

转90°，刺入胸背肌筋膜下，缓缓进行切割，长约1~2cm。对有结节、压痛点、皮肤颜色有变化，且病变面积相对狭小而且较深者，可选用剑形针灸刀；体质瘦小者，选用尖刃形针灸刀。刀尖垂直刺入皮肤，通过胸背肌筋膜，深达肌层病变部位，刀口线与身长纵轴平行，左右摇摆针尾，剥离松解数次，拔出刀具，无需缝合，覆盖消毒敷料，对不愈者，待1~2周后，可重新检查，重复再做。

注意事项：一定要采用双手法，注意术者用手指感觉针灸刀下的解剖层次及控制深浅度，以免失手，损伤深部的重要脏器和神经组织。

4. 结果 本组病例，经1~5年随访，平均1年9个月。痊愈：症状与体征完全消失，能正常参加工作29例（64.44%）。好转：症状和体征基本消失，能恢复原工作，有时劳累后，胸背部和（或）下腹部仍有轻微疼痛19例（23.23%）。无效：症状与体征同治疗前，无改善7例（15.56%）。无1例感染，未发现任何并发症。

5. 体会 我们在“古九针”的基础上结合经络学说，研究出一种针灸刀疗法，通过辨经、辨证和循经查穴在有阳性反应的腧穴上，进行穴位疏通术。应用针灸刀剥离粘连，松解经挛之软组织，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，经脉畅通的目的。气血正常运行，邪痹即除。

夹脊穴虽为经外奇穴，并非与十四经无关，内邻督脉，外邻膀胱经，与以上两经有密切关系。目前对胸间盘突出症引起的下腹部或胸背痛，诊治方法虽然很多，尚不能令人满意。针灸刀疗法，方法简单，安全，未发现任何并发症。

（八）针刀治疗先天性小儿狭窄性腱鞘炎

先天性狭窄性腱鞘炎在早期多被忽略，一两岁后才被发现，目前在治疗方面，西医主张早期手术。任志远治疗本病

96例, 2岁以内者采用手法松解, 2岁以上者采用针刀松解, 疗效满意。

1. 治疗方法

(1) 手法松解: 2岁以内采用手法松解, 经按摩弹拨来剥离粘连, 松解狭窄, 解除绞锁和弹响, 使肌腱在腱鞘内自由运转, 恢复正常的滑动功能。将患拇对抗牵引, 牵引时屈曲其患拇的掌指关节, 用中指顶住患拇腱鞘狭窄部向尺侧推按挤压。然后再紧握其患拇做对抗牵引, 屈伸患拇掌指关节, 以右手拇指尖端, 用力向桡侧推按挤压患拇腱鞘狭窄部, 可反复数次。1周2次, 1个疗程8次手法松解。不成功者可改用针刀松解。

(2) 针刀松解: 体位: 仰卧位。取穴: 手指伸直展开, 以拇指指纹中心为一点, 腕管出口中心为一点, 连一直线, 此线为“瞄准线”, 其与掌指横纹交叉点为进针点, 即是“腱鞘炎穴”。消毒皮肤后, 用0.5%利多卡因或普鲁卡因局部浸润麻醉。刀具: 小钩形针刀。进刀解剖层次与深度依次为皮肤、皮下、腱鞘。操作技巧: 刀尖垂直刺入皮肤, 在皮下旋转 90° , 用刀背向近心端推开皮下组织约0.3~0.5cm, 即达到腱鞘狭窄处的近侧缘, 再回旋 90° , 刀尖又呈垂直腱鞘状态, 刀柄向下加压, 使刀尖刺入腱鞘内, 为防止刀尖伤及腱鞘内的肌腱, 刀柄抬高 45° , 保持在“瞄准线”上, 不准偏斜, 恰在腱鞘走行之中央, 就不会伤及指骨两侧走行的血管神经, 向远心端钩割至原针孔处, 同时可感到或听到钩割腱鞘的“喳喳”声, 把狭窄的腱鞘彻底钩割开, 患指能自由伸屈, 无障碍和弹响, 证明狭窄的腱鞘已被松解。要求一次成功, 不可反复钩割。因小儿组织细小和脆弱, 防止伤及血管神经和肌腱, 从原孔退出, 针孔无需缝合, 盖无菌敷料。

2. 讨论 在胎儿期和婴儿期, 全身屈肌较伸肌相对发达, 各个关节多呈屈曲位, 手指关节更为明显, 呈特有的婴儿握拳状态, 往往被父母所忽略。到1岁以后, 母亲才发现手指不能

自由伸直和屈曲，呈绞锁状态。本组屈曲位绞锁者 87 例，伸直位绞锁者 9 例，这是与成人不同之处。为预防手指挛缩畸形发生而影响日后功能，主张早期治疗。因此长期劳损和风寒湿邪因素对于小儿往往并不存在，因此致病因素与成人不同。笔者认为可能与下列因素有关，先天拇指籽骨肥大和腱鞘韧带处存在增厚的索条。出生后婴儿全身屈肌比伸肌相对地发达，出生前在子宫内胎儿和出生后的婴儿体位呈屈曲状态，尤其是四肢。手指成握拳状态，而且拇指在掌心，其他四指压于拇指上，拇指呈过度屈曲位，影响拇指肌腱腱鞘的发育，可发生肌腱挛缩、腱鞘皱叠、管腔狭窄。

这要求术者必须了解手的局部解剖，按具体操作常规，将患拇标志“瞄准线”及“进刀点”弄清楚，前者是指屈肌腱走行的体表投影，后者是指该腱鞘狭窄的部位体表投影。进针深度要求仅达到狭窄腱鞘的腹侧壁，不接触肌腱组织，更不接触该腱鞘背侧壁、腱系膜及骨质。因屈指肌腱在指腹侧正中走行，指神经和血管在两侧走行，因此，在操作常规中，要求钩割腱鞘时，不可偏离“瞄准线”，还要求针刀柄抬高 45° 。因使用小钩形针灸刀，其刀锋与刀柄呈 90° ，进针时刀尖垂直腱鞘和肌腱的方向，当刀尖刺入后，刀柄抬高 45° ，刀锋改变方向，而单独与腱鞘垂直，就可伤及腱鞘内的肌腱。因为是闭合手术，并非直观，尤其小儿组织细小脆弱，术野狭小，不可疏忽大意，已有多篇文献报道手术治疗失败后，屈指肌腱和指神经血管损伤，应引以为戒。



三、针刀治疗

肩关节骨错缝

张某，男，47 岁，纺纱厂工人。肩背疼痛活动受限已 4 个月，影响工作和睡眠，经服药、理疗、针灸治疗无效。检查

肩胛骨脊柱缘肌肉紧张和压痛，经测量肩胛骨下角向内上移位。点压按摩附分、魄户、膏肓、神堂、天宗、肩外俞等穴，用钩形针刀松解拘挛组织。2 周后症状完全消除，肩胛骨下角位置恢复正常，恢复原工作，3 年未见复发。

工作单位：天津市 254 医院西院

通讯地址：天津市河北区黄纬路 60 号

邮政编码：300142

电话：022-26357179，84683489

临床研治骨伤软伤 针刀结合手法药物

——朱国庆临床经验

朱国庆，男，1952年7月生。现任大连市中心医院软伤针刀理疗科主任、副主任医师。中华中医药学会针刀医学专业委员会常务委员。大连市中医药学会针刀医学专业委员会主任委员。中国骨伤人才学会多种针刀学术委员会副主任委员。

撰写论文50余篇，《实用颈肩腰腿针刀治疗学》主编，《针刀医学》教材副主编。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀闭合性松解术治疗神经根型颈椎病

颈椎病是临床上常见的多发病，近年来，随着人们工作性质和生活方式的改变，其发病率呈逐年上升及发病低龄化的趋势，而神经根型颈椎病又是各型颈椎病中发病率最高的一种，笔者采取三步神经定位法作出精确定位，针刀微创闭合松解术治疗本病。

1. 治疗方法

（1）患者采取俯卧低头位，双手垫额，保持头颈部稳定，充分暴露术区。

（2）定点，消毒。根据以上神经定位诊断确定的病变颈椎节段，选取该节段的棘间，双侧关节突关节囊， C_{2-7} 颈椎横突尖，枕骨下缘寰枕肌筋膜，肩胛提肌，冈下肌，大小圆肌，三角肌等，选择明显的压痛点、硬结或肿胀处。用甲紫做标

记。术区用碘酒、乙醇消毒。

(3) 用4号针刀于上述治疗点,对准横突尖部垂直于皮肤,快速刺入,缓慢探索到达横突尖骨面,贴横突前、后缘的骨面铲切3~5下,当术者手下有松动感,患者出现酸胀感(部分可向上肢放散)即可。出针刀后创可贴外敷治疗点,注意按压,防止出血。

(4) 颈椎关节突阳性反应点治疗操作:在颈部后正中线条棘突旁开,第3~7关节突(关节囊处)椎板边缘,有明显压痛,硬结或条索处。针刀在定点处垂直刺入,当针刀深入到有病变组织层时,行纵行切割、摆动及横行切割、摆动,边松解边深入,直达关节囊处。出针刀后创可贴外敷治疗点。

(5) 枕骨下缘寰枕肌阳性反应点治疗操作:在枕骨隆突下缘项韧带处,双侧枕大小神经出口处,选5点,针刀在定点处进针,针体与骨面垂直,当刀锋刺达骨面后,针柄上推使刀锋下移至枕骨下缘边缘处,横切寰枕肌3~5下,切割时刀锋始终不离枕骨边缘。出刀后创可贴外敷治疗点。

(6) 肩背部阳性反应点治疗操作:针刀在定点处进针达双肩胛提肌,紧贴肩胛骨内上角;双冈下肌,直刺肩胛窝;大小圆肌,紧贴肩胛骨外侧缘骨面。三角肌正中,滑囊处肱骨大结节处,纵行摆动,横行切割,患者出现酸胀感(部分可向上肢放散,手臂无力)即可,出针刀后创可贴外敷治疗点。

2. 讨论

(1) 神经根型颈椎病是颈椎病中最常见的类型。众所周知,治疗神经根型颈椎病的方法很多,但疗效往往并不满意,原因在于不少医生只注重可能会引起神经根型颈椎病临床症状的椎间盘突出、侧隐窝狭窄、骨质增生及在影像学上很容易发现的病理改变,而忽视了椎周软组织如肌肉、韧带、关节囊等这些在影像学上无法显示的病理改变。从解剖学可以知道,在横突尖前、后结节上,前、中斜角肌发出腱纤维后相互交叉下

行,交织成网状结构,脊神经出横突间后即行走在此腱性网状结构中。一旦斜角肌发生炎性水肿、粘连、挛缩,即可使该神经受到刺激、卡压,产生麻木、疼痛症状。即横突部斜角肌损伤后的炎症刺激、粘连挛缩更易使脊神经根受卡压而产生症状。因此,对于绝大多数患者,医者只需将其附着在横突尖上的前、中斜角肌的粘连松解,可立即解除神经卡压,而使症状迅速消失,从而达到治愈目的。由于针刀是直接深入到病变部位进行松解治疗,解决了肌肉、韧带等组织的慢性损伤后的粘连及挛缩,也就是从根本解决了神经的卡压。被松解的软组织若要再次粘连挛缩而引起症状,则需要一个相当长(十年甚至数十年)的劳损过程。

(2) 针刀治疗机制:针刀可以松解软组织的粘连、挛缩和瘢痕。颈枕部各肌肉起止点由于牵拉、劳损等原因往往产生末端病。帽状腱膜、寰枕肌筋膜的紧张与挛缩卡压枕大神经、枕小神经、耳大神经等产生头痛;项韧带钙化、前斜角肌痉挛、胸锁乳突肌挛缩等都可用针刀松解。通过针刀松解项韧带、关节突关节囊等颈部软组织,可治疗钩椎关节、关节突关节的移位,配合手法复位更容易。

(3) 针刀消炎机制:针刀松解软组织,纵行疏通,横行弹拨、切割后,缓解软组织痉挛,疗效立竿见影。切割组织是一种人为创伤,是在慢性无菌性炎症区域造成急性无菌性炎症,机体通过抗炎体液、抗炎细胞,集中“优势兵力”在短时间内达到愈合。在急性炎症消除的同时,顺带慢性炎症一并吸收,治疗第二天显效,一周更佳。这与无菌手术切口的愈合过程相仿。第一次治疗时只能找准主要痛点,第二次治疗出现的痛点不同于前一次,多次治疗的痛点并不重叠。因为主要矛盾解决后次要矛盾暴露,这是要做1~3次治疗的原因。

(4) 手法可以放松肌筋膜激发点,使紧张的肌肉放松,缓解肌张力和释放肌肉高压,同时可以纠正椎间关节的微小移

位，凡有颈椎曲线改变则有移位，实践证明：移位不纠正，曲线不恢复，治疗不能巩固，亦不能算治愈。

(5) 从治疗结果上看，无论治愈或是显效，所有病例 X 线片观察，骨质增生情况均未改善，从一个侧面也说明了颈椎椎骨的退行性变并非是引起颈椎病临床症状的根本原因。

(6) 如果在治疗后加强自我保健，平时养成良好的坐卧姿势，注意正确的工作、学习中不宜低头伏案时间过长，采用适宜枕头，避免颈项劳损，是巩固疗效，预防再损伤的根本措施。

(二) 针刀手法松解术治疗肩周炎

肩周炎是中老年人的常见病、多发病。通常是在肩关节的关节囊及周围软组织退变引起的广泛慢性无菌性疾病，往往是因急性损伤和积累性劳损或受风、寒、湿的刺激而发病。朱国庆采用针刀、手法、药物相结合，可一次性治愈。安全简便、取得了显著疗效。

1. 治疗方法

(1) 针刀松解术：仰卧或侧卧，患肩在上。在肩关节周围找到压痛最明显或粘连最甚处（喙突，肱骨大、小结节，肩峰下滑囊，喙肱肌，肱二头肌长头附着点，肱三头肌长头附着点，冈下肌，提肩胛肌）寻找 8 个压痛点，甲紫做记号，皮肤常规消毒，局麻，行针刀、松筋针松解术：刺入，先行疏通剥离，再横行剥离，松解粘连肌腱、肌筋膜，达到粘连点、面的松解。

(2) 肩关节后入路注射点，注射 28ml 生理盐水加 2% 利多卡因 3ml，起关节腔内液体松解作用。

(3) 手法松解术（朱国庆肩周炎四步松解法）：患者仰卧床上，患肢在床沿，医者站患侧（以左侧为例）。①外展松解法：医者站患侧，右手按摩肩部，右大腿顶靠患肢腋下及肘关节，突然使患肢外展 $120^{\circ} \sim 160^{\circ}$ ，此时可听见撕裂声。②上举

松解法：医者左手按摩肩部，右手把握肘关节上肱骨处，突然上推使患肢上举 180° ，此时可听见撕裂声。③内收松解法：让患肢摸对侧肩部，医者左手推肘关节，右手按摩肩部。以患者肘关节鹰嘴过正中中线为准。④后伸外旋松解法：让患者侧卧位，患肢在上，后伸伴外旋摸脊柱棘突，医者左手把握患侧肘关节，右手按摩肩关节，左手使患肢后伸伴外旋，能以拇指尖触及对侧肩胛骨为准。此时，可听到撕裂声。每个松解动作后稍休息，以疼痛缓解后再做下一个动作。四步松解法可达到肩袖的松解。

(4) 对顽固性肩周炎，松解术疗效不佳时，应检查是否为颈椎引起的肩周炎，通过纠正偏移的颈椎，采用颈椎定点旋转复位法来治疗本病。

2. 讨论

(1) 针刀闭合性松解术：在无痛条件下进行针刀、松筋针松解术，松解痉挛、挛缩、粘连、结疤的肌腱和筋膜。

(2) 手法松解术：90年代初本人创立朱氏肩周炎松解四步法。外展、上举、内收、外旋，以手法纠正其偏离、高隆、扭结粘连、结疤的肌腱，使其松解恢复到正常的解剖位置。手法松解必须一次到位。

(3) 在临床中对顽固性肩周炎，松解术疗效不佳时，应检查是否为颈椎引起的肩周炎。必须纠正颈椎的偏移效更佳。

(4) 在针刀手法松解的同时，鼓励患者进行肩部的功能锻炼。例如，上举、后伸、爬墙、单杠双臂伸直悬垂等，行之有效的功能锻炼特别重要，预防再次粘连。

(5) 对本症的治疗原则应是“标本兼顾”。采用本疗法针刀、药物、手法相结合，有的放矢，是“针刀与药物结合”、“针刀与手法并用”中西医结合的典范。是一种见效快、疗效确切，能根治的治疗方法，同时对其他软组织损伤有广泛前景。

