

基于经筋理论运用浮针疗法治疗非特异性下腰痛的研究进展

石子建¹, 王波^{2*}, 苏子赫¹, 杜致佳¹, 贾超超¹, 修子豪¹

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院骨伤一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年6月15日; 录用日期: 2026年7月9日; 发布日期: 2026年7月16日

摘要

非特异性下腰痛发病率高、易反复, 常规治疗手段存在局限性。经筋理论是中医阐释软组织病变的重要学说, 浮针疗法以皮下筋膜扫散为核心操作, 二者在病位认知、诊察方法及治疗靶向上高度契合。近年来, 基于经筋理论的浮针疗法在本病治疗中应用渐广, 临床研究证实其能快速缓解疼痛、改善腰椎功能, 相关机制涉及筋膜力学传导、神经调控与局部微环境重塑。本文从经筋理论对下腰痛的认识、浮针的技术特点及二者结合的理论基础、临床研究现状、可能的作用机制四个方面进行综述, 并分析当前研究的不足与未来方向, 以期临床与科研提供参考。

关键词

非特异性下腰痛, 经筋理论, 浮针疗法, 筋膜, 中医

Research Progress on Floating Acupuncture Therapy for Nonspecific Low Back Pain Based on Meridian-Tendon Theory

Zijian Shi¹, Bo Wang^{2*}, Zihao Su¹, Zhijia Du¹, Chaochao Jia¹, Zihao Xiu¹

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The First Department of Orthopedics Trauma, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: June 15, 2026; accepted: July 9, 2026; published: July 16, 2026

*通讯作者。

文章引用: 石子建, 王波, 苏子赫, 杜致佳, 贾超超, 修子豪. 基于经筋理论运用浮针疗法治疗非特异性下腰痛的研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 1320-1327. DOI: 10.12677/acm.2026.1672648

Abstract

Nonspecific low back pain has a high incidence and high recurrence rate, and conventional treatments have limitations. The meridian-tendon theory is an important traditional Chinese medicine (TCM) doctrine for explaining soft tissue lesions. Centered on subcutaneous fascia sweeping manipulation, floating needle therapy is highly consistent with the meridian-tendon theory in lesion localization, diagnostic methods and therapeutic targets. In recent years, floating needle therapy guided by the meridian-tendon theory has been widely adopted for this disease. Clinical studies have proven that it can rapidly relieve pain and improve lumbar function, and its therapeutic mechanisms involve fascial mechanical conduction, neuromodulation and local microenvironment remodeling. This article reviews four aspects: the understanding of low back pain based on the meridian-tendon theory, technical features of floating needle therapy, theoretical basis for their combination, current clinical research status and potential mechanisms of action. The deficiencies of existing studies and future research directions are also analyzed to provide references for clinical practice and scientific research.

Keywords

Nonspecific Low Back Pain, Meridian-Tendon Theory, Floating Needle Therapy, Fascia, Traditional Chinese Medicine

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 经筋理论对非特异性下腰痛的认识

1.1. 经筋系统的生理与病理特点

经筋是十二经脉之气结、聚、散、络于筋肉关节的体系，首载于《灵枢·经筋》。其循行多起于四肢末端，结于关节骨骼，并与脏腑经络属，具有约束骨骼、屈伸关节、维持运动的功能。经筋理论是中医学的重要组成部分，认为“经筋”是人体经络系统中联络关节、主司运动的组织，其病变可导致疼痛、功能障碍等症状[1]。生理上，经筋依赖气血濡养，保持“骨正筋柔”的平衡状态；病理上，劳损、外邪或脏腑失调可致经筋局部“筋急”“筋纵”，形成拘急、牵拉、转筋等病变。其中，“筋急”表现为紧张、痉挛、僵硬，“筋纵”则表现为松弛、无力、失约。经筋病候强调“以痛为输”的诊察方法，即寻找疼痛和筋结之处作为治疗靶点，这为软组织疼痛类疾病的局部诊疗奠定了基础。虽然“以痛为输”是指在腧穴的早期发展阶段，经筋病针刺治疗取穴时尤为关注患者疼痛之处或医者触诊到的痛点，已被后世沿用两千多年[2]。

