

针刀治疗臀上神经卡压症 30例

庞青民¹ 陈跃² 吴炳煌² 董卫国²

臀上神经卡压症是临床慢性腰腿痛症的重要致病因素,与梨状肌、臀中肌、臀上动脉的形态结构改变有关,故与梨状肌综合征、臀中肌综合征的发生发展关系密切。以针刀手术松解受卡压的神经具有较好的疗效。因此,本课题组选用针刀治疗该病并观察其痛阈值变化及疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2006年 1月~ 2007年 12月在福建中医学院国医堂针灸科就诊的臀上神经卡压症患者 60例,采用随机数字表法分为针刀组和针灸组,每组各 30例。通过对比两组患者的性别、年龄、病程等方面的分布情况无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

根据《软组织伤病学》^[1]和《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]制定的诊断标准:①多数有外伤史、受凉史或受潮湿史。②腰骶部疼痛,其疼痛特点:可呈牵拉样、刀割样、蹦跳样疼痛;可因腹压增大(如咳嗽、喷嚏)等时加重,致使患者呈胸膝位;有时因疼痛非常剧烈,致使患者坐卧不宁可影响患者的精神、情绪、食欲和睡眠;疼痛常呈放射性,可沿大腿后侧向足底放射;常有放射或触电样串麻感,也可以二者同时并存;有沿神经分布区域的感觉麻木;由于疼痛而常伴有步行困难或跛行。③体征:触诊时梨状肌体表投影区有明显深在性压痛;作梨状肌试验,即在大腿内旋位上作直腿抬高试验,比在中立位作直腿抬高试验角度明显变小,在大腿外旋位上作直腿抬高试验,比在中立位上的角度要大,在中立位上作直腿抬高,以及直腿抬高加强试验,亦为阳性;有些可有神经分布区域的感觉迟钝;患肢内旋抗阻试验阳性。

1.3 纳入标准

符合诊断标准的福建中医学院国医堂针灸科门诊患者。排除由神经根原发性疾病及椎管内疾病和脊柱疾病所引起的臀部及下肢放射痛者。

2 方法

2.1 治疗方法

针刀组:采用针刀闭合性手术疗法,根据患者卡压部位在患侧臀部依照由本课题前期解剖观测结果所设

计的手术入路^[3]行针刀剥离术。具体操作:采用改良式的朱氏小针刀(刀口角磨成圆弧状),患者取俯卧位,梨状肌上缘的入刀点:在股骨大转子与棘角线上点(距髂后上棘约 25mm)连线距棘角线约 47mm处标记臀上神经出梨状肌上孔的体表投影点,施皮下局麻后使刀口线与后中线夹角约 68° ,即顺着梨状肌纤维走向进针深约 26mm到达臀上神经出梨状肌上孔处,获得气感或放射感后,将刀口稍平行与髂嵴,顺着梨状肌纤维来回松切数次,然后不变刀口线使针刀垂直于梨状肌走向横拨数次以有效松解出梨状肌上孔处粘连的臀上神经、血管,拔出小针刀。术后用创可贴包扎创口,隔日治疗 1次,3次为 1个疗程。

针灸组:取患侧环跳、秩边、居髎、委中、阿是穴,均用 30号 2~4寸毫针刺刺,得气后行捻转提插泻法,每隔 10min行针 1次,每次留针 30min,每日针刺 1次,10次为 1疗程。

2.2 观察指标及方法

引进华东师范大学科教仪器厂生产的 EP601简式痛阈测定仪,针刀组和针灸组均在患侧秩边、环跳穴,分别在首次治疗前及治疗 1个疗程后各进行 1次痛阈值的测定,运用病例对照临床研究方式评估疗效。

2.3 疗效评定标准

按照宗立本^[4]制定的疗效评定标准:治愈:症状与体征全部消失,活动自如,恢复正常工作;显效:症状明显减轻,虽有下肢轻度疼痛,但不影响工作,患者自觉满意;有效:症状与体征改善,但劳累和天气变化时可有加重;无效:治疗后症状和体征无明显变化。

3 结果

3.1 两组患者的临床疗效比较

针刀组治愈 6例,显效 20例,有效 3例,无效 1例,总有效 29例;针灸组治愈 2例,显效 13例,有效 9例,无效 6例,总有效 24例。两组临床疗效有统计学差异 ($P < 0.01$),说明针刀组的临床疗效明显优于针灸组。