(三) 椎管内外三步松解术治疗腰椎间盘突出症

近年来,对腰椎间盘突出症机制的研究取得了一定的进展,国内外的许多学者逐渐从神经根机械压迫理论(骨性学说)的束缚中解脱出来。得出了软组织粘连变性无菌性炎症理论(软性学说)的新观点。朱国庆从椎管内外软组织炎性病变的认识着想,采用椎管外针刀微创闭合松解术,椎管内骶管液体松解术,椎间隙手法整脊松解术,使腰椎间盘突出症的治疗效果得到大幅度的提高,疗效显著。

1. 治疗方法

(1) 椎管外针刀微创闭合松解术:(朱氏金三角定点)让患者俯卧于治疗床上,以髂后上棘最高点为中心,向上到髂后上棘顶点缘定一点(L_{4-5} 椎间孔)。在髂后上棘最高点内侧与棘突间定一点($L_5 \sim S_1$ 椎间孔),在髂后上棘最高点外侧有一骨形小凹定一点(臀上皮神经三支出口处),腰三横突有压痛也定点,腰椎棘突有压痛也定点。用甲紫做标记,局部皮肤常规消毒。朱氏金三角:三个进针点用松筋针下探即椎板边沿、横突角达椎间孔神经根周围,弹拨松解粘连,有下肢传导感,即为针法到位。检查到有几个痛点就施术几个点(如腰三横突、臀中肌、臀上皮神经、股骨头内侧小转子、坐骨结节等)。术毕以创可贴敷针刀点。每周一次,共1~3次。

(2) 椎管内液体松解术(骶管注射):对急性炎症期疼痛症状较重以腰骶部疼痛为重者,经骶管行硬膜外注射。患者取俯卧位,充分显露骶部。先确定骶骨位置,可将中指指腹触及尾骨尖。因尾骨尖距骶角约5cm,拇指沿中线向上摸,可触及一个有弹性的凹陷,即为骶管裂孔。作标记,常规消毒皮肤,用9号注射针垂直刺入皮肤。此时将针体向足方向倾倒 $45^\circ \sim 30^\circ$ 。当刺过骶尾韧带时有阻力消失感,表明针尖已进入骶管腔,一般进针2~4cm,抽吸无脑脊液,无血性液后,即可缓慢向骶管内注入所备药液。注药时应无阻力或阻力极轻微。一

般注药量为 20 ~ 30ml。注药完毕拔出针头，创可贴覆盖。

(3) 椎间隙手法整脊松解术：斜扳法。

2. 讨论

(1) “痛”和“不通”互为因果。“痛则不松，不松则痛”，凡有痛则肌肉必有痉挛，凡有肌痉挛亦必有疼痛。痛和肌痉挛（不松）互为因果的关系。我们把软组织劳损的病理发展过程概括成“因痛增挛，因挛增痛”。其治疗原则也可概括成“去痛致松，以松治痛”。我们在治疗上选择比较有效的椎管内外三步松解术。消除椎管内外的致痛因素，阻断疼痛的传导，解除局部的肌肉痉挛，松解粘连纠正椎管内外生物力的失衡。

(2) 利用针刀、松筋针直达病变部位松解椎间孔部分纤维隔、横突间韧带和椎旁挛缩肌群。消除或减轻这些病灶周围肌群对神经根的压迫，恢复神经根的滑动性。在椎间、棘突旁、腰骶部、臀部等处的压痛点和条索状硬结等软组织进行针刀松解。解除局部的肌肉痉挛，松解粘连，纠正椎管内外力的平衡。有效消除病灶炎症引起的水肿粘连，解除神经根在椎间孔处因炎性水肿引起的压迫。

(3) 椎管内药物液体松解术（骶管注射），将大量液体注入硬膜外腔，通过液体的冲击作用和快速集中于神经根周围，直接作用于受损的神经组织，并通过液压扩张硬膜外腔，液体剥离粘连消除椎管内的嵌顿、水肿。

(4) 椎间隙手法整脊松解术（斜扳法），能补充针刀松解治疗的不足之处，纠正因肌痉挛造成的脊柱平衡失调所致的小关节紊乱、松动，纠正上下关节，使神经根与突出的椎间盘和小关节周围的软组织的粘连获得松解，扩大椎间隙。

(5) 椎管外针刀微创闭合松解术、椎管内液体松解术、椎间隙手法整脊松解术三者相互协调，相互补充形成一种合理可行的综合治疗，使腰突症的非手术疗法达到标本兼治的层

次，而椎管内外三步松解术的科学合理之处，就是最直接地纠正了这些变化，重新构建生物力学平衡体系。因而具有治愈率高，复发率低，适应证广的优势。总结出松解整复十四字方针，“针刀与药物结合，针刀与手法并用”。

(6) 防止本病复发的原因探讨：通过治疗椎管内外病变的软组织，症状得到缓解或消失，虽然椎管内外异常应力基本得到调整，脊柱力学得到平衡恢复，但突出物依然存在，这是脊柱内部结构的一种缺陷，这种缺陷是脊柱椎管内外产生力学不平衡的因素，正如残余应力潜在一样（如腰部保护不妥、闪扭、受凉、受潮），又可诱发出症状，这就是造成再发的主要原因。所以还要有一个巩固脊柱力学平衡，促进组织修复的稳固阶段，需做有腰背肌的锻炼；在做弯腰负重工作时，必须有腰部有病思想意识，身体才能本能地调整两侧腰肌收缩平衡；注意防寒冷、潮湿，这是降低恢复期再发病的极有力措施。

(四) 针刀闭合松解术治疗股骨头缺血性坏死

股骨头缺血性坏死，病因复杂，不论西医手术或传统医学外敷药物治疗，疗效均不理想。近年来同行们对骨微循环的病理变化进行了研究，使本病的病理机制渐趋明确。生物力学原理认为本病的病理基础主要为髋关节力学平衡失调。采用针刀闭合性松解术进行治疗，取得满意疗效。

1. 治疗方法

(1) 针刀闭合性松解术：患者侧卧位（患侧在上）选进针点，围绕股骨颈、股骨头、关节囊，在大转子上与髂前上棘下之间寻找压痛点，选3~5点做标记，局部常规消毒，进针刀。松筋针刺到病变股骨头处有坚韧的感觉，用力刺破关节囊（髂骨韧带、坐股韧带、耻骨韧带、轮匝带），到骨质坏死区软骨下，做纵行剥离，横行切割，使螺旋韧带、关节囊松解。患者有酸胀麻木感，特别是有一种胀得耐受不了的感觉，说明

针刀切割到病变部位，疗效更佳。7天一次，5次为一疗程。

(2) 内收肌群起点（耻骨梳外缘）横向铲拨：松解挛缩的内收肌，使髋关节外展功能得到改善。

(3) 手法研磨与牵引：针刀松解术后，患者仰卧，患肢膝关节 90° ，术者一手握患者踝关节，另一手扶患者膝关节并略对髋关节施加 $2\sim 3\text{kg}$ 压力，按顺时针方向研磨，每次 $5\sim 10$ 分钟，以利关节间的修复和髋关节功能的改善。之后再配合患肢牵引，重量为 $10\sim 25\text{kg}$ 拉力，每天 $1\sim 2$ 次，每次15分钟，这样不但可减轻髋关节的压应力，同时也改善了髋关节的血循环；另一方面，通过对关节韧带的部分切割松解，再配合牵引，更利于关节间隙的扩大。如再配合髋关节功能操，则更利于髋关节功能的尽快恢复并有助于死骨的修复。

(4) 口服“生骨丹”：短期内可使关节疼痛缓解，功能部分改善。给药时机一般选在经针刀松解术一疗程后，经影像学证实死骨有明显好转或功能已明显改善，这样血循环已正常建立，用药方能起到“活血化瘀，祛腐生新”的功效。

2. 讨论

(1) 股骨头缺血性坏死除X线片有骨的改变外，临床表现为髋部疼痛，功能障碍和跛行三大症状。

(2) 病因病机

1) 血管外压迫：大剂量应用激素的患者，由于髓腔内脂肪细胞增生肥大使髓腔内压增高，压迫骨内血管，使血供减少。

2) 髋关节内压力增高：当髋关节外伤损伤时，关节腔内可呈高压状态，超过股骨头血管内压时可发生血循环障碍使股骨头血供减少。

3) 微血管内阻塞：减压病时的氮气栓子，脂肪栓子、痛风性高尿酸血症的尿酸结晶等均可阻塞骨内微血管，导致股骨头血供减少。

4) 因血供受阻理论不能解释以下事实: 股骨头缺血性坏死灶常位于股骨头的负重部位一头的上前部, 这与股骨头的主要血供来源——上关节囊动脉或其他动脉的供应区均不相符。因此有人提出应力理论可以用以下两方面来解释其发病机制。

(3) 应力理论

1) 关节应力失常: 如髋关节脱位或股骨颈骨折未达解剖复位, 可致头臼接触面积变小, 关节应力增高, 引起退行性关节炎; 另一方面股骨头关节面原负重区未能与髋臼接触, 失去正常负重的应力刺激骨小梁继发萎缩塌陷, 这两种结局都与股骨头和髋臼之间的应力变化有关。

2) 髓压力增高: 压力增高时正常骨组织按 WOIF 定律作出保护性反应, 其增高骨强度以抵抗外力, 但当股骨头已存在微小坏死区时, 增高的压力作用于病变骨交界面上, 一方面是产生应力集中导致高压 (关节囊内张力增高); 另一方面是病变骨失去对这种高压力的 WOIF 反应, 使骨结构破坏, 于是原坏死灶按应力分布扩展, 最终出现符合应力分布图的圆锥形坏死灶, 此外, 若股骨头已有骨质疏松基础, 其骨小梁脆弱, 此时负重可直接使软骨下塌陷, 因此该节段血供被阻断, 出现节段性坏死。

应力理论弥补了血运理论的不足。但其只能解释坏死灶的进展, 不能解释其病因, 因此将血供理论和应力理论结合起来可能对股骨头缺血性坏死作出较合理的解释。

(4) 针刀闭合性松解术治疗股骨头坏死的理论基础: 在积极治疗原发病的基础上, 对挛缩的肌肉、肌腱、筋膜、关节囊进行彻底松解, 从根本上解除了关节间的拉应力、压应力, 血供充分改善, 产生新生肉芽组织或舌状血管翳伸向死骨区, 使死骨尽快裂解、吸收、改建, 最后达到修复之目的。对终末期患者 (4 期患者), 原有股骨头已大部分塌陷, 大面积坏死, 经治疗后即使能改建或修复, 但股骨头外形也不能达到理想的

程度，只是其总体还是光滑的，因而不影响功能。

(5) 针刀闭合松解术：治疗本病的关键不应着眼于如何去“通”血管，而应设法解除卡压血管的软组织挛缩，使增高的拉应力、压应力、张应力恢复正常。通过无损伤的小针刀闭合性松解术将相应的肌群起止点充分松解，使力平衡失调的髋关节重新达到生物力学要求。

(6) 针刀闭合性松解术的优点：针刀不但能对病变软组织在不用开刀的基础上进行闭合性切割、松解、铲拨、疏通，使挛缩粘连的组织恢复正常，松则不痛；而且它还可以对压应力已经增高的关节囊进行“十”字切开减压，使挛缩的软组织恢复功能，同时还有针灸针的疏通经络、调和气血的作用。

从生物力学角度讲，为了使患病股骨头能转移到一个与髋臼最合适的位置上，从而增加髋关节的负重面积，减轻髋关节的压应力，需要对外展肌、内收肌、髂腰肌的起止点进行松解，同时纠正倾斜的骨盆位置，使因骨盆倾斜而代偿的向侧方移位的脊柱也得到纠正。

在针刀松解术的同时，对有的病例，需积极治疗原发病。如血脂过高者，服用降脂药。类风湿活动或患有强直性脊柱炎患者松解棘上韧带、棘间韧带、横突间韧带及横突间肌。对骨质疏松患者除补充大量钙剂外再配合促使钙剂吸收的药物。动脉硬化患者给软化血管药物。对4期患者或髋关节已形成软组织粘连强直者，可在腰麻下彻底松解髋关节，并采取大推拿手法，使已强直的髋关节，在短时间内达到正常屈度，恢复正常功能，并在术后牵引1周。

(7) 中医学认为：坏死是气滞血瘀所致血液循环障碍，属于“瘀”。中药外敷以补气生血、行气通经、续筋和祛湿散寒；针刀闭合松解术直接作用于病变处关节囊，使关节囊内张力减低，增加血液循环，改善缺血，使坏死的骨组织得以恢复。

(8) 尽管本病的发病因素十分复杂，但结果均为“缺

血”，找出缺血的病理学这一核心问题，也就抓住了治疗本病的关键。本疗法能最大限度地保留股骨头的完整性，短期内恢复生理功能，提高了患者的生活质量，而且痛苦小，方法简，易推广。

（五）齿钩针微创引流术治疗类风湿关节炎

类风湿关节炎（简称类关炎）是一种以关节病变为主的全身疾病，对人体健康危害很大。目前在国内外仍属病因不明的难治之症，本病发病率很高，致残率也很高。朱国庆自1995年开始探索运用针刀微创引流术治疗类关炎，在临床中收到止痛消肿快，肢体功能活动好的显著疗效。

1. 治疗方法

（1）针刀微创引流术：让患者卧于床上，先选疼痛、肿胀活动障碍为重的关节，在关节外围寻找压痛点，选点标记，在局部注射麻醉（2%利多卡因10ml + 生理盐水10ml）每点2ml。5分钟后，用针刀、齿钩针对准压痛点，刺入皮肤，皮下组织和关节滑膜直达骨面，横行剥离，通透疏通，使肿胀的关节滑膜腔内液外漏减压，能用注射器抽吸的液体以抽净为止（膝关节），无法抽吸的关节（腕关节、踝关节、肩关节等）利用针眼外渗达到引流目的，使关节腔内张应力减低，消肿止痛，控制炎症，退热，改善活动功能，防治畸形。每两周一次。

（2）负压引流术：利用火罐负压，使局部滑膜积液及皮下组织液，血液经负压顺针孔吸出减压缓解症状。每周一次。

2. 讨论

（1）针刀微创引流术：是利用针刀、齿钩针闭合性微创松解，通透关节滑膜（有穿透感）才能起到引流的作用。如：膝关节髌上囊穿刺抽吸减压，让剩余部分渗漏皮下组织吸收，能达到消肿止痛功效。

（2）负压拔罐疗法：是对小关节滑膜积液少、无法抽吸，

利用真空产生负压顺针孔将局部淡黄色渗出液、血液、组织液吸出，使体内有形之邪可借针孔排出体外，以消散瘀阻，病从表出，伤从内愈的目的。

(3) 随病变部位及病灶大小的不同，选择一次性 1ml、2ml、5ml、20ml、30ml 注射器，把注射器顶部锯掉磨平打光，适合于各种口径大小的病灶处利用针管活塞产生负压起到抽吸渗出液、组织液，祛除瘀滞，泄热祛邪，恢复正气，获得治疗效果。

(4) 类关节炎一般病程较长，缠绵难愈，给临床治疗带来诸多不便。所以，在治疗上应注意选择有效而简便，易于坚持而副作用较小的治疗方法。加强锻炼，恢复运动功能，当患者病情较稳定时要鼓励患者循墙扶走，双手提适量重物锻炼四肢功能。避免潮湿环境，注意防寒保暖，风湿热痹患者应忌食辛辣厚味之品。劳动汗出勿当风寒，内衣汗湿应及时换洗，不可趁身汗出而洗冷水浴。

(六) 针刀手法正脊治疗骶髂关节移位症

骨盆是由骶、髌骨连接成坚固的整体，是躯干的重要基座。骶髌关节是骨盆中的能动关节，它有完整的关节结构，它的活动范围微小，关节面不平，有凹陷和隆起互相吻合，借以稳定关节。它的稳定性主要依靠骶髌前后韧带和骶髌间韧带。由于局部组织的无菌性炎症反应或退变使韧带松弛，某种不协调动作或在外力作用下造成关节内、外力学环境失调，导致关节微小移位和相关组织损伤。临床症状较为复杂，常被误诊，以致出现长时性、顽固性下腰痛，腰部活动受限等症。

