

· 综 述 ·

# 中医正骨推拿手法分类的现状与分析

顾骐, 李金学, 朱立国, 高云, 张兴平, 王尚全, 赵敏, 蔡静怡, 曹勇, 刘洪伟

(中国中医科学院望京医院, 北京 100102)

**关键词** 正骨手法 推拿 分类

中医正骨推拿手法是指医生以手为主,按照特定的动作技巧,在患者体表进行各种专门操作,用以防治疾病的一种治疗技术或疗法。因主要是以手进行操作,故简称为手法,是中医临床上最常用的治疗方法之一。近年来,随着手法的广泛应用和技术发展,其流派和种类日趋增多,有学者统计现有各流派不同的基础手法达 150 余种以上,特定手法可达 250 多种<sup>[1]</sup>。如何对手法进行分类不仅涉及到手法自身的技术规范和学科发展,也影响到手法教学、研究、国际交流、临床疗效及安全性等问题。因此,行业内一些学者对此高度关注,提出手法分类的规范化、标准化是中医正骨推拿疗法现代化、国际化的当务之急<sup>[2-6]</sup>。本文通过文献研究和问卷调查的方法,对中医正骨推拿手法分类的现状进行了较系统的整理分析。

## 1 手法的分类现状

推拿起源于古代殷墟甲骨文中的病字,古称按摩、按跷、乔摩、拈引、案抚等,推拿一词始见于明代万全的《幼科发挥》。推拿手法经历了魏晋南北朝时期的发展,隋唐时期的兴盛,宋金元明清时期的进一步完善,清末的止步不前和新中国成立后的快速发展几个历史阶段。在几千年的发展中,由于地域的分隔、宗教的影响、武术的融合、药物的结合、研究的侧重及外来文化的渗透,形成了不同的流派。从某种意义上讲,这些必不可少的自然过程丰富了中医正骨推拿疗法的内容,促进了其发展。建国后,随着我国政治、经济和信息、出版、交通技术等的发展,正骨推拿疗法的教育、研究和学术交流蓬勃发展,百花齐放,百家争鸣,取得了长足的发展,衍生出了很多新的手法,使

手法种类和名称随之剧然增多,出现了大量同名异法、同法异名、一法多名、一名多法的现状<sup>[7]</sup>。特别是对手法的规范化命名和分类至今没有形成共识,更没有国家或行业分类标准。通过对 2009 年底以前出版的高等院校骨伤推拿学教材 39 本和主要专著 42 本以及 CNKI、万方、中医药等大型数据库检索,共检出手法 196 种,分类方法 10 余种,简略分析如下。

**1.1 根据手法作用及所针对的病种群体分类** 刘柏龄、施杞、孙树椿、石印玉、韦贵康等将手法分为骨折整复、脱位复位及筋伤理筋三大类<sup>[8-9]</sup>。刘寿山<sup>[10]</sup>则将其归纳为正骨八法(推、拿、续、整、接、掐、把、托),上骺八法(提、端、捺、正、屈、挺、扣、捏)和理筋八法(拔、戳、捻、散、捋、顺、归、合)。其中正骨八法受到更广泛的认可<sup>[11]</sup>。这种分类方法清晰明了,针对性强,将所有手法全面、合理的归属于筋、骨和关节病症的治疗当中。很多人直接将骨折整复手法和脱位复位手法统称为正骨手法或整复类手法,而将理筋手法简称为软组织手法或松解类手法,是治疗软组织损伤和保健推拿的主要手法。

**1.2 按照手法动作形态分类** 一定的运动形式是手法发挥作用的基础,而特定的运动形式则可提高手法的技巧性。张瑞明<sup>[6]</sup>把按摩手法归纳为按、摩、推、拿、颤、敲、牵、动 8 类基本手法,并指出其他的各种手法均由这 8 类基本手法变幻组合而成。多部正骨、推拿学教材以手法的动作形态将手法分为摆动、摩擦、挤压、振动和运动关节类<sup>[12]</sup>。此种分类方法有助于从动作形态、特点和目的上展现手法的特征,有利于深刻理解和快速掌握手法操作。因此,这种分类方法比较适合初学者,是目前高等院校教材中主要采用的分类方法之一。但这种分类方法也存在不足,如摆动类手法则是主要以前臂的主动运动带动腕关节运动

