

朱氏整脊手法合并健腰丸治疗腰椎间盘突出症肝肾亏虚证的临床研究

陈赟琪, 侯为林, 李万庭, 祁龙*

常州市中医院, 江苏 常州 213000

摘要 目的:探究朱氏整脊手法合并健腰丸对腰椎间盘突出症(LDH)肝肾亏虚证患者的临床效果。方法:回顾性分析 2024 年 2 月—2024 年 12 月常州市中医院颈腰痛诊疗中心诊治的 201 例肝肾亏虚型 LDH 患者临床资料,依据治疗方案分为观察组与对照组,对照组 100 例接受健腰丸治疗,观察组 101 例在对照组基础上加用朱氏整脊手法,疗程均为 4 周。观察两组临床疗效、腰椎功能[改良 Oswestry 功能障碍指数(ODI)、腰屈曲范围(LFR)及腰椎前屈、后伸肌力]、疼痛情况[简化 McGill 疼痛量表(SF-MPQ)、阳性反应点压痛阈值(PPT)]及不良反应发生率情况。结果:观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。治疗后,两组患者 ODI 评分、SF-MPQ 各方面评分均低于治疗前($P < 0.05$),观察组低于对照组($P < 0.05$);两组 LFR、腰椎前屈肌力、腰椎后伸肌力及 PPT 水平均高于治疗前($P < 0.05$),观察组高于对照组($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较无差异($P > 0.05$)。结论:朱氏整脊手法合并健腰丸治疗肝肾亏虚型 LDH 治疗效果确切,能改善患者腰椎功能,同时缓解其疼痛,且安全性良好。

关键词 朱氏整脊手法;健腰丸;腰椎间盘突出症;腰椎功能;疼痛情况

中图分类号:R274.34

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)05-0109-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260107

腰椎间盘突出症(Lumbar disc herniation, LDH)属于临床常见骨科疾病,该病主要表现为腰部疼痛、下肢放射痛、麻木等症状,严重时可能影响患者日常生活与工作^[1]。随着社会老龄化加剧,LDH 患病率呈逐年上升趋势,调查显示^[2],中国 LDH 发病率可高达 7%,如何有效治疗该疾病已成为临床医学中重要课题。临床实践发现^[3-4],药物治疗、物理治疗等作为现代医学手段,已被证实可在一定程度上缓解 LDH 症状,但由于副作用、手术风险及疗效局限性,仍未能满足所有患者需求。因此,寻求更加安全、有效且综合性的治疗方案,对改善临床症状、提升生活质量具有积极意义。

随着医学研究不断发展和临床需求不断增加,传统中医疗法被应用于现代疾病,而通过结合现代医学研究方法与传统中医治疗经验,可为治疗 LDH 等疾病提供更多选择与可能性。健腰丸是承袭孟河医派费伯雄温肾通督、补肾健腰之理形成的中药制剂,具有益肝

肾、强筋骨、止痛之功效,在肝肾不足、风湿瘀阻型腰椎管狭窄症中,健腰丸通过调理肝肾、养血活血,促进椎间盘内营养供给,减轻神经根受压,进而达到减轻疼痛和促进功能恢复的目的^[5]。此外,中医学理论认为^[6],肝主筋、肾主骨,二者互为表里,肝肾亏虚常导致脊柱退行性变化,进而引发 LDH,对于此类病症,随着中医理论深入研究,中医疗法在 LDH 肝肾亏虚证治疗中展现出独特优势。其中,朱氏整脊手法作为一种传统疗法,源于推拿和整脊学说,通过精准脊柱调整,能有效改善脊柱功能状态,促进脊柱周围肌肉、韧带和神经血液循环,减轻疼痛和不适^[7]。现代医学研究也表明^[8],整脊手法对于缓解脊柱相关疾病症状、恢复脊柱生理曲度、改善脊椎间盘的代谢功能具有一定临床效果,故整脊手法已被广泛应用于 LDH 治疗中。本研究旨在探索朱氏整脊手法联合健腰丸在 LDH 肝肾亏虚证中的应用效果,以期为临床医师提供新型治疗思路,从根本上改善 LDH 患者健康状况,为患者带来更好治疗效果,并推动传统中医疗法在现代医学中的进一步发展与应用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2024 年 2 月—2024 年 12 月常州市中

