

前外侧放射，效果最好，腰三横突有压痛一并松解。

局部风市穴（在大腿外侧部的中线上，当腓横纹上7寸。或直立垂手时，中指尖所指处）松解，直达骨面，先纵行剥离，再横行剥离，以患者酸胀剧烈时效果好，此处无重要神经血管，针刀直刺下去达骨面，很安全。局部风市穴松解是运用中医“通则不痛，痛则不通”的原理。

（八）针刀临床中的针刺作用和术前麻醉问题

针刀书籍上，大部分都是要求治疗疾病时，将针刀准确地到达某些解剖部位，甚至非常危险的地方，如脊柱区域的盲目操作，其后果也是最严重的。其原因可能是由于针刀医生过于自信（多发生于西医出身的医生），追求松解黄韧带、寰枕筋膜及椎管内的治疗，而忽视了针刀是中西医结合的产物。针刀是将针灸针和手术刀融为一体的小型治疗器具，因此临床中可以分别发挥针和刀的作用以及联合发挥针刀的综合效应。也为针刀术前不用麻醉提供了理论依据。在此就针刀临床中的针刺作用和术前麻醉问题，谈谈自己的看法。

1. 针刀的针刺效应 针刀是刀，也是针。针刀的应用，可以像针刺一样，选取各种疾病的治疗穴位，让针刀的刀口线的方向和经络循行方向一致，按照针刀的进针方法，避开神经、血管，达到适当深度，当得气时，可按针刀施术方法纵横剥离几下，即可出针。针刀镇痛的原理是来自针灸的针刺效应，针刺可以激发在身体的自然止痛物质释放，从而缓解疼痛。针刀的针刺作用，因其针体比针灸针稍粗，故刺激作用更强、更持久。因其顶端刀刃锐利，故快速进皮时没有明显痛感。因其针体坚韧又有针柄，故运针时间短，且更容易，只是不宜行捻转手法。

针刀临床中行针手法，亦称针法。一般分为基本手法、辅助手法及经过变化定量组合后的补泻手法。

（1）提插法：将针刀刺入腧穴的一定深度后，用刺手一

上一下地纵向进退的操作方法。此法在针刀行切开剥离粘连、结疤时，可以结合使用。临床运用时，因提插的幅度、用力的轻重而有补泻之别。一般来说，提插幅度大、频率快，刺激量大，属泻，提插幅度小，频率慢，刺激量小，属补。

临床上，对于急性病患者，针刀多采取泻法，如腰椎间盘突出患者急性发作，患者疼痛剧烈，就可以在腰臀部寻找敏感压痛点（以痛为腧），行快速提插，以患者剧烈酸胀为好，可迅速止痛。而对于慢性病患者，治疗多采取补法，如腰椎间盘突出症反复发作的患者，疼痛有限，麻木为主，可寻找相应腧穴小剂量刺激，脚面麻，可刺激足三里，脚掌麻，则以刺激三阴交为主。

（2）纵运法：是指用针刀沿着经络走向运行针刀的方法，此法在针刀行纵行疏通时可结合运用，临床应用时注意沿着经络走向运行，或者沿着病变放射的方向运行，其目的是尽量将患者的酸胀感直达病所。

如股外侧皮神经炎患者，针刀松解腰2、3、4椎旁（夹脊穴），紧贴棘突，摆动至棘突与椎板移行处骨面，先横行剥离后，再纵行运针，患者有酸胀感向大腿前外侧放射，效果最好。如放射不到大腿，再于局部风市穴（在大腿外侧部的中线上，当髌横纹上7寸。或直立垂手时，中指尖所指处）松解，针刀直达骨面，行针时务必让患者感到酸胀剧烈，此时效果最好。

（3）横运法：在针刀提插时，与经络走行方向垂直运行针刀数次，这是一种加强刺激的手法，属泻法。有疏通经络，行气活血的作用。结合刀法，还有剥离软组织粘连的作用。此法在针刀行横行剥离法时，可结合运用。

具体操作就是将针刀直插到骨面，在纵行疏通的基础上，将病变组织铲起，整体向一边移动，此时患者酸胀剧烈，就达到加强刺激的效果，多适用于身体体质好，急性发病的患者，

如青年人的急性腰腿痛发作者，寻找敏感压痛点，运行此法，可迅速止痛。

(4) 留针法：和针灸针留针一样，在行针刀后，或刺入腧穴后，使针刀在穴位上停留片刻，以加强得气或加强针感的持续作用，便于继续施术。

具体操作方法是一个治疗点使用一把针刀操作，然后留下不动，继续用另一把针刀继续在另一个治疗点上治疗，再留下不动，依此类推下去，直到所选治疗点都松解完后，再依次起针，这就是留针。

2. 针刀的手术效应 针刀的刀刃可以像手术刀一样对病变组织进行不切开皮肤的手术治疗，如松解粘连组织；切开压力增高、组织水肿的关节囊；切断挛缩肌纤维或筋膜；切碎瘢痕、钙化组织块或痛性硬结；切削磨平刺激神经引起疼痛的骨刺等。如肩周炎患者，临床上以粘连为主，针刀的手术刀作用就能得到充分的应用，只要针刀准确松开粘连的部位，则临床疗效立竿见影。

3. 针刀综合效应 如果在一个患者身上同时存在敏感穴位和病变组织，就需利用针刀的针刺效应刺激穴位，并利用手术效应对病变组织施行手术治疗，使其两种效应综合发挥，收到更好的治疗效果。

如颈椎病患者，颈部组织僵硬，活动受限，同时伴有上肢麻木，在临床中既要用针刀的手术作用切开颈部僵硬的组织，还要寻找敏感压痛点和腧穴，如天宗穴进行刺激。

4. 针刀术前的麻醉问题 针刀治疗既然是针与刀的综合作用，那临床中术前不打麻药效果好就有了理论依据，如果术前打麻药，针刀就只剩下刀的作用了，患者没有针感的强烈刺激，就不会调动人体的积极性，去更好的修复损伤的机体。而不打麻药患者针感好而且伤害神经血管的几率小。

打麻药无非是为了减轻患者的痛苦，进针刀是针刀刺透皮

肤达到病变组织的过程，针刀治疗时做到如下几点，同样可以达到目的：

(1) 迅速：左右双手密切配合，动作协调，进针时集中臂、腕、指力迅速进针，使得进针速度加快，刺激皮肤的时间缩短，对皮下组织及神经末梢刺激程度小，能够减轻疼痛。

(2) 准确：减少对正常组织的损伤，直达病所，患者会只有酸胀感。

(3) 对于皮肤松弛的地方，可用手绷紧皮肤再进针。

(4) 尽量选用快针刀。



二、针刀治验

(一) 颈椎病

吴某，女，43岁，江都人，2006年4月26日来诊。患者来诊时，颈肩部疼痛伴头晕、头痛、手麻2年余，加重1个月。自觉眼花、视力下降、眼肿、眼球凹陷感。终日昏昏沉沉，躺下及起床等体位改变时症状加重。头痛呈持续性，偶有减轻。失眠，多梦。查体：神志萎靡，表情淡漠，面色枯黄，无光泽。头颈部转动时有骨关节摩擦音，枕后部、颈椎棘突旁、肩部广泛敏感压痛。X线：颈椎生理弧度消失， C_{5-7} 后缘骨质增生，椎间隙不狭窄。以颈椎病行针刀松解选择双侧颈椎棘突旁、横突敏感压痛点，针刀与颈椎纵轴平行，呈 45° 进针刀深达椎板，做纵行疏通，至针刀无明显阻力为止。同时取胸3、4棘突两侧近旁压痛点针刀松解，治疗点为棘突近旁筋膜层及双侧头夹肌的起点处。针刀纵行疏通，至针刀松动感为止。术后行颈椎定点旋转复位。

治疗后3~4天内患者自觉眼球凹陷症状基本消除，后又加重。背部疼痛有缓解。仍然头晕，查枕后部（相当于风池穴）， C_2 横突压痛明显，枕骨下方凹陷处，可触及硬结或硬条索，行针刀松解寰枕筋膜和椎枕肌。患者俯卧位，头前屈，下

垫薄枕，在枕后结节与乳突连线中点处敏感压痛点，针刀垂直皮肤，朝向头约45°缓慢进刀，达枕骨或出现放射感，退针刀0.5cm，针刀刺及硬结时沿肌纤维方向剥离硬结，采用纵行剥离配合切碎法，一周后，头痛完全消除，头晕症状好转80%左右，眼球凹陷感缓解一半。

第三次复诊患者觉头转动后仰受限，查第7颈椎棘突，胸1、2棘突处压痛明显，考虑头夹肌损伤，令患者端坐低头。在颈7、胸1、2棘突近旁压痛点刀口线和颈椎纵轴平行，使针体和背平面成约80°角刺入，达第7颈椎棘突两侧，不可超过棘突根部，以免损伤神经或脊髓。在棘突尖部的两侧缘沿头夹肌走行方向纵行剥离，然后，再在棘突两侧铲剥数下出针。患者立即感觉颈部放松，头转动后仰受限明显改善。1周后，仅剩下后背部轻微不舒适。第四次复诊常规针刀松解两侧肩胛内上角、肩胛提肌、菱形肌、后斜角肌等附着点处敏感压痛点。至第五次来诊时，患者头已偶有昏沉，无头痛，无眼球凹陷感，肩背部不适感觉完全消除，精神面貌明朗。3周后再行复诊，无明显不适，患者感觉满意。

（二）神经性头痛

李某某，女，34岁，2004年来诊，患者右侧偏头痛3年余，每遇劳累、受凉、情绪不佳时头痛，发作时甚至以头撞墙来缓解疼痛，西医诊断为神经性头痛，经对症治疗效果欠佳，经人介绍来就诊，查C₂横突、枕大神经出筋膜处压痛。C₂横突隆起，可扪及硬结，在上述三部位行针刀松解后，采用颈椎定点旋转复位手法，患者头痛即刻消失，感觉头脑清醒，眼睛发亮，巩固手法治疗3次以后，疗效稳定。

（三）乳腺小叶增生

王某某，女，38岁，2006年来诊，患者因双乳腺小叶增生十余年，同时伴有慢性咽炎、顽固性便秘6年，每次月经前一周，双乳胀痛加重，脾气暴躁，胸闷。夫妻经常吵架，大便

时每次用开塞路才能排便，患者情绪悲观。查两侧乳房肿块，呈结节状，大小不一，质韧而不硬，活动度好， T_{3-5} 椎旁压痛，可触及硬结，影像学： C_5 双边影， T_{3-5} 棘突偏歪，诊断为脊源性乳腺小叶增生。治疗以针刀松解 T_{3-5} 棘突旁敏感压痛点，针体与进针刀点部位皮肤平面垂直刺入，摆动针刀至肋骨面，以肋骨为依托，寻找硬结并切开，针刀横行剥离肋骨面，当患者酸胀剧烈时，出针刀。术后行颈椎定点旋转复位后，患者当即觉胸闷消失，给予服用逍遥丸，每次8粒，一日3次。

一周后复诊患者诉胸闷缓解，其他症状略有改善，决定根据内脏慢性软组织损伤的理论及电生理线路系统的理论进行治疗。在两乳头连线的中点，刀口线与前正中线平行，针体垂直刺入达骨面，横行剥离2~3下。在肩胛骨下窝的中央，刀口线与脊柱纵轴平行，针体与背平面垂直刺入1cm，横行剥离2~3下。在肩胛骨上缘与斜方肌间的凹陷处，刀口线与肩胛骨平行，针体与进针部位平面垂直刺入0.5cm，横行剥离2~3下。在第9、10胸椎棘突连线中点旁开左右各3cm，刀口线与脊柱纵轴平行，针体与进针刀点部位皮肤平面垂直刺入，横行剥离2~3下。在前臂背侧面的下段、腕上约3cm处、尺桡骨之间，刀口线与上肢纵轴平行，针体与进针刀点部位皮肤平面垂直刺入，横行剥离2~3下。术后嘱患者继续服用逍遥丸。

第三次复诊时，患者诉月经时乳房胀痛明显改善，大便也随之通畅，乳房部硬结扪之仍很明显，用I型针刀松解局部变性软组织，在乳腺肿块中央或压痛最明显处定点，常规严格消毒，刀口线与乳腺管方向平行，左手固定肿块，示指尖压紧定点部位皮肤，使之不再移动，针刀沿示指指甲加压刺入，进行通透剥离和纵行剥离各2~3下出针，继续服用逍遥丸。

3个月复诊症状解除，来月经时乳房胀痛消失，多年便秘也明显好转。咽炎不适症状消失。患者自诉对生活充满了信心，夫妻也不吵架了，患者感到很满意，随访一年无复发。

(四) 腰椎间盘突出症

李某，男性，39岁，汽车司机，自带CT片提示： L_{4-5} 、 $L_5 \sim S_1$ 椎间盘突出，压迫神经根，患者表情痛苦、不能行走，自诉腰痛向左下肢放射，左小腿、足大脚趾麻木，临床检查： L_{4-5} 椎旁压痛左侧较重，左臀部压痛明显，抬腿试验，左腿 15° ，右腿 60° ，“4”字试验检查阳性，下肢背神经经测试左腿明显减弱，观察下肢双腿左小腿肚肌肉萎缩，无张力。临床诊断为腰椎间盘突出症。行针刀松解治疗。

第一次：松解 L_{4-5} 椎旁压痛点，针刀紧贴棘突刺入，直达椎弓根，沿骨面调整针刀至关节突椎间孔处，松解神经根外口。加左臀中肌（相当于环跳穴处）1点针刀松解。以患者感觉剧烈酸胀为好。

第二次：一周后复诊，左侧腰痛缓解，麻木少许减轻，感觉左大腿内侧、后侧牵拉感，不能自立，左小腿麻木减轻、足大脚趾麻木仍很明显，再次行左侧腰 L_{3-4} 、 $L_5 \sim S_1$ 椎旁压痛点，加髂后上棘1点，膝后外侧（相当于委阳穴处）1点，小腿前侧（相当于足三里穴处）1点松解。足三里穴松解时以酸胀放射到足大脚趾为好。

第三次：一周后复诊，左大腿后侧牵拉感消失，足大脚趾麻木明显减轻，股内侧牵拉感仍存在，再次针刀松解左侧腰2、3神经根外口，加左侧股内收肌耻骨附着点。

第四次：股内侧牵拉感消失，能够自由行走，惟有右侧腰部略不适，针刀行右侧腰5旁压痛点松解。

第五次：症状已基本消失，嘱继续休息，3个月后随访无复发，开车无不适。

(五) 腕管综合征

李某，女，55岁，农民，2007年8月12日就诊，主诉：左侧手指麻痛时作1年余。曾辗转多家医院，先后按脑血栓，颈椎病，高脂血症等治疗无效。3个月前在市中医院按腕管综

合征封闭治疗2次，症状缓解，后因田间劳动复发。1个月来麻痛持续，夜间加重，常可痛醒。检查：左手掌面桡侧三个半手指皮肤感觉减退，运动正常；用力指压腕管部，原有麻痛加重，止血带试验阳性，叩腕试验阳性，颈椎间孔挤压征阴性，臂丛牵拉征阴性，颈椎X线未见明显骨性病变，诊断为腕管综合征，行针刀松解腕横韧带，术后过伸过屈腕关节三、五次，口服用活血止痛胶囊，5天后复诊，自诉惟有腕部轻微酸胀，给予中药熏洗5天，2个月后随访，自诉10天后症状消失，至今无任何不适。

（六）股外侧皮神经炎

高某，女，31岁。左大腿前外侧痛，有时片状痛，大腿前外侧下2/3麻木，如蚁行，不知痛痒，去了3家医院骨科，腰椎CT未见腰椎间盘突出，诊断为股外侧皮神经炎，给予口服天麻丸等，症状未见明显好转，查患者第3腰椎旁压痛明显，给予针刀松解一次，患者当时感觉酸胀放射到左大腿外侧，立即感到一种放松感，5天后复诊，症状明显减轻，查第3腰椎横突压痛，针刀松解压痛点，同时松解左大腿外侧（相当于风市穴），5天后，患者症状消失。

（七）颞颌关节紊乱综合征

林某，女，39岁，教师，2007年3月2日就诊，右侧颞颌关节处疼痛伴弹响1周，右侧下颌关节处压痛明显，咀嚼、张口过大时，出现疼痛加重并伴弹响，右侧咬肌痉挛，压痛，伴失眠、烦躁。诊断：颞颌关节紊乱综合征。针刀松解痉挛的咬肌，患者感觉酸胀剧烈，针刀拔出后，症状立即消失，术后嘱患者避免张口过大、咀嚼硬物及寒冷刺激。及时修补蛀牙和缺牙，避免偏侧咀嚼。随访3个月未复发。

