

腰椎棘突顶和上下缘：体型较瘦的人棘突可以清楚扪到，胖人稍用力也可扪到。扪清棘突顶即可寻找到棘突的上、下缘。

腰椎横突及其上下缘：据《局部麻醉图谱》（美 David L. Brown）记载，腰椎横突与棘突的关系是，每一棘突上缘大约与椎体横突处在同一水平面上。我们经逾百次在“C”臂 X 线下透视观察、电脑记录与分析，在腰椎的横突与棘突、棘间的投影关系上搜集了大量资料，发现腰椎横突与棘突、棘间的投影关系。其结果如下：

L_5 横突的下缘与同一腰椎的棘突的上缘几乎在同一水平线上。具体地说， L_5 横突的下缘位于 L_5 棘突上缘的水平线上， L_5 横突下缘稍高于 L_5 棘突的下缘。如果患者的腹下垫以薄枕的话，那么， L_5 的横突将与 L_5 棘突平行，最低位于 $L_5 \sim S_1$ 棘间隙的上缘线上。而 L_5 横突则与 $L_{4,5}$ 的棘间平行。找到了 L_5 、 L_5 横突的位置后， L_4 横突的位置就是其两横突的中间位置。应当说明的是，横突的位置较深，胖人和瘦人的深度又相差甚远，如果穿刺深度超过 50 ~ 60mm 还没有到达横突骨面，则应考虑穿刺的方向是否正确。

腰椎关节突及其内外缘：腰椎上关节突由椎弓根发出，关节面向内；下关节突由椎板发出，关节面向外。关节突关节（小关节）位于棘间的两侧距正中线约 15mm 处，在横突根部的上、下缘之间，其背面较横突稍浅。只要找到了腰椎小关节的骨面，向内或向外移动就可以找到关节突关节的内、外缘。

（6）定点：根据腰椎间盘突出不同情况，可设计如下定点：

1) 横突下缘点：松解横突下缘横突间韧带。不同部位的横突定点方法也不同，具体方法如下：

L_5 横突点 平 L_5 棘突中线的两侧 25 ~ 30mm 处定点，两侧可同时各定 1 点。

L_3 横突点 平 L_{2-3} 棘间水平脊柱中线两侧 25 ~ 30mm 处定点，可两侧同时定点。

L_4 横突点 L_3 、 L_4 定点的连线的中点（脊柱中线旁开 25 ~ 30mm 处）。

以上定点处均是横突骨面的体表投影所在，横突距皮面的深度大约 30 ~ 50mm。其定点的多少与棘间点定点原则相同，目的是松解横突间韧带。

2) 椎间管外口松解点：定点的位置与横突点相同，把两点的针刀操作接连在一起进行即可。一般只做病变侧，以病变节段多少相应定点。其目的是松解病变节段固定在椎间管外口的神经根。

3) 关节突关节点：在病变节段的棘间点水平线上，距脊柱中线外 8 ~ 15mm 处定一点。以病变部位的多少来决定定点的数目，用以松解关节突关节囊。

4) 梨状肌下孔点：参照梨状肌综合征。

5) 股后和小腿后外侧点：此痛点可能系股后或腓骨后部肌损伤或坐骨神经干的压痛点。一般压痛点在坐骨神经投影线的稍外侧的股骨与腓骨面上，各点间距约为 30 ~ 40mm，一般定 2 ~ 4 点，此处痛点多在一条线上。

(7) 针刀操作

1) 横突点：刀口线与脊柱纵轴平行，刀体与皮面垂直，快速刺入皮肤，匀速推进直达横突骨面。如果深入已达麻醉针的进针深度而尚未触及骨面，则应稍提起针刀，将刀柄向尾侧倾斜少许再向前推进，则可能到达横突骨面。到达横突骨面后，调转刀口线 90°，沿横突下缘骨面，切开横突间韧带 3 ~ 5 刀，其切开深度为横突骨缘的厚度。在切开时，一般先向外，后向内，到横突根部为止。

2) 椎间管外口点：其操作是横突下缘点的继续。当针刀切开达横突根部后，依照椎间管外上缘的弧度逐渐调整针刀的

刀口线角度，使刀刃始终与骨缘平行，即要使刀口线由平行横突下缘的状态逐渐旋转成与横突下缘呈垂直状态。与此同时，在椎间管外口的后上1/2骨缘上切开附着在骨缘上的组织，包括骨膜、神经根外膜和其周围的结缔组织，达到较好地松懈固定神经根于神经根管外口处的各组织。切开的深度与骨缘的宽度一致，实际上只有1~3mm的深度，不可切入过深，以免切伤神经根。见图14，图15。



图14 横突下缘及椎间管外口
松懈图（俯卧位）



图15 椎间管结构图（斜位）

3) 关节突关节点：刀口线与脊柱纵轴平行，刀体与皮面垂直。快速刺入皮肤，匀速推进针刀，达关节突骨面。调转刀口线 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，使刀口线与关节突关节面平行。切开发节囊2~4刀。每刀必须切在关节突的骨缘上；亦可应用另一方法切开发节囊：由病变节段下一横突点进刀，刀锋首先到达横突

骨面，将刀锋移至横突上缘根部后，沿椎间管外缘骨面向头端内上方移动刀锋，即可到达关节突关节间隙（关节囊），此时刀口线几乎与脊柱纵轴平行（与脊柱尾侧的夹角约为 $10^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ），由下向上切开关节囊 2~4 刀，纵横疏通、剥离，刀下有松动感后出刀。

4) 股后和小腿后外侧点：刀口线与肢体纵轴平行，刀体与皮面垂直，快速刺入皮肤、皮下组织，直达骨面。让刀锋自然浮起，再予固定，纵行疏通、横行剥离 1~2 次，刀下有松动感后出刀。各点同法操作。

2. 神经根外口针刀松解减压治疗腰椎间盘突出症的机制探讨

腰椎间盘突出症，在某种意义上说属自限性或自愈性疾病，突出的椎间盘有自然吸收的现象（但何时吸收不定）。国外一位专家对腰椎间盘突出症患者手术切除的适应证、方法学、并发症进行了大量文献回顾分析，发现椎间盘切除的近期疗效是显著的，但其远期疗效与非手术疗法及本病的自然病程相比较，并无多大优势。这对非手术疗法产生了重要提示和积极影响。另外，腰椎间盘突出症经手术治疗后，通常随着神经根压迫的解除，腰腿痛症状可迅速消失。但术后症状不能完全缓解者也屡见不鲜，有学者报告，术后患者仍有轻重不同腰腿痛症状者占 21.5%~40%；胡氏报告有 15% 的患者出现手术失败综合征。有人对青少年腰椎间盘突出切除术后进行疗效观察，在长达 45 年的随访期中，72 例中竟有 20 例（28%）患者再次手术。

有人提出腰椎间盘突出症的症状，除突出物直接压迫的机械因素外，局部自身免疫性炎症和化学因素，如乳酸堆积、pH 改变也是不可忽视的因素，这些因素是不能通过手术消除的。多方面的研究认为，腰椎间盘突出症所致的根性疼痛，主要是炎症引起的，如果采用适当治疗，使炎症消退，则腰腿痛

症状会迅速缓解而治愈。

也有学者指出,手术本身也是一种创伤,也会引起无菌性炎症。除此之外,患有腰椎间盘突出症而引起腰腿痛症状者,还有由某些并发症而引起者,也绝对不应忽视,如极其隐蔽的脊神经后支卡压综合征所引起的腰腿痛症状就十分突出,以致椎间盘已被手术摘出,其症状的改善也是微乎其微,这也是造成腰椎间盘突出症术后疼痛症状不能消除的重要原因之一。因此,手术切除椎间盘绝对不是消除症状的惟一途径。这就为非手术治疗找到了理论根据。那么,针刀闭合型手术治疗腰椎间盘突出症的机制是什么呢?

(1) 横向松解,纵向减压:每一个脊椎运动节段(活动单位)的应力来自躯干各个方向,有压力、张力、剪力、扭力等;另一方面是脊椎运动单位周围的肌张力和韧带、关节囊等连结组织的张力(弹性力),后一个力又是一个常被忽视的力。腰椎间盘突出大多是积累性损伤的结果。这个损伤包括肌和韧带组织,特别是那些脊椎近旁的横突棘肌(即半棘肌、多裂肌、回旋肌)、棘间韧带、横突间韧带和椎间关节关节囊。它们损伤后的粘连、瘢痕和挛缩的病理改变,必然会严重影响椎体运动单位的运动功能。当应用针刀闭合型手术把这些病变组织松解以后,椎间运动单位的压力定会得到有效的缓解。有许多症状极其严重的腰椎间盘突出症的患者,包括有典型侧隐窝狭窄表现的患者都得到改善或治愈。这就可以理解中央型腰椎间盘突出症的患者,只做了横向松解就得到了治愈的道理。

(2) 松解椎间管外口,等于增加了神经根的蠕变率:临床上,腰椎间盘突出症患者可有以下三种情况:第一种,做CT检查发现了腰椎间盘突出症,却没有任何临床表现;第二种,有了典型的临床表现,可未经治疗症状就逐渐消失了;第三种,腰椎间盘突出后,经非手术或手术治疗尚未治愈。应用

生物力学周围神经的蠕变功能可做如下解释：第一种患者，在间盘突出后，尚未压迫神经根，或刚压迫神经根，但由于神经根立刻有了蠕变而及时躲开，神经根根本没有受压，当然不会产生症状；第二种患者，在椎间盘突出后压迫了神经根，产生了症状，但在神经根发生蠕变后，神经根从突出物的压迫下“逃逸”出来，故症状逐渐缓解；第三种患者，在突出的椎间盘挤压了神经根后，神经根虽经努力地蠕变，但终未逃脱突出物的压迫。对这种解释有以下研究和试验可以证明：

首先，神经根具有蠕变的特性。神经根在突出物的压迫下随着时间增加，神经将发挥蠕变功能，即神经根袖增长、松弛。生物材料的这种性质，是髓核突出时神经根缓解压力的基础，亦是椎间盘突出症缓解症状的力学根据。因病情的不同，通过神经根的蠕变功能而缓解症状的是第一、二种患者，而第三种患者因病变较重，故虽经蠕变亦未能达到缓解病情的目的。

其次，椎管内神经根的活动是以椎间管外口为枢纽的，这是神经根的解剖学特点之一。从理论上说，通过对神经根固定于外口的组织的松解，即将神经根外口处的骨膜、结缔组织和神经根外膜松解开来，神经根的活动度就应有所增加。为此，在尸体上做了一个试验观察，结果见表 10。

表 10 椎间口松解前、后在 200g 拉力下神经根的
延长距离 (mm)

神经根	L ₂	L ₃	L ₄	L ₅	L ₆
延长距					
松解前	1.0	1.3	1.5	1.5	1.6
松解后	4.5	5.5	5.3	6.3	6.4
综合延长	5.5	6.8	6.8	7.8	8.0

由表 10 可以明显地看出以下几个问题:

第一, 腰神经根在椎间管外口松解前, 在重量 200g 的牵引下的延长距是很小的, 最多也不过 1.8mm, 其延长距离对腰椎间盘突出挤压的神经根不可能起到明显的缓解作用;

第二, 神经根管外口松解后, 神经根向椎管内有了较大的延长度, 最小可延长 4.5mm, 最大可达 6.4mm, 在腰椎间盘突出并挤压神经根时, 如有这样一个有效的神经根延长度, 将为缓解神经根受压创造有利条件;

第三, 如果将椎间管内的神经根自身的延长度与椎间管外口松解后所产生的延长度结合在一起, 其最小有效延长度可达 5.5mm, 而最大有效延长度则可达 8.0mm, 这一有效延长度为缓解腰椎间盘突出压迫下的神经根起到很大的作用;

第四, 椎管内神经根部分 (不包括椎间管内的神经根) 亦有自身的蠕变功能。如果再将此蠕变率同椎间管外口松解后所产生的椎管内神经根的延长度相加, 其神经根在椎管内的有效蠕变率则可增加更多。

本试验的结果表明, 针刀松解腰椎椎间管外口骨缘处附着的软组织 (即该处的骨膜、神经根外膜与结缔组织), 使相应的神经根在一定的拉力下产生了向椎管内延长, 其最大的延长距离为 8.0mm。这一神经根向椎管内的延长距离, 有可能使受突出的椎间盘压迫的神经根躲开它的压迫, 即目前很时尚的新词——“逃逸”。但这不是神经本身原来就有的功能, 而是在针刀松解了神经根在神经根管外口的固定组织后所产生的结果。

在临床实践中, 常遇到症状十分严重的腰椎间盘突出症患者, 如直腿抬高试验仅有几度或 30° 以下, 卧床、脱水、止痛等治疗后, 症状丝毫没有缓解, 但经针刀松解相应的椎间管外口后, 疼痛立即消除, 直腿抬高试验马上达到 90° 者并不鲜见。这与针刀松解神经根管外口处的神经固定处有着直接的关

系。术前，被压的神经根受压严重，由于神经根的受压而缺血，由于缺血而产生一系列的致痛物质等病理产物。术后，神经根有了一定的延长度，这种压迫马上被解除，那么血循环立刻改善，那些致痛物质也就没有作用了。

从这一试验结果可以引申以下结论：

第一，在椎间管外口松解后，神经根由原来被较牢固地固定在椎间管外口处，变为有了一定的松动和活动度，因此椎间管外口处的神经干可以向椎间管内产生移动。因此，这一神经根向椎管内的退缩（等于延长了椎管的神经根）与神经本身的生物力学特性——蠕变功能无关。但这绝对不是所说的当神经根被触及时的“躲避”功能。换言之，当神经根、神经干等被触及（如手术时器械触及）时，神经本身根本没有这种“躲避”或“逃逸”功能；它所出现的反应是该神经所支配的组织器官的神经反射活动。

第二，神经根管外口松解的程度可能影响神经根的延长距离。因为，针刀松解减压术操作所能达到的松解程度与操作的器械（如针刀直径的大小）和技艺有关。如应用直径1mm与小于0.8mm直径的针刀，由于0.8mm直径的针刀刀体太软，刀刃太短，则松解的程度可能有所差别。

第三，神经根的松解程度尚与神经根与椎间管或神经根管周围组织有无粘连有关。如有此种粘连，由于粘连的牵扯、制约了神经根的活动度，无疑会影响到神经根退缩至椎管内的程度，其疗效也不可能100%。

第四，从以上几点的分析中不难看出，应用针刀松解神经根外口的方法治疗腰椎间盘突出症不会适应所有的、各种类型的腰椎间盘突出症。如神经根管或（与）椎间管粘连、侧隐窝狭窄粘连、游离间盘或急性巨大椎间盘突出并伴有马尾综合征者都不适宜应用单纯的椎间管外口针刀松解术的治疗。

第五，针刀椎间管外口松解减压术在腰椎间盘突出症的治

疗上具有较高的应用价值。本试验证明了在松解神经根外口后,确实可以延长椎管内神经根的长度;应用针刀松解神经外口后,就可以使因腰椎间盘突出压迫神经根而产生的严重疼痛症状得到缓解或完全治愈。

3. 松解关节突关节囊的临床意义 在腰椎间盘突出症中关节突的病理改变是十分常见的。由于关节突关节囊的应力改变,它所产生的异常高应力可使关节突骨质增生、关节囊肥厚,甚至影响黄韧带变性增厚。还可因两个小关节以及椎体运动单位的应力平衡失调而产生椎间关节的移位,影响神经根管和侧隐窝的结构状态,对腰椎间盘突出症的发生和发展有重大影响。可想而知,松解关节突关节囊肯定对治疗腰椎间盘突出症有重要意义。

(六) 慢性肌-筋膜间室高压综合征

所谓骨-肌筋膜间室综合征系指在一个封闭的骨-肌筋膜腔中压力增高,导致骨-肌筋膜间室内的血管、神经受压所引起的一组症状和体征,有急性和慢性之分。慢性肌筋膜间室综合征,是由肌筋膜、神经缺血引起的间室内压升高所致,但至今尚未被重视,似乎骨-肌筋膜间室综合征只有急性型一种。但在临床中并非没有这种疾病。此类患者经针刀松解减压处理后,症状即刻缓解,有的一次治愈,远期疗效亦佳。应用针刀闭合型手术治疗慢性骨-肌筋膜间室综合征取得了良好的疗效,值得推荐。

