

腰突症治疗创新型突破

王孝尧¹, 王冰², 王忠恂³

1.身份证号: 411421198806160095

2.身份证号: 41142119840202648X

3.身份证号: 41232319490604645X

摘要: 提起腰突症不少人谈“突”色变,认为是“不治之症”。我们通过半个多世纪临床探索摸索出一套包括理论,治疗,预防等一套完整的综合性的治疗体系,该体系在腰突症的临床治疗中取得了较为良好的效果,现报告如下。

关键词: 治疗腰突症;腰突损伤刺激说;治疗快;治愈率高

Innovative Breakthrough in the Treatment of Lumbar Disc Herniation

Wang Xiaoyao¹, Wang Bing², Wang Zhongxun³

ID: 411421198806160095

ID: 41142119840202648X

ID: 41232319490604645X

Abstract: Many people turn pale at the mention of lumbar disc herniation, believing it to be an "incurable disease." Through more than half a century of clinical exploration, we have developed a comprehensive treatment system that includes theory, treatment, and prevention. This system has achieved relatively good results in the clinical treatment of lumbar disc herniation. The report is as follows.

Keywords: treatment of lumbar disc herniation; lumbar herniation injury stimulation theory; fast treatment; high cure rate

一、腰突损伤刺激说

关于“腰突症”学说甚多,主要有:“突出说”“脊椎不正说”“炎症说”“痹症说”“肾亏说”“内外因说”“神经学说”等。

(一)“突出说”

目前治疗“腰突症”的“主流派”,“突出说”认为椎间盘突出,不好再回去,要回去只有手术,并认为保守治疗和复位治疗效果不佳,而目前的“手术治疗”花钱多,痛苦大,治疗效果也不近人意。因此说手术治疗难以满足临床上的需要。

(二)“痹症说”

中医治疗“疼痛”的重要组成部分,有“通则不痛,不通则痛”的古语名言。因此产生的各种针法,在治疗疼痛方面也确实起到举足轻重的作用。

(三)“脊椎不正说”

脊椎不正,在临床上非常常见的表现为前凸、后凸、侧弯、椎体滑脱等改变。临床常见的“椎体滑脱”和“椎管狭窄”,通过保守治疗,病理上虽然改变不大,但是他们的“临床症状”可完全消失。我们平时看到的“驼背”“先天性椎体畸形”“外伤后遗症”,椎体骨质发生改变者,比比皆是,但是他们却鲜有临床“疼痛症状”。

(四)“炎症说”

因为“骨质增生”引起疼痛的原因,多认为腰突症为“炎症”,亦有人把“腰突症”也按“炎症说”解释。“腰突”后,“椎间盘”对“周围组织”有压迫和刺激作用。造成周围组织渗出、

出血、水肿。在其吸收过程中,组织粘连、挛缩、结疤、血液循环障碍,部分有害代谢产物积蓄,而产生“炎症”。“炎症改变”是必然的,大多“腰椎间盘突出”并没有什么临床上的“疼痛”,“腰突”也不等于“腰突症”。部分的腰突症患者有臀部和腿部疼痛,而没有腰部疼痛者。

(五)“肾亏说”

在治疗学上具有重要意义,因为“腰突”后,“坐骨神经鞘”在“肾亏”的情况下,“神经鞘”脱落,暴露了“神经干”,引起“腰椎间盘突出症”,不治疗“腰突症”,而过度的追求纠正“肾亏”,有亡羊补牢之嫌。在临床上治疗“腰突症”,纠正“肾亏”,对消除“临床症状”和“修复期”的治疗和预防愈后再复发性,都能起到积极的作用。

(六)“内外因学说”

“内外因学说”是祖国医学认识疾病的基本理论,虽然很有道理,但是理论较为笼统,具体到“腰突症”的治疗,在“腰突”是“外因”,而“肾亏”是“内因”,积极纠正肾亏,合理用腰,预防腰部损伤,也是治疗“腰突症”的指导思想。

(七)“神经说”

由于“神经”受到刺激,而产生疼痛的原理,人们设计了“骶疗”,神经阻滞等封闭疗法,这些治疗往往出现近期疗效好,而远期疗效差的现象。如果撇开“神经说”去谈“疼痛”,显然也是不明智的。

(八)从“蛀牙现象”,去认识“腰突症”

