

劳动下来疼痛加重，喜暖喜揉按。五年来时轻时重，重时整个上肢都痛，左手无力。“最痛的就是这块骨头，按压也痛”患者边说边用手指指着左侧肱骨外上髁部位，“揉一揉就舒服”。当时脑子里只有一个明确的认识，患者就是网球肘。在肱骨外上髁部位不仅压痛，而且有钝厚感。未进一步检查，当即在局麻下行针刀治疗术。针刀刺达骨面，手下感觉皮肤与骨面之间阻力感较大，纵行疏通剥离困难，遂提起刀将变硬的组织切开，范围约有小指肚大小，之后纵行疏通剥离在骨面纵划3~4条线，感觉针下松动了，出针。右手拇指轻柔针孔1分钟。当时患者自觉肘外侧疼痛明显减轻。

3个月后再诊，肘外侧疼痛好转一段时间，针刀治疗的部位已经不痛，按压也不痛，但肘外侧的疼痛逐渐又恢复到原来的状态。于是在肘外侧范围里仔细触摸、按压，发现肱骨外上髁的近端、远端骨面仍有压痛，桡骨小头及肱桡关节缝隙压痛，尺骨外侧肘肌附着处较广泛的压痛。自认为找到了病痛的主要原因，令患者坐位，肘屈曲平放于治疗床上，在肘外侧压痛处定了约8个治疗点，先行局麻，刀口线与前臂纵轴一致，针刀均垂直于皮肤刺入，达骨面后提刀2~3mm刺切几刀，有“咯吱咯吱”的声音传出，之后纵行小幅度疏通剥离几下，出针。屈伸、旋转肘关节几下。嘱患者半月内勿提重物。

半月后复诊，肘外侧疼痛明显好转，僵硬感减轻。上次治疗后未干重体力活，尽量少活动左肘关节，然而，不活动时肘外侧仍有憋胀感且呈弥散状，自觉肘内也酸得心慌，已指不出确切的疼痛位置。接受上次教训，在肘关节前后左右全面仔细地检查，发现桡骨粗隆、肱骨内上髁压痛（3个点）、尺骨鹰嘴后压痛（5个点）、肱骨内外髁肘窝面压痛。显然是肘关节周围软组织大面积劳损。先令患者侧卧位，患肢在上放于体侧，屈肘，在尺骨鹰嘴后面鹰嘴滑囊处，肱三头肌下段定5个点，局麻下针刀常规松解，术后，过屈肘关节几次。再令患者

仰卧位，在肘横纹向远端约一横指的平面内外1/3交点骨隆起处分别各定一点。局麻后，刀口线与上肢纵轴一致，针体垂直皮肤，快速刺入皮肤至骨面，无明显阻力感，在骨面纵行疏通剥离，后提刀至浅层，把筋膜切开几刀，在肌层纵行摆动针体，出针。

1999年1月，遇到患者，肘外侧僵硬感、憋胀感消失，已能正常做家务，但干活时间较长或劳累后，肘外侧仍有不适，但比以前轻松多了，休息后即好转，自觉肩后胀痛感加重，询问是否是转移到肩部了，能否治疗。

查：肩胛下窝小圆肌（2点）、冈下肌的起点（3点）处压之酸胀明显，有躲避反应，肱骨大结节外侧和后侧压痛有硬结。诊断为冈下肌、小圆肌损伤、冈下肌腱滑囊炎、冈上肌止点损伤。令患者侧卧位，患肢在上，屈肘90°，左手掌平放于治疗床上，助手扶住患者肘部，先在肩胛骨后窝定5个点，肱骨大结节后侧定2个点，针刀刺达骨面，肱骨大结节处软组织有明显的变性、变硬，约上提针刀1cm向骨面散切数刀，纵行、横行摆动针体，出针。在冈下窝处治疗，针刀达骨面，手下感觉骨面光滑，无瘢痕、粘连、挛缩软组织，即提针刀至皮下，将增厚的筋膜切开数刀，如切牛皮纸的感觉。之后，将患肢放于体侧，在肩峰下冈下肌止腱压痛处定1点，刀口线与三角肌纤维方向一致，针体垂直于骨面刺入皮肤达骨面，纵行疏通剥离，出针。

两年后随访，肩后及肘外侧酸痛消失，天气变化也没有不舒服了。

（二）膝关节周围软组织损伤

吴某某，女，53岁，辽宁人，私企老板。膝部前面疼痛，发凉20年余，时轻时重。上下楼梯疼痛加重，不能屈膝久坐或久坐后站起疼痛剧烈，膝关节伸直困难。夏天在空调环境下膝前凉痛，需用毛毯覆盖以保暖。曾口服中西药物治疗，局部

理疗，始终不能解除痛苦。由于症状始发于产后，被当地医院诊断为“月子病”和膝关节炎。1997年6月专程到京求治。

查：髌骨尖下小粗面中间、内侧、外侧压痛明显；髌骨底内外侧角压痛；股骨内髁、胫骨内髁压痛；胫骨结节上方压痛；浮髌试验阴性，内侧副韧带分离试验阳性，膝关节过伸试验阳性。X线检查内侧间隙变窄，无增生现象。诊断为膝关节周围软组织损伤。

患者仰卧位，首先令患者下肢伸直，在髌韧带中点定位，在髌下小粗面注射镇痛液2~3ml，针刀刀口线与髌韧带纤维平行，针体垂直皮肤进针，刺穿髌韧带（有明显阻力感）后，将刀柄向下倾斜（约与皮肤呈30°角），针尖对准髌骨尖部刺入，探到髌骨尖骨面后，贴髌骨内面向近端刺入约1cm，将刀口线旋转90°，使刀刃与髌下小粗面平行。贴骨面铲切，范围覆盖小粗面的内、中、外侧骨面，有明显的阻力感，把变硬的组织从骨面上铲切掉，然后扇性摆动针体，无阻挡感后出针。

之后令患者膝关节屈曲90°，脚平放于治疗床上。在股骨、胫骨内髁骨面压痛点，髌韧带下段压痛点、髌骨底两侧角压痛点定位。局麻后，选4号针刀，刀口线与下肢纵轴一致，针体与治疗部位压痛点处骨面垂直，刺达骨面散切几刀，纵行疏通剥离，横行摆动针体，出针。创可贴覆盖针孔，左手扶住膝盖，右手握住踝关节上，屈伸、旋转膝关节几次。嘱患者防寒保暖，不要频繁活动下肢，更不可负重行走。

1个月后复诊，膝凉感减轻，膝痛明显减轻，上下楼梯略有疼痛，但膝关节活动（如游泳）后，疼痛加重。查：膝前已无明显压痛点，在腘窝部腓肌止点和腓肌囊处压痛、小腿三头肌外侧头附着点压痛。诊为腓肌损伤、小腿三头肌损伤。

患者俯卧位，在各压痛点定位，刀口线与下肢纵轴平行，针刀垂直皮肤刺入，达骨面将针下硬韧物切开剥离。在腓肌囊处松解时，左手拇指下压至胫骨后缘骨面，针刀紧贴拇指背面

快速刺入皮肤，缓慢进针，刺达骨面，患者酸胀感剧烈时，横行铲剥，并略提刀轻切几下。

1个月后再复诊。膝前痛基本消失，膝关节已经可以伸直，而膝部凉感似乎有所加重。查膝关节周围无明显压痛点，主动、被动屈伸均无不适。询问腰部有无不适，患者述左腰酸胀僵硬。查腰三横突部压痛显著，并有硬块。患者俯卧位，针刀松解腰三横突左侧横突尖，切剥十余刀出针。行腰椎侧扳法。

半年后随访，患者诉第3次治疗后，膝关节凉感消失，活动自如，现已痊愈。

（三）膝关节骨性关节炎

1. 李某某，女，65岁，许昌卷烟厂退休职工。右膝关节疼痛、僵硬及功能障碍11年，经针灸、封闭、理疗、中药内贴外敷疗效欠佳，慕名前来求治。

患者1990年7月无明显诱因出现右膝关节隐痛不适感，天气变化及晨起症状加重，有僵硬感，但无功能受限，未能引起重视；同年10月右膝疼痛渐重，并且局部发凉，就诊于许昌卷烟厂职工医院针灸理疗科，X线检查示胫骨左右边缘有轻微增生，诊为老年性关节炎。TDP、中药粒子导入治疗1个月，症状有所缓解。之后劳累则症状加重，复又行针灸、封闭等方法治疗，均可使症状即时减轻，但随着时间的推移症状渐进性加重。自1998年5月开始膝关节功能出现轻度受限，膝关节不能完全屈曲。2000年7月上下楼梯困难，2001年7月膝关节仅能下蹲 90° ，且疼痛剧烈，不能上下楼梯，遂来就诊。查：右膝关节周围有广泛压痛点，髌骨周围有硬结、条索或有波动感。股骨内外侧、胫骨内外侧大面积压痛、肿胀，腓窝部有数处压痛。X线检查股胫关节间隙变窄，股骨、胫骨边缘，髌间隆起处有骨刺生成，与左侧对比有骨质疏松现象。膝关节活动度 $10^{\circ} \sim 70^{\circ}$ ，诊为膝关节骨性关节炎。第一次治疗，

松解髌下脂肪垫髌骨附着处，髌窝部腓肌囊处压痛点，髌骨底左、中、右压痛点，共计5点，症状减轻，患者有轻松感，活动度略有改善。7天后，第二次治疗膝关节内侧压痛点，股骨胫骨髁内侧压痛点，共计6针。患者症状明显减轻，可以上下楼，下蹲时膝关节屈曲度达 110° 。7天后第三次治疗，切割松解膝关节周围剩余的7个压痛点，术后活动关节时，针孔处有滑囊液流出，反复挤压使滑液充分外流。过度屈伸膝关节几下，可闻及如撕布般的“吱啦”声，膝关节活动度明显增大，1个月后随访症状体征消失，活动度正常。

2. 左膝关节骨性关节炎

李东生，男，59岁，山东人，左膝关节疼痛17年，跛行1年，1994年12月4日来诊。

患者17年前，上山砍柴时摔伤左膝关节，未予治疗。从此，左膝关节疼痛时轻时重。严重时影响工作、劳动，夜间痛得难以入眠，天气变化时，症状加重，曾在当地镇医院治疗半年（蜂毒注射液肩部注射，口服虎骨酒），疼痛有所缓解，连续口服去痛片时，可以参加正常劳动。去年冬天，患者发现左腿变形，感觉疼痛加重，有僵硬感，到当地县医院检查，诊为膝关节骨质增生症，口服药酒及骨质增生片4个月，疼痛略有好转，但仍不能正常劳动。走路跛行，左膝打软。站立及活动过久，左膝酸软无力，难以支撑，下蹲困难，徒手不能站立，左下肢肌肉萎缩。查：左膝关节无肿胀，活动度 $5^{\circ} \sim 135^{\circ}$ ，但屈曲至 110° 时即感疼痛，且屈伸不利。髌骨周围有多个压痛点，胫骨粗隆处压痛，胫骨平台外侧部压痛。左膝髌骨活动度明显小于右膝，被动活动髌骨时疼痛、有摩擦音，下压髌骨疼痛。过屈、过伸试验阳性，浮髌试验阳性，旋转挤压试验阳性。膝上15cm周径，左为33cm，右为34.5cm；髌骨尖下5cm处周径，左为33cm，右为33.5cm。X线片示：左膝关节间隙变窄，髌间嵴增生，髌骨上缘与胫骨平台处有骨刺生成。

诊为：左膝关节骨性关节炎。

第一次治疗：髌骨尖部和底部压痛，针刀达骨面纵行疏通剥离、横行摆动；髌骨两侧压痛点，针刀刀口线与髌骨内缘平行，刺至骨面后移至骨边缘，纵切支持带数刀，倾斜针刀，将针刺入髌骨下，松解硬韧之物；胫骨粗隆压痛点，胫骨平台压痛点，针达骨面纵行疏通剥离，在胫骨平台骨刺处，用铲磨削平法松解。起针后，将髌骨上下、左右用力推几次，使髌骨活动度增大。嘱口服活络1号汤药。

复诊治疗：通过治疗，膝关节疼痛明显减轻，髌骨活动度增大，膝部沉重感减轻，但活动时关节仍疼痛，不能完全下蹲，不能完全伸直。查：腘窝上部腓肠肌在股骨髁附着处压痛，腘窝中外下方压痛，胫骨内侧髁后缘压痛，针刀纵行疏通剥离，有硬结切开，膝前部双膝眼间压痛，针刀松解髌下脂肪垫。术后过伸过屈膝关节，用锁定手法。嘱患者加强功能锻炼，每天按摩大小腿肌肉。1周后，膝关节活动自如，无疼痛。随访5年无复发。

（四）跟痛症

张某某，女，58岁，退休职工。左足跟疼痛十余年，经多方治疗，效果不佳，也曾采用针刀治疗，依然无明显疗效。2003年8月慕名前来求治。

现症：足跟下疼痛，不能穿硬底鞋，走路时疼痛加重，休息时疼痛不明显。检查足跟下，有多个压痛点。跟骨前缘稍偏内侧压痛，手下有硬韧感；跟骨正中压痛。X线检查：跟骨前缘有鸡嘴样骨质增生。诊断为跟骨骨刺及跟下滑囊炎。患者俯卧位，踝下垫枕，分别在压痛点先注射镇痛液，之后针刀刺达骨面切割松解变性软组织。一周后复诊，患者述跟痛有所缓解，走路时仍然疼痛。检查发现，跟骨后缘的内、外侧有硬韧感，每一处均有手指肚大小，压之酸胀疼痛。诊断为跟下脂肪垫劳损，局麻后，针刀在压痛点刺入，达骨面，针下阻力较

大，将刀提起，根据压痛的范围散刺切割，在骨面纵行疏通，横行剥离，出针。术后在治疗部位用力按揉数下。自觉本次治疗应该比较彻底，不料，患者10天后再来复诊，仍述左跟下隐痛，走路较长，酸胀感加重。仔细检查患足跟下及周围，已无明显压痛和硬结。询问患者左下肢还有何不适，患者告之，左膝发软，发凉，夏天也常戴护膝。查膝关节，髌下粗面压痛明显，双膝眼饱满。X线检查，膝关节有轻微增生，关节间隙左侧变窄。诊断为髌下脂肪垫损伤，针刀重点松解小粗面，在双膝眼下缘压痛点刺达胫骨前缘骨面松解剥离，出针后，屈伸活动膝关节数下。1个月后，患者电话告之，跟下痛已经痊愈。2007年4月随访，跟下痛未再复发。

（五）慢性髌髻关节损伤、前错位

李某某，女，45岁，农民，1995年3月就诊。

4年前在田间劳动，因搬抬重物用力过猛扭伤腰髻。自觉腰痛，站立困难，不能活动，右下肢疼痛，行走需人扶持。在当地医院诊为腰椎间盘突出症。先后采用封闭疗法，按摩疗法、针灸疗法、理疗、疼痛局部贴敷膏药同时口服汤药，剧痛逐渐缓解。但从此患者总觉右下肢酸胀凉，走路时，右腿比左腿长。两年后小腹胀痛明显，痛经、经血块多色紫黯，阴道痛。自疼痛缓解后，患者即遵医嘱坚持锻炼至今。劳累或逢阴雨天，右侧腰髻臀、下肢胀痛加重。查体：床边试验阳性、骨盆分离试验阳性，屈颈试验阴性。单腿跳跃试验阳性。右侧髌髻关节处压痛，有数个 $0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm}$ ，边缘清晰之小结节。右髌前上棘压痛（++），风市穴处压痛（+）、右侧耻骨结节压痛，右股内下 $1/3$ 处压痛，内收肌紧张，有条索，患者右脚跟比左脚跟长出 1.5cm 。X线片示：右侧髌髻关节间隙增宽，关节面排列紊乱。诊断为慢性髌髻关节损伤、前错位。治疗：按上述按摩手法松解腰髻部肌肉、韧带后，针刀痛点剥离，切开结节与条索。先以屈膝屈髻复位法活动一两次，再使

用过伸法复位，操作几次未闻及关节弹响声，肘下亦无复位感。隔日重复手法治疗，连续四次后，患者诸症减轻或消失。腰骶部酸胀不适，外贴关节痛膏，嘱自我按摩、锻炼、3个月后随访无不适。

(六) 前斜角肌综合征

吕某某，男，39岁，山东人，针刀学员，左侧颈前及左上肢胀痛，小指麻木1年余，当地诊为“颈椎病”，牵引、按摩治疗无效。趁来学习期间求治。

查体：左侧C₅、C₆横突前结节，压之酸胀难忍，锁骨上饱满，压之酸胀，可放射至上肢及小指。诊为前斜角肌综合征。针刀松解C₅、C₆横突前结节、肌腹，症状明显减轻。复诊时，患者诉左锁骨后难受，考虑第1肋骨前斜角肌止点损伤，针刀松解后，痊愈。