的一类手法,如一指禅推法、揉法等。而运动关节类手法主要针对关节在生理极限范围内作被动活动的一类手法,如摇法、扳法等。前者主要针对医者自身手法动作分类,而后者则是针对患者关节被动活动而分类,所针对的对象有所偏差,造成了分类的不统一。

**1.3 按照手法的主要作用分类** 于天源等<sup>[13]</sup>将手法归纳为放松、温通、助动和整复手法。此法以手法的主要作用分类,部分呈现了手法的功效,有利于临床上辨证施法。但是,温通属于中医药学中治则、功效的内容,与放松、助动和整复不是同一范畴的内容,分类不相称。仅将温通提出作为手法的类别之一,而将具有活血化瘀、舒筋通络、解痉止痛等作用的手法归为放松类似乎不妥。不仅因为放松一词过于简单、单纯,而且也不能含盖功效如此丰富的众多手法。特别是软组织放松类手法的作用是不确定的,往往与所刺激的穴位、部位、力度、频率及病人当时的病理状态有关。不同的手法可达到同样的目的,而同一手法也可能产生不同的治疗效果。

**1.4 根据手法作用力的方向分类** 常见的是分为垂直用力类(作用力方向与治疗部位皮肤表面互相垂直,如按法、点法、压法、掐法、揉法、一指禅指法、击法、踩跷法、拍法等)、平面用力类(在一定按压力的基础上手法移动方向与治疗部位皮肤表面互相平行,如摩法、推法、擦法、运法、刮法等)、对称合力类(在某一部位两侧对称性相对用力,如拿法、捏法、搓法、捻法、挤法、拧法等)、对抗用力类(指两个相反方向的作用力同时作用于某一部位,如扳法、拔伸法等)和复合用力类(两个以上方向的力同时作用于某一部位的手法,如背法、扳法等<sup>[14]</sup>)。这种分类以手法施力方向为依据,有助于学习者从解剖学和生物力学的角度去理解和掌握手法技巧。

**1.5 根据阴阳五行分类法** 李鸿江<sup>[3]</sup>将手法分为阴阳两类:动、刚、剧烈、重刺激类的手法均属阳,相反静、柔、缓和、轻刺激类手法均属阴。曹锡珍<sup>[15]</sup>则将手法分为阳型刚术和阴型柔术两大类。钱德金<sup>[16]</sup>以穴位、经络、经筋、脏腑学为基础,将手法归纳为据穴取点、循经取线、以筋取片、按部取面。孙龙军等<sup>[17]</sup>根据手法力度大小、作用深浅以及作用与相对的部位五行归属分类:手法作用于皮毛,力度轻浅,影响于肺,其性属金。手法操作部位在经脉者,力度略浅,影响于心,其性属火。而手法部位在肌肉,作用于脾,其

性属土。手法作用于筋腱,其性属木。作用在骨者,其性属水。而且根据五行相生相克的规律提出手法的配伍规律,例如摩、揉之后施以点按及作用于骨的手法者为金生水。因为摩擦活跃了皮部气血,再予点按可以沟通皮部气血深入于骨,温补骨膜,补阳活血。弹拨手法能促使经筋气血的运行,但易导致气血凝滞于经筋,故弹拨之后予以摩揉能促进经筋的气血向皮毛部生发,克服了经筋气血的凝滞,将这一组合关系称之为金克木。这种分类法的实质是依据操作部位的深浅和力的渗透程度而分,表面上有利于从中医理论体系中理解手法和辩证施法,但目前尚停留于理论探索的阶段,缺少临床数据支撑。

