

重症椎间盘源性腰腿痛的辨证施治研究

蒋位庄 周 卫 赵永刚 李宜谋
中医研究院骨伤科研究所 郑广才 孟文春 邹炳曾

椎间盘源性腰腿痛,是指始发于椎间盘的损伤、破裂、突出而引起腰痛伴下肢放射性疼痛。自1978年7月至1983年7月,我们治疗椎间盘源性腰腿痛1289例,占腰腿痛病人总数的28%。为进一步深入研究中医手法和中药辨证论治对该症的确切疗效,探索辨证论治的规律,对其中271例症状严重、属于手术适应症范围的患者收住院治疗,随机分为手法加中药治疗组(简称非手术组)和外科手术治疗组(简称手术组),作了对照研究。现总结如下:

临 床 资 料

一、一般资料

住院治疗严重椎间盘源性腰腿痛共271例,其中男性179例,女性92例。发病年龄最小为18岁,最大66岁,以30~50岁发病率最高。病程最短为2个月,最长18年,平均病程5年4个月。

二、诊断依据

1. 症状和体征:腰痛伴下肢放射性疼痛,下背部肌肉痉挛,腰部生理曲线异常,如侧弯、平直、反弓腰形,定向性腰活动受限,立位或坐位拇指触诊可发现患椎棘间隙增宽或狭窄,该间隙开闭受限或冻结,侧突型者多为上位棘突下端和下位棘突上端向患侧偏歪(多数)或向健侧偏歪(少数),在该间隙旁有局限性压痛并向同侧下肢放射,神经根紧张试验阳性,在受压的神经根分布区有感觉和运动(包括腱反射)功能障碍。两组临床表现基本一致。

2. X线检查:常见椎间盘突出,间隙左右宽窄不等,前后间隙平直或后宽前窄,椎间

隙相对狭窄,椎体轻度向后或向前移位,椎体边缘增生等。本组病例行脊髓造影82例,手术组64例,非手术组18例,阳性结果者79例(手术组63例,非手术组16例);表现为受累间隙造影剂中断、不全梗阻、弧形压迹、神经根袖缺损等改变。

3. 临床病理分型:我们将本病椎间盘病变分为弹力型、退变失稳型、增生狭窄型三个病理类型。

治 疗 方 法

我们针对该症不同病理类型的临床和证候特点,非手术组以辨证施治原则为指导,予以手法、必要的牵引和局部封闭、中药辨证施治相结合的综合疗法,内、外兼治,药、法并重,同时医生治疗和患者自我康复、功能锻炼也密切配合。手术组予以常规椎间盘手术治疗。

一、手法治疗

根据椎间盘病理改变,予以不同的手法治疗。

1. 弹力型:青壮年多见,常伴有跌、扑、闪、扭等损伤史,发病较急,临床症状明显且持续存在,以腰腿串痛为主,出现抗痛性脊柱侧弯,定向性腰活动受限明显,卧床休息后侧弯可好转。该型的纤维环外层完整,弹性较好。椎间隙无明显狭窄,通过屈伸及旋转活动,使受累椎间隙在矢状、冠状、额状轴上产生椎间活动,使后纵韧带和纤维环的张力发生变化,对突出部分髓核组织产生周边压力,减轻或解除神经根的紧张状态,改变与受压神经根的关系。常用的手法为痛点镇定,俯卧牵抖,

晃腰提拿和推压震颤。如腰椎向同侧突者说明突出物位于神经根的肩部或腹侧,在平卧位骨盆牵引下作旋转骨盆,仰卧挺腹,抬举下肢的动作,可促进突出部分的回缩。

2. 退变失稳型:症状体征与弹力型类似。病史的特点是下肢串痛发生以前,多有慢性复发性腰痛,有时出现双下肢交替性放射痛,中年人发病率高。此型患椎间盘弹性差,象已漏气的轮胎,以定位旋转手法为宜,配合拔伸侧顶,使移位的椎体和椎间关节尽可能恢复原位。治愈机理是减少或解除神经根的张力。骨盆牵引可舒展关节囊、黄韧带和后纵韧带的皱折,并有利椎体位移的整复。此型在治疗过程中应保持脊柱的相对稳定,避免频繁的整复手法。