(七) 肩胛肋骨综合征

李某某，男，54岁，针刀学员，有肩胛部酸痛史5年余，曾采用按摩、理疗、针灸治疗，均无明显疗效。疼痛虽然并不重，肩背部的沉重感则较明显。垂肩坐位时，在肩部、背部找不到压痛点。令患者坐位将患侧手搭于对侧肩上，可在患侧肩胛骨内缘之肋骨上找到变硬之软组织，压之酸痛。针刀刺至骨面，提针刀1mm纵行疏通，切2~3刀，横行铲剥后出针，治疗时患者感酸胀剧烈，可牵及前胸。患者诉，以前按摩，针灸均未触及此难受处。1个月后信访病愈。

(八) 腰背筋膜劳损

李某，男，36岁，工人。腰背疼痛十余年，有持续弯腰工作的劳损史和受寒冷刺激史，疼痛时重时轻，间歇性发作，渐进性发展。腰背僵硬，呈板状腰，早晨5、6点钟常被痛醒。起床时，需双手撑床，腰部板直样立起，否则腰痛剧烈。天气变化、劳累及站、立、坐后改变腰部姿势时，疼痛加重。曾针灸、按摩、理疗，吃各种偏方、验方治疗，几无疗效。现腰背

部发板、发紧，活动不受限，胸闷，喘不过气来，背上一巴掌大小的部位有展不开的感觉。

查：腰部外表无异常，压痛不明显，腰背皮肤发凉，腰椎X线检查正常，胸4、5椎旁压之酸胀，诊为腰背筋膜劳损。于腰部皮肤发暗、粗糙变厚处钩针刀刺入，划割筋膜治疗，配服壮腰健肾丸。2周后腰部症状逐渐减轻。在胸椎4、5椎旁左右各1.5cm处定点，用平刃针刀刺达筋膜层切2刀，继续深入至胸椎横突骨面，纵行疏通剥离，转刀柄90°，刀口线垂直于横突间韧带，切2~3刀，出针。胸部发紧、伸不开、喘不过气的感觉马上消失。1个月后，腰背痛消失。嘱其加强腰背肌功能锻炼。2年后随访无复发。

工作单位：北京宗源医院（原北京针刀总医院）、
北京汉章针刀医学研究院

通信地址：北京市昌平区昌盛园1区1-5-201

邮政编码：102200

联系电话：010-80725466（办），80725478（办）

手机：13901227475

E-mail: liubz2003@yahoo.com.cn

精研颈椎侧方入路 单纯使用针刀治疗

——施晓阳临床经验

施晓阳，男，1961年生，副主任医师，中华针刀医师学会秘书长，江苏省中医药学会针刀医学分会副主任委员，马来西亚国际疑难病诊治中心首席顾问，南京晓阳针刀医学研究所所长等。

从事针刀临床近30年，编著或参编了《现代针刀学》、《中国针刀学》、《针刀医学原理》等多部著作，并在省级以上核心期刊发表文章多篇，参与完成了国家级课题“针刀治疗骨性关节炎机理的临床实验研究”，主讲了全国性针刀培训班100余期，培训了国内外针刀医务人员万余人。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗颈5横突综合征

C₅横突位于颈椎中段，生理颈曲的最前凸，此处受到的压力及剪力都较大。在横突部附着了多块不同解剖结构、不同生理功能的肌肉等组织。它们在正常情况下，维持颈椎的正常组织结构和生理功能。一旦出现炎症水肿，粘连挛缩，除了使颈椎整体解剖结构及功能活动受到影响外，还可刺激和卡压与横突有密切关系的多个神经血管等组织，从而产生不同性质、不同区域的临床表现，极易与其他系统疾病相混淆，造成误诊误治。

1. 临床表现

(1) 颈型颈椎病：颈背部的酸胀痛等。

(2) 肩胛背神经卡压症：颈肩背部不适，酸重为主，与天气无关，常不能入睡，肩部无力或偶有手麻。查：C₆ 横突或 T₁₋₄ 中棘突旁开 3cm 处有压痛。

(3) C₅₋₆ 脊神经卡压：颈肩酸痛或肩肘痛、手麻。

(4) 脊神经后支卡压：颈后、肩、肩胛等部酸痛，后结节或关节突处有压痛。

(5) 胸长神经卡压：胸前不适、刺痛（排除心脏病）颈部酸痛不适。

(6) 斜角肌综合征：患侧上肢酸、胀、痛、乏力、怕冷、手麻、肌力下降，前臂感觉可改变。横突部压痛，锁骨上窝有压痛，叩击试验（+）（指麻，触电感）。

(7) 椎动脉型颈椎病症状：椎体错位压迫动脉所致，运动性眩晕为主。

(8) 交感神经型颈椎病症状：影响交感神经所致的一系列症状，如多汗、少汗、血压忽高忽低、心率过快或过慢，多食厌食，脾气暴躁等。

2. 针刀治疗 侧方入路法：患者取患侧卧位，髋、膝关节屈曲 90°，头自然垂于床面。

定点 颈浅静脉与胸锁乳突肌后缘交界处向后 0.5cm 左右平 C₄ 横突向下 1.5~1.8cm 为 C₅ 横突。此处有明显压痛和硬结，并可触及明显的骨性突起。

定向 垂直于皮肤进针，且刀口线与脊柱纵轴平行。

内手法 快速刺入皮肤后，缓慢探索到达横突尖部，并在横突的尖、后方贴骨面铲切 2~3 下，患者可出现病区的放散感。针下有松动感，出针按压 3 分钟，创可贴覆盖术点。

注意事项 在横突部位治疗时，针刀不宜在横突尖的上下方铲切，以免误伤脊神经或过深后伤及椎动脉。因此切割应不

离开骨面。深度不宜超过 0.5cm，以松为度。术毕立即检查上肢及手的功能情况，并按压针孔 3 分钟止血。

3. 讨论 所有的神经卡压都与横突部附着的肌肉有关，并且与横突部的前、中斜角肌更为密切。大部分的神卡压症状，都是由于起始于颈椎横突前、后结节上的前、中斜角肌交织成网状结构的髓性组织的粘连、挛缩或无菌性炎症，刺激卡压了穿过其间神经纤维而产生症状的。因此我们只要重点将附着在横突部位的前、中斜角肌的起始部进行松解，即可立即解除神经卡压症状达到治病的目的。

（二）肩胛上神经卡压综合征的针刀治疗新概念

肩胛上神经卡压综合征是引起肩背部酸痛不适的常见原因。

肩胛上神经起源于臂丛神经上干，其纤维来自 C_5 、 C_6 ，是运动和感觉的混合神经。从上干发出后沿斜方肌和肩胛舌骨肌深面外侧走行，通过肩胛横韧带下方（喙突根部）的肩胛切迹，进入冈上窝，而与其伴行的肩胛上动静脉则从该韧带的浅层跨过，再进入冈上窝。该神经在经过肩胛上切迹和肩胛上横韧带所组成的骨-纤维孔时较为固定。

一般认为是由于肩关节与肩胛骨的长期反复运动，使肩胛上神经在肩胛切迹内来回移动、摩擦而引起炎症、水肿、粘连；肩胛切迹上横韧带增厚，肩胛切迹内结缔组织等增生，导致肩胛切迹管腔变小、变窄，挤压、刺激了肩胛上神经产生症状。

在多年的针刀临床工作中体会到，肩胛上神经卡压的部分并不完全在肩胛上切迹的部分，还与冈上窝内神经通路上的冈上肌病变有关系。首先，冈上肌是肩关节外展的启动肌，即肩关节外展 $0^\circ \sim 15^\circ$ 时，主要是靠冈上肌的收缩来完成的。其次是当肩关节作各种方向的运动时，冈上肌必须紧张收缩，使肱骨头靠近关节盂，并牢牢地固定在关节盂内，这样肱骨头与关

节盂才能紧密吻合，从而保证了肩关节各种功能活动的顺利完成。从上述情况来看，只要肩关节产生活动，或保持某种姿势不变，冈上肌都始终处于紧张收缩或运动状态，极易产生劳损，出现炎症、水肿、增生、粘连、挛缩，从而刺激卡压了由此穿过的肩胛上神经而产生症状。另外，由于冈上肌的运动方向与肩胛上神经走行方向几乎垂直，肩胛上神经又处于肩胛上切迹和冈盂切迹两个相距不远的骨-纤维管之间，相对比较固定，不易产生移位，冈上肌的长期反复的垂直方向运动，对肩胛上神经产生反复牵拉、摩擦、刺激，更易使该神经出现炎症、水肿、增粗、变性，稍受不良刺激即可发病。

1. 临床表现 有外伤或劳损病史，起病慢且发病年龄较大，多见于上肢运动较多者，常见受凉后或其他不经意的动作诱发本病；患者会出现颈肩部不适，酸胀钝痛且部位不清，夜间甚，并可沿肩胛后方放射至手，肩胛冈上、下窝有压痛，肩关节主动活动受限（外展无力、上举困难），被动活动不受影响，上臂交叉试验阳性。

2. 临床操作 患者取端坐位，手抱对肩，用甲紫在肩胛冈中点上方1~1.5cm处作一点状标志，选用4号针刀，针刀刀口线与冈上肌肌纤维平行并垂直于局部皮肤，快速刺入到皮下，随后，改变针刀角度，使刀体与人体冠状面平行，缓慢深入直达冈上窝底部骨面。对冈上肌肌纤维行纵行切割2~3下，纵行摆动1~2次，调转刀口线90°横行切割2~3下。接着将针刀柄向脊柱方向偏斜，刀刃对准肩关节，贴冈上窝底部骨面铲切，铲切距离约1.5cm左右。铲切到位后作横行摆动，以松解冈上肌在肩胛上神经部的粘连和卡压。患者在治疗的过程中可出现酸胀，并可放散到肩部、冈下窝以及上背的后侧，甚至可达手部。术毕，创可贴贴敷，按压术区3分钟。检查功能活动。

3. 针刀治疗思路及注意事项 针刀治疗肩胛上神经卡压

时,治疗点应首选冈上窝的冈上肌,其次,方可考虑肩胛上切迹的横韧带。因为:①冈上窝处的冈上肌损伤比较常见,较易产生肩胛上神经卡压症。②冈上窝治疗时,针刀易到位,而肩胛上切迹的位置不易找准。③冈上窝的治疗安全系数大,不易损伤神经和血管,而肩胛上切迹处的横韧带浅层可能有肩胛上神经伴随的动静脉越过,治疗中易伤及。④冈上窝处治疗时,针刀运动范围被固定在骨性凹陷中,不易滑向别处,对胸腔等组织不会造成威胁。⑤临床实践证明,冈上肌的松解对治疗肩胛上神经卡压综合征疗效非常显著,几乎所有患者术后可立即改善症状及肩关节的主动运动功能。

(三) 偏头痛的枕部针刀治疗法

偏头痛是临床常见病、多发病,其疼痛剧烈,反复发作,严重影响工作与生活。针刀治疗偏头痛的临床研究,疗效非常显著。

由于生活习惯和工作姿势的影响,极易产生颈部的筋膜劳损,使颈部肌筋膜在枕部附着区域发生无菌性炎症,结缔组织增生、组织间结疤粘连,卡压了与眶上神经及颞神经有广泛交通的枕大神经和枕小神经,引起上述神经分布区域内的疼痛、麻木等一系列的临床表现。针刀可对枕大、小神经穿过易引起卡压的肌筋膜的部位进行彻底的松解剥离,使粘连松解、紧张的肌筋膜放松,达到迅速解除卡压、消除症状的目的,且由于被松解的组织若要再次粘连、挛缩、卡压而引起症状,需要一个相当长的时间,因而远近期疗效均十分理想。

1. 定点 将枕外隆凸与 C_2 棘突连线的中点与患侧颞骨乳突的尖做一连线,将此连线分为三等份,在中内 $1/3$ 及中外 $1/3$ 交界处的区域内寻找压痛、硬结或条索作为进针点,用甲紫做一点状进针标记。

2. 操作 患者反坐靠背椅,头颈前屈 45° ,左右手置于椅背上。选用4号针刀,针刀垂直于枕骨骨面,刀口线与脊柱纵

轴平行，快速刺入皮下组织，缓慢深入到达枕骨骨面，在治疗点0.5cm范围内提插针刀，切割粘连、增生、增厚、紧张、挛缩的筋膜和腱纤维3~4下即可，出针按压3分钟以防出血，无菌纱布或创可贴外敷治疗点。7天治疗1次，1次为1疗程。

（四）针刀治疗腰椎间盘突出症

1. 体位 患者俯卧位，腹部垫枕。

2. 定点 取A、B、C点，分别于突出的椎间盘同位棘突间旁开0.5cm左右（黄韧带及侧隐窝治疗点）、1.5cm左右（关节突关节囊治疗点）、3~4cm（横突及椎间孔外口治疗点）。用甲紫做一点状进针标记。

3. 操作 选用3号针刀，分别对准A、B、C点，刀口线与脊柱纵轴平行，垂直于皮肤快速进针，缓慢探索式深入。

（1）治疗A点：目的是松解黄韧带和侧隐窝，一方面松解了挛缩、增生的黄韧带；另一方面也降低了椎管内的压力，椎管内血液循环得到改善，无菌性炎症消退，从而减轻了对神经根的刺激和卡压，使疼痛缓解或消失。

操作：先到达下关节突骨面，将针刀逐渐移到下关节突内缘，贴骨面向深处铲切2~3下，有突破感即可，一般深度不超过0.5cm左右。患者有向下肢放散的酸胀感，若无，可将针刀紧贴下关节突内缘骨面，继续缓慢深入1.5cm左右，若有触电感则出针停止治疗，若无触电感或放散感，可将针刀向内下方稍作摆动1~2下，幅度不超过0.5cm左右，出针按压针孔。

（2）治疗B点：目的是松解关节囊及脊神经后内侧支穿过的乳-副突管韧带，使关节囊内压降低，关节囊内无菌性炎症消退，消除了对脊神经根和脊神经后内侧支炎性刺激和卡压，使腰腿痛症状迅速缓解。

操作：针刀到达关节突骨面前的最后一个突破感，即为切割关节囊的刀感，提插针刀并行“十”字切割关节囊，最后

将针刀斜向外侧，于关节突的外侧缘铲切2~3下，即可出针。

(3) 治疗C点：目的是治疗椎间孔外口的神经根及脊神经后外侧支，在椎间孔外口有一个由横突间韧带向内延续的膜性结构——纤维隔，此纤维隔与关节突及椎弓根等组织共同围成骨-纤维管，神经根等组织由其内穿出，针刀松解了横突间韧带及椎间孔外口的骨-纤维管，目的是使神经根穿出椎间孔外口的骨-纤维管时，所受到的炎性刺激及卡压得以消除，从而使疼痛和麻木得以减轻乃至消失。

操作：针刀缓慢到达横突骨面后，在横突上缘贴骨面，由外向内铲切至横突根部（约4~5下），然后退针刀，再从横突浅层由外向内推铲，最后出针。

以上三点出针后均需按压3分钟，防止出血，然后用无菌纱布或创可贴外敷治疗点，嘱患者平卧4~6小时。针刀组每5天治疗1次，3次为1疗程，疗程间休息5天。

(五) 针刀治疗肥胖病

针灸治疗肥胖病虽然具有显效、简便、无副作用等特点，但每次治疗时间较长，治疗次数较多，患者常因工作、生活、学习繁忙而不能持之以恒。因此，寻求省时、显效、简便的减肥方法已成为迫切需要。针刀减肥应时而生，以其显效、省时、安全、价廉的特点备受欢迎。

针灸减肥重在调经通络、发汗、化痰、祛湿、利尿、通便，以足阳明胃经、足太阴脾经和任脉、膀胱经经穴为主，辨证取穴，调整内分泌、调节食欲、调节体脂动员机制、建立和巩固新的代谢平衡点、建立机体良性循环，达到真正健康减肥的目的。针刀治疗肥胖病选穴和针灸相仿，也是辨证取穴和局部取穴相结合。

1. 辨证分型

(1) 胃肠实热型：形体肥胖，食欲旺盛，嗜食肥甘厚味，渴喜冷饮，怕热多汗，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄，脉弦