我们发现“蛀牙现象”和“腰突症”的形成及治疗,有惊人

的相似之处。“蛀牙现象”，在釉质、骨质没有破坏之前，什么酸、辣、热、冷刺激都没有疼痛感觉，骨质一旦破坏，暴露了牙髓神经产生了牙痛。

“腰突症”也是一样，在腰突之后，他有时没有任何症状，因为“坐骨神经干”有“神经鞘”保护。在身体抵抗能力下降后，“坐骨神经”在受压的情况下，“神经鞘”脱落，暴露了“神经干”。“神经干”受到周围的“炎性”刺激，便产生了临床上的“疼痛”。两者惊人的相似。

（九）“腰突损伤刺激说”

按照中医“内，外因”说，“外因”是变化的条件，“内因”是变化的根本，“外因”通过“内因”而发生变化。“腰突”以后，周围局部组织必然形成“炎性”病灶，在这种情况下，“坐骨神经干”由“神经鞘”保护，完全可以没有任何临床症状。当“肾亏”等情况下；人体抗病能力降低或“神经鞘”的受压时间长，压力过重。“神经鞘”因缺血，缺氧而坏死，脱落，暴露的“坐骨神经干”，“神经干”受到周围的“炎性刺激”，便产生了“临床疼痛”，即“腰突症”。

二、临床研究

根据“腰突损伤刺激说”理论，便于临床治疗，对于腰突症的临床分型、分期，痊愈标准等，我们是这样认识的。

（一）病因

引起腰椎间盘突出症的原因，可分为以下几种：

- 1.急性腰扭伤等。
- 2.慢性损伤，如积累性损伤，慢性软组织损伤和骨质增生等。
- 3.炎症因素：如，风湿，类风湿，强直性脊柱炎等炎症。
- 4.先天性发育因素。

（二）“腰突症”的临床分型

1.疼痛型：临床最常见，多表现为腰腿痛(亦可没有“腰痛”症状者)。常出现一侧或双侧“坐骨神经”分布区放射性疼痛现象。

2.麻木型：临床上比较少见，发病率不高。多见双侧，单侧极少见(作者没有遇见过)。疼痛表现不明显，一般为双腿酸软，沉重无力，有的出现双腿震颤，迈不开脚步，不能迈大步，行走困难，部分患者不能走直线，双侧直腿抬高试验阳性。CT和核磁共振检查，亦能明确诊断。按腰椎间盘突出症治疗，也能得到康复。

3.混合型：临床症状介于疼痛型和麻木型二者之间，患者多表现为双腿酸软，沉重无力，以麻木为主，可伴有轻度疼痛。也有以疼痛为主，麻木为辅的。总之临床表现又痛又麻。

（三）试评“腰突症”的临床分期

1.损伤前期：即“腰突”期。虽然局部有“炎性病灶”刺激，但“坐骨神经”由“神经鞘”保护，临床上可以没有任何“临床症状”。往往在体检时才能发现，不少人一生没有“疼痛”现象。

2.损伤期：即“腰突症期”。腰突以后，在“肾亏”的情况下，“坐骨神经鞘”受到压迫，而缺血、缺氧、严重者、坏死、脱落，暴露了“坐骨神经干”，“神经干”受到周围的炎性刺激，便产生了临床上的“疼痛”，即“腰突症”。出现腰部或者“坐骨神经分布区”放射性疼痛

3.临床痊愈期：通过有效的治疗，局部循环得到充分改善，致痛物质等刺激“坐骨神经干”现象，减轻或消失。“疼痛症状”亦消失，即可认为“临床痊愈”。

4.验证期：为了便于治疗而设计的，其实临床上，并没有这一期，主要是通过步行运动进行。目的有三：

(1)看“坐骨神经”是否还有受“刺激”现象。

(2)由腰突症产生或的“浮病”症状，运动后即可消失。

(2)腰突症的“合并症”，有其他病灶者，即可暴露出来，便于以后的治疗。

5.修复期：“临床痊愈”后，还有一个“神经鞘”修复阶段，一般需要1-2个月的时间。身体弱者，适当延迟时间，这期亦可出现，这样那样的“不适和疼痛”，特别是天气变化和劳累后出现，一般疼痛不甚剧烈，个别病人疼痛甚重，不需要特别处理，疼痛症状在一到两天内自行消失，通常情况下不会超过三天。(超过三天的，应该注意其他“病灶”)“神经鞘”修复的彻底与否，是防止“愈后再复发”的关键。

