

宋敏教授“术、药、功”并举治疗腰椎间盘突出症经验

海云翔¹ 文皓楠¹ 宋敏^{1△}

[关键词] 腰椎间盘突出症;术、药、功并举;临床经验

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] B [文章编号] 1005-0205(2020)10-0080-03

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)好发于中老年人,因腰椎间盘突出退行性改变,在外力作用下发生纤维环破裂、髓核突出,进而刺激并压迫神经根,引起腰及下肢坐骨神经痛等为特征的一种临床综合征^[1],该病病程长、易复发。现将宋敏教授学术经验加以整理,总结如下。

1 对腰椎间盘突出症病因病机的认识

腰椎间盘突出症在中医学属“腰腿痛”“腰背痛”“痹证”范畴,现代医学中所描述的腰痛伴下肢放射痛的症状古籍中早有记载,如《灵枢·经脉》篇云“膀胱足太阳之脉……是动则病,脊痛,腰似折,髀不可以曲,腠如结,膈如裂,是为踝厥。是主筋所生病者……项、背、腰、尻、腠、膈、脚皆痛,小趾不用”。清代程国彭《医学心悟》云“腰痛拘急,牵引腿足”。宋敏教授认为,腰椎间盘突出症主要是长期慢性劳损所致,但又当从脏腑、六淫、气血津液分别论之。

1.1 脏腑亏虚为本

宋敏教授认为筋骨同病是本病发生的根本,究其脏腑主要责之于肝肾。正如《素问·脉要精微论》云“腰者肾之府,转摇不能,肾将惫矣”,《诸病源候论》云“肝主筋而藏血,肾主骨而生髓”,《素问·经别论》云“食气入胃,散精于肝,淫气于筋”。肾主骨生髓,肝主筋藏血,筋骨是肝肾的外在表现。肝肾虚损则筋骨失于濡养,骨借筋而立,筋骨同病常最先反映于腰部,导致腰酸、腰痛、下肢麻木无力^[2]。

1.2 六淫、气血津液互为因果

《景岳全书·腰痛》云:“腰痛证……遇阴雨或久

坐,痛而重者,湿也;遇诸寒而痛,或喜暖而恶寒者,寒也;遇诸热而痛,及喜寒而恶热者,热也。”《杂病源流犀烛·腰脐病源流》曰:“腰痛,精气虚而邪客病也……肾虚其本也,风、寒、湿、热、痰饮、气滞血瘀闪挫其标也,或从标,或从本,贵无失其宜而已。”宋敏教授认为腰突症属慢性筋骨损伤,多为久病耗伤气血,遇风寒湿邪侵袭,以致气机不畅、水液停聚,形成瘀血、湿浊等病理产物,损伤腰部经脉气血,不通则痛。此外部分患者常有跌扑闪挫病史,离经之血瘀续积腰臀,若遇寒湿之邪,则气机阻滞,寒湿、瘀血两邪胶着,使得疼痛愈加明显,病情更为缠绵^[3-4],故本病的治疗应审证求因,筋骨并重,标本兼顾^[5]。

2 术、药、功三法结合,扬长避短有的放矢

宋敏教授强调“同病异发”理念,即不同的年龄阶段、不同的病因病机特点所引起腰椎间盘突出症的证候各异,因此术、药、功并举并非只是简单地将三种方法相叠加,而在熟练掌握三种方法特点的基础上,根据病情灵活运用,使不同治法间协同增效,做到“整体大于部分之和”,从而提高临床疗效。宋敏教授认为手法重在活血化瘀、舒筋通络、松解粘连,颈腰椎脊柱关节病是其主要适宜病种。针对寒湿、气滞、血瘀等引起的以“标实为重”者,可通过对穴位、筋脉的刺激作用,由表及里地起到调理相应经脉、脏腑之效;中药重在整体调理,扶正祛邪,尤善于调整脏腑之阴阳。腰突症病因错综复杂,多由两种或两种以上的致病因素混杂而成,理清病因主次、辨明标本虚实有利于指导临床用药;练功促使气血运行、脏腑功能恢复,可增强人体正气,不仅对疾病具有辅助治疗作用,而且起到瘥后防复之功,对于初次发病的患者,宋敏教授更为重视健康宣教,使患者树立“既病防变、瘥后防复”的观念^[6]。

