

DOI: 10.16305/j.1007-1334.2026.z20250404003

石氏伤科斜刺治疗筋出槽临床经验探析

李正言¹, 葛海雅², 郭小玉¹, 杨光月¹, 林锋山³, 杜国庆¹, 高宁阳¹, 沈知彼¹, 赵咏芳¹, 林 勋¹, 詹红生¹

1. 上海中医药大学附属曙光医院(上海 201203); 2. 上海市中医药研究院骨伤科研究所(上海 201203);

3. 泉州市正骨医院(福建 泉州 362000)

【摘要】 伤筋病是骨伤科临床常见病,其核心病机为筋出槽,临床以可触及筋结为特征表现,伴有局部压痛、活动障碍。筋结既是筋出槽局部结构性变化的病理标志,也是临床诊疗的重要靶点。对于筋结的诊治,石氏伤科强调“以手法为先,知其体相,识其部位”,通过触诊精准判定筋出槽的程度与范围,从而为治疗提供依据。詹红生教授在继承石氏伤科学术思想的基础上,结合多年临床实践与基础研究,系统提出“从筋论治”的学术理念,并采用针刺作为“解结”基本方法,取得了较好的临床疗效。

【关键词】 筋出槽;筋结;针刺;石氏伤科;中医骨伤

Clinical analysis of Shi's traumatology with oblique needling for tendon off position treatment

LI Zhengyan¹, GE Haiya², GUO Xiaoyu¹, YANG Guangyue¹, LIN Fengshan³, DU Guoqing¹, GAO Ningyang¹, SHEN Zhibi¹, ZHAO Yongfang¹, LIN Xun¹, ZHAN Hongsheng¹

1. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China;

2. Institute of Orthopedics and Traumatology, Shanghai Academy of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China; 3. Quanzhou Orthopedic-Traumatological Hospital, Quanzhou, Fujian 362000, China

Abstract: Tendon injuries are common in orthopedic clinical practice, with the core pathogenesis being tendon off position, which is clinically characterized by palpable tendon knots, local tenderness, and restricted movement. Tendon knots not only serve as pathological markers of the structural changes in tendon off position but also represent an important therapeutic target in clinical diagnosis and treatment. In the diagnosis and treatment of tendon knots, Shi's traumatology emphasizes "prioritizing manipulation techniques, understanding the body structure and identifying the precise location". Through palpation, it enables accurate determination of the extent and range of tendon misalignment, thereby providing a basis for treatment. Professor Zhan Hongsheng, building upon academic principles of Shi's traumatology and integrating years of clinical practice and foundational research, systematically proposes the academic idea of "treating from the tendon" and uses needling as the fundamental method for "releasing the knot", achieving significant clinical results.

Keywords: tendon off position; tendon knot; acupuncture; Shi's traumatology; traditional Chinese medicine orthopedics and traumatology

[基金项目] 国家自然科学基金项目(82374481); 中华中医药学会《脊柱筋出槽骨错缝临床诊疗指南》标准化项目(20210805z-BZ-CACM); 上海市教委2021年高水平地方高校创新团队项目(沪教委人[2022]3号); 国家中医药管理局2022年全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

[作者简介] 李正言,男,硕士,主治医师,主要从事慢性筋骨病损临床与研究工作

[通信作者] 詹红生,主任医师,博士研究生导师;

E-mail: shgsyjs@139.com

筋是具有一定生物力学性能的纤维组织,主要包括肌肉、肌腱、韧带等组织结构^[1]。生理状态下,筋的完整和强健能够维系和约束人体各关节在正常范围内完成各种运动,使机体处于“筋主骨从”的筋骨和合状态^[2-3]。临床将各种原因导致筋损伤,造成局部筋的形态结构改变和运动功能障碍类疾病称为筋出槽。其疾病定义为,在直接或间接暴力、慢性劳损等因素作用下,筋的形态结构、位置关系发生变化,从而引起以局部疼痛、肿胀和活动不利为特征的伤筋病^[4]。

