

· 临床研究 ·

脑卒中 Pusher 综合征的临床研究

刘世文 陈颖 蔺勇

【摘要】 目的 研究一定区域内脑卒中偏瘫患者 Pusher 综合征的发生比例及其与脑损伤侧及神经心理学症状的相关性,探讨 Pusher 综合征的发生机制和相关对策。方法 实验组 Pusher 综合征 39 例,对照组 91 例。检查脑损伤部位及相关神经心理学症状,每周施 Barthel 指数(BI)评价及功能训练、ADL 训练等。结果 在本区域内,Pusher 综合征占研究阶段所有入院康复脑卒中患者的 17%,占入选患者的 30%。右脑损伤 Pusher 综合征发生比例高于对照组($P < 0.001$)。实验组单侧空间忽略和疾病失认的发生比例高于对照组($P < 0.001$)。实验组脑出血患者 Pusher 综合征的发生比例多于脑梗死($P < 0.01$),额、颞、顶叶及基底节及内囊后肢均受损的百分率,实验组明显高于对照组($P < 0.01$)。两组治疗后的 BI 指数均明显高于治疗前($P < 0.0001$)。两组间最后的 ADL 水平的百分率差异无显著性($P > 0.05$)。在获得同一水平最佳功能所需时间上,实验组比对照组多 9 周($P < 0.05$)。结论 Pusher 综合征在本研究阶段、一定区域内,占有入院康复治疗脑卒中患者的 17%,占偏瘫不能行走患者的 30%。而且多在右脑损伤时出现,易伴有神经心理学症状。Pusher 综合征不影响患者最后的功能恢复,但可能使康复治疗时间增加。

【关键词】 Pusher 综合征; 脑卒中; 神经心理学症状

Clinical study of pusher syndrome in stroke patients LIU Shi-wen*, CHEN Ying, LIN Yong. * Department of Rehabilitation Medicine, The First Hospital, Jilin University, Changchun 130021, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the incidence of the pusher syndrome in stroke patients, and the relationship between the syndrome and the neuropsychological symptoms and location of brain lesion, and to investigate the mechanism and the physiotherapy intervention of pusher syndrome. **Methods** Thirty-nine patients(25 male, 14 female, 62.5 ± 9.4 years old) with pusher syndrome were examined, 91 patients(57 male, 34 female, 58.4 ± 11.6 years old) without ipsilateral pushing served as control. The lesion areas, neuropsychological syndrome and the Barthel Index(BI) were recorded, and the physiotherapy were administered in the patients. **Results** The incidence of pusher syndrome was 30% in the patients studied, corresponding to 17% of the total number of stroke patients in the study period. The percentage of pusher syndrome occurrence was higher in the patients with right side lesion than those with left side lesion ($P < 0.001$), those with hemorrhage than with infarction ($P < 0.001$) The percentage of space neglect and apraxia patients was significantly higher in those with pusher syndrome than the controls ($P < 0.01$). The scores of the BI on ADL function at discharge was significantly higher than the BI on admission in both groups ($P < 0.001$). The length of stay of the patients with pusher syndrome was 9 weeks longer than the controls ($P < 0.05$). **Conclusion** The incidence of pusher syndrome was 17% among all hospitalized stroke patients and 30% among the hemiplegic patients in this study. Pusher syndrome more likely occur in those with the right hemisphere lesion and neuropsychological symptoms. The pusher syndrome did not affect the functional outcome, but lengthened hospital stay of the patients.

