

ICS **.*.*.*.*
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

腰椎间盘突出症中医循证实践指南

Evidence-based practice guideline of traditional Chinese medicine for lumbar disc herniation

(文件类型：公示稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前言.....	I
引言.....	II
腰椎间盘突出症中医循证实践指南.....	1
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 诊断.....	1
4.1 疾病诊断标准.....	1
4.2 疾病临床分期.....	2
4.3 疾病证候分类.....	2
5 指南相关临床问题与推荐意见.....	2
6 指南形成说明.....	14
附录 A.....	17
（资料性）.....	17
GRADE 证据质量与推荐强度分级.....	17
方法学质量评价标准、GRADE 中推荐强度的含义与影响推荐强度的因素.....	17
附录 B.....	20
（资料性）.....	20
指南工作组.....	20
参考文献.....	21

前 言

本指南按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本指南由中国中医科学院望京医院提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：中国中医科学院望京医院、天津市天津医院、北京中医药大学、首都医科大学、河南省洛阳正骨医院（河南省骨科医院）、北京中医药大学东直门医院、中国人民解放军空军特色医学中心、广东省中医院、陕西中医药大学、苏州市中医医院、暨南大学附属第一医院、湖北省中医院、中国中医科学院广安门医院、成都中医药大学附属医院、长春中医药大学附属医院、天津中医药大学第二附属医院、江西中医药大学附属医院、黑龙江中医药大学附属第二医院、广西中医药大学第一附属医院、新疆维吾尔自治区中医医院。

本指南主要起草人：朱立国、徐卫国、姜宏、高景华、魏戌、李振华。

本指南秘书组、证据评价组：秦晓宽、孙凯、冯天笑、尹煜辉、孙传睿、肖想玉。

本指南共识专家组（按姓氏拼音排序）：曹俊岭、陈薇、高景华、郭伟、何承建、黄勇、黄异飞、姜宏、林定坤、李无阴、李振华、童培建、万小明、魏戌、王艳国、徐卫国、徐西林、杨克新、袁普卫、张玲、朱立国、朱晓峰、钟远鸣、张智海。

引 言

腰椎间盘突出症是骨科临床常见病和多发病，患病率为7.62%^[1]，近年来发病人数逐年攀升，因其具有致残的风险，导致缺勤、医疗资源负担和其他社会成本显著增加，给人们带来了巨大的经济负担和精神负担。本病的发生是在生理性退变的基础上与年龄、性别、职业、吸烟、久坐久立等强迫体位下长期劳作、损伤机会增加和遗传等因素有关^[2]。大部分腰椎间盘突出症患者可以通过非手术治疗改善症状或者治愈，中医药治疗是非手术治疗重要组成部分^[3]，广泛应用于临床实践，具有独特的治疗优势，也日益受到世界人民的关注和接受。

为规范中医药治疗腰椎间盘突出症的临床实践，项目组参照国际最新的指南制订方法，基于循证医学证据，充分结合专家经验，在广泛共识的基础上形成了中医药治疗腰椎间盘突出症的推荐意见，以保证本指南的科学性、实用性、有效性和临床可操作性，旨在为中医骨伤科、中西医结合骨科、推拿科、针灸科、康复科等相关临床医生和科研人员提供诊疗指导和参考，为本病的临床实践及中医药特色疗法的国际化推广提供科学的参考依据。由于受地域、民族、种族、环境、生活习惯的影响，在具体实施过程中，应结合临床实际情况而定。

腰椎间盘突出症中医循证实践指南

1 范围

本标准规定了腰椎间盘突出症的流行病学、诊断要点、辨证分型、治疗推荐、预防调摄等。

本标准适用于腰椎间盘突出症诊断和治疗。

本标准适合中医骨伤科、中西医结合骨科、推拿科、针灸科、康复科等临床工作的医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy 疾病部分

腰椎间盘突出症诊疗指南 疾病部分

ZY/T 001.9-94, 中医骨伤科病证诊断疗效标准 证候部分

中医药标准制定管理办法（试行）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

腰椎间盘突出症 lumbar disc herniation

腰椎间盘突出症是在椎间盘突出病理基础上，由突出的椎间盘组织刺激和（或）压迫神经根、马尾神经所导致的临床综合征，表现为腰痛、下肢放射痛、下肢麻木、下肢无力、大小便功能障碍等。

4 诊断

4.1 疾病诊断标准

参照2013年北美脊柱外科学会发布的“An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy”^[4]及2020年中华医学会骨科学分会脊柱外科学组制订的《腰椎间盘突出症诊疗指南》^[5]进行拟定。

基于患者年龄和病程、突出椎间盘的位置和大小、对神经的压迫及神经的炎症反应程度不同，腰椎间盘突出症诊断要点如下：

症状：急性或慢性腰骶部疼痛和（或）伴有下肢放射性神经根性痛，受累神经根支配的肌肉无力和（或）神经支配区感觉异常。

体征：腰部活动受限或代偿性侧凸，腰椎局部压痛，椎旁肌紧张或痉挛，直腿抬高试验阳性，受累神经根支配的运动和（或）感觉障碍，腱反射减弱，马尾综合征可出现会阴部感觉障碍，肛门括约肌无力及松弛。

影像：腰椎X片、CT、MRI检查各有所用，相辅相成，不同检查，观察侧重不同，根据患者症状体征，选择一种或多种结合的检查手段，以便准确诊断。

对诊断腰椎间盘突出症，并存在相对应病史和体检阳性结果的患者，推荐无辐射的MRI作为影像学检测的首选方法。若患者行MRI检查存在禁忌，或者检测后无法判断结果，则推荐CT作为次选手段，X线片可辅助判断脊柱骨结构及序列变化。

4.2 疾病临床分期

急性期：临床表现为腰腿痛剧烈，活动受限明显，不能站立、行走，肌肉痉挛，腰腿疼痛VAS评分 ≥ 7 分；

缓解期：临床表现为腰腿疼痛缓解，活动好转，但仍有疼痛，不耐劳，腰腿疼痛VAS评分 < 7 分且 ≥ 4 分；

康复期：临床表现为腰腿疼痛症状基本消失，但有腰腿乏力，不能长时间站立、行走，腰腿疼痛VAS评分 < 4 分且 > 0 分。

4.3 疾病证候分类

气滞血瘀证、寒湿证、湿热证、肝肾亏虚证为本病基本证型^[6]，在此基础上可结合其他辨证方法，综合反映本病的复杂情况。

气滞血瘀证：腰腿痛如刺，痛有定处，日轻夜重，腰部板硬，俯仰旋转受限，痛处拒按。舌质暗紫，或有瘀斑，脉弦紧或涩。

寒湿证：腰腿冷痛重着，转侧不利，静卧痛不减，受寒及阴雨加重，肢体发凉。舌质淡，苔白或腻，脉沉紧或濡缓。

湿热证：腰部疼痛，腿软无力，痛处伴有热感，遇热或雨天痛增，活动后痛减，恶热口渴，小便短赤。苔黄腻，脉濡数或弦数。

肝肾亏虚证：腰酸痛，腿膝乏力，劳累更甚，卧则减轻。偏阳虚者面色晄白，手足不温，少气懒言，腰腿发凉，或有阳痿、早泄，妇女带下清晰，舌质淡，脉沉细。偏阴虚者，咽干口渴，面色潮红，倦怠乏力，心烦失眠，多梦或有遗精，妇女带下色黄味臭，舌红少苔，脉弦细数。

5 指南相关临床问题与推荐意见

5.1 临床问题1：基于辨证分型的经典名方治疗腰椎间盘突出症的有效性与安全性？

5.1.1 推荐意见：

对于气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者，可考虑单独给予身痛逐瘀汤加减（《医林改错》）（2C）或在常规西医治疗的基础上给予身痛逐瘀汤加减（1B）以缓解疼痛，改善腰椎功能，提高生活质量。

5.1.2 推荐说明：

①与西医常规治疗比较，身痛逐瘀汤加减或身痛逐瘀汤加减与西医常规联合可有效降低气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者疼痛VAS评分，减轻患者疼痛症状，改善腰椎功能，证据

质量分别为低级及中级，不存在严重不良反应。

②身痛逐瘀汤药物组成：桃仁、红花、当归、川芎、香附、没药、五灵脂、地龙、牛膝、秦艽、羌活、甘草。

③每日一剂，早晚饭后半小时温服，每次 200mL，疗程范围为 7~90 天。

④纳入研究涉及西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、脱水剂、营养神经类、激素、牵引等。

⑤身痛逐瘀汤包含饮片均已纳入 2021 年国家基本医疗保险。

5.1.3 证据概述：

指南证据小组共查询到 2 个 RCT^[7-8]报告了身痛逐瘀汤加减治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效与不良反应，2 个 RCT 合并的结果提示：与常规西医治疗相比，身痛逐瘀汤加减可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-3.04$, $95\%CI -5.59\sim-0.50$, $P<0.05$)，1 个研究报告身痛逐瘀汤加减可增加腰椎 JOA 评分 ($MD=7.39$, $95\%CI 4.60\sim10.18$, $P<0.05$)，并可改善患者生活质量，降低 IL-1、IL-6、IL-8、TNF- α 水平。不良反应方面，1 个研究报告中药组出现 1 例腹泻，另 1 个研究未报告不良反应发生情况。

身痛逐瘀汤加减联合西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 10 个 RCT^[7-9-17]，有 7 个 RCT 的合并结果提示：与西医常规相比，身痛逐瘀汤加减联合西医常规可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-2.56$, $95\%CI -3.68\sim-1.43$, $P<0.05$)；5 个 RCT 的合并结果提示：与西医常规相比，身痛逐瘀汤加减联合西医常规可增加腰椎 JOA 评分 ($MD=4.97$, $95\%CI 4.29\sim5.65$, $P<0.05$)；5 个 RCT 的合并结果提示：与西医常规相比，身痛逐瘀汤加减联合西医常规可降低腰椎 ODI 评分 ($SMD=-1.94$, $95\%CI -2.32\sim-1.56$, $P<0.05$)；3 个 RCT^[7,12,16]报告身痛逐瘀汤加减联合西医常规可降低 IL-1、TNF- α 等炎症因子水平；1 个研究报告可改善患者生活质量。不良反应方面，1 个研究^[9]报告无明显不良反应发生，其余研究未报告不良反应发生情况。