筋出槽的典型临床表现是在损伤的部位触及筋结,且伴有局部压痛和远端牵涉痛,部分患者还可出现皮肤感觉异常或自主神经功能紊乱^[4-5]。筋结若不处理或延迟处理会导致局部气血运行受阻,进而使经络循行不畅,形成“不通则痛”的病理状态,初期表现为损伤部位肌肉无力、紧张或肌力下降;随着时间的延长,由于机体代偿机制,受累肌群或相关肌群会出现异常应力分布,可进一步引发代偿性劳损,这一病理过程可导致关节稳定性下降、运动轨迹异常,最终表现为关节僵硬、活动受限等功能障碍^[6]。若筋骨失衡超过代偿期进入失代偿期,沿着筋膜链或经络循行路线的其他部位便可能继发筋出槽,甚或引发骨错缝等骨关节结构紊乱,形成恶性循环^[7]。可见,筋结既是一种病理产物,又是一种致病因素,故早期针对局部筋出槽采用行之有效的干预措施可有效阻止病情恶化,同时防止代偿性损伤的出现^[8]。

石氏伤科创始于 1870 年,传承百余年,秉持“十三科一理贯之”的整体观念,其学术思想强调“以气为主,以血为先,筋骨并重,内合肝肾,调治兼邪,独重痰湿,勘审虚实,施以补泻”^[9]。詹红生教授是全国非物质文化遗产“石氏伤科疗法”国家级代表性传承人,上海市名中医,从医四十余载,潜心研习和传承石氏伤科学术流派的理论和技术,聚焦慢性筋骨病损类病症,开展脊柱慢性病损防治技术和理论创新研究。在理论创新方面,他提出“筋主骨从”学术思想^[10],系统阐释了筋在筋骨动态平衡中的核心调控作用,并在国内率先提出“从筋论治”诊疗理念,为伤筋病临床诊治提供了全新思路^[11]。在技术体系方面,他构建了脊柱手法医学新的理论和技术体系,创立了精准评估、规范治疗的脊柱整骨手法技术规范^[12],其研究成果已在国内外广泛应用。在临床诊疗中,詹教授以针刺“解结”为特色,结合石氏伤科传统技法,形成了疗效显著的针刺治疗方法,显著提升了慢性筋骨病损的临床疗效。现总结其学术思想与临证经验,以供学习、交流。

1 筋出槽临床特征

筋当在其位,肢节原本平陷而显露之筋脉处,因损伤而见突起之筋脉,此病谓之筋出槽(窠)^[13]。本病多由急性损伤、过度劳损或外感六淫等因素所致,筋局部气血运行受阻,在局灶内形成病理产物,即筋结。筋结是临床诊断筋出槽的主要客观指标。《灵枢·刺节真邪》有“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经,令之不通”的记载,其中“横络”

即为筋结^[14]。西医学将筋结称为肌筋膜激痛点(MTrPs),该现象由 Janel Travell 于 1952 年首先发现,并将其定义为骨骼肌中绷紧的肌带内的高激惹点,在组织按压、伸展、高负荷或收缩时产生疼痛和远处牵涉痛^[15]。《灵枢·经筋》有“所过而结者皆痛及转筋”的记载,从定义看,该概念与西医学的 MTrPs 类似。

筋出槽的临床表现受损伤时间、致伤强度、临床干预时机等因素影响,具体体现在筋结性质方面。触诊技术是评估筋结性质的基本方法,手下感觉对定性判定筋结性质具有重要意义^[12]。正如《医宗金鉴·正骨心法要旨》所载:“摸者,用手细细摸其所伤之处,或骨断、骨碎、骨歪、骨整、骨软、骨硬,筋强、筋柔、筋歪、筋正、筋断、筋走、筋粗、筋翻、筋寒、筋热,以及表里虚实,并所患之新旧也。”根据损伤时间和程度,筋结有着不同的触诊表现:早期局部筋伤沿肌纤维走行方向触诊可发现筋的张力增高、柔顺性下降,可呈条索状表现,局部隆起、肿胀,左右弹拨常伴有摩擦异响;病程迁延,纤维组织增粗,出槽的筋可表现为挛缩、拘挛,筋结质地由韧向硬发生转变,触诊局部可表现为黄豆、芝麻大小结节样或团块状改变,触诊指下有弹响感并伴有局部压痛和远端牵涉痛。西医学将软组织损伤触诊性质称为组织质地异常(TTA),并根据程度分别用以下形容词进行区分:bogginess(沼泽状)、stringiness(条索状轻)、ropiness(条索状重)、firmness(筋结)^[16]。

