引用：梁星尚，朱凯．论腰痛之经典中医学说：溯源、整合与临证启微[J]．湖南中医杂志，2026，42（10）：136-144.

论腰痛之经典中医学说：溯源、整合与临证启微

梁星尚[1]，朱　凯[2]
（1.剑阁县人民医院，四川　剑阁，628300；
2.西南医科大学附属中医医院，四川　泸州，646000）

［**摘要**］ 本文以腰痛相关中医经典文献为对象，系统梳理《黄帝内经》奠定的脏腑、经络与虚实病机框架，《伤寒论》《金匮要略》所载的外感、肾着、虚劳、痰饮及黄汗等方证，以及朱丹溪、张景岳、王清任、叶天士等后世医家的学术论注，及《医宗金鉴》对腰痛理论的阐发。在此基础上，本文尝试以肾、督脉、足太阳膀胱经为“本—枢—标”整合腰痛病位与传变，并以“通”“荣”概括祛邪通络与补益荣养的治则，提出定位、辨势、定治的临证思路。本文同时讨论经典理论与椎间盘退变、核心肌群、炎症及中枢敏化等现代研究的可能联系，并提出上述整合主要属于理论建构，方证递进关系及临床有效性仍需病例资料和规范研究验证。

［**关键词**］ 腰痛；中医经典；《黄帝内经》；《金匮要略》；肾虚；经络辨证；学术理论
［**中图分类号**］R274.34　［**文献标识码**］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.024

腰痛为中医骨伤科常见筋骨病证，古代医籍多有“腰脊痛”等相关记载。本病全球发病率常年居高不下，已成为影响全球健康的主要疾病之一。流行病学研究显示，2020年全球约有6.19亿人受腰痛困扰[1]。现代医学常从结构、生物力学及神经等多维机制进行研究，而中医学基于整体观念与恒动思想形成了较为系统的腰痛辨治认识，其核心理论渊源可追溯至历代中医经典典籍。系统梳理《黄帝内经》《伤寒杂病论》等中医元典及其后世重要阐释，既可厘清中医腰痛理论的学术传承脉络，亦能回归传统中医临证思辨本源。本文试对此进行系统论述，探析中医辨治腰痛的核心病机与诊疗思路，旨在为中医经典理论的现代临床转化、腰痛的辨证诊疗提供理论支撑与实践参考。

1 《黄帝内经》：腰痛理论框架的奠基

《黄帝内经》作为中医理论之渊薮，较早系统论述腰痛，并从脏腑、经络等方面阐释其生理病理基础，成为后世诸家学说之总源。

1.1 脏腑核心论：“腰为肾之府”

《素问·脉要精微论篇》明确提出“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”[2]38，此论断从生理与病理双重层面，确立了肾与腰的从属关系。“腰为肾之府”并非简单的解剖定位，而是“脏腑-形体”对应关系的核心体现：肾为先天之本，肾精是腰府功能的物质基础，肾气是腰府活动的动力源泉。肾藏精，主骨生髓，肾精充沛则骨髓得养，骨骼坚固，腰脊活动自如[3]；反之，房劳过度、年高体衰、久病虚损所致的肾精亏虚，均可导致腰府失于濡养，发为酸软无力、劳则加重的虚性腰痛。《素问·生气通天论篇》进一步提出“因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏”[2]8，强调强力劳作与房劳过度均可损伤肾气而致腰痛[4]。此学说直指腰痛之根本病机：肾精耗伤、肾气亏虚。若仅以祛邪、通络之法而治之，可能未治其根本，治宜根据证候酌用补肾填精、温养肾气等法。上述论述为“治病求本”提供了主要病机依据，奠定了后世补肾法治疗腰痛的理论基石。

1.2 经络循行论：太阳、督脉、带脉为要

《灵枢·经脉》详载经络循行路径：足太阳膀胱经“挟脊抵腰中”，足少阴肾经“贯脊属肾”。基于此，外感风寒湿邪，可影响太阳经脉，导致经气不利、气血凝

第一作者：梁星尚，男，医学硕士，主治医师，研究方向：中西医结合阶梯治疗脊柱退行性疾病

滞，临床可见拘急疼痛、牵连项背之外感实证伴腰痛症状[5]。《素问·刺腰痛论篇》专篇论述腰痛，将腰痛与足六经、奇经八脉(尤以督脉、带脉)病变相关联[6]。督脉循行贯脊，总督一身之阳气，其病变可致脊强反折[7]；带脉环腰一周，总束诸脉，若举重伤及带脉，可出现腰部活动受限、不能前屈后伸之症，提示外伤与奇经病变关联[8]。经络为气血运行之通道，亦是邪正交争之所，腰痛之病位虽在腰，但其病机传变、症状表现均与经络循行相关。上述论述构建了以经络循行定位病位的思路，为针灸、推拿及药物引经提供了理论参照。

