

责任编辑：郭春喜 封面设计：中天盛丰

常见病针刀疗法

CHANGJIANBING ZHENDAO LIAOFA



ISBN 978-7-5082-7336-5

定价：20.00元

ISBN 978-7-5082-7336-5



9 787508 273365 >

常见病针刀疗法

徐汝德 王纪伟

徐建秀 范 鹏

编著

金盾出版社

足广大爱好者及基层医生的学习和阅读欲望,特编撰了《常见病针刀疗法》一书。

本书遵照“理论知识简述,操作技术详写”的原则进行编写。全书共分十章。第一章基础知识概论,简要介绍了针刀治疗疾病的理论学说及作用原理,针刀疗法的适应证、禁忌证和异常情况的处理及注意事项等;详细介绍了针刀疗法的基本操作方法、针刀器械的规格型号及适用范围和针刀医学常用的整复手法。其余九章是本书的主要内容,分别介绍了内科、外科、妇科、儿科、皮肤科、五官科、神经科、软组织损伤和骨关节疾病的具体治疗方法。纵观前后,书中内容涉猎广泛而翔实,可操作性强,比较适合针刀初学入门者阅读参考。

本书在撰写中曾参阅了许多公开发表的有关学术文献和著作,有的还进行了引用。在此,谨向原作者表示感谢和敬意!由于水平有限,不足和疏漏之处,恳请专家及读者批评指正。

徐汝德



二十八、梨状肌损伤综合征	(190)
二十九、臀中肌损伤	(192)
三十、慢性腰臀部肌肉损伤	(194)
三十一、髂腰韧带损伤	(198)
三十二、膝关节内侧副韧带损伤	(200)
三十三、髌下脂肪垫损伤	(201)
三十四、髌下滑囊炎	(203)
三十五、踝管综合征	(204)
第十章 常见骨关节疾病针刀疗法	(206)
一、寰枕筋膜挛缩型颈椎病	(206)
二、寰椎前移位型颈椎病	(207)
三、钩椎关节旋转移位型颈椎病	(210)
四、腰椎旋转移位型骨质增生	(213)
五、腰椎前移位	(214)
六、神经根型腰椎间盘突出症	(216)
七、中央型腰椎间盘突出症	(218)
八、周围型类风湿关节炎	(220)
九、手和腕关节类风湿关节炎	(225)
十、肘关节类风湿关节炎	(229)
十一、膝关节类风湿关节炎	(232)
十二、足和踝类风湿关节炎	(235)
十三、髌骨软化症	(238)
十四、膝关节外伤性滑膜炎	(240)
十五、膝关节骨性关节炎	(242)
十六、指关节强直	(244)
十七、腕关节强直	(246)
十八、踝关节强直	(247)



到骨内减压的作用。

(二) 针刀进针方法

针刀疗法是一种闭合性手术,其进针方法的难度相对较大。医生必须对病变部位准确定位,这种定位包括平面定位和立体定位。要想准确定位必须熟悉精细解剖学、立体解剖学、动态解剖学及体表定位学等有关人体的各部位解剖结构知识。只有在精确定位的前提下,再配以科学的手术进针方法,才能安全有效地进行手术治疗。

1. 针刀的一般进针方法 适用于多种骨伤科慢性软组织损伤疾病的治疗,简称为四步进针规程。

(1)确定进针点:根据患者病情,认真检查确定病变部位,然后在进针点皮肤上用甲紫溶液做一标记性符号。局部常规消毒后,覆盖上无菌洞巾(图 30A)。

(2)确定针刀走向:针刀刀口末端底线宽 0.8 毫米,为避免不应有的损伤,将刀口压在进针点上。

(3)加压分离:在做好针刀走向后,右手拇、食指捏住针柄,其余三指托住针体,稍加压力,不使其刺破皮肤。这时在进针点处可出现一凹陷,刀口线和人体内的血管、神经、肌肉纤维的走向平行。这样血管和神经就会分离在刀刃两侧(图 30B)。

