

◆ 护理康复 ◆

消髓化核汤联合专项护理治疗寒湿型腰椎间盘突出症疗效观察

崔艳艳, 杜欢欢, 轩晶晶

河南省洛阳正骨医院/河南省骨科医院, 河南 郑州 450000

[摘要] 目的: 观察消髓化核汤联合中医专项护理治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 选取2024年1月—2025年6月在河南省洛阳正骨医院骨科及康复科门诊确诊为寒湿型腰椎间盘突出症患者200例, 采用随机数字表法分为对照组和联合组各100例。对照组接受常规卧床、非甾体抗炎药及相关中成药等治疗, 联合组在对照组的基础上加用消髓化核汤口服及针对寒湿型患者的中医专项护理。疗程均为4周。比较2组腰椎活动度、临床综合疗效及护理质量, 以及治疗前后、随访1个月时2组疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、腰椎功能障碍指数[Oswestry功能障碍指数(ODI)]、功能评分[日本骨科协会(JOA)]、炎症因子[白细胞介素(IL)-6和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]水平。结果: 治疗后, 联合组总有效率为93.00% (93/100), 对照组为78.00% (78/100), 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组VAS、ODI评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且联合组VAS、ODI评分均低于对照组 ($P < 0.05$); 2组JOA评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 且联合组JOA评分高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组IL-6、TNF- α 水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且联合组IL-6、TNF- α 水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组腰椎前屈、后伸角度均较治疗前增大 ($P < 0.05$), 且联合组腰椎前屈、后伸角度大于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 联合组疼痛缓解率、功能恢复率、非甾体抗炎药使用减少率、护理满意度均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。随访1个月, 联合组VAS、ODI、JOA评分及IL-6、TNF- α 水平改善均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 消髓化核汤联合中医专项护理可提高寒湿型腰椎间盘突出症患者的临床疗效及护理满意度, 有效改善腰椎疼痛、功能障碍、腰椎活动度及炎症反应。

[关键词] 腰椎间盘突出; 寒湿型; 消髓化核汤; 中医专项护理; 腰椎功能; 炎症因子

[中图分类号] R255.6; R681.5⁺3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 10-0089-06
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.013

Observation on Curative Effect of Xiaosui Huahe Decoction Combined with Specialized Nursing Care for Lumbar Disc Herniation of Cold-Damp Type

CUI Yanyan, DU Huanhuan, XUAN Jingjing

Luoyang Orthopedic-Traumatological Hospital of Henan Province/Henan Provincial Orthopedic Hospital, Zhengzhou Henan 450000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effects of Xiaosui Huahe Decoction combined with specialized nursing care of Chinese medicine on patients with lumbar disc herniation of cold-damp type. **Methods:** A total of 200 patients diagnosed as lumbar disc herniation of cold-damp type in the Department of Orthopedics and Department of Rehabilitation of Luoyang Orthopedic-Traumatological Hospital of Henan Province were selected and assigned to the control group and the combination group according to the random number table method, with 100 cases in each group.

[收稿日期] 2025-11-17
[修回日期] 2026-02-25
[基金项目] 河南省中医药科学研究专项课题 (2022ZY1131)
[作者简介] 崔艳艳 (1985-), 女, 主管护师。

The control group received treatment such as routine bed rest, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and related Chinese patent medicines. On the basis of the control group, the combination group was given oral administration of Xiaosui Huahe Decoction and specialized nursing care of Chinese medicine for patients of cold-damp type. The course of treatment was four weeks. The lumbar range of motion, clinical comprehensive efficacy and nursing quality, and the Visual Analogue Scale (VAS) score, dysfunction index [Oswestry Dysfunction Index (ODI)], function score [Japanese Orthopaedic Association (JOA)], and inflammatory factors [interleukin (IL)-6 and tumor necrosis factor- α (TNF- α)] before and after treatment and at one month of follow-up were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 93.00% (93/100) in the combination group and 78.00% (78/100) in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the VAS and ODI scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the VAS and ODI scores in the combination group were lower than those in the control group ($P < 0.05$); the JOA scores in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the JOA score in the combination group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of IL-6 and TNF- α in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of IL-6 and TNF- α in the combination group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the lumbar flexion and extension angles in the two groups were improved when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the improvement in the combination group was greater than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the pain relief rate, functional recovery rate, NSAIDs use reduction rate, and nursing satisfaction in the combination group were higher than those in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). After one month of follow-up, the VAS, ODI, JOA scores, and the improvement of IL-6 and TNF- α levels in the combination group were superior to those in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combination use of Xiaosui Huahe Decoction and specialized nursing care of Chinese medicine can enhance the curative effect on patients with lumbar disc herniation of cold-damp type, which can improve the nursing satisfaction, effectively reduce the lumbar pain, improve the functional impairment, reduce the inflammatory responses.