滑数。

(2) 脾虚湿阻型：形体肥胖，食欲不振，神疲乏力，肢体困重，腹胀便溏，尿少肢肿，舌淡体胖，苔薄或腻，脉沉细或滑。

(3) 肝郁气滞型：形体肥胖，胸胁少腹胀满，情志抑郁，或烦躁易怒，失眠多梦，月经不调，舌质黯红，苔白或薄腻，脉弦细。

(4) 脾肾阳虚型：形体肥胖，腰膝酸软，疲乏无力，畏寒肢冷，面浮肢肿，腹胀便溏，阳痿阴寒，舌淡胖，苔薄或腻，脉沉细无力。

(5) 肝肾阴虚型：形体肥胖，头昏眼花，头胀头痛，腰膝酸软，五心烦热，低热，舌质红或尖红，苔少而干，脉细数微弦。

2. 辨证取穴

(1) 主穴：中脘、天枢、水分、外陵、上巨虚、足三里、三阴交。

(2) 辨证论治治则及配穴，见表 11。

表 11 肥胖症的辨证论治治则及配穴

证型	治则	辨证配穴
胃肠实热型	清热通腑	曲池、合谷、梁门、公孙、内庭
脾虚湿阻型	健脾利湿	丰隆、阴陵泉、气海、水道
肝郁气滞型	疏肝解郁	肝俞、期门、行间、太冲、阳陵泉
脾肾阳虚型	温补脾肾	脾俞、肾俞、命门、太溪
肝肾阴虚型	滋补肝肾	肝俞、肾俞、关元、太溪

3. 局部取穴

(1) 上臂肥胖：肩髃、肩髃、臂臑、曲池、肥胖明显处（阿是穴）。

(2) 上腹部肥胖：上脘、中脘、梁门、下脘、水分、滑

肉门、天枢、肥胖明显处（阿是穴）。

（3）下腹部肥胖：天枢、外陵、归来、气海、关元、带脉、肥胖明显处（阿是穴）。

（4）胸背部肥胖：大柱、风门、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、肝俞、胆俞、脾俞、天宗、肥胖明显处（阿是穴）。

（5）腰部肥胖：带脉、章门、天枢、大横、水分、滑肉门、气海、肥胖明显处（阿是穴）。

（6）臀部肥胖：环跳、白环俞、承扶（臀部下垂）、肥胖明显处（阿是穴）。

（7）大腿肥胖：殷门、髀关、血海、梁丘、风市、肥胖明显处（阿是穴）。

（8）小腿肥胖：委中、承筋、承山、阴陵泉、丰隆、肥胖明显处（阿是穴）。

4. 操作

（1）定点、消毒：患者取仰卧或俯卧位，充分暴露操作部位皮肤，在已确定的穴位或脂肪堆积处用甲紫做一点状进针标记，碘伏消毒，或用2%碘酒消毒，再用75%酒精脱碘。医者戴一次性无菌手套，选用4号针刀。

（2）进针、操作：以右手拇、示指捏住针柄，使刀口线（刀刃方向）和大血管、神经及肌肉纤维走向平行，将刀口轻压在进针点上，其余三指作为支撑，压在进针点附近的皮肤上，防止刀刃刺入皮肤后，超过深度而损伤深部重要神经、血管和脏器。快速进针，进入脂肪层，纵行或横行切割或摆动2~3下，迅速出针，按压针孔，防止出血，敷贴创可贴。

在脂肪堆积较多的腹部、大腿等部位，选用3号针刀，快速垂直刺入皮肤后，斜置针身，在脂肪层推切2~3刀，同时做扇形摆动；或在脂肪堆积部位每1.5cm左右刺一针行密集刺；对脂肪颗粒粗大的或局部形成团块、硬结、条索的可行纵行切割、横行摆动进行疏通松解，出针后按压针孔1分钟，贴

上创可贴即可。

针刀减肥一般每4天1次，6次为1疗程，休息10天即可进入第二疗程。

5. 针刀治疗肥胖病体会

(1) 注意事项

防止感染：针刀治疗后2天内避免穴位浸水，对创可贴过敏者8小时后即可揭去创可贴，对体质比较弱者或糖尿病者可适当预防性服用抗感染药物：如阿莫西林、罗红霉素等抗生素。

避免损伤神经血管或脏器：针刀进针时有血管神经走行部位的，针刀方向与血管神经走行方向一致。在胸背部进针刀时严格控制针刀深度；腹部进针刀时可用手先捏起腹部的皮肉（脂肪的厚度），再按此厚度进针，对皮肤较松弛的部位用舒张进针法，治疗前先排空大小便。

针刀术后穴位出现酸、胀、重等反应是正常反应；若有出血，则可多按压（按而不动）几分钟；若出现皮下青紫，一般半月左右消失，无需特殊处理。

(2) 禁忌证：凡皮肤有溃疡、破损或过敏处不宜针刀治疗；有糖尿病的患者在血糖不稳定时不宜针刀治疗；空腹、过饥、过饱、大病尚未恢复时、月经期、大汗时不宜马上针刀治疗；有严重高血压、心脏疾病患者不宜针刀治疗。

(3) 针刀减肥优势

刺激量大：针刀减肥的刺激量比针灸大。

直接破坏脂肪颗粒：密集刺、脂肪层推切、摆动可直接破坏脂肪颗粒，使之液化吸收。

省时：针刀治疗4天1次，每次只需3分钟左右。

疗效好：经过临床研究，对于一些肌肉型的肥胖或针灸减肥无效的，针刀减肥亦有一定疗效。

见效快：针刀治疗一次即有食欲受抑制或腹部轻松感或体

重下降等感觉，特别是对食欲抑制和月经的调节速度更快。

既能整体减肥又能局部瘦身：针刀减肥时，一般先整体减肥，当体重下降进入平台期，再进行局部减肥。也可整体减肥和局部减肥结合同时进行。

安全：针刀在整个治疗过程中，一直在脂肪层或脂肪与肌肉层之间，所以安全是针刀治疗肥胖病的一个最大特点。针刀治疗是一个平衡调节，无副作用，绿色治疗是针刀治疗肥胖病的又一大特点。

（六）针刀治疗尾骨痛

尾骨痛或尾骨周围疼痛在临床上并不少见。虽然临床治疗尾骨痛的方法较多，但疗效并不满意，部分患者甚至做尾骨切除也不能消除疼痛。针刀疗法解除慢性疼痛疗效满意，但如果病变的部位找不准，治疗不到位，疗效也不理想。笔者多年来进行了针刀治疗尾骨痛的辨位论治的临床研究，疗效显著。

1. 诊断标准 尾骨处疼痛不适，坐、行均受限，尾骨周围可有压痛。

纳入标准：①符合上述诊断标准者；②年龄 32～68 岁，性别不限；③签署知情同意书，能按医生要求完成治疗者。

排除标准：①合并有严重感染者或严重心、肝、肾等脏器疾病者；②有其他病理性疾病，如肿瘤等；③不能坚持治疗者，无法判断疗效及资料不全者。

凡符合以上纳入和排除标准并确诊为尾骨痛者均属于观察对象。

2. 治疗方法

（1）定点：第 4、5 腰椎棘突旁开 1.5～2.5cm 范围内寻找阳性点（通常都会有压痛和深部的软组织异常改变），用甲紫做一点状进针标记。

（2）操作：患者俯卧位，选用 3 号针刀，刀口线与脊柱纵轴平行，垂直于局部皮肤，快速刺入皮肤到皮下，然后缓慢

深入到病灶，针刀可直达关节突或椎板骨面，在棘突旁的深层肌及关节囊层面纵行切割3~4下，纵行摆动1~2个来回，调转刀口线90°，横行切割2~3下，横行摆动1~2个来回，出针按3~5分钟以防出血，无菌纱布或创可贴外敷治疗点。

注意：针刀不可越过黄韧带进入椎管，针刀不可越过关节间隙到达椎间孔，针刀不可从关节突外缘刺入过深。

每5天治疗1次，1次定为一疗程。

3. 讨论 治疗尾骨部位的疼痛，仅局限在尾骨及其周围组织上，往往收效甚微，本人在多年的临床实践和理论探索中，发现一个重要的致痛因素——脊神经后内侧支的卡压。

腰椎的脊神经后内侧支从椎间孔穿出后，绕过上关节突外侧根部及横突根部上缘，穿过乳-副突管向后向内到达关节囊下缘表面。在此处，脊神经后内侧支发出4个分支。第一支直接分布到关节囊并支配关节囊。第二支沿下位腰椎棘突两侧由根部向棘突尖移行并且布于棘突尖及周围皮肤。第三支由深到浅穿过回旋肌、多裂肌、竖脊肌、腰背筋膜等组织直达皮肤，分布于同位腰椎水平的皮肤，并在穿出的过程中分别发出分支支配各层组织。第四支在浅出的过程中还同时向下位腰椎水平移行，并且向下越过3~4个椎体的距离，分布于下数位椎体水平的皮肤，并且与下位腰椎脊神经后内侧支有广泛性交通。

根据上述的脊神经后内侧支的解剖情况，尤其是第四条分支的分布区域不难看出，如果出现下腰部的顽固性疼痛而久治不愈者，可以考虑是否是由于脊神经后内侧支在上数个腰椎两侧的关节突附近——即脊神经后内侧支发出分支的部位有病变组织存在，从而对该神经产生卡压和刺激而引起症状。

由此可见，尾骨部位的疼痛极有可能是 L_4 、 L_5 或者 S_1 两侧关节突附近的组织（回旋肌、多裂肌、关节囊等）的病变卡压或刺激了脊神经后内侧支而引起的放射性疼痛。因此，在临床上主要松解 $L_4 \sim S_1$ 两侧的关节突部位就能解决尾骨痛。

三、针刀治验

(一) 神经根型颈椎病

王某，男，42岁，某公司会计，2000年5月8日就诊。

主诉：颈痛伴左上肢及大拇指痛麻2年余。现病史：患者于2年前因长期低头工作，出现颈部酸痛不适，并伴有左上肢前臂外侧酸胀疼痛，同时出现左手拇指胀痛、麻木。经针灸、推拿、牵引等治疗后好转，但稍疲劳即复发，近1个月余上述症状明显加剧，虽经多方治疗均无明显改善。

查体：第5颈椎左侧横突尖部有明显压痛和放射痛，臂丛神经牵拉试验阳性，椎间孔挤压试验阳性。X线片示颈椎生理曲度变直，C₅、C₆椎体前缘有骨质增生，C₅、C₆椎间隙稍变窄。诊断为神经根型颈椎病。

治疗：予C₅左横突尖部行针刀松解术。术毕患者即自述症状消失，查体阳性率不明显。

嘱患者低枕仰卧。随访1年未见复发。

(二) 腰椎间盘突出症

王某，男，48岁，司机。2000年8月5日就诊。

主诉：腰痛6年，伴有左下肢麻痛，症状时轻时重。此次发病已3个月，症状逐渐加重，活动严重受限。

查体：左侧直腿抬高试验(+)，L₄₋₅棘突旁有明显压痛，左小腿外侧感觉减退，腹压增加时腰痛加重。CT检查示L₄₋₅椎间盘突出，左侧神经根移位。经3家医院针灸、牵引、推拿、药物治疗，疗效不佳，且有加重趋势。经人介绍，至我院就诊，就诊时患者由2人搀扶。

应用上述针刀方法，治疗1次后，患者腰腿部疼痛立即明显减轻，能独立慢走，但活动仍有受限，又治疗2次后，腰腿痛症状、体征完全消失。

随访1年未复发，患者无不适主述，查体无阳性体征。

(三) 尾骨痛

夏某某,女,38岁,农民,江苏常熟人。

因摔伤后尾骨骨折导致尾骨处疼痛不适,坐、行均受限,多方求医均无明显效果。于外伤8个月前行尾骨切除术,术后疼痛不见减轻,行动极为不便。在手术6个月后来我院就诊。笔者在其 $L_4 \sim S_1$ 之间,后正中中线向两侧旁开2cm寻找到4个阳性反应点进行针刀治疗。术后10分钟左右,患者自觉尾骨处疼痛有所减轻。2周后复诊时,诉尾骨处疼痛较前减轻70%左右。在 $L_4 \sim S_1$ 只见后正中中线旁开2cm处又找到4个阳性反应点,分别进行针刀治疗。2周后疼痛完全消失,并无明显不适,活动自如。随访5年,至今未复发。

工作单位:南京晓阳针刀医学研究所,南京汇康针刀门诊

通信地址:江苏省南京市弓箭坊55号-6

邮政编码:210006

电话:025-83938701

手机:13705169187

E-mail: shixiaoyang9187@sina.com

网址:www.jszhendao.com (江苏针刀医学网)

肱喙间隙减压术 针刀治愈肩周炎

——秦怀玉临床经验

秦怀玉，男，1957年生，孟县针刀骨伤专科医院院长、副主任医师，孟县新型农村合作医疗办副主任，阳泉市针刀治疗中心主任，山西省针刀医学会副理事长、中华中医药学会针刀医学会常委、世界中医药联合会针刀专业委员会常务理事。《山西医药杂志》、《河北中医》、《医学理论与实践杂志》特邀编辑。《针刀治疗老年膝关节骨性关节炎》等多篇论文在国内外获奖。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗肱喙冲击症

肩部肱喙冲击症是肩痛的一种常见病，多发于30岁以上，男多于女，发病较慢，属肩痛范畴，但不同于肩周炎。临床上表现为肩痛，疼痛以夜间为重，向患侧侧卧位时疼痛加剧，压痛部位主要在肩峰前下至肱骨大结节区域内。肩关节被动活动时可闻及明显的捻发音。病程长的肩关节活动完全受限，“肱喙冲击试验”阳性。

1990年上海第二军医大学侯春林教授、北京医院黄公怡教授经过大量临床、理论及手术等各方面的探讨，提出了有关肩周炎的最新理论基础，即肱喙冲击症原理（肱喙冲击症），并为此症提出了一套完整的手术治疗方法（肱喙间隙减压术）。

在此基础上，应用针刀代替外科手术刀治疗肱喙冲击症，达到了同样的治疗效果。

1. 从解剖学来分析 肩关节周围有肩袖包围，而在肱骨头与喙突之间关节囊上没有肌腱加强。

当肱骨头内旋时肱喙间隙缩小，将肱喙韧带挤压在肱骨小结节、喙突与肩盂边缘三个骨性组织所形成的肱喙间隙之中，造成不同程度的间隙与喙突的冲击，引起肱喙韧带炎性反应而纤维化，最后变成一索条状物，与肩袖间隙的瘢痕粘连在一起，并限制肩关节的功能。

肱喙冲击引起的组织反应常引起肩关节周围的保护性反射，紧张的肌肉使肩关节保持在内收内旋位，更加剧了肩袖间隙组织的缺血，局部病变更加严重，久而久之造成恶性循环。

从1990年—2004年12月以来，应用针刀治疗肩周炎600多例，而对肩关节功能严重受损的肱喙冲击症患者治疗103例，取得满意的疗效。

2. 针刀治疗方法 术前做“肱喙冲击试验”：嘱患者患肢前举至水平位，然后极度内收，此时肱骨头挤向喙突，挤压病变部位引起疼痛，而肩关节伸或屈运动限制较轻。

嘱患者仰卧治疗床上嘱患肢外展，令助手将患肢向外拉展，在肩部体表用甲紫定三点：肩峰、肱骨头及喙突。

常规消毒、铺无菌巾、局麻，术者可于肱骨头与喙突之间摸到一索状物，呈哑铃状，此物与肱喙韧带方向平行，有时还可摸到机化了的肱喙韧带和喙肩韧带，在索状的肱喙韧带近喙突端用2%利多卡因局麻。此时嘱助手将患肢极度外展外旋，使肱喙间隙尽可能增宽、拉紧肱喙韧带，然后用针刀在机化的肱喙韧带最狭窄处进行切割，在切割过程中嘱助手将患肢极度外展外旋以利于顺利完成切割手术。切割时要注意三角肌前缘和胸大肌上缘的颈静脉，此静脉比较浅容易损伤，特别注意发胖人深部伤及臂丛和血管等。

10天1次、一般3次。针刀手术时要用注射针刀在手术后注射混合液，即：2%利多卡因2ml、曲安缩松1ml、川芎嗪0.5ml、玻璃酸酶1500U、维生素B₁₂针500mg，促使局部加速消炎。术后24小时后配合食醋热敷和理疗微波疗效更加。

（二）经皮穿小针刀内固定术治疗尺骨鹰嘴骨折

尺骨鹰嘴骨折系关节内骨折，多因跌倒时肘关节直接着地所致，多数为闭合性，少数为开放性。治疗上必须达到解剖复位，否则可造成肘关节功能障碍和创伤性关节炎。过去骨伤科老前辈对尺骨鹰嘴骨折移位明显、又手法复位无效者，多行切开螺丝钉内固定，待骨折愈合后，再行切开取钉术。患者需承受两次手术痛苦。

