

谢兴文主任医师基于“精准分型—多法协同”原则治疗 腰椎间盘突出症(4型)经验总结

马纪龙¹ 刘洋¹ 谢兴文^{1,2△}

[摘要] 针对腰椎间盘突出症诊疗中存在的影像与症状脱节、治疗针对性不足等问题,总结谢兴文主任医师的临证经验。通过将腰椎间盘突出症分为单纯腰痛型、下肢放射痛型、下肢麻木型及复合型四类,基于“精准分型—多法协同”的治疗原则,单纯型以三步三位九法手法松解通络,放射型配合针刺辨经止痛,麻木型首创腰痛外洗方化痰荣筋,复合型多法联用。该体系体现了病症结合、筋骨并重的治疗思路,临床应用显示能有效改善患者症状,可为腰椎间盘突出症的中西医结合诊疗提供规范化的实践范式。

[关键词] 腰椎间盘突出症;精准治疗;分型论治;腰痛外洗方;手法治疗;针刺

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2026)05-0096-07

DOI: 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.260514

Summary of the Experience of Chief Physician Xie Xingwen in Treating Lumbar Disc Herniation Based on the Principle of “Precise Classification-Multi-Method Coordination”

MA Jilong¹ LIU Yang¹ XIE Xingwen^{1,2△}

¹Gansu University of Chinese Medicine, Lanzhou 730000 China;

²Affiliated Hospital of Gansu University of Chinese Medicine, Lanzhou 730000, China.

Abstract In view of the problems existing in the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation (LDH), such as the disconnection between images and symptoms and the lack of targeted treatment, this paper summarizes the clinical experience of Chief Physician Xie Xingwen. LDH is divided into four types: simple low back pain type, lower limb radiation pain type, lower limb numbness type, compound type. Based on the treatment principle of “precise classification-multi-method coordination”, the simple type uses “three steps, three positions and nine methods” to relax the collaterals; radiation therapy combined with acupuncture is used to differentiate meridians and alleviate pain; numbness is the first external washing prescription for lumbago to remove blood stasis and strengthen tendons; and a compound, multi-method integrative approach is adopted. The system embodies the treatment principle of integrating symptoms with bones and muscles. The clinical application shows that it can effectively improve the symptoms of patients and provide a standardized practice paradigm for the diagnosis and treatment of LDH using integrated traditional Chinese and Western medicine.

Keywords: lumbar disc herniation; accurate treatment; treatment based on syndrome differentiation; traditional Chinese medicine external washing prescription; manipulative therapy; acupuncture

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是腰椎间盘突出髓核组织突破纤维环,压迫神经根

或马尾神经所引起的临床综合征,病理特征以神经根炎症反应和机械性压迫为核心^[1]。流行病学调查显示,我国腰椎间盘突出症患病率高达15%,其中35~50岁人群占比超60%,呈显著年轻化趋势^[2]。腰椎间盘突出症诊疗存在两大核心问题:一是影像表现与临床症状脱节,导致治疗决策偏差^[3];二是常规治疗(西药/手术/传统中医)存在局限性(如西药胃肠道反应、手术高风险、中医缺乏精准适应证筛选)^[4-5]。基于此,谢兴文主任医师基于多年临床实践提出“腰

基金项目:国家自然科学基金地区项目(82160911)

2023 甘肃省高校产业支撑计划项目(2023CYZC-57)

甘肃省中医药管理局项目(甘中医药发[2024]7号)

¹ 甘肃中医药大学(兰州,730000)

² 甘肃中医药大学附属医院

△通信作者 E-mail:2929930485@qq.com

椎间盘突出症治疗需跳出‘唯影像学论’，应在影像学基础上，形成以症状为主导的多维度诊断思路”，将患者分为单纯腰痛型、下肢放射痛型、下肢麻木型、复合型四类，建立“分型—选法—增效”的阶梯路径，避免无效治疗（如麻木型误用抗炎输液），显著降低人均医疗成本。具体分型及治疗策略见图 1，其核心逻辑是以症状特征为分型依据（上半部分），以病机为桥梁，精准匹配针对性干预方案（下半部分），实现“分型—选法—增效”的闭环诊疗。

