

解时，必须以茎突为骨性标志，针刀切面与血管、神经平行进入，以免误伤重要血管及神经。

工作单位：山东省立医院疼痛科 山东省疼痛临床研究中心

通信地址：山东省济南市经五纬七路 324 号

邮政编码：250021

手机：13505312566

九针水针针刀一体 药氧磁化疗法出奇

—— 吴汉卿临床经验

吴汉卿，男，1960 年出生。现任河南南阳水针刀微创疗法研究院院长、南阳水针刀微创疗法专科医院院长、主任医师，张仲景国医学院教授。

十余年间，培训国内外学员万余名。撰写《大成水针刀疗法》、《脊柱相关病微创三针法》等十余部；全国高等中医药院校骨伤教材《软组织损伤治疗学》副主编；“十一五”规划全国高等中医药教材《脊诊整脊微创技术学》副主编。出版《脊柱相关病九大病区挂图》。获得国家专利 17 项，科技成果二等奖 3 项。

一、学术特点与医疗特长

（一）水针刀微创针法简介

水针刀微创新针法，是吴汉卿教授将南阳张仲景医圣祠清朝年间“刀针”与现代水针疗法相结合，经过 20 余年的潜心研究，汲取了针刀疗法的精华，发明的一种微创技术。在学术理论及治疗学领域中，将针刀医学与中医理论紧密结合，在微创治疗领域不断创新；在定点定位方面，创立了脊柱侧方的八字入路法与骨关节周围的三刀定位法；在刀法方面总结出动静平衡三刀法、椎间孔旋转扩张术、骶后孔分离术、骨膜扇形分离法等独特刀法。主要适用于骨伤疾病、疼痛疾病及软组织损伤疾病的治疗。

1. 水针刀微创针法的特点

(1) 安全性高：水针刀在治疗前可以回抽检测，避免了血管、脊髓及内脏损伤。同时，还总结出完整的针刀安全治疗点及危险区。

(2) 水针刀治疗疼痛疾病疗效确切：水针刀在软组织病变部位不仅可以松解分离，而且可以直接注射消除无菌炎症的磁化松解液、有色制剂及氧制剂。一方面，磁化松解液不仅可以直接消除病变部位的炎性致痛物，而且磁化药物具有镇静镇痛的作用。同时有色制剂可以抑制痛觉神经的向心性传导，达到止痛的作用；另外，三氧制剂的应用可以消除无菌炎症、溶解胶原物质、纠正局部缺氧状态，调整营养神经及气体松解功能。

(3) 水针刀微创针刀具有抗复发的作用：水针刀在治疗软组织疾病时，不仅可以松解病变结节，同时可直接注射抑制粘连磁化松解液及三氧制剂，具有确切的抗复发作用。在针具方面，是传统九针与现代水针及针刀的有机结合。

(4) 软组织立体三角：水针刀在治疗点上，根据生物力学及生物病理学原理，提出了人体软组织立体三角平衡学说，说明人体骨骼框架平衡稳定结构是由骨骼肌、肌腱、韧带、筋膜构成了无数个立体三角区，从而维持人体的平衡稳定作用，而软组织立体三角的三个角为生物力学凝力点，也是软组织损伤点，因此也是针刀微创安全治疗点，由此，创立了“水针刀动静平衡三刀法及动静刀法”。

2. 水针刀微创针法危险区 所谓危险区，有两方面的含义，一是指在人体软组织立体三角区内进行针刀分离时，容易损伤神经、血管，导致肢体功能运动障碍或血肿形成，引起临床上的医疗事故或医疗纠纷；另一方面要求针刀医师在人体立体三角区内，或关节的屈侧面，血管神经穿越的部位进行针刀治疗时，无论是进针刀或进行针刀分离手法，要严肃认真，小

心翼翼地进行治疗。要搞清局部的微细解剖、血管神经的分布线路及出口处、针刀的方向、针刀的角度、针刀的层次、针刀的内手法。每个步骤要求细致认真，刀口线要与神经血管分布走向一致，避免对内脏的损伤。

3. 水针刀微创治疗学的作用机制

(1) 调整机体的动静态失衡：软组织损伤的首要原因是机体的动静态失衡，各种原因导致人体的软组织损伤，造成软组织机化粘连，形成无菌结节。由于骨关节周围的软组织肌腱、韧带损伤后，容易造成肌腱与骨组织之间或肌纤维之间的异常粘连，随着病变肌腱纤维对局部血管或神经束的卡压，一方面引起疼痛，另一方面引起骨关节的功能障碍。

水针刀微创技术通过肌膜扇形分离法或骨膜扇形分离法，分离松解关节周围损伤痉挛的软组织、分离松解病变肌肉的纤维性结节，分离松解紧张筋膜的神经出口，解除过大的“挤压应力”；通过切割局部高压筋膜间室的筋膜，松解分离高压的骨刺，切割高压的关节膜，消除局部过大的“内应力”；通过切割局部限制张力释放的深筋膜、纤维结缔组织及纤维束释放过高的应力，缓解对神经压迫，恢复其平衡功能。

(2) 消除无菌性炎症：当局部软组织受到急、慢性损伤后，由于机体自身应激性反应，分泌5-羟色胺等无菌炎性物质，这些物质刺激局部神经血管，产生局部粘连增生，压迫神经血管，在临床治疗软组织损伤性疾病时，水针刀微创针法注射松解液及三氧制剂：三氧可直接消除病变部位的无菌性炎症，减轻水肿；注射松解液有活血化瘀药物，可以改善局部微循环，促进炎性物质的代谢；松解液具有液体松解功能，具有止血、止痛、抑制粘连、抗复发功能。

(3) 三氧可以溶解胶原蛋白：水针刀注射三氧制剂，为强氧化剂，注射后10分钟内可以快速溶解椎间盘内胶原蛋白物质。

(4) 解除神经血管的卡压：通过针刀微创针法对局部病变组织的粘连、增生挛缩等进行微创分离，减轻局部压力，解除神经血管的卡压，从而消除临床症状。

(二) 水针刀微创针法治疗脊柱相关病的诊疗思路

水针刀微创针法治疗脊柱相关病，是根据脊神经、内脏神经的分布规律，根据内脏神经在脊柱区带及胸腹部的放射规律，首次创新性的划分出了脊柱区带的九大诊疗区及九大对应诊疗区，并应用水针刀的微创针法，在九大区进行水针刀的筋膜分离法、磁线留置法，用于诊断和治疗脊柱相关疾病及临床疑难病。

1. 脊柱相关病的概念 所谓脊柱相关病，又称为脊源性疾病，是由于脊柱周围的软组织损伤、小关节错位，刺激压迫了脊神经及内脏神经所引起的一系列相关临床综合征。

脊柱相关病涉及临床各科，其累及的症状可以说上至头颅，下至足趾，深至内脏，浅至皮肤。

2. 水针刀微创针法治疗脊柱相关病作用机制

(1) 椎周松解功能：应用水针刀松解椎周病变结节及挛缩的肌腱筋膜，恢复脊柱的动态平衡。

(2) 消除无菌性炎症功能：水针刀治疗脊柱相关病在松解分离椎周软组织结节的同时，注射四联针，消除椎周无菌炎症调整内脏自律神经。

(3) 内磁线疗功能：水针刀对脊柱相关病治疗，对内脏疾病的阳性反射点可留置磁线，起到长久的留针、留线及内磁疗作用。

(4) 整复功能：对于脊柱周围的小关节错位，可以通过整脊手法的复位，使错位的关节恢复其动态平衡，从而解除了脊神经、内脏神经的受累。

(5) 九大区的节段定位：吴汉卿应用水针刀微创技术，在临床治疗脊柱相关病过程中，根据内脏疾病在脊柱区带的反

射规律、内脏解剖与脊柱的对应节段及生物信息学等原理，将脊柱区带划分为九大系统疾病诊疗区。

3. 脊柱相关病九大诊疗区的作用特点：

(1) 九大区的划分，规范了微创技术治疗脊柱相关病，为脊柱相关性疾病的诊断与治疗奠定了一定的基础；

(2) 定点精确，使针刀微创针法治疗脊柱相关病有章可循；

(3) 治病显效快、作用强、疗效持久；

(4) 安全可靠，疗效显著；

(5) 操作简单、易于掌握；

(6) 使传统经穴简单化、传统经络现代化。

4. 适应证

(1) 脊柱相关性疾病的：如颈源性眩晕、颈源性失眠、颈源性咽炎、颈源性心脏病、男女生殖系统疾病等；

(2) 适用于临床疑难病：慢性支气管炎、哮喘、胃炎、胃溃疡、肠炎、胆囊炎、癫痫病、前列腺炎、妇科病等。

5. 禁忌证

(1) 感染发热者；

(2) 凝血功能障碍者；

(3) 严重的心脑肾病变者；

(4) 局部有化脓灶者；

(5) 全身恶性病变；

(6) 严重的传染病。

6. 水针刀磁线针法的操作规程

(1) 十六字要领

1) 斜行进针：水针刀 45° 进入肌筋膜层，深度一般在 $0.3 \sim 0.5\text{cm}$ ，不大于 0.8cm 。

2) 平推注药：水针刀达肌筋膜层后，平行进针 $3 \sim 3.5\text{cm}$ ，注药 3ml 。

3) 扇行分离：对九大诊疗区及对应区肌筋膜结节，边进针，边分离，分离3-12刀，水针刀分离的位置：颈胸筋膜区；腰骶筋膜区；胸前筋膜区。

4) 退留药线：水针刀分离后，边退针体边推针芯，使磁线充分舒展于治疗部位，留线不打结。

(2) 分离留线方法：

1) 单行分离留线法：主要用于中枢神经治疗线所应用的方法。

2) “十”字分离留线法：纵行线长5cm，横行线长3cm。主要用于脊柱躯干九大病区内脏疾病反射点。

3) “八”字分离留线法：有正“八”字和倒“八”字，主要用于九大病区，如脑病诊疗区、交感疾病诊疗区、生殖病诊疗区等。

4) 纵行分离排线法：主要用于脊柱区带九大病区、内脏病区，沿内脏神经治疗线。

5) 横行分离排线法：主要用于胸腹部对应区，沿腹外筋膜区治疗。

6) 垂直分离留线法：主要用于四肢治疗点。

7) 斜行分离留线法：主要用于肝胆及肾脏对应区。

7. 注意事项

(1) 在九大诊疗区内治疗，松解要彻底，注药量易大，磁线可留长，留线不打结。

(2) 对年老体弱及小儿，用药量要小，分离刀法要轻，留线不易长。

(3) 在四肢辅助治疗点，分离要回抽，防止进入血管。

(4) 对7岁以下儿童，只注射，不留线。

(5) 孕妇腹部不宜留线。

8. 九大病区的划分依据 根据生物信息学及内脏疾病在体表的反射规律，结合大量的尸体解剖，划分出了九大病区，

并得到了逐步完善，其划分依据如下：

(1) 根据内脏疾病的体表反射规律。同名内脏疾病，可以在背部同名相关诊疗区内出现阳性反应（异常感觉）或阳性反应结节、反应点。如慢性支气管炎、支气管扩张，往往在肺病区脊柱旁、肩胛内上角反射；肺气肿、哮喘往往反射在胸椎上段棘突旁。

(2) 根据同名内脏的解剖位置与体表投影每个相关诊疗区。在相应节段解剖区域内，对应相同的内脏，如肺、气管疾病相关诊疗区，在相应节段解剖区对应肺部组织，其体表投影也在该区域内；心脏疾病相关诊疗区对应心脏投影区。

(3) 根据内脏神经、脊神经分布特点。脑部相关诊疗区，相应节段的解剖区域对应小脑和延髓；颈交感疾病相关区域对应交感神经节，如星状神经节。

(4) 根据传统经穴的分布规律。中医学认为：背部属阳，督脉为“阳脉之海”即总督一身之阳气，人体五脏六腑、四肢百骸的腧穴无不输注于背部。因此，背部脊柱区带是督脉线、华佗夹脊穴及膀胱经内外线的分布区域。

(5) 根据内脏疾病在脊背的信息反射原理。在脊柱的两侧，竖脊肌内缘上，分别同时存在两条全息反射区，上至寰枕关节，下至腰骶关节，为整个人体的生物信息学的反射区域。

脊柱区带九大诊疗区的横向划分，是在脊柱区带内以脊柱的节段划分每个区域，一般来说九大诊疗区除脑病区之外，以每三节棘突作为上下定点，外至竖脊肌外缘为一个治疗区，因而脊柱区带自上项线脑病区，下至尾骨在内的生殖病区，自上而下共九大诊疗区。每个诊疗区之间既是独立的，又是相互交叉联络的，因为脊神经与内脏神经之间是相互交融的，所以针灸、针刀、埋线的纵向治疗时，要靠近上方为准。

9. 脊背九大相关疾病诊疗区歌诀

脑区中枢神经病，枕下倒置三角形。
 颈椎中下平衡区，交感神经官能症。
 肺区居于五脏首，肩胛冈嵴相平行。
 心区心脏投影区，主治功能心脏病。
 七至九节肝胆区，肩胛下角记分明。
 胸椎中下胃病区，脊柱两侧有反应。
 肾区肾脏投影区，结石积水肾绞痛。
 肚脐环状水平线，肠道病区治肠病。
 生殖骨性三角区，主治男女生殖病。
 骶骨岬旁四对孔，针刀留线角度清。
 水针刀线相结合，灵活运用祛顽症。

(1) 脑病诊疗区

1) 定位：由上项线双侧颞骨乳突上缘，下至 C₃ 棘突下的倒置三角区。

2) 局部解剖：该区深层对应有小脑、延髓，其中有生命中枢。延髓下端紧连颈髓，其外后上方为寰枕关节相连处，寰枕关节双侧的枕下三角区内，分布有椎动脉、枕大、枕小神经等。

3) 相关病症：脑部相关疾病、五官科及头面部等病症。

4) 主治：应用水针刀松懈枕筋膜及 C₃ 以上椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗脑部疾病及脑部相关性疾病，如：脑血管意外后遗症、脑外伤失语症、颈源性疾病、颈性眩晕、颈性视力障碍、颈性咽炎等。

5) 水针微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后，取扁圆刃水针刀，避开枕骨大孔，水针刀应用扇形分离法分离软组织结节，并注射磁化松解液。

(2) 交感疾病诊疗区（平衡区）

1) 定位：C₄ 棘突上缘与 C₇ 棘突下缘，外至竖脊肌外缘线大约 6cm 的三角区内。

2) 局部解剖：颈椎中下段为颈胸关节、项韧带与棘上韧带的动静交点，是颈部软组织损伤的高发点。在 C_{6-7} 横突前方及胸椎椎肋关节上方的椎前筋膜区，分布有星状神经节，其前侧为颈总动脉、颈内静脉、迷走神经、喉返神经及颈静脉。

3) 相关病症：烦躁易怒、失眠、多梦、焦虑、心悸、心慌、血糖不稳、血压不稳、汗出异常、过度疲劳等。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解 C_{6-7} 椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗亚健康综合征、不定陈述综合征、神经官能症；内分泌功能紊乱；颈源性心脏病等。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用骨膜扇形分离法，分离后关节囊及软组织结节，并注射磁化松解液。

(3) 肺病诊疗区

1) 定位：由 C_7 棘突下至 T_3 棘突下，外至竖脊肌外缘肩胛内纵行线，大约 6cm 处，两条横线的连线构成长方形区。

2) 局部解剖：该区对应肺门的解剖部位，支配肺与气管的交感神经位于 T_2-6 脊髓节段的侧角；交感神经低级中枢位于脊髓节段内，椎旁交感神经节位于脊柱两旁、横突前椎前筋膜区，交感神经内脏支根部与内脏大、小神经相连接。