1.3 病因病机总括：虚实之辨的源头 《黄帝内经》已分散论及多类病因，后世可据此归纳腰痛的主要病因，涵盖外感(寒、湿、热)、内伤(肾虚)及跌打损伤，其论述蕴含了“实则太阳，虚则少阴”的辨治纲领，并确立了“不通则痛”与“不荣则痛”两类主要病机。《灵枢·经脉》论及足太阳膀胱之脉“是动则病冲头痛……脊痛腰似折，髀不可以曲”[9]，明确太阳经为腰痛实证核心病位；《素问·六元正纪大论篇》云“感于寒，则病人关节禁固，腰脽痛”[2]203，明确提出寒邪外袭、凝滞经络可致腰部拘急疼痛[10]；《素问·刺腰痛论篇》言“足太阳脉令人腰痛，引项脊尻背如重状”，明确提出太阳经受邪可致腰痛牵引项背、沉重如负。湿热、湿浊、瘀血等邪亦可壅滞太阳经气，导致气血运行失常而发为腰痛。上述论述表明，实证腰痛多责于足太阳膀胱经，病机为经络阻滞、气血闭塞，即“不通则痛”。而《素问·脉要精微论篇》言“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”，点明肾虚为虚性腰痛之本；《灵枢·经脉》亦言足少阴肾经之别“虚则腰痛”；《素问·痿论篇》云“肾主身之骨髓……肾气热，则腰脊不举”[2]109，提示肾精亏虚或肾热灼阴，腰脊筋骨失于濡养，可致腰部酸软、活动不利[11]。其经典论述阐明：虚性腰痛可从足少阴肾经论治，以腰府失养为根本病机，即“不荣则痛”。《黄帝内经》对腰痛虚实两端的分别论述，为后世医家确立虚实辨证及相关治法奠定了坚实基础。

上述各节《黄帝内经》关于腰痛之论述，从脏腑核心、经络循行到病因病机，散见于各篇，并非针对腰痛一病的系统专论。若以系统化视角重新审视，这些分散论述尚有进一步整合的空间：其一，虚实两端“单向化”论述，缺乏交互演变机制。《黄帝内经》言肾虚为本，又言太阳经病为标，但经典条文未直接构建“肾精内亏→督脉失充→太阳不固→外邪入侵”的完整因果链条，“虚何以招实，实何以损虚”。其二，脏腑与经络“悬隔”，缺乏贯通内外的枢纽。肾居里，太阳居表，若无沟通内外的中介结构，则肾精之盛衰如何影响太阳卫外，太阳之邪又如何内传损肾，均无从贯通，这也揭示了肾与太阳之间缺少承上启下的“枢机”环节。其三，“本—枢—标”结构性联动尚未形成明确的整体表述。肾为“本”、督脉为“枢”、太阳为“标”的态势虽可辨识，但三者“根、干、枝”的层级关系未被揭示，这一框架给出了腰痛的“起点”与“终点”，却缺失了连接两极的“轴心”。此三重裂隙的临床后果是：面对肾虚感邪、虚实夹杂之复杂腰痛，临证仍需综合建立从病机推演到治法决策的逻辑闭环，故本文尝试整合其“本—枢—标”间的传导路径，在后文中构建“肾—督—太阳”辨治系统。

2 《伤寒杂病论》：腰痛辨治典范的建立

张仲景撰《伤寒杂病论》，“勤求古训，博采众方”，承《黄帝内经》之理而立法制方，将腰痛的理论框架转化为具体的方证体系，以方证形式丰富了辨证论治的临床内容，其方证思路至今仍可供临床参考。

2.1 外感病中腰痛症状的辨治 《伤寒杂病论·辨太阳病脉证并治(中)》载“太阳病，头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛……麻黄汤主之”[12]，此条文论述的是外感风寒表实证。风寒之邪侵袭人体，循经首犯足太阳膀胱经，经气凝滞，卫遏营郁，故在头痛、发热等表证基础上伴腰痛症状[13]。张仲景遵《素问·阴阳应象大论篇》“其在皮者，汗而发之”之训，以麻黄汤辛温解表、发汗祛邪，其治疗核心为解表，表解则痛自除。临床辨治时，此类腰痛应以表实证是否存在为主要辨证依据，不可仅据腰痛症状套用麻黄汤。若素体少阴阳虚，复感外寒伴腰痛之

症，则依太少两感之证辨治。《伤寒杂病论·辨少阴病脉证并治》论及麻黄附子细辛汤证，针对“阳虚外感”的虚实夹杂病机，其温经散寒、助阳解表之功，常被后世用于治疗阳虚外感腰痛之症。张仲景诊治腰痛的核心思维：先辨六经病位，再辨邪正虚实，以恢复经气、祛除病邪为核心，而非局限于腰部局部症状，此即“必伏其所主，而先其所因”之体现，为临床诊治复杂腰痛提供了辨治典范。

2.2 “肾着病”：寒湿腰痛的辨治典范 《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》曰：“肾着之病，其人身体重……腰以下冷痛，腹重如带五千钱，甘姜苓术汤主之。”[14]51此段论述阐明三要义：其一，病位在“腰以下”，属肌肉经络，而非肾之本脏，曰“着”，意为寒湿留滞不去；其二，“冷”“重”二字点明主要病机为寒湿困阻，阳气不布；其三，治法并非直接温肾，可概括为温中健脾、散寒除湿，即通过温补脾阳以散寒，健运脾气以祛湿。甘姜苓术汤中，干姜配甘草辛甘化阳以散寒，茯苓配白术健脾利湿以除着，四药合用以发挥“温中散寒、健脾除湿”之功。肾着病的辨治，是张仲景“辨证求机”的经典体现：腰痛虽在腰，病机非肾虚，而是寒湿侵袭腰部肌肉经络，留着不去，阳气被遏，故见冷痛、沉重。其以健脾祛湿、温中散寒之法，使寒湿得除，阳气得布，疼痛自解。这一辨治思路打破了“腰痛必治肾”的固化思维，明确了“标实为主”时，当以祛邪为要。此辨治典范为后世治疗寒湿腰痛开辟了有效路径，体现了“病在肌肉，治在其中”的辨治思想。