（八）跖管综合征

任某，女，31岁。一年前左足有扭伤史，经治疗症状消失，近几月左足间歇性脚趾刺痛、麻木，行走时间久后加重，

休息时症状减轻。市人民医院骨科诊断为跗管综合征，拟行手术松解，患者害怕。查：跗管压痛明显，叩击内踝后方时，足部针刺麻木感加剧，足部极度背伸时，患者疼痛加剧，直腿抬高试验阴性，维持市人民医院诊断，行针刀松解分裂韧带，患者酸胀剧烈，术后服用活血止痛胶囊，5天后复诊，症状大减，只有轻微不适，又治一次，嘱其愈后经常伸屈患肢，一年后随访，无不适。

工作单位：江苏省兴化市第三人民医院骨伤科

通信地址：兴化市长安南路27号

邮政编码：225700

电话：0523-85292685

手机：15152699685

个人网址：<http://yanzw.zd3918.com>

E-mail：xuzhennan10000@163.com

临床科研紧密结合 针灸针刀相辅相成

——乔晋琳临床经验

乔晋琳，男，中医针灸学专业硕士，海军总医院康复理疗科主任、主任医师、硕士生导师。兼任中华中医药医学会针刀医学会副主任委员，世界中医药学会联合会针刀专业委员会常务理事、副秘书长，全军针刀医学专业委员会主任委员。

长期从事针刀治疗各类慢性软组织损伤的临床及科研工作。承担并完成一项总后卫生部“十五”期间有关第三腰椎横突综合征的基础研究项目；参与并完成一项国家重点基础研究“973”计划课题，“第三腰椎横突综合征临床基础研究”的分项目负责人。承担全军中医药“十一五”专项项目：针刀疗法治疗膝关节骨性关节炎的临床研究。

新世纪全国高等中医院校规划教材《针刀医学》编委、《刀法手法学》副主编。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗第三腰椎横突综合征临床研究

第3腰椎横突综合征（以下称L₃横突综合征）是常见的腰腿痛疾病。目前保守治疗方法很多，从多年来采用针刀疗法治疗该病的经验中体会到，针刀闭合性微创手术对本病的治疗具有一定的优越性。但从骨科临床看，对本病的治疗首选药物封闭（特别是急性期），其次是针灸、推拿按摩、理疗等非手术治疗。通过观察对比针刀疗法与针刺及封闭疗法的治疗效

果,认为应将针刀疗法作为本病的治疗首选。

1. 解剖特点 腰椎具有生理前凸,第3腰椎位于其顶点。第3腰椎是5个椎体的活动中心,为腰椎前屈后伸、左右旋转时的活动枢纽,故其两侧横突所受拉应力最大, L_2 和 L_4 横突次之, L_1 和 L_5 横突最小。腰部的脊神经出椎间孔分前后2支。前支较粗,构成腰丛和骺丛;后支较细,分内侧支和外侧支。内侧支分布于肌肉,外侧支成为皮神经。臀上皮神经来源于 L_{1-3} 脊神经后侧支的外侧支。该神经自 L_1 、 L_2 、 L_3 椎间孔发出后,穿出横突间韧带骨纤维孔,走行于 L_1 、 L_2 、 L_3 横突的背面,紧贴骨膜经过横突间沟,并穿过起于横突的肌肉至其背侧,然后入骺棘肌至其背侧与浅筋膜之间向下走行,在骺棘肌外缘 L_3 角处穿出腰背浅筋膜,在皮下组织层分为内、中、外3支,越过髂嵴。腰椎横突上附着有大小不等的肌肉,在其前侧有腰大肌、腰方肌,在横突尖端有横架于棘突与横突之间的横突棘肌,还有腹横肌、腹内斜肌和腹外斜肌,借助腰背筋膜走行第1到第4腰椎横突。有人认为, L_3 横突末端的软组织前内侧即腰大肌内缘穿出为闭孔神经,外缘穿出自上而下为髂腹下神经、髂腹股沟神经、股外侧皮神经及股神经;外侧是臀上皮神经。 L_3 横突末端的病变可波及周围软组织和神经。刘广杰等在手术时发现,腰筋膜的深层起于横突, L_{1-3} 脊神经后支的外侧支出椎间孔后,紧贴横突背面穿过横突间肌向后外侧走行,与伴行的血管一起穿过附丽于横突部的深筋膜后,分支进入骺棘肌,一支沿深筋膜表面约 30° 与伴行的血管束继续向下、外后方走行,至骺棘肌外缘髂嵴上方穿出骺棘肌筋膜鞘,跨过髂嵴后分布于臀部皮肤,即臀上皮神经。

2. 发病机制 陶甫等提出由于第3腰椎横突过长,活动广泛,尤其易于损伤,严重者可产生横突撕脱性骨折,合并广泛性肌肉、筋膜、腱膜撕脱伤,造成出血和浆液性渗出。如损伤轻微则产生横突与肌肉附着处撕裂、出血、血肿,肌紧张疼

牵刺激或压迫脊神经后支的外侧支；或使神经水肿变粗，供血不足引起臀部大腿后侧臀上皮神经的疼痛。刘广杰等在术中见到， L_{1-3} 脊神经后外侧支与伴行的血管束在横突处穿过肌筋膜部位，受到病变增厚的筋膜或瘢痕致密组织挤压，静脉受压后回流受阻，表现为粗大瘀血，用指端扪触筋膜和附丽于横突尖部的肌纤维，感到如拉紧的弓弦。术中不切断神经，仅将止于横突部的肌筋膜切断、分离，并咬除 L_3 横突尖端1~2cm，即松解了血管神经束，使其受“卡压”得到彻底松解。袁氏在分析 L_3 横突综合征病理机制时也认为，急慢性软组织损伤多由于腰部前屈、后伸、左右转动时， L_3 横突尖端软组织不断牵拉、顶压、摩擦而产生较大的拉应力，附着其上的韧带、筋膜、肌腱遭受撕裂而出现血肿，或由于急性损伤处理不当，或慢性劳损而引起横突周围筋膜增厚，瘢痕挛缩，组织粘连，使穿过肌筋膜的神经、血管束受卡压而产生症状。术中结果同样是横突周围深筋膜间隙的组织粘连，静脉壁受压后血流受阻的瘀滞之象（《上海中医杂志》1984年第2期）。另外，有些病例可出现反射性腹部痉挛痛、股内收肌群痛、腹股沟痛、尿频、尿急等，这是由于腰丛神经1~4前支与 L_{1-3} 脊神经后外侧支属同一节段神经支配，故可引起上述牵涉痛。

3. 病变部位 根据本病发病机制，可将病变部位分原发病灶和继发病灶。原发病灶： L_3 脊神经后外侧支血管神经束，穿出 L_3 横突尖端的深筋膜肌腱处。急性损伤以软组织撕裂、出血造成创伤性无菌性炎症为主，表现为化学性炎症反应物刺激血管神经束，引起剧烈疼痛和肌痉挛痛，甚至放射到臀腿及股内侧。慢性损伤以软组织在横突周围筋膜增厚、瘢痕痉挛、组织粘连，血管神经束的静脉回流受阻，形成卡压的慢性无菌性炎症为主，表现为静息痛和痉挛痛，甚至走路跛行。继发病灶：同侧髂嵴下方臀上皮神经分布区内，臀中肌痉挛紧张所形成的条索状物，有人手术证实此条索状物为臀中肌肌纤维素变

性组织；同侧股内收肌群起点处，表现为股内收肌痉挛痛，触之压痛有紧张感。

4. 针刀治疗

(1) 体位、定点

1) 患者取俯卧位，腹下垫一软枕，使腰椎处于直立或前屈位。

2) 于 L_2 、 L_3 棘突尖连线中点，做垂直于脊柱的直线，再于后正中线旁开 4.5cm 做 2 条平行于脊柱的直线，在此 3 条线的两交点附近寻找压痛点，即 L_3 横突的体表投影点。

3) 如腰痛牵扯到同侧臀腿痛，则可在髂嵴下方或臀中肌体表投影区找到压痛点。

4) 如牵扯到大腿内侧痛，则可在股内收肌起点处压痛。用 10g/L 甲紫做皮肤标志。

(2) 手术要领

1) 常规手术皮肤消毒，术者戴消毒手套。

2) 于上述痛点肌注 8g/L 利多卡因各 1 ~ 1.5ml，行局部浸润麻醉。

3) 按针刀四步规程要求，刀口线与脊柱平行，针刀方向斜向脊柱并与皮肤呈 $75^\circ \sim 80^\circ$ 进针，针刀达骨面后，探至横突尖端稍内侧先纵行切割，再横行铲削一两刀，感觉肌腱筋膜和骨端之间有松动感即出针。

4) 用无菌纱布压迫片刻后，再用棉球胶布固定。

5) 伴臀腿痛或内收肌疼痛者，在相应痛点行针刀纵行切割手法。

(3) 疗程：本组治疗 1 ~ 3 次，1 次/周，平均 1.42 次，3 周为限。

5. 实验研究 以第三腰椎横突综合征实验动物模型为对象，通过针刀干预对兔血浆中血栓素 B_2 (TXB_2)、6-酮-前列腺素 ($PGF_{1\alpha}$)、5-羟色胺 (5-HT)、血小板计数 (PLT) 等的

影响,探讨针刀的修复作用及临床意义。并于造模 30 天进行组织形态学观察,证实针刀组的成纤维细胞排列成行,毛细血管增生扩张,原始瘢痕组织形成,组织修复能力强。进一步研究发现, TXB_2 具有强烈的收缩血管和促进血小板聚集作用, $PGF_{1\alpha}$ 具有强烈舒张血管,抑制血小板聚集及稳定细胞膜的作用; $TXB_2/PGF_{1\alpha}$ 失衡, $PGF_{1\alpha}$ 相对不足,可发生血液流变学紊乱,造成组织修复缓慢。针刀干预可将这种修复作用提前,缩短病程,形成新生结缔组织,并且可防止修复过度而形成组织粘连甚至挛缩。针刀干预使局部 $TXB_2/PGF_{1\alpha}$ 比值呈良性改变,从而改善局部微循环,使组织供氧增多,促进炎症吸收,增强了组织再生能力。针刀作为一种外源性致炎因素,可调动机体自身的组织修复反应,释放 TXB_2 、 $PGF_{1\alpha}$, 并达到合适修复的剂量。

(二) 针刀加关节腔内注射疗法治疗老年膝关节骨性关节炎

老年骨性关节炎是老年人最常见的关节病变。我国骨性关节炎(OA)的发病率为 3%, 即 3600 万患者。中国已进入老龄社会,因而老年性 OA 的发病率也在逐渐上升。临床对本病主要采取保守疗法和手术疗法。保守疗法常见有药物、外敷、理疗、针灸等,近年来出现针刀疗法及关节腔内注射疗法。后两种疗法单独应用的临床报道很多,但从循证医学观点出发,不免失之偏颇。因此,将两者联合应用,以观察对老年性骨性关节炎的临床修复作用。

1. 针刀注射组

(1) 体位、定点: ①患者取仰卧位,双膝屈曲位,膝下垫枕。②于患膝关节内、外侧,双膝眼,髌上囊及髌尖下方寻找压痛点和结节样物。③10g/L 甲紫于压痛点做标记。

(2) 手术要领: ①常规手术皮肤消毒,术者戴消毒手套。②于压痛点肌注 8g/L 利多卡因注射液各 1~1.5ml,行局部浸

润麻醉。③按针刀四步规程要求，针刀与局部皮肤垂直进针，刀口线平行于韧带、滑囊组织，先纵行疏通切割2~3刀，再横行铲削1~2刀，出针。④用无菌纱布压迫针孔片刻，再用消毒棉球固定。⑤3天后自行去除棉球固定。

(3) 关节腔注射：①如关节腔积液，将积液抽吸后注射8g/L利多卡因4ml + 醋酸地塞米松5~10mg + 维生素B₁₂ 500μg，1次/周，3次为限。②如无积液但伴深在疼痛，可按①处方行关节腔注射。③如无积液或深在疼痛者，于针刀手术后通常注射玻璃酸钠20mg（施沛特），1次/周，4次为限。

(4) 疗程：本组治疗3~6次，1次/周。

2. 针刀对照组 体位、定点及手术要领同上。疗程：本组治疗1次/周，6次为限，平均3.5次。

3. 注射对照组

(1) 体位、定点：①患者取仰卧位，双膝屈曲，膝下垫枕。②于膝关节内或外膝眼处定点，用10g/L甲紫做皮肤标记。

(2) 关节腔注射：同上。

(3) 如无积液或深在疼痛者，注射施沛特20mg，1次/周，6次为限。

4. 关于针刀治疗的原理 针刀疗法对软组织损害具有良好治疗作用。具体对老年骨性关节炎，它主要作用于关节周围软组织。其机制如下：①减张减压，致松止痛。②活血化瘀，改善病灶微循环，增强血液循环和供氧。通过动物实验观察发现，在针刀干预前，兔血浆中血栓素B₂（TXB₂）含量高，而前列环素（PGF_{1α}）含量低，导致TXB₂/PGF_{1α}比值失衡，局部微循环差。而针刀干预后1天、10天、15天测TXB₂/PGF_{1α}比值与正常对照组相似，无显著性差异。表明针刀可改善TXB₂/PGF_{1α}失衡，通过血管活性物质调整病灶微循环，加快炎症吸收；③促进软组织病灶修复。④针刀亦具有针灸针的刺激作

用,所以推测针刀能刺激内啡肽释放,缓解疼痛。

5. 透明质酸钠对关节软骨的修复 透明质酸钠作为一种独特的黏多糖,是构成关节软骨和滑液的主要成分,关节中的透明质酸主要由滑膜细胞及单核吞噬细胞合成。Goldberg 等报告在骨关节炎模型中透明质酸含量降低。由此许多学者认为关节腔内给予外源性透明质酸钠补充疗法,使其覆盖于关节软骨表面保护软骨,抑制炎症反应,有利于软骨的修复,改善关节活动度。总之,透明质酸钠可使炎症介质减少,延迟软骨损伤所致的生化改变,阻止软骨基质进一步退变、降解,具有持续性增强内源性软骨修复的生物效应。因此,透明质酸钠具有三大生理功能:①润滑和缓冲应力作用;②充当填充剂和扩散屏障;③清除自由基和关节内细胞碎片,并协助排除软骨细胞的代谢产物。

6. 对研究结果的评价 以往有许多用针刀疗法和关节腔阻滞疗法对老年骨性关节炎治疗研究的报告,虽取得一定疗效,但大多数都对本病存在一定的认识误区。统计学结果显示,针刀注射组治疗优良率明显好于对照组, $P < 0.01$,从临床角度证实了针刀及关节腔内注射疗法可增强对老年骨性关节炎的修复作用,是临床首选的微创治疗方法之一。

(三) CT 重建引导下针刀治疗脊神经后支卡压综合征

1. 腰周围神经卡压症与腰神经根(LNR)的影像学研究

(1) 腰周围神经卡压症的解剖特点:腰神经后支及其分支卡压、椎间关节失稳、腰部软组织损伤均引起腰腿痛。腰周围神经组成包括前支和后支,后支又包括内侧支、外侧支。

腰神经后支循行路径:腰椎间孔发出腰神经主干,后支向后外行于上关节突的外侧,至横突间韧带内缘,出横突根部骨纤维孔,分为腰神经后内支、骶椎神经和腰神经后外支。

腰神经后内支:重叠分布于椎间关节连线以内的关节囊、韧带和结缔组织;

窦椎神经：返回椎管支配相邻上、下椎间盘及相邻结构；

腰神经后外支：在深部支配竖脊肌后穿出组成臀上皮神经。

腰神经后支分布特点及病理：相邻的各后支及其分支存在丰富吻合，而且须穿过多个骨纤维管、孔，病损影响易变形缩窄，引起慢性腰腿痛，肌痉挛（早期）和肌挛缩，这便是后支卡压症反射痛的形态基础。

（2）LNR 的影像学研究现状：以往的影像学对 LNR 成像技术研究多局限于横断面，其原因常规 CT 仅能横切面扫描，其切面不能与三维空间走行的 LNR 纵行方向一致；MRI 虽可进行多方位扫描，但也多显示 LNR 的横、斜状切面，纵行显示仍然十分困难。16 层螺旋 CT 的问世，除带来组织密度间的高分辨率外，还能使受检组织任意角度及层面成像，通过调整重建的角度与 LNR 的纵行方向一致，达到同层显示。

以往常规 CT 用于脊神经的成像，多局限在椎管内，而对椎管外脊神经的走行极少研究，且 CT 仅能显示脊神经的横切面或斜切面，但因神经本身细长，所切的截面积更为小，且走行多与血管或其他组织交错，造成其识别上的困难。

2. 腰神经根 HRCT 多平面重建同层显示的影像学特征
同层显示：在 CT 多平面重建 LNR 时，能使其起、止点及行程显示于同一平面上。但因神经根出椎管后其分支走行过长，可取其走行区间具有解剖学特征的某一路径段作为全程，CT 将这一段全程显示在同一平面上仍可视为同层显示，它对探讨周围神经任何路径段的影像解剖学及相关疾病的研究将具有极大应用价值。

