

表 3 2 组治疗前、后血浆 β -EP 含量比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	治疗前	治疗 1 次后	治疗 1 个疗程后	治疗 2 个疗程后
治疗组	36	160.16 $\pm$ 32.22	208.82 $\pm$ 27.36 ^{ab}	243.69 $\pm$ 34.28 ^{ab}	272.29 $\pm$ 32.56 ^{ab}
对照组	32	161.29 $\pm$ 31.98	178.56 $\pm$ 34.27 ^a	186.29 $\pm$ 33.57 ^a	198.32 $\pm$ 31.26 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组相应时间点比较,^b $P < 0.01$

参 考 文 献

- [1] 马超,伍少玲,肖秀红,等. 腰椎间盘突出并腰椎牵引治疗急性腰椎间盘突出症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 122-124.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京: 南京中医药大学出版社, 1994: 166-174.
- [3] 孙国杰, 主编. 针灸学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 986-989.
- [4] 杨占辉, 孙建华, 丁浩. 腰椎间盘突出症的评分法疗效评定标准.

颈腰痛杂志, 1999, 20: 20-21.

- [5] 李清美, 郭坤, 康静, 等. 低能量 He-Ne 激光经鼻腔照射治疗头面部疼痛前后的 β -内啡肽研究. 中华神经科杂志, 1998, 31: 91-95.
- [6] 任玉娥, 倪家骧, 曹殿瀛, 等. 侧隐窝及腰椎旁注射强的松龙及来比林对腰椎间盘突出症患者血浆 β -内啡肽与 P 物质的影响. 中国疼痛医学杂志, 2002, 8: 198-202.

(修回日期: 2007-10-20)

(本文编辑: 吴 倩)

推拿联合康复训练治疗腰神经后支综合症的临床疗效观察

李加斌 周亚 殷葵

【摘要】目的 探讨推拿联合康复训练治疗腰神经后支综合症的临床疗效及相关机制。**方法** 选取腰神经后支综合症患者 114 例, 将其随机分为治疗组及对照组。治疗组采用推拿及康复训练, 对照组采用局部阻滞治疗。2 组患者分别于治疗 2 周、6 个月时进行疗效评定。**结果** 治疗 2 周后, 发现治疗组优 39 例 (68.42%), 良 10 例 (17.54%), 有效率为 96.49%; 对照组优 25 例 (43.86%), 良 14 例 (24.56%), 有效率为 85.96%, 明显低于治疗组 ($P < 0.05$)。治疗 6 个月后, 发现治疗组优 42 例 (73.68%), 良 9 例 (15.79%), 有效率为 96.49%; 对照组优 21 例 (36.84%), 良 11 例 (19.30%), 有效率为 78.95%, 亦明显低于治疗组 ($P < 0.05$)。**结论** 推拿联合康复训练治疗腰神经后支综合症能够获得满意的近期及远期疗效, 且治疗方法安全、简便, 值得临床推广、应用。

【关键词】 腰神经后支综合症; 推拿治疗

腰神经后支综合症是由于腰部软组织或骨及骨关节异常导致腰神经后支受刺激或压迫而出现急慢性腰臀腿疼痛, 腿痛仅局限于大腿部位, 不超过膝关节范围, 是临床常见及多发病。此类疼痛临床发病率较高, 约占非特异性腰腿痛人数的 80%, 并且疼痛性质、分布区域相对特殊, 常常导致诊断困难。目前临床针对该类患者主要采用冷冻、神经阻滞传导、针刀松解辅以镇痛药物等常规疗法, 但疗效通常不佳, 且患者病情容易反复。本研究采用推拿联合康复训练治疗该病, 取得满意疗效。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2004 年 5 月到 2006 年 5 月间在江苏盐城第一人民医院康复科就诊的腰神经后支综合症患者 114 例, 其中男 50 例, 女 64 例; 左侧患病 39 例, 右侧 55 例, 双侧 20 例。患者入选标准如下: ①患急或慢性腰痛, 可伴有臀部和大腿痛, 但腿痛范围不超过膝关节; ②无下肢感觉、反射及肌力异常; ③脊柱 X 线、CT、MRI 检查结果无明显异常; ④排除内脏疾患所致腰痛;

⑤下背主诉区正上方 2~3 个椎体节段棘突或椎旁附近有压痛点^[1,2]。患者剔除标准如下: ①患有腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症; ②患有腰椎退行性疾病, 如腰椎骨质增生、腰椎退行性滑脱症; ③患腰肌劳损、腰臀肌筋膜炎; ④腰骶移行椎; ⑤内源性腰痛, 如肾炎、肾结石等; ⑥患关节炎、腰椎关节肿瘤、结核等^[3]。

