

# 康复治疗对臀上皮神经卡压综合征患者的临床疗效

何宗宝<sup>1</sup> 吕有魁<sup>1,2</sup> 陈东昌<sup>1</sup> 沈玲<sup>1</sup>

臀上皮神经卡压综合征占腰部急性软组织损伤的40%—60%,在腰腿痛中占16.38%<sup>[1]</sup>,临床上常用局部封闭的方法治疗,但复发率较高<sup>[2]</sup>。本研究于2005年3月—2007年10月,采用手法松解整复及运动疗法等康复方法治疗27例臀上皮神经卡压综合征,取得了较好的疗效。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2005年3月—2007年10月康复理疗科门诊和住院的臀上皮神经卡压综合征患者54例,均符合臀上皮神经卡压综合征的临床表现<sup>[3]</sup>。X线摄片检查腰椎侧弯15例,生理曲度变直28例,余未发现异常;CT检查有17例腰椎间盘膨出或突出,但均直腿抬高试验阴性,且有8例病位不在同侧。排除腰椎间盘突出症、急性腰扭伤、梨状肌综合征、骶髂关节损伤等,及排除合并高血压、糖尿病、妊娠、60岁以上及合并腰椎间盘突出症的患者。将上述54例患者按就诊顺序随机分为对照组和康复治疗组(康复组)各27例。对照组男11例,女16例;年龄20—58岁,平均(33.8±10.8)岁;病程5天—6个月,平均23d;左侧8例,右侧15例,双侧发病4例。康复组男10例,女17例;年龄18—59岁,平均(34.5±13.6)岁;病程7天—6个月,平均25d;左侧10例,右侧14例,双侧发病3例。两组间一般资料差异无显著性( $P>0.05$ ),具有可比性。所有患者及家属对治疗项目知情同意。

### 1.2 治疗方法

对照组患者予局部封闭治疗,康复组予手法松解整复及运动疗法等的康复方法。

**1.2.1 局部封闭治疗:**患者取俯卧位,于患侧髂嵴压痛处做标记,常规碘酒、酒精消毒,抽取2%利多卡因2ml加醋酸曲安奈德2ml,混匀。术者将左手拇指消毒,以左手拇指按住定位,固定压痛点或条索,右手持注射器,刺入回抽无血,缓慢推入药物,抽针。治疗后,3天内腰部不可做大的活动,适当卧床休息。1次/5d,3次为1疗程。

**1.2.2 手法松解整复治疗:**患者取俯卧位,医者采用拇指弹拨或肘尖弹拨法,对患侧胸腰段椎旁、横突尖和髂嵴处压痛点或条索沿垂直神经或肌纤维方向进行重点弹拨治疗,力量要深入有力,以患者能忍受为度。上述手法结束后,对胸腰段脊柱椎体进行整复。对棘突间隙增大者采用棘突按压法:患者俯卧位,医者双手重叠,将掌根对准相应棘突上,嘱患者全身放松,深呼吸,待患者呼气将尽时以“寸劲”按压,产生弹响,使紊乱的小关节间快速错动,重新结合,棘突复位。对棘突偏歪者采用定位斜扳法:患者取健侧卧位,健侧下肢伸直,患侧下肢在上屈曲,术者用一肘扶臀部向腹侧,另一肘推肩向背侧,交叉用力,定位在胸腰段,进行斜扳,发出弹响为度。1次/d,每次治疗约20min。每周治疗5次,10次/疗程。

**1.2.3 刺络重复拔罐法<sup>[4]</sup>:**手法治疗后,对患侧腰椎旁、髂嵴

处压痛点采用刺络重复拔罐法,用梅花针重叩刺3—5次,以大号火罐闪火法拔罐5—10min,拭去血渍,再次拔罐留罐10—15min,拭去“黄水”。隔日1次,每周3次。

**1.2.4 腰椎运动疗法:**患者俯卧床上,双上肢伸直支撑,先抬头,再撑起上半身,腹部紧贴床上,做腰部伸展动作,使腰椎段尽量后伸并维持5—10s,重复10次为一组,每日3组。此动作可在家中进行。

### 1.3 疗效评价

两组患者于治疗1个疗程后参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>评定标准进行评定疗效。治愈:腰臀部疼痛消失,功能恢复,无反复发作。好转:腰臀部疼痛明显减轻,劳累或弯腰臀部仍有牵扯痛。无效:腰臀部疼痛无明显缓解。治疗结束6个月后随访进行远期疗效评定。