【Key words】 Pusher syndrome; Stroke; Neuropsychological symptom

在国内,Pusher 综合征被翻译为“倾斜综合征、身体不成直线”。一般认为 Pusher 综合征是康复训练中的重症,治疗难度较大。该综合征包括来自于非瘫痪侧向瘫痪侧推离的症状,也伴有神经心理学方面的大脑右半球症状,突出表现为半侧空间忽略和疾病失

认^[1]。本研究的目的在于确定 Pusher 综合征在国内一定区域、研究阶段内,占住院康复治疗脑卒中患者的发生比例及其与脑损伤侧(瘫痪侧)和神经心理学症状是否相关,探讨对偏瘫患者康复治疗后日常生活活动(ADL)能力及其恢复所需时间的影响。并通过本研究对 Pusher 综合征有进一步的了解,以便于制定更好的康复治疗方案。

作者单位:130021 长春,吉林大学第一医院康复科(刘世文、蔺勇);大连船舶疗养院(陈颖)

对象与方法

一、研究对象

2000 年 11 月 15 日 ~ 2001 年 11 月 14 日期间入院康复治疗 227 例脑卒中患者,男 148 例,女 79 例;年龄 29 ~ 83 岁,平均年龄 (59.1 ± 11.8) 岁;CT 显示脑出血 109 例,脑梗死 118 例。排除入院时双侧偏瘫 4 例,入院时可以行走、无下肢瘫痪 44 例,早期完全恢复 12 例,小脑及脑干出血或梗死 19 例以及因病情过重不能进行康复治疗的患者 18 例,共 97 例。这样,共有 130 例患者入选。

根据 Davies^[1] 的描述,Pusher 综合征被定义为:患者在任何姿势下向偏瘫侧倾斜,并抵抗被动矫正姿势使重心移向中线或过中线到非瘫痪侧。根据这一标准,其中 39 例患者被诊断为 Pusher 综合征,作为实验组,男 24 例,女 15 例;年龄 43 ~ 83 岁,平均年龄 (62.5 ± 9.4) 岁;脑出血 27 例,脑梗死 12 例。

无 Pusher 综合征患者 91 例,作为对照组,男 57 例,女 34 例;年龄 29 ~ 81 岁,平均年龄 (58.4 ± 11.6) 岁;脑出血 37 例,脑梗死 54 例。

二、方法

(一) 治疗方法

记录患者在发病 1 周内头部 CT 检查的结果,包括损伤的侧别、具体的部位及性质。由物理治疗师、作业治疗师每天给患者进行“一对一”的基于 Baboth 技术的康复治疗,言语治疗师每天进行言语治疗,每周 5 d 治疗,每项每次 40 min。并配合应用针灸、理疗、按摩及高压氧治疗。

(二) 评定方法

1. 脑卒中神经病损程度的评定:应用斯堪的纳维亚卒中量表 (Scandinavian Stroke Scale, SSS)^[2],由康复医师在患者入院时进行评价。内容包括:意识、眼运动、上肢肌力、手肌力、下肢肌力、定向力、语言、面瘫和步态。总的得分范围 0 ~ 58 分。

2. 高级神经功能症状评价:在患者入院时,应用二分线法、删字试验、画人物、钟表以及临摹图形试验来诊断单侧空间忽略。询问患者是否身患瘫痪或其他疾病来评价其疾病失认。应用观念性失用、结构性失用、运动性失用、穿衣失用以及步行失用等试验判断失用症。失语症评价采用波士顿失语症诊断评测法 (国内修订),未对构音障碍评价和统计。

3. 应用 Barthel 指数 (BI):每周 1 次评价日常生活活动 (ADL) 功能。康复治疗时间即达到 ADL 功能最高 BI 积分的时间,住院时间则按 BI 指数连续 3 周稳定不变即出院计算,不包括因为非医疗因素,如等待

去养老院的时间。出院后每周跟踪评价。

三、统计学分析

康复疗效对比采用 t 检验,其余数据以 χ^2 检验做统计学分析。

结 果

一、发生率和患者一般特点

Pusher 综合征的发生比例占入选患者 30%,占研究阶段所有住院卒中患者 17%。两组间在年龄、性别、利手、卒中后开始康复的时间、入院时神经功能缺损 (SSS) 和最初的 ADL 功能 (BI) 方面的差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。Pusher 综合征组右脑损伤即左侧瘫痪的发生比例明显高于对照组 ($P < 0.0001$)。见表 1。

