第5章 针灸治疗

5.1 治疗总论

针灸治疗学是将中医基础理论、经络、腧穴、刺法灸法等基本理论、基本知识、基本技术综合应用于临床，以防病治病的一门学科。

针灸治疗学是针灸学的重要内容，针灸学是中医学的重要组成部分。中医的基本特色是辨证论治，所以针灸治疗也必须辨证论治。所谓“辨证”就是在中医基本理论指导下，把四诊（望、闻、问、切）所收集到的有关疾病的各种资料，通过“八纲”加以分析、综合、归纳，以判断疾病的性质（属寒还是属热，属虚还是属实）；判定疾病的位置（在表还是在里，在经还是在络，在脏还是在腑）；确定其证候名称的诊断思维过程。“论治”又称“施治”，就是根据辨证的结果，制定相应的治疗大法，确定相应的处方和刺灸术，或针或灸，或补或泻。概括起来，辨证论治包括了理、法、经、穴、术五项内容。

针灸医生必须在中医基本理论的指导下，按照辨证论治的原则进行处方、施术，才能取得较好的临床疗效。为了达到这个目的，在总论中分别就针灸治病的作用原理、施治原则、辨证论治、针灸处方、特定穴的临床应用五部分进行论述，以使学习者掌握针灸辨证论治的方法，为针灸临床实践奠定基础。

5.1.1 针灸治病的作用原理

针灸治病是在中医基本理论指导下，依据脏腑、经络、阴阳、五行、病因病机、诊断治则等进行辨证论治的。所以针灸与中医方药的运用基本相同，只不过所采用的具体方法不同而已。针灸治病是运用针或灸两种方法作用在人体的腧穴上，通过经络的作用，从而达到治疗疾病的目的。针灸在临床上的应用范围极其广泛，包括内、外、妇、儿、五官等各科多种疾病。据统计针灸对300多种疾病有效，对其中100多种疾病有较好的效果。针灸之所以有这样广的适应证，又有如此好的效果，是因为针灸具有扶正祛邪、调和阴阳、疏通经络、调整脏腑功能等作用。

5.1.1.1 扶正祛邪

所谓扶正，即是扶助正气，以增强体质，提高机体抗邪能力。扶正适用于以正气虚为主要矛盾，邪气已不太盛的各种虚损病证，如精、气、血、津液等不足的病证。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

所谓祛邪，即是祛除病邪，使邪去正安。祛邪适用于邪气实为主要矛盾，正气未虚的各种实证，如外感表证、食滞、瘀血等实性病证。

针灸具有扶正祛邪的作用。

(1) 疾病的发生、转归与正邪相争

疾病的发生，取决于人体正气和致病因素（邪气）两个方面。所谓正气，即指人体的机能活动和其抗病能力；所谓邪气，是与正气相对而言，即泛指对人体有害的各种致病因素，如外感六淫、痰饮、瘀血和食积等，中医学认为，任何疾病的发生，都是在一定条件下正邪相争的具体反应，也就是说，只有当人体的正气不足以抵御外邪，或病邪侵袭人体的力量超过了人体的正气时，即可发生疾病。

正邪双方在斗争中有消长的变化。一般地说，正气增长则邪气消退，而病向愈；若邪气增长则正气衰退，而病转恶化。随着邪正双方的变化，疾病表现出两种不同的病机和证候，即《素问·通评虚实论》所说："邪气盛则实，精气夺则虚。"

(2) 扶正祛邪是临床治疗的重要法则

疾病的过程，是邪正相争的过程，治疗疾病就是要扶助正气，祛除邪气，改变正邪双方的力量对比，使之有利于向痊愈方面转化，所以，扶正祛邪是临床治疗的重要法则。

补虚泻实，是扶正祛邪这一法则的具体应用。在邪正双方斗争中，二者盛衰的程度不同，其病证也不相同。故治疗时，实证应予以泻法，虚证应予以补法。在临床应用时，要根据正邪在病程中所占的地位，决定扶正与祛邪的主次与先后。扶正适用于正虚而邪不盛的病证；祛邪适用于邪实而正未伤的病证；扶正与祛邪同时应用，适用于正虚邪实的病证，但应分清主次，正虚较重者，则扶正兼祛邪，邪实较重者，则祛邪兼扶正。当病邪较重，但正气虚弱不耐攻伐时，应先扶正后祛邪；当病邪甚盛，正气虽虚，尚可攻伐时，宜先祛邪后扶正。

(3) 针灸具有扶正祛邪的作用

补虚泻实是扶正祛邪法则的具体应用，而针灸的补虚与泻实，主要是通过针灸手法和腧穴的配伍两个方面实现的。在刺灸法方面，凡针刺补法和艾灸属补法范畴，具有扶正的作用；针刺泻法和放血属泻法范畴，具有祛邪的作用。如虚脱症，症见面色苍白，大汗淋漓，四肢厥冷，脉微，治宜回阳固脱，急取关元、神阙，大艾炷灸之，并取足三里，针刺补法。再如外感温热邪气，高热神昏，烦躁口渴，脉洪大而数，治宜泻热开窍，取十二井穴，用三棱针点刺出血，再取大椎、曲池，针刺泻法，二者相配可达泻热、启闭、开窍之功。在腧穴配伍方面，膏肓、气海、关元、足三里、命门等穴，有补的作用，多在扶正时应用；而十宣、中极、水沟，有泻的作用，多在祛邪时应用。

(4) 临床和实验研究证明针灸具有扶正祛邪的作用

大量的临床实践和实验研究证明针灸能够增强机体的免疫功能，防御和抵抗各种致病因素的侵袭，从而体现出针灸的"扶正祛邪"作用。

针灸对免疫功能的影响主要表现在白细胞的吞噬能力和抗体的形成方面。有人在针刺家兔一侧"足三里"的研究中发现，在针刺后 2～3 小时，白细胞总数增加者达 60%，24 小时后恢复正常。有人曾以 100 名健康人为实验对象，针刺足三里、合谷穴，观察到白细胞对金黄色葡萄球菌的吞噬能力，由 48.16% 上升至 71.25%，而对照组则

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

无明显改变，表明针刺后白细胞的吞噬能力增强。针刺能使网状内皮系统的吞噬功能增强，有人针刺大白鼠的大椎、命门等穴的研究发现，针刺使肝脏网状内皮系统的吞噬活动显著增强，其吞噬能力最高可达 56.8%。

针刺可增强人体的免疫功能。血清调理素是人体非特异性免疫因素之一，当针刺家兔的“足三里”、“大椎”后，可使血中调理素明显增加，大大促进了吞噬细胞的吞噬作用，因而增强了机体的免疫能力。

针刺可促进抗体的形成。有人对针刺治疗急性阑尾炎患者作了电泳分析，发现针后 α、β 和 γ 球蛋白都有明显增高，且针刺组较中药组高 1～3 倍。一般认为 α 和 β 球蛋白可提高白细胞吞噬能力，而 γ 球蛋白则有利于抗体的形成，所以球蛋白的增加无疑代表着机体免疫能力的增强。有人以伤寒疫苗注射家兔皮下作基础免疫，然后再穴注“足三里”发现，穴位注射组的浆细胞数目及血清效价均较对照组明显增多。一般认为浆细胞是产生抗体的主要成分。针刺促进浆细胞的生成，有助于抗体的产生，对增强机体的防御免疫作用有一定意义。

5.1.1.2 调和阴阳

阴阳学说在中医学中的应用非常广泛。从经络脏腑到病因病机乃至于辨证论治，均包涵着阴阳对立统一的规律。中医用阴阳学说说明人体的组织结构、生理功能、疾病的发展规律，并指导临床诊断疾病和治疗疾病。

针灸具有调和阴阳的作用。

（1）阴阳失调是疾病产生的根本原因

正常情况下，人体中阴阳两方面处于相对平衡状态，保持人体中各组织、器官、脏腑的正常生理功能，身体健康。若人体的阴阳失去平衡，发生偏盛偏衰，就会发生疾病，进而阴阳分离，人的生命也就停止了。所以《素问·生气通天论》云：“阴平阳秘，精神乃治。”

（2）调和阴阳是临床治疗的基本原则

阴阳失调是疾病产生发展的根本原因，因此调和阴阳，使失调的阴阳向着协调方面转化，以恢复阴阳的相对平衡，是中医临床治疗的基本原则。故《素问·至真要大论》说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”

阴阳偏盛：即阴盛或阳盛，是阴或阳任何一方高于正常水平的病变。若阳邪致病，可导致阳盛而阴伤，表现为热证；阴邪致病，可导致阴盛而阳伤，表现为寒证。本着阴平阳秘协调阴阳的治疗原则，应采用盛则泻之，寒者热之，热者寒之的治疗法则。

阴阳偏衰：阴阳失去平衡后，除了阴阳发生偏盛之外，还往往发生阴阳偏衰现象，或为阴虚或为阳虚，是阴或阳任何一方低于正常水平的病变，阴虚则不能制阳，常表现为阴虚阳亢的虚热证；阳虚则不能制阴，多表现为阳虚阴盛的虚寒证。《素问·阴阳应象大论》之“阳病治阴，阴病治阳”，是说阴虚导致阳亢者，应补阴以制阳；阳虚而导致阴寒者，应补阳以制阴。此外还有阴阳两虚，因为阴阳是相互制约相互依存的，阴阳一方虚损到一定程度，常导致对方的不足，此即“阳损及阴”、“阴损及阳”，最后导致阴阳两虚，本证多见于慢性病，治应阴阳双补。

总之，调和阴阳的基本原则是泻其有余，补其不足，使阴阳之偏盛偏衰得以纠正，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

使之在新的基础上达到新的阴阳平衡。

(3) 针灸具有调和阴阳的作用

针灸的治疗作用在于调和阴阳，正如《灵枢·根结》云："用针之要，在于知调阴与阳，调阴与阳，精气乃光，合形与气，使神内藏。"阐明了针灸治病的关键在于调节阴阳的偏盛与偏衰，使机体阴阳和调，保持精气充沛，形气相合，神气内存。针灸调和阴阳的作用，基本上是通过经络、腧穴配伍和针刺手法来实现的。如胃火炽盛引起的牙痛，属阳热偏盛，治宜清泻胃火，取足阳明胃经穴内庭，针用泻法，以清泻胃热。寒邪伤胃引起的胃痛，属阴邪偏盛，治宜温中散寒，取足阳明胃经穴足三里和胃之募穴中脘，针用泻法，并灸，以温散寒邪。肾阴不足，肝阳上亢引起的眩晕，属阴虚阳亢证，根据"阳病治阴，阴病治阳"的原则，治宜育阴潜阳，取足少阴经穴太溪，补之；取足厥阴经穴行间，泻之，以协调阴阳。

此外，由于阴阳之间可相互化生，相互影响，故治阴应顾及阳，治阳应顾及阴，所以又有"从阴引阳，从阳引阴"等方法，这些方法的核心仍是调和阴阳。

5.1.1.3 疏通经络

经络是五脏六腑与体表肌肤、四肢、五官七窍相互联系的通道，经络具有运行气血，沟通机体表里上下，调节脏腑组织功能活动的作用。经络通过运行气血，调和阴阳，使人体的机能活动维持相对的协调平衡，身体保持健康。

针灸具有疏通经络的作用。

(1) 经络气血失调是疾病产生的重要病理变化

正常情况下，经络"内属脏腑，外濡腠理"，维持着人体正常的生理功能，使人体成为一个完整的有机体。一旦经络气血功能失调，破坏了人体的正常生理功能，就会引起种种病变。

经络气血的偏盛和偏衰：经络气血偏盛可引起有关脏腑、器官、循行部位的功能亢盛。如足阳明气血偏盛可见消谷善饥，大便干，口渴，齿龈肿痛，颈肿，喉痹，身以前皆热等。经络气血偏衰可引起有关脏腑、器官、经络的功能减退性疾病。如足阳明经气不足，可见胃痛，胃寒，腹胀，身以前寒栗等症。

经络气血逆乱：气血逆乱，气盛有余，气血并走于上；或挟痰浊壅滞于上，清窍为之蒙蔽；也有气血两虚，气血运行不佳，更因于劳倦、饥饿、情志刺激，使气血运行失调，以致气虚下陷，血不上承，清窍失养，均可发昏厥。气血不能达于四肢则为厥证。经络气血逆乱又可导致气机升降失常，如清气不升，下为泄泻；浊气不降，上逆为呕；清浊混淆，则呕吐、泄泻并见，发为霍乱。

经络气血阻滞：经络气血运行阻滞，可引起疼痛，即"不通则痛"；气血运行受阻，经脉失于荣养，又可造成麻木；由于人体局部经脉气血壅阻，流行不畅，气血凝滞，又可造成局部组织肿胀疼痛等。

(2) 疏通经络、调理气血是临床治疗的重要大法

疏通经络就是调理经气，经气包括了人体的元气、谷气、宗气等，疏通经络对协调阴阳，抗御病邪，维持人体的正常生理功能有重要作用。各种原因导致的经络气血失调，致使经络气血偏盛偏衰，经络气血逆乱，经络气血阻滞，而引起的种种病变，治疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

理应疏通经络，调理气血。经络气血虚衰，脏腑功能减退者，属虚证，治宜补法；经络气血偏盛，脏腑功能亢进，属实证，治宜泻法，经络气血逆乱者，或属于气血虚衰，或属于脏腑功能失调，均可据其虚实而调之。

(3) 针灸具有疏通经络、调理气血的作用

针灸治病是采用针法和灸法，作用于腧穴、经络，通过经气的作用，调阴阳，补虚泻实，扶正祛邪，通其瘀滞，理其气血，从而排除致病因素，治愈疾病。如阳明经气偏盛引起的身热、口渴，可取阳明经内庭、曲池泻热止渴；阳明经气偏衰引起的身寒，可取阳明经足三里、合谷温补之。再如足阳明胃经浊气上逆，引起呕吐，足阳明胃经清气不升引起的腹泻、腹胀等症，均可取足阳明胃经穴足三里治之。以上均为通过疏理阳明经气，调理气血，而达到治疗疾病的目的。

(4) 临床和实验研究证明针灸具有止痛作用

中医学认为，疼痛是由于经络闭阻、气血阻滞所致，即“不通则痛”。风、寒、暑、湿、火以及痰浊、瘀血阻滞，或肝郁气滞、气滞血瘀，或气血虚弱、筋脉失养，均可致经络闭阻而引起疼痛。针灸可通过经络腧穴的作用，使经络通畅，气血调和，而达止痛效果。

大量的临床资料和实验结果证实，针刺有良好的止痛效果。如对常见的疼痛证：头痛、牙痛、三叉神经痛（面痛）、坐骨神经痛（腰腿痛）、肋间神经痛（胁痛）、胃痛、胆绞痛、心绞痛、痛经、产后宫缩痛、四肢关节痛、手术后疼痛等，都有明显止痛作用。针灸对消除炎症肿胀性疼痛也有明显作用。此外，针刺麻醉的成功，也证明了针灸的镇痛作用。

5.1.2 施治原则

施治原则，即针灸治疗疾病时所依据的准则，它对于针灸处方选穴，以及操作方法的运用等都具有重要的指导意义。

古人对针灸施治原则早有明确论述，如《灵枢·九针十二原》云：“凡用针者，虚则实之，满则泄之，宛陈则除之，邪胜则虚之。”《灵枢·经脉》云：“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之，不盛不虚，以经取之”。据此归纳，有补法、泻法、清法、温法、调法等五种。

临床疾病的症候表现多种多样，病理变化错综复杂，疾病除有虚实寒热之外，病情有标本缓急，病人体质有弱有强，地区气候也不尽相同，所以针灸治疗时，还应分清主次，区别缓急，同病异治和异病同治，以及因人、因时、因地制宜的原则，才能取得较好的治疗效果。

5.1.2.1 补虚与泻实

(1) 补虚与泻实的基本概念

“虚”是指人体的正气虚弱，“实”是指邪气偏盛。补虚就是扶助人体的正气，增强脏腑器官的功能，补益人体的阴阳气血以抗御疾病。泻实就是驱除邪气，以利于正气的恢复。针灸的“补虚”与“泻实”，是通过针和灸的方法激发机体本身的调节机能，从而产生补泻的作用，达到扶正祛邪的目的。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）补虚与泻实的临床应用

1）补法

“虚则补之”，出自《灵枢·经脉》篇。在邪正斗争中，如果正气不足，并为矛盾的主要方面时，其症状多表现为虚证。如大病久病，消耗精气，或大汗、吐利、大出血损伤阳气、阴液，均会导致正气虚弱，机能减退，表现为面色苍白或萎黄，精神萎靡，身疲乏力，心悸气短，形寒肢冷，或五心烦热，自汗盗汗，大便滑脱，小便失禁，舌上少苔或无苔，脉弱无力等。其中阳虚、气虚者，毫针刺用补法，并灸，以振奋阳气，阴虚者，毫针刺用补法，以养其阴。

“陷下则灸之”，出自《灵枢·经脉》篇。“陷下”有两种含义，一是指中气下陷，失于固摄；一是指脉象沉下，王冰在《灵枢·经脉》篇注之曰：“脉虚气少，故陷下也”，所以陷下有沉脉之意。脉沉无力者多属气虚证或阳气虚脱，对气虚证、阳虚证，应该用灸法进行治疗；如阳气暴脱，汗出不止，肢冷脉微者，应取神阙、关元、气海等穴，用大艾炷重灸，以回阳固脱；对脱肛、子宫脱垂等中气下陷证，应当艾灸百会、气海等穴，以升举下陷之气。

“虚则实之”意同“虚则补之”。

正确运用针灸补法，还要讲究腧穴的配伍，才能取得较好的疗效。

临床常用的补法：

① 补益肾气法：用于肾气虚弱证，穴取肾俞、命门、关元、太溪；针刺补法，并灸。

② 补中益气法：用于脾胃气虚证，穴取脾俞、胃俞、中脘、气海、足三里；针刺补法，并灸。

③ 补益肺气法：用于肺气虚证，穴取太渊、肺俞、足三里、太白；针刺补法，并灸。

④ 补益心脾法：用于心脾两虚证，穴取心俞、脾俞、神门、三阴交；针刺补法，并灸。

⑤ 补益气血法：用于气血两虚证，穴取脾俞、胃俞、足三里、三阴交；针刺补法，并灸。

⑥ 补益肾阴法：用于肾阴虚证，穴取关元、肾俞、照海；针刺补法。

⑦ 升阳益气法：用于清阳不升，中气下陷证，穴取百会、中脘、气海、足三里；针刺补法，并灸。

2）泻法

“盛则泻之”，出自《灵枢·经脉》篇。“盛”是指邪气亢盛，“泻”是指祛邪之治疗方法。疾病的发生、发展和转归过程，就是邪与正斗争的过程。在邪正相争过程中，如邪气亢盛，并成为矛盾的主要方面时，其证候表现为实证。如发热、腹胀痛拒按、胸闷、烦躁，甚至神昏谵语、呼吸气粗、痰涎壅盛，大便秘结，小便不利，舌苔厚腻，脉实有力。治疗应该用泻法，或用毫针泻之，或用三棱针放血，或用梅花针重叩出血，以祛除病邪，邪去正安，疾病才能向愈。

“满则泄之”，出自《灵枢·九针十二原》篇。“满”是指邪气盛满，“泄”与“泻”同，即邪气盛满的实证，应该用泻法进行治疗，以祛除邪气，促进疾病向愈。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

“宛陈则除之”，出自《灵枢·经脉》篇。“宛”通于郁，即气血郁滞，或邪气郁结不散，“陈”即陈久或陈旧之意，故宛陈是指气血郁积已久，“除”者，去也，是指治疗方法。所以本条是说气血郁久，积瘀经络，治应祛除瘀滞，用刺血的方法，以活血除瘀通络。如外伤扭挫或气滞血瘀形成的肿痛，或邪入营血，郁结不解和久痛入络等，宜用三棱针点刺十二井穴及其局部络脉出血，也可取阿是穴用刺络拔罐法以散瘀通络。

“血实者决之”，出自《素问·阴阳应象大论》篇。“实”者，邪气实也，即血中邪气亢盛，或为邪毒壅于血分之血热证，或瘀血痹阻的瘀血证，“决”者，泻也，有破血之意，可用刺血的方法治疗。如邪毒壅滞血分，引起高热，烦躁不安，甚则神昏谵语，急取曲泽、委中、十二井穴，三棱针点刺出血，以清泻血分热毒。

泻法的临床应用，应包括经穴配伍和刺法两个方面。临床常用泻法有：

① 疏风解表法：用于表实证，穴取风池、合谷、列缺，针刺泻法。

② 泻热通便法：用于里实证，穴取天枢、曲池、上巨虚，针刺泻法。

③ 理气豁痰法：用于痰实证，穴取天突、膻中、合谷、丰隆，针刺泻法。

④ 活血化瘀法：用于血瘀证，穴取曲泽、委中、十二井穴、膈俞，针刺泻法，或用刺络拔罐法。

在临床治疗中，有关补泻的内容非常丰富，除上述单纯补泻外，还有补泻兼施，先补后泻，先泻后补，上补下泻，上泻下补，左补右泻，右补左泻等等。例如：胆虚而肝实的患者，既有易惊失眠，又兼有两胁胀痛，治疗宜先取丘墟、胆俞以补胆之虚，再取行间以泻肝之实，治疗有序，其效必著。再如《类经图翼》中的“腕骨，凡心与小肠，火盛者，当泻之，浑身热盛，先补后泻，肩背冷痛，先泻后补”等都是补泻兼施的例证。

另外，针灸的补泻不是直接补人体的不足，或泻人体的有余，而是使用一定的针法灸法施术于腧穴，通过经络的调整作用，间接地产生补泻效果的。故针灸补泻作用的产生包括人体的机能状态、经络、腧穴、处方、刺灸法等内容。所以，临症时只有认真辨证，全面分析，施术得当才能收到好的效果。

5.1.2.2 清热与温寒

(1) 清热与温寒的基本概念

寒与热是表示疾病性质的两个纲领。寒证是机体阳气不足或感受寒邪，机体机能衰减所表现的证候；热证是机体阳气偏盛或感受热邪，机体机能亢盛所表现的证候。

温寒即温法，是用针灸温通经络，温养阳气，温中散寒，回阳救逆的一种方法，用于寒证的治疗。

清热即清法，是用针法疏风散热，清热解毒，泻热开窍的一种治法，用于热证的治疗。

(2) 清热与温寒的理论根据

寒与热是表示疾病性质的两条纲领，在任何疾病过程中都会出现寒热的变化。外来之邪或属寒或属热，侵入人体后或从热化或从寒化，而人体的机能状态或表现为亢盛，或表现为不足，亢进则热，不足则寒，所以清热温寒是治疗中的根本大法之一。它适用于疾病的征象（症状和体征）与疾病的本质相一致的病证，是针对疾病的本质所设，均

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

“宛陈则除之”，出自《灵枢·经脉》篇。“宛”通于郁，即气血郁滞，或邪气郁结不散，“陈”即陈久或陈旧之意，故宛陈是指气血郁积已久，“除”者，去也，是指治疗方法。所以本条是说气血郁久，积瘀经络，治应祛除瘀滞，用刺血的方法，以活血除瘀通络。如外伤扭挫或气滞血瘀形成的肿痛，或邪入营血，郁结不解和久痛入络等，宜用三棱针点刺十二井穴及其局部络脉出血，也可取阿是穴用刺络拔罐法以散瘀通络。

“血实者决之”，出自《素问·阴阳应象大论》篇。“实”者，邪气实也，即血中邪气亢盛，或为邪毒壅于血分之血热证，或瘀血痹阻的瘀血证，“决”者，泻也，有破血之意，可用刺血的方法治疗。如邪毒壅滞血分，引起高热，烦躁不安，甚则神昏谵语，急取曲泽、委中、十二井穴，三棱针点刺出血，以清泻血分热毒。

泻法的临床应用，应包括经穴配伍和刺法两个方面。临床常用泻法有：

① 疏风解表法：用于表实证，穴取风池、合谷、列缺，针刺泻法。

② 泻热通便法：用于里实证，穴取天枢、曲池、上巨虚，针刺泻法。

③ 理气豁痰法：用于痰实证，穴取天突、膻中、合谷、丰隆，针刺泻法。

④ 活血化瘀法：用于血瘀证，穴取曲泽、委中、十二井穴、膈俞，针刺泻法，或用刺络拔罐法。

在临床治疗中，有关补泻的内容非常丰富，除上述单纯补泻外，还有补泻兼施，先补后泻，先泻后补，上补下泻，上泻下补，左补右泻，右补左泻等等。例如：胆虚而肝实的患者，既有易惊失眠，又兼有两胁胀痛，治疗宜先取丘墟、胆俞以补胆之虚，再取行间以泻肝之实，治疗有序，其效必著。再如《类经图翼》中的“腕骨，凡心与小肠，火盛者，当泻之，浑身热盛，先补后泻，肩背冷痛，先泻后补”等都是补泻兼施的例证。

另外，针灸的补泻不是直接补人体的不足，或泻人体的有余，而是使用一定的针法灸法施术于腧穴，通过经络的调整作用，间接地产生补泻效果的。故针灸补泻作用的产生包括人体的机能状态、经络、腧穴、处方、刺灸法等内容。所以，临症时只有认真辨证，全面分析，施术得当才能收到好的效果。

5.1.2.2 清热与温寒

(1) 清热与温寒的基本概念

寒与热是表示疾病性质的两个纲领。寒证是机体阳气不足或感受寒邪，机体机能衰减所表现的证候；热证是机体阳气偏盛或感受热邪，机体机能亢盛所表现的证候。

温寒即温法，是用针灸温通经络，温养阳气，温中散寒，回阳救逆的一种方法，用于寒证的治疗。

清热即清法，是用针法疏风散热，清热解毒，泻热开窍的一种治法，用于热证的治疗。

(2) 清热与温寒的理论根据

寒与热是表示疾病性质的两条纲领，在任何疾病过程中都会出现寒热的变化。外来之邪或属寒或属热，侵入人体后或从热化或从寒化，而人体的机能状态或表现为亢盛，或表现为不足，亢进则热，不足则寒，所以清热温寒是治疗中的根本大法之一。它适用于疾病的征象（症状和体征）与疾病的本质相一致的病证，是针对疾病的本质所设，均

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

是逆其病证性质而治的正治法，是治病求本的具体运用。

有关针灸清热温寒的记载，早见于《内经》。如《素问·至真要大论》“温者清之”，《灵枢·经脉》“热者疾之”等都是清热法的应用原则。再如《素问·至真要大论》“寒者温之”，《灵枢·经脉》“寒者留之”，《灵枢·官能》“经络坚紧，火所治之”，《灵枢·阴阳二十五人》“凝涩者，致气以温之”，《灵枢·禁服》“血寒，故宜灸之”等都是温寒法的运用原则。以上这些清热、温寒的原则，在临床实践中仍有着极大的现实意义。

（3）清热与温寒的临床应用

1）清热法

“热则疾之”，出自《灵枢·经脉》篇。“热”是指邪热亢盛，或为外感风热引起的表热证；或为五脏六腑有热的里热证；或为气血壅盛于经络局部的局部热证。“疾”是快速的意思，这里是指治疗方法，即疾刺快出针。《灵枢·九针十二原》“刺诸热者，如以手探汤”，与此同义，如点刺出血，以泄其邪热。如表热证用毫针浅刺曲池、合谷、大椎等穴，并疾出其针，以宣散热邪。五脏热者，选择相应的腧穴而刺之，如心热者，取中冲、少冲，点刺出血，以泄其热；热在经络局部者，用毫针散刺，或三棱针点刺，或皮肤针叩刺局部出血，以疏散邪热。“疾”也有快速运针的意思，即快速提插，快速捻转，相当于泻法，多用于实热证。

“温者清之”，出自《素问·至真要大论》。“温”是热的意思，即病性属热证，“清”是治疗大法，即热证应用清热的方法。

临床常用的清法有：

① 清解表热法：适用于表热证；穴取大椎、曲池、合谷；针刺泻法。

② 清热解毒法：用于温毒热证；穴取委中、曲泽、十宣、阿是穴；点刺出血。

③ 清热开窍法：用于热闭神昏证；穴取水沟、十二井穴、劳宫；针刺泻法，或点刺出血。

④ 清泻脏腑法：适用于脏腑热证；穴取所属脏腑的荥穴和相应的经穴，如心热证，取少府，劳宫，肝热证取行间、阳辅等；针刺泻法。

2）温寒法

“寒者热之”，出自《素问·至真要大论》。“寒”是指疾病的性质属寒，或为外感寒邪引起的表寒证；或为寒湿痹阻经脉的寒痹证；或为阳气不足引起的脏寒证。“热”是指治疗的方法，如艾灸法，可温散寒邪，温通经络，益阳祛寒；或用针刺热补法，以益阳温经散寒。如表寒证可温灸肺俞、大椎等穴，以温散表邪；寒痹证，可用隔附子灸，或温针灸，以温经散寒；脏寒证可取相应的腧穴，以温灸之。

“寒者留之”，出自《灵枢·经脉》。是说寒证应当用久留针的方法进行治疗，以激发其经气，使阳气来复，散其寒邪。如外受寒湿邪气引起的寒痹，关节剧痛，应深刺久留针，以激发阳气，祛除寒邪。阳气不足引起的内寒证，应针刺补法久留针，以激发阳气，此法常配用灸法以提高疗效。此外，“留”还有暂停之意，并不是停止之意，而是与热者疾之相对而言，有慢速运针之意。如《灵枢·九针十二原》：“刺寒清者，如人不欲行”。

“血寒者灸之”，是寒证用灸法的一种，出自《灵枢·禁服》篇。血寒是指血脉中阴寒盛，或为寒邪袭于血分，或为阳气不足，阴寒内盛，可致血脉凝滞，变生诸病。依

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

“寒者热之”大法，治用灸法，以扶阳祛寒，温通经脉。如血寒导致血脉凝滞引起的脱骨疽，或血寒经血闭阻引起的痛经，均可采用温通的方法进行治疗。

临床常用的温法有：

① 温通经络法：用于寒凝经络证；穴取阿是穴，或根据病变部位循经取穴；治用灸法，或留针法，或温针灸。

② 温中散寒法：用于胃寒证；穴取中脘、气海、足三里；留针补法，并灸。

③ 回阳救逆法：用于阳气衰微，四肢厥冷证；穴取关元、神阙；重用灸法，或神阙用隔盐灸法。

总之，热证和寒证在临床上的表现往往错综复杂，变化多端，有表热还有里热，有里寒还有表寒，有上热下寒，还有真寒假热和假寒真热，所以清热温寒的运用也应灵活机变。假如热邪入里，即“阴有阳疾”，亦可采用深刺久留针的方法，直到热退为止。如热未退，还可反复施术。假令寒邪在表，亦可用浅刺不留针的方法，或用点刺法治疗。假如上热下寒，如咽干而痛，心烦，兼见便溏肢冷，脉沉弱者，是下焦虚寒，阳不入宅，戴阳于上，治宜温补下元，引火入宅。真寒假热者，可在温寒的基础上佐以清热；真热假寒者，可在清热的基础上，佐以温寒。

5.1.2.3 调法

（1）调法的概念

调法是一种调和的方法，有调和阴阳，解除寒热，及调整脏腑偏盛偏衰的作用。

调和法原是治疗少阳病的方法。少阳病邪在半表半里，非发汗、清热、泻下等方法所能解决，只宜“随其所而调之”。后世医家引申其义，把能调整脏腑偏盛偏衰的方法，如调和胆胃、调和肠胃、调和肝胃等，也属于调法，这就大大丰富了调法的内容。

“不盛不虚，以经取之”，出自《灵枢·经脉》篇，主要阐明调法在针灸临床上的应用，不盛不虚，不是因气血盛衰而发病，也不是由邪气所致病，而是由于脏气或经气失和而发病，或者是虚实不明显的病证，就应采用平补平泻方法，以调和之。

（2）临床常用的调法

① 和解少阳法：用于邪在半表半里，症见寒热往来，心烦喜呕；穴取外关、足临泣等。

② 调和胆胃法：用于胆气犯胃，胃失和降，症见胸胁胀满，恶心欲吐，心下痞闷；穴取日月、阳陵泉、足三里、支沟等。

③ 调和肝脾法：用于肝气郁结，横逆犯脾，症见胸胁胀痛，厌食倦怠，腹痛或大便泄泻，妇女还可用于乳胀胁痛，月经不调；穴取期门、太冲、三阴交。

④ 调和肠胃法：用于肠胃失调，症见腹痛、腹胀、时欲呕吐，心下痞满等，穴取中脘、天枢、气海、足三里、内关等。

5.1.2.4 治标与治本

（1）标本的概念

“标”和“本”的含义十分广泛，从邪正关系上看，正气是本，邪气是标；从疾病

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

的发生上看，病因是本，症状是标；从病变的部位上看，内脏是本，体表为标；从发病的先后看，先病是本，后病是标。所以，“标本”是一对相对的概念，中医学通过这一概念来说明疾病过程中，病症的主次和轻重缓急，以及疾病的现象和本质。

（2）标本的临床应用

标本在临床上的应用就是要抓住疾病的本质，给以适当的治疗。在针灸治疗上也只有正确地掌握标本缓急，才能做到“用之不殆”。标本在临床上运用的一般原则是：“治病必求其本”，“急则治其标，缓则治其本”和“标本俱急，标本同治”。

① 治病必求其本：治病求本是根本大法，就是说临床治病需分辨疾病的本质而进行治疗。任何疾病的发生、发展，总是要通过若干症状而显示出来，但这些症状只是疾病的现象，而不是疾病的本质。只有运用四诊收集病史和病症，亦通过综合分析，才能透过现象看到疾病的本质，找出疾病的癥结，进行适当的治疗，才可收到针到病除的效果。如头痛一症，可由外感、血虚、痰阻、瘀血、肝阳上亢等多种原因引起，治疗时就不能单纯地采用对症治疗而选用太阳、合谷等穴，而应该通过全面地综合分析，找出致病的原因，病变的部位（太阳经、阳明经、少阳经），选用相应经络的穴位，并分别用以解表、养血、化痰、活血、平肝潜阳等方法进行治疗，才能收到满意的效果。

② 急则治其标，缓则治其本：在一般情况下，治病求本是一个根本法则，但在某些情况下，标病处于危急时，如不及时处理，可能危及生命或影响本病的治疗时，应按“急则治其标，缓则治其本”的原则，先治其标病，在标病缓解之后，再治本病。如针灸治疗头痛时，在针刺合谷后，病人突然发生晕针现象，面色苍白，汗出，四肢厥冷，心中烦乱，此时应采取紧急措施，先治晕针，待晕针解除后，再治头痛。再如某些慢性病患者，原有宿疾未愈，又复患外感，恶寒发热，头痛鼻塞。亦当先治外感，以治其标，待新病痊愈后，再治宿疾以治其本。

总之，治标只是在应急情况下的权宜之计，而治本才是治病的根本目的。急则治标缓解了病情，解除了新病，就给治本创造了更有利的条件，其目的仍是为了更好地治本。所以说，标本缓急是从属于治病求本这一根本法则的，并与之相辅相成，临床上要灵活应用。

③ 标本俱急，标本同治：病有标本缓急，所以治有先后。若标本并重，则应标本兼顾，标本同治。这类病证在针灸临床上并不少见，此时在病情上已经不允许单独治标，或单独治本，必须标本兼顾，标本同治。如热病中症见高热，神志昏迷，而兼见小腹胀满，小便壅闭时，应标本同治，既要泻热开窍，又要通利小便，才能标本双解，解除疾病。再如气虚感冒，按照中医的标本概念，气虚是本，感冒是标。治疗时如单纯祛邪则伤正，邪气也不能祛尽，单纯扶正，又易恋邪，所以只有标本同治，扶正以祛邪，才能祛邪而不伤正。

标病与本病处于俱缓状态时，也可采用标本兼治法。如肝病引起的脾胃不和，可在治肝的同时兼调脾胃。又如，正虚邪实的鼓胀病，单纯扶正或单纯祛邪都是片面的，唯有攻补兼施，才有可能获得比较理想的疗效。

在临床上，标本的关系是十分复杂的，而不是固定不变的，标本在一定条件下可以相互转化。所以临证时，要注意掌握标本转化的规律，以便始终抓住疾病的主要矛盾，做到治病求本。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

5.1.2.5 同病异治与异病同治

(1) 同病异治和异病同治的概念

同病异治，是指同一疾病，用不同的方法治疗。

异病同治，是指不同的疾病，用相同的方法治疗。

同病异治和异病同治这一原则的运用，是以病机的异同为依据的，即《素问·至真要大论》所谓“谨守病机，各司其属”之意。

(2) 同病异治和异病同治的临床应用

① 同病异治：同一种疾病，由于病人的病因不同，病人的体质不同，疾病的发展阶段不同，其病机病证也不同，所以其治病方法也不同。例如：同是胃痛病，有因肝气横逆犯胃引起者，治宜疏肝和胃，行气止痛，取足厥阴、阳明经穴为主，穴取太冲、足三里、梁门，针刺泻法；有因脾胃虚寒引起者，治宜补脾健胃，温中散寒，穴取脾俞、胃俞、足三里、三阴交等穴，针刺补法，并灸。

② 异病同治：许多疾病，虽然其受病部位和症状不同，但其主要的病机相同，就可采用相同的方法进行治疗。如胃下垂和子宫脱垂，尽管它们的发病部位和具体症状迥然不同，但它们的病机相同，均属气虚下陷证，治宜益气升陷，取百会、气海等穴，针刺补法并灸，可收异病同治之效。

5.1.2.6 因时、因地、因人制宜

(1) 因时制宜

因时制宜，是根据不同的气候与时间特点，来考虑制定适宜的治疗方法。四时气候的变化，对人体的生理功能、病理变化均可产生一定的影响，《灵枢·终始》“春气在毛，夏气在皮肤，秋气在分肉，冬气在筋骨，刺此病者各以其时为齐”。一般春夏之季，气候由温渐热，阳气升发，此时人体气血趋向浅表，针刺宜浅，少用灸法。秋冬季节，气候由凉变寒，阴盛阳衰，人体气血敛藏于内，针刺宜深，可用灸法。此外，在针灸临床上还应注意针刺的时机问题，如治疗疟疾宜在发作前2～3小时进行针治，痛经一般宜在月经来潮前开始治疗，才能取得好的效果。

因时制宜除以上情况外，还有时间针法。时间针法是古代医家观察到自然界的日月、星辰、四时、时辰的变化与人体十二经脉气血的流注有密切的关系，因此而创立的按时间取穴治疗的子午流注针法和灵龟八法、飞腾八法。这是“因时制宜”治疗原则的具体运用。

(2) 因地制宜

因地制宜，是根据不同的地理环境特点，来制定适宜的治疗方法。由于不同的地理环境，不同的气候条件和生活习惯，人的生理活动和病理特点也不尽相同，所以治疗方法也不尽相同。

(3) 因人制宜

因人制宜，是根据人的年龄、性别、体质等不同特点，制定适宜的治疗方法。例如，男女性别不同，各有其生理特点，尤其是妇女患者有月经、怀孕、产后等情况，治疗时应予注意。年龄不同，生理机能及病理特点亦不相同，治疗时应予以区别，如老年

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

人气血衰少，生机减退，不宜用强刺激；小儿生机旺盛，但气血未充，脏腑娇嫩，针刺宜浅刺不宜留针。在人的体质上，有强弱、寒热及对针刺的耐受性不同，所以在针刺时也应有所区别。

5.1.3 辨证论治

辨证论治是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则，也是中医学的基本特点之一，所谓辨证，就是将四诊所收集的有关疾病的各种现象和体征，进行分析、综合，来辨清疾病的原因、性质和部位，概括、判断为某种性质的证候。所谓论治，就是根据辨证的结果，确定相应的治疗方法。

中医的辨证方法，内容十分丰富，大体来讲，有八纲辨证、脏腑辨证、经络辨证、气血辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、病因辨证等几种。这些辨证方法，各有其特点和侧重，但在临床实践中是互相联系互相补充的。其中八纲辨证是辨证的总纲，也可以说是从各种辨证方法的个性中概括出来的共性；脏腑经络辨证是各种辨证的基础；气血辨证是与脏腑经络辨证互相联系，互相补充的辨证方法；六经、卫气营血、三焦辨证，主要是针对外感热性病的辨证方法；病因辨证则是探求发病原因的辨证方法。掌握这些辨证方法，最终的目的是要判明疾病的病因、病位、病情和病势，以便有的放矢地定出相应的治疗方案。

中医的治疗法则，内容也很丰富，大体来讲，有治病求本、扶正祛邪、标本缓急、补虚泻实、清热、温补、调和、正治反治、同病异治、异病同治以及因时、因地、因人制宜等内容。针灸治病的具体方法虽然很多，但总的来说都离不开上述原则的指导。

为了密切联系针灸临床的实际，我们将把辨证和论治的内容结合起来讨论，重点介绍八纲证治、脏腑证治、经络证治、气血证治、风火湿痰证治。并希望通过学习讨论，掌握针灸临床辨证和治疗疾病的基本方法。

5.1.3.1 八纲证治

八纲，就是表、里、寒、热、虚、实、阴、阳。它是祖国医学辨证的基本方法。

疾病的证候表现是极其复杂的，如何从复杂的变化过程中，对各个症状作全面的了解，归纳和分析，找出疾病变化的规律性，确定其类型、病位、病性，预测其趋势，从而为治疗指出方向，这就需要运用八纲辨证来加以归纳。

疾病的表现尽管极其复杂，但其病位的深浅，不在于表，便在于里；疾病的性质，不是属热，便是属寒；邪正的斗争情况，不是正虚，便是邪实；疾病的类别，不是阴证，便是阳证。因此，八纲是把人体的证候，分为表证和里证，热证与寒证，虚证与实证，阴证与阳证四个对立面，成为四对纲领，用以指导临床治疗。八纲之中的阴阳两纲，又可以概括其它六纲，即表、热、实证为阳，里、寒、虚证为阴，所以阴阳又是八纲中的总纲。

八纲辨证，并不等于把疾病划分为八个孤立的类型，而是相互联系不可分割的。如表证又有表寒、表热、表虚、表实之分，还有表实里虚、表热里寒、表虚里实、表寒里热等。其它如里证、寒证等，也是如此。

（1）表里

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

① 表里的概念：表里是表示病邪侵犯人体的部位和病势深浅的两个辨证纲领。一般地说，病邪侵犯肌表而病位浅者属表，病在脏腑而病位深者属里。

② 表证与里证：

表证：病位在肌表，是指外邪致病的初起阶段，是六淫从皮毛、口鼻侵入机体后，产生的一系列症状的综合。因此，表证往往具有起病急、病程短、病位浅的特点。临床表现以发热、恶风寒、舌苔薄白、脉浮等症状为主，以及头身疼痛，鼻塞、咳喘等症。

里证：是与表证相对而言，表示病变部位在脏腑，病势较深。因此，里证所包括的证候范围极广。这里着重介绍里证的基本特点。

里证的发生大致有三种情况：

一是由于表邪不解，内传入里，侵犯脏腑而成。如外感表邪不解，病情发展，出现高热、口渴喜冷饮、烦躁、谵语、舌红苔黄，大便秘结、小便黄赤等症时，说明邪已内传于里，形成了肠胃实热的里证。

二是外邪直接侵犯脏腑而发病。如腹部受冷，或过食生冷，以致寒湿邪气内伤脾胃，发生腹痛、吐泻等，形成了里寒证。

三是由于情志内伤、饮食、劳倦等因素，使脏腑气血的功能失调，发病多属里证。如郁怒伤肝，使肝郁气滞，两胁胀满；思虑过度，劳伤心脾，可见食欲不振、气短、乏力、失眠、健忘等症。

看来里证的临床表现多种多样，但概括起来，是以脏腑的症候为主。具体内容将在脏腑辨证中介绍。

③ 表里证的鉴别要点：辨别热性病的表证和里证，要辨清发热是否伴有恶寒，舌苔是白是黄，脉象是浮是沉。一般以发热恶寒、苔薄白，脉浮，属表证；发热不恶寒，苔黄、脉数或沉滑，属里证。

④ 治法：表证多选取督脉，手太阴、阳明和足太阳经穴，宜用浅刺法。表热证不留针，表寒证配以灸法。里证多取脏腑所属经脉腧穴，一般宜深刺。里寒证宜留针，并用灸法；里热者针刺用泻法。

(2) 寒热

① 寒热的概念：寒热是辨别疾病性质的两个纲领，并用以概括机体的阴阳偏盛与偏衰，所谓“阴盛则寒”、“阳盛则热”，“阳虚生寒”、“阴虚生热”，即是此意。一般来讲，寒证是感受寒邪或机体的机能活动衰弱所表现的证候；热证是感受热邪或机体的机能活动亢盛的反映。

② 寒证与热证：

寒证：常见恶寒喜暖，口淡不渴，面色苍白，手足厥冷，小便清长，大便溏泄，舌淡苔白而润滑，脉迟等一派阴盛症状。

热证：多见发热喜冷，口渴饮冷，面红目赤，小便短赤，大便燥结，舌红苔黄而干燥，脉数等一派阳盛症状。

③ 寒热证的鉴别要点：寒和热的鉴别，应从口渴、面色、四肢、二便、舌苔、脉象等几方面辨认。即恶寒喜热为有寒；恶热喜冷为有热；不渴为有寒；口渴为有热；面白为寒；面赤为热；手足厥冷为寒；手足热为热；小便清长、大便溏薄为寒；小便短赤、大便燥结或里急后重便脓血为热；脉沉迟为寒；脉滑数为热等等。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

④ 治法：寒证用温热法，多取任脉及三阴经穴，针刺宜留针并用灸法。热证用清法，多取督脉和三阳经穴，针刺或补或泻或补泻兼施，不留针，或点刺出血。

(3) 虚实

① 虚实的概念：虚实是辨别人体正气强弱和病邪盛衰的两个纲领。一般而言，虚证是指正气虚弱不足的证候，多见于慢性病；而实证是指邪气亢盛有余的证候，多见于急性病。若从正邪消长来看，临床上形成虚证时，虽主要是正气不足，但邪气亦不盛；形成实证时，虽主要是邪气有余，但正气亦未衰。否则，常会形成虚中夹实，或实中夹虚等虚实错杂的证候。

② 虚证和实证：

虚证：虚证形成有先天、后天两方面的原因。但大部分的虚证是后天失调所致，如缺乏锻炼、消化吸收不好、年老体弱、妇女生育过多，或大病、久病之后，正气为邪气所伤，或患病过程中失治、误治等因素，均能使阴精阳气受损而致虚。虚证的临床表现，由于有阴虚、阳虚、气虚、血虚等不同，故各有其证候特点，将分别在后面阴阳两纲及脏腑辨证中介绍。一般虚证常见的症状是：精神萎靡，面色㿠白，身倦无力，或五心烦热，形体消瘦，心悸气短，自汗盗汗，以及大便溏泄，小便频数或不禁，舌质淡，舌面光净无苔，脉象细弱等。

实证：实证形成也有两方面原因。一方面是感受外邪；另一方面则是由于内脏机能活动失调，代谢障碍，以致痰饮、水湿、瘀血等病理产物停留体内所致，实证的临床表现，范围很广，如邪闭经络或内结脏腑，或气滞血瘀，或痰、水、虫积等都属实证范围，故各有其证候特点。一般实证的常见症状是：呼吸气粗、烦躁、胸胁脘腹胀满、疼痛拒按、大便秘结、或热痢下重、小便不通或淋沥涩痛、舌苔厚腻、脉实有力等。

③ 虚实证的鉴别要点：一般地说，外感初病，证多属实；内伤久病，证多属虚。临床症状表现为有余、亢盛的，属实；表现为不足、衰弱的，属虚。其中，声音气息的强弱，痛处的喜按与拒按，舌质的苍老与胖嫩，脉象的有力与无力等几个方面，对虚实证的鉴别，都有重要的临床意义。如病程短，声高气粗，痛处拒按，舌质苍老，脉实有力的属实证；病程长，声低气短，痛处喜按，舌质胖嫩，脉虚无力的属虚证。

④ 治法：虚证取任脉、三阴经穴和背俞穴；针刺补法，并用灸法。实证多取督脉及三阳经穴，针刺泻法。

(4) 阴阳

① 阴阳的概念：阴阳代表着事物相互对立又相互联系的两个方面，而不局限于某一特定事物。一般地说，凡是活动的、上升的、兴奋的、进行性的、机能亢进的、热性的，都属于阳；而沉静的、下降的、抑制的、退行性的、机能衰减的、寒性的，都属于阴。

② 阴证与阳证

阴证：其形成多由于年老体衰，或内伤久病，或外邪内传五脏以致阳虚阴盛，机能衰减，脏腑功能降低。每多见于里证的虚寒证。一般阴证常见有：面色苍白，恶寒，四肢厥冷，声音低微，身体沉重，精神不振，口不渴，下利清谷，爪甲色青，舌质淡，苔白，脉沉微等。

阳证：其形成多由于邪气盛而正气未衰，正邪斗争处于亢奋阶段，常见于里证的实

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

热证。一般阳证常见有：颜面潮红，身热，恶热不恶寒，心烦口渴，躁动不安，气高声粗，呼吸急促，小便红赤，大便秘结，舌质红绛，脉滑数有力等。

③ 阴证与阳证的鉴别：一般地说，阳证必见热象，以身热、恶热、烦渴、脉数为准；阴证必见寒象，以身寒肢冷、无热恶寒、精神萎靡、脉沉微无力为凭。但临床也有阳极似阴，阴极似阳的问题，值得我们注意和详辨。

④ 治法：阴证治宜温阳散寒，多取任脉经穴，宜深刺，久留针，并用灸法。阳证治宜清泻实热，多取督脉和三阳经穴，宜浅刺，疾出针或点刺出血，少灸或不灸。

总之，临床疾病证候的反映，往往不是单纯的、典型的，而是错综复杂的，表里、寒热、虚实证常常是交织在一起混同出现。因此，在辨证过程中，八纲里有各自不同见证，但它们之间又是相互联系而不可分割的。如辨别表里必须与寒热虚实相联系，辨别虚实又必须与表里寒热相联系，辨别寒热又必须与虚实表里相联系。因为表证有表寒、表热、表虚、表实之分；而里证也有里寒、里热、里虚、里实之别；还有表热里寒、表寒里热、表虚里实、表实里虚等错综复杂的变化。表证如此，其他里证、寒证、热证、虚证、实证也是如此。并在一定条件下，这四对矛盾的双方可以向对方互相转化，如由表入里，由里出表，寒证化热，热证化寒，虚证转实，实证转虚等。有的病情发展到严重阶段，病势趋于寒极和热极的时候，往往出现与疾病本质相反的假象，即所谓真寒假热，真热假寒等。疾病是千变万化的，所以八纲证治也必须灵活运用。

5.1.3.2 脏腑证治

脏腑证治，是根据病人临床症状和体征，辨别疾病属于何脏何腑，属虚属实，属寒属热，并据此制定出相应的治疗大法。

（1）肺

1）概说

肺司呼吸，主一身之气，外合皮毛，上与喉鼻相通。肺为娇脏，既恶寒又畏热，故外邪由皮毛或口鼻入侵于人体，多首先犯肺。肺主治节，朝百脉，与五脏六腑的关系最为密切，故肺病日久可影响到其他脏腑，其他脏腑的病变亦可影响到肺，尤以脾、肾与肺的关系最为密切，与肝也有一定的联系。在经络联系上，肺脏主要和四条经脉相联系，其中手太阴肺经属于肺，手阳明大肠经络于肺，足少阴肾经从肾上贯肝膈上入肺，足厥阴肝经从肝别贯膈上注肺。肺病的病理变化，主要是肺气宣降失常，表现为咳嗽、哮喘、咳血、胸闷、胸痛、鼻塞、流涕、鼻衄、咽喉肿痛、失音等。如肺病影响到大肠，会引起便秘或泄泻。

总的来说，肺之病变虽然较多，而究其大要不外虚实两端：凡外邪客表，肺气不能宣畅，或邪热壅肺，湿痰内阻，影响肺之宣降的，多属实证，如因脾不养肺，或肾虚影响到肺的，多属虚证。

2）证治

① 外感风寒：风寒袭于肺卫，肺气失宣，遂致恶寒发热，头痛，骨节酸楚，无汗，鼻塞流涕，咳嗽而痰涎稀薄，口不渴，脉象浮紧，舌苔薄白等。治疗宜取手太阴、手阳明经穴为主，以针泻之，并可施灸。

② 邪热蕴肺：邪热犯肺，蕴遏不解，而致肺失清肃。证见咳嗽，痰粘色黄，气息

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

喘促，胸痛胸闷，身热口渴，或鼻流黄涕，鼻衄，咽喉肿痛，舌干而红，脉数。治疗应取手太阴与阳明经穴为主，毫针泻之，或用三棱针放血，禁灸。

③ 痰浊阻肺：因痰湿内阻，而影响肺气的清肃，则可致咳嗽气喘，喉中痰鸣，痰稠量多，胸胁支满疼痛，倚息不得安卧。治疗可取手太阴与阳明经穴为主，以针泻之。如反复发作，而正气不足的，亦可取足太阴与足阳明经穴，用补法，针灸并用，补益正气，健脾化痰。

④ 肺阴虚：干咳少痰，咳唾不爽，痰中带血，午后潮热，两颧泛红，盗汗骨蒸，口干咽燥，音哑，舌红少苔，脉象细数。治疗可取手太阴、足少阴经穴和背俞穴为主，针刺补法，不灸。

⑤ 肺气虚：咳而无力，声息微弱，气短，痰液清稀，形寒自汗，倦怠懒言，面色㿠白，舌淡苔白，脉细弱。治疗宜取手足太阴经穴及背俞穴为主，针补并灸。借以恢复肺脾的功能，而达到补益肺气的功能。

（2）大肠

1）概说：大肠为传导之官，职司传导糟粕。因其经脉上络于肺，又因脾胃为受纳、运化水谷的脏腑，故它在生理病理上与肺脾胃的关系最为密切。大肠的病变，主要是传导功能失常，其证候表现为：便秘、泄泻、里急后重、便血、肠痈、脱肛等。

2）证治

① 大肠寒证：多因外受寒邪或内伤生冷，而致传导失常，其证多见腹痛肠鸣，大便泄泻，舌苔白滑，脉象沉迟等。治疗可取本腑募穴及下合穴为主，针灸并用，以散寒止泻。

② 大肠热证：邪热候于大肠，血气壅滞，其证见肛门灼热，便泻黄糜，臭秽异常，腹痛胀急，甚则里急后重，痢下赤白，身热口渴。如热结血腐而为肠痈，则腹痛推按，脚屈不能伸展，舌苔黄，脉多滑数。治疗可取本腑募穴、下合穴及手足阳明经穴为主，针泻不灸，使邪热外泄。

③ 大肠虚证：多因久泻不止，或下痢久延，而致大便不禁，肛门滑脱，舌淡苔薄，脉细弱。如此皆气虚下陷之故。治疗应取足太阴、阳明及任脉经穴为主，针补重灸，以补益大肠之气。

④ 大肠实证：多因积滞内停，邪壅大肠所致。其证多见大便秘结，或下痢不爽，腹痛拒按，苔厚，脉沉实有力。治疗可取手足阳明经穴为主，针泻不灸，行气通腑而排出积滞。

（3）脾

1）概说：脾司运化，以升为顺，并主四肢肌肉，在经脉联系上，足太阴经入腹属脾络胃，足阳明经脉属胃络脾。故脾的病证常见运化失常，肿胀及肢体消瘦，腹胀，腹泻，便溏，倦怠、浮肿等。脾又能统血，如脾虚统摄无权，则可见便血，女子崩漏等。

脾和胃由于生理上和经络上的联系，所以在病理上也常相互影响。脾的病证，从属性上说，有虚实寒热的不同，从治疗上说，多取俞募穴和足太阴、阳明经穴。

2）证治

① 脾虚证：脾虚则运化失常，致使水谷精微无以输布全身，临床证候则为面色萎黄，少气懒言，倦怠无力，肌肉消瘦。如因脾虚而致阳气不振，则有腹满便溏，四肢欠

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

温，足跗浮肿，舌淡苔白，脉濡弱。治宜取本脏俞、募与足太阴、阳明经穴为主，针补重灸。

② 脾实证：仅是和脾虚相对而言。其病多系湿滞交阻，饮食停滞，证见大腹胀满或有疼痛；或湿热蕴结，证见肤黄溺赤；或由湿阻而脾阳不运，证见脘闷而腹满，大小便不利，甚至形成肿胀。治宜取足太阴、阳明经穴为主，针刺泻法。

③ 脾寒证：有因脾阳衰微，水湿不化，以致阴寒偏胜者；亦有由于过食生冷，脾阳因而不振者。在证候上都可有腹痛隐隐，泄泻，腹胀，甚至完谷不化，小便清长，四肢清冷，舌淡苔白，脉沉迟。治宜取本脏俞、募与足太阴、阳明经穴为主，针补重灸。

④ 脾热证：脾为湿土，如受热邪，湿热互蒸，症见脘痞不舒，身重困倦，肌肤发黄，口腻而粘，不思饮食；亦有口腻而甜，口糜流涎，头重如裹，身热不扬，便溏粘膜，小溲短黄，渴不多饮，舌苔厚腻而黄，脉濡数。治宜取足太阴、阳明经穴为主，针刺泻法，不灸。

（4）胃

1）概说

胃主受纳和腐熟水谷，为水谷之海，以降为和，和脾相表里。在经络联系上，足阳明经属于胃，足太阴经脉络于胃，足厥阴经脉挟胃而上行，手少阳经脉下膈循属三焦。故凡饥饱失宜，寒热不当，辛辣不节，情志不畅，气机阻滞，都能影响胃的和降功能，可见脘腹疼痛，呃逆、呕吐，食少纳呆，嗳腐吞酸，热则消谷善饥，口渴引饮等症。

脾胃病常互相影响，胃病长久不愈，往往影响到脾。胃病在属性上有虚实寒热的不同，在治疗上有温、清、补、泻的区别，在选穴上多取募、俞穴和足阳明、太阴经穴，也可酌情选用厥阴经穴。

2）证治

① 胃寒证：系胃阳不足，寒邪偏盛。其证为胃脘绞痛，泛吐清涎，喜热饮，四肢厥冷，或伴呕吐，呃逆，舌苔白清，脉沉迟或弦紧。治宜取俞募与手足阳明经穴，针灸并用，酌情补泻。

② 胃热证：系热蕴于胃，胃阳亢盛。症见身热，喜冷恶热，口渴引饮，善饥嘈杂。热邪导致胃气上逆，可见食入即吐，呃逆不已。胃热下移大肠，消烁津液，则为大便燥结，舌苔黄或黄厚而燥，脉洪数。治宜取手足阳明经穴为主，针泻不灸。

③ 胃实证：见于两种情况，一系胃火炽盛，证见消谷善饥，口渴欲饮；一系饮食阻滞，证见脘腹胀闷，甚至疼痛拒按，舌红苔黄，脉滑实。治宜取足阳明经穴和本腑募穴为主，针刺泻法。

④ 胃虚证：胃病日久，胃气虚弱。常见胃脘隐隐作痛，痛而喜按，得食痛减，嗳气不除，气馁少力，面色少华，唇舌淡红，脉缓软弱。治宜取本腑俞、募及足阳明经穴为主，针补多灸。

（5）心

1）概说

心主血脉，主神明。故临床上所见的血脉病变或神志病变，都属于心病的范围。血脉病主要有胸痛，心悸，吐血，衄血，斑疹以及血液运行的失调等。神志病主要表现为健忘、失眠、昏迷、谵语、癫狂等。在经络联系上，手少阴心经属于心，足太阴脾经注

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

心中，足少阴肾经从肺出络于心，此外足三阳经经别均上通于心。

心病在属性上有虚实之别，治疗上有补泻之异，在选取穴位上当以本经经穴和背俞穴为主。但由于手厥阴心包为心之宫城，为神明出入之处，以及足太阴经、少阴经和足三阳经经别在经脉上的联系，故可酌情选用。

2）证治

① 心阳不足：多因心气久虚，损及心阳所致。证见心悸不宁，怔忡恐惧，气短，气喘，舌质淡或夹瘀点、瘀斑，脉微弱或兼歇止。甚至口唇指甲青紫，系心阳不振、血运不畅之象。治宜取本脏背俞和手少阴、督脉经穴为主，针灸并用，施以补法，旨在益气助阳，温经复脉。

② 心阴亏虚：心悸而频，虚烦不安，少寐多梦，掌心发热，健忘盗汗，舌尖淡红或干红少苔，脉细数等症，系阴虚内热之象。治宜取背俞与手少阴、厥阴经穴为主，配以足少阴经穴，针补不灸。

③ 心火上炎：证见心烦失眠，口舌生疮，木舌重舌，咽痛口苦，口渴嗌干，小便赤少，甚至吐血，衄血，舌赤苔黄，脉数，系心火上炎迫血妄行所致。治宜取手少阴、厥阴、太阳经穴为主，兼取手阳明经穴为辅，针用泻法。

④ 痰火蒙心：凡外感邪热内蕴，或五志之火过极，都能导致痰火蒙蔽神明。常见神昏谵语，惊狂，不寐，壮热面赤，舌干色绛，苔黄厚腻，脉滑洪数等症。治宜取手少阴、厥阴经穴，甚者并用手足阳明、督脉及十二井穴，毫针泻法，或用三棱针点刺放血。

（6）小肠

1）概说

小肠为“受盛之官”，职司分别清浊。其病理变化主要是分别清浊的功能失常，肠中水液不能充分泌渗吸收，以致水谷不分，清浊混淆。其症状表现主要是大小便失调。又因小肠与心的经脉互为表里，在生理上有着密切的联系，因此在病理上亦可相互影响。如心热可下移于小肠，而为尿血，小肠有热也可上逆于心而为口舌生疮。

小肠腑证在性质上有寒热之分，在治法上有清温之别，在取穴上多用俞、募和下合穴，由于大肠小肠皆属于胃，因之小肠病也可取足阳明经穴。

2）证治

小肠寒证：多因饮食不节，生冷伤及中阳所致。常症见肠鸣泄泻、小便短少，腹痛喜按，苔白，脉迟等症，这是中焦虚寒，水谷不化，泌别失职之象。治宜取俞、募、下合穴为主，兼取足阳明经穴为辅，针灸并用。

小肠热证：若心火下移，则见小便热赤涩痛，心烦口渴，小便带血，甚至尿血，脉沉数等症，系心火下迫其腑，或火盛迫血妄行。若小肠邪热上侵，则见口舌生疮，溃疡，口臭等症。治宜取手少阴、太阳经穴为主，针用泻法。

（7）肾

1）概说

肾主水，藏精，内寄命火，故称为水火之脏，为先天之本。其功能一是统摄一身之水和封藏精液，一为元气之根和命火之源。由于它生理上有这两种不同的功能，故当外感病邪或房室过度内伤时，都可影响肾的功能，引起病变，出现水肿、消渴、遗精、阳

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

痿、气喘、五更泄、腰痛等证。肾与膀胱在经络上相互络属，生理病理上有着密切的联系。因此，如肾气不化，则水液不能输入膀胱，小便短少，甚至无尿；膀胱不利，则尿液潴留，水无出路，每致水毒上凌于心。

肾病在性质上多属虚证，或为阳虚，或为气虚，或为阴虚，治疗多用补法，培其不足。选穴多取督脉、任脉、背俞和足少阴经穴。气海、关元位于下焦，为元气根聚之处，通常可用以扶助肾气；阴虚每每导致阳旺，如仅用补法尚不能制其偏亢之阳，又当补肾泻肝，使其阴阳平衡，阴复亢平，其病可愈。

2）证治

① 肾阳不足：每见阳痿、早泄，溲多遗溺，腰脊痠楚，足膝无力，头昏耳鸣，面白畏寒，舌淡，脉弱等症，系阳虚不能温摄下元之象。治宜取背俞及任、督脉经穴，以灸为主，针补为辅。

② 肾不纳气：证见气短喘逆，呼吸不续，动则尤甚，自汗，懒言，头晕，畏寒，两足逆冷，舌淡，脉弱或浮而无力等症。系气浮于上，不能摄纳归根之象。治宜取背俞及任、督经穴为主，针补多灸。

③ 阳虚水泛：证见周身浮肿，下肢尤甚，按之陷而不起，肢冷，大便溏泄，舌苔润滑，脉沉迟无力等。系肾阳衰惫，气不化水之象。治宜取背俞及任脉，足少阴、太阴经穴，针用补法，重灸。

④ 肾阴亏虚：常见形体瘦弱，头昏耳鸣，少寐健忘，多梦遗精，口干咽燥，或有潮热，腰膝痠软，或见咳嗽，痰中带血，舌红少苔，脉多细数等症。系肾精不足，阴虚火旺之象。治宜取背俞、足少阴经穴为主，兼取足厥阴、手太阴经穴，针用补法，不灸，以益阴降火。

（8）膀胱

1）概说

膀胱为津液之腑，职司小便。因此，其病理变化主要为膀胱启闭失常。如膀胱不约，则溲数，遗尿；膀胱不利，则癃闭，淋沥。膀胱与肾在生理上相为表里，在经脉上相互属络，关系极为密切，所以在病理上常互相影响，肾气不化，则膀胱不利，小便不通，则水无去路，泛滥为肿。临床上膀胱的虚寒证，多与肾气或肾阳不足有关，治疗宜兼补其肾；实热证，多与其他脏腑影响有关，宜根据病情灵活施治。

2）证治

膀胱虚寒：证见小便频数，或遗尿，舌淡苔白，脉沉迟等症。系下焦虚寒，膀胱不约之象。治宜取本腑俞、募及有关背俞、任脉穴为主，针补并灸，以振奋膀胱和肾的机能，使肾气得固，膀胱得约，其病可愈。

膀胱实热：证见小便短涩不利，黄赤混浊，甚或闭而不通，或淋沥不畅，兼夹脓血砂石，茎中热痛，少腹急胀，舌赤苔黄，脉多见数实等症。系湿热内壅，气机阻滞之象。治宜取本腑俞、募及任脉、足三阴经穴，针泻不灸。

（9）心包

1）概说

心包为心之宫城，有护卫心脏的作用。故凡病邪内传入心，诸如温邪逆传，痰火内闭等，多是心包代受其邪。由于心包代行心之，为神明出入之窍，在主宰思维活动的生

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

理功能方面与心是一致的。因此，邪入心包，其病理变化亦主要是表现在神志方面，故临床以神昏谵语，癫狂躁扰等神志失常为其主症。

2）证治

心包病变的具体证治与心略同，不再重复。

（10）三焦

1）概说

三焦是六腑之一，职司一身之气化。大凡人体内脏的功能活动，诸如气血津液的运行布化，水谷的消化吸收，水分的代谢等，都赖气化的作用而维持正常的活动。所以三焦的气化功能，是概括了人体上中下三个部分所属脏器的整个气化作用。故当其发生病变，影响的范围也就必然广泛。但就其病理机制而言，关键则主要是在于气化功能失司，水道通调不利，以致水湿潴留体内，泛滥为患，故临床上以肌肤肿胀，腹满，小便不利等为其主症。

由于三焦联系脏腑，所以其病变又每与肺脾肾膀胱等脏器有着密切的联系。例如三焦气化失司，可影响到肺气的宣降；三焦不利，可导致脾胃的升降失常；三焦化气行水功能失职，亦使肾和膀胱温化水液的功能受到影响。由此可知，三焦的病变，与人体各脏腑的机能活动失常有密切关系。

三焦腑证在临床上有虚实之分，虚证多健脾补肾，实证多行气利湿。选穴多以俞、募穴和下合穴为主，酌情兼取任脉及足太阳经穴。

2）证治

① 三焦虚证：多因肾气不足而导致三焦气化不行，水湿内停所致。证见肌肤肿胀，腹中胀满，气逆腹冷，或遗尿，苔多白滑，脉沉细。治宜取俞、募及下合穴为主，兼取任脉经穴，针灸并用，以温通经气，扶助肾阳。

② 三焦实证：多由实热蕴结于里，而致三焦气化行水的职能失常，水液潴留体内所引起。临床多见身热气逆，肌肤肿胀，小便不通，舌红苔黄，脉多滑数等症。治宜取俞、募及下合穴为主，兼取足太阴经穴，用泻法，但针不灸，以使经气疏通，湿热外泄而化气行水的功能得以恢复正常。

（11）肝

1）概说

肝为风木之脏，内寄相火，主疏泄，而性喜条达，并且具有储藏血液的功能，故其病变机理一般较为复杂，但主要亦不外肝气郁结，肝火亢盛，肝阳上扰以及肝风内动等。此外，由于肝开窍于目，又主一身之筋，所以目疾与筋病，又每与肝脏有关。又由于肝为藏血之脏，所以妇女经漏等病亦与肝有着一定的关联。

在经脉联系上，足厥阴经属肝络胆，足少阳经络于肝，足少阴经从肾上贯肝膈，可见肝与肾关系密切。

肝脏病变从病机性质而论，可分为虚、实两大类，实证中包括肝气郁结，肝火亢盛以及肝风内动等类型；肝虚证主要包括肝阴亏虚，肝阳上扰之候。在治疗上实则泻之，虚则补之。但肝虚证，往往虚实并存，本虚标实，治疗又应补虚泻实、标本同治。由于肝肾同源，肾为肝之母，治应肝肾兼顾，故肝虚证，多选取足厥阴、少阴经穴为主；如肝木侮土而致脾虚者，治应于泻肝的同时，兼以调补脾土。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

2）证治

① 肝气郁结：多因情志抑郁而致。证见胁肋疼痛或走窜不定，胸闷不舒，气逆干呕或吐酸水，或腹痛泄泻，苔薄脉弦。系肝气横逆走窜经络，侮土犯胃所致。治疗以取本经腧穴为主，兼取足少阳、太阴、阳明经穴。针刺平补平泻法，通经气而疏肝木，兼以调和脾胃。

② 肝火亢盛：每因气郁化火而成。证见头目胀痛，或巅顶痛，眩晕，或目赤肿痛，心烦不寐，舌红苔黄，脉弦有力。治宜取本经腧穴为主，针泻不灸，以泻肝经之火。

③ 肝风内动：多见猝然昏倒，不省人事，四肢抽搐，角弓反张或口喝，半身不遂，语言蹇涩，苔腻，脉洪弦。此证系肝阳妄动，化火生风，气血并走于上或经络受阻所致。治宜取足厥阴、督脉及十二井穴为主，毫针泻之或用三棱针点刺出血。

④ 肝阴亏虚：证见头目昏眩，两目干涩或雀目，耳鸣但声响低弱，按之减轻，肢体麻木或振摇胸动，亦或出现烘热、咽干、少寐多梦，舌红少津，脉多弦细或数。系肝阴不足，肝阳上扰，本虚标实之象。肝阴不足，多由肾阴亏乏，水不涵木所致。治宜取足厥阴、少阴经穴，但针不灸，补肝之阴而潜虚阳。

（12）胆

1）概说

胆附于肝而为表里，在经络上相为络属，在生理上关联至为密切，在病理上亦多相互影响。例如肝郁可引起胆汁的疏泄不畅，而胆汁淤结亦可导致肝失调达。故胆病多由肝火旺盛所致。其证多见口苦、胁痛、头痛、目眩等。由于胆主决断，其性刚强，故胆气虚弱之体，必见胆怯之象。

胆腑病证有虚实之分，实证的多见胆火亢盛，治以泻法；虚证的多属胆气虚怯，治以补法。均以俞、募穴和肝、胆经穴为主。

2）证治

① 胆火亢盛：多见头痛目赤，口苦，耳聋，耳鸣，胁痛，呕吐苦水，舌红起刺，脉弦数。此系肝胆火旺，走窜经络，上冲头目之故。治疗当取足少阳、厥阴经穴为主，针泻不灸。

② 胆气虚怯：证见胆怯，易惊易恐，或夜寐不安，视物模糊，苔白而滑，脉细弱。系人体气血不足而致胆气虚弱的表现。治宜取本腑背俞和足少阳、手少阴经穴为主，针补并灸，以宁心壮胆。

5.1.3.3 经络证治

经络在生理上可运行气血，协调阴阳，抗御病邪，保卫机体；在病理上可传注病邪，反映病候；在诊断上可辨别病证的部位和虚实；在治疗上可依据病证部位定经选取穴位。这就是经络证治的基础。

所谓经络证治，就是根据经络的分布规律，脏腑器官联系，功能特性以及经络异常反应，辨别疾病的部位和性质，并以此制定相应的治疗方法。经络证治在针灸临床上占有重要地位，现将常用方法介绍如下：

（1）十二经脉证治

1）手太阴肺经

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本经病变一般是由经脉痹阻，或肺脏邪热上扰所致。

① 外邪痹阻：多由风寒湿邪痹阻经脉，可见膺臂部内侧前廉痠重疼痛，拘急，痿软无力，麻木，肩臂痛。治宜取本经及邻近腧穴，毫针泻之，或用艾灸，以祛除邪气，温通经脉。

② 邪热上扰：证见咽喉红肿作痛，鼻渊，鼻衄，缺盆中痛等。治宜取手太阴、阳明经穴，毫针泻之，或三棱针点刺出血，禁灸。

2）手阳明大肠经

本经病证多由风寒湿邪痹阻或大肠邪热随经上冲所致

① 邪阻经脉：证见上肢外侧前缘痛，肩臂痛不能举，大指次指不用，痿痹、麻木等症。治宜取本经腧穴，针刺泻法，或艾灸，以疏通经络，温经散寒。

② 邪热上冲：齿痛，颈肿，目黄口干，喉痹，鼻衄，鼻不闻香臭。治宜取手足阳明经穴为主，针刺泻法，或点刺出血，不灸，以清泄邪热。

3）足阳明胃经

① 外邪痹阻：洒洒振寒，缺盆中痛，膺乳痛，髀股前廉痛，膝膑肿痛，胫外侧及足背痛。治宜取本经腧穴，针刺泻法，并灸，以疏通经络，温经散寒。

② 胃热上冲：症见身热汗出，口渴唇干，颈肿，喉痹，齿龈肿痛，身前热，苔黄，脉洪数，治宜取手足阳明经穴，针刺泻法，不灸，以清泄阳明蕴热。

4）足太阴脾经

外邪痹阻：风寒湿邪痹阻，则见膝股内侧肿痛，屈伸不利，足跗肿痛，足大趾引内踝痛，或运动障碍。治宜取本经及邻近经穴，针刺泻法，并灸，以疏通经络，温经散寒。

邪热上扰：若脾经蕴热随经上扰，则见舌本强，舌本痛等症。治宜取足太阴、阳明经穴，针刺泻法，不灸，以清泻脾经蕴热。

5）手少阴心经

① 外邪痹阻：若风寒湿邪痹阻心经，可见肩背痛，臑臂内后廉痛厥等。治宜取本经及邻近部位经穴，针刺泻法，或艾灸，以疏散外邪，温通经脉。

② 邪热上扰：心经热邪随经上扰，证见嗌干目黄，口舌糜烂，重舌，木舌，疮疡等。治宜取手少阴、厥阴、太阳经穴为主，针刺泻法，或用三棱针点刺出血，以清泻邪热。

6）手太阳小肠经

① 外邪痹阻：风寒湿邪痹阻小肠经脉，证见头项强痛，臂痛不举，痛引肩胛，沿上肢外侧痛。治宜取本经及邻近部位经穴，针刺泻法，并灸，以温经祛邪，通痹止痛。

② 邪热上扰：邪热壅滞，随经上扰，则见目赤，咽痛颔肿，耳鸣耳聋等证。治宜取手太阳、少阴经穴，针刺泻法，或三棱针点刺出血，以清泻邪热。

7）足太阳膀胱经

① 外邪痹阻：风寒湿邪阻于经脉，则见头项强痛，不可转侧，腰痛似折，髀股痛不能曲，腘腨胀痛，及其循行部位疼痛，足小趾不用。治宜取本经及邻近部位的经穴，针用泻法，并灸，以温经祛邪，疏通经络。

