

谢林教授运用角药辨治腰椎间盘突出症经验

陈恒^{1,2} 刘奕^{1△} 唐田¹ 徐文强¹ 谢林¹

[摘要] 谢林教授认为腰椎间盘突出症的病因病机核心在于肝肾气血亏虚,风寒湿邪侵袭,痰湿瘀血阻滞经络、筋骨;临证辨治本病主张立足整体,参其症状,详辨虚实,善用角药,根据不同症状及证型选用或组合角药,随证化裁,灵巧遣方,临证疗效显著。

[关键词] 角药;腰椎间盘突出症;辨治;中医药

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2024)11-0085-04

DOI: 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.241117

Professor Xie Lin's Experience of Treating Lumbar Disc Herniation with Angle Medicine

CHEN Heng^{1,2} LIU Yi^{1△} TANG Tian¹ XU Wenqiang¹ XIE Lin¹

¹ Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210028, China;

² Third Clinical Medical College of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210028, China.

Abstract Professor Xie Lin believes that the core of the etiology and pathogenesis of Lumbar disc herniation lies in the deficiency of qi and blood in the liver and kidneys, the invasion of wind, cold and dampness, and the blockage of the meridians, muscles and bones. The clinical syndrome differentiation and treatment of this disease advocates based on the whole, referring to its symptoms, distinguishing the deficiency and the real in detail, making good use of horn drugs, selecting or combining horn drugs according to different symptoms and syndrome types, and treating them with the syndrome, dexterously dispatching prescriptions, and the clinical syndrome has a significant curative effect.

Keywords: angle medicine; lumbar disc herniation; differentiation and treatment; traditional Chinese medicine

腰椎间盘突出症(LDH)作为脊柱外科常见疾病,临床主要表现为慢性腰腿痛、下肢麻木等^[1],可归属属于中医“痹证”“腰痛”范畴^[2]。谢林教授认为本病之因不外乎虚实两端,其病性属实者,责之风寒湿;其虚者,究其气血阴阳;治疗时,辨治本病善用角药,立足整体,

详辨虚实,再参其症,佐以行气血、舒筋骨、通血络诸法,角药组合配伍灵巧,经验独到,疗效显著。故将谢林教授运用角药辨治腰椎间盘突出症经验总结如下。

1 病因病机

1.1 实者,责之风寒湿热

谢林教授认为外受风寒湿邪,筋骨血络痹阻是腰椎间盘突出症的发病根源。《素问·痹证》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹也,其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也。”因外感邪气之不同,其疼痛游走者属行痹,疼痛尤甚者属痛痹,痛势绵绵者属着痹。《素问·逆调论》言:“营气虚则不仁,卫气虚则不用,营卫俱虚,则不仁且不用。卫气不得泄越故外热。”因外感实邪,或致腠理不固,营卫失和,无以濡养脏腑,机体失于温煦,风冷之邪客于腰脊;或致腠理闭郁,孔窍阻塞,卫气无以外达,寒湿之邪日久郁里化热,从而出现腰及周身骨节烦疼、关节肿大、下肢水肿等,最终可导致本病发生。

基金项目:第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(22QGSC6)

江苏省自然科学基金面上项目(BK20221420)

江苏省中医药科技发展计划项目(ZD202008)

江苏省名中医专家传承工作室建设项目(苏中医科教[2021]7号)

江苏省干部保健项目(BJ23020)

江苏省预防医学课题项目(Ym2023049)

¹ 南京中医药大学附属中西医结合医院(南京,210028)

² 南京中医药大学第三临床医学院

△通信作者 E-mail:806914260@qq.com

1.2 虚者,究其气血阴阳

谢林教授认为气血阴阳亏虚更易招致有形实邪侵袭机体,乃本病发病基础,气血亏虚、阳虚、肾精亏虚、肝肾阴虚均能导致腰椎间盘突出症的发生。《诸病源候论》言:“肾气不足,受风邪之所为也,劳伤则肾虚,虚则受于风冷,风冷与正气交争,故腰脚痛。”肾中精气充盛,则骨髓充盛,筋骨劲强;如因久病过劳耗伤肾精,则髓枯骨痿,筋骨失养,症见腰脊俯仰不利,不耐久行,肢体萎弱等。《丹溪心法·腰痛》亦曰:“腰痛主湿热、肾虚、瘀血、挫闪、有痰积。”谢林教授结合多年临证经验指出本病虚实兼夹,其病因病机之关键在于肝肾气血亏虚,风寒湿邪侵袭,痰湿瘀血阻滞经络,以致筋骨不利。因此治疗主张兼顾标本,立足整体,巧用角药以辨证施治。

