脊痛消Ⅱ号治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的回顾性分析

刘刚刚，张晓倩，于佳远，吴兴杰*

（黑龙江中医药大学附属第二医院，黑龙江 哈尔滨 150001）

摘要 目的：观察脊痛消Ⅱ号治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床效果。方法：通过医院电子病历系统筛选 2023 年 5 月—2024 年 5 月黑龙江中医药大学附属第二医院骨一科日间病房及门诊收治的气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者，其中 118 例病历纳入最终分析，采用随机数字表法分为治疗组 65 例和对照组 53 例。治疗组采用脊痛消Ⅱ号口服联合电针治疗，对照组则仅接受单纯的电针治疗，整个治疗过程持续 14 d。比较治疗前、治疗 2 周后视觉模拟评分（VAS）、日本骨科协会评估治疗（JOA）分数以及中医症状评分的变化，并对临床疗效进行评价。结果：治疗后两组视觉模拟评分（VAS）下降（$P<0.01$），日本骨科协会评估治疗（JOA）分数升高（$P<0.01$），中医症状评分下降（$P<0.05$），且治疗组改善更明显，差异有统计学意义（$P<0.01$）。观察组临床总有效率为 93.85%（61/65），优于对照组的 81.13%（43/53），差异有统计学意义（$P<0.01$）。结论：两组患者在缓解气滞血瘀型腰椎间盘突出症所引起的疼痛方面均显著改善，且腰部及腿部功能也得到了提升，但脊痛消Ⅱ号口服联合电针治疗效果更佳。

关键词 腰椎间盘突出症；瘀水互患；电针；气滞血瘀；脊痛消

中图分类号：R274.23 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）11－0088－05

DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250237

腰椎间盘突出症（Lumbar disc herniation，LDH）是因椎间盘退变导致纤维环破裂，髓核经裂隙突出至椎管内，压迫硬膜囊或神经根，且促炎细胞因子释放，致纤维环外层伤害感受器化学敏化[1－2]，导致神经水肿，引起的腰骶部、鞍区、下肢的神经性疼痛及功能障碍[3]。近年来，LDH 在骨科临床中发病率高且呈低龄化趋势[4]，易反复发作，对患者精神、心理造成巨大压力，严重影响其生活质量，是工作缺勤、致残的重要原因之一[5－6]，增加了社会经济负担[7]。中医辨证论治疗效显著且安全，广受患者认可，是腰椎间盘突出症患者主要治疗方式之一。气滞血瘀型是腰椎间盘突出症临床中最常见证型[8]，而瘀水互患是该证型的主要病机[9]。脊痛消Ⅱ号由已故龙江骨伤名家邓福树教授汲取经方精华，结合多年的临床实践验证拟定而成，并由黑龙江省名中医吴兴杰教授继承并发扬。脊痛消Ⅱ号能够益气强筋健骨，活血化瘀利水，通络止痛，对气滞血瘀型腰椎间盘突出症疗效确切，广泛应用于临床，取得突出的临床效果。现将黑龙江中医药大学附属第二医院骨一科临床采用脊痛消Ⅱ号口服治疗气滞血瘀型 LDH 的临床诊疗资料进行回顾性分析，报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究通过医院电子病历系统筛选 2023 年 5 月—2024 年 5 月黑龙江中医药大学附属二院骨一科日间病房及门诊收治的气滞血瘀型 LDH 患者，其中 118 例病历纳入最终分析。根据随机数字表法，将患者分为治疗组 65 例和对照组 53 例。治疗组采用脊痛消Ⅱ号口服联合电针的治疗方案；而对照组则仅接受电针治疗。经过对两组患者的年龄、性别及病程等一般资料进行比较，发现两组各项指标差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性，详见表 1。本研究经黑龙江中医药大学附属第二医院伦理委员会审批（2023－K201）。