2.3 “虚劳腰痛”：肾虚腰痛的辨治典范 《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》曰：“虚劳腰痛，少腹拘急……八味肾气丸主之。”[14]29此条明确提出：肾阳不足，气化无权，腰府失于温煦濡养，乃虚劳腰痛之核心病机。张仲景制八味肾气丸，于干地黄、山茱萸、薯蓣等补益药中配伍少量附子、桂枝，这体现了后世所谓阴中求阳、少火生气之意，使阳生阴长，肾气自复，腰府得养。八味肾气丸的配伍精髓，在于遵循中医“阴阳互根”理论：孤阳不生，独阴不长。因此，温补肾阳不可单纯用温热药，需在滋阴基础上少佐温阳之品，使阳气渐生而不伤阴，肾气充盈而不燥烈。这一组方思想，既解决了肾虚腰痛的根本病机，又避免了温阳太过耗伤阴液的弊端，为后世补肾方剂的创制提供了重要思路。此方成为后世补肾治疗虚劳腰痛的典范，其阴阳互济的配伍思想影响深远。

2.4 其他相关辨治：痰饮与黄汗 《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》论及溢饮“饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出……谓之溢饮”[14]54，“膈上病痰，满喘咳吐，发则寒热，背痛腰疼……必有伏饮”[14]54。此为痰饮素盛之体，可理解为外邪与内饮相互影响，使饮溢肌表，阻遏荣卫，则见背痛、腰疼、身重等症。张仲景以大青龙汤、小青龙汤发汗祛饮，为痰饮之腰痛提供了治法示范。《金匮要略·水气病脉证并治》论黄汗：“腰髋弛痛，如有物在皮中状……此为黄汗，桂枝加黄芪汤主之。”[14]72此证涉及水湿郁滞、营卫不和，筋脉失于通利，壅滞腰部，导致经络气血运行不畅，故见腰髋弛缓疼痛。痰饮、湿热所致腰痛，是张仲景对腰痛病因的拓展，此两类腰痛，既非单纯外感，亦非单纯肾虚，而是“内外合邪”“寒热夹杂”，治疗需表里双解、发汗祛饮、调和营卫、祛湿，不可一味补肾或解表。这一论述丰富了腰痛的病因体系，让临床对腰痛的认知不再局限于寒、湿、肾虚，而是涵盖痰饮、水湿等病机，并共同构建了腰痛病因的多元图景。

2.5 腰痛辨治的总括性认识 综观《伤寒杂病论》对腰痛（及腰痛症状）的辨治，其治法可概括为恢复经络脏腑之“通”畅，辨治的核心逻辑，是“以通为要、以平为期”。无论邪实还是正虚，最终均导致经络不通、腰府失养，故治疗以“通经络、复正气”为核心。邪实为主者，辨证祛邪以通络；正虚或虚实夹杂者，则施以温补或温通之法。归纳其治法，约有五端：解表散寒、疏利经气（麻黄汤）；外散风寒、内化水饮（大、小青龙汤）；温脾散寒、祛湿通络（甘姜苓术汤）；补益肾气、阴阳双补（八味肾气丸）；调和营卫、祛湿通络（桂枝加黄芪汤）。“六经辨治”与“肾着”“虚劳”诸法，已隐含“分层次、辨主次”的治腰痛雏形，所论诸方多针对特定、静态的病机节点，如麻黄汤对表实、肾气丸对肾虚、甘姜苓术汤对

寒湿，每一方均有其相对明确的适应证，却也因此带有“离散化”特征。各证型之间的过渡，表里之间的传变，虚实之间的转化，均未被整合为动态贯通的辨治框架。此局限在两类困境中尤为凸显：其一，“肾虚感邪”之太少两感证，仲景虽立麻黄附子细辛汤以示范例，但条文精略，未明确太阳之标与少阴之本在腰痛中的权重如何评估，“通”（散寒）与“荣”（温阳）如何动态调配。其二，“久病入络”之虚实夹杂证，早期实证迁延损及肾精，仲景于虚劳立肾气丸以“荣”，于寒湿立甘姜苓术汤以“通”，却未予两方衔接之纲领，先通后荣还是先荣后通，通荣并施时权重如何衡量。仲景诸方虽精准，却缺乏统领全局的动态辨治框架，使医者面对复杂腰痛时困顿于“通”“荣”先后主次之决策，本文欲补足其动态辨治方面的理论衔接，于后文构建“通”“荣”并治策略。

3 后世医家的关键阐发与学说集成

经典学说为干，后世发挥为枝，二者共同构成繁茂的腰痛学术体系。历代医家在继承经典的基础上，结合临床实践不断深化拓展，使腰痛辨治日臻完备。

3.1 朱丹溪的病因拓展与“痛无补法” 金元医家朱丹溪在《丹溪心法·卷四·腰痛》中提出“腰痛主湿热、肾虚、瘀血、挫闪、有痰积”[15]181，并强调“诸痛不可用参，补气则痛愈甚”[15]181。其核心贡献有二：其一，将“湿热”作为独立病因明确提出，补充了《黄帝内经》与仲景学说，为后世湿热腰痛论治提供了思路；其二，强调对湿热、瘀血等实证腰痛“痛无补法”的治则，以免气机壅滞，使“不通则痛”的局面进一步加剧。朱丹溪立足临床实际，明确湿热、痰积、瘀血为腰痛的重要病因，补充了腰痛实证的相关论述。“痛无补法”并非否定补肾治腰痛，而是针对实证腰痛的警示。丹溪此论突破了腰痛必责之于肾的单一思维模式，推动了腰痛辨治向多元化、精细化发展，对金元以后腰痛学术的演进具有一定影响。

