DOI:10.13463/j.cnki.jlzyy.2026.10.015

身痛逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期

张安山，张苗苗，张 涛
（皖西卫生职业学院附属医院/六安市第二人民医院中医科，安徽 六安 237000）

摘要：目的 观察身痛逐瘀汤加减联合针刺治疗腰椎间盘突出症（LDH）急性期疗效。方法 选取2023年1月—2025年1月收治的102例LDH急性期患者，随机分为观察组与对照组，各51例。对照组予单纯针刺治疗，观察组在针刺基础上加服身痛逐瘀汤加减，均治疗2周。比较2组临床疗效，以及治疗前后视觉模拟评分（VAS）、日本骨科协会评估治疗分数（JOA）、中医证候积分、血清炎症因子［白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-1β（IL-1β）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、C反应蛋白（CRP）］、疼痛介质［神经肽Y（NPY）、前列腺素E_2（PGE_2）、5-羟色胺（5-HT）、P物质（SP）］水平以及不良反应。结果 治疗后，观察组总有效率高于对照组（$P<0.05$）；治疗后，观察组VAS评分、中医证候积分、血清炎症因子水平、疼痛介质指标水平均低于对照组，JOA评分高于对照组（$P<0.05$）；2组均未发生严重不良反应。结论 身痛逐瘀汤加减联合针刺能有效缓解LDH急性期患者的疼痛与功能障碍，且安全性良好。

关键词：腰椎间盘突出症；气滞血瘀证；身痛逐瘀汤；针刺；腰椎功能
中图分类号：R274.9 **文献标志码：**A **文章编号：**1003-5699(2026)10-1282-06

Efficacy of modified Shentong Zhuyu Decoction combined with acupuncture in the treatment of acute lumbar disc herniation with the syndrome of qi stagnation and blood stasis

ZHANG Anshan, ZHANG Miaomiao, ZHANG Tao
(Department of Traditional Chinese Medicine, Affiliated Hospital of West Anhui Health Vocational College / The Second People's Hospital of Lu'an City, Lu'an 237005, China)

Abstract: Objective To observe the efficacy of modified Shentong Zhuyu Decoction plus acupuncture in the treatment of acute lumbar disc herniation (LDH). **Methods** A total of 102 LDH patients in the acute phase treated from January 2023 to January 2025 were randomly divided into an observation group and a control group, with 51 cases in each group. The control group received acupuncture therapy alone, while the observation group was treated with modified Shentong Zhuyu Decoction in addition, both for 2 weeks. The clinical efficacy, Visual Analogue Scale (VAS) scores, Japanese Orthopaedic Association (JOA) scale scores, TCM syndrome scores, serum inflammatory cytokines [interleukin-6 (IL-6), interleukin-1β (IL-1β), tumor necrosis factor-α (TNF-α), C-reactive protein (CRP)], pain mediators [neuropeptide Y (NPY), prostaglandin E_2 (PGE_2), serotonin (5-HT), substance P (SP)], and adverse reactions were compared between the two groups. **Results** After treatment, the total response rate was higher in the observation group ($P<0.05$), and the VAS and TCM syndrome scores, inflammatory factor levels, and pain mediator levels were lower, while the JOA scores were higher compared with the control group ($P<0.05$). No severe adverse

基金项目：安徽省中医药传承创新科研项目（2024CCCX119）
作者简介：张安山（1982—），男，副主任中医师，主要从事颈肩腰腿疼痛研究

events occurred in either group. **Conclusion** Modified Shentong Zhuyu Decoction combined with acupuncture effectively alleviates pain and dysfunction in acute LDH patients, with good safety.

