

经筋学说与肌筋膜链理论相关性初探

罗文轩¹, 蔡秉洋¹, 李佳玥¹, 何彦澄², 杜琳¹, 高梦蕉¹, 陈宗俊¹, 史银春¹, 肖永华^{1*}

1. 北京中医药大学第一临床医学院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100070; 2. 重庆市中医院

摘要 中医经筋学说是中医经典理论之一, 而肌筋膜链理论则是近年来运动康复领域研究的热点。从经筋与肌筋膜链的定义出发, 通过比较二者在解剖结构、生理功能及临床应用等方面的异同, 探讨其各自在临床运用中的特点和优势, 探索应用肌筋膜链理论阐释经筋学说, 以期更好地指导经筋学说的临床应用。

关键词 经筋; 肌筋膜链; 临床应用

“经筋”是中医理论的基本概念, 经筋学说主要是指附属于十二经脉的筋肉连属系统^[1]。《灵枢·经筋》将手足三阴、三阳与“筋”连用, 总结为“足太阳之筋”“足少阳之筋”等十二经筋。肌筋膜链是现代医学概念, 指一连串肌腱与肌肉的连线, 彼此之间在结构和功能上都具有紧密的联系。人体最常见的肌筋膜链共有十二条, 与经筋学说的十二经筋数目相仿。经筋与肌筋膜链在维持关节结构、产生肢体运动与协调身体平衡等多项功能上具有一定的重合度。本文尝试通过对经筋与肌筋膜链在结构、功能、临床应用等方面的比较, 探讨二者的区别和可能的联系。

1 经筋学说概述

1.1 经筋的定义

“经”, 清代段玉裁《说文解字注》中注解为“织从丝也, ……织之从丝谓之经, ……南北曰经, 东西曰纬, ……从丝, 至(音同经)声”。“筋”, 《说文解字注》曰“肉之力也。力下曰筋也, 筋力同物, 今人殊之耳。考工记故书筋或作筋, 从肉力, 从竹。竹, 物之多筋者。说从竹之意。居银切。十三部”。“经筋”概念最早见于《黄帝内经》, 将“经”与“筋”连用仅见于《灵枢·经筋》一篇, 如“足太阳之筋”“经筋之病”, 认为十二经脉之气结聚散络于筋肉、骨骼、关节, 从而构成“十二经筋”, 是附属于十二经脉的筋肉连属系统^[2], 后世医家对经筋的论述范围多局限

于此篇。一些学者提出了对“经筋”的认识, 如薛立功^[3]认为, 先贤以十二正经为纲, 沿经脉分布对诸筋进行描述和概括, 故称之为“经筋”; 冯广扬等^[4]认为, 古人以十二经筋总括全身之筋, 因此, 经筋在实质上等同于筋, 强调从经脉角度对筋的分类与概括。

1.2 经筋的结构

经筋的结构具有其独特性, 与十二经脉具有“手之三阴, 从胸走手; 手之三阳, 从手走头”等明确的循行方向不同, 十二经筋不存在明确的走行方向而其分布特点可概括为“结、聚、交、合”^[5]。其中“结”是指十二经筋均起于四肢末端, 手六经之筋结于腕、肘、肩等关节, 足六经之筋多结于踝、膝、踵(足跟)、脘、髀(股骨与髌关节)等处。“聚”是指多条经筋聚集在某一位, 如足三阳之筋聚集在面部、足三阴之筋聚于生殖器、手三阴之筋结合于胸膈部、手三阳之筋结于侧头部等。“交”“合”是指不同经筋在分布过程中与属阴之经筋相“交”, 与属阳之经筋相“合”, 加强了经筋间的生理联系, 如手少阴之筋“交太阴”、足阳明之筋“合少阳”“上合于太阳”等。

由此可以看出, 经筋“结”“聚”的特点使之成为关节活动、肌肉运动的结构基础, “交”“合”的特点促使其能够相互影响、协调统一。此外, 经筋还能够沟通体表与内里, 如手足阴经经筋多分布于胸腹和四肢内侧, 手足阳经经筋多分布于项背和四肢外侧^[6]; 手三阴经经筋则均进入胸腔, 足太阴经筋“循腹里, 结于肋, 散于胸中”。需要注意的是, 尽管部分经筋循行进入体腔, 但并不与脏腑

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(JB063); 吕仁和——东直门名医传承项目(2016)(JX193)