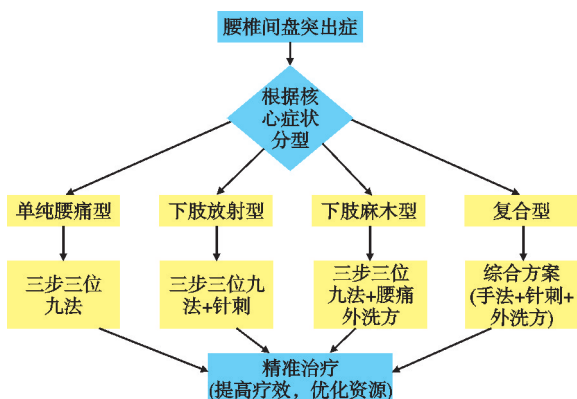


图 1 腰椎间盘突出症精准诊疗体系逻辑图（上面为 4 类症状分型及核心特征，下面为对应干预方案，箭头示“分型—选法”对应关系）

1 病因病机

腰椎间盘突出症在中医典籍中归属“腰痛”“筋痹”范畴。《素问·脉要精微论》直指病位本质，“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”，揭示肾虚为发病之本^[6]。究其病因，如《素问·痹论》所言“风寒湿三气杂至，合而为痹”，外邪客于足太阳经筋，致气血壅滞不通，发为剧痛，此乃“不通则痛”之机^[7]。《景岳全书·腰痛》中提及“腰痛之虚证十居八九”，强调肝肾亏虚、精血不

充、筋骨失于濡养方为病根，正对应《灵枢·本藏》“血和则经脉流行，营复阴阳”之训，虚损日久必致“不荣则痛”。至于跌仆劳损，《医林改错·痹证有瘀血说》剖析尤详，“凡肩痛、臂痛、腰疼、腿疼……总名曰痹证，明知受风寒，用温热发散药不愈……其病在关节，皆瘀血凝滞”，此瘀痰互结之变^[8]；正如《临证指南医案》所说“初病在经，久病入络，以经主气，络主血”。

谢兴文主任医师总结多年临床心得，根据《伤寒论》“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的思想，首创症状—病机对应分型：若见腰部拘急、转侧不能而无下肢症候者，此《灵枢·经筋》“足太阳之筋……上挟脊上项”之经筋拘急证（指肌肉、韧带因气血不畅出现的痉挛、活动受限状态）^[9]，列为单纯腰痛型；若腰痛兼有疼痛循坐骨神经放射者，此《医林改错》“瘀血阻络”之痹证，定为下肢放射痛型；若腰痛兼有下肢麻木萎软者，此《素问·逆调论》“荣气虚则不仁，卫气虚则不用”之痿证机理，属下肢麻木型；三者兼见者，则如《类证治裁》“久痹必有湿痰败血瘀滞经络”所述，归为复合型。如此分型，正合《素问·至真要大论》“谨守病机，各司其属”之圣训，使治则与病机丝丝相扣。

2 腰椎间盘突出症分型与治疗

为提升“症状导向”分型的客观性与可操作性，谢兴文主任医师在多年临床基础上，融合现代评估工具构建了腰椎间盘突出症精准分型标准。本标准通过定量指标（疼痛视觉模拟量表与麻木视觉模拟量表）明确各类型的主要表现与界定范围，使患者症状与治疗方

表 1 腰椎间盘突出症精准分型标准

| 分型 | 症状体征 | VAS 评分/分 | 麻木评分/分 | 病程 | 影像学参考(MRI) |
|-------|-------------|----------|--------|-------------------------|---------------------------------------------------------|
| 单纯腰痛型 | 腰部酸困、压痛明显 | 4~6 | 0 | 急性(<2 周)/ 亚急性(2~8 周) | 椎间盘轻度退变或膨隆,可伴纤维环裂隙(MRI T ₂ 加权像高信号区),无明显神经根受压 |
| 下肢放射型 | 沿坐骨神经放射性疼痛 | 4~6 | 0 或 1 | 亚急性 | 椎间盘突出压迫相应神经根,突出物以旁中央型为主,多伴侧隐窝或椎间孔狭窄 |
| 下肢麻木型 | 小腿足部麻木/无力 | 2~5 | 2 或 3 | 慢性(>8 周) | 神经根长期受压或呈粘连状,可见神经根轻度水肿或慢性改变 |
| 复合型 | 腰痛+放射痛+麻木交织 | 4~6 | 2 或 3 | 慢性/反复发作 | 多节段椎间盘突出并存,常伴椎管狭窄、韧带肥厚等继发改变 |

注：本分型标准基于谢兴文主任医师临床实践及 VAS 评分、麻木评分等量化指标制定，适用于中医外治方案筛选。

2.1 单纯腰痛型腰椎间盘突出症

单纯腰痛型腰椎间盘突出症患者以局部腰部疼痛，酸困不适为主要临床表现，未出现下肢放射痛及麻木症状。谢兴文主任医师深入剖析其病机，认为在西医层面，此型疼痛主要源于椎间盘的内在结构性损伤与局部炎症反应；退变或受损的椎间盘纤维环出现裂隙，导致髓核内的炎性介质如 IL-1 β 、IL-6 等促炎因子

加重神经根炎症水肿，PGE₂ 直接刺激痛觉感受器，共同引发腰痛，刺激分布极为丰富的窦椎神经末梢，从而引发局限于腰部的无菌性炎症和疼痛^[10]。在中医理论框架下，此型病位相对浅表，主要累及经筋与络脉（中医经络系统的分支，负责局部气血濡养）。正如《灵枢·经筋》所载“足太阳之筋……上挟脊上项”，明确指出其循行与腰部密切相关。因外邪侵袭或内伤劳损，

