

姚共和教授辨治腰椎间盘突出症经验

罗文海¹ 吴曾涵¹ 吴进¹ 李斌斌¹ 王红斌¹ 邝涛^{2△} 姚共和²

[摘要] 腰椎间盘突出症是骨伤科常见病,也是腰腿痛常见原因之一。姚共和教授认为腰椎间盘突出症核心病机可归纳为肝脾肾亏虚为本,风寒湿邪为诱发加重因素,瘀血阻滞为关键环节。三者相互影响形成“因虚感邪→虚邪致瘀→邪瘀伤正”的动态恶性循环。临证强调扶正祛邪、化瘀通络并举,并精准把握“虚”“邪”“瘀”三者的主次矛盾,将腰椎间盘突出症划分为邪实、瘀血、正虚等不同侧重的基本证型,并灵活应用散寒除湿汤、祛瘀克痛汤、通痹定痛汤、通督活血汤、独活仙灵汤及补肾强筋汤等经验方,形成了一套动态且精准的辨治方案,可为腰椎间盘突出症的中医诊疗提供理论依据与实践指导。

[关键词] 腰椎间盘突出症;虚邪瘀理论;名医经验

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2026)06-0054-04

DOI: 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.260608

Professor Yao Gonghe's Experience in Treating Lumbar Disc Herniation

LUO Wenhai¹ WU Zenghan¹ WU Jin¹ LI Binbin¹ WANG Hongbin¹
KUANG Tao^{2△} YAO Gonghe²

¹ First Clinical College of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China;

² The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China.

Abstract Lumbar disc herniation is a common disease in orthopedics and one of the common causes of lumbago and leg pain. Professor Yao Gonghe believes that the core pathogenesis of lumbar disc herniation can be summarized as deficiency of the liver, spleen, and kidney; wind-cold-dampness as the precipitating factor, and blood stasis obstruction as the key link. The three interact with each other to form a dynamic vicious circle of “feeling evil due to deficiency → deficiency evil causing blood stasis → evil bruising and positive”. Clinical evidence emphasizes strengthening body resistance and eliminating evil, removing blood stasis and dredging collaterals simultaneously, and accurately grasps the primary and secondary contradictions of “deficiency”, “evil” and “blood stasis”. Lumbar disc herniation is divided into basic syndrome types with different emphasis on evil excess, blood stasis and positive deficiency, and flexibly applies empirical prescriptions such as Sanhan Chushi decoction, Quyu Ketong decoction, Tongbi Dingtong decoction, Tongdu Huoxue decoction, Duhuo Xianling decoction and Bushen Qiangjin decoction.

Keywords: lumbar disc herniation; deficiency-pathogen-stasis theory; expert clinical experience

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是导致腰腿痛及功能障碍的主要原因之一,其

发病率持续攀升且发病年龄趋于年轻化^[1]。非手术疗法作为一线治疗方案,在临床中应用广泛,而中医药凭借其多靶点、整体调节及安全性较高等优势,在缓解症状、改善功能及预防复发方面展现出独特价值^[2-3]。姚共和教授基于数十年临证经验,系统阐述了腰椎间盘突出症“肝脾肾亏虚为本,风寒湿邪为诱因,瘀血阻滞为关键”的病机特点。本文旨在总结其相关辨治经验,以期临床实践提供参考。

1 腰椎间盘突出症的“虚邪瘀”病机演变

姚共和教授将腰椎间盘突出症病机概括为“因虚

基金项目:2024年湖南省补助卫生健康项目(2024CZT001)

湖南省教育厅重点科学研究项目(23A0286)

长沙市自然科学基金项目(kq2403107)

2025年湖南中医药大学研究生科研创新项目

(2025CX150)

¹ 湖南中医药大学第一中医临床学院(长沙,410007)

