

# 中西医治疗对臀痛型腰椎间盘突出症甲皱微循环的影响

周立飞<sup>1</sup> 刘振东<sup>1</sup> 高肖波<sup>1</sup> 叶子<sup>2</sup>

(1 浙江省临海市中医院 临海 317000; 2 浙江省临海市第一人民医院 临海 317000)

关键词: 臀痛型腰椎间盘突出症; 甲皱微循环; 中西医结合疗法

中图分类号: R 681.53

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0028-02

临床上部分椎间盘突出病人以臀部疼痛, 感觉减退及臀肌张力改变为主症, 腰痛及坐骨神经分布区域的放射痛并不明显, 称之为“臀痛型腰椎间盘突出症”, 可占所有腰突患者的 3.5%<sup>[1]</sup>。我们采用中西医结合方法治疗 78 例本病患者, 并进行了治疗前后的甲皱微循环动态观察。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 78 例患者均符合臀痛型腰椎间盘突出症诊断要求, 男 42 例, 女 36 例; 年龄 25~69 岁, 平均 39.8 岁; 病程 4 个月~12 年, 平均 3.6 年。CT 显示 L<sub>4-5</sub> 椎间盘突出者 21 例, L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘突出者 57 例; 中央型 27 例, 偏中央型 43 例, 偏侧型 8 例。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 骶管内药物注射 醋酸确炎舒松 - A 针 15mg、川芎嗪针 80 mg、维生素 B<sub>12</sub> 针 0.5g、2%利多卡因针 5 mL、0.15%布比卡因针 5mL, 加上生理盐水 20 mL 组成混合液, 两骶骨角连线中点凹陷处为进针点, 常规消毒, 以 7 号注射针头垂直刺入皮肤, 刺入后改变方向与皮肤成 45° 角指向头部, 穿破骶尾韧带时有突破感, 将针夹放平与皮肤成 10°~15°, 再向前推进 2 cm 左右, 抽吸无回血, 推药后隆起, 即可缓慢注入药液, 每周 1 次。

1.2.2 腰椎机械牵引 采用国产 RXPC-2000 型快慢牵引系统。病人取卧位, 牵引力及旋转角度视病人体重及腰椎动态片观察而定。一般患者前屈 0°~25°, 后伸 0°~10°, 旋转 -15°~15°, 牵引力为体重加减 10%。

1.2.3 针刺推拿法 患者取俯卧位, 主穴取病变椎体相应的气海俞、大肠俞、关元俞及相应节段的华佗夹脊穴, 均取双侧, 配穴取患侧的环跳、承扶、腰中、阳陵泉、承山、昆仑, 行提插捻转, 得气后留针 30min, 10min 行针 1 次。针刺结束后, 在患侧腰臀用轻柔揉按点揉拿等手法治疗 3~5min 后行腰椎斜板法, 1 周 1 次, 2 周为 1 个疗程。

1.2.4 中药熏疗法 药用川乌 15g, 草乌 15g, 独活 15g, 乳香 15g, 没药 15g, 鸡血藤 30g, 伸筋草 20g, 威灵仙 20g, 透骨草

20g, 艾叶 20g, 放入中药熏疗器内, 把蒸气孔对准病变椎体部位, 让药液随蒸气直接作用病变部位, 1d 2 次。

1.2.5 药物内服法 (1) 扶他林 25mg/ 次, 1d 3 次, 餐后服用。(2) 中药服用三参汤, 方药: 丹参 30g, 猫人参 30g, 太子参 20g, 桑寄生 15g, 川断 15g, 怀牛膝 10g, 地龙 10g, 乌梢蛇 10g, 甘草 6g, 徐长卿 10g, 赤芍 15g, 每日 1 剂, 1d 3 次。

1.2.6 功能练习 (1) 俯卧飞燕: 俯卧位双下肢及上肢抬高; (2) 仰卧位直腿抬高; (3) 仰卧位桥式运动(五点支撑): 屈肘屈髋抬高臀部。以上治疗均 15d 为 1 个疗程, 共观察 2 个疗程。

1.3 甲皱微循环检测方法 采用无锡建信科仪有限公司生产的多媒体微循环检测仪, 按照田牛《实用临床微循环学》<sup>[2]</sup> 所定方法检测全部对象的左手无名指, 结果加权积分由检测仪配置的微循环图像处理软件自动计算。所有患者治疗前后各检测 1 次, 同时检测正常人 30 例进行对照。

1.4 统计分析 应用 SPSS11.0 统计分析比较软件对结果进行处理, 符合正态分布的数据均以均数±标准差 ( $\bar{X} \pm S$ ) 表示, 不符合正态分布的数据, 经自然对数转换正态分析。各组间比较采用 t 检验。

