

针刀

临床经验

辑要

肖德华 张义 肖德睿 编著



全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

针刀临床经验

辑要

肖德华 张义 肖德睿 编著

图书在版编目(CIP)数据

针刀临床经验辑要 / 肖德华, 张义, 肖德睿编著. —北京:
中国中医药出版社, 2016. 8

ISBN 978-7-5132-3528-0

I. ①针… II. ①肖… ②张… ③肖… III. ①针刀疗法
IV. ①R245.31

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 158830 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
南京市印刷有限责任公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 787×1092 1/16 印张 17.5 字数 350 千字
2016 年 8 月第 1 版 2016 年 8 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978-7-5132-3528-0

*

定价 45.00 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

微信服务号 zgzyycbs

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

淘宝天猫网址 <http://zgzyycbs.tmall.com>

前 言

今年是针刀医学创建 40 周年，针刀医学创始人朱汉章教授逝世 10 周年。为了纪念朱汉章教授为人类医学做出的伟大贡献，推动针刀医学快速发展，我们收集了 100 余种学术期刊的 230 余名作者的 237 篇文章，分为 6 章分别介绍了颈部疾病、肩背部疾病、上肢部疾病、腰臀部疾病、下肢部疾病和杂病等 42 种疾病的针刀治疗经验。

针刀医学是我国独有的原创性医学理论体系，是一项极具潜力、方便易行、见效快、费用低，以及低碳、环保、无毒副作用、纯绿色治疗体系，也是特别适合基层医疗单位推广普及的高新技术。

针刀医学内涵丰富，外延广泛。内涵丰富，是指用简单理论阐述复杂的病因病理；外延广泛，是指领悟机理，真正领会针刀医学的科学内涵，针刀除了治疗除颈肩腰腿疼痛以外，还可以治疗其他诸多疾病。疾病是人为分类的，人体是一个整体。针刀医学认为，疾病是因软组织粘连、瘢痕、挛缩及阻塞所致；中医学认为，不通则“痛”，不通则“病”；西医学认为，疾病是微循环障碍导致的。我们认为，各科杂病是疾病同因不同症，疾病最早损伤的是肌肉，继之椎体失稳，随之椎体间神经的传导速度及伴随血管的流速受椎体周围筋膜组织卡压而发生改变，致使内脏神经功能紊乱。这些紊乱只是疾病的症状不是病因，真正的病因是稳定和保护脊柱的肌肉、筋膜等的损伤。人体内是一个骨架，外为皮，中间为肌肉，长者司运动，短者管稳定，上半身是动力性稳定，下半身是静力性稳定，神经支配，血管走行，掌握了正常情况，便可了解异常情况。针刀医学揭示了诸多疾病的病因病理，使复杂的治疗变得简单，使难治变得速愈，使不治变得可治，真正理解并应用于临床需要时间及悟性，“悟”是吾用心。

中国科学院数学与系统科学研究院 2004 年 12 月曾进行一次抽样调查，在全国调查了 12 个省市后出具了《中国科学院关于针刀治疗疗效及费用的抽样调查数据处理报告》。报告显示，在针刀治疗所需费用当中，药物费用仅占全部费用的 15.7%；在针刀闭合性手术适应证范围内，目前全国每年针刀门诊比外科手术节约治疗费用 6.8 亿元，比药物和其他疗法节约费用 5.6 亿元。目前针刀医学的治疗效果与外科手术、药物及其他疗法的治疗效果相比，针刀闭合性手术适应证范围内疾病治愈率是外科手术的 1.26 倍，是药物和其他疗法的 4.15 倍。

针刀医学可以惠及患者、医生及国家，是一个多赢的创新医学体系。针刀医生必须练好针法，掌握好控针能力，这决定着临床效果的好坏。这个过程可以缩短，但不能跨越！重新认识疾病的病因，换个角度理解人体解剖的表里关系，肌肉、筋膜与内脏的关系，医生的治疗将变得简单，患者也能减少不必要的检查。针刀医学将减轻民众负担、家庭负担、国家负担。

2009年6月22日，我在欧洲的罗马尼亚开展针刀临床工作时，合作伙伴发来如下一段话：“非常感谢肖老师，7年前您首次将针刀引入罗马尼亚，引入欧洲，从零做起，千辛万苦，百折不挠，当地人从怀疑到崇拜，从上门免费治疗到现在提前一两个月预约（现在每天治疗六七十位患者），在欧洲人看来，针刀绝对是‘高大尚（上）’的高新技术，收费只有普通针灸的三四倍。应各国患者之求，治疗的疾病种类越来越多，而且都有疗效（斜颈除外）。这里的前卫生部副部长讲：‘你们一位针刀医生，治了我们一所综合医院几十位各科大夫治的病，几分钟就治一个病人，只用针刀治，不用任何药，立竿见影，真了不起。’……再次感谢您！”

