

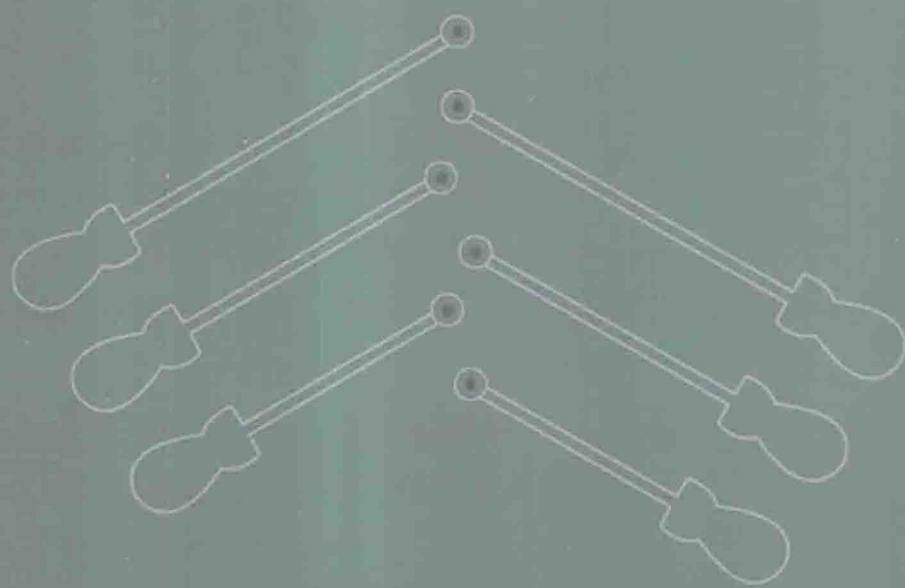
0 YIXUE

‡ ZHENGLIAO YU CAOZUO GUIFAN

# 针刀医学

## 临床诊疗与操作规范

中国针灸学会微创针刀专业委员会 制订



中国中医药出版社

# 针刀医学

## 临床诊疗与操作规范

中国针灸学会微创针刀专业委员会 制订

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

针刀医学临床诊疗与操作规范/中国针灸学会微创针刀专业委员会制订. —北京: 中国中医药出版社, 2012. 4

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0756 - 0

I. ①针… II. ①中… III. ①针刀疗法 - 技术操作规程 IV. ①R245.31 - 65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 006839 号

中国中医药出版社出版  
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层  
邮政编码 100013  
传真 010 64405750  
三河双峰印刷有限公司印刷  
各地新华书店经销

\*

开本 880 × 1230 1/16 印张 14.5 字数 451 千字  
2012 年 4 月第 1 版 2012 年 4 月第 1 次印刷  
书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0756 - 0

\*

定价 28.00 元  
网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换  
版权专有 侵权必究  
社长热线 010 64405720  
购书热线 010 64065415 010 64065413  
书店网址 csln.net/qksd/

# 《针刀医学临床诊疗与操作规范》

## 编写人员名单

主 审 王 华  
主 编 吴绪平 张天民  
副主编 吴汉卿 张秀芬 郭长青  
章汉平 李石良 张红星  
陈秀华 金泽明 王俊华  
编 委 (以姓氏笔画为序)  
朱其彬 刘叶飞 孙建强  
杨光锋 何国兵 周 爽  
周 琪 项咏梅 袁 浩  
黄贵伟 崔清国 彭勋超  
裴久国

# 序

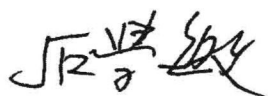
自针刀诞生之日起，经过 30 余年的发展，已从初期的小针刀疗法发展成为具有比较完整的理论体系和临床实践的新兴医学学科——针刀医学。针刀医学继承了中医学整体宏观的诊疗思路，又结合了人体解剖结构以及生物力学等西医学知识，是中西医结合的典范。

由于汉章教授英年早逝，在针刀诊疗方面，临床医生产生了一定分歧，直接影响了针刀疗效和针刀治疗的安全性。这对针刀医学的发展十分不利。因此，采集新的信息，取各家之长，编写一部简明扼要、实用性强的针刀诊疗规范来指导和规范临床针刀医师的行为成为刻不容缓的一项战略性任务。

