

· 综 述 ·

中医药在腰椎间盘突出症围手术期应用的研究进展

白春晓, 贾育松, 孙旗, 陈江, 李晋玉, 郑晨颖, 张帆

(北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

摘 要 腰椎间盘突出症是骨科最常见的疾病之一, 在围手术期进行中医药干预可提高手术疗效、降低手术风险。但目前有关中医药在腰椎间盘突出症围手术期应用的研究较少, 多是针对术后具体并发症的中医药干预, 而且在辨证分型和诊治标准方面, 各成一家, 难以推广。建立统一的腰椎间盘突出症围手术期中医药诊治标准和规范, 将是今后研究的方向。本文从理论研究、辨证论治及并发症处理几个方面对中医药在腰椎间盘突出症围手术期应用的研究进展进行了综述。

关键词 椎间盘移位; 腰椎; 围手术期; 中医疗法; 中药疗法; 中西医结合疗法; 综述

围手术期是指从确定手术治疗时起, 至与这次手术有关的治疗结束为止的一段时间^[1-2], 包含术前、术中及术后的一段时间, 没有明确的时间规定, 根据疾病轻重、手术规模大小和患者体质等有所不同。科学有效的围手术期干预可以提高手术疗效、降低手术风险。

近年来, 围手术期中医、中西医结合干预的研究逐渐成为热点^[3]。腰椎间盘突出症是骨科最常见的疾病之一, 对于必须接受手术治疗的, 通过在围手术期进行中医药干预具有重要意义。本文就近年来中医药在腰椎间盘突出症围手术期应用的研究进展进行综述。

1 腰椎间盘突出症围手术期中医药干预的理论研究

目前文献中对腰椎间盘突出症围手术期中医药干预的理论研究基本是空白, 但针对外科系统的围术期中医药干预的理论层出不穷, 这其中大部分的理论, 如气血理论、脾胃学说等对腰椎间盘突出症手术同样具有指导意义。

在中医学中, 气、血被认为是体内最重要的 2 种物质, 气血充足, 才能温煦濡养全身, 五脏六腑、四肢百骸才能发挥正常生理功能。苏帆^[4]认为, 气血理论是中医药围手术期干预的理论基础, 其最基本的要素就是手术切口和出血, 切口必然破气, 切口也使出血成为必然, 因此手术就意味着气与血的损失或平衡紊乱, 而气虚血瘀被认为是术后并发症发生的病理机制, 肾气虚则是应激反应发生的内在因素。麻醉和手术综合作用导致气虚大于血虚, 其中年老体弱者肾气本虚、术前禁食则断了水谷之气的来源、麻醉阻抑气

机、机械通气使清气欠缺、手术切口破卫气、腰腹部切开伤宗气、术中出血伤营气。

脾胃为后天之本, 气血生化之源, 其精髓在于“通”和“健”, 胃得和降, 脾运化得健, 才能生化气血, 输送并营养全身, 若脾胃运化失司, 脾不升胃不降, 胃肠运化失常, 导致气血生化无源, 则影响术后康复^[5], 而手术前后机体的应激反应及手术创伤等均会影响脾胃运化功能^[6]。

因此, 腰椎间盘突出症围手术期中医药干预方面应注重养气血、护脾胃的治疗, 气血充足、脾升胃降, 机体处于平衡状态, 有助于机体的迅速康复。

2 腰椎间盘突出症围手术期辨证论治

整体观念和辨证论治是中医理论体系的两大特点, 过去我们强调整体观念下的辨证论治, 多是从宏观角度思考病证与整体之间的关系。陈志强等^[7]在此基础上结合现代技术, 提出整体辨证、局部辨证及微观辨证相结合的概念。所谓微观辨证, 就是利用实验室检查和影像学检查指标说明或印证疾病规律的一种辨证方法, 有利于察内知外, 便于早期诊断和治疗^[8]。