将上述患者随机分为治疗组及对照组。治疗组有患者 57 例, 其中男 24 例, 女 33 例; 年龄 (49 $\pm$ 12) 岁; 病程 (34.4 $\pm$ 8.6) 个月; 病情分级参照文献 [4] 介绍的标准, 重度 12 例, 中度 32 例, 轻度 13 例。对照组有患者 57 例, 其中男 26 例, 女 31 例; 年龄 (48 $\pm$ 11) 岁; 病程 (33.8 $\pm$ 8.8) 个月; 病情重度 11 例, 中度 33 例, 轻度 13 例。2 组患者一般情况及病情比较, 组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

二、治疗方法

治疗组患者进行推拿治疗及康复训练, 1 次/日, 共 2 周, 具体操作方法如下: (1) 患者取俯卧位, 术者采用大鱼际滚法、掌揉法放松 T₁₂ 至主诉区肌肉, 持续 3 min; (2) 采用手指推、拿、按、拨法, 推拿三焦俞→肾俞→大肠俞 3~5 min, 待患者放松后用双手叠掌从三焦→大肠俞按压 2~3 次, 力量稍斜向外下, 切忌暴力; (3) 用推、拿、按、拨法交替治疗下背主诉区 3~5 min, 待患者放松后用双手叠掌轻柔按压患侧腰骶关节及骶髂关节

2~3 次;(4)患者取侧卧位,患侧朝上,侧扳往往听到咔嚓声;(5)患者取俯卧位,采用指推、拿、按、拨法沿环跳→承扶→殷门→委中穴推拿 3~5 min,若患者双侧疼痛,对侧亦采用此法进行治疗;(6)指导患者进行康复训练,包括①半桥训练,患者取仰卧位,以头和双足为支撑点,使臀部抬离床面,适用于重症急性期过后和轻度疼痛患者;②背飞训练,患者取俯卧位,以腹部为支撑点,上肢置于身后,胸和双下肢抬离床面形成飞燕状,适应证同上;③屈膝屈颈训练,患者取仰卧位,屈膝屈髋,双手指交叉抱膝,同时屈颈,适用于轻、中度病情患者;④摆髋训练,患者取仰卧位,屈膝屈髋,上身尽量不动,左右摆动髋关节,适用于不同程度病情患者。

对照组患者则根据其主诉确定痛区,沿主诉痛区上行 2~3 个椎体节段棘突寻找压痛点,用记号笔逐一标记后进行皮肤消毒,采用经高压消毒后的 7 号针穿刺,待穿刺到位后停止进针,注入阻滞液,每点 5~10 ml,每次 4~6 点;阻滞液成份包括:2%利多卡因 10 ml,0.9%氯化钠 10 ml, VitB₁ 100 mg, VitB₂ 500 mg, 安痛定 2 ml,强的松龙 25 mg,起针后用无菌棉球压迫止血,每 5 天治疗 1 次,治疗 3 次为 1 个疗程。

三、临床疗效评定标准

上述患者于治疗前、治疗 2 周及 6 个月后进行疗效评定,临床疗效评定标准参考文献[5],痊愈(优):患者症状、体征消失,腰臀部活动功能恢复正常,腰前屈、侧屈及髋前屈达到正常水平,随访 6 个月未见复发;显效(良):患者绝大部分症状、体征消失,但腰臀部活动稍受限,可参加一般强度劳动;好转(中):患者腰臀腿症状、体征明显缓解,腰屈、髋屈功能有一定程度改善;无效(差):患者症状、体征及活动功能均无明显改善。

四、统计学分析

2 组患者临床疗效比较采用 χ^2 检验,采用 SPSS 10.0 版软件包进行统计学分析, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者经治疗 2 周及 6 个月时的疗效情况详见表 1,表中数据显示,治疗 2 周后组间比较,发现 2 组患者痊愈率、显效率、好转率及有效率间差异均有统计学意义($P < 0.05$),即治疗组疗效明显优于对照组。治疗 6 个月后组间比较,发现 2 组患者痊愈率、好转率及有效率间差异均有统计学意义($P < 0.05$),但显效率组间差异无统计学意义($P > 0.05$),提示治疗组近期及远期疗效均明显优于对照组,并且治疗组远期痊愈率持续上升,疗效较稳定。

