

· 学术探讨 ·

筋病理论探析

郝 军

(河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002)

摘 要 筋病是指以筋的病变为主的一类疾病,是骨伤科疾病的重要组成部分。因筋病的发病机理复杂,医学界至今对其尚未形成统一认识。虽然中医学对其防治有丰富的论述,但未形成系统理论。本文从筋的内涵、筋病的病因病机、筋病的证治、筋病的治则、筋病理论的临床应用几个方面对筋病理论进行了阐释。

关键词 筋 筋病理论 中医学术发掘 中医基础理论研究

随着人类生活方式的改变及老龄化社会的到来,以肢体疼痛和功能失用为主要临床表现的筋病已发展成为临床常见病,近年来呈现出高发病率和年轻化的趋势。此类疾病发病机理复杂,医学界至今对其尚未形成统一认识。中医学将其统称为“筋病”,对其防治虽有丰富的论述,但未形成系统理论。全面阐释筋病理论的思想内涵,可以为我们治疗筋病提供全新的视角。兹将筋病理论简述于下,以飨同道。

1 筋的内涵

古代典籍对筋的认识较多,《易筋经》云:“筋乃人身之经络,骨节之外,肌肉之内,四肢百骸,无处非筋,无处非络,联络周身,通行血脉而为精神之外辅^[1]。”可见“筋”是广泛分布于身体各部而维持人体结构和维系人体活动的组织。《说文解字》对筋的解释是:“肉之力也。从月从力,所以明其义也。从竹者,以竹之为物多节,所以明其形也”^[2]。从竹,说明筋可以有竹节样的外形变化。从力,指出了随着筋出现竹节样外形变化的同时,可以产生力量。从月肉,则明确了筋是软组织。在人体活动中,筋可随人的意志伸缩变形并产生力量,牵拉肢体产生相应活动,相当于现代医学所指的骨骼肌。《灵枢·经脉》曰:“骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙,皮肤坚而毛发长。”说明“筋”与皮、肉、骨、脉共同组成人体的躯壳,维持人体形态,起到保护五脏六腑免受外来损伤的作用。《素问·痿论》又提出:“宗筋主束骨而利机关也。”《杂病源流犀烛》则曰:“筋也者,所以束节络骨,绊肉绷皮,为一身之关纽,利全体之运动者也”^[3]。束者约束也,束骨即指骨的关节联结,说明筋的功能主要是连属关节、络缀形体,主司关节运动。

中医理论中的“筋”与现代解剖学中哪些机体结

构相对应一直存有争议。从现代解剖学来理解中医“筋”的概念,筋主要包括人体骨骼周围的皮肤、皮下组织、肌腱、筋膜、关节囊、韧带、腱鞘、血管、椎间盘、关节软骨等软组织系统和神经系统。筋是包含软组织系统和神经系统在内的、能够完成人体运动功能的综合体。现代生物力学认为,人体的骨、关节、韧带为静力性系统,而附着于其上的骨骼肌则为动力性系统,在神经系统的调节下,静力性系统和动力性系统之间的平衡关系犹如桅杆和缆绳,两者协调配合才能保持人体的姿势和发挥运动功能,其中任何环节遭受破坏,均可引起或诱发平衡状态的丧失,而导致筋病^[4]。

2 筋病的病因病机

筋病是指以肢体疼痛和功能失用为主要临床表现的一类疾病,是骨伤科疾病的重要组成部分。筋病的致病因素较多且复杂,但不外乎外因和内因两大类。临床上应正确处理内因和外因的关系,从而做到“辨证求因”“审因论治”。外因包括直接暴力、间接暴力、慢性劳损及风寒湿等邪气侵袭,是筋病的主要致病因素。直接暴力如棍棒打击、碾轧撞击等常导致筋的挫伤。间接暴力如肌肉的急剧、强烈而不协调的收缩和牵拉,常引起肌腱、肌肉、韧带的撕裂和断裂。长期、单调和反复的动作,作用于人体某一部位可改变正常的经筋运动力线,导致关节周围肌肉牵张力不平衡,从而导致肌肉积劳成伤。劳损性筋病好发于活动较频繁的关节和负重部位。内因是指受人体内部因素影响而致筋病的因素,即正气不足。筋病常与身体素质、生理特点和病理因素有十分密切的关系。体质的强弱和筋病的发生有密切关系,体质强壮,气血旺盛,肝肾充实,筋骨则强盛,承受外界暴力和风寒湿邪侵袭的能力就强,因此也就不易发生筋病;而体弱