### 1.4 统计学分析

实验数据采用SPSS11.0软件包进行统计学分析,采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 表示差异有显著性意义。

## 2 结果

治疗1个疗程后,康复组总有效率(治愈率+好转率)×100%,对照组总有效率92.59%,2组间比较差异无显著性( $P>0.05$ ),见表1。随访6个月后,对照组有10例无效,而康复组仅3例复发,康复组(88.89%)疗效优于对照组(62.96%),组间比较差异显著( $P<0.05$ ),表明康复治疗对臀上皮神经卡压综合征有积极的治疗和预防作用,其疗效优于封闭治疗。两组中无效及复发病例,后经采用康复方法或增加疗程后,均治疗有效或痊愈。

## 3 讨论

臀上皮神经是感觉神经,多来源于T12—L3神经的后支的外侧支,分布于臀上外侧及股骨大转子区皮肤,小部分在浅筋膜中下行,可达股后部。臀上皮神经从筋膜孔穿出至皮下的行程中大部分位于软组织内,全程分为四段(骨表段、肌内段、筋膜下段、皮下段)、六点(出孔点、横突点、入肌点、出肌点、出筋膜点和入臀点)<sup>[6]</sup>,前三个固定点在腰椎后关节突、横突附近,后三个固定点在髂嵴附近,其中出孔点、横突点、入臀点均须穿过纤维骨性管道,均易发生卡压。Maigne等<sup>[6]</sup>认为臀上皮神经卡压综合征是由腰部不当运动使臀上皮神经在髂嵴上的骨纤维管外口处卡压,或周围瘢痕组织以及脂肪瘤嵌顿压迫所致。有实验提示,临床上单处卡压常可能不产生症状,而产生症状的卡压症可能存在双重卡压甚至多重卡

1 武警安徽总队医院康复理疗科,合肥,230041

2 通讯作者

作者简介:何宗宝,男,副主任医师,副教授

收稿日期:2008-12-15

表1 两组临床治疗结果比较

组别	例数	1个疗程后						6个月后					
		治愈		好转		无效		治愈		好转		无效	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
对照组	27	7	25.92	18	66.67	2	7.41	10	37.04	7	25.92	10	37.04
康复组	27	12	44.44	15	55.56	0	0 <sup>①</sup>	15	55.56	9	33.33	3	11.11 <sup>②</sup>

与对照组相比,① $P>0.05$ ,② $P<0.05$

压<sup>⑦</sup>。王斌等<sup>⑧</sup>采用神经阻滞的方法验证了臀上皮神经卡压综合征还存在另一卡压点,认为上腰椎后关节紊乱可以造成脊神经后支卡压,也是该病发生的因素。而笔者在临床上发现部分患者除了在髂嵴处发现压痛点或条索外,往往还在胸腰段椎体棘突、患侧椎体旁及横突尖处还存在1处或1处以上压痛点或条索,这可能是双重卡压的一种佐证。臀上皮神经卡压受损后,神经本身及周围软组织出现充血、肿胀、无菌性炎症,可使其变粗、肥大,周围组织增生,出现条索样结节。

周围神经卡压的治疗原则是:消除病因,及早消除炎症、水肿,减少神经损害<sup>⑨</sup>。局部封闭一方面可浸润麻醉,另一方面可抑制局部炎症反应,达到改善局部营养,消肿镇痛的目的。虽其近期疗效较好,但远期疗效并不满意<sup>⑩</sup>,究其原因没能解除卡压的根本原因<sup>⑪</sup>。本研究采用手法充分放松腰臀部组织,解除肌痉挛,松懈条索样结节,改善局部血液循环,促进局部无菌性炎症消退。运用腰椎整复法,定位在胸腰段,意在调理腰椎后关节,改善臀上皮神经发出点及行程中软组织及小关节的病理状态,解除对神经的刺激和压迫症状。刺络拔罐法可直接把富含致痛物质的痰湿、瘀血吸出,所形成的负压促使新鲜血液流向病灶处,稀释了致痛物质的浓度,改善了局部的血液循环,消除炎性水肿<sup>⑫</sup>。同时,刺络拔罐法能有效使“风寒邪气随气水出”,促进局部损伤修复,拔罐后的瘀血和渗出物,对皮部形成一个持久的良性刺激,其作用面积大,起到有效的调营卫、行气血、通经络的作用<sup>⑬</sup>。腰椎运动疗法能调整腰椎的生理曲度,恢复椎体的固有曲度,解除臀上皮神经卡压的根源。综上所述,本研究注重臀上皮神

