

设想方式影响整个机体的反应。针刀的“刀”的松解、切割、剥离是一种治病的形式，本质还是通过机体局部的位能变化调节整体。这样就与“针”的作用殊途同归了。也统一了对针刀作用机制的认识。我们再不用分“针”、“刀”、“针与刀”三层意思来讲针刀的作用机制了。

2. 在针刀临床应用上提出并践行“绿色治疗”和“整体治疗”观念 针对一些腰腿痛患者长期服用止痛药造成药物性肝炎、消化道出血、内分泌紊乱，还有一些腰椎间盘突出患者手术治疗后复发而痛苦不堪的现状，结合对针刀作用机制的研究，李鹏程在针刀医学治疗过程中，提出并推行“绿色治疗”与“整体治疗”方法。使患者治疗痛苦小、不需要吃药、也不干扰人体内环境就得以康复，受到了患者一致好评。

（二）针刀治疗疝手术后切口疼痛

无张力疝修补术后的慢性疼痛一直是困扰医患双方的一个问题，目前没有好的治疗办法。主要表现为术后一周或长期出现阴茎根部、阴囊（大阴唇）上部和大腿上端内侧皮肤烧灼样疼痛，行走、弯腰和过伸髋部可使疼痛加重。瘢痕和卡压症状大部分在治疗后3周出现，不经过治疗难以缓解。李鹏程多年一直致力于针刀医学在外科领域的应用，通过针刀治疗解决了该项难题，效果满意。

1. 治疗方法 用汉章针刀Ⅰ型4号，疝手术切口区域，取切口内上及外上、内中、外中、内下、外下共6点。针体与腹壁皮肤垂直，刀口线和原切口走向平行，进针穿透腹外斜肌腱膜，达到补片瘢痕区边缘，在瘢痕处进行纵行剥离，局部松解后出针。若在神经损伤处压迫有酸痛不适感，根据情况进行卡压处的松解。针刀治疗共2~4次，每周一次。

2. 疼痛原因与治疗机制 疝修补引起术中的损伤及术后瘢痕卡压，是由于髂腹股沟神经和股神经生殖支受损和卡压造成。

在引起术后疼痛的诸多因素中,与异物接触(如神经被粘入网片间隙中,网片被纤维物质粘连后收缩,引起神经扭转等),瘢痕组织压迫或结扎(缝扎)神经是腹股沟疝术后慢性疼痛的常见原因。

针刀是通过针的理念进入人体组织达到刀的治疗作用的器具。具有针灸针的作用,还具有手术刀的功用,可以微创实施局部的治疗,在瘢痕处进行纵行剥离达到局部松解,若在神经损伤处压迫有酸痛不适感,可以根据情况进行卡压处的松解。

(三) 针刀治疗体表脂肪瘤

体表脂肪瘤应该手术切除,但是对于多发的体表脂肪瘤,手术切除就是困扰医患双方的实际问题。只要病理确定,针刀治疗的最大优势就是不用遍体做切口留瘢痕。通过临床尝试,我们可以通过针刀治疗解决这个难题。

1. 针刀治疗 采用 I 型 4 号汉章针刀。

第一步:穴位治疗。在第 9 胸椎棘突下,两侧旁开 1.5 同身寸处(肝俞);第 11 胸椎棘突下,两侧旁开 1.5 同身寸处(脾俞);刀口线与脊柱纵轴平行,针体垂直刺入 1.0cm,横行剥离 2~3 下,速度宜快。腓骨小头前下方小凹处(阳陵泉),刀口线与小腿纵轴平行,针体垂直刺入 1.5cm,纵行剥离 2~3 下,速度宜快。

第二步:局部组织治疗。在瘤体中央定点,常规严格消毒、无菌操作,左手固定肿块,示指尖压紧皮肤,针刀沿示指尖加压处垂直刺入,进行通透剥离和纵行剥离,深度以穿透脂肪瘤体包膜及纤维隔为宜,出针后压迫针孔 3~5 分钟,无菌纱布覆盖。

2. 讨论

(1) 对脂肪瘤病因病理的认识:西方医学对脂肪瘤的形成原因不很明确,一般认为是皮下脂肪组织的代谢紊乱引起脂肪组织过度增生形成,部分病例有家族性。中医学称该病为

“肉瘤”，多由郁滞伤脾，痰气凝结而成。脂肪瘤外观为扁圆形或分叶状，有包膜，质地柔软，切面淡黄色，似正常的脂肪组织。瘤体大小不一，直径由数厘米到数十厘米不等，常为单发，亦可为多发。镜下结构与正常脂肪组织无明显异常，主要区别在于有包膜，瘤组织分叶大小不规则，并有不均等的纤维间隔存在。针刀医学认为：局部组织的各种创伤引起慢性软组织损伤，导致局部组织乃至全身内分泌系统的电生理线路紊乱，引起局部组织的脂肪代谢紊乱。当电流减少时，脂肪分解代谢减低，合成相对增加，脂肪组织在皮下不正常堆积，形成脂肪瘤。

(2) 针刀穴位刺激对郁滞伤脾、痰气凝结的作用：中医学认为，针刺肝俞配阳陵泉可疏肝和胃，调节肝脏功能；乳根疏导阳明经气，疏通局部气血；脾俞为脾气转输之所，针刺脾俞，可助运化、补脾胃、益营血。通过相关穴位的刺激可以解决郁滞伤脾，痰气凝结的问题。

朱汉章认为，人体内存在一个类似电网并且能通过金属针刺而传递信息的“电生理线路系统”，这个电生理线路系统的干线，基本上和经络的主要干线重叠。而董厚吉等的研究认为，穴位是由神经构成的实体并沿着神经系统分布的敏感点，他认为穴位的神经解剖原则是纬，穴位的神经生理活动是经。由此可推测：经络就是神经电生理活动的动态体现。针刺能疏通经络是通过传递刺激信息调节神经电生理活动而实现的。

针刀在进入人体时是一种针的理念，当它刺入人体可以发挥的是一种比普通的针灸针作用更大、更强的针的作用，并且可用先纵行疏通、再横行剥离，而代替针刺时捻、转、提、插的补泻传递信息的手法，达到疏通经络的目的。

(3) 针刀的局部治疗作用：针刀在病灶区首先是一种机械刺激，将机械能转变为热能，使小血管扩张，增强了局部组织的营养供应；它对局部神经末梢的强刺激可使局部组织器官

活动能力增强,淋巴循环加快,新陈代谢能力提高,修复增加。脂肪瘤的病理改变主要为堆积的正常脂肪,并有薄薄的包膜和不均等的纤维间隔存在,通过针刀的刀的作用,可以切开其被膜使疏通经络后的脂肪组织能够正常地修复而不再集结成团。

综上所述,针刀通过刺激穴位,疏通经络,纠正郁滞伤脾,痰气凝结,促进修复,从而从根本上治疗由于脂代谢紊乱引起的脂肪组织堆积集结。而且它具备简、便、廉、验的特点,患者的心理负担及经济负担都小,恢复也快,值得推广。特别是多发性脂肪瘤比手术切除更方便。值得注意的是,虽然脂肪瘤癌变的概率很小,但有肉瘤存在的可能。不能过分追求以针刀治疗代替所有皮下肿块的治疗,对不能排除有恶性变的患者,以及用针刀治疗效果不佳者,应及时进行手术治疗。

(四) 针刀治疗肛尾韧带损伤

肛尾韧带损伤是临床少见而又容易被忽视的一种肛尾部软组织损伤性疾病,目前教科书还没有这个疾病名称,李鹏程在《汉章针刀外科学》中首次提出。该病多发生在肛门区手术后、臀部外伤、长时间骑自行车的人群中。由于是肛门区和臀内侧的症状,往往按直肠、臀部肌肉疾病治疗,效果不佳。近年通过针刀松解肛尾韧带,该病得到根治。

1. 诊断

(1) 常有痔疮、肛瘘等手术史,或臀部、会阴部积累性损伤史。

(2) 肛门区下坠、里急后重感,夜间明显,站立行走后缓解。尾骨尖与肛门之间压痛不适、结节、条索。

(3) 肛诊未见明显异常,排除其他肛肠疾病。

2. 针刀治疗

体位:胸膝位。

取点及治疗：尾骨尖点：胸膝位在尾骨尖取点，针体与皮肤垂直，刀口线与身体纵轴平行，进入皮下达尾骨尖端骨面，沿肛尾韧带纵行切开3~4刀，幅度以0.5cm为宜。然后调转刀口90°，在尾骨尖两端铲拨1~2次，出针。

3. 其他治疗

(1) 局部理疗、坐浴，对该病的恢复有良好作用。

(2) 局部注射治疗：对于压痛点可应用25mg泼尼松龙和20mg普鲁卡因在剥离处作封闭。

4. 整体治疗 注意平时的提肛锻炼。

(五) 针刀治疗乳腺囊性增生

乳腺囊性增生也是外科临床常见的不易短期治愈的疾病。以往都是中药、西药加针灸等治疗，针刀通过穴位治疗可以疏通经络，纠正卵巢功能失调，刺激局部组织病灶，促进修复，从而达到从根本上治疗乳腺囊性增生的目的。

1. 治疗方法 采用Ⅰ型4号汉章针刀。

第一步：穴位治疗。在两乳头连线的中点，平第4肋间（膻中），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。

在患侧乳房对应的肩胛骨下窝的中央（天宗），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。

在患侧乳房对应的肩胛骨上缘与斜方肌间扣得的凹陷处（肩井），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。

在患侧乳房根部，第5肋间与锁中线交点（乳根），刀口线与前正中线平行，针体垂直刺入达第5肋上缘，纵行剥离2~3下速度宜慢。

第二步：局部组织治疗。在乳腺肿块中央或压痛最明显处定点，常规严格消毒、无菌操作，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，进行通透剥离和放射状剥离各2~3下。硬结处小心切开，出针后压迫针孔3~5分钟，无菌纱布覆盖。

每周治疗1次，共2~4次。

2. 讨论

(1) 乳腺囊性增生病是卵巢功能失调导致乳腺组织过度增生的结果：乳腺囊性增生病中医学称之为“乳癖”，多由忧郁思虑，肝失条达，心脾郁结，气血失调，痰湿阻滞乳络而成。现代医学认为，卵巢功能失调（黄体素分泌减少、雌激素量增多或相对增多）与乳腺囊性增生病的发病有关。而情绪性损伤和药物性损伤（使用含性激素或影响性激素的药物），可引起下丘脑-垂体-卵巢轴功能异常，卵巢功能失调使乳腺组织过度增生，镜下可见乳腺小叶大小不一，末梢导管呈芽状增生，腺泡增多。管腔呈轻度扩张或有小囊肿形成。小叶间纤维组织增生。

(2) 针刺相关穴位对垂体-肾上腺-性腺轴的功能有良好的促进作用：根据中医学理论，针刺乳根疏导阳明经气，疏通局部气血；天宗、肩井，可化痰消结；膻中为气海，泻之以利气机。通过相关穴位的刺激可以达到疏肝理气、调和冲任从而调整卵巢功能。从针灸的科学基础看，针刺对垂体—肾上腺—性腺轴的功能有良好的促进作用。

(3) 针灸的针能够疏通经络，针刀同样如此。经络是什么？目前仍难以用现代科学来说明。经过几千年通过针刺穴位来治愈相应疾病的重复实践，说明了经络是客观存在的，只是现代科学还没有揭示它的本质而已。对经络的许多研究，如体电环流、生物场力聚集、容积导电磁场系统、电磁驻叠加、生物压电效应等方面的研究，都说明了经络与电是有密切关系的，有的已经明确提出了经络就是生物电轴和电通路，朱汉章

总结了前人通过形象思维对经络的研究成果,采用抽象思维的方法提出了人体电生理线路理论,指出电生理线路系统在人体内相似于一个巨大的电网,通过对人体经络的大量研究和科学实验,发现人体内确有这样一个电生理线路系统,这个电生理线路系统较大的18条干线,基本上和经络的主要干线重叠。实践证明,经络确实能够传递针灸的信息。

针刀比普通的针灸针略粗,所以它对人体的应激效应更大,又由于经络的本质是人体的电生理线路,可以通过这个线路将刺激的信息传递到相应的部位,所以针刀治疗的效果往往比针灸针更好。另外,针刀在穴位上的治疗,就像在针刺疗法中的圆柱形针上多加一刃,先避开神经、血管,到达适当的深度时,掉转刀锋使其刀口线与经络的走行方向一致,然后先纵行疏通,再横行剥离,而免去针刺的捻、转、提、插手手法。

(4) 针刀对增生的乳腺的局部治疗作用:针刀首先是一种机械刺激,在局部组织病灶区,机械能转变为热能,使小血管扩张,增强了局部组织的营养供应;机械对局部神经末梢的强刺激可使局部组织器官活动能力增强,淋巴循环加快,新陈代谢能力提高,加速修复。

综上所述,针刀通过穴位治疗可以疏通经络,纠正卵巢功能失调,刺激局部组织病灶,促进修复,从而达到从根本上治疗乳腺囊性增生疾病的目的。值得注意的是不能过分追求以针刀治疗代替所有对乳腺疾病的治疗,对不能排除有乳腺癌的患者,必要时可进行细胞学检查或活组织切片检查。若是乳腺癌,则以外科手术为主。若用针刀治疗效果不佳,可以根据中医理论配以相应的药物治疗。

(六) 针刀治疗鸡眼

“鸡眼”又叫肉刺,是由于足部长期受挤压或摩擦而发生的角质增生性损害,好发于手掌及足跖,也有长在手掌指间的,病变部位皮肤角质层楔状增生。

1. 病因与发病机制 多因穿不合适的鞋子长期行走，或因脚骨发育畸形致足底某一点受力不均，长期挤压摩擦所致。皮肤角质增厚，略高于表面，尖端向下深入皮下，行走时由于间接挤压真皮乳头层附近感觉神经末梢而引起疼痛。针刀医学认为，慢性积累性损伤导致软组织瘢痕增生，挤压神经末梢而引起疼痛。

2. 临床表现 鸡眼一般为针头至蚕豆大小的散在皮肉的倒圆锥状角质栓，表面光滑与皮面相平或稍隆起，境界清楚呈淡黄色或深黄色，嵌入真皮。由于其尖端压迫神经末梢，故行走时引起疼痛。鸡眼多见于足跖前中部、小趾外侧或踇指内侧缘，也见于趾背。

3. 治疗

(1) 手术部位常规消毒。

(2) 用1%利多卡因在鸡眼部位做局部浸润麻醉。

(3) 用4号针刀在鸡眼中心垂直进针，刀口线与鸡眼肌纤维、神经、血管走行平行，当刀锋达鸡眼根部有松软感时，开始在鸡眼根部先纵行后横行呈“+”字状切割，然后将针刀提出在鸡眼四周健康皮肤边缘进针刀达鸡眼根部，做环状切割数刀出针，不必把鸡眼剔出，压迫止血，包扎。1周左右鸡眼自行修平脱落，大多1次治愈，个别7天不愈者，再做1次而愈。

(4) 注意事项：3天患部不沾水，注意近期避免局部摩擦受力。



二、针刀治验

(一) 疝手术后切口痛

曹某某，男，66岁，山西省榆社县人。因腹股沟斜疝在山西医科大学某附属医院行无张力疝术后3年，切口下角疼痛不适，行走久后明显。局部异物感、夜间局部烧灼感，影响休

息。经过药物、局部封闭、心理治疗等多项措施仍然无效。在山西省 109 医院经过针刀治疗一次，效果好，治疗后 1 个月、3 个月、半年、1 年无症状出现。

（二）脂肪瘤

陈某某，女，54 岁，农民，山西省霍州市人。因左肩部肿物 3 个月，无痛、缓慢生长就诊，检查肿物 2cm × 3cm，皮肤颜色正常、中央无毛囊、质软、无压痛、活动差、边界清，诊断为左肩部脂肪瘤，采用针刀治疗 1 次后，一周随访肿物变小变软，再治疗一次后，1 个月后随访肿物消失。

