

本文引用: 刘磊, 龚智超, 陈沁涛, 张思懿, 郭艺, 李武, 李江山. 基于经筋理论探讨触诊对颈痛分期诊疗的意义[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(1): 144-147.

## 基于经筋理论探讨触诊对颈痛分期诊疗的意义

刘磊, 龚智超, 陈沁涛, 张思懿, 郭艺, 李武\*, 李江山\*

湖南中医药大学针灸推拿与康复学院, 湖南长沙 410208

**[摘要]** 颈痛属于中医学“经筋病”的范畴。经筋理论与颈痛的生理病理关系紧密, 并且对颈痛的诊疗具有指导意义。触诊是颈痛诊断和分期治疗的重要环节, 根据经筋病理产物出现的部位不同, 可以明确病变经筋; 根据不同的病理变化会出现不同的指下触感, 可以对颈痛进行分期, 进行有针对性的治疗, 从而达到精确施治、提高临床疗效的目的。同时, 触诊为颈痛的诊疗提供了一定的规范化、客观化的参考。

**[关键词]** 颈痛; 经筋病; 触诊; 分期诊疗; 经筋理论; 规范化; 客观化

**[中图分类号]** R274

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2024.01.022

## Significance of palpation in the staging diagnosis and treatment of neck pain based on the meridian sinew theory

LIU Lei, GONG Zhichao, CHEN Qintao, ZHANG Siyi, GUO Yi, LI Wu\*, LI Jiangshan\*

School of Acupuncture-moxibustion, Tuina, and Rehabilitation, Hunan University of Chinese Medicine,

Changsha, Hunan 410208, China

**[Abstract]** Neck pain belongs to the category of "meridian sinew disease". The meridian sinew theory is closely related to the physiology and pathology of neck pain, and has guiding significance for the diagnosis and treatment of it. Palpation is an important part of the diagnosis and staging treatment of neck pain. According to the location of the pathological products of the meridian sinew, the lesion of the meridian sinew can be identified. Different pathological changes will result in different palpating sensations under the fingers, which can be used to stage neck pain, thereby providing precise treatment and improving clinical efficacy. At the same time, palpation provides a certain standardized and objective reference for the diagnosis and treatment of neck pain.

**[Keywords]** neck pain; meridian sinew disease; palpation; staging diagnosis and treatment; meridian sinew theory; standardization; objectification

颈痛属于中医学“经筋病”范畴<sup>[1]</sup>, 主要表现为颈项部疼痛不适, 多伴有颈项活动障碍。随着人们生活模式的改变, 颈痛逐渐年轻化<sup>[2]</sup>, 成为了现代社会的一个主要健康问题, 严重地影响社会、经济与医疗系统<sup>[3]</sup>。因其高患病率、高复发率的特点, 在全球

范围内, 颈痛的医疗负担越来越大<sup>[4]</sup>。

中医师看病主要依靠望、闻、问、切四诊, 其中的切诊能给医家提供相对客观的指标。随着科技的发展, 传统切诊逐渐被各种影像检查所替代<sup>[5]</sup>, 而触诊作为切诊的重要组成部分之一, 也少有医家采用。但触诊在基

**[收稿日期]** 2023-09-02

**[基金项目]** 国家自然科学基金项目(82174526, 82274676, 82374613); 湖南省科技创新计划资助项目(2022RC1221); 湖南中医药大学研究生创新课题(2023CX73)。

**[通信作者]** \* 李江山, 男, 博士, 教授, E-mail: 292463008@qq.com; 李武, 男, 博士, 副教授, E-mail: 272434694@qq.com。

于经筋理论诊疗颈痛中有着不可替代的作用:一是通过触诊可以直接采集颈项部经筋的客观表现,常体现为指下有经筋增粗、紧张、僵硬或硬结感,能更加直观地反映经筋的病理状态,从而准确诊断患者的病位,做到精确治疗;二是可以对疗效进行评估,为下一步治疗提供参考依据。在临床上使用触诊对颈痛进行分期精确施治,可以使颈项部的经筋更好地回到“筋柔”的生理状态。本文基于经筋理论,探讨触诊对颈痛分期诊疗的意义。

