吴山基于精准推拿诊治老年腰椎间盘突出症经验介绍

刘利国[1]，丘明旺[1]，黄帆[2]，张天康[1]，潘柄丞[3]，郭汝松[1]，范志勇[1] 指导：吴山[1]

1. 广州中医药大学第二临床医学院，广东 广州 510120
2. 香港理工大学康复科学系，中国 香港 999077
3. 暨南大学中医学院，广东 广州 510630

［摘要］介绍吴山教授基于精准推拿治疗老年腰椎间盘突出症的临床经验。吴山教授认为，肝肾亏虚、筋骨力学失衡为老年腰椎间盘突出症的根本病因病机，跌仆劳累、风寒湿侵袭经络为主要诱因。在临床诊疗中，主张精准推拿，通过精准诊断明确治疗适忌，通过内服外治结合实现精准治疗，可获得良好效果。

［关键词］老年腰椎间盘突出症；慢性筋骨病；筋骨力学失衡；精准推拿；吴山
［中图分类号］R249；R681.5+3 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）14-0127-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.14.024

Introduction of WU Shan´s Experience in Diagnosing and Treating Lumbar Disc Herniation in the Elderly Based on Precise Massage

LIU Liguo[1], *QIU Mingwang*[1], *HUANG Fan*[2], *ZHANG Tiankang*[1], *PAN Bingcheng*[3], *GUO Rusong*[1], *FAN Zhiyong*[1] *Instructor*: *WU Shan*[1]

1. The Second Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China; 2. Department of Rehabilitation Sciences of The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong 999077, China; 3. School of Traditional Chinese Medicine of Jinan University, Guangzhou Guangdong 510630, China

Abstract: This article introduces Professor WU Shan's clinical experience in treating lumbar disc herniation (LDH) in the elderly based on precise massage. In the view of Professor WU Shan, the root etiology and pathogenesis of LDH in the elderly lie in liver-kidney deficiency, and biomechanical imbalance of tendons and bones, and the main contributors include stumbling and exhaustion, and invasion of pathogenic wind-cold-damp into the meridians and collaterals. In clinical practice, he advocates precise massage, precise diagnosis to identify indications and contraindications for treatment, and Chinese herbal medicinals taken orally and externally for precise treatment, which can render favorable clinical outcomes.

Keywords: Lumbar disc herniation in the elderly; Chronic tendon-bone disorders; Biomechanical imbalance of tendons and bones; Precise massage; WU Shan

吴山教授系广东省名中医，广东省重点推拿专科学科带头人，全国名老中医林应强教授的学术思想继承人，岭南林氏正骨推拿流派学科带头人，从事中医推拿临床及科研工作30余载，学验皆丰，对手法治疗脊柱相关疾病有独到见解。笔者有幸跟随吴山教授学习，现将吴山教授基于精准推拿诊治老

［收稿日期］2024-12-31
［修回日期］2025-06-05
［基金项目］广东省名中医传承工作室建设项目(0102018007)；广东省第四批名中医师承项目(0102018105)
［作者简介］刘利国(1996-)，男，博士研究生，E-mail：474549427@qq.com。
［通信作者］吴山(1963-)，男，医学博士，主任医师，教授，博士研究生导师，博士后合作导师，E-mail：wushan6866@sina.com。

年腰椎间盘突出症的临床经验总结介绍如下，以飨同道。

老年腰椎间盘突出症，指年满60岁及以上老年人群的一种特殊的腰椎间盘突出症类型，它的临床特点与年轻患者有显著差别[1]。针灸、推拿、中药等中医保守疗法治疗腰椎间盘突出症应用广泛、疗效突出，其中推拿疗法尤以疗效确切、操作简便、临床接受度高见长[2]。