由中国针灸学会微创针刀专业委员会组织全国针刀医学专家编写的《针刀医学临床诊疗与操作规范》，除了在文字上力求精练明确外，在内容上体现了“全面、实用、安全”三大特点。所谓“全面”是指内容涵盖了现有的针刀诊疗的常见疾病；所谓“实用”是指从方便临床针刀医师的实际需要出发，着重阐述了针刀医学对疾病的诊断依据、针刀治疗原则以及每一支针刀治疗疾病的全过程；所谓“安全”是指将针刀治疗与人体解剖结构相结合，从源头上避免了针刀盲目操作所引起的针刀并发症及后遗症。

最后，我衷心希望从事针刀医学的医务工作者脚踏实地，应用针刀为广大患者解除病痛，造福人类。

中国工程院院士  
天津中医药大学



2011 年 6 月 12 日

## 编写说明

20世纪70年代,朱汉章教授结合现代解剖学知识,将针灸针与外科手术刀的长处融为一体发明了小针刀,经过30多年的发展,在临床上,其适应证已从慢性软组织损伤、骨质增生等骨伤科疾病扩展到内、外、妇、儿、皮肤、五官等多科疾病,临床疗效也在不断提高。在教材建设上,2004年,朱汉章教授主编创新教材《针刀医学》上、下册由中国中医药出版社出版;2007年,由朱汉章教授任总主编,吴绪平教授、石现教授任副总主编的全国高等中医药院校规划教材(针刀医学系列)由中国中医药出版社出版;2008年,吴绪平教授主编创新教材《针刀医学》由中国中医药出版社出版;2009年,由吴绪平教授、张天民副教授编著的《中国针刀医学大型系列视听教材》一套20集正式出版;2011年,由吴绪平教授、张天民副教授主编的针刀专业研究生教材《针刀医学临床研究》,由中国中医药出版社出版。在学历教育上,湖北中医药大学于2006年在全国率先举办针灸推拿专业针刀方向5年制本科教育。在科学研究上,2005年,“针刀松解法的基础研究”被正式列为国家重点基础研究发展计划“973计划”中医理论专项课题。针刀疗法在国外逐步开展,亚洲、美洲、欧洲、非洲均有医务人员来我国学习针刀疗法,约有20多个国家和地区的医务人员应用针刀疗法治疗疾病。

针刀的疗效已获得了国家中医药管理局的认可,但由于对慢性软组织损伤、骨质增生及慢性内脏疾病的病因病理认识与人体解剖结构之间缺乏内在联系,所以针刀治疗多以压痛点治疗为主,无法控制针刀手术的危险性,严重影响了针刀的疗效,医疗事故偶有发生。

随着针刀医学的纵深发展,迫切需要对针刀诊疗疾病提供临床操作规范性标准。有鉴于此,我们编写了这部《针刀医学临床诊疗与操作规范》,希望为针刀临床医师提供一本科学、规范、权威而且临床实用性强的工具书。

本书共15章,计104个病种。每一病种按范围、术语和定义、诊断、针刀治疗和针刀术后手法治疗等体例编写。其核心内容在于对每种疾病的诊断和针刀治疗操作进行规范。全书以人体弓弦力学系统及慢性软组织损伤病理构架为基础,从点、线、面的立体病理构架分析疾病的发生发展规律,制定临床常见病多发病的针刀基础术式,如“T”形针刀整体松解术治疗颈椎病,“C”形针刀整体松解术治疗肩周炎,“回”字形针刀整体松解术治疗腰椎间盘突出症以及“五指定位法”治疗膝关节骨性关节炎等。将针刀治疗从“以痛为输”的病

变点治疗提升到对疾病病理构架整体治疗的高度上来，对规范针刀治疗部位有重要意义。同时，以人体解剖结构的力学改变为依据，阐述了每一支针刀治疗的全过程，包括定点、定向、针刀手术入路、针刀刀法，规范每一次针刀的治疗点、针刀治疗范围及其疗程，使针刀从盲视手术变为非直视手术，可从源头上杜绝针刀医疗事故的发生。

本书的阅读对象为各级医院的临床针刀医师。中青年医师用于掌握疾病规范化诊疗以及针刀治疗的方法；高年资医师在查房以及临床病例讨论中可将本书内容作为依据，使疾病的临床诊疗更加规范。本书所涉及的内容很广，但由于时间紧、任务重，不足和疏漏之处在所难免，敬请同道和广大读者提出宝贵意见，以利再版时修订提高。

