编委会名单

总　编　朱耀文

副总编　齐炳义　王世民

主　编　文　渊

副主编　尤舒彻　施怀生

编　委(按姓氏笔划为序)

文　渊　尤舒彻　王世民　王天才
王国冰　王予康　王宝生　王　凯
王　谦　介　鹭　牛　义　邓延满
田建刚　宁致荣　成荣生　纪守权
祁　越　任　峰　刘传连　刘改铃
刘根德　孙爱春　齐炳义　朱希烈
朱耀文　乔　曦　宋子卿　励增富
李文斌　李玉华　李凤翔　李星明
李　明　李有先　李鸿琦　李镇荣
张永祥　张玉莲　张泽全　张亮峰
张跃平　张德隆　杜全枝　杨绍先
杨统和　杨丽华　杨玉玺　杨　勇
罗舒金　郑国东　畅雄伟　金　荣
胡俊生　胡羡彭　胡振彪　赵永久
赵世明　施怀生　郭跃康　郭增瑞
高贵生　袁曙平　贾马志　续平茹
崔大威　崔懋功　黄明河　黄新民
焦顺发　梁瑞龙　潘玉英　薄智云
霍　飞

出版说明

为了振兴我省的中医事业，继承与发扬祖国医药学宝贵遗产，省卫生厅相继组织了多次活动。这本书就是一九九一年全省针灸按摩技术比武会后的结晶。现将有关事宜说明如下：

一、编委会的组成，以文章的第一作者和其他主要编辑人员组成；

二、文章的体裁因考虑到各人经验的独特性，故未作统一要求，只要求其文能达意，能把自己独特的经验写出来，传达给他人，造福于人类即可；

三、文稿截止于92年8月，其后仍有陆续选送者，均择其精者而录之；

四、该书是众多作者多年心血的结晶，但由于文字水平参差不齐，编辑水平又有限，所以缺点错误在所难免，祈请读者斧正。

编　者

一九九三年十一月

序

中国医药学是一个伟大的宝库，有着几千年的辉煌历史。它为中华民族的繁衍昌盛，作出了重大贡献。

新中国成立后，党和国务院制定了一系列保护和发展中医的方针政策，采取了许多有力措施，使中医事业获得了新生，有效地促进了中医药学的继承与发展。特别是党的十一届三中全会以来，党中央和国务院对中医事业的发展又作了许多重要指示，并批准建立了国家中医药管理局。随之而来的中医机构建设热潮中，我省也几乎县县建立了中医院。为了加强中医院内涵建设，继续振兴我省中医事业，省卫生厅针对人才培养这一重点工作于 1991 年底到 1992 年初举办了全省针灸按摩技术比武大会，选拔出一批有相当水平的地方名医。

这本文选就是这些地方名医的临床经验集。内容主要叙述他们在临床实践中，所认识到的一些疾病的特殊变化规律和独特的诊疗经验，可以说是精华汇粹，传心之录。它是各级中医药人员的一本不可多得的参考书。是学习中医针灸按摩的好向导，也是各类中医药院校学生的良师益友。其中，有一些经验乃不传之秘，如今能面世，不能不说是党的中医政策好呵！

《传心录》正式出版，是我省中医界的一件盛事。我分管中医工作多年，同志们嘱我为序，吾乐为之。

赵震寰

一九九三年十一月

目　录

头针治疗脑血管疾病的概况…… 焦顺发(1)
头针单纯留针治疗血栓形成 37 例疗效观察…… 焦顺发(10)
脑血栓形成 60 例头针体针疗效对比观察…… 杜全枝(14)
眼针治病经验 …… 李星明(22)
腹针疗法 …… 薄智云(25)
手针疗法 …… 张泽全(31)
励氏按摩法 …… 励增富(35)
中医按摩治疗胃下垂的独特手技 …… 励增富(38)
翳风穴通电治疗精神分裂症 206 例临床分析 … 张永祥(42)
苍龟探穴法配肩三针治疗肩周炎 74 例疗效观察……
…… 霍飞(48)
针灸按摩验案举例与临床体会…… 刘根德 周玉柏(51)
大针针督脉穴治疗癫狂痫癔病性失语症的手法介绍 ……
…… 郭耀康(56)
针刺治疗脑血管意外 70 例临床观察…… 张德隆(59)
“气化按摩”论 …… 杨统和(64)
中医手法一次性治疗腰椎间盘突出症的体会 …… 介霭(68)
火针艾灸治疗网球肘 113 例 …… 祁越(74)
“大震法”的临床应用 …… 王国冰(77)
保守治疗腰椎间盘突出症 284 例 …… 黄新民(81)
单侧牵引后抬腿斜板按压法治疗腰椎间盘突出症的体会 …
…… 杨玉玺(85)
针刺治疗手颤 …… 李镇荣(89)
潜谈一针止痛 …… 宋子卿　杨红梅(91)

“三针法”治疗中风病的临床研究 …… 贾马志　张春枝　李昊(95)
便秘之点穴治疗…… 续平如(101)
祁季槐针久学术思想初探…… 胡俊生(104)
针《腰阳关》治疗小儿麻痹后遗症…… 王天才(108)
点刺金津玉液穴实为脑血管病首当治疗大法…… (109)
目背浅静脉放血并敷“龙倍散”治疗黄水疮…… (109)
针刺治疗面神经麻痹 80 例疗效观察 …… 罗舒金(111)
按摩牵引治疗 200 例腰椎间盘突出症的临床体会 …… 高贵生　薛甫荣(113)
耳针治疗神经血管性头痛 30 例临床体会 …… 孙爱春(117)
浅谈百会、行间、内庭三穴在儿科疾病中的配伍运用 …… 李凤翔　李志强(120)
推背疗法…… 郭增瑞(123)
针刺治疗半身不遂 23 例小结 …… 梁瑞龙(125)
“神龙针刺疗法”治疗各类疑难病症的经验体会 …… 李玉华　李刚柱(129)
“泻法”与“守气法”结合针刺太阳穴的临床应用 …… 成荣生(132)
对挑刺“盲肓俞”临床急救作用的体会…… 赵永久(135)
针刺力的三要素初探…… 纪守权(139)
针灸治疗郁证性疼痛…… 杨勇(143)
委中穴在临床上的应用…… 李文斌(146)
防治老年性肩周炎系列按摩三法…… 刘传连(153)
胡耀庚静动气功，无极针灸皮肤病之克星…… 胡羡彭　魏文华(157)

针药并用治疗重症肌无力 22 例报告…… 潘玉英　杨学智(160)
按摩与牵引治疗腰椎间盘突出症机理初探…… 杨绍先(165)
按摩治疗腰椎间盘突出症 1086 例的手法探讨与疗效分析…… 李明(172)
针灸治疗脑震荡脑挫裂伤后遗症 30 例疗效观察…… 任峰(178)
针刺加火罐治疗落枕病的临床经验…… 张玉莲(181)
顽固性面瘫治疗八法…… 郑国东(184)
针刺“肩痛穴”治疗肩周炎 50 例临床报道 …… 宁致荣(188)
按摩治疗慢性腹泻…… 畅雄伟(190)
火罐在乳痈治疗中的妙用…… 邓延满(192)
按摩治疗原发性高血压病 30 例临床观察 …… 黄明河(194)
手法治疗“腰椎间盘突出症”…… 朱希烈(199)
手法按摩治疗耳鸣…… 胡振彪(202)
针刺治疗皮质盲 23 例疗效体会 …… 金荣(206)
临床误针剧痛晕厥之急救…… 崔懋功(208)
吊线穴为主治疗面瘫 200 例经验介绍…… 李文斌(210)
运用补泻手法举隅…… 王凯　张展鹰(214)
耳穴压籽促进儿童生长发育…… 张跃平　李翠珍(217)
牵引治疗椎间盘突出症体会…… 谌志刚　薛卫国(220)
不同施针顺序对牙疼的疗效观察…… 崔大威(223)
推拿治疗小儿厌食症 319 例疗效观察…… 李有先(227)
手法治疗失眠…… 王谦(232)
针刺治疗三叉神经痛重在手法…… 王宝生(235)
舌根点刺治疗中风失语…… 刘改玲(239)
针灸按摩临床应用…… 牛义(242)

以头针为主治疗 110 例中风偏瘫与 CT 扫描之关系 ……
…… …… 王子康(211)
东垣益气升阳临证举隅…… 李鸿琦(249)
捻转补泻手法研究…… 杨丽华(253)
子午流注针法配秩边穴在妇科中应用…… 张亮峰(259)
针刺治疗半身不遂 23 例小结 …… 梁瑞龙(263)
谈搓柄手法在针刺临床中的特点及应用…… 田建刚(268)
手法治愈急腹症(肠梗阻)一例…… 赵世明(272)
美国针灸界的新动向…… 齐炳义(273)
东西方的桥梁…… 文渊(276)

头针治疗脑血管疾病的概况

044000　运城地区头针研究所　焦顺发

脑血管疾病是脑血管的病理变化引起的疾病。该类病除死亡率高外，生存者常留瘫痪等残疾，所以，是一种严重危害人民生命和健康的疾病。

脑血管疾病包括脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血等疾病。脑血管疾病起病急、变化多，所以中医称其为“中风”。针灸治疗“中风”始于《黄帝内经》并有理论方面记述，后世很多针灸专著中描记一些头部腧穴对中风、偏瘫有治疗作用。但是报导的专用头部腧穴治疗中风、偏瘫的病例却很少。更没有发现专门论述头部腧穴对中风偏瘫疗效比四肢穴位好的文章。相反，在数十年内，出版的针灸专著及针灸教材中，对针刺治疗偏瘫，强调在偏瘫侧上下肢选穴者较为常见。上述资料说明，我国运用针刺治疗脑血管疾病，虽然描记有一些头部腧穴对中风、偏瘫侧躯肢的穴位。但是，应用最广泛、使用最多的还是偏瘫侧躯肢的穴位。对偏瘫来讲，数十年来在偏瘫的肢体选穴治疗，已成为首选及常用方法。

我在临床实践中，根据经气横向联系（气街、四海等论述）之理论，和穴位主治性能之规律及募穴治病的经验，突破目前所讲的“循经取穴”，结合神经生理学知识，总结出在大脑皮层功能定位的对应头皮部位设刺激区，治疗脑源性疾病和全身多种病症的新方法——头针。

我发明的“头针”，1970 年应用于临床，首次单纯运用头

部刺激区治愈了脑血管疾病。1971年4月开始推广。头针以它独特的疗效迅速传遍了国内外，目前已在中国城乡医疗机构中被广泛应用。在收集到国内外医学杂志公开发表和会议交流的466篇头针论文中，能用一个标准统计的32332例病人。其中脑血管疾病就有20923例，占头针治病总数的64.71%。20923例脑血管疾病中，基本治愈者7637例，占36.50%；显著者7117例，占34.01%；有效者5196例，占24.83%。

从统计的32332例中，被头针治疗的有64.71%是脑血管疾病，说明应用头针治疗脑血管疾病最多。在20932例脑血管疾病中，总有效者19950例，总有效率为95.34%，证明头针对脑血管疾病是有效的治疗方法。在疗效统计中发现除基本治愈率达36.50%以外，还有34.01%的病例可获得显著疗效，基本痊愈和显著疗效率达70.51%，证明头针对脑血管疾病有显效率高之特点。除此以外，在很多篇论中都强调了头针对脑血管疾病有见效快之优点。如1988年黑龙江中医学院崔氏等应用头针后深有体会地说："脑血管疾病所引起的偏瘫，头针治疗效果比任何治疗方法疗效都好，……。"普遍认为用头针治疗脑血管疾病还有经济、简便、安全等特点。

二十年来，在广泛应用头针治疗脑血管疾病中，有中国也有外国，有城市的大医院，也有基层小医院；有中医，也有西医，所以对脑血管疾病的命名也不同，我们将能统计的脑血管病种归了19种详见表(1)。

头针治疗脑血管疾病统计表

表 1

数字 / 疗效 / 病名	总例数	疗效					
		痊愈	显效	有效	无效	恶化	死亡
脑血栓形成	6663	2524	2145	1733	259	2	0
脑栓塞	150	54	42	39	13	0	2
脑出血	1659	397	576	579	105	1	1
偏瘫	4100	1649	1581	718	152	0	0
脑源性(偏)瘫	3526	1319	977	1037	194	0	0
中风	1095	230	504	314	47	0	0
脑血管意外	2405	931	800	535	139	0	0
顶颞线治偏瘫	1006	18	63	23	2	0	0
透头穴治中风	238	56	130	40	12	0	0
脑供血不足	311	142	126	42	1	0	0
脑脉管炎	66	47	14	3	2	0	0
脑血管痉挛	95	58	28	4	5	0	0
脑动脉硬化	47	7	11	26	3	0	0
脑软化	4	0	2	2	0	0	0
脑血管病精神障碍	101	27	27	30	17	0	0
肢体感觉异常	129	31	44	49	5	0	0
失语	151	108	19	15	9	0	0
球麻痹	51	31	16	4	0	0	0
假性球麻痹	26	9	12	3	2	0	0
总计	20923	7637	7117	5196	967	3	3

一、脑血栓形成

脑血栓形成是脑血管疾病中最多见的一种病。本组脑血

管疾病 20923 例，其中脑血栓形成就应占很大比例，但是本组脑血栓形成有 6663 例，仅占脑血管疾病总数的 31.85%。这是因为明确诊断者仅 6663 例，在表中没有明确诊断的 12 项体征组中，还有很多是脑血栓形成的病例，目前只能根据明确诊断的 6663 例来分析。

在 6663 例中基本治愈者 2524 例，占 37.88%；显著效果者 2145 例，占 32.19%；好转者 1733 例，占 26.00%；无效者 259 例，占 3.80%；恶化者 2 例，占 0.03%。证明了头针对脑血栓形成有较好的治疗效果。

经过 20 年的临床实践，将与疗效有关的几个方面进行论述：

1、病程与疗效。在 1971 年我们即发现了头针治疗脑血栓形成的疗效与病程有明显关系，即病程短者疗效相对较好。我们观察了 500 例脑血栓形成的疗效与病程的关系，将 3 个月以内的 304 例分成一组，3 个月以上的 196 例分成另一组，分别总结了疗效。3 个月以内的 304 例中基本治愈 115 例，占 47.80%；三个月以上的 196 例中基本治愈 45 例，占 23.00%。经统计学处理，两组基本治愈率进行了比较，$t=4.147$，$p<0.001$，差异非常显著，说明了病程短者比病程长者，基本治愈相对地较高。在广泛的临床实践中，很多人都有这方面的体会。

如 1988 年黑龙江中医学院崔氏等体会到运用头针治疗脑血管疾病，“特别是脑血栓形成的病人接受头针治疗越早，效果越好，治愈率就越高。”

有些人对病程短疗效好的原因进行了探讨，如 1988 年黑龙江中医学院靳氏通过 20 例脑血栓病人，在 2—12 小时内实行头针治疗，取得满意疗效。认为脑血栓形成后，脑血管周围

的细胞处于缺血和缺氧状态，使脑组织出现功能障碍，而在血栓形成的初期，脑细胞尚未坏死，细胞的活性处于可逆状态，这时予以针刺头部运动区则能使病灶周围的脑血管扩张，，加速侧支循环的建立，改善脑细胞的营养状态，促进脑组织的功能恢复。是疗效显著的原因。

2、血栓的部位与疗效

在1971年我们即发现了头针治疗脑血栓形成的疗效与血栓的部位有明显关系。即皮层支血栓形成较深支或大动脉干血栓形成疗效相对较好。在广泛的实践中进一步证明了这一点，如：

大连铁路医院内科用头针治疗脑血栓形成91例，其中发生在大脑中动脉皮层支者共68例，治愈45例，占66.17%，显效15例，占22.10%，好转1例，无效1例。而发生在中动脉深支者23例，治愈7例，占30.43%，显效7例，占30.43%，有效8例，占34.78%，无效1例。说明病变在皮层支者疗效明显好于深支者。

黑龙江中医学院附属医院靳氏发现血栓形成的部位与疗效之间有明显关系。即血栓形成的部位愈近于皮质表面，则疗效愈显著。先后选择了20例病人，临床以单瘫为主，并经CT扫描证实为皮层支血栓形成。发病时间在2—12小时之间，选病灶侧运动区，快速刺入及捻转。结果：痊愈9例，占45.00%；显效10例，占50.00%；有效1例，占5.00%。认为疗效好的原因是大脑皮层距离头皮较近，针刺运动区反射性影响大脑皮层表面的血管，改善脑动脉的弹性，使其紧张度降低，血管扩张，血流量增加，促进脑部的血液循环，提高脑组织的氧分压，改善病灶周围的细胞营养，促进脑组织的修复，所以疗效显著。

3、肢体瘫痪的程度与疗效

1971 年，我们即观察到头针治疗脑血栓形成肢体瘫痪的程度与疗效有密切关系，即不全瘫痪者较完全瘫痪者疗效好。在广泛的临床实践中进一步证明了上述论点。如：

唐山钢厂医院体会到，头针治疗脑血栓形成的病人效果较好，比较轻症的病人疗效更显著。

山东医学院附属中医院观察了脑血栓形成引起肢体瘫痪的程度与基本治愈率的关系。共观察 70 例病人，上肢瘫痪者 65 例，下肢瘫痪者 67 例。

上肢瘫痪 65 例，基本治愈共 12 例，占 18.5%。其中轻度瘫痪者 17 例，基本治愈 10 例，占 58.8%。中度瘫痪者 25 例，基本治愈 2 例，占 8%；重度瘫痪者 23 例，无 1 例基本治愈。

下肢瘫痪者 67 例，共基本治愈 17 例，占 25.4%，其中轻度瘫痪者 33 例，基本治愈 14 例，占 42.4%；中度瘫痪者 1[illegible] 例，无一例治愈；重度瘫痪者 20 例，基本治愈 3 例，占 15.4%。分别统计学处理，上、下肢轻瘫者比中度和重度瘫痪者有非常显著的差别，证明肢体瘫痪程度轻者，基本治愈率相对地较高。

4、头针与见效时间

头针问世不久即证明了对脑血栓形成有见效快之特点，部分病例有立杆见影的效果，有些人称这种效果为奇迹！在 20 年的临床实践中，很多人都证明了这一点，如：

海南人民医院(102)应用头针治疗脑血栓形成 20 例，其中基本治愈 10 例，占 50%；显著效果 8 例，占 40%，有效 2 例，占 10%。其中基愈和显著者 18 例，占 90%。本组病历疗效好，而且有见效快之特点，20 例中其中有 11 例在第一次头针治疗后即见到显著效果，认为头针对脑血栓的治疗有相等

的价值。可作为一种重要的治疗手段，应用于临床。

二、脑出血

脑出血又称出血性脑卒中或脑溢血，中医称风中脏腑。脑实质内的血管破裂出血称为脑出血。脑出血是脑血管疾病中较常见的一种，仅次于脑血栓形成，占第二位。

本组脑血管疾病 20923 例中，其中只有脑出血 1659 例，占的比例很少，其原因是 1659 例是作者明确诊断的，在表中的 12 项未确诊的体征组中，也有一部分可能是脑出血。

在 1659 例脑出血病人中，其中基本治愈 397 例，占 23.93%；显著效果的 576 例，占 34.72%；好转的 579 例，占 34.90%；无效的 105 例，占 6.33%；恶化的 1 例，占 0.06%；死亡的 1 例，占 0.06%。证明了头针不仅可以治疗脑出血，而且还有较好的治疗效果。

现将与疗效有关的主要方面进行论述：

1、病程与疗效

头针对脑出血来说，疗效与病程有明显关系。头针问世后即开始应用头针治疗脑出血。并提出在昏迷清醒，病情稳定后，可以开始头针治疗(13、14)。以后在 20 年的临床实践中，进一步证明了脑出血病人在病情稳定后，早期采用头针治疗，还可获得较满意的疗效，如 1988 年黑龙江中医学院车氏(471)等强调对脑出血病人，应尽早采用头针治疗，并提出对急性脑出血头针治疗的选择，以临床分析病灶出血静止，生命指征稳定为标准。并提出 6 条适应证及 6 条禁忌证。

2、出血的部位与疗效

脑出血分内囊出血和皮层支出血。在 1971 年我们即观察到(13、14)头针对脑出血的疗效与出血部位有关，内囊出血效果比较差，皮层支出血效果较好。皮层支出血的病人有些进步

很快，仅扎一次或几次就可以站起走路或达基本治愈。20年来，在广泛的临床实践中，进一步证明了上述观点，如：

大连铁路医院内科(158)用头针治疗脑出血，皮层支出血者8例全部治愈；而深支(内囊)出血者66例中，治愈14例(占21.2%)，显效16例(占24.2%)，好转32例(占48.5%)，无效4例(占6.1%)。说明皮层支出血比内囊出血疗效好。

3、头针与见效时间

在头针问世后，即证明对脑出血，有些病例仍有见效快之特点，1971年6月用头针给脑出血患者王丁炎治疗、当时发病已24小时，神志昏迷已清醒，右上肢完全偏瘫，右下肢仅能抬高10厘米，脑脊液为血色，证明是脑出血。针刺左侧运动区及左侧足运感区后病人立刻能站立及走路，在20年临床实践上被很多人证明了这一点，如：

陈康、刘西太(152)用头针治疗23例脑出血，全部病例都完全恢复了。其中对右侧偏瘫、麻木、痛觉、触觉消失了两个月的汉斯夫人(65岁)，针刺左侧运动区、感觉区。第一次治疗后，病人立刻就能伸屈胳膊腿，并能站起走路，第四次治疗后，完全恢复了正常。他们深有感受地说："这简直是奇迹！"。并激动的写了论文，标题即是"头针治疗脑溢(出)血的经验。"发表于美国针灸杂志。

三、在本组病例中发现有很多组病人没有明确诊断，只有概括的"中风"，"脑血管意外"，甚至仅是"偏瘫"，"脑源性(偏)瘫"等体征，但是运用头针治疗后疗效仍然是显著的，说明对于脑血管疾病来说，不管临床上能否明确诊断，只要能肯定明确体征，采用头针治疗都能收到良好效果。这一点对于在农村基层医疗单位运用头针治疗脑血管疾病非常重要。

另外，针刺顶颞前斜线，和透头穴治疗中风组，都获得了

与针刺运动区等刺激区基本一致的治疗效果。进一步证明了头针的运动区等刺激区对脑血管疾病是有良好效果的。因不管是顶颞前斜线，和透头穴实际都是刺的运动区等刺激区。

4、小结

脑血管疾病是危害人类健康和生命的常见病。从 1971 年 3 月头针问世以来，经 20 年的广泛临床应用治好了很多病人，积累了丰富的经验，在公开发表的 466 篇论文中，治疗脑血管疾病 20923 例，其中获得显效者 7117 例占 34.01%；获得基本痊愈者 7637 例，占 36.50%两组在 70%以上。同时还有见效快、经济、简便、安全之优点。据此认为头针的问世不仅给治疗脑血管疾病开辟了一条新途径。而且给治疗脑血管疾病提供了最佳方法之一。

头针单纯留针治疗脑血栓形成37例疗效观察

运城地区头针研究所　焦顺发

为了探求头针治疗原理，我们对37例脑血栓形成患者进行了头针单纯留针30分钟的疗效观察，进针部位和针停留部位避开了《针灸学》中的经络和输穴部位。

一、一般资料

本组37例患者均为本所住院病人，其中男性26例，女性11例；年龄31—78岁，病程1天—5年不等，其中发病一周以内者11例，8天—1月者7例，1个月以上—5年者19例。

二、治疗方法

(1)、进针部位：在病灶侧运动区上1/5和中2/5范围距运动区上点(即旁开前后正中线)2cm处进针，向下(分两段)刺入，每针刺入3cm，不捻转，留针30分钟。

(2)观察方法：该组病例，运用本所制定的《脑血管疾病体征评分量表》(以下简称《量表》)，在每个阶段对患者的体征情况做出客观的评价。定量观察患者的体征变化。

具体作法如下：

(1)患者入院后，立即根据《量表》进行检查，得到体征评分1。

(2)首次检查完后，不作任何治疗，患者休息24小时后，行第二次查体，得到评分2。

(3)第二次查体结束，即刻给患者口服脑血管病1号粉(每包含维$B_1$10mg、酵母0.2)，每次1包，8小时一次，共三

次，首次服药 24 小时后行第三次检查，得到评分 3。

(4)第三次查体结束，立即开始首次头针治疗，起针 30 分钟后，行第四次查体，得出评分 4。

(5)在首次头针治疗后的 24 小时，进行第五次查体，得出评分 5。

(6)接上，开始第二次头针治疗，治疗结束后的 24 小时，进行第六次查体，得到评分 6。

三、观察结果：见表 1

序号	病历号	入院	休息 24 小时	服用安慰剂	头针 30 分钟	头针 24 小时	头针 48 小时
1	879	21	21	21	21	18	12
2	627	42	32	29	18	13	10
3	709	8	8	8	3	3	1
4	6664	31	25	26	19	14	13
5	704	42	42	42	42	36	33
6	809	20.5	20.5	20.5	9	9	9
7	439	39	39	39	39	39	39
8	891	12	12	12	12	12	11
9	892	6	6	6	3	3	2
10	799	11	11	11	11	11	11
11	867	43	43	43	42	38	26
12	813	9	9	9	9	5	4
13	834	47	47	47	47	47	47
14	893	22	20	20	18	17	17
15	901	39.5	37.5	37.5	30	29.5	28.5
16	889	46	46	45	38.5	34.5	34.5
17	633	9.5	8	8	8	8	8

序号	病历号	入院	休息 21小时	服用安慰剂	头针 30分钟	头针 21小时	头针 48小时
18	851	33	33	33	33	33	33
19	902	10.5	11.5	11.5	8	6	5
20	493	7	7	7	5	4	4
21	661	56	56	56	56	56	56
22	467	6	6	6	5	5	5
23	827	24.5	24.5	24.5	24.5	23.5	21.5
24	477	9	9	9	9	9	9
25	775	58	53	57	57	54	52
26	590	28	28	28	27	27	27
27	611	45	45	45	45	45	45
28	818	26	26	26	25	25	25
29	589	37	37	37	36.5	36.5	33.5
30	469	19.5	21.5	21.5	21	20	20
31	803	19.5	19.5	19.5	14	12.5	11.5
32	760	39.5	39.5	38.5	37.5	35.5	31.5
33	646	5	5	5	5	5	5
34	466	37.5	37.5	37.5	35.5	34.5	33.5
35	614	10	9	9	5	5	5
36	559	3	3	3	3	2	2
37	443	27.5	27.5	27.5	27.5	26.5	25.5

通过上述资料可看出：

(1)患者经休息 24 小时及服用安慰剂后与入院时的体征评分相比较，p 值皆大于 0.05，说明疲劳、安慰治疗等对症状没有明显影响。

(2)头针 30 分钟后的体征与入院时相比较，p 值≤0.01，有高度显著性差异，说明头针疗法即刻可以出现较显著的效果。

(3)首次头针治疗 24 小时与 30 分钟后的体征相比，第二次头针治疗 24 小时与第一次治疗 24 小时后的体征相比，均 p 值≤0.01，有高度显著差异，说明头针的治疗作用可以在一段时间内持续存在。

以上说明头针疗法对脑血栓形成的体征确有改善，有确切疗效。

说明治疗偏瘫时，即使针没有通过穴位，只要在运动区范围针刺即可出现治疗效果。

脑血栓形成60例
头针体针疗效对比观察

运城地区头针研究所　杜全枝

为了进一步考查头针疗法对脑血栓形成的疗效，我们于一九八六年进行了头针、体针疗效对比观察，现将观察结果报告如下：

一、临床资料

本组病例均为住院治疗的病程在一年以内的脑血栓形成患者。

(一)病程

病　程	1—7天	8天—1个月	1个月以上	3月以上—1年
病例(人)	10	16	10	24
百分率	16.8%	26.6%	16.6%	40%

(二)发病年龄

年龄(岁)	50岁以下	51—60	61—70	70以上
病例(人)	10	20	29	1
百分率	16.6%	33.3%	48.3%	1.6%

(二)观察方法

本组病人的疗效评定，采用我所制定的《脑血管疾病评分

量表》为工具，采取评分计量表示，总分的高低表示了体征的轻重程度，本试验采用自身对比。具体步骤如下：

（1） 患者入院后首先进行详细查体，对患者的入院体征进行评定，得出评分 1。

（2） 患者休息 24 小时，不作任何治疗，进行第二次检查，得出评分 2。

（3） 第二次检查完毕，随即在偏瘫侧取合谷、曲池、阳陵泉部位快速进针，深度为 3cm，单纯留针半小时，起针后半小时进行第三次检查，得到评分 3。

（4） 在体针后的 24 小时进行第四次检查，得出评分 4。

（5） 第四次检查后，随即在瘫痪对侧选足运感区，运动区上 1/5、中 2/5 行头针治疗；三针皆快速沿皮刺入。深度 3cm（针刺上段时，应旁开中线 2cm），亦单纯留针半小时，起针后半小时检查得出评分 5。

（6） 在头针进行后 24 小时查体得出评分 6。

三、观察结果

60 例患者统计结果如下：

表 1：原始数据综合表

表 2：统计学处理结果

治疗前后分值变化　　表 1

序号	病历号	1	2	3	4	5	6	头　针
		入院	休息 24 小时	体针 30 分钟	体针 24 小时	头针 30 分钟	头针 24 小时	
1	1101	46	55	55	55	55	54	
2	983	20	19	25	25	24	19	
3	1169	33	32	39	29	26	23	
4	1299	46	47	47	47	42.5		
5	1324	24	26	26	26	25	25	
6	1166	17	17	17	17	16	16	
7	1187	31.5	37	35	34	39	40	
8	1129	61	61	61	61	61	60	
9	1116	46	41.5	41.5	41.5	29	27	
10	956	43	43	43	43	43	43	
11	1123	17	16	16	16	11	10	
12	1082	30	30	30	30	28.5	28.5	
13	1021	62	61	61	59	58	57	
14	1022	58	57	57	57	55	55	
15	963	60	58	59	60	60	59	
16	914	35	35	35	34	32	31	
17	1316	25	25	25	25	24	23	
18	970	58	58	58	58	57	57	
19	1079	48	47	47	47	46	46	
20	971	40	40	40	40	40	40	
21	1317	7	7	7	7	7	7	

序号	病历号	1	2	3	4	5	6	头　针
		入院	休息 24小时	体针 30分钟	体针 24小时	头针 30分钟	头针 24小时	
22	1190	54	54	54	54	54	54	
23	1137	42	42	42	42	42	40.5	
24	1142	59	59	59	59	59	59	
25	933	53	53	53	53	53	51	
26	1141	58	58	58	58	58	58	
27	992	41	41	39	39	39	39	
28	912	33	33	33	33	33	31	
29	1176	33	33	33	33	33	32	
30	97	21	20	20	19	17	18	
31	1000	26.5	26.5	26.5	26.5	26.5	25.5	
32	922	30.5	30.5	30.5	30.5	30.5	30.5	
33	1214	18	9	8	8	7	7	
34	926	28	28	27.5	27.5	27.5	27.5	
35	1228	18	10	10	8	8	8	
36	923	33.5	32.5	32.5	32.5	24	24.5	
37	934	10	10	7	7	6	4	
38	1015	65	65	65	65	65	64	
39	955	45	52	52	52	52	52	
40	1203	33	33	33	33	33	33	
41	1194	31	32	32	28	28	27.5	
42	1226	34	34	34	34	34	34	
43	1150	30.5	30.5	30.5	30.5	30.5	30.5	

序号	病历号	1	2	3	4	5	6	头针
		入院	休息 24小时	体针 30分钟	体针 24小时	头针 30分钟	头针 24小时	
44	1101	24	24	24	24	23	23	
45	1101	27.5	27.5	27.5	26.5	26.5	26	
46	1020	34	34	34	34	34	33	
47	1256	11	11	11	11	11	10	
48	990	44.5	44.5	43.5	43.5	41.5	41.5	
49	962	24.5	24.5	24.5	24.5	24.5	24.5	
50	1300	26	26	26	26	25	24	
51	1197	22	22	22	22	22	22	
52	1501	34.5	34.5	34.5	34.5	34.5	34.5	
53	1044	10	10	9	9	8	7	
54	949	39.5	39.5	39.5	39.5	36.5	36.5	
55	1131	43	43	43		39.5	40.5	
56	1201	52	52	52	52	52	52	
57	1068	19	19	19	19	18.5	18.5	
58	1300	26	26	26	26	25	24	
59	1247	47.5	47.5		47.5	47.5	47	
60	1289	35.5	3.5	33.5	33.5		33.5	

各阶段体征变化统计学处理结果　　表 2 ·

	N	ΣX^2	ΣX	$\bar{x}$	$\overline{SX}$	T	P
(2)比(1)	37	19.5	152.25	0.5270	0.3264	1.6150	>0.05
(3)比(1)	37	24.5	213.25	0.6620	0.3845	1.7217	>0.05
(4)比(1)	37	100	1118	2.7030	0.7978	3.3880	$\leqslant 0.01$
(5)比(4)	37	47	169.5	1.2700	0.2870	4.4250	$\leqslant 0.01$
(6)比(5)	37	48	229	1.1620	0.3670	3.1660	$\leqslant 0.01$

统计学处理结果 **表 2**

	U	$\overline{X}$	ΣX	ΣX^2	$S\overline{X}$	T	P	结 果
2 与 1 相比	60	0.05	3	173.5	0.2194	0.2779	>0.05	
3 与 2 相比	59	0.1271	7.5	67.25	0.1391	0.9137	>0.05	
4 与 2 相比	59	0.2966	17.5	101.25	0.1675	1.7077	>0.05	
5 与 4 相比	59	0.9407	55.5	342.25	0.3137	2.9987	<0.01	
6 与 4 相比	59	1.6101	95	566.5	2.6702	4.6302	<0.01	

由表 1 可以看出，体针治疗 24 小时内，体征减轻者 16 例，占 26.6%；头针治疗 24 小时内体征减轻者 41 例，占 68.3%。经统计学处理，U 值为 4.6054>2.58，P>0.01。说明头针对脑血栓形成比体针见效快，具有速效的特点。

由表 2 可以看出，该组病人入院时体征评分比休息 24 小时后体征评分平均降低 0.05 分，统计学处理无显著差异。说明疲劳和其它因素对患者的体征影响不大，在体针治疗 30 分钟和 24 小时后，体征评分分别减低。

四、讨论

在该组病例中，针刺手法，留针时间及针刺深度为一致，仅部位不同。上述资料说明针刺病变侧足运感区、运动区上1/5、中2/5，比针刺偏瘫侧合谷、曲池、阳陵泉治疗脑血栓形成的效果较好。

眼针治病经验

太原偏瘫医院　李星明

“眼针疗法”是后汉“观眼察病”（载《证治准绳》卷七·目门中）的方法，是用八卦（乾、坎、艮、震、巽、离、坤、兑）来定位诊病，在此基础上，我家经过几代对患者的临床治疗、观察、分析、总结创立了一套用眼针治病的方法，疗效显著。

一、眼针的适应证

眼针的适应证甚广，大体说来，针灸所治之病，用眼针都可治疗。对脑中风（脑血管疾病，如脑血栓形成、脑出血、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、脑外伤等）不论病程长短，均有较好疗效，病程在100天以内者，效果尤佳，对各种疼痛性疾病，如头痛、牙痛、胃痛、关节炎、肩周炎、坐骨神经痛、急性腰扭伤、妇女痛经及落枕等，也均有明显疗效。

二、诊断与辨证

将眼周脏腑归属分部作为诊断定位依据，如心部有变化就是心病，肺部异常即为肺病。临床辨证依据眼内白睛血络的形状与颜色变化。如肺部白睛有明显血络粗大或片状模糊，为肺有病，血色鲜红属实证，紫红为热盛，淡红为虚证或寒证。

三、取穴

不同于华佗“观眼察病”的定位八卦，我家用的是上、中、下、心、肝、脾胃、肺、肾八穴，均分布于眼周。五脏病分取各自主穴，其余根据病位不同，相应选取上、中、下三穴，如头部、上肢、胸腔疾病取上穴，胸部、腹部脏器疾病取中穴，腰部、小腹

部、下肢疾病取下穴。对一般患者，此三穴轮流选取，大部分一次只取一穴或二穴，目的在减轻患者的针刺之痛，也为使患者在不痛，少痛或轻痛的情况下取得较满意的疗效。

临床寻穴用指甲或三棱针柄在眼周轻压，患者局部有酸、麻、胀、重、疼痛、发凉、发热等反应，即为进针点，或找眼周压痛点为进针点。

四、针刺方法

用 32 号 5 分针，右手持针，于所选穴位轻刺入，进针不宜过深，一般 2—3 分即可。久病用补法，新病用泻法，进针方向顺时为补，逆时为泻。如病程在 100 天以内的脑中风病需用逆时泻法。

眼针“得气”为局部有发热、发凉、麻、酸、舒服或眼睛明亮等感觉，个别患者无“得气”之感，亦可获效，但不如“得气”者效果好，一般留针 10—30 分钟，7—12 天为一疗程。

另外，针前针后要注意严格消毒，以防感染。

五、疗效观察

近三年来，笔者曾先后治疗过 5,000 多例脑中风偏瘫患者，均有严重的运动机能障碍，接诊后全部用眼针治疗。针刺一次，肢体能立即抬高者（超过 5 厘米）达 86%以上，有 30%的患者针刺一次即可马上独立行走，总有效率在 96%以上。而用眼针治疗头痛、胃痛、痛经、腰腿痛、肩周炎等各种疼痛性疾病，总有效率可达 96%。如我在 91 年 12 月的全省中医针灸、按摩技术交流会上，用眼针治疗 140 多例脑中风及各类痛证患者，总有效率超过 97%。

六、典型病例

例 1、中风

患者王静淑，女，84 岁，山西毛条厂家属。患脑血栓半月，

右侧肢体瘫痪，卧床不起，患者及其家属皆以为年高病重，治疗无望。91年4月25日求予试治。我用前法，取眼针上、中、下三穴，交替使用，治疗15天，患者竟病好如初，生活可完全自理，病家赞曰“真神效也”。

又，患者李二猪，男，55岁，榆次市人。右侧肢体瘫痪5个月，经山医一院CT检查，确诊为“多发性脑梗塞”。于91年12月8日来我省针灸、按摩交流会就诊，来诊时，在家人搀扶下可拄杖勉强行走十几步，我用眼针，取上、下两穴，留针30分钟，出针后，患者当即弃杖而走，激动地连声大呼“神针、神针”。

例2、坐骨神经痛

患者高进平，男，38岁，代县人。患“坐骨神经痛”17年，于91年12月8日，就诊，当时腰及双下肢疼痛，行走更甚，不能转侧与下蹲，用眼针疗法，取上、下穴、留针30分钟后，疼痛立消，行动如常。

例3、痛经

患者李素珍，女，45岁，太原线材厂职工家属。从16岁月经初潮始，每次行经期间，小腹及腰部作痛，至今已29年，多方治疗不效。12月9日于行经第二天就诊，当时小腹坠胀，腰痛如折。用眼针治之，取中、下两穴、留针30分钟后，腰腹不适感大减。次日复诊，重施上法，腹胀腰痛完全消失。

腹针疗法

山西长治钢铁公司职工医院　薄智云

内容提要：

本文从“治病必求于本”的角度，阐释了腹针治疗全身疾病的基本特点。并将腹针中常用的处方如：天地针、引气归元、开四关、调脾气等的组成与适应证进行了较详细的介绍，并举例说明，以期使大家达到了解腹针特点的目的。

腹针是笔者经过二十多年的临床实践，在前辈薄庭相老中医的启发下，逐步研究、整理出来的一种新疗法。这种方法以中医的脏腑学说为基础，经络学说为指导，体现了中医“治病必求于本”的基本特点，从一个重要的侧面印证了“经络内属脏腑，外络四肢百骸”的客观规律。笔者使用腹针疗法十多年来，除治疗腹部疾病外，还对脑血管病后遗症，腹型癫痫、颈椎综合症、肩周炎、关节炎、坐骨神经痛、腰扭伤、肌肉劳损等三十多种疾病进行治疗均收到了满意的效果，仅择数法简介如下：

一、天地针的组成及适应证

天地针是一组腹针的常用穴，由中脘、关元组成。腹针以神阙为中，中脘为天、关元为地。中脘是胃之募穴，胃与脾相表里，有水谷之海之称；关元是小肠的募穴，别名丹田有培肾固本、补气回阳之功，故两穴合用具有补脾肾之功能，略得加减便可临症收功。

(1)、例 1：侯××，女，55 岁，太原煤气化公司职工，92 年

元月 16 日初诊。

患者经 X 光片确诊颈椎骨质增生 8 年，颈部酸困、活动困难且疼痛，右肩部肌肉酸胀，左臂麻木酸困直达无名指及小指。经腹针：天地针、滑肉门(左)、外陵(左)治疗二十分钟后，颈部疼痛消失，活动灵活。

次日来诊时说明：今晨颈部活动已正常，肩及左臂症状减轻八成以上，后继针前穴两次共三次而愈。

(2)、例 2：张××，男，11 岁，天津市塘沽区人，92 年元月 16 日初诊。

患儿出生时因难产，产钳助产时致胎儿颅内出血，出生后住院 52 天。11 年来，双拇指内屈于掌心，不会屈伸，其余四指屈伸正常但手无功能，生活不能自理，穿衣、吃饭均靠家长服侍，右足行走时足尖不能离地，路面不平易摔跤。经腹针：天地针、滑肉门(双)治疗五分钟后，双拇指可伸展，留针三十分钟起针后，双手的拇指已均能配合握笔，但活动不灵活，拿衣服、整包饼干等已自如。

后又针前穴两次后双拇指活动基本灵活，可拿小物件并自己进食，行走时右足亦较有力，嘱其进一步加强功能锻练。

临症分析：

现代医学认为：颈肩部疼痛或酸痛、活动受限，或伴上肢疼痛、麻木、眩晕、头痛等症状多与颈椎生理曲度改变、椎体序列不整、退行性改变(骨质增生)等有关。中医认为："肾主骨生髓"，肾虚则骨不坚；"脾主肌肉、四肢"，脾虚则四肢与肌肉不得其养。故补脾肾可使上证均得其功，异病面同治。因此，与上述诸症相关的疾病均在天地针治疗的适应证之内。

二、引气归元的组成及适应证

引气归元由：中脘、下脘、关元四穴组成。方中，中脘、下脘

均属胃脘，两穴合用有理中焦，调升降的作用；且手太阴肺经起于中焦，故兼有主肺气肃降的功能。气海为气之海，关元培肾固本；肾又是先天之原气，因此四穴合用有“以后天养先天”、之意，故名“引气归元”。《难经、四难》曰：“呼出心与肺，吸入肾与肝”。故此方有治心肺、调脾胃、补肝肾的功能、加减得体可治久疾于瞬间，且后期疗效较佳。

(1)、例 1：杨××，男，64 岁，长治钢铁公司退休职工，90 年 8 月 12 日初诊。

患者脑血栓三月，一直住院治疗未收其功，由其子背来门诊治疗。右上肢肌力 1 级，右下肢肌力 2 级，且足内翻，靠搀扶可移步，但重力直压其子之身。经腹针：引气归元、开四关（见后）留针三十分钟后，右臂可提到与肩平，手部能微屈伸，已可依杖而行。次日来诊时告知：经腹针后，自己走下楼梯，足内翻已好转，但腿仍无力。继针腹针同前，先后共治五次，上肢肌力达 3 级，手部功能基本恢复，下肢肌力达 4 级，自己可一人出去活动，生活自理。

(2)、例 2：李××，女，55 岁，太原铁路局职工家属，91 年 12 月 11 日初诊。

患类风湿性关节炎三十年，近年加重。晨僵一小时左右缓解，双膝弯曲困难，不能下蹲，手指关节常肿胀、疼痛，腰僵直。经腹针：引气归元、开四关治疗三次后，症状大大减轻，后双膝局部配阳陵泉、足三里、膝眼（双）又针三次，晨僵消失，手关节及膝关节疼痛悉除，下蹲、屈曲无痛感，腰部亦已灵活。

(3)、例 3：薛××，女，47 岁，山西孝义人，92 年元月 14 日初诊。

因摔伤，腰 1、2 椎压缩骨折引起下肢瘫痪四年。腰部及脐上如束带，麻木、憋胀；双下肢酸麻、疼痛、沉重不能行走，移动

时靠双拐移动全身重心拖地而行。经腹针：引气归元、开四关留针三十分钟后，各种症状均减轻50%以上。次日来诊时告知双腿及腰部轻松许多，已可靠双拐交叉拖地迈步。后经腹针同前并加灸共三次，腰、腿部症状消失，靠单拐已能抬腿走一小段路程。

临症分析：

现代医学将脑血管意外分为出血性及缺血性两大类型。急性期治疗相反而病情稳定后大致相同。针灸治疗的脑血管意外大多已失天机，成为后遗症后方来求诊，故当"缓则治其本"，从治疗气虚血瘀、肝肾不足入手，兼顾通腑，较易收功。对于类风湿性关节炎(RA)的病态解析，近年虽有突破，但病因未明，使以病因治疗为原则的现代医学在治疗上甚为困难。RA 病变以损害关节为主，但本质上是一种全身性自身免疫性疾病，宜从脏腑调整进行治疗。对椎源性疼痛及瘫痪则可从"诸痿独取阳明"的角度去考虑。

三、开四关、调脾气、风湿点的组成及适应证

四关由：滑肉门、外陵左右共四个穴位组成。滑肉门位于神阙之上，治疗躯干上段及上肢的疾患，外陵位于神阙之下，治疗下腹及下肢的疾患。笔者临床应用十余年来，认为该四穴具有通调气血、疏理经气使之上输下达肢体末端的作用，是引脏腑之气向全身布散的妙穴，故称"开四关"。临床用于治疗全身性疾病，与引气归元或天地针合用时，兼有通腑之妙。调脾气由左右两个大横穴组成。大横是足太阴脾经的经穴，文献记载以治大风逆气、四肢不举、多寒、善悲为主。但近十余年来的文献对大横穴的临床应用除治疗用于驱虫外很少报道。笔者认为大横具有调理脾脏功能，祛湿、健脾、滑利关节的作用，故常与开四关合用治疗腰部疾患和坐骨神经痛，与风湿点合用

治疗全身关节炎或肩周炎等症。风湿点是笔者的经验穴，上风湿点位于滑肉门穴的外五分、上五分；下风湿点位于外陵穴的外五分、下五分；风湿点有消肿、止痛的作用与大横合用可祛风湿利关节、消肿痛开瘀血。治疗肩、肘疾病时可仅用上风湿点，治疗下肢疾病时，也可仅配下风湿点。

(1)、例 1：李××，男，30 岁，山西祁县人，92 年元月 11 日初诊。

双小腿后侧憋胀、酸困、疼痛、沉重，并膝关节发僵五年。经腹针：天地针、开四关留针三十分钟后，腿部症状全部消失，走路感觉轻松有力。后继针同前并加压相应耳穴巩固疗效，共两次而愈。

(2)、例 2：单××，男 50 岁，山西电机厂干部，92 年元月 15 日初诊。

腰部扭伤 8 个月，CT 检查：腰 3、4 增生，腰 4 有膨出，腰 5 突出。经住院按摩治疗 4 个月，症状有所缓解，但仍脊柱左侧弯，腰部活动困难，伴左腿坐骨神经痛。经腹针：调脾气、开四关、天柱(左)引经气治疗一次后，8 个月来第一次为家人做饭；治疗两次后，腰、腿症状全部消失，共治三次而愈。

(3)、例 3：薛××，女，39 岁，太重锻压车间工人，92 年元月 16 日初诊。

风湿性关节炎一年，全身关节疼痛，冷、热均甚，夜间睡觉不能脱衣服，袜子，全身关节发冷，略有不慎，即感疼痛。经腹针：开四关、风湿点、调脾气治疗后，当时感觉全身发热，各关节处均有热感，觉得非常舒服。次日复诊时告知：症状大大减轻，早上醒来肩部已无冷风感，双脚也已不冷，全身关节轻松。继续腹针：风湿点、调脾气，先后共三次而愈。

体会

腹针疗法是以中医的理、法、方、穴通过在腹部进行针刺调节脏腑、经络治疗全身疾病的一种新方法，较好地体现了中医"整体观念、辨证施治"的基本特色。因此，它有别于许多已知的微针系统，在临床上有以下几个特点：

一、注重治疗疾病时的宏观调节，以调整脏腑功能的失衡为主要特点，即："治病必求于本"。

二、在治疗局部疾病时，可以从腹部引经气，然后进行相应治疗，使疗效的稳定性大大提高。

三、治疗时与其他微针系统配合有较好的协同作用。临汾地区医院高允旺副主任医师将腹针配合足踝针治疗脑血管病后遗症后，使其疗效大为提高。

四、可重复性强，运城九针医院周秋芳院长学习腹针后，当即治疗二十余例病情较重、病史较长的多类病例均效。

因此，腹针具有较广的适应证，是一个新的、较大的微针系统。

手 针 疗 法

山西广济中医糖尿病研究所　张泽全

一、概述

《灵枢·海论》说“夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节”，经络沟通于脏腑与体表之间，将人体脏腑组织器官联系成为一个有机的整体，并借以行气血，营阴阳，使人体各部的功能活动得以协调，并保持相对的平衡，十二经脉手足三阴三阳，是经络系统的主体，阴经与阳经有表里络属关系，如手太阴肺经与手阳明大肠经相表里等，在四肢又通过络脉的衔接，加强了表里经之间的联系，而且构成了一个周而复始如环无端的传注系统，互为表里的经脉，在生理上密切联系，病变时相互影响，治疗时相互为用，奇经八脉交错地循行分布于十二经之间，沟通十二经脉之间的联系，起流摄有关经脉气血，协调阴阳的作用，并对十二经气血有蓄积和渗灌作用。

手针是在手的部位取穴为主，配合其它相应的腧穴和压痛点（阿是穴）来治疗疾病，《灵枢：根结》指出，根在四肢末端并穴，结则在头胸腹的一定部位，即十二经脉以四肢为“根”，头胸腹三部为“结”，根者部位在下皆经气始生始发之地，为经气之所出，结者皆为经气归结之所，根结理论不仅说明了人体四肢与头身的密切联系，而且更强调四肢为经气的根与本，在临床上针刺这些部位的腧穴，易于激发经气调节脏腑经络的功能，因此四肢腧穴不仅能治局部病，而且能治远离腧穴部位的脏腑，头面五官等疾病。

二、手针疗法的取穴与手法

手针穴位有：少商、鱼际、太渊、商阳、二间、三间、合谷、阳溪、少泽、前谷、后溪腕骨、阳谷、养老、少冲、少府、神门、中冲劳宫、大陵、关冲、液门、中渚、阳池、中魁小骨空、十宣、四缝、八邪等。

特定穴位：第二与第三掌骨间，第三与第四掌骨间，第四与第五掌骨间，在掌骨近侧端腕掌关节，掌骨远侧端，掌指关节之间三等分，掌骨远侧端为Ⅰ穴，中为Ⅱ穴，掌骨近侧端为Ⅲ穴，均从手背进针。

Ⅰ穴：针尖向手心，手腕方向45°进针，

Ⅱ穴：同Ⅰ穴可45°进针，或与手背垂直进针。

Ⅲ穴：与手背垂直进针，或针尖向掌指关节方向45°进针。

手背第一第二掌骨近侧端至远侧端间五等分取2A、3B、4C，三个穴位，与第二三四五掌骨方向垂直进针。

手法：进退针速度要快，留针时间短，采用捻转，迎随，呼吸补泻手法。

三、手针疗法的适应证

手针疗法配合腧穴治疗急慢性疾病，和疑难杂症，见效快，疗效好，如肩周炎、腰腿疼、头痛、扭伤、胃痛等疾病，进针得气即刻显效，如中风半身不遂，面瘫，按不同疗程，循序渐进，疗效显著。

四、手针治疗肩周炎56例总结

肩周炎中医称之谓"肩痹"，早期以疼痛为主后期以功能障碍，肩关节受限为主，本症发病原因多由劳累过度，慢性损伤，或卫气不固，风寒湿乘虚而入发为肩痹。

临床一般资料：

肩痹56例中，男性21例，女性35例，年龄35到68岁。病程最短者30天，最长者12年。

治法：手针，呼吸，捻转，泻法。

处方：针刺I穴，配穴：曲池，肩髃。

疗效标准：

治愈：治疗后疼痛消失，功能活动自如。

有效：治疗后疼痛明显减轻，功能活动较前明显好转。

无效：临床症状治疗前后无变化。

56例治疗结果：治愈53例，占94%，有效3例占6%，总有效率100%。

典型病例：

(1)贾××，男，46岁，定襄县委机关工作，肩关节疼痛3年，就诊时症见左臂疼痛活动受限。用手针治疗二次后疼痛消失，一月后肩臂活动自如。

(2)商××，男，55，岁住太原平阳路，肩关节疼痛二年余。就诊时症见右臂活动受限，静时疼痛，日轻夜重，用手针治疗一次，疼痛消失，一周后肩背活动自如。

(3)张××，女53岁，省建家属，两肩活动受限五年，就诊时症见左臂活动疼痛，右手摸不着头，局部按压疼痛，手针治疗一次后，右手伸起，左臂活动疼痛消失，治疗5次后，活动如常。

