

· 综 述 ·

基于“筋骨并重”理论治疗退行性腰椎管狭窄症研究进展[※]蒋 理 谢 林[▲]

摘 要 “筋骨并重”理论是中医骨伤的重要指导思想,又是微创治疗的具体体现,常应用于腰椎退行性疾病的治疗。中医和西医对退行性腰椎管狭窄症有着不同的治疗方法,但无论是中药内服、中医外治还是西医的手术、康复疗法,都注重恢复筋骨平衡的关系。本文以“筋骨并重”理论为基础,介绍了中西医在退行性腰椎管狭窄症临床治疗上对该理论的运用进展。

关键词 筋骨并重;退行性;腰椎管狭窄症

退行性腰椎管狭窄症(Degenerative lumbar spinal stenosis, DLSS)是指伴随着人机体的衰老,出现椎组织增生或移位等退行性改变,导致相应椎管间隙变窄、压迫神经,从而呈现以腰腿痛为主要临床症状的疾病,典型表现为间歇性跛行^[1]。

“筋骨并重”理论是中医骨伤的重要指导思想之一。筋与骨位置相近,在生理功能上密切联系,均是维持人体形态、产生肢体运动的重要部分;在病理上相互影响,常见表现为“筋出槽,骨错缝”。对于 DLSS,退行性改变引起的椎间盘突出、黄韧带肥厚、关节突增生等病理改变符合中医筋骨理论的认识。因此,DLSS 的治疗尤须遵从“筋骨并重”原则,故将该理论在 DLSS 治疗中的运用进展总结如下,以供同道参考。

1 中医治疗

1.1 中药内服 “肝主筋,肾主骨”是中医的经典理论,众多医家基于此理论,运用补益肝肾的方法治疗 DLSS,以达到强筋健骨的目的。姚啸生^[2]认为本病根源在肾,并受独活寄生汤启发,自拟活血补肾方治疗腰椎管狭窄症,旨在补肾气、行气血,治疗后患者 VAS、ODI 评分明显降低。王宝剑等^[3]将 120 例患者分为对照组和试验组,对照组予丹鹿通督片口服治疗,试验组予具有补益肝肾、强健筋骨的舒筋健腰丸口服,结果显示舒筋健腰丸疗效更佳,可降低中医证候积分,改善腰

膝不适症状。陈健^[4]从补益肝肾着手,以独活寄生汤化裁配合虫类药治疗腰椎管狭窄症,旨在补肝肾、强筋骨、祛风湿、除痹痛,疗效确切。王冠军等^[5]运用益肾通痹汤治疗本病,该方主要由鹿衔草、桑枝、鸡血藤、续断、狗脊等药物组成,诸药合用共奏温补肾阳、强筋壮骨之功,亦取得较好疗效。由此可见,诸位医家以中药内服治疗退行性腰椎管狭窄症虽方法各异,但都以补益肝肾为根本,佐以益气、活血、补气、养血、祛寒、除湿等治法。DLSS 患者尤以老年人居多,长期劳损、身体渐衰,自然肝肾不得充养,筋骨不得濡养,又累受外来寒湿之邪,筋不束骨,导致本病的发生。若肝肾健固,则骨髓得充,筋脉得养,机体便能保持正常的功能活动。

1.2 中医外治 中医外治法源远流长、效果卓著,包括针灸、推拿、拔罐、小针刀、敷贴、熏洗等诸多方法,在 DLSS 的治疗中同样应用颇多。林刚等^[6]使用天灸配合电针治疗腰椎管狭窄症 834 例,治疗后患者 JOA、VAS 评分明显低于术前,总有效率为 89.9%。其中,天灸浸出液以生川乌、甘遂、白芥子、透骨草、威灵仙为主要材料,贴敷于患侧椎间隙、夹脊穴、肾俞、委中等处;电针选取 L2~5 夹脊穴、秩边、委中等处,针刺得气后接连续波。陈建辉等^[7]将 90 例退行性腰椎管狭窄症患者平均分为深刺督脉组(A 组)、普通针刺组(B 组)、丹鹿通督片组(C 组),针刺穴位均选取命门穴或十七椎穴,以及椎管狭窄节段两侧夹脊穴、气海俞、关元俞,患侧环跳、承山、太溪、足三里。A 组行 3 寸毫针于督脉上的穴位深刺,余穴常规针刺;B 组穴位均行常规针刺。结果显示,A 组总有效率为 93.33%,疗效优于 B 组、C 组;在改善 VAS、JOA 评分方面,A 组明显优于 B 组、C 组。经蕾等^[8]进行临床随机对照研究,治疗组 30 例予杨氏絮刺火罐结合电针治疗,对狭窄节段皮肤用七星针反

