

或程度上都有显著性差异($p < 0.013, p < 0.012$)。

讨论

1. 临床特点:本组腰椎间盘突出症病例以 L_{4-5} 居首位, $L_5 \sim S_1$ 次之,与文献相似^[2]。 $L_5 \sim S_1$ 与 L_{4-5} 产生的临床症状,除受累神经支配区域的不同外,根性刺激症状以 $L_5 \sim S_1$ 为重,有的患者终日处于强迫弯腰位以减轻疼痛。追溯原因,其一 L_4, L_5, S_1 神经根移动度逐根递增,直腿抬高 70° 时后者的移动度为前者两倍或更多。在相同程度突出物压迫下,移动度大的神经根其紧张度亦必然高;其二本组资料提示 $L_5 \sim S_1$ 髓核突出以外侧及极外侧脱出偏多,该部侧隐窝最为窄小,椎间孔相对较小,神经根又相对较粗,这就加剧了突出物对硬膜囊、神经根的压迫^[3]。

2. 特殊影像学检查:非离子水溶性造影剂脊髓造影,清晰显示硬膜囊、神经根袖,反映突出物与其关系,能动态观察造影剂流动充盈的整体情况,被肯定为有效检查方法之一^[4]。MRI 对椎间盘变性很敏感,能描绘多方位断层图像。虽然,两种方法在诊断符合率上无显著差异,但具体影像在不同间隙各有特点。由于 $L_5 \sim S_1$ 囊前间隙宽大,部分患者尽管有间盘突出,但硬膜腔无变形时脊髓造影难以发现,本组 5 例假阴性经 MRI 或 CT 确诊(图 1、2)。另 1 例双间隙突出,造影只显示 $L_3 \sim 4$ 突出,起初症状体征与高位腰椎间盘突出相符,术后原症状即消失,却出现 $L_5 \sim S_1$ 突出的表现, MRI 提示再次手术证实为 $L_5 \sim S_1$ 极外侧型突出。因此,观察造影要特别注意微小改变, L_{4-5} 侧位片硬膜囊前缘压迹超过 3mm 才具临床意义;而 $L_5 \sim S_1$ 则不然,有时仅斜位片神经根袖稍变形或正位片硬膜囊边缘僵直不对称,术中探查髓核突出就很明显。一般而言,术中所见较造影显示明显,这与 L_{4-5} 的情形不同。MRI 对间盘变性敏感而骨化物表现为低倍号或无信号,可出现假阴性。1 例 MRI 诊断椎间盘突出,造影提示腰骶神经根异常,手术结果与造影一致^[5]。对椎管狭窄症、后纵韧带骨化, MRI 的诊断作用不如造影或 CT^[6]。CT 检查亦是有价值的方法,不过它较难从组织密度判断间盘的

突出与膨出,不易区分突出的髓核与椎管内容,且 $L_5 \sim S_1$ 倾斜度较大有时超过 CT 所允许的倾斜范围,可出现假阴性^[7]。我们认为特殊检查以非离子水溶性造影剂脊髓造影为首选,对疑难病例再加作 MRI 或 CT 检查,有助提高术前诊断准确率,指导制定手术方案。

3. 手术应注意的问题: $L_5 \sim S_1$ 间盘突出伴先天性脊椎变异并不少见,术前美兰棘突定位,有助避免术中间隙判断错误。此处椎板间隙较大,囊后间隙小,这种病例多伴有不同程度黄韧带增生肥厚及粘连,操作时易损伤硬膜,咬除或切除黄韧带时先用神经探子仔细分离并保护硬膜,切忌强力撕拉;若粘连严重,用小骨凿凿去椎板部分下缘,找出间隙后再处理黄韧带。本组资料显示 $L_5 \sim S_1$ 髓核突出多为外侧或极外侧,中央型则为巨大突出,鉴于这种情形,应强调手术探查不仅注意中央椎管,更要重视侧隐窝及神经根管部位,予充分减压彻底松解神经根才能获得理想的疗效。