Keywords: lumbar disc herniation; syndrome of qi stagnation and blood stasis; Shentong Zhuyu Decoction; acupuncture; lumbar function

腰椎间盘突出症是一种常见的骨关节疾病，其主要是因腰椎间盘退行性改变，在外力作用下纤维环发生破裂，髓核组织随之突出，进而压迫相邻脊神经所致。本病患者常表现为明显腰痛，疼痛可沿腰部向下放射至足背部，并伴下肢麻木，严重者可导致马尾神经受压受损，引发大小便失禁及神经功能障碍，严重影响其生活质量[1-2]。目前西医对于腰椎间盘突出症急性期的治疗以非甾体类抗炎药物和手术治疗为主。但药物治疗往往周期较长，存在胃肠道反应、肾功能影响等不良反应，且容易复发；而手术治疗则存在创伤较大、并发症较多或可能影响脊柱稳定性等问题[3-4]。临床研究[5]证实，采用中医药方法治疗腰椎间盘突出症可有效缓解患者腰腿疼痛，并能有效减少疾病复发。身痛逐瘀汤具有活血行气、祛瘀通络、通痹止痛之功效。针刺通过刺激特定腧穴，能够直接疏通腰部及下肢经络气血，改善腰椎功能[6]。目前，虽有部分研究分别探讨了身痛逐瘀汤或针刺治疗腰椎间盘突出症的疗效，但将二者联合应用于气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期的系统临床观察尚不充分。基于此，本研究旨在通过随机对照试验，客观评价身痛逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀型LDH急性期的临床疗效及对血清炎性因子的影响，以期为临床提供一种更优的中西医结合治疗方案。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2023年1月－2025年1月在医院就诊的102例腰椎间盘突出症急性期患者作为研究对象，按照随机数字表法分为对照组与观察组，每组各51例。其中对照组男28例，女23例；年龄25～65岁，平均年龄（45.23±5.75）岁；病程1～7 d，平均病程（3.25±0.62）d；病变节段：L_3～L_4 8例，L_4～L_5 26例，L_5～S_1 17例。观察组男26例，女25例；年龄24～66岁，平均年龄（47.25±5.72）岁；病程1～6 d，平均病程（3.17±0.63）d；病变节段：L_3～L_4 7例，L_4～L_5 27例，L_5～S_1 17例。2组患者在性别、年龄、病程、病变节段等一般资料比较，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性，研究经皖西卫生职业学院附属医院伦理委员会审查批准（伦理编号：院伦审LAEY-2022-028）

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《腰椎间盘突出症诊疗指南》[7]制定。1）临床症状：以单侧或双侧腰腿疼痛为主，疼痛可持续或阵发性出现，活动后加剧，休息可减轻；可伴有下肢麻木、无力或发凉感，严重者可有行走障碍及大小便功能异常；2）体征：常见腰椎生理曲度改变（变直、反弓等），病变节段棘突间及椎旁存在压痛或叩击痛，并可向臀部、大腿后侧、小腿外侧放射；直腿抬高试验（＜60°）及加强试验呈阳性；部分患者可出现下肢感觉减退、肌力下降，膝反射或踝反射减弱、消失；3）影像学检查：腰椎CT或MRI可见纤维环破裂、髓核突入椎管内，压迫神经根或马尾神经，能够明确突出节段、类型与程度，并有助于鉴别腰椎管狭窄、腰椎滑脱、脊柱肿瘤、结核等其他疾病。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》[8]中气滞血瘀证诊断标准。主症：腰部剧烈刺痛或胀痛，固定不移，活动后加重，休息后无明显缓解；次症：腰部活动受限，下肢放射痛、麻木，痛有定处，夜间痛甚。舌脉：舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，舌苔薄白或薄黄，脉弦涩或沉涩。

1.2.3 纳入标准 1）符合上述腰椎间盘突出症诊断标准及中医气滞血瘀证中医辨证标准；2）年龄20～70岁，性别不限；3）病程≤7 d，属于腰椎间盘突出症急性期；4）ALT水平为正常上限值的2～10倍，TBIL≤34.2 μmol/L；5）近1周内未接受过其他相关治疗；6）患者签署知情同意书。

