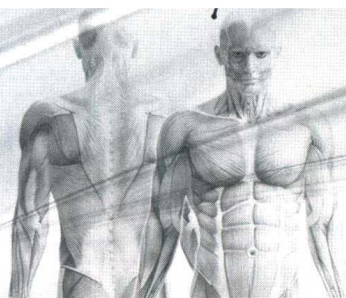


常见风湿骨病 针刀规范治疗

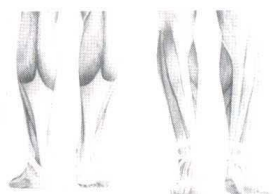
主编 王海东



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



常见风湿骨病针刀规范治疗



主 编 王 海 东

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见风湿骨病针刀规范治疗/王海东主编. —北京:
人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-19824-0

I. ①常… II. ①王… III. ①风湿病-骨疾病-针刀
疗法 IV. ①R245.31

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 238039 号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数
据库服务, 医学教育资
源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

常见风湿骨病针刀规范治疗

主 编: 王海东

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 30

字 数: 730 千字

版 次: 2014 年 12 月第 1 版 2014 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19824-0/R · 19825

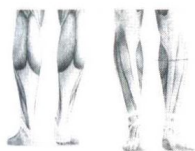
定 价: 168.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



编委会



主 编

王海东

甘肃省中医药研究院

副主编

田雪梅

甘肃省中医院

李伟青

甘肃省中医院

编 委 (按姓氏笔画排序)

王爱华

甘肃省中医院

刘雪君

甘肃省中医院

苏小军

甘肃省中医院

李向军

甘肃省中医院

李熙红

甘肃中医学院附属医院

杨瑞芳

甘肃省康复中心医院

吴晓刚

兰州市西固区人民医院

金芳梅

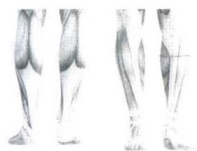
甘肃省中医院

阚丽丽

甘肃省中医院



前言



本书来源于甘肃省民生项目“以针刀松解术为核心的中医适宜技术在基层的推广应用”,由于该项目是由甘肃省中医院风湿骨病科为主组织实施的,其核心内容凝聚了该科室多年来运用针刀治疗风湿骨病的经验,且在实施过程中又根据项目适合基层推广应用的特点经过反复临床验证和改进,具备了安全、显效的要求,特别适合基层一线具有初步针刀操作技能的医务工作者使用;同时,由于该项目具有良好的科研背景,其对不同病种 CRF 表的设计以及相关科研数据的采集模式又是一个很好的开展科研项目的范例,对开展科研具有较好的指导和示范作用。本书主要内容包括颈椎病、肩周炎、RA 腕关节病变、RA 肘关节病变、背肌筋膜炎、膝骨关节炎、强脊炎髋关节病变、腰肌劳损、网球肘的针刀治疗规范及 CRF 表。其特色是操作安全、简单实用、效果显著,且有科研指导作用。

本书较完整地再现了我们在实施甘肃省民生项目的过程中所进行的病例报告表制定、病例采集、回访以及对基层医务人员进行针刀标准操作规范的技术培训内容。由于这一项目的实施使项目覆盖区常见风湿病病人的生活质量得到了明显改善,该项目得到了当地政府和项目组织单位甘肃省科技厅的高度评价,同时接受项目培训的医务人员针刀操作技术和治疗水平得到了较好的提高和改善,我们这一做法得到了很多针刀同仁的认可,想要索取相关的资料,因此我们想到了编辑出版。



目 录

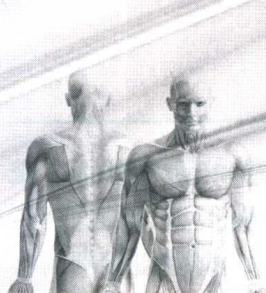
第一章 总论	1
第一节 针刀医学	1
第二节 常见风湿骨病及其针刀规范治疗的思考	7
第二章 颈椎病	12
第一节 概述	12
第二节 相关解剖	12
第三节 病因病理	33
第四节 临床表现与诊断	43
第五节 鉴别诊断	49
第六节 一般治疗	52
第七节 针刀治疗及规范操作方案	54
(附: 颈椎病针刀治疗 CRF 表)	61
第三章 肩周炎	70
第一节 概述	70
第二节 相关解剖	70
第三节 病因病理	91
第四节 临床表现与诊断	93
第五节 鉴别诊断	94
第六节 一般治疗	95
第七节 针刀治疗及规范操作方案	101
(附: 肩周炎针刀治疗 CRF 表)	108
第四章 类风湿关节炎肘腕关节病变	119
第一节 概述	119
第二节 相关解剖	119
第三节 病因病理	159
第四节 临床表现与诊断	167