由于缺乏公认的腰椎间盘突出症围手术期中医诊疗规范, 目前文献中的中医辨证治疗均出自各家经验, 不同地域或同一地区, 不同医家之间的辨证治疗均存在较大差异。张大通等^[9]采用椎间盘镜手术治疗腰椎间盘突出症, 术后 2 周内应用活血化瘀、利水消肿的桃红四物汤加减, 2 周后采用祛风除湿、补益肝肾的独活寄生汤加减, 其优良率达 90.0%, 疗效优于单独采用椎间盘镜手术治疗。马必生^[10]认为术前应用中医药干预应以“虚则补之”为原则, 按照具体情况补气健脾或气血双补或益肾温阳等, 术后则应根据具体情况辨证施治。郭玉海等^[11]对 358 例在围手术

期采用中医辨证治疗的腰椎间盘突出症患者的病例资料进行回顾性分析,结果表明腰椎间盘突出症术后本虚标实的虚实夹杂证型最为多见,其中本虚以气虚、脾虚为主,而标实则以血瘀、湿热多见。彭伍四等^[12]通过对 360 例腰椎间盘突出症术后患者进行中医辨证治疗,发现术后 1 周内辨证多为血瘀气滞、经络受阻,以通络活血汤加减治疗;术后 2~3 周辨证多为瘀血阻络、肝肾不足,以右归饮加减治疗;3 周后辨证多为肝肾不足、筋骨不坚,治疗以补益肝肾、强筋壮骨药物为主。谢伟雄等^[13]通过对广东省云浮市中医院 166 例腰椎间盘突出症患者的调查发现,腰椎间盘突出症术后气虚血瘀证最多见,占 34.3%,其次是气滞血瘀证,占 24.3%,气血两虚及脾肾两虚分别占 21.6% 和 19.8%。秦杰等^[14]对 58 例行后路腰椎间盘镜手术的患者进行观察,发现患者术前常因思虑、恐惧等因素损伤脾胃,致脾胃运化失司,出现不思饮食、纳差腹胀、夜寐欠安、大便不调等表现,故主张术前治疗以“通降为顺”,应用调胃承气汤加减。术后 1~3 d 因麻醉、手术创伤等应激反应出现低热、恶心、纳呆、苔腻等中焦湿困、气机受阻表现,治宜健脾益气、行气化湿,方用三仁汤加减;术后 4~7 d 多表现为神疲体倦、纳谷不香等,方用参苓白术散加减;7 d 后多表现为面色苍白、心悸、气短,方用归脾汤、八珍汤加减。岳宗进等^[15]对 90 例腰椎间盘突出症患者行经皮椎间孔镜手术,术后根据患者的体质和具体病情进行中医中药三期辨证施治,术后 1~2 周治以利水消肿、通络止痛为主,方用四妙散配合桃红四物汤加减;术后 2~3 周治以活血通络、和营止痛为主,方用定痛活血汤加减;术后 3 周治以补肝肾、强筋骨为主,方用独活寄生汤合壮筋活血汤加减。

3 腰椎间盘突出症围手术期并发症的中医药干预

腰椎间盘突出症围手术期的并发症很多,如胃肠功能紊乱、术后疲劳综合征、疼痛、发热、肺部感染、泌尿系统感染、尿潴留等,相对于围手术期的整体辨证施治,对术后具体并发症的中医药干预的临床研究较多。

3.1 胃肠功能紊乱 胃肠功能紊乱主要表现为肠鸣音减弱或消失,腹胀腹痛、恶心呕吐、便秘等症状,是术后最容易出现的并发症之一,主要由机械刺激、麻醉药物应用、卧床时间长等因素引起。

近年来处理术后胃肠功能紊乱的中医药方法包

括内服和外治两方面。内服药有承气汤类、四磨汤类等,外治则以芒硝、大黄等制成脐贴,或电针足三里、上巨虚等,或者针灸联合中药治疗等方法促进胃肠功能恢复^[14,16-17]。

3.2 疲劳综合征 术后疲劳综合征是一组以乏力、嗜睡、食欲减退、注意力不集中、抑郁、紧张、焦虑等为主要表现的症候群^[18],与脾胃、气血关系密切,其中以脾胃虚弱最常见。目前已有大量的中药方剂被证实可有效治疗术后疲劳综合征,如补中益气汤、血府逐瘀汤、生脉注射液、当归补血汤。另外单味中药如西洋参、人参、淫羊藿、红景天等也被证实有较好的抗疲劳作用。

