

·临床指南·

中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)

中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)制定工作组

章薇*, 娄必丹, 李金香, 罗容, 石文英, 卢小叶, 潘江, 唐锦忠

湖南中医药大学第一附属医院, 湖南长沙 410007

* 通信作者: 章薇, E-mail: 507395550@qq.com

收稿日期: 2021-04-05; 接受日期: 2021-06-02

基金项目: 中国中医药科技开发交流中心中医康复能力规范化项目专项课题(GZK-KT201901-16)

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2021.04001

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



摘要 腰椎间盘突出症是临床常见病和多发病,近年来其发病率呈增高及年轻化趋势,给患者的生活、工作造成消极影响。基于循证医学制定的腰椎间盘突出症中医临床实践指南具有重要意义,有助于规范中医药临床诊疗技术,取得更好的疗效。本指南从范围、术语和定义、诊断、辨证分型、治疗、护理等方面对腰椎间盘突出症的诊疗流程进行规范,旨在为中医骨伤科、中西医结合骨科、针灸科、推拿科和康复科等相关临床医师提供诊疗指导和参考。① 诊断部分:从病史、症状体征、影像学检查、诊断要点、鉴别诊断和证候诊断6方面展开,体现了中医学辨证论治的特色和优势。② 康复评定:主要包括疼痛评估、功能障碍评估和神经肌肉功能评估等3方面内容。③ 治疗:主要分为非药物治疗、药物治疗2部分,并详细阐述各种治疗方法的适应症及推荐级别。非药物治疗主要包括健康教育、运动疗法、手法、牵引、针灸、推拿、物理因子治疗和心理健康等疗法;药物治疗主要包括中药辨证论治、药物治疗(口服药、骶管封闭疗法、硬膜外腔注射治疗)等方面。④ 护理:主要包括饮食护理、生活起居护理和情志护理。该指南可为各级各类康复机构、中医医院或综合医院的康复从业人员进行腰椎间盘突出症的中医康复治疗提供指导,具有较好的临床适用性及有效性。

关键词 腰痛病;腰椎间盘突出症;中医康复;辨证论治;指南

本指南按 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本指南由中医康复标准研究基地提出并归口。

起草单位:湖南中医药大学第一附属医院。

主要起草人:章薇、娄必丹、李金香、罗容、石文英、卢小叶、潘江、唐锦忠。

1 范围

本指南规定了腰椎间盘突出症的中西医临床诊断及分型标准、康复评定、康复治疗方法等。

本指南适用于我国各级各类康复机构、各级中医医院或综合医院的中医骨伤科、中西医结合骨科、针灸科、推拿科和康复科等。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。见表1。

3 诊断

3.1 病史

常有感受风寒湿外邪、筋骨劳损及跌仆闪挫等病史。

3.2 症状体征

3.2.1 症状 根据患者年龄和病程、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,腰椎间盘突出症常见的症状有:① 放射性神

引用格式:中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)制定工作组. 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.
Working Group of Clinical Practice Guidelines of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation for Low Back Pain (Herniated Lumbar Disc). Clinical practice guidelines of traditional Chinese medicine rehabilitation for low back pain (herniated lumbar disc) [J]. Rehabilitation Medicine, 2021, 31(4): 265-270.
DOI: 10.3724/SP.J.1329.2021.04001

表 1 指南常见术语
Table 1 Common terms of the guide

术语	英文对应词	术语	英文对应词
腰椎间盘突出症	lumbar disc herniation	推拿	massage
康复评定	rehabilitation evaluation	体感诱发电位	somatosensory evoked potential (SEP)
物理疗法	physical therapy	表面肌电图	surface electromyogram
中药	Chinese herb	经皮神经电刺激	transcutaneous electrical nerve stimulation
针灸	acupuncture and moxibustion	视觉模拟评分	visual analogue score (VAS)

神经根性痛；② 受累神经根支配的肌肉无力和/或神经支配区感觉异常；③ 可伴有急性或慢性腰背部疼痛，腰部活动受限或代偿性侧凸；④ 儿童及青少年腰椎间盘突出症患者常表现为腘绳肌紧张；⑤ 马尾综合征。