## 1 经筋的生理病理与颈痛的关系

根据《灵枢·经筋》的记载,12条经筋中有7条经筋循行过颈项,其中不仅有“其直者”的主筋,也有大量的“其支者”的支筋,还有“上”“循”“贯”“合”等循行特点,相互交织成网,呈现出三维立体结构。这让颈椎有更好功能性的同时,也使得颈痛高发<sup>[6]</sup>。颈项部的7条经筋相互交错、协调配合,构成了一个张力传导网络,维持着各部分经筋张力平衡<sup>[7]</sup>。当颈项部经筋痉挛、劳损后,该平衡被打破,其中的津液凝聚为“沫”,进而产生津液“涩渗”,气血溢出脉外,发生疼痛<sup>[8]</sup>。经筋损伤较轻,经过简单地处理和休养,依靠自愈能力,可以缓解。但经筋反复创伤再修复,经筋结构发生改变,难以完全恢复,日久形成“横络”(筋结),“横络”(筋结)卡压穿行于经筋中的经脉,阻碍气血运行,经筋失于经脉气血濡养则进一步加剧经筋损伤,使得颈痛缠绵难愈<sup>[9]</sup>。《灵枢·经脉》载“经脉十二者,伏行分肉之间,深而不见”,指出经脉走行于筋肉之内,经筋结构的正常与否对经脉气血的流通十分重要,所以在颈痛的发生发展中,经脉不通仅为“标”,导致经脉不通的经筋损伤才是“本”<sup>[10]</sup>。

综上所述,颈项部的经筋有循行复杂、病理形态多样的特点,这导致颈痛的诊疗存在一定困难,且临床上患者的自述相对主观,又进一步加大医者诊断的难度。但通过触诊可以相对客观地分析病情,确定病位,以达到提升疗效、精确施治的目的<sup>[11]</sup>。

## 2 经筋触诊对颈痛分期及治疗的指导

触诊以快速且精确定位受损经筋为目标,不仅要做到熟悉经筋循行、能按图索骥,更要灵活运用循、扪、切、揣、按等触诊方法。触诊时应密切注意指下触感,双手配合,一般以左手扶持或固定,用右手拇指或食指进行触诊。将经筋依据其循行分为颈肩部与肢体区两个区域:颈肩部为头部与双肩的连接处,上界为头部下界,下界为胸部及上肢的分界;肢

体区主要为四肢与躯干。

首先,依据患者自述的疼痛范围预估病变的经筋,然后在颈肩部采取扪、按、揣等手法由浅至深、由轻到重地耐心探查,感受触诊部位经筋的形态、张力、弹性、筋肉厚薄及层次,并严密观察患者的反应、及时询问患者的感受。检查时,除静态触诊外,还应结合颈部主动与被动屈伸、旋转等运动。通过与正常经筋对比并结合患者对触诊时的反应,判断病灶所属层次、部位及与周围经筋的关系,这是触诊分期的主要依据。最后,由于颈项部经筋循行复杂,交织成网,且病灶点常处于多条经筋交聚处,仅通过局部触诊难以辨明病变经筋,故需再沿预估经筋的循行走向进行推寻、切按,寻找肢体区有无相应病灶点,以资鉴别<sup>[12]</sup>。如《灵枢·经筋》中记载足太阳经筋其病除“项筋急”外,还有“脰挛”“脊反折”“肩不举”等肢体症状及经筋的病理状态。通过触诊,不仅可以明确病变经筋,还可以做到从整体上把握颈痛的治疗方向。根据颈肩部不同病理变化出现的指下触感不同,可将颈痛分为筋痛、筋急、筋结3期<sup>[13]</sup>,详述如下。

### 2.1 筋痛期

经筋因损伤,产生异常的病理物质,形成“迫切为沫”“津液涩渗”的炎性反应,病理物质逐渐积聚,阻碍经脉气血流通,导致局部出现气血瘀滞,而后出现“排分肉”“肉裂而痛”的症状。筋痛期以病变部位出现压痛为主,与正常部位筋肉触摸比较有增粗且紧绷之感。此时尚属疾病早期,病情轻、浅,经筋结构尚未发生严重破坏<sup>[14]</sup>,可根据患者对疼痛部位的描述,循经筋辨筋论治,选取对应经脉进行远道刺,迅速止痛,避免病情进展<sup>[15]</sup>。《病机沙篆·腰痛》云:“经筋所过,皆能为病,治之者须审系何经,方得应手取效。”十二经筋与十二经脉分布基本一致,故经筋病与经脉功能密切相关,可参考经脉取穴的原则治疗<sup>[16-17]</sup>。远道刺治疗不仅可以避免因针刺局部加重经筋损伤,更具有选穴精而少、针刺安全、减轻患者畏针的心理的优点,并可有效宣通气血,加快经筋修复,缓解疼痛<sup>[18]</sup>。