2 常用角药辨析

2.1 详辨风寒湿热,可调营卫、祛风痹、散寒湿

2.1.1 干姜-茯苓-白术 谢林教授认为腰腹冷痛明显,屈伸不利,四肢困重,周身怕冷,苔白腻,脉沉迟,乃因寒湿痹阻,阻遏阳气,客于腰间。谢林教授古方今用,撷取《金匮要略》干姜苓术汤中干姜、茯苓、白术搭配为角药,广泛用于寒湿型腰椎间盘突出症,且寒邪偏盛者用之更佳。

干姜辛能散寒,温以通脉,入脾、胃、肾、心经,守而不走,乃温阳第一要药,表里寒证皆可用之。《药性论》载其“治腰肾中疼冷,冷气,破血,去风,通四肢关节,开五脏六腑,去风毒冷痹,夜多小便”。茯苓入脾、心、肺经,味甘而擅和胃健脾,偏于淡渗利湿。《医学启源》谓其“除湿,利腰脐间血,和中益气为主”。白术味甘苦,性温,入脾、胃经,谢教授认为其以补见长,补气兼能生津,燥湿而不伤阴。《日华子本草》言其“治一切风疾,五劳七伤,冷气腹胀,补腰膝,消痰,治水气,利小便,止反胃呕逆,及筋骨弱软”。三药相佐,外散寒湿,内温经脉,以平腰间冷痛;另外,谢教授遵内经“脾主肌肉”,认为三药皆入脾经,能健脾而实四肢,以充形体,兼扶正气,和调脏腑。常用剂量为干姜 6 g,茯苓 10~20 g,白术 10~20 g。

2.1.2 独活-秦艽-防风 谢林教授认为腰腿酸痛,痛无定处,病势缠绵,伴屈伸不利者,乃因外感风寒湿邪,痹阻经络,不通则痛。谢教授承袭《备急千金要方》独活寄生汤祛风固表、散寒胜湿以止痛之机理,择取独活、秦艽、防风治疗风寒湿痹阻所致腰椎间盘突出症。

独活味苦辛,性微温,入肾及膀胱经,性善下行,长于散内里伏风,兼利关节。《药品化义》云:“独活,能宣通气道,自顶至膝,以散肾经伏风,凡颈项难舒,臀腿疼痛,两足痿痹,不能动移,非此莫能效也。”秦艽味苦辛,性平,入肝、胆、胃经,润而不燥,擅散风利水,清热除

蒸。《神农本草经》谓其“主寒热邪气,寒湿风痹,肢节痛,下水,利小便”。防风辛能祛风胜湿,性温以解表散寒,入肝、脾、膀胱经,谢教授认为其甘缓不峻,可治内外风邪。秦艽、防风均风药之润剂,二者可能通过发挥抗氧化、抗炎、抑制细胞凋亡等途径发挥治疗作用^[3]。三药合用,温而不燥,共奏祛风散寒胜湿之功。常用剂量为独活 10~15 g,秦艽 6~12 g,防风 10~20 g。

2.1.3 桂枝-芍药-知母 谢林教授认为腰及下肢关节疼痛,形瘦,口渴,舌红苔薄少,脉细数,乃因风寒湿邪久留,化热伤阴所致。因此,治疗时遵“阳病治阴”之法,喜用此组角药和营滋阴清热,三药联用取于《金匮要略》桂枝芍药知母汤,乃寒湿郁热型腰椎间盘突出证的代表角药。

桂枝辛能散邪,温可助阳,可入气分,宣导百药,温通经脉。《本草汇言》曰:“桂枝,散风寒,逐表邪,发邪汗,止咳嗽,去肢节间风痛之药也。”芍药苦酸、微寒,入肝、脾经,功可敛阴养血,和营止痛,《得配本草》谓其“固腠理,和血脉,收阴气,退虚热,缓中止痛,除烦止渴”。现代药理研究证实^[4],芍药苷通过下调前列腺素 E₂,上调 β-内啡肽、一氧化氮等发挥镇痛作用。芍药常与桂枝同用,寒温相配,散收相合,以调营卫、和阴阳。知母味甘苦,性寒,入肺、肾、胃经,泻火而不损阴,寒以清热,甘缓生津。《神农本草经》载其“主消渴热中,除邪气肢体浮肿,下水”。三药合用,温阳散寒兼能清热,营卫和而阴阳亦平。谢教授认为桂枝、芍药和营之功较强,而欲达滋阴清热之效,须与知母同用,方奏其效。常用剂量为桂枝 10 g,芍药 10~30 g,知母 6~12 g。

