冯淑兰“腰腹九针”针刀松解术治疗慢性非特异性下腰痛经验介绍

梁浩浩[1]，黄重燕[1]，吴跃峰[1,2]，郭建云[2]，冯淑兰[1]，张正[1]

1. 广州中医药大学，广东 广州 510006；2.广州中医药大学第一附属医院针推康复中心，广东 广州 510405

摘要：慢性非特异性下腰痛（CNLBP）是一种持续12周以上且病因不明确的下腰部疼痛疾病，冯淑兰教授基于“阳病者腰反折，不能俯，阴病者不能仰”及“督脉生病治督脉，治在骨上，甚者在脐下营”等理论，结合CNLBP患者弯腰腰痛、久坐起身腰痛等主要症状，在临床针刀治疗过程中提出“先腰祛邪，后腹补虚，腰腹同治”治疗理念，通过针刀疗法前后合治，以达祛邪、补虚、通络、正形而痛止的目的。

[关键词]慢性非特异性下腰痛；针刀疗法；腰腹九针；冯淑兰

[中图分类号]R244.1 [文献标志码]A [文章编号]0256-7415（2025）09-0130-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.09.024

Introduction of FENG Shulan´s Experience in Treating Chronic Nonspecific Low Back Pain with Nine-Needle Acupotomy Loosening Technique for Lumbar and Abdominal Regions

LIANG Haohao[1], *HUANG Chongyan*[1], *WU Yuefeng*[1,2], *GUO Jianyun*[2], *FENG Shulan*[1], *ZHANG Zheng*[1]

1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China; 2. Acupuncture-Moxibustion and Tuina Rehabilitation Center, The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China

Abstract: Chronic nonspecific low back pain (CNLBP) is a disease characterized by low back pain lasting for more than 12 weeks with an undefined etiology. Based on theoretical guidance such as "Patients with yang diseases have a bent-back posture and cannot bend forward, while patients with yin diseases cannot look upward" and "When the governor vessel is affected by illness, treat the governor vessel; the treatment focuses on the area above the bones, and for severe cases, it involves the region below the navel, " Professor FENG Shulan, in combination with the main symptoms of CNLBP patients, including pain upon bending and rising from a seated position, proposed a treatment concept of "removing pathogenic factors from the lumbar region first, supplementing deficiency in the abdominal region later, and treating both regions simultaneously" during clinical acupotomy treatment. Through the combined application of acupotomy therapy to both the anterior and posterior regions, the goals of removing pathogenic factors, supplementing deficiency, unblocking collaterals and correcting deformities to stop pain were achieved.

Keywords: Chronic nonspecific low back pain; Acupotomy therapy; Nine-needle technique for the lumbar and abdominal regions; FENG Shulan

慢性非特异性下腰痛(CNLBP)是指除神经根性压迫、椎管狭窄及特定脊柱疾病等相关病因之外的腰部(肋骨下缘至臀横纹之间)疼痛疾病，常持续12周以上，伴或不伴腰部肌肉僵硬拘紧、张力升高、

[收稿日期] 2025-01-22
[修回日期] 2025-02-25
[基金项目] 广东省省级科技计划项目（2022A0505020019）
[作者简介] 梁浩浩（1998-），男，硕士研究生，E-mail：1912076898@qq.com。
[通信作者] 冯淑兰（1965-），女，教授，E-mail：fengsl@gzucm.edu.cn。

压痛阳性及下肢症状。随着经济发展和消费水平提高，CNLBP不再是单纯的医疗问题，而是附带一系列复杂心理问题和严重社会医疗经济负担的社会福利和经济问题[1]。冯淑兰教授为岭南名医，广州中医药大学教授，从事针灸临床30余年，擅长运用“靳三针”和“针刀疗法”治疗痛证、面瘫、失眠、消化系统疾病。冯教授熟谙人体基础解剖及相关力线结构，临床上对于针刀治疗慢性腰背痛类疾病有丰富的经验，用刀每见奇效，现笔者将冯教授治疗CNLBP的经验整理介绍。