针刀医学创始人朱汉章教授是伟大的！今年是朱汉章教授发明针刀40周年，朱汉章教授逝世10周年。本书的出版是对朱汉章教授的悼念，也是对针刀医学创建的纪念！愿本书能够唤醒人们对疾病的再认识！

肖德华

2016年5月

CONTENTS

目录

第一章 颈部疾病

颈源性头痛.....	3
颈源性眩晕.....	11
神经根型颈椎病	23
胸廓出口综合征	33
项韧带损伤.....	37
斜颈	40

第二章 肩背部疾病

肩周炎.....	47
肩胛上神经卡压综合征	65
肩胛下肌损伤.....	73
肩手综合征.....	76
肩部撞击综合征	79
肩胛提肌损伤	83
菱形肌损伤.....	90

第三章 上肢部疾病

肱二头肌长头腱鞘炎	97
肱二头肌短头肌腱炎	100
肱骨外上髁炎	102
腕管综合征	110
腱鞘囊肿	112

第四章 腰臀部疾病

腰椎间盘突出症	123
第3腰椎横突综合征	133
梨状肌损伤	145
臀中肌损伤	153
棘上韧带炎	162
棘间韧带损伤	167

第五章 下肢部疾病

膝骨性关节炎	177
髌下脂肪垫损伤	191
髌骨软化症	204
滑膜皱襞综合征	210
鹅足滑囊炎	213
踝关节撞击综合征	220

足跟痛	222
-----------	-----

第六章 杂病

哮喘	235
颈 - 心综合征	239
慢性咽炎	241
鼻炎	245
耳鸣	249
三叉神经痛	251
面肌痉挛	255
面瘫	258
颞下颌关节紊乱	261
带状疱疹后遗症	266
呃逆	270

第一章

颈部疾病

颈源性头痛

一、李石良经验

【病例】82例患者，男性23例，女性59例；年龄17~73岁，平均41.57岁；病程0.5~50年，平均10.4年。

【操作】

1. 体位 患者取俯卧位，额部垫枕。

2. 定点 ①乳突后压痛点。②乳突与C2棘突连线中点。③枕外隆凸与乳突连线内1/3交点。④C2棘突水平后正中点旁开1.5~2cm处压痛点。

3. 操作 刀口线与患者身体纵轴平行，针刀体垂直皮肤表面缓慢探索进针刀，针尖到达骨面后纵切3~5刀，横行剥离2~3刀，出针，压迫止血，外敷创可贴包扎。每周治疗1次，4次为1个疗程。

【疗效】单次针刀治疗1个月后，多数患者病情得到显著改善。头痛痊愈16例（19.51%），好转51例（62.20%），无效15例（18.29%）；痊愈及好转67例。治疗后6个月痊愈者维持14例（17.07%），好转者减少至34例（41.46%），头痛复发如治疗前者增加到34例（41.46%）；痊愈及显效者减少至48例。

【讨论】分布到头颈部的皮神经（枕大神经、枕小神经和耳大神经、高位颈神经等）、走行于头颈部的血管（颈动脉、椎动脉），以及头颈部的肌腱、筋膜、韧带、软骨等组织，构成了颅外对痛觉敏感的组织结构。皮神经位置表浅，其主要行程位于筋膜层内，当筋膜组织出现张力增高时容易使皮神经受到卡压，从而引起头痛。

针刀治疗的主要目的是通过对筋膜的切割松解，降低枕部和颈部筋膜组织的高张力状态，减轻或解除其对皮神经所造成的压迫刺激，从而缓解由此造成的头痛。如果针刀治疗可以有效地缓解或解除头痛，则说明其头痛的主要原因与皮神经卡压密切相关。

本研究结果表明，在枕部及上颈部进行针刀松解对颈源性头痛的缓解有确切作用，其中17.07%的患者在治疗后6个月未复发，说明皮神经卡压因素确实是部分颈源性头痛患者的主要病因。这一结果提示，对于颈源性头痛这种多因素致病的疾病，