《针刀医学临床诊疗与操作规范》编写组

2012年1月



## CONTENTS

<b>第一章 软组织损伤疾病</b> .....	1
<b>第一节 头颈躯干部软组织损伤</b> .....	1
一、帽状腱膜挛缩 .....	1
二、斜方肌损伤 .....	2
三、胸锁乳突肌肌腱炎 .....	4
四、头夹肌劳损 .....	6
五、肩胛提肌损伤 .....	7
六、菱形肌损伤 .....	9
七、竖脊肌下段损伤 .....	12
八、棘上韧带损伤 .....	13
九、棘间韧带损伤 .....	14
十、下后锯肌损伤 .....	15
十一、第3腰椎横突综合征 .....	16
十二、腹外斜肌损伤 .....	17
十三、髂腰韧带损伤 .....	19
<b>第二节 上肢部软组织损伤</b> .....	20
一、肩周炎 .....	20
二、冈上肌损伤 .....	22
三、冈下肌损伤 .....	23
四、三角肌滑囊炎 .....	24
五、肱二头肌短头肌腱炎 .....	25
六、肱二头肌长头腱鞘炎 .....	27
七、肱骨外上髁炎 .....	28
八、肱桡关节滑囊炎 .....	29
九、肱骨内上髁炎 .....	30
十、尺骨鹰嘴滑囊炎 .....	31
十一、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎 .....	32
十二、屈指肌腱鞘炎 .....	33
十三、腕背侧腱鞘囊肿 .....	35
<b>第三节 下肢部软组织损伤</b> .....	36
一、弹响髌 .....	36
二、臀中肌损伤 .....	38
三、膝关节内侧副韧带损伤 .....	39
四、髌韧带损伤 .....	40
五、鹅足滑囊炎 .....	41
六、踝关节陈旧性损伤 .....	42



七、慢性跟腱炎 .....	46
八、跟痛症 .....	48
<b>第二章 骨关节疾病 .....</b>	<b>50</b>
一、颈椎病 .....	50
二、腰椎间盘突出症 .....	55
三、膝关节骨性关节炎 .....	62
四、髌骨软化症 .....	64
五、膝关节创伤性滑膜炎 .....	66
<b>第三章 类风湿性关节炎 .....</b>	<b>68</b>
一、概述 .....	68
二、腕手关节病变的针刀治疗 .....	70
三、肘关节病变的针刀治疗 .....	77
四、肩关节病变的针刀治疗 .....	79
五、踝足关节病变的针刀治疗 .....	82
六、膝关节病变的针刀治疗 .....	84
<b>第四章 强直性脊柱炎 .....</b>	<b>86</b>
<b>第五章 股骨头坏死 .....</b>	<b>99</b>
<b>第六章 关节强直 .....</b>	<b>107</b>
一、肘关节强直 .....	107
二、桡腕关节强直 .....	108
三、指间关节强直 .....	112
四、膝关节强直 .....	117
五、踝关节强直 .....	119
<b>第七章 关节内骨折 .....</b>	<b>122</b>
<b>第一节 上肢 .....</b>	<b>122</b>
一、尺骨鹰嘴骨折 .....	122
二、桡骨茎突骨折 .....	123
<b>第二节 下肢 .....</b>	<b>124</b>
踝部骨折 .....	124
<b>第八章 常见内科疾病 .....</b>	<b>126</b>
<b>第一节 中风后遗症 .....</b>	<b>126</b>
<b>第二节 慢性支气管炎 .....</b>	<b>130</b>
<b>第三节 阵发性心动过速 .....</b>	<b>133</b>
<b>第四节 贲门失弛缓症 .....</b>	<b>135</b>
<b>第五节 慢性胃炎 .....</b>	<b>137</b>
<b>第六节 慢性溃疡性结肠炎 .....</b>	<b>139</b>
<b>第九章 常见妇科疾病 .....</b>	<b>141</b>

第一节	痛经	141
第二节	原发性闭经	142
第三节	慢性盆腔炎	143
第四节	乳腺囊性增生症	144
第十章	常见儿科疾病	147
第一节	小儿先天性斜颈	147
第二节	小儿膝内翻	148
第三节	小儿膝外翻	150
第四节	小儿股骨头骨骺炎	151
第五节	痉挛性脑瘫	153
第十一章	常见五官科疾病	163
第一节	颈性失明	163
第二节	眉棱骨痛	164
第三节	过敏性鼻炎	165
第四节	慢性咽炎	167
第五节	颞下颌关节紊乱	169
第十二章	常见肛肠疾病	173
第一节	痔疮	173
第二节	肛裂	174
第十三章	常见周围神经疾病	176
第一节	面肌痉挛	176
第二节	带状疱疹性后遗症	178
第三节	神经卡压综合征	179
一、	枕大神经卡压综合征	179
二、	肩胛上神经卡压综合征	180
三、	肩胛背神经卡压综合征	182
四、	肋间神经卡压综合征	183
五、	四边孔综合征	184
六、	旋前圆肌综合征	185
七、	肘管综合征	187
八、	桡管综合征	188
九、	腕管综合征	190
十、	正中神经返支卡压综合征	192
十一、	臀上皮神经卡压综合征	193
十二、	梨状肌综合征	194
十三、	股神经卡压综合征	195
十四、	股前外侧皮神经卡压综合征	196
十五、	腓总神经卡压综合征	197
十六、	腓浅神经卡压综合征	198
十七、	跗管综合征	199