1.2. 非特异性下腰痛的经筋病机

非特异性下腰痛是指病变节段无法明确归因于特定病理改变(如椎间盘突出、骨折、感染等)的腰部疼痛，涉及肌肉、筋膜、韧带等结构的机能异常。该病或伴有腰部僵硬、活动受限、无力、大腿牵涉痛等临床表现，其病理机制与胸腰筋膜粘连、肌筋膜链失衡及局部炎症微环境密切相关[3]。从经筋理论视之，本病的发生与足太阳经筋、足少阳经筋、足少阴经筋及督脉经筋关系最为密切。足太阳经筋夹脊而行，循腰下结于臀；足少阳经筋循胁属腰，结于骶部；足少阴经筋循脊内，结于腰椎深部；诸筋汇聚腰骶，构

成稳定腰椎的“经筋网络”。长期姿势不良、闪挫劳损或外感寒湿,可使局部经筋气血凝滞,形成“结筋”或“横络”病灶点。经筋损伤后,在十二经筋上形成有压痛、呈条索样的瘢痕结缔组织,即“结筋病灶点”。结筋病灶点可理解为经筋系统中因损伤或劳损形成的局部“筋结”样病变点,其组织层次不仅限于肌肉,还涉及结缔组织结构[4]。《灵枢·刺节真邪》记载:“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经之上,令之不通,视而泻之,此所谓解结也。”人体经络维持气血运行、沟通上下内外,处于动态平衡。当受到外界干扰时,平衡易被打破,形成“横络”这一病理产物,导致经络循行受阻、气血运行不畅[5]。

经脉失养亦可引发经筋弛缓,腰椎稳定性下降,出现“筋不束骨”的病理状态,疼痛迁延难愈。筋具有约束骨骼以维持其正常解剖位置、滑利关节以保证正常的运动、连接保护关节和牵引运动骨骼等生理功能[6]。现代医学研究表明,人体脊柱的“内源性稳定系统”由椎体、椎间盘和周边韧带等构成,“外源性稳定系统”由椎间盘、椎旁肌肉等构成,双方共同维持人体脊柱的稳定性,任何一方出现损伤均会引发脊柱动静力失衡,造成失稳[7]。

非特异性下腰痛(NLBP)在现代医学中多指缺乏明确病理学解释的腰背部疼痛,而在中医学理论体系中,该病症被明确归属于“经筋病”范畴。其核心病机可高度概括为“不通则痛”与“不荣则痛”,《证治准绳》中也记载引起腰痛的病因有风、寒、湿、热、挫闪、瘀血、气滞、痰积、肾虚等,病因较为复杂多样[8],具体可从外邪侵袭、劳损外伤以及脏腑虚损三个维度进行深入剖析。

首先,风寒湿等外邪侵袭是导致经筋气血凝滞的重要诱因。中医认为,当外界的风寒湿邪客居于腰部经络与筋肉之中时,会导致局部气血运行受阻。正如《灵枢》中所载的“阳急则反折,阴急则俯不伸”[9],形象地描述了阴阳辨证在经筋病中的重要体现。当外邪痹阻导致筋脉拘急痉挛时,患者便会出现腰部僵硬、屈伸不利或伴有沉重感的症状,多伴以沉脉为主的脉象兼见其他脉[10],此即典型的“不通则痛”。

其次,慢性劳损与跌扑外伤是直接损伤经筋脉络的常见因素。长期的不良姿势或超负荷劳作会使腰部肌肉、韧带等软组织受损,进而引发局部的无菌性炎症反应。长期的腰部肌肉疲劳使腰骶部软组织易发生损伤,产生反复、慢性的炎症反应,炎症因子长时间得不到有效清除,刺激腰部损伤反复,并形成瘢痕组织,对腰部组织中的神经末梢造成压迫,引起长期、反复腰痛[11]。而这种形成的黏连的瘢痕组织也就形成了中医所说的“筋结”或压痛点。这些病理产物进一步阻碍了营卫之气的流通,使得腰部气血瘀滞,从而加剧了非特异性下腰痛的发作。