3.3 疼痛 一般认为腰椎手术会直接或间接引起局部软组织水肿、黏连,导致肌肉筋膜痉挛而造成疼痛。身痛逐瘀汤是治疗术后疼痛的常用方剂,具有活血行气、通痹止痛等功效。此外,腹针针刺水分、关元、气海、四满、外陵、气旁等穴位^[14],伤骨科 II 号方(防风、艾叶、伸筋草、透骨草、防己、秦艽、川牛膝、独活、甘草等)熏蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练^[19]及口服益气化瘀汤(黄芪、川芎、丹参、防己、人工麝香)联合功能锻炼^[20]均被证实可有效缓解腰椎术后疼痛。

3.4 发热 腰椎术后的非感染性发热较为常见,多为吸收热。中医学理论认为,出血过多,阴液亏耗未能及时补充,阴不制阳,虚阳外越则引起发热,故术后发热可用益气滋阴、活血退热之法,以青蒿鳖甲汤甘温除之。张亚大等^[21]对 48 例术后发热患者进行辨证施治,脾气虚弱型用参苓白术散加减,瘀血阻滞型用桃仁承气汤加减,余毒滞留型用大承气汤合红藤煎加减,阴虚火旺型用六味地黄丸合养阴汤加减,后期余毒未消、气阴两伤型用竹叶石膏汤加减,气血两虚型用八珍汤加减,肝胆气滞型用四逆散加减,有效率高达 92%。

3.5 肺部感染 患者腰椎术后体质虚弱,咳痰无力,痰液容易积聚于气管,导致肺部感染的发生。术后应鼓励咳痰,经常翻身拍背,并配合化痰促排痰药物。邪热蕴肺者,治以麻杏石甘汤加减,可酌加川贝母、桔梗、前胡、半夏等止咳化痰药;高热、咳嗽浓痰时治以千金苇茎汤合银翘石膏汤加减,也可配合抗生素综合治疗。

3.6 泌尿系感染 术后泌尿系统感染主要包括术后急性尿道炎、肾盂肾炎和膀胱炎等,可出现典型的膀胱刺激症状,用八正散或导赤散加减可取得良好的疗效^[14]。

4 小 结

围手术期是外科系统开展中西医结合治疗的最佳结合点,也是当前外科系统研究的热点。但目前有关中医药在腰椎间盘突出症围手术期应用的研究较少,多是针对术后具体并发症的中医药干预,而且在辨证分型和诊治标准方面,各成一家,难以推广。建立统一的腰椎间盘突出症围手术期中医药诊治标准和规范,将是今后研究的方向。

5 参 考 文 献

[1] Sharnoff JG. Postmortem findings in 25 cases of sudden heart arrest in the perioperative period [J]. Lancet, 1966, 2 (7469):876-878.

[2] 吴阶平,裘法祖. 黄家驹外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2000:310-339.

[3] 吴咸中,郑显理. 围手术期的中西医结合研究大有可为[J]. 中国中西医结合外科杂志,1995,1(2):65.

[4] 苏帆. 从气血理论探讨围术期应激反应调控及相关并发症防治[D]. 济南:山东中医药大学,2013.

[5] 陈志强,曹立幸,盖娟娟. 围手术期术后营养支持与脾胃学说运用的研究进展[J]. 新中医,2007,39(12):95-96.

[6] 邓晋丰,许学猛. 中医骨伤证治[M]. 广州:广东人民出版社,2000:301-304.

[7] 陈志强,吕立国. 整体辨证、局部辨证与微观辨证——对现代中医辨证论治体系的思考[J]. 中国中西医结合杂志,2006,26(12):1126-1127.

[8] 代睿欣,傅永盛,傅伟,等. 陈志强学术思想探讨[J]. 辽宁中医杂志,2013,40(7):1318-1320.