* 通讯作者: wateraqu@126.com

产生直接的络属关系，只是在结构上提供支撑，这与经络直接内络脏腑有明显的区别。

1.3 经筋的功能

相较于经脉、络脉等，经筋具有一些相对独特的功能，这与经筋的循行特点有关。经筋与十二经脉伴行，与络脉、皮部等有着相近的分布，但却处于不同的层次结构。经筋功能的特点可概括为：

其一，经筋主约束骨骼和关节。《素问·痿论篇》云“宗筋主束骨而利机关也”，病理状态下，可见肢体拘急痉挛、关节疼痛、肿胀及活动不利等症状^[8]。

其二，经筋主运动。在“筋、脉、肉、皮、骨”五体中，筋、肉、骨均与运动相关。“骨”偏于提供支撑，更多的是被动地参与运动。《灵枢》载“肌肉坚固，血脉盛满，故好步”，可见“肉”也是运动的结构基础；相比之下，“筋”则更为直接地参与运动。《释名》言筋为“肉中之力，气之元也”^[9]，认为筋是运动的力量承担者。《医学入门》强调“人身运动，皆筋力所为，肝养筋，故曰罢极之本”^[10]。若经筋失于濡养，则常表现出筋松弛乏力不收、痿废不用等症状。

其三，经筋抵御外邪。《灵枢·经脉》云：“人始生，……筋为刚，肉为强”，表明经筋与肌肉共同抗邪，并且共同形成保护机体内在脏腑的外周组织体系^[8]。经筋感受外邪，则可表现出功能的异常，如《灵枢·经筋》言“经筋之病，寒则筋急，热则筋弛纵不收”。

1.4 经筋学说的临床应用

经筋学说从不同的层面强调了脏腑与经络、体内与体外、局部与整体之间的气血阴阳平衡的关系，临床应用广泛。经筋不入脏腑，但凭借十二经脉“内联脏腑，外络肢节”的作用，可以影响内在脏腑。因此，除了常见的运动系统疾患外，经筋病也可出现脏腑功能失调的症状。如因进食生冷，寒性收引，促使足太阴、手少阴经筋收缩紧张，可连及心包而出现胸闷、憋气的症状。通过按摩足少阴、手少阴经筋，可使症状明显改善^[11]。经筋理论的整体观包括结构整体观和气血整体观^[11]，前者指经筋之间存在协同与拮抗的关系，故可运用“从阴引阳、从阳引阴”的思想指导治疗；后者指经筋与气血、营卫之间存在循行、功能、系统上的联系，营血运行，濡养经筋，卫气循行在经筋组织之间发挥“柔则养筋”的作用，使筋能够“束骨而利机关”，正如《素问·逆调论篇》云“荣气虚则不仁，卫气虚则不用，荣卫俱虚，则不仁且不用，肉如故也”。由此可见，经筋学说的运用，反映了中医学在内外结构、脏腑经络及气血阴阳等不同层面的整体观念。

2 肌筋膜链概述

2.1 肌筋膜链的定义

“肌筋膜链 (myofascial meridian)”起源于美国物理治疗师 Ida Rolf，其后由手法治疗师 Thomas Myers 通过解剖实践进行了验证，并在《解剖列车》中详细记录^[12]。在该书中并未用“肌筋膜链”，而是以“肌筋膜经线 (myofascial meridian)”来命名这一概念。

“myofascial”意为“肌筋膜”，包括肌肉和筋膜 (fascia) 两种成分，其中筋膜又有狭义和广义之分。狭义之筋膜包括浅筋膜和深筋膜，浅筋膜位于真皮下，大部分由富含脂肪组织的疏松结缔组织构成，又称皮下筋膜；深筋膜位于浅筋膜深面，由脂肪含量较少的致密结缔组织构成，包被肌肉、血管、神经等，又称固有筋膜^[13]。广义之筋膜除了浅、深筋膜外，尚包括肌腱、韧带、肌外膜、肌束膜、肌内膜、神经外膜、神经束膜、神经内膜、关节囊、中空性器官的内皮下层、实质性器官的表面纤维囊等诸多组织。当肌肉组织和伴随的结缔组织网彼此集结成束形成不可分割的整体时，即构成了“肌筋膜”。

“meridian”是“经线”的含义。与中医理论的经络不同，它指的是机体传递张力与拉力的力线。承载力的主体是围绕全身的肌筋膜，它犹如经纬线环绕地球，既可以定位结构，又能测量人体动态的拉伸变化。为区别二者内涵的差异，并区分出具有不同行走路径和功能特点的肌筋膜群，临床上也将“肌筋膜经线”称为“肌筋膜链”。