第十四章	常见美容与整形外科疾病	201
第一节	黄褐斑	201
第二节	乳头内陷	203
第三节	足跟外翻	204
第十五章	常见皮肤科疾病	208
第一节	痤疮	208
第二节	斑秃	209
第三节	酒糟鼻	211
第四节	腋臭	212
第五节	寻常疣	213
第六节	胼胝	214
第七节	鸡眼	215
第八节	条索状瘢痕挛缩	216

## 第一章 软组织损伤疾病

### 第一节 头颈躯干部软组织损伤

#### 一、帽状腱膜挛缩

##### 1 范围

本《规范》规定了帽状腱膜挛缩的诊断和治疗。

本《规范》适用于帽状腱膜挛缩的诊断和治疗。

##### 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本规范。

帽状腱膜挛缩 (galeal contracture)

本病是头部浅表软组织慢性损伤后,在组织修复过程中帽状腱膜与周围组织发生的瘢痕化挛缩,卡压血管神经所引起的一组临床症候群。

##### 3 诊断

###### 3.1 临床表现

头部不适、紧箍感,通常为顶枕部胀痛发麻甚至放射至颞部,持续性钝痛,当受寒或挤压病损处时痛感加剧,可为针刺状。挛缩严重者可压迫枕大神经,引起相应症状。

###### 3.2 诊断要点

- (1) 头部区域性胀痛发麻并有紧箍感。
- (2) 头部浅表有外伤或感染性疾病发作史。
- (3) 病损处有压痛点,受寒冷刺激或挤压损伤区痛感加剧。
- (4) 排除其他引起头痛的内外科疾病。

##### 4 针刀治疗

###### 4.1 治疗原则

依据人体弓弦力学系统解剖结构及疾病病理构架的网眼理论,应用针刀整体松解帽状腱膜的粘连瘢痕与挛缩,针刀术后手法进一步松解残余的粘连瘢痕。

###### 4.2 操作方法

(1) 体位 坐位。

(2) 体表定位

①用手触压头皮,在额、顶部寻找到4个病灶处的条索、结节状物,即为进针刀点(图1-1)。

②后枕部枕外隆凸旁开3cm处(图1-2)。

(3) 消毒 在施术部位,用活力碘消毒2遍,然后铺无菌洞巾,使治疗点正对洞巾中间。

(4) 麻醉 用1%利多卡因局部浸润麻醉,每个治疗点注药1ml。

(5) 刀具 I型4号直形针刀。

(6) 针刀操作

①第1支针刀松解头右侧前顶部帽状腱膜的粘连和瘢痕 针刀体与进针处颅骨骨面垂直,刀口线与帽

状腱膜纤维走行方向一致，严格按照四步操作规程进针刀，刺入皮肤到达骨面后，纵疏横剥3刀，范围0.5cm。其他3支针刀操作方法参照第1支针刀操作方法（图1-3）。

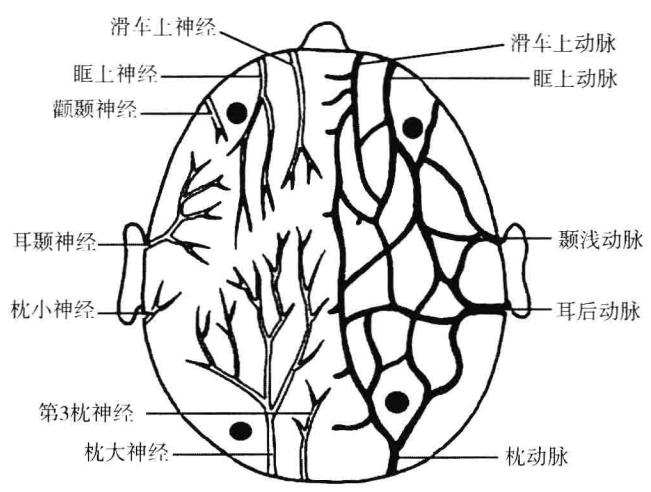


图1-1 帽状腱膜挛缩针刀松解体表定位(1)



