

# 中医非手术疗法治疗腰椎间盘突出脱出的研究进展

白广旭

(黑龙江省中医药科学院 黑龙江哈尔滨 150036)

摘要: 腰椎间盘突出症很常见, 但面对腰椎间盘突出症的重症即腰椎间盘突出时, 是该选择手术治疗还是非手术治疗, 这不仅困扰了患者, 连有些临床医生都不能给出明确的建议。长期的临床实践和研究表明, 非手术治疗对腰椎间盘突出具有较好的疗效和较高的临床实用价值。笔者综述腰椎间盘突出症的病因、诊断、鉴别诊断、及腰椎间盘突出治疗方向等, 为同行及患者提供参考和思路。

关键词: 腰椎间盘突出; 中医非手术疗法; 综述

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH), 属中医“痹证”, “腰痛病”范畴。按照腰椎纤维环的破裂程度和髓核出纳的体积, 临床分为膨出型、突出型、脱出型、游离型。突出型为椎间盘纤维环大部分断裂, 仅有外层纤维环尚完整, 将髓核局限于椎间盘内; 脱出型为椎间盘纤维环全部断裂, 髓核组织突出于椎间盘外, 为后纵韧带所约束。由此可见, 腰椎间盘突出比生活中常见的突出严重的多。且它的治疗, 全国各级医师都在不断研究和验证中。我们都知道在 LDH 可见腰背部疼痛、坐骨神经痛、腹股沟区痛或大腿内侧痛、间歇性跛行、麻木、马尾综合征、肌无力等症状。但在实际的临床工作中, 因 LDH 的临床表现与 腰椎管狭窄、腰肌劳损、腰椎结核、腰椎肿瘤、强直性脊柱炎、第三腰椎横突综合征、梨状肌综合征、腰椎压缩性骨折等疾病相似, 许多医师易混淆, 滥用 LDH 作为诊断。现笔者查阅大量资料, 综述 LDH 的病因、诊断、鉴别诊断、及腰椎间盘突出治疗方向等, 为同行及患者提供参考和思路。

## 一、病因

中医学认为, 腰痛病多因内伤, 外感与跌仆挫伤所致。内伤即为禀赋不足, 肾亏腰府失养, 外感则为风寒湿邪痹阻络脉, 跌仆挫伤即为劳力扭伤等, 这些因素都可致气滞血瘀, 经脉不通, 最后发展为腰痛<sup>[1]</sup>。西医学认为, 间盘退变是腰椎间盘突出症的基本病因。随着年龄的增长, 椎间盘组织中的水分、胶原等成分发生较大的变化。在加上腰骶部后纵韧带逐渐变窄, 对纤维环的加强作用明显减弱, 造成了生理结构的弱点, 使髓核易从后方两侧突出。积累损伤是腰椎间盘突出症的重要诱因, 易使其髓核长期得不到正常充盈。同时, 由于腰椎排列呈生理性前凸, 椎间盘的前厚后薄, 当人们在弯腰搬运重物时, 髓核产生强大的反抗性张力, 易使纤维环破裂。此外, 寒冷或潮湿可引起小血管痉挛收缩, 使局部血液循环减少, 进而影响椎间盘的营养供应。还有性别、吸烟、妊娠等因素也能导致 LDH。

## 二、诊断

根据腰痛病史、腹压增高如咳嗽时疼痛加剧、休息平卧后可缓解、腰部压痛点、下肢麻木区、腱反射改变、屈颈试验阳性, 直腿抬高试验阳性等结合影像学检查, 不难做出腰椎间盘突出症的判断。

## 三、鉴别诊断

### (一) 腰椎管狭窄:

#### (1) 间歇性跛行:

由于走路挺腰时使椎管径变小, 马尾受压缺血, 下肢疼痛与麻木加重, 蹲下稍事休息后症状缓解, 但此类患者骑自行车很远也不会有症状加重的情况。

#### (2) 主客观矛盾:

症状重而体征缺乏, 患者有比较严重的根性痛症状, 但各项临床常规检查为阴性。诊断困难时可通过椎管造影、CT 或 MRI 检查明确诊断<sup>[2]</sup>。

