

## 基于“三焦气化”理论运用己椒蒌黄汤治疗腰椎间盘突出症 41 例

温海宝<sup>1</sup> 高景华<sup>1,2△</sup> 朱立国<sup>1,2</sup> 冯敏山<sup>1,2</sup> 高春雨<sup>1</sup> 杨克新<sup>1</sup> 李建国<sup>1</sup> 李路广<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:观察经方己椒蒌黄汤治疗腰椎间盘突出症(气机不利、瘀水互结证)的临床疗效。方法:采用前瞻性单臂临床研究方法,观察符合条件的 38 例腰椎间盘突出症患者,采用己椒蒌黄汤内服治疗 2 周,分别于治疗前、治疗 1 周后、治疗 2 周后、疗程结束 2 周后随访,记录患者腰腿疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分、中医证候评分、起效时间及治疗前后的腰椎活动度,来评价临床疗效及安全性。结果:VAS 评分、ODI 评分及中医证候评分在治疗 1 周后、治疗 2 周后、治疗结束 2 周后与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗 2 周后及治疗结束 2 周后与治疗 1 周后相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗结束后 2 周随访与治疗 2 周后相比,VAS 评分和 ODI 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),中医证候评分差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗 2 周后,腰椎前屈、后伸活动度对比治疗前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗结束时,ODI 评分有效率为 80.5%。结论:己椒蒌黄汤能显著改善腰椎间盘突出症(气机不利、瘀水互结证)患者腰腿疼痛、腰椎活动受限等症状,改善中医证候,起效时间快,不良反应少。

**[关键词]** 己椒蒌黄汤;腰椎间盘突出症;三焦气化;气机不利;瘀水互结

**[中图分类号]** R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2024)08-0080-05

**DOI:** 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.240816

## Ji-Jiao-Li-Huang Decoction was Used to Treat 41 Cases of Prolapse of Lumbar Intervertebral Disc Based on the Theory of “Sanjiao Qi Movement”

WEN Haibao<sup>1</sup> GAO Jinghua<sup>1,2△</sup> ZHU Ligu<sup>1,2</sup> FENG Minshan<sup>1,2</sup>GAO Chunyu<sup>1</sup> YANG Kexin<sup>1</sup> LI Jianguo<sup>1</sup> LI Luguang<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wangjing Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102, China;

<sup>2</sup> Beijing Key Laboratory of Orthopedic Technology in Traditional Chinese Medicine, Beijing 100102, China.

**Abstract** To observe the clinical efficacy of Ji-Jiao-Li-Huang decoction in the treatment of lumbar disc herniation with the syndrome of Qi stagnation and stagnation of blood and water. **Methods:** A prospective single-arm clinical study was conducted on 38 eligible patients with lumbar disc herniation. The patients were treated with Ji-Jiao-Li-Huang decoction taken orally for 2 weeks. The patients' lumbar and leg pain visual analogue scale (VAS) scores, Oswestry disability index (ODI) scores, TCM syndrome scores, onset time, and lumbar mobility before and after treatment were recorded and followed up at 1 week, 2 weeks, and 2 weeks after the treatment course to evaluate clinical efficacy and safety. **Results:** The VAS scores, ODI scores, and TCM syndrome scores showed statistically significant differences after 1 week, 2 weeks, and 2 weeks post-treatment compared to before treatment ( $P < 0.05$ ). There were statistically significant differences in these scores at 2 weeks and 2 weeks post-treatment compared to 1 week ( $P < 0.05$ ). No statistically significant difference was observed in VAS and ODI scores between 2 weeks post-treatment and 2

weeks after the end of treatment ( $P > 0.05$ ), but there was a statistically significant difference in TCM syndrome scores ( $P < 0.05$ ). After 2 weeks of treatment, the lumbar flexion and extension mobility showed statistically significant differences compared to before treatment ( $P < 0.05$ ). At the end of the treatment, the effective rate of the ODI scores was 80.5%. **Conclusion:** Ji-Jiao-Li-Huang decoction can significantly improve the symptoms of

基金项目:国家中医药传承创新团队项目(ZYYCXTD-C-202003)

中国中医科学院科技创新工程项目(C12021A02015)

<sup>1</sup> 中国中医科学院望京医院(北京,100102)

<sup>2</sup> 北京市中医正骨技术重点实验室

△通信作者 E-mail:gaojinghua64@sina.com

lumbar and leg pain and limited lumbar mobility in patients with lumbar disc herniation with the syndrome of Qi stagnation and stagnation of blood and water. It also improves TCM syndrome, has a rapid onset time, and has few adverse reactions.