3) 相关病症：当 T_{1-3} 的软组织损伤，小关节移位，临床上可出现如胸闷、气喘、咳嗽、呼吸困难、过度换气等综合征。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解 T_{1-3} 椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗脊源性哮喘，慢性支气管炎、支气管扩张等。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用筋膜扇形分离法，分离软组织结节，并注射磁化松解液。

(4) 心病诊疗区

1) 定位：由 T_5 棘突下至 T_8 棘突下，外至竖脊肌外缘线，大约 6cm，两条横线的连线所构成的长方形区。

2) 局部解剖：该区对应心脏解剖体位，支配心脏的交感干是由颈神经节及第 1~5 胸神经节发出的心支。

3) 相关病症：胸闷、心悸心慌，心动过速或过缓、心烦易怒，部分伴有心前区不适等。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解颈交感区左侧及心脏投影区的椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗脊源性心脏病、心脏神经官能症、功能性心律失常、胸肋部疼痛等。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用筋膜扇形分离法，分离软组织结节，并注射磁化松解液。

(5) 肝胆病诊疗区

1) 定位：从 T_6 棘突下至 T_{10} 棘突下，外至竖脊肌外缘线（大约 6cm）的长方形区，包括右肩胛下角区。

2) 局部解剖：该区主要对应了肝脏及胆囊的解剖体位，支配肝胆的交感神经主要来自第 7、8、9 胸段脊髓背节发出的 3 个根束所组成，肝胆疾病反射在 T_{6-9} 横突右侧及右肩胛下角区。

3) 相关病症：肝胆区不适、腹部胀满、恶心呕吐、食欲不振、右肋及右肩胛区疼痛等。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解 T_{6-9} 椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗脊源性胆囊炎，慢性胆囊炎、胆石症、胆绞痛及慢性肝炎等。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用筋膜扇形分离法，分离软组织结节，并注射磁化松解液。

(6) 胃病诊疗区

1) 定位：从 T_9 棘突下至 T_{12} 的棘突上，至竖脊肌外缘线（大约 6cm 左右）的长方形区。

2) 局部解剖：胃及十二指肠疾病反射在 $T_9 \sim T_{11}$ 横突的两侧，支配胃的交感神经来自 6~9 脊髓胸节。

3) 相关病症：上腹部胀痛，反酸嗝气，食欲不振，胃痛，恶心呕吐等。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解 $T_9 \sim T_{11}$ 椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗脊源性胃脘痛、慢性胃炎、胃溃疡、胃下垂、十二指肠溃疡等。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用筋膜扇形分离法，分离软组织结节，并注射磁化松解液。

(7) 肾病诊疗区

1) 定位：双侧肋脊角处，由 T_{12} 棘突上缘至 L_5 棘突上缘，外至竖脊肌外缘线（大约 6cm）的长方形区。

2) 局部解剖：该区与肾脏体表投影相吻合，肾脏神经等位于 L_{1-2} ，脊髓腰膨大位于 $T_{12} \sim L_2$ 之间椎管，是膀胱自主排尿中枢，第 2 腰椎管以下为马尾神经，参与大小便的调节。

3) 相关病症：腰酸腰痛，肾、输尿管牵涉痛，排尿异常，尿急尿频。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解 $T_{12} \sim L_2$ 椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗脊源性排尿异常、肾积水、肾结石、慢性肾盂肾炎，配合生殖区治疗男女生殖性疾病。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用筋膜扇形分离法，分离软组织结节，并注射磁化松解液。

(8) 肠病诊疗区

1) 定位：从 L_5 棘突下到 L_3 棘突下，至竖脊肌外缘线，大约 6cm 处的长方形。

2) 局部解剖：该区与大肠体表投影大部分吻合，当肠道病变时可反射到腰部，在腰椎下段的横突结节旁， L_1 — L_3 段交感神经节组成的内脏神经丛和肠系膜神经丛，接收由内脏、结肠、直肠、膀胱等器官的副交感神经传入信息为低级排便中枢。

3) 相关病症：腹痛、腹泻、便秘、下腹部坠胀、排便困难等。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解 L_1 — L_3 椎周软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节错位，治疗脊源性肠炎、慢性肠炎、结肠炎、肠易激综合征、慢性阑尾炎及腰腿痛等。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用筋膜扇形分离法，分离软组织结节，并注射磁化松解液。

(9) 生殖病诊疗区

1) 定位：由 L_5 棘突水平线下缘，外至双侧髂髁关节，下至尾骨端的自然骨性倒置三角区。

2) 局部解剖：骶椎脊髓侧角 2~4 节是副交感神经低级中枢分布区；该区骶骨胛旁，分布有 4 对骶后孔，骶神经后支由 4 对骶后孔穿出，支配骶髂筋膜及骶尾部臀部感觉，同时骶神经后支与骶神经前支相联络，骶神经前支由 4 对骶前孔旁出，支配盆腔脏器；尾骨背面及前方主要分布有骶尾韧带，尾椎前方分布着椎前筋膜，其上面两侧分布有奇神经节。

3) 相关病症：女性腹部胀满、坠胀不适，月经不调；男性阳痿、滑精、遗精、性欲低下、腰部酸痛、肛肠病等。

4) 主治：应用水针刀微创针法松解肾区及骶髂筋膜软组织结节，配合整脊手法纠正脊椎关节及骶髂关节错位，治疗脊源性生殖病，男性阳痿、性欲低下、不育症、前列腺炎、遗尿

症；女性痛经、闭经、不孕症、盆腔炎及肛肠病等。

5) 水针刀微创治疗：若该区有软组织结节，宜先药疗后准确定位，取扁圆刃水针刀，应用筋膜扇形分离法，松解骶髂筋膜软组织结节，分离骶后孔，并注射磁化松解液，同时可留置药磁线。

10. 九大对应区具体划分

(1) 脑病对应诊疗区

1) 定位：于头顶部帽状腱膜中点，前后 6cm 左右区域，该区分布传统脑穴：百会、四神聪穴，故称百会神聪区。

2) 局部解剖：该区对应大脑功能部位为顶部感觉区，因此为脑部疾病对应诊疗区。

3) 主要症状：脑部病变及脑部相关疾病，如脑血管意外所致的智力障碍，感觉障碍，老年脑萎缩等病症。

4) 触诊及相关征象：当脑部病变时，采用单指触诊法，可触及帽状腱膜中点软组织异常改变，局部结节、包块、压痛、皮疹等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，应用水针注射、水针刀分离术或留置药磁线，该区采用“十”字留线法，平刺进针，水针刀分离层次在帽状腱膜层。

(2) 交感病对应诊疗区

1) 定位：位于颈前三角区的筋膜区内。上至喉结节水平线，下至胸锁关节中点，外至胸锁乳突肌前缘，构成的倒置三角区。

2) 局部解剖：该区与后颈部交感病诊疗区相对应，该区深层主要分布有颈交感神经节的中节及下节，即星状神经节。

3) 主要症状：神经官能症、顽固性失眠、慢性咽炎、癫痫及全身各系统神经功能性疾病。

4) 触诊及相关征象：采用双指八字触诊法，当该区出现病变时，可触及喉结节肿大，淋巴结肿大、软组织异常改变，

局部结节、包块，或甲状腺肿大，压痛；部分可观察到红丘斑、色素沉着等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，该区为颈前三角区，一般不在此区留置药磁线。针刀不宜向内下方进针，防止伤及气管及主动脉弓。

(3) 肺病对应诊疗区

1) 定位：位于胸前筋膜区中上段，上至胸锁关节中点水平线旁6cm，下至两乳头内缘所构成的正方形区。

2) 局部解剖：该区深在解剖组织对应肺门处，其后方与背部的肺部诊疗区相对应。

3) 主要症状：慢性支气管炎、哮喘、迁延性肺结核、轻度肺气肿等呼吸系统疾病。

4) 触诊及相关征象：采用三指动静触诊法，肺部发生疾病时，可触及胸前筋膜增厚，胸小肌或胸大肌肌腱弹拨痛，部分肋软骨处局部隆起，或软组织异常改变，局部结节、包块、压痛；部分可观察到红丘斑、色素沉着等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，水针注射、水针刀分离或留置药磁线在该区。

(4) 心病对应诊疗区

1) 定位：于胸前筋膜区中下段，两乳头内纵线至剑突根部水平线，以左侧为治疗区。

2) 局部解剖：该区与背部的心脏疾病诊疗区相对应，深在结构为心尖部。

3) 主要症状：功能性心脏病、心律不齐、类冠心病等心脏系统疾病。

4) 触诊及相关征象：采用三指动静触诊法，心脏发生疾病时，可触及胸前筋膜区中下段增厚，胸小肌或胸大肌肌腱弹拨痛，部分肋软骨处局部隆起，软组织异常改变，局部结节、包块、压痛、剑突根部触及痛；部分可观察到红丘斑、色素沉

着等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，应用水针注射、水针刀分离或留置药磁线在该区主要用扇形分离法，然后采用“十”字留线法或单行留线法。

(5) 肝胆病对应诊疗区

1) 定位：位于右胸肋筋膜区，由剑突根部至右肋弓下缘尖端，至剑突根上下6cm斜形带状区。

2) 局部解剖：右肋弓中点为治疗点即墨菲点。该区与背部肝胆病诊疗区相对应，其深在结构为肝脏及胆囊。

3) 主要症状：在该区主要治疗慢性肝炎、胆囊炎、胆石症等肝胆系统疾病。

4) 触诊及相关征象：采用单指呼吸触诊法，肝胆病变时，可触及右胸肋筋膜区增厚，右肋弓中点疼痛明显，软组织异常改变，局部结节、包块；部分可观察到红丘斑、色素沉着等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，应用水针注射、水针刀分离或留置药磁线，该区应用水针刀扇形分离法，然后采用“十”字留线法或单行留线法。

(6) 胃病对应诊疗区

1) 定位：位于腹前筋膜区上段，由剑突根部与肚脐连线间，外至腹直肌外缘，6cm左右区域。

2) 局部解剖：该区与背部胃病诊疗区相对应，其深在结构为食管、贲门部及胃的中上部。

3) 主要症状：治疗食管炎、贲门炎、胃炎、胃及十二指肠溃疡，中下段主要用于治疗胃下垂等多种胃及十二指肠疾病。

4) 触诊及相关征象：采用三指呼吸触诊法，胃部出现病变时，可触及腹前筋膜区中上段增厚，腹直肌起点及腱划触及痛或软组织异常改变，局部结节、包块、压痛；部分可观察到

红丘斑、色素沉着等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，应用水针注射、水针刀分离或留置药磁线，采用扇形分离法，然后采用“十”字留线法或单行留线法。

(7) 肾脏疾病对应诊疗区

1) 定位：位于腹外筋膜区与腰肋筋膜区交汇处，由肋脊角前下方，腹股沟区后上方，构成6cm左右的斜形带状区。

2) 局部解剖：通常肾、输尿管病变时，可反射在该区。与背部肾脏疾病诊疗区相对应。其内在结构为肾及输尿管。

3) 触诊及相关征象：采用三指呼吸触诊法，肾脏病变时，可触及腹外筋膜区增厚，患侧肋弓外下方软组织异常改变，局部结节、包块、压痛；部分可观察到红丘斑、色素沉着等改变。

4) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，应用水针注射、水针刀分离或留置药磁线，在该区主要治疗慢性肾炎、肾及输尿管结石等肾脏及输尿管疾病。该区应用水针刀扇形分离法，然后采用“十”字留线法或单行留线法。

(8) 肠病对应诊疗区

1) 定位：位于腹外筋膜区中下段，由肚脐与髂前上棘上3cm连线中内三分之一处，上下左右6cm的区域内。

2) 局部解剖：该区与背部肠道疾病诊疗区相对应，其内在结构为升结肠、降结肠。

3) 主要症状：在该区主要治疗慢性肠炎、结肠炎、慢性阑尾炎等肠道系统疾病。

4) 触诊及相关征象：采用三指呼吸触诊法，肠道病变时，可触及腹前筋膜区肚脐两侧升、降结肠投影区，或阑尾麦氏点压痛明显，软组织异常改变，局部结节、包块，部分可观察到红丘斑、色素沉着等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，应用

水针注射、水针刀分离或留置药磁线，该区应用水针刀扇形分离法，然后采用“十”字留线法或单行留线法。

(9) 生殖病对应诊疗区

1) 定位：位于腹前筋膜区下段，即下腹部，内为肚脐与耻骨结节之间连接，外至腹股沟区的倒置三角区。一般中轴线为治疗区。

2) 局部解剖：该区与背部生殖病诊疗区相对应，其内深在有男（女）内生殖器官。

3) 主要症状：在该区主要用于治疗男性前列腺炎、男性性功能障碍、女性慢性盆腔炎、痛经、闭经、不孕症等男女生殖性疾病。

4) 触诊及相关征象：采用三指动静触诊法，当出现男性前列腺炎，女性盆腔炎、附件炎时，可触及腹前筋膜区中下段，腹股沟内侧方及耻骨结节周围增厚，软组织异常改变，局部结节、包块、压痛，部分可观察到红丘斑、色素沉着等改变。

5) 水针刀微创三针法：通常应用筋膜扇形分离法，应用水针注射、水针刀分离或留置药磁线，该区应用水针刀扇形分离法，然后采用倒“八”字留线法。

11. 背部九大诊疗区神经治疗线的分布 脊柱区带九大病区的划分，是横向的节段划分，通常运用水针刀、针刀、针灸或手法诊治内脏疾病时，可灵活地运用九大病区；在临床实践中，通过了大量的尸体解剖及临床总结，在脊柱区带创立出几条神经线的分布投影线路，运用水针刀微创针法治疗脊柱相关疾病及临床疑难病，通常沿着这几条神经投影线路进行纵向治疗，这几条神经投影线路与传统经穴有一定的出入，它是神经投影线，而不是抽象的经络线，因而将几条纵线确定为神经治疗线。

(1) 低级中枢治疗线

1) 定位: 位于棘突上层的后正中线, 上至寰枕关节, 下至尾骨尖端, 贯穿整个脊柱。

2) 局部解剖: 该线为脊髓的外在投影线, 作为治疗中枢性疾病的低级中枢治疗线。脊髓为人体中枢神经上通下达的传导通路, 联络全身内脏及四肢百骸, 31 对脊神经分别从脊髓侧角发出, 通过交通支与交感神经节相连, 支配内脏, 传统经穴的督脉线为针灸治疗内脏病的主干, 当脊柱小关节错位, 椎周软组织损伤时, 可累及脊髓周围的神经支, 出现脊柱相关性病症。

3) 脊诊整脊: 沿该线用三指触诊法, 触及棘突是否有偏歪, 是否有过长 (凸起) 或过短 (凹陷), 是否有软组织结节、压痛。若有棘突偏歪, 结合影像诊断, 先用一指禅弹拨松解, 然后动静整脊法成角弹扳复位。

4) 水针刀微创新针法: 在该治疗线上由皮层至棘上韧带逐层切开, 逐层分离, 水针注药, 留置药磁线, 药磁线只留在筋膜层, 在低级中枢治疗线注射分离留置药磁线, 主治脑部与脑部相关疾病、神经系统疾病。

(2) 内脏神经治疗线

1) 定位: 内脏神经治疗线位于棘突根部两侧, 关节突关节内缘与脊髓的联络线, 距后中线 1.5 ~ 2cm, 该治疗线与华佗夹脊穴相接近。

2) 局部解剖: 棘突两侧方的小关节囊, 其前方对应的是椎前筋膜, 椎前筋膜上方附着的是椎旁交感神经节。该线为脊髓背面两侧与椎旁交感神经节的后内侧线交接处。它们借节间支连成交感神经干, 后关节囊线是交感神经干与脊神经的连接点在体表的投影。