### 2.2 筋急期

颈痛早期失治或劳损过重,导致大量“沫”产生、聚集,进一步加重经筋紧张、痉挛,从而出现筋膜间室内压力和筋膜表面张力增高,对周围组织产生牵伸、压迫,使得疼痛进一步加重<sup>[9]</sup>。颈项局部经筋发生痉挛导致张力增加<sup>[20]</sup>,该时期医者指下有明显拘急、僵硬之感。在这种情况下,进行远道刺,无法恢复经筋

生理结构,应以《灵枢·经筋》“以痛为输”为原则,针刺局部的“筋急”<sup>[21]</sup>。《灵枢·刺节真邪》载“坚紧者,破而散之,气下乃止”,有针对性地对指下拘急、僵硬处进行针刺,能有效缓解经筋痉挛紧张,改善肌肉状态,促进气血通利,缓解疼痛<sup>[22]</sup>。赵紫昊<sup>[23]</sup>研究证实,“以痛为输”较常规取穴,可以更有效地疏通经络,调畅气血,舒缓筋急。

### 2.3 筋结期

颈项部经筋长期、反复的劳损,使得经筋产生代偿性的增生肥厚或瘢痕,局部肌肉结构和功能发生改变,最终形成筋结等痛性反应物<sup>[24]</sup>,常呈现出椭圆、条索、菱形等形状。医者指下会有质地坚硬、弹性减弱等“结筋”之感<sup>[25]</sup>。《灵枢·刺节真邪》言:“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经之上,令之不通,视而泻之,此所谓解结也。”临床上使用推拿、切按等触诊手法,并依据患者描述确定筋结位置及其深度,采用小针刀直达病所地对筋结进行“解结”,达到“视而泻之”的治疗目的<sup>[26]</sup>。“筋结”的形成,会痹阻经脉,影响气血通利。“筋结”既是病理产物,又是致痛因素,同时也是诊断治疗的关键<sup>[27]</sup>。发展至筋结期的患者,病程时间长,经脉卡压严重,不对已经产生的结筋病灶点进行治理,解除经脉的卡压,则难以取效<sup>[28]</sup>。

## 3 验案举隅

2022年8月13日,初诊。患者,男,46岁。因反复颈痛7年,加重6d就诊。患者于7年前因劳累后出现颈痛,伴颈项部活动受限,前往当地卫生院治疗,治疗不详,症状缓解后出院。自此颈痛常在长时间工作后反复发作。颈痛较轻时,自行按揉颈项部、卧床休息可缓解,颈痛较重时,自行口服“布洛芬”等药,疼痛可稍减轻。近6天因经常加班,长时间办公后出现反复颈项疼痛伴旋转功能障碍,休息后疼痛缓解不明显,遂来就诊。患者自发病以来,神志清,精神差,夜寐差,胃纳减少,大小便正常,体重无明显改变。刻下症见:颈项疼痛伴旋转障碍(VAS评分:6.8分;颈椎活动度:左旋48°,右旋30°),颈部右旋时疼痛加重并牵扯至约当曲垣穴处,头晕。通过MRI报告,可排除神经根型颈椎病、椎动脉型颈椎病可能。颈项部触诊:两侧头、颈夹肌、肩胛提肌及斜方肌压痛并紧张,右侧为重,耳后完骨处触及黄豆大小的圆珠状筋结,依据经筋循行考虑患者可能手三阳经筋或足太阳经筋病变为主。肢体区触诊:循考虑的病变经筋触诊,肩胛内缘压痛明显,右手肱骨