(4)针刀刺入:当继续加压,针刀刀口下会出现一种坚硬感,说明刀口下皮肤已被挤到接近骨质,稍一加压即可刺入皮肤。此时进针点凹陷基本消失,神经、血管即膨起在针体两侧(图 30C)。针刀进入病灶后,即可根据病情进行针刀手法治疗。

2. 治疗腱鞘炎的手术进针方法 本方法适用于腱鞘炎针刀手术治疗时的进针。具体操作:严格按照以上进针方法规定的四步进针规程,将针刀刺入,刺穿腱鞘外侧壁(骨远侧的腱鞘壁),再穿过肌腱,到达腱鞘内侧壁(与骨相邻的腱鞘壁),尔后进行针刀手



治疗时进针。具体操作：首先要找准深层组织的体表投影，确定病变位置，并弄清楚此处的解剖层次，如神经、血管、肌肉、韧带等，依浅层组织为依据，按针刀手术的四步进针规程将针刀刺入，到达病变组织后，调转刀锋，使刀口线与病变部位的神经血管和肌肉纤维走向平行，而后即可进行各种手术治疗方法(图 32)。

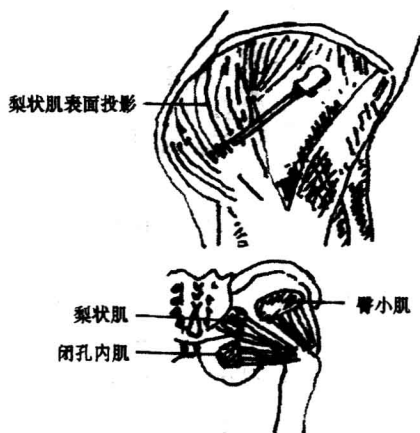


图 32 按体表投影针刀深层组织进针方法

4. 按骨突标志的进针方法 本方法适用于附近有骨突标志疾病的体内针刀治疗。具体操作：首先熟悉骨突标志的内涵，如骨突标志是在体表可以触知的凸起(喙突、桡骨茎突、关节突、上下肢的内外髁等)。凸起一般都是肌肉和韧带的起止点，也是慢性软组织损伤的好发部位。如果是骨突附着的软组织病变，按针刀一般的进针方法(即四步进针规程)刺入后直达骨面，然后进行针刀手术：如果是腱鞘病变，按腱鞘的进针方法；如是骨突附近的滑囊病变，根据滑囊的立体定位，先按针刀的一般进针方法刺入穿过滑囊，刀锋到达滑囊对侧的内侧壁(就是靠近骨的一侧滑囊的内壁)，然后进行“十”字形切开(图 33)。



痰、痰量多,典型的痰呈红棕色胶冻状,且不易咳出。多数患者伴有胸痛,严重病例可出现周围循环衰竭、肺水肿和呼吸衰竭。肺部有实变体征或有呼吸音减弱和湿性啰音。

②实验室检查。白细胞总数多数增加,但也可正常或减少。痰培养多检出病原菌,未治疗者 20%~50% 血培养阳性。痰液革兰染色涂片常见大量革兰阴性杆菌。

③X 线检查。有大叶性实变征象,内有不规则透光区,少数呈支气管肺段分布。

(5)病毒性肺炎:实验室检查周围血白细胞计数常低下,但也可能正常或中等度升高,中性粒细胞比例偏低。取痰液或咽拭子可分离病毒。快速诊断如用免疫荧光技术,用鼻咽分泌物或灌洗液进行脱落细胞检查。

(6)支原体肺炎:肺炎支原体侵入肺部后,首先引起小支气管及肺间质的充血、水肿及炎性细胞浸润,继而发生肺泡的渗出与实变。病变初期 X 线表现主要为肺纹理增多、模糊,呈网状改变,继而出现局限性炎性实变,多在肺门区或其下方,形成密度稍高的片状影,边缘部分密度更淡。病变多局限于肺段内,一般不超过肺叶。

(7)真菌性肺炎:大多数继发于白血病、癌症等严重疾病晚期或接受免疫抑制治疗而致防御功能下降的患者,也可能是艾滋病患者和抗生素治疗的一种并发症。诊断主要依靠痰液或者支气管肺泡灌洗液培养。胸部 X 线表现多种多样,无特征性,可为支气管肺炎、大叶性肺炎或弥漫性小结节样改变。

