

吴山
主编

林应强

筋伤学术经验撷英

精武门人的
毕生精髓所聚



精武门人的
毕生精髓所聚，
融武术于医学中的
辛勤临证真知。



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

林应强

筋伤学术经验撷英

主 审 林应强

主 编 吴 山

副主编 范志勇 林梓凌 田 强 郭汝松

编 委 (按姓氏笔画为序)

马卫东	田 强	李 毅	李 黎	李远明
李芬芬	李振宝	吴 山	利玉婷	何秋茂
陈红蕾	范志勇	林伟锋	赵家友	钟 胜
钟侨霖	俞 乐	郭汝松	黄国钦	黄彦斌
黄淑云	谢美凤	蓝石坚	赖淑华	霍焕婵

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

林应强筋伤学术经验撷英/吴山主编. —北京:人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20552-8

I. ①林… II. ①吴… III. ①筋膜疾病-中医伤科学-临床医学-经验-汇编-中国-现代 IV. ①R274.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 070185 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

林应强筋伤学术经验撷英

主 编: 吴 山

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市博文印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 17 插页: 2

字 数: 314 千字

版 次: 2015 年 4 月第 1 版 2015 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20552-8/R · 20553

定 价: 45.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

作者简介

林应强,男,1943年出生于广东省揭西县。教授,主任医师,硕士研究生导师,第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。现任广州中医药大学第二临床医学院附属广东省中医院推拿科主任导师,岭南林氏正骨推拿流派学术带头人,中华中医药学会推拿专业委员会技术顾问,广东省中医药学会推拿按摩专业委员会主任委员。



林应强师事精武门的第二代传人李佩弦先生。李佩弦不单把变化多端的精武门点穴、闭气、分筋、错骨等手法传授给他,还将鹰爪拳密传与他。经过多年的勤学苦练,林应强把中医推拿手法与精武门的跌打理伤手法糅合在一起,融会贯通并自创出一门学派——岭南林氏正骨推拿流派。在临床工作中,他尝试运用武术中的点穴、闭气、分筋、错骨等手法,将中医正骨的“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”八法糅合在一起治疗,并取得了初步的成效。在反复的临床实践中,他以自己独创的推拿手法治疗颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症及各类关节扭伤等疾病,取得十分理想的疗效。如提拉旋转斜扳法、踝关节挤压疗法为其独创手法,其中主持国家中医药管理局课题《提拉旋转斜扳法治疗腰椎间盘突出症的临床评价及技术规范》已经通过了国家鉴定,并被纳入国家“新源计划”,向全国推广。



吴山,医学博士、主任医师、广州中医药大学博士生导师。现任广东省重点推拿专科学科带头人,国家推拿技术协作组组长,广东省中医院推拿科主任,中华中医药学会推拿分会常务理事,广东中医药学会推拿按摩专业委员会副主任委员、疼痛专业委员会副主任委员,广东省针灸学会手疗法专业委员会副主任委员。全国名老中医专家学术经验继承人,广州市中医专家学术继承指导老师,中华中医药学会科学技术

奖励评审专家,广东省医疗事故鉴定专家,教育部博士论文评审专家。

从事推拿临床、教学及科研工作 30 余年,在全面继承岭南林氏正骨手法学术思想基础上,倡导“以点带面”使用推拿手法治疗脊柱及骨科相关疾病的临床诊疗模式,明确了推拿手法理筋复位的重要性,对推拿手法治疗腰椎间盘突出症、腰椎滑脱、颈椎病等脊柱相关疾病的临床及理论研究有较深的造诣。为提高当地相应学科医疗水平,多次赴法国、意大利、瑞典、挪威和中国香港、中国澳门及中国台湾地区进行讲学、交流。

