

从“经筋”论治痹证及其机理探讨*

韦 嵩¹ 陈志煌¹ 孙维峰¹ 刘 坚¹ 康贤通² 沈 鹰¹ 接力刚¹

1 广州军区广州总医院(广东广州 510010)

2 广州市亿福迪医疗器械有限公司(广东广州 510010)

中图分类号:R255.6 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2011)09-1408-02

【关键词】 经筋 痹证 经络学说

“经筋”一词首见于《灵枢》。明·张介宾指出:“十二经脉之外而复有经筋者,何也?”盖经脉营行表里故出入脏腑,以次相传,经筋联缀百骸,故维络周身,各有定位。虽经筋所盈之处,则唯四肢溪谷之间为最,以筋会于节也。“筋属木,其华在爪,故十二经筋皆起于四肢指爪之间,而后盛于辅骨,结于肘腕,系于关节,联于肌肉,上于颈项,终于头面,此人身经筋之大略也。筋有刚柔,亦犹经之有络,纲之有纪,故手足项背,直行附骨之筋皆坚大,而胸腹头面支别横络之筋皆柔细也。但手足十二经之筋又各有不同者”^[1]。可见经筋是古人运用当时解剖知识,以 12 条运行力线为纲,对人体韧带学、肌学及其附属组织生理和病理规律的概括。痹证是临床上常见疾病,以疼痛、麻木、拘急、重着、变形、关节肿胀为主要表现,痹证病情缠绵,难以根除,日久气血闭阻,必有津液停聚而形成痰浊,风、寒、湿热与痰浊相互搏结,凝结为患,滞留于肌肉筋骨,使病情更加复杂,故其治疗也棘手。本文主要探讨运用经筋理论治疗痹证及其机理。

1 经筋的结构及实质

经筋是经络系统的重要组成部分,是十二经脉在肢体外周的连属部分,亦即十二经脉之气结聚散络于筋肉关节的体系。《说文·筋部》谓“筋,肉之力也。从力,从肉,从竹。竹,物之多筋者”。筋是指能够产生力量的肌肉。另外,《类经》提出经筋是“联缀百骸”、“维络周身”、“筋会于节”、“中无有空”、“各有定位”的组织,《灵枢》中指出“肌肉解利”是经筋的生理常态,而“聚结”、“筋挛”等,便是经筋的病态表现。从以上所述可知,经筋“联缀百骸”,与骨构成人体身形,是缠绕关节,主司运动的组织。这部分组织的功能与现代解剖中骨骼肌及其辅助结构的功能相似,因此认为经筋是包括肌膜、肌腱、筋膜、韧带及关节等处结缔组织的筋肉系统。《灵枢·经脉》用“筋为刚,肉为墙”的比喻,形象地说明了

筋、肉的生理作用,筋附着、连属于骨节,筋力坚韧,能约束、联缀骨骼和肌肉,使整个躯体保持一定的位置和形态。全身关节的运动滑利,主要是靠筋的连属作用,即“宗筋主束骨而利机关也”(《素问·痿论》)。因此,可以认为经筋与人体肌肉、肌腱的分布、起点和走行基本一致,两者在形态结构、生理功能及与骨骼的联系方面,具有相关的特点和规律。

《灵枢·经脉》篇对十二经筋作了详细的描述,其表现特点:向心而走,无逆顺之分。十二经筋均起始于四肢末端爪甲之间,聚结于骨骼,关节之上,终结于躯干、头面部位。其分布规律为:十二经筋在体表的分布与十二经脉大体相同,即手六经的经筋分布于人体的上半身,足六经的经筋分布于人体的下肢、躯干及头面。但部分经筋超出本经的循行范围,循行至经脉未及之处。《黄帝内经太素》曰“十二经筋内行胸腹廓中,不入五脏六腑”。经筋在循行过程中未与任何脏腑发生联系。

