

姜宏辨治破裂型腰椎间盘突出症经验

吴黎明¹ 俞鹏飞² 刘锦涛²

(1.南京中医药大学,江苏南京210023;2.苏州市中医医院,江苏苏州215000)

指导:姜宏

摘要 破裂型腰椎间盘突出症为临床常见病、多发病。姜宏教授认为其主要病机是气血失和、本虚标实;临床上继承石氏伤科“以气为主、以血为先”的学术思想,并融会吴门医派“络病学说”,提出益气通络、利水化湿法分期辨证保守治疗破裂型腰椎间盘突出症,辨证论治和整体观念理念贯穿始终,疗效卓越。附验案2则以佐证。

关键词 破裂型腰椎间盘突出 辨病 辨证 分期论治 姜宏

中图分类号 R274.915.3

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)11-0019-04

姜宏教授现任卫生部国家临床重点专科、全国重点中医临床科——苏州市中医医院骨伤科主任,医术精湛,学贯中西,临床经验丰富,其长期在中医药理论指导下,致力于腰椎间盘突出症重吸收的临床和实验研究,尤其在运用益气活血方分期辨治破裂型腰椎间盘突出症方面,临床疗效显著。笔者有幸随师学习,受益颇多,现将其辨治破裂型腰椎间盘突出症经验介绍如下。

1 虚实为纲,辨病求因

破裂型腰椎间盘突出症的中医病因病机十分复杂,发病根本在于气血失调,多因风寒湿三气夹杂而至,或外伤跌仆,痰湿瘀痹阻经脉,气血不畅,不通则痛;久病劳伤正,气血不能濡养经脉,不荣则痛。中医学一般将本病归属于“腰痛”“痹证”“痿证”等范畴。《素问·脉要精微论》云:“腰者,肾之府,转摇不能,肾将惫矣”,肾气亏虚,髓海不足,筋骨懈惰,脊柱受力失调,则发生腰背痛。《诸病源候论·腰脚疼痛候》云:“肾气不足,受风邪之所为也。劳伤则肾虚,虚则受于风冷,风冷与真气交争,腰脚痛。”以上表明风寒湿邪外袭、经脉痹阻、肝肾亏虚、气血不足是其主要病因。李时珍《本草纲目》曰:“痰涎之为物,随气升降,无处不到……入经络则麻痹疼痛,入于筋骨则头项胸背腰痛,手足牵引隐痛”。唐容川《血证论》云:“血能积之,亦能化为痰水”,针对破裂型腰椎间盘突出症患者,痰湿、瘀血共荣共源,痰瘀随气机升降流通,积聚于腰府;湿为阴邪,其性重着黏滞,其性趋下,易伤阳气,易袭阴位,故易留滞于腰

及下肢,痹阻经络,相互搏结,阻滞气机,妨碍气血运行,不通则痛,最终因虚致实、因实致虚,多成为虚实夹杂之证。破裂型腰椎间盘突出症表现尤为明显,故扶正祛邪、标本兼治为本病治疗大法,补其虚、化其瘀、祛其湿为治疗原则。现代相关医学研究表明,破裂型腰椎间盘突出症临床症状的产生,是在椎间盘发生退行性病变的基础上,突出的髓核组织机械压迫神经根导致其水肿、缺血缺氧,局部疼痛介质堆积、微环境障碍、无菌性炎症刺激所致。

据有关文献统计,多达80%的患者由于关节和肌肉组织的力学问题导致下腰痛,其中诊断为腰椎间盘突出症的占1/4。目前以中医保守治疗为主的方法治疗腰椎间盘突出症已被广泛接受^[1],然而临床上多将破裂型腰椎间盘突出症纳入手术指征范围。根据多年来对腰椎间盘突出后重吸收的研究,姜宏教授提出:尽管破裂型突出症临床症状及影像学表现严重,但只要没有出现严重的马尾神经症状,仍可首选中医药进行保守治疗。临床上需对不同的患者进行有针对性的干预,提出个体化方案,特别是对病程在1年内的破裂型腰突患者,更应该及时、有效、合理地进行干预,激活重吸收的相关通路。其认为破裂型腰椎间盘突出症患者的髓核组织接触血运,发生炎性吞噬和免疫溶解反应,有利于中药发挥作用,这也是中医药保守治疗,促进重吸收的关键所在。

2 重视脾胃,统筹治疗

姜宏教授在对部分破裂型腰椎间盘突出症有

基金项目:国家自然科学基金资助项目(81473691-H2710)

