

匡建军教授治疗腰椎间盘突出症常用药对探析

刘科¹ 张乐¹ 赵浩茗¹ 熊逸啸¹ 华盛¹ 汤祖宇¹ 匡建军^{2△}

[关键词] 药对;腰椎间盘突出症;名医经验

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] B [文章编号] 1005-0205(2023)12-0076-04

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.231216

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是临床常见病、多发病,是由于外力、劳损等因素引起腰椎间盘各部分退变,纤维环破裂、髓核自裂口突出,从而刺激或压迫椎管内脊神经根引起腰痛伴下肢疼痛、麻木等一系列症状^[1],依据其症状体征,可归属于中医学的“痹证”范畴^[2]。中药复方以中药组合配伍的形式构成,而药对往往是其核心与基础,药对通常由两味常用且固定的药物配伍组成,体现了中医遣方用药的特色优势,具有其内在的变化规律及科学内涵。

匡建军教授运用中药治疗腰椎间盘突出症经验丰富,收效颇丰,临床中巧用“药对”^[3],时而相互协同,时而互相佐制,取长补短,提高疗效。现将匡建军教授治疗腰椎间盘突出症的药对使用经验整理如下,以飨同仁。

1 病因病机

匡建军教授经过多年的临床实践,认为腰椎间盘突出症发病位在腰,脏腑主要责之肝肾,腰椎间盘突出症的发生既有外因,又有内因,病因病机总由正虚腰部失养,气血阴阳失调,以致邪气趁虚入里,虚为本,邪为标,虚实夹杂,合而为痹。

1.1 气血阴阳为本

匡建军教授认为气血阴阳为生命的基础,气血为人体之本,人之一身不离乎气血,《素问·调经论》云“血气不和,百病乃变化而生”,《景岳全书》中也阐述道:“人有阴阳,即为血气。人生所赖,唯斯而已。”气全则神旺,血盛则神强,气畅血荣,正气旺盛,外邪难侵;肝主筋藏血,肾主骨生髓,血为气之母,气为血之帅,气

血相互影响。气血匮乏,则肝肾亏虚,腰部不濡,筋骨软弱,机体无力御邪,邪气留滞经络而成痹。气机失调,也常影响到血液的运行:一者,气机停滞,郁遏络脉,血凝脉不通,则腰部刺痛^[4];二者,气血不达、荣卫不通,下肢不濡而出现肢体麻木不仁。此外,阴阳是人体对立同一、相互协调的整体,任何一者的偏颇在超出范围后都会引发人身整体的失调,疾病是两者动态平衡的破坏,医治是动态平衡的重建。肾为阴阳之根本,在病理情况下,则会形成肾阴虚或肾阳虚的状态,出现腰膝酸软的症状,所以“治病必求于本”。匡建军教授强调:证有表里虚实之异,通有补泻温清之殊,然其要在于平和气血之乖戾、阴阳之盛衰,使气血通畅、阴阳协和,则痹可通、痛可止、腰可安^[5]。

1.2 风寒湿热为标

匡建军教授认为腰椎间盘突出症的发生,风、寒、湿、热为其外因。睡卧当风、贪凉喜冷、久居湿地以致外邪乘虚注入腰间,邪犯腠理,次入经络,流滞关节筋骨,而成风寒湿痹,筋骨关节失养而屈伸不利,外邪痹阻而经脉不通则痛^[6]。因人有差异、邪有偏颇,而有外感风寒、寒湿痹阻之别,或湿郁日久,亦可蕴而化热而为湿热蕴结,腰痛久治不愈,外邪盘踞不去,必然深而入里,耗伤气血,损及肝肾,虚损更甚。《杂病源流犀烛》言:“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。”因此治疗上匡建军教授常采用扶正祛邪的原则,即根据不同的症状证候,灵活选用合适的药对作为方药核心,内调气血阴阳,外除风寒湿热,兼以对症施药。

2 药对经验

2.1 内调气血阴阳

2.1.1 气滞证:理气宣通-砂仁、木香 匡建军教授认为,腰肋胀痛,疼痛游走不定,气停则血凝,常有血瘀出现,甚可触及肿块,舌暗,脉弦,此为气滞证。匡建军教授以砂仁、木香为方底条畅气机。匡建军教授指出气有升、降、出、入,一旦止息,津液输布不畅,血液运行不