2.1 正骨柔筋手法通经活络

宋敏教授治疗腰椎间盘突出症采用“正骨柔筋三步法”,即放松、治疗和结束手法。宋敏教授指出正骨柔筋手法遵循“病证结合、辨证施术、筋骨并重”的施术

基金项目:国家自然科学基金委地区基金项目(81760876)

甘肃省中医药防治慢性疾病重点实验室开放基金项目(GSMBKY2015-07)

甘肃中医药大学研究创新基金项目(2020CX04)

¹ 甘肃中医药大学中医临床学院(兰州,730000)

△通信作者 E-mail:sm@gszy.edu.cn

理念,治筋不忘治骨,治骨必先理筋,对于以“标实为著”的腰突症患者,利用手法能够持续、大范围地作用于软组织,促使病变部位毛细血管扩张,纠正小关节紊乱,解除局部组织粘连或痉挛,改变神经根位置,从而改善椎管内外各组织血液循环,使腰部经筋得以阳气温煦,达到筋柔骨正、骨正筋柔之效。

2.1.1 放松手法 患者取俯卧位,医者调节好自己气息,立于患者患侧,分别在患者腰骶部、臀部及患侧肌肉壮实处施以揉法、滚法和拿捏法,每个手法重复 2~3 min,旨在有效舒缓肌肉紧张和痉挛;后在患侧环跳、委中、殷门、秩边、承山、昆仑等穴位处施以拇指弹拨法和点按法以松解粘连、止痛。最后医者用掌根部在患者腰背部沿膀胱经走向自上而下施以捋顺法 3~5 遍,以达到通经活络、理顺筋结之效。这个操作过程约 15 min。

2.1.2 治疗手法 治疗手法主要包括按腰扳腿法、牵引按压腰骶法及腰部斜扳法。1)按腰扳腿法:患者取俯卧位,身体伸直,下肢并拢,保持肌肉放松。医者立于患者健侧,一手按压在患者腰部,另一手上抬患侧下肢,斜向脊柱约 30°扳起,当扳起超过 30°至最大限度时,做一增大幅度的下压与上抬的反向施力快速扳动,此过程重复 3~5 次。2)牵引按压腰骶法:患者俯卧位,保持全身放松,一助手位于患者头上方,固定患者肩部,另两助手分别用双手固定患者踝关节且呈半蹲位,医者立于患者一侧,两手掌叠加平压于患椎上,医者号令同时两助手用力做对抗牵引,在此过程中嘱患者大口呼气,医者同时顺势向下垂直按压 5~10 次。若无助手,则可将患者前胸部及小腹部垫起,从而使腹部悬空后施治。3)腰部斜扳法:患者侧卧位,患侧下肢在上且呈屈膝屈髋,健侧下肢在下呈自然伸直,医者位于患者腹侧,以两手(或肘部)分别抵于患者肩前部、臀后部,反向用力,做 8~10 次小幅度扭转,使躯干以腰为中心旋转。

2.1.3 结束手法 双手握住患侧下肢远端,做连续小幅度上下快速节律性抖动,重复 3~5 次,后以虚掌拍打患者腰背部使皮肤微红为度,从而加强气血运行,缓解肌肉紧张,促进神经根及周围组织水肿的吸收^[7]。

宋敏教授认为以上各手法要想运用自如,需根据不同年龄、不同病因、不同病程、不同病变程度辨证施法,不可千篇一律统而贯之,也不可偏重一法。如在腰椎间盘突出症急性期,神经根尚处于水肿状态,应先行采用放松手法及轻柔的扳法促进水肿吸收,待症状轻至可耐受过重的治疗手法时,方可加大力度,综合运用。总之需做到循序渐进,步步为营,而不可急于求成,始终“尊古而不泥古”,灵活运用。

