

长安李氏骨伤流派专题

关中李氏骨伤流派治疗腰骶关节劳损经验^{*}

姚彬¹ 袁普卫² 余红超² 王占魁² 康武林^{2**}

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712000; 2. 陕西中医药大学附属医院, 陕西 咸阳 712000)

摘 要:腰骶关节劳损是骨伤科的常见病、多发病, 关中李氏骨伤流派创始人李堪印教授在多年临证经验的基础上, 依据腰骶关节劳损的特点, 从中西医两个维度去认识该病, 认为腰骶关节劳损的中医病因病机特点是肝肾亏虚与瘀血痹阻并存, 提出辨病、辨位、辨证与辨体相结合的四辨诊疗思想, 治疗当以补益肝肾、活血化瘀、通络止痛为原则, 同时强调筋骨并调、整体施治, 治痛以静、动静养结合。临床疗效较为满意, 值得推广应用。

关键词:腰骶关节劳损; 中医药; 名医经验; 关中李氏骨伤流派; 李堪印; 四辨思想

中图分类号: R274.3

文献标识码: A

文章编号: 2096-1340(2023)03-0025-05

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2023.03.005

Experience in Treating Lumbosacral Joint Strain with LI's Bone Injury School in Guanzhong

YAO Bin¹ YUAN Puwei² YU Hongchao² WANG Zhankui² KANG Wulin²

(1. Shaanxi University of Chinese Medicine, Shaanxi Xianyang 712000, China;

2. Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine, Shaanxi Xianyang 712000, China)

Abstract: Lumbosacral joint strain is a common and frequently-occurring disease in orthopedics and traumatology. Professor LI Kanyin, the founder of the LI family of orthopedics and traumatology in Guanzhong, based on years of clinical experience and the characteristics of lumbosacral joint strain, understands the disease from two dimensions of traditional Chinese and Western medicine. He believes that the traditional Chinese medicine etiology and pathogenesis of lumbosacral joint strain are characterized by the coexistence of liver and kidney deficiency and blood stasis obstruction. He proposes a four differentiation diagnosis and treatment idea that combines disease differentiation, position differentiation, syndrome differentiation, and body differentiation. The treatment should be based on the principles of tonifying the liver and kidney, promoting blood circulation and resolving stasis, and unblocking the meridians to relieve pain. At the same time, it emphasizes the coordination of muscles and bones, and the overall treatment. The combination of calmness, movement, and static nourishment should be used to treat pain. The clinical efficacy is satisfactory and worthy of promotion and application.

Key words: Lumbosacral joint strain; Chinese Medicine; Experience of renowned doctors; LI's bone injury school in Guanzhong; LI Kanyin; Four differentiation thoughts

^{*} 基金项目: 陕西省中医药管理局“骨退行性疾病中西医结合防治“双链融合”中青年科研创新团队”(2022-SLRH-LJ-001); 陕西中医药大学学科建设创新团队(骨关节及脊椎退行性疾病中西医结合防治创新团队 2019YL-02); 长安医学关中李氏骨伤学术流派传承工作室建设项目(陕中医药发[2018]40号); 陕西省骨退行性疾病中西医结合防治重点研究室建设项目(陕中医药发[2018]32号)

^{**} 通讯作者: 康武林, 主治医师。E-mail: 382910292@qq.com

腰骶关节劳损是腰部筋伤中的常见病,是指腰骶部肌肉、韧带、关节囊及椎骨关节等软组织和硬组织的一种积累性损伤^[1],临床主要表现为腰骶关节的反复疼痛和功能障碍,西医主要采取对症止痛治疗,主要治疗药物有非甾体消炎药、中枢性止痛药以及麻醉性止痛药等,但往往存在停药后病人疼痛仍反复发作,迁延不愈的问题,严重影响患者生活质量。因此,我们应该充分发挥中医药辨证论治的优势,对腰骶关节劳损进行有效治疗。

关中李氏骨伤学术流派是陕西省中医学术流派建设项目,由陕西省中医药管理局于2018年立项,在我院建立,作为关中地区主要的学术流派之一,具有独特的诊疗思想、优势病种诊疗技术、清晰的传承脉络以及一定的社会影响。流派创始人李堪印教授,主任医师,国家级名老中医,全国第二批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事中医骨科教学、临床、科研60年余,注重教学与临床结合,多年来在临床医疗教学中,言传身教,培养了大量的中西医结合骨伤专业人才,在骨科各类疾病的诊治方面具有很深的造诣,对腰骶关节劳损的治疗有很深的见解,积极提倡灵活运用中医四辨思想^[2-5]即辨位、辨病、辨证及辨体相结合治腰骶关节劳损。