图1-2 帽状腱膜挛缩针刀松解体表定位(2)

②合并卡压枕大神经时，第5支针刀松解右侧枕大神经的卡压 在枕外隆凸右侧平行旁开3cm处作为进针刀点。刀口线与人体纵轴一致，针刀体向脚侧倾斜90°角，严格按照四步操作规程进针刀，针刀经皮肤，皮下组织，直达骨面，先纵疏横剥3刀，范围0.5cm，然后调转刀口线90°，针刀在枕骨面上铲剥3刀，范围0.5cm。第6支针刀松解左侧枕大神经的卡压，针刀松解方法与右侧相同（图1-4）。

术毕，拔出针刀，局部压迫止血3分钟后，创可贴覆盖针眼。

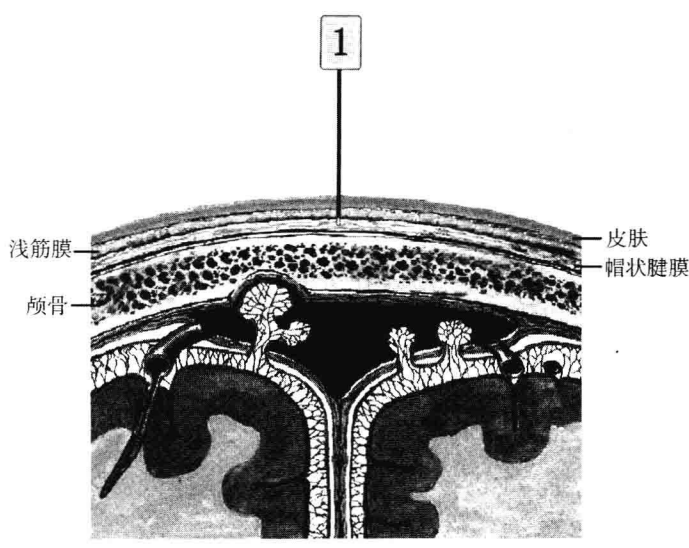


图1-3 帽状腱膜针刀松解示意图



图1-4 第5、6支针刀松解示意图

### 5 针刀术后手法治疗

拇指在痛点将头皮向周围推拉2次。

## 二、斜方肌损伤

### 1 范围

本《规范》规定了斜方肌损伤的诊断和治疗。  
本《规范》适用于斜方肌损伤的诊断和治疗。

## 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本规范。

斜方肌损伤 (trapezius injury)

本病临床表现以颈肩部疼痛为主,斜方肌覆盖了颈肩后部,因颈部活动幅度较大,频率较高,故斜方肌上段损伤较多。

## 3 诊断

### 3.1 临床表现

多为缓慢发病,以单侧损伤多见。患侧颈、肩、背部酸痛沉紧,活动颈部时患处有牵拉感。颈项上部酸痛、僵硬,喜向患侧做后仰活动,甚至伴有头痛。按压、捶打患处有舒服感并可缓解症状。重者,低头、旋颈等活动障碍。有些患者只有肩背痛,如背负重物感。

### 3.2 诊断要点

- (1) 颈肩背部酸胀不适,沉重感,患者头部略向患侧偏歪。
- (2) 枕外隆凸下稍外部肌肉隆起处压痛,肌纤维变性,弹性减退。颈根部和肩峰之间及肩胛冈上、下缘可触及条索状物,压之酸胀或疼痛,可牵及患肩和患侧头枕部。
- (3) 固定患肩向健侧旋转患者头颈部,可引起疼痛。
- (4) X线片一般无明显变化,病程长者,枕后肌肉在骨面附着处可有骨赘生成。

## 4 针刀治疗

### 4.1 治疗原则

依据针刀医学关于人体弓弦力学系统的理论和网眼理论,斜方肌损伤部位位于斜方肌枕外隆凸、第7颈椎棘突、第12胸椎棘突处的起点部以及斜方肌肩胛冈止点部及肩峰止点部等弓弦结合部,由于斜方肌与背阔肌走行方向不一致,故斜方肌损伤后,斜方肌与背阔肌交界处发生摩擦,导致局部粘连瘢痕形成。运用针刀对损伤部位进行整体松解。