五、手针治疗中风半身不遂典型病例

(1)张××，男，52岁，太原西站工作，主因左半身不遂，口眼歪斜，半年余，由家属搀扶来我所就诊，症见口眼歪斜，语言不清，左半身不遂，不能行走，手指不能伸展。舌暗红苔卜黄，症属中风(左半身不遂)

治法：用手针I穴，B穴，配穴四神聪，风池，足三里，进针

后手指即能伸展，隔二日针一次，一个月后，能自己骑自行车来就诊，三个月后上班工作、至今良好。

(2)常××，女，56岁，右偏瘫一年余，就诊时症见右腿抬不起，走路艰难，面部麻木，属右半身不遂，用手针Ⅰ穴单针进后即可自己抬起右腿，针后行走自如。

(3)杜××，男78岁，主诉左半身不遂3年，伴尾骨疼痛，左腿外侧痛4年余，两腿麻木酸困，不能站立，活动艰难，坐轮椅来诊治，用手针Ⅰ穴，B穴，配穴：承山，委中，进针即疼痛止，治疗一次疼痛消失，能下轮椅站立行走。

励氏按摩法

030013　铁道部太原机车厂职工医院　励增富

励增富系铁道部太原机车车辆工厂职工医院主治医师，中国共产党党员，新中国第一代残疾人按摩师，山西省盲人按摩事业的创始人。一九九二年在全省首届针灸按摩技术交流大赛中，被卫生厅授予山西省一等奖，现是《中华医学论文集》编辑部特约编辑，山西省盲人按摩学会理事，中华全国中医学会山西分会会员。

在四十年教学和临床实践中，励增富摸索总结了一套盲人教盲人的特教方法，为后人特教事业的发展奠定了基础。在临床实践中，依照古人的经验，潜心钻研，反复验证，创造总结出按摩治疗急性扭挫伤、腰椎间盘突出症、颈、腰椎骨质增生、胃肠神经官能症、胃下垂、神经性偏头痛、坐骨神经痛、神经衰弱、半身不遂、肩周炎、风湿性关节炎、痛经、月经不调、附件炎、急性乳腺炎、肥胖症；寻经点穴治疗青少年假性近视眼，遗尿症，推拿治疗婴幼儿消化不良，婴幼儿吐泻，婴幼儿惊风，小儿斜颈等几十种疾病的成套系统的治疗方法，有效率在98%以上，治愈率达90%以上，一般1—2个疗程显效或治愈。四十年来共累计治疗了十六万多人次，有相当一部分病人是利用业余时间义务诊治的。多次被评为医务先进工作者。

励氏按摩法的四大特点：

一、点穴与手法相结合。

一般的按摩治疗是点穴与手法相分离的。为了提高疗效，

依照古人寻经取穴的规律，判断患者的病属于某经或某几条经之后，在某经上或某几条经上选点对正穴位，巧妙地将手法与点穴按摩治疗揉合在一起，交替操作，互为表里，相辅相承，从而使疗效成倍的提高。

二、同病异治，异病同治

疾病的起因是错综复杂的，同一种疾病的起因也各不相同。因此为了达到快速见效的目的，根据病因的不同总结出了系列成套方法。一套方法能治疗多种疾病，但一种疾病有时要试用多种方法可能见效。当某种疾病采用某套方法效果不佳时就改用其它方法，直到疗效最佳时为准。

三、表本同治

在急者求其表，缓者求其本的原则上。对某些虚实交错，表里并存的疾病，根据阴阳互跟，表里互应的规律，分清虚与实症，采取表本同治的方法以达到滋阴壮阳，健表固本的效果。

四、因人因病因时治宜

根据年龄的大小，身体的强弱、胖瘦、疾病的虚实、病史的长短以及当时气候的不同，采取轻重不等，快慢不一，灵活机动的方法以适应男女老幼均能接受治疗的目的。

总之，励氏按摩手法、点穴准确，功力过硬，刚柔相济，持久渗透，疗效显著。

附病历三则

王进宝　男　41岁，铁道部太原机车厂职工

病史"92年5月25日初诊，一个多月前因搬自行车将腰扭伤，腰疼不能弯腰，不能行走，翻身困难。

诊断经X级检查，CT扫描确诊第3、4腰椎间盘膨出，第5腰椎间盘突出，服药、封闭均无效，医院建议手术。

检查：摸压诊法检查，腰椎侧弯，左侧有明显压痛，并向左腿后外侧放射，抬腿试验三十度，左侧臀部肌肉轻度萎缩。

治疗：用寻经点穴和手法按摩相结合治疗 20 次后椎间盘复位，体征与疼痛基本消失，30 次治疗恢复正常痊愈工作，一年后随访一切均正常。

栗堆金　男　56 岁，太原市自行车零件四厂书记

病史：1985 年 12 月 10 日初诊，右侧颈肩部疼痛已有七、八年，近两三个月来加重，并出现右手指麻木、手臂无力，影响工作和睡眠。

检查：用摸压仍法检查，颈下部肌肉僵硬，手臂上举受限，肌肉轻度萎缩，点、压颈下部穴位有触电感，并放射到手指，经 X 线检查，第 5—7 颈椎骨质增生。

治疗：用按摩加牵引的方法治疗 10 次后见效，共按摩两个疗程后颈肩部活动恢复正常，自觉症状和体征消失痊愈，三年后随防，未复发，一切正常。

石刚　男　10 岁，太谷七五三厂子弟学校学生

病史：由家长代诉：自上学以来，两眼视力逐渐下降，现已影响学习，在第一排座位上，看不清黑板上写的字，多方治疗无效，从电视上看到励医生能治疗近视眼，特来求治。

视表检查：双眼视力均为 0·4

治疗：经用寻经取穴按摩法治疗一个疗程（10 次）双眼视力均提高到 1·0，因开学未能做第二疗程的治疗，两年后家长石友莲来信告知，小石刚根据励医生的嘱咐，回来后继续坚持医生教给的眼保健功，现视力均提高到 1·5，且稳定无复发现象。

中医按摩治疗胃下垂的独特手技

030013　铁道部太原机车车辆工厂

职工医院主治医师　励增富

关健词：胃下垂　中医按摩手技

摘要：依据中医理论，用辨施治的方法，从整体出发，从脾胃入手，着重论述了按摩治疗胃下垂手技的全部过程。根据自己四十余年的临床实践，总结出一套有显著疗效的按摩手技，即“托颤”、“插肩”、“捣挑”、“点推”四个独特手技。并选用了中脘、气海、脾俞、胃俞等十二个对症穴位。用此法治疗胃下垂二十六例。胃下垂程度在7—12cm之间，经2—4个疗程治疗，治愈17例，占65·4%，好转7例，占27%，无效2例，占7·6%。

[概述]

胃下垂是由于胃韧带的松驰或胃壁的迟缓，致使在直立时胃下界（大弯）低于髂嵴连线下方5厘米。

胃下垂属于祖国医学胃脘痛范畴，其病因甚多。《内经》曰：“劳者气散，思虑者伤脾。”脾弱不运，胃虚不纳而导致中气下陷。

临床表现：①、多见于瘦高体型。②、以饱胀为主症，食后尤甚。③、胃痛无规律，疼痛时重时轻，时作嗳气、呕吐、肠鸣、自觉胃下坠。④并伴有便秘、腹泻、疲倦、眩晕、失眠、直立性低血压等。⑤、手摸胃部空虚呈凹陷而腹部凸起，上腹部可摸到强烈的腹主动脉波动。⑥、指压气海、中脘、脾俞、胃俞、内关、足三里等穴有明显的酸胀等异常感觉。

[治疗]

一、手法：托颤、捣挑、插肩、点推、提拿、揉、压。

二、选穴：中脘、气海、章门、期门、肝俞、脾俞、胃俞、百会、内关、足三里、公孙、涌泉。

三、操作程序及作用

1、捣挑提胃法：患者取俯卧位，医者位于其左侧。

(1)、在其脊柱两侧，即腰部到肩胛下、由下而上用手掌或掌根推、揉各 7—9 次，再由胃俞到膏肓穴用肘尖捣挑左右各 3—5 次。捣挑要均匀，用力要适当。此法能疏通经络，调理脾胃、增强肌力、升阳举陷。

(2)、用两拇指同时揉点左、右两侧胃俞、脾俞、肝俞，边揉点边上推各 1 分钟。再用肘尖压挑涌泉穴，左、右各 1 分钟。(胃俞、脾俞、肝俞是胃、脾、肝之俞穴，有振奋胃阳、健脾和胃、补气益血、舒肝利胆之作用)。

2、补中益气法：患者取仰卧位，医者位于其右侧。

(1)、患者屈膝、医者用两手掌根或大鱼际部，由下腹部向上腹外上方到胁肋处托推 5 到 7 次。再用两手掌对称捧起下腹，边上推边振颤，振颤力量要均匀，上推要达到深部(托住胃大弯)，托颤约 3 分钟。此法能补中益气、健脾和胃、固筋强肌，升阳举陷。

(2)、用中指或拇指点推气海、中脘、章门、期门各 1 分钟。气海系元气所生之处；中脘系胃之募穴，又是腑会；章门系脾之募穴，又是脏会；期门系肝之募穴。四穴共有补调中气、振奋胃阳、活血化瘀、消胀止痛之功效。

3、调理脾胃法：患者仍仰卧位。

(1)、在下肢脾胃经络线上，用掌根或拇指顺经络施术、推、压各 3—5 次。此法能通经活络、顺补脾胃。

(2)、用拇指左右交叉，同时揉点足三里、公孙各 1 分钟。足三里系胃经之合穴，公孙系脾经之络穴。二穴交叉同点，有疏通经络、调理脾胃、补气益血、消胀止痛之功效。

4、插肩深提法：患者取坐位，医者位于其侧。

(1)、以左肩为例，医者位于其左侧，将患者左手向后弯曲放于腰部，医者以右手四指并拢，指尖由肩胛骨下缘处插入斜上方肩胛内约 7—10 厘米，同时左手掌心抵住患者的左肩峰，两手呈合拢之状，插入提肩时，嘱患者深吸气、反复 7—9 次。右肩用左手四指插入，操作与左肩相同。此法配合深呼吸能加强胃韧带和腹肌的功能，促使胃逐渐上升复位。在作此法时，患者自觉胃有上提之感。

(2)、用中指点推百会、内关各 1 分钟，最后提拿肩井 1 分钟而结束治疗。百会系诸阳经之会穴，又是天穴，在本病中与地穴——涌泉穴配用具有回阳滋阴，补中益气之功效；内关系心包经络之络穴，又是阴维脉之交会穴，有理气和胃、通络宽胸、消胀止痛之功效。提拿肩井部能疏通经络、调理气血。因此，以此法而作结束，患者感到轻松舒适。治疗一次约需三十分钟，二十次为一疗程，中间休息一周。

四、疗效观察

笔者用上法治疗胃下垂二十六例，均经 X 线，胃肠钡餐造影确诊，胃下界在髂嵴线下方 7—12 厘米之间。经二到四疗程治疗，症状消失，钡餐造影胃下界位置复常者 17 例，占 65·4%；症状明显减轻，胃下界位置上升 2—4 厘米者 7 例，占 27%；症状无明显好转，胃下界位置未上升者 2 例，占 7·6%。

五、病案举例

谢某，女，36 岁，本厂干部。一九八六年五月九日初诊。

自述：三年前因分娩时大出血，产后体质虚弱，出现胃胀、食后加重，自觉胃下坠，胃痛时重时轻，嗳气、呕吐、吐物酸臭，纳差。便秘、心慌、失眠、乏力、体重下降。

检查：①、手摸胃部空虚而下腹部突起。按压左腹部及脐周隐痛，指压气海、中脘等穴，有明显痛胀感。②、经钡餐造影，胃下界在髂嵴连线下 10 厘米。③、诊断为因脾弱胃虚、气血不足，引起胃下垂。

用上述方法按摩二十次后胃胀痛明显减轻。饮食增加，睡眠很好。按摩四次后，自觉胃已不下坠，胃胀痛基本消失，食欲好，体重增加 3 公斤。手摸胃部已不空虚。又巩固治疗一个疗程，共按摩六十次，症状消失。经 X 线、钡餐造影，胃下界位置复常。一年后随访未复发。

[临床体会]

《内经》曰："脾应肉，肉腠坚大者胃原，肉腠小者胃不坚，肉、不称其身者，胃下，下者下营约不利。"由此可见脾胃之功能盛衰，反应在肌肉上。肌肉丰满结实者，脾胃功能旺盛；肌肉消瘦无力者，脾胃功能虚弱。脾弱不运，胃虚不纳，而使筋肉无力，最终导致中气下陷。因此在治疗上以补中益气，健脾和胃，升阳举陷为总则。笔者亲用的手法和取穴，都是依照这个总则而施术的。因此效果是比较满意的。

本病治疗时间在两餐间为宜。治疗毕，进食后嘱患者平卧 5—10 分钟，禁止暴饮暴食，不食生冷及刺激性较强的食物。可做适当腹肌锻练，如仰卧起坐，仰卧空蹬自行车式等。

按摩是非药物治疗，无副作用，简便易行，疗效显著，深受中外病者的欢迎。

翳风穴通电治疗精神分裂症206例临床分析

037044　大同铁路医院　张永祥

笔者自1972年4月到1981年12月，用上海治疗仪G6805型，在翳风穴扎针通电治愈精神分裂症206例，疗效满意分析如下。

一、一般情况：本组206例精神分裂症患者中，男性165例，女性41例，男女之比4:1，最小年龄为15岁，最大年龄75岁，平均为38岁。发病时间：二年以内有182例，五年内20例，十年内4例。分型：妄想型92例、紧张型54例，混合型40例、单纯型12型、青春型8例。

二、诊断标准：均按湖南医学院主编《精神病学》（湖南人民出版社1974年长沙）。患者由三位主治医师、医师共同诊断确认“精神分裂症”。

三、临床主要症状：精神分裂症的发病因素不明，其典型的临床表现是思维、情感和行为不协调，联想散漫、情感淡漠，言行怪异，脱离现实，分为以下五型：

1、妄想型精神分裂症92例，开始均有敏感、多疑、渐渐牵连关系越来越广，多为关系妄想、被害妄想、嫉妒及自罪妄想，但妄想结构散漫、内容荒谬，常不固定。

2、紧张型精神分裂症54例，起病亚、急性、多发生在25岁左右，早期表现萎靡无力，怠情、少动、食欲低下，刻板言语及模仿动作大部分出现，对任何事物都不感兴趣。

3、混合型精神分裂症 40 例，症状常不典型，有幻觉、妄想的倾向，情绪焦虑、紧张、忧郁而多变，但联想障碍及精神衰败常不显著，多数患者有时出现短暂的紧张综合征。

4、单纯型精神分裂症 12 例，发病诱因不明，表现注意涣散、精神萎靡，对自己的生活及前途没有理想和要求、孤僻、生活懒散、工作能力明显低下，不关心个人卫生及环境卫生，对亲友冷淡，敌视意向有时明显。

5、青春型精神分裂症 8 例，发病多在青春期，起病缓慢，表现孤僻、情感不稳定，变化无常，有时大哭忽又狂笑，其内心活动令人不能捉摸，对外界事物情感淡漠、思维中断，多有象征性思维，幻觉丰富、内容离奇古怪，患者的动作、情感多受幻觉及妄想支配，有时有人格解体征及内脏虚无征自我体验。

四、化验及特殊检查：本组 206 例患者血常规化验均在正常值。多数患者心率为 100—130 次/分，心电图报告窦性心动过速 154 例占 75%，正常 52 例占 25%；脑电图的提示：轻度异常 20 例占 10%，界线型为 93 例占 45%，正常为 93 例占 45%。肝功四项 206 例均在正常值。脑部 X 线透视 206 例报告："心肺膈未见异常"。

五、治疗方法：应用 G6805 型上海治疗仪，分为 I 档疏密波、II 档连续波、III 档间歇波 IV 档起动波。主穴：翳风（双侧），每日上午扎针於穴位通电一次，约 20—30 分钟，对兴奋躁动、失眠较重、木僵、忧郁明显患者，放电量达呼吸抑制、屏气 10—20 秒种，可连冲击刺激 10 次以上（每次需要患者换气）。对幻觉症、注意力涣散、情感淡漠、记忆力缺失等，放电量要见患者而神经有较大幅度的抽动（歪斜）为宜，但患者能够承负电量输送度为宜。通电 30 分钟。每周休息一天，两周为一疗程。但主穴及配穴均在常规消毒穴位皮肤后针刺，扎针深

度，手法均按《针灸大成》要求“得气”进针、通电。一般在1—3个疗程可痊愈，2个疗程可见效。根据症状分以下五种配穴：

1、兴奋躁动、失眠较重，配穴：安眠1、安眠2、大陵穴。《灵枢》云：“阳中之太阳，心也，其原出于大陵，大陵二”。这也说明精神分裂症，多属本经络，以刺之。”

（病案举例）：韩××，男，24岁，社员。兴奋躁动，打人毁物，半月未眠，语言凌乱，口不停的喃喃细语，哭笑无常，体查：T36℃（腋）脉洪数，舌苔薄白，脉搏125次/分，BP：（140/90mmHg）18·5/12kpa 肺（—），心界大不，心率120次/分律齐，肝脾未触及余无阳性体征，心电图：窦性心动过速。脑电图：“轻度异常”。血、尿、便、常规化验及肝功正常。用G6805型上海治疗仪，Ⅰ档连续波在配穴上通电30分钟；又用Ⅱ档间歇波冲击主穴翳风双侧穴达屏气20秒，休息片刻再冲击，反复数次，两个疗程痊愈。随访一年，未见发作。

2、木僵、忧郁明显者配穴：人中、百会及太冲。《灵枢》云：“阴中之少阳，肝也，其原出于太冲，太冲二”。这说明木僵、忧郁的症状与肝经有关，应针之。

（病案举例）钱××，男，23岁，工人，患紧张型精神分裂症，表现萎靡无力，少动，拒食，双目直视，上下口唇不停的抽动，对任何事物都不感兴趣，百问不答。查体：T36℃（腋）P：120次/分，脉象弦数，舌苔白腻、BP18/12·5kpa（136/95mmHg）头部无外伤，五官端正，双侧胸对称，肺（—），心界不大，心率126次/分，律齐，肝脾不大，四肢及脊柱生理弯曲，生理反射弱。化验血尿便及肝功四项均为正常值，心电图报告：窦性心律。胸部X线透视未见异常。脑电图提示：“界线型”。应用上海G6805型治疗仪在人中、百会穴针刺通电，可达休克引起全身抽动，5次后患者症状明显改善，同时用主穴

"翳风"扎针通电(Ⅰ档疏密波小电量),每次达20—30分钟、一个疗程治愈,随访两年,知情意正常。

3、幻视明显患者配穴:风池、睛明穴。睛明,为手足太阳、足阳明、阴跻、阳跻五脉之会,只需刺之而无需灸也。

(病案举例):段××,女19岁,高中学生,因和同学吵嘴,精神渐渐失常,糊言乱语,说东道西,说:"妈妈是个小毛驴,要骑在妈妈身上转三圈,到处都是文字,地上、床上、衣服上,都是文章,不能起来走动,怕踩坏了字,要看她的心是黑还是红的……"。情感淡漠,对亲友冷淡,有真性幻视。内科体查:无阳性体征心率在115次/分,律齐。肝功三项正常,脑电图提示"界线型"。在主穴翳风双侧穴扎针通电,用Ⅰ档连续波20分钟;用Ⅰ档疏密波及Ⅱ档间歇波在配穴通电20分钟后渐至头脑清醒,六次针刺通电幻视影像模糊,治疗两个疗程幻视全部消失。

4、幻听明显的配穴:听宫、听会及太溪穴。《灵枢》云:"阴中之太阳,肾也,其原出于太溪,太溪二"。这也说明幻听的根源是肾,肾开窍开耳。《内经》曰:"肾生髓主骨"又云:"诸髓者,皆属于脑"。

(病案举例)范××,48岁,干部,多次发病,幻听明显,表现如:"听到早已去世的祖父母不属患者的想象,还听到有不认识的人也讲话……。患者和幻听辨论,当患者走进屋里,讲话的声音就在房顶上,患者坐在床上其声音就发生在床上,主要内容是说患者本人的坏话,争论不过时痛哭流涕,见人就磕头请罪,自言自语也无法摆脱,二十天未眠、渐渐目前也出现讲话人(幻听)的幻影……"。检查:T 37℃,P:100次/分,脉沉而数、舌苔微黄而粘腻。BP:20/12kpa(150/95mmHg)。头部无外伤,颈活动自如,双侧胸对称,肺(一),心界不大,心率

100 次/分，律齐，肝脾不大，腹部平坦、肾区叩击痛(一)，生理反射存在，病理反射(一)，化验、血、尿、便及肝功四项常规均为正常。心电图提示："心动过速"，脑电图："轻度异常"。应用上海 G6805 型治疗仪 I 档连续波冲击配穴、(主穴翳风达屏气 10 次)小电量输入配穴约 30 分钟、连续三个疗程，幻听完全消失。

5、注意力涣散、情绪孤僻、生活懒散、情感淡漠等针刺配穴：大椎穴、巨阙穴各针深一寸(巨阙穴以 30 度角向中脘斜刺)。

(病案举例)：王×，男，15 岁，初中学生，近来学习成绩明显下降，注意力涣散，情绪低落、孤僻，对自己的前途、理想没有任何要求，生活懒散，连自己的手脸都不主动去洗，对亲友冷淡。来姑母家住半月之时、到街上去玩还找不到家，夜间在街头渡步通宵，全家人也找了一夜。患者口不停的乱说。夜不安寐加剧一周。体查：T 35·5℃，P120 次/分，脉紧数，白薄舌苔，BP：125/9kpa(100/70mmHg)，头部无外伤，五官端正，发育匀称，意识较差，肺(一)，心界正常，心率 118 次/分，律齐，肝脾未触及，腹部平坦，双膝反射较活跃。Babiski 氏征(+)。化验：血、尿、便、常规检查正常。应用上海治疗仪 G6805 型，Ⅲ档间歇波在翳风穴扎针通电 30 分钟，和配穴(督脉)大椎穴与(任脉)巨阙穴扎针通电刺激督、任二经(小电量)。一个疗程明显好转，两疗程恢复正常。

讨论：电针通电治疗精神分裂症文献报导较多，但"翳风穴"扎针通电治疗精神分裂症报导甚少，笔者经过 206 例临床观察比较满意。在配穴上谈，多在心、肝、肾经取穴是治疗本病的根源，上述较详，不再赘述。对翳风穴为主、其理论根据是手少阳三焦经主穴，《内经》曰："三焦者，决渎之官，水道出焉"。

又云："上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎"。这说明三焦的功用关系是整个人体的气化功能之所在，所以《中藏经》曰："三焦者，人之三元之气也，三焦通则内外左右上下皆通也。其于周身灌体，和内调外，营左养右，导上宣下，莫大于此"。又在《针灸大成》云："人心湛寂，欲想不兴，则精气散在三焦，荣华百脉"。所以针刺翳风穴通电是运行气血的通路，调节三焦经正常生理功能。在针灸手法上，正如《灵枢》云："凡用针者，虚则实之，满则泄之，宛陈则除之，邪胜则虚之"。以上概括的说明病理变化，调节生理功能发挥治疗作用的重要性，又是祖国医学遗产针灸手法问题，针灸后能使患者白细胞增加，提高人体的抗病能力及免疫力，又是对经络调节，可经络又是贯穿全身的通路，穴位是通路线上的枢纽，当然对人的大脑细胞及神经突触、脑组织、血管等起到调节作用，对表象或事件记忆的神经基础是海马和新皮层，尤其是额叶皮层；但视、听、动觉记忆系统等可能存在于后顶区，上颞区和枕区。也可能对脑内的多种氨基酸的顺序排列调节有关，可引起抑郁，也可导致兴奋，这对针灸手法（强弱刺激）补泻迎随与多种氨基酸对脑肽（多肽）的形成非常密切，补泻迎随同样影响脑肽活动，如下丘脑肽不仅可以致病、而且用来改善某些心理状态和行为，如学习、注意、记忆、冲动、焦虑、忧虑、疼痛等，对治疗精神分裂症、多动症及慢性痛症有治愈的疗效。这充分说明电针通过翳风穴对脑肽有可能是一种微电促使，调节精神、行为及幻觉等，起着重要作用。

笔者应用 G6805 型治疗仪，翳风主穴扎针通电治愈 206 例精神分裂症。以上本文在理论上的推测，只是对同道者提出滴点探讨之见。谨启参考研究。

苍龟探穴法配肩三针治疗肩周炎 74例疗效观察

雁北行署机关门诊部　霍飞

肩关节周围炎是以肩臂肌肉、肌腱、关节囊等软组织的退行性变和炎症性疾病，即中医的“漏肩风”、“冻结肩”其发病比例较大，以单侧发病为多见。近年来本人运用苍龟探穴法配肩三针治疗此病，取得了满意疗效，现总结如下。

临床资料：

据门诊比较完整资料统计74例患者，男28例，女46例；年龄：35岁至45岁24例，46至55岁36例，56岁以上14例；患病部位：右肩13例，左肩28例，双肩3例；病程：1个月以内者37例，2个月到6个月者25例，半年以上者9例，2年以上者3例。

治疗方法：

（一）取穴：主穴：极泉、肩三针。取穴方法：极泉：抬臂在腋窝正中动脉跳动处，针刺时避开腋动脉，靠上臂侧约一横指。肩三针，即肩髃，肩前（在腋前皱臂尽头上1寸），肩后（腋后皱臂尽头上1.5寸）三穴。配穴：曲池、手三里。

（二）针刺方法：极泉穴用75%酒清消毒，施苍龟探穴法，即：将针刺入穴位后，由浅入深，上下左右，多向更换针尖方向进行透刺，使针刺的感传能达到手指末端或上肢抽动时其效果更好。进针的深度以不伤及腋动脉为原则。肩三针、曲池、手三里穴均用泻法，即快刺慢退捻转法。留针30分钟，出针后用消毒干棉球按闭针孔。然后用磁圆针施中等手法叩刺挟脊

穴，每日一次，10 次为一疗程。

治疗效果：

疗效标准：痊愈：肩关节活动功能自如，无疼痛。显效：肩关节活动功能明显改善，抬举运动有轻微痛觉。好转：肩关节活动功能障碍略有改善，但疼痛减轻。无效：肩关节活动功能障碍和疼痛均未有改善。本组 74 例中痊愈 49 例，显效 18 例，好转 7 例，有效率为 100%，后经随访痊愈者中 32 例一年以上观察只有一例因受雨淋而感觉时有轻微疼痛外，其余未见复发。

典型病例：

张××，女，53 岁，教员。右肩关节疼痛两月多。两月前不明原因左肩关节酸痛，尤以在劳累、阴雨天及夜间疼痛为甚，近日夜间疼痛难入睡，肩关节活动受限，抬举手掌抹不及头，有时穿衣系裤也感到困难，曾服用过多种消炎止痛药，功效不显，来求诊于针灸治疗。检查：右肩关节无红肿，肩前臂在肩前穴近处有压痛＋，右臂平举与肩平 50 度左右，内旋约 20 度，外展约 15 度，即感觉疼痛，脉弦、苔薄白。诊断：右肩关节周围炎。辨证：风寒凝滞，血瘀内阻。治则：祛风活血，通络止痛。取穴：极泉，肩三针配曲池，用上述针刺手法，极泉穴感传直达手指末端，留针 30 分钟，后用磁园针中等叩刺挟脊两侧。针一次后，右手即能抬举抹到头，经针 5 次后，病人主诉，夜间已能入睡，疼痛减轻。经针刺一个疗程后，肩关节活动恢复正常。

莫×××，国际友人，男，44 岁，多哥卡腊市中心银行职员。于 1989 年 6 月 12 日因右肩关节突发性疼痛来卡腊市中心医院针灸科就诊。主诉：一周前右臂活动不便，穿衣系领带感觉有轻微的疼痛，今天在工作时，因开拉保险柜门用力，突然疼痛不能转动。检查：右肩臂关节内侧有明显的压痛（＋

十），抬举不足 90 度，外展、内旋均不能，稍动即感觉疼痛，关节无红肿。诊断：急性右肩关节周围炎。取穴：极泉、肩三针配曲池，足三里透刺承山，针刺手法如上，在足三里透刺承山用重刺泻法，并让患者运动上肢，针后在肩前，肩后拔火罐 15 分钟，针后即感觉疼痛减轻，肩臂抬举内外旋转已自如，唯感觉酸困伴有轻微疼痛，后去足三里透承山穴又针刺五次而告愈。1991 年 4 月回国时随访此患者，肩关节疼痛未见复发。

体会：

（一）苍龟探穴法是《金针赋》中所述飞径走气四法之一，本法具有舒筋通络，通行气血的功能。极泉系为心经始穴，心主血，肩臂的运动有赖于血的濡养，肩关节周围炎的形成，最终多因于气血凝滞，经脉、关节失养。极泉穴位于肩臂内侧，腋窝中央，其下有腋动脉及臂丛神经干通过，以此穴为主用苍龟探穴之法刺之，即：上下左右，由浅入深，逐渐而入，如龟入土深入，搜剔四方，使肩关节周围气血通畅，经络舒通，使上肢肩关节、肌肉得以濡养。肩三针为治疗肩周炎的有效三针，与极泉穴相配，其效更佳。

（二）在取极泉穴施针法时，要注意避免刺伤腋动脉。如起针后有出血，要用消毒干棉球按压以止血，按压时不要柔动，选针一般用 28 号 2 寸针即可。在极泉穴施针法时，必须使针感传到患者的手指末端或上臂抽动，其疗效显著，反之则疗效不佳，故应予以重视。

针灸按摩验案举例与临床体会

034400 灵丘县中医院　刘根德　周玉柏

针灸、按摩具备简、便、验、廉的特点，深受患者欢迎。现将三十多年来运用针灸按摩疗疾验案略举数则，并附临床体会，供同道参考。

例一：周××，七十岁，男，农民，九一年十二月二十五日就诊。主诉：左侧头、颈、肩部疼痛拘急二日。服去痛药、按摩未效。诊见神色正常、身无寒热、脉略浮紧而不数急。此风寒入于太阳经脉，滞于右侧头、颈、肩部、故该部发痛。《灵枢经脉篇》曰："不盛不虚以经取之"。《素问至真要大论》曰："中外不相及治主病"。审其色脉不夺，无表里证，邪聚局部经脉，适宜针法。乃选左侧完骨、天牖、风府、天柱、肩中俞、肩外俞进针，得气后留针三十分钟，一次痊愈。

例二：周××，女，二十岁，1990年10月5日就诊。主诉：连日劳累，忽感右肩部及颈部疼痛，酸困、麻木、右臂难举，二日加重。诊见面色如常，脉偏弱，触之，右肩背酸困痛疼。

分析：劳则气耗。劳累过度，经气耗伤。肺主气，其输在肩背；肝者罢极之本，其输在颈项。荣气虚则不仁，卫气虚则不用。荣卫具劳、气血滞涩。故首见肩背颈臂不适。邪之所凑其气必虚，宜急止之，防止邪气乘虚而入。《素问·缪刺论》曰："凡刺之数、先视其经脉，切而从之，审其虚实而调之，不调者经刺之，有痛而经不病者缪刺之"。乃针大椎，右侧风门，肺俞、厥阴俞，肩外俞、曲垣、肩中俞、天应四处，共十一穴，得气后，

平补平泻，留针二十分钟，起针后、甚感轻快。安睡一夜，翌日康复。

两月后复因劳累，左肩背又病如前，乃针同前法并加刺右侧风门，肺俞、厥阴俞、控制邪气，一次而愈。

例三：刘×，男，十六岁，学生，78年5月20日就诊。主诉：连日来右足经常发软，行走常易倒地，因上学必横穿铁路，唯恐倒于路基，心情甚是不安。诊见神色正常，唯尺脉偏弱，右足力差，阵发性痿软，无痛痒、无外伤史、无湿热痛。

分析：《素问调经论》曰："病不知所痛而脉为上"。《难经二十八、二十九难》曰："阳脉为病阴缓而阳急；阴脉为病阳缓而阴急"。二脉跟起手足，出于申脉、照海。该右足二脉经气不利，出现阴阳缓急。病发故右足软弱无力而倒地。故从该经选穴，调其经气，恢复正常，乃针然谷，照海（阴脉经）申脉（阳脉经）平补平泻，得气后留针二十分钟，一次，病不再发。

例四：刘××，男，三个月，90年3月17日就诊，其母诉：连日来患儿不食、吐乳、易醒、多哭。曾喂婴儿素、七珍丹、胖得生，B_1、B_6均无效。检查：体温、二便正常，指纹青紫、腹较大、脘部膨胀满。

分析：《素问·宣明五气篇》曰："胃为气逆、为喘、为恐"。患儿乳食不当则伤胃、脾与胃为表里、胃伤及脾、脾失健运，中焦气滞湿郁，浊气上逆、故腹大、满闷、吐乳。胃不和则卧不安，故易醒多啼，治宜行气开郁，调理脾胃。《标幽赋》曰："脏腑病求门海俞募，经络滞求原别交会"。乃针上脘、中脘、天枢、内关、足三里、内庭、太冲、平补平泻，不留针，一次而愈。

（注：木者土之主，太冲肝之原穴，故加针太冲以理肝，达到肝脾协调）

例五：王××，男，三十六岁，高灌站工人，90年8月21

日就诊。主诉：劳累之余，感受风寒，腰痛拘急，如有物复，活动困难三日。诊见面色惨淡，脉弦紧，触诊腰，骶部痛。辨：风、寒、湿三气合而为痹。寒胜则疼、寒性收引，湿气重著，病症疼痛，拘急、重著属痹症偏寒湿型。足太阳经脉抵腰，与肾为表里，肾主湿，其输在腰股，邪由表及里滞于太阳经脉，合于肾输，故病聚于腰、骶部。

治则：《灵枢、根结论》曰："形气有余、病气有余急泻其邪，调其虚实"。审患者平素体格健壮，新病时短、邪聚经脉。扁鹊曰："在经脉针砭之可及也"，遵实则泻之，寒则留之、泻下者灸之之法，针白环俞、肾俞、大肠俞、上髎、次骨髎共十穴，取悗山火，返复提插，得气后，灸觉微温，留针三十分钟，以逐寒湿，开痹、通径。一次疼痛经、拘急、重著去，转动灵活，大觉轻快，休养数日痊愈。

例六：韩××，男，四十四岁，干部，90年7月8日就诊。自诉：腰部扭伤疼痛，活动困难二日。辨：痛起扭伤，经络不利，荣为流止，气血不畅，不通则痛。平素体健，病程日短，正气未损，邪未深入，治以按摩导引，舒筋活络，通营卫，畅气血、乃施以按摩七法：(按、压、揉、搓、顶、提、捺)按摩督脉经、膀胱经、肾俞、环跳。按摩后即让患者弯腰，下蹲、轻跑、以活动筋骨、流畅气血，一次而愈。

例七：马霞霞，女，十六岁，学生。90年12月25日就诊。四岁时，因高烧住院治疗，烧退后遗留四肢无力，无痛痒，常易跌倒，艰于走路，需人扶持，反应迟顿，恶躁音，经常倦怠多睡，屡经针、药未效。诊见口唇，手足、爪甲青紫，肤温偏凉，脉沉细涩。

分析：神色脉象属气滞血瘀挟虚之候。《难经二十二难》曰："气主煦之，血主濡之"。气滞血瘀则煦濡之力差，故肤凉，

迟顿、青紫、脉沉细涩。足受血而能步，掌受血而能握。四肢受血则轻筋多力。气血运行不畅，四肢筋脉营养不足，故无力痿软。病羁十二年之久，实中挟虚，故常倦怠不振。不痛不痒乃不仁不用之兆。

治法：宜按摩导引，促使气血流畅。达到营卫通利，经络舒活，进而精神振奋，实现康复。

效果：按摩半个月即站立有劲，一个月自己能走稳，两个月后就灵活，想看电视，总计按摩九十日，扶色正常，四肢皆温，手足有力，能够劳动，痊愈如常人。返访数次，疗效一直巩固。

例八：杜××，男，二十五岁，大同二矿工人。91年5月1日就诊。主诉：右胯至膝疼痛难忍，卧床四个月。经矿区医院、县医院确诊，无骨结核，骨质增生病。查患者形体消瘦，反应灵敏，身无寒热，卧床不起，疼不移处，不能翻身，转动，动则疼甚，右腿曲不能伸，左胯和骶部各有褥疮掌大一片，舌赤苔白，二便正常，脉弦紧。

分析：寒胜则痛，湿性趋下。天冰曰："风寒湿气客于肉分之间，迫切而为沫，得寒则聚，聚则持分肉，肉袭则疼。故有寒则痛也。"（《内经·痹论篇》）。《素问·举痛论》曰："寒气稽留、灵气从上，则脉充大而血气乱。故痛甚不可按"。患者井下作业，多受寒湿，病发于孟春，属寒湿痹著经脉，发为筋痹，季交夏令，又合脉痹。幸天暖邪未深入，腹无所苦未合于脏。

治则：《素问·举痛论》曰："寒气客于膜原之下，血不得散，小络急引故痛，按之则务气散，故按之痛止"。患者余处无病，邪聚局部、针、药未效，故适应按摩之术，并嘱戒房事。患者形体消瘦属形气不足，脉弦紧，舌红赤，痛如裂，属病气有余，邪气盛。及运用按摩七法：（按、压、揉、搓、抓、擦、顶）以舒筋活

络，畅达气机。先以轻揉手法，随着患者的适应度，渐次增加手力，并配合柏醋汤，（柏枝半斤，熬水一脸盆，加入陈醋三两，厚毛巾两块，浸药液，拧略干，交替热敷）有御寒活血通络的作用。

效果：按摩半个月可以下床活动，一个月柱双拐活动上街。两个月痊愈出院。

例九：肖志叶，女，36岁，东河面粉站工人，90年3月21日就诊。主诉：因搬运面袋时仓库面袋倒塌（塌）压在下面，全身砸伤而住院治疗六个月，疗效不显，经北京某医院和省人民医院确诊为中枢神经受损，曾吐血两次，昏迷两次，（经推拿得救）。故欲按摩治疗。症状：腰腿疼痛麻木，下不了床、头昏、头痛、食欲不振，神疲怠惰、脉濡缓。（无破伤骨折）

分析：砸伤属外伤，由外及内。《素问至真要大论》曰："从外及内者治其外，从外及内而感于内者，先治其外而后调其内"。《金匮要略·水气痛脉证并治第十五》曰："阳气不通即身冷，阴气不通即骨疼，阳气不通则恶寒，阴气不通则痹不仁"。今因砸伤，血运不良，阴阳二气阻隔难通，虚实挟杂。血痹虚劳，故显以上诸证。治宜导引，按摩推拿，促进循环，活血通络，去瘀生新，则痹通虚复，诸证自解，可告痊愈。

立法：阳主动、阴主静、督脉贯脊人脑，统诸阳经；腰者肾之腑，与太阳膀胱经互为表里。故全身施术、重点用在督脉、腰、腿、太阳经脉。

效果：施术一次觉轻快，三次可下床活动，半个月即不用坐车步行来诊，一个半月痊愈出院。追访到今，健康如常。

大针针督脉穴治疗癫狂痫癔病性失语症的手法介绍

030012　山西省中医研究所针灸科　郭耀康

大针(指21号、3—4.5寸不锈钢针)，针督脉穴：风府、大椎、陶道、无名(胸椎2—3椎之间)、身柱，治疗癫、狂、痫、癔病性失语症属实证范畴，如掌握得当，确有立竿见影之疗效，但施治手法细致复杂较难掌握。笔者跟随已故医师冯尚武多年，愿将此详加介绍以供同道作参考。

一、施术时患者及术者的体位

1、患者的体位

(1)端坐垫胸式

令患者端坐于靠背椅子上，使用靠背椅子时要倒坐，患者的胸部用垫子(普通枕头也可)垫起，紧贴在椅子的靠背上，两臂自然下垂，两手放于股内侧，微微低头伸颈。

(2)伏卧垫胸式

令患者伏卧于治疗床上，胸部用垫子(普通枕头也可)垫起、两臂下垂，两腿并拢伸直。

2、术者及助手的体位

(2)端坐垫胸式

患者依法端坐，助手站在患者前面，用两手从两侧固定患者头部，务使患者头正颈直(刺风府时，助手须将患者的头部，轻轻用力上提，以便进行)助手的左脚平放站稳，右脚用力踏在椅子上的横梁上。施术者站在患者左侧，用左手拇指爪甲切定预刺的穴位，右手固持针柄，按爪切穴位进行针刺。

(2)伏卧垫胸式

依上法令患者伏卧，助手站在患者的头前，两脚分开，微弯腰、腿下蹲，两手固定患者的后脑部，稍微用力下按，如不合作者，另一助手站在患者下肢的右侧，两手分按在患者的小腿。

二、严格消毒

由于针刺时针尖要进入脊髓腔内，所以消毒必须要严密以防感染。患者的针刺部位先用碘酒消毒，而后再用酒精脱碘，术者双手先用肥皂水清洗，再用酒精棉球涂擦，针具须用高压灭菌锅消毒。

三、针刺方向及针刺深度

1、方向：风府穴进针时与皮肤成直角，针尖方向和耳垂成水平线，注意不可偏高，否则易出危险。大椎、陶道、无名、身柱四穴进针时针与皮肤成 90 度(直角)待针进入一寸左右时(约接触脊髓腔时)，此时针身稍往外提，随之针斜向上方刺进(针和皮肤约成 45—60 度)。

2、针刺深度

应根据患者的年龄，体位之肥瘦灵活掌握，恰到适应处，约 2—3 寸。

四、针刺手法

在选定穴位上，术者依法进针，先用捻转法进针，针尖达两椎骨棘突之间时，改用缓慢推进法(不捻转慢慢向前推进)约当针尖达脊髓腔时，其方向为：若所针为风府穴，须严格的把握针尖，使和耳垂成水平线，缓慢推进；若针大椎、陶道、无名、身柱四穴均按 45—60 度之角度向斜上方缓慢推进。注意，千万不可用力过猛，更不可行捻转捣刺术。针到适应处时，患者常尖叫一声，全身抽动一次，此时立即停止针刺，此时患者

意识不清的可能稍转清醒，或有的出现胸部灼热憋闷或出现全身发麻发软，或颜面苍白，瞳孔散大，或全身肌肉松弛，出冷汗等现象，属正常反应，可留针 15—30 分钟，若狂躁厉害或体格较强，尚未达到适应处也未出现上述诸症现象之一者，可再行抽刺。抽刺时一般采用扇形两侧抽刺，每抽刺一下患者的腿随即跳动一下，抽刺后有的患者两下肢发生暂时性瘫软，一般在 1—2 小时后即可恢复，必要时可架扶慢慢行走或适当休息，另外如患者体质比较弱，大针可选用 26—28 号针进行针刺。

五、针刺后反应的处理

1、针刺后如狂症常出现休克前期症状或者进入休克期，此为正常反应，一般不加任何处理，如因刺激不当，休克严重时，可立即将针起出，使患者平卧，头部放低，再针足三里，人中等或配合强心剂治疗。

2、后遗症的处理：因不慎经抽刺后患者往往遗留一侧或两侧下肢暂时性软瘫，个别的在短期内不能恢复，多因术者指力不均或用力过猛，或在某穴上多次抽刺下所产生的，这时不要紧张恐惧，向家属说明，大约在 1—3 个月内即可恢复，在这时期内可配环跳、阳陵、昆仑等穴，采用弱刺激、补法、帮助恢复。

针刺治疗脑血管意外 70 例临床观察

041600　芮城县中医医院　张德隆

自 1989 年 7 月到 1992 年 3 月，我在门诊共针治脑血管后遗症病人 70 例，疗效尚属满意，现总结如下。

一、临床资料

70 例中，男 32 例，女 38 例。年龄 41—50 岁 12 例；51—60 岁 23 例；61—70 例 25 例；70 岁以上者 10 例。50 岁以上的患者占总患者 83%。

70 例患者中，经我院或外地诊断为脑出血者 24 例，占 34%；动脉硬化性脑梗塞 37 例，占 53%；脑栓塞 9 例，占 13%。其中右侧偏瘫者 42 例，占 60%；左侧偏瘫者 28 例，占 40%。

二、治疗方法

根据病人不同阶段，不同症状，采取相应针治方案。除脑出血病人须待症状稳定，方可针刺外，其它确属动脉硬化性脑梗塞或脑栓塞患者，一般当日发病，即可进行针刺。

（一）、初期、半侧肢体完全瘫痪者，采取头针疗法。

处方：健侧运动区，足运感区。

（二）、经治疗手足稍能活动或发病时虽手足肌力减弱但还稍能活动者，采取体针疗法，取穴以三阳经为主，尤重阳明。并适当配以阴经穴位。

处方：上肢：肩　、曲池、手三里、四渎、外关、合谷。

下肢：环跳、秩边、足三里、阳陵泉、光明、太冲、隐白。

上列诸穴，每次针刺时上下肢均选用二三穴，交替使用。

（三）病者肢体活动功能障碍不太明显，但表现神志障碍或痴呆症状，采用化痰通络，醒脑开窍之法。

处方：百会透四神聪，印堂透心区，人中、内关、合谷、丰隆、阴陵泉、三阴交、太冲。

（四）、兼证的处理：

兼有面瘫者：翳风、牵正、颊车、地仓。

兼失语者：上廉泉、通里、丰隆、配用头针语言二区或语言三区。亦可用化痰通络，醒脑开窍法。

兼呃逆者：天突、膻中。

（五）、经一段治疗、肌力基本恢复，但还留有局部遗留症状，可分别处理。

手指可曲而不可伸：三间透后溪。

足外翻：足中平、纠外翻

足内翻：足中平、纠内翻

患侧手背水肿者：液门

三、操作手法及针具

手法：头针采用快速捻转，体针多用提插，配以捻转，并接G—6805电针疏密波30分钟以上。若施用醒脑开窍针法时，应加重刺激量，如针人中时，务使病者眼眶内含有泪花为度。本病因症危标实，故除虚弱太甚之患者外，均宜采用强刺激泻法。

不论头针、体针，均宜选用28号以上的较粗毫针。

四、疗效分析

疗效标准按中华中医学会内科学会规定的《中风病的中医疗效评定标准》为依据，分为基本痊愈、显效、有效、无效、恶化等五种。

基本痊愈：生活能自理，言语流利；

显效：可独立生活，尚有部分功能不全；

有效：可站立迈步或行走，生活可部分自理，尚需人照料。

无效：卧床不起；

恶化：病情加重或死亡。

基本痊愈 52 例，占 36%；显效 28 例，占 19%；有效 12 例，占 17%；无效 5 例。总有效率为 93%。

五、典型病例

陆某某，男，62 岁，退休职工。

患者于 1989 年 12 月 19 日午休起床时，突然发觉右侧肢体活动失灵，站立不起，其子急请余去家诊治。

患者神志清楚，言语清晰，口舌无歪斜，左侧肢体瘫软无力，活动失灵，血压 19/11Kpa，舌红苔薄腻，脉弦滑。

主穴：右侧运动区，足运感区。

运用快速捻转手法，频率〉200 次/分，连续行针 3 分钟，患者手足即能轻微活动。让其家人扶患者在地上锻炼，再照上法每隔 10 分钟行针一次，每次都有明显进步，一小时后，病者可弃杖单独慢行，手亦可握物。继以体针，每日一次，共针刺 10 次，一切恢复正常。两年后随访，无复发。

刘某某，女，70 岁，脑溢血后遗症。

患者于 1989 年 10 月 15 日入院，因跌仆突然卒中昏迷而急诊，症见神志昏迷，二便失禁，时有鼾声。血压 25/16Kpa，脑脊液镜检确诊为脑溢血。经住院积极抢救，10 日后症状基本稳定，来我科配合针刺。当时病人虽神志清楚，但言语仍蹇涩迟钝且时有颠倒，哭笑无常，二便仍不能完全控制，右侧肢体失用。舌苔厚腻，脉沉弦有力。症属风痰阻络，上蔽清窍，窍闭神匿，宜豁痰通络，醒脑开窍。

主穴：百会、印堂透心区、人中、内关、合谷、丰隆、阴陵泉、三阴交、太冲。

配穴：上廉泉、天突、通里

以上诸穴，交替使用，皆以强刺激，并接以 G—6805 电疗器，采取疏密波留针 40 分钟。

上法加减治疗 50 余日，患者精神状况大有好转，言语虽欠流利但可说清，无颠倒错乱及哭笑无常，二便自如，下肢基本恢复，可弃杖自己行走，上肢可上举到胸部，握物仍感吃力。嘱其回家后，加强功能锻炼。

六、讨论

脑血管意外属中医“中风”之范畴，其特点为起病急，意识障碍，言语失利和肢体偏瘫。如不及时积极诊治，常可导致终生瘫痪甚至死亡之危险。笔者经过多年的临床观察治疗，认为本病若能分别不同阶段，采取不同针法，抓紧早期治疗，加强功能锻炼，就可事半功倍，取效迅速。

头针取穴于头部，近似脑之募穴，刺激敏感，取效迅速，常可于行针之际，即有桴鼓之应。

若患者神志障碍，出现痴呆症状，其病理机转为风痰阻络，上蔽清窍，窍闭神匿，神不导气而神无所依、则神志痴呆，肢体失灵。故以内关、丰隆、阴陵泉化痰利湿、强刺激人中、印堂透心区、内关、合谷、太冲诸穴，以开窍启闭，改善主神之府——大脑的生理功能。临床发现，此类病人，若神志障碍有所改善。其机体功能则恢复迅速，否则，则效果不佳。

脑栓塞病人，常因心脏病所致，每在针刺之时，先针双侧内关，即有治病求本之用，又可防止针刺时心脏意外。

对兼有血压偏高的病人，应视其病情表现而辨证施针。如因肝火过旺，则泻太冲以降逆平肝；因水亏火亢，则补太溪以

育阴潜阳。

脑血管意外后遗症的病人，在经过一段积极治疗之后，大多可获得肢体活动基本恢复。但亦有一部分患者，常留有一些局部症状，长时间不能恢复，甚至成为终生遗憾。这时采用一些局部经验穴位，如上述之纠内翻，纠外翻，三间透后溪等方法，辅以强刺激，常可取得满意效果。

半身偏瘫，虽与气火风痰诸因有关，但其本总属阴阳气血或阴阳失调，故治疗本病时，除疏经络、通气血、祛痰湿之常法外，还须时时顾及阴阳平衡。我在临床上，常用百会、人中、曲池、合谷、环跳、足三里诸阳经穴位和内关、三阴交、太溪、太冲、隐白诸阴经穴位相配合，并在针刺患侧一段时间后，改刺健侧相应部位数次，以期阴阳平衡，常常收到较好的效果。

患者树立战胜疾病的信心，加强功能锻练，是本病康复的一个不可忽略的关键。当患者下肢在床上稍可活动之时，就须让其家属扶之慢慢挪动。我们认为，活动越早，疗效越好，不配合锻练的患者，康复是非常困难的。

“气化按摩”论

030012 山西省中医学校附属医院　杨统和

前　言

“气化”，首先应理解“气”的含义。“气”是指构成人体的极其精微的物质及其所包含的能量。这些精微物质的运动及其伴随发生的能量变化，就称之为“气化。”

人的气化作用与生俱来，存在于生命活动的始终。气化作用正常，人就处于明朗状态；气化失常，人就处于疾病的状态中；气化终止，生命也就停止。

“气化按摩”，就是以按摩方法来加强人体自身的气化作用，从而加强人体自向的抗病机能和恢复机能，以使人们健康长寿。

同时，气化按摩法也是人们保健疗法之一，不受吃药之苦，也不受扎针之疼；既可防病治病，又是极其舒服的一种高级享受。

气化按摩法简介

“气化按摩”是在按摩的同时，令患者适当地调整呼吸，并令患者向病所适当地使劲发力，这就把按摩与意念作用巧妙地结合起来。这样的按摩法可以促进全身加强气化作用，使气血流畅，经络疏通，因而可促进加速疾病痊愈。

