

滞针提拉针法的临床应用

熊 光 天*

摘要 滞针提拉针法, 是在《灵枢》所论述刺法的基础上, 通过多年实践, 总结提出的一种针刺复式手法, 对于痿证、痹证、神经和肌肉损伤及某些不明原因的肌肉萎缩等有满意疗效。

主题词 刺法/方法 @滞针提拉针法

滞针提拉针法, 系笔者在多年针灸临床实践中逐步摸索出来的一种新式复合式针刺手法。考古今文献中尚未见与此同名的针法介绍。现将其操作手法及有关内容整理成文, 以就正于海内外针灸界同道。

1 操作要点与步骤

1.1 取经脉法: 按中医传统理论之整体观, 辨证论治观和经络气血学说, 正确辨证, 恰当选取与病证关系最为密切的1~2条经脉。遇有病情较为复杂, 涉及多条经脉时, 则择要选取2~3条经脉为宜; 亦可采用每次治疗时交替选取的方法。

1.2 取穴法: 本法虽不强调穴位而重在选取经脉; 但一般起始第一针与终止一针, 大多选取经穴位置。

1.3 进针法: 采用捻进法或速进法在选定的经脉线上垂直进针。第一针扎下后, 则在距第一针约一寸处扎第二针, 依次扎完所选定的经脉段。临床多用30~32号毫针, 长度1.5~2寸为宜, 1寸以内的针具适用于患儿。本法进针较深, 一般扎至肌肉深层, 不拘针感, 留针候气。

1.4 滞针提拉法: 进针完毕, 即运用手法造成人为滞针, 再行提拉术。具体操作: 拇、食、中指捏住针柄, 单向捻针, 使针柄捻转360°左右, 连续操作三次造成滞针后再捏紧针柄向上提拉一次。造成滞针时要求达到针下沉紧,

而针体在行提拉术时不会随意抽出; 如能抽出即未达到滞针目的, 应重新施术。

1.5 补泻法: 可以根据辨证而采用先补后泻或先泻后补法; 或行补法或泻法后, 再行平补平泻法; 或单独用平补平泻法。① 补法: 顺经脉走向依次进针; 滞针操作时拇指向前捻转; 滞针提拉行三度。② 泻法: 逆经脉走向依次进针, 滞针操作时拇指向后捻转; 滞针提拉行二度。③ 平补平泻法: 在选定的经脉线中段扎进第一针, 即以此为中点上下交替进针; 同时行滞针提拉法之补法与泻法各一度。

1.6 留针法: 施行完滞针提拉法后即可留针。一般留针30分钟左右为宜; 虚证患者可留至1小时以上。留针期间视病情需要和患者耐受程度, 每隔15分钟重复施行手法一次。同时可配合艾条熏灸或接通电针仪配以电针治疗, 一般可等距离连接两组导线。

17 出针法: 朝施滞针时的相反方向轻捻数下, 一般可见针下有松解感, 此时即可将针徐缓退出, 切忌拔葱样强拉; 出针同时轻揉针孔。本法行滞针术后出针时一般多无困难, 若因操作不得法及其他原因致滞针难出者, 可按常规“滞针”原则处理。

1.8 针感控制法: 本法针感大都十分强烈, 但由于临床效果好, 所以绝大多数患者均能接受与坚持治疗。若少数患者因畏惧针感太强而欲中断治疗时, 可用手法控制针感使其不致太过, 总以病人能坚持继续治疗为好。其要点是: 行滞针术时捻转角度控制在180°左右或小于180°, 指力控制在中等以下; 行提拉术时提拉高度控制在0.3 cm以下; 要求医者动作轻柔, 手法灵活、娴熟。

1.9 注意事项: ① 本法较适用于四肢、腰骶及臀部等部位; 腕、踝关节以下慎用, 头部不宜用。

② 胸腹部及背腰部应控制进针深度, 必要时采

* 江西省抚州市中医院, 江西省抚州市后湖田11号

(344000)

收稿日期: 1991-08-31; 修回日期: 1992-03-25

用斜刺法代替垂直进针,以防刺伤内脏。③ 关节部位采用沿皮刺或取关节附近、肌腱左右的穴位针刺之,不强求深度和针感。

2 临床应用

适用于痿证、痹证、神经与肌肉损伤及某些不明原因的肌肉萎缩症,兹举典型病例如下:

2.1 查××,女,2岁。1991年2月28日初诊。半月前发现患儿左下肢行走时呈跛状,踝外翻划弧,跑跳困难,经外院针灸及中药治疗一周未效,特来求诊。诊见患儿左下肢大腿部肌肉松弛,张力下降,大腿下端较健侧萎缩约0.6 cm,肌温亦较健侧低。一月前患急性腹泻,现大便溏而不实。此为痿证,缘由脾胃受损,运化失常,气血化源不足,致筋脉失荣,肢体痿软。《内经》曰:“脾病而四肢不用”^[1],治宜健运脾胃,壮肌起痿。选取脾胃两经施滞针提拉针法。胃经取脾关至梁丘,脾经取阴陵泉至箕门,另配足三里;行补法;留针同时加艾条走灸,以每次灸完1支艾条为度(约1小时)。第2天患儿行走姿势即较前改善,4次后可以跑跳,7次后行走、跑跳基本正常,大便成形,原萎缩处肌肉已基本恢复。为巩固疗效,续治4次。近期随访,患儿一切正常。

2.2 马××,男,13岁,学生。1990年3月12日初诊。患者去年下半年曾因左膝关节疼痛、疲软而经西药治疗缓解。近十余天症状加剧,经西药抗生素、激素等及中药、针灸治疗均未效,经人介绍来我处就诊。刻诊左膝关节痠痛无力,行走明显呈跛状,左下肢呈内收拖拉步态,行仅数步即呼腿软乏力而要停下休息。自觉左腿变长。精神差、口干不欲饮。检查:左大腿肌肉萎软,张力下降,膝关节周围韧带松弛,整个下肢较健侧弛长约3.5 cm,髌骨上缘之大腿部肌肉较健侧萎缩约1 cm,左臀部外观亦较健侧缩小;口干小便黄短,舌边尖略红薄白苔,脉左细缓右略浮弦。患儿于1989年夏天经常冒酷暑在水中玩耍,入秋后即发现左膝疼痛,疲软。诊为痿证。缘由患者以水为戏,湿邪渐积,郁而化热,湿热浸淫,经脉气血受阻,故而肌肉萎软,筋脉弛缓。诚如《内经》所言:“因

于湿,首如裹,湿热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿”^[2]。治宜清利湿热,壮肌起痿。治疗经过:用常法治疗2次效不显,遂改用滞针提拉针法。选取胆经和胃经。胆经从阳陵泉起至环跳止,行泻法;胃经从髀关起至足三里止,行补法。留针期间,间断用艾条走灸。仅施术1次,患者即诉行走时左下肢较前有力,且内收侧歪已有纠正;治疗8次后复测患肢,左下肢弛长仅1.7 cm,股四头肌仅萎缩0.5 cm,行走姿势已基本正常。治疗17次后患肢与健侧对比无异,行走正常,步行15华里仅需小休1次,病遂告痊。关于痿证的辨证论治,中医有“痛者为痹,不痛者为痿”之说。验之临床,笔者以为此论不甚确切。临床所见,湿热痿证之前期,大都有肌肉痠痛,关节困楚等类似痹证的症状表现,若以痛与不痛作为痹与痿的鉴别诊断要点^[3],未免以偏概全。

3 讨论

滞针提拉针法,系有机地融汇、发挥《灵枢》中的有关内容。如该书官针篇九刺中之经刺,是“刺大经之结络经分”;分刺是“刺分肉之间”;十二刺中的输刺,“直入直出,稀发针而刻入”;短刺是“稍摇而深之,致针骨所,以上下摩骨”^[4]。滞针提拉针法即是在上述理论的启发下,进行了改进、提高与发展,并将单一的刺法综合发展为多种复合式的刺法,扩大了临床应用范围,提高了临床疗效。

滞针提拉针法,根据中医传统的整体观、辨证论治观以及经络气血学说,重视经脉的整体调节作用,“宁失其穴,勿失其经”,依经取穴,经穴结合。它的作用机理,决非用“气至病所”能简单解释的。近有台湾学者陈太羲先生提出“经穴实质‘穴树’说”论点,窃以为似可解释一、二。陈氏^[5]根据《素问》“气穴”、“气府”等专论,参照宋代《铜人》的腧穴部位,检核西方大体解剖学、局部解剖学,发现大量穴位的皮下组织中,骨孔或肌三角之间,存在着较小的血管神经树形结构,称之为“穴树”;其分浅、深两大类型;深穴树发自肌体深层,由肌肉之下的经脉分向皮部;浅穴树发自肌体浅