孙凯等^[18]的 Meta 分析显示，在改善疼痛 VAS 评分方面，身痛逐瘀汤加减对比对照组具有明显优势 ($MD=-3.70$, $95\%CI -6.31\sim-1.09$, $P<0.05$)，且身痛逐瘀汤加减治疗发生的不良事件例数较对照组更少。

5.1.4 推荐意见：

对于寒湿型腰椎间盘突出症患者，为了缓解疼痛，改善腰椎功能障碍，可考虑单独给予肾着汤加减（《三因极一病证方论》）（2C）或在西医常规治疗的基础上给予肾着汤加减（2C）。

5.1.5 推荐说明：

①与西医常规治疗比较，肾着汤加减或肾着汤加减联合西医常规可有效降低寒湿型腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分，减轻患者疼痛症状，改善腰椎功能，证据质量均为低级，不良反应轻微。

②肾着汤药物组成：干姜、白术、茯苓、甘草。

- ③每日一剂，早晚饭后半小时温服，每次 200mL，疗程 2 周。
- ④纳入研究涉及西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、脱水剂、激素等。
- ⑤肾着汤包含饮片除茯苓、干姜外，余均已纳入 2021 年国家基本医疗保险。

5.1.6 证据概述：

指南证据小组共查询到 1 个 RCT^[19]报告了肾着汤加减治疗寒湿型腰椎间盘突出症的疗效与不良反应，结果提示肾着汤加减可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.55$, $95\%CI -2.02\sim-1.08$, $P<0.05$)，增加腰椎 JOA 评分 ($MD=1.82$, $95\%CI 0.52\sim3.12$, $P<0.05$)，该研究提示肾着汤加减在下肢疼痛麻木、畏寒怕冷、失眠、焦虑方面均有效。不良反应方面，肾着汤加减组出现 1 例胃胀，1 例白天轻度欲睡，上述症状均 1 周后自行消失。

1 个研究^[20]比较了肾着汤加减联合西医常规比西医常规，结果提示联合西医常规可以降低疼痛 VAS 评分($MD=-1.27$, $95\% CI -1.49\sim-1.05$, $P<0.05$)，降低腰椎 m-JOA 评分($MD=-5.38$, $95\%CI -7.54\sim-3.22$, $P<0.05$)，该研究未报告不良反应发生情况。

5.1.7 推荐意见：

对于湿热型腰椎间盘突出症患者，可考虑单独给予四妙散加减（《圣济总录》）治疗以缓解疼痛（2C）。

5.1.8 推荐说明：

- ①与西医常规治疗比较，四妙散加减可有效降低湿热型腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分，减轻患者疼痛症状，证据质量为低，纳入研究未报告不良反应发生情况。
- ②四妙散药物组成：黄柏、苍术、牛膝、生薏苡仁。
- ③每日一剂，早晚饭后半小时温服，每次 200mL，疗程范围为 3~4 周。
- ④四妙散包含饮片除薏苡仁外，余均已纳入 2021 年国家基本医疗保险。

5.1.9 证据概述：

指南证据小组共查询到 2 个 RCT^[21-22]报告了四妙散加减治疗湿热型腰椎间盘突出症的疗效与不良反应，2 个 RCT 合并的结果提示：与常规西医治疗相比，四妙散加减可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.07$, $95\%CI -1.25\sim-0.89$, $P<0.05$)，以上研究未报告不良反应发生情况。

5.1.10 推荐意见：

对于肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者，可考虑给予独活寄生汤加减（《备急千金要方》）单独治疗以缓解疼痛，提高生活质量（2C）；对于肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者，在常规西医治疗的基础上可考虑给予独活寄生汤加减以缓解疼痛，改善腰椎功能，提高睡眠质量（2C）。

5.1.11 推荐说明：

- ①与西医常规治疗比较，独活寄生汤加减可有效降低肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分，减轻患者疼痛症状，提高生活质量，证据质量为低，纳入研究未报告不良反

应发生情况；独活寄生汤加减与西医常规联合可降低肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分，减轻患者疼痛症状，改善腰椎功能，提高睡眠质量，证据质量为低，不存在严重不良反应。

②独活寄生汤药物组成：独活、桑寄生、杜仲、牛膝、细辛、秦艽、茯苓、肉桂心、防风、川芎、人参、甘草、当归、芍药、干地黄。

③每日一剂，早晚饭后半小时温服，每次 200mL，疗程范围为 10~60 天。

④纳入研究涉及西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、激素、核心肌训练等。

⑤独活寄生汤包含饮片除茯苓、人参、肉桂心外，余均已纳入 2021 年国家基本医疗保险。

5.1.12 证据概述：

指南证据小组共查询到 3 个 RCT^[23-25]报告了独活寄生汤加减治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症的疗效与不良反应，3 个 RCT 合并的结果提示：与常规西医治疗相比，独活寄生汤加减可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-2.07$, $95\%CI -2.52\sim-1.63$, $P<0.05$)。1 个 RCT^[24]报告独活寄生汤加减可提高患者生活质量评分 ($MD=7.74$, $95\%CI 6.38\sim9.10$, $P<0.05$)。以上研究均未报告不良反应发生情况。

独活寄生汤加减联合西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 6 个 RCT^[26-31]，有 5 个 RCT 的合并结果提示：与西医常规相比，独活寄生汤加减联合西医常规可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.39$, $95\%CI -1.68\sim-1.10$, $P<0.05$)；2 个 RCT 的合并结果提示：与西医常规相比，独活寄生汤加减联合西医常规可增加腰椎 JOA 评分 ($MD=3.48$, $95\%CI 2.78\sim4.18$, $P<0.05$)；1 个研究报告独活寄生汤加减联合西医常规可降低腰椎 ODI 评分 ($MD=-23.03$, $95\%CI -25.71\sim-20.35$, $P<0.05$)；1 个 RCT 报告与西医常规相比，独活寄生汤加减联合西医常规可降低 PSQI 评分 ($MD=-2.47$, $95\%CI -3.45\sim-1.49$, $P<0.05$)；1 个研究报告独活寄生汤加减联合西医常规可提高直腿抬高角度 ($MD=10.49$, $95\%CI 8.05\sim12.93$, $P<0.05$)。不良反应方面，1 个研究^[27]报告观察组有 1 例腹泻、1 例局部红肿，其余研究未报告不良反应发生情况。

5.2 临床问题 2：中成药治疗腰椎间盘突出症的有效性与安全性如何？

5.2.1 推荐意见：

对于气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者，为了缓解疼痛及腰椎功能障碍，可考虑单独给予腰痹通胶囊（2C）或在西医常规治疗的基础上给予腰痹通胶囊（2C）。

5.2.2 推荐说明：

①与西医常规治疗比较，腰痹通胶囊或腰痹通胶囊联合西医常规可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分，减轻患者疼痛症状，改善腰椎功能，证据质量均为低级，纳入研究报告无明显不良反应发生。

②腰痹通胶囊更适合由长期劳损、经络气血运行不畅所致腰痛，痛有定处，拒按，轻者俯仰不便，重者则因剧痛而不能转侧，舌黯或有瘀点、瘀斑，脉涩的患者。

③腰痹通胶囊成分：三七、川芎、延胡索、白芍、狗脊、熟地黄、独活。

④口服，一日三次，一次三粒，宜饭后服用，疗程为4周。

⑤纳入研究涉及西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、激素、脱水剂、营养神经类、牵引等。

⑥腰痹通胶囊已纳入2021年国家基本医疗保险甲类。

5.2.3 证据概述：

腰痹通胶囊对比西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入4个RCT^[32-35]，合并的结果提示：有4个研究^[32-35]表明，与西医常规治疗相比，腰痹通胶囊可降低疼痛VAS评分（ $MD=-1.49$ ， $95\%CI -1.77\sim-1.21$ ， $P<0.05$ ）；1个研究表明腰痹通胶囊可降低腰椎ODI评分（ $MD=-3.79$ ， $95\%CI -4.83\sim-2.75$ ， $P<0.05$ ）。以上研究均未报告不良反应发生情况。

腰痹通胶囊结合西医常规治疗对比单纯西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入5个RCT^[36-40]，与单纯西医常规治疗相比，其中有5个RCT^[36-40]表明腰痹通胶囊结合西医常规治疗可降低疼痛VAS评分（ $MD=-1.52$ ， $95\%CI -2.01\sim-1.04$ ， $P<0.05$ ），有2个RCT^[5-6]表明腰痹通胶囊结合西医常规治疗可降低腰椎ODI评分（ $MD=-5.82$ ， $95\%CI -6.37\sim-5.27$ ， $P<0.05$ ）。有2项研究^[38-39]表明腰痹通结合西医常规治疗可降低血清丙二醛（MDA）水平并提升血清超氧化物歧化酶（SOD）水平。有2个研究^[39-40]报告无明显不良反应发生，余未报告不良反应发生情况。

5.2.4 推荐意见：

在常规西医治疗的基础上建议给予腰痛宁胶囊治疗寒湿型腰椎间盘突出症患者，以减轻疼痛，改善腰椎功能（2C）。

5.2.5 推荐说明

①与西医常规治疗比较，腰痛宁胶囊联合西医常规可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛VAS评分，减轻患者疼痛症状，改善腰椎功能，证据质量为低，不存在严重不良反应。