综上所述，所谓“肌筋膜链”，是指由肌肉、韧带及其相关软组织按照特定的层次和方向，以筋膜直接相连，或以力学形式间接相连所形成的链条式整体结构^[14]。

2.2 肌筋膜链的结构特点

与传统解剖学关注单块肌肉结构不同，“肌筋膜链理论”特别注重肌肉与筋膜等组成的整体结构。特定的肌肉与伴随它的结缔组织网，以直接或间接的方式连结而成的链条式结构，是该理论强调的运动产生和体态维持的基础单位。

人体最常见的肌筋膜链有 12 条，分别是浅前线、浅背线、侧线、螺旋线、旋线、前功能线、背功能线、浅背臂线、深背臂线、浅前臂线、深前臂

线以及深前线^[12]。以肌筋膜链中的后表线(即浅背线)为例,该条线路从足底至头顶依次包括足底筋膜及趾短屈肌、腓肠肌及跟腱、腓绳肌、骶结节韧带、腰骶部筋膜及竖脊肌、帽状腱膜及颅顶筋膜等部分^{[12] 83-84}。组成该后表线的所有部分互相协作,在完全直立伸展的状态下共同完成支撑身体的作用,避免身体的蜷缩屈曲。

2.3 肌筋膜链的功能特点

肌筋膜链是一条力的传导路线。生理状态下,单条肌筋膜链维持体态、产生肢体运动,是链条中所有组成部分协同作用的结果,而全身运动的协调与身体张力的平衡同样依赖于各条肌筋膜链的配合。病理情况下,肌筋膜链中任一处出现功能的异常,都会循行应力传导的方向影响远端其余部位的功能发挥。局部肌筋膜的功能状况直接决定肌筋膜链整体的功能状况,同时未受损的区域也能一定程度上替代或补充受损部位的功能,即所谓代偿作用。但过度代偿会增加代偿组织的负担,甚至会使其产生病理反应,轻者如疲劳、酸痛,重则如劳损、筋膜炎和骨赘等,最终导致肌筋膜链整体的功能失常。因此,在临床上若发现机体某处出现运动功能异常,应基于整个运动模式,全面、整体地考虑。临床中借助肌筋膜链功能发挥的整体性特点,可以分析导致病损的根本原因,避免“头痛医头”的简单策略和片面治疗。

3 中医经筋学说与肌筋膜链理论的联系

“筋膜”不但是肌筋膜链的重要组成部分,也与中医“经筋”有明确的关系^[16-17]。现代医学尝试从筋膜阐释、理解经筋,筋膜作为经筋与肌筋膜链共有的成分,构筑了二者之间的关联性。经筋与肌筋膜链在生理结构、功能特点、治疗原则以及临床运用等方面都具有相似性,同时经筋学说与肌筋膜链理论各具特点,两者可以相互借鉴、相互补充。

3.1 循行路线相近

经筋与肌筋膜链在循行分布上具有共性。何兴亮等^[18]通过对比肌筋膜手臂线与手部经筋的解剖特点,发现手太阳经筋、手太阳经筋分别与肌筋膜臂前深线、肌筋膜臂后深线的骨性轨道有着高度相似性。将两条肌筋膜线的骨-肌结合点以及骨性轨道与现代经络腧穴学教材中手太阴肺经、手太阳小肠经腧穴的定位进行对比可以发现,手太阴经脉 11 个腧穴中有 10 个(90.9%)位于肌筋膜臂前深线骨-肌结合点和走行轨道中,手太阳经脉 19 个腧穴中有 14 个(73.7%)位于肌筋膜臂后深线骨-肌

结合点和走行轨道中。于洋等^[14]将足三阳经筋及肌筋膜链进行了比较,发现足太阳经筋、足阳明经筋、足少阳经筋分别与肌筋膜链系统中的后表线、前表线、体侧线的骨性循行轨道及连属的肌肉有很大的重合。

3.2 功能特点相仿

经筋理论应用中医整体观阐释人体运动方式和特点,肌筋膜链理论注重机体局部与整体互相影响。正常情况下,人体的肌肉与骨骼系统产生不同方向的张力和收缩力,通过二者之间的协调,维持人体动静状态下的平衡。这种张力和拉力通过肌筋膜链进行传导,充分体现了肌筋膜链理论的整体性,与中医经筋学说中的整体观不谋而合^[15]。

