

## 杨建新主任医师治疗腰椎间盘突出症的经验

王春晓<sup>1</sup> 杨建新<sup>1</sup>

[关键词] 腰椎间盘突出症; 治疗方法; 经验

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] B [文章编号] 1005-0205(2017)12-0074-03

腰椎间盘突出症临床多发, 治疗方法各有不同, 自1934年美国哈佛医学院首次完成腰椎间盘突出髓核摘除术以来, 但随着该疗法的普及, 其副作用也日益突显, 据统计<sup>[1]</sup>, 手术治疗对患者疼痛的缓解率为70%~80%, 而仍有20%~30%患者无明显缓解。国内绝大多数患者选择保守治疗。针对目前治疗腰椎间盘突出症的现状, 杨建新主任医师作为甘肃省名中医, 法尊仲景, 精于临床, 屡起沉疴, 临床30年, 在治疗腰椎间盘突出症方面积累了丰富的临床经验, 提出“三阴为本, 邪实为标, 六经发病, 依经选方, 扶正固本, 辨证祛邪, 动静相宜, 不妄做劳”的治疗理念, 第一作者有幸跟随杨建新主任医师学习三年, 聆听教诲, 收益良多, 将其总结分述如下。

## 1 三阴为本, 邪实为标

腰椎间盘突出症属中医“腰痛”“腰脊痛”“腰脚痛”“痿证”“痹证”等范畴, 历代医家对本病早有记载, 但对于其病因病机的认识各有不同, 有以寒邪为腰痛的致病因素的<sup>[2]</sup>, 如《素问·气交变大论》“岁火不及, 寒乃大行, 腰背相引而痛, 甚则屈不能伸, 髀髀如别”。有以肾受邪为其致病因素<sup>[3]</sup>, 如《诸病源候论·腰腿疼痛候》云“肾气不足, 受风邪之所为也。劳伤则肾虚, 虚则受于风冷, 风冷与真气交争, 腰脚痛。”有以瘀血为其致病因素<sup>[4,5]</sup>, 如清·尤怡《金匱翼》曰“瘀血腰痛者, 闪挫及强力举重得之。盖腰者, 一身之要, 屈伸俯仰, 无不由之。若有一损伤, 则血脉凝涩, 经络壅滞, 令人卒痛不能转侧。”《医林绳墨·腰痛》曰“大抵腰痛之症, 因于劳损而肾虚者, 甚多。”“盖肾虚而受邪则邪胜, 而阴愈消, 不能荣养腰者, 故作痛也。宜以保养绝欲, 使精实而髓满, 血流而气通, 自无腰痛之患也。”概括较为全面的<sup>[5,6]</sup>如沈金鳌《杂病源流犀烛》中说“腰痛, 精气虚而邪客病也。肾虚其本也, 风寒湿地痰饮、气滞血瘀闪挫其标也。”隋·巢元方《诸病源候论腰痛候》认为“凡腰痛病有五: 一曰少阴, 少阴肾也。七月万物阳气所伤, 是以腰肾; 二曰风痹, 风寒著腰, 是以痛; 三曰肾虚,

役用伤肾, 是以痛; 四曰髀腰, 坠堕伤腰, 是以痛; 五曰寝卧湿地, 是以痛”。

杨建新主任医师根据《伤寒论》的六经理论, 结合多年临床经验, 追本溯源, 认为腰椎间盘突出症在病位方面是由肝、脾、肾亏虚所致, 而肝脾肾属于足三阴经之脉, 韧带、纤维环、筋膜、肌腱皆属筋之范畴, 肝主筋, 肝血亏虚, 肝虚则筋失所养, 筋失去其固有坚韧之性, 韧带、纤维环、筋膜、肌腱易产生松弛或发生裂隙, 髓核易于脱出; 腰椎骨属于骨, 肾主骨, 腰为肾府, 肾精亏虚, 腰椎骨失养, 则易于发生退变, 间盘失衡; 脾主津液, 津血同源, 故脾虚失运, 则津液代谢障碍, 聚而为痰, 阻滞经脉, 产生腰肢麻痛, 发为本病。因此, 在病位治疗上, 应以补益肝脾肾为基本大法; 在病邪方面, 杨建新主任医师认为在外感风、寒、湿、瘀的基础上常常合并内生湿热、痰饮、水湿、气滞, 所以应该在传统治疗方法的基础上给予清利湿热、祛痰逐饮、利水祛湿、行气导滞的方法治疗。