**1.6 上海分类法** 《素问·异法方宜论》有“按蹻”一词。王冰认为“按,谓抑按皮肉;蹻,谓捷举手足”。有人理解“按”为作用于人体软组织的一类手法,而“蹻”是作用于人体骨关节的一类手法。据此,上海沈国权、严隽陶<sup>[18]</sup>提出将直接作用力手法称为“抑按皮肉类手法”,而将间接作用力手法称为“捷举手足类手法”。根据力的作用方向、动作结构的异同而把“抑按皮肉类手法”分为按压类、推擦类、摩揉类、捏拿类、叩击类、振动类及托插类手法;根据关节被动运动的属性而把“捷举手足类手法”分为按脊类、环摇类、推扳类、背顶类、拔伸类、端提类和抖动类手法。此种分类的二级分类种类太多,容易混乱,过于繁琐。

**1.7 按功效分类** 南京中医药大学主编的推拿学教材按手法的作用和功效分为解痉、开窍、行气、发散和整复五大类手法。李永昌<sup>[19]</sup>则将手法分为开法、通法、和法、舒法、复法、动法、振法、补法、闭法和收法十类。这种分类法较符合中医传统的思维模式,有利于辩证施法。但是,手法是具有自身特点的治疗方法,在手法作用和机理研究相对有限和临床实践证据不足的情况下,将手法强求划归入具有某种功效的类别里有些牵强,且不能包括一些重要的手法。

**1.8 按照力的大小分类** 袁烽<sup>[20]</sup>按照手法力度大小而以级别来对手法进行分类。例如Ⅰ级:手法力度小,达皮下至筋肉间,包括按、摩、抹、擦、疏、梳、推、缠、捋、抵、振、颤法。适用于皮肤、皮下、头面部、胸腹部、胁肋、外伤时的胸背部。Ⅱ级:手法力度中等,达筋肉至骨,如扞、掐、摸、揉等法。适用于腹部、腰背部、四肢和颈、肩、髋、膝等关节。Ⅲ级:手法力度重,达筋骨深度,如压、点、叩、击、插、抖、运、摇等法。适

用于腰骶部、臀部等。Ⅳ级:专用于扳和搬法,适用于颈、腰部位。这种分类抓住手法中力这个核心,以力分类,对于指导手法施力、保障手法安全具有积极意义,只是淹没了手法的作用和动作形态特点。此外,力有大小、方向和作用点三个要素。仅仅考虑力的大小很不全面。况且力的大小不但与施术者接触患者的面积大小有关,而且与持续时间及其施力技巧等因素有关。

**1.9 根据手法的组合与否分类** 不少手法专著中将手法分为单式手法(也称基本手法,是指动作方向单一的手法,如推法、拿法等)和复式(或复合)手法(把两种或两种以上的单式手法结合起来,如拿揉法、扳法等)。这种分类反映了手法的复杂程度,是对手法种类的笼统概括。王之虹等<sup>[21]</sup>在七版推拿学教材中将手法按照基本手法、复合手法和松解复位类手法分类。此种分类虽简洁明了,但复合手法和松解复位类手法很难完全区分开,同样存在重复分类等问题。

**1.10 根据推拿手法流派分类** 从国际上讲,有中医正骨推拿、美式整脊、欧式整骨、泰式按摩、日式按摩等。中国正骨推拿历史悠久,在其漫长的发展过程中,由于其起源地域、学术渊源,师承关系,主治对象,以及地理人情等原因逐渐形成了各具特色的学术流派及分支,至今可达 20~30 种之多。例如按照地域和民族分为南派手法、北派手法、港式手法、台式按摩、傣式按摩等。按照治疗特点分为正骨推拿、点穴推拿、小儿推拿、气功推拿、足部推拿、捏筋拍打疗法、运动按摩、保健推拿、一指禅推拿、滚法推拿等流派。各个手法流派一般都具有较久的历史、独特的手法和学术理论,擅长治疗某些疾病,并在一定的地区内流传。有的推拿流派还有进一步的次级手法分类方法。