实际上无论经筋或肌筋膜链,局部拉力或张力的强弱关系都会影响到全身状态。当局部张力、拉力失衡时,正常组织部位会通过力量的调整或姿势的改变来弥补身体异常部位的功能,即所谓的代偿机制。如依据肌筋膜链理论,螺旋链是环绕身体左右的两条肌筋膜链条,并在躯干前方左右交叉分布,因此,螺旋链与其他肌筋膜链存在结构的连结和功能的协同。当机体出现异常的时候,螺旋链可发挥代偿或维持身体的扭转、旋转及侧移的功能。而基于经筋学说,经筋是“肉中之力”,并与关节、骨骼的运动相关,经筋的状态会影响与之相连的组织器官的运动状态。《灵枢·经筋》中记载足阳明经筋病表现为“髀前肿,伏兔转筋,腓挛”等,皆与足阳明经脉、经筋所过部位肌肉等失衡有关^[19]。

3.3 治疗原则相通

临床上经筋病遵循“以痛为输”的治疗原则,与基于肌筋膜链的“灭活肌筋膜链触发点”的治疗思路不谋而合。

经筋聚合、联结的部位称为经筋结点,长期、反复的劳损,可导致经筋结点形成条索、结节及粘连,甚至是钙化的骨性赘生物^[20]。这种经筋上出现的局部条索、聚筋等病理产物可称之为“横络”,《灵枢·刺节真邪》描述为“上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经”,中医辨证为局部气血运行受阻,气滞血瘀,不通则痛。依据《灵枢·刺节真邪》所载“……令之不通,视而泻之,此所谓解结也”,治疗上可以通过放松“大经”上的“横络”,解除因经筋结点出现而导致的“不通则痛”^[21]。《灵枢·经筋》将该治法总结为“治在播针劫刺,以知为数,以痛为输”。

肌筋膜触发点是肌筋膜链上的疼痛阳性反应点,是由于肌肉损伤或劳累造成肌节挛缩,由多个

短缩的肌节聚集形成的微小结节^[2]。活化的肌筋膜触发点是产生疼痛反应的主体,其主要特征为自发性疼痛、深压时有牵涉痛及针刺后可引发局部肌肉抽搐反应^[23-24]。由于肌节挛缩和肌张力增高,常会从触发点向两端延伸形成可以触摸到的结节样紧张带^[25]。研究^[24]表明,肌筋膜疼痛患者紧张带的硬度高于周围正常组织。国际公认的针对触发点的治疗标准是确定并灭活已活化的触发点,使得挛缩的肌束松开,从而恢复机体或各关节的生物力学平衡状态^[27]。这种治疗策略与上述“以痛为输”的经筋治疗原则思路相同,基本一致。

3.4 临床效果相似

基于经筋学说和肌筋膜链两种理论的临床治疗方法疗效相似。如王理德等^[28]将颈肩肌筋膜疼痛综合征患者随机分为观察组和对照组,对照组基于中医经筋理论,采用针灸阿是穴治疗;观察组基于肌筋膜链理论,应用小针刀刺激肌筋膜触发点。经过2周的治疗后两组患者疼痛都明显缓解,疗效相近。宋建辉等^[29]对36例肌性斜颈患儿分别以传统推拿手法或传统推拿手法结合肌筋膜按摩疗法干预治疗3个月,发现两组患者颈部畸形均有明显改善,并且传统推拿手法结合肌筋膜按摩疗法疗效优于单纯传统推拿疗法。

另有研究表明,针对某些疾病,依据中医经筋理论治疗可能比单纯凭借肌筋膜链理论治疗更有优势。如有研究^[30]将150例膝骨性关节炎患者分为肌筋膜链组和经筋组,肌筋膜链组在肌筋膜链理论指导下,应用手法治疗循行表线上与膝关节相关的肌肉、韧带;经筋组以经筋学说为指导,采用手法治疗对应经筋的筋结点。治疗后两组患者膝关节疼痛程度均有所减轻,关节活动改善,且应用经筋手法治疗的经筋组较肌筋膜链组能够更好地降低病灶点温度,缓解炎症反应。

3.5 理论特点互补

经筋学说长于从整体观和辨证论治的角度指导治疗,肌筋膜链理论长于清晰定位、明确阐释人体运动机理,两者相得益彰,相互补充,这种互补性在针对中国传统功法的研究中得到了充分的体现。

