

一本涵盖颈椎病、腰椎间盘突出症、肩关节周围炎等
慢性筋骨病在内的养生保健枕边书

筋酸痛怎么办

——施杞教你养筋骨

主 审 施 杞
主 编 程少丹
副主编 胡志俊 唐占英 李晓锋

施氏十二字养生功
五行健骨操

慢性筋骨病运动疗法
慢性筋骨病功法锻炼



上海科学技术出版社

主 审 施 杞
主 编 程 少 丹
副 主 编 胡 志 俊
唐 占 英
李 晓 锋

筋酸骨痛怎么办

——施杞教你养筋骨

上海科学技术出版社



图书在版编目(CIP)数据

筋酸痛怎么办: 施杞教你养筋骨/程少丹主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2014. 4

ISBN 978-7-5478-2173-2

I. ①筋... II. ①程... III. ①筋膜疾病-养生(中医)

②骨疾病-养生(中医) IV. ①R212②R274

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第048099号

本书获以下项目资助:

上海科普教育发展基金会资助项目(编号: A2012030)

上海市静安区科学技术协会科普项目(编号: 2012020)

筋酸痛怎么办 ——施杞教你养筋骨

主 审 施 杞

主 编 程少丹

副主编 胡志俊 唐占英 李晓锋

上海世纪出版股份有限公司 出版
上 海 科 学 技 术 出 版 社

(上海钦州南路71号 邮政编码200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路193号 www.ewen.cc

常熟市兴达印刷有限公司印刷

开本: 700×1000 1/16 印张 11.25

字数: 140 千字

2014年4月第1版 2014年4月第1次印刷

ISBN 978-7-5478-2173-2/R·714

定价: 20.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向承印厂联系调换

内 容 提 要

本书为科普读物，全书分为上、下两篇。上篇概述了慢性筋骨病的概念、慢性筋骨病的中医养生，以及运动、针灸、推拿、拔罐、膏方、饮食及理疗等慢性筋骨病常用的养生方法；下篇详细介绍了颈椎病、腰椎间盘突出症、腰椎滑脱、腰椎管狭窄症、强直性脊柱炎、肩关节周围炎、网球肘、腕管综合征、腱鞘炎、股骨头坏死、膝骨关节炎、踝关节扭伤、骨质疏松症及类风湿关节炎共14种常见慢性筋骨病的中医养生方法。这些养生方法以施杞教授的经验为主，同时也有上海伤科八大家之陆氏伤科等其他学术流派的治伤特色。

全书图文并茂，内容简明扼要，文字通俗易懂，适用于各级骨伤科、康复保健科等相关学科的医务工作者，以及广大慢性筋骨病患者和其家属参考阅读。

序 言

慢性筋骨病是临床常见疾病，具有患病率高、复发率高以及危害性大等“二高一大”的特点，如常见的颈腰椎病，其患病率已超过人群的25%，不仅严重地影响了患者的生活和工作质量，部分患者甚至出现不同的残废。值得注意的是这类以慢性退行病变为特点的疾病，随着我国社会人口老龄化的日益凸显，其患病人群总量也在与日俱增。不仅如此，由于慢性筋骨病的发生与感受外邪、劳损体虚密切相关，现代由于空调、电脑的广泛使用，驾车，长时间伏案工作，久坐等原因，加之工作压力带来的心身疲惫，因而这类疾病的危害人群也日渐年轻化。总之，如何预防和缓减本病的发生发展不仅是一项具有重要意义的科学命题，也有着迫切的社会需求。我们在长期实践中感悟到慢性筋骨病的防治是一个在个体化基础上的系统工程，包括未病先防、既病防变、病重防残、病缓防复，强调四期一体论，灵活变通，不可分割。