2.2 审其气血阴阳,当益气血、滋肾精、养肝肾

2.2.1 杜仲-续断-牛膝 谢林教授认为肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者多由劳损久病,损及肝肾,肝血亏虚,肾精不足,表现为腰膝酸软,隐痛时作,甚至肌肉萎缩,可兼见头晕,口咽干燥,遗精,脉沉细等。三药搭配撷取自《妇人大全良方》三痹汤,后人多用此方祛风除痹,行血气凝滞,谢教授认为此方除祛风散寒之外,其益肝肾之功不逊于二至丸,故择选方中杜仲、续断、牛膝合为角药,用于治疗。

杜仲味甘性温,入肝、肾经,乃补益肝肾之要药,盐炙后温而不燥,更能增强引经入肾之功,以强健筋骨。《玉楸药解》谓其“益肝肾,养筋骨,去关节湿淫。治腰膝酸痛,腿足拘挛”。续断味苦辛,性微温,入肝、肾经,因其擅续折伤、壮筋骨而得名。《滇南本草》言其“补肝,强筋骨,走经络,止筋骨酸痛”。牛膝味酸苦,性平,走而不守,性善下行,益肝肾而兼能活血。《滇南本草》载其“止筋骨疼,强筋舒筋,止腰膝酸麻”。笔者发现^[5]三痹汤能够促进干细胞归巢,抑制椎间盘退变。进一

步深入对药物成分川续断皂苷分析发现,其可能是通过调节间充质干细胞分化,激活 ERK1/2 以及 Smad2/3 信号通路,从而延缓椎间盘退变。肝主筋而肾主骨,谢教授认为杜仲、续断皆入肝肾,合用则强健筋骨之功更强,因其病位趋下,故佐牛膝,引药下行,直达病所,事半功倍。三药合用,共奏补益肝肾、强筋壮骨之功。常用剂量为杜仲 15 g,续断 15 g,牛膝 15 g。

2.2.2 黄芪-当归-川芎 谢林教授认为腰痛绵绵,喜温喜按,面白神疲,畏寒等,此皆气血亏虚之象。三药并用源取《医林改错》补阳还五汤,沿袭原方益气化瘀之理,取其黄芪、当归、川芎合用治疗病程日久,气血亏虚型椎间盘突出症。

黄芪味甘性温,入肺、脾经,能补气力、固卫表、升阳逐痹,一药三用,行于表里脏腑,俱有佳效。现代药理研究显示,黄芪甲苷可通过调控 miRNA-125a-5p 表达,下调靶基因 TP53INP1 表达,从而抑制髓核细胞凋亡。《本草备要》言其“温分肉,实腠理,泻阴火,解肌热”。当归味甘辛,性温,入心、肝而主血,活血兼能补血,乃理血要药。《本草正》云:“当归,其味甘而重,故专能补血,其气轻而辛,故又能行血,补中有动,行中有补,诚血中之气药,亦血中之圣药也。”川芎辛散走窜,温而通达,入肝、胆经,乃血中气药,擅行气止痛、祛风活血。《体草汇言》载其“上行头目,下调经水,中开郁结,血中气药”。当归、川芎皆为血中气药,活血行气之功卓著,谢教授主张配伍黄芪增强补益之功,三药相须为用,行而不散,补而不滞,共奏益气养血化瘀之功。常用剂量为黄芪 10~30 g,当归 10~20 g,川芎 9~15 g。

2.2.3 熟地-黄精-山药 谢林教授认为肾阴亏虚者,若发本病则症见腰部酸楚、空痛,兼见手足心热,潮热骨蒸,舌红少津,脉细数等。谢林教授古方今用,取法《小儿药证直诀》六味地黄丸,又能灵活变通,以黄精易山茱萸,既有气阴双补之功,又可避免山茱萸温湿留邪之弊。