3. 增生狭窄型:常有较长期慢性腰痛或腰腿痛史。在年轻时可能有腰部损伤史,中老年人多见。症状特点是神经根性知觉和运动障碍较明显,常有间歇性跛行,腰椎生理曲线改变较固定,常有代偿性腰形异常。此型的患椎间盘已失去弹性软垫的作用,椎体缘和小关节有增生性改变,突出的间盘组织属于脱水坏死的碎片,且多已硬化粘连。手法目的是松解和舒展腰背、下肢的肌肉,对小关节的粘连冻结也有松解作用。采取卧姿晃腰提拿、屈髋盘臀、分筋、理筋手法为宜,患者应积极配合腰部及下肢关节活动。此型不宜作大重量牵引治疗。

根据本病的轻重缓急和发病情况,应注意以下几点:急性发作期要求卧床休息,避免椎间盘的负荷,手法宜在床旁进行。以分筋、理筋、穴位镇定、晃腰提拿、屈髋盘臀和拉压牵抖手法为宜,对痛点明确者可配合强的松龙加普鲁卡因封闭。慢性迁延期以坐姿或卧姿旋转手法为主,拔伸侧顶、俯卧(或仰卧)牵抖为辅,配合其他软组织手法效果较好。此期在医生指导下逐渐增加功能锻炼和自我康复治疗性操练。进入恢复期医生主要进行医疗康复指导工作,停止手法治疗。

二、中药的辨证施治

1. 血瘀型:常与跌、扑、闪、扭等外伤有关,急性发病,痛有定处,强制性体位,因腰痛而转侧困难,舌质紫红或舌边瘀斑,脉涩。予活血化瘀、理气软坚方药加減:川芎、当归、赤芍、桃仁、红花、鸡血藤、乳香、没药、五灵脂、香附、制草乌、茯苓、枳实、泽泻、郁金、三七粉(或元胡粉)。

2. 湿热型:腰腿沉滞困痛,疼痛较重,多为急性期,痛有热感,步履困难,热天或阴天加重,小便赤短,苔黄腻、舌质偏红,脉濡数。予清热利湿、活血祛风方药加減:薏苡仁、防己、黄柏、连翘、葛根、当归、猪苓、泽泻、苍术、羌活、秦艽、桂枝、知母、炙甘草。

3. 风寒型:腰腿痛有定处,重着而痛,发病及症状加重与外感风寒湿邪有关,自觉肢端冷痹,得温减轻,多有下肢木感,苔白腻,脉沉而迟缓。予祛风散寒、利湿、温经通络、止痛方药:独活、桑寄生、秦艽、防风、细辛、川芎、当归、熟地、白芍、茯苓、肉桂、杜仲、牛膝、党参、甘草。

4. 肾虚型:多见于慢性或反复发作,久治不愈的患者,腰背痠痛,喜按喜揉,胫转跟痛,遇劳更甚,卧则减轻,常有复发,有时伴耳鸣、耳聋、梦遗、阳痿等,尺脉弱。

偏阳虚者,少腹拘急,畏寒肢冷,面色㿔白,或伴面目及下肢浮肿,气短语怯,精神萎靡,自汗,夜尿频多,便溏,舌苔润,脉沉弱。治以温肾壮阳,予金匱肾气丸加減:熟地、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、肉桂、熟附子、丹皮、骨碎补。腰重脚肿者加牛膝、车前子,痛加细辛。

偏阴虚者,心烦失眠,头目眩暈,口燥咽干,五心烦热,面色潮红,便秘溺赤,舌红少苔或无苔,脉弦细数。治以补肾滋阴,予六味地黄汤加減:熟地、山药、茯苓、泽泻、山萸肉、丹皮、骨碎补等。

