

3. 分心身 压力 心理 内科病 过敏症

4. 别久暂 新病治筋 久病重骨

5. 选治法 手法 针灸 针刀

(二) 针刀治疗网球肘的探讨

在针刀临床中,相信很多人有这样的体会:网球肘并不是一个很容易治疗的疾病,相反觉得很棘手。这是因为网球肘并不是一个病,而是一个以肘关节外侧痛为主要症状的综合征。肱骨外上髁炎只是其中的一个病,而且在现代都市中,比例非常小。过去对于肱骨外上髁炎的论述:该病好发于经常做前臂旋转、伸屈肘关节工作或运动的人,大多是由于积累性劳损引起。伸腕肌、伸指总肌、旋后肌附着点处肌腱内部轻度撕裂和局部轻微出血、机化,在自我修复过程中,结疤、粘连,挤压该处的神经血管束,引起疼痛。根据这一病因病理,该患者应多发于劳动者、运动员,然而实际情况并非如此。我们诊治的很多患者都是办公室人员、面对电脑的白领和做肘关节反复损伤动作的老年人,所以,我们面对和治疗的很多患者其实不只是肱骨外上髁炎,如果只做局部的剥离、松解往往是不够的,甚至是徒劳无功的。

1. 治疗思路 压痛点的寻找:除肘关节外侧的压痛点以外,肘关节外侧局部压痛点的寻找:通过对 50 例网球肘患者的治疗,吸取了失败的教训,在复习解剖和对手术的观察后,认为压痛点的寻找和松解范围大小尤为重要,治疗时不能满足于单一的压痛点,应该仔细寻找;同时松解时应该胆大心细,才能从根本上提高疗效。每个人的痛点并不完全一致,以肱骨外上髁为中心向上沿肱骨干走行 2cm,向下沿伸肌总腱走行 4cm 处的压痛点也占到 56%。43 例患者均出现 2 个或者 2 个以上压痛点,这可能与患者合并肱骨外上髁创伤性骨膜炎、桡侧腕短肌挛缩、肱桡关节外侧滑囊炎、环状韧带炎症及肌皮神经血管束绞窄有关,所以本病术前仔细寻找压痛点是关键。

除肘关节外侧的压痛点以外,应仔细寻找患者同侧颈部、肩、背部压痛点。尤其是下位颈椎椎体旁、冈上、冈下肌,小圆肌止点等。

2. X线表现 对于局部松解无效的患者应注意颈椎X线表现,尤其是下位颈椎的病变。

3. 手术松解 局部尤其是骨面上的松解,范围应大,因为骨突周围软组织粘连是非常广泛的,紧贴骨面以及沿肌腱方向操作,但不应该对骨膜造成损伤,否则易引起骨膜刺激反应,导致患者术后肘部疼痛加剧。

4. 术后手法 针刀局部不宜做过多的手法,包括术后24小时内不主张患者大幅度关节活动,因为手术中出血是不可避免的,尤其是可能切断伸肌总腱表面的微小血管,如果活动过度,势必造成局部血肿,加大术后再粘连的机会,并可能造成患者的紧张。如果主要病变是桡肘关节的错位,则可采用郝氏手法,推尺、桡骨远端关节来校正肘关节;同时调整颈椎、胸椎小关节错位。

5. 讨论 肘关节外侧痛(网球肘)大致分为单纯局部劳损和颈源性肘关节痛,而两种往往是同时发生的,兼杂存在的。因颈源性压迫造成该病更占60%~70%。所以在治疗该病时,必须考虑到以上情况。倪家骧指出:基于颈部的解剖结构特殊性及生理功能的特点,颈椎骨、关节、韧带易受损、变性、发生退变。颈部的神经、血管、淋巴、肌肉丰富,解剖关系复杂,相互交错,彼此影响。颈神经根自椎间孔出椎管后,分别组成颈神经丛和臂神经丛,尤其是后者对上肢痛的产生具有重要意义。因颈部的各种疾患对颈神经根、神经丛,尤其是臂丛神经及其分支构成卡压,而产生其所支配区域的上肢疼痛。王福根等认为,以往在临床实践中遇到的骨、关节正常,而出现神经受压症状的现象,产生颈、上肢痛、麻木的症状,常常是颈神经在椎管外的行走中,穿行肌肉、肌腱间隙、纤维

性骨管时，被周围的软组织卡压而造成。手术后或颈部外伤产生的瘢痕组织卡压神经根和神经干也是颈源性上肢疼痛的病因之一。

在对患者进行第一次针刀治疗时，对于颈、肩、背部不明显的患者，在肘关节局部针刀治疗后，应对颈椎、胸椎行小关节整复手法。如第一次针刀治疗效果不佳，应考虑到颈椎源性肘关节痛的情况，作进一步的检查。对于一些经过肘关节局部封闭效果不佳的患者，往往提示颈椎病变。因为对于真正的肱骨外上髁炎患者，准确的封闭治疗往往是有效的。

（三）针刀为主治胃痛

胃痛，又称胃脘痛，以胃脘部经常发生疼痛为主症。本病多见于胃炎，胃、十二指肠溃疡，胃下垂，胃痉挛，胃神经官能症等。不论其西医诊断如何，我们都应该从中医及针刀医学理论进行诊断和治疗，除胃神经官能症可以单纯用针刀治疗以外，其他疾病，针对胃黏膜局部的损伤予以必要的处理、配合其他的治疗，才能取得近、远期双重疗效。具体治疗方法如下：

1. 针刀治疗 应仔细寻找脊柱两侧压痛点、敏感点及结节，以 T_{7-9} 为重点，通过临床观察，每例胃脘痛患者都可以在脊柱两侧找到其反应点，大部分患者可在至阳穴有明显压通，以女性为多见，并伴有畏寒、腰膝酸冷，背痛怕冷等阳气不足的症状。少数患者可见棘突明显偏歪，椎体移位。针刀松解病变椎节棘间韧带、关节突关节，以向胸腹部放射为佳。术后手法整复胸椎小关节。一般患者只需做一次针刀治疗即可，可配合埋线治疗。部分患者对埋线会有较严重的排异反应，则可行2~3次针刀治疗。

2. 九针治疗 九针治疗是师怀堂老师整理、归纳的一套方法。临床中效果明显。对于一般病情的胃脘痛患者，多用梅花针、毫针。实证痛证用锋钩针，寒证用火针。选穴除背俞穴

外,还配合循经取穴等其他选穴方法。

3. 埋线疗法 多用于针刀治疗后的巩固治疗,也可以单独使用。选穴即是针刀松解部位。但在棘突、棘间等骨性标志明显且肌肉不丰厚处不做埋线治疗。少数患者有较严重的异体蛋白反应,应避免使用。

(四) 针刀治疗腰肋韧带损伤

腰肋韧带损伤在临床上多被诊断为腰背肌筋膜炎或腰肌劳损,保守治疗时而有效,但疗程较长,病情反复。针刀医学对该病的解剖和病理有新的认识,腰背筋膜分三层,中层筋膜的上层明显增厚的部分称为腰肋韧带,上止于第12肋背侧下缘,下附于髂嵴,内侧附于腰椎横突,腰部两侧各一条,对维持人的直立起重要作用。损伤后,在韧带的起止点出现粘连、瘢痕和挛缩,造成腰部的动态平衡失调,在慢性期急性发作时,由于水肿刺激神经末梢使上述症状加重。依据上述理论,对上述粘连处进行针刀松解,可以起到根治的效果。

1. 症状与体征 可有腰部扭伤史,也可无明确原因,有慢性劳损史,多见于男性。腰背部疼痛,喜暖怕冷,受凉及休息时加重,活动后缓解,腰背部活动受限,如双侧受损可呈鸭形步态,腰部前屈时加重,在第5腰椎横突外侧缘髂嵴处或第12肋下缘第1腰椎横突外侧有压痛,病程长者可触及条索状硬结。拾物试验阳性。

2. 治疗方法

(1) 针刀治疗:俯卧于治疗床上,以髂嵴或12肋压痛点为进针刀点。

12肋:在压痛点上缘处,刀口线和腰椎纵轴成 15° 角,与进针刀处平面垂直刺入,达骨面,沿骨面行纵行疏通,横行剥离2~3刀,遇有条索状结节切开,出针刀。

髂嵴:刀口线和腰椎纵轴成 15° 角,针刀体与髂骨成 90° 刺入,达骨面,沿骨面行纵行疏通,横行剥离2~3刀,遇有

条索状结节切开，出针刀。

注意事项：注意微创操作，避免伤及神经，不可刺入过深以免伤及内脏。但必须剥离病变部位，否则无效。

(2) 药物治疗：对于压痛剧烈者可予局部行枝川注射液治疗。

(3) 手法治疗：令患者过度弯腰 2~3 次即可。

(4) 一般一次针刀治疗即可见效，如仍有疼痛可于 10 天后再做，间歇期可行针刺、理疗。

(五) 跟痛症进针部位的探讨

跟痛症是一种常见的临床症状，引起该症的疾病有跟骨骨刺，跟下滑囊炎，跖筋膜挛缩等，用针刀治疗该病效果满意。但是笔者在临床治疗中发现，按照原来的术式操作，术后一周内刀口处疼痛明显，影响疗效，笔者通过改变进针刀部位从而改善了患者术后的不适感。

跟痛症大多数压痛点位于跟骨结节处，所以原有的针刀术式多从该处进针刀，松解紧张的跖长韧带和跖腱膜，由于刀口刚好位于足跟着地的部位，所以患者大多在一周内反映刀口处疼痛，从而怀疑针刀的疗效。其实解决的办法很简单，只要改变针刀的进针部位，使刀口不再接触地面就可以。笔者将进针刀点向足趾方向平移 1.5cm 左右，刀口线与跖长韧带方向一致，斜向跟骨结节方向刺入，抵至跟骨结节处进行纵行疏通、切割，并疏通紧张的跖长韧带和跖腱膜。这样既保证了疗效，又免去了术后患者的不适。

(六) 针刀治疗思路浅谈

1. 和合平衡 针刀是扎根于中医理论基础上、大量借鉴西医知识的一种中、西医融合的医术。之所以称为医术，就说明它不仅仅是一把小手术刀，而应该是医生用他的心去诊断、治疗。中医源于博大精深的中国文化，中国文化历来讲究天人合一，以和合为本，对待自然界主张疏导，而不去对抗。因为

自然界有它的运行规律，你只能去适应它，而不应该讨伐它。对待疾病也是如此，阴阳平衡始终是医家的最终追求。针刀也应是如此。针刀，不论从字义还是从操作上都让人感到一股杀气，怎样去平衡它呢？我想应该用心力，所谓存一念，去一念。存一念是指心存善念，对待患者和疾病都应该如此，对待患者应该想到要以父母心去医治他，对待病邪也不应赶尽杀绝，这两者并不矛盾，在实际临床中，我们会发现，通过医生的治疗，要追求一个患者完完全全恢复到原来的健康水平几乎是不可能的，总要给患者的机体一个自我修复的过程。去一念是指去除杂念。这样的话，一枚冷气十足的针刀在我们的手下就会如甘露一样使阴阳平衡，邪气自去。否则，过度治疗，粗鲁行事，容易造成医源性损伤。

2. 审病因 除了常说的先天不足、后天失养、诱因发病的三因学说外，尚有筋经病的三因说：局部病变及其上、下部位的病变。如膝痛，除了考虑局部的膝关节周围软组织和骨关节病变外，尚需检查上部的腰胯，下部的胫腓远端关节和踝关节。

3. 定病性 简单地说，就是判断患者的虚实。如果阴阳不分，虚实不明，莽撞下刀，可能会出现不良后果。如果患者正气不足，做针刀时就应该注意松解的力度不宜过大，如果虚证明显的患者，应待其调养至正气来复时再做针刀治疗，机体在正气不足的时候，疼痛感也会加剧，所以，在正气明显不足的时候做针刀治疗，即便是针刀做得准确无误，术后患者的疼痛感可能还存在，甚至更明显。曾电话接诊一位江西的患者，其女儿诉说起带状疱疹后遗留神经痛，邀去江西治疗，后有事耽误了半个月，其来电说其父被怀疑有肺癌，已经住院诊治，即告之先明确诊断再说，1个月后告诉已经排除肺癌，但近日疼痛加剧，再次邀请我前去治疗，问其身体情况如何，回答说一切均好，只是呼吸比较吃力，当时即考虑其正气大虚，

不适合做针刀治疗，遂告之先做一些调养，待呼吸平稳后再做处理。3日后，打电话告诉其父已死于肺心病导致的呼吸衰竭。

所以在接诊时一定要首先判断患者的阴阳虚实，不宜急于求成。定病性对于选择治疗方法非常重要。对于实证或正气充足的患者，大部分可以单独使用针刀解决问题。但也应注意，在做头、颈部针刀治疗的时候，应尽量避免在阳气较盛的时候（如午时），以防止出血过多的情况。对于虚证患者应考虑配合火针、艾灸及中药治疗，并应避免在正气大虚的时候行针刀、针灸治疗（如月末）。此外，还应根据不同地域、不同体质的人采用灵活的方法。真正做到因人制宜、个体化治疗。

4. 定病位 这里主要是指从西医角度说的具体的发病部位。比如肩周炎，是单纯局部的粘连还是由于颈椎病变造成的？还是两者兼而有之。再比如，下肢疼痛具体是腰椎的问题还是骨盆的问题？这些问题清楚了，就可以做到有的放矢。

5. 定治疗点 根据治疗点的主次、层次，要采取不同的针刀方法。主要治疗点的治疗，应该松解彻底；次要治疗点的治疗，点到即止；病在筋膜，应快速浅刺，适当松解。

主要治疗点和次要治疗点，视患者体质情况，可以同时做，也可以分次做。如腰腿痛患者，其主要治疗点可能是 L_{5-S_1} 横突、关节突、骶髂关节，这些是第一次需要治疗的；而相当一部分患者有沿下肢坐骨神经方向的多处压痛，虽然大部分患者经腰骶部的针刀治疗后其下肢症状缓解，但仍有一部分患者有疼痛，可以在以后的治疗中用针刀浅刺快速松解，不宜过深。

曾治疗一挪威患者，其右上肢麻木疼痛十余年，右手无力并伴轻度肌肉萎缩一年多，经多方保守治疗无效，其又不愿接受手术治疗，查其颈椎明显侧弯，右侧椎旁压痛，尤以 $C_{5,6,7}$ 明显，右侧肩胛骨上下、小圆肌止点及右上肢多处压痛点。结

合颈椎影像学诊断为神经根型颈椎病、颈肩背综合征。第一次针刀治疗主要松解下位颈椎椎体后关节、横突，治疗后患者颈部不适基本缓解，仍有上肢疼痛感觉。第二次针刀治疗主要松解肩背部痛点，术后患者反馈症状已减轻一大半，以上肢无力为主要不适。第三次治疗主要是针对上肢、背部的一些痛点作适度的松解，两周后恢复，大部分症状已恢复，仍有上肢无力和劳动后疼痛感，未再给予针刀治疗，嘱其功能锻炼，半年后复诊已完全恢复。

6. 定预后 在给每个患者做针刀治疗前，术者应该有一个大致的预后。是痊愈、好转还是效果不明显，要做到心中有数，而且也应当适当地让患者知道，起到心理暗示和心理治疗作用。

针刀医学是一个新的、不断发展的医学体系，许多前辈、高手已有了很多精辟的论述，相信还会有更多的医生有更好的思路，愿意抛砖引玉，共同分享。



二、针刀治验

(一) 腰肋韧带损伤

许某某，男，22岁，半年前出现腰背部疼痛，在外院行针刺及局部泼尼松封闭治疗2个月，效果不显，自觉腰部左侧疼痛剧烈，查腰部前屈活动受限，左侧髂嵴上缘压痛十分明显，深按可触及条索状结节，左第12肋下亦有压痛，诊断：左腰肋韧带损伤，给予上述两痛点针刀治疗，并行髂嵴处枝川液注射治疗，术后手法治疗。术后第3天诉疼痛消失，压痛基本消失，1个月后随访症状消失。

(二) 项韧带挛缩

赵某某，男，50岁，因颈部活动受限1天来诊。既往有多年颈部疼痛症状，每次发作进行推拿、局部泼尼松封闭治疗等20次左右缓解，昨日症状加重，并出现颈部活动明显受限，

在他处行针灸、推拿无缓解来我处就诊。查：颈部活动受限，各棘突明显压痛，并可触及硬结，诊为项韧带挛缩。以针刀治疗，找到最疼痛的部位以及硬结处切开，术后以扳法整复，顿觉颈部轻松如常，活动自如，随访半年未复发。