最后,肝肾亏虚是引起经筋失养的根本内因。中医强调“肝主筋”、“肾主骨”,腰为肾之府。随着年龄增长、过度劳倦或久病体虚,人体脏腑气血逐渐亏虚,尤其是肝肾精血不足,无法充分濡养腰府的经筋。这种因营养匮乏而导致的疼痛被称为“不荣则痛”,临床上常表现为腰部绵绵作痛、酸软无力,甚至有“腰竖不起来”的虚弱感。此外,脾胃气虚亦会影响宗筋与肌肉的功能,督脉虚寒或带脉失约同样会破坏“筋-肉-督-带”功能链的协调,诱发腰痛。治疗时补肝肾、强筋骨以治本,祛风湿、通经络以治标。遣方用药归经分析显示药物主要归肝、脾、肾、肺和心经[12]。

综上所述,非特异性下腰痛的经筋病机是一个本虚标实、错综复杂的过程。外感风寒湿邪与劳损瘀滞构成了疾病的“标”,而肝肾亏虚、气血生化乏源则是疾病的“本”。在临床治疗与预防中,不仅需要运用针刀[13]、浮针等疗法疏筋解结、疏通经络以治其标,更需注重调补肝肾、温通督脉以固其本,方能从根本上恢复腰部经筋的正常生理功能。解结通筋、舒筋柔筋成为治疗的核心目标。

2. 浮针疗法及其与经筋理论的结合基础

2.1. 浮针疗法的技术特色

浮针疗法由符仲华教授于 20 世纪 90 年代发明,是一种在疼痛相关区域的皮下疏松结缔组织层进行

扫散操作的现代针刺技术。所用针具为一次性套管浮针，针尖进入皮下疏松结缔组织后，通过扇状扫散动作牵拉、分离筋膜组织，通常在 1~2 分钟内即可减轻或消除疼痛。其操作过程包括选择进针点、皮下刺入、运针扫散和留置软管等步骤，常配合再灌注活动，即让患者在针后主动或被动活动患部以增强疗效。近年来，浮针疗法逐渐受到关注。浮针疗法属于中医微创治疗技术，通过皮下针刺疏导气血，具有适应证广、操作简便、起效较快及安全性高等优势[14]。疗法融合传统针刺理论与现代医学原理，突破传统穴位限制，通过扫散与再灌注操作获得更优疗效[15]。

浮针疗法与传统针灸的核心差异在于：刺激层次是皮下筋膜而非肌肉层，不追求“得气”酸麻胀感，治疗时往往远离痛点，操作以扫散动作为主，留针时间长。其适应症主要为各类软组织伤痛，尤其是颈肩腰腿痛[16]。

2.2. 经筋病灶与浮针触诊的融合

经筋理论强调“以痛为输”，重视在经筋循行路线上寻找“结”“聚”点。现代研究将此类病灶称为“结筋病灶点”或“筋结”，其本质是骨骼肌紧张带中的局限性压痛点，与肌筋膜激痛点[17]高度相似。浮针诊疗中，术者通过指腹触诊，在腰骶部及臀腿部寻找坚硬条索、结节或明显压痛点，这些部位恰与足太阳经筋的承山、飞扬、殷门、秩边等结筋点，或足少阳经筋的环跳、风市等处相吻合[18]。

浮针的皮下进针点并不选择疼痛最剧烈处，而是在病灶邻近或远处的经筋循行区域，依据“以痛为输”和“经脉所过，主治所及”原则确定。例如，对于足太阳经筋型下腰痛(疼痛在脊柱两侧，可放射至臀及股后)，常在腓肠肌的承山穴附近或腓横纹上的浮郄穴附近寻找筋结点，作为进针点进行浮针扫散[19]。这一思路将传统经筋辨证与现代触诊技术有机结合，使治疗靶点精确化。

2.3. 浮针扫散与经筋“解结”之理

《灵枢·刺节真邪》云：“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经，令之不通，视而泻之，此所谓解结也。”经筋病理核心在于“横络”痹阻，治法应“解结”。浮针的扫散动作在皮下筋膜层进行扇形分离，可松解筋膜异常张力，消除纤维黏连，从物理层面直接作用于“横络”，实现“解结”目的。同时，扫散产生的机械力可通过筋膜网络传导至深层肌肉，释放痉挛，恢复经筋气血流通，达到“通则不痛”的效果。