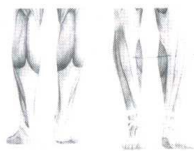
第五节 鉴别诊断	170
第六节 一般治疗	171
第七节 针刀治疗及规范操作方案	179
(附: 类风湿关节炎肘腕关节病变针刀治疗 CRF 表)	188
第五章 背肌筋膜炎	199
第一节 概述	199
第二节 相关解剖	200
第三节 病因病理	213
第四节 临床表现与诊断	216
第五节 鉴别诊断	216
第六节 一般治疗	217
第七节 针刀治疗及规范操作方案	228
(附: 背肌筋膜炎针刀治疗 CRF 表)	232
第六章 膝骨性关节炎	243
第一节 概述	243
第二节 相关解剖	244
第三节 病因病理	259
第四节 临床表现与诊断	262
第五节 鉴别诊断	263
第六节 一般治疗	265
第七节 针刀治疗及规范操作方案	272
(附: 膝骨性关节炎针刀治疗 CRF 表)	279
第七章 强直性脊柱炎	290
第一节 概述	290
第二节 相关解剖	291
第三节 病因病理	340
第四节 临床表现与诊断	344
第五节 鉴别诊断	349
第六节 一般治疗	350
第七节 针刀治疗及规范操作方案	372
(附: 强直性脊柱炎髋关节病变针刀治疗 CRF 表)	390
第八章 腰肌劳损	401
第一节 概述	401
第二节 相关解剖	402
第三节 病因病理	418



第四节 临床表现与诊断	419
第五节 鉴别诊断	420
第六节 一般治疗	421
第七节 针刀治疗及规范操作方案	424
(附: 腰肌劳损针刀治疗 CRF 表)	430
 第九章 网球肘	439
第一节 概述	439
第二节 相关解剖	439
第三节 病因病理	448
第四节 临床表现与诊断	449
第五节 鉴别诊断	450
第六节 一般治疗	451
第七节 针刀治疗及规范操作方案	451
(附: 网球肘针刀治疗 CRF 表)	457
 后记	466



第一章 总 论



第一节 针 刀 医 学

一、针刀医学发展概况

朱汉章教授在大量临床实践的基础上,于1976年发明了一种将针灸针和手术刀融为一体的医疗器械,命名为针刀。在对某些疑难疾病的病因病理有了新的理解和认识的基础上,应用针刀进行闭合性手术治疗,取得了意想不到的疗效,他逐渐将此种方法应用于多种疾病的治疗,都取得了很好的疗效,从而创造了针刀疗法,该疗法将东方中医学的基本理论和西方医学的手术解剖基本理论融为一体,具体地说是在中国古代九针的基础上,结合现代医学外科用手术刀而发展形成的,是与软组织松解手术有机结合的产物。针刀疗法已有几十年的历史、近几年有进一步发展的趋势,已逐渐形成了一个来源于中西医又不同于中西医的新的针刀医学理论体系。针刀疗法用一个完整的语言来概括应该是一种介于手术方法和非手术疗法之间的闭合性松解术。

针刀疗法已为世人所重视,原国家卫生部部长张文康称赞道:“针刀医学吸收了中、西医之长,具有简、便、验、廉四大特点,是中医学术研究方面的一大进展。”著名骨科专家尚天裕教授评价为:“针刀医学是熔中西医学于一炉的新学科,既有中医的长处、又有西医的优点。”《人民日报》、新华社、中国国际广播电台、《光明日报》、《科技日报》、《健康报》、《文汇报》、《经济日报》等中央、国家级新闻媒体都对此进行了大量的报道,称之为:“针刀创大奇迹。”

针刀疗法从它诞生的那天起,便开始了不平凡的艰难历程。伴随着朱汉章大夫的艰辛探索和临床经验的积累,终于在1978年,这一全新的探索领域被江苏省卫生厅列入了重点科研课题。从1979年开始,朱汉章把自己的全部精力用于针刀治疗学方面的研究和探索。1984年,江苏省卫生厅组织数家省级大型医院在对针刀疗法进行严格的临床论证的基础上,通过了专家鉴定,标志着“针刀疗法”正式步入临床实践阶段。同年,朱汉章大夫在江苏省卫生厅,省科协和省科技报的支持下,在南京的玄武湖畔创立了以“针刀疗法”为特色的金陵中医骨伤科医院。1987年,经江苏省政府批准,在南京举办了第一期全国针刀疗法培训班,针刀疗法开始向全国正式推广应用。从那时起,朱汉章义无反顾地常年举办针刀医学培训班,他把自己多年研究的成果毫无保留地传授给成千上万的医务工作者,从1987年开始至今,先后举办全国和地方性培训班500多期,接受培训的医务人员数万人,遍布全国(包括台湾省在内)31个省、市、自治区。1991年,这项新技术随着改革开放的步伐,走出国门,开始为