## 2 六经发病, 依经选方

杨建新主任医师认为, 当外邪侵袭人体, 经络受阻, 六经均可发病, 不独少阴一经也。先从基础方面阐述: 六经从生理上看: 足之三阳(足阳明胃经、足少阳膀胱经、足太阳胆经), 从头走足, 行于腿之外侧。足之三阴(足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经), 从足走胸腹, 行于腿之内侧, 在临床中, 根据<sup>[7]</sup>《灵枢·官能篇》: “察其所痛, 左右上下, 知其寒温, 何经所在。”之旨。从病理上看, 腰椎间盘突出症患者的表现, 麻木疼痛所发的部位, 多因与六经循行的部位相吻合。从治疗上看, 早在《内经》时代, 就从六经用针刺来治疗腰痛, 如《素问·刺腰痛篇第四十一》: “足太阳脉令人腰痛, 引项背尻脊如重状, 刺其郄中, 太阳正经出血, 春无见血。少阳令人腰痛, 如以针刺其皮中, 循循然不可以俛仰, 不可以顾, 刺少阳成骨之端出血, 成骨在膝外廉之骨独起者, 夏无见血。阳明令人腰痛, 不可以顾, 顾如有见者, 善悲。刺阳明与骨行前三脊, 上下和之见血, 秋无见血。足少阴令人腰痛, 痛引脊内廉, 刺足少阴于内踝上二脊, 春无见血, 出血太多, 不可复也。厥阴之脉令人

<sup>1</sup> 甘肃天水市中医医院(甘肃 天水, 741000)

腰痛,腰中如长了弩弦。刺厥阴之脉,在腠踵鱼腹之外,循之累累然,乃刺之,其病令人善言,默默然不慧,刺之三瘠。”后世治疗<sup>[8]</sup>则依清·李用粹《证治汇补·腰痛》“治维补肾为先,而后随邪之所见者以施治,标急则治标,本急则治本,初痛宣通邪滞,理精髓,久痛宣补真元,养血气。”

从临床治疗方面阐述:1)辨证分两个方面:(1)按《伤寒论》提纲症辨证:太阳病以脉浮,头项强痛而恶寒为主症;阳明经病以胃家实为主症;少阳病以口苦咽干目眩为主症;太阴病以腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛,若下之,必胸下结硬为主症;少阴病以脉微细,但欲寐为主症,少阴热化证;厥阴病以消渴,气上冲心,心中疼热,饥而不欲食,食则吐衄,下之利不止为主症。(2)按照六经循行路线辨证:内侧前中后,太阴厥少阴,外侧前中后,阳明少太阳。2)治疗分两个方面:(1)伤寒选方,根据《伤寒论》的经义选择需要的经方。如:太阳病本证中风表虚者宜桂枝汤主之,而伤寒表实者宜麻黄汤主之;阳明表里俱热证宜白虎汤主之,而阳明实证宜承气汤主之;而少阳病本证宜小柴胡汤主之,少阳证兼表者宜柴胡桂枝汤主之,少阳证兼里实者宜大柴胡汤主之;而太阴病本证宜服四逆汤一类方剂;阴虚阳亢者宜黄连阿胶汤主之,少阴病兼表者宜麻黄附子细辛汤;上寒下热,宜清上温下,以乌梅丸治之。(2)选用引经药,就是引导药物直达病所的药物。如:阳明经引经药:白芷、葛根;少阳经引经药:柴胡、川芎;太阳经引经药:羌活、防风;太阴经引经药:苍术;厥阴经引经药:吴茱萸、藁本;少阴经引经药:细辛;应用引经药可以使药物直达病所,作用于病邪之经,起到治疗的目的。因此应用六经理论根据病症所在经络用药治之,方能达到药到病除的目的。

