

病证结合,从督论治

· 导论 ·

编者按

中国中西医结合学会脊柱医学专业委员会主任委员、国家卫计委中日友好医院谭明生主任医师根据督脉的循行部位、生理病理特点及脊髓的解剖和生理功能,认为两者有密切联系,提出脊柱疾病“从督论治”的理念。根据一部分脊柱疾病因神经压迫产生的一些症状和体征提出“督脉瘀阻”的概念,这部分疾病主要是因为严重的椎管狭窄,运用中西药物保守治疗疗效均不好,手术治疗是唯一有效手段,通过椎管减压达到疏通督脉的作用,“减压即是疏通督脉”,即“以通为用”。谭主委这一理念的提出是对中医理论的丰富和发展,本期专辑从不同的侧面围绕本理念进行论证,可能也有不完备的地方,但不失为有益的探索。

“病证结合,从督论治”颈脊髓损伤的思考

谭明生¹

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] A [文章编号]1005-0205(2018)02-0001-02

脊髓损伤^[1-3] (Spinal Cord Injury, SCI)是由创伤、先天性畸形、肿瘤、类风湿关节炎、结核等常见脊柱相关疾病造成严重椎管狭窄、压迫脊髓的结果。临床最常见的脊髓损伤性疾病脊髓型颈椎病(Cervical Spondylotic Myelopathy, CSM)是脊髓受压和(或)缺血而引起的脊髓传导功能障碍性疾病,常见于 40~60 岁患者,平均 54.6 岁,发病率为所有颈椎病的 5%~10%^[4]。由于 CSM 发病相对隐匿,症状呈进行性加重,体征逐渐恶化,一旦延误诊治会造成不可逆的神经损害,若未达到手术指征,应进行保守治疗;若达到手术指征,应尽早手术治疗,避免加重脊髓损害而造成不可逆的影响,故选择合适的治疗方式对脊髓损伤患者生存质量的改善具有重大意义^[5]。

脊髓损伤属中医的“体惰”“痿证”“痉症”或“痹症”范畴,督脉与脊髓在解剖和生理功能方面存在密切的联系已成共识。对脊源性疾病的治疗《内经》的“脊椎法”《素问·气府论》认为“督脉生病治督脉,治在骨上”。《素问·骨空论》明确指出调整脊椎骨关节治疗督脉病变^[6]。罗禹田等^[7]认为脊髓压迫和脊髓损伤的病机是“瘀血凝滞,督脉不通”。两千多年前《内经》提出的督脉学说是中医药治疗脊柱相关疾病的经典理论,长期临床实践证明对于轻中度脊柱相关疾病造成的脊髓压迫和脊髓损伤,采用中医的手法、针灸和中药治疗有很好的临床疗效。但对于脊柱骨性结构破坏、严重椎管狭窄,具有压迫神经症状,督脉瘀阻症候,西

医和中医药非手术治疗无效的病例,手术是唯一有效的治疗方法。因此,西医辨病与中医辨证论治相结合已成为中医现代临床的实际需求^[8]。寰枢椎脱位^[9]可损伤延髓生命中枢,国际上视为手术禁区,文献报道延髓死亡率高达 44%~71%,从 1910 年 Mixter 手术至 2001 年 Harms 技术,国内外仍缺乏安全有效疗法,是国际脊柱外科亟待解决的临床难题。谭明生等研究发现寰椎类椎弓根解剖学新结构,延髓压迫与督脉瘀阻密切相关,以及中药和电针抑制 Caspase-12、9、3 和血小板活化因子以修复延髓功能;首创寰椎椎弓根钉技术和中西医结合临床治疗技术体系;多中心研究 1 218 例取得了脊髓功能和督脉瘀阻评分明显改善的显著疗效。研究结果显示对于严重椎管狭窄,伴有神经压迫症状和督脉瘀阻症候的病例,采用手术椎管减压联合中医药治疗,具有显著改善督脉瘀阻症候、优于单纯手术和单纯中医药治疗的临床效果。因此,提出督脉学说与现代手术相结合治疗脊柱相关疾病的“椎管减压,疏通督脉”从督论治的中西医结合新理论和新治疗方法与同道商榷。