3.2.2 体征 ① 受累神经根支配的运动和/或感觉障碍，腱反射减弱；② 神经牵拉试验阳性，主要包括股神经牵拉试验、直腿抬高试验、对侧直腿抬高试验、Lasègue 征和对侧 Lasègue 征；③ 腰椎局部压痛，腰部活动受限，椎旁肌紧张或痉挛；④ 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。

3.3 影像学检查

3.3.1 X 射线检查 可见脊柱侧弯，腰椎生理前凸消失，病变椎间隙可能变窄，相邻边缘有骨赘增生。

3.3.2 CT 检查 可显示椎间盘突出的部位及程度。脊髓造影配合 CT 检查可显示硬膜囊、脊髓和神经根受压的情况。

3.3.3 MRI 检查 可以清晰地显示出椎管内、脊髓内部的改变、脊髓受压部位及形态改变，对于腰椎损伤、腰椎病及肿瘤的诊断具有重要价值。

3.4 诊断要点

① 腰痛合并下肢放射性窜痛，或腰僵，一侧或双侧下肢麻痹、疼痛，大小便无力，有典型的脑脊液冲击征。

② 腰部运动障碍，被动性体位。

③ 直腿抬高试验阳性或弱阳性。

④ 病程 >1 个月，有明显的下肢肌萎缩。

⑤ X 射线检查可见某一椎间隙变窄，椎曲弓顶距离变小，或 CT、MRI 显示椎间盘突出。

符合上述①③⑤者，可确诊为腰椎间盘突出症。

3.5 鉴别诊断

3.5.1 腰椎结核 腰痛可伴有坐骨神经痛，低热，血沉增快。X 射线片显示椎间隙模糊、变窄，椎体的前缘、上或下缘局部骨质破坏。

3.5.2 腰椎肿瘤 腰痛，但压痛不明显，呈渐发性持续加重，无缓解期，不因卧床休息而减轻，下肢感觉、

运动功能障碍，大小便异常。MRI 检查可明确诊断。

3.5.3 腰椎椎管狭窄症 腰痛，一侧或两侧下肢牵涉痛，卧床休息症状可缓解。“间歇性跛行”为本病特征。CT、MRI 检查可明确诊断。

3.5.4 强直性脊柱炎 多见于中年男性，身体瘦弱，腰背及骶髂关节疼痛，脊柱强直，各方向活动均受限。症状多与气候变化有关，血沉较快，病变呈进行性发展。早期 X 射线检查可见骶髂关节及腰椎小关节模糊，后期脊柱呈竹节样改变。

3.5.5 梨状肌综合征 主要症状是臀部痛或臀腿痛，患侧髋关节内收、内旋活动时疼痛加重，严重者可有跛行。梨状肌肌腹体表投影处可有明显压痛，并可向下肢放射，部分患者可触及深部的条索状结节或痉挛肌块。梨状肌紧张试验阳性，即患髋关节内收内旋活动时疼痛加重，直腿抬高试验 <60° 时疼痛加重，而 >60° 时疼痛反而减轻，梨状肌局部封闭后疼痛会消失。

3.5.6 第三腰椎横突综合征 第三腰椎横突综合征为腰椎管外病变，该横突尖部软组织因损伤而引起一系列的病理变化，并导致腰痛或腰臀痛。多发于青壮年、腰背肌较弱者，多见于男性、有外伤史和长期工作姿势不良者。主要症状表现为腰部及臀部疼痛，活动时加重，俯卧位检查时可触及一侧或两侧竖脊肌轻度痉挛及压痛。可在第三腰椎横突末端扪及硬结和条索状物，触压痛明显，有时可在臀中肌后缘或臀大肌上扪及条索状物及压痛。直腿抬高试验阴性，无神经根刺激症状，化验及影像学检查无特殊异常。

3.5.7 臀肌筋膜炎 发病部位疼痛，多为酸痛不适，肌肉僵硬板滞，或有重压感，有时可及皮下可触、变性的肌筋膜和纤维小结。晨起、天气变化或受凉后症状加重，活动后则疼痛减轻，常反复发作。急性发作时，局部肌肉紧张、痉挛，活动受限。

3.6 证候诊断

常见的证候分型包括以下几类^[1]：

3.6.1 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。

3.6.2 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。

3.6.3 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。

3.6.4 肝肾亏虚证 腰酸腿痛,腿膝乏力,劳累更甚,卧则减轻。偏阳虚者面色㿔白,手足不温,少气懒言,腰腿发凉,或有阳痿、早泄,妇女带下清稀,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。