多病,气血虚弱,肝肾不足,筋骨则痿软,承受外界暴力和风寒湿邪侵袭的能力就弱,则易发生筋病。单独因风、寒、湿邪侵袭导致筋病临床上较少见。此外,筋病的发生与人体骨骼关节的形状和力学结构也有关。

3 筋病的证治

临床上常见的筋病有筋伤、筋痹、筋痿、筋挛、经筋病等。

筋伤是由各种外伤以及风寒湿邪侵袭等原因造成的人体筋的伤害。外来暴力、强力扭转、牵拉压迫、跌仆损伤、慢性劳损等均可导致筋伤。症见伤后局部肿胀疼痛,色呈青紫,甚则关节功能障碍、屈伸不利。包括古文献上描述的筋断、筋走、筋翻、筋转、筋强等。筋伤按不同形式分,可分为扭伤、挫伤 2 类;按病理变化分,可分为瘀血凝滞、筋位异常、筋断裂等类型;从病程分,可分为急性筋伤及慢性筋伤。肌肉和韧带的扭伤与拉伤、肌腱的断裂、滑囊炎、滑膜炎、筋膜炎、关节错缝、神经损伤等均属筋伤范畴。

筋痹属于痹证,疼痛和运动障碍为其特点。《素问·痹论篇》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。以春遇者为筋痹。”《素问·长刺节论》也指出:“病在筋,筋挛节痛,不可以行。”筋痹是因禀赋不足,久病体弱,或其他痹病日久,迁延不愈,导致正气不足,风寒湿热之邪客于筋脉,或外伤于筋,或痰湿流注筋脉,气血闭阻,致临床以筋急拘挛、抽掣疼痛、关节屈曲不利、腰背强直、步履艰难等为主要表现的一种病证。本病的病位主要在筋,可涉及经脉、肌肉、骨节,与肝、肾等脏腑关系密切。相当于现代医学所指肌痹病、风湿性关节炎、类风湿关节炎、肌肉劳损、纤维肌痛症、嗜酸性粒细胞性筋膜炎、坐骨神经痛等病。

筋痿以肢体挛急,屈不能伸,渐至萎弱不用为主要表现的一类病证。《素问·痿论篇》曰:“肝气热,则胆泄口苦筋膜干,筋膜干则筋急而挛,发为筋痿。”《素问·生气通天论篇》言:“湿热不攘,大筋奭短,小筋弛长,奭短为拘,弛长为痿。”《素问·痿论篇》云:“思想无穷,所愿不得,意淫于外,入房太甚,宗筋弛纵,发为筋痿,及为白淫。”中医认为筋痿发生的原因颇多,归结起来为各种原因耗伤五脏精气,致使精血津液亏损,而五脏受损,功能失调,生化乏源,又加重精血津液的不足,筋脉肌肉失养而弛纵,不能束骨而利关节,以致肌肉软弱无力,消瘦枯萎,发为筋痿。现代医学所指的重症肌无力、周围神经损伤、阳痿、颈腰

椎压缩骨折合并截瘫等病属筋痿范畴。

筋挛即筋癭,指肢体筋脉挛急、蜷曲不能伸直。多由外感寒湿或血少津亏,经脉失于营养所致,也称痉挛。《灵枢经·刺节真邪》曰:“虚邪之中人也,洒淅动形,起毫毛而发腠理。搏于筋,则为筋挛。”指出筋挛系虚邪搏于筋所致。《素问·皮部论》云:“邪之始入于皮毛也,其留于筋骨之间,寒多则筋挛骨痛。”此言寒邪入皮毛,侵筋骨而致筋挛。筋挛致病因素较多,除感外邪因素外亦可由津血亏虚、筋脉失荣致病。其因有霍乱而致者,有因误汗而致者,有因阳虚而致者;其证有热有寒,有虚有实。现代医学中的关节术后僵硬、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、股骨头坏死等疾病属筋挛范畴。