### (二) 腰肌劳损

由于急性慢性损伤导致腰部肌肉及其附着点筋膜或骨膜的无菌性炎症, 是腰痛的常见原因之一。主要症状是腰骶部酸痛, 反复发作, 疼痛可随气候变化或劳累程度而变化, 如日间劳累加重, 休息后可减轻, 影像检查可无明显异常<sup>[3]</sup>。

### (三) 腰椎结核

腰痛可伴有坐骨神经痛, 低热, 血沉增快。X 射线片显示椎间隙模糊、变窄, 椎体的前缘、上或下缘局部骨质破坏。

### (四) 腰椎肿瘤

腰痛, 呈渐发性持续加重, 无缓解期, 下肢感觉、运动功能障碍, 大小便异常。MRI 检查可明确诊断。

### (五) 强直性脊柱炎

多见于中年男性, 身体瘦弱, 腰背及骶髂关节疼痛, 脊柱强直, 各方向活动均受限。血沉较快, 病变呈进行性发展。早期 X 射线检查可见骶髂关节及腰椎小关节模糊, 后期脊柱呈竹节样改变。

### (六) 梨状肌综合征

主要症状是臀部酸痛或臀腿痛, 压痛点在梨状肌的走行, 梨状肌体表投影是髂后上棘与股骨大粗隆顶点作连线, 在此连线下方 3cm 处作平行线即为梨状肌的走行。梨状肌牵拉试验阳性。

### (七) 脊椎压缩性骨折

脊椎压缩性骨折多发生在胸腰椎交界处, 压缩的椎体前窄后宽, 如果没有获得完全复位, 从外形上可以看到棘突隆起。临床遇到脊椎外伤后主诉腰痛者, 要注意检查疼痛部位, 往往疼痛不在骨折局部, 而在远隔骨折的下方腰骶关节处, 这是因为脊椎在骨折处出现后凸, 由于站立时重心线必须落在脚的支撑面内, 在下腰段产生代偿性前凸, 也就是腰骶关节前凸加大, 超过了正常前凸所担负的限度, 后面棘突间距变小, 甚至棘突相撞。

直立位或腰稍向后伸就出现棘突的接触痛。小关节嵌压加重, 也能出现损伤性关节炎的症状, 所以对脊椎骨折后疼痛的患者, 要注意检查疼痛的部位, 不可轻率作出诊断<sup>[4]</sup>。

## 四、治疗

目前, LDH 的治疗分手术和非手术治疗两种。有医者提出了“椎间盘病治疗超市”概念, 即由病人自由选择治疗手段, 椎间盘膨出和突出的患者无疑多选择非手术疗法, 而将选择的皮球踢给腰椎间盘突出症患者, 这不仅让患者更加困惑与迷茫, 也让医生失去了对病人治疗的主动性和责任性。近年来, 有医者提出了阶梯治疗, 即我们必须遵循从保守到手术, 从微创到融合手术的阶梯治疗原则, 那么保守治疗的依据是什么呢? 椎间盘突出物缩小甚至消失的病例屡见不鲜。首先, 我们必须明白椎间盘病变引起的疼痛是炎性因子如 IL-1, IL-6, TNF 等刺激窦椎神经或神经根而引起的临床症状。因此, 通过卧床休息, 消炎, 消神经水肿和适当的物理治疗, 90% 的疼痛是可以控制的。而且赵平研究腰椎间盘突出髓核脱出的回缩与吸收, 得出髓核组织 (protruded nucleus pulposus, PNP) 的自然回缩或消失现象经过近 20 年的临床探索已经对其机制和原因有了基本的了解, 机体自身的免疫吞噬效应无疑是这一现象发生的根本原因<sup>[5]</sup>。可以类比排队等待效应, 患者在等待医治的过程中症状就能缓解甚至消失。