1 脊髓损伤的中医证候研究

中医综合疗法治疗 SCI 具有独特的优势,但同时也存在临床诊疗的规范化及疗效标准的统一化等众多“瓶颈”问题。病证结合是传统中医学临床诊治疾病的一种重要方法,东汉张仲景在《黄帝内经》的基础上,建立了在辨病论治体系下辨证论治的模式。临床上根据动力位 X 线片、三维 CT 重建和 MRI 等研究发现,上颈椎致压物大致可分为骨性和软组织性两种。前者指上颈椎区域的骨折块突入椎管,畸形发育的枕骨大孔、寰椎后弓或枢椎齿状突等压迫脊髓;后者包括后纵韧带、黄韧带甚至覆膜及寰枕后膜等继发增生肥大引起

基金项目:北京市科技计划首都临床特色应用研究项目

(Z16110000516009)

¹ 中日友好医院(北京,100029)

椎管矢状径减小,压迫脊髓,脊髓与督脉密切相关,脊髓受压可能导致督脉的气血运行不畅,进而产生四肢麻木疼痛无力、活动受限等临床症状。中医学对 SCI 并无专著阐释,根据上述症状、体征可归于“体惰”“痿证”范畴。《难经·二十八难》记载:“督脉者…起于下极之腧,并于脊里,上至风府,入属于脑。”提示督脉循行于脊里,入络于脑,与脑和脊髓有密切的联系。罗禹田和彭介寿^[7]把 SCI 的病机总结为“瘀血凝滞,督脉不通”。实验研究中发现的 SCI 后动物^[10-12]脊髓组织缺血、缺氧,血小板黏附、聚集,脊髓内微血栓形成,微循环障碍,全血高粘度增高等病理改变,皆可影响血液的正常运行,导致血行不畅,滞而不行。陈可冀等^[13]在《血瘀证诊断标准》中提出血液流变性、凝血、纤溶、微循环等理化检测异常,提示血循环瘀滞表现可以辅助诊断为血瘀证。清代沈金鳌《杂病源流犀烛》谓“脊痛,督脉病也”。由此可知脊髓与督脉密切相关,认为督脉包含了脊髓的部分或全部功能。张从正《儒门亲事》:“弱而不用者,为痿。”《丹溪心法》:“痿证断不可作风治,而用风药。有湿热、湿痰、气虚、血虚、瘀血”。因此,谭明生等根据上颈髓损伤动物模型的 Caspase-12, 9, 3 和血小板活化因子研究,将寰枢椎脱位引起的延髓损伤归属于中医“血瘀”的范畴,将寰枢椎脱位等引起的 SCI 辩证为中医“督脉瘀阻证”,其临床症状主要表现为:1) 颈枕部疼痛,斜颈及颈部活动受限;2) 四肢麻木疼痛无力,活动受限,持物不稳、行走无力、容易跌倒,四肢肌肉萎缩或强直;3) 大小便无力或失禁,严重可出现全身瘫痪;同时可能伴有眩晕、耳鸣、视物模糊、胸闷、心悸和血压升高等症状;4) 舌质暗或有瘀斑,苔薄黄,脉细涩或弦紧。并于 2007 年率先提出督脉瘀阻积分评定方法(Calellation Method of Governor Vessel Yuzu Score, GVV)^[14]。