（1）LNR 同层显示重建对神经根可以准确认定：同层显示技术使对神经根乃至延续的神经干甚至神经丛的研究有了极大的可信度及可行性，克服了常规 CT 及 MRI 在神经根横或斜切面上显示不足，以致造成认定上困难的弱点。

(2) 显示 LNR 整体形态学的优势: 在同层显示的层面上, 我们可以观察到 LNR 的起、止点及走行成为一体的整体形态学表现, 与单一的横切面比其特点为: 涵盖的信息量大, 真实、具体、可靠。

(3) 同层显示 LNR 重建长度的扩延: 在同层显示的层面上, 不仅 LNR 而且神经干也程度不同地显示, 产生 LNR 重建长度显示的扩延现象, 特别是 L_3-L_5 神经干的显示明显长于其神经根。CT 的同层显示可得到更多的 LNR 信息。而常规 CT 行椎间隙扫描时, 除椎间隙平面以外部分 LNR 的信息均不能获得, 以致造成漏诊。

(4) 同层显示 LNR 的路径解剖学: 研究发现 LNR 周围某些具有特征性的解剖学形态, 在某重建角度范围内的某个层面上恒定出现, 将这一特征的解剖学形态称为“路标”, 其意义: ①重建时可较方便地找到神经同层显示下理想的解剖学层面; ②能具体地界定周围神经走行某段病变所在具体的位置与周围组织的毗邻关系; ③它是某神经根或干必然出现在某层面上解剖学的标志, 当路标出现而其走行的神经未显示时, 可认为是神经变异或病变的异常表现。

(5) LNR 的量化分析: 如 LNR 的粗细、长度、走行的方向、角度、周围毗邻组织的距离等均可测量, 使我们对神经根的正常影像解剖学有可依据性的量化指标, 为 LNR 以至整个周围神经的研究奠定了坚实的基础。这些测量在常规 CT 或 MRI 难以做到或不精确。

3. LNR 同层显示技术对针刀医学诊断的影响 LNR 同层显示能完整地显示 LNR 与椎间盘的整体关系, 可准确地判断有无椎间盘突出和(或)膨出, 特别是显示 LNR 受压的部位及基本病理改变, 如水肿、增粗或变细等变化, 对临床症状分析、针刀手术治疗乃至术后评价均具有传统 CT 及 MRI 所不能比拟的价值: 能非常直观地确定有无 LNR 受压及移位, 鉴别

诊断病变部位是软组织还是支配它的神经根。通过同层显示 LNR 的路径解剖学的研究,能非常直观地确定神经干及分支循行区域有否受压狭窄,是一处还是多处,狭窄是单因素还是多因素,为临床诊断提供十分可靠的依据。

对腰椎创伤有否伤及神经根,或神经根创伤后遗症的诊断及评价均具有重要的临床价值。对有无 LNR 的发育异常及脊髓低位神经根的变化十分可靠,可为临床诊断及治疗提供确切的依据。LNR 本身的病变,如肿瘤、炎症、结核等可作出定性的诊断,或对这些病变发生在神经根的周围有否累及神经根均能提供重要分析依据。

将腰神经根同层显示技术与 HRCT 引导下中医针刀技术相结合,对周围神经各种疾病的诊断可减少误诊,提高定位定性诊断率。

4. LNR 同层显示技术对针刀医学治疗的影响

- (1) 减少非必要的创伤,提高治疗的准确度;
- (2) 实现针刀技术操作的可视性;
- (3) 有利于标准化治疗方案的确定;
- (4) 有利于提升针刀技术的学术水平。

5. CT 引导下针刀松解腰神经后支的操作流程

- (1) CT 三维重建,诊断疾病;
- (2) 确定 CT 扫描范围;
- (3) 定位针确定进针刀点,CT 测量进针深度、角度;
- (4) 定位笔定进针刀点;
- (5) 注射局麻药;
- (6) 保留注射针头,再次扫描判断进针角度、深度;
- (7) CT 扫描针头位置;
- (8) 确定进针位置、方向、深度后刺入针刀,CT 扫描针刀位置,针刀松解左侧 L₅ 神经后支;
- (9) 对进针刀点用无菌棉球覆盖,胶带固定。



二、针刀治疗

(一) 腰神经后支卡压症

患者，女，66岁。腰骶部连及臀、腿痛6年，加重2年。查体：双直腿抬高试验（-）， L_3 横突体表投影压痛（+）， L_{4-5} 棘突压痛（+），双侧臀上部广泛性压痛。腰椎CT三维重建平面内示： L_{2-3} 椎体缘、 L_{4-5} 及 L_5-S_1 椎小关节均可见骨质增生， L_{4-5} 椎小关节周围可见软组织肿胀， L_{4-5} 椎间盘突出，致 L_5 神经起点处轻度受压，双侧 L_5 神经节较大，模糊，以左侧明显。斜冠状面可见左侧 L_{3-4} 、 L_{4-5} 及 L_5-S_1 系神经后支骨纤维管处入口明显变窄，横突间韧带肥大；右侧腰4骨纤维管狭窄。

诊断：第三腰椎横突综合征，腰神经后支卡压症（ L_3 、 L_4 脊神经）。

治疗：根据影像学及患者的临床表现，认为主要以腰神经的后外侧支的卡压症状为主。本次治疗以松解左 L_3 、 L_4 脊神经的后外侧支为目标，主要松解 L_{3-4} 、 L_{4-5} 的横突间韧带，使神经减张减压。在CT三维重建引导下进行针刀闭合性手术。

1. 定点 先触摸到 L_{3-4} 、 L_{4-5} 棘突间隙，并做一水平线，以背腰中线左旁开约3cm（结合患者的压痛点）处做与脊柱纵轴的平行线，上述两线交点可初步定为左 L_{3-4} 脊神经后外侧支在横突上的穿出点，在初步定位点上放置一粗金属制的定位针。通过CT平扫可测得初步定位点与病灶部位的进针刀角度与深度。如初步定位点与病灶部位差距较大，可重新定点调整。

2. 手术要领 行皮肤常规消毒，戴无菌手套，选用汉章牌I型3号针刀，在定位点处进针刀，刀口线与纵轴平行，按照CT所示的进刀角度与深度与皮肤表面垂直刺入。针刀刺入

之后, 再进行 CT 平扫三维重建, 可见到其中一处尖端位于左 L_4 横突尖端后内方, 距针刀尖端约 1cm, 另一处位于 L_5 横突尖端后内方, 距针刀尖端约 2cm, 针刀所指角度及层面大致正常。调整针刀的角度及深度后, 再行 CT 平扫三维重建, 直至针刀到达松解的部位。紧贴横突上缘, 分别松解 L_4 、 L_{4-5} 的横突间韧带 2~3 刀即可出针刀, 以消毒纱布压迫针孔片刻, 用创可贴贴之, 3 日内保持局部清洁干燥。

疗效: 经此次治疗后, 患者的 L_{3-4} 脊神经后外侧支的卡压症状大部分消除, 腰臀部疼痛明显减轻, 续经一次同样治疗及 L_5 横突尖端部、臀上皮神经入臀处针刀松解, 患者的神经卡压症状完全消除。

按语: 腰神经后支及其分出的后内侧支和后外侧支在各自的行程中都分别经过骨纤维孔、骨纤维管或穿胸腰筋膜裂隙。在正常情况下, 这些孔、管或裂隙有保护通过其内的血管、神经的作用, 但由于孔道细小, 周围结构坚韧而缺乏弹性, 且腰部活动度大, 故在病理情况下, 这些孔道会变形、变窄, 压迫通过的血管神经, 而导致腰腿痛, 称之为腰神经后支卡压症。针刀通过松解受压神经的周围软组织, 进行减张减压, 达到解除疼痛的目的。

(二) 第三腰椎横突综合征

患者, 男, 28 岁。腰臀部疼痛 2 年, 加重 1 个月。查体: 双直腿抬高试验 (-), “4” 字试验 (-), 左 L_5 横突体表投影压痛 (+), 可触及条索结节状物, 按压有向臀部放射感, 左侧臀上部压痛 (+)。

X 线检查: 腰椎序列、曲度、椎间隙未见异常。左侧第三腰椎横突较右侧肥大过长。

诊断: 第三腰椎横突综合征。

治疗: 针刀闭合性手术。在第 3 腰椎横突尖部 (即压痛点处), 常规消毒以刀口线和人体纵轴线平行刺入, 当针刀刀口

接触骨面时，用横行剥离法，感觉肌肉和骨尖之间有松动感就出针，以棉球压迫针孔片刻，用创可贴覆盖。一次治疗后腰臀部疼痛明显减轻，续经一次治疗后，症状完全消除。

按语：第三腰椎横突综合征是由于第3腰椎横突周围组织的损伤，造成慢性腰痛，出现以第3腰椎横突处明显压痛为主要特征的疾病，亦称第三腰椎横突滑囊炎，或第3腰椎横突周围炎。临床症状主要表现为腰部一侧或两侧疼痛，晨起、弯腰或劳累后加重，久坐直起困难，活动后略减轻，疼痛可累及臀部及大腿，有时可放射到腹部。查体可在第3腰椎横突尖部有明显的压痛，有时可扪及结节及条索状物。X线检查有横突明显肥大过长或左右不对称的表现。本病症在中医学中属于“腰痛”、“痹症”、“经筋病”范畴。本病多见于青壮年，尤以体力劳动者常见。通过针刀治疗，可以达到松解减压进而祛除病痛的目的。

工作单位：中国人民解放军海军总医院理疗科

通信地址：北京市海淀区阜成路6号

电话：010-66958156，0201-958156（军线）

手机：13511070389

E-mail: jinlin195@vip.sohu.com

传汉章针刀思想 探颈椎治疗禁区

——李力临床经验

李力，男，现任北京宗源医院（原北京针刀总医院）名誉院长。原内蒙古医学院第二附属医院院长，教授，骨科主任医师，硕士研究生导师。享受国务院政府特殊津贴，“世中联”针刀专业委员会副会长，中华中医药学会针刀委员会内蒙古分会会长。

1992年投身针刀医学的医、教、研工作，在2006年中国科协的北京香山会议上从西医的角度对针刀医学进行了解析，让很多西医专家对针刀有了正确的认识，认同针刀并学习与支持针刀，对针刀医学的发展起到了重要的推动作用。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗颈椎病的科学性和先进性

随着椎间盘退变、椎间关节错位、椎周软组织损伤，颈椎进入失稳状态，机体就出现了韧带钙化，如项韧带钙化、纤维环钙化、前后纵韧带钙化，甚至黄韧带钙化；另外，骨质增生随之产生，严重者可形成骨桥。这些都可以看作是机体自我调节、自我保护的表现，是椎体松动的加固方法。

西医用植骨（自体骨或异体骨）或金属移植物，来解决椎体失稳或摘除椎间盘后椎体的高度不够和稳定不足的问题。但植骨不融合和骨面塌陷、金属变形以及机体的排异反应等问题，常影响到颈椎手术疗效的巩固。

针刀松解椎旁软组织,恢复了颈椎的力平衡和动态平衡。针刀松解棘间、椎旁肌及关节突关节囊,使原来紧张粘连的地方放松、伸展,使短缩处得以延长,恢复或尽可能地恢复了颈椎的高度,并通过颈托或牵引来固定,以保持颈椎的稳定和高度。李力研究针刀松解肌肉软组织处,会因为创伤后的反应出现纤维增殖而形成新的瘢痕组织,一般手术3周后形成。瘢痕组织会增加高度,如每椎节增高2mm,用针刀松解3个椎节,则可相应增加高度6mm,即使减去一半,尚余3mm。其实增殖的纤维、瘢痕组织,即使增加高度2~3mm,就可以明显减轻或消除对神经、血管的挤压了。并且这种增殖的瘢痕组织既可以保证颈椎的高度和稳定性,又不影响颈椎的韧度和正常的活动。这比韧带钙化、骨刺形成和植骨后的椎体融合所造成的颈椎僵硬和活动受限,要好很多倍。就从这一点来说,针刀医学不仅是科学的,而且还是很高明的。

(二) 寰枕筋膜挛缩型颈椎病的寰枕后膜下缘松解法

1. 体位 俯卧且头前屈位。
2. 体表标志 枕外隆凸、 C_2 棘突、 C_1 后结节。
3. 定点

(1) 如瘦人,在枕外隆凸和 C_2 棘突之间,用手指重按可触及 C_1 后结节,则可依此定点。

(2) 比移定位法:根据患者X线过屈位摄片,先在X线平片上标出 C_2 棘突(B点)和 C_1 后结节(A点),从B点引一条平行于后正中线的直线,交于枕骨下缘为C点,从A点向BC线做垂线,交BC于D点。D点为进针点,AD为进针深度。要根据X线片上测得的距离经过影像学放大率计算后得到的等比例数值,将其移用到患者实体相应的部位上,并画线、定点及标记。

4. 针刀治疗

(1) 以D点为进针点,AD为进针深度,刀口线与正中矢

状线平行,垂直刺入皮肤、皮下组织、项韧带直至寰椎后结节后缘,刀锋沿着后结节骨面向上一点一点地移动至后结节上缘,即寰枕后膜的下缘,刀锋向左侧方横移 30° 左右,向左前外方轻轻斜切1~3刀,深度1mm;退回至最初进针刀处,再向右侧方横移 30° ,向右前外方斜切1~3刀,深度1mm。刀锋向两侧距离以不超过正中中线8mm为安全范围。在移动和切割时,刀锋始终不能离开骨面。

(2)如瘦人,术者左手拇指深按重压至寰椎后结节,右手持针刀直刺至骨面,刀锋分别向左右两侧斜切1~3刀,深度1mm,刀锋始终沿着寰椎后弓上缘向前外侧划切。

5. 注意事项

(1)椎动脉沟指示椎动脉的位置。国内外的书籍一般认为,椎动脉在距中线大约1.5cm处穿入寰枕后膜。郝定均等测得后正中中线到椎动脉沟最内侧边的平均距离,若以内侧骨皮质计算为10mm(最小者8mm),以外侧骨皮质计算为18mm(最小者为12mm)。这就提示,如从寰椎后弓上缘来松解寰枕后膜,则刀锋以向外不超过中线8mm为安全线。

(2)李力测得寰椎后弓厚约3mm,所以从后弓上缘松解寰枕筋膜下缘时,一般切开1mm的深度是安全的,但不可大幅度地切割,更不能做纵行切割、横行剥离。

(3)当寰椎前脱位时,移位的寰椎后弓位置较深在,有时紧贴枕骨大孔后缘。也有解剖变异的特殊情况:寰椎后弓可能阙如,术前CT检查时可发现,此时如以寰椎后弓作为针刀松解的依据时则很危险。

(三) 关于针刀治疗颈椎病的几个问题

1. 功能与形态 针刀要求精确定位,但千万不要把X线片当作定位的依据,只能作参考。因为形态学的改变和功能学的改变不完全是—样的,针刀治疗的重点是功能上的改变,而不是形态学上的改变。

2. 牵引的禁忌证 黄韧带皱褶的患者，牵引后会使皱褶舒展而使椎管更窄，加重了对脊髓的压迫，所以此类患者不宜牵引。

3. 颈椎的危险区 椎动脉、寰枕间隙、横突孔之间、椎间隙。颈椎病的危险损伤主要是出血和脊髓损伤。出血：椎管后边的肌肉容易出血，通过椎板间隙进入硬膜外造成压迫；或针刀进入椎管损伤了椎管的滋养血管（其壁很薄，与卫生香粗细相近），造成硬膜外血肿；若针刀深入直接损伤脊髓，则引起瘫痪而无法治疗。

4. 上颈段（ $C_{1,2}$ ）是疾病多发区，也是危险区，要熟练的、高明的医生去做；中颈段（ $C_{3,4}$ ）发病较少，外伤多；下颈段（ $C_{5,6}$ ）发病率高，相对安全。

5. 骨科有颈椎后路小关节减压术和椎板切除减压术，小关节减压术是通过开窗或开一钥匙孔样缺口，以达到根性减压的目的。椎板切除减压术是通过对颈椎后方椎板切除来达到椎管减压的目的。

针刀治疗脊髓型颈椎病的原理，也主要是从后柱入手，切割松解项韧带、棘间韧带及关节突关节囊，进一步切开松解黄韧带，以减轻对硬膜囊的压迫，缓解、释放椎管内的压力。另外，针刀对项部肌肉、筋膜、韧带等软组织的切割松解，对改善局部血液循环，恢复颈椎内、外力平衡起到了重要的作用，这又和骨科传统的“颈椎后路软组织松解术”的机制和作用是一样的，只不过对针刀松解的要求更高而创伤更小。