临床体会

笔者在二十多年临床工作中，应用气化按摩治疗疼痛性

疾病多达 300 余例，立刻止疼者达 75%以上，总有效率达 95%以上。现将应用气化按摩治疗典型病历三则介绍于下，供同道们批评指正。

一、肩周炎患者的气化按摩：

患者×××，男，56 岁，太原北郊人，干部。

临床表现：左肩疼痛六年，活动受限，左臂外展 30°，上伸探右肩到缺盆穴，上伸后曲到同侧风池穴，下垂后曲上到臀部，苔薄白，舌质暗红，脉涩。多所医院诊为左肩周炎，曾多次针灸，内服中西药治疗无效。

病机分析："病久必虚"、"病久必瘀"，使气化失常，血行不畅，脉络瘀阻，"不通则痛"，筋脉不疏，骨节不利，故活动受限。

辨证：气血虚弱，瘀血阻滞，气化不行血行不畅。

诊断：肩凝症。

气化按摩：按摩揉擦左侧肩井、肩髃、肩髎、肩贞、秉风、臂中等穴，并逐渐由小及大地转摇拉左肩关节。在手法中，患者自觉患肩内产生温热舒适感时，令患者按医生要求深吸气，并向病所使劲发力。

疗效观察：经过按摩手法不到 15 分钟，患者左臂外展上举 180°，上伸可探及右肩到肩井穴。上伸后曲可探及右耳廓，下垂后曲拇指可达 L_1，疼痛也已消失。

提示：在按摩手法和活动患肩关节的同时，令患者调呼吸，本身就可转移患者对疼痛的注意力。在施用按摩的同时，患者使劲发力，全心身意念作用于病所，可促进加速气化作用，而气血流通，筋脉疏通，骨节滑利而康复立效。

二、颈椎病患者的气化按摩：

患者×××，男，62 岁，退休干部。

临床表现：头疼头晕，眼糊不清，颈项肩臂沉困难耐，苔薄白，舌质暗红，脉弱。四年前，曾在太原中心医院拍片检查确诊为颈椎病，内服中西药物，针灸多次未效，故来按摩。

病机分析：年老体弱，且久病更虚，气化不行，血行不畅，阻滞经脉，脑失清阳，故出现诸证。

辨证：气血虚弱，气化迟缓，血行缓慢，脑失清阳。

诊断：头项痛

气化按摩：拿肩井（双）揉风池（双）；从风府到大椎横擦200次，擦压摩百会、四神聪；从神庭至印堂用分法、抹法；双太阳用点按抵揉法；交替一指禅推桥弓穴；双上肢用按摩揉擦等手法。

风府到大椎使用手法至发生温热感时，令患者深吸并使用中等量向颈部发力30秒钟后，徐徐呼出。

疗效观察：患者经气化按摩，在手法中就感到从项后部向脑顶直上有股热流徐徐上行，渐而脑胀舒适；手法后患者自述头脑清晰，两目清亮不糊，颈项后部温热舒适感尤存；双上肢沉困锐减。次日复诊并携夫人及儿媳同诊。

提示：年老体弱，气化迟缓。气化按摩可促进气化渐复，气行则血行；清阳充脑，气血充彻上肢则诸证自可轻松。

三、额窦炎患者的气化按摩：

患者×××，女，45岁，太行仪表厂工人。

临床表现：眉棱骨疼痛三年，遇有风寒感冒或心情不快则疼痛加剧，在省级大医院诊断为额窦炎。今疼痛剧烈悲伤啼哭，要求按摩。

病机分析：风寒之邪壅塞清窍，或心境不佳，使气化不行，脑（鼻）窍被阻，故出现眉棱骨痛。

辨证：风寒阻塞、气化不行、鼻窍不利

诊断：鼻渊

气化按摩：施用点按摩揉压擦两侧攒竹，鱼腰、丝竹空、阳白、太阳、风池、合谷、内关、迎香、并从印堂到素　通体摩擦推拿。手法中要求患者深吸气，并向眉棱骨病所使劲发力三次。

疗效观察：在手法中患者自觉疼痛消失，手法后患者轻松愉快，喜笑颜开，可谓当场止疼立效，在技术交流会现场获得好成绩。

提示：气化按摩提高人体气化功能，使气血流畅，脑（鼻）窍宣通而疼痛立止。

结语

气化存在于人体脏腑组织上下表里，气化正常人体健康；气化失常，人患疾病。按摩是促进人身气化正常的手段之一。按摩、调呼吸、集中意念（使劲发力于病所），共同组成气化按摩三部曲。

这里需要说明，不可把气化简单地理解为调整呼吸。诚然，呼吸不能解释气化的全部内容，但气化包括了呼吸的全部过程，人体气化正常呼吸也就正常。反言之，呼吸深沉平匀，对于促进或加速气化作用不无好处。如吸入之气与饮食之气相合积于胸中，成为宗气，则促进和加速了全身气化，加之集中意念作用于病所，按摩手法又促使气血通达周身上下表里经络脏腑。病所得到疏通，气血流畅而疾病痊愈。

因此，笔者认为按摩、调呼吸、集中意念三者结合，相互为用，相互促进，相得益彰，把气化按摩推向一个新的境界。

让“气化按摩”为更多的患者解除疾苦，甚至会更广泛地成为老年康复享受的保健疗法，将会为人们的健康长寿做出贡献。

中医手法一次性治疗腰椎间盘突出症的体会

030024 山西中医学院　介瑀

腰椎间盘突出症是临床上引起腰腿疼痛的常见原因之一，发病率约占门诊腰腿疼痛患者的 15%—18%，多见于 20—50 岁的男性体力劳动者，其中以工人为最多。

椎间盘是富有弹性的组织，由软骨盘、纤维环和髓核三部分组成，位于两个椎体之间，有连接椎体，保持脊柱在运动中的稳定性，缓冲振荡等作用。每个椎间盘由于所处位置不同，担负着不同的躯干重量，并且由于各脊椎活动度的不同，使各个椎间盘呈现不同的厚度，其中腰椎间盘的厚度最大。由于成人椎间盘中无血管组织，而腰椎的负重和活动度很大，所以腰椎间盘在日常生活和劳动中最容易损伤，在 20 岁时腰椎间盘已可有退行性改变；20—30 岁时有人已呈现明显的磨损而出现纤维环裂隙；30—40 岁后髓核趋向胶原化，失去其弹力及膨胀性能，由于这些退行性改变，已潜伏有椎间盘突出的发病基础，如再有某种诱发因素，如外伤、慢性劳损或风寒湿邪侵袭等，使脊柱周围的韧带和肌肉紧张，增加了对椎间盘的压力，促使纤维环发生破裂，而引发腰椎间盘突出症。突出多发生在中年人，髓核未完全失去弹性之时。因纤维环后侧较薄弱；后纵韧带不如前纵韧带坚固，且在腰骶部变窄；人的弯腰动作又远比后伸活动为多，迫使髓核后移，因此临床常发生髓核的向后突出。根据突出的程度可分为隐藏型，突出型和破裂型三种情况。

临床实践证明手法可以治疗大多数腰椎间盘突出症。当前，使用手法治疗本病大致有三种情况：一是运用传统中医推拿手法，通过若干次的治疗，逐步使髓核还纳；二是在不同方式的麻醉下进行手法治疗；三是在牵引下进行手法治疗。后两者均属于一次性治疗方法。

本人在多年临床过程中，在运用传统中医手法逐步治疗突出症的基础上，考虑既然中医手法对本症有无可辩驳的治疗效果，具有疏通经络、解除痉挛、活血止痛作用，可以还纳髓核、解除神经压迫症状，是否也可以做到一次性地治疗呢？通过不断地摸索总结，治疗次数逐步地缩短，最后终于取得了成功，现总结如下。

1、治疗方法：

1.1 患者俯卧，术者以手背掌指关节部在其腰、腿部施行法。操作时用力要均匀，手要紧密按压在皮肤上，不能有跳动，要求逐渐加力。

1.2 患者俯卧，术者以双手拇指点按其肾俞、腰阳关、八风、环跳、承扶、委中、承山、昆仑等穴。用力由轻而重，须力达深部。

1.3 患者俯卧，术者一手按其骶部，另一手在其肩前向上、后扳其肩部；然后一手按压其腰部，另一手从外侧勾住其膝关节上方向上、后板拉。板动时须双手同时用力。

1.4 患者侧卧，下肢屈髋屈膝，术者立背后，一手向前推按其上方之肩后处，另一手向后板拉其髋部；然后术者屈肘双手交叉，一肘按压其肩前方，另一肘向前推按其髂骨后方，施用斜搬法。操作时双肘同时用力，如能听到弹响声最好，但不必强求。

1.5 患者仰卧，如做直腿抬高试验状，直膝屈髋抬腿，术

者面向其腿，双手向下扳压其足掌，以肘部贴其胫前，防止其屈曲膝关节。

1.6 患者仰卧，双腿屈髋屈膝，术者一手向下按压其双膝，另一手扶其双腿胫前，施行摇晃法，先左转、后右转各7周，之后加力压膝，使尽量贴近腹部，然后缓缓伸展放平。

1.7 患者俯卧，双手勾拉床头，术者双手分握其双踝，用力牵拉1—2分钟，然后用力上下板动其腰部数次。拔抻时须持续用力，不可忽紧忽松。

1.8 患者俯卧，术者双掌相叠按压其腰部，持续用力并加力按压数次，但不可突发暴力，使患者产生疼痛不适。

2、典型病例：

例1：霍××，男性，机电工人，52岁

腰腿疼痛9年，经省人民医院及山大二院诊断为“腰椎间盘突出”。91年11月27日就诊，左腿跛行，L_5S_1间隙压痛、棘突旁压痛并沿左腿坐骨神经分布区放射、屈颈试验阳性、腰部活动受限、直腿抬高试验右90°、左30°、直腿抬高加强试验阳性。

经上法一次治疗后当即腰腿疼痛基本消失，腰部前屈80°，步态复常，直腿抬高左90°、右90°。次日复查疗效巩固。

例2：成×，女性，41岁，电厂工人

腰腿疼痛5年，经北京301区院诊断为“腰椎间盘突出”。91年11月28日就诊，步态拘谨，不能坐，弯腰扶桌讲话，$L_{4,5}$间隙压痛，棘突旁压痛并沿坐骨神经分布区向右腿放射、屈颈试验阳性、腰部活动受限、右足伸直肌力减弱、直腿抬高试验右25°、左80°、直腿抬高加强试验阳性。

经上法一次治疗后当即腰腿疼痛消失，腰部活动正常，行走、坐、卧自便，直腿抬高试验右80°、左80°。次日复查疗效巩

固。

例 3：戈××，男性，30 岁，建筑工人

腰腿疼痛 1 年余，经山大二院诊断为"腰椎间盘突出"。经牵引、按摩等治疗无效。91 年 11 月 30 日就诊，右腿无力、小步移行，腰部僵硬，功能活动均受限，$L_{4,5}$间隙压痛、棘突旁压痛并向右腿坐骨神经分布区放射、直腿抬高试验右 35°、左 70°、直腿抬高加强试验阳性。

经一次手法治疗后感觉腰部轻快，疼痛消失，立即能弯腰下蹲及抱举小儿子，直腿抬高试验右 70°、左 70°。复诊时疗效巩固。

3、体会

笔者在继承学习前人手法治疗腰椎间盘突出症的基础上，结合自己的临床体会，缩短了治疗时间。在不用麻醉、不用机械牵引、不用助手的情况下，取得了满意的疗效，符合简单方便、疗效可靠、不增加医疗成本的原则，具有临床实用价值。

3.1 近些年来，由于在麻醉下手法治疗腰突症，可以通过麻醉使患者的局部疼痛症状消除，痉挛得到缓解，使手法能最大限度地发挥作用；在牵引下手法治疗本病，可以通过大重量、长时间的持续牵引，使脊柱周围的肌张力达到疲劳阈值，失去反射性的收缩能力，使椎间隙增大，在纤维环内形成负压，这时手法可以较容易的达到还纳髓核的目的，提高疗效，笔者在多年的临床工作中观察到不少腰突症患者，在手法推拿的治疗过程中，亦可达到肌肉松弛，疼痛减轻的目的。有的久痛、剧痛患者，甚至可以在手法治疗过程中逐渐进入梦乡。因而感到传统中医手法不但能够疏通经络、解除痉挛，而且有确切的止痛作用，因此认为可以利用推拿手法达到与麻醉和牵引相似的作用。通过比较，笔者认为此法和缓深沉，有比较

理想的解痉止痛效果，因而在一次性地治疗腰突症中，较长时间（30—40分钟）施用此法，患者腰腿部的疼痛和痉挛能得到很明显的减轻，这时再施用其它配套手法，可以取得明显治疗效果。

腰突症的疗效标准，在“腰椎间盘突出症”一书中讲到：“突出物越大，则肢体抬高试验的抬高程度就越小，神经根可受压数月或数年，但一旦压力被解除，直腿抬高就不再受限。故这一点也常作为手法复位是否完善，其它保守疗法是否有效的指征。”并把治疗结果分为“治愈、显著进步、好转、无效”四等，治愈为“症状完全消失或接近消失，直腿抬高试验可达85°左右；显著进步为“症状大部分消失，直腿抬高试验超过70°。不少学者认为：自觉症状完全或接近完全消失，直腿抬高80°或与健侧相同，即可为治愈。笔者的一次性治疗。均可达到以上标准，证明了治疗确有显著效果。

3.2 中医手法是一种综合治疗措施，既能增大椎间隙起到增大纤维环内负压的作用，也可松解神经根周围的粘连，还可通过后纵韧带的张力和椎体的旋转活动把突出物带回原位，达到治疗目的。但是，如果手法暴烈，反可以使已缓解的疼痛又加剧，又出现痉挛，增大肌张力，使前功尽弃，所以在复位时要配之以和缓稳健的手法。在治疗中应该始终贯穿稳健和缓的宗旨，不使用暴烈动作，这样做不增加患者的痛苦，易于被患者接受，否则会“欲速不达”。

3.3 笔者使用手法治疗腰突症，不只在患侧施用手法，而主张在健侧也应施用手法，在患侧可疏通经络，使通而不痛，在健侧可调动体内潜能，使患者体内阴阳协调，建立新的内在平衡，这样做可以提高临床疗效。

3.4 选择患者进行一次性手法治疗时，适应症和进行其

它手法时的适应症相同，适用于初次发作；病程尚短或病程长但症状较轻；单侧隐藏型和突出型的患者。要慎重对待中央型腰椎间盘突出症患者，以免发生它变。

以上是笔者在学习祖国传统医学时的一点心得体会，还有很多不完善之处有待进一步总结提高。

火针艾灸治疗网球肘 113 例

山西省针灸研究所门诊部　祁越

笔者从 81 年至 91 年 6 月运用火针刺阿是穴合用隔姜灸为主配合拔罐治疗肘劳即现代医学之网球肘 113 例，疗效显著，现介绍如下：

一般资料

113 例患者中，男性 51 例，女性 62 例。年龄在 30—40 岁之间 17 例，41 岁—50 岁之间者 43 例，51—65 岁之间者 53 例。病程最长者 2 年，最短者 9 天。

治疗方法

在肘部痛处找最明显的压痛点为主穴，一般患者均在肱骨外上髁最高点内缘及其向前后各 1 厘米以内有 3—5 个压痛点。一般用火柴棍头按压寻找疼痛敏感点，找准后以金属针头稍用力压痛以作标记，然后常规消毒皮肤；左手持酒精灯放置于患处附近，右手持火针(以钨制者最佳)烧令通红，迅速瞄准标记点刺，深达骨膜，速入疾出，出针后以酒精棉球速按针孔，可立即消痛。针后以双手拇指向反方向同时用力绷紧皮肤、反复按压局部，此时多数患者可挤出积液，则疗效更佳。如不能挤出积液，可拔罐吸液，有时也可使积液抽出，但以二者兼施则疗效更佳。针后次日起行痛点隔姜灸，即将姜片放在针孔上，再在姜片上放置花生米大小的锥形艾炷点燃灸之。每次灸 10—15 壮。为了防止皮肤烫伤，在患处可涂红花油。每日灸一次，针刺之当日勿灸，并禁止浸水，以防感染。火针合艾灸

两周为一疗程。治疗期间患肘宜充分休息，避免劳损，可提高疗效，缩短疗程。每次针刺前，应重寻找压痛点，必须刺准痛点，方可收效。

治疗效果

1、疗效标准

痊愈：疼痛消失，局部压痛点消失，活动自如。

显效：疼痛消失，活动受限症状明显改善，局部仍有轻度压痛点。

无效：疼痛不减或缓解，但活动仍受限或稍减，但压痛点仍然存在。

2、治疗结果：

113 例中，一疗程治愈 42 例，占 37.1%；二疗程治愈 51 例，占 45.1%；显效者 18 例，占 15.9%；总有效率占 98.1%；无效 2 例，占 1.9%。

典型病例

于××，女，49 岁，第一机床厂钳工。于 89 年 10 月 12 日前来门诊。自诉春节前夕连续用凉水洗衣服二天后出现右肘部疼痛，时轻时重，两月后疼痛加重，拧毛巾、扫地、提水壶倒水时均致剧痛，只好立即终断活动。经××××医院针灸、口服强地松、双氯灭痛等药，在治疗期间好转，中断治疗病痛如故。查：右肘肱骨外上髁最高点内缘压痛明显，向上下各 1 厘米处压痛亦显；网球肘试验阳性。经用火针点刺配合隔姜艾灸，局部吸出积液约 1ml 多，一疗程后疼痛停止，做各种活动均无受限，唯局部仍有轻压痛。同法又治疗一疗程，（但因没有积液未行拔罐）而后痊愈。

讨　论

本病属肘部筋痹，逢寒痛剧，病位固定，痛有定处。遵《灵

枢》筋经病治则，取“以痛为输”、“燔针劫刺”之法，在其痛点取穴，垂直刺入，深达腠膜，以直达病所，可通透深层筋脉，能增强局部血运，因此具有通络化瘀，温化寒湿，缓急止痛之功；再加双手拇指舒张挤压并拔罐，可直接祛除水湿之邪，使气血流通，以起通则不痛之用，最后隔姜灸患处，更可强化温经散寒，活血通络，除湿止痛之效。

“大震法”的临床应用

山西中医学院　王国冰

大震法是按摩界一个较常用的手法，为了促进按摩手法的研究，兹将本人在临床学习及运用大震法的体会，简述如下，以求抛砖引玉，以便同道参考指正。

一、动作要领：

首先要求术者双手五指并拢，掌指关节略微弯屈，使掌心形成一个内凹状。五指并拢并严，指间不得漏气，利用掌周围的肌肉，拇指外侧及其余四指指腹触及患者体表的一定部位，但掌心不能触及体表皮肤。同时要求术者呈现高、中驾式马步站立（具体每位术者采用高驾，还是中驾马步，要根据术者身高，治疗床的高低，以及患者胖瘦等具体而定）。腰部前屈，颈首微低，目视操作部位。双上肢抬起，双手掌高于施术部位20—30厘米。压缩掌心中空气，双手交替向下震动，发出清脆的响声，并使机体组织产生震动。动作要领中的精髓是：“以腰带肩，以肩带臂，以臂带肘，以肘带腕”及“腕先抬，指先落”。大震法是根据中医辨证立法施治的要求，沿经络走行有重点、有次序地持续几百、甚至一千次左右的操作，因此强调腰、肩、臂、肘、腕、掌指的操作及呼吸，姿态等各个部位浑然一体。一气呵成的连贯动作。否则术者易疲劳，患者表皮易红肿疼痛，作用的层次也就不确实。

大震法在操作时，指掌着力于肌肤后，术者要有稳重、明快、轻巧、灵活之感。同时要求掌指着力于皮肤时间极为短暂。

触及皮肤后即迅速抬起，否则，就达不到"大震"的目的。

三、作用层次：

每一种手法都有作用层次问题。如推摩法作用于皮肤或皮下组织，揉法作用于肌肉表面或肌肉组织。而大震法可以通过直接传导入里的震动力，作用于骨及骨髓（包括脊髓）。治疗腰椎间盘突出症，腰椎管狭窄症，脊髓侧索硬化症，强直性脊柱炎等疾病时，大震法就是做为主要按摩手法。在应用时患者病变组织周围有震动感，下肢有疼痛及麻木的放射感觉。临床疗效也就较明显。

本人体会到以大震法施术于腰背部，其力量不仅可以作用于骨，骨髓（脊髓）、内脏，而且还有向四周扩散之作用。上可及头颈，下可及四末，甚至可以深透到胸腹部表面。大震法的作用层次可归结为三个方面："一可入里出表，震骨惊髓；二可连络内外，震达脏腑；三可震通全身上下及体表。"

病有在气在血之分。大震法其治可达血分，在临床应用时对于经络不通，瘀血疼痛之症加用大震法可收到良好的疗效。

三、力度、频率与次数：

大震法是通过对空气的压缩，传达入里，深透到体内，起到治疗的目的。一般说来，大震法的力度，频率与次数要根据疾病的病因，病位、病情，及患者体质的情况灵活掌握。如其治在气在血而言：病在血者，力度可稍重，频率可快，次数可在900次左右；病在气者，力度可较轻，频率可慢，次数可在600次左右等。

四、应用范围：

大震法的应用，有其作用的一定范围，并非全身各个部位都可运用大震法。它一般作用在体表面积较大，肌肉丰满和对五脏六腑等器管不会产生不良反应的部位。如肩背、胸背、腰

部、骶髂部及下肢等。

五、机体反应：

按摩中任何一种手法在施术后都会给机体造成不同程度的反应。大震法由于要领中强调："腕先抬、指先落"，因此、手法轻巧柔和，施术后患者不会有皮肤充血、疼痛加重等不适之感。而应有由内达外的温热舒适，轻松愉快的感觉，疼痛 楚不适之感顿觉减轻或消失，活动功能障碍者肢体力量增强，活动功能改善。

若手法治疗后皮肤表面大面积泛红，皮下青紫，有灼热疼痛加重，甚则恶心，头昏等反应，则被视为手法刺激过重，力度掌握不当的缘故。所以，在使用大震法时，要认真辨证施术，细心观察病情变化和对手法的反应，以防任何付作用的发生。

六、适应证：

（一）骨伤疾病：如腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症，腰椎骨性关节病，腰背肌筋膜炎、棘上（间）韧带损伤，急（慢）性腰肌损伤、髂腰肌扭伤、第三腰椎横突综合症，臀上皮神经损伤，梨状肌损伤，陈旧性骶髂关节损伤等。

（二）内科疾病：病位在肺、肾、膀胱、肝胆、症属虚寒者。如：过敏性哮喘，尿浊、癃闭、肾虚腰痛、中风后遗症、慢性胆囊炎、胆石症等。

（三）妇科疾病：病属虚寒、血瘀不通者。如月经不调、痛经等。

（四）广泛应用于中老年人健康保健按摩中。

七、补泻要求

在骨伤病中，多为经络不通，瘀血疼痛之症，故大震法以泻为主。在内科、妇科病中以虚或虚实挟杂之证为多，故大震法或以补法为主，或以泻法为主，或补泻兼顾。

大震法施术时总的原则是："由轻由慢到渐重渐快，再渐轻渐慢为补法；由轻由慢渐加重加快，直到结束为泻法"。在具体应用时，是用补还是用泻，除注意力量轻重、频率快慢以外，还应注意施术的部位，病情的变化转归，患者的体质，操作时间长短，以及性别季节等因素。要仔细辨证，综合分析，灵活掌握。

八、作用机理：

临床实践证明，大震法能调整机体阴阳平衡，疏通经络，调和气血，活血化瘀，解除痉挛，消肿镇痛，理筋正骨，通利关节，分离粘连，促进体液循环和新陈代谢的功能，有利于伤病组织的修复，使机体尽快恢复其正常的解剖结构和生理机能。

保守治疗腰椎间盘突出症284例

043000 候马市医院　黄新民

本症又名“腰椎间盘纤维环破裂症”，是骨伤科临床中最常见的病种之一，患此病症者十分痛苦，在其治疗上比较棘手，而且如果治疗不当症状加重反复发作，经久难愈。我科从1973年到1988年共接治284例，经保守治疗后取得了十分满意的效果，现总结如下：

一、临床资料：

本组284例中，女性134例占47.2%，男性150例占52.8%，年龄在20—50岁之间，但多数为25—45岁占85%。腰4—5突出者最为常见占70%，腰5骶1突出者占21%，腰3—4突出者占60%，病程最短的两天，最长的22年。疗程最短者10天，最长者110天。

二、诊断标准：

1、有扭伤、劳累或受寒湿病史，常见于青壮年。

2、症状：腰腿疼痛，用力咳嗽，打喷嚏，大小便等使疼痛加重。

3、体征：①腰脊柱侧弯，腰椎生理前凸减小或消失，甚者后凸。②腰部有压痛、叩击痛并向患侧下肢放射至足底，沿患侧坐骨神经走行区有明显压痛。③直腿抬高试验及足背屈加强试验阳性。④拇趾背屈或跖屈肌力减弱。⑤屈颈试验及颈静脉压迫试验阳性。⑥下肢后伸试验阳性。⑦膝或跟腱反射减弱，小腿后外侧及足背皮肤感觉减退。

4、辅助检查：①X 线检查，多表现为椎间隙变窄，生理曲度改变，并除外其它椎骨及关节病变。②脊髓造影：相应部位，造影剂缺如。

三、治疗方法：

1、卧硬板床，2、骨盆牵引，每侧 20Kg 每次 20—30 分钟隔日一次。3、手法治疗①准备手法：如揉、按压、揉散、拿、弹、拔拇顺、拍打、劈叩、拍、擦、点穴法。②治疗手法：三板法，拔伸摇晃过伸法，旋转复位法，空蹬法，滚床法。4、中医辨证应用：①血瘀气滞型治则：活血化瘀，舒筋理气止痛方选桃红四物汤加减。②风寒夹湿型治则：祛风散寒，利湿通络止痛方选独活寄生汤加减。③肝肾虚弱型治则：滋补肝肾、强壮筋骨通络止痛。方选：杜仲汤加减。5、针灸疗法：常用穴位有肾俞、关元俞、志室、大肠俞、腰阳关、委中等穴。腿痛者配环跳，秩边穴，用平补平泻法留针 15—20 分钟。

四、治疗效果：

1、痊愈 232 例占 81.7%（症状，体征全部消失）

2、好转 48 例占 16.9%（症状显著好转，体征检查较治疗前明显改善）。

3、无效 4 例占 1.4%（症状体征无明显改善，其中有 3 例手术治疗获愈）

五、典型病例：

男性患者：41 岁，司机，病历号 63287。腰腿麻痛一个月，加重五天，因劳累发病，查全身情况良好，腰椎平直，腰侧弯畸形，腰肌紧张，腰 4、5 椎体压痛（＋），向双下肢放射 aseguc 征双侧均 35°（＋）、bragard 征（＋）indner 征（＋）kernig 征（＋）双侧背伸肌力均减弱，双膝腱反射均减弱，但对称。双跟腱反射未引出；双小腿前外侧皮肤感觉减弱，腰功能 未查（不能下

床)。诊断为腰4.5椎间盘突出症(中央型)。后经椎管造影证实。经卧硬板床,按摩、针灸、牵引,配合活血化瘀温阳散寒中药治疗60天后,腰腿麻痛明显好转asegue征(一)。共治疗86天而痊愈,随访二年未复发。

六、体会:

1、从临床总结,体会到腰椎间盘突出症只要辨证正确,以手法按摩,辨证用药疗效甚为明显。

2、治疗本症的手法分两大类:①准备手法:如　、擦压、揉散、拿、弹拔、捋顺、拍打及点穴等手法。②治疗手法:如三扳法、旋转复位法,空蹬等法。先行准备手法。此手法以放松腰部及神经支配区肌肉保护性痉挛,达到理气血舒通筋络之功。通过准备法后再行治疗手法达到椎体间隙加大,椎间盘内产生负压,促使突出之骨髓核回归原位,减轻神经根的压迫,解除伤侧神经根的粘连。手法按摩每周行三次,每次30分钟,10次为一疗程,一般行一疗程后症状可减轻60%,二疗程后减轻80%,行三疗程后绝大多数患者获痊愈。

3、对于早期(两个月以内)腰椎间盘突出症患者从临床观察,除绝对卧硬板床休息外,加以中药内服外敷治疗,不需手术治疗,一般在卧床5周,症状显著好转后,再配合手法治疗,患者很快获愈。

4、"筋喜柔忌刚"故在采用手法治疗本症过程中,始终以轻到重,轻柔舒适,柔刚相济,循序渐进。反之使病情增重,给病人带来更大的痛苦,对中央型或伴有骨质病变之患者,施用手法时更应慎重。

5、通过准备手法使治疗之部位产生热力,此热力逐渐由浅入深,后由内向外通达正符合于"筋喜温而忌寒",所以准备手法既能解除肌肉痉挛,又能起到使内寒外出的作用。

6、在中药的运用之中，对于早期"突出"者，在活血通络的基础上，重用利水渗湿之品，以此促使神经根水肿的吸收，达到松解保护性肌痉挛与减轻疼痛的目的。后期以温经散寒通络止痛，痹阻之经络疏通，邪气祛除，使患者很快康复。

7、通过 284 例腰椎间盘突出症患者临床治疗观察表明，只要辨证准确，治疗配合得当，使绝大多数髓核部分突出或大部分突出患者能够完全回归原位，少数髓核全部突出患者，能起到位移改变，症状缓解之效。

单侧牵引后抬腿斜扳按压法治疗腰椎间盘突出症的体会

037004 大同市按摩理疗综合门诊部　杨玉玺

腰椎间盘突出症，又名"腰纤维环破裂症。"由多种原因致使脊柱内外平衡失调，而导致椎间盘的髓核突出压迫神经根。表现出一系列的临床症状。不同程度地影响着广大患者的生活、学习、工作和身体健康。长期以来，本病属疑难病症之一。近些年来，随着医疗科学技术的飞速发展，不论中医，还是西医，在治疗本病的方法上，都取得了很大的成果。然而，其效果不是十分显著的。我在二十年的工作医疗实践中，运用辩证唯物主义的观点，理论联系实际，对本病的治法进行了深入细致的探讨。在其它手法的基础上发展创新，用单肢牵引后抬腿斜扳按压法治疗本病，疗效独佳。现与同行介绍如下：

一、临床资料

由于腰椎间盘纤维环后外侧较为薄弱，后纵韧带纵贯际柱的全长，从而加固其后面。但从第一腰椎水平以下，后纵韧带逐渐变窄，到第五腰椎和第一骶椎之间，宽度只有原来的一半。因此，腰部活动范围较大，又因为腰部所承受的压力最大，而它保护能力较差，再加上其它因素的影响最易发病。

临床表现主要有：(1)腰部活动受限，疼痛。(2)一侧或双侧下肢沿坐骨神经区域放射性疼痛麻木。(3)脊柱侧弯或棘突偏歪。(4)主观麻木感。(5)患肢皮温下降。

我在临床试用此法，共治疗了二十三例单侧型腰椎间盘突出症患者。其中，男十九例，女四例。年龄最小的 20 岁。最

大的46岁。病程最短的一周左右，最长的二至三年以上。总有效率为100%。显效率为97%，痊愈率为95%。

二、疗效标准

1、有效率：无论病程长短，治疗一周后，其症状均有不同程度的缓解或减轻。

2、显效：无论病程长短，经过三到五个疗程后，均有较显著的疗效。

3、痊愈：无论病程长短，经过几个疗程治疗后，患者症状完全消失，基本恢复正常，不影响生活、学习和工作。

三、手法介绍

以左侧为例：1、辅助手法：患者俯卧，术者立于患侧。自上而下，从背部至腰骶部，在脊柱的两侧做轻度地推、揉、摩各三到五次。然后在患侧下肢做按压和揉拿法各三至五次。

2、腰部按压法和双下肢后伸法：患者俯卧，术者立于患侧。双手按于腰部，做有节律地振动10—20秒钟。然后用左手按于腰部，右前臂插于患者双下肢膝关节稍上方，轻轻地做下肢后伸三至五次。

3、单肢牵引后抬腿斜扳按压法：患者俯卧，两手握住床头的铁环。术者立于左侧。由两名助手帮助同时操作。一名立于右侧，用双掌重叠压于背腰部(T_9—L_1)起固定作用；另一名立于床后，两手交叉握住患者左足踝部，两腿呈弓形。做好准备，待术者发令。术者左手拇指抵住其偏斜的棘突(指力向右下方)，右前臂插于健侧下肢膝关节稍上方，轻轻地向左后上方斜抬起，然后术者发令，立于床后的助手猛然用力向后牵引，同时术者用力向左后上方施术板按法。此时，即可听到棘突复位的弹响声。说明手法成功。休息3—5分钟后，再重复做辅助手法3—5次。令患者仰卧，休息5—10分钟。

四、典型病历

徐××，男，41岁，干部，在大同县公安局工作，于1987年3月14日来诊，门诊号0841

主诉：初诊时乘车而来，自述腰疼约四月有余。左侧比右侧疼痛较甚。经大同县医院针灸，服药等方法治疗，均不见效。近日，因拽重物不慎将腰部扭伤，当时突觉左侧腰部疼痛难忍，不能活动，左下肢麻木，疼痛更甚，行走困难，活动不利。

检查：腰部生理前凸减小，L_4棘突偏歪，L_5旁有明显压痛。用力按压时，呈放射性疼痛，麻木加剧。

特殊检查：1、直腿抬高试验阳性30°。2、拇趾背伸减弱。3、屈颈试验阳性。4、下肢后伸试验阳性。

诊断为L_{4-5}间盘突出症（单侧型）经用上述手法（以单肢牵引后抬腿斜扳按压法为主，隔日一次）治疗一周，症状明显好转，左腿抬高70°。休息5天后，又开始治疗，共治疗3个疗程，腰腿疼及麻木消失。左腿抬高在80°以上，已能正常的生活和工作。后经一疗程巩固治疗，一年后随访未复发。

五、手法讨论与体会

1、辅助手法作用是：促使患部气血运行加快，以加速突出髓核中水分的吸收，炎症的消除。减轻突出物对神经根的压迫。同时使紧张痉挛的肌肉放松，为下一步施行手法创造条件。

2、腰部节律按压法与双下肢后伸法作用是：增加椎间盘外压力，促使突出物的回纳，改变突出物与神经根的位置。以减轻患者的疼痛之感，确保下一步手法的顺利进行。

3、单肢牵引后抬腿斜扳按压法：本法是治疗腰椎间盘突出症的主要手法。它是把腰部斜扳法，下肢后伸扳法和拉宽椎间隙法综合起来，同时操作。在操作过程中，使患者的疼痛减

到最轻为止。嘱助手用力扳的作用是，使椎间隙增宽，降低盘内压力或出现负压，增加盘外压力，在外力的作用下，促使突出物的回收。扩大椎间孔和神经根管，减轻突出物对神经根的压迫。

二、体会

我在二十多年的医疗实践中，对腰椎间盘突出症进行仔细地研究，深入地探讨，认真地观察和体会。对双侧型突出和中央型突出的治疗不是很理想的。但对单侧型突出不论突出物在左还是在后，无论发生在 L_{1-5} 或 $L_5—S_1$ 部位的突出，用单肢牵引后抬腿斜扳按压法配合基本手法，治疗本病，确有独特的疗效。本法隔日一次，十五天为一疗程。

在施行单肢牵引后抬腿斜扳按压法前，必须耐心地做患者的工作，使其在思想上，精神上得以放松，同时用轻揉法促使患部的新陈代谢，紧张痉挛的肌肉得以缓解，方可操作。勿使暴力，以免扭伤或拉伤肌肉，病人在治疗期间，必须卧硬板床休息。若行走时，要求宽皮带，防止腰骶部较大幅度地活动而疼痛，影响疗效。

本法施术简便，易于掌握，效果良好，值得推广。

针刺治疗手颤

034000　忻州地区中医医院针灸科　李镇荣

手颤症，是针灸治疗的一种常见病，祖国医学认为是心气虚，肝邪上乘所致，虽无运动障碍，但时发不自主的震颤，久不得愈则转为慢性。笔者一九七四年到一九九一年采用循经取穴，辨证治疗手颤 25 例，疗效满意，报告如下：

一、一般资料：本组 25 例，病人中均在门诊和应邀出诊治疗。其中男 15 例，女 10 例，年龄最小 25 岁，最大 62 岁，病程最短 3 日，最长 2 年，病人以两手振颤为多，单手振颤为少。

二、治疗方法：取穴双侧患者双侧穴，单侧患者取单侧穴，取穴于手厥阴心包经，手少阳三焦经，手太阳前穴，手少阴之合穴，以调其阴阳，表里同治，邪去正复，可配合局部取穴相结合的方法。

取穴：内关、大陵、外关、曲泽、少海、郄门、后溪、患者卧位或坐位，两臂平放取穴，急性者取内关，慢性者取外关、大陵、郄门、曲泽、手法：用毫针捻转，内关外关各一寸，针感直达手指，病程短者留针 30'，病程长者，留针 60'，其间行针两次，每日针一次，治疗三次后痊愈，其中总有效率 100%。

典型病例，1、袁××，女，50 岁，地区电业局工程师，于 89 年 8 月初诊，自诉，因素日精神不畅，体虚多病，此病因突然受惊而致，自己强力抑制但心慌两手振颤以右手为重，经口服中药数剂，病情未见好转，每于心情激动时手颤加重，病程 20 余天，查体双手臂颤动明显，握物可稍缓解，有时伴有手指麻木，

持物颤抖甚，诊断为手颤。治疗：取穴曲泽、少海、内关、大陵、后溪、用呼吸补泻提插捻转，留针 50 分钟，每日一次，针三次后痊愈，一年后随访，未曾复发。

2、刘××，男，56 岁，农民，因心慌手颤摇动不停四月余，针刺内关、大陵、后溪一寸，针四次振颤停止，高兴而去。

3、夏××，男，40 岁，干部，因手部着凉后，竖日即感觉手肿掌部发麻，振颤不遂，脉见浮缓。此属气血虚弱，水冷刺激气血凝滞以致发生手臂振颤。治疗：以补气化滞为主。取穴：曲泽、少海、后溪、太渊，进针一寸，用迎随补泻法，留针 30 每钟分日针一次，三日痊愈，半年后随访，未曾复发。

浅谈一针止痛

030012　山西省中医学校附属医院宋子卿　杨红梅

前言

疼痛是临床上常见的症状，某些剧烈疼痛可使患者难以忍受导致克。针刺镇痛疗效卓著，应用得法常可转危为安，起死回生。一针止痛，更是举世惊叹。为达到临床上的治疗目的，即刻缓解剧烈疼痛，提高外科手术中的针刺麻醉止痛效应，试从传统中医的理法针术中加以挖掘，结合临床经验探索论述。

一、辩证辩病：

针刺镇痛以经络脏腑辩证为依据。疾病的临床证候表现虽然错综复杂，但究其原因则不外脏腑，经络功能的失调所致，根据经络脏腑学说，运用“四诊”、“八纲”的辩证方法，将临床上各种不同的疾病加以归纳分析，以明确病痛的部位所在经络，所在脏腑，其属性分清阴阳表里寒热虚实，辩证正确，方能施治有效。因：“经络所通，主治所及”。用针通其经脉，调整其气血，使体内阴阳归平衡，脏腑功能趋于和调，从而达到止痛目的。

临床上除对病痛进行辩证外，还要进行辩病。运用现代医学检查手段，根据病情结合病史对病痛做出正确诊断。辩证和辩病要密切地结合起来，对病痛有个整体的正确认识，然后治进行治疗，达到防治病痛的目的。

二、选穴原则：

针刺镇痛是通过针刺人体某些腧穴达到的目的，临床上

选取的腧穴适当与否，直接与止痛效果有着密切关系。选取腧穴应以少而精为原则。取穴位置应准确无误。一针一穴能达到止痛目的，不必再针。尽量减少针刺对患者机体的损伤感染机会及针刺的疼痛感觉。从临床上的诊治需要出发，根据实际情况，按照腧穴所具有特殊功能作用决定取舍。临床上常以特定穴如郄穴、下合穴、八脉交会穴、八会穴、头面颈部的腧穴、阿是穴等为选取对象，应做到胸中有数，随机应变，灵活应用，方能得心应手，针到病除。

1、局部或远道取穴法：

局部(或近邻)取穴是指在病痛的局部或邻近取腧穴，或“以痛为腧”取用针刺，以疏通经络凝结不通之处，近年来朱氏实验研究证明“痛源附近的腧穴有明显的防痛效应”。“在针刺即刻有明显的镇痛效应”。临床经验和实验研究都证明局部(或邻近)取穴有明显的镇痛效果。

为了增强镇痛效应，常采用远道取穴的方法进行治疗。针刺麻醉或临床工作中亦常采用“上病下取、下病上取”。如前额头疼的患者及精神抑郁症者，取足阳明经内庭穴；冠心病取内关穴；目睛痛取金门穴；下肢病患者取头部腧穴等。远道取穴多以本经络脏腑的腧穴、特效穴及八脉交会穴、下合穴、郄穴为主选。

2、“阴病治阳、阳病治阴”法

脏腑经气输注于背腰部的腧穴，背腧穴及督脉腧穴，不但可以治疗与其相应的脏腑证，也可以治与脏腑有关的五官九窍，皮肉筋脉骨等病证。督脉统领诸阳，经络分支前行胸腹，胸腹部脏腑病证，头部病可取督脉腧穴进行治疗，此即“阴病治阳”法。

脏腑经气结聚于胸腹部的腧穴，募穴及任脉腧穴，其主治

性能与背腧穴有共同之处。任脉为阴经之海，经络与督脉同源而分行。背腰部的疾病以及全身性阳虚疾病脏腑病症与其相关的病症可取任脉腧穴进行治疗，此即"阳病治阴"法。

临床上的一些疑难病证，用此法可收到较好的治疗效果。

3、同侧和对侧取穴法：

针刺镇痛中取穴常以同侧进行治疗。临床实践取同侧腧穴治疗本经络脏腑病证，施用手法使"气至病所"，即刻能止痛疗疾，缓解病情，如果针刺对侧，则施用手法及所需时间较久，如冠心病取左内关穴较右侧止痛效果快速；胆绞痛取右侧阳陵泉较左侧为好。

在外伤性疼痛或病程日久，久治不愈的病患，临床上多采用对侧取穴针刺法，经络循行交叉的特点为取穴依据，"右取左"或"左取右"的巨　刺法可产生良好的镇痛效应和治疗效果。选取穴位应以同名经穴相应部位为主要针刺部位。如左足外踝扭伤取右手阳谷穴，中风偏瘫日久先针健侧再针患侧等法。

4、表里取穴法：

以脏腑、经脉的阴阳表里配合关系做为取穴依据。即某一脏腑经络有病，取其表里经腧穴进行施治，临床即可单取表经腧穴，也可单取里经腧穴，或表里经同取进行治疗。如肝病取阳陵泉穴——里病取表经腧穴。胃病取公孙穴——表病取里经腧穴等。原络配穴法即此。

5、子母补泻取穴法：

以五输穴配合五行学说，结合脏腑五行属性，运用时以"虚则补其母，实则泻其子"不取穴原则。

三、施治方法：

临床上急慢性疼痛病证，实证多于虚证。施用针刺治疗

时，应遵循“实则泻之，虚则补之”的法则，务必要得气，使“气至病所”。即针刺感传要到达病痛部位，此是针刺止痛疗效成败的关键。《灵枢．九针十二原》指出：“为刺之要，气至而有效”。凡针刺得气迅速者，其疗效亦多较好，得气微弱或不得气者，其疗效则多较差。针刺得气时患者自觉有酸、麻、重、胀等感觉外，常有肢体肌肤抽动现象，并诉说有触电感窜行感传到病痛部位等情况。针术者亦可感觉到针下沉紧，如“鱼吞饵之浮沉”。不得气时可采取留针候气的针法，亦可采用复合补泻手法调经催气，使“气至病所”，针刺时要针针不空，气至乃休。

补泻手法是针刺镇痛的重要环节，应明确应用原则，熟练地掌握补泻操作方法。临床上较常用的仍以经典的捻转、提插、疾徐、迎随、呼吸、开合、补泻手法为主。为了加强刺激提高止痛疗效可用滞针手法，以及复合式的如：烧山火、透天凉、龙虎交战、苍龙摆尾、白虎摇头、阴中隐阳，阳中隐阴等补泻手法。补泻得法，气至病所，可收到立杆见影，针到病除的疗效。

四、其它方法：

另有“刺营者出血，刺卫者出气”的放血出气止痛疗法，临床上止痛效果甚佳，临证时常采用。

近年来应用的头针疗法，耳针疗法、眼针法、脚踝针疗法，全息生物治疗方法等亦有止痛效果，可以选用。

“三针法”治疗中风病的临床研究

山西省职业病医院　贾马志　张春枝　李昊

摘要：本文报道“三针法”治疗中风病 475 例的疗效观察结果。本法以取三穴、双手施针为特点，对中风病的急性期、恢复期、后遗症期进行了临床治疗。总显效率为 95.8%，首次有效率（3 分钟治疗时间）达 72.8%。结果表明，“三针法”治疗中风病优于传统针法。“三针法”从取穴、针法的设计上显示出独到、新颖之处；大幅度提高了治愈率，降低了致残率，实用性较强。

关键词：中风病　三针法

中风病是一种严重损害人类健康的常见病，是世界公认的三大死因之一。世界卫生组织对 57 个国家的中风病流行病学统计资料表明，中风病发病率为 109——200/10 万，日本是世界上中风病发病率与死亡率最高的国家。我国每年患中风病的人为 399 万，死于中风病的为 100 万，幸存者中有半数以上留有瘫痪、失语等严重后遗症[1]。

中风病不仅发病率高、死亡率高，而且遗留许多残疾患者，给文明社会带来了沉重的负担。如何降低死亡率、致残率，使中风病人生活自理，重返社会，已成为医学界关注的重点。多年来，运用针灸疗法治疗中风病虽已取得了明显的效果。但因取穴原则、针刺手法、疗效速度和疗效程度上等方而仍有待进一步探讨研究。尤其在提高治愈率、降低致残率这个关键性问题上还没有明显的突破，所以，如何选经取穴。怎样施针用

法才能使中风病治疗效果更为理想，仍然是针灸界的一大难关。

笔者在长期临床实践中体会到，人体阳明经、厥阴经是主宰阳气阴血互生互化的关键性经脉；阳明经相关穴、厥阴经相关穴及相关的导穴是激发经气，输导经脉的关键性穴位，运用双手施针具有协调针感，快速取效等优点，对人体行气活血、疏导经脉、改善病灶、康复瘫体起着重要的作用。必要时适当配以西医进行对症治疗。在此基础上总结了以取三穴、双手施针为特点的"三针法"。通过对 475 例中风病人的治疗，效果满意，现将结果报告如下"

一、临床资料

本组病例为 1989 年 3 月 1 日—1992 年 2 月 30 日期间日常就诊患者，未加选择。经 CT 扫描确诊的 423 例，占总例数的 89.05%，经省市级医院检查通过腰穿确诊者 52 例，占总例数的 10.9%。

475 便中风病患者，其中男性 282 人，女性 193 人。按病种分，有缺血性中风 363 人，出血性中风 112 人(包括混合性中风 11 人)。年龄最小 3 岁，最大 91 岁。其中 40 岁以内 31 人，41—50 岁以上者 63 人，51—60 岁 184 人，61—70 岁 157 人，70 岁以上者 40 人。病程由初发病—24 年。其中 1 月以内者 77 人，1 月—6 月 160 人，6 月—1 年 96 人，1 年以上者共为 142 人(1 年—5 年 102 人，5 年—10 年 25 人，10 年以上 15 人)。发病次数为 1—7 次，发病 1 次者为 408 人，2 次者 46 人，3 次以上者 21 人。主证，失语 148 人，左瘫 217 人，右瘫 226 人，全瘫 32 人。

二、治疗方法

1、取穴

①阳明经相关穴(或称足三里相关穴)，即根据不同病期、不同病候，在足阳明胃经，足三里的相关位置选取的相对敏感点。

②厥阴经相关穴(或称太冲相关穴)：根据不同病期、不同病侯，在足厥阴肝经，太冲相关位置选取的相对敏感点。

③导穴：即按照施针意愿，在不同的相关位置，选取的能导引经气传导的穴位。

为叙述方便，以上3个相关穴分别称中风1号、2号、3号穴。

2、操作

取6寸长不锈钢针灸针3支(高压灭菌)。第一步：双手各持针，分别迎随刺入1号、2号穴，继刺3号穴。得气后，按照施针意愿，以循经法、扩散法进行点压，使1号、2号穴针感度提高，范围加大，并向3号穴方向传导。第二步：双手持针，以徐疾、浅深分层、推伸施针，根据针感度，时而此推彼伸，时而此伸彼推，待针下松和度一致时出针，时间大约2分钟。

3、治疗时间与疗程确定

①连续法：每日治疗一次，每次三分钟，10次为一疗程，该法用于急性期、恢复期病人。

②间断法：隔日治疗一次，每次三分钟，10次为一疗程，此法用于后遗症期病人。

三、评定标准

(1)采用国家中医管理局批转试行的《中风病中医诊断、疗效评定标准》

(2)考虑到中风病人，在急性期、恢复期、甚至后遗症期都有一定的自然恢复能力，而影响效果评定的真实性，把凡是"三针法"治疗积分增加在1分以上，不足10分，效果评定属

有效者均按无效统计。

(3)患者在第一次接受"三针法"治疗时，积分就增加4分以上记为首次有效。

(4)注意到有部分患者因经费、陪侍费等原因中断治疗。在统计时按中断时实际情况处理。

四、结果

"三针法"与传统针法疗效的对照

由于患者对采取传统针法进行对照不合作，我们采取了与文献报道的北京市朝阳区劲松医院[①]传统针法治疗情况进行了对照。

以上两种针法疗效，经 X2 检验，P<0.01，有显著性差异。说明"三针法"治疗中风病的疗效优于传统针法。

五、讨论

1、互根导引，设计三针

依据气血理论"气不得血则散而无统，血不得气则凝而不流"[②]来观察中风病机，乃属阴阳偏颇、气血逆乱、瘀阻脑络、旁及四肢而偏枯不用。那么如何去选经取穴，才能使逆乱之气复其和调之常，偏颇之阴阳归于平衡之位。阴阳互根理论指出："气为阳、血为阴"阳气阴血依存互根，互生互用。为此"三针法"的取穴原则设计有二：第一就是互根取穴。阳主动，中风病运动障碍，其病在阳，理应取三阳经腧穴，而三阳之中"阳阴者言阳盛之极也"，故取阳明，阳明经中足三里是阳明经气汇海深入的关键性合穴，根据不同的病期、病候，在该穴的相关位置出现相对敏感点称足三里相关穴。"孤阴不生，独阳不长"，厥阳肝经，风木之脏，体阴而用阳，更能主疏泄而调达气机，以助于阳，还能调血海，充其筋而利关节，厥阴肝经原出太冲，故太冲是肝经之气泉源条达的重要原穴，根据不同病期、

不同病候，在该穴相关位置出现的相对敏感点，称太冲相关穴。两穴互根，由此注彼，生血气注筋脉而调和阴阳，使脑络清，瘫体复，其效或为互根穴之缘。第二便是导穴，导行气血，或上或下或左或右，尤如向导，担当专导神气游行出入相关腧穴之职，以使气血和利于病所。三穴相合，互根互导，生血气而直达病位，改善病灶，使瘫体康复。

2、双手施针，异经同应

单独施针于一穴、二穴可产生一穴或二穴单纯针感，或一经、二经单纯效应，若同时针刺互根互用的 1 号穴与 2 号穴，可同时速取针感，集神气出入游行于双腧穴，得到互应互利之效果，为互根取穴、双手同刺之妙用，再加辅助手法与 3 号穴的导引，更使得针感加强，传导加速，直达病所，而同应于气血和调之中。

3、双手施针，协调补泻

临床中，将推伸结合浅深分层以及徐疾法综合成多种复式补泻手法，往往取得满意效果。“三针法”采用双手施针法，根据其阴阳偏颇、虚实、量度等状况，运用其复式补泻手法，双手协调、逐层定量，补虚泻实，可使偏颇之阴阳快速协调；逆乱之气血、迅捷和利，急令血气和，筋脉利，瘫体复，在较短的时间里，出现明显的效果，其效或由于此。