治疗效果

一、疗效评定标准

优：症状体征完全消失，能恢复原来工作。良：症状体征基本消失，残留轻度腰部不适或足麻木，可恢复原来工作，或改换较轻工作。可：症状和体征部分消失，需要进行一些辅助治疗，能做些轻工作。差：症状体征无好转或加重者。

二、近期疗效

根据患者出院时的症状消失情况判断近期疗效。表1示，非手术组优良率与手术组基本一致，但以良为多数，手术组以优为多数，两组疗效有显著性差异 ($\chi^2=112.07$, $P<0.001$)。

表1 两组近期疗效分析

分 组	总例数	优例(%)	良例(%)	可例(%)	差例(%)
非手术组	131	17(13.0)	113(86.2)	1(0.8)	0
手术组	140	104(74.3)	31(22.1)	3(2.2)	2(1.4)

三、远期疗效

我们对患者进行了1~6年随访，并判断远期疗效。非手术组131例中随访到106例，随访率为80.9%，手术组140例随访到120例，随访率为85.7%。表2示，非手术组于治疗后1~6年，患者症状、体征继续改善好转，获优者明显增加，与手术组比较，疗效已无明显差异 ($P>0.05$)。

表2 两组远期随访疗效比较

分 组	总例数	优例(%)	良例(%)	可例(%)	差例(%)
非手术组	106	65(61.3)	33(31.1)	5(3.7)	3(2.8)
手术组	120	88(73.3)	22(18.3)	7(5.8)	3(2.5)

讨 论

一、关于非手术和手术治疗的适应症。

从现代医学的观点出发，国内外学者比较一致的认识是：(1)腰椎间盘突出症患者首先采取非手术治疗，包括卧床休息、镇痛药应用、按摩、理疗等；(2)住院治疗两周后症状

不减轻或加重者进行椎板减压手术；(3)复发性腰椎间盘突出宜手术治疗；(4)中央型突出多宜手术治疗，手术率在20~78%之间。

本组病例均属疑难重症，按上述原则皆属于手术适应症范围。为进一步降低手术率，通过中医手法和中药辨证论治，配合必要的牵引、封闭和患者自我康复功能锻炼相结合的办法，对271例确诊为椎间盘源性腰腿痛的患者作了分组对照临床研究。非手术治疗和手术治疗的临床表现基本相同，病程也无明显差异。两组远期随访优良率和治愈率无显著差异。非手术组6年内有3例因病情复发改为手术治疗，亦达到治愈的效果。从本组病例研究结果看，本病手术适应症可以进一步缩小，我们认为除椎间盘突出引起急性或慢性膀胱直肠功能紊乱和马尾神经受压，以及在治疗过程中出现进行性的知觉和运动机能减退应手术减压以外，其余病例，均可采取中医手法和药物辨证论治为主的非手术方法进行治疗，可使大部分病人避免手术治疗。

二、经过按摩推拿失败而改为手术治疗的病人，在多大程度上影响手术疗效。

目前有些积极主张手术减压的人认为，造成神经根粘连和椎管内退变增生等，使手术困难和影响疗效，是由于广泛地、反复地进行手法治疗的结果。从本组140例手术病人的病理变化来看，除髓核和纤维环突出者外，确实大部分均合并有神经根粘连，其周围纤维化，甚至钙化、增生、关节突肥大、黄韧带肥厚的发生率很高。但存在续发性椎管内上述变化的病例中，一部分病人过去只有慢性腰痛，有的既往无任何症状，坐骨神经痛是第一次发作。这说明上述变化，是椎间盘突出后本身的转归和结局，不能责备手法医生。我们的经验是，经过非手术治疗失败而改为手术者，往往定性定位诊断更确切，本组手术患者都得到阳性探查结果，使手术的正确性更高。

在对椎间盘源性腰腿痛患者作手法治疗时，必须掌握和分析该患者的临床特点和病理变化，根据不同类型和不同的时期，而施以适

宜的手法,应当做到“素知其体相,识其部位,一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出”(《医宗金鉴·正骨新法要旨》)。若手法不当,的确存在发生损伤神经根或马尾神经的危险。本组病例由于运用手法合理、正确,无一例由于外治不当而造成不良后果。