4 腰痛的康复评定

本指南主要参考《肌肉骨骼康复学》^[2]和《腰椎间盘突出症的康复评定及非手术治疗进展的研究》^[3]进行腰椎间盘突出症的康复评定和非手术治疗方案制定。主要内容包括:①疼痛评估;②功能障碍评估;③神经肌肉功能评估等。

采用 Roland-Morris 功能障碍调查问卷评估腰痛患者功能状态、Oswestry 功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI)评估自我量化功能障碍、腰椎关节活动度(range of motion, ROM)评定身体执行能力;视觉模拟评分(VAS)评估疼痛程度,体感诱发电位(SEP)检测神经根病变和反应神经根功能状态,表面肌电图检查神经肌肉功能及相关肌群肌力和耐力评定。

5 治疗

5.1 非药物治疗

5.1.1 健康教育 卧床休息并不能改善腰痛患者的疼痛情况和功能状态,在可耐受范围内维持规律的日常活动并进行一定强度锻炼,对腰痛患者的功能有所改善。此外,活动的调整对急性腰骶神经根病患者十分重要,可以改变活动方式避免疼痛的加剧(如可能会增加脊柱应力的高冲击性运动),避免反复旋转和弯腰的运动,而步行、游泳、低冲击性的有氧运动是较好的体育锻炼方式。患者何时回归工作,应针对其实际情况进行个体化考虑。正确的搬物及办公姿势、中等硬度的床垫可避免腰痛的发生或加重。建议患者在持续工作或某些会加重脊柱负

荷的情况下佩戴护具,并注意定时放松。不推荐特异性运动疗法(如伸展运动、屈曲运动等)用于急性腰背痛治疗(专家共识)^[4]。

5.1.2 运动疗法 根据腰痛的不同时期和症状,进行个体化治疗、监督下运动、牵伸及肌力训练的运动方案具有较好治疗效果,如核心肌力训练、方向特异性训练^[5]、瑜伽^[6]、普拉提^[7]、太极^[8]等身心训练均对腰痛患者的康复具有积极作用。

运动疗法的主要治疗目标是改善患者的躯体功能、恢复正常活动、预防残疾及维持工作能力。主要形式包括主动运动和有氧运动。主动运动包括运动控制训练、核心稳定训练、瑜伽以及普拉提等;有氧运动包括步行、慢跑、骑自行车、太极拳等。建议患者在康复治疗师或医生的指导下进行运动治疗(专家共识)。

5.1.3 针灸疗法 针灸治疗腰痛是一种安全、有效的方法,可改善患者腰部疼痛和下肢麻木疼痛症状,缓解肌肉痉挛,进而改善运动功能,提高日常生活能力。其取穴规律主要有循经取穴、辨证取穴 2 种。

①循经取穴根据腰部及下肢症状部位的不同,分为足少阳胆经型、足太阳膀胱经型、督脉型、足阳明胃经型、混合型。此外,高频次经外奇穴主要是华佗夹脊穴、阿是穴。②辨证取穴根据其证型取穴,血瘀型加用三阴交、膈俞等穴位;寒湿型加用命门穴;肾虚型加用肝俞、肾俞、太溪等穴位。普通针刺、电针、温针灸疗法可有效改善患者腰痛、腿部麻木症状(推荐级别:A级)。针刀疗法疗效肯定,但可能有局部血肿、神经损伤、疼痛剧烈等并发症,对医生操作技术要求较高(推荐级别:B级)。平衡针刺法^[9]、薄氏腹针^[10]、火针^[11]、银质针^[12]、浮针^[13]、穴位注射^[14]、腕踝针^[15]等疗法均可有效改善患者症状(推荐级别:C级)。除上述治疗方法外,热敏灸^[16]、雷火灸^[17]、刺血拔罐^[18]等亦为临床常见治疗手段。

5.1.4 推拿疗法 推拿手法治疗腰椎间盘突出症的主要原则如下:急性期以局部放松、解痉、点按手法为主;缓解期以理筋、练功为主,辨证施法。

推拿疗法以整体观念为指导,通过手法循经推按、穴位点压及姿势矫正等,具有疏经通络、理筋复位、舒筋缓急、滑利关节和松解粘连的功能,在腰痛治疗中得到广泛应用^[19]。根据不同的部位,推拿手法有所不同,对四肢以按、点、揉、推、拿为主;对躯干以揉、按、推、点、捏为主;局部采用拿、揉法。其手法方式多样,主要分为 2 大类:理筋手法、复位手法。推拿手法操作安全有效,疗效确切,可部分改善