先后在国内外专业学术杂志发表论文 50 余篇。作为副主编及编委参与《推拿学》、《推拿手法学》、《小儿推拿学》等国家“十二五”规划教材的编写,主持及参与国家级及省部级课题 10 余项。近年来,作为岭南林氏正骨推拿流派学科带头人,积极开展流派的传承及建设工作,将流派临床诊疗技术整理发扬,使之广泛服务和应用于临床。2007 年获首届中医药传承高徒奖。2010 年获“传承广州文化的 100 双手——广州妙手”称号。2014 年 11 月海南省政府在海南省中医院设立“全国著名推拿专家吴山教授工作室”。



序 一

中医西医，孰优孰劣，谁强谁弱，乃近百年来为世人所争辩之话题。两者皆为医人之术，不应有长短之分，门户之见。吾校教授林氏应强，学生时代就读于本校，乃中医出身，中医根基深厚，为吾校翘楚。业成之后，又研习西医，取其精华，为我所用。中西互映，相得益彰，遂成大家。

教授之手法，乃毕生精髓所聚。教授出身贫寒，生于动乱之时，遂少时习武，用于防身。耕读于学院之时，拜师于李佩弦门下，为精武门入室弟子。教授生性勤敏，深得师傅真传。其天资聪颖，融武术于医学之中，令医“立竿见影”，造福于苍生。

教授已为大医，桃李天下，枝繁叶茂。然行医一生，虽造福无穷，窃思未留下一书半简，恐技艺流失，遗憾终生。是故诸弟子共商大计，总结成文，遂付之于梓。是为序。

第二届国医大师 潘国治

于甲午年丙子月



序 二

欣闻《林应强筋伤学术经验撷英》即将付梓，真乃中医正骨界一大幸事！

林应强教授 1970 年毕业于我校，长期坚守在临床第一线，切实履行一个真正临床医务工作者的职责。他以精湛的手法、高尚的职业操守赢得了广大患者的信任，扩大了祖国医学在人民群众中的影响，提高了人们对中医正骨——这门古朴而新兴学科的认识，为岭南地区乃至全国的中医正骨学科发展作出了较大的贡献。

林教授师从全国武术名家、精武门第二代传人李佩弦先生，以其务实认真的求学态度赢得了李先生的青睐，尽得精武精要，为徒手正骨打下了坚实的基础。他结合精武绝技和其掌握的现代医学知识，融会贯通，自创一派。

2003 年，林应强教授成为第三批全国名老中医学学术经验指导老师，吴山教授成为其学术经验继承人，圆满完成跟师任务，得其真传。10 年来，在广东省发展中医药强省战略的支持下，通过不断努力，林氏正骨手法的影响力逐渐扩大，引领着岭南传统正骨手法的发展。

本书是广东省中医院吴山教授及其林氏正骨推拿团队耗时多年所总结出来的流派专著，具有鲜明的岭南特色。读者在使用本书手法的同时，更应该关注林教授辨证论治的核心理念和关键技术，灵活地运用手法，方可在临床中取得奇效。

广州中医药大学校长 王书良

2014 年 12 月



目 录

第一章 学术思想	1
第一节 整体观对筋伤疾病诊治的指导意义	1
第二节 “骨错缝、筋出槽”理论在手法调衡中的指导意义	5
第三节 气血理论对治疗筋伤的指导意义	9
第四节 岭南筋伤,辨证论治,擅长除湿健脾	14
第五节 脊柱筋伤病的手法治疗指导原则	18
第六节 医武同源,重视武术及功法修炼	20
第二章 特色手法介绍	29
第一节 诊断手法——摸法在伤科中的临床运用	29
第二节 治疗手法介绍	31
一、独创南派“爆发力正骨手法”治疗筋伤	31
二、特色正骨手法介绍	33
三、经筋弹拨手法治要	41
第三章 手法运用的临床经验	48
第一节 正骨推拿手法临床运用的点滴思考	48
第二节 手法通督整脊治疗脊柱筋伤病的相关临床思考	51
第三节 临床常见病的诊治经验	55
一、颈椎疾患诊治经验	55
二、胸椎疾患诊治经验	90
三、腰椎疾患诊治经验	100
第四节 四肢疾患诊治经验	150
一、弹膝调脊法治疗膝骨关节炎的疗效观察	150
二、踝关节扭伤诊治经验	153
三、手法治疗跟痛症的疗效观察	157
四、腕关节扭伤的诊疗思路浅析	161



