

基于“筋痹骨痿”理论探讨腰椎管狭窄症和骨质疏松症共病的病机、治法及预防措施

胡星, 雍旭, 王文岳

(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

摘要 腰椎管狭窄症(lumbar spinal stenosis, LSS)与骨质疏松症(osteoporosis, OP)是老年人常见的共病,其发病机理与中医“筋痹骨痿”理论关系密切。LSS 以腰腿疼痛、间歇性跛行为主要临床特征,归属中医“筋痹”范畴;OP 则以骨量减少、骨骼脆性增加及易发生骨折为典型表现,属中医“骨痿”范畴。二者在病理演变过程中相互影响,形成了“痹痿交织”的复杂病机特点。本文基于“筋痹骨痿”理论,对 LSS 与 OP 共病的病机、治法及预防措施进行了探讨,为 LSS 与 OP 共病的诊疗提供了新的思路和参考。

关键词 椎管狭窄;骨质疏松;腰椎;痹证;痿证;共患疾病

腰椎管狭窄症(lumbar spinal stenosis, LSS)和骨质疏松症(osteoporosis, OP)是两种常见的骨科疾病,均与腰腿部疼痛有关,且多见于老年人群^[1]。LSS 在 60 岁以上人群中的患病率高达 19.4%^[2]。OP 在 50 岁以上人群中的患病率为 19.2%,且男女患病比例约为 1:5^[3]。据调查,我国 60 岁以上老年人慢性病患病率为 81.1%,且超过 1/3 的 65 岁及以上老年人罹患共病^[4]。LSS 的典型症状是腰腿疼痛和间歇性跛行,这些症状会显著限制患者的活动能力,而长期的活动不足可能诱发废用性 OP。OP 早期通常无明显临床症状,但研究表明,随着骨量的持续流失,椎体松质骨内骨小梁微骨折的发生率会显著增加^[5]。严重的椎体骨折可导致骨折块突入椎管,进而引发 LSS。根据 LSS 与 OP 的临床表现,LSS 可归属于中医“筋痹”范畴,而 OP 则属于中医“骨痿”范畴。LSS 与 OP 可能互为因果,将“筋痹”与“骨痿”作为共病管理十分必要^[6]。本文基于“筋痹骨痿”理论,对 LSS 与 OP 共病的病机、治法及预防措施进行探讨,以期 LSS 与 OP 共病的诊疗提供参考。

1 基于“筋痹骨痿”理论探讨 LSS 与 OP 共病的病机

筋痹指以筋为主的痹证,临床表现为筋急拘挛、抽掣疼痛、关节屈伸不利、步履艰难等。《素问·长刺节论》曰:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹。”LSS 临床以腰腿疼痛和间歇性跛行为特征,契合中医“筋痹”之证。《外台秘要》曰:“体虚腠理开,风邪在

筋故也。春遇痹,为筋痹。”提示筋痹多属本虚标实,且迁延难愈。《素问·四时刺逆从论》曰:“少阳有余,病筋痹,胁满。”少阳相火亢盛,灼津耗液,气血阻滞,发为筋痹。此外,《外台秘要》曰:“骨绝不治,而切痛,伸缩不得,十日死。骨应足少阴,少阴气绝则骨枯。”此论揭示了骨病与足少阴肾经的关系密切。痹邪久滞不去,阻碍气血津液输布,导致经络失养,肾精亏损,筋脉萎缩,最终形成“骨痿”。

骨痿属痿证,症见腰背酸软、下肢痿弱、齿枯色黯等。《素问·痿论》曰:“肾气热则腰脊不举,骨枯髓减,发为骨痿。”此与现代医学 OP 的特征类似。张介宾在《类经》中记载了“大骨枯槁,大肉陷下”,此为骨痿晚期之象。该病的病机责之肾阴亏虚、精亏髓减。肾阴不足则虚火内生,耗精伤骨,发为骨痿。