经筋病是指发生在人体肌肉、肌腱、关节滑膜等部位的急慢性病证,一般表现为:沿经脉分布发生肌肉系统病变,病人有酸胀、重滞、疲乏、麻木、疼痛、乏力、困倦等感觉,可伴有不同程度的功能障碍。《灵枢·经筋》说:“经筋之病,寒则反折筋急,热则弛纵不收,阴痿不用。阳急则反折,阴急则俯不伸。”此即指出经筋病的寒热不同症状。《灵枢·刺节真邪》曰:“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经,令之不通。”说明虚实病邪作用于经筋而致经络不通而为病。长期、反复过度劳累,不协调运动,使局部经筋处于劳损状态,劳损的经筋出现保护性痉挛,痉挛又加重了经筋的损伤,使全身的经筋运动力线失衡,进而损伤关节附近韧带、肌腱、筋膜和肌肉等,致筋路受阻、气血瘀滞、营养不良、神经传导不畅及紊乱。现代医学中的颈椎病、腰椎病、骨性关节炎及骨质疏松等病属经筋病范畴。

4 筋病的治则

4.1 治筋——重视整体观念 整体观念、辨证论治是中医学理论体系的两个基本特点,也是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则。在治疗筋病的过程中,也要遵循整体观念、辨证论治的原则。筋附着于骨,能连接关节,络缀形体,主司关节运动,即“筋能束骨”。肝主筋,肾主骨,故有“肝肾同源”之说。筋骨密切相连,治疗时不应单纯以治筋或治骨为主,而应筋骨并重,从而达到软组织平衡的目的^[5]。“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。”无论跌打损伤,还是外邪侵袭,损伤筋骨,经络受损,将使气血紊乱,严重消耗津液,伤及内脏。若脏腑气血受损,

可导致经络失调,加重外伤病情。所以在治疗筋病的过程中应把握“整体观念”“内外兼治”的原则,既要外治筋骨、皮肉的损伤,又要治疗内脏、气血的病变。

4.2 调筋——注重力学平衡观 局部活动过度、长期保持单一姿势以及不协调的运动等均会改变正常的经筋运动力线,导致关节周围肌肉牵张力不平衡。这种不平衡往往会引起关节内外应力状态发生适应性改变,进而改变关节的正常力学状态,出现筋膜和肌肉的代偿性增生、肥厚,以致出现筋肉酸楚、疼痛、麻木、拘挛、活动受限等,因而在治疗筋病时应注重力学的平衡观。通过各种手段对病变软组织进行松解、剥离,从而恢复关节内外应力平衡,以此来矫正筋病,或通过固定、牵引等改变经筋力线上的点以“正骨”,来达到“柔筋”之目的,即“骨正则筋柔”。

4.3 养筋——重视自我锻炼 练功即养筋,是防治筋病不可缺少的方法,通过加强机体自身的调节能力和代偿功能而达到防治筋病之目的。在日常劳作和生活中,应避免来自外力的伤害,如强力扭伤、牵拉、挤压等,避免长时间处于某一固定的姿势及重复某一单调反复的动作,以免引起劳损;避免风寒湿邪的侵袭,以免诱发或加重筋病。合理的功能锻炼能推动气血流通,促进去瘀生新,使筋骨关节得到滋养,有利于慢性筋病的修复。五禽戏、太极拳、易筋经是我国传统的自我身心锻炼功法,它们是在人的意识主导下的形体、呼吸相结合的内向身体系统运动,肢体的屈伸拧转、关节筋络的牵拉拉伸,肌肉的紧张放松,一定周期的训练可使人达到“筋膜腾起、骨节灵通”的内在体感境界^[6]。

5 筋病理论的临床应用

5.1 在非手术疗法中的应用 皮牵引能够平衡患肢肌力,恢复机体生物力线,降低关节内压力,从而减轻骨关节周围的水肿及筋脉挛缩或松弛不稳而致的不平衡改变;小针刀着眼于软组织松解,可以改善关节的畸形与功能障碍;轻手法松筋活络,重手法松动关节;中药熏洗可以达到活血化瘀、行气散结、消肿止痛之目的。张媛等^[7]以“肝生筋”“肝主身之筋膜”为理论依据,从整体观念出发,以“调肝”入手治疗类风湿关节炎,从而达到缓解关节疼痛、消除肿胀、缩短晨僵时间、延缓或阻止关节变形的目的。韦英才^[8]采用经筋手法、经筋针刺法加拔罐疗法即经筋三联疗法治疗髌骨软化症患者 100 例,取得了满意的疗效,为髌骨