### 4.2 操作方法

#### 4.2.1 第1次针刀松解斜方肌起点处的粘连瘢痕

- (1) 体位 俯卧位。
- (2) 体表定位 枕外隆凸、第7颈椎棘突、第12胸椎棘突。
- (3) 消毒 在施术部位,用活力碘消毒2遍,然后铺无菌洞巾,使治疗点正对洞巾中间。
- (4) 麻醉 用1%利多卡因局部浸润麻醉,每个治疗点注药1ml。
- (5) 刀具 I型4号直形针刀。
- (6) 针刀操作(图1-5)

①第1支针刀松解斜方肌枕外隆凸部起点处的粘连瘢痕 在枕外隆凸上项线上定位,刀口线与人体纵轴方向一致,针刀体向脚侧倾斜30°,按四步操作规程进针刀,针刀刺入皮肤,经皮下组织,达枕外隆凸骨面,调转刀口线90°,向下铲剥3刀,范围0.5cm。

②第2支针刀松解斜方肌第7颈椎起点处的粘连瘢痕 在第7颈椎棘突处定位,刀口线与人体纵轴方向一致,针刀体与皮肤垂直,按四步操作规程进针刀,针刀刺入皮肤,经皮下组织,达第7颈椎棘突顶点骨面,纵疏横剥3刀,范围0.5cm。

③第3支针刀松解斜方肌第12胸椎起点处的粘连瘢痕 在第12胸椎棘突处定位,刀口线与人体纵轴方向一致,针刀体与皮肤垂直,按四步操作规程进针刀,针刀刺入皮肤,经皮下组织,达第12胸椎棘突顶点骨面,纵疏横剥3刀,范围0.5cm。

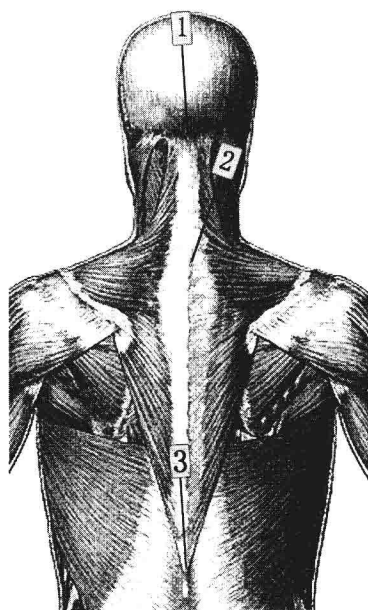


图1-5 斜方肌起点处  
针刀松解示意图

#### 4.2.2 第2次针刀松解斜方肌止点及斜方肌与背阔肌交界处的粘连瘢痕

(1) 体位 俯卧位。

(2) 体表定位 肩胛冈，肩峰压痛点，第6胸椎旁开5cm压痛点。

(3) 消毒 在施术部位，用活力碘消毒2遍，然后铺无菌洞巾，使治疗点正对洞巾中间。

(4) 麻醉 用1%利多卡因局部浸润麻醉，每个治疗点注药1ml。

(5) 刀具 I型4号直形针刀。

(6) 针刀操作(图1-6)

①第1支针刀松解斜方肌肩胛冈上缘止点的粘连瘢痕 在肩胛冈上缘定位，刀口线与斜方肌肌纤维方向一致，针刀体与皮肤垂直，按四步操作规程进针刀，针刀刺入皮肤，经皮下组织，达肩胛冈上缘骨面，纵疏横剥3刀，范围0.5cm。

②第2支针刀松解斜方肌肩胛冈下缘止点的粘连瘢痕 在肩胛冈下缘定位，刀口线与斜方肌肌纤维方向一致，针刀体与皮肤垂直，按四步操作规程进针刀，针刀刺入皮肤，经皮下组织，达肩胛冈下缘骨面，纵疏横剥3刀，范围0.5cm。

③第3支针刀松解斜方肌与背阔肌交界处的粘连瘢痕 在第6胸椎旁开5cm处定位，刀口线与斜方肌肌纤维方向一致，针刀体与皮肤垂直，按四步操作规程进针刀，针刀刺入皮肤，经皮下组织，当刀下有韧性感或者酸胀感时，即到达斜方肌与背阔肌交界瘢痕处，纵疏横剥3刀，范围0.5cm。

④第4支针刀松解斜方肌肩峰止点的粘连瘢痕 在肩峰处定位，刀口线与斜方肌肌纤维方向一致，针刀体与皮肤垂直，按四步操作规程进针刀，针刀刺入皮肤，经皮下组织，达肩峰骨面，纵疏横剥3刀，范围0.5cm。