基金项目:湖南省自然科学基金项目(2022JJ60076)

湖南省中医药管理局重点项目(2021018)

中医药防治骨关节病研究中心项目(kh2201063)

¹ 湖南中医药大学(长沙,410208)

² 湖南省中医药研究院

△通信作者 E-mail:13786165656@163.com

利,形成痰湿、血瘀等病理产物,留于腰部,引发腰痛,治疗首当调畅气机、理气止痛。砂仁辛散苦降,气味俱厚,利而不削,温而不烈,和而不争,温通三焦六腑,疏肝暖胃,醒脾养肾;主化湿行气,温中和气,用其香气能和调五脏,随其引药能通行诸经。木香辛苦温,行气止痛,为治气之总药,三焦气分之要药,能补能散,能升能降,上下皆通,诸气得行。二者合用,相辅相成,共奏健脾开胃、理气止痛之效。《本草纲目》云:“中焦气滞宜芳香,以脾胃喜芳香也。”香者,可理气化浊辟秽,宣通脏腑。匡建军教授指出砂仁、木香均为辛温而芳香之品,香气入脾,健行脾胃,因此匡建军教授常将两药配伍使用,以行气滞,则周身通畅而不痛,又能健脾开胃,治疗气机失调而引起的腰部胀痛、腹痛痞胀、纳呆食滞疗效确切。但在临床运用时应注意木香、砂仁以芳香入药,气味轻薄,煎药时间不宜过长,用药以后下为佳。

2.1.2 血瘀证:通痹化瘀-乳香、没药 匡建军教授认为:卒痛不能转侧,腰紧而刺痛拒按,疼痛固定不移,局部可见青紫瘀斑,日轻夜重,舌紫黯,脉涩,此为血瘀证。匡建军教授常用乳香、没药等比配伍,发挥协同增效的作用,使活血止痛之功力宏、血脉得利。匡建军教授指出:腰椎间盘突出症以气滞血瘀证最为常见^[7],多因腰部跌扑闪挫,损伤经脉气血;或久病气血不充、血液推行无力,气机疏泄失常,经脉痹阻不通,以致血液停滞不前,发为血瘀,不通则痛,治疗当行气活血,化瘀通痹,乳香性温,气香走窜,味辛“能行”,善走血分,没药气香异,色凝重,辛苦平,长于散瘀以破血,效能推陈。乳香活血,没药散血,《神农本草经》曰“当用相须相使者良”,两者功效相似,兼有活血消肿、调气定痛之效。若患者大便质稀,脾胃虚弱,应酌情减量,佐以适量肉豆蔻温中行气,涩肠止泻,配伍砂仁、木香理气健脾护胃。

2.1.3 阴(阳)虚证:阴阳相和-鹿角、龟甲 匡建军教授认为:阴虚者,面红潮热,盗汗,口干,舌红,苔少,脉细数;阳虚者,常觉身冷,小便清长,神疲懒言,嗜睡,苔淡白,脉无力。每遇老年患者精亏骨萎、阴阳亏虚,匡建军教授常加入龟甲、鹿角药对填精补髓、滋阴助阳,根据患者阴阳虚盛予以不同配比,综合患者整体情况加以调节。匡建军教授指出:阴阳偏颇,脏腑功能紊乱,则无力御邪,筋失滋养,腰少温煦,空痛喜按,治疗当调衡阴阳。鹿角咸温,为地之阳,鹿喜用两角争斗,角居高位,纳天地之阳气,得天地之精华;龟甲咸甘寒,为水之阴,长期潜伏于水下,聚水泽之阴气,龟鹿皆灵而有寿^[8];两者均为血肉有情之品,气味纯厚,且无寒热偏颇之虑。明代方书《医便》龟鹿二仙胶以二仙为名,以龟鹿为君,可见鹿角、龟甲在其中的核心作用与地位,两药相配,一阴一阳,阳得阴生,阴得阳助,则阴阳生化无穷,其远期治疗疗效甚佳,同时也进一步增强了患者一身“正气”,巩固

