

姜宏教授益气活血法治疗椎间盘突出症经验介绍

高春鹏¹, 俞鹏飞², 刘锦涛², 姜宏²

1. 上海中医药大学, 上海 201203; 2. 苏州市中医医院, 江苏 苏州 215003

[关键词] 腰椎间盘突出; 重吸收; 益气活血; 姜宏

[中图分类号] R681.5+3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 05-0224-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.086

姜宏教授现任卫生部国家临床重点专科、全国重点中医临床科、苏州市中医医院骨伤科主任, 南京中医药大学教授、博士研究生导师, 其早年师从我国著名骨伤科专家施杞教授, 继承石氏伤科“以气为主、以血为先”的学术思想, 并融会吴门医派“络病学说”, 在中医药治疗腰椎间盘突出症方面有自己独特的见解, 提出益气活血法并拟消髓化核汤治疗破裂型腰椎间盘突出症, 临床疗效显著。笔者有幸随师侍诊, 受益匪浅, 现将其治疗腰椎间盘突出症的经验介绍如下, 以飨同道。

1 审症求因

1.1 从“虚”“瘀”辨证 腰椎间盘突出症在中医学并无确切病名, 对该病的认识可见于“腰痛”“痹证”“痉证”“痿证”“腰腿痛”等病的论述中, 如《素问·刺腰痛》云: “肉里之脉令人腰痛, 不可以咳, 咳筋缩急”, 将此证归为中医学“痹证”范畴。《素问·痹论》有“风寒湿三气杂至, 合而为痹也”的论述。中医学认为, 该病乃因肾虚腰府失养, 继而感受风、寒、湿、热之邪, 痹阻经络; 或因跌扑损伤, 致经脉阻滞, 不通则痛; 或素体肾精亏虚, 筋脉失于濡养, 不荣则痛。现代医学认为该病主要是在椎间盘发生退行性病变的基础上, 加之外力因素, 使髓核等组织突破纤维环向椎管内突出(或脱出), 刺激、压迫邻近的神经根或脊髓而发病。其继发的神经根病痛则是因突出物压迫导致神经根内缺血、水肿、瘀血, 同时各种炎症介质的化学刺激导致血管扩张、血管通透

性增高而产生微循环障碍, 故而出现腰腿痛或麻木、感觉功能障碍。其病理机制符合中医学“瘀血痰湿致痹”的病机, 可见腰椎间盘突出症多以“因瘀致痹、因虚致痹”的本虚标实为特点。由此, 姜宏教授提出对本病的辨证应抓住“虚”“瘀”二字, 治疗上以补其虚, 化其瘀为原则。

1.2 以气为主, 以血为先 《黄帝内经》论述疾病是基于阴阳而归于气血, 《素问·调经论》中说到“人之所有者, 血与气耳”, 气属阳, 主动, 主温煦, 主固摄; 血属阴, 主静, 主濡润, 二者是构成人体和维持人体生命活动的两种基本物质。《医学真传》中说: “人之一身, 皆气血之所循行, 气非血不合, 血非气不运。”将气血之间的关系概括为“气为血之帅”“血为气之母”。二者相互依存, 相互制约, 相互为用, 当气或血发生病变时, 常可相互累及, 导致气血失和的病理状态, 即《素问·调经论》所说: “气血不和, 百病乃变化而生”。姜教授认为, 人之气血, 无处不到, 外受跌仆、闪挫等伤, 内则气血、经络、脏腑必为之受病, 腰椎间盘突出症纤维环的破裂, 髓核的突出是肢体受到外伤所致, 而腰部疼痛、下肢放射痛、肢体麻木等症状则是“气血伤于内”的征象, 此病“气滞”“血瘀”二者俱现。姜宏教授继承石氏伤科“以气为主, 以血为先”的理论观点和吴门络病学派“络以通为用”的治疗原则, 指出气血理论乃该病的基础理论核心和治疗关键, 提出益气活血法治疗腰椎间盘突出症并促进椎间盘突出物的重吸收。

[收稿日期] 2015-12-29

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81473691); 江苏省中医药管理局课题(LZ13148)

