

均无明显变化,但对对照组治疗后 ALT、AST 均较同组治疗前升高($P<0.05$),且高于治疗组($P<0.05$),提示治疗组的治疗方法更为安全有效。综上所述,针刺配合整脊疗法可改善 AS 并发髋关节病变患者的临床症状,提高髋关节功能,且安生性较好。

[参考文献]

- [1] 李洪毓,陈宜恒. 强直性脊柱炎髋关节病变的相关因素分析[J]. 中华风湿病学杂志,2010,14(11):756-758.
 [2] 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,2002:119.
 [3] Appel H, Loddenkemper C, Sieper J. Immunopathol-

ogy of ankylosing spondylitis and other spondyloarthritides [J]. Zeitschrift für Rheumatologie, 2008, 67:25-31.

- [4] 曹沛宏. 全髋关节置换术治疗强直性脊柱炎致髋关节强直的疗效及康复锻炼的意义[J]. 中华骨科杂志,2009,29(7):644-647.
 [5] 周昭辉,陈振虎,徐展琼. 温针灸夹脊穴治疗强直性脊柱炎临床研究[J]. 针灸临床杂志,2011,27(3):11-13.
 [6] 王亚玲,任昌菊. 温针夹脊配合穴位注射治疗强直性脊柱炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2014,23(6):635-637.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)

“上虚下实”在推拿治疗原发性低颅内压综合征中的运用

董世德

桂林市中医医院推拿科,广西 桂林 541002

[摘要] 目的:观察原发性低颅内压综合征的病机及推拿治疗对策。方法:运用推拿治疗结合练功综合治疗原发性低颅内压综合征患者 9 例。结果:经 30 次治疗后,7 例痊愈,2 例好转。结论:本病病机是“上实下虚”,运用推拿治疗结合练功综合治疗可达到“上虚下实”的健康状态。

[关键词] 原发性低颅内压综合征;“上虚下实”;推拿治疗;练功

[中图分类号] R442.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)03-0226-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.109

原发性低颅内压综合征是临床比较重的疾病,不易诊断,因为其病因病机不详,治疗方法也处于摸索之中。在过去近 3 年的临床中,笔者收治了 9 例从他院他科转诊的病人,取得了较好的效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 临床表现 头晕头痛,部分有晕仆史,目眩,恶心呕吐,呕出胃内容物,耳鸣,视力下降,全身不适,乏力,时汗出,胸闷,畏寒,平卧时头晕头痛稍舒,站立行走时加重,闭目稍舒,开眼则眩晕加重,摇头颈时头晕头痛加重,故所有病例严重症状出现后均在床上度过,对起床等动作产生恐惧心理。双下肢沉重乏力似灌铅状。查:颈曲变直或反张,胸曲加深,

颈胸椎纵轴部分有偏歪,甚呈“S”形,第二颈椎至第七胸椎棘突有不同程度左右偏歪,棘突旁或棘突上棘突间压痛明显,部分病人有头晕痛、胸闷加重表现,颈软无抵抗,但有因恐惧表现抵抗,转头试验阳性,Hoffmann 阴性或弱阳性,双下肢皮肤紧绷,尤其是小腿皮肤紧绷明显,按压皮肤紧张;小腿明显强于大腿,大腿明显强于上肢,下肢皮色暗滞,部分有静脉怒张。

1.2 辅助检查 ①X 线摄片示颈曲变直甚至反张,颈椎间孔均有不同程度变形、狭窄,颈椎胸椎轴度不正直,多呈不稳状,多有骨质增生表现,部分向椎间孔内增生。②经颅多普勒示:椎-基底动脉痉挛、狭窄,收缩期血流速度变小,多在

[收稿日期] 2014-10-20

[基金项目] 广西卫生厅计划课题(Z2014576)

[作者简介] 董世德(1963-),男,中医副主任医师,主要从事脊柱相关疾病临床工作。

32 cm/s 以下,提示供血不足。③腰穿颅内压力在 60 mmH₂O (0.59 kPa)以下,显示颅内压低下。

1.3 一般资料 纳入观察的 9 例病例均为门诊患者,均为他院他科确诊后出院的病例,资料齐全。其中男 1 例,女 8 例;年龄:37 岁 1 例,39 岁 2 例,42 岁 2 例,44 岁 1 例,47 例 1 例,56 岁 1 例,62 例 1 例;病程 2~12 年,出现严重症状 2 月~2 年。所有病例均无头颅及椎管通路上的手术史,病前无明显跌仆等外伤史。腰穿颅内压:55~59 mmH₂O 有 2 例,50~54 mmH₂O 有 3 例,45~49 mmH₂O 有 3 例,40~44 mmH₂O 有 1 例。