1. 相关解剖

(1) 大腿筋膜:包括浅筋膜、深筋膜、筋膜鞘和腓筋膜。

1) 大腿浅筋膜:上续腹壁浅筋膜,向下连接小腿浅筋膜,含脂肪组织较多,其膜性层菲薄。大腿深、浅筋膜之间含有皮静脉、皮神经和淋巴等。

2) 大腿深筋膜:又称大腿固有筋膜或阔筋膜,为全身最厚的筋膜,与全身其他处的深筋膜一样,附着于下肢的骨性部

和韧带上。其上端附着于髌前上棘、腹股沟韧带、耻骨结节、耻骨联合、耻骨弓、坐骨结节、骶结节韧带、骶正中嵴、髂嵴外唇，并与臀筋膜相续。下端附着于胫骨内、外髁，胫骨粗隆和膝关节周围的韧带和肌腱，并有一部分移行于小腿深筋膜和腓筋膜。骨与各筋膜之间形成的间隔为骨-肌筋膜间室。

(2) 小腿肌-筋膜间室：在横断面上，由小腿胫、腓骨骨间膜，小腿前肌间隔及小腿后肌间隔将小腿分为四个间隙，在间隙内有肌筋膜、血管、神经。这四个间隙从立体上延伸为4个锥形的骨-筋膜间室：前部有前鞘（前室）和外侧鞘（侧室）；后鞘有后浅室和后深室。小腿筋膜的特点是鞘壁坚硬、缺乏弹性、极少有伸缩余地。见图16。

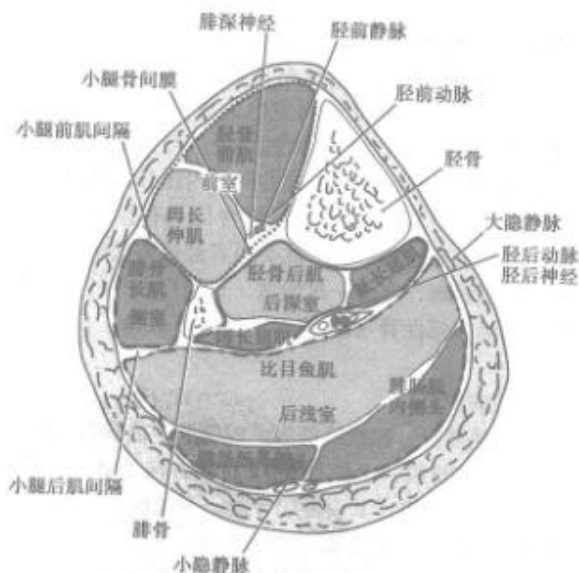


图16 小腿肌-筋膜间室断面示意图

1) 前鞘: 由胫骨前外侧面、前肌间隔与小腿深筋膜共同形成前鞘(前室)。前室内含有胫骨前肌、踇长伸肌、趾长伸肌、第三腓骨肌、胫前动脉、胫前静脉及腓神经等。其四壁是: 前为深筋膜, 后为骨间膜和腓骨前面, 内为胫骨前缘和内侧面, 外为小腿前肌间隔, 顶部为胫腓关节, 下界为小腿伸肌上支持带。正常组织内压为 10mmHg。

2) 外侧鞘: 在小腿的外侧面, 由筋膜深面向腓骨的前缘和后缘发出两个肌间隔, 前方称小腿前肌间隔, 后方称小腿后肌间隔。由前、后肌间隔和腓骨外侧面形成外侧鞘(侧室)。此鞘中含有腓骨长短肌及腓浅神经。

3) 后鞘: 由骨间膜的后面、胫腓骨的后面、后肌间隔和小腿深筋膜的后面围成后鞘, 鞘内含有小腿屈肌群。此区又分为浅、深两区。

后浅区 在小腿上、中部, 此区体积较大, 其中存在比目鱼肌和腓肠肌腹。在小腿下 1/3 部间隙较窄, 仅围绕跟腱。

后深区 即后筋膜间室。由胫、腓骨, 骨间膜及小腿深层筋膜围成; 在小腿远侧半, 其内、外侧界分别由小腿筋膜的浅层和深层围成。比目鱼肌几乎完全围绕筋膜室, 只给胫后血管、神经束以较窄通道。此筋膜室内含有上方的腓肌、中间的胫骨后肌(后深区深层)、外侧的踇长屈肌及内侧的趾长屈肌(后深区浅层)。

2. 病因病理 下肢的慢性骨-筋膜间室综合征的病因还有特殊性。在下肢, 膝关节附近的解剖结构与它处有所不同: 如股动脉呈螺旋状围绕股骨干下行, 进入股收肌管后由股收肌纤维固定于股骨上, 故股动脉在此处易于受伤, 容易发生动脉痉挛, 从而引起小腿骨-筋膜间室综合征; 而腓动脉在紧贴腓骨进入比目鱼肌腱弓后, 就在腓肌下缘分为胫前和胫后动脉。胫前动脉被比目鱼肌腱及骨间膜所固定, 如在小腿上 1/3 损伤时易压迫胫前动脉, 进而引发小腿骨-筋膜间室综合征。

除解剖学特点以外，还有长期过度的劳作，长途跋涉，激烈运动等均可引起毛细血管痉挛，血管通透性增加，导致下肢组织水肿，以致造成“缺血—水肿”的恶性循环。

慢性骨-筋膜间室综合征是由肌-筋膜间室或肌间隔内压升高所导致的肌筋膜、神经、血管受压而引起的综合症候群。下肢筋膜间隔缺乏顺应性，当肌收缩和细胞内液增多时，肌容积增大，以致肌纤维强烈收缩而致肌纤维撕裂，以及静脉、淋巴管等因素，都能使间室内压力增高。此病可以发生在每块肌的肌外膜之内，即一块肌的肌-筋膜间室内，多块肌的肌-筋膜间室内，也可以发生在骨-肌筋膜间室之间的间隙内。不管发生在哪一块肌内、多块肌的肌-筋膜间室内或骨-肌筋膜间室内，它的基本病变应是由肌筋膜内的静脉回流不畅，筋膜间室壁的通透性不佳，肌-筋膜间室内或间室间的血液循环和组织液的通透性（代谢）障碍开始，即各种原因引起微循环减弱或障碍，造成红细胞聚集，体液由微血管外渗，组织肿胀，导致组织间内压增高；而这一系列变化又进一步影响微循环，最后导致各种临床表现，常见的是下肢肌-筋膜间室综合征。当下肢活动时，它们的静脉回流、新陈代谢和肌-筋膜间室的通透过程尚可完成（有人测定，运动时肌肉体积增大）；而在无活动时（如卧床休息时），静脉回流减缓，而筋膜通透性又不佳，导致肌-筋膜间室内的新陈代谢过程变缓慢，甚至几乎停止，以致代谢产物堆积，故产生一系列临床表现。此病多半发生在小腿背侧（小腿后浅室），次为大腿背侧等部位。

3. 临床表现与诊断

慢性骨-筋膜间室综合征的主要症状是下肢（小腿后、大腿后侧）酸胀，甚至胀痛难忍。可以分为胫前室、外侧室、小腿后浅室及小腿后深室不同的病变。其中，以慢性小腿后浅筋膜间室综合征为最常见，分述如下：

（1）慢性小腿后浅肌-筋膜间室综合征：室内含有比目鱼

肌、腓肠肌。主要表现为夜间卧床后腓肠肌胀痛，有的具有触痛。其胀感十分严重，以至难以忍受。其痛，为因胀而痛。胀与痛交织在一起，令患者整夜难熬。触之小腿背侧皮肤无明显硬韧感，亦无严重的触痛，而以压之酸胀感为主要体征。此类胀痛，喜被按摩、捶打，捶打后自觉舒服很多。该病并无足下垂等严重病变出现。

(2) 慢性小腿后深肌-筋膜间室综合征：此间室中含有屈趾肌、屈踇肌、胫后肌、胫神经血管等。其主要表现是小腿后部疼痛，被动伸趾可引起小腿后部疼痛加重。亦可引起足底麻木，足趾痉挛等。上两组症状综合在一起，即组成慢性小腿后部骨-筋膜间室综合征。

(3) 慢性小腿前肌-筋膜间室综合征：亦称慢性胫前间室综合征。症状多发生在剧烈运动和长途行走与劳作等停止之后，患者感到极度疲劳，卧床休息后才发生症状，有的人从睡梦中痛醒。患肢前方皮肤紧张而有触痛。

(4) 慢性小腿外侧肌-筋膜间室综合征：又名腓骨间室综合征，极为罕见。主要表现为足外翻受限或不能。腓浅神经支配的足背及小腿前方下1/3的感觉出现异常或麻木。

(5) 慢性肌筋膜间隔室综合征：常见于训练过程中有疼痛或缺乏神经体征的长跑者，多为双侧或不对称的累及。如运动后肌从筋膜缺损处突出，则可作出明确诊断。

(6) MRI 扫描：在诊断不能确定的情况下可作 MRI 扫描检查，可作横断面 STIR 序列或 T₂ 加权扫描，对室间隔早期改变较敏感，其表现为浸润或羽毛状高信号。筋膜附近也可见到肿胀的高信号。

(7) 骨（肌）-筋膜间室测压与诊断：需仔细询问病史，明确原发损伤的机制、性质、范围。熟悉肌-筋膜间室综合征的临床表现和病理生理是诊断本病的关键。许多学者强调直接测定骨（肌）-筋膜室内压力（也称肌肉压或组织内压）对诊

断以及手术选择有决定意义。如应用 Wick 导管检测, 可作如下判定: 运动前测量, 间隔压 $\leq 2.0 \text{ kPa}$ (15 mmHg) 为正常。运动后 1 分钟测量, 间隔压 $\geq 4.0 \text{ kPa}$ (30 mmHg); 或运动后 5 分钟测量, 间隔压 $\geq 2.7 \text{ kPa}$ (20 mmHg), 均可提示诊断。

测量筋膜间室内压的方法 (Whitesides 针刺测压法): 利用一支三通接头, 将发病的骨-筋膜室、水银血压计和一副加压用的 20ml 注射器连接成一个闭合系统。当注射器的盐水慢慢加压至略超过组织压时, 即可见到塑料管内的生理盐水水柱上、下浮动, 血压计上的压力读数 (毫米汞柱) 即为骨-筋膜间室的组织压。具体测量方法如下:

测压工具: 20ml 注射器、三通接头、硅胶管 (口径与注射器乳头相匹配)、9 号长注射针头 2 支、灭菌生理盐水一瓶、水银血压计一个。见 17。

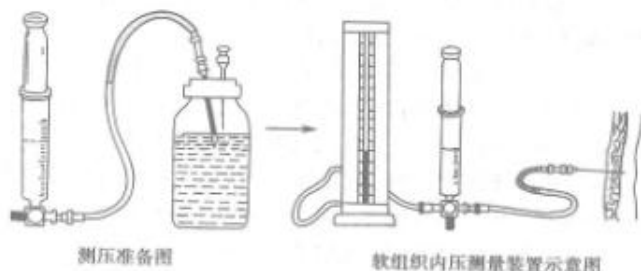


图 17 测压装置图

测压步骤

步骤 1: 按图连接注射器、胶管、针头与盐水瓶; 将三通接头的另一端接水银血压计。

步骤 2: 根据测量部位的不同, 患者可采取侧卧位或俯卧位, 在测量处 (如骨盆出口、小腿、上肢等部位) 定点。皮肤常规消毒, 铺无菌巾, 戴手套, 局麻后进行测压操作。

步骤3：按图示将连接胶管上的针头插于水瓶中，吸入无菌水至胶管的一半，使注射器内筒指于15ml处。然后，拔出针头并保持针头与胶管中的水不外流。

步骤4：按图示将三通接头连于水银血压计的胶管上，关闭血压计的开关。

步骤5：将带水的针头刺入定点处，深达测量部位（如坐骨大孔处的脂肪组织内、小腿或上肢的测压部位）；连通穿刺针、注射器与血压计。

步骤6：向注射器内缓慢加压，当水银柱压力刚超过组织液压时，塑胶管中的水柱即上、下浮动，并能在血压计上读出压力数值，此数值即为测量处的组织内压值。可连续测量2~3次，取平均值。

结果判定：超过正常值一倍以上者为阳性，超过正常值50%者属异常。本法的临界压为舒张压以下10~30mmHg。骨盆出口部组织液压正常平均值为10mmHg（6~10.5mmHg）。前臂和小腿的正常组织压为9~15mmHg，超过20~30mmHg者，须密切观察，反复测压。当组织压升至与舒张血压之差只有10~20mmHg时，即有紧急切开深筋膜的指征。

注意事项：加压不可太快，否则很难读出准确数字，一般误差可在3mmHg左右；皮肤必须严格消毒，只做皮肤浸润麻醉；针头只穿越深筋膜和肌筋膜，不可过深；一般测压两次，必要时三次，求其平均值；可在对侧同等部位，再测压一次，与之对照。

4. 针刀治疗

（1）适应证与禁忌证：凡诊断为慢性骨-筋膜综合征的患者均可应用针刀闭合型手术治疗。

（2）体位：前室及侧室病变者采取仰卧位；后室病变者采取俯卧位，踝上垫薄枕。

（3）体表标志

1) 腓横纹：在俯卧位时，腓窝处常可看到皮肤横纹，为腓横纹，与关节线基本一致，是大腿与小腿的分界线。

2) 胫骨嵴：仰卧位，小腿前方最突出的部分，扣之为骨性物者为胫骨嵴，它将小腿肌分为内、外群，也是骨筋膜间室主要的分界标志之一。

(4) 定点 (见图 18)



图 18 肌-筋膜间室综合征定点示意图

1) 后浅室正中点：在小腿正中线上，由上而下，每间隔 20~30mm 定 1 点，可定 3~4 点。

2) 后浅室两侧点：中线外 15~20mm 处，由上而下，每间隔 20~30mm 定 1 点，可定 3~8 点。

3) 后深室点：与浅室同，只是针刀操作的深度不同。如疑有后深、浅室病变共同存在，则 1)、2) 同时处理。

4) 侧室点：腓骨外侧软组织的压痛点（即酸胀痛之点），由上而下，每间隔 20~30mm 定 1 点。

5) 前室点：胫骨与腓骨中间部位，由上而下，每间隔 20~30mm 的压痛点定 1 点，可定 2~4 点。

(5) 消毒与麻醉：皮肤常规消毒，行局麻。局麻针穿至筋膜下即可注入麻药。

(6) 针刀操作 (见图 19)

1) 后浅室正中点：刀口线与肢体纵轴平行，刀体与皮面垂直。快速刺入皮肤、皮下组织；然后，切开浅筋膜（注意进入筋膜时的落空感），并作多次筋膜切开，再予大幅度疏通、剥离。以下各点均如此操作。

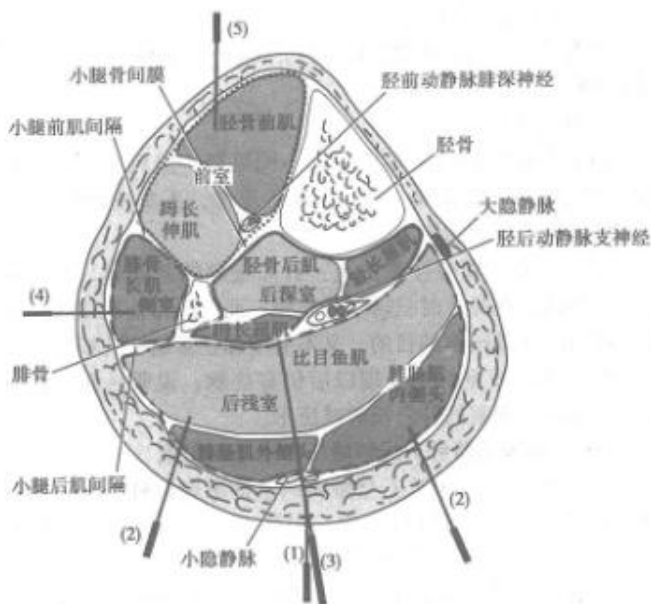


图19 间室针刀减压断面示意图

2) 后浅室两侧点: 刀口线与肢体纵轴平行, 刀体与皮面垂直 (即切线位, 与正中矢状面呈 30° 角)。快速刺入皮肤、皮下组织; 然后, 切开浅筋膜 (注意进入筋膜时的落空感), 并做多次筋膜切开, 再予大幅度疏通、剥离。两侧均如此操作。

3) 后深室点: 操作同上, 只是深度增加, 剥离的幅度增加, 且仍以切开筋膜鞘为原则。在操作中, 针刀的刀柄应向内 (胫) 侧稍倾斜 5° 左右, 即刀锋稍向腓侧, 避开胫后动脉与神经, 以免造成损伤。