自1987年以来，采用小针刀经皮穿刺针刀内固定术加肘关节半屈曲位石膏外固定，治疗尺骨鹰嘴骨折39例，均系横断移位型骨折，其中4例为开放性骨折，35例为闭合性骨折。15例行手法失败后改用小针刀手术，24例直接行小针刀手术，就诊时间为伤后2小时至6天。治疗结果：达到或接近解剖复位38例，1例因开放性损伤局部感染，改用其他方法治疗。随访3个月至半年，未发现肘关节功能障碍。本法感染机会少，无手术瘢痕，有利于骨折的愈合，患者不需住院，从而减轻了经济负担，手术简便，愈合时间短，适于基层开展。

治疗均在X线透视下进行。患者坐位，患肢放于治疗台上，常规消毒，铺无菌洞巾，先用2%普鲁卡因5ml局麻后，选用2号小针刀从肘后经皮，即尺骨远端向近端打入，直到穿过近端2cm，针刀剩余部分及刀柄留于皮外，无菌纱布包扎，再用石膏将肘部固定于半屈曲状态，悬吊于胸前，但小针刀刀柄一定留在石膏外，以便3~4周后，拔出针刀。术后让患者做自主握拳活动，一般术后4~5周去除内外固定。

（三）小针刀治疗腕管综合征

腕管综合征是指正中神经在腕内受压而引起的神经功能

障碍。

腕管是由腕关节掌侧的腕管与连接腕骨的腕横韧带形成的骨性纤维管道。在此纤维管道内有9条肌腱和一条正中神经通过。正常情况下，肌腱在此各有一定容积，活动时不影响正中神经。一旦有外伤和其他原因或劳损均可导致腕管内容物增多，致使腕管相对狭窄，而造成正中神经在腕管内压迫，从而产生神经刺激症。

中医学认为本病是寒湿淫筋，风邪袭肌，侵于腕部或不慎跌挫，伤及腕部，血瘀经络，致使腕部血液流通受阻而产生。

根据中医学不通则痛、通则不痛的原理，应用小针刀将其腕部腕横纹韧带切开少许，纵行疏剥，使之松解卡压肌腱神经处的结疤粘连，从而达到通则不痛，再配合食醋热敷，能起到活血化瘀，疏经通络，以利于气血运行，中西医结合，标本兼顾。对病程长，症状重的患者术后应用封闭治疗，能起到消炎、利尿以防再次粘连，有利于功能恢复，均可取得预期治疗效果。

1. 小针刀治疗

(1) 手腕平放在治疗台上、掌心向上，使腕关节背屈位；

(2) 嘱患者用力握拳，向掌侧屈腕，在远端腕横纹尺侧，腕屈肌腱的内侧缘定进针点，对侧桡侧屈腕肌内侧缘定一点，向上远端移2.5mm，在远端侧腕横纹肌腱的内侧缘定一点，再沿桡侧腕屈肌腱向近端移动2.5mm左右再定一点，用甲紫做好标记；

(3) 常规消毒，术者左手拇指固定进针点的皮肤，右手持小针刀，使刀口线和肌腱平行刺入，深度0.5cm，沿两侧肌腱内侧将腕横韧带切开2~3mm左右，再向中间平推2~3次，目的是将肌腱和韧带间粘连疏剥开来，术毕压迫包扎，将腕关节伸屈5~6次。

2. 封闭治疗 对症状重、病程长的患者，术毕后用醋酸泼尼松龙 0.25ml，加 2% 利多卡因 2ml，250 μ g 维生素 B₁₂ 1ml，混合后腕管内注射，以加强小针刀术后疗效。

3. 食醋热敷 凡行小针刀手术均在 48 小时后用食醋热敷，每次 10~15 分钟，以加快局部血液循环。

（四）针刀加手法一次性治疗肩周炎

1. 诊断依据 肩部五个痛点，其中有一个以上压痛明显且伴有肩关节活动受限者，即可诊断。肩部五个痛点位置如下：

（1）喙突下痛点：为喙肱肌和肱二头肌短头腱起始处。

（2）肩峰下痛点：为冈上肌抵止端，在三角肌下有肩峰下滑囊和三角肌下滑囊。

（3）上臂后部痛点：为冈下肌、小圆肌抵止端、大圆肌肌腹。

（4）大结节前下方压痛点：为肱二头肌长头腱。

（5）肩胛冈上下角：为肩胛提肌抵止端和菱形肌抵止端。

肩关节活动受限，上举外展，内收后伸均困难，疼痛以夜间为重。

2. 治疗

（1）针刀松解：患者坐位（以右肩为例）在肩部压痛最明显处，分别用甲紫做好标记，常规消毒，铺无菌孔巾，用 2% 利多卡因注射液 10ml，加入泼尼松龙注射液 2ml，维生素 B₁₂ 注射液 500 μ g，先在痛点处作局部封闭后，医者用左手大拇指固定进针点，右手持针刀，刀口线与肌纤维走行方向平行刺入，直达骨面，先纵行后横行剥离 4~5 下即可出针，后用消毒纱布压迫包扎。

（2）手法：①患者坐位，（以右肩为例），待针刀松解完毕后，医者左手掌压握肩部，右手手腕做前后上下拔伸和顺时针、逆时针方向环转 2~3 分钟，促使关节滑利，以患者能耐

受为度。②医者一手固定患者肩胛下角，另一手穿过患肩腋下回腕放于患肩前上方，此时患者上臂搭于医者前臂，患者肘关节屈曲放于医者肩上，医者不断上抬患者肘部，并随之上下活动，幅度逐渐增大，切忌暴力，以防骨折和脱位，大多能听到粘连撕脱声，即为手法成功，此时患者疼痛重，嘱患者侧卧休息数分钟后，令患肩上举屈肘，可过头摸到对侧耳轮。

(3) 食醋热敷：患者行针刀松解术加手法后 24 小时，用食醋热敷患肩，每次 10～15 分钟。

(4) 练功：患者经针刀松解加手法治疗 24 小时后，即可开始练功。先做爬墙，后伸拉肩，手提青砖前后摇动，每日不少于 3～4 次，以后逐渐加大活动时间、次数及幅度。

(5) 药物治疗：对症状重的可适当服芬必得胶囊 300mg，每日 2 次。服中药活血，疏通经络等药物。



二、针刀治验

(一) 肱喙冲击症

患者男，46 岁，体育教员。主因右上肢活动频繁，自感右肩部酸胀疼痛，自服活血止痛类药物缓解，剧烈活动或天气变化时均使症状加重。于 2000 年 5 月 19 日就诊。查体见：右肩关节 X 线片无异常，右上肢内收内旋抗阻力试验阳性，外展后伸疼痛明显加重，在喙突处有明显压痛（疼痛呈酸胀痛为重）。考虑喙突部位是反复牵拉损伤造成局部粘连，使局部血液循环受阻，炎性分泌物刺激神经产生疼痛。故采用针刀于压痛点产拨加手法一次性松解，2 个月后随访痊愈。

(二) 尺骨鹰嘴骨折

患者，男，40 岁，工人，2001 年 8 月 16 日就诊，因在工作中不慎致左肘关节受伤，当即肿胀、疼痛、畸形，肘关节活

动受限，以主动伸肘明显，在肘关节后方可触及骨缝。经 X 线拍片检查示：左尺骨鹰嘴骨折并分离。后在透视下手法复位针刀内固定手术治疗。首先：①患者取坐位，曲肘 140° ，前臂旋前平放于治疗台上，在 X 线透视下定位，在肘后方近骨折鹰嘴处定点。②常规消毒，铺单。③局麻：利多卡因麻醉。④用 I 型 2 号针刀按针刀四部进针法刺入，垂直直达骨面，用手术锤击打针刀刀柄，使针刀刀锋破骨而入，调整方向使针刀进入尺骨鹰嘴髓腔内，待针刀刀锋达近端骨折面时，开始手法复位，使用推手法复位。在复位满意后，助手固定，术者继续击打针刀刀柄，使针刀除刀柄外全部进入皮下（全程在透视下完成），术毕。无菌包扎。⑤常规术后处理，定期复查。⑥骨折愈合后约 6~10 周拔除针刀即可。

（三）尺骨鹰嘴撕脱性骨折

患者，王某某，男，26 岁，汽车司机。因不慎由车上摔下跌倒，左手屈曲位着地，致左肘部肿胀，疼痛，不能活动，经乡卫生院诊治，肘伸直位，绷带包扎固定，5 日后局部疼痛未减，转到本院诊治，经拍片诊为尺骨鹰嘴撕脱性骨折，手法复位未成功，后在常规消毒下，经皮将小针刀从肘后骨折远端，用骨锤打入近端，后用石膏将肘关节固定于半屈曲位，小针刀刀柄留于石膏外面，3 周后将小针刀从石膏外拔出继续外固定 2 周后去除石膏，X 线片示骨折已愈合，加强功能锻炼，3 个月后随访，肘关节功能恢复正常，无任何不适。

（四）跗骨窦综合征

落某，男，52 岁，工人。5 年前在坑下劳动中不慎将右踝关节内翻扭伤，当时局部疼痛，第二天局部肿胀明显，不能下地活动，经局部冷敷，1 周后恢复工作，外踝部一直留有隐痛，继之右小腿外侧皮肤感觉异常，发凉，有时向足趾放射，经当地医院施行推拿、针灸、理疗未见好转，症状持续加重，

于1988年7月4日到本院诊治，诊为右跗骨窦综合征，当即给予小针刀松解粘连。5日后复查局部症状缓解，3个月后随访无任何不适。

工作单位：孟县针刀骨伤专科医院

通信地址：山西省孟县卫生局

邮政编码：045100

手机：13703535779

E-mail: qhy8030396@163.com

求学东西南北中 治疗颈肩腰腿痛

—— 聂伯泉临床经验

聂伯泉，男，1953年4月生。聂河颈肩腰腿痛专科医院院长、主治医师，中华软组织学会副主任委员，陕西省针刀医学专业委员会委员，中国中医药学会组委会副主任委员。

从1996—2004年在运用针刀为主的同时，注意吸收全国许多学派的专业特长。由单纯运用针刀治疗到现在针刀结合手法、药物的综合治疗，明显提高了治疗的效果和应变能力。发表论文《针刀治疗腰骶部疼痛与脊神经后支卡压》等7篇。



一、学术特点与医疗特长

（一）寰齿关节移位型颈椎病

寰齿关节移位型颈椎病是一种特殊类型的颈椎病，由于其临床症状与普通颈椎病区别不大，故该病极易被忽视而误诊、误治。采用针刀松解治疗为主，辅以手法复位，颈围固定及配合药物等综合疗法，取得满意疗效。

治疗方法：

1. 针刀松解 在 C_2 棘突上缘切割 C_2 到 C_1 棘间韧带，在 C_2 棘突下缘切 C_2 到 C_3 棘间韧带，在 C_2 棘突旁只切偏向的一侧横突间韧带与头下斜肌起点；对上项线、下项线、枕髁弓区的压痛点，均予以切开剥离。

2. 手法整复 手法整复参照寰枕筋膜挛缩型颈椎病手法及“两点一面”复位法，或冯天友氏颈椎旋转复位手法，但

旋转方向应与齿状突偏歪方向一致。

3. 颈围固定2周。

4. 术后3天，常规用药如下：

(1) 20%甘露醇250ml，快速滴入，用以防治手术部位水肿（低血压患者不用）。

(2) 10%葡萄糖液500ml，加丹参注射液10ml×2支，有改善局部代谢、防治无菌性炎症的作用。

术前以椎动脉供血不足明显的配合星状神经节阻滞，以神经根刺激症状明显的加川芎嗪或能量合剂，以上方法7日治疗1次，3次为一疗程。

(二) 针刀加关节腔冲洗治疗膝关节骨性关节炎

一般认为膝关节骨性关节炎的发展是从软骨面开始的，主要原因是关节软骨磨损和关节代谢失调，由于各种损伤因素，纤维蛋白物质沉积覆盖关节软骨，影响关节软骨代谢，导致软骨变性，其中胶原纤维暴露，形成绒毛状的纤丝，甚至体积缩小，使软骨面粗糙，失去光泽变软，继之出现裂隙，软骨面软化破裂，脱落而消失，裸露的骨面在反复应力的冲击下出现反应性骨质增生及骨赘，在肌腱关节囊和韧带附着处出现增生、钙化现象。同时可有关节滑膜和关节囊的充血、水肿、增生、肥厚、滑液增多。使致痛物质堆积，继之滑膜增厚，由滑膜绒毛而形成的软骨和软骨碎裂，所产生的碎屑则游离在关节内。以上改变均可影响关节的正常营养和功能，导致骨性退变发生。

针刀治疗主要解决关节骨质增生局部的高应力状态，并松解关节周围内外粘连变性的软组织，使膝关节内外的力平衡失调得到纠正。再配合关节腔冲洗，排除渗液、代谢废物、碎屑、结晶体和小于16号针头的关节腔内游离体，减少或消除有害物质对关节腔的刺激，从而解除关节的疼痛。使用小腿牵引使关节间隙增大，关节面不受损害，不再承受高应力，使其

新陈代谢逐渐恢复，给关节软骨提供一个自我修复的空间。从而达到恢复关节内力平衡失调的目的。

1. 针刀治疗 根据病变及 X 线的不同，选择不同的部位，分次治疗，以痛点及髌周剥离为主，采用纵、横疏通剥离及切割剥离。

2. 关节腔冲洗 一般在患者就诊的第一次或第二次进行。

(1) 使用的器具：一次性输液器，生理盐水，16 号不锈钢针头及 7 号静脉留置针。

(2) 方法：选择髌骨上缘稍偏内侧定点，局麻后刺入静脉留置针，待有落空感时即到位，接通输液器，流量应该在 50ml/min，使生理盐水充满关节腔，选择外膝眼处，在局麻下刺入 16 号不锈钢针头，再接管状物引流，引流成功后可见含有较小粒状或絮状物的液体流出。起初较黏稠，色淡黄，稍后流出液即清凉，一般可冲洗 3000 ~ 5000ml，冲洗完毕，挤出关节腔内残留积液，加压包扎，限制活动 3 天。根据关节恢复状况可在 1 个月后进行再次冲洗。

3. 小腿牵引法 待以上两种方法完成后，予以小腿处小重量牵引，约 2.5kg，根据 X 线表现，要使关节力线改变，需持续牵引 1 ~ 3 个月。

(三) 针刀治疗腰骶部疼痛与脊神经后支卡压

1. 症状与体征

(1) 以腰椎为中心的腰骶部疼痛，时轻时重，亦有顽固持续性酸胀痛，腰部僵硬，局部喜热怕冷，喜按摩捶打，每因劳累或天气变化时症状加重，个别患者可伴有大腿部定位不准、描述不清的不适感，但不过膝关节以下；棘间或棘旁有深在压痛（以上为脊神经后支内侧支配区）。X 线片示：腰椎生理曲度变直或侧弯，多伴椎体增生性改变。

(2) 以腰椎横突尖外侧，伴臀部及大腿外侧酸痛，抽痛，腰部有时可明显看到一侧肌肉隆起，臀部触诊有条索状感，压

痛明显；患者站立位双手下垂，中指指尖所指处有明显压痛，与气候变化等关系不大。

2. 治疗方法

(1) 脊神经后内侧支的治疗，分别在 L_{2-3} 、 L_{4-5} 棘突间横放 1cm 长 1mm 粗金属物用胶布固定，然后摄 X 线正位片，精确测量出病变位副突、乳突间沟位置，令患者俯卧位，腹下垫薄枕，常规消毒，用 3 号针刀垂直刺入，针刀直达椎间关节上关节突根部的骨面，紧贴骨缘铲切，以松解副突、乳突间骨性纤维管，出针后创可贴保护针孔，令患者侧卧，行王氏侧扳手法即可。

(2) 脊神经后外侧支的治疗，以患者 X 线腰椎正位片定位，于病患相关横突尖及竖脊肌与髂嵴交接外缘明显压痛或酸胀感处，或臀中肌、髂胫束明显压痛点，常规消毒，用 3 号针刀施术，在横突尖部的针刀治疗同腰三横突综合征，在髂嵴外缘用针刀松解骨性纤维管，以刺切及挑拨为主，在臀中肌髂胫束采用针刀通透剥离即可。

另外，以上两种证型患者，如伴有局部发凉怕冷时，可用火针快速点刺局部，伴发麻感者，局部消毒后以梅花针叩打局部，体表以消毒药水（碘伏）润滑，用火罐抽吸后，上下反复拉动至皮肤潮红，或辅以激能电按摩亦有显著效果。

