

· 名老中医传承 ·

王建伟教授内外平调法治疗腰椎间盘突出症的学术经验

吕锦业^{1,2} 邵阳² 李绍烁² 满豪^{1,2} 卜凡晨^{1,2} 王建伟^{2△} 吴毛^{2△}

[摘要] 王建伟教授将腰椎间盘突出症的病因病机归纳为肝肾不足,骨弱筋弛为本,外以风、寒、湿、热、闪挫扭劳为标而致气血津液失调,气滞、血瘀、水停,进而瘀水互结痹阻经络从而引发腰痛,内外因相互交结互累,肝肾益虚、筋骨益弱、瘀水愈阻,脾胃渐损,遂成顽病,其中瘀水互结为关键病理过程。治疗上,王建伟教授提出内外平调、标本兼顾为总纲,内治以行气化瘀利水为内核,注重补益肝肾、顾护脾胃,外治以筋骨肌并重、动静结合为原则。

[关键词] 腰椎间盘突出症;内外平调;气血津液;名医经验;王建伟

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] B [文章编号]1005-0205(2025)09-0084-05

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.250916

Professor Wang Jianwei's Academic Experience in Treating Lumbar Disc Herniation with the Internal-External Balance-Regulating Method

LÜ Jinye^{1,2} SHAO Yang² LI Shaoshuo² MAN Hao^{1,2} BU Fan Chen^{1,2} WANG Jianwei^{2△} WU Mao^{2△}

¹Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China;

²Wuxi Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Wuxi 214071, Jiangsu China.

Abstract Professor Wang Jianwei conceptualizes the etiology and pathogenesis of lumbar disc herniation as follows: Rooted in liver-kidney deficiency, this condition manifests as weakened bones and slackened tendons. External pathogenic factors—wind, cold, dampness, heat, trauma, and repetitive strain—precipitate dysregulation of Qi, blood, and body fluids, leading to Qi stagnation, blood stasis, and fluid retention. The pathological binding of stasis and retained fluids obstructs meridians, triggering low back pain. A vicious cycle ensues: intrinsic deficiency and extrinsic pathogens mutually exacerbate, further depleting liver-kidney essence, compromising the tendon-bone system, aggravating stasis-fluid blockage, and progressively impairing spleen-stomach function. Critically, stasis-fluid binding constitutes the key pathological mechanism underlying this intractable disorder.

Keywords: lumbar disc herniation; internal-external balance regulation; Qi, blood, and body fluids; expert experience of distinguished physicians; Wang Jianwei

王建伟教授深度剖析腰椎间盘突出症的发生发展规律,系统总结腰椎间盘突出症的病因病机,注重肝脾

肾三脏的内在联系,并从气血津液学说出发,提出气滞、血瘀、水停三者因果相依、交相为患,进而瘀水交结、痹阻经络为本病核心病理过程。王建伟教授秉承刘氏骨伤流派辨从局部、治从整体、内服外敷、内外兼治的学术观点,结合自身长期临床经验,主张内治以行气化瘀利水为内核,注重补益肝肾、顾护脾胃;外治以筋骨肌并重、动静结合为原则;内外平调共助腰脊中正、肌肉和调、腰部内外环境平衡,临床疗效确切。现将王建伟教授论治腰椎间盘突出症的学术经验总结如下。

1 病因病机

王建伟教授广纳历代医家学术精要却不落窠臼,

基金项目:国家自然科学基金项目(82274546)

王建伟第七批全国老中医药专家学术经验继承工作
指导老师项目

2024年度江苏省中医流派研究院开放课题
(JSZYLP2024031)

¹南京中医药大学(南京,210023)

²南京中医药大学附属无锡医院

△通信作者 E-mail:wxy006@njucm.edu.cn(王建伟)

wxfhmm@sina.cn(吴毛)