参考文献

1. Ninomiya M, Muro T. Pathoanatomy of lumbar disc herniation as demonstrated by computed tomography/discography. Spine, 1992, 17:1316.
2. 张稔生, 陆裕朴, 王全平, 等. 1741 例腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症的手术疗效. 中华骨科杂志, 1993, 13:179.
3. Avrahami E, Erishman E, Fridman Z, et al. Spina bifida occulta of S1 is not an innocent finding. Spine, 1994, 19:12.
4. 程洋, 张允长, 赵应龙, 等. 腰椎间盘突出症的 X 线诊断(附 115 例 X 线平片、造影及手术对照). 实用放射学杂志, 1993, 9:279.
5. 石维强, 陆应隆, 周建, 等. 腰骶神经根异常 1 例报告. 中华骨科杂志, 1994, 14:244.
6. 贾连顺, 董力军. 磁共振成像(MRI)与椎管造影的比较研究(附 78 例腰椎疾患手术治疗). 中华骨科杂志 1991. 11:25
7. 陈新民, 王乾兴, 吴世稚. 关于腰椎间盘突出症的误诊病例回顾. 临床误诊误治, 1992, 5:52.

(收稿 1994-09-24 修回 1995-03-26)

试论藺道人用药治伤的特点

广西中医学院(530001) 周 军 方素萍 指导 韦贵康 李桂文

藺道人,是唐代著名的骨伤科医家,撰写了我国医学史上第一部骨伤专著《仙授理伤续断秘方》。该书不但为我们留下了宝贵的接骨理伤手法,而且用更大的篇幅

记载了丰富的方药治伤经验。兹就其用药治伤的特点,略作探讨,不妥之处,敬请指正。

扑损伤折,活血为主

藺氏认为,“凡肿是血作”(口诀),“扑损伤折,骨碎筋断,……瘀血留滞,外肿内痛,肢节痛倦”(大红丸),明确指出扑损伤折的主要病机是血瘀。因而治疗上他就主选了活血化瘀的药物。

全书载方 50 首,用药达 140 余种,在出现次数较高的前 35 味药中,就有 17 味具有活血之功,可见活血药占的比例是很大的。

活血之品,性多燥烈。运用活血药的同时,藺氏还很注重养血之品的配入,如当归、芍药、首乌之属,以期活血祛瘀而不伤血。肝主筋、肾主骨,骨断筋伤自要续筋接骨。藺氏又很注重补肝肾、续筋骨药物的运用,如牛膝、骨碎补补益肝肾,与自然铜共具接骨续筋之功。活血药与养血药及补肝肾续筋骨的药物配伍运用,贯穿了藺氏治伤的大部分方剂,也正是这些方剂既可用于新创、又可用于久伤的原因。临床使用,贵在灵活化裁。

治风先治血,血行风自灭

藺氏认为,损伤后“若破,……不可见风着水,恐成破伤风”(口诀)。折骨伤筋,护理不当,则风寒湿邪易乘虚侵入,而成瘀风之疾,“因损后中风,手足痿痹,不能举动,筋骨缝纵,挛缩不舒”(当归散)、“损后伤风湿,肢节挛缩,遂成偏废”(小红丸)。因此,在用药上除了加入祛风通络、温经止痛、除湿消肿的药物,如乌头、细辛、南星、赤小豆、白芷、苍术等外,他仍以活血祛瘀药物为主,如“大活血丹”、“小红丸”、“大红丸”等,以使血行风祛。

素体虚弱,或调摄不当,也易感受风湿之邪,邪窜经络,阻血成瘀而成痹证。这也就是藺道人说的风损腰痛头疼、手足麻木、风损宽筋等诸风疾损证,其病机同样属于瘀风为患。治疗上,藺氏也采用了活血与祛风药配伍的原则来组方医治,如“搜风丸”、“驱风丸”、“首乌丸”、“排风汤”等。所不同的只是温经通络、祛风止痛的药物比例较前略大而已。由于按这样的原则组方,因此即便是一些治伤的方剂,亦可用于诸风疾损证的治疗,如“大活血丹”、“小红丸”、“黑丸子”、“当归散”、“乳香散”等方,藺氏都是如此使用的。

麻醉止痛,独具匠心

藺氏认为,骨折脱位,欲行整复,当首先麻醉,并准备了两首方剂。一为“常用整骨方”,药用未经炮制的大草乌一味为末,用酒调服助其药力。虽药力猛烈,但藺氏强调了服用方法:大草乌末“每服逐半钱,温酒调下。如未觉,再添二分药,酒下”。这就是说要由小剂量开始,逐渐加大剂量,则可避免药力过大、中毒过深。整复完毕,可“用生葱嚼解”。这种用药方法,现在看来也是很科学的。另有一方,是由乳香、没药、血竭、自然铜、无名异、木