表 1 两组 LDH 患者一般资料比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	性别（男/女）/例	年龄/岁	病程/年
对照组	53	14/39	55.68±11.44	2.56±1.45
治疗组	65	19/46	56.72±12.51	2.61±1.47

收稿日期：2025－01－02 **修回日期**：2025－07－30

基金项目：黑龙江省中医药科研课题（ZHY2023－131）；第三批黑龙江省名中医继承人项目

作者简介：刘刚刚（1985－），男，硕士，主治医师，主要从事中医骨伤科、医学教育研究。

*通信作者：吴兴杰（1960－），男，硕士，教授，主任医师，硕士研究生导师，主要从事中医骨伤科临床研究。

1.2 诊断标准

参照《实用骨科学》[10]制定西医诊断标准。①腰部活动受限,腰痛可向臀部及下肢放射,腹压增加时可出现疼痛加重。②直腿抬高及加强试验阳性,部分患者出现下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝。③影像学确诊为 LDH 者,X 线检查病变椎间盘可能变窄,相邻边缘有骨赘增生;或 CT/MR 检查存在腰椎间盘突出。

参照《中医病证诊断疗效标准》[11]制定中医诊断标准。腰尻痹痛如锥刺,痛点不移,昼缓暮剧,腰脊拘挛板结,转侧屈伸不利,触按痛剧。舌质紫黯,瘀斑隐现,脉象弦紧,按之涩滞不利。

1.3 纳入标准

①符合以上 LDH 的中西医诊断标准;②年龄20 ~ 75 岁;③未达到手术指征;④无严重心、脑、肝、肾、消化系统等原发或继发疾病,且可以耐受治疗;⑤病程 < 5 年;⑥依从性好,神志清晰,具有完全民事行为能力。

1.4 排除标准

①同时参加其他试验对本研究有干扰者;②凝血功能障碍者;③严重皮肤疾病者;④合并脊柱感染、滑脱、占位、神经损伤等疾病者;⑤腰椎既往有手术病史者;⑥妊娠或哺乳期患者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组采用电针治疗方法。根据《中医筋伤学》[12]中 LDH 针灸治疗方法进行选穴和操作。使用“安迪”牌针灸针(黔械准字 20202200002)选穴进行取穴。患者俯卧位,常规消毒后,双侧腰夹脊穴、腰臀部阿是穴、关元俞、大肠俞采用 0.3 mm × 40 mm 毫针,针刺夹脊穴时针刺方向指向脊柱,深度约 4 cm;患侧环跳、秩边穴采用 0.3 mm × 70 mm 毫针直刺 7 cm;患侧承扶、委中、委阳、承山及受累神经反射区阿是穴,采用 0.3 mm × 40 mm 毫针直刺约 2.5 cm,平补平泻提插捻转,以患者自觉“酸、麻、胀”感或放射至下肢为宜,得气后腰部两侧夹脊穴;环跳和阳陵泉;秩边和承山针柄分别连接 KWD - 8081 脉冲电疗仪(苏械准字 20152091334),采用疏密波连续电流刺激,强度以患者能耐受为宜。昆仑穴、太溪穴、双手后溪、合谷穴直刺 1.5 cm,平补平泻,得气为宜。每日 1 次,留针 30 min。连续治疗 14 d。

治疗组采用脊痛消Ⅱ号口服联合电针治疗方法。脊痛消Ⅱ号组方:延胡索 10 g,杜仲 10 g,地龙 5 g,车前子 10 g,三棱 10 g,莪术 10 g,防己 15 g,当归 15 g,五灵脂 10 g,川芎 15 g,白芍 20 g,泽泻 15 g,泽兰15 g,黄芪 35 g,每日 1 剂(药物均由黑龙江中医药大学附属第二医院中药师鉴定合格,根据药物制剂标准流程由煎药室进行煎制)。煎制方法:脊痛消Ⅱ号中药饮片浸泡 30 min,每剂药物加水 1 000 mL,煎取 300 mL,分 2 次早晚饭后 20 min 温服。