认为腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)的病因病机以肝肾不足、骨弱筋弛为本,外以风、寒、湿、热、闪挫扭劳为标而致气血津液失调,气滞、血瘀、水停,进而瘀水互结痹阻经络引发腰痛,并阐明了内外因相互交结互累,肝肾益虚、筋骨益弱、瘀水愈阻,脾胃渐损,遂成顽病这一渐进病机链,提出了气滞、血瘀、水停三者因果相依、交相为患进而瘀水交结痹阻经络这一核心病理过程。腰椎间盘突出症可归属于中医学“腰痛”“痹证”“脊痛”等范畴,始见于《黄帝内经·灵枢》^[1],历代医家对该病的病因病机、演变规律及干预方法都有不同的观点与总结。《诸病原候论·腰痛候》指出腰痛病的产生原因有 5 种:少阴、风痹、肾虚、坠堕伤腰、寝卧湿地。《金匱要略》中载“肾着之病,其人身体重,腰中冷……”,提及腰痛与肝肾亏虚、寒湿侵袭有关。王肯堂《六科准绳·杂病》载“有风、有湿、有寒、有热、……皆标也;肾虚其本也”,指出本病是因肾气亏虚,气滞、水湿、瘀血阻滞所致。石氏伤科流派国医大师施杞根据中医对骨病的演变发展认识,提出该病发作之本为肝脾肾脏腑功能失调,正虚血瘀致督脉不通失固护之功,论治本病以痰湿为关键^[2-3]。天池伤科流派赵云海教授认为“先天不足、肝肾亏虚”是腰椎间盘突出症发病首要原因,提出了以“先后天同补”治疗腰椎间盘突出症的总纲及“补肝肾、健脾胃、祛寒湿、破瘀阻”的治疗原则^[4]。历代医家虽对本虚标实的认识几乎一致^[5],但对本病具体的病因病机论治见解各有不同,王建伟教授在本虚标实这一认识的基础上阐述了肝脾肾之间的动态渐进病机链,主张细分年老与平素健壮年轻群体不同的疾病发展过程,从气血津液出发,系统总结气滞、血瘀、水停三者之间的关系,并提出瘀水互结为关键病理过程。

1.1 肝肾亏虚为发病之本,脾胃渐损为顽病之要

王建伟教授认为肝脾肾三脏生理相关、病理相因、互为传变,共司精气血化生与调控,腰椎间盘突出症病位在腰,根于肾虚,累及肝脾,易形成“肾精亏、肝血虚、脾失运”的渐进病机链,导致“骨弱、筋弛、肉痿”的病理结局,最终肢体痿弱,顽痹难愈。腰为肾之府,病位在腰,责之于肾。《黄帝内经·六节藏象论》载:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也……其充在骨。”肾为先天之本,藏精生髓而主骨,髓足则骨强^[6]。在经络上足少阴肾经走行于脊柱,与足太阳经相表里。督脉贯脊属肾,循脊络肾^[7]。足太阳膀胱经挟脊,抵腰中,入循脊,络肾属膀胱。足少阴肾经联络膀胱经与督脉,与脊柱的功能活动关系密切。《灵枢·本脏》载:“经脉者所以行血气而营阴阳,濡筋骨,利关节者也。”肾虚则骨无肾精以资充,经络乏血气濡筋骨利关节,久则骨弱筋疲。肝为筋之主,藏血而荣筋,《风劳臑膈四大证治》中载“筋

属肝木,得血以养之,则和柔而不拘急”。食气入胃,散精于肝,淫气于筋,肝血充足,筋得养,关节运动得以灵活有力,若肝血亏虚,筋脉失养,宗筋迟缓则不能束骨而利机关。《素问·阴阳应象大论》载“肾生骨髓,髓生肝”,体现了肝肾精-血-髓的互生互用关系^[8]。乙癸同源,相互资生,若肝血肾精匮乏,不能荣筋健骨,则腰肢酸痛绵绵^[9]。肝肾亏虚、骨弱筋弛是发病之本,而在疾病发生发展过程中,脾虚是终成顽痹的必经过程。《黄帝内经·素问》载“脾主身之肌肉”,《中藏经》载:“脾者,肉之本,脾气已失,则肉不荣。”脾为“气血生化之源”“后天之本”。脾胃健运,人体脏腑、经络、四肢百骸、筋骨肌肉才能得以营养滋润,肝血肾精才得水谷之精化生充养。《灵枢·经脉》中记载:“骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙。”肝脾肾三脏精气不足,则骨筋肉失养,肢体痿软无力,出现肌肉颤动、肢体强直等多种症状^[10]。

