

连接区的结构完整对保持关节灵活运动也显得十分重要。本研究肌腱与肌肉连接区脂肪组织的侵入，小血管的掺入，毫无疑问会削弱将肌肉收缩力传递到肌腱及骨的过程；如果肌腱纤维与肌纤维完全断离，会使该传递完全失败。另外，模型动物肌肉—肌腱本身的病变同时也使肌肉收缩力下降，或肌腱至骨之间力的传递过程减弱，都影响肢体关节的活动。结合我们以前的研究结果<sup>〔1〕</sup>认为痹证（类风湿性关节炎）的运动障碍，不仅由关节滑膜、关节软骨（骨）的病变所致，同时，在这个病理过程中，肌肉和肌腱及它们之间连接区的病变也起十分重要作用。至于本研究中的肌腱肌肉病变在痹证发病中的地位，即肌腱肌肉的病与关节软骨（骨）、关节滑膜组织的病变之间的关系

如何，有待于今后进一步探讨。

此外，镜下常常可见模型组动物肌肉纤维向肌腱纤维的转变过程，即肌肉纤维与肌腱纤维结构相似，提示病理情况下，肌肉纤维可能转变为腱纤维；同样，腱纤维的钙化骨化提示腱纤维组织能转变为骨组织，因而在认识痹证的实质时，应从骨（软骨）——肌腱——肌肉整体角度考虑，而不应该只注意软骨（骨）的病变；治疗中，在祛风湿的基础上，不仅要注意壮骨，同时也应该注意强筋、生肌。

参 考 文 献

1. 王安民, 等. 大鼠实验性痹证模型建立及其病理学. 中华中医骨伤科杂志 1988; (2):8.
2. 吕爱平, 等. 益肾蠲痹丸对大鼠实验性痹证影响的病理学研究. 中医杂志 1988; (6):49.

肺癌骨转移引起腰腿痛2例

辽宁中医学院附属医院 (110032) 宋喆

我科自1991年7~9月治疗2例以腰腿痛为首发症状的晚期癌症患者，现报告如下。

例1, 患者,男,54岁,住院号72715。因“胃溃疡”在外科住院行胃切除术后3个月。自觉左臀部麻木,酸痛,检查直腿抬高试验阴性,膝跟反射正常,左臀中肌压痛、左臀横纹中线处压痛。拍左髋关节正位像及骨盆正位像,骨质未见异常。临床诊断:左侧坐骨神经痛。给予按摩、针灸、局部封闭等治疗,疼痛未见明显缓解,转本科治疗。同意坐骨神经痛诊断(原因待查)。给予①超短波治疗,左侧臀部上下对置,间隙1.5cm,无热量,每日1次,每次15分钟,10次一疗程。②音频电疗,左侧臀部并置,输出量5~30mA,每日1次,每次15分钟,10次为一疗程。治疗第一疗程,前4天疼痛稍有缓解,从第5天开始疼痛逐渐加重出现跛行。继续治疗一周,疼痛继续加重,行走困难(借助支具行走),停止治疗。转回外科,经再拍骨盆正位像,提示左髂骨及坐骨支有骨密度减低区。拍肺片提示右肺多发占位性病变。做CT扫描提示转移性肺癌。临床最后诊断原发性肺癌骨转移。患者于诊断后3个半月死亡。

例2, 患者,女,56岁。腰部酸痛,活动轻受限2个月, L<sub>3,3</sub> 棘突压痛,腰肌压痛。拍腰椎正侧位像提

示 L<sub>2-3</sub>椎体前缘唇样增生。经骨科门诊诊断为肥大性脊柱炎,腰肌劳损。转本科治疗,同意临床诊断。给予①超短波疗法,腰骶部对置,间隙1.5cm微热量15分钟,每日1次,10次一疗程。②低频调制中频电疗,腰肌两侧并置,输出量为耐受限。每日1次,每次20分钟,10次一疗程。患者治疗一疗程后,症状体征无明显改善,腰部疼痛稍有加重。继续治疗一疗程(停超短波改陈醋离子导入法),腰部疼痛逐渐加重(夜间明显)活动受限,停止治疗,转回临床复查。再拍腰椎正侧位像,提示 L<sub>2,3</sub>椎体有骨密度减低区, L<sub>2,3</sub>椎体楔形变。后经CT扫描及临床全面检查,诊断为原发性肺癌骨转移。患者于诊断后5个月死亡。

讨 论

在恶性肿瘤骨转移的早期,一般为局部疼痛或反射性疼痛。疼痛在开始时常很隐蔽,呈间歇性,随着时间的延长而逐渐增剧,呈持续性,尤以夜间为重。有时主诉似风湿痛或肩背腰腿痛,应用止痛药物或其他手段治疗可获得改善。晚期疼痛剧烈。

本文2例均系肺癌骨转移引起的腰腿痛而无肺癌的典型症状,且X线征象在疼痛早期亦无异常改变,故易被临床医生忽略,贻误诊断。而确诊时往往已至晚期,病情迅速恶化,失去治疗转机。