[作者简介] 高春鹏(1987-), 男, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医骨伤科。

[通讯作者] 姜宏, E-mail: honghong751@126.com。

1.3 兼顾脾肾，独重痰邪 《素问·至真要大论》曰：“谨守病机，各司其属……盛者责之，虚者责之。”中医历代重视脏腑盛衰在腰痛发病中的地位，认为腰椎间盘突出症涉及五脏虚损，尤其是脾肾二脏。《灵枢·邪气藏府病形》：“有所用力举重……则伤肾。”明代王肯堂在《证治准绳·腰痛》中说到：“腰痛有风、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。”中医认为肾藏精，主骨生髓，为“作强之官”，腰腿痛是肾虚之候，肾虚为内因。

《三因极一病证方论》：“矢志伤肾，郁怒伤肝，忧思伤脾，皆致腰痛者。以肝肾同系，脾胃表里，脾滞胃闭，最致腰痛。”《素问·痿论》曰：“脾主身之肌肉。”脾胃为仓廩，脾胃虚弱，气血生化乏源，则筋骨与肌肉失养，经脉欠充，不荣则痛；脾主运化水湿，脾失健运则导致水液停滞形成痰，聚于腰府，阻滞气血，不通则痛。同时脾胃运化失常，气血生化不足，无以滋养脏腑筋骨，则病损很难自愈。

《内经》将其病机用“风寒湿三气杂至”一言以蔽之。然而，其病机纷繁复杂，邪实正虚，证多兼夹，且常会互为因果，更有“久病入络”“久痛入络”的临床特点，因而姜宏教授提出“痰湿痹阻”的观点。姜教授认为，风寒湿邪袭人肌表，寒性凝滞收引，湿性黏腻重着，痰湿交阻，痹阻经络，则出现腰部重浊疼痛，臀部及下肢麻木等不适，诚如朱丹溪所说：“麻是气虚，木是湿痰死血”。临床上髓核突出组织，刺激和压迫邻近的神经根或脊髓而引发的腰腿痛麻，痛有定处或沿神经走行走窜疼痛等临床表现，又与《本草纲目》记载的“痰涎之为物，随气升降，无处不到……入经络则麻痺疼痛，入于筋骨则头项胸背腰痛，手足牵引隐痛”相符。

2 治疗经验

2.1 法随机变，倡益气活血 《素问·至真要大论》曰：“有余折之，不足补之”，同时，《素问·调经论》提到：“经脉者，所以行血脉而营阴阳，濡筋骨，利关节也。是故血和，则经脉流行，营复阴阳，筋骨强劲，关节清利矣”。调补气血使气血归于平衡，气机得以顺畅，痰滞自得以化。肾主骨，脾主肌肉，腰为筋骨肌肉之合体，欲使腰屈伸俯仰转侧流利，在治疗上除以益气活血之外，亦当强调补肾健脾。此外，痰瘀譬如河之淤泥，欲使河道畅通，祛瘀为首

务，益气活血纠气虚血弱之本，化痰祛瘀治邪实之标。姜宏教授总结近30年临床经验，提出治疗腰椎间盘突出症的基本原则是益气活血，逐瘀通络，健脾温肾，整体调节。

2.2 衷中参西，化裁古方 姜宏教授在治疗该病方面首倡益气活血的治疗大法，在效法古方《金匱要略》防己黄芪汤和《医林改错》补阳还五汤的组方思路的基础上，化裁而成治疗腰椎间盘突出症的专方“消髓化核汤”（生炙黄芪各20g，川芎、地龙各15g，当归、炒白术、防己、木瓜、威灵仙各10g，水蛭、白芥子各6g），用其加减治疗腰椎间盘突出症。方中重用黄芪为君，《本草求真》言其“入肺补气，入表实卫，为补诸气之最”。黄芪补脾肺之元气，使气旺以促血行湿散，祛瘀而不伤正。同时元气充足不仅能固肌腠、守藩篱，而且气充则气主固摄津液之功得复，有助于突出髓核的回纳，这与临床椎间盘突出后发生重吸收的部分原因是突出组织回纳的研究相符^[1-3]。现代药理学研究显示，黄芪可提高自身免疫效应^[4]。同时，以黄芪为君药的益气化痰方剂能够促进施旺细胞的增生及提高其再生功能，加快神经轴突的生长，缩短神经再生修复进程^[5]。当归养血和血，活血化痰通络而不伤血；《玉机微义》言，川芎“血中之气药”，上行头目，下行血海，中开郁结，旁通脉络，能行血滞于气也，合当归二药皆辛温之品，更合“络以辛为治”的原则，使活血祛瘀之力彰并有行气止痛之效。方中炒白术补气健脾燥湿，防己长于祛湿能治水湿停滞之证，二药合用有利水消肿之效。诚如丹溪翁所言：“治痰法，实脾土，燥脾湿，是治本之法。”而且黄芪、白术合用，既可补脾胃而主运化，使气血生化有源，又能补肺气而实肌表，使外邪不易复侵。