髓核对神经的压迫而产生的症状,放松脊柱肌群,调整失稳关节的位置,改善脊柱生理曲度,恢复脊柱的正常功能^[20]。KUMAR等^[21]系统回顾性研究建议进行短期推拿治疗,但是总体文献质量较低(推荐级别:C级)。

5.1.5 手法治疗 对于没有明确手术指征的患者,脊柱手法治疗对腰椎间盘突出所致的根性症状有一定改善作用^[22]。

5.1.6 牵引治疗 腰椎牵引可减轻椎间盘内压、牵伸粘连组织、松弛韧带、解除肌肉痉挛、改善局部血液循环,并纠正小关节紊乱,可以显著改善腰椎间盘突出症患者的疼痛^[23]。

5.1.7 物理因子治疗 热疗可有效缓解疼痛并改善功能,但这种获益较小且不持续^[24];低、中频电刺激可在一定程度上有效缓解腰椎间盘突出症患者的腰痛症状^[25];干扰电治疗、联合治疗均能显著提高患者疼痛指数、功能状态和生活质量^[26];弱激光治疗、超声治疗可显著改善腰椎间盘突出症患者的疼痛症状^[27],连续性超声波治疗能显著改善腰痛患者的功能^[28];体外冲击波疗法治疗腰椎间盘突出症具有明显的优点^[29]。

5.1.8 心理治疗及认知行为疗法 对于慢性疼痛患者,应针对其存在的抑郁、焦虑问题进行心理辅导及康复知识教育,促使其心理状况改善,有助于疼痛的缓解^[30]。

5.2 药物治疗

5.2.1 药物治疗 短期应用对乙酰氨基酚或非甾体类药物对治疗腰椎间盘突出症有一定作用(推荐强度Ⅱ级)。骶管封闭疗法为治疗腰椎间盘突出症的常见保守治疗方法,有一定作用(推荐强度Ⅱ级)^[31]。硬膜外糖皮质激素注射可改善部分存在神经根症状和体征的椎间盘突出患者的疼痛和功能,但不推荐患者在急性期应用,若最初的注射不能改善患者的症状,则不建议继续进行注射治疗(推荐强度Ⅰ级)^[32]。

5.2.2 腰痛辨证论治

5.2.2.1 血瘀证

治法:行气活血,祛瘀止痛。

主方:身痛逐瘀汤加减。常用药:川芎、当归、五灵脂、香附、甘草、羌活、没药、牛膝、秦艽、桃仁、红花、地龙等(证据等级:D级)。

5.2.2.2 寒湿证

治法:温经散寒,祛湿通络。

主方:独活寄生汤加减。常用药:独活、桑寄生、杜仲、牛膝、党参、当归、熟地黄、白芍、川芎、桂枝、茯苓、细辛、防风、秦艽、蜈蚣、乌梢蛇等(推荐级别:B级)。

5.2.2.3 湿热证

治法:清利湿热,通络止痛。

主方:大秦艽汤加减。常用药:川芎、独活、当归、白芍、地龙、甘草、秦艽、羌活、防风、白芷、黄芩、白术、茯苓、生地黄、熟地黄等(推荐级别:D级)。

5.2.2.4 肝肾亏虚证

治法:补益肝肾,通络止痛。

阳虚证主方:右归丸加减。常用药:山药、山茱萸、杜仲、附子、桂枝、枸杞子、鹿角胶、当归、川芎、狗脊、牛膝、川续断、桑寄生、菟丝子等(推荐级别:C级)。

阴虚证主方:虎潜丸加减。常用药:知母、黄柏、熟地黄、锁阳、龟甲、白芍、牛膝、陈皮、当归、狗骨等(推荐级别:C级)。

6 护理调摄

6.1 饮食护理

由于急性发作腰椎间盘突出症患者腰腿痛较剧、活动受限,往往食欲降低,胃肠功能下降,容易便秘,而便秘可使腹压增加从而加重腰腿痛症状,故要指导患者宜清淡、易消化饮食,多进食新鲜蔬菜、水果,多饮水,少吃或不吃油炸等肥腻食物,以促进胃肠蠕动,防治便秘。

