腰痹病（退变性腰椎管狭窄症）

中医诊疗方案（2018年版）

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会2012年发布的《中医整脊常见病诊疗指南》[1]及国家中医药管理局1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》[2]。

（1）有下腰痛病史，多见于老年人。

（2）腰腿痠楚、重着、疼痛，下肢麻木不仁、痿软无力，二便失调。风寒痹阻者痛重着，时轻时重；气虚血瘀者腰腿痛如刺，痛有定处；肝肾亏虚者腰腿酸痛，无力，形羸气短，肌肉瘦削。

2.西医诊断标准

参照中华医学会2009年发布的《临床诊疗指南-骨科分册》[3]。

（1）有反复下腰痛病史，多见于中老年人。

（2）可有持续的下腰痛、骶部疼痛、下肢痛，症状的轻重常与体位有关。

（3）间歇性跛行是本病最典型临床特征，90%以上患者有此症状。直立或行走数十米至数百米后即出现腿痛无力等症状，弓腰或蹲坐后可缓解，被迫采取休息、下蹲后症状很快缓解，可继续行走，至出现同样症状时再休息。

（4）本病的症状与体征常常不一致，一般主观症状重，客观体征较轻。主要体征：脊柱侧弯，病变节段压痛，腰椎后伸受限，腰椎后伸试验阳性。病变节段神经支配区出现感觉减弱或消失，踇趾背伸或跖屈肌力减弱，下肢肌肉萎缩，膝腱反射、跟腱反射减弱或消失。马尾神经受压则可出现鞍区麻木、肛门括约肌松弛，提睾反射及肛门反射减弱。

（5）影像学检查

X线正位示左右关节突不对称，关节突肥大，椎体旋转、侧弯。侧位示椎间隙狭窄，椎体后缘牵张性骨刺，椎体间有前后滑移，椎曲异常。

CT检查可显示椎管骨性结构形态异常改变，椎管狭窄程度。

MRI检查显示病变节段硬脊膜囊及神经根受压程度。

（二）分型诊断[4]

1.椎间盘型：多个椎间盘退变，后纵韧带钙化，黄韧带肥厚，引起椎管狭窄。特点为X线摄片示腰椎椎曲变直或反弓，CT或MRI检查示多个椎间盘膨出或突出，后纵韧带钙化，黄韧带肥厚，关节突关节增生内聚，硬膜囊受压。

2.滑脱型：腰椎峡部裂，腰椎退行性变，关节突关节紊乱，周围韧带松弛，椎间隙不稳，椎体滑移，导致椎管狭窄。

3.骨质疏松型：椎体骨质疏松，压缩、塌陷，椎曲紊乱，导致椎管狭窄。

4.混合型：腰椎管狭窄同时存在颈椎管狭窄。

（三）证候诊断

参照1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

1.风寒痹阻证：腰腿酸痛重着，时轻时重，拘急不舒，得热痛缓。舌淡，苔白腻，脉沉紧。

2.气虚血瘀证：腰腿痛如刺，痛有定处，日轻夜重，腰部板硬，俯仰旋转受限，痛处拒按。舌质瘀紫，苔薄，脉涩。

3.肝肾亏虚证：腰腿酸痛，腰膝无力，遇劳则重，卧则减轻，形羸气短，精神倦怠，肌肉瘦削。舌质淡，苔薄白，脉沉细。

二、治疗

（一）中医整脊治疗

治疗原则:理筋、调曲、练功

1.理筋疗法

（1）中药热敷疗法：辨证用中草药热敷或药熨腰部，致皮肤潮红，每天1次，每次30分钟。温度以患者舒适为宜，避免烫伤。所用药物尽量选择对皮肤刺激小的，若出现皮肤过敏反应，立即停用本法。也可用中药离子导入、中药泡洗、中药膏摩、中药熏蒸等治疗。

（2）针灸治疗：选用夹脊穴、八髎、秩边、委中、承山等膀胱经穴或辨证取穴，每天1次，每次30分钟。

（3）推拿治疗：运用推法、点按法、滚法、拿法、揉法、叩击法等手法松解颈胸腰骶部及下肢肌肉、筋膜。时间可持续5～10分钟。

（4）针刀治疗

（5）其它外治疗法：如走罐、拔罐、脉冲治疗仪治疗、红外线照射、氦氖激光照射、超声药物透入、电磁疗法、腰围或支具外固定等。

2.正脊调曲法

（1）正脊骨法

辨证选用：胸腰旋转法、腰椎旋转法和腰骶侧扳法。

①胸腰旋转法：患者骑坐在整脊椅上，面向前，双手交叉抱后枕部，略向前屈至以胸12腰1为顶点。以右侧为例，助手固定患者左髋，医者立于患者右侧后方，右手经过患者右臂前、至颈胸背部（大椎以下），左手固定于胸腰枢纽关节右侧，右手旋转患者胸腰部，待患者放松后，双手相对同时瞬间用力，即右手向右旋转的同时左手向左推，可听到局部“咯嗒”声。左侧操作与右侧相反。

