

时采用上下牵引和膝外翻应力，逐渐使内外侧胫股关节间隙获得接近相等，再逐渐纠正 Q 角，髌骨高位及髌骨向外偏斜等应力。在门诊经过 5 次针刀治疗后，患者自觉症状消失，复查膝关节正侧位与膝关节屈曲 30° 位髌股关节轴位片，均获得满意的改善。结束针刀治疗后，嘱患者继续做双膝关节的有关应力功能锻炼。

半年后患者来复查，感觉症状消失，再次拍摄 X 线片，测量有关数据，由于患者的良好配合，各项数据都已接近正常。

（三）双膝骨性关节炎

施某某，女性，62 岁，家务。家住杭州市区，主诉双膝关节疼痛已 5 年余，以右侧膝为重，近年来右膝肿胀时轻时重，上下楼梯和下蹲困难。近半年来发现右侧膝上大腿较左侧变细，时有行走时打软腿，曾行骨密度测定意见为骨质疏松症。阅膝关节正侧位片，见双胫骨平台上端关节面骨质致密硬化，内外侧及髌间隆突均明显变尖，双髌骨上极股四头肌附着部见有骨赘，右侧膝关节可见内侧胫股关节间隙较外侧变窄，左膝内外侧胫股关节间隙等宽。Q 角测定：右膝为 23°，左膝为 19°。未见高位和低位髌骨 X 线表现。阅屈膝 30° 位髌股轴位片未发现有髌股外侧角，髌股外侧脱位值，股骨外侧斜角和髌股适合角等明显异常。体检：步态轻度异常，快步行走有跛行，右膝有关节积液体征，髌股关节研磨痛阳性，右膝髌上极上 4.5cm 处大腿下段周径较左侧细 1cm，膝关节屈曲 95°，伸直 5°（0° 位法测量）。左膝无上述体征异常。但双膝均有髌骨周围压痛点，髌骨内外侧推移阻力增大，股四头肌、内外侧副韧带、髌下内外侧脂肪垫、胫骨上端内髌部鹅足、膝后部内外髌等处有压痛点，拟诊为双膝骨性关节炎，骨质疏松症。经和患者讲明治疗方案后，患者同意此方案情况下先给予右膝关节穿刺抽液得淡黄色稍混浊液体 32ml，而后用生理盐水冲洗，

使冲洗液体变清，再应用朱汉章老师推荐的针刀进入关节腔内而后退到皮下做皮下针刀松解，以利关节积液的消退。再作关节内侧副韧带、半腱肌、半膜肌、股薄肌、缝匠肌、股内侧肌扩张部和内侧胫股关节囊等部位压痛点的针刀闭合松解，然后做右下肢上下对抗牵引，膝外翻应力推助，以图使右膝胫股关节间隙增宽，改变膝关节力的不平衡。经过数次门诊依据《小针刀疗法》一书中的操作方法施术，结合外用手法、关节腔内注射玻璃酸钠针、理疗、中药煎汤熏泡外洗、肌注密钙息针，口服钙尔奇 D 等办法。患者病情渐渐好转，直到骨性关节炎症状缓解。2 个月后该患者复查，自诉原来病痛已消失，步态和下蹲恢复正常。并且同意拍摄双膝关节正侧位片，发现右膝关节内侧胫股关节间隙距离已基本接近外侧间隙，右膝 Q 角测定为 20° ，膝关节周围的许多压痛点也已消失。

工作单位：浙江省中医院骨伤科

通信地址：杭州市邮电路 54 号

邮政编码：310006

手机：13958168431

掌握相关多学科知识 提高治疗颈腰痛效果

—— 田兴临床经验

田兴，男，现任河北省高碑店市德仁针刀医院院长、副主任医师。北京汉章针刀医学培训学校临床教学实习基地主任，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分会副主任委员，全军针刀医学专业委员会高级专家顾问，新疆中医药学会针刀专业委员会副主任委员，新疆针刀医学培训学校校长，北京宗源医院（原北京针刀总医院）专家组副组长。

1987年开始学习针刀，多次参加朱汉章老师亲自主讲的针刀医学高级班、研修班、出国专家教授研修班的学习。是新疆针刀医学事业的开拓者和新疆针刀医学分会的发起者和组织者，被患者誉为“塞外神刀”。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀松解浅层筋膜的临床经验

1. 理论研究 筋膜的形式连接于起止点。项区筋膜分为深浅两层，是分隔斜方肌、夹肌和半棘肌的一层有较强韧性及弹性的结缔组织，浅层覆盖在斜方肌表面，深层在该肌深面即为项筋膜，项筋膜位于项背部斜方肌、菱形肌和上后锯肌的深面，遮盖在头夹肌、颈夹肌和头半棘肌的表面，内侧附于项韧带、第七颈椎和上六位颈椎棘突，上方附于上项线，向下移行为胸腰筋膜后层。其上部与斜方肌深面的筋膜愈着较松，下部

则与菱形肌和上后锯肌深面的筋膜隔以裂隙。自该筋膜的深面，向项部各肌之间，伸出许多肌间隔，构成各肌的肌纤维鞘。

在急性损伤、慢性劳损、劳累过度、寒冷、姿势不良、情绪激动等因素作用下，可使筋膜发生无菌性炎症，除筋膜外，尚有韧带、肌肉附着处及骨膜引起慢性疼痛发生的病理变化，造成早期炎性渗出，不同程度的软组织粘连，纤维化和结缔组织瘢痕化。这些变化可在骨附近形成硬性筋结，在肌纤维间形成纤维筋。这些软组织的变化可刺激和压迫神经末梢及小血管，致局部新陈代谢障碍。

由于血液循环障碍产生筋膜包裹的组织间隙压力升高，致使血流更加减少，上述病变必将使穿行于项筋膜附近血管受到牵拉挤压，而引起一系列临床表现。

2. 临床特点 田氏针刀的一个主要特点就是针对浅的筋膜粘连进行松解，其特点如下：

(1) 刺入较浅。以刺破浅筋膜为度，当刺破筋膜时，会发出特有的“扑扑”的响声，这样操作轻巧、安全。

(2) 一点多向，当针刀刺入治疗点、到达治疗部位的深度时，针刀可向四周不同方向斜刺松解，以加大松解的范围。

(3) 取点多，不仅松解颈部，而且还需要松解背部，甚至在腰部的反应点。这是田氏整体治疗观念在针刀治疗上的具体运用。

(4) 取点主要以触诊为主，根据手下的感觉，如压痛点、肌筋膜上的高张力点。肌筋膜结节或条索状等阳性反应点作为治疗点。

(5) 针刀松解后，配合手法正筋正骨以加强疗效。

(二) 针刀治疗脑中风后遗症

1. 治疗方法 根据触诊及影像学资料确定治疗点，定点一般位于脊柱各椎体、椎周软组织棘间、棘旁、关节突、横突

尖、明显压痛点、肥厚结节处。针刀治疗目的，在于松解椎周软组织高应力点、劳损处、粘连卡压处，解除病侧韧带的挛缩、结疤。使脊柱两侧生物力学平衡恢复，重建或修复全身各器官的神经传导，血流通路，电生理线路。入刀手法要轻巧，治疗要分期分批进行，视患者体质情况安排治疗量，不可操之过急。术后常规消炎、活血，适当配合手法，理疗。每10天为1个疗程，一般4~5个疗程。

2. 体会 脑中风后遗症的治疗，目前国内外多以康复训练为主，配合一些活血化瘀、扩张血管、营养脑细胞的药物，中医多以针灸、中药、按摩为主，疗效较慢。运用针刀医学理论，从调整脊柱入手，松解粘连，矫正错位，解除压迫，使人体脊柱“大梁”首先趋于平衡，继而神经的传导和血流的回流改善，人体各脏器工作相对恢复正常或部分恢复。尤其是对心脑血管系统的良性促动起到了“正本清源”的作用，随着脊柱的生物力学平衡的恢复，也为人体各器官的神经传导，血液供应与回流的恢复创造了条件。针刀疗法首先经过颈胸椎的调整使得心脏与大脑之间的神经、血流沟通加强，彼此相互促进使心功能增强，脑供血改善，脑功能恢复，又通过对脊柱整体的调整使得大脑、心脏与全身各脏器、四肢的神经血流沟通加强，从而使全身各器官的功能再恢复。故临床治疗见效快，疗程短，患者满意度高。笔者认为针刀治疗脑中风后遗症见效快，疗效高，值得研究推广。

（三）针刀治疗心理学

在患病过程中，患者的心理状态和正常人的心态是不同的，大多数患者情绪不稳定，易于激动，对行为的控制力和对刺激的耐受性均降低，对疾病的发生发展不了解，尤其对针刀医学治疗的基本方法和基本知识的了解，一提到“刀”，患者就紧张、怕痛。多年来，笔者接诊了大量的患者，多数是经过多种方法的治疗，跑了很多路，花了很多钱，受了很多苦，

病史又比较长,疗效不佳。患者希望医生给予很好的解释治疗,更多的关心与重视。正是因为上述的原因,患者对暗示的感受性增高,易于产生敏感、多疑、恐惧、忧虑等情绪。所以在整个针刀治疗过程中特别要注意让患者知道,人患疾病关键在于我们采取怎样的心态认识疾病,医生采取什么样的方法治疗疾病,道理何在?针刀疗法为什么不同于其他方法?患者如何配合医生治疗,才能较快地康复,以及康复后应该在哪些方面注意,如何锻炼,如何注意饮食、工作情况、不良姿势等。在治疗过程中,如何掌握患者的心理及对医生的信任度,都会直接影响疾病的疗效,笔者提出几点意见供同道参考:

1. 要掌握好物理诊断的基础知识,用扎实的基本功,全面详细地了解病史,详细的查体,解释患病原因,取得患者的信任。

2. 树立医护威信

(1) 注意形象:患者在接受治疗和护理时,大都怀有忐忑不安的心情,希望找一个信得过的医生和护士给自己治疗和护理。所以整洁、大方、谦和、严谨的外在形象是能否取得患者信任的首要环节,如果衣着不整、精神萎靡、浓妆艳抹、言行冷漠、漫不经心及动作粗鲁,都会给患者造成一种心理上的压力,使患者对治疗产生怀疑而降低治疗效果,所以医护人员的言行、举止都会给治疗效果带来一定的影响。

(2) 素质修养:针刀治疗时,患者在治疗前会担忧是否疼痛?是否会感染?是否会有骨关节损伤及神经、血管等意外情况的发生?如用麻醉药是否会发生过敏反应等。要打消患者的疑虑,术前要给患者详细讲明针刀治疗过程中的一些正常感觉。要有整洁的治疗环境,完备的治疗药品、器械,严格的无菌操作和娴熟的针刀治疗技术,稳重的举止谈吐,紧张有序、忙而不乱的作风。这些要求能够满足患者的安全感,降低其紧张度,达到提高疗效的目的。

(3) 关心尊重患者：患者由于得病内心焦虑，需要医生和护士给予更多的关注和尊重。治疗时绝不要做视、冷漠甚至呵斥患者，对患者提出的正当要求尽力满足，言辞要和蔼可亲，在治疗前和治疗过程中要适当遮挡，不能让患者看到针刀器械，以免使患者产生恐惧心理。尊重了患者的心理需要，使其建立起战胜疾病的信心，以良好的心态积极配合治疗，就能早日恢复健康。

3. 减轻疼痛

(1) 在治疗过程中转移注意力：在治疗时，不要强制甚至恐吓，摆好需要的治疗体位，医生旁边的助手或护士可与患者进行简短的对话，诱导患者去说与治疗无关的话题，转移注意力或给予良性暗示。一方面让患者避免紧张，充分调动机体抗病功能，另一方面使治疗在愉快的氛围中进行。

(2) 舒适的体位：舒适的体位会促使患者心情平静，有助于手术顺利实施。

(3) 掌握针刀治疗技巧：医生根据患者不同的年龄、不同的病变部位细心地把握好每一个环节。如：年老体弱的患者要抓住主要的病点，每次少剥离，手法要轻、快、稳、准，采用多次、少点的原则；青壮年在每次治疗时，尽可能把需要剥离的部位治疗彻底，这样治疗效果就会更好。

(四) 针刀医生需掌握相关多学科基础知识

针刀医学治疗的适应证不断扩大，但目前较成熟的治疗主要是针对慢性软组织损伤的疾病，如颈、肩、腰、腿痛等疾病及脊柱相关疾病。因此要提高治疗的科学性、规范性和准确性，从而达到比较理想的治愈率和有效率，故需要掌握多学科基础知识。

必须理解掌握好针刀医学的基本理论：四大基本理论和六大组成部分。

详细询问病史和体格检查，以明确诊断和鉴别诊断。颈腰

腿痛患者多数是中老年人，有时几种疾病同时并存，有些患者的主诉症状和阳性体征不一致；有些是多种症状和体征的联合并存，患者就医时主诉是颈腰腿痛。如何把这些疾病相互联系起来或区分开，如何掌握轻重缓急，针对主要矛盾进行综合治疗，是应该认真思考的问题，这个问题不解决或解决不好就会直接影响治疗效果，正确的治疗来源于正确的诊断，而正确的诊断来源于周密的思考，周密的思考来源于对疾病多种情况的了解和分析。

针刀治疗：治疗医师必须要掌握好影像学的基础知识。而目前放射科、CT室、磁共振室都存在这样一个共同的问题：就是不能把影像学所有的微细点、线、面的异常变化都报告出来。这些影像学科室对每张底片上的异常表现，都应该有详细的解读和诊断报告的填写，因为往往这些细微影像学的改变就是造成疾病的主要矛盾。笔者体会到很多X线片上椎体及小关节不明显移位、软组织粘连、肥厚的异常影像学改变及CT片上不明显的膨出都不能给予正确的报告。在这种情况下，就要求针刀临床医生对微细解剖学、动态解剖学和立体影像基础知识，要学好、掌握好、解读好每一张影像学的片子，每一个异常的点、线、面，都要通过我们自己的眼睛看出来，只有这样才能作出正确的诊断和治疗。当然，影像学报告我们只能作为一般的参考，不能作为诊断疾病和治疗疾病的主要依据。

针刀医学在患者思想认识上和针灸不一样，因为它是一门新的医学学科，患者不了解、不理解，所以疾病的发生发展及针刀的治疗，要让患者充分理解。笔者体会到多数患者都是经过多家医疗单位和利用多种治疗方法疗效不佳后来诊治的，一提到“刀”字患者就恐惧，要让患者接受治疗，良好的解释、消除患者的疑虑和恐惧感，使其保持一个平常心态，术前术中术后都能积极地配合治疗是非常重要的。疼痛是疾病中最普通最突出的症状。患者疼痛的因素很多，但心理因素是疼痛的主

要因素之一，其疼痛的程度会因人、因时、因地而异，人的痛阈受文化程度、社会背景、对疼痛意义的理解及个性、情绪、年龄、环境等诸多因素的影响，故除针刀治疗外，心理治疗也是一个不可忽视的问题。语言诱导、平等的交流会产生强大的精神力量，使患者减轻心理负担，正确认识疼痛，提高痛阈，贯彻知情同意原则，充分了解患者的心态和疑虑，医护人员应及时与患者开展心理交流，给患者制定每个阶段的治疗计划。环境诱导为患者创造一个安静清洁有序的环境，分散他们对疼痛的注意力，改善他们的情绪，提高其痛阈。在治疗过程中灵活准确的运用好针刀医学的三大法宝：针刀、药物、手法是治疗关键。

针刀治疗要根据不同的病情运用好针刀医学的基础理论，严格按照闭合性手术的操作规程，熟悉解剖入路，能否选用正确的剥离方法和手术入路，都对疾病的预后起着重要的作用，对某种疾病进行松解时，运用什么入路方法、采用哪种剥离方法，是否松解到病变部位，这些环节都是十分重要的。

药物在治疗后的正确运用，也是治疗好坏的重要组成部分，应根据患者治疗的不同阶段、不同情况采取不同的用药方法。手法：针刀术后的大部分颈腰腿痛患者，都存在着手法复位的需要。调整异常的脊柱椎体及小关节的关系，整骨是否正确、复位是否成功都会对治疗效果产生直接的影响，所以掌握相关的整骨复位的手法十分重要。

术后如何运用推拿手法，也是治疗过程中应该掌握的一种不可缺少的方法。软组织损伤所致的颈腰腿痛，除骨关节移位外，都存在着不同部位、不同层次、不同程度的肌肉筋膜、韧带粘连、变性、肥厚等问题，针刀治疗把主要矛盾解决以后，有部分肌肉、筋膜、韧带，需要手法调理，推拿学是中医外治法之一，针刀正骨术后，加以手法推拿调理可使患者加快康复。根据颈腰腿痛的轻重缓急、新旧虚实等情况而施治，根据