（四）针刀治疗颈椎病的临床研究

取样病例 1193 例，设针刀闭合性手术治疗组、中医针刺疗法组和推拿疗法组，其中针刀闭合性手术治疗本病 622 例，针刺组 283 例，推拿组 288 例，进行了对照。从治疗结果看，无论是治愈率还是显效率，针刀治疗组都优于对照的针刺组和推拿组，显示出了针刀闭合性手术治疗颈椎病的优

越性。

讨论：颈椎病发病的确切病因病理尚不完全清楚，过去一般认为是由于颈椎椎间盘明显退变突出、颈椎椎体退行性变，以及关节、韧带等组织退行性变化，刺激或压迫了颈神经根、椎动脉、脊髓和颈部交感神经而出现了综合症候群。然而，这一学说却不能很好地解释许多临床征象。例如，临床上发现许多患者临床症状的轻重与影像学提供的资料并不成正比关系。

近年来，越来越多的国内外学者从颈椎生物力学平衡的角度来研究颈椎病的病因病理。Whitehill 通过损伤狗颈椎韧带，Miyamoto 等通过切除小鼠全部棘突的相连韧带而分别诱发了实验动物的颈椎间盘退变，证实颈部生物力学平衡状态的改变，可诱发或加速颈椎间盘的退变。朱汉章在前人生物力学研究成果基础上结合多年临床实践提出：颈椎维护关节稳定的椎周软组织（肌肉韧带等）急慢性损伤后的动态平衡失调以及由此而造成的颈椎生物力学平衡失调是颈椎病发病的根本原因。其主要发病机制是：椎周软组织的急慢性损伤引起组织间的瘢痕、粘连以及挛缩，可刺激、卡压穿行其间的血管、神经而引起症状；另一方面，粘连、挛缩的椎周软组织可牵拉其附着的椎骨发生力平衡失调，导致颈椎椎体的整体或局部发生位移而产生骨关节的微小移位。与此同时，这种骨关节的微小移位会使颈椎的生物力线发生偏移，椎体各部位承受的应力发生改变，在人体自我代偿机制作用下导致骨质增生的发生，这种病理性的骨关节微小移位和变性的软组织会压迫、卡压周围的颈部神经、血管、脊髓而产生一系列颈椎临床症状。这一学说为通过对造成颈部内应力平衡失调的椎周软组织进行治疗，重新恢复颈椎生物力学平衡治疗颈椎病提供了理论依据。

针刀闭合性手术，一方面可针对椎周软组织病灶内的瘢

痕、粘连和挛缩进行松解、剥离以重新恢复椎周软组织的动态平衡；另一方面，在此基础上根据颈椎 X 线片所提示的骨关节病理改变，用针刀医学手法进行精细矫正，恢复颈椎的生物力学平衡，针刀治疗前后 X 线片结果显示各项异常除骨质增生外，均有明显改善，且显著优于对照组。

（五）针刀医学的病理生理学和治疗学

针刀医学的基本理论除了有四大基础理论之外，还有新的针刀医学病理生理学理论、针刀医学影像学理论、针刀医学手法学理论、针刀医学诊断学理论、针刀医学治疗学理论和针刀医学护理学理论，共六个部分。这六个部分是应用针刀医学四大基础理论对诊疗学进行创新的结果。现简要地介绍针刀医学的病理生理学和针刀医学治疗学。

1. 针刀医学的病理生理学 针刀医学的病理生理学提出了对人体生命特性的新看法，对指导临床治疗有十分突出的意义。针刀医学认为人体是一个具有强大自我修复能力的机体，所以在进行治疗时不可以滥用各种治疗手段，达到所谓“除恶务尽”的程度，而明确地提出医生的治疗任务就是将人体的各种病理变化调整到人体的自我修复能力以内，不可以施加各种过分的治疗手段而造成人体不可逆转的后遗症，这种在生理特性上的认识对指导临床具有十分重要的意义。比如对一个发热患者进行药物治疗，特别是化学药物治疗，在发热基本被控制以后（37℃ 以下），视情况即可以停止用药，让人体进行自我调节即可以恢复到正常体温，不可以继续大量地使用抗生素和退烧药，因为药物都有一偏，过量对人体造成的损害是严重的；再如治疗新鲜骨折，如果断端移位 1~2cm，这就超出了人体自我调节修复的能力范围，就必须采取治疗手段进行复位，使之基本解剖对位，适当包扎并放置在一定体位，不必进行强行固定和过紧包扎，因为这样反而会影响人体自我修复功能的发挥，最后影响到骨折的

愈合和功能的恢复，如此等等。

另外，针刀医学还提出了一个重要的病理生理学理论，就是人体的自我调节功能不仅能够使人体病理变化得到抑制、缓解，对抗致病因素，而且在这种对抗性调节的过程中，还会产生新的致病因素，形成新的疾病，如人受到开放性损伤，人体在自我修复过程中产生瘢痕、纤维化，这种瘢痕和纤维化，就会成为多种病理因素；再如力平衡失调时，人体为对抗高应力对组织器官的损害，就使组织增生、硬化、骨化来防止这种损害，但是这种增生、硬化、骨化又成了一些新的疾病的致病因素等等。这一新病理生理学理论对我们认识、发现许多严重疾病的病因病理以及进行治疗都有重要的指导价值。

针刀医学认识到正常的力学状态是生命活动不可缺少的物理因素，异常的力学状态是许多疾病产生的根本原因，这一点非常重要。我们过去习惯于从微生物学、生物化学、细胞学等方面去研究疾病的病因，而没有意识到异常的力学状态也可以成为许多疑难疾病的根本病因。

过去我们只把电生理的研究作为疾病的结果来加以认识，比如心脏有病了，心电图就发生变化；大脑有病了，脑电图就发生变化；肌肉有病了，肌电图就发生变化等等，而没有认识到作为生理系统的电生理线路系统的存在，而电生理线路系统发生故障会引起许多疑难疾病。针刀医学认识到电生理线路的改变不仅是一些疾病发生以后的结果，也会是许多疾病发生的原因。

针刀医学还认识到，机体必须处在平衡状态下，人才能够无病和存活，机体在任何一个方面如果失去平衡，就必然要生病或者死亡，所以医生治病的最最终追求目标是纠正机体在某一方面不平衡因素，使之达到平衡，使疾病痊愈或避免死亡。人体内的平衡内容和方式是多种多样的，如体液的平衡、力学

的平衡、代谢的平衡、营养的平衡、温度的平衡、电解质的平衡等等。针刀医学这一生理病理学观点使我们在临床上有一个明确的目标，而不会发生差错。

针刀医学这些生理病理学的新观点，对于我们临床诊断和治疗具有宏观和方向性的指导意义。当然它还远远不够完善，还需要继续探索改进。

2. 针刀医学治疗学 针刀医学治疗学是一个不同于中医治疗学也不同于西医治疗学的一种自成体系的新治疗方法学。针刀治疗学是根据针刀医学基础理论所阐明的原理，在对各类疾病病因病理新认识的基础上所形成的，它主要用的器械是大家所熟悉的针刀。目前有 30 多种型号的针刀应用于临床，因此针刀究竟能发挥哪些作用，这是针刀医学治疗学应该认真研究的问题，在这里要先向大家介绍一下针刀的治疗作用。

(1) 针刀首先发挥的是刀的治疗作用，所以能够进行各种闭合性手术。

(2) 针刀对某些疾病可以发挥针的治疗作用，但是比毫针刺激量大，应激效应快，且有方向性，在疏通经络方面，它可以使经气畅通，因此，它在发挥针作用的时候，在对某些疾病的治疗，比毫针来得更快。

(3) 刀和针的综合作用，比如我们在治疗某些慢性软组织损伤疾病的时候，在进针刀部位恰恰有瘢痕和结节，我们必须将这些瘢痕和结节纵向切开，这是发挥刀的作用。如果此部位恰恰是经络的循行部位，此患者又患有和此经络相关的内外科疾病，在治疗慢性软组织损伤的同时，亦调节了电生理线路，从而将内科杂病也治愈了，即发挥了针的作用。因此在治疗下肢软组织损伤的时候，往往将多年的胃病治好了，诸如此类情况很多。

(4) 能量释放和能量补充，使人体内的能量达到平衡。

针刀的这一治疗功效，许多人会感到莫名其妙，针刀是一种金属治疗器械，怎么能补充和释放能量呢？根据针刀医学的有关理论，有些疾病的真正病因就是局部病灶的能量过多蓄积或能量缺乏。比如，有一些组织受到损伤或细菌感染后，引起循环通道的阻塞和代谢物质的积聚，从而造成局部内压很高，因此产生严重的临床症状，这时我们用针刀刺入病灶轻轻一剥，患者就会感到局部出现严重的酸胀，这是能量推动代谢物质向周围辐射所产生的感觉，这样几分钟后，患者就感到原来的症状基本消失，就像我们用针在绷得很紧的气球上扎了一下，气球马上瘪了一样，这就是针刀在治疗中能量释放的原理；另一方面，在修复过程中的有些损伤性疾病或由于神经系统某一部分衰退所致的疾病，引起的局部微循环障碍，它所表现的大多为局部肌肉萎缩或活动无力和功能不全，以及疼痛麻木等临床症状，这是由于局部的微循环障碍造成局部能量供应严重不足所致，此时我们用针刀沿着微循环通路的走向，进行疏通剥离，即可使病变部位迅速得到血流的供应，也就是说得到了能量和营养的补充，使病灶部位的组织器官能够很快进行修复，在这些组织器官基本修复完毕后，功能也就得到恢复，此时临床症状就可基本解除，这就是针刀治疗能量补充的作用。

(5) 调节力平衡。一般来说，我们都知道人生活在一个空气包围的环境中，很少注意到，我们还生活在力的汪洋大海中，我们一分一秒都不能摆脱力对我们生命活动的影响。力学环境的存在对我们的生命活动是极为有利的，如果没有力学环境的存在，我们很难想象人类还能否在地球上生存下去。但是任何事物都有两面性，力的存在固然有积极的作用，然而它有时也会使我们产生疾病。对于力会使我们产生疾病的这样一个问题，过去我们重视极为不够，过去在研究病因的时候，大多数是从组织器官的形态结构、生化改变、

细菌感染、基因变异等方面入手，其实力学因素往往是某些疾病的根本病因。

人体内部也是一个力学平衡系统，当这个平衡系统的某一部分的平衡遭到破坏时，人体就产生相应的疾病，针刀能够有效地调节人体内部的力学平衡失调。比如，关节是由关节囊、韧带、筋膜和肌腱这些软组织连接而成的，当某种原因使某些软组织受到损伤，引起变性，即产生挛缩、瘢痕、粘连等后，关节的力学平衡系统就会被破坏，致使关节内部的力学平衡失调，造成骨关节疾病，如骨质增生、创伤性关节炎等，我们用针刀松解剥离这些变性的软组织，再配合适当的针刀医学特有的手法，即可使关节内的力学平衡系统得以恢复，疾病得到根治。

(6) 针刀对关节内骨折进行复位。一下听起来觉得不可思议，其实一说出来大家也会感到很简单，简单的操作技术是来源于深厚的科学知识基础。针刀医学依据闭合性手术的理论，以及该病的特殊位置和治疗要求及关节的生理特点、病理特点、力学状态，设定了这种操作简单而又能达到最佳效果的复位固定方法。它的具体操作是：通过 X 线拍片及其他影像学手段，对骨折情况有了精确了解和定位之后，将针刀刺入骨折片背面的中间，然后让助手用骨科锤轻击针刀柄的顶部，使针刀固定在骨折片上，此时医生手握针刀，让骨折片按治疗的目的移动（此时骨折片就像握在医生手里一样，可以在关节的皮下向不同方向和位置自如地移动），当骨折片基本解剖对位时，被动地让患肢完成各种关节功能活动，直至没有障碍为止（此种活动是协助针刀完全达到解剖对位），此时将骨折片固定，让助手再用骨科锤轻击针刀柄的顶部，让针刀刺入骨折片对面的骨质里，然后在骨折片的背面，再钉入两支针刀，此两支针刀和原来的针刀形成一个三角形，使骨折片在任何方向都不能移动。在针刀固定完毕后，用酒精棉球包绕针刀露在皮

肤外的部分，然后用纱布、绷带在关节周围连同针刀一起包扎即可。

根据不同关节的特点，在3~5周拆除包扎，拔除针刀，在针刀固定期内，患肢不可做自主负重活动。但每天患肢要在不负重状态下轻轻被动活动2~3次。在拆除针刀固定后，必须在针孔上覆盖无菌纱布或创可贴3~5天，然后即可开始自主的、轻柔的功能锻炼（切忌负重或用力过度、猛烈活动），直至康复为止。

（7）疏通体液滞留和促进体液回流。人体的体表和体内有许多疾病是体液循环障碍引起的，我们试图用药物来治疗这些疾病，往往是无效的，而我们用针刀可以迅速而准确地解决这一问题。比如类风湿关节炎、关节肿胀疼痛，我们常用一些止痛药来进行止痛治疗，但是等药效一过，疼痛依旧，如果我们用针刀将关节囊切开，关节囊内的渗出液就会迅速地排到关节囊外，症状就会立即缓解。许多慢性软组织损伤疾病的急性发作期情况也是如此。

另外，有些疾病是由于某种原因由体液回流障碍所引起。比如由于劳损所引起的某些腱鞘炎、筋膜炎、关节炎，由于某种原因引起腱鞘分泌的滑液不能正常分泌或筋膜所分泌的体液不能正常排放，引起肌肉和腱鞘之间的相对运动滞动、筋膜和相邻肌肉之间的相对运动受到影响、关节的屈伸运动不灵活，产生相应的临床症状，通常用药物或者其他方法试图解除这些症状是非常困难的，而如果用针刀对腱鞘、筋膜、关节囊的有关部位进行适当的疏通、剥离，就会使腱鞘、筋膜、关节囊的体液回流得到迅速的恢复，临床症状也会随之消失。

针刀疏通体液滞留和促进体液回流的问题，其实质也是使人体内的体液代谢平衡，它与上面所谈的能量释放和能量补充完全是两回事。能量释放和能量补充主要是指人体内血

液和其他有机物所携带或发放的能量，而现在所讲之体液滞留和体液回流障碍问题则是指人体内的体液因某种原因而引起滞留和回流不畅，这些体液本身并不具备前面所讲的能量特性。

(8) 针刀医学治疗学的另一个主要内容是，根据针刀医学的手法学，在针刀治疗时，再配合一些恰当的手法，另外再配合少量中西医药物。配合药物的原则是：局部有细菌感染、炎症，配合抗生素；针刀术后有疼痛感者，配合止痛药；有微循环障碍者，配合活血通络药；有渗出、水肿者，配合消肿利水药；有出血倾向者，配合止血药；有水和电解质失衡者，配合输液和相应的药物，使水和电解质恢复平衡；体质极为虚弱者，配合一些调补性药物；患者某一脏器功能极为低下者，针对某一脏器进行治疗，使其功能恢复。

由于针刀治疗是一种新的治疗模式，除了用针刀这一特殊的医疗器械外，还要配合一些特有的针刀医疗器械，如：驼背治疗床、颈椎治疗牵引器等 20 多种常用的医疗器械。

概括的来讲，针刀治疗学主要包括四个方面的内容，即“针刀为主，手法为辅，药物配合，器械辅助”，这也构成了针刀治疗学的一整套的治疗体系。

(六) 从西医学看中国针刀医学的科学性和先进性

西医学是在西方形象思维的影响下形成的。最早的尸体解剖使西医学的诊断、治疗都以直观看得见为依据，治疗总的原则也是以恢复形态学达到恢复功能。

但西医学却忽略了一个极其重要的问题，即人体形态的改变是如何引起的？至今，仍是西医学的困惑！

西医学从形态学出发，虽然治好了大量的患者，但手术带来的痛苦、危险性、高昂的医疗费及留下的后遗症，却让患者害怕，望而却步。而朱汉章教授发现的慢性软组织损伤和力平衡失调的理论，从根本上解决了西医 400 多年而至今尚不清楚

的发病源头。下面，从西医的角度看针刀医学的科学性和先进性。

1. 牵引 西医、中医、针刀医学对颈椎病都做牵引治疗。那么它们之间有什么不同呢？

以颈椎病为例：下面以列表方式对照说明（见表2）。

表2 西医、中医、针刀医学颈椎病牵引治疗的区别

种类/项目	西医学	中医学	针刀医学
四头带	相同	相同	相同
过程	只牵引	只牵引	先针刀松解后牵引
机制	病变软组织挛缩	筋出槽、骨错缝	病变软组织的挛缩松解被撕开
治疗结果	去掉牵引回原状	去掉牵引回原状	去掉牵引不回原状
生理曲度	不能恢复	不能恢复	能恢复
效果	稍好或恢复原状或终生牵引	稍好或恢复原状不能恢复	松解后的挛缩软组织被新生组织填充，即新的动态平衡