②腰痛宁胶囊更适合腰腿冷痛重着，转侧不利，静卧痛不减，受寒及阴雨加重，肢体发凉，辨证为寒湿型的腰椎间盘突出症患者。

③腰痛宁胶囊成分：马钱子粉（调制）、土鳖虫、川牛膝、甘草、麻黄、乳香（醋制）、没药（醋制）、全蝎、僵蚕（麸炒）、麸炒苍术。

④口服，一天一次，每次3~4粒，宜饭后服用，疗程范围为3~12周。

⑤纳入研究涉及西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、激素、脱水剂、理疗等。

⑥腰痛宁胶囊已纳入2021年国家基本医疗保险乙类。

5.2.6 证据概述：

腰痛宁胶囊结合西医常规对比单纯西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入3个RCT^[41-43]，与单纯西医常规治疗相比，其中有2个RCT^[41-42]表明腰痛宁胶囊结合西医常规治疗可降低疼痛VAS评分（ $MD=-1.68$ ， $95\%CI -3.06\sim-0.31$ ， $P<0.05$ ）。1个研究^[43]表明腰痛宁胶囊联

合西医常规可增加腰椎 JOA 评分 ($MD=3.13$, $95\%CI$ 1.83~4.43, $P<0.05$)。有 2 个研究^[42-43]报告无明显不良反应发生, 余未报告不良反应发生情况。

5.2.7 推荐意见:

对于肝肾亏虚或气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者, 为了缓解疼痛及腰椎功能障碍, 可考虑单独给予恒古骨伤愈合剂治疗 (2D) 或在西医常规治疗的基础上给予恒古骨伤愈合剂 (2C)。

5.2.8 推荐说明

①与西医常规治疗比较, 恒古骨伤愈合剂可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分, 减轻患者疼痛症状, 改善腰椎功能, 证据质量为极低, 不存在严重不良反应; 恒古骨伤愈合剂与西医常规联合可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分, 减轻患者疼痛症状, 改善腰椎功能, 证据质量为低, 并可降低炎症水平, 纳入研究未报告不良反应发生情况。

②恒古骨伤愈合剂更适合腰膝酸软、腰痛乏力、下肢疼痛麻木或痿弱乏力, 伴头晕耳鸣, 舌质淡紫或紫暗, 脉细涩等表现的患者。

③恒古骨伤愈合剂成分: 陈皮、红花、三七、杜仲、人参、黄芪、洋金花、钻地风、鳖甲。

④口服, 每两天服用一次, 每次 25mL, 宜饭后 1 小时服用, 疗程范围为 12~28 天。

⑤西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、核心肌锻炼、牵引等。

⑥恒古骨伤愈合剂已纳入 2021 年国家基本医疗保险乙类。

5.2.9 证据概述:

恒古骨伤愈合剂对比西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 2 个 RCT^[44-45], 合并的结果提示: 与西医常规治疗相比, 恒古骨伤愈合剂可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-2.20$, $95\%CI$ -6.30~1.90, $P>0.05$), 但两组差异无统计学意义。有 1 项研究^[44]表明与西医常规治疗相比, 恒古骨伤愈合剂可提升腰椎 JOA 评分 ($MD=0.46$, $95\%CI$ -0.62~1.54, $P>0.05$), 但两组差异无统计学意义, 该研究报告观察组 2 位患者出现轻微不良反应, 1 位患者出现口干, 另外 1 位患者出现心动过速、面色潮红的情况, 分别予以减少药物剂量及对症处理后, 不良反应消失, 余未报告不良反应发生情况。

恒古骨伤愈合剂结合西医常规治疗对比单纯西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 2 个 RCT^[46-47], 与单纯西医常规治疗相比, 恒古骨伤愈合剂结合西医常规治疗可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.56$, $95\%CI$ -2.13~-1.00, $P<0.05$)。有 1 项研究^[47]表明与单纯西医常规治疗相比, 恒古骨伤愈合剂结合西医常规可降低腰椎 ODI 评分 ($MD=-5.66$, $95\%CI$ -6.88~-4.44, $P<0.05$)。2 项研究^[46-47]显示, 恒古骨伤愈合剂结合西医常规治疗可降低血管炎症因子 TNF- α 、IL-1 β 水平。以上研究均未报告不良反应发生情况。

5.3 临床问题 3: 手法治疗腰椎间盘突出症的有效性与安全性如何?

5.3.1 推荐意见:

对于局部肌肉紧张、痉挛的腰椎间盘突出症患者，为了更好的改善疼痛症状及腰椎功能障碍，可考虑单独给予手法治疗（1B）或在西医常规治疗的基础上给予手法治疗（1B）。

5.3.2 推荐说明：

①手法可缓解局部痉挛、松解粘连，纠正关节紊乱以及相对地改变突出物和受压神经的关系。与西医常规和模拟手法相比，手法可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分，减轻患者疼痛症状，改善功能障碍，证据质量为中，安全性较高；与西医常规相比，手法联合西医常规可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分，减轻患者疼痛症状，改善功能障碍，证据质量为中，安全性较高。

②手法门类较多，主要分为放松类和扳动类手法，包括推、滚、弹拨、点按、叩击、摩擦、牵引、抖、扳、拔伸等方法及其组合。手法可应用于腰椎间盘突出症急性期、缓解期、康复期全过程，能有效地改善患者症状，但需注意急性疼痛期手法不宜粗暴。

③以上手法隔日 1 次，每次 10~30 分钟，疗程范围为 5~28 天。

④纳入研究涉及西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、激素、脱水剂、营养神经类、牵引等。

⑤操作前需排除皮肤损伤、肿瘤、结核、骨折、重度骨质疏松、体质虚弱不耐受者及精神病患者等手法禁忌症。

⑥以上手法刺激量及操作力度应根据患者年龄大小及体质情况在基础操作上适当加减。

5.3.3 证据概述：

指南证据小组共查询到 3 个 RCT^[48-50]报告了放松类手法治疗腰椎间盘突出症的疗效与不良反应，2 个 RCT 合并的结果提示：与常规西医治疗相比，放松类手法可降低疼痛 VAS 评分（ $MD=-2.66$ ， $95\%CI -4.48~-0.85$ ， $P<0.05$ ）；1 个 RCT^[50]报告与西医常规相比，放松类手法可增加腰椎 JOA 评分（ $MD=4.72$ ， $95\%CI 3.09~6.35$ ， $P<0.05$ ）；以上研究均未报告不良反应发生情况。

放松类手法联合西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 3 个 RCT^[51-53]，2 个 RCT 合并的结果提示：与常规西医治疗相比，放松类手法联合西医常规可降低疼痛评分（ $SMD=-0.94$ ， $95\%CI -1.37~-0.50$ ， $P<0.05$ ）；2 个 RCT 合并的结果提示：与西医常规相比，放松类手法联合西医常规可增加腰椎 JOA 评分（ $MD=4.94$ ， $95\%CI 3.49~6.39$ ， $P<0.05$ ）；1 个研究报告辨证分期推拿联合西医常规可降低腰椎 ODI 评分（ $MD=-23.02$ ， $95\%CI -25.74~-20.30$ ， $P<0.05$ ）；1 个研究报告手法联合西医常规可增加直腿抬高角度（ $MD=-8.80$ ， $95\%CI 0.90~16.70$ ， $P<0.05$ ）；1 个研究报告^[51]无不良反应发生，余未报告不良反应发生情况。

扳动类手法对比西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 12 个 RCT^[54-65]，10 个 RCT 的合并结果提示：与常规西医治疗相比，扳动类手法可降低疼痛评分（ $SMD=-1.64$ ， $95\%CI -2.38~-0.90$ ， $P<0.05$ ）；8 个 RCT 合并的结果提示：与西医常规相比，扳动类手法可增加腰椎 JOA 评分（ $MD=3.47$ ， $95\%CI 2.01~4.92$ ， $P<0.05$ ）；2 个 RCT 的合并结果提示：与常规

西医治疗相比,扳动类手法可降低腰椎 ODI 评分($MD=-19.43, 95\% CI-32.47\sim-6.40, P<0.05$); 2 个 RCT 合并的结果提示:与西医常规相比,扳动类手法可增加直腿抬高角度($MD=10.15, 95\%CI 0.66\sim19.63, P<0.05$); 1 个研究报告,与西医常规相比,三步推拿手法可改善腰椎生理曲度($MD=2.13, 95\%CI 1.87\sim2.39, P<0.05$); 不良反应方面,1 个研究^[63]报告观察组无不良事件发生,余未报告不良反应发生情况。

扳动类手法对比模拟手法治疗腰椎间盘突出症共纳入 2 个 RCT^[66-67], 1 个研究^[66]报告,扳动类手法在疼痛缓解程度($MD=16.90, 95\%CI 9.64\sim24.16, P<0.05$)及直腿抬高角度改善程度($MD=14.11, 95\%CI 10.33\sim17.89, P<0.05$)方面优于模拟手法;另一个研究^[67]显示,扳动类手法在改善患者生活质量方面与模拟手法无统计学差异;一个研究^[67]报告无不良反应发生,另一个未报告不良反应发生情况。

扳动类手法联合西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 7 个 RCT^[69-74], 6 个 RCT 合并的结果提示:与常规西医治疗相比,扳动类手法联合西医常规可降低疼痛 VAS 评分($MD=-0.98, 95\%CI -1.50\sim-0.46, P<0.05$); 5 个 RCT 合并的结果提示:与西医常规相比,扳动类手法联合西医常规可增加腰椎 JOA 评分($MD=2.03, 95\%CI 0.50\sim3.56, P<0.05$); 不良反应方面,一个研究^[71]报告处理组有 2 例患者第 1 次手法治疗后出现骶髂部的轻微疼痛,经对症处理后症状消失,余未报告不良反应发生情况。

Zhuomao Mo 等^[75]的系统评价(9 个 RCT, $n=887$)评价了腰椎斜扳手法治疗腰椎间盘突出症的疗效和安全性,其中 4 个 RCT($n=331$)的合并结果提示,与常规西医治疗(牵引)比较,腰椎斜扳手法可降低腰椎间盘突出症患者的疼痛 VAS 评分($MD=-1.03, 95\%CI -1.32\sim-0.74, P<0.05$), 2 个 RCT($n=125$)的合并结果提示,与常规西医治疗(牵引)比较,腰椎斜扳手法可增加腰椎间盘突出症患者的腰椎 JOA 评分($MD=1.66, 95\%CI 0.89\sim2.43, P<0.05$),该系统评价纳入的研究未报告不良反应发生情况。Drew Oliphant^[76]系统评价了手法治疗腰椎间盘突出症的安全性,结果提示手法导致腰椎间盘突出症严重恶化或马尾综合征的风险低于三百七十万分之一,与常规治疗相比,手法具有较高的安全性,因此应增加手法在保守治疗中的应用。

5.4 临床问题 4: 针刀治疗腰椎间盘突出症的有效性与安全性如何?