**Keywords:** Ji-Jiao-Li-Huang decoction; lumbar disc herniation; Sanjiao Qi movement; Qi stagnation; stagnation of blood and water

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是指腰椎间盘随着年龄增长及劳损积累发生退行性改变,在遭到急性外力损伤后,腰椎关节错位,使纤维环破裂连同髓核及软骨终板向外突出,压迫刺激神经根和窦椎神经所引发的以腰腿剧烈疼痛、腰椎活动严重受限为主要症状的一种骨科常见疾病<sup>[1]</sup>。对于急性期的腰椎间盘突出症,保守治疗仍为首选<sup>[2]</sup>。中药治疗本病具有其独特优势,笔者以源自《黄帝内经》的“三焦气化”理论为依据,结合《金匱要略》中对于水气病“瘀水同治”的用药特点,以气机不利、瘀水互结立法,在经方己椒苈黄丸的基础上进行加减治疗急性期腰椎间盘突出症,经临床疗效观察取得了较好的疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

2022 年 1 月至 2023 年 6 月于中国中医科学院望京医院脊柱二科门诊收集腰椎间盘突出症患者 43 例,脱落患者 2 例(2 例患者失访),41 例患者最终完成治疗及随访。其中男 27 例,女 14 例;平均年龄为(44.68±8.18)岁;平均病程为(20.81±16.06)个月,急性病程为(5.65±4.35) d。

### 1.2 西医诊断标准

参照《腰椎间盘突出症诊疗指南》<sup>[3]</sup>制定:1)有腰背部疼痛病史;2)下肢放射性神经根性痛,与神经支配区域相符合;3)下肢感觉异常,与神经支配皮肤区域相符合;4)直腿抬高试验阳性,加强试验阳性,下肢腱反射减弱;5)MRI 显示椎间盘突出,神经受压。

### 1.3 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>,结合专家经验制定气机不利、瘀水互结证的诊断标准。1)主证:(1)腰背部疼痛;(2)下肢放射痛;(3)腰椎活动受限。2)次证:(1)腹满不适;(2)大便秘结;(3)下肢麻木;(4)腰腿沉重。3)舌象:舌质暗淡,舌下脉络迂曲青紫,色瘀,苔白滑或白腻。4)脉象:弦滑或弦涩有力。以上主证皆具,次证≥2 项,参照舌象、脉象即可诊断为气机不利、瘀水互结证。

### 1.4 纳入标准

1)符合西医腰椎间盘突出症诊断标准;2)符合中医气机不利、瘀水互结证辨证标准;3)年龄为 20~60 周岁;4)腰椎 MRI 显示神经根水肿;5)疼痛视觉模拟量表(VAS)评分≥5 分;6)病程≤2 周;7)若接受过其

他治疗,已经过 7 d 以上洗脱期;8)自愿参加并签署知情同意书。

### 1.5 排除标准

1)有严重手术指征患者(疼痛剧烈,或患者处于强迫体位,影响工作或生活;出现单根神经麻痹或马尾神经麻痹,表现为下肢肌力进行性下降);2)合并严重原发性疾病(如心脑血管、造血系统疾病等)患者;3)对本试验所用药物及其成分过敏者;4)3 个月内有参与其他临床试验者。

### 1.6 脱落及剔除标准

1)受试者依从性较差,不能按时复诊;治疗过程中主动向主管医生提出退出试验;由于各种原因受试者失访为脱落病例。2)入组后发现患者不符合纳入标准;患者入组后无治疗或无任何记录者为剔除病例。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