术毕，拔出针刀，局部压迫止血3分钟后，创可贴覆盖针眼。

### 5 针刀术后手法治疗

每次针刀术后，患者正坐位，助手单膝顶在患者背部中间，术者站在患者前面，双手放在肩关节上方，固定肩关节，嘱患者抬头挺胸，在患者挺胸到最大位置时，术者双手突然放开，使斜方肌强力收缩1次即可。

## 三、胸锁乳突肌肌腱炎

### 1 范围

本《规范》规定了胸锁乳突肌肌腱炎的诊断和治疗。

本《规范》适用于胸锁乳突肌肌腱炎的诊断和治疗。

### 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本规范。

胸锁乳突肌肌腱炎(sternocleidomastoid myotenositis)

本病大多发生于睡眠起身时，常被笼统地诊断为落枕。其原因是劳损引起肌腱的慢性损伤，患者颈部旋转活动受限，僵硬，勉强转颈会引起患侧颈部痉挛性疼痛。

### 3 诊断

#### 3.1 临床表现

一般都于睡眠起身时突然发作，患者颈部旋转活动受限，僵硬，勉强转颈会引起患侧颈部痉挛性疼痛。

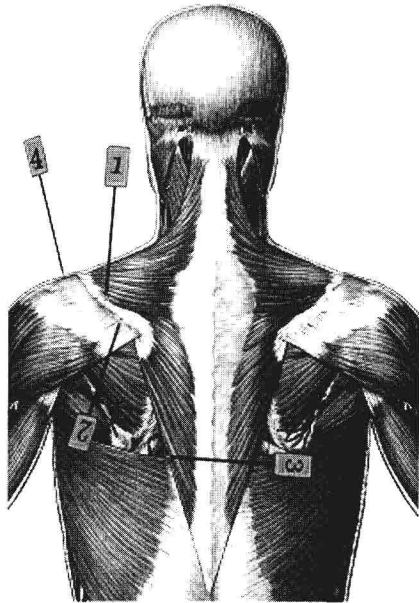


图1-6 斜方肌止点及与背阔肌交界处针刀松解示意图



### 3.2 诊断要点

- (1) 无明显外伤史，但有经常转颈、突然过度转头、睡眠姿势不良和颈部扭转斜置等劳损史。
- (2) 转颈受限，颈部僵硬。
- (3) 被动转颈或后伸颈部可引起胸锁乳突肌肌腱疼痛和胸锁乳突肌痉挛。
- (4) 胸锁乳突肌附着处有明显压痛。

## 4 针刀治疗

### 4.1 治疗原则

依据针刀医学关于人体弓弦力学系统及疾病病理构架的网眼理论，胸锁乳突肌受到异常应力刺激造成损伤后，人体在代偿过程中，在肌肉起止点及肌肉行经途中形成粘连、瘢痕和挛缩，造成颈部的力学平衡失调，而产生上述临床表现。胸锁乳突肌损伤的部位在胸骨体、锁骨胸骨端、乳突及枕骨上项线肌肉的起止点以及肌腹部。用针刀将其关键点的粘连松解、切开瘢痕，恢复颈部的力学平衡。

### 4.2 操作方法

- (1) 体位 卧位，头偏向对侧。
- (2) 体表定位 胸锁乳突肌起止点，肌腹部压痛点。
- (3) 消毒 在施术部位，用活力碘消毒2遍，然后铺无菌洞巾，使治疗点正对洞巾中间。
- (4) 麻醉 用1%利多卡因局部浸润麻醉，每个治疗点注药1ml。
- (5) 刀具 I型4号直形针刀。
- (6) 针刀操作（图1-7）

①第1支针刀松解胸锁乳突肌胸骨头起点 触压到肌肉起点的压痛点，针刀线与胸锁乳突肌肌纤维方向一致，针刀体与皮肤呈 $60^\circ$ 角刺入，达胸骨肌肉起点处，调转刀口线 $90^\circ$ ，与胸锁乳突肌肌纤维方向垂直，在骨面上向内铲剥3刀，范围0.5cm。

②第2支针刀松解胸锁乳突肌锁骨部起点 触压到肌肉锁骨头起点的压痛点，刀口线与胸锁乳突肌肌纤维方向一致，针刀体与皮肤呈 $90^\circ$ 角刺入，达胸锁乳突肌锁骨起点处，调转刀口线 $90^\circ$ ，与胸锁乳突肌肌纤维方向垂直，在骨面上向内铲剥3刀，范围0.5cm。