² 湖南中医药大学第一附属医院

[△]通信作者 E-mail:995711640@qq.com

感邪,虚邪致瘀,邪瘀伤正。虚邪瘀三者相互交织影响,共同推动着疾病的发展”。本病正虚为本,邪瘀为标。肾精亏虚骨失所养、肝血不足筋失所濡、脾气虚弱肌肉乏力,导致椎间盘及周围支持结构的失养、退变、失稳,为疾病发生的病理基础。在此基础上,易招风寒湿邪入侵、易致经脉瘀滞、易受闪挫劳损,从而产生风寒湿痹阻、气滞血瘀等“标实”之证,最终导致神经压迫、炎症刺激引起“不通则痛”和组织失养“不荣则痛”,从而出现腰腿痛、麻木、乏力等一系列临床症状。在中医理论中,椎间盘突出症可归属为“痹证”“腰腿痛”等范畴,《济生方》云:“素体不足,腠理不固,受风寒湿侵袭而成痹。”^[4]《诸病源候论·腰背病诸候》云:“劳伤则肾虚,虚则受于风冷,风冷与真气交争,故腰脚疼。”^[5]《杂病源流犀烛》亦云:“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。”^[6]

1.1 虚——肝脾肾亏虚为发病之本

椎间盘突出症病机之“虚”主要指肝脾肾亏虚,肝脾肾亏虚为本病发病之本,作为内在因素对本病发生发展起着决定性作用。《黄帝内经》认为“腰者肾之府”,“肾主骨生髓”。肾精亏虚,则化髓无源。椎间盘作为脊柱的“缓冲垫”,得不到充足的精微物质滋养,逐渐失水、干燥、弹性下降、纤维环韧性减弱。这种内在的退行性改变是椎间盘突出的物质基础^[7]。肾虚不能主骨,则椎体骨质疏松,椎间隙变窄,脊柱稳定性下降,椎间盘承受的异常应力增加,加速退变和突出的发生。筋包括现代解剖学的肌腱、韧带、关节囊等软组织,是维系关节稳定、约束骨骼活动的重要结构。附着于椎体的肌肉、韧带以及椎间盘纤维环本身,皆属“筋”的范畴。《素问·脉要精微论》云“肝主筋而藏血”^[8],肝血充足,筋得其养,则柔韧有力;若肝血亏虚,不能濡养脊柱周围的筋肉韧带,筋失濡养则变得脆弱、松弛,对脊柱关节的约束、稳定作用下降。脾气虚弱,运化功能减退,导致气血生化乏源。一方面,后天不能滋养先天,加重肝血亏虚和肾精化生不足;另一方面,气血不足,不能充分濡养腰背肌肉,肌肉失养则萎软无力,无法为脊柱提供强有力的支撑和保护,增加椎间盘的负荷。

由于年龄增长、房劳过度、久病大病耗伤等因素影响,肾、肝、脾三脏虚损,共同导致了维系脊柱稳定的肌肉韧带等“外平衡”系统和椎间盘、小关节等“内平衡”系统受损,椎间盘及其周围组织的生物力学强度下降,使得当椎间盘承受更大的剪切力和旋转力时,容易导致纤维环破裂,髓核突出^[9]。

1.2 邪——风寒湿邪为诱发与加重因素

风寒湿等外邪是导致痹阻的关键外部因素,尤其在机体正气亏虚的基础上,外邪更易乘虚而入,直中腰

部经络筋骨,诱发或加剧椎间盘病变。《素问·痹论》开宗明义:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。”^[8]又曰:“所谓痹者各以其时重感于风寒湿之气也。”^[8]明确指出风寒湿邪是导致痹证的主要外因。“风为百病之长”,善行而数变,常挟寒、湿等邪共同致病。风性开泄,易使腠理疏松,为其他邪气入侵打开门户。“寒主收引”,“寒性凝滞”。寒邪侵袭,使经脉气血凝滞不通;同时使肌肉、筋膜、韧带等“筋”组织收缩拘急,增加椎间盘压力,并可能诱发肌肉保护性痉挛,进一步影响局部血液循环。“湿性重浊”,“湿性黏滞”。湿邪侵袭腰部,使人感觉腰部沉重、酸困、如带重物;其黏滞之性使病势缠绵,病程迁延难愈。

1.3 瘀——瘀血阻滞为关键环节

瘀血既是本病的病理产物又是独立的致病因素,更是腰腿痛、麻木等主要临床症状的直接制造者,在椎间盘突出症的发生发展中起着关键作用。《素问直解》云:“痹,闭也。血气凝涩不行也。”^[10]跌仆闪挫、急性扭伤或长期慢性劳损,导致腰部经络受损,局部气机骤然壅滞,血行随之受阻,离经之血停聚成瘀,这是急性椎间盘突出症发作的核心病机之一。当椎间盘突出时,髓核突出压迫神经根,导致局部气血运行受阻,亦可形成瘀血阻滞气机,加重压迫。瘀血阻络,使新鲜气血不能濡养腰部筋骨及下肢经络等组织;所致微循环障碍,使局部组织长期处于缺血、缺氧、营养不良状态,加速了椎间盘及其周围支持结构的退行性变。