（四）适应症

治疗范围：腰椎间盘突出、膨出、脱出症、椎管狭窄、椎体滑脱、突出物变性，甚至囊肿形成者，手术治疗失败或术后复发者。

（五）诊断

(1)有典型的临床症状。

(2)直腿抬高试验(+)性。

(3)CT或者核磁共振以确定诊断。

（六）“腰突症”痊愈标准：

(1)没有明显的临床症状。

(2)直腿抬高试验阴性。

(3)步行试验：步行1500-2500米，没有明显疼痛，或者轻微疼痛步行后没有加重者。

(4)能胜任日常生活，工作，学习和体力劳动者。(一般在2个月后)

三、临床报告

说起腰突症的治疗，不少人谈“突”色变，总认为是“不治之症”。而在我们身边，原来得过腰突症，通过各种各样的方法治疗，现已痊愈，而且能从事各种各样的体力劳动者，比比皆是，而现有的腰突症病人，四处求医，终难痊愈。这说明了什么？说明腰突症是可以治疗。只是我们没有掌握他的规律，没能征服他。我们以“腰突损伤刺激说”为腰突症治疗的理论基础，制定了先消除“刺激状态”，再进行“修复治疗”的治疗原则。取得了理想的疗效，现将病理保存比较完整的300例，现报告

如下。

(一) 一般资料

1. 本组病例300人, 男性121人, 占40.3%; 女性179人, 占59.7%; 女性发病率明显高于男性。发病年龄最大者88岁, 最小者13岁, 平均年龄54岁。发病时间最长者45年, 最短者1周, 平均发病时间5~6年。

2. 临床分类

疼痛型腰突症236例, 占78.7%; 麻木型腰突症共4例, 占发病总人数的1.3%; 混合性腰突症60例, 占20%。

椎间盘突出者43人, 占14.3%; 突出者76人, 占25.3%; 膨出者72人, 占24%; 合并椎体滑脱者27例, 占9%; 合并椎管狭窄者49例, 占16.3%; 腰椎侧弯者目测明显者33例, 占11%; 余不太明显。

3. 疼痛性质

0度: 没有痛感, 无须治疗。

1级疼痛: 轻度疼痛, 平卧时无疼痛, 翻身, 咳嗽时, 有轻度疼痛, 一般不须治疗。

2级疼痛: 中度疼痛; 为持续痛, 影响休息, 须要治疗或者口服止痛药止痛。

3度疼痛: 重度疼痛, 属于中度疼痛, 为持续痛, 静卧时痛, 翻身、咳嗽时加剧, 不能忍受, 睡眠受干扰, 要求用镇痛药。该类疼痛影响日常生活, 常见于痛经、骨折等情况。

4级疼痛: 又称为重度疼痛, 静卧时疼痛剧烈, 不能忍受, 睡眠严重受干扰, 需要服用镇痛药。该类疼痛比较严重, 可能会导致血压升高、心率加快、心情烦躁等症状等情况。

本组病例, 2级疼痛者203例, 占本组病例的67.7%; 3级疼痛者82例, 占27.3%; 4级疼痛者15例, 占5%。

4. 步行试验

- (1) 举步维艰、寸步难行者54例, 占18%。
- (2) 小于100米者187例, 占62.3%。
- (3) 大于100米小于300米者35例, 占11.7%。
- (4) 大于300米者24例, 占8%。

5. 发病部位

- (1) L3椎体以上部位椎间盘突出者68例, 占22.7%。
- (2) L3-L4椎间盘突出者72例, 占24%。
- (3) L4-L5椎间盘突出者217例, 占72.3%。
- (4) L5-S1同时发病者198例, 占66%。

6. 腰突症的合并症

- (1) 合并有腰椎骨质增生者192例, 占发病总人数的64%。
- (2) 合并腰肌损伤者89人, 占29.7%。
- (3) 合并脊上韧带损伤者27人, 占9%。
- (4) 合并脊间韧带损伤者17人, 占5.6%。
- (5) 合并马尾神经受压23例, 占0.69% (可能处于基层, 发病率低, 临床症状亦可消失, 但时间稍较长一些)。
- (6) 合并趾端功能障碍者 (大部显示肌力下降) 33人, 占11%。
- (7) 合并不同程度的肌肉萎缩者52例, 占17.3%。