6.1.1 证据等级 共纳入1项临床随机对照研究(randomized control trial,RCT)研究,支持高蛋白、高营养饮食可预防腰椎间盘突出症复发(C级证据)。

6.1.2 推荐意见 推荐腰椎间盘突出症患者采用高蛋白、高营养饮食(推荐强度Ⅲ级)。

6.2 生活起居护理

许多腰椎间盘突出症患者发病与长期不良姿势相关,故应指导此类患者正确的坐、站、卧姿,避免久坐、久站。急性期应多卧床休息,宜卧硬板床。注意保暖避免受凉,夏季避免空调温度过低。翻身活动时注意全身应以脊柱为轴缓缓滚动,下床时要俯卧位,一侧先着地,另一侧再着地,然后再全身站起。坐起及如厕时要佩戴腰围,以减轻椎间盘的压力,保持脊椎骨之间的稳定,减轻疼痛,避免再次损伤。

6.3 情志护理

腰椎间盘突出症属慢性疾病,反复发作,经久难愈,易使患者产生焦虑、抑郁等负性情绪,有些负性情绪以躯体化的形式表现出来,严重影响患者的

生活质量。因此,应与患者充分沟通,疏导患者急躁情绪,提高治疗依从性。同时也可鼓励家属参与,使患者树立战胜疾病的信心,充分调动患者的主观能动性,坚持正确的治疗方向,争取早日康复。