4、“三针法”治疗中风效果明显

从前而 475 例不同病种，不同病程以及不同复发次数，不同年龄的中风病入疗效统计表明，总显效率 95.8%，“三针法”治疗中风效果是肯定的。流行病学统计资料称中风除死亡之外，幸存者半数以上遗留残疾，而经“三针法”治疗后，半数以上的中风病入能自理生活，重返社会，即使年长日久的患者也得到了不同程度的改善，可见“三针法”大幅度提高治愈率。

降低致残率，解脱病人与其家庭的痛苦和不幸。

5、“三针法”治疗中风取效时间迅速

既往文献，从各个角度论述效果好坏的较多，而从取效时间上加以论述的较少，“三针法”治疗中风的又一特点就是取效时间迅速，475 人总显效率 95.8%，而平均治疗时间数为 33 次，更可观的是，首次的三分钟治疗有效率达 72.8%。

6、“三针法”也有一定的局限性，其对具有严重合并症的中风患者效果还不甚满意，有待进一步研究和提高。

①张富洲，男性，73 岁，中国山西人。因出血性脑中风 40 天，右侧肢体瘫痪，上、下肢肌力 0—1 级，担架抬入病房，首次治疗三分钟后，肌力迅速达 Ⅲ 级以上，在单人搀扶下便可走路，治疗 5 次后便可独立行走，20 天出院，可拿铁锹铲草劳动。

②梁玉峰，女性，9 岁，中国山西人。因旅游五台山翻车遭事，外伤性脑出血，开颅血肿清除术后 15 天，神志恢复清醒，但留下了后遗症，失语、右侧完全性肢体瘫痪，上、下肢肌力 0 级，抱入病房，首次治疗三分钟后，上、下肢肌力由原 0 级达到 Ⅰ 级，能坐立，治疗五次后，在双人扶持下可行走，十次后失语恢复，可独立行走 10 米，治疗 30 次出院，能跑能跳，正常如初，已入学校上课。

便秘之点穴治疗

省妇幼保健院　续平如

点穴按摩又称指针按摩。系以经络学说为依据，循中医之辨证论治为总则。用指代针施治于患者体表经穴、部位，行推经点穴等按摩手法，从而平衡阴阳、调整脏腑功能，达到扶正驱邪的一种方法。

便秘之治疗，临床方药甚多，法多通下。这里笔者在临床就以经穴之按摩施治于便秘，同样收到良好疗效。现小结于下，请同道者指正。

便秘乃大便秘结不通，排便时间延长，或有便意而排出困难者谓之。本病多由阴津亏少，大肠失于传导或热邪壅结肠胃、津液不布所致，间有由气阻食滞津液不行或阳虚阴凝而致者。综上很多原因都可以引起便秘，此症不论男女老幼皆可发生，轻则影响食欲、精神，重则伴有肛裂、痔核、腹痛、恶心、嗳气、纳呆、头痛、眩晕、乏力，以至长期便秘易于衰老等。故有益寿防老在通便，可见便秘一症之调治，不容忽视。

对于便秘一病的认识，也是经历了一个由不完善到比较完善的过程。远在《素问·至真要大论》便有"大便难……病在肾"的记载。后世医家在临床实践中，又有进一步的认识，如名医张元素说："脏腑之秘，不可一概论治，有虚秘、有实秘、有风秘、有气秘、有冷秘、有热秘、有老人津液干燥。妇人生产亡血，及发汗利小便，病后气血未复，皆能做便秘。"到金之李东垣便提出了有热燥、风燥、阴结阳结的区分。明朝之张景岳又把实

秘、热秘、风秘、气实而秘，归入阳结之范畴。冷秘、气虚而秘同归入阴结的范围内，这种分法较前简明扼要。医家程国彭著有"医学心悟"一书中又将便秘分为虚实、冷热四种，这种区分较前更加简明。迄今为医界通用。

病因：

1、燥热：多因恣饮酒浆、或过食辛热厚味之品。燥热积滞于内、火盛灼津、胃肠燥结、津液不布、是以粪坚结而大便燥涩。"金匮要略"五脏风寒积聚篇曰：趺阳脉浮而涩、浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏、大便则坚、其脾为约。2、气滞：情志郁结，气滞不畅、津液不行，肠失传导，而成便结。正如"金匮圆翼"说："气内滞而物不行也。"

3、虚秘：一般多见于体质虚弱以及老人精血不足，或新产妇人、失血过多，或发汗利小便过度和久病元气未复，则阴血亏耗，肠间干燥、形成便秘，亦有气虚下陷，升降失调，则减弱传导功能，因而发生便秘。

4、冷结：阳气不足，寒冷充满了胃肠，阳气窒闭，津液流通受阻，而致便秘。如：名医尤在泾说："冷秘者、寒冷之气，横于肠胃、凝阴固结，阳气不行、津液不通。"。

5、辨证：便秘之症状除大便燥结，排便困难外，时有全身不适症状。

(1)燥热便秘：兼见面赤身热，烦渴喜冷，口燥唇焦，小便短赤，舌苔黄、脉多滑实。

(2)气滞便秘：兼见嗳气频作，胸胁痞闷和胀满，舌苔多无变化，脉见沉涩。

(3)虚秘：有阴血亏少、气虚的不同。阴血亏少多见有头晕、咽干、唇白、舌多中剥、质见淡红、脉细涩，气虚的多伴有精神疲惫，言语无力，汗出短气、脉虚无力。

(4)冷秘：多见老年，很少伴有其它症状，时有轻度腹痛，按之则舒，得温则减，小便清长、脉象沉迟。

治疗：施治时医者在临床辨证的基础上，运用手法应有所侧重。即燥结宜清热重泄，气秘宜顺气行滞，虚秘益气养阴，冷秘则补火温通，此外嘱患者注意饮食之调节和养成定时排便的习惯，也为十分重要。

操作：

1、取患者俯卧位，解松腰带术者沿其足太阳膀胱经，第一背线由大肠俞、膀胱俞经八　抵督脉之长强穴，施以推压手法五分钟。（由轻到重）此乃腹病背治以俞迎募的治则，大有调理肠腑经气平衡阴阳的功能。

2、取患者仰卧位，术者以左右手单掌交替式，自剑突沿任脉向下达脐，行腹部推摩三分钟。可健胃消积、理气和中，通经行气也。

3、接上，术者中指点揉大横穴及大肠募双天枢穴各一分钟。能增强肠腑之蠕动，有利腑气之流通。

4、患者仰卧势，术者于其右下腹往上平推到肋缘下，再沿升结肠、横结肠、降结肠走向，按顺时针方向循回揉摩振颤七分钟。有增强肠腑之蠕动与提高腹肌的功能，从而促进粪便的排出。

5、临证可酌加指针，诸穴片刻：

热邪雍盛者取大肠原穴合谷。

气阻食滞时取八会之一中脘穴。

阴津亏少者当取气海穴。

阳虚寒凝时掌按关元、神阙穴。

体弱纳呆者取足三里穴。

注意：临床若逢妊娠时慎用，以防造成流产。

祁季槐针灸学术思想初探

037000　大同市中医研究所　胡俊生

已故针灸家祁季槐生前系山西医学院附属一院高干门诊部主任，解放前曾参与《针灸传真》的编撰工作，1948 年举办针灸学社。1963 年至 1966 年，在他的倡导下，“山西针灸师资培训班”先后举办了四期，并任主讲。对山西省针灸学术的启迪，光大起了推动作用。

我于 1963 年有幸从学于祁老师，学习他的造诣精湛的学术经验和独具风格的针灸技能。为使祁老学术思想得以发扬，愿就手头仅有资料，作一初步探讨。

一、溯经旨于实践，治学医疗俱严谨。

祁老博通历代针灸大家之所长，在深究经络俞穴及选穴配伍的同时，特别对誉为“针经”的《灵枢经》有深刻的研究。并遵从经旨运用于医疗实践中，从而形成了自己独具风格的针刺手法。

用针在于“适神”，施针在于“导气”，这即是《灵枢经》的宗旨，也是祁老反复强调之点，他并使之化为临床实际的操作手法。根据内经“调神”的思想，祁老反复阐明“适神去邪”就是针刺的中心目的。如何才能“适神”呢？他认为《针灸大成》的“手若擒龙，势如攫虎”最合经旨。即用骈指压指法：左手食、中指平置于肌肤上与经络走向相互垂直，右手拇、食、中三指持针直立于穴位之上，且以左手大指抵右手手心，其余两指微向上翘，其姿势十分庄重。同时要求患者“必正其神”、“无外其志”

以配合医疗工作。在施针前，术者与患者调匀呼吸，使呼吸节律保持一致。此时左手压指在保持一定压力的前提下，随着呼吸潮落运动而起伏（由于幅度很小，不为人所觉）。利用肌肤的弹力，以肉抵针，是进针不痛之理。（右手捻针幅度要小，不超过 180 度，以免缠绕肌纤维，转动要快但不向下压。）如何送到去邪呢？其一，要求术者拿起针来尤须把气贯注于两臂，行之于腕运之于指，以气行气运气催针，针系一一致，随气运行，随呼而进，随吸而退。其二，术者左手压指按于穴边，可以体察患者的脉气循行现象，（所谓“知针者信其左，不知针者信其右”）。并可以医者之气，藉行针之力，结合患者之气，催运针下之邪气去，谷气来也。

祁老把《本神篇》“凡刺法先必本于神”一语如此具体地化为医疗实践，使后学者既便于领会经文，又易于掌握使用。仅此一持针进针之法，其细腻入微、严肃谨慎是很值得我们效法的。

至于其所讲施针八法，运针八法及诸种补泻手法，均在其讲义中有深入浅出的说明，限于篇幅不能详加介绍，就此凤毛麟角以示其精神。

二、洞悉经气流注，辨证取穴治法精

祁老不仅仅是忙于临床治病的医者，更主要的是位通古达今掌握针灸学术动向的学者。他在注重经典研究的同时，锐意留心新的学派的创见，对解放后承澹安先生的贡献，给予高度的赞誉。根据《十四经发挥》对经络循行进行了长期深入细微的研究，甚至每一条小支脉的起止，所交会的穴位都了如指掌，临床中运用自如。如在口眼歪斜的治疗中，他特别擅长于对角孙和悬厘二穴的运用，因为它们是手、足少阳及足阳明经的会穴。又如在讲授《素问·六节脏象论》“五刺应五脏”时，对

"合谷刺"释曰"肌痹者，皮色不红病在筋肉分界处。刺筋肉分界处即鸡足刺，当取丰隆、地机二穴。其一，二穴均是会穴；其二，二穴都居肌肉丰满处。"对"输刺"释曰筋骨疼痛，骨寒骨酸痛者取大杼、绝骨。（一为骨会，一为髓会。）

由于他高度重视针灸理论和经络腧穴的研究，因而在临床中辨证用穴范围广，用法奇巧。如治一例59岁男性病人，患高血压头痛且晕，右半身酸困乏力，寸脉弦大而实，尺脉沉弱，认为上实下虚之候，予针左外关右内关，以调阴阳和表里。二诊取太溪，以滋阴降逆，诸症均明显好转。

一例35岁男性患者，右目内眦肿胀，胬肉攀睛，诊为风热。先予右攒竹，左至阴点刺泻血，次针风池。二诊目痛减轻，胬肉退缩，目仍涩痛且干，予刺人中捻九呼，右攒竹放血。针后干涩感移于锐眦处，随即又于右少泽穴点刺出血，以泻手太阳小肠经之热，仅针治三次病症得除。

在临床实习中，我们见到祁老不仅每诊均有详细的病程记录，而且每次更换针灸处方时，必有一定的脉证，作辨证取穴的依据，因而从他所记载的病案中，处处可以看出他那扎实的理论基础和高深的辨证原则。

三、针治不离荣卫，"鱼吞钓饵"非自觉

《灵枢·寿夭刚柔篇》云："刺三变者奈何？伯高答曰：刺营者出血，刺卫者出气，刺寒痹者内热。"泻血一法在民间广为流传，而医者常不重视，祁老却对放血疗法与毫针并重，且运用范围极广，全身七十余个穴位，他均曾用泻血，并有专著。

祁老曾治一患溃疡病多年的病人，胃脘当心而痛，每日发作，诸药不能禁，初诊仅予至阳穴点刺出血，当日即未发作。又曾治一虾蟆肿（重舌）病人，用少商、商阳泻血二次而愈。又如治一癃闭患者，先予少泽、少冲、至阴点刺出血，然后针行间，

太冲，阳陵，针后小便通利。它如喉痹于内踝尖放血；哮喘病于然谷放血；乳蛾针少商出血，鼻衄者于二间泻血……均在临床中取得明显效验。

祁老不仅善用放血疗法，且特别强调出血不痛的手法。在解除患者恐惧感的同时，祁老根据麻木系气滞血瘀的道理，谈到"欲其出血不痛，先使其局部麻木，即使其局部聚血。"如井穴放血，先行刮搓（从肝至指），令其聚血于指下，再使指端下扣，术者持棱针，以中指垫于针身，微露针锋二分许，将针的一棱贴于所针穴位的皮肤上，在针立起的同时轻轻一点，血自溢出，自不觉痛。

还有一个特别是，祁老在针刺过程中，从不询问患者之针下感觉。《灵枢·九针十二原篇》云："为刺之要，气至而有效……气之至，如鱼钓饵之浮沉。"他体会到针下得气与否并非指患者的感觉，全在于医者手与针下之所感。他强调这就是医者针下的功夫。只有在得气的基础上，才能运用不同手法施行补泻，以达到补虚泻实的目的。由于得气是医生手下感觉，所以祁老说："我们扎针不问病人感觉，亦不使其存在任何难受感觉"。我看到一些患者在运针的过程中，进入睡眠状态中，可见其手法是何等之轻巧。

因限于手头资料，未能尽窥全貌，望在继承和振兴中医的浪潮中，从学于祁老的同道，共同努力，使祁老的学术思想全面奉献于医界。

针《腰阳关》治疗小儿麻痹后遗症

034100　原平化肥厂职工医院中医科　王天才

“腰阳关”属督脉穴位，在第四腰椎与第五腰椎棘突之间。余以针刺“腰阳关”穴并以火罐扣针上治疗小儿麻痹后遗症八例，治愈七例，好转一例。以隔日针一次，十次为一疗程，进针0.3寸，用泻法，然后扣上火罐，留罐十分钟留针二十分钟，病程短数次即愈，病程长几个疗程见效。见效最快是三次治愈一例，七次治愈一例。

患儿曲骥原，男，2岁，本县县委干部子弟。86年6月9日上午来诊，患儿今年3月15日由于高烧泄泻三天，继而引起左腿明显拐曲难行，右腿也有明显不便之意，急至忻州地区医院治疗。治法以针刺患侧，服西药等对症治疗，多日无效让其出院，于6月9日来我室诊治，即给予上法治疗，次日左腿明显好转，右腿基本痊愈，11日、13日，两次针后病痊愈，于15日巩固一次到今随访无复发。

患儿李峰，男，4岁，本厂职工李小议之子，患儿85年7月8日高烧，四日后11日下午双腿软弱无力不能站立。急去太原市儿童医院诊治，确诊为小儿麻痹后遗症，多方对症治疗住院四十天无效，于8月23日来我室就诊，用上法针七次后痊愈，至今随访无复发。

点刺金津玉液穴实
为脑血管病首当治疗大法

金津玉液为经外奇穴，在舌系带两侧静脉上。卷舌取穴，左为金津，右为玉液。治疗以点刺出血，每次放血以 2ml 为宜。急性昏迷病人放血 5ml 以上为更佳。慢性半身不遂，语言不利者以每周点刺出血一次。余以来每年收治均百例左右脑血管后遗症患者，均用此法无一不效。老年高血压及血管硬化患者疗效更佳。然配其它方法综合治疗，使患者能更早日得到康复。

患者：张华保，男，60 岁，本县上庄乡沟里村人。92 年 4 月 23 日晚神志不清，说胡话，左半身不遂。次日上午来我室诊治，先给于“金津”“玉液”点刺出血近 10ml，二时后神志完全清醒。请内科及化验确诊为脑血栓形成。因亲戚在医院旁边居住故一直在门诊治疗。余以针灸、中药、按摩，并每周“金津”“玉液”放血一次，每次约 2ml 左右。这样治疗八周后，于六月二十日痊愈。

耳背浅静脉放血并敷
“龙倍散”治疗黄水疮

黄水疮——医学名脓疱疮，湿热所致，分深浅二型。多生于小儿头、面、耳颈、四肢，缠绵难愈。医者尽知耳背放血治黄水疮，殊不知外敷撮湿收涩之药疗效更佳。我受“金匮”第十八

篇，第八条“浸淫疮”黄连粉主之的启迪。心有所悟，分二组试之，均为小孩，一组以刺破出血后敷黄连粉。二组外敷龙胆草粉。二药均为清热燥湿之圣药。用黄连意守经方，试龙胆草归胆经从耳后所过，悟申试之。结果第二组疗效较著，此病浸渍皮肤较快，故各组又加收涩燥湿的五倍子粉，剂量各等分，结果又是第二组疗效显著。故自起名“龙倍散”试治数位患儿疗效均数日痊愈，并兴而将此法献之。

操作方法：

两耳任选一个即可，指头垫耳轮内鼓起，使耳背静脉显露，在粗大显露的静脉上用三棱针刺破，挤出一二点血后敷龙倍散，摊涂蚕豆大面积，外以胶布固定即可。

龙倍散——龙胆草，五倍子各等分研细末。

针刺治疗面神经麻痹 80 例疗效观察

037000　国营山西柴油机厂
职工医院针灸科　罗舒金

周围性面神经麻痹(面瘫)为针灸治疗的主要适应症之一，亦是 1980 年 WHO(世界卫生组织)公布推广的针灸主治 43 种病症之一。它是一种常见病，多发于中青年，男性多于女性，以春秋季多见。笔者采用针刺治疗，收效满意，报告如下。、

一般资料：

80 例中男 45 例，女 35 例，年龄最小的 3 岁，最大 69 岁，以 20 岁到 50 岁居多，病程最短 1 天，最长 3 个月，左侧瘫 49 便，右侧瘫 31 例。

治疗方法：

局部取穴与循经取穴相互配合。主穴：翳风、阳白、四白、颊车、牵正、迎香、头维、太阳、地仓、承浆、合谷、攒竹，太冲等随证选取，每次选择 5 到 7 个穴位，交替使用。采取综合补泻手法，留针 30 分钟到 60 分钟后起针，(根据病情的轻重，体质因素决定留针时间长短)因小儿惧针，不配合，即采用强刺激不留针。每日一次，十次为一个疗程。

疗效标准：

1. 痊愈：额横纹恢复，上下眼睑完全闭合，鼻唇沟变深，口角不歪，张口及发笑时亦正常，表情自然者。

2. 基本治愈：五官端正，额横纹有所恢复，眼睑能闭合，口角不歪，谈笑时口角有轻微歪斜者。

3. 无效：治疗前后病情无改变。

治疗结果：

80 例中，痊愈者 71 例，基本治愈者 7 例，无效者 2 例（中断治疗）。一般一至两周左右开始逐渐恢复，一个月之内基本痊愈。

典型病例：

高××，男，25 岁，工人。发病一天后来我院就诊。主诉：上夜班时受冷风吹袭，清晨发现口角向右侧歪斜，左眼流泪不能闭合。检查：左侧额纹消失，不能皱额，眼裂扩大，鼻唇沟变浅，口角向右侧歪斜。诊断：左侧面神经麻痹。治则：祛风散寒通络。取穴：翳风，头维，阳白，太阳，颊车透地仓，迎香，合谷、承浆。针刺得气后留针 30 分钟起针。一周后症状明显好转，治疗 18 天，痊愈。

体会：

笔者体会到：1. 本病要争取早期治疗，病程越短效果越好。2. 病人对治疗要树立信心，在治疗期间注意保暖，避风寒，避免眼睛疲劳（如看电视，报纸等），心情舒畅。3. 中医认为本病患者气血虚弱，经络空虚，风寒之邪乘虚侵入阳明少阳经之脉，引起经气阻滞，筋脉失养所致。所以，治疗以手足阳明经为主，手足少阳经为辅，采取局部取穴与循经取穴相互配合的方法进行治疗。

按摩牵引治疗 200 例
腰椎间盘突出症的临床体会

033000　吕梁地区医院康复科　高贵生　薛甫荣

腰椎间盘突出症又名“腰椎间盘纤维环破裂症”。主要症状为下腰痛和放射性坐骨神经痛，重者严重影响生活和工作。是一种危害劳动人民健康，不易治疗的常见多发病，也是门诊腰腿痛病人较多见的病因(占 15%)。我科从一九八四年起至一九九一年底，采用按摩牵引治疗本病 200 例，收到较好的效果，现将临床体会报道如下：

临床资料

在我们收治的 200 例腰椎间盘突出症的病例中，男 146 例，女 36 例，男女比例为 4:1。年龄最大 60 岁，最小 20 岁，30 岁到 45 岁的 152 例。发病时间最长四年，最短十天。有外伤史的 92 例，无外伤史的 108 例。200 例中左腿痛麻 83 例，右腿痛麻 104 例，两腿痛麻 13 例，本组有 X 线平片 186 例，平片报告有椎间隙不等，生理曲度改变、椎体边缘不同程度的骨质增生，腰椎骶化，骶椎腰化、隐性脊柱裂等各种表现者 126 例。发病部位根据临床症状体征及 X 线定位，突出在腰$_{4,5}$ 156 例，腰$_5$ 骶$_1$ 32 例，腰$_{3,4}$ 12 例，多数患者来诊前都经服药理疗等方法治疗未见好转。

治疗方法和步骤

一、牵引：我们用自制的液压牵引床牵引治疗。

操作治疗方法：让病人俯卧位于牵引床上，在胸背部和下腰部分别用呢龙搭扣粗凡布制成的牵引带上下固定舒适，开

动按钮，牵引行程向后牵动下腰带形成反向拉力，牵动腰骶部。牵引量从患者主观感觉腰骶部出现拉力感（一般牵引力在弹簧秤上表示不超过自身体重），停机持续牵引30分钟，牵引完，倒回行程，慢慢松开牵引带，结束牵引。

二、按摩治疗步骤：1. 患者取俯卧位于治疗床上，松解衣带，将按摩单覆盖病人躯体，术者先在患者腰骶部使摩、拿、法往返交替治疗5分钟，手法不宜重，主要使患者适应治疗。2. 接着使推法，从患肢臀部至踝部由上而下推5到6次，在沿臀部，大腿后侧，小腿外侧使分筋法弹拨5分钟，手法宜中强度。3. 后伸腿压腰法，术者一手托在患者膝关节部位，使大腿后伸摇晃，一手按在患者腰部（突出部位），两手相应配合，一松一伸，一撤一压，如此右左各做2至3次。4. 点按法，术者用手掌根部或肘关节尖在患肢环跳、承扶、委中、承山穴进行点按，每个输穴点按30秒。5. 撤腿牵抖法，患者仰卧位于治疗床上，术者一手握患肢胫踝部使腿伸直，一手握拿足尖，向腹部方向一驰一张撤直3到5遍，然后放平患肢，双手紧握踝部，将患肢向前牵抖手法同时进行1分钟，手法完毕。让病员仰卧3至5分钟，用腰带围紧腰部，方可离床。经牵引按摩治疗后患者自感腰痛及咳嗽时下肢放射痛大为减轻，嘱病人卧硬板床休息一周，尽量减少脊柱活动。如治疗后症状同前，连续治疗，每日一次，本组治疗次数最长45次，最少一次。当患者临床症状及体征明显好转停止治疗后，我们安排病人做医疗体操，单杠悬吊，飞燕式等活动，增强腰肌力量。

治疗效果：200例中，痊愈50例（占25%），好转84例（占42%），有效48例（占24%），无效18例（占9%），总有效率91%。

疗效评定：1. 痊愈：自觉症状基本消失，棘旁压痛及下肢

痛消失，直腿抬高试验在80°以上，能胜任原工作。2. 好转：腰腿痛等症状明显减轻，直腿抬高试验可达60°以上，能做轻工作。3. 有效：腰腿痛等症状有不同程度的改善，直腿抬高试验较治疗前增加。4. 无效：经治疗症状体征无变化。

病例介绍

李××，男，46岁，邮电局干部，患者腰痛伴左下肢疼痛麻木一年余。经几家大医院中西医药治疗无效，后经核磁共振检查，确定腰$_{3,4}$椎间盘突出，于91年10月30日来我科就诊。查体：脊柱外观正常，腰活动前弯70°，左侧腰$_{3,4}$椎旁压痛，直腿抬高试验左55°，右90°，伸直试验左侧减弱，左臀部、 窝部，腓肠肌压痛明显。

诊断：腰$_{3,4}$椎间盘突出症。

经按摩牵引治疗30次，自觉症状消失，腰活动前弯90°，直腿抬高试验左90°，停止治疗嘱其坚持腰肌的体功锻练，近日走访无任何不适，参加原工作。

讨论与体会

1. 对腰椎间盘突出症的非手术疗法，多数学者用牵引按摩等法，但由于具体方法各异，临床疗效各有不同。我们用按摩牵引治疗本病，总有效率达91%，效果是满意的。

2. 牵引按摩治疗本病的作用机理，多数学者认为牵引使椎间隙略为增宽，椎间盘内负压增大，加之后纵韧带的张力，促使突出部分还纳。我们在临床中观察到，对于病程在两月内年龄在35岁以下的患者，经牵引治疗后，症状体征在短期内明显好转，这说明突出物在牵引的作用下有可能还纳。对于病程长年龄大的患者，经治后收效很慢，这说明突出物的回收性差。病程在半年以上者突出物将与神经根产生不同程度的粘连，手法在此极为重要。我们先用摩、拿、揉轻手法放松腰骶部

的肌肉使之适应，接着用推弹拨法对坐骨神经刺激，暨使后伸腿压腰法有目标地活动突出的部位，并对局部的后关节得以滑利，点压法使经气上下疏通，最后使用搬腿牵抖法牵动神经根及其粘连组织。这种由轻到重，由小动到大动，前后左右上下的按摩方法，能够使气血流通，舒筋活络，达到分离粘连的目的，从而使痛麻解除。

3. 关于制动休息与体疗的关系，经治疗一次或几次后患者自感腰痛及下肢放射痛基本消失，说明突出部分对神经根的压迫已得到解除，但神经根与周围组织的水肿并没有消退，此时制动的卧床休息使受累部分尽快恢复原状。

当临床症状和体征明显好转后，应循序渐进地开始腰背肌的体功锻炼，增强腰肌力量，是防止复发的良好方法。我们在走访中了解到，经常坚持体功练习者，疗效巩固，没有做体功练习者，部分病例有复发现象。

耳针治疗神经血管性头痛30例临床体会

034100　灵丘县人民医院　孙宝春

神经血管性头痛是临床中的常见病，而耳针是一种在耳廓特定穴位按压揿针的疗法，笔者在临床实践中探索出单独利用耳针治疗神经血管性头痛效果甚佳，优于其它疗法。现将30例患者经耳针治疗后的情况报导如下：

一、临床资料

本组30例患者，其中女20例，男10例，年龄最大62岁，最小14岁。病程最长五年，最短一周，一般病程为三到五年。30例患者均经各种检查，排除颅脑器质性病变，如脑炎，癫痫肿瘤，脑外伤以及耳鼻咽和眼科疾病，确诊为神经血管性头痛。主要症状：头痛多呈弥漫性深在性疼痛，性质可为胀痛、钻痛、刺痛、搏动样或头沉、胀、紧压、麻木感，发病常有比较明显的精神因素，多数患者伴有植物神经失调症状，如食欲不振，记忆力降低，睡眠障碍精神欠佳，月经期，更年期加重。

二、治疗方法

主穴：头痛三角区敏感点，神门、肝、皮质下。头痛三角区：位于耳廓后面耳根上三分之一的三角区域，此处有枕小神经和耳颞神经的分支，为笔者的经验取穴。神门：有镇静、安神、止痛的作用。肝：主疏泄、能调节人体的情志，祖国医学认为："诸风掉眩，皆属于肝"为治本病的常用穴。皮质下：能调节中枢神经的机能，有健脑作用。

配穴：前额痛甚配额、胃；两侧痛甚配颞、三焦、枕小神经、

交感；后枕痛甚配枕，枕小神经、膀胱；头顶痛甚配顶、枕；全头痛配额、颞、枕、顶。

方法：①先找出头痛三角区的敏感点，确定主穴，再根据病情配穴，每次用穴不超过5个，灵活交替使用。②常规消毒耳廓，将揿针准确埋压于耳穴上，用0.5×0.5cm胶布固定后用食指，拇指对压使耳廓有胀痛感。③嘱患者定时按压耳针，每天按压3——5次，每次每穴各按压30——50下至局部热、酸、胀痛为宜。④每次埋压耳针20天为一疗程。

三、疗效标准与结果

经治疗1——3个疗程临床症状消失，半年内无复发者为痊愈；经治疗1——3个疗程临床症状明显改善，偶有轻微头痛为显效；经治疗3个疗程后，临床症状减轻，头痛范围缩小为有效；经治疗3个疗程后，症状未见改变者为无效。结果：30例患者痊愈20例，好转8例，有效2例，总有效率为100%。

典型病例：

例1：韩××，女，62岁，务农，患头痛五年，弥漫性，阵发性刀割样痛，疲劳或精神紧张而加重。经各种检查无颅脑器质性病变及五官病变，用其它疗法均无效，采用耳针治疗二个疗程后头痛消失，随访一年内无复发。

例2：王××，男，18岁，学生，头顶闷痛三个月，因准备高考而发病，不思饮食，精神欠佳，用耳针治疗一个疗程后头痛消失，饮食、精神恢复正常，至今半年内未发。

例3：安××，女，10岁，教师，两侧头痛一周，因情绪不好而加重，其疼痛难忍为搏动样。经服西药，体针治疗后不见好转，采用耳针治疗一个疗程后，症状消失，恢复正常。

四、体会

耳针治疗神经血管性头痛疗效明显，确切，此法经济、简

便、安全、病人易接受。临床实践证明是一种行之有效的治疗方法。

神经血管性头痛的发病机理，多数学者认为可能与精神活动、人体神经内分泌失调及神经介质的产生，传递及灭活失常，引起血管舒缩功能障碍。而头部的血管，神经极为丰富，所以头部疼痛是临床的常见病症。祖国医学认为，头为诸阳之会，髓海所居之处，为精明之府，既与经络及脏腑相通又于诸窍内外相通，本组 30 例头痛患者，中医属气滞血瘀，其病机主要是大脑清升浊降，动态平衡的生理转化功能失常，气血运行不畅，瘀塞经络而引起不同程度的疼痛。耳廓体积虽不大，但神经，血管极为丰富，有脊神经，颅脑神经，植物神经的分布。祖国医学记载认为"耳者宗脉之所聚"，如《灵枢·邪气脏腑病形篇》云："十二经脉，三百六十五络，其气血皆上于面而走空窍……其别气连于耳而为听……"。这十二络脉三百六十五络，有的直接入耳中，有的分布在耳区周，沟通耳与全身脏腑器官的联系。根据穴位全息律理论，耳朵又是一个全息胚，它包含着全身各部分的病理，生理信息，所以针刺耳穴时身体上相应的部位就会有明显的感觉，埋压耳针可以延长、巩固对神经末稍的刺激时间，通过经络信息，改善与血管有关的中枢神经的活动，加强调整人体的交感，付交感神经功能状态，使之趋于平衡。

浅谈百会、行间、内庭三穴在儿科疾病中的配伍运用

030500　交城县中医院　李凤翔　李志强

祖国医学认为小儿脏腑娇嫩，易虚易实，乃纯阳之体，其脏腑特征是"肝常有余，脾常不足"，稍有不慎就会导致木乘脾土之象，发生多种疾病，如急慢惊风，腹胀、泄泻、口疮、夜啼、疳积，以上诸症在临床中治法颇多，而笔者四代业医，可谓之针灸世家，在四辈人的临症中，皆有取此三穴治小儿疾病之验，执笔者在近十五年的临床工作中，也应用百会，行间，内庭三穴治疗儿科疾病数百例，均收到了显著疗效。兹将临床体会分述如下：

一、三穴之定位及作用

百会，谓三阳五会之穴，在头顶部中线上，后发际上7寸处，该穴有清心开窍，平肝熄风，醒神宁志之作用。早在《史记·扁鹊传》中就有"虢太子尸厥，扁鹊取三阳五会，有间，太子苏……"的记载；《针灸大成》中又有"百病皆治"之说。行间乃足厥阴肝经之荥穴，在足一、二趾之间缝纹中，其穴有平肝熄风，定惊醒目，调和肝脾之作用；内庭是足阳明胃经之荥穴，在足二三趾之缝纹端，有健脾强胃，疏散风寒，回阳救逆之功效，为马丹阳天星十二穴之一。《类经图翼》中记载，该穴主治"四肢厥逆，腹满不得息，恶闻人声，振寒咽痛"《医宗金鉴》云："内庭次趾外，本属足阳明，能治四肢厥，喜静恶闻声，鼽疹咽喉痛……"。

二、三穴的配伍意义

内庭虽为足阳明胃经之穴，而脾胃又相为表里，它们之间有着密切的联系，脾主运化，胃主受纳，脾又能为胃行其津液，二者共同完成饮食的消化吸收及精微之输布，故合称“后天之本”。小儿“脾常不足”，易受邪侵，脾胃受病，后天之本不固，诸病丛生，故临床上应补其穴以健脾强胃，壮其经以固后天之本。行间为足厥阴肝经之穴；小儿“肝常有余”，若有余之肝过亢，必然导致各种疾病，故行间宜泻不宜补。二穴相配，补内庭以壮脾土，泻行间以制肝木，一补一泻，相互制约，相互为用，起到调和肝脾之作用。百会“百病皆治”，三穴相伍，在临床上既能治愈多种儿科疾病，且未病取之，又能起到预防作用。经临床验证，以余之愚见，三穴真可谓儿科针刺之三宝。

三、病例验证

病例一：（李凤翔口述　李志强整理）

张六梅之女，出生 50 天，交城辛南村人，一九六六年秋诊治，患儿一向吮乳不佳，曾多方医治无效，来诊前两日，患儿病情加重，近乎不进乳，面色苍白，呼吸低微，哭声无力，形体消瘦，腹胀如鼓，指纹色淡，余以百会，内庭，行间刺之，次日即有所好转，针刺七日而愈。

病例二：（李凤翔口述　李志强整理）

郭晶，男，四个月，交城王家寨人，患儿半月前无明显诱因，出现四肢抽搐，时而二目上掉之征，面色淡黄，吮乳不佳，夜间啼哭，指纹深红，症由吮乳不节，感受风寒，脾胃受伤，肝木侮土，脾虚生风所致。针用百会（泻）行间（泻）内庭（补），三次而愈。

病例三（李凤翔口述　李志强整理）

梁小平，男，二个月，交城下关街人，一九七三年夏来诊，患口疮病七日，屡治不效，其父邀余针治，患儿口腔内如白屑

堆积，有点状赤烂，烦躁不宁，吮乳啼哭，大便秘结，治以百会、行间、内庭、均用泻法，次日症减，五日而愈。

病例四

王亭亭，女，3个月，一九八五年接诊，患儿一月前因小儿肺炎住县人民医院治疗，其后则出现夜啼不停，喉中时有痰鸣声，吮乳不佳，面色苍白，腹胀如鼓，易惊，指纹色淡红，持续10余日，曾服药不效，行针，百会（平补平泻）行间（泻）内庭（补）加刺天突以祛喉中之痰鸣声，隔日一次，二次而安。

病例五

花圆圆，男，4岁，交城覃村人，1992年4月16日初诊，患儿形体消瘦，头大颈细，面色　白，精神不振，二目无神，目赤多眵，双手时而向后颤动，不思饮食，大便溏薄，日行数次，舌红苔薄黄，脉细弱，虽多方医治未愈，针以百会，醒神宁志，行间平肝熄风，内庭补脾益气，针刺三次后，患儿目赤多眵，双手颤动症状消除，精神，饮食好转，效不更法，仍用上穴针刺，加服龙牡壮骨冲剂，针刺十次后基本痊愈，一月后家访，患儿精神焕发，二目有神，体重增加，临床治愈。

推背疗法

034000　忻州地区医院　郭增瑞

多年来我在临床中利用推背疗法治疗一些内科中的急性肠胃炎、消化不良、食积、胃痉挛和其它一些胁痛、呃逆、闪腰岔气、痛经等常见病、多发病，取得了良好效果。因篇幅所限这里不一一细述。只将急性肠胃炎作如下简介，以供同道者审示：

病因：能引起急性肠胃炎的病因很多，这里所述的只限于患者饮食不规律、暴饮暴食和食物不洁、酗酒过度、过食辛辣之类刺激品，或外感风寒等引起的急性肠胃炎，均适应于此法推拿治疗。尤其发病初期效果更佳。症状：此病症状轻重不一，一般潜伏期短、发病急，先感到上腹涨满疼痛，后扩散到全腹部，或有阵发性腹痛，随后感到头晕发汗，恶心呕吐腹泻，四肢无力，口干舌燥，如不及时治疗，轻者一二日，重者一二周可愈。严重时会出现发烧脱水、酸中毒等现象。苔黄腻，脉沉紧。

诊断：根据患者病情，如出现上述症状，即为此症。一般诊断较易。但应注意：发现发烧，大便带有脓血者下坠等症状时，应与痢疾等症鉴别，以免延误病情。

治疗：令患者露出背部取俯卧位（无床时可取坐位）。术者可站立患者头前，用右手或左手掌根着力，先由大推穴直线向推骶部，反复推二分钟，然后用单手（过分肥胖者可用双手同时推）推脊柱两侧顺足太阳膀胱经反复各推二分钟。如方便时可用姜汁白酒等作介质更佳。施术时应注意手法由轻—重

轻。速度由慢—快—慢，每分钟 30—50 次为宜。如遇老幼体弱者，手法以轻而平稳为宜。患者如体小年幼者可用拇指指腹推法。总之因人而异，辨证施治，不可一概而论。

然后用指针左右压穴。如上肢取左手内关时下肢应取右腿足三里穴，点压二分钟，这样一般对初发病者七八分钟即可缓解消除症状，此时如还有感觉时，可再用指针点压 D6—12 椎两侧或肝俞、脾俞、胃俞、大肠俞等穴位。上述之法用于发病初期疗效极佳，如到中晚期，出现严重脱水、酸中毒等症状时，可静脉输葡萄糖、盐水、碳酸氢钠溶液调整电解质。并可用氯霉素、庆大霉素、氨卞青霉素等抗菌素。推拿只可辅助治疗。

治疗原理：根据人体解剖脊柱正中的椎管内是脊髓所在。由脑部出发直达骶部，如同蜈蚣腿一样，由每个椎间孔伸出一对神经，分管全身各器官。那么 D6—12 正是胃肠痛疼感觉敏感节段。所以中医认为前痛治后是有根据的。从经络学术来说，脊柱正中是督脉位置，脊柱两侧又是足太阳膀胱经往返上下两条路线。肝、胆、脾、胃、大肠俞都在此经络中。这样依据解剖与经络学说，直接用推背之法治疗急性肠胃炎和上述各病，其效较佳。往往会取得立杆见影之效。但所述推背疗法，是以此手法为主，也可配合选用点、压、揉、擦、捶等其它一些按摩手法和相应取一些有关穴位进行治疗。可达到满意效果。

针刺治疗半身不遂23例小结

山西省孝义市人民医院医师　梁瑞龙

半身不遂常见于脑血管意外疾患的后遗症期，是其主要临床表现之一。西医对此目前尚无较满意的办法。本人自临证以来，用体针为主，配合梅花针治疗本症23例，有效率达百分之八十六点九，其中痊愈率占百分之六十点八，现小结如下：

祖国医学对本症的认识：

半身不遂是中风病的主要症状之一。常可伴有口眼歪斜，语言不利等症。甚则可见突然昏仆，不省人事，清醒后则发现此症，亦可以单独出现本症。据本人临证所遇本病患者来看，则以阴亏阳亢，肝阳化风，痰火阻闭者较为多见，此类患者，性情多暴躁易怒，肝火易升，怒则气上，血随气涌，并居于上；火则升炎，炼津为痰，阻闭窍络，故使人昏仆而不知人事矣。诚如内经所言："大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。"今气血逆乱，则运行失其常度，不得遍注周身。气血偏注，筋脉失其所养，且津失气布，反聚为痰，邪阻筋脉，故见偏枯。故《医宗金鉴》指出："左右不遂，筋骨不用，邪在经也。"总之，本症的产生是因气血逆乱，津聚为痰，火升痰阻，气血偏注，筋脉失养所致。故治当平逆气，和气血，通经络，气顺则痰消火降。

治法：

取手阳明，足少阳之合穴为主，辅以三阳经穴。毫针刺，实证用泻法，虚证用补法。

处方：

主穴：曲池、阳陵泉。手法：新病施泻法，久病施补法；

辅穴：合谷、外关。实证用泻法，虚证用补法。

加减：昏迷不醒，先刺人中，百会、涌泉、内关、点刺十宣放血；痰多者加丰隆；语言不利者加人中、廉泉、承浆；下肢重者加秩边，昆仑；上肢抬举困难者加肩髃。

方义：

曲池、阳陵泉为手阳明及足少阳之合穴，“合主逆气而泻，”《难经·六十八难》，针刺之可平气逆，和气血，通经络。且阳陵泉又为八会穴之筋会，故又可祛风强筋。合谷为手阳明之原穴，外关为手少阳之络穴，两者可通达三焦之原气以敷布全身，气行则血行，经脉通，气血和则筋脉得其所养，气顺则痰火易消，故病可渐除。百会、人中、涌泉、内关可醒脑安神，祛风开窍，十宣放血可除壅热而开闭。使神志得清；丰隆下气除痰，昆仑通下肢之经气，肩髃舒上肢之筋脉。

另，再用梅花针循经扣打手足三阳经脉，以疏通其经气，祛风通络。

疗效标准：

1、痊愈：恢复正常，肢体活动自如，可参加轻微体力劳动。

2、好转：肢体活动基本自如，生活可以自理，但不能参加体力劳动。

3、无效：针刺二十次以上，无明显改变者。

典型病例：

一、褚××，男，69岁，本县城关桥南大队社员。

初诊：一九七九年七月三日

患者平素性情暴躁，昨日打麦遇雨，心中急躁，加之劳累过度，今日早晨发现不能翻身，故邀余就诊，患者仰卧，左侧肢

体瘫痪，神清合作，语言流利，舌红苔黄腻脉弦紧。

（BP170/100mmHg）。

取穴：曲池、阳陵泉施泻法、外关、合谷、秩边平补平泻，每日一次，配用梅花针扣打背俞、夹脊和足三阳经。

针十次后患者已能自己坐站，再经十次后即可扶杖而行。舌淡红苔薄黄，脉浮缓。

改为：曲池、阳陵泉、秩边平补平泻，外关、合谷施补法。再针二十余次而愈，经随访现尚健在。

二、高××，男，50岁，梧桐公社尉屯大队。

初诊：八0年十二月五日

患者由亲属用车送来就诊，自诉其五日前于清晨醒后，发觉左侧肢体瘫痪。现舌强麻木，语言不利，痰多而粘，舌质红舌体胖，苔腻微黄脉滑。

取穴：曲池、阳陵泉、承浆、廉泉、丰隆施泻法，患侧外关，合谷平补平泻，配用梅花针扣打手足三阳经。

针五次后即可自己行走，舌体活动自如，语言较前流利，痰亦减少，又经针刺八次恢复正常。

三、程××，男，66岁，本县城关楼西大队社员。

初诊：八一年十二月二十日

患者由家属抬入我院急诊，代诉：今晨起床唤其而不应，推之亦不动，故前来就诊。视之，面有愁容，神志昏迷，牙关紧闭，呼吸气粗，喉中痰鸣，脉弦而滑。

取穴：人中雀啄法、百会、涌泉、丰隆泻法、并于十宣点刺放血、配梅花针扣打背俞。

针刺十分种后，渐见苏醒，详察，舌强言语不利，咳嗽痰多，右侧肢体瘫痪，并伴有口眼歪斜，舌体胖色红绛，苔黄腻脉弦滑，（BP190/130mmHg）。

取穴：曲池、阳陵泉、漯泉、丰隆施泻法，人中、患侧外关、合谷、昆仑平补平泻，配合梅花针扣打头部、背俞、手足三阳经。

针刺十五次后始见好转，二十五次后可自己行走，舌软语言流利，于说话时口有歪斜，因上肢抬臂不便，再加肩 平补平泻，外关、合谷改用补法，其余皆用平补平泻法。再治十余次恢复正常。

1、半身不遂为中风病临床表现之一，故当其中脏腑而神昏窍闭之时，当先醒脑安神，开窍通闭以救其急，然后再调气血，通经络以治其偏枯，中脏腑之脱证，则又当别论。

2、半身不遂为气血运行不周所致，然气为血之帅，血随气行以灌全身，故法当调气，《医宗金鉴·刺灸心法要诀》指出："治之之法，调气为先。"经云："善治风者，以气理风。气顺则痰消，得理其风，庶可以效。"《赤水玄珠》亦云："此症予历治历效者，良由先为疏通经络，活血调气，然后以补剂收功。唯经络疏通，宿痰消去，新痰不生，保疾不瘳。"因此选择了多气多血之手阳明大肠之原穴，又用三焦经之络穴，以疏通三焦之原气，则血随气行，运布周身矣。但是当邪实时祛邪通络为主，故泻曲池，阳陵泉以泻其实，平补平泻合谷，外关以调气通经，后补之以旺盛其气血而灌溉之。

“神龙针刺疗法”治疗各类疑难病症的经验体会

031700　寿阳县医院　李玉华　李刚柱

“神龙针刺疗法”就是采用针刺以三椎穴为主，即颈椎的大椎穴，胸椎的中枢穴腰椎的腰阳关穴，辅以环跳穴、八风穴产生电传导以调节中枢神经传导，随着中枢神经的感应电传导使风、寒、暑、湿、燥、火六淫病邪沿着神经末稍驱散，以达到治疗疑难顽症的一种特殊疗法。

长期的临床医疗实践中，采用“神龙针刺疗法”治愈了部分疑难杂病疗效确切，现将部分病例验案做如下报告：

结核性脑脊髓膜炎治验例

患儿葛会忠，男，11岁，寿阳县景尚乡葛家庄村人。

病史：家长代诉，患儿因发热三天、出现呕吐，头痛惊厥现象，即入乡卫生院住院、经诊断确诊为结核性脑膜炎，住院7天，初时神志时清时昏，渐至昏迷不醒，症状日趋严重，住院期间神志昏迷，瞳孔散大，经采取各种治疗措施无效、因症状危急，通知家属出院、并与其家长说、患儿预后不良，估计出院后在一周内死亡。出院后当日即来请我前去诊治。

症状：患儿神志昏迷，瞳孔散大。

治疗：采用“神龙针刺疗法”进行三分钟行龙虎交战手法，强刺激患儿立刻发出了哭声，五分钟后完全清醒，7分钟后起针，服祖传“回春丸”一丸。当晚留住患家观察、次日早晨患儿症状完全消失，神志清醒，后未复发。

细菌性痢疾的治验例

患儿孙四小、男、9岁；寿阳县城关乡北境村。

病史：家长代述，患儿发病2天，出现发热、头痛、呕吐、腹痛和水样腹泻，即住人民医院诊治，经查确诊为细菌性痢疾，住院2天后病情发展严重，出现脓血便，神志昏迷，经采取多种措施治疗无效，医院通知家属转院治疗，患者出院后于1975年8月4日请我初诊。

症状：神志昏迷、呼吸深浅不匀、节律不整口唇发绀、脓血便。

治疗：采用"神龙疗法"选用快速无痛进针法，得气后行龙虎交战手法7分钟后患儿完全苏醒发出哭声，留针10分钟起针，患儿已能坐立，想喝水并吃了少量的米饭。针灸治疗一次后结合中医药物治疗2天后症状完全消失痊愈。随访3年无复发、无后遗证，近日随访本人身体健康、从事个体经营工作。地址：寿阳县城关系北境村

食道癌治验案例

姓名：张顺义，男，49岁，阳曲县东凌井乡、西郭秋村。

病史：患者自述，初起胸膈闷疼后吞咽困难，免强咽入也立刻吐出，到县医院诊治，确诊为食道癌、治疗半月无效。后经多方医治均无明显疗效，1953年9月12日由我为患者初诊。

症状：胸膈疼痛，吞咽困难，吃不进的全身消瘦，精神衰惫，大便如羊屎，病情危重。

治疗：采用"神龙针刺疗法"治疗进针得刺后十分钟行龙虎交战手法，进行强刺激产生感应电传导针感，留针15分钟，起针后，病人自己下床感觉全身轻松，并能立即喝水和吃进少量食物，吞咽困难的感觉消除了，胸部也不觉胀痛了。患者针刺治疗一次后，结合中医药物治10天后症状完全消失痊愈。后随访三年无复发，无后遗症。近日随访患者亲属张世政、现

在寿阳县人民法院工作。据张世政说张顺义同志今年已八十四岁身体健康，精神很好。

“泻法”与“守气法”结合
针刺太阳穴的临床应用

033300　柳林县人民医院　成荣生

“泻法”即同步快速提插大幅度捻转法。为笔者在临床急症时常用的一种针法。“守气法”即得气后刺手向下一搓，使针感持续存在的一种针法。为中国近代著名中医学家施今墨先生的传人，山西中医学院教授吕景山老师所创。近年来笔者结合以上两种针法在临床上针治疾病获得满意疗效，现就针刺太冲穴的临床应用简述如下：

一、高热抽搐

例 1、霍××，女，28 岁，职工。1988 年 10 月 6 日下午 4 时，患者刚行女扎手术，从手术室扶入术后休息室，突然出现高烧（T：40.3℃），继之神志不清，口噤不开，颈项强直，四肢抽搐，面色青紫，脉弦数。急予针刺双侧太冲穴，用“泻法”行针 2 分钟，惊厥止，随之用“守气法”将针固定于穴位，留针 30 分钟，渐到面色红润，浑身汗出，热退身凉（T：36.5℃），转危为安。观察 2 小时无恙，回家。

按：高热抽搐乃肝风内动也。即“诸暴强直，皆属于风”，“诸风掉眩，皆属于肝”。太冲穴是足厥阴肝经所注为“输”。功具平肝熄风，镇惊泻热之功。马丹阳《十二穴主治杂病歌》曰：太冲“能治惊痛风”。运用同步快速提插大幅度捻转法泻太冲即泻肝，“守气法”留针，使泻肝时间持久，作用持续，功效卓著。肝火降，肝阳平则风自熄。

二、胆绞痛

例2，王××，女，56岁，家庭主妇。患慢性胆囊炎，胆石症三年，1989年4月7日因餐油糕致胆绞痛发作。自觉右胁持续性疼痛、阵发性加剧，放射到右肩背困痛，伴手足厥冷、汗出淋漓，面色苍白，烦躁不安，恶心呕吐，便秘尿黄，舌暗红、苔黄燥，脉弦。莫非氏征(十)。取双侧太冲穴，用"泻法"，3分钟后绞痛缓解，继之运用"守气法"留针30分钟痛止。后服利胆排石中药治愈。

按：胆附于肝，肝经布两胁。《素问·刺热篇》说："肝热病者，……胁满痛，手足躁，不得安卧"。说明胆绞痛与"肝热"有关。持续泻太冲即可清泻肝热，缓急止痛。据报道针刺太冲穴可缓解胆道口括约肌痉挛的作用，故胆绞痛发作，泻太冲可愈。

三、肌肉收缩性头痛

例3，任××，男，18岁，工人，1989年6月30日初诊。主诉：间断性头痛，两侧交替或同时进行五年，加重七天。五年前即出现头痛，曾在地区医院诊为上症，用中西药治疗未见好转。七天前头痛又作，两侧呈持续性胀痛，阵发性加剧，以上午10时到下午4时为甚，伴头晕且闷，烦躁易怒，眼困、恶心、便秘尿黄，口干口苦，舌暗红，苔黄腻，脉弦数。BP：14/9.5Kpa。证属肝火上炎，久痛入络。拟泻肝化瘀治疗。先予针刺双侧太冲穴，用"泻法"，得气后5分钟痛减，"守气法"留针半小时痛止。次日同法再针一次，并用活血化瘀中药二剂以巩固，随访至今未复发。

按：肌肉收缩性头痛，多为两侧交替或同时进行，疼痛性质多为胀痛或痉挛性痛。其病因与长期焦虑、紧张或疲劳等因素有关。"肝者，将军之官，谋虑出焉"、"肝者，罢极之本，魂之居也"。肝气上逆，则头胀而痛。太冲穴为肝的"原穴"，最能通