1. 高级神经功能症状:88 例患者 (实验组 34 例,对照组 54 例) 进行了单侧空间忽略评价,91 例 (实验组 34 例,对照组 57 例) 评价了疾病失认,87 例 (实验组 33 例,对照组 54 例) 评价了失用。两组间对比,实验组发生单侧空间忽略及疾病失认的比例显著高于对照组 ($P < 0.0001$),发生失用症高于对照组 ($P < 0.05$),而对照组发生失语症显著高于实验组 ($P < 0.01$)。见表 2。

2. 卒中损伤的性质、部位:入选患者全部进行了 CT 检查。实验组发生脑出血多于脑梗死 ($P < 0.01$),而皮质受累的发生比例无差异 ($P > 0.05$),见表 3。两组间脑损伤的部位对比中,实验组发生额、颞、顶叶、基底节及内囊后肢受损的百分比均显著高于对照组 ($P < 0.01$)。而两组间,分别在基底节及内囊后肢、丘脑及内囊后肢;基底节、丘脑及内囊后肢;额顶叶;颞顶叶;顶枕叶以及顶叶损伤的百分比方面差异均无显著性意义 ($P > 0.05$),见表 4。实验组除顶叶外,无其他单一部位的损伤;对照组中存在单独的额叶损伤 3 例,内囊后肢损伤 3 例,颞叶损伤 1 例和基底节损伤 13 例。

3. 两组间康复疗效的对比:由表 5 及图 1 看出,两组治疗后的 ADL 能力明显好于治疗前,差异有显著性意义 ($P < 0.0001$)。两组间入院时 BI、出院时 BI 及完全恢复独立生活能力的患者百分率差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。但是,在康复治疗时间和住院时间方面 (表 5),实验组高于对照组,差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。从获得相应的 ADL 能力所需时间上看 (含出院后追踪调查,见图 1),对照组患者 BI 积分 60 分在 5 周内获得,而实验组的患者则需 14 周,两组时间相差 9 周;对照组患者 BI 积分 70 分在 12 周内获得,而实验组则需 21 周,最后达到同一功能水平时,实验组仍比对照组多用 9 周 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者的一般情况

组 别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	男性 (%)	右利手 (%)	右侧脑损伤 (%)	入院时 SSS (分, $\bar{x} \pm s$)	开始康复时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	最初 BI (分, $\bar{x} \pm s$)
实验组	39	62.5 $\pm$ 9.4	64.1	100	62.9	23.9 $\pm$ 7.4	30.6 $\pm$ 20.9	23.2 $\pm$ 11.4
对照组	91	58.4 $\pm$ 11.6	62.6	95.6	35.2	25.8 $\pm$ 10.5	26.6 $\pm$ 17.1	28.1 $\pm$ 14.0
统计量		$t = 1.949$	$\chi^2 = 0.025$	$\chi^2 = 0.602$	$\chi^2 = 12.781$	$t = 0.986$	$t = 1.131$	$t = 1.967$
P		>0.05	>0.05	>0.05	<0.001	>0.05	>0.05	>0.05

表 2 两组高级神经功能症状的比较 (%)

组 别	例数	单侧空间 忽略	疾病失认	失用	失语
实验组	39	88.2 (34)	41.2 (34)	100 (33)	25.6 (39)
对照组	91	27.8 (54)	3.5 (57)	79.6 (54)	50.6 (91)
χ^2		28.148	18.334	5.961	6.908
P		<0.001	<0.001	<0.05	<0.01

注:括号内为实评例数,其前面的百分数为占实评例数的百分数

表 3 两组 CT 检查特点的对比 (%)

组 别	例数	显影	出血	梗死	皮质受累
实验组	39	100	69.2	30.8	51.3
对照组	91	95.6	40.7	54.9	43.9
χ^2		0.602	8.916	7.682	0.590
P		>0.05	<0.01	<0.01	>0.05

表 4 两组 CT 显示损伤部位的对比 (%)