② 邪热壅滞：若膀胱蕴热，随经上扰，则见鼻衄、头痛、目胀痛似脱等症。若邪

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

热壅滞经脉，可见痔疾等症。治宜取足太阳、少阴经穴，针刺泻法，不灸，以疏导经气，清利蕴热

8）足少阴肾经

本经病证主要由风寒湿邪痹阻经脉所致。证见腰痛膝软，股内后廉痛；痿厥，足冷不能立地等。治宜取本经及邻近部位经穴，针灸并施，以温经散寒，调理经脉。

9）手厥阴心包经

本经病证，有因风寒湿邪痹阻经脉，证见上肢痿痹，臑臂内侧痛；有因热蕴经脉，证见腋肿、手掌发热等；有因肝气郁结，证见胸痛连及胁腋，手臂颤动等。治宜取手厥阴及邻近部位经穴。

10）手少阳三焦经

① 外邪痹阻：风寒湿邪痹阻经脉，则见肩臂外侧痛，臂痛无力不能举，肘臂不得屈伸，小指次指不用等。治宜取本经及邻近部位经穴，针用泻法，并灸，以疏通经络，温经散寒。

② 邪热上扰：外感风热或内热循经上扰，症见耳聋，耳鸣，目眩，耳后痛，目锐眦痛，颊肿喉痛，瘰疬，腋肿。治宜取手、足少阳经穴，针用泻法或点刺出血，不灸，以疏导经气，清泻邪热。

11）足少阳胆经

① 外邪痹阻：外邪阻滞经络，则见胸胁及髀股外侧痛，腿不能转动，膝外侧及腓骨痛，小趾次趾不用。治宜取本经及邻近部位经穴，针刺泻法，并灸，以温通经脉。

② 邪热上冲：胆热随经上扰，则见耳聋、耳鸣、耳痛，偏头痛，耳后痛，目外眦痛，口苦等症。治宜取本经及足厥阴经穴，针刺泻法，不灸，或三棱针点刺出血，以疏导经气，清泻邪热。

12）足厥阴肝经

① 外邪痹阻：外邪痹阻经脉，症见少腹冷痛，疝气，睾丸偏坠胀痛，痛引少腹，遇寒则痛加剧。治宜取本经及任脉经穴，针刺泻法，并灸，以疏导经气，温经散寒止痛。

② 风火上扰：肝风或肝热随经上扰，则症见头目眩晕，眼面肌肉抽动，口喝，吞咽不利，饮水即呛，治宜取本经及手厥阴经穴，针刺泻法，以平肝熄风，清泻肝火。

以上是从纵的角度介绍了十二经脉病证的辨证方法和治疗原则。如果从横的方面加以比较和归纳，可分为依部辨经法和依证辨经法。

依部辨经法是根据病证出现的部位，按照经络理论辨别病变属于何经的方法。如肩痛一症，痛在肩的前面，上肢后伸时疼痛明显，此病变属手太阴经；疼痛位于肩的前外侧，上肢高举时痛重者，此病变属手阳明经；疼痛位于肩的外侧部，上肢外展时疼痛明显，此病变属手少阳经；疼痛位于肩的后部，上肢内收疼痛明显，此病变属手太阳经，可选取所属经脉的腧穴进行治疗。依证辨经法是根据疾病出现的症状，来辨别病变在何经的方法。如咽痛一症，疼痛剧烈者，时间短，多在手太阴肺经；而疼痛比较轻，且时间长者，则多在足少阴经，治应选取所属经脉的穴位。

（2）腧穴压诊

针灸的辨证治疗历来很重视腧穴的压诊检查，如《灵枢·官能》云："察其所痛，左

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

右上下，知其寒温，何经所在”。腧穴压诊就是用切按和循捋的方法，在经络和腧穴上寻找异常变化，如压痛、结节、皮疹等，来诊断疾病和治疗疾病。

1）检查方法

用拇指指腹沿经脉路线轻轻滑动，或揉动，以探索异常反应。检查时用力要均匀，并左右对比。一般先检查腰背部，然后再检查胸腹及四肢。

2）检查内容

① 脊柱：脊柱的棘突有无突起和凹陷，上下棘突之间的距离有无增大或缩小，脊柱有无偏移等。

② 阳性反应：有无压痛、麻木、皮下结节、条索状物。

③ 腧穴：背俞穴、募穴和四肢部经穴的检查。

3）临床意义

腧穴压诊有利于疾病诊断。如肺、支气管病，可在肺俞、中府有压痛；心胸疾病，可在巨阙、郄门出现压痛；胃痛，可在巨阙、中脘、不容、梁门、梁丘、足三里出现压痛；肝胆疾病，则在期门、日月有压痛；脾的疾病，可在章门、育门有压痛；肾的疾病，可在京门、志室出现压痛；大肠疾病，可在天枢、大横、腹结、上巨虚有压痛；膀胱及生殖系统疾病，则在关元、中极、三阴交、筑宾出现阳性反应。

盖国才著《穴位诊断法》中介绍，采用穴位压诊法，对住院确定诊断的35种疾病，计2085例患者进行验证，穴位诊断与临床诊断的总符合率为96.64%，可见穴位压诊法在临床上有一定意义。

（3）经穴电测定法

近代从皮肤电现象的研究中，发现穴位部的皮肤电阻一般较低。利用经穴测定仪可测定穴位的导电量。分析各经代表性穴位的导电量高低，可以推断各经气血的盛衰。其代表性穴位，一般采用原穴，此外为井穴，郄穴及背俞穴。皮肤电测定法还可用于耳穴的探查。

分析左右两侧测定的数字结果之高低和差数：

① 高数和最高数：所谓高数的标准，一般是比其他数字高三分之一者。如果出现几个高数，还可以在高数中选出最高数，最高数表示病情属实。但相差不到三分之一的，并不能说完全没有问题，只不过没有相差三分之一的容易判断，所以还需根据具体情况决定。

② 低数和最低数：低数的标准是比其他数字低三分之一者，如果出现几个低数，可以在其中选出最低数。低数表示病情属虚。

③ 左右差数：即指同一经左右侧的相差数。如左右相差数在一倍以上者，即表示该经有病变。这种差数有时也用于没有高数和低数的情况。

通过上述测定法的观察分析，查得某一经（或数经）异常后，仍应参合其他辨证方法进行综合分析，才能得出较为正确的结论。

（4）知热感度测定法

知热感度测定法，也是以经络理论为根据的一种诊断方法，由日本赤羽幸兵卫开始应用。这是以线香点火烘烤两侧十二井穴或背俞穴，测定其对热的敏感度，并比较左右的差别，从而分析各经的虚实和左右不平衡现象。其测定方法如下：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

① 测定时使用的热原，一般采用特定的线香，也有改用其他电热器的，要求热度稳定，不要过高过低。

② 患者先露出手足，严寒时须等手足温暖后再行测定。十二井穴一般都位于指（趾）甲角的内外侧，足少阴肾经涌泉不便测定，改测足小趾甲的内侧，称为“内至阴”穴，赤羽幸兵卫又以手中指甲角尺侧为“中泽”（桡侧为中冲）与膈俞相应；足中趾甲角外侧为“中厉兑”，与“胃管下俞”（日本称“八俞”）相应。

③ 线香燃着后一上一下烘烤各经井穴，速度要匀，每一上下约为二分之一秒，并要记清烘烤次数，当患者感到烫时即止，即以其计数为该穴知热感度的读数。或以热源烘烤井穴，掌握一定的距离，不上下提放，而以感到烫的时间（秒）为计数。

④ 同一经井穴，一左一右，先手后足，依次测定。井穴不便测定时，可改测背俞穴。如因火星误烫或因其他情况而中止时，应重新开始测定。

从左右两侧的差数，分析各经虚实。数字高者一般为虚的现象，数字低者为实的现象。或两侧均高，或两侧均低，则为左右经俱虚或俱实。

5.1.4 针灸处方

针灸处方，是以阴阳、脏腑、经络等学说为依据，在辨证立法的基础上，选择适当的腧穴加以配伍，并附以刺灸方法而成。所以可以说，针灸处方是针灸临床治疗的实施方案，直接关系着治疗效果的好坏，历来为医家所重视，如《千金翼方·取孔穴法第一》中说：“良医之道，必先诊脉处方，次即针灸。”

针灸处方的内容包括腧穴、治疗方法、操作手法、时间四个要素。四者均不可偏废，只有恰当的选择和组合这四要素，才能最大限度地发挥针灸的作用。有关治疗原则和方法已在前面有关章节中讲述，这里重点介绍一下腧穴的选择和配伍。

5.1.4.1 选穴原则

腧穴，是针灸处方的主要内容。《席弘赋》有：“凡欲行针须审穴”，《百症赋》有：“百症俞穴，再三用心”。均强调了临症选穴的重要性。欲选好腧穴，首先应了解腧穴的作用。人体 360 多个经穴，各有不同的作用，但归纳起来可分为两个方面，即局部作用和远端作用。凡腧穴都可治疗其所在部位的病症，谓局部作用；凡人体肘膝以下的腧穴不但可以治疗经穴所在部位的病变，还可治疗远离局部，而又属于本经循行部位的病症，谓远端作用，即本经经穴都有治疗本经本脏本腑及其联络部位的病症的作用。据此，脏腑病和经络病均可取其所属经脉上的经穴进行治疗。所以说选穴的基本原则是“循经取穴”，这是根据“经脉所通，主治所及”的原理而来的。《灵枢·终始》的“从腰以上者，手太阴阳明皆主之；从腰以下者，足太阴阳明皆主之”，及《四总穴歌》的“肚腹三里留，腰背委中求，头项寻列缺，面口合谷收”，都阐明了针灸处方选穴的基本法则是循经取穴。

在循经取穴原则的指导下，常用的选穴原则有近部取穴，远道取穴，对症取穴。

（1）近部选穴

是指在病症或病变的局部或邻近部位选取穴位，又称“局部取穴”。近部选穴的应用非常广泛，很早以前就有记载，例如《素问·骨空论》说：“从风憎风，刺眉头。……

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腰痛不可以转摇，急引阴卵，刺八髎与痛上。”《灵枢·周痹》说：“众痹，……各在其处，更发更止，更居更起，以右应左，以左应右，……刺此者，痛虽已止，必刺其处，勿令复起。”其中“刺八髎与痛上”和“必刺其处”都是在病变部位选取腧穴的。此外，《素问·缪刺论》的：“凡痹往来，行无常处者，在分肉间痛而刺之”，《灵枢·厥病》的：“头痛……有所击堕，恶血在于内，若肉伤，痛未已，可则刺，不可远取也，……耳聋无闻，取耳中；耳鸣，取耳前动脉”，均为近部选穴的记载。

下列近部取穴法，都是历经实践证实确属有效的。

眼病：取晴明、瞳子髎、球后、攒竹、风池；

鼻病：取迎香、巨髎、上星、通天；

耳病：取耳门、翳风、风池；

口齿痛：取大迎、承浆、颊车、下关；

肩痛：取肩髃、肩髎、臑俞、天宗；

膝痛：取梁丘、膝眼、阳陵泉；

胃痛：取中脘、梁门、章门；

肾病：取肾俞、志室。

此外，多数压痛点选穴也属近部选穴，所谓压痛点选穴，即是以压痛点作为取穴和施术的部位，此即《灵枢·经筋》治疗痹痛之“以痛为输”的方法。应用时又分穴位压痛选穴和非穴位压痛选穴。

穴位压痛：穴位压痛既可用于疾病的诊断，又可用于疾病的治疗，常用的有募穴、背俞穴、四肢部的腧穴等。

非穴位压痛：外穴位压痛也称“阿是穴”。“阿是穴”之名始于唐代《备急千金要方》。之后历代文献均有记载，如元·王国瑞撰《玉龙歌》中：“浑身疼痛疾非常，不定穴中细审详，有筋有骨须浅刺，灼艾临时要度量”，明·楼英之《医学纲目》有：“浑身疼痛，但于痛处针，不拘经穴，须避筋骨，穴名天应穴。”临床上选用非穴位压痛点进行治疗的也很广泛，多用于跌仆、扭伤、痹症等。

（2）远部选穴

是在离病变较远的部位选取腧穴，通常以肘膝以下的穴位为主，所以又称“远道取穴”，其根据是腧穴的远端作用。这是针灸处方选穴的基本方法，体现了针灸辨证论治的思想。在这方面古代医家积累了丰富的经验，如《灵枢·终始》：“病在上者，下取之；病在下者，高取之；病在头者，取之足，病在足者，取之膈”，《素问·五常政大论》：“病在上，取之下；病在下，取之上；病在中，傍取之”，就是远道取穴的原则性记载，并得到后世医家的广泛应用。

远道取穴在具体应用时，根据病症的不同，又可分为本经循经取穴，表里经取穴、交叉取穴、同经相应取穴等方法。

1）本经取穴

凡是经脉循行的部位（包括脏腑、器官和体表诸部位）发生疾病，就可在其经脉上选取穴位进行治疗，称之为“本经取穴”。古代文献在这方面有很多记载，如《灵枢·五乱》：“气在于心者，取之手少阴、心主之输”，《灵枢·厥病》：“厥心痛，卧若徒居，心痛间，动作痛益甚，色不变，肺心痛也，取之鱼际、太渊”，以及《素问·刺腰痛》：“腰

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

痛侠脊而痛至头，几几然，目眩眩欲僵仆，刺足太阳郄中出血”、“少阳令人腰痛，如以针刺其皮中，循循然不可以俯仰，不可以顾，刺少阳成骨之端出血。成骨在膝外廉之骨独起者”等。后世的记载更多，这在《玉龙歌》、《玉龙赋》、《马丹阳天星十二穴治杂病歌》等歌赋中均有体现。

下面以头痛、腰腿痛为例说明本经取穴的具体应用。

① 头痛：头为诸阳之会，诸阳经均循行到头，但在头部的分布却不同。临床要根据疼痛的部位，确定属于何经病变，然后再选取穴位。如阳明经脉循发际至额颅，故前头痛为“阳明头痛”，治取头维、合谷、解溪等穴；少阳经脉布于头之两侧，故偏头痛为“少阳头痛”，治取率谷、中渚、侠溪等穴；太阳经脉循行于头枕部，故后头痛为“太阳头痛”，治取天柱、申脉、后溪等穴；足厥阴经脉与督脉会于巅，故头顶痛为“厥阴头痛”，治取百会、太冲等穴；肾主骨生髓，通于脑，故脑内痛为“少阴头痛”，治取涌泉、太溪等穴。

② 腰腿痛：足三阳经均分布于下肢，临床可根据经络的分布和病变的部位，选取穴位。如足太阳经分布于腰部和下肢后面，若见腰尻疼痛，并沿股后、腘、腨、足外踝后放射者，属“足太阳腰腿痛”，治取秩边、承扶、殷门、委中、承山、飞扬、昆仑等穴；若见腰痛连及髋部，沿股外侧、小腿外侧、外踝部放散者，属“太阳少阳腰腿痛”，治取环跳、风市、阳陵泉、悬钟、丘墟等穴；若腰痛连及腹股沟，沿大腿前外侧、胫骨前缘、足背放射者，为“太阳阳明腰腿痛”，治取大肠俞、气冲、伏兔、足三里、解溪等穴。

本经选穴的规律是：“越远越远，越近越近”。以足太阳经病变为例，太阳头痛多选用金门、申脉；头项部痛多选用昆仑；背部痛多选用昆仑、承山；腰痛多选用委中；腰骶痛多选用殷门。再如足少阳经病证，头晕失眠取足窍阴，目赤肿痛取侠溪，耳聋耳鸣取足临泣，颈部痛取悬钟，胁肋痛取阳陵泉，胯痛取风市等。以上举例可以看出，一条经脉的病变部位和取穴之间的关系，是由两头向中间靠拢，或者是由中间向两头扩展。

2）异经取穴

异经取穴包括表里经取穴和按病因病机取穴。

某经或其所属的脏腑器官发生病变，取其相表里经上的腧穴进行治疗，称为表里经取穴。如《素问·缪刺论》：“邪客于手阳明之络，令人气满胸中，喘息而支肤，胸中热，刺手大指次指爪甲上，去端如韭叶”，《灵枢·厥病》“厥心痛，腹胀胸满，心尤痛甚，胃心痛也，取之大都、太白”，《素问·藏气法时论》：“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒。虚则用眩眩无所见，耳无所闻，善恐，如人将捕之。取其经，厥阴与少阳”。以上都是关于表里经取穴的记载。后世医家遵《内经》之意，一般多采用本经循经取穴和表里经配合应用。如鼻病属于手阳明经病，常选取本经腧穴合谷，配手太阴经穴列缺；喉病属手太阴经病，常选取本经经穴少商，配手阳明经穴合谷；胃痛属足阳明经病变，常选取本经穴足三里，配足太阴经穴公孙；腹胀属足太阴经病症，常选取本经穴太白、公孙，配足阳明经穴足三里。

在病位确定之后，再结合病因病机选取穴位，称之为按病因病机取穴。《灵枢·杂病》：“心痛，腹胀，啬啬然，大便不利，取足太阴”，《灵枢·四时气》：“小腹控睾，引腰脊，上冲心，邪在小肠者，连睾系，属于脊，贯肝肺，络心系。气盛则厥逆，上冲肠

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

胃，熏肝，散于肓，结于脐，故取之肓原以散之，刺太阴以予之，取厥阴以下之，取巨虚下廉以去之”，都是按病因病机取穴的具体应用。这种取穴方法在临床上应用也很广，如胃痛属胃腑病变，治疗应取足阳明经穴足三里，若因肝气郁结横逆犯胃所致者，则同时应取足厥阴经穴太冲，疏肝解郁，使胃不受侮，而胃痛可止。

3）同名经取穴

某脏腑或某经络发生病变，在治疗时除取本经腧穴外，还可取与其经络名称相同经脉的经穴。其原理源于名称相同的经络相互沟通、交会，如手足名称相同的阳经交会于头面部，手足名称相同的阴经均交会于胸部。早在《内经》中就有明确记载。如《灵枢·热病》：“热病而汗且出，及脉顺可汗者，取之鱼际、太渊、大都、太白，泻之则热去，补之则汗出，汗出太甚，取内踝上横脉以止之”。《素问·刺疟》：“疟方欲寒，刺手阳明太阴、足阳明太阴”。《灵枢·厥病》：“厥头痛，贞贞头重而痛，泻头上五行，行五，先取手少阴，后取足少阴”，都是同名经取穴。这种方法现在也在广泛应用着，如头项痛，背痛，既可选取昆仑、申脉，又可取后溪；前头痛，目赤肿痛，既可取内庭、解溪，又可取合谷；胃痛、胃脘胀满，既可取足三里，又可取合谷；胁肋部疼痛，既可取阳陵泉，又可取支沟，等等。

4）交叉取穴

即左右交叉取穴，也就是说肢体左侧部位有病，取肢体右侧部位的腧穴进行治疗；右侧部位有病，取肢体左侧部位的腧穴进行治疗，是循经取穴的一种变法，此法基于《内经》中的“巨刺”和“缪刺”法。《灵枢·官针》篇说：“巨刺者，左取右，右取左”。《素问·缪刺论》：“邪客于经，左盛则右病，右盛则左病，亦有移易者，左痛未已而右脉先病，如此者，必巨刺之，必中其经，非络脉也。故络病者，其痛与经脉缪处，故命曰缪刺。”由于经络气血流注全身，贯通左右，所以病邪侵袭经络，既可影响全身，又可波及左右，所以在治疗上左侧有经络病，可取右侧经络上的腧穴进行治疗，反之，则取左侧腧穴进行治疗。其中，刺经者为“巨刺”，刺络者为“缪刺”。

左右交叉取穴在临床上应用时可分为两个方面：

① 按经取穴：选取病变经脉对侧经脉上的经穴。如：左侧牙痛，取右侧合谷；左侧面瘫，取右侧合谷、外关；左侧偏头痛，取右侧四渎；左侧肩痛，取右侧尺泽、合谷、外关、后溪等；左侧髋痛取右侧阳陵泉；右腹股沟痛，取左侧三阴交等。

② 取与病变部位相对应的腧穴。如左肩髃处痛，取右侧肩髃治之；左手三里处痛，取右手三里治之；右丘墟处疼痛，取左丘墟治之；左商丘处疼痛，取右商丘治之。如疼痛部位不在腧穴上，可按阿是穴，取与其相对应的部位治疗。本法的要点是治疗时选取的经络和腧穴，要与患部所属的经络和腧穴对应。

总之，病变属于一条经脉者，在一条经上选取腧穴；属于多经病变者，要多经取穴，与一般循经取穴的不同点，只是左病刺右，右病刺左而已。

5）同经相应取穴法：同经即手足名称相同的经脉。如手太阴经和足太阴经，手厥阴经与足厥阴经，手少阴经与足少阴经，手太阳经与足太阳经，这样十二经脉可分为名称相同的六组经脉。相应，指部位相对应或相似，如手指与足趾，手腕与足踝，肘关节与膝关节，肩关节和髋关节，相互对应，也称相应。所以同经相应取穴法，即手足名称相同的经络，相似的部位，可相互为用，选取穴位，治疗疾病。但是在应用时，要上下

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

左右相对应，如左上肢与右下肢，左肘关节与右膝关节等，余此类推。这样同经相应取穴法，就包括了五部分内容，即手与足，上与下，左与右，相应经络，相应腧穴五项。以左侧手太阴经和右侧足太阴经、左侧手阳明经与右侧足阳明经为例说明之，少商与隐白、鱼际与太白、太渊与商丘、列缺与三阴交、孔最与地机、尺泽与阴陵泉、侠白与箕门等穴相对应；商阳与厉兑、二间与内庭、合谷与陷谷、阳溪与解溪、手三里与足三里、曲池与犊鼻、肘髎与梁丘、臂臑与伏兔等穴相对应，余可类推。

同经相应取穴法来源于《内经》中的“缪刺”和“巨刺”法，两种方法都属于左右交叉取穴，所不同的是同经相应取穴法采用上肢和下肢左右交叉取穴。经络系统在人体联系内外、贯穿上下，使人成为一个有机的整体。其中手足名称相同的经络，相互衔接，相互贯通，相互影响，相互调节。如手阳明经与足阳明经在鼻旁相衔接，手阳明经因外邪侵袭或其他原因导致阴阳失调，气血壅盛，局部肿痛时，可针刺足阳明经腧穴内庭，通过经络的传导和调整作用，使其肿痛消失，使手阳明经恢复正常的生理功能。这与“气之盛衰，左右倾移，以上调下，以左调右”和“病在上者，下取之；病在下者，高取之”的治疗原则相一致。

本法可用于扭伤，或其他原因引起的四肢部位局限性疼痛症，诸如肌肉的扭伤，经筋的损伤，痹证性疼痛，炎症性疼痛等均可，效果良好。

表 5-1　循经取穴举例表

部位	局部、邻近部	远部
前　额	印堂、阳白、上星、头维	合谷、内庭
颞　部	太阳、颔厌、率谷、风池	外关、足临泣
后头部	玉枕、后顶、风池	养老、金门、至阴
鼻	迎香、印堂、上星	合谷、列缺
齿	下关、颊车、太阳	合谷、内庭
耳	耳门、听宫、听会、翳风	中渚、足临泣、太溪
舌	廉泉、哑门	通里、大陵、照海、商丘
咽喉	天容	列缺、照海、内庭
胸部	膻中、肺俞、中府	尺泽、内关
上腹部	中脘、梁门、胃俞	足三里、公孙
脐腹部	天枢、气海、大肠俞	上巨虚、足三里
小腹部	关元、中极、气海	三阴交
胁肋部	期门、日月、肝俞	支沟、内关、阳陵泉、太冲
生殖器	中极、关元	大敦、太冲、太溪
肛　门	长强、白环俞	承山、束骨、百会

(3) 对症选穴

症状是疾病的病理反应，而不是疾病的本质，一种疾病可以出现多种症状，一个症状也可以在多种疾病中出现，所以对错综复杂的症状应加以分析，在明确辨证后，为解除病人疾苦，而针对某些症状选择有效的腧穴进行治疗，称之为对症选穴。对症取穴属治标范畴，但个别症状的解除可以为治本创造有利条件。应用时根据病情的标本缓急，适当地采用对症选穴法，也是针灸处方中不可忽视的环节。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表 5-2　常见症状对症取穴举例表

症状	选穴	症状	选穴
发热	大椎、曲池、合谷	噎症	天突、内关
昏迷	水沟、十宣	胸闷	中脘、内关
虚脱	灸关元、神阙、针足三里	胸痛	膻中、内关
多汗	合谷、复溜	恶心呕吐	内关、足三里
盗汗	后溪、阴郄	呃逆	膈俞、内关、劳宫
失眠	神门、三阴交	腹胀	天枢、气海、内关、足三里
多梦	心俞、神门、穴阴	胁肋痛	支沟、阳陵泉
失音	扶突、合谷、间使	消化不良	足三里、公孙
牙关紧闭	下关、颊车、合谷	尿闭	三阴交、阴陵泉
舌强	哑门、廉泉、通里	遗精	关元、三阴交
喉痹	合谷、少商	阳痿	关元、三阴交
流涎	水沟、颊车、合谷	早泄	关元、三阴交
心悸	内关、郄门	尿失禁	曲骨、三阴交
咳嗽	天突、列缺	便秘	天枢、支沟
疳积	四缝	脱肛	长强、承山
乳汁不足	少泽	腰部扭筋	承山、阳陵泉
高血压	人迎	皮肤瘙痒	曲池、血海、三阴交
崩漏	隐白	虚弱	足三里
阴痒	蠡沟		

5.1.4.2　配穴方法

配穴方法，是在选穴原则的基础上，根据不同病证的治疗需要，选择具有协调作用的两个以上的穴位加以配伍应用的方法。配穴是否恰当，直接影响治疗效果，所以临床配穴时一定从整体出发，根据患者的具体情况，全面考虑，以法统方，做到处方严谨，腧穴主次分明。切忌单纯从局部着眼，孤立地认识病证，力戒头痛治头，脚痛治脚，缺乏整体性的治疗处方。历来配穴方法很多，现将常用的五种配穴方法介绍如下：

（1）远近配穴法

远近配穴法，是近部选穴和远端选穴相配合使用的一种配穴法，为临床医生所常用。使用这种配穴方法的根据是腧穴的局部作用和远端作用。配穴的原则是根据病性病位循经取穴、辨证取穴。由于这种配穴方法中，局部选穴多位于头胸腹背的躯干部，远端取穴多位于四肢肘膝以下部位，所以，也符合《内经》中的标本根结理论，故也可以说是标本根结理论的具体应用。

远近配穴法实际上包括了近部取穴、远部取穴和辨证取穴三部分，只有把三者相互有机地配合成方，才能获得良好效果。所以本法广泛地应用于临床，为历代医家所重视，例如《灵枢·四时气》："腹中常鸣，气上冲胸，喘不能久立，邪在大肠，刺肓之原，巨虚上廉、三里"。"肓之原"即气海穴，属局部取穴范畴，也是辨证取穴，因气海是调气治喘的要穴，上巨虚是大肠的下合穴，"合治内腑"，足三里是胃的下合穴，《灵枢·本输》："大肠小肠，皆属于胃"，而上巨虚、足三里均属于足阳明经，所以二穴既是循经

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

远端取穴，又是辨证取穴。这种配穴方法在后世的歌赋中更是屡见不鲜，《百症赋》："强间、丰隆之际，头痛难禁"，《席弘赋》："睛明治眼未效时，合谷光明安可缺"，《杂病穴法歌》："牙风面肿颊车神，合谷、临泣泻不数"等，都是局部腧穴、远端腧穴、辨证取穴相互配合的有效处方。

表 5-3　各部病证远近配穴表

部位	近部配穴	远部配穴
前额部	印堂、阳白	合谷、内庭
颞　部	太阳、率谷	中渚、足临泣
后头部	风池、天柱	后溪、束骨
头顶部	百会	太冲
眼　部	睛明、承泣、风池	合谷
鼻　部	印堂、迎香	合谷
口齿部	颊车、下关、地仓	合谷
耳　部	翳风、听宫、听会	中渚、外关
舌　部	廉泉	劳宫
咽喉部	天容	合谷
肺	肺俞、膻中、天突	列缺、尺泽
心	心俞、厥阴俞、膻中	内关、神门、间使、郄门
胃	胃俞、中脘	内关、足三里
肝	肝俞	太冲
胆	胆俞	阳陵泉
肠	大肠俞、小肠俞、天枢、关元	上巨虚、足三里、下巨虚
肾	肾俞、志室	太溪
膀胱	次髎、中极	三阴交
肛门	长强、秩边	承山
上肢	肩髃、曲池、合谷	夹脊（颈$_1$－胸$_1$）
下肢	环跳、委中、阳陵泉、悬钟	夹脊（腰$_3$－骶$_1$）

（2）表里配穴法

表里配穴法，是以脏腑经脉的阴阳表里关系为配穴依据，即阴经病变，可同时在其相表里的阳经取穴，阳经的病变，可同时在其相表里的阴经取穴。如《灵枢·口问》："寒气克于胃，厥逆从下上散，复出于胃，故为噫。补足太阴、阳明。"《灵枢·五邪》："邪在肾，则病骨痛阴痹。阴痹者，按之而不得，腹胀腰痛，大便难，肩背颈项痛，时眩。取之涌泉、昆仑。"以上经文，均系根据脏腑经脉的表里关系进行配合取穴的。这种配穴方法对于一般常见病证均可采用。

（3）前后配穴法

前后配穴法，亦名腹背阴阳配穴法，前指胸腹为阴，后指脊背为阳，即选取前后部位腧穴配伍成处方的配穴法。《灵枢·官针》所指"偶刺法"及"募穴配俞法"等均属于本法范畴。凡脏腑有病均可采用前后配穴法治疗。临床医生通常采用俞募配穴法。

俞募配穴法是指胸腹部的募穴和腰背部的俞穴相配合应用。

俞募配穴法的应用根据有二点：一是俞穴和募穴都是脏腑之气输注或汇聚之处，与

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

脏腑关系极为密切，即可反映脏腑的疾病，又可调节脏腑功能治疗脏腑病。如《难经·六十七难》说："阴病行阳，阳病行阴，故令募在阴，俞在阳。"这就是说功能失调属阴的脏病，常在属阳的腰背部俞穴出现压痛、敏感区和硬结等异常现象。二是遵照《素问·阴阳应象大论》所说："故善用针者，从阴引阳，从阳引阴。"可见俞穴和募穴可调节脏腑之阴阳，所谓从阴引阳，即属于阳腑病的病气，常出现于阴分的募穴异常，故多用其募穴来治疗属阳的腑病。所谓从阳引阴，即属于五脏病的病气，常反应于阳分的背俞穴，可用其背俞穴来治疗属阴的脏病。临床上病变是复杂的，往往脏病及腑，腑病及脏，或虚实并见，寒热错杂，故可俞募同用，以加强调节脏腑的功能。

俞募配穴法的基本原则是"从阳引阴，从阴引阳。"所以在临床上应用时，不可局限于俞穴、募穴，其他经穴亦可采用。如胃痛，背部取胃仓，腹部取梁门，这种方法为前后配穴法，在《灵枢·官针》中称为"偶刺"。应用时先以手在胸腹部探明痛点，然后向背腰部划一平行弧线直对痛点，前后各斜刺一针。前指胸腹，后指腰背。此法多用于胸腹疼痛疾患。俞募配穴，见表 5-4。

表 5-4　俞募配穴表

脏腑	俞穴	募穴	脏腑	俞穴	募穴
肺	肺俞	中府	大肠	大肠俞	天枢
心包	厥阴俞	膻中	三焦	三焦俞	石门
心	心俞	巨厥	小肠	小肠俞	关元
脾	脾俞	章门	胃	胃俞	中脘
肝	肝俞	期门	胆	胆俞	日月
肾	肾俞	京门	膀胱	膀胱俞	中极

（4）上下配穴法

上下配穴法，是泛指人身上部腧穴与下部腧穴配合应用。上，指上肢和腰部以上；下，指下肢和腰部以下。上下配穴法在临床上应用最广。例如胃痛，上肢取内关，下肢取足三里；咽喉痛、牙痛，上肢取合谷，下肢取内庭；脱肛、子宫脱垂，取百会；头痛项强取昆仑等等。

（5）左右配穴法

左右配穴法，是根据病邪所犯经络的不同部位，以经络循行交叉特点为取穴依据，在《内经》"缪刺"和"巨刺"的原则下配穴组方的方法。它既可左右双穴同取，也可左病取右，右病取左，既可取经穴，又可取络穴，随病而取。例如：左侧面瘫取右侧合谷，右侧面瘫选左侧合谷；左侧头角痛取右侧阳陵泉、侠溪，右侧头角痛取左侧阳陵泉、侠溪。又因经络的分布是对称的，所以临床对于内脏病的取穴，一般均可左右同用，以加强其协调作用。例如胃病取两侧的胃俞、足三里。

5.1.5　特定穴的临床应用

特定穴是指十四经穴中具有某种特殊作用的腧穴，由于其内容系统、形式固定、作用各异，故有不同的含义和名称，临床应用时，根据中医基础理论和腧穴的特殊作用选

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

择穴位，故又称为“辨证取穴”，是针灸选穴中的重要内容。

“近部选穴”和“远部选穴”都是以病变的部位为依据。但疾病的发生单用部位并不能完全概括，如发热、自汗、盗汗、虚脱等，均属于全身症状，对此就不能单用“近部”或“远部”选取穴位法，而应结合病情的变化，按照中医的基本理论，参照腧穴的特性，选取腧穴以辨证施治。如气机不利引起的胸闷、气促，取膻中、合谷以理气；血病中的血虚、慢性出血性疾患，可取膈俞、三阴交，以调血养血；阴虚火旺之不寐，取神门、大陵、太溪以滋阴降火，使心肾相交则自寐，都属于特定穴的应用。特定穴常用的有五输穴、原穴、络穴、背俞穴、募穴、郄穴、八会穴、八脉交会穴、下合穴、交会穴。现就其应用方法分别予以介绍，详见前腧穴学篇。

5.1.5.1 五输穴的运用

五输穴主要用于脏腑经络病的治疗。由于十二经气在每个部位出入的情况（如部位的深浅、经气的盛弱等）不同，所以井、荥、输、经、合的功能各不相同，临床应用也各有特点。

（1）按五输穴主病应用

五输穴的主病，在《难经·六十八难》中明确指出：“井主心下满，荥主身热，俞主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄。”临床可根据病的主病，选取适当的五输穴。

（2）按照补母泻子的方法应用

五输穴在临床上的应用，还可根据五输穴与五行的配属关系，按照“补母泻于”的方法取穴，其原则是《难经·六十九难》之“虚者补其母，实者泻其子”。应用时，一般分下述两法：

① 本经补泻法：选取病变经脉上的五输穴进行补泻。如足厥阴肝经配五行属“木”，肝之实证、热证，宗“实者泻其于”的原则，可取本经行间泻之，因行间为荥火，是木之子穴。肝之虚证，宗“虚者补其母”的原则，可取本经曲泉补之，因曲泉为合水，是木之母穴。再如手太阴肺经配五行属“金”，肺之实证、热证，可取本经尺泽泻之，因为尺泽为合水穴，是金之于穴；肺之虚证，可取本经太渊补之，因太渊为输土穴，是金之母穴。余者以此类推。

② 异经补泻法：系按十二经脉配合五行的关系，选取病变经脉的母经母穴或于经于穴进行治疗的方法。如手太阴肺经配五行属“金”，肺之实证，可取足少阴肾经的合穴阴谷泻之，因足少阴肾经属水，其合穴阴谷亦属水；肺之虚证，可选取足太阴脾经的输土穴太白，因足太阴经属土，土能生金，太白属输土，故可用其补之。另外，也可用相表里经的子母穴进行补泻。如肺实证，取手阳明经的于穴二间，因二间属荥水，泻之可用于肺实证；肺虚证，取手阳明经的母穴曲池，因曲池属合土，补之可用于肺虚证。

以上两法常同时应用，以加强疗效。

此外，《难经·七十五难》还提出“东方实，西方虚，泻南方，补北方”的治疗方法，并举例作了说明。“东方肝也，则知肝实；西方肺也，则知肺虚。泻南方火，补北方水。南方火，火者，木之子也；北方水，水者，木之母也。”东方属木，在五脏为肝，故东方实即肝实证；西方属金，在五脏为肺，故西方虚即肺虚证。采用“泻南方，补北方”的治疗原则，即是泻心火和补肾火。《难经》并对这种治疗方法的原理作了分析，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

曰："水胜火，子能令母实，母能令子虚，故泻火补水，欲令金得平木也。经曰：不能治其虚，何问其余。此之谓也。"木火土金水五行之间存在着相互制约的关系，如一行偏胜，则另一行必来克制，这样才能保持相互间的平衡。今"东方实，西方虚"，即肝木实，肺金虚，若西方不虚，何以致东方过实耶？治应折其实而济其虚，亦即泻火补水。泻火则夺其（木）子之气，令子（火）盗母（木）气，以致木虚而火衰，火衰则金不受刑，而金气可复。水为金之子，补水者，益其（金）子气，使子（水）不食于母（金），则金气当胜。且补水即可制火之亢，而火当衰，则金当益胜，金胜则能制木，而木何实之有？此即"令金得平木也"，盖水为木之母，金之子，所以说："水胜火，子（水）能令母实，母（水）能令子（木）虚"。其关键在于治金，使其不虚，故云"不能治其虚，何问其余"。

这种取穴方法正符合"损有余，益不足"的治疗原则，是对"虚者补其母，实者泻其子"的补充。现据其原理列五脏虚实治法于下，以供参考。

肝（木）实肺（金）虚：泻心（火），取手少阴经穴（少府）；补肾（水），取足少阴经穴（阴谷）。

心（火）实肾（水）虚：泻脾（土），取足太阴经穴（太白）；补肝（木），取足厥阴经穴（大敦）。

脾（土）实肝（木）虚：泻肺（金），取手太阴经穴（经渠）；补心（火），取手少阴经穴（少府）。

肺（金）实心（火）虚：泻肾（水），取足少阴经穴（阴谷）；补脾（土），取足太阴经穴（太白）。

肾（水）实脾（土）虚：泻肝（木），取足厥阴经穴（大敦）；补肺（金），取手太阴经穴（经渠）。

5.1.5.2 原、络穴的运用

（1）原穴的运用

① 用于内脏病的治疗：脏腑病，尤其是五脏病可取其原穴治疗。《灵枢·九针十二原》说："凡此十二原者，主治五藏六府之有疾者也。"

② 用于脏腑病的诊断：临床上可根据十二原穴脉气的盛衰诊断疾病。《灵枢·九针十二原》说："五藏有疾也，应出十二原，而原各有所出，明知其原，睹其应，而知五藏之害矣。"据此，临床常用经络测定仪测定原穴的电位差，以此确定脏腑经络的虚实，并可取其原穴进行治疗。

（2）络穴的运用

络穴的主要作用是联系和调解表里经，所以络穴主要应用于表里经病证的治疗。如列缺是手太阴肺经的络穴，即可用于手太阴经病证，咳嗽、胸痛、喉痛等的治疗，又可用于面瘫、鼻塞、头痛等手阳明大肠经病证的治疗。丰隆是足阳明胃经络穴，即可治疗喉痹、癫狂、胃痛、呕吐等胃经病证，又可治疗胸闷、心悸、四肢肿等足太阴脾经病证。

此外，由于任脉络散布于腹部，故胸腹部疾患可取鸠尾；督脉络从脊柱两旁上行散布于头，故头部和腰背部疼痛可取长强；脾之大络散布于胸胁，网罗周身气血，故可用

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

于全身疼痛和关节松弛的治疗。

5.1.5.3 俞、募穴的运用

(1) 俞穴的运用

① 诊察疾病：当内脏有病时，在相应的背俞穴处可出现阳性反应区、反应点及反应物，可以其诊断或治疗疾病。正如《灵枢·背腧》说："欲得而验之，按其处，应在中而痛解。"

② 治疗疾病：背俞穴是脏腑之气输注的穴位，遵《素问·阴阳应象大论》："故善用针者，从阴引阳，从阳引阴"的治疗原则，背俞穴多用于内脏病的治疗。如肺俞可治肺病，心俞可治心病，肝俞可治肝病，胃俞可治胃病，以此类推。在临床上对失眠、头晕、心悸、神疲乏力等症，选取心俞、膈俞、胆俞、肝俞、脾俞、肾俞等穴治疗，常可获得满意效果。

此外，背俞穴还可治疗与内脏有关的疾病。由于背俞穴可调节内脏的功能，所以通过这一作用，还可治疗与内脏有关的部位、器官之疾病。如肝开窍于目，取肝俞可治疗目疾；肾开窍于耳，取肾俞可治疗耳聋、耳鸣；脾主四肢，取脾俞可治疗四肢乏力、肿胀等。

(2) 募穴的运用

① 诊察疾病：内脏有病往往在募穴处有反应点，如胃痛在中脘处常有压痛，泄泻、痢疾常在天枢处有压痛，尿失禁、癃闭在中极处有压痛等。

② 治疗内脏病：募穴多用于内脏病的治疗。如胃脘痛取中脘，泄泻取天枢，癃闭取中极。

俞穴与募穴的区别：

俞穴是脏腑之气转输之处，分布在腰背部足太阳经上，根据"阴病行阳"的原则，俞穴多用于五脏病的治疗。

募穴是脏腑之气汇聚的穴位，分布在胸腹部的多条经脉上，根据"阳病行阴"的原则，募穴多用于六腑病的治疗。

5.1.5.4 郄穴的运用

(1) 诊察疾病

由于许多疾病可在郄穴上有反应点，故可以此诊察疾病。如胃的急性疼痛，在中脘、梁丘有压痛；胆腑病可在胆俞、外丘有压痛；心悸可在郄门、神堂常有压痛；痔疮在大肠俞、孔最可见压痛；胃穿孔在中脘、温溜可见压痛，等等。

(2) 治疗疾病

多用于脏腑和经络的急性疼痛。如急性胃痛取梁丘，急性胸痛取郄门，急性肩背痛取养志。郄穴还可用于出血证的治疗，如咯血取孔最，呕血取郄门，便血、崩漏取地机等。

5.1.5.5 八会穴的运用

凡脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓的病变，都可取其相聚会的腧穴进行治疗。如

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

脏病取章门，腑病取中脘，气病取膻中等。

（1）脏会章门

章门是足厥阴肝经腧穴，胆经交会穴，又是脾之募穴。脾之募穴可以调节脾的功能。足太阴脾经上注于心，心主血，脾为生血之源，又为后天之本，故章门与心脾关系甚为密切。章门位于横膈之下，上临于肺，下居肝肾，故上可治肺之痰饮，下可医肾之水肿、肝之郁结。脾胃为升降之枢纽，肝胆主升，肺主降，升降适宜，气血调达，五脏之疾可愈。诸如肝之郁结引起的胸胁胀满，脾胃虚弱所致的腹胀、泄泻、水肿，肾虚导致的腰背痛、水肿、泄泻，以及心脾两虚和肺之痰饮等，均可取章门穴治疗，故称之为脏会章门。

（2）腑会中脘

中脘是足阳明胃经、手太阳小肠经、手少阳三焦经的交会穴，说明中脘与胃、小肠、三焦有密切关系。中脘为胃之募穴，又正当胃的部位，所以称中脘为腑之会穴。此外，中脘位于躯体之正中，正当胃脘部，有调节脾胃功能的作用。六腑以通降为顺，针刺中脘可升清降浊，使六腑得以通降，保持六腑的正常功能。

（3）气会膻中

膻中称为气海可从四个方面理解。其一，膻中属任脉，位于胸部正中，属肺之范围，肺主一身之气，故凡咳嗽喘逆、胸闷、胸痛等肺气不宣或肺气不降之证，均可取膻中治疗。其二，肺主气而朝百脉，膻中为心包之募穴，可调气以活血，益气以通脉，所以可治心痛。其三，三焦与心包相表里，三焦行一身之气化，故凡肺气上逆之咳喘，胃气上逆之恶心、呕吐、呃逆，水气凌心之心悸、胸闷均可取膻中治疗。其四，足厥阴肝经布于胸，《灵枢·经脉》："肝足厥阴之脉……其支者，复从肝别贯膈，上注肺"，《灵枢·根结》："厥阴根于大敦，结于玉英，络于膻中。"故凡肝气郁结引起的胸痛、胸闷均可取膻中治疗。总之，膻中调理肺气、心气、肝气、胃气，并有调气活血、益气通脉的作用，故称之为气会膻中。

（4）血会膈俞

膈俞位于膈部，上有心肺，下有肝脾。心居上焦而主血，肺位胸中而朝百脉，脾胃位于中焦为后天之本、生化之源，脾统血，肝藏血，故从位置可知膈俞与心、肺、脾、肝关系密切，此其一。另外，膈俞可用于血证疾病的治疗，诸如咯血、吐血、尿血、便血、崩漏、肌衄等病证，以及瘀血痹阻经络和内脏病证的治疗，此其二也。所以称膈俞为血之会穴。

（5）筋会阳陵泉

阳陵泉之所以称为筋会，一是因为阳陵泉是胆经腧穴，又为胆腑的下合穴，主治腑病，而肝与胆相表里，肝主筋，故阳陵泉与筋有密切关系。二是阳陵泉位于膝部，是足三阳经筋和足三阴经筋结聚之处。三是阳陵泉主治筋病，诸如半身不遂，下肢痿痹，腰痛，筋脉拘紧，抽搐，腓肠肌痉挛等，均可取阳陵泉治疗。

（6）脉会太渊

太渊之所以称为脉会，一是因为太渊是手太阴肺经腧穴，肺朝百脉而主治节，太渊为手太阴肺经的原穴，是肺经原气输注的部位，能反映肺之状态和调节肺之功能；二是太渊主治血脉病证，如血脉痹阻引起的无脉症、臂内廉痛，血脉失于固摄引起的咳血、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

呕血等；三是太渊位于寸口动脉处，《难经·一难》："寸口者，脉之大会，手太阴之脉动也。"

（7）骨会大杼

大杼位于第一胸椎棘突下旁开1.5寸处，《孔穴命名的浅说》曰："第一椎之骨称'杼骨'，穴当杼骨旁边而得名"，而杼骨为人体之支柱，正如《大成》所说："肩能负重，以骨会大杼也"。大杼可用于骨病的治疗，诸如上肢瘫痪、颈项强、腰脊痛、膝痛不可屈伸等。

（8）髓会绝骨

绝骨是足少阳胆经穴，少阳经"主骨所生病"，骨与髓同源，骨赖髓以滋养。另外，绝骨可用于骨髓病的治疗，诸如髓海空虚引起的头晕、失眠、记忆力减退、耳聋耳鸣，以及半身不遂、下肢瘫痪、痿躄等。

5.1.5.6 八脉交会穴的运用

八脉交会穴之八穴可单独应用，如督脉病证取后溪，冲脉病证取公孙，阴跷脉病证取照海等；也可配合应用，在大多数情况下，以上下肢配合应用较好。配合的方法是：公孙与内关，足临泣与外关，后溪与申脉，列缺与照海。

（1）内关与公孙

内关是手厥阴心包经穴，又是其络穴，通于阴维脉。手厥阴经循行于胸胁，和心包、三焦相联系。阴维脉循行于腹部、胁肋、胸膈和咽喉部，是三阴经之"纲维"，有调节三阴经的作用。因此内关可维系三阴经，主治肝、脾、心等内脏病证。

公孙是足太阴脾经穴，又是该经络穴，通于冲脉。足太阴脾经循行于胸、腹、咽喉等部位，属脾络胃，和心、肠相联系。冲脉循行于腹、胸、咽喉等部，和胞宫、足阳明、足少阴等相联系，称为"十二经之海"。所以公孙可用于脾、胃、心、肝病证。

根据"经脉所通，主治所及"的原理，内关与公孙相配在治疗上有协同作用，可用于心、肝、脾、胃病证的治疗。

（2）足临泣与外关

足临泣是足少阳胆经穴，通于带脉。足少阳胆经循行于偏头部、胸胁、少腹和下肢外侧面，属胆络肝。带脉起于季胁，绕身一周，约束诸脉，在十四椎与肾相联系。因此，足临泣可治疗筋脉弛缓证，筋脉拘紧证，胁肋胀痛和风邪引起的诸种病证。

外关属于手少阳经，又是该经络穴，通于阳维脉。手少阳经循行于上肢外侧、偏头部和胸部，属于三焦络于心包，和眼耳相联系。阳维脉循行于下肢外侧、胁肋部、头部，和少阳经、太阳经、督脉相联系。所以阳维外关主治外感风邪、外感风热引起的诸种病证。

足临泣与外关相配，同属少阳经，有协同作用，主治肝、胆、肾、经筋和外感风邪引起的诸种病证。

（3）后溪与申脉

后溪属手太阳经，是该经输穴，通于督脉。手太阳经循行于头项、肩胛和上肢后外侧，属小肠络于心，与眼、耳相联系。督脉循行于腰背部和头项部正中线，与肾、脑、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

足厥阴肝经及诸阳经相联系。因此，后溪主治心、肝、肾之病证，诸如抽搐、神昏、腰膝疼痛及感受风寒湿邪引起的痹证。

申脉属足太阳经，通于阳跷脉。足太阳经循行于头项腰背部，属膀胱络于肾，与心、脑、眼相联系。阳跷脉行于下肢外侧、胁肋部、目内眦，入络于脑，与足少阳脉、阴跻脉相联系。所以申脉主治心、脑、肝之病证，如抽搐、癫痫、阴缓而阳急、失眠、头痛头晕，以及感受外邪引起的病证。

后溪与申脉相配，同属太阳经，有协同作用，主治心、肝、脑和太阳经病证。

(4) 列缺与照海

列缺属手太阴肺经，为其络穴，通于任脉。手太阴肺经循行于上肢内侧、胸部、腹部，属肺络于大肠，和咽喉相联系。任脉起于胞宫，循行于胸腹部正中、咽喉部，与诸阴经相联系。因此，列缺主肺、肾、肝、肠之病证，如胸、腹、咽喉、子宫等部位的多种病证。

照海属足少阴肾经，通于阴跻脉。足少阴肾经循行于下肢内侧，入腹，达胸部，属肾络于膀胱，和心、肝、肺、脊髓、喉咙、舌相联系。阴跻脉为少阴之别，循行于下肢内侧，经腹、胸、咽喉，会于目内眦。所以，照海主治肝、肾、肺、心、肠之病证，如咽喉病、胸痛、腹痛、泄泻、便秘、失眠、抽搐等。

列缺与照海相配，因其联系部位基本相同，故有协同作用，主治肾、肺、肝、心、肠之诸种病证。

5.1.5.7 下合穴的运用

下合穴，又称六腑下合穴、六合穴，是六腑之气汇注的腧穴，所以主要用于六腑病的治疗。正如《素问·咳论》："治藏者治其俞，治府者治其合"，《灵枢·邪气藏府病形》："荥输治外经，合治内府。"如胃痛取足三里、痢疾、肠痈取上巨虚，胁痛、口苦取阳陵泉，癃闭取委中等，均属于腑病选取下合穴进行治疗。

临床常根据腹部疼痛的位置选取六合穴，如胃合足三里，用于以中脘为中心的胃区疼痛；大肠合于上巨虚，用于以天枢为中心的大肠腑病；胆合于阳陵泉，用于以胁肋痛为主的疼痛；小肠合于下巨虚，用于以脐为中心的疼痛；膀胱合于委中，用于膀胱区和来自膀胱的疼痛；三焦合于委阳，用于腹痛无定处、窜行无常者。

5.1.5.8 交会穴的运用

交会穴可用于本经和与其交会的经脉，及其所属脏腑病的治疗。如中极、关元属任脉，又是足三阴经的交会穴，故除了可治疗任脉病证外，还可治疗足三阴经及其脏腑病证；三阴交属足太阴脾经，又是足三阴经的交会穴，故既可治疗足太阴脾经和脾脏病证，又可治疗足三阴经及其脏腑的病证；百会属督脉，又是足厥阴肝经、足少阳胆经、手少阳三焦经、足太阳膀胱经的交会穴，所以可以治疗这些经脉所引起的头痛、头晕；风池属足少阳胆经，又是阳维脉的交会穴，所以既可治疗外风病证，又可治疗内风病证；大椎是诸阳经的交会穴，故可泻诸阳经之热；中脘属任脉，又是足阳明经脉的交会穴，下脘属任脉，是足太阴脾经的交会穴，所以二者都可治脾胃病，但前者偏于胃，后者偏于脾。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

5.1.6 逢时辨证选穴法

逢时辨证选穴法，又称时间配穴法，包括子午流注、灵龟八法和飞腾八法。子午流注针法是以五输穴为基础，以时间为条件的一种配穴方法；灵龟八法与飞腾八法则是以八脉交会穴为基础，以时间为条件的一种配穴方法。它们都是以时间为配穴的主要条件，故称逢时辨证选穴法。

（1）子午流注针法的基本内容

广义的子午流注针法应当包括两项内容，即十二经纳干支法及奇经纳卦法。十二经纳干支法分为十二经纳干法，一般也称为纳甲法；十二经纳支法，也称为纳子法，也就是一般狭义的子午流注针法。奇经纳卦法也分为两种，一是奇经纳干支法，名为灵龟八法；一为奇经纳干法，名为飞腾八法。而以灵龟八法为多用，又名为八法神针、八法流注、阴四针阳四针、窦文真公八法流注等。

（2）时间干支

古代纪年、月、日、时的符号是用天干、地支来计算的。天干的符号是从甲至癸十个数，即甲乙丙丁戊己庚辛壬癸；地支的符号是从子至亥十二个数，即子丑寅卯辰巳午未申酉戌亥。这些符号之由来是古人观察万物随时间条件从种子开始萌发、生长、成熟、收藏之过程，以象形文字之法而拟成的。《素问·六微旨大论》："天气始于甲，地气治于子，子甲相合，命曰岁立，谨候其时，气可与期。"这便是"首甲而定运"的原则。所以，天干第一数甲与地支第一数子相配则是岁运之开始，于是顺其序继之则为乙丑、丙寅、丁卯、戊辰、己巳……癸亥。由于天干为十数，地支为十二数，因此，天干六轮，地支五同，便成六十周，方能再轮回至甲子。所以称六十环周为一花甲。即周期循环之义。凡纪年、纪月、纪日、纪时均是干支相配、干支相配六十环周见表5-5。

表5-5 干支相配六十环周表

甲子（1）	乙丑	丙寅	丁卯	戊辰	己巳	庚午	辛未	壬申	癸酉
甲戌（11）	乙亥	丙子	丁丑	戊寅	己卯	庚辰	辛巳	壬午	癸未
甲申（21）	乙酉	丙戌	丁亥	戊子	己丑	庚寅	辛卯	壬辰	癸巳
甲午（31）	乙未	丙申	丁酉	戊戌	己亥	庚子	辛丑	壬寅	癸卯
甲辰（41）	乙巳	丙午	丁未	戊申	己酉	庚戌	辛亥	壬子	癸丑
甲寅（51）	乙卯	丙辰	丁巳	戊午	己未	庚申	辛酉	壬戌	癸亥

就因为有此六十环周之规律，那么一年之内则有六个环周。故《素问·六节藏象论》说："天以六六为节，地以九九制会，天有十日，日六竟而周甲，甲六复而终岁，三百六十日法也。"

表5-6 干支序数表

阴阳	阳	阴	阳	阴	阳	阴	阳	阴	阳	阴	阳	阴
代数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
天干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸	甲	乙
地支	子	丑	寅	卯	辰	巳	午	未	申	酉	戌	亥

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

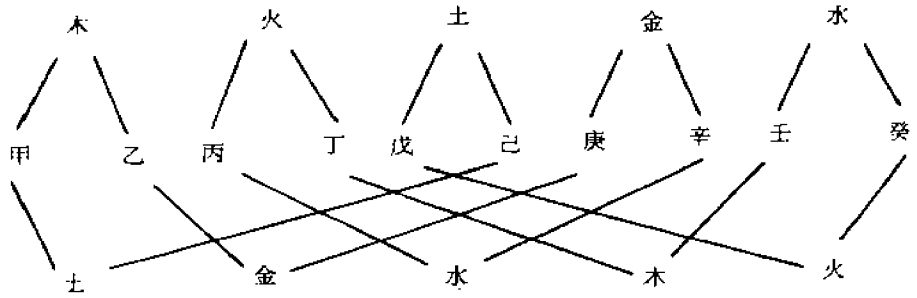
(3) 干支的阴阳代数

按天干与地支的顺序以数字代之，则以奇偶数分为阴阳。凡奇数1、3、5、7、9为阳，偶数2、4、6、8、10则为阴。见表5-6。

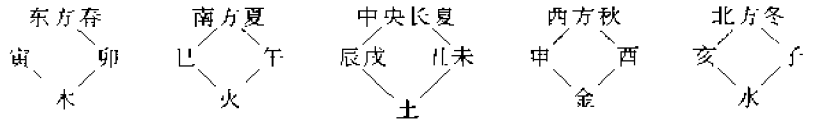
表中所示干支之代数及其阴阳属性是十分重要的，在子午流注针法的计算时间及选择穴位时要经常应用。

(4) 干支的五行属性及其合化

① 天干的五行属性：天干的五行属性之由来与其四时方位有关。《素问·藏气法时论》说："肝主春，足厥阴少阳主治，其日甲乙，……心主夏，手少阴太阳主治，其日丙丁，……脾主长夏，足太阴阳明主治，其日戊己，……肺主秋，手太阴阳明主治，其日庚辛，……肾主冬，足少阴太阳主治，其日壬癸。"故曰："合人形以法四时五行而治"。所以，东方甲乙木，南方丙丁火，中央戊己土，西方庚辛金，北方壬癸水。这是正常四时方位天干之五行。五运中之合化过程，在《素问·五运行大论》中有所载："土主甲己，金主乙庚，水主丙辛，木主丁壬，火主戊癸。"这在子午流注针法的临床应用中是十分重要的。其关系如下：



② 地支的五行属性：地支的五行属性也与四时方位有关，其关系如下：



这是地支的五行，依逢六必冲原则而来，在八法流注中临时干支代数上用此规律。

(5) 时辰的时间分配

一日有十二个时辰，与现代一日以24小时计算不同。所以需要将十二时辰的时间分配清楚。子时为夜半23～1时，依其顺序，丑时为1～3时，寅时为3～5时，卯时为5～7时，辰时为7～9时，巳时为9～11时，午时为11～13时，未时为13～15时，申时为15～17时，酉时为17～19时，戌时为19～21时，亥时为21～23时。然后重由子时开始。

(6) 年、月、日、时的干支推算法

子午流注针法即是按时取穴法，所以患者来诊之日时干支必须推算出来方能取穴。日时干支之推算又自年月干支而来。因此，年月之干支亦当推算而得。

1) 年干支推算法：只要掌握"干支配合六十环周表"按其顺序即可推出。如1985年为乙丑年，那么1986年就是丙寅年，1987年则是丁卯年。如果不知年干支数而欲求

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

任何一年的干支，可以将所求公元纪年减 3 再除 60 周转数，所余数可由表中求出。之所以要减 3，是因为甲子干支纪年据说是从黄帝登基的年份开始的。即在公元前 2697 年，故此六十周数多出 3 年。如求 1990 年的干支，（1990－3）÷60＝33 余 7，故为庚午年。余皆类推。

2）月干支推算法：农历正月皆为寅月是不变的，欲求其天干配数则要记住“五虎建元歌”。“甲己之年丙寅首，乙庚之岁戊寅头，丙辛之年庚寅始，丁壬壬寅顺行求，戊癸甲寅定时候，六十首法助医流。”

3）日干支推算法：农历月份日数不等，闰月亦不固定，较难推算，故今皆以阳历计算了。要计算每来诊之日的干支数需要四个条件：①当年元旦干支代数；②当日数；③逐月干支加减数；④闰年三月起增加 1。其中元旦干支数是个难点，必须牢记上一年之元旦干之，根据年年是 365 日，闰年多一日的规则可知下一年度元旦干支数，是“平年加五闰加六”。如 1985 年元旦是庚子，1986 年是平年则各加 5 个干支数，就是乙巳了。若是闰年如 1984 年，元旦干支是甲午，那么 1985 年元旦则要加 6 个干支数，则是庚子了。另外，逐月干支加减数是根据日数与六十环周的关系推算而来，固定不变，故歌诀是：

·五双减一，二六加零六，三减二加十，四减一加五，七零九加二，八加一七走，十上加二八，冬三腊三九，闰从三月起，余数均另一。

表 5-7　平闰年元旦干支表

闰　年		平　年					
年份	元旦干支	年份	元旦干支	年份	元旦干支	年份	元旦干支
1984	甲午	1985	庚子	1986	乙巳	1987	庚戌
1988	乙卯	1989	辛酉	1990	丙寅	1991	辛未
1992	丙子	1993	壬午	1994	丁亥	1995	壬辰
1996	丁酉	1997	癸卯	1998	戊申	1999	癸丑
2000	戊午	2001	甲子	2002	己巳	2003	甲戌
2004	己卯	2005	乙酉	2006	庚寅	2007	乙未
2008	庚子	2009	丙午	2010	辛亥	2011	丙辰
2012	辛酉	2013	丁卯	2014	壬申	2015	丁丑
2016	壬午	2017	戊子	2018	癸巳	2019	戊戌
2020	癸卯	2021	己酉	2022	甲寅	2023	己未
2024	甲子	2025	庚午	2026	乙亥	2027	庚辰
2028	丙戌	2029	辛卯	2030	丙申	2031	辛丑
2032	丁未	2033	壬子	2034	丁巳	2035	壬戌
2036	戊辰	2037	癸酉	2038	戊寅	2039	癸未

求日干支的公式：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

日干：元旦天干＋日期＋逐月干支加减数＝商……余数

日支：元旦地支＋日期＋逐月干支加减数＝商……余数

闰年三月后均加1。

例：1987年（平年）元旦干支是庚戌。若求十二月二十日的干支

天干（7＋20＋3）÷10＝3……0（癸）

地支（11＋20＋9）÷12＝3……6（巳）

4）时干支推算法：一日十二时辰，地支不变，求其天干配数，与十二月建寅意同。但因时辰起子时，与月建起正月不同，其歌诀是五子建辰歌：

甲己甲子起，乙庚丙子出，丙辛起戊子，

丁壬庚子居，戊癸推壬子，时元定不虚。

甲日己日子时天干为甲；乙日庚日子时天干起丙；丙日辛日子时天干起戊；丁日壬日子时天干起庚；戊日癸日子时天干起壬。

5.1.6.1 子午流注纳甲法

纳甲法也叫纳干法，是十二经脉纳入于天干之法。

（1）十二经纳干歌

甲胆乙肝丙小肠，丁心戊胃己脾乡，

庚属大肠辛属肺，壬属膀胱癸肾藏，

三焦亦向壬中寄，包络同归入癸方。

明代张景岳将后两句改为“三焦阳府须归丙，包络从阴丁火旁”。近代承淡安等著《子午流注针法》从其说。根据《灵枢·本输》：“少阳属肾，肾上连肺，故将两藏。三焦者，中渎之府也，水道出焉，属膀胱”。故三焦应为壬。又三焦、包络同属相火，以为表里，故包络应归癸。所以其原义更较合理。见表5-8。

表5-8 经脉纳干表

天干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬		癸	
脏腑	胆	肝	小肠	心	胃	脾	大肠	肺	膀胱	三焦	肾	包络

（2）五输穴配合阴阳五行

纳干法依各经纳天干之阴阳五行而定，然后再依五输穴之阴阳五行属性而进行流注，故应明确五输穴的五行属性。《难经·六十四难》：“阴井木，阳井金，阴荥火，阳荥水，阴输土，阳输木，阴经金，阳经火，阴合水，阳合土。”见表5-9。

（3）纳干常规开穴法

在临床上运用纳干法开穴，除了掌握日时干支及十二经纳干歌之外，尚有几个原则：

① 阳进阴退　井穴为始：十二经脉气血流注皆始于井穴，而开井穴的时干支则有阳进阴退的规律，这里的阳是指天干，阴是指地支，表5-10中明显看出天干依序而进，地支依序而退。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表 5-9　五输穴与脏腑阴阳五行归属表

阳经六输							阴经五输					
穴名 / 经别	井（金）	荥（水）	输（木）	原	经（火）	合（土）	穴名 / 经别	井（木）	荥（火）	输（土）	经（金）	合（水）
胆（木）	窍阴	侠溪	临泣	丘墟	阳辅	阳陵泉	肝（木）	大敦	行间	太冲	中封	曲泉
小肠（火）	少泽	前谷	后溪	腕骨	阳谷	小海	心（火）	少冲	少府	神门	灵道	少海
胃（土）	厉兑	内庭	陷谷	冲阳	解溪	足三里	脾（土）	隐白	大都	太白	商丘	阴陵泉
大肠（金）	商阳	二间	三间	合谷	阳溪	曲池	肺（金）	少商	鱼际	太渊	经渠	尺泽
膀胱（水）	至阴	通谷	束骨	京骨	昆仑	委中	肾（水）	涌泉	然谷	太溪	复溜	阴谷
三焦	关冲	液门	中渚	阳池	支沟	天井	心包	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽

表 5-10　纳干法十二经井穴开时表

日干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
时辰	甲→ 戌→	乙→ 酉→	丙→ 申→	丁→ 未→	戊→ 午→	己→ 巳→	庚→ 辰→	辛→ 卯→	壬→ 寅→	癸亥
经脉	胆	肝	小肠	心	胃	脾	大肠	肺	膀胱	肾
井穴	窍阴	大敦	少泽	少冲	厉兑	隐白	商阳	少商	至阴	涌泉

注：→阳进，→阴退

② 经生经、穴生穴：在开出井穴之后，则按十二经脉及五输穴的五行相生规律，以经生经、穴生穴依次开出。如甲日戊时开窍阴穴之后，甲为胆经为阳木，应生阳火为丙小肠，井窍阴穴属金，应生小肠荥水穴前谷。继而小肠火生阳土为戊胃，荥水穴后应生输木穴胃经陷谷。戊胃土应生阳金为庚大肠，输木穴后应生经火穴即大肠经阳溪穴。庚大肠金应生阳水为壬膀胱，经火穴应生阳土合穴为膀胱合穴委中。余经皆仿此。

③ 阳日阳时开阳穴，阴日阴时开阴穴：阳日阳时指天干属阳干者，即甲、丙、戊、庚、壬日；阴日阴时指天干属阴干者，即乙、丁、己、辛、癸日。然而并非阳日只开阳时穴、阴日只开阴时穴，而是“时上有穴，穴上有时”以时为主。所以并不存在甲日需到乙日取穴，乙日需到丙日取穴的说法。比如甲日戊时，实际“甲日”是由胆经开穴过原、纳三焦府的符号，并非在环周图上只开甲日穴的符号。甲日之戊时是甲戌时，以时为主。所以甲日从子时到亥时皆存干支配数，则皆有穴可开，即为“时上有穴”。五输穴开任何一穴皆有干支配数，则为“穴上有时”。进而阳日阳时阳穴偏盛，阴日阴时阴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

穴偏盛这是合理的。

④ 返本还原，阳经遇输过原，阴经以输代原：阳经各有单独之原穴，阴经输穴即原穴，每遇当开输穴之时则同时过原，即同时开出当日本经的原穴。如甲日遇开输穴是胃经陷谷，同时过原开胆经原穴丘墟。乙日遇开输穴是脾经太白，同时过原开肝经原穴太冲，即是肝经输穴，故言代原。余皆类推。

⑤ 日干重见，阳经气纳三焦他生我，阴经血归包络我生他："我"指本日经五行属性而言，"他"指三焦经包络经之五腧穴五行属性而言。如甲日胆经为本日是甲木为我，当日干重见时，实际是时干重见时，即甲戌时到甲申时，则气纳于三焦经，由三焦经之阳水穴来生甲木，即三焦荥水液门穴开，则为他生我。又如乙日肝经为本日是乙木为我。当日时干重见时，即乙酉时至乙未时，则血归于包络经，由肝经乙木来生包络之阴火穴，即包络荥火劳宫穴开，则为我生他。余皆类推。

按以上诸项规律，徐凤氏在《大全》中编成歌诀，即"子午流注逐日按时定穴诀"，现录于下：

子午流注逐日按时定穴诀

甲日戊时胆窍阴，　丙子时中前谷荥，
戊寅陷谷阳明俞，　返本丘墟木在寅。
庚辰经注阳溪穴，　子午膀胱委中寻，
甲申时纳三焦水，　荥合天干取液门。
乙日酉时肝大敦，　丁亥时荥少府心，
己丑太白太冲穴，　辛卯经渠是肺经，
癸巳肾宫阴谷合，　乙未劳宫火穴荥。
丙日申时少泽当，　戊戌内庭治胀康，
庚子时在三间俞，　本原腕骨可祛黄，
壬寅经火昆仑上，　甲辰阳陵泉合长，
丙午时受三焦木，　中渚之中仔细详。
丁日未时心少冲，　己酉大都脾土逢，
辛亥太渊神门穴，　癸丑复溜肾经通，
乙卯肝经曲泉合，　丁巳包络大陵中。
戊日午时厉兑先，　庚申荥穴二间迁，
壬戌膀胱寻束骨，　冲阳土穴必还原，
甲子胆经阳辅是，　丙寅小海穴安然，
戊辰气纳三焦脉，　经穴支沟刺必痊。
己日巳时隐白始，　辛未时中鱼际取，
癸酉太溪太白原，　乙亥中封内踝比，
丁丑时合少海心，　己卯间使包络止。
庚日辰时商阳居，　壬午膀胱通谷之，
甲申临泣为俞木，　合谷金原返本归，
丙戌小肠阳谷火，　戊子时居三里宜，
庚寅气纳三焦合，　天井之中不用疑。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

辛日卯时少商本，癸巳然谷何须忖，
乙未太冲原太渊，丁酉心经灵道引，
己亥脾合阴陵泉，辛丑曲泽包络准。

5.1.6.2 子午流注纳子法

（1）纳子法也叫纳支法，是十二经脉纳于地支之法。

十二经纳支歌

肺寅大卯胃辰宫，脾巳心午小未中。
申胱酉肾心包戌，亥焦子胆丑肝通。

表 5-11 经脉纳支表

地支	寅	卯	辰	巳	午	未	申	酉	戌	亥	子	丑
经脉	肺	大肠	胃	脾	心	小肠	膀胱	肾	心包	三焦	胆	肝

（2）纳支法的气血流注

地支属阴，主静。一日十二辰，皆是依地支命名，恒静不移。故自子时起，至丑，至寅，至卯，……至亥，然后重起于子。人体内气血流注于一日之内循环往复，周而复始，恒静不移的是营血行于脉中者。《灵枢·营气》："营气之道，内谷为宝。谷入于胃，乃传之肺，流溢于中，布散于外，精专者行于经隧，常营无已，终而复始，是谓天地之纪。故气从太阴出，注手阳明，上行注足阳明，……合足厥阴，上行至肝，从肝上注肺"这正是从肺经至肝经行于脉中而循环一周的过程。实际气血循环本无端，是古人人为地从肺经开始记述这一循环过程而已，其根据在于水谷之入于胃，在胃腐熟化生精微，而精微之气则是上注于肺，经肺朝百脉方能流注循环的。故水谷之精气化生之营血行于脉中，则可认为从手太阴肺经开始。《灵枢·邪客》"营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以荣四末，内注五藏六府，以应刻数焉。"即是说营血行脉中是随时间顺序而相应流注的。肺经之盛何以起寅时？这是因为胸为阳，腹为阴，心乃阳中之阳，肺为阳中之阴，而子时为阴中之阳，故当属腹内主阳府，丑为阴中之阴故当属腹内之阴脏。寅时恰为阳中之阴，阳是言寅为阳时，阴是言寅时当夜阴未尽。故肺起寅时为合理。顺其序则大肠为卯时，胃续为辰时，脾为巳时，心为午，小肠为未，膀胱为申时，肾为酉时，心包为戌时，三焦为亥时，胆为子时，肝为丑时，营气则循环一周。

（3）纳支开穴法

由于纳支法是定时不移的，故也被称作定时取穴法。此法之开穴有四种方法。

补母泻子法

是根据十二经脉所纳入的地支时辰顺序，依十二经及五输穴的五行属性，按生克制化关系，遵照"虚则补其母，实则泻其子"的原则来取穴治疗的。尤其重要的是必须分经辨证并辨明虚实方可待时取穴而治。如以肺经为例，证见肺实喘咳，胸痛，肺胀满，脉来洪大有力或浮数有力者，即可定于寅时取肺经合穴尺泽泻之。因为肺经气血于寅时正旺，肺属金，金生水，本经合穴尺泽属水，故为本经子穴。所以肺之实证定于寅时泻其合穴尺泽属"迎而夺之"之意，则为实则泻其子。余经皆类推。若证见肺虚咳喘，畏