1 关中李氏骨伤流派对腰骶关节劳损的认识

中医学中并未对腰骶关节劳损这一病名展开专门论述,但从其发病及临床表现来看,可归属于“腰痛”“痹证”^[6]等范畴。现代医学认为腰骶关节劳损是腰骶部肌肉、韧带、关节囊及椎骨关节等软组织和硬组织的一种积累性损伤^[7]。目前临床中医诊断往往将该病诊断为“腰扭伤”“腰挫伤”“闪腰”“筋出槽,骨错缝”,对此李堪印教授认为这些诊断过于笼统,不能准确地揭示腰骶关节劳损的本质,在治疗中可能不但起不到治疗的作用,还会加重病情,延误治疗时机。腰骶关节由第1骶椎上关节突和第5腰椎下关节突结合而成,是活动性腰椎变为固定性骶椎、前凸腰椎变为后凹骶椎的过渡地带,在运动上具有较多的灵活性,躯体几乎所有的动作都要以腰骶为轴完成,这种结构使腰骶

部必须承受较大的伸屈和剪式应力,腰骶部受外力的影响也较其他部位大^[8-12]。为维持腰骶关节的稳定,在该部位有许多深浅不同,位置各异的韧带,包括前纵韧带、后纵韧带、髂腰韧带及腰骶韧带^[13-14],这些韧带及腰骶部周围的肌肉受到重力及外伤后,即可发生损伤,引起局部的充血及炎症反应,若不能得到及时的治疗,则会导致局部关节囊的肥厚、关节软骨的破坏及小关节突的增生,逐渐发展为慢性腰骶关节劳损。

腰骶关节劳损的主要症状是下腰部疼痛,局部常有僵硬感,腰部活动可受限。受风着凉、过度活动均可使症状加重及反复发生,长期失治者甚至会出现跛行。体格检查除腰骶部有压痛、叩击痛以及屈髋屈膝阳性外,一般无阳性体征,血沉及抗“O”均为正常,X线检查无异常发现。有长期久坐、下肢畸形或从事强迫体位劳动等病史者,出现上述临床表现时,需考虑此症。

2 关中李氏骨伤流派对腰骶关节劳损病因病机的分析

李堪印教授以中医辨证为指导思想,结合多年临床经验认为:腰骶关节劳损多因年老体弱或劳逸失度、脾胃虚弱、肝肾亏虚、筋骨失养、脉络不通、瘀血阻痹所致。辨证属本虚标实,本虚以肝脾肾亏虚为主,而标实则多为血瘀。因而李教授认为腰骶关节劳损主要病机为:肝脾肾亏虚兼夹血瘀,肝、脾、肾虚为本,气滞血瘀为标。具体从以下两方面加以阐述。

2.1 肝、肾、脾亏虚为本

肝主筋,肾主骨。《素问·上古天真论》云:“丈夫七八,肝气衰,筋不能动。”充分说明此病的发生与肝肾精气渐衰,筋骨懈惰,加之过度劳累,伤筋损骨^[15]。“腰为肾之府”,乃肾之精气所聚之域,因此,肾虚是本病发生的内在因素,正如明·王肯堂《证治准绳·腰痛》^[16]所云:“腰痛有风,有湿,有寒,有闪挫,有瘀血,有滞气,有痰积,皆标也,肾虚其本也。”李堪印教授认为:肾为先天之本,脾为后天之本,气血生化之源,肾主骨生髓,肝主筋藏血,脾统血主运化。肝肾精血同源,相互影响,与人体筋骨生长发育密切相关,若肝肾亏虚,肾精不足,则无以充髓,筋骨

失养,导致筋弛骨萎。脾胃运化水谷精微化生气血以滋先天精气,若脾胃虚弱,气血生化乏源不能濡养筋脉和肢体,不荣则痛。

2.2 气滞血瘀为标 李堪印教授认为,气血循行全身,四肢百骸、皮肉筋骨、五脏六腑无所不在,故骨折科疾病无论损伤何处定伤及气血^[17-19],正如《杂病源流犀烛·跌打闪错源流》所说:“跌扑闪错,猝然身受,由内及外,气血俱病也。”劳役过度的患者,因腰骶部长期过度屈曲或屈伸活动,直观的表面反应是腰骶部血液循环障碍,即“瘀血痹阻”,而导致瘀血痹阻的原因主要是患者过度的屈伸活动,腰骶部肌肉持续收缩,血液运行不畅瘀阻于腰骶部,瘀血阻于经脉、经络、血脉之中,不通则痛。伤血日久,必然伤气,伤气则气滞,气滞加重血瘀,形成恶性循环,使得病情不断加重^[20]。