在中国传统功法中,其动作设计核心是经筋学说。活动的主体包括经筋,活动的重要方式是拉伸筋骨,最终的目的是通过舒缓经筋、激发经气,来调养脏腑、调畅气血。如刘完素《素问玄机原病式》曰“凡破伤中风,宜早令导引摩按,自不能省,令人以屈伸按摩挽之,使筋稍得舒缓,而气得通行”。万婕等^[31]通过研究与经筋组织关系密切的

传统功法八段锦发现,“双手托天理三焦”这一式功法可拉长躯干与上肢各关节周围的肌肉、韧带及关节软组织,使肩背部肌筋膜得到伸展。

近年来,由于坐立等姿势不当引发不良体态的人群日益增加,借助肌筋膜链理论的指导,通过形体训练可对多种不良体态起到矫正作用。如胡新贞^[32]将肌筋膜链理论与形体训练结合起来,能够标本兼治地解决身体姿势的诸多问题。该研究认为,不良的体态与肌肉、筋膜等的过度紧张互相影响,因此,纠正不良体态的关键在于松解过于紧张的肌肉、筋膜,平衡各肌筋膜链的拉力。由此可见,传统功法动作设计的思路,与肌筋膜链理论指导体态调整的思路非常相似。一方面,经筋学说综合分析了经筋与脏腑、气血的联系,能帮助我们更好地理解中国传统功法的“辨证施动”;另一方面,肌筋膜链理论则能帮助深入阐明运动改良体态的确切机制。

综上所述,经筋学说与肌筋膜链理论有许多共同之处。在生理结构上,二者的分布、循行高度相似;在功能特点上,二者均强调局部功能对整体功能的影响;在治疗原则上,二者均注重疼痛阳性点在治疗中的特殊地位;在临床运用上,基于两种不同理论指导下的治法具有相近的疗效,并能相互结合,加强疗效。但需要注意的是,目前对经筋学说的研究还欠深入,研究领域涉及面较窄,未来值得加强。

4 结论与展望

经筋学说属于传统中医理论,而肌筋膜链理论则诞生于现代解剖学基础之上,二者产生于不同医学理论体系,各具特点和优势。经筋学说蕴含中医辨证论治的丰富内涵,而肌筋膜链理论则长于精确阐明人体结构与作用位点。现代研究借助筋膜这一解剖结构,发现两者在结构、功能及临床应用等多方面具有相似及共通之处,存在密切的联系。

未来的研究可以尝试将肌筋膜链理论与经筋学说进行有机结合。一方面,借助肌筋膜链理论帮助深入理解和清晰阐释经筋理论的内涵,挖掘经筋学说的临床应用价值,促进中医学的现代化;另一方面,应用经筋学说的辨证思想启发思路,拓展肌筋膜链的临床应用,进一步提高临床效果。近年来针对中国传统功法的研究方兴未艾,借助肌筋膜链理论可以清晰阐明其作用机制,有助于理解中医学一贯强调的“辨证施动”原则,在真正意义上实现中西结合。