第五节 手法治疗失败及误诊误治分析	166
一、颈椎推拿手法治疗失败综合分析	166
二、颈腰痛常见误诊误治分析	171
第六节 筋伤的保健及垫枕在筋伤病中的运用	173
一、常见筋伤日常保健	173
二、垫枕结合手法在脊椎相关疾病中的临床应用	178
第四章 筋伤内治法介绍	183
第一节 筋伤内治法原则	183
第二节 临证常用方剂介绍	184
一、正气理筋液	184
二、川草薤汤的临床运用	186
三、辨证加减归脾汤经验介绍	189
四、归脾汤治疗拇指外展伸肌狭窄性腱鞘炎	192
五、辨证运用补阳还五汤经验	193
六、温经汤临证运用心得	195
七、腰痛安胎方的临证运用心得	197
八、铁笛丸的临证运用心得	199
九、血府逐瘀汤的临证运用心得	201
十、羌活胜湿汤的临证运用心得	202
十一、当归四逆汤的临证运用心得	204
十二、甘露消毒丹在湿热痹证中的运用	205
第三节 从“骨病治脾”探讨膝骨关节炎的临证诊治思维	207
第五章 筋伤的相关基础研究	213
第一节 中医推拿手法舒筋效应的分子机制	213
第二节 颈椎旋转手法的相关临床思考	217
第三节 从细胞力学的角度探讨手法力学刺激所致细胞应力效应	222
第四节 从细胞信号转导途径探讨机械力刺激对椎间盘应力效应及 对手法作用机制的指导意义	225
第五节 基于“筋为骨用”探讨手法“舒筋”治疗膝骨关节炎的力学 机制	229
第六节 从整合素信号转导途径探讨手法治疗膝骨关节炎的力学 机制	231
第七节 两种坐位旋转手法腰椎应力及位移的有限元分析	234
第八节 脊髓型颈椎病椎间盘退变的细胞生物学研究进展	238



第九节 基于筋骨力学平衡探讨颈性眩晕动物模型的构建及在手法 干预中的意义	241
第十节 从微观血瘀探讨血管内皮损伤在颈性眩晕的发病机制	244
附录一 岭南林氏正骨推拿流派介绍	249
附录二 科研课题汇总及论文汇总	253
一、科研课题汇总	253
二、科研论文汇总	254
三、带教研究生论文汇总	258
四、获奖情况	259
后记	261



第一章 学术思想

林应强长期从事正骨推拿的临床及基础研究,有着非常丰富的临床经验和严谨的学术思想。他自幼习武,而且善于学习,将武术、古人的经验和现代医学知识相结合,经长期的医学研究及探索,独创出一套以爆发力为特色的岭南正骨推拿手法,在运用正骨推拿、中药治疗筋伤疾病方面积累了丰富的经验。

其学术思想以中医整体观为主导,将中医整体观融合于脊柱四肢整体观、融合于筋骨肉并重整体观,在诊治骨错缝、筋出槽方面疗效显著。临证注重气血兼顾、以气为主,而且将岭南人群所处气候湿热的特色充分考虑,做到治病求其本,运用手法兼中药治疗筋伤病往往效如桴鼓。

林应强师从精武门的第二代传人李佩弦先生。林应强平日勤习易筋经、少林内功,崇尚医武同源,教导弟子不仅仅应该练习手法,重要的是练习功法,只有这样,临床治疗筋伤才可以达到机触于外、巧生于内,手随心转、法从手出的目的;只有勤学苦练才可以达到法之所施,使人不知其苦。现将其学术思想介绍如下。