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

寒怕冷，面色苍白，汗出气微，脉缓或微而无力者，则当依虚则补其母原则，在卯时，开肺经的输穴太渊补之。因卯时气血始流注过肺经，当此之时肺气方衰，肺属金，太渊输穴属土，土生金，故为本经之母穴。所以肺虚之证在卯时补太渊，则属“随而济之”。余经虚证皆依此类推。

若遇补泻时辰已过，或遇各经不虚不实之证，亦可选取与本经同一属性之经穴，或为本穴，或为原穴均可。如肺经病可取经渠或太渊，大肠经病可取商阳与合谷，胃经病可取足三里与冲阳等。

主客开穴法

根据十二经脉有阴阳表里相合之关系，在《素问·藏气法时论》中载有：“肝主春，足厥阴少阳主治，其日甲乙，……心主夏，手少阴太阳主治，其日丙丁，……脾主长夏，足太阴阳明主治，其日戊己，……肺主秋，手太阴阳明主治，其日庚辛，……肾主冬，足少阴太阳主治，其日壬癸”，接其后又有：“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒，虚则目无所见，耳无所闻，善恐如人将捕之，取其经，厥阴与少阳”，余脏皆有如此之载述。因此，除在纳干法中“取其经”针治外，在纳支法中既要选其日又要定其时而取穴针治。并将原络主客配穴法用于此。

如以肺经为例，其日庚辛，那么在庚辛之日选定寅时取原穴太渊为主，配大肠经络穴偏历为客，或于卯时补太渊时配以偏历，皆为上法，余经类推。

一日六十六穴法

纳支法的灵活运用，古来就很重视。金代窦汉卿氏在《标幽赋》里所说：“一日取六十六穴之法，方见幽微，即是纳支法的扩展用法。就是说按十二经纳支之时辰，阳时取阳经五输穴及原穴为六穴，阴时取阴经五输穴为五穴，十二时辰过程中则十二经六十六穴全取，此法则为一日六十六穴法。此法亦要根据辨证之需要，按时辰之进展先后顺序，灵活选取阴阳经脉之井荥输原经合各穴针治。更可按照《难经》五输穴主治证，即“井主心下满，荥主身热，俞主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄”来灵活选用五输穴。纳支法补母泻子取穴见表 5-12。

表 5-12　纳支法补母泻子取穴表

经别	五行	流注时间	病候举例	补法		泻法		本穴	原穴
				母穴	时间	子穴	时间		
肺	辛金	寅	咳喘、心烦、胸满	太渊	卯	尺泽	寅	经渠	太渊
大肠	庚金	卯	齿痛、咽喉及口鼻疾	曲池	辰	二间	卯	商阳	合谷
胃	戊土	辰	腹胀、烦满、脚气	解溪	巳	厉兑	辰	三里	冲阳
脾	己土	巳	舌本强、腹胀满、体重、黄疸	大都	午	商丘	巳	太白	太白
心	丁火	午	咽干、舌痛、掌热	少冲	未	神门	午	少府	神门
小肠	丙火	未	项强、颔肿、肩痛	后溪	申	小海	未	阳谷	腕骨
膀胱	壬水	申	头项腰背腘腨痛、癫疾	至阴	酉	束骨	申	通谷	京骨
肾	癸水	酉	心悸、腰痛、少气	复溜	戌	涌泉	酉	阴谷	太溪
心包	丁火	戌	拘挛、心烦、胁痛、妄笑	中冲	亥	大陵	戌	劳宫	大陵

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

续表

经别	五行	流注时间	病候举例	补法		泻法		本穴	原穴
				母穴	时间	子穴	时间		
三焦	丙火	亥	耳聋、目痛、喉痹、癃闭	中渚	子	天井	亥	支沟	阳池
胆	甲木	子	头痛、胁痛、疟疾	侠溪	丑	阳辅	子	临泣	丘墟
肝	乙木	丑	胁痛、疝气、呕逆	曲泉	寅	行间	丑	大敦	太冲

循经开穴法

根据十二经脉纳支之时辰，按照病情之需要，分经辨证之后，定时选取值时之经脉中适应的腧穴进行治疗的方法，则为循经开穴法。即寅时取肺经中之经穴，卯时取大肠经之腧穴，辰时取胃经之腧穴，……余皆类推，并不固定于五输穴及原穴。所以此法运用起来更加灵活。

5.1.6.3 灵龟八法

灵龟八法又名“奇经纳卦法”、“奇经纳干支法”，即是将奇经八脉交会十二正经之八穴纳于干支之代数而按时取穴的方法。它是运用古代哲学的八卦九宫学说，结合人体奇经八脉气血的会合，取其与奇经八脉相通的八个经穴，按照日时干支的推演数字变化，采用相加、相除的方法，作出按时取穴的一种针刺方法。人体奇经八脉的气血流注受着自然气候条件变化之影响，表现在八脉交会穴上为随时间之推移而有盛有衰，有开有阖的变化规律。最早始于金代窦汉卿在《针经指南》中所倡导的八脉八穴，故称“窦文真公八法流注”、明代徐凤《针灸大全》才提出以“灵龟八法”之名。灵龟二字取自古代神龟负图而有八卦之传说。

（1）八脉交会八穴

表 5-13 八脉交会八穴表

八脉	八穴	相互关系	交会部位
冲脉	公孙	父	心、胸、胃
阴维	内关	母	
督脉	后溪	夫	目内眦、颈项、耳、肩膊、小肠、膀胱
阳跷	申脉	妻	
带脉	临泣	男	目锐眦、耳后、颊、颈、肩
阳维	外关	女	
任脉	列缺	主	肺系、咽喉、胸膈
阴跷	照海	客	

八脉所指即奇经：督、任、冲、带、阳跷、阴跷、阳维、阴维等八脉。交会是指两条经脉相交而会合之意。在这里是指八脉交会于十二正经，所以奇经具有调整十二经脉气血盈虚的作用。奇经与十二正经交会的部位在八个特定腧穴部位。这八个腧穴在四肢腕踝关节上下，成为左右上下相互呼应的部位。脾经公孙通冲脉；心包经内关通阴维脉，胆经足临泣通带脉，三焦经外关通阳维脉；小肠经后溪通督脉，膀胱经申脉通阳跷脉，手太阴肺经列缺通任脉；肾经照海穴通阴跷脉，根据上下经脉相通的道理，公孙、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

内关组成一对，主治胃、心、胸间；后溪、申脉组成一对，主治目内眦、颈项、耳、肩膊、小肠，膀胱。外关、临泣组成一对，主治目锐眦、耳后、颈项、肩部；列缺、照海组成一对，主治肺系、咽喉及胸膈等部。因此将这互相结合关系的四对名为“父母”、“夫妻”、“男女”、“主客”。八脉交会八穴见表5-13。

八脉交会八穴歌

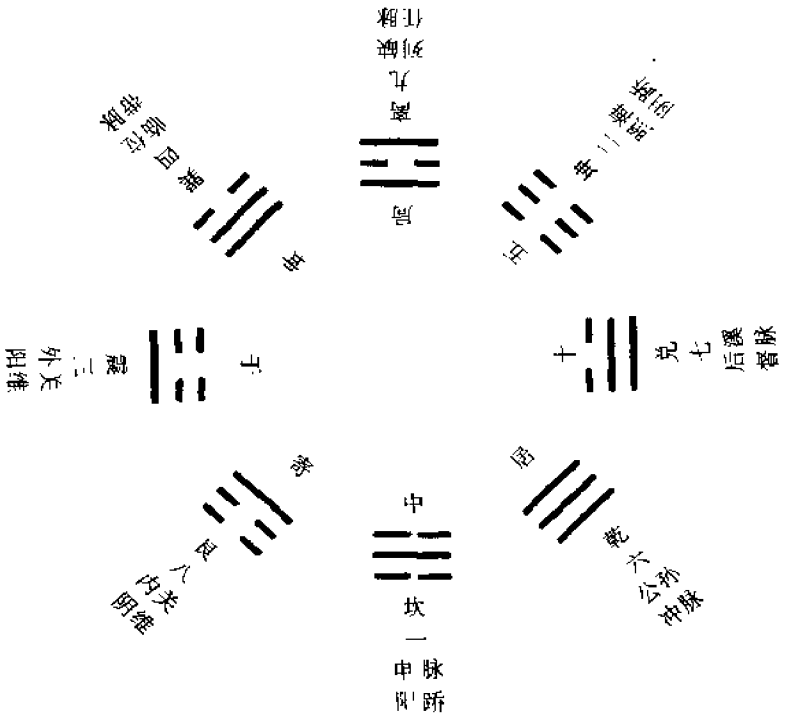
公孙冲脉胃心胸，内关阴维下总同，
临泣胆经连带脉，阳维目锐外关逢。
后溪督脉为眦颈，申脉阳跷络亦通，
列缺任脉行肺系，阴跷照海膈喉咙。

(2) 九宫八卦

八卦是古人对自然界阴阳之象的观察方法，取天、地、水、火、风、雷、山、泽八种自然景物作为象征而拟成的，乾为天作三形，坤为地作 形，坎为水一形，离为火作 形，巽为风作 形，震为雷作一形，艮为山作 形，兑为泽作二形。将八卦名称图象结合九畴方位，成为九宫。即戴九履一，左三右七，二四为肩，八六为足，五十居中，寄于坤局。再将奇经八脉及其所交会的八穴纳入其中，则成为下面的奇经纳卦歌：

坎一联申脉，照海坤二五，
震三属外关，巽四临泣数，
乾六是公孙，兑七后溪府，
艮八系内关，离九列缺主。

九宫八卦八穴图



九宫八卦八穴图

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）八法干支代数

逐日干支代数，灵龟八法除组成八脉、八穴、八卦外，尚有日时的干支数字作为取穴的依据。八法干支代数是根据五行生成数与干支顺序的阴阳序数而定出，客观存在是演算灵龟八法穴位的基本数字。

八法逐日干支歌

甲己辰戌丑未十，乙庚申酉九为期，
丁壬寅卯八成数，戊癸巳午七相宜，
丙辛亥子亦七数，逐日干支即得知。

五行的生数是水一、火二、木三、金四、土五，五行的成数是：水六、火七、木八、金九、土十日天干之数所用是五行成数。地支所用是原属五行之数。依天干合化之五行属注而定，甲己合化为土，地支辰戌丑未为土，居中央数十，乙庚合化为金，申酉属西方金位，其数九；丁壬合化为木，寅卯属东方木位，其数八，戊癸合化为火，巳午属南方火位，其数七；丙辛合化为水，亥子亦属北方水位，其数本应为六，但八卦中水火为先天成物之源，北方水位是离卦，中虚为阳中育阴之意，依离卦之本义为火中藏真水，故使丙辛亥子不用水六之数而归用火七之数。同时表示了阴阳既济之意。

（4）临时干支代数

每日时辰的干支，亦各有一个代数，这个代数与逐日干支的代数有着同样的意义。根据时辰干支序数奇偶而分阴阳定出每日时辰干支之代数。

八法临时干支歌

甲己子午九宜用，乙庚丑未八无疑，
丙辛寅申七作数，丁壬卯酉六须知；
戊癸辰戌各有五，巳亥单加四共齐，
阳日除九阴除六，不及零余穴下推。

奇数为阳，1、3、5、7、9为阳数，以9为终故为老阳数，天干序数壬为9；

地支序数申为9，天干中有阴干阳干，前五干为阳，后五干为阴，故逢五相合，甲己合，乙庚合，丙辛合，丁壬合，戊癸合；地支中有阴支阳支，前六支为阳，后六支为阴，故逢六必冲，子午相冲，丑未相冲，寅申相冲，卯酉相冲，辰戌相冲，巳亥相冲。这样以老阳为基，即以壬申为基，从前向后数至壬申则是其干支代数。甲己合，子午冲，自甲至壬，从子至申所数之数皆为9，故“甲己子午九宜用”。乙庚合，丑未冲，自己至壬，丑至申数为8，故“乙庚丑未八无疑”。丙辛合，寅申冲，自丙至壬，从寅至申所数之数为7，故“丙辛寅申七作数”。丁壬合，卯酉冲，自丁至壬，从卯至申所数之数为6，故“丁壬卯酉六须知”。戊癸合，辰戌冲，自戊至壬，从辰至申数之数为5，故“戊癸辰戌各有五”。最后只余巳亥相冲，自巳数至申为四，故“巳亥单加四共齐”。阳日将日干支代数与时干支代数相加之总和除以九阳数，所余则是纳卦文数。阴日将日干支与时干支代数相加之总和除以六阴数，所余之数则是纳卦数，这便是“阳日除九阴除六”。若干支总和数被九或六除尽无余，则以九或六为纳卦数求之，这便是“不及零余穴下推”。

（5）八法临床应用

开穴法

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

首先定日之干支，依然按日干支推算法，从元旦干支代入公式推出。推出日干支后则按“五子建辰歌”或五虎建元歌，推算出每日时辰之干支。按奇偶序数将天干分出阴阳，则定出每日阴阳属性。凡阳日，即甲、丙、戊、庚、壬日，不管是阳时或阴时，将日干支代数与时干支代数，四数相加之总和以九数除之。凡阴日，即乙、丁、己、辛、癸日，不管是阴时或阳时，也将日干支代数与时干支代数，四数相加之总和，以六数除之。求出其余数，其公式是：

（日干＋日支＋时干＋时支）÷9（或6）＝商……（余数）

然后将所余之数，纳入九宫八卦后与奇经八脉所纳之数相和者则有穴开出。

例1：阳日阳时，甲子日甲子时，日甲为10，子为7，和17；时甲为9，子为9，和18；17加18为35，以9除之，商3余8，艮卦为八，当取内关穴。

例2：阳日阴时，甲子日乙丑时，代入公式：

（10＋7＋8＋8）÷9＝3……余6（乾六取公孙）

例3：阴日阴时，乙酉日乙酉时，代入公式：

（9＋9＋8＋6）÷6＝32÷6＝5……余2（坤二取照海）

例4：阴日阳时，乙丑日戊寅时，代入公式：

（9＋10＋5＋7）÷6＝31÷6＝5……余1（坎一取申脉）

如果遇阳日除尽无余数时则以九为数，开离卦列缺穴。如遇阴日除尽无余数时则以六为数，开乾卦公孙穴。

例1：子日戊辰时，代入公式：

（10＋7＋5＋5）÷9＝3（无余数取离九列缺）

例2：乙丑日辛巳时。代入公式：

（9＋10＋7＋4）÷6＝30÷6＝5（无余数取乾六公孙）

根据八脉交会歌，可用父母、夫妻、男女、主客相应之法，取内关可配公孙，取公孙则可配内关　余皆类推。临泣配外关，申脉配后溪，列缺配照海。

由于此种推算法固定不移，故可定出八法逐日开穴定型表，详见表5-14。

定时取穴法

是根据病情选取相应的八法流注穴位，定时开出时穴进行治疗的方法。如为胃、心、胸部诸疾，则选公孙或内关开穴时间，如为头面诸疾则选后溪、申脉或临泣、外关的开穴时间。此法适用于慢性疾患。

按时配病穴法

为了简便取穴，可以先按患者来诊时间开出可用的八法穴，然后选用与病情相适应的病穴1～2个来进行治疗。如厥心痛患者在丙戌日甲辰时来诊，则开内关穴，配以公孙穴，再相应地选厥阴俞治之。如头项痛患者在癸未日己未时来诊，则开临泣穴，配以外关穴，再相应地选风府治之。此法灵活方便并能提高疗效。

八法纳干联合开穴法

明代李梴说：“周身三百六十穴，统于手足六十六穴，六十六穴又统于八穴。”所以八法四对穴位主治全身疾患，每对穴治疗范围颇广，另一方面，也说明了八法穴与五输穴纳支配穴的重要意义。根据病情之需要，在临床治疗中常先开八法时穴，然后配合应用纳干法所开时穴，组成按时取穴配方，再以补泻手法进行治疗，以取得更好的疗效。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表 5-14　灵龟八法逐日取穴表

日 时	甲子	乙丑	丙寅	丁卯	戊辰	己巳	庚午	辛未	壬申	癸酉	甲戌	乙亥	丙子	丁丑	戊寅	己卯	庚辰	辛巳	壬午	癸未	甲申	乙酉	丙戌	丁亥	戊子	己丑	庚寅	辛卯	壬辰	癸巳
寅 3～5	4	1	3	5	6	1	1	2	3	2	7	4	2	1	4	2	4	5	1	3	6	6	5	4	3	4	2	6	4	6
卯 5～7	2	4	1	3	4	5	4	6	1	6	5	1	9	5	2	6	7	3	8	1	4	3	3	2	1	2	5	4	2	4
辰 7～9	9	2	8	6	2	3	2	4	4	4	3	5	7	2	9	4	5	1	2	5	2	1	1	5	8	6	3	2	5	2
巳 9～11	3	6	6	4	9	6	9	2	2	2	6	3	5	6	7	1	3	5	9	3	5	5	8	3	6	3	1	6	3	6
午 11～13	7	4	6	2	4	4	4	5	6	6	1	1	5	4	2	5	7	2	4	1	9	3	8	1	1	1	5	3	7	4
未 13～15	5	2	4	6	7	2	2	3	4	3	8	5	3	2	5	3	5	6	2	4	7	1	6	5	4	5	3	1	5	1
申 15～17	3	5	2	4	5	6	5	1	2	1	6	2	1	6	3	1	8	4	9	2	5	4	4	3	2	3	6	5	3	5
酉 17～19	1	3	9	1	3	4	3	5	5	5	4	6	8	3	1	5	6	2	3	6	3	2	2	6	9	1	4	3	6	3
戌 19～21	4	1	7	5	1	1	1	3	3	3	7	4	6	1	8	2	4	6	1	4	6	6	9	4	7	4	2	1	4	1
亥 21～23	2	5	1	3	8	5	8	6	1	1	5	2	9	5	6	6	2	3	8	2	4	4	3	2	5	2	9	4	2	5
子 23～1	8	5	2	3	5	5	5	1	7	1	2	2	1	5	3	6	8	4	5	2	1	4	4	2	2	2	6	5	8	5
丑 1～3	6	6	5	1	3	3	6	4	5	5	9	6	4	3	1	4	9	1	3	6	8	2	7	6	9	6	4	2	6	3

日 时	甲午	乙未	丙申	丁酉	戊戌	己亥	庚子	辛丑	壬寅	癸卯	甲辰	乙巳	丙午	丁未	戊申	己酉	庚戌	辛亥	壬子	癸丑	甲寅	乙卯	丙辰	丁巳	戊午	己未	庚申	辛酉	壬戌	癸亥
寅 3～5	4	1	4	6	6	1	1	2	2	1	7	4	2	1	5	3	4	5	1	3	5	5	5	4	3	4	3	1	4	6
卯 5～7	2	4	2	4	4	5	4	6	9	5	5	1	9	5	3	1	7	3	8	1	3	2	2	3	1	2	6	5	2	4
辰 7～9	9	2	9	1	2	3	2	4	3	3	3	5	7	2	1	5	5	1	2	5	1	6	1	5	8	6	4	3	5	2
巳 9～11	3	6	7	5	9	6	9	2	1	1	6	3	5	6	8	2	3	5	9	3	4	4	8	3	6	3	2	1	3	6
午 11～13	7	4	7	3	4	4	4	5	5	5	1	1	5	4	3	6	7	2	4	1	8	2	8	1	1	1	6	4	7	4
未 13～15	5	2	5	1	7	2	2	3	3	2	8	5	3	2	6	4	5	6	2	4	6	6	6	5	4	5	4	2	5	1
申 15～17	3	5	3	5	5	6	5	1	1	6	6	2	1	6	4	2	8	4	9	2	4	3	4	3	2	3	7	6	3	5
酉 17～19	1	3	1	2	3	4	3	5	4	4	4	6	8	3	2	6	6	2	3	6	2	1	2	6	9	1	5	4	6	3
戌 19～21	4	1	8	6	1	1	1	3	2	2	7	4	6	1	9	3	4	6	1	4	5	5	9	4	7	4	3	2	4	1
亥 21～23	2	5	2	4	8	5	8	6	9	6	5	2	9	5	7	1	2	3	8	2	3	3	3	2	5	2	1	5	2	5
子 23～1	8	5	3	4	5	5	5	1	6	6	2	2	1	5	4	5	8	4	5	2	9	3	4	2	2	6	7	6	8	5
丑 1～3	6	3	6	2	3	3	3	4	4	4	9	6	4	3	2	5	6	1	3	6	7	1	7	8	9	4	5	3	6	3

例 1：如患者之病证表现为口苦、咽干、目眩，并有往来寒热、胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食等症，辨为伤寒少阳病。正值甲戌日甲戌时则先开八法后溪、申脉二穴夫妻相应，然后再点刺胆井窍阴穴。

例 2：如患者病证表现为先厥而后热，下利必自止，而反汗出，咽中痛，其喉为痹。发热无汗而利必自止，若不止，必便脓血，便脓血者，其喉不痹等。辨为伤寒厥阴病。在乙酉日乙酉时则先开八法照海、列缺二穴主客相应，然后再取肝井大敦穴刺之。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

除以上按时取开穴之法外，根据病情需要，还可配用原穴治疗。如上两例，一少阳病不取胆经井穴而取原穴丘墟即是，二厥阴病，不取肝经井穴而取原穴太冲即是。还可依据五输穴主治病证任选。如井主心下满，荥主身热，输主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄。

例如：甲戌日甲戌时先开八法后溪、申脉二穴，以治脉浮、喘嗽、洒淅寒热，脐下有动气，按之牵痛等肺经证候。如果兼见心下满，则配用手太阴经井穴少商与足太阴井穴隐白，如兼见身热，则取手足太阴经之荥穴鱼际、大都相配，如兼见体重节痛，则取手足太阴经的输穴太渊、太白相配，如兼见喘咳寒热，则取手足太阴经经穴经渠、商丘相配；如兼见逆气而泄，则取手足太阴经的合穴尺泽、阴陵泉相配。余经皆如此。

除此以外，八法与纳干联合应用中还可选纳穴，同样也要根据病情需要而定。其他合日互用、刚柔相济、表里相合、时配病穴等纳干辨证取穴各法均可视病情需要灵活配用。其疗效则能大大提高。

法纳支联合开穴法

本法与上法之义相同。根据病情需要，先开八法穴后，再配合纳支开穴法。一般多以补母泻子法配合，也可且表里原经配穴法。

例1：如遇《灵枢·经脉》所载大肠经病候，遇到甲子日丁卯时，宜先开八法照海、列缺二穴主客相应，戊辰时宜开列缺、照海主客相应，然后于卯时泻大肠经荥穴二间穴，辰时补大肠经合穴曲池穴。

例2：如遇《灵枢·经脉》所载肺经病候，正值甲子日丙寅时。宜先开八法足临泣、外关二穴主客相应，再以寅时泻尺泽，卯时补太渊。

5.1.6.4 飞腾八法

飞腾八法也可称作“奇经纳干法”。同样是以八脉交会穴为基础，按时开穴的一种方法。它的取穴比灵龟八法更为简便。只要将每日时干推出，则将纳入卦上之八穴找出了，所以只要牢记五子建辰歌（或五虎建元歌）及飞腾八法歌，就能很快学通。

飞腾八法歌

壬甲公孙即是乾，丙居艮上内关然，
戊为临泣生坎水，庚属外关震相连；
辛上后溪装巽卦，乙癸申脉到坤传，
己上列缺南离上，丁居照海兑金全。

例如本日天干是甲或是己，那么按“五子建辰歌”则“甲己还甲子”即子时上起甲，丑时上起乙，……若在昼间上午9时半来诊者，则当巳时起己，那么“己上列缺南离上”则开列缺配照海即是。下一时辰为午时，则起庚，“庚属外关震相连”，即取外关与足临泣。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

5.2 治疗各论

5.2.1 辨证治疗

中　风

概述

本病患者多在中年以上。因其发病骤然，变证多端，犹如风之善行而数变，又如石矢之中的，若暴风之急速，故类比而名“中风”，又称“卒中”。

本病常有头晕、肢麻、疲乏、急躁等先兆症状。发病时以半身不遂，口㖞、舌强，语言謇涩，甚则突然昏仆，不省人事为主症。

脑溢血、脑血栓形成、脑栓塞、脑血管痉挛等病及其后遗症，均可参照本节治疗。

病因病机

人至中年，由壮渐老。或因房室不节，劳累太过，肾阴不足，肝阳偏亢；或因体质肥胖，恣食甘腻，湿盛生痰，痰郁生热，这是致病的基本因素。更兼忧思、恼怒、嗜酒等诱因，均可导致经络脏腑功能失常，阴阳偏颇，气血逆乱，而发生中风。

如属肝风内动，痰浊瘀血阻滞经络，病位较浅，病情较轻，则仅见肢体麻木不遂，口㖞语涩等经络证候，故称“中经络”。

如属风阳暴升，与痰火相夹，迫使血气并走于上，阴阳平衡严重失调，痰热蒙蔽心窍，病位较深，病情较重，则呈现肢体瘫痪、神昏、失语等脏腑证候，故称“中脏腑”。

中经络者，如反复发作，病情由轻转重，亦可出现中脏腑证候。中脏腑者，救治脱险，病情由重转轻，但多后遗经络证候。

辨证论治

(1) 临床表现

① 中经络：病情轻缓，证见半身不遂，麻木不仁，口眼㖞斜，舌强语涩，神志尚清，多愁善怒，舌苔黄腻，脉象弦劲或缓滑。

② 中脏腑：病情重急，证见突然昏仆，神志迷糊，半身瘫痪，口㖞流涎，舌强失语。根据病因病机不同，又可分为闭证和脱证。闭证：多因气火冲逆，血宛于上，肝风鸱张，痰浊壅盛。证见神志不清，牙关紧闭，两手握固；面赤，气粗，喉中痰鸣，声如曳锯，大便秘结，脉象滑数或弦滑。脱证：由于真气衰微、元阳暴脱所致。证见昏沉不醒，目合，口张，手撒，遗尿、鼻鼾、息微，四肢逆冷，脉细弱或沉伏。如见冷汗如油。面赤如妆，脉微欲绝或浮大无根，是真阳外越之象，为危候。

(2) 治疗

① 中经络证

半身不遂

治法：疏通经络，调和气血。取手足阳明经穴为主，辅以太阳、少阳经穴。初病可单刺患侧，久病则刺灸双侧，新病宜泻，久病宜补。

处方：肩髃　曲池　合谷　外关　环跳　阳陵泉　足三里　解溪　昆仑

方义：阳主动，肢体运动障碍，其病在阳，故本方取手足三阳经的腧穴。阳明为多

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

气多血之经，阳明经气血通畅，正气旺盛，则运动功能易于恢复，故在三阳经中又以阳明为主。半身不遂迁延日久，患肢往往发生广泛性的筋肉萎缩或强直拘挛。故根据上下肢经脉循行路线，分别选用手足三阳经的要穴，目的在于加强疏通经脉，调和气血的作用，促进康复

随症选穴：上肢还可轮取肩髃、阳池、后溪等穴；下肢轮取风市、阴市、悬钟等穴。病程日久，上肢宜配取大椎、肩外俞；下肢宜配取腰阳关、白环俞；肘部拘挛加曲泽；腕部拘挛加大陵；膝部拘挛加曲泉；踝部拘挛加太溪；手指拘挛加八邪；足趾拘挛加八风；语言謇涩加廉泉、通里；肌肤不仁可用皮肤针轻叩患部。

口眼㖞斜

治法：取手足阳明、太阳经穴，初起单取患侧，久病可取双侧，先针后灸。

处方：地仓　颊车　合谷　内庭　承泣　阳白　攒竹　昆仑　养老

方义：口面部是手足阳明经脉的分野，足太阳经筋为目上网，足阳明经筋为目下网。口眼㖞斜是经脉瘀滞，筋肉失养所致。故近取地仓、颊车、攒竹、阳白、承泣，直达病所，以舒筋活络；远取合谷、内庭、养老、昆仑，以疏导本经经气，使气血调和，筋肉得以濡养，则病可向愈。

随症配穴：本病尚可轮取迎香、颧髎、瞳子髎、下关等穴。流涎加承浆；善怒加太冲；多愁加内关。

② 中脏腑证

闭证

治法：启闭开窍，取督脉、十二井穴为主，辅以手足厥阴、足阳明经穴。用毫针泻法及三棱针点刺井穴出血。

处方：人中　十二井　太冲　丰隆　劳宫

方义：本方功能平肝熄风，降火豁痰，启闭开窍。闭证的病机，乃肝阳化风，心火暴盛，血随气升，上犯脑髓，痰浊瘀血，壅闭经隧，蒙蔽神明。速取十二井穴放血，以决壅开闭，接通三阴三阳经气，协调阴阳使之平衡，此即《内经》所谓“血实者决之”的意思。督脉连贯脑髓，人中是督脉的要穴，泻之能改善督脉气血的运行，可收启闭开窍之效。肝脉上达巅顶，泻肝经的原穴太冲，以镇肝降逆，潜阳熄风。“荥主身热”，泻手厥阴的荥穴劳宫，降心火而安神。痰浊内生，皆在中焦运化输布失职，故取足阳明经的络穴丰隆，振奋脾胃气机，蠲浊化痰。

随症选穴：神志渐醒，则减十二井、人中，以免损伤气血，酌加百会、印堂、风市、三阴交等穴，相机图治。牙关紧闭加地仓、颊车；失语加通里、哑门；吞咽困难加照海、天突。

脱证

治法：回阳固脱。取任脉经穴。用大艾柱灸之，壮数宜多。

处方：关元　神阙（隔盐灸）

方义：任脉为阴脉之海，根据阴阳互根的原理，如元阳外脱，必从阴以救阳。关元为任脉与足三阴的会穴，为三焦元气所出，联系命门真阳，是阴中有阳的穴位。脐为生命之根蒂，神阙位于脐中，为真气所系，故用大艾炷同时重灸二穴，以挽回将绝之阳气，而救虚脱。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

随症选穴：虚汗不尽，加阴郄；鼾睡不醒，加申脉；小便不禁加水道、三阴交、足三里；虚阳浮越，可重灸命门、气海俞、肾俞、涌泉等穴，补益肾阴，摄纳浮阳。

文献摘要

《针灸聚英·杂病歌》："半身不遂患偏风，肩髃曲池列缺同，阳陵泉兮手三里，合谷绝骨丘墟中，环跳昆仑照海穴，风市、三里、委中攻。"

《玉龙经》："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。合谷、手三里、曲池、肩井、环跳、血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里、绝骨、昆仑。"

按语

中风初起，病情危重者，应尽量在原地抢救，避免搬动颠簸，以防引起恶化。

中风重症，常常遗留半身不遂、言语不利、口眼㖞斜等症，可参考中经络的证候诊治，并应指导病员及时进行肢体功能锻炼和语言练习。

凡老年形盛气虚，或肝阳亢逆，自觉头晕指麻，偶有语涩者，可能是中风的预兆。宜保持情志平静，饮食清淡，起居有常，并针灸风市、足三里等穴可预防中风。

头　痛

概述

头痛是指头部有发部位或额部以疼痛为主要表现的病证，它也是临床上常见的一个症状，发生于多种急慢性疾病，其病因病机极为复杂。本节讨论的内容以病史较长，反复发作的慢性头痛为限。至于急性温热病所引起的头痛，不在此类。

病因病机

风湿头痛：感受风寒温邪，留滞于头部经络，气血痹阻，遂致头痛。若风寒得解，则其痛停止，但因温邪内伏，每遇阴雨风寒天气则复发，故俗称"头风"。

肝阳头痛：情志郁怒，气郁化火，肝阳偏亢；或肾阴素亏，水不涵木，肝阳上僭，风阳上扰而头痛。

痰浊头痛：素来体质肥胖，偏嗜甘肥，温盛生痰，痰浊阻遏经隧，清阳不展而致头痛。

血虚头痛：久病体虚或失血之后，血虚不能上荣脑髓，络脉空虚而为头痛。

瘀血头痛：头痛日久，久病入络。络脉瘀滞，或因跌仆损伤，脑髓受损，气血运行不畅，均可形成瘀血头痛。

辨证论治

（1）临床表现

① 风湿头痛：头痛遇风寒而诱发，痛多偏于一侧，或左右交替发作，或全头皆痛，呈胀痛、刺痛或搏动性疼痛，痛处头皮偶见肿块，鼻塞流涕，苔白，脉弦紧。重症伴有恶心、呕吐、眩晕、冷汗，面色苍白等。

② 肝阳头痛：头角抽搐，多偏于一侧，眩晕，面部烘热，多烦善怒，目赤口苦，舌质红，脉弦。常因精神紧张面发病。

③ 痰浊头痛：头额昏痛如裹，胸脘痞闷，恶心，呕吐痰涎，便溏，舌苔白腻，脉滑。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

④ 血虚头痛：头昏而痛，痛势绵绵，休息痛减，神疲，心悸，面色少华，有久病及失血病史，舌质淡，脉细。

⑤ 瘀血头痛：头痛如刺，经久不愈，痛处固定不移，视物花黑，记忆减退，舌微紫，脉细或涩。

(2) 治疗

① 风湿头痛

治法：祛风散寒，化湿通络。取手足少阳、阳明经穴为主，针宜泻法。

处方：风池　头维　通天　合谷　三阳络

方义：本方以近部取穴为主，远部取穴为辅，通天疏散太阳，风池和解少阳，头维、合谷清泄阳明，共收疏风散寒化湿之效。本方通调三阳经气，使络脉通畅，血气和顺，则头痛可止。

随症选穴：前头痛加上星、阳白；头顶痛加百会、前顶；后头痛加天柱、后顶；侧头痛加率谷、太阳。

② 肝阳头痛

治法：平肝降逆，熄风潜阳。取足少阳、厥阴、少阴经穴。针宜泻法。

处方：悬颅　额厌　太冲　太溪

方义：肝阳上亢，多夹少阳风热循经上犯，故头痛偏于额角，本方近部取悬颅、额厌，使针感直达病所，有清热、熄风、镇痛作用；远部取太冲平肝，太溪补肾，是育阴潜阳的治法。

随症选穴：目赤加关冲放血；面觉烘热加内庭。

③ 痰浊头痛

治法：化痰降浊，通络止痛。取任督、足阳明经穴。针宜泻法。

处方：中脘　丰隆　百会　印堂

方义：中脘配丰隆，功能健运脾胃，降浊化痰以治其本；百会配印堂，善于宣发清阳，通络止痛而治其标。

随症选穴：呕吐加内关；便溏加天枢。

④ 血虚头痛

治法：益气养血，和络止痛。取督脉、足阳明、太阴经穴。针宜补法。

处方：上星　血海　足三里　三阴交

方义：督脉并于脊里，入脑。本方取上星疏导督脉，和络止痛；足三里、血海补脾健胃，益气养血，使气血充沛，则髓海得以濡养而头痛可蠲。

随症选穴：头痛缓解后，酌灸肝俞、脾俞、肾俞、气海等穴。

⑤ 瘀血头痛

治法：活血化瘀，行气定痛。取阿是穴及手阳明、足太阴经穴。补泻兼施。

处方：阿是穴　合谷　三阴交

方义：瘀血头痛多由外伤或久痛络脉蓄血所致，故随痛处进针，出针后不按孔穴，任其流出恶血，即“以痛为俞”、“血实者决之”的意思。同时补合谷以行气，泻三阴交以活血，以希化瘀定痛。

随症选穴：眉棱痛加攒竹；侧头痛加太阳；后头痛加瘈脉；头顶痛加四神聪。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

文献摘要

《灵枢·厥病》："厥头痛，面若肿起而烦心，取之足阳明、太阴。……厥头痛，意善忘，按之不得，取头面左右动脉，后取足太阴。厥头痛，项先痛，腰脊为应，先取天柱，后取太阳。厥头痛，头痛甚，耳前后脉涌有热，泻出其血，后取足少阳。……头半寒痛，先取手少阳、阳明，后取足少阳、阳明。"

《类经图翼·针灸要览》："头风头痛：百会、上星（三壮）、囟会、神庭（三壮）、曲差、后顶、率谷、风池、天柱（上穴择灸一处即可）。"

按语

针灸治疗头痛有较好的疗效，不仅对于慢性头痛，对于外感头痛、神经官能症头痛、及血管神经性头痛等。如明辨经络，区别其病理性质，常可有迅速的止痛效果。但应注意与颅脑实质性病变作鉴别，以便及时治疗原发病。

眩　　晕

概述

眩晕是指病人自觉头昏眼花，视物旋转翻覆，不能坐立，常伴有恶心呕吐、出汗等症。轻者，闭目即止，一阵而过；重者，如坐舟车，旋转不定，不能站立，甚则昏仆。

本证可见于高血压、动脉硬化、内耳性眩晕、贫血、神经衰弱等症。

病因病机

虚证：素来体质虚弱，复因思虑过度，心脾两虚，气血生化之源不足，不能上荣头目；或因房室不节，肾阴暗耗，不能生精补益脑髓，髓海空虚，皆可导致眩晕。

实证：多因情志失调，郁怒动肝，肝阳偏亢，风阳内动；或体质丰腴，嗜食甘肥，湿盛生痰，风阳夹痰浊上扰清空，遂致眩晕。

辨证论治

（1）临床表现

① 虚证：头晕目眩，但视物无旋转翻覆之感，劳累易于复发或症状加重，面色少华，神情疲倦，心悸，少寐，腰酸，时有耳鸣，舌质淡，脉细。

② 实证：眩晕呈阵发性。视物旋转翻覆，头胀痛或昏重如裹，多烦易怒，胸胁胀闷，恶心、呕吐痰涎，不思饮食，舌质偏红，舌苔厚腻或兼浮黄，脉象弦劲或滑数。

（2）治疗

① 虚证

治法：培补气血。取背俞、督脉及足少阳、阳明经穴。针宜补法，可灸。

处方：百会　风池　膈俞　肾俞　足三里

方义：本方灸百会以升清阳；针风池以熄内风；膈俞、肾俞补血生精；脾俞、足三里补中益气。使元气精血充盛，则髓海得以荣养，而眩晕可平。

随证选穴：心悸加内关；少寐加神门；耳鸣加听宫。

② 实证

治法：平肝潜阳，和胃化痰。取任脉、督脉和足三阴经穴。针宜泻法，不灸。

处方：中脘　阴陵泉　行间　水泉　印堂

方义："诸风掉眩，皆属于肝"，故取行间平肝降逆；水泉滋阴潜阳；印堂是经外奇

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

穴，善清头目而止眩晕。又取胃募中脘和中止呕；脾合阴陵泉健脾化湿，使湿除则痰自化，无痰则不作眩。凡肝阳挟痰浊上僭而致眩晕者，本方较为合拍。

随证选穴：胁胀加阳陵泉；头重如裹加头维。

文献摘要

《玉龙经》："旋晕呕吐者，针风府；头眩善呕烦满者，取神庭、承光；头旋耳鸣取络却；头晕面赤不欲言，泻攒竹、三里、合谷、风池。"

《针灸资生经·卷四·风眩》："完骨疗风眩项痛，头强寒热。……后顶、玉枕、颔厌疗风眩，阳谷主风眩惊手卷，泄风汗出腰项急，承光治风眩头痛呕吐心烦，申脉治坐如在舟车中，……。"

按语

针灸对于眩晕有着较好的疗效，对耳源性眩晕、贫血性眩晕、高血压性眩晕神经官能症性眩晕均有不同程度的疗效。当然，眩晕是极为常见的临床症状，可见于西医学的多种疾病。对于癫痫发作性眩晕、心源性眩晕及某些感染性疾病、变态反应性疾病等，临床应注意积极处理原发病证。

不　寐

概述

不寐，通称失眠。轻症不易入睡，或入睡并不困难，但易于醒觉。重症通宵达旦不能成寐，以致变证丛生。

有因一时情绪紧张或因环境吵闹、卧榻不适等而引起失眠者，不属病理范围，只要解除有关因素即可恢复正常。因发热、咳喘、疼痛等疾患引起的失眠，则应着重处理原发病。

神经衰弱、贫血等引起的失眠，也可参照本节辨治。

病因病机

本病多因思虑忧愁，操劳太过，损伤心脾，气血虚弱，心神失养。或因房劳伤肾，肾阴亏耗，阴虚火旺，心肾不交。或因饮食所伤，脾胃不和，湿盛生痰，痰郁生热，痰热上扰心神。或因抑郁恼怒，肝火上扰，心神不宁等，均可导致失眠。

辨证论治

（1）临床表现

① 心脾两虚证：夜来不易入寐，寐则多梦易醒，心悸，健忘，容易出汗，面色少华，精神疲乏，脘痞，便溏，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

② 阴虚火旺证：虚烦不寐，或稍寐即醒，手足心热，惊悸，出汗，口干咽燥，头晕耳鸣，健忘，遗精，腰酸，舌质红，脉细数。

③ 胃腑不和证：睡眠不实，心中懊侬，脘痞，噫气，头晕目眩，甚则呕哕痰涎，舌苔黄腻，脉滑或弦。

④ 肝火上扰证：头晕而痛，不能入眠，多烦易怒，目赤耳鸣，或伴有胁痛、口苦，舌苔薄黄，脉弦数。

（2）治疗

① 心脾两虚证

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：补气养血。取手少阴、足太阳经穴和背俞。针宜补法，针灸并用。

处方：脾俞　心俞　神门　三阴交

方义：脾俞、三阴交健脾益气养血，心俞、神门养心安神定悸，使气能化血，血能养心，心能藏神，则睡眠可佳。

随症选穴：多梦加神门、魄户；健忘灸志室、百会。

② 阴虚火旺证

治法：滋阴降火。取手足少阴、厥阴经穴。针宜补泻兼施。

处方：大陵　太溪　神门　太冲

方义：大陵降心火，太溪滋肾阴，太冲平肝潜阳，神门镇心安神。

随症选穴：眩晕加风池；耳鸣加听宫；遗精加志室。

③ 胃腑不和证

治法：化痰和胃。取任脉、足阳明、太阴经穴。针宜泻法。

处方：中脘　丰隆　厉兑　隐白

方义：胃不和则寐不安，故本方取胃募中脘和络穴丰隆，以和胃化痰。阳明根于厉兑，太阴根于隐白，二穴同用，主治多梦失眠。

随症选穴：懊侬、呕恶加内关；头晕加印堂、合谷。

④ 肝火上扰证

治法：平肝降火。取足少阳、足厥阴、手少阴经穴。针用泻法。

处方：行间　足窍阴　风池　神门

方义：本方行间平肝阳以制怒，足窍阴降胆火而除烦，风池主治头痛头晕，神门功能宁心安神。

随症选穴：耳鸣加翳风、中渚；目赤加太阳、阳溪。

文献摘要

《针灸大成·心脾胃门》："烦闷不卧：太渊、公孙、隐白、膈俞、阴陵泉、三阴交。"

《拦江赋》："心胸之病内关担。"

按语

针灸治疗失眠具有较好疗效，一般要求在睡前针灸，最好安排在下午治疗，留针时间稍长。此外，帮助病人排解烦恼，配合适当的体育活动对本病的恢复有帮助。老年人睡眠时间逐渐缩短而容易醒觉，如无明显症状，则属生理现象。

感　冒

概述

感冒是常见的外感病，一年四季都可发生，但以秋冬发病率为高。俗称病情轻者为："伤风"，重者为"重伤风"，若同时在某些区域范围内发病众多，"病无长少，率相近似"，则称为"时行感冒"。

本病以鼻塞、流涕、咳嗽、头痛、恶寒、发热为主症。病程一般5～10天，轻证不治自愈，重证多需治疗。感冒的轻重与邪气的强弱以及受邪的深浅有关，卫气较强受邪浅者则病轻，卫气较弱邪深者则病重，故凡婴幼老人及体质虚弱者多患重症；有时可出现传变而类似温病的证候。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

病因病机

感冒的病因是感受风邪所致。但风邪多与寒热暑湿之邪夹杂为患，秋冬多感风寒，春夏多感风热，长夏多夹暑湿。肺司呼吸，外合皮毛，开窍于鼻。感冒风邪自口鼻而入，故呈现一系列的肺卫症状。

由于外邪有偏寒、偏热和夹湿的不同，因此，其病机亦随之而异。偏寒则寒邪束表，毛窍闭塞，肺气不宣；偏热则热邪犯肺，肺失清肃，腠理疏泄不畅；夹湿则阻遏清阳，留连难解。素来阳气虚弱的患者，汗解后卫阳不固，每多反复感冒。阴虚血少的患者，因津液亏乏，不能作汗而解，故往往变证丛生。小儿体质娇嫩，传变尤速，常可出现高热神昏、抽搐等症，宜与其他热病加以鉴别。

辨证论治

(1) 临床表现

① 风寒证：风寒束表，肺气不宣。证见鼻塞流涕，咽喉微痒，喷嚏，咳嗽，咯痰清稀，恶寒重发热轻，无汗，周身疼楚，头痛，舌苔薄白，脉象浮紧。

② 风热证：风热犯肺，肺失清肃。证见鼻塞而干，少涕，咽喉肿痛，口渴，咳嗽，痰黄稠，恶寒轻发热重，有汗不解，头痛，目赤，舌苔薄黄，脉象浮数。

③ 暑湿证：暑湿伤表，肺卫不和。证见头重如裹，肢体关节疼困重痛，身热不扬，恶寒少汗，咳嗽不甚，痰白而粘，胸闷，脘痞，呕恶，甚则腹胀，便溏，小便短黄，口中淡腻不渴，或渴喜热饮，舌苔厚腻或黄腻，脉象缓或浮数。

凡感冒兼气虚则肢体倦怠，气短懒言，舌质淡嫩，脉浮无力；兼阳虚则四肢欠温，面白形寒，舌质淡胖，脉沉无力；兼血虚则面色少华，唇爪色淡，头晕，心悸，舌淡苔白，脉细；兼阴虚则心烦，口渴，咽干，手足心热，舌红，脉细数。辨证宜审慎，治疗需兼顾。

(2) 治疗

① 风寒证

治法：祛风散寒，解表宣肺。取手太阴、阳明和足太阳经穴为主。针用泻法，并可加灸。

处方：列缺　迎香　支正　风门　风池　合谷

方义：寒邪外束，毛窍闭塞，肺气失宣，故取手太阴络穴列缺配迎香，宣肺利窍，以治鼻塞、喉痒、咳嗽等证。太阳主表，为一身之藩篱，外感风寒先犯太阳，故取手太阳络穴支正配风门祛风散寒，以治恶寒、发热、头痛等证。更用风池祛风，合谷疏利阳明，既可增强祛风散寒、解表宣肺的作用，又可防止外邪向少阳、阳明传变。

随证选穴：头痛加印堂、太阳；背痛酸楚加肺俞拔火罐，或用推罐法，平大椎向下推至腰部，再向上推，最后可停留在肺俞部，10～20 分钟取下。

② 风热证

治法：疏散风热，清利肺气。取手太阴、阳明，少阳经穴。针用泻法，或用三棱针点刺放血。

处方：尺泽　鱼际　曲池　内庭　大椎　外关

方义：风热上扰，首先犯肺，肺受热灼，清肃失司，故取手太阳荥穴鱼际，配合穴尺泽清泄肺热，以化痰止咳而利咽喉。寒轻热重，有汗不解，显然邪热入里。太阴之

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

里，即是阳明，故取本经合穴曲池，配荥穴内庭，清热保津以治鼻干、口渴。督脉为阳脉之海，大椎是督脉的要穴，与少阳之外关同用，可以疏散高热，解除头痛，目赤。

随证选穴：咽喉肿痛加少商，用三棱针点刺出血；小儿高热惊厥加人中，十宣，毫针浅刺疾出，不按孔穴，并可挤出血珠。

③ 暑湿证

治法：清暑化湿，疏表和里。取太阴、阳明、三焦经穴。针用泻法。

处方：孔最　合谷　中脘　足三里　支沟

方义：暑湿伤表，肺卫不和，故取孔最、合谷宣肺解表，清暑化湿，以治头重、肢困、咳嗽、寒热等证。暑湿内蕴，升降失职，故取中脘、足三里和中健胃，化湿降浊，以治脘痞、呕恶、口中淡腻等证。又取手少阳经穴支沟，通调三焦气化，配合诸穴以收祛暑化湿之效。

随症选穴：热重加大椎；湿重加阴陵泉；腹胀便溏加天枢。阳虚、气虚加灸足三里、膏肓。阴虚、血虚加肺俞、血海、复溜，针用补法。

文献摘要

《素问·骨空论》："风从外入，令人振寒，汗出头痛，身重恶寒，治在风府，调其阴阳。不足则补，有余则泻。"

《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》："太阳病，初服桂枝汤，反烦不解者，先刺风池、风府。"

按语

秋感燥邪，证候有偏寒偏热之分，可从本节风寒、风热证施治。

预防方法：每天自我用手指按摩迎香、合谷 2～3 次，每穴 3～5 分钟，以局部有疲胀感，皮肤微红为度。亦可用艾柱灸足三里 3～5 壮。平时常使室内通风，坚持室外活动和体育锻炼，以增强防御外邪的能力。

咳　嗽

概述

咳嗽是肺脏疾患的主要症状之一。咳指肺气上逆作声，嗽指咯吐痰液。有声有痰为咳嗽，有声无痰为咳逆。本证有急性和慢性之分，前者为外感，后者属内伤。外感咳嗽调治失当，可转为慢性咳嗽。内伤咳嗽感受外邪，亦可急性发作。慢性咳嗽迁延日久，或年老体弱，脏气大伤，则可并发喘息，成为"咳喘"。

急慢性气管炎、支气管扩张、上呼吸道感染，均可参考本节论治。

病因病机

外感咳嗽，多因气候冷热急剧变化，人体卫外功能不强，风寒、风热之邪乘虚侵袭肺卫，以致肺气不宣，清肃失常而成咳嗽。

内伤咳嗽，多因咳嗽反复发作，肺气久伤，肺虚及脾，脾虚生湿，湿盛生痰，湿痰上渍于肺，肺气不降。或因情志刺激，肝失调达，气郁化火，上逆于肺，肺受火灼，均能导致咳嗽反复发作。

咳嗽，凡外感新病多属实证，内伤久病多属虚证，但亦有虚实夹杂者，施治当分标本缓急。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

辨证论治

(1) 临床表现

① 外感咳嗽

风寒证：风寒袭肺，肺气失宣。证见咳嗽有力，喉痒，痰液稀白，咯吐不畅，伴有恶寒发热，无汗，肢体酸楚，头痛，鼻塞流涕，舌苔薄白，脉浮或紧。

风热证：风热犯肺，肺失清肃。证见咳嗽频剧，气粗，咽痛口干，咯痰不爽，痰黄质粘，头痛，身热恶风，有汗不畅，口渴，舌苔薄黄，脉象浮数。

② 内伤咳嗽

湿痰证：脾失健运，湿痰侵肺。证见晨起咳嗽较著，咳声重浊，痰多粘稠，痰色稀白或灰暗，初发时痰不易出，缓解时咯吐滑利，伴有胸闷、脘痞、食少、疲倦，舌苔白腻，脉濡或滑。

肝火证：肝失调达，气郁化火，上逆灼肺。证见咳嗽阵作，痰少质粘，气逆作咳，咳时胸胁引痛，面颊略红，咽喉干痒，口苦，舌尖偏红，舌苔薄黄，脉象弦数。

(2) 治疗

① 外感咳嗽

风寒证

治法：疏风散寒，宣肺化痰。取手太阴、阳明经穴。针用泻法，并可加灸。

处方：列缺　合谷　肺俞　外关

方义：列缺是手太阴络穴，配肺俞宣通肺气；合谷是手阳明原穴，配外关发汗解表。四穴同用，可收疏风散寒，宁肺镇咳之效。

随症选穴：头痛加风池、上星；肢体痛楚加昆仑、温溜。

风热证

治法：疏风清热，肃肺化痰。取手太阴、阳明、督脉经穴。针用泻法，并可放血。

处方：尺泽　肺俞　曲池　大椎

方义：尺泽是五输穴中的水穴，配肺俞泻肺化痰；大椎是督脉要穴，通阳解表，配曲池疏风清热，使风热外解，痰火得降，则肺气平顺而咳嗽可止。

随症选穴：咽喉干痛，加少商点刺出血；汗出不畅加合谷以助发汗；多汗而热不退，加陷谷、复溜滋阴清热。

② 内伤咳嗽

湿痰侵肺

治法：健脾化湿，调补肺气。取手足太阴、阳明经穴。针用补法或用灸法。

处方：肺俞　脾俞　太渊　太白　丰隆　合谷

方义：脾为生痰之源，肺为贮痰之器。原穴为本脏真气所注，故取肺原太渊，配肺俞、脾俞，以健脾化湿，补益肺气，乃标本同治之意。又取足阳明络穴丰隆和手阳明原穴合谷。以和胃气，使气行津布，则痰浊自化，而肺脏自安。

随症选穴：咳嗽兼喘加定喘穴；胸脘痞闷加足三里、内关。

肝火灼肺

治法：平肝降火，清肺化痰。取手太阴、足厥阴经穴。针用泻法。

处方：肺俞　肝俞　经渠　太冲

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方义：太冲为肝之原穴，配肝俞平肝降火；经渠为肺之经穴，配肺俞清肺化痰。无火不生痰，无痰不作咳，痰火既清，则咳嗽可平。

随症选穴：咽喉干痒加照海；咳逆咯血加孔最。

文献摘要

《针灸大成·痰喘咳嗽门》："咳嗽：列缺、经渠、尺泽、鱼际、少泽、前谷、足三里、解溪、昆仑、肺俞（百壮）、膻中（七壮）。"

《玉龙赋》："咳嗽风痰，太渊、列缺宜刺。"

按语

咳嗽是呼吸系统多种疾病的一个症状，针灸对其具有一定的控制作用。一般说，针灸对急性呼吸道感染性咳嗽效果更佳。急、慢性咳嗽，常与气候、饮食、情志有关，故治疗只是一个方面，护理也是不可忽视的。故宜注意保暖，忌食辛辣厚味，远烦戒怒，戒烟或少吸烟，对本病有一定的预防意义。

哮　喘

概述

哮喘俗称"吼病"。哮指喉中有痰鸣音，喘指呼吸困难而急促，两者相兼，名为"哮喘"。此外还有盐哮、糖哮、鱼虾哮、寒哮、热哮等名称。

哮喘的基本原因是痰饮内伏。凡有"伏饮"素质的人，遇到气候、饮食失宜，或情志、劳累过度，均可发生哮喘。

急慢性支气管炎、支气管哮喘、肺间质炎症、肺气肿、尘肺、慢性肺源性心脏病、心源性哮喘、癔病等出现的哮喘均可按本节辨治。

病因病机

凡感受风寒风热，嗅吸花粉、烟尘、漆气、异味，影响肺气宣肃；津液凝聚，酿为痰饮，阻遏气道，而成哮喘。或饮食不当，贪食生冷、酸寒、鱼虾、甘肥等食物，以致脾失健运，痰浊内生，上干于肺，壅遏肺气、气道不畅，而发生哮喘。此外，久病体弱，情绪激动，劳累过度，亦能引起哮喘。

哮喘初病多属实证，如反复发作，则转为虚证。肺虚则呼吸少气，自汗形寒，脾虚则中气不足，胸痞便溏；肾虚则摄纳无权，动则喘甚，累及心脏，则心阳不振，出现神昏、烦躁、紫绀肢冷等危象，虚证在急性发作时，可出现气郁痰壅，阻塞气道，本虚标实证候。

辨证论治

（1）临床表现

① 实证

感受风寒，寒饮伏肺，阻遏气道。证见呼吸困难，喉中有痰鸣音，咳逆痰少，质稀色白，或带泡沫，咯吐不易，形寒无汗，或兼头痛身痛，多在冬季或受寒发作，舌苔白滑，脉紧或浮紧。

感受风热，热饮伏肺，肺失清肃。证见咳喘气粗，面红，发热有汗，痰黄质稠，咯痰不爽，口渴，烦躁，咳引胸痛，舌苔黄腻，脉象浮洪或滑数。

② 虚证

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

肺虚则兼见面色苍白，自汗恶风，息短少气，语言无力，鼻塞，喷嚏，疲乏，舌质淡红，脉细数无力。脾虚则兼见面色少华，食少，脘痞，痰多，倦怠，大便溏薄，或腹泻，舌胖嫩，苔厚腻，脉缓滑或濡缓。肾虚则兼见面色黧黑，气急息促，动则更剧，心慌，头晕，耳鸣，腰酸，下肢清冷，舌淡有皱纹，脉沉细无力。若心气虚弱，心阳不振，则兼见心悸，多汗，神昏，口唇指甲青紫，四肢欠温，舌有紫点。脉象微细或有歇止。

(2) 治疗

① 实证

寒饮伏肺

治法：散寒宣肺平喘。取手太阴、足太阳经穴。针用泻法，背部穴位可加灸或拔火罐。

处方：列缺　尺泽　风门　肺俞

方义：列缺、尺泽宣肃手太阴经气，肺俞、风门宣发足太阳经气。数穴同用，有解表散寒，宣肺平喘的作用，使寒饮得蠲，则哮喘可平。

随症选穴：鼻塞流涕加巨髎；头痛、肩背酸痛加温溜；寒热加支正。

痰热遏肺

治法：清热肃肺平喘。取太阴、阳明为主。针用泻法。

处方：合谷　大椎　丰隆　膻中　中府　孔最

方义，本方用合谷、大椎疏表散热，中府、孔最肃肺平喘，丰隆化痰，膻中降气。痰热遏肺的哮喘，宜用本方治之。

随症选穴，喘甚者加肺俞、云门等穴拔火罐。

② 虚证

治法：扶正培本，化痰平喘，取手太阴经穴及背俞为主。针宜补法，或补泻兼施，或用灸法。

处方：定喘　膏肓　肺俞　太渊

方义：定喘是止喘的经验穴，能缓解症状。膏肓主治虚劳咳嗽气喘，多用于慢性哮喘，太渊是手太阴经的土穴，配肺俞补土生金，本方适用于慢性哮喘反复发作者。

随症选穴：肺脾两虚加脾俞、足三里，健脾和胃，以扶后天之本。肺肾两虚加肾俞、太溪，补肾纳气，以培先天之本。若肺气心阳具虚，出现虚脱倾向，加内关、神门强心，灸气海、关元、命门以防脱。虚喘兼外感者，参考实喘证治。

文献摘要

《针灸大成·痰喘咳嗽门》："上喘：曲泽、大陵、神门、鱼际、三间、商阳、解溪、昆仑、膻中、肺俞。"

《针灸大成·诸般积聚门》："灸哮法：天突、尾闾骨尖。"

《玉龙赋》："乳根、俞府，疗气嗽痰哮。"

按语

哮喘可见于多种疾病，发作缓解后，应积极治疗原发病。此外，哮喘持续状态应配合药物治疗，单纯针灸不能控制。为防止发作起见，要注意保暖，防止感冒，忌食常会引起发作的食物，避免接触诱发因素。戒烟是减少发作和防止病情加重的措施之一。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

呕　吐

概述

呕吐是临床上常见的证候，可见于多种疾病。有声无物为呕，有物无声为吐，因两者常同时出现，故称“呕吐”。

本节讨论的重点是急慢性胃炎，胃扩张、贲门痉挛、幽门痉挛、胃神经官能症发生的呕吐。其他多种急慢性疾病引起的呕吐，可参阅有关章节论治。

病因病机

胃主受纳腐熟水谷，以和降为顺。凡外感内伤之邪侵犯胃腑，和降失常，即可引起呕吐。

饮食所伤：恣食生冷甘肥以及误食腐败食物，食积不化，胃气不降而成呕吐。

痰饮内扰：素来脾胃不健，运化失常，津液不能四布，酿生痰饮，积于中脘发为呕吐。

肝气犯胃：抑郁暴怒，肝气横逆犯胃，胃受其侮，饮食随气上逆而呕吐。

辨证论治

（1）临床表现

① 伤食呕吐：呕吐多为未经消化的食物，吐后轻快，嗳气食臭，恶进饮食，脘腹胀满或疼痛，食入更甚，便秘转矢气，舌苔厚腻，脉滑实。

② 痰饮呕吐：多见于脾胃虚弱的患者，面色少华，胸脘痞闷，呕吐以痰涎多于食物，吐后喜得热饮，饮入肠鸣漉漉有声，伴有心悸、头晕等症，舌淡苔白，脉滑或濡。

③ 肝气呕吐：呕吐多在食后精神受刺激时发作，往往以吐尽为快，轻症吐后无任何不适，但易于发作。病情典型者，平时性情多烦善怒，易于激动，脘胁胀痛无定处，恶心、干呕、泛酸，舌苔薄白，脉弦。

④ 外感呕吐：多见于伤寒、温病。偏寒则呕吐暴急，吐出多为清水稀涎，胸脘懊侬伴有恶寒发热，头痛，苔白，脉浮等症。偏热则呕吐频繁，饮水进食即吐，吐出酸苦胆汁，口渴欲得冷饮，伴有头痛发热，舌红，脉数等。

（2）治疗

① 伤食呕吐

治法：行气导滞。取任脉、足阳明经穴。针用泻法。

处方：下脘　璇玑　足三里　腹结

方义：下脘、璇玑行气导滞而清宿食，足三里和胃止呕，两者相配消食而止痛。腹结除脘腹膨胀，亦治便秘。

随症选穴：腹胀加气海。

② 痰饮呕吐

治法：蠲饮化痰。取足太阴、足阳明经穴，针灸并用。

处方：章门　公孙　中脘　丰隆

方义：脾募章门，配公孙健脾蠲饮，胃募中脘，配丰隆和胃化痰。痰饮既除，则胃气和降而呕吐可止。

随症选穴：肠鸣加脾俞、大肠俞。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

③ 肝气呕吐

治法：疏肝和胃。取足厥阴、少阳、阳明经穴为主。针用泻法。

处方：上脘　阳陵泉　太冲　梁丘　神门

方义：上脘宽胸膈，配梁丘平胃止呕；太冲降肝火，配阳陵疏肝解郁。本病发作与情志有关，故取神门宁心定志。

随症选穴：泛酸于呕加内关、公孙。

④ 外感呕吐

治法：解表和中。偏热取少阳，阳明，多用针法；偏寒取太阴、厥阴，多用灸法。

处方：大椎　外关　合谷　内庭　中脘　三阴交　太冲

方义：外感病初期发生呕吐多属实热，故取大椎和解少阳，合谷、内庭清泄阳明。外感病后期发生呕吐多属虚寒，故取中脘以安胃，三阴交以补脾，太冲以平肝，共收扶土抑木安胃止呕之效。

随症选穴：干呕灸间使七壮；眩晕针风池；呕吐黄水加丘墟。

文献摘要

《针灸大成·痰喘咳嗽门》："呕吐：曲泽、通里、劳宫、阳陵、太溪、照海、太冲、大都、隐白、通谷、胃俞、肺俞。"

《席弘赋》："呕吐还须上脘疗。"

按语

针灸治疗呕吐有一定的疗效，因妊娠或药物反应引起的呕吐，亦可参照本篇治疗。但上消化道严重梗阻、癌肿引起的呕吐以及脑源性呕吐，有时只能作对症处理，应重视原发病的治疗。

呃　逆

概述

呃逆，古称为"哕"，俗称"打呃"。患者自觉胸膈气逆，抽掣时喉间发生呃忒声，声短而频，难以自忍，甚则妨碍谈话、咀嚼、呼吸、睡眠。若因腹部手术后而发生呃逆者，则增加创口疼痛，影响愈合。

呃逆可单独发生，其证轻微，持续数分钟至数小时后不治自愈。亦可续发于其他急慢性疾病的过程中，其症多重，可昼夜不停，或间歇发作，迁延数日至数月不愈。

病因病机

呃逆的发生，主要是胃气上逆所致。胃处中焦，上贯胸膈，以通降为顺。若因饮食不节，过食生冷则胃寒，过食辛辣则胃热；或情志郁怒，久则化火动肝，肝气上逆则犯胃；或久病脾阳衰惫，痰浊中阻；或热病胃阴被灼，虚火上逆等等，均足以导致胃气不降，上逆胸膈，气机逆乱而为呃逆。

呃逆初起，呃声响亮有力，形神未衰，多属实证；久病呃逆，气怯声低无力，神疲形枯，多属虚证。

辨证论治

(1) 临床表现

① 实证：胃寒者呃逆声音沉缓有力，喜得热饮，中脘冷胀，手足欠温，饮食减少，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

小便清长、大便溏薄，舌苔白润，脉迟缓。胃火上冲者，呃逆声音响亮，连续有力，喜得冷饮，口臭，烦渴，面赤，大便秘结，小便黄赤，舌苔黄，脉滑数。肝气犯胃者，呃逆常因情志波动而发作，睡眠时停止，醒觉时呃逆又作，伴有嗳气，胸闷，脘痞胁痛，舌苔薄白，脉弦。

② 虚证：脾胃阳虚者，呃逆声音低弱，气不持续，形体羸瘦，面色少华，手足欠温，食少困倦，纳后腹胀，或泛吐痰涎，舌质淡胖，脉细或濡。胃阴亏耗，则虚火上逆，症见呃声断续而急促，口咽干燥，烦渴，不安，消瘦，颧红，自汗，舌绛少苔，脉细而数。

(2) 治疗

治法：和胃降逆为主。寒证多用灸以温阳，热证多用针以清热，气滞者疏肝理气。

处方：中脘　内关　足三里　膈俞

方义：中脘是胃的募穴，足三里是胃的合穴，两穴同用，泻之能清热降气，补之能益气温中，膈俞利膈镇逆，内关和中解郁，阳虚者灸之，阴虚者针之。本方通治呃逆。

随症选穴：胃寒加灸梁门；胃热针泻陷谷；阳虚加灸气海；阴虚针补太溪；肝气横逆针泻期门、太冲。

文献摘要

《灵枢·杂病》："哕，以草刺鼻，嚏，嚏而已，无息而疾迎引之，立已；大惊之，亦可已。"

《针灸大成·伤寒门》："呕哕：百会、曲泽、间使、劳宫、商丘。"

按语

呃逆是多种原因引起的症状，是膈神经受刺激而引起的膈肌痉挛。针灸对于病程短的实证疗效较好，病程长的虚证，疗效较差。如呃逆见于危重病后期，正气虚败，呃逆不止，饮食不进，出现虚脱倾向者，预后不良。

健康之人，偶因进食吞咽过猛，阻滞食道，刺激胸膈，而发生呃逆，可用纸捻触鼻引嚏，或用语言猝然使患者精神转移，一般亦可使呃逆停止。

胃　痛

概述

胃痛，又称"胃脘痛"，疼痛在上腹心窝处及其附近部位，所以古代统称"心痛"，但与"真心痛"有显著区别。

胃痛常见于急、慢性胃炎，胃或十二指肠溃疡及胃神经官能症等。急性胃炎起病较急，疼痛剧烈。慢性胃炎起病较慢，疼痛隐隐。溃疡病疼痛有节律性。胃溃疡疼痛多在食后半至一小时出现，痛位多在剑突下或稍偏左处。十二指肠溃疡疼痛多在食后三小时发作，痛位多在上腹部偏右处，进食后可获暂时缓解。胃神经官能症多在精神受刺激时发病，痛连胸胁，无固定痛点。慢性胃炎和溃疡病有出血倾向。

病因病机

外受寒邪，邪犯于胃，或过食生冷；寒积于中，或偏嗜辛辣甘肥，湿热内郁；或忧思恼怒，气郁伤肝，气机阻滞，横逆犯胃；或劳倦过度，脾胃虚弱，中焦虚寒，皆可导致胃痛。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

胃痛初起，多因气机阻滞，不通则痛，气滞日久，由气滞导致血瘀，如络脉受损，亦可出现吐血便血。

辨证论治

（1）临床表现

寒邪犯胃者，胃脘疼痛暴作，畏寒喜暖，温熨脘部可使痛减，口不渴，或渴喜热饮，苔白，脉弦紧。湿热内郁者，胃脘胀满，疼痛，嗳腐吞酸，苔厚腻，脉滑。肝气犯胃者，胃脘作痛，痛连胸胁，嗳气频繁，大便不爽，每因情志因素而作痛，苔多薄白，脉弦。脾胃虚寒者，胃痛隐隐，泛吐清水，喜暖喜按，纳食减少，神疲乏力，甚至手足欠温，大便溏薄，舌质淡，脉软弱。

胃痛日久，郁热伤阴，胃阴不足，则胃痛有灼热感，口苦干渴不多饮，舌红少苔，舌质多皱纹。气滞血瘀，胃络受损，则疼痛固定不移，痛如针刺，甚则吐血如咖啡，便血如柏油，舌有紫点或瘀斑，脉细涩。

（2）治疗

①实证

治法：温中散寒，解郁泄热，疏肝理气。取胃之募穴、合穴、手足厥阴和足太阴经穴。均用泻法，寒证加灸。

处方：中脘　足三里　内关　公孙　行间

方义：中脘是胃的募穴，配胃的合穴足三里，可疏通胃气导滞止痛；内关、公孙是八脉交会配穴法，能宽胸解郁，善治胸胃疼痛；行间疏肝理气。本方适用于寒邪、郁热、肝气上逆的胃痛者，每收速效。

随症选穴：痛甚加梁丘；胁痛加阳陵泉。

②虚证

治法：补脾健胃，阳虚者温中散寒，阴虚者益胃养阴。取俞募穴及足太阴、阳明经穴为主。针用补法：

处方：脾俞　胃俞　中脘　章门　足三里　内关　三阴交

方义：本方用脾胃的俞募穴配足三里、内关、三阴交，灸之可温中散寒，补脾和胃。针用补法，可补益胃气，濡养胃络，故适用于胃痛虚证。

随症选穴，口苦舌红加少府；胃中有灼热感加太溪；便血加血海；吐血加膈俞。

文献摘要

《针灸大成·心脾胃门》："胃脘痛：太渊、鱼际、三里、两乳下（各一寸，各三十壮）、膈俞、胃俞、肾俞（随年壮）。"

《针灸大成·心脾胃门》："心痛食不化：中脘。"

《医宗金鉴·卷八十六》："足三里穴歌：能除心胁痛，腹胀胃中寒，肠鸣并泄泻。"

按语

针灸治疗胃痛，具有明显的镇痛效果。如坚持治疗，亦能取得较好的远期疗效，并可促进溃疡的愈合。

胃痛患者应注意饮食调养，保持精神乐观，如远劳怒、戒烟酒、饮食定时、少量多餐等，对减少复发促进康复有重要的意义。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腹　痛

概述

腹痛，是指胃脘以下，耻骨毛际以上发生的疼痛，根据疼痛的发作部位不同，又可分为大腹痛、小腹痛、脐腹痛、少腹痛等。是由多种腹部脏器疾病所引起的临床症状。

本节仅就急慢性肠炎、肠痉挛、肠神经官能症等所引起的腹痛进行阐述。

病因病机

① 寒邪内积：平时过食生冷，寒凝气滞，或脐腹暴受外寒，寒性收引，以致气机痹阻，不通则痛。

② 饮食停滞：暴饮暴食，食进厚味辛辣或不洁之物，食积化热，壅滞肠间，腑气通降不利，遂成腹痛。

③ 肝郁气滞：情志不遂，肝气郁结，机枢失于条达，以致气滞腹痛。

④ 脏腑阳虚：脾肾阳虚，脾阳虚则运化无权，气血生化之源不足，肾阳虚则命门火衰，不能温煦脏腑经脉，而成虚性腹痛。

辨证论治

(1) 临床表现

① 寒邪腹痛：痛势急迫，腹部喜温怕冷，大便溏薄或泄泻，腹中雷鸣，小便清白，口不渴，四肢欠温，舌苔白腻，脉沉紧。寒凝气滞者，则便秘，腹胀拒按。表寒甚者，则兼恶寒发热。

② 食滞腹痛：脘腹胀满，痛处拒按，痛则欲泻，泻后痛减，恶食，时时嗳腐吞酸，苔腻，脉滑。食积化热则便泻不爽，口渴，舌苔黄腻，脉滑数。

③ 肝郁腹痛：腹痛连胁，痛无定处，嗳气频频，常在情志拂郁时发病，多烦善怒，口苦，舌苔薄白，脉弦。

④ 阳虚腹痛：腹痛隐隐，时作时止，痛时腹部喜按，大便溏泄，面色少华，精神疲乏，腰膝酸沉怯寒，舌质淡胖，边缘有齿印，苔白，脉沉细而迟。

(2) 治疗

① 寒邪腹痛

治法：散寒理气。取手足阳明、太阴经穴。针用泻法，加灸。

处方：中脘　足三里　大横　公孙　合谷

方义：本方用中脘、足三里温中理气，大横、公孙健脾导滞，佐以手阳明经的原穴合谷，既可发汗解表，又可调整传导功能，针灸兼施，可收散寒止痛之效。

随症选穴：泄泻、肢冷加神阙隔盐艾炷灸。

② 食滞腹痛

治法：化食导滞。取任脉、手足阳明经穴。针用泻法。

处方：下脘　梁门　天枢　曲池

方义：下脘、梁门健胃化食，善治脘腹胀痛；天枢、曲池清泄阳明，功能导滞止泻。

随症选穴：口渴加内庭；吞酸加阳陵泉。

③ 肝郁腹痛

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：疏肝理气。取手足厥阴、任脉经穴为主。多用针法。

处方：膻中　太冲　内关　阳陵泉

方义：气会膻中，配太冲可疏肝理气；内关，配阳陵能解郁除烦，使肝气和畅，情志怡悦，则腹痛自可缓解。

随症选穴：胁痛加期门；上腹痛加中脘；脐腹痛加气海、下脘。

④ 阳虚腹痛

治法：补脾温肾。取俞募及任脉经穴为主，多用灸法。

处方：脾俞　肾俞　章门　关元

方义：本方为俞募配穴法。脾俞、章门健脾补气以生血；肾俞、关元益肾壮阳以祛寒。血主濡之，气生煦之，经脉通利，脏腑得以温养，则虚痛可除。

随症选穴：便溏加足三里、三阴交。

文献摘要

《针灸大成·腹前胀满门》："腹痛：四关、三里、阴谷、阴陵、复溜、太溪、昆仑、陷谷、行间、太白、中脘、气海、膈俞、脾俞、肾俞。"