3) 脊诊整脊: 沿该线用三指触诊法, 触及小关节是否有错位, 是否有软组织结节、压痛。若有小关节错位, 结合影像学检查, 先用一指禅弹拨松解, 然后动静整脊法成角弹扳

复位。

4) 水针刀微创新针法: 由浅入深逐层切开、逐层分离, 直达后关节囊, 水针刀分离后关节囊可以解除内脏神经节的刺激、压迫, 从而达到治疗内脏疾病的作用。该线在脊柱区带作为第一条治疗内脏疾病的治疗线。

(3) 脊柱后内支治疗线

1) 定位: 脊神经后内支在小关节囊外侧, 竖脊肌中内1/3处穿出, 距后中线3~3.5cm左右。

2) 局部解剖: 脊神经从椎间孔发出后, 分为后内支与后外支, 后内支从横突根部的乳突韧带下方穿出, 分布在横突背面, 棘突两侧的竖脊肌筋膜层。脊神经后内支通过交通支与内脏神经联络, 当局部软组织损伤, 刺激压迫脊神经后内支时, 也可出现临床相关症状。而内脏疾病也可以沿此线在脊柱区带传导反射, 出现软组织改变的相关征象。

3) 脊诊整脊: 沿该线用三指触诊法, 触诊横突尖端与椎肋关节背侧面是否有软组织结节、包块、压痛。先用一指禅弹拨松解, 然后呼吸反向推按法复位。

4) 水针刀微创新针法: 由浅入深逐层切开、逐层分离软组织结节, 解除脊神经后内支及内脏神经节的刺激、压迫, 该线在脊柱区带作为第二条治疗内脏疾病的治疗线。

(4) 脊神经后外支治疗线

1) 定位: 该线距后中线5.5cm左右, 是脊神经后外支突出竖脊肌外缘肌筋膜层的外在投影线。该线相当于膀胱经外线, 为治疗内脏疾病的第三条治疗线, 主要治疗内脏疾病。

2) 局部解剖: 脊神经后外支从竖脊肌外侧方, 髂肋肌肌筋膜层穿出, 分布在脊柱区带的外侧方, 主管皮肤的感觉。后外支与后内支通过交通支与内脏神经节联络, 因此, 当局部软组织损伤引起后外支受刺激压迫时, 可引起脊柱相关性疾病。

3) 脊诊整脊: 沿该线用三指触诊法, 触诊肩胛骨内缘线

及髂肋肌背面、骶髂关节周围是否有软组织结节、包块、压痛。先用一指禅弹拨松解，然后呼吸反向推按法复位。

4) 水针刀微创新针法：由浅入深逐层切开、逐层分离软组织结节，解除脊神经后外支及内脏神经的刺激、压迫，从而达到治疗内脏疾病的作用。

12. 四肢疾病辅助治疗点

(1) 肺病治疗点

1) 定位：曲池穴外 1.5cm 处，又称外曲池穴。

2) 解剖结构：位于肱桡肌肌腹中点外侧，肱二头肌腱的外后方，即屈肘 90° 时，肘横纹尽头外 1.5cm 处。

3) 功能：主要用于治疗呼吸系统疾病。

4) 主治：颈源性哮喘、慢性支气管炎、急慢性哮喘、早期肺气肿、迁延性肺结核等，有效解除胸闷、气喘、咳嗽、呼吸困难、过度换气等临床综合征。

5) 水针刀微创针法治疗：采用垂直松解留线法，避开肘窝神经血管丛；亦可采用向心性松解留线法。

(2) 心病治疗点

1) 定位：内关穴上 3cm 处，又称上内关。

2) 解剖结构：位于尺桡间隙中下 1/3 处，桡侧腕屈肌与尺侧腕屈肌之间，掌长肌腱的内下方。

3) 功能：主要治疗循环系统疾病。

4) 主治：颈源性心脏病、心脏神经官能症、功能性心律失常、胸部部疼痛，胸闷、心悸心慌，心动过速或过缓等。

5) 水针刀微创针法治疗：采用垂直松解留线法，用拇指分开掌长肌腱，避开正中神经与血管；亦可采用向心性松解留线法。

(3) 胃肠病治疗点

1) 定位：足三里下 3cm 处，又称下三里穴。

2) 解剖结构：位于胫腓骨间隙中上段，胫前血管丛的

外侧。

3) 功能：主要治疗消化系统疾病。

4) 主治：脊源性胃脘痛、慢性胃炎、贲门炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、胃下垂等。

5) 水针刀微创针法治疗：采用垂直松解留线法，用拇指分开胫前肌，避开胫前神经与血管；亦可采用向心性松解留线法。

(4) 生殖、泌尿治疗点

1) 定位：在三阴交上3cm处，又称上三阴交穴。

2) 解剖结构：位于小腿三头肌腱与肌腹移行处，胫腓骨中下1/3处内缘。

3) 功能：主要治疗生殖泌尿系统疾病。

4) 主治：脊源性生殖病、男性阳痿、性欲低下、不育症、前列腺炎、遗尿症；女性痛经、闭经、不孕症、盆腔炎；泌尿系疾病如：肾积水、肾结石、慢性肾盂肾炎等。

5) 水针刀微创针法治疗：采用垂直松解留线法，用拇指分开胫前肌，避开胫前神经与血管；亦可采用向心性松解留线法。

(5) 肝胆病治疗点

1) 定位：位于胆囊穴与阳陵泉之间，即肝胆病治疗点。

2) 解剖结构：位于胫腓骨的间隙上段，腓前肌群下方，腓总神经内上方。

3) 功能：主要用于治疗肝胆系统疾病。

4) 主治：脊源性胆囊炎、慢性胆囊炎、胆石症、胆绞痛及慢性肝炎等，有效治疗肝胆区不适、腹部胀满、恶心呕吐、食欲不振，右肋及右肩胛区疼痛等临床综合征。

5) 水针刀微创针法治疗：采用垂直松解留线法，进针刀时切记避开腓总神经；亦可采用向心性松解留线法。

13. 三维立体补偿选点治疗

(1) 通常水针刀微创针法治疗脊柱相关病, 根据人体对应补偿功能, 上病下治、左病右治的原理, 水针刀三针法治疗点的选择, 往往按脊背部、胸腹部与四肢三维平面, 按交叉选取三针法治疗点。

比如: 慢性支气管炎的治疗, A 针选取脊背肺病诊疗区左侧后关节囊线; B 针选取胸腹部肺病对应诊疗区; C 针选取右上肢肺病治疗点。

再如: 胃溃疡病的治疗, A 针选取脊背胃病诊疗区左侧后关节囊线; B 针选取胸腹部胃病对应诊疗区; C 针选取右下肢胃肠病治疗点。

(2) 由于脊神经、内脏神经分布是相互交叉的, 根据内脏神经支配的节段区域不同, 区与区之间既是独立的, 又可以是相互交叉配合的。如: 功能性心脏病治疗, 可选用交感病区内脏线配心病区内脏线相结合; 男、女生殖病的治疗, 可选用肾病区内脏线配合生殖病区骶后孔水针刀分离术相结合。

(三) 水针刀三氧融盘消融术治疗腰椎间盘突出症

吴汉卿于 2004 年 9 月至 2005 年 6 月应用水针刀三氧微创新技术, 通过水针刀三刀法人路分别进入侧隐窝、椎间外口、骶后孔及相关入路点, 进行水针刀分离、三氧融盘及腰痛宁注射, 治疗腰椎间盘突出症 268 例, 取得了确切的疗效, 未发现任何不良并发症。

1. 治疗方法

(1) 对于单纯的腰椎间盘突出症, 按水针刀“一明二严三选择”原则: 让患者俯卧位或侧卧位, 按水针刀三点安全入路法, 可结合 X 线片、CT 影像诊断; 按 X 线片金属定位法或“十”字连线指节定位法:

a 刀: 侧隐窝入路法: 对中央性的可采用线点入路; 采用水针刀在上关节突后下缘, 按八字入路法水针刀穿透皮层、皮下层、浅深筋膜、竖脊肌、透过黄韧带, 从上关节突后内缘进

入侧隐窝先回抽检测，可在对侧或同侧上下位侧隐窝进水针刀，做液体注射实验成功者，水针刀“刀静患动”法松解分离6~9刀，让患者作足背伸试验，回抽注射腰痛宁松解液5~8ml，然后进行三氧融盘治疗。

b刀：椎间孔外口：适用于侧方脱出合并椎周软组织损伤者，按水针刀的八字安全定位法，水针刀以八字入路法穿透皮层、皮下层、浅深筋膜、竖脊肌、透过黄韧带，从下位横突上缘进入椎间孔外口先回抽检测，水针刀旋转分离法9~12刀，让患者作足背伸试验，回抽注射腰痛宁松解液5~8ml，然后在椎间孔外口进行三氧融盘治疗。

c刀：骶后孔水针刀松解分离术：适用于低位性腰突症合并坐骨神经根下支受累或骶管周围有粘连者，按水针刀“一明二严三选择”原则：让患者俯卧位，应用水针刀按骶后孔三角定位法，一般在第二骶后孔外口按八字入路法，水针刀穿透皮层、皮下层、骶髂筋膜、竖脊肌、透过后孔外口纤维隔，先回抽检测，然后进行水针刀旋转分离9~12刀，让患者作足背伸试验，回抽注射腰痛宁松解液10ml左右，然后进行三氧融盘治疗。对部分椎管狭窄者，也可以滴注腰痛宁合剂；对部分合并生殖病者，可通过滴注生殖病四联针。

(2) 对于腰椎间盘突出症伴有椎周软组织损伤：可广泛的应用水针刀筋膜扇形分离法配合三氧消融治疗，如伴有腰肋韧带损伤，可在游离肋尖端周围，上位横突尖端背面进行水针刀筋膜扇形分离法，三氧消融术治疗；伴有腰三横突综合征可在横突尖端背面进行水针刀骨膜扇形分离法、三氧消融治疗；伴有髂腰韧带损伤可在腰五下位横突尖端、髂嵴内缘进行水针刀的骨膜扇形分离、三氧消融治疗；伴有腰背肌筋膜炎，可在下位肋骨背面，上位横突尖端，髂嵴内后缘，髂髂关节周围进行水针刀的筋膜扇形分离法配合三氧消融治疗。

(3) 对下肢神经反射疼痛点或筋膜间室高压点：可选用

樱枪水针刀使用筋膜弹剥分离法并配合三氧消融。

(4) 对腰突症合并下肢麻木症：可选用樱枪水针刀使用筋经飞挑法治疗。

2. 讨论 腰椎间盘突出症所引起的临床症状，主要病因有两个方面：一方面是由于外伤或退变导致椎间盘纤维环破裂而出现的髓核膨出、突出或脱出。突出的椎间盘压迫下腰部神经根是除椎管内肿瘤及畸形以外造成腰腿痛的主要原因。但大量的临床和实验研究显示除突出间盘对神经根的机械压迫外，其他因素也发挥了重要作用。脱出髓核内释放的化学物质，以及突出间盘造成椎体侧后方静脉血流淤滞引起的无菌性炎症所产生的化学物质均可引起神经痛。这引起释放出来的化学物质包括 P 物质和磷酸酶 A2。它们可以刺激分布于小关节囊、后纵韧带以及纤维环表面的细小神经或神经末梢引起疼痛。另一方面是由于椎间盘脱出后，使椎轴平衡力失调，发生动力学改变，导致周围的软组织损伤、挛缩。

3. 水针刀三氧融盘术治疗机制 水针刀三氧融盘术对治疗椎间盘突出症，软组织损伤、颈肩腰腿痛的治疗，其作用机制主要由以下几个方面：

(1) 氧化分解髓核内的蛋白多糖：三氧含有强氧化剂、氧气及臭氧，是一种活性氧，具有强氧化作用，它的氧化能力仅次于氟，常温下其半衰期为 20 分钟，注入椎间盘后能迅速氧化髓核内的蛋白多糖，使髓核渗透压降低，水分丢失，发生变性、干涸、坏死及萎缩，使突出的髓核回缩、解除神经根的压迫。三氧同时还能破坏髓核细胞，引起髓核蛋白多糖生产和分泌的减少。

(2) 抗炎作用：三氧的抗炎作用则是通过拮抗炎症反应中免疫因子的释放、扩张血管，改善静脉回流，减轻神经根水肿及粘连，从而达到消除病变组织周围的无菌性炎症，发挥治疗疼痛的作用。椎间盘突出的髓核及纤维环压迫神经根及其周

围的静脉，产生神经根周围炎及静脉回流障碍，出现水肿、渗出。此外，纤维环断裂后释放的糖蛋白等作为抗原物质，使机体产生免疫反应，形成无菌性炎症，严重时发生粘连，这些因素是腰腿痛的主要原因。三氧正好具有快速消除病变炎症的活性氧化剂。动物实验显示三氧注入椎间盘1周后髓核体积未见明显缩小，1个月左右体积明显缩小，这一时间与临床病例取得良好疗效的时间一致。但也有部分病例在术后短时间内即出现明显的临床疗效，推测这部分患者的临床症状和体征在很大程度上是由于神经根周围的炎症所致。

(3) 镇痛作用：三氧的镇痛作用类似于“化学针灸”的作用，能刺激抑制性中间神经元释放脑啡肽等物质，从而达到镇痛目的，并能直接作用于椎间盘表面，邻近韧带，小关节突及腰肌内广泛分布的神经末梢。这些神经末梢因被炎症因子和突出髓核所释放的化学物质（如P物质或磷酸酶A2等）激活，引起反射性腰肌痉挛而致腰腿背痛，在患者椎间盘及椎旁间隙应用水针刀旋转分离后注射三氧，注射后短时间内快速促进炎性物质吸收，达到治疗疼痛的作用。

(4) 抗粘连、抗复发作用：三氧具有快速分解吸收突出髓核胶原蛋白物质，促进椎间孔神经根周围炎性脂肪组织及椎周软组织炎性物质的吸收。因而，对于椎间盘突出后造成神经根周围软组织的粘连和术后的软组织的粘连的并发症，具有抗粘连、抗复发作用。

(5) 水针刀的松解分离功能：水针刀对软组织损伤及颈腰椎病变的治疗，按三点安全入路法，不仅可直接进入侧隐窝，在椎间孔外口进行腰痛宁注射、三氧融盘，而且可以广泛在椎管内外、对病变软组织结节进行逐层切开分离松解，既可以解除神经根的压迫，消除疼痛，又可以恢复脊柱的动静态平衡。

(6) 注射腰痛宁松解液：水针刀腰痛宁松解液及系列磁

化松解液，不仅具有止血镇痛，消除无菌性炎症的作用，消除椎管内外无菌性炎症，改善局部微循环，增加椎管内外的血流量，纠正管内外的缺血缺氧状态，而且还有抗过敏、抗粘连、抗复发作用。

综上所述，水针刀三氧融盘术治疗腰椎间盘突出症，具有如下优势。首先，不仅可以通过三刀法定位，对椎管内外的软组织进行分离松解，解除脊神经压迫；同时可以注射腰痛宁松解液，消除椎管内外无菌性炎症，改善局部微循环，增加椎管内外的血流量，纠正管内外的缺血缺氧状态；而且可以通过三点安全入路法进行三氧融盘消融，溶解胶原髓核物质，快速消除炎性致痛物质，纠正局部缺氧状态等，因此水针刀三氧融盘术治疗腰椎间盘突出症，具有微创性，无痛苦，安全可靠，立竿见影的疗效，是一项值得广泛推广的微创技术。

（四）水针刀平衡三刀法治疗颅脑损伤后遗症

颅脑损伤多是因交通、工矿等事故，自然灾害、爆炸、火器伤、坠落、跌倒以及各种锐器、钝器对头部的伤害，常与身体其他部位的损伤复合存在。根据临床症状与体征出现的时间，分为原发性和继发性颅脑损伤。