2.2 中药汤剂调整脏腑阴阳

宋敏教授基于肝肾亏虚为本,六淫、痰饮、气滞血瘀为标的理论基础,在多年临床实践中,针对腰突症的特点,以审证求因、筋骨并重、标本兼顾为指导,确立了“益气活血,补益肝肾,舒筋通络”法,拟定舒腰通络方,基础方为:黄芪 30 g,当归 12 g,泽兰 12 g,川芎 15 g,赤芍 12 g,三棱 12 g,莪术 12 g,盐杜仲 12 g,川牛膝 12 g,土鳖虫 9 g,木瓜 12 g,郁金 9 g,威灵仙 12 g,炙甘草 6 g。方中重用黄芪补气行滞通痹,使气旺以促血行,瘀去而络通,为君药;土鳖虫、三棱、莪术破血行气,与当归相配,养血活血通络而不伤血,共为臣药;泽兰、郁金、川芎、赤芍助当归以行气活血祛瘀,杜仲、牛膝补肝肾、祛风湿、壮筋骨、引瘀下行,木瓜、威灵仙祛风湿、通筋络,皆为佐药;炙甘草补气健脾、调和诸药,为使药;纵观全方,补气药与活血药同用,肝肾同补、筋骨并调,祛瘀通络,使得气旺、瘀消、络通,诸证自消。

2.3 练功疗法扶正固本防复

练功疗法也称功能锻炼,古称导引,重在扶正祛邪、活血化瘀、防治肌肉萎缩,能够避免关节周围组织粘连,是增强脊柱稳定、防治腰椎间盘突出复发的关键步骤。宋敏教授认为,练功疗法当讲求主动性、渐进性、持续性、整体性、适度性及针对性六大原则。主动性要求患者认识到功能锻炼的重要性,不仅主动练功,还需通过改变生活及工作中的不良习惯,减少诱发因素及减轻椎间盘负荷;渐进性要求患者按照先简后繁、先易后难分段式原则进行锻炼,不可急于求成;持续性要求患者树立持之以恒、坚持锻炼的意识,做到“行之有效,持之以恒”;整体性是指辨证施功的问题,在锻炼时不仅要注重腰背部的锻炼,还需全面锻炼,增强正气,做到“正气存内,邪不可干”;适度性是指合理安排和调节运动量,运动量太小达不到锻炼之目的,太大容易超过机体耐受限度,形成二次损伤;针对性要求锻炼方案要“因人制宜”,考虑个人身体素质、锻炼水平、年龄、功能障碍程度等。基于此六项原则,宋敏教授建议患者做“捶腰法”及“蹬腿法”锻炼,“捶腰法”是指患者手握空拳,用适当的力度捶打自己的腰部,使得腰部血液循环加快,痉挛得以缓解;“蹬腿法”是指患者原地站立,双手扶墙,患肢抬起,尽量屈膝屈髋,足背上勾,以脚跟发力用力向下蹬出;该方法可促进患肢功能重建,训练腰椎稳定性,对腰突症患者有着很好的康复作用。

3 小结

宋敏教授在腰椎间盘突出症的治疗中应用“术、药、功”并举的治疗策略,将“整体观念”“辨证论治”“筋骨并重”理念贯穿治疗始末,临床倡导“能保守不微创,能微创不开放”的“阶梯式治疗”理念^[8],始终奉行“西医诊断、中医辨证、中西医结合”的诊疗思路,用药坚持“能中不西,先中后西,中药为主,西药为辅”的原则^[9],

使得腰突症患者症状缓解快,复发率低,值得临床应用。

宋敏教授是甘肃省名中医、省卫生系统领军人才,博士生导师,教学名师,省“园丁奖”优秀教师,从事中医药防治慢性筋骨病的科研、教学、临床工作 30 余载,在中医综合疗法治疗腰椎间盘突出症方面经验丰富。

参考文献

- [1] KREINER D S, HWANG S W, EASA J E, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy[J]. Spine J, 2014, 14(1):180-191.
- [2] 曹盼举,于海洋,张晓刚,等. 腰椎间盘突出症的中医病因病机及其治疗思考[J]. 中医药临床杂志, 2018, 11(30): 1999-2002.
- [3] 王人彦,张杰,赵睿晞,等. 骨伤名师张玉柱治疗腰椎间盘突出

突出症的临床经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(2):80-81.