### 3 扶正固本,辨证祛邪

《内经》云“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”,正邪之争贯穿于腰椎间盘突出症治疗的始终,中医认为风、寒、热、湿为外感六淫病邪,而痰饮、水湿、血瘀为内生之邪,杨建新主任医师根据病邪特点,提出扶正祛邪的治疗大法,认为所谓“扶正”以扶助肾、肝、脾三脏为根本,所谓“祛邪”以祛除风寒、风热、风湿、血瘀、寒湿、湿热、痰饮、络脉痹阻等致病因素,达到正盛邪消的目的。对于血瘀《医林改错》曰:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停而留瘀<sup>[9]</sup>”,杨建新主任医师以补阳还五汤、桃红四物汤、桂枝茯苓丸、当归芍药散、桃核承气汤、身痛逐瘀汤、活络效灵丹治之,而对于寒湿、湿热症状的论述《景岳·全书腰痛》曰:“遇阴雨或久坐痛而重者,湿也;遇诸寒而痛,或喜暖而恶寒者而寒也;遇诸热而痛及喜寒而恶热者而热也;”对于寒湿症状,杨建新主任医师以真武汤、肾着汤、麻杏苡甘汤治之;而对于湿热则方以附子泻心汤、四妙散、龙

胆泻肝汤治之;《证治准绳·腰痛》说:“有风、有湿、有寒、有热、有挫闪、有瘀血、有滞气、有痰积、皆标也;肾虚其本也<sup>[10]</sup>”。而治疗肾虚的方剂主要以四斤丸、左归丸、右归丸、独活寄生汤、肾气丸治之;《素问·刺腰痛篇》曰:“衡络之脉令人腰痛,不可以俯仰<sup>[11]</sup>。”杨师认为无论外感或内伤因素,均可致络脉郁滞,络脉瘀阻、络脉拘急、络脉损伤<sup>[12]</sup>而发病,而“久病入络”“新病在络”的核心均为络脉痹阻,杨师方以虫藤饮、大黄蛰虫丸治之,均能取得很好疗效。

### 4 动静相宜,不妄做劳

腰椎间盘突出症首重功能锻炼,而主要在于卧床休息,杨建新主任医师认为,在治疗腰椎间盘突出症的过程中应该遵照:1)急性期宜静,慢性期宜动;2)静而有时,动而适度;3)贵在坚持,勿妄作劳的原则,动即功能锻炼,静即休息,通过腰背肌的锻炼,可以增加腰背肌的力量可促进椎间盘的回纳,恢复脊柱的力学平衡,预防复发及椎间盘有重要作用<sup>[13]</sup>;卧床休息可以减轻身体对椎间盘的压力,使椎间盘得到休息,缓解肌肉疲劳从而加速炎症消退及椎间盘回缩。翟浩瀚等<sup>[14]</sup>认为绝对卧床休息治疗腰椎间盘突出症满意率不到 30%,可用于对早期和轻症应用此法。杨师认为功能锻炼及卧床休息锻炼的强度、休息的时间也应该根据体质不同而不同,功能锻炼要注重循序渐进,量力而行,持之以恒,强度适中的原则,不可操之过急,反而事半功倍。