1.4 虚邪瘀相互影响

椎间盘突出症的病机发展可以用“因虚感邪→虚邪致瘀→邪瘀伤正”来概括。首先,肝脾肾亏虚是发病的内在条件和物质基础。《素问·评热病论》云:“邪之所凑,其气必虚。”^[8]肾、肝、脾亏虚导致正气不足,风寒湿等外邪易于乘虚侵袭腰部经络。《诸病源候论·腰背病诸候》云:“夫劳伤之人,肾气虚损……其经贯肾络脊,风邪乘虚卒入肾经,故卒然而患腰痛。”^[5]然后,风寒湿等外邪阻滞经络,导致营卫气血运行失常,瘀血内生,加重经络痹阻。《素问·调经论》云:“寒邪独留,则血凝泣,凝则脉不通。”^[8]现代研究也发现^[11]寒冷可引起血管收缩与痉挛、血液黏度升高、血流阻力增加等血液循环障碍,这与中医学对寒凝血瘀证的认识相符。《素问·痹论》云:“不与风寒湿气相合,故不为痹。”^[8]人体在营卫运行失常的情况下,复感风寒湿邪,才会致痹。另外,脾气虚弱气血生化不足、肾阳虚衰不能温煦推动血脉、肝血亏虚脉道失充均可致血瘀形成。王清任在《医林改错》中描述:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”^[12]同时,外邪瘀血日久,又

会进一步损伤阳气,耗伤气血,加重本虚,如此形成恶性循环,使病情趋于慢性化、顽固化。

由此可见“虚邪瘀”三者并非孤立存在,而是相互影响、互为因果,共同构成了腰椎间盘突出症发生、发展、转归的核心病机链条(见图1)。深刻理解这一动态演变过程,是精准把握疾病阶段、合理确立治则、灵活选方用药的关键基础。

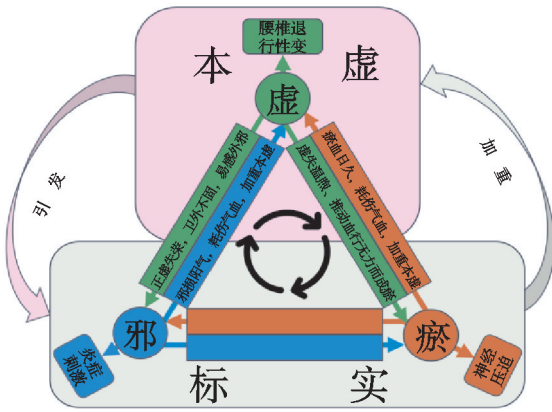


图1 腰椎间盘突出症“虚邪瘀”病机制图

2 辨证要点

2.1 正虚候

腰膝酸软、绵绵作痛为虚证。腰椎间盘突出症最典型的特点,疼痛性质多为酸痛、隐痛,劳累后明显加重,休息后稍缓,病程缠绵不愈;可见下肢肌肉萎缩、力量减弱、行走乏力、不耐久行久立,或有男性阳痿早泄,妇女带下清稀;常伴有倦怠乏力,头晕耳鸣,健忘失眠,面色无华,畏寒肢冷或五心烦热等全身症状。舌淡或红,苔少或无苔,脉细数或沉细无力,尺脉尤弱。

2.2 瘀血候

疼痛较剧烈,如针刺、刀割样疼痛,日轻夜重,感觉尖锐、痛点固定不移,集中在腰部特定区域,如棘突旁、腰骶关节等,或沿坐骨神经走行区域,局部拒按,按压时疼痛加剧,甚至无法忍受;腰臀部肌肉紧张、僵硬、痉挛,触之有条索状或可触及明显压痛的硬结、筋结;可见全舌紫暗,或舌边、舌尖有瘀点、瘀斑,舌下络脉青紫、迂曲或有瘀点,脉弦或涩。

