

◆针灸研究论著◆

# 推拿理筋手法联合电针治疗臀上皮神经损伤 90 例临床观察

## 寿可可

诸暨市人民医院中医推拿科, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察推拿理筋手法联合电针治疗臀上皮神经损伤的临床疗效。方法: 将 90 例患者随机分为 2 组各 45 例。对照组采用中医适宜技术——铍针进行治疗; 观察组采用推拿理筋手法联合电针治疗。采用 McGill 疼痛问卷 (SF-MPQ) 评价疼痛情况, 进行治疗前后血液流变学检测, 采用日本骨科协会下腰痛评价表 (JOA) 评价疗效。结果: 治疗后 2 组 SF-MPQ 量表各维度包括疼痛分级指数 (PRI)、疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分和现在疼痛状况 (PPD) 及总分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后以上各项指标 2 组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 观察组临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组血液流变学指标全血黏度 (高切、低切)、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率的改善均优于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 推拿理筋手法联合电针减轻臀上皮神经损伤的疼痛, 改善血液流变, 临床疗效优于铍针。

[关键词] 臀上皮神经损伤; 推拿; 理筋手法; 电针

[中图分类号] R745 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0233-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.112

臀上皮神经损伤也称作臀上皮神经卡压征, 是引起腰腿痛的常见原因之一, 发病率占整个腰痛的 40% ~ 60%, 严重影响患者生活和工作。目前, 非手术疗法是临床治疗本病的主要方法, 但总的来说都不是十分理想。笔者观察了推拿理筋手法联合电针治疗臀上皮神经损伤的临床疗效, 并与中医适宜技术——铍针的疗效进行比较, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>并结合临床制定: 腰臀部疼痛, 向臀部或大腿后外侧放射, 一般在膝关节以上; 疼痛为弥散性, 无定位体征; 症状多在弯腰、起床等变换体位时加重; 髂腰三角或髂后上嵴处可以触及痛点, 可以诱发向臀部或大腿后外侧放射性疼痛; 可以有下肢皮肤感觉改变, 区域呈斑片状, 无根性神经定位体征。

1.2 纳入标准 符合上述臀上皮神经损伤临床诊断者; 年龄 18 ~ 65 岁; 疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分  $\geq 4$  分; 并取得患者知情同意。

1.3 排除标准 合并相同的感觉神经纤维的神经干被卡压患者; 并发有其他心、肝、肾等严重的原发病、精神病患者; 局部有感染病灶的患者; 有出血倾向者; 意识不清不能配合或患

者不接受此治疗方案者; 妊娠及哺乳期妇女。

1.4 一般资料 观察病例 90 例患者均来源于 2012 年 4 月—2014 年 4 月诸暨市人民医院中医推拿科。采用随机数字法分为 2 组各 45 例。对照组男 15 例, 女 30 例; 年龄 18 ~ 63 岁, 平均  $(35.7 \pm 10.9)$  岁; 病程 1 月 ~ 6.5 年, 平均  $(21.5 \pm 19.5)$  月。观察组男 13 例, 女 32 例; 年龄 20 ~ 61 岁, 平均  $(36.4 \pm 12.3)$  岁; 病程 3 月 ~ 8.5 年, 平均  $(25.7 \pm 20.3)$  月。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 2 治疗方法

2.1 对照组 参照“铍针治疗皮神经卡压性腰臀部疼痛技术”<sup>[2]</sup>采用铍针治疗。包括定位→消毒→进针→松解→出针。每周治疗 1 次, 治疗 4 次为 1 疗程, 共治疗 1 疗程。

2.2 观察组 推拿治疗: 患者取俯卧位, 医者用揉法在腰臀部和腿后外侧来回滚动 5 min, 使患者紧张的腰腿部肌肉放松, 接着在臀上皮神经投影区找到条索状硬结, 双手拇指重叠, 作与纤维鞘垂直方向的弹拨, 力度要由浅到深, 力量要由轻到重。再用揉法放松臀部肌肉, 然后用理筋整复法理顺弹拨过的神经组织, 其方法是顺神经走向理筋复位 5 min。每天 1