Keywords: Lumbar disc herniation; Cold-damp type; Xiaosui Huahe Decoction; Specialized nursing care of Chinese medicine; Lumbar function; Inflammatory factors

腰椎间盘突出症是临床骨科常见疾病,其发病率逐年上升,已呈现出年轻化的特点。统计数据显示,中国成人腰椎间盘突出症患病率为15%~20%,其中以L₄~L₅、L₅~S₁节段突出最为多见^[1-2]。寒湿型腰椎间盘突出症在临床上较为常见,多因寒湿侵袭腰部导致经脉闭阻、气血凝滞,从而出现遇寒加重、屈伸不利等典型症状^[3-4],治疗可遵循“寒者热之,湿者燥之”的原则,采用温经散寒、除湿通络之法治之。

消髓化核汤由苏州市中医医院骨伤科姜宏

主任团队研发,具有温经散寒、活血止痛、利湿消肿之功。然而,仅靠方药或理疗通常难以达到稳定、持久的疗效。此外,寒湿型患者多存在长期久坐、缺乏运动、生活环境潮湿或保暖不足等不良习惯,护理失当直接影响临床效果。本研究观察消髓化核汤联合护理干预寒湿型腰椎间盘突出患者的临床疗效,以期为非手术治疗提供可循证依据。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据《腰椎间盘突出症诊疗指南(2023)》^[5]有关腰椎间盘突出症诊断标准。

所有患者均行腰椎磁共振成像检查证实(存在 $L_4 \sim L_5$ 或 $L_5 \sim S_1$ 段突出)。

1.2 辨证标准 参考《中医骨伤科学》^[6]中寒湿型辨证标准。主症:腰腿部冷痛重着,转侧不利,静卧痛不减,受寒及阴雨天加重;次症:肢体发凉,畏寒喜暖;舌脉:舌质淡、苔白腻或白滑,脉沉紧或濡缓。诊断均由2名副主任及以上职称的医师完成。

1.3 纳入标准 符合腰椎间盘突出症诊断标准及寒湿型辨证标准;无手术指征或拒绝手术者;年龄18~70岁;病程 ≥ 1 个月;意识清楚且能配合治疗者。

1.4 排除标准 腰椎滑脱、脊柱畸形、椎管狭窄;脊髓肿瘤、骨结核、化脓性感染;妊娠或哺乳期妇女;合并严重心、肝、肾功能障碍;精神障碍或认知障碍者。

1.5 一般资料 选取2024年1月—2025年6月在河南省洛阳正骨医院骨科及康复科门诊确诊为寒湿型的腰椎间盘突出患者200例,采用随机数字表法分为对照组和联合组各100例。对照组男52例,女48例;平均年龄(47.82 ± 8.31)岁;平均体质指数(BMI) 24.63 ± 2.91 ;平均病程(3.42 ± 1.86)年;突出节段: $L_4 \sim L_5$ 46例, $L_5 \sim S_1$ 54例;有吸烟史27例;职业性质:体力劳动者58例,非体力劳动者42例。联合组男49例,女51例;平均年龄(48.15 ± 8.06)岁;平均BMI 24.71 ± 2.84 ;平均病程(3.57 ± 1.91)年;突出节段: $L_4 \sim L_5$ 44例, $L_5 \sim S_1$ 56例;有吸烟史25例;职业性质:体力劳动者61例,非体力劳动者39例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予非手术常规治疗,包括卧床休息、药物治疗及中医外治法。①指导患者在急性疼痛期进行3~5天相对卧床;②药物治疗,包括应用非甾体抗炎药(NSAIDs)缓解

疼痛与炎症,根据寒湿特点配合口服舒筋活血、祛风散寒类中成药。

2.2 联合组 在对照组基础上给予消髓化核汤及寒湿型专项护理干预。消髓化核汤处方:当归15g,川芎12g,赤芍15g,水蛭6g,土鳖虫10g,威灵仙15g,乌梢蛇10g,细辛3g,桂枝10g,独活15g,桑寄生30g,茯苓20g,薏苡仁30g,甘草6g。每天1剂,由医院煎药室统一煎煮,每剂煎取药液400mL,分早晚温服。护理干预内容包括温热罨敷、腰背肌功能训练、生活方式管理及情志护理等。①温热罨敷:采用主要成分为艾叶、花椒、透骨草等制成中药热敷包,经微波炉加热至 $45 \sim 50^\circ\text{C}$ 后置于腰骶部,每天2次,每次20min。②腰背肌功能训练:指导患者进行“小燕飞”、平板支撑、骨盆前倾后倾等核心训练,每天2次,每次10~15min。③生活方式管理:指导患者避免久坐久站和弯腰负重,注意腰部保暖,远离潮湿环境,并使用硬板床以维持脊柱生理曲度。④情志护理:通过沟通支持、认知干预和放松训练,缓解患者因慢性疼痛产生的焦虑情绪;同时,通过多途径健康宣教,增强患者的自我管理能力。