2 治疗方法

全部予推拿治疗结合练功治疗。

2.1 推拿治疗 第 1 步:取俯卧位,在背部行揉、按、推等手法,用力逐渐加大,以局部肌肉松软为度,继行复位手法(左右手掌分别置于胸椎旁肋骨上,并略上下错开,双手同时向下压),使胸椎错位复位。第 2 步:取坐位,在颈项部行揉、按、推、拿等手法,用力逐渐加大,使颈项部肌肉松软,并要求挺胸抬头。

2.2 练功(运动疗法) 由两部分组成一组:一是取俯卧位主动进行左右摇摆腰背部(动作中含有轻微翻滚腰部)2 min。二是飞燕式:俯卧位,以腹部顶着床面,头背部、双下肢后伸,呈“两头翘”状(双上肢张开与否以病友身体状况而定,强者张开,弱者则置于床面),每次坚持 1 min 以上,要求 3~5 次。

具体操作组合是病证诊断后:①要求病友取俯卧位在床上进行左右摇摆腰背部 2 min;②进行推拿治疗第 1 步;③练功 2 组(摇摆与飞燕式交替进行);重复②③一遍。④进行推拿治疗第 2 步,挺胸抬头 1 次 1 min 以上,再进行④一遍,以拍击大椎结束。

治疗 5 次(每天 1 次)休息 2 天,最多治疗 30 次统计疗效。嘱在家中坚持练功,每天 3~4 遍,时间累计 1 h 以上。治疗周期结束后也要坚持常做。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]中颈椎病的诊断疗效标准制定。痊愈:头痛、眩晕等症状消失,正常工作、生活,随访 1 月未复发者。好转:头痛、眩晕等症状基本消失,基本能正常工作、生活,但随访中病情有复发者。未愈:症状体征改善不大者。

3.2 治疗结果 经 30 次治疗后,痊愈 7 例,好转 2 例。好转 2 例中有 1 例为心肌梗死后患者,另一例为脑梗后患者,均为运动能力欠佳,练功难坚持,因而稳定性欠佳。

4 讨论

原发性低颅内压综合征的发病原因及病机尚不明了,脑脊液的分泌与吸收保持相对平衡,脑脊液的压力才能保持相对恒

定,波动幅度不大。原发性低颅内压综合征的发病原因多数学者认为是由于脉络丛血管舒缩功能紊乱引起脑脊液迅速被吸收或异常漏出所致,从而出现头痛、恶心、呕吐、眩晕、植物神经功能紊乱等一系列症状^[2]。也有认为是丘脑功能紊乱,脉络膜血管舒缩功能紊乱,脑脊液生成减少^[3]。

临床上发现,本病表现有头晕痛、目眩、恶心呕吐、平卧稍舒等颅内压降低的表现,也有耳鸣,视力下降,全身不适乏力,时汗出,畏寒等植物神经功能紊乱的表现,还有双下肢沉重,下肢皮肤紧绷,静脉怒张等下半身静脉血回流障碍的表现,按诊见颈胸椎后关节紊乱,压之部分有头晕痛、胸闷加重,双下肢皮肤张力增加,皮色暗滞也反映出植物神经功能紊乱、下肢静脉血回流障碍。多普勒检查可见椎-基底动脉痉挛;甚至有狭窄,血流速度减慢等,显示颅脑供血不足。总结出本病病机是上部动脉张力增高,下半身静脉张力下降之“上实下虚”状况:下半身血液瘀滞,颅脑供血不足,脉络丛灌注不足,分泌脑脊液量日渐减少,日积月累就发展成为低颅内压综合征。

9 例患者均从事久坐少动的收银财会等工作多年,持续 3~4 h 是常事,很少做体力劳动和体育运动,不能有效拮抗地心引力,加重了静脉回流的压力,渐渐就产生“上实下虚”病理变化。

治疗上,我们用推拿手法恢复颈椎胸椎及其周围软组织的正常协调关系,减除对植物神经的刺激、干扰,从而使植物神经功能恢复,并可解除对椎动脉的压迫,恢复椎动脉正常输血量,利用练功加强双下肢肌肉力量,促使静脉壁弹性回复,两者有效结合起来共同解决“上实下虚”病理变化,达到“上虚下实”(“上虚下实”本是太极拳、气功中的名词,指上半身轻灵,下半身沉实有力的健康状态,此处借用指上半身动脉与下半身静脉之健康关系)的健康状态:上半身动脉张力降低,内径扩大,保证颅脑等重要器官的血供,下半身静脉张力提高,保持回缩无瘀滞的良好状态。

在疾病分类方面,我们把本病归纳入椎动脉型颈椎病的诊治中,病机符合,疗效明显,但是病例较少,有待以后进一步研究。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:186.
- [2] 方思羽,杨明山. 颅内低压综合征[J]. 国外医学:神经病学神经外科学分册,1984(1):1.
- [3] 杨文丽. 低颅内压综合征诊治进展[J]. 脑血管病防治杂志,2009,24(6):281-282.

(责任编辑:刘淑婷)