5.4.1 推荐意见:

对于局部软组织紧张、痉挛及粘连的腰椎间盘突出症患者,为了更好的减轻疼痛症状,改善腰椎功能,可考虑单独给予针刀治疗(2D)或在西医常规治疗的基础上给予针刀治疗(2C)。

5.4.2 推荐说明:

①与西医常规治疗比较,针刀或针刀与西医常规联合应用可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分,减轻患者疼痛症状,改善腰椎功能,证据质量分别为极低级和低级,纳入研究报告不良反应发生情况较少。

②针刀松解粘连方面优势明显，故尤其适合急性期、缓解期腰背肌紧张、挛缩硬化的患者。

③腰椎结构复杂，对操作医师要求较高，建议超声引导下进行操作，避免损伤神经及血管。

④同一治疗点间隔 3~7 天，3 次为 1 疗程，刺激量因人、因症而定，以患者耐受为度。

⑤纳入研究涉及西医常规治疗主要包括神经根阻滞、骶管封闭等。

⑥在操作前医生需评估患者的整体情况，排除有出血倾向者、严重内脏病的发作期、体质极度虚弱不能耐受者、妊娠妇女、精神紧张不能合作者等。

5.4.3 证据概述：

针刀对比西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 2 个 RCT^[77-78]。1 个研究^[78]提示针刀治疗可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.13$, $95\%CI -1.71\sim-0.55$, $P<0.05$)；2 个研究^[77-78]合并的结果提示：与常规西医治疗相比，针刀治疗可提高腰椎 JOA 评分 ($MD=4.55$, $95\%CI -0.33\sim9.44$, $P>0.05$)，但两组差异无统计学意义。以上研究未报告不良反应发生情况。

针刀联合西医常规对比常规西医治疗腰椎间盘突出症共纳入 4 个 RCT^[79-82]，与常规西医治疗相比，共有 3 个研究^[79-81]提示针刀联合常规西医治疗可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.59$, $95\%CI -2.32\sim-0.85$, $P<0.05$)；共有 2 个研究^[80,82]提示针刀联合西医常规治疗可降低 m-JOA 评分 ($MD=-4.76$, $95\%CI -8.60\sim-0.92$, $P<0.05$)；1 个研究^[79]提示针刀联合西医常规治疗可降低腰椎 ODI 评分 ($MD=-6.57$, $95\%CI -9.72\sim-3.42$, $P<0.05$)。研究期间，1 个研究^[80]报告治疗组 1 例发生头晕，1 例做完针刀后下肢放射痛加剧，观察 1 天后症状消失，后续继续治疗，均未对研究造成影响，余未报告不良反应发生情况。

5.5 临床问题 5：针刺治疗腰椎间盘突出症的有效性与安全性如何？

5.5.1 推荐意见：

对于腰椎间盘突出症患者，为了减轻疼痛症状，改善腰椎功能障碍，可考虑给予单独针刺（2C）、针刺联合西医常规（2C）、单独电针（2D）或电针联合西医常规（2C）。

5.5.2 推荐说明：

①与西医常规治疗相比，单独针刺、针刺联合西医常规、单独电针或电针联合西医常规可降低患者疼痛 VAS 评分，减轻疼痛症状，改善腰椎功能，证据质量分别为低级、低级、极低级、低级，无严重不良反应发生。

②针刺或电针均可应用于腰椎间盘突出症急性期、缓解期和康复期全程中，能够有效地改善患者症状。

③建议针刺或电针治疗腰椎间盘突出症选择督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经等经脉，选穴以腰夹脊穴、大肠俞、肾俞、环跳、阳陵泉、委中、悬钟、昆仑、足三里、承山、阿是穴等穴位为主。

④针刺进针手法、行针手法、补泻手法、针刺角度、方向、深度根据患者个体情况而定。

电针选用连续波或断续波，刺激频率、电流强度以患者耐受为度。

⑤针刺得气后留针 10~30 分钟，每 10 分钟行针 1 次，每日或隔日 1 次，疗程范围为 7~35 天。电针每次通电 10~45 分钟，每日 1 次或 1 周 3 次，疗程范围为 10~28 天。

⑥纳入研究涉及西医常规治疗主要包括非甾体抗炎药、激素、脱水剂、营养神经类、牵引等。

⑦在操作前医生需评估患者的整体情况，避免晕针、弯针、断针、血肿等不良反应和不良事件的发生。

5.5.3 证据概述：

针刺治疗腰椎间盘突出症共纳入 8 个 RCT^[83-90]。7 个 RCT 的合并结果提示，与西医常规治疗比较，针刺可降低腰椎间盘突出症患者的疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.08$, $95\%CI -1.42\sim-0.74$, $P<0.05$)。1 个 RCT 提示，与西医常规治疗比较，针刺可提高腰椎间盘突出症患者的腰椎 JOA 评分 ($MD=4.31$, $95\%CI 1.92\sim6.70$, $P<0.05$)。以上研究均未报告不良反应发生情况。

针刺联合西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 8 个 RCT^[91-98]。8 个 RCT 的合并结果提示，与西医常规治疗比较，针刺联合西医常规治疗可降低疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.58$, $95\%CI -1.92\sim-1.24$, $P<0.05$)。3 个 RCT 的合并结果提示，与西医常规治疗比较，针刺联合西医常规治疗可提高腰椎 JOA 评分 ($MD=2.68$, $95\%CI 1.35\sim4.02$, $P<0.05$)。1 个 RCT 提示，与西医常规治疗比较，针刺联合西医常规治疗可降低患者的腰椎 ODI 评分 ($MD=-2.59$, $95\%CI -3.29\sim-1.89$, $P<0.05$)。1 项 RCT^[96]报告观察组与对照组均有 2 例患者出现牵引后腰痛症状略加重,但治疗结束后 0.5 小时症状均消失。1 项 RCT^[93]报告未出现不良反应,余研究未报告不良反应发生情况。

电针治疗腰椎间盘突出症共纳入 5 个 RCT^[99-103]。3 个 RCT 的合并结果提示，与西医常规治疗比较，电针可降低腰椎间盘突出症患者的疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.13$, $95\%CI -2.18\sim-0.08$, $P<0.05$)。2 个 RCT 的合并结果提示，与西医常规治疗比较，电针可提高患者的腰椎 JOA 评分 ($MD=2.14$, $95\%CI 1.02\sim3.25$, $P<0.05$)。1 项 RCT^[103]报告观察组出现 3 例局部血肿，余研究未报告不良反应发生情况。

电针联合西医常规治疗腰椎间盘突出症共纳入 4 个 RCT^[104-107]，合并结果提示，与西医常规治疗比较，电针联合西医常规治疗可降低腰椎间盘突出症患者的疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.74$, $95\%CI -2.52\sim-0.96$, $P<0.05$)；1 个研究^[106]提示电针联合西医常规可降低腰椎 ODI 评分 ($MD=-6.30$, $95\%CI -9.98\sim-2.62$, $P<0.05$)。以上研究均未报告不良反应发生情况。

共 6 个系统评价比较了针刺治疗腰痛的有效性和安全性。Tang 等的系统评价 (30 个 RCT, $n=3503$)^[108]结果提示，针对腰椎间盘突出症患者，针刺在降低疼痛 VAS 评分 ($SMD=-1.51$, $95\%CI -2.04\sim-0.99$; $P<0.05$)，提高 JOA 评分 ($SMD=0.96$, $95\%CI 0.48\sim1.45$,

$P<0.05$) 方面优于常规西医治疗。Su 等的系统评价 (13 个 RCT, $n=899$)^[109]评价针刺治疗急性腰痛的有效性和安全性, 其中 8 个 RCT ($n=519$) 的合并结果提示, 与西医常规治疗比较, 针刺可降低急性腰痛患者的疼痛 VAS 评分 ($MD=-2.00$, $95\%CI -2.83\sim-1.17$, $P<0.05$), 3 个 RCT ($n=254$) 的合并结果提示, 与常规西医治疗比较, 针刺可降低急性腰痛患者的腰椎 ODI 评分 ($MD=-12.84$, $95\%CI -23.94\sim-1.74$, $P<0.05$), 1 个 RCT 报告未出现不良反应, 3 个 RCT 报告出现轻微的不良反应。Lee 等的系统评价 (11 个 RCT, $n=1139$)^[110]评价针刺治疗急性腰痛的有效性, 其中 2 个 RCT ($n=112$) 的合并结果提示, 与假针刺比较, 针刺可降低急性腰痛患者的疼痛 VAS 评分 ($MD=-9.38$, $95\%CI -17.00\sim-1.76$, $P<0.05$)。Ji 等的系统综述 (12 个 RCT, $n=1284$)^[111]评价针刺治疗坐骨神经痛的有效性, 其中 2 个 RCT ($n=241$) 的合并结果提示, 与西医常规治疗比较, 针刺可降低患者的疼痛 VAS 评分 ($MD=-1.25$, $95\%CI -1.63\sim-0.86$, $P<0.05$)。2020 年的 1 项 Cochrane 系统评价^[112] (4 个 RCT, $n=366$) 显示, 针刺在降低腰痛患者疼痛 VAS 评分 ($MD=-20.32$, $95\%CI -24.50\sim-16.14$, $P<0.05$) 方面优于空白对照。Xiang 等^[113]的 Meta 分析 (9 个 RCT, $n=753$) 显示, 与安慰剂或假针刺比较, 针刺可降低腰痛患者的疼痛 VAS 评分 ($SMD=-0.40$, $95\%CI -0.54\sim-0.25$; $P<0.05$)。

5.6 临床问题 6: 传统功法治疗腰椎间盘突出症的有效性与安全性如何?