己椒苈黄汤组方:防己 10 g,川椒目 10 g,葶苈子 10 g,酒大黄 10 g,鸡血藤 15 g,苏木 6 g,川牛膝 9 g。颗粒剂,开水冲服,2 次/d,早晚饭前服用,疗程为 2 周,疗程结束后随访 2 周。

### 2.2 观察指标

1)疼痛 VAS 评分<sup>[6]</sup>:采用疼痛视觉模拟量表对患者的疼痛程度进行观测记录。2)Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分<sup>[7]</sup>:由疼痛的程度、日常自理能力、提物、行走、坐、站立、睡眠、社会活动、旅行活动等 9 个部分构成,按照从轻到重的程度计分范围为 0~5 分。3)中医证候评分:参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>和《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>以及专家经验制定,主证为腰背部疼痛,下肢放射痛,腰椎活动受限,按无、轻、中、重量化为 0,2,4,6 分;次证为腹满不适,大便秘结,下肢麻木,腰腿沉重,量化为 0,1,2,3 分;舌象、脉象不计分;证候体证分级量化见表 1。4)腰椎活动度:用腰椎活动度测量仪(专利号为 200920110588.0)测量,记录腰椎前屈、后伸、左侧屈、右侧屈活动度的具体数值。5)起效时间。

### 2.3 疗效评价标准<sup>[8]</sup>

依照 ODI 评分进行疗效评价,ODI 疗效评分=[(治疗前症状体征总评分-治疗后症状体征总评分)/(满分 45-治疗前症状体征总评分)]×100%。临床控制:症状体征全部消失或基本消失,疗效评分≥90%。显效:症状体征明显改善,90%>疗效评分≥

表 1 中医证候单项症状分级量化标准

| 证型 | 症状     | 正常 | 轻               | 中                | 重              |
|----|--------|----|-----------------|------------------|----------------|
| 主证 | 腰背部疼痛  | 无  | 腰痛较轻,偶有发作,可自行缓解 | 中度腰痛,时常发作,活动后可缓解 | 腰痛较重,持续不止      |
|    | 下肢放射痛  | 无  | 偶有下肢轻度放射痛,疼痛较重  | 常有下肢放射痛发作,中度疼痛   | 下肢放射痛频频发作,疼痛较重 |
|    | 腰椎活动受限 | 无  | 偶有腰椎活动受限        | 常有腰椎活动受限         | 腰椎无法活动         |
| 次证 | 腹满不适   | 无  | 轻度腹满            | 中度腹满,揉按减轻        | 重度腹满,揉按不能缓解    |
|    | 大便秘结   | 无  | 2 d/次           | 3 d/次            | 3 d 以上/次       |
|    | 下肢麻木   | 无  | 间歇发生,休息后可完全缓解   | 经常发生,休息后可部分缓解    | 持续发作,休息不能缓解    |
|    | 腿腰沉重   | 无  | 轻度沉重,可自行缓解      | 中度沉重,休息后可缓解      | 重度沉重,休息后不能缓解   |

70%。有效:症状体征均有好转,70% > 疗效评分 ≥ 30%。无效:症状体征无明显改善,疗效评分 < 30%。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 进行数据统计分析。计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  形式描述,组内不同时间点对比采用单因素重复测量方差分析,计数资料采用卡方检验,  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

3 结果

3.1 观察指标比较

表 2 观察指标比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 时间          | VAS 评分                      | ODI 评分                       | 中医证候评分                         |
|-------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 治疗前         | 6.66 ± 0.73                 | 28.17 ± 3.21                 | 20.54 ± 3.71                   |
| 治疗 1 周后     | 4.51 ± 0.75 <sup>1)</sup>   | 19.88 ± 2.12 <sup>1)</sup>   | 16.59 ± 3.51 <sup>1)</sup>     |
| 治疗 2 周后     | 3.07 ± 0.98 <sup>1)2)</sup> | 16.76 ± 3.08 <sup>1)2)</sup> | 13.17 ± 3.02 <sup>1)2)</sup>   |
| 治疗结束 2 周后随访 | 3.20 ± 0.87 <sup>1)2)</sup> | 16.80 ± 3.39 <sup>1)2)</sup> | 11.83 ± 2.67 <sup>1)2)3)</sup> |
| <i>F</i>    | 226.79                      | 141.48                       | 84.66                          |
| <i>P</i>    | 0.000 1                     | 0.000 1                      | 0.000 1                        |