1.2.4 排除标准 1）合并腰椎管狭窄症、腰椎滑脱症、腰椎骨折、腰椎结核、腰椎肿瘤等其他脊柱疾病者；2）突出髓核游离或脱垂，伴有马尾神经综合征需紧急手术者；3）合并严重肝、肾、心、肺等重要脏器疾病，凝血功能障碍、免疫系统疾病、血液系统疾病等者；4）合并精神疾病患者；5）妊娠或哺乳期妇女；6）对研究中所用药物或针刺有禁忌或过敏者。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法 2组患者治疗期间均给予基础护理干预，包括卧床休息，避免久坐、久站、弯腰劳作及剧烈运动，注意腰部保暖，避免受凉；指导患者进行简单的腰部功能锻炼（如五点支撑法、小燕飞等），每日1～2次，每次10～15 min，循序渐进，避免过度锻炼加重病情。对照组给予单纯针刺治疗，具体操作如下。1）穴位选择，主穴：肾俞、大肠俞、腰阳关、委中、阿是穴；配穴：气滞血瘀明显者，加太冲、血海；下肢放射痛明显者，加环跳、阳陵泉、足三里、悬钟。2）操作方法：患者取俯卧位，暴露腰部及下肢穴位，常规用75%酒精消毒穴位皮肤，待酒精干燥后，采用0.30 mm×40 mm毫针进行针刺。肾俞、大肠俞向脊柱方向斜刺1.0～1.5寸，采用捻转泻法，得气后留针；腰阳关直刺0.8～1.2寸，捻转泻法，得气后留针；委中直刺0.5～1.0寸，捻转泻法，得气后留针；阿是穴根据疼痛部位直刺或斜刺0.8～1.5寸，捻转泻法，得气后留针；太冲、血海直刺0.8～1.0寸，捻转泻法；环跳直刺1.5～2.5寸，捻转泻法；阳陵泉、足三里、悬钟直刺1.0～1.5寸，捻转泻法。所有穴位得气后，留针30 min，期间每10 min行针1次，采用捻转泻法，每次行针1～2 min。每日治疗1次，每周治疗5次，周末休息，疗程为2周。观察组在对照组针刺治疗的基础上，给予身痛逐瘀汤加减治疗。基础方剂组成：桃仁12 g，红花10 g，当归15 g，川芎10 g，赤芍12 g，牛膝15 g，地龙10 g，羌活10 g，独活10 g，香附12 g，没药6 g，五灵脂10 g，甘草6 g。随证加减治疗：疼痛剧烈者，加延胡索15 g，三七粉3 g（冲服）；下肢麻木明显者，加鸡血藤30 g，乌梢蛇10 g；遇冷痛增者，加制川乌6 g（先煎），桂枝10 g；伴有腰膝酸软者，加杜仲15 g，枸杞子15 g。所有药物均由本院中药房统一煎制，加水500 mL，浸泡30 min后，先用大火煮沸，再用小火慢煎30 min，取药液200 mL；再加水300 mL，小火慢煎20 min，取药液200 mL，将2次药液混合均匀，分早晚2次温服，每次200 mL，饭后30 min服用。每日1剂，7 d为1个疗程，连续治疗2个疗程。

1.3.2 观察指标

1.3.2.1 疼痛评分 采用视觉模拟评分法（VAS）评估患者腰部及下肢疼痛程度。该量表为一条10 cm长的直线，两端分别标注“0分”和“10分”，0分表示无疼痛，10分表示最剧烈的疼痛，无法忍受。让患者根据自身疼痛感受，在直线上标记相应的位置，测量标记点距离0分端的长度，即为患者的VAS评分。评分越高，表明患者疼痛程度越严重。

1.3.2.2 腰椎功能评分 采用日本骨科协会评估治疗分数（JOA）评估患者腰椎功能。该量表包括主观症状（腰部疼痛、下肢疼痛/麻木）、客观体征（直腿抬高试验、感觉障碍、肌力障碍）、日常活动能力（穿衣、洗漱、排便、行走等）3个维度，共10个条目，总分0～29分。评分越高，表明患者腰椎功能越好。

1.3.2.3 中医证候积分 参照《中医病证诊断疗效标准》[8]制定，采用半定量分级评分法。主症（腰部刺痛/胀痛、痛处固定、活动后加重且休息不缓）每项按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分。次症（腰部活动受限、下肢放射痛/麻木、夜间痛甚）每项按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分。舌象与脉象作为辨证依据，不参与计分。总积分为各项症状得分之和，分值越高代表气滞血瘀证候越严重。