[收稿日期] 2014-12-20

[作者简介] 寿可可 (1968-), 男, 副主任中医师, 主要从事中医推拿的临床工作。

次,每次15 min,连续10天为1疗程,休息1天,进行下1疗程,共3疗程。电针:选穴:阿是穴(髂嵴中点下寻找最痛点)、阳陵泉、秩边、腰眼、L<sub>1</sub>~L<sub>3</sub>华佗夹脊穴、居髂、环跳、肾俞、殷门、委中,每次选择4~5组穴位,常规消毒后,选用0.35 mm×40 mm 针灸针快速进针,得气后连接电针治疗仪,选用连续波,强度以患者耐受为限,留针30 min。每天1次,连续10天为1疗程,休息1天,进行下1疗程,共3疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 疼痛:采用McGill疼痛问卷(SF-MPQ)<sup>[8]</sup>,包括疼痛分级指数(PRI),疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分和现在疼痛状况(PPI)三方面进行;血液流变学检测。治疗前后各评价1次。

3.2 统计学方法 数据分析采用SPSS17.0统计软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 采用日本骨科协会下腰痛评价表(JOA)<sup>[9]</sup>。优:腰腿痛症状及体征消失、直腿抬高70°以上,能恢复原工作,改善率≥75%。良:腰腿痛减轻,直腿抬高60°以上,能胜任原工作,改善率≥50%,但<70%。中:腰腿痛减轻,直腿抬高45°以上,能胜任原工作,改善率≥25%,但<50%。差:腰腿痛改善不明显甚至加重,直腿抬高45°以下,改善率<25%。

4.2 2组治疗前后SF-MPQ评分比较 见表1。治疗后2组SF-MPQ各维度PRI、VAS及PPI及总分均较治疗前下降,治疗前后比较,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ );2组治疗后组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 2组治疗前后SF-MPQ评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	时间	PRI	VAS	PPI	总分
对照组	治疗前	26.70±3.40	6.72±0.78	2.59±0.54	35.40±4.90
	治疗后	10.50±2.60	2.59±0.53	1.43±0.45	13.70±3.20
观察组	治疗前	25.80±3.10	6.69±0.74	2.61±0.57	35.20±5.10
	治疗后	7.30±2.00	1.76±0.49	0.77±0.46	8.90±2.40

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

4.3 2组临床疗效比较 见表2。经Ridit分析,观察组临床疗效与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组优于对照组。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	$n$	优	良	中	差
对照组	45	12	15	10	8
观察组	45	17	19	7	2

4.4 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表3。治疗后2组

血液流变学指标全血黏度(高切、低切)、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率均较治疗前改善,治疗前后比较,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ );治疗后观察组上述指标分别与对照组比较,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后血液流变学指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	全血黏度(mPas·s)		血浆黏度	纤维蛋白原	血小板聚集率
		低切(10/s)	高切(100/s)	(mPas·s)	(g/L)	(%)
对照组	治疗前	12.30±1.79	6.14±0.89	2.77±0.41	5.54±0.65	53.60±5.57
	治疗后	9.41±1.52	5.26±0.78	2.32±0.35	4.41±0.46	49.20±4.85
观察组	治疗前	12.10±1.70	6.21±0.95	2.82±0.45	5.48±0.57	54.10±5.37
	治疗后	7.83±1.25	4.52±0.64	1.78±0.31	3.67±0.41	45.40±4.23

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

### 5 讨论

臀上皮神经解剖特点表明当背部肌肉筋膜长期紧张,走行于髂嵴上方的部分神经或纤维束,容易受到磨损,或牵拉损伤,或为软组织卡压,而发生微细解剖位置变化,偏离原位而形成“筋出槽”;而神经周围产生水肿充血,周围软组织发生无菌性炎症,造成局部疼痛。疼痛刺激脊神经,并经其后支传入脊髓,形成反射性的下肢疼痛<sup>[6]</sup>。

中医学将本病归为经筋病、痹证、腰痛、筋出槽等范畴,多由于腰臀部的急性扭伤、跌仆、闪挫或慢性劳损,更兼之风、寒、湿三气杂至,使痹阻经脉而造成气血凝滞脉道,运行失畅,不通则痛<sup>[6]</sup>。目前,疗法虽然众多,但均不能根治本病,缺陷也明显,如针刀等闭合性松解术治疗疗效虽较快,除了手术治疗带来的痛苦,其复发率也较高,并且针刀等闭合性手术的治疗机理尚缺少科学的基础实验研究;封闭疗法只是起暂时的治疗作用,长远疗效欠佳。限于单一治疗方式作用的有限性,笔者寻求综合疗法使用,以提高临床疗效。

