

温经健腰汤治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的临床观察

刘兴忠¹, 刘德才², 潘外琴¹, 郑世维¹, 李秀成¹, 伍启龙³, 刘 鐸^{3*}

(1. 三峡大学中医医院, 宜昌市中医医院, 湖北 宜昌 443000;

2. 湖北中医药大学针灸骨伤学院, 湖北 武汉 430000;

3. 武汉中西医结合骨科医院, 武汉体育学院附属医院, 湖北 武汉 430079)

【摘要】目的 观察温经健腰汤在治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症中的临床疗效。**方法** 选取2023年7月至2023年12月期间收治的84例寒湿痹阻型腰椎间盘突出症患者,采用随机数表分组法分为治疗组和对照组,每组各42例,对照组采用腰椎间盘突出症指南推荐基础治疗,治疗组在此基础上口服温经健腰汤治疗。两组均治疗14d,观察两组患者治疗前、治疗期间及随访时中医证候评分、视觉模拟评分法(VAS)评分、日本骨科协会评估治疗分数(JOA)、Oswestry功能障碍指数问卷评分(ODI)变化,4周时进行疗效评估。**结果** 治疗组患者治疗总有效率(95.24%)高于对照组(64.28%),差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗前,两组患者中医证候评分、VAS评分、ODI评分等指标,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后中医证候评分、VAS评分、ODI评分治疗组低于对照组,JOA评分治疗组高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);**结论** 温经健腰汤联合腰椎基础治疗LDH可以提升治疗效果,减轻患者临床症状,值得临床推广。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 温经健腰汤; 寒湿痹阻; 临床观察

DOI:10.70976/j.1008-0805.SZGYGY-2025-1416

CSTR:32392.14.j.1008-0805.SZGYGY-2025-1416

【中图分类号】R274.9 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-0805(2025)14-2698-06

腰椎间盘突出症(lumbar intervertebral disc herniation, LDH)好发于30~65岁^[1],是由于纤维环退化破裂,单独或者连同髓核、软骨终板向外突出,刺激或者压迫窦椎神经和神经根引起的以腰腿痛为主要症状的一种疾病^[2],发病机制存在机械压迫机制、炎症化学性刺激、自身免疫反应等多种学说^[3-5]。对于80%~85%的患者而言,保守治疗是首选^[6],多取以卧床、药物治疗(非甾体类抗炎药、阿片类止痛药、糖皮质激素、脱水剂)、腰椎牵引等^[7-10]方法,但相关西药中存在导致胃肠道出血、增加心血管血栓事件、肝毒性风险等不良反应风险^[11,12]。而手术治疗存在诸多并发症^[13-15],且以缓解疼痛症状为主,对于继发腰部重着,肢体发凉、麻木,遇寒加重,得热痛减等证候者往往无有效的治疗手段。祖国医学认为LDH乃“腰痛”“腰痹”的范畴,早在《素问》中就提到“衡络之脉令人腰痛,不可以俯仰,仰则恐扑,得之举重伤腰”,《灵枢·五癃津液别》云:“虚,故腰背痛而胫酸”。《素问·标本病传论篇》云:“肾病,少腹腰脊痛”。临床观察发现,腰椎间盘突出症多表现为腰部及下肢疼痛麻木、发凉,病程往往较长,缠绵难愈,且容易复发,符合中医学寒湿之邪致病特点,而现代文献研究也证实,寒湿痹阻

证LDH在临床上所占比例较其他证型高,寒湿病性大约占LDH发病的37.9%^[16]。温经健腰汤根据独活寄生汤加减而来,该方具有祛风除湿、通络止痛、补肝肾等功效^[17-20]。本研究采用宜昌市中医医院自制温经健腰汤治疗寒湿痹阻型LDH,认为该病证乃肝肾精血虚于内、风寒湿邪袭于外所致,故“本虚标实”是其发病的病因病机,该证型以“祛风散寒除湿,温经通络止痛”为治则,兼顾补益肝肾,以达到标本兼治的良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取2023年7月至2023年12月宜昌市中医医院收治的84例寒湿痹阻型LDH患者为研究对象(本研究已通过宜昌市中医医院伦理委员会审批),两组患者均签署知情同意书,以随机数表法分为对照组(42例)和治疗组(42例),治疗组中男24例,女18例,年龄22~69岁,平均 (49.63 ± 12.51) 岁;对照组中男22例,女20例,年龄23~70岁,平均 (48.90 ± 12.86) 岁;两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