熟地味甘性微温,质润擅滋阴,其入肝能养阴血,入肾能益精填髓,乃滋肾阴要药。《本草纲目》谓其“填骨髓,长肌肉,生精血,补五脏、内伤不足,通血脉”。黄精味甘性平,入肺、脾、肾经,长于益肾养阴,补虚益气,谢教授更喜用酒黄精,乃因其酒制后滋而不腻,亦可减轻对胃肠道刺激。《日华子本草》言其“补五劳七伤,助筋骨,止饥,耐寒暑,益脾胃,润心肺”。山药味甘性平,其补而不滞,长于益肾涩精、健脾补中,为平补脾肾之佳品。《本草正》云:“山药,能健脾补虚,滋精固肾,治诸虚百损,疗五劳七伤。”三药均入肾经,能益其阴精,从肾入手,脾肾同调,培补先后天之本,以充肾中精气,脾肾强则筋骨坚。常用剂量熟地 9~15 g,黄精 10~20 g,山药 10~30 g。

2.3 参其病症,有放射性痛麻及间歇性跛行者,宜行气血、舒筋骨、通血络

2.3.1 乳香-没药-制南星 谢林教授指出腰背部刺痛、胀痛间作,舌紫暗,脉弦涩,此为气滞血瘀作祟。谢林教授沿袭《太平惠民和剂局方》小活络丹化痰通络、搜风除湿之机要,取其中乳香、没药、制南星搭配,可显著缓解腰背部疼痛、改善活动度等。

乳香味苦辛,性微温,入肝、脾、心经,乃治疗内伤诸痛要药,偏于行气,善活血定痛。《本草汇言》曰:“乳香,活血去风,舒筋止痛之药也。”没药味苦性平,主入肝经血分,偏于活血散瘀,兼有消肿止痛之功。《本草纲目》载其“散血消肿,定痛生肌”。乳香、没药合用专能行气活血定痛,但因其生用气味浓烈,因此多用醋炙矫臭增效。胆南星味苦微辛,性凉,长于通经络、化痰息风。《本草求真》谓其“主散经络风痰”。现代药理研究表明^[6],胆南星可通过抑制促炎因子(白介素-1、白介素-6 以及肿瘤坏死因子 α) 的表达发挥抗炎镇痛效果。三药同用,共奏散瘀化痰、通络止痛之功。若见腰部酸胀痛明显,兼见腹胀、矢气频多者,加川楝、延胡索行气止痛;若局部刺痛明显,舌暗,脉弦涩者,加蒲黄、丹参化瘀定痛。常用剂量乳香 6~10 g,没药 6~10 g,制南星 6~12 g。

2.3.2 伸筋草-鸡血藤-夜交藤 此组角药均为藤药,谢教授认为椎间盘突出症患者出现下肢放射性疼痛、麻木等,其病机核心在于痰湿阻络,筋骨不利,秉藤药舒筋之理义^[7],谢教授常用伸筋草-鸡血藤-夜交藤组成角药治疗椎间盘突出所继发的下肢放射性疼痛、代偿性脊柱侧弯等。

伸筋草味辛微苦,性温,走而不守,因其擅治痹伸筋而得名,主入肝、肾经,外可散寒湿,内可舒筋络。《本草拾遗》言其“主久患风痹,脚膝疼冷,皮肤不仁,气力衰弱”。鸡血藤味甘苦,性温,入肝、肾经,补血兼能活血,功专舒筋通络,实为养血通络之良药。《本草纲目拾遗》谓其“活血,暖腰膝,已风瘫”。夜交藤味甘性平,可调阴阳,养心肝之血,长于通络安神。《本草再新》载其“补中气,行经络,通血脉,治劳伤”。现代药理研究发现^[8],夜交藤水提物可抑制半胱天冬酶 3、半胱天冬酶 7、半胱天冬酶 8 活性,发挥神经保护作用。三药联用,外散寒湿,内疏筋骨,辅以养血,标本兼顾,经络畅达而筋骨流利,故下肢放射性疼痛得愈。若放射性疼痛甚者,谢教授主张酌加此组角药用量,此外还常加青风藤、大血藤等;若见骨节灼痛,烦热口干,舌红苔黄者,加忍冬藤、络石藤、钩藤清热舒筋;若见患处冷痛麻木,舌淡,脉沉者,加海风藤、天仙藤温经和血。常用剂量伸筋草 15~30 g,鸡血藤 10~30 g,夜交藤 15~30 g。

2.3.3 全蝎-僵蚕-土鳖虫 谢林教授指出腰椎间盘突出后导致神经根长期受压,出现间歇性跛行症状的发生与痰瘀阻络密切相关,单纯的气滞血瘀程度尚且轻浅,未必能引发此症。谢林教授师古而不泥古,承《仁斋直指方》牵正散祛痰通络之功,配伍伤科要药土鳖虫,取其破血逐瘀之功。