[※]基金项目 江苏省中医药领军人才项目(No.SLJ0210);江苏省中医药科技发展计划项目(No.ZD202008);江苏省科技厅社会发展重点项目(No.BE2019765)

[▲]通讯作者 谢林,男,医学博士,教授,主任医师,博士研究生导师。研究方向:脊柱病临床研究。E-mail:xielin117@126.com

• 作者单位 南京中医药大学附属中西医结合医院/江苏省中医药研究院(江苏 南京 210000)

复叩刺,再用闪火法拔罐,电针选患侧的环跳穴、陵后穴,而对照组 30 例予经皮神经电刺激疗法联合物理牵引,结果显示治疗组有效率、SC-SSS 评分均明显优于对照组。可以看出,各医者在针法、灸法的选穴上有共通之处,多选择具有舒筋健骨作用的穴位。腰部夹脊穴多在患处,靠近神经根,于此处行针灸之法可通气血、止痹痛;肾俞为肾气输注之处,主治肾虚诸证,与此同时肾又主骨,故针灸肾俞可补肾气、强腰健脊;绝骨为髓会,髓可充养骨髓,故针灸绝骨亦可壮骨强腰;阳陵泉为筋会,针灸此穴可解筋脉不舒,和络止痛;环跳、秩边、委中、承山等穴亦为治疗下肢疼痛的要穴。

针法、灸法施术于相关腧穴,通过经络间接作用于脏腑,达到补益肝肾、强壮筋骨的目的,而中医的正骨、小针刀则是直接处理筋骨关系。范青等^[9]运用通脉松筋易骨推拿法治腰椎管狭窄症效果颇佳,其核心手法为腹部按法、揉法,背部及四肢牵抖法、扳法。腹部按揉的目的在于通达气机、调畅气血,扳法和牵抖法可改善小关节紊乱和腰椎受力传导,减轻内部椎体载荷,并在一定程度上帮助椎间盘的回纳和放松腰部肌肉痉挛,达到筋骨平衡的稳态。赵双利等^[10]在“筋骨并重”理论指导下,以针刀、牵引治疗本病,研究发现相较于单纯应用针刀或牵引治疗,针刀联合牵引治疗腰椎管狭窄症疗效明显。牵引是脊柱疾病常用的临床治疗方法,对于腰椎管狭窄症,起到扩大椎间隙、调整小关节紊乱的作用,对骨性结构进行了纠正。针刀则可以对韧带、肌肉进行松解,改善腰椎退行性改变后内部软组织粘连的状态。即牵引和针刀分别从骨与筋两方面进行调整,最终共同完成脊柱整体的平衡,达到“骨正筋柔”的目的。

此外,许多医家对中医功法辅助治疗腰椎管狭窄症颇有见解。王辉昊等^[11]通过临床研究发现术后指导患者运用石氏强筋功法(其锻炼过程中要注意呼吸的控制和意念的引导),较传统直腿抬高、小燕飞锻炼,能更好地增强肌肉力量。陈树东等^[12]研究发现林氏前屈滚腰法对老年腰椎管狭窄症有不错的疗效,该功法的操作要点为:通过平卧抬腿来强壮腹肌力量;通过屈髋滚腰来扩大椎管容积。

2 西医治疗

2.1 手术方式 相对来说,DLSS 病程进展较为缓慢,所以对症状较轻的患者以及主、客观条件上不适合接受手术方案的患者均可行保守治疗^[13]。但对于退变严重、骨性结构明显改变导致的 DLSS,保守治疗一般不能逆转狭窄病变,疗效差强人意,此时诉诸外科

手术是更合理的选择。目前,较为公认的 DLSS 手术治疗适应证为:①疼痛症状严重,患者不能忍受;②出现下肢感觉减退、肌肉萎缩、肌力下降等神经损伤的征象;③伴有间歇性跛行症状,行走距离<500 m;④症状持续存在且保守治疗至少 3 个月未有缓解^[14]。