推拿理筋手法通过肤与肌,肌与骨之间的运动,具有加压泵的作用,从而促进局部的血液循环;推拿理筋缓解肌筋痉挛,从而达到缓解疼痛的作用;还能使筋骨之间滑利,关节嵌顿错乱得其复位,有助于筋归于槽;可以软化局部硬结及痛性条索状物,恢复其弹性功能,减轻其对神经的刺激和压迫。可见,推拿理筋手法可使骨正筋柔,达到镇痛、解痉、复位的效果<sup>[7]</sup>。本病的部位主要位于足太阳膀胱经循行路线,因此,主要选择该经穴位,以疏通太阳经气,濡养经血。针刺阿是穴能达到疏其不通,散其瘀阻,解除痉挛,从而达到通则不痛的疗效。

铍针治疗皮神经卡压性腰部疼痛是国家中医药管理局推广的适宜技术,在临床推广使用,具有较好的疗效<sup>[8]</sup>。本研究显示,采用推拿理筋手法配合电针治疗后,观察组SF-MPQ各维度(PRI、VAS及PPI)及总分均低于对照组,提示了这二者的联合使用对疼痛的缓解效果优于铍针治疗。JOA评分不但

反映了下腰腿的疼痛情况,而且还能反应其功能情况,是一个综合性指标。本研究显示,治疗后推拿理筋手法配合电针的疗效优于电针。治疗后观察组血液流变学指标全血黏度(高切、低切)、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率的改善均优于对照组,提示了推拿理筋手法配合电针改善了臀上皮神经损伤患者的血液循环,有助于炎症的减轻,疏通经络。

#### [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: 218.
- [2] 董福慧. 电针治疗皮神经卡压性腰臀部疼痛技术[J]. 中国乡村医药杂志, 2012, 19(15): 85-86.

- [3] 赵英. 疼痛的测量和评估方法[J]. 中国临床康复, 2002, 6(16): 2347-2349.
- [4] 陆廷仁. 骨科康复学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 183-187.
- [5] 魏美钢. 甲钴胺局部封闭治疗臀上皮神经卡压综合征疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(7): 70-71.
- [6] 刘洪宝. 针刺配合推拿治疗臀上皮神经损伤疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(8): 562-563.
- [7] 廖荣良, 何冰. 臀上皮神经损伤的诊疗体会[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(1): 23-24.

(责任编辑:刘淑婷)

## 耳穴压丸改善轻度慢性乙肝患者抑郁情绪及降低转氨酶临床观察

石文, 王云秀, 黄景春, 邱峰, 肖倩, 陈洁真, 甘爱霞

广东省中医院, 广东 广州 510105

[摘要] 目的:观察耳穴压丸疗法改善肝郁脾虚轻度慢性乙型肝炎患者抑郁情绪及降低转氨酶的临床疗效。方法:将 98 例肝郁脾虚轻度慢性乙型肝炎患者随机分为耳穴组与药物组各 49 例。耳穴组采用耳穴压丸疗法,药物组采用复方甘草酸苷片治疗。2 组分别于治疗前,治疗第 4、8、12 周末用抑郁自评量表(SDS)进行评分并分别检测其血清谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST),结果进行统计学分析。结果:耳穴组与药物组均能降低转氨酶,临床疗效组间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );2 组改善抑郁情绪疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),药物组优于耳穴组;第 4、8、12 周末,2 组 ALT、AST 及耳穴组 SDS 评分均低于前一时间段,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:耳穴压丸可改善肝郁脾虚轻度慢性乙型肝炎患者抑郁情绪及降低转氨酶,且远期疗效优于近期疗效。

[关键词] 轻度慢性乙型肝炎;肝郁脾虚;耳穴压丸;抑郁自评量表(SDS);谷丙转氨酶(ALT);谷草转氨酶(AST)

[中图分类号] R512.6\*2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0235-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.113

## Clinical Observation of Auricular Plaster Therapy on Improving Depression and Decreasing Transaminase in Mild Chronic Hepatitis B

SHI Wen, WANG Yunxiu, HUANG Jingchun, et al

Abstract: Objective: To investigate the therapeutic effect of auricular plaster therapy on improve depression and decrease transaminase in mild chronic hepatitis patients with the syndrome of liver stagnation and spleen deficiency. Methods: Ninety-eight patients were randomly divided into auricular plaster group and medicine group, each group having 49 cases. The auricular plaster group was treated with auricular plaster therapy, while the medicine group was given Compound Glycyrrhizin Tablets. The scores of Self-Rating Depression Scale(SDS)and the levels of serum alanine aminotransferase(ALT) and aspartate aminotransferase(AST) were

[收稿日期] 2014-12-20

[基金项目] 广东省中医药局科研项目 (20142078)

[作者简介] 石文 (1983-), 女, 医学硕士, 主管技师, 主要从事临床生化工作。

[通讯作者] 邱峰, E-mail: qfsf@126.com。