层,由肌肉上的经脉分向皮部。北京祝民等^[6]亦通过大量组织切片观察到手三阴经脉线下,神经、血管和肥大细胞相对集中。这无疑从解剖形态学上进一步证实陈氏论点有其一定的科学内涵。滞针提拉针法,正是借深刺、滞针刺激深穴树,以多针、提拉术刺激和感应浅穴树,同时辅以特定的补泻手法,形成了多种手法有机结合,综合运用,操作方法独特的新式复合式针刺手法,使针下产生持续和十分强烈的针感;以其较强的刺激量来激发和推动经气;据临床观察,运用本法后,不少患者针下皮肤出现红晕,皮肤温度上升,针刺部位有温热、痠胀、舒活或短时沉重感,有的甚至诉说似有冷气由体内往外冒等现象;这样就显著地加强和改善了整个经脉气血的输布、传导与流通,起到了调气和血,疏经通络,壮肌起痿,温经散寒,消肿止痛的作用,进而达到补偏救弊,补虚泻实、和调阴阳的目的。

需要指出的是,本法所称的滞针与针刺意外所出现的“滞针”,有本质的不同。前者系医者为了治疗需要,特地运用恰当的手法,人为地造成所谓滞针,从而使针下沉紧而重,感觉强烈,但又不能随意抽拔,经手法处理后才能

随意将针退出的一种方法,对针具无损伤;而后者则是指进针后针身涩滞而不能转动和进退,即如《针灸大成》所言“其针如生在内”,其原因因为病人过于紧张致肌肉过度收缩,或因医者操作不得法,如捻转过度、留针过久或病人随意变动体位所致,常易使针具出现折弯变形;两者不可混为一谈。

囿于笔者水平和整理时间的仓促,不可避免地会存在许多不成熟的地方。笔者意在以此作为引玉之砖,俾引起针灸同道的兴趣,以便能共同就其机理、操作、适应证等诸多方面,协作进行更深一层的切磋、研究与探讨。

(本文在写作过程中,得到魏稼教授和黄调钧副主任医师热情鼓励与指导,兹一并致谢)

4 参考文献

- 1 《素问·太阴阳明论》,第1版,北京:人民卫生出版社,1963.180.
- 2 《素问·生气通天论》,第1版,北京:人民卫生出版社,1963.16.
- 3 《实用中医内科学》,第1版,上海:上海科学技术出版社,1985.565,571.
- 4 《灵枢·官针》第1版,北京:人民卫生出版社,1963.21~23.
- 5 陈荣洲,上海中医药杂志,1990.(8):27.
- 6 崔泊,中国中医药报1990年12月7日,(总第148期),头版.

砂仁麦冬汤对抗维甲酸副作用

展昭民* 马 军* 刘正贤* 李淑珍* 孙兆勤* 韩秀荣** 秦克力**

全反式维甲酸对于急性早幼粒细胞白血病等恶性肿瘤性疾病有较好的疗效,但也存在着口唇周围干裂等不良反应,我们试在维甲酸治疗中加用砂仁麦冬汤代茶饮以对抗维甲酸副作用,取得较好效果。

方剂组成:砂仁5g,麦冬50g,玄参15~20g,菊花25g。

用法:将上药置于玻璃或陶瓷器皿中,加入煮沸的白开水1000~1500ml,浸泡1小时后即可开始饮用代茶,待水溶液中的药味明显变淡后再换另一剂。

疗效观察:我们用砂仁麦冬汤代茶饮配合维甲酸共治各类患者21例,其中急性早幼粒细胞白血病11例,急性粒细胞白血病(M₂型)1例,急性粒单细胞白血病2例,急性单核细胞白血病2例,红白血病1例,骨髓增生异常综合征(RAEB)2例,慢性粒细胞白血病急粒变1例,肺癌1例。我们观察到,凡在服用维甲酸同时就服用了砂仁麦冬汤者,无1例出现口唇周围干裂等表现。如先服维甲酸已出现口唇周围干裂等不良反应,在饮砂仁麦冬汤2~3天后症状开始减轻,5~7天后完全消失。另外,我们注意到,凡以维甲酸和砂仁麦冬汤同时开始服用的患者,无一例出现肝脏毒性反应。从临床应用维甲酸的治疗效果观察,砂仁麦冬汤对维甲酸的疗效无任何不良影响。

* 哈尔滨市第一医院血液病研究所(150010)

** 黑龙江中医学院附属医院

收稿日期:1991-06-17