引用：姜浩，吕莹 . 调督理筋针法联合循经取穴推拿治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症 59 例［J］. 湖南中医杂志，2026，42（10）：55-59.

调督理筋针法联合循经取穴推拿治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症 59 例

姜　浩，吕　莹
（昆山市中医医院针灸推拿科，江苏　昆山，215300）

［**摘要**］ 目的：观察调督理筋针法联合循经取穴推拿治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症（lumbar disc herniation，LDH）的临床疗效。方法：选取气滞血瘀型 LDH 患者 118 例，将其随机分为治疗组与对照组，每组各 59 例。对照组予以西医常规治疗联合循经取穴推拿治疗，治疗组在对照组的基础上加用调督理筋针法治疗，2 组均连续治疗 4 周。观察 2 组治疗前后腰椎功能评分、脊柱 - 骨盆矢状位参数和炎症指标水平，并评价临床疗效。结果：总有效率治疗组为 94.92%（56/59），对照组为 83.05%（49/59），2 组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。2 组腰椎功能评分、脊柱 - 骨盆矢状位参数和炎症指标水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。结论：调督理筋针法联合循经取穴推拿，可进一步改善气滞血瘀型 LDH 患者的腰椎功能、脊柱 - 骨盆稳定性和炎症指标水平。

［**关键词**］ 腰椎间盘突出症；调督理筋针法；循经取穴推拿；腰椎 - 骨盆稳定性；腰椎功能
［**中图分类号**］R246.281.5+7　［**文献标识码**］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.012

Clinical effect of Tiaodu Lijin acupuncture combined with massage based on acupoint selection along the meridians in treatment of lumbar disc herniation of Qi stagnation and blood stasis type: An analysis of 59 cases

JIANG Hao, LYU Ying
（Department of Acupuncture & Massage, Kunshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunshan 215300, Jiangsu, China）

［**Abstract**］ Objective: To investigate the clinical effect of Tiaodu Lijin acupuncture combined with massage based on acupoint selection along the meridians in the treatment of lumbar disc herniation （LDH） of Qi stagnation and blood stasis type. Methods: A total of 118 patients with LDH of Qi stagnation and blood stasis type were randomly divided into treatment group and control group, with 59 patients in each group. The patients in the control group received conventional Western medicine treatment combined with massage based on acupoint selection along the meridians, while those in the treatment group received Tiaodu Lijin acupuncture in addition to the treatment in the control group, and both groups were treated for 4 consecutive weeks. The two groups were observed in terms of lumbar function score, spinopelvic sagittal parameters, and inflammatory markers before and after treatment, and clinical outcome was assessed for both groups. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group［94.92%（56/59）

基金项目：江苏省中医药科技发展计划项目（MS2022086）
第一作者：姜浩，男，副主任中医师，研究方向：针灸推拿

vs 83.05%（49/59），$P<0.05$］. Both groups had significant changes in lumbar function score, spinopelvic sagittal parameters, and inflammatory markers after treatment, and there were significant differences in these indicators between the two groups after treatment（$P<0.05$）. Conclusion: Tiaodu Lijin acupuncture combined with massage based on acupoint selection along the meridians can further improve lumbar function, spinopelvic stability, and inflammatory markers in LDH of Qi stagnation and blood stasis type patients.

［**Keywords**］lumbar disc herniation; Tiaodu Lijin acupuncture; massage based on acupoint selection along the meridians; lumbar-pelvic stability; lumbar function

腰椎间盘突出症（lumbar disc herniation，LDH）是骨科常见疾病，主要表现为腰痛、下肢麻木和腰椎放射痛，严重者可出现下肢无力甚至大小便功能障碍，影响患者生活质量[1]。目前西医常规治疗以非甾体抗炎药等保守疗法为主，虽可缓解疼痛症状，但长期应用可增加不良反应风险，且部分患者停药后症状易反复[2]。中医学将 LDH 归属于“痹证”“腰腿痛”等范畴，其主要证型为气滞血瘀证，发病与风、寒、湿邪侵袭、气血运行不畅和经络痹阻有关，治疗多以通经活络、调畅气血为法。