必须进行临床分型,以提高治疗的针对性。本研究提示,皮神经卡压型是颈源性头痛的一种类型(其数量大约占全部颈源性头痛患者的17.07%),其首选治疗方法应为针刀松解术。另外,单次治疗总有效率较高(81.70%)也说明皮神经卡压因素是多数颈源性头痛患者发病的因素之一。

另外,在单次治疗后的3个月内,颈源性头痛患者病情有明显复发现象,说明单次、限定部位针刀治疗不能消除引起头痛的全部病理因素,这些因素中可能包括无菌性炎症、椎间盘源性因素、椎间关节病变等,当然也可能包括存在于更广泛范围的皮神经卡压因素。这提示应该进行更加深入的研究以确定颈源性头痛的临床分型,并探讨相应的治疗方法。在后期的研究中已经发现,扩大针刀治疗范围(扩展至颈部中下段甚至肩胛上角)有助于提高头痛的缓解率,说明颈源性头痛的皮神经卡压因素并不仅限于枕部和上项部。

【来源】李石良,韩峰,王全贵.枕部针刀松解治疗颈源性头痛的临床研究[J].中国骨伤,2012(1):22-24.

二、乔晋琳经验

【病例】30例患者。

【操作】

1.体位 患者取俯卧位,胸部垫一软枕,使颈部向前弯曲 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ 。

2.定点 于患者上项线、枕外隆凸,以及C4~C5、C5~C6、C6~C7旁开2cm处的压痛点或条索状结节定点。

3.操作 于定点处平行于肌纤维走行快速进针刀,纵向疏通切割、横向剥离2~4刀。术毕,针眼处用无菌纱块压迫1~3分钟,敷输液贴。每周治疗1次,2次为1个疗程。

【疗效】痊愈9例,显效12例,有效6例,无效3例,总有效率90%。

【讨论】颈源性头痛属中医学头痛、头风等范畴,中医学认为,头为诸阳之会,五脏六腑之经气皆上注于此。若感受风寒之邪,使邪滞经络,或劳累伤挫,筋络受损,七情六郁致气滞血瘀,使气血升降失常,运行逆乱,脑络壅塞,邪阻络痹,清阳不能上达而头痛。

针刀医学认为,慢性颈源性头痛的根源是颈部软组织损伤后的动态平衡失调。针刀可以解除肌肉挛缩,松解粘连及瘢痕组织,使局部组织达到力学平衡;同时针刀还具有针刺作用,针刀较一般针灸针粗,针感强,易疏通经络、行气活血。

针刀具有针和刀的双重作用,能够快速使软组织缺血缺氧的症状得到缓解,从而改善组织代谢,加快组织修复,消除炎性反应水肿,故针刀为治疗颈源性头痛的首选方法。

【来源】钟亚彬, 乔晋琳, 程浩, 等. 针刀治疗颈源性头痛临床疗效观察 [J]. 吉林医学, 2012 (11): 2282-2283.

三、陈关富经验

【病例】45 例患者, 会计、教师、绘图员占 33.75%, 其余占 67.25%; 平均病程 2 年 6 个月。

【操作】

1. 压痛点阻滞 0.25% 利多卡因 10mL + 地塞米松 2.5mg + 维生素 B₁₂ 500 μg, 用 5 号细穿刺针注射, 每治疗点 1 ~ 1.5mL。

2. 针刀治疗

(1) 体位 患者取俯卧位。

(2) 定点 选择枕部、颈部、肩部 3 ~ 6 个压痛点作为治疗点。重点部位为枕部、C2 ~ C4 棘突间和棘突旁压痛点, 以及双侧肩胛内上角压痛点。

(3) 操作 用 4 号针刀, 根据压痛点不同的解剖部位采用不同的刀法组合。横向往切开肿胀的后关节突关节囊 2 ~ 3 刀, 纵向剥离颈椎小关节突外侧缘 1 ~ 2 刀, 松解被卡压的颈神经后支, 刺切松解颈部筋膜中挛缩的硬性条索、痛性结节。

3. 手法治疗 在以上两个步骤的基础上结合 X 线改变, 采用仰卧旋转复位法矫治。上述方法间隔 7 天治疗 1 次, 2 次为 1 个疗程。

4. 颈围固定 连续固定 14 天。

【疗效】1 个疗程结束后的第 1 个月复诊, 治愈 33 例 (73.4%), 好转 11 例 (24.4%), 总有效率 97.8%。经 1 年以上随访, 有 2 例复发。