[9] 张大通,孙壮. 椎间盘镜微创手术配合中药治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 新中医,2011,43(2):56-57.

[10] 马必生. 大力开展围手术期研究是外科系统中西医结合必由之路[J]. 中国中西医结合急救杂志,1999,6(7):4-7.

[11] 郭玉海,赵兵德. 腰椎间盘突出症围手术期(术后)中医辨证回顾性分析[J]. 新中医,2010,42(8):56-57.

[12] 彭伍四,彭远立,谢世明. 腰椎间盘突出摘除术后的分期中医辨证康复治疗[J]. 四川中医,2005,23(4):78-80.

[13] 谢伟雄,李刚. 腰椎间盘突出症围手术期中医候候分析研究[J]. 内蒙古中医药,2014,33(15):17.

[14] 秦杰,李振宇,李勇. 后路腰椎间盘镜手术围手术期并发症的中医药防治[J]. 中医正骨,2006,18(5):27-28.

[15] 岳宗进,刘汝银,刘福东,等. 经椎间孔镜微创技术联合术后中医药辨证治疗腰椎间盘突出症 90 例[J]. 中医临床研究,2014,6(22):44-45.

[16] 陈志强. 围手术期快速康复的研究进展与展望[J]. 中国中西医结合外科杂志,2012,18(6):547-552.

[17] 周仲芳,赖以惠,曾彩琼,等. 消肿散敷脐治疗胸腰椎术后病人腹胀的效果观察[J]. 中华护理杂志,2005,40(3):229-230.

[18] 赵铭峰,王聪,陈秀华,等. 热敏灸配合治疗手术后疲劳综合征的临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2009,11(6):183.

[19] 孙晓芬,吴连国,陈丽丽,等. 中药熏蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练治疗腰椎间盘突出症术后残余痛[J]. 中医正骨,2013,25(6):49-50.

[20] 万宏波,马海燕,蒋云霞,等. 口服益气化痰汤联合功能锻炼治疗腰椎退行性疾病术后残留腰腿痛的临床研究[J]. 中医正骨,2015,27(6):1-5.

[21] 张亚大,龙期伯,曹仕兵. 辨证治疗手术后持续低热 48 例[J]. 南京中医学院学报,1990,6(4):16-17.

(2015-07-30 收稿 2015-09-02 修回)

《中医正骨》杂志 2014 年重点专栏目录(一)

2014 年第 1 期——骨关节炎专栏

- 1 膝关节骨性关节炎的分期治疗
(述评专家:辽宁中医药大学附属医院 侯德才教授)
- 2 柔肝和化痰中药复方对膝骨关节炎患者关节功能及关节液软骨寡聚基质蛋白浓度的影响
- 3 增液润节汤和美洛昔康片治疗膝骨关节炎的对比研究
- 4 中药治疗膝骨关节炎临床疗效和安全性的系统评价
- 5 小针刀治疗膝骨关节炎的研究进展
- 6 筋病理论指导下中医综合疗法治疗膝骨关节炎

参考文献著录格式

[1] 侯德才. 膝关节骨性关节炎的分期治疗[J]. 中医正骨,

2014,26(1):3-5.

- [2] 王学宗,郑昱新,曹月龙,等. 柔肝和化痰中药复方对膝骨关节炎患者关节功能及关节液软骨寡聚基质蛋白浓度的影响[J]. 中医正骨,2014,26(1):17-20.
- [3] 孙艳,陈立忠,王海燕,等. 增液润节汤和美洛昔康片治疗膝骨关节炎的对比研究[J]. 中医正骨,2014,26(1):21-23.
- [4] 唐萌芽,翁祝承,邵利芳. 中药治疗膝骨关节炎临床疗效和安全性的系统评价[J]. 中医正骨,2014,26(1):43-48.
- [5] 吕娟洁,孙奇,杜文喜,等. 小针刀治疗膝骨关节炎的研究进展[J]. 中医正骨,2014,26(1):49-51.
- [6] 高文香,郝军. 筋病理论指导下中医综合疗法治疗膝骨关节炎[J]. 中医正骨,2014,26(1):60-62.