按语：该患者，除了长期推拿，而且封闭泼尼松十余次之多，在做针刀治疗时，感觉筋膜（韧带）弹性极差，而且和周围组织粘连广泛。笔者认为激素类药物封闭治疗在同一部位最好不要超过3次，而且每次间隔不少于5天，不然轻者会引起组织弹性降低，重则会引起缺血、坏死以及更严重的全身副作用。推拿治疗以轻柔为度，对于没有治疗意义的推拿，笔者认为可以不必去做，大力的推拿，会造成局部的充血、水肿，日久会形成粘连，加重病情。

（三）背痛

患者女性，香港人，70岁，因背痛20余年来诊。患者无外伤史，于20年前，因长期伏案工作出现背痛，反复发作，每次发作时行物理治疗即可缓解，后慢慢出现驼背，近2年出现疼痛加重，行物理治疗亦无效，只能以止痛药缓解疼痛，后经人介绍来诊。查其背部左侧菱形肌明显挛缩，压痛明显，胸椎亦向左侧偏歪，X线显示脊柱侧弯，T₄₋₅椎体明显骨质增生。诊断为：背痛（菱形肌损伤，脊柱侧弯）。共给予两次针刀治疗，第一次于挛缩之菱形肌的浅、深层予以充分松解，术后第3天即回报症状已大部分缓解，第二次针刀治疗松解颈椎部分痛点，主要是C₆₋₇棘突，和残留的挛缩组织，并以轻手法整复胸椎小关节。随访两年未复发。

按语：背痛是临床上的常见病，但是由于其症状单纯，一般不会引起四肢和头颈部症状而引起患者和医生的重视，同时，由于背痛原因较为复杂，除去局部浅、深层软组织的劳损外，内脏器官的疾病也会反射性背痛，而背痛本身也会引起内脏疼痛，两者有时难以区分，尤其是深部肌肉劳损的针刀治

疗,大多数医生恐伤及内脏而不敢深入,也造成临床效果不佳。

菱形肌损伤是一种常见的背痛表现,多发于青壮年,体力劳动者。大、小菱形肌在肩胛提肌的下方,小菱形肌起自下位两个颈椎的棘突,附着于肩胛骨脊柱缘的上部,在大菱形肌上方。大菱形肌起自上位四个胸椎的棘突,向外下,几乎附着于肩胛骨脊柱缘的全长。菱形肌损伤多由于上肢猛力投掷、摔跤或上肢向后下方猛然用力等引起急性损伤,未经治疗或治疗欠妥,日久导致该病。急性发作时,在上背脊柱和肩胛骨缘之间都有一突出的痛点,有时局部肿胀,感到上背沉重,严重者不能入睡,翻身困难。

治疗时,主要松解大、小菱形肌的起止点。本例患者由于长期伏案工作,加之冷气长期刺激,造成菱形肌的积累性劳损,经久未得到有效治疗,在反复的出血水肿、瘢痕愈合的过程中,导致肌肉筋膜挛缩,进一步牵拉胸椎椎体导致脊柱变形,故其主要病变部位在肌肉,经局部松解后,使局部过高的拉力释放,症状即刻缓解。随着软组织的松解,脊柱侧弯本身亦会有相应的改善。加之患者年龄较大,故作胸椎手法复位时应轻巧、适度。

(四) 颈源性肘痛

患者男性,68岁,因双肘关节疼痛2年来诊,无外伤史,双肘关节外侧痛,曾行两次封闭治疗,效果不明显,查其双侧肱骨外上髁压痛明显,双侧以同样刀法行一次针刀治疗,半个月后复诊,左侧症状消失,右侧如前。并诉右侧上肢时有放射痛,查其右侧颈部肌肉于C₄₋₇椎旁筋膜增厚并有压痛,肩胛冈上、下肌,小圆肌压痛。遂嘱其拍X线片检查,示:C₅₋₆椎间孔变窄,诊断为:颈源性肘痛。于以上各点行针刀松解,并手法整复颈椎、胸椎小关节,两周后复查,肘痛消失,随访一年未复发。

按语：网球肘是一个涵盖了很多肘痛的疾病的总称，而该病例非常典型地说明了一个问题，即有相当多的“网球肘”患者与颈椎病、颈肩综合征有关，在临床上应该注意区分，才能取得良好的疗效。

肱骨外上髁炎好发于经常做前臂旋转、伸屈肘关节工作或运动的人，大多由于积累性劳损引起。伸腕肌、伸指总肌、旋后肌附着点处肌腱内部轻度撕裂和局部轻微出血、机化，在修复过程中，结疤、粘连、挤压该处的神经血管束，引起疼痛。触诊时可以发现患侧肱骨外上髁深处有一锐边，该处多为粘连结疤处，针刀治疗时应注意此处的治疗，对于顽固的患者应该较大范围松解，以破坏该处被卡压的血管神经束，一般来说，一次针刀治疗即可痊愈，临床上如能够确保治疗点的准确性，一次治疗未见效，应该考虑颈源性肘痛的问题。

颈神经根自椎间孔出椎管后，分别组成颈神经丛和臂神经丛，尤其是后者对上肢痛的产生有重要意义。因颈部的各种疾患对颈神经根、神经丛，尤其是臂丛神经及其分支构成卡压，产生其所支配区域的上肢疼痛。该例患者的肘痛（右侧）正是由于颈椎的病变，尤其是下位颈椎的病变，加之肩背部神经卡压综合造成。故针对颈肩背部的治疗取得了良好的疗效。

（五）眩晕

患者男性，29岁，因头晕3个月来诊。患者于3个月前无诱因出现眩晕，以中午时加重，颈部旋转时眩晕加重，经针灸、物理治疗无效。X线检查时提示：寰枢椎关节紊乱，“八”字关节间隙不等，左宽右窄，余椎体和间隙未见明显异常，触诊可发现右侧第2颈椎棘突及横突压痛，以右侧明显，诊断为寰枢关节紊乱。予以针刀治疗，取点：枢椎棘突、双侧C₂₋₃关节突关节，松解后以手法校正错位之寰枢关节，可闻及复位声。10天后复诊，诉头晕有好转，但中午眩晕未解决，嘱其中午眩晕时来诊，查其舌质红，苔薄腻，脉弦，考虑午时

正是人体气血旺盛之时，结合脉象、舌象诊为实证眩晕（肝胆郁热），用毫针疾刺阳陵泉、内关，快速捻针，不留针，第7颈椎棘突下和两侧以针刀松解，术后拔罐。3天后随访诸症消失。

按语：眩晕的发病率较高，而因颈椎病造成的眩晕更为多见，在以往的教科书上多归于椎动脉型颈椎病，但因其诊断及认识未能明确椎动脉的压迫阶段而未能得到针对性治疗。自从朱汉章老师提出寰枕筋膜挛缩与寰枢关节紊乱型颈椎病后，使得对该病的认识有了相当大的提高，大大提高了疗效。可以说，在针刀治疗的颈椎病病例中，该类患者的效果是立竿见影的。但在临床中，也发现有部分病例，效果不是很好。已经纠正了寰枢关节的位置，但其症状却无明显改善，考虑有以下几个原因：

1. 眩晕的病因不单纯 只注意到了颈椎的问题，而忽略了患者其他可能存在的疾病如贫血、脑动脉硬化等。

2. 局部椎动脉损伤不可逆 根据椎动脉的位置和行程，可以把椎动脉分为4段，第3段位于枕下三角内，此段走行复杂弯曲较多，故称弯曲段。Anton Hafferl 指出“椎动脉在枢椎横突孔及枕骨大孔处有四个弯曲”。中国医学家发现有六个弯曲。前三个位于寰枢段，后三个位于寰枕段。椎动脉第三段出现多个弯曲与人体直立、抬头有关，也与转头时寰椎的旋转活动有关。旋转活动愈大，动脉的长度也相应增大，弯曲也增加，使得 $C_1\sim C_2$ 间的活动有充分的余地，并保证了颈部运动时不致影响脑部的供血，但是由于脉管长度增加，弯曲增多，对血液的流动带来不利。在正常情况下，由于此段动脉的管壁上有Pacini小体分布，通过椎动脉血压改变反射性地调节血管管径以保证颈部血流量的正常进行。当颈椎退变或受到外伤时，可引起椎动脉供血不足的症状。

枕下三角由三条枕下肌群所构成：头下斜肌、头上斜肌和

头后大直肌。此三角空间由头半棘肌所覆盖,主要为纤维脂肪组织充满,三角的底部由寰枕后膜及寰椎的后椎弓所构成。椎动脉经 C_1 后椎弓表面的凹沟横越此空间的底部。枕大神经越过此三角顶部。头后大、小直肌和头半棘肌主管颈部伸直,头上斜肌、头下斜肌和头夹肌主导颈部旋转。屈伸主要发生在寰枕关节,旋转则在寰枢关节。由于长期低头屈颈工作或不良睡姿及生活习惯等,使枕下肌群长期处于被牵拉、紧张状态,而发生积累性损伤、炎性渗出水肿。在自我恢复的过程中吸收水分而留下渗出液中的纤维性物质,粘连在组织间,并通过纤维物质弹性的回缩能力使粘连之组织挛缩变短,失去原有弹性及伸展度,造成局部更易产生继发性损伤,如对局部组织中血管、神经的压迫刺激。如此恶性循环最后导致局部水肿粘连面积越来越大。直接压迫到椎动脉的第三段,则可引起血流不畅,出现椎-基底动脉供血不足的表现。

由此可见,枕下三角肌群的损害是引起椎动脉型颈椎病的一个重要原因。所以针对枕下肌群进行针刀松解粘连、缓解肌紧张、消除无菌性水肿,解除了对椎动脉的压迫,使得大部分此类型的颈椎病患者获得了有效的治疗,但是也有一部分患者,由于本身动脉血管较细,或血管长期受压导致血管壁弹性下降难以或者不可恢复,这时即使将其压迫解除,亦不能有效改善局部供血。

3. 只重视针刀治疗忽略了中医理论 针刀医学是扎根于中、西医的土壤里而成长的一门学科,我们通过针刀松解了软组织的粘连,通过手法改善了小关节的紊乱,确是解决了很多问题,但不是解决了所有问题,针刀是治疗颈椎病的主要手段但不是惟一手段,尤其是博大精深的中医理论不能丢掉,临床中在针刀治疗的同时,在遇到疑难病例时,配合针灸治疗往往会取得更好的疗效。

4. 在针刀治疗时应注重整体观念 在颈性眩晕的病例中,

寰枢椎关节紊乱的病例占了相当的比例，但是下颈段的病变也很常见，有时是同时发生的。因此在治疗时，应仔细阅片和查体，寻找下颈段甚至胸椎、骨盆的问题，这样才不至于遗漏。

（六）膝关节疼痛

患者男性，45岁，北京市人，因右膝关节疼痛半年来诊。患者半年前出现右膝关节疼痛，下蹲困难。在外院曾行两次针刀治疗（均是局部治疗）疼痛有所缓解，但是下蹲时疼痛和下蹲困难未能解决。查其局部膝关节肿胀不明显，股四头肌无明显萎缩，于内、外侧副韧带、支持带、鹅足腱止点及髌上囊处依稀可见针刀术后痕迹，仔细检查上述各点均无明显压痛，仅于内、外膝眼处有深压痛，膝关节主动屈曲 60° ，被动屈曲 80° ，查同侧腰椎 $L_{3,4}$ 处轻度叩击痛。X线片显示：膝关节间隙轻度变窄，关节内、髌周无明显骨质增生。

针刀治疗定点：右 $L_{3,4}$ 横突和关节突，针刀治疗均松解到横突尖部和关节囊处，在松解横突时，刀下有轻度滞涩感。术毕行腰椎、骨盆整复手法，右膝关节采用郝氏手法调整关节面。术毕患者主动下蹲即达 120° ，两周后复诊已完全恢复正常。

按语：膝关节疼痛是临床上比较常见的一类综合征，包括了骨性关节炎、类风湿关节炎、变形性关节炎以及其他因髌周软组织损伤造成的疾病，大部分患者经过针刀治疗都会有明显的效果，但是也有部分患者效果不明显或者症状反反复复，究其原因，一是诊断上未明确；二是未能彻底解决关节面不平 and 韧带不平衡的问题，造成高应力点长期存在；三是未能重视腰椎的问题。

引起膝关节疼痛的疾病很多，也比较复杂，对于针刀医生来说，传统的西医诊断已经不能满足我们的要求，在对于传统诊断有明确认识的基础上，为了更好地服务于针刀临床，便于诊断治疗和了解预后，依据关节内的情况，笔者把膝关节疼痛

分为两大类，一类是关节内有骨质增生的，一类是无增生的。

1. 关节内增生明显 大多数关节内骨质增生明显的，关节外、髌周增生也比较明显了。多见于老年人，由于病程较长，关节内、外的病变互相影响，恶性循环。也是治疗时难度较大的一类，治疗时应该针对关节内、外以及腰椎同时治疗。

也有一些患者，关节内增生很明显，但是关节外、髌周增生并不明显，此类患者比较少见，多是由于膝关节本身的关节面长期紊乱、关节面不平，尤其是胫、股关节面微小错位，局部压力不均匀造成的。该类患者的外围软组织损伤较少，治疗的重点在关节内，同时也应照顾到腰椎。

2. 关节内增生不明显 分两种情况：

一是外围和髌周增生比较明显的。该类患者也比较常见，大多数由于外围软组织的损伤如内、外侧副韧带的损伤、股四头肌的损伤、髌上囊损伤、腓肌损伤以及腰椎小关节紊乱等。

股二头肌由坐骨神经支配 (L_{4-5})，半膜半腱肌由坐骨神经支配 ($L_4 \sim S_1$)，缝匠肌由股神经支配 (L_{2-3})，股薄肌由闭孔神经支配 (L_{2-4})，腓肌由胫神经支配 ($L_4 \sim S_1$)，腓肠肌由胫神经支配 ($L_4 \sim S_2$)，股四头肌由股神经支配 (L_{2-4})。以上肌肉参与膝关节的屈伸活动，故而腰椎的病变如椎间盘突出、小关节长期紊乱也会造成上述神经受压，受支配的肌肉因缺氧长期处于紧张状态而造成对髌骨、胫腓骨拉力过高，形成骨质增生。而对于没有明显腰部症状的膝关节痛患者来说，很可能会忽略对腰椎问题的重视，对该类患者的治疗重点应该在关节外。

二是关节外增生也不明显的：此类患者临床也不少见，多见于年轻人和中年人，病程较短，虽然膝关节外软组织的紧张已经造成膝关节的疼痛，但因时间较短，未出现骨质增生，治疗的重点应在腰椎、肌肉起止点（痛点）和手法治疗。

运用手法调整膝关节，校正错位的关节面，进而使失衡的

软组织恢复到相对正常位置，降低拉应力，对于巩固疗效，防止复发和病情的进一步发展是非常重要的。由于关节面长期不平（不论是自身的不平还是软组织牵拉），即使我们针刀松解了软组织，还不足以完全纠正患者膝关节的骨关节面，在传统的认识中，腓骨属于退化骨，几乎没什么作用，但是郝氏手法充分利用腓骨作为主要的调整骨，对于一些增生不是很明显的患者疗效满意，甚至可以单纯运用手法治愈。

工作单位：深圳市第二人民医院针灸科针刀专科

通信地址：深圳市福田区笋岗西路 3002 号

邮政编码：518035

手机：13902312028

E-mail: doctoryu369@sohu.com

致力于中医药骨伤研究 闭合性松解股骨头坏死

——王秀义临床经验

王秀义，男，现任大庆中医骨伤病医院院长，主任医师，黑龙江省名中医，硕士研究生导师，政府指定的师带徒名中医，享受国务院特殊津贴。世界中医联合会针刀专业委员会副会长，中华中医药学会针刀医学会常务理事、学术委员会委员；黑龙江省中医药学会针刀医学专业委员会主任委员；黑龙江省中医药继续教育培训基地针刀医学培训中心主任。



一、学术特点与医疗特长

（一）闭合性松解术序贯疗法治疗股骨头坏死

对1994年9月—1998年9月有完整病例的216例股骨头坏死患者，应用特制针刀，对引起髋关节功能障碍、骨盆倾斜有关肌群起止点进行松解、铲剥，再配合相应整骨手法使功能进一步恢复，然后，口服自制“母血生骨仙丹”，中药熏蒸，所有病例经1~3个疗程治疗之后，功能明显恢复（下蹲、外展、外旋、行走等），影像学在不同时期可见死骨裂解、吸收、改建、模造、间隙改善或恢复正常，甲襞微循环也有十分明显变化。通过小针刀闭合性松解术可解决紧张挛缩的肌组织对髋关节周围之供血系统的卡压，中药口服、熏蒸降低血黏度，并使供应股骨头内外的血液循环改善，真正使伴随本病始终的髋关节不正常的应力恢复正常是改善股骨头缺血的关键因素，使坏死区域得到相应的修复，这样也就最大限度地保护了