2. 力 即拉力、压力、张力。这些力在疾病发病机制中起什么作用呢？

朱汉章教授在这方面作出了科学性和独创性的贡献。以跟骨骨刺的形成为例：在以往的西医治疗跟骨骨刺中，最早从形态学出发，不该有的异常形态——骨刺长出来了，那就该切除了，切除之后，X线片上骨刺不见了，但症状反而加重，令西医头痛，只好采取对症治疗。

而朱汉章教授认为骨刺不是长出来的，而是被“拉”出来的。原因是跟骨下前方有跖长肌腱和跖腱膜，由于长时间慢

性牵拉，被牵拉的部位形成慢性无菌性炎症，人体在自我调节功能的作用下，为了抵抗这种不正常的力学损伤，便把大量的钙质、磷质输送到这里，使这里的软组织硬化、钙化，最后骨化。新生骨在力的拉应力下最后形成前尖后阔的骨刺。刺乃尖也，故而得名。

那么，如何来验证朱汉章教授的力平衡失调的理论呢？实践是检验真理的惟一标准。

既然骨刺是“拉”出来的。那么把“拉”的力除掉，疾病会被治愈吗？骨刺会消退吗？实践证明，当医生用针刀消除了异常拉力，即跖长肌腱和跖腱膜的挛缩被彻底松解后（特别是解除了其深部的慢性滑囊炎的压应力和张应力后），其症状立刻减轻或解除。与西医的切除骨刺的疗效形成鲜明的对照。

3. 以膝关节骨性关节炎为例，细心观察，有助于了解骨刺的成因。

在对尸体与手术活体的观察中，发现膝关节表面软骨在压力和磨损下，部分表面软骨消失，关节间隙变窄，但关节表面破坏再严重也看不到骨刺。而在其边缘有肌腱牵拉的地方却有明显的骨刺形成，有的甚至构成骨桥。

这进一步证实了骨刺的形成是“拉”出来的。在关节内有的可看见髌间隆突增生变尖，这是因为有交叉韧带附着牵拉的缘故。有学员问，什么情况下松解交叉韧带？明白了力平衡失调的理论后，自然是在X线片上显示有髌间隆突增生变尖时要松解交叉韧带；反之，不必松解。

4. 从脊柱病的形态学看其发病机制 以颈椎和腰椎间盘突出为例：颈腰椎在多种原因的作用下，会在X线片上看到不同程度的骨质增生。但在椎体表面即椎间的上下椎体骨面，尽管破坏严重也未见长出骨刺来。原因很简单，这部分没有任何肌腱韧带附着，也就没有拉力。进而说明骨刺是“拉”出

来的。

那么，钩椎关节在椎体表面为什么增生呢？那是因为称为关节就应有关节面、关节囊和小肌腱、韧带附着，其增生也就不奇怪了。

西医认为颈腰椎间盘突出是一种退行性变，是年龄大了的一种必然现象。但近十几年来由于颈腰椎病的发病年龄明显下降，已经不是45岁以上年龄人的“专利”了。西医也觉得退行性变的病因学理论有些站不住脚了。

当然，不能说西医都不对，它的形象思维和解剖学看到了颈腰椎间盘突出压迫脊髓、神经并引起相对应的症状体征，是科学的。俗话说，“眼见为实”嘛！但当用手术和介入的方法去除间盘后，为什么很多患者仍有不同程度的症状？那就是椎间盘退行性变是如何引起的没有找到源头。朱汉章教授的慢性软组织损伤的四大病理过程：粘连—瘢痕—挛缩—堵塞，揭开了这一中医几千年、西医几百年困惑的原因。而力的牵拉导致力平衡失调则是四大病理过程造成的结果。这种力与骨骼相连，进而使不会动的骨骼系统产生与力相应的病理性活动，打破了生理状态的脊柱曲度，使椎间盘透明软骨板与椎体的微孔负压，获取营养的正常供给关系受到破坏，才导致椎间盘失去营养而退行性变。

西医由于受形象思维影响很深，看到了退行性变就认为是最初的病因，就形态学来说是对的。而其根本的动力学原因则是由朱汉章教授首先提出，从而对慢性软组织损伤这一世界性难题（对人类损害最严重的疾病为：心血管病、肿瘤、慢性软组织损伤）找到了病因学理论。

5. 慢性软组织损伤挛缩后，它的异常力真能把骨骼拉动吗？有那么大的力吗？看看下边的事实就明白了。

西医手术治疗颈椎病（前路），切除颈椎间盘→植骨→钢板螺丝钉固定。有多少钢板螺丝钉松动甚至折断，没有精确统

计,但哪个医院几乎都发生过,难道是椎体自己动的吗?显然不是,而是慢性软组织损伤产生的持续不断的病理性拉力和拉应力,使金属疲劳而松动或折断,这就是事实。如果还不相信,那以股骨干骨折为例,西医手术是将复位的骨折上下用加压钢板固定,术后是非常牢固的。但有一部分患者2~3个月后发现钢板螺丝钉松动、拔出、折断,什么原因?主要是因为异常活动的力所引起,而钢板质量和手术技巧是次要的。

至此,西医大夫不得不感叹地说西医手术治疗骨折的一句名言——任何坚强的内固定都代替不了骨性愈合。西医找不出导致现象的根本原因,只知道是由异常活动引起的,所以告诉患者术后不能动,等骨愈合后再慢慢动。可治疗是一个漫长的时间,让患者不动是根本不可能的。

6. 软组织慢性损伤→动态平衡失调→针刀治疗→手法→恢复生理性动态平衡。针刀医学对病变软组织进行松解、剥离等也是一个新的损伤,仍会有新的瘢痕、挛缩形成,但在这种治疗下瘢痕、挛缩恰好在新的生理弧度上起到一个稳定作用,达到疗效长久或根治的目的。这 and 人体有强大的自我修复功能有关。

7. 西医手术后患者能否针刀治疗?

西医在治疗颈腰椎病时,手术复位后要(植骨)固定2~4个椎体,使椎体的生理活动部分消失,从而留下不同程度的后遗症,并有部分患者难以消失;而针刀治疗不会产生这种现象,虽然有的患者未能完全治愈,但其生理弧度有慢慢恢复之可能。所以,西医化治疗中重视恢复其形态学,而功能上不得不有不同程度的损害,西医对此没有一个圆满的解释,只能说大病去了留下了小毛病。正因为如此,西医化治疗脊椎病时往往在前柱和中柱上下工夫,而对后柱在脊柱稳定性方面的作用几乎全部忽视,而针刀医学的治疗恰恰重视脊柱的后柱。因此,手术后患者是否是针刀治疗的适应证?明白了上述道理也

就迎刃而解了。

由此可见，是否建议西医手术前后加上针刀对慢性软组织的松解？会不会提高疗效和减少后遗症呢？这些都有待我们去研究和积累经验。

朱汉章教授的慢性软组织损伤的新理论和力平衡失调的新理论，打开了我们治疗此类疾病的新思路，具有独创性、原创性，并在实践中取得了惊人的疗效，因此是科学的；并在世界上首先提出这一伟大的理论，具有先进性，对中华民族和全人类作出了杰出的贡献！

二、针刀治验

（一）脊髓型颈椎病

李某某，女，33岁，2003年5月初诊。颈臂部疼痛伴耳鸣、手麻，双下肢发软。肱二头肌腱反射亢进，肱三头肌腱反射亢进，巴宾斯基征（+）。MRI：C₄₋₅、C₅₋₆椎间盘突出。西医建议：颈椎开窗减压术。患者拒绝手术，遂来就诊，予以针刀松解术：取相应的C₄₋₅、C₅₋₆的棘间、关节突关节，及其他压痛点。术后，疼痛即刻消失，手麻、双下肢发软缓解。半月后手麻、双下肢发软消失。8个月后复查，症状体征全部消失，腱反射未见异常，病理征未引出。两年后复查，MRI提示：C₄₋₅、C₅₋₆椎间盘膨出。随访至今，疗效巩固。

（二）跟骨骨刺

汤姆·帕帕斯，男，美国籍，美国男子十项全能选手。2008年8月17日初诊，患者为治疗多年痼疾——跟骨骨刺，经人介绍来北京针刀总医院求治。经检查，在跟骨结节跖筋膜跖长肌腱附着点及脂肪垫处有3个压痛点，用针刀在上述痛点松解剥离，术后，患者先下地走了两步，然后干脆从一楼到二楼跑了两圈，疼痛消失，他的脸上露出开心的笑容。4天之后，汤姆·帕帕斯在北京奥运会上的男子十项全能比赛中获

得了第八的好成绩，他特意转达了对中国针刀和医术真挚的谢意。

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

电话：010-67820424

手机：13910976119

E-mail: lililaoyeye@163.com

学习针刀医学 治疗颈腰椎病

—— 来心平临床经验

来心平，男，1944年生。现任阜阳市来心平针灸针刀诊所所长，副主任医师，阜阳市首届名中医，世界中医药联合会针刀专业委员会理事，中华中医药学会针刀医学会理事。被授予“全国针刀医学推广应用一等奖”，“全国针刀医学事业突出贡献奖”，“全国针刀医学科技成果一等奖”。被安徽省卫生厅授予“全省卫生文明先进工作者”称号。

一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗寰枢关节错位型颈椎病

颈椎病是临床常见病、多发病。寰枢关节错位型颈椎病在临床上并不少见，只是因为它是一种比较特殊的颈椎病，非常复杂，人们比较生疏，也是当前治疗上的一大难题。由于寰枢关节的关节面平坦，关节囊松弛，关节活动频繁，易于错位。该关节在颅底，所占空间很小，X线摄片不易见到；同时，由于寰枢关节错位造成的临床症状和体征与一般颈椎病的表现没有特殊区别，所以该病易被忽视而误诊误治，造成患者很大痛苦。近10年来，来心平用针刀及手法治疗各种类型颈椎病500余例，其中有38例诊断为寰枢关节错位型颈椎病，用针刀松解及手法复位对该类型颈椎病进行治疗，取得了显著疗效。

1. 临床表现和体征

(1) 枕项部疼痛, 偏头痛, 眩晕, 恶心, 呕吐, 视物模糊, 听力减退, 耳鸣, 烦躁、失眠, 记忆力减退, 不明原因的心跳、胸闷, 颈项不能转动, 伴有精神症状。

(2) C_2 棘突压痛, C_1 横突一侧或两侧压痛, C_2 棘突偏歪。

(3) 寰齿关节 X 线表现: 开口位片示齿状突轴线与寰椎轴线发生分离, 两侧关节面间隙不等, 相邻关节面不平行, 两侧侧块距齿状突间距不等。

2. 诊断依据

(1) 头痛、头晕伴恶心, 颈项部疼痛等症状。

(2) C_2 棘突偏歪及压痛, C_1 横突压痛等体征。

(3) X 线开口位片见寰枢关节解剖关系异常。

3. 针刀治疗 C_{1-2} 棘间和两侧棘突旁, C_{2-3} 棘突间和两侧关节突关节, 一共 6 点。棘间点操作, 刀口线与身体纵轴平行, 针刀体与项部皮肤垂直刺入, 达棘突上缘, 调转刀口 90° , 切开棘间韧带 2~3 刀。关节突操作, 刀口线与身体纵轴平行, 针刀体与项部皮肤垂直刺入, 直达颈椎骨面, 调转刀口线 90° , 切关节突 2~3 刀, 术毕, 针刀口敷以创可贴, 嘱患者针眼 3 天不得沾水, 以防感染。5~7 天治疗一次, 一般 1~3 次即愈。

4. 手法治疗

(1) 用朱汉章教授的两点一面复位手法, 患者仰卧治疗床上, 使头顶与床头边缘平齐, 医生左手放于患者颈项部, 右手托扶于下颌处, 用左手捏拿颈项部肌肉 3 遍, 接着托住患者后脑勺, 一助手拉压住患者双肩, 进行对抗牵引, 约一分钟, 医生突然加大压力, 然后左手拇指推顶左侧横突 (以枢椎棘突向右侧旋转为例), 示指勾住枢椎棘突, 右手托于患者下颌, 嘱患者慢慢将头向右侧转动, 医生右手掌部按压于患者脸的左侧, 待转到最大限度时, 在一瞬间双手协同动作, 同时

用力，左手示指将棘突用力向左侧勾住，拇指用力将横突向颈前右方推顶，医生右手弹压患者脸的左侧。这些动作都在同一时间横断面上完成。此时多能听到复位“咯哒”的响声，注意手法必须轻巧，不必强求听到响声。手法结束后，戴颈围一周。

(2) 采用朱汉章教授的牵引摇晃推顶复位法。先用颈椎牵引治疗器牵引 20 分钟，牵引重量 30 ~ 50kg，嘱患者充分放松颈部肌肉，医生双手握住颈部，双拇指分别自后方推顶枢椎两侧椎弓板处，前后摇晃颈部 4 ~ 5 次，待头颈拉到最大过伸位时，突然加大顶推的力量推弹一下，若指下感觉到错动感则复位即告成功。这种推弹动作时间不宜超过 2 秒钟。

5. 讨论和体会

(1) 寰枢关节包括寰枢外侧关节和寰枢正中关节。外侧关节由寰椎下关节面与枢椎上关节面组成，关节囊和周围韧带松弛，在一定限度内有较大范围的运动；正中关节位于齿状突前后，前方由齿状突与寰椎前弓的关节组成，后方有齿状突与寰椎横韧带间的滑膜囊。寰椎横韧带长于寰椎侧块的内侧面，将寰椎的椎孔分为前后两部分，前部容纳齿突，后部容纳脊髓与被膜。寰椎横韧带中部向上、下各发出一纵行纤维束，分别附于枕骨大孔前缘和枢椎体后面，共同构成寰枢十字韧带，有限制齿状突后移的作用，当暴力损伤韧带时，齿状突向后移位，可压迫脊髓有致命危险。

(2) 寰枢关节错位的病因病理：寰枢关节关节囊松弛，运动灵活，头部活动的 90% 发生在寰枢关节。因此寰枢关节周围的韧带容易损伤，造成关节错位。在日常生活中，寰枢关节活动频繁。尤其文职及手工人员，长期低头伏案，枕颈部肌肉反复受到牵拉，造成慢性劳损，出现粘连，挛缩，甚则瘢痕形成，导致慢性软组织损伤，引起寰枢关节内外平衡失调，进而引起颈椎 1、2 节段失稳。由于平时不良的睡姿，枕头的高

低不适,不正确的工作姿势,以及不当的体育锻炼、外伤等,均可诱发寰枢关节旋转错位。横突孔偏离正常的位置,使椎动脉受到不同程度的牵拉,扭曲或压迫,致椎-基底动脉系供血不足。前庭神经核或迷路缺血可引起眩晕症状,大脑后动脉支配的枕叶部视中枢以及眼动脉系缺血,患者可引视力障碍。脊神经根受压迫或刺激时,引起后头部痛麻。关节错位亦可牵拉颈上神经节,引起心律不齐、听力失聪、咽部不适、嗅觉视觉减退、舌体麻痹等。

(3) 寰枢关节错位型颈椎病与其他类型的颈椎病,在病因病理上没有根本的区别,都是积累性劳损造成动态平衡失调所致,临床症状也有相同之处,尤其是椎动脉供血不足和交感神经功能失调的一系列临床综合征,其他类型颈椎病也多数存在。所以不能一遇到头痛、头晕、恶心、呕吐的患者都认为是寰枢关节错位型颈椎病,其正确诊断的关键是必须结合 C_2 棘突偏歪及压痛和 C_1 横突压痛的体征来进一步判断,以及颈椎开口位 X 线片所示寰枢、寰齿位置关系的异常来确定。因此,颈椎病 X 线检查必须常规拍摄开口位片,特别是对疑有寰枢关节错位的患者,更不能忽视。只有临床症状、体征和 X 线开口位片三者结合才能最后作出正确的诊断。若单凭 X 线片而忽视了症状和体征,也是难免出现误诊误治的。寰枢关节接近脑干,位置重要,结构复杂,诊断必须正确,操作必须谨慎,若不小心误伤脊髓或椎动脉,将造成严重的后果,万万不可粗心大意!