参考文献

- [1] 邱峰,张贤.“经筋理论”外治法治疗膝骨关节炎的研究

- 进展 [J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(12): 87-89.
- [2] 石学敏. 针灸学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 14.
- [3] 薛立功. 经筋理论的探讨与发挥 [J]. 中国针灸, 1997, 17(11): 698-699.
- [4] 冯广扬, 易焕彪, 黄敬伟. 《黄帝内经》经筋学理论概述 [J]. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1(2): 15-16.
- [5] 闫明, 张贝贝, 贾红玲. 十二经筋临床应用浅析 [J]. 中医学报, 2015, 30(8): 1150-1152.
- [6] 程永. 经筋实质、经筋病病机与治法探讨 [J]. 湖南中医杂志, 2011, 27(5): 97-99.
- [7] 刘熙. 释名 [M]. 北京: 商务印书馆, 1959: 38.
- [8] 李挺. 医学入门 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 116.
- [9] 侯春福, 韦嵩. 经筋理论与临床应用研究进展 [J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(16): 1819-1821, 1824.
- [10] 刘杰. 经筋理论临床治验理论探讨 [J]. 北京中医, 2003, 22(5): 23-25.
- [11] 林星星, 董宝强. 论经筋理论的整体观 [J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(10): 808-812.
- [12] THOMAS WM. 解剖列车: 徒手与动作治疗的肌筋膜链 [M]. 关玲, 周维全, 瓮长水, 译. 北京: 北京科学技术出版社, 2016: 83-84.
- [13] 原林, 王军. 筋膜学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 42-43.
- [14] 于洋, 董宝强, 李春日, 等. 足三阳经筋与肌筋膜链比较研究 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(3): 173-175.
- [15] 谢娇, 吴安林, 杨程, 等. 论中医经筋学说与肌筋膜链理论的关联性 [J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(4): 113-114.
- [16] 茹凯, 刘天君. “经筋”实质的系统科学研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2010, 33(4): 229-233, 245.
- [17] 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.
- [18] 何兴亮, 郭耀锐, 张琳. 肌筋膜手臂线与手部经筋在解剖学中的对应关系 [J]. 现代医学, 2019, 47(7): 881-885.
- [19] 卜婉萍, 林栋, 庄婉玉, 等. 肌筋膜链理论与经络系统中阳经的相关性研究 [J]. 新中医, 2016, 48(11): 196-198.
- [20] 管宏钟, 赵宏杰. 薛立功教授经筋理论及长圆针疗法概述 [J]. 中国针灸, 2006, 26(4): 297-300.
- [21] 方燕平, 黄于婷, 杨岚菲, 等. 肌筋膜链与经筋比较研究 [J]. 亚太传统医药, 2018, 14(2): 85-86.
- [22] 克莱尔·戴维斯, 安伯·戴维斯. 触发点疗法 [M]. 黎娜, 译. 北京: 北京科学技术出版社, 2018: 10.
- [23] 黄强民, 庄小强, 谭树生. 肌筋膜疼痛触发点的诊断与治疗 [M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 2010: 111-131.
- [24] UNVERZAGT C, BERGLUND K, THOMAS JJ. Dry needling for myofascial trigger point pain: a clinical commentary [J]. Int J Sport Phys Ther, 2015, 10(3): 402-418.
- [25] SIMONS DG. Familial fibromyalgia and/or myofascial pain syndrome? [J]. Arch Phys Med Rehabil, 1990, 71(3): 258-259.
- [26] CHEN Q, BENSAMOUN S, BASFORD JR, et al. Identification and quantification of myofascial taut bands with magnetic resonance elastography [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2007, 88(12): 1658-1661.
- [27] 黄强民, 敖丽娟, 刘燕. 肌筋膜触发点疼痛特征的要点分析 [J]. 中国临床康复, 2004, 8(23): 4822-4824.
- [28] 王理德, 李景新, 黄黎, 等. 小针刀治疗颈肩肌筋膜疼痛综合征临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(9): 196-198.
- [29] 宋建辉, 张一粟. 肌筋膜按摩疗法在小儿肌性斜颈治疗中的应用 [J]. 中医临床研究, 2015, 7(15): 117-118.
- [30] 于洋. 基于经筋与肌筋膜链理论推拿治疗 KOA 的红外热成像特征研究 [D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2017.
- [31] 万婕, 梁贞文, 孙克兴, 等. 八段锦功法锻炼结合手法治疗颈肩部肌筋膜疼痛综合征临床研究 [J]. 上海中医药杂志, 2013, 47(8): 54-56.
- [32] 胡新贞. 试析结合肌筋膜链理论与形体训练纠正不良身体姿态 [J]. 当代体育科技, 2015, 5(33): 214-215.

Preliminary Exploaration on the Correlation Between the Theory of Meridian Sinews and the Theory of Myofascial Chain

LUO Wenxuan¹, CAI Bingyang¹, LI Jiayue¹, HE Yancheng², DU Lin¹, GAO Mengjiao¹, CHEN Zongjun¹, SHI Yinchun¹, XIAO Yonghua¹

1. The First Medical College of Beijing University of Chinese medicine, Beijing, 100700; 2. Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital

ABSTRACT The theory of meridian sinews is one of the classical theories of traditional Chinese medicine (TCM). Myofascial chain theory is a hot topic in the field of sports rehabilitation in recent years. From the definition of meridian sinews and myofascial chain, comparing the similarities and differences between the two in their anatomical structure, physiological function and clinical application, the author tries to analyze their respective characteristics and advantages in clinical application, and try to explain the theory of meridian sinews using myofascial chain theory, in order to better guide the clinical application of the meridian sinews theory.

Keywords meridian sinews; myofascial chain; clinical application

(收稿日期: 2019-12-29; 修回日期: 2020-02-10)

编辑: 黄 健