第一节 整体观对筋伤疾病诊治的指导意义

(一) 确立整体疗伤思维

整体就是统一性和完整性,中医被认为是整体性医学。中医学非常重视人体本身的统一性、完整性及其与自然界的相互联系,认为人体是一个有机的整体,构成人体的各个组成部分之间在结构上不可分割,在功能上相互协调、互为补充,在病理上则相互影响,且认识到人体与自然界也是密不可分的,自然界的变化随时影响着人体,人在能动地适应自然和改造自然的斗争中,维持着机体的正常生命活动。这种机体自身整体性和内外环境统一性的思想即整体观念。整体观念是中国古代唯物论和辩证思想在中医学中的体现,贯穿于



中医学的生理、病理、辨证和诊疗等方面。林应强认为：中医的整体观应该贯穿于筋伤诊疗全程，临证确立整体疗伤的思维。

人体是个有机的整体，各个组成部分之间，在结构上是不可分割的，在生理上是相互联系、相互制约的，在病理上也是相互影响的。人体以五脏为中心，通过经络系统，把六腑、五体、五官、九窍、四肢百骸等全身组织器官联系成有机的整体，并通过精、气、血、津液的作用，完成机体统一的功能活动。简单地说，由“内属于脏腑，外络于肢节”的作用而实现的。

中医学认为，每个脏腑组织器官在生理上通过生克制化维持系统的平衡。每个脏腑组织器官都有其各自不同的功能，但又是在整体活动下的各自分工合作，形成局部与整体的统一。

在诊断疾病时，中医学也是首先从整体出发，将局部和整体相互统一。一般来说，人体某一局部的病理变化，往往与全身的脏腑、气血、阴阳的盛衰有关。具体来说，就是通过中医的望闻问切，通过面色、形体、舌象、脉象等外在的变化，来了解和判断其内在的病变，以作出正确的诊断，从而进行适当的治疗。

《丹溪心法》曰：“有诸内者，必形诸外。”但是在筋伤疾病的诊疗中却恰恰相反，如陆师道指出：“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和。”可见，在外损的同时应认识到还有内伤的存在，当出现外伤时不仅仅引起脏腑经络气血的病变，反过来脏腑经络气血的病变也会延缓局部外伤的愈合。这最常见于一些脊柱相关疾病的诊治中，如林应强认为，脊柱小关节错位常常引起头晕、心悸、血压异常、腹痛等情况。如一些反复发作腰痛的患者，除了腰部局部筋骨力学失稳外，可能与本身湿性体质、湿邪壅盛相关，因此从舌脉可以推断病情变化。

中医学有许多治疗原则都是遵循整体观这一原则的，如“从阴引阳，从阳引阴，以右治左，以左治右”（《素问·阴阳应象大论》），“病在上者下取之，病在下者高取之”（《灵枢·终始》）等。如下肢痿软无力的患者，应该考虑是否为脊髓病变所致，颈椎、胸椎、腰椎的病变都可能导致，总之“病在下者高取之”这一原则直至医学高度发展的今天都具有很强的指导作用。

人与自然的统一性。人类生活在自然界，自然界存在着人类赖以生存的必要条件。同时，自然的变化如季节气候、昼夜晨昏、地区方域又可以直接或间接地影响人体，而机体则产生相应的反应。在筋伤疾病的治疗过程中，要讲究“因时因地因人制宜”，如岭南筋伤病的诊治，不是一味地活血化瘀，因为岭南地区人群体质多湿邪偏盛、气候特征多湿邪壅盛，同时岭南地区的人们喜吃生猛海鲜、龟蛇、生冷食品等，容易损伤脾阳，致使脾失健运，湿邪内生，所以在治疗方面多从湿论治，而许多本来用于治疗湿热病证的方药亦常常用于筋伤