股骨头，避免了股骨头置换等手术。同时也说明了甲襞微循环技术对本病的早期诊断和治疗后检测，不失为一种有前景的诊断措施。

1. 针刀疗法 采用自制斜刃针刀对引起髋关节功能障碍的肌腱起止部进行松解铲剥。如内收肌群紧张挛缩松解耻骨梳外侧缘骨面，纵向进针，横向铲剥；患侧骨盆向上倾斜，在髂腰肌起点 T_{11} 至所有腰椎横突头及椎体外缘进行松解，直达骨面，必要时对其止点小转子内侧缘（髂腰肌止点）附丽处进行松解；如髋关节间隙明显变窄，则对髂股韧带、耻骨韧带附着点，沿髋臼缘进行横向切割松解；如关节腔内压过高并伴有疼痛，或关节腔有积液，可在髋关节前外侧，大转子上沿关节孟唇缘切割，针刀穿过关节韧带、关节囊直达关节腔。必要时做“十”字切开数刀；如患侧膝关节疼痛，可在髌韧带止点和外膝眼处（前者在腓骨小头骨面铲剥数刀，后者将髌下脂肪垫通透数下），如患侧呈外翻髋状态（足见外翻）可在患侧大转子外上缘依次沿骨面向下铲剥（梨状肌、股方肌、闭孔外肌起止点等等）。如有腰痛（或同时患有腰椎间盘突出症可在 L_{3-4} 、 L_{4-5} 、 L_5-S_1 横突间肌，横突间韧带、患椎横突下缘内侧斜向横突孔方向的骨缘进行铲剥，突出物较大者，可配合溶盘术）。根据功能改变情况，依此类推，选择相应治疗点进行治理。

2. 脊柱-骨盆调衡疗法 针对本病均不同程度的有骨盆倾斜，脊柱侧弯和下肢不等长等骨骼系统力平衡失调的现象，在对患者进行闭合性松解术后，应用“脊柱—骨盆调衡疗法”（结合中医整骨和针对人体关节结构而设计的专用手法）对脊柱和骨盆进行弹压、推拿、摇搬、牵拉，晚期病例可先行腰麻下实施以上手法。并配合中药熏蒸床进行熏蒸疗法，每日一次，可连用 10～30 次，直到脊柱侧弯纠正，骨盆调正为止，这对恢复肢体功能至关重要。

3. 药物治疗 口服自制“母血生骨仙丹”。母血生骨仙丹简称生骨丹。组成：益母草、血竭、生山楂、骨碎补、淫羊藿、丹参等 24 味中药为主要原料制成口服药丸，每日 2 次，每次 3 丸，每丸含生药 3g，连服 3 个月，如髋痛明显，还可配合酚妥拉明肌注或静滴每次 5mg，1 日 1 次，连用 5~10 天。如髋关节间隙过窄或股骨头软骨面有破坏者可用施菲特（或海诺特阿乐治）2ml 髋关节腔内注射，每周 1 次，连用 5 周，可改善关节滑液的炎症反应，保护关节软骨，促进关节软骨的愈合与再生，并缓解疼痛，增加关节活动度。对严重病例还可配合自血光量子疗法或高压氧疗法，以缩短疗程，减轻症状。

对原发病的治疗也是必不可少的措施，临床应针对原发病具体情况按内科常规给予相应处理。如抗风湿，降血脂等。

4. 体会

（1）本病近年来有逐渐增加的趋势，除生活节奏，饮食结构的改变外（大量饮酒吸烟），激素性骨坏死病日渐增多，另外我们认为本病与人体生物力学因素变化有直接关系。无论本病早期和中晚期，其主要临床症状除疼痛外，均表现不同程度的功能障碍，如患肢内收内旋，外展外旋，屈曲后伸，行走下蹲均有不同程度受限。有的人连起码的日常生活都不能自理。分析其原因，主要为髋关节周围肌群紧张、挛缩，有的肌群起止点甚至变性、机化。这样一方面牵拉关节间隙明显变窄，增加了关节间的拉应力和压应力，同时也增加了关节的张应力，无疑这将使供给股骨头的相关血管受压，如内收肌挛缩一方面使患肢外展外旋受限；另一方面又压迫供给股骨头的主要动脉——旋股内动脉，使其血运减低，肌组织乏氧也进一步使自身变性、挛缩，同时股骨头内外血循环受阻，股骨头内静脉淤滞渗出，加大了股骨头内的张应力，股骨头内血循环减低，久之骨组织缺血缺氧致变性坏死。同时关节的应力改变又增加了病变部位的疼痛症状，这样进一步使髋周软组织加重挛

缩,使肢体功能进一步受限。另外,小针刀本身是综合传统针灸和手术刀两者的优势加以整合,取针灸的疏通经络、调和气血,手术刀的切开粘连,铲除瘢痕的功能于一身起到更加理想的治疗效果。

同时,血管内因素引起血液流变学改变,血黏滞性增高可使血流减慢,携氧能力下降,再加上某些直接致病因素的参与(如外伤或手术损伤)使髋周软组织变性挛缩,出现不可逆转的恶性循环导致病情进一步发展。所以我们采取闭合性松解术对病变部位的起止点进行必要的松解,再配合其他相应手法,便可产生事半功倍的治疗效果。

从临床资料分析,严重病例的治疗不如轻、中度患者起效快。因而早期明确诊断是一个十分重要的条件。目前临床除了患侧骨组织MRI,尤其是ECT更是早期确诊本病不可缺少的一种手段。但价格又不易被广大群众接受。我们应用甲襞微循环对此类患者进行治疗前、中、后的检测初步掌握了一些规律性数据,如能进一步系统规范地进行长期探索,假以时日,应用甲襞微循环检测技术也可能成为对本病进行早期临床诊断和疗效判定的一种可靠手段。

(2)“帆船”假说:在诊治股骨头坏死患者中,有一些现象令人深思:如此类患者大都合并颈、胸、腰椎疾病(腰椎间盘突出症,胸椎小关节错位、自主神经功能紊乱、消化不良、2型糖尿病、性功能低下、月经不调、假性冠心病等)。本组患者合并腰椎间盘突出症者达84%以上(128例),这种现象究竟是偶然还是必然?人体是一个有机的整体,而大多数此类患者均不同程度地存在骨盆倾斜问题。假设骨盆是一只帆船,那么脊柱就是桅杆。船面倾斜,桅杆必然倾斜。倾斜的脊柱的关节、椎间盘、椎间软组织将遭受损伤或退行性变,在一定诱因条件下,将发生脊柱关节错位,椎间盘脱出,韧带钙化或骨质增生,直接或间接地对椎旁血管(动、静脉)、神经或

脊髓产生不同程度的压迫或刺激，导致临床各种综合征出现。其实这也是一种人体生物力学改变所致的疾病。

中医学认为督脉和足太阳膀胱经循行于脊柱两侧。督脉为阳脉之纲，足太阳膀胱经中五脏六腑均有背俞穴位于背部。从解剖上看交感神经节分布于脊柱两旁，而内脏神经节则分布于脊柱前方，它们的终末则分布于器官附近或器官内部（交感神经节），因而当脊部及其周围软组织稍有损伤时，便会卡压或刺激此类神经，从而导致一系列相关疾病的发生。在临床中我们还发现这些并发症如不及时给予积极治疗，则股骨头坏死的治疗就比较困难。因而它们肯定存在着某些密切的内在联系，有待进一步探讨。针对这些情况，在治疗股骨头坏死的同时对倾斜的骨盆、错位的脊柱进行有目的的整复调衡，结果在股骨头坏死修复的同时，并发症也获得理想的治疗。

综上所述，股骨头坏死的所有病因无非分为血管内和血管外两种因素，只要我们针对不同的病因，在治疗原发病的同时，将造成髋关节的应力改变的高应力点解除，再配合相应的序贯疗法，定能达到“血通骨自生”之目的。另外，本疗法无痛苦，费用低，易掌握，疗效确切，便于推广，有着广阔的发展前景。同时也为中西医结合治疗本病提供了一种可行的新途径。

（二）慢性疲劳综合征

慢性疲劳综合征（CFS）被称为“现代文明病”，或称为不定陈述综合征，在快节奏生活方式下出现的一组以长期极度疲劳为突出表现的全身性综合征患者。主诉有头晕、头痛、失眠、多梦、记忆力减退、肌肉关节疼痛、食欲不振、四肢酸软无力、腹胀便秘、心跳气短、月经不调、性功能减退，以及不可名状的神经精神症状，即使充分休息也不能缓解，通过理化检查不能发现明显的器质性病变。

CFS 既然被认为是亚健康状态，所以在治疗上基本是无药

可医。但我们祖先很早就尝试应用针灸、推拿手法治疗此病，取得令人满意的疗效。往往经过手法将胸椎的纤维位移或整体失衡性位移纠正恢复后，经过一段时间，多数患者均有反复的现象。我们认为，要想从根本上治疗本病，首先要将相关位移的椎体高应力点解除，即对引起位移的动力系统——肌肉起止点的肌腱、筋膜进行减张松解术后，再进行手法复位，往往能取得事半功倍的效果。

1. 如何确定纤维位移和整体失衡性位移呢？纤维位移：（以脊柱为例）关节因轻度外伤或慢性损伤以及其他因素，使关节前后或左右有微小移动，X线可见移位距离不超过2mm，并产生相应临床症状者。如位移超过3mm以上，或前后成角，或整体形状改变（如侧弯、屈度变直、方向成角、旋转、仰旋或俯旋等），称为整体失衡性位移。

2. CFS一旦确诊后，从颈、胸椎X线片上查找移位点，在移位点往往有结节、条索状肿物，应用闭合性松解术高度针对性地对位移部位高应力点进行彻底松解减张，然后应用以下胸椎复位四法进行治疗：

（1）坐位旋转复位法：令患者端坐于方凳上，助手双腿夹住患者双下肢避免转动，术者立于患者后侧，将拇指顶住位移的棘突对侧，另一手臂在患者胸前绕于患者对侧肩部，肘部固定另一肩部，令患者放松做前屈后仰动作，扶肩的手同时旋转其肩部带动胸椎做与棘突偏歪反方向的旋转动作，同时用力的拇指瞬间发力向对侧挤压，可听到一声响动，复位成功，症状消失或明显减轻。

（2）俯卧挤压复位法：此法使用于椎体角变位者（整体失衡性位移）。令患者俯卧于治疗床上，术者一般立于患者左侧，用掌根压于棘突病变部位，另一手叠压其上，等患者呼吸的呼气之末，沿棘突方向朝前下方瞬间巧妙弹压之，可有患椎前滑动之感觉，复位成功。

(3) 攀颈顶背复位法：令患者端坐于方凳上，术者立于患者背后，同时将双手从患者腋下交叉于患者颈后，双手紧扣，同时令患者稍似前屈状，术者以右足蹬在小方凳的后缘，右膝顶住侧偏之棘突，待患者呼气之末，术者右膝朝患椎斜前方瞬间推顶，可听到复位声，复位完毕。

(4) 牵引推压复位法：患者俯卧于治疗床上，双手握住床头，助手双手紧握患者双踝上方，渐渐牵引，使患者背部肌肉放松，再用拇指向偏歪对侧方推顶；或令助手立于治疗床上，用以宽布带系于患者双腋下，然后将患者轻轻提起，使自身下垂，稍倾，可用双手拇指按压患椎棘突，手法同以上几种复位法。

在采取以上四种手法复位后，令患者安卧于治疗床上，对其后背从肩部到腰骶部进行整复手法，对背部肌肉行推、拿、拍、按、揉、捏、搓等手法，以达到散结通络、活血化瘀、剥离粘连、解除痉挛之目的，从根本上将慢性疲劳综合征这一既古老而又现代的病症治愈。

采取了以上复位手法的同时，还要对颈椎、腰椎、骨盆整体情况进行调衡治疗。

(三) 颈椎综合征的临床对策

颈椎病确切地说，它应该是一种综合征。是由颈部外部的软组织及内部的骨组织的力平衡失调引发其周围血管、神经、椎间盘的相关复杂症状而出现的一组综合征。根据发病原理，可以针对颈椎软组织、骨组织的力平衡失调而设计出一套完整的针对性极强的、能把生物力学已经失衡的颈椎力平衡失调点，重新恢复到生理位置的治疗方法——闭合性松解术综合疗法。

1. 临床分类 按目前现有资料对颈椎综合征的分类，即颈型（肌型）、神经根型、椎动脉型、交感神经型、脊髓型、综合型共六型。

2. 影像资料 均需根据影像资料（主要是X线片），除了颈椎屈度、间隙、增生程度外，主要看颈椎椎体后缘是否有梯型变（椎体失稳），椎体后缘椎弓根及棘突是否有“双突双边影”，棘突是否侧偏（以椎体中线为准），寰枕后缘间隙是否变小、是否有前缘椎间隙过大（仰旋），过小（俯旋），后纵韧带及双侧横突是否有钙化影，椎体后缘是否有成角现象等等，结合症状与体征进行全面分析诊断。

3. 非手术疗法 对后纵韧带及黄韧带骨化，椎间盘突出钙化，椎间孔及横突孔骨增生性狭窄，发育性椎管狭窄者，也主张先行非手术疗法，因只有经过系统正规的非手术疗法治疗后，方可有利于今后手术的操作（如急性炎症、水肿等），可降低术后并发症的发生，对术后的康复均十分重要。但所采取的非手术措施不当或手法过重，则可发生意外，并可加重病变的程度，对下一步手术治疗非常不利。经过非手术治疗，可缓解临床症状，至少能延缓开放手术的时间。

4. 颈椎综合征闭合性松解疗法要点

（1）肌型：针对颈肌型紧张、压痛、硬结、条索状物的部位方向、硬度、结合颈椎X线表现，应用针刀或铍针对引起肌紧张的起止点（以起点为主）进行闭合性松解（避开重要血管神经），并配合手法整复使颈椎达正常屈度，或将偏斜的棘突扶正。

（2）神经根型：除明显骨性压迫外，其余均可针对相对狭窄的椎间孔、横突孔，痉挛的中、后斜角肌进行松解。对相对狭窄的椎间孔采取后路双侧椎间关节囊进行松解，在牵引下整复，使椎间孔扩大。在横突的后结节骨面进行松解，解除斜角肌由痉挛而挤压颈神经。如为椎体移位造成椎管、椎间孔、横突孔相对狭窄者，通过闭合性松解术后配合定点定向复位，症状可立即减轻或消失。

（3）对有椎体的移位而至横突孔相对狭窄或寰枕后膜紧

张挛缩所致椎-基底动脉供血不足引起的头晕、头痛，在松解相关移位的椎间关节的同时，在寰枕后膜枕骨大孔后上缘进针，垂直方向直达骨面（注意：不要使针体向前下滑，以免损伤脊髓）进行松解，并配合相应整复手法，（最后在牵引下松解）。头晕、头痛、视力模糊症状可立刻缓解或消失。

（4）交感神经型：应对横突下缘和内侧面近椎间孔骨性边缘进行精细的松解，并配合中药内服，以调节迷走神经的兴奋性。

（5）脊髓型：在病理表现上处于周围型和锥体束型而脊髓尚未变性者（主要为椎间盘突出或黄韧带肥厚、后纵韧带硬化压迫硬脊膜出现一系列临床症状者），采取后路黄韧带松解减压术。根据 CT 或表现在黄韧带增厚节段的下一椎体椎板的上缘骨面黄韧带附丽处进行不全松解（松解黄韧带厚度的 $1/2 \sim 1/3$ ），然后进行前屈 15° 牵引，重量可达 $15 \sim 20\text{kg}$ ，每牵引 $3 \sim 5$ 分钟间断性休息 2 分钟，以求松解后的黄韧带拉长变薄，使已相对狭窄的椎管矢状径增大，被挤压的硬膜囊解除压迫，症状减轻或消失。如受压段的脊髓通过 CT 或 MRI 证实有轻度变性，可配合填精补髓的中药口服配合治疗，可获满意疗效。

（6）综合型：可根据不同症状与体征，结合影像表现，根据以上治则，侧重采取一些针对性的治疗措施。

（7）最后一点至关重要的问题是，从事此项临床工作并采取此种疗法的医生，必须对解剖知识，尤其是动态解剖、功能解剖、局部纤维解剖要了如指掌。因此种疗法毕竟不像外科手术那样可视性强。此疗法在盲视下对病变部位进行“心中有数”的闭合性松解，做一种不开刀的手术，从某种意义上说，它比外科手术要求还要严格，否则将损伤血管神经。