5.6.1 推荐意见:

建议八段锦治疗腰椎间盘突出症, 能够改善腰椎功能障碍 (2D)。建议太极拳联合西医常规治疗腰椎间盘突出症, 能够减轻疼痛 (2C)。建议易筋经联合西医常规治疗腰椎间盘突出症患者, 能够改善腰椎功能障碍 (2C)。

5.6.2 推荐说明:

①八段锦、太极拳、易筋经属于我国传统功法。当前证据表明, 传统功法或联合西医常规可有效降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分, 减轻患者疼痛症状和功能障碍, 证据质量为极低至低级, 纳入研究未报告不良反应发生情况。

②在排除腰椎结核、肿瘤、骨折、严重内科疾病等禁忌症的基础上, 应用传统功法可作为一种重要的辅助治疗方法。

③八段锦推荐按照国家体育总局于 2003 年颁布的《健身气功-八段锦》进行锻炼, 太极拳推荐按照国家体育总局于 1956 年颁布的二十四式简化太极拳进行锻炼, 易筋经推荐按照国家体育总局于 2003 年颁布的《健身气功-易筋经》进行锻炼。

④每次练习 30~60 分钟, 运动强度根据患者自身情况量力而行, 循序渐进。

⑤纳入研究涉及西医常规治疗主要包括牵引、理疗等。

⑥2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》中明确指出, 要“扶持推广健身气功等民族民间传统运动项目”, 传统健身功法临床应用愈加广泛, 患者的重视程度逐步提高。

5.6.3 证据概述:

共检索到 3 篇相关的 RCT^[114-116]。因研究异质性较高, 故指南工作组对纳入文献进行定性

描述。1项研究^[114]对比了八段锦治疗与腰腹肌肌力训练治疗,结果提示八段锦可提高腰椎间盘突出症患者的腰椎JOA评分($MD=3.42$, $95\%CI$ 0.94~5.90, $P<0.05$);降低疼痛VAS评分($MD=-0.12$, $95\%CI$ -0.90~0.66, $P=0.76$),但两组间差异无统计学意义。1项研究^[115]对比了太极拳联合常规物理治疗与常规物理治疗,结果提示太极拳联合常规物理治疗可降低腰椎间盘突出症患者的疼痛VAS评分($MD=-0.88$, $95\%CI$ -1.48~-0.28, $P<0.05$);增加直腿抬高角度($MD=7.23$, $95\%CI$ 3.37~11.09, $P<0.05$)。1项研究^[116]对比了易筋经联合牵引治疗与牵引治疗,结果提示易筋经联合牵引可提高患者的腰椎JOA评分($MD=4.79$, $95\%CI$ 3.83~5.75, $P<0.05$);降低疼痛评分($MD=-1.24$, $95\%CI$ -1.57~-0.91, $P<0.05$)。以上研究均未报告不良反应及不良事件发生情况。

5.7 临床问题 7: 腰椎间盘突出症手术适应证及常见术式?

5.7.1 推荐意见:

在保守治疗无效时应及时手术,以免造成不可逆的神经损伤及残障。手术适应证包括^[5,117-119]:①腰椎间盘突出症病史超过6~12周,经系统保守治疗无效或保守治疗过程中症状加重或反复发作;②腰椎间盘突出症疼痛剧烈,或患者处于强迫体位,严重影响工作或生活;③腰椎间盘突出症出现单根神经麻痹或马尾神经麻痹,表现为肌肉瘫痪或出现直肠、膀胱症状;④症状、体征与影像学相一致(GPS)。

5.7.2 推荐意见:

腰椎间盘突出症的术式可分为四类^[5]:开放性手术、微创手术、腰椎融合术、腰椎人工椎间盘置换术。根据患者具体病情程度和意愿,选择最佳术式(GPS)。

5.8 临床问题 8: 腰椎间盘突出症的预防与调护。

5.8.1 推荐意见:

对疼痛严重需卧床休息的患者,应尽量缩短卧床时间,且在症状缓解后鼓励其尽早恢复适度的正常活动,同时需注意日常活动姿势,避免扭转、弯腰及过量负重(2D)。

5.8.2 证据概述:

Dahm等^[120]的研究显示,与正常的日常活动相比,卧床休息可降低患者疼痛评分($MD=-0.03$, $95\%CI$ -0.24~0.18, $P>0.05$),增加腰椎功能障碍评分($MD=0.19$, $95\%CI$ -0.02~0.41, $P>0.05$),两组间差异无统计学意义。

5.8.3 推荐意见:

生活习惯规范:适当锻炼、控制体重、增强自我保护意识等有利于腰背部疼痛康复(1D)。

5.8.4 证据概述:

Helen Frost等^[121]的研究显示,从长期来看,与常规物理治疗相比,规范生活习惯可增加轻度至中度腰痛患者的腰椎ODI评分($MD=1.04$, $95\%CI$ -1.59~3.70, $P>0.05$),Roland Morris功能障碍问卷评分($MD=0.38$, $95\%CI$ -0.66~1.41, $P>0.05$),两组间差异无统计学意义。

5.8.5 推荐意见:

腰部保护措施: 建议患者在持续工作时或一些特殊的会加重脊柱负荷的情况下佩戴腰围, 并注意需要定时放松 (1C)。

5.8.6 证据概述:

护具可通过限制脊柱活动缓解疼痛, 一项临床对照研究^[122]结果表明, 亚急性腰痛患者佩戴弹性腰围 30 天及 90 天后, 对镇痛药物的需求减少, 30 天时腰围组疼痛 VAS 评分改变程度多于无腰围组 ($MD=5.50$, $95\%CI 0.33\sim 10.67$, $P<0.05$), 90 天时腰围组疼痛 VAS 评分改变程度多于无腰围组 ($MD=9.50$, $95\%CI 3.60\sim 15.40$, $P<0.05$), 腰围组功能状态也得到一定改善; 另有研究表明^[123]腰椎护具作为预防手段仅有很小的获益, 长期佩戴腰围可限制腰背活动, 从而引起肌肉萎缩, 故仅建议患者在持续工作时或一些特殊的会加重脊柱负荷的情况下佩戴使用, 并注意需要定时放松。

5.8.7 推荐意见:

腰椎间盘突出症患者可在专业的康复医师指导下进行核心肌群训练, 以期加强腰椎稳定性 (2C)。

5.8.8 证据概述:

Bakhtiary 等^[124]的研究显示, 与无锻炼相比, 腰椎稳定训练可降低腰椎间盘突出症患者疼痛 VAS 评分 ($MD=-2.7$, $95\%CI -3.5\sim -1.9$, $P<0.05$), 增加左直腿抬高角度 ($MD=25.3$, $95\%CI 11.8\sim 38.8$, $P<0.05$) 及右直腿抬高角度 ($MD=21.8$, $95\%CI 8.9\sim 34.6$, $P<0.05$)。

6 指南形成说明

6.1 指南发起机构与专家组成员

本指南由中国中医科学院望京医院发起, 于 2020 年 9 月 22 日获得中华中医药学会批准立项。本指南成立了多学科专家组, 主要纳入中医骨伤、西医骨科、中西医结合骨科、中医康复、临床药学、循证医学等学科专家。所有专家组成员均填写了利益声明表, 不存在与本指南直接相关的利益冲突。

6.2 指南注册与制定计划书

本指南已在国际实践指南注册平台进行注册 (<http://www.guidelines-registry.org>, IPGRP-2021CN354)。计划书主要包括以下几个方面: 指南制订的背景, 制订单位, 制订工作组, 适用人群和范围, 利益冲突管理, 构建临床问题, 系统评价实施步骤, 证据评价和推荐体系, 外审流程, 发布传播, 更新计划等。

6.3 指南使用者与应用的目标人群

本指南应用于各级中医医院、中西医结合医院、民族医院、专科医院及基层医疗门诊机构等。使用人群为在各级医疗机构从事中医骨伤科、中西医结合骨科、推拿科、针灸科、康复科等临床工作的医师及相关科研工作者。指南目标人群为确诊为腰椎间盘突出症的患者。指南目的是为腰椎间盘突出症患者的诊断治疗提供循证医学证据, 指导广大医生的临床实践。

6.4 指南工作组

本指南成立了指导委员会、共识专家组、秘书组、证据评价组、外审组5个小组共同完成腰椎间盘突出症中医诊疗指南的制订工作。

6.5 临床问题的遴选和确定

本项目组系统查询已发表腰椎间盘突出症相关指南和系统评价，初拟腰椎间盘突出症指南临床问题及结局指标清单，并进行归类、去重、合并。项目组内部讨论优化，并召开了一次面对面共识会议，临床问题按其重要性分为1~7分，结局指标按其重要性分为1~9分。最终确定本指南所关注的临床问题与结局指标，并在推荐意见中予以体现。关键结局：腰腿疼痛、腰椎功能。

6.6 证据的检索与合成

本指南在指南主题和范围确定与证据合成不同阶段，进行了腰椎间盘突出症相关指南的检索与评价，腰椎间盘突出症相关系统评价/Meta分析的检索与评价；在制订系统评价阶段检索了相应的原始研究并进行评价与数据分析。数据来源包括：①数据库检索：英文数据库包括：Pubmed、EMBASE、The Cochrane library，中文数据库包括：中国知网（CNKI）、维普（VIP）、万方数据库（WanFang Data）和中国生物医学文献数据库（CBM）。②指南相关资源：美国国家临床指南中心（NGC，<http://www.ngc.gov>）、英国国家卫生与临床技术优化研究所（NICE，<https://www.nice.org.uk/guidance>）、指南国际网络（GIN，<https://www.g-i-n.net>）、世界卫生组织（WHO，<http://www.who.int/publications/guidelines/en/>）、Uptodate（<https://www.uptodate.com/contents/search>）和医脉通。检索词主要包括腰椎间盘突出症、研究类型和干预措施三个方面。