导致足太阳经气不利,气血壅滞于腰府,发为“不通则痛”;由于病邪尚未深入脏腑经络,未影响下肢气血的正常输布,故无下肢症状。基于上述中西医对病机的深刻认识,谢兴文主任医师秉持精准治疗原则,临床对于此型患者治疗则针对“经筋拘急、气血壅滞”病机,以三步三位九法松解经络、调整力学平衡,直击“不通则痛”核心。该手法体系由甘肃省著名骨伤专家宋贵杰教授创立,以“顺生理、逆病理”为理论核心,历经数十年临床实践锤炼而成^[11]。其中,“三步”指准备、治疗、整理三个连贯阶段;“三位”指仰卧、侧卧、俯卧三种治疗体位;“九法”则涵盖了腰部拔伸按压、斜扳、定点旋转复位等九种精准手法。三步三位九法操作规范:1)拔伸按压,力度为患者体重的 $12\% \pm 2\%$,持续 $3 \sim 5$ s;2)腰椎斜扳,侧屈 $35^\circ \sim 40^\circ$,旋转 $10^\circ \sim 15^\circ$,闻及弹响即止(参照宋贵杰教授原手法规范并经谢兴文主任医师临床优化);3)疗程,3次/周,4周为1个疗程,共1个或2个疗程。谢兴文主任医师在临床实践中观察到,此法能有效促进筋骨、肌肉、韧带及关节突关节的协调运动,重建腰椎动态平衡,增强其稳定性,从而达到缓解肌肉痉挛、恢复肌肉功能、改善腰椎生理曲度及矫正小关节错位的综合目的。这一治疗策略的有效性亦得到临床研究支持,如汪芹等^[12]的研究表明,运用三步三位九法联合通督宣痹汤能显著降低患者疼痛VAS评分,提升JOA功能评分及直腿抬高角度,总有效率达到92%。刘国亮等^[13]的研究也证实,三步三位九法联合内热针治疗能显著减轻患者腰痛,改善生存质量。这些证据共同表明,三步三位九法是针对单纯腰痛型腰椎间盘突出症的一种行之有效的精准治疗策略。

2.2 下肢放射型腰椎间盘突出症

下肢放射型腰椎间盘突出症在单纯腰痛型的基础上,典型特征为出现沿坐骨神经走行的下肢放射痛,其具体分布区域与受累神经根节段密切相关。谢兴文主任医师阐释其病机认为,在西医层面此型症状源于机械压迫与化学炎症的协同作用,突出的髓核或纤维环碎片直接对神经根造成机械性卡压,导致其缺血、水肿,神经内压增高,从而产生异常放电,引发沿神经支配区分布的锐痛、灼痛或电击样放射痛^[14]。中医理论则将此归因于病邪深入血络,正如《临证指南医案·痹》所言“初病在经,久病入络,以经主气,络主血”,放射性疼痛标志着病邪已由气分传入血分,形成瘀血阻络的核心病机;突出的病理组织类比“离经之血”,痹阻于足太阳膀胱经或足少阳胆经(其循行与坐骨神经高度重合),致使经气逆乱,不通则痛,临床表现为痛处固定、拒按、夜间加重等瘀血特征。基于此病机认识,谢兴文主任医师遵循精准治疗原则,对于此型患者治疗

则针对其“瘀血阻络”的核心病机,采用三步三位九法联合针刺以活血化瘀、通络止痛。手法治疗的基础作用如前所述,旨在从力学层面改善神经根周围环境。针刺疗法则在此基础上,着重于通络止痛。谢兴文主任医师继承石氏伤科学术思想,以“强肾通督、通络止痛”为治则进行辨经取穴:主穴取命门、肾俞及腰3/4/5双侧夹脊穴以固本通督;配穴则依据神经根节段与经络对应关系精准选择—— $L_{4/5}$ 椎间盘突出多压迫 L_5 神经根,对应足少阳经,配阳陵泉、足临泣; L_5/S_1 突出压迫 S_1 神经根,对应足太阳经,配委中、束骨、三阴交。诸穴配伍,共奏调和气血、疏通经络之效。针刺操作:1)针具, $\Phi 0.30$ mm \times 40.00 mm毫针(符合GB/T 2024-2019标准);2)穴位定位,参照《腧穴学》(第4版);3)手法,平补平泻,留针20 min,每5 min行针1次;4)频率,2次/周,与手法治疗间隔1 d。该方案将手法宏观调整与针刺微观调治相结合,体现了“筋骨并重、病证结合”的精准治疗思路,临床证实能有效缓解下肢放射痛。