注:1)与治疗前比较,  $P < 0.05$ ; 2)与治疗 1 周后比较,  $P < 0.05$ ; 3)与治疗 2 周后比较,  $P < 0.05$ 。

3.2 临床疗效比较

治疗 2 周后有效率为 80.5%,疗程结束 2 周后随访有效率为 78.1%,见表 3。

3.3 腰椎活动度比较

表 3 基于 ODI 评分的不同时间点临床疗效比较(例)

| 时间        | 临床控制     | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效率/% |
|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--------|
| 治疗 2 周后   | 5(12.2%) | 11(26.8%) | 17(41.5%) | 8(19.5%) | 80.5   |
| 疗程结束 2 周后 | 4(9.8%)  | 10(24.4%) | 18(43.9%) | 9(21.9%) | 78.1   |

表 4 腰椎活动度比较( $\bar{x} \pm s$ ,°)

| 时间      | 前屈活动度        | 后伸活动度        | 左侧屈活动度       | 右侧屈活动度       |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 治疗前     | 69.80 ± 7.03 | 19.39 ± 2.76 | 24.44 ± 4.30 | 23.07 ± 4.45 |
| 治疗 2 周后 | 81.80 ± 5.27 | 23.93 ± 2.51 | 25.24 ± 3.87 | 23.76 ± 3.81 |

3.4 起效时间统计

经随访统计,起效时间少于 3 d 的患者为 8 例,起效时间 3~6 d 的患者 16 例,7~9 d 的患者 5 例,10~14 d 的患者 2 例。

3.5 安全性

服药期间 2 例患者出现腹泻症状,但腹泻后疼痛症状明显减轻,症状在 2 d 后消失,后继续服药,无不适。其余患者服药期间未出现过敏、恶心、呕吐、腹泻等不良反应。

经过单因素重复测量方差分析可知,VAS 评分、ODI 评分及中医证候评分随着时间推移产生效应差异 ( $P < 0.05$ ),结果显示 VAS 评分、ODI 评分及中医证候评分在治疗 1 周后、治疗 2 周后、治疗结束 2 周后与治疗前比较差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ );治疗 2 周后及治疗结束 2 周后与治疗 1 周后相比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );治疗结束 2 周后随访与治疗 2 周后相比,VAS 评分和 ODI 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),中医证候评分差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表 2。

分别在治疗前及治疗结束后测量腰椎活动度,结果为治疗后腰椎前屈、后伸活动度对比治疗前差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),左侧屈、右侧屈活动度对比治疗前差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),见表 4。

4 讨论

4.1 “三焦气化”理论在腰椎间盘突出症治疗中的应用

4.1.1 “三焦”包含椎管 三焦为人体六腑之一,居于脏腑之外,躯体之内。古今医家对其形质多有争议,但对其功能认识较为统一<sup>[9]</sup>,笔者从三焦功能出发,推其形质,论述如下:《黄帝内经》称三焦为“决渎之官”,“能化糟粕,转味而入出”,《难经》指出三焦为“原气之别使”,可见三焦具有通行人体津液、人身之气以及为人体物质的交换转化过程(即气化过程)提供条件的功

能。从三焦通行的功能上讲,三焦应为腔系结构;因在人体中结构与功能一定是相适应、相统一的,三焦的功能可归纳成为气、血、津液等物质的流通提供一个通道空间<sup>[10]</sup>,即需要腔系结构。从三焦气化功能上讲,三焦应为膜系结构;现代科学将“膜”定义为具有选择性分离功能的物质材料,即可以通过膜实现功能性选择性的物质交换及转化,即需要膜系结构<sup>[11-12]</sup>,人体椎管为骨纤维性管道,内含硬膜囊,包绕着脑脊液,为典型的腔膜结构,亦应归属于中医“三焦”范畴。