1 求证审因，朔本求源

中医学并无CNLBP的记载，但依照其主症，可与腰痛同论。《黄帝内经》曰：“足太阳之脉，下项循肩髆内，挟脊抵腰中……故令人腰痛。”此后，东汉张仲景提出“肾著”这一病名，首开腰痛辨证论治先河。隋代巢元方认为腰痛乃“肾经虚，风冷乘之”或“劳损于肾，动伤经络”所致，提出肾虚是发病之本，风寒外袭或经络瘀阻为发病之标。宋金元时期，朱丹溪提出“湿热、痰饮留滞”可以引起腰痛。明清时期，张介宾在“志伤则喜忘其前言，腰脊不可以俛仰屈伸”的基础上，提出肝脾病变亦能引起腰痛。至当代，临床医家根据其成病之因，常将腰痛归为“寒湿、湿热、瘀血、肾(肝脾)虚”[2]四证而论治。现代医学因MR、CT等影像学检查所提示的阴性结果及患者症状差异，目前全球关于CNLBP的病因及其病理机制尚未有明确定义，国内对其机理的探讨也相对缺乏。基于现有研究，关于CNLBP的发病机制主要可归纳为椎体失稳源性，脊神经后支源性，椎间盘源性，小关节源性，以及肌筋层源性病理变化以及社会心理因素等[1,3]。目前，临床上关于CNLBP的诊断和治疗也多以实践和经验为主，缺乏明确的现代循证医学证据。

冯淑兰教授基于“阳病者腰反折，不能俯，阴病者不能仰”及“督脉生病治督脉，治在骨上，甚者在脐下营”的指导思想，结合CNLBP患者弯腰腰痛、久坐起身腰痛等主要症状，提出“先腰祛邪，后腹补虚，腰腹同治”的治疗理念，采用“腰腹九针”针刀松解疗法“治骨和营、调气街、正力线、寻经而治”，以达祛邪、补虚、通络、正形而痛止的目的。

2 “腰腹九针”针刀治疗方案

2.1 “腰腹九针”治疗选点 本方案参照《针刀医学临床诊疗与操作规范》[4]中小针刀腰痛三针松解术操作及冯教授临床治疗经验。具体操作点如下，定点1：患侧第3腰椎横突内侧缘(在L_3棘突下缘，距后正中线约3.5 cm处，为足太阳膀胱经行径处)[5]；定点2：患侧第4腰椎横突内侧缘(在L_4棘突下缘，距后正中线约3 cm处，为足太阳膀胱经行径处)[5]；定点3：患侧第5腰椎横突内侧缘(在L_5棘突下缘，距后正中线约3 cm处，为足太阳膀胱经行径处)[5]；定点4：耻骨联合上缘中点处(为任脉行径处)；定点5：耻骨结节处(耻骨联合上缘的中点旁开约2寸处，为足阳明胃经行径处)；定点6：于腹股沟韧带在髂前上棘的附着处寻找肌筋膜疼痛触发点(约为足太阴脾经行径处)；定点7：于股直肌在髂前下棘附着处寻找肌筋膜疼痛触发点(约为足太阴脾经行径处)；定点8：于腹股沟韧带下缘、股动脉搏动外侧寻找肌筋膜疼痛触发点(约为足厥阴肝经行径处)；定点9：根据触诊，对周围区域如腰椎棘突、腰椎关节突关节点、骶髂关节、局部触诊时见条索、硬结处或其他肌筋膜疼痛触发点处适当增添2～3点[5]。

2.2 “腰腹九针”针刀操作方法 运用小针刀治疗时在手法方面需配合“合谷刺”，进针时刀口线与肌肉走形一致，垂直进针，依次过皮下组织、竖脊肌/腹部肌群/髂腰肌/股直肌，到达横突背侧/耻骨/髂前上棘/髂前下棘/股骨骨面后行纵疏横拨、铲拨分离[5]，先把黏附于相应骨面上的损伤组织剥松，接着再用合谷刺分别向内侧和外侧进行松解，待刀下有松动感后出针。

