

·百家谈·

## 基于“痞坚之处，必有伏阳”理论探讨腰椎间盘突出症的病因病机与临床论治

张筠卿,徐波,蔡学峰,朱在师,沈晓峰\*

(南京中医药大学附属苏州市中医医院,江苏苏州 215008)

**摘要:**腰椎间盘突出症(LDH)是骨科常见疾病,中医药在其保守治疗中具有独特优势,但对部分病程迁延、治疗预期较高的患者,也存在一定局限。本文基于中医经典理论“痞坚之处,必有伏阳”,系统探讨LDH的病因病机与临床论治新思路。LDH为局部痰瘀互结、有形之邪积聚形成“痞坚”;局部痰瘀痞结,阻滞气机,使阳气郁遏、化生内热,酿成“伏阳”。“痞坚”与“伏阳”互为因果,共同构成LDH迁延难愈的中医病理基础。在此理论指导下,提出“消痞散结、透达伏阳、通络止痛”的治疗原则,强调在化痰祛瘀、行气通络以消“痞坚”的同时,需注重宣散郁热、给邪出路以散“伏阳”。并以吴门医派经验方枳壳甘草汤为例阐述了该治则的组方用药思路。本研究为深入理解LDH的中医病机与治疗提供了新的理论框架与临床路径,旨在为中医药辨治本病提供新的参考与借鉴。

**关键词:**腰椎间盘突出症;痞坚;伏阳;病因病机;辨证论治

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是指椎间盘发生退行性改变后,纤维环部分或全部破裂,髓核单独或者连同纤维环、软骨终板向外突出,刺激或压迫窦椎神经和神经根引起的以腰腿痛为主要临床表现的综合征<sup>[1]</sup>。该病在骨科临床中较为常见,国内流行病学调查显示其发病率约为6%<sup>[2]</sup>,约80%~90%的LDH患者可通过保守治疗改善症状<sup>[3]</sup>。中医药疗法在缓解LDH患者临床症状方面表现出良好效果,并具有不良反应小、复发周期长等优势,受到广泛认可<sup>[4]</sup>。然而,传统中医药治疗LDH仍存在一定局限。该病病程较长,中医药对急性发作者常能取得较好疗效,但对病程迁延者的症状缓解效果有限,部分长期接受保守治疗的患者仍遗留难以消除的麻木、牵痛等症状<sup>[4]</sup>。此外,亦有部分患者自觉症状较重,与影像学表现不符<sup>[5]</sup>。上述患者因其病程长、既往治疗方式多样、对疗效期望较高,已成为中医骨伤科临床治疗的难点。

吴门医派骨伤科在长期实践中发现,清代吴门医家尤在泾在《金匱要略心典》中提出的“痞坚之处,必有伏阳”理论<sup>[6]</sup>,对上述难治性LDH患者的诊疗具有指导意义。LDH的病位在椎管,而椎管在中医学中可归属三焦范畴<sup>[7]</sup>。三焦为气血津液运行的通道与枢纽,通道不利则气机失调、痰饮瘀血阻滞局部,形成“痞坚”;病理产物郁遏于内,局部阳气

运行受阻,化生内热,日久则酿生“伏阳”。吴门医派骨伤科临证时兼顾二者关系,据此遣方用药,取得良效。因此本文以“痞坚之处,必有伏阳”理论为基础,探讨LDH的病因病机,并初步总结其治则治法,以期丰富中医药治疗本病的思路与方法。

### 1 “痞坚之处,必有伏阳”理论内涵

**1.1 “痞坚”之释义** “痞坚之处”指坚硬且伴有疼痛的地方。“痞坚”多因气机停滞,病理产物蓄积而成,其本质为有形实邪阻滞,导致局部气机闭塞、络脉不通,形成结聚、硬满之状态<sup>[8-9]</sup>。

**1.2 “伏阳”之溯源** “伏阳”一词最早见于《黄帝内经》。《素问·本病论篇》有载:“民病伏阳在内,烦热生中,心神惊骇,寒热间争,以久成郁”<sup>[10]</sup><sup>[210]</sup>。是对伏阳化热、阳气功能失常而致病的论述。“伏阳”乃伏藏于体内、可化生烦热之阳邪。其特性为隐匿于里,遇机而发,易与有形之邪搏结,致病情缠绵<sup>[9]</sup>。

