益气活血舒筋方治疗腰椎间盘突出症气虚血瘀证的临床观察

李继平，杨建*
（黄石市中医医院骨科，湖北 黄石 435000）

摘要 目的：分析益气活血舒筋方治疗腰椎间盘突出症气虚血瘀证的临床效果。方法：回顾 2021 年 3 月—2024 年 3 月于黄石市中医医院就诊的 95 例腰椎间盘突出症患者的临床资料，按治疗方法分成常规组 47 例与联合组 48 例。常规组患者接受牵引、塞来昔布口服等常规西医治疗，联合组在此基础上加用益气活血舒筋方口服治疗，两组均连续治疗 2 周。观察两组中医证候积分、血清学指标、腰椎活动度、腰椎功能与疼痛评分、临床疗效及不良反应。结果：治疗后，联合组中医证候积分、Osweatry 功能障碍指数（ODI）、视觉模拟（Visual Analogue Scale/Score，VAS）疼痛评分均低于常规组（$P<0.05$）；联合组前列腺素 E2（PGE2）、5－羟色胺（5－HT）、P 物质（SP）、神经肽 Y（NPY）水平均低于常规组（$P<0.05$）；联合组日本骨科学会评分标准（JOA）评分及腰椎前屈、侧屈、后伸活动度均高于常规组（$P<0.05$）；联合组总治疗有效率高于常规组（$P<0.05$）；不良反应总发生率两组差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：益气活血舒筋方可提高腰椎间盘突出症气虚血瘀证患者的治疗效果，降低患者疼痛程度，改善患者腰椎活动度及腰椎功能，且具有较高安全性。

关键词 益气活血舒筋方；腰椎间盘突出症；气虚血瘀证
中图分类号：R255.6 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）05－0097－05
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250104

腰椎间盘突出症是指腰椎间盘纤维环发生破裂或退变，椎间盘的髓核突出，压迫神经根或脊髓，从而引起的脊柱疾病，其发病与年龄、过度负荷、外伤及遗传等因素有关，主要症状包括腰背部疼痛、坐骨神经痛、运动受限等[1－2]。西医治疗腰椎间盘突出症主要包括保守治疗和手术治疗两种，但均存在一定的局限性[3－4]。近年来，中医学理论不断发展完善，中医药手段治疗腰椎间盘突出症以其简、便、效、廉的独特优势逐渐受到青睐，腰椎间盘突出症属中医“痹症”“腰痛”等范畴，气虚血瘀证是其常见证型之一，气虚导致运血无力，血行缓慢，瘀阻络脉，筋骨失养；治疗当以益气活血为主要原则[5－6]。黄石市中医医院依据本病病因病机，自拟益气活血舒筋方治疗，具有益气活血、舒筋止痛的功效，本研究对 95 例腰椎间盘突出症气虚血瘀证患者的临床资料进行回顾性分析，旨在探讨益气活血舒筋方对气虚血瘀型腰椎间盘突出症的治疗效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾 2021 年 3 月—2024 年 3 月于黄石市中医医院就诊的 95 例腰椎间盘突出症患者的临床资料，按治疗方法分成常规组 47 例与联合组 48 例。常规组女 20 例，男 27 例；年龄 31～61 岁，平均年龄（45.95±5.47）岁；病程 1～6 年，平均病程（3.65±0.83）年；责任节段：L_{3-4}13 例，L_{4-5}19 例，$L_5-S_1$15 例。联合组女 23 例，男 25 例；年龄 28～65 岁，平均年龄（47.01±4.63）岁；病程 1～6 年，平均病程（3.37±0.97）年；责任节段：L_{3-4}14 例，L_{4-5}16 例，$L_5-S_1$18 例。两组基础资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。黄石市中医医院医学伦理委员会批准本研究（2024－26）。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合《腰椎间盘突出症诊疗指南》[7]中腰椎间盘突出症诊断标准。患者主要表现为腰痛、下肢放射性

收稿日期：2024－07－04 **修回日期**：2024－12－15
基金项目：湖北省自然科学基金项目（2022CFB391）
作者简介：李继平（1987－），男，硕士，主治医师，从事中医骨伤相关研究。
*通信作者：杨建（1988－），男，硕士，主治医师，从事脊柱外科学相关研究。