3 “腰腹九针”理论依据

3.1 寻经而治，祛邪补虚 冯教授认为，CNLBP发病之初，首责于肾，其次为肝脾。因肾为藏精之所，与膀胱相表里，膀胱经筋走形于腰部，维持腰部正常功能活动，而膀胱经筋功能的正常发挥需要肾精濡养[6]。除肾脏本身之外，肝肾同源，而脾肾又互为先后天之本，故肾虚所致腰痛与肝脾亦有关联。肝主筋，其气易于郁滞而致血行不畅，瘀阻经筋。脾主肌肉，其气易虚而致痰湿内生，停结于肌肉。正如《脉因证治》所论：“盖失志伤肾，郁怒伤肝，忧思伤脾，皆致腰痛。”因此，CNLBP初期以肾虚膀胱经筋失养，不荣为主，久之则多以肾气亏虚导致经脉闭塞、或肝虚疏泄失司，气机紊乱而至瘀阻经筋[7]、或脾胃失司，运化乏源而致痰湿内生，停结于

肌肉为主[8]。故在治疗中先以针刀松解腰部，以通闭塞之经络，其次行针刀于腹部阳明、少阴、厥阴之脉行经处，以补三脏之亏损，以调三脏之功能，以维经络之畅达。

除肝脾肾三脏亏虚之外，亦有瘀血外伤或外感风寒湿而为腰痛者。对于瘀血外伤所致者，冯教授认为其机理多以伤在筋骨肌肉而血脉凝滞，以至腰部膀胱经脉、督脉不通而痛为主，因此治疗当局部松解以疏通膀胱经脉、督脉为主[9]。对于外感风寒湿所致者，冯教授认为其机理多因素体肝脾肾亏虚，正气不足，风寒湿乘虚而入，先客太阳，久之以入少阴，闭其肾中真阳运行之气机而作腰痛。在治疗方面，冯淑兰教授认为太阳经脉行于人体腰脊之侧，外借别走之络以通督脉，内据表里之机而属腰肾。所通督脉总督诸阳，所络肾经包藏元阳，因此太阳经脉可借督脉和肾中阳气的资助而主一身之表阳[10]。是以风寒之邪侵袭太阳，客于膀胱，传于少阴而致局部拘紧发为腰痛者，当以针刀处理腰部足太阳膀胱经行径处，激发表阳以祛风散寒而止痛，对于病甚，腰部活动受限者，宜可行针刀于腰部督脉，以发督脉之阳气而散寒止痛[11]。对于湿邪所致者，冯教授认为此类患者除腰部疼痛症状外，局部触诊时可见条索或硬结，治疗当根据湿邪所夹寒热之不同，以温散或清利为原则[2]，先针刀于太阳经，以通湿邪壅塞之络，其次于腹部阳明、太阴之脉，因阳明、太阴功主运化，故针此以发阳明、太阴之气而达“化湿而祛邪，邪去则痛止”之功。

3.2 痛起于督脉，治在脐下营 《素问》载“督脉为病，脊强反折”，指出腰部疼痛在经络上与督脉相关，并在实践中总结出“督脉生病治督脉，治在骨上，甚者在脐下营”的治疗方案[12]。脐下营，乃“少腹以下骨中央，督脉所起之部”，即耻骨、髂骨等所组成结构的中间区域，重点在耻骨联合、髂前上棘、髂前下棘及腹股沟区之间[13]。基于“经脉所过，主治所及”的指导思想，对于腰痛者，可行针刀于脐下营处进行治疗。除督脉之外，脐下营亦是任脉循行所过之处。任督二脉及其所统之阴、阳经脉分别走行人体前后，维持人体前后阴阳及其所司功能之稳定，因此，督脉为病而发腰痛，从经络循行及阴阳平衡上与任脉亦有关联[14]。除此，腰背为阳，阳病者亦可从阴而治，如《景岳全书》所载“善补阳者，必于阴中求阳”，脐下营居于少腹，位任脉及其所统之阴经。因此本案选用针刀操作于脐下之营，不仅突出“经脉所过，主治所及”的治疗思想，亦是中医“从阴引阳”“阳病治阴”原则的重要体现。