组 别	例数	额、颞、顶、基底 节内囊后肢	基底节 内囊后肢	丘脑、基底节 内囊后肢	丘脑 内囊后肢	额顶叶	颞顶叶	顶枕叶	顶叶
实验组	39	30.8	12.8	5.1	7.7	12.8	20.5	5.1	5.1
对照组	87	10.3	28.7	1.1	2.3	6.9	14.9	2.3	9.2
χ^2		8.088	3.760	0.522	0.884	1.186	0.602	0.083	0.180
P		<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 5 住院期间两组患者康复疗效的对比

组 别	例数	入院时 BI (分, $\bar{x} \pm s$)	出院时 BI ($\bar{x} \pm s$)	康复治疗时间 (周, $\bar{x} \pm s$)	住院天数 (d, $\bar{x} \pm s$)	生活完全独立 (例, %)
实验组	39	23.2 $\pm$ 11.4 *	65.4 $\pm$ 13.71	9.0 $\pm$ 7.4	67.9 $\pm$ 51.5	1 (2.6)
对照组	91	28.1 $\pm$ 14.0 Δ	71.7 $\pm$ 18.02	6.6 $\pm$ 4.4	51.9 $\pm$ 32.3	14 (15.4)
统计量		$t = 1.131$	$t = 1.959$	$t = 2.276$	$t = 2.142$	$\chi^2 = 3.230$
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05

注: * 实验组治疗前、后 BI 的差异有显著性意义, $t = 15.486, P < 0.001$; Δ 对照组治疗前、后 BI 的差异有显著性意义, $t = 23.323, P < 0.001$

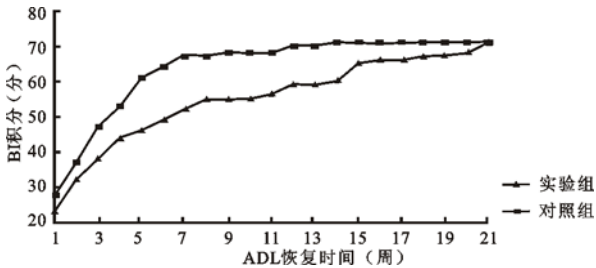


图 1 两组 ADL 恢复的比较

讨 论

一、Pusher 综合征的发生比例

1 年内,在本区域内(大连地区)发生 Pusher 综合征患者占入院康复治疗所有卒中患者的 17%,占入选患者的 30%。这是国内有关 Pusher 综合征的发生比例的相对较大样本的报道。丹麦哥本哈根(1996)曾进行一次大样本调查,报告了 Pusher 综合征在当地的发生率是 5%,占入选患者的 10%^[3]。在国外也有人报道 Pusher 综合征的发生率是 5%~10%^[3] 和 25%^[4],国内有报道在当地的发生率是 23%^[5]。

二、Pusher 综合征与神经心理学症状

由结果中可以看出,实验组伴有单侧空间忽略的患者占实评例数的 88.2%;而对照组伴有单侧空间忽略的患者占 27.8%,两组间差异有显著性意义 ($P < 0.0001$)。同样,另一右半球的神经心理学症状—疾病失认,在实验组占实评例数的 41.2%;对照组是 3.5%,两组间差异有显著性意义 ($P < 0.0001$)。Pusher 综合征多发生在左侧偏瘫即右侧大脑半球损伤的患者,既往的研究已经证明了右脑在神经心理学方面症状与定位相关^[5]。患者对大脑病损对侧一半视野内的物体位置不能辨认,不论其视野是否完整,患者都可能忽略其左侧身体或左侧视野内的物体。由于患者不会象偏盲者一样有意识地以头部转动带动眼睛来补偿视野,所以并非偏盲。它是将主观的身体中线移到一侧,此问题可能在一些患者中持续存在。因此,患者的视觉和身体倾向于偏向一侧。另有证据表明,右半球对警觉机制起主导作用,右脑损伤时警觉力降低^[16]。还有人认为,忽略可能与觉醒力减退同时存在。一般在完成 ADL 时,机体必须保持