（三）乳腺囊性增生

左某某，女，34 岁，农民，山西省清徐县人。因双侧乳房外侧发现肿块 1 年，月经疼痛就诊。经门诊诊断为乳腺囊性增生。2004 年进行针刀治疗 4 次。目前随访乳房肿块消失。

（四）肛尾韧带损伤

刘某某，男，31 岁，农民，山西省隰县僧念镇人。因痔疮两次手术后出现双臀部困痛 1 年就诊。追问病史有肛门区下坠、里急后重感，夜间明显，大小便正常。站立行走后缓解。骑车时间长后在尾骨尖旁边明显疼痛，劳累后行走、外展大腿不适。检查尾骨尖与肛门之间压痛不适、结节、条索。诊断为肛尾韧带损伤。给予针刀治疗 2 次，症状消失。随访 1 年未有症状出现。

工作单位：山西省 109 医院

通信地址：太原市太堡街 9 号山西省 109 医院

邮政编码：030006

联系电话：0351-2676624（办公室），2676696（宅）

手机：13934165109，15333423696

精研深究颈固颈椎病 针药合治过敏性鼻炎

——肖德华临床经验

肖德华，男，1961年8月生，现任北京八方颈椎病研究所所长、副主任医师，北京中医药学会针刀医学专业委员会常务副主任委员兼秘书长，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专业委员会常务理事。

1992年学习针刀，参与组建中国中医研究院长城医院，曾任中国中医研究院针刀医学培训中心首任国内部主任，中国中医研究院长城医院病区主任等职。对针刀治疗疑难杂症有丰富的临床经验。

发表论文“颈椎病的针刀治疗”等20余篇，《实用针刀疗法》副主编，《针刀治疗颈椎病》、《浮针疗法速治软组织伤痛》编委。

一、学术特点与医疗特长

（一）学术观点与治疗特点

学术观点：“思路决定出路，想法决定活法，心态决定状态，眼界决定境界”。主张以针刀松解为主，精确定点。

治疗特点：不麻醉、不备皮、不用创可贴或辅料外敷针眼；配合中药及手法整复的整体调节。

不麻醉：根据以往的经验及大量临床实践证明，一部分人使用麻醉药过敏，麻醉后局部组织处于抑制状态，影响局部组织渗出物的吸收，对远期疗效有影响。一般情况下，一次治疗

的时间在3~8秒内完成,患者完全可以接受。再者适宜的快痛对神经纤维的传导起到了一定的疏通作用。

不备皮:费时费力不美观,有些女性患者因备皮而不接受治疗。从某种角度看备皮的局部组织整体环境遭到了破坏,使局部皮肤的角质层变薄反而更加容易感染。

不用创可贴或辅料外敷针眼:施术部位严格消毒,治疗后再次消毒,省时省力节省材料费,还可避免个别患者对创可贴及胶布过敏。根据针刺实验研究证实,针刺时施术部位皮下组织有大量吞噬细胞聚集,所以针刺时一般情况下是不会感染的,针刀治疗同理。

(二) 针刀治疗过敏性鼻炎(交感型颈椎病的特殊表现)

1. 针刀松解颈部为主治疗过敏性鼻炎的作用机制 《脊椎病因治疗学》记载,过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎、血管舒缩性鼻炎,是临床常见病、多发病、疑难病。一般认为与过敏性体质,吸入敏感物质或粉尘气体等刺激有关。笔者认为多数过敏性鼻炎是颈部周围的软组织创伤或劳损使其肌肉、筋膜、腱膜、韧带等软组织损伤致颈椎失稳,颈部周围的软组织动态平衡失调,病变部位组织高度敏感导致的,应该属于颈椎病的范畴,也就是说过敏性鼻炎是交感神经型颈椎病的一种特殊临床表现。

过敏性鼻炎所表现的鼻塞、鼻痒、喷嚏、流涕,有的伴有头痛、偏头痛、嗅觉障碍、流泪、耳鸣等,这些只是症状,真正引起以上症状的病因以前一直未明。通常多采用含有麻黄素或肾上腺素等血管收缩剂来治疗,有的患者用药后鼻痒、流涕、鼻塞、喷嚏、偏头痛等诸多症状立刻缓解,多数患者只是暂时改善以上症状。采用针刀松解颈枕部肌群、筋膜、腱膜、韧带等软组织,配合鼻根切刺及以第2颈椎为主手法整复,治疗过敏性鼻炎取得了理想的疗效。

从解剖生理学来看,鼻部血管舒缩功能由自主神经支配,

通常采用交感神经兴奋剂（麻黄素或肾上腺素）或用副交感神经抑制剂（阿托品类药物）作为局部用药。然而实际治疗效果并不理想（有暂时疗效，不能根治）。副交感神经来自面神经分支岩浅大神经；交感神经来自颈内动脉上的交感神经丛及岩深神经，两者合成翼管神经至蝶腭神经节，节后分为鼻后上神经分布于中鼻甲以及上鼻腔外侧后部、后筛窦、蝶窦、鼻顶及中隔；腭神经穿翼腭管分布于中鼻道、下鼻甲及下鼻道。颈上交感神经节是颈部最大的交感神经节，长约15~55mm，上极达颅底，由深筋膜附着于C₁₋₄（C₂₋₃为主）横突前方，与横突间肌隔有颈长肌及筋膜。颈内动脉丛起于颈上节的上端，是颈上节的最大分支，随动脉走行而同时分布于各器官。迷走神经头部分支与颈上交感节有交通支，位于颈上节与颈静脉神经节之间。另一交通支与C₁₋₂神经襻发生一小支至结状神经节，再经血管的神经包括传入神经和传出神经；传出神经有血管收缩和舒张纤维。收缩纤维属交感神经，舒张纤维包括交感神经和副交感神经；传入纤维是脑、脊神经节发出的纤维，混合于脑、脊神经或自主神经的分支中，随之到达血管。

上位颈椎（C₁₋₄）周围的肌肉、筋膜、腱膜、韧带等软组织，由于急性损伤或慢性劳损发生上段颈椎错位为多，当颈部周围的软组织动态平衡失调时，极易牵张或因肌肉、筋膜、腱膜、韧带的紧张而压迫伤及颈上交感节或颅底（茎乳孔）的软组织，引起交感神经纤维或副交感神经纤维的刺激或压迫而出现物理刺激性的神经兴奋或抑制，使所支配的器官功能发生障碍。若这种物理性刺激未能及时消除，关节错位的创伤将引起创伤性炎症而成为无菌性炎症水肿，此时神经受继发性炎症影响将持续较长时间的功能失调。不少上位颈椎失稳患者伴发过敏性病症，尤以过敏性鼻炎多见。当其损伤的肌肉、筋膜、腱膜、韧带等软组织损伤得以治愈、颈椎失稳得以调整，颈部软组织动态平衡得以恢复后，过敏性鼻炎亦随之而愈。

体会：凡是枕后肌群、第2颈椎棘突两侧及棘突下、各颈椎棘突的项韧带附着点、关节突关节的后关节囊、上六位胸椎棘突两侧等部位软组织有压痛、硬节、条索、结节等阳性反应点时，皆可采用针刀松解法来治疗。临床发现，当上述损伤部位得到治疗后，偏歪的颈椎可以自行回位。这也充分证实了朱汉章教授的软组织损伤是动态平衡失调所致理论。以上治疗部位是各型颈椎病治疗的共性点。

2. 针刀治疗过敏性鼻炎的颈枕部定位和针刀治疗点 一般采用自制高靠背椅反坐或美国产脊椎专用椅，屈颈位，患者额头放到经改装后的高靠背椅的椅背平台上，使颈部充分暴露，女性长发患者需用发卡把头发卡到头顶上以防头发遮挡视野。

(1) 枕部治疗点

定点：一般在枕外隆凸旁开1.5~4cm之间，浅层为斜方肌、头半棘肌，深层为头后小直肌，头后大直肌、头上斜肌的止点，在上述范围内常可触摸到压痛、结节、条索等阳性反应点，有的患者只有压硬感，这一部位有枕大神经通过，这些组织损伤后可以继发椎动脉供血不足，颈部交感神经节受到牵拉、挤压等刺激，出现一系列临床症状，如过敏性鼻炎，头面五官乃至全身的疑难病症等。

定点原则：根据触诊时的压痛、压硬、结节、肿胀。

进针方向：刀口线与人体纵轴平行，针体与颈部皮肤约成30°角。刺向颅底的枕鳞部（上、下项线间的中、内2/3部为多）。

进针刀深度及松解程度：快速刺入皮肤，分层缓慢松解、剥离，进针深度因人而异。根据针下感觉来掌握针刀松解、剥离的深度，多可到骨面，松解剥离时常可根据针刀下松解声音判断松解、剥离情况，正常组织无声音或声音很小；粘连、瘢痕等病变组织即纤维化程度较高的病变组织，松解、剥离时声

大、音高。一般性治疗时松解2~3针刀即可,如果针刀下感觉到有紧涩、坚硬感且松解剥离声大、音高时,针刀松解可在5~10针刀左右。

注意:颅底不是一致的,如胖瘦、个体发育不同、颅底的角度不同,故进针刀角度和进针深度也不同,初学者应摸索进针刀。

(2) 颈部治疗点:棘突点。

棘突治疗点:第2颈椎棘突治疗点。

第2颈椎是整个脊柱的生物力学交会点,由于创伤或劳损使其肌肉、筋膜、腱膜等软组织损伤致颈椎失稳。过敏性鼻炎时,以C₂棘突偏歪及棘突两侧有压痛为多见。

定点:在C₂棘突两侧进针刀,一般棘突两侧治疗点距离后正中线上旁开1.5~2cm。

定点原则:同上。

进针方向:刀口线与人体纵轴平行,针体与后正中矢状面约成45°角。

进针刀深度及松解程度:同上。

注意:C₂棘突多有偏歪,针刀治疗时应根据C₂棘突具体情况综合分析,第2颈椎棘突是力的交会点,棘突两侧是头后大直肌及头下斜肌的起点,棘突分叉部是颈半棘肌的附着点,这个部位掌握好能够治疗很多颈椎病、头面五官病症乃至很多疑难杂病。

(3) 颈部治疗点:关节突关节点。

定点:后正中线上旁开2.5~3cm。

定点原则:同上。

进针方向:刀口线与人体纵轴平行,针体与后正中矢状面约成45°角。

进针刀深度及松解程度:同上。

注意:应严格选择施术范围、进针角度及进针深度,因患

者胖瘦不同,有时4号针刀不能到达骨面,治疗效果同样理想。故治疗时不必强求到骨面。

(4) 肩胛内上角点(不是绝对选点)

定点:肩胛内上角。

定点原则:同上。

进针方向:刀口线与人体颈部纵轴约成 45° 角,针体与刺入部位皮肤垂直。

进针刀深度及松解程度:同上。

注意:此部位原则上针刀不离开骨面,肩胛提肌深面有颈横动脉经过。

(5) 鼻根部治疗点

定点:双内眼角至鼻骨末端连线的中点,用指从鼻根向鼻尖方向滑行的软硬结合部即为鼻骨末端。

定点原则:该部位皮下即是骨膜组织,按压该部位时患者有舒适感。

进针方向:向对侧鼻翼方向斜刺。

进针刀深度及松解程度:无松解条件,至骨面刺激即可。以出眼泪或眼内湿润为佳。

注意:刺入时针刺方向只有向下才有意义。

(三) 针刀治疗脊髓型颈椎病的解剖学依据和适应证的选择

1. 适应证的选择 凡是能在枕后肌群附着点即枕骨上、下项线之间的枕鳞部、第1颈椎横突尖部、第2颈椎棘突两侧及棘突下、第3~7颈椎棘突两侧、各颈椎棘突的项韧带附着点、关节突关节的后关节囊、肩胛内上角、上六位胸椎棘突两侧等部位软组织有压痛、压硬、条索、结节等阳性反应点的,针刀松解治疗多可取效或治疗效果理想。上述部位没有压痛、压硬、条索、结节等阳性反应点的,针刀治疗效果不理想。X线、CT、MRI等辅助检查与颈椎病的临床表现不是正相关,

即 X 线、CT、MRI 等辅助检查明显，而实际颈椎病的临床表现并不重，或颈椎病的临床表现较重，而 X 线、CT、MRI 等辅助检查又较轻。

2. 颈后部软组织解剖

(1) 枕下小肌群：枕下小肌群位于枕下部。枕下部的界限，上为枕骨的下项线，下为枢椎，内为枢椎的棘突和寰椎的后结节，外为乳突和寰椎的横突。

脊柱的肌肉虽然有些肌肉如颈半棘肌、分裂肌、回旋肌和棘突间肌向上止于枢椎，也有些肌肉如头半棘肌、头夹肌和头最长肌向上止于颅骨，但没有一条肌肉止于寰椎，它没有棘突，因此比较游离。

枕下小肌群包括头后大、小直肌和头上、下斜肌。头后大直肌起自枢椎棘突，向上止于枕骨上、下项线之间骨面的中 1/3；头后小直肌起自寰椎后结节，向上止于枕骨上、下项线之间骨面的内 1/3，它的外侧部为头后大直肌所覆盖；头上斜肌起自寰椎横突，斜向内上止于枕骨上、下项线间骨面外 1/3；头下斜肌厚圆，起自枢椎棘突，止于寰椎横突。

枕下小肌群中，头后小直肌、头上斜肌和头下斜肌三者所形成的三角形枕下间隙内，通过椎动脉横段和第 1 颈神经。

(2) 颈神经后支：颈神经后支形成一个简单的神经丛，除 C_1 外，其他颈神经均分为内、外侧支，外侧支为感觉支或皮支，由侧支支配肌肉及邻近关节。

C_1 的后支甚小或阙如，无皮支，其内侧支或肌支支配头半棘肌，头后大、小直肌，头上、下斜肌及寰枢关节，并发出交通支，下降与 C_2 吻合。

C_2 的后支较前支为大，其外侧支即枕大神经，与枕动脉伴行，为头皮后部的主要感觉支，此支并与枕小神经、耳大神经、耳后神经及 C_3 相交通。 C_2 的内侧支或肌支支配头、颈半棘肌、头下斜肌、多裂肌及邻近关节。

C_3 后支较小，与 C_2 及 C_4 相交通，外侧支即第 3 枕神经，为皮支；内侧支支配深部椎间肌及关节。

C_{4-6} 的后支极小，外侧支供应项部靠中线的皮肤，内侧支支配邻近肌肉及关节， C_{7-8} 的后支无皮支，终于上背部的深层肌肉。

(3) 颈部交感神经系统：一般认为，颈髓不直接发出交感神经纤维，颈部交感神经纤维的节前纤维来自第 1~2 胸髓节灰质的外侧中间柱，但 Laruelle 发现在第 4~8 颈髓节灰质前角基底的外侧中间柱也存在交感神经细胞，其节前纤维随 $C_3 \sim T_1$ 躯体运动纤维传出。节前纤维经脊神经前支发出的白交通支上行至颈部交感神经节。灰交通支或节后纤维再从交感神经节至颈神经前支，并沿其分支分布。其他灰交通支直接或间接至大脑神经，至咽、心脏及头、颈、上肢的血管，包括颈内动脉、颈外动脉、椎动脉；上肢、上胸部、头颈部皮肤的汗腺、瞳孔括约肌、眼睑平滑肌等。这些节后纤维还在脊神经膜支返回椎间孔前参加其内。脊膜支或称返神经，为窦椎神经的一个组成部分，后者还包括躯体感觉神经纤维。窦椎神经供应硬脊膜、椎体后骨膜、椎间盘纤维环浅层、后纵韧带及硬膜外间隙内的血管和疏松结缔组织。

颈部交感神经链由颈上、中及下交感神经节及彼此相连的交感干组成，传出支至颈胸部的内脏，而传入支参加脊神经。颈上交感节的交通支连结第 9~12 颅神经，灰交通支加入上 4 个颈神经的前支，颈内神经沿颈内动脉上行形成颈内动脉丛，而颈外神经围绕颈外动脉形成颈外动脉丛。咽支至咽的侧面，与喉上神经相连，参加咽丛。在左侧，心支沿颈动脉至胸部，而在右侧沿气管终于心深丛。