1. 临床表现

(1) 顽固性的下腰痛，伴有单侧或双侧坐骨神经痛是本病的主要症状，疼痛部位广泛。概括起来，前错位以臀部、腹股沟部及大腿前侧放射疼痛为主；后错位以臀部及大腿后、外侧的放射性疼痛为主。

(2) 病史较长、症状时轻时重，疼痛部位多变，界限模糊不清。

(3) 共有体征：骶髂关节肿胀、腰肌紧张，在髂后上棘、髂窝、髂后下棘内下角、腹股沟处均可触及椭圆形或条索状物，且压痛明显。

(4) 骨盆分离、挤压试验、“4”字试验、髋关节外展拮抗试验均阳性。

(5) 定量骶髂错位方向的8项标准，见表1。

表1 定量骶髂错位方向的8项标准

观测项目	前错位	后错位
患侧肢轴相对长度	延长	缩短
髂前上棘	下降	上升
髂后上棘和髂后窝	外上移，前凹	内下移，后隆
髂嵴水平	下降	上升
髂后上棘-后正中线距	增宽	靠拢
髂骨旁沟形态	浅化	深化
X-Ray 短距差	大	小
X-Ray 患侧耻骨联合（点间距）	下移或前移	上移或后移

每例患者具备上表前6项中的4项，X-Ray项中的1项，共有体征存在，即可成立骶髂错位之诊断，并作为手法整复的根据。

2. 治疗方法

(1) 针刀治疗：在骶髂关节处、髂后下棘内下角、髂骨旁沟等压痛点，椭圆形结节或条索状物施行松解术，有利于手法整复。

(2) 整复法：①软组织放松手法：以掌揉法、拇指揉法交替进行。一般以骶髂关节错位处为中心，放松腰臀部痉挛的肌肉，手法要柔和、轻松。②屈膝屈髋冲压法：患者仰卧，双

下肢伸直，术者站于其患侧，一手将其患侧小腿抓住做屈髋屈膝动作，另一手前臂按于其小腿前侧，作向上、向对侧、向患侧等各个方向用力按压5~7次，在屈髋至最大角度时，再向对侧季肋部趁患者不备用力冲压，此时常听见关节复位响声或有手下复位感，手法即告完毕。进行前述8项标准的前5项定量检查，如压痛减轻或消失，触摸阳性体征模糊或消失为手法成功。适用范围：主要用于矫正前错位。③单髋过伸复位法：术前站于其患侧，一手臂托患膝上部，另一手肘关节按压髌骨中部，先缓缓旋转患肢5~7次，嘱患者放松腰臀部，术者尽可能抬大腿过伸患肢，同时按压髌骨，双手呈相反方向扳按。此时可闻及关节复位响声或手下有关节复位感。可重复2~4次。④旋髋牵腿推髌法：患者侧卧位，患侧向上，健肢自然伸直，患侧屈髋屈膝，全身放松，术者立于患者背后，一手握患侧下肢远端，使其外旋后伸牵拉，术者另一手前推髌后上棘处，双手有节奏地轻巧反向用力往返推拉数次，当术者感到有明显阻力时，巧力闪动，听到弹响或手下有复位感为佳。适用范围：主要用于青壮年肌肉发达的患者，矫正髌髌后错位、后旋错位。⑤提臀撞击法：患者仰卧，双下肢并拢伸直，术者站于其足部床上，双手同时握住其双踝部，将其双髋屈曲90°从床上提起，使其臀部离床约10cm，急速放下，使髌骨在床上发生撞击。先轻击，适应后可加大撞击力。适用范围：主要用于老年性体弱者，矫治后错位。手法整复后行腰臀大腿后、外及小腿和大腿前侧的揉、按、点、拨、摸、拿等推拿手法，重点施术于痛点或痛性结节。

(3) 髌管注射：对急性炎症期症状较重的患者，按无菌操作的要求，经髌管注射0.9%生理盐水25ml+布比卡因5ml，以缓解肌痉挛。

3. 讨论

(1) 8项指标的说明：自髌髌关节错位（有的学者称错

动、移位、旋移、半脱位)提出以来,临床诊查项目日益繁多。因本症发生的根本原因是骨关节错位,朱国庆认为称之为错位症为好,这一点,不论从临床触诊,还是临床中患者的畸形或是X线片,均证实了骨盆诸骨关节明显离开正常的解剖结构;同时总结出所有共性的8项标准,作为判断其错位情况以利诊断治疗之依据:①患侧肢轴相对长度:延长与缩短,均与健侧比较,以0.5~2.0cm为度。相差0.5cm者有诊断意义。相差1.0cm有确诊意义。一般不超过2.0cm,如超过应考虑是否髋髂关节的其他疾患。②髂前上棘:如前错位、髂前上棘下移(下降或低);反之则为后错位或后旋错位。③髂后上棘和髂窝部:如髂前错位,髂后上棘呈外上移,髂窝前凹,并伴髂后下棘处高隆;反之则为后旋错位。④髂嵴水平:观察双侧髂嵴最高点连线是否有倾斜,双臂皱线是否一致。如系后错位时,患侧髂嵴最高点升高,患侧臀皱亦升高,反之为前错位。⑤髂后上棘—后正中中线距:后正中线亦称脊柱中心向下的垂线或称中轴线。做两髂后上棘的连线看与正中线交叉角是否为90°和量出两棘与中轴线的间距,判断错位方向。⑥髂骨旁沟形态及压痛:观察髂骨旁沟浅化并有压痛为髂前错位;反之为髂后错位。上述6项在查体时,须认真仔细触摸观察、比较是诊断、治疗和复查之临床重要依据,查体时,6项中符合其中4项以上,诊断基本成立。⑦X-Ray短距差:当髋髂关节错位时,两侧第5腰椎横突与髂嵴间最短距离的连线,左右线距不等长,两线之差即是短距差。⑧X-Ray患侧耻骨联合:由两侧耻骨分别向轴线作垂线,在耻骨连合错位时,前错位患侧耻骨下移;反之为后错位。

说明:点间距的出现和大小,定量说明耻骨联合处错位距离的大小,上下滑移的大小。综合分析点间距,并结合临床,可判断髂骨旋转错位情况。短距差的出现及大小,定量说明髂骨上下、前后滑移的大小,综合分析短间距,可判断髂骨前后

错位情况。

(2) 骶髂关节错位是引起腰腿痛的主要原因之一，但临床上对此尚未有深刻的认识，常被忽视或误诊，因而延误治疗。由于腰骶部疾病的广泛性，往往可能同时存在腰骶部其他疾病。如腰椎间盘突出症、后关节紊乱症、脊椎滑脱症、椎管狭窄、腰骶神经根炎、臀上皮神经损伤、腰骶部皮下筋膜损伤、棘上韧带损伤、第3腰椎横突综合征等，必须认真检查，加以鉴别、明确诊断。

(3) 本组经治的腰腿痛或腰骶痛患者中，骶髂关节错位阳性率颇高，在腰突症组中占67.3%，腰骶损伤组中占71%。腰突症与骶髂关节错位之间的因果关系尚难肯定，两者可因同一外伤因素所致，也可互为因果。

(4) 骶髂关节正常位置发生的改变又可影响到梨状肌，使梨状肌发生出血、水肿，继而导致梨状肌上下孔内的神经血管受压迫或刺激，出现放射性坐骨神经痛，臀部及下腰的肌肉松弛（患者自觉困乏无力），严重者则肌肉萎缩，亦可出现一些盆腔脏器的症状，如尿频、尿急、便秘或慢性腹泻等，甚至出现阳痿或月经不调、痛经等（影响到盆腔交感丛之故），当骶髂关节错位得以纠正，则梨状肌受到牵拉、压迫、痉挛亦得以解除，罹患的症状得以好转、痊愈。

(5) 骨盆 X-Ray 在骶髂关节错位症的诊断意义极为重要，结合临床，诊断价值很高，应引起重视和深入研究。

(七) 针刀治疗痛风性关节炎

痛风性关节炎是由于嘌呤代谢紊乱致使尿酸盐沉积在关节及周围软组织而引起的急性反应性炎症，临床上以关节的红肿热痛为特征，痛风性关节炎反复发作，过多的尿酸沉积可形成痛风石，并引起关节软骨的退行性病变，发展成跖趾关节及踝关节僵肿畸形。近年来痛风的发病率逐年增多。朱国庆近两年来在门诊采用针刀微创负压抽吸引流术治疗痛风性关节炎。

1. 治疗方法 患者仰卧位，在受累关节红肿处寻找波动感最明显点，作记号。皮肤常规消毒，局麻后，在压痛点处进针，直达骨面，突破关节囊，到关节间隙，切开关节囊，通透剥离。出针刀可见针眼处流出黄色炎性积液带有白色尿酸盐结晶分泌物（痛风石）。此时活动关节，加快排出积液。在无积液流出时，再用负压针管抽吸还可吸出 10~30ml 左右（血液、组织液、积液等混合液体）彻底解除关节囊内痛风石，消除病灶张应力，减胀消肿，解除疼痛，立竿见影，7 天一次。

2. 讨论

（1）针刀引流术的治疗机制：对关节滑膜囊通透剥离，切断少许挛缩的血管，解除神经末梢受压，恢复微循环，使痉挛性及缺血性疼痛消失。用针刀剥离滑膜囊使其滑液外溢，促进沉淀于滑囊内的尿酸盐结晶排泄，囊内压力下降。对患肢关节活动可加速关节腔内积液排出。对小关节滑囊积液少的或针刀微创引流还有残留的，利用真空负压顺针孔将局部淡黄色渗出液、血液、组织液、白色血尿酸结晶盐吸出，使腔内液体，借针孔排出体外。直接冲洗伤口，达到清除细菌毒素，消除淤阻，病从表出，伤从内愈的目的。微创引流术，加负压抽吸达到快速滑囊腔减压，可使疼痛迅速消除。

（2）痛风性关节炎的预防：在急性期用此法，从局部治疗，把滑囊渗出液（尿酸盐结晶）排泄彻底是防止复发的关键。同时限制高嘌呤核酸类食物的摄入，如肝、肾、脑、蟹黄、菠菜、扁豆、火锅、烧烤海产品、贝类食品，尽量少食脂肪，宜多饮水，忌饮酒，可以少发病。

3. 结论 在临床用此法治疗的湿疹、丹毒、带状疱疹、神经性皮炎、踝关节扭伤后遗症，类风湿关节炎，针刀微创引流术，负压抽吸法具有简便、快速、安全、有效、消炎、止痛、消肿、清热的作用，疗效确切，无并发症、副作用及感染。适宜基层医务人员推广应用，节约费用。

(八) 针刀疗法意外原因探讨

引起针刀意外损伤的原因是多方面的。所收集到的原因,包括在针刀治病过程中的每一个环节,必须引起高度重视,才能减少或避免针刀意外损伤。从临床实际分析,有 20 余种现象及问题。现归纳为几个方面:

1. 解剖层次不清

(1) 足底、足前掌鸡眼针刀切除术时,一定要注意脚气感染的连带关系。鸡眼切除术后一周,鸡眼部位长平,很光滑无痛,因脚气足趾间感染误解为鸡眼术后感染引起纠纷,这是两者巧合。

(2) 跟腱周围炎因打过封闭,引起跟腱钙化,巧遇小针刀治疗后,疼痛消失,增加活动如上下楼、上下车引起的跟腱断裂,容易误解是小针刀给切断了,此纠纷不好处理。

(3) 踝关节扭伤后遗症 2 年,因局部肿胀、疼痛,大幅度活动后疼痛加剧,活动幅度小后疼痛减轻,病情时好时坏。据临床经验,踝关节扭伤后的滑囊炎,经针刀通透剥离,疏通滑囊积液外流放出,减压后局部症状消失。常因在内踝下缘通透时,胫神经踝关节支损伤,引起术后足底麻木刺痛,经肌电图检查,是胫神经损伤所致,经理疗针灸治疗 2 个月,麻木刺痛症状改善。

2. 针刺角度、深度错误

(1) 腰椎间盘突出症, $L_4 \sim S_1$ 椎间孔处,针刺过深引起腹膜后出血,针刀术后自觉腹痛、有下坠感,3 小时后经 CT 示:腹膜后血肿约 200ml 左右,经住院对症处理半月后吸收出院。

(2) 在治疗股骨头坏死,大转子周围针刀术引起臀部血肿,压迫出血,一周后吸收。

(3) 双膝关节类风湿关节炎,双髌骨固定不能移动,在做髌骨周围四点松解术后,因松解幅度过大,引起髌下血肿,

关节腔内出血、瘀血、红肿热痛、功能障碍。抗感染治疗后，关节制动2个月余，造成关节强直，不能恢复。若当时能在关节腔内抽积血、活动关节，将不至于造成关节强直，愈合会更好些。

3. 手法不当

(1) 肩周炎针刀松解术后，做手法抬举松解时因抬举手臂伸直力学角度原因造成肩关节脱位，然后再行肩关节复位，造成不必要的损伤。

(2) 强直性脊柱炎在做棘突间韧带、横突间肌、横突间韧带、椎旁肌等松解术后，不要使用强制手法整复。在脊柱痛点减轻情况下，脊柱弯曲会自然改善，顺其自然。这是有血的教训的。

(3) 在治疗拇掌关节处内侧高粱米大小囊肿时，因麻药注射后肿胀，针刀平刃不容易刺破囊壁，致使寻找困难而操作过多，损伤神经，引起拇指指腹麻木，后经手术检查确有神经鞘膜损伤。对今后类似小囊肿，不要打麻药，采用注射针头直接刺破挤压使囊内容物排出，囊壁内出血粘连，防止复发。

4. 疾病本身性质所致

(1) 膝关节慢性滑膜炎，化脓性，也因针眼有炎性渗液使针眼不收口，形成窦道，误解为针眼感染，最后经关节镜清创愈合。

(2) 肘关节创伤性关节炎、慢性滑囊炎，经针刀通透剥离，大量滑液囊漏出，减压后局部肿胀减轻，肘关节活动度好转。因炎症渗出针眼不收口，时有外渗液形成窦道，容易误解为针眼感染造成，最后切口清创愈合。上述2个病种要注意排除结核性因素，以免影响预后。

(3) 在行拇指屈肌狭窄性腱鞘炎松解术时，要做到松解即可，（腱鞘伸屈自如）无响声。术后注意拇指不要过伸（推门），有术后5~15天之间发生因过伸屈肌腱断裂的病例。

5. 治疗部位的复杂性和危险性

(1) 胸痛, 第2肋软骨炎, 肋间神经痛等, 在注射药物或针刀治疗时, 注意紧贴肋上缘或肋骨上, 千万不能落空, 容易引起气胸, 需对症处理。

(2) 在治疗腰突症时骶管注射(0.9%氯化钠注射液+0.75%布比卡因2ml+曲安奈德注射液10mg)共30ml, 在回抽无脑脊液、血液情况下行骶管注射。3分钟后即可出现从足向上进行性麻木至腹股沟, 经神经定位检查在 L_1 。布比卡因麻醉时间长, 4小时后才能恢复。因解剖位置变异可占万分之一。

(3) 在治疗腰突症时骶管注射, 当日感觉良好, 第二天出现体位性头痛, 平卧正常, 坐起或站立时头痛加剧, 经神经内科腰穿检查, 诊为颅内低压性头痛, 经输液治疗7~10天恢复正常。

(4) 足弓部位鸡眼或寻常疣, 针刀切除术时注意足弓部位组织松弛, 脂肪层厚易造成渗血, 瘀血难吸收, 张力增高, 疼痛加剧, 容易误解成感染。吸收时间长, 难愈合, 病程较长, 容易引起纠纷。

6. 查体不细致

(1) 颈椎病: 神经根型向上臂放射痛, 手指麻木, 三角肌萎缩。因检查不细, 治疗前未交待, 但治疗好转疼痛消失后, 患者自检时发现上臂三角肌萎缩, 经肌电图确诊为神经损伤性肌萎缩, 误认为是小针刀所为。此患者在未做任何处置下3个月后三角肌萎缩自行恢复。

(2) 腰椎间盘突出症: 患者腰痛伴右下肢放射痛、麻木。也因检查不细, 治疗前未交待, 等治疗3次后疼痛消失, 痊愈, 自检时发现右下肢肌萎缩, 又经肌电图确诊为神经损伤性肌萎缩, 误认为是小针刀所为。

上述2例患者在做针刀治疗时均未发生传导感, 所以不存

在损伤神经。颈椎病神经根型，腰突症压迫神经根本身就可以引起肌萎缩，是神经受压造成的。为了纠正外科的这种说法，最好是先选2个类型的患者在行针刀前做肌电图，这才说明神经损伤性肌萎缩来源于原发病，以后碰到此类肌萎缩就可以有说服力。治疗前检查发现肌萎缩，要事先交待。