5. 手法整复治疗 中医整脊疗法对已形成力平衡失调的颈椎有重要治疗作用。韦以宗教授认为脊椎损伤的核心是椎体

移位，椎曲改变，并发椎间孔和椎管变形，而椎体的稳定源于肌肉韧带。因此无论外伤、慢性颈腰痛都是动力系统的肌肉韧带力平衡失调而导致椎体位移的。在闭合性松解术后通过整脊正骨手法可使因力平衡失调造成的椎体曲度、间隙、移位得以纠正。个别病例，如神经根型急性炎症期、脊髓型有椎体束征者可配合口服活血化瘀、填精补髓的中药，对缓解症状可取得明显疗效。

(四) 老年膝关节骨性关节炎的治疗

1. 闭合性松解术方法 患者取仰卧位，膝下垫一软枕，充分暴露膝关节，碘伏皮肤消毒，根据病情轻重及功能障碍程度，选择膝关节及髌骨内外上1/3缘进行铲拨、松解，对膝关节内外副韧带髌下脂肪垫，髌上下关节囊，髌韧带止点，刀口线原则上与病变部位软组织纤维走行一致，每周1次共4次。

2. 膝关节解锁法 闭合性松解术后用膝关节解锁法对髌骨沿下肢平行方向进行上下左右推、按、提、拿，直到髌骨活动自如。隔日1次共15次。

第一步：患者仰卧，患膝抬起，助手扶持固定其患侧大腿，术后一手握其踝部牵引，同时做旋转晃动伸膝动作。另一手拇指按压患侧关节间隙痛点，同时徐徐向内侧按压，使膝关节骤达伸直位，活动恢复。

第二步：术者双手横向推、按、提、拿并用力抓髌骨上提，如髌骨活动度小，可用掌根（或大小鱼际）对其推按，使髌骨活动度恢复正常。

第三步：患者仰卧，躯干部固定于牵引床上，医生双手握患肢踝部做屈伸动作，然后加大牵引力度，使患肢呈伸直状态。并对膝关节畸形较重者，需用循序渐进，由轻到重的手法施术，杜绝暴力动作。

3. 体会

(1) 关于本病治疗后影像学观察：以往对本病的诊断标

准和治疗目标均为减轻疼痛，维持或改善关节功能，防止关节强直，提高生活质量。影像学上只有诊断参考价值，对治愈好转则无指导意义。我们对治疗组半年后随访时 X 线复查发现，原已变窄的关节间隙 1 年以后观察，发现有不同程度的增宽，而骨刺也大都停止生长并部分萎缩。看来本疗法有从根本上治愈该病的可能。

(2) 关于疼痛的问题：本病疼痛共分三种原因：其一，膝关节囊或滑膜无菌炎症；其二，骨内高压症（股骨髁、胫骨髁）主要表现为静息痛，夜间尤甚；其三，退行性改变，骨质疏松症综合因素。膝关节骨性关节炎有相当一部分患者在早、中期可合并滑膜炎。炎性渗出物中的大量致痛物质可引起明显疼痛；经过抽液抗炎加压制动后可治愈。由于本病生物力因素的改变致力线改变，关节内微循环障碍，使关节端骨内静脉淤滞，张应力明显增高。一般 3/5 以胫骨结节高压为主。在局麻下给予 II 型针刀减压后，疼痛可明显减轻或消失。膝关节的退行性变主要表现在韧带的老化挛缩至关节间隙变窄。骨膜的直接接触与磨损可致疼痛；同时骨质疏松症也可产生疼痛症状。此时可配合口服依膦，从根本上解决骨质疏松问题，疼痛也就迎刃而解，因为依膦（双膦酸盐）有止疼双重因素，一方面它有缓解中枢性疼痛的功效，另一方面，它可直接作用于骨质疏松部位治疗，可减轻疼痛。



三、针刀治验

(一) 双侧股骨头缺血坏死合并强直性脊柱炎

赵某，男，24 岁。1994 年 9 月 16 日入院，1994 年 12 月 28 日出院。该患者于 8 年前患类风湿，长期服用泼尼松龙等药物不见明显好转，后又发展为强直性脊柱炎，致驼背，右髋关节屈曲强直，拄双拐行走，明显跛行。1990 年 2 月在外地拍 X 线片，按右侧股骨头坏死、强直性脊柱炎治疗，并多次

奔波于北戴河、辽宁、哈尔滨多处医疗单位求治效果不显。1994年9月15日在我处拍X线片，见胸椎后凸，腰椎呈笔节样改变。右侧股骨头多处囊性变，关节间隙明显变窄（但未形成骨性强直），边缘模糊不清，股骨头软骨有破坏。左侧股骨头顶部有密度增高象，股骨颈变粗变短。不能下蹲，行走困难，间歇性髋痛，按双侧股骨头缺血坏死合并强直性脊柱炎用针刀治疗。除股骨头行针刀剥离术外，在脊柱后凸处每隔一脊椎行棘上韧带切开，棘间韧带切开剥离，之后手法按摩牵引（骨盆牵引，重量60~80kg，除吃饭及大小便外，均处牵引状态。同时配合中药熏蒸，隔日1次，两周即感明显好转。3个月后拍片复查，除股骨头囊变明显缩小外，髋关节间隙也明显增宽，股骨头边缘光滑。同时脊柱后凸也明显纠正。新年已近，患者要求出院。嘱服维生素D₃，钙片，菸酸及生骨四神汤以巩固疗效，同时坚持功能锻炼。3个月后复查。

（二）类风湿关节炎、右侧股骨头坏死

马某，女，21岁。1994年10月4日入院，1995年1月6日出院。该患者于1989年读初中时，患类风湿关节炎致腿痛不能行走辍学。在多处求医，一度好转又复学。1994年发展至不能行走，卧床，同时合并结核性胸膜炎、心肌炎，每天进少许饮食，大小便不能自理。家属述长期大剂量服用泼尼松龙（每天6~8片）和大量止痛药，方可缓解症状，但始终卧床不起，每日下午发热38℃左右。化验ESR 41mm/h，抗“O”800U，RF（+），心电图见T波改变，心率112次/分，间有期前收缩。X线片见双侧股骨头有轻度密度增高，右侧股骨头下部可见数处点状透光区，肘关节、掌指关节间隙均增宽，局部肿胀，全身极度衰弱。当即给支持治疗，并用大量青霉素、维生素C、普鲁卡因静脉点滴，同时采用UBI，连用两周，症状明显好转，体温正常，饮食大增，并逐渐停用激素类及镇痛药物，开始小针刀治疗。除双侧股骨头外，对肩、肘、腕、踝

各关节行关节囊松解术，第二天即见关节肿胀消退，四周后可拄双拐下地行走，六周后离拐也可短距离行走。体重增加，疼痛消失。3个月后拍片，双侧股骨头顶部致密影消失，右侧股骨头透亮区很难辨认。因春节将近，患者要求出院，嘱回家服生骨四神汤等药物巩固疗效。

工作单位：黑龙江省大庆中医骨伤病医院

通信地址：黑龙江省大庆市高新技术产业开发区
建设路 202 号

邮政编码：163316

电话：0459-8181111，8186666

手机：13304590908

E-mail: dqzygs@163.com

融哲学、中医、西医一体 创针刀、整脊、药物三联

——王燮荣临床经验

王燮荣，男，现任海军总医院疼痛诊疗中心教授、主任医师，北京宗源医院（原北京针刀总医院）专家组组长。全军中医药学会针刀专业委员会高级学术顾问。世界中医药联合会针刀专家委员会主任等职，曾担任首届中华脊柱医学论坛主席。

从事颈肩腰腿痛及软组织损伤的中西医结合医、教、研40余年，是国内最早从事针刀医学及脊柱相关病治疗的少数专家和学术带头人之一。

主要著作：《全国高等中医院校骨伤专业研究生系列教材·骨伤手术学》副主编，《脊柱疾患临床检查与诊断》主编等。



一、学术特点与医疗特长

（一）王氏整脊手法

多年来，王燮荣在集成中医学传统正骨按摩手法精华的基础上，认真学习研究了当代国内外诸多学者治疗手法的有益经验，并根据自己多年来治疗颈肩腰腿痛及多种脊柱相关疾病所用手法的经验，进行了认真的筛选、取舍、总结、提炼和再创造，不断探索，逐步形成了一套行之有效的颈椎—胸椎—腰椎—骨盆系列复位矫正手法——王氏整脊手法。该手法经数万例临床验证，效果确切。如果再恰当配合针刀微创软组织松解

及中西药物内服外用，则会取得更好的疗效。必须指出，在手法治疗前应选择好适应证，应排除骨折、肿瘤、结核、畸形、明显骨质疏松及脊髓压迫等，以确保患者安全。

1. 王氏整脊手法的学术思想及理论内涵

(1) 强调脊柱在人体生命中的重要地位：脊柱是人体的“中轴”和“大梁”，它内连五脏六腑，外接四肢百骸。脊髓及其相应的神经更是连接大脑的信息枢纽和指挥全身的“第二生命中枢”。因此脊柱及其周围软组织健康与否对人的生命与健康关系极大。

(2) 脊柱的力平衡系统

1) 内平衡系统（静力性平衡系统）：由椎体、椎间盘、小关节、前后纵韧带、胸廓、骨盆组成。

2) 外平衡系统（动力性平衡系统）：由脊柱周围的肌群及其他软组织构成。脊柱的力平衡系统由内外两个平衡系统组成，这两个系统刚柔相济、相辅相成、协调作用，共同承担人体自身的重量及运动产生的各种应力，维持其力学平衡，并保证相应的神经血管畅通，功能正常，使脊柱成为一个既稳定又灵活的整体。一旦上述平衡遭到破坏，就会出现颈肩腰腿痛或多种脊柱相关内脏疾病。

(3) 脊柱病内外平衡失调理论

1) 病理病因：暴力损伤；软硬同损；慢性劳损风寒湿邪；先软后硬。

2) 治疗原则：内外兼顾，筋骨并重，刚柔相济，阴阳平衡。

(4) 软组织损伤的三大病理环节理论：炎症渗出—吸收机化—力平衡失调。

(5) 治疗：“针刀（祛邪）—整脊（扶正）—药物（通经）”三联疗法

1) 治疗原则：内外兼顾、刚柔相机、动静结合、筋骨

并重。

2) 治疗目的: 矫正关节错位, 消除肌肉痉挛, 解除神经血管压迫, 改善代谢, 消除症状, 达到阴阳平衡 (力学平衡, 解剖平衡, 代谢平衡)。

(6) 王氏手法的特点

1) 精神放松、情绪平稳; 肌肉松弛, 没有抵抗; 定位准确, 复位完全; 施术轻巧, 安全无痛;

2) 体位科学合理; 力学角度准确; 手法精炼轻巧;

3) 一人独立操作, 无需特殊设备。

2. 颈椎复位手法 卧位成角定点复位法:

(1) 人员: 一人即可, 不需助手。

(2) 优点: 患者平卧, 心理平静, 有安全感; 颈部伸肌及屈肌完全放松 (坐位时总有部分肌肉不能完全放松); 由于床面限制, 旋转角度最大不会超过 45° , 不易失手, 不易导致医源性损伤。

(3) 程序: 手力牵引—成角调节—旋转复位。

1) 手力牵引

方法: 双手颌—枕牵引, 持续数分钟 (利用患者体重做反牵引力)。

目的: 颈肌属横纹肌 (随意肌), 特点是可随意支配而自由收缩, 但易于疲劳。手力持续牵引之目的是使颈肌产生疲劳, 以消除病理性痉挛, 使其失去抵抗, 以利颈椎复位。持续牵引, 使颈部两侧肌肉均保持在均衡的被动拉伸状态, 整个颈椎椎体犹如被“肌性小夹板”保护固定, 小关节处于锁稳状态, 不致因复位手法而随意位移。

2) 成角调节

成角: 上段 ($C_1 \sim C_2$): 略低头 ($0^\circ \sim 15^\circ$); 中段 ($C_3 \sim C_5$): 轻度屈颈 ($15^\circ \sim 35^\circ$); 下段 ($C_6 \sim C_7$): 中度屈颈 ($35^\circ \sim 50^\circ$)。

3) 复位手法: 令患者轻轻自动侧向转头至最大限度。术

者一手手掌托住枕部，拇指轻轻定位于患椎横突部（勿须用力按压或推顶），另一手扶持下颌，双手协调调整屈颈度数，使成角落于患椎（指下会感到受力支点），再将下颌继续向一侧轻巧用力，顿挫旋转，即可闻及“咔嚓”声响，同时拇指下可有关节滑动到位之感觉，复位即告成功。其余患椎可按同法逐一复位矫正。

（4）机制：由于低头或屈颈，使相应颈椎节段曲折成角，该部颈肌松弛，失去拉伸力，相应椎体暂时失去保护而处于失稳状态，给该部手法复位创造了条件。（而其他不需复位之椎体仍在牵引保护之下，仍处于稳定状态）根据患椎所处位置高低，由低头及屈颈之度数来决定成角落点部位。（椎体高位—低位，屈颈度数小—大），医者可根据需要灵活调整选择。

（5）体会

1）患者仰卧，平静放松，有安全感，能较好配合。

2）颈肌放松，术者不需用过大力去克服因某些部位肌肉紧张而产生的抵抗，因而患者无痛苦。

3）屈颈成角于患椎，目的是使该椎体各关节处于失稳状态，因而只需轻轻旋转、提拉，即可复位，符合生物力学要求且能事半功倍。

4）其他体位下（如坐位），某些节段（如中段）复位较易成功，而某些节段（如枕～ C_{1-2} ， C_{6-7} ～ T_1 ）则复位往往较难。若欲达完全复位，则常常需用较大力量，并需辅以拇指或示指等用力顶患椎，患者即感疼痛不适，术者也易因用力过猛而失手，若旋转过度，则可造成损伤，安全系数相对较小。

5）某些坐位复位手法，有时需使头颈部处于后仰状态，但若遇有颈椎间盘突出尤其是有脊髓—硬膜囊受压的患者，此种体位下再旋转颈椎，因椎体后缘剪力过大，常可造成重大意外，危险性较大。故应视为禁忌体位、禁忌手法。

6) 本法自始至终均使颈椎处于牵引状态下，有利于减轻神经根之压迫，操作中不会加重症状，比较安全。

7) 卧位成角定点复位法可根据需要自上而下，对任何一个（或一组）患椎进行准确定位，复位成功率高，患者一般无痛苦，也不易造成意外伤害。

8) 一般情况下，患侧在下，先行复位，然后健侧同法调整，以求两侧平衡。

9) 在进行手法复位时，应把颈椎当作一个整体来调整，而不应局限于某一两个椎体单纯进行复位。另外，整个脊柱也应该看成是一个整体，而不应把眼光仅仅局限于颈椎、胸椎或腰椎某一局部节段来看待。

3. 胸椎复位手法 由于胸廓结构特殊，每一个椎体共有一对小关节，肋椎关节和肋横突关节、胸肋关节等四对关节，加上肋骨的支撑作用及胸骨的固定作用，使胸椎的稳定性大大增强，但各关节的活动度则较颈、腰椎明显减小（属微动关节），因此由于外伤劳损、风寒湿邪致软组织炎症、粘连及体位不良等，一旦导致胸椎椎体偏歪错位，其复位矫正的难度亦较颈、腰椎要大得多。另一方面，胸段脊神经及脊柱前方发出的交感神经链（丛）分布范围广泛，不但包括躯干，而且大部分胸腹腔脏器均受其支配，因此，胸椎不同节段病变还可造成呼吸、消化、循环等多系统、多脏器的复杂病变，形成所谓“脊柱相关疾病”，容易给临床诊断和治疗带来一定的难度。

因此，胸椎（及其他节段椎体）的整脊复位手法乃成为治疗许多脊柱相关内脏疾病的重要手段。但由于胸椎属微动关节，复位难度较大，因此，临床上常常联合采用两种以上手法，以达到完全复位之目的。在许多情况下，还首先要对明显瘢痕、粘连的组织进行必要的针刀松解，在此基础上再施以手法复位，两者相互配合，相辅相成，则可明显缩短疗程，提高

疗效。

常用的一些手法：

- (1) 俯卧叠掌推按法；
- (2) 俯卧反向推按法；
- (3) 仰卧对冲法；
- (4) 坐位扳肩法；
- (5) 改良膝顶法；
- (6) 槌击法。

4. 腰椎复位手法 腰椎复位手法有数十种，各具特色，且均有效。但手法要力求精炼准确、高效轻巧，务求实用。不宜过于繁杂，更不必摆花架子。尽可能不依赖助手或牵引器械等特殊设备。在这一原则指导下，经长期实践摸索改进，提出以下几种使用方法供参考：