4) 侧室点: 操作同上。

5) 前室点：操作同上。

所有的剥离均在筋膜鞘内进行，疏通、剥离面要足够，但动作要轻柔。

5. 注意事项

(1) 在诊断问题上可能存在不同见解。但只要认真观察临床上出现的类似表现，并加以深入思考，不难发现慢性骨-筋膜间室综合征的患者。

(2) 针刀操作应注意的是：针刀松解的是筋膜，不是肌组织。所以，在操作时只需切开筋膜，而不应损伤肌组织。这样，既可以达到松解的目的，又不会增加正常组织的损伤。

(3) 如后浅室病变处理以后仍有症状，说明后深室还有病变，需做后深室的针刀松解减压术。

(七) 颈椎后路针刀松解减压术治疗颈椎病

1. 适应证 除四肢不全瘫痪的重症患者以外，只要能够耐受针刀手术者均可进行治疗。实际上，年龄不是最大的障碍，80岁以上老人可进行这种手术。

2. 体位 俯卧位，头部尽量前屈，以不影响呼吸及比较舒服为度，使术野比较开阔，便于操作。医生多在患者头侧操作。见图20。

颈前屈位的临床X线研究：正常直立位颈椎，棘突呈水平向后稍向下伸出。当俯卧并颈部呈前屈位时，棘间则开大。经X线观察，棘间中点与椎板间隙基本呈平行状态。在这条水平线上，椎板间隙在关节突关节间隙平面之稍上。这一关系十分重要，这与选择进刀点有十分重要的关系。因为，定点在关节突关节位置，如与皮面呈垂直角度进刀，则应首先到达关节突关节处。颈椎关节突关节部位是十分安全的部位。

3. 体表标志

(1) 枕外隆凸：在颅骨正中线的上项线中点，即颅枕部的正中线上，枕骨大孔上方的骨性隆起，易于摸到。枕外隆凸



图 20 体位及 C_{4-5} 棘间韧带针刀松解示意图

两侧水平隆起为上项线。

(2) 第 2 颈椎棘突：位于枕内下方，在项部正中线上，由下方向上方扪摸，最突出的骨突即是。在其上方为 C_1 后弓和枕骨间的凹陷（枕下凹）。 C_2 棘突触之清晰、明确，以此为标准来寻找所需的颈椎棘突，十分准确。 C_{3-7} 的颈椎棘突的计数应以此为标准。

(3) 第 7 颈椎棘突：由项部第 2 颈椎棘突以下向下触摸，当摸到下段的最突出的棘突时，该骨性突起为第 7 颈椎棘突。

4. 定点

(1) 棘间点：只有在棘间韧带损伤、项韧带钙化时才在此处做针刀松解术。在病变部位棘突上缘定点。应由体表标志点（即 C_2 棘突）向下扪摸棘突，在其病变所在位置的棘突上缘正中做好标记。依病变涉及范围及所设计的治疗方案，可定 1~3 点。

(2) 关节突关节（外侧关节柱）点：在病变范围（节段）区内，平行棘间点旁开 15~25mm 处（依患者身材大小而定），

可定2~4点。一般每次手术只做1~2排，可定2~4点。见图21。

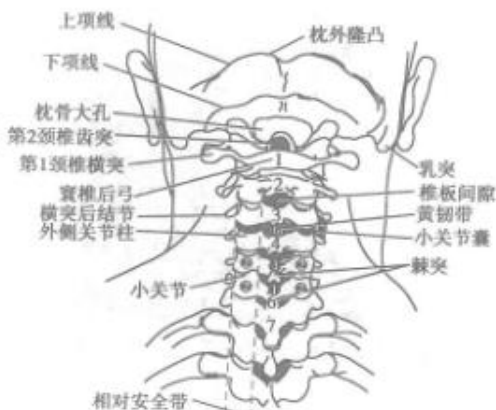


图21 颈椎外侧关节柱安全区与定点示意图

(3) 相关的肩背部软组织损伤点：总计以不超过10点为宜。

5. 消毒与局麻

(1) 消毒：皮肤常规备皮，剃毛，消毒，戴手套，铺无菌巾。

(2) 局麻：颈椎局部麻醉有特殊要求，具体操作过程如下：

1) 棘间点局麻：于定点处快速刺入皮肤，进入皮下后将针尖指向下位棘突顶，缓慢匀速推进，直达棘突顶部骨面，回吸无血、无液（针筒内为负压），注射少许药液，再将针头调至棘突上缘，沿骨面稍深入（限5~8mm之内），回吸无血及液体，针筒内呈负压状态，注入药液约0.5~1ml；然后边退出边回吸无回血，边注入药液至皮下为止。

2) 关节突关节点（颈椎外侧关节柱）局麻：垂直快速刺

入皮肤、皮下组织，然后缓慢匀速推进，直达关节突关节骨面，具体操作同上。

6. 针刀操作

(1) 棘间点：刀口线与棘突序列平行，刀体与皮面垂直，快速刺入皮肤、皮下组织，刀柄向头端倾斜约 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ ，摸索进针刀，达棘突顶端骨面，调转刀口线 90° ，与棘间韧带纤维呈垂直，调整刀锋达棘突上缘，沿棘突上缘骨面，切开棘间韧带1~3刀。

必须强调的是，在此点操作，刀锋绝对不可离开棘突上缘的骨面，也不宜切开到骨面尽头，或有落空感的程度。因为，有落空感时，刀锋已将黄韧带切开，已经超过了棘间韧带的限度。在此处操作，不管是麻醉还是针刀松解，都应留有余地，一般沿棘突上缘铲切5~8mm即足矣。

(2) 关节突关节点：刀口线与棘突序列平行，刀体与皮面垂直刺入皮下，然后缓慢、匀速、摸索进刀，达关节突关节（外侧关节柱）骨面，调转刀口线 90° ，即与关节突关节间隙平行，寻找关节突关节间隙。找到关节间隙后，沿关节突骨缘先向外切开关节突关节囊1~3刀，再向内切开1~3刀；然后，继续向内，沿下位椎板上缘继续切开黄韧带1~3刀。一般应切开关节突关节囊和黄韧带。

寻找关节突关节间隙时应十分小心谨慎，要咬住骨面逐渐移动刀锋，寻找关节突关节间隙。同时，要严格控制住移动刀锋的力度，在找到关节间隙时不致将刀锋刺入过多（要少于1mm）。在到达关节突关节间隙时将有较韧的软组织手感。到达关节面后即可进行上述松解关节囊的操作。

关节突关节面横向宽约有5~8mm宽，关节面前后面约有5mm深，并呈 45° 倾斜角。按此结构考虑，对关节突关节切开5mm距离应绝对安全。然而，在病理状态下，两关节突可以呈现不同的位移，从而使椎间管的后壁增加或减少其厚度。这在

颈椎针刀松解术中经常遇到。故在切开关节突关节囊时必须采取试探式切开的方法,并严格控制切入深度。当刀体与关节面呈平行状态时,如不能控制进刀力度,刀锋便有可能切开关节囊后壁后,再穿过关节腔和关节囊前壁而进入椎间管,刺中神经根和它前方的椎动脉。若切到神经根,患者会立即做出强烈反应;如刺破椎动脉,将会产生严重的后果,这是绝对不应发生的。

关节突关节囊后壁松解后,沿着关节间隙,继续向内侧移动刀锋,在移动刀锋时,也一定要“咬”住骨面不放松,沿骨面小心找到椎板间隙。沿椎板间隙的骨缘,切开黄韧带1~3刀。在切开时,应把黄韧带的厚度视为一张薄纸,先试探式切开(此时应严格控制针刀切开的力度与深度),如黄韧带较厚韧未能切透,可逐渐增加切开深度,但只能切开黄韧带而不可损伤神经根和椎管内的组织,即神经根、蛛网膜或脊髓。见图22、图23。

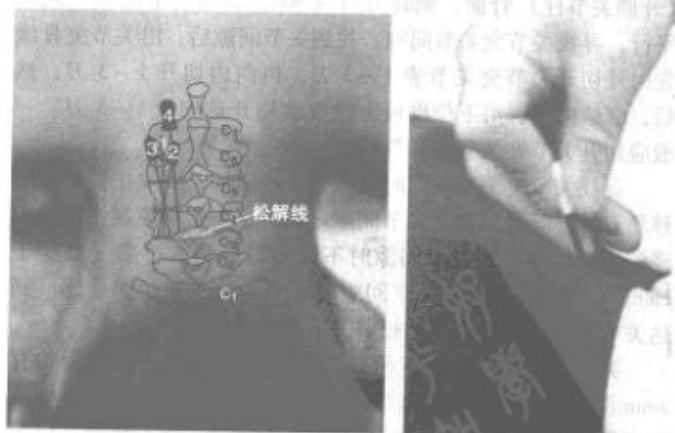


图22 小关节囊与黄韧带松解操作步骤与针刀倾斜角度示意图

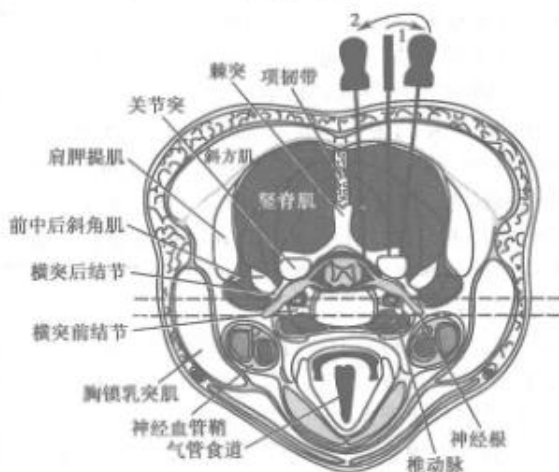


图 23 小关节与黄韧带松解断面示意图

横突间韧带不必切开。因为颈椎横突的前根和前结节是脊柱肋横突退化的遗迹，横突短小，横突间韧带基本阙如。即使有此韧带也很短小，自然张力也不会大，切开它对颈椎后部单位松解的意义也不大；况且，颈椎横突前后结节之间有结节间沟，内有神经根及伴行的动、静脉与交感神经等组织，同时在横突间还有椎动脉在该部裸露走行，如前后方向做切开，将有可能伤及这些重要组织器官。因此，不宜在此处做切开松解、剥离术。

C_3 ~ C_7 各棘间、外侧关节柱点均按上法依次操作。

(3) 项部软组织损伤压痛点：与项部软组织损伤治疗方法一致。

(4) 相关的肩背部软组织损伤点：依各损伤治疗方法操作即可。

7. 手法操作 在针刀松解的条件下，应用手法复位会使

手法整复比未松解时更容易，且不易产生手法整复的并发症。由于术者对手法的掌握不同，可用自己最为适用的方法处理。

(1) 悬吊牵引复位术：悬吊牵引整复法是在针刀松解颈椎后部单位各联结的韧带、关节囊的条件下进行的。牵引时，椎体运动单位后部骨关节间隙可相应增宽，椎间隙开大，前后纵韧带可被拉直，对小关节错位、绞锁，对多关节、多形式错位的自行复位更有利，且不致引起其他椎骨错位。更主要的是，复位时定位准确，方向和力度也更易于掌握。具体做法按如下步骤进行：

1) 体位：在牵引架上，行颈椎前后左右移位的复位：患者正坐于凳上，行颈椎牵引，重量为体重的 $1/10 \sim 1/7$ ($5 \sim 15\text{kg}$)，以患者可耐受为度。

2) 操作：首先垂直悬吊牵引片刻，以适应牵引力，轻重可以进行调整。本法适用于前后移位、后前移位、侧旋移位、曲度改变及成角畸形等的纠正。

(2) 颈围固定问题：复位后是否给予颈部固定，以医生的习惯决定。多年来的经验，针刀松解减压术后未加颈围固定对颈椎病的疗效毫无影响。

8. 护理与康复锻炼

(1) 颈椎针刀术后，要密切观察生命体征，如脉搏、血压、呼吸、肢体运动状态，皮肤痛、温、触觉的改变。如有变化，立刻报告医生，及时处理。

(2) 估计病变有水肿，且比较严重，可于术后给予脱水剂，以助消除水肿，如应用甘露醇等。

(3) 有条件者，可每日牵引 $1 \sim 2$ 次，每次 20 分钟。

(4) $1 \sim 3$ 周后复查颈部 X 线片，视症状、体征、X 线片的表现决定是否再做针刀松解减压手术治疗。

(5) 针刀松解减压手术治疗，3 次为一疗程。

9. 注意事项

(1) 颈椎病的病理改变几乎涉及全身各系统、器官，临床表现极为复杂，与脑血管系统、内分泌系统等许多疾病有相似的症状、体征。所以在颈椎病的诊断上应特别慎重。要全面体检，要求临床症状、体征、X线表现、CT、MRI等检查均能相互印证，并符合临床神经定位诊断，方可确诊。对于似是而非，诊断不确切的患者，应进一步检查。凡未经确诊颈椎病患者，不可按颈椎病做针刀松解减压手术治疗。

(2) 在颈部检查中，应注意尽量减少对颈内动脉窦和颈动脉小球的刺激。其原因是：颈总动脉是头颈部的主要动脉干，在它分为颈内、外动脉的分叉处有两个重要结构，即颈内动脉窦和颈动脉小球。颈内动脉窦是颈内动脉起始处的膨大部分，是一个特殊的压力感受器，此动脉窦对压力非常敏感，很小的压力，如转头等动作，即可导致心跳缓慢、血压下降，甚至丧失知觉；如有动脉硬化、肿瘤压迫和术后瘢痕等，颈动脉窦会变得更加敏感。当临床扪诊、外科处理、加压包扎，甚至转动颈部等因素刺激时，即可刺激颈动脉窦而产生颈动脉窦综合征。此征的特点是：脉搏明显减慢、血压下降、昏迷，并且可有轻度惊厥。颈动脉小球位于颈总动脉分叉处的稍后方，为一麦粒状小体，同样是敏感的化学感受器。如需触动它们时，应先予封闭，以减少反应。

(3) 颈椎病针刀松解减压手术的技术操作难度大，技术要求应精确入微，绝不可有丝毫的松懈。不可在未掌握颈椎病针刀松解减压术治疗技术时草率从事。

(4) 颈椎病的病理改变往往是多段、混合型。因此，要分段治疗，一般一次定6点（即两排），最多定9点（很少这样做）。可以这样说，每个点的治疗，对颈部组织都有一定的刺激，都可能发生程度不同的反应。治疗点愈多，则反应可能愈大。要有计划地分段治疗。

(5) 对外部标志一定要确认无误：外部标志是体内组织

器官、结构大小和位置的“路标”，是针刀松解减压手术治疗的准确定点的依据。通过仔细触摸，确定体外标志点，再仔细推算，达到定点准确。

(6) 在针刀操作中，胖人、瘦人同一部位的进刀深度可以大不相同，对此应有正确估计。关键是必须弄清内部标志。针刀达到了内部标志处（如骨面、骨点等）之后，再做相应的治疗操作，可以保证医疗安全，又能取得治疗效果。

(7) 注意勿伤及神经根：从解剖学上可以知道，从后路进刀至关节突关节骨面，再进一步切开关节囊和椎板间黄韧带时，如果已超过关节囊的内侧面，即可能切到椎管内组织，首当其冲的是神经根（神经根位于椎动脉之后），其次才是椎动脉。因此，一定要掌握好针刀切开时的力度，切开不可过深，绝对不可切在神经根上。这就要求练好控刀技术。见图 24。

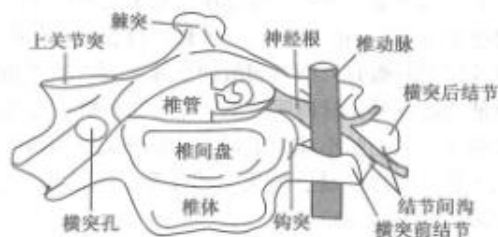


图 24 椎动脉与神经根的关系图

(8) 注意勿伤椎动脉：椎动脉并非全部在骨性管道里走行，绝大部分椎动脉是裸露在椎骨之外的横突间的。当针刀深入横突间时，可能触及或切破椎动脉，应十分小心；另一方面，异常或过度的弯曲可使椎动脉增长而明显地向外突出，从而超出了椎骨的骨性结构范围，尤其是在寰枕与寰枢的横突间，椎动脉走行的横突孔外部分均呈向外扩张状态，都超出了椎骨结构的范围。如在此处进行针刀操作，椎动脉则易被损

伤。因此，横突处的针刀操作是有危险的，应尽量避免在此处操作。

(9) 做好手法复位：针刀松解减压手术治疗是颈椎病治疗的关键，没有针刀松解减压手术治疗就很难做到或根本做不到手法复位。手法虽是辅助措施，但也不可轻视。手法复位能否达到目的，关键在于针刀松解的程度和对颈椎移位的正确判断。有了前者才有了手法复位的基础；而只有对颈椎移位的准确判断，才有可能达到正确的复位。只要准确的判断了移位，就可使用熟悉的方法，获得较好的复位效果。