1. 诊断标准

（1）头部外伤史。

（2）急性期症状

1) 生命体征出现改变。

2) 意识障碍，受伤后立即出现，意识障碍程度根据损伤程度而有所不同，可有数分钟、数小时不等。

3) 受伤当时立即出现与伤灶相应的功能障碍或体征。如：运动区损伤出现偏瘫；语言中枢损伤出现失语等；发生于“哑区”的损伤，则无局灶症状或体征的出现。

4) 头痛与恶心呕吐。

5) CT 检查：可发现颅内小的出血点，有或无周围脑

水肿。

(3) 急性期症状控制后

- 1) 生命体征平稳;
- 2) 意识障碍消失;
- 3) 反复发作的头痛、头晕、恶心、呕吐;
- 4) 同时可伴有语言、运动障碍的持续存在;
- 5) CT 检查: 可发现颅内存在一定量的高密度影 (出血点);

6) 寰枕筋膜, 枕后腱弓等部位还有明确压痛点, 触诊可有结节。

2. 治疗方法 按水针刀微创针法: “一明二严三选择” 的操作原则, 根据不同的操作部位, 采用不同的体位, 严格备皮。无菌消毒后, 在头、颈、肘、髌、膝部位, 取小号鹰嘴或中号扁圆刃水针刀, 采用杠杆式持刀法或执笔式持刀法, 沿人体纵轴, 避开周围神经、血管纵行进针刀, 边进针, 边回抽, 逐层切开, 逐层分离, 每点纵行切割 3~6 刀, 纵横分离 6~9 刀。

对伴有智力障碍的, 在帽状腱膜中点处扇形分离 3~6 刀, 然后在每点旋转注射醒脑开窍液 3~4ml, 消毒氧气 10~20ml。水针刀可同时行颈三刀分离术:

一刀: 枕后腱弓;

二刀: 寰枕筋膜下缘 (即寰椎后结节位置);

三刀: 头顶帽状腱膜中点。

行水针刀松解、并注入醒脑开窍松解液。

伴语言障碍者, 在 C₂ 棘突上缘, 按“八”字进针刀法, 八字切开、八字分离 3~6 刀, 不能提插, 不能横切, 注入醒脑开窍液 2~3ml。同时可用圆刃水针刀在舌骨中点上缘, 呈 60°角向内上纵行进针刀, 纵行分离 3~6 刀, 旋转注射脑开窍松解液 2ml。

伴肢体瘫痪者，水针刀行头三刀、颈三刀的同时，可在功能障碍侧肢体，行肩三刀、肘三刀、髋三刀、膝三刀。同时根据人体对应补偿功能，交叉选取治疗点，即“上外关”、“下三里”。

“上外关”纵行进针刀达掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱肌筋膜层，纵行分离2~3刀，旋转注射1~2ml抗凝松解液，留置“康复灵”药磁线。

“下三里”针刀从胫腓间隙中上1/3纵行进针刀，达腓骨长短肌与伸趾肌肌筋膜层，纵行分离2~3刀，旋转注射1~2ml抗凝松解液，留置“康复灵”药磁线。

水针刀平衡三刀法隔4~5天治疗一次，5次为一疗程。

3. 讨论 水针刀平衡三刀法治疗的多为原发性颅脑损伤后遗症。在早期治疗时，只注意到颅脑外伤的表现，而忽略了颈部软组织及骨关节的损伤，从而发展为颈椎中上段失稳，小关节紊乱，致使肌肉损伤韧带肥厚变性等，从而压迫脊髓、神经根、椎动脉，致颈交感神经带肥厚变性等，而颅脑外伤也可引发颅骨外膜下血肿的形成，经局部炎症反应及之后形成无菌性结节，可造成对周围血管、神经的刺激或压迫。

本病当外伤较严重时，可伴有语言运动功能障碍等。多因帽状腱膜、颅脑外膜、颅脑内膜的血管受累，局部血肿未能吸收，刺激压迫了语言中枢、运动中枢而引起。

水针刀平衡三刀法与药、磁、氧有机的结合，灵活的运用，在患者头部，头颈寰枕关节处，即颈髓与延髓交接处，松解病变处肌筋膜结节。一方面可直接解除后枕部损伤后的血运障碍，恢复小脑延髓及大脑后半部脑组织的血运供应，进而恢复了生命中枢（即呼吸中枢、血管中枢、心跳中枢以及感觉中枢、语言中枢、运动中枢等）的血运供应，从而促进了脑细胞的功能恢复；另一方面水针刀的松解刺激作用可直接对中枢神经及周围神经系统进行调节，另外水针刀在松解的同时还

注射药磁、药氧，这不仅可直接改善局部缺血、缺氧状态，并且药物在病变部位迅速起到醒脑开窍、镇静镇痛的作用，进而逐步达到脑细胞活化改善的药理效应，从而改善了患者的症状。

三、针刀治验

（一）颈源性心脏病

王某某，女，53岁，河南油田机关干部，患者于2000年初发现有胸闷、心悸心慌、憋气，经职工总院心电图、心向量及心脏监护检查，均未发现心脏功能明显改变，后确诊为隐匿性心脏病，经口服硝酸甘油及相关药物治疗不明显，后辗转北京、上海等多家医院检查治疗，患者症状时好时坏。经介绍得知，该患者于2001年3月16日求治，患者主诉：胸闷、心悸、心慌、憋气，伴颈部疼痛僵硬不适。经颈椎X线片检查，正位片：C₅₋₇棘突偏歪、颈椎中下段小关节双影双边征、关节间隙上下及左右不等；侧位片：颈椎生理曲度消失，颈椎中下段呈反弓征改变。三指触诊法发现颈椎C₄₋₅、C₅₋₆、C₆₋₇后关节囊处压痛明显并伴有条索性结节，C₇棘突、头夹肌止点形成巨大软组织包块、触诊按压酸胀、沉痛，胸椎心脏对应区左侧可触及到条索状结节伴压痛，患者转颈试验伴弹响声，屈颈压顶试验及头颈侧屈试验，心脏症状加重，心电图检查波形无阳性改变，口服硝酸甘油症状不能缓解，确诊为颈源性心脏病，按脊椎相关病九大诊疗区及九大对应区，进行治疗，在颈交感诊疗区（颈5、6、7）左侧后关节囊；心病诊疗区及对应区，应用圆刃磁线水针刀，采用关节囊骨膜分离法注射宁心四联针并留置磁线；在胸前心病对应区应用筋膜扇形分离法，注射宁心四联针并留置磁线。该患者治疗一次心脏症状消失、颈部疼痛症状减轻，经第二次治疗后，所有症状消失，随访一年无复发。

（二）腰椎间盘突出症

王某某，女，48岁，2003年11月25日入院。主诉腰腿痛1周。1周前因搬物不慎扭伤腰部，当即感觉左侧腰部疼痛，不能转侧。次日经当地人民医院CT查见L₄₋₅椎间盘向左后突出3mm，神经根受压。来院时搀扶入院，体检L₄、L₅、S₁棘突压痛明显，左侧L₄、L₅横突压痛阳性，直腿抬高加强试验阳性，腰部活动障碍。诊断：腰椎间盘突出症。取扁圆刀水针刀，按背三刀中的腰三刀、筋膜三刀法垂直进针刀，双手动静松解6~9刀，注入1号松解液3ml。取臀部及下肢按肌肉三刀法进水针刀，注入1号松解液4ml。用手法松动术松解背三刀点，以勾指振颤松筋法在腰部三刀点松解15分钟，每日1~2次，连续3天。2天后患者能下床行走，疼痛大减。第3天行吴氏三刀法松解后痊愈出院。随访1年无复发。

（三）腰椎间盘突出术后综合征

郭某某，男，48岁，香港人，该患者于2003年2月9日因搬抬重物引起腰部、臀部急性疼痛，并伴双下肢放射痛，在香港某医院做CT、MRI检查：L₄₋₅、L₅~S₁椎间盘向后中央型突出，硬膜囊受累，经多家医院做封闭、理疗、按摩。疗效不佳，后在深圳某医院手术治疗后，腰部症状稍微缓解，但依然行走困难，站立或行走5分钟后下肢疼痛加重，并伴有麻木及放射痛，经人介绍患者来求治，X线片：正位片显示脊柱侧弯，腰4、腰5向左偏歪，髂嵴左右高低不等，骨盆倾斜，侧位片：腰椎生理曲度消失、腰5椎体向前轻度滑脱。初诊检查：腰4、5棘突压痛明显，左臀部可触及条索状结节物压痛，并伴有双下肢放射痛及麻木，直腿抬高试验（+），坐骨神经牵拉试验及仰卧屈颈试验（+）。患者于2004年5月6日应用水针刀三氧融盘术，通过水针刀三刀法入路，在L₄₋₅、L₅~S₁侧隐窝、椎间外口及骶后孔进行水针刀的旋转分离法、刀静患动法、注射腰痛宁松解液、并进行三氧融盘，术毕行手法复位

及骨盆牵引，该患者仅施术1次，腰部及下肢疼痛症状大部分消失，直腿抬高试验及坐骨神经牵拉试验弱阳性，于7日后行第2次手术，所有症状消失，行走如常，查体均无阳性体征后，随即出院，电话随访一年无复发。

工作单位：张仲景国医学院水针刀培训中心

（南阳风湿疼痛医院）

通信地址：河南省南阳市仲景路与天山路口水针刀专科医院

邮政编码：473000

电话：0377-63335823，63282507

手机：13598228987

E-mail: shuizhendao@163.com

头颈肩疼痛取肩康穴 内外科疾病穴位针刀

——李邦雷临床经验

李邦雷，男，1951年生，解放军第89中心医院理疗科主任，副主任医师。世界中医药联合会针刀医学分会理事，全军针刀医学会副主任委员，山东省针刀医学会副主任委员。

荣获军队医疗成果三等奖1项，荣获国家专利3项，荣获国际针刀医学一等奖1项，发表论文60余篇。承担济南军区十五重点攻关课题——针刀治疗部队人员膝关节训练伤与“十一五”课题——“肩康穴”治疗部队人员颈肩部训练伤。



一、学术特点与医疗特长

（一）肩康穴的应用

在临床上发现新穴“肩康穴”，对治疗肩周炎、寰枢椎半脱位、斜颈、神经衰弱、头痛等疾病有特效。

1. 取穴 肩康穴（位于第3、4跖骨与外侧楔骨关节间，拇指按压有轻微的酸、胀、痛感）。左侧痛取右侧穴，右侧痛取左侧穴，双侧痛取双侧穴。

2. 采用规格0.35mm×75mm的毫针，进针角度15°，针尖向外踝关节方向刺入，深度25mm，得气后行提插捻转强刺激手法，留针20分钟，10分钟行针1次，每天治疗1次。针刺后约5分钟让患者左右转动颈部，患者即有明显的轻松感。也可以用针刀刺激肩康穴。

3. 治疗效果 曾治疗76例全部有效，其中临床治愈：症

状和体征消失，功能恢复，可参加正常工作者 63 例，占 82.9%；显效：症状和体征明显好转，活动功能明显改善者 8 例，占 10.5%；有效：症状和体征好转，活动功能改善者 5 例，占 6.6%。最少治疗 1 次，最多治疗 5 次，平均治疗 1.36 次。

（二）针刀穴位治疗内科疾病的临床观察

内科疑难病症，临床采用中西医药物治疗，疗效并不理想。李邦雷采用针刀穴位治疗几种内科顽固性疑难病症，取得了较理想的临床效果。

1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病

任某某，女，56 岁，有高血压、神经衰弱病史 20 年，每晚只能睡 2~3 小时。自 2 年前始出现阵发性胸痛、胸闷，以心前区为主，紧缩感，多于劳累时诱发，持续数秒钟至数分钟，含服硝酸甘油后最迟 30 分钟缓解，行心电图等检查后诊断为冠心病，给予阿司匹林等药物治疗，症状缓解。2004 年因症状加重住院治疗，建议行冠状动脉造影检查及 DTCA 和支架置入术，患者拒绝。2005 年 12 月 21 日患者就诊时述：近来症状加重，稍活动症状即发作，每日均有数次发作。心电图检查示：缺血性表现，T 波倒置，ST 段水平低。诊断为：冠心病，急性冠状动脉综合征，心功能 2 级。

治疗：在 T₄₁ 棘突间压痛处治疗，治疗后胸闷、痛感症状明显减轻，3 天后复诊，又在颈 C₇、C₄、C₂ 夹脊穴、双侧枕骨下缘、双侧斜方肌压痛点治疗，治疗后当晚睡眠明显改善。共治疗 4 次，患者自述症状基本消失，神经衰弱明显改善，每晚能睡 7 小时左右，随访 11 个月未复发，目前患者一切正常。

2. 脑梗死

马某某，男，55 岁，头晕、坐位不稳、双下肢无力、抬步困难，行走不稳，有踩棉花感；颈部疼痛、僵硬、沉重；右手指麻木，右手皮肤呈紫黑色，感觉减退，右髋关节疼痛，活

动有紧张感觉 15 个月，采用多种中西医药物治疗无效。查体： C_{3-4} 、 C_{4-5} 棘突压痛，有筋结样物，压顶试验（+）。颈部 MRI 显示： C_{2-3} 、 C_{3-4} 、 C_{5-6} 椎间盘突出。X 线片显示：颈椎退行性改变， C_{5-6} 、 C_{6-7} 椎间盘疾患，项韧带钙化。颅脑 MRI 显示：右侧囊卵圆中心腔隙性脑梗死，右侧小脑半球脑梗死。诊断为：①右侧囊卵圆中心腔隙性脑梗死。② C_{2-3} 、 C_{3-4} 、 C_{5-6} 椎间盘突出； C_{5-6} 、 C_{6-7} 项韧带钙化。

治疗：2006 年 3 月 2 日，采用针刀在 C_{4-7} 棘突间、双斜方肌压痛点、双天宗穴治疗，治疗后患者症状即刻减轻。一周后复诊，患者自述治疗后的第 3 天，右髋关节突然感觉明显轻松，紧张感觉消失，行走自如。全身症状明显减轻。一周后复诊，又在 C_2 、 C_3 、 C_7 治疗，2 周后复诊，症状基本消失，共治疗 4 次，症状消失。随访 10 个月未复发，目前患者一切正常。

3. 颈源性冠心病

刘某某，男，58 岁，颈部僵硬、沉重，疼痛放射到左胸部锁骨下 8cm 处，失眠，每晚只睡 4 小时左右；每次发作时，呈剧痛、休克状态，肌内注射哌替啶止痛，无效。患者每年发病 1~2 次，每次发作均在夜间睡眠时突然发病，心前区呈剧痛，每次复发均按冠心病治疗已十年，无效。患者于 1997 年 10 月 27 日前来就诊。查体： C_{4-5} 、 C_{5-6} 棘间、 T_{1-2} 棘突间压痛及右肩胛区压痛明显。X 线显示：颈椎椎管狭窄，椎体变形，颈椎诸椎体骨质增生。心电图检查无明显异常改变。诊断为：颈源性冠心病。

在颈 $_{4-5}$ 、颈 $_{6-7}$ 、胸 $_{1-2}$ 棘突间及右肩胛区压痛点治疗，治疗一周后复诊，症状明显减轻。第 2 次在 C_{3-4} 、 C_{4-5} 棘突间压痛点治疗，共治疗 3 次，症状消失，随访 9 年，未复发。患者目前一切正常。

4. 胃黏膜脱垂、慢性胃炎

赵某某，男，43岁，上腹部烧灼样疼痛，有时绞痛，向脊柱区放射，伴有恶心、呕吐、面色发黄、精神欠佳30天，采用多种中西医药物治疗无效。电子胃镜检查：幽门圆形，开闭欠佳，见黏膜脱入球部。内镜诊断为：①胃黏膜脱垂；②慢性胃炎。