达肝之原气，调整肝的功能，泻之则平肝降逆而止痛。留守则病不反复。

四、痛经

例4、薛××，女，19岁，学生。1991年8月16日初诊。患者素有痛经已四年，每次经前数小时下腹痛，服用艾附暖宫丸、定坤丹不效，至经完才止。本次月经来潮腹痛剧烈，经量少，色黑有块，伴腰部困痛，下肢麻木，手足厥冷，面唇苍白，汗出淋漓，先用氨芬待因、元胡止痛片，痛不止，遂由母陪诊。察其舌暗红，有瘀点，苔薄白，脉弦而涩。急针双侧太冲穴，用"泻法"，行针2分钟痛大减，"守气法"留针半小时痛止。整个经期再未痛。10月13日、11月13日经来复诊，均未痛。随访半年未复发。

按：足厥阴肝经，循阴股，过阴器，抵少腹。《沈氏女科辑要笺正》说："经前腹痛无非厥阴气滞，络脉不疏"。针刺太冲穴具有行气通络之功。据研究证实：针刺太冲穴感传循经到达小腹部时，痛经常获得缓解。即所谓"气至病所"、"气至而有效也"。

对挑刺“膏肓俞”临床急救作用的体会

036200　山西省五寨县第一人民医院　赵永久

我在二十多年的农村医疗[illegible]常遇到一些病情危急，刻不容缓的病症，当地群众[illegible]统称为“羊毛疔”。其临床表现多种多样，或以眩晕头疼为主症，或以吐泻昏睡为主症，或以胸憋气紧，肢体冷麻为主症等等，脉象多现沉迟或沉伏，严重者可突然昏厥，不省人事，亦有一厥不复导致死亡的。如果得不到及时抢救治疗，对人体生命危胁很大，当地人们一听到“羊毛疔”病名，就有一种恐惧心理，我每遇此类病人，在其“膏肓俞”或其近部位，以三棱针刺放出恶血，屡屡收到启闭固脱，醒脑复苏的作用，甚至能使濒于死亡边缘的患者转危为安，现将此疗法简介于后。

一、操作方法：

1. 体位：以穴位暴露，患体舒适为准，坐位，双手互交抱双肩；俯卧位，双臂前置头两侧。

2. 取穴法：男左女右，在第四胸椎棘穴下旁开 3 寸处；或托肘将手搭在肩背上，右手搭左肩，左手搭右肩，手指伸直，中指端就是穴处。

3. 找准挑刺点：在选定穴位或其附近皮肤上，用硬币或瓷器蘸食油或醋，上下刮之，即可发现红肿或淤血点，大者如豌豆，小者如火柴头，大小不等，以针柄端按压其上，若不能升起者，即是挑刺点。

4. 消毒挑刺：用 75%的酒精棉球消毒挑刺部位，以左手

捏起挑刺点周围皮肤，右手持三棱针挑刺，开始并不出血，也不感觉疼痛；仅见挑破处有乳白色肌纤维粘液丝，可继续往深层及四周挑刺，直到黑血外流，感到疼不可忍即可停止挑刺，此时患者即可达到基本告愈或完全治愈。

5. 伤口处治：挑刺完毕，轻者勿须处理，两三天后即能自愈；组织损伤较重者，可按外科包扎处理。

二、病案举例：

病案 1、急性胃肠炎

尹××，女，38 岁，工人，1981 年 8 月 12 日，午休起来，浑身不适，未加介意，下午 4 时许发现恶寒头痛，腹痛吐泻，吐物初为宿食，后为黄绿苦水，泻利水多粪少，舌淡苔白，脉紧弦细，西医诊为急性胃肠炎，经注射服药不效，又经三棱针挑刺十二井穴和肘正中静脉（曲泽穴）放血数毫升，毫针留刺双侧合谷，内关、足三里和中脘，30 分钟仍未见效而起针，此时患者手足冷过肘膝、腹痛不止，吐泻交作，继而神昏目合似睡，呼之不应，证属挟食外感，气血凝滞，升降失常，痰阻心窍，危急无奈之时，幸喜在其背部右侧"膏肓俞"附近找到暗红色淤血点，用三棱针挑刺流出黑血而愈，挑刺之际，患者突然发出"哎呀，我不难受了"的声音。

病案 2：冠心病

任××，男，52 岁，理发师，1978 年 7 月 15 日中午 1 时，在暴风雨来临之际，由室内跑出抢收生火用柴，回归入门，突然昏厥，冷汗淋漓，颜面苍白，四肢冰冷，六脉沉伏不见，舌质暗，苔薄白，两目上视，口鼻息微，不能言语，不时用手抓胸，查体：心音听不见，血压无法测得，西医诊为冠心病，经注射用药无效，脉证合参，证属风邪直中、脉道阻滞，心阳虚脱，宗气外泄之厥证，针刺双侧合谷、内关、足三里、三阴交、公孙、艾灸关

元、神阙效仍不著，继在左侧"膏肓俞"挑刺放血，患者顿觉轻快，汗收神清，能低言相告，但仍觉胸前沉闷，当晚复诊，六脉已和缓，舌变红润，仅心窝部微感不适，次晨三诊，患者笑言曰："多亏针下有功，救了我一命"。

病案 3：慢性支气管炎合并感冒

高××，男，48 岁，农民，1982 年 2 月 7 日，晚 7 时急诊。素有咳嗽、气短之病，近日感冒，打针服药未效，现症：发热恶寒，头身疼痛，自觉咳嗽气紧，手足冷麻难忍，查体：口鼻发凉，四肢厥冷，脉沉迟，苔白微腻，检查之际，患者渐渐目合口开，气闷痰鸣，面首冷汗，吐液清冷，神昏不语，呼之不应，证属风寒犯肺，痰湿内阻，心阳虚脱，神昏不明，危急之际，首先挑刺双侧"膏肓俞"加拔火罐，出恶血约 10 多毫升，患者当即神清，气紧减轻大半，脉和肢温而愈。

病案 4：急性暴发性充血性青光眼

武××，女，63 岁，农民，1978 年 9 月 15 日来城省女儿家走亲，素有高血压（24—26.7/13.3—14.3Kpa）病史，near 住出院，一股风来，突然引发左眼作左侧头痛，服药无效，昨宵加剧，现症：患者抱头呻吟，疼如锥刺，头胀欲裂，呕吐不止，左眼球结膜充血，角膜模糊，羞明畏光，涕泪交加，六脉弦紧而滑，舌质暗，有淤斑，苔薄白，脉证合参，证属风邪上犯，脉络淤阻，不通则痛，毫针急刺大椎、风池、风府，天柱不留针，手左太阳穴和十二井穴三棱针点刺出血，头痛缓解片刻，诸症复加，继而挑刺双侧"膏肓俞"处淤血点出血，同时用火罐拔出淤血约 10 多毫升，其痛即止，诸症基本消失，嘱患者次日到某眼科医院眼科检查，结果确诊为"急性暴发性充血性青光眼"。迄今 12 年随访，仍健在，未复发，唯患眼五年后视力逐渐下降。

体会：

1. 适应症：此类病人，多有伤食外感诱因，可据寒热头痛，昏朦似睡为主，或据胸憋气紧，肢体冷麻为主，或据心烦喜呕、腹痛吐泻为主，脉象多现沉迟或沉伏，上述症状可单独出现或几症同时并现，参杂不一，笔者从实践中体会到，本病可见于西医之呼吸、循环、消化等系统疾病的急性中毒性休克阶段和中医的各种厥证之中，只要符合一刮（见淤点）二刺（不疼）三挑（出恶血）之条件，即可得基本告愈或完全治愈之奇效。

2. 机理探讨："膏肓俞"是足太阳膀胱经穴，本经从头到足，贯穿周身内外，祖国医学中有"膏为心下部位，肓为心下脐上部位"的解释和记载，"病入膏肓"指病情深隐难治或不治之症，"膏肓俞"居魄户（肺主气藏魄）、神堂（心主血藏神）两穴之间，在内为心肺气血之根存与交换之枢纽，又为中上两焦之关卡（心下膈上）；在外属膀胱经，主一身之表，故在内停饮食，外感六淫之气，内外相结，气血逆乱，阴阳气不相顺接，脉现沉迟或沉伏而结止的危急重症患者，挑刺"膏肓俞"放出恶血，泻中寓补，祛邪扶正，具有宣通脏腑经络，调和阴阳表里之功，能获针到病除之效。

3. 注意点：取穴时按男左女右找点，也可双侧同时找点，可以首用，也可以其它疗法无效时再用。

结语

由于本人水平和条件所限，文中见解与历代医家对"膏肓俞"偏重补益气血的论说存异，可能有谬误之处，也可能为一孔之见，但临床运用确有实效，敬请前贤专家和针灸同道批评指正，并于临床进一步研讨验证，以期得到抛砖引玉之目的，使更多的临危患者幸喜再生，为笔者的最大愿望。

针刺力的三要素初探

038300　山西省怀仁县人民医院针灸科　纪宁权

在临床过程中，每当临证治疗之时，总有不惑之感：或疗效甚好，或疗效不佳，或疗效不稳。每与同道探讨之时，亦有相同之感受。遂潜心每证之治疗，发现针刺的疗效不仅与所取的穴位有关，而且与进针的角度深度，刺激的强弱，留针时间的长短以及它们之间的内在联系有关。因此，通过长时间的潜心研究，发现针刺的取穴、刺入的方向深度，刺激量的强弱、留针时间的长短与物理学力的三要素的支点、杠杆、外力非常相似，因而我们提出针刺亦有力的三要素，而且这三要素掌握的程度决定了最后的疗效。

针刺力的三要素是指针刺的穴位，针刺的方向深度及刺激量。

针刺的穴位是指临床进行针刺治疗疾病时通过辩证所取的穴位，它和力的三要素的支点具有同等的含义。取穴的准确与否是临床疗效的基础，只有在取穴、配穴精确之时，才能在这个基础上进行补泻之法，以达所求之疗效。《千金要方》对此作了论述："夫用针刺者，先明其孔穴，补虚泻实，送坚付濡，以急随缓，荣卫常行，勿失其理"。对于取穴，配穴古籍中记载颇详。如《针灸大成》"中风手足瘛瘲，不能握物，取申脉、　会、腕骨、合谷、行间、风市、阳陵泉"。《玉龙经》中的"中风半身不遂，先于无病手足针，宜补不宜泻，次针其有病手足，宜泻不宜补"。《四总穴歌》的"腰背委中求"，等等，都是对取穴配穴的精

辟论述。

针刺的深度方向是指针刺时的角度及浅深之分，古代十二刺中的直针刺、浮刺就体现了针刺之角度。补泻手法中的迎随补泻就是以针刺的方向决定补泻的。张也贤的《难经图注》就作了很好的说明："凡欲泻者，用针芒朝其经脉所来之处……凡欲补者，用针芒朝其经脉所去之路……"。现在我们对某些穴位的针刺通过现代医学解剖的指导，有明确的进针方向。如风池穴，治疗目疾一般向对侧眼球进行，还有向鼻尖口角方向进针以治疗不同的疾患。

针刺的深度亦有分寸。一般头面、胸背部宜浅刺；四肢、腹部、臂部宜深刺。《针灸聚英》附辨对此作了说明："盖肌肉有浅深，病去有迟速。若肌肉厚实处，则可深，浅薄处宜浅"。对于不同的病证也有浅深之分，《素问·经络篇》记："脉实者，深刺之……脉虚者，浅刺之"；"病痛者，阴也…深刺之…痒者，阳也…浅刺之"。《素问》"春夏秋冬，各有浅深"论述了针刺之浅深应因时制宜，年老者气血衰退及儿童宜浅刺，壮年及身体丰盛者宜深刺，《灵枢逆顺肥瘦》中"婴儿瘦人浅而疾之，壮士肥人深而留之"就是对此之论证。《素问·三部九候论》"必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实"就是对形瘦体弱宜浅刺，形盛体强宜深刺的论述。因此，针刺的浅深要根据疾病的表里，所在的病所，既不可太过，又不能不及，恰到病处为宜，使精气得聚，邪气得去，如刺之太过或不及，则不能达到调节经脉气血以扶正祛邪的目的，反而带来极大的危害。早在《素问·刺要论篇》就有详尽的论述，"病有浮沉，刺有浅深，各至其理，无过其道。过之则内伤，不及则生外壅，壅则邪从之。浅深不得，反为大贼，内动五脏，后生大病"。《刺要论篇》不仅对针刺浅深的法则及太过不及的后果作了详尽的论述，而且对针刺浅深的

标准作了记载："刺骨无伤筋，刺筋无伤肉，刺肉者无伤脉，刺脉者无伤皮，刺皮者无伤肉，刺肉者无伤筋，刺筋者无伤骨"。《千金要方》亦有对此的论述。"针皮毛腠理者，勿伤肌肉；针肌肉者，勿伤筋脉；针筋脉者，勿伤骨髓；针骨髓者，勿伤诸络"。

刺激量是指针刺的强度及留针时间的长短，相当于力的三要素的外力，目前临床上对针刺的量没有形成一个基本的量度，多数针灸医师只注重辨证取穴及针刺的深度方向，而对刺激量不够重视，多以针刺得气为度，而得气只是针刺最基本要求。《灵枢·九针十二原》"刺之要，气到而有效"就是对此的很好说明。早在八三年，天津中医学院针灸教研室就对针刺留针时间的长短作了科学的研究，并得出 30—40 分钟为最佳治疗时间的科学结论，并对在一般情况下为什么每天只针刺一次通过实验作了科学的解释，从此我们可以看出，针刺需要达到一定的量度，只有达到一定的量度，才能有效，只有达到最佳的刺激量度，才能达到最佳的治疗效果。曾记得吾师鲍老讲了这样一个病例：4 岁男性患者程某，临床表现为右足跟不能着地长达半年之久，其余情况良好，经治疗一段时间，取穴基于承山，解溪、绝骨、委中、足三里、阳陵泉等穴，疗效甚微，每于针刺之时患儿哭闹不休，因而不能留针，又于针刺之时，患者哭闹更甚，由于抱按不得力，患者蹬腿，针刺较强烈，更是哭闹不止，如此勉强针刺之后离去，未及院外，其母与患儿返回，面带喜色，非常感谢，其儿病愈。由此病例可见，开始由于刺激量没有达到一定程度，疗效甚微，后来由于偶然加强了刺激量得到意想不到的疗效，可见刺激量是针刺疗效很重要的一环。至于留针时间我们可基于科学研究的结果，但是我们要因人因时因地制宜。

针刺力的三要素是针刺治疗疾病不可分割的三个重要因

素。只有这三方面均达到最完善的组合，临床疗效才能达到最佳的程度，这就要求我们于临床工作中，对针刺的要素做到全面的掌握，以便达到预期的效果。

针灸治疗郁证性疼痛

034100　灵丘县人民医院　杨勇

郁证性疼痛多因情志不畅，气机郁滞所引起，是一种慢性疼痛。其临床表现主要有头痛、腹痛、腰背酸痛、胸胁胀痛、其痛多无定处。伴胸闷太息，精神沉默，多疑善感，嗳气纳呆或呕吐吞酸。或易哭易怒，或咽中不适，或头晕耳鸣，或失眠健忘。当情志不宁时其临床表现更为明显，而大部分患者情绪常易波动。临床检查，常无器质性病变，部分患者由于医治不当而无效。笔者应用针灸调理气机，配合心理疗法，使郁解痛止。

一、病因病机

本证病因与环境，情志不遂有关。外界环境情志因素的刺激对五脏均会产生不同程度的影响，尤其对肝脏影响最大。故笔者认为肝气不舒是造成郁症的重要因素。正如《丹溪心法六郁》所云："气血冲和，万病不生，一有拂郁，诸病生焉。"气郁则脏腑功能失调，气、血、痰、火、湿、食、诸郁接踵而至。郁则不通，不通则痛。

二、治疗

治疗郁症性疼痛重在调气解郁。《素问·六元正纪大论篇》云："木郁达之。"即理气开郁。气得疏通，郁于何有？气为血帅，气行则血行，若气血调和郁解痛止。这正说明了在治疗上应以调气为主。若气郁日久，脏气虚弱，应注意补益，以助气行血运。独以理气虚弱不受，若虚实夹杂，在补正同时亦要施以理气。

三、处方：

太冲、期门、章门、三阴交、内关、神门。

加减：胸闷呃逆嗳气加中脘，足三里、失眠纳差者加历兑，口干咽燥疼痛加太溪，照海，久病气虚加气海。

刺法：太冲施以泻，余穴均以平补平泻。

方义：太冲乃肝经原穴，功可疏肝理气，亦能达到"上病下取"之意。能使郁者达之。募穴期门以疏肝解郁，调畅气机。章门乃脏会穴针之调和五脏。三阴交可调诸阴经以益阴养神。手厥阴代心行事，故内关能调心神，又可调理上下气机。神门为心经原穴，取其调养气血解郁镇静止痛。诸穴相配使气达郁除，神志得安，脏腑和调，诸病消失。

病案举例：

王××，女 38 岁，家庭妇女，主诉：脘腹胀痛，连及胸胁，食后胀甚，嗳气嘈杂，经常彻夜不眠，历时年余。经多家医院诊断为"胃神经官能症"。经治弗效而来我科就诊，患者面色萎黄，时时嗳气，少气懒言，胃脘部按之疼痛，饮食欠佳，小便如常，大便失调，舌苔薄白，脉弦细。证属肝气郁结木郁土壅，脾失健运，胃失和降，按上述施以针灸。一日一次七日为一疗程，同时解除其思想顾虑，嘱其乐观处事。针灸一个疗程后，疼痛渐止，余症逐消。继守方治二个疗程而痊愈。一年后随访，未见复发。

小结：

一：郁证性疼痛与情志因素关系极为密切，此病多发于女性，其治疗重点在于调气解郁，使郁解痛止。同时对患者要进行正确的思想诱导，解除患者的思想压力，端正患者对此病的认识，提高患者战胜疾病的信心。

二：本证是脏腑功能失调所引起的疾病，以病人自觉身体

某部有某种特殊不适。而临床检查多未见异常。临床上往往虚实错杂，症情纷繁，缠绵难愈。又易被医者误诊误治。若服理气之品，药物多辛香燥烈，易伤阴耗气。气郁化火者，若服苦寒泄热之剂，胃中阳气易伤，服滋阴降火之品则味厚腻滞，亦可阻碍气机，故临床上颇为棘手。针灸具有双向调节性又可避免用药之弊，只要从理气解郁，调和脏腑着手，即能应手而效。

委中穴在临床上的运用

山西省榆次人民医院　李文斌

委中穴一名血郄、系足太阳膀胱经的输穴。又是足太阳膀胱经的"合穴"。因其在临床上具有特殊的治疗作用，故又称之为"要穴"。笔者在温习古代文献的基础上结合临床实践，报告如下：

一、位置

关于该穴的位置：

1、"腘中央约纹，动脉陷中。"(《甲乙经》、《针经大成》、《针灸聚英》、《医宗金鉴》)。

2、膝腘窝之正中。《中国针灸学》。

3、腘窝中央，约纹中之动脉侧。《新针灸学》。

4、腘窝横纹中央。《针灸学》(全国高等医药院校试用教材)。

综上所述，本穴的位置：

1、腘中央约纹动脉陷中；

2、膝腘窝之正中；

3、腘窝横纹中央。

二、取穴法

1、令人面挺伏地卧取之(《针灸甲乙经》、《针灸大成》、《针灸聚英》)

2、令人仰颊至地、伏卧取之委中穴也《医宗金鉴》

3、"正坐垂足，按准膝正中取之"。《中国针灸学》

4、伏卧取之。《常用经穴解剖学定位》

综上所述，以伏卧取之为妥，此种取穴法，不仅易于正确取穴，而且病人感到舒适，耐久，也不易发生针刺意外。

三、临床应用举例

例一、鼻衄：

郭××，男，50岁，榆次搬运公司工人 1978 年 10 月 16 日初诊。

主诉：清晨，突然鼻出血，血涌如喷射状，出血很多，约500毫升，急到某地区医院五官科治疗，给口服止血药安络血，维生素 K，肌注止血针，凝血质，仙鹤草素等药，回家途中，鼻血又作，急用药棉球填塞鼻腔，血仍不止，并从口中流出。

证见：头痛、目晕、耳鸣、心烦少眠，腰疼膝困，两目干涩，面色萎黄，舌质红，脉弦细数，测血压：180/110mmhg。

辨证：脉症合参，为肝肾阴虚，肝阳暴元血气逆乱，血不归经，气血并走于上，上犯于脑，气血壅塞，迫血外溢，以致鼻衄治宜滋阴潜阳，降逆止血。

处方：委中(双)、曲池(双)

治疗经过：以快速刺入进针，先针委中，再刺曲池，均双侧，在得气的基础上，施以强刺激，快速持续捻转约二分钟，鼻血骤停。行针 30 分钟，血压降低到：160/90mmhg。

例二：腰腿痛：

贾××，男，40岁，液压件厂技术员，1983 年 3 月 15 日初诊。

主诉：腰部抽掣样疼痛已两天，疼引下肢今日加重，曾因抬笨重机器而扭伤腰部。

证见：腰剧疼，不敢翻动，疼引左髋，左腿不能站立，不能

行走，呻吟不止，三人抬进治疗床上，脉弦微数，舌质暗红，黄苔，脉症合参，证属挫闪腰痛，系强力举重，闪腰岔气，气滞血瘀，瘀而为患横逆经络，经气内阻，积于腰部，不能宣达，引起腰腿抽掣性疼痛。

经络检查：足太阳经反应敏感，委中、肾俞压痛强烈，治宜宣通闭阻，活络止痛。

处方：委中(双)、肾俞(双)。

治疗经过：先刺委中，施以大幅度捻转手法，再刺肾俞，针尖刺向脊柱，每五分钟捻转一次，行针 30 分钟，腰腿疼大减，已能转侧，俯卧、俯、扶人缓步行走。

3 月 16 日二诊，缓步自行来诊，针后获显效，遵效不更方，手法再行，针后委中点刺放血，腰腿疼顿除，唯感腰部有酸痛，隔月余随访，腰腿疼迄今未作。

[illegible]尿床

[illegible]人，女，18 岁，榆次市电缆厂徒工。1974 年 5 月 5 日初诊。

主诉：(母代诉)自女生后 18 年来一直尿床，每晚多则三次少则一次，夏天轻，冬天重，熟睡中不易喊醒，经多方治疗无效。

检查：形体消瘦，颜面萎黄，精神欠佳，月经后期，舌淡红，苔白，脉沉细而尺弱。

脉症合参，证属肾虚，心脾不足，放睡中尿急，而不醒觉，竟至遗出，治宜温肾固涩，补养心脾，调摄膀胱之气机。

处方：委中、神门、关元、均双侧。

治疗经过，以速刺法进针，在得气的基础上，施以捻转补泻，以上腧穴交替使用，关元穴加艾条灸。12 次为一疗程。

5 月 15 日经针刺治疗 10 天后，患者夜间熟睡中能唤醒，

即使遗尿，也次数减少。

5月25日，20天后，睡眠中自己一有尿感即能醒来小便。精神振作，面色转润，为巩固疗效继续针灸，宗以前方。

74年5月30日，多年的遗尿一直未作。

例四、疖肿。

张××，男，24岁，榆次市染料厂工人，1983年7月20日初诊。

主诉，头后枕部生疮已旬日，起初如小枣渐肿大，近三天疼加重，夜不能成寐，经某卫生院用抗菌素药膏外搽，内服中西药无效，故来院门诊就医。

检查：枕部疖肿如核桃大，皮红，切之皮厚，硬肿且疼，询问便干溲黄，脉濡数，舌质红腻苔。

脉诊合参，证系内郁湿火，外感风邪所致。治宜祛风利湿，清热解毒，活血消肿止痛。

处方：委中(双)，天应穴。

治疗经过：先刺委中用粗毫针快速刺入，在得气的基础上，捻转提插补泻，每10分钟行针一次，40分钟起针，摇大针孔，以行泻法。疖肿顶部及周围用三棱针点刺放血，挤出黑红血十余滴。

隔日二诊，自述针刺后头轻快，疖肿疼痛减轻，硬块变软，范围缩小，已获初效，效不更方。

原方，加委中点刺放血。

83年7月24日三诊，针后甚效，疖肿疼痛已微，红肿已消失。

7月28日共针九次，疖肿已愈。

例五，牛皮癣。

王××，女，18岁，榆次市水泵厂工人，1985年5月10日

初诊。

主诉：右下肢小腿部有剥脱性鳞屑病，已 11 年，多年来反复发作，曾到某地区医院，诊为“牛皮癣”，施用过多种药物，包括白血宁，氮芥药水，癣药膏等，效不显著，夏季发作加重，局部搔痒剧烈，入夜奇痒，搔之不知痛楚。

检查：右腿内部一大片地图状牛皮癣，上至腘窝，下至膝部，皮肤增厚，干燥，成席纹状，伴有抓痕，血痂，搔之脱白屑，月经后期，脉濡细数，舌质红，苔黄兼腻。

辨证：证属风湿热邪蕴阻肌肤，又由多年失治，使营血不足，血虚生燥，皮肤失养而成顽癣。治宜祛风，利湿，清热，活血，润燥止痒。

处方：1、委中（双侧），曲池（双侧）

2、局部梅花针叩刺，刺后艾条灸。

以上两方交替使用。

治疗经过：委中，以快速刺入进针提插转捻，以泻法为主，每 10 分钟捻转一次，留针 40 分钟，曲池刺入后在吸气的基础上施以平补平泻。

5 月 11 日二诊，自述针后夜间奇痒减轻，宗以前方主治。

5 月 12 日三诊，搔痒较前又减，搔痒脱白屑很多，腧穴同上，局部用梅花针轻轻叩打，以微出血为度，刺后加艾条灸 10 分钟。

5 月 20 日，10 天后，搔痒大减，范围也较前缩小，清晨起床，被褥上有一大堆鳞屑，已获显效，效不更方。

5 月 23 日，一个疗程结束，搔痒已微，鳞屑开始减少，皮损范围由边缘向中心缩小，席纹状皮肤变浅，边缘留有皮肤变浅，边缘留有皮癣减退浅黑斑。

6 月 4 日，20 日后，皮肤搔痒消失，大部分皮损已恢复正

常，中心残留部分损伤也变平。

6月15日，30日后，历时多年之牛皮癣基本痊愈，除留有皮损减退斑外诸症皆除。一年后随访牛皮癣无发作。

例六：湿疹：

李××，女，5岁，1978年4月20日初诊患儿母亲代诉：小女于去年春天发现耳后有数个红色血疹，搔后血疹破溃流黄水已年余，经市医院外科诊断为湿疹，肌注青、链霉素，外用红梅素，氢化考地松药膏，病情有一度缓解，但反复发作，迄今未愈，近二月来，耳背，耳后又起水疱，搔痒无度，搔痒形成溃烂流黄水浸淫呈片，痒而不痛，入夜痒甚，经常哭闹，影响睡眠，吃饭不香，便稀，小便清。

证见：耳壳、耳垂、耳后折缝处，湿疹满布，滋水浸淫成片，表面参杂皮肤糜烂及水疱，耳后头发稀疏，与糜烂粘连，脉濡数微滑指纹紫红隐隐可见，舌质尖红，苔白腻，证属湿疹，治宜清热，利湿、祛风、活血、止痒。

处方：委中、曲池、足三里、均双侧。

治疗经过：取俯卧位，先针委中，曲池穴以速刺进针，在吸气的基础上，施以泻法，当捻转行针半分钟，曲池、委中穴周围稍有红晕，再行针半分钟起针，摇大针孔，不留针。

4月23日针三次后，耳背搔痒减轻，黄水减少，丘疹即起较前亦减。委中、曲池、宗原法不留针，因纳呆，加刺，足三里施以顺经弱刺激，用补法，不留针。

4月26日，经针刺七次后，耳后搔痒，黄水大减，皮疹、水疱逐渐减少，纳谷增进。

5月4日，12天后耳后搔痒已止，黄水消退，皮疱已脱落，夜寐安宁，丘疹即起亦微，继用前法不更方。

5月14日，20次后，湿疹搔痒，流黄水均已消退，纳谷已

香，大便成形，皮肤光滑，除有色素沉着之外，其它恢复正常，经月余后随访，皮肤正常，后入某地区幼儿园。

结语

1、本文对委中一穴的位置、取穴法进行了考证，并提出了本人的看法。

2、在学习古代文献的基础上，着重论述了本穴在临床上的具体运用。

3、本文仅附鼻衄，腰腿痛，遗尿，　肿、牛皮癣、湿疹等六个类型方面进行了探讨并附有病历，作为临证参考，由于作者水平有限，不妥之处，请同道批评指正。

防治老年性肩周炎系列按摩三法

032300　孝义市人民医院　刘传连

老年性肩周炎是一种常见病，据不久前举办的山西省针灸按摩交流会病历统计，来自全省各地（包括兄弟省市）就诊的1万8千余人中，肩周炎患者达2千4百余人，其中50岁左右的患者占发病人数之85%以上。这种严重影响老年人健康，影响其工作，生活之疾病，急需给予有效之防治，笔者亲临交流现场，经向各地推拿按摩专家学习，结合自己临床体会，总结归纳出防治老年性肩周炎系列（注1）按摩三法，以供同道参考，具体方法如下：

预备势：患者脱去上衣外套，坐无靠背凳子，肩背部铺按摩巾，医者立于其身后。

一，系列一法——推抹拍击

目的：该法有宣通气血，通经活络，缓解痉挛，兴奋元阳之作用。手法毕，患者颈肩部皮肤松爽，肌肉放松，微发热，并能适应医者手法之刺激，使按摩顺利推进。

方法：医者双掌分抹患者颈两侧，抹到肩峰时，双掌变拿捏势下抹到肘，如此2—3遍；使用一指禅推背俞，同上下窝2—3遍，要求力量稳实，适中，速度均匀，之后医者立于患者左后侧，用左手固定左肩，右手大鱼际肌从后颈肩处自上而下沿棘突两侧分别下推2—3遍，伴背困等不适者行“骶棘肌挤推法”患者俯卧，背部除去衣巾，涂以液体石蜡等介质，医者立于患者头侧，双拇指相随挤压骶棘肌，从上至下均匀推到腰骶

部，以皮肤潮红、透热为度。推抹完后，用双虚掌分别从患者肩峰交替拍打到颈肩部后，变双挑掌从上侧击骶棘肌到腰骶部，不间断地向上侧击，到颈肩部后改虚掌后打到肩峰部，频率在每分钟 200—400 次，速度均匀，力量适中。

二，系列二法——点振揉拿

目的：该法有理气活血止痛，祛风散寒除湿的功效，手法可使患者感觉颈肩背及上肢部胀困而松，酸痛而松，或有麻电感传导。

方法：医者立于患者身后，双手同时分别对称操作，依次取天窗、风池、肩井、巨骨、天宗、肩贞、腰俞、中府、肩髃、肩髎穴，行点压、点揉、并交替使用，再对双风池天窗，肩井穴分别做拿揉、拿振，平均每穴持续一分钟左右，也可取“透穴剥离法”(注 2)和、或“提动三肩法”(注 3)，之后拿揉三角肌、上臂肌群 1—3 分钟，或用“五指拿滚法”拇指与充分层曲指间关节之四指成“V”状，拿于受处肌肤，松开时，掌指关节弯屈，使层曲之四指顺势滚出，也可行拿揉法，(该法刺激力量较强，多施于肌肉丰厚处)。继用拇指点揉，并与四指对合拿揉曲池及肘关节附近诸穴，同时医者另一手持患肢手腕使前臂被动旋转，再点合谷，外关、后溪、劳宫等穴，本组手法初起时宜轻，渐加力到适中。

三，系列三法——摇 辊 搓捻抖

目的：该法滑利关节松解粘连，松解肌肉通气血，搓捻抖为收功之法，解除系列二法之后，困胀不适。手法后，患者自觉疼痛等不适消失，上肢功能明显改善，肩臂发热，关节松动，肌肉轻松。

方法：先施“旋转牵摇法”：(以右肩关节为例)医者立于患者右侧，左手拿住并固定患者右肩部，使之不致左右摆动，右

手虎口向心拿住患者右手掌背，与左手对抗牵直患者上肢，做外展、上举、内收之顺时间摇转，当转至充分内收时，（手腕到达患者腰部水平位置）沿患者腹前（相当肚脐水平）向右拉到腹前，使患者被动屈腕，屈肘，略作停顿后，用力向右下方牵拉，这样患者腕关节得到掌层、挠倾、旋转之动作，肘关节发生内旋动作，如此连续旋转牵摇 3—6 遍后，再做右肩关节之上举，后伸向牵摇；医者立于患者左前方，右手固定右肩，左手拿住患者右手掌背，对抗牵直患肢，依次做上举、后伸、下垂之顺时间牵摇，当摇到患肢呈充分下垂位时，向腹前提拉，使患肢屈腕、屈肘、略停顿后用力向上牵拉，如此做 4—6 遍。也可再选用“肘手双牵法”（注 4）和或“肘手醒肩法”（注 5）、“插肩剥离法”（注 6）。以上诸法刺激力量均强，每种手法毕，配合搓肩数次，尚可用‘提　四肩法”（注 7），以镇静，解痉而放松肌节，之后搓揉肩、上臂、前臂—5 遍；捻牵五指，牵抖上肢，手法完毕。

注意事项：

1、视患者体质状况而用力适当，初起手法宜轻、宜缓、宜柔，预防性保健按摩时更需轻快灵活，切忌强力粗暴。

2、“系列二法”为重点手法，保健按摩不少于 10 分钟，治疗时不少于 15 分钟，尤以颈肩部为主。

3、有高血压、糖尿病，心脏病等疾患时，需控制病情后操作。

4、本法对中、青年患者亦颇具疗效。

5、注意使颈部保暖，若复感外邪后会使症状加重。

注解：

1、每组手法作用相似，操作时多为连续性与复合性，同时也便于记忆、掌握，故以系列命名。

2、“透穴剥离法”与注$_3$、注$_5$、注$_6$均为太原机车厂职工医院高级按摩专家励增富老师所授。医者以双拇指或双食指、中指，同时对称点压肩前肱骨头与胸廓组成之间隙（相当肩前、肩内陵穴）和肱骨头与肩胛同外侧角之骨缝（相当于肩贞、腰俞穴），使患者有肿胀，肩头剥离感，故名之。

3、“提动三肩法”：医者双掌心对合挤压患肩之前后，且向上挤提，行抖动与缓慢揉动；因被提动之部位属“肩三针穴区，故名之。该法力量深透，刺激量大，有活血止痛之功。

4、“肘手双牵法”：医者立于患者身后，两臂从患者耳旁伸到前面，掌心向上，分别握紧患者双手，徐徐向上牵引患者双臂，医者两肘同时外展，分别顶托于患者双肘内面，肘手同时用力，使患者肩关节得到外展，上举之双重牵引。

5、“肘手醒肩法”：医者立于患者前面，左手固定患肩（以左肩为例），右手叠指拿捏患者患侧左手，并与左手对抗牵直，而后右肘屈曲，肘尖向前并压于患者肘部（内面）使患者被动屈腕，屈肘，医者肘手同时用力，行外展向牵引患肩，并做轻缓摇动，片刻，医肘在牵引下滑离患肘，顺势用力牵直患肢。该牵力大而突然，肩部有骤然松动感，意使冻结，沉睡之肩关节清醒，故名曰“醒肩”。

6、“插肩剥离法”：该法为励老治疗胃下垂之经验手法，笔者引用防治肩周炎，效果良好。患者尽力后伸患肢，使肩胛下角显突，医者一手推置肩前，另一手四指伸平，在肩胛下角与胸廓之骨缝中插入，逐渐用力，至患者疼胀面能耐受为度，该法直接剥离，牵扯肩胛同与脑廓，锁骨肩峰，肱骨头之间之粘连为行之有效之法，但是该法用于体胖患者不容易操作。

7、“提动四肩法”：医者一手提患肢上臂呈外展向，另一手做小鱼际，肩髎、肩髃、肩贞、肩内陵，使力量深透声中

胡耀贞静动气功·无极针灸
皮肤病之克星

037000　大同卫星里　胡燕彭　魏文华

牛皮癣又称银屑病，是皮肤病中极为顽固的一种，现代医学报导称“因对其病因病理不明，故对该病目前尚无良药”也就是说目前虽有多种中西药物均能治好，但仍是反复、复发后病情更剧、因此，使一些名医束手，有一些庸医值此则大做广告，“专治牛皮癣”这也只能治标而不能治本，这样无形中给患者精神上又加一层压力。实质上牛皮癣是祖国古籍文献记载的“白疕”、“蛇虱”、“油风”相类似，其意指明了患者，顽固难愈也。

究其病因病理，以本人意见乃：七情为患气机失调，郁热化火，毒热伏于营血，致气血失和，血不能养营，化燥生风而经络阻滞，气不畅则血凝滞，致肌肤失养而致病。

吾从医近三十余年，仅皮肤科而言，牛皮癣患者治愈不下数千人（包括银屑红性皮症脓胞性银屑病，银屑性关节炎），治愈率为98%，复发率为5%，住院患者可三管齐下，动静功针灸、药 物、三个疗程（45天）可痊愈，门诊患者3—5个月可痊愈。

治疗方法：以胡氏静动气功推动银针，按病情、体质、气候、分阴阳、分风湿、风热，气、血失调还是七情致病……行以不同手法、功法、功力而施术，患者在接受气功与针灸治疗时会感到患部甚痒，随之有如沐春风，如饮琼浆，如眠似醉飘飘然之快感，此非吾医业之精，实乃先父（胡知贞）静动气功之鼻祖，

一生精研道家玄术之结晶）所遗传秘术之功。在治疗过程中以治本为先，治标为辅，所以凡经我治疗过的病人，复发者极少，有不少患者说：胡先生的静动气功与无极针灸神啦。气功，与针灸确实起动了玄奥作用，但与患者的密切配合及药物的运用是息息相关的。

病案一：玄××，男，年龄，53 岁，住址：北京市工业大学宿舍，工作单位北京工业大学，职称：副教授，86 年 6 月 6 日来诊已患病达 6 年之久，两腿侧，头部，腰部银屑比比脱落，皮质增厚，银白癣质增厚，当夏痒甚，经北京××医院治疗痊愈，后复发更甚，多方医治一直是愈后复发。

经查属情志不舒，郁热化火，血不养营治宜静动气功加无极针灸，又配以散剂中药，因其工作甚忙，在特殊加功治疗下一月后痊愈，后经两个月的服药调理与巩固。91 年去京专访，愈后一切正常，再未复发。

病某 2：阎××，男，53 岁，北京纺织品公司，干部，82 年 10 月 1 日来大同治牛皮癣，病程 5 年多，遍身均是下肢尤甚，银屑结茄很厚，亦经多方治疗，反复发作。

仍以静动气功和无极针灸为主，药物为辅，治疗 40 天回京基本痊愈，91 年去京专访早已痊愈到今未复发。

病案三：患者：郭××，男，45 岁大同市×××派出所干警。

初诊：90 年元月 10 日，遍身牛皮癣使人望而生畏，而部眉旁及少腹部，连成一片，很苦脑，经多方医治反复发作，甘甚。

经动静功与针灸结合更辅以丸散制剂内服，外涂 1 月余面部牛皮癣消失，45 天后，痊愈，91 年 12 月专访，良好，未复发。

综上所述说明胡氏静动功与胡氏无极针灸，都有玄妙之奇功，佐以丸散，尽善尽美，祛病解危医者之仁心，愿我同胞患此症者前来，早日解除病患之苦。

针药并用治疗重症肌无力22例报告

030012　山西省中医研究所　潘玉英
山西职工医学院　杨学智

重症肌无力是神经系统疾患中较常见的疾病。根据本病眼睑下垂，嘴嚼与吞咽困难，四肢无力等主要临床表现，属于中医痿证范畴。《素问·痿论》篇论述了痿证的病因，病机、证候分类及有关治疗大法，指出痿证的病因是内热伤津，宗筋失润，以致痿软弛纵，发为痿证。根据肺主皮毛，心主血脉，肝主筋膜，脾主肌肉，肾主骨髓等所属关系，提出“痿躄”，“筋痿”、“肉痿”、“骨痿”等不同名称。治疗上提出了“治痿独取阳明”等重要法则，并指出“各补其荣而通其俞，调其虚实，和其逆顺”是针灸治疗痿证的原则，后世医家对痿证的病因、病机的认识及治法有了很大发展。特别是现代对重症肌无力临床治疗和研究[1,2]积累了较丰富的经验。我们采用针药并用治疗重症肌无力22例获得满意疗效。

一、一般资料

本组22例，其中眼肌型15例，眼肌加颈肌型4例，全身型3例。年龄最小3岁，最大50岁。病程最短1个月，最长3年。

二、治疗方法

1、针灸取穴：

主穴：攒竹、阳白、丝竹空透刺上眼睑，合谷，足三里，三阴交。

配穴：

①头晕、眼球活动受限：加百会、睛明。

②眼肌加颈肌型：加天柱、扶突；

③全身型：上肢无力加曲池、内关；下肢无力加阳陵泉、太冲。

④久病体弱：加隔俞、肝俞、脾俞、肾俞。每日或隔日针灸1次，10次为一疗程。

2、辨证用药：

①脾胃虚弱，多见于眼肌型，主要表现为纳少便溏，面色萎黄，肢软无力，舌苔薄白，脉沉细。治宜健脾益气，或滋养胃阴，方用补中益气汤合玉女煎加减。

②肝肾阴虚：多见于全身型及眼肌型伴复视者，主要表现为眼睑肌重度弛缓，膝胫痿软无力，伴复视或头晕目眩，舌质红绛，脉细数。治宜滋阴清热，补益肝肾，方用六味地黄丸或左归丸加减。

③脾肾阳虚：久病阴损及阳，而见神倦、怯寒、舌质淡，脉沉细无力，治宜健脾益气，补肾壮阳，方用金匮肾气丸或右归丸加减。

三、疗效分析

1、疗效标准：

痊愈：眼睑能够完全提升，全身受累肌肉恢复正常，全身症状消失。随访半年未复发者。

好转：眼睑能够提升，受累肌肉基本恢复正常。有时出现肌无力，但症状发作短暂者。

无效：眼睑症状与受累肌群的肌力无改善者。

2、治疗结果：眼肌型15例，痊愈13例，好转2例，眼肌加颈肌型4例，痊愈3例，无效1例；全身型3例，痊愈、好转、无效各1例。1疗程痊愈8例，2疗程痊愈4例，3疗程痊愈3

例，4疗程痊愈1例，5疗程痊愈1例。

病案举例。

例1：杜××，男，25岁，工人，89年9月5日初诊。

主诉：双目眼睑下垂半年余。

病史：半年前突然双目眼睑下垂，睁眼无力，当时未加注意，一周后头晕，视物模糊。到某医院眼科检查，诊断为重症肌无力（眼肌型），用新斯的明注射，1小时内有效，过后如前。经中西医服药无效来诊。

现症：左上眼睑较右上眼睑为著，掩盖瞳仁2/3，两上睑弛缓、头晕，视物模糊，有时脘腹胀闷，精神萎靡，舌质淡苔白，脉沉细。

诊断：重症肌无力（眼肌型）

治疗：证属脾虚气弱，治宜健脾益气。

方药：补中益气汤加味

黄芪30g 党参15g 炒白术12g 茯苓10g 当归9g 柴胡9g 升麻6g 木香6g 砂仁6g 枳壳9g 陈皮9g 白芍（炒）15g 炙草6g

五剂水煎服。

取穴：攒竹、阳白、丝竹空、皆透刺上眼睑、合谷、足三里、三阴交、百会、睛明。

操作：针刺得气后留针30针钟，每5分钟行针一次，睛明穴用1.5寸32号毫针直刺，得气后，不留针。每日或隔日针一次。

二诊（89年9月7日）：针刺后自觉头晕减轻，睁眼时也较前轻松，视物仍模糊。从外观上检查变化不明显。舌质淡苔薄白，脉弦细。

治疗：效不更方，继针上穴，留针30分钟。起针后令患者

睁眼，上眼睑已能抬起。嘱患者隔日再针。

三诊(89年9月11日)：患者头针时精神振奋，自述针药后已不觉头晕，食欲好转，上午睁眼不感费力，视物清晰，但下午睁眼仍感乏力。

检查：双目上眼睑皆出现皱纹，触摸眼睑弹性增强。舌质淡红苔薄白，脉弦有力。

治法：上方去晴明。

用上方连续针15次，服中药15付，两上睑功能恢复正常。随访一年未复发。

例2：王××，男，23岁，工人(司机助手)，平遥县道备村人。1984年8月30日初诊。

主诉：双目眼睑下垂，头颈右倾，四肢无力近三个月。

病史：患者84年6月主因外伤后出现双眼睑下垂，继之出现视物成双，眼珠活动受限，头颈右倾，四肢无力。经某医院眼科，神经科诊断为重症肌无力(全身型)，曾用新斯的明、维生素B、C、E以及强的松治疗，当时用药有效，过后病复如前。

现症：双目上睑肌下垂，右眼裂几乎完全消失，用力才能睁开一条缝，为睑睑掩盖瞳仁1/2。视物成双，眼球向各方活动皆差，头颈右倾，目涩、头晕、头重如裹，纳呆咽干耳鸣，腰膝酸软，四肢无力，舌胖有齿痕，苔白稍黄，脉沉细而涩。

诊断：重症肌无力(全身型)。

治疗：证属肝肾阴虚，兼痰湿困脾，治从滋养肝肾，健脾化痰，方用一贯煎，杞菊地黄汤合补中益气汤加减。

方药：黄芪15g 党参15g 苍术10g 茯苓10g

生地10g 辽沙参10g 麦冬15g 当归10g

菊花15g 枸杞15 生山药10g 泽泻丹皮各10g 升麻6g 炙草6g

7付温水煎服

取穴：攒竹、阳白、丝竹空透刺上睑睑，睛明、百会、天柱、扶突、合谷、丰隆、三阴交。

本例针药并用7次后左眼睑能向上提，右上睑活动较前好转。共治3疗程全身症状消失。至今未复发。

四、体会

1、本病与心、肝、脾、肺、肾五脏皆有关系，如心主血脉，心气虚，虚则生脉瘘，心血不足血不能养目……故而发为瘘；肝主气开窍于目，阴虚肝旺，多兼肾虚及全身血虚之证；脾主肌肉，全身肌肉由脾所司；肺主气，气为血帅，气血运行不利，肌肉经脉失其濡养，而发为肉瘘；肾藏精主骨，肾气不固则出现头晕目眩，腰腿酸困无力等。在临床上多见脾肾两虚证，故补益脾肾，调动机体的抗病因素，促进机体功能的恢复，是治疗本病的关健。

2、本病采用的针刺主穴，攒竹、阳白、丝竹空三穴透刺上眼睑，有泻热祛风，清头明目，激活提上脸肌兴奋性的作用。合谷，足三里、三阴交，则可健脾益气，培补肝肾。

3、本病以眼肌型，病程在6个月以内者采用针药并用短期即可治愈。病程一年以上者则病势缠绵易复发。应用本治法也可提高疗效缩短疗程。

按摩与牵引治疗腰椎间盘突出症机理初探

030012　山西省职业病医院　杨绍先

腰椎间盘突出症(以下简称腰突症)在临床中比较常见，患者一般不接受手术治疗而多采用非手术治疗。非手术治疗中尤以按摩与牵引治疗效果比较理想。近几年来作者应用按摩与牵引治疗腰突症取得满意疗效，现将临床检查(含鉴别诊断)讨论，治疗三部分介绍如下。

一、临床检查及鉴别诊断

1、现代医学在腰突症诊断上的价值：现代医学有核磁共振、CT、B 超。特别是 CT、核磁共振在诊断椎管内外疾病已得到广泛应用，但因其价格昂贵在一般医院患者难以承受经济上的负担。同时人们在实践中逐步认识到 CT 及核磁共振在诊断椎管内外疾病方面也存有一定的误差，因此有的学者提出了相反的意见。宣氏曾提出："临床检查单凭椎管造影、CT、核磁共振成象等辅助检查所得的阳性结果作为腰突症诊断依据是有片面性的、很多髓核突出可以在正常人身上出现，这些突出物与神经根之间因无炎性粘连存在故属"无症象"一类。又说："在疑难病症专科门诊共接受 30 例经外院核磁共振诊断为腰突症患者、对其中 28 例经实验系阴性，仅有 2 例经实验证实为阳性。

"张氏也曾指出手术探查结果与 CT 检查符合率为百分之八十九……他认为 CT 检查只能揭示骨组织或椎间盘退行性的变态而无法提出这种退变形态对神经根有无刺激作

用。"[2]

作者通过临床治疗也有同样的感受，认为CT或核磁共振的检查不能做为唯一的正确诊断依据，仅可以做为临床检查手段，尤其在基层医院更要依靠病史、症状、体征进行去伪存真，由表及里综合分析才能得出正确的诊断，选择最佳治疗方案，最终取得满意的疗效。

二、传统检查方法

（一）、腰痛

腰突症的主症是下腰棘突旁的压痛及其放射痛，腰椎前凸减弱或消失。

（二）、站立检查

取立位令患者分别向左右侧弯，若有突出患肢一侧下肢可出现疼痛。

（三）、仰卧位检查

患侧下肢直腿抬高阳性、腓神经分布区感觉异常、拇趾背屈阳性。

作者认为只有将现代医学的检查方法与传统的检查方法结合起来在诊断腰突症上才能得出比较结合实际的诊断。

腰突症在临床上还需与下列疾病鉴别

详见下表

主要症状 / 病名	腰痛	放射性痛	腹压增加	肌肉萎缩	直腿抬高	压痛点	其它表现
腰突症	+++	+++	++	腓肠肌为主	+++	L_4…S_1 多见	CT 定位 89% X 片不显
梨状肌损伤	±	++	+	臀大肌为主	60°以前+ 以后±	投影区	向下肢放射
骨质增生	++	±	—	不明显	不明显	局　部	X 片显示唇样变
急性扭伤	+++	—	±	—	±	++	X 片无异常
坐骨神经痛	—	++	—	+	++	分布区	多取侧卧位下肢屈曲

三、治疗

治疗不外乎有两种方法，其一，手术治疗，其二，非手术治疗。后者治疗腰突症的疗效在临床已得到了肯定。从治愈率或者预后来看，其疗效明显优于手术治疗。

从 87 年以来笔者试用按摩，牵引两者相结合治疗腰突症取得满意疗效，现将此法介绍如下：

1：俯卧位

用特制的尼龙带固定上胸部及下肢，向相反方向牵引，重量为 100 市斤±20 市斤。牵引 15 分钟后暴露整个腰椎并施手按摩（此时牵引继续进行），先用揉法施于两侧腰肌痛点，按法施于突出棘突边缘，接着用掌按法由上向下在病变处为重点，按时要求有力，而且在 3—5 次，但忌用暴力，结束此疗法

并去掉尼龙带。

2、侧卧位——旋转法

双手将肢体向相反方向旋转，用力时要求短促有力，不可过猛或超出肢体旋转范围，左右可以交替进行，有的学者在手术中观察到斜板法可以使腰椎旋转，在椎体旋转过程中紧压神经根的突出物可以远离神经根 1cm 并且椎间隙的压力也明显减少——斜板法起到了"变位"与"松解粘连"的作用。

3、俯卧位——腰椎后伸法

用一上肢将患者双下肢尽量抬起，这时用另一手掌根放于痛点处，这时双手向相反方向用力使腰椎尽量后伸 2—3 次。此法不可强求，因人而异。俯卧位后伸结合牵引是最利于腰突回纳的一种体位，而且有效率与成功率最高。

4、仰卧位——患肢抖法

对下肢的治疗不可忽视，抖法可以放松因疼痛引起的肌肉挛，加以"强制直腿抬高以牵拉坐骨神经和腘绳肌，对松解粘连可起一定作用。"[3]最后在"受损神经根及其分布区域用点、按、拿法起到气血循行加强，从而使萎缩的肌肉及麻痹的神经逐渐恢复正常功能。"

典型病例介绍

病例一，孙翠花，女，39 岁，宫地矿会计

主诉：腰椎间盘突出(4—5)

腰部呈慢性疼痛已多年，虽经治疗但绵绵作痛，始终未愈，近几日疼痛突然加重，腰部尤为明显使自己不能弯腰、后伸，坐，立，行走跛型、在咳嗽、大便，以及腹压加大时可加重疼痛并向右下肢放射性痛，平时不能平卧，因疼痛逐日加重即去省人民医院行 CT 检查："确诊为腰椎 4—5 突出，压迫神经根。"在家属陪同下来我科要求按摩、牵引治疗。

临床检查：

1、腰椎前凸消失、环跳、委中、承山等处均有压痛。站立向右侧侧弯(+)左侧(—)