收稿日期:2025-03-20 修回日期:2026-01-15

基金项目:2024 年常州市孟河医派传承创新发展项目(MH202418)

作者简介:陈赟琪(1986-),男,硕士,副主任中医师,从事中医推拿相关工作。

*通信作者:祁龙(1985-),男,副主任中医师,从事中医推拿相关工作。

医医院颈腰痛诊疗中心收治的 201 例肝肾亏虚型 LDH 患者临床资料,依据治疗方案分为对照组 100 例和观察组 101 例。两组一般资料比较,差异无统计学

意义($P>0.05$),见表 1。研究获常州市中医医院医学伦理委员会批准,伦理审查编号:2024-LL-018(S),患者及家属已知情同意。

表 1 两组肝肾亏虚型 LDH 患者一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女)/例	年龄 ($\bar{x}\pm s$)/岁	病程 ($\bar{x}\pm s$)/月	突出类型 (侧突型/中央型)/例	突出节段 (L ₃₋₄ /L ₄₋₅ /L ₅ ~S ₁)/例
观察组	101	44/57	51.06±6.78	9.85±3.25	92/9	34/38/29
对照组	100	49/51	49.82±7.05	10.02±4.21	88/12	26/40/34
t 值/ χ^2 值	-	0.597	1.271	0.321	0.512	1.510
P 值	-	0.440	0.205	0.749	0.474	0.470

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

依据《腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南》^[9]中 LDH 诊断标准,①临床症状:腰部疼痛或放射性腿痛、腿麻无力及腰部僵硬、活动受限或侧弯畸形;②影像学检查:CT 或 MRI 检查可显示脊柱生理曲度异常、椎间隙宽度改变、椎体前后上下缘骨质增生等影像学改变;③健侧直腿抬高试验阳性。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医康复临床实践指南·腰痛》^[10]辨证分型为肝肾亏虚证。主症:腰膝酸软无力、腿膝无力、遇劳更甚、卧则减轻。次症:眩晕耳鸣、精神疲惫、手足不温、面色不华、五心烦热、失眠多梦。舌脉象:舌质红、淡胖,少苔或无苔,有齿痕,脉沉细无力。

1.3 纳入标准

①符合中西医诊断标准;②年龄>18 岁,且均为初诊 LDH 患者;③患者愿意接受中医诊疗方案,且对研究药物无过敏,可配合完成疗程内全部内容;④意识清晰,认知功能无异常;⑤既往无腰椎手术史;⑥临床资料完备、可查。

1.4 排除标准

①合并腰椎滑脱、腰椎肿瘤、腰椎结核、严重骨质疏松、腰椎间盘突出物钙化等严重脊柱相关疾病者;②合并严重器官功能障碍、血液系统疾病及恶性肿瘤者;③入组前 3 个月内,接受影响疗效的其他治疗方案者;④妊娠期或哺乳期女性;⑤终止研究或失访者。

1.5 治疗方法

两组均接受常规治疗,即药物治疗配合腰椎牵引治疗,内容如下:(1)药物治疗:指导患者口服美洛昔康分散片(7.5 mg/片,国药准字 H20010108,江苏亚邦爱普森药业有限公司),每次 1 片,每日早晚各 1 次,连续服用 28 d。(2)腰椎牵引治疗:患者取仰卧位,使用多功能牵引床(TC30HBED 型,国械注进 20202090467,美能达医科学株式会社)行机械牵引,牵

引初始质量为 20 kg,后依据患者体质量逐渐增加,每日 1 次,每次 30 min。随牵引次数增加,可根据患者疗效调整牵引力度。

对照组在常规治疗基础上加用健腰丸(批准文号:国药准字 Z44021058),此方由醋乌梅 20 g,党参 20 g,盐杜仲 15 g,桑寄生 15 g,干姜 12 g,黑顺片 10 g,知母 10 g,怀牛膝 10 g,炒九香虫 10 g,威灵仙 10 g,桂枝 10 g,酒当归 10 g,盐黄柏 10 g,黄连 6 g,细辛 6 g,花椒 5 g 组成,其剂型为浓缩水蜜丸,每次 6 g,每日 2 次,2 周为 1 个疗程,连续服用 2 个疗程。