3. 讨论 腰椎段脊神经后支卡压是造成腰、骶、臀及大腿外侧痛的主要原因之一，有关具体治疗，相关报道并不多见，特别应注意区分脊神经后支内侧支与外侧支的不同支配区域，对指导临床治疗至关重要。

脊神经后支较细，为混合神经，出椎间孔后分为内侧支和外侧支，其分布有明显的阶段性。

(1) 外侧支出横突间向后行，分布于腰臀骶部皮肤，西京医院王斌等以 8 具尸解证实在腰脊神经后支外侧支行径中至少有两个骨性纤维管，一个是下位椎体横突背面的骨性纤维

管,另一个是臀上皮神经入臀部位于竖脊肌与髂嵴缘交界处的骨性纤维管,两个骨性纤维管的解剖位置及生理特点是造成腰骶部疼痛的重要原因,亦为针刀松解等治疗方法提供了理论依据。

(2) 内侧支出椎间孔后向下行,沿上位关节副突与下位关节乳突间沟韧带形成的骨性纤维管中通过向下方斜行至椎板后面转向下方跨越1~3个椎体,重叠分布于关节连线内侧的关节囊韧带和肌肉,棘上韧带受上一平面的后内侧支支配。柳百智认为内侧支卡压所致腰痛常易漏诊或误诊,在治疗上,特别强调施术部位的精确度,但针刀始终不离骨面,以防损伤神经。周中焕指出脊神经后内侧支卡压,采用针刀松解软组织,配合手法调整紊乱的小关节是治疗腰痛最快且有效的方法之一,并提出根据病情的需要准确地铲切腰神经及内侧支骨性纤维管,乳突、副突上的软组织,即使切断后内侧支亦不影响功能。

另外黄枢提出背根反射学说新概念,对神经反射学说更是一个冲击,因为多年来,人们一直认为初级传入神经元就是将感觉冲动向中枢传导的神经元,它不可能担负传出神经元传出冲动的任务,但通过轴突反射和背根反射,引起初级传入神经纤维逆向传出冲动,并引致外周终末释放递质,从而引起外周神经元性炎症反应,通过交通支与交感神经节的联系,对解说脊柱相关疾病及其他内脏疾病与内脏疾病的外在表现提供了理论依据,脊髓前角主运动,后角主感觉,当患者出现感觉异常如局部的冷热痛痒等感觉反应,我们通过对局部施术,诸如火针、走罐、激能电按摩等起到效果,其理论依据亦是背根反射学说。

(四) 针刀治疗跟痛症

1. 跟骨骨刺。患者俯卧位,选压痛最明显处,即骨刺的尖部,针刀刀口线与足跟纵轴垂直,针体和足跟底呈 60° 进

针。深达骨面，横行切开剥离三至四下即可出针，包扎，再作相应手法。

2. 跟骨高压症 用Ⅰ型3号针刀，定位于跟骨底中点，刀口线与跟骨纵轴平行，骨锤叩击，针刀进入骨质内2~3cm，退回骨面，再向不同方向叩击进针3次，然后出针，包扎。

3. 跟垫滑囊炎 找准痛点，进针刀后行通透剥离，手下有松动感后出针，包扎。

(五) 三点式针刀松解减压术治疗早中期股骨头性坏死

1. 临床表现 早、中期骨关节处疼痛，行走或负重后加重，多为酸困、钝痛，也可出现腰痛、大腿及膝关节处的疼痛，可伴畏寒，多呈间断性发作，间隔时间可达数月至1年之久，但随着病情的加重，间隔时间越来越短，最后持续出现，检查可发现，关节活动受限，局部深压痛，大转子叩痛，内收肌压痛，“4”字试验(+)，Thomas征(+)，Allis征(+)，Tredelenburg试验(+)。

X线表现多与症状一致：早期骨质可无异常改变，仅为关节间隙增宽；中期有新月状骨密度改变，可出现囊性病灶。

2. 发病机制 内因即解剖因素，髋关节是人体负重时承受压力最大的球窝关节，由股骨头和髌臼组成，周围有坚韧的关节囊及韧带将股骨头包绕在密闭的关节腔内，表面覆有透明软骨，其血液供应不丰富，主要的滋养血管有：支持带动脉，股外营养动脉，股圆韧带动脉。特殊的解剖结构，增加了股骨头坏死的可能性；外因有高血压，使用大量激素，长期饮酒，外伤等可致滋养血管断裂及血管内血栓形成和髓内压升高，使毛细血管受压而血流量减少或中断，如果受到积累性应力，导致滑膜炎渗出，也可加速关节内压的上升，关节面软骨直接受压，可使软骨下骨质内压增高，另一种情况，骨质疏松时，骨小梁易断裂，骨端松质骨塌陷，而压迫髓内小血管，以上各种原因均可导致股骨头缺血性坏死。

3. 治疗方法

(1) 仰卧位：取腹股沟韧带中点下外 2cm 处为治疗点，常规皮肤消毒，刀口线与肢体纵轴平行，刀体与皮面垂直刺入，直达骨面，纵行疏通，横行剥离，切开髋关节囊放出积液，减低囊内压。

(2) 分别取大转子上缘 2cm 处和大转子外侧突出部与髂后下棘的连线中外 1/3 交界处为点，常规消毒，刀口线与肢体纵轴平行，针刀体与皮面外侧呈 70°角刺入，直达骨面，纵行疏通，横行剥离。

(3) 股骨头内减压：用Ⅱ型针刀，定点于股骨大转子下 1cm，常规消毒，局部麻醉后切开皮肤、皮下组织，达骨面，再由骨皮质向股骨头方向钻孔到 6cm 深。该术对中早期股骨头坏死可达到骨减压作用。

根据病情轻重程度，疗程安排 3~10 次。

(4) 针刀术后配合中药活血通络、补益肝肾。

补阳还五汤加减：黄芪 60g，赤芍 24g，川芎 15g，当归 12g，丹参 24g，全蝎 24g，土鳖虫 10g，地龙 12g，川断 10g，杜仲 15g，苍术 15g，栀子 12g，青风藤 10g，乌贼骨 15g。

4. 讨论 目前认为股骨头坏死是因股骨头的血液供应受阻引起的，受阻的原因主要有以下几点：关节囊内压增高；股骨头内压增高；滋养血管自身病变。以上任何一种情况均可引起股骨头供血不足，影响骨头的正常代谢，从而引起一系列的功能性与器质性的改变，针对以上几点采用针刀松解配合药物治疗，达到了满意效果。

针刀松解关节囊，使关节囊内压下降，改变了股骨头受压位置的压力，改善受压部位的血液循环，也可增加髋臼内的血液流量，促进骨膜微循环，恢复股骨头的正常代谢。股骨头内针刀减压可减低髓内压，恢复髓内滋养血管的流量。以中药补阳还五汤加减活血化瘀、通络、益气养血、补益肝肾于一体，

配苍术、全虫，有增加骨密度作用；梔子、青风藤对术后伤痛有清热消肿止痛作用；乌贼骨既有补钙作用又可缓解其他药物刺激、胃酸分泌过多造成的胃部不适。以上方法可以从根本上解除股骨头缺血的局面，达到治疗的目的。近几年来治疗该病81例，在获取效果的同时，也得到了一些体会。该方法虽说简单，易操作，但操作者必须在对髋关节解剖结构了如指掌的情况下，才能得心应手，而且必须严格遵循无菌操作，谨慎小心，勿粗暴。其次，该病的治疗最佳时期是早、中期，但在早期的误诊率特别高，很多患者被诊断为腰肌劳损、腰椎间盘突出症、坐骨神经痛等，延误了治疗时间，甚至失去了治疗机会，造成了不可挽回的后果，故早发现、早诊断是降低该病致残率的关键。

（六）针刀及中药三次九贴治疗强直性脊柱炎

1. 针刀闭合性手术

（1）对初发病患者，仅有腰骶疼痛僵硬者，针刀松解骶髂关节痛点， L_2 、 L_4 、 L_5 横突及椎间关节囊、棘间韧带，术后立即使用“三次九贴”之Ⅰ号药（主要成分由明雄、斑蝥组成，蜂蜜调和），摊于7cm×10cm之麝香壮骨膏上，横行覆盖于 L_4 棘突以下、 L_5 椎体至双骶髂关节之间。

（2）对已形成驼背者，针刀从驼峰处开始，松解棘上、棘间韧带、横突间肌及韧带、椎间关节及骶棘肌等，术后外敷Ⅰ号药膏，并行对抗牵引、口服抗生素及功能锻炼等。

2. “三次九贴”外用方法 “三次九贴”为山东省汶上县风湿病研究所闫格玉医师研制的外用药膏，由Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ号外敷药膏组成，Ⅰ号药膏主要成分已如上述；Ⅱ号药膏主要由白芥子、红娘子、薄荷脑、滑石加蜂蜜组成；Ⅲ号药膏由青黛、血竭、白及、白花菜籽加蜂蜜组成，功在收敛。使用时，在同一部位，Ⅰ号药膏贴24小时；Ⅱ号药贴24小时；Ⅲ号药贴96小时；三次贴完为一疗程，连续三疗程即完成“三次九

贴”。贴后效应为：24 小时后揭去Ⅰ号药膏，可见一与药膏同等大小的水疱，用生理盐水冲掉水疱表面沉积的药末，然后用无菌剪刀将水疱与四周皮肤充分分离，可见疱内淡黄色液体流出，揭去疱皮，贴Ⅱ号药膏于其上，病变部位可继续有淡黄色液体渗出，24 小时后去Ⅱ号药，敷Ⅲ号药膏。该阶段可见渗出逐渐减少；96 小时后，渗出部位表皮恢复，可继续进入第二、第三疗程治疗。



二、针刀治验

（一）寰齿关节移位型颈椎病

门某某，男，22 岁。

3 年前因参军急训后出现头晕，头昏、头部闷胀，虽程度不重，但整日昏昏沉沉，思维欠清晰，记忆力明显减退，且伴注意力不集中，偶有轻度耳鸣及头部不固定性疼痛，时轻时重，曾多处就诊，均未收到良好效果，于两年前来本专科就诊，摄颈椎 X 线片示：C₂ 棘突向右偏歪，生理曲度变直，寰枕间隙缩小，查双侧枕颞弓及 C₁ 横突压痛阳性，旋颈试验阴性，根据其症状、体征及相关检查，在本处予以针刀配合手法治疗一次后原症状明显减轻，继续治疗两次，头昏、头晕完全消失，仅感后枕部轻度闷胀，术后 3 个月复查，无不适感，X 线片示：C₂ 棘突居中，生理曲度变直现象得到改善，随访 2 年后无复发。

（二）右膝骨性关节炎、关节积液

高某，男 48 岁，西安市长安区引镇人，农民。于 2004 年 8 月 10 日就诊。

诉右膝关节肿胀，疼痛半年，加重 1 个月，半年前不慎摔伤右膝关节，出现关节疼痛肿胀，但无骨折，曾先后多次治疗，采用外敷药物及局部封闭，关节抽液，效果均不佳，且间断发作，于 1 个月前因活动量大后致使关节肿胀加重，前来本

院就诊。

查：右膝关节肿胀，皮温升高，关节皮肤紧绷，发亮。关节屈膝仅 130° 左右，浮髌试验阳性。

治疗：髌上囊常规消毒后，穿刺抽液，即有淡黄色液体自动溢出，抽液约200ml左右，并予以关节冲洗5000ml后弹力绷带包扎，石膏固定制动1周，配合抗炎抗渗出治疗，口服利水渗湿中药，1周后，关节肿胀明显消退，疼痛消失，按程序进行髌上下囊通透剥离后，仍加压包扎，制动，7日后，关节肿胀完全消失，疼痛再未引出，嘱限制活动1个月，可在不负重的情况下进行关节屈伸锻炼，随访至今未复发。

（三）脊神经后支卡压综合征

杨某某，女，55岁，西安长安区人，退休工人，2005年10月就诊。

主诉：腰骶部酸胀困疼2年。2年前，因劳累后致后腰骶部疼痛、酸胀，时轻时重，遇劳累及天气变化时加重，局部保暖后觉舒适，按摩后可缓解，曾在当地按腰肌劳损口服中药，效果不佳。摄X线片示，腰椎骨质增生。腰椎侧弯，查体：第4、第5腰椎棘间压痛明显，按压棘旁觉后腰舒适。重新定位摄片后，按脊神经后支卡压综合征在本专科行针刀治疗2次后，腰部酸胀疼痛消失，仅感左侧臀部酸胀困疼，按压无阳性体征，用松拔针臀部治疗后，症状消失。随访至今未复发。

（四）跟痛症

刘某某，女，56岁。因左足跟处疼痛，年末前来就诊。

诉说年前无明显诱因而出现左跟痛。现晨起下床时左侧足跟疼痛，不能踩地，予以局部揉搓，按摩后缓解。以后每次休息过不久即诱发该症状出现，间断性发作。经过检查，左足跟偏内侧处压痛。X线显示：骨刺形成，根据症状、体征定位后，予以局部麻醉，针刀治疗，休息1周后，症状完全消失。

(五) 股骨头坏死

张某某,男,53岁,山西省侯马市在职干部。以左侧股骨头置换术后6年,右髋关节疼痛半年为主诉来本所,呈跛行步态,腹股沟处压痛(++),“4”字试验不能完成,X线片示右侧股骨头密度减低,到第四军医大学附属医院就诊,嘱其行股骨头置换术而被患者拒绝,在本所治疗10次,症状完全消失,3个月后复查无异常反应。

(六) 强直性脊柱炎

罗某,男,21岁,10年前开始出现右膝关节肿胀、疼痛,伴局部皮肤灼热,即到长安区医院就诊,被诊断为“右膝关节滑膜炎”,予以抽水治疗后症状消失,未引起注意,但以后每年均有发作,均采用抽水法治愈,4年前,该症状再次发作,且伴后腰不固定性疼痛僵硬,天阴时加重,多处治疗效果均不佳,故来本处求治。

查:右膝关节肿胀,皮温升高,关节功能活动障碍,浮髌试验阳性,下腰背部张力增高,棘旁压痛阳性,弯腰不能完全到位,但腰椎形态正常,髋关节活动自如,嘱其做HLA-B₂₇检查,结果阳性,被诊断为“强直性脊柱炎”,在本处予以局部针刀治疗,配合“三次九贴”,膝关节及腰部症状基本消失,仅感后腰轻微僵硬,随访至今,现仅在劳累过度后腰部轻微酸痛,休息后消失,余无异常。

(七) 消化性溃疡

宁某某,男58岁,1998年9月30日初诊。

患者有胃痛病史13年,曾屡用中西药物治疗效果不明显,近3年来胃痛频繁发作,分别于1992年6月和1998年6月经胃镜两次检查诊断为胃、十二指肠溃疡,快速尿素酶试验阳性,现见胃脘隐痛,嗝气反酸,纳少神疲,手足欠温,大便溏,舌淡、苔薄,脉沉细。

胸椎X线片:T₈棘突左偏,T₉椎体向右侧微小移位。

治疗：患者俯卧治疗床，局部常规消毒。针刀在 T_{5-6} 、 T_{6-7} 棘间定两点并在其左右各旁开 2.0cm 处各定两点，共 6 点针刀治疗 1 次。内服中药处方：黄芪、白花蛇舌草各 20g，白及、蒲黄、延胡索各 10g，陈皮 5g，白芍、甘草、乌贼骨各 10g，党参、高良姜各 9g，10 剂。每天 1 剂，分 2 次温服。10 天后复诊，患者胃脘痛缓，嗝气反酸症状消失，四肢转温，大便正常，食欲明显增加，脉缓。脊柱区带触诊： T_6 棘突左下方有一条索硬结。局部常规消毒，针刀在硬结顶尖进针，刺入条索中央切割 3 刀后行纵横剥离数刀出针，外敷创可贴。中药治疗上方去党参、白芍、甘草、乌贼骨、高良姜续服 10 剂。2 年后随访，临床症状痊愈，体重增加 3kg，嘱胃镜检查。检查结果，溃疡面愈合。

（八）小儿先天性斜颈

王某，男，8 岁，学生，长安县黄浦乡贾里村人，头部向右歪斜 8 年，曾先后在西安市儿童医院、西安市医科大学附属医院就诊军诊为“先天性斜颈”。查体：一般情况良好，心肺未见明显异常，头面部向右侧偏歪约 45° ，左右旋转明显受限，右侧胸锁乳突肌张力明显高于左侧，并伴有起止点压痛，颈椎 X 线片显示：头颅和颈椎未见异常。