6.3.1 证据等级 共纳入3项RCT研究,认为中医情志护理能有效缓解腰椎间盘突出症患者焦虑、抑郁情绪,提高康复效果(C级证据)。

6.3.2 推荐意见 推荐腰椎间盘突出症患者行中医情志护理(推荐强度Ⅲ级)。

参考文献

- [1] 周红. 腰椎间盘突出症的中医证候要素分类探究[J]. 中国中医药科技, 2018, 25(6): 775-777.
ZHOU H. Classification of TCM syndromes in protrusion of lumbar intervertebral disc [J]. Chin J Tradit Med Sci Tech, 2018, 25(6): 775-777.
- [2] 岳寿伟. 肌肉骨骼康复学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2018: 158-167.
YUE S W. Musculoskeletal rehabilitation [M]. 3rd ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018: 158-167.
- [3] 汪丹颖,高晓平. 腰椎间盘突出症的康复评定及非手术治疗进展[J]. 安徽医学, 2012, 33(6): 775-777.
WANG D Y, GAO X P. Progress in rehabilitation evaluation and nonsurgical treatment of lumbar disc herniation [J]. Anhui Med J, 2012, 33(6): 775-777.
- [4] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会专家组. 中国急/慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2016, 26(12): 1134-1138.
Expert Group of Spine and Spinal Cord Professional Committee of Chinese Rehabilitation Medical Association. Expert consensus on acute/chronic nonspecific low back pain in China [J]. Chin J Spine Spinal Cord, 2016, 26(12): 1134-1138.
- [5] LONG A, DONELSON R, FUNG T. Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercise for low back pain [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2004, 29(23): 2593-2602.
- [6] TILBROOK H E, COX H, HEWITT C E, et al. Yoga for chronic low back pain: a randomized trial [J]. Ann Intern Med, 2011, 155(9): 569-578.
- [7] PATTI A, BIANCO A, PAOLI A, et al. Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain: a systematic review [J]. Medicine (Baltimore), 2015, 94(4): e383.
- [8] HALL A M, MAHER C G, LAM P, et al. Tai chi exercise for treatment of pain and disability in people with persistent low back pain: a randomized controlled trial [J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2011, 63(11): 1576-1583.
- [9] 刘裔荣,李帅帅,王晨绯,等. 平衡针腰痛穴横断面调查[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(8): 2611-2613.
LIU Y R, LI S S, WANG C F, et al. Cross-section survey on the balance needle yaotong point [J]. Chin J Tradit Chin Med Pharm, 2014, 29(8): 2611-2613.
- [10] 胡汉通,王超,狄杰,等. 腹针治疗腰椎间盘突出症临床疗效 Meta 分析[J]. 新中医, 2018, 50(6): 54-59.
HU H T, WANG C, DI J, et al. Meta-analysis of clinical effect of abdominal acupuncture for lumbar disc herniation [J]. J New Chin Med, 2018, 50(6): 54-59.
- [11] 钟敏,肖玲瑄,张瑜,等. 火针治疗腰椎间盘突出症有效性与安全性的 Meta 分析[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(6): 1181-1189.
ZHONG M, XIAO L X, ZHANG Y, et al. Meta-analysis of effectiveness and safety of heated needle therapy in treating lumbar intervertebral disc herniation [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2020, 37(6): 1181-1189.
- [12] 黄奏琴,张慎,王伟明,等. 银质针配合艾灸仪隔姜灸治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(2): 193-197.
HUANG Z Q, ZHANG S, WANG W M, et al. Observations on the efficacy of silver needle acupuncture plus instrumental ginger moxibustion in treating lumbar intervertebral disc herniation [J]. Shanghai J Acupun Moxibust, 2017, 36(2): 193-197.
- [13] 陈锐鸿,葛鸿庆,陈文治,等. 浮针治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的随机对照研究[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(3): 448-452.
CHEN R H, GE H Q, CHEN W Z, et al. Randomized controlled trial of floating acupuncture for treatment of lumbar disc herniation of Qi stagnation and blood stasis type [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2020, 37(3): 448-452.
- [14] 项俊,喻立. 丹红注射液四联穴穴位注射治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国康复, 2016, 31(6): 433.
XIANG J, YU L. Observation on curative effect of Danhong injection at Silian point in the treatment of lumbar intervertebral disc herniation [J]. Chin J Rehabil, 2016, 31(6): 433.
- [15] 范娥,李菊莲. 腕踝针治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(5): 62-66.
FAN E, LI J L. The research and development of wrist-ankle acupuncture in treating lumbar intervertebral disc herniation [J]. J Clin Acupun Moxibust, 2010, 26(5): 62-66.
- [16] 唐福宇,黄承军,陈日新,等. 热敏灸治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中国针灸, 2009, 29(5): 382-384.
TANG F Y, HUANG C J, CHEN R X, et al. Observation on therapeutic effect of moxibustion on temperature-sensitive points for lumbar disc herniation [J]. Chin Acupun Moxibust, 2009, 29(5): 382-384.
- [17] 秦丽娜,杨帅,徐峰,等. 雷火灸疗法治疗腰椎间盘突出症 33 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(6): 818-820.
QIN L N, YANG S, XU F, et al. Clinical observation on lumbar intervertebral disc protrusion with thunder fire moxibustion therapy [J]. World J Integrated Tradit West Med, 2017, 12(6): 818-820.
- [18] 于志强. 针刺配合刺血拔罐治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(5): 920-921.
YU Z Q. Clinical observation on the treatment of lumbar intervertebral disc herniation by acupuncture combined with pricking cupping [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2015, 24(5): 920-921.
- [19] 丁懿,郭琛琛,李丽. 悬吊推拿运动技术治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 康复学报, 2019, 29(1): 33-38.
DING Y, GUO C C, LI L. Clinical study on lumbar disc herniation treated by sling and tuina exercise technique [J]. Rehabil Med, 2019, 29(1): 33-38.