3.3 调气街以行气补虚 冯教授指出腹部针刀松解亦与调节腹部气街相关。《灵枢》载“四街者，气之径路也”，指出气街是除十二经脉之外经气通行的路径。人体气街有四，分别位于头部、胸部、腹部、胫部，其中腹部气街，结于胃之大仓，止之肝、脾、肾俞，是肝、脾、肾及胃经等经脉共同经过的部位。其所结之于胃之大仓者，属阳明，为五脏六腑之海，主润宗筋，束骨而利关节。其所止之于肝、脾、肾俞者，可畅达气机，盈肝、脾、肾脏之虚损[15]。因此，对于腰部筋肉关节不利及肝、脾、肾三脏亏虚所致腰痛，可以采用针刀治疗于腹部气街，激发胃经气血以润宗筋而利关节，调节肝、脾、肾俞而补肝、脾、肾脏之不足。

3.4 调整力线，维持腰腹结构之稳定 冯教授在针刀治疗腰痛时亦强调腹部松解的重要性，她认为人体腰腹部张力和收缩力之间是保持平衡的，这种平衡与局部肌肉组织及伴随于其周围的结缔组织网所形成的整体系统相关[16]。这个整体系统，即前表线与后表线，两者共同构成了人体前后力学平衡的闭环，共同维持人体腰腹结构的稳定[17]。现代研究发现，这种由前、后表线等组成的肌筋膜经线维持的力学平衡极易受到其路线上局部肌筋膜的异常力学负荷的影响而产生补偿调节，即机体通过被动拉长应力方向相同的肌筋膜以弥补受损组织张力或拉力不足的调节方式[18]。因此，冯教授认为，对于CNLBP从部位而言，其涉及的肌筋膜经线主要为后表线，但从肌筋膜经线的整体力学平衡角度来看，这种后表线出现的慢性疼痛多与前表线平衡紊乱相关。腰腹位于同一水平，腹部局部力学负荷异常，导致前表力线结构破坏，为了将力线重新纳入平衡状态，后表力线上同一水平的腰部肌肉被迫产生了相应补偿调节。由于生活、工作的影响，这种病态的补偿平衡长期得不到纠正，久之导致腰部后表力线受损而出现腰部疼痛症状。故在治疗过程中，冯淑兰教授认为除应改善后表力线的损伤外，亦要纠正前表线的力学紊乱。基于解剖及经络循行，前表线和后表线分别与足阳明经筋及足太阳经筋在结构上具有高度

的重合性[16-19]，故对于CNLBP的治疗可采用针刀松解腰部后表力线（足太阳膀胱经）及与其相反的前表力线（足阳明胃经）所对应同一水平的腹部，以使整体力线平衡而改善疼痛症状。