治疗：采用针刀在胃俞、 T_7 、 T_{10} 、 T_{12} 的夹脊穴治疗。治疗后患者胃部有一种松开感，症状即刻减轻，一周后复诊，症状明显减轻，又在 T_{10} 、 T_{11} 、 T_{12} 夹脊穴治疗，第三周复诊，患者症状消失，随访一年，目前患者一切正常。

5. 精神障碍

徐某某，男，18岁，高中学生，因学习紧张，精神压力过大，造成头痛、烦躁不安、失眠30天，每晚只能睡3小时，不能坚持正常学习。不能自控、精神障碍、定向障碍、情绪淡漠，看电视时经常背对电视机6个月。确诊为精神障碍。

治疗：在 C_2 、 C_4 棘突压痛点治疗，治疗一周后复诊，精神症状减轻，第二周又在 C_7 、 C_4 治疗，两周后复诊，精神症状明显减轻，共治疗4次，症状消失，随访一年，未复发。

6. 自主神经功能紊乱

李某某，女，55岁，心慌、失眠，每晚只能睡约3小时，四肢颤抖，痉挛步态，迈不开步，行走困难，胸部紧束感，腰部前屈时症状明显加重，生活不能自理6个月，因忍受不了痛苦的折磨有口服安眠药自杀的念头，后被家人发现，才避免了意外发生。查体： $C_2 \sim S_1$ 椎棘突压痛，有筋结样物，双侧臀大肌压痛。CT示： $L_3 \sim S_1$ 椎间盘突出。诊断为：自主神经功能紊乱。腰3~骶1椎间盘突出。

治疗：采用针刀在 T_3 、 T_3 、左臀大肌治疗，治疗后患者症状即减轻，能迈开步行走。一周后复诊又在 T_7 、 T_{12} 、 L_1 棘突间压痛点、右臀大肌治疗，两周后复诊，症状明显减轻，又在 C_7 、 C_4 、 C_2 、 T_{12} 、 T_{10} 、 T_7 、 T_3 夹脊穴治疗，共治疗4次，

症状消失，随访 12 个月，目前患者一切正常。

7. 溃疡性结肠炎

李某某，女，41 岁，腹部疼痛、腹泻、脓血 11 年，加重 1 个月。患者自 1994 年起无明显诱因出现腹部疼痛、呈阵发性绞痛，以右下腹部为甚，大便前症状加重，排便后腹痛缓解。大便每日最少 2 次，最多 10 次，为黏液脓血便，呈鲜红色，每次量少，伴肛门坠感及里急后重，疼痛放射至腰部、后背部，采用多种中西医药物治疗效果不佳。电子结肠镜检查：进镜至回肠末段处约 10cm，回盲瓣及阑尾开口充血、糜烂、有黏液附着，全结肠黏膜广泛充血，血管纹理模糊，尤以降结肠、乙状结肠及直肠明显，散在点片状浅表糜烂，有大量脓性分泌物附着，黏膜质脆，易出血。诊断：溃疡性结肠炎（慢性复发型，中度活动期，病变累及降结肠）。查体：T₇、T₁₂、L₂ 棘突旁 0.5cm 压痛明显，有筋结样物，呈条索状。

治疗：在 T₇、T₁₂、L₂ 夹脊穴治疗，治疗后一周复诊血便减少，腹部疼痛减轻，又在 T₇、T₅、T₃、T₁₂ 治疗，两周后复诊，血便及腹部症状明显减轻，共治疗 6 次，便血及腹部症状基本消失，随访 12 个月未复发。

按语：脊柱由颈椎、胸椎、腰椎和骶尾椎共 26 块骨头组成，每一块骨头有 6 个关节面，可以向 6 个方向活动。根据脊椎的组成以及每块椎骨都可以活动的特点，可以推算出人体椎骨有两亿多种不同方向的排列组合动作。任何一块骨头的错位，都有可能造成局部肌肉、韧带的损伤，引起身体不适。如果错位影响到从脊柱通过的神经，还可能产生如头晕、血压波动、心率变化、食欲改变等全身症状。

脊柱区带内的各种组织导致内脏疾病产生不同的病理改变，如肌肉、韧带、筋膜、关节囊等软组织在脊柱区带内损伤，损伤后在自我修复的过程中形成新的病理因素，即粘连、挛缩、瘢痕、堵塞这四大病理因素，在适当的深度和部位极可

能卡压、牵拉区带内的神经末梢，造成这些神经末梢功能障碍。这些功能障碍通过和内脏自主神经相连的通道，直接影响内脏器官的功能。

黄帝内经认为：病邪侵袭人体之时，必定首先侵入皮毛；如果逗留不去，就会进入孙络；再逗留不去，就会进入络脉；如果仍逗留不去，就会进入经脉；内与五脏相连，分散到胃，使阴经和阳经都感受邪气，五脏便要受到损伤。像这种情况，应当治其经穴。经穴，具有内属脏腑，外络于肢节的生理功能，对内脏之间、体表之间和内脏与体表之间互相关联起着重要的作用。经脉是直行的主干，经别和络脉分别是经脉在全身各个器官的重要支脉，起到联系重要器官、沟通表里的作用。

根据这种理论，有冠心病者，主要选取穴为： T_4 、 T_6 、 T_7 、 T_8 、 T_9 棘突间压痛点；有脑梗死者，主要选取穴为： C_{2-3} 、 C_{3-4} 、 C_{4-5} 、 C_{6-7} 棘突间压痛点；有颈源性冠心病者，主要选取穴为： C_{4-5} 、 C_{6-7} 棘突间压痛点；有胃黏膜脱垂者，主要选取穴为：胃俞、 T_7 、 T_{10} 棘突间压痛点及 T_{11} 夹脊穴；有精神障碍症患者，主要选取穴为： C_2 、 C_4 、 C_7 椎棘突间压痛点；有溃疡性结肠炎者，主要选取穴为： T_3 、 T_5 、 T_7 、 T_{12} 。

这些穴位都有调节相应脏腑的功能。现代解剖证实，在相应穴位之下都有相应的脊神经节段的神经纤维穿过。脊神经节各节段都有相应的神经纤维穿入腹腔后壁，组成交感链，成为调节内脏各器官的核心组织。针刀的主要治疗原则就是松解病变的软组织，消除粘连、瘢痕、挛缩、堵塞等病理因素，使受卡压、牵拉的神经末梢生理功能得以恢复，从而疏通了经络、改善了循环，从根本上解除了某些顽固性内脏疾病的病因，调节体表与内脏器官的平衡作用，达到治愈这些内科疾病的目的。胃肠道患者针刀治疗后有松开感，症状也明显减轻就是一个很好的例证。

(三) 针刀与短波治疗强直性脊柱炎

强直性脊柱炎 (AS) 是在多种致病因素的作用下, 关节周围的软组织及关节内产生粘连、挛缩、瘢痕, 使关节内产生高应力而导致关节内力学平衡的失调, 关节软骨的破坏及在张力的刺激下纤维变性, 最终产生骨性融合。针刀可切开粘连、挛缩、瘢痕组织, 松解软组织的压力和张力, 重新恢复关节力学平衡, 疏通了经络, 改善了循环, 使组织不易造成再次粘连和瘢痕, 可达到良好的治疗效果。中等剂量的短波可使局部血管扩张, 血流加速, 骨骼血液供应增加, 骨骼缺血状态得到改善, 同时也可增强中性粒细胞吞噬作用及机体网状内皮系统功能, 使抗体和补体增加, 从而提高机体免疫力, 促进病变组织的修复, 针刀与短波结合治疗 AS, 两者有协同作用, 可达到最佳的治疗效果。

治疗方法: 根据患者的病变疼痛部位及 X 线显示的病变部位, 在颈、背部、脊柱两侧旁开 1.5cm 处, 及脊柱间隙、臀部、髌髁关节、膝关节的压痛点进行治疗。每次治疗时根据患者病情可选 5~10 个点。晚期可适当多选痛点进行治疗。7 天治疗一次, 针刀治疗后的第 2 天予以短波治疗, 每天治疗 20 分钟, 微热量, 10 天为一疗程, 一疗程后休息 2 天, 再行下一疗程。



二、针刀治验

(一) 强直性脊柱炎

倪某某, 女, 14 岁, 中学生, 2001 年 5 月 6 日就诊。腰背部及髌髁关节疼痛, 反复发作 1 年。因受凉、劳累诱发腰部、髌髁关节疼痛, 呈剧痛, 起卧十分困难。起床时只能侧翻身滚下床沿才能站立, 夜间加剧, 经常痛醒不能入睡。查体: 腰部、臀部、髌髁关节压痛, 腰部不能前屈、后伸、侧弯, “4” 字试验和髌髁关节压迫试验 (+)。X 线片示:

两侧骶髂关节面较模糊、关节边缘较毛糙，欠光整，浅波浪样边缘，关节间隙增宽。实验室检查：HLA-B₂₇阳性。确诊为强直性脊柱炎。采用针刀12次治疗，短波治疗6个疗程，症状基本消失，于2002年5月22日X线片检查显示：两侧骶髂关节较清晰、边缘整齐光滑，密度增高，关节间隙较为正常，强直性脊柱炎趋于痊愈。随访4年，目前患者一切正常，能参加正常工作。

（二）颈椎间盘突出症

周某某，男，39岁，2001年2月22日就诊。述颈部沉重、僵硬、疼痛呈剧痛且放射到右上肢，双侧肩背部疼痛，夜间不能入睡45天，因疼痛难忍，自己把右上肢咬破，生活不能自理。查体：C₃₋₄、C₄₋₅、C₅₋₆棘突、肩背部压痛，有筋结样硬物。击顶试验、压颈试验强阳性。MRI显示：C₃₋₄、C₄₋₅、C₅₋₆椎间盘后突，硬膜囊受压，椎管狭窄，诊断为：颈椎间盘突出（向后）。用多种中西药物治疗无效。李邦雷在C₄、C₅、C₆夹脊穴行针刀治疗，治疗后症状即刻减轻，一周后复诊，症状明显减轻，夜间入睡较好，又在C₆~C₇夹脊穴、天宗穴、肩井穴、肩中俞、肩外俞治疗，第二周复诊，症状、体征大部分消失。共治疗3次，症状、体征基本消失，随访2年未复发。

（三）神经根型颈椎病

李某某，女，50岁。1994年6月27日就诊。病史：一年来颈部及肩部阵发性剧痛，夜间加重甚则痛醒，颈部不能后伸，左手指麻木，有触电样感，尤以拇、示指较重。采用药物及封闭治疗效果不佳。查体：左侧颈部僵硬，颈部活动时疼痛加重，第4~7颈椎压痛明显，压颈试验（+），臂丛神经牵拉试验（+）。X线片示：颈4~7椎体后缘骨质增生。诊断：神经根型颈椎病。在颈4、颈7处有2个压痛点，行针刀治疗后，症状明显减轻。共治疗3次，症状体征完全

消失。X线片复查，颈椎骨质增生无明显改变。随访2年5个月无复发。

工作单位：山东省潍坊市解放军第89中心医院

理疗科针刀医学中心

通信地址：山东省潍坊市解放军第89中心医院北宫
西街256号

邮政编码：261021

电话：0536-8439198

E-mail: LbLzr@tom.com

世间尚多疑难病 应学针刀济苍生

—— 张应学临床经验

张应学，男，1957年12月生。贵州省六盘水市盘县中医院疼痛科主任。中华中医药学会针刀医学分会委员、世界中医药联合会针刀医学分会理事、贵州省针刀学会副主任委员。

1996年率先在六盘水地区开展针刀疗法，亲自主刀数万例，疗效甚好。对针刀医学的理论与实践有深刻的认识，不仅用针刀治疗骨伤、软组织损伤类疾患，而且广泛地应用于内科、神经科及肛肠科等领域。发表近20篇论文。

一、学术特点与医疗特长

（一）针灸针探位在针刀疗法方面的应用

针刀是中西医结合的新型手术器械，针刀疗法是闭合性手术，对治疗部位看不见，摸不着，特别是对深部病灶只能凭解剖常识和临床经验进行治疗，容易造成误伤，采用针灸针对深部病灶探寻定位，指导针刀进行治疗，准确率高、方法简便，使针刀治疗更加安全高效。

各种软组织损伤性疾病，针刀治疗比针灸疗程更短，时有立竿见影之效。但也有不尽如人意之处，在对浅部病灶的治疗，往往是一刀到位，如腱鞘炎、肱骨外上髁炎、跟骨骨刺等。但对胸、腰椎椎周围深部的治疗，并不都是一刀到位，因顾及胸腰深部有重要脏器，不可能像对待四肢部位那样前后左右探寻，稍不注意就会刺伤脏器，造成气胸、瘫痪

等。针刀疗法毕竟是闭合性手术，看不见、摸不着，有一定的局限性。曾经有人在治疗强直性脊柱炎时造成患者气胸；治疗腰三横突综合征时造成患者肾损伤。因此，在针刀治疗过程中，要求每一位针刀医生必须熟悉人体解剖，对每一根神经、血管、肌肉、骨骼有深刻的认识，在治疗过程中，才不会出差错。

《中国针刀医学通讯》有报道，用 B 超定位指引针刀治疗腰三横突综合征，张应学仿照试验，还是不怎么理想，主要是程序繁琐，而且造价高，从 B 超室到治疗室定位又有移动。腰三横突综合征是针刀治疗中最常见的疾病，针刀治疗该病较其他治疗方法有较多的优点，不仅组织损伤小，操作简单，而且疗效确切，有效率高于其他方法。但由于个体差异，每个人的腰三横突长短不同，高低不等，有的还有变异。如果一味地按常规方法进刀，则有 60% 的时候不能一步到位，这时再上、下、左、右寻找，医者心里发怵，患者也会疼痛难忍。根据 B 超定位的启示，考虑采用传统的毫针刺入选定的部位，探寻腰三横突。针灸针的针体细，在肌肉内转动灵活，对组织损伤小，探寻方便，如果定位不准，可拔出再刺，直至定位准确为止。在针灸针的引导下进行针刀治疗，刀顺针入，刀到针出，基本上是 99% 的一刀到位，使医者有一种近似直观的感觉。多年来张应学采用针灸针对腰椎横突、后胸肋关节、股骨头等深部病灶进行探位引导治疗，使针刀疗法更简便、更准确，极大地减少了患者的痛苦，使针刀治疗学进一步得到了补充。

（二）脊柱至阳穴在胸腹部急症中的应用

至阳穴位于脊柱督脉中部，有理气机、化湿热、宽胸膈的功效。十余年来，张应学采用指压至阳穴治疗胸腹部急性痛症，如心绞痛、心肌梗死、胃脘痛、胆绞痛、急性胰腺炎及其他原因引起的胸闷、气短、心慌、心悸等症，疗效显著。现代

研究表明，刺激脊柱至陽穴，可通過抑制痛覺衝動的傳遞，從而阻斷疼痛傳導通路，解除平滑肌痙攣。另外還可通過穴位對組織細胞的調理作用，有效控制疾病的發展及預後。

胸腹部急性痛症範圍較為廣泛，可涉及肺、心、肝、胆、胰、脾、胃腸等臟器，其中任何臟器的急性病變均可導致疼痛及其他一系列病理反應，至陽穴屬督脈經穴，位於第七、八胸椎棘突之間，近年來至陽穴在臨床上的應用較為廣泛，如有人在至陽穴周圍梅花針叩刺治療海洛因戒斷綜合征獲得明顯療效。