(4) 针刀术后的两点一面复位手法,其目的:一方面是使针刀施术后残留的粘连和瘢痕达到完全彻底的松解,再就是使瘢痕挛缩所造成的关节错位在针刀松解的基础上,再用手法补充复位,手法是针刀术后的补充治疗,只要配合得当,定能取得更好的治疗效果。两点一面复位手法采取仰卧位,可使患者神情安定,心地坦然,消除紧张情绪和恐惧心

理。体位舒适可使患者颈部肌肉全部放松，减少了肌肉对手法的对抗。这样不仅使手法省力，更容易达到无损伤的要求。

(5) 治疗寰枢关节错位的两点一面复位手法，示指勾拉枢椎棘突，拇指推顶枢椎一侧横突，方向和齿状突偏歪的方向相同，而不是相反，和治疗钩椎关节旋转移位方向完全不同。之所以不同，这是因为，在 X 线的正位片上看不到第 2 颈椎的旋转方向，而只有在开口位片上才能看到齿状突的偏歪（齿状突两侧的间隙一边变宽，一边变窄），左边变窄表示枢椎向左侧旋转（这是枢椎的前部），右边变窄表示枢椎向右侧旋转。而在进行复位时，示指只能够拉到枢椎的棘突（这是枢椎的后部），前部向左旋转，就是后部向右旋转，所以手法时的作用力方向和其他可以直接见到的棘突偏歪的方向是相反的。

（二）华佗夹脊穴针刀术与传统针刺治疗颈椎病疗效比较

1988 年 1 月至 1996 年 3 月，选用华佗夹脊穴针刀术及传统针刺治疗颈椎病 256 例，随机分为针刀组 98 例，传统针刺组 158 例。针刀组在相应颈夹脊穴及邻近找到压痛、条索或结节性阳性反应点，用针刀四步进针法及操作技术常规进行松解剥离。针刺组根据病情每次每侧选 3~4 个颈夹脊穴，根据不同病症选用不同补泻手法。结果，针刀组 98 例患者治愈 78 例，占 75.59%；显效 14 例，占 14.29%；有效 6 例，占 6.12%。针刺组 158 例患者治愈 83 例，占 52.53%；显效 32 例，占 20.25%；有效 29 例，占 18.35%；无效 14 例，占 8.86%。两组治愈率及有效率相比， P 值均小于 0.01，有极显著性差异。针刀组疗效优于针刺组。其见效快、痛苦小，既方便又经济。

1. 针刀治疗 患者反坐在靠背椅上，双手平放在椅的靠背上，低头使前额放在双手上；或取俯卧位，胸前垫一薄枕，使颈部向前伸，以充分暴露颈项部。根据临床病症，在相应夹

脊穴或其邻近能找到压痛条索或结节等阳性反应点，在阳性点用甲紫作标记后，常规消毒，选4号或3号针刀，按针刀疗法的4步进针法，达骨面后，纵行切割关节囊2~3刀，然后将刀锋滑至后结节，剥离松解。

2. 手法治疗 若为寰枕筋膜挛缩或项韧带损伤所致颈椎病，患者俯卧位，采用颈部对抗牵引加弹压手法；若为颈椎钩椎关节旋转移位型颈椎病，患者仰卧位，采用颈部对抗牵引加两点一面复位手法。

3. 针刺组治疗 患者体位同针刀组，根据临床病症的经脉分布，神经根和神经节段的分布，以及穴位的压痛、阳性反应物等几方面来选穴应用，一般每次每侧选3~4个颈夹脊穴。选1.5~2寸毫针，用直刺快进针后慢推针，不捻转或微捻转，根据患者的胖瘦，进针约1~1.5寸。如进针受阻（已达椎板）或无麻电传导感可再调整进针角度，直到麻电感传至病所，将针退出少许，再根据病症，施行补泻手法，至局部产生较强的酸胀感出针或留针20分钟。每日治疗1次，10次为一疗程。

4. 讨论和体会

(1) 夹脊穴亦称华佗夹脊穴，位于督脉与膀胱经之间，其治疗范围广泛，疗效显著。据现代医学研究，夹脊穴附近均有相应的脊神经后支伴行，神经纤维所支配的范围覆盖了穴区。交感神经纤维通过交通支与脊神经前支相联系，并随脊神经分布到周围器官，通过脊神经和交感神经的神经体液调节作用，可影响到交感神经末梢释放的化学介质，以调整身体各器官的功能，达到治疗疾病的目的。

(2) 针刀是将针刺疗法的针和手术疗法的刀融为一体，把两种器械的治疗作用有机地结合到一起。针刀疗法之所以治病效果好，就是因为它有针刺和手术的双重作用。首先是针刺作用，针刀在痛点进针时，首先起到针刺疗法刺激夹脊穴的作

用,当针刀尖达到椎间小关节周围韧带、周围组织进行针刀拨离手法时,可引起小创伤性强刺激,能破散病结和缓解局部组织痉挛,使经络疏通,气血顺畅,缓解疼痛。再就是手术的作用,利用针刀的刀对肌肉、筋膜、韧带以及血管神经的粘连、瘢痕、挛缩进行松解拨离,阻断疼痛的传导,改善局部新陈代谢,促进无菌炎症消退,调整了机体动态平衡失调,并解除了瘢痕和粘连对血管、神经的挤压和牵拉,从而解除临床症状,恢复功能。

(3) 针刀术后的手法治疗,其目的:一方面是通过手法使针刀施术后残留的粘连和瘢痕达到完全彻底的松解;其二是使因瘢痕挛缩所造成的关键部位的椎体旋转移位、关节错缝等病症在针刀松解的基础上,再用手法复位。手法是对针刀术后的补充治疗,只要配合应用得当,定能收到更好的治疗效果。

(4) 虽然颈椎部位生理解剖结构比较复杂,周围有许多重要的血管和神经,但只要仔细检查,熟悉解剖,并熟练掌握针刀疗法的各种操作方法和技术,严格按手术无菌操作规程操作,是绝对安全的,来心平开展针刀疗法数年来,治疗各种疾病数千例,从未出现意外。

(三) 针刀治疗腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症(腰突症)又叫腰椎间盘突出纤维环破裂症或髓核脱出症,是腰腿腿痛中的常见病、多发病、疑难病,对人类的健康及生产劳动影响很大。1996年以来,来心平用消痛液注射加针刀松解术治疗腰突症126例,同时将1996年5月以来用消痛液注射加针刺治疗98例患者作为对照组,并对两组疗效进行分析对比。两组治愈率相比, $\chi^2 = 5.978, P < 0.05$,有显著性差异,两组有效率相比, $\chi^2 = 6.9701, P < 0.01$,有极显著性差异。针刀组疗效优于针刺组。

1. 诊断标准

(1) 大部分发生于青壮年,男多于女,常有腰部扭伤史。

- (2) 反复发生腰腿痛，多向患侧下肢放射。
- (3) 腰部僵直，行走时姿态板僵，脊柱侧弯，畸形。
- (4) 病变椎旁压痛及叩痛，并向同侧下肢放射。
- (5) 直腿抬高试验阳性、屈颈试验阳性、挺腹试验阳性。
- (6) X线检查，首先可排除腰椎骨质破坏性病变，如结核、骨折、肿瘤、炎症等。如系腰突症，则有下列征象：①正位片腰椎呈侧弯，左、右间隙，上、下椎间隙不等宽，棘突偏歪。②侧位片：腰椎生理曲度变直或反弓， L_{4-5} 比 L_{3-4} 椎间隙窄，显示为 L_{4-5} 椎间盘突出。

(7) CT及MRI检查不同程度的腰椎间盘突出。

2. 针刀治疗 患者俯卧位，腹部垫一软枕垫。在罹患部位两棘突间压痛点为棘间点及左、右各旁开2.5cm为横突间点，必要时再于相邻上、下棘突和横突间各选一治疗点。此外，常在下述部位，臀大肌髂骨附着点、臀中肌髂骨附着点、臀小肌髂骨附着点、髂嵴后缘、股骨中段、下段、髂胫束覆盖区、梨状肌体表投影区，常可找到压痛点。将所取各点用甲紫作标记。取2%利多卡因5~10ml，醋酸曲安奈德注射液5mg，维生素 B_{12} 500 μ g，注射用水加至所取各点达2ml。术区皮肤碘酒、酒精常规消毒，每个治疗点注入消毒液2ml，铺无菌洞巾，术者戴无菌手套。棘突间治疗点选4号针刀，刀口线与脊柱纵轴平行，针刀与皮肤垂直，刺入约0.5cm，达棘突间隙，将刀口线调转90°，垂直于棘间韧带纤维方向，切开松解。脊柱两侧的治疗点，刀口线与脊柱纵轴平行，针刀倾斜60°，针尖斜向脊柱侧刺入，达到横突副突或关节突骨面，纵行疏通拨离，横行铲剥，若有硬韧感，可在关节突边缘仔细摸索切割，把坚硬的韧带切开松解，然后提起针刀，刀刃向外倾斜45°，针尖达椎间管外口，做上后外缘的松解，紧贴骨面分离，松解椎间管外口，解除椎间管外口骨膜结缔组织和神经根外膜的粘连。然后调整针刀尖至上位横突的下缘，切开剥离横突间肌和

横突间韧带,其他各点均按针刀的治疗操作规程治疗。起针刀后,稍压针孔,以免出血,贴创可贴以保护针眼。嘱患者针眼3天内不可沾水,以免感染。5~7天治疗一次。

3. 手法治疗

(1) 腰椎侧扳法:患者侧卧位,靠床的下肢伸直,上位下肢屈曲。术者在床边与患者面对而立,一肘压于患者肩前部,一肘压于臀部,两肘相对用力使患者腰扭转。当力点集中于患椎棘突部时,压于臀的肘骤然用力,使错动关节复位,可闻关节弹响声。此法适用侧突型腰突症并有小关节错位者。

(2) 连续提腿复位法:具体操作见前朱汉章之腰椎间盘突出症的针刀治疗。此法适用于严重的急性中央型腰突症。

(3) 被动直腿抬高法:嘱患者患肢直腿抬高,术者乘其不注意时,用双手猛力向上推压,使未松开的粘连拉开。此法适用于下肢麻木,直腿抬高受限,多考虑为神经根袖与突出的髓核有粘连者。

4. 针刺治疗

(1) 消痛液注射:药物、注射部位及注射方法同针刀组。

(2) 针刺:取患椎两侧华佗夹脊穴、殷门、承山、委中、昆仑。操作:针华佗夹脊穴,直刺1寸,用泻法,使针感传导向下至腰骶、足底,可稍停针后再提插3~4次以加强针感,即可退针,后刺配穴,留针30分钟,中间行针一次。每日治疗一次,10次为一个疗程。

5. 讨论和体会

(1) 人体从20岁以后,椎间盘开始自然退变,髓核含水量减少,软骨板变薄变脆,纤维环局部裂隙,这是内源性发病因素。在人们生活和劳动中,腰部姿势不正,脊柱生物力学改变,从而产生劳损或损伤,使腰椎旁肌肉功能失调,这是外源性发病因素。当椎间盘退变到一定程度和伤力达到一定限度时,髓核便会由纤维环薄弱或破裂处突出。刺激神经根而引起

化学性神经根炎，患者出现放射性下肢疼痛及神经根损害的一系列临床表现和体征。髓核突出的进一步病理变化是：椎间隙变窄，腰椎小关节失稳，处于半脱位状态，椎体在髓核上的运动较偏移，小关节产生不规则撞击，从而产生创伤性滑膜炎、关节软骨变性、关节面不平整、关节囊撕裂、瘢痕形成等一系列改变，而形成腰椎小关节紊乱症。由于关节滑膜有极为密集的神经过梢，任何挤压因素或炎症时均可产生疼痛，故临床上常见腰痛。此外，半脱位的小关节，可以随着脊柱活动而发生前后过度活动。使神经根受到机械性刺激后加重其炎症和水肿，随着腰椎退行性变的进一步发展，可产生椎体边缘骨赘形成，黄韧带肥厚和椎间小关节代偿性肥大、内聚。从而造成椎管及椎间孔狭窄，加重神经根的卡压，出现一系列临床表现和阳性体征。

(2) 针刀将针灸疗法的针和手术疗法的刀融为一体，把两种器械的治疗作用有机的结合到一起。针刀疗法之所以治疗效果好的原因，就是因为它有针刺和手术的双重作用。首先是针刺的作用，针刀在治疗点进针时，当针刀尖达到椎间小关节周围韧带及周围软组织进行针刀分离手法时，可引起小创伤性强烈刺激，能破散病结和缓解局部组织痉挛，使经络疏通，气血顺畅，缓解疼痛；再就是手术的作用，利用针刀的刀对肌肉、韧带及脂肪组织对神经根的粘连进行松解剥离，阻断疼痛的传导，解除肌肉组织的痉挛，改善局部新陈代谢，促进无菌炎症的消退，调整了机体平衡失调，解除炎性组织刺激及瘢痕对神经根的粘连挤压和牵拉，从而解除症状，恢复功能。

(3) 醋酸曲安奈德注射液有抗过敏、抗炎、抗感染、抗毒的作用，用药后数小时内生效，经1~2日达最高效应，作用时间可达2~3周。维生素B₁₂可参与神经细胞代谢，促进神经纤维的再生与修复。利多卡因为局部麻醉药，可临时阻断神经传导，阻断疼痛的恶性循环，解除了肌肉和血管痉挛，促进

代谢。同时作为针刀手术的麻醉，使手术无痛，患者易于接受，充分配合，利于操作，剥离充分，可提高治疗效果。

(4) 连续提腿复位手法，是以人体一部分脊柱和大腿为杠杆，术者和第二助手的双拇指为支点，形成一个倒置的杠杆，杠杆的上段是3~4个椎体的长度，下段是患椎以下骶部和大腿的长度。下段长度相当于上段长度的5倍左右。按杠杆原理，在膝部加1kg的力，在 L_{1-2} 椎体位置就可产生5kg的力。一般年轻医生向上提的力约在20kg左右；这样上端就产生100kg的力。按杠杆原理，支点的受力应是两端力的总和，即120kg。由于这样强大的支点力和椎间盘上、下的椎体对椎间盘产生的连续活动着的剪力，作用于椎间盘，可使其还纳或改变位置。同时，这种连续的过伸运动，可使患椎周围的软组织松解；错位的关节复位。

(5) 针刀治疗腰椎间盘突出症，手术时间短、损伤小、术后恢复快、效果显著、经济，具有简、便、廉、验的特点，避免了开刀手术的多种并发症。不但在条件好的大医院可以开展，在基层医院、诊所都可以开展。

(四) 针刀治疗腰三横突综合征

腰三横突综合征是比较常见的慢性腰痛病之一，临床约占腰痛病的50%~60%，多见于从事体力劳动的青壮年。以往常用推拿按摩、理疗、针灸、拔罐、中西药物、封闭等疗法，虽有一定的治疗效果，但难以根治。1996年以来，致力于朱汉章教授针刀医学对慢性软组织损伤新的病因病理学和人体动态平衡失调理论的学习研究和应用。以针刀松解配合手法治疗，取得了立竿见影的疗效，而且不易复发。

1. 诊断依据

- (1) 有外伤或劳损史；
- (2) 腰痛或向臀部放散，弯腰困难，不能久坐久立；
- (3) 在腰三横突尖部有敏感的压痛点；

(4) 屈躯试验阳性。

2. 针刀治疗 患者俯卧于手术台上，术者在患者第3腰椎横突尖部找到敏感压痛点，在压痛点内0.5cm处定点，用甲紫标记。术区皮肤常规消毒，用1%利多卡因5ml做局部麻醉，药液一定注到横突尖部。铺无菌洞布，术者戴无菌手套。用I型3号汉章牌针刀，刀口线与患者脊柱纵轴平行，针刀体与术区皮肤平面垂直刺入，当针刀口达到横突尖部时行横行剥离手法，术者感觉肌肉和骨间有松动感时即可出针刀。出针刀后用消毒敷料压迫针孔片刻，无出血时，再用创可贴贴敷。嘱患者术区3天不要沾水，以防感染。多数患者一次可以治愈，如经一次治疗，疼痛没有完全消失，可在5天后再次治疗一次。一般不超过3次即可治愈。嘱患者2~5天开始做弯腰曲背活动，防止再次粘连而影响疗效。

3. 手法治疗 用前拉后推侧扳法，患者以患侧向上侧卧，术者立于患者背后，两肘关节分别放在患者肩部和臀部，先来回缓慢数下，然后骤然用力，有时可听到“咯哒”声响，术毕。

4. 讨论和体会

(1) 病理机制：第3腰椎是5节腰椎的中心，位于腰椎生理前凸的顶点，在腰部前屈后伸，左右旋转运动中起枢纽作用，由于第3腰椎的横突最长，所受的杠杆作用力最大，其上所附着的肌肉、韧带、筋膜承受的拉应力最大，因此损伤的机会最多，当人体负重或搬运重物时，腹内压力增大，如果姿势不当或突然扭转，就会使附着在横突末端及其周围的软组织损伤，使局部撕裂出血、水肿等。在通过治疗或组织自我修复过程中逐渐形成瘢痕、挛缩，使周围组织粘连在第3腰椎横突的尖部。由于这种粘连限制了腰背筋膜和骶棘肌的屈伸活动，当腰部加大活动范围或遭到外力直接损伤时，反复粘连、结疤，从而形成久治不愈的第三腰椎横突综合征。

(2) 治疗机制：通过针刀对第3腰椎横突的病理粘连施行纵行和横行剥离，松解了局部的瘢痕组织，当腰部活动时，不再因牵拉脊神经后支的外侧支，以及腰背筋膜和骶棘肌而使之出现保护性的痉挛，局部的无菌性炎症逐渐被吸收，从而消除临床症状，达到治愈。