3 关中李氏骨伤流派对腰骶关节劳损的诊疗思想

李堪印教授论治腰骶关节劳损时注重“四辨结合”即:辨病、辨位、辨证与辨身结合,兼顾养护脾胃重后天,同时强调在药物治疗中要注意“动静结合”。

3.1 辨病、辨位、辨证与辨体相结合 所谓辨病,李堪印教授认为对待一个腰骶关节劳损的患者首先是要对该病的性质、对腰骶关节的解剖结构等利用现代医学的方法检查,如对一个较长时间患腰痛的患者,不仅仅是问诊与查体,而是详询病史、精确完整的查体、再结合现代医学,如B超、X线片、CT、MRI等检查手段,与腰部其他疾病做鉴别,绝不可误诊。辨位施法是辨证施治理论的补充和发展,是中西医结合的具体体现。李堪印教授认为诊断好腰骶关节劳损首先要充分认识腰骶关节的解剖特点以及生物力学特点,只有抓住病位作出的诊断,才是实质性的诊断。只有诊断确切,才能根据病损的具体情况,施行有效的治疗方法,从而达到有效治疗目的。辨证中医学特有概念,是疾病某一阶段本质的反应,是临床治疗的前提和依据,根据辨证的结果,确定相应的治疗方法。辨体思想是指从体质状态及不同体质分类的特性,把握其健康与疾病的整体要素与个人差异,

制定防治原则,进行“因人制宜”的干预措施,体现个体化中医学诊疗思想。

3.2 动静结合 李堪印教授在治疗该病中着重强调“动静结合”,动和静是相对统一的,两者之间体现了辨证关系,“静”是为了更好的“动”,“动”是为了更好的“静”,唐·蔺道人所撰《仙授理伤续断秘方·医治整理补接次第口诀》^[21]中指出“凡曲转,如手腕脚凹手指之类,要转动,用药贴,将绢片包之,后时时运动,该屈则得伸,得伸则不得屈,或屈或伸,时时为之方可”,强调患肢固定后要进行功能锻炼,体现了静中有动、动中有静,是中医骨折科中“动静结合”的思想雏形。李堪印教授指出,药物本身并不能改变组织的解剖结构和器官功能,对于治疗初期的患者,口服药物主要是缓解疼痛症状,再通过卧床休息的方法,以利于腰骶部损伤的韧带及肌肉的修复,这即是“静”。在一段时间的“静”之后,也要及时进行局部及全身的功能锻炼,通过恰当的手法进行疏通经络,使气血畅通,经络得养。功能锻炼能起到加速气血流通,祛瘀生新,改善血液与淋巴循环,促进瘀肿消散、吸收的作用,还能促进使关节筋络得到濡养,防止肌肉萎缩、关节僵硬、骨质疏松等,有利于关节功能的恢复^[22]。

3.3 辨证论治 李堪印教授教授从中医“肾主骨生髓”“瘀血不去,新血不生”的理论出发,四诊合参,首辨标本,根据本病病因病机及多年临床经验,结合患者病史、症状、舌脉等临床表现,将本病分为气滞血瘀型、肝肾亏虚型,认为本病发病过程中血瘀贯穿本病病程始终,余多为兼证,治疗以补肾活血中药为主,治以益肾填精,祛瘀通络,活血止痛。

气滞血瘀证:多有明确的腰骶关节外伤史,加之长期失治、误治,逐渐演变为慢性腰骶关节劳损。症见腰骶部疼痛,腰部屈伸不利,劳累后及夜间加重,应当仔细查体,详细询问病史,此类型患者舌象多见紫暗,或有瘀斑,苔微黄,脉沉弦或涩,治宜补肾强骨,活血化瘀,行气止痛。药用:黄芪40 g,粉葛20 g,生白芍15 g,桂枝10 g,鸡血藤20 g,杜仲12 g,醋元胡12 g,蜈蚣2条,土鳖虫

12 g, 川芎 12 g, 川牛膝 10 g, 茯苓 15 g, 生白术 12 g, 甘草 10 g。

肝肾亏虚证:多见中老年患者,症见腰骶部僵硬,疼痛隐隐,绵绵不休,劳累后加重,常伴有腰膝酸软乏力,舌质淡,苔白或微黄,脉沉细,治宜补益肝肾,强筋壮骨,行气活血。药用:黄芪 30 g,当归 15 g,附子 10 g(先煎),巴戟天 12 g,肉苁蓉 12 g,白术 15 g,茯苓 12 g,牛膝 10 g,炒麦芽 15 g,醋元胡 15 g,姜半夏 12 g,陈皮 12 g,炙甘草 10 g。