不同的疾病采取不同的手法，运用各种手法稳、准、巧的特点，在治疗过程中很好地运用，手随心转、法从手出。推拿手法施力的方向、力的大小以及力的作用点，是否准确，会直接影响推拿治疗效果，手法力度没有一个固定标准，究竟多大的力为宜，要根据患者的体质强弱、年龄大小、性别以及病情来决定，绝不能千篇一律，一概对待。以颈椎病为例，一个身体虚弱的患者，用轻柔手法正合适，而用重手法难以接受，反之，一个身体健壮或者长期接受推拿治疗的患者，使用轻手法，则难以达到满意的效果。根据患者病情分析辨证，使用手法，对治疗上述疾病均有很好的协同作用。

加强患者的康复意识，在治疗过程中及愈后患者应积极配合医生认真地做好康复治疗及愈后应该注意的问题，治疗医生必须明确地告诉患者如何巩固疗效，如注意改变不良生活习惯、不良工作环境、不良工作姿势，保持正确的功能锻炼以提高、巩固治疗效果。

笔者根据临床治疗体会认为，要提高针刀的治疗效果，掌握好除针刀外相关的基础知识和技能手法，也是必不可少的。



二、针刀治验

腰椎间盘突出症

李某，男，47岁，新疆吐鲁番红旗公社农民，1994年2月7日就诊，自诉10年前腰痛、左下肢放射痛，并伴有下肢麻木、发凉，可放射到臀部小腿外侧及足背，近一年余症状加重，经自治区医院、市医院、民族医院的药物、扎针、烤电、封闭等治疗，未见好转。检查，脊柱左侧弯、生理曲度消失、腰部平直、腰椎后伸受限， L_4 、 L_5 、 S_1 棘突右侧压痛明显，有放射到下肢麻木疼痛，患侧抬高 25° 、直腿抬高试验阳性。临床体征符合椎间盘突出症，结合其他检查诊为 L_{4-5} 椎间盘突出

出，给予小针刀药物、手法、综合治疗，3个疗程痊愈出院，一年后复诊患者无其他不适，感觉良好。

1. 工作单位：新疆军区第二干休所
通信地址：乌鲁木齐市幸福路35号
邮政编码：830000
电话：0991-2635087
手机：13009678011
2. 工作单位：河北省高碑店市团结西路德仁针刀医院
通信地址：河北省高碑店市团结西路
邮政编码：074000
电话：0312-2923182
手机：13131202135

微创理念研发刃针 稳准轻巧手法独到

——田纪钧临床经验

田纪钧，男，中华针刀医师学会会长，北京特色东方医药研究院院长，北京首都知名中医专家特诊部主任、北京东方特色医药培训学校校长。

刘道信氏少林骨伤流派传承人，从医 40 余年、从教 21 年，积累了丰富的诊疗和教学经验，创立现代手法和刃针微创治疗术，方法独到、疗效显著，影响和造就了一大批针刀人才，对针刀医学的普及和推广作出了重要的贡献。

编著：《错骨缝的诊断与治疗》、《刃针微创治疗术》、《刃针疗法》、《错骨缝与筋出槽治疗术》、《中研院刘道信氏正骨经验》等 8 部，《针刀医学临床诊疗》等教材 10 部，专业论文、科普文章 50 余篇。



一、学术特点与医疗特长

（一）论针刀医学的继承与发展

继承朱汉章老师的学术思想，发扬他的技术无疑是我们长期的任务。但是，社会在前进，科技在进步，医学在发展，实践在增多，在与时俱进的学术氛围里，势必会出现新的理解，甚至有悖于要继承的观点和方法，诸如对一些论点的不同诠释、使用一些不同的称谓、对针刀器具根据不同的作用做些局部性的改变、对操作方法的个性化强调等大同中存小异，这些都不是离经叛道，更不是另立门户，他们也是真正敬重朱老

师、真正热爱针刀医学的针刀医生，大同中存小异是发展的必然，是前进的催化剂，这些在继承中有发展的后来人越多越好，他们同样也是针刀医学的希望和生力军。

近年来，关于针刀医学的归属，出现了截然不同的观点。一种认为属于中医学，一种认为属于西医学。其实，这些不同的医学理念、不同的学习平台、不同的临床实践、从不同方位角度对针刀医学的理解和诠释，是不同专业的医生加入到针刀医学实践中的必然结果，可以视为是学术成熟的标志。

因此，发展针刀医学，应在继承中有发展，大同中存小异，和谐中求快速，田纪钧倡导并创立“现代手法治疗”的理念和术式及刃针微创治疗术，形成了以“中医与西医结合、传统与现代结合，强调诊断与治疗思路，不断探求更新”的学术风格。

（二）刃针微创治疗术

1. 刃针微创治疗术的定义 “刃针微创治疗术”是针刀医学的重要组成部分，它在中医理论框架下，结合生物力学、软组织外科学和信息医疗学等现代理念为理论基础，主要治疗肌肉、筋膜、关节囊等软组织病变；在治疗机制上，强调对肌肉、筋膜、关节腔等的减压以及刺激作用；在诊断上强调“辨证论治”，即对病理改变细化鉴别；在解剖上，强调体表标志、体表投影、层次解剖和板块解剖；在针具设计上，取法于“古九针”，外观像针，端部有刃，粗细合理，工艺精致，切、拉有别，痛感轻微；操作上更趋于靶向准确，深浅到位，简约轻柔，安全微创。

2. 探索刃针微创治疗术的初衷 遵照老师和前辈的教诲，我追求“继承传统、博采众长、侧重临床、强调实用、与时俱进、不断创新”的学术理念。

针对目前学术界对针刀医学的理解和诠释，有西医和中医两种取向的现状，我尝试用中医理论为基础，探寻中西医沟通

的契合点；以“中医微创”理念为指导，适应现代社会的要求；以认知和深化鉴别病理改变为主线，实践“辨证论治”的原则；以主针副刀的刃针形式，丰富“凡刺之要，官针最妙”的择针原则；以切刺和钩拉的设计，实现“拔伸”和“捺正”之别；以有机组合的综合治疗，体现“调之、通之、行之”的原则。希冀能为针刀医学多元化发展作有益的尝试。

3. 刃针微创治疗术的治疗作用

(1) 解除过大应力作用

1) 牵拉应力：通过切断少量过于紧张的肌腱纤维或切开过于紧张的肌膜或腱膜；松解肌腱与骨组织之间或肌纤维之间的异常愈着；分离病变腱纤维对局部血管和（或）神经束的卡压，解除过大的牵拉应力、恢复正常的力平衡状态。

2) 挤压应力：通过切割松解关节周围损伤痉挛的肌肉等软组织；切割损伤肌肉的纤维性结节；切割松解紧张筋膜的神经出口；切割松解组成骨-纤维管的过于紧张的纤维，解除过大的挤压应力、恢复正常的力平衡状态。

3) 内应力：通过切割慢性无菌性炎症的软组织；切割高压筋膜间室的筋膜；切割高压关节腔的关节囊或高压滑液囊，减压消除过大的内应力、恢复正常的力平衡状态和改善局部微循环。

4) 张力（压迫神经有牵拉力和挤压力两种形式）：通过切刺限制张力释放的深筋膜、纤维结缔组织等，释放过高的张力；或通过局部流体静压的调整等作用，缓解对神经的压迫，恢复动态平衡，疼痛随之而解。

(2) 信息调节作用

1) 筋膜是一种“多孔介质空间结构通道”，通过对其切割，减除过高内应力，从而影响其中通过的各种信息传递系统及其联网效应（即经络系统），使生命信息通道的信息传递功能恢复正常，物质和能量得以输送和利用，使病变软组织重构

和调整。

2) 刺激“隐性循经感传线”(LPSC), 激发经络传感、增强信息传递、发挥调控功能。

3) 刺激腧穴或经络, 使周围神经末梢感受器产生电脉冲, 通过神经纤维信息通道产生信息; 穴位内外的细胞产生电解质生化变化, 通过血管、淋巴管或其他体液传输信息; 经络和穴位的经气得以激发, 产生较强的信息震荡(即“得气”), 通过经脉信息通道传输气血(生物电磁场); 同时, 通过经络系统产生生理内环境平衡; 以及触发液晶体重新排序运动和产生激素等活性物质, 直接参与机体的生理活动, 并调节患处的生理环境。

(3) 热效应作用

1) 切割的机械力转换成热能, 扩张小血管使血液向松解创面渗灌及刺激局部神经末梢加快血液及淋巴循环—加强局部营养供给及代谢产物排除—改善局部微循环、吸收松解的残存组织、恢复物理及生物化学平衡—缓解症状及加快损伤修复。

2) 切割后体外增温的双重热效应—加速组织蛋白分解、增加末梢的介质—产生血管和神经的活性物质、降低致痛物质在血清中的含量、使作用于游离神经末梢感受器的大量阳离子被阴离子所置换—恢复生物化学平衡, 缓解症状及加快损伤修复。

3) 切割后刀体增温的双重热效应—将热传导至病变软组织并扩散到周围—血管扩张、血流加快、排汗增多、新陈代谢旺盛、组织水肿吸收加快, 肌紧张和血管痉挛反射减低、改善血管和淋巴循环—促进创伤吸收—消除无菌性炎症—解痉、止痛、消除水肿。

4) 产生肌肉的外周机制作用: 肌肉的外周机制作用, 可加强收缩蛋白的组装、合成, 促进收缩结构和功能的恢复, 达到治愈并同时使疼痛消除的稳定和持久疗效。

(4) 调节平衡作用

1) 调节能量平衡：使病灶引起的循环通道阻塞、代谢产物积聚和高内压得到疏通和释放（称能量释放）；以及使病灶引起的局部微循环障碍、能量供应不足得到供应和补充（称能量补充）。

2) 调节力平衡：恢复因软组织损害导致的骨关节、其他组织、甚至内脏器官的力学平衡失调（如脊柱相关疾病）。

3) 调节人体内体液平衡：疏通因体液滞留而致的病变（如类风湿关节炎）；以及促进因体液回流障碍而致的病变（如腱鞘炎）。

4) 调节人体电生理传导平衡：认为人体是一个庞大的电生理线路系统，它对生命活动发挥了极大的作用，当电流中断、减弱、增强或缺失时，均会产生相应疾病。金属刀具可起接通、增强、削弱或补充作用，恢复人体电生理传导平衡。

5) 促进生命活动恢复平衡：微创切割可调动人体自我保护功能应对伤害，间接地激发了生物能量转换为生物电能，改善局部功能低下状态，使生命活动恢复到平衡状态。

6) 调节人体基因平衡：认为基因的功能、表达水平以及变异，都受电生理线路的控制。微创切割通过电生理，可对某些关键性基因进行调控，提高某些基因的表达水平，从而改善人体的病理状态。

4. 刀针的各型号照片（图2）

根据人体各部位的生物力学的特点，分别设计了长短、粗细不同的4种类型8种规格的外观形似针灸针的特殊治疗工具——刀针（于2003年9月24日由中华人民共和国国家知识产权局、国家专利局授予了两个专利，专利号：ZL02281999.1和ZL02282000.0）。其针体直径分别为0.90mm、0.70mm、0.50mm、0.30mm；长度分别为75mm、60mm、40mm。

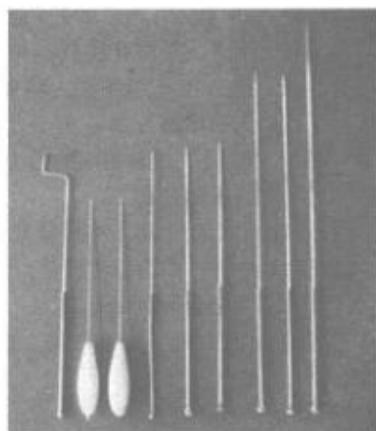


图2 刃针

特别是其研制的“套管叩击进针”的应用，解决了临床无痛进针的难题，即：皮肤常规消毒后，只要我们医生用定点笔将治疗点标记好，用手轻轻一叩，患者在毫无痛感的情况下，刀针即可进入皮下组织层。到达病灶处，患者反应酸、胀，此时轻轻切割一两下，出针即告完成。如果治疗的部位是颈椎或者腰椎，再配合独特的手法以此来纠正紊乱的椎间关节，以恢复其动态平衡。如一般的颈椎病、腰椎间盘突出症、肩周炎、股骨头坏死、膝关节病等只需3~5次即可康复。

5. 刃针微创治疗术的操作要领

(1) 通过物理学诊断、神经推理诊断、影像学诊断等，综合作出明确诊断；并确定是适应证。

(2) 以体表标志、体表投影为依据，确定治疗点，并准确标记出进针点和刃线方向。

(3) 手术室环境需无菌，治疗点局部常规消毒。除特殊

情况外均不需局部麻醉。

(4) 运用“套管叩击法”、“撑开皮肤点刺法”、“指压法”等，快速刺过皮肤、进入皮下组织层，将刺入的疼痛感降低至最轻（接近毫针刺入的痛感）。

(5) 以“落空感”（即穿过一层软组织的阻力突然减小感）为准，细心体会针下异常或正常感觉。

(6) 逐层深入，频频询问患者，判断异常和正常感觉。如为异常感觉，常规应对处置；如为正常感觉，则结合术者针下感，得出达到病灶的“两结合”判断标准。

(7) 根据术前检查和术中针下触诊所得，选择六种操作术式中的一种或数种，进行规范操作。

（三）错骨缝与筋出槽矫正治疗术

1. 针刀手法的渊源 “凡治痹……（九针）以调之，熨而通之，其痠坚转引而行之”；“九者，经巽之，理十二经脉阴阳之病也。”（《灵枢·周痹》）

“针刀为主，手法为辅，药物配合，器械辅助。”（朱汉章）

2. 针刀手法的作用

- (1) 加强针刀治疗的效果。
- (2) 巩固针刀治疗的效果。
- (3) 针刀治疗主要病变部位，手法治疗次要病变部位。
- (4) 手法治疗针刀不宜的病变部位。
- (5) 手法治疗针刀不可及的病变，例如：关节解剖位置紊乱、软组织解剖位置紊乱。

3. 针刀手法的内容

- (1) 按压。
- (2) 牵拉。
- (3) 被动活动。
- (4) 矫正关节微小移位（“错骨缝”）。
- (5) 矫正软组织解剖位置紊乱（“筋出槽”）。

- (6) 加强经络循行（点穴）。
- (7) 激活信息传递系统（特定部位按压）。

4. 针刀手法的生物力学阐释

- (1) 抑制周围神经兴奋（局部压反射原理）。
- (2) 兴奋腱反射器。
- (3) 脊柱微小移位，都是三维、立体、综合、旋转方式的移位。

(4) 各节段脊柱微小移位，都有一个主要移位方向，当整复主要移位方向的同时，其他次要移位方向随之复位。

- (5) 先有软组织损伤，再有微小移位。

5. 针刀手法的诊断

(1) 症状：微痛，活动范围轻度受限，活动时关节有不吻合的摩擦声或研磨感。

(2) 触诊：位置异常（四肢关节）或棘突偏歪（脊柱后关节）。

(3) 影像：X线（双边影，棘突轴线与椎体边缘线距离不等）以及CT、MRI等。

(4) 三个特征判断法：压痛、软组织异常改变、旋转范围三个特征合参。

6. 针刀手法的治疗

- (1) 整骨的要领

- 1) 极度锁定。
- 2) 极度小幅度闪动。
- 3) 极度沿特定纵轴顿挫。

- (2) 治筋的要领

- 1) 分筋：与肌束走行方向垂直按压、推动。
- 2) 理筋：与肌束走行方向平行按压、推动。
- 3) 正筋：与肌纤维螺旋走行相同弧线拧动。

7. 手法的特点。“错骨缝”与“筋出槽”是中医学对筋

伤的概括，是传统中医骨伤原创、特有的诊断病名，现代医学的“关节、软组织解剖位置紊乱”、“关节、软组织微小移位”与之相近。经口传心授沿袭至今的传统中医骨伤医生及民间捏骨师，大多有“错骨缝”、“筋出槽”之说，并有相应的推、拉、扳、压、揉、顺、拨、弹等复位手法，治法简约独到，常获立竿见影、手到病除之效。就是在科技异常发达的今天，这一中医原创的特色绝技，仍占有着无法取代的重要地位。田纪钧师从中国中医科学院骨伤科专家刘道信先生——为刘氏少林骨伤流派传承人，其手法如行云流水、一气呵成，颇有四两拨千斤之势，堪称针刀界手法之上乘。