先贤将痰瘀譬如河之淤泥，以疏浚之法化其瘀结，然“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”也，气血既已平复，宜顺其水势而搜剔河底之淤泥，故加白芥子祛皮里膜外之痰。威灵仙，性猛急，善走而不守，宣通十二经络，在本方中的作用有二：其一，此药软坚散结消骨鲠，取象比类，对突出的髓核也应具有“消融”作用；其二，其辛散走窜之性又可引诸药入络。木瓜祛湿通络、柔肝软筋。地龙、水蛭乃血肉有情之品，以“藉虫蚁血中搜逐，以攻通邪结”，二药相合，通络散结，祛瘀生新，并可

增强熄风止痉之力。姜宏教授用此二药治疗腰椎间盘突出症的“痉证”系列症状和体征一如腰痛牵及腿痛有“吊筋感”，直腿抬高试验强阳性，腰肌痉挛等。现代药理学证实威灵仙具有较强的镇痛作用^[6]，并根据其散结、消骨鲠功效，推测其对突出的髓核也有一定溶解作用；而木瓜中提取的木瓜凝乳蛋白酶，早已被用来作为髓核溶解剂用于腰椎间盘突出症的微创治疗^[7-8]；诸药配合，起到益气、活血、祛痰、通络的功效。中医功效与现代医学中的促进髓核吸收、减轻神经根水肿相一致，使外邪得除，痰瘀得消，瘀去而新生，痛自舒而元自复，诸症可愈。

3 知犯何逆，随证治之

所谓“知犯何逆，随证治之”，姜宏教授在治疗该病时，特别强调辨证施治。①若腰腿痛症状严重，腰部活动受限明显，直腿抬高 $<30^\circ$ ，腱反射亢进，以痹证合痉证论治，可在消髓化核汤中加入祛风止痉，化痰通络类中药，如：独活、防风、细辛、制乳没、全蝎、僵蚕等。②若腰腿酸痛，小腿连足背麻木，足拇背伸或跖屈肌力减退，腱反射减弱或消失，以痹证合痿证论治，应在消髓化核汤中加入填精益髓、甘润滋补之品，如川牛膝、桑寄生、淫羊藿、秦艽、白扁豆等，另外需重用炙黄芪至60g，因为黄芪对施旺细胞有促进修复作用^[9]，对受压迫损伤神经的恢复有很大帮助。③若腰腿疼痛、小腿足背或足底麻木、肌张力增高、肌力减退并见，则为痹痿痉三证相夹杂。应在消髓化核汤中兼顾治痹治痉治痿。④痹证、痉证、痿证还可接踵而至，或先痹后痿、先痉后痿、先痹后痉后痿乃至三证杂至皆可能发生，临床上需仔细观察，对症用药。

4 中西合参，三期分治

在长期的临床实践中姜宏教授发现有部分腰椎间盘突出症患者的体征、症状和体查不相符，容易造成误诊、漏诊。因此在注重体格检查的同时，必须根据患者具体情况进行腰部X线摄片、CT、MRI等相关辅助检查，进一步辨证治疗。根据症状、体征，结合影像学表现，辨别破裂型和非破裂型、中央型和侧方型，是否合并钙化、狭窄、Modic改变、高信号区(HIZ)等，以增强治疗方法的针对性，并将影像学分型与中医辨证相结合，准确判断预后，制定个体化的治疗方案，提出“三期辨证”原则。