根据慢性筋骨病的发病机制，我们提出从痹施治的观点。由于感受风、寒、湿、热等外邪，加之长期劳损或年龄老化，筋骨自然退变增加，均可导致肢体损于外，气血伤于内，脏腑随之不和，经脉闭阻而不通，气血津精脏腑亏虚，筋骨平衡失调。我们在努力继承中医药学过程中，积极弘扬石氏伤科学术思想，在整体观指导下形成“气血为纲，内外兼顾，筋骨并重，脏腑调摄，动静结合，心身同治，方技并举”的防、治、养相结合的整体调衡方案，以冀达到气血调和、筋骨平衡。在内服外用方药的同时施行“平衡手法”“平衡导引”，获得较好防治养生效果。我的学生程少丹博士，天资聪敏、勤奋好学，中医骨伤功底深厚，又善博采众长。他在认真总结我们学术团队多年积累的系列研究成果的同时，又吸纳同行临证经验，并撰编成册，条分缕析，理论联系实际，故本书是一本嘉惠读者的优秀科普著作。昔唐代杨巨源有《城东早春》诗曰：“诗家清景在新春，绿柳才黄半未匀。若待上林花似锦，出



门俱是看花人。”后生可畏可爱，继往开来，实现中医药事业振兴之梦的队伍必将浩浩荡荡，我在感谢程少丹博士将我点滴经验介绍给广大读者、造福民众的同时，也恳请大家提出宝贵意见，使之臻至完善。斯以为序。

施杞

于上海中医药大学脊柱病研究所

2014年3月

前言

中医历来重视养生保健。《内经》有曰：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！”“上工治未病，中工治欲病，下工治已病”，即医术最高明的医生并不是擅长治病的人，而是能够预防疾病的人。晋代葛洪在《抱朴子·地真》中指出：“是以圣人消未起之患，治未病之疾，医之于无事之前，不追于既逝之后。”元代朱震亨在《格致余论》中说：“与其求疗于有病之后，不若摄养于无疾之先；盖疾成而后药者，徒劳而已；是故已病而不治，所以为医家之怯；未病而先治，所以明摄生之理。”

随着物质生活水平的不断提高，民众对养生保健的重视达到前所未有的程度。然而，目前充斥市场的养生药食、养生讲座、养生书籍却乱象丛生、良莠不齐。广大民众热切期望专业领域的名老专家能够给予指导。施杞教授是我国中医骨伤界的一代大家，笔者有幸立雪施门。博士3年，临证抄方，侍诊左右，对施师经验略知一二。施师提出“动力失衡为先、静力失衡为主”的慢性脊柱病新的发病学说和“从痹论治”慢性筋骨病的学术思想，治病向来主张“养（调）治结合”，创立了恢复筋骨平衡的“三步九法”推拿手法和养生保健的“施氏十二字养生功”，形成了“调身通痹”“调心通痹”等系列内服调养汤剂和“益元舒筋”“益元通脉”“益元温经”及“延龄固本”等系列调养膏方。“三步九法”经过多年临床探索，应用到人体各个部位，产生了“整颈三步九法”“整腰三步九法”“整肩三步九法”及“整膝三步九法”等推拿方案；“施氏十二字养生功”被列入上海市适宜技术，已在全市做了推广。内服汤剂和膏方已成为上海中医药大学附属龙华医院的特色方药。

施师非常重视科普工作，曾先后主编出版《颈椎病与腰椎病》《施杞谈颈椎病》等科普读物，深受医患欢迎。笔者读博期间，目睹病患经老

师调治，无不验，即有将老师养生保健经验全面总结、出版科普读物之想。然而由于学业繁忙，时间有限，未能成行。待博士毕业，专注于临床工作后，将老师经验应用于病患，亦能应验。大多数颈肩腰腿痛等慢性筋骨病是“三分治疗，七分保养”，经治疗后，一般都有效，可以恢复正常，但如果患者不注意，过度劳累或受凉，又非常容易复发。很多患者问笔者什么是最有效的治疗方法，笔者告诉他们最有效的方法是“自己保养”。但是怎么保养呢？一时半会又很难解释全面。笔者认为科普读物的作用将会比口头的解释更为有效。于是整理总结老师养生保健经验、出版科普读物之念愈发强烈。

本书有幸得到上海科普教育发展基金会科普读物项目和上海市静安区科学技术协会科普项目资助，故笔者当即着手总结老师经验，开始科普读物撰写工作。历经两年，终于完稿。本书内容以施杞教授经验为主，同时也有上海伤科八大家之陆氏伤科等其他学术流派的治伤特色。