了患者腰椎间盘突出症的治疗效果。

2.1.4 肝肾亏虚证:补肾强筋-杜仲、续断/桑寄生 匡建军教授认为:腰软隐痛,劳则痛剧、休息痛削,不耐久行,头晕目眩、耳鸣耳聋,齿松发脱,脉沉弱,此为肝肾亏虚证。匡建军教授常加杜仲与续断(或桑寄生)两药配伍,匡建军教授指出:腰为肾之府,肝肾同源,常相互影响,患者年老体衰、肝肾不足,腰部精亏失养,不荣则痛,肾气不足,肾阳亏虚,寒从内生,可引起腰部冷痛,喜暖喜按,手足不温,舌淡脉弱,治疗当滋补肝肾,稳固筋骨。杜仲甘温,为腰部疾病的常用引经药,《中药八百种详解》中记载:“壮筋骨,为治腰痛必用之品。”杜仲善补肝肾、兼祛风湿,扶正同时祛邪;续断、桑寄生性味兼苦,均可补肝肾,续筋骨,调血脉,补中有通,温中有化。《本草蒙筌》云:“川续断与桑寄生气味略异,主治颇同,不得寄生,即加续断。”杜仲、续断(或桑寄生)两药共用,同入肝肾二经,相须配对,其功益彰,具有补而善行、养而不滞的特点,两者应用范围较广,无论内伤、外伤,肝肾不足、六淫外感引起的腰痛,均可选用,对于妇女妊娠期腰椎间盘突出症引起的腰背疼痛尤其适用,其兼具调冲任、止崩漏、安胎儿之力,服此既可通利血脉,又可补益肝肾,预防堕胎之患。

2.2 外除风寒湿热

2.2.1 外感风寒证:固表祛邪-黄芪、独活 匡建军教授认为:恶风畏寒,腰部冷痛,遇寒痛剧,得热则缓,舌淡白,脉浮紧,此为外感风寒证。药对常以黄芪、独活固护腠理、扶正祛邪。匡建军教授指出:表虚不固,风冷乘之,故腰痛。风为阳邪,其性开泄,若单用祛邪之材,则有开门揖盗之弊,表益虚而邪入甚,若不祛邪而先固其表,则犯闭门留寇之戒,邪无所出,必然深入里。皮为人体最外,内通脏腑,外御病邪,《素问》曰“是故百病之始生也,必先于皮毛,邪中之则腠理开,开则入客于络脉,留而不去”,“邪之所凑,其气必虚”,故“善治者治皮毛”。黄芪性甘温,功具补气固表,独活辛苦温,擅祛风胜湿、散寒止痛。黄芪与独活伍用,使中气充旺,卫气外固,皮肤腠理紧密,风寒湿邪不易侵袭,同时防治结合,又可风寒湿邪走表而出,具有补而不滞、固表而不留邪、祛邪而不伤正的特点。

2.2.2 寒湿痹阻证:散寒除湿-威灵仙、狗脊 匡建军教授认为:腰部重着疼痛,静卧不减或反而加重,遇寒则痛、逢雨则增、得温则缓,手足不温,苔腻,脉沉缓,此为寒湿痹阻证。匡建军教授常用威灵仙、狗脊等比配伍治疗此证。匡建军教授指出,腰者肾之府也,肾主水,肾虚水湿不利,寒湿流注腰间,因而关节重着,痹阻不通而痛,此外,肾气匮乏,肝血亦虚,寒湿困阻,因此气血精微无以远达,宗筋主束骨,利机关,非气无以温煦;非血无以濡养,久之筋骨不健,脊弱腰痛;治疗当散寒除湿、养血通络。狗脊味苦甘,性温,《本经》中记载:

