

电针治疗枕神经卡压性头痛取穴方法观察

张春燕, 滕善梅, 田华张, 郭瑾, 彭志贤

深圳市宝安区石岩人民医院针灸科, 广东 深圳 518108

[摘要] 目的: 观察比较按解剖结构定位取穴与按传统定位取穴方法电针治疗枕神经卡压性头痛的临床疗效。方法: 将120例患者随机分为2组, 解剖定位取穴组61例采用解剖定位取穴法电针治疗, 传统定位取穴组59例采用传统定位取穴电针治疗, 观察2组临床疗效。结果: 治疗1周, 解剖定位取穴组愈显率与传统定位取穴组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。6月后随访, 解剖定位取穴组愈显率高于传统定位取穴组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 结合解剖结构取穴治疗枕神经卡压性头痛疗效良好, 优于传统定位取穴。

[关键词] 枕神经卡压性头痛; 针灸疗法; 电针; 解剖定位取穴法; 传统定位取穴法

[中图分类号] R745 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0198-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.076

枕神经卡压性头痛在临床上十分常见, 因卡压而引起头痛的枕神经有枕下神经、枕大神经、第3枕神经(来自脊神经后支), 耳大神经、枕小神经(来自颈丛的皮质)。临床上多采用针刺、电针及小针刀治疗为主, 目前, 虽然小针刀的疗效得到了比较肯定的认同, 但是因操作复杂、疼痛比较明显, 患者多难以接受。针刺因为刺激量太小, 疗效通常不甚满意。电针治疗效果虽然很好, 但因取穴定位的不同, 疗效差异很大。所以对电针治疗神经卡压性头痛取穴方法的研究, 在临床上具有重要的意义。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《神经系统疾病鉴别诊断学》^[1]“国际头痛分类法”以及“颅脑痛、颜面痛、颈痛国际诊断标准”拟定: 疼痛位于枕神经分布区; 疼痛性质为刺激性, 在发作期间可持续; 受累神经有触痛; 受累神经分布区感觉减退或迟钝; 局部封闭相应神经, 可使疼痛暂时消失。

参照《针刀治疗颈肩腰腿痛》^[2]枕神经卡压性头痛诊断思路: 前额疼痛常见卡压神经为枕大神经、枕小神经, 头顶部疼痛常见卡压神经为枕大神经, 枕后区疼痛常见卡压神经为枕下神经、枕大神经、枕小神

经、耳大神经、第3枕神经, 颞区疼痛常见卡压神经为枕小神经。

1.2 排除标准 患严重器质性疾病; 有高血压、冠心病、颅内占位性疾病; 有头面部疾病; 有血液病; 有全身感染性疾病; 治疗区皮肤有感染; 有精神病史及治疗不合作者。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准者; 年龄25~60岁, 性别不限; 接受电针治疗, 并能按医生要求完成治疗者。凡符合以上纳入和排除标准并确诊为头痛者均属于观察对象。

1.4 一般资料 观察病例为2011年3月~2013年4月本院针灸科门诊的枕神经卡压性头痛患者, 共120例。采用RandA1.0软件将患者随机分为解剖定位取穴组61例, 传统定位取穴组59例。解剖定位取穴组男31例, 女30例; 年龄32~59岁, 平均(35.89±8.78)岁; 病程5月~5年, 平均2.5年, 程度均为中重度。传统定位取穴组男30例, 女29例; 年龄30~58岁, 平均(36.44±9.76)岁; 病程4月~4.5年, 平均2.3年; 程度均为中度。统计采用SPSS18.0统计软件分析, 性别构成比比较采用 χ^2 检验, 年龄比较采用 t 检验, 分析结果提示2组间差异

[收稿日期] 2013-11-16

[基金项目] 深圳市科技计划项目 (编号: 200903189)

[作者简介] 张春燕 (1972-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗神经卡压性疼痛类疾病。

无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2组均选用“华佗牌”一次性无菌针灸针, 规格: $0.30\text{ mm} \times 40\text{ mm}$, $0.30\text{ mm} \times 50\text{ mm}$ 。

2.1 解剖定位取穴组 枕下神经卡压性头痛取穴点: 上项线点(上项线上的压痛点)、枕下凹点(枕外隆突下方凹陷中的压痛点)、第2颈椎棘突点出的压痛点^[2]。枕小神经卡压性头痛取穴点: 在上项线外侧与胸锁乳突肌后缘交界处的压痛点^[2]。耳大神经卡压性头痛取穴点: 枕外隆起处、胸锁乳突肌中点压痛处^[2]。枕大神经卡压性头痛取穴点: 枕外隆凸与乳突连线中内1/3交界的压痛点^[3]。第3枕神经卡压性头痛取穴点: 枕外隆凸外下方压痛处^[4]。上项线: 枕外隆凸与颞骨乳突之间弧形向上的骨嵴。治疗神经卡压性头痛时, 要在上述地方反复循按, 如出现压痛明显、或向痛点放射、或按压时疼痛缓解, 即为选取之穴位。