作为当今医学界所倡导的“绿色诊疗技术”——“错骨缝”与“筋出槽”矫正治疗具备以下三个特点：

(1) 强调中医微创理念，在诊断上筋骨并重、部位分明、定位精确；治疗手法稳、准、轻、巧，无痛苦，无副作用。

(2) 在治疗脊柱相关疾病上，突出了中医学与现代医学相结合的整体观及辨证论治思想。

(3) 该项技术的理论与实践在国内外具有显著优势。尤其是对四肢关节“错骨缝”与“筋出槽”的研究具领先水平。

此术对颈椎、胸椎、腰椎、骶髂关节的矫正、四肢关节的微小移位和引起关节微小移位的软组织的矫正，治法简约独到，常获“立竿见影”的效果。

(四) 手法技巧

1. 治疗压痛点的手法技巧

(1) 保持按压力—与软组织纤维走行垂直方向推动—分离松解粘连。

(2) 滑动按压（与肌肉、肌腱或神经支走行相垂直方向往返）—由轻到重—力达病变深层—至最大限度（即患者能忍受的最大限度）—逐渐放松—间歇数秒钟—重复2~3次（共计治疗时间半分钟左右）—间隔治疗时间为三四天。

2. 治疗肌痉挛的手法技巧

(1) 肌起止点滑动按压。

(2) 肌腱上有压痛点，与其纤维走行垂直按压推动。

(3) 肌紧张：与其纤维方向一致推压，使纤维或纤维束延展；持续牵拉紧张状态下的肌肉—到最大长度—持续2分钟以上—紧张、松弛，疼痛减轻或消失。

原理：肌肉被拉长—腱感受器（高尔基腱器）受到刺激被激发—肌收缩波幅减低—抑制整个肌肉收缩，肌肉松弛、疼痛消失。

(4) 肌腹上有条形隆起（肌纤维或肌束移位、扭结），顺肌纤维方向，沿最近起端或止端离心方向顺压。

3. 颈椎复位法要点

(1) 定点：棘突、横突、椎旁肌肉、棘突与横突。

(2) 定轴线（旋转的）

1) 脊柱纵轴：一定的前屈角度下，或一定的后伸角度下。

2) 特定轴：前屈45°旋转，侧屈45°旋转。

(3) 体位：坐位、俯卧位、仰卧位、侧卧位。

(4) 脊柱伸或屈的角度：颈椎上段屈度要小，颈椎下段屈度要大。越往上弯度越小，越往下弯度越大。

根据以上四点，排列组合，设计方案。

任何关节微小移位，都不是一个面上的移动。而是在冠状面、矢状面、水平面三个面六个方向的立体移动，都是以旋转移位为主要的移位方向。当我们矫正了旋转移位，其他方面的移位都可以随之复位。

4. 治疗血管、神经症状的上肢手法 适用于伴有血管和神经症状的下述疾患，如颈椎病、胸廓出口综合征，腕管综合征等。方法：

(1) 按合谷1分钟（或曲池、合谷交替按）。

(2) 按阳溪、阳谷。

(3) 按曲池及肱骨内上髁处，并伸屈肘1~2次。

(4) 按天鼎（C₅横突前侧）配合头向同侧屈曲45°，1~2分钟（胸锁乳突肌中下1/3交界前1cm）。

(5) 点缺盆1分钟（锁骨上窝中，锁骨中1/3处）。向前下点：按臂丛和锁骨上动脉；向后内侧点：交感神经星状结节。（1、2、3指麻木：松手时热流向上肢放射）

(6) 点极泉（压腋动脉、静脉）由上举逐渐放下（旋后位）1分钟，有桡侧三指麻木感，松手后有热流感及舒畅、麻木、无力感。

（五）用中医理论指导针刀医学点滴

1. 寒邪侵入经脉，经脉气血循行迟滞、凝涩而不畅行

（1）经文：“帝曰：愿闻人之五脏卒痛，何气使然？岐伯对曰：经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。”（《素问·举痛论》）

（2）语释：黄帝说：我想听听人体的五脏突然作痛，是什么邪气造成的呢？岐伯答：人体经脉中的气血流行不止，如环无端，如果寒邪侵入了经脉，则经脉气血的循行迟滞，凝涩而不畅行，故寒邪侵袭于经脉内外，使经脉凝涩而血少，脉气留止不通，所以突然作痛。

（3）理解：举，列举、讨论之意。本篇主要讨论多种疼痛发生的原因、机制、基本特征、诊断方法等内容。故名“举痛论”。

首先，此段问答是说五脏突然作痛的病因病机，为何在谈到肢节疼痛时也被广泛引用呢？从内容看，叙述的是痹痛发生的原因和病理变化，痹即“闭”，“风、寒、湿三气杂至，合而为痹”。所以，痹痛根据所痹部位不同，素有风痹、寒痹、湿痹、热痹、皮痹、肉痹、筋痹、骨痹、脉痹、内脏痹等多

种，所以简约地以内脏痹中的五脏痛提问，其实也涵盖了其他诸种痹痛。

其次，寒邪侵袭于脉内和脉外也是不同的概念：客于脉内，则气滞血瘀、脉涩不通，而不通则痛，治宜以通止痛；客于脉外，则气虚血少、组织失养，而不荣则痛，治宜和营止痛。

这就是对痛证内因的定性和用药物内治的原则。

2. 风、寒、湿三气侵入皮肤肌肉之间，排挤肌肉与皮肤之间使它们分裂

(1) 经文：“风寒湿气，客于外分肉之间，迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛……”。（《灵枢·周痹》）

(2) 语释：风、寒、湿三气侵入皮肤肌肉之间，将皮肤肌肉之间的津液压迫为涎沫，涎沫受寒后凝聚不散，进而就会排挤肌肉与皮肤之间使它分裂，分裂就会发生疼痛……

(3) 思悟、理解：首先，我们要理解以下概念：

1) “分肉之间”与深、浅筋膜之间的间隙：“分肉之间”是指皮下肉外的皮肤与肌肉之间的部分，按解剖层次应包含皮下脂肪、浅筋膜、深筋膜和从它们形成的间隙中通过的神经、血管等组织，神经血管束行于浅筋膜内，而其主干在深筋膜内。

从解剖学和生物力学观点分析，各种因素引起的筋膜间室内压力增高，如炎性渗出、肌肉痉挛或筋膜挛缩，这种压力在引起肌肉发生缺血性痉挛之前就对各种神经末梢产生了病理刺激，筋膜表面张力的增高和筋膜间室内压的增高均可对分布于其表面或穿过其间的皮神经产生牵拉或压迫，致密的深筋膜表面形成一个封闭的系统，好像充满了水或空气的气球，各种感觉神经纤维的末梢分布在这个气球的表面，当气球内的气体或液体增多，压力加大时，气球的体积增大，表面张力也随之增

大，分布在其表面的神经纤维末梢也被动受拉，产生各种疼痛及感觉异常。

近年经络学研究发现，十四条经脉还得不到解剖学的验证，但这些轨迹均可在人体皮下找到相应的组织间隙，从该组织间隙的走行也可以看到其大部分是与动脉、静脉、淋巴管和神经组织伴行的。而经络是一种存在于组织当中的、具有低流阻性质的、能够运行组织液、化学物质和物理量的多孔介质通道，基本位于皮下组织，主要位于脂肪层与肌肉层的结合部。

可以认为，发生在深、浅筋膜之间隙的病理改变，是由于炎性渗出、肌肉痉挛或筋膜挛缩等病理因素致使间隙内压力增高，影响经络功能和牵拉压迫动脉、静脉、淋巴管、神经而出现临床症状的。而“排分肉而分裂”的病理改变，是涎沫受寒后凝聚不散所致的高压影响经筋功能出现临床症状的。

可见，“分肉之间”与深、浅筋膜之间的间隙，是中西医对人体解剖部位殊途同归的理解。

2) “迫切而为沫”与炎性渗出：“迫切而为沫”，即将分肉之间的津液压迫为涎沫，随着津液外渗而伴有致痛物质析出，产生充血和渗出的病理过程。经筋损伤后，即会并发气血不通，津液外渗，致痛物质析出和相应病理反应，虽然古今用词不同，但反映的客观事实和原理是相通的。

可见，“迫切而为沫”与炎性渗出，是中西医对损伤病理改变的殊途同归理解。

综上所述，与痛证内因相比，痛证外因的一种病理改变是：风、寒、湿三气客于“分肉之间”而非“入经”，致“迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛”，而非“寒气入经而稽迟，客于脉中则气不通，故卒然而痛”。

3. 络盛加于大经之上，令之不通

(1) 经文：“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。”（《灵枢·

刺节真邪》)

(2) 语释: 如果某一经脉出现了上实下虚而经气不通的现象, 则必定有横络的壅盛之气加之于正经才使得经气不得通畅。治疗时应找出横络, 施行泻法, 这就是所谓的“解结”的方法。

(3) 理解:

1) 病因: 西医取向的理解是, 过度使用、不良姿势及不正确的活动等超过习惯负荷, 致使软组织动态平衡失调, 是造成肌肉短缩的原因。中医取向的理解是, “阴阳平衡”失调。

2) 病理: 西医取向的理解是, 超过习惯负荷的肌肉, 工作所诱发的延迟性收缩结构蛋白的解聚或降解优势 (简称降解优势), 导致了收缩结构的改变或解体, 是造成肌肉短缩、压痛和硬结的病理改变。中医取向的理解是, “病在筋, 筋挛节痛, 不可以行, 名曰筋痹”, “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。”有一些横络是激痛点, 而另一些则是由其他病变所致的压痛点。

肌筋膜激痛点综合征中的肌筋膜激痛点学说, 强调骨骼肌肉系统失能而致的肌肉短缩是致病原因的研究, 拓宽了学术界对致痛原因的认识, 给很多自然疗法增加了理论依据。

在以往针刀治疗疼痛病症中, 也强调肌肉挛缩是重要的病理因素, 已重视到与“激痛点”近似的“横络”改变, 并有中医筋经理论的依据及较规范的治疗方法和满意的疗效。但没有用肌筋膜疼痛学说予以阐释。

通过两种不同哲学观和学术观的西医与中医研究的结果进行比对, 殊途同归的结论是: “激痛点”(Trigger point) 与“横络”关系密切, 有一些横络就是激痛点 (但不是全部), 运用特定粗细的刃针或钩拉刃针按照具体的要求进行操作, 可取得满意疗效。

3) 治疗: 在治疗时, 不只以解剖学、生物力学为基础,

而更应以经络、穴位为基础。如按辨证分型选择治疗点，按俞、募穴选择治疗点以及按主客原络和十五络穴选择治疗点等。

4. 用中医理论尤其是经络学说来指导针刀临床治疗

(1) 如按“八虚”，理论，肩关节病变可取肝俞，肘病取肺俞和心俞，髋关节病变考虑对脾俞进行治疗，膝病取肾俞。

(2) 加强以刀代针的临床应用，扩大脊柱相关疾病和内科病的治疗范围。如：

1) 外感头痛：取太阳。风寒浅刺风池；风热大椎浅刺、拔罐出血；风湿刺丰隆达肌层、拔罐出血。

2) 内伤头痛：取四神聪，浅刺，挤出血。肝阳上亢加合谷、太冲，浅刺，挤出血；痰湿中阻中脘，浅刺、拔罐；肾精虚损刺肾俞达肌层。

3) 外感咳嗽：取肺俞，浅刺、拔罐出血。风寒加合谷、列缺，浅刺，挤出血；风热加大椎，浅刺、拔罐出血。

4) 内伤咳嗽：取肺俞达肌层，拔罐出血。痰湿加脾俞、丰隆达肌层，拔罐出血。肝火加阳陵泉达肌层，拔罐出血，太冲，浅刺，挤出血；阴虚加太溪，浅刺，三阴交刺达肌层，拔罐。

(六) 颈枕部软组织损害性椎-基底动脉供血不足

1. 释义 由于颈枕部软组织损害，直接和（或）间接压迫椎动脉，导致椎-基底动脉供血不足，引起眩晕、头痛等椎动脉型颈椎病症状的一种病理改变。也可以认为是，颈椎间盘退变继发的软组织改变，影响了椎动脉，从而引发症状，属于椎动脉型颈椎病范畴。

主要损害的软组织：头后大、小直肌，头上、下斜肌，头半棘肌和斜方肌。

主要病理改变：头后大直肌，头上、下斜肌痉挛，它们组成的枕下三角变小，直接压迫椎动脉；和（或）头后小直肌

及头半棘肌、斜方肌等枕后肌群痉挛，减小了寰枕间隙，间接地压迫了从中通过的椎动脉。

2. 诊断要点

(1) 有椎动脉型颈椎病的临床表现（如眩晕、头痛，并可因头、颈部体位改变而加重，甚至猝倒等），以及影像学显示颈椎间盘退变及继发改变。

(2) 直接压迫和间接压迫椎动脉的临床表现要点如下：病理改变是直接压迫的，其压痛和软组织异常改变部位主要集中在第一颈椎横突、第二颈椎棘突端部侧面以及下项线外部。主、被动头颈前屈症状加重，抗阻力下主动头后仰，症状加重。

病理改变是间接压迫的，其压痛和软组织异常改变部位主要在上、下项线之间、肩胛冈上缘外端及胸椎与肩胛骨脊柱缘间。主、被动头颈后仰症状加重。

(3) 侧位 X 线片显示，寰枕间隙小于 6mm。

(4) 排除其他病理改变引起的椎动脉型颈椎病症状。

3. 治疗

(1) 刃针疗法

1) 枕下三角直接压迫椎动脉的刃针疗法

体位：俯卧、侧卧或倒骑靠背椅位。

定位：第一颈椎横突：胸锁乳突肌后缘线与颞骨乳突下一横指水平线交点，深层触到的骨凸。第二颈椎棘突：后正中线上，枕骨下方软组织凹陷中，触到的骨凸为第二颈椎棘突端部。下项线：下项线上靠颞骨乳突部分。

层次：①第一颈椎横突：皮肤—皮下组织—深筋膜—头夹肌—头最长肌—骨面。②第二颈椎棘突：皮肤—皮下组织—深筋膜—项韧带—棘突端部。③下项线：皮肤—皮下组织—腱膜—腱膜下疏松组织—枕骨骨面。

定向：均指向骨面。

深度：达骨面后，稍提起1~2mm，在附着的肌肉腱膜上操作。

操作：①横突、棘突：沿骨凸边缘切割；在骨面上“十”字切割。②下项线：纵行切割、横行摆动；横行切割、横行摆动；必要时调转针刃90°纵行切割（视情况选择）。

手法：术后立即手法治疗（顶下颌—头颈前屈—镇定—顿挫）。

注意：①第一颈椎横突较小，位置较深，周边多有神经、动脉、静脉，操作时应非常细致小心！②C₂棘突端部分叉，又被项韧带覆盖，切勿穿透过于深入，以免发生意外！③刃针可以在骨面上移动操作，也可紧贴骨缘，在不超过5mm深度范围内切割，但绝不可离开骨面、不紧贴骨缘、超过5mm深度范围内操作，以免发生意外！

2) 枕后肌群痉挛间接压迫椎动脉的刃针疗法

体位：①上、下项线之间：倒骑靠背椅位。②肩胛冈上缘外端：坐位，患手自然放于腿上。③胸椎与肩胛骨脊柱缘间：坐位，患侧手摸对侧肩。

定位：常规。

层次：①上、下项线之间：皮肤—皮下组织—腱膜—腱膜下疏松组织—枕骨骨面。②肩胛冈上缘外端：皮肤—皮下组织—斜方肌腱膜—肩胛冈背面骨面。③胸椎与肩胛骨脊柱缘间：皮肤—皮下组织—斜方肌—菱形肌—上后锯肌腱膜—竖棘肌—横突棘肌等背深部小肌肉。

定向：①上、下项线之间、肩胛冈上缘外端：指向骨面。②胸椎与肩胛骨脊柱缘间：与局部体表垂直刺入。

深度：①上、下项线之间：达骨面后，稍提起1~2mm在附着的肌肉腱膜上操作。②肩胛冈上缘外端：达背面骨面后，移动至上缘。③胸椎与肩胛骨脊柱缘间：达竖棘肌层。

操作：①上、下项线之间：纵行切割、横行摆动；横行切

割、横行摆动；必要时调转针刀90°纵行切割（视情选择）。②肩胛冈上缘外端：沿骨缘切割。③胸椎与肩胛骨脊柱缘间：纵行切割、纵行摆动，必要时调转针刀90°切割一下。

手法：①上、下项线之间：术后立即进行，手托下颌—头颈前屈—镇定—顿挫手法。②肩胛冈上缘外端、胸椎与肩胛骨脊柱缘间：术后立即进行，手托下颌—头颈前屈—镇定—顿挫手法。