1.2 风、寒、湿、热、闪挫扭劳为关键病因

王建伟教授认为风、寒、湿、热、闪挫扭劳为本病关键病因,但腰椎间盘突出症发生发展是一个复杂的过程,是内外因交结互累、长期作用的结果,不能将内外因单纯割裂开来,不同发病的人群也应当细分其机理,以运动劳损为先导因素也愈来愈不可忽视。本病多见于中老年患者,肝肾亏虚,脾失健运,脏腑功能减退,精血、骨髓失充。筋骨失于濡养则痿软无力、骨弱筋弛,机体难以承受风寒湿热,跌扑损劳,而致气血津液失调,气滞、血瘀、水停,进而瘀水互结痹阻经络,最终导致患者出现腰肌强直、腰酸隐痛、屈伸不利、麻木难行等症。而腰椎间盘突出症近年来有年轻化趋势,《黄帝内经》中记载“五劳所伤,久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋”。久立、久行、久坐的不良习惯会损伤人体的骨、筋、肉。《灵枢·百病始生》载:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人。……此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。”年轻或平素健壮者,长期生活工作中跌扑外伤、高强度运动损伤、长时间不良工作姿势,肉损筋伤骨弱,进而肝脾肾渐虚,风、寒、湿、热邪气自倍矣,交结互累日久,痹病亦成。

1.3 气滞、血瘀、水停因果相依,交相为患

王建伟教授认为气血津液之间的特点为同源互化、盈亏相通、滞则俱病、和则俱荣,在腰椎间盘突出症发病过程中气血津液的失调是内在的病理基础,并且三者之间不是简单的线性关系,而是气滞、血瘀、水停三者因果相依,交相为患。气血津液学说在中医理论体系中占有重要地位,是阐释人体生理功能、病理变化以及指导临床辨证论治的重要依据^[11]。王建伟教授认为气血津液通利和顺是全身整体以及腰椎部位功能正常的基础。当机体感受外邪或跌扑劳损之时,气的

功能活动先受影响而常致气机阻滞。《血证论·吐血》载：“气为血之帅，血随之而运行；血为气之守，气得之而静谧。气结则血凝，气虚则血脱，气迫则血走。”气能生血、行血、摄血，血能养气、载气。血液的生成和运行依靠气的推动激发与气化作用，血液在周身的正常运行离不开气的推动、固摄、温煦作用。《素问·调经论》载：“血气不和，百病乃变化而生。”气机的失调，例如气虚可使血液运行无力而停，气滞可使血运受阻而滞，最终形成瘀血。在腰椎间盘突出症发病过程中腰部的疼痛常因气机阻滞，导致瘀血阻络，不通则痛。气机的失调还可能影响津液疏布致水液停聚，中医理论基础中气与津液之间的功能作用和气与血液的关系近乎相同，气能生津、行水、摄水，水能化气、载气。《素问·经脉别论》载“……脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱”，《医宗必读·水肿胀满》中也载“凡胀初起是气，久则成水”，皆指出气的推动调节对于水液输布排泄至关重要。陈萌等^[12]提出的“卫津一体论”也阐述了卫气维持着津液的生理功能并参与津液消耗、停留等病理活动^[12]。瘀血亦可直接造成或加重气机的阻滞与水液的停聚。《血证论》中提到“凡有所瘀，莫不壅塞气道，阻滞气机”，明确说明瘀血会阻碍气机的正常运行，导致气机失调。《金匱要略·水气病脉证并治》载“血不利则为水”，体现了瘀血与津液的病理关系，即血液运行不畅、瘀血阻滞时，会影响津液的正常输布和代谢，导致水液停聚。湿、痰、饮、水，异名同源，临床四者难以截然划分^[13]。王建伟教授认为痰饮、水饮、水湿、痰湿都是水液停聚的病理产物，亦可影响血液与气的正常功能活动。正如《血证论·阴阳水火气血论》载“水病则累血，血瘀则累气”，指出水液输布失常可使血液瘀滞，亦会累及气的正常运行。王少锋等^[14]研究《伤寒论》中津液的变化与六经病发生及传变规律相关性，提出气的种种功能亦是通过对津液来完成的，说明水液运行的失常会使气的功能活动受损，导致气机阻滞。