(8)吸入性肺炎:主要依靠病史诊断。肺部 X 线检查可显示受累肺段浸润。

2. 鉴别诊断 肺炎常需与下列疾病鉴别。肺结核,X 线胸片及患者痰中可找到结核分枝杆菌;肺癌,痰中发现癌细胞可以确诊,有时需 X 线体层摄片、CT、MRI 检查,痰脱落细胞和纤维支气



边界的透光区,偶见浅液平。

(2)实验室检查:阳性结果有助于诊断。

①痰找结核杆菌。

②结核菌素试验。

③血清结核杆菌抗体测定。

④痰、尿、胸水聚合酶链反应检测。

(3)其他检查:纤维支气管镜检查及穿刺做活组织病理学检查,胸部CT检查,均有助于发现隐匿性病灶及对孤立性结节的鉴别。

3. 活动性判定 用于对治疗的评估。

(1)活动期:X线见渗出型和渗出增生型病灶,干酪性肺炎、干酪灶和空洞。痰菌阳性的活动性肺结核,具有传染性。痰菌阴性而X线显示活动性病灶,为非传染性。

(2)稳定期:病变无活动,痰菌连续阴性6个月以上,或有空洞,但痰菌连续阴性1年。

(3)临床痊愈:稳定性病例,经2~3年观察病灶不变,痰菌持续阴性。

4. 鉴别诊断 原发型肺结核应注意与肺癌、肺脓肿鉴别,支气管淋巴结核应注意与结节病、淋巴瘤等鉴别,血行播散型肺结核应注意与伤寒、败血症等鉴别,继发型肺结核应注意与各类细菌性和非细菌性肺炎、肺脓肿、支气管扩张等鉴别。

【治 疗】

1. 针刀治疗 针刀治疗肺结核主要是消除结核杆菌致病感染因素,调节电生理线路的功能障碍和新陈代谢的基本生命活动功能下降及微循环障碍等,使之生理平衡,恢复人体健康。

(1)患者取俯卧位,将颈₇和胸₁的两棘突连线中点处标定出一个针刀治疗的进针点。做局部皮肤术野常规消毒,铺覆洞巾。将针刀刀口线与脊柱纵轴线平行,针体斜向下方与背部呈80°刺



入皮下,深度达 0.3~0.5 厘米,采用针刀纵行剥离手法,剥离 2~3 刀即可。出针后,用创可贴贴敷针孔。

(2)将胸_{4~5}棘突连线中点作为标识点,通过此点做一垂直于脊柱纵轴线的横线,以标识点沿此线分别向两侧各旁开 3 寸(同身寸)处标定出两个针刀治疗的进针点。局部术野常规消毒,在此两点分别进针。将刀口线和脊柱纵轴线平行,针体和背部平面垂直刺入体内,深达肋骨背面,用纵行剥离手法,缓慢剥离 2~3 下。出针后用创可贴封盖针孔。

(3)将胸_{3~4}棘突连线中点,做一垂直于脊柱纵轴线的横线,以此中点向两侧各旁开 1.5 寸(同身寸)处,标定出两个针刀治疗点。局部皮肤术野常规消毒,覆盖洞巾。将刀口线与脊柱纵轴线平行,针体垂直于背部皮肤平面刺入体内,深度至肋骨背面,采用纵行剥离手法,缓缓剥离 2~3 刀即可。出针后用敷料或用创可贴封盖针孔。

(4)于两侧髌韧带外侧缘凹陷处各标识出一点,向下 3 寸(同身寸)距胫骨中线后外方 1 寸(同身寸)处标定针刀治疗点。局部皮肤术野常规消毒,铺覆洞巾。将刀口线和胫骨中线平行,使针体和人体冠状面垂直刺入针刀。深度至 1.5~2 厘米处,应用针刀纵行剥离手法,缓慢剥离 2~3 刀。出针后用敷料覆盖针孔,胶布固定。