3.2 张景岳的虚实二分与补肾发挥 明代张景岳在《景岳全书·卷之二十五·杂证谟·腰痛》中执简驭繁，将腰痛分为“虚实”两大类：“盖此证有表里虚实寒热之异……而治之亦无难也”[16]。其提出“腰痛之虚证十居八九”，进一步强调了补肾法在腰痛治疗中的根本地位。张景岳在继承八味肾气丸组方思想基础上，创制左归丸、右归丸。左归丸纯补无泻，滋阴填精，主治真阴不足之腰痛；右归丸温补肾阳，填精补髓，主治命门火衰之腰痛[17]。张景岳对腰痛的贡献，在于“化繁为简、重视补肾”，历代腰痛病因繁多，辨证复杂，医者难以把握，张景岳以虚实二分，提纲挈领，使临床辨证纲领较为清晰。此二方成为后世补肾治腰的典范，其“阴中求阳、阳中求阴”的组方思想，体现了阴阳互根的中医哲理。

3.3 王清任的瘀血学说与身痛逐瘀汤 清代王清任《医林改错·卷下·痹症有瘀血说》中力主“瘀血致痛”理论，认为“凡肩痛、臂痛、腰疼、腿疼，或周身疼痛，总名曰痹症”[18]，并从瘀血论治部分迁延性疼痛。王清任突破传统腰痛论治思路，专从瘀血立论，明确瘀血是慢性顽固性腰痛的重要病机。据此创制身痛逐瘀汤，方以川芎、桃仁、红花、当归、没药、五灵脂活血化瘀，佐以香附理气，秦艽、羌活祛风通络，地龙通经，牛膝引药下行，以活血化瘀、行气通络。该方专为“痹证有瘀血者”而设，为跌打损伤后或久病入络、痛处固定如针刺之腰痛，提供了新的理论视角与方剂选择，其瘀血学说完善了中医腰痛“实证”病机体系，丰富了久病腰痛的治法。现代临床对于腰椎间盘突出症、腰肌劳损等辨证属瘀血阻络者，已有应用报道[19-20]。

3.4 叶天士的络病学说与久病入络 清代名医叶天士在《临证指南医案·卷八·诸痛》中阐发“久病入络”理论，认为“盖久痛必入于络，络中气血，虚实寒热，稍有留邪，皆能致痛”[21]。此论述概括了部分慢性疼痛从络脉论治的思路，其病性属虚实寒热夹杂，病机关键为微小留邪即可致痛。病初在经，病久入络，络脉狭小，邪易留滞，而难以祛除。腰痛迁延不愈，病邪可由经入络，并可形成顽固性疼痛[22]。然草木药药力难达络脉，而虫类药灵动走窜，能深入络脉，祛除沉痼之邪，故叶氏主张在

扶正基础上，配伍虫类药以搜剔络邪，如全蝎、地龙、水蛭等，取其“飞者升，走者降，灵动迅速，追拔沉混气血之邪”之功，为慢性顽固性腰痛的治疗开辟了新的思路，完善了中医对慢性痛证的病理认识。

3.5 《医宗金鉴·正骨心法要旨》的伤科辨治 清代官方编纂的《医宗金鉴·正骨心法要旨·外治法》从伤科角度探讨腰痛诊治，从损伤与体虚等方面论述病因，其核心病机为外力导致“筋骨损伤、瘀血内阻”。作为官方医学典籍，该书系统总结伤科腰痛诊治经验，重视整复手法与内外用药相结合，并详论跌仆闪挫所致腰痛的辨证与整复手法，强调手法复位与内外用药相结合，为伤科腰痛的治疗提供了系统方案。“腰骨”一节所论腰脊损伤的诊治方法，包括按、摩、推、拿等手法纠正筋骨错位，疏通局部气血，内服药物活血化瘀、壮筋续骨，既关注局部筋骨损伤，又重视整体气血调理，与现代康复中重视结构与功能恢复的目标存在一定相通之处。其“内外兼治，筋骨并重”的辨治理念，为外伤性腰痛辨治提供了经典参考，至今对临床仍有重要参考价值。

后世诸医家从湿热、瘀血、络病等维度丰富了腰痛的病因病机，使腰痛辨治从《黄帝内经》之“源”、《伤寒杂病论》之“干”发展为多元学术谱系。朱丹溪力主“湿热”，张景岳独重“肾虚”，王清任专攻“瘀血”，叶氏深究“络病”，诸家学说各有理论特点，亦各有其特定的适用情境，其内在逻辑在每一学说均从某一特定病机节点切入，并突出相应病机在腰痛辨治中的作用。这些学说适用于相应证候；面对湿热伤阴、瘀血兼虚或久病入络兼肾精亏虚等复合病机时，则需综合辨治，且各家学说间的边界往往被后世简化、误读，甚至对立，如湿热者忌补、肾虚者忌攻、瘀血者专于逐瘀。医者面对虚实夹杂、表里同病之复杂腰痛时，或困于“从朱”还是“从张”，或惑于先攻湿热还是先补肾虚，无从建立一套能够统摄诸家、动态权衡的决策系统。各执一端的分立格局，恰与临床复杂病证的多维本质存在一定张力。本文在对诸家学说罗列之余尝试探寻其背后的共性结构，即后文“肾—督—太阳”系统与“通”“荣”并治策略，以期从邪正虚实角度形成可供讨论的整合框架。