世界人民的健康服务。朱汉章及其学生通过出国讲学和学术交流等方式,培训了数百名来自中国香港、中国澳门、中国台湾、泰国、马来西亚、新加坡、俄罗斯、日本、美国、印度尼西亚、澳大利亚、意大利、巴西和南非等二十多个国家和地区的医生。在全面推广应用和大量的临床实践,以及深入的理论探讨和学术交流的基础上,朱汉章大夫将其所著《小针刀疗法》一书,三易其稿,于1992年6月由中国中医药出版社以中、英文两种版本正式出版发行。针刀疗法在进行全面推广应用的同时,也开始了它严谨求实的理论研究和学术争鸣。1990年5月,中国小针刀疗法研究会成立,并在深圳召开了首届全国小针刀疗法学术交流会。这个学术团体的成立,标志着小针刀疗法这一新的医学学术思想体系开始形成,朱汉章和他的同道们在这片新的学术领域中开始了孜孜不倦的辛勤耕耘和勤奋探索。1991年4月,第二届全国小针刀疗法学术交流大会在沈阳召开,并且成立了中国中医药学会小针刀疗法专业委员会,使原有的民间学术团体成为中国中医药学会的正式一员,一些省、市也相继成立了分会,从而有力地推动了这一新学科的发展进程。1993年10月,第三届全国小针刀疗法学术交流大会在北京隆重召开。全国人大常委会副委员长、当代医学泰斗吴阶平教授以及尚天裕教授、王雪苔教授等著名医学专家光临指导,这次群英荟萃的盛会掀开了针刀医学史上光辉的一页,树起了针刀医学的里程碑。在这次大会上,正式提出了创立针刀医学新学科的理论构想和初步框架,并得到有关权威专家热情的支持和鼓励。他们殷切希望针刀医学工作者们,继续努力,在不断扩大针刀治疗范围的同时,逐步完善其诊断和治疗常规,并进行深入的理论探索。会后,经上级有关部门批准,正式成立了中国中医药学会针刀医学分会。在广大针刀医务工作者的共同努力下,随着学术交流的日益频繁,针刀医学的理论与实践迅速得到极大的发展与提高。在这种形势下,1994年2月国家成立了中国中医研究院长城医院,专门从事针刀医学的临床和科研工作,任命朱汉章为院长。1996年4月在古都西安召开了第四届针刀医学学术交流大会。1997年8月,大型《针刀医学系列教学录像片》共15集相继出版发行。该片集普及班、提高班、研修班等内容为一体,以具体病例为中心,以针刀操作为主体,采用电化形象教学手段,在针刀操作规范化上做了新的贡献。

针刀疗法从1976年诞生以来,通过以朱汉章教授为首的几万名医务工作者的临床运用和多项研究成果,针刀疗法的理论和临床操作技术日趋完善,朱汉章教授撰写的《针刀医学原理》于2001年由人民卫生出版社正式出版。2003年国家中医药管理局举行了有27所高等医学院校、29名高级医学专家参加的大型鉴定会,将“针刀疗法”鉴定为一门新的医学学科,并正式命名为“针刀医学”。与会专家一致认为针刀医学作为一门新兴学科已基本成熟,建议进入大学的正规教育。2004年由教育部组织的有4位院士参加的关于“针刀医学原创性及其推广应用的研究”的鉴定会,进一步肯定了“针刀医学在理论、操作技术、器械方面都是原创性的成果,特别是在诊疗技术方面达到了世界领先水平”。2004年11月,在北京中医药大学召开了世界中医药联合会针刀专业委员会成立暨第一届学术经验交流会,创建了针刀医学走向国际的学术平台。2004年3月,由北京中医药大学朱汉章教授组织全国37所医学院校的专家、教授编写了新世纪全国高等中医药院校创新教材《针刀医学》上、下册,由中国中医药出版社出版发行。由朱汉章教授任总主编,湖北中医学院吴绪平教授、解放军总医院石现教授任副总主编的新世纪全国高等中医药院校《针刀医学》系列规划教材(共5本)于2007年8月由中国中医药出版社出版。该套教材的出版问世,标志着“针刀医学”作为一门新兴学科走进了全国高等医药院校。2005年,以北京中医药大学朱汉章教授任课题



负责人的“针刀松解法的临床与基础研究”获国家重点基础研究“973”计划资助,正式开始对针刀医学的实验研究。2006年2月在“272次香山科学会议”上,与会院士、专家一致认为,针刀医学具有原创性,以“阴平阳秘,精神乃治”为理论出发点,是中医现代化的典范。

针刀医学的适应证逐渐扩大,并取得满意疗效。已广泛应用于骨伤科、外科、内科、妇科、儿科和整形外科等临床各科疾病的治疗。

针刀的定义:针刀是以针的理念刺入人体,在体内能够发挥刀的治疗作用的医疗器械,是针灸针和手术刀的有机结合。针刀治疗的核心是恢复人体生命活动的平衡。

针具:针刀疗法针具是由金属材料做成的,在形状上似针又似刀的一种针用具。是在古代九针中的镵(音蝉)针;圆针;铍(音迪)针;锋针;铍(音披)针;圆利针等基础上,结合现代医学外科用手术刀而发展形成的。其形状和长短略有不同,一般长为10~15cm,直径为0.4~1.2mm不等。分手持柄、针身、针刀三部分。针刀宽度一般与针体直径相等,刃口锋利。常用的针刀针体直径1mm,刀刃宽0.8mm,既可以起针刺作用,又具有手术刀的功能。