【讨论】颈源性头痛根据受累部位可分为神经源性、肌源性和血管源性头痛。高位颈神经后支包括 C1 ~ C4 与颈源性头痛关系密切。第 2 颈神经从椎板间隙中穿出, 其后支分出内侧支、外侧支、上交通支、下交通支和头下斜肌支。内侧支与来自第 3 颈神经的纤维共同组成枕大神经、枕小神经和耳大神经, 这些神经是与颈源性头痛相关的主要神经。解剖中发现, 颈神经后支发出处穿行的头半棘肌以短平腱起于颈椎横突根部, 其腱性部分与头最长肌等颈部肌群在颈椎关节突关节的上点纤维交叉, 部分纤维向后止于关节突关节囊, 颈神经后支自颈神经发出后即在上述交叉纤维间穿行, 继而通过由颈部肌群在颈椎关节突关节的交叉纤维、上下关节和内侧椎板四者形成的骨性纤维管, 并发出关节突关节支, 然后以一定角度穿过头夹肌、半棘肌、头最长肌及斜方肌等, 沿途发出肌支、皮支分布在颈部及枕部皮肤。因此, 颈部肌群的痉挛、挛缩或关节突关节紊乱, 均可使颈神经后支及其分支在通过骨性纤维管或在颈部肌群腱性交叉纤维中转折走行处受到卡压或刺激。颈椎间盘退行性改变继发的骨质增生、椎体移位及非菌性炎症可

直接或间接地影响椎-基底动脉的血液供应。

针刀医学认为,颈部肌群因劳损导致的痉挛、挛缩与颈椎小关节紊乱是引起颈源性头痛的两大重要病因。针刀序贯四法强调的是四个步骤的先后顺序和彼此连贯,前一步骤为后一步骤打基础、创造条件,后一步骤进一步发挥前一步骤的治疗作用。其治疗要点是用针刀松解痉挛及挛缩的颈部肌群和被卡压的颈神经后支,并以手法矫正颈椎小关节紊乱,辅以后期的颈部功能锻炼,以期获得良好的近远期疗效。痛点阻滞既可阻断痛觉传导通路,又可阻断疼痛的恶性循环,减轻针刀操作中的疼痛,有利于患者建立治愈疾病的信心。针刀操作后配合手法是序贯四法中最主要和关键的治疗步骤。颈围固定既可让颈部肌群得到放松,又可使手法矫正后的状态保持稳定。

【来源】陈关富,罗杰,孙竹娟.针刀序贯四法治疗颈源性头痛45例效果观察[J].实用医院临床杂志,2010(2):106-107.

四、毛希刚经验

【病例】30例患者,男性9例,女性21例,平均年龄(43.6 ± 11.5)岁。病程2~25年,无颈枕部神经阻滞和针刀治疗史。

【操作】

1. 体位 患者取坐位,头前屈。

2. 定点 根据头痛部位,在患侧枕部颅骨上项线区域枕大神经、枕小神经投影区和上颈部仔细寻找敏感压痛点(与健侧对比),多在乳突后缘、枕外隆凸外侧2.5cm、C2棘突旁开3~4cm相当于近C2横突之椎板外缘。

3. 操作 以7号短针垂直进针,触及骨质,充分回吸无血和无脑脊液后各注射除痛液(2%利多卡因3mL+维生素B₁₂1mL+曲安奈德5mg+生理盐水6mL)2mL,分别阻滞于枕小神经、枕大神经、C2~C3颈神经后支周围。

然后取4号针刀,刀口线与后正中中线垂直,体会颈枕后筋膜及直达骨面前变硬的软组织,可能有夹针的感觉,纵向切开数下,有踏雪样声音,感手下软组织变松弛即可出针,压迫数分钟止血,贴创可贴。

注意神经阻滞治疗时需防止药物入血及脑脊液。严格遵守针刀操作规程,在靶点骨面操作时,尤其颈椎旁,不能过深,避免损伤枕神经、枕动脉、椎动脉。每周1次,共治疗3次。

【疗效】治疗后1个月疗效评定,优21例,良7例,优良率93.33%。治疗后3个月电话随访患者满意25例(83.33%),治疗后6个月电话随访患者满意23例(76.67%)。