(3) 在针刀行腰突症椎旁入路，因旁开2cm加上斜刺，正好是腰麻侧入路，使患者引起腰麻，麻醉平面达平两乳头，最后用体位调节平面，3个小时后逐渐消退，这是很危险的。

(4) 在治疗肩周炎局部注射麻药时，由于药物浓度过大，并注入血管，因肩颈循环最近，药推完就出现头晕目眩，是麻药的毒性反应。

(5) 手指屈肌腱腱鞘炎，注射麻药时，正好入腱鞘内可引起肿胀，腱鞘远端红肿产生炎性反应，肿胀疼痛，一周左右吸收。

7. 刀具检查不细

(1) 在做膝关节内侧副韧带时，针刀插入内侧关节间隙，横行剥离时，针刀断针1cm，经小切口用止血钳寻找取出，很费力，看断面针刀，只连接1/3，所以要注意针体，有黑疤或伤痕就应该淘汰。

(2) 在做腰三横突时有断针是很危险的，取针困难，在X线透视下取断针，注意患者体位移动，断针顺肌纤维移动可进入腹腔或移行。

8. 消毒不严 针具、治疗部位、皮肤、手术消毒不严或操作时不严格，未按照无菌操作进行。术后针孔未得到很好的保护，如过早接触污物、污水等，都有可能使针孔引起感染，造成损伤。针刀操作，针刺部位深且行切割、松解有一定创面，绝不可消毒不严。

9. 恐惧、紧张心理因素 初次接受针刀治疗的患者，因为不知道针刀为何物，如何治疗不清楚，常有一种恐惧心理，

患者多情绪紧张，此时治疗较易出现晕针等反应性损伤。当机体处于饥饿、疲劳、体虚等时，而治疗部位过多，刺激强度过大等原因，则可导致晕厥，出现不良反应。在针刀治疗前多做解释工作，在治疗过程中应勤问患者，与医者对答，这样可以做到心中有数。



二、针刀治验

(一) 腰椎间盘突出症

康某某，男，37岁，普兰店农民。主诉：腰痛伴右下肢放射痛3个月余。1个月前曾在某医院行三维牵引、针灸、推拿按摩，疗效不佳，于2005年8月来诊。查体：痛苦面容，不能平卧。腰椎右侧弯曲， L_4 、 L_5 、 S_1 棘突旁压痛明显并放射至右小腿及足背，右下肢直腿抬高(+)，“4”字试验(+)，屈颈试验(+)，跟腱反射减弱，左小腿外侧及足背感觉减退。CT示： L_{4-5} ， $L_5 \sim S_1$ 腰椎间盘突出，硬膜囊受压； $L_3 \sim S_1$ 椎体及小关节面骨质增生、硬化。诊断：腰椎间盘突出症。治疗：①椎管外针刀微创闭合松解术：(朱氏金三角定点)让患者俯卧于治疗床上，以髂后上棘最高点为中心，向上到髂后上棘顶点定一点(L_{4-5} 椎间孔)，在髂后上棘最高点内侧与棘突间定点($L_5 \sim S_1$ 椎间孔)，在髂后上棘最高点外侧有一骨形小陷(臀上皮神经三出口处)。用甲紫做标记，局部皮肤常规消毒。朱氏金三角：三个进针点下松筋针下探即椎板边沿、横突角达椎间孔神经根周围、弹拨松解粘连，有下肢传导感，即为针法到位。②椎管内药物液体松解术(骶管注射)：患者取俯卧位，充分显露骶部。先确定骶骨位置，可将中指指腹触及尾骨尖。因尾骨尖距骶角约5cm，拇指沿中线向上摸，可触及一个有弹性的凹陷，即为骶管裂孔。作标记，常规消毒皮肤，用9号注射针垂直刺入皮肤。此时将针体向足方向倾倒 $30^\circ \sim 45^\circ$ 。当刺过骶尾韧带时有阻力消失感，表明针尖已进入

骶管腔，一般进针 2~4cm，回抽无血无液，即可缓慢向骶管内注入所备药液。注药时应无阻力或阻力极轻微。一般注药量为 20~30ml。注药完毕拔出针头，创可贴覆盖。③椎间隙手法整脊松解术（斜扳法）。用上述方法治疗 1 次后症状明显缓解，3 次后症状体征基本消失，功能活动恢复正常，临床治愈出院。随访 2 年未复发。

（二）慢性骶髂关节损伤、前错位

袁某某，女，50 岁，瓦房店农民，2006 年 4 月就诊。诉：两年前行因挪动重物用力过猛致腰骶部剧烈疼痛，站立困难，不能活动，右下肢疼痛。在当地医院诊为：腰椎间盘突出症。先后采用封闭、针灸、按摩、理疗，疼痛逐渐缓解。此后自觉右下肢酸胀、发凉，走路时右腿比左腿长。劳累或逢阴雨天，右侧腰骶、臀、下肢胀痛加重，卧床休息、针灸、按摩治疗可缓解。行走时呈轻微“歪臀跛行”，右臀不能久坐，后伸受限。“4”字试验阳性，床边试验阳性，骨盆挤压分离试验阳性，屈颈试验阴性，单腿跳跃试验阳性。右侧骶髂关节处压痛，有数个边缘清晰的小结节。右髂前上棘压痛（+），风市穴处压痛（+），右侧耻骨结节压痛，右股内下 1/3 处压痛，内收肌紧张、有条索，患者右脚跟比左脚跟长 1.5cm。X 线片示右侧骶髂关节间隙增宽，关节面排列紊乱。诊断：慢性骶髂关节损伤、前错位。治疗：①针刀治疗：取上述痛点结节施行松解术，以利于手法整复。②手法整复。隔日重复手法治疗，一周重复针刀治疗，先后施以针刀治疗 2 次，整复法 5 次，患者症状体征基本消失。腰骶部无酸胀不适，半年后随访无不适。

（三）神经根型颈椎病

吴某某，男，49 岁，庄河市农民。诉：右侧颈、肩、背酸痛多年，颈部僵硬，右上肢抬举困难，小指麻木，活动受限 1 年。经当地医院针灸按摩、理疗牵引、口服中药未见明显好转，于 2006 年 7 月来诊。查体：一般情况尚可，痛苦面容，

颈部及右上肢活动受限，不能上举并且轻度萎缩。在第4、5颈椎棘突及右侧横突有压痛，加压时右手指及上肢麻痛加强，右冈下窝肩胛内侧缘压痛且放射到右上臂，椎间孔挤压试验阳性，右臂丛神经牵拉试验阳性，X线示：颈椎生理曲度变直，椎间隙变窄，椎体前后缘骨质带钙化，斜位片见第4、5钩椎关节骨质增生，右上肢腱反射消失。诊断：神经根型颈椎病。针刀治疗：患者采取俯卧低头位，双手垫额，保持头颈部稳定，充分暴露术区。定点，消毒，根据以上影像学诊断及神经定位诊断确定病变颈椎节段为C₄₋₅，选取该节段的棘间，双侧关节突关节，C₇~C₇颈椎横突尖，右冈下肌压痛点。用甲紫标记，术区用碘酒、酒精消毒，用4号针刀对准横突尖部，垂直于皮肤，快速刺入，缓慢探索到达横突尖骨面，紧贴横突前、后缘的骨面铲切3~5下，当术者手下有松动感，患者出现酸胀感（部分可向上肢放散）即可。出针后创可贴外敷治疗点，注意按压，防止出血。经过3次治疗，患者原有症状、体征全部消除。一年后随访未见复发，且萎缩肌肉已恢复正常。

工作单位：辽宁省大连市中心医院软伤针刀科

通信地址：辽宁省大连市沙河口区西南路826号

邮政编码：116033

电话：0411-4412001-221（办）

手机：13019484646

E-mail: chengzhi2004-00@163.com

针刀与整脊相结合 风湿类疾病疗效高

—— 刘忠建临床经验

刘忠建，男，1955 年出生，解放军第二五二医院康复理疗科主任，副主任医师。世界中医药联合会针刀专业委员会副秘书长、中华中医药学会针刀医学会常务理事、全军针刀专业委员会副主任委员。

现为“针刀医学体系及推广应用的研究”、“针刀治疗颈椎病临床评价研究”等部级科研课题组成员。



一、学术特点与医疗特长

从事针刀医学和正脊疗法近 20 年来，治愈了大量颈肩腰腿痛病及部分内科杂症，尤其在不用激素及其他免疫抑制剂的情况下研制出了“葛建痹痿灵”口服液，配合针刀、手法治疗强直性脊柱炎，风湿性关节炎、类风湿关节炎，Ⅰ、Ⅱ期股骨头坏死患者，起到了见效快、治愈率高、花钱少的效果。摸索出了治疗软伤、骨病一整套全新的治疗方法。

（一）针刀松解加“葛建痹痿灵”口服液治疗类风湿关节炎

类风湿关节炎是一个累及周围关节为主的多系统炎症性自身免疫疾病，临床表现为受累关节疼痛、肿胀、功能下降，病程呈持续、反复发作。我们采用“葛建痹痿灵”口服液以增强人体免疫功能，调节内分泌，改善局部血液循环，消炎、消肿止痛；使用针刀早、中期局部减压；晚期松解挛缩的关节、

矫正畸形。治疗本病 72 例，取得了显著的疗效。

1. 针刀治疗

(1) 急性期软组织尚未形成显著的挛缩和瘢痕，则只需松解关节囊，使炎性液从关节腔中释放出来，恢复关节内正常的张力。方法是避开神经和血管，垂直于手指掌侧，在指关节或腕关节的关节囊周围切开数点，松解关节囊。在背侧面做同样的治疗。

(2) 其他关节以疼痛点为准，按针刀常规操作手法刺入，将关节周围软组织松解。

(3) 对于病情发展到晚期的患者，特别是软组织已经形成粘连和瘢痕，关节纤维化甚至关节强直的患者，应采取以下方法治疗。①手关节的治疗：从受累关节的掌侧指横纹正中处进针刀，刀口线与关节纵轴平行刺入，再旋转刀口 90°，使针刀刺入关节间隙一定深度后摆动针刀，充分松解后出针。在同一关节的背侧相对应的位置将针刀刺入，方法同上。②对腕关节的治疗：于患侧腕背横纹处等分三点，按操作常规避开神经和血管刺入，达到骨面后滑动刀刃寻找关节间隙，摆动刀口充分剥离粘连组织后出刀。

2. 中药治疗 “葛建痹痿灵” 口服液（药物组成：当归、川芎、红花、丹参、秦艽、防风、灵芝孢子粉、西洋参、葛根、建曲、茯苓等 30 多味中草药，加 40 度白酒浸泡过滤后备用），25ml/次，2 次/日，口服，连续用 4~6 个月。本方自行研究，无毒副作用，长期服用未见肝、肾功能损害及胃肠道刺激。

（二）针刀松解加中药治疗强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种病因未明的常见关节疾病，是一种主要累及骶髂关节和脊柱的慢性炎症性疾病，以累及中轴外系统常见，也可波及其他关节及内脏，又是一种自身免疫性疾病。10 多年来，我们采用针刀松解加中药口服治疗该病 200 余例

收到良好效果。

1. 针刀治疗

(1) 脊柱周围软组织针刀松解术：患者俯卧，首先从患者第1胸椎棘突间隙及棘突旁开1.5cm处各定一点作为治疗点，针刀刀口线和人体纵轴平行刺入人体，深度达横突骨面时，调转刀锋，使刀口线和横突平行，在横突上缘或下缘，横行切2~3刀，切开横突间肌和横突间韧带。在棘突间隙做治疗时，对早期患者，垂直进针先纵行剥离，后横行切开剥离即可。对中、晚期患者，因棘间韧带都已骨化，就必须切断部分棘间韧带，做切开剥离，其余操作同前，直到针下有松动时出针，压迫针孔待不出血为止，贴创可贴。同样的方法治疗第1胸椎下方3~5个椎体。5~7天后，做第2次针刀手术时，在第1次治疗的椎体下3~5个椎体松解。如此，每隔1周松解1次，由上向下延伸，直到所有的胸、腰椎都被松解为止。

(2) 治疗颈部：先松解第5、6、7颈椎，后松解第2、3、4颈椎，注意是自下而上作松解，方法同前。

(3) 髋关节周围软组织针刀松解术：前侧进针刀，患者取仰卧位，选腹股沟韧带下髋关节投影处，避开股神经、动脉及静脉。一般选1~2个点，刀口线和人体纵轴平行达骨面后将髋关节囊切开2~3刀。侧路进针刀，取健侧卧位，在髋关节投影处以及股骨大转子尖部与其前后方，每次选2~3个点，作横行剥离，纵行切割或切开剥离。

2. 中药治疗（同前）。

3. 牵引及手法治疗 脊柱周围软组织针刀松解术后患者平卧硬板床，以60kg的重量做持续对抗牵引30分钟后，给予颈、胸、腰手法按摩及四肢屈伸手法，下床后在医生的协助下进行腰前屈、后仰、侧弯、旋转等功能训练，每日一次。髋关节周围软组织针刀松解术后，先以手法协助患者屈髋、伸髋活动，然后做患肢牵引，以进一步松解髋周围软组织，每日

一次。

针刀和手法及牵引治疗可根据病情恢复情况决定治疗次数和病程。目的是要把脊柱及下肢关节粘连挛缩的肌腱韧带松开，达到“松则通，松则动”的目的。

4. 康复治疗 强直性脊柱炎患者出院后的康复治疗是整个治疗成败的重要环节。一般可用拉力器、哑铃或其他康复器械进行俯卧撑、仰卧起坐、四肢关节伸屈锻炼，这种康复锻炼必须长期坚持以巩固住院治疗所取得的疗效。

（三）针刀加整脊疗法治疗 2 型糖尿病

过去认为 2 型糖尿病与过度肥胖及精神刺激有关。我们认为该病的发生与脊柱损害后造成自主神经功能失调有关。为此我们用针刀加整脊疗法治疗该病，收到较好疗效。

1. 针刀治疗方法 用针刀在胸椎 5～8 椎体两侧及棘突松懈软组织粘连、挛缩，切割分离结节、条索以及变窄的棘突间隙。

2. 手法治疗 用龙氏胸椎反向冲压法，牵抖冲压等手法纠正脊椎仰旋、俯旋错位，侧弯侧摆错位，隔日一次，10 次为一疗程。针刀每隔 7 天治疗一次，3 次为一疗程。整脊手法与针刀治疗同步进行。

3. 治疗机制 一是由于脊椎的损害（这里主要是指脊椎的偏歪、压痛、结节、条索、仰旋、侧弯），造成交感神经低级中枢以及节前纤维受牵拉刺激，其兴奋性增高，使胰岛素分泌不足；二是由于交感神经兴奋性增高，副交感神经兴奋性相对降低，胰岛素分泌功能下降；三是由于交感神经兴奋，交感神经-肾上腺功能亦增强，肾上腺素与去甲肾上腺素分泌增强，使肝糖原分解加强，血糖升高。以上机制说明脊椎的损害，引发自主神经功能失调是该病发病和久治不愈的重要因素，而造成脊椎损害又是由于胸背部慢性软组织损伤或外伤后遗症软组织的粘连、挛缩，久而久之将脊椎拉偏。造成脊椎错位，仰

位、俯位旋转，侧弯所引起。由于脊椎的生物力学平衡失调，必将影响交感神经的低级中枢和节前纤维，最终导致自主神经功能失调，胰岛素分泌不足。根据这一理论，用针刀闭合性手术松解软组织粘连，解除挛缩，然后手法纠正脊椎的错位，恢复脊椎的生物力学平衡及自主神经正常的兴奋与抑制，从而达到治疗该病之目的。

治疗过程中，控制摄入量，减轻体重，降低血脂，增加活动量，保持心情愉快，也是治疗该病不能忽视的因素。同时，应根据血糖下降情况逐步停口服药至血糖完全正常，观察3个月后方可完全停服降糖药。这是因为胰岛功能恢复及自主神经功能的恢复稳定需要一个较长时间过程。停服降糖药后，一定要说服患者保持精神愉快，适当加大活动量，肥胖者适当控制饮食，减轻体重、降低血脂。针刀治疗不宜做得过多，应严格消毒，以防感染，而手法治疗则可长期坚持。