软化症开辟了一条“骨病治筋”的治疗新途径。梁恬等^[9]研究认为,三步理筋手法可以改善椎间盘的应力环境,改善突出椎间盘组织对神经根的压迫和激惹;通过辨证施力,调整颈椎的静力性平衡和部分动力性平衡,清除异常应力,纠正力线,舒筋通络,使气机运行通畅,气血调和,从而达到恢复颈椎功能的目的。梁树勇等^[10]采用经筋疗法治疗膝关节骨性关节炎,可以达到“结解则松,筋松则顺,筋顺则动,动则不痛”的理想功效,方法简单,疗效显著。李健等^[11]采用柔筋通脉法治疗颞下颌关节功能紊乱疗效确切,认为柔筋能使筋松而柔,使筋得其所养,则可恢复原有功能;治疗该病,除了柔筋之外,还要通脉,经脉疏通,则气血运行畅通,通则不痛,症状减轻甚至消失;强调柔筋与通脉并重,二者能互相促进。

5.2 在手术和康复中的应用 ①脊柱方面:李志刚等^[12]通过对髂腰韧带的形态学研究认为,髂腰韧带在防止 L₅ 椎体向前滑脱中起着重要的作用,并认为可以从加强髂腰韧带的角度去预防和治疗 L₅ 椎体滑脱。吴育俊等^[13]指出生物力学因素是导致椎间盘退变的最重要的病理因素;认为生物治疗为阻止或逆转椎间盘退变及使椎间盘组织再生提供了可能。朱清广等^[14]研究认为,通过推拿手法治疗骶髂关节紊乱,可以调整骶髂关节的前后错位,恢复韧带及肌肉的生物力学性能,从而恢复骶髂关节的静力性和动力性稳定,为整个脊柱的稳定提供生物力学稳定。②关节方面:宋雅伟等^[15]详细总结了股骨颈骨折的研究方法,更精确地分析出股骨颈的应力分布,为今后人们对股骨颈骨折的康复和预防研究提供依据。王昶等^[16]通过分析 50 例患者的髋臼负重区角度与髋关节骨性关节炎的关系,认为在实施骨盆截骨术时,将髋臼负重区角度控制在 3.75° 时术后髋关节间隙变窄最小、治疗效果最好。③新型材料方面:郭媛等^[17]从生物力学角度对人工膝关节假体的类型和材料、假体生物力学性能等进行了详尽的综述,同时指出了人工膝关节置换和目前研究中存在的问题,并对其未来的发展方向进行了一定的预测。刘志元^[18]通过对膝关节及膝关节韧带进行生物力学分析,认为具有表面羟基磷灰石涂层无螺纹的假体的松动率最低,是最适宜的假体置换材料。郭建营^[19]研究认为,随着细胞生物学、分子生物学技术的进步以及基因疗法等方法的应用,肌腱韧带损伤修复的研究必将进入崭新阶段,也

为踝关节韧带生物材料的妥善运用提供了可能和依据。④康复治疗方面:陶澄等^[20]通过对人膝关节后交叉韧带及移植物进行生物力学测试,探讨了韧带张力与屈膝角度和负荷的关系,为临床康复治疗提供了理论依据。张旻等^[21]研究认为,内侧间室膝骨性关节炎患者下肢关节生物力学结构发生变化,步行过程中的膝关节所受的压力明显高于正常人群,为其康复评定及治疗提供客观评价依据。⑤其他经筋损伤方面:杨金星等^[22]研究认为,髌髌骨间韧带对维持髌髌关节的稳定起着重要的作用,可有效防止髌髌关节在前后、垂直及内旋方向的移位,为临床治疗髌髌关节周围韧带损伤提供了理论依据。张焱等^[23]等通过生物力学研究,认为应用半腱肌肌腱重建膝关节后外侧角能有效恢复膝关节静力性稳定,是一种理想的膝关节后外侧角重建方法。