总而言之, 对于很多腰椎间盘突出患者, 如是首次急性发作, 症状未呈进行性加重, 无马尾症状即大小便功能受损, 性功能受损等, 或年轻, 或有糖尿病等都可坚定的选择阶梯治疗, 先行保守治疗 3-6 个月。目前保守治疗方式如下:

### (一)、卧床休息

为了适应人体的直立活动, 人体脊柱形成了四个弯曲, 分别为颈、腰前凸, 胸后凸。人类在工作和负荷中所产生的应力, 都将通过脊柱集中于腰骶部, 然后传递到骨盆和下肢。所以在急性期及时卧床休息能够缓解紧张的肌肉组织和椎间盘各韧带的张力, 有效减少椎间盘承受的压力, 利于营养的供应、髓核的回纳及纤维环的修复<sup>[6]</sup>。陈义方等通过临床研究揭示了, 在接受同样治疗方案的前提下, 绝对卧床休息的患者治疗效果更佳、更持久。在卧床休息期间, 卧具和睡姿的选择也是十分重要的, 不当的选择反而会加重病情, 不利于恢复。睡觉时使用的床垫

应选择中等的硬度,这样可以维持正常的腰椎生理弧度,又可以给腰部提供足够的支撑力量,使腰部肌肉得到放松和休息<sup>[7]</sup>。休息时尽量保持仰卧位和侧卧位。仰卧位时,可在腰部和双腿腘窝下方垫放适当高度的枕头。腰部的枕头和软硬适当的床垫利于保持腰椎正常的生理弧度,腘窝的枕头能够使腰腿部的肌肉处于松弛状态,利于疼痛症状的缓解。侧卧位时,建议在两腿之间垫一个枕头,可使双髋的肌肉得到放松。

#### (二)、中药疗法

近年来的临床研究显示,无论手术治疗还是非手术治疗,只要考虑到远期疗效,使病情不再反复,中药内服外敷是首选方法。旨在标本同治。腰椎间盘突出为髓核脱出,压迫硬脊膜引起炎性水肿,即血瘀的体征。然肾精未补,髓生无源,新血不生,旧瘀难除。只有补肾与化瘀同用,使肾气充足,髓髓得养,瘀血得化,腰痛诸症得愈<sup>[8]</sup>。曲红伟等运用加味木金汤治疗腰椎间盘突出取得了较为满意的效果。原方木金汤仅木香、郁金2味药,常用来治疗闪腰岔气,其中郁金能活血祛瘀,行气止痛。木香气味俱厚能宣散上一切气滞,二药合用治疗腰扭伤屡获良效,但二药行气有余而化瘀不足,治疗腰椎间盘突出症更显药力单薄,故加三棱、莪术增加活血化瘀之功;加穿山龙疏通经络;佐以僵蚕、白芍解痉止痛,缓解筋肉拘急;取杜仲牛膝用以引药至腰膝,且兼补肝肾益肾。诸药合用,相辅相成,共奏活血化瘀,舒筋通络,行气止痛之功<sup>[9]</sup>。

#### (三)、针灸疗法

针法与灸法并称为针灸。针刺可以疏通经络,运行气血,松解局部黏连组织;艾灸可以温通经络,使热力透达入里,促进血液循环和新陈代谢。王文远等运用平衡针法治疗腰椎间盘突出患者,通过针刺外周神经靶点,释放大量神经递质,产生的镇痛效应,加速局部炎症的吸收,减少或消除疾病的信息源,促进人体自控系统内信息反馈的调节回复或增强,依靠病人自己来治愈自己的疾病,总有效率达到95.2%<sup>[10]</sup>。