1.4 瘀水互结为关键病理过程

王建伟教授认为血瘀则水难化，水阻则血难行，水液停聚而成的病理产物与内结之瘀血之间的复杂性导致瘀水相互交结、顽固难祛的病理特点，瘀水互结伴随着不断加重的气机阻滞，痹阻于经络是腰椎间盘突出症患者出现腰腿麻痛等症状的关键病理过程。《灵枢·百病始生》载“凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣”，说明瘀血形成后，会使津液的运行涩滞，津液停聚附着在局部难以祛除。清代唐容川在《血证论》中云“病血者未尝不病水，病水者亦未尝不病血也”，亦云“血积既久，亦能化为痰水”，指出瘀能生水、水可酿瘀^[15]。正如朱丹溪言“痰挟瘀血，遂成窠囊”，瘀水相互胶结，盘于腰府，终成窠囊之疾，经久难愈。这也与现代

研究发现神经根受到椎间盘机械压迫而产生的充血、水肿等炎症反应，从而出现临床症状不谋而和^[16]。

2 遣方用药特点

治疗上王建伟教授主张以行气化瘀利水为内核，注重补益肝肾、顾护脾胃。外因由风寒湿热等外淫引动而发者，针对不同病邪辨证论治，标本兼顾。王建伟教授自拟经验方主要由黄芪、当归尾、川芎、制地龙、醋三棱、茯苓、泽泻、麸炒白术、鸡血藤、木瓜、炒白芍、威灵仙、甘草组成。根据患者具体病情，常用配伍药为：制附子、肉苁蓉、淫羊藿、杜仲、牛膝、桑寄生、独活、细辛、黄柏、苍术、延胡索、赤芍、水蛭、制大黄等。

2.1 行气化瘀利水为内核

王建伟教授秉承刘氏骨伤“内治之要，宜气血兼顾”的学术理念，以及受石氏伤科“以气为主，以血为先”治疗理念的启迪，结合自身长期临床诊研经验，提出行气化瘀利水为内核治疗腰椎间盘突出症。黄芪其味甘、微苦，归肺、脾、肝、肾经，补脾胃之元气，资气血之源泉；方中运用黄芪为君药，补气升阳利水，气旺则血活水行，逐瘀行水且不伤正。当归尾甘温质润，归肝、心、脾经，川芎为“血中之气药”，辛散温通，通调周身之气血。当归配伍川芎为古方经典药对，二者配伍行而有源，补而不滞，既可活血化瘀行脉道之滞，又可补血生新，行气通络止痛。地龙为虫类药物，属血肉有情之品，性善走窜，通经活络力强。《本草纲目》载地龙具有通经活络、活血化瘀等作用，叶天士认为地龙等虫类药物能使血无凝着、气可宣通；三棱破血行气，消积止痛，二者配伍共同搜剔久痹经络之病邪，推陈致新，增强破血逐瘀之功。医圣张仲景开创水血并治之先河治疗瘀水互结证，常以茯苓、泽泻、白术渗湿健脾之品以治水。方中用茯苓、泽泻淡渗利水，合白术健脾制水、输津四布、通利水道进而消除神经根水肿。经络是人体气血运行的通道，津液通过经脉灌注交渗，布散周身，若经络痹阻，隧道不通，则津液气血无道以通，滞聚不行。鸡血藤有“血分圣药”之称，具有补血、活血、通络的功效^[17]。《本草汇言》云“凡藤蔓之属，皆可通经入络”。方中加用藤类药物鸡血藤以增通经活络之力使内结之瘀血祛而有路。木瓜味酸入肝，善舒筋活络，祛湿除痹。白芍性味苦、酸，归肝、脾经，具柔肝止痛、养血调经、敛阴止汗之功效。二者相配，能缓急止痛，舒筋活络，缓解患者腰部疼痛、筋脉拘挛症状。《圣惠方》提到威灵仙可治腰脚疼痛久不瘥，威灵仙具有祛风除湿、通络止痛之功效，可增全方缓解腰部急痛之力。且威灵仙有“消骨鲠”的作用，姜宏教授认为该药能促进突出的髓核重吸收^[18]。甘草缓急止痛，调和诸药药性。诸药并用，相辅相成，共同发挥行气化瘀利水之功，调整腰部内环境，改善神经根炎症环境引起的诸多症状。