《针灸聚英·通玄指要赋》："连脐腹痛，泻少阴之水。"

按语

针灸治疗腹痛不仅有明显的止痛效果，而且能治疗原发病，如急慢性肠炎，急性阑尾炎、溃疡病等。但对癌瘤、结石等病，有时只能起缓解疼痛的作用，需要配合其他疗法。

泄　泻

概述

泄泻又称腹泻，主要症状为大便次数增多，粪质稀薄如糜，甚至如浆水样。

本证既分急性和慢性两类，前者因感受外邪或饮食所伤，实证居多。后者因脾胃虚弱，或肝木侮土，或肾阳式微，虚证居多。急性泄泻迁延失治，亦可能转为慢性。慢性泄泻每因感染而急性发作，成为虚实夹杂的证候。

凡急慢性肠炎、肠结核、肠功能紊乱、结肠过敏等病均可参照本节论治。

病因病机

急性泄泻多由饮食生冷不洁之物，或兼受寒湿暑热之邪，外邪食滞扰于肠胃，以致运化、受盛和传导功能失常，水谷相混，清浊不分而成泄泻。

慢性泄泻，多由思虑伤脾，脾胃素虚，或由肝气恣横，乘侮脾土，或由肾阳不振，命门火衰。脾气虚不能消磨水谷，宿食内停，则"水反为湿，谷反为滞"；肾阳虚不能助脾腐熟水谷，完谷不化，则水湿积滞泛溢肠间，均能导致泄泻。

辨证论治

(1) 临床表现

① 急性泄泻发病紧急，大便次数显著增多，小便减少。感受寒湿则粪便清稀，水谷相杂，肠鸣腹痛拒按，口不渴或渴喜热饮，身寒喜温，舌苔白腻，脉濡缓。甚则腹泻无度，四肢逆冷，脉象沉细或沉伏，感受湿热则便泻稀黄夹有粘液，肛门灼热，小便短赤，身热，口渴喜冷饮，烦躁，舌苔黄腻或黄燥，脉濡数。小儿热泻可出现惊厥、露睛

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

等症。

② 慢性泄泻多由急性泄泻演变而来，便泻次数较少，病程较长。脾虚则大便溏薄，粪内夹有不消化食物，腹满肠鸣，面色萎黄，食减，神疲，舌苔白腻，脉象濡缓。肝郁脾虚则泄泻在黎明之时，腹部隐隐胀痛，肠鸣漉漉，腹泻如注，完谷不化，腰膝酸软怕冷，面色消瘦黧黑，舌淡苔白，脉沉细。

(2) 治疗

① 急性泄泻

治法：调整肠胃气机。取手足阳明经穴为主。针用泻法，寒证加灸，热证可放血。

处方：天枢　合谷　阴陵泉　上巨虚　下巨虚

方义：《内经》说：外邪"传舍于肠胃，在肠胃之时，贲响腹胀，多寒则肠鸣飧泄，食不化，多热则溏出糜。"又说："肠中热则出黄如糜"，"肠中寒则肠鸣飧泄。"阐明急性腹泻是外邪侵入肠胃所致。故本病取手足阳明经穴为主。天枢是大肠之募，合谷是大肠之原，上巨虚是大肠的下合穴，下巨虚是小肠的下合穴，阴陵泉健脾利湿，数穴同用，能调整胃肠功能，可达止泻止痛的目的。

随症选穴：热甚加内庭、商阳、少泽点刺放血；肢冷脉伏加神阙隔姜灸。

② 慢性泄泻

治法：健脾、疏肝、温肾。取任脉、足阳明经穴及背部俞穴。针用补法，并可加灸。

处方：中脘　天枢　足三里

脾虚配脾俞、关元俞；

肝郁配肝俞、行间；

肾虚配肾俞、命门。

方义：本方中脘、天枢、足三里调整肠胃机能，制泻止痛消胀；脾俞、关元俞健脾益气；肝俞、行间疏肝解郁，肾俞、命门温肾壮阳。均属标本兼顾之法。

随症选穴：脘痞加公孙；胁痛加阳陵泉；短气如喘加气海。

文献摘要

《针灸大成·心脾胃门》："脾病溏泄：三阴交。"

《针灸大成·肠痔大便门》："肠鸣而泻：神阙、水分、三间；食泄：上廉、下廉；暴泄：隐白；洞泄：肾俞；泄不止：神阙；出泄不觉：中脘。"

按语

针灸治疗急慢性腹泻均有较好的疗效，上述处方止泻作用明显。治疗时应注意控制饮食，但对于急性泄泻导致的严重失水，应积极补充水分和电解质。由恶性病变所引起的腹泻，则当采用综合疗法。

便　秘

概述

便秘是指大便秘结不通而言。患者粪质干燥、坚硬，排便艰涩难下，常数日一行，甚至非用泻药、栓剂或灌肠不能排出。

本节论述范围以热秘、气秘、虚秘、寒秘为限，单纯性便秘（习惯性便秘）亦可参

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

照本节论治。

病因病机

素来体质阳盛，嗜食辛辣香燥，少食蔬菜，阳明积热，津液受灼，大便干燥而腑气不通，遂成“热秘”。

情志不畅，肝胆气机郁滞，疏泄失职，以致肠腑传导不利而成“气秘”。

病后、产后气血未复，气虚则转运无力，血虚则肠失润下而为“虚秘”。

老年下焦阳气虚惫，温煦无权，阴寒凝结，不能化气布津，排便艰难，是为“冷秘”。

辨证论治

(1) 临床表现

① 热秘：大便干结不通，腹部痞满，按之有块作痛，矢气频转，终难排出，烦热口渴，面赤，或伴有头痛，小便短黄，口臭，舌苔黄燥，脉滑实。

② 气秘：大便秘而不甚干结，腹部胀痛连及两胁，口苦，目眩，嘈气，舌质偏红或微紫，舌苔薄白，脉弦。

③ 虚秘：腹无胀痛，但觉小腹不舒，有便意而努责乏力，多汗，短气，疲惫，面色少华，心悸，头晕眼花，无力排出大便，粪质松散如糟粕，舌淡白，脉细弱无力。

④ 冷秘：大便艰涩不易排出，甚则脱肛，腹中或有冷痛，面色白，小便清白频数，四肢欠温，腰冷酸软，舌淡苔白，脉沉迟。

(2) 治疗

① 热秘

治法：清热保津。取阳明经穴为主。针用泻法。

处方：合谷　曲池　腹结　上巨虚

方义：合谷、曲池泻阳明之热，清热即所以保津。上巨虚是大肠的下合穴，配腹结行津液以疏通大肠腑气，此是增水行舟之法。

随症选穴：烦热口渴加少府、廉泉；头痛加印堂；口臭加承浆。

② 气秘

治法：疏肝理气。取任脉、足厥阴经穴为主，针用泻法。

处方：中脘　阳陵泉　气海　行间

方义：腑会中脘，配气海以疏通腑气。足厥阴与足少阳为表里，行间配阳陵泉疏肝理气，解郁利胆，使疏泄有常，腑气通降，则便秘可通。

随症选穴：胁痛甚者加期门、日月；腹胀甚者加大横。

③ 虚秘

治法：补气养血。取足阳明、太阴为主，任脉及背俞为辅。针用补法，并可加灸。

处方：脾俞　胃俞　大肠俞、三阴交　足三里　关元

方义：脾俞、三阴交配胃俞、足三里，为脏腑经络表里配穴法，目的在于鼓舞中气，培生化之源，中焦健旺，自能生气化血。再取关元补下焦元气，配大肠俞，以助排便传送之力。

随症选穴：多汗加阴郄；心悸加内关。

④ 冷秘

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：补肾助阳。取任脉，足少阴经穴为主，背俞穴为辅，针用补法，并可加灸。

处方：气海　照海　石关　肾俞　关元俞

方义：气海、关元俞助阳逐冷，温煦下焦以散凝结。照海，石关、肾俞补益肾气，使肾气复振，能司二便之权，则尿频可止，便秘可通。

随症选穴：脱肛加长强、百会；腰痛加委中。

文献摘要

《针灸大成·肠痔大便门》："大便不通：承山、太溪、照海、太冲、小肠俞、太白、章门、膀胱俞。"

《针灸聚英·席弘赋》："大便闭涩大敦烧。"

按语

针灸治疗单纯性便秘效果较好。但应注意经多次针灸治疗无效者，须查明原因。在治疗过程中，患者应注意改变偏食习惯，多吃蔬菜水果，进行适当的体育锻炼，养成定时排便习惯。

脱　肛

概述

脱肛又名"直肠脱垂"，是指肛管、直肠下端甚至乙状结肠脱出肛门之外而言。本病常见于老人、小儿和多产妇女。

病因病机

脱肛的成因，多由久痢、久泻，以及妇女生育过多，体质虚弱，中气下陷，收摄无权所致。亦有因便秘、痔疮等病，湿热郁于直肠，局部肿胀，里急后重，排便时过度努责，约束受损而致脱肛者。

辨证论治

（1）临床表现

虚证：发病缓慢，初起仅在大便时感觉肛门坠胀，肠端轻度脱垂，便后能自行回纳。迁延失治则稍有劳累即发，直肠脱垂程度日趋严重，不能自行回缩，必须推托方能复位。面色萎黄，神疲乏力，心悸，头晕，舌苔薄白，脉象濡细。

实证：多见于痢疾急性期和痔疮发炎时，便前自觉肛门坠胀，便意频急，以求通便为快，于是努责不遗余力，迫使直肠脱垂，伴有局部红肿、灼热、痛痒等症。

（2）治疗

治法：虚证益气升提，实证清泄实热。取督脉、足太阳经穴。虚证用补法，实证用泻法。

处方：百会　长强　大肠俞　承山

方义：足太阳经脉循尾骶，取承山配大肠俞可促进直肠回收；长强为督脉之别络，位近肛门，针刺可调节肛肌的约束；百会是督脉与三阳经气的交会穴，气为阳，统于督脉，故灸之阳气旺盛有升提收摄之功。数穴同用，则陷者能举，脱肛自收。

随症选穴：虚证加气海、足三里、脾俞；实证加曲池、阴陵泉。

文献摘要

《针灸大成·肠痔大便门》："脱肛：百会、尾闾（七壮）、脐中（随年壮）。"

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《针灸聚英·杂病歌》："肠痈痛治太白中。陷谷大肠俞与同，乃若脱肛治百会，灸至七壮是尾穷；此疾须用治三穴，随年壮兮灸脐中。"

按语

针灸对脱肛具有较好的治疗作用，对轻证患者，可迅速升提；体质虚弱，脱肛反复发作，也有一定效果，最好同时配合内服药物，则效果更为明显。局部感染溃疡者，可配合洗药敷药治疗。

腰　痛

概述

腰痛又称"腰脊痛"，是指患者背部以下，臀部以上部位的疼痛病证。疼痛的部位或在脊中，或在一侧，或两侧俱痛，是临床上常见的证候之一。

本证多见于腰部软组织损伤，肌肉风湿，以及脊柱病变等。本节重点叙述寒湿腰痛、劳损腰痛和肾虚腰痛。其它原因引起的腰痛，可参考有关章节论治。

病因病机

寒湿腰痛：多因劳力汗出之后，衣着湿冷，当风受寒，或久卧湿地，遭雨涉水，寒湿之邪客于经络，气血阻滞而成腰痛。

劳损腰痛：每因负重闪挫，跌仆撞击，经络受损，气滞血瘀，或弯腰劳作过累，气血运行不利，遂致腰痛。

肾虚腰痛：老年肾气虚惫，或久病肾亏，或劳欲过度，精血不足，筋骨缺乏充分的濡养，以致筋骨衰颓而作痛。

腰为肾之府，督脉并于脊里，肾附其两旁，膀胱经挟脊络肾，故腰痛与肾和膀胱经的关系最为密切。

辨证论治

（1）临床表现：

① 寒湿腰痛：腰部重痛酸麻，或拘急强直不可俯仰，或痛连骶、臀、股、腘。疼痛时轻时重，患部恶冷，天气寒冷阴雨则发作，舌苔白腻，脉沉。

② 劳损腰痛：多有陈伤宿疾，劳累时加剧，腰部强直疾病，其痛固定不移，转侧俯仰不利，腘中常有络脉瘀血，苔脉多无变化。

③ 肾虚腰痛：起病缓慢，隐隐作痛，绵绵不已。如神倦、肢冷、滑精、舌淡、脉细者为肾阳虚；伴有虚烦、溲黄、舌红、脉数者属肾阴虚。

（2）治疗

寒湿腰痛

治法：取足太阳、少阳、少阴、督脉经穴为主。针灸并用，或加拔火罐。

处方：肾俞　委中　阳陵泉　阿是穴　腰阳关　志室　三阴交　太溪　命门

方义：每次取3～5穴针灸之，委中疏通足太阳经气为治腰背疼痛的要穴；腰阳关助阳散寒化湿；阳陵泉舒筋；三阴交活血；志室、太溪补肾；命门、肾俞治腰肌强直。

随症选穴：急性腰扭伤疼痛剧烈，可针人中，用泻法。腘中络脉瘀胀者，可用三棱针点刺放血。

文献摘要

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《针灸大成·手足腰腋门》："腰痛：肩井、环跳、阴市、足三里、委中、承山、阳辅、昆仑、腰俞、肾俞。……腰脊强痛：腰俞、委中、涌泉、小肠俞、膀胱俞。"

《针灸聚英·席弘赋》："委中专治腰间痛。"

按语

针灸治疗腰痛一证，在《内经》中有专篇论述，其分经论治，刺血止痛的方法，可供临床参考。针刺对腰痛也具有很迅速的疗效，尤其对于急性扭挫伤的效果更为迅捷。但对脊椎结核、肿瘤等浸润所致的腰痛，则不属针灸的治疗范围。另外，腰痛可因许多内科病证所引起，临床尤其应注意鉴别。

癃　闭

概述

癃闭，又称小便不通。癃，指尿液潴留膀胱，小腹充盈隆起；闭，指膀胱气机闭塞，难尿。

本节以各种原因引起的尿潴留为范围。至于因肾脏实质性病变而引起的无尿症，是水液不能下输膀胱，水泉枯涸，与有尿不能排出的癃闭截然不同，自当分别论治。

病因病机

本病多由老年肾气虚惫，命门火衰，不能鼓舞膀胱气化；或因中气不足，膀胱传送无力，均能导致小便潴留而成癃闭，此属虚证。若因中焦湿热移注膀胱，阻遏膀胱气化；或因跌仆损伤，以及下腹部手术引起的筋脉瘀滞，均能影响膀胱气化而致小便不通，则属实证。

辨证论治

（1）临床表现

① 虚证：小便淋沥不爽，排出无力，甚则点滴不通，小腹膨隆，面色㿠白，神气怯弱，腰膝酸软，少气，语言乏力，大便不坚，时觉肛坠，舌淡，苔微腻，脉细无力或细缓。

② 实证：小便阻塞不通，努责无效，少腹胀急而痛，烦躁口渴，舌质红，苔黄腻，脉数。若因湿毒上犯，可见喘息、心烦、神昏等症，因外伤或手术引起者，有病史可查。

（2）治疗

① 虚证

治法：温补脾肾，益气启闭。取足少阴、太阳、背俞和任脉经穴。针用补法，或灸。

处方：阴谷　肾俞　三焦俞　气海　委阳　脾俞

方义：命门火衰，中气不足，治疗当以温补脾肾为主，所以取肾经合穴阴谷，配肾俞、脾俞以振奋脾肾气机。又因脾肾不足导致三焦决渎无力，故取三焦俞及其下合穴委阳以通调三焦气机。复灸任脉经穴气海温补下焦元气，以希鼓舞膀胱气化而达启闭通尿的功效。

随症选穴：肛门作坠加次髎，心烦加内关。

② 实证

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：清热利湿，行气活血。取足太阴、太阳、任脉经穴为主。针用泻法，不灸。

处方：三阴交　阴陵泉　膀胱俞　中极

方义：本证由湿热下注或因外伤气血阻滞所致，所以取三阴交、阴陵泉疏通足三阴的气血，清利脾经湿热。又取膀胱俞、中极为俞募相配，疏通膀胱的气化而通小便。

随症配穴：湿毒上犯喘息加尺泽、少商放血；心烦加内关；神昏加人中、中冲放血。

文献摘要

《针灸大成·阴疝小便门》："淋癃：曲泉、然谷、阴陵、行间、大敦、小肠俞、涌泉、气门（百壮）。"

《针灸聚英·天元太乙歌》："气海偏能治五淋，若补三里效若神，冷热两般皆治得，便觉痼疾可除根。"

按语

尿潴留膀胱过度充盈时，下腹部腧穴宜浅刺、斜刺，忌深刺、直刺。"转胞"患者，可参考本节论治。如属机械性梗阻或神经损伤所引起者，则应明确发病原因，采取相应的措施。

水　肿

概述

水肿又名"水气"。指人体水液潴留，泛溢肌肤，引起头面、目窠、四肢、腹部甚至全身水肿而言。

本证可根据临床表现概分为"阳水"、"阴水"两类。阳水发病较急，多从头面部先肿，肿势以腰部以上为著。阴水发病较缓，多从足跗先肿，肿势以腰部以下为剧。

本证可见于多种疾病，如心性水肿、肾性水肿、营养性水肿等，均可参考本节诊治。

病因病机

阳水：多因冒雨涉水，浴后当风；或肌肤疮疖，热毒内陷，以致肺失通调，胆失输布，水湿内停，泛溢肌肤，而成水肿。

阴水：多因饥饱失宜，脾气虚弱；或劳倦纵欲，伤及肾气。脾虚则运化无权，水湿内潴肾虚则气化失职，开阖不利，导致水邪泛溢，而成水肿。

阳水多属实证，阴水多属虚证，阳水迁延不愈，正气渐伤，则可转为阴水。阴水复感外邪，肿势增剧，亦可出现阳水证候。

水肿重证，水邪上泛高原，可出现水毒凌心犯肺的危象。

辨证论治

（1）临床表现

① 阳水：头面先肿，渐及全身，腰部以上肿甚，按之凹陷恢复较快，皮肤光泽，小便短少，伴有恶寒发热，肢体酸痛，咳嗽气粗，偏于风寒者，形寒无汗，舌苔白滑，脉象浮紧。偏于风热者，咽喉肿痛，舌苔薄黄，脉象浮数。

② 阴水：足跗先肿，渐及周身，腰部以下肿甚，按之凹陷恢复较慢，皮肤晦暗，小便短少。兼脘痞，便溏，四肢倦怠，舌苔白腻，脉象濡缓，属脾虚。兼腰痛腿酸，肢

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

冷，神疲，舌淡苔白，脉沉细弱，属肾虚。

水肿晚期，可出现小便极少，腹大胸满，喘咳，心慌，甚至尿闭，恶心，呕吐，口有秽味，齿鼻衄血，神昏，谵语，癫疯等症。此属水毒凌心犯肺的危候。

（2）治疗

① 阳水

治法：疏风利水，清热散寒。取手足太阴、手阳明经穴为主，背俞为辅。针用泻法。

处方：肺俞　三焦俞　偏历　阴陵泉　合谷

方义：上部肿甚，治宜发散。本方取肺俞配偏历宣肺散寒，外关配合谷发汗清热，使在表的风湿得从汗解。佐以三焦俞通调水道，阴陵泉健脾利水，使在里的水邪下输膀胱。表里分消，可收疏风消肿之效。

随症选穴：咽痛加少商（点刺出血）；面部肿甚加水沟。

② 阴水

治法：健脾温肾，助阳利水。取任脉、足阳明、少阴经穴及背俞，针用泻法并灸。

处方：脾俞　肾俞、水分　气海　太溪　足三里

方义：下部肿甚，治宜分利。故本方取脾俞配足三里健脾化湿，肾俞配太溪温补肾阳，重灸气海助阳化气，水分分利水邪，气行则水行，水行则肿消。

随症选穴：脘痞加中脘；便溏加天枢。

文献摘要

《针灸大成·肿胀门》："浑身浮肿：曲池、合谷、三里、内庭、行间、三阴交。……水肿：列缺、腕骨、合谷、间使、阳陵、阴谷、三里、曲泉、解溪、陷谷、复溜、公孙、厉兑、冲阳、阴陵、胃俞、水分、神阙。"

《针灸聚英·灵光赋》："劳宫医得身劳倦，水肿水分灸即安。"

按语

针灸对水肿有一定的退肿作用，治疗同时须查明发病原因，必要时可采用药物作针对性治疗。对于肾病水肿，应注意卧床休息，保暖，忌盐等。水肿病后期，出现水毒凌心犯肺证候，可针内关、神门、尺泽、中脘、气海、十宣、人中、血海、太冲等穴急救，并须立即采取综合治疗措施。

遗　精

概述

遗精有梦遗、滑精之分。因梦而泄称遗精，无梦而泄称滑精。青壮年偶有遗精，过后无其它症状者，多属"精满自溢"的生理现象，不需治疗。

本病以遗精频繁，排精量较多为主症，并伴有头痛、失眠、疲乏、腰酸等证，则属病态，须进行治疗。

神经衰弱、精囊炎及睾丸炎等引起的遗精，可参考本节施治。

病因病机

劳神太过，思慕不已，心火亢盛，肾阴暗耗，引动相火，扰动精室；或因嗜食甘肥辛辣，湿生热，湿热下移，淫邪发梦，精室不宁，均可导致遗精；如因恣情纵欲，房室

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

无度，或梦遗日久，或频犯手淫，以致肾气虚怠。阴虚则虚火妄动精室受扰，阳虚则封藏失职，精关不固，均可发生滑精。

辨证论治

（1）临床表现

① 梦遗：梦境纷纭，阳事易举，遗精有一夜数次，或数夜一次，或兼早泄，头晕，心烦少寐，腰酸耳鸣，小便黄，舌质偏红，脉细数。

② 滑精：无梦而遗，甚则见色流精，滑泄频仍，腰部酸冷，面色㿠白，神倦乏力，或兼阳痿自汗，短气，舌淡苔白，脉细或细数。

（2）治疗

① 梦遗

治法：清心降火，滋阴涩精。取背俞、任脉、足厥阴经穴。针宜泻法。

处方：心俞　肾俞　关元　中封

方义：心为君火，肾为相火。心有所感则君火动于上，夜有所梦则相火应于下，遂致精室动摇，精液自泄。本方取心俞清心宁志；肾俞补肾滋阴；关元为足三阴与任脉之会，用以补摄下焦元气，配足厥阴经穴中封，降肝火而止梦遗。

随症选穴：失眠加神门、厉兑；头昏加百会。

② 滑精

治法：补益肾气，固涩精关。取任脉、背俞、足太阴经穴，针用补法，并灸。

处方：气海　三阴交　志室　肾俞

方义：三阴交是贯通肝脾肾三经的要穴，用它来主治滑精，可以补益三阴的虚损，清泄虚火，配用气海、志室、肾俞三穴，尤能益气固精，治下元的虚衰，而有相得益彰的妙用。但滑精多为无梦而遗，动念即泄，或经年不愈者，均以灸治为主。

随症选穴：白汗加阴郄、足三里；少气加灸肺俞。

文献摘要

《针灸大成·阴疝小便门》："遗精白浊：肾俞、关元、三阴交。……梦遗失精：曲泉（百壮）、中封、太冲、至阴、膈俞、脾俞、三阴交、肾俞、关元、三焦俞。"

《针灸聚英·伤寒》："梦遗：专主湿热相火，灸中极、曲骨、膏肓、肾俞。"

按语

遗精一证有虚实之分，实证多属君火亢盛，相火妄动，或湿热浸淫下焦，动摇精室。虚证多属肾气虚惫，虚火时萌，封藏失职，精关不固。在针灸治疗的同时，应指导患者消除疑虑心理，克服诱发遗精的因素，讲究精神卫生，建立良好的生活习惯，坚持适当的体育锻炼，以利于提高疗效。

阳　痿

概述

阳痿，又称阴痿，是指男子未届性功能衰退时期，出现阴茎不能勃起或勃起不坚，不能行房事而言。

病因病机

本病多由纵欲过度，久犯手淫，损伤肾气，以致命门火衰，精气亏乏所致，或因思

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

虑过度，惊恐伤肾，也可致阳痿；亦有因湿热下注宗筋弛纵者，但为数较少。

辨证论治

（1）临床表现

本病以阳事痿弱不举，不能进行正常的性生活为主症。

虚证：阴茎勃起困难，时时滑精，精薄清冷，头晕，耳鸣，心悸短气，面色㿠白，精神不振，腰膝酸软，畏寒肢冷，舌淡白，脉细弱。

实证：阴茎虽能勃起，但时间短暂，每多早泄，阴囊潮湿，臊臭，下肢酸重，小便黄赤，舌苔黄腻，脉象濡数。

（2）治疗

治法：以温补肾阳为主，兼清湿热为辅。针用补法或针灸并用。

处方：肾俞　关元　阴陵泉　足三里　八髎　百会

方义：本病为肾气虚衰，故取肾俞、关元、足三里以培补肾气，振奋肾经功能；此外关元为元气之所存之处，用补法可使真元得复，恢复肾气作强之功。用百会以宁神，升提；八髎可清利下焦，引起相火，以助其举勃之功。

文献摘要

《针灸大成·阴疝小便门》："阴痿丸骞：阴谷、阴交、然谷、中封、大敦。"

《类经图翼·卷十一》："阳不起：命门、肾俞、气海、然谷。"

按语

本病多属功能性者，因此在治疗的同时，须做好患者的思想工作。如属器质性者，则应以治疗原发病为主。治疗期间，应停止性行为，以蓄积精气。

血　证

概述

凡血液不循常道，上溢于口鼻诸窍，下出于二阴，或渗于肌肉皮肤，统称"血证"。可见于各器官多种疾病。

血证的范围相当广泛，本节概分咳血、衄血、吐血、便血、尿血等。

病因病机

血与气相互依赖，循环运行于脉中，周流不息，濡润全身，和调于五脏，洒陈于六腑。如果阴阳偏盛，气血失调，阳盛则热，迫血妄行，或气虚不能摄血，均可损伤脉络，血外溢，导致血证。

血证有虚实之分，实证多由胃热肺燥，心肝火旺，迫血妄行，渗溢络外；虚证多为肺肾阴虚，虚火妄动，络伤血溢，或由脾胃气虚，气失统摄所致。

辨证论治

（1）临床表现

① 咳血：咳血是肺络受伤所引起的病证。症见咳嗽，痰中带血，或大口咯血，血色鲜红或紫黯，或胸胁掣痛、烦躁易怒，小便短赤、口苦，脉象弦数者，是肝火犯肺；咳嗽少痰，痰中带血，血色鲜红，潮热盗汗，口干咽燥，颧部红艳，形体消瘦，舌红苔少，脉细数者为阴虚火旺。

② 鼻衄：兼见鼻燥咽干，或身热咳嗽，舌红脉数者为肺热；兼见血色鲜红，口渴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

引饮，胸闷烦躁，口臭便秘，舌红苔黄，脉数有力者为胃热；兼见头痛眩晕，目赤，口苦，烦躁易怒，舌红苔黄，脉弦数者为肝火。

③ 吐血：其血出自胃腑，从口而出。若血随呕吐而出者，称作呕血。吐血鲜红或紫黯，夹有食物残渣，脘腹胀痛，口臭，便秘或大便色黑，舌质红苔黄腻，脉滑数者，为胃中积热；吐血鲜红或紫黯，口苦胁痛，烦躁易怒，舌质红绛，脉弦数者，为肝火犯胃；吐血较多，血色紫黯，兼见面色㿠白，气怯神疲，饮食减少，舌淡苔白，脉沉细者，为脾气虚弱。

④ 便血：凡血从大便而下，或在大便前后下血，或单纯下血者，统称为便血，先便后血，血色黯黑，腹痛隐隐，面色不华；神倦懒言，饮食减少，舌淡脉弱者，为脾气虚弱；先血后便，血色鲜红，肛门灼痛，舌苔黄腻，脉数者，为大肠湿热。

⑤ 尿血：是指小便中混有血液或夹杂血块而言。本证与血淋相似，其区别点为：茎中无明显疼痛者，为尿血；便时涩痛难忍者为血淋。尿血，小便短赤，头晕耳鸣，潮热盗汗，腰腿酸软，舌红苔少，脉细数者，为阴虚火旺；尿血鲜红，小便热赤，心烦口渴，口舌生疮，舌尖红，脉数者，为心火亢盛。

(2) 治疗

① 咳血

肝火犯肺

治法：泄肝清肺，和络止血。取厥阴、手太阴经穴为主。针刺泻法。

处方：肺俞、鱼际　劳宫　行间

方义：肺俞与鱼际相配，可泻肺热以止血；行间可泻肝火降逆气使血有所藏；劳宫可清血热以止血妄行。四穴相合，可达泄肝清肺和络止血的目的。

阴虚火旺

治法：益阴养肺，清热止血。取手太阴、足少阴经穴为主，针刺补泻兼施。

处方：尺泽　鱼际　孔最　百劳　然谷

方义：补尺泽泻鱼际，益肺阴清肺热以止血；肺经郄穴孔最和经外奇穴百劳可益肺止血；然谷为肾经荥穴，可益阴清热。

② 鼻衄

肺热

治法：清泄肺热，凉血止血。取督脉、手太阴经穴为主。针刺泻法。

处方：神庭　天府　合谷　风府

方义：神庭、风府为督脉经穴，有泄热止衄的功能；天府为肺经穴，合谷为大肠经穴，二经相为表里，大肠经又上达于鼻，故二穴相配可达泄热止血之目的。

胃热

治法：清泄胃热，泻火止血。取督脉、手足阳明经穴为主。针刺泻法。

处方：上星　二间　中脘　厉兑　隐白

方义：上星属督脉经穴，有清热止衄的功能；二间为阳明经荥穴，其经上达于鼻，有清阳明止衄血的作用；中脘、厉兑和隐白清泻胃火，导热下行。

肝火

治法：清泄肝热，泻火止血。取督脉、足厥阴、少阴经穴为主。针刺泻法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：兑端　曲泉　委中　行间　涌泉

方义：兑端属督脉经穴临近鼻部，可泄热止衄；曲泉、行间均属肝经，可益肝阴泻肝火；委中为血之郄穴，可泄血热以止血，有止衄的作用；涌泉可导热下行。

③ 吐血

胃中积热

治法：清泄胃热，降逆止血。取任脉、足阳明经穴为主。针刺泻法。

处方：上脘　郄门　内庭

方义：上脘为任脉经穴，位于胃之上口，可降逆止血；郄门为心包经郄穴，有止血的功能，合胃经荥穴内庭，清泄胃热，降逆止血。

肝火犯胃

治法：清肝和胃，泻火止血。取足阳明、厥阴经穴为主。针刺泻法。

处方：不容　劳宫　梁丘　太冲　地五会

方义：不容与梁丘二穴相配，有和胃止血的作用；劳宫为心包经荥穴，可清血热以止血；太冲、地五会有清肝泻火、降逆止血的功效。

脾胃虚弱

治法：益气摄血。取足太阴、阳明经穴为主。针灸并用。

处方：中脘　脾俞　足三里　隐白

方义：方中用中脘、脾俞、足三里补益中气以摄血；隐白是足太阴的井穴，用小艾炷灸之，有健脾统血之功。

④ 便血

脾气虚弱

治法：健脾统血。取足太阴、阳明、任脉经穴为主。针刺补法，并灸。

处方：关元　足三里　太白　会阳

方义：关元益气摄血，足三里、太白健脾统血；会阳临近肛门，善治便血，是局部取穴法。

大肠湿热

治法：清热利湿，和营止血。取督脉、足太阳经穴为主。针刺泻法。

处方：长强　次髎　上巨虚　承山

方义：长强为督脉经穴，善治肠风下血；次髎有清利下焦湿热的作用；承山属膀胱经，其经别别入肛中，是治疗肛门疾患的要穴；上巨虚为大肠的下合穴，泻之可清泻大肠湿热。

⑤ 尿血

阴虚火旺

治法：养阴清热，降火止血。取任脉、足厥阴、少阴经穴。针宜补泻兼施。

处方：关元　阴谷　太溪　大敦

方义：关元是任脉和足三阴经的交会穴，有补阴清热的作用；阴谷、太溪益阴泻火，更助以大敦调肝藏血。诸穴相配可达养阴清热，泻火止血的功效。

心火亢盛

治法：清营血，泻心火。取任脉、手厥阴、足少阴经穴，针刺泻法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：关元　劳宫　然谷

方义：关元为小肠募穴，泻之，可清小肠腑热；劳宫为心包经荥穴，有泻心火清血热的作用；然谷为肾经荥穴，有益阴清热的作用。

文献摘要

《针灸大成·痰喘咳嗽门》："咳血：列缺、三里、肺俞、百劳、乳根、风门、肝俞。……呕血：曲泽、神门、鱼际。"

《针灸大成·肠痔大便门》："便血：承山、复溜、太冲、太白。"

《针灸大成·口鼻门》："衄血：风府、风池、合谷、三间、二间、后溪、前谷、委中、昆仑、厉兑、上星、隐白。"

按语

针灸对出血症有一定作用，不同部位的出现，常表现不同脏腑的病理变化，如能对各种出血进行脏腑经络辨治，一般都会有较好的止血效果。但对各种出血，均应及时查明原因，以采取针对性的治疗。如出血量多，表现早期休克症状时（汗出、肢冷、血压下降等），应迅速采取抢救措施。

郁　证

概述

"郁"乃滞而不通，涩而不畅，塞而不流，不得发越之意。有广义和狭义之分，从广义而论，凡因郁引起的诸般证候均称为郁证，狭义而论，是指情志不畅，气机郁滞所引起的一类病证。本篇所论郁证为狭义郁证，它也包括很多病证，本节主要讨论"梅核气""脏躁"两个病证。

因郁证引起的头痛、失眠、心悸、遗精等病症，可参考本节施治。

病因病机

郁证的成因，多因郁怒伤肝，思虑伤脾所致，肝气郁结则化火，脾气郁滞则生湿，湿火相兼，炼而成痰，痰气结于咽喉，自觉有异物感，如有梅核梗阻之状，则称为"梅核气"。

郁证日久，心情抑郁，饮食减少，气血生化之源不足，可引起脾气虚弱或肾阴亏耗等病理变化。脾气虚则不能为胃行其津液，肾阴虚则不能上济心火，虚火妄动，以致心神不宁，而成悲怒无常的"脏躁"证。

辨证论治

（1）临床表现

① 梅核气：情绪抑郁，胸闷，噫气，咽中不适如有物阻，吞之不下，咯之不出，但饮食吞咽并不困难。多疑虑，善太息，苔薄白腻，脉弦或滑。

② 脏躁证，精神恍惚不宁，情感失常。时时悲泣，喜怒无常，每因精神激惹而发作，苔薄脉细。如兼脘痞食少，心悸，不寐，面色少华，舌质淡，脉细缓，为心脾两虚。如兼眩晕耳鸣，面色泛红，手足心热多汗，腰酸，健忘，虚烦不寐，舌质红少苔，脉细数，为心肾阴虚。

（2）治疗

① 梅核气

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：疏肝解郁，清火化痰。取任脉、足厥阴、阳明；手太阴、少阴经穴。针宜补泻兼施。

处方：太冲　膻中　丰隆　鱼际　神门

方义：本证由肝气郁结导致火郁痰郁而成，故以太冲、膻中疏肝理气为主，鱼际；丰隆清火化痰。又因情志之郁总曲心，故取心经原穴神门宁心安神。

随症选穴：咽喉干痛加天鼎、商阳；失眠加灸厉兑。

② 脏躁证

治法：滋阴益气，养心安神。取背俞、手厥阴、足太阴经穴。针宜补法。

处方：膈俞　肾俞　心俞　内关　三阴交

方义：心藏神，心怵惕思虑则伤神，神气不足则悲，血不足则恐。故本方取膈俞、心俞、内关补养气血，宁心安神；脾气虚则津液失布，故取三阴交心脾同治；肾阴虚则不制心火，虚火妄动，故取肾俞心肾同治。

随症选穴：神志朦胧加人中、中冲；四肢震颤加太冲、阳陵泉；木僵加百会、大陵；口噤加合谷、颊车；呃逆加中脘、足三里；失语加通里；耳聋加听会、中渚。

文献摘要

《针灸大成·心邪癫狂门》："喜哭：水沟、列缺、阳溪、大陵……喜笑：百会、水沟。"

《针灸大成·咽喉门》："咽中如梗：间使、三间。"

《针灸聚英·伤寒》："诸气：怒则气上，惊则气乱，恐则气下，劳则气散，悲则气消，喜则气缓，思则气结，针以导气。"

按语

梅核气和脏躁证类似西医学中的一种心因性的情志病。在患者意识清楚的情况下，治疗时不能忽视语言的暗示作用，应该恰如其分的解除病员的思想顾虑。树立战胜疾病的信心，这样可以提高疗效。

本病应与器质性脑病如脑肿瘤，脑动脉硬化、脑外伤等所产生的精神症状作鉴别。胸闷作痛，吞咽不利者，宜与食道疾病作鉴别。

胁　痛

概述

胁痛为临床常见的症状之一，泛指一侧或两侧的胁肋部疼痛而言。

《内经》说："邪在肝则两胁中痛，"又说："胆足少阳之脉……是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧。"肝与胆为表里，肝脉布胁肋，胆脉循胁里，过季胁，说明胁痛与肝胆的关系甚为密切。

本证可见于肝、胆囊、胸膜等急慢性疾患以及肋间神经痛等。

病因病机

肝胆位于胁部，其脉分布两胁。情志不遂，肝气郁结，失于条达，或伤于酒食，积湿生热，移于肝胆；或外感湿热，郁于少阳，枢机不利；或跌仆闪挫，胁肋络脉损伤，停瘀不化，均可导致肝胆疏泄功能失职，经脉气机阻滞，血运不畅而发生胁痛。

此外，久病精血亏损，肝络失养；或因湿热久羁，郁火伤阴，络脉失濡，亦可发生

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

胁痛。

辨证论治

（1）临床表现

① 肝郁胁痛：胁肋作痛或左或右，痛无定处，常因情志波动时发作，伴有胸闷，噫气泛酸，善怒少寐等症，舌苔薄白，脉象弦劲。

② 湿热胁痛：胁痛偏于右侧，如刺如灼，急性发作时伴有恶寒发热，口苦，心烦，恶心呕吐，畏进油腻饮食，舌苔厚腻或黄腻，脉象弦数。

③ 瘀血胁痛：胁痛固定不移，持续不断，有慢性胁痛或跌仆损伤病史，胁下胀痛拒按，或有痞块，舌质偶见瘀点、瘀斑，脉弦或细涩。

④ 阴虚胁痛：胁痛隐隐，痛无定处，无肿胀重着感，劳累和体位变动时疼痛明显，面色少华，颧红，低热，自汗，头晕目眩，心悸，舌质偏红少苔，脉象细数。

（2）治疗

① 肝郁胁痛

治法：疏肝解郁。取足厥阴、少阳经穴为主，任脉及背俞为辅。针宜泻法。

处方：中庭　肝俞　期门　侠溪

方义：期门为肝之募穴，配肝俞为俞募配穴法，功能疏肝理气；侠溪为胆之荥穴，配中庭善解少阳之郁火，止胸胁疼痛。

随症选穴：泛酸加胃俞；少寐加神门。

② 湿热胁痛

治法：清热化湿，疏肝利胆。取足厥阴、手足少阳经穴为主，针用泻法。

处方：期门　日月　支沟　阳陵泉　太冲

方义：期门、日月是肝胆之气募集之处，泻之能疏利肝胆的气血；支沟、阳陵泉是治疗胁痛的成方，泻之能和解少阳而清热化湿。治疗胁痛诸穴有协同作用。

随症选穴：热重加大椎；呕恶、腹胀加中脘、足三里；心烦加郄门。

③ 瘀血胁痛

治法：活血通络，行气止痛。取足厥阴、少阳经穴为主，足太阴和背俞为辅。针用泻法。

处方：大包　京门　行间　膈俞　三阴交

方义：膈俞为血会，配三阴交以活血；大包是脾之大络，配京门以通络；行间疏肝行气，气行则血行，血行则络通，而胁痛可止。

随症选穴：跌仆损伤，可结合痛部取穴。

④ 阴虚胁痛

治法：滋阴养血，和络定痛。取足太阴、阳明及手少阴经穴为主。针用补法。

处方：阴郄　心俞　血海　三阴交

方义：汗为心之液，阴郄配心俞敛汗以养阴血，血为阴之类，血海配三阴交补阴以养血，使阴血充沛，络脉得其濡养则虚性胁痛可平，这是开源节流的治法。

随症选穴：潮热加膏肓；头晕加百会隔布灸。

文献摘要

《针灸聚英·伤寒》："胁痛：肝火盛，木气实，有气血，痰注，肝急，针丘墟、中

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

渎。”

《针灸大成·胸背胁门》：“胸胁痛：天井、支沟、间使、大陵、三里、太白、丘墟、阳辅。”

按语

急慢性肝炎、胆囊炎、胆石症、胸膜炎及其后遗症所引起的胁痛，以及闪挫胁痛、肋间神经痛、肋软骨炎等病证，均可参考本节施治。

黄　疸

概述

黄疸以目黄、肤黄、尿黄为主要症状，其中尤以目睛黄染为重要特征。

本证可见于多种疾病。临床上常见的急慢性肝炎、胰腺炎、胆囊炎、胆石症、肝硬化等，伴有黄疸证候者，可参照本节辨证论治。

病因病机

阳黄，多因外感湿热之邪，内蕴于肝胆，湿郁热蒸，以致疏泄功能阻滞，胆液横溢而成阳黄。若感受疫毒，则病势更为暴急。

阴黄：多因酒食不节，饥饱失宜，或思虑劳倦过度，均能损伤脾胃，健运失常，湿郁气滞，以致肝胆瘀积，胆汁排出不畅，外溢肌肤而渐成阴黄。

黄疸的病机总是胆液不循常道，上泛于目则目似淡金；外溢肌肤则肤黄如染；渗于膀胱则尿黄短涩，形成黄疸的主症。阳黄多属外感，病程较短。阴黄多属内伤，病程较长。但阳黄迁延日久，亦可能转为阴黄，阴黄复感外邪，亦可出现阳黄，形成虚实夹杂的证候。

辨证论治

（1）临床表现

① 阳黄：目肤色黄，鲜明如橘，发热，口干苦，渴喜冷饮，腹部胀满，胸中懊侬，小便短黄，大便秘结，舌苔黄腻，脉象弦数。若热毒内陷，可见神昏、发斑、出血等重症；若湿重于热，则黄疸略欠鲜明，发热较轻，脘痞，便溏，口渴不甚，苔腻微黄，脉象濡数。

② 阴黄：目肤俱黄，其色晦暗，或如烟熏，神疲，畏寒，纳少，脘痞，大便不实，口淡不渴，舌质淡苔腻，脉濡缓或沉迟。若胁下癥积胀痛，腹胀形瘦，饮食锐减，舌质微紫，或有瘀斑，舌苔剥蚀，脉象细涩，多为瘀血证候，或有恶性病变可能。

（2）治疗

① 阳黄

治法：疏肝利胆，清热化湿。取督脉、足厥阴、少阳经穴为主。毫针泻法。

处方：至阳　腕骨　阳陵泉　太冲

方义：阳黄的病机偏于湿热。故取至阳宣发督脉经气，配合腕骨疏泄太阳，清化在表之湿热；阳陵泉为足少阳的合穴，太冲为肝的原穴，泻之疏肝利胆，清化在里之湿热，使热退湿除，肝疏胆利，胆汁循于常道，则黄疸可退。

随症选穴：热重加大椎；神昏加人中、中冲、少冲（放血）；湿重加阴陵泉；脘痞便溏加足三里。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 阴黄

治法：健脾利胆，温化寒湿。取足阳明、太阴经穴及背俞为主。平补平泻，并用灸法。

处方：脾俞　足三里　胆俞　阳陵泉　三阴交　气海

方义：阴黄的病机偏于寒湿，灸脾俞、足三里温运脾胃而化寒湿。针阳陵泉、胆俞利胆以退黄。阴黄日久，每因气滞血瘀，导致胁肋胀痛，甚至形成癥积，可取三阴交、气海行气活血。这是寓泻于补的治法。

随症选穴：神疲畏寒加命门、关元，大便溏薄加天枢。

文献摘要

《针灸大成·肿胀门》："黄疸：百劳、腕骨、三里、涌泉、中脘、膏肓、大陵、劳宫、太溪、中封、然谷、太冲、复溜、脾俞。"

《针灸聚英·通玄指要赋》："胸结身黄，取涌泉而即可。"

按语

针灸治疗急性黄疸性肝炎有显著效果，其中对急性肝炎的胁肋痛的改善效果很显著，但治疗时需严格执行消毒隔离制度。其它疾病引起的黄疸，如急腹症黄疸，在明确诊断，非手术指征前提下，亦可参照本节配合治疗。

惊悸、怔忡

概述

惊悸，又名心悸、怔忡。本证以心中悸动、胸闷心慌、善惊易恐为主症。惊悸常因突然受惊而发作；怔忡常因劳累而发作，与惊恐无关。鉴于二者在病因病机和针灸治疗方面均较为相似，故合并叙述。

风湿性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病、肺源性心脏病以及神经官能症等出现心悸，均可参考本节论治。

病因病机

平素心气怯弱，或久病心血不足，骤遇惊恐，则"心无所依，神无所归"，心神不宁而为心惊。

饮食伤脾，湿盛生痰，思虑烦劳，气郁化火，以致痰火内扰，使"心脏之气不得其正"，遂成心悸。

久患痹怔，风寒湿热之邪，内侵于心，心脉痹阻，气滞血瘀，而成怔忡，甚至损及心阳，出现衰竭危象。

辨证论治

(1) 临床表现

① 气虚心悸：心脏悸动不宁，难以自主，善惊易恐，短气，手心多汗，神倦，不易入睡，静卧休息，症状可自动减轻，舌苔薄白，脉细数。

② 血虚心悸：心悸不宁，思虑劳累尤甚，面色少华，头晕目眩，短气，舌质淡红，脉细数。若心中烦热，少寐多梦，口干，耳鸣，面赤升火，舌尖深红，脉细数，则为阴虚火旺。

③ 痰火心悸：心悸时发时止，烦躁不宁，胸闷，头晕，失眠多梦，容易惊醒，口

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

苦，咳嗽咯痰稠粘，小便黄，大便不爽，舌苔黄腻，脉滑数。

④ 血瘀心悸：心悸持续多年，日渐加重。动则气喘，或有阵发性胸痛，面色黄瘦，唇舌紫黯，脉象细涩结代。甚至心阳不振，怔忡不已，形寒肢冷，咳喘不能平卧，冷汗，浮肿，脉微欲绝。

（2）治疗

① 气虚心悸

治法：益气安神。取手少阴、厥阴经穴及俞募穴。针宜补法。

处方：心俞　巨阙　间使　神门

方义：心俞、巨阙为俞募配穴法，功能调补心气；间使、神门宁心安神，主治心悸、心痛。

随症选穴：善惊加大陵；多汗加膏肓俞。

② 血虚心悸

治法：养血定悸。取手少阴、足阳明经穴及背俞。针宜补法，加灸。

处方：膈俞　脾俞　通里　神堂　足三里

方义：血会膈俞，配神堂补血养心，配通里安神定悸。血液的生成，赖水谷精微所化，故取脾俞、足三里健运中焦以助生血之源。

随症选穴：烦热加劳宫；耳鸣加中渚；虚火面赤加太溪。

③ 痰火心悸

治法：清火化痰。取手三阴经穴及足阳明经穴，针宜泻法。

处方：灵道　郄门　肺俞　尺泽　丰隆

方义：灵道、郄门安神止悸，尺泽、肺俞泻肺清火，丰隆和中化痰，使痰火既除，则咳喘心悸可平。

随症选穴：失眠加厉兑；便秘加大肠俞。

④ 血瘀心悸

治法：活血强心。取手少阴、厥阴、足太阴、任脉经穴。平补平泻。

处方：曲泽　少海　气海　血海

方义：心包是心的宫城，故取二经的合穴曲泽和少海，强心定悸止痛，以治其标。心气虚弱则血运不畅以致心脉瘀阻，心阳不振，故灸气海助阳益气，针血海活血化瘀，以治其本。

随证选穴：脉微欲绝加内关，太渊；浮肿加灸水分。

文献摘要

《针灸大成·心脾胃门》："心烦，怔忡：鱼际。……心惊恐：曲泽、天井、灵道、神门、大陵、鱼际、二间、液门、少冲、百会、厉兑、通谷、巨阙、章门。"

《针灸聚英·玉龙赋》："通里疗心惊而即瘥。"

《针灸聚英·拦江赋》："心胸之病四关担。"

按语

针灸治疗心悸不仅能控制症状，而且对疾病的本身也有调整和治疗作用。但在器质性心脏病出现心衰倾向时，则应针对病情的轻重缓急，及时采用综合治疗措施。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

痹　证

概述

痹，有闭阻不通的意义。凡外邪侵入肢体的经络、肌肉、关节，气血运行不畅，引起疼痛、肿大、重胀或麻木等症，甚至影响肢体运动功能者，总称痹证。

本证可包括风湿热、风湿性关节炎。肌纤维组织炎以及坐骨神经痛等。

病因病机

痹证的成因，多由卫气不固，腠理空疏，或劳累之后，汗出当风涉水冒寒，久卧湿地等，以致风寒湿邪乘虚侵入，经络痹阻，发为风寒湿痹。《素问·痹论》说“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”

由于感受风寒湿三气各有偏胜，故以风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹。如素有蓄热，复感风寒湿邪，寒从热化，则为风湿热痹。

痹证受病有浅深轻重的不同，大抵皮肤、肌肉受病者，其病浅而轻，筋脉、骨节受病者，其病深而重。

痹证迁延日久，正气虚惫，风寒湿热之邪，亦可内传于脏腑。《素问·痹论》说“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干，善噫，厥气上则恐。”这是类似风湿性心脏病的记载。

辨证论治

(1) 临床表现

行痹：风邪偏胜。证见肢体关节走窜疼痛，痛无定处；或在一处作痛，向远处放射，牵掣麻木，如风行之速，以致患肢曲不敢伸，伸则痛麻难忍。有时兼有寒热，舌苔薄白或淡黄，脉象浮弦。

痛痹：寒邪偏胜。证见肌肉关节疼痛。痛势较剧，痛处有冷感，得热痛减，遇寒则甚，常喜按揉击拍以求缓解，舌苔薄白，脉象浮紧。

着痹：湿邪偏胜。证见肢体关节酸痛沉重，肌肤微肿，不红，痛有定处，阴雨风冷天气每易发作，舌苔白腻，脉濡。

热痹：风湿化热，证见四肢关节酸痛，肿大，痛不可近，活动受限，伴有咽痛，发热，多汗而热不退，小便短赤，舌苔厚腻而黄，脉象濡数。

(2) 治疗

治法：以近部与循经取穴为主，辅以阿是穴。病在皮肤、肌肉宜浅刺，或用皮肤针叩击；病在筋骨宜深刺留针；病在血脉可放血。

处方：肩部：肩髃　肩髎　臑俞

肘部：曲池　合谷　天井　外关　尺泽

腕部：阳池　外关　阳溪　腕骨

背脊：水沟　身柱　腰阳关

骶部：环跳　居髎　悬钟

股部：秩边　承扶　阴陵泉

膝部：犊鼻　梁丘　阳陵泉　膝阳关

踝部：申脉　照海　昆仑　丘墟

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方义：以上各部处方，可针对具体病情灵活运用，大抵风寒湿痹宜针灸并用，热痹单针不灸，并可放血。总以疏风散寒化湿清热为目的，使筋脉通畅，气血调和，则痹痛可蠲。

随症选穴：行痹：风门　膈俞　肝俞

痛痹：肾俞　关元

着痹：脾俞　足三里　阴陵泉

热痹：大椎　曲池

文献摘要

《针灸大成·痹厥门》："风痹：尺泽、阳辅。"

《针灸聚英·肘后歌》："鹤膝肿劳难移步，尺泽能舒筋骨疼。更有一穴曲池妙，根寻源流可调停。其患若要便安愈，加以风府可用针。更有手臂拘挛急，尺泽深刺去不仁。腰背若患挛急风，曲池一寸一分攻……。"

按语

有关痹证的病因病机和辨证治疗，在《内经》中有系统的详细的论述。尤其在刺法方面内容丰富多彩，形式多种多样。例如，用"半刺"治皮痹，"豹文刺"治脉痹，"关刺"治筋痹，"合谷刺"治肌痹，"输刺"治骨痹等等，颇有实用意义。

痿　证

概述

痿证是指肢体筋脉弛缓，萎弱无力，或不能随意运动，伴有麻木，肌肉萎缩，甚至运动功能丧失而成瘫痪之类的病症。因其多见于下肢，故又称"痿躄"。

本症常见于多发性神经炎、小儿麻痹后遗症、急性脊髓炎、重症肌无力、癔病性瘫痪以及周期性瘫痪等。

病因病机

肺胃热盛：感受温邪热毒，肺受热灼，津液耗伤，不能输精于皮毛，筋肉失于濡润；或因嗜食辛辣甘肥，脾胃积热，津液亏耗，筋肉失却滋养，遂成痿证。

湿热浸淫：久卧湿地，涉水淋雨，感受湿邪，湿留不去，郁而化热，蕴蒸阳明，以致宗筋弛缓而成痿证。

肝肾阴虚：老年肝肾不足，或因久病阴虚不复，或房劳伤肾，阴精虚乏，筋脉失其营养，亦可渐成痿证。

辨证论治

（1）临床表现

痿证以患肢筋肉弛缓、萎缩、运动无力甚至瘫痪为主症。四肢均可罹患，但以下肢为多见，一侧或两侧同病。轻证运动功能减弱，重证完全不能动弹，渐至肌肉萎缩软瘫。

痿证初期，属于肺胃热盛者，兼有发热、咳嗽、烦心、口渴、小便短赤、大便泄泻、舌红苔黄，脉象洪数。属于湿热浸淫者，兼见肢体酸重，发热多汗，胸闷，患肢恶热，得冷则舒，小便混浊，舌苔黄腻，脉濡数。属于肝肾阴亏者，发病缓慢，痿势逐渐加重，无发热等表证。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

痿证后期，若迟迟不能康复，则成痼疾，肝肾不足则面色少华，腰脊酸软，头晕目眩，心悸自汗，舌红少苔，脉象细弱。如脾胃虚弱，则面色萎黄，短气，自汗，食少，便清，患肢萎细而浮肿，舌淡苔白，脉象濡缓。

(2) 治疗

治法：取手足阳明、太阴经穴，兼取足少阴、厥阴经穴。针用泻法。

处方：肩髃　曲池　合谷　阳溪　髀关　梁丘　足三里　解溪

肺热配尺泽、肺俞；胃热配内庭、中脘；湿热配阴陵泉、脾俞；肝肾阴虚配肝俞、肾俞、悬钟、阳陵泉。

方义：本方根据《内经》"治痿独取阳明"的治疗原则，取手足阳明经穴轮换使用，以清其热。阳明与太阴为表里，肺主治节，脾主运化，故取肺俞、尺泽清肺热以生津液；脾俞、阴陵泉化湿热以健中州。肝肾两虚，当取肝俞、肾俞，调补二脏精气；肝主筋，故取筋会阳陵泉；肾主骨髓，故取髓会悬钟。四穴相配，有强筋骨的功效。胃热盛者，泻中脘、内庭。

随症选穴：发热加大椎；多汗加太溪、阴郄。

文献摘要

《针灸甲乙经·热在五脏发痿第四》："口缓不收，不能言语，手足痿躄不能行，地仓主之。痿不相知（一云身重骨痿不相知），太白主之。痿厥身体不仁，手足偏小，先取京骨，后取中封、绝骨，皆泻之。痿厥寒，足腕不收，躄，坐不起，髀枢脚痛，丘墟主之。虚则痿躄，坐不能起；实则厥，胫热膝痛，身体不仁，手足偏小，善啮颊，光明主之。"

《针灸聚英·伤寒》："痿：有湿热，有痰，有无血而虚，有气弱，有瘀血，针中渎、环跳、灸足三里、肺俞。"

按语

针灸治疗多种原因引起的痿证，具有一定的疗效。其中对小儿麻痹后遗症，如能早期治疗，并结合功能锻炼，则效果更佳。

足　跟　痛

概述

足跟痛是指足跟一侧或二侧疼痛，不红不肿，行走不便等。其常见的疼痛部位与足太阳膀胱经、足少阴肾经关系密切。本病尤多见于中老年人。

引起足跟痛的原因，一般认为与肾气不足有关。除此之外，不少疾病引起的慢性劳损，运动创伤，畸形以及络伤，也可引起足跟痛。

病因病机

寒湿入络：多由冒雨跋涉，久处湿地，寒湿侵袭络脉，气血阻滞作痛。日久湿邪化热，兼见足跟重着，作肿。

肾气亏虚：阳虚或年老体衰，精血不足，血不养筋，亦可引起足跟痛。

外伤劳损：长途跋涉，负重久行，或长久站立，局部挫伤，致使局部气滞血瘀，筋脉失养，发为足跟痛。

辨证论治

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）临床表现

寒湿侵络：足跟酸痛作肿，畏寒肢冷，恶寒发热，肢体困乏沉重，头重如裹，小便混浊，舌苔白腻，脉紧滑或沉迟。

肾气亏虚：足跟痛，腰膝酸软，神疲，健忘，耳聋耳鸣，小便频数，形寒肢冷，面色无华，舌淡，苔白，脉细弱无力。

外伤劳损：跟部有损伤史，跟腱部疼痛时轻时重，活动时开始疼痛加重，随后痛减，跑、跳、上下楼或负重行走时疼痛加重，舌脉如常。

（2）治疗

① 寒湿侵络证

治法：祛寒利湿，通络止痛。以取足太阳膀胱经、足太阴脾经经穴为主，针刺用泻法。

处方：昆仑　仆参　三阴交　委中

方义：昆仑为足太阳经之原，仆参为太阳经与阳跷的交会穴，两者相配可解表散寒，除足跟之肿痛；三阴交可健脾除湿；委中是足太阳之合穴，可解表利水，湿去则肿自消。

随症配穴：畏寒肢冷灸关元、足三里；肢体沉重加足三里、阴陵泉；小便不利加次髎，水分。

② 肾气亏虚证

治法：温补肾阳。以取足太阳、足少阴经穴为主，针用补法。

处方：太溪　仆参　照海　大钟　肾俞

方义：太溪为足少阴之原穴，可温补肾气；照海、大钟、仆参均有局部治疗作用。其中大钟为足少阴肾经之络穴，一络两通，可强腰膝，主治足跟痛。肾俞可调补肾气，主腰、足疼痛。诸穴相配共奏温肾阳、行气血，止足痛之效。

随症配穴：小便频数灸关元，针百会；精神不振加命门、关元；健忘加百会、风池、心俞；耳聋耳鸣加百会、风市、中渚。

③ 外伤劳损证

治法：活血祛瘀，理筋通络。以局部取穴为主，针刺平补平泻。

处方：太溪　照海　大钟　然谷　金门　仆参　悬钟　阳陵泉

方义：太溪、照海、大钟、然谷为局部治疗作用，直接疏通局部气血，消肿散瘀止痛。阳陵泉为筋之会，刺之有舒筋镇痉止痛之效。悬钟为髓会，可益肾止痛。诸穴相配，可祛瘀活血理筋止痛。

随症配穴：跟痛胫肿加阴陵泉、三阴交；不能长久站立加足三里、筑宾。

文献摘要

《灵光赋》："后跟痛在仆参求。"

《胜玉歌》："踝跟骨痛灸昆仑。"

按语

足跟痛是常见病证之一，易发于中老年人、运动员等人。相当于今天的跟骨骨刺，跟骨下滑囊炎、跖腱膜炎、跟骨下脂肪垫炎、跟骨皮下滑囊炎等，这些病证多由劳损或运动创伤所引起，临床可根据疼痛部位参照本篇治疗。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

月经不调

概述

凡月经周期、经量、经色出现异常，并伴有其它症状者，总称“月经不调”。临床上称月经先期为“经早”，月经后期为“经迟”，月经先后不定期为“经乱”。由明显的环境、气候和情绪等原因引起的短暂月经不调，不作病态。

本病常伴有经量、经质、经色的变异，临证时应进行全面地综合分析，以期明辨虚实寒热。

本病可见于各种生殖器官炎症、发育异常、肿瘤等，以及脑垂体前叶病变，以及卵巢功能异常等疾病。

病因病机

经早：素体阳盛，嗜食辛辣之品，助阳生热；或情志抑郁，肝郁化火，热蕴胞宫，血热妄行；或久病之后损气伤阴，阴虚内热，冲任不固。均可导致月经先期。

经迟：素体阳虚，寒邪内生；或行经之际，淋雨涉水，贪食生冷，寒邪搏于冲任，血为寒凝，经行受阻；或肝气不疏，气滞血郁，胞脉血运不畅；或病后失调，产孕过多，营血亏损；或饮食劳倦，脾胃两虚，生化之源不足，气衰血少。均可引起月经后期而至。

经乱：多因肝郁、肾虚所致。肝藏血而主疏泄，若郁怒伤肝，肝气疏泄太过则月经偏于先期，疏泄不及则月经偏于后期。肾主封藏而司生育，若素体肾气不足，或房室不节，或孕育过多，肾失封藏，损伤冲任，血海溢蓄失调，致使月经周期错乱。

辨证论治

（1）临床表现

① 经早：月经周期提前六天以上，甚至一月两次。月经量多，色深红或紫红，经质粘稠，兼见心胸烦热，面赤口干，小便黄，大便干，舌红苔黄，脉滑数者，为实热证。月经量少色红，经质粘稠，潮热盗汗，手足心热，腰膝酸软，舌红苔少，脉细数者为虚热证。经量或多或少，经色紫红，或来有瘀块，经行不畅，或胸胁及乳房作胀，小腹胀痛，心烦易怒，口苦咽干，舌苔薄白，脉弦数者为郁热证。月经量多色淡，质地清稀，神倦肢疲，心悸气短，纳少便溏，小腹下坠，舌淡苔薄，脉弱无力者为气虚证。

② 经迟：月经周期推迟七天以上，甚至四、五十天一潮。经期延后，月经色黯而量少，小腹冷痛，得热则减，或畏寒肢冷，面色苍白，舌苔薄白，脉沉紧者为寒实证。月经色淡而量少，经质清稀，小腹隐隐作痛，喜热喜按，小便清长，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉沉迟者为虚寒证。月经量少色淡，经质清稀，面色苍白，头晕目眩，心悸少寐，舌淡苔少，脉细弱者为血虚证。月经错后，经量少，经色黯红，夹有瘀块，小腹胀痛，胸胁乳房作胀，舌苔薄白，脉弦者为气滞证。

③ 经乱：月经不能按周期来潮，或提前或延后，经量或多或少，经色紫黯，经行不畅，胸胁乳房胀痛，嗳气不舒，喜叹息，苔薄白，脉弦者为肝郁证。经来先后不定，量少色淡，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌淡苔白，脉象沉弱者为肾虚证。

（2）治疗

① 经早

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：清热调经。取任脉和足三阴经穴为主。实证用泻法，虚证用补法，气虚者针灸并用。

处方：关元　血海

实热配太冲、曲池；虚热配三阴交、然谷；郁热配行间、地机；气虚配足三里、脾俞。

方义：本方配穴的主要作用是清热凉血，调理冲任。关元属任脉经穴，又是足三阴经的交会穴，“冲脉起于关元”，故关元是调理冲任的要穴；合血海以调血。冲任调和，经血则按时而行。实热者配曲池、太冲以清解血分之热。虚热者，配三阴交、然谷以益阴清热。郁热者配行间、地机以疏肝解郁，清泻血分之热。气虚者配足三里、脾俞益气摄血。

随症选穴：心烦加间使；盗汗加阴郄、后溪；腰酸痛加肾俞、腰眼；胸胁胀痛加内关、期门；腹胀痛加气海、气穴；瘀血加中极、四满；月经过多加隐白。

② 经迟

治法：温经和血。取任脉和足三阴经穴为主。针灸并施。

处方：气海　气穴　三阴交

寒实配归来、天枢；虚寒配命门、太溪；血虚配足三里、脾俞、膈俞；气滞配蠡沟。

方义：肾气旺盛，月经才能应时来潮。气海是任脉经穴，气穴是肾经和冲脉之会，二穴相配有调和冲任的作用；三阴交为足三阴经之会，功能益肾调血，补养冲任。寒实者灸阳明经穴天枢、归来以温通胞脉，活血通经；虚寒者加灸命门、太溪温肾壮阳以消阴翳；血虚者加足三里、脾俞、膈俞，调补脾胃以益生血之源；气滞者取蠡沟疏肝解郁，理气行血。

随症选穴：小腹冷痛加关元；心悸失眠加神门；腹胀痛，经血有块加中极、四满。

③ 经乱

治法：调补肝肾。取任脉和足三阴经穴为主。酌情补泻。

处方：关元　三阴交

肝郁配太冲、肝俞、期门；肾虚配肾俞、太溪、水泉。

方义：关元与三阴交相配可和肝补肾，调理冲任。冲任调和经血才能应时来潮。配太冲、肝俞、期门以疏肝解郁；肾俞、太溪、水泉调补肾气以益封藏，则血海蓄溢有时，经血可调。

随症选穴：经行不畅加蠡沟；胸胁胀痛加支沟、太冲；腰脊酸软加肾俞、曲泉。

文献摘要

《针灸甲乙经·妇人杂病第十》：“经闭不通，小便不利，中极主之……妇人漏下，若血闭不通，逆气胀，血海主之。”

《针灸大成·妇人门》：“月经不调：气海、中极、带脉（一壮）、肾俞、三阴交。”

按语

月经病患者，日常应注意生活调养和经期卫生，如精神舒畅，调节温寒，适当休息，戒食生冷及辛辣食物等。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

带　下

概述

带下，是指妇女阴道内流出的一种粘稠液体，如涕如脓。因与带脉有关，故意称带下。临床以带下色白者较为多见，所以又通称为白带。

阴道炎、宫颈炎、盆腔炎等均可引起带下，可参照本病进行辨证论治。

病因病机

带下多由脾虚运化失常，水湿内停，郁久而化热，湿热下注；或肾气不足，下元亏损，任带失于固约；或经行产后，胞脉空虚，湿毒秽浊之气乘虚而入，损伤冲任而致。临床上以脾虚、肾虚和湿毒下注引起的较多。

辨证论治

（1）临床表现

① 脾虚：带下色白或淡黄，无臭味，质粘稠，连绵不绝，面色萎黄，纳少便清，精神疲倦，四肢倦怠，舌质淡苔白腻，脉缓而弱。

② 肾虚：带下色白，量多，质清稀，连绵不断，小腹发凉，腰部酸痛，小便频数而清长，夜间尤甚，大便溏薄，舌质淡苔薄白，脉沉迟。

③ 湿毒：带下状如米泔，或黄绿如脓，或夹有血液，量多而臭，阴中瘙痒，口苦咽干，小腹作痛，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数。

（2）治疗

① 脾虚

治法：健脾益气，利湿止带。取任脉、带脉、足太阴经穴为主。针刺补法，并灸。

处方：气海　带脉　白环俞　三阴交　足三里

方义：本方有健脾利湿，调理任带的作用。取带脉以固摄本经经气；气海调理任脉，理气化湿；取白环俞助膀胱之气化，利下焦之湿邪；足三里、三阴交，健脾利湿。脾健湿除，带脉固摄，则带下自除。

随症选穴：带下连绵不绝加冲门、气冲、中极；纳少便溏加中脘、天枢。

② 肾虚

治法：温补肾阳，固摄任带。取任脉、带脉、足少阴经穴为主。针刺补法，重用艾灸。

处方：关元　带脉　肾俞　次髎　照海

方义：本方取关元、肾俞、照海，重用灸法，有补益肾气，温暖下焦，固摄带脉的作用。带脉、次髎施以艾灸，为治疗带下病的有效穴位。

随症选穴：带下量多加大赫、气穴；腰部酸痛加腰眼、小肠俞。

③ 湿毒

治法：清热解毒，利湿祛邪。取任脉、带脉和足太阴经穴为主，辅以足厥阴经穴。针刺泻法。

处方：带脉　中极　阴陵泉　下髎　行间

方义：取带脉、中极清泻下焦湿热，调理任带以行约束之权；下髎为治疗湿热的有效穴位；阴陵泉可清热解毒、利湿止带。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

随症选穴：阴中痒痛加蠡沟、太冲、独阴；带下色红加间使。

文献摘要

《针灸甲乙经·妇人杂病第十》："女子赤淫时白，气癃，月事少，中髎主之。女子下苍汁，不禁赤沥，阴中痒痛，引少腹控眇，不可俯仰，下髎主之。"

《针灸大成·妇人们》："赤白带下；带脉，关元、气海、三阴交、白环俞、间使（一十壮）。"

按语

针灸治疗带下有一定的疗效，但应查明原因，明确诊断，再予治疗。如病人年龄在40岁以上，带下赤黄，应排除癌的可能性。平时应节制房事，注意经期卫生，保持外阴清洁。

疝　气

概述

疝气，泛指睾丸、阴囊、少腹肿大疼痛而言。本病以腹痛控睾，形寒肢冷，痛甚欲厥为寒疝；睾丸肿大，硬痛积液，阴囊红肿热痛为湿热疝；小肠脱入阴囊为狐疝。

肠套叠、肠嵌顿、精索扭转和丝虫病发作引起的阴囊睾丸红肿热痛，均可参照本节论治。

病因病机

寒疝：坐卧湿地或经受雨淋风冷；寒湿循任脉与足厥阴经，凝滞于少腹、睾丸；阴囊等部，血气痹阻，遂成寒疝。

热疝：寒湿之邪蕴结化热，或肝脾二经湿热下注，以致睾丸肿大积水，阴囊红肿热痛，而成热疝。

狐疝，强力负重，劳累过度，络脉损伤，气虚下陷，以致小肠脱入阴囊，坠痛时作时止，成为狐疝。

辨证论治

（1）临床表现

① 寒疝：少腹睾丸牵掣绞痛，甚则上攻胸胁，痛甚欲绝，茎缩囊冷，形寒，手足欠温，面色苍白，苔白舌淡，脉象弦紧或沉伏。

② 热疝：睾丸胀痛，阴囊红肿灼热，患部拒按，伴有恶寒发热头痛肢酸，小便短赤，口中粘腻，舌苔腐厚黄腻，脉象濡数，若热退湿留，每因睾丸积液，而形成偏坠。

③ 狐疝：少腹部与阴囊牵连坠胀疼痛，甚则控引睾丸，立则下坠，卧则入腹，重症非以手推托不能使坠物回收入腹。常因反复发作，久延失治，而兼见食少、短气、疲乏等症。

（2）治疗

① 寒疝

治法：温化寒湿，疏通经脉。取任脉、足厥阴经穴。针用泻法，并灸。

处方：期门　大敦　气海

方义：疝气多属任脉、足厥阴病变。任脉为病，内结七疝。足厥阴经脉过阴器抵小腹其病则七疝、少腹肿。本方气海疏通任脉气血，温化寒湿。期门是肝经募穴，大敦是

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

肝经井穴，二穴上下呼应，用来治疗疝气，可收疏肝行气，散结止痛之效。

随症选穴：厥逆加灸神阙、足三里。

② 热疝

治法：清热化湿，消肿散结。取足三阴经穴。针用泻法，不灸。

处方：大敦　照海　阴陵泉

方义：大敦是治疗疝气的要穴，配阴陵泉可清泄肝脾二经湿热。疝气与肾经的关系至为密切，所以针泻八脉交会穴照海，可以疏通足少阴经的气血，散结止痛。

随症选穴：少腹痛胀加大巨、关元；恶寒身热加合谷、外关。

③ 狐疝

治法：补气升陷，止痛。取任脉、足阳明经穴为主。针用补法，并灸。

处方：归来　关元　三角灸

方义："小肠气痛归来治"。归来之所以能治小肠气痛，是因为它是足阳明经的要穴，阳明多气多血，合于宗筋，配关元能补气升陷止痛。三角灸是治疗疝气的成方，频频灸之，有防止复发的作用。

文献摘要

《针灸聚英·百证赋》："大敦、照海，患寒疝而善遗。"

《针灸大成·胜玉歌》："小肠气前痛归来治。"

《针灸大成·阴疝小便门》："阴疝：太冲、大敦。"

按语

狐疝和小肠坠入阴囊不能回收，甚至发生嵌顿，以及睾丸积水久久不能吸收的病例，应采用手术治疗。

急　惊　风

概述

惊风，是以四肢抽搐，口噤不开，角弓反张和意识不清为特征的一种病症，又称"惊厥"其中发病迅速，症情急暴者称为急惊风。

本症在很多疾病中均可引起，常见于5岁以下的婴幼儿，年龄越小发病率越高，7岁以后逐渐减少。

小儿高热，急性上呼吸道感染，肺炎，急性菌痢，流行性脑膜炎，流行性脑炎，癫痫以及大脑发育不全的病证，均可参照本篇治疗。

病因病机

外感时邪：小儿肌肤薄弱，腠理不密。极易感受时邪，化火生风，内陷厥阴，而致神昏抽搐之症。

痰火积滞：饮食不节，积滞胃肠，痰浊内生，气机壅阻，郁而化热，热极生风，亦可酿成本病。

暴受惊恐：小儿神气怯弱，元气未充，如乍见异物，乍闻怪声，或不慎跌扑等，暴受惊恐。恐则气下，惊则气乱，神无所依，亦可引起惊厥。

辨证论治

（1）临床表现

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本病来势急骤，发作前常有壮热面赤，烦躁不宁，摇头弄舌，咬牙，后齿，睡中易惊，或昏沉嗜睡等先兆。但为时短暂，很快即出现急惊风的症状，神志昏迷，两目上视，牙关紧闭，颈项强直，角弓反张，四肢抽搐，关纹青紫。