- (1) 侧卧斜扳法（最常用）。
- (2) 抱腋转腰法。
- (3) 仰卧屈膝压腹法

体位：患者仰卧，臀部（骶部）垫枕，枕头上缘与病变腰椎之下一椎体上缘平齐，患者屈髋屈膝，两踝关节交叉，双手重叠，置于腹部。

手法：医者站立床旁，一手扶住患者双膝，一手扶住踝部，令患者深吸气后憋住，医者用力将患者双膝向腹部弹压3次，术毕。

- (4) 俯卧压骶法

体位：患者俯卧，双臂置于体侧，腹部垫枕，使枕头下缘与病椎下缘平齐。

手法：患者深吸气后憋住，医者双前臂置于骶骨部，先震动压数次，然后借助上身体重，向下用力弹压3次，术毕。

说明：①以上两法，适用于Ⅰ度～Ⅱ度腰椎向前滑脱（滑移）而无椎弓崩裂者（X线斜位片，“狗颈”无断裂。）

②患者深吸气的屏气，腹压增大，当医者瞬间用力下压时，此压力可通过患者双手传导至腹壁，再通过腹腔内高压而传递至所需复位之患椎，但不会伤及腹腔及盆腔脏器，原理同前述胸椎复位手法。③无论仰卧位或俯卧位，手法复位后应立即予以腰围固定两周以上。④腰椎Ⅰ～Ⅱ度滑脱者，椎体一般多无骨折，只是前后纵韧带、关节囊及周围软组织损伤、松弛，致使椎体由于前凸剪力而向前滑移（如肥胖者重心前移，腰凸随之增大），因此手法复位之后，应绝对卧床休息3～4周（后期可在床上功能锻炼），使损伤的韧带及软组织得以修复，以巩固腰骶椎的复位状态。⑤若腰椎滑脱超过Ⅲ度以上，宜行手术矫正，手法复位当属禁忌。⑥复位后的卧姿：如患者习惯仰卧位，则应取双下肢屈曲位，双足可平方于床面，臀骶部垫一薄枕或棉垫。切忌下肢伸直仰卧，以防加大腰部前凸的剪力。如患者喜欢侧卧，则应屈髋屈膝，避免伸腿挺腹。

（5）复位后之床上功能锻炼法：“不倒翁”翻滚操。

5. 骶髂关节半脱位复位手法 骶髂关节半脱位其实十分常见，分急性与慢性两种，可单独发病，也可因其他伤病而并发或就是该病的一个组成部分。但诊断和治疗中常常被忽略，或误诊、漏诊。若脱位关节未被矫正可长期遗留腰骶部疼痛或坐骨神经痛等症状。有的则表现为泌尿生殖系统病症（如月经不调，尿频、尿急、遗尿、阳痿等）且久治不愈。实际上根源多为骶髂关节半脱位致骨盆扭转或倾斜，使盆内脏器及所支配的神经血管受到压迫或牵拉，一旦骶髂关节错位纠正，骨盆位置恢复正常，许多内脏病变亦随之得到缓解。由于很多医务人员对这一问题缺乏足够重视或至今仍不太熟悉这一病症，我们在此多做一些介绍。

（1）复位手法：由于骶髂关节内外有坚强的韧带固定，关节面呈耳状面相互嵌插咬合紧密，因而有人认为是“不可动关节”，但实际上仍属于“微动关节”，一般情况下不易轻

易半脱位，但一旦形成半脱位，则自行归位的可能性很小，所以常常遗留顽固性疼痛等症状，且给腰腿痛诊断和鉴别诊断带来混淆和困难。正因为如此，其手法复位尤其显得重要。

由于骶髂关节属于微动关节，其复位难度也相对大一些。人们对腰椎复位的方法都比较熟悉，研究也很多，手法多达数十种。而对骶髂关节移位（错动或半脱位），人们对其重视、认识、了解的普遍性以及掌握有效复位手法的种类和熟练程度就差得多，因而有必要多加一些介绍。

（2）具体操作：以下介绍几种经作者精选、改进和创编的有效手法供参考。这里必须指出的是，手法复位前，首先必须弄清楚患者属于前脱位还是后脱位，这样施术才能有的放矢，事半功倍，否则将弄巧成拙，适得其反，南辕北辙了。

- 1) 仰卧单膝压腹法（骶髂关节半脱位之前脱位）。
- 2) 仰卧足跟压臀法（骶髂关节半脱位之后脱位）。
- 3) 仰卧屈髋压膝法（分膝法）。

人体犹如一座结构复杂的高层大厦，站立时“大厦”的基座便是骨盆，由于承受体重及运动的需要，腰—髂—髌—骶结构复杂，肌肉韧带坚强，形成一个稳固的整体联动系统。尤其是骶髂关节处于这个系统的枢纽部位，其关节面吻合牢固，周围肌肉、韧带、关节囊坚韧，因此关节活动度很小（微动关节），一般情况下，若非较大外力是不能轻易造成移动、错位的；另一方面，一旦发生错位（半脱位多见），则引发一系列病理改变，向上则可影响脊柱，向下影响下肢，引起常见的腰—臀—腿—足疼痛。更有甚者还可引发一系列腹腔及盆腔内脏病变，如妇女分娩常因骨盆扩张，发生骶髂关节半脱位或耻骨联合分离症，除腰骶、耻骨部疼痛外，常可诱发月经不调、痛经、便秘、泌尿系感染等多种疾病。因此骶髂关节半脱位在腰腿痛及若干内脏病变的病理过程中具有十分重要的意义。对其进行正确的矫正复位，对治疗上述疾病同样具有至关重要的

作用。而此点在临床实践中往往未被人们引起足够的认识和重视。有时即使意识到了这点，也多缺乏确实有效的复位手段。本人总结倡用的这一方法实用、简便、高效、屡试屡验，兹不揣鄙陋，特向同仁“毛遂自荐”。

作用机制：当医者将患者双膝同时下压时，作用力将沿上述杠杆系统均匀地向两侧向心性逐段逐节传导，使沿途各个偏歪、错位之关节（包括移动关节及微动关节）依次获得复位矫正。这一过程犹如火车开动前常需先向后作瞬间“倒退撞击”一样，使连接各个车厢之间的、原来处于松动状态的“天佑钩”（詹天佑发明），立即相互紧密咬合复位。此法是经典的杠杆力学与现代骨科生物力学相结合，传统正骨手法与现代整脊手法相结合的产物。其方法简便，用力轻巧，具有“四两拨千斤”之妙。

部分患者因肌肉韧带痉挛或挛缩等原因，某些关节紧张度大，活动度较小，在施行这一手法时，常可因髋部、大腿两侧或腹股沟部的肌肉韧带受到牵拉而感到一过性疼痛。此时医者应立即将患者双腿迅速屈髋屈膝悬抱于腹部片刻，疼痛即可缓解。必要时术毕再以放松手法适当按摩髋部、两大腿外侧及腹股沟部肌肉，缓解其痉挛。

此法应在患者闭目，注意力集中于腹部双手及深呼吸时，瞬间完成。如此，患者虽有可能有一过性疼痛，但却很安全。反之如果患者精神紧张，注意力集中于医者双手上，则全身及肌肉处于紧张、收缩状态，此时用力压膝强行复位，极有可能造成损伤，故不可取。

此法对老年人，骨质疏松者宜慎用（确有必要时，可施以轻缓手法，多次进行，而不必强求一步到位），或改用它法。施术时尤其忌用暴力。

凡感染、结核、肿瘤、骨折、股骨头坏死、严重高血压、心脏病等患者，禁忌用此法复位。

必要时在腰骶部、臀部或腹股沟部相应病变处先行针刀松解，然后再施以复位手法，效果会更好，疼痛也会明显减轻。

6. 耻骨联合分离及尾骨脱位复位手法

(1) 耻骨联合分离复位手法

体位：侧卧位，屈髋屈膝。

手法：医者双肘部置于患侧臀部，用力下压3次，术毕。

说明：耻骨联合分离症在骨盆外伤及产妇产娩中常可出现，根据局部疼痛、压痛、触诊检查及X线片确诊不难。但耻骨联合分离常常是三维立体分离，不仅仅是左右分离，且常可伴有上下、前后方向的错位，多同时伴有骨盆的扭转倾斜。因此单纯用侧卧下压法只能使左右方向复位，此时尚应配合腰骶椎侧卧斜扳及骶髂关节复位两种手法，由此推动耻骨联合分离的三维复位。

若病程较长，局部疼痛持续较久者，可在局部先以针刀松解瘢痕粘连，并注射少量泼尼松龙之类药物，以助无菌性炎症吸收，再施以手法复位，效果更好。复位后必要时可以宽布带（或弹性内裤）束裹骨盆，固定1~2周，以巩固疗效。

(2) 尾骨半脱位肛内复位法

体位：患者侧卧位，面向里，医者立于患者身后。

手法：医者示指套灭菌指套（或手套），肛门部沾涂少许医用液状石蜡或肥皂水先行润滑，然后令患者慢慢呼气，示指自肛门缘徐徐滑入肛门并深入里面，当隔着直肠后壁触及脱位之尾骨尖时，即用指尖将其钩住，再以轻缓之力慢慢向后（背侧方向）钩带复位，同时注意调整左右方向，直至正确对位为止。

说明：尾骨脱位在臀骶尾部外伤中十分常见，可单独发生，也可伴有尾骨骨折。如果急性脱位不予纠正，造成慢性，骶尾部可长期遗留疼痛不适（有的可持续数年），因此急性期及时复位十分重要。

复位时手法必须轻柔，切忌粗暴，以免伤及直肠后壁或引起医源性肛裂。骶尾部常同时伴有软组织挫伤，急性挫伤可行局麻封闭。

若慢性脱位日久，手法复位已难以纠正，若骶尾部行针刀松解及药物注射后，疼痛已经解除，则尾骨脱位可不予处理。

（二）治疗颈椎病的思路和特色

1. 两个平衡 颈椎的结构稳定和正常功能，依赖于颈椎内、外稳定系统的平衡。由椎体、椎间盘和前、后纵韧带构成内源性稳定系统，由肌肉等软组织构成外源性稳定系统。在外源性的系统中，两侧的椎旁肌维持着脊柱的平衡。当由于急性损伤、慢性劳损、不良姿势等因素，造成了生物力学的平衡失调，不仅破坏了内外稳定系统的平衡，而且也造成了棘突两侧肌肉的不平衡，紧张一侧的肌肉就会牵拉棘突、关节突、横突等，造成棘突的偏歪和椎间关节的错位，引起一系列的临床表现。治疗的大法就是要解决内、外平衡失调和脊柱两侧肌肉平衡失调这两个问题。

2. 两个效应 即为桅杆效应和电杆效应。

桅杆效应：是指骨盆向海平面上的船底面，脊柱是桅杆，脊柱两侧的肌肉就是固定桅杆的绳索。

电杆效应：是指两肩胛和胸廓上口如地平面，七节颈椎是电杆，颈椎两侧的肌肉就是维系电杆以保持中正而固定于地面和电杆顶端的拉线。只有当两旁铁丝的长度和拉力相等时，电杆才能保持在垂直位置。若因各种外力造成两侧拉力或长度不等，势必导致电杆的倾斜甚至倒塌。同样道理，当肌肉发生病变时，往往有一侧病变较重，紧张、粘连、短缩的肌肉就会牵拉脊柱发生椎间关节的偏歪、旋转、错位。必然使两侧的应力（包括拉力、压力、张力）失去平衡。机体为维持正常生理功能而进行活动或劳动时，就必然出现疼痛及功能障碍。医生的职责就是以各种治疗手段打破上述病理性障碍，恢复正常的动

态（及静态）力学平衡。在这方面，小针刀及手法都可以发挥其独特的作用。

3. 局部与整体、微观与宏观 西医学较偏重于局部的组织结构与功能的研究，随着现代科学的飞速发展，这种微观研究越来越深入和精细；中医在辨证论治时用整体观念来进行宏观的思维和概括。只有把整体与局部、宏观与微观有机地结合起来，对疾病的认识才会有质的飞跃，诊断准确率与治疗效果也才能大大提高。我们既要从哲学的高度来考虑两个动态平衡，也要从医学的角度来认识和处理局部的微细解剖结构改变和精确的病理生理变化。大处着眼，小处着手。

局部的治疗和整体的调控相结合，有利于打破病理性恶性循环，恢复机体的阴阳平衡。在颈椎病的治疗时，不仅要精确的定位，针对患椎做有的放矢的治疗，而且还要对患椎上下组织以及整个颈椎做整体调整；不仅要对颈椎进行治疗，而且有时要对胸椎，甚至腰椎和骶髂关节进行调整。这是对中医整体观念的完美诠释和具体应用。

4. 触诊 推荐双手触诊法，这样可以对脊柱两侧的肌肉等软组织进行对比性的检查，根据指下的感觉来确定病灶所在和病变的性质。如肌肉的紧张程度、压痛点的大小和部位的深浅、有无硬结或条索状的改变、棘突有无偏歪、关节突有无隆起、横突有无旋转等，灵敏的触诊可发现仅有1mm的棘突偏歪。

根据触诊所得到的信息资料，结合临床问诊、查体和影像学检查，进行分析整理、综合归纳，来确定针刀治疗的部位和针刺的深浅，以及手法的选择。

5. 治疗

（1）筋骨并重：既重视病变软组织的松解，又重视错位骨关节的复位；针刀并举：既发挥小针刀“针”的作用，刺激局部穴位，通过信息传输和反馈，实现对整体的宏观调整来

治疗疾病，又可发挥外科“手术刀”的作用，对局部粘连、瘢痕等具体病灶进行松解、剥离、切割，从而使其恢复正常代谢的功能。小针刀就是这样，集中、西医学之长为一体，相反相成，殊途同归。所谓学不分中西，有理即通；术无有高下，有效则用。

(2) 针刀松解：手法要轻巧稳健，中病即止。有的刺破筋膜，有的深刺至骨，深浅适宜，刀刀到位。选点的多少，依据患者的具体情况而定。病灶较少者，则取点少而精；病灶较多者，则选点不厌其多，必求除恶务尽。用针用刀，根据针刀刺入后的手感而定，针下有组织变性或有硬结者，则用刀来切割和松解；如针下松软无阻挡感者，则以针的方式以疏通经络，调和气血。

(3) 手法复位：椎间盘是磨盘，棘突是磨杠，通过推磨杠可以带动磨盘的转动，所以用针刀松解棘突一侧病变的软组织，用手法矫正棘突的偏歪，不仅可以恢复椎间关节的正常位置，还可以影响到椎间盘的形态学改变，所以手法是治疗颈椎病的重要手段。

(三) 手法与针刀之关系

针刀疗法和手法治疗对病理的认识都基于气血不畅、阴阳失调，机体动态平衡失调。治疗的目的都在于打破上述失调而恢复正常的力学平衡关系。虽然二者差别很大，但效果却有异曲同工、殊途同归之妙。

这里所指的“手法”是指现代手法，它与传统的推拿按摩手法及程序是不尽相同的，由于其目的性和针对性更强，手法更精练，所以常常能“立竿见影”、“手到病除”。临床上我们体会到：某些疾病单用手法即可解决问题，而对有明显瘢痕、挛缩甚至钙化者，则必须以小针刀切开松解。有些病变需定期多次手法整复才能巩固。有些粘连广泛，瘢痕严重者，也需多次小针刀治疗（一般5~7天一次）才能彻底松解。

在软组织损伤等的治疗中，针刀与手法互为补充，缺一不可，只要配合、运用恰当，定能如虎添翼，相得益彰，收到更好的效果。

1. 术前的痛点筛选性复位手法 许多疾病如颈椎病临床症状复杂，表现多种多样，并伴有头、颈、肩、背乃至臂、手许多部位的压痛点（激痛点）。但事实上并非每个痛点都需要用小针刀松解，其中相当一部分痛点是在肌肉痉挛引起小关节错位、交锁、椎体旋转、移位等病理状态下神经血管受到暂时性牵拉、扭曲、压迫造成的。经手法治疗后一旦椎体偏歪纠正，小关节交锁复位，肌肉痉挛紧张松解，神经血管压迫解除，许多痛点即随之消失。我们称这些痛点为“暂时性痛点”或“假性痛点”。只有那些经正确的复位手法之后仍继续存在的少数顽固性压痛点才是需要用小针刀松解的真正压痛点。这些部位往往是应力最大、损伤机会最多及病理性粘连、瘢痕、甚至钙化最重的关键部位，且不是特定手法及一般按摩、弹拨、针灸、理疗、药物所能解除的。而用小针刀松解术，剥离粘连、切开瘢痕，就能真正抓住要害，起到“画龙点睛”的作用，收到“针刀到病即除”的神奇效果。