4 病案举例

刘某,男,48岁,出租司机。主诉:腰骶部疼痛10年余,加重1年。患者10年前因长期开车致腰骶部阵发性疼痛,疼痛较轻,未予以重视。1月前因劳累出现腰骶部持续性疼痛伴臀部麻木,腰部屈曲活动受限,曾在当地就诊,诊断为“腰肌劳损”,并给于塞来昔布胶囊、云南白药贴膏治疗,疼痛症状虽能减轻,但缓解不明显。现症见:腰骶部持续疼痛,弯腰部屈曲不能,平素乏力、汗多、腰膝酸软,纳差,寐差,小便清长,大便稀,面色少华,痛苦面容,舌质暗淡,苔薄白,舌下脉络瘀曲,脉细涩。体格检查:腰椎生理曲度存在,腰骶部肌肉群僵硬,腰5、骶1椎体棘突、棘旁压痛(+),放射痛(-),叩击痛(+),屈髋屈膝实验(+),双下肢肌力V级,肌张力正常。

西医诊断:腰骶关节劳损。中医诊断:腰痛证(肝肾亏虚,气滞血瘀证)治宜:活血化瘀,通络止痛。遣方用药:黄芪 50 g,当归 15 g,淫羊藿 12 g,杜仲 12 g,鸡血藤 15 g,夜交藤 15 g,合欢皮 12 g,柴胡 12 g,土鳖虫 10 g,蜈蚣 2 条,醋元胡 12 g,丹参 12 g,生川牛膝 10 g,生白术 12 g,甘草 10 g。14 剂,1 剂/d,水煎汁 400 mL,分早晚各温服 200 mL。同时嘱咐病人在硬板床平躺休息至少 1 w,起床下地应佩戴腰部护具固定,以稳定腰部。5 月 5 日复诊:腰骶部疼痛明显减轻,乏力、失眠等症状改善,根据效不更方原则,继续服用上方,并嘱其医养结合,改变工作环境,随访一年,生活状态良好,症状未再复发。

按语:《素问·宣明五气》曰:“久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋,是谓五劳所

伤。”本案患者长期处于坐位状态,腰部肌肉、筋骨长期处于僵硬疲劳状态,病程日久致瘀血内生,瘀血滞络,经脉痹阻,血瘀气滞,经髓不通,气不能行,血不能荣,故出现腰骶部疼痛^[23]。患者瘀血症状较重且疼痛剧烈,故遣方重用黄芪,黄芪为气分之主药,以无形之气推动有形之血,气行则血行;以淫羊藿、杜仲补肝肾、强筋骨;鸡血藤、元胡、川牛膝、丹参养血调经,化瘀止痛;蜈蚣、土鳖虫通络止痛;白术补气健脾起到顾护脾胃之效;柴胡、夜交藤、合欢皮疏肝解郁,养血安神,改善患者因长期疼痛所带来的焦虑、夜休差的症状。李堪印教授从补肝肾、祛瘀两方面入手遣方用药,既着眼于补益肝肾以治其本,又着眼于化瘀止痛以治其标,标本同治,补通结合,共奏补益肝肾、活血逐瘀、通络止痛之功。全方药物数目多、剂量大、作用强,临床效果明显。

5 小结

李堪印教授在临证中擅长从补肝肾、活血祛瘀角度治疗腰骶关节劳损,注重血瘀和肝肾亏虚两种病机的相互转化,强调分清主次,抓主要矛盾。瘀邪为重者,以化瘀为先;虚证为重者,以补肝肾为先。用药方面,李堪印教授在临证中擅用虫类药物祛瘀活血通络^[24],常用的有蜈蚣、全蝎、土鳖虫、僵蚕、地龙及乌梢蛇等。此类药物性润喜窜,走而不守,具有搜风通络之功,此类药物专入血分,能破瘀血而不伤新血,故而可导引诸药直趋病之所在,还可作引经之使。同时李师认为补气扶正亦是治疗重点,强调气行则血行的化瘀理念,在临床补气时好用黄芪^[25],常以黄芪配伍当归以达到补气生血,活血止痛之效,对于治疗痹病日久,气血不足的患者疗效显著。另外,李师遣方用药时着眼于因人制宜,考虑到病人的体质差异、生活习惯、情志状况,运用四辨思想对该病做到明确诊断,通过补益肝肾,祛瘀通络,活血止痛的治疗大法,做到标本兼治,采用动静结合的方式进行功能锻炼,并提倡健康饮食、规律生活、调畅情志,达到最好的治疗效果。

