

## 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。

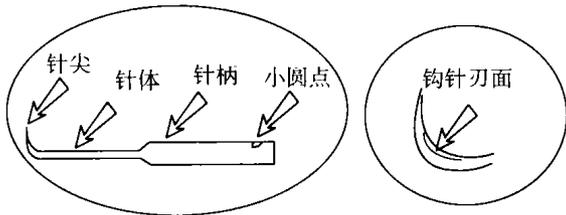


图 1 钩针大体结构

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, 出针时紧扪其孔, 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术中, 经测量计算后应用导向器, 克服了估计、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;

差:有神经根受压的表现,需进一步手术治疗。本组优 33 例,良 9 例,可 4 例,差 2 例。在 54 个间盘穿刺中一次成功 46 个,另外 8 个在穿刺针稍有偏差时,保留针做标记,再穿刺成功。

### 2 导向器设计

用长 27 cm,宽 6 cm 的金属板做底板,底板一长边有中间为 0,两边各有 12 cm 的刻度,并装有长 26 cm 且能与衣板长边平行滑动的燕尾槽。槽内装有调角度及放针装置,并可在槽内左右滑动。可调出穿刺针与矢状面的角度、向尾侧倾斜角度及距中线的距离。(见图 1)

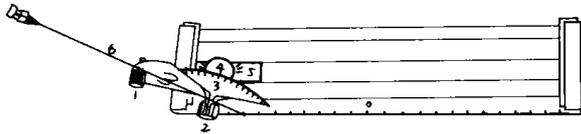


图 1 导向器示意图

- 1.2 放针轴 2 进针角固定螺丝 3 进针角刻度盘
- 4 倾斜角固定螺丝 5 倾斜角刻度盘 6 穿刺针

### 3 导向器应用

所有病例均经 X 线片及 CT 片检查。CT 片: L<sub>4,5</sub> 及 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 椎间盘突出均在 L<sub>4,5</sub> 间盘后缘水平扫一个全腹平面(因为进针点几乎在同一水平线上即 L<sub>4,5</sub> 间盘稍上方的髂嵴后上缘水平),以了解穿刺针的比邻关系,初步确定进针距后正中线的距离(旁开针距)及针与矢状面的成角(进针角)。X 线片:患椎间隙棘突处皮肤水平贴一长约 20 cm 克氏针,拍片后以压痕为指示涂龙胆紫于椎间隙水平做标记,结合进针点测出向尾侧的倾斜角。

如 L<sub>4,5</sub> 突出,髂嵴处进针点至标记与后正中线的交点的连线等于 CT 片上旁开针距,进针角就确定了。如 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出,参考 L<sub>4,5</sub> 进针点,测出交点与进针点的距离,再测出 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 间盘后 1/3 处向后的垂直距离(要以 L<sub>4</sub> 棘突处皮肤为准即应减去 L<sub>4</sub> 以下骶后突的部分),然后计算得出进针角。但因腰骶角的关系须考虑器械进入间盘内的问题,旁开针距一般应减小。调好导向器的进针角、倾斜角及旁开针距,一般取俯卧位,0 点置于后正中线上,平行放于标记线之上,穿刺针贴于两个放针轴,即可穿刺。

### 4 讨论

经皮腰椎间盘摘除术进针角度适宜是一项重要内容。Oink<sup>[3]</sup>认为进针应旁开 8 cm 成 45° 角穿刺;刘宝仁<sup>[4]</sup>主张进针旁开 8~10 cm,与矢状面成 45°~60° 角;孙良业<sup>[5]</sup>在 34 具尸体上模拟 L<sub>4,5</sub> 穿刺,得出穿刺旁开 8~12 cm 与矢状面成 45°~75° 角最安全,若在 12 cm 外针易进入腹腔。作者认为进针与矢状面角度愈大,所下套管调节余地大,容易避开神经根进入工作三角,接近后部髓核,疗效较好,但有损伤结肠、输尿管之嫌;反之套管易受关节突阻挡而向内调节受阻,后部髓核不易取出,但上述损伤则不可能。为此我们选择角度,根据全腹 CT 片、X 线片及实体进行测量,计算选择入路安全且最近的旁开针距,在导向器引导、X 线监视下刺入,这样多可一次达预定点附近。经 48 例测量进针角均在 45°~70°,旁开针距在 8~12 cm。

Schreiber<sup>[6]</sup>在 109 例手术中有 1 例血管损伤,2 例神经损伤。本组有一例神经损伤,一月后恢复,无其它并发症。关于术中神经根受刺激引起的下肢放射异感,有的是套管压在神经根上;有的则是压在间盘上通过压力传导刺激神经根而放射。我们有以下鉴别体会:有无间盘镜及使用是否取得经验;锐针绕套管轻刺一周,如无放射则是压在间盘上;放射异感的轻与重,轻者多是压在间盘上;术中应用 0.5% 的利多卡因麻醉,以防神经根受到阻滞。

#### 参考文献

- [1] 刘加林. 关于经皮髓核摘除术的三个问题. 中华骨科杂志, 1993, 1(13): 11.
- [2] Macnab I. Negative disc exploration: An analysis of the causes of nerve root involvement in 68 patients. J Bone Joint Surg (Am), 1971, 53: 891.
- [3] Onik G, et al. Autonated percutaneous diskectomyini: Tial patient experience. Radiology, 1987, 162: 129.
- [4] 刘宝仁, 党耕町, 陈仲强, 等. 经皮腰椎间盘切除治疗腰椎间盘突出症的初步报告. 中华骨科杂志, 1993, 1(13): 8.
- [5] 孙良业, 张定华, 尹超. 经皮穿刺 L<sub>4,5</sub> 椎间盘后 1/3 经路的应用解剖. 中华骨科杂志, 1995, 12(15): 865.
- [6] Schreiber A, Suezawa Y, Hansjoerg L. Does percutaneous nucleotomy with discoscopy replace and result in treatment of herniated lumbar disc, Clin Orthop, 1989, 238: 35.

(编辑: 李为农)

## • 读者• 作者• 编者•

### 作者须知

凡投稿本刊的论文,其作者姓名及排序一旦在投稿时确定,在编排过程中不再做改动,特此告知。

### 重要通知

《中国骨伤》杂志已加入“中国期刊网”、“中国学术期刊(光盘版)”和中国科技信息研究所“万方数据网络系统(ChinaInfo)”。凡本刊论文一并进入上述网,投本刊论文作者视为同意论文入网,稿费已在本刊结算时一并结清。论文不愿入网者请另投他刊。特此声明。

(本刊编辑部)