2.3 下肢麻木型腰椎间盘突出症

下肢麻木型腰椎间盘突出症以腰部疼痛酸困,并见下肢麻木、感觉减退甚或无力为主要临床表现。此型患者往往病程较长,症状缠绵。谢兴文主任医师分析认为,其西医病机关键在于神经组织的慢性营养障碍。由于椎间盘突出物对神经根造成长期、持续的机械压迫与炎症刺激,导致神经纤维发生脱髓鞘改变,轴浆运输受阻,神经电信号的传导速度减慢或中断,从而表现为感觉麻木与运动功能减退^[15],影像学上常可见突出物与神经根粘连、纤维化。中医理论认为此型病机呈现“本虚标实”的复杂特点,核心在于“因瘀致痿”。症状虽以肢体“不仁”(麻木)、“不用”(无力)等虚损表现为外候,但其根本往往源于瘀血顽痰阻滞经络这一实邪内阻的前提。病程迁延,“离经之血”与内生之痰浊相互搏结,闭塞腰府至下肢的气血通道,致使营卫之气无法正常输布以濡养筋脉肌肤,此即《素问·逆调论》“荣气虚则不仁,卫气虚则不用”所言病机。其病位已深及肝肾,肝血亏虚则筋失所养,肾精不足则骨枯髓减,是为病之本;而络脉长期瘀阻不通,气血不至,则是麻木之标。本质上是“瘀阻络脉—气血不荣—筋脉失养”的恶性循环,治疗上当以“通络以荣筋”为首务,而非单纯进补。基于上述认识,谢兴文主任医师以精准治疗为指导,对于此型患者治疗则针对“瘀阻络脉、筋脉失养”的核心病机,予以“手法松解+外洗化瘀荣筋”,标本兼顾。手法治疗旨在松解粘连、改善局部力学环境,为神经功能恢复创造条件。腰痛外洗方是谢兴文主任医师依据陇中正骨与石氏伤科学术思想,结合长期临床经验所创立。该方为外治之剂,力主化瘀

通络、荣养筋脉。全方配伍精当:以醋莪术、三棱为君,破血行气,攻逐深伏之顽瘀;以红花、苏木为臣,增强活血通经之效;佐以炒蒺藜、炒芥子理气散结,桂枝温通经脉,威灵仙、海桐皮、秦艽祛风通络,透骨草、伸筋草舒筋活络;更以盐杜仲为使,引药入肾,通过温补肾阳,增强局部气血运行,促进筋脉濡养,兼固其本。诸药通过外洗透皮吸收,直达病所,共奏开通络道、畅行气血之功,使筋脉得濡,则麻木自渐消除。为确保“腰痛外洗方”在临床中的规范使用及安全性,进一步明确其组方剂量、外洗参数及不良反应防控措施如下。处方组成与剂量如下(1剂/d,水煎外用):醋莪术 15 g,三棱 12 g,红花 9 g,苏木 9 g,炒蒺藜 12 g,炒芥子 10 g,桂枝 10 g,威灵仙 12 g,海桐皮 12 g,秦艽 10 g,透骨草 15 g,伸筋草 15 g,盐杜仲 12 g。使用方法:将上述药物加水 1 500 mL,浸泡 30 min 后煎煮,沸腾后改小火煮 20 min,取药液趁热对准患侧腰部及下肢外洗,保持水温在 40~45 ℃,外洗时间每次 20~30 min,1 次/d,疗程以 14 d 为 1 个周期,一般治疗 2 或 3 个周期。外洗范围:上至 L₂ 椎体水平,下至足踝,重点清洗麻木/疼痛区域,确保药液覆盖病灶。注意事项与不良反应防控:1)因处方中含有醋莪术、三棱、芥子等具有一定刺激性的药材,操作前应进行皮肤斑贴试验,敏感体质者慎用;2)外洗过程中应避免高温直接烫伤;3)如患者出现皮肤发红、瘙痒、刺痛等异常反应,应立即停止外洗,并采用生理盐水冷敷处理;4)妊娠期患者、开放性皮肤损伤者不宜使用。上述操作参数和注意事项,参考《中药外治临床规范》《中药熏蒸治疗技术指南》相关内容制定,结合临床观察,具有良好的安全性与患者接受度,为腰椎间盘突出症的个性化外治方案提供了实践基础。

2.4 复合型腰椎间盘突出症

复合型腰椎间盘突出症集前述各型症状于一身,临床多见腰部酸困疼痛、下肢放射性剧痛与远端麻木无力交织并见,病情迁延反复,功能受限显著,属腰椎间盘突出症中最为棘手的类型。谢兴文主任医师指出,此型的西医病理机制呈现多重打击、混合并存的特点。常见于多节段突出患者,不同节段可分别表现为急性炎性刺激(引发放射痛)与慢性压迫损伤(导致麻木无力);亦可为同一神经根同时遭受机械压迫、化学性神经根炎及长期缺血缺氧所致的脱髓鞘改变。病程日久者,常继发椎管狭窄、韧带肥厚等病理改变,进一步加剧神经组织的复合性损害。部分患者因疼痛信号持续上传,引发中枢敏化,表现为痛阈下降、痛域扩散,甚至出现非皮节分布的异常疼痛。中医辨证此型属“久痹入络”之顽疾,病机特点为本虚标实至极、痰瘀互结深伏。正如《类证治裁》所言“久痹必有湿痰败血瘀