收稿日期:2025-01-20; 修订日期:2025-04-03

基金项目:中国中医药信息学会2023年度科研课题(CAGMS-KY-2023003-2023030);宜昌市自然科学研究项目(A23-1-064)

作者简介:刘兴忠(1983-),男(土家族),湖北恩施人,宜昌市中医医院主治医师,学士学位,主要从事中西医结合防治脊柱相关疾病研究工作。

*通讯作者简介:刘 鐸(1982-),男(汉族),湖北武汉人,武汉中西医结合骨科医院副主任医师,硕士学位,主要从事脊柱退行性疾病的中西医结合临床诊疗工作。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数			年龄 /岁
	n	男	女	
治疗组	42	24	18	49.63 ± 12.51
对照组	42	22	20	48.90 ± 12.86
检验值	$\chi^2 = 1.332$			$Z = 1.172$
P 值	0.860			0.312

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合参考文献中的^[20,21]诊断标准:(1)下段放射性疼痛,疼痛位置与相应受累神经支配区域相符;(2)下肢感觉异常,相应受累神经支配区域皮肤浅感觉减弱;(3)直腿抬高试验、直腿抬高加强试验、健侧直腿抬高试验或股神经牵拉试验阳性;(4)腱反射较健侧减弱或消失;(5)肌力下降;(6)腰椎 MRI 或 CT 显示椎间盘突出,压迫神经与症状、体征受累神经相符。前 5 项标准中,符合其中 3 项,结合第 6 项,即可诊断为 LDH。

1.2.2 中医诊断标准

符合《中医病证诊断疗效标准》^[22]中寒湿痹阻型 LDH 诊断标准:腰腿部冷痛重着,转侧不利,虽静卧亦不减或反而加重,遇寒痛增,得热则减,伴下肢活动受限,舌质淡胖,苔白腻,脉沉紧或濡缓。具有腰痛、腿痛主症之一,其他症状具有 2 项及舌脉支持者,即可诊断。

1.3 纳入标准

(1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;(2)近 1 年未行腰椎手术、无腰椎外伤史;(3)近 2 个月未进行 LDH 有关治疗;(4)可以配合信息采集并能接受本研究方法。

1.4 剔除标准

(1)已达到手术指征患者;(2)合并有脊柱结核肿瘤、脊柱骨折、脊柱外伤史、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎等患者;(3)过敏体质或者对本研究药物过敏者;(4)接受其他相关治疗并影响本研究或正参与其他试验研究者;(5)特殊人群(孕妇、哺乳期女性、严重精神障碍者等);(6)因个人原因或者其他不可控因素退出本研究者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

采用基础治疗,即:卧床休息 + 塞来昔布胶囊[(国药准字 H20140106,规格:0.2g,生产企业:Pfizer Pharmaceutical LLC)0.2g/次,1 次/d] + 甘露醇注射液[(国药准字 H43020481,规格:250 mL:50 g)甘露醇注射液为湖南科伦治药有限公司生产,静脉滴注,50g/次,1 次/d,持续治疗 3 d],共治疗 14d,无其他物理治疗,排除其他因素的干扰,然后于第 3 周、第 4 周进行随访。

1.5.2 治疗组

在对照组的基础上口服温经健腰汤,方用:(独活 10g,槲寄生 9g,当归 10g,白芍 15g,熟地黄 15g,肉桂 3g,茯苓 12g,盐杜仲 15g,牛膝 15g,全蝎 3g,醋延胡索 15g,醋乳香 6g,醋没药 6g,威灵仙 10g,续断片 10g),均由湖北省宜昌市中医医院煎药室统一熬制(1 剂/d,3 次/d,150mL/次,饭后 30min 口服),共治疗 14d,然后于第 3 周、第 4 周进行随访。

1.6 观察指标

观察两组患者治疗前、治疗 1 周、2 周及第 3 周随访、第 4 周随访时中医证候积分、VAS 评分、JOA 评分、ODI 评分,并于第 4 周(28 天)时进行疗效评估。

