

姜宏教授辨治巨大游离型腰椎间盘突出症经验介绍

沈学强¹ 姜宏^{2△}

[关键词] 腰椎间盘突出症;巨大游离型;重吸收;经验介绍

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] B [文章编号] 1005-0205(2018)07-0078-03

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是椎间盘变性,纤维环破裂,髓核突出,压迫或刺激神经根、脊髓等引起的一种临床综合征。本病发生率高,是导致腰腿痛的常见原因,好发于青壮年^[1]。巨大游离型突出作为椎间盘突出中的一种特殊类型,具有压迫程度严重,神经损害几率大,病情进展快等特点^[2]。本文参考 Macnab 提出的腰椎间盘突出病理学分型^[3],突出的椎间盘组织脱离原椎间盘,游离于椎管内或椎间孔内,称为游离型突出;以及胡有谷提出的腰椎间盘突出区域定位分型^[4],在三维图像中将突出组织从矢状位、水平位、额状位分为若干区域,当突出组织额状位突出超过了椎管前后径的 1/2,称为巨大型突出,两者合称即为巨大游离型突出。

姜宏教授从事骨伤科专业 30 余年,致力于腰椎间盘突出症的重吸收研究,最早将椎间盘突出后重吸收理论应用于临床治疗。巨大游离型腰椎间盘突出症由于其特殊性,一般采取手术治疗。但是由于本病后纵韧带破裂、突出物体积大、移位程度大等特点,发生重吸收的概率高,吸收率较大^[5],故保守治疗具有重大意义。笔者有幸随师侍诊,受益匪浅,现将姜宏教授保守治疗巨大游离型腰椎间盘突出症临床经验介绍如下,以飨同道。

1 病因病机

腰椎间盘突出症的病因病机比较复杂,姜宏教授根据本病腰痛、下肢放射痛,屈伸不利,重着、麻木等症状将其归为“腰痛”“痉证”“痿证”范畴,这是其一大学术思想。“腰脊痛不能久立,屈伸不利”(《备急千金要方》)“身体重,腰中冷,如坐水中,形如水状……腰以下冷痛,

腹重如带五千钱”(《金匱要略》)“腰重疼痛,腰间发热,痿软无力”(《医学心悟》)等描述与本病症状极为相似。

1.1 “虚”“瘀”为纲,辨病求因

姜宏教授认为肝脾肾功能失调是导致本病发生的根本。腰为肾之府,腰腿痛乃肾虚之外候,肾虚为内因,正如《济生方》曰:“肾系于腰,因嗜欲过度,劳伤肾经,肾脏既虚,喜怒忧思,风寒湿毒,得以伤之,遂致腰痛”。肝阴血亏虚,筋脉失养,可导致下肢出现筋脉拘急、痉挛麻木等症。脾失健运,水湿内生,留滞腰部,阻滞经络,导致腰腿痛的发生。此外,脾失健运,四肢肌肉失于濡养,可导致退变的发生。由此可见,本病符合痹证本虚标实的病机特点,根据本病“因瘀致痹”“因虚致痹”的致病特点,姜宏教授提出对于本病的病因分析尤其要重视“虚”“瘀”两个方面。

1.2 “瘀血”“痰饮”“水湿”为辨证要点

《诸病源候论》曰:“腰痛者,谓卒然伤损于腰而致痛也,此由损血搏于背脊所为。”《素问·刺腰痛》曰:“衡络之脉令人腰痛,不可以俛仰,仰则恐仆,得之举重伤腰,衡络绝,恶血归之。”由此可见,瘀血在本病的发生发展过程中具有重要作用。一方面,瘀血日久则痰饮、水湿随瘀血而生,凝于腰府;另一方面,病久脾虚而水湿内生,湿性重着黏滞,易停滞于腰及下肢,阻滞气机。瘀血久则必兼痰湿,痰湿又导致瘀血生成,由此痰湿内生,瘀得痰助,两邪胶着,使得病情缠绵难愈,反复发作。姜宏教授指出本病的辨证要点在于,本病患者的巨大突出物,多系“痰饮”“水湿”“瘀血”痹阻而成,初期痰瘀互结升降流行,内而脏腑,外至筋骨皮肉,阻滞气机,不通则痛。病久肝脾肾不足,气虚无援,血行不畅,腰府失养,不荣则痛。这与现代医学研究所表明的腰椎间盘突出症发病机理是由于突出的髓核组织机械压迫神经根导致其水肿、缺血缺氧,代谢异常以及相关炎性因子介导的神经根炎与自身免疫反应相一致^[6]。