在本书的编写过程中，首先要感谢老师的耐心指导和审阅，本书框架，常见病种选择等，老师都一一进行指导。老师既主审本书，又为本书写了精彩的序言，使得本书的内容更加丰富。其次要感谢上海科普教育发展基金会和上海市静安区科学技术协会的资助，使得书稿能在较短时间内完成。在书稿的撰写过程中，吴弢、莫文、高翔、张霆、唐德志、许金海等老师及师兄弟也整理了部分章节，使得书稿内容更加丰满，在此表示感谢。还要感谢上海科学技术出版社，使本书得以顺利出版。徐国平推拿师为书中各种锻炼方法做了示范，陈玲玲编辑对各种锻炼方法进行了摄影，一并表示感谢！

虽然我们尽可能全面地对施师慢性筋骨病中医养生经验进行总结，但纰漏在所难免，敬请专家、同道和广大读者给予批评指正！

程少丹

2014年3月

目 录

上篇 慢性筋骨病漫谈/1

什么是慢性筋骨病/2

慢性筋骨病概述/2

慢性筋骨病的病因病机/2

慢性筋骨病的常见症状/3

慢性筋骨病为何要进行中医养生/10

慢性筋骨病的中医养生作用/10

慢性筋骨病的中医养生特点/12

慢性筋骨病的中医养生误区/15

慢性筋骨病常用的养生方法/17

运动养生/17

推拿养生/31

针灸养生/35

拔罐养生/37

膏方养生/41

饮食养生/46

理疗养生/48

下篇 慢性筋骨病养生秘诀/63

颈椎病/64

腰椎间盘突出症/80

腰椎滑脱/94

腰椎管狭窄症/98

强直性脊柱炎/103

肩关节周围炎/110

网球肘/122

腕管综合征/127

腱鞘炎/131

股骨头坏死/135

膝骨关节炎/146

踝关节扭伤/153

骨质疏松症/158

类风湿关节炎/165

筋酸骨痛怎么办

上篇 慢性筋骨病漫谈



此为试读, 需要完整PDF请访问 www.ertongbook.com

什么是慢性筋骨病

慢性筋骨病概述

在中医骨伤科领域里，“筋”的含义相当广，它概括了除骨以外的皮、肉、筋(筋膜、筋络、筋腱)、脉等组织，相当于西医学中的肌肉、筋膜、韧带、肌腱、关节囊、软骨、神经、血管的统称，同时包括了《灵枢·经脉》所言的十二经筋。筋具有连属关节，络缀形体，主司关节运动的功能。骨属于奇恒之腑，包括骨骼与关节。骨性坚刚，为人身的支架。故《灵枢·经脉》曰：“骨为干……筋为刚。”筋的功能坚劲刚强，能约束骨骼。《杂病源流犀烛·筋骨皮肉毛发病源流》云：“所以屈伸行动，皆筋为之。”因此，筋能调节躯体和四肢的活动。骨不仅可支持形体，保卫内脏，是人体之支架，为筋起止之所，还内藏精髓，与肾气有密切关系。故《素问·脉要精微论篇》曰：“骨者，髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。”骨居筋内，筋位骨外。筋为机体活动的动力、联络之纽带；骨为全身之支架。筋络骨，骨连筋。筋病影响肢体活动，骨病则引起负重及支架功能障碍。伤筋可影响到骨，伤骨必伴有不同程度的伤筋。故筋骨病基本上涵盖了大多数中医骨伤科疾病。慢性筋骨病(骨退行性病变)主要包括脊柱、骨与关节退变性疾病及其继发性损伤。

慢性筋骨病的病因病机

筋骨病的病因是指引起人体筋骨损伤发病的原因，或称为筋骨病的致病因素。自张仲景《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》言：“千般疾难，不越三条：一者，经络受邪，入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、