三、临床椎间盘病理改变和证候分型对治疗方法选择的指导意义和愈后的判断。

弹力型:因髓核保持有一定粘多糖类物质,随着纤维环的破裂,粘多糖类物质渗入椎管内,造成明显的无菌性炎症反应,神经根受到刺激而致炎性充血和水肿,有的显示静脉怒张,此类变化是血瘀凝滞的病理表现,治以活血化瘀、祛湿软坚之法,可得到较好疗效。因此类患者的椎间盘间隙尚有一定弹性活动,通过手法伸屈和旋转活动,以及纵轴位上的对抗牵引,能扩大椎间隙的宽度,由于外层纤维环和后纵韧带紧张度的增加,压迫突出部分的纤维环和髓核组织部分还纳或变形,从而使受压的神经根张力变低,达到治疗目的。

退变失稳型:此型的病理变化特点是髓核和纤维环退变较明显,受累椎间盘之间隙已失去正常的弹性,该间隙的纵韧带、椎间韧带、棘间韧带和黄韧带相对松弛,随着活动和负重可以产生患椎的轻度滑移,椎间盘组织局限性

或广泛性突出,在站立、行走、甚至端坐后症状加重。此种类型以轻手法旋转和活动患椎间盘间隙,附加骨盆对抗牵引,有利于韧带和关节囊的舒转,从而减轻或解除神经根的张力,使症状缓解。在症状消失后保持脊柱稳定,加强腹背肌功能锻炼很重要。

增生狭窄型:是椎间盘退变失稳的进一步发展,因受累间隙已失去正常活动功能,它的活动范围极微,退变和坏死的纤维环和髓核有时连同软骨板一部分可挤入椎管,此类突出与弹力型比较,在病理变化上有显著差别,通过手法和牵引很难改变其形态。手法对关节囊、黄韧带、腰背部及臀部肌肉起舒展和松解作用,能解除粘连,起舒筋活络的作用,II、III型辨证多属肝肾不足,经络失荣,风寒湿邪乘虚而入。以补肝肾、壮筋骨、祛风寒、祛湿邪的辨证立法,配合手法治疗得到较满意的效果。此种类型根据症状轻重,可配合卧位或立位导引练功,每天步行10分钟至半小时,配合卧床休息,随着症状减轻或消失,步行时间逐渐增加。

另外,应正确运用内外兼治、药法并重、疗练相辅、医患配合的原则,提高非手术治疗的效果,进一步减少了手术率,同时也提高了手术的正确性和疗效。

呼吸暂停症验案1例

沙 海 汶

病例:患儿李×,男,2岁,初诊1983年12月。

患儿半年前开始哭闹后闭气,面部随之青紫,1、2分钟之后自行缓解,半年来发作10余次。面色萎黄,形体消瘦,烦躁不安,盗汗,大便偏干,小便黄,舌苔薄黄、质红,脉细数。

辨证:素体气血不足,阴虚内热,复因生气,以致气血不相顺接,故发生屏气,阴虚内热,热迫汗泄,故夜间盗汗。治拟滋阴清热、益气固汗。当归六黄汤加味:当归10克,生、熟地各10克,生黄芪10克,黄芩3克,黄柏3克,黄连1克,首乌10克,白芍

10克,鸡血藤15克,焦三仙各10克,煅牡蛎15克,炒白术6克。随症加减治疗三月,患儿屏气发作消失,盗汗亦愈。

按:小儿呼吸暂停症是一种小儿较常见的神经官能性疾病,每遇生气、惊恐等情绪波动后,突然哭叫随之呼吸暂停,两唇青紫,严重者可伴全身强直、知觉丧失,抽搐。本患儿除符合上述表现外,尚有盗汗,故辨为气血不足,阴虚内热。以当归六黄汤加味治疗后,盗汗消失的同时,屏气发作亦止,可见治病必求其本,而不应头痛医头,脚痛医脚。