從1989年以來，採用指壓脊柱至陽穴進行胸腹部急性痛症搶救治療，效果顯著。該法操作簡便易行，搶救及時，適用於任何場合，便於推廣使用。

1. 心絞痛、心肌梗死 心絞痛和心肌梗死是由於冠狀動脈供血不足或心肌缺血等引起的以發作性心前區疼痛為主的急性痛症，疼痛劇烈，往往伴有面色蒼白、出汗、氣短、有瀕死、恐懼感。屬中醫的“真心痛”、“厥心痛”、“心痹”、“胸痹”的範疇。《靈樞·厥病》記載“真心痛，手足青至節，心痛甚，旦發夕死，夕發旦死”，“厥心痛，痛如錐針刺其心……”。均說明其病之嚴重，需及時搶救。心絞痛患者口含硝酸甘油2~5分鐘可緩解；但心肌梗死患者對硝酸甘油片無反應或反應較差。採用指壓至陽穴及時搶救治療該病數十例，見效快，平均在1分鐘內症狀緩解，一些病情嚴重者待緩解後送醫院進一步做系統檢查治療。

2. 醉酒綜合征 張應學幾年前因醉酒，上吐下瀉，胸悶不適，心慌心悸，汗出，氣短，苦不堪言。囑人找準至陽穴，用力按壓，當即感到心胸爽快，上症緩解。以後每遇醉酒者均屢試屢驗。

3. 胃脘痛 胃脘痛系指上腹部近心窩處的疼痛，泛指上腹部疼痛。急性胃炎、慢性胃炎、消化性潰瘍、胃癌等病患都

可以引起胃脘痛。在疼痛门诊临床工作中，常有胃脘疼痛患者就诊，在未确诊疼痛原因之前，不能随意用止痛药，但患者疼痛难忍，此时指压至阳穴有疏肝理气，和胃止痛的作用，患者的症状会迅速缓解。

4. 胆囊炎、胆绞痛 胆囊炎是一种常见病，主要表现为右上腹部持续性疼痛，阵发性加重，且疼痛向右肩部及背部放射。属中医的“胁痛”、“黄疸”、“结胸”、“胆胀”等病范畴。《灵枢·胀论》中记载“胆胀者，肋下胀痛、口中苦、善太息”。本病药物止痛效果不是很理想，按压脊柱至阳穴有舒肝利胆，理气止痛的功效。采用指压至阳穴，疼痛会很快解除。

5. 急性胰腺炎 急性胰腺炎是常见的急腹症之一，疼痛来势凶猛，紧急情况时指压至阳穴，可立即缓解疼痛，控制病情发展，然后再送往医院做进一步诊治，重型尚需手术处理。

6. 认识 至阳穴属督脉，位于人体脊柱中央，是奇经八脉之一，总督全身之阳气，是全身阳脉会聚之处，称“阳脉之海”。根据《素问·气府论》记载督脉共有 28 个穴，至阳穴居中，有理气机、化湿热、宽胸膈的功效。解剖位置位于第 7 胸椎与第 8 胸椎棘突之间，平两肩胛下角，在棘上韧带及棘间韧带中，布有第 7 胸神经后支内侧支。近年来，经过临床不断地研究和探索，发现至阳在各科疾病中都具有诊疗价值。

胸腹部急性疼痛来势凶猛，病情严重，需及时救治，据“经络所过，主治所及”的原理选用行经腰背之中的至阳穴，以指代针，使气血、经络通则痛止。现代研究表明，刺激穴位可抑制痛觉冲动的传递，从而阻断疼痛传导通路，而起到镇痛作用；同时，还可通过穴位对组织细胞的双向调理作用，有效地调节相应内脏的自主神经功能，使各脏器功能趋于健康。心绞痛时刺激至阳穴可使冠状动脉舒张、缺血的心肌细胞得到改善；急腹症时腹内平滑肌痉挛缓解；在对急性胰腺炎的治疗中，可能至阳穴还可抑制胰蛋白酶的活性，故能有效控制胰腺

炎的发展。其机制尚待进一步研究。

(三) 针刀治疗偏头痛

偏头痛几乎占头痛病患者的 5% ~ 6%，是常见的头痛病，发作时一侧剧烈疼痛，后头部跳动性痛，有时如触电样放射至头顶、前额、颞侧及太阳穴，伴有恶心、呕吐、眩晕、无神等，持续时间半小时至 2 小时不等。十余年来张应学采用针刀疗法找到枕大神经出肌肉、筋膜处，针刀松解疏通，有时刀到病除，疗效甚好。

临床上头痛的种类较多，是一个非常复杂的疾病。引起头痛的因素很多，如外伤、血管舒缩功能失调、颅内高压、颅内低压、颅内占位性病变等。临床所见，长期折磨患者的顽固性头痛多是由枕部神经受卡压所致，治疗非常棘手，并常无特殊治疗方法。根据针刀医学原理，用针刀疗法治疗此类顽固性疾病，疗效甚好。

(四) 夹脊穴行针刀疗法在内科疾病中的应用

针刀治疗软组织损伤，在临床实践中疗效显著。根据朱氏理论，采用华佗夹脊穴行针刀疗法治疗内科疾病亦可收到良好的效果。

从第 1 胸椎棘突起，至第 5 腰椎棘突止，每椎棘突下旁开半寸为夹脊穴。因穴位的位置不同，涉及的肌肉亦有差异。一般分为三层，浅层有斜方肌、背阔肌和菱形肌；中层有上、下后锯肌；深层有骶棘肌和横突棘肌等。每穴都有相应椎骨下方发出的脊神经后支及其伴行的动脉和椎后静脉丛分布。夹脊穴的适应范围比较广，脊椎各部的关节痛、各脏腑疾患均可选用。其中上胸部的夹脊穴主要治疗呼吸及心血管方面疾病，下胸部夹脊穴治疗消化系统的病症，腰部夹脊穴用于治疗腰、腹部及下肢病症。

在使用针刀疗法之前，张应学在夹脊穴的应用中主要采取传统针灸取穴，治疗内科的不同疾病。自开展针刀疗法以

后，张应学采用针刀的治疗方法原理，在肋横突关节囊、椎间孔等部位采用切开、剥离松解，术后再行胸腰椎整复手法，其效果比使用针灸的效果更胜一筹。特别是非脏器病变引起的“神经官能症”，如腹胀、腹痛、胁肋痛、岔气、胸闷、胸痛等，经针刀在相应节段夹脊穴刺激、松解、剥离后行整脊手法，患者会立即感到症状减轻或消失。对有些顽固性咳嗽、哮喘等疾病，经药物治疗效果不佳的时候，再配合针刀在第7颈椎至第4胸椎节段的夹脊穴刺激、松解，症状会很快缓解。

对于一些器质性疾病，如胆囊炎、胃及十二指肠溃疡、肺炎、气管炎等，在相应节段夹脊穴行针刀疗法，配合常规的药物，治疗效果会更好。

随着内科病治疗和循证医学方法在针刀医学临床研究中的广泛应用，针刀夹脊穴的主治范围将得到更进一步拓展；随着研究的持续深入以及其他学科的交叉渗透，针刀作用于夹脊穴以治疗内科疾病的原理将展开崭新的一页。

（五）治疗坐骨神经痛的再认识

坐骨神经痛是一种症状，其病因分为原发性疼痛和继发性疼痛两种。原发性即坐骨神经炎，临床上很少见；大部分为继发性坐骨神经痛，主要为腰椎间盘突出及脊柱病变引起。

十年来，张应学对CT检查确认为腰椎间盘突出而致坐骨神经痛的患者，采用常规的腰椎间盘突出症针刀方法治疗，效果不是很理想，而且疼痛依旧。后经再检查触诊，在坐骨结节与大转子之间，有很明显的压痛点。于是他在坐骨结节向大转子侧面进针刀，达坐骨结节骨面，作切开剥离法或纵行疏通剥离法，解除肌筋膜痉挛对坐骨神经的压迫，从而使坐骨神经松弛，取得了较好的疗效。

为什么CT检查确认为腰椎间盘突出压迫脊神经，经常规治疗又无效呢？CT诊断是没有错，但坐骨神经痛不全是因腰

椎间盘突出引起的。如有的人头晕及颈部疼痛，摄片检查有颈椎骨质增生，盲目服用大量抗骨质增生的中西药，疗效不佳。按针刀医学理论指导的方法进行检查，判断属项韧带损伤、肩胛提肌损伤、颈夹肌、头夹肌损伤、椎枕肌劳损中的哪一类型，并经相应的针刀治疗，并没有对骨质增生进行处理，而疼痛及头晕消除。有的人因腰痛久治不愈，摄片为腰椎骨质增生或腰肌劳损，按针刀医学理论提示为棘上、棘间韧带损伤或腰三横突综合征，髂腰韧带损伤等。还有大多数膝关节疼痛的患者摄片后都被诊断为骨质增生（髌间嵴隆起变尖、增生），但大部分疼痛是由髌韧带损伤、内外侧副韧带损伤，髌周疾患所引起的。同样，坐骨神经痛虽经 CT 诊断为腰椎间盘突出所导致，但不全是突出物压迫脊神经引起的病变。有的人 CT 检查有腰椎间盘突出，但无任何不适症状，有的人有症状，但 CT 显示椎间盘完好无损。

坐骨神经由腰 4 至骶 3 神经组成，是全身最粗大的神经，自梨状肌下孔出骨盆后，位于臀大肌的深面，经股骨大转子和坐骨结节之间降至大腿后面。坐骨神经的通道，其上端位于盆腔后壁，下至闭孔内肌腱的下缘，此通道狭窄时，可使坐骨神经受压，导致坐骨神经痛；坐骨结节与大转子之间有下棘肌、股方肌、臀下血管神经、阴部神经血管束，形态变化较大，重叠交错，盘曲缠绕，并与周围结缔组织粘连，其间肌肉筋膜血管的病变，如肿胀、肥厚、瘢痕等，均可引起坐骨神经疼痛。所以在坐骨结节外侧缘进行针刀松解，可解除痉挛的肌筋膜或韧带，使卡压的神经得到舒展，自然坐骨神经痛就得以消除。

二、针刀治验

（一）心肌梗死

江某某，男，47 岁，干部，1998 年前在酒宴上因情绪激

动引发心前区痛，当时左胸疼痛剧烈、胸闷气短、面色苍白、全身大汗出、四肢痿软、无力。对其立即施予指压至阳穴，40秒钟后，疼痛缓解，能言语，患者要求继续按压该处，15分钟后症状全部缓解，遂送医院作进一步诊治。入院后，确诊为“心肌梗死”，住院治疗2个月后痊愈出院。

（二）枕大神经卡压综合征

王某某，男，18岁，学生，2000年5月6日就诊，患者呈痛苦面容，两眉紧锁，消瘦、无神。其姐代述，近半年来半侧头痛时有发作，痛时从后头部连及头顶、颞部及太阳穴附近，痛剧时用拳头敲打头部，用头撞墙；服用镇脑宁、正天丸、头痛粉稍有好转。因头痛，导致意识分散，学习成绩下降，因接近高考，遂送到内科治疗半月，病情依旧。经人介绍转来治疗。检查：在枕大、枕小神经穿出肌肉、筋膜处有压痛、硬节，枕大、枕小神经支配区疼痛、麻木，转头和咳嗽时疼痛加重。诊断为枕大神经卡压综合征，给予针刀治疗。患者取俯卧位，头俯于床边枕上，于枕大神经出肌肉、筋膜处，备皮、消毒、进刀、松解疏通后出刀，头痛立止。嘱其3天后复诊，但3天后患者未来，半月后其姐告之，患者经针刀手术后疼痛未再复发，当天即回校上课。

（三）胸痛

董某某，女，30岁，某电厂工人，因胸痛曾到昆明、曲靖等大医院求诊，经CT、X线、B超、化验等检查均告之无病，不予施治。3个月前经人介绍来诊，自述胸痛连背，呼吸稍重点都会诱发疼痛，不敢大声说话，坐立时均须含胸拔背，夜晚睡觉翻身困难，动则痛甚，服用止痛消炎药无效。检查胸椎3~8棘突两侧压痛明显，关节囊、关节突似有肿大，遂在胸4~6棘突两侧夹脊穴即肋横突关节囊上行针刀刺激、松解、剥离，术后行胸椎整复手法，当即患者感到疼痛减轻，呼吸顺畅，扭腰俯仰自如，继以开胸顺气、活血消

肿中药内服。3天后患者回报，胸痛痊愈，随访2个月未再复发。

工作单位：贵州省六盘水市盘县中医院疼痛科

通信地址：贵州省六盘水市盘县交通路134号

邮政编码：553500

手机：15308586788

E-mail: zyx6699@163.com

三宝合璧治疗颈椎病 筋骨并重擅长弹拨法

——张秀芬临床经验

张秀芬，女，1960年12月生，武警北京总队第二医院理疗科主任、主任医师，享受军队优秀人才二等岗位津贴。中华中医药学会针刀医学分会副主任委员，世界中医药学会联合会针刀专业委员会副秘书长，全军中医药学会针刀专业委员会副主任委员。

发表论文42篇，《慢性腰腿痛》主编、《中西医结合骨病诊断治疗系列丛书》编委、新世纪全国高等中医院校创新教材《针刀医学》（上、下册）编委等。

参加272次香山科技会议并做中心发言，其医疗科技成果在地方和部队多次获奖。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀结合手法治疗寰枢关节紊乱型颈椎病

1. 临床表现

（1）症状：以眩晕、头痛、枕项部僵硬麻木、视物障碍、恶心为主症，或伴有耳鸣、睡眠不佳、原因不明的心悸、胸闷等。

（2）体征：压痛：枕下三角体表投影区、枢椎棘突、棘突旁及寰椎、枢椎的一侧或双侧横突触及条索状物伴有压痛、或压痛向枕、颞部放射；枢椎棘突偏歪、寰枢关节突关节两侧不对称；转头时症状加重或突然诱发眩晕。

(3) X线表现：齿突轴线与寰椎轴线均不重合。

2. 针刀治疗

(1) 定位：于颈后正中线与枕外隆凸下缘交界处选取第一点，再于该点旁开2cm左右各选取一点，然后于枢椎棘突上缘、下缘及其旁开1~1.5cm处各选取一点，共计九点。

(2) 常规消毒。

(3) 操作：于上述九点，按操作常规进针，注意如有明显疼痛或有触电感，则应稍退针略调整进针方向后继续操作。进针深度控制在2cm以内。

术后针眼按压止血。

3. 手法治疗 采用朱师两点一面颈椎复位法。复位后颈托外固定，术后5天摘除颈托。

4. 术后第4天复查患者症状、体征和颈椎张口位X线片。若仍有异常，则需做第二次针刀治疗，一般不超过四次。若症状、体征消失，即使X线片有异常，也可以不必再做针刀治疗。

5. 功能练习 疗程结束时，教会患者练习“与项争力”、“哪吒探海”、“犀牛望月”及“金狮摇头”等颈部四部功能练习操。常年坚持。

6. 治疗体会 寰枢关节处在头颅与颈椎交汇处，为颈椎活动枢纽。颈椎旋转运动50%由其完成，屈伸运动的一半左右与寰枕关节有关，同时寰枢关节周围还通行有脊髓、颈上交感神经节和椎动脉等重要的神经、血管。寰枢关节完成这些复杂的运动和保护功能，有赖于连接头颅与寰枢椎之间的诸韧带及寰枢关节周围的诸短肌的正常功能。若寰枢关节发生微小错动，或维护其稳定性的这些软组织发生慢性劳损，压迫或刺激了椎动脉、颈上交感神经节及穿行于椎枕部的颈神经分支而产生一系列临床症状。

(1) 椎动脉的第三段位于枢椎横突孔下口到枕骨大孔处，

若此段椎动脉穿行部的软组织，如枕下三角以及寰枕后膜等因无菌性炎症发生水肿、痉挛、粘连等病变使椎动脉受到刺激而引起反射性痉挛，或枢椎发生位移使一侧椎动脉受挤压、扭曲，该侧血流量减少，这些原因都可引起脑基底动脉供血不足而产生眩晕。如以上原因压迫枕大神经、枕小神经、颈上交感神经节则可引起头、枕部疼痛，视物障碍，胸闷不适，心悸等症状。