【讨论】颈源性头痛的概念由Sjaastad等于1983年提出,门诊患者中多被诊断为

偏头痛、神经血管性头痛、抑郁症等而延误治疗。颈源性头痛的发病机制主要是炎症理论和会聚理论；支配头部的高位颈神经（C1 ~ C3）所经过的结构发生病损，传入信息在高位颈神经之间及高位颈神经与三叉神经等传入纤维在中枢会聚，导致伤害感受信息传入紊乱而引起神经支配区域的牵涉痛。颈椎间盘退行性变、突出和肌肉痉挛，可使C1 ~ C3神经受到刺激和压迫而产生疼痛。颈源性头痛最主要的体征是上颈部及枕部压痛，颈部活动受限或可诱发及加重头痛。早期及轻中度头痛可以采取一般药物及综合康复治疗，病程长、程度重且一般治疗难以控制的慢性颈源性头痛，需要积极进行神经阻滞、射频及微创介入治疗。

神经阻滞，特别是颈椎旁神经阻滞是颈源性头痛常用、有效的方法，既有诊断价值，也有明显的治疗效果。神经阻滞疗法的机制是阻断疼痛传导的恶性循环，治疗局部炎症，改善微循环，解除肌肉痉挛等。如果高位颈神经及其主要分支枕大神经、枕小神经等受到所经过的颈部腱性组织（肌腱、筋膜、韧带、软骨）变性变硬所致的压迫、刺激和牵张，导致颈部比较固定的压痛点和激痛点存在，单独使用神经阻滞疗法对患者疗效较差或容易复发。

压痛点是局部软组织损伤、炎症、水肿、缺血，或化学性炎性刺激物沉积、变性变硬、压迫周围神经血管等的结果。针刀疗法主要针对压痛点治疗，经过多年临床验证疗效可靠、安全性高，已经广泛应用于临床。颈源性头痛在支配头部的高位颈神经周围常有固定敏感的压痛点，多位于C2横突、枕大神经出口处。颈源性头痛为针刀疗法的适应证，神经阻滞联合针刀疗法治疗颈源性头痛，既能有效解除局部炎症、改善循环、解除肌紧张、阻断疼痛恶性循环，又能快速解除病变软组织对神经血管的刺激和压迫，恢复神经的营养和功能，促进致痛炎性物质的吸收，见效快，疗效稳定持久，优于单纯神经阻滞治疗，值得临床推广。

【来源】毛希刚，肖克，唐伟伟，等. 神经阻滞联合小针刀治疗颈源性头痛疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志，2013（8）：469-471.

五、李健康经验

【病例】60例患者，男性29例，女性31例，平均年龄（52.60 ± 7.69）岁，病程5个月至2年。

【操作】

1. 体位 患者取俯卧位，上胸垫高15 ~ 20cm；或取端坐位，双手叠放于治疗台上，前额置于双手上。

2. 定点 枕骨之下，约双侧乳突与枢椎棘突连线中点取风池穴（相当于胸锁乳突肌与斜方肌上端之间的凹陷）。

3. 操作 风池穴处垂直皮肤进针刀,刀口线与肌纤维平行,刺入皮肤0.2~0.6cm,针刀触及的硬组织为筋膜,稍用力即可刺入,有突破感,在此层面纵向切开2~4刀,然后继续刺入达颅骨骨面,稍退针刀,先纵向切开、剥离3~5刀,再横向剥离2~3刀,然后退针刀到筋膜,呈“十字”形剥离2~4刀。要求操作过程中使患者局部产生酸胀等得气感。出针刀后压迫针孔1~2分钟以止血。每周治疗1次,2次为1个疗程。

【疗效】第1疗程后,痊愈1例,显效18例,有效29例,无效12例,总有效率80%。第2疗程后,痊愈2例,显效19例,有效32例,无效7例,总有效率88.3%。

【讨论】中医学认为,颈源性头痛属痹证、颈肩病、筋痿范畴。头为诸阳之会,清阳之府,又为髓海之所在,凡五脏精华之血,六腑清阳之气,皆上注于头,因而不论感受外邪,犯于内伤,或是外伤瘀血,只要导致气血不畅、头部经络失养,皆能引起头痛。

针刀疗法一方面运用针刀在经穴和病变局部刺入,并行运针法,与毫针一样,有得气和循经感传的效应。另一方面,针刀在病变局部进行松解手术时,切断和松解组织的粘连瘢痕,使病变局部组织结构恢复正常的解剖关系及正常的生理功能,解除病变局部血管神经的压迫和牵拉,消除物理致痛因素;同时也能改善局部血液循环,使积蓄的酸性代谢产物和其他化学致痛性物质通过代谢排出体外,进一步减轻疼痛,从而在恢复正常解剖生理状态和消除物理性和化学性致痛因素的基础上,消除病理性应力状态,使软组织病理性初始荷载减小或消除,从而促进软组织生理功能的恢复。