观察组在对照组基础上加用朱氏整脊手法,①急性期(入院 1~3 d):以疏经通络止痛为主,采用朱氏“治筋三法”,采用弹拨分筋法,使双手拇指与肌肉纤维方向呈垂直位,依据“先轻后重、由内而外、自上而下”原则左右弹拨,反复如上操作以疏通经络、分离粘连、缓解痉挛、促进局部血液循环;再在弹拨分筋法基础上,采用舒顺按抹法,以双手拇指沿肌肉纤维顺方向,反复多次捋、顺、按、抹,恢复解剖位置;最后以静定按压法止痛、固定,双手拇指深按压患者患处 15 s。按压期间应注意手法轻柔绵软、外柔内刚,力量由轻渐重、力达深层,减轻患者皮肉疼痛。②缓解期(入院 4 d 后):以疏散病邪为主,实施整脊手法,患者取侧卧位,将上肢置于身体两侧,采用揉、滚手法放松腰椎及臀部肌肉,再依次点按大肠俞、秩边、环跳等穴,每个穴位按压时间≥30 s;接着以触摸法定位患处,使患者上腿屈曲、下腿伸直放松、下腿对应手放置于头下,由医师右手扶患者肩膀,左手扶臀部,用力推扳使脊柱纵向旋转至“咯”声出现为止。每周治疗 1 次,每次 20 min。

两组疗程均为 4 周。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 临床疗效

治疗后结合《中药新药临床研究指导原则》^[11]与日本骨科协会评分(JOA)评估两组患者临床疗效。JOA 评分表包括主观症状、临床体征、日常生活动作

3 项内容,总分 0~29 分,分数与腰椎功能成正比。量表总体 Cronbach's α 系数为 0.926,具有较好信效度^[12]。显效:腰腿痛、腰部功能活动明显改善,直腿抬高试验 $\geq 70^\circ$,JOA 评分下降 $\geq 50\%$,能恢复正常工作或日常活动;有效:腰腿痛明显减轻,腰部活动功能有所改善,直腿抬高试验 $\geq 50^\circ$ 且 $< 70^\circ$,JOA 评分下降 $\geq 30\%$ 且 $< 50\%$,劳累或弯腰时仍有轻微疼痛感;无效:腰腿痛无明显减轻,腰部活动功能无明显改善,直腿抬高试验 $< 50^\circ$,JOA 评分下降 $< 30\%$,劳累或弯腰时仍有明显疼痛感。治疗总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6.2 腰椎功能

治疗前后采用改良 Oswestry 功能障碍指数(ODI)、腰屈曲范围(LFR)及腰椎前屈、后伸肌力评估患者腰椎功能。(1)ODI 评分:该调查问卷包括 10 个问题,总分 0~50 分,分数越高表示腰椎功能障碍程度越严重,量表总体 Cronbach's α 系数为 0.898,具有较好信效度^[13]。(2)LFR:患者取站立位,保持身体放松,使用卷尺测量中指尖到地面的距离,再指导患者缓慢向前弯腰触碰脚趾,尽量将脊柱前屈至极限位置,保持膝盖不弯曲,测量中指尖到地面距离,计算 LFR(LFR=静止时中指尖与地面距离-活动终止时中指尖与地面距离),重复测量 3 次,取平均值。

1.6.3 疼痛情况

治疗前后采用简化 McGill 疼痛量表(SF-MPQ)与阳性反应点压痛阈值(PPT)评估患者疼痛情况。(1)SF-MPQ:该量表涉及视觉模拟评分法(VAS)、现有疼痛强度(PPI)、疼痛分级指数(PRI)3 个部分,其中 VAS、PPI 总分均为 0~10 分,PRI 总分 0~60 分,分数越高表示疼痛越严重,量表总体 Cronbach's α 系数