虫兽所伤。以此详之，病由都尽。”至宋代陈无择《三因极一病证方论·三因论》提出：“然六淫，天之常气，冒之则先自经络流入，内合于脏腑，为外所因；七情，人之常性，动之则先自脏腑郁发，外形于肢体，为内所因；其如饮食饥饱，叫呼伤气，尽神度量，疲极筋力，阴阳违逆，乃至虎、野狼、毒虫，金疮痿圻，疰忤附着，畏压溺等，有悖常理，为不内外因。”中医将各类疾病的病因归为：内因、外因、不内外因。内因即七情内因，包括年龄、性别、体质、解剖结构、先天因素、病理因素、职业工种、七情内伤。外因即六淫外因，即人体感受风、寒、暑、湿、燥、火等自然界六种不同的病邪而发病。不内外因包括房事劳损、外力损伤和邪毒感染。

明代薛己在《正体类要·序》中指出：“肢体损于外，则气血伤于内，荣卫有所不贯，脏腑由之不和。”筋骨损伤可引起气血瘀滞，经络阻塞，津液亏损，或瘀血邪毒由表入里，而致脏腑不和；亦可由于脏腑不和由里达表引起经络、气血、津液病变，导致筋骨损伤。体现了中医骨伤科对筋骨病的整体观。

筋束骨，骨张筋。《素问·五脏生成篇》说：“诸筋骨皆属于节。”说明人体之筋都附着于骨上，大筋联络关节，小筋附于骨外。《医宗金鉴·正骨心法要旨》对其论述更为详细，如跟骨“其筋从跟骨过踝到腿肚里”。“筋为刚”，筋性韧劲有力，连属关节，络缀形体。“筋，束骨利机关”，使全身关节活动自如，刚劲有力，主一身之运动。骨为奇恒之腑，《内经》曰“骨为干”。《医宗金鉴·正骨心法要旨》宗《内经》之说具体指出：巅顶骨等颅骨“内含脑髓”，脊椎骨等“下尽尻骨之端，上载两肩，内系脏腑，其两旁诸骨，附接横叠，而弯合于前，则为胸胁也”。骨性刚强，既可支持形体，又能保卫内脏，是人体之支架，为筋起止之所。筋束骨，骨张筋，互相协作进行人体正常运动。

慢性筋骨病的常见症状

慢性筋骨病的常见症状包括：疼痛、肿胀、麻木、眩晕、痉证、痿证等。

疼痛

“疼痛”是一种令人不快的感觉和情绪上的主观感受。对患者而言，“疼痛”一方面是机体面临刺激或疾病的报警信号，另一方面又是影响生活质量的重要因素之一，更是促使其到医院就诊的最主要的原因。因此，世界卫生组织将“疼痛”确定为继血压、呼吸、脉搏、体温之后的“第五大生命体征”。

慢性筋骨病最主要的症状是疼痛。2007年，国际疼痛研究协会对疼痛进行了新的定义：疼痛是与实际或潜在的组织损伤相关联的不愉快的感觉和情绪体验，或用组织损伤的词汇来描述的自觉症状。疼痛与其他感觉一样，是由一定的(伤害性)刺激作用于外周感受器，然后转变成神经冲动循相应的感觉传入通路进入中枢神经系统，经脊髓、脑干、间脑到大脑边缘系统和大脑皮质，通过各级中枢整合后产生疼痛感觉和疼痛反应。外周组织释放和生成多种化学和细胞因子，参与激活和调制伤害性感受器，其包括：①组织损伤产物，如：缓激肽、前列腺素、5-羟色胺、组胺、乙酰胆碱、腺苷三磷酸(ATP)、氢离子和钾离子等。②感觉神经末梢释放的谷氨酸、P物质、降钙素基因相关肽、甘丙肽、胆囊收缩素、促生长素抑制素和一氧化氮等。③交感神经释放的神经肽Y、去甲肾上腺素和花生四烯酸代谢物等。④免疫细胞产物，如白细胞介素、阿片肽和激肽类等。⑤神经营养因子。⑥血管因子，如一氧化氮、激肽类和胺类等。该类介质直接激活伤害性感受器，使高阈值痛觉感受器转化为低阈值痛觉感受器，产生痛觉致敏。