注意：①上、下项线之间：频频询问患者，如有不允许的感觉，严禁操作！以免损伤神经、血管。②肩胛冈上缘外端：紧贴骨缘、在不超过5mm深度范围内切割。③胸椎与肩胛骨脊柱缘间：达肌肉层病灶即可，切勿盲目深入寻找骨面，以免误入肋骨间发生意外！临床经验丰富者可达胸椎横突或肋骨骨面。

（2）现代手法治疗

经穴对症按压：眩晕—百会、四神聪、缺盆；头痛—天柱、太阳、率谷、翳风；肌肉僵硬、活动不利—肩井、巨骨、天宗。

按揉：对颈后、枕后软组织的压痛及异常改变处，行分筋、理筋按揉法。

（3）针刺疗法

按颈椎病类型分型取穴：四神聪、太阳、印堂、太溪、太冲。

辨证分型取穴：风邪入侵—风池、风府、大杼、风门、肩髃、曲池、外关；寒湿阻络—商丘、足三里、阳陵泉；气滞血瘀—肩髃、天宗、三阳络；肝阳上亢—太冲、侠溪、百会、印堂、太溪。

（4）中药治疗：按眩晕的风阳上扰、痰蒙清窍、气血亏虚、肝肾阴虚等不同证型辨证施治。

4. 讨论

临床上存在这样的误区：把传统概念的“颈椎病”的诊断过于随意化，以至于不加区别地就把眩晕、头痛患者诊断为椎动脉型颈椎病，把颈痛和有上肢症状的患者诊断为神经根型颈椎病，其结果是：颈椎病患者的比例激增，而治疗的有效率降低。给患者和医生都造成负担。

解决问题、走出误区的关键，是要确定导致颈椎病症状的病理，并找出能引起这些症状和体征的因素，亦即病源推理诊断法。这种诊断法，是通过详细而有意义的病史和体格检查，确定颈部疾患的病源，了解造成症状的机制，并找出能引起这些症状和体征的因素，作为下一步进行治疗的前提。其核心内容是：

(1) 颈椎间盘退变本身、颈椎间盘退变的继发改变以及其他疾患，都可以导致颈椎病。需要鉴别诊断。

(2) 颈椎间盘退变本身和继发改变一样，有时会直接导致颈椎病，此时影像学显示有颈椎间盘退变表现，有时也会暂无颈椎病的临床表现，但影像学同样显示有颈椎间盘退变的表现。有时会合并诱因出现颈椎病的临床表现，此时除影像学显示有颈椎间盘的退变表现外，还有诱因所致病理改变（如软组织无菌性炎症、椎间关节微小移位、神经水肿或炎症等）的体征。当然，如果治愈了诱因的病理改变，其体征消失，症状（与颈椎病的临床表现相似）也消失，但影像学仍显示有颈椎间盘退变表现。

(3) 其他疾患，虽然也可以导致颈椎病的临床表现，但影像学不显示颈椎间盘退变，据此可以与颈椎间盘退变本身及其继发改变所致的颈椎病的临床表现相鉴别。

(4) 颈椎病的治疗思路是：①退变本身及继发改变直接导致颈椎病临床表现者，以治疗直接原因为主，多采用手术治疗方法。②退变本身及继发改变暂无颈椎病临床表现者，无需治疗。③退变本身及继发改变合并诱因出现颈椎病临床表现

者,需进一步鉴别。属软组织 and 无菌性炎症所致以软组织微创手术治疗为主,属椎间关节微小移位所致以推拿矫正治疗为主,属神经水肿或炎症所致以药物、理疗为主。④其他疾患导致颈椎病临床表现者,通过治疗其他疾患的病理改变来消除颈椎病的临床表现。⑤由颈椎间盘退变本身及继发改变因素直接导致颈椎病的患者中,除较少部分是由于不可逆病理改变所致外,较多部分是因压迫或刺激有关软组织使之受累而出现症状。当减轻或消除了这些压迫或刺激因素,软组织恢复到正常状态时,颈椎病的临床表现就会减轻或消失。前者多需手术治疗,而后者保守治疗大多有效。

(5) 刃针疗法主要适合于各类因软组织无菌性炎症所致的颈椎病,通过减压、改善局部微循环障碍、加强局部营养及氧的供给,使血运恢复,带走积聚的代谢产物,从而治疗无菌性炎症,消除临床症状。

刃针疗法治疗椎动脉型颈椎病的细化鉴别(定性)、治疗部位(定位)及治疗方法(定法)如下:①钩椎关节横向增生:钩椎关节增生使邻近软组织水肿、炎症和(或)较软组织劳损。治疗部位多在增生的较远软组织劳损压痛和(或)异常改变处。治疗方法的选择:若是邻近软组织水肿炎症,采用药物消炎、脱水;如为较远软组织劳损宜选用刃针疗法和手法治疗。②软组织损害直接压迫椎动脉:椎枕肌痉挛使枕下三角变小从而直接压迫椎动脉。治疗的部位选择在第2颈椎棘突侧面、第1颈椎横突和下项线,即“两点一面”。选用刃针疗法和手法治疗(托住下颌—前屈—镇定—顿挫)。③软组织损伤间接压迫椎动脉:枕后肌群痉挛使寰枕间隙变窄从而间接压迫椎动脉。治疗部位多在肩胛冈上缘、肩胛缝和上、下项线之间,即“两线一面”。选用刃针疗法和手法治疗(手托住下颌—前屈—镇定—顿挫)。④关节微小移位:脊柱后关节三维立体微小移位,以水平面微小移位为主。治疗部位常为棘突、

横突、关节突上损伤变性的软组织以及棘突与横突间损伤变性的软组织。选用刃针疗法、手法按压横突和复位手法，矫正微小移位。⑤内源性：内科病合并以上四点，造成椎-基底动脉供血不足，导致脑缺血产生眩晕。治疗部位在内因基础上合并的椎周软组织无菌性炎症处或合并后关节微小移位处。治疗方法首先针对内因药物治疗，再针对软组织无菌性炎症选用药物治疗，而对软组织损害、后关节微小移位，行刃针疗法和（或）手法矫正。⑥先天性畸形（钩环症等）：一般情况下无症状，只有在合并软组织无菌性炎症或关节微小移位，或二者均有时，才有症状。治疗部位在椎枕肌痉挛和（或）枕后肌群痉挛处、关节微小移位节段。诊断合并的损伤后，同前面的②、③、④法针对性治疗。



二、针刀治验

（一）神经根型颈椎病

张某某，女，40岁。颈痛伴左上肢麻木1年，现症见：左侧颈部僵硬酸痛，头痛，双肩酸痛麻木，双上肢麻木，后背发紧、酸痛。纳眠可，二便调，舌红苔薄，脉沉。查体见：颈椎活动度前屈 15° ，后仰 40° ，左右旋转 50° ，椎间孔挤压试验左（+），击顶试验（-），臂丛神经牵拉试验（-），肱二头肌反射（+），肱三头肌反射（+），肱桡反射（+），霍夫曼征（-）。影像学检查：X线片提示： C_{4-5} 椎体后缘阶梯改变， C_{5-6} 椎体增生，右侧 C_{3-4} 、 C_{5-6} 、 C_{6-7} 及左侧 C_{5-6} 、 C_{6-7} 椎间孔变小，CT提示 C_{3-4} 、 C_{4-5} 、 C_{5-6} 、 C_{6-7} 椎间盘突出。

一诊：刃针治疗：右侧颈椎棘突旁三点，第1颈椎横突，肩胛上角，肩胛上切迹处的压痛和软组织异常改变。手法治疗：术前做神经阻滞按压，术后做坐位旋转矫正手法。

二诊：刃针治疗：右侧肩胛骨冈下窝三点（冈下肌外端

一点、小圆肌外端两点), 肱三头肌长头起点, “髃俞”穴处的压痛和软组织异常改变。手法治疗: 术前做神经阻滞按压, 术后做坐位旋转矫正手法。

三诊: 刃针治疗: 肩关节部三点(三角肌后部、肱二头肌长头腱、肱二头肌短头腱各一点), 肘关节外侧三点(桡侧伸腕长肌近端)处的压痛和软组织异常改变。手法治疗: 术前做神经阻滞按压, 术后做坐位旋转矫正手法。

(二) 腰椎间盘突出症

李某, 男, 38岁。腰痛伴双下肢麻木疼痛3~4年, 加重1年。现症见: 腰部酸痛, 双下肢酸胀疼痛、双足麻木。睡眠正常, 食欲尚可, 小便频, 大便干, 舌淡, 脉沉。查体见: 于 L_{3-4} 、 L_{4-5} 、 $L_5 \sim S_1$ 棘间有压痛点, 直腿抬高试验左 50° , 右 70° , 膝腱反射(-), 跟腱反射(-), “4”字试验(-), 巴氏征(-)。影像学检查: X线片提示腰椎左侧弯, 诸椎体增生, L_{4-5} 、 $L_5 \sim S_1$ 椎间隙变窄。CT示: L_{4-5} 、 $L_5 \sim S_1$ 椎间盘突出。西医诊断: 腰椎间盘突出症。中医诊断: 足太阳膀胱经筋肢节病。

一诊: 刃针治疗: 左侧棘突旁四点三层(浅层胸腰筋膜、中层骶棘肌、深层后关节突)处的压痛和软组织异常改变。手法治疗: 术前做“坐骨神经五点”神经阻滞按压, 术后做坐位回旋手法。

二诊: 刃针治疗: 左侧腰三、四横突各四点(横突背面、横突尖、上椎间孔外口、下椎间孔外口)处的压痛和软组织异常改变。手法治疗: 术前做“坐骨神经五点”神经阻滞按压, 术后做四向侧扳手法。

三诊: 刃针治疗: 左侧腰五横突四点(横突背面、横突尖、上椎间孔外口、下椎间孔外口), 髂嵴背面附着的三块肌肉(腹外斜肌、腹内斜肌、背阔肌)处的压痛和软组织异常改变。手法治疗: 术前做“坐骨神经五点”神经阻滞按压,

术后做“反4字扳”手法。

四诊：刃针治疗：左侧臀大肌附着点一点，臀中肌肌腹三点，阔筋膜张肌两点，股骨大转子尖端（臀中肌、臀小肌和梨状肌附着点）一点处的压痛和软组织异常改变。手法治疗：术前做“坐骨神经五点”神经阻滞按压，术后做“胸上盆侧扳”手法。

五诊：刃针治疗：左侧坐骨结节外侧一点，股二头肌肌腹三点，髂胫束四点处的压痛和软组织异常改变。手法治疗：术前做“坐骨神经五点”神经阻滞按压，术后做“坐位三板”手法。

工作单位：北京特色东方医药研究院

通信地址：北京市昌平区6013信箱

邮政编码：102200

网址：中华特色医药网

电话：010-69724481

手机：13801238332，13701162091

传真：010-69742691

E-mail: dongcw@gmail.com

现片察微盲刀添明眼 松解矫正定点除脊痛

——冯建民临床经验

冯建民，男，1959年3月出生，中国中医科学院门诊部主治医师。世界中医药学会针刀专业委员会理事，汉章针刀医学研究院针刀培训学校担任教学工作，中国针刀医学网特别顾问。

1983年毕业于白求恩军医学院。从事颈椎病临床治疗工作20余年。对颈腰椎病的X线影像学改变进行了深入细致地研究、运用和推广，充实和丰富了针刀影像学的内容，曾得到朱汉章老师的首肯和支持，受到了针刀界的好评。

参编《脊柱系统疾病学》、《针刀治疗颈椎病》。《颈椎病椎体微细病理移位X线平片的分析方法》获国际中西医交流大会优秀论文奖，并被收入国际专家论文集。获全国针刀医学推广应用一等奖。



一、学术特点与医疗特长

（一）颈椎病椎体微细病理移位X线平片的分析

现代针刀医学的创立和发展，对影像学能够作出微细病理移位的诊断提出了很高的要求。颈椎病的X线诊断，过去传统的诊断方法存在一些问题：一是确诊时间较临床晚，只能在X线片出现骨质增生、椎间孔变形、椎间隙狭窄时才可作出诊断；二是对临床治疗指导作用不大，因为忽视了颈椎椎体微细解剖变化。为此我们总结了国内近年来相关专著的内容，并经

上千例针刀治疗颈椎病的临床验证、总结和研究，提出我们的一些新观点，仅供同行们参考。

1. 颈椎病的定义及诊断原则 全国第二届颈椎病专题座谈会纪要给颈椎病的定义为：颈椎间盘组织退行性改变及其继发病理改变累及周围组织（神经根、交感神经、脊髓、椎动脉等）并出现相应的临床表现。

诊断标准：①具有颈椎病的临床表现。②影像学检查显示椎间盘或椎间关节有退行性改变。③影像学征象与临床表现一致。其中前两点是X线诊断颈椎微细结构改变的理论依据。

2. 病理分析 我们分析大量颈椎病X线片发现：不论是什么类型的颈椎病，都是由于椎间盘退变或椎间关节退变，以及颈项部两侧肌肉等软组织的力平衡失调，而造成椎体微细病理移位，刺激颈部比较敏感的神经和血管，是颈椎发病的直接原因。

3. X线平片检查方法 X线片诊断颈椎病对投照位置有严格要求，必须是标准的正侧位，这样才能排除由于投照位置、角度不正确所造成的伪像。X线平片检查一般需要常规投照正侧位，如患有头部症状需照开口位片，有神经根压迫症状要拍左右斜位片，如有关节不稳定还需拍过伸、过屈功能位片。侧位片要求焦距1.5m，这样可准确测量椎管的前后径。

4. X线平片的分析方法 这里介绍的只是颈椎椎体移位的X线平片分析方法，它是在传统X线诊断基础上建立的。因此首先必须要全面观片，排除炎症、结核及肿瘤和先天变异等疾病。

(1) 以左右旋转移位为主的X线表现：正位片：患椎棘突偏离颈椎棘突正中线，椎体边缘到棘突中部的距离小于对侧，钩椎关节间隙左右不对称，椎间隙左右不等宽，椎体可见程度不同的倾斜，患椎棘突间隙上下不等宽。侧位片：患椎旋转角度较大时，椎体后缘可呈现“双边”，后关节突呈“双

影”，称为“双凸”现象。如有“双凸”现象，而其上下颈椎显示正常，表示该椎体有旋转移位。如果上部椎体显示正常，而下部椎体呈现“双凸”现象，或下部正常而上部有“双凸”现象，表示其交接处有旋转移位。如果椎体一个或两个显示正常，而其余部分有“双凸”现象，则系投照位置不完全之故。确定旋转移位的椎体需要正侧位片结合起来观察。

(2) 患椎前倾或后仰移位的 X 线表现：患椎前倾或后仰移位，也属于旋转移位的范围，只是在三维移位的方向上，前后旋转的程度明显些，X 线片表现又有其特征性：患椎前倾移位时，正位片见患椎棘突上下间距不等，上窄下宽；患椎后仰移位时则上宽下窄，椎体上下缘出现“双线”征。侧位片颈椎生理曲度不好，患椎前倾移位时，与下一椎体形成向后方的成角变形。成角以上的颈椎曲线变直，其患椎下方椎间隙前窄后宽。后关节间隙上下不等宽或关节面模糊。棘突间距上窄下宽。患椎后仰移位时则与上述表现相反。

(3) 患椎前后移位的 X 线表现：正位片意义不大。侧位片可见颈椎后缘弧线中断，向后移位的椎体后缘可超过下一椎后缘 2~4mm。常伴有患椎后仰移位，棘突间距变小，斜位片可见椎间孔变形，其横径变小。颈椎失稳患者拍过伸、过屈位片，椎体可发生不同程度的移位，使椎管前后径减小，对已有椎管狭窄的患者，可加重对脊髓的压迫程度。所以颈椎前后移位是脊髓型颈椎病病因之一。

(4) 患椎侧方移位的 X 线表现：正位片可见两侧钩椎关节间隙不对称，关节间隙狭窄侧钩突明显增大。患椎棘突偏离正中线，但患椎棘突位于其椎体中部，以此可与旋转移位相鉴别。椎体两侧缘可见一侧微凸，另一侧微凹。斜位片可见椎间孔变形不明显，无“双凸”影。