**1.11 其他分类** 除以上分类法外,正骨推拿疗法还可大致可分为主动按摩(自我按摩)和被动按摩。按照应用的年龄段分为成人推拿手法、小儿推拿手法。根据习惯应用分为一般手法、主要手法。根据治疗过程分为准备手法、治疗手法、结束手法(或整理手法)。按施术部位分为头面部手法(细分为耳部按摩、鼻部按摩、眼部按摩等)、颈部手法、腰背部手法,上肢手法,下肢手法等。以应用目的分为医疗按摩、保健按摩、康复按摩等。医疗按摩又可按学科分为儿科推拿、妇科推拿、骨伤推拿、内科推拿等。亦有人提出两型(针对肌肉和骨骼组织)、三纲(水平、垂直、顺关节)、六类(直线、回旋、单向加压、对向加压、功能活

动、非功能活动)的分类方法。

## 2 手法分类的问卷调查

针对手法分类的有关问题,于 2010 年 5 月份在全国骨伤科从业人员中进行了问卷调查。共发放问卷 300 份,回收有效问卷 276 份,回收率为 92%。调查对象含盖了全国 21 个省市自治区 35 家中医医院或骨伤专科医院的骨伤专业从业人员 204 人,推拿针灸专业 72 人,其中来自三级医院 199 人(72%),二级医院 75 人(27%),其它医院 2 人(1%)。共有正高级职称 38 人(14%),副高级职称 77 人(28%),中级职称 125 人(45%),初级职称 36 人(13%)。

**2.1 手法分类必要性的调查结果** 认为很必要的有 156 人(57%),必要的 109 人(39%),不必要的 11 人(4%)。认为有必要进行手法分类者占 96%。

**2.2 对手法分类方法的调查结果** 对根据微机联网中医药数据库和人工检索(教材和主要专著)得到的现有主要手法分类方法进行了认同度调查。结果认同度最高的分类方法是分为骨折、脱位整复手法和筋伤理筋手法(28%),如加上正骨复位、调理筋骨的分类方法,则占到 37%;其次是教科书中较常用的摆动类、摩擦类、振动类、扣击类、挤压类、运动关节类分类方法(22%)。再其次是按照放松类、温通类、助动类和整复类分类(14%)。按照基础类、复合类、松解复位类手法分类的认同者仅占 11%,其余分类方法所占的比例更低。

## 3 讨论

研究表明,目前的手法分类很多,没有统一的标准,其分类依据包括手法力度、方向、形态、阴阳,五行,作用,功效,流派,组合,针对伤病的类别等<sup>[22]</sup>。这些分类方法虽然各有一定特点,但是均存在一定的缺陷或局限性,如分类不相称、分类标准不统一等,不能得到行业内的高度共识,形成了目前实际上按照各自流派分类的现状。虽然问卷调查结果是百分之九十六的从业人员认可手法分类的必要性,但对手法分类方法认同度最高的两种分类方法(骨折、脱位整复手法和筋伤理筋手法;摆动类、摩擦类、振动类、扣击类、挤压类、运动关节类)所占比例也仅为 28% 和 22%,其余的分类方法认同度更低。究其原因,在于手法源于临床,最后还要回到临床。手法在临床上作用于人体的对象不外乎筋(包括肌肉、穴位、经络、经

筋等)、骨、关节,所以把手法按照作用对象分类,既保证了手法分类准确,归类明确,也不至于造成遗漏或重复归类,最关键的是此分类方法能更好的让施术者有针对性的选择手法。至于以动作形态分类的方法则更直观、更感性,便于初学者学习掌握,能更好的达到形似的程度。从分类方法的特点来看,前者适合临床应用,对伤病的治疗有明确的针对性,在骨伤、正骨临床专著中采用这种分类方法的较多。后者更适合于教学工作需要,便于学生从机理方面深入学习和掌握手法技巧,在推拿学教材中采用的较多。