治疗过程：助手将患儿仰卧固定于治疗床上，颈后侧垫薄枕，另一助手将患儿头部向右偏扳，使右侧胸锁乳突肌张力明显加大，造成肌的外形更加显著。手术野用 3% 碘酒，75% 酒精常规消毒，铺无菌巾，1% 利多卡因局部麻醉，先于胸骨体及锁骨胸端进刀至骨面，刀口与肌纤维垂直，刀柄与正中中线平面呈 30° 夹角，沿着骨面向外后方斜行刺切紧张的肌纤维，同时继续将头向左侧偏扳，当听到“嚓嚓”的切割声，则表示胸锁乳突肌起点部分肌纤维被切开，该肌张力明显减低。接着再持刀在乳突外进刀，刀口线与右侧胸锁乳突肌平行，刀深达肌面后再调转刀口使刀口与肌纤维垂直，进行刺切，刺切的刀

口呈排列状，在皮下沿乳突至上项线平行移动，切开肌纤维。最后行颈部的手法复位，1周后再按前手法复治一次，颈部全居中立位，且各椎体活动自如，3个月随访患儿一切恢复正常。

体会：造成斜颈的原因主要是胸锁乳突肌较长时间的挛缩，将患侧牵拉所致，本病应在儿童期尽早手术治疗，以往传统的斜颈矫正手术，如切口太小，则矫正的效果不明显，如切口过大，则对肌纤维切断过多，易造成矫正过度现象，目前笔者采用凹针刀刺切好比理发师用梳剪发一样，对肌纤维有取有留，并能疏通剥离粘连和挛缩的组织，更重要的是凹形针刀优势多，技术操作方便，手术切口小，组织损伤少，患儿痛苦小，费用低，疗效显著。

工作单位：聂河颈肩腰腿痛专科医院

通讯地址：西安市长安区聂河颈肩腰腿痛专科医院

邮政编码：710109

手机：13992852038

针刀结合按摩手法 快速治疗颈腰椎病

—— 唐国振临床经验

唐国振，男，生于1948年，海事大学医院骨伤科主治医师。大连中医药学会针刀专业委员会常务委员。

从事中医正骨按摩临床工作30余年，运用针刀并结合按摩手法治疗骨折后遗症及软组织疼痛，取得了满意的疗效。创建中日健康文化中心。

“封闭配合小针刀治疗老年性腰腿痛67例”被第一届国际老年临床医学学术会议评为“医家杯”论文奖。论著：《保健按摩指导》，参编《针刀临床误诊误治分析与防范》与《针刀治疗颈肩腰腿痛》。



一、学术特点与医疗特长

（一）针刀治疗膝冠状韧带损伤

在膝关节损伤的针刀治疗中，对膝关节周围的软组织损伤如股四头肌腱、内外侧副韧带、脂肪垫、髌韧带和其他组织的异常改变处，进行切割剥离、松解，症状可以明显缓解，但是惟有关节内侧间隙前部条索样肿块不能消除，而且表现为伸膝疼重，对该病的恢复造成障碍。该病不仅在老年人中发病率较高而且在年轻人中也有发生。

在临床86例的治疗中，对这个条索样肿块进行了研究探讨，发现此肿块包绕关节间隙，并认为此肿块是肿胀粘连的冠状韧带，在其他资料中并未见报导。按照冠状韧带的走行对其

进行纵向切割与横向剥离，收到了满意的效果。

1. 相关解剖 膝关节冠状韧带位于胫骨髁上缘，呈冠状位包绕两侧半月板。半月板的外侧面借冠状韧带疏松附着于胫骨髁的边缘。冠状韧带周围与关节囊的纤维组织紧密相连，在两个半月板的前端，多有呈圆索状横行连接的膝横韧带。

膝关节在屈曲时，半月板向后移动，半月板的后半被压于股骨髁及胫骨髁后部的相对关节之间；反之膝关节在伸直时，半月板则会在冠状韧带的包绕中前移。半月板的前半正好嵌于股骨髁及胫骨髁前部的相对关节之间，任何过度伸直，都将使前部遭受压迫。

2. 病因病理 半月板随着膝关节的伸屈而前后移动，每次移动都要以牵扯和挤压的形势对其外围的冠状韧带造成刺激；随着膝关节骨性关节炎的发生及内侧间隙的变窄而使刺激加剧。因此也就加重了对冠状韧带的损害，导致其肿胀、充血、机化、粘连，血运代谢不畅，引起慢性顽固性疼痛。

3. 临床表现

(1) 临床表现：膝关节痛，行走、久立、上下楼梯、下蹲、跑步时疼痛，休息后缓解，严重者影响睡眠。关节弹响，膝关节肿胀，关节积液，晨僵及久坐后有胶着现象，关节伸屈功能障碍，关节前内侧间隙处可触及条索样肿块、压痛伴伸膝障碍。

(2) X线片检查：骨性关节炎表现：膝关节周围骨赘形成，髌骨骨刺形成，关节周围骨骼骨质疏松与骨质硬化。关节面毛糙不平，其内侧胫股关节面受累明显，关节间隙变窄，多见于老年人。

4. 诊断依据

(1) 膝关节内侧间隙条索样肿胀包块，随膝关节伸屈而变化。屈曲时随半月板后移而减小，伸直时随半月板前移而增大；其压痛随膝关节屈曲减小，伸直时加重，严重者伸膝功能

出现障碍。

(2) 结合临床表现、体查及 X 线表现：显示内侧关节缝变窄者 100% 伴有冠状韧带损伤，其症状随 X 线所示的膝关节内侧间隙变窄而加重。骨性关节炎中 85% 伴有冠状韧带损伤。青年人冠状韧带损伤可不伴有关节间隙的改变。

5. 鉴别诊断

(1) 慢性内侧副韧带损伤：多由膝关节内侧副韧带的急性损伤转化而来，患者膝内侧痛，活动后加重，伸膝过程中疼痛明显，压痛在股骨内髁和胫骨内髁及内侧副韧带的投影区。

(2) 脂肪垫损伤：触诊脂肪垫压痛在髌韧带深层及其两侧的内外“膝眼”周围，此处的冠状韧带压痛局限于关节间隙中，与内侧半月板前角损伤压痛点相同。

(3) 膝关节内侧骨质增生：触诊膝关节内侧骨质增生，位于股骨内髁和胫骨平台内侧缘，而非关节内侧间隙。

6. 治疗

(1) 体位：令患者仰卧于治疗床上，双腿伸直，患腿外旋，膝关节微屈，下垫薄枕。

(2) 术前注射：触诊确定膝内侧间隙的条索样肿胀包块，此即病变的冠状韧带。在其前、中、后确定三处进针点，做好标记常规消毒。以上三点平均注入曲安奈德注射液 5mg + 2% 利多卡因 2.5ml + 注射用水至 6ml 的混悬液。

(3) 针刀治疗：以三个注射点为针刀治疗点，刀口线与冠状韧带平行，刺入平刃针刀，针锋穿过冠状韧带至半月板边缘，先做横向剥离 1~2 次，再将针锋提至冠状韧带内，纵向切割横向剥离 1~2 次，然后再提至冠状韧带表层重复以上手法。最后将针锋退至皮下，针体向近侧（股骨）倾斜 40° 刺入胫骨平台边缘做纵向切割 1~2 次出针，压迫针孔片刻并以创可贴封固。

(4) 手法治疗：反复屈伸膝关节数次，如患内侧副韧带

损伤，除按内侧副韧带损伤的方法针刀治疗外，再配合侧扳法行膝关节外侧扳3~5次，不需夹板固定。

(5) 注意事项：术前注射时要快速刺入并穿过冠状韧带至半月板边缘，然后边注射边退针至皮下，要求将药液注入半月板与冠状韧带之间及皮下，避免注入韧带。

手法治疗切忌简单粗暴，要循序渐进地改善功能障碍，避免副损伤。

(二) 膝部触诊分析

膝关节解剖结构复杂，其各部位软组织损伤的发病亦表现得复杂而多样，因此要求针刀医师在临床诊断膝关节病时，除了认真了解相关资料外，还应熟练地掌握各项物理诊断技能。虽然科学技术飞速发展，促进了当今医疗事业的日新月异，但是通过体表触诊来确定内在结构及其病理变化以达到诊断，是不可缺少的基本功，而且不能被任何医疗仪器所替代。

随着《针刀医学原理》一书的面世及推广，其中的动态解剖学、立体解剖学及体表定位学所提及的各种观点及方法已被广泛地应用于针刀临床诊治当中，对针刀医师学习临床触诊起到了典范性的作用，为针刀医师的临床诊断奠定了坚实的基础。

针刀医师的临床触诊已不再是教科书上所记载的那种笼统、简单的检查方法了，而是将临床触诊提高到一个新的层面，使得针刀医师在触诊检查中更讲求触压的层次、部位，指压的方向、力度及指下的组织在特殊动态下的变化情况，从而认真地体会压痛范围的大小、深浅，有无结节、索条、凹痕、凸出、粗涩、硬韧、钝厚及激发现象。

通过触诊得到详细资料，并参考其他的资料进行认真的综合分析，从而显著地提高了临床诊断的准确性。因此明确的诊断确实对误诊误治的防范会起到决定性的作用。

将膝部触诊分成膝前部、膝后部、及内侧部和外侧部四个

部分进行操作分析，以供同道及初学者参考。

1. 膝前部触诊 膝关节前部最突出的标志是髌骨，诸多的组织结构与髌骨相关，临床触诊可以将其比作一个表盘，这种方法可以称作“表盘样触诊法”。叙述起来直接而方便。见图 28。

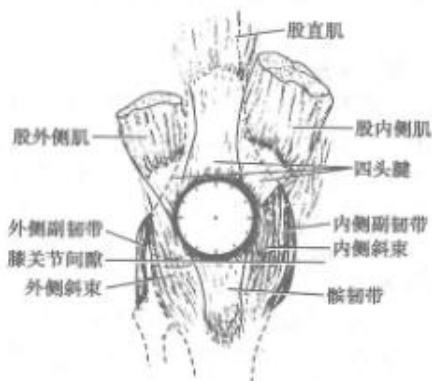


图 28 膝前区“表盘”样触诊

(1) 翘髌法触压髌骨周缘：在膝关节伸直位，并完全放松的姿态中，一手下压髌骨的一侧，即可使髌骨的另一侧翘起，同时用另一手的拇指或示指在髌骨周缘向对侧顶推触压并体会指下是否有肿胀及凸凹不平，或是纤维剥离感（或是大米粒大小的粒状或囊状）的压痛，均为附着于髌骨周缘劳损的阳性表现。

1) 如图 28，压痛点在 10~2 点（髌底）处，是股四头肌腱附着区，除确定是否是股四头肌腱附着部损伤外，提醒应全面检查股四头肌腱及腱腹交界处有否压痛出现。

2) 如图 28，压痛点在 8~4 点（髌尖区）处出现，应是髌韧带起点损伤。提醒注意要进一步检查，髌韧带的其他部位

有否阳性表现，并要与髌下脂肪垫炎及膝横韧带损伤相鉴别。

3) 如图 28，压痛点在 8~10 点或 2~4 点（髌内、外侧区）处出现，是髌骨内外侧支持带的附着区。内、外侧支持带是股四头肌腱在髌骨两侧的延续部分，亦称内、外侧斜束，横束在其深部。再进一步向深层触压可以触及股骨滑车的内、外侧嵴及股骨内、外侧髁，检查中应与横束的损伤，滑车软骨损伤和滑车嵴的骨刺相鉴别。

(2) 髌下区触诊：髌下区的范围比较局限，约 25~30cm²。其中包括浅层的髌韧带及其深层的髌下脂肪垫和再深层的膝横韧带及关节间隙中的半月板前角和包绕半月板的冠状韧带前部。见图 29。

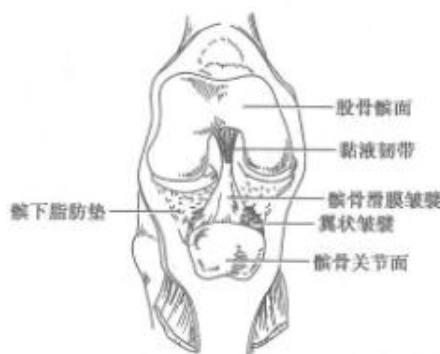


图 29 髌下脂肪垫周围组织

1) 髌韧带：髌骨周缘 8~4 点是髌韧带起始区。髌韧带越过其下的髌下脂肪垫止于胫骨结节。髌韧带的劳损可在髌韧带上触到纵向的沿其走行相同的条索状浅压痛，可用“髌腱紧张试验”明确诊断。

髌腱紧张试验：在伸膝位放松状态下触压髌韧带及脂肪垫，如果出现压痛，再令其收缩股四头肌使髌腱紧张，再按压

髌韧带，如疼痛减轻为病在脂肪垫，若疼痛如初或加重为病在髌韧带。

2) 髌下脂肪垫：髌下脂肪垫损伤不仅在髌腱下出现压痛，而且也同时出现在其两侧面的内、外“膝眼”处。除髌腱紧张试验可以协助诊断外，触压内、外膝眼处，体会指下圆钝的肿胀范围并配合膝关节屈伸活动，诊断会更加清楚。

另外，在其圆钝肿胀范围之外出现压痛应考虑其他组织，如滑膜皱襞和斜束损伤。

3) 膝横韧带：膝横韧带位于胫骨平台前区，是连接内、外侧半月板前角的短横韧带，实际应视为包绕半月板的冠状韧带延续部分。具有稳定两侧半月板前角的作用，一般状态下其症状与髌下脂肪垫损伤相同，很难与髌下脂肪垫损伤相区别，常需经关节镜检查方可确诊。

临床触诊时（在轻度髌下脂肪垫损伤或无损伤的情况下），伸膝放松态深压“内膝眼”穴处，透过髌下脂肪垫可触及 $1\text{cm} \times 2.5\text{cm}$ 的横向条索样压痛区。严重的膝横韧带断裂（极少出现）多伴半月板损伤，可行手术治疗。

4) 冠状韧带：冠状韧带是包绕半月板的韧带。半月板的外侧面借冠状韧带疏松附着于胫骨髁的边缘。因其随半月板的运动而运动，所以在屈膝位可随半月板后移进入关节间隙而不易触及。

若冠状韧带损伤，伸膝位时多可在内侧关节间隙前部触及肿胀的横行压痛区，此压痛会在屈膝位减轻或消失，随膝关节的伸直过程，其肿胀的压痛区渐渐出现并随膝关节完全伸直而加重。

5) 膝关节肿胀：膝关节急、慢性损伤及其他病变均可造成关节肿胀。关节积液扪之有波动感（浮髌试验阳性）。慢性滑膜炎滑膜增厚，可扪及关节囊韧性增加并有广泛的肥厚感。绒毛结节性滑膜炎触之软如海绵。在关节间隙出现局限性肿胀

并有囊性感者多为半月板囊肿。

关节内积液，浮髌试验阳性者，证明关节积液多于 6ml。少于 6ml 者浮髌试验可显示为阴性。关节积液少于 6ml 者可用“积液波动试验”进一步检查。

积液波动试验：检查体位与浮髌试验相同。检查者用手掌推按髌上囊由上向下，同时用该手拇指或用另一手的手指交替快速按压髌韧带两侧的内、外膝眼处，若感受到波动感为阳性。

2. 膝内侧部触诊 膝关节内侧的主要解剖结构是股骨、胫骨的内侧髁以及鹅足腱和内侧副韧带。触诊可按照骨性标志作为检查基础。见图 30。



图 30 膝内侧软组织（伸膝位）

(1) 内侧股胫关节间隙：股骨内侧髁和胫骨内侧髁之间，形成了内侧股胫关节，关节之间是内侧半月板。冠状韧带包绕于内侧半月板的内侧。

膝关节伸直位，沿髌尖划一水平线，此线即内、外侧股胫关节间隙的体表范围，以检查右膝关节为例，检查者立于患者

健侧，右手拇指按压于紧张的髌韧带内侧 1.5cm 处，左手扶持小腿后部做膝关节伸屈运动。拇指可以感觉到其近侧为股骨髁滑车关节面，其远侧为胫骨平台前面的胫骨斜嵴（其深部为脂肪垫的内侧缘），沿这个触压点再慢慢向后移动便可以体会到内侧股胫关节的运动状况。内侧半月板是内侧股胫关节中的软骨垫，被附着于胫骨平台边缘的冠状韧带包绕，并随半月板的前后运动而产生活动。

因此在关节间隙扪到的软组织不是半月板，而是冠状韧带。在此触及 1cm^2 左右的强痛性结节，多为半月板损伤的压痛点。届时应配合特殊检查如研磨提拉试验协助确诊。大于 1cm^2 的弱痛性结节多为半月板囊肿的阳性体征。