“主腰背强,机关缓急,周痹寒湿。”苦能燥湿、甘以养血、温通经脉;威灵仙因其性猛、效神而得名,其辛散善走,性温通利,可外透肌表,祛表之风邪,又可通经活络,化里之痰湿,主诸风,治风湿痹痛。此外,威灵仙还有消骨鲠的功效,当代医家多用于治疗骨质增生相关骨关节疾病^[9],骨质增生即骨刺,是人体的一种自我保护反应,随着年龄增长,关节老化,维持关节稳定的结构如肌肉、韧带等变得松弛,关节的稳定性下降,关节力学发生变化而出现,骨刺虽无法用药物根治,但可以通过药物缓解局部炎症^[10]。威灵仙蠲痹止痛、软化骨刺^[11],加强了筋骨稳定与平衡,避免了腰椎间盘突出症的进一步加剧。同时,两药共用,湿祛风散寒除湿之力愈强,一者扶正,一者驱邪,一气一血,一开一合,相辅相成,使气血畅通、肝肾并补,风寒湿邪得祛,则诸病自寥,腰坚而屈伸自利矣。

2.2.3 湿热蕴结证:内宣外达-防己、秦艽 匡建军教授认为:腰部热痛,痿弱无力,活动不便,烦热不眠,口苦、尿黄,苔黄腻,脉数,此为湿热蕴结证。匡建军教授喜用防己、秦艽共伍清热利湿、通痹止痛。匡建军教授指出:湿热并犯,多食辛腻、情志不畅,郁久化生湿热,治疗当清热利湿,注意区分湿热孰多孰少,加以细调,秦艽辛苦平,祛风湿、疏经络,风湿痹症无论寒热温凉、病之新久,均可用之,质润而不燥,为风药之润剂,其兼能清热,外行关节,内达下焦,引湿热从二便而去;防己苦寒泄降,以其治水之效而命名,功在祛风除湿,宣畅通滞。《医学启源》中记载:“疗胸中(《本草发挥》引‘胸中’作‘腰’)以下至足湿热肿盛,脚气,去留热。”二药内宣外达,相得益彰,秦艽伍防己,增强其疏泄湿热,舒筋活络、通利关节之效,共奏祛风、除湿、清热、宣痹止痛之功。匡建军教授强调:防己临床中常见粉防己、汉防己、木防己类别,切不可混用,其中粉防己为佳,效佳、无毒,汉主水气,木主风气,汉防己偏于利水消肿,用于湿重于风,利湿而走里,症见下部,木防己偏于祛风止痛,用于风重于湿,祛风而行外,症见上部^[12],临床应仔细辨证,灵活使用。

2.3 依症施治佐以药对

2.3.1 腰腿酸痛症:以“酸”治“酸”-木瓜、牛膝 匡建军教授指出:腰椎间盘突出者,多喜盘腿而坐或久负劳累,常下腰痛,平卧痛去,久坐痛来,如此反复。匡建军教授对症用药,以“味酸”治“腰酸”,选用木瓜、牛膝舒筋化湿治疗此证,匡建军教授解释此为本虚标实,患者多为瘦弱青年,腰背筋骨肌肉无力,腰酸与其久坐久站、长期保持同一姿势密切相关,久坐伤肉、久立伤骨、久行伤筋,久则损伤脏腑,影响肝脾肾致使腰无所养,出现腰腿酸软,肌肉酸痛,腰背无力;伤其脾则水湿不化,湿驻筋骨,腰酸愈重。治疗关键有二:一者补肝肾、强筋骨、固其本;二者舒畅筋骨健脾排湿邪。木瓜味酸

温、入肝脾,酸以舒筋,温促气血,入肝脾以补精血虚、去湿健脾;牛膝味苦酸平,补肝肾,强筋骨;味酸而补肝血,味苦引气血下注,主腰腿酸痛、骨筋流痛。两药合用,虚实兼顾,正邪同治,湿邪得排,木郁得伸,木虚得充,脾肾得调,因而腰酸得祛,周身舒畅。