2.3 邪实候

疼痛较剧烈,疼痛性质多为冷痛、重痛、胀痛、拘挛痛,常因疼痛和拘急僵硬导致腰部活动受限;患者常自觉腰部、臀部或下肢发凉、怕冷,甚至触摸局部皮肤温度偏低,或重着酸痛,困重麻木,疼痛可有一定游走性,遇寒冷、阴湿天气疼痛剧烈加重或诱发,得温稍缓。常伴恶风寒、肢体困重、活动不利。舌苔白腻或白滑,脉弦紧或濡缓。

临床实践中“虚”“邪”“瘀”三候常兼夹出现,需要仔细辨别三者主次、轻重。急性期常疼痛较剧烈,腰部

活动受限,局部肌肉紧张、痉挛、拒按,脉偏实,此时疾病的主要矛盾偏于“邪”和“瘀”。慢性期以腰膝酸软、麻木、乏力为主要症状,脉偏虚,此时疾病的主要矛盾以“虚”为主。

3 治法与处方用药

“虚邪瘀”三者在腰椎间盘突出症的病机发展过程中相互交织,共同影响。临床治疗时应虚邪瘀兼顾,不可单一而论,总的治疗原则为扶正祛邪、化瘀通络并举。同时,若想打破“虚、邪、瘀”的恶性循环,又应仔细辨别“虚”“邪”“瘀”三者的主次,处方用药须有所侧重。急性期疾病的主要矛盾以“瘀”或“邪”为主,“虚”的特点不显著,急则治其标,此时治疗重点在于祛邪通络、活血止痛,兼顾扶正;慢性期“邪瘀”的症状已缓解,“虚”上升为疾病的主要矛盾,缓则治其本,此时当以补益肝肾、强筋骨、健脾气为主,兼以活血化瘀、通络除痹,清除余邪。“祛邪不伤正,扶正不留邪”,祛风散寒除湿药多辛温燥烈,活血化瘀药也有耗气伤血之弊,久用或过量易耗伤阴血、损伤脾胃^[13],应中病即止,或在方中佐以滋阴养血、健脾和胃之品;补益药中常需配伍少量活血或行气药,防止滋腻碍胃、壅滞气血。“脾为后天之本”,无论补虚、祛邪还是化瘀,长期服药均需注意保护脾胃^[14],方中常加入茯苓、陈皮、藿香等健脾和胃之品。

3.1 以风寒湿邪为主,兼有虚瘀

方用散寒除湿汤加减:主以制川乌、羌活、独活、防风、桂枝、麻黄、麸炒苍术、薏苡仁、木瓜、萆薢祛风散寒除湿;辅以鹿衔草、五加皮、豨莶草祛风湿,兼以补肝肾、强筋骨;当归、牛膝、川芎活血通络。

3.2 以瘀为主,兼有虚邪

方用祛瘀克痛汤加减:主以当归、川牛膝、川芎、燀桃仁、红花、醋没药、醋乳香、醋五灵脂、炒地龙、三七活血化瘀、通络止痛;辅以羌活、酒乌梢蛇祛风寒湿,鹿衔草祛风湿、强筋骨,甘草调和诸药等。此方在身痛逐瘀汤的基础上加减化裁而来,在原方活血化瘀、通络止痛的基础上增强了祛风寒湿、强筋骨之功。

3.3 邪瘀并重,兼虚

方用通痹定痛汤加减:主以当归、川牛膝、川芎、燀桃仁、红花、醋没药、醋乳香、醋香附、炒地龙、三七活血化瘀、通络止痛,秦艽、茯苓、酒乌梢蛇、鹿衔草、寻骨风、千年健祛风寒湿;辅以盐杜仲、山药、甘草补益肝肾脾肾。此方亦由身痛逐瘀汤加减而成,较之祛瘀克痛汤其去风寒湿之功更著。