#### (四)、运动疗法

根据腰痛的不同时期和症状,进行个体化治疗,监督下运动,牵伸及肌力训练的运动方案具有较好治疗效果,如核心肌力训练,方向特异性训练,瑜伽,普拉提,太极等身心训练可以防止肌肉萎缩及神经黏连,同时可增强肌肉的反应性和强度,提高腰肌的稳定性,灵活性和耐久性,防止椎间盘突出复发<sup>[11]</sup>。梁非凡等研究腰背肌锻炼治疗腰椎间盘突出症,即过了急性期患者开始进行功能康复锻炼,常用麦肯基疗法、直腿抬高锻炼、燕飞、五点支撑等,发现腰背肌锻炼能增强腰腹部肌肉的稳定性,改善局部的血液循环,促进炎症的消除,松解粘连。总之能减轻症状,防止复发,操作简单易行,费用低廉,安全且不良反应少<sup>[12]</sup>。

#### (五)、推拿正骨疗法

推拿正骨疗法被列举出来是因为临床上确实仍然有很多人应用,但在笔者看来存在一定风险。慎用为好。尤其在急性期,因为有炎症,不宜用强力方法挤压,否则会引起剧痛,在慢性期对患者温柔的推拿按摩可以缓解肌肉痉挛,减轻痛苦。对于年轻医生,临床上后关节撞击综合征与椎间盘突出症有时会混淆。这种病人由于是关节错位或关节囊嵌顿产生剧烈的疼痛,但是,进行推拿按摩复位后确实有极佳的快速疗效,这是毋庸置疑的。然而如果真的是椎间盘破裂突出症,是不可能有什么快速效果的。可惜到目前为止还有人认为椎间盘突出症是可以复位的,这显然是误解。所以,我们在临床上一定要把这两种症候区分好,不要混为一谈。

#### (六)牵引疗法

牵引疗法要慎重。笔者主张悬垂牵引,让病人自身体重下沉找到舒服的位置,骨盆牵引并不可靠。部分病人可能在强迫位置上被牵拉却增加了对神经根的刺激而加重了疼痛<sup>[13]</sup>。

#### (七)综合疗法及案例

现阶段,非手术治疗腰椎间盘突出时,如果治疗方法单一,疗效往往难以让人满意,而通过多种中医治疗方法配合应用。发挥协同作用,多方面、多角度兼顾本病的主次症状,常常会起到较好治疗效果。(1)中药疗法主导:卢彬等探讨药熏按摩和规范腰部活动对改善腰椎间盘突出患者症状的影响,得出药熏按摩结合规范腰部活动和加强自我行为管理,能提高患者对腰椎间盘突出症的防护意识,减轻腰椎间盘突出患者的疼痛程度,促进症状改善<sup>[14]</sup>。文纪平观察补肾壮筋汤治疗肾虚型腰椎间盘突出症的疗效,临床观察提示,椎体前后移动距离明显减少,说明椎体

稳定性有所改善,随着椎体稳定性的改善,动态压迫得到减轻,炎性反应减轻。临床症状随即改善。这可能是中药治疗该病的生物力学基础<sup>[15]</sup>。李建华采用自拟活血通络方配合通心络胶囊治疗腰椎间盘突出患者,标本兼顾,活血祛瘀,通络止痛,补肾壮腰,随拨随应,疗程短,疗效好。此方法药源广,价低廉,简便易行,患者易接受,值得基层及门诊推广应用。李俊英,高喜源通过用肾着汤缓解腰椎间盘突出疼痛60例,体会到腰椎牵引加用中药肾着汤比单纯腰椎牵引对缓解腰椎间盘突出、下肢疼痛等症,有着明显优势,但用量宜大,加减不可太频繁<sup>[16]</sup>。高张军对应用中药与针灸推拿方式联合治疗腰椎间盘突出症的临床效果进行研究,结果治疗组效果明显优于对照组,控制时间和持续用药时间明显短于对照组,病情复发率明显低于对照组。(2)针灸疗法主导:薛立功等运用长圆针治疗继发性腰椎间盘突出综合征1396例,根据经筋自四肢末端向心性循行分布的规律,足三阳、三阴经筋均在腰骶、骨盆等处结聚,分别沿各经筋寻找受损的筋结点即结筋病灶点,对经筋整体辨证,采用“长圆针”解结,彻底清除显性或潜在的结筋点,取得了理想的疗效<sup>[17]</sup>。李景轩探讨温针灸疗法对腰椎间盘突出患者神经功能恢复的影响。临床研究表明,温针灸通过调节、有效降低或抑制炎症介质NOS和CGRP的释放从而起到治疗作用,可明显改善腰椎间盘突出症患者的神经功能。