“痹”与“痿”关系密切,临床常见痹痿并病。研究^[7-8]显示,LSS 患者更易患 OP;一项横断面研究指出,79.2%的老年 LSS 患者合并骨质疏松或骨量减少,55.6%的老年患者存在维生素 D 缺乏^[9]。这提示二者存在潜在联系。中医认为,骨痿的本质是肾精亏虚、髓失所养。肾精不足,阴亏化燥,血络瘀阻,气化失常,正气渐损^[10];若兼感外邪,痹阻经络,则加重痹证。腰为肾之府,肾虚则腰脊失养;足三阳经循腰贯足,经络壅滞则气血不畅,则加重痹证。肾精亏虚、骨弱髓枯是疾病之本,椎管狭窄、气血瘀滞是疾病之标^[11-12]。

综上所述,肾虚精亏是 LSS 与 OP 共病的主要原因,痹久及肾而成痿是二者共病的核心病机。

2 基于“筋痹骨痿”理论探讨 LSS 与 OP 共病的治法

LSS 和 OP 共病的治疗需遵循“早防早治、分阶段论治”的原则,以延缓病情进展、改善生活质量。根据病程特点,LSS 与 OP 共病可分为早期(筋痹初起)、中期(筋痹骨痿)和后期(痿痹共重)3 个阶段,各阶段的治法侧重点不同。

2.1 早期祛邪通络

早期为“筋痹初起”阶段,症见腰腿疼痛、下肢麻木、活动受限等。其病机为风寒湿邪痹阻筋脉,导致经络不通、气血运行不畅。治疗宜采用祛邪通络法,祛除邪气、疏通经络、活血化瘀。针灸通过刺激特定穴位来促进气血流通,疏通经络,缓解筋脉挛缩,常用穴位有关元、气海、足三里、阳陵泉、曲池穴等^[13]。推拿通过手法作用于经络腧穴,达到疏通经络、调和气血的目的,从而缓解筋痹症状。内服具有祛风散寒除湿、活血化瘀、通络止痛等功效的药物,常用中药方剂如独活寄生汤、防己黄芪汤、身痛逐瘀汤^[14]等。同时配合八段锦、五禽戏等中医传统功法,可以调和气机,疏通经络^[15]。通过上述综合方法的干预,可以祛除邪气、疏通经络,缓解疼痛、麻木症状,恢复肢体功能。

2.2 中期标本兼施

中期为“筋痹骨痿”阶段,此阶段呈现筋痹未愈、骨痿初现之象,症见腰腿疼痛、下肢痿弱、骨量减少及腰椎活动受限等。其病机为气血瘀滞与肝肾不足并存,病程由“标实”逐渐向“本虚”发展。治疗需标本兼施,以疏通经络为基础,同时加强补益肝肾、强筋壮骨,改善骨质健康。内服方药以独活寄生汤为主方,该方既可祛风除湿、通痹止痛,又能补益肝肾、强筋壮骨,延缓椎间盘退变^[16];联合应用抗骨质疏松药物,定期检测骨密度;再配合针灸、推拿等外治法,以调节气血运行,改善局部血液循环。针刺穴位以肾俞、腰阳关、命门等穴为主,配合八髎穴,以疏通经络、振奋阳气^[17]。

2.3 后期固本培元

后期为“痿痹共重”阶段,此阶段病情更为复杂和严重,症见骨脆易折、椎体变形、肌肉萎缩、活动严重受限等。其病机以肝肾亏虚为本,经络痹阻为标。治疗时需综合考虑患者整体状况,采取固本为主、标本同治的策略,以缓解疼痛、强壮筋骨。肝肾为全身阴阳气血的调节中心,滋补肝肾可以增强机体的免疫功

能,促进气血的生成和运行。固本治疗以滋补肝肾为主,选用熟地黄、枸杞子、女贞子、杜仲、山茱萸等中药,以滋养肝肾,补充精髓。在固本的基础上,选用党参、白术、茯苓、甘草等中药,以增强脾气,促进气血生成;选用当归、阿胶、白芍等中药,以养血柔筋,缓解肌肉萎缩;选用当归、川芎、红花等中药,以疏通经络、活血化瘀。临床常用方剂如独活寄生汤、虎潜丸、右归丸等,应用时需根据患者的具体病情和体质进行加减化裁。例如,肾阴虚挟热者,可给予虎潜丸,以滋阴降火、强壮筋骨^[18];而肾阳虚者,可使用右归丸加减,以温阳填精。除了药物治疗外,还可以结合针灸、推拿、按摩等物理疗法来辅助治疗,以补益肝肾,强壮筋骨。