的治疗,且可以达到最佳治疗效果。

(二) 中医整体观在脊柱筋伤病中的体现

中医整体观在脊柱筋伤病中的体现为:一是脊柱整体观,二是脊柱四肢整体观。早在《黄帝内经》中就记载了相关内容,如“厥头痛,项先痛,腰脊为应”(《灵枢·厥病》)、“腰脊者,身之大关节也”(《灵枢·刺节真邪》)。林应强认为,整体观在脊柱筋伤病中的意义重大,在临床上提出了几点要求:①中医学整体观指导脊柱整体观和脊柱四肢整体观;②脊柱整体观和脊柱四肢整体观强调以脊柱为核心,头枕-颈椎-胸椎-腰椎-骶椎-骨盆-四肢的整体性;③脊柱相关疾病的整体治疗观;④整体性决定了正骨、理筋手法的整体调衡。

1. 中医学整体观指导脊柱整体观和脊柱四肢整体观 中医学整体观认为人体是一个有机的整体,各个组成部分之间,在病理上都是相互影响的,应该重视人体某一部分的病变可能缘于其他部位的病变或对其他部位产生影响。即从整体观分析,脊柱任意一个部分发生改变都会引起这个整体的平衡发生改变。

2. 脊柱整体观和脊柱四肢整体观 脊柱为人体的中轴支柱,是躯干的活动中心和力的传递枢纽。脊柱作为一个“关节”,在一个轴上的旋转和平移必然同时伴有另一轴上的旋转和平移运动,这就是脊柱运动的特点,称为共轭现象。如颈椎失稳可以引起胸椎侧弯甚至腰椎失稳,腰曲变化也可影响到颈曲的变化。

林应强认为,脊柱整体观强调头枕-颈椎-胸椎-腰椎-骶椎-骨盆-四肢的整体性。脊柱各关节上下、左右关节之间是一个整体,每个关节、肌肉、韧带之间又构成一个整体,只要任意一个脊柱结构受损伤则导致脊柱筋骨肉力学平衡失调,改变正常的脊柱整体性。如患有腰椎间盘突出症的患者常常因为腰部力学失衡导致骨盆旋移,出现骶髂关节错缝;如一些颈椎病患者反复难愈,除了本身颈椎病变外,要在胸椎找原因,如临床常见一些肩背部不适的患者被简单诊断为颈椎病所致,究其根本原因在于胸椎失稳后继发颈椎失稳,也有一些肩背部不适患者被诊断为胸椎失稳、胸椎侧弯,实际上并发了颈椎病所致。

四肢筋伤疾病从脊柱出发的思维是林应强处理筋伤疾病的贯用临证思维,体现在经络的定位和神经的定位。如遇到双下肢痿软无力的患者,在排除了脑部病变外,最应该注意的就是脊柱的病变,颈椎、胸椎、腰椎都可能导致肢体症状。这一点从脊柱分布的经络来看尤其明显,如“膀胱足太阳之脉,起于目内眦,上额交巅……其直者,从巅入络脑……挟脊抵腰中,入循膂,络肾属膀胱;其支者,从腰中下挟脊贯臀,入腠中”(《灵枢·经脉》),可见膀胱经的走向



贯穿了脊柱及下肢,因此有“腰背委中求”一说,就是腰背病变可以取下肢的委中穴。经络的走向及经穴治疗也充分体现了脊柱四肢整体观。

神经定位在脊柱四肢整体观中也得到充分体现,最常见的有肩痛治颈、膝痛治腰,因为臂丛神经支配肩关节、腰骶丛神经支配膝关节。总之,一些上肢病变如肱骨外髁炎、肩周炎、不明原因的手麻都可以从颈椎找到病因,一些髋部的病变、膝关节疼痛、踝关节炎也可以从腰部、骨盆部找到病因。这些病变往往是脊柱病变所诱发,根源在脊柱,而从源头找问题是治疗关键。这就提示大家,临床不要头痛医头,脚痛医脚,应该把整体观思维深深嵌入筋伤疾病的诊治中。