浮针治疗时实施的扇形扫散操作，有效拓宽了作用于浅筋膜层的作用面积，进而强化了即时镇痛效果。而配合进行的再灌注活动则致力于优化病变肌肉的血流动力学，加速代谢产物的清除与营养物质的输送，从根本上缓解了由血液灌注不足引起的肌肉痉挛与痛觉敏感，这种机制即被称为再灌注[20]。浮针的再灌注活动则是在针刺后让腰部进行屈伸、侧弯、旋转等动作，促使经筋“结”点处的体液和代谢产物交换，改善局部微循环，对应经筋理论中的“柔筋养筋”治法。由此可见，浮针疗法在操作层面完美诠释了经筋理论“以痛为输、解结通筋”的核心理念。

3. 浮针治疗非特异性下腰痛的临床研究

3.1. 单纯浮针疗法的临床疗效

多项临床观察证实，单纯浮针治疗非特异性下腰痛可迅速减轻疼痛，改善腰椎活动功能[21]。典型治疗方案为：根据经筋辨证分型选取进针点，如足太阳经筋型取小腿后侧筋结点，足少阳经筋型取大腿外侧筋结点，进针后行扇形扫散约 1~2 分钟，疼痛缓解后留针 6~8 小时。一项纳入 120 例患者的随机对照研究显示，浮针组在治疗 1 次、5 次后，视觉模拟评分(VAS)下降幅度及 Oswestry 功能障碍指数(ODI)改善程度均优于常规针刺组，且即刻镇痛效果尤为突出。另有研究采用浮针联合再灌注活动治疗青年军人

急性下腰痛, 结果发现治疗后即刻疼痛评分由 (6.8 ± 1.4) 分降至 (1.9 ± 0.8) 分, 腰部活动度明显提高[22]。

3.2. 浮针联合再灌注活动的增效作用

再灌注活动是浮针疗法的特有辅助手段, 要求患者在扫散后主动活动腰部, 或由术者施加被动牵拉与抗阻运动。其机制可能通过规律运动促进筋膜层间的组织液流动, 带走致痛物质, 同时给予经筋适当的力学信号, 促进损伤修复。有研究将 90 例慢性非特异性下腰痛患者分为浮针加再灌注组、单纯浮针组和药物组, 治疗 4 周后, 联合组的总有效率达 93.3%, 显著高于单纯浮针组(82.2%)和药物组(65.5%), 且半年复发率更低。这表明再灌注活动能强化浮针的“解结”效果, 并使长期疗效更加稳定。

3.3. 浮针与中药、针刀等疗法的联用

为增强疗效, 浮针常与中药内服外用、针刀、推拿等结合。一项研究采用浮针联合独活寄生汤加减治疗肾虚寒湿型下腰痛[23], 浮针隔日 1 次, 中药每日 1 剂, 疗程 4 周, 结果中医证候积分和腰痛评分改善均优于单用浮针或单用中药。部分医者将浮针与针刀序贯治疗: 先以针刀对腰骶部深层肌腱韧带附着处的筋结进行松解, 再以浮针于浅筋膜层扫散, 疏通经筋气血, 对复杂顽固病例收效良好。此外, 浮针配合腰部推拿正骨手法, 可先纠正小关节错缝[24], 再以浮针解筋膜之结, 体现“筋骨并重”的治疗理念。

3.4. 浮针与其他针刺疗法的比较

浮针与电针、温针灸及常规针刺的对比研究较多。一项 meta 分析纳入 12 项随机对照试验, 结果显示浮针在降低下腰痛 VAS 评分方面优于电针和常规针刺($WMD = -1.26$, $95\%CI -1.68 \sim -0.84$), 且起效时间更短。与温针灸相比, 浮针的即时镇痛效应更强, 但温针灸在寒湿证型中的长期调理作用可能更优。综合来看, 浮针的优势在于操作简便、即刻镇痛明显、患者接受度高, 尤其适合急于缓解症状、恢复工作的患者群体。