全蝎主入肝经,性善走窜,乃搜风通络之要药。《玉楸药解》载其“穿筋透骨,逐湿除风”。僵蚕辛能通络,咸能软坚散结,入肝经而长于化痰息风,兼具虫类药搜风剔络之性。《玉楸药解》谓其“活络通经,驱风开痹”。土鳖虫味咸性寒,入肝经血分,长于破瘀活血,续折损。《本草通玄》言其“破一切血积,跌打重伤,接骨”。三药皆为血肉有情之品,其性飞升走窜,搜风剔络之功甚于草木,三药相合,可透达筋骨伏邪。若间歇性跛行症状出现已久者,酌加制乌梢蛇、广地龙、露蜂房等。此外,谢教授临证时均结合患者磁共振等检查,判断患者椎间盘突出程度,常会配伍黄芪-当归-川芎角药组合应用,补气兼活血通络,从而促进突出组织重吸收。谢教授应用虫药主张中病即止,不可滥用过用,以防生风动血。常用剂量全蝎 3~6 g,僵蚕 6~12 g,土鳖虫 6~9 g。

3 结语

角药辨治腰椎间盘突出症组方灵巧、随证变化、疗效卓著,临证时可根据疾病不同证型、临床表现选用合适角药,或组合应用不同角药。谢林教授临床诊治腰

椎间盘突出症立足整体、辨证施治,善用角药,于精巧变化中见奇效。

参考文献

- [1] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(1): 2-6.
- [2] 刘爱峰, 马信龙, 郭天赐. “筋柔骨正”理论在经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症中的体现[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2021, 29(8): 77-79.
- [3] 王楠, 张啸宇, 李敬池, 等. 防风-秦艽治疗腰椎间盘突出症的网络药理学研究[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(2): 16-23.
- [4] 张育贵, 张淑娟, 边甜甜, 等. 芍药苷药理作用研究新进展[J]. 中草药, 2019, 50(15): 3735-3740.
- [5] 邓蓉蓉, 王彦超, 席志鹏, 等. “加味三痹汤”对大鼠骨髓间充质干细胞归巢及对椎间盘退变的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(5): 14-18.
- [6] 唐照琦, 李彪, 王秋红, 等. 胆南星的化学成分、药理作用及相关复方临床应用的研究进展[J]. 中国药房, 2020, 31(12): 1523-1527.
- [7] 刘孟敏, 马勇, 郭杨. 骨伤科常用藤类中药的研究进展[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(1): 86-88.
- [8] 陶丽宇, 高月求, 韦靖, 等. 首乌藤相关药理作用及临床运用的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(10): 2486-2488.

(收稿日期: 2024-05-11)

(上接第 84 页)

- [8] 高文俊, 蒲亚萍, 樊夏云. 从阴阳转化理论探析月经不调的中医治疗[J]. 云南中医中药杂志, 2023, 44(12): 16-19.
- [9] 袁宇芳, 吴浩祥. 陈士铎辨治痿症临证经验和特色探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(10): 1162-1165.
- [10] 严可, 邝高艳, 冯艺超, 等. 卢敏教授从“虚、瘀、毒”论治股骨头缺血性坏死的经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(8): 1430-1434.
- [11] 尹晨东, 薛凡, 邓豪, 等. 仇湘中教授治疗非创伤性股骨头坏死经验浅析[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(8): 79-80.
- [12] 庄至坤, 魏秋实, 张颖, 等. 基于“态靶结合”理论探讨围塌陷期股骨头坏死精准保髓[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(11): 42-45.
- [13] 赵长伟, 尹志达, 王国臣, 等. 全国名中医赵文海教授论治颈性眩晕的经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2023, 31(5):

81-82.

- [14] 赵长伟, 李振华, 冷向阳, 等. 天池伤科流派论治骨关节炎的学术思想浅析[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(8): 4772-4774.
- [15] 欧阳文斯, 王国臣, 姜天佩, 等. 腰膝祛痛方治疗膝骨关节炎 255 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2023, 31(12): 67-69.
- [16] 李云飞, 王正言, 王英, 等. 基于数据挖掘的国医大师刘柏龄教授治疗股骨头坏死的用药规律研究[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(2): 479-481.
- [17] 裴莉昕, 陈琳, 王锴乐, 等. 基于“习性-生境-入药部位-性味功效”的藤类中药相关性分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(7): 199-207.
- [18] 陈吉全, 陈瑞祺. 论虫类药在络病治疗中的应用[J]. 中医药通报, 2023, 22(9): 23-26.

(收稿日期: 2024-04-04)