

[参考文献]

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 345-349.
- [2] 李漾, 郑德采. 针刺配合艾箱灸治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的疗效观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(6): 86-87.
- [3] 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: 126-128.
- [4] 孟云霞, 杨华. 慢性萎缩性胃炎的实验室诊断价值[J]. 中国老年保健医学, 2007, 5(6): 68-70.
- [5] 杨勤, 姚玉玲. 胃蛋白酶原与胃泌素检测对慢性萎缩性胃炎的诊断价值与探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(23): 23-24.
- [6] Noda H, Maehara Y, Irie K, et al. Increased proliferative activity caused by loss of p21 (WAF1/CIP1) expression and its clinical significance in patients with early stage gastric carcinoma[J]. Cancer, 2002, 94(7): 210-211.
- [7] Ohata H, Oka M, Yanaoka K, et al. Gastric cancer screening of a high-risk population in Japan using serum pepsinogen and barium digital radiography[J]. Cancer Sci, 2005, 96(10): 713-720.
- [8] 郭建民, 张力. 血清胃蛋白酶原、胃泌素-17和幽门螺杆菌 IgG 抗体对萎缩性胃炎的诊断价值[J]. 检验医学, 2011, 26(6): 375-378.
- [9] 何树光. 胃蛋白酶原和胃蛋白酶原联合检测在胃病中的临床运用[J]. 亚太传统医药, 2011, 7(8): 132-133.

(责任编辑: 冯天保)

脊柱推拿手法治疗臀上皮神经卡压综合征临床观察

吴山, 田强

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察脊柱推拿手法结合髂棘卡压点局部手法松解治疗臀上皮神经卡压综合征的临床疗效。方法: 将纳入研究的患者随机分成2组, 治疗组30例采用脊柱推拿手法结合髂棘卡压点局部手法松解治疗; 对照组31例只接受髂棘卡压点局部手法松解治疗, 每周3次, 治疗2周后比较2组脊柱后关节紊乱体征、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分情况及临床疗效。结果: 2组治疗前腰椎关节紊乱发生率均较高, 但治疗组治疗前后比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$); 2组治疗后腰椎关节紊乱发生率比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。总有效率治疗组93.33%, 对照组74.19%, 2组临床疗效比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$), 治疗组疗效优于对照组。治疗后2组疼痛VAS评分均有改善, 与治疗前比较, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$), 2组治疗后比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。结论: 脊柱推拿结合髂棘卡压点局部手法松解治疗臀上皮神经卡压综合征疗效良好, 解除后关节紊乱可能是疗效提高的重要因素。

[关键词] 臀上皮神经卡压综合征; 推拿手法; 脊柱推拿; 卡压点

[中图分类号] R442.8 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0195-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.075

臀上皮神经卡压综合征亦称臀上皮炎、臀上皮神经痛, 是临床中出现单侧腰、臀、腿疼痛的常见疾患

之一。针对本病可能出现的神经双卡病理机制, 本研究对患者采用脊柱推拿结合髂棘卡压点局部手法松解

[收稿日期] 2013-11-20

[作者简介] 吴山 (1963-), 男, 医学硕士, 主任医师, 研究方向: 手法治疗脊柱相关疾患。

治疗,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[1]中臀上皮神经卡压综合征的诊断标准。患者自愿参加,签署知情同意书。

1.2 排除标准 年龄 < 18 岁, > 65 岁。同时进行其他治疗,包括针灸、理疗、小针刀、牵引及其他手法治疗。治疗部位有皮肤感染或患有血液疾病者。

1.3 腰椎后关节紊乱体征判断 患者 T₁₀~L₅ 棘旁肌肉有明显压痛。触诊患侧棘旁肌肉较对侧有条索感、硬结感。相应节段棘突或横突偏歪。满足 +、+ 或 + +, 认为存在腰椎后关节紊乱体征。

1.4 一般资料 观察病例为 2010 年 1 月~2013 年 9 月在本院推拿科就诊,符合纳入标准的患者,共 66 例。患者以就诊顺序拆开经密封的随机分配卡,进入相应研究组。脱落 5 例,纳入统计共 61 例。男 25 例,女 36 例。治疗组 30 例,年龄 23~64 岁,平均(52.5±14.2)岁;病程平均(3.5±2.2)月;发生腰椎后关节紊乱者 22 例;腰痛程度疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分平均(6.59±0.89)分。对照组 31 例,年龄 21~65 岁,平均(52.8±15.1)岁;病程平均(3.3±2.6)月;发生腰椎后关节紊乱者 20 例;腰痛程度 VAS 评分平均(6.66±0.70)分。2 组患者性别、年龄、病程、腰椎后关节紊乱体征、腰痛程度 VAS 评分比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 对存在腰椎后关节紊乱体征的患者,采用脊柱推拿手法调整相应节段脊柱,手法采用坐位定点旋转扳法。具体操作:患者取坐位,双上肢抱于枕后。助手以双膝及手固定患者的下肢。术者立于患者身后,一手经患侧腋下传过搭于患者颈部,另一手拇指顶于患椎旁。嘱患者向前弯腰并向患侧旋转至极度,术者施一顿时力使患椎产生转动,通常伴有声响或手下关节移动感。脊柱推拿结束后,患者取俯卧位,先以揉法、按揉法施术于患侧腰臀区。然后沿髂棘寻找卡压点,通常指下有条索或硬结感,与肌纤维垂直方向作按揉及弹拨手法。力量由轻至重,疼痛以患者承受为度。每次就诊时,需检查是否存在腰椎后关节紊乱。如果此征象消失,只进行卡压点手法松解即可。治疗隔天进行,每周 3 次,共治疗 2 周。