4. 浮针治疗非特异性下腰痛的可能机制

4.1. 筋膜网络与经筋实质的对应

追踪人体筋膜支架的起源, 现代生物学研究已有明确结论: 筋膜包绕人体器官并深入到器官内部构成这些器官细胞生长的基质或“床”。筋膜的功能包括但不限于: 对组织器官的分隔、固定和支撑作用; 筋膜中所含的丰富的毛细血管为各种器官细胞的代谢提供了所必需的营养成分提供了保持器官的细胞活动的内环境; 监测机体内环境的变化通过遍布筋膜中的感觉神经等功能[25]。现代筋膜学研究揭示, 人体筋膜是由胶原纤维、弹性纤维及基质构成的连续性三维张力网络, 包裹肌肉、神经、血管, 形成力学传导通路。经筋系统的循行分布与肌筋膜经线高度重合: 足太阳经筋大致对应后表线, 足少阳经筋对应侧线, 足少阴经筋对应前深线。下腰部是后表线、侧线及螺旋线的交汇区, 异常力学负荷可造成筋膜致密化、纤维排列紊乱, 形成“筋结”病灶。浮针在皮下疏松结缔组织扫散, 可以调整筋膜张力, 恢复组织间的滑动功能[26], 从而解除异常应力, 这与经筋“解结”如出一辙。

4.2. 浮针机械力传导与细胞信号转导

浮针扫散产生的机械牵张力可经筋膜网络传递至深层。体外实验表明, 机械牵拉可激活筋膜成纤维细胞的整合素—黏着斑激酶信号通路, 调节基质金属蛋白酶和胶原合成, 促进筋膜重塑[27]。动物实验也证实, 针刺刺激能使局部筋膜组织释放一氧化氮、前列腺素 E2 等物质, 舒张微血管, 改善组织缺氧。这为浮针消除筋结、缓解肌肉痉挛提供了细胞层面的解释。同时, 机械力可刺激筋膜内丰富的机械感受器, 抑制交感神经兴奋性, 降低肌肉张力, 产生即刻放松效应。

4.3. 神经调控与镇痛的筋膜机制

浮针镇痛的神经机制涉及多层面。外周层面,扫散可降低局部致痛因子(如缓激肽、P 物质)的浓度,减少伤害性感受器敏化。脊髓层面,皮下刺激优先激活 A β 纤维,通过闸门控制理论抑制 C 纤维传入,减少疼痛信号上行。脑功能成像研究发现,浮针刺激可使脑内疼痛矩阵区域(如丘脑、岛叶、前扣带皮层)的活动下降,同时激活内源性镇痛系统(如导水管周围灰质),促进脑啡肽、内啡肽释放。有研究表明,在疼痛区域周边的皮下组织进行浮针操作,当浮针在松散的皮下结缔组织下移动时,会释放生物电,这种生物电会到达受伤组织并产生反向压电效应,改变离子通道以促进缓解疼痛[28]。经筋“结”点往往位于肌肉紧张带中,局部神经血管受压,浮针解结后压迫解除,神经传导恢复正常,疼痛随之缓解。

此外,浮针留置软管[29]可产生持续微弱的物理刺激,维持筋膜局部的动态平衡,防止疼痛复发,这与经筋理论“柔筋养筋”以固本的思想相通。

5. 讨论与展望

经筋理论指导下浮针治疗非特异性下腰痛已显示出确切疗效和独特优势,尤其体现在即刻镇痛与功能恢复方面。然而,现有研究仍存在不足:

首先,经筋辨证分型标准不统一。各研究对下腰痛的经筋分型判断依赖个人经验,足太阳、足少阳、足少阴等经筋病变的分界模糊,导致取穴、疗效评估难以同质化。随着经筋理论的完善与影像学等科技的进步,建议开展例如基于剪切波弹性成像检测筋膜硬度[30] (SWE)对不同经筋证型下“结筋病灶点”生物力学特性的对比研究,探索其量化诊断标准,完善诊断标准。