为 0.930,具有良好信效度^[14]。(2)PPT:通过触诊选取突出节段神经根口附近(即棘突旁 1 寸)阳性反应点作为受测点,并在体表做好标记,采用压力测痛仪(FDX50,美国 Wagner Instruments 公司),使仪器探头垂直于阳性反应点,缓慢稳定加压,加压速度 0.5 kg/s,记录患者首次感到疼痛的压力值,即压痛阈值。重复测试 3 次,每次间隔 2 min,取平均值。

1.6.4 不良反应发生率

观察并记录患者治疗期间不良反应(皮疹、乏力、胃肠道不适、失眠)发生情况,评估诊疗方案安全性。

1.7 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计软件分析数据,计数资料采用例或[例(%)]表示,以 χ^2 检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采取 t 值检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗后,观察组总有效率为 96.04%(97/101),高于对照组 88.00%(88/100),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组肝肾亏虚型 LDH 患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	101	58(57.43)	39(38.61)	4(3.96)	97(96.04)
对照组	100	45(45.00)	43(43.00)	12(12.00)	88(88.00)
Z 值/ χ^2 值					4.433
P 值					0.035

2.2 腰椎功能比较

治疗后,两组患者 ODI 评分低于治疗前($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$);但 LFR 及腰椎前屈、后伸肌力均高于治疗前($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组肝肾亏虚型 LDH 患者腰椎功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ODI 评分/分		LFR/cm		腰椎前屈肌力/lb		腰椎后伸肌力/lb	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	101	33.55 $\pm$ 10.31	22.31 $\pm$ 7.03 ^{**}	3.11 $\pm$ 0.62	8.75 $\pm$ 0.86 ^{**}	284.35 $\pm$ 50.28	383.81 $\pm$ 57.09 ^{**}	387.04 $\pm$ 70.25	566.72 $\pm$ 81.31 ^{**}
对照组	100	34.04 $\pm$ 9.57	24.78 $\pm$ 8.28 [*]	3.05 $\pm$ 0.57	7.32 $\pm$ 0.76 [*]	283.72 $\pm$ 51.06	359.43 $\pm$ 58.41 [*]	386.34 $\pm$ 71.07	514.31 $\pm$ 74.62 [*]

注:与本组治疗前对比,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,[#] $P < 0.05$ 。

2.3 疼痛情况比较

治疗后,两组患者 VAS、PPI 及 PRI 的 SF-MPQ 各方面评分均低于治疗前($P < 0.05$),观察组低于对

照组($P < 0.05$);且治疗后,两组 PPT 水平高于治疗前($P < 0.05$),观察组高于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组肝肾亏虚型 LDH 患者疼痛情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS/分		PPI/分		PRI/分		PPT/(kg/cm ²)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	101	7.29 $\pm$ 0.86	4.27 $\pm$ 0.59 ^{**}	2.83 $\pm$ 0.71	1.76 $\pm$ 0.63 ^{**}	13.11 $\pm$ 1.76	9.52 $\pm$ 1.23 ^{**}	3.04 $\pm$ 0.45	6.58 $\pm$ 2.04 ^{**}
对照组	100	7.31 $\pm$ 0.92	5.11 $\pm$ 0.43 [*]	2.72 $\pm$ 0.67	2.01 $\pm$ 0.49 [*]	13.07 $\pm$ 1.74	10.09 $\pm$ 1.43 [*]	2.98 $\pm$ 0.39	5.81 $\pm$ 1.78 [*]

注:与本组治疗前对比,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,[#] $P < 0.05$ 。

2.4 不良反应发生率比较

观察组不良反应发生率为 2.97%，与对照组 5.00% 比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 5。

表 5 两组肝肾亏虚型 LDH 患者不良反应
发生率比较[例(%)]

组别	例数	皮疹	乏力	胃肠道不适	失眠	不良反应 总发生
观察组	101	1(0.10)	1(0.10)	1(0.10)	0(0.00)	3(2.97)
对照组	100	2(2.00)	1(1.00)	1(1.00)	1(1.00)	5(5.00)
χ^2 值						0.141
P 值						0.708