鳖子等制成丸剂,因木鳖子经醋煮过,故该方止疼痛而无中毒之忧,只是不如前方力强而效速。

藺氏还善于在治伤的方中运用止痛药。乳香、没药是其常用的止痛药中的两味。就前 24 首治伤方的统计,可看出麻醉止痛的乌头(川乌、草乌)、细辛出现频率更高,此外尚有木鳖子。藺氏将其广泛加入治伤方中,除具祛风除湿之功外,更为重要的是加强了止痛的作用。这样,既减轻了伤者的疼痛之苦,又可避免伤者因疼痛躁动而使整复的骨折移位,与现代临床伤科的止痛剂有同样的作用。

损伤重症,急救为先

藺氏认为,跌扑伤损单纯外伤者,可按常法治疗;若并见内伤症候伤及脏腑者,则应先行救急。

“凡伤重者,未服损药,先服气药,如匀气散之类”(口诀)。卒受外伤惊吓,必致气血运行紊乱,气机失调,出现相应的脏腑病症。治应首先调理气机、解除郁滞。匀气散中青皮、陈皮、茴香、乌药疏肝破气、开胸解郁、温经散寒而止痛;杏仁、桔梗、麦蘖、前胡通宣肺之郁气;厚朴、陈皮、苍术行中焦气滞,甘草调药。如此,则肝、脾、肺三脏俱调,俾气机畅达、郁滞消散。这是调气的总方,据证情不同,可灵活使用。

若跌损较重,并见大小便不通者,是因突受外伤,气机闭塞之故。藺氏认为,这时若还以温热的活血药或再加入温热的酒,虽药力宏猛,无奈气机不通,邪无出路,则二便愈不通,必致危殆。宜先服四物汤平抑横逆之肝气,养血柔肝以期气顺便通。他说:“凡损,大小便不通,未可便服损药。盖损药用酒必热,且服四物汤”(口诀)。如服四物汤还不通,则改用通腑下气的大成汤加木通。此方是在仲景的大承气汤的基础上加当归、苏木、陈皮、甘草而成,通腑泻热兼可活血。如仍未通,再加泻下猛烈的朴硝。总以救急为先,不可墨守陈规,铸成大错。正如其云:“更看如何,又服大成汤加木通。如大小便尚未通,又加朴硝。待大小便通后,却服损药”(口诀)。

善用温热药,接骨生气血

机体遭受损伤,不仅局部的皮肉筋骨受伤,同时也影响了气血经络的功能,重者伤及脏腑。因为皮肉筋骨的生长、脏腑功能的恢复,都要以经脉畅通、气血流行为前提,故经脉不通、气滞血瘀是基本的病理机制。经脉气血遇寒则凝滞不通,得热则滞解而流行。藺氏是很注重温热药物使用的,还以前面考核的 24 首治伤方为例,出现次数较高的 20 味药中除芍药、白薇微寒,牛膝、没药、赤小豆、自然铜为平性外,其他皆为温或微温之品,体现了其善用温热的特点,所以他说:“凡损药必热”(口诀)、“凡肿是血作,用热药水泡洗”(口诀)。并且认为,温热之

品如肉桂、干姜、当归、首乌之类，尚有鼓舞气血生长的作用，骨碎补、牛膝等药，又可补益肝肾、续筋接骨，运用温热的损药“便生血气，以接骨耳”（口诀）、“常服壮筋骨、活经络、生气血”（小红丸）、“大能续筋接骨，卓有奇验。常服活血止痛生力”（乳香散）。为了不致影响温热药的这些作用，藺氏还指出：“凡服损药，不可吃冷物”（口诀），又强调了食忌的重要性。

要特别指出的是藺氏对酒的运用。酒，甘辛、大热，入十二经，可通血脉、助药势。在温热的活血方中加入酒，其温通之力更宏，可引药直达病所。全书 50 首方中，用酒者达 22 首。就前面提到的 24 首活血方，用酒者达 18 首。因此他说：“凡服药，不拘在红酒、无灰酒、生酒皆可”（口诀）。可见，藺氏是很注重酒对损伤治疗的特殊作用的。