电针治疗方法与对照组相同。

上述治疗连续 14 d。

2.2 观察指标

2.2.1 视觉模拟评分

治疗前后,使用视觉模拟评分(Visual Analog Scale,VAS)评估患者疼痛程度,通常采用一条 10 cm 的水平直线,两端分别标记“无痛”(0 cm)和“最剧烈疼痛”(10 cm)。受试者通过在直线上标记位置量化其疼痛强度,测量标记点与起点的距离(cm)即为评分值(范围 0 ~ 10 分),分值越高表明疼痛程度越重。

2.2.2 日本骨科协会评估治疗分数

治疗前后,使用日本骨科协会评估治疗(JOA)分数量化患者脊柱功能状态。其通过评估主观症状(9 分)、临床体征(6 分)、日常活动受限程度(14 分)膀胱功能(-6 ~ 0 分)四个维度,形成总分(最高 29 分)。评分与神经功能呈负相关,分值越低表明功能障碍越严重。

2.2.3 中医症状评分

治疗前后,采用中医症状评分量表[13-14]多维度量化 LDH 的中医证候表现,包含腰背疼痛、腰部板硬及俯仰旋转受限 3 个核心症状条目。各条目按严重程度分级计分(0 ~ 5 分)。评分遵循正向计分原则,即分值越高表征症状越严重。

2.2.4 不良反应

详细记录不良反应的发生时间、严重程度、持续时间、干预措施及与治疗的因果关系。

2.3 疗效判定标准

依据《中医病证诊断疗效标准》[11]建立三级评价标准,治愈:腰骶及下肢痹痛完全缓解,直腿抬高试验 ≥70°且阴性,恢复基线功能状态;好转:疼痛强度降低,关节活动度及功能评估较基线提升;未愈:症状学指标及体格检查参数差异无统计学意义($P > 0.05$)。临床总有效率 = (治愈例数 + 好转例数)/总例数 × 100%。

2.4 统计学方法

两组治疗前后 VAS 评分使用 R 语言(4.2.1 版本)stats 包以及 car 包选择 Mann - Whitney U 检验(Wilcoxon rank sum test)进行统计学分析。JOA 评分和中医症状评分使用 R 语言(4.2.1 版本)stats 包以

及 car 包选择整体检验(Kruskal－Wallis Test)＋多重假设检验(Dunn's test)进行统计学分析。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3　结果

3.1　两组 VAS 及 JOA 评分比较

治疗前,两组 VAS 及 JOA 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预14 d后,两组 VAS 降低($P<0.01$),JOA 评分升高($P<0.01$),且治疗组 VAS 及 JOA 评分改善幅度均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.01$)。见表2、3。

3.2　两组中医症状评分比较

治疗前,两组中医症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗14 d后腰背疼痛、腰部板硬、俯仰旋转受限评分及总分均较治疗前下降($P<0.01$),且治疗组低于对照组($P<0.01$)。见表4。

表2　两组 LDH 患者 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	53	6.57±1.12	4.09±1.61*
治疗组	65	6.54±1.13	2.25±1.78*#

注:与本组治疗前比较,*$P<0.01$;与对照组治疗后比较,#$P<0.01$。

表3　两组 LDH 患者 JOA 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	53	11.91±1.92	17.98±3.72*
治疗组	65	12.00±1.99	21.92±4.30*#

注:与本组治疗前比较,*$P<0.01$;与对照组治疗后比较,#$P<0.01$。

表4　两组 LDH 患者中医症状评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	腰背疼痛	腰部板硬	俯仰旋转受限	总分
对照组	53	治疗前	4.13±0.76	4.17±0.75	3.98±0.80	12.19±1.35
		治疗后	2.42±1.18*	2.25±1.31*	2.13±1.23*	6.81±3.23*
治疗组	65	治疗前	4.06±0.75	4.05±0.76	3.97±0.79	11.99±1.63
		治疗后	1.65±1.20*#	1.66±1.23*#	1.51±1.19*#	4.83±2.70*#