2.2 对照组 患者只接受卡压点局部手法松解治疗。

治疗隔天进行,每周 3 次,共治疗 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组治疗前后脊柱后关节紊乱的发生情况。2 组采用 VAS 评分评价治疗前后患者疼痛程度。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行数据分析。治疗前后 VAS 评分比较采用配对 t 检验,组间治疗前、治疗后评分比较采用独立样本 t 检验。2 组疗效比较采用秩和检验。

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》^[1]拟定。治愈:腰臀部疼痛、压痛消失,下肢放散性症状消失,功能恢复,腰臀部活动自如,无反复发作。好转:腰臀部疼痛减轻,下肢放散性症状基本消失,劳累或受凉后腰臀部仍有牵拉痛或不快感。无效:腰臀部疼痛无明显缓解,治疗前后无变化。

4.2 治疗完成情况 脱落 5 例:2 例因外出工作原因,3 例因为选择接受其他疗法。共有 61 例患者完成本研究。

4.3 2 组治疗前后腰椎后关节紊乱发生情况比较见表 1。2 组治疗前腰椎关节紊乱发生率均较高,但治疗组治疗前后比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$);2 组治疗后腰椎关节紊乱发生率比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组治疗前后腰椎后关节紊乱发生情况比较 例(%)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	22(73.3)	3(10.0)
对照组	31	20(64.5)	18(58.1)

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.4 2 组治疗前后 VAS 评分比较 见表 2。2 组治疗后 VAS 评分与治疗前比较,均有降低,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$);2 组治疗后 VAS 评分比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$),治疗组优于对照组。

表 2 2 组治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	6.59±0.89	1.27±1.59
对照组	31	6.66±0.70	2.55±1.99

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与治疗组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.5 2组临床疗效比较 见表3。总有效率治疗组93.33%，对照组74.19%，2组临床疗效比较，经秩和检验，差异有非常显著性意义(P<0.01)，治疗组疗效优于对照组。

表3 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	30	20(66.67)	8(26.67)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	31	11(35.48)	12(38.71)	8(25.81)	23(74.19)

5 讨论

臀上皮神经卡压造成的腰腿痛在上世纪60年代就在国内外引起了一些专家的注意。国内冯天有认为本病是腰痛的常见病因，发病率占整个腰痛的40%~60%^[2]。其认为臀上皮神经移位造成的“筋出槽”是本病的病机，曾引起学界激烈的争论。随后的相关解剖学研究证实了本病神经卡压的发病机制，髂脊与胸腰筋膜形成的骨性隧道是造成卡压的位置^[3-4]。但是对于是否存在其它的卡压点，一些学者还存有疑问。王斌等^[5]应用试验性神经阻滞的方法证实臀上皮神经卡压除了存在入臀点的卡压外，椎后关节紊乱可以造成脊神经后支卡压，也是造成臀上皮神经卡压的因素。

手法治疗、局部封闭、针灸疗法是临床中应用最多的治疗方法，只有极少数症状非常严重的病例需要手术治疗。而针对神经卡压点的局部手法松解治疗，是目前手法治疗最常见的方法。笔者在临床中发现许多臀上皮神经卡压综合征的患者多数伴随明显的腰椎后关节紊乱体征，即多伴有患侧L₁~L₄棘旁深部肌肉痉挛压痛明显。本研究中有68.9%(42/61)患者存在腰椎后关节紊乱体征。基于神经存在两个卡压点的认识，治疗组对存在腰椎后关节紊乱的患者先进行脊柱推拿手法调整脊柱紊乱，随后再进行卡压点的局部松解治疗，期望通过手法解除神经的双卡。结果提示治疗组在疼痛缓解及腰部功能改善上都较对照组有优势。同时在治疗的过程中发现，在进行脊柱推拿手法治疗后，髂棘的压痛点痛域值有提高。这些都间接证明了臀上皮神经卡压综合征存在双卡的病理机制，脊柱的后关节紊乱造成了上位的卡压点。但也应注意到

脊柱推拿治疗同时可以改善胸腰筋膜的紧张度，对于髂棘点的卡压也有直接的治疗作用。同时脊柱后关节紊乱缺乏影像学依据，对于症状、体征缺乏统一标准。这些都影响到脊柱后关节紊乱与臀上皮神经卡压综合征之间发生的关系。希望有更为严谨的临床研究及神经生理实验证实这一设想。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. ZY/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: 204.
- [2] 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1977: 129.
- [3] Drury BJ. Clinical evaluation of back and leg pain due to irritation of the superior cluneal nerve[J]. J Bone Joint Surg, 1967, 49A(1): 199.
- [4] Lu J, Ebraheim NA, Huntoon M, et al. Anatomic considerations of superior cluneal nerve at posterior iliac crest region[J]. Clin Orthop Relat Res, 1998, 347: 224-228.
- [5] 王斌, 刘卫, 刘玉凤, 等. 应用神经阻滞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, 17(7): 2460-2461.

(责任编辑: 刘淑婷)

提供空心胶囊

产品型号(胃溶) 0# 装量 0.3~0.5g 1# 装量 0.1~0.3g 2# 装量 0.1g 以下。

价格 160元/万粒(含邮资)。

需要的单位及个人请汇款至浙江新昌一诺胶丸有限公司 潘炎锋收 邮编: 312560 电话: (0575) 86060338 86061888 款到3天内发货, 如有质量问题及数量不足, 厂方负责。1万粒以上办理邮购业务。请写清收货详细地址及邮政编码。