### 5 验案举例

患者,女,48 岁,2017 年 1 月 6 日患者因腰骶部疼痛伴双下肢放射痛 1 年,加重 15 d 初诊。患者自诉于 1 年前因受凉后出现腰骶部疼痛伴双下肢放射痛,不能下地行走,遂被家人送至当地医院就诊,曾给予口服抗炎止痛,营养神经药物治疗(具体用药不详),配合手法推拿治疗后症状可缓解,但时有反复。近 15 d 来患者自觉腰腿部冷痛重着,转侧不利,痛有定处,虽静卧亦不减或反而加重,日轻夜重,遇寒痛增,得热则减,大便溏,小便利。舌质淡胖,苔白腻,脉弦紧。查体:L<sub>4~5</sub>两侧椎体旁开 2 cm 及棘突处压痛阳性,左下肢直腿抬高试验 60°,右下肢直腿抬高试验 70°,仰卧闭气挺腹试验阳性,双足跟趾背伸肌力减弱(Ⅳ级),双小腿后侧至足背麻木,双侧膝、跟腱反射正常。查腰椎间盘 CT 提示“L<sub>4~5</sub>椎间盘突出症”。西医诊断:L<sub>4~5</sub>腰椎间盘突出症;中医诊断:腰腿痹病,辨证为寒湿痹阻,太阳少阴合并。治以温经散寒,除湿通络为法。自拟乌头健肾汤方加减。处方:制川乌 20 g 先煎,生麻黄 10 g,炒白芍 30 g,生黄芪 30 g,炙甘草 10 g,焦杜仲 10 g,桑寄生 20 g,续断 20 g,怀牛膝 10 g,丹参 20 g,独活 20 g,威灵仙 30 g,共 5 剂,水煎服,1 剂/d,分 3 次服。嘱咐患者卧硬板床休息 2 周,2 周后下床活动时需要佩戴

腰围,注意保暖,每日行五点支撑腰背肌功能锻炼 20~30 min,1 次/d;5 d 后二诊:自诉服上药后诸症明显减轻,仍觉双下肢麻木。上方去焦杜仲,威灵仙,加络石藤 10 g,鸡血藤 10 g,地龙 10 g,僵蚕 10 g,5 剂,水煎服,1 剂/d,分 3 次服。5 d 后三诊:双下肢麻木消失,无其他不适。3 个月后随访未见复发。

该患者发病前有明确受凉病史,继之出现腰骶部伴双下肢放射痛等腰椎间盘突出之症状。此病变特征符合中医“感于寒,则病人关节禁刚,腰痛,寒湿推于气交而为疾也”的发病特征。腰椎间盘突出是椎间盘变性,纤维环破裂髓核突出压迫或刺激椎管、脊神经根及其邻近组织而引起的坐骨神经痛为主的综合征。

腰椎间盘突出症的主要病机是以肾虚为内因,外力为诱发因素,六淫侵袭为致病因素。并将六经辨证理论应用于临床,杨建新主任医师认为太阳、少阴合并者最为常见,其病机为寒凝血瘀、肾气不足。根据以上基本病机,提出温经散寒,除湿止痛,补益肝肾,强壮筋骨,活血通络为基本治则,组成乌头健肾汤,方中制乌头祛寒止痛,麻黄发汗宣痹,芍药、甘草缓急舒筋,黄芪益气固卫,助麻黄、乌头温经止痛,又可防麻黄过于发散;诸药配伍,能使寒湿之邪微汗而解,则病邪去疼痛止。独活、桑寄生祛风除湿,养血和营,活络通痹。牛膝、续断、杜仲补益肝肾、强壮筋骨。丹参活血化瘀,通络止痛。威灵仙 其性善行,能通行十二经络,有祛风湿、通经络是使药。在疾病的慢性期,寒湿大势已去,经络未通,气血流动不畅,形成血凝瘀阻。在疾病发展过程中,经治疗后患者仍感双下肢麻木感,乃血脉不通之象,故给予鸡血藤、络石藤、僵蚕、地龙以活血通络治

