

下腰神经根痛形诸秩边穴

福建省南安市医院 (362300) 陈志生

下腰神经指第 4 腰神经以下神经^[1]。笔者在临床中发现：根性下腰神经痛与秩边穴疼痛（自觉痛和压痛）存在着一定的相关联系，现将观察结果报告如下。

观察方法

1. 选择与下腰神经根痛有关的，并已确诊的患者作为观察组；2. 随机选择与下腰神经根痛无关的患者，作为对照组；3. 对比观察组治疗前后秩边穴压痛的变化情况；4. 对比观察组患者双侧秩边穴的疼痛情况；5. 观察组和对照组均排除梨状肌综合症和秩边穴处的外伤和炎症等。所获资料经统计学处理^[2]

结 果

表 1 观察组治疗前秩边穴自觉痛、压痛情况

病 名	观察例数	自觉痛例数	压痛例数
腰椎间盘突出症 (L ₃ ~4、L ₄ ~5、L ₅ ~S ₁)	66	62	66
腰椎滑脱 (L ₃ 、L ₄ 、L ₅)	19	16	18
腰椎间盘退行性变 (L ₃ ~4、L ₄ ~5、L ₅ ~S ₁)	13	11	12
下腰椎骨折并间盘损伤 (L ₃ 、L ₄ 、L ₅)	10	7	10
合 计	108	96	106

表 2 对照组秩边穴自觉痛、压痛情况

病 名	观察例数	自觉痛例数	压痛例数
腰臀软组织劳损	62	2	2
第三腰椎横突综合征	26	0	0
腰椎骶化	23	0	1
大腿部骨折	18	0	1
合 计	129	2	4

观察结果

1. 由表 1、2、3 可见：秩边穴的压痛和与下腰神经根痛有关的疾病有密切的平行关系，它和与下腰神经根痛无关的疾病之间的对比，有非常显著的差异 (P < 0. 01)。即秩边穴的压痛，反映下腰神经根痛。

2. 由表 1 可见：在秩边穴压痛的患者中，有部分患者在未予按压时，该处即有自觉疼痛，但自觉痛的例数少于压痛的例数。观察中还发现，有自觉痛的患者，一般症状多较为严重。

表 3 观察组治疗前两侧秩边穴压痛情况

病 名	观察例数	单例压痛例数	双例压痛例数	无压痛例数
腰椎间盘突出症	66	28	38	0
腰椎骨脱	19	3	15	1
腰椎间盘退行性变	13	6	6	1
下腰椎骨折并间盘损伤	10	1	9	0
合 计	108	38	68	2

表 4 观察组治疗前后秩边穴压痛情况

病 名	观察例数	治疗前压痛例数	治疗后压痛例数
腰椎间盘突出症	66	66	10
腰椎滑脱	19	18	7
腰椎间盘退行性变	13	12	5
下腰椎骨折并间盘损伤	10	10	3
合 计	108	106	25

3. 由表 3 可见：压痛的一侧与症状严重的一侧相一致：即使是双侧均有压痛的患者，也以症状严重的一侧压痛严重。双侧的神经根痛是不平衡的。双侧的比较有显著的差异 (P < 0. 05)。

4. 由表 4 可见：秩边穴的压痛可随着疾病的治愈而消失，治疗前后压痛的比较，有非常显著的差异 (P < 0. 01)。即秩边穴压痛的消失与疾病的治愈呈平行关系。

讨 论

1. 秩边穴位于臀部，为梨状肌所对应的体表位置，由表及里依次为皮肤、臀大肌、梨状肌。支配这些皮肤肌肉的感觉神经分别为：来源于 L₁~L₄ 的臀上皮神经支配该处的皮肤；来源于 L₅~S₁ 的臀下神经支配臀大肌；来源于 S₁~S₃ 的骶丛支神经支配梨状肌。从梨状肌上孔穿出的有来源于 L₁~L₄ 的臀上神经；从梨状肌下孔穿出的有来源于 L₅~S₂ 的臀下神经，来源于 L₄~S₂ 的坐骨神经和来源于 S₁~S₃ 的股后皮神经^[3]。如上所述，秩边穴处的感觉神经共有 L₁~S₃ 的感觉支。因此，当下腰神经根痛时，都可以由此穴表现出来，而呈现压痛和自觉痛。

2. 秩边穴为足太阳膀胱经上的穴位。足太阳膀胱

经循经臀及下肢后侧；足少阳胆经循经下肢外侧^[4]。两经在环跳穴处相合。由于经络是反映病候、传注病邪的途径，因此，足太阳膀胱经症可见：腰臀及下肢后侧疼痛；足少阳胆经症可见下肢外侧痛^[4]。有诸内必形诸外，秩边穴是足太阳经上的穴位，两经又相合于环跳穴，所以症候可以从秩边穴反映出来。