2.3.2 下肢麻木症:刚柔相济-白芍、附子 匡建军教授指出:腰椎间盘突出症患者常见关节屈伸不利、下肢麻痹不仁,匡建军教授常以醋制白芍、附子相伍疏通痹阻,匡建军教授解释若患者就诊时麻木不仁,往往病史长久,此时久病入络,邪壅经脉而气血痹阻不通,腰部筋脉挛急,下肢失于荣养而麻木甚至感觉丧失,治疗首当冲突破痹,畅通十二经脉,次以补药缓缓调之。白芍酸苦寒,入血分,偏养血止痛、主通顺血脉、疏经顺气,调养肝脾^[13],敛阴和营而少畅达之性;附子辛热,入气分,通三焦、走而不守,行十二经脉,内外兼达,散寒通痹,无所不到,有斩关夺将之性而乏缓和之质,《注解伤寒论》中描述:“芍药之酸,收敛津液而益荣;附子之辛温,固阳气而补卫。”白芍得附子,血肉得以荣养且温煦而痛减,附子得白芍,则温燥之性得以制约而不显著。同时,芍药醋炒则入肝化阴养血,附子味辛而入肾助火回阳,两药肝肾乙癸同源,阴阳互用,共达补益肝肾之效。醋芍与附子一收一散,一寒一热,一走一守,匡建军教授巧妙结合两者特性,营卫相调,刚柔相济,两者性味迥异,功效亦殊,取长补短,相得益彰,治疗腰椎间盘突出症之下肢麻木症状效果甚佳。

3 三位一体治因人异

匡建军教授认为腰椎间盘突出症是易发易复的疾病,临床基于“证-质-程”三个维度,提出“三位一体”应用药对,因人施治。证,即主次兼证,主证反映了疾病的一般规律及核心病机,不可缺失,次证、兼证与主证密切相关,伴随主证出现,是主证的补充^[14]。匡建军教授倡导主次兼顾,常见药对应用场景灵活广泛,可根据患者主次证的不同进行具体调整,精确施治,不失寸度,主次兼顾为主证治疗铺平了道路,辨证结果详细反映了腰椎间盘突出症患者的实际、整体情况,治疗效果也更为周到细密,与病情更为吻合。质,即体质,由先天禀赋及后天调养而成,体现了身体机能和对外适应的能力,对某些疾病类型具有易感性,影响着疾病的发生、发展及最后的转归^[15]。如气郁质腰椎间盘突出症患者气机不畅,感邪后多表现为气滞血瘀的症状,匡建军教授基于疾病对体质的倾向性,结合患者体质辨证,采用未病先防、辨质施方及依质防复的方法,既是治,又是防,因质而异,防治结合,降低了腰椎间盘突出患病、延久不愈和再发的概率。程,即病程,腰椎间盘突出症患者急性期治疗主要以疏筋活血、通络止痛为主,中期兼杂有风、寒、湿、热等病邪者,当祛风散寒,清热除湿;慢性期或病程较长者,患者多为老人,体质多

虚,当补益肝肾,调衡阴阳,宣痹通络。匡建军教授三位一体应用药对,以标本兼治、平衡阴阳为功,系统、全面、准确施治,把握不同病程病机,精准巧妙应用药对。

匡建军教授使用“药对”治疗腰椎间盘突出症,其用药配伍奇巧,不拘成法,配伍简洁而疗效显著,药对多为中药复方的核心,紧扣病因病机。匡建军教授认为人有不同,证有万变,不可固守一方一药,当针对腰椎间盘突出症患者病情整体辨证施治,扶正祛邪,巧用药对,同时注重调和气血,提出气血阴阳失和是腰椎间盘突出症发病的基础,贯穿疾病发展的全过程,并以证-质-程为基础,采用“三位一体”精准辨证施药,使临床疗效大大提高,值得推广应用。

[名老中医简介]

匡建军,一级研究员、主任医师、二级教授,医学博士、博士后导师,现任湖南省中医药研究院临床药理研究所所长、湖南省政协委员,享受湖南省政府特殊津贴专家、国家中医药管理局重点学科骨伤科学术带头人、全国优秀中医人才、湖南省“225”高层次卫生人才骨伤科学科带头人。中国中西医结合学会骨科微创委员会副主任委员、中国中医药研究促进会骨伤专业委员会副主任委员、湖南省中西医结合脊柱委员会副主任委员。擅长脊柱、骨关节病。

参考文献

[1] SAMUELLY-LEICHTAG G, EISENBERG E, ZOHAR Y, et al. Mechanism underlying painful radiculopathy in patients with lumbar disc herniation [J]. Eur J Pain, 2022, 26(6): 1269-1281.