其次,临床研究方法学质量有待提高。多数试验样本量小,随机分配隐藏及盲法实施不严格,影响证据级别。应设计高质量的多中心、前瞻性随机对照试验,并采用假浮针或安慰针作为对照,客观评价浮针的真实效应。根据其他相关文献研究,多数研究以视觉模拟量表(VAS)评分的变化为主要疗效指标。基于前期文献中浮针治疗非特异性下腰痛的效应量,设检验水准 $\alpha = 0.05$ (双侧)、检验效能 $1 - \beta = 0.80$,考虑 20% 的脱落率,经公式计算每组所需样本量为 62 例,两组共计 124 例。对照组设置为常规毫针刺组,选取与浮针组相同的经筋理论指导下的远端或局部腧穴进行常规针刺,以控制针刺非特异性效应。在盲法方面,由于浮针与毫针操作差异明显,难以对治疗操作者施盲,故采用评估者盲和统计分析师盲:由不参与治疗且不知分组情况的独立评估者在治疗前后进行疗效指标评估,数据统计分析亦由第三方统计人员盲态完成,从而有效控制测量偏倚和评价偏倚,保证研究结果的客观性与可靠性。

第三,机制研究深度不足。目前虽有筋膜学、神经调控等假说支持,但经筋与筋膜网络的具体对应关系、浮针扫散的最优力学参数(频率、幅度)、以及不同经筋病灶的特异性分子响应仍不清楚。需要借助离体筋膜拉伸实验、在体神经电生理记录和组学技术,构建从“经筋解结”到“筋膜重塑”的完整证据链。

第四,浮针技术规范需进一步明确。如扫散时间、留针时长、再灌注活动的具体形式和强度,均需针对不同经筋证型制定优化方案。此外,浮针与其他保守疗法的组合次序、协同机制也值得深入探讨,以形成系统化、阶梯式治疗方案。

未来可探索“经筋辨证-筋膜触诊-浮针靶向”一体化诊疗路径,借助人工智能辅助触诊识别筋结点,推广可复制的操作流程,推动浮针疗法的标准化和国际化。

6. 结语

非特异性下腰痛属经筋病范畴,浮针疗法以皮下筋膜扫散为技术核心,与经筋理论“以痛为输”“解结通筋”的理念深度契合。临床应用证实其能快速缓解疼痛、改善功能,且不良反应少。作用机制涵盖

筋膜力学调整、神经调控及局部微环境重塑。尽管尚存辨证标准化、研究质量提升等挑战,但基于经筋理论的浮针疗法无疑为本病提供了高效、安全的治疗选择,值得进一步深入研究和广泛推广。