注:与本组治疗前比较,*$P<0.01$;与对照组治疗后比较,#$P<0.01$。

3.3　两组患者临床疗效比较

总有效率比较,治疗组显著高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.01$),见表5。

表5　两组 LDH 患者疗效对比[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率/%
对照组	53	17(32.08)	26(49.07)	10(18.87)	81.13
治疗组	65	29(44.62)	32(49.23)	4(6.15)	93.85#

注:与对照组治疗后比较,#$P<0.01$。

3.4　不良反应

两组患者生命体征及皮肤均未见异常。治疗组1例出现胃脘不适(发生率1.5%),给予质子泵抑制剂后缓解;对照组未见不良反应。组间不良反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。

4　讨论

本研究回顾性分析表明,脊痛消Ⅱ号联合电针治疗较单纯电针治疗能更显著改善气滞血瘀型 LDH 患者的疼痛、功能状态及中医证候。这一疗效差异的深层机制需要从中医"瘀水互患"病机理论与现代医学病理生理学双重维度进行解析。

从中医理论体系分析,"瘀水互患"作为气滞血瘀证的核心病机,本质上是气血津液运化失常的动态病理过程。基于"津血同源"理论,津液与血皆源于饮食水谷之精气,二者相互资生、互为转化。《金匮要略·水气病篇》提出"经为血,血不利则病水"的经典论述,揭示经脉作为气血运行之通路,若血液运行不畅,则津液输布受阻,水湿停聚发为水肿、痰饮等病症。《素问·调经论》"孙络水溢,则经有留血"则从逆向角度阐明,水液代谢异常泛溢同样会导致血行不畅而形成瘀滞,由此形成血水互为因果的致病关系。明代医家武之望在《济阴纲目·卷四》眉批中进一步阐释:"夫气者水之母,血者气所化……血不通而化水者,乃是气壅不能化血而成水也。"明确指出气机壅滞是本证根源,提出"血既化为水,则以利水为先,而行血温血开结,破气又不可少"的治疗原则,强调行气破气与利水活血并重。至清代,唐容川《血证论》"治水即以治血,治血即以治水"的论述,从气血水互化角度论证了行气化瘀需利水的合理性,最终完善了"瘀水互患"理论体系。

吴兴杰教授在气滞血瘀型 LDH 研究中提出"血水同病"的病机演变规律,即外因如腰部闪挫外伤,或内因久病、劳欲过度等,导致腰部经络受损,血溢脉外成瘀,形成"离经之血为瘀"的病理基础。瘀血阻滞腰部气机,致使气血运行不畅、经络痹阻,故而出现腰腿部疼痛,此即"血病致水"阶段:血瘀阻碍气机运化,水液失于输布而化为水停;《灵枢·百病始生》所言"温气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,着而不去",揭示了

血瘀与水停的互化关系。继而水停反致营血运行受阻,形成“水病致瘀”的恶性循环,最终演变为瘀水互结、阻滞气机的病理状态。这与现代医学发现的椎间盘突出后神经根周围炎性渗出、组织水肿的病理特征不谋而合[9]。本研究中治疗组中医症状评分显著改善,印证了利水在气滞血瘀证治疗中的必要性,单纯活血化瘀难以化解水停导致的瘀水互患状态,而利水药物通过“开鬼门,洁净府”促进病理产物排泄,为活血药物创造运化条件。