2. 针刀术后的补充手法 这类手法作用有二：其一是通过手法使小针刀施术后残留的粘连、瘢痕达到完全彻底的松解。如网球肘针刀术后，令患者握拳，在腕部掌屈状态下，再使前臂作数次被动旋前旋后动作。其二是使因瘢痕挛缩所造成的关键部位椎体旋转移位、关节错缝等病症（术前手法无法解除）在针刀松解的基础上，再用手法补充复位。如颈椎病针刀术后的第二天手法旋转复位。

3. 针刀术后的特殊整理手法 这类手法旨在进一步松解肌肉痉挛，解除神经血管的压迫，舒筋活血，改善局部循环，促进疾病的恢复。如跟骨骨刺在术后，将踝关节极度背屈，医者以拇指用力推按脚掌，使跖筋膜进一步松解，以解除疼痛；又

如腰腿疼痛患者在针刀术后，再以特殊手法松解整理腰、臀、腿部痉挛紧张的肌肉韧带等，以解除疼痛，巩固针刀疗效。

(四) 腘肌损伤

腘肌损伤临床并不少见，但文献报道不多。笔者用小针刀治疗各种膝关节损伤共560例，其中单独或伴随有腘肌损伤者112例，高达20%，且女性多于男性，中老年及体育爱好者，舞蹈演员等较多见。

腘肌属于深层小肌肉，略呈三角形。起于股骨外上髁，止于胫骨后面，由胫神经支配。为屈膝始动（内旋）肌。作用是使膝关节由伸直位时的嵌紧状态松开，启动屈伸（ $0^{\circ} \sim 5^{\circ}$ ），犹如汽车的点火发动装置。当膝关节继续屈伸时，还能防止股骨在胫骨上向前滑移，参与膝关节的稳定。

由于该肌弱而对膝关节屈曲的启动及维持其稳定状态有重要作用，因而极易损伤，但常常为人们所忽略。临床上患者多主诉“膝关节内部”疼痛，下蹲及上下楼时尤甚，多数患者并诉小腿后部酸胀难忍。检查时膝关节前面及两侧均找不到压痛点。浮髌试验、研磨试验，屈膝—旋转—伸直试验等均阴性。X线片除部分可见骨质增生外，多无明显异常。惟一的体征是腘窝中央稍偏外下方可触及深在压痛点，有的可向腓肠肌深部放射。

用小针刀在痛点行纵向及横向剥离，再注射少量利多卡因—泼尼松混悬液，经1~3次治疗，112例全部治愈，近愈率100%。但操作时需注意，切勿伤及腘窝部动静脉及神经。

(五) 腰椎间盘突出症的治疗特点

1. 针刀松解

(1) 选点： L_3 横突， L_{4-5} ， $L_5 \sim S_1$ 棘间、横突间，骶髂关节间隙，臀上皮神经髂棘下点，骶骨外缘，臀中肌，风市等。根据患者的具体病情在上述反应点酌情选取。

(2) 要求：松解到位、深浅适宜、中病则止、快速不

留针。

2. 手法整复 见王氏现代整脊手法中之腰骶部手法。

3. 门诊治疗、无需住院，一般一次见效，三次即愈。

(六) 股骨头坏死的同心圆针刀松解法

股骨头无菌性坏死是国内外医疗界的疑难病，针对此病虽有各种不同的治疗方法，但目前仍无突破性的进展。根据针刀医学动态平衡失调和力平衡失调理论的指导，笔者以股骨头为圆心，针对其周围损伤的软组织进行松解，并配合药物、手法等其他治疗方法，取得了肯定的疗效。

1. 针刀松解方法

(1) 圆心：股骨头。Ⅱ型针刀（或手摇钻、电钻）刺入股骨头髓腔后，用20ml注射器抽出髓液，也可拔罐，达到关节腔减压的目的。

(2) 圆周：以股骨头为圆心，其周围软组织可放散成四圈，呈同心圆状，依次进行松解。

第一圈：关节囊、头臼间隙、大转子周围。用Ⅱ型针刀沿大转子周围进行松解后，刺入头臼间隙，松解挛缩的囊壁组织。松解后，关节囊内可进入空气，达到内外压力平衡的目的。

第二圈：髂周肌、梨状肌、髂腰肌、股方肌、坐骨结节股二头肌起点、阔筋膜张肌。针刀松解髂周围诸肌，给股骨头以相对宽松的环境，改善了对股骨头的血液供应，促使其坏死组织尽快修复。

第三圈：臀大肌、臀中肌、臀小肌。

第四圈：对侧臀肌、腰部骶棘肌、内收肌、髂筋束，膝关节周围。股骨头坏死后患侧下肢不能负力，骨盆倾斜，对侧肌肉代偿性劳损，故应对其进行相应松解。

2. 药物治疗

局部：关节腔注射活血化瘀药：当归、丹参、红花；玻璃酸钠、施佩特。

全身：口服中药，早期清热解毒为主，配活血化瘀；中期活血化瘀，配清热解毒；晚期培补肝肾，活血化瘀。

3. 手法矫正 骨盆、骶髂关节、腰椎乃至脊柱整体调理，恢复力学平衡。针刀松解一次，手法调整一次。

此外，还需拄拐进行相应的功能锻炼，做摇胯蹬腿等动作，以恢复正常的功能活动。



二、针刀治验

（一）外伤性骨盆骨折后遗症

郑某，35岁，玻璃厂工人，3年前，因车祸骨盆粉碎性骨折，经住院5个月骨折治愈。但出院两年多来，腰骶部及右臀部、大腿部疼痛剧烈，失去工作及家务劳动能力，只能拄拐跛行。来诊时拄双拐，由两人扶行，经检查诊断为外伤性骨盆骨折后遗症：腰椎侧弯，骨盆扭转倾斜，右下肢缩短畸形，跛行，腰臀部及大腿外侧大片软组织挫伤后遗疼痛。先后针刀、蜡疗及中西药物治疗，历时半年（期间患者因故中断治疗一个半月）最终脊柱侧弯，骨盆倾斜，两下肢不等畸形得到纠正，疼痛消失，恢复工作。

（二）腱鞘囊肿

张某，女，43岁，会计。右足背复发性巨大腱鞘囊肿（如核桃大），病史20年，曾先后四次手术及数十针封闭仍复发。穿特大号胶鞋，患者本人已失去治疗信心，后经他人介绍，抱着试试看的心情来诊。查右足背有大片手术瘢痕，中央可见一个5.0cm×4.5cm×4.5cm的圆形囊肿，中硬，无疼痛。当即用小针刀切开囊壁，挤出大量胶冻状内容物，囊腔用生理盐水冲洗，再注入3%碘酒0.8ml（勿误入皮下）加压包扎一周，一次而愈。随访一年未见复发。

（三）寰枢关节半脱位

田某，男，16岁，学生。6年前开始右侧枕顶颞部发作性

头痛，近年来发作频繁，症状加重。每次发作，头皮呈炸裂样疼痛，严重时全头呈紧箍感，已被迫停学一年。曾按偏头痛，神经性头痛，梅尼埃病，癫痫等多种疾病治疗效果不佳。来诊后经颅骨片，脑血流图，脑电图，CT等检查均未见异常。X线片见寰枢间隙两侧不等，棘突轴线移位。查：双侧枕大神经（斜方肌）出口处有明显压痛点，右侧为显，并能触及条索状物。指压时疼痛向右侧顶部放射（类似发作时疼痛）。诊断为寰枢关节半脱位，伴枕大神经出口卡压综合征，用小针刀将紧张卡压之深筋膜切开松解（两侧），并配合手法，一次治愈。随访一年半未见复发，现已复学读书。

（四）扳机指

张某，女，53岁，电镀厂退休工人。因长期水中作业及频繁抓放电镀物件，手指重复强力屈伸劳作，造成双手九个手指劳损性屈肌腱鞘炎。其中双手拇指、示指、中指共6个手指均有疼痛性弹响及屈伸障碍，已行数十针封闭治疗无效。两家医院动员其住院手术，终因患者恐惧及担心手术后再发粘连而未进行手术。来本院后经小针刀分四次切开松解，并辅以少量泼尼松局部注射，历时1个月而愈。

（五）跟痛症、跟骨结节骨质增生

朱某某，女，51岁，农民，部队探亲时就诊。主诉双足跟疼痛11年，已不能干重活，走路、爬山疼痛加重，发作时晨起双足不能着地（需搓揉半小时方能下地行走）。平时鞋内垫厚棉垫仍不能走远路。在当地多年多种治疗效果不佳。检查：局部无红肿，双足跟结节处压痛明显，双内踝分裂韧带张力较大，并各有两处明显压痛。X线片见双跟骨结节处有长约0.8cm之“鸟嘴状骨刺”。诊断：双侧跟痛症，跟骨结节骨质增生。未注射麻药，针刀自压痛点后方约0.8~1cm处进针，刀口线与足底纵轴垂直，针体与足底平面成45°角向前方深部刺入，直达骨刺部，将附着于骨刺部位之跖腱膜及跖长韧带横

行切割3~4刀，再将针身向外侧倾斜使与足底平面成45°，纵向剥离2~3下，出针。术毕立感轻松，并当场下地跺脚行走，不久恢复正常农业劳动。随访3年未见复发。

通信地址：北京市阜成路6号海军总医院

邮政编码：100037

联系电话：010-66958973

手机：13161993357

E-mail: xiao-xixi@sohu.com

巧治不孕不育症 妇科顽疾有佳音

—— 牛冬巧临床经验

牛冬巧，女，河北邯郸市中西医结合医院中医科主任，副主任医师；中华中医药学会针刀医学分会委员，世界中医药学会联合会针刀专业委员会常务理事，河北省针刀医学专业委员会副主任委员。1989年毕业于河北中医学院，1999年学习针刀医学，运用汉章针刀的原理和方法（脊柱区带电生理线路理论），按照一定的规程，配合传统的中医药，治疗不孕不育取得了很好的疗效。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗不孕不育症

1. 临床表现 腰酸困无力、出汗偏多，易疲劳、小腹坠胀等，于劳累、情绪激动及同房后症状加重。

2. 相关病因病理 盆腔积液、盆腔炎、卵巢囊肿、附件炎、宫颈糜烂、幼芽子宫、子宫肥大出血，及男子少精、死精、精子成活率低，男女性功能障碍。

3. 影像检查 腰骶椎正、侧位片显示椎体生理曲度改变，关节紊乱，骨盆倾斜，骶髂关节紊乱。

4. 治疗方法 依据汉章针刀医学关于脊柱区带病因病理及电生理线路理论、中医经络原理以及中医中药理论来进行治疗。

（1）参见X线片。观察腰1～腰5及腰骶上有无上下左右

关节旋转移位及椎间孔改变，在病变椎体与上下椎体棘突连线的中点，以及相应的左右旁开1~1.5cm处定点，刀口线方向与脊柱纵轴平行垂直刺入后，再斜向横突，深度1.5~3cm，纵行剥离3~4下，达横突尖后取出针刀。

(2) 如属于脊柱区带阳性反应者，在腰1~腰骶的上下左右，触及压痛、条索、结节处进刀，刀口线方向与阳性反应物方向一致，纵行剥离。

(3) 如属电生理线路紊乱，则在断路部位（如背部有粉刺、湿疹、痘疹等）背俞穴上，用针刀松解，导电调理。

(4) 中医中药应用。针刀治疗后，女性见月经开始服用自制中药清宫汤，加自制中药促排卵汤。一般2~3个疗程可怀孕，男性治疗后，同样用自制中药服用；2~3个月恢复生育能力。

5. 体会

(1) 电生理线路障碍及关节紊乱，是原发及继发不孕症的主要原因。针刀对于调整电生理线路，纠正关节紊乱，恢复冲任气血运行，调节内分泌及性功能是其治疗此病的主要机制。只要掌握了汉章针刀的原理和方法，按照一定的规程，配合传统的中医药对于不孕不育的治疗是非常有效的。

(2) 针对病因进行分析，无论是男女性功能障碍，还是男子阳痿、早泄，女性盆腔病变，均是因为腰部供血供氧不良，而使肌肉痉挛、损伤、结节、粘连，影响了生理线路畅通，影响了冲任二脉气血的运行，而产生的一系列疾病，引起了生育方面的症状。解除病因，调通生理线路，促进冲任二脉的气血运行，针刀加中药进行治疗效果颇佳，证明不孕不育与脊柱区带和电生理线路与中医经络息息相关。

(二) 针刀治疗无名腹痛

1. 定义 无明显原因性腹痛，经CT、B超、化验等手段排除器质性疾病。

2. 针刀治疗 采用汉章针刀医学关于脊柱区带病因学的理论和电生理线路的理论及关于慢性软组织损伤的理论进行治疗。

(1) 参见X线片,观察 T_{10} 、 T_{11} 、 T_{12} 及 L_1 、 L_2 、 L_3 有否上下左右的旋转移位,在病变椎体与上、下椎体棘突连线的中点,以及相应的左右旁开1~1.5cm处,定点,刀口线方向与脊柱纵轴平行,垂直刺入,进针深度达1.5~2cm,纵行剥离3~4下,然后快速的横行剥离3~4下。

(2) 如属于脊柱区带有阳性反应物者,在 T_{11} ~ T_{12} 及 L_1 的上、下、左、右触及到压痛条索、结节者,在此处进刀,刀口线方向与阳性反应物方向一致,纵行剥离。

(3) 如属于单纯电生理功能紊乱的取双侧髂韧带外侧缘凹陷处下3寸,胫骨前肌和伸跖长肌之间各定一点,刀口线和人体纵轴平行,垂直刺入1寸,纵行剥离2~3下。

3. 手法治疗 脊柱区带有阳性反应物者,出针后在进刀处按压20秒钟。如属于椎体有移位者,手法参见汉章针刀手法脊柱治疗部分。

4. 体会

(1) 不明原因性腹痛,与脊柱区带电生理线路发生路障有关,针刀治疗预后与病发时间长短关系不大,根据汉章针刀治疗理论和手法,严格掌握操作规程,对于脊柱区带病症的治疗效果是非常显著的。

(2) 无明显原因腹痛均受情绪的影响、损伤的影响、挤压和牵拉的影响,因为情绪本身就是大脑生物集成电路的波动所引起,这种波动将直接影响相关的躯体电生理线路的正常运转。所以情绪的波动可以引起电生理线路的各种故障。因为损伤治愈后,在人体内会长出许多瘢痕、结节、粘连、挛缩、堵塞(血流的堵塞和体液的堵塞),这些病理变化都将影响电生理线路的畅通,而造成电生理线路的故障。人体任何组织器官

受到挤压和牵拉，都可能使电生理线路的微量元素链断路或减少。牵拉挤压是造成电生理线路发生故障的原因，采用以上原理治疗不明原因腹痛疗效显著，说明与脊柱区带电生理线路相关。

（三）针刀治疗自主神经功能紊乱

自主神经功能紊乱是神经内科常见病、多发病，多发于中青年女性，病因复杂、难以治愈，严重危害着人们的身心健康和生产力。

1. 临床表现

头痛失眠、后枕部麻木、烦躁不安、面色潮红、血压高，类似中风先兆之症。

头昏心慌、心神不宁、失眠、手足颤抖容易紧张、恶心乏力，似癔病样发作。

头晕头痛、头面部麻木、颈肩腹胀疼痛、一侧或双侧肢体麻木等感觉障碍，类似风湿病。

头晕心慌，自汗或无汗，背后发冷或发热，情绪不稳定，恶心呕吐，眼酸胀流泪，小便次数增多，似更年期症。

头晕头痛出汗障碍，心律不齐，胸闷，咽部不适，似冠心病。

眩晕耳鸣视力障碍、恶心呕吐、面色苍白，严重者出现一过性黑蒙，似内耳眩晕症。

头疼头晕、颈部不适，低热不超过 37.5°C ，视力下降，咽部不适，嗅觉减退，身体乏力，似感冒又似副鼻窦炎症状。

上下肢萎缩无力，步履困难，时呈痉挛状态，下肢麻木或脚踩海绵感，类似多发性神经炎。

且患者均做头颅 CT、心电图、胸片、实验室检查，均无器质性病患，经颈椎五位片确诊为颈椎病所致。

2. 治疗方法

（1）治疗选择的原则，是以症状与软组织损伤部位的一

般规律为主，经络辨证为辅，以局部压痛和软组织异常改变为依据，解剖学为指导。例如：头面五官、血管及神经症状，以选择附着在上项线、下项线和上下项线之间骨面的最长肌、骶棘肌、寰枕筋膜、胸锁乳突肌前后缘、头夹肌、斜方肌、头半棘肌、头后小直肌、头后大直肌、前斜角肌为主；心血管及呼吸系统症状，以选择附着在肩胛骨脊柱缘上的肩胛提肌、大菱形肌、小菱形肌为主，附着在胸椎棘突和后关节部的上后锯肌、横突棘肌为辅，上肢选择大小圆肌和旋前圆肌，下肢选择髂肌、骶肌及臀中肌、梨状肌为主要治疗点。