(5) 寰齿关节错位的 X 线表现：由于寰枢椎解剖及功能特点，故常出现半脱位现象，临床症状也较复杂。X 线表现较

特殊，一般需要投照颈椎侧位，开口位及过伸过屈位片。寰椎前移位时，在侧位上有寰齿间距增宽，寰椎椎管前后径变小。正常成人寰齿间距为 2.5mm 以下，儿童寰齿间距为 4.5mm 以下，寰椎椎管前后径如为 14mm 以下，颈髓常因受压而出现症状，17mm 以下，颈髓常不受压。测量寰枕线与齿突轴线之夹角，正常为 $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ ，若角度变小为齿状突后脱位或枢椎仰旋转移位；若角度变大为齿状突前倾移位。寰枕筋膜挛缩，可见寰枕后间隙变窄，拍过屈位片可进一步证实该病是否存在。开口位片可见枢椎棘突中部偏离齿突中线。如果寰枢椎发生侧方移位，则可见寰椎侧块与枢椎齿突之间的寰齿间隙不等宽，齿突轴线与寰椎轴线不能重叠。寰枢椎旋转移位可见寰枢关节（“八”字关节）左右不对称。

颈椎椎体微细病理移位的 X 线平片分析方法，对于颈椎病的早期确诊和采用针刀、手法治疗非常重要，对于针刀治疗脊柱相关疾病的研究和整脊治疗均可提供一定帮助。

（二）颈椎的调衡疗法

颈椎病是一种慢性退行性病变，现代社会人们日常生活体力劳动减少，脑力劳动增加及电脑的大量应用，使更多的人患上此病，而且有年轻化的趋势。较顽固的病例采用单一的治疗方法，效果均不太理想。我们采用软组织针刀松解，椎体矫正，配合中药治疗的方法，绝大部分取得了明显的效果。

由于颈椎病的病因是颈部软组织的动态平衡失调与颈椎关节间的力平衡失调，所以治疗应以调整颈部的内外平衡失调为主。我们采用针刀、手法、药物三位一体疗法。

第一步：针刀软组织松解。首先在头、颈、背部寻找软组织压痛点、硬结或条索等阳性反应物，用甲紫做标记定点，然后根据三步定位诊断的结果，在错位椎体的棘突下方和相应椎体平面的后关节囊处定点，目的是松解项韧带、后关节囊，以消除复位后反弹的因素，为手法打好基础。针刀软组织松解的

目的是恢复软组织的动态平衡，消除造成颈椎软组织动态平衡失调的病理因素。

第二步：手法整复。要消除颈椎椎间关节病理移位，恢复椎间关节力平衡，这就要求手法定位、定点、定向准确，这必须有很好的三步定位诊断基础，没有这个基础是达不到上述要求的。采用颈椎旋转定点复位或颈椎两点一面旋转复位手法。这两种手法设计符合脊柱的力学要求，安全、省力、效果好，达到了稳、准、巧的要求，有立竿见影的效果。

第三步：中西药物配合应用。前两步治疗主要是针对局部，药物的治疗主要是整体调节，调动人体的自身免疫功能和自我修复功能。调节人体阴阳气血平衡，改善局部微循环。药物治疗是针对人体的病理改变和生理功能状态改变，有的放矢，不能盲目用药，其主要目的是促进组织的恢复，缩短病程，恢复人体生理功能的平衡状态。

颈椎病椎间关节病理移位的诊断及调衡治疗，是中西医结合治疗颈椎病非常科学有效的诊断及治疗方法，真正达到了标本兼治的目的。经数千例临床验证，其临床治愈率为 60%，有效率达到 98% 以上。

应用软组织微创、椎体矫正方法治疗颈椎病，是在针刀松解损伤变性及错位椎体周围的软组织的基础上，结合 X 线片，采用定点、定向准确的复位手法，整复错位的椎体，恢复椎间关节的力平衡状态，解除神经、血管和脊髓的压迫刺激，从而使神经系统的通道畅通，人体组织器官恢复正常，达到调节脊柱内外平衡，治疗疾病的目的。它较单纯整脊疗法更趋于完善，具有见效快、疗效好、治愈率高、无痛苦、无副作用等优点，有着广阔的发展前景。

（三）寰枢椎错位与椎动脉、交感神经型颈椎病的关系

寰枢椎错位是颈椎 X 线检查中常见的异常征象，尤其在诊断椎动脉、交感神经型颈椎病时，有着非常重要的意义，也

可以说是病位诊断的重要依据。椎动脉、交感神经型颈椎病症状错综复杂，以头、面、五官及心脏血管神经的症状多见，如果不能找到病——“寰枢椎错位”，往往影响临床疗效，甚至造成漏诊和误诊。

然而，有些专家认为，寰枢椎开口位片的异常表现是因为投照位置和角度不好造成的；也有很多医生诊断颈椎病时，根本就没有拍寰枢椎开口位片。这是由于对寰枢椎错位的诊断，以及对椎动脉、交感神经型颈椎病发病的病因认识不足，重视不够。冯建明经过十几年的临床实践，采用颈枕部软组织针刀松解，配合手法整复，纠正寰枢关节错位，收到了非常好的治疗效果。这充分证明寰枢椎错位和颈枕部软组织损伤，与椎动脉、交感神经型颈椎病的发病有密切关系。下面我们重点探讨寰枢椎错位的临床表现、诊断及治疗：

1. 寰枢椎错位常见的临床表现

(1) 五官症状：以眼部症状多见，如视力调节障碍、视力疲劳、眼胀痛、眼蒙、眼睑充血、流泪。其他如耳鸣、听力障碍、鼻塞、鼻过敏、颞下颌关节功能紊乱等。

(2) 脑血管神经症状：以椎-基底动脉供血不足为主症，如眩晕、头晕、头痛、偏头痛、失眠、记忆力减退、精神萎靡、心律失常、血压不稳等。

(3) 全身症状：表现为周身困累、四肢疲乏、畏寒怕风、出汗异常、心慌、步态失稳、走路偏歪、共济失调等。

(4) 颈枕部症状：颈枕部酸痛、偶有麻木、局部僵硬不适、寰枢椎横突、颈枕交界处软组织有压痛、肌紧张、硬结和条索等异常。

2. 寰枢椎错位的诊断方法

(1) 病史和临床表现：要特别关注有无头、颈部外伤史，有无头、颈部频繁活动或持久固定的姿势和不良的生活习惯（如卧位看书、看电视，高枕或在沙发、车上睡觉）。由于患

者除颈枕部在触诊时有压痛和肌紧张外，无明显的颈部症状，一般没有意识到颈椎的问题。因此病史的采集和触诊显得尤为重要。上述头面、五官、脑血管神经及全身症状，可单独出现，或多个同时伴发，仅其发生的先后主次及轻重各有不同，如不仔细询问，患者可能不在意，甚至误认为这些症状与颈椎无关，是各有关组织器官本身的问题，而被患者忽略了。

(2) 寰枢椎触诊及颈枕部软组织检查，触诊 C_2 棘突有无偏歪， C_1 横突两侧是否对称， C_{1-2} 椎板两侧是否对称。触诊椎枕肌、寰枕筋膜区、头半棘肌、颈椎后关节囊、颈椎横突部软组织、枕大、小神经出口有无压痛，有无软组织硬结、条索、肌紧张等，并结合临床症状。可初步确立诊断。一般情况下，软组织损伤、椎体移位的部位与出现症状的部位均在同一侧。

(3) 颈椎 X 线检查及诊断：常规投照颈椎正侧位和寰枢椎开口位，尤其开口位片对于寰枢椎错位的诊断非常重要，可以帮助我们明确有无寰枢椎左右旋转移位和侧方移位。对开口位的 X 线表现，各方专家的意见不一。有人认为寰枢椎错位的征象是由于开口位片摆位不正，投照角度不对所致。完全否定了寰枢椎错位的客观存在，其实这是非常错误和偏见的。为此我们提出寰枢椎投照标准化的问题。一张标准的开口位片应该是，片中两下颌升支及下颌骨左右对称，两侧下颌升支与颈椎椎弓外缘构成的三角形透光区，应左右对称。这样头颅和颈椎就摆位正了。投照的角度是否正确，应看枕骨下缘白线与上磨牙下缘线是否同在一个水平面上。颈椎侧位片的标准应该是两侧下颌骨、下颌角左右重叠，下颌角后缘应在第 2 颈椎体前缘稍前方。侧位上无椎体左右旋转移位的椎体后缘和关节突应无双凸表现，保证了上述要求，这张照片即是标准 X 线片。只有投照出标准的 X 线片，才能使我们的 X 线诊断更加可靠。

我们根据寰枢椎移位的方向，将寰枢椎移位分为六型：寰

椎前移位型、寰椎俯旋和仰旋型、寰椎左右旋转移位型、寰椎左右侧方移位型、枢椎左右旋转移位型、枢椎俯旋和仰旋型。

1) 寰椎前移位型：颈椎侧位片见寰齿前间隙增宽，成人间隙大于3mm，儿童间隙大于4.5mm，寰椎椎管前后径变小，如小于14mm以下，可出现脊髓压迫症状。

2) 寰椎俯旋和仰旋移位型：寰椎俯旋移位，侧位片见寰枕后间隙变小， C_{1-2} 棘突间隙增大，寰齿前间隙上宽下窄呈“V”字型。寰枕筋膜挛缩可导致寰枕后间隙变小，寰枕后间隙正常值是多少呢？我们认为寰枕后间隙应与 C_{1-2} 棘突后间隙大小对称，如果出现不对称即为异常。与寰椎俯旋移位相反，寰椎仰旋移位，寰枕后间隙增大， C_{1-2} 棘突间隙变小，寰齿前间隙上窄下宽呈倒“V”字形。

3) 寰椎左右旋转移位：开口位片见寰椎侧块大小形状左右不对称，寰枢关节间隙左右不对称。因寰椎没有棘突，无法参照棘突辨别旋转方向，因此我们以侧块来识别，哪边侧块大即为旋转的方向。

4) 寰椎左右侧方移位型：开口位片见寰齿侧方间隙左右不对称，寰椎侧块外下角与枢椎体外上角不能对齐，寰椎轴线与齿突轴线不能重叠。

5) 枢椎左右旋转移位型：开口位片见 C_2 棘突中点偏离齿突轴线，棘突中点到 C_2 椎弓根内缘的距离左右不对称，寰枢关节间隙左右不对称。

6) 枢椎俯旋和仰旋移位型：侧位片见枢椎俯旋移位，在 C_{2-3} 椎间隙呈前窄后宽，在 C_{1-2} 棘突间隙变窄， C_{2-3} 棘突间隙增宽。而 C_2 仰旋移位与上相反。如果 C_2 俯旋移位同时伴有 C_2 前移位，则可见颈椎曲线在 C_{2-3} 处中断。

寰枢椎错位所致椎动脉、交感神经型颈椎病的诊断：我们采用脊柱三步定位诊断法，使颈椎病的诊断更精确。首先应根

据患者头面部、神经血管方面的症状，颈椎中上段疼痛不适等作初步的诊断。然后根据第一步诊断的结果，作第二步诊断，也就是触诊定位诊断，诊查有无 C_1 和 C_2 椎体的错位，有无颈枕部软组织的异常改变。第三步定位诊断即是 X 线定位诊断，是最直观和可靠的诊断，但必须与第一、二步的诊断综合分析，才有意义。由于个体差异，代偿能力的强弱，可有 X 线阳性征象与患者的临床症状不成正比。

3. 寰枢椎错位的治疗方法

(1) 针刀松解颈枕部软组织：应根据触诊发现的软组织损伤反应点，以及 X 线片的表现确定针刀松解的部位。如寰椎俯旋移位，根据 X 线侧位片上寰枕后间隙变窄，定点应松解寰枕筋膜或头后大小直肌、头半棘肌。 C_2 左右旋转移位应根据开口位 X 线片，确定针刀松解 C_{2-3} 后关节囊及其棘突间韧带，如果是 C_2 椎体右旋移位，还应针刀松解 C_2 棘突右缘软组织。针刀松解错位椎体周围的软组织非常重要，因为针刀松解在治疗软组织病理改变的同时，也为下一步手法复位创造了很好的条件，使手法安全轻巧，非常顺利。我们曾经做过大量试验，证明软组织针刀松解到位，与未做松解或松解不到位比较，对手法复位效果影响很大，通过复查 X 线片完全能够证实。

(2) 依据 X 线片整复寰枢椎错位：在寰枢椎周围软组织松解到位的基础上，结合 X 线片，确定手法治疗力的作用点，力的方向。这一要求非常重要，因为力点和方向错了，不但治疗效果差，还可能加重病情。我们一般采用仰卧位定点旋转复位手法，这套手法安全性高，能达到稳、准、巧的治疗效果。

(3) 颈托固定颈部一周，并配合相关药物辅助治疗，帮助病情恢复。

(四) 腰骶部综合征的 X 线表现

腰骶部综合征是指腰骶椎骨、关节、椎间盘及周围软组织

遭受损害，发生退行性变，引起关节错位、椎间盘突出或骨质增生，直接或间接压迫、刺激神经根、脊髓（马尾神经）、交感或副交感神经，造成继发性损害，而引起的临床综合征。

腰骶部综合征包括腰骶后关节错位、腰椎间盘突出症、骶髂关节损伤，是临床上引起腰腿痛的常见原因，可单独存在，也可两种或三种同时存在，这时如果单治一种病，就可能使治疗不彻底，这是临床上治疗腰腿痛效果不明显的主要原因，也是复发率高的原因之一。

1. 腰椎间盘突出症的 X 线表现 人体的椎间盘从 30 岁起即开始退变，再加上外伤，包括工作或生活中的扭闪腰部、慢性劳损，或因腰部着凉，发生腰肌痉挛，即可促使椎间纤维环破裂，而发生椎间盘突出。发病部位以 L_4 、 L_5 、 $L_5 \sim S_1$ 较多， L_{1-3} 椎间盘发病较少，可能与下部腰椎受外伤机会较多有关。椎间盘突出多发生在一侧，亦有发生在中央而引起双侧腰腿痛者。

其 X 线表现：正侧位片可见腰椎侧弯变形， L_4 或 L_5 棘突偏离棘突正中线。椎间隙左右不等宽或间隙变窄，两侧后关节不对称。髂嵴不在同一个水平面上，而出现骨盆倾斜，双侧骶髂关节不对称。侧位片可见腰椎前凸变小、变直或轻度后凸，椎体后缘可出现“双边”征象，后关节突出现“双影”征象。椎间隙变窄或出现前窄后宽。椎间孔可出现变形，上关节突伸入椎间孔内，棘突间距不等，腰椎间盘突出症 X 线平片表现均为间接征象，CT 或 MRI 可清楚显示突出的椎间盘。

2. 腰骶后关节错位的 X 线表现 腰骶后关节错位又称关节功能紊乱，是常见的腰痛病因之一。腰椎急性扭伤或慢性劳损是本症的主要病因，老年人脊椎退行性病、脊柱失稳、轻微外伤均可导致错位。X 线平片表现：正位片可见腰椎侧弯变形。腰椎病理移位以左右旋转移位常见，棘突中部偏离腰椎棘突正中线，偏向移位侧，该侧椎体边缘到棘突中部的距离小于

对侧，两侧后关节间隙不对称，椎间隙左右不等宽。椎体可见不同程度的倾斜，患椎棘突间距上下不等宽。侧位片上如患椎旋转角度较大时，椎体后缘可呈现“双边”征，后关节突呈现“双影”征，称为“双凸”征。椎弓根切迹呈现“双影”，称“双凹”征。患椎后关节间隙上下不对称，或间隙增宽，关节面模糊、关节突增生变尖。棘突间隙可上下不等宽。

腰椎还出现前倾后仰移位。前倾移位时，正位片见患椎棘突上下间距不等，为上窄下宽，患椎后仰移位时则上宽下窄。椎体上下缘可有“双线”征象。侧位片腰椎生理曲度不好，患椎前倾移位时，与下一椎体形成向后成角变形。其患椎下方椎间隙前窄后宽。后关节间隙上下不等宽，关节面模糊，棘突间距上窄下宽。后仰移位时，腰椎曲度可增大。其患椎下方椎间隙前宽后窄，棘突间距上宽下窄。患椎体可轻度向后移位，下位椎体的上关节突进入椎间孔，使椎间孔变形，腰椎可出现前后移位，使腰椎曲线中断，椎间孔变形，椎间孔前后径变小。