风池穴属足少阳胆经,又为足少阳经与阳维脉之交会穴,一穴通多经,具有通经活络、疏风解热、清热开窍、明目益聪、调和气血的功效。《资生经》曰:“风池疗脑痛。”《胜玉歌》有“头风头痛灸风池”的记载。针刺风池能疏通经络、气血,使局部血液循环加快,从而调畅头颈部脉络之血运与气机,又能调整全身阴阳气血之平衡,使清阳之气上入清窍,头颈部疼痛得以缓解。

通过本研究可以看出,治疗后患者疼痛指数显著降低,第2疗程总有效率达88.3%,高于第1疗程的80.0%。

【来源】李健康.小针刀经风池穴进针治疗颈源性头痛的临床观察[J].华西医学,2009(9):2411-2412.

六、何云清经验

【病例】67例患者,男性28例,女性39例;年龄22~74岁,平均43岁;病程最短3天,最长15年,平均7个月;单侧头痛56例,双侧头痛11例。诊断依据:单侧(偶可双侧)头部胀痛,头皮麻木,以枕部为重,多伴有颈部发僵酸痛,活动不适,或同时伴有眩晕、恶心、呕吐等症状;在上颈部椎旁及项筋膜区域可触及压痛及阳性反应点;多有长期固定姿势及风寒、潮湿区域工作或颈部外伤史;颈椎X线片可见上位颈椎小

关节突及椎体钩突增生，椎间隙变窄，部分可见颈椎关节微小移位。

【操作】

1. 体位 患者取低头正坐位。

2. 定点 ①项筋膜区域压痛点或阳性反应点。②C1横突上下斜肌附着点，C1横突在颞骨乳突后下方2cm处；C2棘突头后大直肌附着点，C2棘突较长且分叉，低头易触摸到。

3. 操作 用I型4号针刀，刀口线与脊柱纵轴平行，进针刀深达骨面，在项筋膜处不可横切，以免伤及神经，纵切纵摆，通透剥离2~3刀；在C1~C2棘突纵切纵摆、横切横摆，通透剥离2~3刀，出针按压针孔，敷创可贴。若有颈椎关节微小移位，行正骨复位手法。每周1次，治疗1~3次。

【疗效】痊愈57例，占85.1%；好转9例，占13.4%；无效1例，占1.5%。总有效率达98.5%。

【讨论】颈源性头痛主要是由于项部及枕部肌肉、筋膜的急性或慢性损伤，在病理代谢过程中，肌肉、筋膜产生粘连、瘢痕、挛缩，卡压在该处通过的枕神经，造成神经根的炎症水肿而引起疼痛。针刀能松解粘连，切除瘢痕，解除痉挛，有效地松解神经根的卡压，快速消除神经根的炎症水肿状态。同时，针刀不仅具有刀的作用，也具有针灸针的作用，通过针的刺激达到激发经气、平衡阴阳、疏通经络的目的，正所谓“通则不痛”。因此，针刀有效地解除了颈源性头痛病理根源，从而达到临床治疗的目的。

【来源】何云清，徐静，黄振华，等.小针刀松解项筋膜及枕下肌治疗颈源性头痛67例[J].中国针灸，2009（S1）：43.

七、姚新苗经验

【病例】80例患者。

【操作】

1. 针刀治疗

（1）体位 患者反坐靠背椅，双手扶椅背，屈颈，前额枕于自己手背上。

（2）定点 枕外隆凸与乳突尖连线的中、上1/3交点（约为枕外隆凸下方2.8cm旁开2.6cm处），寰椎横突末端，枢椎棘突及明显压痛点。

（3）操作 2%利多卡因针5mL，地塞米松针2mL（5mg），复方丹参注射液5mL，配制成药液12mL，每点注射1~2mL做局部阻滞麻醉。

医者左手拇指压迫固定位置，右手持4号针刀由外下方斜向内上方对准枕骨上项线刺入，由外上向外下方贴枕骨膜线面纵向分离松解，再由外向内横向松解后出针，压迫止血。然后用左手拇指于患者乳突下前约1cm处，摸到寰椎横突末端，此点压痛明显，指压固定后用4号针刀刺入，刀口线与颈椎纵轴平行，达横突骨面，行上下纵向剥离，