- [20] 高玉峰,姚斌彬,于天源. 腰椎间盘突出症推拿手法治疗理论探讨[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(2):67-69.
GAO Y F, YAO B B, YU T Y. Discussion about manipulation theory in treatment of lumbar disc herniation [J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med,2014,16(2):67-69.
- [21] KUMAR S, BEATON K, HUGHES T. The effectiveness of massage therapy for the treatment of nonspecific low back pain: a systematic review of systematic reviews [J]. Int J Gen Med, 2013, 6:733-741.
- [22] 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 [J]. Spine J, 2006, 6(2):131-137.
- [23] OZTURK B, GUNDUZ O H, OZORAN K, et al. Effect of continuous lumbar traction on the size of herniated disc material in lumbar disc herniation [J]. Rheumatol Int, 2006, 26(7):622-626.
- [24] FRENCH S D, CAMERON M, WALKER B F, et al. Superficial heat or cold for low back pain [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2006(1):CD004750.
- [25] CHEING G L, HUI-CHAN C W. Transcutaneous electrical nerve stimulation: nonparallel anti-nociceptive effects on chronic clinical pain and acute experimental pain [J]. Arch Phys Med Rehabil, 1999, 80(3):305-312.
- [26] HURLEY D A, MCDONOUGH S M, DEMPSTER M, et al. A randomized clinical trial of manipulative therapy and interferential therapy for acute low back pain [J]. Spine, 2004, 29(20):2207-2216.
- [27] UNLU Z, TASCI S, TARHAN S, et al. Comparison of 3 physical therapy modalities for acute pain in lumbar disc herniation measured by clinical evaluation and magnetic resonance imaging [J]. J Manipulative Physiol Ther, 2008, 31(3):191-198.
- [28] ANSARI N N, EBADI S, TALEBIAN S, et al. A randomized, single blind placebo controlled clinical trial on the effect of continuous ultrasound on low back pain [J]. Electromyogr Clin Neurophysiol, 2006, 46(6):329-336.
- [29] 李硕,刘丽爽,周金娜,等. 核心稳定性训练联合体外冲击波治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 康复学报,2019,29(6):16-20.
LI S, LIU L S, ZHOU J N, et al. Therapeutic effect of core stability training combined with extracorporeal shock wave on lumbar disc herniation [J]. Rehabil Med, 2019, 29(6):16-20.
- [30] OSTELO R W J G, VAN TULDER M W, VLAEYEN J W S, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2005(1):CD002014.
- [31] CARETTE S, LECLAIRE R, MARCOUX S, et al. Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus [J]. New Eng J Med, 1997, 336(23):1634-1640.
- [32] SPIJKER-HUIGES A, VERMEULEN K, WINTERS J C, et al. Costs and cost-effectiveness of epidural steroids for acute lumbosacral radicular syndrome in general practice: an economic evaluation alongside a pragmatic randomized control trial [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2014, 39(24):2007-2012.

Clinical Practice Guidelines of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation for Low Back Pain (Herniated Lumbar Disc)

Working Group of Clinical Practice Guidelines of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation for Low Back Pain (Herniated Lumbar Disc)

ZHANG Wei*, LOU Bidan, LI Jinxiang, LUO Rong, SHI Wenying, LU Xiaoye, PAN Jiang, TANG Jinzhong

First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China

*Correspondence: ZHANG Wei, E-mail: 507395550@qq.com

ABSTRACT Herniated lumbar disc is a common and frequently-occurring disease in clinical practice. In recent years, the incidence rate of herniated lumbar disc has increased and that become younger, which has a negative impact on the life and work of patients. The clinical practice guidelines of traditional Chinese medicine (TCM) rehabilitation for herniated lumbar disc based on evidence-based medicine are of great significance and will help standardize the clinical diagnosis and treatment techniques of TCM and achieve better curative effects. This guideline standardizes the diagnosis and treatment process of herniated lumbar disc from the aspects of scope, terminology and definition, diagnosis, syndrome differentiation, treatment and nursing, in order to provide guidance and reference for relevant clinicians such as orthopedics and traumatology department of TCM, orthopedics department of integrated traditional Chinese and Western medicine, acupuncture and moxibustion department, massage department, rehabilitation department, etc. ① The diagnosis part: the diagnosis starts from six aspects of medical history, symptoms and signs, imaging examination, diagnosis points, differential diagnosis, and syndrome diagnosis, reflecting the characteristics and advantages of TCM syndrome differentiation and treatment. ② Rehabilitation assessment: it mainly includes pain assessment, functional impairment assessment, neuromuscular function assessment. ③ Treatment: it is mainly divided into two parts: non-drug therapy and drug therapy, and the indications and recommended levels of various treatment methods were described in detail. Non-drug therapy mainly includes health education, kinesis therapy, manipulation, traction, acupuncture, massage, physical factor therapy, mental health therapy, etc. Drug therapy mainly includes TCM syndrome differentiation treatment, drug therapy (oral medicine, sacral canal closure therapy, epidural injection therapy) and other aspects. ④ Nursing: it mainly includes diet nursing, daily life nursing, emotional nursing. The guideline could provide guidance for rehabilitation practitioners of different levels and kinds of rehabilitation institutions, traditional Chinese medicine hospitals or general hospitals to carry out rehabilitation treatment of TCM for herniated lumbar disc with good clinical applicability and effectiveness.

KEY WORDS low back pain; herniated lumbar disc; rehabilitation of traditional Chinese medicine; syndrome differentiation treatment; guideline

DOI:10.3724/SP.J.1329.2021.04001