1 病因病机

1.1 肝肾亏虚、筋骨力学失衡为根本病因病机 吴山教授认为，老年腰椎间盘突出症属中医腰腿痛、痹证范畴，是典型的脊柱筋骨病损，肝肾亏虚、筋骨力学失衡为其根本病因病机。腰为肾之府，藏精生髓而主骨，老年患者肾气亏虚，腰骨失养，从而出现腰膝酸软，足痿不能行等症；而肝藏血，濡养全身之筋膜肌腱，若肝血亏虚，则筋络失荣，筋脉失养，引发下肢筋脉痉挛麻木等症。

吴山教授认为，老年腰突症患者因其肝肾亏虚，腰骨痿软无力，腰部筋脉失于濡养，筋骨懈惰，脊柱受力失调，筋骨难以维系在正常位置，故而错缝出槽，导致筋骨力学失衡。因此，治疗的关键在于理筋和正骨，将受伤的筋骨恢复至正常人体解剖的限度范围，恢复患者的筋骨力学平衡。

吴山教授在临床诊治脊柱筋骨病损时强调筋骨辨证，重视“骨错缝、筋出槽”的伤科理论，认为人体以骨骼为结构基础，关节为活动枢纽，以筋的收缩为动力实现各种运动功能，筋与骨在人体正常功能活动上互相协调，受伤时亦往往互相影响，会产生“骨错缝、筋出槽”等病理变化，而无论是骨错缝还是筋出槽，其结果都是导致脊柱稳定性下降，即筋骨力学失衡。

1.2 跌仆劳累、风寒湿侵袭经络为主要诱因 吴山教授认为，老年患者素有筋骨力学失衡之机，又不慎跌仆闪挫，或体位不正，用力不当，劳累过度，导致腰部经络气血阻滞不通，成为痼疾急性发作之诱因；同时，老年患者素体虚弱，营卫多不足，若调摄不当，易外受风寒湿之邪侵袭经络。风为百病之长，善行而数变，易开泄腠理，引邪入内；寒为阴邪，其性收引而凝涩，常致腰部筋脉挛急而痹痛；湿性重浊黏腻，易袭阴位，最易侵袭腰部而致腰酸困重，风、寒、湿三邪杂至，痹阻经络，从而诱发腰痛。因此，吴山教授强调，老年腰椎间盘突出症患者除按期接受治疗外，日常避风寒，适劳逸，慎起居，对于疾病康复也同样重要。

2 精准推拿诊疗理念

精准医学的概念最早由美国国家科学院研究理事会(NRC)提出，即是以个体化医疗为基础，通过医学前沿技术，精准寻找疾病的原因、治疗靶点，最终实现个性化精确治疗，提高疾病预防与诊治的效益[3]。在精准医学的基础上，吴山教授结合中医的整体观及辨证论治理论，提出了精准推拿的诊疗理念，即以筋骨作为关键的辨证论治目标，通过中医四诊合参，并结合现代医学诊察手段，从而提高临床疗效。

吴山教授指出，精准推拿主要包括精准诊断和精准治疗两个环节，精准诊断以筋骨为首要辨证论治目标，辨明患者的病变在筋、在骨、或筋骨同病，遵循“病在筋治筋，病在骨治骨，筋骨同病则筋骨同治”这一原则，同时也要增强疾病的诊断与鉴别诊断的能力，提高诊断的正确率，从而尽可能地减少和避免临床上因误诊而出现意外。精准治疗，则是根据临床证据，明确患者病变的部位，如病在骨者，则以快扳手法正骨为主；病在筋者，则以缓扳手法理筋为主；临床一般多见筋骨同病，则先进行快扳手法，后结合缓扳手法，筋骨同治，以期达到骨正筋柔的效果。同时也应该考虑患者的个体情况，选择合适的手法，如患者年龄大者，手法操作应轻，不过度追求临床疗效而选用大幅度手法；如患者处于急性损伤期，炎症水肿较重，则尽量减少手法操作时间，避免过度刺激加重疼痛和临床症状。综上所述，手法的治疗方案应因人而异，尽量使每个患者都做到精准治疗，达到最佳的临床疗效。