4 经典学说的整合与临证应用讨论

综览上述经典学说，可见其发展脉络清晰：从《黄帝内经》的理论奠基，到《伤寒杂病论》的方证典范，再到后世医家的多维拓展，共同构成了一个层次分明、逻辑递进的学术体系。既往论治腰痛，或重于肾，或重于经络，或重于瘀血，其虽各有侧重但鲜有整合。本文在系统梳理的基础上，尝试对经典学说进行整合，将“本虚（肾）、枢机（督脉）、标实（太阳）”融为一体，将“祛邪（通）、扶正（荣）”贯穿始终，并提出“肾—督—太阳”系统辨治视角与“通”“荣”并治策略，此亦为本文的主要理论尝试。

4.1 “肾—督—太阳”系统辨治视角 本文通过溯源经典，对腰痛“本—枢—标”病机予以凝练，提出“肾—督—太阳”系统辨治视角。该视角认为：肾藏精主骨，为腰痛发病之本；督脉贯脊总督诸阳，为腰痛传变之枢；足太阳膀胱经挟脊络肾，为外邪侵袭与气血输布之径。三者相互关联，构成以肾为根本、以督脉为枢纽、以太阳为门户的理论系统。

4.1.1 “本—枢—标”病机系统 “肾—督—太阳”系统将腰痛病机阐释为“本—枢—标”三层。《素问·脉要精微论篇》明言“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”，其“府”为居所与归属，肾与腰的关系是“内在之主”与“外在之器”的关系。肾精充盛则腰府得养，肾精亏虚则腰府失荣，“转摇不能”正是“肾将惫”的外在体征。《灵枢·经脉》亦言足少阴之别“虚则腰痛”，也确立了肾在腰痛病机中的“本”源性地位，它是腰府功能得以维持的根本前提，而非众多相关因素之一。《素问·骨空论篇》载督脉“贯脊属肾”，《难经·二十八难》言其“并于脊里，上至风府，入属于脑”。督脉循行的两个关键特征使其成为“枢”：其一“贯脊”，与脊柱区域相关，在本文理论类比中可视为腰脊联系的中轴；其二“属肾”，与肾存在直接经络联系，成为肾气布散于腰脊的通路。且督脉“总督诸阳”并联络足太阳

经，又成为外邪由表入里的传变通道。即督脉具有“枢”的双向功能：向内承接肾精阳气以充养腰脊，向外沟通太阳经气以抵御外邪。太阳经是外邪入侵腰府的重要通道，其病位在“标”，病性以实证为主，治法以祛邪通经为要。“本—枢—标”三层功能的耦合关系可表述为：肾精→督脉输布→太阳经气(由里及表的荣养路径)；外邪→太阳经→督脉内传→耗损肾精(由表及里的损伤路径)，本文据此提出双向联系的理论假设，并将三层整合为一个功能系统。

4.1.2 动态传变路径 由表及里(标病及本)：风寒湿邪客于太阳，经气不利，发为实证腰痛，此环节的方证锚点为麻黄汤证；施治迁延，邪循经内传，影响督脉，致阳气不布，腰脊冷痛重着，此环节的方证锚点为甘姜苓术汤证，此处需论证的关键是：肾着病虽以“肾”命名，但历代注家多将其治法概括为“不在温肾，而在燠土胜水”，说明病位主要在腰部肌肉，与肾本脏有别；将其归入督脉之“枢”属于本文的理论解释；久病耗损，下及于肾，肾精亏虚，腰府失养，转为虚劳，此环节的方证锚点为八味肾气丸证。麻黄汤→甘姜苓术汤→肾气丸，三方之间可被本文解释为一种可能的病机递进关系：病位从太阳经表→督脉外周→少阴肾本；病性从纯实→虚实夹杂→纯虚；治则从纯通→通中寓温→纯荣。这一演变链条是“肾—督—太阳”系统动态传变规律理论依据之一，系统所描述的“由表及里”，是本文对仲景相关方证关系的整合性推演。由里及表(本病及标)：房劳、久病耗伤肾精，不荣则痛，此为肾气丸证；肾精不充，督脉失养，阳气化源匮乏；太阳经气不固，卫外失职，易招外邪，形成太少两感、虚实夹杂之麻黄附子细辛汤证。此链揭示了“虚处受邪”的内在机制：肾虚不仅是“不荣则痛”的直接原因，更因督脉失养导致太阳卫外功能下降，成为“易感外邪”的间接原因。肾气丸→麻黄附子细辛汤的演变，同样有明确的方证依据支撑。

双向传变规律的论证意义在于为临床提供了“动态定位”的依据，医者可根据当前方证所处阶段(麻黄汤、麻黄附子细辛汤、甘姜苓术汤或肾气丸阶段)，辅助判断病位在太阳、督脉还是少阴，并据此选择对应治法。

4.1.3 临床辨治三步法 临床运用此系统，可分三步进行辨治：1)定位。疼痛部位可参考经络循行理论，但不能仅凭部位确定病位(太阳“挟脊”、督脉“贯脊”)：腰痛正中(脊骨内)者，多责之督脉与肾；腰痛两侧(筋肉处)者，多责之太阳经；连及下肢后侧者，循太阳经论治；连及腹股沟或下肢内侧者，可结合相关经脉综合辨治。2)定势。依据病势、病程及“邪气盛则实，精气夺则虚”的病机认识。新病、剧痛、拒按者，病多在太阳，属实证；久病、隐痛、喜按者，病多在肾，属虚证；腰部冷痛重着、活动受限，病程缠绵者，可见于寒湿、阳虚等多种证候，须综合辨证。3)定治。结合四诊信息与方证确定治则、方药。病在太阳(实证为主)，治以祛邪通经以麻黄汤类通之；病在督脉(虚实夹杂)，治以通调督脉，以甘姜苓术汤类通调佐以补肾；病在少阴肾(虚证为主)，以肾气丸类填精荣腰。三步法使辨证论治从“经典理论→病机判断→方证选择”完整闭环，每一环节均有经典文本与方证的双重支撑。