2、右下肢外侧感觉迟钝，同侧足外侧麻木。踇趾背曲右减弱，左正常。屈颈实验(±)，直腿抬高左 8°，右 45°。

3、CT 报告："腰椎 4--5 突出，压迫神经根。

经上述方法治疗 30 余次后症状基本消失，恢复原工作。一年后曾随访未复发。

病例二

张福生，男，38 岁，机床厂工人。

主诉：腰痛二天

88 年 7 月某日在厂里装配机床时扭伤腰部当时疼痛难以忍受急送厂里卫生室进行治疗虽有缓解但仍不能站立，当天用车送回家，次日家属用平车送来我科，病人痛苦面容，腰部疼痛剧烈并向右下肢呈触电样痛，阵发性加剧、辗转反侧不安，日轻夜重在咳嗽，喷嚏时可加剧痛感。口服止痛药可暂缓疼痛。

临床检查：

1、腰椎 4—5 左侧棘突压痛(卅)；叩击(+)，X 片未见骨质病变。

2、直腿抬高左侧 0°、右侧 70°

3、在左侧梨状肌投影区压痛(+)；右侧(—)

临床诊断：

腰椎间盘突出症(4—5)合并梨状肌损伤综合症。

经运用上述方法治疗 25 次后症状基本消失，以后隔日治疗一次，半月后腰部活动自如，行走正常恢复工作。91 年随访患者病情稳定工作正常。

病例三

范介刚，男，28岁，太塑一厂工人。

主诉：腰椎间盘突症(4—5)

三天前在抬水泥时因用力过猛扭伤腰部，当时即疼痛腰不能直理，被同伴扶回家，卧床不起，生活不能自立。次日送一院，省人民医院确诊为腰椎4—5突出。经封闭、药物治疗无改变。后经友人介绍前来我科要求按摩治疗。目前以腰部疼痛为主，牵拉左下肢起立翻身需他人协助，行走呈跛形，腰部活动功能基本消失。

检查：

1、腰椎4—5棘突左侧压痛(+)，叩击痛(+)

2、直腿抬高左45°，拉氏实验(+)右侧(—)

3、拇趾背曲左减弱，右正常。感觉(—)

临床诊断

腰椎间盘突出症(4—5)

运用上述方法治疗20次后症状消失，嘱回家自我加强腰背肌锻炼，二个月后随访，已开始正常工作。

讨　论

牵引治疗腰椎间盘突出症的疗效在临床中早已得到证实，而牵引与按摩两者融合一体，在同一个时间里而且两者要随时进行却少见，笔者近几年来采用此疗法是利用牵引的作用力在拉大椎间隙的同时进行一些特定的手法更有利于髓核回纳。特别对L_3—L_5；L_5—S_1的突出疗效尤为突出，牵引除了对髓核复位有利外，对缓解肌肉痉挛也同样具有一定的作用。茵氏曾有报告指出在斜板牵引下进行X线检查腰椎间盘突出症患者的椎间隙证实可增加1.5—2mm。在牵引下还可以使后纵韧带紧张度增高。更有利于促进髓核复位。

腰突症往往有典型的棘突旁压痛，放射性痛为主其，原因归纳有两点：

1、按照传统观念来讲是突出物压迫神经根所致。

2、只从宣氏率先发明了椎管内外无菌性炎症之后，从解剖及手术探查、许多学者又一直认为其疼痛来源于局部的水肿、粘连、渗出物的增多及化学物刺激了神经末稍而致疼痛。

综上所述不外乎有两种原因，那么到底是哪一种原因占主导？还是两种原因兼有呢？到目前为止还没有一个统一的认识，这个原因有待于同道进一步探讨。

由于腰椎间盘突出症的剧烈疼痛促使腰部肌群痉挛、水肿、对这样的患者笔者仍然主张在治疗时应按照常规来操作即先轻后重，因人而宜。目前有的学者主张采用重推拿（按摩），我个人认为不利于疾病的康复，因重推拿（按摩）超越了患者的负荷和承受力同时也违背了推拿（按摩）的根本原则——先轻后重。此法在某种程度上极易造成人为的损伤——局部的水肿加重和韧带的撕裂。这在临床中已是屡见不鲜。

侧板法对松弛后纵韧带，加大椎间隙促进髓核复位、消除椎管内外水肿、纠正小关节的紊乱具有一定的作用。

按摩治疗腰椎间盘突出症1086例的手法探讨与疗效分析

037000　大同市盲人按摩门诊部　李明

腰椎间盘突出症是一种常见病、多发病。由于纤维环破裂髓核膨出而刺激压迫神经根导致患者腰腿疼痛。笔者从1968年从事按摩工作以来，在求治的腰腿痛病人中，腰椎间盘脱出症约占70%以上，仅1980年1月至1992年4月共收治1086例，效果较好，现介绍如下：

一、临床资料

1086年腰椎间盘突出症患者中，男性占69例，女性占396例；年龄最大62岁，最小17岁；20—45岁者790例；体力劳动者626例，脑力劳动者460例；病程最长10年；最短3个月；有明显外伤史者751例；L_{4-5}突出者715例，$L_5—S_1$突出者206例，两个或两个以上腰椎间盘突出者165例。

二、诊断标准

症状：腰疼并伴有下肢放射痛、酸胀麻感者，多数坐骨神经痛尤为突出，咳嗽、喷嚏、排便、步行均使疼痛加剧。

体征：腰椎侧弯（多弯向健侧）或呈"S"型；生理前突消失或后突；走路跛行臀部突向患侧侧后方（多数）；腰后伸或向患侧屈曲受限；患椎棘突旁压痛明显并向患肢放射；患椎棘突向患侧偏歪；直腿抬高试验阳性；大多数拇趾背伸力减弱；多数患肢出现肌萎缩，与健肢同一位置比较周径减少在1cm以上。x—Ray拍片示患椎椎间隙前窄后宽或完全变窄，有的可见椎间孔变小或椎体后缘骨质增生，未见其它病变或异常。

近年来，CT、核磁共振可明确诊断。

三、治疗

笔者在多年临床实践中，在改进传统手法的基础上，总结出一套行之有效的治疗方法，即"顶搬拉压"复位法。此法必须在做辩证施治的常规手法治疗后（即一疗程，十二次）方可进行。

1、先作牵引一疗程（12天）。每日牵引1—2次，每次最少40分钟，重量与患者体重相等或少于体重10--20公斤，以患者能够耐受为度。每次牵引后立即在患者腰部及患肢施推、拿、揉、压等手法，并揉点腰部压痛点以及环跳、殷门、承扶、委阳、昆仑、阳陵泉、悬钟等穴，上述穴位不必每次都取，要辩证交替取穴。一疗程后可行复位手法。

2、对于急性或症状较轻的患者，可选用罗氏旋转复位法。若效果不显再采取下述复位法。

3、"顶搬拉压"复位法。在牵引后紧接进行，以左侧为例加以说明。

①准备：助手二人，患者俯卧位，术者立于左侧，先在患者腰部施推揉拿放松手法5分钟。

②操作：令患者两手紧握床头拉手，两臂伸直。一助手立于患者右侧，两手掌重叠手指指向左侧紧按于患者腰背部（以T_{12}为中心），另一助手握持患者患肢足踝部，将患者身体拉直。术者左手拇指紧紧顶在患椎的偏歪棘突上，右手从患者健腿后外侧插入膝关节上方的下面，并将健肢搬离床面最大限度地向左后上方搬动。

③术者呼"一、二、三"口令，在"三"字呼出的同时一刹那，术者拇子用力顶推，右手用力向左后上方搬动，第一助手用力下压，第二助手用力快速牵拉，四个动作协调一致地同时进

行，此时可听见响亮的“咔哒”声。同时术者拇指下有很明显患椎滑动感，第一助手手下也有明显振动感，即为复位成功。

复位后，患者顿感腰腿轻松，疼痛减轻或消失，直腿抬高幅度增高或接近正常。

④复位后可在患者腰部及双下肢做一般常规按摩。对于腰部酸困者按摩一周酸困感即可消失。

四、说明与注意事项

1、对于一次不能复位者，可隔三天或一周再进行复位，间隔时间多长为宜要根据患者体质而定，对于进行 6 次仍未能复位者，说明此方法对其无效，不可再继续进行。

2、对于两个或两个以上腰椎间盘突出者，只能分别进行，一次只能复位一个。

3、复位成功后，嘱患者在硬板床上静卧两周，尽可能减少活动，以免复发。在静卧期间可由医生指导其家属给以按摩。

4、虽然此法安全可靠，患者几乎没有痛苦，但老年体弱、骨质疏松和有其它合并症者禁用。

5、对于成熟型、中央型、游离型和诊断不明确者均不可采用此法，以免加重病情或造成严重后果。本文 1086 例均为中间型、幼弱型。

五、效果

1086 例病例中，总有效率达 91.62%

治疗结果	例　数	百分比
痊愈	771	70.99
好转	224	20.63
无效	91	8.38
合计	1086	100

注：1、痊愈指临床症状完全消失，直腿抬高及加强试验(一)，侧弯、后突等畸形矫正。

2、好转指腰腿偶有轻微疼痛，劳累特别长距离行走后患肢出现轻微乏力酸胀感；直腿抬高70°以上或接近正常。

3、无效指症状和体征均无改善。

六、讨论

1、由于椎间盘退行性变和长期慢性损伤，导致纤维环出现薄弱处或裂隙。尤其是纤维环后部及后侧部（大多数在后侧部）。由于人类在弯腰或转腰搬抬重物时，椎体前缘间隙变窄，椎间盘内压力显著增高，髓核被推挤到纤维环后侧部，因此该部最易受损。如果反复挤压或突遇外伤压力增高，必然使髓核从纤维环后侧部薄弱处或裂隙膨胀而脱出，从而刺激压迫神经根造成腰腿疼痛。

2、笔者认为按摩治疗幼弱型、中间型腰椎间盘突出症是非手术治疗的最好方法。它不仅能松解肌肉痉挛和神经根粘连，促进血液循环消除炎症和水肿达到止痛目的；而且完全可以合理得当的手法使突出物还纳而治愈。本文所举771例治愈者证实了这一点。

对于纤维环完全破裂，突出物进入椎管内和周围组织粘连的成熟型及压迫严重，有大小便困难、甚至下肢瘫痪的中间型者，手法复位是难以成功的。

3、关于手法的探讨

手法能否使突出物还纳，关键在于手法是否合理得当。治疗腰椎间盘突出症手法各有其特点，特别是罗氏旋转手法的效果较好。在多年的实践中，笔者发现有些手法存在着不足，应加以改正。如"三搬"法（脊柱前屈、后伸和侧搬）虽然可使腰部关节推动，有时巧合使突物还纳但成功率较低。因为"三搬"法没有定位，针对性不强，搬动过程中不一定哪个关节摇动，有时有患椎，有时也可能为健椎。

笔者在继承传统手法的基础上，总结的上述"顶搬拉压"法对腰椎间盘突出症（中间型、幼弱型）效果较为满意。在重力牵引一疗程后，椎间隙增大，为复位提供了有利条件。在施术时腰以上的脊柱被固定，为腰脊后伸旋转创造了条件，对抗性的牵引患肢同样可增宽椎间隙有利于复位；同时术者拇指顶推偏歪棘突，手持健肢向后上患侧最大限度搬动，使患椎关节后伸同时旋转。这样，在四种不同力的作用下，患椎关节间隙增宽（对抗牵引力）、又使患椎椎体前缘间隙变宽，后缘变窄（后撤力），这是突出物还纳的最佳体位：既能较顺利拔正偏歪棘突或矫正畸形（顶推力），又能使患椎关节挫动而基本不涉及其它关节（旋转力）。这四力统一协调作用最易迫使突出物还纳，因而复位成功率较高。

由于笔者水平较低，上述一定谬误较多，望同道们指正。

附：典型病例

例 1，崔玉爱，女，56 岁，省电力设计院工人，1991 年 6 月 2 日因腰腿痛住院治疗。

主诉：一年前抬搬重物后腰及左臀部胀痛随至左腿后外侧胀麻，近两个月前不慎跌倒使腰腿疼突然加剧。经省人民医院 CT 检查，确诊为 L_{3-4}、L_{4-5}椎间盘脱出，L_5-S_1 椎间盘膨出。

症状和体征：腰及左下肢剧烈疼痛（日夜服强痛定、消炎痛难以止痛），活动严重受限，患肢直腿抬高10度，拇趾背屈力明显减弱，L_{3-4}棘突偏歪，棘突左旁压痛明显并向同侧下肢放射。

治疗：第一疗程（12天）每日行对抗引牵和腰腿部旋搓压拿等常规手法各2次，每次交替点揉环跳、委阳、昆仑和痛点：秩边、殷门、阳陵、悬钟等穴。经上法治疗一疗程后疼痛大为缓解。

第二疗程开始，用“顶撤拉压”法先使L_{3-4}复位间隔一周后再使L_{4-5}复位（两者均一次复位）。第二疗程后，疼痛基本消失，直腿抬高接近90度，拇趾背屈仍无力，小腿后外侧及足踝部仍胀麻

休息一周后第三疗程开始。用“顶撤拉压”法使L_5-S_1。第一次复位失败，间隔一周后同样方法复位终于成功。在每一疗程和复位间隔期间同样每日做常规按摩一次。以后巩固治疗一疗程，诸症状消失，直腿抬高90度以上，步行3公里患肢无任何不适，痊愈出院。

针灸治疗脑震荡脑挫裂伤后遗症30例疗效观察

037400　浑源县人民医院　任　锋

脑震荡脑挫裂伤后遗症是头部常见疾病，临床缺乏有效的治疗，常给患者带来反应迟钝，头痛，昏睡，语言不清，四肢活动受限，大小便失禁等痛苦。10多年来，我采用针灸治疗脑震荡，脑挫裂伤后遗症30例，效果都比较满意。

临床资料

30例脑震荡、脑挫裂伤后遗症均由外科病房和门诊提供，男17人，女13人。年龄最小15岁，最大57岁。15至30岁20例。致伤原因：车祸伤15例，击伤7例，其它伤8例。主要症状：偏瘫，失语，大小便失禁，头痛，头昏，恶心，呕吐，记忆减退，失眠，情绪低沉。病程最短1个月，最长5年。

治疗方法

头针疗法，是根据人体解剖知识和大脑皮层功能定位理论而设的一种疗法。在临床实践中发现头皮上与皮层功能基本一致的投射区，针刺这些区域对脑部疾患所引起的偏瘫，肢体运动障碍，失眠，麻木，震颤，肌萎缩，神经痛等疾病，有一定治疗作用，再加上体针，效果更为满意。现将抽样病例进行以下治疗分析。

一、辩证分型：

1、肝肾阴虚型：头痛或昏眩，语亢，失眠，心悸，舌尖红，苔薄微黄，脉弦数。

2、气虚痰瘀型：头痛绵绵，反应迟钝，四肢活动受限，恶心

呕吐，健忘，大小便失禁，偏瘫，失语，舌质淡，苔白腻，舌边有齿痕，脉濡或滑涩。

二、按型选穴：

1、肝肾阴虚型：一组头针，运动区、感觉区、晕听区、语言二区；二组体针取风池，悬颅，百会透神聪，合谷，太冲双，阳陵泉，足三里，丰隆，三阴交双。

2、气虚痰瘀型：一组头针，运动区，感觉区，语言二区，肠生殖区，偏盲区；二组体针，取太阳，百会，后溪，睛明，哑门，肩[illegible]肩[illegible]，曲池，外关，手三里，合谷，下肢环跳，委中，足三里，丰隆，阳陵泉，三阴交，太冲，关元。

针疗每日一次，留针 40 分钟，有时快针，不留针，头针和体针交替使用，10 次为一疗程休息 3 至 5 天，继续下一疗程。

治疗结果

一、疗效 30 例中，痊愈 23 例，显效 6 例，无效 1 例（由于心血管疾患）

二、疗效分析，按病型疗程与疗效的关系见下表：

疗效 / 分型 / 疗程	肝肾阴虚型 17				气虚痰瘀型 13			
	痊愈	显效	有效	无效	痊愈	显效	有效	无效
一疗程	2	3	1	1	1	2	2	
二疗程	3	1	1		3			1
三疗程以上	5	0	0		2	1	1	
有效率%			94.1					92.3

以上表可以看出，肝肾阴虚治愈率较气虚痰瘀型为高。

典型病例

李大凯，女，23岁，浑源县张庄乡武村人，1983年9月13日车翻砸伤，昏迷约1小时左右，呕吐，经乡医院抢救不见好转，后送县人民医院，经X线拍片颅骨未见异常，无皮肤裂伤，只有血肿，对光反射迟钝，神经系统均迟钝。诊断为脑挫裂伤，住院14天，经用药，降颅压，消炎，能量合剂，吸氧，效果不佳。于27日通过主管医生和家属同意，采用针灸配合治疗。当时检查，大小便失禁，一切反射反应迟钝，定为气虚痰瘀型。给头针和体针针刺，头针给运动区，偏盲区，语言二区，肠生殖区；体针百会，太阳，后溪，肩[illegible]，肩[illegible]，曲池，手三里，外关，合谷，环跳，委中，足三里，丰隆，气海，关元，三阴交，太冲，睛明，哑门。第二天去病房看，较前天好转，病人家属呼喊有反应，继续针刺，第三天能说简单话。通过一疗程的针刺，患者四肢能够活动，大小便能够自觉，就是左肢无力，又进行第二疗程针刺，已能自动行走，生活简单自理。几天后出院，恢复正常。第二年又生女孩。无后遗症。

体　　会

经几年研究探讨及临床验证，说明针刺治疗脑震荡、脑挫裂伤后遗症有比较满意的疗效。本人要不断总结经验，继续提高治疗水平，为中国的针灸事业作出自己的贡献。

针刺加火罐治疗落枕病的临床经验

山西医学院第一附属医院针灸科　张玉莲

落枕病又称颈部伤筋，是针灸科常见的多发病之一。一般分为风寒型和外伤型两种，笔者在临床中采用针刺加火罐方法治疗本病，均获满意效果。现简介如下：

落枕是指急性单纯性颈项强痛，活动受限的一种病证，现代医学指劳损性颈椎关节病，颈肌风湿痛以及颈部扭挫等病，本病多见于成年人、儿童罹患极少，在老年则往往是颈椎病变的反映。

临床表现，多表现为颈肌痉挛，强直疼痛伴有乏困感、活动受限，转动头部时疼痛加剧，可向肩部或上臂扩散，检查患者肌群紧张，呈痉挛状态、有压痛、无红肿。

本病多由睡眠姿势不当，枕头高低不适，使颈部骨节筋肉遭受长时间的过分牵拉而发生，或因颈部扭伤，感受风寒之邪侵袭太阳经脉，以致局部经脉气血阻滞而颈项强痛。

辨证分型

风寒型，多因感受风寒之邪侵犯了太阳经脉，经气不通，不通则痛，表现为恶风寒，头痛，全身骨节乏困，颈部活动受限、舌苔薄白，脉浮紧。

外伤型，多有局部扭，挫伤等病史，颈项强痛明显，病侧的上肢活动受限，局部有明显压痛点、舌脉正常。

针刺方法：

以手足太阳经穴为主，少阳经穴为辅。主要穴位，后溪配

风池穴，风寒型的配局部拔火罐，外伤型的局部点刺放血拔火罐，后溪为手太阳小肠经穴，乃本经脉所注，又是八脉交会之一，通手督脉，与阳跷脉，申脉穴相交会，该穴位于手第五掌骨小头后方，握拳在小鱼际外侧掌纹头。在本穴有宣通阳气，宁心安神，通络止痛之功，风池为足少阳胆经输穴，该穴位于胸锁乳突肌与斜方肌之间、平风府穴的凹陷处。风池为病所取穴、后溪为循经远道配穴，二穴伍用、一上一下，有通经活络、祛风 止痛之功效。局部痛点用三棱针点刺放血配拔火罐，起到舒筋活血，温经散寒之功。

针刺手法：

采用手法，刺后溪要快透进针、用 1—1.5 寸左右毫针，针感胀，麻木，开始轻轻提插捻转，后强刺激手法行针，嘱患者摇动颈项，在强痛时可显著缓解，后留针 5—30 分，每 5—10 分钟行针一次。风池穴、针尖微下，向鼻尖刺 0.5—1 寸，不宜深刺以免发生针刺意外。

典型病例

聂××，女，32 岁。自诉因夜间睡觉未关闭门窗、第二天起床发现颈项强直疼痛。头不能转动、活动时疼痛加剧，伴有恶风寒，头痛关节疲困，舌苔淡白、脉浮紧、肌群紧张、呈痉挛状态、有压痛、无红肿。针刺病侧风池、后溪配拔火罐，一次明显疼痛减轻，颈项能自然的活动、继针二次痊愈。

郑××，男，36 岁，因练举重不慎颈部扭伤。突然疼痛难忍、放射背、肩部，颈部不能向左活动。针取风池、后溪，局部点刺放血拔火罐一次即愈。

戈××，女，36 岁，86 年左上肢麻木，颈部活动受限，在骨科就诊，诊断为 4—5 颈椎增生、查颈部有明显压痛，局部不红肿、舌苔淡白、脉沉弦、针取双侧风池、人中、后溪，一次明显疼

痛减轻，颈项活动自然、继针三次痊愈。

讨论与体会

落枕病，多伤太阳经和督脉搏于脊、背、肩部，气滞血淤，不通则痛，治疗取后溪以通调太阳经与督脉经气，通过针刺风池穴对经络调整作用，达到改善局部的血液循环。点刺放血拔火罐、起到活血化淤，以通则不痛而获效。一般病程短者收效快，扭挫伤后再感风寒之邪、积有颈椎病的收效慢，取穴准确与否、进针手法及进针角度不同均与疗效密切相关。

顽固性面瘫治疗八法

武警山西总队医院中医科　郑国东

面瘫亦称口眼歪斜，即现代医学“周围性面神经麻痹”和“面神经炎”。治疗本病方法甚多，一般经治疗 6—15 天可愈，亦有 30 天或更长时间不见效者，凡此笔者皆称顽固性面瘫。此类病症应用常规治法殊难取效，医者颇感棘手，几年来，笔者通过拜师求教，临证研究，采用针灸与穴位贴敷的方法探索出：“辨证施术，以痛为腧”，创设“顽瘫治疗八法”，验证于临床，效果较好。现介绍如下：

一、病理机制

1、气虚血瘀致筋脉失养：病之初起多为正气虚弱，卫阳不固，藩篱失守，风、寒、热之邪客于阳明、太阳、少阳筋脉，由于正不胜邪，无力驱邪外出或失治、误治、病延日久，气血虚弱，气虚无力帅血运行，气滞则血停，筋脉失养则证见少气懒言，面肌松弛，萎缩无力，抬眉、皱额等功能障碍。

2、风痰阻络：素体气虚，伏有风痰，久病多郁或气郁痰扰，痰动生风，风胜则动，风袭痰动致风痰互结，阻滞经络。故证见面部肿胀，麻木似虫行感，甚至面部抽搐，耳后有硬结，牙关紧，时有头晕、目眩、呕恶、舌苔白腻、质红、脉弦滑等。

3、久病入络多瘀：又缘邪闭日久，淤滞经络，不通则痛，证见颊内青紫，面部肿胀疼痛及眼周暗滞，舌质紫暗或有脉涩等证。

二、治疗八法：

首先排除颅脑肿瘤及中枢病变，然后根据其病理机制特点辨证施术。

1、排针透刺法：适用于邪闭日久，阻滞经络及各种类型。如额纹消失，眼睑闭合不全，颞部肌肉不能运动者取头临泣→鱼腰，丝竹空透头维→悬厘，鼻唇沟平坦，口角歪斜者取人中透迎香→巨[illegible]，颊车透地仓以滞针手法，留针 30 分钟，每隔 10 分钟行针一次，15 次为一疗程。

2、火针速刺法：适用于人中沟歪向健侧明显，鼻唇沟平坦，面肌松弛，感觉迟钝及耳后有硬结者，取迎香，巨[illegible]，颊车，完骨等穴，以细火针速而浅刺法，隔日一次。局部三日内勿浸水以防感染，禁房事，忌食生冷，糖尿病患者禁用。

3、刺络拔罐法：适用于面肌萎缩，肿胀，麻木无力，胀厚者。取颧[illegible]，颊车，巨[illegible]等穴，先用梅花针或锋针散刺至皮肤出血，后置火罐拔吸 15 分钟，每罐出血 3—5ml，使瘀血出尽见鲜红为止。

4、锋针刺筋法：嘱患者张口，视其颊内有无青紫，肿胀之大筋，若有即为瘀血和风邪之根源，可用纱布垫之，将口腔撑开，用锋针散刺出血至鲜红为止。

5、勾刺艾灸法：对于耳后或颈背部压痛明显或有条索状物等阳性反应者，宜锋勾针勾刺局部，将肌纤维勾断后用艾灸之。

6、馋针划割法：若面部肌肉肿胀，疼痛并有牵紧感者，可用馋针在口腔粘膜咬合线上或白斑处进行纵行划割出血，每隔 0.5cm 划割一针，微微出血即可，勿深，5 天一次。

7、自制面瘫"牵正膏"穴位贴敷法：本膏药是笔者经临床实践，根据其病因病机应用具有祛风止痉，温经散寒，通络牵正的专长药物配合而成。通过油炸去渣，黄丹收膏，水泡去毒

传统制作技术精制而成。具有使用、贮存，携带方便，收效迅速，无毒和副作用等优点。特别倍受畏针患者的欢迎。针后贴敷更使疗效增强。

贴敷方法：采用穴位与神经运动点相结合的方式进行贴敷。如额纹消失，眼睑不能闭合取面神经颞支运动点，此点位于瞳子髎外一横指处，若鼻唇沟平坦，口角歪斜可取面神经颧支运动点，此点相当于颧髎穴微外处，若不能蹙额、下唇肌功能障碍者可取面神经颈支点，此点在大迎穴与下颏沿处。均取患侧，每次贴敷 4—6 个穴位，待局部微有痒，热感觉后持续 6 小时为佳，若无以上感觉可持续贴敷 24 小时，次日再选穴贴敷。

8、药物熏洗法：

①药物组成：荃草 20 克，伸筋草 20 元、川乌 12 克，红花 15 克。

②熏洗方法：以水煎煮，沸后 15 分钟，趁之热气熏面部 20 分钟，以促进患部血液循环，改善组织营养。亦可根据具体证候采取中西药物等疗法进行治疗。总之，治疗此种痼疾，必须辨证精当，施术圆活，方能收效。

三、医案选：

李×，男，10 岁，公路局工人，因口眼歪斜，流泪 50 天，经本单位针灸，服中西药物治疗，效果不佳而来我院求治。诊见：右侧额纹消失，眼睑闭合不全，眼裂扩大约 3 毫米，人中沟歪向左侧，鼻唇沟平坦，示齿时口角向左侧，右面部触痛明显，颊内粘膜有白斑，右下唇下垂，鼓腮漏气，伸舌不偏斜，耳后无压痛。其它病理征未引出，舌苔黄腻，舌边尖红，脉弦细，乃属顽固性面瘫之郁久化热，阻滞经络。治宜，祛闭通络，解郁清热。治疗经过：用镘针划割口腔内白斑、红点，出血少许；取头临泣

透阳白→鱼腰；丝竹空透头维→悬厘；人中透迎香→巨　；地仓透颊车→上面瘫。平补平泻手法，留针 30 分钟，每 10 分钟行针一次，15 次为一疗程。采用上法治疗两个疗程，上述状完全消失。功能恢复。

四、按语：

运用"辨证施术，以痛为腧"之顽瘫八法，治疗本病主要根据其病理机制而采用了"宛陈则除之"，"温通祛瘀，"益气通络"和"消痰散结"等治则。采用排针透刺法，可疏通阻滞之邪气，火针疗法，又能助阳益气，通络消痰散结，故血得热则行，痰得火则解，气血津液流通，筋结自消；刺络拔罐，能直接排除局部经脉中"瘀血"和病邪。邪去正复，新血得生，营养加强，筋脉得养，故萎肌复隆，麻木消除。膏药外敷法，可起到温通经络，祛风止痉，改善局部血液运行等作用，诸法参用以达："祛瘀生新"，"血行气通"，"邪去正安"，"气血调和"之目的和瘫痪肌群的恢复起到了良好的效果。

此外，经临床观察，对于面神经完全变性者效果较差，部分变性者，经上法治疗均有显效。

针刺“肩痛穴”治疗肩周炎 50例临床报道

山西省绛县中医院针灸内科　宁致荣

肩周炎是一种肩关节局部的退行性、无菌性炎性病变。多发于五十岁左右的中年人。中医称之为五十肩、冻结肩或肩疑证。临床以肩关节周围疼痛，或颈及上臂疼痛，同时伴有肩部功能障碍为主要表现。严重影响着人们的生活和工作。笔者采用单针“肩痛穴”治疗本证50例，疗效显著，今介绍如下：

一、一般资料　50例患者中，男女比例为2比1，年龄最大56岁，最小为34岁，多表现为疼痛伴功能受限，病程最长者为5年，最短者一月余。

二、治疗方法　单针刺激“肩痛”穴。“肩痛穴”位于足阳明胃经、条口与丰隆二穴连线之中点，运用时选用对侧该点，以3—4寸26#毫针，局部常规消毒后，以拇指食指持针快速刺入皮下，继以“行气法”缓缓深入，力求使针感沿足阳明胃经上行至气街部，运针3至5分钟，令患者活动患肢，此时，患肩局部有舒适轻松感出现。活动时患肩痛减或立失，功能随之而改善。留针30分钟，之后快速出针治疗结束，轻者一次可愈，五次为一疗程。

三、治疗效果　50例患者，临床有效率为100%；痊愈率为80%以上，其中痛止者占90%，功能改善为80%。

四、典型病例

（一），高某，男，53岁，孟县政府干部，左肩痛一年半，针刺罔效。九一年十二月就诊。左肩痛、手不及头，脱衣困难，症

属肩周炎，运用“肩痛穴”治疗，一针而愈。

（二），王某，男，48 岁。太原第一锅炉厂职工，左肩痛二年，肩部活动困难，不能平举。九二年元月十五月初诊，针对侧肩痛一穴，二次痊愈。

（三），郭某，女，56 岁，绛县政府干部，患左肩痛一月余，上肩抬高 80°，不能正常工作，九二年元月六日初针，一次而愈。

四、讨论 “肩痛穴”位于足阳明之循行线上，中医有“宁失其穴勿失其经”之训。笔者受《针灸腧穴学》(1)条口穴治疗肩周炎启示，根据同名经相用及上病下治之理，同时，根据《内经》(2)缪刺理论，选用对侧该刺激点治疗此证，经临床验证，效果优于条口穴。笔者在治疗中注重治“神”，运用“行气法”于“静中求动，动中求静”，动静结合，俾气直达病所，故尔取效甚捷，用针之少而精于此可见一斑。不成之见，就正于同道，以求抛砖引玉之效。

按摩治疗慢性腹泻

030012　山西省盲人中级卫生学校附属按摩医院　畅雄伟

慢性腹泻(慢性肠炎、胃肠神经功能紊乱)是临床上一种常见的病症，多由于脾胃虚弱和脾肾阳虚所致。其临床症状主要为：长期大便次数增多，便不成形，甚至如水样。

我们自八七年以来，共收治本症患者 24 例，取得了满意疗效，现将治疗情况介绍如下：24 名患者中，男 18 例，女 6 例，年岁 40—50 岁之间的 3 例；50—60 岁之间的 8 例；60 岁以上的 13 例，病程最长一年半，最短半年。经治疗后，痊愈 20 例，占 83%；显效 3 例，占 13%无效 1 例，占 4%；总有效率达 96%，疗程最长 3 周，最短 1 周。

治疗方法

1，患者仰卧，腹部作开三门，运三腕、顺揉胃部，揉点中腕天俞，双掌逆时针揉下腹部(患者腹内有热感)，压放腹主动脉下端、点足三里。

2，患者俯卧，拇指压背部各俞穴，捏脊、快速揉搓腰部及八髎、点涌泉。

典型病历

患者李××，男，56 岁，太原。

87 年 11 月 4 日前来就诊，半年前出差途中误食变质食物而患急性肠炎，经某医院治疗后病情好转，但一直时轻时重，牵延至今。现每日大便 5—6 次，粪便稀薄，并伴有纳呆腹痛，精神欠佳。

检查：

按压腹部无柔韧感，无硬块，潜血试验阴性，无食物过敏史，诊断为慢性腹泻（慢性肠炎）。

经治疗一次后，症状减轻，每日大便4次，治疗3次后，每日大便2次，粪便略成形，腹痛减轻；治疗一周后，大便次数完全正常，粪便成形，腹痛消失，食欲有明显增加；继续按摩一周，以巩固疗效。后随访两次，至今尚未复发。

病理及手法分析：

腹部逆时针揉和压放腹主动脉可使胃肠道血管扩张，血流量增加，从而改善胃肠道血液供应，促进肠粘膜的修复，提高胃肠的消化吸收功能。由于胃肠血流增多，既可带来大量的抗体，补体和免疫细胞，同时淋巴液的回流也相应加速，致使胃肠的免疫机能提高。

拇指压脊柱两侧和搓揉、腰部及八髎可使植物神经功能的紊乱得以纠正，交感神经兴奋性相对增强，付交感神经兴奋性相对减弱，胃肠道平滑肌张力降低，肠蠕动减慢，再加腹部逆时针揉按可延缓胃肠内容物的排出，使水分得以充分吸收，从而粪便成形，次数减少。

腹部手法既可温肾暖脾，可又益气养胃，加上背部捏脊，按压各俞穴，更可以有效地调理脾胃以助运化。揉搓命门、八髎，可温肾阳补真火，真火足水谷得以腐熟，清浊得分而泻止。

综上所述，按摩疗法对治疗慢性腹泻确有显著疗效，上述病理及按摩机理的论述，仅是笔者的一点粗浅认识，不妥之处，请多多指正。

火罐在乳痈治疗中的妙用

山西省盲人中级卫校　邓延满

乳痈多发生于初产妇哺乳期，临床表现为乳房局部肿胀疼痛，有时伴有发热、恶寒等全身症状。笔者在临床实践中，对二十四例乳痈患者进行火罐治疗，其中，除五例患者因局部红肿明显，已进入溃脓期，建议到其它医院诊治外，十九例患者均经一次治疗痊愈。现将其治疗方法介绍如下：

治疗方法

患者正坐，裸露其乳房，用中号或大号火罐（根据乳房大小而定），在靠乳头侧的肿胀边缘进行拉火拔罐，然后将火罐上下、左右和前后推拉晃动，同时掐按患侧少泽穴，当有败乳流出时起罐，此时，可令患者自行由乳根部向乳头侧捋推，使淤乳充分排尽，待肿胀消散软化，疼痛基本消失为治疗标准。时间为3—10分钟。

案一

刘某，女，27岁，已婚，第一胎，太原市水利工程队工人。87年6月11日，产后第十二天，因与丈夫吵架，自觉双侧乳房的乳汁均减少，第二天晨起，右乳上内侧部胀痛，并觉右侧胸胁部及腋下闷痛不舒，饮食不下，善叹息，下午疼痛逐渐加剧，乳汁明显少于右侧，随即来我院就诊。检查：右乳内上方肿胀，有压痛，局部不红，微热，体温37.9℃，诊断为乳痈初期，先针刺太冲、三阴交、膻中穴，行针十五分钟起针，然后用上法治疗，一次痊愈。

案二

王某，女，30岁，已婚，第一胎，本单位职工，89年1月17日，产后第30天，因过食肥甘之品，胃脘满闷不舒，第二天下午左乳上部隐隐胀痛，乳汁减少，19日晨起疼痛加剧，到笔者家中诊治，检查：左乳上方有肿块，压痛明显，局部不红，微热，体温38.1℃，诊断为：乳痈初期，经上法治疗一次痊愈。

分析

乳痈主要是由于乳管阻塞不通或乳汁过多，因而不能吸空，而致乳汁瘀滞，乳络不畅，日久败乳蓄积而致本病。

从生理上来看，乳腺是以乳头为中心，呈放射状排列，并且其乳管内径越向乳头侧越大，当奶栓阻塞时，一般不难使其通畅。火罐对本病的治疗主要适用于外吹，乳痈初期，其治疗原理是通过火罐负压状态下的物理特性，对瘀滞的乳汁产生抽吸的外力，加之瘀积乳汁自身的张力与掐按少泽穴，从而可使乳络通畅，乳管开放，瘀积的乳汁排出，肿胀消散，达到治疗本病的目的。

按摩治疗原发性高血压病30例临床观察

山西省盲人中级卫校按摩教研组　黄明河

原发性高血压病系严重危害中老年人健康的一种常见病。目前治疗本病的方法很多。但因病变及个体的差异，有些病人虽经长期服药，但其临床表现仍不能得到缓解。本文介绍了笔者从1979年以来治疗原发性高血压病的按摩方法，并随机将60例病人分为按摩组和对照组进行对照观察。经一疗程阶段性治疗后，其结果：按摩组30例中显效18例，有效9例、无效3例，总有效率为90%；对照组30例中显效15例，有效12例。无效3例，总有效率为90%。提示按摩疗法具有一定的近期降压作用。

资料与方法

一、一般资料：

将60例病人随机分为两组。按摩组30例，男18例，女12例；年龄40～65岁。平均52.5岁；病程1～16年，平均12.5年；平均血压179.5±12.5/105±11.5毫米汞柱。对照组30例，男17例，女13例；年龄39～64岁。平均52岁；病程1～15年。平均12年；平均血压178.5±13.5/104±12.5毫米汞柱。两组同年龄、病程及血压均值经统计学处理，P值均>0.05。本文60例均符合1979年全国郑州会议制定的高血压病诊断标准。其中Ⅰ期14例（按摩组6例。对照组8例）。Ⅱ期40例（按摩组22例，对照组18例），Ⅲ期6例（按摩组2例，对照组4例。）

二、观察方法：

一疗程为一个月，在治疗前3天停用降压药，并测三次上午静坐位右臂血压，以其均值作为基础压，待一疗程结束后再测其3天上午的血压，以此均值作为对照压。

三、治疗方法：

(一)、按摩组根据操作需要，病人可取俯卧、仰卧及坐位。医者位于其一侧进行操作。①清脑降压法：首先在印堂至太阳穴的连线作双拇指分推、揉、按法。然后沿头颈部督脉、膀胱经及胆经，从前向后作单拇指揉、按及三指提捏法。最后用拇指揉点百会、风池，下行推桥弓穴。②调和阴阳法：首先沿背腰部督脉及膀胱经下行作掌推、按及半握拳滚，拇指揉、点心俞、肝俞、肾俞穴。然后沿胸腹部任脉下行作掌推、揉、按法。拇指揉、点期门、京门穴。③滋阴潜阳法：沿小腿肝肾经上行作拇指揉、按法，接着沿手足部三阴及三阳经上行作拇指按压法，最后用拇指揉、点曲池、三阴交、太溪或内关、涌泉穴。如为痰浊中阻者加揉、点脾俞、丰隆穴；如为肾阳虚者加擦腰部。以上每种手法需作6—10次。每穴需作0.5—1分钟。且应有得气感。一般隔日按摩一次。每次约20—25分钟。(二)对照组每次口服复方降压片2片。每日三次。两组均按满一个月为一疗程。如出现高血压危象、高血压脑病、脑出血时，需按常规处理。

疗效标准

基本按照1979年全国郑州会议制定的高血压病疗效评定标准为依据。

显效：头痛、眩晕、耳鸣、失眠、烦躁、腰膝酸软等诸症消失，舒张压及收缩压均恢复正常者；有效：主症明显减轻，舒张压及收缩压较治疗前下降，但未达到正常者；无效：一疗程后，主症无改善，血压未下降者。

治疗结果

两组的治疗结果均是在一疗程结束时进行统计的。

一、治疗前后两组血压均值见表 1。

二、两组治疗结果见表 2。

表 1　　治疗前后两组血压均值对照表

类　别	例数	疗程	治疗前血压均值(毫米汞柱)	治疗后血压均值(毫米汞柱)
按摩组	30	1	179.5±12.5/105±11.5	142.5±10.5/80.5±11.5
对照组	30	1	178.5±13.5/104±12.5	145±11.5/88.5±10.5

表 2　　两组治疗结果对照表

类　别	显效(%)例	有效(%)例	无效(%)例	总有效率%
按摩组	18 例占 60%	9 例占 30%	3 例占 10%	90%
对照组	15 例占 50%	12 例占 40%	3 例占 10%	90%

典型病例

〔1〕王××，女，49 岁，工人，1989 年 10 月 5 日初诊。病例号 1989.996。患者 4 年来常感两颞胀痛伴眩晕、耳鸣、烦躁、五心烦热、口苦咽干、腰膝酸软等。经山西省人民医院诊为 I 期高血压病。查其三日内平均血压为 185.5/115 毫米汞柱，舌红，苔少，脉弦数。症属肝肾阴虚、肝阳偏亢。按上按摩方法治

一疗程，其诸症消失，血压下降为 135.5/88.5 毫米汞柱。

〔2〕郭××，男，12 岁，农民，1991 年 9 月初诊，病例号 1991.996。病人 6 年来常觉额顶部沉重、胀痛伴弦晕、纳少、失眠、全身无力等。经山西省中医研究所诊为 I 期高血压病。三日内平均血压 135/113.5 毫米汞柱。舌苔白腻，脉眩滑。症属痰浊中阻，用上按摩法配揉、点脾俞、丰隆穴治疗一疗程，其诸症消失。血压下降为 138.5/89 毫米汞柱。

〔3〕车××，男，43 岁，干部，1991 年 10 月 15 日初诊，病例号 1991.999。病人近 1 年来常觉头痛、眩晕，劳累后更甚。伴耳鸣、心悸、失眠、腰膝酸软、畏寒肢冷等。经 264 医院诊为 I 期高血压病。查三日内平均血压为 179/110 毫米汞柱，舌淡、苔胖嫩、脉沉迟。症属肾阳虚弱，用上法配擦腰部。治一疗程，其诸症消失。血压下降为 138/87 毫米汞柱。

讨论

原发性高血压病。病人血压的高低是估价其病情轻重的主要客观指标之一。从本文阶段性治疗的结果来看，按摩组与对照组的近期疗效无显著性差异。本文 6 例无效者，其中有 5 例为 III 期高血压病（按摩组 2 例。对照组 3 例），说明按摩及口服复方降压片均对 III 期高血压病疗效较差。此外，按摩组 30 例中，尚未发现有任何副作用。可见按摩疗法对 I、II 期高血压病具有较好的近期降压作用。因此笔者认为按摩疗法是治疗原发性高血压病的一种安全有效的方法，值得进一步研究探讨。

原发性高血压病属中医之头痛、眩晕等病症的范畴，按中医辨证可将其分为阴虚阳亢、阴阳两虚及痰浊中阻等症型。但其主要病机为肝肾阴虚即肝阳偏。亢故宜滋阴潜阳。调和阴阳为其根本治法。督脉总督一身之阳经。任脉总任一身之阴

经，并与督脉首尾相连。同时头部为诸阳之会，而手足则为手足三阳及三阴经起至交接之处，故在任督二脉走行部位、头及手足部按摩能激发经络的调节功能，调和阴阳以达"阴平阳秘"之目的。而顺背腰部膀胱经、肝肾经按摩，选取小腿部肝肾之俞、募原穴以及按摩百会、风池、曲池、内关、三阴交、涌泉穴，则有滋阴潜阳、平衡阴阳之功。总之，按摩属中医外治法之一，用手法作用于相应的经络穴位，可以通过经络系统的感应传导作用以激发经络的调节机能，通其经络，和其气血，调其阴阳，使阴阳归于平衡，脏腑趋于和调，从而达到治疗本病之目的。

结语

原发性高血压病经按摩治疗后，其近期疗效较好，但远期疗效及作用机制如何，还有待进一步研究探讨。

手法治疗“腰椎间盘突出症”

山西省针灸研究所　朱希烈

腰椎间盘突出症是一切颈肩腰腿痛疾患中痛苦最大，治疗较困难的一种常见病、多发病。

手法旋转复位加点穴按摩治疗本病，不受条件限制、无须任何设备、简、便、廉、效的特点，往往有立杆见影之效。

手法：

1、旋转复位法：

患者端坐无靠背方凳上，两腿分开与肩等宽。医生坐在患者背后，以左旋型棘突向右偏歪为例，首先以双拇指触诊法查明偏歪的棘突，医生以右手自患者右腋下伸向前，掌部压于患者颈后，拇指向下，余四指扶持左颈部（患者稍低头）同时嘱病人双脚踏地，臀部正坐不准移动，身体放松，双臂自然垂下不能扶按它处，助手面对病人站立以双腿夹住病人左大腿，双手压住左大腿根部，医生左手拇指扣住偏向左侧之棘突，然后医生右手拉患者颈部使身体前屈 60～70 度，继续慢慢向右侧弯（尽量大于 45 度），在最大侧弯位医生右上肢搬病人躯干向右后内侧旋转，同时左手拇指顺向左上方顶推棘突，立即可觉指下椎体轻微移动，往往伴随“喀噔”一声。之后，让患者正坐弯腰 45 度，双手拇指从上到下棘上韧带理顺，同时松动腰肌。最后，一手拇指从上到下反复检查偏歪棘突是否已拨正，上下棘间隙是否等宽。如有异常，以上法从做一遍。

右旋型棘突向左偏歪者，医生扶持病人肢体及牵引方向

相反，方法相同。

2、点穴按摩法：

旋转复位偏歪棘突之后，让患者俯卧在床上，枕头垫在前胸部，两臂抱住枕头，使上身卧平，两腿并拢伸直，用小枕将双脚脖垫起。医者先以肘尖顶压患者殷门穴部位，由轻到重，压力以患者能忍耐为度，女性患者宜轻，压按 2 分钟，再换压另一条腿的殷门穴部位 2 分钟。而后，以双手拇指分别推按其双腿承山穴部位，从上向下推，力量由轻到重，反复推按 30～50 次，接着用双拇指分别捏按其双足腰痛穴（在足跟前外侧），用力捏按 10～20 次，再以双拇指揉按其双涌泉穴（顺时针方向揉按）30～50 次。然后以双手拇指点按背部“华佗侠脊”7～10 遍，再以双手掌部自患者与臀部推按至足踝部 20～30 遍，最后以拇食二指对捏足跟之太溪、昆仑二穴 5～7 遍，前后再以双手捏拿患者大腿到小腿肌肉 5～7 遍，接着以手掌小指侧扣打患者腿部肌肉 5～7 遍，最后以右手握住患者脚脖背屈 5～7 次。

典型病例：

吕某，女，48 岁，教师。10 年前曾扭伤腰部，间断性腰痛每年几度发生。此次腰痛伴右下肢放射痛两个月。

因汗出受风突发右腿串痛未曾介意，第二天起床后腰痛不能直立，三日后腰腿串痛加剧致使卧床不起，翻身都极困难。一周后就医，CT 片显示：$L_{4\sim5}$椎间盘突出（中心型），意做手术，本人畏于手术，于 1991 年 7 月 11 来诊。

检查：腰部侧弯凸向右侧，腰部活动受限。压颈试验（＋），搬颈压胸试验（＋），咳嗽征（＋），直腿抬高试验左 60 度，右 15 度。

双拇指触诊检查：腰 4 椎棘突偏右，腰 3～4 椎棘间隙大

于腰 4～5 椎棘间隙，腰 4～5 椎棘突右侧旁放射性压痛(+)。X 线平面显示脊椎侧弯，腰 4～5 椎间隙右宽左窄，后宽前窄。诊断为：腰 4～5 椎间盘突出症(中心型)。

治疗：第一次旋转复位后，腰肌痉挛和腰腿串痛均减轻，当即腰部活动受限，直腿抬高试验左 80 度，右 10 度。经过三次手法，一次梨状肌封闭，局部贴伤科膏(家传方)，内服中药 10 剂，每日点穴按摩 1 次，第 12 日腰腿串痛消失，唯右足小指麻木，卧床休息三周痊愈。1992 年 2 月 5 日随访，近半年来，洗衣、久坐，劳累均未感腰腿不舒。

小结：

手法治疗腰椎间盘突出症不受条件限制，无须任何器械设备，简、便、廉、效。

施行手法的关键在于正确的诊断，本病 100%均有不同程度的腰椎棘突偏歪，摸准偏歪的棘突，是复位成功的要害。手法宜缓慢轻巧，避免粗暴的旋扭。

复位后的椎体在 3～5 日内可能有再错位应及时复正。复拉后充分卧床休息是重要的一环，不容忽视。

在解除腰腿疼痛后，矫正腰椎的生理曲度是防止本病复发的主要因素。

久病患者，须配合内服中药，外贴膏药(家传方)，针灸，电疗综合治疗。局部贴膏药对破裂纤维环的修复及神经根炎症的消除、局部软组织粘连的松解均有特殊作用。

手法按摩治疗耳鸣

山西省盲人中级卫校　胡振彪

耳鸣是耳科疾病中一种常见症状，分客观性耳鸣和主观性耳鸣两大类。客观性耳鸣一般由于一些其它部位客观疾病所致，多随着这些客观疾病的痊愈而消失。主观性耳鸣则多由噪音、振荡、药物中毒，中耳及内耳的病变，以及内分泌失调等诸多因素引起，往往连续服用中药和西药也很难奏效。由于耳鸣时无刻不在缠绕着患者，因此患者感到十分痛苦与烦恼。

为了解除患者的痛苦，笔者近二年来采用按摩手法对五例由于躁音所致的耳鸣患者进行了试探性的治疗，其效果颇为满意。现介绍如下：

五例患者三例因受到剧烈的炮声震荡所致，二例为持续的锣鼓声所造成，他们均接受过山医二院、省人民医院、省中医研究所等大医院耳鼻喉科的检查和治疗，均未有明显疗效，据其检查结果都提示有不同程度的鼓膜塌陷现象。五例患者中年龄最小者三十岁，最大者六十一岁，其中四例为男性，一例为女性。他们分别接受到十五次按摩治疗后，均先后获得痊愈，治愈率为百分之百。

具体操作手法如下：

一、揉按法　患者端坐一方凳上，术者坐或站于患者的背后，先用手固定患者头顶部，另一手拇指自上而下反复揉按耳后乳突部约三分钟。

二、捋推揉捏法　术者一手食，中二指抵于患者耳背前

方，再以拇指在耳背后方自上而下或由里向外捋推耳背五到六遍。然后采用三指揉捏法揉捏耳背约一分钟。

三、揉按抖颤法　（鸣天鼓法），术者以食指或中指指尖抵于外耳道口上，先使用揉按法约一分钟，然后再使用抖颤法半分钟。抖颤停止后迅速以另一手食指或中指轻快地弹击施术的手指，使患者感到如同敲鼓的声音。然后迅速将双手撤开。用手掌由后向前按压并抖颤耳廓半分钟。

四、点穴法　揉点耳门，听宫，听会，下关，上关，翳风，完骨，风池，外关，阳陵泉等穴。

五、捏鼻鼓气揿提法　嘱患者先深吸一口气，闭紧口唇，捏紧双鼻孔，然后用力向鼻孔外运气（要使患者鼓膜有发胀的感觉）；与此同时，术者捏住患者的耳轻轻向外上牵动，如此反复五到六遍。

六、搔散法和干梳头法　在头顶施以搔散法和干梳头法，最后以拿肩和叩打背部而结束。

手法结束后多数患者即感到头脑清醒，耳鸣停止。

典型病例：马×，男，三十二岁，已婚，太原第五轧钢厂工人，现住太钢职工宿舍。

主诉九零年三月五日上午，因其正在院内专心干活，不料从身后院上飞下一纸炮，正落至肩上而爆炸，自此耳聋并伴有耳鸣，后经山医二院、太钢公司医院耳鼻喉科检查和治疗后，效果不佳，后经人介绍来我院治疗企图一试，随即采用上述手法进行治疗，一次后患者当即感到耳聋耳鸣停止，头脑清醒，但次日清晨又有轻度耳鸣，后来又连续按摩四次，症状完全消失而痊愈，一年后随访未复发。

手法机理探讨与分析

从以上五例病例来看，由剧响所致耳鸣，多伴有鼓膜的塌

陷。说明耳鸣的产生与鼓膜的塌陷有着直接的关系，因此要治疗此种耳鸣必须先从治疗鼓膜塌陷开始，要治疗鼓膜塌陷，首先要搞清鼓膜塌陷的原因。分析其原因，可能有以下二个方面一是在声波的猛烈撞击下未能及时预防，另一则是鼓膜本身在解剖结构上存在着薄弱之处所致，鼓膜分上部的疏松部和下部的紧张部，紧张部由三层组织构成，即外层的皮肤，内层的粘膜，和中间的一层结缔组织，而疏松部则由外层的皮肤及内层的粘膜二层组织所构成，当外来声波猛烈撞击时，如未能及时掩耳或张口，即可能造成疏松部的塌陷而出现耳聋和耳鸣。