调督理筋针法通过调理督脉及相关经脉，发挥通络止痛作用[3]；循经取穴推拿则通过刺激经络腧穴，调和气血、舒筋通络、祛瘀止痛[4]。基于此，本研究观察调督理筋针法联合循经取穴推拿对 LDH 气滞血瘀证患者腰椎功能评分及脊柱－骨盆矢状位参数的影响，以期为 LDH 的中医综合治疗提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2023 年 3 月 1 日至 2025 年 3 月 31 日于昆山市中医医院针灸推拿科门诊确诊为 LDH 气滞血瘀证的患者 118 例。采用随机数字表法将其分为治疗组与对照组，每组各 59 例。治疗组中，男 33 例，女 26 例；年龄 23～69 岁，平均（48.28±9.15）岁；体质量指数 18～30 kg/m^2，平均（23.05±1.95）kg/m^2；病程 0.5～4 年，平均（2.66±0.57）年；病变节段：L4/5 节段 31 例，L5/S1 节段 28 例。对照组中，男 35 例，女 24 例；年龄 24～69 岁，平均（48.40±9.19）岁；体质量指数 18～30 kg/m^2，平均（23.14±1.98）kg/m^2；病程 0.5～4 年，平均（2.70±0.59）年；病变节段：L4/5 节段 30 例，L5/S1 节段 29 例。2 组一般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经昆山市中医医院医学伦理委员会审批通过（KZY2023-014-01）。

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》[5]中 LDH 的诊断标准。主要表现为腰痛伴下肢放射痛，疼痛可沿坐骨神经支配区域放射，咳嗽、打喷嚏或用力时可加重；受累神经根支配区域可出现感觉减退、肌力下降及相应腱反射减弱或消失；直腿抬高试验及加强试验阳性；结合 CT 或 MRI 结果即可明确诊断。

1.2.2 中医辨证标准 参考《中医内科病证诊断疗效标准》[6]中气滞血瘀证的辨证标准拟定。1）主症：腰腿疼痛剧烈，痛有定处，痛如针刺；2）次症：腰部僵硬、俯仰不利，痛处拒按；3）舌脉象：舌质暗紫或有瘀斑，苔薄白或薄黄，脉沉涩、弦或弦涩。满足主症，结合次症和舌脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1）符合上述西医诊断及中医辨证标准；2）年龄＞18 岁；3）纳入研究前 30 d 内未接受 LDH 的相关治疗；4）自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1）合并其他骨科疾病；2）有严重感染性疾病或自身免疫性疾病病史；3）合并严重肝、肺、肾等重要脏器功能障碍；4）有恶性肿瘤病史；5）依从性差，不能配合完成治疗及相关评价。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以西医常规联合循经取穴推拿治疗。1）塞来昔布胶囊（北京世桥生物制药有限公司，批准文号：国药准字 H20243917，规格：0.2 g/粒）口服，0.2 g/次，1 次/d。2）甲钴胺片（山东鲁宁药业

有限公司，批准文号：国药准字H20255119，规格：0.5 mg/片）口服，0.5 mg/次，3次/d。3）循经取穴推拿治疗。具体操作：依据足太阳膀胱经、足少阳胆经循行取肾俞、大肠俞、环跳、委中、承山、阳陵泉和腰部阿是穴。患者取俯卧位，充分暴露腰部和下肢。先以掌揉法、擦法放松腰背部、臀部和下肢后侧肌群，自上而下反复操作5 min；继以拇指点按上述穴位，30 s/穴，以局部产生酸胀感为度；对腰部压痛、僵硬部位和竖脊肌、腰方肌痉挛结节行弹拨法松解；最后以掌推法放松腰部肌群。20 min/次，1次/d，6次/周。

2.2 治疗组 于对照组基础上联合调督理筋针法治疗。具体操作：以督脉穴为主，取命门、腰阳关、脊中，配伍L3～S1夹脊穴、肾俞及大肠俞。患者取俯卧位，常规消毒后选用0.30 mm×40 mm一次性无菌毫针。命门、腰阳关、脊中直刺0.5～0.8寸，行平补平泻法；L3～S1夹脊穴向脊柱内侧斜刺0.8～1.0寸，行提插泻法；肾俞、大肠俞直刺0.8寸，行平补平泻法。各穴得气后留针30 min，留针期间每10 min行针1次。1次/d，6次/周。