4 病案举例

李某，男，55岁，2022年9月1日初诊。主诉：腰部反复疼痛5年余，加重1个月。现病史：患者5年前因锻炼时突发腰部疼痛，以右侧为甚，伴弯腰、转身轻度受限，无双下肢麻木，休息后症状缓解，未行专科治疗。后患者腰痛时有发作，多以隐痛为主，阴雨天、搬抬重物时症状加重，休息后缓解，无双下肢麻木等不适，期间未予重视。近1个月患者自觉腰部隐痛较前加重，于广州中医药大学第一附属医院骨科门诊完善腰椎X线检查：脊柱退行性变。腰椎MRI检查：无特异性神经根病变。初诊见：患者神清，精神可，腰部隐隐作痛，酸软无力，以右侧为甚，弯腰、转身轻度受限，无双下肢麻木疼痛，活动及劳累后加重，休息后可缓解，晨起口苦，无口干，无恶寒发热、胸闷胸痛等不适，纳可，眠一般，二便正常；舌淡暗、少苔，脉弦细。查体：步态正常，脊柱外观无畸形，弯腰、转身轻度受限，L_3～S_1右侧棘突旁压痛（+）、椎间隙压痛（-），双侧腰部竖脊肌僵硬，可触及条索状结节。腰骶交界区、腹部耻骨联合与腹部肌肉附着点处见多个肌筋膜疼痛触发点。直腿抬高试验（-）及加强试验（-），股神经牵拉试验（-），反“4”字试验（-），骨盆挤压试验（-）。疼痛视觉模拟评分法（VAS）评分：6分；日本骨科协会评估治疗评分量表（JOA）评分：21分；Oswestry功能障碍指数量表（ODI）评分：13分；腰椎功能活动度：前屈60°，后伸15°，侧屈15°，旋转30°。中医诊断：腰痛病；辨证：肾虚血瘀证；现代医学诊断：CNLBP；治则：温补肝肾、舒筋活血。第1次治疗：采用小针刀在双侧定点1、定点2、定点3、定点4、双侧定点5、定点6、定点7、定点8处进行针刀松解。

2022年9月8日第二诊：诉经治疗后腰部疼痛明显减轻，弯腰、转身无明显受限。查体见：步态正常，弯腰、转身无明显受限，L_3～S_1右侧棘突旁压痛（±），腰部脊柱肌肉僵硬较前改善。腰骶交界区、腹部耻骨联合于腹部肌肉附着点处肌筋膜疼痛触发点明显减少。VAS评分：3分；JOA评分：24分；ODI评分：10分；腰椎功能活动度：前屈90°，后伸20°，侧屈20°，旋转35°。第2次治疗：继续予定点4，双侧定点1、定点2、定点3、定点7、定点8，定点9进行针刀治疗。

2022年9月15日第三诊：诉经治疗后腰部无明显疼痛，弯腰、转身无受限。查体见：步态正常，弯腰、转身无受限，L_3～S_1右侧棘突旁压痛（-），腰部脊柱肌肉僵硬较前改善。腰骶交界区、腹部耻骨联合于腹部肌肉附着点处肌筋膜疼痛触发点明显减少。VAS评分：1分；JOA评分：27分；ODI评分：4分；腰椎功能活动度：前屈120°，后伸25°，侧屈20°，旋转35°。第3次治疗予定点4，双侧定点5，右侧定点2、定点3，定点7、定点8，定点9进行针刀治疗。嘱患者坚持腰部活动锻炼，注意保养。

3次治疗后患者诉腰部疼痛明显改善，弯腰、转身无受限。2022年9、10月随访诉腰部无疼痛，病情未在复发。

按：患者年逾五旬，天癸竭，肝肾亏虚，加之锻炼不当，以至腰腹肌肉筋膜结构受损，瘀血阻络，经脉不通而发腰痛。脉络瘀阻，以致局部不荣更甚，加之久而不愈，致使前后力线失衡而加重腰痛。针刀治疗当先松解腰部膀胱经脉，祛瘀通络，以解局部之损伤。其次以针刀于腹部气街，激发胃经气血以润宗筋而利关节，调节肝、脾、肾俞而补肝、脾、肾脏之虚损，同时调节脐下之营，从阴引阳，寻其所过经脉而发挥主治所及之功能。腰腹同治，以维护前后整体力线之平衡而改善疼痛症状。