以上针刀疗法每 2 周进行 1 次。

2. 手法治疗 针刀术后在双侧肘横纹外侧,肱桡肌内侧指压 10~20 秒钟。在锁骨下第 1~2 肋骨间距身体前正中线 6 寸(同身寸)处,指压 10~20 秒钟。

3. 常规治疗 初治病例选用异烟肼、利福平或利福定、链霉素、吡嗪酰胺、乙胺丁醇等一线药物中的 3 种药物联合应用,强化治疗 2 个月后再巩固治疗 5 个月。复治病例用 4 种药物联合治疗或选用二线药物治疗。耐药菌可选用异烟肼、利福定、乙胺丁醇



组织堆积,导致前列腺腺体增大,外层包膜增生。增生的包膜又可刺激前列腺,使其变硬变厚,失去弹性。增大的前列腺腺体会压迫尿道和精道管缩小,使之缩窄、甚至堵塞。另外,内因反复作用可引起非细菌性慢性前列腺炎,内、外因共同作用就可引起细菌性慢性前列腺炎。

【诊断要点】

1. 临床表现 尿道滴白,并有尿后余沥,尿意不尽及尿道口有黏液或黏丝等。腰骶部疼痛,有时可向会阴部、耻骨上、腹股沟、股部及外生殖器处放射,有性功能减退或消失或射精痛、血精、周身乏力、失眠多梦、情绪低落等。

直肠指检,前列腺腺体大小不等,可以是正常大小,也可以因腺体纤维化而硬化萎缩,或因细胞浸润而肿大,表面不规则,质地韧,有的有结节、压痛。

2. 辅助检查 实验室检查前列腺液呈微黄混浊或含有絮状物,前列腺液中白细胞增多,每高倍视野超过 10 个以上即可诊断。

【治 疗】

1. 针刀治疗 针刀可治疗局部软组织损伤和调整电生理线路电流量,配合其他疗法,可从根本上予以治疗。

(1) 针刀调整电生理线路

①患者取仰卧位,在脐正下方 4 寸(同身寸)处标定出一个治疗进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与身体纵轴线平行,针体与进针点皮肤表面垂直刺入皮下 0.5~1 厘米,采用纵行剥离手法,缓慢剥离 2~3 刀。出针后用创可贴封盖针孔。

②患者取仰卧位,在双侧小腿内侧面的下部,内踝上缘 3 寸(同身寸)处各标定出 1 个治疗进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与下肢纵轴平行,针体与进针点皮肤平面垂直,加压分离刺入体内,采用纵行剥离手法,慢慢剥离 2~3 刀。出针后用创可贴封盖。



2. 辅助检查

(1) B超检查:对结石的发现率可达90%以上。

(2) 胆囊造影:对胆结石发现率较高;但有的患者确有胆结石,而检查结石可能为阴性。

【治 疗】

1. 针刀治疗 针刀可以调节电生理线路的电流量,配合其他疗法即可治愈胆囊结石。

(1) 患者取坐位(体弱者取仰卧位),在双侧小腿外侧上部,当腓骨小头前下方凹陷处及其直下2寸(同身寸)各标定出1个治疗进针点。局部皮肤术野消毒,使刀口线与腓骨长肌纤维平行,针体与进针皮肤平面垂直加压分离,针刀刺入体内1~1.5厘米,用先纵行后横行的治疗手法剥离2~3刀即可。出针后用创可贴封盖针孔。

(2) 患者取仰卧位,在乳头垂直下方,第六肋间处进行针刀治疗。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。先从第六肋的下缘或第七肋的上缘进针,使刀口线与腹外斜肌纤维平行,针体与进针点皮肤平面垂直,加压分离,刺入体内的针刀深入到骨面后,将刀锋移至两肋间,采用纵行剥离手法剥离2~3刀。

(3) 患者取仰卧位,在乳头垂直下方,第九肋软骨下进行针刀治疗。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。先从第九肋的下缘或第十肋的上缘进针,使刀口线与腹外斜肌纤维平行,针体与进针点皮肤平面垂直,刺入皮下的针刀直达骨面后,将刀锋移至两肋间,采用纵行剥离手法小幅度缓慢剥离2~3刀。出针后用创可贴封盖针孔。