自颈中交感节发出的支至甲状腺下动脉及甲状腺，心支至心丛，另有一支锁骨下祥，先下行至锁骨下动脉，随后又上升至颈下交感节。

自颈下交感节发出的细支至锁骨下丛及较大支围绕动脉形成椎丛，其心支至心深丛。

根据 Tinel 描述， C_5 神经根内的交感神经纤维参加颈动脉丛，随后沿其分支分布于头颈部动脉。 C_6 神经根内的交感神经纤维至锁骨下动脉及臂丛， C_7 神经根内的交感神经纤维至主动脉丛、锁骨下动脉、腋动脉及膈神经。

围绕颈内动脉的交感神经纤维支至眼眶的背侧、眼肌、瞳孔扩大肌及上睑平滑肌，而沿椎-基底动脉的交感神经纤维在颅内可到达耳的前庭部。

很早以前，Barre 及 Lieou 就发现刺激颈部交感神经系统可以引起头晕、视力模糊、耳鸣、暂时耳聋、咽喉异样感及肩、臂、手的症状。

颈部的副交感神经系统通过动眼神经、面神经、舌咽神经及迷走神经与中枢神经系统相连。

任何机械紊乱对颈神经根的刺激也可累及颈交感神经，或为直接刺激，或为反射性刺激。 C_{5-8} 含有节前神经纤维，神经根的刺激可沿神经节段性分布引起疼痛，发生肌痉挛及缺血表现。

韧带及关节囊的炎症可引起疼痛，发生颈交感神经节后纤维反射兴奋，如疼痛未解除，可以变为自身不断的疼痛刺激，Evans 称为反射性交感神经营养不良。节后纤维反射性刺激或下 4 个颈神经根内的节前纤维直接刺激可引起一系列症状，如视物模糊、瞳孔散大、耳鸣、头痛、手指肿胀及强直，而这些在颈神经根受刺激时是不会发生的。Barre 称这些为后颈部交感神经综合征，是由于椎动脉周围的交感丛及椎神经受刺激所致。

分布于关节囊和项韧带上的交感神经末梢及椎管内脊膜返支的病理性刺激而引起一系列反射症状，其反射途径可为：
①脊髓反射：传入纤维将信息传递到胸 1~2 脊髓节段侧角细

胞后,反射信号经由侧角细胞的节前纤维到颈下节、颈中节和颈上节,在此进行交换神经元后,发出多组节后纤维,节后神经元的总数量比节前神经元多,其比值可从1:2到1:30左右。特别是交感神经系统,一个节前神经元可以引起大量节后细胞放电,所以相当大范围的外周效应器官仅只受到少量节前神经元的控制。这种节前与节后神经元的解剖学联系,对外周组织和终末器官的反应起着放大的作用,或通过颈外动脉支配面部的血管及汗腺,或通过颈内动脉支配大脑及眼部血管以及瞳孔、眼睑平滑肌及眉弓附近的汗腺,或通过椎动脉进入颅内支配脑干、小脑、大脑颞叶和枕叶底部、内耳的血管,还可以通过颈部三个交感神经节共同发出心脏神经以控制心律。②脑—脊髓反射:交感神经纤维和躯体神经的感觉纤维到达大脑皮层,再由皮层细胞发出信号通过丘脑中、下部,中脑被盖、红核以及下方的网状结构而到达胸1~2节段的前角细胞,再由此发出节前纤维到颈交感神经节进行交换后,发出节后纤维到达效应器官。

在临床上无论是哪类病证的诊治,都应首先触摸脊柱周围软组织如枕后肌群、第2颈椎棘突两侧及棘突下、各颈椎棘突的项韧带附着点、关节突关节的后关节囊、上六位胸椎棘突两侧等部位的软组织是否有压痛、压硬、条索、结节等阳性反应点,如有皆可采用针刀松解法来治疗。在临床治疗中发现,当上述损伤部位采用针刀松解法治疗后,偏歪的颈椎往往可以自行回位,临床症状也随之消失。这也充分体现了朱汉章教授的软组织损伤是动态平衡失调理论的科学性、实用性。

先判断脊柱椎体错动歪斜(肌肉损伤的压痛点)与否,再以针刀松解等各种相应的手法加以整复治疗,从而通其经络,调其气血,振奋阳气,这就是中医所谓治病求本,正本清源的治疗方法。

(四) 顽固性头痛从颈椎病论治举隅

病例 1

祝某某,女,55岁,住北京海淀西三旗。就诊时间 2007 年 7 月 22 日。

主诉:头痛、头晕、视物模糊 5 年余,胸闷气短,加重 5 年。

现病史:无明显外伤史,有长期伏案工作史,5 年前始觉胸闷、气短、头晕、头痛,头晕严重时与胸闷交替出现,胸闷时在胸壁可摸到痛点,但痛点不固定,有窜痛,曾在万和医院诊治。

查体: C_2 棘突右偏, C_2 棘突右侧压痛(+), C_{4-5} 关节突关节囊压痛(+),肿胀。 C_7 棘突左侧压痛(+),左肩胛内上角压痛(++),右肩胛内上角压痛(+).

X 线:颈椎正位片: C_2 棘突右偏,侧位片: C_{6-7} 间隙变窄。

MRI: C_{3-4} 、 C_{4-5} 、 C_{5-6} 、 C_{6-7} 硬膜囊受压。

诊断:颈椎病(混合型)。

处置:针法松解术+伸筋丹。

7 月 31 日复诊:患者头晕、胸闷气短都有不同程度改善,眼睛视物清楚,较术前减轻 80% 左右,头晕与胸闷交替出现,头晕时伴有眼睛干涩。

8 月 10 日复诊:患者头晕减轻 80% 左右,胸闷气短减轻 90% 左右,视物模糊减轻 90% 左右。

8 月 21 日复诊:术后第 4 天时突然头晕,胸闷尚有,心慌感消失, C_2 右偏复位,个人回忆 20 岁时曾被辘轳把打伤头部。

10 月 8 日复诊:头晕现偶尔发作。

10 月 19 日复诊:心脏间歇,头晕、心慌等消失。

制附子 60g (先煎 2 小时) 干姜 50g 炙甘草 30g 茯苓

40g 桂枝 40g 泽泻 30g 猪苓 30g 厚朴 30g 6 付, 水煎服, 日 2 次。

10 月 29 日复诊: 胸疼、心脏间歇、左背疼痛。

11 月 23 日复诊: 颈背部不适, 心动过缓 59 次/分。

砂仁 35g 黄柏 20g 炙甘草 15g 桂枝 15g 吴茱萸 10g 干姜 15g 制附子 10g 3 付, 水煎服, 日 2 次。

针刀松解治疗: 胸 5~7 棘突间及棘突两侧, 相应胸椎手法整复。再测心跳 80 次/分。

11 月 27 日复诊: 心动过缓明显改善, 眼花仍有。

病例 2

白某某, 女, 36 岁, 住北京昌平回龙观, 2007 年 7 月 24 日就诊。

主诉: 左颈部、左侧头晕头痛, 左眼眶疼痛 3 年余, 加重 2 年。

现病史: 个人回忆几年前因开玩笑时致颈部扭伤, 3 年多前觉得左颈部、左侧头晕头痛, 左眼眶疼痛, 加重两年, 曾在积水潭医院、万和颈椎病医院诊断为左霍纳征。

查体: C_2 、 C_3 左关节突关节压痛 (+ +), 触压有肿胀、左枕鳞压痛, C_3 棘突左侧压痛 (+), 双路索雷姆征 (+)。

MRI: C_{3-6} 椎间盘突出。

诊断: 颈椎病。

处置: 针法松解术 + 伸筋丹。

7 月 30 日复诊: 情况明显好转, 起床时眩晕感消失, 干活时、突然站立时感头空感消失, 饮食改善明显, 左霍纳征减轻。

8 月 6 日复诊: 情绪明显好转, 昨天突然一过性头晕, 左眼夜间疼痛消失。

8 月 18 日复诊: 患者自感左耳下乳突周围有发胀感觉。

9 月 29 日复诊: 患者颈背部疼痛明显减轻约 80% 左右,

偶尔头晕。

12月3日复诊：左耳下乳突部发胀感仍有。

病例3

于某某，男，50岁，大连市甘井区人。2008年9月9日经人介绍由大连慕名来京就诊。

主诉：头痛十五六年，加重十年余。

现病史：1980年当兵时曾扭伤颈部，十五六年前始觉头痛、眼睛有往后抽紧感、有时右手中、无名指疼痛。曾在当地多家医院诊治均无理想疗效，头痛严重时，需口服三片止痛药方可缓解。

查体： C_2 棘突向后移位， C_2 棘突右侧及右 C_{2-3} 关节突关节压痛（+），左枕鳞旁压痛（+）。

诊断：颈椎病。

处置：针法松解术+伸筋丹。

9月12日复诊：患者颈部轻松，头痛消失。

9月15日复诊：昨天右颈部疼痛，右针眼有感觉不适。

9月22日复诊：头痛基本消失，但感背部疼痛，右颈部疼痛。

2008年10月17日，其姐告知头痛等诸症消失。

临床上发现许多顽固的头痛患者，多与颈椎病有关，而且多有颈部外伤史，查体可见 C_2 棘突偏歪、压痛， C_{2-3} 关节突关节压痛，用针刀松解上述部位及颈肩部压痛点，手法矫正寰枢关节错位，往往会收到满意的效果。针刀治疗部位及方法见过敏性鼻炎。



二、针刀治验

（一）过敏性鼻炎

1. 吴某某，男，43岁，华裔澳大利亚人，医学博士，国际知名针刀专家，2001年12月在成都开针刀医学学术交流大

会时，吴博士鼻流清涕、打喷嚏5年余，每遇寒凉时加重。

查体： C_2 棘突左偏，棘突左侧伴有压痛（+）、左枕鳞压痛（+），没有辅助检查。肖德华3天为其治疗2次，首次治疗时，当针刀刺到 C_2 棘突左侧时，患者自感有一线直接穿入左鼻孔，顿感鼻子轻松舒适。2005年8月在山东烟台开全国针刀医学学术交流大会上见到吴博士时，患者自述不但自己的过敏性鼻炎彻底治愈，而且在澳大利亚用此法治愈了许多这类过敏性鼻炎的患者。

2. 王某某，47岁，黑龙江七台河市人，木匠，2000年10月20日就诊。就诊地点：七台河中医院。

主述：晨起喷嚏不断，继之流清涕如水滴，患病5余年，近3年病情加重。

现病史：8年前始觉得鼻内不适，5年前症状明显，晨起喷嚏不断，3年前症状明显加重，晨起不论几时，先是喷嚏，继之流清涕。看遍本市各相关医院，后到本省医院无功而返。凡到市出诊专家，有机会他都前往诊治，病情越来越严重。

查体： C_2 棘突两侧、枕鳞部压痛明显。

诊断：过敏性鼻炎。

治疗：针刀松解术。部位： C_2 棘突两侧，枕鳞部、鼻根两侧。共计治疗4次，上述症状基本消失。

3. 周某某，33岁，北京昌平沙河机场，技术员，2007年9月3日就诊。

主述：鼻塞、鼻痒、喷嚏、流鼻涕。患病9年多，近2年加重。

现病史：1998年夏季去烟台旅游，回家后即感鼻塞不适、喷嚏、鼻痒，口服药物效果不明显，夜间睡眠只能张口呼吸，倍感痛苦。平时喷嚏不断，鼻孔发痒。

诊断：过敏性鼻炎。

治疗：针刀松解部位： C_2 棘突两侧、鼻根部。两次针刀

治疗后症状消失。

随访：2007年9月15日、9月30日两次电话随访，诸症消失。

（二）脊髓型颈椎病

1. 张某某，男，44岁，北京丰台区，2005年6月19日就诊。

主述：双下肢无力，行走不稳，自感走路如踩棉花，双手麻木，上下楼梯需扶梯，发病半年，加重3个月。

影像学检查：MRI扫描提示C₅₋₆间盘突出，相应节段脊髓受压。X线颈椎侧位片示：C₅₋₆间隙明显变窄。

整体双侧C₄、C₆关节突关节压痛（+++），双侧霍夫曼试验（+），双侧膝腱反射亢进。

诊断：脊髓型颈椎病。

治疗：行颈部针刀软组织松解，一次治疗后，患者自感双下肢无力感减轻，双手麻木减轻；二次治疗后，双下肢无力感明显减轻，上下楼梯不用扶梯，双手麻木明显减轻，自感非常满意。

2. 沈某某，女，55岁，广东省广州市海珠区某企业经理，2004年7月20日就诊。

主述：自诉7个月前始觉双手掌麻木刺痛，发干发紧，双脚掌麻木刺痛。曾到省中医院、荔湾区骨伤医院诊治颈椎病，均采用按摩、牵引、中药等方法，效果不佳。自用其弟在澳大利亚带回的润肤品外用擦手，无济于事。

影像学检查：MRI扫描提示C₄₋₅以及C₅₋₆相应节段硬膜囊受压。

诊断：脊髓型颈椎病。

治疗：先后5次颈部针刀松解治疗。首次治疗自感双手、双脚掌刺痛明显减轻。第3次治疗后，自感双手发干发紧症状明显减轻。第5次治疗后上述症状消失。

随访：一年后随访，感觉良好。

3. 刘某，男，47岁，上海人，中国银联某部总裁，2005年3月21日就诊。

主述：双足感觉迟钝2年，近1年加重，左头面部发麻，左半身发紧一个半月，颈部僵硬，大脑反应迟钝，心烦易怒。曾在上海长征医院、北京积水潭医院等全国多家省级医院诊治，明确诊断为脊髓型颈椎病，因本人工作繁忙经常在各地间飞来飞去，每到一处都到当地医院进行按摩治疗，按摩后当时自感轻松，几小时后又如前。

影像学检查：2005年3月23日，MRI扫描提示C₃₋₄间盘突出，相应节段脊髓受压，C₅₋₆间黄韧带肥厚，与2004年3月19日MRI对比椎间盘突出及黄韧带肥厚都有明显的增大。

诊断：脊髓型颈椎病。

治疗：建议患者停止按摩，改善饮食方法，行针刀颈部软组织松解治疗。首次行针刀治疗后感觉良好，第二、三次治疗当时效果不显著。2005年6月30日，第六次治疗时患者自感上述症状明显减轻。

随访：2005年7月29日电话随访，当时患者在井冈山开年会，患者告之诸症状明显减轻80%左右。2008年6月19日电话随访，诸症状消失。

按语：颈椎病的临床症状十分复杂，千变万化，患者痛苦不堪。脊髓型颈椎病尤为突出。凡是诊断为脊髓型颈椎病的，西医多主张手术治疗或采用激光、臭氧、椎间盘悬切等方法治疗。患者多数不愿意接受手术治疗。近年来采用针刀软组织松解治疗，取得了较为满意的效果。通过针刀软组织松解改善椎旁软组织的张力，从而改善脊髓血液循环，进一步改善或消除脊髓型颈椎病的临床症状。

（三）脊源性痛经

薛某某，女，44岁，北京大兴区某企业经理，于2007年

12月21日就诊。

主诉：痛经30余年。

现病史：痛经30年，每月20日起开始失眠，出现恐惧感，至29日月经来潮，再到下月3、4日恢复。30多年雷打不动，曾在北京某中医院连续服中药200付，没有任何改善。四处求医无功而返，对治疗已丧失信心。