脊痛消Ⅱ号由黄芪、杜仲、当归、川芎、白芍、延胡索、五灵脂、地龙、泽泻、泽兰、防己、车前子、三棱、莪术组成。方中重用黄芪益气健脾,推动血行,兼利水消肿,气足则血活,瘀滞可通;杜仲补肾温阳、壮腰膝,与黄芪合用又能强筋健骨[15];防己、泽兰利水止痛,泽泻、车前子利水渗湿,四味利水药联用,加强利水效果,联合活血药以“血水同治”;当归、川芎、白芍,源自《四物汤》化裁使用,养血活血,行气止痛;延胡索、五灵脂缓急止痛,均为活血化瘀止痛之要药;久病入络,久痛入络,应用地龙通络止痛;久病久瘀,血瘀难以化除,故用三棱、莪术破血行气、化瘀散结止痛。总而言之,黄芪、杜仲益气温阳,强筋健骨以扶正,其他药物活血化瘀利水、通络止痛以祛邪,此方扶正祛邪,攻补兼施,标本兼治,从而在气滞血瘀型 LDH 的治疗中起到重要作用。

现代医学研究为“瘀水互患”理论提供了分子层面的诠释。椎间盘突出导致的机械压迫引发局部微循环障碍,血供不足导致酸性代谢产物堆积(pH 值下降至 6.4 ~ 6.8),激活 TRPV1/P2X3 等痛觉信号通路[16]。同时,突出髓核释放的 IL - 1β、TNF - α 等炎性因子通过 NF - κB 通路上调 COX - 2 表达,导致前列腺素合成增加,引发神经源性炎症和血管通透性改变[17]。这恰与中医“瘀水互患”导致“不通则痛”的病机相印证。脊痛消Ⅱ号中泽泻等利水成分通过抑制 AQP4 水通道蛋白表达减少组织水肿[18],而黄芪等益气活血成分可下调血清 IL - 6 水平达 42.7%[19],延胡索、当归、川芎、杜仲等含有延胡索生物碱、藁本内酯、川芎嗪、京尼平苷等具有抗氧化、抗炎和保护神经细胞等多重药理作用的成分[20-22],实现“化瘀利水”止痹痛的协同效应。同时,“利水法”消除神经根水肿[9],缓解疼痛,恢复神经功能,改善腰腿部功能。

针刺疗法是非手术、非药物治疗 LDH 的核心疗法。电针治疗在本研究中的增效机制具有中西医双重作用基础。夹脊穴可以沟通膀胱经及督脉气血,为治疗腰痛之要穴,与后溪穴、合谷穴配伍,可以增强疏经通络止痛的功能[23],解剖学研究表明,深刺夹脊穴(深度 4 cm)可使针尖接近椎间孔神经根,电刺激通过激活脊髓背角中 μ 阿片受体,促进脑啡肽释放产生即时镇痛[24]。针刺夹脊穴还可促进人体五羟色胺和吲哚乙酸等镇痛物质的分泌,起到镇痛作用[25]。《九针十二原》记载:“肾也,其原出于太溪穴”,太溪穴可以激发肾经之气,配合肾俞,效果更为显著[26]。《灵枢·经筋》曰:“其病,治在燔针劫刺……以痛为输。”针刺腰臀部阿是穴具有较好镇痛功效[27],能够显著改善其患肢功能和 JOA 腰椎功能评分[28]。这与中药的远期抗炎作用形成时空维度的互补——电针快速缓解“经络瘀阻”之标,中药持续改善“气血亏虚”之本。

本研究存在以下三方面局限性:其一,回顾性研究设计难以完全控制混杂因素,如患者职业特性等社会人口学变量可能影响疼痛感知阈值;其二,14 d 的短期观察周期虽能反映症状即时改善,但无法评估 1 年后的复发率及远期功能障碍改善程度;其三,疗效评价体系尚未纳入弥散张量成像(Diffusion tensor imaging, DTI)等定量影像技术,未能为益气化瘀利水法的作用靶点提供客观影像证据。

腰椎间盘突出症是临床常见病、多发病,给公众健康带来巨大负担,中医疗法在非手术治疗腰痛上具有独特优势。黑龙江中医药大学附属第二医院骨伤科从“瘀水互患”理论入手,针药并用治疗气滞血瘀型 LDH,疗效显著。

参考文献:

[1] HINCAPIÉ C A, KROISMAYR D, HOFSTETTER L, et al. Incidence of and risk factors for lumbar disc herniation with radiculopathy in adults: a systematic review[J]. Eur Spine J, 2025, 34(1): 263 - 294.