觉醒状态才能对周围的刺激做出恰当的反应^[7]。Isaacs^[8]报告了 Mclean 的一个看法,即单侧空间忽略可能由于健侧半球过分活动所致。这是由于单侧空间忽略是大脑未损伤的部分对行为的过分抑制,特别是未损伤部分的去抑制。由于损伤导致了原先对左侧定向能力的缺失,使得对未损伤部分没有了对抗作用,从而增强了对右侧的定向。患者对左侧的无法注意是由于对右侧的过分注意造成的^[9]。因此,笔者认为,单侧空间忽略和疾病失认是由于右脑损伤后产生一组神经心理学症状,是 Pusher 综合征的一部分,而且可能是由于这些神经心理学的症状导致患者主观地认为自身的身体中线偏向一侧而出现的向患侧倾斜。

在本研究中发现两组间失用症、失语症发生比例均存在差异。但是,由于失用症检查要求患者无肢体瘫痪,所以对于偏瘫患者的评价具有局限性。而失语症,由于多是由左半球损伤后引发的,而 Pusher 综合征多发生在右半球损伤的患者。

三、Pusher 综合征与大脑损伤部位的关系

从本研究中可以发现,Pusher 综合征多发生于右大脑半球损伤的左侧偏瘫的患者($P < 0.0001$)。两组间,大脑皮质受损的发生比例差异没有显著性($P > 0.05$)。对于两组之间,头部 CT 显示的部位的比较,并未发现与顶叶损伤有显著的关系。而且,实验组的患者在额、颞、顶叶、基底节及内囊后肢受损的百分比均显著高于对照组($P < 0.01$)。但是,分别在基底节及内囊后肢;丘脑及内囊后肢;丘脑、基底节及内囊后肢;额顶叶;颞顶叶以及顶枕叶受损方面,两组之间差异无显著性意义($P > 0.05$)。并且,实验组仅有 2 例单部位即顶叶受损;而对照组则存在有额叶、颞叶、顶叶、内囊后肢以及基底节等多例单部位受损,提示 Pusher 综合征的发生可能与大脑多部位、大面积损伤后引发运动、感觉障碍有关。结合 CT 显示 Pusher 综合征患者的脑出血的发生率高于对照组,而且差异有显著性意义($P < 0.01$)。提示,脑出血的血肿可能沿着神经束而波及到多处,多病灶、多部位的损伤可能使发生 Pusher 综合征的几率增高。国内有报道,有两个部位以上的大面积脑损伤时,Pusher 综合征发生的几率有增高的倾向^[5]。

四、Pusher 综合征对功能结果方面的影响

Davies^[1]观察到一部分患有 Pusher 综合征的偏瘫患者的康复治疗不很成功,经常被过早地转到疗养院或其他长期能够被照顾的机构。通常认为该综合征严重地影响患者的功能预后。由本研究中康复治疗后期 Barthel 指数的最好得分来看,作为一个独立的因素,Pusher 综合征在 ADL 功能恢复方面没有独

立的影响。但是,达到同等的最后 ADL 功能水平,患有 Pusher 综合征的患者比对照组的康复治疗时间平均多用了 9 周($P < 0.05$)。所以,对既往所认为的 Pusher 综合征的患者康复治疗预后差,可能是因为患者过早地出院,而未考虑到 Pusher 综合征患者所需的康复时间较长。