2组均连续治疗4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1）腰椎功能评分。于治疗前后比较2组日本矫形外科学会（Japanese Orthopaedic Association，JOA）评分[7]和Oswestry功能障碍指数（Oswestry Disability Index，ODI）评分[8]。JOA评分范围为0～29分，评分越高表示腰椎功能越好；ODI评分范围为0～50分，评分越高表示功能障碍越严重。2）脊柱-骨盆矢状位参数。于治疗前后采用DIERS formetric 3D评估系统（爱尔思康科技北京有限公司）测定2组骨盆倾斜角（pelvic tilt，PT）、腰椎前凸角（lumbar lordosis，LL）和骶骨倾斜角（sacral slope，SS）。检测时患者自然站立，连续测量3次，取平均值作为最终结果。3）炎症指标水平。于治疗前后采集2组空腹静脉血4 mL，离心分离血清。采用酶联免疫吸附试验检测白细胞介素-1（interleukin-1，IL-1）、白细胞介素-6（interleukin-6，IL-6）、单核细胞趋化蛋白-1（monocyte chemoattractant protein-1，MCP-1）和C反应蛋白（C-reactive protein，CRP）水平。

3.2 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[9]进行疗效评定。痊愈：疼痛视觉模拟评分法（Visual analogue scales，VAS）评分为0；显效：疼痛VAS评分较治疗前减少≥3分；好转：疼痛VAS评分较治疗前减少1～2分；无效：疼痛VAS评分较治疗前无减少，甚至增加。总有效率=（总例数-无效例数）/总例数×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 27.0软件进行数据分析。计量数据符合正态性及方差齐性时，由“均数±标准差”（$\bar{x}\pm s$）表示，组内对比选用配对样本t检验，组间对比选用独立样本t检验。计数资料以例和率（%）表示，组间比较采用χ^2检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 总有效率治疗组为94.92%，对照组为83.05%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（见表1）

表1 2组临床疗效比较[例（%）]

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	59	19(32.20)	24(40.68)	11(18.64)	3(5.08)	56(94.92)
对照组	59	17(28.81)	22(37.29)	10(16.95)	10(16.95)	49(83.05)
χ^2值						4.24
P值						0.04

3.4.2 2组治疗前后腰椎功能评分比较 治疗前，2组JOA、ODI评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组JOA评分均升高，ODI评分均降低，且治疗组JOA评分高于对照组，ODI评分低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表2）

表2 2组治疗前后腰椎功能评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间节点	JOA评分	ODI评分
治疗组	59	治疗前	14.74±2.50	33.17±4.60
		治疗后	23.40±3.10^{ab}	17.02±3.16^{ab}
对照组	59	治疗前	14.82±2.53	33.25±4.63
		治疗后	20.68±2.87^{a}	20.73±3.86^{a}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组治疗后比较，$^{b}P<0.05$。

3.4.3 2组治疗前后脊柱-骨盆稳定性参数比较 治疗前，2组PT、LL、SS比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组PT均降低，LL、SS均升

高，且治疗组PT低于对照组，LL、SS高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表3）

表3 2组治疗前后脊柱-骨盆稳定性参数比较

（$\bar{x}\pm s$，°）

组别	例数	时间节点	PT	LL	SS
治疗组	59	治疗前	15.14±1.25	31.25±2.81	28.67±1.68
		治疗后	10.37±0.78[ab]	37.49±3.21[ab]	34.72±2.04[ab]
对照组	59	治疗前	15.33±1.27	31.32±2.83	28.72±1.70
		治疗后	12.45±0.95[a]	34.58±3.09[a]	31.55±1.85[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[b]$P<0.05$。

3.4.4 2组治疗前后炎症指标水平比较 治疗前，2组IL-1、IL-6、MCP-1和CRP水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组上述指标水平均降低，且治疗组低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表4）

表4 2组治疗前后炎症指标水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	时间节点	IL-1/(pg·mL^{-1})	IL-6/(pg·mL^{-1})	MCP-1/(pg·mL^{-1})	CRP/(mg·L^{-1})
治疗组	59	治疗前	78.48±8.28	45.15±6.28	781.29±75.10	20.73±2.85
		治疗后	31.10±4.58[ab]	23.20±3.15[ab]	312.48±34.69[ab]	10.55±2.01[ab]
对照组	59	治疗前	78.62±8.34	45.27±6.35	782.03±75.16	20.81±2.90
		治疗后	40.07±5.28[a]	30.45±4.09[a]	409.00±38.77[a]	14.26±2.45[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[b]$P<0.05$。