2. 常规治疗

(1) 口服利胆药,如硫酸镁、消炎利胆片、清肝利胆口服液、保胆健素等;服用溶石药,如熊去氧胆酸、鹅去氧胆酸、消石素等。有寄生虫感染者应当驱虫治疗。



者取俯卧位，在压痛、结节、条索等阳性反应点上标定出进针点。局部皮肤术野消毒，覆盖洞巾。使刀口线与脊柱纵轴平行，针体与进针部位皮肤平面垂直，刺入皮下直达肋横突关节面；如在两肋之间，也不可超过肋骨的外侧面；如在棘突之间，深度达椎管外3毫米以上。有压痛者采用纵行剥离手法和横行剥离手法即可；有结节或条索者，则可取用纵行切开手法或瘢痕刮除手法。在治疗期间，一般7日复诊1次，以上病变如未彻底消除者，则应继续治疗，方法如上。

(3) 针刀治疗单纯电生理线路障碍：检查胸_{10~11}椎体既无关节移位，又无压痛、结节等病理变化，此为单纯电生理线路障碍所致。

①患者取坐位或仰卧位，在双侧小腿前侧上部，髌韧带外侧凹陷处下5寸（同身寸），胫骨前缘旁开一横指处标定出一个治疗点，双侧共2点。局部皮肤术野消毒，使刀口线与下肢纵轴平行，针体与进针部位皮肤垂直，加压分离进针。用纵行剥离手法缓慢剥离2~3刀。出针后用创可贴封盖针孔。

②患者取坐位，在双侧小腿前侧上部，髌韧带外侧凹陷处下3寸（同身寸），胫骨前缘旁开一横指处标定出一个治疗点，双侧共2点。局部术野消毒，使刀口线与下肢纵轴平行，针体与进针平面垂直刺入体内，用纵行剥离手法慢慢剥离2~3刀。

③患者取仰卧位，在患部压痛点上标定出一个进针点。局部皮肤术野消毒，铺盖洞巾。使刀口线与人体前正中线平行，针体与腹部皮肤平面垂直刺入0.5~1.5厘米，至有坚韧感和柔韧感为止。患者出现胀痛或酸痛时，用纵行剥离手法缓慢剥离2~3刀。出针后用敷料覆盖针孔，胶布固定。

2. 手法治疗 骨关节移位者，用胸椎整复手法治疗。脊柱区带软组织损伤者，出针后用拇指在针孔上按压20~30秒钟，以促进微循环，加快电生理线路恢复。单纯电生理功能紊乱，无需手法治疗。



病程短、结石形态规整,肾功能良好,无感染,输尿管无梗阻者。非手术治疗的措施是解痉、镇痛、补液、利尿、抗感染、中药及针刺排石等。体外震波碎石术,主要适用于输尿管无狭窄的各段输尿管结石等。腔内器械取石术,包括用输尿管肾镜、输尿管镜及膀胱镜碎石、取石术,可适当选用。

【防护与调养】 患泌尿系统感染性疾病,应及时治疗,争取早日痊愈。继发结石,应积极治疗原发病症。平时多饮水,多参加体育活动。发现有腰部疼痛,尿液混浊或偶见血尿等情况,应及时就诊检查。

六、慢性膀胱炎

慢性膀胱炎是泌尿系统最常见的疾病,几乎全部为继发于泌尿系及泌尿系外的病变,而绝大多数是由革兰阴性菌引致,女性发生率是男性的10倍。

【病因病理】 针刀医学认为,主要由于长时间憋尿引起疲劳性损伤或情绪性损伤而发生本病。同时还有卫生不洁的侵害性损伤所致。由于电生理线路参与免疫功能,如不能正常及时清除致病菌,可导致膀胱局部软组织损伤,产生一系列病理变化。

【诊断要点】

1. **临床表现** 反复发作或持续存在尿频、尿急、尿痛,尿液混浊,并有耻骨上膀胱区不适,膀胱充盈时疼痛较明显。

2. 辅助检查

- (1)尿常规检查可见尿中有白细胞、脓细胞。
- (2)B超、排泄性尿路造影等能帮助了解有无尿路畸形、结石或肿瘤。
- (3)膀胱镜检查可见脓尿、脓苔、膀胱黏膜充血、水肿或小梁,有时见憩室、结石、异物或肿瘤。由于腺性膀胱炎、间质性膀胱炎、