3. 综上所述，秩边穴的压痛和变化规律，从解剖学和经络学说都可以找到根据。因此：(1) 秩边穴的压痛可作为与下腰神经根痛有关疾病的一个诊断依据，并可以此鉴别出非下腰神经根痛的腰痛；(2) 根据秩边穴压痛随着疾病的治愈而消失的规律，判断有关的治疗方法的效果和判断有关病痛的转归；(3) 根据病在经

筋者取阿是穴的治疗原则^[4]，以秩边穴为针刺、按摩等的穴位，治疗与下腰神经根痛有关的疾病，可取得良效，这已得到大量临床的证实^[4]。

参考文献

1. 赵定麟，等. 下腰痛. 上海：上海科技出版社，1990：1.
2. 候 灿. 医学科学研究入门. 上海：上海科技出版社，1981：398~401.
3. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 天津：天津科技出版社，1988：694~702.
4. 南京中医学院. 针灸学. 上海：上海科技出版社，1979：7~95.

(收稿：1995-04-24；修回：1996-04-01)

颈椎病致嗅觉功能丧失 3 例报告

山东省德州市人民医院 (253014)

孙树旗 薛玉柏 李国顺 王世勤 许桂凤 孙何林

自 1988 年 5 月至 1994 年 6 月，我们治疗以椎动脉型为主的颈椎病 79 例，其中 3 例嗅觉功能丧失，现报告如下。

例 1，女，28 岁，工人。因头痛，头晕，右半身麻木感 1 年 4 个月，嗅觉丧失伴右眼球内陷，压迫感 8 个月来诊，曾按“脑血栓、鼻炎”治疗无效，无明显外伤史。

查体：C_{1,2}，C₅ 棘突旁压痛，压颈试验 (+) Adson's 试验 (-)，颅脑 CT 示无异常发现，X 光片见：生理曲度反弓，C₅ 关节突双边，按椎动脉型颈椎病行牵引按压复位法^[1]治疗两次，嗅觉功能恢复，眼球内陷感消失。

例 2，女，37 岁，干部。外伤后头痛，头晕右眼视力进行性下降伴鼻塞 5 年半来诊，曾在北京，济南多家医院按“视神经萎缩”，治疗 3 年无效，“鼻炎”治疗多年无效。

查体：C₃₋₇ 棘突旁压痛，Adson's 征 (-)，脑 CT 无异常发现，右眼视野丧失 90%，X 光片见生理曲度变直，C₆₋₇ 椎间有骨质增生，行牵引按压复位 6 次，患者鼻塞感消失，嗅觉正常，眼视力视野无改变但眼干涩感消失。

例 3，女，53 岁，农民。因心悸、胸闷、头痛头晕伴嗅觉丧失来诊，患者按“冠心病”治疗无效，患者夜不能眠，且近 1 年来视力明显下降，时有左手臂麻木

感。

查体：颈部活动各方向均受限，颈椎棘突旁多处压痛，Adson's 征弱阳性，脑 CT 无异常发现，X 光片见颈椎生理曲度变小，且有明显骨质增生，行牵引按压复位 2 次后，心悸胸闷消失，嗅觉恢复正常。

讨论 以上 3 例，2 例嗅觉功能丧失，1 例“鼻塞”均伴在头晕，头痛，肢体麻木，心悸胸闷，视力下降等症，查体颈椎棘突旁多处压痛，脑 CT 无异常发现，X 线片颈椎生理曲度变小，反弓，关节突双边影等，复位后嗅觉恢复，鼻塞消失，随访 8 个月到 3 年，疗效巩固，据以上情况，认为，颈椎病是导致 3 例病人失嗅的原因。其发生可能是颈椎生理弧度的改变和小关节错位使椎一基动脉的终末支一大脑后动脉皮层支供血不足，使海马旁回等部缺血而致。3 例失嗅患者均伴有不同程度的视觉功能障碍，这可能与枕叶视觉中枢缺血有关，也可能是当脉络丛前动脉病变或变异时，再因颈椎病致脉络丛后动脉供血不足使海马结构，杏仁复合体、视束缺血而致失嗅和视觉功能障碍。

参考文献

1. 倪文才. 颈椎综合征. 北京：人民卫生出版社，1990：128~129.
2. 张素珍，等. 椎基动脉供血不足性眩晕. 中华耳鼻咽喉科杂志. 1993；28. 140

(收稿：1995-12-28)