神经痛、腰部活动受限,腰椎 MRI 或 CT 提示节段性腰椎间盘突出,神经根或硬膜囊受压。

1.2.2 中医辨证标准

符合《中医病证诊断疗效标准》[8] 中气虚血瘀证辨证标准。主症:腰部局部刺痛、痛处固定、腰肌僵硬、活动不利、肢倦无力。次症:面色淡白、气短懒言、纳差、唇甲青紫、舌黯紫或有瘀斑,苔薄白,脉弦紧或涩。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断及辨证标准;②年龄 18 ~ 70 岁;③临床资料完整;④患者及家属均知情同意。

1.4 排除标准

①合并严重骨质疏松、腰椎肿瘤、腰椎结核或椎间隙严重感染者;②需手术治疗者;③过敏体质者;④合并有恶性肿瘤或严重心、脑血管疾病或其他系统严重功能障碍者;⑤意识不清或有精神疾患无法沟通者;⑥妊娠或哺乳期妇女。

1.5 治疗方法

常规组患者接受牵引、塞来昔布口服等常规西医治疗。塞来昔布(江苏正大清江制药有限公司,)每次 400 mg,每天 2 次,连续治疗 2 周。

联合组在常规组基础上加用益气活血舒筋方口服治疗。方药组成:炙黄芪 30 g,太子参 25 g,山药 15 g,制附子 10 g,熟地黄 15 g,当归 12 g,川芎 10 g,赤芍 15 g,丹参 12 g,姜黄 10 g,地龙 10 g,独活 15 g,全蝎 6 g,盐杜仲 15 g,桑寄生 6 g,甘草 6 g。每份药物浸泡 30 min 后,每次加水 400 ~ 600 mL 煎煮 2 次,每次取汁 200 mL 混合为 1 剂,每剂 400 mL,每日 1 剂,早、晚分 2 次服用,连续治疗 2 周。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医证候积分

按照等级证候积分法将两组患者治疗前、治疗后主症与次症情况分为无、轻、中、重,分别计 0 分、2 分、4 分、6 分。

1.6.2 血清学指标

治疗前后分别抽取两组患者空腹静脉血 5 mL,离心后取上清,采用免疫比浊法检测前列腺素 E2(Prostaglandin, PGE2)、5 - 羟色胺(5 - hydroxytryptamine, 5 - HT)、P 物质(Substance P, SP)、神经肽 Y(Neuropeptide Y, NPY)水平。

1.6.3 腰椎活动度

使用通用量角器对治疗前后两组患者腰椎前屈、侧屈、后伸等坐位无痛活动范围进行测量。

1.6.4 腰椎功能与疼痛评分

使用日本骨科学会评分标准(Japanese orthopaedic association, JOA)与 Osweatry 功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI)对两组患者治疗前后腰椎功能进行评估,JOA 总分 29 分,从临床体征、主观症状、活动受限情况等方面评估,分值越低腰椎功能越差;ODI 包括站立、疼痛、生活自理等 10 个方面,总分 100 分,分值越高腰椎功能越差。疼痛程度采用视觉模拟(Visual analogue score, VAS)评分法评估,由患者在标有1 ~ 10 刻度的评分尺上标记能代表自身疼痛程度的分数,0 分为没有疼痛,10 分为无法忍受的严重疼痛,分值越高疼痛程度越重。

1.6.5 临床疗效

痊愈:腰腿痛等临床症状、体征消失,中医证候积分减少 90% 及以上;显效:症状体征显著缓解,70% ≤ 证候积分减少 < 90%;有效:症状体征较前减轻,30% ≤ 证候积分减少 < 70%;无效:症状体征无明显改善甚或加重,证候积分减少 30 以下。

1.6.6 不良反应

观察并记录两组患者治疗过程中药物相关性不良反应发生情况。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析,计数资料用(%)表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分

两组中医证候积分治疗后均降低($P < 0.05$),联合组低于常规组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组腰椎间盘突出症患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	47	16.29 ± 2.13	11.26 ± 1.85*	14.53 ± 2.84	9.27 ± 2.03*
联合组	48	15.59 ± 2.21	7.24 ± 1.68*#	13.58 ± 2.81	6.52 ± 1.33*#