查体：双L₃横突压痛（+），右侧重。

诊断：顽固性脊源性痛经。

处置：针法松解术，双腰3横突尖部针刀松解后腹痛立减。

2007年12月27日复诊：腹痛明显减轻，睡眠得以改善。

2008年3月20日复诊：针法松解术治疗双承山穴，患者每次月经来潮即感膝关节到双小腿发胀。

2008年3月27日复诊：电话告知，痛经明显改善，失眠得以纠正，每晚9点30分则必须入睡，感觉良好。

2008年5月21日复诊：患者月经来潮时仍感胃痛，腹痛消失。针刀松解右侧L₃横突时患者感觉有“咔”的声音，胃部立即松弛、胃痛止。

2008年5月29日复诊：患者诉脐右痛，针法松解天枢穴，脐右痛止。

2008年10月21日电话随访时，患者告知，诸症消失。

按语：腰3横突的尖部是腰背筋膜中层的附着点，腰背筋膜是筋膜网络的重要组成部分。腰及骶部的筋膜、韧带都有直接与间接的联系，在这些筋膜、韧带中往往行走着神经、血管，因个体发育情况不同，有的神经、血管在筋膜内穿行时受到卡压，尤其在女性的月经来潮时，盆腔的血管充盈，体积增大，使腰及骶部的筋膜、韧带应力增大即局部组织形成高压、高应力，使其行走在其中的神经、血管卡压加重。神经的传导速度变慢，血管的管径变细，血液流速减慢，代谢产物堆

积即产生痛经。即中医所说：“通则不痛，痛则不通”。腰3横突尖部针刀松解治疗后，腰及骶部的筋膜、韧带等组织高压、高应力得以降低，血管充盈消退，卡压解除，血管管径相应变大，代谢产物堆积得以扩散，痛经消失。

（四）慢性扁桃体炎

刘某某，女，45岁，于2008年3月21日就诊。

主诉：咽喉部肿痛40余年，加重1年。

现病史：自儿时起感觉咽喉经常性疼痛。每年少则3~4次，多则每月1次，曾在昌平区医院就诊，诊为扁桃体炎、扁桃体肿大，令其手术切除。患者不接受手术。1986年生育后，咽喉部疼痛缓解两年余，两年后咽喉部仍旧疼痛并有咽喉部异物感。至2006年秋天止，每遇感冒时明显加重并伴有颌下肿痛，咽喉部异物感明显加重，伴耳下、下颌部肿痛、胀硬。

查体：望诊见双侧扁桃体明显肿大，右侧重。触诊见双侧颌下淋巴结肿大，右侧重。面色晦黯。

针刀治疗：张口位局部肿胀的扁桃体，采用3号针刀直刺局部肿胀的扁桃体2~3针刀。2008年4月7日复诊：双侧颌下淋巴结肿大变软、面色变红。2008年4月25日共治疗三次。咽喉部肿痛消失、咽喉部异物感消失、双侧颌下淋巴结肿大变软。

注意：针刺后患者会吐出黑色瘀血，多少不定。

按语：局部炎症时，局部组织处在一个囊性的高压力、高张力的环境下，炎症的局部组织体积增大，使进出局部组织的神经、血管（静脉为主）受到卡压（因为进、出任何组织的神经、血管皆是斜穿组织壁），使其流速减慢、代谢产物堆积。从而产生临床症状。针刀治疗后，局部组织的高压力、高张力迅速降低，其流速加快，代谢产物堆积得以扩散，临床症状消除。

（五）慢性咽炎

张某某，男，中央人民广播电台技术部工作，2007年5月2日就诊。

主诉：咽喉部疼痛十余年，睡眠欠佳。

现病史：十余年前因感冒而致咽部不适，此后即感咽喉部异物感、咽喉发痒，经常欲咳。曾在北京多家医院诊治，收效甚微。经朋友介绍来诊。望诊面色晦黯，精神欠佳。

诊断：慢性咽炎。

处置：针刀松解术（局部）。针刀治疗后立即吐出紫黑血。约10分钟后，面色转红，自感咽喉部舒适、轻松。

2007年5月30日复诊：咽喉部异物感、咽喉发痒、经常欲咳等诸症状消失。

工作单位：北京八方颈椎病研究所

通信地址：北京市昌平区回龙观同成街42-13

邮政编码：102208

联系电话：010-81722666，81721666

手机：13601309575

个人网址：[www.//x.dh.123@163.com](http://x.dh.123@163.com)

精确立体体表定位 创新针刀斜刺技术

——周中焕临床经验

周中焕，男，现任湖北省军区门诊部颈肩腰腿痛治疗中心主任、主任医师，世界中医骨科联合会副主席，世界中医药学会针刀专业委员会常务理事，中华针刀医师学会副主任委员，湖北省针刀专业委员会副主任委员，享受政府津贴专家。

自1989年至今已运用针刀技术诊治军内外各类颈肩腰腿痛患者6万余例、计30余万人次，亲自传授针刀医师1200多名，发表论文50余篇，参与编写《脊柱系统疾病学》、《中国针刀学》等。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀技术新突破——针刀斜刺法

针刀医学属于一门新兴学科，需要不断地创新与发展。周中焕主任在诊治颈肩腰腿痛20余年实践中，已创新出一整套新型颈、胸、腰椎病的快速诊断及鉴别诊断方法。特别是将传统的针刀施术改为斜刺术后，使针刀医学应用技术又一次出现重大突破。其特点是操作简单、安全，痛苦极小，疗效好，特别适合广大基层医务人员开展针刀医学临床工作。由于这一整套诊断治疗体系，有易懂、易学、易掌握等特点，加之在临床应用中的极佳疗效，所以得到逐步推广。

如何在针刀施术时达到基本不痛，是周中焕长期冥思苦想的问题，其中卢氏针灸斜刺的理论对他启发很大。卢氏在研究

运动损伤中，通过近 30 年的基础医学研究和实践，在免疫电镜下观察到：当骨骼肌超过习惯性负荷工作致力平衡失调后，肌肉就发生延迟性收缩蛋白降解，从而导致收缩结构改变或解体。

当针刀斜刺进入损伤软组织时，肌肉中收缩蛋白马上出现组装、合成，收缩结构功能即时恢复，酸、胀、痛很快消除，带来稳定持久的疗效而不是一时性的镇痛。值得重视的是，斜刺治疗肌肉损伤是通过外周机制实现的。在分别破坏脑、脊髓、阻断运动终板的功能以及对离体肌肉等做一系列的动物实验后，仍然能够观察到针刺有促进肌肉功能和结构恢复的作用。这些研究结果表明，斜刺促进肌肉结构和功能的恢复，其作用机制主要不是通过神经的调节，而是通过肌肉本身所固有的外周机制调节的。卢氏所研究斜刺治疗肌肉损伤的机制是加强肌肉中收缩蛋白组装、合成，与朱汉章老师所认识的针刀调节电生理线路系统的机制有惊人的相似之处。

1. 针刀斜刺要领

(1) 针刀入路的选择：针刀临床主要用于松解软组织，而大多数疼痛或酸胀及功能障碍也是发生在软组织之中。在鉴别诊断后，医生根据患者主诉、运动障碍和触诊结果，能快速确定受损最痛点的位置，受损肌肉的名称、层次、深浅和肌肉的长轴。根据最痛点的位置，施术者选择离最痛点有适当距离的一点为进针点，进行标记。通常情况是：浅层损伤的肌肉进针点离最痛点比较近，深层肌肉的进针点离最痛点的距离就稍远些。这样能保证针刀在斜刺时达到最大的力学向量，有利于针刀更多地刺入到损伤的肌肉条索或硬结中。斜刺角度通常以 $40^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 为宜。

(2) 针刀进针要领

1) 选择器械：浅层肌肉可选用 4 号针刀，深层肌肉可选用 3 号针刀；瘦人及浅层可选用 0.7mm 针刀，胖人及深层可

选用0.9mm针刀。

2) 进针刀手法：术者用右手拇指和示指拿住针柄，左手拇指和示指将消毒棉花或纱布包裹针刀体中部，这样既能针刀快速穿过皮肤加大力量，又可以保证针刀沿纵轴方向即前进方向受力不至于变弯。

3) 力量控制：进皮时针体基本上是垂直于皮肤（进针后采用针刀斜刺技术），两手要同时用力，并且方向要一致。一般情况下右手占60%左右力量，左手注意控制针体不摇摆，保持双手共同方向直线前进。要学会控制突刺即快速突破皮肤的力量，这样既能保证穿过皮肤层的速度快，又不致于突刺过深而出现危险。

(3) 斜刺过皮后的要领：当针刀穿过皮肤到达浅筋膜层后，右手用拇指和示指拿住针柄，右手中指尖顶住进针点的附近部位以便精细调控进刀的深度，注意使针刀刀体保持确定的斜行方向，左手示指或中指尖要放在最痛点的条索或硬结上，以便清晰地感觉到刺入的层次和是否刺入到病变的条索或硬结上。也可直接快速斜刺沿预定方向准确穿过皮肤直刺到条索中（刺入点选2~3个部位为宜）。

(4) 斜刺调整针刀的要领：针刀斜刺到达肌肉条索后，不提插捻转，不上下左右摆动，也不附加其他任何手法。通常针刀刺入到病变条索后，局部有轻微酸胀，多数病变组织能在3秒钟后就出现条索软化、压痛消失、功能恢复。可采用每间隔3~5分钟一次检查或调整针刀刺入的效果，因为病变的肌束通常有多个。经过3次左右的调整（每次调整都用斜刺技术），将针刀退到皮下，触诊原痛点邻近部位是否还有条索，原痛点消失的程度，等条索基本软化或全部软化才可以退出针刀。也可对一长轴条索行反向斜刺或多点斜行刺入（比如治疗臀中肌损伤等）。

2. 结论 为了进一步发展针刀医学，使患者在接受针刀

治疗的瞬间痛苦降到最低限度，并取得安全和更好的临床疗效，周中焕近年在钻研针刀的传统进刀四步规程中，深刻体会切开、剥离、松解、铲削的操作以求突破，特别是学习了卢氏阿是穴针灸斜刺后，他总结了自己对5万余例颈肩腰腿痛患者的治疗体验，认为过去对很多病变区域进行治疗时完全没有必要给患者过大的刺激（如过度使用剥离、铲削等操作），更没有必要一上去就是8~10刀，这样会给患者带来很多不必要的痛苦。他提出针刀治疗应该做到：诊断准、思路清、选点精。由于颈椎、胸椎处肌肉受力等情况明显有别于腰椎，临床体验对颈、胸椎病斜刺效果优于腰椎。

（二）弹响髌的针刀治疗

髋关节主动屈伸及行走时，大转子外方出现一滑动的索状物并发生或感觉到弹响声，称“弹响髌”，“阔筋膜紧张症”。本病好发于青少年，多见于单侧。最有效的治疗方法是外科手术切断增厚的髂胫束，将断端固定于股骨粗隆。通过观察，切断髂胫束不固定疗效亦佳。因此，根据切开手术治疗原理及临床实践，采取针刀松解术以取代切开手术，其疗效亦令人满意。

1. 诊断

- （1）好发于青壮年，常见于运动员和战士，多见于女性。
- （2）髌部有外伤史或劳损史。
- （3）髋关节主动活动或行走时，可听到或感觉到弹响。
- （4）患者站立或健侧卧位，主动屈曲、内收或内旋髋关节时，可以触到大转子部有增厚腱性组织的弹跳感。
- （5）X线检查无异常。

2. 针刀治疗

定位：患侧卧位，令患者屈伸髋关节，术者触摸大粗隆上方紧张增厚的条索状物，固定患者体位。

定点：于索状物之最高点及其水平位之前后缘，各定

一点。

松解：选用凹刃针刀，刀口线与股骨纵轴平行刺入皮肤并达到条索状物（即髂胫束）后，将刀口线调转 90° 横行刺切数刀，将紧张增厚的索状物切断，必要时可用经皮选择性推切刀协助切断，术后压迫止血。

3. 手法治疗 出针刀后，术者双手交叉放于大粗隆上方和下方，推拨几下，以使松解更彻底。然后令患者屈伸髋关节，如仍有弹响，在紧张髂胫束处再选一点横切几刀。一般 1~3 次可愈。

4. 注意事项

(1) 针刀松解无需刺到骨面，治疗部位是肥厚的髂胫束（髂胫束的后缘，臀大肌腱性附着部的前缘）。把局部紧张增厚硬化的髂胫束看作琴弦，在大转子的弹拨作用下，紧张的“弦”发生弹响。只要切断这根“弦”就可以消除弹响。

(2) 注意局部保暖，穿较宽松的衣服，可在股骨粗隆处做理疗，术后无需卧床休息。

(3) 操作时，患侧髋关节屈曲，使增厚的髂胫束绷紧，进针刀点在张力最大处刺切之后，要屈伸髋关节，使切开的增厚组织得到进一步松解。

5. 体会 弹响髋的病变组织是髂胫束，病理变化为髂胫束在长期慢性损伤或急性损伤的作用下，发生出血、渗出、纤维组织增生，导致病变组织变硬、挛缩。选用凹刃针刀或推割针刀将挛缩增厚的髂胫束部分切断，再配合髋关节的屈伸运动，使张力较大的髂胫束在针刀切断，屈伸运动拉力的双重作用下得到一定程度的松解。术后，继续坚持患髋功能锻炼，疾病完全可以痊愈。这种微创手术能取得与外科手术相同的效果。

(三) 腰椎间盘突出神经根受压与纤维隔病变的关系

近年在腰椎间盘突出症治疗中，运用针刀在椎间孔周围松

解纤维隔，收到了快速消除神经根受压症状的效果，为临床攻克此难治性疾病建立了一套全新的治疗方法。

神经根管的解剖学特点：神经根管是神经根自离开硬膜到椎间孔外口所经过的骨纤维管道。包括两个部分，即侧隐窝和由它向前外下方延伸的椎间孔神经根管，内宽外窄，前后略扁，如同小口朝外的漏斗。

椎间孔上下界为椎弓体后上缘，顶部由黄韧带构成，韧带后是关节突关节。椎间孔内不仅通过神经根，而且有椎间动静脉通过，以及保护血管的结缔组织，同时存在着一些纤维隔，连接在椎间盘纤维环与关节突关节之间，将椎间孔分为上、下两管。上管通过腰神经根、腰动脉椎管内支及椎间静脉上支；下管通过椎间静脉下支。椎间孔在外口中上部另有一纤维隔。连于椎间盘纤维与横突及横突间韧带，将外口分为上、下两孔，腰神经根由下孔通过。在上位腰椎，外口纤维隔位置高，较薄，但在下位腰椎则位置低而坚厚，呈膜状，将外口中大部分封闭。

脊神经根自离开硬膜到椎间孔受到侧隐窝和椎间孔两部分影响。当侧隐窝随着时间的推移逐渐狭窄时，神经根本身应该有能力向内侧（椎管内）移位而保持顺利通行。而纤维隔一类组织发生变性则可使神经根无法向其内侧（椎管内）移行而受到侧隐窝的挤压。

椎间孔四面邻骨，有效空间小，神经根又被纤维隔固定。当椎间盘突出引起局部病理变化时，尤其在下位腰椎，由于固定神经根的纤维隔位置低而坚厚，其间通过的神经根没有保护能力保护自己免受炎症侵袭。另外起于椎间盘纤维环的纤维管的神经受到卡压而引起症状。由此可见，椎间孔内纤维隔这一特殊结构在椎间盘突出引起腰腿痛症状中具有重要的临床价值。

笔者近年采用特制针刀器械从椎板外切迹入路松解纤维

隔。圆头针撬拨神经根，腰神经根管注药等方法治疗腰突症，在临床上都收到了快速消除神经根受压症状的效果。

二、针刀治疗

(一) 血管型颈椎病

张某，女，56岁，省总工会干部，1995年8月6日因突发眩晕，恶心，呕吐，又出现双耳失聪，当即住省某大医院作静脉扩张血管和高压氧治疗，双侧耳聋未见好转。一周后来我院求诊，经X线正、侧位片，张口位片及临床检查，符合血管型颈椎病诊断。查体时，见右侧大直肌，上斜肌张力增高，寰椎右侧移位，当即采用针刀松解右侧大直肌及上斜肌，后即行旋转整复术，3分钟后患者感到眩晕消失，双耳已能听清医者说话。而后又做了4次巩固治疗，近10年多次随访一切正常。