2 脊髓损伤的中西医结合治疗

在中西医结合骨科临床治疗上,对于轻中度脊柱相关疾病,中医药非手术治疗具有显著的优势,谭明生等^[14,15]提出了“椎管减压,疏通督脉”的从督论治新观点,研究结果显示对于严重椎管狭窄的病例,手术脊髓的减压和重建脊柱的稳定是疏通督脉的根本方法,文献中多中心临床研究患者,术前均有长期使用活血化瘀药物及各种保守治疗的过程,但临床疗效不明显甚至逐渐加重,研究结果证实经过手术疏通督脉、减压固定后,患者的 SAC, GVV, JOA, DNI 评分均不同程度改善,督脉瘀阻的症状明显改善,表明手术椎管减压是疏通督脉的主要方法。然而,对于长期脊髓压迫、神经缺血和损害严重的病例,单纯应用手术复位和减压,不能解决脊髓的内在病理改变,术后脊髓功能恢复是临床治疗难点。动物实验和临床研究显示中药具有活血化瘀、补益肝肾、疏通督脉作用,即改善微循环、消除炎症反应和保护神经细胞等,从而有效改善术后脊髓内在的病理状态。文献结果表明采用手术椎管减压联合中药补阳还五汤

治疗寰枢椎脱位引起的 SCI, 督脉瘀阻证候积分和 JOA 评分改善率明显高于单纯手术治疗患者^[15],提示手术联合中药可在解剖形态结构上解除脊髓压迫,疏通督脉。围手术期采用中药活血化瘀、补益肝肾、益气活络,进一步疏通督脉,促进神经功能恢复。

传统中医方法对 90% 以上的脊柱相关疾病有肯定的临床疗效,但对严重椎管狭窄的脊柱相关疾病疗效不佳。中西医结合的基础和临床研究显示采用手术联合中药,“椎管减压,疏通督脉”从督论治综合治疗严重椎管狭窄压迫脊髓,取得了优于单纯中医和单纯手术的临床疗效,为中西医结合治疗严重椎管狭窄的脊柱相关疾病开辟了新的途径。

参考文献

- [1] Tan M, Dong L, Wang W, et al. Clinical application of the “pedicle exposure technique” for atlantoaxial instability patients with a narrow c1 posterior arch[J]. J Spinal Disord Tech, 2015, 28(1): 25-30.
- [2] Papakostas JC, Matsagas MI, Toumpoulis IK, et al. Evolution of spinal cord injury in a porcine model of prolonged aortic occlusion[J]. J Surg Res, 2006, 133(2): 159-166.
- [3] 谭明生, 齐英娜, 姜良海, 等. 球囊导管构建大鼠督脉瘀阻型上颈脊髓损伤模型的研究[J], 中医正骨, 2016, 28(12): 881-885.
- [4] Toledano M, Bartleson JD. Cervical spondylotic myelopathy[J]. Neurologic Clinics, 2013, 31(1): 287-305.
- [5] Lebl DR, Bono CM. Update on the diagnosis and management of cervical spondylotic myelopathy[J]. The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2015, 23(11): 648-660.
- [6] 孙永章, 韦以宗. 中国传统医学资源性疾病史略[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2004, 12(5): 58-60.
- [7] 罗禹田, 彭介寿. 中医治愈外伤性截瘫[J]. 江苏中医药, 1963(2): 37.
- [8] 陈可冀. 病证结合辨识疾病的思路与方法[N]. 中国中医药报, 2011-09-21(4).
- [9] 方志远. 寰枢椎脱位 TOI 分型研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2010.
- [10] 张继平, 王志彬, 林爱华, 等. 补阳还五汤对脊髓损伤大鼠脊髓组织超微结构的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2011, 22(2): 153-157.
- [11] 张继平, 林爱华, 李蜀光, 等. 补阳还五汤对脊髓损伤大鼠血浆血小板活化因子含量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2009, 15(4): 47-49.
- [12] 唐亮, 丁健, 许明建, 等. 低分子肝素对脊柱脊髓术后血液流变学的影响[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2012, 27(7): 631-632.
- [13] 陈可冀, 徐浩, 罗静, 等. 实用血瘀证诊断标准[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(10): 1163.
- [14] 谭明生, 李显, 张恩忠, 等. 寰枢椎脱位外科治疗与疏通督脉瘀阻相关性研究[J]. 中国骨伤, 2012, 25(11): 915-919.
- [15] 移平, 谭明生, 吕国华, 等. 督脉瘀阻型寰枢椎脱位手术联合中药治疗的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2017, 25(1): 14-18.

(收稿日期: 2017-12-06)