6.7 证据的评价

使用 AGREEII评价相关指南方法学质量^[125-126]。使用 AMSTAR2 工具对纳入的系统评价分析进行方法学质量评价^[127]。如为高质量的系统评价和（或）Meta分析直接使用，如不符合要求则重新制订相关系统评价/Meta分析，该环节用 Cochrane 偏倚风险评估工具（Risk of Bias, ROB）评价纳入 RCT 的偏倚风险^[128]。本指南使用 GRADE 对各临床问题的证据概述中的证据体进行分级^[129-130]，共分为高、中、低、极低四个等级；推荐强度分为强推荐和弱推荐。GRADE 证据质量分级过程考虑五个降级因素包括偏倚风险、一致性、间接性、精确性、发表偏倚，以及三个升级因素包括效应量大、混杂因素偏倚、剂量效应。

6.8 推荐意见的形成

指南制订工作组基于各临床问题相关的国内外系统评价证据、指南制订工作组制订的系统评价证据，个别问题参考相关指南证据，同时考虑了中国患者的偏好和价值观、干预措施的成本等利弊平衡后，拟定推荐意见草稿。通过名义群体法达成共识，最终形成以上推荐意见。期间，指南工作组讨论和审定了所有证据质量和推荐意见。

6.9 指南的评审

指南草案经指南制订工作组讨论、修改，形成指南征求意见稿后，由本指南指导委员会审定通过，并邀请外部同行专家进行评审，进一步修改后中华中医药学会组织专家审查，在中华中医药学会网站开展了为期2周的公开征求意见。进一步完善为指南报批稿，报送中华中医药学会审批、发布。

6.10 指南的传播与实施

本指南发布后，指南发起单位联合通过以下方式对本指南进行传播和推广：①在指南起草单位及各级中医医院、中西医结合医院、民族医院、专科医院等组织骨伤科医师、康复科医师、护理人员等相关医务工作者学习指南相关内容并能正确使用。②在中华中医药学会骨伤科分会、中西医结合学会骨伤科分会、中国中医药研究促进会骨科分会等学术平台介绍和解读本指南。③通过微信或其他途径传播。

6.11 指南的更新

拟3年更新，更新的内容取决于指南发布后，新的研究证据的出现，证据变化对指南推荐意见的影响。

附录 A

(资料性)

本指南中的证据质量和推荐意见分级采用评估、制订和评价(Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation, GRADE)分级系统,证据质量和推荐强度分级的含义见表A1。

表A1 GRADE证据质量与推荐强度分级

分级	具体描述
证据质量分级	
高 (A)	非常有把握: 观察值接近真实值
中 (B)	对观察值有中等把握: 观察值有可能接近真实值, 但也有可能差别很大
低 (C)	对观察值的把握有限: 观察值可能与真实值有很大差别
极低 (D)	对观察值几乎没有把握: 观察值与真实值可能有极大差别推荐
强度分级	
强 (1)	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱 (2)	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当
GPS (good practice statement)	基于非直接证据或专家意见/经验形成的推荐

方法学质量评价标准、GRADE 中推荐强度的含义与影响推荐强度的因素

表 A2 影响证据质量的因素

可能降低随机对照试验证据质量的因素及其解释	
偏倚风险	未正确随机分组; 未进行分配方案的隐藏; 未实施盲法(特别是结局指标为主观指标, 其评估易受主观影响时); 研究失访对象过多, 未进行意向性分析; 选择性报告结果(尤其是仅报告观察到的阳性结果); 发现有疗效后研究提前终止
不一致性	如不同研究间存在大相径庭的结果, 又没有合理的解释原因, 可能意味着其疗效在不同情况下确实存在差异。差异可能源于人群(如药物在重症患者中的疗效更显著)、干预措施(如较高药物剂量的效果更显著), 或结局指标(如随时间推移疗效减小)的不同。当结果存在不一致性而研究者未能意识到并给出合理解释时, 需降低证据质量
间接性	间接性可分为两类: 一是比较两种干预措施的疗效时, 没有单独直接比较二者的随机对照试验, 但可能存在每种干预与安慰剂比较的多个随机对照试验, 这些试验可用于进行二者之间疗效的间接比较, 但提供的证据质量比单独直接比较的随机对照试验要低。二是研究中所报告的人群、干预措施、对照措施、预期结局等与实际应用时存在重要差异
不精确性	当研究纳入的患者和观察事件相对较少而导致可信区间较宽时, 需降低其证

据质量	如果很多研究（通常是样本量小的、阴性结果的研究）未能公开，未纳入这
发表偏倚	些研究时，证据质量亦会减弱。极端的情况是当公开的证据仅局限于少数试验，而这些试验全部是企业赞助的，此时发表偏倚存在的可能性很大
降级标准：	以上五个因素中任意一个因素，可根据其存在问题的严重程度，将证据质量降 1 级（严重）或 2 级（非常严重）。证据质量最多可被降级至极低，但注意不应该重复降级，譬如，如果分析发现不一致性是由于存在偏倚风险（如缺乏盲法或分配隐藏）所致时，则在 不一致性这一因素上不再因此而降级

可能提高观察性研究证据质量的因素及其解释

大效应量	当方法学严谨的观察性研究显示疗效显著或者非常显著且结果高度一致时，可提高其证据质量
存在剂量-效应关系	当干预的剂量和产生的效应大小之间有明显关联时，即存在剂量-效应关系时，可提高其证据质量
负偏倚	当影响观察性研究的偏倚不是夸大，而可能是低估疗效时，可提高其证据质量
升级标准：	以上三个因素中任意一个因素，可根据其大小或强度，将证据质量升 1 级（如相对危险度 > 2）或 2 级（如相对危险度 > 5）。证据质量可升级到高质量（A 级）

表 A3 GRADE 中推荐强度的含义

强推荐的含义	
对患者——	几乎所有患者均会接受所推荐的方案；此时若未接受推荐，则应说明
对临床医生——	应对几乎所有患者都推荐该方案；此时若未给予推荐，则应说明
对政策制定者——	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去
弱推荐的含义	
对患者——	多数患者会采纳推荐方案；但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用
对临床医生——	应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现其偏好与价值观的决定
对政策制定者——	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与

表 A4 影响推荐强度的因素

影响推荐的因素	证据质量（证据质量越高越适合强推荐）
---------	--------------------

利弊平衡（利弊间的差异越大，越适合强推荐，反之亦然）

偏好与价值观（患者之间的偏好与价值观越趋同，越适合给予强推荐，反之亦然）

成本（干预措施的花费越低，消耗的资源越少，越适合强推荐，反之亦然）

附录 B

（资料性）

指南工作组

专家组成员:

本指南主要起草人:

朱立国（中国中医科学院望京医院，中医骨伤）、徐卫国（天津市天津医院，西医骨科）、姜宏（苏州市中医医院，中医骨伤）、高景华（中国中医科学院望京医院，中医骨伤）、魏戌（中国中医科学院望京医院，中医骨伤、循证医学）、李振华（长春中医药大学附属医院，中医骨伤）。

本指南秘书组、证据评价组:

秦晓宽（中国中医科学院望京医院，中医骨伤、方法学〈证据检索、合成与评价〉）、孙凯（中国中医科学院望京医院，中医骨伤、方法学〈证据检索、合成与评价〉）、冯天笑（北京中医药大学，中医骨伤、方法学〈证据检索、合成与评价〉）、尹煜辉（中国中医科学院望京医院，中医骨伤、方法学〈证据检索、合成与评价〉）、孙传睿（中国中医科学院望京医院，中医骨伤、方法学〈证据检索、合成与评价〉）、肖想玉（山东中医药大学，中医骨伤、方法学〈证据检索、合成与评价〉）。

本指南共识专家组（按姓氏拼音排序）:

曹俊岭（北京中医药大学东直门医院，临床药学）、陈薇（北京中医药大学，循证医学）、高景华（中国中医科学院望京医院，中医骨伤）、郭伟（中国人民解放军空军特色医学中心，中西医结合骨伤）、何承建（湖北省中医院，中医骨伤）、黄勇（成都中医药大学附属医院，中医骨伤）、黄昇飞（新疆维吾尔自治区中医医院，中医骨伤）、姜宏（苏州市中医医院，中医骨伤）、林定坤（广东省中医院，中医骨伤）、李无阴（河南省洛阳正骨医院〈河南省骨科医院〉，中医骨伤）、李振华（长春中医药大学附属医院，中医骨伤）、童培建（浙江省中医院，中医骨伤）、万小明（江西中医药大学附属医院，中医骨伤）、魏戌（中国中医科学院望京医院，中医骨伤、循证医学）、王艳国（天津中医药大学第二附属医院，中医骨伤）、徐卫国（天津市天津医院，西医骨科）、徐西林（黑龙江中医药大学附属第二医院，中医骨伤）、杨克新（中国中医科学院望京医院，中医骨伤）、袁普卫（陕西中医药大学，中医骨伤）、张玲（首都医科大学，循证医学）、朱立国（中国中医科学院望京医院，中医骨伤）、朱晓峰（暨南大学附属第一医院，中医骨伤）、钟远鸣（广西中医药大学第一附属医院，中医骨伤）、张智海（中国中医科学院广安门医院，中医骨伤）。