2.2 传统定位取穴组 后枕痛: 天柱、后顶、风池。前额痛: 头维、印堂、阳白。侧头痛: 太阳、风池、丝竹空、率谷。巅顶痛: 百会、四神聪。

以上2组取穴均根据疼痛的部位配合循经远取和辨证选穴, 且均采用电针治疗, 每次30 min, 每天1次, 治疗1周为1疗程。分别于治疗1周、6月后随访对疗效进行评价。

3 统计学方法

数据录入采用Excel数据库, 并进行核对。采用SPSS18.0统计软件, 解剖定位取穴组和传统定位取穴组治疗后比较采用非参数检验, 所有的统计检验均采用双侧检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]拟定。痊愈: 头痛完全消失, 程度1级, 头晕、恶心、目胀等伴随症状消失。显效: 头痛基本消失, 程度1级, 伴随症状基本消失, 偶尔稍感头部重胀。好转: 头痛程度减轻1级或以上, 伴随症状明显减轻, 发作次数明显减少。无效: 头痛程度及伴随症状无改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗1周, 解剖定位取穴组愈显率与传统定位取穴组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 提示解剖定位取穴组即近期疗效优于传统定位取穴组。6月后随访, 解剖定位取穴组

愈显率高于传统定位取穴组, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 提示解剖定位取穴组的远期疗效优于传统定位取穴组。

表1 2组临床疗效比较

时 间	组 别	愈 显 率 (%)				愈 显 率 (%)
		痊愈	显效	好转	无效	
治疗1周	解剖定位取穴组	42	13	2	4	90.16 ^①
	传统定位取穴组	27	16	5	11	72.88
6月后随访	解剖定位取穴组	40	13	3	5	86.89 ^①
	传统定位取穴组	23	17	7	12	67.80

与传统定位取穴组比较, ① $P < 0.05$

5 病案举例

李某, 女, 38岁。经商, 潮州人。因“右侧颞部疼痛1周”于2013年8月12日就诊, 曾在外院采用针灸治疗, 效果欠佳。查体: $T36.8^{\circ}\text{C}$, 上项线外侧与右侧胸锁乳突肌后缘交界处明显压痛且向右侧颞部放射, 四肢活动正常。颅脑CT提示颅内扫描未见明显异常。取穴上项线外侧与右侧胸锁乳突肌后缘交界处压痛点、阿是穴。行电针治疗。针刺时患者诉出现向右侧颞部的放散感。针后患者诉疼痛明显减轻。患者连续治疗1周疼痛消失。随访6月, 未见复发。

6 讨论

有相当多的顽固性头痛患者, 往往被诊断为脑血管性头痛、神经官能性头痛等, 临床上发现, 其实大部分都是由枕神经卡压所致。导致枕神经卡压的生理结构主要是分布在神经周围的肌肉、筋膜以及枕后腱弓。能引起枕神经卡压性头痛的神经主要为: 枕下神经, 枕大神经, 第3枕神经, 耳大神经,

枕小神经。其解剖结构如下: 枕下神经: 为第1颈神经的后支, 较粗大, 穿寰椎后弓上方和椎动脉下方, 进入枕下三角, 分布于枕下肌^[4]。枕大神经: 是颈2脊神经后支的内侧支, 粗大, 穿斜方肌肌腱至皮下, 伴枕动脉上行, 分布于枕部皮下^[4]。第3枕神经: 为第3颈脊神经的后支内侧支, 穿斜方肌浅出, 分布于枕下区皮肤^[4]。枕小神经: 为颈丛的皮支, 沿胸锁乳突肌后缘上行, 分布于枕部及耳廓背面上的皮肤^[4]。耳大神经: 为颈丛的皮支, 沿胸锁乳突肌表面向耳垂方向上行, 分布于耳廓及附近皮肤^[4]。枕后腱弓: 斜方肌、胸锁乳突肌止点之间有一横行腱弓相连, 该腱弓位于项深筋膜下, 两者密不可分, 此腱弓

组织致密,纤维排列整齐,与深层坚硬的枕骨形成一个扁平状的骨纤维管^[6]。枕大神经、枕小神经及枕动脉从腱弓下穿过,在腱弓与枕大神经、枕小神经之间有 2~3 个黄豆大小的淋巴结^[6]。枕大神经穿下方肌点距正中矢状面约 2.5 cm,枕小神经穿筋膜点距正中矢状面上约 5 cm^[6]。因睡眠姿势不当,工作紧张,长期低头保持一定姿势过久,工作环境潮湿,受寒感冒,使头顶部肌肉、筋膜劳损;外伤使头顶部肌肉损伤;局部炎性渗出刺激均可使周围肌肉痉挛,筋膜紧张卡压;后枕部的淋巴结肿大,卡压腱弓下的神经和血管等因素均可引起枕神经卡压性头痛^[6]。

