

基于“骨错缝、筋出槽”诊治椎间盘病症

张明才,詹红生,石印玉,黄仕荣,王翔

(上海中医药大学附属曙光医院 上海市中医药研究院骨伤科研究所,上海 200021)

【摘要】 目前,包括颈椎和腰椎在内的椎间盘病症发病率居我国各种慢性难治性疾病的第 8 位。如何正确诊疗本病症,才能提高和稳定疗效、降低复发率是世界性医学难题。以往认为椎间盘变性、膨出或突出是引起椎间盘病症临床症状的主要原因,在这一理论指导下,现代临床也较多地针对椎间盘进行治疗。但是,这一理论并未获得充分的临床证据支持。根据椎间盘病症的临床特点,结合中医学认识,我们认为其发病的关键病机是“骨错缝、筋出槽、筋骨失和”。本文试从这一认识出发,探讨椎间盘病症诊治的新思路。

【关键词】 颈椎; 腰椎; 椎间盘移位; 中医病机

Diagnosis and treatment of intervertebral disc disease based on the theory of “Gucufeng and Jinchucao” (骨错缝、筋出槽) ZHANG Ming-cai, ZHAN Hong-sheng, SHI Yin-yu, HUANG Shi-rong, WANG Xiang. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai 200021, China

ABSTRACT It has previously been reported that the incidence rate of intervertebral disc disease including cervical and lumbar vertebra is at the 8th position among the chronic and difficult treated diseases in China. There are great challenges on the improving diagnosis and treatment as well as reducing recrudescence of this degenerative disease. It was well known that the degeneration and bulge or herniation of intervertebral discs are the main reasons for it, and the treatment for it always focuses on the disc recovery. However, the discrepancy of the effect and expectation indicated that there were other reasons for it. Based on the clinical knowledge of intervertebral discs disease and combined with the cognition of Traditional Chinese Medicine, we proposed that the pathogenesis of intervertebral disc disease was *Gucufeng* and *Jinchucao* (骨错缝、筋出槽), which meant that the improper location of diapophysis and the declined of muscle strength may cause the unstable of spine, unstable spine thus aggravated the semiluxation of diapophysis.

Key words Cervical vertebrae; Lumbar vertebrae; Intervertebral disk displacement; Pathogenesis(TCM)

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(6):441-443 www.zggszz.com

我国政府向 WHO 提交的《2005 年中国国家环境与健康概况》中的统计数据显示,包括颈椎和腰椎在内的椎间盘病症发病率,居我国各种慢性难治性疾病的第 8 位。在“椎间盘病因说”的指导下,各种手术和非手术方法虽取得一定疗效,但仍有许多理论和技术问题并未得到合理解决。如何进一步提高和巩固椎间盘病症的疗效、降低复发率和致残率?中医学关于“骨错缝、筋出槽”的病机认识及其相关治疗技术,可为我们攻克这一医学难题提供新的思路和方法。

1 “椎间盘病因说”的局限性

以往认为,椎间盘变性、膨出或突出及其继发性病理改变,是引起椎间盘病症临床发病的直接原因。在这一学说指导下,涌现出众多针对椎间盘的手术治疗方法,但是,新近发表的一项在美国进行的大型多中心随机对照研究“脊柱患者转

归研究临床试验(SPORT)”结果显示,2 年内手术治疗组与常规非手术治疗组患者所有的主、次要转归指标均有大幅度改善,患者各时期症状改善的组间差异无统计学意义^[1]。提示手术治疗椎间盘病症的远期疗效并不优于常规非手术治疗,同时,也使这一长期指导临床的“椎间盘病因说”受到一定质疑。

在各种非手术疗法中,中医手法是最为常用的治疗法之一。受“椎间盘病因说”影响,早期认为手法治疗可促使突出的椎间盘还纳,由于缺乏足够的证据支持,后又修正为手法治疗可以改变神经根与突出椎间盘的位置关系,通过松解神经根与局部组织的粘连而起效,即所谓的“位移学说”。但是,对手法治疗有效的病例进行 CT 或 MR 复查时,却很难发现突出的椎间盘有明显位置改变^[2-3]。所以,实际的情形很可能是神经根相对于椎间盘发生了位移,而椎间盘本身并未发生明显的位置变化。

因此,目前基于“椎间盘病因说”的有关手法作用机制的理论解释,已不能满足临床需要,并在一定程度上成为进一步提高临床疗效的理论障碍。

基金项目:国家自然科学基金(编号:30371793、30500674、30300459),教育部新世纪优秀人才支持计划(编号:NCET040438),国家中医药管理局优秀中医临床人才研修项目(编号:04YX139)