1.3.2.4 血清炎症因子水平 采集患者空腹静脉血5 mL，置于抗凝管中，离心处理（转速3 000 r/min，离心时间10 min），分离血清，置于−80℃冰箱中保存备用。采用酶联免疫吸附试验（ELISA）检测血清白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-1β（IL-1β）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、C反应蛋白（CRP）水平，检测试剂盒均购自上海酶联生物科技有限公司，严格按照试剂盒说明书操作。

1.3.2.5 血清疼痛介质 于治疗前后分别采集患者晨起空腹静脉血5 mL，以3 000 r/min转速离心15 min分离血清。采用酶联免疫吸附法测定血清中神经肽Y（NPY）、前列腺素E_2（PGE_2）、5-羟色胺（5-HT）及P物质（SP）水平。

1.3.2.6 安全性评价 记录2组患者治疗过程中出现的不良反应（如胃肠道不适、皮疹、晕针、皮下血肿等）发生情况。

1.3.3 疗效判定标准 治疗2周后，参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》[9]制定疗效评价标准。临床治愈：腰部症状基本或完全消失，腰椎活动功能恢复正常，可胜任日常工作与生活，中医证候积分下降率≥95%；显效：腰部症状及腰椎功能明显改善，对一般劳动及生活无影响，中医证候积分下降率≥70%且＜95%；有效：腰部症状及功能有所

好转，但仍对劳动及生活造成一定影响，中医证候积分下降率≥30%＜70%；无效：腰部症状及腰椎功能未见改善，中医证候积分下降率不足30%。总有效率=（临床治愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 26.0统计软件对本研究数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组内治疗前后比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验。计数资料以例（%）表示，组间比较采用χ^2检验。以$P<0.05$表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组VAS评分、JOA评分、中医证候积分比较 见表1。

表1 2组VAS评分、JOA评分、中医证候积分比较（$\bar{x}\pm s$，$n=51$） 分

组别	时间	VAS评分	JOA评分	中医证候积分
对照组	治疗前	7.82±1.04	12.21±1.67	22.38±3.27
	治疗后	3.45±0.73#	20.31±2.40#	11.58±2.78#
观察组	治疗前	7.76±1.02	12.25±1.69	22.27±3.25
	治疗后	1.52±0.21#△	25.62±2.38#△	5.12±1.02#△

注：与治疗前比较，#$P<0.05$；与对照组比较，△$P<0.05$

2.2 2组血清炎症因子水平比较 见表2。

2.3 2组血清疼痛介质水平比较 见表3。

2.4 2组临床疗效比较 见表4。

2.5 安全性分析 治疗期间，对照组发生晕针1例，皮肤轻微红肿2例，总发生率为5.88%（3/51）；观察组发生针刺后皮肤轻微红肿1例，局部疼痛1例，轻微恶心2例，总发生率为7.84%（4/51）。2组患者均未出现严重不良反应，所有不良反应经对症处理后均缓解。2组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表2 2组血清炎症因子水平比较（$\bar{x}\pm s$，$n=51$）

组别	时间	IL-6/（pg/mL）	IL-1β/（pg/mL）	TNF-α/（pg/mL）	CRP/（mg/L）
对照组	治疗前	32.45±4.41	8.92±1.03	28.75±3.26	25.68±3.35
	治疗后	22.41±3.36#	3.57±0.77#	19.83±2.17#	15.73±3.17#
观察组	治疗前	32.56±4.32	8.97±1.05	28.78±3.21	25.71±3.32
	治疗后	11.22±2.13#△	1.20±0.28#△	8.71±1.02#△	7.61±1.03#△

注：与治疗前比较，#$P<0.05$；与对照组比较，△$P<0.05$

表3 2组血清疼痛介质水平比较（$\bar{x}\pm s$，$n=51$）

组别	时间	NPY/（pg/mL）	PGE_2/（pg/mL）	5-HT/（ng/mL）	SP/（pg/mL）
对照组	治疗前	163.89±27.15	280.19±33.29	415.78±30.27	57.98±7.78
	治疗后	112.37±18.76#	173.57±28.71#	278.31±28.86#	31.10±5.63#
观察组	治疗前	165.32±27.33	278.80±33.32	420.18±30.22	57.95±7.75
	治疗后	61.55±7.72#△	98.71±9.08#△	155.20±17.78#△	12.33±2.61#△