(2) 常规取卧位，胸前俯垫枕，头前屈达 30° ，并用甲紫在痛点及敏感点上作标记，常规消毒采用 2% 利多卡因 5ml，生理盐水 10ml，分别在定点处注射 0.3 ~ 0.5ml 局部麻醉。然后术者戴手套，右手持针刀，在定点处刀口线致皮肤肌肉走行平行垂直进针，遇有柔韧感或酸胀感等上下剥离松解。无菌纱布按压出针，采用手法复位。带上颈围固定，手法复位，隔 5 日针刀治疗一次，同时给青霉素 560 万 U 静滴，一日一次，预防感染。

3. 体会

(1) 此类病种机制，我们认为与长期低头工作，情绪不稳定，高枕睡眠以及寒湿环境或外伤影响有关。均为导致颈椎软组织损伤变性，主要是附着或通过棘突、横突或关节突的肌肉发生慢性无菌性炎症-纤维化-瘢痕-挛缩，久而久之致形成硬结，牵拉颈椎生理改变，直接或间接地卡压刺激交感神经，经躯体内脏反射，引起相应的脏器功能紊乱，出现功能性病变的症状群，甚至发展成器质性病变。

(2) 自主神经功能紊乱，在神经内科是一种难以治疗的疾病，主要有情绪症状加上内脏器官症状，又在检验及其他检查中找不到阳性指标，就说是“自主神经功能紊乱”。轻者吃点药解心疑，重者吃什么药都不见效果，有的患者痛苦至极，

有生不如死的感觉。就是因为医学界对此类病的发病机制认识不清楚，还没有找到一种行之有效的科学方法。针刀治疗自主神经功能紊乱症，不但能缓解症状，因其调解人体各种“平衡”，还使得已有的病理改变恢复正常。如颈椎生理曲度变直或反张，松解复位后能使变直颈椎恢复生理弯曲，达到动态平衡，彻底消除了发病原因。又如，寰枕筋膜挛缩型颈椎病，头痛、头晕、眼昏、恶心，针刀松解后明显使挛缩缓解，软组织恢复正常，症状消失，还能恢复寰枕间隙宽度。类推像胸腰椎，同样也使它的病理得以恢复正常。采取针刀治疗要严谨，不像想象中那样可怕、痛苦，只要掌握解剖及朱氏针刀原理，就像运用针灸针一样灵活自如，痛苦小，时间短，疗效非常独特。

(3) 软组织损伤源性“自主神经功能紊乱”治疗目的是，消除慢性无菌性炎症的物理性压迫或化学刺激，恢复交感神经正常功能，继而恢复相应脏器的正常功能，使功能性病变和症状可以完全消除，对器质性病变可起到减轻症状，控制病情发展，提高身体抗病能力，有利恢复的作用。

(四) 针刀治疗多种类型水肿

1. 参照X线片，采用针刀常规方法，在病变椎体棘突连线的中点以及相应的椎体左、右旁开1~5cm，行针刀松解。

2. 脊柱区带相应部位阳性反应物处及在脊柱区带触及条索结节处有压痛，行针刀松解。

3. 依据汉章电生理线路理论及中医经络理论，分别取肺俞、脾俞、肾俞、三焦俞、膀胱俞处进行松解，通调水道，接通经络生理线路。

4. 手法治疗。

5. 对各种类型水肿，采取中医中药辨证治疗。中药调理气血，运化水湿，宣肺、健脾、补肾、助阳化气，使水液能正常运行。



三、针刀治验

(一) 不孕不育症

1. 杨某某，女，23岁，邯郸县聂庄村，结婚3年，无月经，体胖，B超示：子宫 $3.0\text{cm} \times 1.9\text{cm} \times 2\text{cm}$ ，X线示：腰椎生理曲度变直，骶髂关节倾斜，中西医药物治疗无效。针刀治疗后第2个月怀孕，生一男婴，已5周岁。现月经规律，B超示：子宫 $5.0\text{cm} \times 4.8\text{cm} \times 5.6\text{cm}$ 。

2. 韩某某，女，23岁，邯郸县霍庄村，结婚3年，月经规律，大便干结，3~5日一解。B超示：子宫 $2.3\text{cm} \times 3\text{cm} \times 3.9\text{cm}$ ，X线示：腰椎侧弯，各腰椎关节紊乱，口服中西药物数月无效。经针刀治疗后，当即大便自通，1周后做B超示：子宫 $4.0\text{cm} \times 3.9\text{cm} \times 5.2\text{cm}$ ，2个月后怀孕，现已孕7个月。

3. 耿某某，女，35岁，邯郸县东柳林村，婚后生一女婴，又13年未孕，月经规律，腰疼伴左下肢疼痛5年，CT示：腰4~5椎间盘突出，经多方求治，耗资5万余元。后经针刀治疗，腰腿疼痊愈，3个月后怀孕，生一男婴，已6岁，腰腿疼至今未复发。

4. 闫某某，女，35岁，邯郸县崔曲村，婚后生一女婴，又12年未孕，月经停止10月余，周身水肿、心慌、气短、腰疼，多方用药无效，B超未见异常，X线示：腰椎反张，骶髂倾斜。针刀治疗三次，口服中药3个月，月经规律，9个月后各症状消失，怀孕，现已顺生一男婴。

5. 苗某某，男，24岁，肥乡县杜汤堡村，婚后性生活不能，腰疼不适，心慌、盗汗淋漓、精子成活率20%左右，X线示：腰椎体严重侧弯，关节紊乱。针刀治疗后，当即腰部发热，夜间盗汗减少，3个月后，夫妻生活正常，其妻怀孕。

6. 陈某某，男，29岁，邯郸县西上宋村，结婚5年，长期腰酸汗出，周身无力，检查精子成活率10%左右，X线示：

腰椎生理曲度变直，关节紊乱，中西医药治疗3年无效。经针刀治疗半年后，患者已无腰酸无力症状，性功能良好，其妻怀孕，现已有一男一女两个孩子。

（二）外伤性水肿

常玉增，男，55岁，河北省邯郸市肥乡县常庄村人。主因全身水肿，行走困难3个月，曾在市中医院诊治，诊断不详，治疗无明显好转，于2005年3月14日来我院就诊。查生命体征正常，心、肺、腹阴性，四肢重度指凹性水肿，各生理反射存在，病理反射无。头颅、肝、双肾CT正常，肝、胆、脾、双肾B超正常，血、尿、便常规阴性，追问病史发病两个月前曾有颈部、腰部摔伤史，颈椎X线片显示：颈椎生理曲度变直、寰枢椎紊乱。腰椎CT示：第4~5腰椎间盘突出，生理曲度变直。诊断：外伤性水肿。经采用上述方法治疗20天，双下肢水肿消失，活动自如，上肢略有肿胀，休息半月后，经第二疗程治疗，症状完全消失，半年后回访，无复发。

工作单位：河北省邯郸市中西医结合医院

通信地址：河北省邯郸市邯山区陵园路399号

邮政编码：056001

电话：0310-8022669

手机：13785012548

纠正力平衡失调 治疗膝关节疼痛

—— 卢子荣临床经验

卢子荣，男，1938年2月出生。浙江省中医院骨伤科主任医师，世界中医药学会联合会针刀专业委员会高级技术委员会委员，浙江省中医药学会针刀医学分会副主任委员。

1962年毕业于浙江医科大学医疗系，1989年学习针刀医学，在40多年的临床、教学、科研中，积累了丰富的临床经验，撰写医学论文40多篇。



一、学术特点与医疗特长

（一）髌骨软化症的针刀综合治疗

髌骨软化症又称髌骨软骨软化症，是膝前痛的常见疾患，临床上十分多见。由于病因复杂，易引起误诊或漏治，疗效不尽如人意。笔者自1994年5月—1998年12月应用针刀进皮松解有时结合关节腔抽液，玻璃酸钠注射液关节腔内注入及中药煎汤熏洗治疗168例（218膝）取得了较满意的疗效，其中46例（56膝）收入住院进行了X线分析，32例（35膝）进行了髌骨、关节腔穿刺测压和减压，16例施行了手术治疗。

1. 临床症状和体征

（1）症状：全部有膝前痛，下蹲困难143例；上下楼困难126例；不能走远路120例；打软腿20例。

（2）体征：髌骨研磨试验和单腿下蹲试验全部阳性；关节积液32膝；程度不同的股四头肌萎缩106膝；屈伸受限

17 膝。

(3) 检测方法：为了进一步了解髌骨软化症的髌骨内压、膝关节内压情况，以及两者间的相互关系，并同时观察以针刀治疗前后的变化情况，我们对住院治疗的患者，以此进行了检测。

1) 髌骨内压测定：限于条件，我们采用以下简单的测压装置：

压力显示仪：普通血压计；三通玻璃管；骨内穿刺针和硅胶导管（骨内穿刺针用 18 号骨穿套管针加工而成，外径 2mm，内径 1.5mm，远端有 0.8mm 直径侧孔，穿刺针和导管内充满 20~30mg/dl 肝素盐水抗凝溶液，导管内的液体中留一气泡。

测压方法：局麻，水平仰卧，两膝伸直同心脏水平，全身放松，防止肌肉紧张影响髌骨内压，取髌骨内缘中点进皮，水平穿刺达髌骨髓内中心点，见回血，接通测压系统，通过针筒注气，使气泡在导管内平稳，水银柱（或压力表）显示髓内微搏动，提示测压有效。

2) 膝关节腔内压测定：由于上述测压装置无法测定负压数值，所以如果水泡往膝关节方向移动，即应在“Y”形管前的导管处夹闭，不能让气泡进入膝关节腔，这时即可说明膝关节腔是负压。若水泡往血压计方向移动，则示正压，测压同髌骨，并可测得数值。

2. 治疗 采用以针刀进皮松解为主，配合一些其他方法进行治疗。

(1) 针刀治疗：常规消毒，戴消毒手套，用 4 号小针刀对压痛的髌前皮下囊、髌下脂肪垫、侧副韧带等切开剥离，主要是对髌骨内外侧的股四头肌扩张部分，以及膝关节囊的纤维层和滑膜层的挛缩、瘢痕、增厚组织施行进皮切开松解，尤其把外侧部分松解彻底。注意不伤及关节软骨面，必要时对髌下

脂肪垫和侧副韧带、髁胫束内侧随行松解。一面松解，一面尽量左右推移髁骨，一直到可以使术者双手抓住髁骨内外侧边缘进行提拉和上下及左右推移髁骨。同时示教患者，叮嘱患者回家后由家人帮助锻炼，一周后复诊。

(2) 髁骨钻孔减压：于髁骨外缘中上1/3和中下1/3交界处，向髁骨髓腔水平各钻一孔，直径0.4cm，超过中线0.5~0.8cm。

(3) 膝关节腔进皮闭合切开减压：如同上述针刀治疗所述，术中应用4号小针刀，在髁骨内外侧将股内外侧肌斜头、外侧支持带、髁胫束前份、关节囊纤维层切开松解。

3. X线分析 治疗前后拍摄患膝正、侧位片和屈膝30°髁股关节轴位片，测量Q角值，髁骨高度，髁骨外侧脱位值，髁股适合角，髁股关节指数等作为评价治疗前后髁股关节力线和适合性变化的指标。

4. 讨论

(1) 髁骨软化症的诊断：曾经是一个比较困难的问题，有人采用髁骨外侧小切口探查髁骨软骨面以明确或否定诊断。随着关节镜技术的广泛应用，诊断的确定也就迎刃而解了。限于种种原因，本组病例的正确诊断，主要靠详尽的病史和仔细的体检，没有做特殊检查。以手术的16例患者看，无一例误诊。此组病例中全部主诉膝前痛，下蹲、上下楼、走远路尤著，使膝关节呈半屈曲状时，疼痛往往加重。在检查时，髁骨压磨试验全部阳性，挤压髁骨或上下左右的滑动髁骨，使髁股接触摩擦，若产生疼痛不适，且有粗糙感和摩擦痛，即可谓阳性。另一个全部阳性的试验是单腿下蹲试验：嘱患者单足站立，逐渐下蹲到35°~90°（0°位法计）时出现膝前痛，发软，而后又不能单腿起立者称为阳性。一般说来，这些临床表现可以作为髁骨软化症诊断的主要依据。再结合本组前述的一些其他症状和体征，诊断常可确立。

(2) 针刀进皮松解是治疗髌骨软化症的一个良好方法：诊断一旦明确，选择治疗方法是取得满意疗效的关键。治疗方法很多，针对主要病因的、简单、方便、痛苦少的治疗方法应属首选。髌骨周围软组织损伤后产生的挛缩或松弛，致使髌股关系紊乱，髌骨软骨磨损粗糙、脱落继发髌骨高压是近来为广大学者所接受的论点。以往有切开皮肤行髌周软组织松解的治疗方法。应用针刀技术，不必切开皮肤，照样可使髌骨内、外侧的软组织获得松解，而且可切开关节囊，使膝关节腔的压力下降。由于针刀的小刀口仅 0.8mm 宽，不易组织离断，而是像拉网植皮一样，使软组织范围扩大，完全可以纠正组织的挛缩。本组 168 例除手术治疗等 20 例以外，148 例以针刀治疗为主，取得了相当满意的疗效。

(3) 髌骨髓内高压是膝前痛的病理基础：除了髌骨软骨面的磨损，髌周软组织的挛缩和松弛之外，髌骨的髓内压增高也是不容忽视的病变。从此组 35 个髌骨的测压情况所示：髌骨内初压最低 20mmHg，最高可达 56mmHg，超过了正常髌骨内压，采用钻孔减压后，治疗优良率较其他治疗方法为高。尽管髌骨髓内高压形成的机制目前还未弄清，但它是膝前痛的重要病理变化之一。毋庸置疑，需要在治疗时予以注意和解决。许振华对髌骨钻孔后进行了观察，认为钻孔减压的机制是早期通过物理引流，后期通过新生血管回流达到骨内外压平衡。

(4) 髌骨软化症和膝关节滑膜炎：髌骨软化症的患者合并膝关节积液的不少。我组有 32 膝，占总数的 14.7%，关节渗液是滑膜受刺激的结果，而不是关节软骨受刺激所致，所以对于髌骨软化症伴有关节积液的诊断，尚需区别对待。但是膝关节积液可以使膝关节腔内压增高，进而造成髌骨内高压，甚至形成恶性循环，这一点很值得临床上注意。我组住院的检测患者中，膝关节腔内压的下降，可以使髌骨髓内压获得一些下降，但真正要使髌骨内压的下降，还得依靠髌骨的直接钻孔。

(5) 应用玻璃酸钠注射液的意义：玻璃酸钠注射液是一种新型、无毒、有效的生物医用材料，由于具有覆盖关节软骨面保护软骨，消除致痛物，增加关节活动度，改善关节挛缩，抑制软骨变性等作用。目前在临床上已获得了较多的应用，从本组 10 例（16 膝）的应用情况看来，对于诸项指标的改善较单纯针刀治疗组有所提高。

(6) 针刀治疗后配合中药煎汤熏洗：应用透骨草、淫羊藿、桑枝、威灵仙、茜草根、红花、防风等煎汤熏洗患膝，对患部舒筋通络、活血止痛，利于功能锻炼和恢复大有益处。本组应用过中药熏洗的有 44 膝，其中 20 膝获得了随访，其优良率较单纯针刀治疗有提高。

(7) 功能锻炼是获得满意疗效的必要措施：除了被动进行髌骨的左右上下推移和提拉髌骨的锻炼外，还需加强股四头肌的静止收缩和直腿抬高练习。除了手术的患者外，膝关节的伸屈功能应尽快锻炼，如有关节积液，则宜减少活动，适当休息，必要时配合理疗。

(8) 住院进行手术的 16 膝，有 14 膝获得了随访，根据评分随访结果提示：其优良率较针刀综合治疗为低，而且是手术增加了患者痛苦和经济负担，术后的皮肤坏死，隐神经损伤，术后关节功能锻炼延迟所造成的关节僵硬，骨延迟愈合等并发症时有发生，表明针刀综合治疗应作为髌骨软化症的首选治疗。