① 外感惊风：兼见发热，头痛，咳嗽，咽红，或恶心呕吐，或口渴烦躁。

② 痰热惊风：兼见发热，腹胀腹痛，呕吐，喉间痰鸣，便秘或大便腥臭，挟有脓血。

③ 惊恐惊风：不发热，四肢欠温，夜卧不宁，或昏睡不醒，醒后哭啼易惊。

(2) 治疗

① 外感惊风

治法：清热祛邪，开窍熄风。取督脉、十二井穴为主。针刺泻法。

处方：大椎　合谷　太冲　阳陵泉　十二井穴

方义：本方取大椎清泻热邪；刺十二井穴出血，既可泄热，又有开窍醒神之效；取太冲配合谷以平肝熄风；取筋会阳陵泉以舒筋止痉。

随证选穴：热重加曲池；呕吐加中脘、内关。

② 痰热惊风

治法：清热豁痰，开窍熄风。取任督、足阳明、厥阴经穴为主。针刺泻法。

处方：水沟　颅息　中脘　丰隆　神门　太冲

方义：水沟属督脉通于脑，有醒神开窍的功效；颅息泄三焦之火以止痉；中脘、丰隆导滞化痰；神门属心经原穴，太冲属肝经原穴，二穴相配可清心泻肝，镇惊熄风。

随症选穴：目上视加神庭、囟会、筋缩；牙关紧闭加颊车、合谷；腹胀加天枢、气海。

③ 惊恐惊风

治法：镇惊安神。取督脉、手足少阴经穴为主。针刺泻法。

处方：前顶　印堂　神门　涌泉

方义：前顶属督脉，印堂为奇穴，二穴有镇惊作用，善治惊风；神门为心经原穴，有宁心安神的作用；肾经井穴涌泉可熄风止痉。

随症选穴：惊风不止加颅息、囟会；昏睡不醒加人中。

文献摘要

《针灸大成·小儿门》："惊风：腕骨。……摇头张口，反折：金门……角弓反张：百会。"

《医学入门·杂病穴法歌》："小儿惊风少商穴，人中、涌泉泻莫深。"

按语

针灸治疗急惊风可镇惊止痉以救其急，痉止之后，必须查明原因，采用相应的治疗措施。

疳　积

概述

疳疾，是以面黄肌瘦，毛发焦枯，饮食反常，腹部膨胀，精神萎靡为特征的一种慢性疾病。"疳"字的含义有二，一是"疳"者"甘"也，指发病原因，小儿恣食肥甘，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

损伤脾胃，积滞中焦，日久形成疳证；二是“疳”者“干”也，是指病机和病症，如气阴耗伤过重，形体干瘦而成疳证。

本病多见于5岁以下的婴幼儿。小儿生机蓬勃，发育迅速，营养物质极为重要，所以本病久延失治，往往影响小儿的生长和发育。

本证可见于小儿喂养不足、饮食失调、以及慢性腹泻、肠寄生虫病、结核病等。

病因病机

小儿乳贵有时，食贵有节，若乳食无度，或恣食肥甘生冷，壅滞中焦，损伤脾胃，运化失常，形成积滞，积滞日久，纳运无权，乳食精微无从运化，以致脏腑肢体缺乏濡养，渐至身体羸瘦，气阴亏损，终成疳证。或饮食不洁，感染虫疾，耗夺血气，不能濡养脏腑筋肉，日久成疳。

辨证论治

(1) 临床表现

不论何种原因引起的疳疾，均可见形体干枯羸瘦，精神疲惫，面色萎黄，头发稀疏，肌肤甲错等症。

① 因于脾胃虚弱者，兼见大便溏泄，完谷不化，腹部凹陷如舟，四肢不温，睡卧不宁，露睛，甚则伴有发育障碍，唇舌色淡，脉细无力。

② 因于虫疾者，兼见食欲异常，或嗜食无度，不知饥饱，或嗜食异物，脘腹胀大，青筋暴露，经常腹痛，睡中咬牙，舌质淡，脉细弦。

(2) 治疗

① 脾胃虚弱证

治法：调理脾胃，培中化滞。取俞募、足太阴、阳明经穴为主。毫针浅刺，补法。

处方：中脘　章门　脾俞　胃俞　足三里　公孙　四缝

方义：本方用中脘、章门、脾俞、胃俞，是俞募配穴法；配足三里、公孙以调补脾胃，消食导滞。四缝用三棱针刺出少量黄水，为治疗疳疾的要穴。

随症选穴：积滞加建里；腹胀、便溏加下脘、天枢、气海；四肢不温加气海；睡卧不宁加间使。

② 感染虫疾

治法：消积驱虫。取任脉、足阳明经穴为主。针刺先泻后补。

处方：巨阙　中脘　天枢　百虫窝　足三里

方义：巨阙行气降逆，配中脘、天枢疏通胃肠积滞，百虫窝为经外奇穴，是驱虫的要穴。

随症选穴：脘腹胀大加章门、气海；睛生云翳加行间、阳陵泉。

文献摘要

《针灸聚英·玉机微义针灸证治》：“小儿疳瘦脱肛，体瘦渴饮，形容瘦瘁，诸方不瘥，灸尾翠骨上二寸陷中三壮。……小儿身羸瘦，贲豚腹胀，四肢懈惰，肩背不举，灸章门。”

按语

小儿饮食须定食定量，不宜过饥过饱或过食油腻，在治疗过程中可配合捏脊疗法，以提高疗效。婴儿断乳时，应给予适量的营养。因肠寄生虫或肠结核引起的小儿疳积，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

应积极治疗原发病。

风　疹

概述

风疹，即荨麻疹。又有“瘾疹”、“风疹块”等名称，是一种常见的皮肤病。其特征是皮肤上出现鲜红色或苍白色的瘙痒性风团。急性者短期发作后多可痊愈，慢性者常反复发作，可历数月或经久难愈。

病因病机

本病多由腠理不固，为风邪侵袭，遏于肌肤而成；或因体质因素，不耐鱼虾荤腥等食物，或患肠道寄生虫病，导致胃肠积热，郁于肌表而发风疹。

辨证论治

（1）临床表现

皮肤突然出现疹块，此起彼伏，疏密不一。颜色或红或白，瘙痒异常。其发病颇为迅速，但消退亦快，也可一天发作数次，风疹发于咽喉部者，可引起呼吸困难，甚至造成窒息。

若病起急骤，身热，口渴，或兼咳嗽，肢体酸楚，苔薄白，脉濡数，系为风邪外袭；若发疹时伴有脘腹疼痛，神疲纳呆，大便秘结或泄泻，苔黄腻，脉滑数，证属肠胃积热。

（2）治疗

① 外感风邪

治法：疏风和营。取督脉，手阳明经穴为主。针用泻法。也可用皮肤针叩刺。

处方：肩髃　阳溪　大椎　鱼际　三阴交

方义：“肩髃、阳溪，消瘾风之热极”，配大椎以增强疏散风热的作用。又取鱼际清宣肺卫，三阴交调脾和营，使风热得解，营卫调和，则风疹可消。

随症配穴：咽痛加少商，用三棱针点刺放血。

② 胃肠积热

治法：清热和营。取阳明、太阴经穴。针用泻法。

处方：曲池　足三里　血海　列缺

方义：本证总胃肠积热不得疏泄透达，怫郁于皮毛腠理之间所致。故取曲池、足三里清泄阳明积热，列缺宣肺透表，血海理血和营。

随症配穴：腹痛加建里；腹泻加天枢；喘息加尺泽、膻中。

文献摘要

《针灸大成·小儿门》：“热风瘾疹：肩髃、曲池、曲泽、环跳、合谷、涌泉。”

《医宗金鉴·刺灸心法要诀》：“阳溪主治诸热证，瘾疹痈疥亦当针。”

按语

针灸治疗风疹效果良好，慢性应尽可能查明原因，找出致敏源，针对病因进行治疗。治疗时，应注意忌食鱼腥发物，保持大便通畅。部分患者在月经前几天出现风疹，并随着月经的干净而消失，但在下次月经来潮时又发作，可伴有痛经或月经不调。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

扭　伤

概述

扭伤是指四肢关节或躯体的软组织损伤，如肌肉、肌腱、韧带，血管等扭伤，而无骨折、脱臼、皮肉破损的证候。临床主要表现为受伤部肿胀疼痛，关节活动障碍等。

病因病机

多由剧烈运动或负重不当、跌仆。牵拉以及过度扭转等原因，引起筋脉及关节损伤，气血壅滞局部而成。

辨证论治

（1）临床表现

扭伤部因瘀阻而肿胀疼痛，伤处肌肤出现青紫。新伤局部有微肿，按压疼痛，表示伤势较轻；如红肿高大，关节屈伸不利，表示伤势较重；陈伤一般肿胀不明显，常因风寒湿邪侵袭而反复发作。扭伤部位常发生于颈、肩、肘、腕、腰、髀、膝、踝等处。

（2）治疗

治法：以受伤局部取穴为主，毫针用泻法。陈伤留针加灸，或用温针。

处方：肩：肩髃　肩髎　肩贞

肘：曲池　小海　天井

腕：阳池　阳溪　阳谷

腰：肾俞　腰阳关　委中

髀：环跳　秩边　承扶

膝：膝眼　梁丘　阳关

踝：解溪　昆仑　丘墟

颈：风池　天柱　大杼　后溪

方义：扭伤取穴，一般是根据损伤部近取法的原则，以达到行气血通经络的目的，使受伤组织功能恢复正常。伤势较重的，亦应采用循经近刺和远刺相结合的方法。

随症选穴：除局部与远端循经取穴外，还可采用对应取穴法，同经相应取穴法，以及左右交叉取穴法等方法，可迅速缓解局部的疼痛和肿胀。

文献摘要

《针灸大成·手足腰腋门》："挫闪腰痛，胁肋痛：尺泽、曲池、合谷、手三里、阴陵泉、阴交、行间、足三里。"

《医宗金鉴·刺灸心法要诀》："肩井一穴治仆伤，肘臂不举浅刺良。"

按语

针灸治疗急性扭伤，进针后频频捻转，令患者作肢体运动，对止痛和恢复正常体位有显著效果，但必须排除骨折、脱臼、韧带断裂等疾病。慢性扭伤可配合推拿、药物进行治疗，也参考痹证的治法。

目赤肿痛

概述

目赤肿痛，为多种眼疾患中的一个急性症状，俗称"红眼"或"火眼"。根据其临

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

床症状，有“风热眼”、“天行赤眼”等名称。

本病常见于急性结膜炎、假膜性结膜炎以及流行性角结膜炎等疾病。

病因病机

本症多因外感风热之邪，致经气阻滞，火郁不宣，风热相搏，交攻于目而猝然起病；或因肝胆火盛，循经上扰，以致经脉闭阻，血壅气滞而成。

辨证论治

（1）临床表现

目睛红赤、畏光、流泪、目涩难开。初起时仅一目，渐及两侧，如兼头痛、发热、恶风、脉浮数等为外感风热；如兼有口苦、烦热、舌边尖红、脉弦数等症，为肝胆火盛。

（2）治疗

治法：清泄风热，消肿定痛。取手阳明、足太阳、少阳经穴为主。针用泻法。

处方：合谷　太冲　睛明　太阳

外感风热配少商、上星；肝胆火盛配行间、侠溪。

方义：目为肝窍，阳明、太阳、少阳的经脉均循行于目部，故取手阳明经合谷以调阳明经气，疏泄风热；太冲以导厥阴经气而降肝火；睛明为足太阳、阳明之交会穴，能宣泄患部之郁热，有通络明目作用；太阳为经外奇穴，点刺出血以泄热消肿定痛。外感风热配手太阴井穴少商、督脉上星，以疏风清热；肝胆火盛配足厥阴荥穴行间、足少阳荥穴侠溪，以泻肝胆之火。

随症选穴：头痛加印堂；烦热加关冲。

文献摘要

《针灸聚英·玉龙赋》：“大小骨空治眼烂冷泪，左右太阳医目疼善除血翳。”

《针灸大成·头面门》：“脑昏目赤：攒竹。”

按语

本病为眼科常见的急性传染病，常可引起流行，好发于春秋季节。患本病后，应注意眼的卫生，睡眠要足，减少视力活动，戒怒戒房劳，勿食辛辣之物。针刺治疗目赤肿痛取眼眶内穴位时，进出针须缓慢，轻捻转不宜提插，以防出血。

耳聋、耳鸣

概述

耳鸣、耳聋，都是听觉异常的症状。耳鸣是指自觉耳内鸣响，耳聋是指听力减退或听觉丧失，耳鸣常常是耳聋的先兆。两者在病因及治疗方面大致相同，故合并论述。

本证可见于西医学的许多疾病。外耳道病、鼓膜病、中耳病以及部分中枢神经病变、药物中毒等均可引起耳聋。此外，先天性耳聋、暴震外伤所致的耳聋亦可参照本篇治疗。

病因病机

本证可分虚实两类。如因暴怒惊恐，肝胆火旺，以致少阳经气闭阻；或痰热郁结，壅遏清窍者属实证。如因肾精亏耗，精气不能上达于耳者属虚证。外因每为风邪侵袭，壅遏清窍，亦有因突然暴响震伤耳窍引起者。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

辨证论治

(1) 临床表现

① 实证：暴病耳聋，或耳中闷胀，鸣声不断，声响如蝉鸣或海潮声，按之不减。肝胆火旺者，多见面赤，口干，烦躁善怒，脉弦。痰热郁结者，多见胸闷痰多，脉滑数等症。

② 虚证：久病耳聋，或耳鸣时作时止，声细调低，操劳则加剧；按之鸣声减弱。多兼有头晕，腰酸，遗精，带下，脉虚细等症。

(2) 治疗

① 实证

治法：清肝泻火，豁痰通窍。取手足少阳、足阳明经穴为主。针用泻法。

处方：翳风　听会　中渚　侠溪

肝胆火旺配太冲、丘墟；痰热郁结配丰隆、劳宫。

方义：手足少阳经脉均绕行于耳之前后，因此取手少阳之中渚、翳风，足少阳之听会、侠溪，疏导少阳经气。本方由近部与远部取穴组合而成，通上达下。肝胆火盛，配肝经原穴太冲、胆经原穴丘墟，清泄肝胆之火，乃取“病在上，取之下”和“盛则泻之”之意。痰热郁结，取丰隆、劳宫，以泄热豁痰而通清窍。

随症选穴：热病耳聋加偏历。

② 虚证

治法：补益肾精。取手足少阳、足少阴经穴为主。针用补法，并可用小艾炷灸患部腧穴。

处方：翳风　听会　肾俞　关元　太溪

方义：肾开窍于耳，虚证其治在肾，肾虚则精气不能上注于耳，故取肾俞、关元、太溪以培肾固本，调补肾气配手少阳之翳风、足少阳之听会，以疏导少阳经气，使精气上输耳窍，共奏止鸣复聪之效。

随症选穴：肾虚耳鸣加足三里、地五会。

文献摘要

《针灸聚英·灵光赋》：“耳聋气否听会间。”

《针灸大成·耳目门》：“耳鸣：百会、听宫、耳门、络却、阳溪、阳谷、前谷、后溪、腕骨、中渚、液门、商阳、肾俞。”

按语

耳聋、耳鸣的发生，原因很多，针灸对神经性耳聋、耳鸣效果较好。治疗本证还可结合自我按摩疗法。患者以两手掌紧按外耳道口，同时以四指反复敲击枕部或乳突部，继而手掌起伏使外耳道口有规律地开合。坚持每天早晚各做数分钟。另外，日常生活中还应做到适劳逸，慎喜怒，避房劳，注意摄生调养。

失　音

概述

失音是指讲话声音嘶哑，甚至不能发声而言。又称“暴喑”、“喉喑”等。根据病情可分为“暴喑”和“久喑”。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本证可见于多种疾病，最常见的为急慢性喉炎，癔病性失音等。急性喉炎多见于小儿，癔病性失音多见于更年期女性或青壮年人。慢性喉炎主要是经常遭受有害气体、粉尘刺激或用嗓过度等造成。

病因病机

喉连肺系，为声音之门户，而肺气根于肾，两者的病变则发声不畅，为喑。

声带劳损：言语过多，高声唱歌，久之声带劳损而发病；

情志忧患：久思久怒，情志郁结，气郁而化火，灼及喉咙，声门不利而发病；

感受外邪：人体正气不足，而感受风寒或风热之邪，邪遏喉咙，气机不利，致嘶哑或失音；

肾阴不足：素体阴虚，肾阴不足，以致燥伤肺络，喉失滋润。

此外，还可因气滞、血瘀、痰凝结于喉间，致使喉咙脉络不利也可发生此证。

辨证论治

(1) 临床表现

① 实证：突然声音嘶哑，喉痒咳嗽，痰稀，若鼻塞流涕，口不渴，舌苔白，脉浮紧，为风寒束表证，若见咽痛，鼻干，咳嗽痰黄，口渴，苔薄黄，脉浮数，为风热犯肺。

② 虚证：声音嘶哑由轻转重，咽干口燥，潮热盗汗，干咳无痰，甚则心悸，耳鸣。舌质红，苔少，脉细数。

(2) 治疗

① 实证

治法：宣肺解表利咽。取手太阴、阳明经穴，针用泻法。

处方：鱼际　尺泽　廉泉　合谷

方义：鱼际为手太阴荥穴，泻之可调肺气利咽，配合尺泽可解表清利咽喉。廉泉为任脉与阴维脉的交会穴，位在喉产可主暴喑。合谷用以解表清咽喉。

随症配穴：风寒束表加支沟、曲池；风热袭表加二间、肺俞、丰隆；易怒加太冲。

② 虚证

治法：滋阴清热利咽。以足手太阴、足少阴经穴为主，针刺补法。

处方：鱼际　扶突　太溪　照海

方义：鱼际可调肺利咽喉，扶突位近咽喉可疏通局部经气，消肿散结，清热生津。太溪补肾滋阴降火，照海为八脉交会穴，通阴跻脉，刺之可滋阴而利咽喉。

随症配穴：潮热盗汗加合谷、复溜；干咳加肺俞。

文献摘要

《灵枢·寒热》："暴喑，取扶突与舌本出血。"

《针灸大成·咽喉门》："咽肿：中渚、太溪。"

按语

针灸治疗失音具有一定的疗效，尤其对于用嗓过度的急性失音，效果较好。对慢性失音也具有一定的症状治疗作用，但必须做好喉咙保护，远离粉尘及有害气体环境，配合药物治疗，效果将更满意。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

牙　痛

概述

牙痛为口腔疾患中常见的症状。遇冷、热、酸、甜等刺激时加剧。本症有虚实之分，实痛多因胃火、风火引起，虚痛多由肾阴不足所致。

本证常见于各种龋齿、牙周炎、冠周炎等。

病因病机

手足阳明脉分别入上下齿，大肠、胃腑有热，或风邪外袭经络，郁于阳明而化火，火郁循经上炎而引起牙痛。肾主骨、齿为骨之余，肾阴不足，虚火上炎亦可引起牙痛。亦有多食甘酸、口腔不洁、垢秽蚀齿而作痛的。

辨证论治

(1) 临床表现

风火牙痛：牙痛甚而龈肿，兼形寒身热，舌苔薄白，脉浮数。

实火牙痛：牙痛甚剧，兼有口臭、口渴、便秘、舌苔黄、脉弦。

虚火牙痛：牙痛隐隐时作时止，牙齿浮动，口不臭，舌尖红，脉细。

(2) 治疗

治法：清热止痛。取手足阳明经穴为主。酌情补泻。

处方：合谷　下关　颊车

风火牙痛配外关、风池；实火牙痛配内庭、劳宫；虚火牙痛配太溪、行间。

方义：手阳明之脉入下齿中，足阳明之脉入上齿中，故本方取合谷、下关、颊车等阳明经穴为主。风池、外关疏风解表；内庭泻胃火，劳宫清心火；太溪滋肾阴，行间降肝火。

随症选穴：龋齿痛加二间、阳谷；龈肿加角孙、小海；头痛加太阳。

文献摘要

《针灸大成·口鼻门》："牙疼：曲池、少海、阳谷、阳溪、二间、液门、颊车、内庭、吕细（在内踝尖上，灸二七壮）……上牙疼：入中、太渊、吕细，灸臂上起肉中，五壮。……下牙疼：龙玄（在侧腕交叉脉）、承浆、合谷、腕上五寸两筋中间，灸五壮。"

《针灸聚英·杂病》："牙疼：主血热，胃口有热，风寒湿热，虫蛀：合谷、内庭、浮白、阳白、三间。"

按语

针灸对一般牙痛均具有止痛效果。对龋齿的止痛则属于暂时性止痛。对炎性牙痛尚具有一定的消炎作用。凡急性牙髓炎、冠周炎、牙周炎、急性根尖周围炎、牙本质过敏等引起的牙痛，均可参照本节诊治。但本病应注意与三叉神经痛相鉴别。

咽喉肿痛

概述

咽喉肿痛属于"喉痹"、"乳蛾"范畴，是咽喉疾患中常见的病症之一。

本证可包括急性扁桃体炎、急性咽炎、单纯性喉炎及扁桃体周围脓肿等疾病。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

病因病机

咽喉为肺胃所属，咽接食道而通于胃，喉连气管而通于肺。如因风热犯肺，热邪熏灼肺系，或因过食辛辣煎炒，引动胃火上蒸，津液受灼，煎炼成痰，痰火蕴结，皆可导致咽喉肿痛。肾阴亏耗，阴液不能上润咽喉，虚火上炎，灼于咽喉，亦可引起本症。

辨证论治

（1）临床表现

① 风热证：咽喉红肿疼痛，恶寒发热，咳嗽声嘶，痰多稠粘，喉间如有物梗阻，吞咽不利，苔薄，脉浮数。

② 实热证：咽喉肿痛，高热，口渴引饮，头痛，口臭，痰稠黄，大便结，小便黄，苔黄厚，脉洪数。

③ 虚热证：咽喉稍见红肿，疼痛较轻，口干舌燥，颊赤唇红，手足心热，舌质红，脉细数。

（2）治疗

① 风热证

治法：疏风清肺利咽。取手太阴。阳明经穴为主。针用泻法。

处方：少商　尺泽　合谷　曲池

方义：少商系手太阴经的井穴，点刺出血，可清泄肺热，为治喉证的主穴。配手太阴经合穴尺泽，取实则泻其子之意。取手阳明经原穴合谷、合穴曲池，有疏风解表、清咽喉的功能。

随症选穴：声音嘶哑加列缺、扶突。

② 实热证

治法：清胃热，利咽喉。取手足阳明经穴为主。针用泻法。

处方：商阳　内庭　天突　丰隆

方义：取手阳明经井穴商阳点刺出血，配足阳明经荥穴内庭，可清泄阳明之郁热。天突系阴维、任脉之交会穴，可清利咽喉。丰隆为足阳明经的络穴，有清热、涤痰、利窍之功。

随症选穴：便秘加上巨虚。

③ 虚热证

治法：滋阴降火。取手太阴、足少阴经穴为主。平补平泻。

处方：太溪　照海　鱼际

方义：太溪是足少阴经原穴，照海通于阴跷，二穴能滋阴降火，导虚火下行，为治虚热咽痛的效穴。鱼际为手太阴经荥穴，可清肺热、利咽喉。

随症选穴：咽干加廉泉；手足心热加少府。

文献摘要

《针灸甲乙经·手足阳明少阳脉动发喉痹咽痛第七》："喉痹：完骨及天容，气舍、天鼎、尺泽、合谷、商阳、阳溪、中渚、前谷、商丘、然谷、阳交悉主之。"

《针灸大成·咽喉门》："双蛾：玉液、金津、少商；单蛾：少商、合谷、廉泉。"

按语

针灸治疗咽喉肿痛效果较好，大指、食指、中指甲旁的刺血方法，对于咽喉肿痛具

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

有迅速的消肿止痛作用，治疗中不宜食用刺激性食物。此外，如为扁桃体周围脓肿，患者不能进食，或喉肿较甚，影响呼吸者，应积极转科处理。

高　热

概述

一般以体温超过39℃的称之为高热。高热是临床上的一个常见症状，在许多疾病中都可看到。引起高热的原因也很多，这里主要是指感受外邪所引起的高热。

病因病机

引起高热的原因常见的有外感风热，风热从口鼻或皮毛侵袭人体。肺失清肃，卫失宣降，则可见发热恶寒等症；或温邪在表不解，内入气分，或内陷营血，亦可引起高热；或外感暑热，内犯心包，可见壮热神昏；或外受疫毒郁于肌肤，内陷脏腑，也可引起壮热之症。

辨证论治

（1）临床表现

① 风热犯肺：发热咳嗽，微恶风寒，汗出头痛，咽喉肿痛，口干而渴，或吐黄色粘痰，舌苔薄黄，脉浮数。

② 温邪内陷：温邪内陷有邪入气分或邪入营血之分。如邪在气分者症见高热，不恶寒反恶热，面目红赤，口渴饮冷，咳嗽胸痛或大便秘结，腹部胀痛拒按，舌苔黄燥，脉洪数。如邪在营血者症见高热夜甚，烦躁不安，甚至神昏谵语，口燥而不甚渴，或斑疹隐隐，或见衄血、吐血、便血，舌红绛而干，脉细数。

③ 暑热蒙心：证见壮热，心烦不安，口渴引饮，口唇干燥，肌肤灼热，时有谵语，甚则神昏痉厥，舌红绛而干，脉洪数。

④ 疫毒熏蒸，证见壮热，头面红肿热痛，咽喉肿痛，烦躁不安，或见丹痧密布肌肤，咽峡腐烂作痛，舌红苔黄，脉数。

（2）治法

① 风热犯肺

治法：宣散风热，清肃肺气。取手太阴、阳明经穴为主。针刺泻法。

处方：大椎　曲池　合谷　鱼际　外关

方义：大椎为督脉经穴，又是诸阳之会，故可散阳邪以解热；大肠与肺互为表里，针刺合谷能清肺退热；鱼际为肺经荥穴，用以泻肺热利咽喉；外关为手少阳之络，通于阳维，可疏散在表之邪以解热。诸穴合用，可收解表清肺退热之功。

随症选穴：咽喉肿痛加少商，用三棱针点刺出血；咳嗽加列缺。

② 温邪内陷

气分证

治法：清热祛邪。取督脉和手足阳明经穴为主。针刺泻法。

处方：大椎　曲池　商阳　内庭　关冲

方义：取诸阳之会大椎，手阳明经之合穴曲池，祛邪清热；合手阳明经井穴商阳，足阳明荥穴内庭，以泄经腑之热；关冲为三焦经井穴，三焦主气，刺之可清泄气分之热。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

随症选穴：高热不解加十宣；咳嗽胸痛加中府、尺泽、少商；口渴引饮加尺泽，三棱针点刺出血；便秘、腹痛加合谷、天枢、上巨虚。

血分证

治法：清泄营血。取手少阴、厥阴经穴为主。针刺泻法。

处方：曲泽　中冲、少冲、委中　曲池

方义：心主血，邪入血分，故治以手少阴、厥阴经穴为主。曲泽为手厥阴经的合穴，委中为足太阳经之合，取浮络刺血，可清泄血分之热；中冲为心包经井穴，少冲为心经井穴，刺之出血，可泄心火、清心热，曲池为手阳明经合穴，阳明多气多血，病在气分者，可调气以退热，病在血分者，可清血以退热，诸穴相合可达清泄营血以退热的目的。

随症选穴：神昏谵语加十宣、人中；斑疹加血海。

③ 暑热蒙心

治法，清泄暑热，开窍启闭。取督脉、手厥阴经穴为主。针刺泻法。

处方：大椎　曲池　曲泽　十二井穴

方义：大椎、曲池可清泄暑热；曲泽为手厥阴之合穴，刺浮络出血，可清血热、开心窍；十二井穴通于三阴三阳，具有调节阴阳，清热启闭的作用。

随症选穴，神志昏迷加人中、百会；口渴引饮加金津、玉液。

④ 疫毒熏蒸

治法：清热解毒。取阳明经穴为主。针刺泻法。

处方：曲池　合谷　外关　委中　陷谷

方义：曲池、合谷、陷谷同属阳明，有疏解肌肤热邪的作用；外关属三焦经，又是阳维脉的交会穴，可宣达三焦气机，有疏风散热，清热消肿的作用；委中为血郄，有清血热的作用。

随症选穴：咽喉肿痛加天容、少商；烦躁不安加曲泽；丹痧加曲泽、委中、血海。

文献摘要

《针灸聚英·发热》："身热恶寒后溪；身热汗出，足厥阴冷取大都；身热头痛食不下取三焦俞；汗不出取合谷、后溪、阳池、厉兑、解溪、风池；身热而喘取三间。"

《针灸大成·伤寒门》："身热：陷谷、吕细（足寒至膝，乃出针）、三里、复溜、侠溪、公孙、太白、委中、涌泉。"

按语

针灸对高热有一定疗效，可以作为处理高热的措施之一。但一定要查明原因，针对病原采用相应的措施。对于退热不显著者，应结合其他方法。

晕　厥

概述

厥证，是以突然昏倒，不省人事，四肢厥冷为主症的一种病症。一般昏厥时间较短，醒后无后遗症，但也有一厥不复而导致死亡者。

西医学上所说的休克、虚脱、昏厥、暑厥、低血糖昏迷以及癔病性昏迷等，均可参照本节辨证治疗。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

病因病机

厥证主要是由于阴阳失调，气机逆乱所引起。

气厥：恼怒惊骇，以致气机逆乱，壅阻清窍，而致昏仆；或由于元气素弱，偶因过劳，或遇悲恐，气虚下陷，清阳不升，突然昏厥。

血厥：肝阳素旺，复加暴怒，气血并走于上，闭阻清窍，突然昏倒；或因失血过多，气随血脱，亦能发生晕厥。

寒厥：元阳亏损，不能温行经络，寒邪直中于里，发为寒厥。

热厥：邪热过盛，阳郁于里不能外达，发为热厥。

痰厥：素体肥胖，嗜食肥甘，运化失常，聚湿生痰，又逢恼怒气逆，痰随气升，上蒙清窍，突然昏倒而厥。

辨证论治

(1) 临床表现

气厥：有虚实之分。患者素体健壮，偶因恼怒，突然昏倒，口噤握拳，呼吸急粗，四肢厥冷，舌苔薄白，脉沉弦者为实证；素体虚弱，疲劳惊恐，而致眩晕昏仆，面色苍白，呼吸微弱，汗出肢冷，舌质淡，脉象沉微者为虚证。

血厥：有虚实之分，病起暴怒之后，突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，面赤唇紫，舌红，脉沉弦者为实证；病起失血过多，突然昏厥，面色苍白，口唇无华，四肢震颤，目陷口张，白汗肤冷，呼吸微弱，舌质淡，脉细数无力者为虚证。

寒厥：面青身冷，口不干不渴，下利清谷，四肢厥逆，意识蒙胧，苔薄白，脉沉细。

热厥：初病身热头痛，胸腹灼热，渴欲饮水，便秘尿赤，烦躁不安，继则神志昏溃，手足厥冷，脉沉伏，按之数。

痰厥：突然昏厥，喉中痰鸣，或呕吐涎沫，呼吸气粗，舌苔白腻，脉象沉滑。

(2) 治疗

① 实证

治法：苏厥开窍以救其急。取督脉、厥阴经穴为主。针刺泻法。

处方：水沟　内关

气厥配太冲；血厥配行间、涌泉；热厥配十二井穴；痰厥配巨阙、丰隆。

方义：水沟为督脉经穴，督脉入络于脑，又总督诸阳，故针刺水沟既有醒脑开窍之功，又有泻热启闭之效；内关为心包经络穴，可醒神宁心，二穴相配有苏厥开窍的作用。气厥配太冲疏肝理气，调整气机；血厥配行间以降肝火，配涌泉导血下行；痰厥配巨阙、丰隆开窍豁痰；热厥配十二井穴，调节阴阳，泄热启闭。

随症选穴：牙关紧闭加颊车、合谷；抽搐加合谷、侠溪；喉中痰鸣加天突；身热加大椎、曲池。

② 虚证

治法：回阳救逆。取任督经穴为主。针灸并用或单用灸法。

处方：百会　气海

气厥配足三里；寒厥配神阙；血厥配关元。

方义：百会为督脉经穴，气海为任脉经穴，督脉总督一身之阳，任脉总任一身之阴，故

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

二穴相配有调节阴阳的作用；又百会能醒神升阳，气海能回阳固脱，二穴相配可达回阳救逆的目的。气厥配足三里益气升阳；寒厥灸神阙温阳散寒；血厥配关元益阴固脱。

随症选穴：下利清谷加天枢；多汗加复溜。

文献摘要

《针灸大成·痹厥门》："尸厥：列缺、中冲、金门、大都、内庭、厉兑、隐白、大敦。……四支厥：尺泽、小海、支沟、前谷、三里、三阴交、风泉、照海、太溪、内庭、行间、大都。"

《针灸聚英·百证赋》："厥寒厥热涌泉清。"

按语

厥证是临床常见的危急重症，多为疾病发展到严重阶段的一种表现，针灸对于癔病性厥证、情绪激动引起的晕厥、剧烈疼痛性晕厥具有良好的疗效，但对其它原因引起者，只有作为一种临床治疗措施，在急救的同时必须注意原发病的诊治。

中　暑

概述

中暑古称"中暍"，俗称"发痧"。盛夏季节，天气炎热，在高温环境中劳作或烈日下远行，或在车船、剧院等公共场所，人群拥挤，缺乏必要的防暑降温措施，体质虚弱及过度劳累，往往发生中暑。但见头晕、头痛、懊恼、呕恶者称"伤暑"；猝然昏倒者称"暑厥"兼见抽搐者称"暑风"。

病因病机

本病的发生，多因体质虚弱，感受暑热、湿浊。轻则暑邪郁于肌表，汗出不畅，热不外泄，出现头晕、头痛、身热、少汗、懊恼、呕吐。重则暑热炽盛，内犯心包，出现汗闭、高热、神昏、抽搐、癫疯。着热盛而致气阴两竭，出现汗出如珠，呼吸短促，四肢逆冷，脉微欲绝等虚脱症状，是为危候。

中暑时突然昏倒，类似中风。但无口眼㖞斜，半身不遂，宜加鉴别。重证脱险后，亦有后遗四肢瘫痪者，但多为对称性，此由暑热消耗津液，筋失养所致，其病机亦与中风有别。

辨证论治

（1）临床表现

① 轻症：暑热夹湿，郁于肌表。症见头晕，头痛，身热，少汗，懊恼，呕吐，烦渴，倦怠思睡，舌苔白腻，脉象濡数。

② 重症：暑热燔灼，蒙蔽心包。症见壮热无汗，肌肤灼热，面红目赤，口唇干燥，烦渴多饮，神志昏迷，烦躁不安，抽搐，癫疯；舌红少津，苔黄，脉象洪数。甚则热盛而气阴两伤：汗出如珠，面色苍白，呼吸浅促，四肢逆冷，昏迷深沉，舌绛少苔，脉细数无力。

（2）治疗

① 轻证

治法：解表清暑，和中化湿。取督脉、手足阳明、心包经穴。针用泻法。

处方：大椎　合谷　陷谷　内关　足三里

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方义：大椎属督脉经穴，为诸阳之会，配合谷、陷谷疏泄阳明，有解暑清热之功。内关通于阴维之脉，行于腹里，分布胃、心、胸之间，配足三里不仅能和中化湿；而且有益气扶正，防止暑邪内犯的作用。

随症选穴：头痛加头维；呕吐加中脘。

② 重证

治法：清泄暑热，宁心开窍。取督脉、足太阳、心包经穴，针用泻法，并可放血。

处方：百会　人中　十宣　曲泽　委中　曲池

方义：暑为阳邪，易犯心包，以致清窍闭塞，神志昏迷，取百会、人中清热开窍醒脑，曲池、十宣苏厥止痉，曲泽为手厥阴的合穴，委中为足太阳的合穴，用三棱针点刺浮络出血，以泻营血暑热。

随症选穴：抽搐癫疯，加阳陵泉；汗出肢冷。脉微欲绝，加关元、气海、太渊、阴郄。

文献摘要

《痧胀玉衡·刺腿弯痧筋法》："腿弯下有细筋，深青色，或紫色，或深红色，即是痧筋，刺之方有紫黑毒血，……唯取挑破，略见微血，似泄痧毒之气而已，不可直刺。若一应针法，不过针锋微微入肉，不必深刺。"

按语

中暑发病骤急，必须及时抢机将患者移到通风阴凉的地方，施以针灸、剖痧等法。危重病例，应严密观察病情变化，采取综合治疗措施。高热无汗者，可用30%酒精擦身；面色苍白肢冷者，应用温水擦身，用热毛巾敷关元、气海。

5.2.2　辨病治疗

5.2.2.1　传染性疾病

流行性腮腺炎

概述

流行性腮腺炎是一种以腮腺非化脓性肿胀、疼痛为主症的急性病毒性传染病。以儿童为多发，一般预后良好。成人亦有发病，且病情多较严重，由于该病毒血清型较为单一，故患本病后，可获得终身免疫。全年皆可发病，冬春两季多见，腮腺炎病毒很少变异，对物理化学因素的作用很敏感，极易被稍高的温度或来苏尔、新洁尔灭等药物杀死。因此，只有在人群密集处暴发流行。

中医称本病为"疙腮"、"蛤蟆瘟"、"含腮疮"等，认为是时行温病之一，气候失常导致疾病流行。外受风温毒邪，内有积热相煽为本病的病机。风温邪毒外袭，与内热相引，流窜于少阳、阳明经络，致经气痹阻，气血留滞，郁结不散，则可导致颊腮的肿胀和疼痛，若热毒炽盛可见壮热、神昏、惊厥。少阳移热于足厥阴，则可引起睾丸炎和卵巢炎等生殖系病变。

西医学认为，本病是由腮腺炎病毒感染所引起的，该病毒是一种核糖核酸（RNA）型副粘病毒，通过病人的唾液、鼻咽分泌物与污染的食物食具侵入人的口鼻粘膜进入机

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

体，到达腮腺及其它器官。该病毒含有神经氨酸核甙酶，对腮腺有特别的亲和力，因此，首先表现为腮腺发炎，也有人认为病毒侵入口鼻粘膜后，造成两次病毒血症，所以临床上可以看到在腮腺未肿大之前，有脑膜脑炎或睾丸炎的发生。主要病变为腮腺体及其组织充血水肿，腺管周围及间质中结缔组织增生、大量炎症细胞渗出，腺管水肿并有上皮细胞坏死脱落，使唾液不易排出。

临床表现

潜伏期2～4周，多数无前驱症状，少数可有疲倦、食少纳差、呕吐、低热等前驱症状。

本病起病多急，一般腮肿出现最早，并见头疼咽疼，食欲不振，发热，体温一般在37～39℃之间，偶可达到40℃以上和有脑膜刺激征，成人症状较小儿重。腮腺肿大初起多为一侧，1～3日可达高峰，可波及对侧。肿胀以腮腺为中心，肿大的腮腺边缘不清，有弹性感，轻度触痛，表面皮肤发亮，发热但不红，不化脓，周围蜂窝组织可呈水肿，腮腺因被上举而使患者呈特殊面容，腮腺管肿胀影响了唾液排出，食酸甜食物或张口时疼痛加重。腮腺管口（口内第二臼齿边）红肿，挤压无脓性分泌物。部分病人可伴舌下腺、颌下腺与淋巴腺发炎肿大。

腮腺肿持续4～5日后，逐渐消退，全程1～2周。颌下腺也可增大，如肿大过甚可压迫下面的淋巴管而致胸前水肿，舌下腺受累肿大时可舌肿、颈肿致吞咽困难因而病程相应延长。

不典型的病例仅见颌下腺肿，舌下腺肿或单纯睾丸炎、脑膜脑炎而无腮腺肿大。

腮腺肿大3～4天，突然上腹剧痛和触压痛，伴呕吐、发热、腹胀、腹泻或便秘，常有胰腺炎的可能。在肿大腮腺开始消退时，又突然寒战高热，睾丸炎胀坠压疼质硬、阴囊水肿，需考虑睾丸炎的发生，约占患的14%～15%。若腮腺肿伴有头痛、嗜睡、呕吐、脑膜刺激征阳性，脑脊液压力增高，其中细胞数轻度增加，则为脑膜脑炎。

诊断要点

根据其临床表现特征，如以耳垂为中心的腮腺肿大，漫肿不红，边缘不清，触诊有弹性、压痛等，再结合季节、年龄和病程等以及有关实验室检查，即可作出诊断。

（1）临床上见有在冬春两季出现的脑膜脑炎，虽不能找出病原体，也应考虑有本病的并发症的可能。临床上见有不明原因的睾丸炎、卵巢炎及胰腺炎等病例，也需考虑本病发生的可能。

（2）注意发热的热型变化及伴见症状，若发热持续，伴见上腹痛，应急查血中胰脂肪酶（血中胰淀粉酶价值不大），以防治胰腺炎；若高热寒战，少腹痛者，又需注意睾丸炎的发生；高热伴剧烈的头痛，则可能是脑膜脑炎的初发症状。

（3）鉴别诊断上应与化脓性腮腺炎相鉴别，后者多发于热性病后，且均为一侧，没有传染性，病情较重。

治疗

治法：疏风泄毒；散结消肿。

（1）针刺

取穴：大椎　曲池　合谷　中渚　足临泣　颊车　翳风

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

随症配穴：咽喉肿痛加少商、扶突；头痛甚加风池、头维；火郁肝经，睾丸作痛者，取大敦以黄豆大艾炷直接灸5～7壮，再针足临泣、曲泉、归来；若邪毒内陷，神昏抽搐者，可加劳宫、百会、人中、十宣放血，以清心开窍，熄风止痉。

操作：主方各穴均用提插捻转泻法，使针感向四周放散；颊车、翳风两穴进皮后，针尖斜向病所，深约1.5寸，使局部出现较强的酸胀感。留针30分钟，每日针刺1～2次。少商、十宣点刺放血不留针。

(2) 灸法

取穴：角孙

方法：行灯芯灸法。用灯芯1根，蘸麻油点燃后，对准病侧角孙穴迅速点灸皮肤，一点即起，灸时可听到一声清脆的爆竹声即可。本法疗效肯定，一般轻证，治疗1次即可消肿，如未全消，次日可重复1次。也有人以灯芯灸手虎口略下的手背微窝处，左病治右，右病治左。

(3) 电针

取穴：双侧合谷　角孙　患侧腮腺刺激点

方法：针患侧腮腺时，由肿大的患部上缘取45°角刺入组织深部约1～1.5寸。进针得气后通电，频率为100～120次/分，留针10～15分钟，电流强度以患者能耐受为度。起针后，再取双侧少商穴点刺放血3～5滴，每日放1～2次。

(4) 耳针

取穴：腮腺　颊穴　交感　神门

方法：直刺或斜刺，强刺激，间歇行针，每日1次。

(5) 氦-氖激光针

取穴：涌泉

方法：以波长6328埃，功率40瓦，电流15毫伏，直接照射涌泉穴。每次20分钟，每日2次，照射次数双侧各12次。

文献摘要

(1) 黄永生用腮腺穴点刺放血治疗流行性腮腺炎，穴位在耳屏对侧面二分之一处，针法：患侧耳部常规消毒，左手拇指、食指捏着耳垂稍向外拉，右手持三棱针在穴位上点刺放血数滴。两侧患者可同时在两侧腮腺穴点刺放血，每日1次。治疗组共选用了132例，还设立了三个对照组：单纯针刺组46例，治疗选穴同放血组，直刺，深度以不透耳屏为度，留针15分钟，每日1次；中药组35例，以普济消毒饮，每日1剂；外敷组37例，以青黛醋调敷患部，每日2～3次。治疗结果：放血组疗效为100%，经统计处理，明显优于对照组，3天内获愈的病例数较多。其次为单纯针刺组，外敷组疗效最差。

(黄永生．腮腺穴点刺放血治疗流行性腮腺炎的疗效观察．中国针灸，1992，12(1)：5)

(2) 曾桂香等用耳尖放血法治疗流行性腮腺炎，用30号1.5寸毫针，从耳垂下方腮腺肿胀中心向口方向斜刺，快速进针，深度0.8～1.5寸，用轻插重提手法，捻转2～3分钟后出针，用30号0.5寸毫针，点刺外关、合谷，体温在38℃以上者加曲池、大椎，用点刺法，不留针，并用三棱针刺双侧耳尖放血10滴左右，每日1次，病情重者

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

可1日2次。该组治疗50例，于3天之内全部有效，痊愈42例（84.0%），显效5例（10.0%），好转3例（6.0%）。笔者认为，上述处方可疏散少阳阳明之郁结，耳尖放血是治疗急性热病的有效方法。

（曾桂香，黄爱华．针刺结合耳尖放血治疗流行性腮腺炎50例．中国针灸，1992，12(4):3）

（3）龚媛媛以药饼贴敷涌泉穴治疗流行性腮腺炎，治疗方法，以胆南星6g、川黄连6g、川黄柏6g、生大黄10g、吴茱萸15g，共研细末醋调匀做成两个药饼，双脚涌泉各贴敷一个，用绷带固定连续贴敷24小时即愈，去药。该组42例，除1例患儿不合作未按要求用药外，其它41例均当天内治愈。

（龚媛媛．药饼贴敷涌泉治疗流行性腮腺炎．江西中医药，1993，(4):48）

（4）汪海峰用刺络法治疗腮腺炎，取患侧少商、少泽，局部用2%碘酒消毒，以三棱针快速刺入少许后挤血，一般挤出7～8滴即可，用消毒干棉球拭去血液，治疗后再用2%碘酒消毒。以本法治疗153例，其中151例均是刺血1次后治愈，其它2例为治2次痊愈，全部有效。笔者认为刺络疗法具有疏散风邪，清热解毒，软坚散结，消肿止痛之效。该法操作简便，疗程短，疗效高，痛苦少，患儿易于接受。

（汪海峰．刺络法治疗腮腺炎．中国针灸，1995，15(2):30）

（5）陈龙全以灯火灸下屏尖治疗流行性腮腺，用灯芯草1根，约3cm长，捏紧下端，露出指端约1cm左右，蘸上植物油，点燃后快速对准穴位直接施灸，以灸火接触皮肤的瞬间发出响亮的“喳”声为佳。如无响声可再灸1火焦，然后以75%酒精棉球擦净油污以防感染。灸后局部有热痛胀痒等感觉，反应越明显效果越好。该组210例未用任何中西药，经治全部痊愈，80%以上1～2次治愈。

（陈龙全，黄大年．灯火灸下屏尖治疗腮腺炎．中国针灸，1995，15(2):31）

按语

针灸治疗本病，古书中未有完整的记载，其中有关针灸治疗“颔肿”、“颊车痛”的记载可作为针灸治疗本病的参考。

本病预后一般较好，《疡科心得集》谓“过一候自然消散”，其自然病程为二周。而患者经针刺或灸灼后，耳下疼痛及咀嚼困难可以很快缓解；刺血疗法也有较好的退热效果，治疗得法，大多患者翌日症情有望明显改善，可见针灸确实大大缩短了病程，对控制症状，减轻病理损害，早期防止并发症，具有较肯定的疗效，并具有一定的优越性。

本病用针灸法来治疗，其尚久远，目前常用的方法是灯火灸法和刺络放血。前者乃古来之法，临床屡试不爽，颇受推崇，甚至长年流传于市井之间。近年来，刺络放血的方法较多用治本病，从理论上看，此法可清泄热毒，使邪有出路；临床上，该法也确有明显的退热消肿之功，故越来越受到人们的青睐。此外，穴位注射疗法，梅花针的叩打，局部微波的照射等对本病局部炎症的吸收均是有益的。总体看来，针灸对本病的消肿止痛，泄火退热的疗效较好。

值得注意的是，部分病例并发症发病隐袭，危害很大，一些病人成年之后才发现已患不育症，胰腺炎可能在退烧以后数日再死灰复燃，所以，本病在早期治疗，控制病情的同时，还应认真观察病情，积极处理并发症于萌芽之中，乃本病治疗的重点。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

病毒性肝炎

概述

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒感染引起的传染病，具有传染性强、传播途径复杂、流行面广和发病率高等特点。临床特点是乏力、食欲减退、恶心、呕吐、肝肿大及肝功能障碍，部分病人有黄疸和发热。病毒性肝炎分甲型、乙型、丙型、丁型和戊型肝炎五种。急性肝炎大多在6个月内恢复，乙型、丙型和丁型肝炎易变为慢性，少数可发展为肝硬化，极少数呈重症。慢性乙型肝炎与原发性肝癌有密切关系。

中医按症状表现，将有黄疸的肝炎归于“黄疸”病的范围，而无黄疸的肝炎则归在“胁痛”、“癥积”“肝胀”的范围，对于重症肝炎，命之曰“急黄”、“瘟黄”。本病的主要病机是湿热内蕴中焦，脾胃运化阻滞，湿热之邪既可得之酒食过度，饮食不节，或情志不调，也可因于外受“热毒”、“天行疫毒”、和“时行疫邪”。

现代研究证实，肝炎病毒各以其不同的途径感染人体，导致肝细胞的病变。甲型肝炎病毒（HAV）是一种微小的核糖核酸（RNA）病毒，从肠道排出，经口传染；乙型肝炎病毒（HBV）为DNA病毒，常是通过输血、血液制品及污染的治疗器具传染；丙型肝炎病毒（HCV）为一具有脂质外壳的单链DNA，主要通过输血传染；丁型肝炎病毒（HDV）为一种缺陷性的RNA病毒，与乙型肝炎病毒具有相同的外壳，主要传播途径与乙型肝炎病毒相同；戊型肝炎病毒（HEV）为一圆形颗粒，无外壳，病毒基组为正链单股RNA，主要通过被污染水源经粪-口途径而感染。

目前认为，各型肝炎病毒是通过机体的免疫机制，即激活了特异和非特异性免疫系统，引起了肝细胞的损伤。各型肝炎的病理变化可按病情轻重及病程分为急性、慢性和重症肝炎三大类。急性肝炎的肝细胞混浊肿胀，呈水肿样变或气球样变，小叶，内有炎症细胞浸润，还可见枯否氏细胞增生。黄疸性肝炎可见毛细胆管淤胆现象；慢性肝炎在病理上与急性肝炎类似，不同点在于，不仅是点状的肝细胞变性坏死，还可见灶性坏死甚至是灶性融合性坏死，既可发生于肝小叶，也见于管汇区，肝细胞坏死范围进一步扩大，有肝硬化者在肝细胞坏死及炎症细胞浸润的同时，还可见明显的纤维间隔；重症肝炎，肝实质损坏严重，可见肝内大块或亚大块坏死。由于肝细胞大量丧失和自溶，肝脏体积明显缩小，伴肝细胞淤胆和血窦扩张，肝小叶内有大量炎症细胞浸润，枯否氏细胞增生。不同病毒型的肝炎在病变部位和病理形式上各有侧重。

临床表现

各型肝炎均可有以下的临床表现形式，只是有所侧重而已。

甲型肝炎的潜伏期为2～6周，平均1个月左右，乙型肝炎为6周～6个月。丙型肝炎的潜伏期为2～26周，平均7.4周。

（1）急性肝炎

病程为2～3个月，以甲型肝炎为多，根据有无黄疸的出现分为急性黄疸型肝炎和急性无黄疸型肝炎两型，临床以后者居多。起病大多缓慢，主要症状为乏力、食欲减退、恶心、呕吐、肝区胀痛、腹胀、便秘或腹泻等。部分病人可有发热和上呼吸道症状，类似感冒。多数病人肝肿大并有压痛、叩击痛，偶有脾肿大。肝功能检查有明显异常，HBV标志阳性。恢复期精神食欲好转，肝脾逐渐回缩，肝功能渐趋正常，有些病

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

人有口苦、肝区痛、腰背酸困、腹胀等症状，可迁延日久。有黄疸者在发病1周前后巩膜和皮肤出现黄染，并逐渐加深，尿色黄如深茶色，甚则大便呈灰白色，2～6周后逐渐消退。

(2) 慢性肝炎

慢性肝炎大体可分为慢性迁延性肝炎和慢性活动性肝炎2种。

慢性迁延性肝炎多为急性肝炎迁延不愈，病程超过半年，有乏力、食欲不振、肝区隐痛、腹胀等症状，肝功能轻度异常，或反复波动，其病程可为数年甚至数十年。

慢性活动性肝炎是指上述症状和体征持续1年以上，同时出现肝外多脏器损害的症状，如关节炎、肾炎、结肠炎、甲状腺炎、心肌炎、胸膜炎及干燥综合征等。肝脾肿大，常有压痛和质地改变，肝功能持续异常。一般丙型肝炎病理改变较重，但临床症状不明显，而乙型和丁型肝炎引起的慢性活动型肝炎其临床表现典型而又严重。

(3) 重症肝炎

以急性肝炎起病，10天内病情迅速恶化，出现下列症状：①黄疸迅速加深；②明显的出血倾向；③肝萎缩，有肝臭；④神经系统障碍，如烦躁、谵妄、定向和计算力障碍，甚则嗜睡、昏迷，多数病人有脑水肿；⑤肝肾综合征，尿少、尿闭、及氮质血症。肝功能损害严重，血清胆红素在10mg%以上，血清胆脂酶、胆固醇及胆固醇脂均降低，常死于伴发消化道出血、脑水肿、感染及急性肾衰，病程一般不超过14天。亚急性重症肝炎，病程可超过14天，病情较前者为轻，死亡率相对较低。

诊断要点

(1) 各型病毒性肝炎的确诊主要靠抗原、抗体测定。HBV标志（二对半）对判断有无乙型肝炎感染有重大意义，丙型、丁型及戊型肝炎均有赖血清HCV-IgM、HDV-IgM和HEV-IgM的阳性，方能诊断。多聚酶链反应（PCR）是目前特异性、灵敏度均较高的检测肝炎病毒的方法，多用于乙肝和丙肝的检测。

(2) 肝炎的临床诊断还须依据流行病学资料，症状、体征、病程和实验室检查加以综合分析，血清谷丙转氨酶（ALT）和谷草转氨酶（AST）的增高及变化情况，对肝炎的发展变化情况的判断很有意义，肝穿刺作病理检查是临床鉴别慢性活动性肝炎与慢性迁延性肝炎最权威的方法。

(3) 在急性肝炎流行区，初见感冒症状者，应考虑到肝炎初期的可能；急性肝炎后，出现关节痛、蛋白尿、心悸、早搏和甲状腺肿大者就考虑到慢性活动性肝炎的可能。

(4) 本病应与中毒性肝炎、胆囊炎、传染性单核细胞增多症、钩端螺旋体病、流行性出血热、脂肪肝、阿米巴肝病等疾病引起的血清转氨酶增高相鉴别；黄疸型肝炎应与肝外梗阻性黄疸（如胰头癌、胆石症等）相鉴别。

治疗

治法：急性肝炎宜疏肝解郁，清利湿热；慢性肝炎宜除湿开郁，健脾补肾。

(1) 针刺

取穴：肝俞　期门　脾俞　章门　大椎　至阳　膻中

其中湿热蕴结针阴陵泉、三阴交、丘墟；肝郁脾虚针阳陵泉、行间、足三里；气滞血瘀针气海、膈俞、大肠俞；肝肾阴亏针肾俞、关元、中脘。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

随症配穴：黄疸明显，加腕骨、阳纲；肝区疼痛加支沟、大肠俞；脘痞纳呆，加内关、中脘；神昏、谵妄者，加中冲、水沟、十二井。

操作：主方各穴均宜采用提插结合捻转泻法，反复行针，然后留针。热重时，应用紧提慢按法。湿重时，可用平补平泻法。期门应斜刺，均行捻转泻法。对于肝肾阴亏的虚证则宜用补法。肝肿硬者，章门、痞根亦可用泻法，以消肿胀。

(2) 灸法

急性：

取穴：内关　石头子穴（太渊上3寸）

方法：用中药毛茛嫩叶捣烂敷之，发泡后，用针挑破，流尽黄水，再敷以消炎膏。

慢性：

取穴：膈俞　肝俞　脾俞　右期门　足三里　天枢　承满

方法：每次取2～3穴，每2日1次，艾如米粒大，每穴灸五壮。

(3) 穴位注射

取穴：肝俞　胆俞　期门　中都　日月

方法：急性肝炎：先用 Vit B_1，待黄疸消退后，改用板蓝根；慢性肝炎用肝太乐，每日1次，每穴1ml，10～15次为1疗程。还可用茵陈甘草注射液每日1次，每穴1ml，3周为1疗程，也可用当归注射液0.5～1ml，每日1次，10～15次为1疗程。

(4) 耳针

取穴：肝炎点　肝　三焦　交感　胆　肝阳

操作：均用王不留行籽贴压，两耳交替，每周2次，5次为1疗程。

(5) 穴位埋线

取穴：三阴交（右）　期门（右）

操作：用无菌操作法，局麻后，把0号医用羊肠线埋于穴位下，深约1cm，羊肠线长约1～1.5cm。本法主要用于慢性肝炎。

文献摘要

(1) 傅朗林将88例活动性乙型肝炎分为二组，针刺组和对照组。针刺组取穴：肝俞、足三里。配穴：黄疸期取胆俞、阳陵泉；呕吐者加内关；黄疸消退期取脾俞、肾俞、三阴交。针刺法：针一侧主穴、配穴，每日1次，两侧交替使用。每穴留针15分钟，每隔5分钟行针1次，15天为1疗程，休息5天后再进行第2疗程，共5个疗程。对照组口服益肝灵、灭澳灵、维生素C、B及输液，疗程为3个月。观察指标：每周复查ALT、SB，每月复查A/G、HBsAg、抗-HBe、抗-HBc，疗程结束后随访半年。结果：经比较，本组资料表明，疗效针刺组优于对照组（$P<0.05$），二组ALT的远期疗效也有显著差别（$P<0.05$）。笔者认为，针刺治疗慢性活动性肝炎，能明显地改善临床症状，提高SB、A/G，减少ALT的反跳，且半年随访疗效稳定。

（傅朗林．针刺治疗慢性活动性乙型肝炎疗效观察．中国针灸，1994，14(2)：9）

(2) 陈雁南设针刺加药物组和对照组各35例，治疗方法：针刺取穴：足三里、阳陵泉、内庭、太冲、胆俞。以常规针刺法，泻法，留针30分钟，针刺每日1次，14天为1个疗程。配合药物：强力宁80ml，维生素C5.0g，加入10%葡萄糖液500ml中静滴。对照组只用药物，所用药物同上组。观察指标为临床症状、总胆红素和ALT。经

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

统计分析，针刺加药物组的疗效优于单纯药物治疗组（$P<0.05$）。

（陈雁南、朱芙蓉、金宝胜．针刺、药物结合治疗重度黄疸型肝炎的疗效观察．中国针灸，1996，16（4）：15）

（3）徐乾穴位注射治疗慢迁肝30例，另设30例病例作为对照组，口服垂盆草冲剂20g，益肝灵77mg，每日3次。治疗组取穴：肝俞、期门、太冲、足三里，每次穴位注射复方丹参注射液1ml，每周3次，左右交替，以HBV-M的转阴率作为评定疗效的标准，并观察其疗程及转归情况。结果：HBeAg和HBV-DNA的转阴率，穴位注射组优于口服药物对照组（$P<0.05$）。有关疗程与转归，两者无差异。

（徐乾．复方丹参注射液治疗慢迁肝30例临床观察．江苏中医，1996，17（2）：31）

按语

病毒性肝炎是目前临床较为常见的疾病，近年来，由于西医缺乏有效的治疗方法，不少人尝试以针灸对本病进行治疗。针灸治疗肝炎早在古代就有不少记载。

急性病毒性肝炎病程短，预后好。在临床证候表现上以实证居多。一般为中焦湿盛，运化不健，脾胃升降失常，肝胆失于疏泄。取肝、胆、脾、胃四经腧穴，化湿运脾，舒肝理气，往往可有较好的症状改善作用，尤其对急性期的胁痛、恶心、呕吐、腹胀腹泻，针灸均有较好的症状改善效果。据全国各地的临床观察发现，大量用针灸治疗的病例，其临床症状消失和肝功能恢复正常的时间，较单纯西药对照组有缩短，有理由认为，在急性期采用针灸治疗应是一种积极的治疗方法。

慢性病毒性肝炎的针灸治疗，存在着不少临床难点，首先病势缠绵，迁延难愈，且症情多易反复，患者难以坚持治疗；其二，肝脏已发生了很严重的组织学上的改变，临床上症情的逆转有一定的难度；其三，此期变症尤多，并发症也多，病情非常复杂，某些并发症甚至因其严重程度而成为首要病症变为治疗的重点。针对慢性肝炎的这些特点，在治法上，要着眼整体，分别标本，或急治其标，或标本兼顾，或全力培本，捭阖运筹，消息斟酌。在用穴上，力求精简，病情重者取双侧穴，轻者取单侧穴，左右交替。手法上，多用补法，给予较轻的刺激，使病人乐于接受，能较长时间的坚持治疗。疗程安排上，针灸每日1次，病情轻者可隔日1次，一般治疗3个月。临床观察发现，针灸对慢性肝炎亦有较好的改善症状和帮助肝功能恢复的作用。

由于免疫学诊断技术的开展，对本病的诊断进入亚临床阶段，本病的痊愈已不仅是临床症状和肝功能的改善，而是血中病毒的清除。目前出现了摸索针灸治疗病毒性肝炎携带者的报道，由于这些病人并无自觉症状，临床无证可辨，治疗颇为棘手。根据中医“邪之所凑，其气必虚”的观点，考虑肝炎病毒长期存在于人体中，必因于机体防卫功能的低下，故选择了一些有全身强壮作用的穴位，进行治疗观察，初步看来有一定的效果，有进一步深入研究的必要。初步研究认为，针灸对于病毒性肝炎的临床疗效的作用环节，并不在于其有杀灭病毒的作用，而是对机体免疫功能的良性调整作用。

对于针灸治疗本病的临床运用问题，不少西方学者把它看作病毒性肝炎的传染途径之一，将针灸用作本病的治疗视为畏途，这实在是因噎废食。考虑本病乙型、丙型和丁型肝炎的传染途径问题，用一次性针具即可解决这一矛盾。而针灸作为一种自然疗法，非药物疗法，对病毒性肝炎的治疗具有特殊的意义，即针灸不会增加肝脏的解毒负担，针灸对肝病的症状改善效应和整体的免疫调节作用，都是其它疗法所不可替代的，针灸

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

对本病的治疗确有其广阔的前景。

细菌性痢疾

概述

细菌性痢疾简称“菌痢”，系由痢疾杆菌所致的肠道传染病，主要病理改变是结肠弥散性炎症。是夏秋季节常见传染病，以发热、腹痛，里急后重和排脓血样粪便为特征。临床上可分为急性期和慢性期。本病的传染源为病人与带菌者，传播方式主要是由食物和饮水等由口摄入而感染。

本病在中医属于“痢疾”的范畴。认为多由饮食不洁，湿热内蕴，大肠传导失司，气血凝滞，络脉受损，以致痢下赤白脓血。以病邪在血分或在气分，则有“赤痢”和“白痢”之分。发病急骤，病势较重者称“疫毒痢”；胃气受伤，不思饮食者称“噤口痢”；若正气已伤，病邪毒未除，反复发作，迁延不愈者称“休息痢”。

本病主要因于痢疾杆菌在肠粘膜上皮的繁殖。在细菌的侵入过程中，肠壁发生严重的炎症反应，首先是上皮细胞坏死，并形成肠壁的溃疡；肠粘膜分泌大量的粘液，局部可出现微小脓肿；肠蠕动失调，产生痉挛。此外，细菌内毒素的释放，可以引起各种全身中毒症状。

临床表现

潜伏期为数小时至1周，大多数1～2天。根据痢疾的发病特点和临床表现，通常可分为急性与慢性两期。

（1）急性菌痢

根据全身中毒症状的严重程度可分为以下四种类型。

① 轻型：全身症状轻微，多无全身中毒症状。或有低热，有急性发作的腹泻，每天3～5次，左下腹压痛，里急后重无脓血，多为稀便或稍带白色粘液，病程持续3～8天，有可能自愈。

② 普通型：起病急，早期可有中等度全身中毒症状，畏寒、发热，体温可达39℃，头痛，乏力，食欲不振，恶心，呕吐，继之阵发性腹痛腹泻，脓血便，里急后重，左下腹压痛等肠道症状。脓血便每天可到数十次，严重者可引起脱水，致中毒和电解质紊乱，儿童可发生惊厥。病程持续10～15天后，有可能变为慢性菌痢。

③ 重型：起病急骤，早期可有严重的中毒症状，体温升高，恶心、呕吐，大便次数频频，以至失禁，带脓血粘液便，里急后重显著，腹痛剧烈，全腹压痛，尤以左下腹为重，病人极度衰竭，四肢厥冷，意识模糊，谵语或惊厥，血压下降以至周围循环衰竭，危及生命。

④ 急性中毒型：大多发生在2～7岁体质较好的儿童，成人偶可发生。起病急骤，可在腹痛、腹泻尚未出现之前即有高热，可达40℃以上。以精神萎靡、惊厥、昏迷、嗜睡、谵语、四肢冷等神经精神症状开始。临床上可分以下三型：

休克型（循环衰竭型） 以感染性休克为主要临床表现，面色青灰，四肢末端发凉，口唇及甲床发绀，尿量减少，脉压差减少，脉搏快，昏迷，嗜睡，至晚期血压可测不出，脉搏细弱或摸不到。

脑水肿型（呼吸衰竭型） 以中枢神经系统的症状为主要临床表现，伴有脑水肿，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

颅内高压，脑疝与呼吸衰竭，早期常有反复惊厥，面色苍白，肌张力增强，血压正常或偏高，呼吸加快，至晚期神志不清，频繁或持续地惊厥，瞳孔大小不等，对光反射消失，呼吸节律不齐，出现叹息样呼吸，呼吸减慢，最后呼吸停止。

混合型　循环衰竭、呼吸衰竭的临床症状兼而有之，预后极差。

(2) 慢性菌痢

病程在两个月以上，菌痢反复发作或迁延不愈者，都列为慢性期，称为慢性菌痢。临床上可分为以下三型。

① 慢性迁延型：既往有菌痢病史，常有不同程度的腹痛、腹胀，便秘与腹泻交替或经常腹泻。大便间歇或经常带有粘液或脓血便，腹部有压痛。乙状结肠触诊明显柔韧感（粗厚或可触及）。

② 慢性隐伏型：有菌痢病史，临床症状消失已有两个月以上，但粪便培养有痢疾杆菌及粘液病变，临床不易发现。

③ 慢性菌痢急性发作型：半年内有菌痢史，常由饮食不洁或生冷食物为诱因激起急性发作，腹痛、腹泻、发热、大便频繁、呈脓血便。一般病情较轻，恢复多不彻底。

各型菌痢经做大便培养和大便常规都可资诊断。

诊断要点

(1) 根据发热、腹痛、下痢脓血便、里急后重等典型症状，不难诊断。结合大便常规找到吞噬细胞，大便细菌培养阳性，可以确诊。

(2) 从发病时间的长短来区别急性或慢性菌痢，一般急性菌痢经久迁延不愈或反复发作者常转为慢性菌痢，慢性期应对其各型加以区别。

(3) 急性期高热，下痢频繁，呕吐烦躁，甚则出现昏迷，痉厥等，或并不出现下痢而见上述症状者，为中毒型菌痢，应严密观察。如出现面色苍白，四肢厥冷、血压下降等，则为危候。中毒性菌痢无明显下痢症状时，应行直肠指检，掏出少许内容物，作镜检或培养，以明确诊断。

(4) 中医注重观察病人的大便和有关兼症，如大便色为赤多白少，为湿热盛，伤及血分；若痢下白多赤少，为寒湿盛，伤及气分；若痢下赤白，饮食不思，为“噤口痢”，表示胃气已伤，病势较重。

(5) 本病应与急性血吸虫感染、急性胃肠炎、过敏性结肠炎、肠结核等相区别，通过大便常规、孵化、培养、X线钡灌肠、肠镜检等以求确诊。

治疗

治疗原则：清热化湿，通调肠腑，行气和血，取手、足阳明经穴。对于湿热痢，宜清热利湿，佐以足太阴、少阳经穴；疫毒痢，宜泄热解毒，急取大椎、十宣等放血；噤口痢宜和胃温中；寒湿痢宜祛寒化湿；休息痢宜温补脾肾，多选用肝、脾、肾、任脉各经经穴。

(1) 针刺

取穴：天枢　巨虚　曲池　气海

配穴：其中，湿热痢加大椎、足三里；寒湿痢加阴陵泉、隐白；疫毒痢加十宣、人中、神阙、神门；噤口痢加中脘、内关；休息痢加脾俞、肾俞、三阴交；里急后重甚者加中膂俞；脘闷者加中脘；恶心呕逆者加内关、内庭；夹有食积者加璇玑、公孙；大便

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

滑脱不禁者加长强、百会。

操作：急性痢疾多为实证，故宜针泻之，根据病深针宜深的原则，对腹部各穴应刺1.5寸以上四肢各穴亦宜深刺，并行提插捻转泻法。要求提插幅度要大一些，捻转频率要快一些，使腹部穴位的针感向四周放散，然后再留针1～2小时。也可使用电针，行中度刺激。久痢属虚，治宜补法。对于寒湿痢，寒则温之，非灸不可，腹部各穴均宜用灸法。疫毒痢属邪毒内闭者，可于十宣放血，以泄邪气；神昏者加人中深刺强刺激，醒脑开窍；有脱象者神阙重灸以回阳固脱。

(2) 灸法

取穴：神阙　关元　足三里　大肠俞　气海

操作法：每次选择2～3穴，小艾炷灸7～10壮。神阙穴用隔盐灸，其它穴均可用隔姜灸或隔蒜灸，每日1～2次。亦可用艾卷灸，每穴5～10分钟。

(3) 耳针

取穴：大肠　小肠　皮质下　神门　交感

方法：每日1次，中强刺激，留针20分钟。症状严重者，每日2～3次，症状缓解后，每日1次。

(4) 刺血疗法

取穴：曲池　内庭　人中

配穴：二间、上巨虚

方法：以三棱针点刺出血，出黑血3～5滴，或血色变淡为度。对于疫毒痢邪热鸱张高热不解者，还应于十二井穴点刺放血，热甚极者，在尺泽、委中处找静脉放血。

(5) 穴位注射

取穴：天枢　止泻　关元

方法：用0.25%～0.5%普鲁卡因，每穴3ml，每天1次，疗程3～7天为一疗程。亦可用阿托品1支（0.5mg），加黄连素1支（2ml），在天枢、止泻穴注射，每穴注射0.5ml，每日1次，3～7天为1疗程。

文献摘要

(1)李克荣治疗成人急性菌痢1383例，主穴：天枢、气海、足三里。配穴为曲池、长强、承山、大椎。每日针刺1～2次，5～10天为1疗程，对腹痛腹泻改善不明显者，辅以神阙拔罐。结果经1个疗程治愈1264例，平均治愈时间4.5天，治愈率为91.5%。

（李克荣．针刺治疗成人急性菌痢1383例疗效分析及作用原理的初步探讨．中国针灸，1990，10(3)：1）

(2) 吴新伟等人用头皮针治疗菌痢114例，取额旁二线，呈15°角进针，年龄在15岁以下者用点刺法；16岁以上者属急性菌痢留针2～3小时，每日1次，属慢性菌痢者留针1～4小时，隔日1次。结果痊愈93例，好转19例，无效2例。

（吴新伟，顾月琴．头皮针治疗菌痢110例临床疗效分析．中国针灸，1991，11(2)：11）

(3) 齐解玲等以针灸法治疗细菌性痢疾22例，取穴：中脘、天枢、关元、足三里、神阙，隔盐艾灸。配穴：发热重者加曲池、大椎、合谷；头痛者加太阳、风池、百会；恶心呕吐重者，加内关；四肢厥冷、烦躁，加十宣、尺泽、委中放血，并选用神门、劳

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

宫、涌泉穴。患者呼气后进针，留针 30～50 分钟，中脘、天枢、关元针入 2～2.5 寸，足三里针 2.5 寸，然后在神阙内放食盐，高于脐周皮肤，艾卷以神阙为中心，用循环艾灸法，由中脘至神阙，再向关元穴施灸，循环灸 15～20 分钟，双侧天枢穴也以神阙穴为中心，循环灸 15～20 分钟，神阙灸的时间要长，灸至皮肤红润，患者感到局部灼痛但能耐受为好。结果：1 次见效者 10 例，2 次痊愈者 6 例，3 次痊愈者 4 例，4 次痊愈者 2 例。

（齐解玲，王满，孙嫦香等．针灸治疗细菌性痢疾 22 例疗效观察．内蒙古中医药，1996，15(2)：23）

按语

针灸治疗痢疾，《针灸甲乙经》就记载有肠澼便脓血的针灸治疗方法，其后的《备急千金要方》、《针灸资生经》和《针灸大成》亦有不少治疗经验的记载，为后世对本病的治疗提供了很好的借鉴。

临床表明，针灸治疗急性细菌性痢疾，2～3 天可控制临床症状，3～5 天内大便常规可转阴。不仅能迅速有效的控制高热、腹痛、下痢等症状，而且大便培养亦随之转阴，其疗效是较为肯定的。临床观察发现：针灸治疗本病必须掌握两个关键：一是穴位选择，二是针刺手法。大肠募及下合穴的相互配合的临床效果经观察对比明显优于其它穴位。而本病更强调强刺激所产生的带有放散性的针感，尤其是腹部的天枢、气海。针灸对于休息痢一般疗程较长，见有严重的脾肾阳虚，出现大便滑脱者，针刺则应从扶正着眼，攻补兼施，缓缓调治，不可冀望毕功于一役。总的看来，本病湿热证者，病情虽急，见效却迅速，较之其它型的痢疾易于恢复。临床发现，病发于晚秋者，不仅是针灸疗法，药物的疗效亦较差，这一点目前尚无法解释。

湿热并重的噤口痢和疫毒痢，有必要进行综合治疗，对针灸治疗疗效不显著且症情继续发展者，应作进一步检查，以明确诊断。

流行性乙型脑炎

概述

流行性乙型脑炎简称乙脑，是由蚊子传播乙脑病毒所引起的以中枢神经系统病变为主症的急性传染病。10 岁以下儿童易感染，流行于夏秋季节。临床以突然起病、高热、头痛、呕吐、嗜睡、或昏迷、惊厥和出现颅内压增高及脑膜刺激征为特征。重型患者病后往往留有后遗症。乙脑除入患病外，家畜和家禽都可隐性感染，其中猪、马是主要的传染源，传播媒介主要是蚊子。