③第3支针刀松解胸锁乳突肌止点 针刀体与枕骨面呈 $90^\circ$ 角刺入达乳突骨面后，调转刀口线 $90^\circ$ ，在乳突骨面上向乳突尖方向铲剥3刀，范围0.5cm。

④第4支针刀松解肌腹部压痛点 在胸锁乳突肌肌腹部，刀口线与胸锁乳突肌肌纤维方向一致，针刀体与皮肤呈 $90^\circ$ 角刺入，有一落空感，再刺入肌肉内，纵疏横剥3刀，范围0.5cm。

术毕，拔出针刀，局部压迫止血3分钟后，创可贴覆盖针眼。

如果两侧胸锁乳突肌损伤同时出现症状，患者能够承受手术，可以在一侧手术完成后，将头转向对侧，再做另一侧手术。

### (7) 注意事项

①胸锁乳突肌胸骨头及锁骨部起点处松解时，针刀松解在骨面上进行，针刀不可偏离骨面，应严格松解范围，否则可能引起创伤性气胸。

②肌腹部松解时，针刀在肌腹内部寻找病变点，不可穿过肌肉，否则易引起出血。

## 5 针刀术后手法治疗

针刀术毕，一手前臂尺侧压住患侧下颌，另一手掌托住对侧枕部，将颈部转向对侧，用力牵拉下弹压数次，颈托固定7天。



图1-7 胸锁乳突肌肌腱炎针刀松解示意图



## 四、头夹肌劳损

### 1 范围

本《规范》规定了头夹肌劳损的诊断和治疗。

本《规范》适用于头夹肌劳损的诊断和治疗。

### 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本规范。

头夹肌劳损 (splenius capitis strain)

本病常见于经常挑担子者。头夹肌在第7颈椎处和枕骨上项线处极易受损。第7颈椎的附着点处损伤后,因机化、增生形成瘢痕,造成第7颈椎处圆形隆起,俗称“扁担疙瘩”。

### 3 诊断

#### 3.1 临床表现

患侧枕骨缘的上项线或第7颈椎棘突处疼痛,转头或仰头受限,颈项部有僵硬感。热敷可使颈项松弛,但附着处疼痛始终存在。气候变化时,不适感加重。

#### 3.2 诊断要点

- (1) 有外伤史或劳损史。
- (2) 在第7颈椎棘突处,或枕骨上项线单侧或双侧有压痛。
- (3) 用手掌压住颈后部,将颈部下压使其低头,再令患者努力抬头伸颈,可使疼痛加剧。

### 4 针刀治疗

#### 4.1 治疗原则

依据针刀医学关于人体弓弦力学系统及疾病病理构架的网眼理论,头夹肌在下位颈椎和枕骨上项线损伤后,引起粘连、瘢痕和挛缩,造成枕项部的力学平衡失调,而产生上述临床表现。运用针刀将头夹肌起止点的粘连松解,切开瘢痕,使枕项部的力学平衡得到恢复。

#### 4.2 操作方法

- (1) 体位 俯卧低头位。
- (2) 体表定位 肌肉起点: C<sub>3</sub>至T<sub>3</sub>棘突顶点;肌肉止点: 上项线外侧端及乳突后缘压痛点。
- (3) 消毒 在施术部位,用活力碘消毒2遍,然后铺无菌洞巾,使治疗点正对洞巾中间。
- (4) 麻醉 用1%利多卡因局部浸润麻醉,每个治疗点注药1ml。
- (5) 刀具 I型4号直形针刀。
- (6) 针刀操作(图1-8)

①第1支针刀松解头夹肌起点:触压到肌肉起点的压痛点,刀口线与人体纵轴一致,针刀体与皮肤呈90°角刺入,达肌肉起点的颈椎棘突顶点及两侧,不可超过棘突根部,以免损伤神经或脊髓。紧贴棘突顶点及两侧纵疏横剥3刀,范围0.5cm。

②第2支针刀松解头夹肌止点:如疼痛、压痛点在肌肉止点,在患侧压痛点处进针刀,针刀体与枕骨面呈90°角刺入,进针刀时应注意避开神经和血管,达骨面后,纵疏横剥3刀,范围0.5cm。

③对于病情较重,松解头夹肌起止点后,患者症状仍然存在的,需要做头夹肌行经路线中的针刀松解(图1-9),一般松解2刀。刀口线与肌纤维方向一致,针刀体与皮肤呈90°角刺入,达肌肉时,有韧性感,做纵疏横剥3刀,范围0.5cm。

术毕,拔出针刀,局部压迫止血3分钟后,创可贴覆盖针眼。