**4.1.2 “气化失司”为病** “气化”一词在《黄帝内经》中本意指气机升降出入带来的一系列变化<sup>[13]</sup>,三焦气化功能具体表现即上焦宣发、中焦运化、下焦排泄糟粕,在正常状态下为“清阳升出以实四肢,浊阴降入以归六腑”,以维持三焦气化稳定。腰椎间盘突出症可归于中医“卒腰痛”,其发病多与外邪侵袭及外伤闪挫有关,如《诸病源候论·腰背痛诸候》曰:“肾气虚损,风邪乘虚卒入肾经,故卒然而患腰痛。”《圣济总录·卷四》云:“卒腰痛者……举重伤腰,故卒痛也。”而人身津气,出入升降于腠理之间,流转运动于三焦之际,若遭外力施为,腰部骤然闪挫,或遭外邪卒然侵袭,则三焦腠理形质损伤<sup>[14]</sup>,可导致气的生成、输布和气化功能的异常,变生瘀血、水饮搏结于腰,《素问·至真要大论》曰“脉道不通,气不往来”,则有腰腿部的剧烈疼痛;气机失常,脉络瘀阻则腰府失于荣养,故有下肢的麻木,甚至无力;气机不畅,则有腹满不适;舌质暗淡,舌下脉络迂曲青紫为瘀血阻络所致,苔白滑或白腻为气机不利,水气停滞所致,脉弦滑或弦涩为瘀水互结之象。在临床实践中,笔者观察到患者由于腹部用力会使椎间盘内压增加诱发疼痛,突出的腰椎间盘突出组织对马尾神经的压迫<sup>[15]</sup>等原因,常伴有二便不畅的症状,这亦是气机不利的主要表现。《素问·阴阳应象大论》曰“清阳实四肢,浊阴归六腑”,气机不利,气化失司,则清阳不升,浊阴难降,可见大便秘结,或兼见小便不畅。且腰椎间盘突出症在病理表现上可见椎管内受压节段脊神经根的血液循环障碍<sup>[16]</sup>及水肿征象<sup>[17]</sup>,因此该病治疗的首要目的是减轻神经根水肿,改善局部血液循环,快速缓解腰腿部疼痛。

#### 4.2 己椒蒴黄汤“调畅三焦气机,兼可化瘀利水”

本方由防己、川椒目、葶苈子、大黄、鸡血藤、苏木、川牛膝共 7 味药组成,前 4 味为《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》所载己椒蒴黄丸,清代御医吴谦认为此方首在调畅气机,使“脾气转”,而要使气机和畅,则重在二便通利,其治法为前后分消,方中防己苦寒,内黄外白,可斡旋从脾至肺之三焦水道<sup>[18]</sup>,逐脏腑水气,椒目辛温,可温命门以蒸脾阳,二药合用导饮于前,以利小便以升清阳。大黄苦寒,攻下通腑,活血祛瘀,可将三焦所停之水气从下夺之,然其司全在肠胃,力不及肺,用辛

寒之葶苈子开肺气之壅闭,且其根黄而子白,可通从肺至脾之三焦通道<sup>[19]</sup>,二药合用推饮于后,通大便解以降浊阴,清阳浊阴各归其位,气机调畅则腹满减、水饮行、津液生。为强其活血通络之力,加鸡血藤、苏木,因病在下部,引药加以川牛膝。因此,己椒蒴黄汤具有调畅三焦气机,兼可化瘀利水之效,适用于气机不利、瘀水互结证的急性期腰椎间盘突出症,其症可见腰腿疼痛,下肢麻木无力,腰椎活动受限,腹满不适,大便秘结,或兼小便不畅,舌质暗淡,舌下脉络迂曲粗大,色瘀,苔白滑或白腻,脉象为弦滑或弦涩,按之有力。