内上髁处触及条索状筋结。依据经筋触诊,诊断为手太阳经筋病。

门诊采取小针刀(马鞍山邦德医疗器械有限公司,乐灸牌,规格0.50 mm×40 mm)松解耳后完骨及肱骨内上髁处筋结。具体操作方法:患者取俯卧位,针刺部位用75%乙醇常规消毒,医者用左手仔细切按确定筋结深度并固定筋结位置,后右手予小针刀沿着指切部位垂直皮肤快速透皮进针,直刺筋结处,而后退至皮下,沿筋结边缘前、后、左、右各刺1次,即出针,用无菌棉签压迫针刀口,防止出血,再次于针刀口及其周围3 cm范围消毒后用无菌敷料覆盖针刀口。随后行毫针(苏州医疗用品厂,华佗牌,规格0.30 mm×50 mm)针刺两侧头、颈夹肌、斜方肌和肩胛内缘压痛点,得气即可,留针25 min。取针后,嘱患者缓慢活动颈项,已感颈痛明显改善(VAS评分:2.8分),颈部活动较前轻松(颈椎活动度:左旋54°,右旋48°),头晕减轻。嘱患者需针刺巩固疗效,明日再来。

2022年8月14日,二诊。触诊其昨日筋结点处,筋结已消散,头、颈夹肌、肩胛提肌、斜方肌紧张度较昨日减轻。今日于颈肩压痛点、昨日筋结点处进行针刺,并加针百会,双侧后溪、阳谷、昆仑、风池,得气即可,留针25 min,嘱患者间日行针刺治疗4次。

2022年8月22日,三诊。经6次治疗后,患者症状已大为减轻,颈项活动已无障碍(VAS评分:0.5分;颈椎活动度:左旋68°,右旋65°),触诊未见异常。嘱其平时注意头颈姿势,后随访半年未复发。

按:颈项部触诊头、颈夹肌及斜方肌压痛并紧张,耳后完骨处触及筋结,但并不能明确诊断。因在此区域手少阳经筋“上肩走颈,合手太阳”;手阳明经筋“绕肩胛,挟脊”“从肩髃上颈”;足太阳经筋“上挟脊上项”“上出缺盆,上结于完骨”;手太阳经筋“上绕肩胛,循颈出走足太阳之筋前”。故采取肢体区触诊进行鉴别:肩胛内缘压痛明显,右手肱骨内上髁处触及条索状筋结。《灵枢·经筋》提出手太阳经筋“结于肘内锐骨之后”“其支者,走腋后廉,上绕肩胛”,至此可明确诊断手太阳经筋病变为主,属筋结期。通过触诊准确地找到病灶点,直达病灶地对筋结处进行针刺,解除对经脉的卡压,促进经筋结构和功能的恢复。然后,再针刺“筋急”处并配合远端取穴,降低经筋张力,改善肌肉痉挛状态,缓解疼痛。每次施术前认真仔细地进行触诊,不仅能准确掌握病情的变化,还能让治疗思路条理清晰,针数少而精,最终效如桴鼓。

## 4 讨论

颈项部经筋既是维系颈部运动之根本,也是颈痛发病之根源。颈痛的发生是经筋损伤在先,影响穿行于其中的经脉气血流通,而后出现“不通则痛”“不荣则痛”<sup>[29]</sup>,故在颈痛的治疗上以恢复经筋的生理功能和结构为首要目的,其中精确的诊断是其关键。《灵枢·经水》曰“审、切、循、扪、按,视其寒温盛衰而调之,是为因适而为之真也”,为确立经筋病的诊断方法奠定了基础。清代吴谦《医宗金鉴》总结了前人对筋类疾病的诊疗经验,并提出重视运用触诊对筋性疾病进行诊断。颈痛触诊诊断在明确病变经筋的基础上,将经筋病依据病理因素不同,指下感觉不同进行分期,如:筋痛期,以指下有增粗、紧绷感为主要表现;筋急期,以指下有拘急、僵硬感为主要表现;筋结期,以指下有“硬结”感为主要表现。故在治疗上能把握患者经筋的损伤程度,有针对性地进行治疗,也给医者评估疗效提供了客观依据。不仅减少了患者的痛苦,也极大地提升了临床疗效。触诊分期诊疗颈痛的方法促进了经筋理论的应用,提高了经筋病诊断的准确性,也为经筋辨证体系的规范化和客观化提供了一定的思路与参考。