本病相当于中医温病中的“暑温”以及暑证中的“暑厥”、“暑痉”和“暑风”等证系感染暑温邪毒引起的一种热性病。多因暑湿交蒸，腠理不固，外邪乘隙而入体虚感邪而发病。暑火同性，故本症传变迅速，多见“气营两燔”或“营血俱耗”，甚则“逆传心包”的急性证候。后期风痰流窜于经隧、脑窍，留而不去，则可遗留瘫痪、失语和痴呆等症。

本病的发病由乙脑病毒进入人体，在单核-吞噬细胞内繁殖，继而进入血液循环引起病毒血症，若不侵入脑实质则呈隐性感染或轻型病例，当机体防御功能低下时，病毒通过血脑屏障进入中枢神经系统并增殖，从而引起乙脑重症表现。本病主要有两种基本

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

病理变化：①病毒感染神经细胞和胶质细胞导致损伤和组织坏死；②免疫细胞包括淋巴细胞、小胶质细胞和吞噬细胞集聚在血管周围，脑组织呈炎症反应。

临床表现

本病潜伏期 10～15 天，典型的病程可分为四个阶段：

（1）初期：起病急，体温急骤上升至 39～40℃，伴头痛，恶心和呕吐，部分病人有嗜睡或精神倦怠，并有颈项轻度强直，病程 1～3 天。

（2）极期：体温持续上升，可达 40℃以上，初期症状逐渐加重，意识明显障碍，由嗜睡昏睡乃至昏迷，昏迷越深，持续时间越长，病情越严重。此外，可见全身抽搐，强直性痉挛或强直性瘫痪。病程可达 4～10 天。严重患者可因脑实质内炎症、缺氧、脑水肿、脑疝等病变而出现中枢性呼吸衰竭。体检可发现脑膜刺激征，瞳孔对光反应迟钝，或瞳孔散大，腹壁及提睾反射消失，深反射亢进，病理反射阳性。

（3）恢复期：体温逐渐下降，精神及神经系统症状逐日好转。但可有低热，多汗，失语或语言障碍，吞咽困难，肢体麻痛，不能自主运动，痴呆等表现。偶见震颤，肢体挛缩，扭转痉挛及精神异常等。

（4）后遗症期：发病半年后仍留有精神、神经系统症状者，称为后遗症。约 5%～20%患者留有后遗症，均见于高热、昏迷、抽搐等重症患者。后遗症以失语、瘫痪和精神失常为最常见。若坚持治疗，部分患者仍有恢复的希望。

临床常根据病情的轻重，将乙脑分为 4 型。其一为轻型，神志清醒，无抽搐，体温在 39℃左右，1 周内恢复；其二为普通型，有浅昏迷，可有短暂抽搐，体温在 40℃左右，约 10 天内恢复，一般无后遗症。其三为重型，体温持续在 40℃以上，神志昏迷，并伴有反复或持续的抽搐，病理反射存在，常有明显的神经系统的定位症状，易出现颅内压增高或脑疝，及中枢性呼吸衰竭。病程常在 2 周以上，恢复期常有不同程度的精神异常和瘫痪等后遗症。其四为暴发型，1～2 日内出现深昏迷，体温迅速升高，很快出现脑疝和中枢性呼吸衰竭表现。幸存者多有严重后遗症。

诊断要点

（1）发病于夏秋季，临床出现乙脑初期的临床表现者，应首先考虑本病的可能，以便及早诊断。

（2）实验室检查，外周血白细胞总数增高，其中中性粒细胞达 80%以上，脑脊液常规检查，压力轻度增高，白细胞数增加，糖偏高，蛋白及氯化物正常者，可作为临床诊断依据，有条件者，可作血清免疫学检测，诊断更为可靠。

（3）本病急性期变化迅速，尤其是在极期，应密切注意患者的神志、呼吸和体温的变化情况，对病情由闭证转为脱证，应及早防范。

（4）对恢复期的各种症状，应结合全身情况与体征作详细分析，以区别虚实的不同证型，在治疗上分别处理。

（5）对失明、耳聋等后遗症，应经有关专科检查，明确其损伤部位和程度，有利于治疗和推断其预后。

治疗

治法：清暑泄热为基本治法，初期重在清宣透发；极期偏于清营凉血，豁痰开窍；恢复期和后遗症期宜调补精气，蠲痰通络。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(1) 针刺

① 初期：

取穴：风池　曲池　合谷

配穴：挟湿者，加足三里、阴陵泉、内关；偏热者，加大椎、外关、委中。

操作：各主穴均宜用提插法紧提慢按，反复行针，加强针感，各穴一律行提插捻转泻法，留针 20 分钟，每日 2 次。曲池、委中、大椎可针后放血。

② 极期：

取穴：大椎　曲池　曲泽　委中　十二井穴

配穴：神志昏迷加人中、百会；颈项强硬加风池；四肢抽搐加阳陵、曲池；口噤加颊车。

操作：各穴均强刺激，适当深刺，反复行针，留针 30 分钟或 1 小时，根据病情每日针 2～3 次。人中穴向上斜刺，深入 1 寸左右，反复行针，加强刺激，颈项强直取风池穴应行平补平泻法；抽搐刺曲池、阳陵泉应行捻转泻法。委中处找静脉放血，泻出黑血，色变为度。

③ 恢复期及后遗症期：

取穴：吞咽困难：天突　廉泉　合谷　人迎

面瘫：地仓　颊车　阳白　鱼腰　合谷

呕吐：内关　中脘　足三里

失语：哑门　廉泉　通里　合谷

震颤：手三里　间使　合谷　阳陵泉

尿潴留：中极　曲骨　阴陵泉　三阴交

肢体瘫痪：上肢取肩髃　曲池　外关　合谷；下肢取环跳　伏兔　足三里　绝骨　太冲

失明：睛明　攒竹　丝竹空　鱼腰　风池　合谷

操作：恢复期，以正虚为主者，手法操作应注意浅刺，行补法；若后期正虚不著，以上各穴，可酌用泻法。廉泉、通里用平补平泻法；面部取穴，要求针感向四周放散；震颤取穴施以平补平泻法，留针；尿潴留选穴应诱导手法为主，注意行针节律和强度，尤其应消除患者的紧张，温和操作，针后加灸，留针；肢体瘫痪所选穴一般均用平补平泻法，如拘挛疼痛者，可适当行捻转泻法，此外，瘫痪治疗要求得气感要强，能上下传导者疗效较为可靠，对于弛缓性瘫者，应采用补法为主，并可适当加灸，隔姜灸、艾条灸均可，每日 1 次，对于拘挛性瘫痪则应用针刺泻法，以缓解局部经筋拘急状况。

(2) 穴位注射

取穴：哑门　肾俞；风池　足三里；大椎　内关；次髎　阳陵泉。

方法：每次选用 2 穴，四组交替，用乙酰谷酰胺、胎盘组织液、大脑组织液、红当归注射液、盐酸呋喃硫胺、维生素 B_{12}等，根据用药部位、症状选择注射药物，每穴注射 0.5～2ml，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

(3) 头针疗法

取穴：瘫痪选对侧运动区　感觉区　足运感区；失语取言语一区　言语二区　面运区；失聪用晕听区　肝胆区；失明针视区。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：本法适用于乙脑的恢复期和后遗症期的治疗，可单纯针刺，以平补平泻法，得气后留针 2～4 小时，亦可加电刺激，或在对应刺激区注射药物。

（4）耳针

取穴：神门　皮质下　肾上腺　枕　额

配穴：心、肝、肾、屏尖。

方法：耳针常规方法，每次 4～5 个穴位，留针 30 分钟，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。屏尖以三棱针点刺放血。

文献摘要

（1）王立群以电针治疗小儿病毒性脑炎，治疗方法：针刺组取患侧肢体对侧头皮治疗线，神志改变者取顶中线、四神聪；肢体运动障碍取顶颞前斜线、顶旁 1 线、2 线；肢体感觉障碍取顶颞后斜线；语言功能障碍取颞前线及语言 2 区、3 区；视力障碍取四神聪、益智区；视觉障碍取枕上旁线；情感障碍取额中线、额旁 1 线；癫痫取额中线。用 25～40mm 的毫针刺，得气后加用电针，选用连续波，频率为 200～300 次/分，强度以病人能耐受为度。囟门未闭的患儿应避开囟门，1 岁以下患儿不用头针。头电针每次留针 30～40 分钟。体针取手足阳明经及醒脑开窍的穴位，上肢取肩髃、曲池、外关、合谷、尺泽；下肢取髀枢、居髎、伏兔、足三里、解溪、太冲；醒脑开窍取人中、风府、哑门、极泉、通里、神门、涌泉等，分两组交替使用，针用平补平泻，得气后加电针，选用连续波，频率 20～30 次/分，强度以肢体微颤为度，治疗 15 分钟。肢体抽搐痉挛者，不留针。10 次为 1 疗程，连续观察 1～3 个疗程，每个疗程间休息 1 周。对照组则用常规抗炎、抗病毒以及脑组织营养治疗。结果：治疗组 72 例，痊愈 19 例，显效 32 例，好转 8 例，无效 13 例，总有效率为 82%，而对照组 42 例，痊愈 3 例，显效 6 例，好转 10 例，无效 23 例，总有效率为 45%，两组经 Ridit 分析，$P<0.01$，针刺组疗效明显优于对照组。

（王立群．电针治疗小儿病毒性脑炎的疗效分析．上海针灸杂志，1998，17（3）：8）

（2）秦守杰等，取双侧劳宫和涌泉穴，治疗乙脑极期的呼吸停止。常规消毒后用 1～1.5 寸毫针刺入穴位，接 G-6805 电针仪，启动开关，将输出纽逐渐旋转到 2～3.5 档（10～18V），电流强度以看到病人双侧上下肢及胸部肌肉呈节律性、刺激性被动运动为宜，频率为 20～30 次/分，治疗过程中仔细观察病人呼吸运动情况，当看到微弱的自主呼吸出现，且幅度逐渐增大及规则进行，则为复苏基本成功。本组病人留针最短的为 30 分钟，最长 2.5 小时。结果：从启动治疗仪起，到出现呼吸的时间，30 秒～5 分钟内者有 6 例，14～20 分钟者 3 例，2 小时内者 1 例，其中 4 例存活，2 例复苏成功后出现病情好转出院，4 例复苏成功后在 24～72 小时内病情再度恶化而死亡。

（秦守杰，侯长利．电针抢救乙脑呼吸停止 10 例分析．中国针灸，1996，16（3）：53）

（3）刘鑫等针灸治疗乙型脑炎 30 例，主穴，任督二脉之穴，点刺任督二脉，在百会、大椎、筋缩、腰阳关、人中、膻中、中脘、关元等穴，留针 5～10 分钟。配穴，失语加上廉泉，哑门；耳聋加听宫、翳风；肢瘫者，上肢加肩髃、曲池、合谷，下肢加环跳、委中、涌泉、阳陵泉、足三里、悬钟、太冲；失明加睛明。每日 1 次，12 次为 1 疗程，疗程间隔 2 日，一般治疗 3～5 疗程。结果：痊愈 11 例，显效 16 例，好转 3 例。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（刘鑫，周金桔，张洪波．针刺任督脉为主治疗乙脑后遗症30例．中国针灸，1995，15(6)：7）

（4）许荣正治疗病毒性脑炎22例，均为传染科收治确诊的病例，并要求针灸科会诊的重症病人。治疗方法：主穴：取百会、人中、承浆、神庭、印堂、风池、合谷、曲池、内关、通里、涌泉、背部各腧穴（不留针）。其中痰气郁结者，加天突、膻中、中脘、丰隆、三阴交；热入心包加风府、后溪透劳宫、八邪、八风、申脉、太阳、绝骨，委中、十宣、中冲、少商、关冲、少冲点刺放血；痰蒙心窍者，以孙真人十二鬼穴加减；牙关紧闭，加下关、颊车；失语加廉泉、哑门；失明加瞳子髎、承泣、光明、攒竹、照海；大小便失禁，重点针刺人中、承浆、气海、涌泉、肾俞、大肠俞。针刺宜久留针，深刺。治愈16例，基本治愈5例，2例好转，治疗时间最长42天，最短2天，平均25天。

（许荣正．针刺治疗病毒性脑炎的体会．针灸临床杂志，1997，13(6)：44）

按语

中医并无乙脑的病名，但其中的高热、痉厥、昏迷等表现，在《内经》及其以后的针灸专著中不乏其症状治疗记述，尤其是高热，在《灵枢·热病》和《素问·刺热》中作了比较详细的介绍，总结出了一套针灸治疗经验。其它如瘫痪、失音、失明、痴呆等，除《内经》外，历代针灸著作都有介绍，为后世提供了较为丰富的临床经验，它们在乙脑的针灸治疗中是颇为有益的借鉴。

实践证明，除重型乙脑需中西医结合进行抢救外，一般较轻型症状单用针灸即可治愈，在急性期采取针灸治疗，可显著减少后遗症。急性期，针灸疗法亦可很好地控制惊厥，缓解症状。尤其是对于后遗症，针灸治疗具有更好的效果，而且应提倡早期针灸治疗。如后遗症虽经较长时间仍无改善者，应劝导患者耐心调治，一般都会收一定的疗效。

不仅对于乙脑的轻证型，在其极期，针灸也常显示其治疗效果，以下五大重症配合针灸治疗，往往对病情恢复有明显的促进作用。①高热：重症型乙脑，高热可达41℃以上，常须采取综合性降温措施，而针灸能起到辅助退热作用，常用穴为大椎、劳宫、涌泉、尺泽、委中、十二井等，采用提插泻法，反复行针，委中、尺泽、十二井等，可点刺出血，本法可起到及时降温的效果。②昏迷：针刺不仅可用于轻症型乙脑的嗜睡、意识模糊或浅昏迷，对重症深昏迷者，配合针灸治疗也有一定的醒脑开窍的作用，常用穴为：人中、中冲、百会、风府、劳宫、涌泉等。③反张抽搐：重症乙脑在高热的同时，并见颈项强直、甚则角弓反张，四肢抽搐等症状，角弓反张与足太阳与督脉有关，治取天柱、大杼、肝俞、大椎、至阳；四肢抽搐与肝热风动有关，可取曲池、阳陵、行间、太冲等，以平厥阴少阳之风。④呼吸困难：呼吸困难是乙脑的危候之一，综合治疗均采用兴奋呼吸中枢，针灸治疗，常取穴中府、膻中、合谷等，兴奋募穴，以鼓动心肺。还可单刺会阴一穴，行强烈的提插捻转手法，往往也能取得较好的疗效。如因痰浊阻滞气道，影响呼吸者，可尝试用内关、天突、尺泽以宣展气机，开闭祛痰。⑤肠麻痹：因高热或毒血症状而引起的中毒性肠麻痹也是乙脑的常见并发症，患者腹部胀气，不能排气，应用针刺多能迅速改善症状，取穴天枢、气海、上巨虚、下巨虚等，针刺应较深，反复行针，或腹部穴位加用艾条灸，以通畅气机，促进肠功能的恢复。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

流行性脑脊髓膜炎

概述

流行性脑脊髓膜炎（简称流脑）是由脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎。15岁以下的儿童发病率最高。冬春季节易流行，人是本病唯一的传染源，病原菌存在于病人与带菌者的鼻咽部，致病菌借空气和飞沫传播，由上呼吸道侵入人体。

根据其症状特点及其好发季节，本病可归于中医“痉病”、“惊风”和温病的“春温”的范畴。其发病因于正气虚弱，复感春季或冬春之季温热毒疫之邪，温热毒邪上犯肺卫、化热化火，传及气分，燎及营血，甚则“逆传心包”，动风生惊，若邪毒鸱张，还可迫血妄行，耗竭阴津，阴损及阳，形成阳气外越的脱证。

西医认为，病原菌经鼻咽部侵入人体，当人体免疫力下降或病原菌毒力较强时，则病即可由鼻咽部进入血液，发展为败血症，继而累及脑脊髓膜，形成化脓性脑脊髓膜炎。在败血症期，细菌常侵袭皮肤血管内壁，引起栓塞、坏死、出血和细胞浸润，从而出现瘀点和瘀斑。暴发型败血症期，脑膜炎双球菌的脂多糖内毒素引起微循环障碍和内毒素性休克，继而引起播散性血管内凝血（DIC），称为华-佛氏综合征。暴发性脑膜脑炎，迅速出现脑实质损害，可能与细菌内毒素引发循环障碍以及第Ⅲ型变态反应有关。

临床表现

潜伏期为1～7天，流脑的症情复杂多变，轻重不一，典型的病程可分为以下三个阶段。

（1）初发期：大多无症状，或类似感冒症状。

（2）败血症期：突发高热，寒战并头痛，神志淡漠，婴幼儿可有吵闹，烦躁或惊厥。病后2天左右，可见全身皮肤粘膜出现大小约1～2mm的瘀斑，严重者瘀斑迅速扩大，其中央因血栓形成而见皮肤溃破。部分病人有脾肿大，多数人2日内发展为脑膜炎。

（3）脑膜炎期：高热及毒血症状持续存在，但中枢神经系统症状加重。因颅内压增高，病人出现剧烈的头痛，喷射性呕吐，颈项强直，血压增高而脉搏下降，甚则狂躁或惊厥，病理反射阳性。1～2日后，病人进入昏迷谵妄状态，极易出现中枢性呼吸衰竭。婴儿发作多不典型，除高热、哭闹、惊厥外，前囟未闭者大多突出，对诊断较有帮助。

根据病情的轻重，临床还将本病分为普通型、暴发型和慢性败血症型三种类型。前者一般为典型发作，暴发型起病急骤，发作凶险，若不及时抢救，常于24小时内死亡，慢性败血症多见于成人发病，临床较少见，病程常迁延数月之久，诊断主要靠血培养，常需多次检查才能获阳性。

诊断要点

（1）凡在流行季节突起高热、头痛，伴神志改变，皮肤粘膜有瘀点，脑膜刺激征阳性者，临床诊断即可初步确立。确诊有赖于脑脊液检查及病原菌的发现，免疫学检查有利于及早确立诊断。

（2）典型的脑脊液表现在脑膜炎期对快速诊断很有帮助，此期，脑脊液压力增高，可达1.96kPa，脑脊液滴速加快，外观混浊，脑脊液常规表现，白细胞数显著增高，蛋白含量明显增高，而糖及氯化物明显减少，甚则测不出，当然脑脊液改变晚于临床症

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

状，一般在发病 24 小时后才会出现，抗菌治疗对其有很大影响。

（3）由于本病里热较盛，传变较快，卫分征象有时不太明显，常在发病后很快出现气分甚则气血两燔的征候，故诊查时以当前症状为主要判别依据，起病时间只供参考。

（4）斑疹为病邪入里，内传营血所致，疹色红活荣润，疹形松浮者为病邪轻浅，是顺证；若斑疹色紫，属热毒炽盛；一旦斑色紫黑，稠密，紧束有根，乃邪毒深陷正气不支之象，是逆候。有此表现，虽身热不高，亦应特别注意病情变化。

（5）本病应与其它化脓性脑膜炎、流行性乙脑和其他脑膜炎相鉴别。

治疗

治法：气营两清，镇静熄风。

针刺

① 初发期：

取穴：大椎　风门　合谷　曲池

配穴：头痛，加印堂、太阳；恶心，加内关、足三里；咽痛少商点刺放血。

操作：大椎直刺，风门斜刺，各穴得气后行提插捻转泻法，使局部有较强的针感，曲池以出现向上下传达的针感为好，合谷的针感应达指尖。诸穴合用，共奏疏散外邪的疗效。留针 30 分钟，每日 1 次或 2 次。

② 败血症期：

取穴：太冲　劳宫　人中　涌泉　十二井

配穴：高热不退者，加委中、尺泽放血；瘀斑及皮肤粘膜出血者，加血海、太溪；神昏者加素髎，丰隆以化痰开窍。

操作：以上各穴均行提插捻转泻法，太冲、劳宫，适当深刺，人中向上斜刺，深约 1 寸，反复行针，加强刺激，留针 20 分钟，间歇行针，每日针 1～2 次，儿童留针不便者，可强刺激，不留针，以达清营凉血之效。涌泉、十二井、委中、尺泽，均用刺血法，后二穴亦可不拘穴位所在，而在肘、腘窝附近找大静脉泻出其血，如此均有较好的清泄热毒的作用。

③ 脑膜炎期：

取穴：人中　劳宫　行间　长强　筋缩　阴陵泉

配穴：高热动风，取百会、涌泉、尺泽、风池；闭证取印堂、丰隆、十二井；邪陷正脱者，加涌泉、关元、气海、足三里。

操作：人中、劳宫，行提插捻转泻法，行间、长强也行泻法，刺激要强，每 5 分钟行针 1 次，以上穴位原则上用提插捻转泻法，留针 30 分钟，如患者抽搐较重，可强刺激不留针。对于邪陷正脱的脱证，急在关元、气海、涌泉以艾条悬灸或神阙艾炷直接灸，以患者面色转红为度。

④ 后遗症期：

取穴：失明：睛明　光明；聋哑：听宫　翳风　合谷　哑门　廉泉　百会　外关；四肢不用：肩髃　曲池　外关　合谷　环跳　阳陵泉　足三里　绝骨；神志呆迟：四神聪　风府　神门　大陵　太冲　合谷；舌强：下关　颊车　廉泉　合谷　天突　人迎

以上穴位根据其症状表现不同，任取一组穴位，行平补平泻，留针 30～40 分钟，20 次为 1 疗程。疗程间休息 1 周。后遗症期的处理可参照乙型脑炎的方法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

文献摘要

董桂兰治疗1例6岁儿童水痘后脑膜炎后遗症，治疗方法：按轻重缓急先后进行针刺治疗，首先取三阴交、风池、百会、风府、内关、神门，留针30分钟，每日1次，治疗2天后，即有明显效果，颈项变软，夜间能入睡，烦躁哭闹亦减轻。第3天开始加用曲池、肩髃、合谷、足三里、廉泉、哑门，至第10天患儿已能扶物行走，右上肢能抬至胸前，这时改用头皮针在运动区及语言区交替治疗，至13天能发音，讲简单单词，至第15天左右，上肢活动正常，已能独立行走，能讲简单的语句，出院后又在门诊治疗15天，症状消失，完全恢复正常。

（董桂兰．针刺治愈水痘后脑膜炎后遗症1例．针灸临床杂志，1996，12(9)：42）

按语

本病与乙脑都属于神经系统的感染，起病危急，还可见神经系统的定位症状，发病后可留有不同程度的后遗症，故在治疗上也存在一定的相似性。但本病特点在于：迅速出现热入营血的证候，病候演变更快，脑膜刺激症状和早期出现严重的颅高压症状，使本病的病势表现的较为急重。

针灸对流脑病人的普通型和轻型具有一定的疗效。对于本病，针灸的优势表现在：①降低颅内高压，有人观察发现，行间强刺激并配合阴陵泉利水，对人和大鼠的颅内高压有一定的降低作用，临床上能够很快缓解头痛、呕吐、项强等症状；②退热抗感染，针刺曲池、大椎可退热，在本病的败血症期和脑膜炎期，针灸通过清泄热毒，而达到很好的症状控制作用，这一效应实际上反映了针灸具有一定的抗感染作用；③镇静定搐，“风疹身反，先取足太阳腘中及络出血”（《灵枢·热病》），说明在《内经》时代，刺络放血就是熄风定痉的方法之一。在本病，热毒内盛，热极生风，用放血疗法是清泄邪热，釜底抽薪，消弱风热的重要环节，与平肝熄风、宁心镇静的选穴位配合，可取熄风镇静之效。

上述作用对本病而言，是相辅相成的，抗感染和降低颅内压是改善本病的关键。当然，针灸对本病的治疗还是应该采取慎重的态度，因为本病具有传变迅速的特点，对于重症更是病情急骤，故早期采用中西医结合的方法是必要的。

百　日　咳

概述

百日咳是小儿常见的急性呼吸道传染病，百日咳杆菌是本病的致病菌，传染性强，冬春季多见，其它月份也可见流行。其特征为阵发性痉挛咳嗽，咳嗽末伴有特殊的吸气吼声，病程较长，可达数周甚至3个月左右。幼婴患本病时易有窒息、肺炎、脑病等并发症，病死率高。近年来幼婴及成人发病有增多趋势。

本病属于中医“顿咳”的范畴，部分医籍称之为“疫咳”或“天哮”。认为本病因于外感时邪，内有伏痰而致。时邪袭表，引动伏痰，内外相引，肺失清肃为本病的主要病机。小儿脏腑娇嫩，易虚易实，更易生变症，邪热内盛，常内伤肺脾，甚则可邪热内陷，引动肝风，使病情更为复杂。

病菌粘附在呼吸道粘膜，并繁殖产生毒素，导致支气管粘膜广泛炎症，粘液分泌增多，纤毛损害，支气管粘液刺激感觉神经末梢，反射性的引起剧烈的连续咳嗽。也有人

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

认为痉咳是咳嗽中枢对杆菌毒素过敏所致。细菌产生的多种产物如组胺致敏因子（HSF）、促淋巴细胞增生因子（LPF）、胰岛活性蛋白（IAP）等均可加重支气管内皮细胞的坏死，并加重全身症状。病理表现多见支气管周围炎症浸润及间质性肺炎。如痰液堵塞支气管，可见局部的肺不张。

临床表现

潜伏期一般为7～10天，临床上可分三期。

（1）卡他期：症状类似感冒，咳嗽、流涕，轻度发热，当其它症状逐渐消失时，咳嗽反而加重，日轻夜重，渐成痉咳状。

（2）痉咳期：阵发性、痉挛性咳嗽为本期的特点。发作时频频出现不间断的短咳或数十声呼气状咳，最后深长吸气，因喉部呈痉挛状态，故伴有高音调的鸡鸣样吼声。咳嗽剧烈时，可有大、小便失禁，涕泪交流、面红耳赤、口唇紫绀等，甚至引发鼻衄、眼结膜出血，表情极为痛苦，最后以呕吐而告结束。此期，肺部如无继发感染，可无阳性体征。日发数次至数十次，日轻夜重，奔跑、进食、受凉、烟熏等均可诱发。一般可持续2～6周。呼吸道继发感染、窒息、惊厥为此期的主要并发症。血象表现白细胞可升至2万/立方毫米以上，其中淋巴细胞占60%～80%，伴发其它感染时，淋巴细胞可降低。

（3）恢复期：咳嗽减轻，精神好转，病情稳定。如伴有并发症，则病程将延长。

诊断要点

（1）当地有百日咳流行，患儿有与百日咳病人的接触史，咳嗽日轻夜重，而且越来越重时，且无并发感染时，肺部多无干湿性啰音，肺部体征与症状不相称，应怀疑本病，并培养百日咳杆菌，以求确诊。

（2）根据其典型的痉咳特点，血象检查白细胞总数增高至2万/立方毫米以上，并以淋巴细胞增高为主，即可作出临床诊断。鼻咽部细胞培养和特异的血清学检查可以确诊本病。

（3）要掌握病情的虚实，初病多实，应注意风寒、风热，以及痰热内蕴等的区别，久病多虚，应注意脾肺气虚和肺脾阴虚等不同证型。

（4）本病应与急性支气管炎、气管支气管异物、及由肺部衣原体和其它呼吸道病毒感染引起的“百日咳综合征”疾病相鉴别。

（5）若患儿持续哭闹，躁扰不宁，幼儿诉下腹痛者，应注意脐疝及腹股沟斜疝的可能；若患儿高热、嗜睡，意识不清，应考虑神经系统并发症的可能。

治疗

治法：清热化痰，肃肺降逆。

（1）针刺

取穴：风门　肺俞　尺泽　孔最　足三里　丰隆

配穴：外邪束表，加合谷、外关；胸胁痛者，支沟、期门；舌系带溃烂，加金津、玉液；痰中带血，加鱼际、膈俞；鼻出血者，加上星、迎香。肺脾二虚者，可加脾俞、肺俞，行捻转补法，轻刺即出针。

操作：风门、肺俞浅刺，用捻转泻法，上下肢各穴可行提插泻法，婴幼儿浅刺即出针，稍大儿童能配合者，可留针5～10分钟，每日1次。加减用穴中期门应斜刺，迎香

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

向鼻翼斜刺，上星向下沿皮斜刺，其余各穴均用浅刺疾出法。金津、玉液两穴局部肿起溃破，可用三棱针点刺出血。

（2）耳针

取穴：肺　支气管　平喘　神门　交感

方法：每次选取2～3穴，短针刺入耳穴，行浅刺法，捻转后即出针或留针30分钟，两耳交替使用，每日1次。亦可用王不留行籽贴于耳穴，每日按压3～5次，3天后更换。

（3）三棱针点刺

取穴：四缝

方法：以三棱针点刺四个穴点，刺入0.1～0.2寸，挤出少量黄白色透明粘液或出血少许，以酒精棉球按压针孔，每日或隔日1次，每次1侧，两侧交替使用，3次为1疗程。可用于百日咳的痉咳期。

（4）梅花针

取穴：发病初期取后颈部　骶部　气管两侧

配穴：太渊、天突；发病中期或恢复期取后颈部、胸椎$_{1-8}$两侧、大椎、中脘、内关、太渊、劳宫下。

方法：用梅花针在各穴及各经线上叩打，反复几遍，使局部潮红为度，每日1次。

（5）拔罐疗法

取穴：风门　肺俞　脾俞　胃俞　中府　膻中

方法：用小火罐吸拔，背胸部交替使用，每日1次，适宜于轻症。亦可配合针刺治疗，针后拔罐，以提高疗效。

（6）挑针

取穴：身柱

方法：局部常规消毒后，用三棱针挑刺局部出血，并用口径小的火罐拔5～10分钟，间日治疗1次。

文献摘要

（1）姚洪梅等用八邪穴治疗百日咳，设治疗组145例和对照组50例二组。治疗组取穴八邪，消毒后取三棱针1枚，将患儿五指分开，取准穴位迅速点刺，深达皮下即可，刺毕挤出少许血液，然后用无菌干棉球拭去血液，后按压3～5秒钟即可。每日1次，两手交替，治疗7天判定疗效。对照组以氯霉素500mg/kg，加5%葡萄糖注射液150～200ml每日1次静脉点滴3天，检查血常规1次，如白细胞总数减至3.0×10^9/L以下，可停止用药，治疗7天判定疗效。结果：治疗组有效率为100%，而对照组的有效率为32%，两组疗效差别明显（$P<0.005$），治疗组明显优于对照组。

（姚洪梅，刘淑平，刘长江．针刺八邪穴治疗百日咳临床研究．中国针灸，1996，16（11）：20）

（2）张小娥等取主穴尺泽、经渠、孔最，发热配曲池、合谷；鼻衄配偏历、少商；呕吐加侠白；心衰加内关；手足搐搦加合谷、内庭。采用30号不锈钢毫针迅速刺入腧穴，进针后捻转得气，不留针，每日1次，治疗24例，痊愈22例，好转2例。

（张小娥，王太生．针刺治疗百日咳24例疗效观察．新中医，1994，26（10）：31）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 徐振华等采用26号毫针刺入四缝穴0.1寸深后出针，出血或挤出少许黄白色透明粘液，每日1次，每次刺1侧，两手交替，10次为1疗程。共治46例，痊愈42例，显效2例，有效1例，无效1例，总有效率为97.82%。

(徐振华，王晓梅．针刺四缝穴治疗百日咳46例疗效观察．中国针灸，1996，16(2)：17)

按语

临床上本病在痉咳期来诊者较多，此期多表现痰热内盛的症状，应用清泄肺热的方法，大多能很快的缓解症状。目前对于本病的主症痉咳，尚无特异性的药物治疗方法，而痉咳又是多种临床并发症的引发因素，及早控制痉咳，是缩短病程，减少合并症，顺利地恢复健康的关键。由于本病多为儿童，甚至是婴幼儿，所以本病在针刺手法上应注意浅刺、轻刺，宜多用梅花针治疗，如留针不便，可用浅刺疾出的方法，咳嗽剧烈者，可每日行2次以上的治疗，或多种针灸疗法结合，以期早日控制咳嗽。

本病传染性强，多发于儿童，危害亦较大。由于预防接种工作的开展，本病已较少见，多为散发，偶可在集体儿童机构出现流行。本病在5个月以内的婴儿中病死率极高，主要因于少有典型表现、病情进展快，又易于发生窒息的缘故，早期给氧，积极进行辅助性人工呼吸可能会有所帮助。此外，如患儿出现意识障碍、惊厥，应考虑到百日咳性脑病的可能；若出现严重的腹痛，则尤需注意脐疝和腹股沟疝的可能。积极预防和处理并发症，是减少病死率的有益的方法。在这种情况下，应积极进行中西医结合治疗，针灸仅作为辅助性的措施。

肺结核病

概述

肺结核病是由结核分支杆菌引起的肺部感染性疾病。可分为原发型和继发型两种，前者多见于儿童，全身反应较强，后者是再次感染患病，多见于成年人和青年人，局部反应较强，开放性肺结核病患者为本病的主要传染源。

本病属于中医“虚劳”、“虚损”、“痨瘵”、“骨蒸”、“传尸”等病证的范畴。发病主要是因正气虚弱，外感痨虫，侵入肺脏，居肺间，蚀肺系，肺阴受损，清肃失职。全部病程以肺为主，与脾肾有关。素体阴火盛者，发病后以阴虚为主；阴寒内盛者，发病以阳虚为特征。总之，一脏发病，酿及多脏亏损，尤其是肺脾肾三脏，交互虚损，致病势绵绵，终至阴损及阳，元气耗损而病情加重。

西医认为本病是由结核菌感染后引起体内免疫反应所致。其主要病变形式有三种，①当菌量多，毒力强，免疫反应剧烈时，病灶局部出现渗出性病变；②病菌少，而致敏淋巴细胞多，则表现增生性病变，产生结核结节或结核性肉芽肿；③当病菌毒力较强，免疫力弱时，呈现恶化性病变，感染灶出现干酪样坏死。其病理机转有二，其一是好转痊愈，病灶吸收消散，或纤维化，或钙化和骨化，亦可形成空洞，病灶局限；其二是恶化进展，病灶进一步坏死或液化，病菌通过淋巴结一支气管，或淋巴结一血行等途径播散，引起更严重的结核感染或全身性感染。

临床表现

肺结核病有三个临床类型，临床除有结核病的共同症状外，还表现各自的症状特

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

点

（1）原发型肺结核：是初次感染后发病的肺结核，典型病变包括肺部原发病灶，引流淋巴管以及肺门或纵隔淋巴结的结核性炎症，二者合而称为原发综合征，多见于儿童，偶可见于未受过感染的成年人。

（2）血行播散型肺结核：大多跟随于原发性结核，儿童较多见，本型多发生于免疫功能低下者，诱因包括麻疹、百日咳、糖尿病、以及体内的免疫抑制状态，临床症状复杂多变，常伴有结核性脑膜炎和其它脏器的结核感染。

（3）继发型肺结核：本型是成人肺结核的常见类型，好发于两肺上叶尖后段或下叶尖段，肺门淋巴结少有肿大，但易有干酪样坏死和空洞形成，或结核球，排菌较多，具有明显的传染性，因而有着很大的流行病学意义。

肺结核病的共有症状可表现在如下几个方面：

① 全身症状：发热，多为长期低热，每于午后或傍晚开始，型晨降为正常，可伴有倦怠、乏力、夜间盗汗、自汗、食欲减退、体重减轻、心悸、面色潮红及其它植物神经紊乱的症状

② 肺部症状：咳嗽，咯痰，干咳少痰，空洞形成时痰量增加，伴感染时可咳嗽加重，痰多，喘息；咯血或痰中带血，若结核空洞壁动脉瘤破裂则可引起大咯血，结核伴支气管扩张，也可间接性的引起咯血；胸痛，或为部位不定的隐痛，或为固定性针刺样痛，疼痛可放射至肩或上腹部；本病伴发肺气肿或肺组织广泛破坏时，可出现气急症状。

③ 基本体征：病灶以渗出性病变为主时或干酪性肺炎时，叩诊浊音，肺部可闻及支气管呼吸音和细湿啰音。继发肺结核好发于上叶尖后段，听诊肩胛区啰音有较大诊断价值。结核空洞时体征有胸廓塌陷、气管和纵膈移位，叩诊浊音，呼吸音降低间可闻及湿啰音，并可见肺气肿征象。

④ 其它：本病还可出现类风湿热症，表现四肢大关节肿痛，低热，但用水杨酸制剂无效。结核病还可引起贫血、粒细胞减少、类白血病反应和肝功能损害等表现，在免疫力极度低下的病例还可引起持续高热，骨髓抑制为主要表现的结核性败血症。

诊断要点

（1）本病初期往往没有明显的临床症状，仅在X线检查时发现，即使有症状出现，也大多缺乏特异性。下列情况应高度怀疑肺结核病的可能：反复迁延不愈的咳嗽，经3－4周治疗仍无效者，痰中带血或咯血，不明原因的长期低热或所谓“发热待查”者；体检肩胛区有湿啰音或年轻患者出现局限性哮鸣音者；长期淋巴结肿大及有开放性结核接触史者。

（2）痰液检查发现结核杆菌，对诊断本病意义重大，也是本病最特异的诊断方法，涂片抗酸染色镜检快速简便，抗酸杆菌阳性肺结核诊断即可成立。直接厚涂片为目前较为常用的方法。沉淀或飘浮法集菌涂片可以提高阳性率。以上检查最好在抗痨治疗前进行。

（3）X线检查为诊断结核病所必备，为观察本病病理变化的重要依据，对确定病变部位、范围、性质，了解其演变及选择治疗具有重要价值。

（4）判定结核的活动程度的基本依据是临床症状、X线表现和痰菌检查结果。后二者是最主要的判别依据。血沉和结核菌素试验对本病的活动性的判别具有一定的参考价

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

值。

（5）原发性肺结核应与肺脓肿、结节病、淋巴瘤、转移性恶性肿瘤和其它各类纵膈肿瘤相鉴别；血行播散性肺结核应与非结核性肺部感染、支气管肺泡细胞癌、弥散性肺间质纤维化等病相鉴别；继发性肺结核当与肺脓肿与肺癌相鉴别。

（6）注意分析临床主要症状，分别主次，以及掌握有否累及脾、肾等脏器的情况，做出针对病情的治疗。

治疗

治法：清肺养阴，滋阴降火。

（1）针刺

取穴：尺泽　肺俞　膏肓俞　大椎　三阴交　太溪　百劳

配穴：阴虚潮热，加鱼际、劳宫；盗汗，加阴郄、复溜；咯血：加中府、孔最、膈俞；音哑，加太渊、照海；遗精：加志室、关元、三阴交；经闭：加血海、地机；阳虚者加脾俞、肾俞、关元、中脘。

操作：肺痨属虚证，以上各穴原则上均用提插捻转补法，偏阳虚者，针后加灸，留针 10～30 分钟。但如咳嗽较重，尺泽可酌用泻法以止咳，燥热重者，大椎行提插法，先泻而后补之。加减穴位中，鱼际穴进针后，应反复行针，使针感向上下传导，效果较好。阴郄、复溜用平补平泻法以清热敛汗；太渊、照海以平补平泻法以通行经气，能开肺窍。主穴和配穴交替使用，每次取 3～4 穴，每日或间日 1 次，连续治疗方能奏效。

（2）灸法

取穴：膏肓俞　肺俞　膈俞　胆俞

配穴：足三里、三阴交、大椎、身柱。

方法：以上穴位每次选取 2～3 穴行艾炷直接灸或隔姜灸，每穴灸 3～10 壮，配穴用艾条悬灸。也可根据病情，在配穴先行针刺，针后加灸。每周 2～3 次，连续治疗 10 次，3 个月为 1 个疗程。

（3）耳针

取穴：肺区敏感点　肾　心　脾　内分泌　神门　大肠

方法：一般可用毫针法、电针法，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。也可在耳穴注射药物，可用 0.25％奴佛卡因 0.1ml 加链霉素 0.01～0.05g 或 0.25％奴佛卡因 0.1ml 加异烟肼 5～10mg。将药物注射入敏感区内，局部隆起黄豆大药物肿泡，两耳或单耳注射，每日 1 次，每次注射 2～3 穴，2 周为 1 疗程。

（4）穴位注射

取穴：百劳　中府　肺俞　膈俞　膏肓俞　曲池　足三里　膻中

方法：所用药物为 0.25％普鲁卡因 0.1ml 加链霉素 0.1～0.5g，或 0.25％普鲁卡因 0.1ml 加异烟肼 5～10mg，最好在胸部取穴附近找出压痛点，或直接在上述穴位注入药液，局部隆起黄豆大药物肿泡，两侧或单侧注射，每日 1 次，2 周为 1 疗程，休息 1 周后继续治疗。

文献摘要

（1）赵粹英等人用艾灸治疗难治性肺结核 32 例，取穴分为 2 组：1 组为百劳、肺俞、膏肓；2 组为中府、膻中、关元、足三里。采用隔蒜灸，每周灸治 3 次，每次轮回

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

灸治1组穴位，每穴灸7壮，3个月为1疗程。结果显效5例，好转12例，无效15例，总有效率为53.13%。

（赵粹英，严华，顾法隆等．艾灸治疗难治性肺结核的临床研究．上海针灸杂志，1990，9(4)：1）

(2) 王进喜用灸法治疗53例肺结核，主穴取结核穴（位于肺俞旁）、四花穴、膏肓、三阴交、膻中，配穴：有盗汗加复溜，咯血加止红、涌泉，久病体虚者加五脏俞，食欲不振者加中脘。每次9～15壮。其中X线摄片显示病灶在肺上者，重灸结核穴、膻中，病灶在下者，重灸四花、膏肓，配穴多灸5～9壮，除止红、涌泉为隔蒜灸外，其余均为隔姜灸。每日1次，15次为1疗程。对病久，病灶难以吸收者，征得患者同意，可施以疤痕灸，可获满意的临床疗效。

（王进喜．灸法治疗肺结核53例临床观察．针灸临床杂志，1994，10(3)：44）

(3) 郝淑珍用鱼际穴穴位注射抢救肺结核窒息50例，当咯血出现窒息先兆时，取麻黄素30mg、$VitK_3$8mg，用5号针头直刺双侧鱼际穴，待有针感后各注4mg，必要时重复1次。结果痊愈39例，无效11例，治愈率为78%。

（郝淑珍．鱼际穴封闭抢救肺结核咯血窒息50例．辽宁中医杂志，1994，21(3)：137）

按语

肺结核古称“肺痨”或“痨病”，古代针灸医籍记载了不少治疗方法。而唐代崔知悌发明的灸法，因对本病疗效卓著，一直流传至今。四花灸法，以及其它灸劳瘵法等，均为治疗本病而设，足资今天临床的参考。目前的临床研究发现，针灸治疗本病临床疗效肯定，尤其是对于浸润型肺结核疗效最好。

针灸对本病的疗效从症状表现上看，具有良好的镇咳和止咯血的作用。咳嗽是本病主症之一，反复咳嗽，可咳伤血络而致咯血，还可恶化病情，故镇咳对肺结核病很重要。我们体会，凡咳嗽不畅，胸闷痰多的咳嗽，应取尺泽、太渊宣展肺气，而对咳逆上气、气急的咳嗽，则应取天突、膻中、气海、足三里等穴以肃降肺气。对咯血，应泻鱼际、孔最穴，背俞穴艾灸亦有明显的止血作用。一般地说，针灸对本病的新鲜病灶而可复原者疗效较好，如对渗出性病变、新近扩散病灶及结核性肺炎等疗效好，其次为较新的干酪性病灶或组织破坏不重者，对陈旧性病灶疗效不佳。对于日出血量少于50ml的咯血，针灸可迅速控制咯血，而大咯血，则需结合其它疗法综合治疗。可见体内正气强者疗效明显优于正气弱者。

此外，针灸治疗本病虽有一定的疗效，彻底治愈尚有赖抗痨药物，针灸疗法和抗痨药物结合而产生的穴位注射疗法，临床疗效较好，值得推广。在治疗本病的过程中，应注意按结核病的隔离和护理常规操作，防止传染。

疟　疾

概述

疟疾是疟原虫所引起的传染病，临床上发间歇性寒战、高热、出汗和脾脏肿大、贫血为特征，恶性疟有侵犯内脏引起凶险发作的倾向。疟疾患者或疟原虫携带者是疟疾的传染源，传播媒介是雌性按蚊。发病多在夏季，按感染的疟原虫不同，有间日疟、三日

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

疟和恶性疟之分。

祖国医学认为本病是感受“疟邪”所致，由风寒暑湿、饮食内伤体虚劳损等原因而诱发。疟邪客于半表半里之间，发作时邪正交争，阴阳相移，如疟久不愈，耗伤气血可致虚劳；如痰湿郁结，气滞血瘀，瘕结成块可形成“疟母”。

疟疾的发作是由疟原虫在红细胞内裂体增殖所引起，裂殖体发育成熟破裂，其代谢产物进入血液，则可引起典型的寒战、高热；由于红细胞的大量破坏，故病程中可有进行性的贫血，脾肿大。疟疾的病理改变随疟原虫的种类、感染时间而异，其主要病理改变是脾肿大、肝肿大，脑型疟有脑部的病理改变，可见脑白质内有弥漫的小出血点，脑内毛细血管内充满疟色素和疟原虫。如疟原虫及组织碎片不断流入血循环，形成抗原抗体复合物，并沉积于肾小球基底膜，还可引起肾病综合征。

临床表现

蚊传疟疾的潜伏期，间日疟为 10～20 天，三日疟为 20～28 天，恶性疟为 10～14 天，多数疟疾起病急骤，临床以间日疟和三日疟为多见，初发者可有低热、疲劳、头痛、倦怠、食欲减退等前驱症状。疟疾的典型发作可分为三期：①发冷期：有寒战、脸色苍白、唇甲发绀、肢体厥冷，可持续 10 分钟至 1 小时之久，继而体温迅速上升。②发热期：寒战停止后继以高热和面色潮红，体温可达 39～40℃，伴头痛、口渴、脉数、息粗，一般持续 4～8 小时。高热期常伴全身乏力，全身肌肉关节痛，但无毒血症表现，发作过后唇鼻部可出现疱疹，多次反复发作后，脾脏明显肿大，质硬，伴有压痛。③出汗期：高热后，病人突发全身大汗，体温骤然下降，感疲劳，全身轻松感，常安然入睡。

间日疟与三日疟被称为良性疟疾，但二者也有明显不同。间日疟初发多有先兆，起病缓慢，最初为弛张热型，后转为间日发作的间歇热型；三日疟见于晚秋及初冬，起病也较缓慢，但热型一开始即为间歇型，且发作周期也保持不变，较少有二重及三重感染，脾肿大与贫血不显著。近年来三日疟已较少见。

恶性疟疾的临床表现较为复杂，热型不规则，发热前寒战少，发热后汗出也少，血中疟原虫数多，虽然临床症状较重，但有自限倾向，自然病程在 6 周左右。

凶险发作是指疟原虫所引起的危险的临床表现。其中主要有脑型疟、肺型疟和胃肠型疟三种。谵妄和昏迷为脑型疟的主要症状，常伴有高热或过高热、剧烈头痛、烦躁不安、抽搐，还可见脑膜刺激征、失语、瘫痪。肺型疟通常见于恶性疟的第 5 天，表现为急性肺水肿，导致急性呼吸衰竭。胃肠型疟表现类似急性胃肠炎，腹泻可达数十次，以致造成脱水，或剧烈腹痛，抗疟治疗后症状可明显改善。

疟疾经多次反复后，可形成慢性疟疾，表现为消瘦、贫血、脾脏肿硬和脾功能亢进。

诊断要点

（1）根据疟疾的典型发作症状，结合发病季节，可作症状诊断，血涂片找到疟原虫即可确诊，三日疟在寒战第 1 天即可找到疟原虫，间日疟在寒战后 6 小时内，血中疟原虫较多，容易找到。

（2）辨别寒热虚实，一般疟疾发作时寒多热少，或但寒不热者，多偏于寒盛，如热多寒少，或但热不寒者，为偏于热盛。初期寒热俱盛者，多属实证，疟久寒热不盛，面

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

黄乏力者，多属虚证。

（3）疟疾发作时出现神昏谵语、四肢抽搐或呕吐、腹泻、腹中绞痛者，则为疟邪传入脾、胃、心、肝之危候，应慎防内闭外脱。

（4）下列疾病亦可出现类似疟疾的间日发热热型，临床应与疟疾相鉴别，它们是急性血吸虫病，伤寒、副伤寒，钩端螺旋体病。

治疗

治法：疏导督脉，和解少阳，祛邪截疟。

（1）针刺

取穴：第一组，大椎　曲池　间使　后溪　阴陵泉　胸3～12夹脊

第二组，陶道　内关　血海　三阴交　复溜　胸3～12夹脊

发作期用第一组，间歇期用第二组。

配穴：热甚，刺十二井穴出血；脾肿大，加章门、痞根、太冲、丰隆；头痛，加风池、太阳；痉厥加内关、水沟。

操作：首先，应掌握好针刺的时机，以疟发前1～2小时针刺为最佳。疟止后，须连续治疗，直至疟原虫三次检查为阴性为止。大椎一般宜提插泻法，紧提慢按，加强针感，使之向下传导，能到达胸椎第4～5椎以下者，可以确保疗效。间使亦应用泻法，以感应向上传导为合适。曲池也应加强针感，使之向上下传导，以达到清热的目的。基本操作原则是强刺激，每5～10分钟间歇行针，留针30分钟。

（2）灸法

取穴：大椎　内关　神阙　完骨　陶道　章门　身柱　间使

方法：每次选用2～4个穴，以艾条悬灸，每穴每次灸10～15分钟，以局部皮色充血发红为度。或以艾炷隔姜灸，每穴5～7壮，每日1次，于发作前1～2小时施灸。

（3）耳针疗法

取穴：肾上腺　皮质下　内分泌　神门　脾　肝

方法：取双侧，发作前1～2小时针刺，留针1小时，连续针刺3天，平时可用压丸法作预防性治疗。

（4）穴位注射

取穴：大椎　陶道　间使　中脘　膏肓　足三里

方法：每次选取2～3穴，每穴注入复方奎宁0.2ml或常山注射液0.25ml，于发作前1小时注射。隔日1次。

（5）梅花针疗法

取穴：大椎　陶道　风府　身柱　间使　太溪　合谷　太冲　大杼　胸5～骶6夹脊

方法：先叩背部俞穴，大椎、大杼和陶道宜重叩出血，脊椎两侧以叩至潮红为度。在疟疾发作以前反复叩击为佳。

文献摘要

（1）王鼎水取间使、内关、大椎、陶道。采取坐位，捻转进针，强刺激手法，使患者感到酸麻胀，并向一定的方向放散，然后留针15～30分钟，或不留针。如留针可在留针期间及拔针时分别再捻转，以加强刺激。治疗时间均定在发作前2小时进行，如时

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

间掌握不准，可在发作前 2 小时和 1 小时分别针刺 1 次，行强刺激，不留针。结果，8 例针刺 1 次，3 例针刺 2 次，1 例 3 次针刺后症状控制，1 例第 1 次针灸留针期间晕针，终止治疗，改用药物治疗，4 天而愈。

（王鼎水．针刺治疗间日疟 13 例．中国中医药科技，1997，4（6）：328）

（2）李晋青在布隆迪针刺治疗恶性疟后遗症。治疗方法：取穴百会、风池、太阳、足三里、三阴交。颈项强直配风府、大椎；失语配廉泉、哑门；恶心、呕吐配中脘、脾俞；年老体弱配腰阳关、肾俞。快速进针，行提插捻转法得气，根据病情行补法或泻法，每 5 分钟行针 1 次，每次 30 分钟，每日针 1 次，6 次为 1 疗程。结果：180 例患者中，痊愈 132 例，占 73.3%，有效 18 例，占 26.7%，总有效率达 100%。

（李晋青．针刺治疗非洲恶性疟疾后遗症 180 例．中国针灸，1998，18（4）：204）

按语

近代也有不少针刺治疗疟疾效果良好的报道，一般认为，针刺治疗对疟区病例疗效好，而对外地去疟区的初发者疗效差，对成人发作的疗效好，而对孩童的疗效差，间日疟的疗效优于恶性疟，定时发作者优于非定时发作者，可见其与病人体内免疫能力的强弱有很大关系。

关于刺疟的时机，传统认为，在疟发前 1～2 小时（食顷）针刺，这在《内经》中已有说明，不少医家遵此古训，不越雷池。从红内期疟原虫数目高者效果较好来看，亦验证了此时间针刺是正确的。发作前 2 小时为裂殖子活跃之时，此时裂殖子抗力较低，易于被杀死或抑制，故在发作前 2 小时针刺效果较好。但这也不是绝对的。现今的不少报道指出在发作开始时治疗，迎其锐锋，折而击之，亦捷亦效，可明显缩短发作持续时间，其治疗作用也是不可忽视的。

针灸抗疟机理的研究，早在 60 年代，邱茂良就先行机理探讨，认为针灸可提高患者体内的免疫力，并可使疟原虫转阴。现代研究还发现，针刺对疟疾的疗效与血清补体值有一定的关系，针后 72 小时，血清补体值即明显升高。但如临床上针灸治疗 5 天以上，仍不能控制症状者，可考虑加抗疟药物治疗，或穴位注射抗疟药。由于西医学的发展，在我国疟疾依赖于针灸治疗的日子已逝，物是人非，今天的针灸文献中少有针灸治疗疟疾的报道。

5.2.2.2 内科疾病

（一）呼吸系统疾病

急性支气管炎

概述

急性支气管炎是一种由细菌和病毒感染或物理化学因素的刺激，引起的气管和支气管的急性炎症。它是一种常见病、多发病，多发生于冬春二季，任何年龄均可发病。现代病理学认为，急性支气管炎主要上支气管粘膜充血水肿，纤毛上皮细胞毁损、脱落，痊愈后病变消退，粘膜恢复正常。本病的发生与气候变化有关，故在临床上根据感受不同的邪气，而分风寒袭肺、风热犯肺、风燥伤肺三型。

中医学按症状表现，把急性支气管炎归属于“咳嗽”、“感冒”范围，《素问·咳论》

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

曰："皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。"肺气外合皮毛，上通口鼻，如外邪袭肺，肺气失宣，痰湿壅肺，出现咳嗽、感冒之症。

西医认为，受凉或过度疲乏可消弱上呼吸道的生理防御功能，而发生呼吸道的感染。健康成年人多由腺病毒或流感病毒引起，儿童多由副流感病毒或合孢病毒引起。病毒感染使肺泡巨噬细胞的吞噬和纤毛细胞的活力降低，使呼吸道其它细菌有入侵的机会，此外，对细胞、蛋白、寒冷空气过敏也可发病。

临床表现

本病初期先有上呼吸道感染症状，如鼻塞、喷嚏、喉痒、咽痛等症状，亦可伴有发热、恶寒头痛、四肢酸楚等全身症状。本病主要症状为咳嗽，初时痰不易咳出，1～2天咳痰松动，有少量粘痰或稀薄痰，继而转为黄脓痰或白粘痰。如咳嗽剧烈，可引起恶心、呕吐及胸部疼痛。本病一般呈自限性，发热和全身不适可在3～5天后消退，咳嗽有时延长数周方愈。

粘液分泌物在较大支气管时，可有粗的干性啰音，咳嗽后消失，水样分泌物留在小支气管时，则在肺底部听到湿性啰音。

胸部X线检查无阳性体征，血白细胞计数多为正常。

诊断要点

(1) 一般初期仅见畏寒发热、鼻塞、咽痛等上呼吸道感染症状，易与流行性感冒相混淆，后者全身症状如发热、头痛和全身酸痛等较为明显，白细胞数也减少；

(2) 咳嗽为本病的主要症状，可为干咳或咳而有黄白色痰，少有咳痰带血，体检肺部仅有少量湿啰音，可随咳嗽或体位改变而消失；X线下少有阳性体征，基本病程多在1周至3周左右；

(3) 本病病程较短，表证居多，根据临床表现可区别其病机性质，咳嗽多痰，痰色白清稀者为风寒袭肺；咳嗽咯吐黄痰者，多为风热犯肺；干咳、呛咳、痰少者多为风燥伤肺；

(4) 多种疾病如肺结核、肺癌、支原体肺炎、肺脓肿、麻疹、百日咳、急性扁桃体炎等，在发病时常伴急性支气管炎，宜深入检查，详加区别。

治疗

治法：宣肺止咳祛痰。

(1) 针刺

取穴：大椎　风门　肺俞　足三里

配穴：风寒袭肺者，加风池、尺泽、合谷；风热犯肺取鱼际、曲池、丰隆；风燥伤肺用孔最、阴陵泉、照海。

操作：主穴每次取1～2个，结合辨证选穴，每日1次，治疗5次后，改为隔日1次。以上诸穴，均用强刺激，留针。风寒束肺者，风门、肺俞二穴可加隔姜片灸或艾条灸，取寒则留之，寒则温之之意。四肢腧穴宜泻，背部腧穴宜平补平泻。

(2) 耳针

取穴：肺　气管　神门　平喘　肾上腺　枕　耳根迷

配穴：高热者，可在耳尖放血。

方法：可用半寸毫针针刺，或用王不留行籽耳穴按压。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 头皮针

取穴：双侧胸腔区

方法：按头针常规方法操作，每次留针 30 分钟，急性支气管炎留针时间可相对延长。隔日 1 次，5 次为 1 疗程。

(4) 梅花针

取穴：后颈　胸背　腰脊部　气管两侧

方法：重点叩刺颈椎$_{5-7}$两侧，气管两侧；发热，痰多咳嗽，可重刺胸椎$_{1-5}$两侧。叩至局部充血为度。

(5) 拔火罐

取穴：背部自第 1～2 胸椎两侧　足太阳膀胱经背部第一侧线上　或听诊有干湿性啰音的局部

方法：两侧各拔火罐 5～6 只，至皮肤瘀血为度，2～3 日操作 1 次。

文献摘要

(1) 罗素珍取定喘、肺俞二穴，常规消毒后，采用穴位分层推注的方法将鱼腥草注射液注入穴内。每穴注药 1ml，每日 1 次，共治 123 例肺热咳嗽，痊愈 108 例，占 87.8%，好转 15 例，占 12.2%，总有效率为 100%。

(罗素珍．穴位注射鱼腥草注射液治疗肺热咳嗽 123 例临床观察．针灸临床杂志，1995，11 (2)：27)

(2) 王永宝等取定喘、肺俞、曲池、足三里穴，发热高者配合谷。急性期用庆大霉素、林可霉素，慢性期用核酪注射液。采用 5ml 注射器抽取药液 2ml，刺入得气后回抽无血慢慢将药液注入，每次取 1 个穴位，每穴注入 1ml，急性期每日注射 2 次，慢性期每日注射 1 次。治疗急慢性咳嗽 40 例，痊愈 20 例，显效 8 例，有效 8 例，无效 4 例。

(王永宝，华连明．穴位注射治疗急性咳嗽 40 例．上海针灸杂志，1995，14 (6)：251)

(3) 刘心莲等设治疗组 214 例和对照组 20 例二组，其治疗方法：治疗组取肺俞、心俞、膈俞；发热者加大椎。将火罐口涂以凡士林油膏，采用闪火法将火罐扣于背部穴上，拔罐 10～15 分钟，隔日治疗 1 次，3 次为 1 个疗程。部分病人治疗同时配合耳穴贴压或 TDP 背部照射治疗。对照组口服头孢氨苄、复方川贝精片等药。结果：治疗组总有效率为 99%，而对照组的总有效率为 85%，二者相比，差别显著 ($P<0.001$)，提示拔罐组的疗效明显优于对照组。

(刘心莲、王荣春、徐金英等．背俞拔罐治疗外感咳嗽 214 例．上海针灸杂志，1995，14 (3)：112)

按语

急性支气管炎以咳嗽为主要症状，古代针灸医籍中“咳嗽”一门中对本病的针灸治疗方法颇多记载，足资后世借鉴。结合本病的具体情况，病程短，初发多兼有表证的临床表现，治疗应注重疏解风邪，既可解表又可镇咳的四肢末端手阳明、手太阴经穴位，对本病具有良好的止咳效果。

针刺不失为是临床镇咳的良好的方法，临床应早期使用，做到及时治疗，彻底治愈，以防转成慢性。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

慢性支气管炎

概述

慢性支气管炎是由急性支气管炎转化而来，也可因支气管哮喘、支气管扩张等疾病，使支气管分泌物引流不畅，血液循环供给不充分或支气管周围组织纤维增生而形成。通常分为单纯型和喘息型两种，前者表现为反复咳嗽、咯痰；后者还可有明显的哮喘。它是一种常见病、多发病，秋冬季节容易发病，我国北方较南方多见，农村较城市发病率稍高。多发生在中年以上，本病的发病率与年龄成正比。

祖国医学按其症状表现，将本病归于“咳嗽”“痰饮”“喘证”范围，认为本病发生和发展，与外邪的侵袭以及与肺、脾、肾三脏功能失调有关，可因脾虚失运、痰湿逗留，上凌于肺而致，或因久咳伤肺，肾不纳气，肺失肃降，而缓慢发病。

现代病理学认为，慢性支气管炎反复发作，可引起粘膜上皮的局灶性增生和鳞状上皮化，少数有萎缩性改变。病变的支气管壁多有充血、水肿及为炎症细胞浸润。支气管粘液细胞明显增多，腺体小叶和腺管厚度均增加，腺管扩张。

本病如治疗不及时，可并发肺气肿，肺源性心脏病，严重影响劳动力甚至危及生命。

临床表现

本病的病程经过可分为三期。

（1）急性发作期：起病前常有急性支气管炎、流感或肺炎等急性呼吸道感染史。多在寒冷季节发病，出现咳嗽，咯痰，尤以晨起为著，痰呈白色粘液泡沫状，粘稠不易咳出。在急性呼吸道感染时，症状迅速加重，痰量增多，粘稠度增加或为黄色脓性痰，偶有痰中带血。症状可持续 1 周。

（2）慢性迁延期：此期表现持续而严重的咳嗽，咳嗽早晚加重。大量咯痰，痰多白色稀薄或呈粘液性，如继发感染时可见痰量增多，咳吐黄色脓痰，还可伴发发热、恶寒、头痛等全身症状。慢性支气管炎反复发作后，支气管粘膜的迷走神经感受器反应性增高，副交感神经功能亢进，可出现过敏现象而发生喘息。呈现明显的“咳”、“痰”、“喘”症状，这三大症状轻重不等，反复发作，多迁延至 1 个月以上。随着病情的发展，终年咳嗽，咳痰不停，冬秋加剧。在症状加剧或继发感染时，常有哮喘样发作，气急不能平卧，并发肺气肿后，呼吸困难则更加严重。

（3）临床缓解期：经治疗或自然缓解，症状基本消失或仅有轻微咳嗽或少量咯痰，该症状可保持 2 个月以上。

本病早期无体征，有时肺底部可闻及干、湿性啰音。喘息型支气管炎在咳嗽或深吸气后，肺部可闻及哮鸣音，发作时，则可有广泛的哮鸣音。长期发作的病例可见有肺气肿的体征　X 线下，本病可仅见两肺下部纹理增粗，或呈条索状，这是支气管壁纤维组织增生变厚的征象。

诊断要点

（1）本病发病缓慢，病程冗长，症状逐渐加重，诊断主要依靠病史和症状。在排除其它心肺疾病后，临床上凡有慢性或反复咳嗽、咯痰或伴喘息，每年发病至少持续 3 个月，并连续 2 年或以上者，诊断即可成立。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）本病有明显的缓解与复发交替过程，在缓解期常易伴发下呼吸道的继发感染，表现恶寒发热、咳嗽加重，痰呈脓性，甚则气喘，导致病情的迁延。部分病例由于反复的继发感染而引起肺气肿、支气管扩张甚则肺源性心脏病。

（3）本病的咳嗽应与肺结核、支气管哮喘、支气管扩张、心脏病所致肺郁血的咳嗽等相鉴别。

（4）根据咳嗽与咯痰的情况可以辨别本病的病机性质。咳声重浊，痰多质稀易咯出者多为痰湿阻肺；咳声洪亮，痰多色黄质粘甚则腥臭者，多为痰热阻肺；咳嗽声音低怯，气短，痰液清稀者常为脾肾阳虚之象。

治疗

治法：宣肺化痰，标本兼治。

（1）针刺法

取穴：膻中　肺俞　身柱　璇玑　膏肓俞

配穴：痰湿犯肺，加中府、丰隆、阴陵泉、公孙；痰热郁肺，加鱼际、三阴交、太溪；脾肾阳虚者加大椎、脾俞、肾俞。

此外，咳引胸痛加膻中，痰中带血配尺泽，呼吸气短灸气海、膏肓俞，胸闷心悸，唇甲紫绀加心俞、内关。

操作：以上诸穴施以平补平泻手法，证候偏实者，泻多于补，偏虚者则补多泻少。痰湿阻肺者，泻丰隆，补肺俞，其它诸穴针灸并施；痰热郁肺者，宜用泻法，强刺激，间歇留针 15～20 分钟。脾肾阳虚者宜把穴位分组交替使用，诸穴均用补法，并酌加用灸法。

（2）灸法

取穴：大椎　身柱　肺俞　肾俞　膏肓俞

方法：可用艾条行温和灸，每次灸 20 分钟，以局部潮红为度。亦可用艾炷灸或隔药灸（如生姜、白芥子泥等），每次每穴可灸 7 壮，火到去艾，不使艾火灼伤皮肤，每周 3 次，每 10 次为 1 疗程。亦可用神阙隔药灸（白芥子、半夏、公丁香、麻黄、细辛、麝香少许，诸药成粉），取药粉填满肚脐，将鲜姜 1 片盖于药粉上，上置大艾炷施灸。每日灸 1 次，每次灸 3～5 壮，每 10 次为 1 疗程。

（3）穴位注射

取穴：肺俞　天突　兼气喘者加定喘穴

方法：急性发作者可选用供肌注的抗生素，如青霉素、链霉素、洁霉素、庆大霉素等，小剂量应用。或用中草药制剂如鱼腥草注射液、板蓝根注射液等，慢性支气管炎可用胎盘注射液或 0.5%的普鲁卡因注射液、654-2 注射液等。选用 5ml 注射器，皮试针头，按常规皮肤消毒后，将针刺入穴内，肺俞直刺，天突针尖向下斜刺作小幅提插，得气后，抽无回血，再将药物注入，每穴 0.5ml。

（4）耳针

取穴：肺　气管　神门　平喘　大肠　脾　肾

方法：每次选 3～4 穴，可用揿针留针 2 天，或用王不留行籽压贴一侧耳穴，嘱患者不时用手按压所贴穴位以加强刺激，3 天后除去，改贴另一侧耳穴。

（5）电针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：合谷　肺俞　风门　大椎

配穴：喘加孔最、定喘、鱼际、内关；咳剧加丰隆、肺热穴（第3～4胸椎间旁开5分）、止咳穴（鱼际穴上方5分）、呼吸点（胸锁乳突肌后缘下1/3）；体弱加足三里。

方法：每次选2～4穴，各穴交替使用。先采用密波，5分钟后改疏密波，10分钟后，弱刺激量改至中刺激量。每日1次，10次为1疗程

文献摘要

（1）刘炳权设艾灸组175例和红外线照射组170例。其治疗方法：艾灸组，取第1～6胸椎，背部足太阳膀胱经两行俞穴，每次选4个俞穴，左右共有8个，每穴用花生米大小的艾炷，非化脓直接灸，每穴5壮，每日1次，6次为1疗程。红外线照射组：照射第1～6胸椎背部，每次照射40分钟，每日1次，6次为1疗程。结果：经统计学处理，二组疗效有明显差别（$P<0.005$），即艾灸组疗效较红外线组为好。

（刘炳权．艾条与红外线治疗慢性支气管炎345例疗效比较．云南中医杂志，1991，12（5）：25）

（2）刘月珍取耳穴支气管、肾上腺、前列腺、痰多者加脾；有哮音者加肺，对一般体质健壮、抵抗力强的病人用皮内针或揿针埋藏；对儿童、年老、体弱者用白芥子或王不留行籽贴压。双耳同时取穴，5天更换1次，5次1疗程，疗程间休息5～7天。治疗60例，临床控制16例，显效38例，无效6例，总有效率为90%。大多数患者在1～2疗程中即收良效，对重症患者疗程应适当延长，有严重合并症者不宜用此法。

（刘月珍．耳针治疗慢性支气管炎60例．中国针灸，1992，12（5）：31）

（3）吴捷等用炙白芥子、延胡索、细辛、甘遂、冰片研末，加少许麝香，生姜汁调成糊状，制成直径1cm，厚0.5cm的药饼。取双侧肺俞、心俞、膈俞共6穴，分别于夏季初、中、末三伏的当天治疗。以艾炷隔厚约0.3cm的姜片灸3壮，以局部皮肤潮红为度，去掉姜片，药饼贴穴，外敷消毒纱布，胶布固定，成人敷贴2～3小时，儿童1小时后去掉，要求连贴3个疗程即3年，所治慢性支气管炎有效率为90.7%。

（吴捷，胡龙才．穴位灸贴治疗慢性支气管炎和支气管哮喘120例临床观察．针灸临床杂志，1996，12（5，6）：67）

按语

慢性支气管炎，病程缠绵反复，长期不愈，难于根治。根据中医文献记载和大量慢性支气管炎的病例分析，其发展规律可分为①早期为病在肺，表现咳嗽，痰多，胸闷等肺脏症状；②慢性迁延期则为脾肺同病，患者除肺脏症状外还可见食欲不振，胸腹满闷，大便不调等脾胃症状；③后期多为肺肾同病，除肺部症状外，并有喘息气逆，动则更甚，腰酸腿软，面浮肢肿等肾虚症状，最后导致喘息气促，心悸怔忡，面色㿠白，或青紫等肺、心、肾互虚症状，成为危候。在整个过程中，病情的演变虽错综复杂，但其总的发展过程，一般不出上述传变规律。

根据慢性支气管炎的发展规律，其治疗大法不外①治肺，即宣肺，利气，化痰止咳等法，针灸取穴如风门、肺俞、天突、尺泽、太渊、丰隆等；②肺脾同治，根据肺脾症状表现的轻重，或侧重治肺，或侧重治脾，或两者兼顾。针灸取穴：治肺穴如上述，治脾如脾俞、中脘、足三里、阴陵泉等，均可选用。③肺肾同治，一般常用宣上纳下的治法，宣上，即展肺气，包括宣肺利气化痰等，纳下即摄纳肾气，肾虚不能纳气以致喘息

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

气促时用之。用穴如肾俞、气海、关元、太溪等。至于肺、心、肾互虚时，则应三脏同治，而重点在心肾，如取心俞、厥阴俞、内关、关元、气海等，均属必要。但病至此时，则非单独针灸所能有功了。

值得一提的是灸疗法，除冬病夏治的伏灸疗法外，我们对一些慢性支气管炎患者，嘱其每晚临睡前，用艾条灸风门、肺俞、气海、足三里等穴，灸至皮肤灼热潮红为度，长期不断。不仅支气管炎可不发或少发，而且体质也由弱转强。此法方便易行，值得推广。此外，由于本病病程长，易复发，故穴位帖敷、穴位埋线、针挑等方法更能显示出其作用持久的优点。

支气管哮喘

概述

支气管哮喘是一种常见的，发作性的肺部过敏性疾病。是在支气管高反应状态下，由于变应原或其它因素引起的广泛的气道狭窄的疾病。其临床特征是发作性胸闷、咳嗽、大多带有哮鸣音的呼气性呼吸困难，可自行或经治疗后缓解。好发于冬季，夏季缓解，任何年龄均可起病，以12岁以前始发为多，儿科患者则多以3岁前起病为多。本病反复发作，病情严重者，可并发阻塞性肺气肿、肺不张或气胸。

支气管哮喘俗称“气喘病”或“吼病”。中医按其临床表现归属于“喘证”、“哮证”、“饮证”的范围。认为其发作与肺、脾、肾三脏有关，多因痰饮内伏，风寒袭肺，痰湿壅阻，肺失宣降所致。由于肺气根于肾，哮喘日久，肾气虚衰，可出现肾不纳气，或上实下虚的表现。

本病的病因较为复杂，大多认为是一种多基因遗传病，受遗传因素和环境因素的双重影响。吸入花粉、尘螨及化工药物，食入致敏发物，精神紧张，气候改变，妊娠、月经等生理变化，感染以及药物等，均为其发作的激发因素。从机体本身来看，患者多呈气道高反应性，即气管及支气管树，对不引起刺激的非抗原性刺激物产生了过度的气道收缩反应，它的出现与遗传有关，也与气道长期的慢性炎症刺激有关。研究认为肺的植物神经支配系统参与了其发病过程，其中的非肾上腺素能非胆碱能（NANC）的植物神经系统可能是引起平滑肌痉挛的重要因素。当然，引起本病的最主要的病理机制仍是支气管的Ⅰ型变态反应。总之，支气管哮喘乃为多种因素相互作用的结果。

临床表现

典型的支气管哮喘，发作前有先兆症状如喷嚏、流涕、咳嗽、胸闷等，如不及时处理，可因支气管阻塞加重而出现哮喘。发作多在夜间，常感突然胸闷，气促，呼吸困难，患者被迫采取坐位或呈端坐呼吸，张口抬肩，吸气短促，呼气延长，精神烦躁，汗出，严重时可出现紫绀等。发作停止前开始咳嗽，咳出大量泡沫样痰液后感到松快。一般可自行缓解，某些患者在缓解数小时后可再次复发，甚至导致哮喘持续状态。发作时，胸廓饱满，呈吸气状。叩诊为过清音，心浊音界缩小，呼气期可闻及哮鸣音，而呼吸困难加重时哮鸣音反而减低。X线下，发作期肺脏过度充气，透明度增高；并发慢性支气管炎者肺纹理增多。血中嗜酸性粒细胞以及血清中IgE增高，痰中有嗜酸性粒细胞膜蛋白所组成的晶体和粘液栓。

诊断要点

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）根据其典型的临床症状、病史、诱发因素及实验室检查结果即可对本病作出诊断。若哮喘时心率明显加快，出现紫绀，提示病情较重；若哮喘时间持续 24 小时以上，一般处理不能缓解，则应高度重视，按哮喘持续状态处理。