#### 4.3 己椒蒴黄汤治疗腰椎间盘突出症的临床疗效

由于腰椎间盘突出症患者起病急骤,病程较短,患者就医往往以疼痛、腰椎活动受限为主诉,故本研究从疼痛、腰椎功能、中医证候、起效时间四个方面来进行疗效评价。研究结果显示己椒蒴黄汤能够显著改善腰椎间盘突出症患者的腰腿疼痛 VAS 评分,腰椎功能障碍 ODI 评分、中医证候评分及腰椎前屈、后伸活动度,且随时间推移症状呈现逐渐缓解趋势。研究表明<sup>[20]</sup>处于急性期的腰痛患者,推荐使用非甾体抗炎药(NSAIDs)缓解疼痛,但其停药后易复发,服药产生的胃肠道反应不容忽视<sup>[3]</sup>。此外糖皮质激素因其强大的抗炎作用在临床中得到广泛应用,但 Abdel Shaheed 等<sup>[21]</sup>研究发现病程在 1 周内的急性坐骨神经痛患者应用激素,仅能改善残疾程度,对于疼痛的缓解并不明显。本方在治疗结束 2 周后的随访期间,病情稳定,无复发倾向,证明本方对于气机不利、瘀水互结证腰椎间盘突出症患者的疗效具有持久性和稳定性,且对于急性期患者的起效时间多数在 1 周以内,较为符合患者的临床预期。

综上所述,己椒蒴黄汤治疗腰椎间盘突出症(气机不利、瘀水互结证)疗效显著,能够缓解患者腰腿疼痛,改善腰椎活动度及中医证候,具有稳定良好的临床疗效及较好的安全性。但本研究观察时间及随访时间较短,样本量较少,混杂因素较多,结论可能存在偏倚。后期将进一步完善方案设计,增大样本量开展随机对照研究,在验证疗效的基础上进一步开展基础实验以验证其作用机制,以便临床进一步推广应用。

#### 参考文献

- [1] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(1): 2-6.
- [2] AMIN RAJ M, ANDRADE NICHOLAS S, NEUMAN BRIAN J. Lumbar disc herniation[J]. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine, 2017, 10(4): 507-516.
- [3] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组, 中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 477-487.
- [4] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 356-359.

- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 214-215.
- [6] 万丽, 赵晴, 陈军, 等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识 (2020 版)[J]. 中华疼痛学杂志, 2020, 16(3): 177-187.
- [7] FAIRBANK J. The Oswestry disability index[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2000, 25(22): 2940-2953.
- [8] 程继伟, 王振林, 刘伟, 等. 周跃. Oswestry 功能障碍指数的改良及信度和效度检验[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2017, 27(3): 235-241.
- [9] 董国菊. 基于“三焦气化”理论谈中医药分期防治射血分数保留心衰的思路[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(4): 1-3.
- [10] 张天星, 贺娟. 三焦探源[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(11): 725-728.
- [11] BENIAS P C, WELLS R G, SACKEY-ABOAGYE B, et al. Structure and distribution of an unrecognized interstitium in human tissues[J]. Science Reports, 2018, 8(1): 4947.
- [12] FENG J T, LI H Y, HAN D, et al. A ‘green pathway’ different from simple diffusion in soft matter: fast molecular transport within micro/nanoscale multiphase porous systems[J]. Nano Research, 2014, 7(3): 434-442.
- [13] 孙旭云, 赖永健, 魏峰明, 等. 从“三焦气化失司”理论探讨慢性功能性便秘的治疗[J]. 山西中医药大学学报, 2022, 23(5): 465-468.