3. 脊柱相关疾病的整体治疗观 脊柱作为各种重要血管、神经通行的通道,决定了脊柱与内脏的内在联系非常紧密。临床上常常可以观察到一个或多个椎体发生错缝病变的病人产生了脊柱源性内脏功能紊乱和相应的神经症状,这些以往被认为是内科的病症(如眩晕、头痛、失眠、胸闷、心慌等)实际可以从脊柱相关疾病出发诊治。林应强认为,这类患者应该特别注重颈椎或胸椎的病变,不要一味从专科思维出发,认为是一些心脑血管的病变,要从多学科出发,往往将错缝的颈椎或胸椎的病变调整了,相应的病症(如眩晕、头痛、失眠、胸闷、心慌等)就迎刃而解了。这也是脊柱整体观的体现。如脊柱旋转手法在操作时不仅仅刺激脊柱的关节、肌肉韧带等,关键是可能刺激到脑中枢系统,因此刺激病变的脊柱就可能影响脑。Kandel 提出,环境和遗传是相互作用的,外界环境中的任何刺激都会在大脑中留下痕迹,单个记忆的建立会触发基因的开关、化学物质和激素的释放,以及中枢神经系统本身的生长和重塑。手法作为外界刺激之一,同样会对中枢起到干预作用,此时是把脊柱-脑作为一个整体看待,体现了中医治疗的整体观。

4. 整体性决定了正骨、理筋手法的整体调衡 治疗和诊断也是一样的,如果是上段颈椎的病变,除了颈部病情外要详细检查颈椎和枕骨结合部的情况;下颈椎病变要重视胸椎的病情;腰痛患者要重视骨盆及下肢的病变,尤其是骶髂部的病情。在行脊柱正骨手法时,应该从脊柱整体出发,以保证脊柱力学传导的完整性和保证完整的生物力学结构。如腰椎间盘突出症患者多见典型的腰及下肢等一系列坐骨神经循行区域病变,这些正是足太阳经筋、足少阳经筋的循行部位,手法运用是整复腰椎必须要对下肢进行理筋。如许多研究都表明,腰椎间盘突出症患者往往伴随骶髂关节紊乱,因此在整复腰椎间盘突出症时必须调整骨盆,对错缝的骶髂关节相应进行调整,将腰-骨盆作为整体调衡。

脊柱筋伤病与脏腑、经络及外在因素(如地域、气候等)是紧密相关的。脊柱筋伤病的发生还在于筋骨肉的力学失衡,在内看实际由于肝脾肾为主的脏



腑功能失调为要,由于肝主筋、脾主肉、肾主骨的能力下降,加上感染风寒湿热、跌仆损伤,导致了筋骨的进一步退变所致。因此,把筋骨肉整体统一,除了正骨外,对筋肉的调理也不可忽视。《素问·痿论》云:“宗筋主束骨而利机关也。”所谓“病在筋,调之筋”,“病在骨,调之骨”,纠正骨错缝必须运用正骨手法维护脊柱内源性稳定,筋出槽则运用理筋手法维护脊柱外源性稳定,将正骨和理筋充分结合,同时考虑到不少筋伤疾病容易反复发作,应该合理运用调理肝脾肾的中药以确保手法治疗后疗效的稳固,最终达到脊柱内源性及外源性稳定的协调统一。

(范志勇、赖淑华总结)

参考文献

1. 吴山. 林应强教授诊治脊柱病经验介绍[J]. 新中医, 2006, 38(4): 19-20.
2. 林应强, 吴山, 马友盟. 脊柱推拿治疗青少年腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中医正骨, 2000, 12(3): 33-34.
3. 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005.
4. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry[J]. Am J psychiatry, 1998, 15(4): 457.
5. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited[J]. Am J psychiatry, 1999, 15(4): 505.
6. 关德斌, 范志勇, 冯海军, 等. 查和萍教授治疗脊柱和脊柱相关疾病的整体观[J]. 陕西中医, 2009, 30(8): 1037-1038.
7. 王宁, 雷龙鸣. 中医整体观念对推拿临床的指导意义及其应用举隅[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2007, 28(3): 77.