采用揉按捋推点穴等方法都可以直接或间接地改善鼓膜周围的血液循环、促进病损鼓膜的恢复。而捏鼻鼓气揪提法则是直接使鼓膜复平的重要手法。当病人闭嘴捏鼻向鼻孔外运气时，气流不得从鼻孔外出，而可以通过咽鼓管逆流到中耳内，造成中耳内压增高，中耳内压增高即可以促使凹陷鼓膜的复平。另一方面由于鼓膜的外层组织与外耳道皮肤相延续，我们采用揪提牵动耳廓的方法即可以通过对外耳道皮肤的牵拉作用以达促使鼓膜复平的目的。鼓膜塌陷一旦纠正，耳鸣则自然消失。

从中医的角度讲，此种由剧烈燥音所致的突发性耳鸣属于""爆发耳聋耳鸣"的范畴。其发病机理是：在外力作用下致使耳窍内经络阻滞不通，气血运行受阻，从而导致耳的功能障碍。我们采用耳廓周围的穴位和一些特定手法，即可达到疏通耳内经络，促进耳内气血运行的目的，加上三焦经以及胆经等都有经脉的分支贯注于耳。因此，远道取外关，阳陵泉等穴位也有助于耳内气血运行的畅通，耳窍内气血运行畅通，耳鸣自然消失。

以上以为笔者的一些粗浅认识，不妥之外，还望同道们给予指正。

针刺治疗皮质盲 23 例疗效体会

临汾地区医院针灸科　金荣

皮质盲是小儿时期神经系统疾病最易并发或后遗的一种病症，而西医治疗较为困难，常常给患儿造成终身失明，影响儿童的身心发育，对家庭和社会带来不幸。我科从一九七九年至一九九一年十二月，共治疗皮质盲 23 例，取得较满意的效果。

一般资料

23 例皮质盲中，男性 13 例，女性 10 例，年龄最大的五岁，最小的十个月。原发病中，病毒性脑炎后遗症者 14 例，结核性脑膜炎造成失明者 6 例，中毒性脑病造成失明者 3 例。

临床表现以失明为主，神志清楚如常人，眼科检查，无光感，眼底检查无异常，说明视中枢受到损伤。

治疗方法

取穴：以头针的视区，体针的行间、光明穴为主，每次必扎，配穴：风池、合谷、太阳、太冲、攒竹、承泣，每次选 1—2 穴。

针法：用 28 号或 30 号 2 寸长的毫针刺入头皮下，感觉有紧感为度，视区用 BR

7A 型电针麻机通电，留针 15 分钟，同时用 1 寸或 1.5 寸针，针刺光明穴行间穴及配穴，间断性手法捻转。

疗效标准和结果

视力完全恢复为痊愈，视力在 10 米以内能看见或视物模糊有光感者为有效，经治疗无光感者为无效。

治疗结果本组23例中，治愈者11例，占47.8%有效者9例，无效者3例，占13%，有效率87%。

典型病例

患儿张××，男，五岁，原发病治愈后，患儿神志清楚，四肢活动正常，双目失明，无光感，针刺头针的视区（用电针），体针的光明穴、行间穴，配风池和合谷穴、针四次后就有光感，针第六次后能视物但模糊，针第七次后即可视物清楚，八次后完全恢复正常，又针一次巩固疗效。

体会

视区是和大脑视觉中枢（枕叶）相对应，是治疗皮质盲的要穴。因肝开窍于目，取肝经行间穴，少阳、阳明、太阳经脉均循行目部。光明，风池为胆经穴、肝胆表里关系，治目疾有很好的疗效。《内经五脏生成篇》说：诸脉皆属于目，目得血而能视。”故配阳明经（血多气多）的合谷穴，调节经气。诸穴配合治疗皮质盲、方法简单，安全可行，患儿痛苦小，通过临床治疗观察，效果很满意。

治疗中，凡属原发病较重的，病程长的，皮质盲恢复差。所以在原发病发热已退，神志清楚而视物不清或失明的，就可进行针刺治疗，通过23例病人观察，针刺治疗的越早效果就越好。

临床误针剧痛晕厥之急救

中国山西国际针灸按摩医学中心　崔懋功

近年来，随着世界"针灸热"的崛起，针灸成了人们防病治病的一件宝。似乎谁也能拿起针来扎几下，可是由于选择使用针具不当和忽视了临床取穴及针刺手法操作的严谨，造成失误影响健康的不是没有。这里就日本针灸界和有关资料报道，将临床误针剧痛晕厥之急救一法，列后供诸位参考。

神阙：误针则睾丸剧痛，以急针命门救之。

横骨：误针则尿闭以急针涌泉救之。

水分：误针则发生水肿胀满宜天枢、肓俞救之。

气冲：误针发生疝气坠胀，宜针丰隆以救。

血海：针刺过深易生晕倒，应立刻出针，以足三里救之。

冀门：误针发生足部运动不自由，或大便秘结宜针腹哀以救之。

灵台：误针后发生手足不调不能做复杂运动，以委中救之。

神道：误刺发生晕厥而死，可急针长强以救之。

颅息：误刺则耳鸣耳痛，急针阳池以救之。

角孙：误刺易引起脑充血而晕厥，宜急刺三阳络以救之。

承泣：误刺则眼失明宜急针内庭以救之。若误针日定不动时宜用极小艾灸听宫一壮即可恢复正常。

脑户：误刺则头痛宜急针百会救之。

哑门：误刺易即晕阙如死，宜速针水沟以救之。

囟会：误刺则晕倒宜急针风门救之。

神庭：误刺则发狂宜急针脊中以救之。

络却：误针则音哑宜急针至阴救之。

玉枕：误针则生黄水疮，宜针天池、委中以医治。

膻中：误深刺则晕厥宜天突救之。

鸠尾：误深刺则呃逆气促、心悸宜急针中脘以救之。

手三里：误刺过深刺穿桡动脉则出血不止，宜用消毒棉急压针孔，且臂上举并刺阳溪以救之。

青灵：误刺则胞中烦闷作痛宜急针神门以救之。

三阳络：误刺则呕吐泄泻，脉搏不振，宜针足三里或三阴交以救之。

吊线穴为主治疗面瘫200例经验介绍

山西省榆次市第一人民医院　李文斌

面瘫是临床常见病，俗称口眼歪斜病，或称吊线风。西医称面神经麻痹病。主症以患侧眼斜口歪，眼睑闭合不全，口角下垂，鼻唇沟变浅或平坦，额纹变浅或消失，口角流涎水伴口腔存饭，面肌不能随意运动为主要症状。多年来为提高治疗面瘫的疗效，缩短疗程，我寻找治疗面瘫的优选方法。以吊线穴为治该病的主要穴位，治疗了200例，效果满意，兹介绍如下：

一般资料

从1980年1月—1988年12月共治疗200例。其中男117例，女83例；左面瘫113例，右面瘫87例；完全性面瘫45例，不完全性面瘫155例；年龄最大80岁，最小4岁，病程长者21年，短者2天，痊愈185例，显效14例。多数在15天以内，全部经中西医两套诊法，确诊为面瘫（颜面神经麻痹）。

治疗方法

（一）取穴：主穴：吊线穴——吊线穴为口角内肌平行于牙齿的经络线（或称神经线）

解剖部位：口腔内颊粘膜上，相当于第二双尖牙至第三臼牙之间平行处。（由经验所得）口向左歪，此线在右面，口向右歪，此线在左面，患者口内出现如纸绳粗一条白线或红线即是此穴。

配穴：地仓透禾髎，地仓透承浆穴。如眼斜配阳白穴，攒竹透丝竹空，睛明穴。

加减穴：(1)体弱者配足三里，(2)头痛者配风池穴，太阳穴，(3)患侧面部及耳后肿痛者配翳风穴。

(二)具体操作

(1)对吊线穴的刺法，酒精棉球常规消毒，用三棱针对准此线强刺出血，每隔 0.5—10 厘米排列点刺数针，以出血为度。或者用三棱针对吊线穴划刺，以及平行吊线穴的上下，从后向前划刺刺几行也可。

(2)手法：(1)主要穴用泻法。(2)针刺配穴时要用平补平泻。体弱者用补法。(3)刺后对于患侧面肌，眼睑周围、口角、眉头、眉梢、额颊部位，用手进行柔按、摩擦，务使局部皮肤发热为度。

(3)每日针刺一次或隔日一次，12 次为一疗程。

治疗效果

(一)疗效评定标准

(1)在治疗两个疗程内，口眼歪斜已纠正，面部表情恢复正常，无自觉症状者为痊愈。

(2)面部表情基本恢复正常，讲话或笑时，口角微现歪斜者为显效。

(3)治疗后，面部表情及自觉症状无改善者为无效。

(二)，本组 200 例，经用上法治疗痊愈 186 例。显效 11 例，有效率为 100%，痊愈率为 93%，疗程最短 8 天，最长 5 个疗程。

面瘫疗效统计表

总　数	痊　愈	显　效	好　转	无　效	总有效率
200	186(0.93)	14(0.07)			100%

典型病例：

例一，马××，男，31岁，1987年8月27日初诊。榆次市汽修厂工人。

主诉：口眼歪斜五天，今日加重。

现病史，五天前，夜晚，醉酒，开窗，睡卧受风，晨起洗脸自觉右颜面麻木不适，吃饭时右侧口腔存饭，漱牙时右口角漏水，右眼闭合不严，即在本厂卫生室针刺兼服中药，治疗五天，效不显著，故来本院求治。

望：右侧口眼歪斜，右眼闭合不全，眼裂增大如韭叶，皱眉时右额纹消失，右鼻唇沟变浅，鼓腮不灵，舌质淡红，苔卜白。

闻：说话漏风，不流利。

切：两脉浮缓略弦。

脉证合参，诊为右面瘫（风寒型）

治宜：解表祛风散寒牵正。

主穴：吊线穴

配穴：地仓透禾　，地仓透承浆，阳白穴，睛明穴。

手法：主穴点刺放血，配穴，平补平泻，针行30分钟，转捻一次，均患侧。

8月28日二诊：口眼歪斜稍纠正，面部牵拉感已松动，尚有耳后疼痛。

8月29日三诊，右眼能自行闭合，皱眉时额纹出现，鼻唇沟恢复，口歪斜大减轻，耳后疼痛已止。采用前法。

9月1日六诊，口眼歪斜基本纠正，患者面部如常人，能鼓腮、吹口哨，但感右侧面部肌肉不如左侧有力。上方加足三里(左侧)。

手法用补法。

9月3日，共针八次，口眼歪斜已获痊愈。

讨论：

1、根据古今及国内外文献报导，针灸治疗面瘫疗效肯定而优于其他方法，本文总结了200例，治愈86例，治愈率占93%。

2、针灸治疗面瘫的穴位很多，我根据多年的临床经验，优选了以吊线穴为主，加上配穴针灸，统计结果证明，疗效满意。

3、祖国医学认为，面部经脉循行与手足三阳经和三阴经、任、督二脉有关。面瘫初期以阳经为主，治宜疏通经络，祛风散邪。面瘫日久效不佳者，与足三阴经有关，治宜健脾养肌、活血通络，兼有面肌抽动者，宜补肾柔肝熄风止痉，在临证上，辨证选穴配方，可提高疗效。大大缩短疗程，促使面瘫速愈。

4、临床观察，病程短者，见效快，疗效好，病程长者，超过二个月者见效慢，在15—30天以内者，一般疗效均好。

5、疗程与性别、年龄据初步观察，似乎未见明显差别。

小结

1、本文总结了以吊线穴为主，治疗面瘫200例，疗效较高，且简便易行，经济而又无副作用，可作为治疗本病的首选方法。

2、吊线穴治疗面瘫的机理，笔者正在探讨并附有病例，做为临床参考。

运用补泻手法举隅

临汾地区卫校　王　凯
临汾市二院　张晨鹰

补泻手法是针灸的重要组成部分，我们在针灸临床中于辨证的基础上运用补泻手法，起到了事半功倍的效果。

一、近补远泻治疗三叉神经痛

患者王××，男，29岁，工人，临汾市人。1989年10月11日初诊。自诉右侧面部至侧头部疼痛3年，疼痛从耳前开始，经太阳穴穴处上向后，至整个侧头部，每日凌晨5时左右发作，持续4——5小时自行缓解，曾在北京、西安、太原等地诊断为原发性三叉神经痛，中西药治疗无效，并在当地针灸50余次疼痛仍不减。我们采用近补远泻法治疗，即补太阳、下关、阳白、百会、泻合谷。第一次针后疼痛时间推后、持续时间逐渐缩短，针第七次后疼痛消失，又针五次巩固疗效，随访二年无复发。

按：古人云"最虚之外，便是客邪之地"。患者颜面局部虚弱，病邪流经其处与气血凝滞，经络阻塞，"不通则痛"。"盛则泻之、虚则补之"，而"近补"可使其邪无处可留，"远泻"可使其邪疏散、经络畅通，岂有不效之理？

二、补土泻木治疗顽固性呃逆

患者马××，男，22岁，太原市人，干部。1991年12月10日初诊。自诉呃逆2年，晨起较轻，午后加重，晚间呃声频作、日复一日从未间断，多方医治无效。我们采用补足三里、泻太冲与平补平泻内关针一次，进针得气后则呃声停止，但晚间又

偶有呃逆，第二天仍用上法一次而痊愈。

按：顽固性呃逆多为肝木旺盛、横逆克犯脾土，胃气不降，反而上逆所致。补三里可健脾和胃，泻太冲可平肝降逆，针内关以利胸胁，这样补泻分明、标本兼治，取效则水到渠成也。

三、平补平泻治疗视神经萎缩

患者张××，女，32岁，农民，定襄县人。自诉14年前因患脑瘤、脑积水经省城某大医院作抽积水等对症处理后出院，嘱家属准备后事。回家后全身状状况尚可，视力急剧下降，左眼失明，右眼仅能模糊看到人影。经省人民医院诊断为视神经萎缩。查：语言清晰、反应较迟钝，左眼光感消失，右眼看物约2—3寸。选睛明、承泣、太阳、风池、合谷，采用平补平泻法。针后右眼视力马上提高到1.5米左右。第二天右眼视力降至0.5米，针后仍提高到1.5米左右，自觉周围明显亮堂了。第三天视力稳定前日效果，又针一次而归。

按：视神经萎缩属祖国医学"青盲"的范围，为局部气血虚弱，目失所养所致。而上述穴位均可疏通眼周之经气，经曰"五脏六腑之精皆上注于目"，但"诸脉者皆属于目"，眼周血管较为丰富，因此针刺时大幅度的捻转提插均不适宜，故这里只采用微捻缓进，平补平泻之法，既治疗了痼疾，又对"精明"无损伤之弊。

讨论：1、中医学的特点之一是辨证施治，而针灸学的治疗原则是"虚则补之"。"实则泻之""不虚不实以经取之"何以知虚、实及不虚不实呢？这就需辨证。因此，辨证是针刺补泻的基础，而针刺补泻则是根据辨证结果治疗疾病的重要手段。

2、正确地运用补泻手法既可提高疗效，又可减轻病 人痛苦。

3、通过手法来补偏救弊治疗疾病，这亦是针灸学的一大

特点。在中药处方中，将性质相反的药物同用往往使总体效应难以保持原药物各自的效果，而针灸将补泻手法有机结合，则相辅相成，能获得更佳的效果。

耳穴压籽促进儿童生长发育

长治第二医院　张跃平　李翠珍

笔者根据我国国策，控制人口数量，提高人口素质，实行优生、优育，人们普遍认为身体长高为优，为此，对于 40 例儿童生长进行了临床观察，收到了较满意的效果，现报到如下。

一、临床资料

40 例儿童均为 6 周岁，生长在城市，生活水平相当，营养状况一般，男性占 10 例，女性占 30 例，按高低依次排队，单数为一组，双数为一组，分别为对照组，治疗组。

二、治疗方法

取穴：垂体为主穴，颈、胰、膝为配穴，根据不同情况加脾穴、小肠穴

操作：常规消毒，取 0.6cm 见方胶布，粘王不留行　一粒，按压在穴位上，嘱父母在睡觉前每穴揉压一次，耐受为度，三天更换一次 30 天为一疗程，间隔十天，再行第二疗程，三个疗程结束，休息十天，测量身高，观察疗效。

三、治疗结果

治疗前后均以国家身高体重称测量，脱鞋去帽，立正姿势，观察结果见下表：

治疗组与对照组儿童身高比较长（厘米）

治疗组					对照组				
编号	治疗前	治疗后	差数(x_1)	x_1^2	编号	对照前	对照后	差数(x_2)	x_2^2
1	109	110	1	1	1	110	112	2	4
2	109	110	1	1	2	109	110	1	1
3	108	111	3	9	3	108	110	2	4
4	108	111	3	9	4	108	111	3	9
5	107	111	4	16	5	107	111	4	16
6	107	111	4	16	6	106	109	2	4
7	106	110	4	6	7	106	108	2	4
8	105	109	4	16	8	105	107	2	4
9	105	108	3	9	9	105	106	1	1
10	104	108	4	16	10	104	106	2	4
11	104	107	3	9	11	104	106	2	4
12	104	108	4	16	12	104	105	1	1
13	103	107	4	16	13	103	105	2	4
14	103	106	3	9	14	103	104	1	1
15	102	105	3	9	15	102	104	2	4
16	101	106	5	25	16	101	103	2	4
17	101	104	3	9	17	101	102	1	1
18	100	105	5	25	18	100	103	3	9
19	100	104	4	16	19	100	102	2	4
20	100	103	3	9	20	100	101	1	1
	2086	2154	$\Sigma X_1=68$	$\Sigma X_1^2=252$		2087	2125	$\Sigma X_2=38$	$\Sigma X_2^2=84$

经统计学处理，查 t 表，$t_{0.01}(38)=3551$　现在 $t=4.9757$

$>t_{0.01}$ $\leqslant 0.01$，故两组比较有显著性差异。

五、典型病例

张××，女，6岁，系长治市第二人民医院，发育一般，营养良好，身高100cm，经三个程后，身高105cm。

郭××，女，6岁，系长治市友谊学校，精神良好，营养良好，因父母个子矮，担心孩子长不高，故求治，身高100cm，治疗三个疗程，测量身高为104cm。

刘×，男，6岁，系长治市二中人。患者食欲欠佳，精神一般，身高107cm，治疗一疗程食欲增强，精神活泼，三疗程后，身高111cm。

六、体会

耳垂体穴在王不留行压迫刺激下，可以通过经络感传活跃脑垂体功能，促进分泌生长激素，促进机体生长发育代谢，加速蛋白质合成，使长骨不断生长。再配耳穴，颈是甲状腺所在部位，甲状腺素是机体生长发育和成熟的一个重要因素，两穴互相加强其功能，从而促使身体长高。笔者认为，儿童时代，耳穴压籽，无副作用，价格低廉，适合作为儿童生长发育辅助治疗，对于改善中华儿女的体质，提高人口素质，具有必要的意义，是符合我国基本国策，现在笔者临床经验还不充分，只能起到抛砖引玉之作用，望读者多提宝贵意见。

牵引治疗椎间盘突出症体会

030012　山西省中医研究所　谌志刚　薛卫国

1，手法牵引适用于不能机械牵引，患腰椎间盘突出或急性腰痛，腰椎滑膜嵌顿等病症，尤其适用于老年人。牵引采用俯卧，助手将患者肩部紧紧固定，术者双手握住患者的踝部，身体后仰对躯干施加牵引、力量为抖动式，在牵引到最大限度，对腰骶部进行一下推动，可使小的椎间盘突出还纳。这样需二个助手。另一种为患者坐矮凳，术者站在背后双手将患者由腋下搂住，然后伸在髋、膝关节，将患者抱起，使其臀部离开坐凳可借骨盆和下肢的重量对腰椎牵引，其它还有悬门框牵引，挺立直腰牵引、后背牵引等均可达到治疗效果。

2、机械牵引，是使用计量，利用外力作躯干的纵向牵引，加大椎间隙的距离，减轻间隙压力以利于髓核的回纳，缓解症状达到治疗目的。这种方法是目前最流行的牵引，各地有许多种牵引床，其功能和精密度有所不同，但大同小异，均根据背伸牵引的原理采取不同形式，有偏卧、仰卧、倒立式、踝部固定牵引等。这些牵引对任何骶部、腰背部、腰椎间盘突出引起的下肢疼痛、麻木都有效。在使用不当时，可加重病情，由于诊断不明确以腰椎结核、肿瘤等禁忌症施行牵引可造成危害，对急性腰痛等牵引出现不良后果。

因而明确诊断，选择好牵引时间和力量大小是治疗椎间盘突出的关键问题，许多医生不能正确掌握牵引时间和重量，采用持续牵引，一牵就是 1—2 小时，甚至更多，而且重量越来

越大，可大至 100kg，不分病情的缓急与适应症给予牵引，病情逐渐加重，牵引后下床不能行走、疼能剧烈，严重者走来看病，抬着回去，使患者精神上承受极大痛苦。

临床上一般正确的牵引疗法对腰椎间盘突出症的治疗是行之有效的，如上所述情况，长时间牵引和超负荷的拉力，极易造成腰部诸肌和韧带的弹力疲劳，松驰无力，继而出现腰骶髂关节损伤和骶棘肌牵拉伤。症状可见局肿胀、腰骶部有明显的压痛，下肢屈伸困难，骶髂关节是微动关节，但在腰部，髋部活动时该关节在正常活动范围有辐度较小的上下、前后及额状轴的旋转活动，在牵引外力和内力持续牵引作用下可以发生异常活动。出现交错和交锁。相应韧带和肌肉发生损伤和张力异常、影响臀部诸肌，尤其对梨状肌的牵扯，直接影响到坐骨神经和该处通过的神经、血管、出现相应的临床症状。此时必须停止牵引，可以采用手法正复错动的骶髂关节、必要时可做封闭，待临床症状减轻或消失方可考虑继续牵引。否则，即使椎间盘突出回纳，造成的损伤性疼痛，腰肌紧张性痉挛，可使腰部的外平衡失调，难于稳定腰椎的正常曲线，形成严重的侧弯畸形，不易恢复。我在接诊中这种现象是最突出的。因而在牵引时出现麻木、疼痛、胸闷、腰背不适等症状，可减少重量、缩短牵引时间，一般在急性发病期只需按摩和辅助治疗，待症状缓解后方可进行牵引治疗，总之牵引使患者感到舒适，又能忍受量理为准。

我在使用牵引床近十年，体会到牵引重量一般在 40—60kg 为最佳，重量大小要有伸缩性，牵引时间在 20—30 分钟即可，此法对任何组织无损伤，患者容易接受，无恐惧感，在固定牵引带时要注意，将上腹部与下腹部做为焦点，牵引时呈喇叭口，避免压迫胸部，女同志要特别注意不要压迫乳房。牵引

力由小到大，掌握好以上要求，随时观察病情，针对牵引时间做好选择，在治疗千例患者中，从未出现病情加重的病例。牵引后措施按摩手法，侧搬，旋转等，正复。服用中药制剂椎间盘突出胶囊可达到满意效果。

不同施针顺序对牙疼的疗效观察

太钢胜利桥医院针灸科　崔大成

不同的施针顺序对牙痛疗效的观察，目前国内尚未见有关报道。针灸临床人们多注意选穴和配穴，而忽视施针的顺序。临床发现，施针的顺序对针刺疗效有很大的影响。我们对1000例牙痛患者随机分为四组，取同样的俞穴部位而采取不同的施针顺序比较其疗效，现将观察结果和体会报告于下：

一、材料和方法

1、材料：1000例牙痛患者均由龋齿，牙髓炎、冠周炎等原因所致。病程最长者三周，最短者2天；年龄在20—60岁之间，男654人，女346人；按中医辨证分为胃火牙痛和肾虚牙痛两类。将1000例随机分为四组，分别称为A组，B组，C组，D组，每组250人。

2方法：采取局部取穴和远端取穴相配的原则。局部取下关，颊车，远端根据辨证，胃火牙痛取内庭，肾虚牙痛取太溪。进出针均施相应的补泻手法，留针半小时，留针期间每10分钟行针一次，其行针的顺序和进针顺序相同。四组的施针顺序如表：

施针	进针		出针	
顺序 / 组别	先	后	先	后
A 组	下关　颊车	内庭或太溪	下关　颊车	内庭或太溪
B 组	下关　颊车	内庭或太溪	内庭或太溪	下关　颊车
C 组	内庭或太溪	下关　颊车	内庭或太溪	下关　颊车
D 组	内庭或太溪	下关　颊车	下关　颊车	内庭或太溪

二、治疗结果

观察针刺后的即时止痛效果和起针后半小时内的疼痛情况。疗效判断分为三级，显效、有效和无效。针刺后疼痛即刻停止，起针后和半小时仍不疼痛者为显效；针刺后疼痛逐渐减轻，起针后疼痛消失，半小时内仍不疼痛者为有效；针刺后疼痛逐渐减轻，起针后仍有微痛，半小时内疼痛又发者为无效。治疗结果如下表：

疗效 / 组别	显效	有效	无效	总有效率
A 组	96	97	57	77.2%
B 组	57	91	102	59.2%
C 组	99	833	68	72.8%
D 组	184	57	9	96.4%

从上表看出，四组中 D 组疗效最高，B 组疗效最低，A 组 C 组介于两组之间。

三、讨论与体会

1、牙痛是针灸临床较常见的疾病之一。临床选穴大致相同，但其疗效则有很大差异。在采用不同的施针顺序治疗的牙痛患者中，D 组疗效最高，其施针顺序为：进针先远端后局部，出针先局部后远端；B 组的疗效最低，其施针顺序与 D 组相反。由此看来，施针顺序对疗效有很大的影响。临床体会到，进针的顺序对即时止痛影响较大，出针和留针的期间的行针顺序对针刺期间和出针后疗效的维持影响较大。所以说，施针的顺序是不可忽视的。施针顺序对其它疾病的影响，还有待进一步的临床观察。

2、针刺治疗牙痛，采用局部和远端相配合选穴，遵循一定的施针顺序有着很好的疗效。可能是通过针刺调整了身体内部的神经调节机能，针刺时在大脑形成的强信号区域抑制了牙痛刺激在大脑形成的信号区域。基于这种认识，其远端的刺激量一定要大于局部的刺激量。那么会有人认为，强刺激量的泻法，对于肾虚牙痛泻太深则相悖于中医“补虚泻实”的原则。

我认为刺激量是刺激强度和刺激时间所决定的。即刺激量＝刺激强度×刺激时间。对于肾虚牙痛的患者，则应采用延长刺激时间的手段来达到所需要的刺激量，刺激强度则不应过强。

3、针刺止痛的机理虽然已通过各种实验证实是人体内的阿片肽和5—羟色胺等止痛物质参与的结果。但这种止痛物质是否通过简单的针刺即可发挥作用。临床经验告诉我们，其止痛效果与所选的穴位、针刺的手法、施针的顺序有很大的关系。如何通过针刺来更好地调动体内的止痛物质，达到最佳的止痛效果，则是需要临床和针灸实验工作者相互配合解决的问题。

推拿治疗小儿厌食症
319例疗效观察

长治市中医研究所附属医院　李有宪

小儿厌食症临床极为常见。笔者根据中医对小儿“心肝常有余”“脾肺皆不足”“肾常虚”的生理病理观点，从1989年至今采用相应的推拿手法治疗本病319便，疗效满意，现将情况总结如下：

一、一般资料

319例中，男童115例，女童204例。年龄：9个月至1岁31例、1至3岁64例、3至7岁123例，7至10岁101例。病程最长9年、最短3个月，以6个月至1年者为多。

二、推拿方法及疗程：

以“二分、二补、二清、一摩、一捏”为主要手法：以7天为一疗程，一般治疗两个疗程。

二分：指分手阴阳与腹阴阳。分手阴阳：令患儿仰掌、医者以两食指固定患儿掌根之两侧，中指托住患儿手背，用拇指自掌根横纹中间向两旁分推100至200次。如症情偏热，多推阴池，偏寒、多推阳池。分腹阴阳：令患儿仰卧，医者以两手拇指沿足弓角边缘向两旁分推100至200次。

二补：指补脾土与补肾水。补脾土：医者以左手握住患儿之手，同时以拇食二指捏住患儿拇指使之微屈，再以右手拇指，自患拇指尖桡侧面推向指根100到400次。若脾胃积热应以直推为主。补肾水：医者以左手握住患儿之手，手掌向上，以右手拇指掌面从小指末节螺纹面向指根方向推100至300

次。

二清：指清肝经与清肺经。清肝经：医者以左手握住患儿之手，以右手拇指掌面自患儿食指根部向指尖方向直推 100 至 200 次。清肺经：医者以左手持患儿之手，以右手拇指掌面从无名指根部向指间直推 100 至 200 次。

一摩：为摩腹。患儿仰卧，医者用手掌在腹部以脐为中心，做环形摩擦，如证机偏实者顺时针方向操作、偏虚逆时针方向操作。

一捏：即捏脊。患儿俯卧，医者从尾骨尖至大椎方向捏三遍提一遍、反复操作 3 次，捏后再点按肾俞、胃俞、脾俞各 10 次。

以上是总的取穴原则及手法：根据辨证分型可选加其它穴位：

（一）、伤食：表现为起病急，有伤食史，除厌食外尚伴有呕吐、腹胀、腹痛，手足心发热或全身发热，便秘或泄泻酸臭、臭如败卵，舌苔厚腻，脉滑数，指纹紫红明显。除用上穴外还可选加：揉板门：医者以左手命名患儿掌面向上，暴露大鱼际部位，以右手中指端在患儿大指末节下 0.5 寸处作揉法。清胃经：医者以左手固定患儿之手，以右手拇指自大鱼际桡侧赤白肉际处从掌根推向大指根。运内八卦：医者以左手固定患儿之手、使掌心向上，以掌心为圆心，以圆心至中指横纹约 2/3 处为半径，自掌根小鱼际乾位顺时针向作运法。清大肠：医者以左手托住患儿之手、固定食指，以右手拇指自患儿食指桡侧面从虎口推向指尖。以上各穴操作量宜 100 至 200 次。

（二）、脾虚：表现为病程较长、面色少华，腹胀便溏、纳呆、舌淡、脉缓，指纹淡红。加推上关 200 次：医者以左手持患儿之手，以右手拇指或食中二指从患儿前臂桡侧自腕推向 肘。

（三）、胃阴不足：表现为纳呆胸闷喜饮、便秘、口干、舌红少苔，脉细数、指纹紫红。配用清天河水 100 至 200 次；医者以左手持患儿之手，使掌心向上、再以食中指面自腕横纹臂中央推向肘横纹。退六腑 100 到 200 次：医者以左手持患儿之手，以左手拇指或食中二指沿之侧自肘部推向腕部。

（四）、惊吓或抑郁：有惊吓史，地埋人事环境改变，受责于他人而出现睡眠不宁，惊惕易醒，夜多啼哭，郁郁寡欢，急躁易怒，舌根发青，舌红苔黄、脉弦数、指纹紫。可加清天河水 100 至 200 次。掐小天心 100 至 200 次：医者以左手持患儿之手，右手中指屈曲以指间关节在大小鱼际交接凹陷中掐。掐老龙 10 至 20 次，医者以左手持患儿之手，使中指背面向上，以右手拇指甲于患儿中指甲后一分处掐。

三、疗效判定：

治疗 1 至 2 疗程食量增加、食欲改善，体重增加为显效；食欲改善，食量增加为有效；治疗 2 个疗程后，食欲无改善，食量无增加为无效。

本文 319 例中显效 271 例占 85%、有效 18 例占 15%，无效 0 例。食欲改善食量增加情况为：治疗 1 至 2 次后改善者 64 例，占 20%，3 至 5 次后改善者 209 例，占 65.5%，6 次后食量增加者 46 例，占 14.5%。完成治疗后食量增加情况每月在 100 至 250 克之间。体重增加情况为：增加 0.3 至 0.4 公者 61 例，占 19.1%，0.5 至 1 公斤者 205 例，占 64.3%，1.1 至 1.5 公斤者 8 例占 2.5%总增重率为 85.9%，无体重增加或增加不明显者 45 例，占 14.1%。

四、典型病例

例一、潞城县石梁村郝氏之子，1 岁，1990 年 2 月 14 日初诊，住院号 5156。

患儿半月前因腹泻住进某县人民医院，经抗感染输液等疗法效果不明显，住院14天后转入我院治疗。入院后查：发育中等、营养差、精神萎靡、消瘦、面色淡黄、不求乳食，泄泻日8至10次，蛋花样便，腹胀，舌淡苔白，指纹淡红。诊断为脾虚纳呆泄泻。处方：分手阴阳重分阳池200次，补脾土200次，平肝100次，清肺经100次，补肾水200次，补大肠200次，运法内八卦100次，推三关200次，分腹阴阳150次，逆摩腹200次，推上七节骨200次，捏脊12遍。本病例未用其它任何疗法，施术1次后食欲改善奶量增加，腹胀减轻，2次后腹泻减为日3至4次，施术4次乳食恢复正常，已不腹泻，精神活跃，住院11天，每日施术1次，体重由原来的8公斤增至9.5公斤，面色红润，精神饱满，痊愈出院。

例二、长治医学院守陈氏之女，4岁，90年8月2日初诊。

母代述：原来在外祖母家哺养，2岁时来到父母身边，后纳食渐少，近半年来每餐必喂方可少食。查：发育中等，消瘦，舌根色青，便秘，急躁易怒，舌红少苔，脉弦数，体重11.5公斤，诊断为肝胃不和胃阴不足的厌食。处方：分手阴阳重分阴阳200次，补脾土200次，清肝水200次，清肺经200次补肾水200次。分腹阴阳200次，摩腹200次，揭小天心200次，捏脊12遍，每天施术1次，2天后食欲改善，食量增加，共治疗11次，体重增加1.3公斤，随访至今饮食旺盛。

五、讨论

遵《内经》"谨察阴阳所在而调之以平为期"的原则，以小儿"心肝常有余""脾肺皆不足""肾常虚"的理论作为依据，指导小儿推拿取穴治疗厌食证疗效满意，近期有效率100%。这是因为疾病由阴阳失调而致。小儿厌食症多无器质性病变，独生子女居多，这是由于饮食无竞争或娇宠而致任性、偏食、零

食、恣食损伤脾胃升清降浊运化功能，气机逆乱形成厌食，这除了教育家长合理喂养孩子之外，在推拿手法上首先注意分清降浊。分手阴阳可以平衡机体的总体阴阳、分腹阴阳可以改善脾胃升清降浊的功能，所以施术应从分阴阳开始。小儿在生理上脏腑娇嫩、形气未充，尤以肺脾肾三脏为突出，所以古人有"肾常虚""脾肺皆不足"之训，采取补脾土，补肾水的手法以补脾肾之不足。肺主人一身之气，贵在清虚，恶外邪干扰，故用清肺金手法，一则清金制木、脾不受邪；二则益水上源，以荫其肾；三则宣肃气机、行其治节。"强褓小儿体禀纯阳，可患热证居多"其疾之来势如奔马每易动风惊厥，故有"心肝常有余"之说，采用平肝木的手法。一则平肝木之亢、脾胃不受克伐、二则清肝木能泄心火、实则泻其子也。摩腹可健脾和胃、理气消食、分清别浊、温补下元，改善消化吸收功能。捏脊可以疏调五脏六腑、调和营卫气血，改善体质。在儿科推拿治疗保健中摩腹和捏脊是两种十分重要的手法。

在小儿厌食症推拿中，远端取穴和腹部取穴同等重要。因为内在的脏腑通过生物信息规律在体内都有其相应的反应部位，这就是推拿的穴位、在这些穴位上给予一定量的刺激可以使相应脏器的功能得以恢复而达到治疗目的。至于腹部取穴则较为直接地作用于胃肠器官、增强其机械蠕动，改善血液循环、使中枢神经系统对胃肠道的调节功能得以改善，把整个"懒惰"的消化系统振作起来，增强其消化吸收机能，而使食欲改善，食量增加，体重增加，抗病力增强，体质改善。

手法治疗失眠

037000　山西柴油机厂职工医院　王　谦

睡眠是人类生存，生活中极重要的组成部分，是维持人体正常生理功能，消除疲劳恢复体力的基本保证。

失眠症多与心、肝、脾及肾关系密切，当心、肝、脾及肾生化不息，调节有度，则神安志宁。如果饮食失调、阴虚火旺或暴怒，忧思失血、劳倦伤及脏腑，精血内耗、脏腑功能失调导致失眠。失眠即入睡困难或睡眠不实。失眠之症也谓不寐，顽固失眠现代医学称之为神经官能症或见于更年期综合症等。由于长期不眠，兼见头痛、头晕、心悸、无力、健忘等症，本病象把软刀子，直接影响着人体的健康及工作精力等。

我在临床中，对顽固性失眠的治疗取得较好的疗效、现不藏简陋、介绍如下：例一：

患者黄永生，男，43 岁，大同奶牛场干部，门诊号 68400，初诊 1989 年 12 月 11 日，自诉四年前因职称晋升考试复习用功过度导致失眠。每晚精神清晰，白天头晕目眩，曾经中西医多方治疗，调理不效，来我院治疗。

患者营养一般，面色焦黄少华，脉细微；

印象：阴虚火旺，心肾失调；

治则：调理阴阳，健脾安神；

手法：患者仰卧，术者坐于床头；

(1)一指禅点印堂一分钟，以拇指指腹从印堂沿眉弓平抹至两侧太阳穴六次，点太阳穴一分钟；

(2)拇指点压法，从上星穴沿督脉至百会穴交替压六次；

(3)指压法点耳后乳突下凹陷中一至二分，一指禅点双足三里。

术后患者自诉头部感到轻快。

二诊：自诉四年来第一次熟睡 5 小时。前法复使加点心俞、肝俞、肾俞，四诊后能熟睡 6—7 小时，精神逐渐饱满，轻手法巩固三次，共使手法 7 次痊愈，半年后随访，患者精神饱满，工作全勤。

例二：石兰英，女，48 岁，山西柴油机厂工人，门诊号 65051，初诊 1989 年 2 月 16 日，自诉因爱人五年前冠心病急逝受到刺激，一直饮食无味，睡眠不实，近年来彻夜不眠，心烦意乱，不思饮食，全身无力，不能上班。体重由 60 公斤降至 45 公斤。患者消瘦，面色憔悴，言语无力，舌淡苔薄，脉细弱。

印象：久忧伤脾、心阳不振、心脾两虚。

治则：通督壮阳，培补脾土。

手法：患者仰卧，术者立于床头

(1)一指禅点按印堂一分钟；

(2)双拇指交替点压上星至百会 6 次；

(3)患者坐姿，点肝俞、脾俞、足三里、每穴一分钟。

二诊，自诉虽然入睡，但睡眠不实，考虑病久，重复昨日手法(1)—(3)反复两次。六诊后精神大为好转，能熟睡 5 小时，共诊 10 次痊愈，3 个月后随访，再无失眠现象，体重增加 6 公斤。

例三，杨永红，女，34 岁，大同市机床厂工人，门诊号 70503，初诊 1991 年 8 月 26 日，自诉四年前生产，出血较多，满月后一直头晕，尔后睡眠一直不好，症见口干津少，面色少

华，头晕耳鸣，脉细数。

印象：阴虚火旺，阴阳失调；

治则：调和阴阳，养血安神；

手法：(1)患者俯卧位，暴露背部，一指禅点按双侧心俞、脾俞、肝俞、肾俞、、边点边揉，每穴一分钟，用手掌平推沿膀胱经心俞至肾俞 6 次；

(2)患者仰卧位，术者于床头一指禅点印堂穴，双太阳穴，双拇指交替按压上星穴至百会 6 次。

二诊：重复前面手法，症同前；

三诊自诉比以前好转，手法如前，加推桥弓穴。

四诊后自觉特想睡觉，脉象平和，轻手法巩固治疗两次痊愈，四个月后随访，睡眠一直很好，面色红润，体重增加 4.5 公斤。

体会

(1)顽固性失眠手法疏通督脉，调理阴阳是治疗的关键；

(2)手法实使指力刚柔相济，不可使暴力，或平擦皮肤是取效的保证；

(3)治疗顽固性失眠要做好器质性疾病的鉴别，必要时病因治疗；

(4)治疗中根据病因解除病人思想负担，是提高疗效的重要一环；

(5)手法治疗较药物治疗经济且无副作用，便于掌握，值得推广。

针刺治疗三叉神经痛重在手法

030012　山西省针灸研究所　王宝生

关键词：三叉神经痛、针刺、手法，气至病所

三叉神经痛是神经疼痛中较常见的顽固难治之症，其发病原因目前尚未完全明了。祖国医学称之为偏头风或脑风，有时归在面痛和偏头痛之内。一般由外感风寒或风火上炎阻滞脉络，或因肝肾阴虚，虚火上扰，或胃有实火，上攻头面。经脉气血运行不畅引起，不通则痛。现代医学大体分为原发性和继发性两种。原发性可有由于三叉神经后根处受异常血管压迫、牵拉或扭曲，影响或破坏了它对疼痛传入刺激的调整机制，每遇疲劳，受寒或精神刺激引起疼痛，继发性病变可能由于颅底肿瘤、脑干梗塞，多发性硬化、糖尿病、炎症等。直接累及三叉神经髓内，感觉传导通路受阻引起，三叉神经痛好发于中年以后，女性多见。

一、症状：三叉神经痛是以沿三叉神经分布区或呈阵发性、闪电样剧痛。其疼痛如刀割、电击、针刺、火灼样疼痛。常因刷牙、洗脸、讲话、吃饭等引起发作，疼痛时间大约数秒或数分钟。同时伴有病侧面颊部肌肉抽痛，流泪、流涕、流涎等现象，数秒、数分钟后自行缓解或消失，但往往反复发作，很少自愈。目前尚无一种特效方法治疗。近年来笔者采用针刺重在手法治疗收到较好疗效，总结如下。

二、体征和检查：

1、单侧发病：临床多表现为眉弓，前额疼痛，不敢触及，多

为第Ⅰ支发病。

2、如目下、唇上和面颊部剧烈疼痛，多为第Ⅱ支发病。

3、如面颊、唇下、下颌部疼痛，多为第Ⅲ支发病。

以上第Ⅰ—Ⅱ支疼痛，和Ⅱ—Ⅲ支疼痛多见；Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ支同时疼痛及两侧同时发病则少见。

三、治疗方法：

1、选穴：治疗中以局部取穴为主，必要时采用局部取穴和远距离取穴相结合。

近穴取：鱼腰、四白、下关、夹承浆。

远穴取：外关、合谷、太冲、内庭。

2、针刺手法：

第Ⅰ支疼，取鱼腰穴，用 1.5 寸，26 号毫针由上而下呈 30°角从鱼腰穴斜向下方刺入眶上孔内 0.3 至 0.5 寸左右，待局部有胀痛或触电样针感时，得气后轻轻捣刺 5 至 10 次，提插幅度要小，手法要轻，泻法，不留针。起针要慢，以防出血。

第Ⅰ支痛，取四白穴（外眼角与鼻尖连线中点）用 1.5 寸 26 号毫针从四白穴呈 45°角斜向后上方刺入 0.5 寸左右，得气后，待有触电样针感传至上唇或上牙处时，轻轻提插，捣刺 20—30 次，缓慢出针、泻法。

第Ⅱ支痛（包括Ⅰ、Ⅲ支痛），取下关穴以 2 寸 26 号毫针直刺 1.5 至 2 寸左右，待有触电样针感传至舌下或下颌等处时，提插 20—30 次，（根据病情决定刺激量）。此穴，可根据病人胖瘦和脸形大小而定，胖人大脸可刺 6CM 深，瘦人小脸可刺 5CM 深，针尖方向向对侧平刺，但一般以 2 寸较安全，以防出现面麻。如刺下关疗效不明显时可配夹承浆穴，取患侧夹承浆穴斜向前方约 30°角刺入 0.5 寸左右时，待有胀痛或触电样针感至下唇时，轻轻捣刺 5—10 次，缓慢出针。

余，或隔日针一次，10次为一疗程，每个疗程间休息3—5天。

四、针刺疗效及分析：

1、疗效标准：

痊愈：疼痛完全消失三个月未复发者。

显效：疼痛明显减轻，发作次数明显减少。

好转：疼痛减轻，发作次数减少。

无效：治疗后无变化者。

2、临床资料

笔者从1988—1990年先后治疗27例三叉神经痛患者，其中男性12例，女性15例，年龄：50—70岁10例，30—50岁15例，20—30岁2例。病程一年以上6例，半年以上12例，半年以下9例，均采用针刺治疗

疗效：治愈6例，占59.2%，显效8例，占29.5%，好转2例，占7.4%，无效1例，占3.7%，总有效率为96.3%。

3、典型病例：李××，女，34岁，山西神池县人，头痛3年，前额及眉棱骨处呈阵发性，电击样疼痛，每日发作1—2次。吃饭，触摸均可发作，经多处针灸，中药、西药治疗不效，89年7月来我院求治，采用上法治疗3次痊愈而归，一年后随访劳动如常人。

4、分析

(1)病程长短与疗效有密切关系：病程愈短，治愈率愈高。病程愈长，疗效稍慢。

(2)单侧，单支病人疗效快而好。双侧、多支以及有合并症者疗效较慢。

(3)继发性病人有并发症的疗效慢，治疗时要注意消除其他诱因。

(4)对肿瘤的压迫、血管畸形效果不理想或暂时缓解疼痛。

(5)副反应观察：针刺治疗三叉神经痛，只要取穴准，手法得当一般无副作用，如针刺角不当手法过重，或针刺下关后出现轻度张口困难面麻，待停针 2—6 天可恢复正常。

五、讨论：

1、针刺治疗三叉神经痛，手法很重要，针刺穴位后必须得气，患侧面部必须出现触电样针感，达到"气至病所"后再施以提插和捣刺手法，方能奏效。如果刺入穴位后，仅仅有局部酸麻胀痛，未达到气至病所，则疗效较差。

2、针刺治疗三叉神经痛可消失或减轻，第二个疗程，疼痛可大部消失，或许只有在讲话、吃饭、洗脸时有疼痛，一般在 3—4 个疗程疼痛可完全消失。

3、笔者十余年的临床观察，上述手法比传统手法疗效明显。在有兼证时必须配合远端取穴，如合谷、外关、足三里、内庭、太冲、行间、三阴交等疗效更佳。

4、本法选穴少而精，关键在于针刺方向、深度、手法的配合，三者缺一不可。

5、针刺治疗三叉神经痛的机理，正如明代王肯堂在《证治准绳》一书中，所述称本病为"面痛"，认为该病原因为"风毒传入经络，血凝不行"所致，且与足阳明胃经关系最大，五胃经与胆经均循头面侧部。如风寒外袭，风热化火，肝肾阴虚，肝胆郁热上冲，均能导致经络气血阻滞，不通则痛。因此，在治疗中重点取胃经四白穴和胃与胆经交会之下关穴，再配合奇穴角腰，这些穴位也正在三叉神经走向的分布区域内，并用泻法使面部气血经络疏通。同时配合外关、合谷、太冲、内庭、远近取穴相继为用，疗效更佳。

舌根点刺治疗中风失语

030003　太钢总医院针灸科　刘改玲

中风后遗症，除半身不遂外，舌强语蹇或失语，也是脑血管病常见的并发症，目前中西药物及一般针刺方法，疗效不够理想。

临床上一般只注重半身不遂的针治，对此症只作辅助治疗，有的不予以治疗，致使这些患者迁延时日，长期不愈。我近几年来采用此法治疗很多这种疾患，收到明显疗效（大多3至5次收效），特别发现的是，随着病人舌强的解除，语言的恢复，神志及肢体活动也明显好转，现将近几年来注意记录的47例加以整理报告如下：

临床资料

共治疗47例，其中男31例，女16例，年龄最大者76岁，最小者48岁，舌强语蹇者35例（并有呛食者5例），失语者12例（并有呛食者2例），病程最长者8年，最短者25天。

治则：活血通窍，祛瘀醒脑。

主穴：舌根　语利

配穴：吞咽困难、饮食即呛者加翳风（双），发音发噎者加风池（双），舌苔厚腻者加舌中穴。

舌穴位置：

舌根——在舌中线与味蕾交界处。舌伸取之。

舌中——在舌之正中处。舌伸取之。

语利——在舌系带与舌下静脉中间，当舌至舌根连线之

下 1/3 处。翘舌取之。

如舌不能伸、翘者，可用手夹舌取之。

刺法：主穴均以 20 号圆利针、点刺，刺入 5 分提插几下，舌下有麻胀感传至咽喉部即可。配穴则以普通毫针 1.5—2 寸，针尖向舌根方向刺入，行提插捻转手法强刺激，使针感达舌下为度出针，不留针。每日或隔日一次。如有出血可以冷水漱口即止。

疗效标准：

痊愈：舌活动自如，语言恢复。

显效：舌活动自如，能说简单词句。

有效：舌强见轻，能数数 1—10。

无效：针 15 次无变化。

疗效小结：

47 例中，痊愈者 33 例，显效者 7 例，好转 5 例，无效 2 例，总有效率 95.7%。

典型病例：

例 1，许××，女，58 岁，太钢工人。中风舌强失语，并有饮食发呛，吞咽困难 2 月，伴右半身不遂，于 87 年 7 月 17 日由内科病房介绍来针灸门诊治疗，以本法治之，一次出针后即感舌强减轻，三次饮不呛，吞咽顺利，舌活动自如，五次语言恢复正常。随访一年未复发。

例 2，武××，男，65 岁，柏杨村居民。三个月前突然中风，舌强，语言蹇涩，经用中西药物治疗效果不显，于 89 年 12 月 8 日经人介绍来我院门诊就诊，经用本法治疗，一次即感舌体活动自如，三次语言恢复正常。

讨论：

中风失语或舌强语蹇与脾、肺、肾三经有关，因声出于肺

系，根于肾而赖于脾。肺主气，脾主散精，肾主藏精，肾精充沛，则能化气，脾运畅达则肺气旺盛，上承于会厌，鼓动气道，而此疾之病机，多为脾肺肾之精气不足，经脉闭阻，气血不调，机窍不利而致。

因"肾经……入肺中沿喉咙，挟舌根"，"脾经挟行咽喉连于舌根，散于舌下"。故应用舌根点刺法，具有直接调整肺脾肾之经气，活血通脉，疏利舌本的作用又兼醒脑开窍之功，所以临床中收效明显。

本法特点，安全有效，简便易行，宜于推广。

针灸按摩临床应用

030012　太原南城迎泽医院　牛义

针灸按摩是祖国医学的重要组成部分，劳动人民长期同疾病作斗争中创造出的一种医疗手段，通过针刺艾灸按摩，作用于人体经络腧穴，改善自身调整的能力，提高脏腑气血的功能，从而达到扶正祛邪，防治疾病的目的。

针刺与急症

暴症、急症、脱症、闭症、休克、昏厥，其共性：高热、发病猛烈，不省人事，猝然仆倒地下。仅以 100 例观察。经针刺醒后痊愈略举典型病例：王××，男，45 岁，某商店干部。外伤性的阴茎萎缩，缩而不见，高热昏迷，不省人事两小时之多，其他急救无效，针刺会阴穴强刺捻转 30 分钟才渐渐苏醒过来。

针刺与免疫

祖国医学在免疫学的发展中曾做出重要的贡献，免疫学近年来日益受到重视。在临床科研的实践中把中草药针灸紧密地结合起来。以免疫学的方法防治疾病，在祖国医学中很早就有记载。例如葛洪《肘后方》疗狂犬咬人方乃杀灭所咬犬，取脑付之，后不复发”比法国的狂犬疫苗，防治狂犬病早一千多年，在原理上都属于人工自动免疫。特别是我国接受人痘法预防天花比英国接种牛痘法早 500 多年，患某些传染病后获得自然动的免疫学说，在明朝已提出痘诊终身，但作一度后有其气，不复传染焉等等”因此，用免疫方法防治疾病是有依据的。

祖国医学在防治学上很重视正邪学说，人体状态与正邪

有相同之处，免疫功能状态良好，相当於正气充足，刺激机体产生免疫反应的"非己"物质称之为邪气，正气即能祛邪也能通过调整阴阳脏腑的平衡，以祛除内邪，近似免疫系统的防御自稳监视功能。如卫气相当于防御，阴阳五行的调整平衡作用，相当於自稳功能。"虚邪于身也……有所结，气归之……气因于肾即正气能识别非己，发挥其监视功能"因此突破针刺四缝穴只限於幼儿。不论成人、儿童、幼儿一律以针刺四缝穴主。通过临床观察仅以 100 例为例，确系能起到免疫防治的作用。是符合"精神内守病安从来"的原理。不治已病治未病……"。也就是预防为主治疗为辅的原则，是符合医疗预防的卫生工作方针。