（四）针刀加手法治疗颞下颌关节病

有急慢性损伤和寒冷刺激史，颞颌关节区疼痛，咀嚼痛、局部压痛、开闭口关节弹响、张口受限（开口度小于15mm），X线检查无明显异常，少数患者髁突后间隙减小。

1. 针刀治疗方法 患侧卧位，在髁突前斜面定点，刀口线与人体纵轴平行，垂直进针，达翼肌窝，疏通剥离，切断部分过于紧张的翼外肌纤维后出针。如颞颌关节周围有压痛点、硬结、条索，刀口线与髁突软骨面平行，垂直刺入达骨面，纵行疏通剥离，再转刀90°至髁突后缘，剥离几下出针。颞弓下缘若有压痛点，刀口线垂直颞弓刺入，纵行疏通剥离，横行摆动，有硬结，转刀90°，再切割几刀。7天一次，一般2~3次。

2. 手法治疗 不论一侧或两侧均用同一手法，即：医者双手戴手套，两拇指伸入口腔扣住下颌骨，其他四指扶住下颌，带动下颌上下左右各摆动数次。然后，嘱患者尽量张口，

医者趁势下压几次下颌骨。针刀松解后即做手法。

(五) 针刀加手法治疗痉挛性斜颈

痉挛性斜颈，属锥体外系疾患，并认为与基底神经节神经元变性有关，由于病因不甚明确，故在临床上还没有找到一种特效的治疗方法或药物，我们认为该病与颈椎病有重要的关系。用针刀配合手法治疗取得较好的疗效。

1. 针刀治疗 用朱氏针刀，患者取坐位，充分暴露颈部。治疗点选在双侧乳突部，胸锁乳突肌的胸骨头和锁骨头，枕外粗隆稍下以及颈后部的其他压痛点、结节和条索处。用紫药水标好，常规消毒，戴无菌手套。针体与骨面垂直，刀口线与肌纤维走向平行。刀锋达骨面后先纵行切割2~3下，再横行剥离2~3下，在挛缩的肌纤维或结节做切开剥离手法。术毕，压迫止血，无菌敷料包扎。每隔5~7天做一次。每次选4~6个点或根据病情及患者耐受情况选点。

2. 手法治疗 根据颈部X线颈椎偏歪旋转错位情况，分别采用仰头摇正法，低头摇正法。隔日1次，7次为一疗程。

(六) 针刀松解加整脊手法治疗支气管哮喘

支气管哮喘是机体对过敏原或其他非过敏因素所产生的一种支气管反应度增高的疾病，以支气管发生可逆性阻塞为特点。病理变化主要为支气管平滑肌痉挛，黏膜水肿和腺体分泌亢进。我们认为是颈胸椎错位后自主神经功能失调使呼吸道对外界正常的物理、化学因素敏感性增高，导致脊柱源性哮喘。

1. 针刀治疗 在颈椎下段、胸椎上段（大约在颈4到胸6）椎体的棘突旁，后关节侧面找到压痛点、条索、结节，定点后，用针刀纵行、横行剥离切割，分段多次予以松解。5天1次，一般3~5次。

2. 手法治疗 用龙氏仰头摇正法、低头摇正法、侧角扳按法将错位的颈椎予以调正，再用胸椎反向冲压法、对冲法调整胸椎，隔日一次，根据病情以后每隔3~5天1次。

三、针刀治验

(一) 类风湿关节炎

贾某某，女，70岁，退休工人。主诉：指、腕关节疼痛伴晨僵4个月，加重15天。查：血沉70mm/h，类风湿因子(+)，门诊以“类风湿关节炎”收住院。既往史、个人史、家族史无特殊病史。体格检查：体温、脉搏、呼吸、血压正常。一般情况尚可，头颅五官(-)，颈部、胸部、腹部、脊椎、神经系统(-)。专科检查：双侧示指、中指近端关节周围压痛，呈轻微“天鹅颈”样改变，并尺偏。诊断：类风湿关节炎。用针刀治疗5次，口服“葛建痹痿灵”6个月痊愈。随访2年无复发。

(二) 强直性脊柱炎

高某，男，22岁，农民。主诉：腰背部间断性疼痛1年，加重2个月。患者自诉于2005年9月无明显诱因出现腰背部疼痛，呈间断性。于2个月前腰背部疼痛加重，伴腰部活动受限，晨起症状较为显著，活动后减轻，自诉有晨僵感，并出现双膝关节肿痛，伴发热，最高体温38℃，行走及下蹲活动困难。曾在当地医院诊治，行骨盆CT示：左侧骶髂关节符合强直性脊柱炎改变，HLA-B27(+)，抗链“O”及类风湿因子试验均阴性；血沉35mm/h，门诊以“强直性脊柱炎”收住内科。既往史、个人史、家族史无特殊病史。体格检查：体温、脉搏、呼吸、血压正常。一般情况尚可，头颅五官(-)，颈部、胸部、腹部(-)，神经系统(-)。专科检查：脊柱各棘突及各关节压痛(+)，双侧骶髂关节多处压痛。双侧直腿抬高试验阴性，双侧“4”字试验阳性，以第4肋间测量胸廓活动度1.5cm，双侧浮髌试验阳性。诊断：强直性脊柱炎。用针刀间断治疗3个月，口服中药“葛建痹痿康”连续9个月后，临床症状完全消失。一年后回访无任何不适症状和功能

障碍。

(三) 2型糖尿病

陈某,男,34岁,部队干部。主因:多食、多饮、多尿,空腹血糖增高3个月入院。生命体征正常,一般情况良好,头颅五官颈胸腹(-),神经运动系统(-),实验室检查空腹血糖13mmol/L。诊断:2型糖尿病。经用针刀松解加手法整复3个月后,空腹血糖恢复正常,临床症状消失。

(四) 颞下颌关节紊乱综合征

王铁刚,男,27岁,农民。主诉:张口困难、颞下颌关节疼痛2年,加重3个月。患者于2年前无明显诱因出现下颌右偏,张口困难,饮食费力,下颌关节疼痛,曾在当地县医院治疗1周,我院门诊理疗1周症状无缓解,门诊以“颞下颌关节紊乱综合征”收住入院。患病以来,精神饮食差,睡眠可。既往史、个人史、家族史无特殊病史。查体:体温、脉搏、呼吸、血压正常,一般情况尚可,头颅(-),下颌右偏,张口度14mm,双下颌关节压痛,以右侧为重。颈部(-),心肺(-),腹部(-),神经系统(-),运动系统(-)。诊断:颞下颌关节紊乱综合征。经针刀加手法治疗3次后张口度35mm,双侧下颌关节压痛消失,功能完全恢复。

(五) 痉挛性斜颈

马某某,女,50岁,工人。1990年8月无明显诱因出现颈部不适,继而出现头面部向左侧扭转痉挛,持续几分钟至10分钟,用手按摩颈部可逐渐缓解。情绪紧张,吃饭、说话等面部动作均可诱发痉挛发作。但在睡眠中上述症状完全消失。北京几家医院均诊为痉挛性斜颈。给予各种治疗,均未见效。1991年7月来我科治疗。查体无阳性体征。仅在双侧乳突部、枕外粗隆处触及压痛、结节和条索。X线片示:颈椎骨质增生。根据临床症状和局部体征。诊断:痉挛性斜颈,此患者经4次治疗即告痊愈。随访1年未见复发。

(六) 支气管哮喘

殷某某，女，28岁。主诉：反复咳嗽、咳喘6个月，加重10天。患者于2005年1月下旬无明显诱因出现咳嗽、咳喘、咳白色清稀痰，伴喘息、胸闷、气短，夜间较重。在当地医院诊断为“支气管哮喘”给予对症治疗，病情时轻时重，反复发作，近10天来上述症状加重，为求进一步诊治，门诊以“支气管哮喘”收住我院。患者此次发病以来，精神、饮食差，二便正常。既往史、个人史、家族史无特殊病史。查体：体温正常，脉搏100次/分，呼吸26次/分。血压正常，端坐呼吸。头颅五官（-），颈部（-），双肺呼吸音减弱，可闻及哮鸣音，心（-），腹（-），脊柱四肢（-），神经系统（-）。过敏原检测：高敏物质尘螨、羊肉。诊断：支气管哮喘。经针刀治疗5次，手法隔日一次，10次为1个疗程。间隔10天，连续3个疗程，痊愈，随访1年无复发。

工作单位：解放军第二五二医院中医康复科

通信地址：河北省保定市五四东路341号

邮政编码：071000

手机：13091236855

针刀松解小关节囊 激发人体代偿机制

—— 刘星临床经验

刘星，男，江西中医学院附属医院针康部针刀中心主任，主任医师，副教授，中华中医药学会针刀医学分会常务委员，江西省中医药学会针刀医学专业委员会副主任委员兼秘书长，江西中医学院针刀医学方向硕士研究生导师。

率先在江西省省级医院中引进针刀疗法，《小针刀治疗技术的引进》、《针刀松解小关节治疗神经根型颈椎病及影像学变化的观察》、《针刀治疗腰椎滑移及影像学变化的观察》、《针刀治疗腰三横突综合症》均获得卫生厅立项。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀松解颈椎小关节治疗神经根型颈椎病

1. 针刀疗法 依据临床查体、神经定位及颈椎 X 片，确定针刀治疗点，根据朱氏针刀操作法，闭合性松解颈椎小关节，同时松解颈部的痛点、条索及结节，最后采用相应手法整复颈椎，每周一次。

2. 辅助方法 术后均采用颈托固定，视病情需要，在辨证论治的基础上，部分患者予以配合中药口服，加快病情的恢复。

3. 讨论 首先，椎管外软组织无菌性炎症引起的疼痛可导致肌肉痉挛，持续的肌肉痉挛又可以进一步导致软组织缺氧、缺血，释放致痛炎性物质，使疼痛加剧，形成了疼痛与肌

痉挛之间的恶性循环,针刀松解治疗,可以有效地阻断因软组织无菌性炎症引起的疼痛与因疼痛引起的肌紧张的恶性循环,达到镇痛的效果;其次,针刀治疗通过闭合性松解粘连及对一些肌肉、韧带的高应力点松解,能有效地改善脊柱旁肌肉和韧带的紧张和痉挛,恢复脊柱的稳定性,改善椎间孔的形态结构,减轻神经根受到的压迫和刺激;再次,针刀治疗是一种闭合性的微创治疗,这种微小的破坏性能有效地激发和促进机体的康复机制和代偿能力,使机体能很好地适应退变的椎间盘和增生的骨质,从而达到消除临床症状的目的。刘星认为针刀闭合性松解颈椎小关节,能很好地激发人体的代偿机制,是针刀治疗神经根型颈椎病的关键所在;颈椎椎间关节是一种微动关节,其关节囊较为松弛,关节囊有丰富的痛觉感受器,关节囊和囊内、囊外韧带还有本体感觉感受器,这对于调节关节内压和关节运动有重大意义,关节囊感受器的刺激能引起头颈位置和运动的改变,颈椎椎间关节的交感神经主要来源于脊神经返支及后支的内侧支;针刀闭合性松解颈椎小关节,能很好地调整关节囊内外压力,解除脊神经返支及后支的内侧支的嵌压,有助于神经功能的恢复,促进机体的自身调整;此外,针刀松解颈椎小关节后辅以颈托固定,有助于椎间孔形态产生微小的变化,而中药的辅助,又能调整人体整个功能状态,对针刀的治疗产生良好的辅助作用。

(二) 针刀为主治疗顽固性肩周炎

1. 小针刀治疗 采用朱氏针刀操作法,在喙突处,喙肱肌和肱二头肌短头附着点,冈上肌抵止端,肩峰下、冈下肌和小圆肌的抵止端,分别作切开剥离或纵行疏通,在肩峰下滑囊作通透剥离。如肩关节周围尚有其他明显痛点,可在该痛点上做适当针刀松解术,每5~7天治疗1次。

2. 手法治疗 在针刀松解的基础上,运用手法松解肩关节,使肩关节周围的粘连得到较为彻底的松解。在治疗肩关节

的同时,视病情需要,配合手法对颈椎进行相应的治疗。

3. 对一些病情较重,病程较长的患者,可适当配合痛点封闭,关节腔内注射药物和口服药物等方法,有利于病情的加速恢复。

按语:针刀治疗是一种在“盲视”下的操作,需要十分精细和小心,切忌粗暴。故要求术者对解剖结构了如指掌,否则易造成不必要的损伤。从解剖的角度上来讲,喙突的内下方为臂丛神经和腋动脉;三角肌肱骨外科颈处为腋神经;三角肌下端后侧缘为桡神经沟,针刀治疗肩周炎的过程中,要避免伤及这些重要的神经和血管,临床操作一定要规范。

(三) 颈椎滑移

退变性颈椎滑脱是指因颈椎椎间盘和(或)小关节等结构的退变而导致的椎体滑移,但不伴有椎弓根的断裂。可分为前脱和后脱2种:上位椎体向前滑移,称为前脱;上位椎体向后滑移,称为后脱。

1. 症状 颈部僵硬、疼痛、乏力、不适反复发作,屈伸时尤为明显;多同时伴有头痛、头昏,甚至出现肩背不适、手指麻痛及下肢踩棉花感等不同程度的神经根性症状或脊髓压迫、刺激症状。

2. 体征 一般阳性体征较少,主要是自觉症状为主,有神经根症状者可出现相应神经根支配区的感觉减退,合并椎管狭窄的患者可出现脊髓受压的椎体束表现。

3. 影像学检查 颈椎功能位X线片对该病的诊断有重大意义,在过屈、过伸位片上,可以看见明显的颈椎滑脱节段。

4. 治疗方法

(1) 针刀治疗:依据临床查体、神经定位及颈椎X线片确定针刀治疗点,根据朱氏针刀操作法,闭合性松解项韧带、颈椎小关节及痛点、条索及结节;最后采用相应手法整复颈椎,每周1次。

(2) 辅助疗法：术后均采用颈托固定，并嘱咐患者调整枕头的高低。



二、针刀治验

(一) 神经根型颈椎病

章某，男性，37岁，公务员。于2001年12月15日就诊。颈痛伴右上肢桡侧麻痛3年，颈椎后伸时加重，并伴有同侧背部不适感。3年来，经多种方法治疗无效，求治于针刀。查体：C₅₋₆右侧小关节压痛(+++)，压顶试验(+)，右臂丛神经牵拉试验(+)。X线片示：C₄、C₅、C₆椎体后缘增生，相应椎间隙变窄，C₅₋₆右侧椎间孔变小。诊断：神经根型颈椎病（痰湿阻络型）。针刀治疗2次后，症状、体征消失，临床痊愈，追访至今未复发。

(二) 颈椎滑脱症

左某，女性，36岁，裁缝。于2006年8月15日以头昏、头痛伴颈项不适6个月就诊。患者诉：头痛、头昏，长时间低头及从坐、站位向卧位转变时，症状易诱发或加剧，同时伴有颈项部不适、乏力，右侧肩背及右肘关节酸重，发作甚时可出现手足麻木。曾在外院诊治，摄颈椎正、侧及张口位X线片，其结果示：颈3、4椎间隙略窄，余未见明显异常。诊为：脑血管痉挛。予以血管扩张剂、神经营养剂，疗效不明显。求治于针刀。查体：颈3、4棘突间压痛(+)，同节段小关节压痛(+)，霍夫曼征(-)，肌力、肌张力不高，神经系统(-)。处理：建议加摄颈椎功能位片，X线片结果示：颈3前滑脱。诊断：退变性颈椎滑脱症。针刀治疗2次后，临床症状消失，痊愈。

(三) 腰椎滑脱症

万某，男性，68岁，退休工人。于2007年6月13日以右臀部及右下肢外侧疼痛3个月余就诊。患者诉：无明显诱因出

现右臀及右下肢外侧疼痛，偶有外踝麻木，伴有腰部轻度酸胀，久行、久坐后加剧，卧床休息症状减轻，大小便正常。外院腰椎正、侧、双斜位片示：腰3椎体Ⅰ度后滑脱，椎弓根未见断裂。经手法及针灸治疗20天，疗效不佳，求治于针刀。查体：腰部叩击痛不明显，腰3、4椎体小关节压痛（++），右腰3横突压痛（+），右骶髂关节叩击痛（+），臀中肌压痛（+），跟臀试验（-），直腿抬高试验（-），神经系统（-）。诊断：腰椎滑脱症（L₃Ⅰ度假性后滑脱）。经针刀治疗4次后，临床症状消失，摄腰椎X线片，结果同前。