疼痛的主要原因包括：机械压迫、局部炎症、自身免疫、局部微循环与营养障碍和社会心理因素。

1. **机械压迫** 直接压迫和间接牵张均可造成神经的损害、神经根内膜水肿、神经轴突的分离、神经根内膜离子间平衡破坏和轴浆流动损害，导致神经根内压增高，在神经根内部产生一个“腔隙间隔嵌压综合征”，进一步压迫、闭塞内膜血管，导致营养障碍、水肿加重等恶性循环。长期水肿会造成神经组织纤维化，阻碍轴突及髓鞘再生，造成不可逆性的神经结构与功能损害。

2. **局部炎症** 局部炎症是慢性筋骨病引起的一系列病理解剖改变



和病理生理过程的启动环节。局部炎症致痛机制包括：①机械性炎症损害：神经根受压后静脉回流受阻，产生无菌性炎症，可释放各种炎症介质，刺激神经根产生炎症并引起疼痛。②退变组织的白细胞介素-1(IL-1)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子(TNF- α)等炎症细胞因子是重要的炎症促进剂，它们能刺激炎症细胞的聚集，激活前列腺素E₂(PGE₂)，这是产生疼痛的重要因素。参与局部炎症的介质有：磷脂酶A₂、一氧化氮、细胞因子、组胺、乙酰胆碱和前列腺素等非神经源性化学介质，还有P物质、血管活性肠肽、生长抑素、Y物质、促胃液素、强啡肽、脑啡肽等神经源性炎症介质。

3. 自身免疫 当退变的软骨和椎间盘损伤后，暴露于免疫系统，导致免疫应答形成，在抗原部位引起自身免疫反应，产生致敏淋巴细胞和自身抗体，出现细胞免疫和体液免疫的反应。①细胞免疫：软骨及椎间盘组织中的I型、II型胶原，糖蛋白和软骨基质是潜在的自身抗原，可激发机体产生由迟发超敏反应性T细胞和细胞毒性T细胞介导的细胞免疫反应，导致软骨和椎间盘的早期退变。②神经根遭受突出的椎间盘组织的机械性压迫和自身免疫反应性炎症改变，导致血脑屏障的破坏，神经根内的毛细血管、微血管通透性增加，血浆蛋白渗入脑脊液，诱导自身产生免疫炎症反应。

4. 局部微循环与营养障碍 由于神经根的营养血供缺少神经外膜及束膜两组血管网，局部的静脉数量较少，管壁薄，静脉窦没有瓣膜，血流呈双向性，容易受压迫而回流阻断和充血，逐渐形成血栓，导致“不通则痛”。瘀血形成后又可导致神经根内膜毛细血管逆流、缺血等一系列慢性损害过程，产生瘀血—疼痛—缺血的恶性循环过程，致使神经根营养障碍，导致“不荣则痛”。

5. 社会心理因素 心理因素也是一个不容忽视的环节，疼痛症状导致患者心理负担进一步加重。慢性筋骨病患者自身心理负担明显重于无症状人群，这些心理因素包括忧虑、对疾病过度恐惧等。因此，有学者提出生物—心理—社会疼痛综合征这一新概念。

肿胀

肿，是指肢体浮肿；胀是患者感到膨胀的感觉。肿胀可出现在慢性

筋骨病的急性发作期。关节痹痛急性发作常见局部肿胀。另外，颈型颈椎病患者，早期在颈项肩背部出现肿胀，这是因为局部的神经肌肉受物理或化学因素刺激后所产生的水肿所致；神经根型颈椎病发作期，颈肩 upper 肢肿胀，并伴有灼痛是因为神经根水肿造成；交感型颈椎病患者，会出现上肢肿胀，开始时局部皮肤温度降低，怕冷，遇冷有刺痒感觉，继而出现红肿，疼痛加重，这是因为上肢血管的痉挛造成；脊髓型颈椎病上肢会出现肿胀，皮肤发亮，活动障碍，甚至失用，这是由于脊髓受压造成。

肢体肿胀须与部分创伤性疾病、风湿性疾病、感染性疾病相鉴别。

(1) 创伤性肢体和关节肿胀，均有明显的创伤史，局灶性肿胀、压痛、瘀紫、功能障碍。

(2) 风湿性关节炎、类风湿关节炎等风湿病的肢体关节肿胀，早期热象明显，后期关节畸形，血液检查可发现红细胞沉降率、黏蛋白、抗“O”、免疫球蛋白、生化指标、类风湿因子均可异常或阳性，影像学检查也可帮助鉴别。