“肾—督—太阳”系统辨治视角将脏腑、奇经、正经三层次融贯一体，使腰痛辨治由单一思路转向多维整合。临证之际，据此可辅助判断病位、动态把握传变、因证立法遣方，其辨证价值与临床效果仍需进一步验证。

4.2 “通”“荣”并治策略 “通”“荣”并治，是对中医“不通则痛、不荣则痛”两大核心病机治法的概括。“通”针对实证，旨在祛除寒、湿、热、瘀、痰等阻滞经络之邪，恢复气血运行；“荣”针对虚证，旨在补益肾之阴阳精气，使腰府得养。

4.2.1 “通”“荣”双向病机联系 “通”与“荣”常被视为两种对立的治则，其实质为在“肾—督—太阳”系统的框架下同一治疗过程不可分割的两个方面。由表及里：太阳经气壅滞(不通)长期不解，可循经内传阻碍督脉阳气布散，进而影响肾精的输布与充养——“不通”可导致“不荣”。此时祛除太阳之邪(通)，不仅解除“不通则痛”，更可为肾精的输布扫清障碍，使“荣”的功能得以恢复，此谓通而

荣自复。由里及表：肾精亏虚(不荣)导致腰府失养，同时削弱督脉阳气、降低太阳经卫外功能——“不荣”可导致“不通”(易受外邪，即“虚处受邪”)。此时补肾填精(荣)，不仅解除“不荣则痛”，更可增强太阳卫外，使外邪不易入侵，此谓“荣则通自畅”。上述双向论证的共同结论是“通”与“荣”在病机层面构成相互依存、相互促进的辩证关系，即不通可致不荣，不荣亦可致不通；通之可为荣创造条件，荣之可为通提供动力，两者可统一于扶正祛邪的治则之下。临证时当知常达变，灵活化裁。

4.2.2 证治对应的理论依据与三层次决策模型 “通”与“荣”内在统一，每一种证型—方剂的对应关系，均根植于“肾—督—太阳”系统中特定的病位与病性状态，如寒湿腰痛(太阳—督脉寒湿留滞)→甘姜苓术汤，其治则逻辑是“燠土胜水”以祛留着之邪——病位在“标”，故治以纯“通”；肾阳虚腰痛(少阴肾阳亏虚)→肾气丸、右归丸，治则逻辑是“阴中求阳”以复肾气化源——病位在“本”，故治以纯“荣”；太少两感(肾虚兼外寒)→麻黄附子细辛汤，治则逻辑是“通荣各半”——太阳之标与少阴之本并重；瘀血腰痛(络脉瘀滞)→身痛逐瘀汤，治则逻辑是“通中寓荣”——通络为主，佐以养血，此即“病在太阳者通之，病在少阴者荣之，病在太阳与少阴者通荣并施”的证治法则。基于上述对应关系，构建三层次决策模型：第一层，急则治标，以“通”为先。新病、暴病邪气(寒、湿、热、瘀、痰等)壅盛，疼痛拒按，脉实有力，邪实正不虚，“不通”为主要矛盾，治宜以“通”法为主。若以“荣”法(补益)，则有“实实”之弊，反助邪气，壅滞气机，如朱丹溪所言“诸痛不可用参”，代表方：麻黄汤、甘姜苓术汤、身痛逐瘀汤。第二层，缓则治本，以“荣”为先。久病、慢病致肾精、气血亏虚，疼痛酸软无力，遇劳加重，脉弱，病性属虚，或虽有邪象但已不明显，此时“不荣”为主要矛盾，治当以填精补髓、益气养血之“荣”法为先，代表方：肾气丸、左归丸、右归丸。第三层，标本并重，“通”“荣”同施。病程迁延，虚实夹杂、邪正交争，肾虚之本夹杂外邪、瘀血、痰浊之标，二者均为主要病机，须“通”“荣”并举。临证之际，须权衡病机主次将“通”“荣”同施进一步拆解为三种亚型，以增强其可操作性：1)通中寓荣(通为主、佐以荣)——适用于邪实为主、兼有正虚者，如身痛逐瘀汤中当归养血活血，使瘀去而不伤新血；2)荣中寓通(荣为主、佐以通)——适用于正虚为主、兼有留邪者，如肾气丸配伍丹皮、泽泻、茯苓以通利浊邪，使补而不滞；3)通荣各半(力量相当)——适用于表里同病、虚实并重者，如麻黄附子细辛汤，麻黄、细辛通太阳之表，附子温少阴之里。