2 痹证的病因病机及临床表现

痹证是临床上的常见病证,主要表现为关节或肌肉疼痛,疼痛部位固定,并伴有局部怕冷或活动不利,关节肿胀或畸形,有渐进性及反复发作的特点,现代医学中,如类风湿性关节炎等均属痹证。痹证的发病机制主要是素体虚弱、正气不足、卫阳不固,感受风寒湿邪,流注经络关节,气血运行不畅而为痹证。《素问·痹论》曰“风寒湿三气杂至合而为痹也”。其病因有二,正气虚衰是痹证发生的内因,由于正气虚弱,易感受外邪而发病。《灵枢·五变》篇曰“腠理而肉不坚者,善病痹”。《类证治裁·痹证》“诸痹,良由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪气所阻,不能宣行,因而留滞、气血凝涩,久而成痹”。外因为风、寒、湿、热外邪袭踞经络,气血为邪所阻,壅滞经脉,留滞于内,痹痛乃作,如失治、误治、病延日久,正虚邪恋,五脏气血衰少,气血周行不畅,湿停为痰,血凝为瘀,痰瘀交阻,凝涩不通,邪正混淆如油入面,胶着难解,呈现虚中夹实。此时病邪除风寒湿热外,还兼病理产物痰和瘀,《素问·痹论》中

* 基金项目:全军中医药科研专项(10ZYZ117)

有“所谓痹者,各以其时,重感于风寒湿之气也”及“不与风寒湿气合,故不为痹”之说。

3 经筋与痹痛的联系

《灵枢·经筋》分别记述了十二经筋的病候,虽各有差异,但总的来看主要表现为各条经筋循行所述部位的筋肉、关节的运动障碍和疼痛,如筋脉的牵掣、拘挛、掣痛、转筋、强直和关节活动不利等。以上痹痛多为经筋病的主要临床表现。故十二经筋病变,原文中分别提出了“十二痹”之名。《素问·长刺节论》“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名为痹痛”,也说明了经筋功能失常是导致痹证的重要原因。

《素问·宣明五气》篇强调,“五劳所伤,久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋”。指出劳累过度、长期的慢性劳损,尤其是不正确的劳动姿势和休息体位是造成经筋损伤的重要原因。经筋主束骨而利机关,肌肉收缩牵拉关节而运动。表现为(1)筋伤劳损则成痹,长期的慢性劳损,在肌肉收缩牵拉的附着点,即肌腱与骨的结合部,经筋“结”、“聚”之处,经脉闭阻,气血不畅,不通则痛。跌仆闪挫,络破血溢,渗入肌肉腠理之间,形成瘀血。瘀血阻遏,气机运行不畅,故为肿、为痛。筋伤劳损反复发作,导致粘连、瘢痕,形成肥厚、条索、结节等痛性反应物。这些痛性经筋损伤,是引起关节疼痛及功能障碍的重要原因。外感六淫、内伤七情均可加重和诱发关节痹痛。(2)外邪侵筋成痹,从临床角度分析,痹痛的部位多发生在运动肌的肌腱末端及其附属组织,如腱鞘、滑囊、滑液囊、韧带等处。经筋循行体表,风寒湿之邪侵袭皮肉筋骨,致筋脉气血不和,闭阻不通则成痹证。《素问·痹论》谓“痛者,寒气多也,有寒故痛也。其不痛不仁者,病久入深,荣卫之行涩,经络时疏,故不痛,皮肤不荣,故为不仁”。外邪稽留肌肤筋肉之间,致气血凝涩不通,且寒主收引,而病为筋肉酸楚、疼痛、麻木、拘挛、活动受限等。

4 经筋理论在治疗痹证中的应用

传统解释认为十二经筋病证,治疗主要遵循“燔针劫刺,以知为数,以痛为输”的治疗原则。针刺特点均是以痛点及附近部位取穴为主,还可以配合循经取穴,“此乃依脉引筋气也”,如《灵枢·官针》篇说“腠刺者,刺燔针则取痹也”,“傍针刺者,直刺、傍刺各一,以治留痹久居者也”。运用经筋理论治疗痹证的方法有(1)辨经论治:根据损伤,疼痛的部位,按照十二经筋的循行,来辨别发病经筋所在,在所循行的经筋线上寻找筋肉汇聚丰厚处进行治疗;(2)远近结合:辨别某经筋病后,采取远近结合的办法进行治疗;(3)上下结合:辨别某经筋病后,病在上位的可在经筋所循行的下端进行治疗;(4)数经筋同治,如辨别2条以上经筋病,可针对所病之经筋进行治疗。