针刀疗法:在针刀医学的相关理论的指导下,利用精细解剖定位、立体解剖定位、动态解剖定位、体表定位等方法,运用针刀来治疗多种疾病的方法,称为针刀疗法,是针刀治疗学的总称。

针刀医学:针刀医学是在中医理论的指导下,吸收现代西医及自然科学成果,再加以创造而形成的医学新学科。

二、针刀医学理论体系

针刀医学理论体系包括关于闭合性手术的理论、关于慢性软组织损伤新的病因病理学理论、关于骨质增生病因学的理论、关于电生理线路系统的假说四大基本理论及针刀医学病理生理学、针刀医学影像学、针刀医学手法学、针刀医学诊断学、针刀医学治疗学、针刀医学护理学六个部分组成。

新的解剖学理论体系包括精细解剖学、立体解剖学、动态解剖学、体表定位学。

精细解剖学:以机体的精细结构为研究对象,为闭合性手术的精确定位服务。在盲视状态下,要精确地对准病变组织施术,尽量减少对健康组织的损伤,就必须有精细解剖学作保障。

立体解剖学:以机体的立体结构为研究对象。在闭合性手术当中,针刀必须从体外进入体内,才能作用于病变组织,因此只有精确的掌握机体的立体结构才能选择一条安全的手术入路从体外进入体内。

动态解剖学:以非标准体位下的解剖结构为研究对象。当患者因肢体畸形或强迫体位而处于非标准体位时,其体内结构在体表的投影位置较标准体位有较大改变,想要在这种情况下完成闭合性手术就必须了解各种体位状态下相对应的解剖结构。

体表定位学:以体内解剖结构在体表的投影位置为研究对象。只有清楚了解体内结构在体表的投影位置才能有效避免损伤神经、血管等重要组织和健康组织。

闭合性手术的操作原则即操作四步规程:定点、定向、加压分离、刺入。

定点:在确定病变部位和搞清该处的解剖结构后,在进针部位用紫药水做一记号,局部碘酒消毒再用乙醇脱碘,覆盖上无菌小洞巾。



定向:使刀口线和大血管、神经及肌肉纤维走向平行,将刀口压在进针点上。

加压分离:在完成第二步后,右手拇、食指捏住针柄,其余三指托住针体,稍加压力不使刺破皮肤,使进针点处形成一个长形凹陷,刀口线和重要血管神经及肌肉纤维走向平行。这样,神经血管就会被分离在刀刃两侧。

刺入:当继续加压,感到一种坚硬感时,说明刀口下皮肤已被推挤到接近骨质,稍一加压,即可穿过皮肤。此时进针点处凹陷基本消失,神经血管即膨起在针体两侧,此时可根据需要施行手术方法进行治疗。

所谓四步规程,就是针刀手术在刺入时,必须遵循的四个步骤,一步也不能省略。定点就是定进针点,定点的正确与否直接关系到治疗效果。定点是基于对病因病理的精确诊断,对进针部位解剖结构立体微观的掌握。定向是在精确掌握进针部位的解剖结构前提下,采取何种手术入路能够确保安全进行,有效地避开神经、血管和重要脏器,又能容易确保手术的成功。加压分离是在浅表部位有效避开神经、血管的一种方法,这包括许多技巧(具体施术在后面章节详述)。在前三步的基础上,才能开始第四步的刺入。刺入时,以右手拇、食指捏住针刀柄,其余三指作为支撑,压在进针点附近的皮肤上,防止刀锋刺入皮肤后,超过深度而损伤深部重要神经、血管和脏器,或者深度超过病灶,损伤健康组织。

闭合性手术方法:共有 23 种不同方法,基本方法是切开、剥离、松解、铲削等。

重新界定软组织的范围、慢性软组织损伤的概念、软组织损伤的各种类型、软组织受到损伤后的病理变化、慢性软组织损伤疾病的根本病因。

重新界定软组织的范围:以往国内外医学理论把软组织限定在运动系统,而针刀医学则认为软组织包括人体除了唯一的硬组织(骨组织)之外所有的组织,因为它们具有相同的力学特性,其损伤的病理变化过程也有相同规律,这是对软组织损伤理论的重大突破。

慢性软组织损伤的概念:内涵:软组织受到各种损伤以后,在治疗和自我修复的过程中,在特定条件下会产生新的致病因素,导致新的慢性软组织损伤疾病。外延:慢性软组织损伤是一种迁延难愈的慢性疾病,包括内外妇儿各科多种疑难杂症。

软组织损伤的各种类型:包括暴力性损伤、积累性损伤、情绪性损伤、隐蔽性损伤、疲劳性损伤、侵害性损伤、自重性损伤、手术性损伤、病损性损伤、环境性损伤、功能性损伤十一大类。

软组织受到损伤后的病理变化:软组织受到损伤以后会产生粘连、挛缩、瘢痕、堵塞等病理变化,这些病理变化又成为新的致病因素,破坏机体的动态平衡,导致慢性软组织损伤疾病的产生。