4.1 急性期 姜宏教授认为，根据腰椎间盘突出症

在各阶段不同的临床表现，其治疗方法也不相同，将本病分为急性期、缓解期、恢复期。本病的急性期，由于突出组织周围炎性反应强烈，或突出物周围及神经根水肿，使神经根受压明显，常会出现腰腿疼痛剧烈，腰部活动明显受限。根据临床观察，急性期一般持续20天以内。此时当“急则治其标”，强调睡硬板床并绝对卧床、佩戴腰围，并在前述中药的基础上，适当增加川芎、制南星、制川草乌、制乳没等辛温行气、温经止痛类中药。如症状较重，则应当酌情使用镇痛药、脱水剂、肌松剂等西药控制急性症状，但值得指出的是，姜宏教授主张在该病急性期对疼痛的控制尽量少用非甾体抗炎药，因为在椎间盘突出的早期，白介素、肿瘤坏死因子等化学性炎症反应和新生毛细血管增生可导致单核巨噬细胞等炎性细胞的浸润，从而加速突出椎间盘组织的吸收，大剂量的抗炎镇痛药可能会削弱炎性细胞对突出物的吸收吞噬作用^[9-10]。

4.2 缓解期 本病的缓解期，由于炎性反应减弱，组织水肿渐消，神经根受压情况可好转，症状趋于平稳。但由于神经根仍受突出髓核压迫或损伤后尚未恢复，可出现下肢放射痛或下肢感觉障碍，可采用“缓则治其本”的原则。如20天左右无症状的反复，可认为进入缓解期。在缓解期可嘱患者通过功能锻炼，促进气血流通，加快功能恢复。在中药治疗方面适当减少化痰行气止痛类的药物，而重在益气活血、滋补肝肾，常配伍药物：淫羊藿、仙茅、女贞子、墨旱莲、山药、熟地、狗脊等。也可适当配合一些西药，如神经营养剂等促进损伤神经的修复。

4.3 恢复期 本病的恢复期，症状基本消失，应加强相关功能锻炼，巩固疗效，促进肢体功能康复，并为患者提供严格正规的运动治疗，使患者掌握正确的功能锻炼方法。

5 病案举例

刁某，男，58岁，2012年2月21日初诊。病史：腰痛连及右下肢1天，无法行走来诊。诊见：强迫体位，右下肢屈髋屈膝位，不能伸直，腰背肌肉紧张；查体：L4/5右侧椎旁压痛，放射至右小腿后外侧，直腿抬高左 70° 、右 20° ，双下肢感觉肌力正常。患者自觉痛苦异常，舌下脉络曲张、舌紫暗有瘀斑、脉弦。日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分7分。查MRI示：L4/5巨大破裂型突出(右侧型)，突

出率 81.3%，西医诊断：腰椎间盘突出症(L4/5)。中医诊断：腰腿痛，证属气滞血瘀。治拟：①绝对卧床休息，佩戴腰围，睡硬板床；②口服妙纳，每次 1 片，每天 2 次，缓解肌紧张；甲钴胺片，每次 1 片，每天 3 次，营养神经；雷尼替丁，每次 1 片，每天 2 次，护胃治疗；③中药治法：益气活血、逐瘀通络。处方：生黄芪、炙黄芪各 20 g，当归、炒白术、防己、木瓜、威灵仙各 10 g，川芎、地龙各 15 g，白芥子、制川草乌(先煎)各 6 g，制乳香、制没药各 5 g。取 7 剂，每天 1 剂，水煎服。嘱患者忌食辛辣食物。3 月 1 日二诊：患者疼痛明显缓解，右下肢可活动，右下肢伸直时疼痛仍然明显，肢体酸软，自诉有恶心、不思饮食、便溏症状，舌下脉络曲张、舌紫暗、瘀斑较前减轻、脉弦细。此为气滞伤人形、气，致气不运化水谷。加之伤药碍胃则纳差、便溏。治疗：益气活血、健脾理气、逐瘀通络。处方：改炒白术 20 g，加炒神曲(包)12 g，砂仁(后下)6 g，余宗前方。14 剂，每天 1 剂，水煎服。后患者疼痛进一步缓解，症状减轻。治疗：守上方继服 14 剂。共接受治疗 3 月，7 月后随访，症状大部分缓解，查体：下肢放射痛不明显，直腿抬高左 90°、右 85°，JOA 评分 22 分。复查 MRI 示突出物大部分重吸收，突出率^⑨5.9%、吸收率^⑨92.7%。初、复诊 MRI 见图 1、图 2。