2.1 强调精准诊断，明确治疗适忌 吴山教授强调，临床接诊老年腰椎间盘突出症患者，应当做到精准诊断，通过全面采集临床证据，明确手法治疗的适应证与禁忌证。老年腰椎间盘突出症，因患者年龄较大，往往合并有多种慢性疾病，这使得病情更加复杂难治。因此，吴山教授指出，临床诊治老年腰椎间盘突出症患者时，需要注意以下几点：一是要考虑患者的年龄、体质情况。如果患者年龄虽大，但体质较好，无其他基础疾病，治疗后恢复速度相对较快，仍可采取常规治疗手法，但力度较之年轻

人有所减轻；体质较差的患者，又合并其他专科慢性疾病，此时在行手法治疗时，应尤其注意控制随手法力度，以患者无明显不适为度，缓缓图之。二是关注患者突出程度、基础疾病等问题。如果患者腰椎间盘严重突出，出现了压迫马尾神经的症状，或存在脊柱结核、肿瘤、感染，严重心脑血管、肾脏疾病等基础疾病，此时禁忌手法治疗，避免加重病情。三是关注合并症情况，合理选择手法治疗。如患者合并退行性腰椎滑脱症，其滑脱程度一般在Ⅰ～Ⅱ度之内，通过林氏正骨流派独有的垫枕背伸定点按压法[4]，可以有效调整腰部肌肉的力学平衡状态，使脊柱重新获得新的稳定性，改善患者症状；部分老年人可能合并骨质疏松性椎体压缩性骨折，当患者压缩骨折程度及临床症状较轻时，可以通过体位和手法共同作用，使压缩椎体及前纵韧带过伸张开从而复位椎体[5]，若患者压缩骨折程度且临床症状较重，甚至出现脊髓横断症状时，则禁忌手法治疗，避免耽误病情，加重脊髓损伤。

2.2 重视精准治疗，内服外治结合 慢性脊柱筋骨病损，如腰椎骨质增生症、腰椎椎管狭窄症、慢性腰椎间盘突出症等，是一种常见的疾病。这些疾病的病理基础主要是骨刺、突出等静态压迫，但往往由于体位或姿势的改变等动态失衡因素，成为诱发疾病的关键。老年腰椎间盘突出症由于年龄增长，椎间盘退变逐渐加重，小关节及韧带松弛无力，并在外力影响下，导致纤维环破裂，髓核从破裂处突出或脱出，压迫腰神经根或马尾神经等软组织[6]，形成静态压迫。然而，髓核压迫神经根并非都会产生临床症状，突出的髓核会压迫神经，但神经不一定受损，这可能与神经对压迫后产生的位移及耐受力有关[7]。但由于患者的不良姿势或某一体位的变化，如弯腰、久坐、负重等使脊柱前屈、髓核向后移动，造成动态压迫，则可能成为诱发临床症状的主要因素，导致腰骶部及下肢疼痛、麻木等一系列临床症状[8]。因此，吴山教授认为，慢性脊柱筋骨病损的治疗核心在于“调控动态压迫，恢复筋骨力学平衡”，如通过垫枕背伸定点按压法、平卧位定点按压法，使脊柱伸展，髓核向前移动，或通过立体定位斜扳法、提拉旋转斜扳法、侧卧定点踩跷法[9]，使脊柱侧屈或旋转，髓核向对侧移动，都能有效减轻椎间盘压力，缓解髓核突出对神经的压迫，改善临床症状和预防疾病的进一步发展。