第二节 “骨错缝、筋出槽”理论在手法调衡中的指导意义

“骨错缝、筋出槽”理论是正骨推拿手法、理筋手法临床运用的理论基石,常常因为急性损伤、慢性劳损、风寒湿邪侵袭及先天畸形发育与退行性改变所诱发。“骨错缝”是指骨关节正常的间隙或相对位置发生了细微的异常变化,并引起关节活动范围受限。“筋出槽”是指筋的形态结构、空间位置或功能状态发生了异常改变。林应强认为,只有详尽理解“骨错缝”和“筋出槽”的概念、病因病机,才有助于手法作用机制的研究。

(一) 中医理论溯源

“骨错缝”在古代的描述如下:

唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方》说:“凡左右损处,只须相度骨缝,仔细捻捺忖度,便见大概。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》:“若脊筋陇起,骨缝必错,则



成伛偻之形”、“或因跌仆闪失,以致骨缝开错”。清代钱秀昌的《伤科补要》在论述背脊骨伤中指出:“若骨缝叠出,俯仰不能,疼痛难忍,腰筋僵硬。”《医宗金鉴》云:“或有骨节间微有错落不合缝者,是伤虽平,而气血之流未畅……惟宜推拿,以通经络气血也。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》认为:“盖骨离其位,必以手法端之,则不待旷日迟久,而骨缝即合。”有学者认为,从古代文献上看,骨错缝的表述也因错缝程度不同而有不同,即骨缝间微有错落不合缝—骨缝参差—骨缝开错—骨缝叠出—骨缝裂开。古代文献充分说明了“骨错缝”的病机及发生骨错缝后需要进行推拿、正骨等相应手法治疗。

筋,在中医学中是经络、筋膜、筋腱的总称。《素问·痿论》云:“宗筋主束骨而利机关也。”《素问·五脏生成》记有:“诸筋者皆属于节。”“筋出槽”在古代的描述如下:

《仙授理伤续断秘方》对“筋出槽”的描述有筋“差爻”、“缝纵”、“乖纵”、“偏纵”等。《伤科大成》对“筋出槽”的阐释是筋“弛纵、卷挛、翻转、离合各门……”、“骨有截断、碎断、斜断之分,骺有全脱、半脱之别,筋有弛纵、卷挛、翻转、离合各门……”、“或因筋急难于转摇,或筋纵难运动……”。《伤科汇纂》提出“筋翻肿结脚跟蹇”、“筋横纵急搦安恬”、“筋翻筋结要分清”。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“面仰头不能重,或筋长骨错,或筋骤,或筋强骨随头低。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》指出:“手法者,正骨之首务……当先揉筋,令其和软,再按其骨,徐徐和缝,背脊始直。”《伤科补要》云:“轻者仅伤筋肉易治,重者骨参差难治。先以手轻轻搓摩,令其骨和筋舒。”由此可见,古代文献对筋出槽有明确记载及对筋骨损伤的手法治疗。