明确手术禁忌症,或不愿意接受手术的患者,临床尤重从脾胃论治。究其原因如下:(1)《素问·太阴阳明论》云:“脾者土也,治中央”,“中央为土,病在脾,俞在脊”。这里有两层含义,其一,脊属骨,骨合肾也;其二,脊柱居于人体正中央,与土位中央相应,即脊应土也。根据中医学理论,生理位置的偏离与其脾土治中央机制失调有关。实际上,破裂型腰椎间盘突出症的髓核突出就是失去了约束或束缚。(2)随着现代化程度的不断提高,劳动方式发生改变,由体力劳动转为脑力劳动。久坐伤肉,思虑伤脾,导致脾治中央以及宗筋束骨的功能受到影响。因此对破裂型腰椎间盘突出症及其并发症的治疗,姜宏教授尤重从脾胃的角度及一切影响脾胃的因素来认识和治疗。

姜教授强调应当提高诊治的准确性,提供个性化治疗方案,因人制宜。破裂型腰椎间盘突出症临床表现明显,但病症常非单一,多为兼夹而至,需要审证求因,辨证论治。首先要辨证,明辨虚实寒热阴阳。其次要辨期,功能障碍期起始症状严重,常可从痹证论治;功能缓解期及恢复期疼痛减轻,肢体麻木或萎软无力,多从痿证论治。最后要辨型,姜教授通过一系列临床观察和实验研究发现:MRI显示后纵韧带破裂型腰椎间盘突出症因其髓核能够接触血运,药力能直达病所,促进突出的椎间盘重吸收,更彻底地改善症状^[2]。因此根据CT或MRI分清腰椎间盘突出症是否属于破裂型也具有重要的临床意义。此外姜教授强调注意腰部保暖,避免外伤及用力过猛等诱因,加强腰背肌锻炼。但需要注意的是,腰背部的锻炼应当舒缓适度,持续时间及强度不宜过大,速度不宜过快^[3-5]。

3 分期辨治,化裁古方

姜教授多年来一直致力于破裂型腰椎间盘突出症后重吸收的临床和实验研究^[6]。针对破裂型腰椎间盘突出症的患者,姜教授注重辨证施治,尤为重视“痰”“湿”“瘀”,提出破裂型腰突症多为气血痹阻不畅,不通则痛;久则气血亏虚,经脉失养,不荣则痛,而突出物的形成,多为“痰”“湿”“瘀”这三种病理因素互相作用,聚于腰府,痹阻经脉所致。姜教授临床将该病的发病过程总结为功能障碍期、功能缓解期、功能恢复期。

3.1 功能障碍期 此期因感外邪,腰部疼痛剧烈,伴有单侧或双侧下肢放射痛,直立行走受限,甚则翻身转侧不能,直腿抬高明显受限。其主要病机为外感邪气,经脉痹阻,不通则痛。治以祛风化痰、通络止痛。该期姜教授临床善用牵正散加味治疗。若

患者寒湿痹痛甚,还可酌情加小活络丹、乳香、没药等增强止痛之效。此外也可在辨证基础上增加川芎、延胡索、制南星、制川草乌等中药,以达到标本兼治之效。现代医学认为此期炎症反应剧烈,周围神经根水肿受压,腰腿疼痛剧烈。姜教授结合临床提出:该病急性期尽量减少消炎镇痛药物的使用,因其虽可减缓临床症状,但却阻碍局部炎症免疫反应,从而影响重吸收过程^[7-8]。

3.2 功能缓解期 此期患者病情缓解,腰椎侧弯不明显,活动时腰腿疼痛,腰腿沉重感,得温则舒,舌淡苔白或腻。其主要病机为阳气受损,经脉痹阻,宜温阳散寒、化湿通络。该期姜教授临床善用独活寄生汤加减治疗。全方集祛风散寒除湿为一体,兼补肝肾,止痛。现代医学认为此期炎症反应减弱,症状趋于平稳。但神经根压迫或损伤后尚未恢复,仍可伴有下肢放射痛及感觉障碍。此期可在上述辨证基础上适当减少化瘀行气止痛类药物,而重在益气活血、滋补肝肾,可配伍巴戟天、仙茅、淫羊藿等。

3.3 功能恢复期 此期患者腰腿疼痛缠绵,酸软无力,劳累后加重,或兼有腰腿发凉,喜温喜按,肢冷畏寒,或腰痛反复发作,缠绵不愈。此期发病基础为肾虚腰痛,久病则脉络瘀阻,类似于中医之“痿证”。《素问·痿论》曰:“治痿独取阳明”,“腰为肾之府”,若肾精不足,骨髓空虚,可出现腰膝酸软;痹证日久,脉络瘀阻,筋肉失养。临床治宜濡养筋脉,补肾益脾。该期姜教授临床善用补阳还五汤加减治疗。方中需重用炙黄芪至60~120g,根据现代医学研究:君药黄芪能促进突出椎间盘的重吸收,提高自身免疫效应^[9-11]。脾胃为后天之本、气血生化之源,可酌加香砂六君子等健脾和胃。若出现腰腿酸痛麻木,腱反射减弱或消失,肌力减退,方中可加入怀牛膝、桑寄生、巴戟天、淫羊藿等补肾之品。此外椎间盘是脊柱中承重部位,人体中最大的内部无血供的组织,此期神经组织缺血缺氧,正气渐至不足,故最易发生退化,应为患者提供正确的锻炼方法,动静与治养结合,巩固临床疗效,促进肢体康复。