5.3 在其他方面的应用 ①治疗骨质疏松症方面:倪向利^[24]在全面分析骨质疏松症传统病因病理的基础上,着重从运动生物力学角度对该病进行了再认识,提出了防治骨质疏松症的运动生物力学途径,即克服阻力运动与电磁疗法。②体育运动方面:李小华等^[25]认为将运动生物力学应用到高校体育教学和训练中,有利于学生认识和把握动作的本质规律,提高学习和训练效果。

综上所述,正确地理解筋病理论是临床应用的前提和基础。进一步全面深入地探讨和阐释筋病理论,将有利于指导筋病的临床治疗,也有利于拓展治疗筋病的思路。

6 参考文献

- [1] 张瑶. 增演易筋洗髓内功图说[M]. 太原:山西科学技术出版社,2009:14.
- [2] 说文解字大全集编委会. 新编说文解字大全集[M]. 北京:中国华侨出版社,2011:443.
- [3] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京:中国中医药出版社,1994:397.
- [4] 刘乃刚,郭长青. 经筋实质阐释[J]. 江苏中医,2010,42(8):7-8.
- [5] 郝军,高文香,邹春雨. “筋为骨用”理论方法治疗膝骨性关节炎 80 例临床观察[J]. 中医杂志,2009,50(2):139-141.
- [6] 李厚臣,杨晓倩,汤立新. 经筋理论概述[J]. 中国中医药现代远程教育,2009,7(11):4-6.
- [7] 张媛,于清宏. 肝主筋理论对类风湿关节炎发病的验证

- 意义[J]. 实用中医内科杂志,2011,25(1):33-34.
- [8] 韦英才. 从经筋论治髌骨软化症[J]. 四川中医,2006,24(11):78-79.
- [9] 梁恬,席芳琴,陈欣. 三步理筋手法治疗神经根型颈椎病的临床经验[J]. 中国民间疗法杂志,2010,23(12):55-56.
- [10] 梁树勇,韦英才. 经筋疗法治疗膝关节骨性关节炎 80 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2008,29(3):9-10.
- [11] 李健,张雪岭. 柔筋通脉法治疗颞颌关节功能紊乱的临床观察[J]. 中医药导报,2011,17(4):79-80.
- [12] 李志刚,郑连杰,李光灿,等. 腰骶椎终板生物力学特性的实验研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2007,17(3):210-213.
- [13] 吴育俊,宋建榕. 椎间盘退变生物力学的研究[J]. 医学综述,2007,13(24):1928-1930.
- [14] 朱清广,房敏,沈国权,等. 推拿治疗髌髌关节紊乱生物力学效应[J]. 颈腰痛杂志,2009,30(2):163-166.
- [15] 宋雅伟,王昱,戎科,等. 股骨颈骨折的组织修复:生物力学、数字化技术及其植入物治疗[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(13):2453-2456.
- [16] 王昶,罗荣城,王立胜,等. 生物力学在骨盆截骨术中的应用[J]. 山西医科大学学报,2011,42(3):252-254.
- [17] 郭媛,史俊芬,陈维毅. 人工膝关节置换中的生物力学研究进展[J]. 力学进展,2007,37(3):465-471.
- [18] 刘志元. 膝关节损伤生物材料及其生物力学特点[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2009,13(42):8361-8364.
- [19] 郭建营. 生物材料与踝关节损伤生物力学特点及应用[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(29):5455-5458.
- [20] 陶澄,兰纯娜,何爱咏,等. 人膝关节后交叉韧带重建后康复治疗的生物力学研究[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(7):602-604.
- [21] 张旻,江澜. 内侧间室膝骨性关节炎的下肢关节生物力学变化[J]. 中国康复,2011,26(1):36-38.
- [22] 杨金星,王大平,刘照华. 髌髌骨间韧带的生物力学分析[J]. 中国医药指南,2010,8(20):200-201.
- [23] 张焱,杨滨,杨柳. 自体半腱肌肌腱重建膝关节后外侧角的生物力学研究[J]. 重庆医学,2011,40(10):961-963.
- [24] 倪向利. 骨质疏松症的运动生物力学疗法[J]. 山西师大体育学院学报,2007,22(1):142-144.
- [25] 李小华,刘光双,周颖. 运动生物力学在体育教学和训练中的应用研究[J]. 体育科技文献通报,2007,15(3):5-6,13.