注：与治疗前比较，#$P<0.05$；与对照组比较，△$P<0.05$

表4 2组临床疗效比较（$n=51$） 例

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	8	18	15	10	80.39
观察组	15	22	11	3	94.12#

注：与对照组比较，#$P<0.05$

3 讨论

腰椎间盘由髓核、纤维环和软骨板三部分组成，随着年龄增长，椎间盘水分减少、弹性降低，纤维环逐渐出现裂隙，此时若受到外力冲击、长期弯腰劳作等，易导致纤维环破裂，髓核突出，压迫或刺激神经根、马尾神经，引发炎症反应，进而出现腰部疼痛、下肢放射痛等症状[10-11]。髓核突出后，其内容物释放到椎管内，刺激神经根及周围组织，引发免疫反应和炎症反应，导致炎症因子大量释放。这些炎症因子相互作用，形成炎症瀑布，进一步加重神经根的损伤，导致疼痛症状加剧，引起腰椎功能障碍[12-13]。西医保守治疗方法多样，虽能暂时缓解部分症状，但存在不良反应多、疗效局限、复发率高的缺陷。

腰椎间盘突出症急性期属于“腰痛”“痹证”范畴，其发病与“瘀”“滞”密切相关。气滞血瘀型是腰椎间盘突出症急性期最常见的证型。腰部为肾之府，经络纵横交错，外伤或劳损可导致腰部经络受损，气血凝滞，瘀血内阻，经络不通，进而出现腰部剧烈刺痛、固定不移、活动后加重等症状；

瘀血阻滞下肢经络，则出现下肢放射痛、麻木等症状；舌质紫暗、有瘀斑瘀点，脉弦涩，均为气滞血瘀之象。因此，中医治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期，应以活血化瘀、行气止痛、疏通经络为核心治法。身痛逐瘀汤的基础方剂中，桃仁、红花为君药，桃仁具有活血化瘀、润肠通便之功；红花具有活血通经、散瘀止痛之功，两药相须为用，活血化瘀、散瘀止痛之力倍增，可有效改善瘀血阻滞所致的疼痛症状。当归、川芎、赤芍为臣药，当归具有补血活血、调经止痛之功；川芎具有活血行气、祛风止痛之功，为“血中之气药”，可增强活血化瘀之力，同时行气止痛；赤芍具有清热凉血、散瘀止痛之功，三药合用，可辅助君药活血化瘀、行气止痛，同时养血润燥，避免瘀血日久化热。牛膝、地龙、羌活、独活为佐药，牛膝具有逐瘀通经、补肝肾、强筋骨、引血下行之功，可将瘀血引至下肢，缓解下肢放射痛，同时补肝肾、强筋骨，改善腰椎功能；地龙具有清热定惊、通络、平喘、利尿之功，可疏通经络、止痛消肿，缓解肢体麻木、疼痛症状；羌活长于祛上部风湿，独活长于祛下部风湿，两药相须为用，可祛风除湿、疏通经络，缓解腰部及下肢疼痛症状。香附、没药、五灵脂为佐药，香附具有疏肝解郁、理气宽中、调经止痛之功，为“气中之血药”，可行气解郁、止痛，增强方剂行气止痛之力；没药具有活血止痛、消肿生肌之功；五灵脂具有活血止痛、化瘀止血之功，两药相须为用，活血化瘀、止痛之力更强。甘草为使药，具有益气补中、清热解毒、调和诸药之功，可调和方中诸药。现代药理学研究[14]表明，身痛逐瘀汤中的多种药物具有抗炎、镇痛、改善血液循环、减轻组织水肿及延缓椎间盘病变等作用，为其治疗腰椎间盘突出症急性期提供了现代药理学依据。牛膝中的有效成分具有抗炎、镇痛、改善微循环、保护神经细胞的作用，可减轻神经根的炎症损伤，促进神经功能恢复[15]。地龙中的有效成分具有抗凝、溶栓、改善血液循环、抗炎、镇痛的作用，可疏通经络、减轻组织水肿，缓解肢体麻木、疼痛症状[16]。香附中的有效成分具有镇痛、抗炎、调节平滑肌功能的作用，可缓解腰部肌肉痉挛，减轻疼痛症状[17]。