3 讨论

LDH 是全球范围内困扰公众健康、生命安全及影响社会经济发展的重要健康问题，常见于 50 岁左右的中年群体，由于脊柱结构逐渐退化，如腰椎间盘的纤维环和髓核，可发生弹性与强度丧失，外力作用下，纤维环可能破裂，以致髓核突出到椎管内^[15]。目前，大多数 LDH 病例可通过物理、药物及手术治疗得到有效改善，约 10% 患者治疗效果不理想^[16]。朱氏整脊手法联合健腰丸通过结合传统脊柱疗法与经典中药方剂，从整体调理入手，促进脊柱健康，减轻症状，达到标本兼治效果。

本研究表明，治疗后观察组治疗总有效率、LFR 及腰椎前屈、后伸肌力均高于对照组，ODI 评分低于对照组，表明朱氏整脊手法联合健腰丸治疗肝肾亏虚型 LDH 可有效改善腰椎功能，提高治疗效果。中医理论认为，“骨正则筋柔，筋柔则骨正”，肝肾亏虚型 LDH 辨证病机为肝肾不足、筋骨失养，以致筋脉瘀滞、失衡，故治疗应以补益肝肾、强筋壮骨、活血化瘀为宜^[17]。健腰丸中桑寄生补肝肾、强筋骨，盐杜仲温肾壮阳、强腰健骨，怀牛膝活血通络、利水消肿，党参补中益气，醋乌梅涩肠止痛，桂枝温阳散寒，黑顺片益精填髓，酒当归调经止痛，细辛行水开窍，花椒疏通经络，黄连泻火解毒，知母滋阴润燥，干姜温中散寒、回阳通脉；威灵仙、炒九香虫、盐黄柏引导药效，提升整体疗效^[18]。陈伟峰等^[19]研究 200 例 LDH 患者，发现相较于西药治疗配合常规腰椎牵引，朱氏伤科经验方联合正脊手法能有效改善患者腰部功能，与本研究结论相符。分析其原因，脊柱正常生理曲度是维持人体力学平衡和神经传导功能的重要基础，肝肾亏虚型 LDH 患者由于肾精不足、肝血亏虚，骨失所养，筋不得濡，进而引发腰椎小关节角度矢状化、脊柱曲度异常等问题。朱氏整脊手法通过朱氏“治筋三法”等特定手法，可有效纠正关节错位，重建脊柱内外源性平衡，并能有效刺激脊椎周围经络，促进气血流通，帮助改善局部气血不畅与腰椎运动范围，增加腰部灵活性，从而提升患者 LFR 和腰椎肌力，恢复其脊柱功能^[20]。两者联合应用，朱氏整脊手法通过物理调整脊椎，缓解压迫和紧张；而健腰丸则通过药物

滋补肝肾、活血化瘀，帮助改善脊柱和软组织功能状态，使患者可在物理治疗和药物调理双重作用下，达到内外兼治的治疗效果，使治疗效果更为显著。

本研究中，观察组患者治疗后 SF-MPQ 各方面评分低于对照组，PPT 水平高于对照组，提示联用朱氏整脊手法与健腰丸有助于缓解肝肾亏虚型 LDH 患者疼痛程度。方剂健腰丸中，党参、酒当归可增强整体体力与免疫力，提高机体对疾病抵抗力，缓解因气血不足引发的疼痛；桂枝、细辛、干姜、花椒可帮助解除寒湿对经络束缚，促进气血流通，缓解因寒冷导致腰部僵硬和剧烈疼痛；醋乌梅、黑顺片、桑寄生等药物可减轻因气滞血瘀导致的疼痛和不适感；黄连、知母、盐黄柏可调节脾胃和肝肾状态，增强药效全面性，并改善由湿热引起的疼痛^[21-22]。此外，肝肾亏虚型 LDH 常伴有气血不足、经络阻滞，肝肾主藏，肝主疏泄，肾主藏精，肝肾虚弱会导致气血无法正常流通，经络不畅，从而导致腰部肌肉、脊柱的僵硬与疼痛^[23]。观察组联用朱氏整脊手法，急性期采用弹拨分筋法，有助于疏通经络、分离粘连，并能促进血液循环，调和气血，释放由肝肾亏虚所致的气血瘀滞，从而缓解肌肉痉挛和疼痛；缓解期则通过揉滚手法放松腰椎及臀部肌肉，并在经络要穴（如大肠俞、秩边、环跳等）上进行按压，能有效疏通脊柱周围经络，减轻局部炎症和肿胀，随后整脊操作，通过纵向旋转脊柱，使其恢复正常解剖位置，上述手法在一定程度上能减轻因腰椎间盘突出压迫神经而产生的疼痛^[24]。朱氏整脊手法通过物理手段减轻神经压迫，而健腰丸则通过中药成分作用，进一步镇痛活血、调理体内环境，两者结合形成一个全方位治疗体系，可减少患者疼痛感，并能促进功能恢复。