慢性软组织损伤疾病的根本病因是人体的动态平衡失调。动态平衡失调的含义:人体在生命活动允许的范围内,在特定的时间和空间的范围内,自由的活动状态叫做动态平衡,反之叫做动态平衡失调。

慢性软组织损伤疾病的根本病因是人体的动态平衡失调:造成动态平衡失调的病理因素有四大类,即粘连、挛缩、瘢痕和堵塞。在此理论的指导下治疗慢性软组织损伤疾病,取得了非常好的临床疗效,把对慢性软组织损伤的认识提高到了一个新的水平。

针刀医学首次提出骨质增生的根本病因是人体内力学状态的异常变化。针刀医学首次从临床和试验室两个角度论证了骨质增生的根本病因是人体内力平衡失调,并系统论述了力学因素在人体生命活动中的重要作用和力学因素失调对生命活动的影响。



人体不断对体内外力学状态的变化进行适应和调节,骨质增生是人体对力学状态异常变化所做出的适应性即对抗性改变,硬化、钙化和骨化是这种适应性改变的三个阶段。

针刀医学摆脱了传统认识的束缚,阐明了骨质增生不是人体退行性变所致,在二十几年以前就提出力学因素失常是导致骨质增生的根本原因,这一点遥遥领先于国际水平。

在以前专家对经络实质研究的基础上,针刀医学提出了人体内存在一个庞大的电生理线路系统,经络只是这一电生理线路系统的主要干线的假说。

针刀医学认为电生理线路系统对人体生命活动具有第一推动作用,统领其他各个系统,它的病理变化成为认识许多疑难杂症本质病因的突破口;论述了该系统的生理功能和病理变化的各种表现以及人体生物能转化为电能的生理过程和该系统的生物学特性等。

在临床上,根据这一假说应用针刀调节电生理线路系统,取得了很好的临床疗效。在经络实质这个问题上,针刀医学放弃了从形态学角度寻找有形结构的思路,转而从电生理学角度对经络现象做出了解释,启发人们不应当局限于前人的框框,而应该从更广阔的角度探索问题。

对人体生命活动的新认识、提出人体存在一个新的生理系统的假说、重视力学因素在生命活动中的作用、提出生命的本质是平衡。

对人体生命活动的新认识:人体是有生命的活体,受到损伤之后能够进行自我修复和自我调节。一方面人体的自我修复和调节功能能够维持机体的正常生命活动,另一方面在自我修复和自我调节的过程中能够产生新的致病因素。

提出人体存在一个新的生理系统的假说:从电生理线路系统的角度来解释经络现象和人体的各种生命现象。重视力学因素在生命活动中的作用:突破前人对病因学认识的局限性,充分认识到力学因素在生命活动中的重要作用,很多疑难杂症的真正病因是力学因素的失常。提出生命的本质是平衡:治疗一切疾病的目标就是恢复各种不同性质的平衡,针刀医学的各种治疗手段的目的在于恢复人体的各种平衡。

以精细解剖学为基础,针刀医学影像学十分重视人体组织器官的微小改变,因为针刀医学发现这些微小的改变足以造成多种严重疾病。针刀医学影像学重新认识 X 线图像,提出以往医学影像学所不重视的一些观察指标的改变是许多疾病的根源。这两点正是它与以往医学影像学的不同之处。精细化是医学影像学发展的必然趋势,针刀医学影像学必将对医学影像学的发展起到极大的推动作用。

针刀医学手法学以现代医学的解剖学、病理学、生理学和生物力学为基础,形成了一套自成体系的手法学。针刀医学手法学与传统中医手法学的不同点主要有以下几个方面:精确、简单、安全、科学、实用。

慢性软组织损伤的病因诊断、骨质增生病因的诊断、脊柱区带病因的诊断、电生理线路故障的诊断、独创功能分析法和综合分析法。

慢性软组织损伤的病因诊断:详细论述了粘连、挛缩、瘢痕、堵塞四大病理因素的诊断方法和标准。

骨质增生病因的诊断:首先区别骨质增生与骨质增生症,不对生命活动构成威胁的骨质增生可不予治疗;其次判断骨质增生症是由哪部分组织力平衡失调引起,为针刀治疗提供依据。

脊柱区带病因的诊断:首先应用针刀医学影像学检查椎体位置有无异常,其次判断脊柱



区带范围内软组织有无粘连、挛缩、瘢痕、堵塞等异常。

电生理线路故障的诊断:详细论述了电生理线路短路、断路、电流量增强、电流量减弱和异常放电等情况的诊断。

独创功能分析法和综合分析法:从功能上和总体上对患者进行综合评估,从而极大地减少了误诊误治的发生,提高了诊断学的科学性和精确性。

针刀医学治疗学包括四部分:针刀为主、手法为辅、药物配合、器械辅助。

针刀医学独特的治疗作用:通过消除软组织变性来恢复人体内力学平衡状态,疏通体液滞留和促进体液回流,改善局部微循环;从而调节人体电生理线路系统,调动机体自我调控功能,促进生物能转变为生物电流。