## 参考文献

- [1] 罗容,叶勇,钟峰,等. 择“筋”穴疗筋病探微[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(4): 599-603.
- [2] FARES J, FARES M Y, FARES Y. Musculoskeletal neck pain in children and adolescents: Risk factors and complications[J]. *Surgical Neurology International*, 2017, 8: 72.
- [3] KAZEMINASAB S, NEJADGHADERI S A, AMIRI P, et al. Neck pain: Global epidemiology, trends and risk factors[J]. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2022, 23(1): 26.
- [4] JAHRE H, GROTTLE M, SMEDBRÅTEN K, et al. Risk factors for non-specific neck pain in young adults: A systematic review[J]. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2020, 21(1): 366.
- [5] 郑欣,张群策,陈业孟,等. 按诊在美国各针灸流派中的应用现状及思考[J]. 中国针灸, 2010, 30(7): 591-594.
- [6] 于栋,陈兆军,徐凡平,等. 颈椎动力性失衡致早期颈椎病的相关研究进展[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2013, 21(3): 72-74.
- [7] 曹昞焱,饶毅,庄威,等. 《灵枢·经筋》中痛症病因的探讨[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(6): 90-93.
- [8] 邓豪,薛凡,仇湘中. 仇湘中教授治疗神经根型颈椎病经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(4): 421-423.
- [9] 李荣俊,王彤,袁永,等. 薛立功采用长圆针解结法治疗经筋痹痛的临床思路[J]. 中国针灸, 2020, 40(10): 1119-1121.
- [10] 苏鑫童,马晓晶,薛立功,等. 论经筋痹痛[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(4): 381-382.
- [11] 郭光昕,孔令军,朱清广,等. 从推拿角度探讨“筋骨评估”理论渊源及应用[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10): 4774-4777.
- [12] 苏鑫童,李春颖,刘琪,等. 结筋病灶点与阿是穴当议[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(6): 45-46.
- [13] 李武,危威,葛云鹏,等. 颈项疼痛及功能障碍的经筋辨证与推拿治疗探析[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(3): 111-113.
- [14] 邓佳南,龚利,李建华,等. “以痛为输”手法对早中期膝骨关节炎患者等速肌力的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2015, 23(6): 35-38, 41.
- [15] 梁丽珠,魏铮. 经筋远道刺结合运动针法治疗颈型颈椎病临床观察[J]. 四川中医, 2016, 34(5): 188-191.
- [16] 李建强,汪田,郭俊锋,等. 经筋辨证结合运动针法治疗颈椎病的临床观察[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(3): 270-272.
- [17] 雷斯媛,姚俊杰,庞婷婷,等. 推拿治疗肌筋膜疼痛综合征浅析[J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39(3): 341-344.
- [18] 肖山峰,胡小珍,刘密,等. 湖湘针灸名家严洁教授学术思想及临证经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(11): 1236-1239.
- [19] 赵勇,郭振芳,董福慧. 经筋痹痛与软组织张力的相关性探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2003, 26(6): 85-86.
- [20] 梁龙,于杰,周帅琪,等. 基于经筋理论探讨颈椎病的发病机制及颈部锻炼的分期论治[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(8): 4201-4204.
- [21] 胡金鲁,谢辉,常小荣,等. 局部针刺运动对肱骨外上髁炎康复效应的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(7): 1060-1064.
- [22] 叶勇,罗容,范升,等. 针刀合谷刺法联合三维整脊手法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(5): 885-890.
- [23] 赵紫昊. “以痛为输”恢刺法治疗颈型颈椎病疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(4): 409-410.
- [24] 张熙,栗胜勇,蔡慧倩,等. 基于“筋结”理论火刃针治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(10): 39-43.
- [25] 史佳芯,董宝强,邹正,等. 基于经筋理论探讨非特异性下腰痛的发病机制及分期论治[J]. 中国针灸, 2023, 43(3): 336-340.
- [26] 陈青,龚志贤,张月娟,等. 小针刀治疗早期退行性下颈椎失稳症的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31(5): 60-63.
- [27] 危威,李武,刘小卫,等. 浅议从经筋理论认知项痹及其治疗原则[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(3): 80-83.
- [28] 陈帅,严海霞,宫大伟,等. 针刀松解联合关节镜治疗早中期膝骨关节炎顽固性疼痛疗效[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(20): 4990-4994.
- [29] 李满意,娄玉铃,陈传榜,等. 经筋痹的源流[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(8): 55-60, 69.