《灵枢·经筋》中记载“足少阴之筋,起于小指之下,

入足心,循旅内挟脊,上至项,结于枕骨,与足太阳之筋合”,其分布区域包括了整个脊柱及脊柱两侧维持脊柱功能的一部分肌肉及韧带^[2]。足少阴经筋病变的主要表现为“不能俯”、“不能仰”,即为腰椎间盘突出及第三腰椎横突综合征的主要表现之一。韦氏等^[3-4]采用经筋疗法治疗腰椎骨质增生的第3腰椎横突综合征,对“筋结点”进行“松筋解结”和“固灶行针”及拔罐等综合治疗,达到“解结则松,松则不痛”和“筋松骨顺,顺则能动,动则不痛”的理想功效,说明筋骨同病在骨质增生中相当普遍,骨病治筋方法有效。李氏^[5]应用针刺疗法治疗经筋经过部位的肌腱、筋膜、韧带及关节等处的结缔组织痹痛,即临床上常见的肩周炎、腱鞘炎等病,收到显著疗效。唐氏^[6]从经筋论治肩周炎,取手三阴经之募穴、俞穴,配合患侧局部取穴,共治疗184例,总有效率97.9%。薛氏等^[7]根据经筋的循行分布特点,在各经筋循行部位寻找结筋病灶点治疗膝退行性变及膝痛,主要以改进关刺、恢刺、短刺等刺法在病灶点上进行操作,解除膝关节痹痛。冯氏等^[8]治疗颈肩综合征采用“理筋查灶”以及“手法-针刺-拔罐-系列解锁”综合消灶理筋法,对颈、肩、肘的筋结,分别施以解结、解锁、固灶行针及拔罐法等经筋治法,使之疏通经络,通而不痛,达到治疗目的。

5 结 语

经筋理论是经络学说的重要组成部分,在中医学研究中占有重要指导地位。经筋理论虽然不如十二经脉理论为人重视,但由于经筋为病所涉及的病种广泛,大多数是运动系统疾病,且已在临床中证明应用经筋理论治疗痹病效果很好。通过学习并运用经筋理论,使痹病治疗更为灵活,更有针对性,疗效也更好。经筋疗法是古而新兴,内中潜伏着诸多探索人体科学有价值之门径,具有广阔的发展前景。

参 考 文 献

- [1] 薛立功. 经筋理论与临床疼痛诊疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:7-8.
- [2] 田辉, 韩明航. 经筋理论与腰椎间盘突出症发病机理探析[J]. 辽宁中医学院学报,2005,7(3):209-210.
- [3] 韦英才. 经筋疗法治疗腰椎骨质增生症临床研究[J]. 四川中医,2001,19(9):69-70.
- [4] 韦英才, 梁树勇. 经筋疗法治疗第三腰椎横突综合征56例疗效观察[J]. 广西中医药,2002,25(5):31.
- [5] 李万瑶. 经筋病针灸临床治疗方法探讨[J]. 针灸临床杂志,2004,20(12):2-4.
- [6] 唐燕萍. 以经筋论治肩周炎184例[J]. 安徽中医学院学报,1999,18(2):34-35.
- [7] 薛立功, 张海荣, 刘春山, 等. 经筋辨治膝退行性变合并膝痛364例分析[J]. 中医药学刊,2003,21(8):1377-1378.
- [8] 冯广扬, 易焕彪, 黄敬伟. 经筋疗法治颈肩综合征[J]. 江西中医药,1995,26(增刊1):64-65.

(收稿日期 2011-04-24)