由于寰枢关节错缝或关节周围软组织劳损产生的临床症状，往往被诊断为脑基底动脉供血不足或自主神经功能紊乱，或被认为是因为下位颈椎骨质增生压迫所造成，但在为何造成供血不足、自主神经功能紊乱以及骨质增生的程度是否足以影响供血等问题上，往往认识较为模糊，影响了对该病的治疗。我们认为将其单独命名为一个颈椎病类型即寰枢关节紊乱型颈椎病，无论是对临床上对该病病理机制的认识，还是准确地指导治疗都有重要作用。

(2) 用针刀在发生劳损的关节、韧带以及椎枕肌群在枕骨下项线的附着点等处进行松解、减压和剥离变性的软组织。在此基础上，再用两点一面手法对寰枢椎错缝进行复位，这样既易于复位，还可消除引起寰枢关节错缝或使这种错缝得以固定的因素。

(3) 手法复位后让患者戴上颈托，一是为了使寰枢关节错缝在复位后能得以稳定下来；二是为了让经针刀治疗的软组织能有一个利于恢复的制动环境。治疗完毕后让患者长期坚持颈部四项功能练习操，将有利于增强整个颈部肌肉的力量，有利于保持颈部生物力学平衡，能改善颈部的血液循环和代谢，对防止颈部肌肉再次发生劳损、寰枢关节错缝，具有重要作用。

(4) 值得指出的是，在对患者诊疗过程中，有些因 X 线片提示寰枢关节明显改变而诊为寰枢关节错缝，治疗后 X 线

片改变并不明显，但患者症状、体征改善却很显著，且随访未见复发。其机制应是针刀及手法治疗解除了寰枢椎周围的软组织病变引起的粘连、挛缩，椎动脉不再受其刺激或压迫，脑基底动脉血供恢复正常；或是穿行于该处的颈神经分支因受软组织卡压或刺激而产生的无菌性炎症，因软组织卡压的解除得以迅速改善。这提示我们，在临床上对寰枢关节紊乱型颈椎病无论在诊断还是在疗效评判中，应以症状、体征为主要依据，而不能单纯凭 X 线片改变而轻易作出诊断和疗效评判。

(二) 三步神经定位法治疗神经根型颈椎病

颈椎病是临床上常见的多发病，神经根型颈椎病又是各型颈椎病中发病率最高的一种。我们采取先以三步神经定位法作出精确定位、再以针刀闭合性手术微创治疗的方法治疗本病，疗效明显。

1. 三步神经定位方法

第一步，临床症状定位：根据患者主诉的疼痛、麻木、皮肤感觉减退以及肌力减弱的部位，依据颈神经根的分布和它所支配的肌肉，对颈椎患病的部位作出初步定位诊断。

第二步，触诊定位：根据第一步的定位诊断结果，对相对应的颈椎及其上下 2 个椎体的棘突、棘间、关节突关节和横突进行触诊检查，触清棘突是否有偏歪、关节突有无隆起和左右横突是否对称，若有异常，则应检查是否同时有压痛和病理阳性物——硬结、条索状物、摩擦音等。

第三步，影像学定位：观察颈椎 X 线六位片、颈椎 CT 或 MRI 片，注意是否有棘突偏歪、椎间隙变窄、生理曲度变直、反弓、成角、韧带钙化、双突影，双边影，椎体滑移，骨质增生以及颈神经根受压，若有，确定其发生部位。综合以上三步定位检查，即可对病变颈椎节段精确定位。若患者症状、体征与影像学不符，则以前者为主要定位依据。

2. 治疗方法

(1) 备皮：患者采取俯卧低头位，颈下垫一高约 15cm 枕头，下巴抵住床头，以保持头颈部稳定，然后将颈部上至枕外隆凸、外至耳后乳突的范围常规备皮。

(2) 定点、消毒：根据以上神经定位诊断确定的病变颈椎节段，选取该节段的棘间及其双侧关节突关节以及颈肩部阳性反应点 1~3 点作为针刀进针点，用甲紫标记，术野按西医外科手术要求常规消毒，铺巾，医者戴一次性帽子、口罩和无菌手套。

(3) 操作：于上述治疗点，按针刀闭合性手术的四步进针规程、颈椎的针刀手术入路和手术方法进行治疗。

(4) 手法：根据颈椎 X 线片提示的骨关节异常情况，选用针刀医学手法学中的颈椎手法分别予以矫正，矫正后予以颈托外固定 3 天。3 天后复查，若仍有症状、体征，则需 4 天后第 2 次治疗，3 次一疗程，治疗结束时复查 X 线片。

(三) 针刀治疗对椎动脉血流动力学及 X 线影像的影响

1. 目的 研究针刀结合手法复位治疗对颈椎病患者椎动脉血流动力学及 X 线影像学的影响，探讨针刀治疗颈椎病的机制。

2. 方法

(1) 用彩色多普勒血流显像 (CDFI) 检测患者双侧椎动脉针刀治疗前后收缩峰值血流速度 (VP)，平均血流速度 (Vm)，搏动指数 (PI) 和阻力指数 (RI) 的变化。

(2) 用 X 线开口位平片检测针刀治疗前后患者的寰椎与齿突轴线差值和齿突与侧块差值的减少程度和颈椎 X 线平片显示双边影、双突影或椎间隙变窄、骨质增生、颈椎曲度变直、韧带钙化、椎间孔变化来评估疗效。

3. 结果 CDFI 与治疗前相比，治疗后患者左右椎动脉的 VP、Vm 均有显著提高 ($P < 0.01$)，RI 有了明显降低 ($P < 0.05$)。X 线影像学治疗前后寰椎与齿突轴线差值具有高度显

著性($P < 0.01$)。齿突与侧块差值也具有显著性, ($P < 0.05$)。无论是颈椎生理曲度、双边影、双突影、还是齿突、棘突偏歪等病理改变均有显著改善。

4. 结论 通过针刀结合手法治疗, 椎动脉血液动力学状况明显改善及 X 线影像学治疗前后的改变, 消除或减轻神经、椎动脉受到的压迫、牵拉、扭曲等刺激, 纠正了颈椎的力平衡失调, 这是治疗颈椎病的主要机制之一。我们认为, 针刀结合手法是治疗该病的一种值得推广的有效方法。

研究表明, 颈肩部软组织慢性损伤引起的颈椎动力学改变以及颈椎正常解剖位置微小改变引起的颈椎骨关节力平衡失调是颈椎病形成的根本原因。针刀治疗可在精确定位病灶基础上, 一方面对慢性损伤的软组织进行松解、疏通和剥离; 另一方面, 针对 X 线片提示的骨关节解剖位置的微小病理改变, 能用针刀医学独特的手法予以矫正。本研究认为针刀治疗颈椎病同治疗前相比, 无论是颈椎生理曲度、双边影、双突影、还是齿突、棘突偏歪等病理改变均有了显著改善。正是这种颈椎应力平衡失调的改善, 消除或减轻了椎动脉受到的压迫、牵拉、扭曲等刺激, 从而使椎动脉血液动力学得以改善。

(四) 松解颈枕部肌筋膜治疗颈性眩晕

眩晕的病因和发生机制比较复杂, 除与内科、神经科及耳科有关外, 常与颈部肌肉及小关节紊乱有关, 故后者又被称为颈性眩晕 (cervical vertigo)。我们在临床实践中发现, 有一类颈性眩晕患者, 与枕项部肌筋膜劳损的发生密切相关, 采用颈枕部肌筋膜针刀松解术对此类颈性眩晕进行治疗, 取得满意疗效。

1. 方法 术前枕外隆凸上 1cm 水平以下头部常规备皮, 俯卧低头位, 保持头颈部稳定。用拇指以中等力度在枕外隆凸与乳突后下缘连线以及乳突后下缘与第 7 颈椎棘突连线上寻找到痛性条索或结节, 根据压痛程度从高到低每次选 4~8 点,

甲紫标记。

将枕颈部术野皮肤碘伏常规消毒，以 5ml 一次性注射器抽取 1% 利多卡因在甲紫标记点处逐一进行浸润麻醉，深度不超过皮下 1cm，推药前必须回抽无血以防局麻药进入血管。麻醉生效后左手中指于治疗点加压，另一手持一次性汉章牌 I 型 4 号针刀于左手中指旁刺入皮下，有条索者，治疗点刀口线与条索走行方向一致，无条索者针刀刀口线与颈部纵轴方向一致，然后继续加压垂直刺入皮下组织至肌筋膜，此时术者可听到瘢痕粘连组织松解开的“嚓嚓”音，在此平面上点刺松解 2~3 次，然后将针体分别与上、下皮肤成 30° 角在此平面上对肌筋膜瘢痕、粘连组织点刺 2~3 次即可。治疗中患者如有“电击样”麻痛感，则将刀口线旁移约 1mm，继续操作。以相同方法对其他治疗点逐一进行治疗。治疗完毕后用纱布对术后针眼加压不少于 3 分钟，针眼逐个用创可贴覆盖。

针刀松解减压术后患者去枕仰卧位，医生立于患者头部，一手固定住患者下颌，一手固定枕部，让患者略低头位向右侧旋转 45°，在此角度医生将患者沿身体纵轴方向牵引拔伸颈部约 1 分钟，左侧牵引拔伸方法同右侧。牵引后用颈围领固定颈部 3 天。术后第 2 天复查伤口。根据患者症状恢复情况，共需治疗 1~6 次，间隔 5~7 天治疗 1 次。

术后第 3 天去除颈围领后，教会患者“与项争力”、“哪吒探海”、“犀牛望月”及“金狮摇头”等颈部四步功能练习操，早晚各练习 1 次，常年坚持。并要求伏案工作 1 小时即需进行挺胸回头、耸肩、绕肩动作练习 3 分钟，以避免颈肩肌肉过度疲劳。

2. 讨论

(1) 枕颈部肌筋膜劳损导致颈性眩晕的机制：颈性眩晕的发生机制比较复杂，不少学者认为本病的发生是由于椎动脉受到增生的钩突关节、关节突关节或突出的椎间盘压迫或刺

激，造成椎-基底动脉供血不足而导致眩晕。然而我们在临床中发现，有一类颈性眩晕患者，并无骨关节和椎间盘的退变，但眩晕症状却很明显，有些患者颈椎及椎间盘退变比较明显，但病程却很短，之前从无不适感；而且此类患者眩晕及伴随症状经颈枕部按压、针灸或理疗后大多能有不同程度缓解。此外，我们在临床中发现颈性眩晕的发病呈低龄化的趋势，因此我们认为软组织因素很可能在该类型颈性眩晕患者发病中起到关键作用。

肌筋膜是包绕着一块或一群肌肉表面并附着于骨突处的结缔组织，分浅、深两层，具有减少肌肉间摩擦、保证每块肌肉或肌群能单独进行活动以及使肌肉附着于骨并将肌肉的拉力传向骨骼的作用。肌筋膜的反复损伤可导致肌筋膜变紧和肥厚，最后形成紧张性和痉挛性的结节以及张力性的条索状物，称肌筋膜劳损点或扳机点，出现扳机点后可使骨骼肌的肌力下降。

颈枕部处在头颅与颈椎的交汇处，其中的寰枢关节和寰枕关节是颈椎活动的枢纽，颈椎旋转和屈伸活动的一半由它们来完成。枕外隆凸、乳突后缘和第2颈椎棘突连线形成的三角区内从浅到深附着有斜方肌、头夹肌、头半棘肌、头后大直肌、头后小直肌、头上斜肌等12块肌肉，它们是维护寰枢关节和寰枕关节生物力学动态稳定的重要因素。随着人们工作和生活方式的改变，颈部受到劳损性损害的机会增加，当颈部肌肉出现劳损时，上述肌肉附着的枕外隆凸、乳突后缘和第2颈椎棘突边缘围成的三角区即可出现上述肌肉肌筋膜劳损点——扳机点，这在颈性眩晕患者临床检查中均得到证实。

枕颈部肌筋膜劳损，一方面可直接卡压或刺激穿行于椎枕肌内椎动脉第3段表面的交感神经丛，使椎动脉收缩痉挛；引起椎-基底动脉供血不足，最终导致前庭迷路缺血，产生眩晕症状；劳损的肌筋膜还可卡压或刺激穿行于其中的枕大神经、枕小神经以及第3枕神经，产生枕项以及头部的疼痛症状；另

一方面，枕颈部肌筋膜劳损，还可导致头颈部活动时枕颈部肌力不平衡、不协调收缩而引起寰枢关节的轻微错位或失稳等生物力学改变，穿行其周围的椎动脉受到刺激或扭曲，引起椎-基底动脉供血不足，而产生眩晕；寰枢关节的轻微错位或失稳，还可以使寰枢椎横突前方的颈上交感神经节受到牵拉性刺激，引起与其节后纤维相连的睫状神经节兴奋，瞳孔开大肌、上下睑平滑肌异常收缩，出现视物模糊、易疲劳等症状。

(2) 针刀肌筋膜松解术治疗颈性眩晕的机制：针刀治疗是一种中西医结合的新疗法，其刀具呈针形，直径1mm，刀尖为平刃，直径0.8mm，可对软组织内部的纤维化、粘连以及挛缩的组织进行微细剥离、松解和减压的作用。

针刀治疗，一方面可对枕颈部劳损的肌筋膜表面进行剥离、切割，松解挛缩变性的肌筋膜，阻断肌筋膜挛缩引起的恶性循环，解除对穿行其中的血管神经的卡压和刺激，还能对因反复慢性无菌性炎症而引起的肌筋膜鞘内压力增高起到松解减压的作用；另一方面，通过切断肌筋膜劳损形成的扳机点内少量挛缩变性的肌筋膜纤维，解除因相应肌组织的挛缩而形成的局部高应力点，被约束的肌肉获得解放，有助于颈椎生物力学动态平衡的恢复，此外，针刀治疗后的仰卧位牵引拔伸，对寰枢关节紊乱也能起到复位和恢复生物力学平衡的作用。

临床观察，取得疗效的患者治疗后复查颈椎X线片，骨质增生、椎间隙狭窄等颈椎退行性变均无改善，从一个侧面也证实了颈椎退行性变并不一定是引起颈性眩晕的惟一原因。枕颈部肌筋膜劳损所致的颈性眩晕，尤其是影像学改变不明显的中青年颈性眩晕以及影像学改变与临床症状不相吻合的颈性眩晕患者提供了一种新的安全而有效的微创治疗方法。由此可见，针对枕颈部肌筋膜劳损的扳机点进行治疗，解除其对颈部血管神经的卡压或刺激，重新恢复颈椎尤其是上颈段生物力学平衡是本治疗的关键所在。



二、针刀治验

(一) 冻结肩

武某某，男，53岁。患者右肩痛3年余，经多家医院诊断为“冻结肩”，做过多种治疗未愈，于1992年4月23日来诊。查体：右肩部肌肉萎缩，肩周明显压痛，夜间睡眠不敢翻身，时常痛醒呻吟，尤以侧卧时患肩疼痛剧烈。肩前屈上举30°、后伸10°、外旋位外展上举25°，摸耳、搭肩试验阳性。X线片排除骨病及肺部疾患。诊断为冻结肩。在喙突、肩峰、肩后行针刀治疗，当即疼痛明显减轻，肩前屈上举60°、后伸20°、外旋位外展上举70°，当晚入睡良好。6天后右肩活动无疼痛，夜眠时可随意翻身，3次针刀治疗后，肩前屈上举130°、后伸45°、外旋位外展上举180°。