经来源及行程中的病理因素,采用康复治疗的方法,近期疗效与局部封闭法相近,远期疗效(6个月后)优于局部封闭法( $P<0.05$ ),该方法对臀上皮神经卡压综合征患者具有积极的治疗和预防作用,同时,弥补了局部封闭治疗的复发率高的不足。

#### 参考文献

- [1] 冯天有.中西医结合治疗软组织损伤的临床研究[M].北京:中国科学技术出版社,2002.160—173.
- [2] 陈德松,曹光富.周围神经卡压性疾病[M].上海:上海医科大学出版社,1999.158—162.
- [3] 何宗宝,韩虹,汪敏.刺络拔罐法治疗慢性腰骶劳损[J].中国临床康复,2003(17):2503.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.204.
- [5] 陶甫,秦学敏,郭世跋,等.腰部脊神经后支的解剖探讨腰腿痛的机制[J].中华骨科杂志,1982,2(6):328.
- [6] Maigne JY,Doursounian L. Entrapment neuropathy of the medial superior cluneal nerve. Nineteen cases surgically treated,with a minimum of 2 years' follow-up [J].Spine, 1997, 22(10):1156—1159.
- [7] 陈德松,曹光富.周围神经卡压性疾病[M].上海:上海医科大学出版社,1999.188—189.
- [8] 王斌,刘卫,刘玉凤,等.应用神经阻滞的方法验证臀上皮神经卡压综合征存在另一卡压点[J].中国临床康复,2003,7(17):2460—2461.
- [9] 李高峰,田德虎,张英泽.周围神经卡压术后的康复治疗[J].中国康复医学杂志,2007,22(2):178—179.
- [10] 黄国志,梁东辉,樊涛,等.体外冲击波治疗脊神经后支损伤综合征的临床观察[J].中国康复医学杂志,2007,22(5):433—434.
- [11] 温乃元,范志勇,李维香,等.刺络拔罐法配合摩骨膏治疗腰椎骨质增生症的临床观察 [J]. 中国康复医学杂志,2007,22(12):1114—1115.

## ·短篇论著·

# 针刺配合牵张运动治疗运动性肌肉拉伤疗效观察

刘蕊川<sup>1</sup> 杜加华<sup>2</sup> 易燕<sup>1</sup> 张玮<sup>1</sup>

肌肉拉伤是运动训练与日常生活中的常见伤病,对训练和比赛影响很大。此伤病多见于大腿肌肉、小腿后侧及腰部肌肉,影响运动员的移动、踏跳、摆腿及后蹬等动作,如治疗不当或反复拉伤,常易形成瘢痕。笔者自2005年9月—2007年9月,运用针刺配合牵张运动治疗运动性肌肉拉伤96例,取得良好效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

96例患者中,男44例,女52例;足球运动员27例,篮球运动员24例,田径运动员32例,武术运动员8例,其他项目

运动员5例。年龄 $18\pm 5$ 岁;病程1—20d;患者表现为局部疼痛或压痛、肿胀、抗阻力痛,常可扪及条索状肿块(除外骨折等其他原因)均为单纯性肌肉拉伤。随机分为治疗组和对照组,两组患者年龄、病程、损伤部位比较差异无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性(表1)。

### 1.2 治疗方法

#### 1.2.1 治疗组:①取穴:阿是穴及反阿是穴。②针刺方法:局

1 江西中医学院体育教学部,南昌,330006

2 南昌大学教育学院

作者简介:刘蕊川,女,副教授

收稿日期:2008-01-09