## 2 结果

2.1 疗效评定 参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病症诊断疗效标准》中的腰椎间盘突出症的疗效标准。结果治愈 40 例 (51.3%), 好转 36 例 (46.2%), 无效 2 例 (2.6%), 总有效率 97.4%。

2.2 甲皱微循环 治疗组在治疗前其总积分、形态积分、流态积分均高于正常组 ( $P < 0.05$ ), 经治疗后, 与治疗前比较, 有明显下降 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

组别	n	总积分	形态积分	流态积分	周积分	
治疗组	78	治疗前	2.55±1.01* <sup>△</sup>	1.07±0.53* <sup>△</sup>	0.98±0.49* <sup>△</sup>	0.51±0.41* <sup>△</sup>
		治疗后	1.52±0.47	0.63±0.49	0.51±0.71	0.37±0.21
正常组	30	1.41±0.39	0.54±0.17	0.47±0.29	0.41±0.30	

注: 与正常组比较, \* $P < 0.05$ ; 与治疗前比较, <sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

大面积脑梗死引起的脑缺血又进一步加重脑损伤, 从而导致预后不佳。总之, 创伤性大面积脑梗死的临床特点和诊断治疗有其特殊性及其复杂性, 笔者认为标准外伤大骨瓣血肿清除加颞肌敷贴及坏死脑组织切除内外减压术, 并辅以扩容、减轻脑血管痉挛、改善脑循环和高压氧舱等综合治疗是治疗创伤性大面积脑梗死的有效措施。

## 参考文献

[1] 江基尧, 李维平, 徐蔚, 等. 标准外伤大骨瓣与常规骨瓣治疗重型颅脑损伤多中心前瞻性临床对照研究 [J]. 中华神经外科杂志,

2004, 20(1): 37~40  
[2] 江基尧, 朱诚. 现代颅脑损伤学 [M]. 上海: 第二军医大学出版社, 1999. 117~118  
[3] 王忠诚. 王忠诚神经外科学 [M]. 武汉: 湖北科技出版社, 2005. 484  
[4] 郭玉璞, 王文志, 李允德. 中国脑血管病治疗专家论文集 [C]. 沈阳: 沈阳出版社, 1995. 30~33  
[5] 刘卫平, 易声禹, 章翔, 等. 大鼠急性脑损伤后局部代谢磁共振波谱分析 [J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14(1): 23~25  
[6] 龚铁逢, 李铁林, 段传志, 等. 外伤性大面积脑梗死的诊断与治疗 [J]. 脑与神经疾病杂志, 2002, 10(3): 157~159

(收稿日期: 2007-01-29)

# 中西医结合治疗雷诺氏病 40 例疗效观察

南喜连

(河南省中医院 郑州 450002)

**摘要:**目的:中西医结合治疗雷诺氏病疗效观察。方法:在辨证论治原则指导下,将雷诺氏病分为血虚寒凝型、肝郁气滞型、气滞血瘀型、血瘀化热型,分别选方论治,中药汤剂每日一副;同时应用盐酸丁咯地尔针 0.2g 加生理盐水 250mL 静脉滴注,每日 1 次。上述治疗 1 个月为 1 个疗程,连续运用 2 个疗程观察疗效。结果:观察 40 例,治愈 24 例,显效 14 例,有效 2 例,愈显率 95%,有效率 100%。结论:中西医结合治疗雷诺氏病效果良好。

**关键词:**雷诺氏病;中西医结合疗法;四逆汤;盐酸丁咯地尔

中图分类号:R 747.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0029-02

雷诺氏病(RD)临床治疗困难,且易复发。笔者近年来采用中西医结合方法治疗该病 40 例,效果良好。现报告如下:

## 1 临床资料

40 例患者均来自河南省中医院周围血管科门诊,其中男 12 例,女 28 例;发病年龄 18~45 岁,平均年龄 32 岁;发于四肢者 12 例,单纯发于上肢者 24 例,发于下肢者 4 例;因寒冷诱发者 26 例,因情绪诱发者 14 例。观察病例全部符合韩志河拟定的诊断标准<sup>[1]</sup>:(1)发作有明显的病因(邪)侵袭而致。(2)以女性多见,两肢端对称性发作。(3)有典型发病过程,即发白、变紫、潮红,加温恢复正常皮色,很少形成坏死等临床表现。(4)排除任何器质性疾病所致的“雷诺氏现象”。(5)激发试验,即用“冷水试验”、“握拳试验”诱发典型发作。

## 2 治疗方法

全部病例均采用中西医结合的方法。中医治疗依据辨证论治的原则,依次分为血虚寒凝、肝郁气滞、气滞血瘀、血瘀

## 3 讨论

腰椎间盘突出症引起腰痛一般认为是<sup>[2]</sup>突出椎间盘压迫引起静脉回流、动脉供血障碍,神经根缺血水肿,内压增高引起的。臀痛型腰椎间盘突出由于其特殊的解剖位置故单一疗法很难取得良好的效果。该病属于中医“痹病”范畴,中医学<sup>[3]</sup>认为该病以肾虚盘骨失养为本,跌扑闪挫、外感寒湿为标,最终导致经络闭塞,气血不通,不通则痛。由此可见,瘀血阻络是导致本病的主要病理因素。