(10) 术后正确应用颈椎悬吊牵引：在针刀术后，应用颈椎悬吊牵引法协助治疗颈椎病是一个好办法，正确的颈椎悬吊牵引可收到事半功倍的疗效。有以下问题值得注意：其一，牵引角度应颈前屈 $10^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。临床上曾遇到神经根型颈椎病患者，垂直牵引时臂痛难忍，当改变为前屈位后则疼痛立即消失；其二，牵引重量，一般为体重的 $1/10 \sim 1/7$ 。以患者可耐受为度；其三，牵引的作用，可进一步松解已松解过的组织，即进一步松解椎体运动后部单位的组织，并能达到纠正各种移位（错位）的目的。还应提醒的是，颈椎牵引应该应用滑动牵引，而不应该应用固定牵引。其原因是前者的牵引重量是固定不变的；而后者则会由于患者的体位变化而变化，当患者缩短牵引距离时牵引重量会随之变小，而当患者增加了距离时则牵引重量会马上增加，甚至达到患者整个体重的重量，这是十分危险的。

(11) 康复锻炼是巩固颈椎病疗效的重要措施：要指导患者做颈肌锻炼。不是为了颈部能做到多少个弯曲的动作，而是要增强颈项部的肌力。同时，要指导患者在工作、劳动、睡眠时采取符合生物力学要求的科学姿势。还要建议患者对工作、劳动及业余生活要有符合生理科学要求的节奏，避免颈椎再度受损。



二、针刀治验

(一) 颈椎病

1. C_{4-5} 、 C_{5-6} 旋转移位伴有 C_{5-6} 椎间隙狭窄。

滕某某，女，49岁，统计师，黑龙江省哈尔滨市人。

主诉：左上肢及背部疼痛伴手部麻木2年余，1年以来麻痛加重。患者多年以来一直从事统计工作，2年前，无任何诱因逐渐感到颈部酸胀不适，僵硬，活动不灵，并伴有背部和肩部疼痛，时有手部麻木感。自己认为是劳累所致，未予重视。当紧张的年终报表忙完之后，感到原有症状明显加重。除颈部和背部疼痛增加以外，向上肢和手部的麻木感十分明显，中指尤著，转头时更加突出，伴耳鸣和视力下降。由于失眠而不能坚持工作。经几个月的理疗、推拿、牵引和服药等治疗均无效果。后听说针刀闭合型手术治疗有效，故来就诊。

检查所见：颈部活动轻度受限，项部下半有轻微压痛，左背部压痛明显。臂丛神经牵拉试验左（++），右（+）；椎间管挤压试验左（++），右（+）；Hoffman Sign 左（-），右（-）；左手背和上肢均有痛觉过敏。

实验室检查：类风湿因子（+）。

X线摄影所见：正位片见 C_{4-5} 棘突向左偏歪，侧位片见 C_{5-6} 椎间隙狭窄，并有“双凸”影及 C_{5-7} 钩椎关节增生。

临床诊断：颈椎病（ C_{4-5} 、 C_{5-6} 旋转移位伴有 C_{5-6} 椎间隙狭窄）。

治疗经过：

4月10日，定点于 C_{4-5} 、 C_{5-6} 、 C_{6-7} 三排（即棘间1点、左右关节突关节各1点）、肩胛提肌左1点、冈上肌左1点、冈下肌左2点，菱形肌左1点。局麻后行针刀松解术。因病情重，给予20%甘露醇250ml，每日一次，30分钟内静脉滴入，共3日。同时，每日颈椎悬吊平衡牵引一次，每次20分钟。

当行垂直位牵引时，上肢疼痛难忍，调整倾斜角度为前屈 20° ，疼痛立刻缓解。

4月12日患者来时诉说疼痛确有缓解，但左背疼痛，左肱骨外上髁疼痛，夜间较重，当即给予治疗。定点于左菱形肌3点，左外上髁1点。其他治疗继续进行。

4月18日来诊诉说，左臂疼痛大减，疼痛时间变短，程度也减轻。

检查：左冈上肌、菱形肌及双肱骨外上髁压痛、左腕指有轻度肿胀和疼痛（原有类风湿因子阳性）。X线摄片见，双斜位左 C_{3-7} 椎间孔缩小，右 C_{3-6} 椎间孔比左侧更小。继续给予针刀闭合型手术治疗。定点于左冈上肌2点，左冈下肌2点，左菱形肌3点（下段），双肱骨外上髁各4点。术后未予其他治疗。

4月25日来诊：诉左手示指和中指发麻，前臂外侧还有疼痛，左外上髁和背部有轻度压痛。再予针刀闭合型手术治疗，定点于 C_{3-4} 、 C_{4-5} 、 C_{5-6} 3排，左冈上肌2点，右冈上肌1点。在做 C_{4-5} 、 C_{5-6} 棘间点时左臂桡侧至拇指有窜麻感，故术后给予20%甘露醇250ml静滴，每日1次，共3天。

4月26日来诊：诉疼痛基本消失，只有左拇指有轻度疼痛。当天患者精神良好，已经没有病态的感觉，基本痊愈。

7月7日，患者来复查，自诉颈、肩背及手疼痛麻木均已消失。大约术后2个月，先是中指麻木消失，后示指亦无麻木感。后发现左桡骨茎突处有时有刺痛感，极轻微，右尺骨鹰嘴处肿起，稍疼。遂在桡骨茎突和鹰嘴处给予治疗。

肩背部的软组织损伤，则可按独立的疾病来处理。这是因为在患颈椎病时，或患病之前或之后，这些病变已经形成。它们不全是颈椎病的放射性疼痛所致；另外，软组织损伤会有轻重，患者会把最重的部位先告诉医生。当这些主要矛盾解决以后，次要矛盾将上升为主要矛盾，虽然这些痛点的疼痛程度

远没有以前各点那么重，也应该予以治疗。

2. 司某某，男，46岁。

头痛、右臂痛，手麻多年。X线颈椎正侧位像示C₅₋₆钩突横向增生，侧位片C₅₋₆椎间隙狭窄。MRI（图25）有典型表现。诊断为神经根型颈椎病。经一次针刀闭合型手术治疗症状



图25 司某MRI片

全部消失。不仅头晕、手麻症状没有了，而且，过去喝酒就头痛得厉害的症状，在治疗后，喝多少酒头亦无痛。

3. 文某某，女，61岁，湖南省人，现住韶关。

颈部疼痛，伴头晕、头痛，行路不稳。平时不能坐位看电视，看电视便头晕。走路下肢发抖，需扶着别人才能走，不敢独立活动，已两年有余。服药两年，没有任何效果。先后在粤北人民医院、韶关市中医院、广州市中山医大等医院住院治疗，疗效不佳。2003年6月13日起应用针刀闭合型手术治疗。经三次针刀松解减压术，患者自觉症状大为减轻，头晕症状几乎全消。能自己独立走路，活动很好，下肢有力，可以大步走路，手部麻木也仅有一点点。7月18日进行第四次治疗后，头晕、手部麻木症状消失。走路有力，可以跑步上下楼。尚存症状是：右颈肩部有时有疼痛感，左耳内有疼痛感。2004年4月15日复查，颈痛、头晕、手麻，肩背部的痛点等均已



图 26 文某某术前术后 X 线片对照

消失。其复查片见形态上有明显改善，颈椎错位已基本纠正。见图 26。

(二) 颈椎滑脱

黄某某，女，40 岁，重庆江津市人，来诊时间 1998 年 4 月 15 日。

主诉：多年来就有头晕的感觉，一年来头晕严重，几乎时时处在欲倒的状态下。针刀闭合型手术后，病情很快改善，症状消失，一切活动恢复正常。一年后透视与 X 线片，两次摄片有明显的差别（图 27）。术前 C_{4-5} 有明显的前后移位（ C_4 前滑脱）；术后 C_{4-5} 前缘接近正常位置。患者的眩晕症状消失（仅有一二次要晕而未发作），行动完全自由。

(三) 腰椎间盘突出症

李某某，男性，42 岁，哈尔滨市人。

病史：1997 年 8 月发病。腰与左腿痛半月余，一周来加重，腰痛与左腿痛不能走路，起坐困难，左小腿麻木。在省医院住院，经保守治疗，一周来未见任何疗效，遂来哈尔滨朝鲜族医院针刀骨伤科治疗。

检查：急性痛苦表情，两人搀来诊室。上检查床困难，但不让别人帮扶（怕痛）。腰部僵硬， L_{4-5} 棘间左侧压痛（++），左梨状肌下孔压痛（++）。

直腿抬高试验 左 5° （只能稍微抬起），右 80° ；

拇指背伸肌力 3 级 5 级

踇背与小腿外侧痛觉 迟顿 正常

膝腱反射 ++ ++

跟腱反射 ++ ++

足跟足底足外缘痛觉 正常 正常

CT 检查： L_{4-5} 椎间盘突出，中央型偏左，压迫硬膜囊，左神经根粗大（水肿）。

诊断：腰椎间盘突出症。

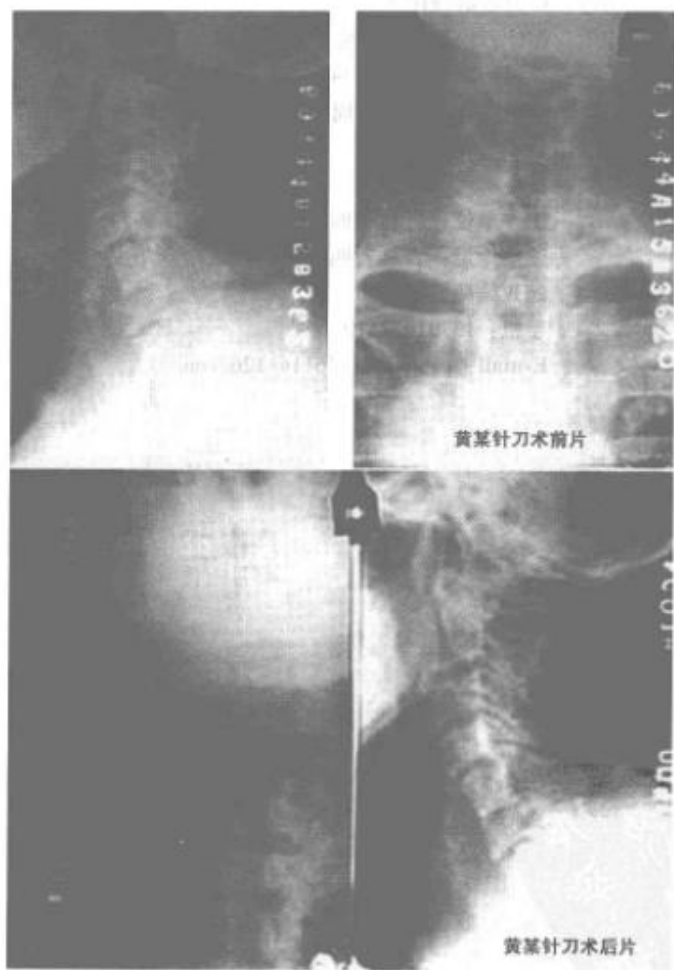


图 27 黄某术前术后对照

治疗：针刀松解减压术。

疗效：在针刀松解减压术完毕后，患者即刻疼痛消失，手术床上检查直腿抬高试验双侧 90° ，腰腿疼痛完全消除，可以下地行走，在本院住院观察一周，无疼痛再发。以后 2 年中经常保持联系，无复发。

工作单位：吉林省四平市佑生医院疼痛科

通信地址：吉林省四平市铁西区南新华大街 718 号

邮政编码：136000

手机：13701032510

E-mail: pangjiguang3611@126.com

松解腰腿治膝痛 神经衰弱新概念

——金福兴临床经验

金福兴，男，1956年10月生。湖北省鄂州市中心医院针刀科主任，主任医师；世界中医药学会联合会针刀专业委员会常务理事，中华中医药学会针刀医学分会委员，湖北省针灸学会针刀专业委员会副主任委员，鄂州市医学会医疗事故技术鉴定专家库成员。

发表论文《针刀治疗颈源性神经衰弱》等共20多篇，主编《颈肩腰腿痛效方300首》等书十余部。

一、学术特点与医疗特长

（一）慢性膝痛症的诊疗思路

临床上在治疗某些慢性软组织损伤性疾病时，常常注重局部而忽略整体。譬如，膝痛症（髌骨软骨软化症、骨性关节炎等），在其局部采取针刀、手法等治疗措施，通常有三种结果：只对部分患者有效、对部分患者只有短暂的疗效、对有的患者根本无效。临床上观察到，对仅有短暂疗效或根本无效的患者，在治疗了腰臀部的阳性反应之后，情况就完全不同了。对仅有短暂疗效的病例，其远期疗效大大提高；对原来无效的病例，也可获得意想不到的效果。

1. 慢性膝痛症疾病举例

（1）膝关节内侧副韧带损伤

临床表现与诊断：有轻重不同的外伤史，常以小腿外翻扭

伤多见。病程较长。患者膝内侧疼痛，活动后加重；患腿伸直受限，跛行，严重时不能行走；下蹲困难。在股骨内髁和胫骨内髁都可找到明显压痛点。内侧副韧带分离试验阳性。

针刀治疗点：内侧副韧带压痛点。

(2) 髌下脂肪垫损伤

临床表现与诊断：有膝关节劳损史。髌骨下方、胫骨粗隆上方、髌韧带内下方疼痛，膝关节伸屈受限，不能伸直。下楼时疼痛更为明显。患者屈曲膝关节后令其迅速伸直，多不能完成，且引起髌骨下疼痛加剧；髌下脂肪垫压痛。

针刀治疗点：髌骨下缘和胫骨粗隆之间的压痛点。

(3) 髌骨软化症

临床表现与诊断：有外伤史或劳损史，上、下楼时疼痛加重，半蹲位疼痛加重，髌骨研磨试验阳性，髌骨下脂肪垫压痛阳性，有“软腿”或“假绞锁”征象出现。X线片显示髌骨有脱钙和萎缩现象。

针刀治疗点：髌前皮下囊、髌内外侧支持带。

(4) 膝关节骨性关节炎

临床表现与诊断：行走不便、伸屈受限、关节疼痛常为持续性钝痛，或为突然活动刺痛。关节疼痛一般在运动后加重，休息后减轻。关节常有胶着现象，并伴有软腿欲跌的现象，即长时间停留某一位置上，运动时有一种僵硬感，活动后又好转。

关节功能轻度或中度受限，严重者可有肌肉萎缩。有积液者，浮髌试验阳性。

X线片膝关节正侧位显示：关节间隙变窄，软骨下骨质边缘硬化，关节边缘增生，或有骨刺生成。

针刀治疗点：膝关节边缘骨质增生处或骨刺处（此处多为应力集中点）、膝关节周围压痛点、膝内翻加外侧副韧带膝关节间隙点、膝外翻加内侧副韧带膝关节间隙点。

上述四种疾病的针刀治疗点全部位于膝关节。

2. 慢性膝痛症的病因病机 慢性膝痛症的病因主要是急性损伤后遗或慢性劳损等。它的发病机制是动态平衡失调和力平衡失调。力平衡失调是指软组织动态平衡失调以后，相应的骨关节应力随之发生变化，造成骨关节的错位和骨质增生。

可以认为，动态平衡失调和力平衡失调是同时发生的。在症状前期，动态平衡失调和力平衡失调就已经发生；在症状出现的时候，动态平衡失调和力平衡失调就已经较为严重了。

3. 慢性膝痛症的诊断思路 用全面的、联系的、发展的观点来分析，慢性膝痛症所包含的一系列疾病，多数并非是孤立的。上述所列举的四种疾病，前两种（膝关节内侧副韧带损伤、髌下脂肪垫损伤）可以看做是髌骨软化症的早期情况，而膝关节骨性关节炎则又可以看做是髌骨软化症进一步发展的一种情况。

用全面的观点（或者说整体观）来分析，慢性膝痛症多数也并非孤立的膝关节问题。

膝关节内侧副韧带损伤多以膝内侧痛为主诉；髌下脂肪垫损伤以髌内下方疼痛为主诉。由于医生经验不同，当患者以上述主诉就诊时，检查时常局限于疼痛部位的压痛，而忽视了膝关节其他部位和腰臀肌等部位的痛点检查。

而实际上，上述膝内侧韧带损伤、髌下脂肪垫损伤疾病并非仅仅只有膝关节内侧或髌下脂肪垫处的压痛，常常有膝关节另外的地方压痛。可能同时有髌周、骨内侧肌、髌胫束乃至臀中肌、臀小肌、腰肌等部位的压痛。