4 讨 论

中医学认为LDH的发生与外邪侵袭、气血运行不畅、经络痹阻等有关。督脉循行于脊柱，与腰背部经脉气血运行密切相关。调督理筋针法以命门、腰阳关、脊中等督脉穴为主，配伍夹脊穴、肾俞、大肠俞等，以发挥调督通络、舒筋止痛之功；循经取穴推拿通过揉、擦、点按、弹拨等手法作用于腰背部和相关经络腧穴，以舒筋通络，调畅气血。二者联合应用，从经脉、筋骨等方面进行综合调节，与LDH的中医病机特点相契合。

本研究结果显示，治疗后2组JOA评分均较治疗前升高，ODI评分均较治疗前降低，且治疗组JOA评分高于对照组，ODI评分低于对照组；治疗组总有效率亦高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。这提示在常规治疗和循经取穴推拿基础上加用调督理筋针法，可进一步改善LDH患者的腰椎功能和临床症状，与既往相关研究结果基本一致[10-13]。循经取穴推拿可通过作用于腰背部肌群和相关经络腧穴，缓解局部软组织紧张；在此基础上配合督脉穴和夹脊穴针刺，可进一步发挥疏通经络、调畅气血、舒筋止痛等作用。但本研究未设置单纯针刺组或单纯推拿组，因此尚不能明确针刺和推拿各自的独立效应及二者是否存在协同作用。

脊柱-骨盆矢状位参数可在一定程度上反映腰椎和骨盆之间的空间位置及力学关系。本研究结果显示，治疗后2组PT均较治疗前降低，LL和SS均较治疗前升高，且治疗组PT低于对照组，LL、SS高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。这提示在循经取穴推拿基础上加用调督理筋针法，可能有助于改善LDH患者的脊柱-骨盆矢状位参数。既往研究表明，中医综合疗法可改善LDH患者腰椎活动和相关功能指标[14-15]。推测上述变化可能与疼痛减轻、腰背部肌肉紧张状态改善和腰椎活动功能恢复有关。

炎症反应是LDH神经根性疼痛发生和维持的重要环节。髓核组织及受压神经根周围炎症反应可促进多种炎症介质释放，增加神经根敏感性。本研究结果显示，治疗后2组IL-1、IL-6、MCP-1和CRP水平均较治疗前降低，且治疗组均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$），提示加用调督理筋针法可能有助于减轻LDH患者的炎症反应。既往研究亦表明，调督理筋针法治疗LDH可改善相关炎症指标[16]，与本研究结果基本一致。但本研究仅检测外周血炎症指标，未进一步检测局部炎症状态和相关信号通路，因此尚不能据此阐明其具体抗炎机制。

综上所述，在常规治疗和循经取穴推拿基础上加用调督理筋针法，可进一步改善LDH患者的腰椎功能和脊柱-骨盆矢状位参数，并降低相关炎症指标水平，具有一定的辅助治疗作用。本研究为单中心、小样本研究，且仅观察治疗4周后的近期疗效，缺乏长期随访；同时未设置单纯针刺组和单纯推拿组，尚不能明确不同干预措施的独立效应和交互作用。后续可开展多中心、大样本随机对照研究，设置合理的不同干预组并延长随访时间，同时结合