“通”“荣”并治策略既能兼顾邪正虚实，又能辨明病机主次，在临证辨治时可实现“标本兼治”，可作为经典治法的一种理论概括，但其临床适用性仍需验证。

4.3 整合路径的客观审视：从理论构建到现代对话 本文对经典学说的整合，本质上是将《黄帝内经》的经络脏腑理论、仲景的方证范例、后世医家的病因拓展进行串联。本文的整合并非简单的理论堆砌，而是遵循“溯源—传承—整合”的逻辑。在此基础上提出的“肾—督—太阳”系统辨治视角与“通”“荣”并治策略，属于基于经典文献的理论建构，是否优于既有框架仍需比较研究。与既往相关论文相比，本文的尝试性特点在于：1)明确区分了《黄帝内经》的“理论框架”与仲景的“方证典范”，使经典传承的层次更为清晰；2)提出“肾—督—太阳”系统作为腰痛辨治的整合视角，将脏腑、经络、病位进行动态关联；3)将“通”“荣”并治作为贯穿虚实两类病机的治则总括。需要说明的是，上述观点尚属理论整合阶段，其临床优越性尚需通过病例系列研究或临床对照试验加以验证。经典学说与现代病理机制展开深度对话便是其验证的有效路径之一，它不仅有助于揭示经典理论的科学内涵，而且可以为现代相关研究提供新的假设。补肾填精法改善椎间盘退变的机制可能涉及三个相互关联的分子通路：1)蛋白聚糖含量与微环境调控。蛋白聚糖含量的减少是触发髓核病理退变的关键微环境因素，当髓核中蛋白聚糖降至某一阈值以下时细胞–基质黏附通路发生异常，缺氧诱导因

子1α表达改变，细胞表型从正常转向病理状态[23]，补肾药可能通过激活相应信号通路恢复合成代谢与分解代谢的平衡。2）维生素D介导腺苷酸活化蛋白激酶/过氧化物酶体增殖物激活受体γ共激活因子1α（AMP-activated protein kinase/peroxisome proliierators-activated receptor γ coactivator-1α，AMPK/PGC-1α）通路。维生素D缺乏可加速椎间盘髓核组织细胞凋亡，其机制可能与激活AMPK/PGC-1α信号通路，从而改善髓核细胞线粒体动力学平衡有关[24]，补肾可能通过调节AMPK/PGC-1α表达改善椎间盘退变易感性。3）性激素轴调节。肾精内涵与下丘脑-垂体-性腺轴功能密切相关，有研究表明性激素（雌激素和睾酮）的调节显著影响IVDs的结构完整性和功能[25]。三个通路并非独立，而是通过“肾-督-太阳”系统的整体调节形成协同效应。术后腹横肌、多裂肌等局部稳定肌的激活不足与脂肪浸润致局部失稳引发腰痛[26]，通过脊柱骨盆功能训练矫正骨盆前倾、激活多裂肌可恢复“腰府”动态稳定性，并可改善术后残留症状，符合经典理论“腰为肾之府”之观点，其改善机制可视为“强腰即荣肾”，为经典理论提供康复印证。“寒湿”腰痛的“冷、重、痛”与现代病理中非感染性炎症导致的组织水肿、微循环障碍、局部温度降低及疼痛介质释放密切相关，火熨术、针刺能明显改善患者的临床症状，其作用机制可能是降低腰痛（寒湿证）患者的炎症因子（β-内啡肽、P物质、前列腺素E2）水平[27-28]。“湿热”腰痛的“红、肿、热、痛”符合现代医学炎症急性期症状，与某些慢性炎症及代谢产物的堆积有关[29]，低频经皮神经电刺激与平衡针灸腰痛穴能有效缓解腰部训练疼痛、改善腰椎功能，其作用机制除能减轻炎症反应外还能促进轴突再生、调节神经元兴奋性、阻断疼痛信号传导。“瘀血”腰痛临床表现为刺痛、痛处固定，与现代医学中微循环障碍、局部缺血、代谢废物堆积刺激痛觉神经末梢的机制吻合；现代研究表明身痛逐瘀汤可能参与了强直性脊柱炎腰痛的炎症反应过程，其机制可能为抑制血小板活化，进而调控炎症反应[30]。“久病入络”理论可与现代慢性疼痛的“神经-血管交互作用”及“中枢敏化”相印证，其病理机制可能为外周神经末梢释放神经肽致局部血管扩张、血浆外渗（形成“络脉”瘀滞），同时信号传入脊髓背角，引发中枢敏化，使疼痛慢性化、难治化[31-32]。上述“古今”对话旨在以现代科学语言阐释经典理论的合理性，为后续运用分子生物学、神经影像学等手段验证经典学说的有效性、优化中西医结合治疗方案提供思路。

5 小　结

本文系统梳理了从《黄帝内经》到《伤寒杂病论》，再到后世朱丹溪、张景岳、王清任、叶天士及《医宗金鉴》等主要医家与著作中关于腰痛的经典学说。通过溯源与整合，本文尝试将经典学说与现代临床问题相联系，为中医诊治腰痛提供系统思维与辨治思路。然而，本研究亦存在以下不足：其一，本文侧重于经典理论的溯源与整合，属于文献理论研究，所提出的“肾—督—太阳”系统辨治视角尚需更多临床研究加以验证其有效性与普适性；其二，对于部分后世医家学说的现代生物学机制探讨不够深入，未能与现代医学关于炎症、免疫、代谢等机制进行更充分的对话；其三，受篇幅所限，未能对针灸、推拿等外治法在经典理论指导下的应用进行详细展开。中医关于腰痛的经典学说并非孤立的经验总结，而是一个具有内在联系、不断发展的学术体系，其主要内涵在于从“脏腑-经络-气血”的整体网络出发进行“整体辨因、动态施治”。深入研习并灵活运用这些经典学说，是完善中医临证思路的途径之一。在现代医学聚焦“椎间盘”与“神经根”的背景下，经典中医学说所提供的“肾—督—太阳”系统辨治视角与“通”“荣”并治策略，为该病的诊治提供了一种可供讨论的思路。在未来，需进一步加强经典理论与现代医学研究结合，诸如探索生物学作用机制、开展病例系列研究、拓展外治法应用等，以进一步评价其理论解释力、临床适用性及实际疗效。

参考文献

[1] Ferreira M L, De Luca K, Haile L M, et al. Global, regional,

and national burden of low back pain, 1990—2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021[J]. Lancet Rheumatology, 2023, 5(6): e316-e329.