(二) 现代医学对骨错缝与筋出槽的认识

1. 骨错缝的现代医学认识 叶衍庆对骨错缝的研究作出了开拓性的贡献,早在1962年他就通过观察肯定了骨错缝的客观存在。关节半脱位,中医称为关节错位(错缝),其重者可在X线片上清楚显示,轻者在X线片上有1~2mm的移位,常不易看出。发生疼痛和功能障碍且不能复位的关节紊乱,称为关节错缝、错落,或称参差。关节错缝可发生于任何关节,但好发于运动关节和微动关节。临床上经常会遇到许多患者的临床症状明显,但是X线片却无明显影像学改变,经正骨推拿治疗后患者症状明显缓解。当代骨伤科专家冯天有明确提出:“椎间盘突出的病理应该包括:纤维环破裂,髓核突出和患椎关节突关节的错缝及椎间韧带的损伤。”这些对关节错缝的认识为后来众多医家运用正骨推拿治疗腰椎间盘突出症奠定了理论基础。部分专家认为“未能主动纠正患椎关节的关节错缝”,“使本病由明显的临床表现转入间歇期,一旦遇适宜刺激仍可复发”,因此重视病变实质才是治疗的根本。



林应强认为,骨错缝分为 3 种:第一类是影像学可见关节失稳、棘突排列不整齐、和半脱位相似,而且临床症状明显;第二类是影像学未见明显变化,但是触诊和临床症状表现突出,这类患者的骨错缝情况往往比半脱位要轻;第三类是正常人群在影像学上可发现,但是没有临床表现。林应强认为前 2 种类型必须得到重视,是手法的适应证。

手法操作前必须做到 4 步定位诊断,即望诊、触诊、神经定位、影像学诊断相结合。因此,切忌一接触影像学报告如骨质增生、椎间盘突出就随意下结论,这些只是疾病的表象,患者病变的实质也许还在于骨的错缝或筋的出槽所引起的筋骨力学失衡,即骨关节筋膜失去了正常的解剖位置,同时出现了小关节的活动范围异常如关节受限、僵硬等。对于所谓的骨刺、椎间盘突出,只是机体的一种适应性、代偿性改变,筋骨力学失衡才是治疗的关键。

2. 对筋出槽的现代认识 冯天有指出,软组织(筋)因受到跌、仆、闪、扭、冲撞、碾压而引起的闭合性损伤,常使局部软组织发生解剖位置的细微变化即“筋出槽”,它是一系列临床表现的病理基础。林应强认为,筋伤和筋出槽不一样,筋伤的范围很广,包括了筋出槽,筋伤如果存在生理位置上的改变就可以认为是筋出槽;治疗方面就应该以理筋为主,恢复筋的正常解剖位置;因此,临床上触诊相当关键,一些板结点、结筋点、肿胀部位常常就是筋伤及筋出槽的部位。

3. 骨错缝与筋出槽的关系 临床上筋骨密不可分,“骨错缝”、“筋出槽”往往同时发生,可发生于任何关节,有骨错缝者,必有筋出槽,如“筋长骨错,或筋聚,或筋强骨随头低”,但有筋出槽者,未必有骨错缝,如“筋横纵急搦安恬”。关节的错缝往往带来筋(软组织)的出槽,软组织的损伤带来的肌紧张往往维持了关节的细微位移状态,如此恶性循环。因此,骨正筋柔是最终治疗目的。

(三) 慢性脊柱病损的病理实质

目前临床认为椎间盘突出的两大病因是机械压迫与非机械压迫(炎症因素等)。对机械压迫目前常见两种学说:一是椎间盘突出的复位学说,一是神经根与椎间盘的位移学说。对手法治疗起效的病例进行 CT 或 MRI 检查时,难以发现椎间盘存在位置的改变,当然不能完全排除手法对破裂椎间盘或巨大椎间盘的重吸收机制,因此手法的复位学说及所引起的位移学说不能完全解释手法的作用机制,给推拿学科的发展带来一定的影响。

中医的骨错缝与筋出槽恰恰有可能解释这一现象。大量研究表明,慢性脊柱病损如颈椎病、椎间盘突出症患者行 X 线检查往往存在相邻椎体的位移或椎间隙的狭窄,因此对于慢性脊柱病损其发病的根本原因可能还在于骨关节的错缝紊乱。既往的临床医生过于相信 CT 或 MRI 的报告,无论诊断或治疗的重心往往集中在骨刺或髓核突出方面,对于骨关节的错缝却没有引起足