2.2.1 手法选择 吴山教授指出，对于老年腰椎间盘突出症患者，手法的选择和操作要综合考虑多方面因素。若患者年龄虽大，但体质较好，无其他慢性基础疾病，则可酌情使用快扳法这类快速关节冲击手法，通过加压使目标关节达到关节被动运动的极限，然后运用冲击手法快速扳动目标节段，并使关节小幅度运动，这种手法操作过程往往发出咔嗒声使关节面发生分离，能骤然用力使关节瞬间产生运动，如立体定位斜扳法、提拉旋转斜扳法[10]；若患者身体虚弱，耐受性差，合并有骨质疏松症，需要谨慎使用快扳手法，而应当以更安全的缓扳手法为主，通过沉稳加压使目标关节达到关节被动运动的极限，然后运用缓压手法慢速扳动目标节段，并使关节处于小幅度运动，操作目的主要以理筋为主，尤其调整脊柱的深部肌群如多裂肌、回旋肌、横突间肌或者棘突间肌的痉挛，如下肢后伸定点按压法、垫枕背伸定点按压法[11]，以松筋为主，以低速度反复缓慢扳动病态关节，使其因为病理性约束力所致的紧缩状态渐渐舒展、伸开，在患者本身有限活动范围内，不断扩大其活动范围，通过松筋达到松动关节的功效，慢慢恢复腰椎的筋骨力学平衡，从而达到改善或消除临床症状的目的；在具体操作时，也需要注意精准定位病变节段，如患者属于L_4～L_5节段突出时，在手法操作时，需要先触诊找到病变位置，并用记号笔在皮肤上进行标记，后续进行理筋手法时，重点松解L_4～L_5节段附近筋结；在进行腰椎斜扳手法时，通过调整患者体位，如大腿摆放位置、身体扭转程度，使斜扳手法作用点聚焦于病变的L_4～L_5节段，更精准地进行复位操作。

同时，吴山教授也强调，针对复杂合并症的老年腰椎间盘突出症患者，手法治疗不一定要治疗到其全部症状消失。很多老年人身体功能恢复较慢、较差，所以在治疗后期，只要临床症状和体征不影响其正常生活，不必强求一定要进行手法治疗，后期注意做好康复保养即可。

2.2.2 中药内服 吴山教授认为，手法治疗对于慢性脊柱筋骨病损具有良好的镇痛疗效，但是手法的治疗必须有所间隔，而且手法并不可能解决所有的问题，特别是后期疗效如何巩固，是对每一位从事手法治疗筋伤病医师的考验。正如《医宗金鉴·正

骨心法要旨》所云：“跌仆损伤，虽用手法调治，恐未尽得其宜……再施以药饵之功，更示以调养之善，则正骨之道全矣。”明确指明筋伤疾病的治疗除了手法外，还要求脉理，审虚实，施补泻，内外合治，这些真知灼见对现代伤科临床仍具有重要的指导意义。因此，吴山教授认为，手法、功能锻炼、中药的内服外用结合是治疗慢性脊柱筋骨病损的关键组合。

针对老年腰椎间盘突出症患者肝肾亏虚、风寒湿痹阻经络的主要病机，吴山教授常以祛风湿、散风寒、补肝肾的独活寄生汤作为通治底方，现代药理学研究已证实独活寄生汤具有抗炎镇痛、调节免疫、促进骨代谢，改善循环等多方面疗效[12]。在原方基础上，吴山教授会根据患者体质特点进行加减变化，如肾阴虚者加山药、黄精填补肾精，肾阳虚者加黑顺片、淫羊藿温补肾阳，脾胃气虚者加黄芪、白术补气健脾，湿盛者加薏苡仁、泽泻利水渗湿，瘀血阻滞者加桃仁、水蛭活血祛瘀等。

2.2.3 外治法 中药热敷是吴山教授常用的外治法，中药热敷法属于中医熨法，它可通过热力传递及药味渗透发挥活血通络、消肿止痛、除湿散寒等功效。因此，吴山教授在皮部理论的指导下，针对筋伤疾病的特点，根据多年的临床实践经验研发出用于外敷的七味通痹镇痛包，该药包由花椒、小茴香、菟丝子、延胡索、桂枝、补骨脂、肉桂组成，通过传热物海盐的作用，能迅速将热力和药力相合，通过皮肤局部渗透吸收进入机体，发挥通痹镇痛之效，常用于以疼痛为主症的老年患者。