工作单位：江西中医学院附属医院针康部针刀中心

通信地址：江西省南昌市八一大道445号

邮政编码：330006

手机：13607911958

调整异常功能单位 松解颈椎管狭窄症

—— 刘通可临床经验

刘通可，男，1939年生，现任北京宗源医院（原北京针刀总医院）业务院长、主任医师。中华中医药学会针刀学会常务理事兼技术委员会委员。

1989年开始研究针刀医学，并提出针刀治疗的远期效应，确保了远期疗效。发表了《针刀治疗颈椎病的机理探讨》，《椎管狭窄性颈椎病针刀治疗机理》等多篇论文，并参与《针刀医学系列教学篇》的音像出版制作工作。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗颈椎管狭窄症

颈椎管狭窄症是临床疑难症，是引起颈脊髓压迫的主要疾患。大多数人认为非手术疗法难以奏效，即使有效，远期疗效也难以巩固。

1. 针刀治疗机制 针刀治疗可使椎管外肌肉、筋膜、关节囊及项韧带、黄韧带达到松解，局部病变组织得到减张，利于循环的建立，最终可恢复正常组织功能。从患者的反馈信息可以了解到针刀具有持久的软组织松解作用，这就是我们谈的远期效应，椎管外软组织功能的恢复可大大加强椎管的稳定性。

在针刀松解的基础上进一步调整失衡的功能单位，能更好地减轻椎管内外的粘连和对脊髓、神经的刺激压迫。并能较彻

底地改善椎管内外不正常的作用力，恢复正常的功能结构，减缓退行性变的进展。

2. 针刀松解术

体位：坐、卧两种体位。患者俯卧位，前胸垫以适宜厚枕，使颈椎前屈，下颌置于床缘外，头自然下垂，暴露颈后手术区，医师坐于患者头侧。

定位：在颈椎异常功能单位和椎管外软组织病损处的皮肤相应部选点。

定点：棘突上缘和关节突关节，椎板缘及椎管外软组织病损处。

牵引：坐位，中立牵引 20 分钟，重量 10 ~ 15kg。

手法整复：医师双手拇指压于病变颈椎棘突尖端，其他手指置于双侧横突前结节腹侧骨面行整理手法。

手法完成后颈后加垫颈围固定 10 天。

(二) 针刀治疗类风湿关节炎

类风湿关节炎是一种以慢性多发性关节炎为主要表现的全身性自身免疫性疾病。主要侵犯关节滑膜、软骨，使骨质坏死，损害机体的结缔组织。具有慢性、反复发作、致残率高的特点。

1. 急性期 类风湿关节炎发病第一周，全身 187 个滑膜关节中任何一个或几个都可发生病变，滑膜的病理改变为充血、水肿，细胞脱落，纤维素渗出。致使关节腔内积液（多为混浊的乳状物），相关的关节外软组织，也发生充血、水肿、增厚、粗糙。这种关节腔内外的病理变化，张力增加，进而影响血液循环，使血管通透性增强，加重了关节内外的病理改变。

在小关节近端指间关节呈梭形肿胀膨大。大关节如膝关节肿胀明显，膝眼消失，浮髌试验阳性，关节功能受限等。在此期多发生以下症状：

(1) 小关节梭形肿胀：主要由于关节内外炎症，关节外软组织增厚，关节腔积液，内外张力增强所致。针刀治疗：第一，切开关节外软组织达到减张松解；第二，切开关节囊，使关节内液体排出关节外或流到皮下进一步吸收。注意事项：不可损伤关节外神经、动脉、静脉，使关节内液体排出关节，此期针刀治疗不受血沉快慢限制。

(2) 膝关节肿胀：病理变化同小关节。只不过滑液分泌更多，症状、体征更明显。针刀治疗：第一，先将渗液抽出，再注入0.5%利多卡因8~10ml，加泼尼松龙12.5mg，注入关节；第二，针刀减张松解关节外压痛点；第三，针刀“十”字切开关节囊以利内引流。注意事项：注意泼尼松龙的浓度和量；不受血沉快慢的影响；注意无菌操作观念。

(3) 尺骨茎突周围炎：是类风湿关节炎最早体征之一，对早期诊断有意义。针刀治疗：第一，减张松解尺侧伸腕肌；第二，松解尺腕关节。注意事项：避免损伤神经、动脉、静脉。

2. 亚急性期 急性炎症逐渐消退，渗出逐渐吸收。滑膜细胞开始增生，蔓延至软骨面，随后滑膜中增生的成纤维细胞，小血管和炎性细胞浸润形成肉芽组织（血管翳），这些致密的纤维性血管翳覆盖并从滑液中吸收营养，导致软骨表面糜烂、溃疡。此时在负重的关节软骨边缘可见血管翳与软骨间有成纤维细胞和纤维结缔组织构成的移行区。此区蛋白多糖量正常，并可见角蛋白、软骨素，代表纤维组织的修复过程。此过程表现为亚急性期。此期可出现：

(1) 尺侧偏移：由于急性期腕背软组织肿胀继发尺侧腕伸屈肌肌腱炎。故出现伸腕尺偏。针刀治疗：第一，充分减张松解尺侧腕伸肌及尺侧腕屈肌；第二，减张尺侧腕关节并切开滑膜。注意事项：避免损伤尺侧神经、动脉、静脉；手法后伸腕固定。

(2) 小关节梭形肿胀, 此期针刀治疗重点: 切关关节囊, 充分松解关节内的纤维粘连及松解关节外软组织。注意事项: 关节内外充分减张松解; 3 天后, 恢复功能锻炼。

(3) 膝关节: 滑膜炎性增殖, 血管翳形成并阻断软骨吸收营养, 继发溃疡形成, 广泛纤维粘连。针刀治疗: 第一, “十”字切关关节囊, 以利减张和内引流; 第二, 切开炎性滑膜; 第三, 切开半月板前角与横韧带, 脂肪垫交界粘连。注意事项: 无菌操作, 针刀 3 天后注意功能锻炼。

3. 慢性期 以关节功能消失、畸形、强直、肌肉萎缩为其特点。以病变轻重分为关节纤维性强直和关节骨性强直。

(1) 关节纤维性强直: 此期淋巴细胞、浆细胞、单核细胞常围绕小静脉周围浸润形成淋巴小结。该结节在指、腕、肘、踝部常见。病理: 滑膜细胞进一步增生, 层次增多。有时形成乳头突起, 滑膜呈不规则增厚, (有时较正常滑膜增厚 200 倍) 并有绒毛突向关节间隙。血管翳进一步伸向软骨中央阻断软骨吸收营养。软骨逐渐被吸收, 关节面粗糙不平, 血管翳机化粘连, 纤维组织增生形成广泛的纤维组织粘连。关节外软组织进一步机化粘连, 肌腱挛缩, 以屈肌腱为明显。此期多出现以下症状:

1) 指间关节单纯性屈曲强直畸形: 关节主动和被动活动均消失, 指骨未见破坏及骨质增生。针刀治疗: 针刀切关关节, 在关节内充分松解。注意事项: 术后手法强力伸直夹板固定; 3 天后功能锻炼。

2) 指间关节屈指肌腱挛缩屈曲畸形: 屈指肌腱挛缩为主要病理特点。关节主动功能消失, 被动功能存在。针刀疗法: 多次反复松解挛缩屈指肌腱, 针刀减张松解屈曲畸形关节, 手法强力拉直, 夹板固定。注意事项: 伸直畸形关节, 固定后要注意末梢循环。

3) 天鹅颈畸形: 由于骨间肌及肌腱挛缩张力增高, 近端

指关节过伸，远端指间关节由指深屈肌腱挛缩，形成“天鹅颈”畸形。针刀疗法：在近端指骨背面松解挛缩骨间肌及伸肌腱，减张松解两指间关节，松解指深屈肌腱。注意事项：术后“天鹅颈”样固定。

4) 纽扣花样畸形：由于伸肌腱中央部分断开和骨间带外移，增强了对末节指骨的牵拉或近端指间关节屈曲（指浅屈肌腱挛缩），远端指间关节过伸形成纽扣花样畸形。针刀治疗：指骨背侧和两侧面松解伸指肌腱，松解屈指浅肌腱，减张松解两个畸形关节。注意事项：指骨神经、动脉、静脉不可损伤，多次反复松解屈肌腱，术后手法“纽扣花”样固定。

5) 槌状指：伸肌腱不全断裂，使肌腱延长，而形成远端指间关节屈曲畸形，形成槌状指。针刀治疗：松解指深屈肌腱，减张松解畸形关节，松解延长粘连伸肌腱。注意事项：术后伸直固定，注意末梢循环。

6) 掌指关节尺偏移位：由于尺侧伸腕肌萎缩，桡侧肌力相对增强，使腕骨向桡侧旋转，手腕向桡侧偏斜，为保持肌腱与桡骨并行，手指向尺侧代偿，而出现掌指关节尺侧偏，腕关节向桡侧移位。形成手向尺偏的特征。针刀治疗：松解桡侧腕伸肌，松解萎缩粘连尺侧腕伸肌，减张松解腕关节间隙。注意事项：术后手法伸直固定，3天后功能锻炼。

7) 琴键征：由于下桡尺关节炎导致关节向背侧脱位，使尺骨茎突更明显。突出的尺骨茎突受压可回缩，放松后又向上复原。如同弹钢琴键。针刀治疗：充分减张松解桡尺关节。注意事项：针刀不可过深损伤神经、动脉、静脉，术后手法加垫固定。

8) 架桥趾：第2跖趾关节炎使跖骨头向下半脱位，第2趾翘起畸形，继发踇趾外翻，第2趾侧跨踇趾之上，形成架桥趾。针刀治疗：减张松解第二跖趾关节，松解踇趾、跖趾间关节和关节外软组织。注意事项：术后手法牵拉伸直第1、2跖趾关节，伸直固定；避免神经、动脉、静脉的损伤。

(2) 关节骨性强直：关节纤维强直未得到治疗，而关节软骨面进一步吸收后，软骨下骨表面破坏与修复同时进行。故骨端新骨形成，而致关节骨性强直。再由于关节反复长期积液，使关节外软组织松弛。关节间隙由于软骨及骨的进一步破坏而致变窄，关节外软组织更松弛并广泛粘连，肌肉处于保护性痉挛，最终导致畸形性骨性强直。此类强直可见于指、腕、膝、肘关节。治疗更困难，效果欠佳，常出现副损伤。

1) 指间关节骨性强直：主被动功能消失，骨破坏及骨生长同时存在。针刀治疗：同关节纤维性强直。更应注重关节内分离及术后固定，3天后功能锻炼。

2) 腕关节骨性强直：针刀治疗：尺桡骨与腕骨之间的松解，腕骨之间的松解，腕与掌骨之间的松解，腕伸屈肌腱的松解。注意事项：避免神经、动脉、静脉的损伤，加大术后被动功能锻炼。

3) 肘关节骨性强直：针刀治疗：肱二、三头肌的松解，松解肱骨与鹰嘴关节，松解肱桡关节。注意事项：此关节软组织张力大，手法不可粗暴，否则肿胀严重，手法不可失度，反复功能练习，避免尺神经损伤，手法后行外固定。

4) 膝关节骨性强直：针刀治疗：Ⅱ型针刀松解狭窄的关节间隙及骨性愈合，减张松解增厚滑膜及关节内粘连，松解关节外粘连的软组织。注意事项：多次反复功能锻炼，达到功能恢复和矫正畸形，注意手法适度。针刀治疗各型类风湿关节炎的效果是满意的，但不可偏废中西医的药物及术后手法治疗。注意手法不可失度，以免造成无法挽回的失误。



三、针刀治验

类风湿关节炎

李某某，女，29岁，广西合浦人，务农。患类风湿关

炎 15 年。其间疼痛、发热反复发作，近 3 年病情趋于稳定。曾经中西医各种治疗。现体质较弱，不发热，无明显疼痛，四肢小关节多关节强直。未见明显红肿，右手掌指关节尺偏，右尺骨小头可见琴键征。类风湿因子阳性，抗链“O”阴性，血沉 20mm/h。X 线片示：强直指关节无明显骨质破坏，关节间隙变窄，骨质疏松。“类风湿关节炎”诊断明确，病情稳定，指关节为纤维性关节强直。

在局麻下行右手食、中指中节针刀减压松解术，术后行滑利关节手法，当即恢复被动伸屈功能。功能固定 3 天，随后每天两次伸屈功能锻炼。术后发现屈指肌腱功能欠佳，给予针刀松解术，术后仍加强被动、主动关节功能锻炼。15 天后功能基本恢复正常，可持筷子、扣纽扣等。

工作单位：北京宗源医院（原北京针刀总医院）

通信地址：北京市昌平区沙河北大桥

邮政编码：102206

联系电话：010-52573651

腰腿膝痛针刀为主 内科妇科综合治疗

——成树江临床经验

成树江，男，原中国人民解放军海军太原门诊部主任，海军上校军医。海军离退休首长保健医；现任太原市军创针刀医院院长、主任医师，中华中医药学会针刀医学分会常务委员，世界中医药学会联合会针刀专业委员会副秘书长，山西省针刀医学会常务副会长兼秘书长。

多次组织海军、全军、全国和国际医学和针刀医学学术交流大会，应邀出访联合国总部及美国、日本、俄罗斯等 26 国，进行访问、讲学、主题发言、临床施教，并担任多部著作的主编、副主编和编委，为针刀医学的发展及国际推广作出了突出贡献。



一、学术特点与医疗特长

（一）膝关节积液治疗方法

1. 抽出积液 患者取仰卧位，屈膝屈髋位足底平放于床面上，先将治疗点找好，用甲紫做好标记，常规消毒，铺消毒洞巾，戴无菌手套，用注射器对准治疗点垂直刺入皮肤至关节腔内，从不同角度将关节积液抽出，如一次未抽完可拔出换注射器二次进入关节腔抽出积液。

2. 针刀松解 抽出积液后用 4 号小针刀进行剥离，先铲刮骨刺，刀柄沿治疗点的肌肉韧带走行方向垂直进刀入关节腔，先横切两下，纵切一下，再纵摆 3~4 下，然后根据 X 线

提供的骨刺位置，使刀刃接触骨面，刀柄可沿与刀口线垂直的方向左右摆动，刀刃把粘在骨刺上的变性软组织从骨刺上铲下掀起，铲下剥离可将痉挛紧张的部分软组织纤维切断，待松解彻底后即可出刀。

3. 配合抗生素治疗 针刀手术完毕后，可先给关节腔内注射 2ml 维生素 B₁₂ 注射液，1ml 泼尼松龙注射液，然后可根据关节积液的多少、积存时间的长短以及积液的颜色及异味直接给关节腔内注射抗生素，成树江用两组抗生素：①一次性注入 4 万 U 的庆大霉素注射液；②一次性注入 80 万 U 的青霉素钠稀释液。

4. 治疗时间 7 天做 1 次，轻度 1~2 次、中度 2~3 次、重度 3~5 次。

（二）慢性盆腔炎治疗方法

1. 临床表现 一般由急性期未经彻底治疗转化而来，大多数患者全身症状不明显，下腹坠胀及腰骶部疼痛。在劳累、性生活后和经期加剧，常伴有月经不调，白带增多，子宫活动受限，在子宫及输卵管一侧或双侧可触及囊状物，并有轻度压痛，盆腔结缔组织炎时，一侧或双侧有结节状增厚、压痛或可扪及包块。

2. 针刀治疗

（1）依据胸腰段 X 线片，了解 T₁₂、L₁₋₂ 椎体有无移位情况，找到病变椎体，在此椎体上、下的棘间韧带、左右关节突关节囊定 6 个点，刀口线与人体纵轴平行，垂直刺入，按骨关节移位方法进行松解。

（2）如果有阳性压痛点、条索结节在 T₁₂、L₁₋₂ 病理区带范围内，或者在骶后孔周围，可以在此处进针刀，刀口线和反应点纵轴平行，垂直刺入，条索和硬结者务必切开、刮碎。

（3）未发现骨关节移位，也未找到阳性反应点者，属于单纯电生理功能紊乱，用以下疗法：①在脐正下方 3 寸处定一

点，刀口线和人体纵轴平行，针体与皮肤平面垂直刺入 0.8cm，纵行剥离 2~3 下。②在脐正下方 4 寸处定一点，刀口线和人体纵轴平行，针体与皮肤平面垂直刺入 0.8cm 纵行剥离 2~3 下。③在小腿前内侧面的下部，当内踝上缘上 3 寸，胫骨内侧缘后方凹陷处，比目鱼肌与屈趾长肌之间定两点，刀口线与人体纵轴平行，针体与皮肤平面垂直刺入 1cm，刺入纵行剥离 2~3 下。④在第 2 腰椎棘突与第 3 腰椎棘突连线的中点旁开 1.5 寸定两点，刀口线和人体纵轴平行，针体与皮肤平面垂直刺入 1cm，纵行剥离 2~3 下。⑤在八个骶骨外孔处进针刀，注意避开神经、血管，在骶骨孔内缘进行纵向剥离 2~3 下，出针。注意剥离时，速度应慢。