1.6.1 疗效评价标准

疗效评价参照《中医病证诊断疗效标准》^[22]及相关文献^[23]:显效:腰痛、放射痛腿麻等症状消失,直腿抬高可达 70°以上,可正常生活及工作;有效:症状体征改善明显,直腿抬高可达 60°,在疲劳时感到腰痛、腿麻症状;无效:较试验前腿麻、腰痛症状无变化,影响正常生活。临床总有效率 = (显效 + 有效)/总例数 × 100%。

1.6.2 两组中医证候积分比较

评估两组患者治疗前后腰部冷痛、下肢寒凉、遇寒加重等中医证候积分变化,将主证由轻至重分为 0,2,4,6 分,将次证由轻至重分为 0,1,2,3 分,分值越高代表症状越重^[24]。

1.6.3 两组 VAS 评分比较

疼痛程度采用视觉模拟表评分法(visual analogue scale,VAS)进行评分,从 0 ~ 10 分,0 分为“完全无痛”,10 分为“疼痛到极点”,分数越高对应疼痛感更严重。

1.6.4 两组 JOA 分数比较

腰椎日本骨科协会评估治疗分数(Japanese orthopaedic association,JOA),从主观症状(9 分)、临床体征(6 分)、日常活动受限度(14 分)进行评分,分值越低,说明腰椎功能越差。

1.6.5 Oswestry 功能障碍指数评分表(ODI)

通过腰腿痛程度、提举重物情况、行走状况、个人生活等十项内容来评价患者腰部疼痛情况及所带来的影响。每项均为 0 ~ 5 分,总分为(所得分数/5 × 回答问题数) × 100%,分数越高,代表功能障碍程度越重,生活水平越差。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 27.0 进行统计学分析,符合正态分布的计量资料,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用两独立样本 t 检验;计数资料以例数和百分比(%)表示,用秩和检验比较,等级资料间的差异采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗临床总有效率比较

观察两组患者治疗总有效率(95.24%),较对照组(64.28%)高,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.2 两组患者治疗前后 VAS 评分

观察两组患者治疗前、治疗1周、2周、3周、4周VAS评分。治疗前及治疗1周时两组VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后2周、3周、4

周两组VAS评分均降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表2 两组患者临床有效率比较

组别	例数	显效 例 率/%	有效 例 率/%	无效 例 率/%	总有效 例 率/%
对照组	42	4 9.52	23 54.76	15 35.71	27 64.28
治疗组	42	13 30.95	27 64.29	2 4.76	40 95.24
χ^2 值				6.232	
P 值				0.027	

表3 两组患者治疗前后 VAS 评分($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗3周	治疗4周
治疗组	8.00 $\pm$ 0.79 ^B	5.06 $\pm$ 0.76 ^{AB}	4.17 $\pm$ 1.19 ^{**}	2.28 $\pm$ 0.90 ^{**}	1.50 $\pm$ 0.57 ^{**}
对照组	7.88 $\pm$ 0.80	5.12 $\pm$ 0.79 ^A	4.67 $\pm$ 1.72 [*]	3.27 $\pm$ 1.12 [*]	2.35 $\pm$ 0.77 [*]
t 值	0.519	0.636	4.914	4.132	3.619
P 值	0.608	0.579	0.001	0.001	0.001

与治疗前比较,^{*} $P > 0.05$,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^B $P > 0.05$,^B $P < 0.05$; $n = 42$

2.3 两组患者治疗前后 JOA 评分

两组患者治疗前、治疗1周时JOA评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。经2周、3周、4周后两组

JOA评分均升高,且治疗组高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者治疗前后 JOA 评分($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗3周	治疗4周
治疗组	11.90 $\pm$ 1.05 ^B	13.60 $\pm$ 1.11 ^{AB}	17.90 $\pm$ 1.15 ^{**}	20.88 $\pm$ 1.29 ^{**}	23.92 $\pm$ 1.39 ^{**}
对照组	11.95 $\pm$ 1.04	13.64 $\pm$ 1.12 ^A	15.67 $\pm$ 1.55 [*]	17.54 $\pm$ 1.95 [*]	21.25 $\pm$ 2.11 [*]
t 值	0.338	0.435	10.752	12.458	10.529
P 值	0.741	0.659	0.001	0.001	0.001

与治疗前比较,^{*} $P > 0.05$,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^B $P > 0.05$,^B $P < 0.05$, $n = 42$