安全保障:在进行针刀治疗时,如果操作规范,对解剖结构掌握清楚,针刀治疗是很安全的。在手术操作不规范的情况下,可出现组织水肿、炎症反应、神经血管损伤等,严重的可出现脊髓损伤。对长城医院五年门诊病房进行的 42 000 人次针刀治疗统计结果表明,因技术差错出现事故为 6 人次,事故率为 0.016%。其中有 2 例是治疗软组织损伤造成局部血肿,3 例是治疗手法不当造成类风湿关节炎已脱钙骨的骨干骨折,1 例是治疗强直性脊柱炎针刀操作不规范造成了脊髓损伤。有关文献报道,通常外科手术事故率为 1%~3%。

适应证:慢性软组织损伤引起的顽固性疼痛;骨质增生性疾病,如颈椎病,腰椎间盘突出症、骨性关节炎等;肌肉、肌腱和韧带积累性损伤、肌紧张、损伤后遗症;某些脊柱相关性内脏疾病;部分关节内骨折和骨折畸形愈合;直线瘢痕挛缩。

禁忌证:严重内脏疾病或体质虚弱不能耐受针刀治疗者;全身或局部患有急性感染性疾病者;施术部位有重要神经血管或有重要脏器而施术时无法避开;凝血机制不良或有其他出血倾向者;高血压,且情绪紧张者。

针刀医学护理学除吸收了传统护理学的有关内容以外,还根据针刀治疗过程的自身特点制定了一套与之相配套的护理学方法,对接受治疗的患者的体位、活动状态、活动范围、活动姿势等都有精确的要求。这些要求对能否成功治疗某些疾病及针刀手术后的安全和提高治疗效果有十分重要的意义。

三、针刀医学带来的经济效益和社会效益

在针刀治疗所需费用当中,药物所需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经费 6.8 亿元,比药物和其他疗法节约 5.6 亿元。在针刀闭合性手术适应证范围内,目前全国每年针刀医学闭合性手术比外科手术节约治疗经费总共 605.64 亿元,比药物和其他治疗方法节约总共 172.24 亿元。

目前针刀医学的治疗效果与外科手术及药物和其他疗法的治疗效果比较如下;在针刀闭合性手术适应证范围内治愈率是外科手术的 1.26 倍,是药物和其他疗法的 4.15 倍。

甘肃省中医院风湿骨病科自 2007 年 7 月引入针刀疗法后,由于在解决风湿骨病患者的关节功能障碍及疼痛方面的突出优势,使该科室用短短的 6 年时间得到飞速的发展,成为国家中医药管理局中医痹病学重点学科建设单位,国家药品临床试验机构(中医风湿病专业),在取得良好社会效益的同时经济收入增加了 40 倍。



第二节 常见风湿骨病及其针刀 规范治疗的思考

本书以风湿骨病科常见多发病为切入点,选择了类风湿关节炎、强直性脊柱炎、肩周炎、颈椎病、骨性关节炎、网球肘、背肌筋膜炎等疾病,主要介绍甘肃省中医院风湿骨病科的针刀治疗特色和治疗规范。

一、类风湿关节炎

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA),在中医学里没有准确对应的病名,但根据其临床表现、病因病机、属于“痹证”范畴。早在《黄帝内经》中即有“痹”、“骨痹”的病名记载,并设专篇论述,如《素问·痹论》曰:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹也”,“风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹”,全国名老中医焦树德认为历代医家对兼有关节变形的痹证,没有统一的名称,论述也不系统,但都认识到这类痹证会使人关节变形、功能受限,借鉴前人各种论述与经验,结合现代文献,把痹证中已发生关节肿大、僵直、畸形、骨质改变、筋缩肉卷、肢麻不能屈伸等症状者,统称为“尪痹”。是一种病因不明的以关节慢性炎症为特征的自身免疫性疾病,多见于中年女性,患病率为0.32%~0.36%;病理基础主要是滑膜炎;临床表现包括晨僵、痛与压痛、关节肿胀、关节畸形、关节功能障碍等关节表现和血管炎、类风湿结节等关节外表现;化验检查包括自身抗体:类风湿因子、CCP抗体,免疫球蛋白相关化验包括血沉、IgG、IgA、IgM、CIC、蛋白电泳,常规检查包括血常规、尿常规、肝/肾功能以及遗传标记 HLA-DR4/DR1;其诊断标准主要有1987年的纽约标准和2009年ACR/EULER标准,2009RA分类标准同1987年标准的区别在于排除其他疾病为前提、强调抗CCP抗体和RF、增加了CRP和ESR,废除了晨僵、皮下结节和对称性关节炎,不再把“持续6周”作为必要条件;西医治疗现状:①RA治疗的时机:RA一经诊断就应使用传统的DMARDs治疗。②RA治疗的目标:尽可能在较短的时间内(一般3~6个月)达到临床缓解或低度活动。如果未能达标,应每1~3月随诊一次,根据疾病活动度调整治疗方案。③对于活动性RA患者,MTX应作为治疗方案中首选的DMARDs药物之一。④如MTX禁忌或不能耐受,其他可以作为DMARDs首选的药物包括SASP、来氟米特、注射金等。⑤未使用过DMARDs药物的患者,可以考虑单药使用传统的DMARDs药物。⑥糖皮质激素可与其他DMARDs药物联合短期应用于初始治疗阶段。⑦生物制剂使用:如最初DMARDs方案治疗未能达标,或有预后不良因素的患者应考虑加用生物制剂。当预后不良因素去除后可再调整为传统DMARDs药物;对MTX或其他传统DMARDs疗效不佳的患者应加用生物制剂。⑧目前经验首选TNF α 抑制剂,并与MTX联合使用;当一种TNF α 抑制剂治疗无效时,可选用另一种TNF α 抑制剂,或者阿巴西普、利妥昔单抗、IL-6受体单抗。⑨难治性RA患者并对生物制剂和传统DMARDs有禁忌者可选择硫唑嘌呤、环孢素A、环磷酰胺等药物治疗。⑩尽管有预后不良因素的患者受益更大,但对于每一个RA患者都应当采用早期强效的药物治疗策略。⑪如治疗后患者病情持续缓解,可考虑逐渐减药,首先减量或停用皮质激素,其次减生物制剂,特别是生物制剂与其他传统DMARDs联合使用时。⑫如果病人病情持续缓解,医生可与病人商量,谨慎调整减量MTX或其他传统DMARDs。⑬有预后不良因素存在的患者,应考虑MTX