若在胫骨平台周缘或股骨髁周缘触及的隆凸性压痛多为其增生性骨赘。此类骨赘多发生于骨性关节炎者，而且常随内侧关节间隙变窄程度而增大。

(2) 内侧副韧带、鹅足腱：膝关节内侧副韧带，为内侧关节囊的加厚部分，起于股骨内髁，越过关节间隙，止于胫骨髁的内侧面，位于胫骨关节面之下约 2~4cm 处，其前部纤维纵行向下约 10cm，止于鹅足下约 2cm 处。

软组织在骨骼的附着点只是个习惯的解剖学名称。在触诊中应将这个“点”视为一个区域范围，只有把附着点当成一个区域来观察时，在针刀治疗中才更有实际意义。在触诊时不但要触及相关组织的起点与止点，还要检查其移行的部位及邻近组织才够全面。

组成鹅足的缝匠肌、股薄肌、半腱肌的 3 个腱合称为鹅足腱，膝伸直位时此腱与内侧副韧带重叠，完全覆盖内侧副韧带，因此在检查时应取膝关节屈曲位，此时两者分开，检查中不易误诊。见图 31。

(3) 大收肌结节、鹅足与鹅足囊：大收肌结节位于股骨内髁近侧的最高点，也就是内上髁的近侧部。触诊大收肌结节



图 31 膝内侧副韧带与鹅足腱之关系（屈膝位）

有一定难度，必须先沿大收肌肌腹向远端摸清大收肌腱，然后顺其肌腱触压至远端，在此摸到骨性隆起即为大收肌结节。

鹅足与鹅足囊：膝关节伸直位，触压内侧副韧带区，再行抗阻屈膝时，会感知指下的鹅足腱滑向后侧，待屈膝近 90° 时，鹅足腱的轴向几乎与股骨干平行。胫骨内髁的前内侧约当关节间隙下 8cm 处，即为鹅足附着区域，其

深面与膝内侧副韧带之间有一恒定的滑囊即鹅足囊，当出现无菌性炎症形成鹅足囊炎或末端病时才会出现阳性体征。

3. 膝外侧部触诊 膝关节外侧的主要解剖结构是股骨和胫骨的外侧髁，以及外侧副韧带、股二头肌腱、髂胫束和腓骨小头。触诊可以按照骨性标志作为检查基础。见图 32。



图 32 膝外侧软组织（伸膝位）

(1) 外侧股胫关节间：股骨外侧髁和胫骨外侧髁之间形成了外侧股胫关节，关节之间是外侧半月板。

膝关节伸直位，沿髌尖划一水平线，此线相当于内、外侧股胫关节间隙。以检查右侧膝关节为例，检查者立于患者膝外侧，左手拇指按于紧张的髌韧带外侧 1.5cm 处，右手扶持小腿后部，做膝关节伸屈运动。左手拇指可以感知到其近侧为股骨滑车关节面，其远侧为胫骨平台前面的胫骨斜嵴（其深部为髌下脂肪垫的外侧缘），沿这个触压点再慢慢向后移动，便可以体会到外侧股胫关节的运动状况。

外侧半月板是外侧股胫关节之间的软骨垫，被附着于胫骨平台边缘的冠状韧带包绕膝关节间隙中。膝关节伸屈运动时，冠状韧带随半月板的前后运动而活动，因此，在关节间隙摸到的软组织不是半月板，而是包绕半月板的冠状韧带。在此触及 1cm² 左右的强痛性结节，多为半月板损伤的压痛点。届时应配合特殊检查如研磨提拉试验协助确诊。而半月板前、后角的损伤，则不易摸到如此局限的痛性结节，其压痛也比较模糊。大于 1cm² 的弱痛性结节，多为半月板囊肿的阳性体征。

若在胫骨平台周缘或股骨髁周缘触及的隆凸性压痛，多为其增生的骨赘。此类骨赘多发生于骨性关节炎者，而且多发生于股骨外髁，胫骨外侧髁发生者较少见。

(2) 外侧副韧带、股二头肌腱：外侧副韧带亦称为腓侧副韧带，其上部起于股骨外上髁，恰在腓肌沟近侧越过关节间隙向下走行止于腓骨小头。

股二头肌腱位于膝外侧偏后，附着于腓骨小头尖部，其扩张部越过胫腓关节的上面，加强胫腓关节囊，向前在腓侧副韧带的深面及内侧融入膝关节囊，屈膝时可保持膝关节紧张，协助关节囊稳定膝关节。伸膝位时完全靠近外侧副韧带，难以触摸清楚。两者随屈膝运动的加大而分离渐远。因此在检查外侧副韧带与股二头肌腱的关系时，需在配合膝关节伸屈运动时才可以检查清楚。针刀治疗时也要选微屈膝位，操作才会方便顺利。见图 33。



图 33 外侧副韧带与股二头肌腱之关系（屈膝位）

(3) 髌胫束：髌胫束下部为一坚强的韧带，称髌胫束韧带，止于腓骨小头与胫骨粗隆之间的（胫骨外侧髁前外侧）髌胫束结节。髌胫束韧带与股二头肌、外侧副韧带共同构成加强膝关节外侧关节囊的稳定装置。

在伸膝或微屈膝时髌胫束覆盖外侧副韧带上半部。触诊时要配合膝关节伸屈活动以明确之。

4. 膝后部触诊 膝后部区系指股骨下端及膝关节后面由肌肉围成的菱形间隙，又称腘窝，其内上界为半膜肌，外上界为股二头肌，下内及下外分别是腓肠肌的内、外侧头，与膝部其他部位比较，其疼痛部位较少，而且多系全膝伤病的反应，有许多膝后区的伤痛，定位不易分清。因此更应熟知膝后区的解剖结构。见图 34。



图 34 腓动脉及其分支

(1) 腘窝囊肿与腘窝脂肪组织损伤：腘窝囊肿与腘窝脂肪组织损伤均属针刀治疗适应证。

最常见的腘窝囊肿是膨胀的腓肠肌-半膜肌腱滑囊，较小的腘窝囊肿与脂肪组织团块很容易混淆。

检查腘窝囊肿要取俯卧伸膝位，膝关节完全伸直时腘窝肿胀最明显，触诊其囊肿变硬张力很高，微屈膝时张力下降可出现波动感，再屈膝可见变软，持续挤压可能变小。早期无压痛，表面光滑，不与皮肤粘连。

腘筋膜深层为脂肪组织，脂肪组织有保护深层血管、神经的作用，同时也有利于膝关节的伸屈活动。

俯卧微屈膝时腘部筋膜松弛，容易触及大小不等的脂肪团块，其形状不定，浅表柔软，与肌腱无恒定的解剖关系。如系陈旧的断裂性损伤，除有断裂的凹痕外还可伴有不同程度压痛。

(2) 半月板后角损伤：无论内侧或是外侧半月板的后角损伤都可引起膝后侧疼痛。除具有半月板损伤的常见症状外，可用以下方法触诊。若较重的膝后痛时，应该于“委中”穴内侧或外侧出现深在性压痛；若疼痛较轻，触诊模糊时，可试用“鸭步蹲行试验”。阳性者多为半月板后角损伤。半月板后角损伤痛，如封闭后缓解，可协助诊断。关节镜、MRI 检查均有助于明确诊断。

(3) 腘动脉与腘肌：在膝后部触诊之前，应首先摸清腘窝部腘动脉的搏动，并沿其走行在体表做好标记，然后再做其他检查。

1) 腘肌：位于腓肠肌的深部，膝关节线的后下方，起自股骨外髁，其肌腱在外侧半月板外缘沟处下降，在关节后面形成肌腹。因此当触及外侧半月板外缘沟出现沿其肌腱的深压痛时，可能是腘肌腱损伤，而其余部分从腘肌的弓状韧带斜行至紧邻比目鱼肌起点的胫骨上端为腘肌肌腹。其形状和肿胀压痛

的范围及程度，全凭认真的触诊获得。

触诊方法 患者俯卧，踝部垫薄枕令腓窝部放松。在腓横纹外侧端到胫骨内侧画一斜线与腓横纹成 60° 角，此线的投影即腓肌中线，沿此线仔细触压，透过腓肠肌即可感知腓肌形状及弹性、有无肿胀及压痛等等。

2) 腓动脉：腓动脉位于腓肌的后部，在腓肌针刀治疗时应时刻注意，但是有记载腓动脉高位分支：在腓肌中部以上，占 $3.21\% \pm 1.41\%$ 。如图 35 所示胫前动脉在腓肌前上部从腓动脉分支后穿腓肌肌腹或在其前部下行穿入胫腓骨间膜的卵圆孔。若在腓肌外上段肌腹部出现搏动感应提醒注意。



图 35 腓动脉高位分支

综上所述，对于针刀医师及初学者来说，如能悉数掌握，并能认真地做好膝关节特殊检查及 X 线检查，对膝关节伤病的临床治疗，已基本可以达到顺利应对的程度。然而，所述中仍有不少的欠缺，由于篇幅有限，对于膝关节周围诸多的滑囊尚不能一一提及，在此做一简略说明。

滑囊多位于肌腱与骨面，肌腱与肌腱相接触之处或相互摩擦的组织之间，其作用是减轻组织之间的摩擦损伤。如果无损伤出现即无滑囊炎出现，也就触不到正常的滑囊。只有在其出

现了损伤并出现了无菌性炎症和渗出时,囊内液体才会增多,其囊性感(波动感、局限性张力感)才会明显。这种感觉就是指下扣及的圆钝的、局限性的、边界清楚的、压痛比较迟钝的团状物。此时,应该提示自己已经触到有炎性的滑囊了。从而可以进一步认真地对照解剖去触压分析,以确定其大小、层次及位置,并且制订正确的治疗方案。

(三) 梨状肌相关问题分析

对于梨状肌损伤的针刀治疗,各家说法不一,有主张松解梨状肌上、下孔者,有主张松解肌腹者。只要不误伤相关神经及血管,常可获得比较理想的效果,然而当遇到治疗无效或恢复不全时,再进行下一步治疗可能比较困难,并且容易造成患者的误解。此时应该立即考虑是在治疗过程中出现了腰椎间盘突出症,还是在治疗前鉴别诊断不够细致。

如果排除了腰脊柱类的疾患,就应该回头再考虑一下是否出现了治疗失当或是对梨状肌邻近的组织了解的不够全面。因此以下就与梨状肌相关的问题进行探讨。

1. 梨状肌解剖 梨状肌大部起于第2~4骶前孔外侧,出骨盆后,尚有起自骶髂关节囊、骶棘韧带和骶结节韧带的附加纤维加入,几乎充满坐骨大孔,由此出盆移行为肌腱,紧贴髋关节囊的后上部,向外止于大转子上缘的后部。如自尾骨尖至髂后上棘连线中点至大转子尖画一线,即大致代表梨状肌下缘的表面投影。梨状肌出盆处宽度39mm,在臀部的长度平均为 (93.66 ± 10.02) mm。梨状肌上、下缘与臀中肌和孖肌之间,多数以筋膜移行,少数以肌纤维或腱纤维移行,其中梨状肌与臀中肌完全融合为一体者占 $6\% \pm 2.37\%$,其外上方与臀中肌重叠者 $8\% \pm 2.71\%$ 。梨状肌后面,内侧1/3与骶髂关节囊下部,外侧2/3以丰富的疏松组织与臀大肌相邻。在梨状肌腱下端的下方与髋关节囊之间,约 $5\% \pm 2.18\%$ 可见大小不等的滑膜囊,其炎症能刺激梨状肌而使其挛缩,引起坐骨神经痛。

梨状肌腱的形态可有不同,其背面的肌腱宽(6.32 ± 1.73) mm,向近端延伸较短(28.93 ± 14.68) mm,腹面的肌腱宽(9.14 ± 3.71) mm,向起端延伸较长(58.69 ± 14.38) mm。梨状肌和肌腱常因坐骨神经的穿过而被分隔为完全的二肌腹二肌腱(6%)、不完全的二肌腹一肌腱(24%)或一肌腹二肌腱(1%)。赵集中曾报告1例两侧梨状肌均为两块,上、下梨状肌分别始于第2、5骶椎前面的外侧部。两块肌肉在走行进程中无交错现象,并且在两块肌肉交叉部有一宽约0.3cm的间隙,此例臀中肌的一部分肌束即骨盆束起于第1骶椎前面外侧缘,经梨状肌上孔出盆,与臀中肌正常肌束合并而止于大转子。此例两侧坐骨神经均在骨盆内就分为胫神经与腓总神经,其中胫神经通过上、下梨状肌间隙,而腓总神经在臀中肌骨盆束与上梨状肌之间出骨盆,这种变异较为罕见。

梨状肌为臀部一个重要标志,在其上缘有臀上动脉及臀上神经穿出,在其下缘有臀下动脉、臀下神经、坐骨神经、阴部内动脉、阴部神经及股后侧皮神经等结构穿出。梨状肌在伸髋时能使髋外旋,屈髋时能使髋外展。

2. 坐骨神经临床病变的解剖基础

(1) 梨状肌综合征:正常情况下,坐骨神经由梨状肌下缘穿出,垂直向下,其行程不受肌肉阻挡,下肢做任何方向运动时,神经均不致受到压迫与异常刺激。

梨状肌为外旋肌,下肢外旋时变为紧张。正常情况下,当梨状肌收缩时,对坐骨神经并无妨碍,但如腓总神经系高位分支,由梨状肌肌束间或肌束上穿出,或坐骨神经由梨状肌穿出,当梨状肌紧张,特别在外旋时,由于肌束幅度改变,两束间间隙减小,由其间穿出的神经便受到压迫,出现所谓梨状肌综合征。中国人坐骨神经与梨状肌两者关系的变异约占29.5%,在诊断坐骨神经痛病因时应加以考虑。关于梨状肌综合征发生的原因,有的学者认为,组成坐骨神经的神经根周围

有瘢痕或蛛网膜炎,从椎间孔到臀部这一段神经根发生粘连,移动范围小,随之张力变大;还有的学者指出,坐骨神经本身不一定有改变,而主要由于梨状肌受到刺激后发生痉挛、肥大,甚至挛缩压迫坐骨神经所致,属于神经卡压综合征;另外,髋髂关节疾患引起梨状肌病变时也可引起。

虽然梨状肌与坐骨神经关系异常经常出现,但梨状肌综合征的发病率并不高,可能只是在其他因素作用下致病的一个内在因素。正常大腿外旋时,梨状肌起止点靠近而肌腱放松,肌腱与肌腱之间或肌腱与骨面之间相互分开,间隙变大,神经顺利通过;大腿内旋时,梨状肌起止点远离,肌腱紧张,相互靠拢及贴近骨面,间隙变窄而受到挤压。变异的梨状肌和坐骨神经容易受到外伤和炎性刺激,而引起梨状肌挛缩,挤压梨状肌内和坐骨神经的营养血管,致局部循环障碍及瘀血水肿,而引起梨状肌综合征。

(2) 坐骨神经痛:坐骨神经痛在骨科疾患中常为伴发症状,原因很多,从构成坐骨神经的神经根开始,坐骨神经全程任何一段如受到压迫、刺激均可引起。进行直腿抬高试验,使患者尽力屈颈,或过度背屈踝关节时,均因坐骨神经受到牵引而使疼痛加剧。此种疼痛常发生于臀部,放射至大腿后面、小腿外面及后面、足的外缘及足背的一部或全部。按压坐骨大切迹,常引起腘窝及腓骨头外后方剧痛。为鉴别腰腿痛是否因神经根受压,可作坐骨神经紧张试验,使患者端坐于检查台的边缘,头部及腰部保持平直,两上肢下垂于身体两侧,膝部屈曲 90° ,两腿下垂于桌边,术者将患侧膝部逐渐伸直,直至疼痛时为止。然后将膝回缩屈曲少许,以手指按压腘窝中央,虽然轻压局部亦能引起疼痛,此为神经根受压的主要依据。此法较直腿抬高试验更为准确,即使神经根轻微受压,患者在测验前,只要低头和背屈踝关节,疼痛亦甚明显。

3. 梨状肌松解操作分析 在对梨状肌进行针刀治疗之前,

要对梨状肌投影部位有一个明确的了解,以确定压痛部位是在梨状肌上孔、下孔还是在肌腹,或是在转子尖的抵止端。如果对以上部位的治疗无效或疗效差,而且又无梨状肌相邻组织损伤时,应该考虑有否梨状肌近端损伤。触诊方法如下:触诊点应选在梨状肌投影区髂骨外侧缘旁开4cm处,亦即坐骨神经的内侧缘。指力透过臀大肌并斜向髂骨外缘的深部。如出现压痛,即可能是梨状肌近端损伤。