2.4 两组患者中医证候评分

治疗前两组中医证候评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组中医证候评分均降低,且

治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

表5 患者治疗前后中医证候评分($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腰部冷痛		下肢寒凉		遇寒加重	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	42	2.23 $\pm$ 0.34	0.18 $\pm$ 0.06 ^{**}	3.11 $\pm$ 1.15	1.02 $\pm$ 1.21 ^{**}	2.95 $\pm$ 1.13	1.01 $\pm$ 1.00 ^{**}
对照组	42	2.20 $\pm$ 0.32	0.61 $\pm$ 0.15 [*]	3.35 $\pm$ 1.37	1.62 $\pm$ 1.19 [*]	3.00 $\pm$ 1.38	1.55 $\pm$ 1.34 [*]

与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^B $P < 0.05$

2.5 两组患者治疗前后 ODI 评分

观察两组患者治疗前、治疗1周、2周、3周、4周ODI评分,治疗前及治疗1周时ODI评分比较,差异无

统计学意义($P > 0.05$),经过2周、3周、4周时ODI评分比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表6。

表6 两组患者治疗前后 ODI 评分($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗3周	治疗4周
治疗组	34.94 $\pm$ 4.13 ^B	30.14 $\pm$ 4.11 ^{AB}	24.99 $\pm$ 4.14 ^{**}	18.88 $\pm$ 4.21 ^{**}	15.16 $\pm$ 4.22 ^{**}
对照组	35.02 $\pm$ 4.06	29.98 $\pm$ 4.12 ^A	25.56 $\pm$ 4.23 [*]	22.53 $\pm$ 4.18 [*]	19.16 $\pm$ 4.23 [*]
t 值	0.138	0.157	2.569	5.742	6.694
P 值	0.890	0.674	0.001	0.001	0.001

与治疗前比较,^{*} $P > 0.05$,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^B $P > 0.05$,^B $P < 0.05$; $n = 42$

3 讨论

随着科技的发展及人们生活工作方式的改变,久坐导致腰椎间盘突出长时间受压,其发病率日益升高,且呈年轻化趋势^[23,25]。在我国,文献报道其患病率达 6%^[27]。西医学认为腰椎间盘突出症是在身体机能退化、自身劳损及外部损伤等各种因素的作用下,纤维环被压迫过度引起破裂,致使髓核组织从破裂口向后突出后,刺激或压迫各脊髓神经根,导致出现以腰部不适感(如刺痛、胀痛)及下肢出现受累神经根支配区域放射样疼痛或其他异常感觉为主要特征的疾病。中医学认为其发病原因主要是患者平素肝肾亏虚,寒湿之邪又乘虚而入,从而使人正气虚而气血运行受阻,“不通则痛”进而引发腰痛。

临床观察发现,腰椎间盘突出症患者多表现为腰部及下肢疼痛麻木、发凉,病程较长,缠绵难愈,且容易复发,该特点与中医寒湿之邪致病相同,现代文献研究也证实,寒湿痹阻证 LDH 患者在临床上所占比例较高^[28]。古籍中对腰痛的病因病机也有详细阐述。《素问·痹论》中“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,提示痹证的发生与风寒湿密切相关。《灵枢·五癯津液别》云:“五谷之津液,和合而为膏者,内渗入于骨空……下过度则虚,虚,故腰背痛而胫酸”。因此,肾中之精若不足,可引起骨骼的病变。秦汉至隋唐时期,认为肾虚是腰痛之主要内因,即不荣则痛;宋元明清时期,朱丹溪提出瘀血、痰积等病因,即不通则痛。《古今医统大全》曰:“腰痛所感有五:一曰阳气不足,少阴肾衰,是以痛也;二曰风痹,风寒湿着腰痛;三曰肾虚,劳役伤肾而愈;四曰坠堕险地,伤腰而痛;五曰寝卧湿地腰痛。”《三因极一病症方论》中载“夫腰痛,皆由肾气虚弱,卧冷湿地当风所得,不急速治,喜流入脚膝……”,强调了肾虚及风寒湿邪的致病因素。”这些都是对病机的探讨,根据中医古籍对病因病机的记载,不难看出寒湿之邪为实,肝肾亏虚为本虚,当前市面上的中成药主要根据中医证型予以辨证论治,忽视了“久病及肾”的病机,因此在治疗上,需结合患者证型,同时兼顾补益肝肾,方能治病求本,标本兼治。根据“祛风散寒除湿,温经通络止痛”同时兼顾补益肝肾的总治疗原则,本方以“独活”为君药,取其祛风除湿,通痹止痛之功效,形成总则的基调,独活是治风寒湿痹的主药,凡风寒湿邪所致之痹证,无论新久,均可应用;肉桂甘热助阳以补虚,辛热散寒以止痛,能行气血,运经脉,善祛痼冷沉寒,是治风寒湿痹之要药,《本草求真》言“大补命门相火,益阳治阴,凡沉寒痼冷,营卫风寒……,因寒因滞而得者,用此治无不效”,是为臣药;槲寄生、牛膝、杜仲、续断补肝肾、祛风湿、壮筋骨,常相须为用,对痹证日久,伤及肝肾,腰膝酸软,筋骨无力者尤宜,当归、白