3. 手法治疗 ①如属于相关椎体位移，针刀术后，立即进行手法治疗。其方法参见《针刀医学手法学》胸腰椎的手法常规即可。②如属于单纯的电生理线路紊乱者，无需配合手法。③如属于脊柱区带软组织损伤者，针刀术后，在各个进针点处，指压 20 秒，以促进局部的微循环，使电生理线路能够迅速恢复。

4. 药物治疗 ①10% 葡萄糖注射液 250ml，红花注射液 20ml。②0.9% 氯化钠注射液 250ml，复方丹参注射液 20ml。③0.9% 氯化钠注射液 250ml，注射用青霉素钠注射液 800 万 U，每日 1 次，10 次为一疗程，静脉滴注，注意做青霉素过敏皮试，如有过敏者可灵活使用其他抗生素，一般需要 2 个疗程。

（三）慢性支气管炎治疗方法

慢性支气管炎是一种严重危害人民群众健康的常见病、多发病，尤其在 50 岁以上的人群中，发病率甚高，经常反复发作，久治不愈，并发肺气肿、肺心病，或继发感染，可减弱身体抵抗力，甚至危及生命。多年来内科传统治疗用抗感染、止咳、祛痰、解痉、平喘等对症治疗，这些治疗方法烦琐，且易

复发，近3年来成树江应用朱氏小针刀穴位疗法配合应用海军气管炎研究治疗中心荣获全军科技成果的咳喘系列中药治疗本病，疗效显著，此方法简便易行，疗程较短，不易复发。

1. 诊断标准 按中国人民解放军总后勤部卫生部临床疾病诊断依据治愈好转标准：即以咳嗽、咯痰为主要症状，伴有或不伴有喘息，反复发作，每年发病持续时间至少3个月，并连续2年以上，并且排除其他肺系疾患所致上述症状者。实验室检查、血象、痰细菌培养、X线检查及肺功能测定符合慢性气管炎改变。

2. 治疗方法

(1) 选穴：①膻中穴：在两乳头间，平第4肋间。②定喘穴：C₇棘突下缘中点旁开0.5寸。③天突穴：在胸骨切迹上缘正中的凹陷内。④肺俞：T₃棘突下旁开1.5寸。⑤孔最：前臂桡侧，腕横纹上7寸。⑥丰隆穴：外膝眼与外踝尖连线的中点，胫骨前缘外开2寸处。⑦三阴交穴：内踝尖上3寸，胫骨后缘。⑧肾俞：第2腰椎棘突下旁开1.5寸。

(2) 小针刀治疗：不必按中医分型，选穴为单、双侧交替使用，每次分别取4~6个穴，常规消毒，不用麻醉，按照小针刀进刀四步规程，对准穴位，进刀深约0.5~1寸，行纵行、横行剥离2~3下，患者自觉酸胀感后即出针刀，用少许消毒棉球外敷刀口，用创可贴固定，每隔3日可重复治疗一次，一般治疗4~6次即可。

(3) 配合中药康复灵系列，依据中医理、法、方、药原则结合其药理组成协定处方，具有宣肺止咳平喘，健脾利湿涤痰，补肾壮阳通络之功。具体用法：咳嗽较重者，咳喘康复灵Ⅰ号胶囊，功能：止咳平喘，温肺益肺补肾，每次服6粒，每粒0.5g，每日3次。喘息较重者，紫蛤定喘灵Ⅱ号胶囊，功能：益肺补肾，纳气平喘、每服6粒，每粒0.5g，每日3次。伴肺气肿者，加服肺气肿康复灵Ⅲ号胶囊，功能：益气壮肾、

降逆平喘、豁痰通络，每服6粒，每粒0.5g，每日3次。伴平素感冒者，加服感冒防治灵Ⅳ号胶囊，功能：益肺固表，通窍清瘟，每粒0.5g，每服6粒，每日3次。以上疗法，20天为1个疗程。

（四）腰突症治疗方法

1. 诊断依据 患慢性腰痛病史或反复扭伤史，少数突发腰痛；腰痛伴坐骨神经痛，直腿抬高试验阳性；椎旁压痛常伴有坐骨神经放射痛；椎管内压力或张力增高，可激发腰痛的出现；腰部活动范围受限，患者被迫采取保护性和选择性体位；X线片示：脊柱有不同程度侧弯，腰椎生理弧度消失，有椎间隙变宽，或左右间隙不等宽，或有椎体骨质增生；CT或MRI示：腰椎间盘突出。

2. 治疗方法

（1）针刀治疗：患者俯卧位，在患椎棘突旁找敏感压痛点，采用甲紫标记，常规消毒，铺消毒洞巾，遵循“针刀疗法四步规程和手术八法”，做针刀松解术，刀口线与脊柱的纵轴平行，刀刃直达病变椎体的横突和横突间韧带。施以灵活轻巧的剥离、疏通，松解后即出刀，用消毒棉球压迫，创可贴覆盖。5~7天一次，如需做两次针刀时注意避开上次针眼，较轻者一般2~3次，严重者3~4次。

（2）手法治疗：针刀治疗后，有条件患者可做牵引，结合患者体质，从小重量开始逐渐增加至适宜度，切勿过重；无牵引条件者，术者可给予做连续提腿复位，按压疏通、滚动松解等手法，并嘱患者自己做“飞燕式”或“拱桥式”锻炼动作30个，每日5次，每次20分钟左右，以使粘连松解和突出物复位。

（3）药物治疗：①根据病情配合口服朱氏中药冲剂，分活络一号冲剂和风湿二号冲剂，因人而宜，对症选择以活血化瘀，疏筋活络为主的中药。②根据病情，对疼痛剧烈者可在手

术时选择注入以下三组药物中的一组：维生素 B₁₂，654-2，醋酸泼尼松混悬液，2%利多卡因；维生素 B₁₂，地塞米松，辅酶 A，2%利多卡因；维生素 B₁，庆大霉素，醋酸泼尼松混悬液，2%利多卡因。

(4) 根据病情，有手足麻木和疼痛明显者可静脉输入中药制剂：10%葡萄糖 250ml + 红花注射液 20ml + 维生素 C 注射液 3g，0.9%生理盐水 250ml + 复方丹参注射液 20ml，每日 1 次，7 天为一疗程。

(5) 嘱患者尽量卧床休息，适度功能锻炼。

二、针刀治验

(一) 膝关节骨质增生伴关节积液

袁某某，女，62 岁，退休工人。双膝关节肿胀疼痛，并伴有关节积液，活动严重受限 6 年，生活不能自理，经多次穿刺抽液、封闭、烤电、理疗、中草药外敷、内服中药等方法治疗，无好转，于 1997 年 3 月 23 日来我处就诊。查：双膝关节局部红肿，按压膝部疼痛明显，双膝不能屈曲或伸直，右重左轻，用手指按压红肿部位，有明显凹陷状，股骨内外髁、髌间嵴骨质增生，双膝关节间隙消失。诊断：双膝关节骨质增生伴有关节积液。按上法治疗配合 1 组抗生素治疗 4 次，疼痛、肿胀完全消失，关节活动基本灵活，生活能够自理。

(二) 慢性盆腔炎

李某某，女，36 岁，某工厂工人。下腹坠胀疼痛及腰骶部疼痛，在劳累、性生活和经期加剧，并伴有月经不调、白带增多 6 年余，曾在多家医院诊治，口服中西药和输液治疗，效果不显。于 1996 年 4 月 21 日来我部就诊。查腹部平坦，子宫活动受限，在子宫及输卵管双侧可触及囊状物，并有轻度压痛，下腹部有压痛，牵拉痛、时有反跳痛。诊断：慢性盆腔炎。按上法治疗 2 次（2 个疗程，每个疗程间隔 10 天）腹坠

胀疼痛症状全部消失，3个月后月经正常，白带正常。后追踪随访10年，一切正常。

（三）慢性气管炎

罗某某，男，66岁，退休职工。胸闷、胸憋、气喘、咳嗽，有时伴有喘息，反复发作，夜间平卧时有加重，咳吐白黏痰量增加，每年发作持续时间4~5个月，病史24年，曾在多家医院诊治，效果不明显，且病情越来越重，活动受限。于1994年12月3日来我处就诊。检查：体温37.4℃，面部黑青呈发绀状；听诊：双肺呼吸音粗糙，布满散在性喘鸣音；望诊：胸部呈喘息状；实验室检查：WBC： $14 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞：78%，嗜酸性粒细胞：6%；胸部X线片显示：双肺门稍增大，双肺纹理增粗。诊断：慢性支气管炎。采用上述方法治疗两个疗程，（每个疗程间隔10天，停止治疗后观察疗效）病情痊愈。面部红润光泽，无咳嗽、咯痰。胸部呼吸节奏均匀，全身活动自如，随访14年无复发。

（四）腰椎间盘突出症

郭某某，男，67岁，退休职工。腰部酸困、憋胀，双下肢酸软，时有困痛放射至小腿及足部，活动受限5年余，曾在多家医院针灸、烤电、封闭等治疗，效果不显，于1997年11月6日来我处就诊。查：体温：37.2℃，血压：146/100mmHg，直腿抬高试验阳性，压腰试验阳性，活动受限。X线片示：生理曲度变直，腰椎间隙变窄，右侧较重，后纵韧带钙化。CT示：生理曲度变直，腰椎各椎体边缘变尖，腰3~4、腰4~5、腰5~骶1椎间盘膨出，压迫硬膜囊及双侧神经根。诊断：腰椎骨质增生，腰椎间盘突出症。经用上述方法治疗痊愈。腰部症状全部消失，活动自如，随访12年无复发。

（五）三叉神经痛

窦某某，男，78岁，退休干部，劳累或着急上火时，右侧面部抽搐疼痛性发作9年余，曾在多家医院治疗，效果不明

显，于1984年11月在某医院外科做三叉神经上颌支阻断术后，仍有多次发作，疼痛难忍，曾有轻生念头，后经人介绍来我部就诊。诊断：三叉神经痛（右侧）。经采用针刀闭合性手术治疗2次，治愈，随访15年无复发。

工作单位：山西省针刀医学会太原市军创针刀医院

通信地址：山西省太原市南内环街19号阳光小区6号楼

邮政编码：030012

电话：0351-4640113

手机：13934206966

E-mail: tyjczd@126.com

精研定位操作技巧 颈腰椎病经验丰富

——许振南临床经验

许振南，男，1972年出生，现任江苏省兴化市第三人民医院骨伤科主任，副主任医师，江苏省兴化市中医学会常务理事。

1997年于北京中医药大学针灸学院骨伤专业本科毕业后开展针刀治疗，共接诊近10万人次的颈椎病、骨质增生、腰椎间盘突出症等疑难杂症的患者。

发表论文《浅谈颈椎病的针刀治疗定位与操作技巧》等十余篇，《针刀治疗颈肩腰腿痛》副主编、《针刀临床误诊误治》编委。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀松解项韧带治疗前额痛2例分析谈针刀临床定位

精确定位，是针刀治疗的关键之所在，中医讲究辨证论治，分清证候证型，因证施治；西医注重辨症论治，诊断明确，对症下药；针刀治疗最强调辨位论治，明确病灶，刀至病所。对于一个针刀医生来说，如何才能做到准确定位呢？在此结合临床，通过对2例针刀松解项韧带治疗前额痛来谈谈临床定位的体会。

病例1 王某某，男，53岁。以颈部不适，前屈后仰不畅伴前额痛十余年来就诊。查体：寰枕筋膜处无压痛，C₃、棘突

压痛(+)，有条状物，拍片： $C_3\sim_6$ 项韧带钙化，椎小关节增生。CT检查：排除了颅内及额窦病变。许振南治疗时分3次直接松解钙化的项韧带，辅以颈椎定点旋转复位手法，结果颈部不适症状解除，前额痛也神奇地消失了，该患者随访3年未复发。

病例2 赵某某，男，42岁。以颈部不适，前额痛1年余来就诊，症状很类似王某某，治疗也是以松解钙化的项韧带而获得成功。

提起头痛，大家首先考虑寰枕筋膜卡压枕大神经，不过这种头痛大部放射到双太阳穴。可以通过松解寰枕筋膜而缓解，放射到前额痛的患者临床上也不少见，颅内及额窦病变也可以引起，但通过上述两病例可知项韧带损伤也能引起前额痛，那么怎样解释这种因果关系呢？

颈部神经血管丰富，强大的项韧带在棘间韧带帮助下，可保持脊柱前屈后伸及旋转，使颈椎运动于安全范围以内。在颈椎失稳后，项韧带（颈椎部的棘上韧带）过度活动而肥厚，继而钙化、骨化。项韧带钙化的部位与颈椎病发病的部位相一致，多见于 $C_3\sim_6$ 之间的夹肌、半棘肌与小菱形肌附着点处，椎旁肌肉可因项韧带钙化而协调失衡，活动时导致肌腱与骨附着处发生撕脱性损伤，或肌纤维局限性断裂，慢性劳损的局部组织呈纤维性变，或机化粘连，造成颈椎两侧肌力进一步失衡。若颈椎已处于失稳状态，则极易发生错位而出现相应神经支配的肌肉痉挛。当上位颈椎错位后，横突亦随之偏移，三叉神经脊髓束在颈髓中亦可因寰枕关节错位而受到刺激，引起眼周神经痛或前额痛。

针刀松解了钙化的项韧带，恢复了它的生理弹性，有利于肌肉恢复正常的力学平衡，加之颈椎定点旋转复位法复位，可以彻底纠正错位的颈椎，使神经血管的受压或刺激解除，因而前额痛症状消失。

头痛与经络循环走行有关：阳明胃经经过前额，前额痛多称阳明头痛；督脉，起始于躯干最下部的长强穴，沿着脊柱里面，上行到风府穴，进入脑部，上至巅顶，沿额下行到鼻。中医学认为“通则不痛，痛则不通”，针刀松解颈部项韧带（棘上韧带）正好是疏通了阳明胃经和督脉，通则不痛，前额部刚好也是阳明胃经和督脉循行部位，因而前额疼痛缓解。

通过以上分析，中西医在机制上得到了统一，中医经络循行同样可以为临床定位提供参考，因而许振南认为中西医结合定点才是针刀医学临床定位治疗发展的方向。

（二）颈椎病的针刀治疗定位与操作技巧

1. 颈椎病病位诊断思路

（1）根据患者主诉的症状去推断颈椎病的病变部位：一般情况上位颈椎（ C_{1-3} ）主管头面、五官的症状：如眩晕、头痛、耳鸣、视力模糊、失眠等，其病变部位首先考虑上下项线之间（寰枕筋膜、项筋膜、风池穴）；其次考虑上位颈椎的后关节突、 C_2 棘突旁、 C_{1-3} 横突后结节和项韧带。

下位颈椎（ C_{4-7} ）病变不但可以引起颈部的症状，同时多伴有胸背部和上肢的症状：如肩背、臂、手指的疼痛麻木。其病变部位，首先考虑 $C_4 \sim T_1$ 后关节突关节、横突后结节；其次考虑冈上窝、冈下窝、肩胛内上角、肱骨大小结节间沟、肩峰下、肱骨内外上髁、腕横韧带等。

胸背部僵硬、沉重感与肩胛背神经受压有关，病变部位多考虑 C_{5-7} 椎后关节突关节、横突后结节。

（2）仔细触诊，精确定位：在针刀临床中，仅用脑子去看病是远远不够的，更重要的是用手去诊病。仔细地寻找压痛点、条索、硬结，触摸其范围、方向和层次，精确定位，是针刀治疗的关键之所在，也是我们针刀大夫的基本功。所以，我们检查诊断的时间往往比针刀手术的时间要长，就说明这个基本功的重要性。