[2] LIKHITPANICHKUL M, TORRE O M, GRUEN J, et al. Do mechanical strain and TNF - α interact to amplify pro - inflammatory cytokine production in human annulus fibrosus cells? [J]. J Biomech, 2016, 49(7): 1214 - 1220.

[3] MINAMISAWA Y, SHIROGANE T, WATANABE I, et al. Histological analysis of nucleus pulposus tissue from patients with lumbar disc herniation after condoliase administration[J]. JOR Spine, 2024, 7(2): e1328.

[4] PATGAONKAR P, MARATHE N A, GOYAL V, et al. Adolescent lumbar disc herniation with a peculiar gait pattern managed by transforaminal endoscopic spine surgery[J]. J Orthop Case Rep, 2020, 10(8): 93 - 96.

[5] GROLIER M, LANHERS C, LEFEVRE - COLAU M M, et al. Return - to - work self - efficacy questionnaires are relevant for people with chronic non - specific low back pain[J]. Ann Phys Rehabil Med, 2023, 66(3): 101716.

[6] WU D Z, WONG P, GUO C, et al. Pattern and trend of five major musculoskeletal disorders in China from 1990 to 2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017[J]. BMC Med, 2021, 19(1): 34.

[7] COLLABORATORS G2DAI. Global burden of 369 diseases and inju-

ries in 204 countries and territories, 1990 – 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [J]. Lancet, 2020, 396(10258): 1204 – 1222.
[8] 杨文斌,陈海云,林玲. 2724 例腰椎间盘突出症住院患者的中医证候特征分析[J]. 广州中医药大学学报,2012,29(2):117 – 119.
[9] 洪海平,方胜利,丁功福,等. 基于"瘀水互患"理论化瘀利水法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症[J]. 中国中医骨伤科杂志,2020,28(1):18 – 22.
[10] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 3 版. 北京:人民军医出版社,2005:45 – 49.
[11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出社,1994:214 – 215.
[12] 黄桂成. 中医筋伤学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:172 – 176.
[13] 邱怡. 基于气虚血瘀证评价量表临床验证的证候类中药疗效评价方法研究[D]. 北京:北京中医药大学,2019.
[14] 王建新,任毅铭,丰雪,等. 中医证候疗效评价方法的研究进展[J]. 中国中药杂志,2024,49(6):1467 – 1473.
[15] 王吉博,王兆杰,安荣泽,等. 杜仲配伍黄芪对雌性大鼠去势后骨质疏松的影响[J]. 山东医药,2017,57(48):31 – 34.
[16] KIM J H, HAM C H, KWON W K. Current knowledge and future therapeutic prospects in symptomatic intervertebral disc degeneration[J]. Yonsei Med J, 2022, 63(3): 199 – 210.
[17] LIKHITPANICHKUL M, TORRE O M, GRUEN J, et al. Do mechanical strain and TNF – α interact to amplify pro – inflammatory cytokine production in human annulus fibrosus cells? [J]. J Biomech, 2016, 49(7): 1214 – 1220.
[18] 张兴芳,韩雪,张一昕,等. 泽泻汤加味方对高脂血症大鼠胃黏膜 AQP4 蛋白表达的影响[J]. 中国老年学杂志,2018,38(24):6063 – 6066.
[19] 李洪涛,魏心然,孙晓伟,等. 脊痛消胶囊对腰椎间盘突出症的疗效及对 IL – 1β、IL – 6、TNF – α 因子的影响[J]. 中医药信息,2020,37(2):95 – 99.
[20] FENG J H, CHEN K, SHEN S Y, et al. The composition, pharmacological effects, related mechanisms and drug delivery of alkaloids from *Corydalis yanhusuo*[J]. Biomed Pharmacother, 2023, 167: 115511.
[21] ZHAO L X, JIANG B C, WU X B, et al. Ligustilide attenuates inflammatory pain via inhibition of NFκB – mediated chemokines production in spinal astrocytes[J]. Eur J Neurosci, 2014, 39(8): 1391 – 1402.
[22] WANG C Y, TANG L, HE J W, et al. Ethnobotany, phytochemistry and pharmacological properties of Eucommia ulmoides: a review[J]. Am J Chin Med, 2019, 47(2): 259 – 300.
[23] 张慧森,刘健,温石磊,等. 舒经通督法针刺对血瘀型腰椎间盘突出症疼痛程度及血清疼痛递质的影响[J]. 环球中医药,2021,14(7):1322 – 1324.
[24] 高维滨. 高维滨针刺十绝:神经病针刺新疗法[M]. 北京:中国医药科技出版社,2019:50 – 52.
[25] 郭玉怀,孙忠人,姜凡,等. 夹脊电针促进急性脊髓损伤恢复的机制研究进展[J]. 中国中医急症,2019,28(3):546 – 548,564.
[26] 孙豪,王子辰,王佟,等. 基于数据挖掘技术探析太溪主治病症和配伍规律[J]. 山东中医杂志,2021,40(10):1027 – 1034.
[27] 李丹丹,王明选,王春微,等. 红花透骨方结合腰阳关及阿是穴等针灸治疗椎间盘源性下腰痛疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2022,49(7):173 – 176.
[28] 陈雪燕. 不同针刺手法干预后溪穴对气滞血瘀型腰痛镇痛效果的临床观察[D]. 南昌:江西中医药大学,2022.