(二) 神经根型颈椎病

尹某，男，46岁，华中某大学教授（著名画家），1996年元月13日因右上肢出现无力麻木，颈部酸胀痛10天来我院求诊，观其颈部X线片，颈椎侧位片见C₄₋₅节椎间隙变窄。颈椎正位片见脊柱多节段失稳，压颈试验，牵拉试验均阳性，右手肌力Ⅲ级。诊断：颈椎病（神经根型）；C₄₋₅、C₅₋₆节椎间盘突出。

确诊后，先采用针刀松解颈部相关软组织，并辅以软化瘢痕药物，每次先松解软组织后再行颈椎整复术，6次治疗后患者完全康复。坚持做颈部保健，随访9年未复发。

(三) 胸椎病—心律失常（心动过缓）

患者系原国家卫生部领导人，女，52岁，1996年3月来我院治疗。诉自1995年初开始出现心动过缓，心率常波动在40~50次/分之间，多次晕厥倒地，曾在北京某大医院检查治疗未见好转，心电图ST段及T波均已出现明显低平。

并经常发生心慌，特别是胸闷现象，查颈椎5~6节及胸椎上段2~4节有错位性改变，胸椎2~4节左侧棘突旁有压痛并可触及条索。第一次行软组织松解术及整脊后，心率由40次/分马上升至52次/分。当即觉胸闷减轻，两天后作第二次治疗心率升至56次/分。心慌已全消失，并有一种说不出的舒服感。第三次治疗后心率升到60次/分，至第6次治疗后复查心电图，心率已升至68次/分，ST段、T波已完全恢复正常。

(四) 胸椎病—心律失常（频发二联律）

谢某，女性，34岁，某医药公司职员，1997年5月因近3个月频发心前区不适在省大医院住院治疗，疗效不佳，遂来就诊。

接诊时见患者心电图示频发室性早搏呈二联律，偶发三联律，查胸椎X线正位片，见胸椎3~4节右侧移位。经针刀松解软组织和调整紊乱的胸椎关节，三次治疗后室性早搏完全消失，心电图完全恢复正常，已连续8年检查无任何不适。

在临床工作中，我们发现绝大多数中青年人心前区不适及心律失常均是由胸椎上段错位造成。

(五) 胸椎病—胃溃疡

王某，女性，48岁，医务工作者，反复发作多年医治不愈的巨大胃底部溃疡，经多家大医院会诊后，为了防止癌变，决定行胃大部切除手术。手术前三天，因突发腰痛经人介绍求助于医者。查体除腰椎3~5节左侧移位外，还发现胸椎6~10节均向右侧移位，经拍片证实后，先治疗腰椎，并告诉她长期胃溃疡不能愈合可能与胸椎错位有关，腰椎治愈后又在胸椎行三次椎旁软组织松解配合整脊术后，胃痛症状完全消失。一周后患者又要求巩固治疗几次，1个月后胃镜检查胃溃疡完全愈合。

并经常发生心慌，特别是胸闷现象，查颈椎5~6节及胸椎上段2~4节有错位性改变，胸椎2~4节左侧棘突旁有压痛并可触及条索。第一次行软组织松解术及整脊后，心率由40次/分马上升至52次/分。当即觉胸闷减轻，两天后作第二次治疗心率升至56次/分。心慌已全消失，并有一种说不出的舒服感。第三次治疗后心率升到60次/分，至第6次治疗后复查心电图，心率已升至68次/分，ST段、T波已完全恢复正常。

(四) 胸椎病—心律失常（频发二联律）

谢某，女性，34岁，某医药公司职员，1997年5月因近3个月频发心前区不适在省大医院住院治疗，疗效不佳，遂来就诊。

接诊时见患者心电图示频发室性早搏呈二联律，偶发三联律，查胸椎X线正位片，见胸椎3~4节右侧移位，经针刀松解软组织和调整紊乱的胸椎关节，三次治疗后室性早搏完全消失，心电图完全恢复正常，已连续8年检查无任何不适。

在临床工作中，我们发现绝大多数中青年人心前区不适及心律失常均是由胸椎上段错位造成。

(五) 胸椎病—胃溃疡

王某，女性，48岁，医务工作者，反复发作多年医治不愈的巨大胃底部溃疡，经多家大医院会诊后，为了防止癌变，决定行胃大部切除手术。手术前三天，因突发腰痛经人介绍求助于医者。查体除腰椎3~5节左侧移位外，还发现胸椎6~10节均向右侧移位，经拍片证实后，先治疗腰椎，并告诉她长期胃溃疡不能愈合可能与胸椎错位有关，腰椎治愈后又在胸椎行三次椎旁软组织松解配合整脊术后，胃痛症状完全消失。一周后患者又要求巩固治疗几次，1个月后胃镜检查胃溃疡完全愈合。

暖，避免臀股部损伤。工作时注意姿势体位的改换，半年后随访，无复发。

工作单位：武汉市中焕针刀医学研究所

湖北省军区门诊部颈肩腰腿痛治疗中心

通信地址：湖北省武汉市武昌街道口劝业场

湖北省军区门诊部

电话：027-82858895（办），62267951（小灵通）

手机：13971142379

E-mail: whszzh2007@sohu.com

刀功老到松筋康骨 厚积薄发每愈沉疴

—— 陈关富临床经验

陈关富，男，1956年1月出生。四川康骨医院业务副院长、主任医师、首席专家，中华中医药学会针刀医学分会常务委员，四川中医药学会针刀专委会主任委员。

1981年毕业于川北医学院，1992年起师从朱汉章教授，从事针刀医学临床诊疗及科研工作至今。发表针刀医学论文14篇，主编《实用针刀术》、《针刀治疗颈源性眩晕》，获科技进步奖三项。272次“香山科学会议”代表。



一、学术特点与医疗特长

(一) 针刀治疗股骨头坏死 1162 例临床经验

自2000年1月—2005年12月共收治入院股骨头坏死患者1584例，其中治疗后随访达1年以上者1162例（表3）。均以生物力学失衡理论为指导，以针刀治疗股骨头缺血性坏死，获得了令人满意的近远期疗效。

1. 主要临床症状和体征

(1) 症状：股骨头坏死病分Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期，在各期中症状的表现特点是不一样的，具体描述如下：

Ⅰ期症状：患者自觉双腿或单腿容易疲劳无力，活动后加重，可自行消失。随着病情发展，双腿或单腿容易疲劳无力症状的发生频率会逐渐增多，有时伴有髋关节隐隐作痛。Ⅰ期股骨头坏死的髋关节疼痛，是进行性、阶段性的髋关节疼痛，时

有时无，逐渐形成不间断的髌关节疼痛，在行走时髌关节疼痛症状会更加严重。

Ⅱ期症状：髌关节疼痛，呈持续性、进行性的髌关节疼痛，站立时髌关节疼痛严重，严重者不拄拐杖无法行走。伴有患肢畏寒、酸软无力，臀部疼痛，或伴有腰椎疼痛，或伴有膝关节疼痛，跛行，髌关节功能障碍等。

Ⅲ期症状：髌关节疼痛，呈持续性、进行性的髌关节疼痛，站立时髌关节疼痛严重，伴有患肢畏寒、酸软无力、臀部疼痛，或伴有腰椎疼痛，或伴有膝关节疼痛，跛行严重，拄双拐行走疼痛，明显感到腿短，患肢肌肉萎缩，软组织粘连，下肢无力、畏寒，髌关节下蹲、外展、内收功能严重障碍。

Ⅳ期症状：髌关节疼痛较剧，休息也不能缓解，严重跛行，拄双拐行走困难。X线平片关节面扁平，关节间隙显示变窄，髌臼有骨硬化改变，囊腔形成，边缘骨赘。股骨头完全变形。

需要引起注意的是，患者的X线检查发现与临床症状严重程度并不完全一致，这可能与本病起病缓慢，并且个体的差异较大，病因多样及个体对疼痛的耐受程度不一有关。

(2) 体征：髌关节局部深压疼痛，内收肌起止点压痛，“4”字试验(+)，托马征(+)，直腿抬高试验(+)，外展、内收、外旋、内旋活动受限，患肢可短缩，或有髌关节半脱位体征，纵向叩击试验有时(+)，蹒跚步态，或跛行。

2. 诊断标准、分期

(1) 诊断标准：国家中医药管理局：中医病症诊断标准193P（行业标准）

1) 有明显的髌部外伤史。

2) 无髌部外伤史而有长期服用激素，过量饮酒等。

3) 髌部疼痛，以内收肌起点处为主，疼痛可呈持续性或间歇性，可向下放射痛至膝关节。

4) 行走困难,呈跛行,进行性加重。

5) 髋关节功能障碍,以内旋外展受限为主,被动活动髋关节可有周围组织痛性痉挛。

6) X线摄片检查可见股骨头密度改变及中后期的股骨头塌陷。

(2) 分期: X线作为重要的诊断依据,一般采取骨盆正位片和蛙式位片两种。Ficat 五期分类法:

0期: 单侧有明确股骨头缺血性坏死的对侧髋关节定为0期。该期病例无临床症状, X线及MRI检查正常。

I期: 为放射学前期,其特征为无放射学异常迹象,至多显示微小的骨质疏松。患者有关节僵硬、疼痛,尤以夜间加重,伴有关节活动轻微障碍,以内旋、外展为主。

II期: 临床症状持续存在,甚至加重, X线可见股骨头有弥散性骨质疏松,有硬化和囊性变,股骨头上方承重区有骨硬化斑, MRI可见新月状改变。关节间隙和股骨头球面正常。

III期: 更加严重,可有跛行或需扶拐行走,各方向活动均受限。骨小梁的连续性出现断裂,有透亮区的新月征和股骨头部分塌陷或扁平,骨节间隙正常或增宽。新月征有时需拍正侧位片或断层片方能显示。

IV期: 临床症状同III期,软骨面进行性丧失,髋臼骨赘形成。股骨头失去球面外形并表现骨关节炎变化。

表3 1162例患者X线检查分期情况

分期	I期	II期	III期	IV期
病例	107	442	349	264
比例(%)	9	38.3	30	22.7

3. 特殊检查

CT: 是从横断分层观察死骨块的大小,而且可以明确显

示囊状改变的大小，股骨头软骨下断裂骨折，股骨头塌陷的部位和塌陷的程度。

MRI：股骨头内异常低信号区，或者高信号区（非创伤性）。

骨扫描：股骨头内有冷区（早期缺血）或呈热象（晚期修复）。

血管造影：早期无造影剂显示，严重时可能出现广泛小动脉穿入。

4. 治疗

（1）针刀治疗

体位：侧卧位，患侧在上。

定位：大转子上缘2~3cm处，常规在股骨头投影弧线上定3点，常规皮肤消毒，术者戴帽子口罩、无菌手套、铺无菌巾。

定向：刀口线与股骨长轴平行，针刀体与局部体表垂直。

针刀操作：针刀刺入股骨头表面，刺切2刀，并根据病情，酌情使用针刀松解：①内收肌群起止点；②韧带：髂股韧带、耻股韧带等；③闭孔神经出口；④隐神经髂下支；⑤髂腰肌起止点。

（2）功能锻炼：在针刀治疗1周后，由理疗科配合手法治疗，按摩和患肢牵引，每天1次，6~8周。患者一律住院治疗8周，前5次治疗以15天为周期，2个月后改为1个月1次，一般Ⅰ期6~9次，Ⅱ期9~15次，Ⅲ期15~20次，Ⅳ期20~26次。

5. 疗效标准 国家中医药管理局：中医病症疗效标准（行业标准）

治愈：行走无跛行，髋关节无疼痛，下肢无短缩，功能完全或基本恢复，X线片股骨头死骨区塌陷、骨坏死及骨增生硬化现象基本消失。好转：症状减轻，髋关节活动功能改善，下

肢短缩在1cm左右，X线片股骨头变大或扁平，但骨坏死及骨增生硬化现象有所改善。未愈：症状无改善。X线片征象无改变。

6. 结果（见表4）

表4 1162例患者的治疗疗效表

效果	治愈	好转	未愈	总有效率
病例	244	818	100	1062
比例（%）	21	70.4	8.6	91.4

7. 讨论

引起股骨头坏死的原因多种多样，任何原因造成股骨头血供明显减少，乃至丧失，均可导致本病的发生。中国传统医学早在2000年前《黄帝内经·灵枢》就有过描述，当时称之为“骨蚀”。多年来流行病学对发病率尚未得到完全准确的统计，但一致认为呈明显上升趋势，发病人群以中壮年多于儿童，男多于女。

（1）病因分为创伤性和非创伤性因素两大类：创伤因素包括股骨颈骨折，脱臼，髋关节积累性损伤等。非创伤性因素包括应用激素、放射性、滑膜炎、静脉炎、强直性脊柱炎、骨发育不良、大量饮酒和长期吸烟等100余种因素。

缺血性坏死病理：血管断裂、受压、痉挛、脂肪栓塞，导致骨细胞缺血，造成髓内骨、骨髓、骨皮质逐渐坏死。数周后血管自周围吸收坏死骨，另一方面，由成骨细胞形成新骨覆盖在坏死骨，使骨密度增加，随着修复反应的进一步发展，骨组织的完整性遭到破坏，骨小梁断裂，软骨塌陷，股骨头变形，髋关节间隙改变。

（2）针刀治疗原理：临床实践来看，股骨头之外的因素需要引起大家的重视。本病患者普遍存在髋关节周围肌肉、韧

带、肌腱的挛缩，导致髋关节功能障碍。在早期，这可以限制病员的髋关节活动，起到减轻股骨头的动力负荷之作用。但随着病情的进展，上述病理改变，加重了髋关节的静力负荷，使得髋关节腔内高压状态，反过来进一步恶化了股骨头的缺血、瘀血状态，微循环障碍进一步加重。传统的保守治疗方法，不能有效地解决上述病理状态。

针刀治疗：首先松解髋关节囊，达到减轻腔内压的作用，增加微循环灌注。解除软组织的粘连、瘢痕和挛缩，恢复软组织的力学动态平衡状态和力学静态平衡状态；消除肌肉紧张、痉挛，改善髋关节周围肌肉微循环，改善代谢，促进炎症致痛物质的清除；针刀还具有针刺的效应，且“得气”感比针刺更强，能舒通经络，调节脏腑气血功能，激发体内调节作用，产生镇痛物质（如脑啡肽等），达到“去痛致松”的目的。

（3）功能锻炼、康复理疗：适宜的练功方式和运动量可以增强髋关节周围肌力，改善循环，是保证和巩固疗效的关键。因此要根据患者的年龄、体质，选择适宜的练功方法和运动量，在医生的指导下，运动量应由少到多，幅度由小到大，时间由短到长，严格掌握循序渐进的原则。配合适当的牵引、理疗，进一步改善循环，解除肌肉痉挛，改变髋关节间隙。

（4）从治疗结果分析，治愈者大多是小儿、Ⅰ期和Ⅱ期轻者，对Ⅲ、Ⅳ期病员的治疗效果有待进一步研究。

（二）针刀加阻滞治疗痛风性关节炎

痛风是尿酸代谢障碍引起的疾病。临床上表现为屡次发作的急性关节炎、尿酸增高、尿酸盐在软组织内沉积为特征。发生症状的主要原因是结晶滑膜炎，晚期主要表现为骨性关节炎。由于病变部位有红肿、灼热、剧痛，既往被列为针刀治疗禁忌证。笔者采用镇痛液阻滞下针刀松解治疗，取得很好的疗效。

1. 治疗方法 选择红肿压痛明显处（避开重要神经血管）

作为进针点，按骨科无菌手术要求操作。每点先注射镇痛液 1~3ml，再行针刀松解剥离。松动后出针，让少量血液及关节液自行流出。再对患部做手法，向心性挤压、推揉，活动关节。重新消毒，贴创可贴。术后抬高患肢 45°，卧床休息 12~24 小时。5 天一次，两次为一疗程。

2. 治疗机制

(1) 阻滞作用：因病变部位剧痛拒扪，患者不愿接受针刀治疗。用 1% 利多卡因镇痛液阻滞后再行针刀松解术，可减轻患者痛苦，并能溶解、稀释局部沉积的尿酸盐。镇痛液中的地塞米松可稳定细胞溶酶体膜，减轻滑膜细胞的变性坏死。