3.4 虚瘀并重,兼有风寒湿邪

方用通督活血汤加减:以盐杜仲、黄芪、烫狗脊、鹿角片补肝肾、强筋骨、益脾气,当归、苏木、丹参、赤芍、炒地龙、泽兰、三七活血化瘀、通络止痛,泽兰兼以利水化湿。

3.5 虚邪并重,兼瘀

方用独活仙灵汤加减:主以淫羊藿、槲寄生、盐杜仲、烫骨碎补、酒苁蓉、白芍补肝肾、强筋骨,鹿衔草、独活、秦艽、细辛祛寒湿;辅以当归、川牛膝、川芎、炒莱菔子、三七活血化瘀,甘草调和诸药。若痹阻明显亦可用寄生通络汤加减:槲寄生、盐杜仲、熟地黄、党参、白芍补肝肾、强筋骨、健脾益气,独活、秦艽、绵萆薢、千年健、细辛、肉桂祛风寒湿,当归、川牛膝、川芎、醋五灵脂活血化瘀,甘草调和诸药。此二方均由独活寄生汤加减化裁而来,在原方补肝肾、祛风寒湿的基础上,更兼顾了活血化瘀之功。

3.6 以虚为主,兼有邪瘀

方用补肾强筋汤加减:主以盐杜仲、淫羊藿、盐巴戟天、烫骨碎补、烫狗脊、酒苁蓉、酒山茱萸、熟地黄补肝肾、强筋骨;辅以独活、五加皮、鹿衔草、木瓜祛风寒湿,牛膝活血化瘀,若肝肾亏虚显著,亦可加鹿胶粉、海马增强补肝肾、强筋骨之功。

4 结语

姚共和教授认为腰椎间盘突出症的病机可以用“虚邪瘀”三者来概括,其中肝脾肾亏虚为发病之本,风寒湿邪为诱发加重因素,瘀血阻滞为关键环节。三者相互影响形成“因虚感邪→虚邪致瘀→邪瘀伤正”的动态恶性循环是疾病发生、发展与转归的核心链条。在治疗上,姚共和教授强调扶正祛邪、化瘀通络并举,同时精准把握疾病急性期与慢性期的主要矛盾,根据“虚”“邪”“瘀”三者的主次不同,动态调整治则方药,在提高辨证精准度、提升临床疗效方面具有重要指导价值。其所创制的系列经验方,如散寒除湿汤、祛瘀克痛汤、通痹定痛汤、通督活血汤、独活仙灵汤及补肾强筋汤等,实现了理法方药的有机贯通,为中医药治疗腰椎间盘突出症提供了经验借鉴。

参考文献

[1] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会,上海中医

药大学附属龙华医院,中日友好医院,等.腰椎间盘突出症中西医结合诊疗专家共识[J].世界中医药,2023,18(7):945-952.

- [2] 葛龙,李镜,尚文茹,等.非手术疗法治疗腰椎间盘突出症的循证实践指南[J].中国循证医学杂志,2024,24(2):125-148.
- [3] 秦晓宽,孙凯,方圣杰,等.基于文献数据挖掘和网络药理学分析的腰椎间盘突出症用药规律及作用机制研究[J].中药新药与临床药理,2021,32(10):1490-1499.
- [4] 严用和.济生方[M].影印本.北京:人民卫生出版社,1956.
- [5] 巢元方.诸病源候论——五十卷[M].影印本.北京:人民卫生出版社,1955.
- [6] 沈金鳌.杂病源流犀烛[M].李占永,李晓林,校注.北京:中国中医药出版社,1994.
- [7] LIU B, SONG G H, WANG Y S, et al. N6-methyladenosine and intervertebral disc degeneration: advances in detection and pathological insights[J]. Journal of Orthopaedic Translation, 2025, 53: 38-51.
- [8] 王冰.素问[M].高保衡,林忆,校正.北京:中版集团数字传媒有限公司,2020.
- [9] 张书铭,郑佳乐,许金海,等.国医大师施杞整腰三步九法治疗腰椎间盘突出症的理念[J].中华中医药杂志,2025,40(4):1727-1731.
- [10] 高士宗.素问直解[M].成建军,刘娟,李玉清,校注.北京:中国医药科技出版社,2014.
- [11] 褚剑锋.寒凝血瘀成因及病理[J].中国中西医结合杂志,2022,42(6):669-671.
- [12] 王清任.医林改错[M].李天德,张学文,点校.北京:人民卫生出版社,1991.
- [13] 刘子夏,常甜,马协丽,等.基于“体脏合痹”论治类风湿关节炎合并心血管疾病[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(6):981-985.
- [14] 邝涛,刘奇英,姚共和辨证治疗腰腿痛经验[J].湖南中医杂志,2015,31(12):35-36.

(收稿日期:2025-09-17)