1.3 痰瘀湿滞,久病入络

络病是指络脉功能、结构异常所导致的疾病,此概

基金项目:国家自然科学基金项目(81473691)

苏州市“科教兴卫”青年科技项目(KJXW2016036)

¹ 南京中医药大学(南京,210046)

² 南京中医药大学附属苏州市中医医院

△通信作者 E-mail:1013529692@qq.com

念最早见于《内经》，后以吴门医派叶天士等为代表，进一步完善络病学说，形成了较为全面的络病理论。姜宏教授根据本病病情复杂，症状重，反复难愈的临床特点，将吴门医派络病理论引入本病的辨治中。姜宏教授认为痰瘀湿既是本病的病理产物，又是本病的致病因素。津血同源，津入脉为血，血出脉为津，而络脉则是两者的交换场所。津液代谢失常凝聚而成痰湿，血液运行不畅瘀滞而成瘀血。痰湿、瘀血一旦成为病理产物，又可导致“痰湿阻络”“瘀血阻络”等病理变化，至此则病情缠绵难愈，反复发作。正如《临证指南医案》所言：“初为气结在经，久则血伤入络”。由此可见，巨大游离型腰椎间盘突出症临床症状重，病情反复难愈的特点是由于痰瘀湿滞于络脉所致，而“久病入络”则是本病常见的病理转归。

2 治法与方药

2.1 中西结合，化裁古方

姜宏教授在国内率先开展腰椎间盘突出症重吸收研究，他指出后纵韧带破裂与否是决定突出物能否重吸收的最关键指标，在巨大游离型腰椎间盘突出症中，由于后纵韧带破裂，突出组织游离、暴露于硬膜外腔的血运中，引起吞噬作用及免疫反应，从而为各种重吸收机制创造条件。此外，相关研究表明突出物体积大、移位程度大的巨大游离型腰椎间盘突出症病例较其他类型病例重吸收率高^[7,8]。姜宏教授研究发现，突出率>50%、Komori 改良分型 2-3 型及 Iwabuchi 移位(+)的病例容易发生重吸收现象。

姜宏教授基于本病的辨证要点为“痰饮”“水湿”“瘀血”等病理因素，提出“益气利水，逐痰通络，消髓化核”的治疗大法，并自拟消髓化核汤(生炙黄芪各 20 g，防己 10 g，当归 10 g，川芎 10 g，白术 10 g，地龙 10 g，水蛭 6 g，威灵仙 10 g，木瓜 10 g，白芥子 6 g)，旨在通过促进突出髓核组织的重吸收从而达到缓解临床症状的目的。本方根据“防己黄芪汤”及“补阳还五汤”化裁而成。“防己黄芪汤”出自《金匱要略》，主要针对肺脾气虚，水湿内停之症，为益气利水之代表方。“补阳还五汤”出自《医林改错》，为补气活血通络之代表方。补气药与活血药配伍，补其虚，化其瘀，活血而不伤正，既针对本病“虚”“瘀”为患的病因特点，又对于改善疼痛、麻木等症状极为有效。纵观全方，益气利水，逐痰通络，消髓化核，水湿去，瘀血行，髓核消，诸症可愈。

本病后期痰瘀湿滞，久病入络，病理实质为“络脉不通”，行气血，通络脉应是此阶段的治疗原则。消髓化核汤中当归、川芎行气活血通络；地龙、水蛭为血肉有情之品，动跃走窜攻冲，可入络行阳动之气，入骨祛痼结之瘀血；威灵仙、白芥子等化痰除湿。此外，现代研究表明方中君药黄芪可以增强突出髓核组织吸引活

性 T 和 B 淋巴细胞的功能，通过提高自身免疫效应，促进络脉“溢奇邪”的作用，从而促进髓核组织重吸收^[9]。消髓化核汤通过恢复络脉“行气血”“以通为用”的生理功能，促进重吸收，是吴门医派络病理论在本病治疗上的新诠释。