2.2 补益肝肾,顾护脾胃

王建伟教授认为乙癸同源,相互资生,若肝血肾精匮乏,则不能荣筋健骨,脾失健运,人体脏腑、经络、四肢百骸、筋骨肌肉则失其滋养濡润,肝血肾精亦无后天水谷精微化生充养。在腰椎间盘突出症治疗上,王建伟教授注重补益肝肾,顾护脾胃,先后天同补。王建伟教授常选用杜仲、牛膝、桑寄生等肝肾同补、强壮筋骨之品。杜仲味甘微辛,甘温能补,能入肝而补肾,为强壮筋脉之要药。《神农本草经》载杜仲能主腰脊痛,补中,益精气,坚筋骨。牛膝性苦平而补,可补肝肾、强筋骨、利尿通淋、引血下行,为治筋骨无力、腰膝酸软之佳品。桑寄生性甘平而补,《神农本草经》载其主腰痛,桑寄生能补肝肾,强筋骨,除风湿,通经络,为治肝肾亏虚、筋骨失养之要药。黄芪补气健脾,合茯苓、白术利水渗湿,益气健脾,共同调补脾胃。肝脾肾三脏精气充足,可强壮腰部筋骨肌肉,缓其退变。

2.3 寒热辨证治疗

王建伟教授认为湿性黏滞最易客于腰府,外因总不离湿邪为患。江浙沪一带,地域气候以“湿”为主,人易为湿邪所困,内湿外湿易叠加,风寒湿者当温经散寒、除湿止痛,风湿热者当清热利湿、舒筋止痛。湿邪遇寒则聚、得温则行,如《临证指南医案》所云:“寒湿伤阳者,用苦辛温。”风寒湿者可选用制附子祛寒除湿,温经止痛,辅以独活、细辛,三药性味皆为辛温,三药合用可奏祛风胜湿、温经散寒、通痹止痛之功效。风湿热者,可选用黄柏苦寒清热,苍术燥湿运脾,使湿无源可生,湿去则热自无依附之处,两药合用,一温一寒,寒可制温,使湿去热清,诸症自除。

3 外治以筋骨肌并重,动与静相结合

王建伟教授治疗腰椎间盘突出症秉承着刘氏骨伤内服外敷、内外兼治的观点,坚持筋骨肌并重,外以三指按摩法整复调拨,助筋骨肌肉间关系达到动静态稳定,辅以消肿膏、和伤散使药力由外而入,或提而外泄之,或消而内散之,改善筋骨肌肉局部血液循环,同时助内服汤药驱散外邪,使腰部气血和畅、健运无虞。嘱患者再适时配合运动锻炼,共助腰脊中正、筋肉和调、腰部内外环境平衡。王建伟教授认为手法治疗的关键不在于将退变突出的椎间盘完全回复,而在于改善调整周围组织与受压神经根的位置关系,解除腰肌痉挛,恢复腰椎力学平衡,改善椎管血液循环,从而减少对神经的刺激。刘氏骨伤在总结传统八法的基础上融合了家传手法,首创三指按摩法,临床应用广泛,疗效显著^[19]。王建伟教授治疗腰椎间盘突出症运用三指按摩,常以按擦法起手,随后用揉摩法配合擦法、散法疏松局部筋脉肌肉,解除痉挛,改善脊柱结构,再以点压法点压环跳、肾俞、委中、承山、阳陵泉、阿是穴等穴位

以补肾强筋、活血通络,以促疗效,根据患者不同情况可配合坐位旋转法、拔伸按腰法、斜扳、后伸复位、牵引等方法,可整复椎体及小关节错位,调整筋骨肌肉间关系达到动静态稳定,以求腰部的整体秩序恢复平衡。

刘氏骨伤首创外敷药物消肿膏,以清热消炎、行气止痛见长,广泛应用于伤筋、骨折等疾病,是刘秉夫先生将祖传秘方加以改进所得,临床疗效显著,为刘氏骨伤重要传承之一^[20]。王建伟教授将消肿膏应用于腰椎间盘突出症急性发作期,通过改善筋骨肌肉局部血液循环,促进周围炎症消退及水肿的吸收,以达消炎止痛的目的^[21]。熏洗药和伤散为刘氏骨伤经典名方,以去瘀散寒、温经通络为主,王建伟教授认为和伤散熏洗或热敷可借助热力以助药力透过肌肤直达病所,使风、寒、湿、瘀诸邪从表发散,起到温经通络、祛寒除湿、活血止痛的作用,亦可配合三指按摩促使局部血液循环加快,筋腱松软,助其缓解痉挛强直。对于一些病情较缓及腰背肌力量薄弱的患者,王建伟教授常鼓励其行五点支撑、小燕飞等腰背肌康复锻炼方法,使腰部筋骨肌肉动而不衰,用而不退,正如《吕氏春秋》云:“流水不腐,户枢不蝼,动也。”