参考文献

[1] 王国基,王国军,彭健民,等. 腰椎间盘突出症致病因素的流行病学研究[J].现代预防医

- 学,2009,36(13):2401-2403.
- [2] Zhang YG, Sun Z, Zhang Z, et al. Risk factors for lumbar intervertebral disc herniation in Chinese population: a case-control study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Dec 1;34(25):E918-22.
- [3] 陈新用,王振飞,梁裕.腰椎间盘突出症非手术治疗效果系统评价综述[J].中国循证医学杂志,2012,12(07):861-866.
- [4] Kreiner DS, Hwang SW; North American Spine Society. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy[J]. *Spine J*. 2014 Jan;14(1):180-91.
- [5] 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志, 2020 (08): 477-487.
- [6] ZY/T 001.9-94, 中医骨伤科病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 202.
- [7] 黄晓涛, 方略, 周嘉恩, 等. 身痛逐瘀汤加减联合硬膜外冲击治疗血瘀型腰椎间盘突出症临床观察[J]. 北京中医药, 2020, 39 (09): 987-991.
- [8] 朱菊芳, 李小刚, 张智. 身痛逐瘀汤加减对腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 饮食保健, 2019, 6 (8): 98-99.
- [9] 李旭. 身痛逐瘀汤联合侧隐窝注射治疗腰椎间盘突出症患者的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33 (08): 83-85.
- [10] 李旻, 刘英杰, 王娜, 等. 身痛逐瘀汤加减方联合腰椎牵引疗法治疗腰椎间盘突出症急性期的临床观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31 (05): 833-836.
- [11] 张泳钊, 麦楚婷. 身痛逐瘀汤配合静力收缩训练治疗急性期气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2020, 28 (20): 80-82+102.
- [12] 罗正良. 身痛逐瘀汤加减治疗腰椎间盘突出症[J]. 中医临床研究, 2021, 13 (11): 85-88.
- [13] 钱程, 税毅冬, 廖天南, 等. 身痛逐瘀汤治疗血瘀型腰椎间盘突出症的疗效分析[J]. 智慧健康, 2019, 5 (01): 161-162.
- [14] 阿热艾·阿达力. 身痛逐瘀汤加减治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床观察[D]. 新疆医科大学, 2021.
- [15] 邱销滇, 郑锐坚. 身痛逐瘀汤治疗血瘀气滞型腰椎间盘突出症的疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36 (09): 12-13.
- [16] 冀海源, 徐佳. 硬膜外封闭联合身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出伴继发性椎管狭窄症临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33 (11): 1265-1266.
- [17] 张景利, 高立钊, 李奇志. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中医药导报, 2015, 21 (14): 86-87.
- [18] 孙凯, 朱立国, 魏戌, 等. 身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出症疗效和安全性的系统评价和 Meta 分析[J]. 中国中药杂志, 2020, 45 (05): 1159-1166.
- [19] 闵文, 成舟, 谭峰, 等. 加味肾着汤治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33 (11): 5239-5242.

- [20] 刘俊. 肾着汤加减治疗腰椎间盘突出症(寒湿证)的临床分析[J]. 健康大视野, 2020(18): 97.
- [21] 刘毓. 四妙散加减治疗湿热腰痛临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2015, 7(18): 12-13.
- [22] 李志虹. 四妙散加减治疗湿热腰痛临床效果分析[J]. 健康之路, 2017(3): 230-231.
- [23] 罗君丰, 罗保林. 独活寄生汤加减治疗腰椎间盘突出症 40 例临床观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(05): 35-36.
- [24] 杨卫华. 独活寄生汤治疗肝肾亏虚腰椎间盘突出症随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(10): 27-29.
- [25] 邹凡华. 中药独活寄生汤对腰椎间盘突出治疗效果的评析[J]. 现代养生, 2017(12): 171.
- [26] 王东林. 独活寄生汤对肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者腰椎功能及 IL-6、TNF- α 的影响[J]. 光明中医, 2020, 35(19): 2992-2994.
- [27] 董珂. 独活寄生汤对腰椎间盘突出症患者腰椎功能及疼痛程度的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(01): 81-83.
- [28] 窦锟, 刘晓丽, 吴振涛. 独活寄生汤加减联合核心肌训练治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(12): 78-81.
- [29] 陈观涛, 郝景宇, 林康, 等. 独活寄生汤联合骶管注射治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(02): 95-96.
- [30] 董永升. 独活寄生汤联合西药治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症 40 例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(18): 128-129.
- [31] 王向红. 独活寄生汤在腰椎间盘突出症治疗中的作用研究[J]. 甘肃科技, 2021, 37(04): 146-148.
- [32] 何升华, 赖居易, 王业广, 等. 腰突颗粒治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(07): 966-969.
- [33] 李红旗. 腰痹通胶囊治疗腰椎间盘突出症 54 例临床研究[J]. 中国保健营养, 2017, 27(20): 407-408.
- [34] 王勇, 苏建敏, 侯江伟, 等. 腰痹通胶囊治疗腰椎间盘突出症的近期疗效分析[J]. 北方药学, 2018, 15(04): 88-89.
- [35] 胡惠民, 彭鹏, 周国坚, 等. 腰痹通胶囊治疗腰椎间盘突出症的近期疗效分析[J]. 中医临床研究, 2014, 6(10): 15-16.
- [36] 隋晓辉. 腰痹通胶囊治疗腰椎间盘突出症患者的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2020, 15(12): 62-65.
- [37] 钟导强, 罗丽群. 腰痹通胶囊联合甘露醇及地塞米松治疗早期腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(07): 72-73.

- [38] 张拥军, 林奋强, 卫玉光. 腰痹通联合甲钴胺治疗腰椎间盘突出症的效果评价[J]. 中国当代医药, 2018, 25 (05): 151-153.
- [39] 董永强, 袁波, 何鑫东, 等. 腰痹通治疗腰椎间盘突出症效果观察[J]. 中国乡村医药, 2017, 24 (24): 48-49.
- [40] 陈坚样, 陆文杰, 陈仲夷, 等. 腰痹通联合西药治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33 (07): 1771-1773.
- [41] 杨恩亮, 李曼, 陈云飞, 等. 硬膜外阻滞联合中药腰痛宁治疗腰椎间盘突出症临床效果观察[J]. 河北北方学院学报 (自然科学版), 2015, 31 (06): 93-95+99.
- [42] 邢淑芳, 李树霞, 丁静, 等. 腰痛宁胶囊治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国药房, 2011, 22 (48): 4556-4557.
- [43] 车玥琛, 张哲, 车月玫. 腰痛宁胶囊联合塞来昔布治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34 (10): 3123-3126.
- [44] 黄振星, 杨少锋, 郭彦涛, 等. 恒古骨伤愈合剂治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2022, 30 (03): 35-38.
- [45] 许文龙. 恒古骨伤愈合剂治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (58): 31-32.
- [46] 曹闲雅, 匡浩铭, 苏翔, 等. 恒古骨伤愈合剂治疗腰椎间盘突出症肾虚血瘀证的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40 (12): 1548-1552.
- [47] 张在田. 恒古骨伤愈合剂治疗腰椎间盘突出症的疗效分析[J]. 医药前沿, 2022, 12 (9): 64-66.
- [48] López-Díaz JV, Arias-Buría JL, Lopez-Gordo E, et al. "Effectiveness of continuous vertebral resonant oscillation using the POLD method in the treatment of lumbar disc hernia". A randomized controlled pilot study. *Man Ther.* 2015 Jun;20(3):481-6.
- [49] 马铭华. 腹部推拿治疗腰椎间盘突出症急性期的临床疗效观察[J]. 天津中医药, 2013, 30 (08): 473-475.
- [50] 林坚, 陈水金, 洪昆达, 等. 三步七法推拿治疗腰椎间盘突出症 30 例[J]. 福建中医药, 2017, 48 (01): 3-4.
- [51] Plaza-Manzano G, Cancela-Celleruelo I, Fernández-de-Las-Peñas C, et al. Effects of Adding a Neurodynamic Mobilization to Motor Control Training in Patients With Lumbar Radiculopathy Due to Disc Herniation: A Randomized Clinical Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020 Feb;99(2):124-132.
- [52] 尧建辉, 徐卫忠. 中医骨伤推拿手法治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析[J]. 中国医学创新, 2021, 18 (34): 97-100.
- [53] 董桦, 王金贵. 辨证分期推拿治疗腰椎间盘突出症随机对照研究[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41 (07): 1505-1507.

- [54] Burton AK, Tillotson KM, Cleary J. Single-blind randomised controlled trial of chemonucleolysis and manipulation in the treatment of symptomatic lumbar disc herniation. *Eur Spine J.* 2000 Jun;9(3):202-7.
- [55] 冯汝纯. 观察斜扳复位手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. *中国现代药物应用*, 2020, 14 (15): 76-78.
- [56] 卓士雄, 何挺, 孙振全. 李氏正骨手法治疗腰椎间盘突出症疗效分析[J]. *实用中医药杂志*, 2014, 30 (12): 1144-1145.
- [57] 周楠, 房敏, 朱清广, 等. 脊柱微调手法治疗腰椎间盘突出症的腰背肌生物力学性能评价[J]. *中国康复医学杂志*, 2012 (02): 21-25.
- [58] 张军, 韩磊, 王芑, 等. 分步斜扳手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J]. *中国骨伤*, 2010, 23 (02): 84-86.
- [59] 戚晴雪, 刘华, 甄朋超, 等. 宫廷正骨手法对血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者生活质量影响[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2020, 22 (01): 186-189.
- [60] 甄朋超, 王庆甫, 赵环宇, 等. 刘钢教授三步手法治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2019, 27 (09): 33-36.
- [61] 董偲, 李建南, 陈东, 李韶辉. 整脊手法对腰椎间盘突出症的临床效果分析[J]. *中国医学创新*, 2021, 18 (12): 48-52.
- [62] 薛惠兴. 双人定位斜扳法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. *中医学报*, 2017, 32 (03): 477-479.
- [63] 赵环宇, 王倩倩, 甄朋超, 等. 宫廷正骨手法治疗腰椎间盘突出症急性期临床研究[J]. *河北中医*, 2020, 42 (07): 1065-1069.
- [64] 谢强文, 陈水金. 腰椎三步七法治疗腰椎间盘突出症疗效分析[J]. *按摩与康复医学*, 2014 (4): 11-12.
- [65] 顾非, 黄湧, 王峻良, 等. 三步推拿法改善腰椎间盘突出症患者腰椎曲度的研究[J]. *中国医药导报*, 2013, 10 (19): 115-120.
- [66] Vieira-Pellenz F, Oliva-Pascual-Vaca A, Rodriguez-Blanco C, et al. Short-term effect of spinal manipulation on pain perception, spinal mobility, and full height recovery in male subjects with degenerative disk disease: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014 Sep;95(9):1613-9.
- [67] Santilli V, Beghi E, Finucci S. Chiropractic manipulation in the treatment of acute back pain and sciatica with disc protrusion: a randomized double-blind clinical trial of active and simulated spinal manipulations. *Spine J.* 2006 Mar-Apr;6(2):131-7.
- [68] 何锦添, 梁家伟, 陈锦泉, 等. 李氏手法缓解腰椎间盘突出症疼痛症状的研究[J]. *广州医药*, 2011, 42 (01): 19-21.
- [69] 宋红梅, 谢娜, 张坤木, 等. 整脊手法治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. *现代中西医*