芍、熟地养血活血,寓“治风先治血,血行风自灭”之意,通过活血养血,达到气血充足,身强体壮,内风不能生,外风不能侵而风邪自灭,延胡索辛散温通,为活血行气止痛之良药,《本草纲目》谓其“能行血中之气滞,气中血滞,故专治一身上下诸痛,用之中的,妙不可言。盖延胡索活血化气,第一品药也”。无论何种痛证,均可配伍应用。乳香辛散走窜,味苦通泄,既入血分,又入气分,能行血中气滞,化瘀止痛,内能宣通脏腑气血,外能透达经络,可用于一切气滞血瘀之痛证。《医学衷中参西录》云“乳香、没药,二药并用,为宣通脏腑,流通经络之要药,故凡心胃肋腹肢体关节诸疼痛皆能用之。”在本方中起活血散瘀,行气止痛之功。全蝎善于通络止痛,对风寒湿痹久治不愈,筋脉拘挛,甚则关节变形之顽痹,作用颇佳,威灵仙辛散温通,性猛善走,通行十二经,既能祛风湿,又能通经络而止痛,为治风湿痹痛要药。此 12 味药,皆为佐药;茯苓味甘而淡,甘则能补,淡则能渗,既可祛邪,又可扶正,用于此方取其健脾益气之功,补后天之本,是为使药。15 味药配伍,共奏祛风散寒除湿,温经通络止痛兼顾补益肝肾之功。

现代药理研究表明:独活所含香柑内酯、花椒毒素等物质,其具有抗炎、镇痛及镇静催眠作用,对血小板聚集有抑制作用,并有降压作用^[29];肉桂通血脉的主要潜在活性成分包括原花青素类、二萜类及木脂素等,其作用靶点主要为纤维蛋白原和凝血因子 X 等^[30]。寄生、牛膝、杜仲、地黄、白芍、延胡索、乳香、没药、全蝎、威灵仙等具有抗炎、镇痛、抗氧化、抗菌抑菌等作用,能够抑制炎症因子、抑制信号通路等发挥抗炎镇痛作用^[31-34]。故温经健腰方治疗 LDH 时通过保护神经、抗炎症免疫反应、抗氧化等作用,抑制了髓核突出后受累神经根及其周围组织的化学炎症反应,并且在减缓类软骨组织椎间盘的退行性改变发挥了治疗作用。

在本研究过程中,84 名患者未反映服药后产生不适,未见恶心、呕吐、头昏、腹泻等不良反应,未出现脱落情况,表明温经健腰汤的临床运用是安全的。在疗效评价方面,中医证候积分治疗后两组都较前有改善,且治疗组优于对照组。VAS 评分、JOA 评分、ODI 指数评分,在治疗前及治疗后 1 周比较时,差异无统计学意义($P > 0.05$),但是在治疗后 2 周、3 周、4 周时评分比较时,差异具有统计学意义($P < 0.05$),治疗组各个维度均较对照组改善明显,表明温经健腰汤能够在常规保守治疗上进一步提高腰椎间盘突出症寒湿痹阻证患者的生活质量,且疗效随着时间延长更加明显。依据临床有效率结果,治疗组显效率达 30.95%,总有效率达 95.24%,远远高于对照组的 9.52% 和 64.28%,以上数据更确切地说明了温经健腰汤对于腰椎间盘突出