(3) 手法治疗是为了将针刀术后残留在腰三横突尖端的粘连和瘢痕在脊柱旋转或前屈时所产生力的作用下完全彻底地从横突尖上剥离，以达充分松解而治愈。

(4) 本组患者腰椎CT扫描，有86例示有不同部位、不同程度的腰椎间盘突出。腰三横突综合征和腰椎间盘突出征在临床表现上非常相似，但在体征上是有区别的。这些患者经针刀对腰三横突进行松解治疗都取得了良好效果，而对个别CT所示腰椎间盘突出进行针刀松解治疗而忽略对L₃横突的治疗则效果多不理想，说明有腰椎间盘突出并不一定就有腰椎间盘突出征。其临床表现完全是L₃横突综合征。当然临床上也可遇到两者同时存在的病例。对此病例，只有两者同时治疗，才能达到完全治愈的效果。在临床上必须仔细检查，正确诊断，才能达到彻底治愈。

(5) 经观察L₃横突综合征左侧发病明显高于右侧，经分析其机制可能是人的大脑左侧为优势半球，所发出的神经纤维，经椎体交叉，支配对侧肢体，所以人的右侧肢体的功能多比左侧强，劳作时多习惯使用右侧肢体，特别是右侧的上肢，这样人们在劳作时躯干多是右前屈曲，左侧腰部的肌腱及筋膜活动幅度就较右侧为大，长此以往，损伤及劳损的机会就多于右侧。这只是本人不成熟的粗浅见解，是否正确还须在今后进一步探讨。

(6) L₃横突综合征是比较常见的腰痛病之一，一般治疗方法难以治愈，可以说是治疗上的一大难题。所以就有“患者腰痛，医生头痛”的说法。针刀治疗腰三横突综合征，见

效快,疗效好,患者痛苦小,无副作用。只要技术熟练,操作规范,一般比较安全。只要施术正确,剥离彻底,一般一次可以治愈,最多不超过三次。

(五) 针刀及针刺治疗肩周炎

1. 针刀治疗 患者取坐位,患肢下垂,术者分别在患者喙突、肩峰下、冈上肌、冈下肌抵止点、大圆肌、小圆肌抵止点按压,找出敏感压痛点,并用甲紫做标记,术区常规消毒,铺无菌巾,术者戴无菌手套,按针刀疗法的“四步进针法”使针刀直达骨面,根据术前检查结果及针刀下的手感而确定纵行剥离、横行拨离及切开剥离。出针刀后,压迫针孔片刻,以防出血,而后以创可贴敷盖固定。5~7天治疗一次。

2. 手法治疗 针刀治疗后配合以下手法效果更好。

(1) 揉摩法:患者坐位,术者一手托其上臂,一手用掌面在其肩膀前后及三角肌部位旋转按摩数次,作为准备手法。

(2) 摇转法:患者坐位,医者一手按抚肩部,另一手握住腕部进行回环摇转,活动角度由小到大,其范围及力度以患者能忍耐为度。

(3) 扳法:患者坐位,臂部上举搭于医者肩部,医者双手放在患者肩部上方,将上臂抬至一定高度时,瞬间加大抬力以作顿挫手法,反复2~3次。

(4) 后伸牵拉法:患者坐位,医者一手按抚肩部,一手握住腕部,使肩关节旋转后伸,同时向后牵拉,反复操作3~4次,牵拉力度以患者能忍耐为度。

3. 针刺治疗 患者取坐位或侧卧位,患肢在上。取穴:肩髃、肩井、肩贞、曲池等。诸穴均采用平补平泻手法,使酸胀沉重感直达病所,留针15~30分钟,中间行针1~2次,每天治疗一次,10次为一个疗程,疗程之间隔5~7天。

4. 讨论和体会

(1) 病因病理,在全身关节中,肩关节的活动范围最大,

肩部肌腱韧带长期受到上肢重力和肩关节大范围活动的牵拉,容易出现积累性劳损和变性,破坏肩部软组织结构的完整性。在自我恢复的过程中,结疤粘连,而导致微循环障碍,如再遇风寒侵入,引起肩关节的关节囊和关节周围组织发生范围较大的慢性无菌性炎症,进一步加重了软组织粘连,使关节活动受限,局部产生疼痛,在日常生活中,肩关节勉强活动,使肌肉发生痉挛,组织损伤进一步加重。剧烈疼痛保护性地限制了肩关节的活动,又引起粘连的进一步加重,如此恶性循环,最后即形成“冻结肩”,以至肩关节功能的丧失。

(2) 治疗机制:针刀疗法为一种闭合性手术,可直接切开瘢痕,松解粘连,缓解肌肉、血管、神经的痉挛,使之松弛,恢复解剖关系。同时针刀还可以起到针刺的作用。针刀在痛点进针,首先起到针刺局部穴位的作用,当针刀尖达到肩关节周围的粘连或瘢痕的病灶进行分离时,可引起小创伤性强刺激,能破散病结,并缓解局部痉挛,使经络疏通,气血顺畅,疼痛缓解。

(3) 针刀术后的手法治疗,其目的是使针刀施术后残留的粘连和瘢痕达到进一步的松解。手法是对针刀术后的补充治疗,只要配合应用得当,定能收到更好的效果。

(4) 患者若有发烧症状或在严重的内脏疾病发作期,或施针刀部位皮肤有感染及患血友病患者均不宜行针刀治疗。因多数刀口直接与骨面接触,故要特别注意无菌操作,以防感染造成不良后果,在冈上肌抵止点或喙突部压痛点进针刀时要以左手拇指按压痛点,针刀刀口触及骨面时方可施行剥离手法,切不可盲目进针过深,以免刺入胸腔造成严重后果。

(5) 针刀治疗肩周炎,见效快,疗效好,患者痛苦小,无副作用,与针刺对照组相比,针刀组最少治疗一次,最多治疗4次,平均治疗1.8次,针刺组最少治疗5次,最多治疗28次,平均治疗18.5次,两组治愈率相比, $\chi^2 = 4.0251, P < 0.05$, 有显著性

差异。针刀组疗效明显优于针刺组。



二、针刀治验

(一) 寰枢关节错位型颈椎病

李某某，女，35岁，缝纫女工。1996年6月因头痛，眩晕，恶心，呕吐，在阜阳市某医院住院治疗1个月，病情无明显好转，于1996年7月8日慕名要求用针刀治疗。就诊时患者神情恍惚，闭目而卧，不愿讲话，动则即吐。由其母代诉病情。患者神情淡漠，颈向右侧偏歪， C_2 棘突向右侧偏歪， C_1 左侧横突压痛，X线开口位片示齿状突右偏。诊断：寰枢关节错位型颈椎病。针刀松解棘突间及关节突关节，行两点一面手法复位，颈围固定。术毕，患者头脑清醒，睁眼，开始讲话，并翻身坐起。嘱其针眼3天不能见水，去枕平卧，颈项少转动，5天以后复诊。复诊时患者症状和体征完全消除，谈笑风生。随访8年未复发。

(二) 寰枕筋膜挛缩型颈椎病伴项韧带损伤

赵某某，女，46岁，1996年5月28日就诊。患者头痛、头晕，颈项部酸痛，双目视物模糊数年，有时转项可引起症状加重，甚者伴有恶心呕吐。经牵引，推拿等多方治疗无效，20天前病情加重，在阜阳市某医院住院治疗20天，症状无明显缓解。慕名要求用针刀治疗。检查：急性痛苦病容，枕后粗隆下和 C_2 棘突两侧压痛明显。颈椎X线片示：生理曲度消失，侧位片及前屈位片示寰枕间隙均为0.1cm。诊断：寰枕筋膜挛缩型颈椎病伴项韧带损伤。针刀治疗后，施对抗牵引加弹压手法。术毕，患者述头脑清醒，且能看清窗外的树叶，视力大增。嘱其针眼3天不要沾水，避免低头劳作。一次治愈，随访2年未复发。

(三) 颈椎病

1. 侯某某，男，54岁，阜阳市公安局交通警察支队政委。

患颈椎病 20 余年，颈项部肌肉酸痛，僵硬，头痛，头晕，有时恶心，烦躁，记忆力减退，并伴有上肢疼痛麻木，经阜阳市几家医院多次住院都诊断为颈椎病，用多种方法治疗，效果不显，经人介绍于 2004 年 5 月 21 日来到诊所要求用针刀治疗，经检查诊断为混合型颈椎病。经一次治疗症状明显好转，头痛头晕明显减轻，头脑清醒，5 天后治疗第二次，经治两次患者自感症状完全消失，神情振奋，谈笑风生。

2. 阜阳市退休女工张某某，患颈椎病多年，经常头痛，头晕，病情严重时卧床不起，一动就头晕恶心，有时呕吐，经各种方法治疗不愈，检查脑血流图显示大脑供血不足，经用针刀治疗一次就神奇般的痊愈，患者一切临床症状消失，复查时脑血流图恢复正常。

（四）腰椎间盘突出症

秦某某，女，31 岁，阜阳市颍州区人。因腰痛向右下肢放射 5 年于 1996 年 5 月 16 日就诊。5 年前因盖房搬重物引起腰痛，反复发作，时轻时重，腰痛以咳嗽、喷嚏、行走时为剧、不能平卧，曾在本市几个大医院诊疗，均诊断为腰椎间盘突出症。经牵引、推拿、封闭、理疗、针灸等治疗无效，且病情逐渐加重，不能行走，弯腰缓慢行走数步，必须停下休息再走。慕名前来求治，由丈夫背进诊室。让其翻身，也不能完成。查患者强迫体位，屈膝卷曲而卧，痛苦面容， L_{4-5} 棘突两侧压痛，以右侧尤甚，叩击痛阳性，且向右下肢放射， L_{4-5} 棘突间隙较宽，右臀大肌股骨附着点，髂嵴后缘，梨状肌体表投影区有压痛，股后中段肌肉变硬，小腿外侧皮肤感觉减退，压之酸胀，跟腱反射减弱，右下肢比左下肢明显变细，跖趾背屈无力，足背皮肤和跖趾麻木，右下肢直腿抬高试验 40° ，挺腹试验阳性，腰椎正、侧位 X 线片示：腰椎生理弧度变直， L_{4-5} 间隙明显变窄。CT 检查结果： L_{4-5} 椎间盘突出，压迫右侧硬膜囊及神经根。诊断： L_{4-5} 椎间盘突出症，选 L_{4-5} 棘突间点及

左、右侧椎旁 2.5cm 点。臀大肌髂骨附着处和梨状肌处，股后部压痛点，针刀松解术后做侧扳和被动直腿抬高手法。术后，患者即能翻身，且下床行走。嘱其针眼 3 天不沾水，5 天后再来复诊。已过 10 天仍不见患者前来复诊，故到其家中随访。患者正在家洗衣服，并讲腰腿一点也不痛了，提一桶水也不痛。一次治愈，随访 5 年未复发。

（五）第三腰椎横突综合征

刘某某，女，61 岁。腰痛反复发作 10 余年，加重两个月，于 1998 年 10 月 16 日初诊。患者 14 年前开始腰痛，时轻时重，反复发作，近两个月病情加重，不能弯腰及久坐，严重时生活不能自理，躺在床上不能自动翻身，疼痛以左侧腰、臀及大腿外侧为重。经多方治疗效果不显，慕名到来心平所在科室要求用针刀治疗。由儿子背至手术床上。患者急性痛苦面容，不断呻吟，不能自动翻身。左侧第三腰椎横突尖端有比较明显的触压痛，双侧直腿抬高试验阴性。X 线片排除结核及肿瘤，诊断为左侧第三腰椎横突综合征。行针刀剥离松解术及侧扳手法治疗。术毕，患者自己坐起，并能自己下床行走。随访 7 年未复发。

工作单位：安徽省阜阳市来心平针灸针刀诊所

通信地址：安徽省阜阳市文峰路来心平针灸针刀诊所

邮政编码：236089

电话：0558-3368794

E-mail: laixinping44513@tom.com

神经阻滞配镇痛药 针刀会师治腰突症

—— 宋文阁临床经验

宋文阁，男，现任山东省疼痛临床研究中心主任、山东省立医院主任医师、山东大学教授、华中科技大学同济医学院博士生导师，山东省中医药学会针刀专业委员会主任委员。

擅长各类慢性疼痛性疾病以及顽固性疼痛的诊治，首创“脊神经根粘连的椎间孔内、外口的针刀松解术”，打破了针刀治疗的“禁区”，明显提高了临床疗效，极大地降低了治疗的难度和风险。主编《疼痛诊断治疗学》、《疼痛诊断治疗图解》等疼痛学专著8部。为全国各级医院培养了大批疼痛专业进修生，慕名求治的患者来自诸多国家和地区。



一、学术特点与医疗特长

（一）应用针刀疗法必须明确诊断，选准指征

1. 明确病变的性质 即明确病变属炎症、损伤、畸形或肿瘤。若属肿瘤，绝不应选用针刀疗法。如曾遇到一例68岁女性颈痛患者，在神经科及骨科专家门诊均看过，诊断为“颈椎病”，转来疼痛门诊做针刀治疗。经过仔细查体，发现下肢有可疑病理反射，认真阅读X线片，发现C₄椎体密度不均。因是1个月前的片子，再拍正侧位片，发现C₄椎体明显破坏，已经压缩，诊为癌肿骨转移。未做针刀治疗，只对症开了一些药，并向其子女讲明，保持联系。结果，半个月后，患者截瘫，不到1个月死亡。此病例，如果不事先认真检查、分

析，盲目依照别人的诊断，患者一来就做针刀治疗，很可能截瘫就发生在治疗的过程中，那将造成难以解决的医疗纠纷。还有一例由骨科专家转到疼痛门诊的椎间盘脱出病例，经检查同意此诊断，在住院治疗期间，发现行髂髂关节痛针刀治疗时，骨质酥脆，易出血，再拍摄髂髂关节片，显示出明显的骨质破坏，怀疑癌肿骨转移，追踪检查，发现原发病灶在肺，为小细胞癌。向其家属讲明，此病例虽有腰椎间盘突出，但威胁生命的是晚期肺癌。后来，该患者死于呼吸衰竭，但其家属对医生没有意见，而是非常感激。

在宋文阁诊治的疼痛病例中，还查出了两例椎管内脊膜瘤和一例股骨下端的巨细胞癌，均及时转有关科室行手术治疗，取得理想的效果。由此可以看出，明确疾病的性质，尤其排除肿瘤，是极其重要的。

2. 明确病变的部位和层次 明确病变的部位就是明确病变在体表的投影，即上、下、左、右位置，只有这样才能选准进针点；明确病变层次就是明确病变的深浅，只有这样才能使针刀真正达到病变组织。如：肩部疼痛，明确部位就是明确病变是在喙突、结节间沟、大结节下缘还是冈下窝等。若是在大结节下缘处，还必须进一步明确病变是在三角肌止点、三角肌下滑囊还是在肩袖。只有做到这两个明确，才能使针刀准确无误地到达病变组织，对病变组织进行切割、分离、松解等治疗，而对正常组织不造成伤害；否则，不但病变组织得不到治疗，正常组织也会遭到损伤，病情非但不减轻，反而会加重。

3. 明确病变的组织器官 即明确病变发生在筋膜、肌肉、韧带、滑囊、肌腱、骨关节还是内脏。如：上腰部疼痛的患者，可因髂棘肌、腰背筋膜、胸腰椎体、小关节、椎管内以及肝胆、胰、肾、胃等组织器官病变引起；腰骶部疼痛的患者，可由腰骶部软组织、腰骶椎、髂髂关节以及盆腔脏器病变引起。我们必须分清病变的组织器官，才能选择正确有效的治

疗方法。内脏病变，若按软组织或骨关节病变治疗肯定是无效的。

4. 明确患者的重要脏器功能 有些疼痛患者，尤其高龄患者，往往合并重要脏器的病变。如果事先不搞清楚，按一般病例施行针刀治疗，就有在治疗中或治疗后发生意外的可能。曾有一例报道，患者在接受治疗后，坐在椅子上吃面包时，突然死亡。幸好家属同意尸检，证实是心肌梗死，才排除了医生的责任。

综上所述，实行针刀疗法前，必须对病变的性质、部位层次、组织器官和患者重要脏器的功能作出明确诊断。只有这样，才能保证患者的安全，提高治疗效果，避免医疗纠纷的发生；也只有这样，才能使针刀疗法这一先进技术和理论迅速的发展。