②腰椎旋转法：患者骑坐在整脊椅上，面向前，双手交叉抱后枕部，向前屈至棘突偏歪处为顶点。以棘突右偏为例，助手固定左髋，医者立于患者右侧后方，右手穿过患者右腋下至对侧肩部，左手掌固定于偏歪棘突右侧，右手摇动患者腰部，待患者放松后，双手相对同时瞬间用力，即右手向右旋转的同时左手向左推，可听到局部“咯嗒”声。左侧操作与右侧相反。

③腰骶侧扳法：患者取侧卧位。以左侧卧位为例，医者面向患者站立，右手或前臂置于患者右腋前，左手前臂置于患者右臀部，在患者充分放松情况下，两手相对同时瞬间用力，力的交点在腰骶枢纽关节处。右侧卧位与此相反。

（2）分型牵引调曲法

① 椎间盘型椎曲变直者辨证施行二维牵引调曲法和四维牵引调曲法。

② 滑脱型按腰椎滑脱辨证施牵引调曲复位。

③ 骨质疏松型辨证选用一维牵引调曲法和三维牵引调曲法。

④ 混合型一般先调理腰椎，辨证调理颈椎，颈椎按照颈椎管狭窄症处理。

退变性腰椎管狭窄症以老年患者居多，多合并有其他内科疾病，因此实施手法时注意掌握合适力度。牵引治疗时严格掌握牵引的适应症和禁忌症，注意控制牵引重量。牵引重量一般为体重1/4至1/3，每天1次，每次20分钟。

（二）辨证论治

1.风寒痹阻证

治法：祛风散寒，通络止痛。 推荐主方：三痹汤《张氏医通》加减，人参、黄芪（酒炒）、白术、当归、川芎、白芍、茯苓、甘草（炙）、桂心、防己、防风、乌头（炮）、细辛、生姜、红枣等。或具有同类功效的中成药。

2.气虚血瘀证

治法：补气活血，化瘀止痛。

推荐主方：补阳还五汤《医林改错》加减，赤芍、川芎、当归尾、地龙(去土)、[黄芪](https://baike.baidu.com/item/%E9%BB%84%E8%8A%AA)、桃仁、红花等。或具有同类功效的中成药。

3.肝肾亏虚证

治法：滋补肝肾，疏通经脉。

推荐主方：健步虎潜丸《伤科补要》加减，熟地黄、龟板、锁阳、枸杞子、菟丝子、补骨脂、杜仲炭、人参、黄芪、秦艽、防风、当归、白芍、木瓜等。或具有同类功效的中成药。

（三）西药治疗

患者疼痛严重者，可配合非甾体类消炎药，麻木明显者可配合营养神经类药物。

（四）练功疗法

椎间盘型选用“健脊强身十八式”中第十四式、第十六式，滑脱型和骨质疏松型选用第十六式或第十七式[5]。

（五）预防与护理调摄要点

1.生活调摄：睡床软硬适中，不能过软过硬。避免腰部受风寒侵袭。正确用腰，如抬重物时应先蹲下。避免腰椎长时间处于一种姿势，防止腰肌劳损。

2.心理调护：耐心细致地向患者讲述疾病治疗及康复的过程、注意事项，消除紧张和顾虑。

3.饮食调护：多吃蔬菜水果，忌生冷、辛辣刺激及煎炸食品。

三、疗效评定标准[4]、 [6]