本诊断过程强调在诊断慢性膝痛症时，对其相邻部位如大腿根部、臀部、腰部等也要仔细的诊查。

4. 慢性膝痛症的针刀治疗思路 临床检查时，可以在膝关节周围找到许多敏感的压痛点，这些压痛点通常分布在髌骨周围、股骨内上髁和外上髁、股骨内侧髁和外侧髁、胫骨内侧

髌和外侧髌等处。这些部位大多是肌腱的附着点、韧带的附着点和滑囊。

在应用针刀治疗膝痛症的较长的一个时期，主要是针对膝关节局部的压痛点进行松解治疗，并出现有效、短时的效果和无效三种结果。后来在对膝痛症患者询问病史中，发现许多患者都曾有腰痛史，有的通常腰痛和膝痛同时发生。

为了提高疗效，按照软组织外科学的提示，扩大寻找压痛点的范围。与膝关节相邻的髌肌和腰肌都纳入检查范围。结果发现，大凡膝痛症患者，附着于膝关节周围的相关肌肉的肌腹及起点多有压痛外，与膝关节相邻的髌肌、与髌关节相邻的腰肌都可以找到筋结、筋索、钝厚等阳性反应点（区）。这些阳性反应点通常在腰椎的横突、臀中肌、臀小肌、大腿内收肌等部位。所以，随着经验的积累，将这些阳性反应点进行松解，膝痛症的临床疗效也大大提高了。

（二）慢性软组织损伤的环链现象

1. 慢性软组织损伤环链现象表述方式

（1）每一块（或一群）肌肉与其附着的骨骼可以视为一个环。这个环由软性部分的肌肉（包括韧带、关节囊等）组织和硬性部分的骨骼组织组成。

（2）当然组织急性损伤后遗或慢性劳损导致软性部分肌痉挛时，其环的硬性部分——骨骼也将发生相应变化，如脊柱曲度变直或增大、脊柱侧弯，关节微小位移等。

（3）根据软组织外科学的对应补偿调节理论，一侧的环发生病变时，与之相对应的环也必然发生病变。例如，一侧腰部的肌痉挛可以引起对侧腰部肌肉的补偿调节，继发对侧腰部的肌痉挛；腰背部的肌痉挛可以引起腹部肌肉的补偿调节，继发腹肌痉挛。

（4）根据软组织外科学的系列补偿理论，某一环发生病变，必然导致上方或下方与之相邻的环发生病变。例如，腰部

疼痛和肌痉挛经久不愈，可以导致臀部或背肩部肌肉的补偿调节，继发背肩部肌痉挛。

注：系列补偿理论：如果原发部位的肌痉挛经过对应补偿调节，仍然不能保持其正常功能和平衡，则又将引起其上方和下方的一系列肌肉进行补偿而再调节。

(5) 原发病变环以腰部和颈部为主，继发病变环首先向其对侧，而后向其上方或下方蔓延。因而，原发病变环在腰部者，其继发病变环及首先向对侧腰部，而后自腰部向上至颈部、肩部、肘部、腕部，向下至臀部、髋部、膝部、踝部蔓延；原发病变环在颈部者，其继发病变环及首先向对侧颈部，而后自颈部向肩、肘、腕蔓延，向下至腰部、臀部、髋部、膝部、踝部蔓延。

(6) 迁延日久，病变环可能波及相关的神经、血管，从而导致极为复杂的临床表现（神经根损害、皮神经卡压、脊柱相关疾病等）。

2. 临床意义

(1) 病程短者，多以治疗原发病变环为主，治疗相对应的继发病变环为辅。

(2) 病程长者，继发病变环的临床表现有时超过原发病变环，此时不但要治疗继发病变环，同时还要治疗原发病变环。

3. 病变环的判断

(1) 主诉：如疼痛、麻木部位等。

(2) 体检：筋结、筋索、钝厚、压痛点、关节微小移位等。

(3) 影像学改变。

(4) 两条线原则：一条线沿着肌肉骨骼环寻找；一条线从神经肌肉支配之间的关系寻找。前者如慢性膝痛症，除了注意治疗关节周围肌肉、韧带等组成的环外，还要治疗股内收肌

与髌关节组成的内侧环,以及臀中肌、臀小肌与髌关节组成的外侧环。后者如上肢痛,伴前臂外侧、拇指、示指和中指的桡侧皮肤感觉障碍,当考虑 C_6 神经根损害,其病变环在 C_5-6 的位置;下肢疼痛伴趾背伸肌力减弱、小腿外侧及足背皮肤感觉障碍,当考虑 L_5 神经根损害,其病变环当在 L_4-5 的位置。

(三) 针刀治疗腰椎滑脱症

腰椎滑脱症是指上一个腰椎椎体及其整个节段向前滑动,是引起慢性腰腿痛的原因之一。根据有无椎弓根崩裂可分为真性滑脱与假性滑脱,假性腰椎滑脱是针刀治疗的适应证。

1. 针刀治疗 患者俯卧,在腰臀部找寻压痛点和软组织异常改变处,如筋结、筋缩、钝厚等,用甲紫标记。常见压痛部位在 L_4 、 L_5 后关节和横突、髂后上棘、臀中肌等部位。局部常规消毒,用无菌纱布包裹针刀,从标记进刀(情绪紧张者可用2%利多卡因在进刀处打一皮丘)。快速刺入皮肤后,缓慢推进,直达病变层次,做纵行摆动和横行摆动,遇筋结或筋索则纵行或横行切割2~3刀。在行针刀内手法时,患者有明显酸胀感,并以患者能耐受为原则。内手法后,不急于出刀,可留针10~20分钟,留针期间可横行或纵行摆动针刀2~3次。出针刀后,按压针孔1分钟,如有出血,按压时间可稍延长,然后以创可贴覆盖,嘱3日内针孔勿沾水,以防感染。每周治疗1次。

2. 手法治疗 在背腰臀部用揉擦点按诸法行软组织松解5分钟,点按患肢环跳、委中、承山、阳陵泉、昆仑等穴各10~30秒。然后患者仰卧,屈膝屈髋,术者一手插入腰骶部,仰卧于滑脱腰椎之下一椎体作为支点,另一手抱扶屈曲之双腿,使膝髋屈曲达最大限度,然后向下施加弹压力。继而分别牵伸双下肢各1分钟。手法通常于针刀2日后进行,每周一次。

3. 中药治疗 对年龄较大或体质较差者可于针刀前或针

刀同时配合中药内服。基本方：杜仲、骨碎补、川断、怀牛膝、生地黄各 20g，红花、当归、威灵仙各 15g，枳壳 10g。气虚者加黄芪；血虚者加熟地黄；阳虚者加炮附子、肉桂；阴虚者加牡丹皮、龟甲。水煎，每日 1 剂。

4. 讨论 临床症状观察到这样的情形：摄片显示有腰椎滑脱而有些却无临床症状；有的腰椎滑脱患者经过治疗，症状消失，而摄片复查常见滑脱之程度并无明显变化。这些现象表明，动态平衡失调是引起腰椎滑脱症状的主要原因，而非滑脱本身。造成动态平衡失调的四大因素是粘连、瘢痕、挛缩、堵塞。以针刀加痛点注射局麻合剂（泼尼松龙 25mg，2% 利多卡因 2~3ml，加生理盐水至 10ml）约 2ml，配合手法、中药治疗腰椎滑脱 18 例，获得良好疗效。鉴于针刀临床中应用了激素，所以又治疗 24 例均未使用含激素的局麻合剂，同样取得很好的疗效。实践表明，单纯应用针刀疗法，同样可起到消除椎管外软组织的无菌性炎症、松解结疤、粘连、挛缩，恢复局部组织的动态平衡。临床上除了肩周炎、腱鞘炎、滑膜炎等少数几个疾病需要酌情配合一点局部封闭外，绝大部分疾病不需要配合局部封闭疗法。鉴于越来越多的医生和患者对激素的副作用的顾虑，针刀医生应该努力提高自身的技术水平，尽量少用局部封闭，更不要让针刀加局部封闭成为常规。由于未用局麻合剂，针刀的感应较大，故应严格注意禁忌证，对老年体弱者和患严重内科疾病者慎用此法。

（四）针刀治疗颈源性眩晕

颈源性眩晕是颈部疾患所致的椎动脉受刺激（或压迫），使脑供血不足而出现的综合征。

1. 针刀治疗 患者俯卧，在 C_2 棘突两侧找寻筋结、筋索、钝厚等阳性反应物或压痛点，其次是 C_3 、 C_4 两侧的阳性反应物或压痛点，以甲紫标记。局部常规消毒，用无菌纱布包裹针刀，从标记处进针（对疼痛较敏感或对针刀有恐惧感者，

可先用2%利多卡因注射液在进针处打一皮丘)，快速刺入皮肤后，缓慢推进，直达病变层次，做纵行摆动和横行摆动，遇筋结或筋索则纵行或横行切割1~3刀。拔针后用纱布按压3分钟，如有出血按压时间可延长，然后以创可贴覆盖，嘱3日内针眼勿沾水，以防感染。每周治疗1次（住院患者每周2次）。

2. 指压治疗 以拇指指腹按压两乳突连线（乳突及枕骨肌肉附着点），每侧各选3~5点，每点3次，然后，依次按压颈椎棘突两侧各3点、颈椎横突各3点、肩胛内上角各1点、冈上窝和冈下窝各1点、胸椎棘突两侧各6~12点、胸椎棘突与肩胛内侧缘之间的中线（相当于足太阳膀胱经内侧线胸段）各6~12点，每点3次。每点按压时用力由轻到重，持续5~7分钟，以有可以耐受的酸胀感或微痛感为度。继而轻轻揉捏项肌14分钟，双手托枕轻轻拔伸颈椎约1分钟；提捏两次耳根数次，轻擦肩背部5~10次。每周2~3次。

3. 中药治疗 基本方：葛根20g，熟地黄20g，当归15g，白芍15g，川芎10g，天麻10g，姜半夏10g，白术15g，地龙10g，细辛3g。

肝阳上亢者加石决明、钩藤；肝肾阴虚者加山萸肉、女贞子；气滞血瘀者加红花、鸡血藤；肾阳虚者加锁阳、鹿角胶；耳鸣、耳聋者加远志、石菖蒲。水煎，每日1剂，分2次温服。

（五）针刀椎管外松解治疗腰椎间盘突出症

1. 针刀治疗 患者俯卧位，在腰臀部找寻放射性压痛点和软组织异常改变处（通常有明显压痛），如筋结、筋索、钝厚处，用甲紫标记。常见压痛、结节部位在L₄、L₅横突，腰椎后关节处，放射性压痛点通常在病变腰椎棘突间或患侧棘突旁。

局部常规消毒，用无菌纱布包裹针刀，从标记处进针刀，

快速刺入皮肤后，缓缓推进，直达病变层次，做纵行摆动或横行摆动，遇筋结或筋索则纵行或横行切割2~3刀。拔针刀后用纱布按压片刻，如有出血按压1~3分钟，然后以创可贴覆盖，嘱3日内针眼处勿沾水，以防感染。

椎旁放射性压痛点的治疗 本点是治疗的关键点。患椎棘间隙旁开0.5~1.0cm处进针刀，快速穿过皮肤后，转针刀刀口与棘间隙平行，并斜刺入棘间（避开棘上韧带），由浅至深松解棘间韧带（不进入椎管内），然后松解患侧椎板处软组织。作此点松解时，通常有酸胀感，并向同侧下肢放射。每周治疗1次，住院患者3~4日治疗1次。

2. 手法治疗 于针刀治疗后进行。患者侧卧，医者面向患者，一前臂压于患者肩前。另一前臂压于患者臀部，相向用力，使患者躯干旋转至最大限度，突施一爆发力，常可听到弹响声；患者对侧，施以同样斜扳手法；然后屈曲双髋双膝关节并弹压3次；最后牵抖双下肢各3次。

3. 中药治则 补肾活血通络。基本方：杜仲、补骨脂、川牛膝、当归、生地黄、桃仁、红花、枳壳、木瓜、独活、防风、威灵仙、薏苡仁。

气虚者加黄芪、白术；血虚者加熟地黄、白芍；阳虚者加附子、肉桂；阴虚者加牡丹皮、龟甲；湿重者加苍术。水煎，每日1剂，分2次服。

4. 讨论 软组织外科学的研究成果揭示了一个事实，即按照传统标准诊断的腰椎间盘突出症，90%以上是椎管外软组织损害所致。

临床中注意到，大凡CT、MRI等影像学上有椎间盘突出、变性改变者，其相应的椎间隙、椎旁、横突部软组织常可扪及筋结、筋索等阳性反应物，并有压痛。这些慢性软组织损伤改变应该是导致椎间盘突出、膨出、变性的主要因素。

针刀松解椎管外病变软组织，对于大多数腰椎间盘突出症

能获得好的疗效，也在情理之中。针刀松解相应突出椎间盘的椎间隙、棘间韧带及患侧椎的软组织时，患者通常有明显酸胀感，大多数向患侧下肢放散。患者的这种感觉的有无，可以反应松解点的准确与否和疗效的好坏。本点是针刀松解的关键点。

因自椎旁进针刀，故对棘上韧带无损伤；因不进入椎管内，也不触及椎管外口的神经根，所以非常安全。另外，在患侧的臀中肌或臀上皮神经部位进行针刀刺激时，针感常会向下肢放射。

手法的应用，可缓解剧烈的疼痛，或因患者就诊时即是慢性疼痛。也就是说手法前应判断腰部软组织无菌性炎症的严重程度。这样，不至于在调整腰椎及骶髂关节时，导致症状加重。

腰椎间盘突出症，从中医辨证看，多为本虚标实之证。肾虚为本，气滞血瘀为标，或兼夹风寒湿邪。故用杜仲、补骨脂、牛膝补肾；当归、生地黄、桃仁、红花、枳壳活血理气；木瓜、独活、防风、威灵仙、薏苡仁祛风除湿。

针刀治疗无效者，多伴有较明显的椎管狭窄，临床表现常有间歇性跛行。

（六）针刀治疗颈源性神经衰弱

在诊治颈椎病的临床实践中，发现有相当数量的颈椎病患者，存在着头昏头痛、失眠、多梦等一系列神经衰弱表现，有的甚至颈椎病症状相对不明显，突出表现为神经衰弱的症状。这类患者多无明显精神致病因素存在。体检可见颈部活动受限，局部压痛或触痛；颈项部可扪及筋结、筋索、钝厚、棘突偏歪等。将此类以神经衰弱为主要症状表现，无明显精神因素致病而其主要病位在颈椎者，称为颈源性神经衰弱，以针刀松解颈椎棘突旁阳性反应物治疗本病，效果良好。

1. 症状 具备以下神经衰弱症状中的3项以上：衰弱症

状（如精神疲乏，脑力迟钝，注意力难以集中，记忆困难，工作或学习不能持久，效率低下）；兴奋症状（工作或学习用脑均可引起精神兴奋，回忆及联想增多，控制不住，可对声光敏感，但并不表现为言语运动增多）；情绪症状（易烦恼，易激惹；也可表现为工作、学习效力下降或精力不足而焦急、苦恼，但无广泛的焦虑或原因不明的心境低沉）；紧张性疼痛（如紧张性头痛，紧张性肌肉疼痛等）；睡眠障碍（如入睡困难、多梦、易醒、醒后不解乏等）。

2. 体征 颈项、肩背肌有不同程度压痛，可扪及筋结、筋索、钝厚、颈胸椎棘突偏歪等。

3. X线检查 颈椎有退行性变，如椎间隙狭窄、钩椎关节不对称或增生或骨刺等；或有颈椎生理曲度改变以及“双突征”、“双边征”等颈椎小关节错位征象。

4. 病史及病因 可有颈椎病史或颈项肌纤维炎等病史，但无明显精神致病因素存在。

5. 治疗 患者俯卧，在颈椎棘突两侧找寻筋结、筋索、钝厚等阳性反应物，以甲紫标记。局部常规消毒，用无菌纱布包裹针刀，从标记处进针（对疼痛较敏感或对针刀有恐惧感者，可先用20g/L利多卡因注射液在进针处打一皮丘），快速刺入皮肤后，缓缓推进，直达病变层次，做纵行摆动和横行摆动，遇筋结或筋索则纵行或横行切割1~3刀。拔针后用纱布按压3~5分钟，如有出血按压时间可延长，然后以创可贴覆盖，嘱3日内针眼处勿沾水。治疗每周1次。