2组均治疗为4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①疼痛程度。于治疗前后采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)记录腰腿痛强度,分值0~10分,0分表示无痛,10分表示剧烈疼痛,得分越高表示疼痛越剧烈。②腰椎功能。于治疗前后使用Oswestry功能障碍指数(ODI)^[7]进行评估,ODI指数共10个条目,每个条目0~5分,总分50分,得分越高表示功能障碍越严重。采用日本骨科协会(JOA)评分^[8]评估主观症状与体征的改善情况,JOA评分满分29分,得分越高表示腰椎功能越好。③炎症因子。于治疗前后采用酶联免疫吸附

法(ELISA)检测血清白细胞介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。④腰椎活动度。于治疗前后测量腰椎前屈和后伸角度。⑤临床疗效。⑥护理质量指标。记录患者疼痛缓解率、功能恢复率(JOA提升 $\geq 50\%$)、NSAIDs使用减少率($\geq 50\%$)及护理满意度等指标。⑦随访。在治疗结束后1个月对2组患者再次进行疼痛程度、腰椎功能及炎症因子水平的随访评估。

3.2 统计学方法 所有数据均采用SPSS26.0统计学软件进行分析。计量资料进行正态性检验后,符合正态分布者以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[9]评定。显效:腰腿痛等症状基本消失,腰部功能活动基本正常,JOA评分改善率 $\geq 75\%$;有效:腰腿痛等症状明显减轻,腰部功能活动改善,JOA评分改善率30%~74%;无效:症状、体征无明显改善,JOA评分改善率 $< 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,联合组总有效率为93.00%,对照组为78.00%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较						例
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)	
对照组	100	32	46	22	78.00	
联合组	100	51	42	7	93.00	
χ^2 值					9.074	
P 值					0.003	

4.3 2组治疗前后VAS评分比较 见表2。治疗前,2组VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组VAS评分均较治疗

前降低($P < 0.05$),且联合组VAS评分低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)						分
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值	
对照组	100	6.81 $\pm$ 1.24	3.92 $\pm$ 0.88	19.007	< 0.001	
联合组	100	6.79 $\pm$ 1.21	2.46 $\pm$ 0.74	30.529	< 0.001	
t 值		0.116	12.698			
P 值		0.908	< 0.001			

4.4 2组治疗前后ODI、JOA评分比较 见表3。治疗前,2组ODI、JOA评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组ODI均较治疗前降低($P < 0.05$),联合组ODI评分低于对照组($P < 0.05$);2组JOA评分均较治疗前升高($P < 0.05$),联合组JOA评分高于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后ODI、JOA评分比较($\bar{x} \pm s$)						分
组别	例数	ODI		JOA		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	100	48.32 $\pm$ 9.27	32.41 $\pm$ 8.56 ^①	13.52 $\pm$ 3.14	18.83 $\pm$ 3.29 ^①	
联合组	100	47.88 $\pm$ 8.93	24.15 $\pm$ 7.36 ^①	13.61 $\pm$ 3.09	21.42 $\pm$ 3.08 ^①	
t 值		0.342	7.338	0.205	5.732	
P 值		0.733	< 0.001	0.838	< 0.001	

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.5 2组治疗前后炎症因子水平比较 见表4。治疗前,2组IL-6、TNF- α 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组IL-6、TNF- α 水平均较治疗前降低($P < 0.05$),且联合组IL-6、TNF- α 水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)						pg/mL
组别	例数	IL-6		TNF- α		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	100	18.42 $\pm$ 4.13	12.35 $\pm$ 3.08 ^①	22.71 $\pm$ 4.86	16.94 $\pm$ 3.52 ^①	
联合组	100	18.39 $\pm$ 4.07	9.86 $\pm$ 2.74 ^①	22.65 $\pm$ 4.73	14.01 $\pm$ 3.21 ^①	
t 值		0.052	6.071	0.089	6.183	
P 值		0.959	< 0.001	0.929	< 0.001	