4 结语

腰椎间盘突出症病势迁延,缠绵难愈,王建伟教授秉承刘氏骨伤流派辨从局部、治从整体、内服外敷、内外兼治的学术观点,结合 40 年临床诊研实践,提出内外平调、标本兼顾为总纲;内治以行气化瘀利水为内核,注重补益肝肾、顾护脾胃;外治以筋骨肌并重、动静结合为整体治疗原则的学术思想。王建伟教授经验方组方严谨、配伍精妙、药简方精、随证加减,结合中医手法,辅以外敷药物,共助气血水健运无虞、筋骨肌肉和调,以达腰部内外环境平衡,为临床诊治本病提供参考。

[名老中医简介]

王建伟教授,江苏省非物质文化遗产项目“刘氏骨伤疗法”第 4 代传人,江苏省名中医,全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。无锡市中医骨伤中心主任、医学博士、二级主任中医师、南京中医药大学教授、博士生导师、博士后合作导师。国家自然科学基金委同行评议专家,江苏省中医药重点学科骨伤科学科带头人,江苏省中医药领军人才。王建伟教授从事中西医结合治疗骨伤科疾病临床及科研工作 40 年,擅长运用中医药治疗腰、膝、颈、肩痛及骨伤科疑难杂症,在治疗腰椎间盘突出症方面有独到见解。

参考文献

- [1] 牛朝阳,李鹏超,孟庆良. 腰椎间盘突出症的中医诊疗思路探析[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(9): 37-40.
- [2] 许金海,莫文,叶洁,等. 施杞教授从痹论治腰椎间盘突出症验案举隅[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(9): 74-77.
- [3] 江建春,吴军豪. 石氏伤科诊治腰椎间盘突出症经验探讨[J]. 中医正骨, 2020, 32(7): 38-40.

- [4] 刘爱虎,王彦鹏,张银珍,等.赵文海教授论治腰椎间盘突出症的临证经验[J].中国中医骨伤科杂志,2023,31(4):82-84.
- [5] 王雷,郭运岭,张晓玲,等.基于“脏腑-经络-五体”整体辨治腰椎间盘突出的思路探讨[J].中医药导报,2021,27(10):161-164.
- [6] 赵军,董重阳,李昕,等.论中医肾主骨理论与骨质疏松症关系[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(2):75-78.
- [7] 张倩,周美启.奇经八脉的经脉脏腑相关研究[J].中国针灸,2017,37(12):1299-1302.
- [8] 权祯,秦大平,张晓刚,等.基于“肝主筋、肾主骨”理论探讨 OPG/RANKL/RANK 信号轴与绝经后骨质疏松症的筋骨相关性[J].中国骨质疏松杂志,2021,27(6):890-894.
- [9] 高叶梅,梁志齐,姜洋,等.荣筋通痹汤治疗腰椎间盘突出所致肝肾虚损型坐骨神经痛的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(8):134-140.
- [10] 张沛然,郭改会,张子义,等.多系统萎缩中医证候分型及分布演变规律[J].中华中医药杂志,2014,29(11):3581-3583.
- [11] 魏向东.从《金匱要略·水气病》浅谈气血水[J].中医临床研究,2020,12(33):44.
- [12] 陈萌,王庆国.卫气的实质与医学意义[J].中华中医药杂志,2007,22(8):501-502.
- [13] 方剑萍.《金匱要略》关于津液代谢障碍病辨治特点[J].江西中医药,2010,41(1):10.
- [14] 王少锋,李佳欣,郝彦伟,等.《伤寒论》“津液-气”理论辨析[J].中华中医药杂志,2023,38(9):4089-4092.
- [15] 杨文.水瘀互结证治探讨[J].江苏中医药,2011,43(8):7-8.
- [16] 张天龙,赵继荣,陈祁青,等.腰椎间盘突出症慢性疼痛的脑机制研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(1):277-282.
- [17] 向雅洁,刘洋洋,冯剑,等.经典名方中鸡血藤的本草考证[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(6):238-248.
- [18] 姜宏.姜宏效方治验——消髓化核汤[J].江苏中医药,2022,54(6):1-2.
- [19] 沈杰枫,蔡建平,王建伟,等.刘氏伤科“三指按摩”手法[J].中医正骨,2013,25(12):79-80.
- [20] 王建伟,陈浩,王善付,等.名中医刘秉夫正骨经验[J].时珍国医国药,2014,25(6):1488-1489.
- [21] 汪志炯,李国栋,华臻.消肿膏联合中医正骨手法治疗老年桡骨远端骨折疗效观察[J].中国中医急症,2020,29(4):698-699.