在针刀治疗时,按照以上指压触诊点刺入针刀,进入臀大肌后将针体向外侧摆动 $40^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 刺向髂骨外缘,当针刀触及髂骨外缘时,再压低针体斜刺向梨状肌近端的梨状肌近端肌腹,并做肌腹内松解多可获效。

4. 梨状肌相邻组织损伤分析

(1) 臀大肌:梨状肌是臀部深层肌,其外侧的 $2/3$ 以丰富的疏松组织与之相邻并被臀大肌覆盖。

梨状肌损伤多伴有不同程度的臀大肌损伤,在触诊时应先检查臀大肌,并在臀大肌的起始部与肌腹部的压痛点进行针刀松解,而后再做梨状肌松解治疗。

(2) 坐骨神经床:梨状肌的下部是上、下孖肌,闭孔内肌、股方肌。坐骨神经(从梨状肌下孔)走行于以上肌群之后,这群平整的肌肉称坐骨神经床。组成坐骨神经床的任何一块肌肉的损伤,出现无菌性炎症,同样会刺激坐骨神经而引起坐骨神经痛或臀部疼痛。

(3) 髋髂关节与盆腔:梨状肌前面,内侧 $1/3$ 与髂丛及盆腔相邻。梨状肌后面,内侧 $1/3$ 部紧邻髋髂关节囊的下部。所以髋髂关节损伤可以引起坐骨神经痛。

梨状肌起自小骨盆的后壁,肌纤维发自第2~5骶椎体的前面,在骶前孔的外侧,尚起自骶结节韧带,肌纤维向外下方集中由坐骨大孔出骨盆。因此从骨盆软组织解剖来看,梨状肌又属于骨盆的主要侧壁肌。当女性盆腔炎其炎性刺激波及梨状

肌时,可引起双侧梨状肌肿胀压痛,臀部不适并出现不同程度的坐骨神经痛。针刀治疗之前,应先治疗盆腔炎症。

(4) 髋关节:髋关节骨性关节炎,髋关节结核、股骨头坏死。其炎症刺激均可波及梨状肌,造成全梨状肌肿痛,并刺激坐骨神经引起坐骨神经痛。

梨状肌上端的下方与髋关节囊之间,偶尔可见大小不等的滑膜囊,其炎症刺激梨状肌,而使其挛缩而引起坐骨神经痛。触诊梨状肌(腓腹交界处)时,指下可出现挛缩的条索感,如果既有条索感又有周围钝厚的局限性压痛,应为本病。

(四) 腰骶部易误诊疾病

从小范围讨论腰骶部,虽然其范围比较小,但结构非常复杂,在不足 100cm^2 的范围内的软组织,包括了浅部的腰背筋膜,骶棘肌末端、棘上韧带;深部的棘间韧带,腰骶关节、椎间孔、 L_5-S_1 椎间盘及髂腰韧带与相关血管和神经,除了腰椎间盘突出症存在典型的椎旁压痛并放射痛外,其余部位触诊及主诉都比较模糊,在此仅就以下几项的解剖部位和病理特点进行讨论。

1. 骶棘肌末端损伤 骶棘肌是一个纵行肌群,位于脊柱的棘突和肋角内,肌性部分起于骶骨的背部,骶髂韧带和髂嵴上部,纤维向上到腰背部。筋膜部分与腰背筋膜的后层相融合。

腰椎的棘上韧带连接棘突,附着于棘突末端的后方及两侧,能控制脊柱的过度前屈,腰骶段棘上韧带最细而薄弱,并与腰背筋膜紧密愈着。

棘间韧带是棘突之间的韧带,附于两个棘突之间的较深处,腰骶部棘间韧带最粗,棘间韧带和棘上韧带均有防止脊柱过度前屈的作用,当脊柱前屈超过 90° 时,骶棘肌松弛,仅有韧带维持脊柱姿势,在极度弯腰时该部受力更大,损伤机会更多。从损伤机制分析,棘上韧带损伤是脊柱过度牵拉所伤,其

次就是椎体小关节紊乱，椎体轻度旋转棘突侧弯，附于其上的棘上韧带长期承受不正常的拉力所致。

触诊棘上韧带损伤，可触到棘突尖部纵行的条索状压痛肿胀区。左右横拨时出现“剥离”感；骶棘肌末端腰背筋膜损伤，应是棘突两侧出现的纵行肿胀纤维束，并无剥离感；骶棘肌末端损伤的肿胀压痛在其末端肌腹，触压时骶棘肌高度紧张，且延续到髂后上棘上缘及骶骨背面；棘间韧带损伤由脊柱过度前屈的拉伤（造成撕裂）和脊柱过度后伸的挤压伤所致，触诊时可在脊柱过伸位时于棘突间隙扪到团状的疼痛肿块，此肿块随脊柱前屈而消失或减小，其压痛亦随之减轻或消失。脊柱再度过伸时又会出现，此即肿胀的棘间韧带。

2. 腰骶关节损伤 腰骶关节由第5腰椎椎体与骶骨底的关节面以及两侧的小关节面构成，其构造与一般脊柱间关节无异。 L_5 常有畸形，如腰椎骶化或骶椎腰化，其两侧腰骶关节常不对称，运动时不协调，久而久之可产生创伤性关节炎，引起腰痛和下背部扭伤。

L_5 下关节突与骶椎上关节突间的关节属于滑动关节，同其他椎间关节一样，也具有关节腔和关节囊，关节面上也覆盖有透明软骨，只是关节面方向较腰椎椎间关节更接近额状位，这样可以防止 L_5 在骶骨上向前滑动，同时在运动上具有较多的灵活性。腰骶关节属于微动关节，其间的椎间盘较其他腰椎间的椎间盘为厚，前侧较后侧尤厚，可以加大腰椎前凸。

当身体起立时，在腰骶关节以及最下部数个腰椎的峡部之间，剪力极大，突然用力或摔跌而发生的杠杆作用，以及肌肉痉挛，都能使体重作用于这些部分的剪力大为增加，腰骶角的减少会使此部的稳定更为减低。

腰骶关节在一个斜面上受到增加的压力和剪力的作用，正常人骨盆倾斜 30° 时，压力是剪力的两倍，比例是2:1。腰椎前凸 15° 时，比例为1:1；前凸 25° 时，比例为1:2。腰椎前凸

过大，能引起进行性损伤，尤其在40~50岁的老年患者更为明显。如果腰椎前凸消失，则压力剪力减少。下背痛时，重力和体重这两种主要力量作用于关节的韧带和肌肉，任何机械改变都能引起椎间盘损害、肌肉痉挛和加重神经压迫。

腰骶关节为人体躯干和下肢的桥梁，负重大，活动多，遭受外伤机会较多，有时可发生关节突骨折。腰部急性损伤包括肌肉、韧带扭伤，90%多发生于腰骶关节或骶髂关节。腰骶关节有病变时，立、坐位及仰卧时均疼痛。立位屈曲时，骶棘肌痉挛，腰骶关节劳损，遂感疼痛并有运动限制。仰卧并双膝双髋屈曲时，因减少腰椎前凸，使关节劳损，故疼痛。直腿抬高试验时亦然，压痛点多在 L_4 、 L_5 、 S_1 棘突。

3. 髂腰韧带损伤 髂腰韧带亦称髂横突韧带，位于第4~5腰椎横突及髂嵴与骶骨上部前面之间，其纤维由腰4~5横突作放射状，相当于腰背筋膜的深层，前部纤维向下斜行，附着于髂嵴内唇的后半，偶尔形成一硬的镰刀形纤维束。凹度朝前。髂腰韧带是覆盖于盆前腰方肌筋膜的加厚部分，它的内侧与横突间韧带和骶髂后短韧带相混。髂腰韧带为宽而坚强的纤维束。由于 L_5 在髂嵴的平面以下，可抵抗身体重量所引起的剪力，这个韧带可以限制 L_5 的旋转，同时防止它在骶骨上朝前滑动。

髂腰韧带在第4、5腰椎横突和髂嵴内侧之间，大部分由骨性组织覆盖。病变后，因疼痛深在而使患者难以指示痛点的位置，只能模糊地述说疼痛部位。给诊断和治疗带来一定的困难。

大凡难以治愈的腰骶部疼痛及“不安腿”，均伴有不同程度的髂腰韧带损伤。表现为腰部屈伸、侧屈、旋转活动受限，端坐位，向患侧极度转身时疼痛加剧。

触诊在第4~5腰椎外侧缘和髂骨内嵴之间的髂腰角处有深在性压痛，严重者疼痛向患侧大腿后外侧放散。

4. 坐骨结节滑囊炎及周围炎

(1) 坐骨结节滑囊炎：在坐骨结节与臀大肌之间，有一个滑囊称坐骨结节滑囊，亦称臀大肌坐骨囊，若反复刺激可致滑囊壁水肿增厚，囊腔积液，多见于骑牧、缝纫及伏案久坐者。触诊坐骨结节顶部有压痛、囊性感。在蹲位、坐低凳、躯干前屈时，可诱发疼痛。

针刀治疗本病，一般经一次即可治愈，操作方法如下：

经镇痛液注射后，以针刀将滑囊壁层刺穿3~4处，术毕，再以挤压法将囊中积液挤入组织间隙即可。

(2) 坐骨结节周围炎：本病是指坐骨结节周围的软组织的无菌性炎症。临床可见坐骨结节周围的软组织中起始于或抵止于坐骨结节，若这些组织慢性劳损，扭挫伤后，在坐骨结节周围造成水肿、粘连、机化结疤，均可出现坐骨结节周围压痛及臀部深在性疼痛，不能下蹲，不能端坐，甚至出现坐骨神经痛。

股二头肌长头起于坐骨结节上部的下内切迹；骺结节韧带止于坐骨结节内上部；下孖肌长头起于坐骨结节外上部；股方肌起于坐骨结节外侧，大收肌坐骨部起于坐骨结节内下部；半腱肌、半膜肌起于坐骨结节下部。一旦这些组织的起始部或抵止端出现劳损均可以出现坐骨结节周围压痛，并引起臀部深在性疼痛或不适。临床经验不足者常因治疗不当、恢复不全而造成误治。经过认真触诊，确定压痛点在坐骨结节周边的位置，以针刀松解治疗，常可获得术毕病愈之效。

5. 髌髻关节损伤 髌髻关节在构造上属于滑膜关节，但从运动范围来看，可以认为是屈戌关节或滑动关节。其大小及形状随个体有很大差异，即使同一个人，两侧也不完全相同。髌髻关节为一真正的动关节，关节面覆以透明软骨，有滑膜、关节间隙及滑液，髌骨关节面呈凹面，而髌骨呈凸面。

在不良位置和肌肉不平衡的情况下，身体的负重会引起髌

髌关节的扭伤，亦可使韧带变为松弛，如此损伤的机会增多，这种扭伤亦可发生在腰髌关节。由于髌髌关节面凹凸不平，周围韧带多，各种暴力均可使关节面移位及韧带损伤。韧带或肌肉损伤后，局部血肿如不予以治疗，则可产生纤维性变，以致在肌肉、韧带或关节中发生粘连，引起慢性腰痛。

老年人在髌髌关节的下部，常有骨质增生，关节本身亦可骨化而融合。腰髌干位于髌髌关节下1/3的前方，其间只隔有关节囊，因此髌髌关节的骨质增生或炎症可刺激神经引起坐骨神经痛。

主要症状：伤后表现为一侧后腰部疼痛，站立走路时疼痛加重，转身困难，坐位或行走时，常采取手掌托住病侧臀上部、躯干向病侧略微前倾之姿势。平卧困难，常采取髌膝略屈之健侧卧位。若勉强伸直病侧下肢，必然引起疼痛。

检查：

(1) 立位时腰前弯、旋转受限，后伸、侧弯接近正常，坐位时腰前弯好转。骨盆左右对向挤压试验阳性，叩击病侧髌髌关节时有深在性压痛。

(2) 骨盆分离试验：亦称“4”字试验，即患者仰卧，病侧外踝置于健侧髌骨上缘处，医者一手固定健侧髌前上棘，另一手下压病侧膝部，如有扭伤，则病侧髌髌关节疼痛，此试验亦可用于耻骨联合分离时。

(3) 盖恩斯兰（Gaenslen）试验：即患者仰卧，健腿屈髌屈膝，病侧下肢移至床缘外并过度后伸，此时骨盆已扭转，病侧髌髌关节出现疼痛。

(4) 单髌后伸试验：亦称约曼（Yeoman）试验。即患者俯卧，医者一手固定髌部，另一手握住病侧踝部上提，使髌关节后伸，若有外伤则髌髌关节出现疼痛。

(5) 拍照60°X线斜位片，可见关节面排列紊乱。陈旧性者，关节面发白、粗糙。



三、针刀治验

(一) 颈椎病

孔某某，男，21岁，本校学生，初诊时间2002年12月9日。

既往史：6年前后枕部挫伤。现病史：篮球运动中头颈部挫伤，当时只感觉颈部出现弹响及不适，而后渐加重。翌晨症状再加重，扶颈来诊。

查体：头连颈痛，颈部功能障碍，前屈后仰，左右旋转时即显剧痛，后颈部两侧僵硬，压痛遍及双侧颈椎小关节及棘突。X线片所见：张口位枢椎齿突居中，棘突左偏（属生理性），寰枢关节正常。正位：C₃棘突右偏，C₃、C₄棘突左偏，钩椎关节无明显改变。侧位：正常颈屈消失变直且轻度反张，C₃、C₄前倾，C₃₋₄、C₄₋₅、C₅₋₆小关节见“双突征”。诊断为颈椎病。

治疗：①确炎舒松A 10mg + 2%利多卡因4ml + 注射用水至10ml于C₂棘突左下角，C₃、C₄、C₅、C₆双侧小关节5个点平均注射做神经阻滞。3分钟后在各阻滞点行针刀剥离治疗；②于C₃、C₄棘突行后仰位旋转复位法，术中手法顺利，均获复位弹响；③取坐位悬吊式颌枕牵引法3分钟，牵引重量8kg，术毕颈部功能改善大半。

二诊（2002年12月13日）：头痛完全消除，颈部尚留有不适，颈部功能基本恢复。X线复查：正位：偏歪棘突已拨正。侧位：颈屈已出现，但较正常颈屈略显不足。C₃₋₄、C₄₋₅“双突征”消失。

治疗：①C₃₋₄、C₄₋₅、C₅₋₆双侧小关节神经阻滞同初诊。②取坐位悬吊式颌枕牵引法6分钟，牵引重量15kg，术中配合后仰压肩式过伸法闻弹响告结束。

三诊（2002年12月21日）：头颈部症状基本消除，颈部

各项功能完全恢复。

治疗：取悬吊式坐位牵引6分钟，并配合指揉按摩法15分钟善后。

按语：此症于6年前颈部挫伤失治，故本次的严重症状属运动伤害引发宿疾所致。所幸及时摄X线片配合，故小关节紊乱，机体前倾、双突征、颈屈反张等症一目了然，所施治疗手段中神经阻滞，针刀术、按摩牵引术、颈椎旋转复位法相互配合，疗效确切痛苦小。得三次而愈，更显现出针刀与药物配合，针刀与手法结合之优势所在。

（二）腰椎间盘突出症

崔某某，男，32岁，旅顺市农民，初诊时间2002年7月6日。

既往史：右侧腰连腿痛5年余，逐年加重，CT诊断（2002年6月15日）为L₃₋₄间盘膨出，L₄₋₅间盘脱出。现病史：自CT诊断前1个月发病以来，未间断治疗却不见好转，主要表现为腰连右侧腿痛，咳嗽、行走加剧不能平卧，呈弯腰偏臀样跛行。

查体：腰背肌紧张，臀右偏。L₃₋₄、L₄₋₅棘间右侧压痛且放散至小腿。双侧L₃横突压痛，右梨状肌，臀大肌、髂胫束上段，胫骨前肌，腓肠肌内侧均见疼痛性条索及肿硬结节，直腿抬高试验左65°（-）、右35°（+），L₅棘突右偏。

治疗：①骶管神经阻滞：以确炎舒松A 5mg + 2%利多卡因2ml + 生理盐水至30ml缓慢注入。②右梨状肌、臀大肌神经阻滞：以确炎舒松A 5mg + 2%利多卡因2ml + 生理盐水至20ml在梨状肌、臀大肌选点浸润注入。③右侧椎间孔神经阻滞以确炎舒松A 5mg + 2%利多卡因1ml + 生理盐水至5ml，刺入L₄₋₅右侧椎间孔，回抽无血快速注入。

阻滞结束后行腰臀部按揉法放松肌肉组织，再行强制右侧直腿抬高，力求出现臀及腰部牵扯痛。以求撕脱梨状肌、椎间