[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] 院一蔚,匡浩铭,常裕绅,等. 匡建军教授治疗股骨头坏死经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2022, 30(9): 72-74.

[4] 刘考强,元唯安. 石氏伤科气血理论在腰椎间盘突出症诊治中的应用[J]. 中医正骨, 2022, 34(3): 58-60.

[5] 杨灿,张兆杰,李锐,等. 疏筋整复手法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2023, 31(4): 47-50.

[6] 叶子丰,匡浩铭,戎宽,等. 匡建军教授六经辨证治疗腰椎间盘突出症的经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2022, 30(11): 73-76.

[7] 吴利,张静,黄曾,等. 586 例腰椎间盘突出症患者中医体质分类与证型分布的研究[J]. 中国中医急症, 2022, 31(12): 2170-2172.

[8] 宾东华,李玲,唐宇,等. 基于中医哲学思维探析龟鹿二仙胶组方及临床运用[J]. 中医杂志, 2020, 61(17): 1559-1561.

[9] 杨志华,闫海峰,范子璇,等. 基于数据挖掘探析中医药治疗腰椎骨质增生用药规律[J]. 河南中医, 2020, 40(2): 253-257.

[10] 谭俊,黄勇,何浩森,等. 补肾温阳止痛汤联合推拿治疗腰椎骨质增生的疗效及对患者中医证候、腰功能及生活质量的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(5): 106-108.

[11] 张董喆,史晓林. 外用威灵仙配合陈醋治疗跟骨骨刺临床观察[J]. 中医学报, 2013, 28(2): 290-291.

[12] 薛紫鲸,常鑫鑫,张丹,等. 经典名方中防己的本草考证[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(8): 103-115.

[13] 田崇娅,辛义周,刘静静,等. 醋白芍的历史沿革及现代研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(12): 153-157.

[14] 王梦莎,刘松林,许乐思,等. 从《伤寒论》主证、次证与兼证的关系谈辨证论治[J]. 湖北中医药大学学报, 2018, 20(1): 72-74.

[15] 周妍妍,康倩倩,狄舒男,等. 中医体质分类研究进展与思考[J]. 新中医, 2022, 54(2): 187-191.

(收稿日期:2023-03-12)

(上接第 75 页)

[22] FELTON J, SLOBOGEAN G P, JACKSON S S, et al. Femoral neck shortening after hip fracture fixation is associated with inferior hip function: results from the FAITH trial [J]. J Orthop Trauma, 2019, 33(10): 487-496.

[23] SLOBOGEAN G P, STOCKTON D J, ZENG B F, et al. Femoral neck shortening in adult patients under the age of 55 years is associated with worse functional outcomes: analysis of the prospective multi-center study of hip fracture outcomes in China (SHOC) [J]. Injury, 2017, 48(8): 1837-1842.

[24] KARANICOLAS P J, BHANDARI M, WALTER S D, et al. Interobserver reliability of classification systems to rate the quality of femoral neck fracture reduction [J]. J Orthop Trauma, 2009, 23(6): 408-412.

[25] STOCKTON D J, DUA K, O'BRIEN P J, et al. Failure patterns of femoral neck fracture fixation in young patients [J]. Orthopedics, 2019, 42(4): e376-e380.

[26] ENOCSON A, LAPIDUS L J. The vertical hip fracture-a treatment challenge: a cohort study with an up to 9 year follow-up of 137 consecutive hips treated with sliding hip screw and antirotation screw [J]. BMC Musculoskelet Disord, 2012, 13: 171.

[27] 杨家赵,周雪锋,朱万博,等. 股骨颈动力交叉钉系统与空心螺钉固定治疗青壮年股骨颈骨折的近期疗效比较[J]. 中华创伤骨科杂志, 2021, 23(9): 761-768.

[28] 杨通池,胡居正,王仁崇,等. 股骨颈系统治疗成人 Pauwels Ⅲ型股骨颈骨折的有限元分析[J]. 中国组织工程研究, 2022, 26(36): 5775-5780.

(收稿日期:2023-03-01)