疗,使血脉相通,则诸症皆去。

## 参考文献

- [1] 黄仲. 中药治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2004, 15(12): 863-864.
- [2] 范高洁, 洪素兰教授应用“治未病”理论防治腰椎间盘突出症经验[J]. 中医学报, 2013, 28(181): 829-831.
- [3] 刘建军, 张晓刚教授从“虚”“瘀”论治腰椎间盘突出症经验[J]. 甘肃中医学报, 2013, 30(6): 16-18.
- [4] 李逸群, 罗汉文, 陈志维教授运用经方治疗腰椎间盘突出症经验介绍[J]. 新中医, 2010, 42(11): 140-141.
- [5] 孙海涛, 李玉顺治疗腰椎间盘突出症 41 例临床观察[J]. 吉林中医药, 2010, 30(11): 958-959.
- [6] 陶源, 伍光辉, 伍光辉治疗腰椎间盘突出症临床经验[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(2): 150.
- [7] 乔欣. 中医治疗腰椎间盘突出症的经验及体会[J]. 上海中医药大学学报, 2012, 26(5): 28-30.
- [8] 李雄晓. 从肾论治腰椎间盘突出症 63 例疗效观察[J]. 云南中医药杂志, 2009, 30(10): 29.
- [9] 王少纯, 周英杰, 郭维淮教授运用活血益气通经汤治疗腰椎间盘突出症的经验[J]. 中医正骨, 2015, 27(11): 75-76.
- [10] 梁玉萍, 邹瑾. 邹瑾老师治疗腰椎间盘突出症经验介绍[J]. 中国社区医师, 2016, 32(2): 135-136.
- [11] 范高洁, 洪素兰教授应用“治未病”理论防治腰椎间盘突出症经验[J]. 中医学报, 2013, 28(181): 829-831.
- [12] 吴以岭. 络病学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2004: 65.
- [13] 刘佳, 李志强. 鲍铁周教授治疗腰椎退行性疾病经验总结[J]. 中医正骨, 2014, 26(7): 68-69.
- [14] 翟浩瀚, 王玉龙, 潘小华. 绝对卧床休息对非手术治疗腰椎间盘突出症疗效影响[J]. 颈腰痛杂志, 2007, 28(2): 135.
- [15] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 15.

(收稿日期: 2017-05-10)

(上接第 73 页)

- [2] 贾连顺, 李家顺. 颈椎外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004.
- [3] 郑燕平, 刘新宇, 杜伟, 等. 颈椎前路手术早期并发症[J]. 中国矫形外科杂志, 2005, 13(9): 666.
- [4] 费国策, 许立新. 颈椎前路钛网植骨联合带锁钢板固定治疗下颈椎骨折的临床疗效观察[J]. 生物骨科材料与临床研究, 2015, 12(4): 46-48.
- [5] Pedram M, Castagnera L, Carat X, et al. Pharyngolaryngeal lesions in patients undergoing cervical spine surgery through the anterior approach: contribution of methylprednisolone[J]. Eur Spine, 2003, 12(1): 84-90.
- [6] Chou YC, Chen D C, Hsieh W A, et al. Efficacy of anterior cervical fusion: comparison of titanium cages, polyetheretherketone(PEEK)cages and autogenous bone grafts[J]. J Clin Neurosci, 2015, 15(11): 1240-1245.
- [7] 杨林, 赵新建, 曾志超, 等. 椎间融合器与自体髂骨在颈椎前路椎间植骨融合术中的疗效比较[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2016, 31(7): 722-724.
- [8] 雷高, 张丁城, 徐响阳, 等. 零切迹锚定式颈椎间融合器在

颈前路颈椎融合术中的应用[J]. 中国矫形外科杂志, 2016, 24(5): 461-463.

- [9] Okawa A, Sakai K, Hirai T, et al. Risk factors for early reconstruction failure of multilevel cervical corpectomy with dynamic plate fixation[J]. Spine, 2011, 36(9): E582-587.
- [10] Lee YP, Robertson C, Mahar A, et al. Biomechanical evaluation of transfacet screw fixation for stabilization of multilevel cervical corpectomies[J]. J Spinal Disord Tech, 2015, 24(4): 258-263.
- [11] 程俊杰, 李璐兵, 谢江, 等. 颈椎前路手术早期并发症危险因素分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2016, 31(3): 225-227.
- [12] Fountas KN, Kapsalaki EZ, Nikolakakos LG, et al. Anterior cervical discectomy and fusion associated complications[J]. Spine, 2007, 32(21): 2310-2317.
- [13] 陈仲强, 刘忠军, 党耕町, 等. 脊柱外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

(收稿日期: 2017-06-06)