正骨推拿疗法是以各种手法力和其它物理因素在人体局部产生直接生物学效应,以及由穴位、经络、脏腑、气血等不同环节上介导的间接调整作用来防病治病的,其根本的落脚点是力(如压力、摩擦力、振动力、弹力、旋转力、爆发力、牵拉力、复合力等),因此,目前对它的分类的依据已经从感性上对其运动形式的观察,逐步转变为对其运动本质“力”的认识。任何手法最终都要以力的形式作用于人体,力是作用的基础,是正骨推拿手法中最根本的组成物质,是手法作用和疗效的根本保证,也是各种手法技巧存在和使用的物质基础<sup>[23-24]</sup>。因此,抓住力这个核心,按照力的大小、方向和动作形态等因素对手法进行分类具有潜在的优越性。

分类是将具有共同特征(如动作形态等)归为同一类型,故分类应该是以类相从,细目要求繁而不复,略而有要,使之概念明确、归类合理,一目了然,纲举目张,便于学习掌握和临床应用<sup>[22]</sup>。手法分类科学化、标准化的研究重要性是显而易见的,它将有助于认识手法的一般规律和特殊规律,完善手法理论和学科体系,提高学习、掌握手法技能及临床应用的能力,有利于正骨推拿手法名称和技术规范化的建立,对中医正骨推拿学科的系统化、科学化发展至关重要。因此,对于手法的分类,要在以往分类研究的基础上,以中医学基本理论为指导,借助现代生物力学等现代研究,在对其内涵与外延的深入研究后,在专业学会的统一组织协调下建立起标准的现代中医手法分类体系。

#### 4 参考文献

[1] 孙立明,王遵来,李平. 推拿手法的分类与思考[J]. 针灸临床杂志,2008,24(9):51-52.  
[2] 于天源,林彩霞,薛卫国,等. 谈按摩推拿手法分类的教学方法[J]. 中医教育,2003,22(4):41-42.

[3] 李鸿江. 试论推拿手法的分类[J]. 按摩与导引,1992,37(6):37-40.  
[4] 李鸿江. 按摩与导引发展史略[J]. 按摩与导引,1991,36(1):23-27.  
[5] 罗建,温博平,丰芬. 近年来推拿手法规范化研究进展与思考[J]. 中医研究,2006,19(4):7.  
[6] 张瑞明. 关于按摩手法分类及有关问题探讨[J]. 按摩与导引,2004,20(1):6.  
[7] 李金学,孙树椿,刘秀芹等. 中医正骨推拿手法名称标准化英译的探讨[J]. 中国骨伤,2005,18(10):632-635.  
[8] 孙树椿,孙之镐. 临床骨伤科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:75-84.  
[9] 刘柏龄. 中医骨伤科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:54-71.  
[10] 北京中医药大学东直门医院. 刘寿山正骨经验[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:43-53.  
[11] 尚天裕. 中国接骨学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1995:34-39.  
[12] 曹仁发. 中医推拿学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2007:79-99.  
[13] 于天源,王晓军. 伤科推拿教程[M]. 北京:北京体育大学出版社,2008:26.  
[14] 喻慧荣. 按摩手法生物力学析微[J]. 按摩与导引,2002,18(5):4-6.  
[15] 曹锡珍. 中医按摩疗法[M]. 北京:人民体育出版社,1979:35.  
[16] 钱德金. 推拿手法归类浅见[J]. 云南中医药杂志,1986,1:29.  
[17] 孙龙军,李义秀. 推拿手法的五行分类及临床应用举隅[J]. 按摩与导引,2001,17(2):59-60.  
[18] 沈国权,严雋陶. 汉英对照推拿手法图解[M]. 上海:上海科学技术出版社,2009:7-12.  
[19] 李永昌. 中国按摩术[M]. 合肥:安徽科学技术出版社,1985:28.  
[20] 袁烽. 按摩手法分级初探[J]. 现代康复,2000,3(4):399.  
[21] 王之虹. 推拿学[M]. 北京:高等教育出版社,2007:74-109.  
[22] 魏慧强. 按摩手法的命名与分类初探[J]. 现代诊断与治疗,1990,1(1):84-91.  
[23] 郝敬红. 张开平. 浅谈推拿手法中力量与技巧的关系[J]. 云南中医学院学报,2006,29(3):29-30.  
[24] 刘智斌. 论推拿手法的刺激量[J]. 陕西中医学院学报,2002,25(3):32-33.