Retrospective Analysis of Jitongxiao No. Ⅱ in Treating Lumbar Disc Herniation with Qi Stagnation and Blood Stasis Pattern

LIU Ganggang[1], ZHANG Xiaoqian[1], YU Jiayuan[1], WU Xingjie[1]
(*The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine*, *Harbin* 150001, *China*)

Abstract Objective: To evaluate the clinical efficacy of Jitongxiao No. Ⅱ in treating lumbar disc herniation (LDH) with Qi stagnation and blood stasis pattern. Methods: Patients diagnosed with LDH (Qi stagnation and blood stasis pattern) treated at the Day Ward and Outpatient Clinic of the First Department of Orthopedics, Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine between May 2023 and May 2024 were screened via the hospital's electronic medical record system. A total of 118 eligible cases were included and randomly divided into a treatment group (65 cases) and a control group (53 cases) using a random number table method. The treatment group received oral Jitongxiao No. Ⅱ combined with electroacupuncture, while the control group received electroacupuncture alone. Both groups underwent a 14 – day treatment period. Visual Analog Scale (VAS) scores, Japanese Orthopaedic Association (JOA) assessment scores, and Traditional Chinese Medicine (TCM) symptom scores were compared before and after treatment. Clinical efficacy was evaluated according to the Criteria for Diagnosis and Therapeutic Efficacy of TCM Diseases and Syndromes. Results: Post – treatment, both groups exhibited significant reductions in VAS and TCM symptom scores and improvements in JOA scores ($P < 0.05$). However, the treatment group demonstrated significantly greater reductions in VAS and TCM symptom scores and higher JOA score improvements compared to the control group ($P < 0.05$). The total clinical efficacy rate was 93.85% (61/65) in the treatment group, surpassing the control group's 81.13% (43/53). Conclusion: Both interventions significantly alleviated pain and enhanced lumbar and lower limb function in LDH patients with qi stagnation and blood stasis pattern, while the combination of oral Jitongxiao No. Ⅱ and electroacupuncture yielded superior therapeutic outcomes.

Key words Lumbar disc herniation; Stasis – fluid interaction; Electroacupuncture; Qi stagnation and blood Stasis; Jitongxiao