3.2 两组治疗前后痛阈值变化比较

针刀组治疗前痛阈值为 (0.76 ± 0.20) mA,治疗后为 (1.39 ± 0.15) mA;针灸组治疗前为 (0.71 ± 0.21) mA,治疗后为 (1.1 ± 0.24) mA。两组治疗前后痛阈值变化组内比较差异均有统计学意义 ($P <$

0.01); 两组治疗后的痛阈值比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 针刀组治疗后痛阈值明显升高, 说明其治疗效果优于针灸组。

4 讨论

臀上神经由骶丛发出后伴臀上血管经梨状肌上孔出盆, 行于臀中、小肌之间。任何引起梨状肌上孔狭窄的原因均可引起臀上神经、血管受卡压。臀中肌与梨状肌的损伤充血、肿胀是造成梨状肌上孔狭窄的重要原因, 均可造成对臀上神经的卡压, 导致慢性下腰、臀、腿痛症的发作, 长期卡压还可使神经传导功能障碍, 严重者可变成永久性神经功能障碍。本研究根据臀上神经的解剖、生理病理特点、经络理论及针刀、针灸镇痛机理等, 选择针刀治疗臀深部神经卡压综合征, 其作用机理为松解肌肉、剥离粘连、疏通经络、运行气血, 通过剥

离使局部血液循环改善, 组织蛋白分解, 使致痛物质在血清中含量降低, 局部营养代谢改善, 使症状得以解除。

参考文献

- [1] 李含文. 软组织伤病学 [M]. 人民体育出版社, 1997: 3.
- [2] 郎薇. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 5.
- [3] 陈跃, 吴炳煌, 董卫国. 针刀治疗臀上神经卡压症的手术入路研究 [J]. 福建中医学院学报, 2005, 15(1): 15-16.
- [4] 宗立本, 郑德贵, 朱庆林. 臀区综合征 48 例报告 [J]. 中华骨科杂志, 1991, 11(1): 19.

1 河南省郑州市中心医院 (450007);

2 福建中医学院

中西医结合治疗缺血性脑梗死 50 例

唐红涛*

缺血性脑梗死多发于中、老年人, 随着年龄的增长, 老年人脑动脉逐渐出现血管粥样硬化, 血管壁表面越来越粗糙, 血管弹性也随之下降; 另外, 很多老年人患有高血压、高血脂、糖尿病等疾病, 伴随着这些疾病, 脑动脉损伤处极易形成血栓。我科应用脉平片口服治疗缺血性脑梗死患者 50 例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007 年 5 月~2009 年 5 月我科住院脑梗死患者 50 例, 年龄 45~76 岁, 平均 (63.15±9.27) 岁, 合并高血压 41 例、糖尿病 27 例、冠心病 31 例。治疗组 30 例, 合并高血压 24 例、糖尿病 16 例、冠心病 20 例。对照组 20 例, 合并高血压 17 例、糖尿病 11 例、冠心病 11 例。两组患者一般资料、性别、年龄、病情比较无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组患者入院期间给予大脑保护剂、抗血小板聚集药物, 有高血压、心脏病、糖尿病及其他心血管疾病者给予相应治疗。出院后治疗组在综合治疗基础上口服脉平片 (甘肃独一味生物制药股份有限公司生产) 每次 4 片, 每日 3 次, 同时服用拜阿司匹林 (德国拜耳公司生产) 每次 1 片, 每日 1 次。对照组单用拜阿司匹林每次 1 片, 每日 1 次。4 周为 1 个疗程, 两组均观察 1 个疗程。

1.3 疗效评定标准

① 神经功能缺损改善评定: 参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》。② 单光子发射计算机断层显像 (SPECT) 检测结果评定: 利用感兴趣区 (region of interest, ROI) 技术进行半定量。

1.4 统计学分析

统计分析采用 SPSS 12.0 统计分析软件进行计算。计量资料采用 t 检验, 计数资料采用卡方检验。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 SPECT 的影像学比较

治疗组 SPECT 脑血流灌注显像治疗前左额颞叶血流灌注减低, 治疗后左额颞叶血流灌注恢复, 局部超灌注。对照组治疗前左额颞叶血流灌注减低, 治疗后左额颞叶血流灌注改善不明显, 无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 治疗后临床神经功能缺损改善比较

治疗组 30 例, 有效 22 例, 无效 8 例, 总有效率 73.33%; 对照组 20 例, 有效 12 例, 无效 8 例, 总有效率 60.00%。两组比较, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.3 两组治疗前后 ROI 比值比较

治疗组治疗前 ROI 比值与治疗后比较, 有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后 ROI 比值与对照组治疗后比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论