腰背肌力、表面肌电和相关生物力学指标，进一步评价其临床疗效和可能的作用机制。

参考文献

[1] 朱吕群，王丹，高加巍，等. 调脊通督针法联合腕踝针治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 针灸临床杂志，2024，40(8)：36-40.
[2] 蒲奎江，黄家骏，黄郑昆，等. 益痹汤联合调督理筋针法治疗腰椎间盘突出症的疗效及对血清PGE2、TXB2、IL-23水平的影响[J]. 四川中医，2024，42(9)：167-170.
[3] 李卫，李冰，吴小辉，等. 调督理筋针法联合腰部核心肌力训练对腰椎间盘突出症患者腰椎功能、腰背肌力学效应和血清炎性因子的影响[J]. 现代生物医学进展，2023，23(6)：1126-1130.
[4] 毛恩霞. 夹脊穴温针灸联合循经取穴推拿治疗腰椎间盘突出症患者的效果观察[J]. 中国伤残医学，2024，32(17)：124-127.
[5] 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.
[6] ZY/T 001.1—1994　中医内科病证诊断疗效标准[S].
[7] Fukui M，Chiba K，Kawakami M，et al. JOA Back Pain Evaluation Questionnaire：Initial report[J]. J Orthop Sci，2007，12(5)：443-450.
[8] 宋甲威，侯小燕，王志敏，等. 独活寄生汤联合针刺夹脊穴治疗对腰椎间盘突出症患者症状积分、Oswestry功能障碍指数及JOA评分的影响[J]. 四川中医，2021，39(9)：142-145.
[9] 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，2002：216-218.
[10] 龙琴群，段秀萍，何美芝. 针灸联合循经取穴推拿对腰椎间盘突出症患者疼痛及腰椎功能的影响[J]. 现代诊断与治疗，2025，36(13)：1930-1932.
[11] 吴晓敏，余小峰. 调督理筋针法联合甲钴胺穴位注射治疗腰椎间盘突出症的疗效观察及对炎症因子的影响[J]. 中国中医药科技，2025，32(6)：1025-1027.
[12] 章小青. 调督理筋针法联合四指推脊柱调整法治疗腰椎间盘突出症患者的临床疗效[J]. 辽宁中医杂志，2024，51(5)：168-171.
[13] 王云菲，杨静，吴文忠. 调督理筋针法联合揿针治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 广州中医药大学学报，2024，41(7)：1805-1812.
[14] 姚俊杰，商强强，王宇峰，等. 基于可穿戴式惯性传感器对中医综合疗法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效评价研究[J]. 中国全科医学，2023，26(27)：3450-3455.
[15] 刘淑珍，李渊. 督脉针灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症患者的效果[J]. 中国民康医学，2024，36(13)：129-131.
[16] 刘细燕. 调督理筋针法辅治腰椎间盘突出症临床观察[J]. 实用中医药杂志，2024，40(3)：472-473.

（收稿日期：2026-03-30）
[编辑：马怀玉]

（上接第49页）

[2] Zhan J，Chen F，Cao J，et al. Risk assessment tool for anemia of chronic disease in systemic lupus erythematosus：A prediction model[J]. Clin Rheumatol，2024，43(9)：2857-2866.
[3] Handono K，Wahono C S，Pratama M Z，et al. Association of the premature immunosenescence with the presence and severity of anemia among patients with systemic lupus erythematosus[J]. Lupus，2021，30(12)：1906-1914.
[4] 赵琳，付冬冬，李洁，等. 系统性红斑狼疮自身免疫性溶血性贫血的临床分析[J]. 医药论坛杂志，2025，46(6)：611-614.
[5] 中华医学会风湿病学分会，国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心，中国系统性红斑狼疮研究协作组. 2020中国系统性红斑狼疮诊疗指南[J]. 中华内科杂志，2020，59(3)：172-185.
[6] Marn H，Critchley J A. Accuracy of the WHO Haemoglobin Colour Scale for the diagnosis of anaemia in primary health care settings in low-income countries：A systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Glob Health，2016，4(4)：e251-e265.
[7] 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，2002：112-115.
[8] Gladman D D，Ibañez D，Urowitz M B. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000[J]. J Rheumatol，2002，29(2)：288-291.
[9] 中国中西医结合学会血液学专业委员会. 慢性病贫血中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药，2026，21(10)：1777-1786.
[10] 郭玥，王旭. 王旭教授辨治系统性红斑狼疮临证经验[J]. 中国民族民间医药，2025，34(22)：93-96.
[11] 叶雪英，尹晓霞，彭剑虹，等. 何氏益气养血补肾方治疗气血亏虚型类风湿关节炎并血液系统受累患者的效果分析[J]. 现代生物医学进展，2023，23(20)：3979-3984.
[12] Dudek A，Riaz S，Priftakis D，et al. Pattern of bone marrow hypometabolism on 18F-FDG PET/CT in systemic lupus erythematosus-associated aplastic anemia[J]. Clin Nucl Med，2024，49(3)：e113-e114.
[13] Song X，Liu C Y，Qian T，et al. Elevated integrin αvβ3 expression activates the NF-κB p65/p100 pathway and promotes inflammatory responses in systemic lupus erythematosus[J]. Clin Exp Rheumatol，2025，43(11)：1958-1970.
[14] 钱爱，黄传兵，李明，等. 系统性红斑狼疮中医辨证分型与免疫炎性因子及疾病活动度的相关性研究[J]. 山西中医药大学学报，2025，26(5)：567-572.

（收稿日期：2026-01-27）
[编辑：马怀玉]