[参考文献]

- [1] Bozzao A, Gallucci M, Masciocchi C, et al. Lumbar disk herniation: MR imaging assessment of natural history in patients treated without surgery [J]. Radiology, 1992, 185: 135-141.
- [2] Keskil S, Ayberk G, Evliyaoglu C, et al. Spontaneous resolution of "protruded" lumbar discs [J]. Minim Invasive Neurosurg, 2004, 47: 226-229.
- [3] Gelabert-Gonzalez M, Serramito-Garcia R, Aran-Echabe E, et al. Spontaneous resolution of a lumbar disc herniation[J]. Neurocirugia(Astur), 2007, 18: 138-140.

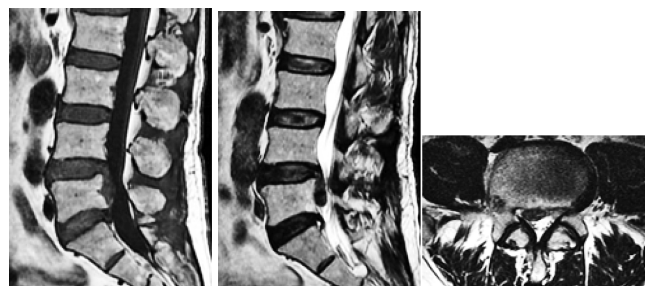


图 1 初诊 MRI 结果图

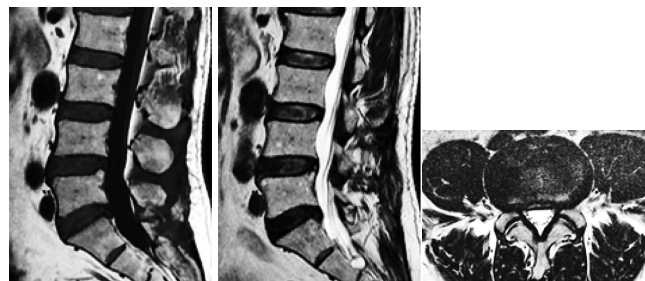


图 2 复诊 MRI 结果图

- [4] 姜宏, 刘锦涛, 惠初华, 等. 黄芪对破裂型椎间盘突出重吸收动物模型的影响[J]. 中国骨伤, 2009, 22(3): 205-207.
- [5] 周重建, 施杞, 王拥军, 等. 益气化瘀方对腰神经根压迫模型神经肌肉接合部施旺细胞的作用[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2002, 10(6): 1-9.
- [6] 杨少辉, 乔志芬, 侯玉义. 威灵仙及其制剂在骨伤科中的应用及研究进展[J]. 中医正骨, 2008, 20(12): 59-60.
- [7] 赵树进, 袁进. 木瓜凝乳蛋白酶溶核治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 广东药学院学报, 2004, 2(1): 65-67.
- [8] 郑忠, 吴建军, 李坚, 等. 木瓜凝乳蛋白酶治疗腰椎间盘突出症[J]. 骨与关节损伤杂志, 2002, 17(3): 207.
- [9] 俞鹏飞, 姜宏, 刘锦涛. 破裂型腰椎间盘突出症非手术治疗后的转归[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2015, 25(2): 109-114.
- [10] Le Maitre CL, Hoyland JA, Freemont AJ. Catabolic cytokine expression in degenerate and herniated human intervertebral discs: IL-1 beta and TNF-alpha expression profile[J]. Arthritis Res Ther, 2007, 9: R77.

(责任编辑: 骆欢欢)