3. 骶髂关节损伤的X线表现 骶髂关节损伤发病率相对较低，常与腰椎间盘突出症或腰骶椎后关节错位同时存在，因此增加了临床上诊断及治疗的难度。骶髂关节解剖结构较稳定，但在外伤、暴力较大或长期姿势不良时，亦可发生骶髂关节错位或关节周围韧带损伤。患者中女多于男，妇女因妊娠、产后骨盆韧带松弛、轻微的外伤或半俯卧不良姿势即可诱发。该病临床症状复杂，常被误诊，以致出现长时期顽固性下腰痛，腰部活动受限等症。临床上可分为前错位和后错位两种类型。

一般拍腰椎正侧和骨盆平片，腰椎正侧应包括双侧骶髂关节。如果可疑，有骶髂关节骨质破坏还应拍骶髂关节斜位片。骶髂关节错位的X线表现，在腰椎正位片或骨盆平片上，可见双侧骶髂关节不对称。病变侧关节面下的骨密度可增高或减低，与对侧不一致。双侧骶髂平面连线倾斜。双侧髂后上棘不在同

一水平面上,前脱位者,患侧髂后上棘偏上,后错位者髂后上棘偏下。双侧髂后上棘到棘突中线的距离不等,前错位者,距离增大;后错位者,距离变小。第5腰椎横突与髂嵴间最短距离双侧不一致。耻骨联合部两侧耻骨上缘不在一个平面上。

腰骶部综合征X线表现,主要是椎体、骶骨和髂骨微小移位征象。这些X线表现对临床诊断是否有意义,要看X线征象与临床表现是否一致,X线诊断要密切结合临床。在做腰骶部综合征X线诊断时,应首先排除腰骶部骨质结核、炎症、肿瘤和先天变异等。腰骶部微小移位X线诊断,为脊柱病三步定位诊断提供了依据,为手法定位、定向治疗找到了准确的依据。



三、针刀治验

(一) 混合型颈椎病

患者谭某,女,27岁,大连人。主诉颈背部疼痛伴双上肢麻木、头痛、头晕、心慌已1年有余。查体:颈背部广泛压痛,叩顶试验阳性,霍夫曼征阳性。X线片颈椎曲度向后反张,颈5、6椎体骨质增生,椎间隙变窄。MRI示C₄₋₅、C₅₋₆椎间盘突出。诊断:混合型颈椎病。于2004年10月施行针刀松解、椎体矫正术治疗3次。术后20天患者症状大部分消失,恢复正常工作。

(二) 骨盆旋移症、脊柱侧弯

患者杜某,女,37岁,深圳人。主诉颈腰背疼痛伴头痛、呼吸不畅7年,经多种治疗方法效果均不佳。查体:颈腰背部均有压痛。X线片颈、胸、腰椎均有侧弯变形,骨盆倾斜。2003年7月经4次针刀微创松解脊柱矫正治疗,术后患者症状基本消失。复查X线片,脊柱侧弯大体矫正。3个月后随访症状无反复,患者和其家属非常满意。

(三) 椎动脉型颈椎病(C₂右旋移位)

李某,男,56岁,已婚,四川成都某厂工人,2005年6

月8日初诊。

主诉：头晕。颈椎手术后半年。

现病史：患者两年前出现反复发作性眩晕，经内科治疗每次均可缓解，以后发现头晕与体位有关，MRI示：C₃₋₆椎间盘突出，脊髓硬膜囊受压，椎管狭窄，于半年前在四川某大医院做颈椎手术治疗，术后头晕症状无缓解。

X线检查：颈椎术后改变，开口位片见C₂右旋移位。

TCD检查：椎-基底动脉流速偏低。

诊断：椎动脉型颈椎病（C₂右旋移位）

治疗：C₂、C₃后关节囊、椎枕肌针刀松解术，C₂手法整复。术后3天自觉头晕发作缓解。以后又给予手法整复两次。患者头晕症状基本消失。复查开口位片见C₂右旋移位基本纠正。

按语：此病例为C₂右旋错位及颈枕部软组织损伤，使椎动脉上段受到牵拉、压迫、刺激，引起椎动脉痉挛、狭窄，导致椎-基底动脉供血减少，内耳迷路缺血导致头晕。开口位片可发现C₂右旋移位，经针刀颈枕部软组织松解，手法整复C₂旋转移位，针对病因治疗，可以起到立竿见影的治疗效果，是标本兼治的治疗方法。而之前的开刀手术治疗，因没有找到病根，只根据MRI的检查结果，盲目地手术治疗，没有坚持颈椎病诊断标准——影像学征象与临床表现一致的原则，所以导致手术不成功。因此找准病位，充分认识寰枢椎错位与椎动脉、交感神经型颈椎病的重要关系，才能使我们在临床工作中提高诊断的正确性，减少失误。不再犯头痛医头，脚痛医脚的错误。

联系方式：中国中医科学院

通讯地址：北京市东城区东直门内南小街16号

邮政编码：100700

手机：13241797839

神经触激术用于针刀 金属标记线体表定位

——任月林临床经验

任月林，男，1951年生于山东临清，本科学历，副主任医师，中华中医药学会针刀医学分会秘书长，世界中医药联合会针刀专业委员会副会长。

1987年学习小针刀，1989年始担任历届针刀学会领导职务至今：理事、常务理事、副秘书长、秘书长、副会长、副主任委员兼秘书长。

在省及国家级杂志上发表论文26篇，著作6部。获科技成果奖9项、科学技术进步奖4项。



一、学术特点与医疗特长

（一）倡针刀触激术

针刀经皮脊神经触激术与经皮交感神经触激术，通过调动人体自身的防护能力、调整能力和修复能力，显著地提高了疗效。理论上有深度，思维上有创新，操作程序和入路方法讲得很到位，是针刀对疑难杂症更科学治疗的新突破。

根据应激学说针刀可归为应激原的一种类型——“机械刺激”，针刀的侵入和适宜的触激启动了人体内分泌性保护机制，调整已经紊乱的功能，提高了人体内在的抵抗与应变能力。如果在适当的时候间歇地使用这种方法，可使这种能力保持相对长的时间，达到协调阴阳，调节人体功能，维持人体力平衡的目的。

中医针刀触激学说符合中医针灸学理论，将患病的过程视为一个整体，通过在相应的腧穴上的适宜刺激，激发机体自身内在的整体调节能力，并通过机体内部的经络联系，对多靶点和患病过程的横向和纵向的多环节产生调节，最终使机体恢复阴阳平衡，达到防治疾病的目的，是一种充分重视人体自身潜力激发与调动的整体调节方法。

神经触激术按神经的不同走行阶段分：椎管内神经根触激（主要在马尾部）；椎管外神经根（节）触激；神经干触激；神经分支触激及神经末梢的触激。从神经末梢至椎管内神经根的触激会逐渐增加其难度和刺激的程度，越接近神经根其术式的精确度及操作手法要求越高。临床疗效也会相应提高。

下面简述腰椎小关节外侧缘（椎间孔外口）神经触激术和腰椎小关节内侧缘（椎间孔内口）神经触激术。

1. 腰椎小关节外侧缘（椎间孔外口）神经触激术

操作步骤与方法：俯卧位，腹部垫枕，高20cm左右，（使椎间孔处于扩大状态）。两侧髂骨最高点连线平行于 L_4 、 S_1 棘突间隙旁开，距中线三横指（约3~4.5cm），再向下约0.4cm，两髂后上棘连线平行于 L_5 、 S_1 棘突间隙旁开，距中线二横指（约3.5cm），再向下约0.4cm。

用3号针刀与人体矢状面呈 45° 角刺入，直达腰椎横突根部，即小关节外侧缘，针端稍向前下方深入， L_5 ~ S_1 棘突间隙两侧有髂骨阻挡，进针刀方向不可能呈 45° 夹角，只有垂直刺入并向脊柱侧倾斜，触及脊神经后患者治疗侧下肢可产生不自主颤动，并诉说有电击串麻感，即刻退出针刀至皮外，压迫针孔1~3分钟。观察无渗血、无脑脊液外溢，创可贴外敷。

2. 腰椎小关节内侧缘（椎间孔内口）神经触激术 腰椎椎间孔内口即侧隐窝，位于腰椎管内椎弓根内侧壁下部。腰椎管由前、后及侧壁组成，前壁由椎体的后部、相邻椎体之间的

椎间盘及细长而坚韧的后纵韧带构成；后壁是椎弓和黄韧带，构成黄韧带的弹力纤维上起自上位椎弓板下缘的前面，向下止于下位椎弓板的上缘和后面，在椎管后正中与棘间韧带会合。侧壁为椎弓根和相邻椎弓之间的椎间孔。

椎弓根与椎板连接处向上或向下突起，分别称为上、下关节突，上、下关节突相连之关节，称为关节突关节，两侧关节突关节之间自上至下由窄变宽，形成“八”字形。两椎体关节突相对合，形成一菱形，在下腰段硬膜囊呈向下变细，而椎管和关节突间最大距离呈向下增宽。针刀进入椎管达隐窝神经触激术提供了依据和可能。

便捷腰椎椎间孔内口神经触激术：

操作步骤与方法：腰椎侧隐窝针刀触激术（关节突内侧入路），俯卧位，腰部垫枕，高 20cm 左右，使椎间隙处扩大。棘突间隙距中线一横指（约 1.5cm）处，再向下约 0.4cm 定（达小关节突间距离最大处）。L₄₋₅、L₅~S₁ 段椎管中硬膜囊向下越趋变细，椎管反而增大，经小关节内侧缘间隙，正好可以避开硬膜囊。针刀垂直于皮肤，紧贴小关节内侧缘间隙进针，当阻力感消失后，证明针刀突破黄韧带进入侧隐窝，微动针刀，以触激神经根鞘膜，患者患肢有突发触电样放射感，并不由自主地颤动或抬起患肢视为手术成功。

（二）针刀脊神经触激术治疗小儿脑瘫

脑瘫是多种病因致中枢神经受到损害，发生上运动神经元瘫痪的非进行性脑损伤，最多见的是痉挛型脑瘫，常导致骨骼肌的失控，肌张力增强、腱反射亢进、运动障碍和姿势异常。这都是电生理线路功能紊乱所致，使肌肉受到异常电流刺激即产生强烈痉挛，这种持续、疲劳的痉挛性收缩，引起骨骼肌纤维代谢负担加重。针刀脊神经触激术超常规、强触激对脊髓神经亦可造成侵袭作用，实际上就是调节了电生理线路，致使该神经所支配的肌群受到抑制，从而使肌张力降低，有效地抑制

了神经对肌肉的传入冲动,消除或减轻了肌痉挛。对肌紧张起到了松弛作用,同时加快了局部血液循环,加强了代谢产物的释放与分解,对肌原纤维的损伤起到了修复作用。同神经外科“神经根丝切断术”、“选择性腰骶神经后根切断术”有异曲同工之效,但本方法对神经并无损伤。

1. 脊神经触激术 定点:依靠骨性标志,在第2腰椎间隙以下及脊柱后正中中线分别放置金属标志物(标志物要求以甲紫涂匀,用胶布固定至皮肤上,目的在体表留下标记),拍照腰椎正位X线平片。在腰椎正位X线平片上等比例测量带有标志线的后正中中线至椎板外切迹或小关节内、外缘、小关节间隙的横向距离及横标志线距进针刀点的纵向距离,根据在X线平片上测量的数据进行体表定点。患者俯卧位,在定点处针刀垂直皮肤刺入,达到脊神经表面后用针刀23种手术方法之点弹神经法,频频点击脊神经后患者治疗侧下肢可产生不自主颤动,即刻退出针刀至皮外,压迫针孔1~3分钟。观察无渗血、无脑脊液外溢,创可贴外敷。

2. 交感神经触激术 定点:略。

3. 下肢痉挛定点法 在腹股沟韧带下方股动脉外侧,针刀沿股动脉搏动处外侧垂直刺入用点弹神经法,出现电击感后退出针刀至皮外,创可贴外敷。

4. 上肢痉挛定点 在甲状软骨外缘颈总动脉搏动处,针刀沿颈动脉搏动处外侧垂直刺入,出现酸麻胀痛感后退出针刀至皮外,创可贴外敷。

5. 切割松解纠畸术 足跖屈畸形:行跟腱针刀延长术;膝屈曲畸形:行腓绳肌止点切割术;髋内收畸形:做股内收肌切割松解术;髋屈曲挛缩畸形:切割松解挛缩的缝匠肌、股直肌、阔筋膜张肌;前臂旋前挛缩(由于旋前圆肌挛缩和(或)旋前方肌痉挛引起):行旋前圆肌肌腱起止点切割松解。拇指掌心位畸形:针刀切割松解拇长屈肌、拇短屈肌、拇展肌和第

1 骨间背侧肌尤其是拇长屈肌的痉挛,从而纠正畸形。

6. 疗程 6 日治疗 1 次,5 次为一疗程,连续治疗 2 个疗程。

体会:针刀治疗在中枢性运动障碍、动作姿势异常、肌痉挛以及运动功能方面疗效明显。针刀“针”的触激脊神经起到了解痉作用,缓解了痉挛状态;针刀“刀”的切割作用有助于矫正畸形,平衡肌肉力量,稳定不能控制的关节。针刀闭合触激、松解术为治疗痉挛性脑瘫探讨出新的治疗途径。

脊神经触激术能减轻痉挛,不能减轻或消除挛缩,能使痉挛得到治疗,但不能使因肌痉挛致使肌肉韧带的牵拉引起关节周围组织挛缩、畸形等得到治疗。而用针刀使电生理线路功能得到恢复,切割挛缩的肌组织、切断部分紧张的内收肌群或跟腱可减弱其力量,使其肌力和拮抗肌相等,起到了矫形外科的作用,达到了矫正畸形之目的。

针刀闭合松解术矫正或部分矫正动力性畸形是减弱单元的力量,对胫后肌、髂腰肌、腓绳肌、髋关节内收肌、比目鱼肌、上肢前臂和手的某些肌肉的肌腱部分切断,术后观察疗效如不理想,原因确属未完全减弱单元力量可再次行针刀闭合切割松解术,与外科手术相比没有矫枉过正之虑。

通过对内收肌群起止点的切割松解治疗髋部屈曲、内收和内旋畸形,效果明显,同时发现膝部的屈曲畸形和踝的马蹄畸形都得以减轻。行股动脉处针刀调节电生理线路治疗下肢痉挛性脑瘫,可明显减轻下肢肌张力、增加运动功能。

为避免损伤神经、血管,要求术者必须熟练掌握解剖知识,按 X 线标记线或肌性、骨性标志定位,遵照针刀医学定点、定位、加压、分离四步规程在正规手术室无菌操作。

针刀治疗本病,在针刀医学基本理论指导下,有两个创新点:一是用金属标记物对脊髓节段和神经根的精确定位,使针

刀治疗脊髓部位的安全性有了更大的保证；二是针刀治疗小儿痉挛性脑瘫，是针刀适应证的重大突破，也对这个世界性疑难疾病治疗的重大突破。相信再经过一段时间的努力，治疗水平和疗效会进一步提高。

注：点弹神经法适用于某一神经控制区域的大面积病变和长距离病变以及一些内脏疾病的治疗。用圆刀针刀在某一神经上使刀口线和神经纵轴平行刺入，直达神经表面，然后调转刀口线，使之和此神经纵轴呈 90° 角，用刀刃在神经上频频点弹，但不可损伤神经，此时患者会有电流沿神经流动的感觉。

（三）三位一体疗法治疗 2 型糖尿病

治疗方法：住院控制饮食两天后做糖耐量试验，据患者生化指标情况及自觉症状，采用针刀，以刀的作用进行刺激、切割、松解。对足三里、三阴交等穴，采用针刀针的作用进行刺激。同时根据中医辨证施治原则，口服中药汤剂及胶囊。治疗初始阶段不停用西药。经一个疗程治疗后复查生化指标，据病情变化调整或减少其原用降糖药物种类、剂量。