内外用药，整体调治

全书方剂，包括了内服及洗、贴、搽、搽等外治诸方。书首第一句就是对局部伤处的处理“煎水洗”、或“先煎葱汤或药汁淋洗”（黑龙散）。运用煮开的水、葱汤或药汁来冲洗开放的创口，不但符合现在的无菌观念，且具杀

菌之力。书中洗方 5 首，所用药出现较高的三味是葱 4 次、荆芥 4 次、土当归 3 次，这也正是“淋洗药”的组成药物，可见此方是 5 首洗方的基础方。洗毕的创口还要以收湿敛疮、解毒止痒生肌的“风流散”填塞，周围则用活血通络、消肿止痛的“黑龙散”、“乌龙角”调贴。对皮破出血不止者，藺氏又备有收敛止血、消肿止痛的“桃红散”、“疹疮口方”。对闭合性损伤，视其轻重，亦可用药水洗、外涂药膏，同样具有活血消肿止痛的作用，如其所云：“凡伤重，必用药水泡洗，然后涂药。如伤轻，不必洗，便涂药”（口诀）。

局部伤处处理完毕，还要内服药物以全身调治（如前所谈内容）。注重局部与整体、内服与外用相结合，是藺氏治伤整体观念的体现。

选药重产地

不同地方所产的药材，其药力功用也不同。藺氏也很注意这一点，且就“当土”、“外道”与丸子，末子的关系作了阐述。产地不同，则用法有别，藺氏是很注重药材产地的。

（收稿：1994-11-28）

股骨大粗隆疼痛综合症

第三军医大学第三附属医院（重庆 630042） 刘晋才

股骨大粗隆疼痛综合症是一种比较少见的疾患，国外报告很少，国内未见报告。1984~1994 年作者诊治 16 例股骨大粗隆疼痛综合症，现报告如下：

临床资料

16 例中男 14 例，女 2 例；年龄 17~61 岁；发病诱因：剧烈体育运动后引起疼痛 5 例，参加手术站立过久引起疼痛 2 例，其余 9 例无明确发病诱因。自觉症状：患者主要感觉股骨大粗隆顶部疼痛，2 例疼痛放射到大腿外侧，1 例放射到腹股沟部，5 例患侧卧后疼痛加重，疼痛的性质为持续性钝疼，行走、直立过久后疼痛亦可加重，休息后可稍有缓解。临床体征：局部无红肿及滑囊炎表现，髋关节活动正常，向健侧弯腰、外展下肢、对抗外展及做 Trendelenburg 试验时可出现疼痛，股骨大粗隆的顶部有明显的局限性触压痛。15 例行 X 线检查，髋部均未发现病变。伴有放射痛的病人患侧做 SEP 检查，结果正常。

治疗方法及随访结果

16 例病人经过醋酸强的松龙局部封闭，口服酮基布洛芬，芬必得及活血化瘀中成药如三七伤药片等后，

症状减轻或消失。经随访 1~2 年，4 例 1 年内复发，复发后症状同前。

讨论

Leonard⁽¹⁾首先提议将无明显原因的股骨大粗隆疼痛归因于大粗隆疼痛综合症。1985 年，Karpinski⁽²⁾这一名称报告了 15 例。股骨大粗隆疼痛综合症的主要特点是：(1)疼痛表现在股骨大粗隆的顶部，可伴有大腿外侧或腹股沟区、髌髁部的放射疼，活动时疼痛加重；(2)检查可发现其压痛点在大粗隆的顶部偏后方，可以随股骨旋转而改变，下肢外展及抗外展、或向健侧弯腰时可引疼痛或加重疼痛，做 Trendelenburg 试验时可引起疼痛或加重疼痛；(3)X 线片检查，通常正常，偶可见大粗隆顶部有软组织钙化影。但本组 X 线检查无此现象。根据以上特点，并除外大粗隆部的其它病患，如滑囊炎，结核等，即可诊断为股骨大粗隆疼痛综合症。

股骨大粗隆疼痛综合症与其它疾病的鉴别诊断非常重要。该综合症引起的大粗隆顶部疼痛很容易误诊为局部的滑囊炎，但仔细检查即可发现在疼痛的局部无红肿、发热、捻发音或波动等滑囊炎的体征。该综合