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.6 2组治疗前后腰椎活动度比较 见表5。治疗前,2组腰椎前屈、后伸角度比较,差异

无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组腰椎前屈、后伸角度均较治疗前增大($P<0.05$),且联合组腰椎前屈、后伸角度大于对照组($P<0.05$)。

表5 2组治疗前后腰椎活动度比较($\bar{x}\pm s$)。

组别	例数	前屈		后伸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	45.32±6.51	52.14±6.87 ^①	15.21±3.42	18.63±3.58 ^①
联合组	100	45.17±6.42	58.26±7.03 ^①	15.08±3.37	22.41±3.81 ^①
<i>t</i> 值		0.165	6.263	0.272	7.254
<i>P</i> 值		0.869	<0.001	0.786	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.7 2组护理质量比较 见表6。治疗后,联合组疼痛缓解率、功能恢复率、NSAIDs使用减少率、护理满意度均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表6 2组护理质量比较 例(%)

组别	例数	疼痛缓解率	功能恢复率	NSAIDs使用减少率	护理满意度
对照组	100	71(71.00)	63(63.00)	58(58.00)	80(80.00)
联合组	100	89(89.00)	82(82.00)	79(79.00)	94(94.00)
χ^2 值		9.682	8.905	10.115	8.665
<i>P</i> 值		0.002	0.003	0.001	0.003

4.8 2组各项随访指标水平比较 见表7。治疗结束后随访1个月,联合组VAS、ODI、JOA评分及IL-6、TNF- α 水平改善均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表7 2组各项随访指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组(例数=100)	联合组(例数=100)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
VAS(分)	3.51±0.82	2.10±0.69	13.121	0.003
ODI(%)	29.84±7.91	21.56±6.94	7.889	0.005
JOA(分)	19.62±3.10	22.41±2.97	6.532	0.008
IL-6(pg/mL)	11.84±2.87	9.12±2.51	7.156	0.004
TNF- α (pg/mL)	16.21±3.12	13.27±2.98	6.862	0.006

5 讨论

现代医学研究认为,腰椎间盘突出症的症状不仅与突出物的机械性刺激有关,更与神经根周围的炎性反应、局部微循环障碍及软组织功能紊乱密切相关^[10-11]。近年来,相关研究证

实,突出椎间盘可促使血清IL-6、TNF- α 等炎性介质升高,诱发神经根水肿和痛觉敏化,从而使疼痛呈现顽固性与持续性^[12]。基于这一认识,临床非手术治疗逐渐从单一止痛向“抑制炎症、改善组织力学环境、恢复腰椎稳定性”的综合化方向发展^[13]。其中,药物、理疗、功能锻炼等多方式联合,已成为目前较为推崇的保守治疗模式^[14]。

从中医视角看,寒湿型腰椎间盘突出症的症状特点表明其病机并非单纯的“风寒湿邪侵袭”,而是寒湿久留腰部、闭阻经络,以致气血运行不畅、筋脉失养,逐渐形成痹阻之症^[15]。寒湿邪性黏滞、阻遏不行,患者常自觉沉重、冷痛、遇寒加剧;久则血行不畅,瘀阻内生,致使屈伸不利和疼痛反复。治疗应以温经散寒、利湿通络、行气活血为基本原则,同时结合生活起居和体表调护,使邪易从外解,正气得复^[16]。由此可见,单纯药物或外治对寒湿型腰痛的疗效有限,需通过综合调护共同作用。

在此治疗理念指导下,本研究采用消髓化核汤配合中医专项护理,体现了“祛邪-通络-调筋-复位”多环节并行的治疗方案。消髓化核汤方中细辛、桂枝、独活、威灵仙温经散寒、除湿通络,为君药;当归、川芎、赤芍活血化瘀、通络止痛,水蛭、土鳖虫破血逐瘀、搜剔络道,共为臣药;桑寄生补肝肾、强筋骨,乌梢蛇祛风通络,茯苓、薏苡仁健脾渗湿,共为佐药;甘草调和诸药,为使药。诸药合用,共奏温散寒湿、活血化瘀、通痹止痛之功效。现代药理研究证实,方中细辛、川芎、当归等药物可降低IL-6、TNF- α 等炎症因子水平,改善局部微循环,有助于减轻神经根水肿和压迫^[17-19]。温热罨敷通过热力与药力双重作用于腰骶部,温通经络、驱散寒湿,快速缓解“冷痛重着”之感,与中药内服形成内外合