根据腰椎管狭窄症百分评定法，分别记录治疗前后百分表数值,以分数计算为指标，分为以下三个等级。

治愈：腰腿痛症状消失，功能基本恢复正常，下肢肌力恢复至4级。分数增加31分以上者，则以总分达80分以上者为治愈。

好转：腰腿痛减轻，腰腿酸胀重着平日减轻，遇冷偶有加重、得温痛减、劳累后仍有疼痛、不耐久坐、过劳乏力倦怠。分数增加5-31分者。

未愈：治疗前后症状、体征无改善，分数增加不足5分者。

表1 腰椎管狭窄症评分（百分制）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | | | | 评分 |
| 下肢运动功能 | 瘫痪，不能站立 | | 0分 |  |
| 能站立，需扶持行走 | | 5分 |
| 下肢麻痹、无力、酸胀、疼痛，步行不足100m，即因疼痛无力而需休息，即“间歇性跛行” | | 10分 |
| 间歇性跛行100—500m内出现 | | 15分 |
| 下肢无明显疼痛、麻痹，步行500m内无症状 | | 20分 |
| 次症 | | | |
| 腰部运动 | 腰部活动功能丧失，或因疼痛不敢活动 | | 0分 |  |
| 腰部活动障碍，活动度受限约60度 | | 1分 |
| 腰部活动有障碍，活动疼痛可忍受，活动度受限约30—60度 | | 3分 |
| 腰部活动部分障碍，活动度受限10—30度 | | 4分 |
| 腰部活动基本正常 | | 5分 |
| 体征检查 | | | |
| 感觉检查 | 完全无感觉 | | 0分 |  |
| 深触觉存在 | | 1分 |
| 有痛觉及部分触觉 | | 2分 |
| 痛觉和触觉完全 | | 3分 |
| 痛、触觉完全，且有两点区别觉，但距离较大 | | 4分 |
| 感觉完全正常 | | 5分 |
| 肌力检查 | 肌肉完全麻痹，通过观察及触诊，肌肉完全无收缩力 | | 0分 |  |
| 病人主动收缩肌肉时，虽然有收缩，但不能带动关节活动 | | 2分 |
| 肌肉活动可带动水平方向关节活动，但不能对抗地心引力 | | 3分 |
| 对抗地心引力时关节仍能主动活动，但不能对抗阻力 | | 6分 |
| 能抗较大的阻力，但比正常者为弱 | | 8分 |
| 正常肌力 | | 10分 |
| 腱反射 | 反射消失或直腿抬高试验45度以下阳性 | | 0分 |  |
| 反射减弱或直腿抬高试验45度—60度内阳性 | | 5分 |
| 反射存在或直腿抬高试验阴性 | | 10分 |
| 膀胱功能 | 尿潴留 | | 0分 |  |
| 高度排尿困难，失禁或淋漓 | | 2分 |
| 排尿困难，尿费力 | | 3分 |
| 尿频、尿踌躇 | | 8分 |
| 正常 | | 10分 |
| 影像学和肌电图检查 | | | |
| X线照片椎曲分级 | 级别 | 面积 形态及角度 | 评分 |  |
| V | 弓形面积为0或负数或＞39cm2；形态：反弓或上弓下直或加大；腰骶轴交角＜110°或＞150°。 | 0分 |  |
| IV | 弓形面积为0；形态：变直；  110°≤腰骶轴交角＜120°或145°＜腰骶轴交角≤150°。 | 5分 |
| III | 0＜弓形面积≤16 cm2；形态：显著减小或上弓下曲；  120°≤腰骶轴交角＜125°或140°＜腰骶轴交角≤145°。 | 15分 |
| II | 16 cm2＜弓形面积＜28 cm2；形态：减小；  125°≤腰骶轴交角＜130°或135°＜腰骶轴交角≤140°。 | 25分 |
| I | 28 cm2≤弓形面积≤39 cm2；形态：正常；130°≤腰骶轴交角≤135° | 30分 |
| MRI硬脊膜囊容积（注） | 治疗前受压硬脊膜囊容积超3mm以上 | | 0分 |  |
| 治疗后增容1mm | | 5分 |
| 治疗后增容2mm以上 | | 10分 |
| CT侧隐窝容积（注） | 治疗前受压侧隐窝容积小于5mm（正常是5—7 mm）以上 | | 0分 |  |
| 治疗后增容2mm | | 5分 |
| 治疗后增容2.5mm以上 | | 10分 |

注：MRI和CT取单项积分

参考文献

[1]中华中医药学会.中医整脊常见病诊疗指南.[M].北京:中国中医药出版社,2012:39-42.

[2]国家中医药管理局．中医病证诊断疗效标准[M]．南京：南京大学出版社,1994：218．

[3]中华医学会.临床诊疗指南骨科分册.[M].北京:人民卫生出版社,2009:99-101.

[4]韦以宗.中国整脊学 [M].北京:中国中医药出版社,2016:377-384

[5]潘东华，陈文治，韦春德.韦以宗整脊手法图谱[M].北京:人民卫生出版社，2011：174-175

[6]韦以宗,王秀光,潘东华等. 调曲整脊法治疗腰椎管狭窄症90例疗效报告[J].中华中医药杂志,2012,02:498-503.

牵头分会：中华中医药学会整脊分会

牵 头 人：李俊杰（国家电网公司北京电力医院）

主要完成人：

李俊杰（国家电网公司北京电力医院）

王红东（国家电网公司北京电力医院）

赵宝力（国家电网公司北京电力医院）

丁洪磊（国家电网公司北京电力医院）