非手术治疗需要时间、毅力和风险,而突出物大小并非与病情轻重呈正相关,大的突出不是手术的唯一依据,首选手术治疗,可能错杀重吸收的机遇。2018年一项对51例行保守治疗的腰椎间盘突出症患者的横断面研究显示,焦虑状态与肌肉力量水平呈负相关,与功能障碍水平呈正相关。由此可见,恐惧、焦虑、抑郁对于腰椎间盘突出症患者的治疗效果存在显著影响。椎间盘突出症的阶梯治疗是经过无数实践总结形成的。医生对患者病情精准的评估,和专业的指引与治疗才能带给患者战胜疾病的自信,有了好的心态,疾病才更易好转。

#### 参考文献:

- [1]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:516.
- [2]段红光.腰椎间盘突出症的发病机制和诊断[J].Chinese General Practice.2012.12(15):4227-4230
- [3]郑泽陆.腰椎间盘突出症的鉴别诊断[J].家庭医学,2020.12:10-11
- [4]黄殿栋.腰痛病[M].黑龙江:黑龙江科学技术出版社,1983.11
- [5]赵平.腰椎间盘突出髓核脱出的回缩与吸收及临床评价[J].中国骨伤,2013.39(1):314-319
- [6]孔博,颜威,等.腰椎间盘突出症非药物保守治疗的研究进展[J].上海中医药杂志,2021.12.13:1-5
- [7]陈义方,容永纯,邓国梁.绝对卧床休息对非手术治疗腰椎间盘突出症疗效的影响[J].中国实用医药,2016,11(24):61-62
- [8]崔希凤,孙树梅,史玉超.补肾化痰汤治疗腰椎间盘突出36例[J].中国民间疗法.2006,(03)
- [9]曲红伟,腾进,等.加味木金汤治疗腰椎间盘突出245例[J].新中医.1996.11.15:36
- [10]王文远,赵建民,毛效军.平衡针灸治疗腰椎间盘突出1680例[J].临床研究中国针灸学会.第八届全国中青年针灸推拿学术研讨会2008.07:216-218
- [11]张秋玲,林燕斌.牵引治疗腰椎间盘突出症的康复护理[J].基层医学论坛.2010,14(15):436-437
- [12]梁非凡,詹红生.腰背肌功能锻炼治疗腰椎间盘突出症研究进展[J].山东中医药大学学报.2015.11.39(6):566-568
- [13]陈安民,田伟.骨科学[M].北京:人民卫生出版社.2014:41
- [14]卢彬,杨佳生,等.药熏按摩与规范腰部活动对腰椎间盘突出症患者症状改善的影响[J].临床医学工程.2017,24(12):1747-1748
- [15]文纪平.补肾壮筋汤治疗肾虚型腰椎间盘突出132例[J].临床观察实用中医内科杂志.2013,27(13):28-29
- [16]李俊英,高喜源.肾着汤缓解腰椎间盘突出疼痛60例[J].现代中西医结合杂志.2010,19(04)
- [17]薛立功,刘春山,李江舟.运用长圆针治疗继发性腰椎间盘突出综合征1396例止痛疗效观察[J].中国针灸学会经筋诊治专业委员会成立大会.2009.06.26:168-170