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,# $P < 0.05$。

2.2 疼痛介质

两组治疗后 PGE2、5 - HT、SP、NPY 均降低($P < 0.05$),联合组低于常规组($P < 0.05$),见表 2。

2.3 腰椎活动度

两组治疗后腰椎前屈、侧屈、后伸活动度均变大($P < 0.05$),联合组大于常规组($P < 0.05$),见表 3。

表 2 两组腰椎间盘突出症患者疼痛介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PGE2/(μg/L)		5-HT/(ng/mL)		SP/(mg/L)		NPY/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	47	36.55 ± 5.18	20.12 ± 3.75*	748.08 ± 103.94	633.67 ± 83.81*	519.83 ± 61.64	325.93 ± 47.29*	265.94 ± 32.37	174.08 ± 38.55*
联合组	48	35.06 ± 5.49	13.71 ± 3.24*#	722.43 ± 95.62	525.16 ± 63.24*#	503.47 ± 55.32	283.07 ± 39.43*#	274.81 ± 30.68	146.74 ± 39.23*#

注:与本组治疗前比较,*$P < 0.05$;与常规组治疗后比较,#$P < 0.05$。

表 3 两组腰椎间盘突出症患者腰椎活动度比较($\bar{x} \pm s$,°)

组别	例数	前屈		侧屈		后伸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	47	40.75 ± 1.76	46.04 ± 2.99*	18.82 ± 1.15	22.04 ± 1.37*	17.55 ± 1.63	20.03 ± 1.56*
联合组	48	41.26 ± 1.88	49.02 ± 3.21*#	19.15 ± 1.27	23.22 ± 1.21*#	18.04 ± 1.71	21.84 ± 1.69*#

注:与本组治疗前比较,*$P < 0.05$;与常规组治疗后比较,#$P < 0.05$。

2.4 腰椎功能与疼痛评分

两组治疗后 JOA 评分升高,ODI、VAS 评分均降低($P < 0.05$),联合组变化幅度大于常规组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组腰椎间盘突出症患者腰椎功能与疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	JOA		ODI		VAS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	47	15.75 ± 1.96	20.35 ± 2.79*	38.57 ± 4.69	23.15 ± 3.37*	6.35 ± 1.41	3.37 ± 1.26*
联合组	48	16.26 ± 1.88	23.52 ± 2.55*#	39.22 ± 4.73	19.72 ± 3.13*#	6.64 ± 1.58	2.04 ± 1.32*#

注:与本组治疗前比较,*$P < 0.05$;与常规组治疗后比较,#$P < 0.05$。

2.5 临床疗效

联合组治疗总有效率高于常规组($P < 0.05$),见表 5。

2.6 不良反应

两组不良反应总发生率差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 6。

表 5 两组腰椎间盘突出症患者临床疗效对比[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
常规组	47	13(27.66)	14(29.79)	11(23.40)	9(19.15)	38(80.85)
联合组	48	22(45.83)	15(31.25)	9(18.75)	2(4.17)	46(95.83)
χ^2 值						5.207
P 值						0.023

表 6 两组腰椎间盘突出症患者不良反应发生率对比[例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	皮疹	头晕头痛	腹胀腹泻	总发生
常规组	47	1(2.13)	0(0)	1(2.13)	1(2.13)	3(6.38)
联合组	48	2(4.17)	1(2.08)	0(0)	2(4.17)	5(10.42)
χ^2 值						0.501
P 值						0.479

3 讨论

近年来,随着生活节奏加快与生活方式的改变,长期姿势不良、久坐、久站、劳累等长期过度负荷加速椎间盘退行性改变,腰椎间盘突出症发病率不断升高,趋于年轻化,且复发率较高[9-11]。目前西医治疗腰椎间盘突出症主要包括物理治疗、药物治疗、腰部支撑治疗等保守治疗,可减轻疼痛、缓解症状,但治疗过程较长,疗效有限,且部分药物长期应用副作用较大,对于严重症状或保守治疗无效的患者,可通过手术治疗去除突出部分,减轻神经根的压迫,但手术风险较大、恢复期较长[12-14]。因此,探究更为安全有效的治疗手段,仍然具有重要意义。

腰椎间盘突出症归属于中医“腰痛”“痹症”等范畴,气虚血瘀是其主要发病原因,患者由于正气不足、外感邪气或过度劳损等因素导致脏腑功能减弱,气血生化乏源、运行无力,脉络空虚,气血瘀滞,不通则痛,