1. 针刀治疗 在 $T_6 \sim T_{12}$ 处触摸结节、条索状物或压痛点处进行切割、松解（此处往往有外伤、脊椎关节错位或压缩性骨折、骨质退行性改变）。术毕，配合相应的整脊手法。采用其针的作用，强化刺激，据其临床症状，辨证取穴。①膈俞： T_7 棘突以下，两侧旁开 3 寸，与肩胛下角平齐（在斜方肌下缘、背阔肌、最长肌，第 7 肋间动脉、静脉背侧支的内侧支，布有第 7 或第 8 胸神经后支内侧皮支，深层为第 7 胸神经后支外侧支）。②脾俞： T_{11} 棘突下两侧旁开 3 寸（背阔肌、最长肌和髂肋肌之间，第 11 肋间动脉、静脉背侧支的内侧支，分布第 11 胸神经后支内侧支，深层为第 11 胸神经后支外侧支）。③胃俞： T_{12} 棘突下、双侧旁开 3 寸（在腰背筋膜，最长肌和髂肋肌之间，有助下动脉、背侧支的内侧支有 T_{12} 神经后支外侧支）。④肾俞： L_2 棘突下旁开 3 寸，在腰背筋膜最长肌

和髂肋肌之间有 L_2 动脉、静脉背侧支的外侧支布有 L_1 神经后支外侧以支深层为第 1 腰丛)。⑤三阴交：小腿内侧足内踝尖上 3 寸，胫骨内侧后缘处，深层有屈趾长肌，有大隐静脉，深层有胫后动脉、静脉，布有小腿内侧皮神经，深层后方有胫神经)。⑥阴陵泉：小腿内侧胫骨内侧髁下缘凹陷中，胫骨后缘和腓肠肌之间（在胫骨后缘腓肠肌之间，比目鱼肌的上方。前方有大隐动脉、静脉，深层有胫后动脉、静脉，布有小腿内侧隐神经本干，深层为胫神经)。⑦足三里：胫骨前肌和趾长伸肌之间（有胫前动脉、静脉，布有腓肠外侧隐神经的皮支，深层为腓深神经)。针刀的切割松解和穴位的刺激在治疗中并举，每隔 5~7 日一次，3 次为 1 个疗程。

2. 治疗原则 必须遵循四诊八纲辨证施治的原则，坚持辨证与辨病相结合。在辨证的基础上要重视血糖、尿糖、胆固醇、血脂、血清微量元素的检验。对症状消除、血糖仍高在组方选药的基础上可加用有降糖作用的中药以提高疗效。糖尿病属中医学“消渴病”，归于燥病类范畴，其病津枯气亏，寒热杂呈。故而很难制定一病一方。概其要者基本方有三，仍需“观其脉证、知犯何逆，随证治之”。多食而渴，身形盛壮，热扰阳明，在经宜人参白虎汤，在腑尿多便予麻子仁丸。糖尿病日久气津两伤，神疲气怯，脾运受阻两补太阴，健脾益肺参苓白术散主之。对体形肥胖常以脾气虚与痰湿兼见，以二陈汤、四君子汤加减。糖尿病经治疗症状消除、身无不适，化验血糖、尿糖异常，宗名医施今墨先生药用：黄芪配山药，苍术配玄参，血糖不降加人参，尿糖不降加天花粉。

3. 西药口服降糖药主要有四类：①磺脲类：D-860、优降糖。其降糖作用依赖于有功能的胰岛 β 细胞组织，有人认为有胰外降血糖作用。副作用为易出现低血糖反应。②双胍类：二甲双胍、降糖灵，可增加外周组织对葡萄糖摄取和利用，通过抑制糖原增生及糖原分解。可降低血糖量，老年患者慎用。

③ α -葡萄糖苷酶抑制剂：阿卡波糖通过抑制小肠黏膜上皮细胞表面的 α -葡萄糖苷酶而延缓碳水化合物的吸收，从而降低餐后高血糖。是2型糖尿病空腹血糖正常而餐后血糖明显升高者的首选药物。肝功能不全者慎用。④格列酮类：罗格列酮，增加靶组织对胰岛素的敏感性，减轻胰岛素抵抗，故被视为胰岛素增效剂。对2型糖尿病胰岛素抵抗明显者及用其他降糖药物不佳者可单独使用。副作用：可引起严重肝损害。在综合以上四类药物中据其适应证和禁忌证选择安全有效的药物。采用三位一体疗法治疗时，对其原用种类、剂量进行调整，使其逐渐递减药量最终停用。患糖尿病多年，已有器质性损害，功能恢复需一定时间和过程，已服用多年的降糖药物不能突然的停下来，待针刀和中药的治疗发挥作用，随着胰腺功能的修复逐渐减少种类，减少剂量，其用药剂量掌握在三位一体疗法治疗前的三分之二量，日后随病情的变化逐渐减量，待胰腺的生物效应得以增强，外周组织对胰岛素的增加，机体对胰岛素的抵抗改善后最终停用。

（四）针刀疗法治疗腰椎间盘突出症

1. 针刀闭合性松解术 患者俯卧，腹下垫10~15cm厚的垫子，皮肤常规消毒，铺消毒洞巾，戴无菌手套。

（1）棘突间施术：在患椎上、下棘突间，针刀垂直皮肤表面，刀口线与脊柱纵轴垂直，瞬间刺入，先切割棘上、棘间韧带，感觉手下有松动感时，再加压深入直达黄韧带，深度一般在2.5cm左右，到达黄韧带的感觉是刀下柔韧、阻挡感，然后调转针刀，平行于脊柱纵轴，纵行剥离松解黄韧带数刀，出针刀，创可贴外敷。

（2）横突间施术：在后正中线旁开2.5cm处，病变椎间盘上下腰椎横突间，针刀垂直于皮肤表面，刀口线平行于脊柱纵轴，瞬间刺入，深度直达椎板，先切割椎间小关节韧带，再加压沿椎板下缘松解横突间韧带，出针刀，创可贴外敷。

(3) 臀部和下肢压痛点施术：在患侧臀部和下肢寻找敏感压痛点。一般多在骶髂关节。“环跳”、“风市”、“承山”穴等处，针刀垂直于皮肤表面，刀口线与该处肌肉走行方向一致，施术部位避开重要神经、血管，加压的瞬间刺入，先纵行疏通，再横行铲剥数刀，出针刀，创可贴外敷。

注意事项：①严格无菌操作，手术前仔细检查所用针刀有无针体隐约断裂，刀刃卷曲。②棘突间施术时，深度不得超过黄韧带，以免损伤脊髓；横突间施术时，深度不得超过横突深度，以免损伤神经根或腹内脏器。

2. 骨盆牵引 患者仰卧位，抬高床尾 15cm，采用短时间，大重量骨盆牵引术，一般牵引时间为 20 分钟，所用牵引重量一般为自身体重的 1.5~2 倍，视患者耐受程度牵引。

3. 手法

(1) 椎间盘突出属侧偏型者采用旋转复位法：以腰椎间盘突出偏左为例，患者坐于方凳上，让一助手固定患者右膝部，术者坐于患者背后，右手从患者右腋下伸过搭在左肩上，左手拇指顶住患椎棘突，让患者放松，右手用力使患者前屈并右旋，当旋到最大限度时，再加大右旋力度；左手拇指同时上推棘突，听到“咔嚓”响声终止手法。

(2) 椎间盘突出属中央型者采用上提下压法：患者俯卧，让一助手站患者足端，双手握踝关节处，有节奏的上提，术者立于患者身旁，双手重叠压于患椎棘突，随助手上提而下压，重复 20 次后，让助手加大上提幅度，术者继而下压，听到“咔嚓”声即终止手法。手法结束后，让患者卧床 3 天。

(五) 针刀疗法治疗腰椎间盘突出症术后复发

腰椎间盘突出症术后复发者常见，对此缺乏有效治疗，是治疗学上的老大难问题。针刀医学理论认为其病因病理是脊柱动态平衡失调，腰和下肢的软组织损伤。笔者自 1990 年起，

采用针刀疗法治疗腰椎间盘突出症（简称腰突症）术后复发的患者120例，取得了满意疗效。

1. 一般资料 本组120例，均为腰突症外科手术后复发者。3个月以内复发者24例，半年内复发者43例，1年内复发者37例，3年内复发者16例。其中 $L_4 \sim L_5$ 术后复发者87例， $L_5 \sim S_1$ 术后复发31例， $L_3 \sim L_4$ 术后复发2例；行一次外科手术者104例，行两次手术者11例，行三次手术者5例。

2. 临床表现

(1) 症状：腰及下肢疼痛、麻木、沉重、酸胀等。

(2) 体征：腰部功能受限，脊柱侧弯畸形，腰段后正中可见10cm左右术后瘢痕，棘突阙如，棘间、棘旁深压痛或放射性麻痛，髂嵴中点、股外侧中点、腘窝线中点等处可查及敏感压痛点，直腿抬高试验阳性，臀部、小腿部明显肌肉萎缩，有小腿外侧感觉异常61例。

3. CT检查 CT片可见棘突阙如或椎板不全，本组患者均有腰椎间盘突出，其中有 $L_5 \sim L_4$ 椎间盘突出97例。 $L_4 \sim L_5$ 椎间盘突出4例， $L_5 \sim S_1$ 椎间盘突出19例。均有不同程度硬膜囊、神经根受压。排除腰椎结核、肿瘤等疾病。

4. 治疗方法：均采用针刀闭合性松解术治疗。

(1) 俯卧，腹下垫10~15cm厚垫子，定点，皮肤常规消毒，铺消毒洞巾，戴无菌手套。

(2) 施术方法：根据临床查体，在敏感压痛点处施术，如腰部无敏感压痛点，应根据CT片所示，在病变椎间盘棘间、棘旁1~2.5cm处施术。

(3) 腰骶部施术：棘间：刀口线平行于后正中线，针体与皮肤表面垂直刺入，切割松解棘间病变软组织。棘旁：一般在距后正中线1~2.5cm处施术，刀口线平行后正中线，针体与皮肤表面垂直刺入，直达椎板或横突，切割、松解椎旁韧带，肌纤维，感觉手下松动感，出刀，观察刀口无渗血，创可

贴外敷。

(4) 下肢部施术：在下肢查寻敏感点，一般在髂嵴中点，梨状肌体表投影区外侧，臀中肌外侧中点，腘窝线中点，小腿外侧中点。针体与皮肤表面垂直，刀口线与肌纤维走行方向平行，施术部位避开重要神经、血管，加压后瞬间刺入，先纵行剥离，再横行剥离数刀，出针刀，创可贴外敷。

(5) 注意事项：①腰突症术后复发患者，由于手术时切除了椎板及棘突，棘间施术时缺乏骨性标志，应小心摸索进针，针刀深度一般不超过4cm，以免损伤脊髓。②严格无菌操作，术前仔细检查有无针体隐约断裂或刀刃卷曲。③消除患者紧张情绪，使之配合治疗。

5. 疗效标准及治疗结果 症状完全消失，功能完全恢复为优，其中优者78例，占65%。症状基本消失，功能完全恢复为良24例，占20%。症状和功能有一定程度恢复为好转，其中好转14例，占11.7%。症状和功能治疗后无明显改善为无效，其中无效4例，占3.3%，总有效率为96.7%。



三、针刀治验

(一) 腰突症术后复发

1. 李某某，女，42岁，河南省漯河市人。腰及左下肢剧痛、麻木伴功能障碍3年，行 L_4-L_5 椎间盘摘除术7个月，症状复发加重，持续腰及左下肢后外侧疼痛，活动受限，不能站立及行走，行动靠家人背着，于1993年10月17日入院。查体：腰部功能受限，腰段后正中线处可见10cm左右术后瘢痕， L_4-L_5 棘突阙如， L_4-S_1 棘间、左侧棘旁深在性压痛、左髂嵴中点，梨状肌体表投影区外侧，股外侧中点等处压痛明显，左侧直腿抬高试验 20° （+），仰卧挺腹试验（+），左侧臀部、小腿后侧肌肉萎缩，左脚趾背伸肌力Ⅳ级，膝腱反射减弱，跟腱反射消失。CT片示： L_4-L_5 棘突阙如， L_5-S_1 椎间

盘向左后突出 0.6cm，硬膜囊受压变形，神经根显示不清，左侧隐窝狭窄。入院诊断：腰突症术后复发（ $L_5 \sim S_1$ ）。住院期间，在腰及左下肢敏感压痛点处，行针刀闭合性松解术 4 次，腰腿疼痛、麻木等症状消失，功能受限解除，无明显不适感，痊愈出院。

2. 金某某，男，47 岁，临清市卷烟厂工人。腰及右下肢后外侧疼痛、麻木伴功能受限 3 年余，行腰椎外科手术治疗 3 次，症状无明显缓解。于 1993 年 7 月 24 日入院。患者自 1990 年 3 月始有腰部、右下肢疼痛，伴功能受限，不能长时间行走，疼痛难忍，遂在济南行 L_{4-5} 椎间盘摘除术，术后症状无缓解，3 个月后又做神经根管扩大术，术后症状改善不明显，复做 CT 检查示： $L_5 \sim S_1$ 椎间盘突出 0.5cm，硬膜囊受压，淹没右侧神经根，于 1991 年 12 月 6 日行 $L_5 \sim S_1$ 椎板、黄韧带切除减压术，术后症状减轻，仍留有腰腿功能受限，来诊前 3 个月症状复发加重，功能受限，患者不接受再次外科手术治疗，来我院诊治。查腰部功能受限， L_4 、 L_5 棘突阙如，腰段可见 10cm 术后瘢痕。 $L_4 \sim S_1$ 棘间、右侧棘旁深压痛并放射性麻痛，右侧直腿抬高试验 30° （+），加强试验（+），右侧小腿外侧、足背浅感觉减弱，双侧膝腱、跟腱反射消失。CT 片示： $L_5 \sim S_1$ 椎间盘向右后突出 0.3cm，右侧神经根显示不清，椎管不窄， L_4 、 L_5 棘突阙如，椎板不全。入院诊断：腰突症术后复发（ $L_5 \sim S_1$ ），住院治疗 27 天，期间行小针刀闭合性松解术 5 次，术中重点松解腰部压痛的病变软组织。出院时患者腰腿无明显不适，无功能受限，未查及敏感压痛点及阳性体征，CT 检查示，治疗前后无明显改变。患者痊愈出院。

（二）糖尿病

郭某，男，50 岁，冠县北陶乡干部，既往有糖尿病史。患者于 1996 年 4 月 7 日接受三位一体疗法治疗。查体：体型

较胖、面色赤红，BP：20/13kPa， T_{8-12} 触及不规则条索物且压痛明显，X线片示： T_{11-12} 见有压缩性骨折。即日采用针刀闭合松解术，松解 T_{8-10} 棘间韧带、横突间肌、椎旁软组织。据证口服金匱肾气汤加减。经一个疗程治疗，患者在家自行检测小便尿糖转阴，自停降糖西药。10天后再次自测小便，尿糖++，随即来诊，背部仍有压痛点，在压痛处行针刀松解术，并配合相应整脊手法，嘱其中药继用，西药减量。优降糖2.5mg，2次/日，降糖灵25mg，1次/日，7天后来院，查尿糖阴性，血糖7.8mmol/L。调整医嘱：优降糖2.5mg，1次/日，中药停用。一个月后复查，尿糖阴性，血糖5.7mmol/L。嘱其停用西药降糖药，据证配制中药胶囊，口服30天，以善其后。3个月后来院复查，血糖5.9mmol/L。尿糖阴性，停用一切治疗。经3年随访，病情稳定，身体健康。

（三）类冠心病

1. 男性，57岁，干部。患者胸痛，胸闷，左心前区隐痛，间歇发作10年，多次以冠心病心绞痛，急诊入院抢救。体检：肥胖，BP：19/13.5kPa，心电图示： V_5 的T波较低平，心率：80次/分。颈部外观正常，旋转受限， $C_7 \sim T_1$ 棘突，椎旁及左侧肩胛骨内缘均有压痛，颈椎X线片示：颈椎增生， C_{2-6} 椎间狭窄，项韧带钙化。临床诊断：颈椎病引起类冠心病发作。治疗：针刀松解， $C_7 \sim T_1$ 棘间韧带、横突间韧带、斜方肌。经一次治疗，症状消失，一周后复查心电图，报告：“正常范围心电图”。随访2年，一切正常未再复发。

2. 女，56岁，农民，左心前区刺痛，间歇性发作7年，经多方求治，效果不显。查体：体形肥胖，颈部活动受限，压头试验（+）， $C_7 \sim T_1$ 明显压痛，BP：21.5/13kPa，胸透：横位心，两肺（-）。多次心电图检查： V_5 的T波倒置，ST段下移0.02。颈椎X线示：颈椎呈反张，椎间孔变窄，临床诊断：颈椎病引起类冠心病发作。治疗：小针刀松解 $C_7 \sim T_1$ 棘

间韧带，治疗一次症状消失。4个月后复查心电图：正常心电图，随访1年病情稳定，未有不适。

通信地址1：山东省临清市人民医院

电话：0635-2313119

邮政编码：252600

E-mail: RXF3725@163.COM

地址2：北京和谐医院

电话：010-86645218 13522215120

挖掘九针研创“针灸刀” 以痛为腧“穴位松解术”