5 小结

CNLBP病因复杂、病程缠绵，严重影响患者生活质量。冯淑兰教授认为外感风寒湿邪、肝肾亏虚及瘀血外伤等为CNLBP主要致病因素，并根据弯腰、久坐起身腰痛等表现，结合人体经络分布及腰腹解剖结构，提出“先腰祛邪，后腹补虚，腰腹同治”的治疗理念，临床采用“腰腹九针”针刀松解疗法“治骨和营、调气街、正力线、寻经而治”，以达祛邪、补虚、通络、正形而痛止的目的，为CNLBP提供了新的治疗视角，拓展了脐下营、腹部气街、筋膜经线等理论在下腰痛等腰部病变方面的应用。

[参考文献]

[1] 刘延青，郑拥军. 中国居民慢性腰背痛流行病调查[J]. 中华医学

信息导报，2017，32(21)：12.
[2] 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2012：453-454.
[3] DEPALMA M J，KETCHUM J M，SAULLO T. What is the source of chronic low back pain and does age play a role?[J]. Pain Medicine，2011，12(2)：224-233.
[4] 吴绪平，彭力，周鹏. 针刀医学临床诊疗与操作规范[M]. 北京：中国医药科技出版社，2021：81.
[5] 郑蕊，冯淑兰，郑会斌. 冯淑兰应用“腰痛三针”针刀松解术联合独活寄生汤加减治疗慢性非特异性下腰痛经验[J]. 中医药导报，2023，29(6)：205-208，212.
[6] 吕明芳，朱小燕，万康敏，等. 长蛇灸联合加味独活寄生汤对腰椎间盘突出症肝肾亏虚证患者炎症因子及腰椎功能的影响[J]. 北京中医药大学学报，2024，47(8)：1171-1176.
[7] 肖赛，邹洋，吴官保. 吴官保从肾虚血瘀论治腰椎间盘突出症经验[J]. 湖南中医杂志，2024，40(2)：54-57.
[8] 孙文熙，彭棋，黄玉符，等. 陈博来基于“肾为生痰之本”辨治肾虚痰阻型腰痛[J]. 广州中医药大学学报，2024，41(6)：1616-1620.
[9] 杨少锋，郭彦涛，宋水燕. 督脉盘龙灸法治疗瘀阻督脉型盘源性腰痛的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志，2018，26(2)：41-44.
[10] 李峰，任英杰，万超，等. 火针结合督灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 广州中医药大学学报，2022，39(8)：1814-1818.
[11] 黄亮，张振宇，徐佳音，等. 张振宇运用“四步温通法”精准推拿治疗寒湿型非特异性下腰痛[J]. 中医学报，2024，39(6)：1260-1265.
[12] 陶鹏飞，张小强，杨会军，等. 浅析脐下营针刀解结术的理论依据及临床应用[J]. 云南中医学院学报，2022，45(6)：62-65，70.
[13] 李素云. 督脉病症“治在骨上，甚者在脐下营”文献解读[J]. 中华医史杂志，2019，49(2)：95-99.
[14] 王孝维，张敏，周靖方.“理任调督”推拿手法结合热敏灸治疗腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 四川中医，2024，42(3)：190-193.
[15] 杨军雄，张建平，于建春，等. 气街干预合脊柱调衡治疗腰椎间盘突出症：随机对照研究[J]. 中国针灸，2013，33(4)：289-293.
[16] 王芳玉，董宝强，宋杰. 肌筋膜链理论在针刺治疗KOA中应用探析[J]. 辽宁中医药大学学报，2017，19(6)：119-121.
[17] 托马斯·迈尔斯. 解剖列车-徒手与动作治疗的肌筋膜经线[M]. 关玲，周维全，瓮长水，译. 北京：北京科学技术出版社，2016：83-84.
[18] 吴星原，董晓俊. 董晓俊“项腰同治”针刀治疗腰背肌筋膜炎经验[J]. 湖北中医杂志，2024，46(7)：30-34.
[19] 于洋，董宝强，李春日，等. 足三阳经筋与肌筋膜链比较研究[J]. 辽宁中医药大学学报，2017，19(3)：173-175.

（责任编辑：吴凌，郭雨驰）