(3) 痛风、丹毒、脉管炎、骨髓炎及肢体其他组织感染，肢体肿胀明显，呈“红、肿、热、痛”表现，血液检查发现白细胞升高，痛风、骨髓炎还可通过影像学检查确诊。

麻木

麻木是指肌肤知觉消失，不知痛痒。肢体麻木，大多见于腰椎间盘突出症，神经根型和脊髓型颈椎病患者中。腰椎间盘突出症患者出现的下肢麻木，是由于腰椎间盘突出、骨质增生或椎管狭窄等原因造成脊神经根受压引起的，常有主观麻木感，多局限于小腿、足背外侧、足跟、足底，可与腰痛并见，少部分可仅有麻木而没有腰痛。神经根型颈椎病患者出现的上肢麻木，是由于颈椎间盘突出或钩椎关节增生等原因造成椎间孔变窄，从该孔中穿出的脊神经根受压引起的。由于压迫的节段位置不同，受损的神经根也不同，最常见的是第5、第6颈椎间和第6、第7颈椎间，其次为第4、第5颈椎间，第7颈椎至第1胸椎间。第5、第6颈椎椎间孔变窄，压迫第6神经根，造成拇指、示指感觉减退和麻木；第6、第7颈椎椎间孔变窄，压迫第7神经根，造成示指、中指、环

指感觉减退、麻木；第7颈椎至第1胸椎椎间孔变窄，压迫第8神经根，造成环指、小指感觉减退、麻木。脊髓型颈椎病也会引起肢体麻木，这是由于脊髓受压后，产生的脊髓侧束、锥体束受压或刺激症状所致。其麻木同神经根型颈椎病的麻木不同，是先从双侧下肢或单侧下肢发麻、发沉开始，逐渐加重，再出现一侧上肢或双侧上肢麻木、疼痛、持物无力等症状，严重的可引起四肢瘫痪。

中医称麻木为“不仁”，属中医的“痹证”“中风”等范畴。中医认为，脏腑气血亏虚、气滞血瘀、风寒入络、肝风内动均可造成麻木。

临床上其他一些疾病也会引起肢体麻木，如肌萎缩性侧束硬化症，患者是上肢出现症状，由手发展到肘、肩，然后发展到对侧上肢，随后再到下肢，检查时可发现手骨间肌萎缩，病情进一步发展，患者说话也含混不清。高血压、脑血管意外等也会出现肢体麻木，一般通过血压测量、体征观察和CT、磁共振检查，都不难予以鉴别。

眩晕

眩晕是机体对空间关系的定向感觉障碍，是一种运动性幻觉。患者感觉自身或外物有旋转或摇动，眩晕发作时，常伴有恶心、呕吐、眼球震颤及站立不稳等症状。颈椎病出现眩晕症状，多见于椎动脉型颈椎病。到目前为止，机械性压迫造成椎动脉供血不足而引起眩晕，被认为是最重要的原因。钩椎关节等部位的骨质增生，颈肋、前斜角肌痉挛等都是造成椎动脉受压的因素。另外，颈椎退变可导致颈椎失稳，而椎体间移位的刺激和牵拉，也可导致血管受压或激惹、痉挛而造成眩晕。通常在转头和仰头时发生眩晕的机会多于静止位，这说明运动体位对椎动脉受压影响较大。

眩晕，按发作时有无周围物体旋转而分为真性眩晕与假性眩晕。

1. 真性眩晕 主要指前庭性眩晕，其分为前庭周围性眩晕和前庭中枢性眩晕。

(1) 前庭周围性眩晕：眩晕呈旋转性，或向上、下、左、右晃动的感觉，眩晕持续时间较短，呈发作性，以数分钟、数小时、数日不等，很少超过数周，但眩晕程度很重，患者常需牢牢抓住周围物体以防自己摔倒，或卧床不能起身，不敢睁眼。发作过程中，意识清楚，常伴有耳