滞经络”,揭示了其邪实深痼的一面。瘀血与痰浊相互搏结,形成《丹溪心法》中所谓“窠囊”,顽固盘踞于经络之间,气血通道严重闭塞。同时,久病耗损,肝肾精血亏虚益甚,气血化生无源,腰府失养,筋骨不荣,致正虚难以抗邪。此外,患者常因体质差异及病程演变,呈现寒热错杂之候,或兼夹外邪,进一步加重病情的复杂性,整体形成“痰瘀胶结→气血阻滞→正虚失养→痰瘀更易凝滞”的恶性循环。面对如此复杂的病机,谢兴文主任医师强调治疗必须系统布局、多靶点干预,融汇前述各型治法之精华,制定三步三位九法、针刺与腰痛外洗方并施的综合方案:每日先予三步三位九法(30 min),间隔 1 h 后行针刺(20 min),针刺结束后 30 min 进行腰痛外洗(20~30 min)。频率:手法每周 3 次,针刺 2 次/周,外洗 1 次/d。该方案体系层次分明:首先以三步三位九法进行手法调理,松解粘连,纠正关节错缝,重建腰椎力学平衡,为神经恢复奠定基础框架;继而运用针刺疗法,以命门、肾俞、夹脊穴固本通督,并依据疼痛与麻木区域,灵活配伍足三阳经等穴位,疏通多条受邪经络,调和气血,旨在解痉止痛;同时辅以腰痛外洗方局部外洗,凭借其破瘀行气、温通舒筋之力,透过腠理,直达病所,力专于化解深伏之痰瘀,改善局部微循环,促进神经功能的恢复。三者协同,构筑起“手法调形、针刺通经、外洗化痰”的立体治疗格局,充分体现了中医“标本兼治、筋骨并重、内外结合”的整体观,也是精准治疗思想在应对复杂腰椎疾病中的高阶应用与生动实践。

2.5 治疗手段的现代作用机制解析

为进一步提升“分型—选法—增效”治疗体系的科学性与现代医学解释力,本研究对三种核心治疗手段的作用机制进行了整理和补充,涵盖生物力学调节、药理活性成分透皮吸收及神经调控等多个层面,旨在为精准治疗提供理论与实证支撑。

2.5.1 三步三位九法的生物力学调节机制 三步三位九法通过“多体位牵引—旋转复位—肌肉松解”组合操作,系统性调节腰椎小关节错位及相关软组织失衡。生物力学研究表明,该法可在调整椎体间隙高度的同时,改善椎间盘内压分布,缓解神经根受压状态,曹林忠等^[16]在对该法的作用机制探讨中指出,三步三位九法通过牵张—压迫—旋转等连续动作,增强了腰椎区域肌筋膜的弹性与协调性,从而促进椎体稳定与神经减压,对改善腰椎力学环境具有确切作用。

2.5.2 腰痛外洗方的透皮吸收特性与药效物质基础

腰痛外洗方采用中药外洗外治方式,其核心优势在于药效成分可通过皮肤屏障直接渗透至局部病灶,兼具靶向性与安全性。现代药理研究显示,莪术中的姜黄素^[17]、三棱中的三棱醇^[18]、红花的藏红素^[19]等成分

具有显著的抗炎、活血、镇痛作用。研究发现在 40~45℃ 温热环境下进行 20~30 min 的浸浴,可引起皮肤血管扩张、皮肤及肌肉血流量增加,从而有利于药物成分透过角质层进入局部组织^[20]。Wang 等^[21]研究亦证实,经皮渗透可使有效成分在病变局部达到足够浓度,改善局部微循环、促进瘀血吸收,为“外治法治瘀”的临床应用提供了现代药理学和药动学依据。

2.5.3 针刺止痛的神经调控机制 针刺疗法在止痛方面的神经调控机制已被大量实验与临床研究证实,其作用包括:1) 激活脊髓背角阿片受体系统,促进 β -内啡肽等内源性镇痛物质释放;2) 调节中枢神经递质水平,如 5-羟色胺、去甲肾上腺素等,从而影响痛觉信号的传导与感知;3) 促进脑源性神经营养因子表达,增强神经修复能力。玉超杰等^[14]研究表明,针刺干预可有效降低神经根炎症反应,提高神经功能恢复效率,是非药物镇痛中的重要干预方式。以上研究结果表明,谢兴文主任医师提出的“精准分型—多法共治”策略,不仅符合传统中医辨证论治原则,同时也具备明确的现代科学基础,为中西医融合诊疗提供了方法论支撑。