通讯作者:詹红生 Tel:021-53821650 E-mail:shgsyjs@vip.sina.com

2 “骨错缝、筋出槽”的病机理论认识

2.1 “骨缝”和“筋”的基本概念 骨缝,是指骨关节的正常间隙。中医骨伤科诊疗过程中,历来十分重视对骨缝的检查,如唐·蔺道人《仙授理伤续断秘方》说:“凡左右损处,只须相度骨缝,仔细捻捺、忖度,便见大概”。

根据《素问·五藏生成》篇“诸筋者皆属于节”的论述,可以认为,筋是指紧密连接于骨关节的一部分组织,如现代解剖学之关节囊、滑囊、滑膜、肌腱、韧带、肌筋膜、软骨和椎间盘等组织,可归之为“筋”的范畴。

正常情况下,筋、骨紧密相连,各归其位,通过筋的“束骨”作用,维系着骨关节及其与周围组织的正常结构关系,并完成生理范围内的各种功能活动。

2.2 “骨错缝、筋出槽”病机理论的渊源 如果骨关节正常的间隙或相对位置关系发生了细微的改变,并引起关节活动范围受限时,则称之为“骨错缝”或“骨缝开错”。诚如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“或有骨节间微有错落不合缝者”。筋出槽,则是指筋的形态结构、空间位置或功能活动发生了异常改变,可表现为筋强、筋歪、筋断、筋走、筋粗、筋翻、筋弛、筋纵、筋卷、筋挛、筋转、筋离、筋长、筋骤、筋缩等多种形式。临床上,筋出槽者,未必骨错缝;而骨错缝时,必有筋出槽。

“骨错缝、筋出槽”可发生于任何关节部位,而脊柱则是好发的部位之一。《医宗金鉴·正骨心法要旨》说:“背骨,自后身大椎骨以下,腰以上之通称也。先受风寒,后被跌打损伤者,瘀聚凝结,若脊筋隆起,骨缝错缝,则成伛偻之”。“或因跌仆闪失,以至骨缝开错,气血瘀滞,为肿为痛”。并指出脊柱部位“骨错缝、筋出槽”,临床还可表现为“面仰头不能重,或筋长骨错,或筋骤,或筋强骨随头低”。清·钱秀昌《伤科补要》在论述背脊骨伤中指出“若骨缝叠出,俯仰不能,疼痛难忍,腰筋僵硬”。

从文献中记载的脊柱部位“骨错缝、筋出槽”的临床表现可以看出,它与现代椎间盘突出症有许多相似之处。

2.3 椎间盘突出症“骨错缝、筋出槽”说的临床基础 大量临床研究结果表明,包括颈椎和腰椎在内的椎间盘突出症皆普遍存在相应的脊椎关节位置关系异常或(和)活动受限,即“骨错缝、筋出槽”。手法治疗可恢复脊椎关节正常的位置关系和活动范围。

有研究者通过测量颈椎功能位 X 线片椎体的水平位移和角度位移,发现符合神经根型颈椎病标准的患者与健康受试者相比, C₄₋₅ 和 C₅₋₆ 椎体分别水平位移 1.57、1.67 mm,角度位移 2.16° 和 4.68°, 差异有统计学意义。椎动脉型颈椎病患者有意义的椎体位移则发生在 C₃₋₄ 和 C₄₋₅, 水平位移分别为 0.93 和 1.18 mm,角度位移分别为 2.65° 和 1.04°, 经旋转手法治疗后均恢复到正常水平^[4-5]。本课题组的一项研究结果显示,椎动脉型颈椎病患者与健康受试者相比,颈椎功能位 X 线片上有意义的椎体位移同样发生在 C₃₋₄ 和 C₄₋₅, 水平位移分别为 1.93 mm 和 2.02 mm, 经拔伸整复手法治疗后也恢复到正常水平^[6]。

对 1 596 例腰椎间盘突出症患者 X 线片的测量结果显示,有 1 519 例(95.2%)存在椎间隙狭窄,具体表现为前窄后宽或前后等比例变窄^[7],提示腰椎间盘突出症患者存在椎体前倾或后仰移位,由此可导致腰椎关节突关节的位置异常和

活动受限,经手法调整治疗后恢复到正常水平。

在基于大量临床观察的基础上,有学者^[8]提出:“椎间盘突出症的病理变化应该包括纤维环的破裂、髓核突出和患椎关节突关节的错缝及椎间韧带的损伤”。在治疗方面,“目前临床上对椎间盘突出髓核突出,可导致患椎关节突关节错缝,未予重视,亦未能主动纠正患椎关节突关节错缝,往往患者虽已临床治愈,但患椎关节突关节仍有错缝,遗有轻重不等的腰部症状、体征,使本病由明显的临床表现转入间歇期,一旦遇适宜刺激仍可复发”。因此,“为了预防椎间盘突出症的复发,必须强调手法复位时要纠正患椎关节突关节的错缝”。

