

## 钩针疗法述要

陈戈义 杨薇

(浙江省中医药研究院, 浙江 杭州 310007)

钩针, 是浙江省中医药研究院杨楣良主任医师受牙科探针启发, 在古代针具基础上研制成功的一种新型针具。笔者试将钩针及钩针疗法向大家作一简介。

### 1 钩针大体结构

钩针针体坚硬, 针头(针体的末端与针尖的连接部分)弯曲与针体成一角度, 呈弯钩造型。针头三侧钝圆, 一侧富有刃面, 可在体内进行剥离粘连、刮除赘生物等操作。针柄上有一圆点标记, 便于操作者辨别钩针入皮后的针尖及刃面位置。全套钩针按针体长度、针头处弯钩角度、针头粗细、刃面大小、位置等差异分成不同型号的六根。大体结构如图 1、2 所示。

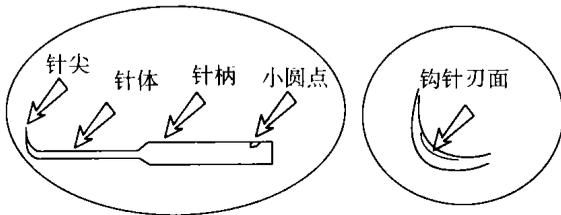


图 1 钩针大体结构

图 2 头部放大观

### 2 作用机理

**2.1 改善病区营养, 加速患处代谢** 我们可以推测: 在机体深部利用钩针进行按摩、震颤、推刮等操作的过程中所产生机械能可被转化为热能, 并可使小血管扩张, 循环加快, 从而加强局部病变组织的营养供应。另外, 这种机械对神经末梢的良性刺激也可使局部组织器官活动能力增强, 淋巴循环加快, 这样就大大提高了患处的新陈代谢能力, 有利于增生及剥离开的残留组织被较快地吸收。从而使机体早日从病理状态中得以康复。

**2.2 解除粘连挛缩, 恢复机体功能** 钩针可以利用自身的独特结构, 把病理性粘连剥离开来, 使病变组织恢复到原来位

置, 同时还可以疏通病区的阻滞, 流畅病区的气血, 从而解除各种症状, 促进功能的恢复。对于解除粘连后仍难以消除的肌痉挛, 我们还可利用钩针的刃面, 有选择地切断部分痉挛紧张的肌纤维, 而使症状迅速缓解。矫形外科的各种手术早已证明, 适当地切断一些肌束和肌纤维, 并不会影响这一区域的运动功能。

在局部进针点定位原则上, 我们往往取患部压痛最明显的部位进针, 即传统医学所说的“以痛为腧”。在大量的临床实践中我们发现: 最敏感的压痛点大多在筋膜、肌肉的起止点, 两肌交界或相互交错部位, 这些地方由于所受应力大, 最容易发生损伤, 产生粘连、挛缩等病变, 是临床治疗的关键所在。

**2.3 刺激深层组织, 形成针刺效应** 利用钩针的独特结构进入皮下, 对机体深层组织进行按摩、震颤、推刮、提插、钩拉、推刮等操作时, 可对机体深部感受器造成足够的刺激, 从而形成各种较为显著的针刺效应, 达到体外按摩等其它方法所无法取得的效果。

**2.4 强调辨证施术, 注重整体观念** 在操作过程中, 术者必需根据疾病的虚实情况采用不同的手法, 如遇实证患者, 则操作手法稍重, 出针时摇大其孔, 以泻其实; 遇虚证患者则操作手法应轻柔, 出针时紧扞其孔, 以补其虚。治疗过程中, 往往不单纯治疗病灶局部, 在进针点的定位原则上, 以经络学说为依据, 除“以痛为腧”之外, 有时还采用循经取穴、邻经取穴等方法, 尤其在压痛点不明确或局部有炎症、瘢痕不适宜进针时更是如此。此外, 为提高临床疗效, 有时在钩针治疗的同时, 还配合运用针灸、拔火罐等方法, 从而进一步保证了疗效。这些都和现代医学中的手术疗法及小针刀疗法有着根本的区别。

(编辑: 连智华)

## 附加导向器的经皮腰椎间盘突出摘除术

曹坎铎<sup>1</sup> 吕志昌<sup>1</sup> 李树增<sup>1</sup> 张惠民<sup>2</sup>

(1. 献县人民医院, 河北 献县 062250; 2. 河北医科大学附属第三医院, 河北 石家庄 050051)

自 1993 年 10 月至 1996 年 10 月, 在经皮腰椎间盘突出摘除术中, 经测量计算后应用导向器, 克服了估计、目视角度的粗糙性。穿刺时多可一次达预定区域, 有降低并发症, 增加疗效, 缩短手术时间的优势。报告如下:

### 1 临床资料

本组共 48 例, 男 30 例, 女 18 例。年龄在 21 至 59 岁之间。按刘加林<sup>[1]</sup>的分型选择适应症。膨隆型 28 例, 突出型 20 例。L<sub>3,4</sub> 突出 3 例, L<sub>4,5</sub> 突出 31 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出 8 例, L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 两个间隙突出 6 例。根据改良的 Macnab<sup>[2]</sup>疗效评定标准(优: 疼痛消失, 无运动功能受限, 恢复正常工作和活动; 良: 偶有疼痛, 能做轻工作; 可: 有些改善, 仍有疼痛, 不能工作;