6. 讨论 临床中观察到，神经衰弱与颈椎病的关系非常密切。魏征也早就注意到，在神经衰弱患者中，有不少人否认有过度疲劳、用脑过度及精神不愉快等致病因素，并发现这些患者多有颈、胸椎关节错位现象。经用整脊疗法治疗，均能取得症状迅速改善和治愈的效果。

颈源性神经衰弱的病因病机可能是由于颈椎小关节错位或

增生的骨赘直接压迫或刺激椎动脉、颈交感神经节，导致椎动脉痉挛，椎-基底动脉供血不足，反射性地使大脑的兴奋性增高或影响到自主神经的次高级中枢——下丘脑的功能所致；此外，亦可能由于颈部肌肉痉挛、僵硬，导致颈曲改变，使颈部血管神经等软组织受到牵拉和挤压，造成交感神经功能紊乱和血管痉挛，从而影响大脑的供血，使脑内二氧化碳的浓度增高，进而导致中枢兴奋性增高。通过针刀对慢性软组织损伤所致的筋结、筋索的松解，以促进脊柱内外平衡的恢复。同时，针刀刺激项部阿是穴，达到调整经气的作用。患者在通过针刀治疗后，症状迅速缓解。此外，针刀对传统意义的“神经衰弱”，即由某些长期存在的心理因素引起的神经衰弱，同样有不同程度的疗效。这是因为长期的心理紧张必然伴随躯体紧张，当然也包括颈项肌紧张。有部分患者本身就存在颈椎病变，体检可扪及项肌痉挛，或筋结、筋索等。只是这些患者在进行针刀治疗的同时，还要进行心理疏导和减轻工作、学习的负担。



三、针刀治验

（一）膝关节骨性关节炎

某女，51岁。双膝痛3年入院。3年前无明显诱因渐感双膝关节疼痛，左膝痛重。以上下楼梯或下蹲时为明显，时轻时重。平地无明显疼痛。偶有腰部疼痛。

X线片检查：双膝关节正侧位片：左股骨内外缘、左胫骨平台内外缘及双侧髌骨后缘上下角见不同程度骨质增生改变，局部骨质密度增浓，双膝关节间隙稍变窄；腰椎正侧位片：第4、5腰椎前缘轻度骨质增生改变，生理曲度稍变直。

体检：双侧髌骨周围、髌下脂肪垫、膝内外侧髌、股内收肌群、股外侧肌群、臀中肌、臀小肌、L₂₋₄横突、髂后上棘等均有明显压痛。腰椎横突、臀中肌、臀小肌紧张、压痛尤其明

显；双膝髌骨研磨试验均阳性。

针刀治疗：2007年9月12日第一次针刀治疗。治疗点：双侧臀中肌、臀小肌最紧张和压痛最明显处各3点，共6点。内手法主要是纵疏横剥。几乎每一个点都有酸胀感向小腿后侧放散。治疗后第2、3日，感觉双膝非常轻松，上下楼几乎没有痛感；治疗后第4、5日，双膝上下楼疼痛加重，但较针刀前疼痛至少减轻了三成。

9月17日下午，行第二次针刀治疗前作压痛点检查，臀部、大腿、膝周压痛明显减轻。然后于腰选择6点： L_2 、 L_3 两侧横突、两侧髂后上棘压痛点。横突4点进行纵疏横剥，强烈酸胀感放散至同侧臀部。9月18日查房，诉双膝上、下楼无痛感，仅有酸感，以左膝为甚。

9月20日、9月24日，行第三、第四次针刀治疗，治疗点选择膝关节周围压痛点（内侧副韧带、髌下脂肪垫、髌内外侧支持带等）。症状消失出院。嘱出院后坚持功能锻炼和保健按摩。

（二）遗传性共济失调

女，48岁。四肢乏力、麻木7年，加重伴步行不稳1年入院。

7年前无明显诱因出现四肢乏力、麻木，以双下肢远端为明显，呈触电样麻木，曾用电疗等物理疗法治疗未见好转。近1年来上述症状加重，伴步行不稳，稍有不慎即摔倒。门诊行颅脑CT、MRI检查提示“小脑萎缩”，颈椎CT提示“ C_{2-3} 、 C_{5-6} 椎间盘突出”。门诊以“脊髓型颈椎病”收治入院。

体格检查： $T 36.9^{\circ}\text{C}$ ， $P 80$ 次/分， $R 18$ 次/分， $BP 100/58\text{mmHg}$ ；血常规：血红蛋白 112g/L ，红细胞 $3.46 \times 10^{12}/\text{L}$ ，血小板 $125 \times 10^9/\text{L}$ ，白细胞 $3.40 \times 10^9/\text{L}$ ；尿常规、大便常规、心电图正常。专科情况：颈椎棘突、横突、冈下肌压痛，四肢肌力V级，双膝腱反射亢进，巴宾斯基征阳性，指鼻试验

阳性，闭目难立征阳性，四肢痛觉减退，触觉存在。

1. 针刀治疗部位

颈部：C₂ 两侧棘旁结节，其他颈椎棘旁结节及条索、钝厚处。

上肢：冈下窝压痛最明显处、指总伸肌肌骨外上髁下二横指处、腕背横纹上二横指处。

腰部：L₅ 横突处。

下肢：髂嵴下三至四横指处、足三里、阳陵泉、悬钟穴。

方法：每周 2 次，上述治疗点分 2 次交替治疗。颈腰臀部筋结、筋索处，除纵行疏通、横行剥离外，每点切割 2~3 下，其余治疗点以有较强酸胀感为原则。共治疗 9 次。

2. 中药治疗 葛根、太子参、当归、熟地黄、川芎、白芍、杜仲、川牛膝、鳖甲、龟甲、陈皮、牡丹皮、栀子、茯苓、炙甘草，每日 1 剂，水煎服。

3. 其他治疗 脑蛋白水解物 20ml，静滴，每日 1 次，共治疗 3 周；按摩，每周 2 次。

结果：以针刀为主治疗 1 个月，四肢麻木乏力情况明显改善，步行较稳定，闭目难立征阴性。

（三）腰椎滑脱症

某女，60 岁，教师。左侧腰臀痛伴下肢麻木 3 年，加重 1 年余。患者 18 岁时曾有腰部挫跌伤史，1983 年发作腰臀痛，自贴伤湿膏痊愈。

体检 双侧直腿抬高均 80°，“4”字试验阴性，腰椎棘突、腰椎后关节不同程度压痛，L₂、L₃、L₄ 横突压痛，左侧臀中肌可扪及筋结、筋索，压痛明显，并向同侧下肢放散。腰椎片提示 L₄ II 度滑脱，双侧椎弓断裂。血常规、心电图均正常。

治疗 取双侧 L₂₋₃、L₃₋₄、L₄₋₅、L₅~S₁ 后关节及双侧髂后上棘，常规消毒，用 1% 利多卡因注射液，每点浸润约 1ml，

然后以3号针刀刺入达骨面，行纵行疏通和横行剥离，遇筋结或筋索则切割2~3刀，一般均有可忍受的酸胀感。次日，腰臀痛及下肢麻木明显减轻。1周后，行第二次针刀治疗：取L₂、L₃、L₄、L₅横突，双侧臀中肌（髂嵴下约3横指），局麻后针刀于各点行纵疏横剥，遇筋结或筋索切割2~3刀。第三次针刀前腰臀痛轻微，左下肢偶有轻微麻感。第三、第四次于腰臀部寻找敏感压痛针刀治疗。针刀期间配合手法6次，中药20剂，诸症消失，功能活动正常。

针刀治疗腰椎滑脱症可有效缓解临床症状，但寻求椎骨的复位则是非常困难的。患者不可负重，如有症状再次出现，应尽早治疗。间断服用壮腰健肾、活血通络的中药及适当的锻炼，有助于巩固疗效。

（四）腰椎间盘突出症

某男，38岁，工人。腰痛反复发作5年，加重伴左下肢疼痛麻木1个月。5年前渐感腰部酸痛，弯腰劳动时加重。1个月前弯腰拾物时突然腰痛加重，伸直困难，并渐感受左下肢酸痛，小腿外侧麻木，咳嗽痛。10年前有腰部扭伤史。

体检：脊柱侧弯，直腿抬高左45°、右70°。左伸踇肌力减弱，左小腿外侧感觉减退。腰椎叩击试验阳性，腰4~5左侧椎旁压痛向同侧下肢放射。两侧L₂、L₃、L₄横突压痛，两侧L₅横突可扪及筋结。腰椎旁肌广泛压痛，以左侧为甚，左臀中肌压痛向下肢放射。

取双侧L₂、L₃、L₄、L₅横突痛点，左L₄₋₅椎旁放射性压痛点，以3号针刀快速刺入皮肤后缓慢进针，至病变层次（多达骨面），作纵行疏通和横行剥离，遇筋结、筋索即切割2~3刀。针感以患者能耐受为度。于L₄₋₅左侧旁放射性压痛处进针后针斜向L₄₋₅棘间，沿棘间下滑至椎板，此时患者感觉左下肢酸胀明显，出针后，即感左下肢痛减轻。于针刀治疗后行腰椎斜扳手法。1周后腰下肢痛麻木减轻过半。取L₃₋₄、L₄₋₅、

L₅~S₁ 后关节、髂后上棘、左侧臀中肌（左髂嵴下三横指）、椎旁放射性压痛点。第二次针刀治疗后，疼痛减轻大半。第三、四次在腰臀部寻找敏感压痛点，行纵疏横剥。2 个月后诸症消失，功能活动正常，恢复原工作。

（五）颈性眩晕

某女，45 岁，工人。头晕半月，加重 1 周。半月前因劳累于凌晨起夜起床时突发头晕，视物旋转，出汗，经休息片刻症状自行缓解。近 1 周来症状加重，翻身、起卧时均使头晕加重，视物旋转，伴恶心、心慌、出汗。

体检 椎动脉扭曲试验阳性。上项线下项线区间、颈椎棘突两侧、横突、肩胛内上角、胸椎棘突、冈下窝等处压痛，C₂ 椎旁可扪及筋结。颈椎片提示：C₃₋₄、C₄₋₅ 可见双突征，C₅₋₆、C₆₋₇ 后缘可见轻度骨质增生。血常规、心电图正常。

治疗 取 C₂ 两侧椎板压痛点、C₃₋₄、C₄₋₅ 两侧后关节，用针刀快速穿过皮肤后，缓慢进针，达病变层次（多达骨面），并行纵行疏通和横行剥离，手法宜轻，以有能耐受酸胀感为宜。然后，施以上下项线、颈椎棘突、横突、胸椎棘突、肩胛内上角、冈下窝的指压法。针刀次日，症状基本消失。后以手法 2 次，中药 6 剂以善后。

（六）颈源性神经衰弱

某女，36 岁，个体经营者。睡眠不佳 3 年，加重半年。3 年前，常感颈项酸胀不适，头昏、多梦、入睡困难，劳累后加重。半年前，头昏加重，并常感头痛，不仅入睡困难，而且睡后易醒，每天平均睡眠不足 3 小时；情绪不稳定，易发脾气，记忆力明显下降，精神不佳。服用“舒乐安定”效果不显。追问病史，无明显工作、生活、经济上的压力，无明显内心的矛盾冲突。

体检：项两侧肌压痛、上下项线、肩胛提肌、胸椎棘突、冈下窝压痛，以左为甚。C₂ 左侧可扪及筋结，C₃₋₅ 可扪及筋

索。颈椎片颈椎曲度变直， C_{3-4} 、 C_{4-5} 可见双突征， C_5 、 C_6 后上角可见轻度骨质增生。

治疗：取 C_2 两侧筋结、 C_{3-4} 、 C_{4-5} 后关节，定点标记，以3号针刀快速刺入皮肤，缓慢进针，达病变层次（多达骨面），做纵疏横剥，以能忍受的酸胀感为度。针刀当晚，头昏、头痛、颈酸胀明显减轻，可睡5小时，梦明显减少。后取上下项线（相当于头后大小直肌附着点）、肩胛内上角、冈下窝、胸椎旁等处筋结、痛点分次行针刀治疗，每周1次，共4次，诸症消失。

以手法治疗颈源性神经衰弱，效果良好。因此，在针刀同时或针刀间隔期，配合指压上下项线痛点、颈椎棘突及两侧、横突、肩胛内上角、冈下窝、胸椎棘突及两侧，将会明显提高本病的疗效。

工作单位：湖北省鄂州市中心医院针刀科

通信地址：湖北省鄂州市文星路9号

邮政编码：436000

电话：0711-3252811（办）

手机：13986408325

E-mail: jfx_dr@163.com

潜心钻研针刀医学 临证崇尚整体调节

—— 柳百智临床经验

柳百智，男，1965年3月生，1987年河南中医学院针灸系毕业至1993年，在基层医疗单位从事针灸、理疗、针刀的临床工作。1994年受聘于中国中医研究院长城医院，并协助朱汉章老师在针刀医学培训中心教授针刀医学理论及临床，先后任四病区主任、长城医院科研处研究室主任。现任北京宗源医院（原北京针刀总医院）专家门诊副主任医师兼职培训。

主要著作有《针刀疗法》、《针刀医学临床问题解析》、《针刀临床诊断与治疗》、《中国针刀学》、《针刀治疗颈肩腰腿痛》，担任中国针刀医学临床系列丛书总主编。1999年首届国际针刀医学学术交流会上获“针刀医学特别贡献奖”；2003年针刀医学国际论坛获学术论文一等奖。2007年中国国际教育家协会授予“针刀医学教育家”称号。



一、学术特点与医疗特长

（一）重理论，图创新

临床中重视针刀医学理论对临床实践的指导作用，创新治疗方法，扩大治疗病种。认为针刀是中西医结合的产物，是针灸疗法与手术疗法之间填补空白的新疗法。针刀这个名词不是针与刀并列的组合，而是“如针之刀”的意思，即刀为主语，针是定语。闭合性手术理论是针刀操作的指南，因此在临床中更着眼于刀的切割功能的应用（当然因其形态是针，刺入人

体后必然会起到针刺的作用)。

闭合性手术是指不大范围打开皮肤，尽量不破坏人体正常生理解剖结构完整，特别是不破坏骨结构完整的情况下，非直视下用针刀等工具在体内进行切割松解等操作的治疗方法。凡是其形似针，尖端有刀刃的医疗器械，均可实施闭合性手术。汉章针刀只是临床常用治疗工具之一。治疗方法只是手段，针对患者具体情况，把握疾病的病理变化，灵活选用治疗方法 and 治疗器械。很多疑难疾病的治疗原理，之前已经有了较为深入的研究，只不过治疗方法采用的是外科手术疗法。只要弄清楚手术治疗的原理，治疗方法上改用闭合性手术即针刀治疗，就可以使复杂的问题简单化。所以临床治疗中对治疗工具的选择上也较为多样化。

如屈指肌腱狭窄性腱鞘炎，以前最为有效的治疗方法是外科手术，治疗的原理就是将狭窄的纤维鞘或环行部切断，使腱鞘的狭窄状况解除。那么使用针刀治疗，无非是掌握局部解剖结构与解剖层次后，凭借熟练的针刀操作技术，在非直视情况下准确切开变性增厚的环行部。这样就不必将针刀刺达指骨骨面并糊里糊涂地把肌腱或肌腱上的硬结切开，造成不必要的创伤。所以临床治疗可以按以下方法进行：

症状较轻、肌腱硬结较小的患者，可在压痛处封闭治疗，注意将药液注入腱鞘内，也可取得较好的疗效。

疗效不佳或短期内复发者及疼痛较重、功能受限明显者，宜采用针刀松解治疗。

1. 平刃针刀或凹刃针刀刺切法 患者手掌心向上，平放于治疗台上（腕下可垫一小脉枕），手指自然伸开，明显压痛处即为进针部位。紫药水定点，刀口线与肌腱走行方向一致，针体垂直于掌面皮肤刺入，避开肌腱刺达骨面，纵行疏通剥离1~2下。硬结较大者，术者左手拇指固定住硬结，针刀稍提起，刀口线不变，在硬结上切1~3刀，不可过量切割，也不

宜将刀口线与肌腱方向垂直切割。之后，将针刀上提至皮下、鞘状韧带的表面，轻轻下切，有韧带被切断的突破感，针刀勿再深刺。再提针刀重复上述动作，纵行连续或不连续切割部分增厚的鞘状韧带，直至手指伸屈自如，没有弹响声为止。出针后常规压迫止血。

2. 凹刃针刀推切法 在压痛及硬结处下方（近端）定点，先局麻，刀口线与肌腱方向一致，针体与皮肤呈 45° 角缓慢刺入，凹刃针刀下方头刺入腱鞘，使腱鞘及环形部卡在凹刃处，沿肌腱方向向远端推切，有明显阻力感如切割较厚牛皮纸的感觉，并有“嘎吱”声，可重复操作，直到纤维韧性阻力消失，针刀从原针孔退出。