本研究同时发现，两组患者在研究期间均出现不良反应，但两组差异无统计学意义，且均为轻症，说明朱氏整脊手法与健腰丸联合应用安全性良好。但本研究依旧存在不足之处。首先，本研究基于单中心特定群体，研究样本量为 200 例，选取时间及样本量较为有限，故本研究可能存在样本量选取范围及时间等方面的局限性，导致结果外部有效性受限；此外，对于慢性病症，短期疗效可能并不能反映出长期治疗结果，本研究中治疗疗程为 4 周，可能无法充分评估治疗的长期效果及其对患者的持久影响，限制结果的普遍适用性与推广性。尽管存在上述局限性，但本研究仍为临床制定肝肾亏虚型 LDH 治疗策略提供有效参考，希望未来可选取更多样本量，进行更长时间、更加精细的研究以补足上述不足之处。

综上所述，朱氏整脊手法与健腰丸联合应用安全有效，有助于改善肝肾亏虚型 LDH 患者腰椎功能，并能减轻患者疼痛，为临床治疗提供新策略。

参考文献：

[1] 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.
- [2] CHEN F F, YANG G H, WANG J J, et al. Clinical characteristics of minimal lumbar disc herniation and efficacy of percutaneous endoscopic lumbar discectomy *via* transforaminal approach: a retrospective study[J]. J Pers Med, 2023, 13(3): 552.
- [3] 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.
- [4] HUANG Y J, WEI S S, SHEN Y Z, et al. A new technique for low back pain in lumbar disc herniation: percutaneous endoscopic lumbar discectomy combined with sinuvertebral nerve ablation[J]. J Orthop Surg Res, 2024, 19(1): 341.
- [5] 王宝剑, 高景华, 高春雨, 等. 舒筋健腰丸治疗腰椎管狭窄症(肝肾不足, 风湿瘀阻证)的中医证候疗效观察[J]. 海南医学院学报, 2020, 26(7): 519–523.
- [6] 杜京庭, 苏清伦, 程明达. 基于 MRI 分析腰椎间盘突出症中医证型与病理的相关性[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2022, 20(9): 175–176, 188.
- [7] 王旭, 高群兴, 李冠彦. 整脊手法联合塞来昔布在急性期神经根型颈椎治疗中的应用[J]. 中国中医急症, 2023, 32(10): 1778–1781.
- [8] 龙一飞, 刘阳, 刘晓林. 麦肯基手法联合美式整脊手法对慢性非特异性下腰痛患者的疗效观察[J]. 浙江医学, 2022, 44(3): 284–288, 295.
- [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] 章薇, 姜必丹, 李金香, 等. 中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)[J]. 康复学报, 2021, 31(4): 265–270.
- [11] 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: 249–289.
- [12] 蔡业珍, 邢晓伟, 殷锋, 等. CT 影像学 and JOA 评分在腰椎间盘突出症病情程度诊断评估中的应用价值[J]. 中国实验诊断学, 2021, 25(7): 1042–1045.
- [13] 龚俊峰, 汤宇, 常献, 等. 改良经皮经椎间孔腰椎椎体间融合术治疗腰椎退行性疾病的疗效分析[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2024, 34(4): 348–354.
- [14] 安忠诚, 王国强, 朱宇尘, 等. 早期手术联合补阳还五汤治疗颈椎间盘突出合并脊髓损伤继发中枢性疼痛临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(11): 38–42.
- [15] SUN K, QIN R J, WANG W Z, et al. Multifidus fat infiltration negatively influences the postoperative outcomes in lumbar disc herniation following transforaminal approach percutaneous endoscopic lumbar discectomy[J]. Eur J Med Res, 2025, 30(1): 47.
- [16] 张慧, 李荣慧, 贵鹏, 等. 孙达武从脾主运化论治腰椎间盘突出症的经验[J]. 中医药导报, 2022, 28(10): 126–128, 135.
- [17] 邓昶, 李绪贵, 谢维, 等. 止痛壮骨丸治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症临床研究及对血清炎症因子水平的影响[J]. 河北中医, 2023, 45(11): 1811–1814.
- [18] 彭博文, 冯立, 张涛, 等. 舒筋健腰丸联合 OLIF 一期经皮椎弓根螺钉治疗退行性腰椎滑脱疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(10): 1061–1065, 1072.
- [19] 陈伟峰, 侯为林, 许泽昱, 等. 朱氏伤科经验方联合正脊手法治疗腰椎间盘突出症 100 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2020, 52(9): 32–34.
- [20] 苗源, 邵明哲, 张美欣, 等. 腹肌冲击推拿法治疗急性期腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中医药学报, 2024, 52(11): 103–108.
- [21] 高景华, 王宝剑, 高春雨, 等. 舒筋健腰丸治疗腰椎间盘突出症(肝肾不足, 风湿瘀阻证)的多中心随机对照试验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(9): 11–14.
- [22] 杨伟, 高景华, 高春雨, 等. 舒筋健腰丸对腰椎间盘突出症患者腰痛及下肢窜痛的改善作用和安全性评价[J]. 西部中医药, 2022, 35(9): 103–106.
- [23] 张王华, 王峰, 金诚久, 等. 刺腰夹脊联合四指推脊柱调整手法对腰椎间盘突出症患者腰椎功能及疼痛程度的影响[J]. 陕西中医, 2021, 42(1): 109–111.
- [24] 陈龙, 郑周杭, 张宇, 等. “三位动正”整脊手法联合通络活血方治疗气虚血瘀型腰椎管狭窄症的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(6): 1450–1456.