3 多法协同机制

在治疗过程中,三种手段——手法松解、针刺通经与外洗方局部透皮——并非简单叠加,而是通过多法协同机制相互促进,形成“形—气—血”三维协同。首先,手法通过对软组织、筋膜及粘连结构的松解,改善局部力学环境,降低组织黏滞、增强软组织柔韧性,为针刺通经导气和外洗方药物透皮吸收提供结构性前提^[22]。其次,针刺作用于神经通路,诱发局部及中枢神经系统的反射调节,释放内源性阿片肽、调整静交感神经平衡,从而增强止痛效果并强化手法松解后的疼痛缓解作用^[23]。再次,外洗方通过中药外用、透皮给药或浸洗方式,化瘀通络、促进局部微循环与血流灌注,进一步为神经组织修复、气血运行提供支持。三者合用,在手法营造良好结构环境→针刺激发神经调控→外洗方改善血气微环境的路径中,形(组织结构)—气(神经通路/气机)—血(血液微循环)三维协同,作用机制层层递进、互为支撑,从而实现治疗的协同增效。该机制强调的是“不同治疗方法在不同层面激活、不同路径交汇、不同维度作用”而非“各法各自为政”,因此揭示了手法、针刺、外洗方三法协同作用的内在逻辑。

4 临床验案

患者,男,49岁,职业为程序员。2023年10月12日初诊。

主诉:反复腰部酸困不适3年余,加重伴左下肢麻木、无力2个月。

现病史:患者自述3年前因长期伏案工作后出现

腰部酸困感,时轻时重,未予系统诊治。2个月前因连续加班劳累后,感腰部酸困加重,并逐渐出现左下肢自臀部沿大腿后外侧至小腿及足底的持续性麻木感,如履棉絮,伴有足趾抓地无力,行走时稍有跛行。无剧烈放射痛,无大小便障碍。曾自行服用营养神经类药物(具体不详),效果不显,遂来就诊。查体:腰椎生理曲度稍变直,腰4-5、腰5-骶1棘突间及左侧椎旁约1.5 cm处深压痛(+),叩击痛(±)。左下肢直腿抬高试验60°(±),加强试验(-)。左下肢股神经牵拉试验(-)。左足拇趾背伸肌力约IV级,较右侧减弱。左小腿外侧及足背皮肤触觉、针刺觉较右侧明显减退。腰痛VAS评分为5分,下肢麻木评分为3分,JOA评分为15分,ODI评分为22分。舌质淡紫,边有齿痕,舌下络脉迂曲青紫,苔白腻,脉沉细涩。影像学检查:腰椎MRI示L_{4/5}、L₅S₁椎间盘向正后方突出,硬膜囊受压,左侧神经根鞘受累,相应椎管有效矢状径减小。

西医诊断:腰椎间盘突出症。

中医诊断:腰腿痛(下肢麻木型)。

辨证:肝肾亏虚,瘀瘀阻络证。

辨证分析:患者年近五旬,肝肾精气渐亏,加之久坐耗气,致筋骨失养,故见腰部酸困、病程缠绵。劳损进一步耗伤气血,气虚运血无力则瘀血内停,脾虚运化失司则痰湿内生,痰瘀互结,阻滞经络,气血不能濡养筋脉,故见下肢麻木、无力。《素问·逆调论》云“荣气虚则不仁,卫气虚则不用”,正合此证。舌脉均为肝肾不足、痰瘀内阻之象。

治疗方案:遵循精准治疗原则,针对其下肢麻木型核心病机,采用三步三位九法联合腰痛外洗方的综合方案。

治疗过程:三步三位九法每周治疗3次。首先通过准备手法放松腰背部肌肉;继而运用治疗手法,重点采用腰部拔伸按压、腰椎定点旋转复位等法,旨在松解粘连,调整关节紊乱,减轻对神经根的机械刺激;最后以整理手法结束。手法操作强调柔和和深透,以患者耐受为度。腰痛外洗方:1剂/d,水煎外洗腰部及左下肢,方中醋莪术、三棱破血行气,红花、苏木助君药活血通经,炒蒺藜、炒芥子、桂枝理气散结、温通经脉,威灵仙、海桐皮、秦艽、透骨草、伸筋草祛风通络、舒筋活络,盐杜仲引药入肾。通过外洗使药力直达病所,共奏化瘀通络、荣养筋脉之功。

二诊(治疗4周后):患者自述腰部酸困感明显减轻,左下肢麻木范围缩小,主要集中在小腿以下,足底麻木感略有好转。查体:左足拇趾背伸肌力改善至IV+级,左下肢直腿抬高试验75°,腰痛VAS评分为2分,下肢麻木评分为1分,JOA评分从15分提升至24分,达到“显效”标准;ODI评分从22分降至12分,提