常见病针刀疗法

条索结节在胸₁₂、腰_{1~2}椎体病理区带范围内找到,或者在骶骨孔周围者,依此标定进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与阳性反应物纵轴平行,针体与进针平面垂直刺入皮下,条索硬结者务必切开、刮碎。出针后用敷料覆盖,胶布固定。

(3)针刀调节电生理线路:在治疗中,剥离速度宜慢。

①患者取仰卧位,在脐正下方3寸(同身寸)处标定一个进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与人体纵轴平行,针体与进针部位皮肤平面垂直刺入0.8厘米,采用纵行剥离手法纵剥2~3刀。出针后用创可贴封盖针孔。

②患者取仰卧位,在脐正下方4寸(同身寸)标定一个进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与人体纵轴平行,针体与进针部位皮肤平面垂直刺入0.8厘米,采用纵行剥离手法纵剥2~3刀。出针后用创可贴封盖针孔。

③患者取仰卧位,在小腿前内侧面的下部,当内踝上缘3寸(同身寸)胫骨内侧缘后方凹陷处。在比目鱼肌与屈趾长肌之间标定出两个治疗点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与人体的纵轴平行,针体与进针平面垂直刺入1厘米,采用纵行剥离手法纵剥2~3刀。出针后用创可贴封盖针孔。

④患者取俯卧位,在第二腰椎棘突与第三腰椎棘突连线的中点各旁开1.5寸处,分别定出2个进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与人体纵轴线平行,针体与进针部位皮面垂直刺入皮下1厘米,采用纵行剥离手法纵剥2~3刀。出针后用创可贴封盖针孔。

⑤患者取卧位,在8个骶骨外孔处标定出进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与人体纵轴平行,针体与进针部位皮肤平面垂直,注意避开血管神经,在骶骨孔内缘进行纵向剥离2~3刀。出针后用创可贴封盖针孔。

2. 手法治疗 如属于椎体移位者,针刀术后立即进行手法治



离 2~3 刀,再横行剥离 2~3 刀。出针后用创可贴封盖针孔。

(2) 针刀对肌腹部的治疗:患儿取侧卧位,患侧在上,在胸锁乳突肌下段的条索、硬结处取数点(一般 3~4 点),局部皮肤消毒,覆盖洞巾。用手将肌腹捏起,针刀与体表呈 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ 斜行刺入,刀口线与肌纤维平行,用通透剥离法,注意勿垂直刺入,以防误伤大血管。

(3) 针刀对止点的治疗:患儿取侧卧位,患侧在上,在止点处的痛点及硬结或条索处标定出 2~3 个进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与肌纤维平行刺入,深达乳突骨面,采用纵行切开剥离法,纵剥 2~3 刀。出针后用创可贴封盖针孔。

2. 辅助治疗 6 个月以内的患儿一般不用针刀治疗,仅用轻柔的手法加姿势纠正;5 岁以下的患儿行针刀治疗需配合麻醉镇痛;而 5 岁以上的患儿随年龄增长,胸锁乳突肌的挛缩及缺血性肌纤维变性加重,针刀治疗的次数会增加,同时需对颈胸椎的侧弯畸形进行矫正。

3. 手法治疗 每次针刀术后,均须立刻进行手法治疗。主要方法为分筋、理筋及肌抗阻力牵拉。针刀间隔期间以传统的推拿按摩手法为主,目的是帮助肌肉恢复血液循环,解除硬结,增加弹性。

4. 常规治疗 可用手法矫正治疗。手术配合仪器矫正治疗。

【防护与调养】 针刀治疗后立刻配合弹性颈托固定。行小剂量(牵引重量为体重 5%)持续牵引,每日 3 次,每次持续 40 分钟。可根据所具有的条件选择超短波、远红外等配合治疗。