3. 钩针刀拉割法 在压痛处远端0.5cm处定点，用1%利多卡因2ml+地塞米松1ml（5mg）在标记处打一皮丘，剩余药物推入腱鞘内。钩针刀尖垂直刺入皮下，将针体右旋 90° ，使钩针刀之钩平放，用钩针刀背沿肌腱方向慢慢向近心端推移，钝性推开腱鞘上的皮下组织。当推过压痛（增厚腱鞘处）后，再将针刀柄左旋 90° 角，使针刀钩在皮下立起，下压针柄将针刀钩（尖）垂直刺入鞘内，向上提拉针体使针体与皮肤约呈 45° 角，针刀刀钩住鞘韧带慢慢向回拉（向指远端移动），此时，可听到拉割增厚腱鞘的“喳、喳”声。针刀钩从原刺入孔退出，创可贴保护针孔。

再譬如鸡眼，多种治疗方法都有很好的疗效，无论是手术治疗、激光治疗，还是贴药、注药、火针、香灸等方法，疗效取得的关键就是将鸡眼组织摘除或破坏掉。因为鸡眼主要依靠细小的血管神经束刺入机体组织吸收营养存活，治疗不彻底，容易复发的原因，均是对血管神经束的破坏不彻底。所以我们针刀治疗鸡眼，仅仅是改变了一种治疗手段——针刀，用针刀把鸡眼组织破坏掉即可，于是如下的操作方法就自然产生了。

取鸡眼中央凹陷处为针刀进针点，刀口线与脚底纵轴平

行，针体垂直于皮肤刺入。手下感由坚硬而空虚为止，稍提针刀约3~5mm捣刺数下，破坏基底部软组织。纵行疏通剥离，横行摆动针体，出针，创可贴保护针孔。

又譬如肛裂，主要的临床症状是肛痛、便秘、便血，主要病理变化就是肛门括约肌挛缩变性，使肛门变小而开合失度，形成恶性循环。外科手术的治疗，即是将变硬的内括约肌切断一部分，使之扩张恢复弹性。针刀治疗也是同样的治疗原理产生了同样的疗效，只是操作起来更为简单和方便了，达到了治疗水平的提升，且痛苦小恢复快。针刀治疗时，患者取截石位，局麻后，在肛裂处下1cm部定点。左手中指伸入肛门，触摸到有紧涩硬感的地方，引导针刀刺达病变处，调整刀口线，切断变性挛缩的内括约肌，以肛管紧涩感减轻为度。用手指扩肛，使切开的肛门梳拉开。

（二）重思路，倡整体

在从事医教研工作的基础上，不断总结临床实践经验并尽力使之升华，提出了一些新颖实用的诊疗思路；总结了不少学习、使用针刀的方法。追求针刀医学的整体性，既主张充分发挥针刀的简单方便的临床优势，也支持对大范围慢性软组织患者实施全麻下针刀大松解术的应用，不排斥任何形式的创新与发展。

主张应用中医的整体观念不是一定要完全按照中医的脏腑辨证，八纲辨证等进行，而是在诊治过程中强调一个整体分析，整体把握的问题，希望临床医生能时刻注意到人体各部位的生理病理是相互联系、相互影响的。

强调正是缺少整体观念，在针刀临床导致了复发率增高；正是缺少整体观念，使我们在临床中解决复杂问题的时候理不出头绪；正是缺少整体观念，才使我们针刀的疗效大打折扣；正是缺少整体观念，在局部没有明显压痛点的时候，就不知道用针刀如何进行检查和治疗；正是缺少整体观念，在针刀临床

中，才只会把眼光集中到疼痛部位寻找压痛点……大量的临床事实和临床经验表明，局部的变化往往是以整体变化为前提，不管是全身表现为主，还是局部症状为主，也不管局部病变是否处于主导地位，都是以整体变化为依据的。因此在治疗上，必须从整体联系的观点出发，拟定合理的治疗方案，才能收到满意的疗效。否则，必然会造成“头痛医头，脚痛医脚”的弊病。

1. 根据神经的分布及前后支的分布关系，寻找真正的病灶 脊神经分前支、后支、返支、交通支，前支组成神经丛支配上下肢及胸腹部，后支分布在脊柱周围软组织，交通支连接交感神经支配内脏器官，返支进入椎管支配椎管内软组织。也就是说，人体的神经均发自脊髓，穿过脊柱，把人体的前后、上下、内外联系起来成为相互交错的网。患者某个部位疼痛，一定要考虑局部痛、干性痛、丛性痛、牵涉痛、根性痛等多方面的因素检查治疗。在临床中按常规方法治疗网球肘，如果疗效不好，能不能考虑一下其他原因？肱骨外上髁之外或其周围的软组织损伤，肱桡关节滑膜、肱桡关节侧副韧带、肱桡关节外滑囊、肱桡肌等等（局部痛）；如通过检查没有问题，按上述神经连接的思路找一找，有没有支配肱骨外上髁的神经出了问题（干性痛）、胸廓出口臂丛神经是否受压（丛性痛）、颈椎神经根出口有没有病变（根性痛）、肩胸背有没有较严重的软组织损伤（牵涉痛），这样，我们对疾病的诊断就不会那么狭隘，思路就会开阔一些、清晰一些。

2. 根据生物力学原理分析、判断应该治疗的关键点部位 整个脊柱是一体的，有着正常的生理曲线，某一部位发生病变，都可能牵连到脊柱的其他部位。如腰部某节椎间盘退变或椎间关节错移，必然引起周围软组织（腰椎一侧）的继发性紧张痉挛，甚至变性形成组织粘连、结疤、挛缩，日久，胸椎的对侧软组织在不断牵拉下代偿性的出现肌肉紧张以对抗腰椎一侧的软组织变短，这样脊柱自腰椎开始出现侧弯，紧随其后

胸椎、颈椎出现“S”型改变，导致脊柱两侧的软组织以凹侧为主形成积累性损伤，患者相继出现腰痛、背酸、颈僵。治疗时就必须考虑患者的病因病史，治疗了颈椎（标）病变后，接下来尚需治疗腰椎（本）病变，才可能减少复发，取得比较稳定的疗效。

3. 根据肌肉韧带的循行部位，一端有病，不要忽视另一端的检查和治疗 人体身上的肌肉一般都以两断端附着于骨，中间跨过一个或几个关节，肌肉的运动带动关节的运动。每块肌肉不论大小如何，都具有一定的形态结构、位置和辅助装置，并有丰富的血管、淋巴管分布和受一定的神经支配，所以，每块肌都可看做是一个器官。关节的周围都附着了大量的肌肉韧带。关节损伤引起临床的症状，多是因关节周围的软组织损伤产生的，我们在检查与治疗时，总是只考虑关节周围软组织的附着点病变并进行松解，常忽视肌肉另一端的附着点是否也同样损伤了，特别是肌肉的另一端在离该关节较远的地方时，最容易忽视。如膝关节周围的软组织，牵扯的距离就比较远，很少人为治疗膝关节的病变，而在远处（如腰臀部）寻找治疗点。

股四头肌位于大腿前面，是伸膝装置中的重要组成部分，是完成伸膝动作的主要动力。股外侧肌起自股骨大转子根部，下端借股四头肌腱抵止于髌骨的上缘及外侧唇，并发一扩展部至膝关节囊外侧。股中间肌起自股骨前面及外侧面的上1/3处、股内侧肌起自转子间线下部和股骨粗线内唇、股直肌起自髌前上棘，薄而扁的反折头起于髌白上方的沟内和髌关节纤维囊……支配股四头肌的神经是股神经的分支。患者膝关节伸直困难，膝前痛，有没有人去考虑膝关节的症状可能是上述的股四头肌的起点和股神经的出口、循行部位的软组织病变引起的呢？

同样道理，膝关节周围重要的肌肉还有腓绳肌、内收肌、

髂胫束等，他们远端的另一附着点的损伤，有没有放在诊治膝关节疼痛的范围里？这也算是下病上取吧。

4. 不可忽视支配肌肉的神经，重视原发病的治疗 椎枕肌损伤，因为椎枕肌的前面有椎动脉经过，椎枕肌一旦损伤，无论是紧张水肿，还是出现粘连、瘢痕、挛缩，都会刺激或压迫椎动脉使其血流量减少，引起脑供血不足。临床上主要表现为头痛、头晕、目视昏花、记忆力减退等症状，针灸或针刀针对性治疗后有很好的即时效果，很快症状又会悄然出现。这种情况，就应该考虑是否为支配椎枕肌的枕下神经在某个地方受卡压或刺激，所引起的椎枕肌继发性改变。那么常见的有哪些原因可引起枕下神经受刺激或卡压呢？寰枕关节错位、寰枕筋膜挛缩、扁桃体肿大等。如此进一步检查，针对患者的具体病变部位进行治疗，这也是治疗原发病的典型例子。

5. 参悟中西医的差异，临床实践“同病异治” 中医命名疾病是以症候群的方式为主的，西医则是以病理变化为主的。在基层医疗单位，很多医生常常以一系列临床症状来判断疾病，如肩周炎是西医的疾病名词，是以病理变化为主定义的。肩周炎即肩关节周围炎，是指肩关节的关节囊及其周围所发生的一种广泛的无菌性炎症反应，以及这些组织的退行性病变所引起的软组织广泛性粘连等病理变化，而产生的肩痛及肩关节功能障碍等一系列症状。很少有人严格按照肩周炎的定义和诊断标准去诊断和治疗它，总是以其主要症状来判断，就是只要患者有肩痛和肩关节功能障碍，就断定是肩关节周围炎，这样把很多局部损伤的肩痛症患者或单纯某软组织损伤引起的肩关节功能障碍疾病都当作了肩周炎来看待。在临床上总结的治疗肩周炎的方法自然也就千奇百怪。所以，弄清中医之病与西医之病的不同，才会在临床中真正做到中医的“辨证论治”。理解了中医与西医对疾病的不同分析方法，才可能用中西医结合的方法把握“整体观念”。

如中医的“落枕”，《伤科汇纂》载：“有因挫闪及失枕而项强痛者”。按西医对疾病的分析，挫闪、失枕可导致什么样的病理变化并会出现项强痛呢？不外乎两个方面：一是颈椎骨关节微小错位，二是颈部软组织急性慢性损伤。骨关节错位的治法首选中医正骨手法；软组织急性慢性损伤的治疗中医针灸、手法、膏药、针刀等，西医以局部封闭为主。如果细化，容易损伤的颈部的软组织主要是指颈项肌筋膜、胸锁乳突肌、前中后斜角肌、肩胛提肌、斜方肌、半棘肌、回旋肌等。如此针对性治疗，也算是把握整体的一种形式。可见，如果这样分析问题的话，单独使用针灸治疗落枕，自然是时或有效时或无效了。同一种病，该使用什么治疗方法就使用什么方法，这种中西医结合的方法得出的结果与传统中医的认识是相吻合的，即“同病异治”。

6. 通过脏腑理论、经络理论整体选择治疗点 我们研究经络理论，但经络理论博大精深，积累了先贤几千年的智慧，要完全弄通弄透，不是一件容易的事，更不是一朝一夕可以掌握的，但是，在我们还不能完全认清楚它的实质之前，在临床上，我们完全可以依据这些理论总结出的一般规律好好地去应用。

经络理论指出，12经中，有五输穴分别是井、荣、输（原）、经、合。还有俞穴、募穴、原穴、络穴等与各经脉相连脏腑相连的重要穴位，在针刀临床中，可以根据中医的脏腑理论选择相应经脉的相关穴位或在相关穴位周围寻找敏感点进行治疗。如腰背痛患者，我们除了常规治疗外，可以选择膀胱经的合穴委中，中医所说的“腰背委中求”，我们在腘窝周围寻找敏感点配合治疗。四肢病变，除了常规治疗外，可选脾经的络穴“大包”，以应“脾主四肢”之说。

在治疗局部症状时，要加强中医理论指导下相关部位的治疗。如按“八虚”理论，肩关节病变时应考虑对“肝俞”进

行治疗；肘关节病变时应考虑对“肺俞”和“心俞”进行治疗；髋关节病变时应考虑对“脾俞”进行治疗；膝关节病变时应考虑对“肾俞”进行治疗。

在使用药物辅助治疗的过程中，更是要辨证论治，把握整体，对肠胃病需疏肝就疏肝，对肝胆病患者该补肾就补肾。

如膝关节骨性关节炎的治疗，除了对膝关节局部软组织的诊治（当然包括膝关节内外前后左右的软组织损伤）之外，首先不要放过对臀部、髋部、大腿内侧软组织的检查，看一看与膝关节相连接的肌肉另一端有没有损伤。其次，检查腰骶部软组织损伤点（腰部软组织由腰神经后支支配，膝关节受腰神经的前支支配）。再次，肾主骨生髓，骨关节的问题不要忽视肾俞穴的选取，特别是肾俞穴周围之腰三横突部位的检查与治疗。辅助药物治疗宜使用补钙及调理肝肾之品。这样，对膝关节疾病的治疗从局部到整体系统检查治疗才可取得较好较持久的疗效，并且不易复发。

（三）学解剖，练手功

我们历来强调学习解剖的重要性，以致于很多人认为，只要学好解剖，做针刀就没有问题了。学好精细解剖、立体解剖、动态解剖，这是必要的。但是，对于针刀临床医生来讲，学好解剖还远远不够，如果练不好手上的功夫，则是万万不成的。中医大家们都是从临床实践中入手，善于总结经验并使之升华为理论，又以理论来指导临床实践不断提高诊治水平的。所以，对临床医生来讲，理论必不可少，实践则更是重中之重。那么重视触诊的训练则是在针刀临床治疗中发挥技术优势的必需。

作为针刀临床医生，首先就要懂得触诊时手下有什么样的感觉属于异常、什么样的感觉属于正常，通过手下的感觉来判断软组织损伤程度的轻重，是新伤、还是陈伤？针刀切割时，手下有什么样的感觉，说明刺到了病变软组织上，什么样的感

觉，说明刺到了正常组织上……其次就是要多练，在自己身上感受，在正常人身上感受，在患者身上感受。多查、多摸、多体会，才能练就一双“神手”。如果还能结合自己所掌握的全面的解剖知识及生理病理知识，去分清什么组织什么层面出了问题（必要时要根据患者的主诉，触压的感觉来分析），我们就可以有的放矢。

古人云：“纸上得来终觉浅，绝知此事要躬行。”笔者认为要学习好解剖，既要了然于胸，更要感受在手！这样的知识才会比较扎实，也才会比较实用。更重要的则是落实中医的实践性，患者的主诉与医生的触诊、仪器的检查结果相对应综合判断疾病性质，作出准确诊断和治疗。

（四）天地人，层次分

针刀治疗颈肩腰腿痛疾病，最重视肌肉、韧带起止点处损伤的治疗。我们在讲课的时候也特别强调，寻找压痛点的捷径就是在肌肉、韧带的起止点处按压。针刀在压痛点治疗，一定要刺达骨面，其目的是既可以解决操作安全的问题，又可以将针刀刺达病所治疗。有硬结者针刀松解时切几刀，一般情况下，只要纵行疏通剥离即可。然而多数学员回到工作岗位后，除了遇到比较典型的某块肌肉、韧带的慢性损伤疾病，用针刀治疗效果较好以外，很多疾病的治疗效果并不理想。

那么问题出在什么地方呢？笔者认为，一是出在教育上，教师为迎合学员口味，对理论的介绍太少，太着重一招一式的讲解，只把针刀医学作为一种技术方法来传授，忽略了对针刀治疗基本原理和诊断思路的深入细致分析。二是出在学员基础较差上，对学习知识不能举一反三，或知其然而不知其所以然，对同样类型的问题反复提问。要知道在实际临床中，患者是不会都按照书本或课堂描述的情况出现的！学会一种病的治疗，同类的疾病的治疗应依此类推。学习一门新学科重要的是掌握其基本原理，绝不可拣了芝麻丢了西瓜，只学会了一些具

体操作方法就算懂得了针刀。

有时候学员看着老师诊治疾病，连看都看不懂，为什么？在同一个治疗点，你治过了没好。老师还在这个地方下针，却效果非常好，为什么？这就是诊治疾病要有“天、人、地”三才的观念，也就是真正懂得立体解剖的概念。