治之势。研究显示,温热罨敷与穴位刺激可提升局部温度、改善软组织血流,使药物效应更易发挥^[20]。腰背肌功能训练着眼于恢复腰椎生物力学稳定性,增强核心肌群力量,分担椎间盘压力,为受损组织修复创造稳定力学环境,契合中医学“筋骨并重”原则。同时,腰背肌功能训练可减少椎体剪力与压力,改善腰椎动力链,从而减少对神经根的二次刺激。生活方式管理针对寒湿病因,指导患者注意保暖、纠正不良姿势、远离潮湿环境,从源头上减少致病因素,巩固疗效并防止复发。情志护理通过疏导焦虑情绪,使患者气机调达,提高疼痛耐受度和治疗依从性,有助于疾病康复。

本次研究结果,联合组在总有效率、缓解疼痛、改善功能、控制炎症反应以及提高腰椎活动度等方面的疗效均优于对照组,提示综合干预能从多途径改善腰椎间盘突出症的病情,提高临床治疗效果。此外,随访显示疗效具有一定延续性,说明中药与护理并非短效止痛,而是从炎症控制、肌肉功能重建及行为调护多维度共同作用,使症状改善更稳定、更持久。护理满意度的提升,显示出系统化专项护理是综合疗效的重要组成部分,在慢性疼痛疾病中具有不可替代的价值。

[参考文献]

- [1] 叶云芳. 情绪状态对腰椎间盘突出症患者成人依恋、疼痛调适的影响[J]. 河北医药, 2024, 46(8): 1161-1165.
- [2] 许晶晶, 张峻峰, 吴耀持, 等. 委中穴齐刺法治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 天津中医药, 2024, 41(12): 1522-1527.
- [3] 祝翠连, 罗淑萍, 沈星星, 等. 基于经筋理论指导下运用火针治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2025, 42(1): 147-152.
- [4] 何晓云, 刘照勇, 刘启. 温针灸联合穴位贴敷治疗寒湿型腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(10): 1403-1406.
- [5] LI C, SUN B, LIU G M, et al. Clinical Observation of “Dilong Shuyao Capsules” for the treatment of lumbar disc herniation of the cold dampness type[J]. Shanghai J Tradit Chin Med, 2022, 49(5): 75-77.
- [6] 詹红生, 何伟. 中医骨伤科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [7] 程慧, 郑伟, 张暑岚, 等. 浮针疗法联合口服消髓化核汤治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中医正骨, 2024, 36(7): 17-21.
- [8] 高敏, 刘小兰, 袁泉, 等. 微创经椎间孔腰椎椎间融合术后手术部位感染的危险因素及预测模型的构建[J]. 护士进修杂志, 2024, 12(4): 1315-1321.
- [9] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [10] 韩涛, 于杰, 金哲峰, 等. 中药干预椎间盘退变治疗腰椎间盘突出症作用机制研究进展[J]. 世界中医药, 2023, 18(21): 3042-3046.
- [11] 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.
- [12] YE F, LYU F J, WANG H, et al. The involvement of immune system in intervertebral disc herniation and degeneration[J]. JOR Spine, 2022, 5(1): 1196.
- [13] 金晓超, 施忠英, 周英凤, 等. 多组分运动联合认知训练在老年精神障碍合并肌少症患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(3): 266-273.
- [14] 周小芳, 方群, 顾敏洁, 等. 独活寄生汤加减联合大面积灸法对寒湿型腰椎间盘突出症镇痛效果及生活质量的影响研究[J]. 中华全科医学, 2021, 19(2): 298-301.
- [15] 付豪, 赵刚, 尚利杰, 等. “烧山火”针刺手法治疗腰椎间盘突出症(寒湿证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2025, 34(4): 700-703.
- [16] 陈炜成, 董达胜, 黄竞威, 等. 补肾健脾法联合顺势牵引对脾肾两虚型腰椎间盘突出症患者的临床疗效[J]. 中成药, 2023, 45(4): 1146-1149.
- [17] ZHOU S. A comparative study on the treatment of lumbar disc herniation by traditional Chinese medical massage[J]. Tradit Med and Mod Med, 2022, 5(01n04): 13-17.
- [18] 王青华, 俞鹏飞, 姜宏, 等. 消髓化核汤治疗伴有终板炎改变的巨大型腰椎间盘突出症[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2021, 29(1): 54-58.
- [19] 毛应岚, 刘克舜, 姜维, 等. 川芎白芷对过敏性皮炎模型的血流变及炎性因子表达影响的实验研究[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(10): 1829-1833, 1858.
- [20] 权丽丽, 王玲姝. 运用透天凉手法治疗疾病的临床研究综述[J]. 临床医学进展, 2024, 14(10): 1026-1032.

[责任编辑: 冯天保, 蒋维超(英文)]