(2) 针刀松解具有减压，内外引流作用：针刀切开筋膜、滑膜、滑囊，消除局部软组织的高张力状态，既利于静脉回流，又解除了神经末梢受压，因而疼痛得以迅速缓解。沉积的尿酸盐与镇痛液及渗血混合而被稀释后带入血液从肾脏排除。拔针时通常有黯红色血液、关节积液和（或）牙膏样物质从针孔流出起到了外引流作用。同时消除了一个体内“高尿酸病灶”。

针刀疗法作为治疗痛风性急性关节炎的一种新方法，不仅可以迅速控制疼痛、消除肿胀、恢复关节功能、降低血尿酸，避免药物引起的胃肠道反应，而且对预防晚期骨性关节炎的形成是有效的。

（三）寰枢关节紊乱

1. 诊断标准

- (1) 头晕、头痛，可伴有颈痛、恶心；
- (2) 触诊有 C_2 棘突偏歪或压痛，棘旁压痛；
- (3) 张口位 X 线片见 C_1 、 C_2 解剖关系失常。

2. 治疗方法

(1) 针刀松解：在 C_2 棘突、棘旁、椎间、枕神经出口处等压痛点用切开剥离松解。

(2) 采用两点一面颈椎复位法进行手法整复。

(3) 纸板颈围固定 2 周。每 7 天治疗一次，4 次为一疗程。

3. 体会

(1) 针刀松解占主导地位。

(2) 手法整复是取得速效的关键。

(3) 颈围固定是必不可少的步骤。

(四) 寰椎沟环综合征的临床诊断与针刀治疗

1. 临床表现与诊断

(1) 患者有眩晕发作病史，发病年龄多在 30~60 岁。

(2) 患者自觉眩晕的发作与头颅转动有关系，且有逐渐频繁发作的趋向。登高或过马路会出现情绪紧张（恐高症）。发作一开始感到周围事物天旋地转，不敢睁开眼睛，自觉人要站不住或坐不稳，要求闭眼平卧，同时会出现恶心、呕吐、多数一二小时可以好转，有的一二天后才可缓解。发作间歇期一般无症状，有的可以后遗有头昏、眼花、头痛、耳鸣等症状，甚至出现消化系统或循环系统症状。寰椎横突压痛，下项线、第 2 颈椎棘突旁等处扪及压痛。转颈擦肩试验阳性（患者坐位，令患者伸颈、仰头，然后向一侧旋转头颅，转到下颌接触肩部时，下颌紧贴肩部移动向前向下擦拭移到前胸正中，再从前胸返回到肩部，离开肩部转头伸颈，转头到原来姿势，再转头下擦拭肩，擦移到前胸正中，如此反复，来回检查 2~3 次，同时检查对侧，诱发眩晕为阳性）。这与转颈时寰枢椎间错位，刺激压迫椎动脉有关。检查时患者诉眩晕过重或恶心时，应及时停止，以免发生意外。

(3) 侧位寰椎后弓和其侧块间是椎动脉切迹，此处出现骨性桥状阴影。有的不成环，仅呈骨突起（半环）也有重要性。

(4) MRI 显示：椎动脉第三段扭曲或变细。

2. 鉴别诊断

(1) 与颈源性眩晕鉴别：寰椎枢椎间不稳或半脱位；钩椎关节增生；锁骨下动脉逆流综合征。

(2) 非颈源性眩晕：全身性疾病；外伤后；前庭系统性疾病；药物中毒；其他。

3. 针刀治疗沟环综合征的思路及体会 外科医生主张采用沟环切除术来治疗寰椎钩环综合征。从针刀医学理论讲，颈源性疾病的根本病因是颈部生物力学失衡，这也是为什么作为先天性畸形的沟环绝大多数在青壮年发病，有的存在沟环但并不出现临床症状，这说明寰枢椎周软组织的损伤使本来“顺应性”较差的沟环段椎动脉和与其伴行的枕下神经（椎动脉第三段和第1颈神经的后支枕下神经在椎动脉沟中伴行。椎动脉受压或受刺激可以造成枕下神经同时接受刺激和压迫，枕下神经与第2颈神经后支的内侧支枕大神经相连，枕大神经向上达头皮，该神经受刺激后可致头皮痛，头痛。枕下神经与枕大神经相连后，又与第1、第3颈神经后支的内侧支连接成颈后神经丛，遍布枕后颈项上部，该丛受到刺激可致枕后头痛和上颈项疼痛。此外，颈项的颈2、3神经后根可传导由于颈部病损、畸形、失稳后骨与软组织劳损性病理冲动，通过深部感觉器经由脊髓小脑束、网状小脑束等传向小脑及前庭神经核引起眩晕）受到刺激或压迫，从而产生一系列的临床症状，其核心还是一个生物力学平衡失调的问题，结合仔细查体，选择恰当的治疗点，配合适当的手法便可取得确切的疗效。

4. 针刀治疗

(1) 体位：俯卧，头呈前屈位，胸下垫枕。

(2) 定点：病变侧寰椎横突尖部、病变侧颈2棘突、枕颈交界区其他压痛点。

(3) 皮肤常规消毒，戴口罩帽子，无菌手套，铺无菌洞巾。

(4) 定向：刀口线与颈部纵轴平行。

(5) 针刀操作：寰椎横突尖部：其目的是为了更有效地松解头上斜肌和头下斜肌在横突尖部的附着点。术前应仔细分析 X 线片，了解沟环侧的横突背面的宽窄，骨小桥的结构形态。将小桥的后面和横突后面组成的弧形面看做是针刀操作的分界面，刀刃操作的深度一定、必须是在此弧形面的浅面。

左手拇指边缘紧贴乳突，另侧缘扣及横突尖部。右手握持 4 号针刀，刀口线与颈部纵轴平行，针刀体与局部斜面垂直。紧贴拇指边缘，快速进针破皮后，缓慢试探深入，当深度约 8~15mm 时针刀触及骨面。当确定刀刃在横突尖部骨背面后，将针刀体向颈中线倾斜夹角呈 30° ，靠横突上缘与横突后平面呈 15° ，贴骨面由内向外轻轻推切一刀；再靠横突下缘与横突后平面呈 15° ，贴骨面由内向外轻轻推切一刀。出针。

出针后，先缓缓移开左手拇指，观察针眼有无出血，做到心中有数后再将拇指移到针眼处压迫 5 分钟，确定没有出血后，覆盖针眼。术毕，针眼贴创可贴。

其余治疗点按常规操作。

(6) 注意事项：寰椎横突尖部针刀松解的适应证如何选择，一方面取决于患者疾病是否必要；另一方面取决于医生操作的经验，但即便是技术娴熟的医生在疲劳状态时也应视为禁忌证。

5. 手法操作 患者取仰卧位，医生一手托患者下颌，一手托后枕部，与患者身体形成对抗牵引，在牵引下左右摆动患者头部一次。带颈围 3~5 天。

(五) 针刀加阻滞配合手法松解治疗肩周炎

1. 针刀治疗

体位：侧卧位、患侧向上，充分暴露患侧肩部，手臂平行放置在躯体上。

定点：常规定 5 点，即喙突部、大小结节间沟、小圆肌止

点、大圆肌起始部、冈上肌腱与肌腹结合部。皮肤常规消毒，铺无菌巾。

针刀操作：

(1) 喙突点：左手拇指扣及喙突，指尖顶住外下缘，右手持针，刀口线与臂丛走向平行（刀口线向外下，与人体纵轴呈 60° ），到达喙突骨面后，调转刀口 90° ，与肱二头肌短腱垂直，针体向头部方向倾斜 45° ，紧贴喙突排切3刀，松解挛缩的肱二头肌短腱及其深面的滑囊；将针提起2mm，刀口线仍与臂丛走行平行，针体向内下方倾斜 60° ，紧贴喙突外上缘排切3~5刀，松解挛缩的喙肱韧带，深度达韧带深面1cm。此点的针刀操作称为“喙突一刀二式”，是治疗肩周炎的关键所在。

(2) 结节间沟：刀口线和肱二头肌长头腱平行，针刀体与该平面垂直，刺入肌腱深面，在间沟骨槽面做纵行疏通横行剥离各一次即可。

(3) 肱骨大结节外下部小圆肌止点：刀口线与上臂平行，针刀刀体与大结节骨面垂直，刺达骨面后排切3刀即可。

(4) 肩胛骨外下角（大圆肌起点）：刀口线与小圆肌肌纤维平行，针刀体与腋下面呈 75° 刺入，达肩胛骨外缘骨面，做纵行疏通、横行剥离，亦可切开1~2刀。

(5) 冈上窝最外缘，冈上肌腱腹结合部：在肩峰内缘1.5cm处进针刀，刀口线与冈上肌走行平行，针体向外下倾斜 15° ，深达冈上窝骨面，将冈上肌的腱腹结合部沿骨面铲起。松解腱腹结合部缺血、渗出导致的粘连。

上述(3)、(4)两点的操作，不仅松解了大、小圆肌的挛缩，同时松解了四边孔的上下缘，因此达到松解腋神经的目的，从而起到有效解除疼痛的目的。

2. 局部阻滞 阻滞药液配方：2%利多卡因50mg、地塞米松注射液2.5mg加生理盐水至10ml。作针刀治疗点注射，

每个治疗点注射 2ml。

3. 手法松解 针刀松解及药物注射后，嘱患者侧卧、患肩在上。用拇指仔细分拨冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛提肌、三角肌，尽量将各条肌腱分拨开。通过这种分筋、理筋的方法达到松解痉挛，剥离粘连的目的。最后，医生双手握住患肢前臂，让其尽量外展上举患肢，反复数次，当达到最大限度时，医生双手猛得向上一弹（推弹在瞬间完成），待患者反应过来时，手法已告结束。

治疗后 6 小时起，嘱患者做肩关节的功能锻炼，以防止肩关节周围的再次粘连。锻炼的方法是爬墙、做肩关节的上举、后伸。每次 15 分钟，每天 3 次，持续 2 周。若个别患者术后疼痛较重，可口服非甾体类消炎镇痛药物 3~5 天。

（六）针刀治疗致气胸 1 例及其处理

谢某，女性，35 岁。3 年前被砖头砸伤右背部，服消炎活血药物十余天，背痛消失。3 个月 after，上背右侧肩胛骨内侧缘疼痛，反复发作，背部沉重，痛剧时不能入睡。于 1999 年 9 月 18 日上午 11 点到疼痛科就诊。查体：右背部肩胛骨内侧缘处局限性压痛，诊断为大菱形肌损伤，行针刀松解术。术后当晚背痛消失。次日渐感乏力、气紧。9 月 21 日上午来疼痛科复诊。查体：右上肺叩诊鼓音，听诊呼吸音明显减弱，X 线显示右侧气胸征，右肺组织收缩于内下，压缩约 85%，急诊住院。穿刺抽吸出气体 1500ml。次日复查 X 线片右肺压缩 95%，相继实行胸膜腔闭式引流术，负压吸引，50% 葡萄糖液 30ml 加红霉素 0.6g 胸膜腔注射、抗感染和支持治疗，右肺均无复张，于 2001 年 10 月 8 日在全麻下行剖胸探查术，术中发现右侧胸腔内约有 200ml 黄色液体，右肺上叶基底段斜裂处见 1.2mm 破口，鼓肺时有气体自破口处溢出。行肺修补术，于 2001 年 11 月 19 日治愈出院，出院诊断：创伤性气胸。

讨论：引起针刺损伤的原因归纳起来主要包括腧穴（或

进针刀点)危险性、操作原因和患者原因三个方面。该例损伤在危险膈穴部位进针,患者体位突然变动(咳嗽),医生操作失控导致损伤。危险膈穴:这些膈穴由于处在人体的要害部位,针刺时就存在着刺伤其深面重要组织器官的危险。与菱形肌分布有关的危险膈穴主要有魄户、膏肓、神堂,其相应处胸壁厚度参考距离分别为 $(3.67 \pm 0.81)\text{cm}$, $(3.06 \pm 0.89)\text{cm}$, $(2.54 \pm 0.77)\text{cm}$ 。但因人体胖瘦和操作时指压轻重情况不同而差距较大。菱形肌松解操作中应注意几点:①患者以俯卧位为佳,双上肢放于体侧,胸部垫薄垫,有利于摸清肋骨;②针刀治疗点均在肋骨面上,可用左手示、中指分别压在进针点肋骨的上下间隙,在两指之间垂直于体表进针;③握持针刀时将中指紧贴在距刀刃 $1.5 \sim 2\text{mm}$ 处护住针体,以防患者突然改变体位致针刀滑移刺入过深;④刀刃破皮后缓缓进针,未触及骨而不作剥离;⑤遇肥胖患者,可用牙科5号穿刺针抽吸 0.5% 利多卡因 2ml ,探寻注射肋骨面,做到进针前心中有数。

(七) 脊髓神经鞘瘤误诊

杨某某,男,50岁,四川广安县前锋镇人。因“腰部隐痛伴右侧臀部及右下肢酸胀痛5个月”于2002年9月16日入住四川康骨医院。入院前曾先后在6家医院就诊,3家医院CT检查,均诊断为“腰椎间盘突出症”,经给予腰椎牵引、推拿、骶管阻滞等治疗,症状无缓解。入院检查:T: 36.5°C , P: 82次/分, BP: $120/80\text{mmHg}$ 。神志清楚,步入病房。心肺检查无异常发现, L_{3-4} 、 L_{4-5} 棘间及棘旁压痛、叩击痛且放射致右下肢。右侧直腿抬高试验 40° (阳性),加强试验(阳性),右下肢股四头肌肌力IV级,其余肌力V级,右膝腱反射减弱。化验:WBC: $18.5 \times 10^9/\text{L}$, N: 96%, ESR: 6mm/h , CT示: L_{3-4} 椎间盘膨出, L_{4-5} 椎间盘突出。诊断:腰椎间盘突出症。治疗:针刀松解 L_{3-4} 、 L_{4-5} 侧隐窝2次,右侧直腿抬高呈 60° (阴性), WBC: $8.2 \times 10^9/\text{L}$, N: 76%, L: 24%。但

右下肢疼痛不缓解,呈电灼样、刀割样疼痛,翻身时加重、剧烈难忍,不能下床或站立,轻轻叩击腰部,剧痛向右下肢触电样放射。相继给予骶管阻滞、20%甘露醇 200ml 加地塞米松 1.5mg 静滴、右侧腰大肌间沟持续注射 1.5% 利多卡因 20ml,每日一次,连续 7 天仍不能缓解。于 2002 年 10 月 4 日行 MRI 示: L_{2-3} 、 L_{3-4} 、 L_{4-5} 、 $L_5 \sim S_1$ 椎间盘于 T2W1 信号强度降低,并膨出,于脊膜囊见浅压迹白, L_{3-4} 椎管沟见异常信号病灶。大小: $26\text{mm} \times 93\text{mm} \times 10.7\text{mm}$, T1W1 呈高信号,增强后明显强化,中央见不规则无强化区。马尾神经向周围推挤,骨性椎管形态正常,椎旁软组织分界清楚。MRI 诊断: ① L_{3-4} 椎管内(脊膜囊内髓外)占位病变。考虑脊膜瘤或神经鞘瘤可能。② L_{2-3} 、 L_{3-4} 、 L_{4-5} 、 $L_5 \sim S_1$ 椎间盘退变、膨出。于 2002 年 10 月 16 日在持续硬膜麻醉下行肿瘤摘除术,标本送检,病理诊断: 神经鞘瘤。随访 9 个月无复发。

讨论:

1. 神经鞘瘤又称 schwann 瘤,神经瘤,起源于鞘膜的 schwann 细胞,为良性肿瘤。好发于中年人,男女发病无差别。为最常见的一种脊髓肿瘤,占椎管内肿瘤的 23%~43%,好发于髓外硬膜内。常偏于前外侧及后外侧,沿蛛网膜下腔生长,逐渐将脊髓压向一侧旁,甚至压成扁平。有时肿瘤沿神经根生长,穿过硬膜到达硬膜外,甚至穿过椎间孔到达椎管外,形成葫芦形或哑铃状,造成神经扩大。神经鞘瘤通常直径为 2~3cm,包膜完整,分布尚无一定规律性,多好发于腰部。神经根痛和放射通是最常见的症状,活动后加重,呈放射性剧烈疼痛,似刀割火烧、针刺样痛,休息时不缓解是其特征;感觉异常,腰背腿下肢及鞍区的麻木感,蚁走感,亦可表现为感觉过敏,衣服摩擦时亦引起疼痛;运动障碍,早期为阶段性肌无力,继之出现肌萎缩。由于肿瘤压迫脊髓,可出现脊髓半切综合征。或脊髓完全横贯性损害出现单肢瘫或截瘫;其他如马

尾神经受压而出现括约肌功能障碍，表现为尿潴留或尿失禁。脑脊液检查可发现蛋白明显增高，脊髓造影可显示髓外硬膜内肿块特征。鉴别诊断除腰突症外，应排除脊柱 TB 及蛛网膜下腔炎。

2. 腰椎是椎间盘突出症和神经鞘瘤的好发部位，且两种疾病可合并存在，二者在临床上均可表现为坐骨神经痛的症状。前者通过针刀松解脊神经根、侧隐窝阻滞等方法可获满意疗效，后者疼痛异常剧烈而持久，常使患者无法忍受。非手术治疗不能奏效，当腰椎间盘突出患者经过通常有效的方法不能奏效或 CT 影像不能解释病灶时，应考虑到作 MRI 检查，排除神经鞘瘤及其他椎管内病变。

3. 腰椎间盘突出症患者接受针刀治疗后出现下肢肌萎缩加重或瘫痪时、患者及家属常会向医生提出质疑，甚或酿成医疗纠纷，此时应冷静分析病例，及时提出做 MRI 检查，寻找椎管内占位病变的依据。

4. MRI 可精确显示肿瘤的大小、部位与脊髓周围的关系，是诊断神经鞘瘤的最佳方法。CT 检查可见骨质压迫吸收、破坏、椎间孔扩大，但效果不如 MRI，易遗漏隐藏在椎体后的肿瘤，且不能显示肿瘤的上下界，不宜作神经鞘瘤检查的选项。神经鞘瘤的最后确诊有赖于术后病理检查。



二、针刀治验

（一）寰枢关节紊乱

2003 年 12 月 5 日，世界乒乓球冠军孔令辉因为颈部疼痛，打球时颈部有旋转受限，在四川康骨医院接受针刀治疗，检查后诊断：寰枢关节紊乱。结果“三刀”下去，困扰冠军长达数月的颈椎伤痛立刻得到缓解，当即十分肯定地对孔令辉说：半月之内就可痊愈。结果，治疗后第 3 天就投入集训。无复发。

（二）腹肌痛性阵挛

患者，女，37岁，因粘连性肠梗阻行剖腹术后第4日。左侧腹部突发痉挛性疼痛，每次发作持续约1分钟，强迫性屈髋弯腰，大声呼叫。扪及腹直肌、腹外斜肌硬如板状。间歇5~10分钟，腹壁松弛，无任何不适感。如此反复持续达8次后消失。先后注射哌替啶75mg、安定10mg、钢针强刺双侧足三里穴均无缓解。笔者改用3号小针刀代替钢针，刀口与肌纤维方向平行，分别刺入双侧足三里穴纵切一刀，再横剥一刀（幅度大，使针柄贴皮肤），针出痛止，发作戛然停止。

按语：肌阵挛是指一块或多块肌肉的突发的、短暂不对称、无节律的不随意收缩，剧烈时引起关节不自主运动。属于神经内科范畴。本例患者诱因不明（手术切口在右侧）。足三里穴属足阳明胃经，是腹部外科针麻穴。此经在腹部走行于腹直肌与腹外斜肌之间。中医学中有“肚腹三里留”的说法。大幅度剥离足三里产生了比针刺更强大更有效的镇静、解痉止痛作用，可能与抑制胆碱能神经的兴奋性有关。疗效之神奇出人意料。

本例提示，在疼痛的治疗中，根据痛点所属经络，再选用代表性穴位，用针刀剥离（切割）代替针刺会收到远比针刺更满意的疗效。

（三）椎动脉沟环综合征

王某某，女，49岁，2005年11月1日发病，眩晕，不敢睁眼，天旋地转，不能平卧，只能斜躺，同时伴有恶心，呕吐，面部麻木。在某医院诊治效果不佳，于12月8日到医院就医。患者神清痛苦面容不愿睁眼。检查：第1颈椎右侧横突压痛明显，右侧风池穴压痛。旋颈试验阳性。X线片示：C₁沟环。余无异常发现。诊断椎动脉沟环综合征，收入院。入院后检查及化验无异常，当日下午进行针刀治疗。治疗后次日患

者诸症消失，病情好转，偶尔起床时有点头晕，经2次治疗而痊愈。

工作单位：四川康骨医院（网址：<http://www.sckg.cn>）

通信地址：四川省成都市二环路西一段106号

（清水河大桥南侧）

邮政编码：610041

电话：028-87018920（办）

手机：13808006048

博客：<http://blog.sina.com.cn/56n1y5r>

E-mail：chengf6048@sina.com

见地独到自成一派 简便廉验绝对针刀

—— 陈贵斌临床经验

陈贵斌，男，1948年12月生，现任泰兴市小针刀疗法专科医院院长、泰兴市政协常务委员、世界中医药联合会针刀分会常务理事，江苏省中医药学会针刀分会常委、中国针刀医师学会常委。2005年被国家中医药管理局评选并授予“全国农村基层优秀中医”的光荣称号。

主要论文有《常见颈腰椎病的病因病理与诊断见解》、《小针刀治疗内科疾病的疗效观察》、《针刀疗法的中医辨证定位之我见》等十多篇。

一、学术特点与医疗特长

（一）颈肩腰腿痛的“三独理论”

在诊疗颈肩腰腿痛大量临床实践的基础上，对照各类医学专著潜心研究，陈贵斌形成了“自成一派”的理论体系：独特的病因病理见解；独特的诊断方法；独特的治疗手法。被业界人士誉为“陈氏疗法”；绝对的针刀治疗、不辅以任何手法和止痛药物、无需大手术。

1. 独特的病因病理见解

病因：急、慢性劳损（包括其他原因导致的急性软组织损伤）。

病理：软组织损伤，无菌性炎症。

急性、慢性劳损（包括局部软组织撞击、挤压、挫伤、

骨伤等，常见于深筋膜、肌腱、韧带附着处）→肌纤维小血管撕裂伤（急性）或长期过度牵拉伤（慢性）→充血、水肿→吸收→机化结疤、粘连，如此恶性循环，造成：

1) 局部血液循环障碍、炎性刺激（常见于肌腱）

①神经末梢局部疼痛、压痛；

②沿神经通路放射痛、牵涉痛。

2) 局部关节间隙缩小（常见于韧带）

①通过关节间隙的神经、血管受压，出现相应的症状，如椎动脉型颈椎病；

②局部压痛，关节活动时疼痛并功能受限。

针刀适应证的临床症状：痛、酸、胀、麻、冷。

临床症状产生的原因：无菌性炎症的炎性刺激，刺激附着于骨面的深筋膜，与机化组织的“包裹、压迫”无关。

针刀适应证的常见病变部位：肌腱、韧带附着点，及排除了非适应证的已知或不明原因的软组织压痛点；与骨、关节、肌肉无直接关系。（误区：骨性关节炎、骨质增生、退变、某某肌综合征，某某肌筋膜炎等）。

常见辅助检查的病理名词的认识：

(1) 腰椎肥大（强直性脊柱炎者除外）：为该椎体周围的软组织损伤后由肌化、钙化、到骨化造成的，无临床意义。

(2) 腰椎（椎体）滑脱：椎体在排列顺序上的改变（长期重负荷压力所形成），如无疼痛、无临床意义。

(3) 骨质增生（骨刺），关节力平衡失调，某部分韧带长期过度牵拉，该韧带根部钙、磷沉积增多，逐渐形成钙化、骨化，致X线显像，此为一种自身保护作用而导致的机体内部的钙磷转移，而非病因，无临床意义。中老年人皆有此生理现象。

(4) 黄韧带肥厚：由长期弯腰工作的代偿表现，而非病因。无临床意义。

(5) 神经根水肿：神经根支配的通路上由于软组织粘连压迫，炎性刺激使神经根的循环代谢变化所致，而非病因。

(6) 椎间隙缩小：椎关节之间由于软组织的机化钙化导致，而非病因。

(7) 骨质退变：中老年人的正常性脱钙。原因：主要为骨刺生成造成钙磷的转移或调节所致，无临床意义。

(8) 腰、颈椎间盘突出症：如无上下肢运动功能障碍，无大小便异常，有很明显的腰痛症状，是针刀疗法的适应证。CT、MRI 报告一般无临床意义（CT、MRI 报告与临床症状体征不符的，屡见不鲜）。我们的针刀疗法一般都将该病作为“腰腿痛”和“颈肩综合征”处理，而不是针对“腰颈椎间盘突出症”处理的。如颈肩腰部无明显压痛、叩击痛，而上下肢症状麻木无力疼痛较重，要考虑椎管内病变所致。

2. 诊断方法

(1) 视：①体位；②面容；③步态；④病变局部外观形态；⑤全身情况。

(2) 问：症状、有无放射痛、牵涉痛、并发症、诱因、职业、既往史、症状加重的时间规律、放射路线等。见表 5。

表 5 常见腰痛的鉴别

症状	时间规律	放射路线	并发症
腰三横突综合征	久坐、站活动时加重，睡时减轻	下肢外前侧	男：性欲低下，腹泻 女：小腹痛，腹泻
骶脊肌下段劳损	久睡加重 活动减轻	后侧、坐骨神经通路	便秘
关节韧带伤	活动加重 休息减轻	无	无
肌腱附着点损伤	静止性疼痛 活动减轻	可有	可有

(3) 触：找压痛点（分清主次）。（指导针刺的部位方向，深度）

(4) 叩：常用于腰部，局部叩击，从轻→重，从区域→点，从健侧→患侧（对比）——腰部先划分以髂嵴连线（平 L₄ 棘突）和后正中线交叉而形成的四个区域，以对比叩击法寻找痛点，颈肩等其他部位以触压为主。

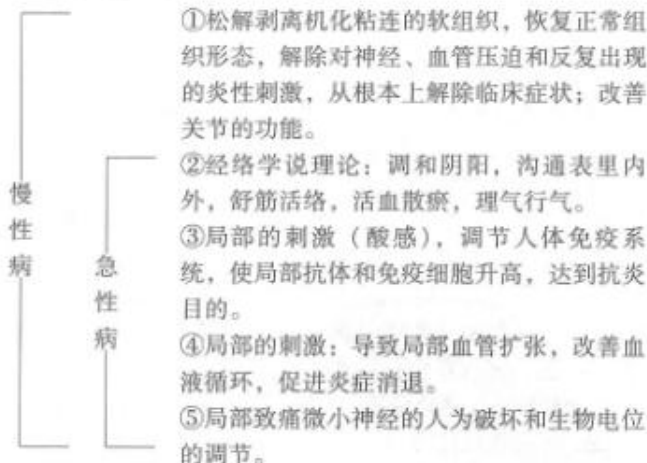
(5) 辅助检查：X 线、CT、MRI、化验等。

辅助检查的目的：为了排除非适应证和鉴别诊断，而非为确诊适应证。

注意：检查诊断以临床症状体征为主，痛点为准，千万不要以上述辅助检查报告为诊断依据。

3. 治疗手法

(1) 针刀疗法的作用机制：



另外针刀疗法还可替代某些开放型手术和某些治疗方法（如：割治、穴注、埋线、挑治等）。

(2) 针刀操作

双手持针操作法：左手：固定针体；控制深度；向深部推力；起“支点”和“轴心”作用。右手：固定针柄；掌握刀口线和针体方向；摆动针体（分离组织，寻找骨面）；完成剥离松解。

松解剥离的几种手法：横行、纵行；一点多向；扇形点切（畸形骨面，机化较厚，范围较大的部位）；多个“十”字形切法；“投影式”透刺（如注射硬结）；通透剥离（如腕管综合征）。

进针要领：两快一慢。快：进针快——迅速刺入皮下，减少痛感。慢：寻找骨面慢——分离软组织、避开血管、神经，随时调整方向、深度。快：剥离松解快——减少术中针刀在骨面筋膜层剥离时的强刺激时间和术后的反应。

(3) 手法要领：主要痛点（本），一次松解即可；次要痛点（标），点到为止。

棘上韧带损伤和腱鞘炎忌横行进针和横行剥离。

(4) 四步操作法：加压、进皮、寻找骨面、松解剥离。

(5) 注意事项：严格无菌操作；注意刀口线方向，严格按“四步操作法”和“两快一慢”操作；严格掌握适应证，排除非适应证；剥离时用力得当，柔中有刚，既要剥离充分，患者又能忍受，术后用棉球压迫片刻，以防血肿；明确交待术后反应，复诊时间（每个治疗点完全消退症状时间约为10至15天），休息方式（考虑职业因素）；认真检查，耐心解释，消除恐惧感，讲话要实在、果断、得体，以求配合；卧位为主，以防晕针；注意禁忌证，高血压危象或发作期，严重心血管病变，呼吸功能障碍（上述患者对针刀有恐惧感者更应慎重），皮肤术区感染、血液病、孕妇等；必须由术者自己检查定点，反对流水作业；封闭针最好不用，对无既往病史的急性疼痛可考虑使用（颈、腰部禁用），但浓度要低。

(二) 浅谈“坐骨神经痛”

传统医学认为，坐骨神经痛分为根性和干性两种，前者是由劳损、腰椎间盘突出、感染、寒湿等因素直接压迫或损伤坐骨神经根而引起，称之为“根性坐骨神经痛”；后者由坐骨神经干通路上某一段周围的软组织病变，包裹压迫刺激神经干造成，故称为“干性坐骨神经痛”。

1. 关于病因病理 根据大量的临床观察，几乎所有坐骨神经痛都来源于骶棘肌下段劳损的软组织，其附着于 $L_4 \sim S_1$ 椎板和骶骨面，如因劳累、寒湿、天气风雨或其他原因致抵抗力低下时，可导致急性发作，使症状加重，这种急性发作，是骶棘肌下段的炎性水肿所致：炎性反应时致炎因子等化学物质对其所附着骨面的筋膜层的神经末梢的炎性刺激，通过椎间隙、骶孔向 L_4 以下神经前支和坐骨神经干传导，从而形成坐骨神经痛。

急性坐骨神经痛患者，因治疗或休息不当可转为慢性症状，病变的骶棘肌下段软组织，逐渐出现机化、粘连、缺血，在致病因素作用下，更能导致反复急性发作，更加剧了病变组织的机化和缺血，从而出现恶性循环，使发作次数频繁，症状越来越重，所以笔者认为坐骨神经痛的发作来源于骶棘肌下段的炎性反应对所附骨面的筋膜的炎性刺激而导致，与“机化软组织对神经包裹压迫”无关。

2. 关于“根性”和“干性” 随着 CT、MRI 等先进检查设备的普及，临床医生不注重患者的症状、体征的检查，片面依赖 CT、MRI 扫描结果作为“腰突症”的惟一诊断依据的越来越多。临床上的腰腿痛患者，腰痛部位和下肢放射路线各不相同，有的甚至没有下肢症状，而 CT 和 MRI 的诊断，千篇一律地报告为“ $L_4 \sim L_5$ 、 $L_5 \sim S_1$ 椎间盘突出”、“神经根水肿”、“椎管狭窄”……故一切治疗方法包括手术，都是针对腰突症而来，对该类坐骨神经痛的患者理所当然被认为是突出的髓核