2.2 “痹”“痉”“痿”三辨论治

姜宏教授将腰椎间盘突出症归为“痹证”“痉证”“痿证”范畴，并在大量临床经验的基础上提出从痹、痉、痿论治腰椎间盘突出症，疗效颇佳。

姜宏教授认为本病发作期系风寒湿邪侵袭人体所致。临床可见腰腿部肌肉紧张，挛缩疼痛，患肢重着感等。巨大游离型腰椎间盘突出症由于突出物体积较大，压迫严重，急性期发作期一般症状较重，治以“祛风散寒，除湿止痹”，可在消髓化核汤的基础上加入“独活寄生汤”之功。方中人参、茯苓、当归、川芎等行气活血兼益气养血，气血同调，符合石氏伤科“以气为主，以血为先”的治疗理论。正如《备急千金要方》：“治腰背痛，独活寄生汤。夫腰背痛者，皆犹肾气虚，卧冷湿地当风所得，宜急服此方……”此外，若寒湿疼痛剧烈者，可加用小活络汤以增强止痹痛之效；若病从热化者，则可加用炒米仁、苍术、黄柏等。

在本病急性发作期，往往合并有腰腿部肌肉紧张，肌张力增高，直腿抬高阳性，髌、踝阵挛阳性，下肢反射亢进等症状，属于“痉证”范畴。针对本病发作期的痉证症状，姜宏教授治以“祛风通络止痉”，多在方药中加入“牵正散”。其中白附子祛风化痰，僵蚕、全蝎祛风止痉，对于缓解痉证症状却有良效。

本病后期，病情反复发作，缠绵难愈，出现下肢无力，肌力下降，腱反射减弱甚至消失等症状，属于“痿证”范畴。姜宏教授认为针对本病后期痿软无力症状的治疗，重在调理气血，治以“补气活血通络”，可重用“补阳还五汤”。本方补气活血通络，多重用黄芪，重在补气，气旺则血行，血行则络通，其本可愈。此外，姜宏教授指出，在本病发生发展过程中，痹、痉、痿三证常兼夹而至，临证常需全面分析，相互兼顾，三辨论治。

2.3 动静结合，急则治标，分清缓急

姜宏教授提倡将卧床休息作为腰椎间盘突出症急性发作期的一项基本治疗方法。一方面，卧床时椎间盘的压力载荷小，内压降低，有利于突出组织的回纳，减轻对周围组织的压迫，缓解症状；另一方面，卧床休息时腰部活动减少，有利于改善局部微循环，促进水肿吸收、炎症消退。当然，长期卧床可导致肌肉萎缩，影响远期疗效。因此姜宏教授认为卧床以 3~4 周为宜，并在症状改善后于平卧位积极进行腰背部、下肢肌肉锻炼。

对于本病急性期临床症状较重的治疗，姜宏教授多

用迈之灵、地奥司明片等消除局部水肿以及乙哌立松、氯唑沙棕等解除局部肌肉痉挛状态。由于非甾体类抗炎药可能影响免疫级联反应及炎性细胞对于突出组织的吞噬作用,可能阻碍重吸收发生,故一般较少运用。

巨大游离型腰椎间盘突出症由于突出物压迫硬膜囊及神经根可能导致神经根的不可逆损害以及马尾综合征等“灾难性”后果,故姜宏教授强调对于本病的治疗不同于一般腰椎间盘突出症,必须十分谨慎,充分考虑治疗时的潜在风险,分清病情的轻重缓急。针对保守方法治疗本病的风险,姜宏教授指出,相对于手术治疗的风险,在严密的观察下,采取保守治疗的风险是相对较小的,也是可以将潜在风险降低到最低限度的。然而,当在治疗中出现受压神经根支配区域感觉、运动功能持续进行性加重以及出现会阴部感觉减退,二便功能、性功能障碍等马尾综合征时应该立即手术治疗,以免失去最佳手术时机。此外,保守治疗 3~6 个月,症状无明显改善,对生活造成严重影响者,也可考虑手术治疗。

3 典型病案

患者,男,45 岁,工人。劳累致腰痛牵及左下肢 8 d,来本院就诊。现症:腰部疼痛麻木牵及腿足,活动不利,畏寒,肢冷,头身困重。查体:腰椎生理弧度存在, L_{4~5} 左侧棘旁压痛并向左下肢放射,直腿抬高左 30°右