症寒湿痹阻证患者能起到明显的治疗效果,且症状改善明显。

综上所述,温经健腰汤可以起到“祛风散寒除湿,温经通络止痛”的功效,兼顾补益肝肾,对寒湿痹阻型腰椎间盘突出症疗效可靠,且安全性高,值得临床推广,但其具体作用机制还需要进一步研究。

参考文献:

- [1] ZHANG A S, XU A, ANSARI K, et al. Lumbar disc herniation: diagnosis and management[J]. Am J Med, 2023,136(7):645.
- [2] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020,26(1):2.
- [3] 邵晨,袁伶俐,朱勋兵,等. 复发腰椎间盘突出症的病因及治疗进展[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2019,34(5):558.
- [4] 金天翔,袁军,高俊,等. 从《黄帝内经》论椎间盘及椎间盘突出症的中医病因病机与治疗方法[J]. 中医正骨, 2024,36(7):59.
- [5] 曾祥宏,刘兵. 腰椎间盘突出症的病因及其机制分析[J]. 长江大学学报(自然科学版)医学卷, 2010,7(3):72.
- [6] OMIDI-KASHANI F, HEJRATI H, ARIAMANESH S. Ten important tips in treating a patient with lumbar disc herniation[J]. Asian Spine J, 2016,10(5):955.
- [7] 田伟,陈伯华,王岩,等. 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志, 2020,40(8):477.
- [8] HARO H, EBATA S, INOUE G, et al. Japanese orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of lumbar disc herniation, third edition - secondary publication[J]. J Orthop Sci, 2022,27(1):31.
- [9] Kawakami M, Takeshita K, Inoue G, et al. Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of lumbar spinal stenosis, 2021 - Secondary publication[J]. J Orthop Sci, 2023,28(1):46.
- [10] 冯世庆,曹富江,李长青,等. 腰椎间盘突出症诊疗与康复管理指南[J]. 中华外科杂志, 2022,60(5):401.
- [11] 段生艳,武水民. 西医常规药物联合小针刀治疗腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 中国社区医师, 2023,39(29):86.
- [12] 许海晨,周忠. 药物配合腰背肌锻炼治疗腰椎间盘突出症 60 例[J]. 福建中医药, 2018,49(4):23.
- [13] MORIMOTO M, SUGIURA K, MANABE H, et al. Comparison of percutaneous endoscopic transforaminal discectomy, chemonucleolysis, microdiscectomy, and microendoscopic discectomy for symptomatic lumbar disc herniation: One - year follow - up clinical results and disc degeneration. [J]. Neurologia medico - chirurgica, 2024; 64(9):330.
- [14] LIU X Y, YUAN S M, TIAN Y H, et al. Comparison of percutaneous endoscopic transforaminal discectomy, microendoscopic discectomy, and microdiscectomy for symptomatic lumbar disc herniation: minimum 2 - year follow - up results. [J]. Journal of neurosurgery. Spine, 2018,28(3):317.
- [15] GU Y T, CUI Z, SHAO H W, et al. Percutaneous transforaminal endoscopic surgery (PTES) for symptomatic lumbar disc herniation: a surgical technique, outcome, and complications in 209 consecutive cases. [J]. Journal of orthopaedic surgery and research, 2017,12(1):25.
- [16] 洪炳杰,王道明,张沈屹婷. 腰椎间盘突出症中医证素分布与组合规律文献研究[J]. 中医药临床杂志, 2020,32(11):2109.
- [17] 饶明玲. 督灸联合独活寄生汤加减治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 基层医学论坛, 2024,28(2):134.
- [18] 洪柳,陈尧影. 督灸联合中药封包对寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的疗效影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2023,48(7):981.
- [19] 熊文勤,黄盈婷. 独活寄生汤加减结合热敷灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的疗效[J]. 临床合理用药, 2024,17(9):137.
- [20] 李官东. 寒湿痹阻型腰椎间盘突出症应用独活寄生汤联合中药热奄包治疗的临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2023,42(8):91.
- [21] CHENG Z X, ZHENG Y J, FENG Z Y, et al. Chinese Association for the Study of Pain: Expert Consensus on Diagnosis and Treatment for Lumbar Disc Herniation [J]. World J Clin Cases, 2021,9(9):2058.
- [22] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[Z]. 南京:南京大学出版社, 1994:201.
- [23] 周谋望,岳寿伟,何成奇,等. “腰椎间盘突出症的康复治疗”中国专家共识[J]. 中国康复医学杂志, 2017,32(2):129.
- [24] 刘炳林. 中药新药临床研究一般原则解读和起草情况说明[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2016,18(12):2075.
- [25] 吴庆能,赵进喜,余辉. 腰椎间盘突出症的危险因素分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020,31(11):1755.
- [26] 张京京. 腰椎间盘突出症患者疼痛信念水平及其危险因素分析[J]. 全科医学临床与教育, 2022,20(8):762.
- [27] 徐波,黄泽灵,张龙,等. 中国人群腰椎间盘突出症患者频率的 Meta 分析[J]. 中医正骨, 2023,35(9):17.
- [28] 王志明. 腰椎间盘突出症中医证素分布规律的临床研究[D]. 福建中医药大学硕士学位论文, 2019.
- [29] 朱艳,李繁,刘庆阳. 中药独活本草及药理学研究进展[J]. 辽宁经济职业技术学院(辽宁经济管理干部学院学报), 2010(1):68.
- [30] 牟海栋,屠鹏飞,姜勇. 基于网络药理学的肉桂温经通脉的作用机制研究[J]. 药学报, 2016,51(11):1724.
- [31] 阿古达木,陈薇薇,徐杉,等. 独活寄生汤临床运用及药理研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020,22(10):163.
- [32] 田铺,马武开,钟琴. 独活寄生汤治疗膝骨关节炎的现代药理作用及临床应用研究[G]//中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会. 第十六届中国中西医结合风湿病学术年会论文集. 贵阳:中医学院,贵阳中医学院第二附属医院, 2018:169.
- [33] 张超,姚金彤,马莹莹,等. 独活寄生汤药理作用与临床应用研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2019,26(5):141.
- [34] 张璟婷,袁敏青. 独活寄生汤治疗膝骨关节炎药理研究及临床应用进展[J]. 河北中医, 2017,39(3):468.