- 结合杂志, 2015, 24 (01): 5-7.
- [70] 张玉勤, 杨宗林, 童博, 等. 推拿合硬膜外滴注治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 江西中医药, 2005, 36 (10): 40-41.
- [71] 林勇, 马航展, 杨学平. 后伸压骶手法治疗 L₅~S₁ 椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34 (29): 109-111.
- [72] 许岳, 顾云峰, 王强, 等. “三步八法”推拿术治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37 (11): 66-68.
- [73] 陈福建, 李永军, 苏丽君. 南少林整脊手法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29 (12): 43-45.
- [74] 滕进忠, 钟华贵. 腰椎间盘突出症三种物理康复治疗对比[J]. 亚太传统医药, 2009, 5 (08): 141-142.
- [75] Mo Z, Zhang R, Chen J, et al. Comparison Between Oblique Pulling Spinal Manipulation and Other Treatments for Lumbar Disc Herniation: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Manipulative Physiol Ther. 2018 Nov-Dec;41(9):771-779.
- [76] Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment. J Manipulative Physiol Ther. 2004 Mar-Apr;27(3):197-210.
- [77] 金国强, 朱勇, 李劲松, 等. 针刀治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2020, 28 (02): 25-27.
- [78] 游建武. 腰椎间盘突出症应用小针刀与牵引治疗的临床效果对比[J]. 医学信息, 2017, 30 (05): 185-186.
- [79] 高春雨, 王宝剑金, 哲峰, 等. 针刀浅筋膜松解术联合神经根阻滞治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26 (3): 369-371.
- [80] 吴建民, 牛爱春, 邱偲泓, 等. 改良骶管封闭疗法联合小针刀治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (08): 3855-3857.
- [81] 许电, 许时良, 应聪. 小针刀配合椎间孔神经根阻滞治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2015, 6 (18): 39-41.
- [82] 杨永晖等. 针刀松解联合硬膜外注射治疗腰椎间盘突出症[J]. 安徽医学, 2009, 30(08): 915-917.
- [83] 李建兵, 韦日铺, 胡春丽, 等. 针灸治疗腰椎间盘突出所致坐骨神经痛的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (48): 173-174.
- [84] 唐玉萍, 王雄将, 石罗玉, 等. 滞针疗法治疗腰椎间盘突出型根性坐骨神经痛的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46 (09): 1934-1936.
- [85] 张波. 针灸治疗 40 例腰椎间盘突出症[J]. 中国医药指南, 2015, 13 (13): 206.
- [86] 曾明广. 针灸与药物治疗腰椎间盘突出症根性疼痛的临床对比分析[J]. 中国卫生产业,

- 2012, 9 (18): 174.
- [87] 雷帮林, 杜艳, 杨晋冀, 等. 滞动针疗法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 微创医学, 2013, 8 (06): 718-719.
- [88] 胡争. 针灸治疗腰椎间盘突出症的方法和临床效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6 (31): 127-128.
- [89] 陈霞, 范玉江. 针灸治疗腰椎间盘突出症疼痛的临床疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2018, 20 (05): 83-85.
- [90] 李名伟. 针刺治疗足下垂型腰椎间盘突出症临床研究[J]. 中医学报, 2014, 29 (10): 1539-1540.
- [91] 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 (07): 1322-1324.
- [92] 宋军杰, 李为明, 李芳玲. 针法结合双氯芬酸钠治疗腰椎间盘突出症 34 例[J]. 中医外治杂志, 2022, 31 (01): 28-30.
- [93] 石茹. 针灸治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (05): 236-238.
- [94] 党春奇. 针灸治疗腰椎间盘突出症伴疼痛的效果研究[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39 (01): 134-135.
- [95] 郑秋菊. 芒针治疗腰椎间盘突出症 45 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36 (02): 60-61.
- [96] 高小勇, 武娜, 王丕敏, 等. 针刺联合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症 50 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2018, 26 (04): 54-56.
- [97] 高东锋, 孙晓莲, 张文凯, 等. 针刺配合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. 陕西中医, 2016, 37 (09): 1234-1235.
- [98] 梁波. 针刺治疗青壮年腰椎间盘突出症 84 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8 (14): 42-44.
- [99] 颜德亮. 电针治疗腰椎间盘突出症所致下肢疼痛的临床观察[J]. 基层医学论坛, 2018, 22 (35): 5018-5019.
- [100] 罗钰莹, 汤昌华, 李秀芬, 等. 电针断续密波治疗腰椎间盘突出症急性期疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33 (01): 27-29.
- [101] 杜震, 邵萍, 何永淮, 等. 电针华佗夹脊穴治疗腰椎间盘突出症 32 例临床观察[J]. 中医杂志, 2009, 50 (07): 617-619.
- [102] 郑文贤, 陈顺, 陈建乐, 等. 电针治疗腰椎间盘突出症血瘀证 36 例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2021, 38 (06): 76-80.
- [103] 张必萌, 吴耀持, 邵萍, 等. 电针疗法在腰椎间盘突出症中的应用: 随机对照[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2008 (02): 353-355.

- [104] 孟蓉. 电针与药物治疗腰椎间盘突出症的疗效分析[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30 (09): 30-32.
- [105] 吴伟凡, 熊国强, 梁汉彰, 等. 电针夹脊穴为主配合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2012, 14 (06): 59-60.
- [106] 拓珺, 冯彤丹, 吕小雪. 电针配合牵引治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 山西中医, 2011, 27 (11): 33-34.
- [107] 关勇建. 电针疗法结合腰椎牵引治疗急性腰椎间盘突出症 60 例[J]. 黑龙江中医药, 2010, 39 (02): 40-41.
- [108] Tang S, Mo Z, Zhang R. Acupuncture for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis[J]. *Acupunct Med*, 2018,36(2):62-70.
- [109] Su X, Qian H, Chen B, et al. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review and meta-analysis[J]. *Ann Palliat Med*, 2021,10(4):3924-3936.
- [110] Lee JH, Choi TY, Lee MS, et al. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review[J]. *Clin J Pain*, 2013,29(2):172-185.
- [111] Fernandez M, Ferreira PH. Acupuncture for sciatica and a comparison with Western Medicine (PEDro synthesis)[J]. *Br J Sports Med*, 2017,51(6):539-540.
- [112] Mu J, Furlan AD, Lam WY, et al. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020,12(12):CD013814.
- [113] Xiang Y, He JY, Tian HH, et al. Evidence of efficacy of acupuncture in the management of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo- or sham-controlled trials[J]. *Acupunct Med*, 2020,38(1):15-24.
- [114] 逢辉, 宋斌, 赵鹏, 等. 八段锦促进腰椎间盘突出症康复的临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28 (08): 1241-1243.
- [115] 宋桦, 高立. 二十四式太极拳锻炼对腰椎间盘突出症影响的研究[J]. 北京体育大学学报, 2008 (05): 627-629.
- [116] 司惠娟. 腰椎四维牵引联合易筋经功能锻炼对腰椎间盘突出症患者疗效的临床研究[J]. 中外医学研究,2022,20(18):168-172.
- [117] Gibson JN, Waddell G. Surgical interventions for lumbar disc prolapse[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(1): CD001350.
- [118] Larequi-Lauber T, Vader JP, Burnand B, et al. Appropriateness of indications for surgery of lumbar disc hernia and spinal stenosis[J]. *Spine (Phila Pa 1976)*, 1997, 22(2): 203-209. DOI: 10.1097/00007632-199701150-00015.
- [119] 马庆军, 刘忠军, 陈仲强, 等. 第六届国际腰椎病研究会高级讲习班演讲综述[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1996, 6(1): 37-40.
- [120] Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, et al. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica[J]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jun

16;(6):CD007612.

- [121] Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver PT, Stewart-Brown S. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain[J]. *BMJ*. 2004 Sep 25;329(7468):708.
- [122] Calmels P, Queneau P, Hamonet C, et al. Effectiveness of a lumbar belt in subacute low back pain: an open, multicentric, and randomized clinical study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Feb 1;34(3):215-20.
- [123] Van Tulder MW, Jellema P, van Poppel MN, et al. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(3):CD001823.
- [124] Bakhtiary, Amir Hoshang; Safavi-Farokhi, et al. Lumbar stabilizing exercises improve activities of daily living in patients with lumbar disc herniation[J]. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 18(3-4), 55–60.
- [125] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care[J]. *J Clin Epidemiol*. 2010 Dec;63(12):1308-11.
- [126] 韦当, 王聪尧, 肖晓娟, 等. 指南研究与评价(AGREEII)工具实例解读[J]. *中国循证儿科杂志*, 2013, 8 (04): 316-319.
- [127] 陶欢, 杨乐天, 平安, 等. 随机或非随机防治性研究系统评价的质量评价工具 AMSTAR 2 解读[J]. *中国循证医学杂志*, 2018, 18 (01): 101-108.
- [128] Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials[J]. *BMJ*. 2011 Oct 18;343:d5928.
- [129] Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4): 383-394.
- [130] 陈耀龙, 杨克虎, 姚亮, 等. GRADE 系统方法学进展[J]. *中国循证儿科杂志*, 2013, 8 (01): 64-65.