（2）临床还应区别外源性哮喘和内源性哮喘。外源性哮喘多见于青少年，发病急，有明显的季节性，卡他症状明显，痰中有多量嗜酸性粒细胞，少有肺气肿或并发哮喘持续状态；内源性哮喘则多发于中年，起病缓慢，常年发作，易发哮喘持续状态，抗过敏治疗无效，易伴发肺部继发感染，多并发肺气肿。

（3）本病应与慢性喘息性支气管炎、阻塞性肺气肿、心源性哮喘相鉴别。尤其应与具有哮喘症状的肺嗜酸性粒细胞浸润症（主要有热带嗜酸性粒细胞增多症、哮喘性和暴发性嗜酸性粒细胞增多症等）相鉴别。

（4）哮喘的临床辨证要点：发病急骤，咯痰量多稀薄，兼见流涕、喷嚏者多为风寒外袭之表证；咳喘多痰，喉中痰鸣息涌，大量咯痰者，为痰湿内盛；发病急促，喘声响亮者多实，病情持续，喘而气促者为虚。

治疗

治法：平喘降逆，宣肺化痰。

（1）针刺法

①发作期：

取穴：定喘　肺俞　尺泽　列缺　丰隆　天突

配穴：风寒犯肺者，配大椎、风门；流涕用巨髎；痰热壅肺加鱼际、合谷；鼻塞、喷嚏用攒竹。

操作：以上诸穴均用泻法留针，因于风寒者，胸背部腧穴可酌加隔姜灸或艾条灸；风门、肺俞两穴针灸后，再加拔火罐。针天突时，病人采用平卧位，头向后仰，在天突穴处先进针 2 分，然后针柄靠喉结，针尖紧沿胸骨柄后面刺入 1 寸。因于风热者，强刺激间歇留针，每隔 5 分钟行针 1 次，约 30 分钟左右，待喘促稍平后再出针。

②缓解期：

取穴：定喘　膏肓俞　肺俞　太渊　关元

配穴：脾肺气虚加脾俞、足三里；脾肾阳虚加肾俞、太溪。

操作：以上诸穴针用补法，刺激宜轻，取穴宜少，以上取穴选穴较多者可采用分组交替轮用的方法。可久留针，还可在背部腧穴上拔火罐。脾肾阳虚者应配合灸法，可参见灸法部分。

（2）灸法

取穴：大椎　肺俞　风门　膏肓俞　天突

方法：艾炷如枣核大，可直接灸 5～7 壮，也可用隔药饼灸每穴 3～5 壮，以皮肤微红为度。化脓灸，传统上在小暑至白露施治。用细艾绒经压碾制成艾炷，直接置于穴位上灸治，每穴 5～9 壮，灸后敷以膏药，保持疮口清洁，并有 20～30 天的化脓期，间日灸治 1 穴，每疗程取 3～4 穴。每夏作 1 个疗程。也可用天灸法，取穴同上，以斑蝥、全虫去翅足，捣烂敷于穴位上，约 12 小时，使局部发泡，待自然愈合，保持局部清洁。灸法多用于缓解期。

（3）耳针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：平喘　肾上腺　肺　支气管　皮质下　神门　内分泌　交感

方法：以半寸毫针刺耳穴，每次 2～3 穴，留针 5～10 分钟，或用埋针、埋药法，留针 24 小时，每次选穴 3～5 个，两耳交替使用。缓解期可用压丸法，以王不留行籽耳穴按压，以巩固疗效。

（4）穴位注射

①自家血穴位注射：

取穴：定喘　肺俞

方法：取患者本人静脉血 3ml，加人维生素 C 100mg（2ml）混匀后穴位注射，每次取 1 穴（双侧），每穴注入 2.5ml。每周注射 2 次，两穴交替使用。本法一般无不良反应，定喘穴可深 1 寸，肺俞穴深度相近，但应向脊柱方向斜刺。

②扑尔敏穴位注射：

取穴：定喘　肺俞　天突　膻中　中府　孔最　丰隆　身柱

方法：用扑尔敏注射液 2ml 加注射用水至 5ml，取背部 1 穴配孔最，或取胸部 1 穴配丰隆，两组交替。每穴 1ml，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

③胎盘注射液注射：

取穴：足三里　定喘

方法：用胎盘注射液、黄芪注射液等，每次取 1～2 穴，每穴注射 0.5～1ml，逐日更换。本法适用于缓解期。

（5）手针

取穴：咳喘点

方法：用半寸毫针刺人手穴 2～3 分，强刺激 2 分钟，留针 5 分钟或不留针，以控制哮喘的急性发作。

（6）激光针

取穴：定喘　肺俞　膻中　肾俞　丰隆　足三里

方法：应用小功率的 He-Ne 激光针照射，也可用光导纤维对准穴位照射。照射距离一般为 30～50cm，可根据具体情况选择。每日照射 1 次，每次取 2～4 穴，每穴照射 2～5 分钟，10～15 次为 1 疗程，每疗程间隔 7～10 天。也可在耳穴照射，取穴平喘、肺、内分泌、肾上腺等。

（7）穴位埋线

取穴：大椎　肺俞　膻中

方法：在选定穴上，皮肤作常规消毒，局部麻醉后，用缝皮针将“0”号羊肠线埋于穴位下肌肉层内，一般选用 3～4 穴，大部分用胸背部穴位，适用于哮喘的缓解期。

（8）梅花针

取穴：发作期治标，以胸腰部、前后肋间为主，配肘窝、大、小鱼际、剑突下、气管两侧、大椎、内关、足三里、孔最。缓解期治本，以肺经症状为主者，刺激胸部、前后肋间、中府、俞府、太渊、膻中为主，配刺气管两侧、后颈、胸腰部及上腹部；以脾经症状为主者，刺激胸腰上腹部为主，叩刺气管两侧及颈、骶部、胸椎$_{1\sim5}$、俞府、气海、膻中、中府。除上述外，凡有阳性反应物发现处（条索、结节囊肿等），及异常反应区亦为重点刺激部位。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：发作期，每日治疗 2～3 次，用重刺激。缓解期，每日治疗 1 次，7 次为 1 小疗程，以后隔日 1 次，21 次为 1 大疗程，均用中等刺激。

文献摘要

（1）金玉钧等分别观察广矩阵电针和传统针灸对哮喘的治疗作用。治疗方法：矩阵电针组取天突、膻中、中府（双），针刺得气后接 G-6805 电针仪，阳极接天突、膻中，阴极接中府，选间断波型，调整输电次数到每分钟 18 次，调至患者能耐受为宜，留针 30 分钟，每日 1 次，15 次为 1 疗程，疗程间隔 3 天，连续治疗 3 疗程。传统针灸组取穴定喘、肺俞、尺泽和膏肓，均取双侧，前 3 个穴位按各穴深度针刺得气，留针 30 分钟，每隔 10 分钟行针 1 次，用艾卷灸膏肓俞各 10 分钟，至皮肤发红为度，治疗次数与疗程同矩阵电针组。结果：矩阵电针组的总有效率为 93%，而传统针灸组为 73%，二者差别显著，前者疗效明显好于后者。

（金铁钧，金铁红．针灸治疗哮喘 70 例．上海针灸杂志，1996，15（6）：13）

（2）王北松等设治疗组和对照组各 28 例。治疗组的治疗方法是：在口服氨茶碱的同时进行穴位注射，取穴定喘、肺俞、至阳共中一穴，注入地塞米松 2mg 后，用无菌敷料覆盖，以左手拇指点压按摩穴位 2 分钟，每周 1～2 次，二个穴位交替使用，4～8 次为 1 个疗程。对照组口服氨茶碱 0.1～0.2g，日服 3 次。结果：治疗组的总有效率为 89.3%，而对照组的总有效率为 62.8%，经统计学处理，二者差别显著（$P<0.05$），即治疗组的疗效明显优于对照组。

（王北松，王义敏．穴位注射治疗夜间哮喘 56 例临床观察．针灸临床杂志，1995，11（3）：37）

（3）孙桂霞等设治疗组 103 例和对照组 38 例。治疗方法：治疗组选背俞穴挑刺，选定喘、肺俞为主穴，脾俞、肾俞、少商为配穴，交替挑刺每次二穴，每周 2～3 次，6～8 次为 1 疗程，连续 2～3 疗程。对照组：口服复方氨茶碱，常量 0.1～0.2g，每日 3 次或 0.25 加葡萄糖静点，每日 1～2 次，1～2 周为 1 疗程，连续治疗 1～2 疗程。结果：治疗组的总有效率较对照组为好。

（孙桂霞，陈京涛，传建军．针刺治疗支气管哮喘 141 例的临床观察．针灸临床杂志 1994，10（2）：13）

（4）陈良良等采用穴位免疫疗法，将西医脱敏的特异性免疫作用和中医穴位注射的非特异性免疫作用结合起来，以防止过敏性哮喘。给药方法：治疗组，采用足三里穴位疗法（左右交替）注射脱敏液治疗，对照组：给予常规上臂三角肌处（左右交替）皮下注射脱敏液治疗。二组脱敏液相同，均由北京协和医院提供。治疗结果：二组比较有极为显著的差异，说明穴位免疫疗法比常规脱敏能更有效的控制疾病。

（陈良良，李安生，陶建宁，等．足三里穴位免疫法防治过敏性哮喘临床及实验研究．中国中西医结合杂志，1996，16（12）：709）

按语

对于哮喘病，急性期应以控制症状为主，发作间歇期以扶助正气为主。就控制发作而言，近年来的报道均认为，针刺方法在哮喘发作时具有明显的控制作用。一般说来，针刺用治哮喘的急性发作较艾灸为多。在发作间歇期，以灸法为佳，取风门、肺俞、气海、足三里等穴，每天临卧前，嘱家人用艾条温灸，以皮色潮红为度，不要间断，连续

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

灸治数月，常能得到良好的疗效。伏令期间进行艾灸，可以起到预防和治疗作用。不少人认为发作间期，化脓灸法和发泡灸法是颇为有效的方法，但因痛苦较大，且易感染，不便于临床的普遍开展。近年来发展起来的穴位埋线、穴位磁贴和割治等方法，由于可以对穴位进行持久刺激，而且具有较好的临床作用，正逐渐被临床所采纳，是治疗哮喘较有苗头的方法。

总的来说，针灸治疗哮喘对急性期的控制具有较好的作用，然断根极为不易，因而，近年来多倡导冬病夏治的方法，采用夏季伏针或伏灸，可以减少本病在秋冬季的发作，并减轻症状，使病情逐渐改善。此外，临床上部分顽固的哮喘并非单纯针灸所能控制，临床应不拘于针灸一法，采用温针、火针、面针、全息针法、隔物灸法及超声波疗法等，对伴见严重并发症或年老体弱，针灸治疗效果不佳时，更应采取综合性治疗措施。

支气管扩张

概述

支气管扩张指支气管及其周围组织的慢性炎症损坏管壁，以致支气管扩张变形。多见于儿童和青年。临床症状有慢性咳嗽、咳大量脓痰和反复咯血。本病过去颇为常见，在呼吸系统疾病中，其发病率仅次于肺结核。

中医按其症状表现，将其归于“咳嗽”、“咳血”的范围。认为本病的发病多因久病伤肺，正气受损，外邪挟痰，乘虚袭肺所致。肺阴不足，加之感受风热之邪，或肝火犯肺，肺失清肃，致肺络受伤，络伤血溢。

西医认为本病的主要发病因素为支气管-肺脏的感染和支气管阻塞，两者相互影响导致支气管扩张。镜下所见，支气管弹力组织、肌层以及软骨等陆续遭受破坏，由纤维组织所代替，管腔乃逐渐扩张。按其形态可分柱状和囊状，并常混合存在。柱状扩张的管壁破坏较轻，随着病变的发展，破坏严重乃出现囊状扩张。管壁粘膜的纤毛上皮细胞被破坏，反复出现慢性或急性炎症，粘膜有炎性细胞浸润和溃疡形成。支气管动脉和肺动脉的终末支常有扩张和吻合，有的毛细血管扩张形成血管瘤，以致病人时常有咳血。囊状支气管扩张一般较为广泛，且常有痰液潴留和继发感染，炎症消失后，引起肺纤维化和阻塞性肺气肿，并可加重支气管扩张。

临床表现

支气管扩张患者多伴有明显的反复的呼吸系统感染史，如麻疹、百日咳、支气管肺炎或慢性支气管炎等，可追溯到童年时代。典型的临床症状为慢性咳嗽、咳大量脓痰和反复咳血。痰量在体位改变时，如起床时或就寝后最多，每日可达 100～400ml，咳痰通畅时患者自感轻松，若痰咳不畅，则感胸闷不适，全身症状即趋明显。痰液为黄绿色脓样，若有厌氧菌混合感染，则有臭味。置全日痰液于玻璃瓶中数小时，后可分离为四层：上层为泡沫，下悬脓性成分，中为混浊粘液，下层为坏死组织沉淀物。若反复继发感染，可引起周身毒性症状，如发热、盗汗、令人食欲减退、消瘦、贫血等，还有一种“干性支气管扩张”，仅表现为反复大量咳血，平时咳嗽但痰不明显，无毒血症状。当支气管扩张并发阻塞性肺气肿时，可见气急、紫绀。早期一般无异常体征，病变严重或继发感染时，常在病变部位特别是下胸部及背部听到局部性湿啰音，长期反复感染者，可

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

出现杵状指（趾）。X线检查：一般后前位常无特殊发现，或仅见肺纹理增深，后期，X线片显示不规则环状透光阴影或呈蜂窝状（所谓卷发影），甚则有液平面，说明囊状支气管扩张的存在。

诊断要点

（1）根据病史、临床症状和痰液情况可考虑本病的可能。

（2）X线检查对本病的确诊有着重要的意义，疾病后期，X片显示不规则环状透光阴影或呈蜂窝状，甚至有液平面，这是囊状支气管扩张的典型特征。有时伴见肺段或肺的不张。CT可发现不张肺内的支气管扩张，而且对囊性扩张的评价较为可靠，对造影剂过敏者，可作CT检查。

（3）支气管造影术可确诊本病，并且可明确支气管扩张的部位、性质和范围，为考虑手术切除提供重要资料。

（4）痰培养并加药敏试验，对区别感染病原菌，指导抗菌药物的选择，提高疗效具有意义。对本病的咯血应与肺结核、肺脓疡以及肺癌等疾病相鉴别。

治疗

治法：止咳化痰，和络宁血。

（1）针刺法

取穴：尺泽　鱼际　肺俞　孔最

配穴：痰热郁肺者，加少商、曲池、丰隆；阴虚肺热者加太渊、太溪；肝火犯肺者加行间、肝俞。

操作：每次选取2－3对穴，针刺得气后，行提插捻转泻法，用中强刺激，留针20～30分钟，留针期间每隔5分钟行针1次。每日或隔日治疗1次，10次为1疗程。如出现急性咯血，则取孔最，施以泻法，强刺激，根据病情需要，每日可酌行2～3次针刺治疗。

（2）穴位注射

取穴：孔最　尺泽

方法：以脑垂体后叶素注射液1～2单位，取上穴，每穴注入0.2ml，每日注射1次。或以维生素K_3注射液，每穴0.1ml，每日1次，用于反复咳血者。

（3）耳针疗法

取穴：肺　气管　肾上腺　皮质下

方法：每次取2～3穴，留针10～20分钟，每日1次，10次为1疗程。或用王不留行籽耳穴贴压。

（4）穴位贴敷

取穴：肺俞　天突　膺窗　膻中　华盖

方法：上穴每次选取3～5穴，用消喘膏（白芥子21g，元胡21g，细辛15g，甘遂12g，共研末，用姜汁调成糊状）敷之，3日1换。

文献摘要

（1）王伟等用鱼腥草注射液穴位注射治疗支扩咯血380例，治疗方法：病人取仰卧位或正坐位，伸直上肢，于孔最穴快速垂直刺入，深约0.5cm，然后缓慢向深部刺入1cm，抽无回血，将药液徐徐注入，咯血期间，取双侧孔最穴同时注射，每天2次，每

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

次每穴注入药液 2ml，3 天为 1 疗程。咯血止后，改为每天 1 次，剂量同上或双侧穴位注射，或左右隔日交替注射，巩固治疗 3～10 天，结果：近期治愈 328 例，显效 26 例，有效 10 例，无效 16 例，总有效率达 96%。其中 1 天内咯血停止者 132 例，2 天咯血停止者 166 例，平均止血时间为 2.6 天。临床中发现双侧孔最穴同时注射，较单侧注射疗效更好。

（王伟，宣丽华，傅洁美．鱼腥草注射液穴位注射治疗支气管扩张咯血 380 例．中医杂志，1997，38（11）：666）

（2）陈松泉用针刺结合贴敷为主治疗肺结核和支气管扩张咯血。方法：①针刺取穴：孔最、大椎、肺俞；②贴敷，用固本膏 2 号方，由白芥子、元胡等，共研细末加生姜汁、麻油调匀，做成直径 1cm，厚 0.5cm 的药饼；4 号方由五倍子、补骨脂等研细末，制成药饼（大小同上）使用 40×0.33mm 毫针刺孔最穴（直刺 1 寸）、大椎（直刺 1 寸）、肺俞（斜向督脉 0.5 寸），行平补平泻法，得气后留针 20 分钟，出针后在大椎、肺俞穴贴固本膏 2 号，脐中贴固本膏 4 号，视年龄及皮肤敏感程度，贴 1～8 小时，患者自觉贴处有热感，即可揭除，隔日重复贴药，四周为 1 疗程，休息 1 周后可贴第 2 个疗程。部分咯血量超过 2ml 者，取孔最穴用鱼腥草注射液作穴位注射，隔日注射 1 次，双侧交替，10 次为 1 疗程。本组观察 32 例，除 1 例穴注未满 10 次服用其它止血药外，其余 31 例均在 25 天以内止血。止血时间：1～10 天内者 19 例，11～20 天内者 8 例，21～25 天内者 4 例，平均止血时间为 5.5 天。1 年后随访，临床痊愈 17 例，有效 8 例，无效 6 例，总有效率为 80.65%。

（陈松泉．针刺贴敷为主治疗咯血 32 例．中国针灸，1995，15（6）：13）

（3）宣丽华等等用孔最穴穴位注射治疗支气管扩张咯血缓解期，并根据体质分型随证加减。对阴虚津亏体质，药取核酪注射液，穴取肺俞、肾俞，配太溪、三阴交、尺泽，均取双侧，每次取用 2 穴。隔日 1 次，10 次为 1 疗程，1 疗程结束后休息 1 周再进行第 2 疗程；对气虚痰湿体质，药用黄芪注射液，主穴肺俞、脾俞，配穴足三里、大椎、均双侧，每次选 2 穴，隔日 1 次，10 次为 1 疗程，1 疗程结束后休息 1 周再进行第 2 疗程；对于气滞血瘀体质，选用当归注射液，主穴取膈俞、肺俞，配血海、太渊，均取双侧，每次选 2 穴，隔日 1 次，10 次为 1 疗程，1 个疗程结束后休息 1 周，再进行第 2 个疗程。

（宣丽华，金雁，许文波．穴注治疗支扩咯血缓解期的临床初探．四川中医，1995，13（6）：50）

按语

对于本病的治疗作用，主要体现在控制支气管及肺部的感染和制止咯血两个方面，针灸的控制呼吸道感染作用可参照“急慢性支气管炎”部分的有关内容，目前，人们更注重针灸对支气管扩张的大咯血的止血作用。

然而，对于支气管扩张，针灸只是一种辅助治疗方法。一些较严重的大出血，则非针灸所能胜任。我们认为，针灸治疗支气管扩张，不应把眼光局限在止血上，而应在其静止期，通过药物和针灸积极控制支气管炎症，特别是应发挥针灸的排痰，止咳、抑制炎性分泌等的积极的作用，减少继发感染，保持呼吸道通畅，防止病情的进一步发展，这对本病的治疗有着积极的意义。本病病情顽固，发作无时，若针灸治疗无效，保守治

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

疗失败，应考虑手术治疗或用放射介入疗法，以图根除病灶。

肺　炎

概述

肺炎是肺实质的急性炎症，为临床最常见的感染性疾病。其种类很多，按解剖部位分，有大叶性肺炎、肺段性肺炎和间质性肺炎；为便于治疗，目前诊断多按病因分类，分为细菌性、病毒性、支原体性、真菌性、立克次体性、衣原体性和原虫性等感染性肺炎，其中细菌性肺炎占80%以上。自抗生素应用以来，本病的预后虽有明显改观，但在婴幼儿、老年人和免疫受抑者中发病率仍较高。现临床仍以大叶性肺炎为多，故本篇以讨论该病为主。本病一年四季均可发病，尤以冬春季为多，发病一般较急，临床上以突发寒战、高热、胸痛和叶铁锈色痰为特征。

肺炎按其症状表现，相当于中医学的“肺热病”、“风温”。本病常因劳倦过度，寒温不适，导致人体正气不足，肺卫不固，复感风热之邪，或风寒之邪化热入里，卫气被郁，肺失宣降，痰热郁阻所致。

肺炎球菌致病，主要在于它对组织的侵袭力。侵入肺泡的细菌生长繁殖，引起肺毛细血管扩张、充血，肺泡内水肿和浆液渗出，出现早期实变。若有大量红细胞渗出，为红色肝变期；实变加重，并有大量白细胞渗出，称为灰色肝变期，为炎症发展的最高峰，此后，炎症即开始消散，进而肺泡通气功能改善。

临床表现

常有受寒、淋雨、疲劳等诱因，约半数有上呼吸道感染的先兆症状。发病骤急，有寒战、高热，体温在数小时内上升至39～40℃。呈稽留热，伴头痛、衰弱、全身肌肉酸痛。呼吸急促，心率快，常有紫绀。炎症常波及胸膜，引起刺痛，随呼吸和咳嗽加重。开始痰为粘液性，以后呈脓性，也可带血或呈铁锈色。肺炎发生于下叶者，炎症波及膈肌，疼痛可放射至上腹部，类似急腹症。严重肺炎可能有神经系统症状如神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄和昏迷等。

患者气促显著、鼻翼扇动、皮肤干燥、面色微绀，部分患者口唇和鼻周有疱疹，早期肺部体征不明显，仅有轻度的浊音、呼吸音减低和胸膜磨擦音。实变期有典型体征，如叩诊浊音、语颤增强和支气管呼吸音。到消散期可听到湿性啰音，继而病变痊愈，体征恢复正常。球菌性肺炎可通过人体抗体形成，发病5～10日后体温逐步下降，在有效的抗菌药物治疗下，体温可在24小时内或2～3日内恢复正常，一般症状迅速改善。

诊断要点

（1）具有典型起病、症状和体征的肺炎，诊断并不困难。X线摄片、血象及血或痰培养，对本病具有较好的诊断作用。

（2）本病具有末梢循环衰竭的并发症，尤其是小儿发病应密切注意肺炎休克的发生，同时，老年人可因发生阻塞性肺病和心脏病，而导致休克，临床应密切注意病人的血压、脉搏和体温，防止休克的发生。

（3）严重胸痛，呈逐渐加重趋势者，应考虑并发浆液性蛋白性胸膜炎的可能。中毒症状严重时，应注意观察心电情况，早期发现心肌病变，以防心律失常的发生。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（4）本病在临床上应与肺结核、其它病原菌引起的肺炎、支气管肺癌、肺梗死等病相鉴别。

治疗

治法：散风清热，清肺化痰。

（1）针刺法

取穴：大椎　身柱　肺俞　心俞　膻中

配穴：风邪犯肺加鱼际、曲池、内庭；痰热壅肺加尺泽、合谷、丰隆；热入心包加内关、后溪、中冲刺出血；正虚欲脱，神阙隔盐灸、人中、素髎、内关。

操作：本病属实证，一般施以提插捻转泻法或透天凉手法，强刺激间歇行针，留针20～30分钟。根据情况，1日可针灸1～2次。

（2）穴位注射

取穴：肺俞　胸$_3$夹脊　曲池　丰隆

方法：以青霉素40万U/2ml，链霉素0.125g/2ml，两药充分混合后待用，亦可用其它以供肌肉注射用的抗生素或其它中草药注射液。先做药敏试验，若结果阴性，可按穴位注射操作常规，得气后每穴各注0.5ml，根据病情轻重，每日1～2次。

（3）耳针

取穴：肾上腺　肺　皮质下

配穴：为支气管、交感、平喘、内分泌、胸。

方法：每次选4～6穴，中等刺激，留针30分钟每日1次，两耳交替针刺，如高热不退，还可在耳尖放血。

（4）拔罐

取穴：风门　肺俞　膏肓　肺部有湿啰音处

方法：以闪火法操作，每日或隔日1次，亦可1日数次，拔至局部皮肤潮红，发热为度，治疗至患者症状缓解为止。

文献摘要

（1）曾渊华等报道用当归注射液穴位注射治疗小儿肺炎，其中治疗组38例，对照组36例，取穴：双侧丰隆穴。予常规抗生素、$VitK_1$及对症治疗。治疗组加用5%当归注射液作穴位注射，每次选用双穴，每次2ml，针尖刺入穴位1.5～2cm，每穴注入药液1ml，每日1次，用至患儿肺部啰音消失为止。结果，治疗组患儿肺部啰音均在5天内消失，对照组肺部啰音均在7天以上消失，两组疗效比较，差别显著（$P<0.01$）。

（曾渊华，黄瑞琴．当归注射液促进小儿肺炎啰音吸收38例．天津中医，1996，13(3)：13）

（2）刘怡湘等用莨菪消喘膏穴位贴敷治疗小儿肺炎80例，作为治疗组，另以综合疗法治疗80例小儿肺炎作为对照组。治疗方法：治疗组用莨菪消喘膏穴位贴敷，炙白芥子、元胡等碾成粉末，混合均匀，密封保存。每次取药粉5g，以东莨菪碱0.6mg注射液混合成膏状，以成形略湿为宜，压成药饼，置于胶布上，一般经2～8小时，局部有痒、烧灼、痛感时，即可除去药饼。选肺俞、膈俞、百劳、膏肓俞及阿是穴（肺部湿啰音处）。每次2穴，2日1次，4次为1疗程。治疗期间，停用其它一切药物，在贴敷穴位局部出现红、肿、痒、痛或米粒样水泡样反应用消毒针头刺破后涂以龙胆紫溶液即

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

可。对照组用二种足量抗生素配合使用。治疗结果：治疗组肺湿啰音消失时间，3天以内者24例，3～5天者36例，6～8天者16例，8天以上者4例，平均为4天，70%的病例经2次以下的治疗肺部湿啰音全部吸收。疗效分析发现，年龄愈小，效果愈明显，治疗组疗效与对照组相比，差别非常显著（$P<0.01$）。

（刘怡湘，沈洁，王荣珍．莨菪消喘膏穴位贴敷促进小儿肺炎啰音吸收80例观察．中医杂志，1994，35(10)：620）

按语

本病发病急，症状重，传变快，并发症多，类似于“风温”病。在老人，它可引起阻塞性肺病、并发休克、急性胸膜炎，而在儿童则可出现高热昏迷、呼吸窘迫、心肌损害及急性心衰，其对人体的危害很大。所以在治疗上应争分夺秒，争取在24小时以内控制症状。在典型发作的症状是高热、咳嗽和胸痛，中医辨证一般多属邪热壅肺证，清泄肺热是本病治疗主要方法，肺俞是治疗本病的主穴。临床发现，针刺大杼、风门为热府也具有与肺俞相近的疗效，可能是由于风门为“热府”，擅泄胸中之热的缘故。如病灶在肺下叶，可酌取同侧章门、丘墟，则取效更佳。再手法上，若单纯针刺治疗，多强调强刺激，留针时间应长，间歇行针，保持针感，但不应使病人疲倦，一般在30～40分钟即可，病情重者每日可针多次，并配合在病灶局部胸廓拔罐、耳针、手针、面针等，若穴位注射则按常规操作即可。一般来说，本病若早期诊断，发现较早，症状又典型，单用针灸即可治愈，为了更快起效，近年来，更常用中西合璧之法，以小剂量青、链霉素于肺俞穴作穴位注射，该法常可收到相当大剂量青霉素静脉给药的疗效。

由于西医学的发展、抗生素的广泛运用，今天的人们不必再揣不测变证之虞，全赖指下毫针来愈疾，药物治疗可迅速控制病情，缩短病程，而且一旦见有休克、脓胸、化脓性心包炎、脑膜炎及心衰等并发症时，便能立即抢救。针灸对于本病的治疗已退居辅助的地位，但少量抗生素穴位注射即可出现较强的抑菌消炎作用，使医学界产生了浓厚的兴趣，穴位治疗的魅力使针灸疗法的有效性被再认识，针灸治疗本病的研究步入了新的阶段。

胸　膜　炎

概述

胸膜炎是指壁层胸膜与脏层胸膜的炎症。胸膜为中胚层的浆膜，含有单层间皮细胞，被覆在胸膜和肺表面，内含极丰富的血管和淋巴管网，许多胸部病变均可引起胸膜炎。胸膜炎是一个笼统的名字，其种类很多，按病因分，可分为感染性的，如结核、化脓性细菌、真菌、寄生虫等的感染；肿瘤性的如支气管癌胸膜炎转移、淋巴瘤、胸膜间皮瘤等；变态反应性的如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等；化学性如尿毒症等，物理性的如创伤等，均可引起胸腔积液。本病极为常见，诊断并不困难，但临床明确病因较为复杂。临床上以结核性胸膜炎为多见，本篇也以讨论结核性胸膜炎为主。

中医将本病归于“胁痛”、“悬饮”的范畴。是由于正气不足，外邪侵袭，致痰热蕴结，闭阻胸胁所致，或因久病，或劳倦内伤，脾肾不足，胸阳不振，水湿停留胸胁，潴留而成饮。

西医认为，本病的炎症有干性和渗出性两种。干性胸膜炎见胸膜表面少量纤维蛋白

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

渗出，致使胸膜腔增厚粗糙，愈合后形成粘连，或不留痕迹；渗出性胸膜炎，人体对结核处于变态反应状态，除纤维蛋白渗出外，还可见从毛细血管渗出的血浆积聚于胸腔中，量可达数升。若治疗及时，可不引起胸膜增厚，否则大量纤维蛋白沉着于胸腔，可引起包裹性或广泛性胸膜增厚。

临床表现

（1）结核性干性胸膜炎：

起病往往较急，症状轻重不等，起病时常有畏寒，轻中度的发热，干咳。主要症状为胸痛，由于壁层胸膜和脏层胸膜摩擦所引起。胸痛多发生在胸廓扩张度最大的部位，如胸侧腋下部。如病变在隔肌的中心部，可放射至同侧肩部；如在隔肌的周缘部，可放射至上腹壁和心窝部，疼痛性质为剧烈尖锐的针刺样痛，深呼吸及咳嗽时更甚。大多患者因胸痛而不敢深吸气，多为浅促呼吸，平卧或侧卧于患侧，胸廓扩张度低，胸痛可减轻。基本体征为呼吸运动受限，局部压痛，呼吸音减低，胸侧腋下部常有局限的胸膜摩擦音，咳嗽后不消失。胸膜炎线下仅见隔肌运动受限。

（2）结核性渗出性胸膜炎：

既可急性发病，也可缓发，有结核中毒症状者可有中、高度的发热，可持续数日至数周之久。有时有畏寒、出汗、虚弱、全身不适等症状。初起胸液不多，故胸痛明显，待胸液增多，将壁层和脏层胸膜分开，胸痛即消失。大量胸液压迫肺、心和血管，使呼吸面积和心输出量减低，患者可出现气急。积液愈多，发生愈快，症状也愈剧烈。急性大量积液渗出时，可有端坐呼吸，并有紫绀。如胸液逐渐形成，气急可不显著，仅感胸闷。胸液刺激胸膜还可引起反射性的干咳。基本体征，积液少时可无明显体征，积液多时，胸廓饱满，下部较为明显，肋间隙消失，呼吸运动减弱。纵隔包括气管、心脏向健侧移位，触诊语颤减弱，叩诊呈实音，听诊呼吸音减低或消失。积液吸收后，若有胸膜粘连或增厚，则患侧胸廓塌陷，呼吸运动受限制，触诊语颤增强，叩诊轻度浊音，听诊呼吸音减弱。实验室检查，胸水多呈草黄色，透明，但亦可为淡红色或血性，含大量纤维蛋白，放置后呈胶冻样凝块。胸液离心沉淀后作涂片检查偶有结核菌，但多通过细菌培养检出结核菌。胸液中腺苷酸脱氨酶值高于其它原因的胸膜炎。溶菌酶测定也明显增高，若胸液/血浆溶菌酶比值＞1.0，多为结核性胸膜炎。胸膜炎线对积液的多少、部位有着重要的显示作用，少量积液肋膈角变钝，仰卧透视观察，液体散开，肋膈角恢复锐利。中等积液时肺野下部密度增加，膈影被遮，阴影上缘由腋部向下呈弧形。大量积液时肺野大部呈浓密均匀阴影，纵隔被推向对侧。包裹性积液，多局限于一处，形成大小不等的圆形、卵圆形或半月形的密度增高影，凸面向肺内，与肺野有明显的分界。其它如叶间积液、肺底积液等，均有其特征的胸膜炎线表现。超声波也是较灵敏的胸液探测方法，100ml左右的胸液即能发现，并可准确定位和引导胸腔穿刺，对少量积液或包裹性积液更为有用。

诊断要点

（1）根据其起病、胸痛或胸腔积液等临床特征以及伴有结核中毒症状，一般即可作出诊断。

（2）干性结核性胸膜炎应与带状疱疹、流行性胸膜痛、支气管肺癌伴胸膜转移以及大叶性肺炎等病相鉴别。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）结核性渗出性胸膜炎应与肺炎球菌引起的胸膜积液、恶性肿瘤并发胸腔积液相鉴别，此外，还应与乳糜胸液相鉴别，这些均需通过胸液检查得以确诊。

治疗

治法：干性胸膜炎乃是痰热蕴结，闭阻胸胁，治宜清热化痰，理气和络；湿性胸膜炎则为胸阳不振，饮停胸胁，治宜温阳逐水。

（1）针刺法

取穴：干性胸膜炎，取尺泽　鱼际　支沟　阳陵泉　蠡沟

渗出性胸膜炎，取膻中　肺俞　章门　阴陵泉　丰隆　足三里

操作：干性胸膜炎以邪实为主，宜用提插捻转泻法，予强刺激，并反复行针，以保持针感，可留针 30 分钟；渗出性胸膜炎则应以补法为主，可行灸法或温针。针刺宜浅，弱刺激，久留针，可留针 50～60 分钟，并辅以艾条悬灸，膻中一穴，为宗气之会，最宜灸之，以振胸阳，可为针刺治疗之补充。

（2）灸法

取穴：肺俞　膏肓俞　脾俞　足三里

方法：艾炷灸，每穴 3～5 壮，为无疤痕灸，每日 1 次，5 次为 1 疗程。亦可在上穴行艾条温和灸法，灸至局部皮肤潮红为度，在胸壁寻找病灶反应点艾灸效果更好，每日 1 次，15 次为 1 疗程。艾盒灸法亦可选用。本法更适用于渗出性胸膜炎。

（3）耳针

取穴：胸　肺　神门　交感

方法：每次选用 3～4 穴，毫针刺入得气后，行中强刺激，每穴捻转 1～2 分钟，留针 15～20 分钟，每日 1 次，15 次为 1 疗程。或加用电针以加强刺激，亦可用耳穴埋针法。

文献摘要

刘志川等以穴位注射小剂量抗痨药物治疗结核性渗出性胸膜炎 V 型，即中医所说的“悬饮”和“支饮”，疗效满意。设治疗组和对照组二组各 30 例，其治疗方法：治疗组取支沟、肺俞、膏肓、脾俞，均为双侧取穴。用链霉素 0.125g（0.5ml）吸入带 5 号半针头的 5ml 注射器内，分别注入消毒后的穴位内，深约 0.5～0.7cm，有酸、麻、重、胀的感觉后，缓慢注入穴内，每穴 0.3ml 左右，双侧穴位交替注射，同时口服维生素类药。对照组除辅助维生素类药外，常规用链霉素 0.75～1.0g/d，肌注，同时口服乙胺丁醇 750mg/d，10 日为 1 疗程。治疗结果：治疗组平均中毒症状改善时间为 4.93 天，平均胸水吸收时间为 12.72 天，明显较对照组缩短（对照组中毒症状改善时间和平均胸水吸收时间分别为 11.75 天和 30.92 天）；疗效评定结果提示，治疗组的疗效明显优于对照组。

（刘志川，王光荣．穴位注射小剂量抗痨药物治疗结核性渗出性胸膜炎 30 例疗效观察．中国针灸，1996，16（5）：6）

按语

针灸对于上述病证均有一定的疗效，一般干性胸膜炎以针刺为主，治疗胸痛，可取丘墟、章门、膈俞；胁痛取飞虎（支沟）、阳陵；而湿性胸膜炎则针灸结合，悬饮取阴陵泉、足三里，针刺，行弱刺激，另灸水分，以枣子大艾炷隔姜灸 15 壮，每日 1 次。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

还应取肺俞、脾俞、肾俞施灸，可用艾盒灸或隔姜灸，以和脏腑，通水道。有人认为，本病的治疗，单纯针灸是远不够的，应结合抗痨治疗，针灸抗痨可在以上治疗的基础上加灸膏肓、四花穴（参照肺结核病篇），亦可用链霉素在肺俞、膏肓穴作穴位注射，或直接用口服抗痨药配合治疗。

本病是一个慢性过程，迁延难愈，治无近功，故切不可浅尝辄止，应坚持长时间治疗，一般首次治疗时间不应少于 6 个月。从临床观察来看，针灸对于本病有一定的疗效，但力度稍逊，且需作持久战，因很难仅靠针灸以断根，故结合抗痨治疗十分必要。但针灸疗法也有其独到的优点，与长疗程抗痨治疗比较，它无任何副作用，治疗过程痛苦小，症状改善明显，病人体质恢复快。考虑到本病正气衰弱的一面，临床针刺取穴应少而精，灸疗当从扶正、抗痨的角度，施熟灸法。治疗过程中，如疗效不佳，虚弱表现日甚一日，可作进一步检查，以排除白血病、纵隔肿瘤引起的胸腔积液，以求不延误病情。

（二）消化系统疾病

急、慢性胃炎

急、慢性胃炎是指由各种原因引起的胃粘膜急性和慢性的炎症。

急 性 胃 炎

概述

急性胃炎是一种胃粘膜急性、可逆性的病变。病程短，预后好，病变中在 24～48 小时减轻或停止发展。常因明显的物理或化学刺激因素如药物、过冷或过烫食品、刺激性食物、污染食品等引起发病，严重创伤，大手术，肝、肾功能衰竭等应激反应也是本病的病因之一。

本病在中医属于“胃脘痛”、“呕吐”、“腹泻”和“霍乱”等病的范畴。其主要病因是饮食不节，或不洁，内伤胃腑，致使脾胃气机阻滞，升降失司，化物传导不行，而见胃脘疼痛、呕吐、腹泻等症状。

西医对急性胃炎的发病机理尚不十分清楚，目前认为是外在刺激破坏了胃的粘膜屏障，胃壁上皮合成硫糖蛋白减少，胃内粘液不足，脂蛋白膜的保护作用削弱，引起胃内氢离子逆扩散，使粘膜固有肥大细胞释放组织胺，最终导致胃粘膜的充血、水肿、糜烂、急性溃疡和出血。此类患者的前列腺素的合成受到影响，胃粘膜的前列素含量均降低。

临床表现

急性胃炎的临床表现常因病因不同而不一致，由于酗酒、刺激性食物或药物引起者，多有上腹部不适、疼痛、食欲减退、恶心、呕吐等，一般不很严重。食物中毒所致的急性胃肠炎症状轻重很不一致，一般在食后数小时至 24 小时发病，大多有中上腹部的不适、疼痛，甚至剧烈腹绞痛、食欲减退、恶心、呕吐等，伴有急性水样腹泻，严重者可有发热、失水、酸中毒、休克等症状。体检发现中上腹部及脐周有轻压痛，肠鸣音亢进。一般病程短暂，1－2 天后即好转自愈。由解热镇痛药或机体应激状态引起的急性胃炎常以上消化道出血为主要表现，病人多有呕血与黑便，大量出血者可伴有休克，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

伴见食欲不振、腹痛、头昏、软弱等，体检可无特殊体征，病因去除后，短期内可以痊愈。

诊断要点

（1）大多数急性胃炎根据病前的服药史、饮食史、严重的应激状态，加之胃脘痛、食欲不振、恶心、呕吐等症状，诊断并不困难。

（2）本病应与急性腐蚀性胃炎相区别，后者多有明显的强酸、强碱等强腐蚀性化学物质的吞服史，症状为自口腔到胃内的烧灼样疼痛，并迅速出现食管、胃穿孔、消化道大出血或休克等表现；本病也应与急性化脓性胃炎相鉴别，后者腹痛剧烈，伴严重的寒战、高热及其它全身毒血症状，极易引起腹膜炎、胃穿孔、血栓性门静脉炎、肝脓肿等。

（3）本病由应激引起者，常引起胃内出血，当症状不典型者，应按急性上消化道大出血处理。必要时作胃检查以明确诊断。

治疗

治疗原则：升清降浊，理气止痛。

（1）针刺

取穴：足三里　内关　上巨虚　中脘　天枢

配穴：寒湿犯胃，加阴陵泉、公孙；食滞伤胃者，加璇玑、梁门、下脘；肝气犯胃加阳陵；肝胃湿热加合谷、内庭。

操作：根据症状的严重程度，每次可选用2～4对穴位，多以泻法为主。寒症加灸。亦可上述选加接电针，以连续波，调至适当的频率和强度，留针30分钟，每日治疗1～2次，5次为1疗程。症状缓解后还宜继续治疗以巩固疗效。

（2）穴位注射

取穴：足三里　内关

方法：用0.5%～1.0%的普鲁卡因或生理盐水，亦可用阿托品注射液，每次选取1对穴位，针刺入行针得气后，每穴注入药液3～5ml，每日1次，3次为1疗程。

（3）耳针

取穴：脾　胃　交感　神门　腹　内分泌

方法：每次选取4～6穴，中等刺激，留针20分钟，每日1次，两耳交替针刺。若疼痛持续者，针刺后可用王不留行籽按压，随时按压刺激，2～3日后换取1次。

（4）头针

取穴：双侧胃区。

方法：按头针常规方法操作，针刺入后，行中强刺激，使胃痛能获一定程度的缓解，然后留针30分钟，每日1次，疼痛控制后结束疗程。

文献摘要

（1）汪令针灸治疗胃痛17例，将本组病人随机分为3组，第1组6例，取胃募穴中脘；第2组6例，取俞募穴，胃俞、中脘；第3组5例取脾胃俞募穴，脾俞、章门、胃俞、中脘。留针30分钟，每日1次，10次为1个疗程。治疗结果，显效7例，有效7例，无效3例。

（汪令．针灸治疗胃痛17例临床观察．针灸临床杂志，1995，11（3）：34）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 赵立富取穴：①不容、承满、足三里；②大横、腹哀、三阴交；③上脘、下脘、巨阙、鸠尾。三组穴位交替使用，胃痛较盛者加脾俞、胃俞，呃逆者加内关穴。药液为：①$VitB_1$ 和 1%盐酸普鲁卡因等量的混合液；②$VitB_1$ 和胎盘组织液等量的混合液，两组药液交替使用。每穴注入药液 1ml，每日 1 次，10 次为 1 疗程。本组 600 例，结果痊愈 538 例，显效 60 例，有效 2 例。

(赵立富．穴位注射治疗胃痛 600 例观察．中国针灸，1996，16(11)：10)

(3) 付怡以阴陵泉为主穴，肝郁气滞犯胃者配太冲、三阴交；脾胃湿热气滞者配足三里、内庭，反胃者加内关；痛引小腹者加手三里。痛轻者间日刺，重者每日刺，10 次为 1 疗程。本组 20 例，结果痊愈 18 例，显效 2 例。

(付怡．针刺阴陵泉治疗胃痛症．中国针灸，1996，16(10)：24)

按语

对于急性胃炎，针灸有见效快，疗效确切，操作简便的优点，可以作为首选的治疗方法。病变初期，急则治标，以治疗胃痛为首务，初期应先足三里等远道穴，再取疼痛附近穴位，待疼痛缓解后，遂究其发病原因，别其属木郁、痰结、血滞、食积、寒湿潴留、湿热内盛抑或诸因夹杂，随证调治，治病求本。针刺手法，当以毫针强刺激，如疼痛、呕吐仍不止，可加用电针，或用阿托品作穴位注射。

针灸治疗本病应注意以下二点：①取穴宜多，手法宜重，行针时间应长，并产生牵及胃部的针感；②注意饮食有节，避免辛辣刺激食物，保持心情平静，注意休息，以防病情反复。

慢性胃炎

概述

慢性胃炎是一种常见病，其发病率在各种胃病中居于首位，年龄越大发病率越高，本病可由急性胃炎转化而来，亦可因长期服用胃刺激物或因胃炎致病菌的接触而发病。目前，按胃镜下所见和组织病理发现，将本病分为如下四型：慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎和胃萎缩、慢性糜烂性胃炎和慢性肥厚性胃炎。

本病在中医属于“胃脘痛”的范畴。导致本病的病因虽多，但不外外感和内伤二大类。外有感受外邪、饮食不节或不洁，内因多为七情内伤，脾胃虚弱。邪结中焦，致脾胃升降失职，或肝失疏泄，横逆克脾犯胃，或脾胃虚弱，中州濡养无权，而致邪气内阻，中土失运，气机失常之变。

西医对本病的病因目前尚不清楚，下列因素可能与病情的进展有一定关系：急性胃炎失治误治、长期服用胃刺激物、十二指肠液返流、胃酸缺乏、营养不良、心力衰竭，长期胃部淤血、免疫因素以及幽门螺旋杆菌等。其病理实质是，胃粘膜上皮遭受反复损害后，由于粘膜的再生能力被破坏，以及粘膜发生改建，最终导致胃粘膜固有腺体不可逆的萎缩，甚至消失。

临床表现

慢性胃炎缺乏特异性的症状，且症状的轻重与粘膜的病变程度往往不一致。病程进展缓慢，常反复发作。大多数的病人常毫无症状，若有症状发生，多为消化不良症状，如饭后饱胀、嗳气等。少数可由食欲减退、恶心。胆汁返流性胃炎常见明显而持久的上

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腹部不适，或疼痛，尤以进餐后为甚，可伴有恶心，胆汁性呕吐，萎缩性胃炎患者有时表现为贫血、消瘦、舌炎和腹泻等。肥厚性胃炎多表现为顽固性饭后疼痛，食物或碱性药物可使疼痛缓解，其疼痛无节律性，伴有饥饿感和呕酸。

诊断要点

（1）对本病的诊断主要依赖于胃镜检查和直视下胃粘膜活组织检查所见。可参考有关病史、习惯和兼有病症如贫血、幽门括约肌失调、胆囊炎胆石症等，在治疗上，去除各种致病因素也是颇为重要的。

（2）按 Strickland 的意见，将萎缩性胃炎分为 A 型胃炎和 B 型胃炎，前者病位在胃体，胃酸分泌缺乏，血中胃泌素增高，壁细胞抗体常呈阳性，后者病在胃窦，胃酸缺乏不明显，血中胃泌素正常，血中壁细胞抗体阴性，内因子抗体亦为阴性。不仅是病变部位的差别，两者的发病机制和预后各不相同。

（3）胃镜下见有皱襞粗大，应注意与以下疾病鉴别：十二指肠球部溃疡活动期，胃泌素瘤；胃巨皱襞症以及 Borrmann Ⅳ型胃癌等；胃粘膜糜烂应与息肉、Ⅱa+Ⅱc 型早期胃癌相鉴别

治疗

治疗原则：运脾和胃，调气止痛。

（1）针刺

取穴：脾俞　胃俞　中脘　章门　气海　足三里

配穴：肝胃不和，加肝俞、太冲、行间；瘀血内阻者，加血海、膈俞、三阴交；胃热挟滞者，加下脘、天枢、内庭；胃阴不足，加三阴交、太溪；脾胃阳虚，加脾俞、气海、三阴交。

操作：证候以实证为主者，用提插捻转泻法，而偏于虚证者，则用提插捻转补法。虚实夹杂者，用平补平泻法。以上穴每次选取 3～5 对穴，针刺得气后，留针 30 分钟。亦可加用电针，针刺后接 G-6805 电针治疗仪，调至适当的频率和波形，强度不必太强，亦可留针 30 分钟，每日 1 次，15 次为 1 疗程。休息 5 天左右，再作下 1 个疗程。

（2）艾灸法

取穴：中脘　气海　关元　天枢　内关

方法：常用艾条悬灸，每穴灸 5～10 分钟，或用隔物灸法，每穴行隔附子片灸 5～7 壮，或用隔药饼灸（内含健脾温阳的中药粉末），每日 1 次，10 次为 1 疗程。此外，在腹部穴位行艾盒灸，此法热力颇足，艾灸范围大，灸后使腹内有明显的温热感，可每日施灸 1 次。此法对虚寒症状明显者，尤为适宜。

（3）穴位注射

取穴：足三里　脾俞　胃俞　肝俞

方法：常用徐长卿注射液、黄芪注射液、复方当归注射液、胎盘组织液以及维生素类注射液等药物。按水针治疗常规，针刺得气后，每穴注入药液 2～5ml，每日或隔日 1 次，30 次为 1 疗程。

（4）耳针

取穴：胃　神门　脾　皮质下　神门　下脚端

方法：每次选用 3～6 穴，针刺后，行中强刺激，留针 20 分钟，每日 1 次，两耳交

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

替。亦可耳穴加用电针以加强刺激，或在以上耳穴贴压王不留行籽，2日更换1次。

(5) 埋线

取穴：梁门透关门　上脘透中脘　脾俞透胃俞

方法：按埋线法的操作常规，三组穴位轮流使用。每次治疗间隔20～30天。

文献摘要

(1) 李占东等将110例慢性胃炎病例分为二组，穴注组和药物组。穴注组70例，取穴：中脘（双）、足三里（双），以5%的当归注射液穴注，每穴注入2ml，每日或隔日1次，10次为1疗程。药物组分别服用阿托品、普鲁本辛、氢氧化铝凝胶和碳酸铋等。以临床症状和X线钡透结果作为疗效评定的指标。治疗结果：穴注疗效明显优于药物组（$P<0.01$），同时，穴注组治疗疗程相对较其它组为短（$P<0.01$），临床观察还发现，穴注组疗效对于不同类型的胃炎依次为：浅表性胃炎＞肥厚性胃炎＞萎缩性胃炎（$P<0.01$）。

（李占东、龚有发．穴位注射治疗慢性胃炎70例临床观察．上海针灸杂志，1993，12(4)：154）

(2) 江洋等将230例慢性胃炎病例随机分为二组，治疗组158例，对照组72例。治疗组取穴：中脘、上脘、足三里，用WD-Ⅱ型胃电治疗仪，A极固定于中脘和上脘，B极固定于双侧足三里，每次30分钟，每天1次，5次为1疗程。1～3个疗程后评估疗效。对照组治疗方法是口服胃复安、多潘立酮、氢氧化铝凝胶、庆大霉素等，2周为1疗程。以症状、胃镜检查结果和病理报告作为评定疗效的指标。结果：治疗组疗效明显地优于对照组（$X^2=4.04$，$P<0.05$），临床还发现，以本法治疗，浅表性胃炎疗效优于萎缩性胃炎，后者又优于肥厚性胃炎，且治疗疗程长者疗效好，3个疗程治疗的患者症状改善程度明显优于1疗程者。

（江洋，刘岚．经络冲击疗法治疗慢性胃炎158例．上海针灸杂志，1994，13(5)：202）

(3) 熊云将63例病例随机分为三组：电热针组32例，以江苏产DR2-1型电热针仪取6号电热针，取穴为双侧足三里、内关，配穴为双侧三阴交、合谷，每日治疗1次，30日为1个疗程，共需3个疗程。毫针组19例，仅针，不用电针仪，取穴同电热针组。西药组17例，以维酶素为主药，每次1.6g，每日3次，30天为1疗程，也需3个疗程。观察指标为临床症状和胃镜检查情况。结果：三组之中，电热针组疗效最好，毫针组次之。经统计，$P<0.01$。

（熊云．电热针治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎疗效观察．中国针灸，1993，13(5)：1）

(4) 蔡国伟将60例慢性胃炎病例分为5组：第1组，电针双侧内关、公孙；第2组，电针双侧公孙；第3组，电针双侧内关；第4组，电针双侧内关与列缺，公孙与然谷的中点；第5组静卧15分钟。方法：针刺得气后，接G-6805-Ⅰ型电针治疗仪，每对电极分别接于双侧同名经穴，脉冲电流为2～5次/秒，以耐受为度，时间为15分钟，观察指标为胃窦电振幅，胃窦胃电频率及胃体的两个相应指标。结果：电针刺激公孙、内关对胃脘部疾病有相对特异性的治疗作用。

（蔡国伟，田元，戴春林．电针对慢性浅表性胃炎胃电图的影响，上海针灸杂志，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

1993, 12 (3):102)

按语

慢性胃炎属于现代医学的病名，就其症状来看，当属中医“九种心痛”中的“胃心痛”。本病的发病率极高，常言道“十人九胃”，但目前由于对其病机不甚了解，也缺乏特异性的治疗方法，针灸治疗不仅可以控制本病的临床症状，而且还可以逆转本病的病理改变，无明显的副作用，可作为本病的主要治疗方法之一。

慢性胃炎属慢性过程，需坚持治疗，方可以获得满意的效果。胃痛急性发作时，当迅速缓解胃脘痛，痛缓后，可结合其临床类型，调治其本。由于病程冗长，可用体针治疗和微针治疗结合的方法。同时，还应注意饮食不节和情绪变化对本病的影响，以防病情复发。

消化性溃疡

概述

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡，是一多发病、常见病。据统计，本病的发病率为10%左右，男性多见，男女之比为5:1，本病可见于任何年龄，以青壮年发病者居多。本病的形成有各种因素，其中胃酸-胃蛋白酶对粘膜的消化作用是基本原因，并因此而得名。胃溃疡和十二指肠溃疡在发病情况、发病机理、临床表现和药物治疗等许多方面均存在着不同，但二者均属于消化性溃疡，本篇中将二者一并叙述。

根据其症状，本病应属于中医“胃脘痛”证的范畴，由于疼痛部位近心，故又有称为“心痛”者。其基本病因为饮食不节，或饥饱过度，导致胃失和降；或肝木失于疏泄，横逆犯胃；或饥饱失常，劳倦过度，引起中焦虚损而发病。

本病的病因至今未明，遗传、精神因素、饮食不调、药物等因素可能与本病的发病有关。胃酸-胃蛋白酶在消化性溃疡的形成中起决定性作用。分泌胃酸的壁细胞总数的增多，神经内分泌功能紊乱所致胃酸和胃蛋白酶分泌的增加，胃排空过快，则是十二指肠溃疡形成的基础；胃粘膜屏障的破坏、胃幽门运动功能的减弱、十二指肠液的返流乃是胃溃疡形成的条件。上述各种因素相互结合，构成了消化性溃疡发病过程的各个环节。其主要病理为胃及十二指肠壁的粘膜和肌层有溃疡形成。

临床表现

上腹疼痛为消化性溃疡的主要症状。表现为上腹部剑突下的长期疼痛，疼痛部位，胃溃疡多在上腹正中或剑突下，或稍偏左；而十二指肠溃疡多在脐上或上腹偏右；后壁溃疡疼痛可放射到脊柱两侧相应部位，前壁溃疡可放射到同侧胸骨附近。在发作期，上腹可有局限性疼痛，压痛部位多与溃疡部位基本一致。疼痛可为压迫感、膨胀感，或为钝痛、灼痛、锥痛或剧痛，疼痛有节律性，胃溃疡一般在餐后1小时左右发生，十二指肠溃疡在餐后3小时左右或后半夜疼痛，进食后往往可以缓解，常有嗳气反酸，有时也可出现恶心、呕吐。检查见上腹部压痛，X线钡餐造影有壁龛，是溃疡存在的直接征象，胃溃疡龛影多在胃小弯，十二指肠溃疡多见于球部，胃镜检查可见到溃疡。消化性溃疡的主要并发症是大出血、急性穿孔、幽门梗阻、中年以上患者出现的胃溃疡易导致癌变，部分消化性溃疡经内科治疗不能痊愈，可发展为难治性溃疡。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

诊断要点

（1）根据慢性、周期性反复发作的病程，节律性的上腹部疼痛，多可作出临床诊断。半夜痛清晨止，也是本病的特殊表现，在诊断上有重要意义。若伴有或曾有上消化道大量出血，则可明确诊断。

（2）对于症状不典型者，X线和纤维胃镜检查则有助于确诊。钡餐造影下的龛影是较明显的溃疡征象，胃镜下的溃疡所见更为直观，它还可取活组织进行病理分析，对良性溃疡和恶性溃疡的鉴别诊断有着重大意义。

（3）大便隐血阳性对早期发现本病有帮助，同时它也说明本病正处于活动期。

（4）胃液分析对本病无直接的诊断作用，但也是确诊本病的一个重要方法，如胃壁在五肽胃泌素刺激下仍无胃酸分泌，则可排除本病，如五肽胃泌素过高，则应考虑胃泌素瘤的可能。

（5）本病应与胃癌、十二指肠炎、慢性胃炎、胃下垂、胃神经官能症、胆囊炎胆石症及肠道钩虫病等相鉴别。

治疗

治疗原则：行气活血，运脾和胃，培补中气。

（1）针刺

取穴：肝俞　胃俞　中脘　章门　足三里　内关

配穴：肝气犯胃者，加阳陵泉、太冲；肝胃郁热者，加行间、内庭；气滞血瘀者，加膈俞、三阴交、公孙；脾胃虚寒者，加关元、气海。

操作：实证应施以较强刺激，施以提插捻转泻法，脾胃虚寒者，手法宜轻，施以提插捻转补法，并加用温针灸法，针后拔罐，留针20～30分钟，留针期间间歇行针，视病情轻重，可每日治疗2～3次，亦可隔日1次。6周为1个疗程。疗程间隔1周左右。

（2）灸法

取穴：脾俞　胃俞　中脘　梁门　足三里

方法：用艾条熏灸以上穴位，每穴熏灸5～10分钟，以使局部和胃脘部发热为佳。亦可用艾炷灸，每穴灸7～9壮。在灸背部或腹部穴位时，灸穴周围最好有湿面环绕阻挡，不使热量走散，以利局部发热。每日1～2次，6周为1个疗程。

（3）穴位注射

取穴：脾俞　胃俞　胸$_{8\sim12}$夹脊　中脘　内关　足三里

方法：常用0.5%～1.0%的普鲁卡因、0.5mg硫酸阿托品注射液、维生素$B_1$100mg、复方当归注射液以及10%葡萄糖注射液等，任取一种，每次选用1～2对穴位，针刺得气后，每穴注入药液3～5ml，每日或隔日治疗1次，10次为1疗程。

（4）穴位埋线

取穴：胃俞透脾俞　中脘透上脘　胃仓透意舍　梁门　溃疡点透胸$_{8\sim12}$夹脊穴

方法：以上穴组任选一组或二组穴位，用适当长度的羊肠线植入，视效果情况不同，可在2周或4周时间内选择另外2对穴位作第2次埋线。

（5）耳针

取穴：胃区　脾区　肝区　十二指肠区　下脚端　神门　脑

配穴：腹胀加三焦、脾、腹；呃逆、泛酸加肝、脾。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：每次选用4～6穴，耳针常规操作，捻转以加强刺激，或用电针。急性期每日1次，留针30～60分钟，亦可采用埋针的方法。缓解期每2～3日1次，针刺方法同上，亦可用王不留行籽贴压，每日按压3～5次，两耳交替针治，每10次为1疗程。

（6）头皮针

取穴：双侧胃区

方法：用头皮针常规操作方法，斜刺留针30分钟，或用电针以加强刺激，急性期每日1次，缓解期刺激宜轻，隔1～2日1次，10次为1疗程。

文献摘要

（1）蔡国伟治疗了55例胃及十二指肠溃疡病例，分为治疗组和对照组二组，治疗组治疗方法为：电针双侧耳胃穴，频率为50次/秒，连续治疗30分钟，用连续波，每日1次，6天为1疗程，连续治疗4周。对照组治疗方法为电针双侧耳心穴。疗效评定指标为胃痛分级。治疗结果：治疗组的疗效明显优于对照组（$P<0.01$），胃痛分级的差值比较中，治疗组疗效优于对照组。

（蔡国伟．电针耳胃穴对35例溃疡病疗效观察．针灸临床杂志1995，11（9）：17）

（2）裴树峰等观察了74例消化性溃疡病例，其中分治疗组32例，取穴：内关、足三里、胃俞、脾俞、中脘等穴，以羊肠线穴位埋植，每次2～3穴，每20天埋植1次，3次为1疗程。对照组42例，口服雷尼替丁150mg，每日2次口服，连用6周为1疗程。在治疗前后观察纤维胃镜下溃疡的状况。结果：治疗组的疗效明显高于对照组（$P<0.05$）。观察发现，羊肠线埋植，近期疗效及远期疗效均高于对照组。

（裴树峰，周宏书．穴位埋线治疗消化性溃疡．实用中西医结合杂志，1993，6（11）：687）

（3）李成坤取中脘、足三里（腹痛侧），用5mm厚的生姜片覆盖在穴位上，然后艾条悬灸，使灸处产生灼痛或灼热感。每次灸10～15分钟，每日灸2次，连续治疗3个月，所治30例全部治愈。

（李成坤．隔姜灸治疗消化道溃疡30例．中国针灸，1996，16（10）：24）

（4）皮付君用针刺加拔罐治疗胃十二指肠溃疡30例，针刺足三里、三阴交、内关；拔罐取脾俞、胃俞，留针20分钟。每日1次，10次为1疗程。结果，基本治愈12例，显效10例，有效5例，无效3例。

（皮付君．针刺加刺络拔罐治疗胃及十二指肠溃疡62例．中国针灸，1996，16（11）：33）

按语

消化性溃疡病以其主要症状是胃脘痛，仍属于中医“胃脘痛”的范畴。一般认为，本病是针灸的适应证，针灸对本病见效快，疗效可靠，除有严重并发症，可单独用针灸治疗。针灸对本病不仅具有一定的近期疗效，还具有一定的远期疗效。江苏省中医院针灸科曾对几家邻近工厂的100例溃疡病患者门诊观察，针灸治疗2个月后，不仅胃脘疼痛、呕恶、泛酸等症状改善，大便隐血亦阴转，X线钡餐，部分患者的溃疡龛影亦消失。可见针灸的疗效不仅在于症状改善，而且还促进了病灶局部粘膜的病理改善。

针灸治疗本病的方法是按慢性胃脘痛的治疗方法处理，以毫针为主，一般为俞募配穴，加下合穴、八脉交会穴及胃经郄穴等，还结合穴位注射、电针、梅花针、神经干刺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

激方法等。

我们的临床体会是，治疗本病应有三点要求：① 胃脘痛这一症状是本病处于活动期的外在表现，通过针灸治疗迅速止痛为当务之急，也是通过治疗使病情走向改善的第一步；而欲有稳定的疗效，则应调理中焦，运其脾胃，长期多疗程的针灸治疗，即可获此效，而见胃痛发作频率减少，发作期病情严重程度减轻，渐至完全改善；② 为了保证长时间治疗，建议多种针灸选穴方案和刺激方法轮流使用，以防止穴位疲劳，加强针灸疗效；③ 精神因素和胃肠道刺激因素是引起本病的重要病因，故治疗期间患者应保持心绪稳定，慎喜怒，饮食上应忌辛辣、酸甜、海腥发物及不易消化之物。

胃 下 垂

概述

胃下垂是指因胃膈韧带与胃肝韧带松弛无力、胃张力减退，胃小弯角切迹低于髂嵴连线水平而言。本病多由腹壁紧张度减低，腹壁脂肪缺乏和肌肉松弛以及腹压下降所引起。胃下垂多见于体质瘦弱或突然消瘦，胸廓狭长者，妇女多育也易罹患本病，其症状轻重表现与病人神经敏感性有明显关系。

中医无“胃下垂”的病名，可归于中医“虚劳”、“胃缓”和“胃下”的范畴。认为本病多由先天禀赋不足，久病多产，或病后失调，饮食不节，损伤脾胃，以致脾胃虚弱，中气下陷，升举无力，因而发生下坠。

西医对本病的发生，分为先天性和后天性二种，先天性胃下垂，大多是内脏全部下垂的一种，主要是由于腹内脏器支持韧带的松弛所致。后天性的胃下垂，可能是因严重的消瘦、或腹肌张力消失后继发的，其结果是胃不能固定在原有的位置上，以致直立时下垂。下垂的胃排空困难，常导致食物发酵和继发性胃炎。

临床表现

表现慢性上腹疼痛，但无周期性，无明显的节律性、疼痛性质和程度常有变化。疼痛之轻重与进食量的多少有关，进食和直立时症状加重，平卧则减轻，同时可伴有头晕乏力，食欲不振，脘闷不舒，呕吐嗳气，便秘或腹泻。轻度胃下垂可无症状。检查，脐下可有振水音，食后叩诊，胃下极可移至骨盆，上腹部可扪及强烈主动脉搏动。X线钡餐造影显示胃小弯弧线低于髂嵴连线下，排空迟缓。

诊断要点

(1) 根据典型症状，时时胃部有过水声，瘦长型体型等特征，可以考虑本病的可能。

(2) 体格检查，空腹时胃部有振水声由腹可扪及腹主动脉搏动，可同时伴有肝、脾、肾脏下垂的体征。

(3) X线胃肠钡餐检查，是本病确诊的重要依据，可见胃呈鱼钩形，站立时位置下降，紧张力减退，小弯在髂嵴连线以下，或胃下缘在髂嵴连线以下大于5cm，胃内常有较多量的潴留液，排空迟缓。

治疗

治疗原则：升举中气，健脾和胃。

(1) 针刺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：提胃（脐上1寸，旁开3～4寸）或胃上（脐上2寸，旁开1寸）中脘　梁门　关元　气海　足三里

配穴：嗳气，加内关；泛酸，加梁丘；腹胀，加气海；胃肠停饮，肠鸣有声者，加幽门、阴陵泉、肓俞。

操作：先取3～8寸毫针，从提胃或胃上穴进针，向中脘透刺，慢慢施以捻转补法，再针中脘，深刺，慢慢施以捻转补法，行针3～5分钟后起针，接下来针补足三里，平卧留针20分钟，其它穴位均采用提插捻转的平补平泻手法，留针20分钟。以上穴位亦可加接电针，以加强刺激。每日或隔日1次，15次为1疗程，休息3～5天再行第2个疗程。

（2）穴位注射

取穴：中脘　足三里　下脘

方法：每次选用2穴，以加兰他敏0.5mg，或用ATP注射液0.8ml作穴位注射。前者治疗每日1次，后者可每周治疗2次，20次为1疗程。

（3）粗长针

取穴：升胃主穴（剑突下1.5寸，右旁开5分）、升胃1穴（即肓俞穴）、升胃2、3、4穴（以上升胃四穴分别在脐左旁开5分，1寸、1.5寸、2寸）、升胃5穴（胃下极下1.5cm）。

配穴：神经衰弱加内关、足三里；年老体弱加关元。

方法：根据胃下垂的程度分别选用12寸、11寸、10寸、9寸等几种长度，直径在0.8～1.3mm粗的不锈钢针，常规消毒后，在升胃主穴进针，与腹壁呈35°角快速刺入皮下3分，然后针体沿皮下进针，通过中脘穴透向升胃1穴、或2、3、4穴，把针送到胃下极下1.5cm处，根据患者体质强弱或对针的耐受程度，施以轻、中、强刺激，然后留针30分钟，每日或隔日1次，10次为1疗程。

（4）灸法

取穴：百会　足三里　关元　脾俞　胃俞　中脘

方法：每次选取3～5穴，多取俞募穴，以艾盒灸，每穴灸治10分钟。百会可用艾条悬灸，热力要大，以局部皮肤发红并有灼热感为度，亦可用桐籽大小艾炷行无疤痕灸，每穴中灸7～9壮。以上治疗，隔1～2日1次，10次为1疗程。

（5）耳针

取穴：脾　胃　肺　交感　三焦　肝　大肠

方法：每次选用3～5穴，耳针常规方法操作，留针30分钟，每日或隔日1次，10次为1疗程，两耳交替。亦可用王不留行籽作耳穴贴压。

文献摘要

刘克孝设治疗组和对照组各52例，治疗组取穴，脾俞、胃俞、中脘、足三里，以维生素$B_1$100mg加当归注射液0.1g作穴位注射，每日1次，每次3穴，交替使用。对照组口服补中益气汤，二组均40天后观察疗效，临床症状和钡透结果为主要观察指标。结果：针刺组的疗效明显优于对照组（$P<0.05$）。

（刘克孝．维生素B_1加当归注射液穴位注射与补中益气汤治疗胃下垂的疗效对照观察．实用中西医结合杂志，1992，5(9)：570）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

黄巍将136例胃下垂病人分为二组，治疗组取穴：胃上穴透神阙穴，中脘穴透上脘穴，胃俞穴透脾俞穴，足三里，肾俞，气海。以羊肠线埋植，每周1次，12次为1疗程，对照组上穴单用针刺法。以症状、体重和X线钡透检查结果作为疗效评定标准。结果：两组总有效率有显著差异，观察发现，羊肠线埋植法，疗效好且作用持久，复发率低，部分病例经2～10年的随访均未有复发。

（黄巍．穴位埋线治疗胃下垂疗效分析．上海针灸杂志，1994，13（5）：200）

张涛等将108例胃下垂病人随机分为三组，其中针刺组74例，用28～30号毫针，与腹壁呈30°角快速刺入皮下，沿皮下透刺，将针夹送至胃下极下1.5cm处，用小弧度固定括针手法，待得气后，向上提针并使针尖固定，留针20分钟。隔日1次，10次为1疗程，疗程间休息2天，治疗3个疗程观察疗效。取穴：Ⅰ～Ⅱ度患者取巨阙，Ⅲ度患者取中脘。对照组34例，取穴上脘、气海、天枢、足三里。以28～30号毫针，快速直刺，采用提插捻转手法，得气后留针1小时，余同治疗组。以临床症状消失与X线钡透胃体位置为疗效的评定依据。结果：经统计，治疗组效果明显优于对照组（$P<0.01$）。

（张涛，包纯安，刘畅．长针提胃疗法治疗胃下垂74例疗效观察．中国针灸，1995，15（5）：19）

按语

西医学认为本病为肝胃韧带和肝隔韧带及腹肌的松弛，不能固托胃体于原位所致，亦缺乏有效的治疗方法。自60年代用针灸提胃疗法治疗本病的报道出现以后，针灸治疗胃下垂的临床报道日益增多，体针、电针、穴位注射等都有应用。

最初的提胃疗法方法有二，其一是用7寸长针从巨阙穴进针刺入皮下后平刺，在腹肌层中移行使针尖抵达脐旁，连续搓针，使针身与腹肌固定，再将针向上提，不松手针亦不脱出，持续40～50分钟，针后病人卧床休息3天，10天后复查。一般只针1次，故称“1针1次提胃法”。另一法是取双侧梁门穴，用4寸长针进针后沿腹肌向下3寸许，行针得气后将两侧的针同时徐徐上提，边提边退针，经2～3分钟退出。用以上二法，针后即临床症状消失，食欲改善，精神好转，约50%的病例胃的位置有不同程度的上升。近年来的报道则选用不少提胃、升胃的新穴，针具则用芒针或粗长针等，但总不离提升胃气这一思路。

应该看到，本病的根本是“胃下不坚”，脾胃功能虚弱。针灸治疗上的提胃方法虽是临床行之有效的治疗途径，但并非唯一途径，有人发现，单纯艾灸上、中、下三脘，梁门、气海、足三里隔姜灸，每穴5～7壮，每日1次，连续治疗1～3个月，也有一定的升提胃体的作用，且疗效较巩固。总的看来，提胃虽能改善症状，提升胃体，但仅是治标之法，如不积极调补脾胃，疗效并不持久。近年的报道多采用提胃、艾灸补脾胃、中药补中益气以及结合耳针、穴位注射、体针调理消化道慢性病证的综合疗法。

急、慢性肠炎

概述

肠炎是肠道炎症的泛称。根据发病的特点可分为急、慢性两类。急性肠炎，是一种肠道粘膜急性卡他性病变；慢性肠炎，是肠壁粘膜炎症病变过程极为缓慢且反复发作、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

缠绵不愈的一种疾病，它由急性肠炎转化而来。腹泻为其主要症状。

中医将其归于泄泻门，常称为“霍乱”、“飧泄”、“暑泄”、“伤食泄”等，慢性肠炎常称为“湿泄”、“寒泄”、“五更泄”等。认为本病因于感受风、寒、暑、湿邪气，饮食不节、情志失调脾胃虚弱脾肾阳虚等致病因素，而其中又以湿邪为首。脾虚湿盛是本病的发病的主要机理，其病理变化还与肝、肾等脏腑有关。

西医认为腹泻可见于很多疾病，有感染性、非感染性、肿瘤、胃源性、消化不良、吸收障碍、肠变态反应、功能性腹泻及药物性腹泻等多种。以感染性腹泻最为常见。包括病毒感染、细菌感染、真菌感染及肠道寄生虫感染等多种感染性疾病；此外，还有炎症性肠病等多种非感染因素引起的腹泻。一般认为，任何原因引起的肠道急慢性炎性病变，均可引起肠道渗出增加、水分分泌增多、腹壁通透性增大、肠道吸收不良及胃肠蠕动加速等病理变化，从而导致腹泻症状。

临床表现

（1）急性肠炎：起病急，于进食数小时或一天后发病。腹痛腹泻，甚者每日可达数十次。黄水样便，夹泡沫或少量粘液，脐周腹痛及压痛，伴恶心、呕吐、食欲不振，还可见发热、头痛及脱水症象，重者可出现休克。实验室检查：白细胞轻度增加，大便常规镜下少量粘液及红、白细胞。

（2）慢性肠炎：有持久的腹泻，每日腹泻2－5次，可持续数日或数月不愈，腹部压痛。病久者可伴见明显的营养不良。大便常规：镜下可见白细胞、红细胞与少量脓细胞，病情不明确者可作结肠镜检查，以排除其它特异性肠炎。