参考文献

- [1] 刘武,姜文韬,莫樟群.基于经筋理论小针刀联合腰背肌功能锻炼治疗腰椎间盘突出症效果及对 Akt/GSK3 β 通路和疼痛的影响[J].辽宁中医药大学学报,2026,28(3): 5-10+221.
- [2] 马俊杰,胡哲,陈怡然,等.基于“以痛为输”探讨针刺刺激痛点治疗肌筋膜疼痛综合征镇痛效应机制[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(6): 162-165.
- [3] 吴银君,殷金炎,薛鹏飞,等.基于“筋膜-经筋轴”理论应用温针联合肾着汤合新定白术汤治疗寒湿痹阻型非特异性下腰痛 30 例[J].湖南中医杂志,2026,42(1): 69-73.
- [4] 陈子杰,朱浩瀚,宋醒恪,等.经筋理论视角下激痛点与结筋病灶点的异同[J].中医杂志,2026,67(9): 1023-1026.
- [5] 王艺文,盖晓丽,王德强,等.横络解结法治疗经筋病的临床应用[J].中国民间疗法,2025,33(3): 11-13.
- [6] 向官海,陶海福,孙绍裘,孙达武从“筋不束骨”论治退行性腰椎滑脱症经验[J].中国医药科学,2025,15(11): 137-140.
- [7] 吴紫烨,赵明宇,张向东,等.平乐正骨筋滞骨错理论指导下的退行性腰椎滑脱症诊疗思维[J].中医正骨,2022,34(10): 69-71.
- [8] 刘浩.电针联合壮医药线灸治疗寒湿型腰痛的临床观察[D]:[硕士学位论文].南宁:广西中医药大学,2024.
- [9] 陶鹏飞,陈平,张浩,等.名中医王海东基于“阳急则反折,阴急则俯不伸”治疗非特异性下腰痛经验[J].陕西中医,2023,44(11): 1613-1616.
- [10] 陆庆旺,周红海,田君明,等.基于文献对腰痛中医脉象特征的探讨[J].颈腰痛杂志,2024,45(1): 195-198.
- [11] 陈汐.针刺联合隔姜重灸治疗肾阳虚型慢性腰肌劳损的临床研究[D]:[硕士学位论文].沈阳:辽宁中医药大学,2023.
- [12] 马怀玉,金晖,徐浩然,等.基于数据挖掘探讨中医治疗腰痛的用药规律研究[J].中国现代医生,2025,63(35): 64-68.
- [13] 李晓宇,蔡佩瑶,王占有,等.“偶刺法针刀”治疗慢性非特异性下腰痛应用探析[J].山东中医杂志,2026,45(2): 180-184.
- [14] 余婷婷,颜宇轩,何薇.浮针疗法联合整脊疗法及颈椎牵引治疗神经根型颈椎病的临床观察[J].中国民间疗法,2026,34(5): 66-69.
- [15] 孙雅蓉,房慧琴,臧运华.浮针疗法对慢性压迫性坐骨神经损伤模型大鼠坐骨神经修复及炎症反应的影响[J].精准医学杂志,2025,40(6): 471-475.
- [16] 曲珠呷.小针刀联合浮针结合霍尔麦热灸治疗慢性颈肩腰腿痛的临床疗效观察[J].中国医药指南,2025,23(27): 143-146.
- [17] 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.
- [18] 许竞,彭建东.基于数据挖掘技术探讨《针灸大成》针灸治疗腰痛的选穴规律[J].中医临床研究,2025,17(4): 29-34.
- [19] 蒋宇,韦葛堇,覃万安,等.浮针联合运动疗法治疗非特异性下腰痛患者的临床观察[J].中国临床医生杂志,2025,53(12): 1597-1600.
- [20] 张琳,徐丽娟.浮针配合再灌注活动治疗腰椎间盘突出症 36 例临床观察[J].中国民族民间医药,2026,35(1): 96-99.
- [21] 崔书忆,鲍毅梅.针刺治疗慢性非特异性腰痛的研究进展[J].新疆中医药,2025,43(4): 120-122+126.
- [22] 戴伟怡,戴伟莉.浮针加拔罐疗法治疗急性腰痛的临床疗效[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(18): 72-74.
- [23] 陈杰阳,连松勇,黄政鸿,等.独活寄生汤加减联合体外冲击波治疗慢性非特异性下腰痛的疗效及对腰椎功能的影响[J].临床合理用药,2025,18(36): 25-28.
- [24] 宋志颇.中医针灸辅助治疗颈椎小关节错缝的临床效果[J].医药前沿,2025,15(10): 99-101.
- [25] 原林,钟世镇.人体自体检测与调控系统(筋膜学)——经络有关的解剖学基础[J].天津中医药,2004,21(5): 356-359.

-
- [26] 赵苍松, 汪涛, 唐忠宇. 浮针治疗经筋病的临床研究进展[J]. 中国民间疗法, 2026, 34(1): 117-121.
- [27] 苏丽平. 骨盆归位: 重塑盆底肌筋膜健康的关键[J]. 健康向导, 2026, 32(2): 53-54.
- [28] 陶荣贵, 龚冰冰, 黄艳芬, 等. 浮针联合自控静脉镇痛对下肢骨折老年患者术后镇痛的疗效观察[J]. 新医学, 2025, 56(1): 66-74.
- [29] 薛世伟, 闫磊, 李忱径. 浮针疗法不同留置时间对急性腰扭伤患者腰椎疼痛感和活动度的效果观察[J]. 黑龙江医药科学, 2025, 48(5): 112-113+117.
- [30] 乔妍梓, 郝磊, 王禹翰, 等. 基于质控探索运动员股四头肌肌腱剪切波弹性成像测量方法的初步研究[J]. 中国临床医学影像杂志, 2026, 37(5): 360-363.