此外姜教授依据破裂型腰椎间盘突出症的病理特征,根据益气逐痰、化瘀通络的治疗理论,将古方防己黄芪汤及补阳还五汤化裁而成专方消髓化核汤(生黄芪20g、防己10g、当归10g、白芥子6g、川芎15g、地龙15g、水蛭6g、白术10g、木瓜10g、威灵仙10g)加减治疗本病,疗效卓越。方中君药生黄芪升阳补气利水,促进血行,消瘀而不伤正;防己祛风除

湿利水,当归活血化瘀、补血通络,白芥子善治皮里膜外之痰,温肺化痰、利气散结、通络止痛,三者共为臣药;川芎“血中之气药”,上行头目、下行气海、中开郁结、旁开脉络,助当归活血化瘀,水蛭、地龙助白芥子化痰散结,白术、木瓜、威灵仙助防己健脾除湿,舒筋活络,共为佐药。诸药并用,使疼痛得止,水湿得利,痰瘀得化。临床上结合八纲、脏腑辨证:若自觉腰部冷痛,受凉及阴雨天酸痛加重,舌淡红、苔白腻,脉滑或濡等属寒湿痹阻证;若腰部疼痛伴有热感或局部肤温偏高,遇热或雨天痛增,口渴喜饮,小便黄,舌红、苔黄腻,脉滑数等属湿热蕴结证;若病程日久,劳则腰部隐痛不适,下肢肌力减退较重,脉沉细者属肝肾亏虚证,随症加减治之。

4 中西合参,探究机理

随着生活水平的不断提高,生活节奏的加快,破裂型腰椎间盘突出症发病率越来越高。破裂型腰椎间盘突出症中医药的治疗主要在于减轻局部炎症反应,减轻纤维组织的形成及其对周围神经组织的压迫,促进神经的修复,从而达到缓解疼痛的效果。对于本病,由于中医本身个性化治疗特点以及现代临床中医师水平的限制,辨证上仍有较多的主观性,治疗仍缺乏统一的治疗标准,对于治疗效果有着一定的影响。此外随着现代中药药理研究的不断深入,其主要机制是改善血液微循环、扩张血管、促进新生血管形成、减轻水肿、抑制炎症介质的释放以及调节免疫,促进椎间盘的重吸收等。但若忽视辨证论治,仅仅根据现代药理研究指导临床,则有可能无法全面掌握药性,在一定程度上降低了临床治疗效果。因此,中医保守治疗破裂型腰椎间盘突出症不应千篇一律,仍存在很大的挑战和风险;如何客观有效地将现代中药药理研究与传统中医理论有机结合,准确应用中医药进行辨证施治,使之朝理想方向发展是我们未来研究的重点。

5 典型病例

案1.王某,女,61岁。2016年2月10日初诊。

患者腰痛连及右下肢伴麻木反复发作2年,加重1周。无明显外伤史。初诊时查体:腰椎生理弧度存在,压痛不显,右下肢

放射痛(+),直腿抬高左90°、右60°,右小腿前外侧及足背皮肤感觉减退,右足拇背伸肌力Ⅳ级,跟、膝腱反射正常,病理反射未引出,鞍区感觉正常,JOA评分12分。查MRI示L4/5破裂型椎间盘突出,突出率75.9%。患者及家属要求接受中医药综合治疗,辨证为湿热痹阻,痰滞血瘀,不通则痛,嘱患者急性期绝对卧床休息,予以口服美洛昔康、甲钴胺以及消髓化核汤加减。药物组成:生黄芪、炙黄芪各20g,当归、炒白术、防己、木瓜、威灵仙各10g,川芎、地龙各15g,白芥子、制川草乌(先煎)各6g,制乳香、制没药各5g。治疗1周后疼痛缓解。后患者为求巩固治疗,间断服用消髓化核汤加减共1年后复诊,症状大部分缓解,仅久坐或劳累后腰痛加重,查体:下肢放射痛不明显,直腿抬高左90°、右80°,拇背伸肌力正常,JOA评分13分。复查MRI示突出物部分重吸收,突出率32.8%、吸收率55.0%。MRI治疗前后变化见图1~图4。