针刺治疗作为中医外治法的重要手段，其治疗腰椎间盘突出症的核心机制在于疏通经络，调和气血，缓解肌肉痉挛，减轻疼痛[18]。本研究中选取的肾俞、大肠俞为腰部核心穴位，肾俞可补肝肾、强筋骨，改善腰部经络气血运行[19]；大肠俞位于腰部病变相关节段，可直接疏通局部经络、止痛消肿，缓解椎旁压痛及叩击痛[20]。腰阳关为督脉穴位，督脉主一身之阳气，针刺腰阳关可温通督脉、散寒止痛，改善腰部阳气不足、瘀血阻滞所致的疼痛。委中为足太阳膀胱经合穴，“腰背委中求”，针刺委中可疏通膀胱经气血，缓解腰部及下肢放射痛，是治疗腰腿痛的经典穴位[21]。阿是穴为疼痛局部穴位，针刺阿是穴可直达病所，疏通局部经络、活血化瘀、止痛，增强局部治疗效果。现有研究[22-23]证实，针刺肾俞、委中等特定穴位能够刺激机体释放内源性阿片肽与脑啡肽类物质，同时可有效降低 SP 等致痛相关因子的表达，并减轻局部血管通透性增高，从而产生确切的镇痛作用。身痛逐瘀汤加减与针刺治疗联合应用，可实现内治与外治的协同增效，进一步提升治疗效果，最终实现标本同治的目的。

本研究中，治疗 2 周后 2 组 VAS 评分均较治疗前显著降低，JOA 评分显著升高（$P<0.05$），且观察组改善幅度均显著优于对照组（$P<0.05$），提示两种治疗方案均能有效缓解患者疼痛、改善腰椎功能，但联合治疗的效果更具优势。同时，观察组中医证候积分显著低于对照组（$P<0.05$），充分说明在针刺治疗基础上，联合身痛逐瘀汤加减能精准契合气滞血瘀型 LDH 急性期的中医病机，有效改善腰部刺痛、固定不移、活动后加重等核心证候，体现了中医辨证施治的优势。腰椎间盘突出症急性期疼痛与功能障碍与突出的髓核组织引发的强烈非菌性炎症密切相关。本研究检测的 IL-6、IL-1β、TNF-α 均为关键的促炎细胞因子，CRP 是急性期炎症反应的敏感标志物。观察组在降低这些炎症指标方面效果更优，提示该方案具有更强的抗炎效能。椎间盘突出症患者退变椎间盘组织中含有较高浓度的 SP、NPY 等神经肽类物质，这些物质能够刺激组胺等炎症介质释放，进而诱发局部神经源性炎症与组织水肿[24]。此外，PGE_2 与 5-HT 作为关键的血源性疼痛调控因子，在疼痛发生中起重要作用。PGE_2 水平升高可显著降低神经痛阈，而 5-HT 则参与疼痛信号传导过程，其异常表达与痛觉过敏状态的形成密切相关[25-26]。本研究结果显示，观察组治疗后 NPY、SP、PGE_2 及 5-HT 水平均显著低于对照组（$P<$

0.05），证实联合治疗能更显著地抑制疼痛介质表达，为本研究治疗方案镇痛疗效提供了生化依据。本研究结果显示，观察组临床总有效率（94.12%）显著高于对照组（80.39%），且差异具有统计学意义（$P<0.05$），充分证实身痛逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期的临床疗效优于单纯针刺治疗。2组不良反应发生率差异无统计学意义，且均为轻微、一过性反应，表明在针刺基础上加服身痛逐瘀汤并未引入新的安全风险，联合治疗方案具有良好耐受性。

综上所述，身痛逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期，能有效缓解患者腰部等症状，改善腰椎功能，降低血清炎症因子水平，提高临床疗效，降低复发率，且安全性较高，弥补了单纯针刺治疗的不足。

参考文献：

[1] 周华明,邓鑫. 雷火灸联合腰椎牵引推拿对腰椎间盘突出症患者疼痛及下肢功能的影响 [J]. 河南中医, 2024, 44(4): 600-603.