Clinical observation on *Wenjing Jianyao Decoction* (温经健腰汤) in the treatment of lumbar disc herniation with cold – dampness obstruction

LIU Xingzhong¹, LIU Decai², PAN Waiqin¹, ZHENG Shiwei¹, LI Xiucheng¹, WU Qilong², LIU Liu^{3*}

(1. *Traditional Chinese Medicine Hospital of China Three Gorges University, Yichang Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yichang 443000, China*; 2. *School of Acupuncture – moxibustion and Orthopedics, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430000, China*; 3. *Wuhan Orthopedics Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine, Affiliated Hospital of Wuhan Sports University, Wuhan 430000, China*)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of *Wenjing Jianyao Decoction* (温经健腰汤, WJJYD) in the treatment of lumbar disc herniation (LDH) with cold – dampness obstruction. **Methods** A total of 84 patients of LDH with cold – damp obstruction admitted to our hospital from July 2023 to December 2023 were selected and divided into the treatment group and a control group using a random number table method, with 42 cases in each group. The control group received basic treatment for LDH as recommended by the guidelines, while the treatment group received WJJYD orally in addition to the basic treatment received by the control group. Both groups were treated for 14 days. The changes in the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Visual Analogue Scale (VAS) scores, Japanese Orthopaedic Association (JOA) scores, and Oswestry Disability Index (ODI) scores were observed before treatment, during treatment and at follow – ups. Efficacy was evaluated at 4 weeks. **Results** The total effective rate in the treatment group (95.24%) was significantly higher than that in the control group (64.28%), with a statistically significant difference ($P < 0.05$). Before treatment, there were no significant differences in TCM syndrome scores, VAS scores, ODI scores between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the treatment group exhibited lower TCM syndrome scores, VAS scores, and ODI scores, and higher JOA scores compared to the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). **Conclusion** WJJYD combined with basic lumbar treatment can improve therapeutic outcomes for LDH, alleviates clinical symptoms, which is worthy of clinical promotion.

Key words: Lumbar disc herniation; *Wenjing Jianyao Decoction* (温经健腰汤); Cold – dampness obstruction; Clinical observation

(责任编辑:吴慧康)