肌骨筋脉失于濡养,不荣则痛,因此,当以益气活血为治则[15-16]。本研究结果显示,联合组临床疗效高于常规组,治疗后观察组主症与次症的中医证候积分均低于治疗前和常规组,表明益气活血舒筋方治疗腰椎间盘突出症气虚血瘀证患者疗效显著,可降低患者临床症状。益气活血舒筋方中炙黄芪补气升血,太子参益气生津,二者共为君药;熟地黄、当归滋阴养血、填精益髓,制附子温阳散寒,川芎活血行气,四者共为臣药;山药益气健脾,赤芍、丹参、姜黄活血化瘀,地龙清热息风、通络止痛,独活通痹止痛,全蝎熄风止痉,盐杜仲、桑寄生补肝肾,强筋骨,以上共为佐药;甘草调和药性,为使药,诸药合用,共同发挥补气活血、通络止痛的功效。本研究结果显示,治疗后,联合组患者腰椎前屈、侧屈、后伸活动度均大于治疗前和常规组,联合组 JOA 评分高于治疗前和常规组,ODI 评分低于治疗前和常规组,表明益气活血舒筋方可显著改善腰间盘突出症气虚血瘀证患者的腰椎功能。益气活血舒筋方补气养血、活血化瘀、舒筋活络,能够改善腰部气血循环及经络的通畅性,促进气血运行,从而缓解患者的不适症状,促进腰椎功能及活动度的恢复。有研究表明,独活、桑寄生中所含的槲皮素、异紫花前胡内酯等有效成分可通过多通路发挥对腰椎间盘突出症的治疗作用[17];杜仲可通过调控炎症与氧化应激、细胞增殖分化及凋亡等生物学进程达到治疗腰椎间盘突出症的作用[18-19]。PGE2 是由前列腺细胞合成和分泌的脂质激素,可通过促进白细胞活化参与炎症反应调节,5-HT、SP 与 NPY 均为常用疼痛介质指标[20-21],本研究中,治疗后联合组 PGE2、5-HT、SP 与 NPY 水平及 VAS 评分均低于治疗前和常规组,表明益气活血舒筋方可降低患者炎症反应水平,且镇痛效果较好。现代药理学研究表明[22],黄芪中的黄酮类化合物具有显著的抗炎和镇痛效果,可抑制炎症反应的发生,从而减轻疼痛情况。研究证实,杜仲所含桃叶珊瑚苷、黄酮类化合物、木脂素类化合物等有效成分具有抗炎、抗氧化等多种药理作用[23];全蝎、独活中均含有镇痛活性成分,可有效缓解腰椎间盘突出症患者腰背疼痛的临床症状[24-25]。

治疗过程中两组患者均出现了轻度不良反应,但组间差异不明显,均可自行恢复,表明益气活血舒筋方安全性较高,不会使不良反应发生风险增高。但本研究样本量较小,研究时间较短,后续仍需要扩大样本量,进行多中心深入研究,对药物普适性及长期疗效进行进一步验证。

综上所述,益气活血舒筋方可提高腰椎间盘突出症气虚血瘀证患者的治疗效果,降低患者疼痛程度,改善患者腰椎活动度及腰椎功能,且具有较高安全性。

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): 645-651.

[2] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会,上海中医药大学附属龙华医院,中日友好医院,等. 腰椎间盘突出症中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 945-952.

[3] RICKERS K W, PEDERSEN P H, TVEDEBRINK T, et al. Comparison of interventions for lumbar disc herniation: a systematic review with network meta-analysis[J]. Spine J, 2021, 21(10): 1750-1762.

[4] WEI F L, ZHOU C P, ZHU K L, et al. Comparison of different operative approaches for lumbar disc herniation: a network meta-analysis and systematic review[J]. Pain Physician, 2021, 24(4): E381-E392.

[5] 潘渴,邝涛. 中医药治疗腰椎间盘突出症研究进展[J]. 江苏中医药, 2023, 55(8): 75-79.

[6] 丁江浩,江文星,林智玲. 督脉雷火灸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(1): 86-88.

[7] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组,中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 477-487.

[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 364-369.

[9] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会基础研究与转化学组. 腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南[J]. 中华外科杂志, 2022, 60(5): 401-408.

[10] MARISCAL G, TORRES E, BARRIOS C. Incidence of recurrent lumbar disc herniation: a narrative review[J]. J Craniovertebr Junction Spine, 2022, 13(2): 110-113.

[11] LAASIK R, LANKINEN P, KIVIMÄKI M, et al. Return to work after lumbar disc herniation surgery: an occupational cohort study[J]. Acta Orthop, 2021, 92(6): 638-643.

[12] 陈玮,侯倩雯,陈清军,等. 中青年腰椎间盘突出症保守治疗病人腰背功能障碍的影响因素分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2023, 48(9): 1298-1303.