（二）腰椎间盘突出症溶盘后残余症状的针刀治疗

科学分析腰椎间盘突出症溶盘后残余症状的原因，采用针对性的治疗方法，是近两年来使溶盘疗效进一步提高的一条经验。针刀疗法是治疗残余症状的一种简便、经济、有效的方法。

1. 软组织损伤

（1）伴发损伤：多见于年轻人外伤后引起的腰椎间盘突出症（PLID）；

（2）继发损伤：多见于老年人间盘退变引起的 PLID；

软组织损伤的特点是腰、臀、腿部某一区域的片状、点状疼痛，可有压痛点或触及硬结、条索，无线状放射性疼痛。

治疗：痛点阻滞并针刀松解，亦可配合激光、汽疗、药物等治疗。

2. 脊神经后支卡压 棘旁软组织损伤卡压脊神经后支可引起腰背部的疼痛，棘旁可触及压痛点，并可牵涉腰部以上。

治疗：横突与上关节突夹角处阻滞加针刀松解。冷冻或射

频亦是有效的治疗方法,但需要特殊的设备。

3. 神经根粘连 腰椎间盘突出时的渗出可产生神经根粘连,溶盘后可仍有神经根牵拉乃至卡压的相应症状和体征。如病变神经根分布区的放射痛、麻,棘旁压痛、放射痛,直腿抬高试验和加强试验阳性。

治疗:采用椎间孔内口、外口消炎镇痛液注射加针刀松解,坐骨神经牵拉手法,并脱水治疗3天。

4. 小关节功能紊乱 椎间盘突出、椎间隙变窄可合并小关节功能紊乱,表现为腰部活动受限,小关节投影处叩痛。

治疗:小关节阻滞加针刀切割关节囊,手法矫治。

(三) 腰椎间盘突出症的治疗

1. 侧隐窝注射疗法 侧隐窝注射疗法是指将消炎镇痛液或胶原蛋白酶溶液注射到侧隐窝,治疗神经根炎或腰椎间盘突出症引起腰腿痛的方法。单侧病变可采用单侧注射法,双侧病变可采用双侧注射法,双间隙病变可采用双间隙注射法。侧隐窝注射共有3种进路,可根据腰椎结构和病变情况选择其中的1种或2种进路。

(1) 小关节内缘进路:小关节内缘进路是首选进路,必须具备的条件是小关节内缘间距大于16mm或患侧小关节内缘距后正中线不小于8mm。一般 $L_5 \sim S_1$ 的小关节内缘间距较大,多选用该进路, L_{4-5} 的小关节内缘间距因个体差异较大,故不全选用该进路。方法如下:

患者取俯卧位,下腹部垫枕,根据腰椎CT片和X线正侧位片的测量,准确地确定小关节内缘与棘突的关系及距离。核实病变椎间隙,标定进针点。用7号8~10cm细针垂直皮面快速进针,穿透皮肤后,稍向外倾斜 $5^\circ \sim 10^\circ$ 进针,遇到骨质,注射1%利多卡因1ml。退针至皮下再垂直进针,紧贴小关节内缘,遇到阻力时边加压边进针,一旦阻力消失,有落空感,停止进针,轻轻回抽,无血、无液。若为神经根炎患者,则注

射镇痛液 10 ~ 15ml。若行溶盘治疗,则先注入 2% 利多卡因 4ml 加地塞米松 5mg 的混合液 2ml,作为试验剂量,观察 15 ~ 20 分钟,患者出现被阻滞神经根分布区的疼痛消失,感觉减退,但踝关节及足趾尚可运动,缓慢注入胶原酶溶液 2 ~ 4ml (1200 ~ 2400U)。

(2) 椎板外切迹进路:椎板外切迹的结构简单,操作较容易,是侧隐窝穿刺的常用进路之一。但因位置高于椎间盘水平,不是溶盘术特别是盘内溶盘术的最佳穿刺进路,只在小关节间距过小的椎间隙才选择椎板外切迹进路。

方法:体位同小关节内缘进路。根据腰椎 X 线正侧位片的测量,准确地确定椎板外切迹与棘突的关系及距离。核实病变椎间隙,标定进针点。快速进针达皮下后,向内倾斜 5° 进针。遇骨质为椎板,注入 1% 利多卡因 1ml,退针至皮下后再垂直进针,找到椎板外切迹,再沿其外缘进针,遇到阻力后边加压边进针,一旦阻力消失,针尖即达侧隐窝。注药同小关节内缘进路。

(3) 小关节间隙进路:患者体位、进针点测量和标定、注药均与小关节内缘进路相同。垂直皮面进针,穿透皮肤后刀刃向外倾斜 5° 进针,遇到骨质为上关节突,退针至皮下后刀刃向内倾斜 5° 进针,遇到骨质为下关节突,再稍退针至皮下后改为垂直进针达原进针深度有韧感,即小关节囊,继续进针进入小关节间隙,刀刃稍向内继续进针,遇到韧感为小关节囊前壁和黄韧带,边加压边进针,一旦阻力消失即进入侧隐窝。用药同前方法。

2. 经椎间管脊神经针刀松解术 神经根炎和椎间盘突出症行侧隐窝注射治疗后,若疼痛明显缓解,仍残留坐骨神经根分布区的酸麻不适,可行椎间管内口和(或)外口针刀松解术。

(1) 椎间管内口针刀松解术:俯卧位,同小关节内缘进

路标定穿刺点，注射镇痛液后在标定进针点的稍内侧 1~2mm 垂直皮面平行身体纵轴快速刺入 3 号针刀，穿透皮肤后，压低针柄 5°~10°，缓慢进针刀，遇到骨质为关节突，再稍抬针柄，使针刀紧贴上关节突前内缘滑进约 2mm，紧贴骨面，提插切割 1~2 刀，手下有松动感时，退出针刀。

经小关节内缘侧隐窝穿刺，必须具备小关节内缘间距大于硬囊横径的前提，如最适用于 L₄₋₅ 和 L₅~S₁ 间隙，L₄ 以上，最好采用椎板外切迹进路。

(2) 椎间管外口松解术：难度较内口大，一般在内口松解后效果不满意的患者采用外口松解，或椎间盘术后症状复发的采用内、外口联合松解。俯卧位，在病变椎间隙的下位腰椎横突上缘的顶端，选进针点。用 3 号针刀垂直皮面快速进针刀，穿透皮肤后，稍向内侧及足端倾斜 5°~10°进针；遇到骨质为横突顶部，稍退针，压低针刀尾端，沿横突上缘朝内进针；遇骨质为上关节突，稍退针，稍向腹侧倾斜约 5°进针；遇到骨质，并紧贴骨面滑到上关节突前缘、椎上切迹上缘，刀刃平行上关节突前缘，紧贴骨面切上关节突前缘、椎上切迹上缘，刀刃平行上关节突前缘紧贴骨面切割松解 1~2 刀；针刀旋转 90°平行椎上切迹紧贴骨面切割松解 1~2 刀。手下感松动后出针刀。

3. 药物治疗 疼痛明显时可口服意施丁或路盖克等药物，有下肢麻木时口服 B 族维生素。

4. 其他治疗 如有适应证，牵引、推拿、理疗等均可缓解症状，甚至治愈。

5. 手术治疗 对系统保守治疗无效的患者，以及溶盘后效果不佳的患者均可手术治疗，对有骨性椎管狭窄、突出椎间盘钙化或合并有马尾神经损伤的患者也可采取手术疗法。

(四) 针刀疗法在疼痛科的研究与应用

1. 针刺作用的应用 根据中医学的针灸原理和要领，发

挥针刀刺激重、感应强、效果好的优势，主要用于治疗：

- (1) 痉挛性的疼痛，如胃肠紊乱、胆管痉挛引起的腹痛；
- (2) 压痛点不明确的肌群酸痛；
- (3) 膝关节腔积液，刺激血海穴；
- (4) 具有敏感点的无明显器质病变的心律紊乱；
- (5) 糖尿病。

施术要领：选准敏感穴位，不注射麻醉剂，快速进针刀，出现明显针感后，实施高频提插刺激（但不可捻针），留针 10 分钟，出针前再实行一次刺激。

2. 刀作用的应用 切碎、松解、剥离病变组织。

- (1) 颈椎病；
- (2) 腰椎间盘突出症溶盘后残余症状；
- (3) 下肢疼痛病症，如退行性骨性膝关节炎、跟骨骨刺等；

(4) 上肢疼痛病症，如肩周炎、肱骨外上髁炎、肘管综合征、桡管综合征、腕管综合征、腱鞘炎等；

(5) 压痛点明显的肌筋膜疼痛综合征（MFPS），如 C_2 横突综合征、 L_5 横突综合征、髂腰三角综合征、梨状肌综合征。

施术要领：定位准确（体表投影及层次），局麻浸润或注射消炎镇痛液，进针刀方向要与局部神经血管平行，确保针刀到位，根据不同病变采用不同刀法，彻底矫正病理状态。

针刀两种作用联合应用：先实行针刺治疗，再注射消炎镇痛液或局麻药。根据不同的病变采用不同的手术方式。如腰椎间盘突出症，先刺激敏感穴位，如风市穴；再行椎间孔内口和（或）外口消炎镇痛液注射，针刀松解剥离粘连的神经根。再如骨性膝关节炎合并滑膜炎，先刺激血海穴，留针；胫骨内髁、髌尖处痛点注射，针刀剥离松解。

（五）腰腿痛的辨析和处理

1. 各临床科室均有引起腰腿痛的疾病，只有辨别清楚腰腿痛的科室归属，才能让属于疼痛科的患者到疼痛科就医，而不属于疼痛科治疗的腰腿痛患者正确的转到相关科室，避免延误治疗。

（1）良性肿瘤：椎管内脂肪瘤、脊膜瘤、畸胎瘤、椎体血管瘤、椎体骨髓瘤。

（2）恶性肿瘤：股骨转移瘤、多发性骨髓瘤、肝癌骨转移、肾癌术后复发转移。

一例多发性骨髓瘤，男，71岁。开始诊断为腰椎间盘突出症，行推拿治疗后疼痛加重，一般情况恶化，请疼痛科会诊，查骨髓象异常浆细胞占80%。血浆球蛋白升高，尿本周蛋白阳性。腰椎MRI显示弥漫性和灶性浸润，矢状面T₁加权像示椎体信号广泛减低，在低信号背景中可见多个结节状或斑片状更低信号影；矢状面STIR像示：椎体信号不均匀性升高，诊断为多发性骨髓瘤，转血液内科行积极化疗和支持疗法。

（3）骨性腰椎管狭窄症：有马尾神经受压缺血表现，间歇跛行，腰腿痛，但症状、体征分离，可借助CT确诊。这种病例，大多数可行非手术治疗缓解症状，但在宋文阁所在科室有20%病例保守治疗无效，转骨科行椎管扩大手术治疗，症状缓解。

（4）真性腰椎滑脱症：一例腰椎滑脱患者，女，45岁，韩国人。X线斜位片、CT片均示腰椎峡部裂，并I度腰椎滑脱，腰椎椎间关节半脱位，回韩国行手术治疗。

（5）腰椎间盘突出症合并骨性椎管狭窄症或间盘钙化或马尾神经综合征。

2. 针对疼痛的原因及特点，采取特效安全的治疗方法。

（1）明确产生疼痛的原因以便采用对因治疗。神经阻滞

疗法是治疗疼痛的有效措施,同时,还可打破病情发展的恶性循环,为治愈疾病提供条件。但是实践证明,尚有不少病例,神经阻滞的镇痛效果不持久,必须明确病因,采取对因治疗,才能从根本上解除疼痛。

1) 对急性感染引起的疼痛,必须积极有效地抗感染治疗,才能彻底永久地解除疼痛。

病例一:女,52岁,丹毒。

病例二:男,46岁,脊柱炎。

2) 腰椎TB:曾误诊为腰椎间盘突出症,来宋文阁疼痛门诊,问及午后低热,盗汗史。化验:ESR 87mm/h。CT示:L₄、L₅椎体破坏。

3) 肌筋膜疼痛综合征(MFPS):范围局限,痛点明确:病史短者可采用痛点注射消炎镇痛液或激光治疗,病史长者再加用针刀疗法,均配用非甾体抗炎药(NSAIDs)。范围弥散,痛点不明确者:采用中药汽疗、SSP。范围局限,查到压痛点后,再用注射和(或)针刀疗法。

4) 脊神经后支卡压综合征(SPRCS):腰腿痛不过膝,小关节外缘投影处压痛,放射至臀或股后可确立诊断。可行阻滞疗法、针刀疗法、冷冻疗法、射频疗法等治疗。

5) 小关节功能紊乱综合征(FJDS):有外伤史,腰屈曲到某一固定角度受限且疼痛加重,小关节投影处叩击痛。行小关节内注射,针刀行关节腔减压,再行手法矫治。

6) 强直性脊柱炎:综合治疗——可行中药汽疗、针刀松解、手法矫治、NSAIDs和特殊药物(火把花根,转移因子,SASP, MTX)治疗以及功能锻炼等。

7) 痛风:急性发作期:秋水仙碱,吲哚美辛;非发作期:减少尿酸生成药别嘌醇+速尿+酸排泄药丙磺舒。

(2) 分析疼痛特点,确定病变位置。对于需要注射药物或针刀松解治疗的腰腿痛疾病,只有对病变准确定位,才能确

保治疗到位，收到针到病除的效果。

仅举三种疾病为例：

1) 腰椎间盘突出症：首先根据患者疼痛的分布区域和体征确定受累的脊神经，再沿该脊神经径路寻找病变，符合规律可明确诊断并确定病变位置。根据 X 线平片或 CT 片测量准确定位，穿刺到位后将胶原酶溶液集中注射到椎间盘突出部位，收到满意的溶盘效果。

2) 神经根炎：确诊、定位方法和程序同椎间盘突出症，只是 CT 发现的病变是变粗的神经根，注射的药物是消炎镇痛药。

3) 神经根粘连：溶盘术后或神经根炎侧隐窝注射后，疼痛消失或缓解，但约 60% 的患者仍有酸胀，麻木等不适，甚至近 20% 的患者下床后仍有根性疼痛。这多因神经根受压或发炎致水肿，渗出后，周围纤维组织增生，引起神经根粘连所致。以往处理较困难。现采用椎间孔内口和（或）外口针刀松解治疗，可收到立竿见影的效果。

3. 知晓患者全身状况，确保治疗安全。为确保满意安全的治疗效果，在明确腰腿痛的原因及病变特点和部位的同时，还必须了解患者的全身情况，重要脏器功能，有无过敏史，对所计划进行治疗能否承受以及可能出现哪些不良反应，如何进行预防和处理等。对合并高血压、冠心病、糖尿病的患者，必须经过充分的准备，待血压、心功能、血糖接近正常范围后再实施特效的治疗方法。治疗中要严密检测，做好抢救的各种准备。对严重神经根炎引起的剧烈腰腿痛患者，必须充分估计到侧隐窝注射可能引起的药物渗透反应。宋文阁已遇到 7 例剧烈腰腿痛的患者，侧隐窝注射消炎镇痛液 30 分钟后阻滞高平面达 T₄，血压下降，严密观察，吸氧和加快输液，血压在 10 分钟内恢复正常。这些患者在穿刺时均很顺利，回抽无脑脊液，快速注药时有明显的神经根刺激反射，即剧烈放射痛至主

诉区域。分析发炎神经根的鞘膜通透性增加，在高压注射消炎镇痛液时，药液可缓慢渗入硬膜下腔乃至蛛网膜下腔。因此，现在规定，对神经根炎严重的病例，行侧隐窝注射消炎镇痛液时，一要先给试验量观察；二要注射压力小，注射速度减慢；三要延长注射后观察时间。

4. 结语 总之，临床的腰腿痛患者，其病因、病情及病程进展各不相同，只有仔细辨析，才能正确处理，获得满意的临床效果。

三、针刀治验

重症舌咽神经痛

患者，女，47岁，右耳根及咽侧钻痛6年，加重2个月。说话、吞咽时发作，每次发作时流泪，胸闷不适，每天发作几十次，每次持续30秒左右。经口服卡马西平和行局部封闭治疗无效。查体：伸舌居中，右侧舌部感觉无减退，在右舌根扁桃体窝处有疼痛触发点，颅脑CT和乳突、鼻窦X线拍片所见均属正常，初步诊断为原发舌咽神经痛。

治疗方法：患者仰卧，头转向健侧，穿刺点在乳突尖与下颌角连线的中点，用注射5号细针垂直进入，深度达3cm触及茎突，注射0.5%丁哌卡因2ml、利美达松4mg。在同一点，同一深度进针刀，沿茎突尖向上、前、下三个方向松解，使手下紧束感消失后出刀。术后静脉滴入20%甘露醇250ml、地塞米松5mg，每天1次，连用3天。同时口服利菌沙0.375g，每天3次，连用3天。

治疗后患者疼痛消失，随访8个月未复发。

体会：因茎突咽肌下缘周围组织的粘连，形成无菌性炎症，致舌咽神经痛，采用针刀在茎突尖处松解治疗后，解除了舌咽神经的压迫，达到治疗的目的。针刀疗法在做舌咽神经松