- [14] 王桂彬, 荆琳, 潘丽, 等. 中医治疗腰痛经验[J]. 中医学报, 2021, 36(10): 2059-2062.
- [15] BLUMENFELD H. 临床神经解剖学: 病例解析[M]. 李云庆, 赵钢, 汪昕, 等译. 2 版. 天津: 天津科技翻译出版有限公司, 2020: 276-279.
- [16] 罗思进. 腰椎间盘突出症疼痛发生机制的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(58): 38-39.
- [17] DI MARTINO A, MERLINI L, FALDINI C. Autoimmunity in intervertebral disc herniation: from bench to bedside[J]. Expert Opin Ther Targets, 2013, 17(12): 1461-1470.
- [18] 周岩著, 邹运国点校. 本草思辨录[M]. 北京: 人民军医出版社, 2015: 58-59.
- [19] 邹澍撰. 本经疏证[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 373-375.
- [20] RASMUSSEN-BARR E, HELD U, GROOTEN W J, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 10(10): CD012382.
- [21] ABDEL SHAHEED C, MAHER C G, BUCHBINDER R, et al. Efficacy and harms of orally, intramuscularly or intravenously administered glucocorticoids for sciatica: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur J Pain, 2020, 24(3): 518-535.

(收稿日期: 2023-11-13)

(上接第 79 页)

致骨折端的再移位, 甚至是畸形愈合等, 故应注意以下几点: 1) 复位后应及时观察患肢的血运、皮感情况, 防止夹板过紧影响患肢血运, 防止出现骨筋膜室综合征, 条状布胶布固定后能上下微动 1 cm 左右为宜。2) 手法复位应越早越好, 复位时应将触摸、反折、牵引、按顶几个过程一气呵成, 协调一致, 迅速快捷, 禁止粗暴及毫无根据反复复位。3) 医者和助手在实施复位过程中可与患儿适当交流, 分散患儿注意力, 以减轻患儿痛苦。4) 复位后应随即复查 X 线查看骨折端情况, 若骨折端仍有错位, 则可及时进行适当的调整; 复查示骨折端对位对线理想时, 即可指导患儿进行早期功能锻炼。5) 手法复位可塑形夹板外固定后, 使用一纱布绷带将前臂屈肘关节 90° 于胸前, 以促进患肢回流消肿。6) 注重纱布垫块的使用, 若骨折远端向背侧移位, 近端向掌侧移位, 则将纱布垫块置于远端背侧、近端的掌侧; 若反向移位, 则反向使用纱布垫块。

手法复位联合夹板外固定是中医骨伤科学独有的特色, 采用反折牵顶闭合手法整复可塑形夹板外固定治疗儿童尺桡骨下 1/4 骨折具有复位好, 简便快捷, 避免手术内固定治疗带来的医药费用, 也避免了二次手术, 创伤小, 可早期进行功能锻炼, 有利于患肢肿胀的消除, 防止筋脉萎缩, 可尽早恢复前臂功能等优点, 疗效满意, 患者接受度高, 是一种可在临床推广应用的方法。

## 参考文献

- [1] 张荣记. 旋后位手法整复儿童尺、桡骨下 1/4 骨折[J]. 中医外治杂志, 2003, 12(6): 47.
- [2] 邓宾. 旋前手法治疗儿童尺、桡骨下 1/4 骨折[J]. 医学理论与实践, 2001, 14(7): 653-654.
- [3] 潘少川. 实用小儿骨科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [4] 田伟. 实用骨科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [5] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗. 外科学[M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 159.
- [7] 方先之, 顾云五, 尚天裕. 中西医结合治疗前臂双骨干骨折的研究[J]. 人民军医, 1963(11): 15-16.
- [8] LEE S K, KIM K J, CHA Y H, et al. Conservative treatment is sufficient for acute distal radioulnar joint instability with distal radius fracture[J]. Ann Plast Surg, 2016, 77(3): 297-304.
- [9] 冷向阳, 马勇. 中医正骨学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [10] WENGER D R, PRING M E. Rang 小儿骨折[M]. 3 版. 潘少川, 孙琳, 郭源, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 705-712.
- [11] 李瑛, 费攀, 邹季. 骨折弹性固定条件下骨折端“微动”对骨折愈合的影响[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(12): 35-37.

(收稿日期: 2024-01-19)