二、小儿膝内翻

小儿膝内翻俗称“O”型腿,是由于婴儿时期缺乏维生素 D,以致骨质缺钙、变软、骨骼发育障碍引起的肢体畸形。临床以非特异性的神经精神症状,如多汗、夜惊、烦躁不安及骨骼改变为特征。

【病因病理】 本病因缺乏维生素 D 和日光照射,或肠道疾



四、小儿发育性髋关节脱位

小儿发育性髋关节脱位(过去称为小儿先天性髋关节脱位),主要是髋臼、股骨近端和关节囊等均存在发育上缺陷而致关节不稳定,直至发展为髋关节的脱位。发病率女高于男,约为6:1。左侧比右侧多见,双侧者较少。

【病因病理】 约20%患儿有家族史。髋臼发育不良及关节韧带松弛;胎儿在子宫内胎位异常,承受不正常的机械性压力,影响髋关节的发育等均可引发本病。

【诊断要点】

1. 站立前期

(1)症状:新生儿和婴儿时期临床症状常不明显,不易引起家人的注意。如有下列体征时应考虑有发育性髋关节脱位的可能。

①两侧大腿内侧皮肤皱褶不对称,患侧皮皱加深增多。

②患儿会阴部增宽,双侧脱位时更为明显。

③患侧髋关节活动少且受限。蹬踩力量较健侧弱。常处于屈曲位,不能伸直。

④患侧肢体短缩。

⑤牵拉患侧下肢时有弹响声或弹响感。

(2)检查

①屈膝、屈髋外展试验。患儿仰卧,双髋关节和膝关节各屈曲90°位时,正常新生儿及婴儿髋关节可外展80°左右。外展受限在70°以内时,应疑有髋关节脱位。检查时若听到响声后即可外展90°表示脱位已复位。对髋活动受限和外展试验阳性者,即为Ortolani征或Barlon征阳性,应认为是可疑病例。

②加里阿齐征(Galeazzi):患儿仰卧,两下肢双膝各屈曲90°时,因髋脱位使患侧大腿短缩,所以患侧膝关节低于健侧膝关节,



贴尾骨前面刺入 0.8~1.2 厘米,采用纵行剥离手法快速纵剥 2~3 刀。

②患者取俯卧位,在第二腰椎与第三腰椎棘突连线的中点旁开 1.5 寸标定一个进针点,局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与脊柱纵轴平行,针体与进针部位皮平面垂直刺入 2 厘米,采取纵行剥离手法,快速纵剥 2~3 刀。出针后用创可贴封盖针孔。

③患者取仰卧位,在脐下 3 寸(同身寸)处标定一个进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与前正中中线平行,针体与进针部位皮肤平面垂直刺入 1 厘米,采用纵行剥离手法纵剥 2~3 刀。出针后用创可贴封盖针孔。

④患者取俯卧位,在第七颈椎与第一胸椎棘突连线的中点标定出一个进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与脊柱纵轴平行,针体与脊柱下段呈 60°进针 1 厘米,采取纵行剥离手法纵剥 2~3 刀。出针后用创可贴封盖针孔。

⑤患者取仰卧位,在双下肢内踝上 3 寸(同身寸)处各标定一个进针点。局部皮肤术野消毒,覆盖洞巾。使刀口线与下肢纵轴平行,针体与进针皮平面垂直刺入 2 厘米,采取纵行剥离手法纵剥 2~3 刀。出针后用创可贴封盖针孔。

(2)局部治疗:患者取卧位或坐位,皮损局部术野消毒,覆盖洞巾。用 2%利多卡因注射液 4 毫升,加入泼尼松龙 25 毫克,皮下浸润性麻醉。皮损面积在 5 平方厘米以内,在皮损边缘进针超过 6 平方厘米,在皮损中央进针,然后向四周剥离。

针刀进皮后,针体要与皮肤平行,在真皮和皮下组织交界处疏通剥离,对结缔组织纤维化较重者可做适当切开,但进针口只能是一处。对有血管神经或不宜操作的部位可将皮肤提起后操作。为减少组织渗出,术后常规加压 3 分钟。多个部位神经性皮炎可分次治疗。

大多数患者术后 1 周内痒感基本消失,2 周左右皮损逐渐变