[2] 欧小燕,柳刚. 针灸治疗腰椎间盘突出症机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(4):162-166.

[3] 吕艳,刘芬,彭涛,等. 中西医结合在腰椎间盘突出症康复中的作用[J]. 中国临床保健杂志, 2022, 25(5):717-720.

[4] 赵龙,张荣宜,刘畅. 椎间孔镜手术与等离子联合胶原酶手术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效比较[J]. 中华全科医学, 2021, 19(11):1827-1830.

[5] 刘静,杨建新,王春晓,等. 基于《伤寒论》六经辨证体系的腰椎间盘突出症中医证型规律研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2023, 31(7):12-16.

[6] 郑伟. 针灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症的效果评价[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(3):151-154.

[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] 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, 1994:169-171.

[9] 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:60-62.

[10] KELEKIS A, BONALDI G, CIANFONI A, et al. Intradiscal oxygen-ozone chemonucleolysis versus microdiscectomy for lumbar disc herniation radiculopathy: a non-inferiority randomized control trial[J]. The Spine Journal, 2022, 22(6): 895-909.

[11] 曹卓妍,何欣,周欣,等. 腰椎间盘突出症实验动物模型的应用与展望[J]. 中国实验诊断学, 2025, 29(9):1107-1112.

[12] COSAMALÓN-GAN I, COSAMALÓN-GAN T, MATTOS-PIAGGIO G, et al. Inflammation in the intervertebral disc herniation[J]. Neurocirugia (English Edition), 2021, 32(1): 21-35.

[13] 张天龙,赵继荣,陈祁青,等. 腰椎间盘突出症慢性疼痛的脑机制研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(1):277-282.

[14] 黄忠富,张志稳,张景汇,等. 身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 江西中医药, 2025, 56(4):85-88.

[15] 韩永光,谭雅兰,张超云,等. 牛膝化学成分和药理作用研究进展及其质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. 天然产物研究与开发, 2024, 36(8):1432-1444.

[16] 赫悠然,李梅信,周艳,等. 地龙化学成分、药理作用及质量标志物预测分析[J]. 广西医学, 2025, 47(4):619-622.

[17] 王凤霞,钱琪,李葆林,等. 香附化学成分和药理作用研究进展及质量标志物（Q-Marker）预测分析[J]. 中草药, 2022, 53(16):5225-5234.

[18] 王义斌,徐栋,袁刘琼. 针刺联合推拿对腰椎间盘突出症患者腰椎活动度、疼痛程度及焦虑抑郁的影响[J]. 河北中医, 2025, 47(8):1344-1347.

[19] 黄桃,黄鸿鹏,石建爽,等. 肾俞穴穴性及用法新探[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(3):659-663.

[20] 冯婧雯,刘欣,张绎锦,等. 基于数据挖掘探究电针治疗椎间盘源性腰痛的选穴规律[J]. 云南中医中药杂志, 2025, 46(11):35-40.

[21] 张丽荣,宋强. 委中在腰椎间盘突出治疗中的作用机制研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(3):632-636.

[22] 刘元朗,刘志杰,朱宏飞. 灯盏花素穴位注射联合针灸对腰椎间盘突出症患者腰背伸肌群表面肌电指标及血清MMP3、PGE_2、IL-1β表达的作用[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(5):165-169.

[23] 邸学士,陈江,王新茹,等. 针灸治疗腰椎间盘突出症作用机制研究进展[J]. 针刺研究, 2024, 49(5):526-533.

[24] AHSAN K, KHAN S I, ZAMAN N, et al. Fusion versus nonfusion treatment for recurrent lumbar disc herniation[J]. Journal Craniovertebr Junction Spine, 2021, 12(1):44-53.

[25] 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.

[26] 李瞻,唐毅,邹敏. 血府逐瘀汤加减治疗腰椎间盘突出症急性发作（气滞血瘀证）的临床观察[J]. 中国中医急症, 2025, 34(5):853-856.

（责任编辑：张海洋 收稿日期：2026-06-15）