表 1 2 组患者经不同时间治疗后临床疗效比较(例,%)

组 别	例数	痊愈 (优)	显效 (良)	好转 (中)	无效 (差)
治疗组					
治疗 2 周	57	39(68.42) ^a	10(17.54) ^a	6(10.53) ^a	2(3.51) ^a
治疗 6 个月	57	42(73.68) ^a	9(15.79)	4(7.02) ^a	2(3.51) ^a
对照组					
治疗 2 周	57	25(43.86)	14(24.56)	10(17.54)	8(14.04)
治疗 6 个月	57	21(36.84)	11(19.30)	13(22.81)	12(21.05)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

讨 论

腰神经后支综合征是急、慢性腰臀腿部疼痛的重要原因,

据相关资料统计,临床腰腿痛病例有一半与腰神经后支有关^[6]。脊神经后支的起点决定了其容易受到刺激或压迫,解剖发现 L₁₋₄脊神经后支主干周围仅有少许脂肪组织包裹,并紧贴横突间韧带;其分支-后外侧支经横突背面斜向下进入骶棘肌,在过横突时被纤维束固定于横突上,周围仍未见明显脂肪组织包裹^[2,7]。这些特点均表明后支在发出至横突区域是最容易受损伤的部位,当某根脊神经后支主干受刺激时便可引发下方远隔部位牵涉痛。陶甫等^[6]将 30 具尸体腰脊神经后支行程分为四段(骨表段、肌肉段、筋膜下段及后下段)和六个固定点(出孔点、横突点、入肌点、横突压痛点、出肌点、入臀点),并提出这六个固定点是腰脊神经后支易遭损伤的部位,这也为临床推拿治疗腰神经后支综合征提供了解剖学依据。

由于推拿具有调和气血、促进气血运行等功效,通过手法直接刺激体表经穴部位,使局部毛细血管扩张,缓解或消除肌肉血管痉挛,通畅经脉,加快血液循环。随着血流量增加,促进了局部致痛物质(如五羟色胺、缓激肽、前列腺素 E 等)排泄,使病变软组织发生明显解痉和松弛,又进一步促进了血液循环改善;另外推拿还具有理筋整复、滑利关节等作用,腰神经后支综合征是由于腰部软组织或骨及骨关节异常而导致腰神经后支受刺激或压迫并出现急性慢性腰臀腿疼痛,通过对 L₁₋₃椎体节段棘突及椎旁附近区域进行手法治疗,能及时有效缓解局部肌肉痉挛和软组织粘连。通过按压和侧扳手法纠正脊柱后关节和腰骶关节及骶髂关节紊乱,使关节囊及邻近韧带牵拉得到松弛,从根本上解除了腰神经后支所受的压迫及刺激,加之从臀部环跳穴沿足太阳膀胱经至膝后委中穴循经推拿,进一步缓解了臀部及腿部疼痛。治疗过程中,推拿手法要轻揉,切忌暴力,以患者有轻微酸、胀、痛感为度。在进行推拿治疗同时,还要求患者坚持康复训练,纠正不良姿势,这也是巩固疗效及预防复发的关键措施,强壮的腰臀肌和腹肌是保证腰椎稳定的基础,可以发挥预防腰椎后小关节及骶髂关节紊乱的功效,因此需要指导及鼓励患者坚持长期康复训练。

综上所述,推拿联合康复训练对腰神经后支综合征具有显著的近期及远期疗效,能明显改善患者症状,提高肢体活动功能,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] Shao ZH, Chen Z, Zhou LQ, et al. Spinal dorsal ramus syndrome. Chin Med J, 1996, 109:317-321.
- [2] 陈仲,邵振海,勒安民,等. 非特异性腰痛的重要原因-背神经后支综合征. 中华骨科杂志, 1999, 19:139-141.
- [3] 倪家骧,樊碧发,薛富善. 临床疼痛治疗技术. 北京:科学技术文献出版社, 2003:182-183.
- [4] 王荣科,王华育,艾正,等. β 七叶皂甙配合封闭治疗脊神经后支腰腿痛. 颈腰痛杂志, 2002, 23:319-321.
- [5] 甘恒益,薛会莲. 银质针治疗腰神经后支综合征临床研究. 颈腰痛杂志, 2006, 27:53-55.
- [6] 陶甫,秦学敏,郭世斌,等. 从腰部脊神经后支的解剖探讨腰腿痛的机制. 中华骨科杂志, 1982, 2:328-332.

(修回日期:2008-01-19)

(本文编辑:易 浩)