- [4] 沈学强,姜宏. 姜宏教授辨治巨大游离型腰椎间盘突出症经验介绍[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2018, 26(7):78-80.
- [5] 李文豪,季元. 中医对腰椎间盘突出症的认识[J]. 甘肃中医, 2009, 22(11):10-11.
- [6] 陈晓彦,李滋平. 针药相须治疗腰椎间盘突出症经验[J]. 中国针灸, 2019, 39(9):977-980.
- [7] 孙定平,李清林,宋敏. 宋敏教授治疗椎动脉型颈椎病经验撷英[J]. 西部中医药, 2016, 29(2):54-56.
- [8] 宋敏,曹林忠,柴居堂,等. 基于阶梯疗法探讨腰椎间盘突出症的临床治疗[J]. 颈腰痛杂志, 2015, 36(6):445-448.
- [9] 金成强,温孝明,宋敏. 宋敏教授骨伤科学术经验管窥[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(5):62-65.

(收稿日期:2020-04-15)

(上接第 79 页)

- [4] 郑移兵,鲍树仁,齐越峰,等. 推压手法复位纸夹板外固定治疗 Smith 骨折[J]. 中医正骨, 2016, 28(3):45-47.
- [5] 齐越峰,陈福林,鲍树仁,等. 四步正踝法治疗Ⅱ度以上旋后外旋型踝关节骨折的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2012, 25(8):634-638.
- [6] 齐越峰,陈福林,田宁宁,等. 桡骨远端伸直型骨折纸夹板外固定治疗的 X 线比较分析[J]. 中国骨伤, 2004, 17(9): 38-39.
- [7] 鲍树仁. 伸直位整复固定治疗第 5 掌骨颈骨折[J]. 中国骨伤, 2002, 15(5):41.
- [8] 王红杰,刘式明,鲍树仁,等. 第 5 掌骨颈骨折伸直与屈曲位整复固定治疗的比较研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(10):28-30.
- [9] 赵兴玮. 拇指对掌位蝶形纸板固定治疗第 1 掌骨基底部骨折脱位[J]. 中医正骨, 1997, 10(1):30.
- [10] 赵兴玮,张立强,王红杰,等. 手法复位拇指休息位纸夹板外固定治疗本奈特骨折 30 例疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2010, 18(3):48.
- [11] 宋亚文,姚家驊,王红杰. 蝶形纸夹板内内收位固定治疗第 1 掌骨基底骨折 15 例[J]. 中医正骨, 2006, 18(12):46.

- [12] 赵兴玮,刘洋,金立昆,等. 纸夹板外固定治疗踝关节骨折后期功能康复介入时间与疗效关系初探[J]. 世界中医药, 2014, 9(8):1011-1013.
- [13] 赵兴玮,宋亚文,张立强. 纸夹板外固定治疗 Colles 骨折的功能康复介入时间与疗效关系初探[J]. 中医正骨, 2008, 20(7):23-24.
- [14] 齐越峰. 陈福林“骨折重治筋”学术思想介绍[J]. 北京中医药, 2009, 28(9):682-684.
- [15] 郑移兵,张君松,鲍树仁,等. “筋骨并重”理念在治疗桡骨远端骨折中的运用[J]. 现代中医临床, 2016, 23(2):13-16.
- [16] 张红川,王法利. 正骨手法结合正骨散外用治疗陈旧性踝关节扭伤的疗效观察[J]. 首都医药, 2014, 21(20):41-42.
- [17] 郑移兵. 闭合复位纸夹板外固定结合正骨散外用治疗桡骨远端骨折[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(6):48-49.
- [18] 齐越峰,赵兴玮,陈福林,等. 正骨散治疗急性软组织损伤的临床观察[J]. 北京中医药, 2008, 27(8):587-590.

(收稿日期:2020-03-17)