和生物制剂联合治疗。^⑭在调整治疗方案时,除疾病的活动情况,还要考虑有无进行性骨侵蚀、并发症以及药物的安全性等因素。中医药治疗包括中药内服外用以及各种特色疗法。

RA 对生活质量的影響主要有疼痛的煎熬、关节功能障碍、心理健康的影响、丧失工作能力、增加医疗费用支出五个方面,其中最关键的是前两者;针刀疗法从发明的那一天起其主要的治疗作用就是通过消除软组织变性来恢复人体内力学平衡状态,疏通体液滞留和促进体液回流,改善局部微循环;从而调节人体电生理线路系统,调动机体自我调控功能,促进生物能转变为生物电流;同时减张减压是近年来对针刀治疗作用的更深刻认识;可见,针刀微创治疗对 RA 所致的疼痛及关节功能障碍有良好的针对性,但是在选择治疗病例时由于 RA 的特殊性,需要注意以下几个方面的问题:①针刀治疗对 RA 的病情活动是否有控制作用,目前尚无相关的临床研究;②对于已经发生骨侵蚀的患者疗效相对较差;③在针刀治疗的同时一定要按要求规范使用药物治疗,尤其是急性活动期患者;④严重骨质疏松患者针刀治疗要手法轻、部位少、进刀浅;⑤对于骨融合所致的关节功能障碍患者针刀治疗疗效欠佳。

二、强直性脊柱炎

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS),属于中医学“肾痹”、“骨痹”、“痹证”、“腰痛”、“脊痹”等疾病的范畴,在古医籍中虽无 AS 的病名,但早有相关的症状、病因病机、论治阐述,中医学积有丰富的经验。《素问·痹论》指出:“骨痹不已,复感于邪,内舍于肾……肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头”,形象地描述了强直性脊柱炎的晚期症状,并认为肾虚为其发病内因,感受外邪或外伤为其诱发因素。《素问·长刺节论》云“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至,名曰骨痹。”提示了该病的病位在骨、在肾。隋《诸病源候论·背偻候》云:“肝主筋而减血,血为阴,气为阳,阳气盛,精则养神,柔则养筋,阴阳和同,则气血调适,共相荣养也,邪不能伤,若虚则受风,风寒搏于脊膂,冷则挛急,故令背偻”;AS 是以骶髂关节和脊柱关节慢性炎症为主的全身性自身免疫疾病,患病率高:我国约 0.3% (400 万),多影响青壮年,部分患者残疾,我国误诊误治多;AS 的自然病程个体差异大、早期阶段:自然缓解和加重交替,轻者:仅累及骶髂关节和腰椎;重者:全身关节和关节外器官(尤其青少年,髋和膝关节)、预期寿命与正常人无明显差别;基本病理改变是原发性、慢性滑膜炎;临床主要表现为隐匿性下腰痛,是最具特征性的早期症状,为难以定位的钝痛,常感觉在臀部或骶髂区深部,关节表现包括臀部的疼痛、腹股沟内侧的放射痛、膝、髋、踝肿痛、足跟痛、胸廓活动度下降、晚期骨质疏松,易骨折;关节外表现主要有发热、急性虹膜睫状体炎、肺实变(纤维化)、IgA 肾病、表现为无症状性血尿、病程较长者可有升主动脉炎、主动脉瓣闭锁不全和传导障碍等;检查主要包括 HLA-B27 以及骶髂关节的放射学改变;诊断标准主要有 1984 年修订的纽约标准或 2009 年 ASAS 推荐的中轴型 SpA 的诊断标准,在两个标准中都强调了炎性下背痛的诊断,包括以下五个方面:随着活动而改善、夜间痛、隐匿发病、40 岁以下发病、休息无缓解,5 条中满足 4 条,敏感性 77% ~ 79.6%,特异性 72.4% ~ 91.7%。