(8) 合并有膝关节骨质增生, 滑膜炎者57例, 占19%。

(9) 合并有膝关节疼痛者, 一般膝部疼痛不明显, X光检查; 虽然有器质性病变, 腰突症愈后, 临床症状消失者48例, 占16%。

(10) 合并有踝部疼痛 (一般呈条状), 属于坐骨神经分布区, 腰突症愈后, 症状消失者18例, 占6%。

(11) 伴有跟部疼痛 (跟骨刺, 一般触诊时是一个痛点, 这种是多个痛点) 24例, 占8%。

(12) 合并有终板炎者35例, 占11.7%。

(13) 合并有许莫氏结节者33例, 占11%。

(14) 合并有局部骨质缺血者22例, 占7.3%。

(15) 合并骨坏死者2例, 占总人数的0.66%。

(16) 合并病灶区局部慢性炎症者22例, 占7.3%。

(17) 合并有风湿, 类风湿者48人, 占16%。

(18) 合并患肢不同程度的水肿者6例, 占2%。

(19) 伴有条索物者13例, 占4.3%, (以腹股沟部为多, 臀部次之, 亦有腿窝处者)。

(20) 合并有腰椎及骶椎部血管瘤和囊肿者17例, 占5.6%。

7. 诊断标准和痊愈标准 (同上)

8. 治疗

(1) 治疗原则

- ①先消除“刺激状态”, 再进行“修复治疗”。
- ②以防为主, 防治结合。

(2) 治疗

①穴位治疗

- a. 病灶区治疗, 用九宫穴位定位法进行, 疗效显著。
- b. 靶点导向技术, 以病灶区为靶点, 沿督脉为导向, 以疏通经络。
- c. 用北斗七星阵法, 全身经验取穴, 刺激大脑产生内啡肽, 止痛效果明显优于吃止疼药、打针、输液。

②热灸疗法

③王氏骨突康复贴, 家传方剂 (专利号 ZL200510089926.3), 执行标准号: Q/ZZSW00/2018和“王氏逍遥贴” (发明专利号: 201811137418.1) (腰突贴、穴位贴、脐疗贴等同时进行贴敷)

(3) 修复期治疗

- ①首先纠正肾亏 (以食补为主, 一般需要2个月, 根据纠正身体情况定)。
- ②合并症的治疗, 一般是对症治疗, 和肾亏纠正两者可同时进行。

③运动锻炼 (以步行为主, 每日步行两次, 每次1500米)

9. 功能锻炼疗法

10. 疗效观察

- (1) 12小时治愈27例, 占发病总人数9%。
- (2) 24小时治愈39例, 占13%。
- (3) 36小时治愈率167例, 占55.6%。
- (4) 48小时内治愈44例, 占13.7%

(5) 48小时以上治愈者19例,占6.3%

(6) 愈后复发者51例,占愈后总人数17%。

11. 预防

根据中医内外因学说,内因是变化的根本,外因是变化的条件,外因是通过内因起作用的。具体到腰突症,肾亏是内因,用腰不当是外因。就是说,在身体弱的情况下,要注意腰的防护,杜绝腰突症复发。

12. 讨论

(1) 王氏腰突疗法集治疗,护理,预防,功能锻炼,纠正肾亏和合并症的治疗等综合性治疗。王氏疗法理论独特创新,有着清晰的概念,在腰突症治疗方面具有一定的效果。王氏腰突疗法

不但治愈时间快,治愈率高,治疗范围广泛,过去那些认为,只有手术才能治疗,手术治疗很难治愈,甚至手术治疗失败者,采用“王氏腰突疗法”治疗也能取得理想的治疗效果,“王氏腰突疗法”有助于改善患者的症状,为腰突症的治疗提供支持。

(2) 腰突症的临床症状与突出、膨出、脱出程度不成正比,发病时间早晚与治疗,也没有大的区别,初得者也不见得好治疗,发病时间长者,治疗与年龄大小没有关系。他们病理改变与治疗及疗效没有大的区别。在临床上发现:突出物变性甚至囊肿形成者,亦可治愈,只是功能恢复较其他病人慢一些。关键在于配合医生治疗程度,只是腰突症的合并症治疗慢一些。

参考文献

[1]王忠恂,王孝尧《王氏腰突疗法》华联国际出版社.