随着手术理念和技术的进步,脊柱外科治疗呈现有限化和微创化的发展趋势,而脊柱内镜技术和器械设备的推陈出新^[15],使得微创治疗在 DLSS 中的应用也逐渐广泛。李贤坤等^[16]运用经皮内镜下腰椎减压椎间融合术(PE-TLIF)治疗腰椎管狭窄症,并与开放后路腰椎融合术治疗进行对比,结果显示经皮内镜下腰椎减压椎间融合术出血少、创伤小,可降低术后神经损伤、感染的发生率,有助于术后病人更快恢复。聂邦旭等^[17]采用经皮椎间孔镜治疗 74 例 DLSS 患者,镜下处理增生骨质不超过原结构 1/3,避免造成节段不稳定,术后平均随访 36 d,术后 VAS、ODI 评分明显降低。戴勇等^[18]运用经皮椎间孔入路内镜下减压治疗腰椎管狭窄症患者 20 例,平均手术时间 118.9 min,平均住院天数 12.5 d,优良率为 90%,显示该方法对单侧狭窄伴突出疗效确切,并发症少,是安全、有效的治疗方案。尹鹏等^[19]研究显示相较于传统后入路椎间融合术,内镜下腰椎融合手术时间更长,但疗效相似,患者术后椎旁肌肉损伤更少、腰痛更轻、康复更快。薛静波等^[20]运用内镜下经椎板间隙入路治疗单节段中央型腰椎管狭窄症患者 26 例,术后 ODI 评分明显降低,优良率为 92.3%,该术式对侧隐窝区和中央椎管狭窄区可有效减压,但需严格掌握适应证。

从内镜下腰椎管成形术与传统的开放后路开窗减压手术的对比来看,内镜技术具有创伤小、出血少、术后康复快等优势^[21],最为关键的是,在内镜通道下处理避免了对椎旁肌的剥离,减少了椎旁肌肉的损伤。而开放手术中电刀和拉钩的使用会破坏椎旁肌,导致肌肉萎缩,进而引起椎旁肌肌肉力量的减退^[22],加剧腰椎退变。所以,运用脊柱内镜技术治疗 DLSS 能创造巨大的生物力学价值,或可降低腰椎手术后并发症的发病风险,提高远期预后,从而真正践行“筋骨并重”的理念。

2.2 康复锻炼 对于有手术指征的患者,手术治疗确实是更好的选择,但仍存在一些问题。相当一部分的患者术后残留功能障碍或疼痛症状,因此术后康复锻炼就显得尤为重要。Alison 等^[23]通过荟萃分析康复治疗对腰椎管狭窄症术后功能恢复的影响,显示在术后 6 个月和 12 个月两个时间节点上,积极的康复治疗

在改善腰部及下肢疼痛方面比常规护理更为有效。张蓉等^[24]将 92 例行单纯腰椎管扩大减压术患者随机分为 A、B 两组,对 A 组患者指导正确卧床、翻身姿势、踝泵及直腿抬高运动等,B 组患者在常规康复治疗的基础上,术后 3 d 后增加五点支撑锻炼,2 w 后行飞燕式锻炼。结果显示 B 组患者术后症状评分、焦虑和并发症的发生率均明显低于 A 组患者。谢通^[25]对腰椎管狭窄融合术后患者进行阶段性康复指导,术后前 3 d 行股四头肌收缩和直腿抬高锻炼,术后 2 w 行踩单车锻炼,术后 1 个月行腰背肌等长收缩锻炼,术后 2 个月改为五点支撑锻炼法,术后 3 个月进阶为飞燕式练习,整个过程循序渐进,结果显示该方案能显著改善患者术后肢体功能,缓解疼痛症状。

手术难免对腰部肌肉有一定程度上的破坏作用,同时术后患者卧床制动进一步加重了腰背部肌肉的萎缩。这往往导致患者对手术效果产生怀疑和不满。而提高腰背肌群的肌力与耐力正是帮助恢复和增强脊柱平衡稳定的重要途径,所以术后正确引导患者加强腰背肌锻炼,遵循客观规律,逐步恢复脊柱的功能就显得尤为重要,这亦是“筋骨并重”理论的具体体现。

3 小结与展望

当前治疗退行性腰椎管狭窄症的可选方法很多,中医治疗该病的手段丰富,各医家在“筋骨并重”理论基础上以补益肝肾、强壮筋骨为法,创造“骨正筋柔”的平衡状态,取得了不错的治疗效果,可有效缩短病程和缓解症状,成为保守治疗和术后辅助治疗的重要手段。但是,由于当前中医学者对本病的研究方向不够清晰,因此亟需出台规范、标准化的诊疗指南,对中药组方、治疗方式组合、作用机制进一步深入研究。

而对于有明确手术指征的患者,应及时选择手术治疗。“微创化”是脊柱外科的发展方向,也是“筋骨并重”的具体体现,在保证手术效果的同时可以提高患者远期脊柱功能的恢复。无论是保守治疗还是手术治疗,无论是传统中医还是现代外科医学,“筋骨并重”都是治疗中需要关注的重点,只有在临床上真正做到“筋骨并重”,才能更好地提高疗效,为病人谋福利。

参考文献

- [1]姚啸生,王禹,戚晓楠,等.中药熨疗治疗腰椎管狭窄症的 Meta 分析[J].中华中医药学刊,2017,35(9):2232-2234.
- [2]姚啸生,王禹,戚晓楠,等.活血补肾方治疗腰椎管狭窄症的临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2018,36(9):2234-2236.