(二) 颈源性眩晕

陈某，女，53岁。眩晕伴枕项部疼痛2年，加重2周。2005年11月10日首诊。患者两年来一直有头部昏沉感伴枕项部僵硬疼痛，两周前劳累后眩晕再次加重，不敢站立，伴有恶心，去某大学附属医院就诊，检查除外“脑血管意外及梅尼埃病”，入院后经“改善脑部血液循环、营养神经”等治疗2周，症状无明显缓解，遂来就诊。查体：血压110/70mmHg，双侧乳突后缘，双侧颈椎第2、3关节突关节、左侧乳突与枕外隆凸连线中点以及左侧乳突后缘与枕下三角明显压痛，隆椎棘突连线平第5、6棘间水平触及明显浅在压痛，旋颈试验阳性。X线片提示：颈椎向左侧弯，生理曲度反弓，第2、3颈椎间前后轻度滑移，寰椎后弓见双边影，第2颈椎棘突向右轻度偏离齿突轴线。椎动脉B超提示左侧椎动脉走行迂曲，右侧椎动脉血流速度减慢。

治疗：局麻下取上述压痛点为治疗点，行颈性眩晕针刀肌筋膜松解术，术后配合颈椎牵引拔伸，颈围领固定。患者治疗

结束即感觉眩晕明显减轻，眼睛视物轻松感。1周后第2次治疗后症状消失，复查X线片提示生理曲度明显改善，椎动脉B超显示椎动脉走行及血流速度已恢复正常。1年半后随访，症状未复发。

（三）神经根型颈椎病

孟某，女，47岁，北京人，2007年12月27日就诊。患者自诉1个月前因低头织毛衣时间长致颈肩部疼痛不适伴右侧手指麻木，以小指为重，经牵引等治疗未见明显缓解，来理疗科就诊。

检查：患者颈椎活动度尚可，颈椎棘突5、6、7及双侧椎旁压痛明显，双侧肩胛骨内上角压痛，冈下窝压痛，可触及条索状物。右臂丛牵拉试验（+）、椎间孔挤压试验（+）。

颈椎X线片：侧位片示颈椎生理曲度变直， $C_{5,6,7}$ 椎体后缘唇样增生，斜位片示 C_{3-6} 、 C_{6-7} 椎间孔双侧变窄。正位片示： $C_{5,6,7}$ 钩椎关节轻微增生。

诊断：颈椎病（神经根型）。

治疗：12月27日第一次针刀治疗。

体位：俯卧位，胸下垫薄枕，低头，双手扶住额头。

定点：在 $C_{5,6,7}$ 棘突旁开2cm处椎旁肌紧张点双侧选取6点，斜方肌颈段条索最明显处（大致相当于肩井穴）、双侧肩胛骨内上角、双冈下窝条索最明显处。

针刀治疗：针刀刀口线与人体纵轴方向一致，针刀体与定点处皮肤成 90° 进入，到达病变部位后进行纵行切割2~3下，感觉有硬结处切割次数增加2~3下。

手法治疗：患者仰卧位，术者立于患者头侧的床头，用双手兜住患者颈椎处，双手在患者颈椎下交叉往斜上方用力上拔伸颈椎，运用2点1面手法调整错位的颈椎小关节，术后给予颈围外固定3天。

针刀治疗后第三天给予局部物理治疗并行牵引3次。

2008年1月6日行第二次针刀术,经第一次针刀术后手指麻木症状明显缓解,仅遗留右手小指麻木,做第二次针刀术,定点于T₁棘突右侧旁开2cm处及未完全松解的颈椎旁肌肉和冈下肌紧张处、右侧三角肌止点等处。第二次针刀术后第三天给予局部物理治疗和牵引三次。

随访:患者于2008年6月就诊,自诉经过2次针刀治疗后症状完全消失。未复发,复查颈椎X线片示颈椎生理曲度恢复正常。

按语:神经根型颈椎病是由于椎间孔附近的钩椎关节增生及小关节的错位等原因导致神经根出口处受到压迫而引起上肢麻木、疼痛等症状,一般采取牵引、针灸、推拿、理疗等方法进行治疗,常规治疗对此类疾病有效果,但是病情容易反复、不够稳定,我们对顽固性神经根型颈椎病采用针刀松解椎旁肌的紧张挛缩,手法复位、手法调整颈椎的生理曲度和小关节的紊乱并适当牵引来达到治疗此病的目的,疗效显著,而且远期疗效好。

工作单位:北京武警总队第二医院理疗科

通信地址:北京市西城区月坛北街丁三号

邮政编码:100037

电话:010-86189025

手机:13801386012

E-mail:ZHANGXIUFEN1960@yahoo.com.cn

矫正钩椎治颈椎病 松解胸椎愈气管炎

—— 初航临床经验

初航，男，1937年生，教授，主任医师，硕士研究生导师，俄罗斯彼尔姆医学研究院名誉院士，现就职于中国医科大学附属第一医院著名专家门诊。

1991年开始对针刀疗法进行学习、钻研和探讨，曾应邀赴东瀛讲学，传授针刀疗法，日本国家电视台专题报道了他讲学和治病的实况。

撰写论文《三步通络法治疗脊柱病的临床观察》等30余篇。主要专著：《中医学概要》、《中医学》。接待并治疗慕名而来的国内外患者万余人。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀疗法治疗钩突关节型颈椎病

1. 体位 患者取坐位，低头，额部放在枕头上。术者站在患者身后。

2. 定位 在颈椎旁或横突末端寻找压痛点和小结节，此处即是进针治疗点。

3. 操作 常规消毒后，进针刀，刀口线与脊柱纵轴平行，垂直于皮肤进针，达横突骨面后，使针身稍倾斜，滑向横突末端，先纵行疏通，再横行剥离，然后调转刀锋，使刀口线与肌纤维垂直，行切开剥离，术毕出针。操作时应注意进针切勿过深，不得超过或滑过横突骨面，以防伤及神经和血管。

4. 手法牵引整复 患者低坐位，头部前屈 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ，医生站在患者后方，用一侧上肢肘部托住患者下颌，另一手扶住枕部，轻轻向前上方牵引约 10 ~ 15 秒，动作要轻柔，然后左右旋转 3 ~ 4 次。

5. 疗程 以上治疗每 5 天一次，每次治疗后嘱患者经常进行头部左右旋转、前屈后伸运动。

6. 体会 钩突起自颈椎椎体前外侧交界处，沿椎体侧方向后突起，并延伸至椎体后缘中外 $1/3$ 交界处变平呈钩状，故名钩突。其与相对应的上一椎体下面的斜坡处咬合构成钩椎关节，又名 Luschka 关节。该关节的后方有脊神经通过，外侧方有椎动脉从横突孔穿过，在椎动脉周围有大量的交感神经纤维包绕。钩椎关节参与颈椎运动，但其关节囊薄弱，容易受损。当钩椎关节发生稍许移位时，脊神经或椎动脉极易遭受刺激和压迫，引起相应的临床症状。

根据钩椎关节病变之部位、范围及程度不同，对邻近组织的刺激与压迫各异。当椎动脉受影响时，可引起颅脑症状，又可称之为“颈-脑综合征”，在临床上主要表现出以下症状：具有颈椎病一般共有的局限性的颈部综合征；偏头痛，个别病例为双侧性；脑部缺血症状：眩晕、恶心、耳鸣、视物模糊，严重者可出现猝倒或意识障碍；少数患者可出现神经衰弱、记忆力减退等症状；交感神经型往往与椎动脉型同时存在，除上述症状外，还常伴有心前区疼痛，心动过速或过缓；肢体发凉或易出汗。有的患者出现眼睑无力、流泪等；当脊神经受压时，可出现同侧上肢的感觉、运动和反射障碍。主要表现为上肢放射样根性疼痛，手指麻木和酸痛，肢体无力、沉胀感；腱反射早期活跃，而中后期则减退或消失。

颈椎病发生的主要环节是钩椎关节的松动和错位，颈椎周围的软组织损伤是造成钩椎关节松动、错位的关键。颈椎椎体间的连接除了椎间盘以外，还有韧带、筋膜和肌肉，在它们的

共同作用下维持颈椎的稳定性和生物力学平衡。但由于不良的姿势等劳损因素或外伤，均可造成颈部肌肉韧带的损伤。损伤后易引起粘连、挛缩，在病变区常可触到硬韧的小结节或压痛点，这就是劳损点或粘连挛缩点。由于软组织的粘连挛缩，对颈椎产生牵拉作用，使其松动或错位，而发生钩椎关节型颈椎病。同时这种牵拉作用也会促进骨质增生，所以说软组织损伤对颈椎病的发生、发展和预后都起到直接的关键作用。

(二) 针刀疗法治疗慢性支气管炎

1. 诊断依据 按 1979 年全国内科专业会议制定的标准：即咳嗽、咳痰为主要症状，伴有或不伴有喘息，连续 2 年以上，每年发作 3 个月以上，并排除其他肺心疾患所致上述症状者。

实验室检查：血象、痰细菌培养及肺功能测定符合慢性支气管炎性改变。

X 线征象：单纯性慢性支气管炎，X 线检查阴性，或仅见两肺下部纹理增粗，或呈条索状，这是支气管壁纤维组织增生变厚的征象。若合并支气管周围炎，可有斑点阴影重叠其上。

必须摄 T_3 为中心的胸椎正侧位片，根据针刀医学影像学有关读片方法，仔细阅读 X 线片，检查 T_3 有无旋转移位和前后移位，有无以 T_3 为中心的轻度侧弯。

2. 针刀治疗

(1) 定点：针刀治疗根据 X 线片提示的 T_3 位置情况和触诊 T_3 上、下、左、右的情况，其治疗方法略有不同。① T_3 椎体旋转移位或前后方向移位（根据针刀医学影像学读片方法读片），患者采取俯卧位，在 T_{2-3} 和 T_{3-4} 棘突间各定一点和此二点旁开 1~1.5cm 定四个点（也就是肋横突关节囊的部位），总共 6 点；② T_3 的上、下、左、右有压痛或结节、条索处定若干点；③ 若 T_3 区无位置变化，又无压痛等病理变化，则为单纯的电生理线路障碍，定点为 C_7 和 T_1 棘突间点， T_{3-4} 间旁

开一寸半两侧各定一点， T_{4-5} 棘突间旁开三寸两侧各定一点。

(2) 方法：在定好的点上用甲紫作好标记。常规消毒，铺无菌洞巾，医者洗手消毒，戴帽子、口罩和无菌手套。在选取的治疗点上，按针刀医学四步进针操作规程来确定刀口线及进针方法，按照胸椎的手术入路方法和手术方法进行操作，治疗完毕后压迫针孔片刻，用创可贴或无菌敷料封贴进针点。

3. 手法治疗

(1) 如属 T_3 关节位置变化者，针刀术后，胸椎关节整复手法进行整复。

(2) 如有明显炎症反应者（体温在 37.5°C 以上）可选用适当类型的抗生素，用药 3 天即可。

以上即为一次治疗，如未愈，10 天后再治一次。

4. 讨论 对于慢性支气管炎的病因认识，一直认为是支气管发生感染或非感染性炎症，所以在治疗上主要是采取抗感染、解痉等对症治疗措施，疗效不够理想。针刀医学通过对慢性支气管炎病因、病理的深入研究，并通过大量实践验证，认为慢性支气管炎的最根本原因不在于肺脏本身，而在于控制肺脏自主神经功能紊乱，因为肺脏的功能活动主要受迷走神经和从脊髓 $T_1 \sim T_5$ 段发出的交感神经支配，当自主神经功能紊乱时，引起内脏功能失调，使肺部的抵抗力下降，此时就会遭受感染或致病因素的侵袭，反复发生侵害，渐渐就形成慢性炎症病变。引起自主神经功能紊乱的进一步原因则是由于脊柱区带内的软组织损伤所致，如肌肉、韧带、关节囊、神经和骨性组织等。脊柱区带内的软组织和内脏自主神经之间，是通过交通支、窦椎神经等组合进行相互联系的。

脊柱区带内的软组织极易发生劳损，损伤后在自我修复过程中形成新的病理因素，即粘连、瘢痕、挛缩、堵塞。这种病理因素极有可能卡压、牵拉区带的神经末梢，造成这些神经末梢功能障碍，这种功能障碍通过内脏自主神经，直接影响内脏

器官功能，使之抵抗力下降，在临床上常出现虚弱的症状，如身倦乏力、自汗、怕冷、易感冒等，相当于中医所说的虚证、寒证。此时最易遭受各种致病因素的侵袭，在临床上往往表现出感染症状，如发热、咳嗽、咳痰等，相当于中医所说的实证、热证。

基于以上认识，从引起慢性支气管炎的最根本病因入手，采用针刀治疗有关的慢性软组织和骨关节的损伤，调节肺脏的功能以达到治疗目的。根据临床观察，用针刀疗法治疗慢性支气管炎疗效快、疗程短、不易复发，并有很好的远期效果。



三、针刀治验

(一) 交感神经型颈椎病

张某某，女，56岁，退休干部。一年来经常头晕、头痛、眼干反复发作，近期发作频繁，伴胸闷、气短、心悸、手麻、血压不稳，时高时低，情绪紧张，夜间不眠，两次呼叫120急救，按冠心病治疗无效而来诊。

查体：一般状况好，血压120/75mmHg，心肺无异常，颈椎5、6棘突右侧有压痛，霍夫曼征阴性，心电图正常，X线片显示C₄₋₅钩突增生，相应椎间孔狭窄。

诊断：交感神经型颈椎病。

治疗：按颈椎病在颈部压痛点，C₄₋₅、C₅₋₆间棘间韧带及关节囊处予以针刀松解，术后手法整复，配合理气、化痰、安神的中药水煎服。经3次治疗，症状逐渐消失，恢复正常生活。

(二) 梨状肌综合征

王某某，男，35岁，工人。左臀后部及大腿后侧疼痛两年余，常放射到下肢，伴麻凉感，重时疼痛难忍，行走困难，在地方医院按“腰椎间盘突出症”治疗无效而来诊。

查体：腰部活动正常，无明显压痛，左下肢直腿抬高试验

阳性，梨状肌牵拉试验阳性，在梨状肌投影区还有深压痛及肌紧张饱满感，腰椎 CT 片显示 L₄₋₅ 间盘轻度膨出。

诊断：梨状肌综合征。

治疗：在梨状肌压痛点及肌紧张酸胀处予以针刀松解，配合化瘀、止痛、祛风散寒中药，水煎服，经 4 次治疗疼痛缓解，行动自如，观察半年无复发。

工作单位：中国医科大学第一医院著名专家门诊

通信地址：沈阳市和平区南京北街 155 号

邮政编码：110003

电话（晚上）：024-23326658

手机：13609891035

消除乳腺增生术后痛 拓宽针刀外科治疗领域

——李鹏程临床经验

李鹏程，男，1965年7月出生，山西省109医院外一科主任、主任医师。世界中医药联合会针刀医学分会理事，全国软组织损伤学术委员会副主任委员，山西省针刀医学会常务理事。

2000年开展针刀工作，2003年参加了《针刀医学原理》资料提供、编写及校稿工作。2007年编著出版《汉章针刀外科学》。

开拓了针刀医学在外科领域的应用，对疝手术后切口疼痛、体表脂肪瘤、肛尾韧带损伤、乳腺囊性增生等疾病的针刀治疗有独到之处。



一、学术特点与医疗特长

（一）对针刀医学理论研究的独到思想和见解

1. 在针刀作用机制研究方面提出了“生物力能学动态平衡理论”，解释了针刀的作用机制。

对针刀的作用机制，仁者见仁，智者见智。李鹏程通过生物力能角度解释了针刀的作用机制，试图使针刀的“刺激”、“切割”、“触激”等作用的说法得到统一。他强调：“针”作用于机体，仅是一种“力”的作用。这种针的机械作用力通过剥离、切割、刺激等表现方式传导了势能，直接作用于机体局部，改变了机体局部的“势能”。从而像生物力学动态模式