AS 的治疗原则:加强病人教育包括睡硬床垫、严禁吸烟、避免创伤、防止因脊柱骨质疏松引起骨折、每天功能锻炼(如游泳),合理参加运动与娱乐,合理用抗风湿药即开始以快作用药(非甾体抗炎药)和慢作用药(柳氮磺吡啶等)联合为主、慢作用药起效后撤除快作用药;AS 的治疗选择:过去用药史及经济情况如何、判断是活动期(积极治疗)还是晚期非活动



期(对症、辅助和外科治疗为主)、是中轴受累型还是外周关节受累型、了解有无重要器官或部位(虹膜炎和髌等)的受累;中医药治疗 AS 有较明显的优势,益肝肾、活血通经络是基本的治疗法则,对控制病情有良好的远期疗效,如甘肃省中医院风湿骨病科使用的五劳七损方加减就显示出较好的临床前景,而对于僵硬、疼痛、关节功能障碍尤其是髌关节功能障碍针刀治疗具有快捷、事半功倍的疗效,甚至对于由髌关节发展到股骨头坏死的患者也有较好的疗效。但由于 AS 患者病程长、临床症状复杂,因此,针刀治疗的思路比较关键,总体原则是:仔细检查、全面判断、综合分析,分批、分段、依解剖层次由浅入深进行松解。

三、肩 周 炎

肩周炎,即肩关节周围炎,亦称漏肩风、肩凝证、粘连性肩关节炎、五十肩等名称,是一类引起盂肱关节僵硬的粘连性关节囊炎,好发于 40~70 岁的中老年人,占成人的 8%~12%,男女之比为 1:3。如得不到有效的治疗,有可能严重影响肩关节的功能活动。是一种常见病和多发病,大多数患者有自愈倾向,自然转归为 6~24 个月;关于肩周炎的病因病理,历来众说纷纭。中医学认为经脉空虚,外邪侵入所致,故称“漏肩风”。从软组织损伤的角度来看,确实存在炎性渗出,细胞坏死,软组织增生,粘连带,肌挛缩等改变。但肩周炎多发在 50 岁左右,又多侵犯妇女,还有自限性,预后是良好的,绝少发生后遗症,这些又与内分泌有联系;根据目前研究,虽无统一意见,肩周炎的发生确与下列因素有关:解剖学因素、损伤性因素、内分泌、不良习惯、气候因素等;主要是由于肩关节的关节囊及其周围组织广泛的无菌性炎症,导致肩部疼痛、肩关节功能障碍,且以肩关节功能障碍为主症;病理表现:关节囊与周围组织发生粘连。Depalma(1983)将本病的病理过程分为三期:第一期、急性期,亦称冻结前期。关节囊本身粘连,因关节囊下部皱襞首先粘连,关节囊缩小,使肩关节外展活动受限;加之肱二头肌长头腱在囊内粘连,滑动困难,故肩痛逐渐加重。第二期为冻结期,或称粘连期。肩关节囊及其周围结构,如冈上肌、冈下肌、肩胛下肌、喙肱韧带等组织均可发生充血、肿胀、肌痉挛、韧带挛缩等病理改变。疼痛呈持续性,肩关节几乎完全冻结而无活动度。第三期、缓解期,或称恢复期。经 1~1.5 年的时间,肩周炎逐渐好转,疼痛缓解,病人可在不知不觉中逐渐恢复关节活动,无后遗症。临床表现:肩部疼痛:为渐进性,迁延时日较长;肩部活动受限:疼痛和肩关节的严重粘连导致肩关节活动受限;后期肌萎缩,肩肌消瘦,大多明显萎缩。

肩周炎的治疗现状:目前常用的治疗方法包括针灸、按摩、理疗、运动疗法、中医中药、各种松解术等,通过治疗可改善症状,缩短病程;然而,到目前为止,治疗方法虽多,其效果并不理想。由于该病以局部无菌性炎症和粘连为主,因此针刀减张减压和切割松解是很好的治疗手段,我们在临床上经过反复实践,结合其特殊病理基础,在肩周炎的针刀治疗中提出了分区定点针刀松解术,取得了满意疗效;在治疗中需要注意的几个问题是:肩关节严重粘连的治疗难度较大,急性期患者治疗后疼痛有加重的可能,注意鉴别诊断,如并发颈椎病,单纯的冈上肌损伤、冈下肌损伤、肱二头肌损伤、肱二头肌长头肌腱炎、肩峰下滑液囊炎、三角肌滑液囊炎等。

四、颈 椎 病

颈椎病(cervical spondylosis)属中医“项痹”、“骨痹”、“痹证”范畴,系指因颈椎间盘退变