案2.刘某,男,32岁。2016年1月10日初诊。

患者腰部扭伤疼痛牵及左下肢1月来诊。查体:腰椎生理弧度变直,L5/S1左侧椎旁压痛,放射至左下肢,直腿抬高左45°、右85°,跟、膝腱反射正常,病理反射未引出,鞍区感觉正常,JOA评分12分。查MRI示L5/S1巨大破裂型突出,突出率80.2%。患者拒绝手术治疗,接受中医药综合治疗。嘱患者停止



图1~图2 2016年2月10日 初诊MRI



图3~图4 2017年3月1日 复诊MRI

工作,卧床休养,并予口服非甾体类消炎镇痛药物及间断服用消髓化核汤加减。药物组成:生黄芪、炙黄芪各20g,当归、炒白术、防己、木瓜、威灵仙各10g,川芎、地龙各15g,白芥子、制川草乌(先煎)各6g,延胡索10g,鸡血藤20g。治疗3个月、15个月后来诊,查体:下肢放射痛不明显,直腿抬高左90°、右90°,JOA评分28分。复查MRI示突出物大部分重吸收,突出率20.0%、吸收率80.0%。治疗前后MRI变化见图5~图8。

按语:以上2例为典型的巨大破裂型腰椎间盘突出症患者,两者的影像学表现较为严重,但是两者的共同之处在于并未出现严重的马尾神经症状,根据姜师的临床经验可以采取中医药进行保守治疗,最终临床症状都得到缓解,突出物也出现不同程度的重吸收。我们注意到虽然椎间盘的重吸收仍属于临床少数现象,但根据近年来国内外临床试验报告,我们可以得出如下结果:对于破裂型腰椎间盘突出(尤其是巨大型突出)患者全部采取一刀切(手术治疗)是值得商榷的。手术治疗只是去除突出物对神经根机械性压迫的一种方法,对于患者的腰痛症状并不能完全治愈,因此对部分未出现马尾症状的破裂型腰突患者,我们可以优先考虑进行中西医结合的非手术治疗,并持续观察其临床疗效。

参考文献

- [1] 郑红波.腰椎间盘突出症保守治疗的临床研究进展[J].世界中西医结合杂志,2013,8(11):1186.
- [2] 刘锦涛,姜宏,王拥军,等.破裂性椎间盘突出重吸收机制的研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2009,24(11):991.
- [3] 刘佳,李志强.鲍铁周教授治疗腰椎退行性疾病经验总结[J].中医正骨,2014,26(7):68.
- [4] DZIERŻANOWSKI M, DZIERŻANOWSKI M, MAĆKOWIAK P, et al. The influence of active exercise in low positions on the functional condition of the lumbar-sacral segment in patients with discopathy[J]. Adv Clin Exp Med, 2013, 22(3): 421.
- [5] AL-SAEED O, AL-JARALLAH K, RAEISS M, et al. Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in Young Arabs



图5~图6 2016年1月10日初诊MRI



图7~图8 2017年4月12日复诊MRI

- with Low Back Pain[J]. Asian Spine Journal, 2012, 6(4): 249.
- [6] 刘锦涛,姜宏,王拥军,等.破裂性椎间盘突出重吸收机制的研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2009,24(11):991.
- [7] 俞鹏飞,姜宏,刘锦涛.破裂型腰椎间盘突出症非手术治疗后的转归[J].中国脊柱脊髓杂志,2015,25(2):109.
- [8] LE MAITRE CL, HOYLAND JA, FREEMONT AJ. Catabolic cytokine expression in degenerate and herniated human intervertebral discs: IL-1beta and TNFalpha expression profile[J]. Arthritis Res Ther, 2007, 9(4): R77.
- [9] KESKIL S, AYBERK G, EVLIYAOĞLU C, et al. Spontaneous resolution of "protruded" lumbar discs[J]. Minim Invasive Neurosurg, 2004, 47(4): 226.
- [10] GELABERT-GONZÁLEZ M, FRIEIRO-DANTAS C, SERRAMITO-GARCÍA R, et al. Chronic subdural hematoma in young patients[J]. Neurocirugia (Astur), 2013, 24(2): 63.
- [11] 姜宏,刘锦涛,惠初华,等.黄芪对破裂型椎间盘突出重吸收动物模型的影响[J].中国骨伤,2009,22(3):205.

第一作者:吴黎明(1991—),男,硕士研究生,研究方向为中医骨伤科。

通讯作者:俞鹏飞,医学博士,主治医师。
honghong751@126.com

收稿日期:2017-06-16

编辑:傅如海