以 BI 为 ADL 变化的指标,在康复后期两组数据结果较接近,显然继续用 BI 指评价已经不敏感,应另寻判断标准,本文因条件受限没能进行。

五、关于 Pusher 综合征的发生机制

最初报告认为 Pusher 综合征与顶叶受损所发生对侧空间忽略有关^[1]。国外有报告认为,Pusher 综合征与单侧空间忽略及运动不连贯、失认、痴呆等广泛病变有关^[10]。有报道认为,由于脑组织广泛性损伤,高级神经中枢的运动功能整合和能力障碍,而导致躯干左、右侧和瘫痪上、下部位相反的神经支配障碍^[11]。表现出偏瘫侧躯干肌张力下降,对侧肌张力相对增强或过剩,使与重力相关的姿势出现了左、右非对称,造成身体两侧的失平衡状态,重心移向瘫痪侧。如果再伴有单侧空间忽略,则感知觉输入的减少又加剧了这种失平衡现象^[5]。最近,国外有人进行了 Pusher 综合征向患侧倾倒起因的实验研究。认为人体内存在与垂直重心有关的主观姿势垂直和主观视觉垂直两条通路。患有 Pusher 综合征的患者,当其向非偏瘫侧倾斜 18° 时,患者认为身体方向是垂直的,而其主观视觉垂直没有受到损伤。所以,人体内这两条通路是分离的。主观姿势垂直通路决定了人体对姿势的控制。由于脑卒中损伤了这一与姿势垂直相关的通路而出现了向瘫痪侧倾斜的 Pusher 综合征^[12]。

笔者认为,Pusher 综合征存在一组症状,不是某一个单因素或某一个确切的病损所引发。它存在于一部分脑损伤后的偏瘫患者中,与右半球受损后发生的单侧空间忽略和疾病失认有显著的相关性。它是存在于一部分偏瘫患者中的一组特殊的征象,而不是具体的一个独立病症。

六、关于 Pusher 综合征的康复治疗

由于 Pusher 综合征存在于一部分偏瘫患者中,它表现为姿势不平衡、向瘫痪侧倾倒和站位时瘫痪侧下肢的屈曲模式等特殊的征象,以及伴发的单侧空间忽略和疾病失认等神经心理学症状,所以需结合其特殊性进行针对性的治疗,其最后恢复的 ADL 能力与无 Pusher 综合征的偏瘫患者相比差异无显著性意义($P > 0.05$)。但是,正是由于存在有特殊征象与症状需要纠正,所以,在康复治疗中需要相对较长的时间。例如,由于重心偏向瘫痪侧,早期要训练重心移到非

瘫痪侧,后期再训练其将重心向瘫痪侧移,纠正重心的不正常偏移。在训练站位中,瘫痪侧下肢屈肌占优势,患者难以维持站立,要强化训练伸肌张力,必要时使用膝夹板、石膏或弹力绷带支持^[1,5]。在我们临床的认识中,仰卧位的倾斜姿势先消失,然后是坐位,最后是站位。尤其是站位平衡的训练需要较长的时间。同时,对于所伴有的神经心理学症状,应用半侧空间遮盖眼镜纠正单侧空间忽略^[2,13],不断地让患者集中注意其忽略的瘫痪侧肢体,并应用口令、暗示及提醒的方法纠正其疾病失认。运用口头回忆法进行 ADL 能力的训练^[2]。随着神经心理学症状的改善,Pusher 综合征患者的倾斜症状也得以一定的纠正。国内有人设计以躯干为中心的调整性训练实验方法,其原理是针对运动整合障碍进行调整,通过感知觉输入训练,促进弱化的肌活动,并利用相关的反射活动调整姿势,比常规方法更具有针对性,效果较好^[5]。

参 考 文 献

- 1 Davies PM. Steps to follow. Berlin: Springer - Verlag, 1985. 285.
- 2 Beis JM, Andre JM, Baumgarten A, et al. Eye patching in unilateral spatial neglect: efficacy of two methods. Arch Phys Med Rehabil, 1999, 80: 71-76.
- 3 Pedersen PM, Wandel A, Jorgensen HS, et al. Ipsilateral pushing in