2 针刺“解结”原则

石氏伤科理论认为,筋伤发生时损伤局部筋脉,气血运行受阻,致使经络失养、筋肉失荣,逐渐形成筋结。筋结作为筋出槽的病理产物,既是筋伤的结果,又可成为致病因素,一方面因经络不通而致“不通则痛”,另一方面因气血不荣筋肉而致“不荣则痛”,临床表现为局部疼痛、肌肉无力、僵硬挛缩和关节活动障碍等不良后果,若迁延不愈,会造成其他部位筋出槽甚或骨错缝,故早期治疗筋结具有重要意义。

“解结”是治疗筋出槽的核心原则,石氏伤科外治“解结”方法以手法、针刺为主^[17]。其治疗决策随筋结性质变化而调整,早期呈条索状表现的筋出槽,当按拨筋络,理顺其紊,起到“理筋”作用;若迁延时日,气血运行受阻,筋膜强硬,进而形成顽固性筋结时,则应采用针刺治疗以达“解结”之效^[18]。正如《类经》所言“结者,邪之所聚,刺去其邪,即解结之谓也”,《黄帝内经太素》也强调“知解结,结谓病

脉坚紧,破而平之”,均强调对于筋结当以针刺为主,破节散瘀,直达病所。

“解结”治疗的关键在于精确定位筋结,同时使用特殊针刺技术直刺病所。《灵枢·卫气》载“用毫针,必先按而在久应于手,乃刺而予之”,《灵枢·经脉》载“诸刺络脉者,必刺其结上”,《黄帝内经太素》亦载“为针之法,调气为本,经筋疾病在于解结”。“解结”治疗的第一步是找到筋结所在位置,临床上通常采用规范的触诊手法用以感知筋结的形态结构特征,该技术被认为是定点、定位、定向精准针刺施治的前提。詹教授基于多年临床实践经验,创新性地总结出筋结探查的十六字原则,即“按拨揉推,手摸心会,结节胀痛,动静比对”,通过触诊明确筋结的形态特征、质地硬度、压痛反应等动态变化,为后续针刺治疗方案提供科学依据和指导。在精确定位的基础上,依据“以痛为腧,不通则痛”的中医理论原则,采用针刺配合手法实施针对性“解结”治疗。

3 针刺筋结技术规范

3.1 手法探查筋出槽部位 “解结”治疗的第一步是根据损伤时间、疼痛程度,结合手法探明筋结中心位置,明确筋结深度、性质及周围敏感区域^[19]。手法是医者用手诊断筋出槽的一种重要方法,运用触诊手法以感知筋结基本情况将有助于后续临床针刺的精准施治。

石氏伤科常用触诊的方法包括“按、拨、揉、推”4种。首先,采用广泛按压法,同时将患侧与健侧进行比对,以查明筋结是否存在并初步判定其范围和大小;其次,针对指下触及有条索状物、硬结或伴有阻滞或弹响感的部位,采用按揉法、弹拨法在筋结中心区域施加垂直向下的作用力,用力由轻到重、稳而持续,以明确筋结的深度和性质;最后,在筋结周围沿纵向进行滑动推按,以探查远端筋出槽情况。触诊过程中应注意与患者保持沟通,以准确评估近端及远端压痛和酸胀等情况。通过“手摸心会”的触诊方法定向、定点、定位感知筋结的基本信息,为进一步有针对性地实施针刺“解结”提供依据。

3.2 针刺技术规范化步骤 患者暴露患处皮肤,医生对自身双手及患者皮肤进行常规消毒,然后进行触诊。当触诊到局部筋结时,选用指切进针法,一只手拇指采用指按法向下按压至筋结位置,另一只手与皮肤表面呈 40° 角斜刺进针,破皮后调整针尖方向使其向筋结方向试探性缓慢进针,手下有突破感即针体已部分进入筋结处,持针手反复提插3~5次,待施针部位得气后退出筋结至皮下,调整针尖

方向再采用慢进快提针刺手法继续向筋结周围深刺,疾出针而不留针。整个“解结”过程一般不超过5 min。

在探查过程中,对侧手要保证实时触诊感知针尖与筋结位置关系。在针具选择方面,我们建议条索状质地较软的筋结采用0.3~0.45 mm细针针刺,而对于质地较硬且已形成团块的筋结则宜采用0.5 mm粗针进行针刺,针的长度则应根据筋结所在位置的深浅决定。