(收稿日期:2025-04-05)

(上接第 83 页)

经外侧入路行一期人工全髋关节置换术可实现髋臼及坏死骨组织的充分暴露与修复,通过系统清除炎性滑膜、干酪样坏死灶及失活骨组织,达到根治性病灶处理。该术式在重建关节功能方面具有显著优势,可恢复患者日常活动能力,但需严格排除以下禁忌症患者:耐药结核感染者,免疫抑制状态,多系统结核播散,对抗结核药物反应欠佳,合并深部组织感染及全身状况无法耐受手术者。此类患者术后易出现假体松动、病灶复燃等并发症,导致手术失败风险显著增高。

参考文献

- [1] NETVAL M, TAWA N, CHOCHOLAC D. Total hip replacement after tuberculous coxitis: twenty-seven-year experience (1980-2007) [J]. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 2008, 75(6): 446-450.
- [2] 秦世炳. 亟待重视与规范对骨关节结核的临床诊断及治疗[J]. 中国防痨杂志, 2016, 38(4): 248-249.
- [3] BABHULKAR S, PANDE S. Tuberculosis of the hip [J]. Clin Orthop Relat Res, 2002, 398: 93-99.
- [4] 王睿, 孔晓海, 陈其义, 等. 脊柱结核术后复发与血沉的关系探讨[J]. 中国骨伤, 2008, 21(4): 291-293.
- [5] 周海洋, 周宇, 王睿, 等. 结核 T 细胞与脊柱结核疗效的关系研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(4): 15-18.
- [6] 张鹏, 张迪, 李向科, 等. 降钙素原水平与髋关节结核病变严重程度及预后相关性研究[J]. 河北医科大学学报, 2020, 41(4): 405-408.
- [7] MOON M S, WOO Y K, LEE K S, et al. Posterior instrumentation and anterior interbody fusion for tuberculous kyphosis of dorsal and lumbar spines [J]. Spine (Phila Pa 1976), 1995, 20(17): 1910-1916.
- [8] 中国医药教育协会骨科专委会, 中国残疾人康复协会肢体残疾康复专委会, 中国研究型医院学会关节外科专委会, 等. 活动性关节结核一期关节置换专家共识[J]. 中国矫形外科杂志, 2020, 28(13): 1153-1157.
- [9] 宋宏阁, 刘维高, 陈莉. 全髋关节型占位器与压力模型占位器治疗中晚期髋关节结核效果的对比研究[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(5): 562-566.
- [10] 李继峰. 髋关节结核在影像学中的表现[J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2(4): 79-80.
- [11] 郭素娟, 夏大玉, 高敏, 等. 髋关节结核 DR 平片 MRI 分析[J]. 医学影像学杂志, 2014, 24(6): 1078-1080.
- [12] 王永清, 赵臣堂, 王凤江, 等. 结核杆菌在可植入材料表面黏附性和生物膜形成的体外研究[J]. 生物医学工程与临床, 2008, 12(4): 282-284.
- [13] 马骏, 李国庆, 曹力. 结核杆菌黏附不同人工关节假体材料的能力研究[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(47): 8807-8812.
- [14] 冉学军, 张科, 余江, 等. 全髋关节置换术治疗髋关节结核[J]. 临床骨科杂志, 2022, 25(3): 352-355.
- [15] 赵巍, 米尔阿地力·麦麦提依明, 宝尔江·阿斯哈尔, 等. 3D 打印导航模板与个性化定制假体在 3 例复杂关节置换术中的应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2021, 36(8): 882-884.

(收稿日期:2025-04-11)