一般情况，我们在某处查得压痛点，首先要从各种征象上来判断其病灶是在深层，中层，还是在浅层——深层多是肌肉韧带的起止点和与之相伴的滑囊组织损伤，这种情况，可针达骨面进行松解，但绝不是去切割或剥离骨膜，而是把针刀刺达骨面后略提针，以骨面为砧板，用针刀去切割骨面之上的变性软组织。刺达骨面的另一层意思是把骨面或某个骨性标志作为一个重要的参照物，以避免针刀刺入人体后失去正确的方向。如果是慢性滑囊炎，针刀治疗时应采用切开剥离法为主进行治疗；中层多是肌肉韧带纤维，如果其损伤部位不是在起止点，而是在肌腹时（如臀大肌挛缩综合征，即是臀大肌纤维挛缩变硬）治疗时即需要把针刀直接切割到变性挛缩的肌纤维上，如果肌纤维没有挛缩变性，应该考虑筋膜有没有变性，针刀就要切割该处的筋膜，并沿着肌肉韧带的纤维方向纵行疏通剥离。如腓骨长肌损伤则多是筋膜肥厚导致的肌肉内压增高，这种情况需切开筋膜减压；浅层的组织损伤在临床上极为常见的，却又是容易忽视的。浅层病变主要是人体缜密的筋膜——深筋膜的浅层，它包裹了整个身体，也包裹了肌肉。而皮神经——能用肉眼看到的神经末梢，正是穿过深筋膜的浅层分布于皮下。筋膜挛缩、发炎等可以牵拉和刺激皮神经产生局部范围模糊的疼痛。这种情况，我们大多数医生仍是一针扎到骨面进行松解剥离，在筋膜上仅仅穿了一个小洞，起不到减压的目的，达不到针刀治疗的作用。有些大夫干脆在一个压痛点上密集选点松解，疗效有了，而副作用也更加明显，因为在治疗过程中把正常的组织损伤了。

“浅中深”的治疗理念，反映了筋膜套理论、动态平衡失调理论、闭合性手术理论的具体运用。所谓筋膜套理论，即指某块肌肉或某一组软组织，均在筋膜内包括，当筋膜套损伤变厚、变紧，使腔内压力增高，血液循环减慢，代谢产物排泄不畅，致痛物质堆积，刺激神经而发病。临床特点是休息痛重，活动后减轻。实质就是内外力平衡失调，通过软组织减压起到治疗目的。譬如肩胛骨内上角处酸胀疼痛，活动后痛，休息时也痛，肩胛骨内上角压痛。治疗时就应该考虑三个层次的松懈，骨面肩胛提肌附着点、滑囊、腰背筋膜损伤卡压皮神经。以下是腰背肌筋膜劳损的诊断与治疗方法。

临床表现 以腰背痛为主，疼痛多为隐痛。开始为腰背酸胀不舒，软弱无力，时轻时重，经常反复发作，休息后减轻，劳累后加重，适当活动后减轻。弯腰工作困难，若勉强弯腰则腰痛加剧，常需（喜）用双手捶腰以减轻疼痛。不能久坐，不能下蹲。少数患者有臀部及大腿后上部胀痛，兼有风寒湿邪者，腰背痛与天气变化有关，局部酸痛发沉、发凉，阴雨天加剧，重者乏力，喜暖怕凉，受凉或劳累后可加重发作，腰痛如折，活动欠利。

诊断

1. 少数患者有急性受伤史，大多数患者有慢性劳伤史。
2. 多发于中老年人，青少年少见。腰背酸痛、发僵，形似板，步行时上身少动，清晨3~4点疼痛加剧，活动后减轻。
3. 触诊检查可有局限性压痛点，或检出痛性筋结或条状筋束，压之疼痛并可向周围或远端扩散。有些患者的病变部位可有皮肤增厚、提捻皮肤有橘皮样感，皮下偶尔有水肿或粘连，但局部压痛不明显。有些患者由于局部血液循环较差，触摸腰背部皮肤时感觉发凉。

4. 背肌牵拉试验阳性 嘱患者俯卧，双手紧抓床头，医生双手握患者踝部，一侧一侧地牵拉下肢，腰背部出现疼痛者

为阳性。

5. X线检查 有时可见脊柱生理屈度的改变,如腰椎侧弯、生理屈度变直,或有骨质增生现象。

治疗 腰背肌筋膜劳损疼痛范围较广,仔细检查可在疼痛区内发现一至数个敏感压痛点,而这些压痛点多为脊神经后支由筋膜穿出的部位,神经血管束受到卡压或刺激而产生症状。只要将紧张、挛缩、增厚的筋膜松开,解除对神经血管的卡压,症状即可缓解或消失。

1. 患者俯卧位,选准压痛点,用0.5%普鲁卡因在压痛点注射一个皮丘,选凹刃针刀或平刃针刀,刀口线与人体纵轴平行,针体垂直于皮肤刺入,缓慢进针至浅筋膜上,探寻被卡压的腰背皮神经,刺中时疼痛剧烈,即是病变部位。在此处切割松解筋膜,即使切断了被卡压的腰背皮神经,也没有什么不良影响,同样达到治疗效果。有筋结、筋束者一并切开。

2. 病程较长,压痛不明显,但皮肤有增厚、粗糙、皱褶等变化者:可在此处用钩针刀划割增厚、挛缩、粘连的浅筋膜。在反应部位下缘定点,将钩针刀刀立起,尖部垂直于皮肤,刺入,令钩针刀之钩刺入皮下,向右旋转针体 90° ,使钩针刀刀平放,针柄与皮肤约呈 15° 角,向前平推1cm左右,该处若有粘连或瘢痕组织可被钩针刀背钝性推开。再向左旋转针体 90° ,使针刀钩刃立起来,垂直于筋膜,下压针柄,可闻“咯嘣”的突破筋膜声,手下有突破感。将钩刀刺入浅筋膜,然后上提针柄,使针体与皮肤约呈 $45^\circ \sim 60^\circ$ 角,钩针刀钩住腰背浅筋膜,回拉钩针刀,可听到“吱”的筋膜割裂声,钩针刀从原孔退出。

3. 横突尖部压痛,腰背中层筋膜劳损,与“腰三横突综合征”的治疗方法相同。

疼痛较重者,可配服芬必得一周,酒醋热敷或用1%~2%的硫酸镁热敷。经常服用壮腰健肾丸以补肾气,祛寒湿。

（五）研颈椎，治中风

中风是一种常见的急性疾病，患者多为中、老年人。以突然昏仆、不省人事，半身不遂，或神识稍昧，口眼歪斜等为主症。教科书上指出，本病包括脑出血、脑血栓形成、脑梗死等脑血管意外病变。但从中医中风的观念理解，风有内风外风之别，在本病肯定是指内风，中医理论认为血虚生风。从西医的角度出发，可不可以理解为脑部血管缺血也是血虚生风的范畴？中风的主要病理变化，就应该是脑部因多种原因较大范围缺血。所以，脑部血管病变可致中风，颈部血管病变致脑缺血者也应该也是中风。所以，治疗中风病，既要治脑也要治疗颈椎，目的就是解决脑缺血的问题。

风池、风府穴意指“风”会聚的池子，“风”居住的房子，针刺治疗之可以祛风，若指祛内风，自然是“血行风自灭”，按照人体解剖看，针刺风池、风府穴，可以刺达椎枕肌，解除椎枕肌的痉挛、水肿，改善寰枕关节的紊乱。从现代医学知识分析，可以解除或缓解对椎动脉和第一颈交感神经节的压迫和刺激，从而改善脑部供血状况。是针刀治疗颈椎病的重要治疗部位。由此类推，从椎动脉型、交感神经型颈椎病治疗入手，配合脑血管病的治疗才是治疗中风的原意。

从上述理念出发治疗中风，把针刀治疗颈椎病的方法用于治疗中风（后遗症），取得了很好的临床效果。

（六）不同期，抓时机

任何疾病都有发生发展的变化时期，治疗时亦应考虑分期治疗。很多人在临床中，只要诊断清楚是什么病，就按某种病的针刀治疗方法操作。听起来没有错，却常常忽略了患者的具体情况，是急性期、亚急性期、慢性期、慢性病急性发作期等，其病理变化和临床特点是有区别的，治疗方法也是不尽相同的。软组织损伤病的急性期，病理变化以无菌性炎症为主，治疗当然应选用对应的治疗方法和手段，局部封闭、针灸、理

疗、中西药物等均有很好的疗效。针刀治疗以刺激为主，肿胀严重者可切开筋膜减压。纯粹的软组织慢性损伤病患者，病理变化以粘连、瘢痕、挛缩为主，限制组织之间的相对运动，或筋膜增厚挛缩致内压增高，是针刀治疗的最佳时机。所以以针刀为主的综合治疗，才是临床治疗疼痛切合实际的有效方法。

（七）治关节，手法绝

慢性关节疾病的治疗，单纯治疗软组织和单纯治疗骨关节错位都是片面的。因为无论是软组织损伤引起骨关节紊乱，还是骨关节紊乱引起的软组织损伤，到慢性期，两者都有明显的病理变化，并且相互影响。手法调节骨关节的力平衡紊乱可以对软组织的紧张痉挛起到治疗作用，但周围组织已经变性挛缩粘连了，一是用手法不好调节，二是手法调节后难以保持骨关节的稳定性。针刀松解变性软组织之后，再行手法治疗，可获事半功倍之效。

在脊柱关节病的诊治中，正骨手法的应用与针刀松解的作用是同等重要的，并且在临床中是可以相得益彰的。

在治疗疾病时，我们一直认为：“在方法的选择上，我们能利用物理疗法的则不用药物疗法，能用非侵入疗法的则不用侵入疗法，能用有限侵入疗法的则不用手术切开疗法。”临床中很多时候，单用正骨手法就能解决的问题，为什么一定要用针刀松解呢？如颈椎关节紊乱引起的“落枕”，只需要把颈椎轻轻一旋即可解决痛苦，为什么一定要封闭、针灸或者用针刀松解呢？

有人说有关节错位必然影响到周围软组织，使之紧张、痉挛、甚至导致挛缩、粘连等，其症状多来源于软组织的损伤。解决了软组织的问题，临床症状也可以随之解除了。但是我们也知道脊柱关节周围软组织的损伤也必然导致关节的紊乱。对于慢性病患者，则既有周围软组织病变，又有相应关节的错位。是先有软组织损伤再出现关节错位呢，还是先有关节错

位,再有软组织损伤,或者是两者同时出现。也就是哪个是原发病,哪个是继发病,很难判断。而且慢性病患者病程长,是经过了人体修复和代偿后的结果。如果关节错位在人体代偿能力范围内,是可以不出现临床症状的。我们通过针刀松解,调整周围的生物力学平衡,使之达到人体代偿范围,症状是可以消除的。然而这是一种拆东墙补西墙的办法,是通过病变软组织的调整来改变椎体的相对位置的方法,是可行的也是有效的,但其调整幅度则是有限的,是需要人体强大的修复力支持的,同时也是容易复发的。如果患者身弱、病重,针刀的刺激和松解已经难以达到调整的目的,手法正骨就是十分必要的了,是我们人为的从外界助了人体修复功能的一臂之力。所以,对脊柱及其相关疾病的治疗,“宜先手法正骨,调整其脊柱的力学平衡,再行针刀松解那些并非痉挛而是粘连、瘢痕、挛缩等变性的软组织,之后再行正骨手法微调”,使正骨手法与针刀松解各自发挥其不可替代的作用,是正确的也是符合临床实际的。下面以诊治脊柱源性腹痛为例。

诊断

1. 患者有胸椎腰部的外伤史或劳损受寒史。
2. 腹痛多为胀痛,持续性、阵发性加剧,患者不能准确指出腹痛的部位。患者有腰背疼痛症状。上腹痛可牵及背和肋肋痛。
3. 腹部触诊,腹软、无反跳痛,无明显压痛点和包块。腰背部触诊:骶棘肌痉挛,第2、3腰椎横突尖部,第12肋骨下缘压痛明显。腰1~3椎椎板和后关节的肌附着处有深压痛。 $T_3 \sim L_4$ 棘突可有1~3个偏歪,隆起凹陷,韧带钝厚或剥离压痛,上、下棘间隙不等宽。一般情况,上腹痛查胸椎,下腹痛查腰椎。
4. 腹部X线平片,胸腰椎正侧位片多无异常。
5. 一般单纯用药物治疗效果不佳,而且疗效也不巩固。

治疗 胸腰椎间关节错位使椎间软组织损害，损伤引起渗出，水肿甚或出血、机化。脊神经根一方面受到椎间孔变窄的骨性刺激或压迫，另一方面受到软组织的非特异性炎症刺激或因软组织肿胀、粘连、深筋膜的牵引或压迫而致痛，所以治疗的方法就应以正骨手法矫正错位的椎体，用水针或封闭理疗及口服药物的方法消除软组织与水肿、炎症，而对于慢性病患者，软组织损伤也是慢性的，其主要病理变化则是粘连、瘢痕、挛缩、筋膜肥厚应配合针刀疗法松解椎周的变性软组织。

1. 正骨推拿 在放松腰背部软组织的情况下采用胸椎掌推法，若病变部位在腰部，可采用侧扳复位法，或定点旋转复位法，以纠正错位的小关节，从而使患椎恢复原来的解剖位置，以利于被嵌顿之滑膜回位。在治疗部位热敷或按摩 15 分钟，使患处软组织松弛后再使用手法正骨。

(1) 胸椎掌推法：以第 8 胸椎棘突后移为例。患者俯卧位，胸前垫一枕，两上肢下垂置于身体两侧，自然放松。医者立于患者左侧，右手掌根部（大、小鱼际之间），置于第 8 胸椎棘突上，左手放于右手背上，嘱患者作深吸气，在呼气末时，医者手掌与脊柱呈 45° 角向前上方推按，此时可听到“咯噔”声响，手掌下有移动感，术毕。

(2) 腰椎旋转复位法：以第 3 腰椎棘突偏右为例。患者坐于双连凳上，医者坐于后凳上，左手置于第 3 腰椎偏右的棘突旁，右手自患者右腋下伸向前，掌部压于对侧颈肩部（患者稍低头），左手拇指扣住偏向右侧之棘突，然后医者右手拉患者对侧肩颈部使身体前屈约 $60^\circ \sim 90^\circ$ ，接着向右侧弯（尽量大于 45° ）在最大侧弯位医者右上肢使其患者躯干向后内侧旋转，左手拇指同时顺向左上推顶第 3 腰椎棘突，即可觉指下椎体轻微移动，并常伴有“咯啪”声响。之后，双手拇指从上至下将棘上韧带理顺，松动腰肌。最后，一手拇指从上至下顺次压一下棘突，检查偏歪棘突是否已拨正，上、下棘间隙

是否已等宽。棘突向左偏歪时医者扶持患者肢体和牵引方向相反、方法相同。

2. 针刀治疗 病变椎体与棘突上下棘间隙及其旁开1.5cm左右各选一点，刀口线与脊柱纵轴平行，针体垂直于皮肤刺入。达硬结之处切开松解，棘间隙刺入深度约2cm左右，左右两侧刺至胸椎横突与肋骨之关节处松解关节囊，或刺达腰椎关节突骨面，之后，提起针刀约1cm，纵行疏通剥离，针下有硬韧之物时，针刀切开松解。另外，背部膀胱经穴位如脾俞穴、胃俞穴、肾俞穴等有压痛或阳性反应物，可用针刀刺入穴位达酸胀明显处纵行疏通剥离，及腰背深筋膜浅层切开剥离。若有腰三横突综合征，针刀刺达L₃横突尖部切开剥离性粘连与软组织。

3. 水针治疗 病椎下棘上韧带（中心线），椎旁1~2cm处，（第一侧线）的多裂肌、夹肌、半棘肌等附着点椎旁3~5cm处（第二侧线）最长肌处有压痛或用拇指与肌纤维垂直触诊时有摩擦音、筋结滑动感处。药物配方为：10%葡萄糖注射液10ml，加入30%胎盘注射液2ml，椎旁每点注射6ml为宜，腰部每点注射10~12ml为宜。用长而细的5号针头（牙科局部麻醉用）或经5号皮内注射用针头，10ml或20ml注射器，快进针，慢推药，注入0.2ml药物后询问患者有无痛感，若有，稍调整下针尖深度或方向，再试注0.2ml，若无痛感，即快进将药液注入完毕，有胀感或酸胀感属正常针感。

二、针刀治验

（一）左肘外侧疼痛

刘某某，女，51岁，工人。左肘外侧疼痛5年，近日加重，于1998年4月慕名前来求治。患者的日常工作主要是将桶中的配料拎起倒入较高处的容器中，有明显的劳伤史。5年前开始感觉左肘外侧酸胀疼痛，僵硬感，稍活动可减轻，一天