3.3 针刺方向和强度选择 《灵枢·刺要论》载:“病有浮沉,刺有浅深,各至其理,无过其道。”针刺筋结的强度应根据局部触诊性质决定。临床上,对于质地相对较软且活动灵活的筋结,建议明确筋出槽部位,在进针过程中通过对侧手感知进针方向和深度,以明确针与筋结位置关系,并在进针过程中反复伸缩,探查部位,进针速度相对较快,待突破筋结后可徐徐进针调整方向;对于质地较硬、位置固定、活动欠灵活的筋结,宜采用垂直进针,且以进针伴有突破感为佳,筋结挛缩较重时可能存在滞针之感,甚或吸附感,此时建议在筋结处缓慢进出行针数次,并用对侧手感知筋结松解程度。

4 针刺筋结技术要点及注意事项

4.1 触诊精准定位筋结 以筋结为中心,通过静态和动态触诊的“手摸心会”,明确筋结性质、大小及范围,并在单手进针过程中用另一只手反复按压,用以体会针尖方向和深度。

4.2 动态行针调整角度 针刺手法操作要点是“慢进快出、循序渐进、反复调整”,当出现钝性针感且阻力较大时,可适当快速抖动针尾,待有突破感时提示进入筋结,此时以患者出现酸胀感并伴有远端牵涉感为宜。进针后,沿筋结方向环形行提插手,扩大刺激范围,达到松解粘连的作用。

4.3 分层把控体会针感 在行针过程中,应积极与患者交流、沟通,患者局部酸胀感强烈且诱发出平日不适症状即可停止进针。在局部行针充分刺激时,以诱发筋结周围牵涉肌肉局部抽搐为宜。正如《灵枢·九针十二原》所言:“刺之而气不至,无问其数;刺之而气至,乃去之,勿复针。针各有所宜,各不同形,各任其所为。刺之要,气至而有效,效之信,若风之吹云,明乎若见苍天,刺之道毕矣。”

4.4 联合其他治疗方法 对于条索状筋结,弹拨时伴有弹响和粗糙摩擦感的患者可联合电针低频率、持续性弱刺激;对于团块状明显且质地较硬的筋结,可结合电针高频率、间歇性强刺激,时间不超过

5 min;对于筋结痼痹伴局部皮温低且冷痛者,可适当调整针尖方向并在此基础上联合温针灸治疗。以上情况均可与红外线理疗仪联合应用。

4.5 与练功疗法协同治疗 筋出槽所形成的“结”解开以后,患者疼痛减轻,在能够耐受的情况下,可指导其进行适当的等长收缩、牵张拉伸等练功疗法,有助于巩固远期疗效。

5 小结

针刺为中医特色治疗技术,亦是石氏伤科治疗伤筋病重要技术手段之一,其对以顽固性筋结为特征的筋出槽病症具有较好的疗效^[17]。在詹教授“从筋论治”学术思想的指导下,临床常采用“按、拨、揉、推”4种触诊技术对筋结所在位置、大小、深度进行空间定位,遵循“手摸心会”触诊原则感知筋结的基本特征,并将此处作为治疗重点,沿筋结范围有针对性地施加慢进疾出针刺手法,实时感知针下组织阻力的变化,进而完成对深部筋结结构的力学刺激和调节,最终实现“解结”的病理逆转。

石氏伤科石筱山^[18]先生早在20世纪50年代便提出,不显著的伤筋可采用药物,辅以手法和针灸治疗;对于不甚显著的伤筋以理正筋位手法进行治疗,辅以药物;对于有显著外形改变的伤筋,则必须先以手法将隆起的粗筋纳入筋位,使隆起平复,恢复屈伸活动,再辅以针刺和药物治疗。其中“不显著”“不甚显著”“有显著外形改变”的描述是对筋出槽程度定性分析的有力体现。詹教授结合现代临床实践经验认为,目前筋出槽虽无客观定量评价指标划分其严重程度,但可根据触诊手感对筋出槽进行定性评估,对于质地较软且有弹性的条索状反应点可采用手法进行理筋松解筋结,对于质地较硬的筋结在手法治疗基础上应结合针刺治疗,从而达到“松筋解结”之效。