- [3]王宝剑,高景华,高春雨,等.舒筋健腰丸治疗腰椎管狭窄症(肝肾不足,风湿瘀阻证)的多中心随机对照试验[J].中国中医骨伤科杂志,2019,27(8):20-23.
- [4]陈健.补益肝肾法结合虫类药治疗腰椎管狭窄症的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2019.
- [5]王冠军,陆吴超.益肾通痹汤治疗腰椎管狭窄症临床研究[J].新中医,2019,51(12):152-154.
- [6]林刚,张泽.天灸配合电针治疗腰椎管狭窄症 834 例临床观察[J].武警后勤学院学报(医学版),2014,23(10):849-850.
- [7]陈建辉,杨勇,冯冬冬,等.督脉穴毫针深刺治疗退行性腰椎管狭窄症的疗效及对疼痛视觉模拟评分和日本骨科学会评定量表评分的影响[J].中医研究,2021,34(11):17-20.
- [8]经蕾,张伟,王文礼,等.杨氏絮刺火罐联合电针治疗风寒痹阻型退行性腰椎管狭窄症的临床随机对照研究[J].上海中医药杂志,2019,53(4):54-56,70.
- [9]范青,吴颖,李华南,等.通脉松筋易骨推拿法治疗腰椎管狭窄症:随机对照[J].中国组织工程研究,2015,19(29):4752-4756.
- [10]赵双利,王世轩,王东海,等.中医“筋骨并重”理论在腰椎管狭窄症治疗中应用的临床意义[J].辽宁中医杂志,2020,47(1):117-119.
- [11]王辉昊,俞仲翔,冯俊涛,等.经皮椎间孔镜联合石氏强筋功法治腰椎管狭窄症的临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2021,29(9):22-26.
- [12]陈树东,钟坤景,肖方骏,等.林氏前屈滚腰法治疗老年腰椎管狭窄症的临床观察[J].中国民间疗法,2020,28(21):56-60.
- [13]史少岩,黄研生,郝定均.腰椎管狭窄的治疗进展[J].中国骨伤,2017,30(5):484-488.
- [14]腰椎管狭窄手术治疗规范中国专家共识组.腰椎管狭窄症手术治疗规范中国专家共识(2014 年)[J].中华医学杂志,2014,94(35):2724-2725.
- [15]肖亚杰,刘士臣,李惠贞,等.经皮脊柱内镜技术与传统开放手术治疗腰椎间盘突出症并发的系统评价与 Meta 分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2019,29(4):325-335.
- [16]李贤坤,武明鑫,张云帆.经皮内镜下腰椎减压椎间融合术治疗腰椎管狭窄症的临床研究[J].临床医学工程,2021,28(8):1031-1032.
- [17]聂邦旭,袁晓峰,余林薪,等.经皮椎间孔镜技术治疗退变性腰椎管狭窄症 74 例临床应用体会[J].生物骨科材料与临床研究,2021,18(4):59-61,66.
- [18]戴勇,杨祖华,王立飞,等.经皮椎间孔入路内镜下减压治疗腰椎管狭窄症[J].颈腰痛杂志,2020,41(2):188-191.
- [19]尹鹏,海涌,杨晋才,等.经皮内镜下经椎间孔与传统后入路椎间融合术治疗伴有腰椎不稳的腰椎管狭窄症的疗效对比[J].中国脊柱脊髓杂志,2021,31(3):213-221.
- [20]薛静波,陈浩翔,李学林,等.经皮全脊柱内镜经椎板间隙入路治疗中央型腰椎管狭窄症[J].中国微创外科杂志,2020,20(4):322-325,329.
- [21]翟云雷,于海洋,王康康,等.经椎板间隙入路椎间孔镜下治疗高髂嵴连线 L₅~S₁ 椎间盘突出症[J].临床骨科杂志,2019,22(4):397-399,403.
- [22]刘彦斌,贺石生,李明.微创腰椎融合术的研究进展[J].中国脊柱脊髓杂志,2009,19(5):395-398.
- [23]MCGREGOR AH, PROBYN K, CRO S, et al. Rehabilitation following surgery for lumbar spinal stenosis A Cochrane review[J]. Spine, 2014, 39(13):1044-1054.
- [24]张蓉,彭玉慧.渐进性腰背肌功能锻炼对腰椎管狭窄症患者术后康复影响[J].临床军医杂志,2020,48(2):199-200.
- [25]谢通.功能锻炼对腰椎管狭窄症术后功能康复的临床疗效观察[D].长沙:湖南中医药大学,2021.

(收稿日期:2021-11-12)

(本文编辑:黄明愉)