中药熏疗法通过加热活血化瘀的药液直接作用于病变的部位,通经脉、活血化瘀、解痉镇痛,增强局部血液循环促进炎性物质的吸收,加快组织水肿的消散,从而缓解局部神经根压力及受刺激程度而达到缓解肌肉痉挛疼痛作用。骶管是硬膜外腔的部分,它与腰硬膜外腔相通,内有疏松的结缔组织、脂肪和丰富的静脉丛,骶核通常从后纵韧带突入硬膜外腔,在骶管内注入川芎嗪等药物,能使药物直接进入臀的髓核而渗透到神经周围,达到止痛的目的。牵引作用的机制主要是:(1)可拉宽椎间隙,增加椎管内容积;(2)缓解肌挛,松解神经根粘连,使突出物回纳式移位,解除神经根受压;(3)改善受压组织的血液供应,调节内平衡,改善内循环。现代实验研究证实,针刺具有内源性啡样物质-内源性阿片肽作用,同时推拿,可以促进炎症介质和炎症细胞的吸收,恢复神经根受压无症状病理代偿状态,纠正小关节紊乱,调整腰神经通道<sup>[5-6]</sup>,故两者合用可松解神经根粘连、松解肌挛、镇痛及提高组织痛阈。功能疗法可以使肌肉和脊柱周围

化热四个证型。其中血虚寒凝型以典型临床表现加畏寒肢冷、舌淡苍白为本病的辨证要点。治宜温经散寒,养血通脉。方选当归四逆汤加减:当归,川芎,桂枝,白芍,黄芪,细辛,通草,鸡血藤等。肝郁气滞型以情绪激动、精神紧张诱发,平素常有胸闷、胁胀疼痛为特点。治宜舒肝解郁,理气通脉。方选柴胡舒肝散加减:柴胡,白芍,当归,陈皮,川楝子,香附,郁金,红花,川芎,桂枝等。气滞血瘀型以遇冷发作,青紫持续时间较长且肿胀疼痛为辨证要点。治宜理气活血,化瘀止痛。方选桃红四物汤加减:桃仁,红花,当归,川芎,赤芍,丹参,桂枝,细辛,郁金,全虫等。血瘀化热型以本病后期久治不愈,指(趾)青紫疼痛,有溃疡等为辨证要点。治宜养阴清热,活血止痛,方选四妙勇安汤加减:当归,金银花,玄参,丹参,川芎,白芍,石斛,地龙,全虫,生甘草等。中药治疗每日 1 副,煎两次,早晚温服。同时运用西药盐酸丁咯地尔针 0.2g 加生理盐水 250mL 静脉滴注,每日 1 次。上述中西药治疗,1 个月为 1 个组织液循环旺盛,有足够的能量来源和储备,加速排除肌肉积聚和代谢产物,防止肌筋膜挛缩,使肌肉活动伸缩自如,促进因椎间盘突出而引起的组织损伤的修复。我们所用中药具有活血通络、补肾强骨之功效,经现代研究证实有改善血循环、消炎镇痛和解除肌肉痉挛等多种药理效应。采用以上中药内服、熏蒸、骶骨注射加扶他林口服等可以有效改善全身与局部血液循环,消除病变局部充血、水肿和肌肉痉挛。

甲皱微循环检测可作为瘀血症客观指标之一,本文检测结果证实,臀痛型腰椎间盘突出症患者,甲皱微循环存在明显异常。我们采用中西医结合治疗本病,随着患者临床症状缓解,甲皱微循环也得到明显改善,说明中西医结合治疗该病能有效改善患者全身和局部血液循环,降低椎间盘内压,促进突出物的回纳,从而解除神经根的刺激,对缓解腰痛、恢复腰部功能起到良好治疗作用。

## 参考文献

- [1]周斌,姚昉,朱玮.臀痛型腰椎间盘突出症[J].骨与关节损伤杂志,2004,19(8):551~552
- [2]田牛,单毅,柳大昌,等.实用临床微循环学[M].北京:军事科技出版社,1989.28
- [3]朱同根,高晓杨,王秦耕.腰椎牵引与强的松龙硬膜外注射治疗腰椎间盘突出症[J].南京医科大学学报,1994,14(3):344~347
- [4]王永炎.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2003.9
- [5]李勇,张连仁,刘家勇.手法治疗腰椎间盘突出症机理新进展[J].中国骨伤,2001,14(8):473~474
- [6]李达云,叶子.综合治疗腰椎间盘突出症 108 例[J].浙江中西医结合,2005,15(11):713

(收稿日期:2006-10-16)