针刺与口僻

口僻——口眼㖞斜，颜面神经麻痹。大都外感风邪所收。

针刺取穴：地仓透颊车（内外）运动区下 2/5 略举 100 例临床观察，有效率占总发病率 99%，痊愈率 79%，面瘫症状全部消失。部分愈者虽然面瘫症状消失但面部受冷刺激依然不适者占 18%，暂时不愈者占 3%。

例一，韩××，男，70 岁，干部，患颜面神经麻痹，经三个月治疗面瘫症状全部消失。

例二，李××，男，24 岁，配件厂工人

患颜面神经麻痹，用手压法在口腔内按摩（地仓透颊车口腔内对称穴位）5—10 分钟经两周治疗口眼㖞斜症状全部消失。

实践证明祖国医学确实能为人民防病治病，健康长寿服务。

以头针为主治疗 110 例
中风偏瘫与 CT 扫描之关系

山西省大同市第三人民医院　王子康等

中风偏瘫不仅是神经科之常见病，也是针灸确为有效的病种之一。取用头穴治疗中风偏瘫已有几千年的历史，可真正以大脑皮层功能定位的理论为基础，在相应的头皮区用针刺治疗本病，则始于七十年代初，之后，对于此类病人用头针治疗屡有报道，并获得了满意的疗效，然而人们也发现，同为中风偏瘫，但无论在其恢复的程度及时间上均有明显的差异。当时由于受医疗设备的限制，不能准确无误的把病灶的部位及性质描述出来。亦不可能从根本上探索其内在规律。近年来由于 CT 扫描的出现，给我们提供了一条便利的途径，故现将近两年来我院收治的 110 例中风偏瘫病人用针刺治疗的疗效与 CT 扫描之关系。回顾分析如下：

一、临床资料

1、一般资料：110 例中，男性 71 例，女性 39 例。其发病年龄最大 79 岁，最小 26 岁。而以 50—65 岁发病率最高，占总病例的 72%，其中脑梗塞 76 例、脑出血 34 例。

2、临床表现：110 例患者均有不同程度的偏瘫及功能障碍，其中上、下肢、肩、肘、腕、髋、膝和踝六个关节平均肌力≥1 度 19 例，肌力≤2 度 43 例。介于两者之间 48 例，偏瘫伴有不同程度语言障碍（多数为运动性失语，亦有命名性失语）者 37 例，伴有吞咽障碍舌偏、流涎、面瘫者 40 例。

3、110 例患者均经过头颅 CT 扫描，均可见到病灶的部

位，性质范围大小及深浅程度，其中最常见的病灶在基底节区，以外囊、内囊为多见，而额叶、枕叶、颞叶、丘脑、脑室、脑干、大脑半球及其它部位亦可见到。

4、本组病例均在住院情况下治疗，除西药一般对症治疗外，均待患者意识清楚情况下，予以针刺治疗。多数在1—3周内开始接受针刺治疗。

二、治疗方法

1、取穴原则：

初期根据病变部位出现的运动障碍，结合大脑皮层功能定位，采用单纯的头皮针治疗，也就是选取相应的对侧区域来针刺。如上肢瘫痪选对侧运动区中2/5。若下肢瘫痪选取对侧运动区上1/5及足运感区，吞咽困难者加风池，翳风，面瘫、流涎、舌偏及运动性失语，选对侧运动区下2/5，并配廉泉、哑，若舌下静脉瘀阻明显则在金津、玉液放血疗效更佳，一般针1—2疗程后，病情就会明显好转，随后可根据中医辩证再加用相对应的腧穴来加强疗效。若：

气虚血瘀，脉络瘀阻型取：足三里、三阴交、脾俞合谷。

脾肾阳虚，痰浊内蕴型取：肾俞、脾俞、丰隆、公孙、足三里。

肝肾阴虚，风阳上扰型取：太溪、肾俞、太冲。

2、疗程与操作：

每日针1次，10次为一疗程、中间休息3天，每次治疗约40分钟、头皮针的取效关键在于进针后施捻转手法。频率以患者能耐受为宜。一般进针后与起针前均要施捻转手法5分钟左右，并嘱患者尽最大力量活动肢体，然后加用电针、头部电针频率约为150～200次/分、体针为100次/分左右。

三、治疗结果

基本治愈：偏瘫失语等症状消失、除生活自理外、尚能操持一定的家务劳动并能参加较轻工作。上、下肢肌力基本恢复至5级者。

显著好转：偏瘫失语等症状明显改善，能自行走路，一般生活自理，尚遗留某些功能障碍，上、下肢肌力恢复至4级左右者。

好转：偏瘫失语等症状均较前有一定进步，上下肢肌力恢复Ⅰ～Ⅱ个级别者。

无效：治疗前后偏瘫失语等症状无改变者。

治疗结果：基本痊愈29例，占26.4%，显著好转57例，占51.8%，好转19例，占17.3%，无效5例，占4.5%，总有效率为95.5%。

四、疗效分析

1、病灶与疗效之关系：

本组110例患者均为住院病人，从而便于观察。我们发现疗效的高低确与病灶部位、多少、及性质和范围的大小有着密切的关系，本组病例病灶多发部位主要在基底节（外囊及内囊）其次丘脑、额顶叶、脑干、脑室亦可见到。从疗效恢复来看，外囊明显优于内囊，脑叶明显优于脑干，病灶范围小的，病灶少的明显优于病灶范围大的，病灶多的，在基本治愈的29例中多为外囊及脑叶的病变，亦有内囊及脑干病变，但病灶多为单发，若从恢复所占的百分率来看，内囊、脑干明显低于其它部位，在无效的5例中尚有基底节、大脑半球、脑干、脑室等处病灶多为多发（指在不同时间二次以上发病者或指一次多个病灶）此类病人往往还伴有严重的并发症及全身性疾患。

2、中风性质与疗效之关系

表(1)

性　　质	例数	疗　　效				有效率%
		基本痊愈	显著好转	好　　转	无　　效	
缺血性中风	76	21	40	13	2	97.4
出血性中风	34	8	17	6	3	91.2
合　　计	110	29	57	19	5	95.5

从表中可以看出缺血性中风的疗效，优于出血性中风之疗效。

3、针刺时间与疗效之关系

表(2)

年　　龄	例数	疗　　效				有效率%
		基本痊愈	显著好转	好　　转	无　　效	
<3周	65	20	34	10	1	98.5
3—4周	34	8	20	4	2	94.1
>4周	11	1	3	5	2	81.8

从表中可以看出针刺愈早、疗效愈高，反之则低。

4、年龄与疗效之关系

表(3)

年　　龄	例数	疗　　效				有效率%
		基本痊愈	显著好转	好　　转	无　　效	
>40 岁	87	22	50	11	4	95.4
<40 岁	23	7	7	8	1	95.6

从表中可以看出年龄的大小与疗效关系不大、无明显差异。

小结：(1)从本文 110 例病人的疗效分析来看，病灶的部位、性质及范围大小确与疗效的高低有着密切联系，而接受针刺治疗时间的迟早亦有一定的关系、针刺愈早、则疗效愈高、反之则低，而年龄则与疗效未见明显差异。

(2)探索 CT 扫描病灶。性质与中风偏瘫的疗效关系。可以使我们预测病情发展及预后情况，积极采取相对应的治疗措施，更有利于疾病的恢复。

(3)从本文的疗效来看，证明头针对中风偏瘫的疗效是肯定的。效果是满意的。在疗程后期酌配体针，则可互补之不足、以提高其疗效。

由于时间仓促，水平有限，谬误之处敬请同道斧正。

东垣益气升阳临证举隅

柳林县人民医院　李鸿琦

金元四大医家之一东垣先生(李　，字明之)，一生致力于脾胃病的研究，所创益气升阳法为后世传颂，尤其是用于指导药物的治疗已为临床常法。近年来，笔者用于指导针灸的治疗，亦收异曲同工之妙，为同道所共珍，现举病例数则，以就于同道。

一、眩晕

郭××，女，39岁，工商会计，病历号1624，1989年4月4日初诊。自十八岁患头昏，每于春夏则重，秋冬减轻。伴乏力少气，不耐劳作，稍劳则冷汗淋淋，或发心悸心烦，手足不温。纳谷量少，春夏尤甚，小便利，大便二、三日一解，不干。发病以来血压一直偏低，虽长期经中西药调治而未效。形体消瘦，面色㿠白，舌体胖，舌质暗淡，苔薄白，脉细。(血压10.2/6.8kpd)诊为眩晕(中气不足清阳不开，治以健脾和胃益气开阳)、足三里双、太白双、气海、百会、膻中、太冲双，二日一次。伴服补中益气丸早上1丸，金匮肾气丸睡前1丸。共针二十次，纳谷增加，心悸心慌消失，头昏渐愈，多次测血压为12——13.6/8—9.4kpd。

本案患者由于脾胃气虚，元气因之不足，清阳不升而头昏不止，此即东垣所言“是阳气不足，阴气有余，故九窍不通”(《脾胃论·脾胃盛衰论》)所致。静则气聚，劳则气耗，故动作多则诸症加重。脾虚失还则纳呆，推动无力则便少，不能温煦

肢体则手足不温，东垣有言"脾病则怠惰嗜卧，四肢不收。脾既病，则其胃不能独行津液，故亦从而病焉。"(《脾胃论·脾胃盛衰论》)，子病及母，心失充养则心悸不宁；土虚木乘，肝胆气逆则烦急不安。方取：足三里、太白二穴，因三里为足阳明胃经之合穴，具强中益气，扶正驱邪，振奋阴气之功，配太白为足太阴脾经之原穴，系本经经气汇集之处，具健脾生血之用。中焦斡运则"饮食入胃，先行阳道，而阴气升浮也。浮者，阴气散满皮毛，升者，充塞头顶，则九窍通也"(脾胃论·脾胃盛衰论》)。眩晕自当歇息。脾胃中虚则化源匮乏，元气因之不足，更致髓海不充而脑转耳鸣，先后天互为因果，故取气海补肾虚、益元气、振奋阳气而使精充髓海。合百会交通任督。升提阳气、宁神以健脑，头昏日久针此二穴尤宜。土衰则木必乘之，中虚则斡旋无务，气血因之郁滞，故配膻中、太冲理气和血，宽胸宁神，心悸心烦自得安宁。为使疗效巩固，伴服补中益气丸及金匮肾气丸常服为宜。

二、胃缓(重度胃下垂)

刘××，男，51岁，公安干部，病历号04131，1990年4月6日初诊。体瘦乏力，不耐劳累，动作气短，心下悸动。纳谷量少，每于食后则脘闷不适，有时腹痛，平卧则减。暖气不舒，大便二、三日不解，解时后重费力。舌质暗淡，体微胖，苔薄白，脉缓双关弦。上腹部可扪及强烈的腹主动脉跳动，脐左下方可闻及振水音。x线消化道造影所见：胃蠕动迟缓胃粘膜粗乱，胃小弯位于两髂嵴连线下10cm，属重度胃下垂。因诊为胃缓(中虚气郁)。法以健脾和胃，升提中气，理气开郁。方：①足三里$_{双}$、气海、中脘、天枢$_{双}$、梁门$_{左}$、大横$_{左}$，二组穴交替，三日针刺一次。内服：黄芪$_{15g}$，党参12g　生白术12g　陈皮12g　升麻5g　柴胡5g　当归12g　炙甘草6g　枳实30g　川军6g

水煎，二日服一剂。针药并用，历五周纳谷增加，食量每日四两增为八两，食后脘闷及腹痛消失，大便日一解，下坠不明显。于1991年4月20日上消化道造影所见："无力型胃。胃小弯与两髂嵴连线水平"，临床痊愈。为巩固疗效，嘱患者隔半月再针，共五次。随访至今未复发。

中虚之体见胃下垂者，当属中气下陷之征；脾胃虚弱，推动无力，致糟粕内停而大便不行；水湿痰食停滞而脘闷、食少，腹痛，故于食后则加重；气短、乏力、形瘦均由水谷不能充养之故。方取手、足三里以健脾和胃，升提中气；关元，气海补肾益元以振奋中阳；中虚失斡旋之力则气血痰食均可停滞，故合中脘、下脘、天枢、梁门行气开胃，助运通腑；土郁木亢，须大横穴舒肝抑肝而利于中土之复健。内服东垣补中益气汤重其制，并加重理气之力，合枳实、大黄行气除滞。针药共奏健脾和胃、升提中气，理气化滞之功。我们在收治的40例胃下垂患者中，有单用针灸治疗的8例，单服中药补中益气加枳实汤12例，其疗程均在二月以上，且疗效不够理想。后来的20例采取针药并用，所取穴位、汤药如上所述，其中有1例中断，1例针感不好(不得气)，其余18例均于25天—40天临床症状消失，x线上消化道造影示胃之位置均恢复到正常范围。针药虽异，殊途同归，异曲同工之妙，唯实践者可知。

例三　胸痹

王××，男，51岁　汽车司机　病历号09317，1991年6月8日就诊：患"冠心病"七年，每因劳作或食后辄发胸部憋闷不适，呼吸气短，须休息后方可缓解。近二年来发作频繁，气短似有加重，虽多方治疗而效不显。形体肥胖，多汗易感，常有鼻塞。纳谷好，二便利，余无它苦。面白明润，脉缓(58次/分)。拟以中阳虚陷，胸阳不振论治。法以补益中气，升阳宣痹。方：手、

足三里、气海、关元、间使、内关，六穴交替。配曲泽、膻中、心俞、丰隆，二至三日针一次。先后共针34次，至今胸闷气塞再未发作，心电图二阶梯运动试验属"正常范围心电图。"

《金匮·胸痹心痛短气病脉证治》有云："胸痹、心中痞、留气结在胸、胸满、胁下逆　心、枳实薤白桂枝汤主之、人参汤亦主之。""胸痹缓急者，薏苡附子散主之。"明言胸阳不振是胸痹的主要原因。由于"胃之大络名曰虚里，贯膈络肺、出于左乳下。"今因中焦阳虚，不能输布上行，致心肺阳虚而胸阳不振，而发胸闷气短不休，药食久治不效，试用针灸针举中阳，症状消失，远期疗效理想。细析手足三里、关元、气海能健脾和胃，振奋元阳以升提中气，此四组穴为升举中气之要穴；曲泽、间使、内关安神行气以宣痹；膻中配心俞行气宽胸以止痛；阳虚则饮停痰凝，取丰隆蠲饮涤痰以为治标。共奏补中益气，开阳宣痹之功。停针后嘱其常服附子理中丸，补中益气丸以资巩固。

脾胃为人体水谷之海，气血生化之源，无论任何原因导致"脾胃内伤"则"百病由生"，这是东垣脾胃学说的根本观点。依此而创益气升阳法，不仅仅于内服药物的治疗，即对针灸临床亦有重要的指导意义。此无他，止缘"脾胃之病，不可一例而推之，不可一途而取之，欲人知百病皆由脾胃衰而生也。"（《脾胃论·脾胃盛衰论》）明乎此则东垣学说可以广矣！

（整理者　温燕飞）

捻转补泻手法研究

——对健康人皮肤温度的影响观察

山西省针灸研究所　杨丽华

关于针刺补泻手法研究，前人以烧山火、透天凉的报道较多，八十年代，不断有学者探讨提插补泻、徐疾及呼吸补泻法等对皮温的影响，没有得出一致的结论。而且手法操作混乱，形式各异实验设计不够严格，如多数实验未设对照组，对捻转补泻这一基本术式没有统一规范等。从近四十年的文献来看，关于单纯捻转补泻手法对皮温的影响观察尚未有较细致的研究。尤其以频率、角度大小而定捻转补泻法对皮温的影响尚未有报道。

本实验是以频率、角度大小而定捻转补泻法，通过检测循经皮温的变化，旨在探讨捻转补泻手法的不同效应。从而为捻转补泻手法寻找客观依据，为探讨其机理提供线索。

一、材料及方法：

1、受试对象

设补法组、泻法组、针刺对照组、空白对照组。前三组受试者为同体对照，健康学生 30 名，男、女各半，年龄 20—22 岁之间；空白组 15 例男 8 例，女 7 例，年龄在 20—26 岁之间。

2、观测指标：

A)、同侧合谷穴皮温

B)、主观感觉

3、仪器：

采用中国电子工业部 11 所生产的 DTC—I 探穴测温诊

断仪，其测温范围在 20℃—38.99℃，精度为 ± 1%± 0.1%℃。

针具：用 30 号一寸半不锈钢毫针。

4、针刺穴位：曲池

5、手法操作：

捻转补法：频率 90—100 次/分，角度在 90°—180°之间。

捻转泻法：频率 150—160 次/分，角度为 360°以上。

针刺对照：针刺入皮下得气后留针，不行使手法。

6、实验步骤：

受试者在室内取坐位，暴露左前臂，安静休息 20—30 分钟，将测温探头置于合谷穴部位，每分钟测温一次，10 分钟后在曲池进针，当针刺入 1—1.2 寸，得气后行上述手法一分钟，后隔一分钟行同样手法，共三次后留针 15 分钟起针，起针后再连续观察 15 分钟。每位受试者一日行补法，隔日行泻法，第五日行一般针刺法。空白对照组：即不针刺，做同样时间对照。

在整个实验过程中，室温(21—24℃)相对恒定不变，测温仪探头自然垂直于皮肤表面，持续放置，压力恒定，以保持实验条件的相对稳定。全实验过程中手法由一人操作。

二、实验结果

(一)、皮肤温度变化

针前皮温水平即取针前 10 分钟均值，针中、针后分别取 1、5、10、15 分钟的皮温值。针前与针中、针后进行 t 检验，并进行组间比较。

1、变化趋势及统计检验：

补法组：自行使手法后皮温开始上升，尤以针中 10 至 15 分钟为著，统计学意义显著($p<0.05$，$P<0.01$)，且针后一分钟仍继续升高，达到最高值($P<0.01$)，5 分钟开始下降，10

分钟时已与针前的皮温值无显著差异(P＞0.05)，但至 15 分钟时均值仍略高于针前。

泻法组：自行歇手法后皮温上长较缓慢，至留针 15 分钟时达最高值，之后下降但仍高于针前，经统计检查，各时间点均无显著意义，(P＞0.05)。

一般针刺对照组：行手法后 1 分钟开始升温，呈波动状(其中 5 分钟呈下降趋势)，至留针 10 分钟达最高值(P＜00.05)，15 分钟时仍保持较高水平(P＜0.05)，针后 1 至 15 分钟逐渐下降，与针前相比均无统计学意义。(P＞0.05)。

空白对照组：拟针前后皮温值变动不大，各时间点均无统计学意义。

组间针前值统计检验：一般针刺对照组、补法组、泻法组。针前皮温均值虽有差别，但相互间无显著性差异，见统计图及表 1。

一般针刺对照组与补法组留针期间 10′、15′ 均有显著意义，但变化值的组间比较无显著性差异(P＜0.05)。

2、变化幅度

30 例补法组升高 1℃以上者为 12 例，占 40%，升高最多者 7.57℃，最低各项高 0.03℃，其中反例数一例，其皮温值最低降了 0.88℃，但总趋势是上升的。

30 例泻法组中升高 1℃以上者 6 例，占 20%，最高值达 3.83℃，最低升高了 0.09℃，其中反例数 2 例，降低 0.3℃，其中有一例于渐降趋势，无升温倾向，另一例呈波动状。

一般针刺对照组中皮温升高 1℃以上者为 6 例，占 20%，最高达 3.25℃，最低达 0.16℃，其中反例数 4 例。

(二)主观感觉

除疲胀的针感普遍见于补法，泻法及针刺对照之外，补法

多引出热感，29 例中有 18 例(占 62%)，泻法多引出凉感。30 例中有 18 例(占 60%)，也有个别例数有跳动感和窜麻感。一般针刺对照组 30 例有 7 例(占 23%)可引出凉感，有 4 例(占 13%)有热感，余例数无明显凉热感。见表 2。

讨　论

1，目前临床以捻转、提插补泻较为常用特别近年临床以捻转频率，角度的不同而定补泻的方法，因其操作的简便性和相对客观性而成为最常用的毫针补泻法。本实验选捻转补泻手法进行研究，并设规定以捻转频率 90—100 次/分角度在 90°—180°之间为补法；频率在 150—160 次/分，角度在 360°以上为泻法，从而具有操作区别上的客观性。而这种手法实际含有刺激量大小的区别，因而也可以说是对手针刺激强度效应的研究。

2，本实验结果表明：对皮温的影响，补法呈升温效应，尤以针中 10 分钟至起针后 1 分钟为著，且针后 10 分钟方见恢复，而泻法组虽亦有升温趋势，但未达显著性意义，故可认为本实验泻法对皮温无明显影响，而一般针刺对照组，留针过程中皮温也呈升高效应，但起针后多趋恢复。三组针前皮温值无显著性差异，故可以排除本实验针中的差异与针前皮温基础水平有关的可能。因而可以说，补泻法具有不同的生理效应，但一般留针与补法的生理效应似差别不大。本实验结果基本支持补泻手法效应不同的结论，但本实验泻法组并未见降温现象，反呈升温趋势，尽管无统计学差异。这可能与本实验泻法的频率及捻转幅度仍不够大，从而不象烧山火、透天凉复式手法之间的区别大的缘故。因而我们认为补泻手法之间有不同的效应，而一般针刺组与补法组的差别，仅在于升温效应出现的早晚及后效应上，表明留针(无手法刺激)与补法行针(轻

刺激）之间差别不大，从而进一步表明捻转补泻法效应的差别实际就是针刺刺激量大小的区别。

3、针刺对皮温的影响是通过躯体——交感反射途径实现的、局部皮温之变化主要由皮肤血管舒缩引起，后者受交感神经控制。而针刺作用于机体后，首先引起短暂的即时性收缩反应，继之而来是维持约 10—20 分钟左右的扩张反应，用不同强度和频率刺激躯体传入神经可引起不同的血管运动方面的改变。低频、低强度刺激肌肉传入神经兴奋粗纤维，则产生降压反应；高频、高强度刺激兴奋粗纤维，则产生兴奋效应。故本实验补法组舒血管效应明显，而泻法组则不明显、但本实验的补法、泻法均属于生理的低频范围，这可能就是本实验泻法组没有出现缩血管效应，甚至有升温趋势的缘故。针刺对照组，是一种持续的低强度刺激，因此同样呈升温效应，但未行手法，故针刺作用持续时间短、无后效应。

4、从表 2 可以看出，本实验补法组虽多引出热感，泻法组多引出凉感，但统计检验均无意义。说明补泻法产生的凉热感受主观因素的影响很大，难以作为补泻效应的客观指征。

本实验对捻转补泻手法研究还是初步的。值得进一步探讨。诸如寻求更灵敏的指标，确定能够区分补泻手法的强度阈及频率阈，从而更为准确地定义补泻手法，进而深入研究其规律及其作用原理。

表 1　　四组在不同时辰的皮温值

手法 / 温度 / 时间	空白对照	针刺对照	补　法	泻　法
针前	32.96±1.61	31.08±2.15	30.65±1.94	31.39±1.65
1′	33.18±1.64	31.26±2.16**	30.75±1.96	31.44±1.29
针中 5′	33.25±1.73	31.23±2.15	30.78±2.01	31.55±1.37
10′	33.35±1.78	31.40±2.15*	31.08±1.82*	31.71±1.32
15′	33.38±1.90	31.40±2.14*	31.26±1.77**	31.73±1.33
1′	33.34±1.94	31.36±2.15	31.31±1.73**	31.71±1.40
针后 5′	33.26±1.97	31.23±2.14	31.29±1.70**	31.67±1.42
10′	33.23±2.12	31.19±2.10	31.25±1.74	31.67±1.41
15′	33.27±2.19	31.02±2.23	31.39±1.77	31.64±1.44

*：$P<0.05$

**：$P<0.01$

表 2　　补法与泻法针感比较

组次	例次	针感出现次数						两组比较	
		热	凉	跳痛	麻木	胀	合计	X^2	P 值
补法	29	18	10	4	7	5	44		
泻法	30	7	18	3	40		40	7.7616	>0.05

子午流注针法配秩边穴在妇科中应用

034000　山西省忻州地区中医院针灸科　张亮峰

传统的时间医学包括子午流注针法已有二千多年历史，其临床研究日趋增多，方兴未艾。笔者采用本人发明的“子午流注电子自动显穴仪”以其纳甲、纳子多组开穴中辨证取穴配秩边穴应用于妇产科疾病，并进行临床观察，取得颇为满意的效果，现总结如下“

一、临床资料：

本组患者 80 例岁，年龄最大 69 岁，最小 17 岁，其中 20 岁以下 21 例，21—3945 例，40 岁以上 14 例，疾病分为痛经 21 例，月经不调 18 例，产后恶露不绝 3 例，各种带下症 10 例，妇人尿路感染 10 例，盆腔炎 7 例，产后便秘 5 例，产后小便异常 6 例。设对照组 20 例，包括以上各病种和各年龄组。

二、治疗方法“

本组（观察组）采用子午流注择时辨证取穴。配穴：秩边穴或环跳。先刺开穴，后刺配穴。（秩辖穴针感要求传到小腹或阴道、尿道部位、环跳穴针感要求传到脚外足）。对照组按高教材常规取穴针刺①

三、疗效标准及结果：

（一）疗效标准按高教妇科学②

（二）治疗结果及对照观察如图：

结果 / 分组	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组 80 例	46 57.5%	23 28.8%	11 13.8%		80 100%
对照组 20 例	5 25.0%	4 20.0%	9 45.0%	2 10.0%	18 90%

通过痊愈和有效对照，两组均为 $P<0.05$，具有显著差异。

四、典型病例三则：

例一、脾肾虚带下症：

赵××，42 岁，工人，沧州市西街人，就诊时间 92 年 3 月 10 日。主诉：带下甚多一月。[illegible]清稀，色白味腥，伴有腰困乏力，头晕不欲饭，体瘦面黄，舌淡红，苔卜腻，脉濡数。证属脾肾两虚带下症（妇诊盆腔炎）。治则健脾益肾，调经止带。选穴纳子组足三里（乙日辰时 3 月 10 日 8 点 30 分），三阴交针刺得气施平补，平泻手法，留针 15 分钟，后刺双秩穴针感传到小腹部，手法同上留针 10 分钟。尔后嘱病人明日 9 点 30 分最佳有效时就诊治疗。第二自述白带略减少，取纳甲阴谷（丙日己时 3 月 11 日 9 点 30 分）三阴交、秩边、针法同上。第三天，丁日巳时，取纳子太白、三阴交、足三里、秩边，连针五次，白带甚微，继针十次诸症消失。

例二、妇女热淋症：

王××，60 岁，农民，五台县茹村人。就诊时间 92 年 5 月 18 日。主诉：尿频、尿急、尿痛一周加重二天，素常尿频涩痛，经服呋喃[illegible]叮有效，但未能根治，伴有腰酸腿困，小腹坠痛。尿检：红血球（+），白血球（++），脓球（+），上皮 C 少许，舌红，脉数。证属热淋症（泌尿系感染）。治则通利不便，清热止淋。选穴足三里（甲日辰时 5 月 18 日 8 点 30 分）三阴交、秩边、先

刺开穴。秩边以泻法感传到小腹及尿道。针后嘱病人明日下午 2 点 30 分就诊。第二天自述前症大减。今 2 日未时取纳甲纳太溪、三阴交、秩边。第三天取阴谷(丙日巳时)三阴交、足三里、秩边。第四日太冲(丁日巳时),同上连针五次诸症消失。尿检(一),而获痊愈。

例三、产后恶露不绝症:

赵×,23 岁,服务员,晋朝市城内人。初诊时间 92 年 5 月 19 日。主诉:产后恶露淋漓不断,腹痛难忍 20 多天。由于做人工流产(妊娠 70 天)术后一周内服定坤丹二合,继而小腹疼痛加剧。每午后尤甚,恶露不断,其色浅淡,有时伴有血块,面色少华出汗,舌尖红,舌有淤点,脉细涩。诊断产后恶露不绝症(子宫复旧不良)。治则调理气血,祛淤行滞止痛。择时取穴合谷补法(乙日申时 3 月 19 日 15 点 30 分)三阴交泻法,秩边以泻法感传到小腹阴道,针后嘱病人明日 9 点 10 分最佳时刻治疗。第二天丙日巳时(5 月 20 日 9 点 15 分)阴谷、血海、秩边,患者自述腹痛较前轻,其它症状好转。第三天丁日酉时(5 月 21 日 17 点 10 分)取穴纳子太溪、三阴交、秩边。第四天阴谷(戊日酉时)足三里、血海、秩边连针七次腹痛消失,恶露基本停止,后调中药调理气血五剂获愈。

五、总结

1、妇产科疾病的针灸临床经验积累日益增多,各种针法之科研相继开展,妇人针方疗效也越来越尤于它科。笔者采用子午流注择时针刺法辨证开穴配以足太阳膀胱经秩边穴,在妇科方面收到满意效果,尤其是对痛经,经乱、带症,排尿异常等疾病有显著的疗效。我产在临床通过 100 例各种妇产科疾病疗效观察。结果观察组总有效率达 100%,治愈率 57.5%。对照组总有效率 90%,治愈率 25%。P<0.05,具有显著差异。

子午流注取穴组疗效尤子对照组，同时观察还表明择时辨证取穴尤于非辩证取穴组，这也是疗效提高的原因之一。

2、按时辨证开穴这种种刺方法有其独特功效。加之这些开穴又为治疗妇病的良穴，相须相使提高疗效。如：太冲有调经清热理气。行间有活血化淤调经止带。阳陵泉、三阴交有健脾除湿温经散寒，足三里有益气祛邪，调经止带，太溪、阴谷有益肾育阳，清热调经等。方中配穴秩边是足太阳膀胱经背俞穴最下边之穴，有疏导小腹经气，调理气血，调经止带等功效，不但能治腰骶髓痛病症，而且有治下焦（小腹）阴经之病。如泌尿系、肛肠系，妇人科疾病。古云[3]《甲乙》卷九："腰痛骶寒、阴痛下重、秩边主之"、《大成》："五痔发肿、小便赤、腰痛。"所以通过于午流注最佳时间针刺治疗。具有取穴少、见效快，痛苦小等特点。

3、其法运用是以笔者发明的"子午流注电子自动显穴仪"为标准，该仪表中纳甲、纳于组显示穴位。每时辰有5—6个开穴来辨证选择取之不需操作，一看便知，同时还可预约患者在最佳有效时间针刺治疗，显著提高疗效，方便临床，该成果已获专利，易推广应用。

注：[1]杨长林主编《针灸治疗学》上海科学技术出版社。高校教材，1985年出版。

[2]罗元恺主编《中医妇科学》高校教材，上海科学技术出版社，1986年版。

[3]王雪苔主编《中国针灸大全》上编P336页，河南科学技术出版社 1988年版

针刺治疗半身不遂23例小结

山西省孝义市人民医院医师　梁瑞龙

半身不遂常见于脑血管意外疾患的后遗症期，是其主要临床表现之一。西医对此症目前尚无较满意的办法。本人自临证以来，用体针为主，配合梅花针治疗本症23例，有效率达百分之八十六点九，其中痊愈率占百分之六十点八，现小结如下：

祖国医学对本症的认识：

半身不遂是中风病的主要症状之一。常可伴有口眼㖞斜，语言不利等症。甚则可见突然昏仆，不省人事，清醒后则发现此症，亦可以单独出现本症。据本人临证所遇本病患者来看，则以阴亏阳亢，肝阳化风、痰火阻闭者较为多见，此类患者，性情多暴躁易怒，肝火易升，怒则气上，血随气涌，并居于上；火则升炎，炼津为痰，阻闭窍络，故使人昏仆而不知人事矣。正如内经所言："大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。"今气血逆乱，则运行失其常度，不得遍注周身。气血偏注，筋脉失其所养，且津失气布，反聚为痰，邪阻筋脉，故见偏枯。故《医宗金鉴》指出："左右不遂，筋骨不用，邪在经也。"总之，本症的产生是因气血逆乱，津聚为痰，火升痰阻，气血偏注，筋脉失养所致。故治当平逆气，和气血，通经络，气顺则痰消火降。

治法：

取手阳明，足少阳之合穴为主，辅以三阳经穴。毫针刺，实证用泻法，虚证用补法。

处方：

主穴：曲池、阳陵泉。手法：新病施泻法，久病施补法：

辅穴：合谷、外关。实证用泻法，虚证用补法。

加减：昏迷不醒，先刺人中，百会、涌泉、内关、点刺十宣放血；痰多者加丰隆；语言不利者加人中、廉泉、承浆；下肢重者加秩边；昆仑；上肢抬举困难者加肩　。

方义：

曲池、阳陵泉为手阳明及足少阳之合，“合主逆气而泻，”《难经·六十八难》，针刺之可平气逆，和气血，通经络。且阳陵泉又为八会穴之筋会，故又可祛风强筋。合谷为手阳明之原穴，外关为手少阳之络穴，两者可通达三焦之原气以敷布全身，气行则血行，经脉通，气血和则筋脉得其所养，气顺则痰火易消，故病可渐除。百会、人中、涌泉、内关可醒脑安神，祛风开窍，十宣放血可除壅热而开闭，使神志得清；丰隆下气除痰，昆仑通下肢之经气，肩　舒上肢之筋脉。

另，再用梅花针循经扣打手足三阳经脉，以疏通其经气，祛风通络。

疗效标准：

1、痊愈：恢复正常，肢体活动自如，可参加轻微体力劳动。

2、好转：肢体活动基本自如，生活可以自理，但不能参加体力劳动。

3、无效：针刺二十次以上，无明显改变者。

治疗效果见表

效果 / 性别	总数	痊愈	占%	好转	%	无效	%
男	16	9	56.3	4	25	3	18.7
女	7	5	71.4	2	28.6	0	
总计	23	14	60.87	6	26.06	3	13.07

典型病例：

一、褚××，男，69岁，本县城关桥南大队社员。

初诊：一九七九年七月三日

患者平素性情暴躁，昨日打麦遇雨，心中急躁，加之劳累过度，今日早晨发现不能翻身，故邀余就诊，患者仰卧，左侧肢体瘫痪，神清合作，语言流利，舌红降苔黄腻脉弦紧。

（BP170/100mmHg）。

取穴：曲池、阳陵泉施泻法，外关、合谷、秩边平补平泻，每日一次，配用梅花针扣打背俞、夹脊和足三阳经。

针十次后患者已能自己坐站，再经十次后即可扶杖而行，舌淡红苔薄黄，脉浮缓。

改为：曲池、阳陵泉、秩边平补平泻，外关、合谷施补法。再针二十余次而愈，经随访现尚健在。

二、高××，男，50岁，梧桐公社尉屯大队。

初诊：八0年十二月五日

患者由亲属用车送来就诊，自诉其五日前于清晨醒后，发觉左侧肢体瘫痪。现舌强麻木，语言不利，痰多而粘，舌质红而胖，苔腻微黄脉滑。

取穴：曲池、阳陵泉、承浆、廉泉、丰隆施泻法，患侧外关，

合谷平补平泻，配用梅花针扣打手足三阳经。

针五次后即可自己行走，舌体活动自如，语言较前流利，痰亦减少，又经针刺八次恢复正常。

三、程××，男，66岁，本县城关楼西大队社员。

初诊：八一年十二月二十日

患者由家属抬入我院急诊，代诉：今晨起床唤其而不应，推之亦不动，故前来就诊。视之，面有愁容，神志昏迷，牙关紧闭，呼吸气粗，喉中痰鸣，脉弦而滑。

取穴：人中雀啄法、百会、涌泉、丰隆泻法、并于十宣点刺放血、配梅花针扣打背俞。

针刺十分种后，渐见苏醒，详察，舌强言语不利，咳嗽痰多，右侧肢体瘫痪，并伴有口眼歪斜，舌体胖色红降，苔黄腻脉弦滑，（BP190/130mmHg）。

取穴：曲池、阳陵泉、谦泉、丰隆施泻法，人中、患侧外关、合谷、昆仑平补平泻，配合梅花针扣打头部、背俞、手足三阳经。

针刺十五次后始见好转，二十五次后可自己行走，舌软语言流利，与说话时口有歪斜，因上肢抬臂不便，再加肩 平补平泻，外关、合谷改用补法，其余皆用平补平泻法。再经十余次恢复正常。

1、半身不遂为中风病临床表现之一，故当其中脏腑而神昏窍闭之时，当先醒脑安神，开窍通闭以救其急，然后再调气血、通经络以治其偏枯，中脏腑之脱证，则又当别论。

2、半身不遂为气血运行不周所致，然气为血之帅，血随气行以灌全身，故法当调气，《医宗金鉴·刺灸心法要诀》指出："治之之法，调气为先。"经云："善治风者，以气理风。气顺则痰消，得理其风，庶可以效。"《赤水玄珠》亦云："此症予历治历效

者，良由先为疏通经络、活血调气，然后以补剂收功。唯经络疏通，宿痰磨去，新痰不生，保疾不瘳。"因此选择了多气多血之手阳明大肠之原穴，又用三焦经之络穴，以疏通三焦之原气，则血随气行，运布周身矣。但是当邪实时祛邪通络为主，故泻曲池，阳陵泉以泻其实，平补平泻合谷，外关以调气通经，后补之以旺盛其气血而灌溉之。

人的一点体会，以期抛砖引玉，请同道指正。

谈搓柄手法在针刺临床中的特点及应用

山西省针灸研究所　田建刚

搓柄手法，简称搓法，是针刺临床中的辅助行针手法之一。在《医学入门》中记载的“飞法”和《针灸大成·杨氏针法》里所描述的“凡转针如搓线状……”的行针方法，即指此法。正确使用本法，不仅可以促进和提高基本手法的针感效应，而且还发挥其独特的对症治疗作用。

一、操作方法

将毫针刺入腧穴的定深度，以右手拇、食、中三指持针柄作单向捻转，或右或右，一般搓 2～3 周。在搓柄时，一般应结合提插手法，以避免肌肉纤维缠绕针身，预防滞针现象的发生。

二、治疗原理及功用

搓法具有增加针感效应，提高针刺效果的显著作用。同时还具有其推动血脉，宣行荣卫，温阳散寒，补虚泻实的独特功效，本法尤其适用于寒证、虚证或虚实挟杂证。为了能正确使用搓法，我们首先应了解适用此法的常用穴及在使用中应注意的要点。

(一)常用俞穴

分部	头	面	项	腹	腰	骶	上肢	下肢
常用俞穴	除风府、哑门外，其余头部穴位	攒竹、耳门、颊车	风池	气海、关元	华佗夹脊穴及肾俞、命门等	长强、白环俞	肩髃、曲池、二白、支沟、内关、外关、合谷	血海、足三里、阳陵泉、飞扬、光明、丰隆、三阴交、太冲、地五会

(二)常用透穴：[illegible]透风池，颊车透地仓，耳门透听会，下送透大迎，曲池透少海，支沟透间使，外关透内关，合谷透劳宫，后溪透三间，绝骨透阴交，太冲透涌泉，阳陵透阴陵，条口透承山。

(三)注意要点：对位于手足三阴经上的腧穴少用，一般多用于手足三阴经腧穴和个别具有特殊功效的奇穴。五输穴中的井穴不用该法。年事太高，过度饥劳，体虚太甚或孕妇忌用。本法一般不在速刺中应用，常留针取效，进针亦不主张过深或过浅。

三、适应证

搓柄行针手法主要适用于中风、头痛、眩晕、面瘫、腰痛、痹痛、痿证、呕法、骨痛、腹痛、例秘、脱肛、遗精、阳萎、月经不调、痛经、遗尿、小儿麻痹后遗症、近视等病的治疗中。

四、典型病例

（一）面瘫：王××，男，32岁，工人。患面瘫三天，于1987年11月17日初诊。自诉：因公外出，临窗入睡，醒后自觉面肌活动不灵便，眼涩痛。翌日，出现右测面瘫。诊见右口眼㖞斜、右眼不能闭合，皱眉亦感困难，额纹消失，右口角下垂，鼓肋漏气，流涎，舌苔薄黄，脉沉细无力。

辩证：证属风邪中络所致，治以祛风散寒，温经活血为主。

处方：人中、迎香、颊车透地仓、阳白、太阳、下关、合谷。

除合谷取双侧外，余穴均取右侧，以颊车透地仓、下关、合谷为重点穴，采用搓针法。余穴用平补平泻，留针均在20分钟，10次为一疗程。患者针治三次后，鼻唇沟出现，右眼也可闭合二分之一，右侧口角已不流涎。针灸两个疗程后，面瘫基本消除。三个疗程后，额纹出现，诸症痊愈。

按语：本例王革感寒之后，阳气不能充达温煦于面部，而致面肌失养，发为口眼㖞斜。今以搓针法为主，以推动血脉，宣行营卫而奏效。患者每在下关穴使用该法时，右面部自觉有温热胀憋的感觉，这正是搓针法温阳散寒的功能所在。

（二）痛痹：周×，男，23岁，学生，双侧膝关节疼痛，两月作。于1988年2月21初诊。自述：两膝疼痛，行走时加重，关节处按之亦痛，并自觉双膝下怕冷，喜暖，未曾接受过任何治疗。既往有胃痛史。诊见：患者呈痛苦面容，双膝有压痛，苔白质暗，脉沉而细，实验室检查：血沉40毫米/小时，抗"O"首次为600单位，以后查吾递增型。

辩证：证属痛痹（风温性关节炎）治当以温阳散寒，通经活络为主。处方：血海、梁丘、犊鼻、阳陵泉、足三里、关元、肾俞。

犊鼻、阳陵泉、足三里，均取双侧，肾俞为重点穴，均采用搓针法，每次留针20分，酝酿艾条温灸，连治七次，病愈。

按语：痹症之本在于脾胃，患者既往有胃、十二指肠溃疡病史，呆见脾虚而致营气不足，不能荣运血脉，充达阳气。针肾俞、关元以壮元阳，血海、三里以养血活血，再配余穴，合务奏效。在阳陵泉加用搓法时，患者自觉膝下怕冷的感觉消失。

手法治愈急腹症(肠梗阻)一例

铁道部大同机车厂医院　赵世明

李××，女，79岁，腹壁膨胀七天不大便，不进食、气息不畅，当时确诊为肠梗阻，其个性怪，不服药、不打针、不住院。在无奈的情况下，只好用软组织手法揉按中脘穴100次，天枢穴双侧各揉按100次，七天后才矢气，大便渐渐畅通，观察半年，概未复发。

美国针灸界的新动向
——第三次热潮的前兆

山西省卫生厅　齐炳义

一、变化中的美国针灸界

最近，美国针灸界发生了极大变化，给人以第三次热潮即将到来的强烈感受。

据了解，美国针灸界，是随尼克松时代中美建交而受到重视的。与日本相同，从针刺麻醉中作为止痛疗法而倍受重视。对于针灸不仅民众鼓欢。而且也吸引了医务工作者，这个时期，产生了美国针灸的第一次热潮。

但当时，主要由亚洲移民和墨西哥人从事针灸，作为他们在美国的稳定职业、只可称其为民间疗法，然而，经过第一次热潮，要求针灸治疗的人数逐渐增多，还开办了培养针灸师的学校，尽管如此，此时尚无完善的教育体系。

其后，具有自然主义想法的白人，以针灸为目标，进入针灸学校，针灸师急剧增加起来，此即第二次热潮。这个时期，虽然在某种程度上进行了系统教育，但仍存在这样或那样的问题，虽不能一概说美国各州法律不一致，但还没有统一的针灸师资格制度；即使进行系统教育，也无法律基础，仅专科毕业就能轻易取得资格。师资低劣，很多教师仅在香港等地学习三个月就登台授课，教育质量可想而知，因此在针灸师增加的同时，产生了各种各样的问题。特别是发炎和其它感染问题的干扰，消毒问题突出出来，给针灸带了严重影响，因此，围绕资格制度和系统教育展开了激烈的讨论。

二、若非大学研究院毕业，就难取得针灸师考试资格。

现在，美国全国有二十四所培养针灸人才的学校。其中有十七、八所集中在加利福尼亚州。1991年1月，加利福尼亚州修订针灸专业人才的资格制度，这在美国开了先河。对其进行修订的机关，是具有医疗关系统一任免资格权力的医疗质量管理委员会，根据医疗现状和民众动向，规定针灸师资格教育考试的应有资格为修完学士课程或具有同等学历者；这个尝试在美国属首次，加利福尼亚州在美国今后的针灸发展方面处于指导和领先地位。

这仅仅是个开始，近来，加利福尼亚州成立了美国唯一的培养针灸学士的学院，这是一所十年建成的学校。

在加利福尼亚洲，规定中医学为针灸师资格考试内容，因此，这个学校把中医学作为教学重点，从中国聘请了大批教师，进行正规的中医学教育。正因为既往没有进行过系统的中医学教育，所以对这次试验就寄以更大的期待和希望，特别是中国专家在美国的教学工作确立了中、日、美三国的三角关系。

三、关注中医学的新潮

美国目前的健康要求非常高，另外，吸收东方人返补归真思潮的趋向异常盛行，从学生到教授，很多专家对中医学表示关注，展示了一个又一个新设想，并对其开展深入研究工作。

尤其引人注目的动向，是最近在加利福尼亚洲大学的LONGBEACH校园，首次开设了“东方健康医学科学基础讲座”，云集了大学生、研究生、教授等各阶层人士，盛况空前。该讲座从1月至5月，每周一次，共16次45个小时，讲座内容如下：

1、东西方健康与疾病概况的发展史。

2、中医学的文化性、社会性。

3、东西方之间保健体系的比较分析。

4、中医学概念(上工治未病，气的概念，自然观，人类观，阴阳论，五行论，生理观，病理观，养生观)。

5、欧洲、中国、日本的中医学现状。

6、东方健康医学中的增进健康和预防疾病方法。

7、东方医学中的 SELF—CARE 及疗法。

8、中医学的食物疗法(药膳)。

9、中医学在治疗疾病中的运用。

10、中医学的现代科学检验和研究。

11、美国中医学的法律根据。

12、对中西医结合的倡议。

特别是把中西医结合作为奋斗目标，值得了解和赞赏，以该讲座为起点，LONGBEACH 的医师会对中医也寄以关注和了解。

东西方的桥梁
——中医学走向世界

山西省卫生厅　文渊

怎样看待当前的世界性中医热？这是最近颇为热门的话题，这里，谈一些有关问题。

形势十分喜人

七十年代初出现的世界性中医热持续至今，并呈日益深入的趋势。近年来中外中医学者互访人数直线上升；自然科学领域的外国留学生读中医的人数占首位；卫生部国际针灸班已为一百二十多个国家培训了一千多名专门人才。国际性的中医学术团体、国际性中医学术会议、各国出版的中医专业期刊及有关中医学的研究论文以及从事中医医教研的人员等，每年都呈不断增多、发展快速的趋势。如：

日本有三分之二的西医应用或研究汉方医学；美国绝大多数已为中医的医教研开了绿灯，甚至招收中医学研究生、授予学位。许多国家拥有一批世界知名的中医学者，如英国的李约瑟、日本的矢数道明、联邦德国的文树德等。苏联已形成反谢疗法（针灸）的全国医疗、科研网络，有两万多名专业人员，并在宇航员的特殊保健措施中占有重要地位。世界卫生组织对中医学寄予莫大期望，除积极支持和推广，并承认针灸医学“已成为世界通行的新的医学分科”外，还特别重视中医学在国际上普及，尤其是在基层保健工作中的应用。所有这些，既反映了国际上对中医学的重视和热情，又推动了世界性中医热深入发展。

从世界性中医热产生和发展的原因来看，就更加鼓舞人心。它表明世界性中医热并非一时流行，而将持久发展；并非偶然现象，而具有深刻的历史必然性。

近几十年来，随着医学的发展，人们逐渐改变了对中、西两种医学的陈旧看法。目前，国际上比较一致的认识是：两种医学都是保证健康、防治疾病的科学；两者各有特点和长处，又都有不足和局限性，遵循了取长补短原则，就有可能为人类健康提供现阶段最佳服务效果。因为，人们在实践中逐渐体会到西医并非完美无缺，例如，随着疾病谱的改变，在防治一系列新的难治疾病上力不从心；许多合成药有副作用；一些基本理论和方法又有局限性，容易发生极端化倾向等。为了弥补这些不足，人们开始寻找其它有效、安全的医疗手段；通过实践和对比，逐步发现了中医学的长处，加深了对中医学内在优点的认识。这就是世界性中医热的产生和日益发展的最牢固基础。

世界性中医热的发生发展，又与世界科学领域中出现的新思潮密不可分。相对论、测不准原理等的出现，使科学家们逐渐认识到，作为一切科学基本思维方式的还原（机械）论世界观具有局限性；从而提出了一种新的科学思维方式——整体（有机、系统）论。这种新思潮正在推动着整个科学的革命性发展。引人注目的是，古老的中医学之基本思维方式——整体动态平衡观，它的理论和方法，都与上述新思潮有着明显的平行性，也充分体现着整体论、全息观、相互联系的基本思想，与医学及整个科学的发展方向一致。所以，世界科学领域中许多新思潮先驱者，越来越关心和研究中医学，他们相信这里蕴含着有助于医学革命的内容。这正是世界性中医热产生和发展的另一个更为深刻的基础。

形势又很逼人

因为这种大好形势向我国中医界提出一个严肃问题：是走在时代潮流的前面推波助澜呢，还是随波逐流？为中医学之祖国而自豪的中医学界，当然应该以积极的姿态、更快的步伐，去引导这潮流前进。因为，世界性中医热的深入发展，就是中医学在走向世界。同时，科学没有国界，中医学也不例外。我们不去领导时代潮流，别人就会取而代之。事实上，竞争和挑战一直存在。我们必须发愤图强、发挥优势，将竞争和挑战转化为团结合作，更快更好地实现走向世界的目标。

对于竞争、挑战及三、五年内赶超我国的传闻，也无须大惊小怪。从根本上看，我们欢迎更多国家努力赶超我国，赶超的国家越多、水平越高、速度越快，就越能提早实现中医学走向世界。从现实上看，世界性中医热尚属新生阶段，还要经过长期、艰苦的奋斗，方能达到我国现在程度。以日本为首的中医热发展快速的国家中，仍然面临着重重阻力。例如日本，明治初期取缔汉医的禁令至今未变，汉方医学在教育体系中迄今未获得合法地位；特别是由于历史原因，轻视理论、缺乏体系化理论，短时期内，除新兴的"中医学派"外，又不易接受中医学的理论体系。日本的科技水平高，这对于汉方医学的现代化是有利的，这方面确实进展很快，成果颇多；但其核心群体的基本思维方式仍受西医学及还原论支配，从其口号"现代医疗（即西医学）中汉方的作用"，即可看出与我国突出中医特色的中医现代化和中西医结合差距还很大。所以，近期内虽有可能在人工繁殖生药，方剂的药理作用，针刺机理探讨，"证"的客观化等方面有一定进展，但汉方医学作为一门学科，其全面发展尚有很大局限性，难于在近期内根本解决。

总之，对喜人形势不可忘乎所以；形势逼人也是好事。这是世界客观实际对我们的迫切要求，是各国学者对我国中医界的殷切希望；也是社会主义祖国赋予我们为人类健康做最大贡献的责任。

脚踏实地　放眼世界

面对中医学在国际上的大好形势，我们应当看到："自世界性中医热产生时起，中医学就不再是局限在我国疆域内的封闭型民族传统医学；我们的新使命是将中医学发展成为一门属于全人类并为之服务的开放型世界先进医学；"是这个新形势的实质。因此，振兴中医事业的战略目标必然就是"中医学再度走向世界"；必须围绕这一目标重新考虑和制定战略方案。

总的来看，战略方案应贯彻脚踏实地、放眼世界的方针。脚踏实地指的是立足于我国自己的普及与提高，尤其是贯彻双百方针，以科学态度总结发展中医的经验教训，以改革、创新的气魄，将中医的精华，从八十年代的水平起步，朝着2000年发展。放眼世界，则是既要树立推动中医学走向世界的雄心壮志，又要掌握中医学在国际上的形势和动向，虚心学习他国所长，诚心协助他国所需，团结整个科学界，共同为创立新的开放型世界先进医学而奋斗。

[Ｇｅｎｅｒａｌ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ]
书名＝三晋名医传心灵——针灸按摩
作者＝文渊
页数＝２７９
ＳＳ号＝１０８１４８０５
出版日期＝１９９３年１１月第1版