2.4 椎间盘突出症“骨错缝、筋出槽”说的实验依据 “髓核突出后破坏了脊柱的内在平衡,进而使内、外平衡失调,即可导致两椎体相对位置的改变。因为椎体和棘突、关节突是一个整体,所以棘突和关节突的相对位置也必然起变化,表现在棘突的偏歪,关节突关节的错缝”^[8]。

颈椎解剖学研究结果表明,由椎间盘突出症引起的椎间隙狭窄与椎间孔大小存在密切关系。椎间隙狭窄 1 mm,椎间孔的面积就会减少 20%~30%;椎间隙狭窄 2 mm,椎间孔的面积就减少 30%~40%;椎间隙狭窄 3 mm,椎间孔的面积则减少 35%~45%。在椎间隙不同程度的狭窄后,椎间孔现存的横切面差异具有统计学意义^[9]。这种由于椎间隙狭窄所导致的神经根在椎间孔内受到压迫的情形不能被忽视,它可能是引起神经根型颈椎病发病的直接原因。

在人体颈椎寰枢关节标本上所进行模拟触诊力所致的寰枢椎位移的实验结果显示,由于解剖结构的不对称(错缝),受试标本中都表现出各自的运动特征和不同程度的不对称性(例如小关节的倾斜度为 17°~35°),所以不对称性的关节解剖结构可引起不对称的关节动力学特征^[10]。它对于甄别生理性还是病理性骨错缝具有参考意义。

用立体定标方法测量发现,进行腰椎斜扳法时,一侧 L₄ 小关节面之间可产生 4 mm 以上的分离^[11]。此时关节的间隙或容积增加,伴随着滑膜关节内压力的下降,关节内滑膜液的气体被释放出来形成气泡,同时,关节腔内的关节液流到关节内压力较低的部位引起气泡的崩解,所产生的能量可触发“咔哒”样声响,提示关节面之间发生了一定位移^[12]。因此这种声响也常常被用来作为错缝关节得到复位的标志。

3 “骨错缝、筋出槽”的诊治原则和方法

对于“骨错缝、筋出槽”的治疗,《医宗金鉴》指出“手法者,正骨之首务”。“当先揉筋,令其和软,再按其骨,徐徐合缝,背脊始直”。《伤科补要》云:“轻者仅伤筋肉易治,重则骨缝参差难治,先以手轻轻搓摩,令其骨合筋舒”。清·胡廷光《伤科汇纂》则说:“脊背腰梁节节生,原无脱 ■ 亦无倾,腰因挫闪身难动,背或伛偻骨不平。大抵脊筋离出位,至于骨缝裂开 ■,将筋按捺归原处,筋若宽舒病体轻”。

可以看出,手法是治疗“骨错缝、筋出槽”的首选方法。对于单纯的筋出槽病症,治疗较易,以松解类手法令其和顺、归槽即可;而对于既有筋出槽,又有骨错缝者,当先揉筋,轻轻搓摩,令其和软,将筋按捺归原处,再施以矫正关节类手法,使手法作用力深达骨关节部位,令骨缝对合,最终恢复“骨合筋舒”的正常状态。

4 结语

椎间盘病症乃现代医学术语,顾名思义,其病因、病位在椎间盘,很自然地其所有的治疗也是围绕着椎间盘而展开的。在认识疾病的发生、发展和转归方面,我们可以借鉴现代研究的新成果,但是,若以此来全面指导中医药疗法的实施,则难免张冠李戴,甚至出现南辕北辙的错误。当今临床上,见炎症便清热解毒,遇血压高则镇肝熄风者,与此同类矣。

前贤曾经教诲“师古而不泥古”,当下却要强调“效今切勿拜今”。对于任何疾病的认识,始终是一个不断发展和深化的过程,中医学关于“骨错缝、筋出槽”的理论认识,以及由此发展起来的手法治疗技术在临床取得明显疗效的事实,为我们从全新角度去研究椎间盘病症发病的关键病机及手法作用的机制提供了可行的思路。

同时,由于手法流派众多,操作术式不一,又缺乏统一的评估指标体系,所以,时常也有手法治疗失误的临床报告,这就更加需要加强、加快这方面的研究工作,以期在理论和技术两方面皆实现突破。

参考文献

- Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation; the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial. *JAMA*, 2006, 296 (20): 2441-2450.
- 谢利民,肖灵. 腰椎间盘突出症推拿前后 CT 扫描量化分析. *中国*