[2] 佚名. 黄帝内经·素问[M]. 黄永秋, 涂新莉, 整理. 广州: 广东科技出版社, 2022.

[3] 乔子骁, 康俊峰, 赵一舟, 等. 基于"脾肾互赞"探讨肠道菌群和骨质疏松症的相关性[J]. 中国医药导报, 2025, 22(32): 93-97, 107.

[4] 汪鹏.《景岳全书》治疗腰痛组方用药规律及其学术思想的研究[D]. 西宁: 青海大学, 2023.

[5] 汤宗元. 葛根汤熏洗治疗太阳经型腰痛的临床效果分析[J]. 中国社区医师, 2024, 40(22): 71-73.

[6] 王智超. "调神止痛"组穴点按治疗慢性腰痛的效力及脑功能性核磁共振成像研究[D]. 宜昌: 三峡大学, 2025.

[7] 李鸿儒, 何鸣翔, 陈峰.《针灸大成》歌赋头痛处方治疗特点探析[J]. 湖南中医杂志, 2025, 41(6): 85-88.

[8] 廖茂斌. 灵龟八法合辨证取穴针刺治疗腰肌劳损(血瘀型)的临床观察[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2024.

[9] 佚名. 黄帝内经·灵枢[M]. 曾召, 整理. 广州: 广东科技出版社, 2022: 45.

[10] 谢雨君, 洪亚群. 基于"一气周流"理论浅析腰痛证治[J]. 湖北中医杂志, 2023, 45(6): 44-47.

[11] 尹晓航, 付永民, 岳宝安, 等. 付永民教授长针深刺治疗腰背肌筋膜疼痛综合征的经验总结[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(9): 1752-1756.

[12] 张仲景. 伤寒论[M]. 黄凯文, 整理. 广州: 广东科技出版社, 2022: 17.

[13] 姬寒蕊, 贾育松, 李亚锋.《伤寒杂病论》腰痛辨治思路探析[J]. 中国医药科学, 2025, 15(20): 74-77, 118.

[14] 张仲景. 金匮要略[M]. 赵立凝, 整理. 广州: 广东科技出版社, 2022.

[15] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 王英, 竹剑平, 等, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 181.

[16] 张介宾. 景岳全书[M]. 李继明, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2023: 449.

[17] 吴小辉, 叶慧琴, 彭敏洁, 等. 椎间盘封闭联合中医综合疗法治疗椎间盘源性腰痛疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2026, 39(19): 3298-3301.

[18] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023: 36.

[19] 范瑞军, 胡阿朋. 推拿配合身痛逐瘀汤治疗气滞血瘀型腰痛临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(9): 164-167.

[20] 蔺海生, 申建军, 李兴勇, 等. 身痛逐瘀汤化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 河南中医, 2025, 45(12): 1937-1944.

[21] 叶天士. 临证指南医案[M]. 苏礼, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 340.

[22] 吴宇恒, 卞光明, 孙鹏飞, 等. 黄桂成教授从"筋骨络病"治疗腰椎椎管狭窄症思路探析[J]. 南京中医药大学学报, 2025, 41(5): 696-702.

[23] Rashidi N, Dowell N, Covill D, et al. Biomimetic hydrogels for in vitro modelling of nucleus pulposus degeneration: Effects of extracellular matrix compositional change on physicochemical properties and cell phenotype[J]. Journal of Functional Biomaterials, 2025, 16(7): 253.

[24] 颜珍珍, 李媛媛, 郭冉, 等. 维生素D在椎间盘退变中的作用及机制研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2026, 34(5): 10-17.

[25] Shelby T, Mills E S, Ton A, et al. The role of sex hormones in degenerative disc disease[J]. Global Spine Journal, 2023, 13(7): 2096-2099.

[26] 钟毓贤, 丁宇, 付本升, 等. 椎间孔镜术后残留腰痛患者腰段多裂肌脂肪浸润与脊柱—骨盆参数的相关性研究[J]. 颈腰痛杂志, 2023, 44(4): 553-556.

[27] 陈海艳, 张春丽, 吴飞, 等. 火熨术治疗腰痛(寒湿证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(8): 1406-1409.

[28] 杨靖, 王红梅, 袁萍, 等. 针刺核心肌群联合康复训练治疗慢性非特异性腰痛的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(8): 2075-2081.

[29] 魏恒旭, 田自开, 王之辉, 等. 低频经皮神经电刺激与平衡针灸腰痛穴治疗腰部训练疼痛效果的对比研究[J]. 转化医学杂志, 2026, 15(3): 420-424.

[30] 赵珺, 姜楠, 辛昊洋, 等. 身痛逐瘀汤对强直性脊柱炎模型小鼠外周血CD62P及IL-1β表达的影响[J]. 中医药信息, 2025, 42(9): 14-18.

[31] 戴丹丹, 刘兴广, 宫宝华. 激痛点浮针联合补肾活血方治疗椎间盘源性腰痛临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2026, 36(5): 531-535.

[32] Leemans L, Nijs J, Wideman T H, et al. Do measures of central sensitization relate to movement-evoked pain in people with chronic low back pain? A longitudinal prospective study[J]. Brazilian Journal of Physical Therapy, 2024, 28(6): 101138.

(收稿日期: 2026-03-17)

[编辑: 韩晗]