60°,左小腿内外侧皮肤感觉较对侧稍减退,双下肢肌力 V 级,马鞍区感觉正常,指地距 62 cm,JOA 评分 8 分。MRI 示:L_{4~5} 椎间盘游离型突出,突出物偏向左侧压迫硬膜囊,左侧神经根受压。椎体后缘黑线中断,突出率 100%,椎管最大层面面积 3.4 cm²,突出物最大层面面积 1.2 cm²,占椎管面积 35.3%(图 1)。中医诊断:腰痹(寒湿阻滞);西医诊断:腰椎间盘突出症。治以温化寒湿,消髓化核。处方:生炙黄芪各 20 g,防己 10 g,当归 10 g,川芎 15 g,白术 10 g,地龙 10 g,水蛭 6 g,威灵仙 10 g,木瓜 10 g,白芥子 6 g,桂枝 6 g,细辛 3 g,秦艽 10 g。水煎取汁,分 2 次服,每口 1 剂。患者 3 个月后复诊,诉症状明显改善,活动良好,步行超过 500 m。查体:局部压痛、下肢放射痛消失,直腿抬高左 60°、右 60°,下肢肌力感觉正常,病理反射未引出,指地距 31 cm,JOA 评分 18 分,复查 MRI:L_{4~5} 椎间盘突出,突出率 47.6%,吸收率 52.4%,突出物最大层面面积 0.8 cm²,占椎管面积 23.5%(图 2)。患者症状好转停服中药,16 个月后随访时诉症状大部分缓解,下肢及腰部活动自如。查体:局部压痛、下肢放射痛消失,直腿抬高左 90°、右 90°,皮肤感觉正常,指地距 19 cm,JOA 评分 26 分。复查 MRI 示突出物大部分重吸收,突出率 34.0%、吸收率 66.0%,突出物最大层面面积 0.4 cm²,占椎管面积 11.8%(图 3)。

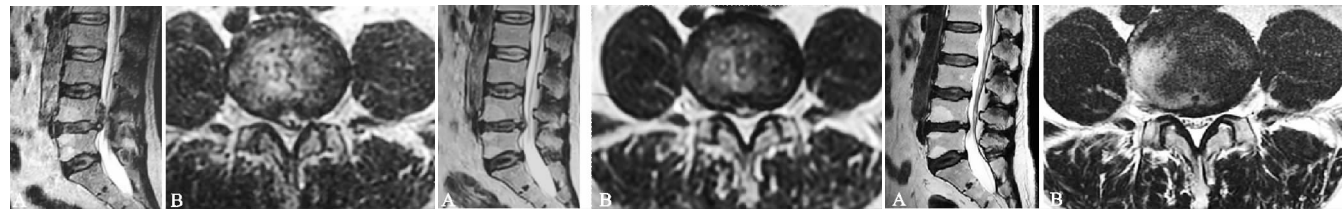


图 1 L_{4~5} 椎间盘游离型突出 MRI 资料

参考文献

- [1] 黄向业. IL-6 和 IL-10 基因多态性和环境因素及其交互作用与腰椎间盘突出症的关联性研究[D]. 青岛:青岛大学,2017.
- [2] Bouya SM, Djoubairou BO, Okacha N, et al. Posterior epidural migration of lumbar intervertebral fragment: case report[J]. Pan Afr Med J, 2015, 21(1):80.
- [3] Wong DA, Transfeldt E, Macnab I, et al. Macnab's Backache [M]. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007:79.
- [4] 胡有谷, 吕成昱, 陈伯华. 腰椎间盘突出症的区域定位[J]. 中华骨科杂志, 1998, (1):14-16.
- [5] 姜宏, 俞鹏飞, 刘锦涛. 破裂型腰椎间盘突出症-MRI 分析/临床转归预测、治疗策略[M]. 南京:江苏凤凰科学技

图 2 3 个月后复诊 MRI 资料

图 3 16 个月后随访 MRI 资料

- [6] 谢艳艳. 腰椎间盘突出症发病机理探讨[J]. 中医学报, 2013, 28(9):1388-1389.
- [7] Keskil S, Ayberk G, Evliyaoglu C, et al. Spontaneous resolution of "protruded" lumbar discs[J]. Minim Invasive Neurosurg, 2004, 47(4):226-229.
- [8] Sang HA, Myun WA, Woo MB. Effect of the translaminar extension of lumbar disc herniation on their regression and the clinical outcome of sciatica[J]. Spine, 2000, 25(4):465-480.
- [9] 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):205-207.

(收稿日期:2017-11-15)