示生存质量显著改善,守方继续治疗。

随访:嘱患者注意劳逸结合,加强腰背肌功能锻炼(如五点支撑法)。3 个月后电话随访,患者诉症状未复发,日常工作生活不受影响。

按语:本案例是下肢麻木型腰椎间盘突出症的典型体现,患者症状以麻木、无力为主,疼痛不显,符合“不荣则痛”及“痿证”的病机特点。谢兴文主任医师精准辨证为本虚(肝肾亏虚)标实(痰瘀阻络),治疗上并未因“虚”而一味进补,而是紧扣“因瘀致痿,络通血方荣”的关键,以手法松解宏观结构,减少气血耗损,以外洗方专攻局部痰瘀,且方中盐杜仲兼顾补肾,共奏“通络以荣筋”之效,验案充分证明了基于症状分型的精准治疗在改善神经功能、提高生存质量方面的优势。

5 讨论

对谢兴文主任医师治疗腰椎间盘突出症的临床经验进行系统梳理后深刻认识到,其所倡导的精准治疗原则不仅是一套行之有效的技术方案,更是对中医辨证论治思想的创造性发展。这一诊疗体系最显著的特点在于突破了传统辨证分型的局限性,构建了症状与病机、治法的动态对应关系。特别值得注意的是,将下肢麻木型独立分类并提出“因瘀致痿,通络荣筋”的治疗思路,既体现了对经典理论中“荣气虚则不仁”的深刻理解,又创新性地通络法应用于痿证治疗,这对丰富中医痛证理论体系具有重要启示。

从方法论层面看,这种分型治疗模式成功实现了中西医诊疗理念的有机融合。在准确把握腰椎间盘突出症现代病理机制的基础上,巧妙运用中医辨证思维,使三步三位九法的手法调整、针刺的经络干预和外洗方的药物透皮吸收形成协同效应。尤为值得称道的是腰痛外洗方的组方思路,既遵循了中医君臣佐使的配伍原则,又暗合现代靶向给药理念,其中盐杜仲引药入肾的用法,生动体现了中医引经理论在现代临床中的创新应用。这种多技术、多途径的整合治疗模式,为骨伤科疾病的中医治疗提供了新范式。

在临床价值方面,本研究展示的精准治疗路径具有双重意义:一方面通过准确的辨证分型提高了治疗的有效性,另一方面通过避免无效治疗实现了医疗资源的优化配置。以麻木型患者为例,摒弃单纯消炎镇痛而采用“手法+外洗方”的方案,既符合“治病求本”的中医原则,又体现了对神经功能恢复规律的现代认知。这种以患者具体证候为中心、以病理机制为靶点的诊疗思路,对当前医疗环境下如何实现疗效最大化与资源最优化具有重要参考价值。

综上所述,本研究在传统辨证施治的基础上,构建了以精准分型为核心的腰椎间盘突出症中医诊疗体系,并通过手法治疗、腰痛外洗方以及针刺干预的多维

协同,实现了从“经验治疗”向“标准化精准治疗”的转变。该体系的创新之处主要体现在以下三个方面:首先,诊断标准化与可重复性增强,在影像学诊断的基础上,通过引入 VAS 评分及麻木程度分级等指标,使腰椎间盘突出症的临床分型更加科学可比,为后续疗效评价与多中心数据汇总奠定基础。其次,传统中医多以“寒湿痹阻、气滞血瘀、肝肾亏虚”等证型分类,侧重病机辨证;本体系以“症状表现”为核心分型,更易量化操作,且直接对应外治方案,解决传统分型“辨证与治法衔接不直接”的问题。第三,多手段协同治疗的整合优势突出,手法调控结构应力,中药外洗改善局部循环,针刺干预神经通路,三者“形一气一神”多维层面形成互补效应,既缓解疼痛,又促进神经功能恢复,实现标本兼治。最后,中西医结合的机制阐释更为清晰,现代实验研究已证实上述治疗能通过调节炎症因子水平、改善血液循环、激活神经可塑性相关通路等途径,体现出传统疗法的科学合理性,为中医外治的现代化提供了可验证的生理基础。但是本研究也有其局限性不容忽视:首先,本研究为单中心经验总结,缺乏大样本、多中心随机对照试验验证疗效,后续可开展多中心、随机对照试验,对比本精准分型方案与常规中医综合治疗、西医保守治疗的疗效差异;同时进行成本-效果分析,验证“降低人均医疗成本”的临床价值,使研究展望更具可操作性。其次,本研究未能系统探讨不同年龄、病程阶段患者的分型治疗差异,考虑到患者的年龄、疾病的急慢性程度以及伴随其他基础疾病的不同,分型治疗的效果可能会有所不同,因此,后续研究需要针对不同临床特征的患者群体进行进一步分层分析,评估分型治疗在各类患者中的疗效差异。因此,未来研究应进一步结合影像学定量分析、表面肌电图检测等多学科技术,探索不同分型患者在结构与功能层面的动态变化,从而推动腰椎间盘突出症的精准中医干预向循证化、智能化方向发展。本研究的实践经验对于完善腰椎间盘突出症的中医标准化诊疗体系,具有重要的推广与借鉴价值。