[13] AWADALLA A M, ALJULAYFI A S, ALROWAILI A R, et al. Management of lumbar disc herniation: a systematic review[J]. Cureus, 2023, 15(10): e47908.

[14] ROSSI V, MAALOULY J, CHOI J Y S. Lumbar arthroplasty for treatment of primary or recurrent lumbar disc herniation[J]. Int Orthop, 2023, 47(4): 1071-1077.

[15] 梁栋,柏立群. 柏立群益气活血通络法治疗气虚血瘀型腰椎间盘突出症临证经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(3): 1296-1299.

[16] 陈培,简功辉,李汪洋,等. 基于"态靶辨证"的腰椎间盘突出症诊疗策略[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(8): 1503-1509.

[17] 张鑫,李志超,辛健,等. 基于网络药理学及分子对接技术探讨独活-桑寄生药对治疗腰椎间盘突出症作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(8): 202-205, 封 3.

[18] 张天龙,赵继荣,陈祁青,等. 杜仲及其有效成分防治腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(12): 2985-2988.

[19] 邓梦,马斌祥,关永林,等. 基于网络药理学探讨"杜仲-牛膝"治

疗腰椎间盘突出症的分子机制[J]. 中医药通报,2022,21(9):48 - 54.
[20] 梅求安,周仲瑜,王刚,等. 激痛点针刺联合益气活血方治疗腰椎间盘突出症急性期的疗效观察[J]. 中国中医急症,2022,31(10):1825 - 1828.
[21] 刘采群,唐成剑,周长征,等. 温热中频治疗仪联合热敏灸对腰椎间盘突出症患者腰椎功能、血液流变学及血清 PGE2 和 5 - HT 水平的影响[J]. 现代生物医学进展,2023,23(15):2920 - 2923,2929.
[22] 邵长鑫,林欢欢,靳晓杰,等. 黄芪的炮制历史沿革及现代研究进展[J]. 中草药,2023,54(15):5057 - 5074.
[23] 张敏,梁凤妮,孙延文,等. 杜仲化学成分、药理作用和临床应用研究进展[J]. 中草药,2023,54(14):4740 - 4761.
[24] 杨志欣,汲丽丽,刘慧,等. 全蝎化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中南药学,2020,18(9):1523 - 1529.
[25] 廖禹程,丁一,王文军,等. 基于网络药理学探讨独活镇痛的分子作用机制[J]. 中国药师,2021,24(1):1 - 6.

Clinical Observation of Yiqi Huoxue Shujin Formula in the Treatment of Lumbar Disc Herniation with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome

LI Jiping, YANG Jian

(*Department of Orthopedics, Huangshi Traditional Chinese Medicine Hospital, Huangshi* 435000, *China*)

Abstract Objective: To analyze the clinical effects of Yiqi Huoxue Shujin Formula in treating lumbar disc herniation with Qi deficiency and blood stasis syndrome. Methods: A retrospective analysis was conducted on the clinical data of 95 patients with lumbar disc herniation who visited Huangshi Traditional Chinese Medicine Hospital from March 2021 to March 2024. Patients were divided into two groups based on treatment methods: the conventional group (47 cases) and the combined group (48 cases). The conventional group received routine Western medical treatments such as traction and oral Celecoxib, while the combined group received Yiqi Huoxue Shujin Formula in addition to the conventional treatments. Both groups were treated for 2 weeks. The following parameters were observed: TCM syndrome scores, serological markers, lumbar mobility, lumbar function, pain scores, clinical efficacy, and adverse reactions. Results: After treatment, the combined group had significantly lower TCM syndrome scores, Oswestry Disability Index (ODI), and Visual Analogue Scale (VAS) pain scores compared to the conventional group ($P < 0.05$). The combined group also had significantly lower levels of prostaglandin E2 (PGE2), serotonin (5 - HT), substance P (SP), and neuropeptide Y (NPY) compared to the conventional group ($P < 0.05$). Moreover, the combined group showed significantly higher Japanese Orthopedic Association (JOA) scores and better lumbar flexion, side bending, and extension compared to the conventional group ($P < 0.05$). The total clinical efficacy rate in the combined group was higher than in the conventional group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the total incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Yiqi Huoxue Shujin Formula can improve the therapeutic effect in patients with lumbar disc herniation and Qi deficiency and blood stasis syndrome, reduce pain, improve lumbar mobility and function, and has a relatively high safety profile.

Key words Yiqi Huoxue Shujin Formula; Lumbar disc herniation; Qi deficiency and blood stasis syndrome