——任志远临床经验

任志远，男，1934年12月出生，解放军254医院医疗科副主任医师。中国传统医学针灸刀研究会理事长、国际颈肩腰腿痛研究会中国分会理事、中国骨伤人才学会多种针刀专业委员会副主任。

在古代中医“九针”的基础上，挖掘中医学遗产，根据经络学说，开创“针灸刀疗法”。发明的针灸刀具获国家专利。应用针灸刀进行“穴位手术”，治疗颈、肩、腿痛3万余例。



一、学术特点与医疗特长

（一）首创针灸刀疗法

针灸刀疗法即“穴位松解术”，是在挖掘中医学“九针”的基础上，结合经络学说并进行大量临床实践研究成功的，具有治疗简便、无痛苦、无瘢痕、无需缝合等特点。实用新型针灸刀，属于针灸科或外科用的医疗器械。（申请号/专利号：92222082）这种九件一组针灸刀各自分为刀体、刀柄和刀头三部分，刀体均为直的圆杆状，一端为铜线缠绕的刀柄，依刀头的形状不同分别为平刃刀、直钩刀、圆刃刀、弧形钩刀、剑形刀、箭头刀、拨骨针刀、三棱刀、圆头针。使用时，根据病情选用，以痛为腧，以通治痛，乃为强通之术。刀头小巧，损伤少，携带方便。如面积相对广泛的选用弧形针灸刀，对体型瘦

弱患者，可选用直角型针灸刀等。

据临床观察3万余例患者证实，该疗法可适用于颈椎病、肩周炎、椎间盘突出、椎管狭窄、网球肘、腱鞘炎、骨质增生、跟骨骨刺等症，治愈率达85%，总有效率95%。已为国内外许多患者免除了手术痛苦，而且节省了大量医疗费用。特点是以痛为腧、以痛治痛、强通之术。应用针灸刀进行“穴位松解术”，剥离粘连，松解痉挛软组织，改善微循环，增强新陈代谢，消除无菌性炎症的恶性循环，达到通经散结、经脉通畅的目的。

（二）针灸刀疗法治疗神经根型颈椎病

1. 体位 俯卧位，过于肥胖者，可改为侧卧位，便于循经检查穴位和手法操作。

2. 查穴 沿手三阳、足三阳经脉及华佗夹脊穴之走行方向，应用审、切、循、按、扪等中医的物理检查方法，发现有异常变动的穴位，如局部皮肤颜色改变，呈党参花纹样变化，软组织紧张、硬结、索条、压痛点、敏感点等变化，做好标记。

3. 麻醉 常规用碘酒、酒精消毒。根据穴位病理变化的深浅、范围的大小、走行的方向等，将0.5%~1%普鲁卡因1~2ml注射于皮下及穴位病理变化之周围，以起到局麻作用为度，不可注射麻药过多或过于广泛，以防针灸刀操作时，迷失组织解剖方向，给穴位手术带来困难。

4. 手法 根据经脉穴位病理变化的具体情况，可选用不同类型的针灸刀具，对局部有压痛、敏感、皮肤颜色变化者，上述穴位组织的病理变化都比较表浅，其面积相对的广泛，可选用弧形针灸刀，对体型瘦弱患者，可选用直角型针灸刀，此两种刀具其作用基本相同，外形相似，不过，前者穴位松解面积较广泛，选择使用针灸刀具时，没有严格的规定，依患者的具体情况而定，也可相互配合使用。顺局麻注射针孔，刺入皮

下，通过皮下脂肪组织，达深筋膜，应用针灸刀沿背上下推移，游离筋膜上的脂肪组织，再将刀尖刺入筋膜下，缓缓进行切割长约0.5~1cm。对局部有软组织紧张、索条、硬结等变化者，且病变部位较深，可选用箭头型或尖刃型刀具，前者刀锋呈双相，可两侧同时进行切割分离，后者刀锋为单相，仅能向一侧切割分离。可按穴位具体变化，选用其中之一，也可相互配合使用。刺入皮肤后，向深层刺入时，要逐层寻找穴位的病变组织，通过皮下脂肪组织、深筋膜、肌层等，刀口线与身体纵轴平行，向左右剥离，必要时，需要切断索条时，可按需要调节刀锋的方向，同时进行切割和分离，松解粘连。拔出针灸刀，无需缝合，仅留一针孔，覆盖无菌敷料即可。一次为一疗程，不愈者相隔1周至2周，仍可再做。

5. 治疗穴位有大椎、肩外俞、风池、肩髃、肩髃、颈和胸椎的夹脊穴、阿是穴等。上述穴位均在颈胸部，浅层虽无重要神经和血管，但深层靠近胸腔和椎管，严防失手损伤胸腔脏器和脊髓：①要求清楚穴位局部解剖；②操作时，要做到稳、准，逐层体会组织针感，借助刀具和术者的手指感觉来完成，一定做到心中有数，不可贸然进行，才不至于因失手造成重要脏器损伤；③当完成操作后，拔出针灸刀时，针孔往往有少量出血，不必压迫止血。根据《灵枢·寿夭刚柔》所云：“久痹不去身者，视其血络，尽出其血。”故通过刺络放血，瘀血去则新血生，瘀除则血行，血行则风自灭，经络通畅，痹痛去矣。

（三）针灸刀疗法治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎大多是由于急慢性损伤、劳损所致。临床症状有不同程度的腕后桡侧和拇指背侧持续性钝痛，随拇指外展、背伸活动而加剧。有的病例伴有向手及肩臂部放射。体格检查：在桡骨茎突表面或较远侧有局限性压痛，有时可扪及痛性结节。握拳尺偏试验阳性（Finkelstein征阳性）。

治疗方法：患者取仰卧位，患侧手握拳，掌心向内，检查患处压痛及硬结处，让患者缓缓尺偏患肢，确定腱鞘狭窄处，用甲紫在此做标记，常规皮肤消毒，2%利多卡因2ml加地塞米松5mg局部麻醉。选用任氏针灸刀（弯钩型），顺肌腱走向进针刀，深达骨面后稍退针，纵行切开松解，针刀上下移动2~3次即可，术后无菌敷料覆盖。3周后复查，如1次未完全治愈者可在原位继续再治疗1次。

应用针灸刀疗法治疗此病，其主要作用在于能彻底地解除周围组织及腱鞘的粘连、卡压，能彻底地松解狭窄的“骨-纤维隧道”，使肌腱的滑动自如。“通则不痛”，“梗阻”解除了，患者疼痛消失，活动自如。应用针灸刀疗法治疗此病大多1~2次即可完全治愈。

（四）针灸刀疗法治疗跗骨窦综合征

跗骨窦综合征是指踝关节内翻损伤的伴随损害，由于外伤或劳损致使跗骨窦内软组织发生无菌性炎症，刺激和卡压了神经末梢而发生疼痛。

1. 临床表现 主诉足背或踝关节疼痛，少数有跛行，一般无肿胀，在跗骨窦处有明显压痛，可向踝关节或足放射。趾屈和踝内翻试验跗骨窦处疼痛加重。跗骨窦普鲁卡因封闭试验可使疼痛暂时缓解。血常规、血沉、X线检查均正常。

2. 诊断与鉴别诊断 大部分病例有踝关节内翻扭伤史，根据上述临床表现，注意与类风湿关节炎、踝关节韧带扭伤、踝关节半脱位，踝关节及诸跗骨骨性病变相鉴别。

3. 操作方法 ①首先确定跗骨窦的解剖位置。②局部普鲁卡因封闭，跗骨窦区的疼痛暂时缓解，否则不是针灸刀治疗的适应证。做局麻的同时，应用注射针头探查跗骨窦的解剖位置，其针头勿拔出，可作针灸刀的导针作用。③针灸刀顺其局麻针头缓缓刺入，直达跗骨窦的基底，即坚硬的骨质，在骨膜上顺肌腱走行方向切痕松解，逐渐向跗骨窦四周切痕，注意切

痕组织时的手感，防止误伤肌腱和重要血管神经。彻底松解跗骨窦内软组织后，拔出针灸刀，无需缝合。

(五) 针灸刀疗法治疗腓浅神经卡压症

1. 临床表现 主要为小腿外侧、踝、足背疼痛伴感觉减退，腓侧下1/3有轻度肿胀，光明穴、阳辅穴压痛，腓浅神经行经处Tinel征阳性，跖屈内翻试验症状加重，封闭治疗疼痛缓解。

2. 操作方法 健侧卧位，患侧在上。采用审、切、循、按、扪等中医物理检查方法。可以发现异常变动的经穴，多见光明穴、阳辅穴有明显病理变化，此二穴属足少阳胆经，循经向远端有叩击痛、皮肤感觉减退，作为标记。点穴麻醉、针刺麻醉、药物麻醉3种，可按具体情况任选。药物麻醉可同时作封闭试验，当封闭后局部症状可暂时缓解才是针灸刀治疗的适应证。同时利用局麻针头，在穿刺和注射麻药的过程中，体会组织针感，了解穴位局部解剖。但注射麻药勿过深或广泛，以免针灸刀操作时，迷失组织解剖方向，给穴位松解术带来困难。待麻醉完成后，选用直角形针灸刀，将刀尖垂直刺入，深达皮下，旋转90°，刀背与身体纵轴平行，向近心端慢慢推移，钝性分离深筋膜上的脂肪结缔组织，再回旋90°，刀尖又呈垂直深筋膜状态，抬高刀柄45°，将刀尖刺入筋膜下，缓缓向远心端进行钩割长约0.5~1cm，要求彻底松解狭窄的神经出口，完全解除卡压，拔出针灸刀，伤口为一针孔，无需缝合，覆盖消毒敷料。对不愈者，待1~2周，可重复再做。

3. 讨论 腓浅神经发自腓骨颈总腓总神经，沿小腿外侧下行，约于小腿下1/4穿出深筋膜，此处筋膜镰状切迹形成一固有裂孔，称为该神经的出口，可因外伤和劳损等因素发生狭窄，对该神经卡压，发生所支配区域的皮肤疼痛和感觉障碍。据文献报道，手术松解狭窄的神经出口，解除神经卡压是惟一的治疗手段。我们应用针灸刀进行穴位松解术，同样达到上述

的目的,使患者免于手术之苦。经解剖观察,光明穴或阳辅穴恰在腓浅神经的出口,因此,也可将此穴位的松解术,称为经皮腓浅神经松解术。

(六) 针灸刀疗法治疗腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症引起的腰腿疼,其发病机制,现代医学认为有以下4种学说:①1934年 Mixfer 提出机械压迫神经根学说;②1977年 Mashall 提出化学性神经根炎学说;③1977年 Gerfzbein 提出自家免疫学说;④1962年国内宣蛰人提出软组织无菌性炎症学说。迄今,腰椎间盘突出症引起的腰腿痛的发病机制,尚不完全清楚。自1934年 Mixfer 报告手术切除髓核以来,机械性压迫神经学说占了统治地位,虽然手术方法经过多次改进,其效果仍不令人满意,而且还有可怕的并发症,往往使患者有望而生畏之感。

中医学早在两千多年前,《黄帝内经》一书中就有记载,此病属于中医痹症范畴,其机制由外伤、劳损,风寒湿邪乘虚而入,浸淫足太阳经脉,气血瘀滞不通,壅塞经络,而发生一系列的腰腿痛症状。我们根据中医“不通则痛”的理论,“以通治痛”的治疗原则,在古代“九针”的基础上,结合经络学说和现代医学的软组织无菌性炎症学说,研究出一种“针灸刀疗法”,进行穴位松解术,应用针灸刀剥离粘连,松解拘挛之软组织,改善血液循环,加强新陈代谢,消除无菌性炎症,达到疏经活络,经脉通畅的目的,气血正常运行,邪痹即除。

1. 治疗穴位 大肠俞、白环俞、关元俞、上髂、腰部夹脊穴等。

2. 操作方法

(1) 体位:俯卧位,腹部过于肥胖者,可改为侧卧位,患侧在下,肌肉放松,便于检查经脉及操作。

(2) 察穴:采用审、切、循、按、扪等中医物理检查方

法。发现异常变动的经穴，如局部皮肤颜色改变、软组织紧张、压痛点、结节、索条等变化，做好标记。

(3) 麻醉：常规碘伏消毒。根据穴位病理变化的深浅、大小、走行范围等，将 0.5% ~ 1% 普鲁卡因 1 ~ 2ml 注射周围，以起到局麻作用为度。不可注射过深或过广泛，以防针灸刀治疗时，迷失组织解剖方向，给穴位松解术带来困难。

(4) 手法：根据穴位的病变具体情况，选用不同类型的针灸刀具。对局部软组织紧张、硬变、条索者，可选用弧形针灸刀具；对体质瘦小者，可选用直角形针灸刀具，刺入皮下，通过皮下脂肪组织，深达腰背肌筋膜下，缓缓进行切割，长约 1 ~ 2cm。对有结节、压痛点、皮肤颜色有变化者，可选用剑形针灸刀具，刺入皮肤，通过腰背肌筋膜，深达肌层，刀口线与身体纵轴平行，向左右剥离数次，拔出刀具，无需缝合，覆盖消毒敷料。

对不愈者，待 1 ~ 2 周后，可重复再做。

(七) 针灸刀疗法治疗胸椎间盘突出症

胸椎间盘突出症报告较少，但也并非罕见。在 CT 和 MRI 未普及以前，只因症状较轻又缺少特殊的典型症状，多被临床上忽略。目前的对症治疗，又多不令人满意，我们根据经络学研究的针灸刀疗法。通过循经查穴、辨经、辨证，在有阳性反应的腧穴上进行“穴位疏通术”，治疗胸椎间盘突出症 45 例，疗效满意。

1. 临床资料 45 例患者，合并颈椎病 5 例、胸椎管狭窄 6 例、冠心病 15 例、胆结石 8 例、肝癌 1 例、胃癌 1 例。本组病例均经 CT、MRI 检查。发生在胸 1 ~ 5 节 9 例、6 ~ 9 节 2 例、10 ~ 12 节 24 例。背部疼痛、肋间神经痛 12 例。胸与背痛同时出现 12 例。叩击胸椎棘突，可诱发疼痛 7 例。下段胸椎病变可放射到上或下腹部疼痛 3 例。性功能障碍 1 例。下肢无力、麻木、步履不稳等 2 例。髌阵挛、踝阵挛、Babinski 等

病理征阳性3例。点压华佗夹脊穴、督脉、足太阳膀胱经等试验，可诱发上述疼痛者为阳性8例。常规化验无明显发现。X线片检查：胸椎间隙变窄、边缘硬化、唇样骨赘等退行性变化，髓核钙化阴影，椎体压迹、(schmol氏结节)，只能作为间接诊断依据，CT、MRI、脊髓造影等检查，为重要诊断依据。

2. 诊断 根据临床症状、体征和影像学检查三结合的方法确诊胸椎间盘突出症是不困难的。必须注意排除脊髓肿瘤、腹腔胸腔肿瘤、蛛网膜炎等疾病。

3. 治疗方法

(1) 体位：俯卧位。腹部过度肥胖者，可改为侧卧位，患侧在上，肌肉放松，便于检查经脉和操作。

(2) 取穴：循足太阳膀胱经、督脉、胸部华佗夹脊穴的走行，采用审、切、循、按、扪等中医物理检查方法，可发现异常变动的经穴，如局部皮肤颜色改变、软组织紧张、压痛点、结节、索条等变化，做好标记。常用治疗穴位：附分、神堂、阳纲、魄户、膈关、膏肓俞、华佗夹脊、阿是穴等。

(3) 皮肤消毒。

(4) 麻醉：局麻、针麻、耳穴压豆按摩麻醉法等均可。

(5) 刀具：大小钩形针灸刀、剑形针灸刀、尖刃形针灸刀。

(6) 进针灸刀解剖层次与深度：皮肤、皮下组织、胸背筋膜、肌肉、胸椎椎板横突等。

(7) 手法：根据穴位的病变具体情况，选用不同类型的针灸刀具。对局部软组织紧张、硬结、索条，病变面积较广泛而且较浅者，可选用钩形针灸刀具；对体大肥胖者选用大号钩形针灸刀；体质瘦小弱者，选用小号钩形针灸刀。采用钩割法，刀尖垂直刺入皮下，通过皮下脂肪组织，深达胸背筋膜，刀柄旋转90°，用刀背上下推移，游离脂肪组织，再将针尖回