- 中医骨伤科杂志, 1994, 2(3): 1-3.
- 毕胜, 李义凯, 赵卫东, 等. 推拿手法治疗腰椎间盘突出症的机制研究. *中国康复医学杂志*, 2001, 16(1): 8-10.
- 朱立国, 张清, 高景华, 等. 手法治疗神经根型颈椎病的 X 线椎体位移观察及分析. *中国中医骨伤科杂志*, 2005, 13(6): 28-30.
- 孙树椿, 张清. 椎动脉型颈椎病的 X 线观察与诊断. *中国中医骨伤科杂志*, 2000, 8(1): 28-30.
- 陈立, 詹红生. 仰卧位整复法治颈椎不稳所致颈性眩晕的经颅多普勒超声和 X 线观察. *中西医结合学报*, 2005, 1(4): 262-264.
- 陈栋, 王义智, 陈大典. 针挑整脊治疗腰椎间盘突出症的临床观察及机理研究. *江苏中医*, 2001, 22(6): 31-32.
- 冯天有. *中西医结合治疗软组织损伤*. 北京: 人民卫生出版社, 1977. 71-73.
- Lu J, Ebraheim NA, Huntoon M, et al. Cervical intervertebral disc space narrowing and size of intervertebral foramina. *Clin Orthop Relat Res*, 2000, 370: 259-264.
- 李义凯, 李军朋. 与颈部手法治疗相关的解剖学研究. *中国临床康复*, 2004, 8(17): 3348-3350.
- 侯筱魁, 董凡, 赵文成. 斜扳时完整腰椎三维立体运动的研究. *中国骨伤*, 1996, 9(4): 5-7.
- 李义凯, 陈建华, 邱桂春, 等. 脊柱推拿时咔嚓声响的测量技术分析与设计. *第一军医大学学报*, 2005, 25(4): 419-422.

(收稿日期: 2007-09-18 本文编辑: 连智华)

骨质疏松症中医临床研究探讨

程伟, 郭明冬, 周文泉

(中国中医科学院西苑医院, 北京 100091)

关键词 骨质疏松; 中医学说; 治疗, 临床研究性

Clinical research on osteoporosis by Traditional Chinese Medicine (TCM) CHENG Wei, GUO Ming-dong, ZHOU Wen-quan. *The Xiyuan Hospital of China Academy of Chinese Medical Science, Beijing 100091, China*

Key words Osteoporosis; TCM theories; Therapy, investigational

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(6): 443-444 www.zggszz.com

骨质疏松 (osteoporosis, OP) 是一种全身性代谢性骨骼疾病。近年来, 中医药领域在原发性骨质疏松症的预防和治疗等方面进行了系统研究^[1-9], 包括病因病机、辨证论治规律、中药有效治疗药物、中药新药临床研究等多个方面, 取得了不少成果, 但也存在一些亟待解决的问题需要进一步探索。

1 骨质疏松症中医临床研究的主要进展

1.1 补肾为主治疗骨质疏松的研究不断加强 中医认为衰老肾虚是骨质疏松症发生的根本原因, 以补肾为主治疗骨质疏松的研究不断深化, 发现并证实补肾药特别是温肾阳的中药具有促进骨形成的作用。研究表明, 温阳药能提高成骨细胞增殖、分化和矿化功能, 对强骨胶囊、仙灵骨葆以及淫羊藿及其提取物等的研究都显示出类似的结果^[10]。在此认识的基础上, 研制了一大批中成药, 其中仙灵骨葆、骨疏康胶囊、强骨胶

囊等投入生产, 走向临床, 取得了较好的临床疗效和较好的社会、经济效益。成为近年来中医药治疗骨质疏松的亮点。

1.2 骨质疏松症的中医证候研究不断深入 近年来, 中医界对老年性骨质疏松症辨证规律进行了深入探讨和研究, 以辨证论治为主体, 旨在探讨辨证分型规律, 涉及证候研究的报道日渐增多, 且分证亦日臻完善, 重点证候突出。如葛继荣等^[11]在福州地区抽样检查 543 例原发性骨质疏松症患者, 按中医辨证分型, 检测腰椎和股骨上段骨密度, 结果女性中医证型与骨密度无相关性, 男性肾阴虚者股骨颈骨密度明显高于肾阳虚者, 显示肾虚是骨质疏松症的主要病因, 肝脾亏虚多伴有肾虚, 男性中医证型与骨密度有一定的相关性。何才勇等^[12]运用中医衰老基本病机理论及相关研究基础的优势, 在继承历代医家经验的基础上, 将其分为肾阳虚衰、肝肾阴虚、气滞血