压迫神经根所治，被称为根性坐骨神经痛。

通过临床观察，只要有坐骨神经痛的患者大部分都有急慢性腰肌劳损的病史，虽然少数人无明显腰痛症状或否认腰痛病史，但几乎人人都有 L_4 到 S_1 的叩击痛，故坐骨神经痛应继发于腰骶脊肌下段劳损，当然不排除真性腰突症所致的神经根受压引起的坐骨神经痛，但临床比例较少。而干性坐骨神经痛被认为是坐骨神经干穿过坐骨大孔或梨状肌下孔时受神经干周围“病变”软组织压迫、包裹或神经干自身因感染、寒湿、劳累等因素而受损致病，但笔者临床观察，至今尚未发现单纯性干性坐骨神经痛患者。

3. 关于病名 综上所述，坐骨神经痛主要继发于腰肌劳损（少数真性腰突症为髓核压迫所致），只是一种症状，不应作为病名出现在教科书和病历诊断上。正确的诊断名称应为“腰肌劳损”或“腰腿痛”，把“腰突症”作为诊断病名，正确与否也值得商榷。

4. 关于治疗 在骨伤科甚至在针刀医学领域，不注重症状体征的检查，片面依赖 CT、MRI 的诊断，针对“椎间盘突出”、“神经根水肿”、“椎管狭窄”、“黄韧带肥厚”等所作的药物注射、器械或手法复位、手术摘除、针刀松解等治疗方法，有的风险大、难度高，而且都不可能取得理想的治疗效果。

腰突症也好，坐骨神经痛也罢，如将其病理认识诊断方法和治疗手段，背离“软组织损伤”的病理指导，而强行纳入“骨伤科”范畴，这将是一个极大的误区。

陈贵斌坚持在“软组织损伤”和“无菌性炎症”的病理理论指导下，16 年来用小针刀疗法对十多万人次的坐骨神经痛患者的临床治疗统计，总有效率 100%，治愈率 95% 以上，而且具有方便、快捷、安全、有效、价廉的针刀特色效果，特别为广大农民能花少钱治大病带来了福音。

（三）股骨头缺血性坏死的病因、病理见解与针刀治疗

成人“股骨头坏死”的病因除常见的外伤型、风湿、类风湿和强直性脊柱炎以外，几乎都继发于第三腰椎横突综合征导致的腰腿痛。陈贵斌对715例股骨头坏死患者中的396例腰腿痛病因患者用小针刀疗法，取得了非常理想的治疗效果。

成人股骨头缺血性坏死（以下简称“股坏死”），在临床上为常见病，其病因皆来自股骨头“缺血”，就其“缺血”的原因，历来教科书认为不外乎以下几方面：外伤型（如股骨颈骨折）、风湿、类风湿、强直性脊柱炎，以及酒精、激素和内分泌失调等诱因导致。其治疗五花八门，效果都不尽如人意。即使行股骨头置换术，药费多暂且不说，远期效果有时也不理想。

陈贵斌对“股坏死”的病因病理确立了自己新的见解，通过针刀疗法对部分适应证患者的治疗取得了十分理想的治愈效果，现将715例“股坏死”病例的临床治疗结果进行总结，见表6。

从表中可以看出：“股坏死”除表中前三种病因导致不容置疑外，其他几乎都来自第三腰椎横突综合征导致的腰腿痛引起的继发证，传统理论认为的酒精、激素、内分泌紊乱等不是重要原因。这类患者的诊断并不难：有腰腿痛病史，在 $L_{3,4}$ 横突尖部有明显压痛或叩击痛，并向髋关节外、前侧放射，所以在患侧股骨粗隆上部，髋关节外侧和腹股沟外侧（髋关节前侧）有明显压痛，患侧髋关节屈曲小于 90° ，活动受限，X线拍片示“髋关节间隙部分或全部融合，股骨头透亮度增强”。

针刀治疗原则：治疗原发病（ $L_{3,4}$ 横突尖部）；对症治疗：髋关节前外侧压痛点；嘱患者坚持髋关节对抗性锻炼。针刀治疗对早、中期特别是早期患者效果非常明显，能使之尽快控制病情发展和有效治愈，免于不必要的手术，而且不易复发。晚期患者由于关节周围的软组织广泛钙化、骨化，吸管头与关节

广泛融合，针刀疗法无效。

表6 715例“股坏死”病例的临床治疗结果

分期		例数	治愈		有效		无效	
			例数	%	例数	%	例数	%
外伤型	早	-	-	-	-	-	-	-
	中	6	-	-	6	100	-	-
	晚	5	-	-	-	-	5	100
强直型 脊柱炎	早	65	15	25	30	40	20	35
	中	18	-	-	6	33	12	67
	晚	10	-	-	-	-	10	100
类风湿 关节炎	晚	15	-	-	-	-	15	100
腰腿痛	早	323	323	100	-	-	-	-
	中	181	121	66	60	34	-	-
	晚	92	-	-	18	20	74	80

体会：从临床统计资料观察，成人“股坏死”有70%以上继发于腰三横突综合征引起的腰腿痛，而这个主要病因在任何教科书和学术报道上很少提及。传统的治疗原则，只注重“缺血、坏死”的改善而不注重分析缺血坏死的原因，即只治继发证而忽视了原发症的治疗，使病情严重化，复杂化，甚至造成终身残疾。

该类“股坏死”的病因病理过程大致如下：腰部急慢性劳损（常见于 $L_{3,4}$ 横突尖），致腰痛并向髋关节前外侧放射，同时长期出现固定痛点，使髋关节活动受限。如果不注意髋关节的对抗性活动，髋关节周围软组织逐渐出现机化、粘连、钙化，活动更加受限（可形成恶性循环）。股骨头供血系统本来

不十分丰富，周围的软组织机化更使供血障碍，股骨头长期处于缺血状态，如果同时大量使用激素（口服、封闭等）更加促使股骨头坏死的发展。

针刀疗法对髋关节周围病变软组织的松解剥离，促进了新的组织再生，改善和恢复血液循环，改善髋关节活动功能的作用。腰部原发病的针刀松解从根本上解除了诱因，免除了再次复发的可能。针刀疗法对该病的治疗达到了事半功倍的作用，值得推广。

（四）针刀治疗颈型头痛

1. 治疗方法 根据头痛的区域在乳突下缘至枕骨结节下缘寻找压痛点，压痛点范围大致如下：按颞部至头顶部的顺序，在患侧乳突下缘、枕骨下缘、枕骨结节下缘和 C_{2-3} 横突尖部可找到明显压痛点。于痛点用紫药水作标记，剃净毛发，常规消毒，局麻，右手持 4 号针刀（刀口线与身体纵轴平行），于标记处直刺骨面，横行和纵行通透剥离出针，干棉球按压片刻，敷以创可贴，手术即告结束（伴颈肩综合征者的治疗另作别论），嘱患者于一星期后或再发作时复诊，复诊时在新的痛点再以上法治疗，一般 1~3 次即愈。

2. 临证体会 历来教科书认为“偏头痛的发生可能由于调节血管运动的有关中枢神经功能失调，而使颅内血管舒缩功能发生障碍所致”，治疗以“受体阻断药来调整脑血管功能”。通过多年来的治疗实践认为：偏头痛的病因不只是血管因素，而主要是神经因素所致。众所周知，头部的颅外神经大致有耳大神经、枕小神经、枕大神经，它们都是出自 C_1 、 C_2 、 C_3 椎间隙，附着于乳突至枕骨结节下缘的枕骨骨面向上分支，肩胛提肌、头夹肌劳损和颈椎病的患者，其枕骨下缘和（或） C_{2-3} 横突的肌腱附着点，受长期牵拉逐渐机化，该机化组织对附着点的耳大神经、枕小神经、枕大神经形成包裹压迫、卡压而形成其分布区域的发作性疼痛， C_{2-3} 附着点的粘连又可使 C 椎间

隙缩小，压迫椎动脉，使脑供血不足，从而形成头晕、眼花、心悸、失眠等症状，针刀对这些部位行松解剥离，解除了患者的压迫症状，从而使头痛、头晕得以缓解。

（五）常见颈腰椎病的病因病理与诊断见解

历来教科书的传统观点认为：常见颈腰椎病的病因病理不外乎外因或内因作用下产生的“骨质增生”（骨刺）、“骨质退变”、“椎体滑脱”、“椎间盘突出”等等，其诊断方法完全依赖X线片、CT扫描等，针对性的各种治疗方法（包括手术）都不尽如人意，究其原因是对该类疾病的病因病理认识、诊断方法不同程度上进入了误区，导致了错误的诊断和错误的治疗。

陈贵斌认为：临床上最常见的颈腰椎病患者（不包括骨性破坏，如骨折、关节错位、骨肉瘤、骨结核、类风湿等和椎管内病变如椎管内肿瘤、椎间盘中央型严重脱出或其他外伤性脊髓受压等）并不属于骨科诊断范围，而应属于“软组织劳损”范畴，其主要病因是“软组织损伤”，而“骨质增生”、“骨质退变”等都不是致病的原因，X线拍片等骨检查手段亦无临床意义，CT扫描对上述疾病的诊断价值不大。

现就“骨质增生”，试述其产生机制：

从生物力学理论分析，人们由于长期的工作、生活和自身负荷，机体活动度大的重要关节（如颈椎、腰椎、膝关节等）间韧带长期处于牵拉状态，或因职业或外伤因素，使身体力平衡长期严重失调，导致某关节的部分韧带过度长期牵拉，都会不同程度地刺激机体产生自身保护反应，即加大钙、磷等物质向该韧带根部输送堆积，以应付其拉力。久而久之，该处逐渐机化、钙化、骨化，在X线片上显示“骨质增生”影像，而实际解剖可能见不到真正的“骨刺”（因其包裹在韧带内）。中老年患者（包括健康者）在关节处出现“骨刺”的同时也出现了“骨质退变”或“骨质疏松”，这应该是两种对立的表

现：一是钙磷的过度堆积；二是钙磷的缺失。其实，这是钙磷在体内的调节（或转移）所致，骨刺的形成需大量的钙磷作为物质基础，必然导致了骨骼的钙磷减少而形成“退变”，这是中老年人普遍共同存在的问题。“骨质增生”和“骨质退变”对临床症状（疼痛）无任何因果关系，所以无临床意义。

既然“骨质增生”和“骨质退变”并非病因，那临床症状又从何而来呢？观察证明：身体各部位的慢性劳损（职业病或急性转变而来）的病变部位，一般都在肌腱或韧带附着处的骨面，该处是肌肉收缩时的着力点，长期过度牵拉、急性撕拉伤时的充血、水肿（多数反复发作，形成恶性循环）都会逐渐出现局部粘连、机化、结疤，甚至钙化，包裹压迫该处的神经、血管（如椎动脉型颈椎病），加之发作期的无菌性炎性刺激，都会使患处出现压痛、放射痛（椎动脉受压时出现椎动脉供血不足综合征），同时病变组织和肢体血液循环障碍，出现“喜暖恶寒”，关节处韧带损伤导致的瘢痕粘连可使关节间隙缩小、活动受限，该类疾病诊断并不难，因为都有明显的急慢性劳损病因和肌腱韧带附着处明显压痛。

以临床上最常见的“颈肩综合征”为例，其病理发展过程大致如下：

上肢长期悬力劳累（如打字、开车、木瓦工、搓麻将等）或反复“落枕”→肩胛提肌、头夹肌和菱形肌劳损→肌腱附着处充血、水肿、机化、粘连出现。

枕骨下缘压痛→出现偏头痛（肩胛提肌附着点、枕大神经、枕小神经、耳后神经受炎性刺激）。

C₂椎板部位压痛→出现头晕、头痛、失眠、心悸等椎动脉供血不足和交感神经紊乱等综合征（肩胛提肌附着点、椎动脉受压）。

肩胛骨骨面压痛→出现肩臂酸、麻、痛、冷（肩胛提肌附着点、臂丛神经、腋神经受炎性刺激）。

肩胛骨与胸椎之间的肋骨面压痛→出现胸背痛（菱形肌损伤所致、肋间神经炎性刺激）。

C₇ 棘突上或旁压痛→出现抬头低头活动不利（头夹肌劳损）。

以上所有症状大都是“肩胛提肌等肌腱劳损”引起和发展而来，而非“颈椎骨质增生”所致，通过拍 X 线片（骨刺），或作 CT、MRI 扫描（颈椎椎间盘突出），诊断为“颈椎病”，而没有任何相应颈椎病症状体征的患者屡见不鲜。有“颈肩综合征”症状者误认为“高血压”、“冠心病”的现象极为普遍（因为该患者可能由左侧菱形肌损伤所致背痛和血压升高、心悸等交感神经紊乱综合征）。我们对“颈椎病”的诊断依据是：①长期伏案工作，喜高枕或有反复“落枕”病史；②颈部单侧或双侧（常见 C₂）有明显压痛、甚至触及结节；③有椎动脉供血不足的综合征（如眩晕、失眠、耳鸣眼花、心悸恶心、血压升高和（或）头痛症状；④无上肢症状。而“颈肩综合征”者只要有上肢长期劳累病史，具有颈和肩的综合症状，且在有关肌腱附着点，有明显压痛和上肢放射性酸痛冷麻，即可确立诊断。

根据以上病因病理与诊断方法，单纯以“针刀疗法”（不辅以任何药物和手法）大都能神奇治愈，而其中许多人曾在大医院针对“颈椎间盘突出”、“骨质增生”准备手术治疗。

再以常见的腰腿痛为例：

急慢性劳损→骶棘肌或胸腰筋膜附着处充血水肿→吸收、机化→腰骶椎椎板和 L₅ 横突尖所附着的深筋膜受炎性刺激→局部压痛和（或）放射痛（临床症状）。上述疾病大都是由软组织劳损，周围神经受炎性刺激所致。

腰腿痛的临床诊断：有急、慢性腰肌劳损病史，腰部相关部位有压痛或叩击痛。主要诊断依据以临床症状体征为主，病名只能称为“腰腿痛”。临床上对腰腿痛的诊断都片面依赖 X

线片或 CT、MRI 了，结论极为规律化、模式化，即 X 线拍片示“腰椎骨质增生、颈椎退变”，CT、MRI 扫描：“L₄₋₅、L₅~S₁ 椎间盘突出”，所报部位大多与临床症状不符，各种治疗包括手术，必然不会有理想的效果，当然，临床上有极少数患者临床症状与磁共振报告相吻合，腰部无明显叩击痛，而下肢症状较重，可能属于“真性突出”（突出的髓核向椎管内突出，压迫神经根、脊髓、马尾等），需做手术治疗，而针刀未必有效，对颈腰椎病的诊断完全依赖仪器，而忽视了临床症状体征的检查，这是目前医学界普遍存在的一个误区。

现就两种常见的腰腿痛的病理见解和诊断简述如下：

其一：腰背筋膜损伤。

病因：急慢性劳损。急性：好发于单侧腰三、腰四横突尖，腰背筋膜附着点。因突然的咳嗽，打喷嚏或弯腰等损伤后出现的炎性刺激所致；慢性：好发于双侧腰三、腰四横突尖，腰背筋膜附着点，因长期站、坐、弯腰等造成的慢性损伤，横突尖附着处的腰背筋膜受反复发作的无菌性炎性刺激所致。

外观形态：急性劳损，向健侧弯曲，经久不愈者，患侧隆起。慢性劳损，腰椎生理曲度消失，或驼背形成（继发性强直性脊柱炎）。

该类患者在 L_{3,4} 横突处有明显压痛或叩击痛（有时波及 L₅ 横突）。如有下肢放射痛，都是向下肢前侧（包括腹股沟），外侧（包括股外侧，膝关节，腓骨外至踝关节前相当于解溪穴）放射，没有“不过膝”之说。该类患者还有以下多少不等并发症：小腹胀痛（女性多，误诊为妇女病、肾结石的屡见不鲜），屁多，大便次数多，甚至拉肚子（易误诊为肠胃炎），性功能障碍，下肢冷，麻木无力（类似脊髓病变）；老年女性尿潴留等；少数患者可并发股骨头坏死，久坐久站可使症状加重。另外，上述疾病过去教科书都称为“第三腰椎横突综合征”，该名称不太确切。第一，病变不一定都在腰三；