参考文献

[1] 王林,黄发森,孙长贺,等. 弯腰挺立手法治疗腰骶关节

- 紊乱的有限元分析[J]. 中国骨伤, 2019, 32(6): 519-523.
- [2] 刘德玉, 吕水英, 袁普卫. 辨证、辨位、辨病法在膝骨性关节炎诊疗过程中的应用[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(9): 70-72.
- [3] 陈松, 袁普卫, 李堪印. 李堪印治疗强直性脊柱炎“三期辨证”思想[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(10): 2054-2056.
- [4] 袁普卫. 李氏四辨思想在膝骨关节炎防治中的作用[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(7): 782-783.
- [5] 余红超, 康武林, 王占魁, 等. 长安医学关中李氏骨伤学术流派治疗慢性筋伤病学术思想概述[J]. 现代中医药, 2022, 42(1): 65-68.
- [6] 张竞平, 于尧, 张睿. 经典著作之痹症辨证解析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(22): 151.
- [7] 张清, 王红东, 叶向宇, 等. 弯腰挺立法治疗腰骶关节紊乱的临床疗效研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(3): 15-16.
- [8] 李阳. 经骶前间隙腰骶椎双轴融合术的相关解剖学测量及有限元分析[D]. 广州: 南方医科大学, 2019.
- [9] 周立武. 扬刺治疗腰骶关节损伤 80 例[J]. 四川中医, 2012, 30(9): 135-136.
- [10] 杨芳, 周国庆. 谈腰骶关节痛的病因疗法[J]. 中国实用医药, 2012, 7(14): 195-196.
- [11] 黄法森, 王海洋, 刘广伟, 等. 弯腰挺立法治疗腰骶关节紊乱的规范化研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2018, 26(7): 29-32, 37.
- [12] 王博, 王旭凯, 李云飞, 等. 腰骶部正骨手法治疗腰椎间盘突出症合并骶髂关节紊乱[J]. 吉林中医药, 2022, 42(1): 107-110.
- [13] 王燕芬. 腰骶椎解剖形态与退行性腰椎滑脱的相关性研究[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2016.
- [14] 黄伟奇, 杨晓东, 李涛. 骶髂关节周围腰骶丛神经的解剖学研究及其临床意义[J]. 中国临床解剖学杂志, 2017, 35(6): 615-617, 627.
- [15] 黄子津, 江焕钊, 孙瑞, 等. “肝主筋”古今研究撷华[J]. 中医药导报, 2022, 28(6): 112-115.
- [16] 王肯堂. 证治准绳[M]. 吴唯, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1997.
- [17] 袁普卫. 李堪印教授学术思想及临证经验研究[R]. 咸阳: 陕西中医药大学附属医院, 2017.
- [18] 陈松, 袁普卫, 李堪印, 等. 李堪印教授治疗痹病经验[J]. 吉林中医药, 2019, 39(12): 1563-1565.
- [19] 李引刚, 周晓燕, 胡耀昌, 等. 《圣济总录纂要》腰痛强直不得俯仰用药分析[J]. 陕西中医学院学报, 2015, 38(1): 75-76.
- [20] 刘东生, 丁萍, 袁少英, 等. 瘀血与痹证发病的关系[J]. 江苏中医药, 2008, 40(4): 14-15.
- [21] 邱丽红, 温玲. 论《仙授理伤续断秘方》治疗痹证的学术特色[J]. 江西中医药, 2017, 48(9): 16-17.
- [22] 陈元川, 詹红生. 詹红生教授治疗慢性下腰痛经验介绍[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2022, 30(2): 78-80.
- [23] 裴久国, 张平, 彭秀娟, 等. 久坐伤肉的中医理论与临床探讨[J]. 湖北中医药大学学报, 2017, 19(6): 61-63.
- [24] 袁普卫, 杨威, 康武林, 等. 名老中医李堪印运用黄芪的临证思路[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(3): 491-493.
- [25] 余红超, 康武林, 王占魁, 等. 长安医学关中李氏骨伤学术流派治疗慢性筋伤病学术思想概述[J]. 现代中医药, 2022, 42(1): 65-68.

(修回日期: 2022-10-17 编辑: 巩振东)