由于“痿痹共重”病情复杂,在治疗过程中,应密切关注患者的病情变化,强化抗骨质疏松治疗,根据实际情况调整治疗方案,从而有效改善痿痹症状,提高患者生活质量。

3 基于“筋痹骨痿”理论探讨 LSS 与 OP 共病的预防措施

《素问·四气调神大论》强调“圣人不治已病,治未病”。《丹溪心法》亦言:“未病而先治,所以明摄生之理。”LSS 与 OP 共病的防治也应秉承中医“治未病”思想。

针对高龄、绝经后女性等高危群体,定期筛查骨密度,关注椎体微骨折(LSS 与 OP 共病的早期征象^[19-20]),及时补充钙剂、活性维生素 D 及双膦酸盐类药物。练习易筋经、八段锦等传统功法,通过“调身、调息、调心”增强筋骨协调性;结合有氧运动(如快走、游泳)促进骨代谢,延缓骨量流失。运用中医药“未病先调”理念,针对肝肾不足、脾虚气弱者,分别给予补肾益精方(如左归丸)、健脾益气方(如补中益气汤)改善体质,实现“气血周流,髓充骨坚”。

对于 LSS 初发患者,以通络防痿为要,采用针灸、中药熏蒸等方法祛除痹邪,避免骨失濡养。对于腰椎术后的患者,更应重视抗骨质疏松治疗,因为卧床制动和术后椎间力学的改变可能会加速骨量丢失和邻椎病变的进展^[21]。研究^[22-23]表明,腰椎手术后,椎间压力会增加约 45%,而多节段融合术更易诱发邻椎微骨折和终板损伤。因此,腰椎手术后需常规联用双膦酸盐(抑制破骨)或特立帕肽(促进成骨),并配合补肾壮骨中药(如龟鹿二仙胶)以维持骨代谢平衡。

此外,平时应避免久坐久站,控制体重以减轻腰

椎负荷;增加日照时间促进维生素 D 合成;高钙饮食(乳制品、深色蔬菜),摄入优质蛋白,同时限制咖啡因及碳酸饮料的摄入;通过中医情志疗法(如五音疗法、冥想)缓解焦虑,避免“恐伤肾”加重骨痿风险。

4 小 结

LSS 与 OP 是老年人常见的共病,其发病机理与中医“筋痹骨痿”理论关系密切。从“筋痹骨痿”理论的角度来看,LSS 与 OP 共病的根本原因在于肾虚精亏,其核心病机为痹久及肾而成痿。因此,在治疗上应遵循“急则治标,缓则治本”的原则,早期宜祛邪通络,中期需标本兼施,后期着重固本培元。在预防上应重视“治未病”的思想,即未病先防与既病防变,通过综合干预来改善患者生活质量。但是,在具体防治过程中,还需根据患者的具体病情和体质特点,制定个性化的治疗方案,以达到缓解临床症状和提高生活质量的目的。