参考文献

- [1] 陈晓荣,秦少华,周林江,等. 腰椎间盘突出症突出物自然吸收与腰椎曲度的相关性研究[J]. 安徽医药, 2022, 26(9): 1839-1842.
- [2] 张润涵,王树人,高夕林. 腰椎间盘突出症的中医药治疗进展[J]. 中医临床研究, 2025, 17(9): 84-89.
- [3] 陈祥. 不同 JOA 评分单节段腰椎间盘突出症患者 CT 影像学及坐骨神经直径变化特征观察[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(5): 833-835.
- [4] 吴劲斌. 苏氏腰痛方联合手法治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症的临床疗效观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2025.

- [5] 苟斌虎,牛时季. 基于“督脉生病治督脉、治在骨上”理论应用督脉刺骨术治疗腰椎间盘突出症的效果[J]. 中国当代医药, 2023, 30(17): 157-159.
- [6] 彭伟,朱立国,尹逊路,等. 基于 RIPK1/RIPK3/MLKL 信号通路探讨补肾活血方对兔椎间盘退变的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2025, 32(2): 71-77.
- [7] 刘兴忠,刘德才,潘外琴,等. 温经健腰汤治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(14): 2698-2703.
- [8] 谭黄圣,王银波,黄勇,等. 身痛逐瘀汤合地龙汤加减治疗腰椎间盘突出症气滞血瘀证的疗效及机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(1): 47-54.
- [9] 叶子丰,沈琳玲,杨惠,等. 筋膜理论指导下的针刺髂腰肌治疗腰椎间盘突出症肾虚证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(8): 123-128.
- [10] 何祉杰. 斜扳手法对腰椎间盘突出症的临床疗效观察及其与 MRI 的相关性研究[D]. 广州:南方医科大学, 2025.
- [11] 杨芳芳,秦大平,郑礼,等. 三步三位九法治疗腰椎间盘突出症的力学机制研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(11): 198-200.
- [12] 汪芹,黄顺贤. 通督宣痹汤离子导入配合三步三位九法治疗腰椎间盘突出症的临床有效性及安全性研究[J]. 中医外治杂志, 2022, 31(2): 69-71.
- [13] 刘国亮,李亚军,孟亮. 三步三位九法联合内热针治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中医外治杂志, 2022, 31(1): 82-83.
- [14] 玉超杰,楚野. 腰椎间盘突出发病机制的研究进展[J]. 中国临床新医学, 2017, 10(8): 824-828.
- [15] 肖莫伟,韦日铺. 中医微创治疗腰椎间盘突出症的临床研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2025, 39(8): 76-79.
- [16] 曹林忠,秦大平,张晓刚,等. 三步三位九法治疗椎间盘突出症操作规范及作用机制探讨[J]. 山东中医药大学学报, 2014, 38(2): 127-128.
- [17] 仇瑜,张洪兵,郭虹,等. 姜黄的研究进展及质量标志物(Q-Marker)的预测分析[J]. 中草药, 2021, 52(15): 4700-4710.
- [18] JIA J, LI X, REN X Y, et al. Sparganii Rhizoma: a review of traditional clinical application, processing, phytochemistry, pharmacology, and toxicity[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2021, 268: 113571.
- [19] QIN X D, CHEN J J, ZHANG G W, et al. Hydroxysafflor yellow a exerts anti-inflammatory effects mediated by SIRT1 in lipopolysaccharide-induced microglia activation[J]. Frontiers in Pharmacology, 2020, 11: 1315.
- [20] SUGAWARA J, TOMOTO T. Acute effects of short-term warm water immersion on arterial stiffness and central hemodynamics[J]. Frontiers in Physiology, 2021, 12: 620201.
- [21] WANG S F, GUAN J T, GONG W R, et al. Transdermal delivery of traditional Chinese medicine patch vs. NSAIDs patch for alleviating inflammation and relieving pain for early-stage knee osteoarthritis: a retrospective case control study[J]. Frontiers in Pharmacology, 2025, 16: 1549883.
- [22] KETER D L, BIALOSKY J E, BROCHETTI K, et al. The mechanisms of manual therapy: a living review of systematic, narrative, and scoping reviews[J]. PLoS One, 2025, 20(3): e0319586.
- [23] MA X, CHEN W, YANG N N, et al. Potential mechanisms of acupuncture for neuropathic pain based on somatosensory system[J]. Frontiers in Neuroscience, 2022, 16: 940343.

(收稿日期:2025-10-10)