**1.3 理论出处与发微** “痞坚之处,必有伏阳”出自《金匱要略心典》<sup>[6]</sup>,原指支饮停聚胸胁,形成痞坚,日久郁而化热,耗伤气机的病理过程。清代医家张秉成在《成方便读》中进一步阐释,认为凡气滞、血瘀、湿停、积聚等有形之邪阻滞之处,皆会阻遏气血津液运行,导致“不通则痛”“不荣则痛”<sup>[11]</sup>。日久,阳气郁遏,则病理之阳伏于局部,形成“伏阳”。综上所述,“痞坚之处,必有伏阳”所揭示的是一种由形滞到气郁、由实结到热伏的复合病理状态:气血津液运行失常,痰瘀湿浊等病理因素积聚成形(痞坚),阳气升发受遏,阳郁化热,伏藏于局部(伏阳),导致疼痛缠绵。这一过程体现了中医学“形气相关”“郁久化热”的病机观,故可以“消痞散结”与“透达郁阳”2个方面并治某些疑难痛证。

收稿日期:2025-11-25;接受日期:2025-12-28

基金项目:国家自然科学基金项目(82505711);江苏省研究生科研与实践创新计划(SJCX25-1078);江苏省中医药管理局重点项目(ZD202230);苏州市中医药管理局临床重点项目(LCZX202320)

通信作者:沈晓峰, E-mail: 29240818@qq.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.01013

## 2 基于“痞坚之处，必有伏阳”理论探讨 LDH 病因病机

基于“痞坚之处，必有伏阳”理论，LDH 的中医病因病机可得到进一步阐释。本病常归属于中医“腰痛”范畴，《素问·脉要精微论篇》指出：“腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣”<sup>[10]</sup><sup>[31]</sup>，说明肾虚为其发病之本。陈无择在《三因极一病证方论》中强调：“夫腰痛，虽属肾虚，亦涉三因所致。在外则脏腑经络受邪，在内则忧思恐怒，以至房劳坠堕，皆能致之”<sup>[12]</sup>，提示其病因不仅责之于肾，还与内外多种因素相关。总体而言，LDH 常表现为虚实夹杂之证，其病因可分为虚实两类：虚者多因禀赋不足、久病体虚、年老肾衰或房劳过度，致肾精亏虚，腰府失养；实者则因风寒湿热外邪侵袭，或跌仆损伤，导致局部气血阻滞。

**2.1 痰瘀积聚，形成痞坚** 痰饮和瘀血是 LDH 发展过程中的重要病理因素。肾主水，司津液代谢，肾虚则水液运化失常，停聚局部而为痰饮。郑树珪《七松岩集》中指出：“所谓实者，非肾家自实，是两腰经络血脉之中，为风寒湿之所侵，闪肭挫气之所得，腰内空腔之中，为湿痰瘀血凝滞不通而为痛”<sup>[13]</sup>。若再加之长期劳损或卒然跌仆，损伤络脉，血溢脉外，则瘀血内生，正如朱丹溪《脉因证治》中所载：“瘀血，因用力过多，堕坠折纳，瘀血不行”<sup>[14]</sup>。痰饮与瘀血相互搏结，阻滞气机，导致“脉道不通，气不往来”，进一步妨碍气血津液运行，形成有形之邪积聚，此即“痞坚”之实质。LDH 病位在椎管，属三焦范畴<sup>[7]</sup>。三焦为“决渎之官”，主持诸气，通行津液；属六腑，其生理特点为“传化物而不藏”，以通为用。若痰饮瘀血等病理产物阻滞三焦，则气血津液运行受阻，邪聚成实，痞坚遂生。这一病理过程与尤在泾所述支饮致痞的机制高度相似，因此可将 LDH 中的痰瘀互结归属于“痞坚”范畴。

**2.2 阳气郁遏，酿生“伏阳”** “伏阳”指阳气郁遏于内，潜藏待发之病理状态。LDH 病程迁延，具有伏邪“感而不发、隐匿渐进、蓄积而发”的特点<sup>[15]</sup>。初期可仅见腰背部轻微不适，易被忽视；随着病程进展，病理基础持续存在，遇外邪、劳损等诱因，则突发剧烈腰腿痛。LDH 发病过程中，局部痰瘀痞结，阻滞气机，使阳气不得宣通，郁而化热，形成“伏阳”。阳气受遏，失于温煦卫外之功，反使局部更易感邪。此外，“六气皆可化火”，阳气怫郁，郁而化热，煎熬津血，蒸津为痰，炼血为瘀，形成痰、瘀、热互结之势，加剧病情。