《黄帝内经·素问》云：“法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”除上述治疗外，日常调护亦必不可少，吴山教授常嘱咐患者，应养成良好的生活习惯，作息规律，饮食有节，并适当练习中医养生气功，如易筋经、五禽戏、太极拳等，如此气血可调、筋骨得养、形神兼具，不易被疾病侵扰。

3 病案举例

吴某，男，77岁，2023年4月21日初诊。主诉：腰痛伴右下肢麻木、放射痛1年余。患者1年前因体力劳动后出现腰痛伴右下肢麻木、放射痛，以下肢后外侧明显，走路可，坐久、站久症状加重，无走路跛行，腰部活动尚可，遂到当地医院就诊，行腰椎MRI检查提示腰椎退行性变，腰椎间盘多节段不同程度突出，以$L_4\sim L_5$为著。诊断为腰椎间盘突出症，给予药物治疗(具体不详)，同时给予理疗、牵引等治疗，治疗后有改善，但久坐后腰痛及右下肢放射痛加重，后当地医院建议其手术治疗，患者拒绝，希望保守治疗，遂来就诊。诊见：腰部酸痛，弯腰时加重，右下肢外侧麻木、放射痛，四肢无肿胀，纳可，寐一般，大便正常，小便较多，夜尿每晚1～2次。查体：腰部肌肉紧张，$L_4\sim L_5$椎间隙右侧及腰骶部压痛明显，疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分6分，右下肢直腿抬高试验(+)、加强试验(+)，余体征无特殊。舌淡暗中有裂纹，苔薄白，脉沉细弱。西医诊断：腰椎间盘突出症；中医诊断：腰痛(肝肾亏虚，筋骨失衡)。①手法治疗。先予点按、指揉、掌推等理筋手法推拿松解$L_4\sim L_5$节段附近的竖脊肌及臀中肌，以右侧为主，以筋结、压痛点为主，操作时间约10 min。随后调整患者体位，使患者的受力点集中于$L_4\sim L_5$节段，并选用垫枕背伸定点按压法及立体定位斜扳法治疗，注意手法的力度不可过大，以患者无明显疼痛不适为度。嘱患者1周接受1～2次手法治疗。②中药内服。以独活寄生汤加减，处方：独活15 g，杜仲15 g，细辛3 g，桑寄生25 g，党参25 g，当归25 g，赤芍15 g，茯苓皮15 g，怀牛膝15 g，炙甘草25 g，肉桂5 g，熟地黄30 g，山萸肉30 g，黄精30 g，制附子10 g。共14剂，每天1剂，水煎，取汁200 mL，分早、晚2次温服。③中药热敷。予七味通痹镇痛包，嘱患者自行在家热敷腰部，每次10 min左右，每天2～3次为宜。④日常调护。嘱患者避免弯腰负重及长时间站立、行走，每天适当练习八段锦功法。

患者3天后复诊，自诉腰痛较前稍有减轻，VAS评分为4分，右下肢直腿抬高试验(+)、加强试验(+)，下肢麻木、放射感同前，治疗仍采用理筋手法与垫枕背伸定点按压法及立体定位斜扳法治疗，并嘱患者坚持腰部热敷。

第5次复诊时，患者诉腰痛明显减轻，右下肢放射痛、麻木感较前亦有减轻，VAS评分为2分，右下肢直腿抬高到60°时出现疼痛不适感，疗效判定为好转，可继续维持原方案治疗。

第11次治疗后，患者述已无明显不适症状，

VAS评分为0分，右下肢直腿抬高为80°，仅长时间久坐后腰部会出现少许酸痛感，余无特殊，疗效判定为治愈，嘱患者回家休养，加强日常腰肌锻炼。半年后进行电话随访，不适症状未见复发。见表1。