Clinical Study of Zhu's Chiropractic Manipulation Combined with Jianyao Pill in Treating Lumbar Disc Herniation with Liver and Kidney Deficiency Syndrome

CHEN Yunqi, HOU Weilin, LI Wanting, QI Long
Changzhou Hospital of TCM, Changzhou 213000, China

Abstract Objective: To investigate the clinical efficacy of ZHU's chiropractic manipulation combined with Jianyao Pill in patients with lumbar disc herniation (LDH) accompanied by liver and kidney deficiency syndrome. Methods: A retrospective analysis was conducted on the clinical data of 201 patients with liver–kidney deficiency type of lumbar disc herniation (LDH) treated at the Cervical–Lumbar Pain Diagnosis and Treatment Center of Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine between February 2024 and December 2024. Patients were divided into an observation group and a control group based on treatment protocols. The control group (100 cases) received Jianyao Pill therapy, while the observation group (101 cases) received ZHU's spinal manipulation therapy in addition to the control group's treatment. Both groups underwent a 4–week treatment course. Clinical efficacy, lumbar function [modified Oswestry Disability Index (ODI), lumbar flexion range (LFR), and lumbar flexion/extension muscle strength], pain status [Simplified McGill Pain Questionnaire (SF–MPQ), pressure pain threshold (PPT) at tender points], and adverse reaction rates were evaluated. Results: The total effective rate was significantly higher in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). Post–treatment, both groups showed reduced ODI and SF–MPQ scores compared to baseline ($P < 0.05$), with greater reductions in the observation group ($P < 0.05$). LFR, lumbar flexion/extension muscle strength, and PPT levels increased in both groups ($P < 0.05$), with higher values in the observation group ($P < 0.05$). No significant difference in adverse reaction rates was observed between groups ($P > 0.05$). Conclusion: ZHU's chiropractic manipulation combined with Jianyao Pill demonstrates significant efficacy in improving lumbar function and alleviating pain in LDH patients with liver–kidney deficiency syndrome, with a favorable safety profile.

Key words Zhu's chiropractic manipulation; Jianyao Pill; Lumbar disc herniation; Lumbar function; Pain management