**2.3 痞坚伏阳互为因果，共同促进病情进展** 卫气行于脉外，出于三焦，具有护卫周身、不使外邪侵犯的功能<sup>[16]</sup>。因痞坚阻滞三焦，可使卫气运行受阻，卫气卫外失司，外邪易于内侵，与内伏之阳相

合，进一步加重局部热郁与邪结，卫气郁滞可致局部热象更显，伏阳之势愈炽<sup>[17]</sup>。叶天士在《临证指南医案》中记载：“初病胀痛无形，久则形坚似梗。是初为气结在经，久则血伤入络”<sup>[18]</sup><sup>[178]</sup>，指出邪气由气分深入血络的演变规律。在 LDH 中，痞坚阻滞络脉、伏阳灼伤络道，而致络脉受损，形成“易滞易瘀，易积成形”的病理特点，使病情缠绵难愈。

综上所述，基于“痞坚之处，必有伏阳”理论，LDH 的病因病机可概括为：肾虚为本，痰瘀互结成痞坚，从而阻滞气机，阳气郁遏化为伏阳；痞坚与伏阳互为因果，滞络损络，导致病情迁延进展，证属本虚标实、痰瘀热互结、络脉不通。这一阐释为从“消痞散结、透达伏阳、通络止痛”角度治疗 LDH 提供了理论依据。

## 3 基于“痞坚之处，必有伏阳”理论探讨 LDH 的临床论治

基于“痞坚之处，必有伏阳”理论，LDH 的临床治疗应遵循“消痞散结、透达伏阳、通络止痛”的基本法则。具体而言，就是在宣散、清解或温散“伏阳”的同时，配合行气通络、化痰利湿、活血化瘀以消除局部“痞坚”，经脉得通，痞坚得消，伏阳得散，则腰痛可除。然腰痛以肾虚为本，邪实为标，故在祛邪治标的同时，应重视补肾固本，以达“荣则不痛”之效。

**3.1 “痞坚”当消** “痞坚”多因气血津液运行不畅所致，痰浊、瘀血等有形病理产物积聚而成，治疗当以“消”为主。① 痰饮内停者，多见腰背部酸胀、困重，阴雨天加重，舌苔厚腻白滑，脉弦滑。可选用茯苓、薏苡仁、猪苓、泽泻等，兼顾温肾健脾，使水液代谢复常，则痰无以生。② 瘀血阻络者，可见局部刺痛，夜间尤甚，舌红隐紫或有瘀斑，舌下络脉迂曲，脉滞涩。可选用川芎、川牛膝、三棱、莪术等活血破瘀，疏通络脉。③ 气机阻滞者，可见局部胀痛，时有走窜，情志不舒，脘痞腹胀，舌暗红，苔薄白或腻，脉弦。可选用枳壳、枳实、当归等理气行气之品，使气行津布，血运得畅，以防痰瘀再生。

《丹溪心法》有云：“痰挟瘀血，遂成窠囊”<sup>[19]</sup>，说明痰饮、瘀血等病理因素往往相伴而生，胶着难解。故“消痞坚”之法强调痰、瘀、气同治，较之单纯行气活血、散寒除湿或清利湿热等常用法，更能全面祛除引发腰痛的病理因素

**3.2 “伏阳”当散** “伏阳”因局部气机闭塞、阳气郁遏所致。治疗不可纯用苦寒之品压制，以免内闭邪气，闭门留寇，而当顺应阳邪升散之特性，“火郁发之”，因势利导，给邪气以出路。① 素体阳盛或郁而化热明显者，可见身热、恶热喜凉、舌苔黄腻；若兼阴虚，则伴五心烦热，盗汗，舌红少苔。治宜清透并举，选用枳壳、连翘、薄荷等辛凉清宣之品，配

合少量栀子、牡丹皮、赤芍等寒凉之品,外透内清,使伏阳透达而解。②若气血不足、阳气升发无力,或素体阴寒偏盛、寒邪直中,伏阳可从寒化。治宜以温散为主,选用黄芪、人参、白术等升阳之品,配伍羌活、升麻、葛根等辛散之品,补益中焦,振奋清阳,内补外散。久病入络,伏阳与痞坚搏结,痼结难除。叶天士在《临证指南医案》中有载:“又云‘初病气结在经,久则血伤入络’。辄仗蠕动之物,松透病根”<sup>[18][179]</sup>。故在透散伏阳的同时,可酌情加入全蝎、蜈蚣、乌梢蛇等虫类药物,取其“深入隧络、搜剔痼结”之效,以增强通络散邪之功。

吴门医派骨伤科常用全国老中医药专家学术经验师承导师龚正丰教授经验方——枳壳甘草汤治疗 LDH<sup>[20]</sup>。方中枳壳行气宽中,化痰除痞,其性浮而立上,既能破结消痞,又可宣散郁阳,使得气机条达;当归、丹参为“血中气药”,活血祛瘀行滞,使血载气行;三棱、莪术行气破血、逐瘀止痛;黑丑、白丑化痰逐水,利湿消肿;甘草益气和中,缓急止痛,助气行则津血自调。全方共奏逐瘀利水、通络止痛之效。临床随证加入全蝎、乌梢蛇、地龙等虫类药,增强搜风通络、剔邪外达之力,从根本上消除局部痰瘀之痞坚。诸药合用,消痞散阳,通络止痛,在临床实践中取得了良好疗效<sup>[21-25]</sup>。