表1 各次诊疗情况

治疗情况	初诊	复诊	第5次复诊	第11次复诊	半年后随访
临床症状	腰痛伴右下肢麻木、放射痛	腰痛较前减轻；下肢麻木、放射感同前	腰痛明显减轻，下肢放射痛、麻木感较前减轻	无明显不适症状	无明显不适症状
VAS评分(分)	6	4	2	0	0
直腿抬高试验	(+)	(+)	(+)	(−)/80°	−
疗效判定标准	未愈	未愈	好转	痊愈	痊愈

按：本案患者为老年男性，临床症状为腰痛伴右下肢麻木、放射痛，结合影像学检查、体格检查，可以明确诊断为老年性腰椎间盘突出症。从中医角度分析，该患者年老体衰，肝肾亏虚，筋骨无力，又兼劳累诱发腰椎间盘突出症的临床症状，其病机属于肝肾亏虚，筋骨失衡。本案患者虽然年龄较大，但体质较好，无其他慢性基础病，因病变部位主要在L_4～L_5节段，同时触诊发现肌肉紧张压痛明显，属于“筋骨同病”，故选用快扳手法结合缓扳手法。在手法的选择方面，先以理筋手法舒筋通络，后予垫枕背伸定点按压法及立体定位斜扳法进行L_4～L_5节段定点整复，使患者达到“筋骨力学平衡”，改善临床症状；同时结合中药内服补益肝肾，并使用七味通痹镇痛包外敷以温经通络，加强治疗效果，内外合治，故能收获较好的临床疗效。

[参考文献]

[1] 王岩，相宏飞，海涌，等. 老年腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华老年骨科与康复电子杂志，2021，7(3)：132-139.
[2] 卢兴军，曾涛，马道友. 推拿联合腰椎牵引治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症临床研究[J]. 陕西中医，2020，41(7)：986-989.
[3] National Research Council (US) Committee. Toward Precision Mdedicine：Building a Knowledge Network for Biomedical Research and a New Taxonomy of Disease[M]. Washington DC：National Academies Press，2011.
[4] 郭汝松，赵家友，范志勇，等. 调整手法治疗退行性腰椎滑脱症的效果[J]. 广东医学，2016，37(11)：1704-1706.
[5] 钟平. 中医正骨治疗TLICS≤4分椎体压缩性骨折的临床疗效观察[D]. 广州：广州中医药大学，2023.
[6] 龙亨国，刘邦能，周成洪，等. 脊柱内镜TESSYS技术治疗老年退行性腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中国骨与关节损伤杂志，2023，38(3)：290-292.
[7] SIMON C，LE CORROLLER T，PAULY V，et al. Intradiscal oxygen-ozone therapy for the treatment of symptomatic lumbar disc herniation：A preliminary study[J]. J Neuroradiol，2022，49(2)：180-186.
[8] 周俊年，黄帆，叶晓庆，等. 林氏正骨三扳法治疗腰椎间盘突出症并骶髂关节损伤的临床思考[J]. 按摩与康复医学，2022，13(23)：30-33.
[9] 范志勇，李黎，郭汝松，等. 吴山治疗筋伤病的特色经验及正骨手法介绍[J]. 世界中西医结合杂志，2016，11(8)：1067-1069，1076.
[10] 范志勇，吴山，李振宝，等. 基于筋骨力学平衡探讨提拉旋转斜扳治疗急性腰椎间盘突出症的相关临床思考[J]. 中国中医急症，2016，25(4)：642-643，681.
[11] 林伟锋，李振宝，吴山，等. 垫枕背伸按压法治疗胸腰椎关节紊乱疗效观察[J]. 新中医，2011，43(1)：109-110.
[12] 孙瑞，杨宇，赵彦宇，等. 独活寄生汤治疗痹症研究进展[J]. 陕西中医，2024，45(3)：420-423.

(责任编辑：刘淑婷)