《灵枢·经筋》中记载了3种筋结针刺治则治法,即“燔针劫刺”“以知为数”“以痛为输”^[20],其中“以痛为输”被广泛应用于伤筋病的治疗,即将痛点作为针刺点。筋出槽的典型表现为触及伴有压痛的条索状筋结,我们认为在此处行针刺治疗为宜。目前对于针刺“解结”的作用机制虽未完全明确,但我们推测,随着筋结由软至硬,其结构呈进行性密闭状态,血瘀气滞,不通则痛,针刺疗法可以在筋结处局部“开窗”,贯通内外,减轻局部高应力状态,从而达到行气散瘀、软化筋结之效。本课题组前期利用骨骼肌超负荷等长收缩构建了筋出槽动物模型,并在电镜下观察了筋出槽模型骨骼肌组织形态学和

超微结构的变化^[21]。未来可以在筋出槽动物模型研究的基础上,比较针刺治疗前后筋的形态学变化,从而明确针刺“解结”的内在效应机制,进而更好地指导临床实践。

参考文献:

- [1] 詹红生,杨凤云.中医骨伤科学[M].北京:人民卫生出版社,2021:15-16.
- [2] 李正言,葛海雅,杨宗睿,等.基于现代医学研究探讨筋出槽和骨错缝的病理机制[J].中医正骨,2025,37(2):39-43.
- [3] 华海洋,郭光听,陈大宽,等.基于石氏伤科筋骨理论探讨慢性筋骨病损的辨治思路[J].中医正骨,2024,36(2):65-67.
- [4] 李正言,丁立鹏,任我行,等.筋出槽和骨错缝的中英文释义及现代认知探讨[J].中医正骨,2024,36(6):37-39.
- [5] 詹红生.基于德尔菲法构建《脊柱筋出槽疾病诊断标准》专家共识[J].中医正骨,2023,35(3):1-5.
- [6] 程永,王竹行,唐成林,等.经筋病中医病理机制理论探讨[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(6):101-108.
- [7] 文家涛,任世定,林佳炯,等.基于“筋主骨从”理论探讨骨关节损伤性疾病的诊疗策略[J].中医正骨,2024,36(6):40-43.
- [8] 孙勇,郝军.筋病理论与经筋理论的异同[J].中医正骨,2016,28(4):72-74.
- [9] 李宗举,邱德华,石仰山.论石氏伤科的“以气为主,以血为先”[J].中国中医骨伤科杂志,2000,8(5):61-63.
- [10] 元唯安,詹红生,杜国庆.论“筋主骨从”观念在慢性筋骨病损诊疗中的临床意义[J].上海中医药杂志,2019,53(9):2-15.
- [11] 潘富伟,陈元川,张旻,等.从筋论治膝关节炎的新思考[J].中华中医药杂志,2022,37(6):3040-3044.
- [12] 杜国庆,沈知彼,李正言,等.脊柱筋出槽、骨错缝疾病临床评估中触诊的价值和操作方法[J].中医正骨,2024,36(2):55-59.
- [13] 徐澄中,石仰山.石仰山伤科独到经验[J].上海中医药杂志,1993,33(7):1-3.
- [14] 黄佩怡.经筋理论的古代文献研究[D].北京:北京中医药大学,2020.
- [15] TRAVELL J, RINZLER S H. The myofascial genesis of pain[J]. Postgrad Med, 1952, 11(5): 425-434.
- [16] PAULET T, FRYER G. Inter-examiner reliability of palpation for tissue texture abnormality in the thoracic paraspinal region[J]. Int J Osteopath Med, 2009, 12(3): 92-96.
- [17] 施杞,石印玉.石幼山伤科学术经验介绍[J].中医杂志,1984,29(4):10-12.
- [18] 石筱山.“筋骨损伤”述略[J].中医杂志,1956,6(11):598-599.
- [19] 袁盈,王成远,罗杰.清宫正骨流派之手法与针法互鉴[J].中国中医骨伤科杂志,2025,33(2):94-96.
- [20] 黄龙祥.筋病刺法的演变与经筋学说的兴衰[J].中国针灸,2023,43(8):855-867.
- [21] 杨宗睿,葛海雅,石金玉,等.“筋出槽”大鼠模型骨骼肌形态学和功能的特征性变化[J].中国组织工程研究,2024,28(26):4170-4177.

编辑:严林

收稿日期:2025-04-04