2. 颈椎常见病变部位的定位和针刀入路层次 临床上人为地把后颈部分为枕部和颈部。

(1) 枕部(上下项线之间):把上下项线之间由后正中线至乳突分为三等份,临床上发现中内1/3交界处和中外1/3交界处,是最常见的损伤点,常可扪及硬结、条索。从解剖上看,前者有枕大神经穿出(相当于枕外隆凸旁开2.5cm左右),后者有枕小神经穿行(相当于枕外隆凸旁开5cm左右),乳突部有耳大神经穿行。这三条神经卡压常可引起额、颞、枕部的疼痛。此外,上下项线之间还是椎枕肌的附着处,又邻近寰枕关节,此处组织的损伤,最易卡压、刺激椎动脉,导致椎动脉供血不足而致眩晕。故这三个部位是治疗头痛、眩晕的首选治疗点。刀口线与人体纵轴平行,垂直于颅骨面方向刺入,纵行切割,注意不横切。然后将针刀稍抬起,沿颅底骨面向寰枕关节方向稍进不超过1cm。

(2) 颈部(由内向外分为6条纵线)

项韧带线:即后正中线,松解项韧带,层次不一定到骨面,可横切。

项韧带旁线:即后正中线旁开1.5~2.0cm,此处多为斜方肌筋膜损伤。刀口线与人体纵轴平行垂直于皮肤刺入,不一定到骨面,纵横切割。

关节突线:后正中线旁开3~4cm,颈部肌肉最薄弱处,刀口线与人体纵轴平行,与骨面呈45°角斜刺,先松解肌筋膜,再达关节突骨面,松解关节囊、并可沿关节突的骨面向内外铲拨。

关节突外侧缘线:后正中线旁开4~6cm,当颈侧肌筋膜痉挛时,此处压痛、条索明显。斜向内侧进针,松解关节突外侧缘的肌筋膜、关节囊。

横突后结节线:在环状软骨水平,胸锁乳突肌后缘可扪及C₆横突后结节,从乳突至C₆横突。

横突前结节线：在胸锁乳突肌前缘，侧位或仰位直刺进针。

注意：横突前、后结节均应逐一摸清定准，进皮后先松解肌筋膜，再摸索摆动进针达横突骨面后小幅度地铲切，刀口线始终与人体纵轴平行。

3. 颈椎病的针刀操作技巧 一根绳子过于紧张，要想伸长一点减压，完全可以在这根绳子的任一部位剪一个小口（注意不能剪断）而达到目的，临床上针刀操作很类似，附着点的高应力完全可以通过松解该肌肉、韧带的任一部位而达到间接松解的作用，所以不要强求针针到骨面，甚至非常危险的部位。

针刀操作要领是：首先确定病变的肌肉、韧带，根据其分布特点，寻找最安全的进针部位，针刀快速进入皮下，然后分层次突破，先突破浅筋膜，再突破深筋膜，最后到骨面（不强求直达骨面）。每到达一个层次后稍停，不要忙于铲切，而是仔细感受刀下的硬度，一旦碰到硬结，就快速突破、减压。不大幅摆动，不在骨面上刺激。并且根据患者的感觉，酸胀效果最好，如果疼痛和触电感应回缩针刀，调整进针的方向和层次。这种操作的优点是：通过松解损伤肌肉、韧带的安全部位，而达到对病变部位的间接松解，危险性非常小。

临床发现天宗穴压痛反映颈神经根受压迫，天宗穴的疼痛改变与颈椎病的发病正相关。

（三）腰椎间盘突出症的针刀治疗定位与操作技巧

腰椎间盘突出症的诊断思路

（1）常见部位的腰椎间盘突出症具有定位意义的症状及体征如下：

1) 腰3～腰4椎间盘突出：腰4神经根受压，腰背、骶髂部、髂、大腿前外侧、小腿前侧痛，小腿前内侧麻木，伸膝无力。

2) 腰4~腰5椎间盘突出: 腰5神经根受压, 腰背、骶髂部、髋部、大腿和小腿的后外侧疼痛, 小腿外侧或足背跖趾麻木, 偶可足下垂, 跖趾背伸无力。

3) 腰5~骶1椎间盘突出: 骶1神经根受压, 腰背、骶髂部、髋部、大腿和小腿后外侧痛, 小腿后外侧及外侧三足趾的足背麻木, 偶有足跖屈及屈趾无力。

中央型腰椎间盘突出症的临床表现: 马尾神经受累, 腰背、双侧大腿及小腿后侧疼痛, 双侧大腿、小腿后侧、足底及会阴区麻木, 膀胱及直肠括约肌无力或麻木, 以致二便失常。

(2) 仔细触诊, 精确定位: CT检查可快速识别腰椎间盘突出体的具体位置和大小, 但CT检查必须与临床征象相结合, 这样才能准确地找到致病的位置, 因为有的腰椎间盘突出并不引起临床征象, 在临床实践中, 经常发现症状消除了, 复查CT, 腰椎间盘突出仍然突出, 就说明了这一点, 因此针刀医师必须认识一点, CT只是参考, 临床征象才是我们定位的主要依据。因此, 在针刀临床中, 应根据临床征象仔细地寻找压痛点、条索、硬结, 触摸其范围、方向和层次, 精确定位, 才是针刀治疗的关键之所在。

许振南发现, 腰椎间盘突出症的疼痛及疼痛放射部位, 除了与夹脊、足太阳膀胱经非常密切外, 还与足阳明胃经、足少阳胆经、足少阴肾经在下肢的循行非常一致。故临床上应当将病变的部位与中医的经络循行相结合进行治疗。

许振南经验:

1) 根据椎间盘突出部位定位: ① $L_3 \sim L_4$ 椎间盘突出: 定点以 L_{4-5} 椎旁+足少阴肾经的横骨、阴谷、太溪等。② $L_4 \sim L_5$ 椎间盘突出: 定点以 L_{4-5} 椎旁+足太阳膀胱经的背俞穴、秩边、委阳+足少阳经的环跳、风市、阳陵泉、悬钟+足阳明经的足三里为主。③ $L_5 \sim S_1$ 椎间盘突出: 定点以 $L_5 \sim S_1$ 椎旁+

足太阳膀胱经的背俞穴、秩边、委阳、承山、昆仑为主。

2) 根据患者症状定位: ①患者表现腰痛以及疼痛向大腿和小腿后侧放射, 多松解腰部夹脊穴 (L_{4-5} 、 $L_5 \sim S_1$ 椎旁为主) 和大小腿后侧敏感穴位以及阿是穴, 如殷门、委中 (腰背委中求)、委阳、承山等, 坐骨神经就分布于这些穴位的深面。如患者表现腰痛以及疼痛向大腿后侧和小腿前侧放射, 伴足面麻木, 临床上松解足三里穴 (位于外膝眼下四横指、胫骨边缘), 附近分布有腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支分布处, 深层为腓深神经, 效果明显。足底麻木则选用三阴交 (位于小腿内侧, 当足内踝尖上 3 寸, 胫骨内侧缘后方), 该处局部分布有小腿内侧皮神经, 深层后方有胫神经。②患者表现为腰痛以及疼痛向大腿前侧和外侧放射, 多松解腰部夹脊穴 (L_{3-4} 椎旁为主) 和居髂穴、风市穴。居髂穴位于髂前上棘与股骨大转子最凸点连线的中点处, 附近分布有臀上皮神经及臀上神经。风市穴简便定位法: 直立, 手下垂于体侧, 中指指尖所到处即是。③患者表现为腰痛向大腿内侧放射, 多松解腰部夹脊穴 (L_{3-4} 椎旁为主) 和阴廉穴 (大腿根部, 耻骨结节的下方, 长收肌的内缘), 局部布有股神经的内侧皮支, 深层有闭孔神经的浅支和深支。

另外, 阿是穴也是针刀治疗定点的重要参考。腰椎间盘突出症以腰腿痛症状为主的患者, 臀中肌松解应定为常规松解, 因臀中肌解剖部位, 正是足太阳膀胱经、足少阳胆经臀部循行交叉所在部位, 穴位集中, 松解此处, 患者酸胀感强烈, 从而激活了机体内源性疼痛抑制系统, 释放疼痛抑制因子, 就可以起到止痛作用。

3) 针刀操作技巧: 腰椎解剖比较复杂, 臀部有重要神经血管通过, 肌肉丰满, 在外行看来, 似乎针刀操作难度更大, 稍不小心就会损伤神经血管。在多年的针刀临床和与同行的广泛交流中, 摸索出一套既安全又有效的针刀松解法, 这种方法

的操作要领是：严格执行针刀四步进程，针刀快速进入皮下，然后分层次突破，先突破浅筋膜，再突破深筋膜，最后到骨面，而不是一刀直刺骨面。每到达一个层次后稍停，不要忙于铲切，而是仔细感受刀下的硬度，一旦碰到硬结，就快速突破。不大幅摆动，不在骨面上刺激。并且根据患者的感觉调整进针的方向和层次，酸胀效果最好，如果疼痛和触电感应回缩针刀，调整进针的方向再次进入。这种操作方法的优点是：能松解到各个层次的病灶，又很少损伤和出血，更能最低限度地减轻患者的痛苦。

臀部血管分布丰富，在分离松解中损伤是必然的，要有思想准备，最简单的方法就是：每次出针后立即压迫止血，15分钟后，检查局部无异常，才能让患者离开。临床发现：秩边穴反映下腰神经根受压迫，秩边穴的疼痛改变与下腰神经根受压迫（如腰椎间盘突出症）情况相关。

（四）针刀治疗颞颌关节紊乱综合征

颞颌关节功能紊乱综合征是临床上的常见病，其发病因素较为复杂，不少因素比较隐匿而不被注意。因此，必须对发病史、临床体征作系统和周密研究，尽力找出原因，正确判断属于哪一类型，对髁状突、关节盘、肌肉之间的相互关系，以及病理生理改变的部位作出正确的估计，对选择治疗方法十分重要。

针刀医学认为该病由于粘连、瘢痕、挛缩而致动态平衡失调，最终导致颞下颌关节功能障碍，通过针刀闭合松解术使局部粘连、瘢痕、挛缩迅速解除，并建立新的血液循环，疏通经络，活血散瘀，同时通过针刀这种机械性刺激，在病灶区机械能转变为热能，使小血管扩张，血液循环加快使局部的炎性渗出物被溶解、液化、吸收、消散，治疗时可加入药物注射有利于炎症、水肿的吸收，防止再粘连，并有止痛作用，恢复动态平衡。

针刀松解法:

患者侧卧位,患侧朝上,找准压痛点,用甲紫做好标记,常规消毒,术者戴无菌手套,避开神经、血管,在选好的点上垂直于皮肤进针刀,刀口线与下颌头顶线平行刺入达骨面,行纵行切开,调整刀口线,刀口线与下颌头斜面平行,在其后缘切2刀后出针,无菌棉球压迫针孔,无出血后用碘酒消毒,贴上创可贴,每周一次,3次为1个疗程,术后嘱患者避免张口过大、咀嚼硬物及寒冷刺激。

针刀临床过程中,发现大部分患者有不良咀嚼习惯,如单侧咀嚼(蛀牙或缺牙引起),工作情绪紧张时咬牙习惯,因此治疗时应嘱咐患者纠正这些坏习惯,及时修补蛀牙和缺牙,这对疾病的预防和防止复发具有十分重要的意义。

(五) 针刀治疗跖管综合征

跖管综合征为跖部急性损伤或慢性劳损,使跖管内肌腱发生无菌性炎症,或其他原因导致胫后神经周围纤维组织增生,导致跖管内压力增加,主要表现为胫后神经在胫屈肌支持带下经过骨性纤维管时受压迫缺血所致的临床症状。针刀治疗的目的是切开分裂韧带,进行跖管减压。

此病诊断不复杂,有时须与坐骨神经压迫相鉴别,此病仅局限于足部症状,间歇性的脚趾烧灼痛、刺痛或麻木,脱掉鞋子可使症状缓解。而坐骨神经压迫多伴有腰、臀部症状。

针刀治疗定点:跖管部体表可扪及3条肌腱,由后向前依次为踇长屈肌腱、趾长屈肌腱和胫骨后肌腱。分裂韧带介于内踝后下方与跟骨内侧面之间并呈带状,治疗时(在分裂韧带的两缘上各取两点)取点如下:①内踝下缘;②内踝后缘;③位于内下缘与跟骨内侧面前缘连线上,长屈肌腱后缘处;④位于内踝后缘与跟骨内侧面后缘连线上,踇长屈肌腱后缘处。

针刀操作技巧:快速至皮下,然后缓慢进针刀,遇到韧感

即分裂韧带，切割2刀并纵行分离及横向推移2次，出针刀。经③、④进针刀时，要用另一手拇指或示指触到踇长屈肌腱并固定之，其后侧沿指甲快速进皮。拇指或示指的作用有二，一是可以作为进针刀的依托，二是可以固定踇长屈肌腱，保护其前面的胫后动、静脉和胫神经，针刀手法同前，临床治疗要防止误入血管和损伤神经，治疗后患肢抬高40°左右。

（六）针刀治疗腕管综合征

腕管综合征是由于腕管内正中神经受压导致手指麻木、疼痛、活动受限的一种临床综合征。该病多见于中年女性。手部劳动强度大及腕部活动范围大的人易患此病。

临床中神经根型颈椎病与腕管综合征的鉴别很重要。二者均可有手指麻木、疼痛，但治疗完全不同。另外，二者有可能同时存在，即同一个患者同时患颈椎病及腕管综合征，需要仔细区分。分别治疗才能取得良好疗效，神经根型颈椎病的特点是疼痛呈放射性，从颈部、肩部向远端放射，患者同时有颈部、肩部、上肢及手的症状。疼痛与颈部活动有一定关系。颈椎X线片及CT可显示颈椎退行性变，相应神经根椎间孔狭窄。疼痛及感觉障碍范围广。肌电图可提供鉴别诊断依据。腕管综合征表现为夜间手指疼痛，压指试验阳性，肌电图检查从近侧腕横纹到大鱼际的正中神经传导速度延长。

此病治疗关键在于诊断准确，针刀操作时注意避免损伤桡、尺动脉和正中神经，一定要紧贴尺侧、桡侧两条肌腱内侧缘进刀，在切断腕横韧带时，要时时询问患者的感觉，酸胀为好，若诉有麻木和点击样感觉，立即移动刀锋。

如果合并神经根型颈椎病时一并治疗，针刀操作完毕后，配合手法治疗可以达到事半功倍的效果。

（七）针刀治疗股外侧皮神经炎

股外侧皮神经炎患者常感到大腿前外侧疼痛，疼痛性质为针刺样，疼痛面积大概有手掌大小，因它是感觉神经，因此不

影响患者大腿的力量和运动；有的患者感觉大腿前外侧的麻木，感觉皮肤发厚，好像有什么东西贴在皮肤上；有的患者感觉蚂蚁、小虫在皮肤上爬行；有的患者感觉大腿外侧发冷、发凉，常穿很多衣服，也不能保暖，仍大腿发凉；而有的股外侧皮神经炎患者感觉腹股沟处疼痛，在临床上应引起注意；有的患者在大腿外侧无不良感觉，而在膝关节附近感觉疼痛，但仔细检查时可发现大腿外侧的皮肤感觉过敏或减退，按股外侧皮神经炎治疗，膝关节疼痛也消失了。医生检查时可发现大腿前外侧的皮肤感觉过敏或减退，这是诊断此病的主要依据。

股外侧皮神经炎临床上必须与坐骨神经痛鉴别，股外侧皮神经炎的大腿疼一般不过膝关节，而坐骨神经痛常发生在大腿后面、小腿外侧；股外侧皮神经炎的感觉障碍在大腿外侧，而坐骨神经痛的感觉障碍在小腿外侧；股外侧皮神经炎无直腿抬高后的疼痛，也无膝反射、跟腱反射的改变。另一个需鉴别的疾病是臀筋膜炎，它主要引起臀部的疼痛，但有些患者可出现大腿外侧的酸痛。

股外侧皮神经来自第二、三腰神经前支后股，在腰大肌外斜向外下方，经髂肌前面在髂前上棘内侧穿过腹股沟韧带下方至股部，经缝匠肌前面或穿过该肌肉上部，分成前后两支，从阔深筋膜深面穿出至浅筋膜。前支负责髌膝及大腿前方的皮肤感觉，在髂前上棘下侧约10cm处穿出阔筋膜。后支负责大腿外侧皮肤的感觉。在股外侧皮神经经过的部位任何一处由于炎症、肿块、异物、纤维组织粘连，先天解剖变异等等导致压迫，都可引起股外侧皮神经嵌压综合征。压痛点一般就在腰2、3、4椎旁，腰三横突处。这就是针刀治疗松解腰2、3、4椎旁和腰三横突的依据。

针刀治疗技巧：

针刀松解腰2、3、4椎旁，紧贴棘突，摆动至棘突与椎板移行处骨面，先纵行剥离，再横行剥离，患者有酸胀感向大腿