参考文献

- [1] 魏戌,徐卫国,李路广,等. 腰椎管狭窄症中西医结合诊疗指南(2023 年)[J]. 中国全科医学, 2024, 27(25): 3076-3082.
- [2] JENSEN R K, HARHANGI B S, HUYGEN F, et al. Lumbar spinal stenosis[J]. BMJ, 2021, 373: n1581.
- [3] 《中国老年骨质疏松症诊疗指南(2023)》工作组, 中国老年学和老年医学学会骨质疏松分会, 中国医疗保健国际交流促进会骨质疏松病学分会, 等. 中国老年骨质疏松症诊疗指南(2023)[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2023, 16(10): 865-885.
- [4] 朱鸣雷, 刘晓红, 董碧蓉, 等. 老年共病管理中国专家共识(2023)[J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(5): 577-584.
- [5] 丁海, 朱振安, 薛晶, 等. 骨质疏松症对松质骨骨小梁应力与微损伤关系的影响[J]. 医用生物力学, 2015, 30(1): 68-73.
- [6] 崔玉石, 吴红飞, 高云, 等. 基于“痿痹一体”探析骨质疏松症、膝骨性关节炎共病辨治[J]. 中医杂志, 2024, 65(15): 1565-1570.
- [7] BLIUC D, TRAN T, ALARKAWI D, et al. Patient self-assessment of walking ability and fracture risk in older Australian adults [J]. JAMA Netw Open, 2024, 7(1): e2352675.
- [8] 董建文, 李杰, 管东辉. 骨质疏松与腰椎管狭窄症的相关性分析[J]. 中医正骨, 2004, 16(2): 7-8.
- [9] LEE B H, MOON S H, KIM H-J, et al. Osteoporotic profiles in elderly patients with symptomatic lumbar spinal canal stenosis[J]. Indian J Orthop, 2012, 46(3): 279-284.
- [10] 苗德胜, 吕发明, 杨新军, 等. 王继先教授以燥论治骨质疏松症[J]. 中医正骨, 2022, 34(9): 73-75.
- [11] 陈泽华, 申震, 欧梁, 等. 基于“本痿标痹”辨析肌肉萎缩在膝骨关节炎发生、发展中的作用[J]. 风湿病与关节炎, 2024, 13(6): 43-47.
- [12] 尹萌, 朱鹏举, 王宏利, 等. 《黄帝内经》痹证痿证异同考论[J]. 中华中医药学刊, 2023, 42(3): 178-180.
- [13] 赵浩斌, 翟双庆. 从《黄帝内经》崇阳思想浅谈“治痿独取阳明”[J]. 中医学报, 2022, 37(7): 1373-1377.
- [14] 张媛婧, 刘春华, 胡慧敏, 等. 基于网络药理学和分子对接预测身痛逐瘀汤治疗神经病理性疼痛的作用机制研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2024, 30(4): 263-273.
- [15] 刘潇, 刘耀升, 刘蜀彬. 有限元法分析腰椎融合与非融合后的应力分布[J]. 中国组织工程研究, 2018, 22(3): 409-414.
- [16] 张劲新, 刘万鹏, 陈茂水, 等. 独活寄生汤加减治疗退变性腰椎管狭窄症的疗效及对血流变学指标的影响[J]. 陕西中医, 2017, 38(5): 596-598.
- [17] 向积伟, 周兴茂, 简绍锋, 等. 由微循环运用中医药防治骨质疏松症的研究进展[J]. 中国骨质疏松杂志, 2024, 30(11): 1693-1698.
- [18] 曾奇, 肖文仲, 张晓晨, 等. 健步虎潜丸治疗肝肾亏虚型骨质疏松症 46 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(10): 52-53.
- [19] KUSHCHAYEV S V, GLUSHKO T, JARRAYA M, et al. ABCs of the degenerative spine[J]. Insights Imaging, 2018, 9(2): 253-274.
- [20] 孟景, 于波. “痰沫致痛”论治原发性骨质疏松疼痛的理论内涵与临床应用[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(9): 5430-5433.
- [21] 中国康复医学会骨质疏松预防与康复专业委员会. 骨科急性骨丢失防治专家共识[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2021, 14(7): 577-583.
- [22] CUNNINGHAM B W, KOTANI Y, MCNULTY P S, et al. The effect of spinal destabilization and instrumentation on lumbar intradiscal pressure: an in vitro biomechanical analysis[J]. Spine, 1997, 22(22): 2655-2663.
- [23] SHONO Y, KANEDA K, ABUMI K, et al. Stability of posterior spinal instrumentation and its effects on adjacent motion segments in the lumbosacral spine [J]. Spine (Phila Pa 1976), 1998, 23(14): 1550-1558.

(收稿日期: 2024-10-18 本文编辑: 时红磊)