（二）膝关节骨性关节炎

1. 诊断依据 被采纳的全部病例均按照世界卫生组织诊断分类标准及我国卫生部 1981 年 12 月编写的《临床治疗效果评定标准》中关于“常见慢性病诊断标准和疗效判断标准”确诊。

（1）临床表现

1) 关节疼痛：早期可无症状或有轻度关节疼痛；晚期出

现骨刺则疼痛明显。

2) 关节僵直: 早期可有晨起关节僵直, 或久坐起立时感觉关节僵直; 晚期关节受限甚至强直。

(2) 实验室检查: 类风湿因子阴性、血沉、抗“O”正常。

(3) X线检查: 早期可见骨端软骨增生, 后期骨质增生明显, 形成骨赘或骨刺。

2. 治疗方法

(1) 针刀治疗: 患者仰卧屈膝, 膝下垫枕, 依据针刀疗法中的操作方法施术。应用针刀对膝关节髌骨周围、髌上囊、髌下囊、髌下脂肪垫、交叉韧带、髌间嵴和内外侧副韧带及股二头肌、半腱肌、半膜肌、髂胫束等附着点压痛点及骨质增生处的变性、结疤、粘连及挛缩的软组织进行切开松解等施术的内手法。针刀治疗点的具体选择视关节局部病情而定, 多者一次选8点(单膝), 少者一次3点(单膝), 选5~6点居多(单膝), 双膝患者两膝交替治疗。

(2) 外手法治疗: 患者仰卧, 应用牵拉晃膝法、牵拉旋膝法、过屈和过伸膝关节和牵引状态下的推弹等手法, 将膝内翻或外翻畸形或屈伸功能障碍给予矫正, 使膝关节内外恢复正常的力学状态(即膝关节的有关力线恢复正常)。

(3) 康复疗法: 针刀治疗后最初3周内患肢不得负重, 需持双拐, 以间断性下肢牵引和自我锻炼患肢屈伸功能为主。3周后, 下肢负重(沙袋1kg)直腿抬高锻炼股四头肌收缩功能, 每日不少于150次。6周弃拐行走, 但6个月不可长途行走或负重行走。

3. 讨论 针对病因, 采用针刀松解术和内外手法及康复治疗, 使关节周围的变性、粘连和挛缩的软组织得到松解, 关节力学状态得以恢复, 从而使关节生物力学状态趋于平衡, 配合康复锻炼, 使关节周围的肌力加强, 关节力学的稳定性得

以巩固,从根本上解除了病因,取得了满意的疗效,说明针刀治疗骨性关节炎明显优于常规药物治疗。同时,亦给针刀医学关于骨质增生是“力学平衡失调”的理论一个有力的佐证。

(三) 膝前痛的诊断和针刀综合治疗

1. 膝前痛的概念 膝前痛不是由单一病变造成,而是许多不同病因的共同表现,患者十分多见。由于病因复杂,临床诊断困难,自国外首次报道髌骨软化引起膝前痛以来,一些医生常把膝前痛,都归咎于髌骨软化症,错误的诊断导致错误的治疗。随着关节镜技术的开展和日益普及,发现了新情况——有症状者不一定有软骨病变,有软骨病变者不一定有膝前痛。这种情况提醒了膝前痛的复杂,迄今有些问题也尚难阐明。随着研究的深入,发现髌骨软骨变性和软化;伸膝装置力线不正;髌股关节间压力增高;髌骨髓内压力增高;滑膜皱襞综合征;脂肪垫损伤;滑膜炎;膝关节游离体;膝关节外原因和某些全身性疾病都可引起膝前痛。我们虽不能在此一一讨论,但这一概念使我们在临床实践中增加了思路,从而使药物,针刀,关节镜,手术等方法对膝前痛治疗的针对性获得了提高,使膝前痛的治愈、好转率提高。

2. 膝前痛的诊断

(1) 髌骨软骨软化(髌骨软化症;髌骨软骨变性):依靠详尽的病史和仔细的体检。

1) 临床症状

膝前痛:每于下蹲,上下楼,走远路,膝关节半屈曲位时加重。

打软腿:每于髌骨软骨面和股骨髁软骨面触碰时发生。

2) 临床体征

髌骨压磨试验:挤压髌骨上下左右的滑动,使髌股骨接触并摩擦,若有粗糙感、摩擦声和疼痛者称阳性。

单腿下蹲试验:嘱患者单足站立,逐渐下蹲到 $35^{\circ} \sim 90^{\circ}$

(0°位法)时出现膝前痛,腿发软,而后不能单独起立者为阳性。

3) 关节镜检查:对上法不能明确者,可以通过关节镜,直视髌骨软骨。

4) 小切口探查:也可于髌骨外侧作一小切口,对髌骨软骨面进行探查,或直视或手指触摸。

(2) 伸膝装置力线不正:这一情况,可意味着髌股关节的适合性改变,其诊断主要借助 X 线片,主要是膝关节正侧位片和 30°位髌股轴位片。着重要求了解以下几个情况:

1) 正位片:Q 角的测量(也可以直接在人体上测量)。此角为股四头肌力线和髌韧带力线相交的夹角;从髌前上棘到髌骨中点画一条线,再从髌骨中点到胫骨结节画一条线,两线相交之角为 Q 角,平均 14°,若该角 > 20°,则表示伸膝装置力线不正。

2) 轴位片

髌股关节指数:内侧髌股关节间隙/外侧髌股关节间隙 > 1.6 常提示有髌骨软化症存在。

髌股关节间隙异常:正常为 5mm,若 < 3mm,提示为关节间隙狭窄。

股骨髌面槽角:以沟的最低点和内外髌的最高点各做一条连线。两线相交之角称为股骨髌面槽角。正常平均为 138°,若 > 147°提示槽角变浅,为髌骨半脱位,膝前痛的因素。

外侧髌股角:作股骨内外髌最高点连线和髌骨外侧关节面切线,两线相交之角称为外侧髌股角。正常髌股关节:97% 的夹角为正值,3% 为平行线。髌骨半脱位者:60% 呈平行线。40% 为负值,为髌骨软骨软化之兆。

髌骨亚脱位:髌骨的最外缘超出股骨外髌最高点 5mm 以上者,也是髌骨软化症和膝前痛的因素之一。

髌股外侧高压综合征:上述测量可以未见异常,但髌外侧

的软组织紧张（如：股外侧肌斜头，髌外侧支持韧带和髌韧带前侧纤维）可使髌股外侧间隙压力增高，产生膝前痛。

（3）髌股关节间压力增高：髌股关节间的压力 = 股四头肌和髌韧带施加大小相等方向相反的拉应力的合力。

研究证明：站立屈膝 30° 时，髌股间隙压力 = 体重

站立屈膝 60° 时，髌股间隙压力 = 体重的 4 倍

站立屈膝 90° 时，髌股间隙压力 = 体重的 6 倍

下蹲时，髌股间隙压力 = 体重的 8 倍

研究证明：胫骨结节前移（即垫高），或用针刀将股四头肌的下段、髌前部、扩张部和膝关节囊、髌韧带等进行松解，可以减轻髌股间压力。

（4）髌骨髓内压增高：临床上常以 Eejgaard 测定值 15mmHg 为标准。具体测定方法（略）。

膝前痛的患者髌骨髓内压较多增高。我组 35 例髌骨软化组髌骨髓内压最低 20mmHg ，最高可达 56mmHg ，通常在 $30 \sim 40\text{mmHg}$ 居多。

据动物实验研究：髌骨髓内压增高的发生机制和静脉回流受阻，髌骨负荷力增加，膝关节滑膜炎等有关。应用针刀使髌骨髓内压力降低的措施可用来治疗此类的膝前痛。

（5）滑膜皱襞综合征：随着关节镜在临床上的广泛应用，发现一些膝前痛患者的膝关节内有滑膜皱襞。临床上的主要表现有：髌骨内上方间歇性钝痛；膝关节伸、屈活动时发生弹响和交锁；髌骨上极的内外侧压痛。

滑膜皱襞是膝关节内部结构在发育过程中，滑膜层遗留下来的皱襞，常位于髌股关节内侧和胫股关节附近。由于膝关节在伸屈活动时，滑膜皱襞擦过股骨髁产生弹响，嵌入胫股关节间产生交锁和疼痛，其治疗多数采用关节镜外科技术处理。

3. 膝前痛的针刀综合治疗

（1）针刀治疗

1) 髌骨软骨软化的针刀治疗: 仰卧, 常规消毒、铺巾、戴消毒手套, 用4号小针刀对压痛的髌骨前皮下囊, 髌下脂肪垫, 内外侧副韧带进行切开剥离, 主要是对髌骨外侧的股四头肌扩张部, 以及膝关节囊的纤维层和滑膜层的挛缩, 瘢痕, 增厚组织施行针刀进皮切开松解, 尤其是把外侧部松解彻底。注意不伤及关节软骨面, 必要时也松解髌胫束。一面松解, 一面尽量左右推移髌骨, 一直到可以使术者双手抓住髌骨内外缘, 进行提拉和上下、左右推移髌骨。同时结合给患者家属示教, 嘱其回家帮助锻炼, 一周后复查。

上述针刀治疗的原理: 主要是由于髌周软组织的松解, 使髌股间的摩擦力减少, 从而减少了疼痛和保护了软骨面。

2) 伸膝装置力线不正的针刀治疗

Q角增大, 可以应用针刀作髌外侧支持带的松解。

高位髌骨, 可以应用针刀作股四头肌挛缩, 瘢痕, 粘连部的松解。

髌股关节指数 > 1.6 时, 可应用针刀作髌外侧软组织的松解。

髌股关节间隙 $< 3\text{mm}$, 可应用针刀作狭窄侧间隙的侧、前、后软组织的松解, 而作上下对抗牵引。

股骨髌面槽角 $> 147^\circ$, 提示针刀治疗效果差。

外侧髌股角为 0° 或负值时, 可应用针刀作外侧髌股间隙软组织松解。

髌骨最外缘超出股骨外髌最高 5mm 以上者, 也应采用针刀作外侧软组织的松解。

髌股外侧高压综合征, 也应将外侧紧张的软组织松解。

3) 髌股关节间压力增高的针刀治疗: 采用胫骨结节垫高(即髌韧带止点前移)术, 可以使此压降低。我们采用针刀将股四头肌下段、髌前延续部、外侧扩张部及髌骨远侧的髌韧带和该韧带两侧关节囊, 脂肪垫进行进皮松解, 将挛缩, 瘢痕

和硬结等松解，同样也可以使此关节间压力降低。

4) 髌骨髓内压增高的针刀治疗：应用特制的针刀，在髌骨外缘的中上 1/3 和中下 1/3 交界点处各钻一孔，孔的直径约 0.4cm，超过中线 0.5~0.8cm。术中应注意不把髌骨前面的皮质骨和髌骨后面的软骨面钻通。

5) 滑膜皱襞综合征的针刀治疗：对于有症状者一般均用膝关节镜诊断治疗，如症状不明显可不作处理。有一种尚待证实的假说——发现切开发关节腔后或关节内注入盐水后，膝关节腔的负压消失，滑膜会从胫股或髌股关节间回缩，从而使症状消失或缓解。

6) 滑膜炎关节积液的针刀治疗：关节积液本身可致膝前痛，据测量，关节积液使膝关节负压消失，可使髌骨髓内压增高，使膝前痛加重。若关节积液较多，可先行穿刺抽吸，而后应用针刀进入关节腔，后退到皮下，并做皮下部纵横疏剥，共 3~4 针。

(2) 透明质酸钠注射液的应用：透明质酸钠注射液是一种新型、无毒、有效的生物医用材料，由于具有覆盖关节软骨面，保护软骨，消除致痛物，增加关节活动度，改善关节挛缩，抑制软骨变性等作用，作关节腔内注射后诸项指标的改善较单纯针刀治疗组有提高。

(3) 中药煎汤熏洗：应用透骨草、淫羊藿、桑枝、威灵仙、茜草、芍药、红花、防风等煎汤熏洗，对患部舒筋通络，活血止痛，利于功能锻炼和恢复大有益处。针刀治疗 3 天后配合中药煎汤熏泡外洗，经随访其优良率较单纯针刀治疗有提高。

(4) 手法治疗：患者仰卧，应用牵拉晃膝法、牵拉旋膝法、过屈和过伸膝关节和牵引状态下的推弹等手法，将膝内翻或外翻畸形或屈伸功能障碍给予矫正，使膝关节内外恢复正常的力学状态（即膝关节的有关力线恢复正常）。

(5) 康复治疗：针刀治疗后最初3周内患肢不得负重，间断性下肢牵引和自我锻炼患肢屈伸功能为主。3周后，下肢负重（沙袋1kg）直腿抬高锻炼股四头肌收缩功能，每日不少于150次。但6个月不可长途行走和负重行走。

三、针刀治验

(一) 髌骨软骨软化

郑某某，男，56岁，农民，家住临安山区。主诉右膝前痛2年，近年来伴有下蹲、上楼困难，近半年来走2500m路以上时觉有不适，且会打软腿。就诊时体检发现：右膝髌骨研磨试验和单腿下蹲试验阳性，可见股四头肌萎缩，右髌骨上极上5cm测得大腿下段周径较左侧细1.5cm。拍摄右膝关节正侧位片发现：侧位片髌骨上、下极可见肥大增生；Q角测量为 14° ；髌骨上下极尖的高度等于髌腱的长度，无明显髌骨高、低位。拟诊为髌骨软骨软化。于是先给膝前部痛点及股直、股中间肌和髌骨上极交界处，髌韧带和髌骨下极交界处的针刀闭合松解手术。一周后患者诉有好转，但大部分临床表现仍有，给予拍摄右膝屈曲 30° 位髌骨轴片位，发现内侧髌股关节间隙和外侧髌股关节间隙之比 >1.6 ，且见外侧髌股关节间隙 $<3\text{mm}$ 。于是给右膝髌骨外侧股外侧肌斜头、外侧支持带和髌胫束前份以及该部关节囊滑膜的针刀闭合松解，结合术后髌骨向内推及髌骨向前提拉手法。并嘱家属回家继续上述手法。一周后复诊，患者反应较好，但髌前痛仍有存在，外侧髌股部仍感不适，经和患者说明病情后，因无需切开皮肤，患者同意住院作髌骨及关节内测压，结果测得髌骨内压为48mmHg，膝关节外侧的压力为正压。于是给行髌骨钻孔减压及进一步做髌骨内外侧肌斜头、外侧支持带、髌胫束前份，关节囊纤维层、滑膜层的针刀闭合松解。复测得髌骨内压降到20mmHg，膝关节腔内压为负压。

出院后3个月复诊：患者已无不适主诉，不仅可以上下山，也可以上下楼梯。髌骨压磨试验和单腿下蹲试验均阴性，股四头肌萎缩已明显好转。（嘱继续作股四头肌锻炼）可以走远路。拍摄膝关节正侧位片和30°位髌骨轴位片已正常。

（二）膝前痛

李某某，女，42岁，家务。家住杭州肖山，主诉双膝前痛已8年，渐加重，近年来下蹲、上下楼梯、走远路膝前部不适和疼痛越来越明显，甚至会打软腿，有时活动膝关节可闻及弹响声。

就诊时体检发现：双膝均见轻度膝内翻（俗称“O”形腿），双膝髌骨压磨试验（弱阳性），嘱作单腿站立下蹲到50°（0°位测量法）时即有膝前痛，腿发软，难以单腿站立。双侧股四头肌周径测量无明显差异。嘱其拍摄双膝关节X线片，患者不同意，要求给予针刀治疗即可。于是给其膝前痛点，髌前滑囊，髌下内、外侧脂肪垫及内侧副韧带等部位作针刀闭合松解。

1周后复诊诉症状似有轻松感，但主要症状依存，要求拍摄X线片，在膝关节正侧位和30°屈曲位髌骨轴位片上发现：双膝胫股关节内外侧间隙不相等，内侧间隙明显变窄，右膝较左膝为重；右膝Q角28°，左膝Q角25°以上（正常Q角<20°，右膝髌骨高度较髌腱长度短15mm，左膝短1mm（正常等长）；双膝髌骨外侧髌股角（LPA角）7°（正常8°）。

于是和患者说明：根据X线片的测量值，有数项不在正常范围内，患者双膝关节的力平衡明显失调，以往常采用住院手术，纠正力线，但范围较大，一次手术纠正有一定困难。目前可以先采用针刀闭合松解治疗，没有切开皮肤的手术切口。可以先在门诊治疗，但医患必须配合好，必要时可以再住院手术。患者同意，于是在门诊先作胫股内侧间隙的内侧副韧带，股内侧肌扩张部及关节囊纤维层、滑膜层的针刀闭合松解，同