根据上述颈部神经、肌肉软组织的解剖情况、发病机理不难看出,枕部神经卡压性头痛临床治疗重心在于减轻局部的炎症水肿;缓解神经周围的肌肉痉挛;松解筋膜紧张;解除神经的卡压。通过电针刺激神经的卡压点来直接达到疏通局部经脉的经气,舒缓局部筋肉的痉挛;改善局部的炎症水肿;解除神经的受压来达到治疗疾病的目的。由疗效比较可知:结合局部的解剖结构来取穴疗效更快、更满意。解剖定位取穴组的疗效优于传统定位取穴组。对于部分无效或疗效欠佳的患者分析其原因,可能与下面几点有关:

患者不正确的姿势、工作环境潮湿、颈枕部受寒等

诸多因素没有完全地纠正过来,病因未完全解除。

后枕部变性的软组织紧张程度没有完全松解,仍保持着一定程度对枕神经的卡压或者牵拉。由于枕神经受卡压的时间过长,神经功能受损,需要一定的恢复时间。

电针治疗枕神经卡压性头痛取穴方法的研究,其目的是为了提 高神经卡压性头痛的电针治疗效果,同时也为了避免对所有的神经卡压性头痛都不分轻重缓急地采用小针刀治疗。

[参考文献]

- [1] 安得仲. 神经系统疾病鉴别诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:71-97.
- [2] 柳百智. 针刀治疗颈肩腰腿痛[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:73-84.
- [3] 吴绪平. 针刀治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:404.
- [4] 邵水金. 实用躯体解剖学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2006:167-169.
- [5] 国家中医药管理局. ZT/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:22-23.
- [6] 黄细君,李明珠,胡红筠. 微棱形针刀治疗枕神经卡压性头痛 50 例[J]. 江西中医药,2010,41(3):67-68.

(责任编辑:刘淑婷)

内病外治新疗法常年招生(教社证字 G03005 号)

一、鼻炎头痛学习班:重点讲解为什么鼻炎、鼻窦炎、过敏性鼻炎不在鼻部肺部治疗能快速神奇治愈。顽固性正偏头痛、头晕、三叉神经痛、牙痛、口腔溃疡,结膜炎,失眠神经衰弱,不在头部治疗的新理论和快速治愈方法。二、颈肩腰腿痛学习班:重点讲解为什么腰痛不治腰,腿疼不治腿,足跟痛不治脚,肩周炎有真假,骨质增生能软化,治股骨头坏死与膝关节炎取穴一样等关节软组织疼痛的新理论和快速治愈方法。三、内科病学习班:讲解 2 型糖尿病,胃病、结肠炎、冠心病、胆囊炎、小儿腹泻、厌食同治一个病根新理论。四、男科妇科病学习班:讲解男女乳腺增生。痛经.前列腺炎.阳痿,早泄,慢性肾炎.同治一个病根的外治新理论。五、皮肤病科:讲解点耳穴,根治青春痘,湿疹,皮炎,各种癣疔等皮肤病的外治方法。六、快速查病诊断班:患者无需开口,看一眼患者的双腿便知道患者的病根在哪里,超前诊断患者现在或将来易患什么病。让患者心服口服,是大夫接诊快速准确诊断不可少的绝招技术。七、特效针法学习班:一秒钟埋线法治疗各种慢性疑难病。泻血法,六针法、X 针法、穿针法一次性治疗肱骨外上髁炎,急性腰扭伤,牙痛,尾骨痛,足跟痛,踝关节扭伤,棘上韧带损伤等症收效神速,大多患者入针即效,拔针即愈。以上各科明确全身慢性疑难病原发病因和继发病症的鉴别诊断治疗,本疗法防治结合治未病,可作为大夫本人即家庭治疗保健康复之首选。本校为学员可代为办理劳动和社会保障部门颁发的全国通用高级按摩师证书,中医康复保健证书,高级针灸师证书,网上可查,凭证可开业。每月 1 号,15 号开班。本疗法把疑难病的诊断治疗简单化。有无医学基础 7~10 天即可学会,学校有实习门诊,患者很多,不熟练可多学几天,学会为止。七个科学费 5000 元。地址:河北省石家庄市健康路省第四人民医院西 200 米,石家庄内病外治新疗法培训学校,联系人:王卫平。手机 13930962015。详情登陆 www.nbwzxl.com,农行卡号:6228481250018026419,邮政账号:601331001200114327,乘车路线:石家庄火车站乘 131 路省四院下西行 200 米即到或石家庄北站乘 5 路省四院下西行 200 米即到。