- stroke: incidence, relation to neuropsychological symptoms, and impact on rehabilitation. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil, 1996, 77: 25-28.
- 4 纲本和. Pusher 现象の評価とアプローチ. 理学疗法学, 1996, 23: 118.
- 5 刘世文, 安晓芳, 宋洪臣. 关于 Pusher 现象的症状学研究. 中国康复医学杂志, 1998, 13: 62-65.
- 6 王拥军, 卢德宏, 崔丽英, 等. 现代神经病学进展. 北京: 科学技术文献出版社, 1999. 40-42.
- 7 张竹青, 孙启良, 杨文琳, 等. 单侧空间忽略对左侧偏瘫患者 ADL 的影响及其康复. 中国康复医学杂志, 1997, 12: 166-169.
- 8 Isaacs B. Stroke research and the physiotherapist. Physiotherapy, 1977, 63: 366-368.
- 9 Gazzaniga MS, 主编. 沈政, 朱滢, 陈永明, 等, 译. 认知神经科学. 上海: 上海教育出版社, 1998. 774.
- 10 纲本和. 左半侧无视における Pusher 现象の重症度分析. 理学疗法学, 1994, 21: 29.
- 11 古泽正道. 脑偏瘫片麻痺への Bobath アプローチの変遷. PTジセナル, 1995, 29: 241.
- 12 Kamath HO, Ferber S, Dichgans J. The origin of contraversive pushing: evidence for a second graviceptive system in humans. Neurology, 2000, 55: 1298-1304.
- 13 Arai T, Ohi H, Sasaki H, et al. Hemispatial sunglasses: effect on unilateral spatial neglect. Arch Phys Med Rehabil, 1997, 78: 230-232.

(收稿日期: 2002-10-14)

(本文编辑: 熊芝兰)

· 短篇论著 ·

走罐治疗股外侧皮神经炎的临床观察

涂小华

1990 年至今我院采用走罐疗法治疗股外侧皮神经炎患者 40 例, 效果满意, 报道如下。

80 例经门诊确诊为股外侧皮神经炎患者, 随机分为治疗组和对照组。治疗组 40 例中, 男 22 例, 女 18 例; 年龄 25~51 岁; 病程 30 d~12 年。对照组 40 例中, 男 21 例, 女 19 例; 年龄 50~75 岁; 病程 30 d~10 年。两组患者性别、年龄、病程差异无显著性意义。两组均先在患侧髂前上棘下 10 cm 处行肌肉注射维生素 B₁ 100 mg 和 B₁₂ 0.5 mg, 每日 1 次。肌肉注射后治疗组采用走罐法, 先在患处涂液体石蜡(面积稍大于患面), 然后用闪火法将罐吸于患处, 上下行走, 每处行走 10~20 次, 以皮肤潮红为限, 隔日治疗 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间隙 4 d。肌肉注射后对照组采用毫针围刺法, 在病变边缘区行针刺, 行针得气后留针 30 min, 每隔 5 min 行针 1 次, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间隙 4 d。

疗效标准: 痊愈—感觉异常消失, 随访半年无复发; 好转—感觉异常明显减轻, 有时自觉症状消失; 无效—治疗 2 个疗程

无变化。统计学分析采用 χ^2 检验。

经 2 个疗程治疗后, 治疗组痊愈 30 例, 好转 9 例, 无效 1 例, 总有效率 97.5%; 对照组痊愈 13 例, 好转 19 例, 无效 8 例, 总有效率 80%。经 χ^2 检验, $\chi^2 = 15.72, P < 0.01$, 两组患者疗效比较, 差异具有非常显著性意义。

讨论 股外侧皮神经炎又称感觉异常性股痛, 是因受压或外伤引起神经分布区感觉异常与疼痛的综合征。股外侧皮神经起于 L₂₋₃ 后根, 经髂前上棘内侧 2 cm 处穿过腹股沟韧带下方, 在离髂前上棘下 10 cm 处穿出大腿的阔筋膜, 因其表浅致使受压或外伤引起分布区(股前外侧 2/3)感觉异常或疼痛。我们在给予维生素肌肉注射的基础上, 增加火罐疗法, 借助热量和负压, 紧吸于患处, 反复上下行走, 起到温经散寒、活血化瘀、通经活络的作用。火罐疗法使浅表毛细血管舒张, 改善末梢神经的血液供应, 促进组织代谢和骨外侧皮神经修复。

(收稿日期: 2002-08-06)

(本文编辑: 阮仕衡)