#### 4 小 结

本文以“痞坚之处,必有伏阳”理论为指导,系统阐述了 LDH 的病因病机,揭示了“痞坚”与“伏阳”互为因果、共同推动 LDH 疾病进展的动态过程。在此基础上,初步提出了“消痞散结、透达伏阳、通络止痛”的治疗法则,并通过枳壳甘草汤的应用,阐述该治则的组方用药思路,展现了该理论的临床实践价值。然而,本文所论述的理论仍属于初步观察阶段,相关治法的临床疗效及作用机制有待进一步通过严谨的临床试验及基础研究加以验证,以促进该理论在 LDH 治疗中的深化应用。

#### 参考文献

[1] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(1): 2-6.

[2] 徐波, 黄泽灵, 张龙, 等. 中国人群腰椎间盘突出症患病率的 Meta 分析[J]. 中医正骨, 2023, 35(9): 17-23.

[3] 崔学军, 梁倩倩. 腰椎间盘突出症中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 945-952.

[4] 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.

[5] ROGERSON A, AIDLEN J, JENIS L G. Persistent radiculopathy after surgical treatment for lumbar disc herniation: causes and treatment options [J]. Int Orthop, 2019, 43(4): 969-973.

[6] 尤在泾. 金匮要略心典[M]. 上海中医学院中医基础理论教研组, 校注. 上海: 上海人民出版社, 1975: 83.

[7] 温海宝, 高景华, 朱立国, 等. 基于气机不利、痰水互结和三焦理论探讨己椒蒴黄汤在腰椎间盘突出症急性期治疗中的应用[J]. 中医正骨, 2023, 35(11): 48-52.

[8] 戴义宁, 李慧杰, 李秀荣. 基于“痞坚之处, 必有伏阳”探讨肿瘤微环境的形成与干预[J]. 中医杂志, 2023, 64(22): 2275-2281.

[9] 林莹莹, 胡艳红, 柯发杰, 等. 应用“痞坚之处, 必有伏阳”理论探析湿性年龄相关性黄斑变性的诊治[J]. 福建中医药, 2023, 54(5): 50-51.

[10] 黄帝内经素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.

[11] 赵志恒, 付田昊, 焦召华, 等. 《成方便读》“伏阳”说探微[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(5): 596-598.

[12] 陈言. 三因极一病证方论: 十八卷[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1957: 181.

[13] 郑树珪. 七松岩集[M]. 王满城, 陈孟恒, 编校. 王满城, 郝彬, 修订. 石家庄: 河北人民出版社, 1959: 112.

[14] 朱丹溪. 脉因证治[M]. 阎平, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 57.

[15] 金天翔, 袁军, 高俊, 等. 从《黄帝内经》论椎间盘及椎间盘突出症的中医病因病机与治疗方法[J]. 中医正骨, 2024, 36(7): 59-62, 68.

[16] 区永欣, 王洪琦. 卫气生理病理的研究[J]. 中医杂志, 1994, 35(8): 490-492.

[17] 黎辉, 王婷婷, 陈钰梅, 等. “卫郁化火”与火热证发生的联系及相关治法[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(6): 734-735, 798.

[18] 叶天士. 临证指南医案[M]. 华岫云, 编订. 北京: 华夏出版社, 1995.

[19] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 彭建中, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 25.

[20] 龚正丰. 枳壳甘草汤[J]. 江苏中医药, 2011, 43(6): 14.

[21] 莫建雄. 枳壳甘草汤改善腰椎间盘突出症腰腿疼痛的真实世界队列研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2025: 28.

[22] 陈紫轩, 沈晓峰, 徐波, 等. 枳壳甘草汤结合腰椎斜扳手法治疗慢性非特异性腰痛临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2024, 36(2): 329-333.

[23] 陈紫轩. 枳壳甘草汤对椎间盘组织病理性血管新生的影响[D]. 南京: 南京中医药大学, 2024: 18.

[24] 刘昱江, 汪松林, 蔡学峰, 等. 基于 Pfirrmann 分级观察枳壳甘草汤治疗腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(6): 651-658.

[25] 仓挺松, 陈阳, 李宇卫. 枳壳甘草汤联合腰椎牵引改善腰椎间盘突出症疗效研究[J]. 世界中医药, 2020, 15(13): 1981-1984.