诊断要点

（1）根据本病的病史、病程及腹痛、腹泻等症状及肠鸣音亢进等体征，可初步考虑本病的诊断。急性肠炎多有明显的外感史或饮食不洁史，还可伴见明显的全身症状；慢性肠炎则以起病缓慢，缓解期和发作期交替出现，伴有食欲减退、消瘦、贫血等全身耗竭症状为特征。

（2）实验室检查，急性肠炎多见有血中粒细胞增多现象，大便中有脓细胞、红细胞，无特异性肠炎的病原体发现；慢性肠炎因见于多种肠道病变，故实验室检查应初步区分感染性或非感染性肠炎。感染性肠炎常包括金黄色葡萄球菌及沙门氏菌属感染、幽门弯曲菌性肠炎、结核性肠炎、肠念珠菌病以及由急性肠炎延误治疗或迁延发展而致，可根据临床表现进行相应的病原体检测；非感染性肠炎应根据临床需要作胃液分析、小肠吸收功能试验、消化酶检测、肠道X线检查及肠道内窥镜检查，必要时应作组织活检，以明确肠炎的性质。

（3）肠炎病人应密切注意患者的全身症状：腹泻伴有发热者，应首先考虑感染因素，但也应排除溃疡性结肠炎、克隆病及晚期肠道癌肿；患者有显著的消瘦及营养不良，常见于小肠性腹泻，但更应注意晚期结肠癌的恶病质；肠道激惹综合征的腹泻常伴有失眠、健忘、注意力不集中等，且症状常随情绪的波动而变化。

（4）腹部体征对本病的诊断有很重要的参考价值，慢性腹泻病人，腹部有块，常被认为是肿瘤或炎性疾病。如块在左下腹，应想到左侧结肠癌、乙状结肠憩室炎；如块在右下腹，应想到右侧结肠癌、阿米巴或血吸虫性肉芽肿、肠结核、克隆病与肠放线菌病；结肠炎和结肠周围炎形成的块质软且压痛明显；腹部压痛明显者，应考虑克隆病和

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

结肠憩室炎。

治疗

治疗原则：运脾理肠，化湿止泻。

（1）针刺

取穴：①急性肠炎，上巨虚　下巨虚　梁丘　天枢　阴陵泉

②慢性肠炎，中脘　关元　天枢　足三里

配穴：寒湿泄泻，神阙、梁门、关门，加温灸；湿热泄泻，曲池、大椎、内庭。热甚可商阳点刺放血；食滞肠胃泄泻，上廉、下廉、中脘；肝气乘脾泄泻，肝俞、行间、阳陵泉；脾胃虚弱泄泻，脾俞、胃俞、公孙。

操作：以上穴位，可结合肠炎的证候类型选穴，每次用穴5～10穴，急性肠炎，用提插捻转泻法，寒湿型可配合温针灸或灸法，每日治疗1～2次，留针30分钟，留针期间可捻转行针3～4次，以加强针感。慢性肠炎则可行提插捻转补法，或烧山火法，肝气乘脾者可用平补平泻法，治疗隔日1次，10次为1疗程。

（2）灸法

取穴：天枢　关元　神阙

方法：用直接灸法，以桐籽大艾炷，每穴灸5～7壮，每日或隔日1次，10次为1疗程。天枢和关元可交替使用，或在针刺后加灸亦可，如灸神阙须用隔盐灸或隔姜灸。本法对寒湿型肠炎或脾胃虚弱型肠炎具有较好的疗效。此外，急性肠炎，还可用艾条作双侧外踝尖悬灸，灸至局部皮肤灼热，潮红，可持续熏灸10～20分钟。

（3）穴位注射

取穴：天枢　足三里　上巨虚

方法：每次取1～2对穴位，用维生素B_1 0.3～0.5ml，或用蒸馏水3～5ml，针刺得气后，作穴位内注射，可连续注射3～5天。

（4）耳针

取穴：小肠　大肠　胃　脾　肝　肾　交感　神门

方法：每次取3～5穴，急性肠炎留针15分钟，每日1～2次；慢性肠炎留针30分钟，隔日1次，10次为1疗程。亦可在耳穴用王不留行籽贴压，每日按压5～10次，2天后更换耳穴，双耳交替。

（5）刺血疗法

取穴：足三里　公孙　内庭　厉兑

方法：每次选用2～3穴，用三棱针迅速刺入皮下，深约1分许，再迅速拔出，手法要轻捷，快速无痛，针出后出血5～15ml不等，以血色转红为佳，出血不畅者，可于针后拔罐，以出尽恶血。

（6）埋线

取穴：天枢　大肠俞　关元

方法：每次选用2穴，按埋线法操作常规，穴内埋入羊肠线2cm，术后局部敷以消毒纱布，以防感染，20～30天治疗1次。

文献摘要

（1）王天俊等将70例泄泻分为二组，治疗组和对照组各35例。治疗组取穴上巨虚

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(两侧交替使用)，选用注射用水 1～2ml，常规穴位注射，每日 1 次，3 次为 1 疗程。对照组则选用抗炎止泻药。结果：两组疗效基本相同。

(王天俊，田风云，张燕敏．水针治疗急性泄泻 35 例．南京中医药大学学报，1991，7(4)：225)

(2) 孟宪凯等在神阙穴温针灸治疗急性胃肠炎 118 例，用 0.35mm×50mm 毫针以压针法缓进针，刺入 1.5 寸，然后将捻成花生米大小的艾团插在针柄上，将其下端点燃，每次 1～3 壮，每日 1～2 次，2 天内全部治愈。

(孟宪凯，等，神阙穴温针灸治疗急性胃肠炎 118 例．上海针灸杂志，1996，15(3)：65)

(3) 董橄伟设治疗组和对照组各 28 例，观察隔姜灸法对慢性腹泻的疗效。治疗组取穴：天枢、中脘、气海、足三里；大肠俞、小肠俞、脾俞和胃俞。行隔姜灸，每日每穴 5 壮，每日 1 次，10 次为 1 疗程。对照组上述穴位行针刺疗法。以临床症状为疗效评定的指标。结果：二组疗效呈现明显差异，治疗疗效为 93%，对照组疗效为 82%。

(董橄伟．隔姜灸治疗慢性腹泻 28 例．上海针灸杂志，1994，13(5)：205)

按语

针灸治疗急性肠炎效果较好，治疗时一般采用天枢、气海、足三里穴。呕吐加内关；发热加曲池、合谷，针刺刺激宜强，并反复行针以加强针感，留针 20 分钟。根据病情轻重每日治疗 1 次或 2 次。除对吐泻过多失水较重者给予输液外，概不用抗生素等药物，效果均较满意。

慢性肠炎病程长，反复发作，治疗较难，必须作较长时间的治疗方能奏效。针灸治疗的优势表现在，其具有肠道消炎作用、缓解肠痉挛作用，促进肠道水分吸收的综合作用，通过俞募配穴、下合穴及原穴的应用，即可收到上述效果，这已被众多的临床报道所证实。本病由于久病长期不愈，消化吸收不良，贫血消瘦明显，体质多虚，如能注意补脾益气，以充化源，则对病情的恢复更有助益。另外，由于中气不足，更易遭寒湿、湿热、食积、肝郁之邪侵袭，形成正邪交结的虚实夹杂之证，这往往是病情缠绵难愈的重要原因，临床应把握证候，随证调治，往往可获意想不到的疗效。但是，应该说明，针灸作用也有一定的限度，如病情严重，伴低蛋白血症，应通过静脉给予营养，或少量多次输新鲜血、氨基酸注射液等，同时还应注意劳逸结合，忌食生冷、油腻及刺激性食物，加强肠道护理。

急、慢性胆囊炎

概述

胆囊炎有急性和慢性之分。急性胆囊炎是指由细菌感染、高度浓缩的胆汁或反流入胆囊的胰液的化学刺激所引起的急性胆囊炎性疾病。临床特征是发热、右上腹痛和压痛、呕吐，白细胞增高等。慢性胆囊炎系胆囊慢性炎症性病变，多与胆石症同时存在，少数为非结石性胆囊炎，有时可为急性胆囊炎的后遗病证。本病患者女性多见，尤其是中年、肥胖者。

本病属于中医的“结胸发黄”、“黄疸”和“胁痛”的范畴。本病发病多因于外邪入侵，尤其是湿热毒邪内犯，加之情志抑郁，肝胆失于调达，或饮食不节，痰湿内生，终

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

致肝胆疏泄不利，气阻络痹，胆道不利，而致胁痛、黄疸之候。

西医认为，引起胆囊炎的主要原因是胆石、胆道痉挛水肿及寄生虫阻塞等原因引起胆道梗阻；血源性、肝肠源性及手术、创伤等原因所致的胆道感染；其它如雌激素、交感神经亢进及迷走神经阻断等化学因素，以及某些血管因素可影响胆囊的排空等。其病理变化主要是胆囊的充血、水肿、炎性浸润，严重者也可呈现化脓性感染，见出血、坏死，甚至导致胆囊穿孔。

临床表现

（1）急性胆囊炎：右上腹或中上腹痛，进而局限于右肋下胆囊区，右肩胛下亦可有放射性疼痛。腹痛常呈持续性、膨胀性疼痛，如有胆囊梗阻，则有间断性的胆囊绞痛。疼痛常发生于夜间，饱餐或脂餐很易诱发。同时可有恶心、呕吐，半数为反射性呕吐，呕出胆汁，并可导致脱水。患者多有中度发热，当发生胆囊化脓时，可有寒战、高热、谵妄等，严重者可见感染性休克。检查，患者多呈急性病容，呼吸浅表，明显黄疸，上腹部稍膨胀，腹式呼吸受限，右肋下腹肌紧张，压痛、反跳痛，墨菲（Murphy）征阳性。经积极治疗，一般于12～24小时症状改善，可在3～7日内痊愈。

（2）慢性胆囊炎：许多病人可持续多年而无症状，主要表现为反复发作性上腹部疼痛，腹痛多在右上腹或中上腹部，并向右侧肩胛下放射。腹痛常发作于晚上或饱餐后，常呈持续性腹痛，当胆囊管或胆总管发生结石嵌顿时，可发生胆绞痛，疼痛一般经过1～6小时可自行缓解，伴见呕吐、恶心等，发热黄疸少见，未发作时，可有右上腹胀痛不适，或胃灼热感，嗳气，反酸等胃肠道症状。症情缠绵，进油腻饮食后加重。体检有右上腹压痛，墨菲征阳性，当胆囊膨大时，右上腹部可扪及包块。

诊断要点

（1）根据典型的临床表现、体征、年龄、病史，再结合有关理化检查，诊断本病并不困难。B超可测定胆囊的大小、囊壁厚度，尤其检测胆石，正确可靠对急慢性胆囊炎的诊断均有重要价值；急性胆囊炎血清胆红素、转氨酶、碱性磷酸酶、γ-谷氨酰转肽酶均明显升高；急性胆囊炎或慢性胆囊炎急性发作时，血白细胞总数均可明显升高，中性粒细胞增高最明显。

（2）老年人因对疼痛的敏感性降低，即使在急性期，或出现了胆道梗阻，亦不一定出现剧烈疼痛，甚至亦无腹痛，发病后，可迅速出现休克或循环衰竭，临床上对老年病例，应有高度警惕。

（3）对一些难以确诊的证候，应考虑作胆系造影、十二指肠引流液检查、或放射性核素胆系扫描等手段，以进一步明确诊断。

（4）鉴别诊断对本病尤为重要，首先应确定本病是原发性还是继发性的；急性右上腹疼痛应与急性病毒性肝炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎、消化性溃疡急性穿孔及右心衰竭等病相鉴别；慢性胆囊炎则应与上述疾病的慢性病证及慢性泌尿系感染等相鉴别；在青年女性应与急性输卵管炎伴发的肝周围炎即Fitz-Cutrtis综合征相鉴别。

治疗

治疗原则：疏肝利胆，理气止痛。

（1）针刺

取穴：胆囊穴　三阴交　肝俞　胆俞　至阳

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：气郁，加行间；湿热内盛，加足三里、阴陵泉；发热，加大椎、曲池、合谷；胆绞痛，加期门、章门、阴陵泉；胸满，加膈俞、内关。

操作：急性胆囊炎，根据不同证候类型，每次选取3～5对穴位，针刺得气后，反复提插捻转，行强刺激，或加电针，以加强刺激，频率120～240次/分，强度宜由弱而强，以患者能耐受为度。留针30～40分钟，间歇行针，每隔5～10分钟行针1次。每日1～2次，7次为1疗程。慢性胆囊炎，一般先针远道穴位，再针腹部穴位，针刺得气后，行提插捻转补法，手法宜轻，隔日针灸1次，15次为1疗程。

（2）穴位注射

取穴：胆俞　足三里　中脘　胆囊穴

方法：所用药物为红当川注射液或10%葡萄糖注射液，每次选取2～3对穴，针刺得气后，每穴注入药液3～5ml，以上治疗主要用于急性胆囊炎，每日1～2次，7～10次为1疗程。

（3）耳针

取穴：神门　胰胆　肝　肩　交感　内分泌　十二指肠　脾

方法：选择2～4个反应较敏感的穴位，用针刺治疗。急性发病，则用强刺激，留针30～60分钟，留针期间间断行针，以加强刺激；如为慢性发作，则行中低强度刺激，留针15～20分钟。每日治疗1～2次，7～10次为1疗程，两耳交替使用。亦可用王不留行籽作耳穴贴压，嘱患者每日按压3～5次，2～3天更换1次。

（4）激光针

取穴：日月　期门　阳陵泉　胆俞

方法：用于急性胆囊炎以胸腹部穴位为主，慢性胆囊炎胸腹部穴和远道穴位配合使用。用氦—氖激光器直接照射所选穴位，波长为6328埃，光斑直径3cm，每穴照射5分钟（慢性）或10分钟（急性），每日治疗1～2次，7～10次为1疗程。

文献摘要

（1）尤亚平将65例胆绞痛病例分为二组，其中治疗组35例，对照组30例。治疗组取胆俞穴，每穴注入654-2注射剂10mg，对照组肌注654-2针剂10mg，结果发现，治疗组的疗效明显优于对照组（$P<0.01$）。笔者认为药物与穴位的协同作用可加强疗效。

（尤亚平．穴位注射治疗胆绞痛35例．浙江中医杂志，1993，17(1)：50）

（2）江永生等将108例胆绞痛病例分为二组，其中治疗组56例，取右侧期门、日月、巨阙穴，以消毒蒸馏水适量在皮内注射呈橡皮样皮内隆起。对照组用阿托品0.5mg、异丙嗪25mg混合注射于臀部肌肉。结果：水针组疼痛消失时间和缓解时间均明显短于对照组（$P<0.01$）。

（江永生，湛业平．期门、日月、巨阙、穴区水针治疗胆绞痛疗效观察．中医杂志，1993，34(11)：660）

（3）赵雪等的治疗方法：取章门、期门、日月，以上穴取右侧，阳陵、肝俞、膈俞、足三里、合谷、太冲，以上穴取双侧。以上穴位分两组，交替使用。患者取仰卧位，选用28号2寸不锈钢毫针，快速刺入皮肤，行平补平泻法，待出现酸、麻、胀的针感后，留针30分钟，5分钟捻针1次，起针后再取俯卧位，取双侧肝俞、胆俞、膈

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

俞，针刺方法同前，10 次为 1 疗程。在针刺同时，服用下方：柴胡 30g，郁金 15g，木香 5g，半夏 15g，白芨 20g，鸡内金 50g，黄芩 15g，丹参 20g，陈皮 15g。每日 1 剂水煎，早饭前、晚饭后分两次服，10 剂为 1 疗程。治疗结果：治疗 2 个疗程后开始统计疗效，本组 28 例，治愈 20 例，好转 7 例，无效 1 例，总有效率为 96.4%。

（赵雪，杨日和，焦新华．针药并用治疗慢性胆囊炎的临床观察．针灸临床杂志，1996，12（7、8）：36）

（4）胡达强以耳压法治疗胆囊炎，方法：将王不留行籽放置在 0.6cm×0.6cm 大小的氧化锌胶布中央备用，耳廓常规消毒，然后把它贴压在耳穴上。主穴：交感、神门、肾、心、胆、肝、内分泌、皮质下，配穴：胃、脾、十二指肠、眼、前耳迷根、后耳迷根，1 次压 3～4 天，两耳交替，10 次为 1 疗程，并嘱病人自己垂直按压穴位上的胶布，每隔 2 小时左右按压 1 次，持续 2 分钟。治疗结果：痊愈 413 例，显效 304 例，无效 9 例。

（胡达强．耳压治疗胆囊炎 726 例临床分析．针灸临床杂志，1996，12（12）：18）

按语

针灸治疗急慢性胆囊炎的报道始于 50 年代，针灸对急性胆囊炎疗效较好，一般针后 20～40 分钟，腹痛即可减轻，体温亦随之下降，经 3～5 次治疗后，病情可明显改善。针灸对慢性胆囊炎有明显效果，因其常反复发作，治疗需有耐心，以少阳、阳明、太阴经经穴，作少穴位、久留针、长疗程的毫针刺激，对缓解慢性胁痛、减少发作，消除胆囊壁水肿均有一定的作用，尤其耳穴按压疗法，较为普及。从 40 年来的临床观察来看，针灸主要适用于慢性胆囊炎和急性单纯性胆囊炎，而慢性胆囊炎症出现胆囊收缩功能丧失、或见急性胆囊梗阻、嵌顿、化脓、胆囊壁穿孔，或伴有其它严重的并发症，均非针灸的适应范围。重症胆囊炎，如脓毒型胆囊炎，针灸只能作为中西医结合治疗的辅助手段。

近年来在治疗方法上有很大进展，从原来单一的针刺艾灸疗法发展为电针、穴位注射、激光针、腕踝针、乃至经络动磁疗法等，综合针灸疗法的应用，对于急性胆囊炎发作，或慢性胆囊炎缓解期以及慢性胆囊炎急性发作等均有一定的疗效。从目前报道的情况来看，各种疗法的有效率大致相近，综合疗法的效果优于单一的方法。

机理研究表明，针刺不仅有增加机体抵御能力的作用，而且对胆囊的生理功能亦具有调节作用。B 超下观察发现，针刺阳陵泉、压迫耳穴，均可明显促进胆囊收缩，加快胆汁排泄。此外，针刺可以缓解胆管痉挛，亦为不少研究所证实。

食 管 炎

概述

食管炎，多指胃和十二指肠内容物反流入食管，引起食管粘膜炎症而致的疾病。其临床特征是胸骨后烧灼样或刀刺样疼痛，间歇性咽下困难，胸部窒闷感。本病多见于成年人，发病常与情绪波动有关，大多预后良好。

本病可归于中医“噎膈”、“呃逆”和“胸痛”等病的范畴。其主要病因是忧思伤脾，郁怒伤肝，或偏嗜烟酒辛热，导致痰气交阻，热盛津亏，久之瘀血内结，阻滞谷道，而致饮食不下。

对于本病的病理，目前尚未明确。一般认为，本病是反流胆汁和胃酸共同作用的结

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

果，而在胆汁引起食管损伤之前，必先存在幽门和食管下端括约肌的功能失调，同时，食管炎患者多伴有胃炎。各种原因引起的食管下端括约肌弛缓，食管廓清功能障碍和食管膜上皮细胞增生和修复能力的削弱而致食管抗反流屏障功能的损害，都是导致本病的主要原因，而慢性胃炎、胃酸分泌过多和十二指肠胃反流则是本病的促发因素。肥胖、大量腹水、妊娠后期、胃内压增高等，均可诱发本病。

临床表现

胸骨后烧灼感或疼痛，大多在食后 1 小时左右出现，半卧位、身体前屈或剧烈运动可诱发，服用制酸药后可缓解。患者于餐后、身体前屈或夜间卧床时，有酸性液体或食物从胃、食管反流至咽部或口腔，此症状多在胸骨后烧灼感前发生。本病初期可继发食管痉挛而出现间歇性咽下困难，本病后期，胸骨后烧灼感逐渐减轻，而代之以永久性的咽下困难，主要由食管炎症后形成瘢痕性狭窄所致。严重的食管炎患者可出现食管糜烂而致出血，多为慢性少量出血，长期或大量出血均可导致贫血。X 线钡餐和食管镜检查，可见食管粘膜充血、水肿、糜烂和溃疡。

本病常有较多的并发症，除可致食管狭窄、出血、溃疡外，反流的胃液尚可侵蚀咽部，引起慢性咽炎、慢性声带炎和气管炎，甚至反流液吸入呼吸道引起吸入性肺炎。

诊断要点

（1）根据本病的胸骨后烧灼痛、吞咽困难等特殊症状，可以考虑本病的诊断，但必须明确有否胃食管反流现象。

（2）胃-食管闪烁显像检查，无明显痛苦，对观察有无胃食管反流现象有重要作用，正确率较高，食管吞钡 X 线检查，假阳性较多。

（3）通过内窥镜及活组织检查，可以确定有无胆汁反流性食管炎的病理改变，以及有无胆汁反流性食管炎的存在，对诊断和估计本病的严重程度有重要价值。

（4）临床上，本病应注意与心源性疼痛、消化性溃疡、食管癌、食管真菌感染症等疾病相鉴别。

治疗

治疗原则：调胃气，开胸膈。

（1）针刺

取穴：肺俞　膈俞　颈$_{4\sim6}$夹脊　内关　公孙　丰隆

配穴：前胸灼热疼痛，加照海、天突；气短、胸闷，灸气海，刺行间。

操作：以上穴位，胸背部穴位平补平泻法，其中胸$_{4\sim6}$夹脊得气后行针，使针感向前达前胸部为佳，针后拔罐。四肢穴可用泻法。留针 30 分钟，间歇行针，每日 1 次，10 次为 1 疗程，亦可加电针，以加强刺激。

（2）灸法

取穴：膻中　膈俞　大杼　大椎

方法：每次选 2～4 穴，其中双大杼和大椎为一组穴。穴上敷以凡士林，以蚕豆大艾炷置其上灸之，有烫感即更换艾炷，勿使烫伤。每穴 10～15 壮，隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

（3）耳针

取穴：胃　神门　食道　膈　脾

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：每次取4～5穴，毫针刺，行中强刺激，或加电针，以增强刺激。每日1次，10次为1疗程。亦可用王不留行籽作耳穴埋贴。两耳穴位交替使用。

（4）穴位注射

取穴：足三里　内关

方法：所用药物为生理盐水、维生素B_6注射液，针刺后，行针得气，每穴注入药液2ml，每日1次，10次为1疗程。

文献摘要

（1）陈积慧用药物配合针刺，治疗食管贲门失弛缓症11例，主要方法：越鞠丸加减，中药煎剂，每日1剂口服，同时配合针刺治疗，取穴：耳针取胃、贲门区、交感，用王不留行籽贴压，按揉至局部发热为度，1日可行数次；体针取天突、内关、巨阙、足三里以及膈俞至三焦俞之间的敏感点，前4穴强刺激10分钟，平补平泻，背俞穴处得气后，行针使针感抵达前胸部。用以上方法，治疗1周左右，病情可获基本控制。本法适用于本病的初期。

（陈积慧．越鞠丸加味配合针刺治疗食管贲门失弛缓症．陕西中医，1997，18（7）：335）

（2）樊树英的治疗方法：取穴，主穴，中脘、内关（双）、足三里（双）。配穴：气滞痰凝型加膻中、巨阙、丰隆、内庭；痰凝瘀阻型加膈俞、阳交、太溪、气海、公孙、丰隆；气血两虚型加膻中、膈俞、三阴交、气海、太白，施捻转补泻法，中脘、巨阙、内庭等运用捻转泻法，丰隆行提插泻法，留针30分钟，每隔10分钟行上述手法1次，主穴均加用电针20分钟，隔日治疗1次，3个月为1疗程。本组60例，显效32例，占53.3%，有效20例，占33.3%，无效8例，占13.4%，总有效率为86.4%。疗效分析表明，年龄轻者疗效较好，各证型中，气滞痰凝型和痰凝瘀阻型的疗效明显优于气血两虚型。

（樊树英．针刺治疗食道失弛缓症60例临床观察．中国针灸，1995，15（2）：11）

按语

针灸不仅对食管炎引起的吞咽困难、食管阻塞感、胸痛胸闷有效，而且对食管炎引起的食管狭窄也有一定的治疗作用。目前临床报道的针灸方法，主要有局部针刺，如天突、膻中，食管相应节段的夹脊穴针刺；局部艾灸，如膻中、膈俞的灸法；远道针刺，内关、公孙等针刺。一般最常用的方法是远道取穴与近取结合的方法。临床观察发现，局部针刺可缓解胸痛，灸法不仅可以改善症状，而且可以减少发作。此外，颈部梅花针叩刺、耳针、手针、足针等其它微针疗法也可迅速减轻或控制症状，可作为一种很好的辅助疗法。

本病绝大多数患者预后良好。由于其发病的关键是食管括约肌松弛，和胃液反流，故治食管炎勿忘调理脾胃，中脘、鸠尾配用绝不是画蛇添足。本病治疗期间，切记注意情绪稳定，应食用软食，饭菜应温和不烫，不应过度劳作。

慢性非特异性溃疡性结肠炎

概述

慢性非特异性溃疡性结肠炎是一种原因不明的慢性结肠炎，病变主要局限于结肠粘

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

膜，且以溃疡为主，多累及直肠和远端结肠，可遍及整个结肠。临床特征有腹泻脓血便，腹痛、里急后重。病程漫长，轻重不一，常反复发作。本病可见于任何年龄，以青壮年男性为多，近年来发病率有上升趋势。

本病应归于中医“肠风”、“肠癖”和“痢疾”的范畴。病因于感受湿热外邪或饮食不节、情志失调，导致湿热内侵，损伤脾胃，蕴结大肠，腑气不利，肠络受损，久则脾病及肾，瘀阻肠间，而致虚实夹杂之患。

本病的病因不明，根据近年的研究，认为本病可能与免疫、遗传、感染、精神神经等因素有关。其中遗传为其发病背景，自身免疫为主要机制，感染及精神刺激为诱发因素。病理观察发现，本病炎症主要位于粘膜层，亦可累及粘膜下层，很少深达肌层。表现结肠粘膜脆弱、充血、水肿、产生溃疡、炎性浸润。在修复中，有肉芽增生，纤维瘢痕形成，致结肠缩短和狭窄。后期可有假性息肉，甚至癌变。

临床表现

一般起病缓慢，临床常见四种发病类型，慢性复发型，慢性持续型，急性暴发型以及初发型。其中以慢性复发型最多见。大便中含有大量脓血和粘液，较轻者每日 2～4 次，粪软或呈糊状，混有血和粘液，严重者每日腹泻 10～30 次，泻出血水样便，伴有左下腹或下腹部阵发性痉挛性绞痛，腹痛即泻，泻后痛减，常见明显的里急后重，平时腹部常呈间歇性隐痛或持续钝痛。急性期多见发热，很快出现失水征，厌食，体力减退，体重下降。检查，左下腹或全腹压痛，伴肠鸣音亢进，可触及硬管状的降结肠和乙状结肠，直肠指检肛门括约肌常痉挛，急性中毒病情较重的患者可松弛。

本病的并发症较多，其局部并发症有急性结肠扩张、结肠和肛周化脓性感染、结肠狭窄和肠梗阻、结肠癌；全身并发症可有皮肤溃疡与感染，眼部球睑结膜、虹膜炎症，关节痛，肝病，缺铁性、贫血性贫血，血小板增多，凝血异常、肾脏疾病等。

诊断要点

（1）根据病史、症状、体征、和实验室结果，一般不难对本病作出诊断。但需排除其它结肠疾病，方可确诊本病。

（2）实验室检查结果，贫血、高凝血状态、多次粪便检查未发现病原菌，均为确诊本病的有力依据。血清蛋白电泳对判断预测、病情较为重要，严重发病时，血清蛋白常严重降低，而 $\alpha_1\alpha_2$ 球蛋白增高，在缓解期，如 α_2 球蛋白增加，常为复发的信号，本病发作时，γ 球蛋白下降，提示预后不良。

（3）内镜检查对本病确诊有重要价值，但在急性期不能进行，以防穿孔的发生。直肠和乙状结肠镜可以直视肠壁的充血、水肿、溃疡及渗出等，并对组织作病理检查。纤维结肠镜检查主要在于确定病变的范围和通过镜腔摘除较大的假性息肉。

（4）本病应与慢性细菌性痢疾、慢性阿米巴肠病、血吸虫病、结肠癌、肠道激惹综合征、克隆病、放射性结肠炎等病相鉴别。

治疗

治疗原则：温补脾肾，清肠化湿。

（1）针刺

取穴：七巨虚　天枢　关元　气海　足三里

配穴：腹泻严重者，加长强、止泻（屈膝 90°穴在膝内侧胫骨小头凹陷处，曲泉上

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

2.5cm)；乙状结肠炎，加气冲；降结肠炎、加天枢；升结肠炎，加关元、公孙；全结肠炎，加中脘、神阙。

操作：根据临床特点，每次选用5～7穴，针刺得气后，适当行针，针尖朝向病变部位，使针感走窜腹内，趋向病所。长强穴直刺，沿骶骨前向上透刺直肠，产生较强的重胀感，然后留针。其它腹部取穴行中等强度刺激。留针30分钟，每日1次，15次为1疗程。

(2) 穴位注射

取穴：中脘　气海　天枢　大肠俞　上巨虚　足三里

方法：所用药物为胎盘注射液2ml、亮菌甲素注射液0.2g、当归注射液4ml、黄芪注射液4ml和维生素B_{12}100mg等，将上述药物混和，每次2～3对穴，每穴注药2ml，隔日治疗1次，10次为1疗程。以上穴位交替应用，每疗程间休息1周。

(3) 灸法

① 温灸：

取穴：神阙　中脘　气海　天枢　大肠俞　上巨虚　足三里

方法：以上穴位以蚕豆大艾炷，行直接灸，或隔药饼灸，局部发烫即更换艾炷，每穴灸5～7壮，治疗每日1次，10次为1疗程。亦可每次选3～5穴，行艾条悬灸，灸至局部皮肤潮红，腹中肠鸣漉漉有声为度。

② 化脓灸：

取穴：上巨虚　足三里

方法：患者取仰卧位，以上穴位局部消毒，红紫药水作好标记，以黄豆大艾炷直接灸，燃尽艾为止，灼痛时轻拍附近皮肤以减痛，灸完7～9壮后，艾穴贴敷小膏药，以发灸疮，不数日，艾灸部位即发出灸疮。

(4) 耳针

取穴：大肠　小肠　直肠下段　三焦　胃　脾　交感　皮质下　神门

方法：以上穴位每次选取5～7穴，行中等强度刺激，留针30分钟，每日1次，15次为1疗程。亦可用王不留行籽贴压。两耳交替。

(5) 穴位埋线

取穴：天枢　大肠俞

方法：穴位局部严格消毒，用2%利多卡因2ml用局部麻醉，然后埋入2cm长的羊肠线。每埋1次即为1疗程，疗程间休息1个月，一般应治疗2～3次。

文献摘要

(1) 吴涣淦等将57例病例分为二组，隔药灸组30例和对照组27例。治疗结束后以临床症状和肠镜检查结果评定疗效。临床观察指标为肠上皮细胞HLA-DR抗原，肠系膜T淋巴细胞亚群测定。隔药灸组治疗方法：取穴分为二组，甲组为中脘、气海、足三里，乙组为大肠俞、天枢、上巨虚，二组交替使用。药饼用附子、肉桂、丹参等研成细末制饼，每只药饼含药粉2.5g加黄酒3g，调制为直径2～3cm，厚度为0.5cm大小。艾炷底2.1cm，高2cm，重约2g，壮数辨证施用2～7壮。艾灸每日1次，12次为1疗程，6个疗程为1观察期。对照组口服柳氮磺吡啶3个月。观察结果：隔药灸组疗效优于对照组（$P<0.01$），灸后T8+细胞有显著升高（$P<0.05$），灸后HLA-DR抗原

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表达显著降低，$X^2=33.48$，$P<0.01$。笔者认为，隔药饼灸不仅能改善溃疡性结肠炎患者的临床症状与体征，而且能有效地纠正肠粘膜的病理性改变，其作用机制可能是通过调节了机体免疫系统的内环境。

（吴焕淦，王景辉，陈汉平．隔药灸治疗慢性溃疡性结肠炎的疗效与结肠粘膜免疫学研究．针灸临床杂志，1995，11（8）：20）

（2）吴焕淦等对24例慢性非特异性溃疡性结肠炎患者作隔饼治疗并进行自身对照，治疗取穴：中脘、气海、足三里；大肠俞、天枢、上巨虚，二组交替使用。药饼（用药同上）灸每日1次，10次为1疗程，共2个疗程。用WX-753B型微循环显微镜进行治疗前后及疗程前后观察，观察球结膜微循环的变化情况。结果发现：血微循环改变始于隔姜灸后1分钟，并可持续到60分钟以上，灸疗前后微动脉与微静脉口径差别显著。

（吴焕淦，高镇五，张琳珊．隔药饼灸对慢性非特异性溃疡性结肠炎患者球结膜微循环的影响．针灸学报，1991，7（3）：4）

（3）钟百灵等取脾俞、肝俞、足三里、三阴交、气海、天枢、大肠俞、上巨虚，毫针刺，以得气为度，其中脾俞、足三里、三阴交，针用补法，其余诸穴均用泻法，留针30分钟，9次为1疗程，间隔5天后再行下1个疗程，连续治疗3疗程。另用中药溃结愈汤剂，含白头翁30g，生地榆30g，蒲公英30g，白及30g，丹参30g，细辛5g，白花蛇舌草30g，白芍30g，每日1剂，水煎至150ml，每晚睡前1次作保留灌肠，观察时间为1个月，结果：33例患者，痊愈28例，有效3例，无效2例，总有效率为93.94%。

（钟百灵，邹跃红．针药并用治疗非特异性溃疡性结肠炎．中国针灸，1998，18（5）：312）

按语

本病的发现时间较短，临床表现颇类似于痢疾，但发病机理与病程进展天悬地隔，治疗上有不小的难度。国内外对针灸治疗本病的临床研究时间并不长，治疗选穴上以手足阳明经为主，针灸方法上，灸法对本病的作用较被看好，尤其是本病见有气血不足或阳虚征象者更佳。本病由于病因未明，发病机理不甚清楚，临床多为对症治疗，上述资料表明，针灸治疗本病方法多样，是目前治疗本病疗效较好的一种方法，但临床治愈可能还需进一步的探索和研究。研究表明，针灸尤其是灸法，可以改善患者微循环状态，改善肠粘膜的瘀血状态，同时还可降低血管内膜的通透性，减轻炎症渗出，促进肠道水分的吸收。还有研究表明，针灸还可调节机体的细胞免疫功能，对病情的改善有着积极的意义。

目前，针灸对本病的研究有表现为前瞻性的、探索性研究，前人并无现成的经验供我们继承，有效处方的发现和治疗规律的认识尚刚刚起步，研究深度和广度还不够，今后应注意以下几点：严格诊断标准；筛选最佳处方和参数；设计科学的实验模型，从整体角度探讨本病的治疗机理。

（三）心血管系统疾病

心律失常

概述

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

心脏收缩的频率或心脏节律的异常，统称为心律失常。心律失常可见于心脏的多种器质性病变或单纯功能障碍。临床常见的有表现冲动起源失常的窦性心律失常和异位心律，以及表现冲动传导异常的心脏传导阻滞和预激症候群。

心律失常可归入祖国医学“惊悸”的范畴。平素心气怯弱或心虚胆怯之人，骤受惊吓，则心无所依，神无所归，而成心惊；久病心血不足，阴血亏损，以致心失所养，神不能藏，故神不安而志不宁；痰热内蕴，每加郁怒，胃失和降，痰火互结，上扰心神，遂成心悸；久患痹症，心脉阻遏，气滞血瘀，而成怔忡，甚则损及心阳，可出现衰竭危象。

西医认为心律失常的电生理机制主要包括冲动发生的异常及冲动传导的异常两大类。冲动发生异常，常因于正常自律状态的改变、自律细胞因病变膜电位降低而自律性增高以及动作电位后除极触发激动等原因；冲动传导异常，多由心肌细胞膜性能的改变，如动作电位振幅和上升速率降低，应激性下降，细胞间结合减少，所致冲动传导减慢或阻滞。心律失常可见于各种器质性的心脏病，其中以冠状动脉粥样硬化性心脏病、心肌病、心肌炎和风湿性心脏病为多见。

临床表现

患者多自觉心悸心慌，心脏搏动多突然加强或突然停顿，难以自制。常同时伴有眩晕，呼吸不畅，胸部有压迫感。严重者可发生心绞痛或晕厥。听诊时，心律、心率可出现各种异常，心电图检查可见程度不同的异常征象。心律失常可包括如下多种类型，临床治疗首先就必须了解心律失常的性质。

窦性心动过速，有心悸，心率超过 100 次/分，心电图表现：窦性 P 波 P-R 间期≥0.12，P-P 间期短于 0.6 秒。

病态窦房结综合征大多 40 岁以上出现症状，常继发于心肌感染，或原因不明。表现轻重不一，间歇性发作，以心律缓慢导致脑、心、肾等脏器供血不足症状为主，见头昏、乏力、尿少、失眠、反应迟钝或易激动。部分患者合并短暂性快速心律失常发作，极易加重原有心脏病症状，引起心力衰竭或心绞痛。

过早搏动又称期前收缩，或早搏，可无症状，或有心跳暂停感，心悸。脉搏触诊可发现间歇脉搏缺如，频发早搏可致心排出量减少，引起乏力、头晕等症状，并可加重原有心脏病。心电图特征为心律提早的一次或多次 P-QRS 波群。

室上性心动过速和室性心动过速，其起止均较突然，情绪激动、饱餐和猛然用力为其诱因，心律为 100～200 次/分不等，大多仅有突发的心悸，或伴恐惧、不安和多尿，持续发作过久者，可引起心脑供血不足，导致血压下降、头晕、黑朦甚则昏厥、抽搐发作，部分病人可发生猝死。

心房颤动，可见心悸或胸闷。发生在心脏有器质性疾病者，可加重病情，导致心衰。此外，房颤还易于导致房内血栓形成，部分血栓脱落可引起体循环动脉栓塞，尤以脑栓塞为常见。心电图特征：P 波消失，代之以形态不一，大小不等的颤动波（f 波），心室率绝对不规则，QRS 波群与窦性心律时相同。

房室传导阻滞，可有心脏停顿和心悸感，心室率缓慢时可有头昏、乏力、易疲倦，活动后气促甚则短暂昏厥。心电图特征：P-R 间期延长，Ⅰ度以 P-R 间期延长为主，Ⅱ度则表现 QRS 波群的脱漏，Ⅲ度为完全型传导阻滞，P 波不能下传，P 波与 QRS 波群

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

无固定关系。

诊断要点

（1）发作时心电图记录是确诊心律失常的重要依据，同时应结合病史和体征如发作时的心律、心率、持续和起止时间、是否伴有晕厥、抽搐、心绞痛等以及发作诱因等，才能作出初步诊断。

（2）发作间歇期体检应着重于有无高血压、冠心病、瓣膜病、心肌病、心肌炎等器质性心脏病的检查，常规心电图、超声心动图、心电图负荷试验、放射性核素试验、心血管造影等方法，将有助于确诊和排除器质性心脏病。

（3）心律失常性质的确诊大多要靠心电图。结合临床体检，更有助于对疾病性质的判断。一般对心律失常均应判别其属窦性还是异位的，如是异位的，则应再区别是在心房还是心室，或是房室交界处，有否房颤和室颤、传导阻滞等，这些情况的掌握对治疗具有重要意义。

（4）对发生原发性室颤的高危险患者，应用 24 小时动态心电图监测，或心电图运动负荷试验或临床电生理技术诱发室性快速心律失常，加以识别，并加强治疗和预防措施。

治疗

治法：养心安神定悸。

（1）针刺

取穴：内关　神门　心俞　巨阙　足三里

配穴：心动过速，加间使；心动过缓，加通里；室早，加三阴交、条口、承山、中都、尾闾；房早，加合谷、曲池；阵发性室上性心动过速，加三阴交、八髎、内关透间使；房颤、房扑，取合谷、曲池、府俞、膻中、乳根、大椎、心俞。

操作：心俞针向棘突进针 2 寸，用雀啄法行针，使针感直达胸内。右侧内关、神门穴用长毫针与皮肤呈 30°角进针，然后与皮肤平行缓慢进针，以产生酸、胀、麻、痛为要，进针后有阻力或有上述感觉应调整针刺方向或重新进针。根据证候表现，偏实证者，多用提插捻转泻法，而偏于虚者，多用提插捻转补法，以中强刺激，留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。每疗程休息 1 周。

（2）耳针

取穴：心　交感　神门　皮质下　小肠　脑点

方法：每次选 4～5 穴，轻刺激，留针 30～60 分钟，留针期间，捻针 2～3 次，每日 1 次，10 次为 1 疗程。两耳交替使用。

（3）腕踝针

取穴：上 1 区（神门穴处）上 2 区（内关穴处）

方法：每日或隔日 1 次，每次留针 20～30 分钟，10 次为 1 疗程，间隔 10 天再行第 2 疗程。有人认为，本法对阵发性快速型房颤效果好，而慢性持续型房颤疗效差。对心肌炎及冠心病房颤效果好，对风心病房颤效果差，可作参考。

（4）穴位注射

取穴：心俞　厥阴俞　内关

方法：将安定注射液 2ml 加 5% 葡萄糖 4ml，或中药制剂丹参注射液 2ml，分别注

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

于上述穴位，每次1～2穴，轮流使用，每次每穴注入0.5ml药液，每日1次，5次为1疗程。本法对伴有心绞痛发作的患者较为适宜，对植物神经功能失调而引起的心律失常疗效较为满意。

文献摘要

（1）罗利等将62例心房纤颤病例随机分为三组，其中针刺组20例，电击组25例，药物组17例。针刺组选穴内关、郄门、大陵、人中。快速房颤，内关采用大幅提插捻转，慢速房颤则采用提插捻转补法，时间1～3分钟，大陵主要用于快速房颤，人中用于慢速房颤，多用雀啄法。电击复律取同步直流电转复，自100WS开始，如复律不成功可加大电量至150WS或175WS，一般不多于三次，总量已达300WS以上不复律者，不再电击。药物复律主要用奎尼丁、异搏定、乙胺碘呋酮和安他心等。结果：针刺、电击、药物三种复律方法的成功率分别为：75%、80%、76.4%。

（罗利，芦绍强，仝桂兰等．针刺、药物、电击三种房颤复律疗法的比较．上海针灸杂志，1992，11(3)：9）

（2）邵佩君以灵墟穴按摩佐治阵发性室上性心动过速，选取治疗组14例，对照组15例进行临床观察。治疗方法：用拇指指腹按顺时针方向快速用力按摩捻转患者左灵墟穴，患者出现指感，若有效则转为窦性心律，按摩3分钟后无效则改用其它方法治疗。对照组先按摩右侧颈动脉窦5～10次，无效则按摩左侧，如此反复3次，无效则换用其它方法治疗。结果：治疗组有效率为78.6%，优于对照组33.3%，经统计有比较显著差异（$P<0.05$）。

（邵佩君．灵墟穴按摩佐治阵发性室上性心动过速．按摩与导引，1993，(6)：3）

按语

针灸治疗心律失常已有较长的历史，《针灸甲乙经》就曾记载有“心澹澹而善惊恐，内关主之。”的文字。现代针灸临床观察表明，针灸确为治疗本病之良法，它不仅有控制症状的作用，而且对引起心律失常的疾病本身亦有一定的治疗作用，可单独使用，也可与其它方法结合使用。从目前有关报道看，针灸对心冲动起源失常者疗效较好，而对冲动传导障碍者疗效较差。其中对心动过速作用尤为满意。针灸治疗心律失常的同时，应密切注意原发病的变化，因为顽固的心律失常往往是心脏疾患出现波动的外在表现，如出现心力衰竭，则急须采取综合措施。

穴位选择上，首选内关穴，为治疗本病的主穴，其次为神门，而心俞、厥阴俞、膻中、足三里、三阴交等对症状控制均有一定作用，常作为三线用穴或配穴。耳针对心律失常的控制作用也受到人们的重视，常用穴：心、神门、交感为主，并配合与解剖结构相对应的耳穴。此外，三棱针、腕踝针等法操作简便，疗效迅速，有人建议应作为室上性心动过速针灸治疗的首选，尤其是腕踝针对快速房颤亦有较好的疗效；耳针及穴位埋藏可用于缓解期，以预防本病的发作；对于心率过慢的病例，如病态窦房结综合征，毫针切勿强刺激，耳针和艾条温和灸是一种较好和长期治疗手段。结合中医辨证，对于提高疗效亦至关重要，一般偏实者宜针刺，偏虚者，宜穴位注射。证属气虚者，可配气海、足三里；血虚，加脾俞、膈俞、太溪、劳宫；痰火，加尺泽、肺俞、丰隆；血瘀，加郄门、血海、膻中。

目前一般认为，本病的针灸治疗机理，主要可能是通过调节神经系统的活动而得以

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

实现的，而针刺改善心功能、增加冠状动脉血流量以及激活垂体-肾上腺皮质系统的体液因子亦可能在一定程度上协同对抗心律失常。针灸疗法用于本病也存在一定的问题，如治疗规律和原理尚不明确，针效的个体差异较大，重复性不够高，针效维持的时间也不够长，这些有待临床进一步研究。

原发性高血压病

概述

高血压是指在安静状态下动脉血压超过正常范围而言。为常见的慢性病，多见于中年以后。本病临床分为原发性和继发性（即症状性）两种，原发性高血压，一般认为与长期紧张工作，精神刺激及遗传有关；继发性高血压，多见于慢性肾炎，脑外伤及内分泌功能紊乱等疾病。本篇就原发性高血压进行叙述。另外，还可按本病的进展速度，分为缓进型高血压（良性）和急进型高血压（恶性）。其中恶性高血压患者仅占高血压病的6%～9%，其特点是病程短，病情进展快，病势严重，预后多不良。

中医学根据本病前、中、后期的症状表现，分别将其列入头痛，眩晕，惊悸和不寐等证。认为其病理变化主要是肝肾阴阳平衡失调，偏盛偏衰。“肝为刚脏”，赖肾阴以濡养，如肾阴不足，而致肝阳偏亢。又由于阴阳互根，肝阳亢盛可耗损肾阴，二者互为因果，最后导致阴阳两虚证候。若因情志过度而致肝郁化火，则引动肝风，内火相煽，可变生“中经络”、“中脏腑”的危候。

目前对高血压的发病机理尚未完全阐明。研究表明，本病的主要病因可能是遗传、年龄与性别、饮食、职业和环境等因素，其发病机制，当前主要的解释有① 精神神经学说，认为大脑中枢调节血压的整合通路在任何环节病变，均可引起本病；② 内分泌学说认为，肾上腺皮质和髓质激素的作用是形成高血压的主要机制；③ 肾源学说认为，高血压与肾缺血有关，而肾素-血管紧张素-醛固酮系统的平衡失调是高血压的发病机制；④ 研究表明，高血压为多基因遗传疾病，遗传因素对后天高血压形成的作用已被承认；⑤ 饮食中钠摄入过多，以及吸烟、过食、肥胖与高血压的形成关系密切。

临床表现

高血压病根据起病和病情进展的缓急可分为缓进性高血压和急进性高血压，前者又称良性高血压，后者称恶性高血压。

缓进性高血压多中年后起病，病情发展慢，病程长，病人可有头痛，多发在枕部，尤易发生在睡醒时，尚有头昏、颈部牵拉感、耳鸣、健忘、注意力不集中，失眠、烦闷、肢麻和心悸等表现，部分病人可出现身体不同部位的出血，如鼻衄、球结膜下出血、月经过多或咯血。不少病人无任何临床表现，在发生心脑、肝、肾等器官的并发症时才明确高血压病的诊断。其脑部表现主要是暂时性或持续性头痛、头晕、头胀，但较少伴有眩晕。高血压病常可并发脑血管疾病，导致脑内缺血或出血性疾病；高血压导致的心脏损害主要是因为血压长期升高，增加了左心室的负担，左心室因代偿而肥厚、扩张，形成了高血压性心脏病，症状一般出现在高血压病起病数年到数十年后，除有明显的心悸外，还可导致反复或持续的左心衰竭和全心衰竭。由于高血压可促进动脉粥样硬化，部分病人可合并冠心病；高血压病患者一般都有不同程度的肾脏改变，早期可无任

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

何症状，随着病情进展，可出现蛋白尿、血尿、进而发展为肾衰。在缓进性高血压中，病人多在尿毒症前已死于心脑并发症。

急进型高血压发病急骤，多在青年时发病，头痛明显，发展迅速，舒张压多持续在130～140mmHg左右或更高，可很快出现视网膜病变和肾功能衰竭，数月或2年内出现严重的心、脑、肾功能损害。

高血压病进展过程中，如全身小血管发生暂时性的强烈痉挛，周围血管阻力明显上升致使血压急骤上升，而出现剧烈头痛、恶心、呕吐、心悸、气急、视力模糊以及出汗、兴奋、皮肤潮红或苍白、手抖等一系列临床症状时，称为高血压危象；在高血压病进展过程中，出现脑部小血管异常收缩与扩张，引起急性脑循环障碍，导致脑水肿和颅内压增高者，出现呼吸困难、黑朦、意识障碍、抽搐、暂时性偏瘫和偏身感觉障碍者，称为高血压脑病。

诊断要点

（1）高血压病的诊断应包括如下内容：明确血压确实高于正常；排除症状性高血压；明确高血压的程度，对高血压情况进行分期、分级；明确心、脑、肾等重要脏器的损伤情况。

（2）对高血压病患者，均应作尿常规、肾功能、心脏X线检查、心电图和眼底检查，以了解重要脏器的功能，不仅有助于估计病情，也有治疗上的参考价值。

（3）高血压病与症状性高血压的鉴别，主要通过细问病史、体格检查和实验室检查来排除各种原因引起的症状性高血压，尤其对年轻人的高血压及具有高血压病人所罕见的一些表现的患者，更应注意排除症状性高血压。

（4）高血压病人常伴有冠心病、糖尿病、高血脂、高尿酸疾病等，可加快病情发展并加重重要脏器的损伤，故在诊断高血压时，应明确有无上述疾病并存。

治疗

治法：调整阴阳，平肝益肾。

（1）针刺

取穴：风池　曲池　足三里　太冲

配穴：肝火炽盛，行间、太阳；阴虚阳亢，太溪、三阴交、神门；痰湿内盛，丰隆、内关；阴阳两虚，气海、关元（灸）。

操作：处方各穴除风池外，均用捻转结合提插泻法，间歇行针，针感要求逆以传达，符合“迎而夺之”之法。风池针尖向对侧眼眶进针，使针感上达巅顶，能立解头痛头晕之苦，平补平泻，并可作静止留针。每次留针20分钟，每日1次。阴虚阳亢者，太溪、三阴交用补法，失眠严重者，神门用泻法。痰湿内盛，胸闷脘痞者，丰隆、内关均用提插捻转泻法，每日1次。

（2）耳针疗法

取穴：皮质下　交感　降压沟　肾上腺　额　内分泌　心　神门

方法：每次选用3～6穴，毫针刺入，每穴捻针半分钟，留针30分钟，隔10分钟行针1次，每日1次，10次为1疗程。或撤针埋藏，或用王不留行籽按压，可埋针1～2天，两耳交替。或在耳尖放血，每次出血1～2滴。

（3）穴位注射

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：①足三里　内关　②合谷　三阴交　③太冲　曲池

方法：三组穴位可交替使用，每穴注射0.25%盐酸普鲁卡因1ml，每日1次，10次为1疗程。

（4）梅花针

取穴：脊柱两侧，以腰骶部为重点，并兼叩刺颈椎、前额、后脑及眼区、四肢末端。

方法：采用轻刺激，先自脊椎部叩起，自上而下，先内侧，后外侧，然后再击颈项、头额等，叩击至局部潮红或微出血为度，针后还可在头以外其它叩刺部位拔罐10个左右，留针罐时间15分钟。

（5）刺络放血

取穴：大椎　曲泽　委中　太阳

方法：三棱针点刺出血，每次取1穴（双侧），曲泽、委中放血量较多，每次出血10～20ml，每隔5～7天1次，5次为1疗程。

（6）埋线

取穴：①曲池　足三里　②心俞　太冲

方法：用穿刺针于上述穴位深部埋入羊肠线2cm，每次埋1组，15～20天治疗1次，6个月为1疗程，二组穴位交替使用。

文献摘要

（1）张翠萍等针刺治疗32例高血压病患者，取穴方法：主穴分为二组，第一组为合谷（双）、内关（双）、太冲（双），第二组为三阴交（双）、风池（双）、印堂，二组穴位轮流使用。其中肝阳上亢者配足三里、丰隆；气血不足者配脾俞、百会。针刺每日1次，10天为1疗程。治疗结果，总的有效率为81.25%。（张翠萍，丁芳林．针刺治疗高血压病32例临床观察．安徽中医学院学报，1991，10(1)：35）

（2）魏建平将97例原发性高血压患者随机分为三组，其中磁极针组38例，综合组41例，西药组18例。磁极针组取风池、曲池、足三里、三阴交在各穴位上施行S与N极磁极针刺操作，其运针约2分钟，留针30分钟，隔日磁极针刺1次，45天为1疗程；综合组按磁极针组和西药组的方法进行治疗，45天为1疗程；西药组口服心痛定10mg，每日3次，血压降至正常后逐渐减量，45天为1疗程。结果经1个疗程治疗后，综合组的总有效率为90%，优于磁极针组74%及西药组78%，有显著差别（$P<0.01$）。磁极针组与西药组差别不显著，三组治疗前后相比，收缩压和舒张压均有明显下降（$P<0.01$）。（魏建平．磁极针为主治疗高血压97例．上海针灸杂志，1995，14(3)：108）

（3）安素琪以纯艾条悬灸涌泉穴（双）30分钟治疗高血压病50例，另立对照组20例仅舌下含服心痛定10mg。分别于治疗后30分钟测量血压，结果：艾灸组治疗前后收缩压和舒张压均有显著的下降，而组间比较血压下降作用无明显差别。临床体会，重度高血压的显效率优于轻、中度高血压，从证候类型看，高血压阴阳两虚型的疗效不及肝肾两虚型和肝阳上亢型。（安素琪．艾灸涌泉穴降血压的临床观察．北京中医，1995，(6)：40）

（4）曹晶等对30例原发性虚性Ⅱ、Ⅲ期高血压行灸法进行临床观察，灸百会前后

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

测量血压，每次只观察首次血压。治疗方法是将点燃的艾条从远端向百会接近，约距百会 1cm，当患者感觉由烫到烫痛为 1 壮，反复操作 10 壮，约需 2 分钟左右。两壮之间应相隔片刻，以免烫伤起泡。灸后根据血压变动情况，可一日灸 1 次，或间日 1 次，或待血压升高时再灸。结果：灸百会后，收缩压平均下降 13.9mmHg，舒张压平均下降 10.3mmHg，与灸前比较均有显著差异（$P<0.01$）。（曹晶，于书庄．灸百会降血压即刻效应的临床观察．针灸学报，1991，7(3):33）

按语

普遍认为高血压病是针灸的适应证，不仅是良性高血压，对高血压脑病，高血压危象，血压急剧上升的病例，毫针、三棱针、水针等方法降压效果也非常理想，不失为一种实用而简便的抢救措施。针灸降高血压的主要特点是：①降压作用快，收缩压和舒张压均呈降低趋势，但以收缩压为主，血压水平愈高，降压作用越明显；②有时间效应，一般每日 1 次行针刺治疗，1 周内有明显效果，以后便不明显，停针后再针，仍可有明显作用；③降压作用缓和，很少发生类似降压药所导致的血压骤降的副作用，对Ⅰ、Ⅱ期患者效果较好，对Ⅲ期患者应配合药物治疗；

对于一般的良性高血压，取内关、足三里、太冲、行间等常用穴位，行泻法，具有即时的降低血压的作用，降低幅度在 10～30 毫米汞柱不等。针刺降压的方法很多，尤其是微针疗法、新的针灸仪器运用以来，治疗手段更为丰富，目前，磁疗、激光针、穴位贴敷、眼针、手针、足针等方法均有不同程度控制血压的效果，是长期治疗的好方法。

低　血　压

概述

低血压是指血压降低，导致脑供血不足而出现的头晕、头痛，甚则晕厥等一系列临床表现的疾病。可为心动过缓、失血等多种病症的一个症状，本节所叙述的是一个低血压为主症的疾病，原发性直立性低血压，是植物神经功能障碍而引起的疾病。

本病在中医归于“眩晕”、“晕厥”的范畴。认为本病发于久病体弱，中气不足，清阳不升，或脾虚湿盛，湿浊上扰，蒙蔽清窍，或劳倦伤肾，髓海不足，脑失所养。本症迁延日久，气血益虚，藏血不足，肝木失滋，可引起虚风内动。

西医认为，本病是以进行性自律神经功能衰竭为主要表现的一组原因不明的变性疾病。最突出的病理是取直立体位时血压显著降低，而引起全脑供血不足。病理下，在交感神经节、脊髓侧柱、颅神经核、下丘脑、黑质纹状体系统、桥脑核和蓝斑等部位有变性改变。

临床表现

本病男性多于女性，常见于中年以上，初期主要表现阳痿、排尿困难、无汗，几个月或几年后，出现本病的特征性症状，姿位性低血压。病人取直立位时头重脚轻，头晕和昏厥。体检时发现，直立时血压在 30/20mmHg 以上，心率并不增快。多伴有 Horner 综合征、吞咽困难、腹泻、便秘或大小便失禁等植物神经功能障碍症状。

病程后期，部分病人出现躯体症状，称为伴多系统萎缩的自律神经功能衰竭。又名 Shy-Drager 病，以动作减少、震颤、肌强直等症状为常见，有的患者出现肌阵挛、步态

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

不稳等症状，也有病人出现腱反射亢进、锥体束征阳性等。

病情若持续发展，通常在起病后 5～15 年内出现严重的残疾或死亡。

诊断要点

（1）根据直立位出现晕厥以及其它植物神经功能紊乱病史，并比较测量卧位和立位血压，以及心率无相应加快等表现即可明确诊断。

（2）本病可能以 Shy-Drager 病作为首发表现起病，表现少动、僵直和震颤等，临床上应注意与帕金森病相鉴别。

（3）血容量不足、血管抑制性晕厥、急性心力衰竭、后颅凹占位性病变及部分脑血管病变，亦可引起直立性低血压，但一般没有植物神经症状，而且有继发病证的临床表现，一般不难区别。

（4）服用交感神经节阻断药、Guilain-Barre 综合征、糖尿病性周围神经病、血卟啉病、延脊髓空洞症和脊髓肿瘤等，均可影响或损害植物神经传导通路，而引起包括直立性低血压在内的自律机能不全，但根据各自的病史检查发现当可鉴别。

治疗

治法：调补脾肾，益髓升清。

（1）针刺

取穴：百会　风池　曲池　足三里　三阴交　脾俞　肾俞

配穴：痰湿中阻，加中脘、丰隆、解溪；恶心、呕吐，加内关；阳痿、耳鸣，加灸关元、刺听宫；眼睑下垂，加阳白透鱼腰；晕厥，先强刺人中，不效再刺中冲，并补足三里，灸百会、气海。

操作：以上穴位，头项部穴位应行强刺激，其它部位的穴位则采用中等强度刺激，背俞穴应行提插捻转补法，留针 30 分钟。百会穴可先行灸法，以升清阳，充脑髓，用艾条悬灸，灸至局部有热力顶压感为佳，以上治疗每隔 1 日 1 次，15 次为 1 疗程。

（2）灸法

取穴：神阙

方法：隔姜灸或隔盐灸。将细末食盐填于脐孔中，四周畔以湿面，隔住脐盐与孔边缘皮肤，以小枣大艾炷置盐上施灸。每次灸 10～14 壮，隔日 1 次。20 次为 1 疗程。亦可局部用艾盒灸，每日 1 次。

（3）穴位注射

取穴：风池　翳明　内关

方法：选用 5%～10%的葡萄糖溶液或维生素 B_{12}注射液，针刺得气后，抽无回血，每穴注入药液 3～5ml，隔日治疗 1 次，15 次为 1 疗程。

（4）耳针

取穴：额　枕　颞　神门　皮质下

配穴：中气不足，或脾胃湿阻，加脾、胃；肝肾亏损、精髓不充，加肝、肾。

方法：行短促强刺激法，不留针，每日 1 次，10 次为 1 疗程，两耳交替使用。亦可在耳部作贴压，用单侧穴位，时时按压，至耳红热为度，并至症情缓解，3～5 天后更换穴位。

（5）梅花针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：脊柱两侧（颈、胸、腰、骶） 乳突部 气管两侧 内关 足三里 三阴交

方法：采用轻度或中度叩刺，不宜过重刺激，叩至局部微红为度。每日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，每疗程间休息 3～5 天。

文献摘要

（1）袁军等艾条灸百会为主治疗原发性低血压 22 例。患者取卧位或坐位，右手持点燃艾条在距百会 3cm 处以温和灸法施灸，左手食、中指置于百会两侧，按压头发，并可自感温度，以便于随时调节施灸距离。每日施灸 15 分钟，每日 1 次，10 天为 1 疗程。治疗结果：经灸 1～2 个疗程后，痊愈 16 例，占 72.7%，好转 5 例，占 22.7%，无效 1 例，占 4.6%。

（袁军，肖霞．艾灸百会治疗原发性低血压 22 例．中国针灸，1996，16（11）：30）

（2）郭传杰用耳穴贴压法治疗原发性低血压，方法：取穴，施术前用耳穴诊断仪，分别于双侧耳廓上找出心、头、兴奋点穴及低血压敏感点。操作，将王不留行籽的方形胶布对准穴位贴紧，并稍用力，按顺时针和逆时针方向轻柔按摩各 60 次，使患者耳部产生麻胀、微痛、发热或微出汗为佳，贴压穴位经按摩后，感到轻度疼痛者，说明行气良好，未产生轻度疼痛者，可自行按摩加强刺激，于每日三餐后晚饭前各按摩 1 次，如贴压后疼痛剧烈，可自行取下，请医生更换新穴。每次贴压 5～7 天，2～4 次为 1 疗程，治疗期间停用一切药物，每次换药均复查血压并记录，另服中药八珍汤，每日 1 剂，日服 2 次，10 天为 1 疗程。本组 150 例，治愈 135 例，占 90.1%，显效 8 例，占 5.3%，进步 4 例，占 2.7%，无效 3 例，占 2.0%，有效率为 98%。另随机抽取病例作耳穴贴压组和药物对照组各 50 例，比较两组疗效，耳穴贴压治疗组明显优于药物对照组。

（郭传杰．耳穴帖压治疗原发性低血压 150 例临床观察．中国针灸，1992，12（6）：15）

（3）边萍等的治疗方法：取一侧耳的神门、交感、心、内分泌、皮质下、脑点，以 4cm×4cm 正方形麝香虎骨膏正中放置 1 粒王不留行籽，然后贴在上述诸穴，中药用白术 25g，茯神 25g，黄芪 30g，酸枣仁 30g，人参 15g，甘草 8g。针刺与口服中药同时应用。中药每剂煎 300ml，早晚各服 150ml，西药治疗对照组选用 20% 葡萄糖 20ml 加 Vit.C 2.5g 静滴，然后以 10% 的葡萄糖点滴。疗程：耳穴压籽每日为 1 个疗程，西药对照组治疗 1 次进行观察。治疗结果：治疗组 30 例，对照组 10 例，治疗 15 分钟后，二组血压均有所升高，但针药组升压作用较对照组为优 $P<0.01$，耳穴压籽组峰值出现时间较对照组晚，但作用较为持久。

（边萍，赵然，张同钦等．中药配合耳穴压籽法治疗低血压．针灸临床杂志，1995，11（4）：33）

（4）何金方等治疗低血压的方法，取单侧耳穴肾上腺、心、肾、皮质下、升压点为主穴，随症加减。若食欲不振，加脾、胃穴，眩晕者加肝穴。取穴：用探针压迫耳廓内反应点，反应明显时即为某穴，然后，将王不留行籽 1 粒置于 0.6×0.6cm 的胶布中心，贴在某穴上，嘱病人每日用食指按压所贴穴位 3 次，每穴每次按压 15 分钟，以得气为度，双侧耳穴每隔 2 天轮换贴压 1 次，补中益气丸每日 3 次，每次 1 丸，温开水送服。本组 86 例病人，显效 60 例，有效 24 例，无效 2 例，总有效率为 97.6%。

（何金方，王克俭，梁惠英等．耳穴压豆配合补中益气丸治疗低血压 86 例．山东中

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

医杂志，1995，14(4)：166)

按语

就低血压而言，可见于多种病证，如有效循环量不足的低血压状态，休克的血压降低，以及原发性直立性低血压病等，主要因于血循环量不足和血管神经调节异常，不论是何种类型的低血压，针灸均具有一定的治疗作用。针灸治疗低血压，多从气血不足或中气虚弱，清阳不升论治。针灸处方以气海、关元、足三里、百会等穴为主，并随症加减。可用艾条灸法，灸至皮色潮红为度，每日1次，收效颇明显。血容量不足和休克所致低血压有明显的发病原因，应以补充血容量和抗休克为主，降压作用出现较快；而原发性直立性低血压，是以低血压为主要表现的神经系统变性病，本病病程冗长，一般须长期治疗，针灸对本病的疗效主要体现在改善眩晕或晕厥，降低血压两个方面，有人认为，出现晕厥症状时，当用毫针、梅花针、耳针、头针等，血压低时，可根据证型不同，采用灸法、水针、温针及刺络拔罐等方法。在针法选择上，有人建议2～3种方法结合，一方面可以减少穴位的疲劳，其针后效应出现也快。

70年代初，西安医学院观察了针灸对低血压状态的影响，发现针刺对各种低血压均有升压作用，多数在4～30分钟内血压上升。其主要特点是：血压上升比较稳定，下降后重新针刺仍可上升，与升压药有协同作用，且无升压药的副作用。升压作用较强的穴位有素髎、涌泉、人中、十宣、合谷、足三里、百会等。

针灸治疗本病有一定的疗效，但在治疗中亦须注意护理，应加强营养，增加蛋白摄入量，睡眠时头位不宜过低，当治疗过程中，动作应缓慢，切忌过猛起立，要随着疾病的好转，逐渐加快直立速度，这样可以加快本病的恢复。

冠状动脉粥样硬化性心脏病

概述

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称“冠心病”，是指冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。为动脉粥样硬化导致器官病变的最常见的类型。临床特征是心绞痛、心律不齐、心力衰竭、心电图可见心肌缺血改变。本病发生在40岁以上的人，男性多于女性，且以脑力劳动者为多。

本病属于中医“胸痹”、“真心痛”、“厥心痛”的范畴。认为本病基本病因是年老体衰或久病肾亏，或过食高粱厚味，损伤脾胃，或情志郁结，气滞血瘀，心脉痹阻，或寒邪侵袭，痹阻胸阳。基本病机是心脉痹阻，心失所养。

西医认为本病是由动脉粥样硬化所致，高脂血症、高血压、糖尿病及吸烟等动脉硬化易患因素亦是本病的危险因素。近年来还发现，血小板功能与本病的发病关系密切，本病病人血小板功能亢进，对各种致聚因素敏感。血小板聚集所释放的儿茶酚胺、组胺、血栓烷A_2、ADP等物质，均可加重冠状动脉的损伤。病理上，粥样硬化导致了冠状动脉的狭窄，甚至阻塞，同时冠状动脉的痉挛则可加重心肌供血不足，其后果是引起心肌萎缩、变薄、纤维组织增生，心脏扩大等。

临床表现

根据冠状动脉病变的部位、范围、程度和临床特点，可将冠心病分为以下五型。

(1) 隐匿型或无症状性冠心病：无症状，在体检时发现心电图有ST段降低，T波

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

倒置等提示心肌缺血的表现，又伴有动脉硬化易患因素，结合心电图检查，大多符合心电图负荷试验心肌缺血标准。

（2）心绞痛：典型心绞痛发作是突然发生的位于胸骨体上段或中段之后的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛，亦可波及大部分心前区，可放射至左肩、左上肢前内侧，达无名指和小指，偶可伴有濒死的恐惧感觉，往往迫使病人停止活动，重者还出汗。疼痛历时1～5分钟，很少超过15分钟，休息或含服硝酸甘油片可缓解。根据世界卫生组织“缺血性心脏病的命名及诊断标准”将心绞痛分为劳累性和自发性二种，前者与心肌耗氧量有关，后者发作与心肌需氧量无明显关系，疼痛持续时间一般较长，程度也较重。

（3）心肌梗死：其先兆是频繁剧烈的心绞痛、或心绞痛发作时伴有恶心、呕吐、大汗、心动过缓、急性心功能不全、严重心律失常、血压有较大波动等。若此时心电图ST段一时性抬高或降低，T波抬高或倒置，更应警惕心肌梗死的可能，其时如积极治疗可避免心肌梗死的发作。最先出现的症状是心区疼痛，常发生于安静或睡眠时，疼痛程度重、范围广、时间久，硝酸甘油不能缓解。病人常有烦躁、出汗、恐惧、濒死感。同时，病人还可伴有发热、心动过速、白细胞增多血沉加快及上腹胀痛、呃逆等胃肠道症状。严重的心律失常也是常见症状，以室性心律失常为多，也可见房颤、室颤及多个部位的传导阻滞。疼痛期常见血压下降，部分病人1周甚则数小时后出现休克，一般认为此休克属于心源性，与心壁的广泛坏死有关。心力衰竭可出现在心律衰竭的初期或好转期。基本体征为心尖区第一心音减弱，出现第三心音或第四心音奔马律，部分病例可闻及粗糙的收缩期杂音。

（4）心肌纤维化：长期心肌缺血所导致的心肌逐渐纤维化，表现为心脏增大，心力衰竭和心律失常，近年称之为“缺血性心肌病”。

（5）猝死：突发性心脏骤停而死亡，多为心脏局部发生电生理紊乱，起搏或传导发生障碍，或发生严重的心律失常所致。

诊断要点

（1）诊断冠心病可根据临床表现和各项实验室检查资料。最有价值的依据是发现有心肌缺血的检查资料，同时证明病人有动脉粥样硬化性阻塞性病变。

（2）心电图是诊断心肌缺血的有效而无创伤的检查方法。基于早期发现的目的，对一些在静息状态下无明显心肌缺血的病例，可以作24小时动态心电图记录或心脏负荷试验，对临床诊断有较大的参考价值，其它如超声心动图、血清心肌酶检查，从不同角度观察心肌的变化，亦有助于本病的诊断。

（3）出于病变准确定位的考虑，冠状动脉造影是显示冠状动脉硬化性病变最有价值的方法，如与DSA结合检查，可以显示更小的血管病变。新的显像法有单光子发射计算机断层显象（SPECT）和正电子发射断层显象（PET）不仅可观察血管病变情况，还可检查心肌的异常代谢。

（4）本病临床上应与心脏神经官能症相鉴别，还应与二尖瓣狭窄、风湿热或其它原因引起的冠状动脉炎、肥厚性心肌病等所引起的心绞痛相鉴别，还应与肋间神经痛、食管病变、膈疝、溃疡病等不典型疼痛相鉴别。

治疗

治法：宣痹通阳，化瘀止痛。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）针刺

取穴：内关　心俞　膻中　通里　厥阴俞　巨阙　足三里

配穴：心血瘀阻，加膈俞、阴郄；气阴不足，加阴郄、太溪、三阴交；心阳不振，命门（灸）、巨阙；肝气郁结，加太冲、蠡沟；痰浊壅盛，加中脘、丰隆；阳气暴脱，加关元（灸）、气海（灸）。

操作：每次选4～5穴，轮流使用。内关穴应用1.5寸毫针向上斜刺，使针感上达前胸，再针心俞或厥阴俞，最好找出最敏感的1点，针刺行针，使针感向前胸，巨阙穴宜沿皮刺。心绞痛缓解后，再针其它穴位，留针30分钟，或接电针，以连续波，频率100次/分，并施以较温和的刺激强度。隔日1次，10～15次为1疗程。疗程间休息5～7天。

（2）穴位注射

取穴：心俞　厥阴俞　郄门　内关　阿畅（曲泽前约2～3寸处的压痛点）

方法：所用药物为丹参注射液、灵芝注射液、当归注射液、毛冬青注射液等，任选1种，证候偏虚者，最好用灵芝注射液。每次选取1～2穴，按穴位注射操作常规，每穴注入药液1～2ml，每日或隔日治疗1次，10次为1疗程。

（3）灸法

取穴：膻中　天井　足三里　内关

方法：用艾条悬灸上穴，每穴10分钟左右，灸至局部皮肤微红为度。每日治疗1次，10次为1疗程。本法对心绞痛的预防具有较好的疗效。

（4）耳针

取穴：心　小肠　交感　皮质下　肾　脑点　胸　肝　枕　兴奋点

方法：每次选取3～7穴，心区可刺2根针，其它穴位行中强刺激，留针30分钟，每日1次，心绞痛发作较频时可每日1次，15次为1疗程。亦可在耳穴行埋压法，或以王不留行籽贴压法。

（5）腕踝针

取穴：双侧上1区

方法：按腕踝针操作常规，无痛进针，透入皮下，局部固定，留针30分钟，至心绞痛缓解为度。隔2日治疗1次，5次为1疗程，疗程间休息7天。

（6）埋线

取穴：心俞　内关

方法：以埋线常规进行操作，埋入羊肠线，15天后再次治疗，5次为1疗程。

文献摘要

（1）程宝安以耳穴治疗了50例心绞痛病例，还随机取对照组50例，以症状改善情况评定疗效。治疗组取穴：主穴为心、神门、交感、肾、小肠；配穴为肝、脾、肺、内分泌、皮质下。以人体信息诊断仪探测穴位后，用王不留行籽贴压，每日按压5～10次，以每个穴位麻痛为度，每周贴压2次，两耳交替，治疗7～10次后观察疗效。对照组以硝酸甘油0.3mg舌下含服，平时口服心宝，每日3次，每次3粒，疗程同治疗组。结果：治疗组总有效率为96%，对照组为72%。

（程宝安．耳穴治疗心绞痛50例临床观察．中国针灸，1995，15（2）：17）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）罗利等对心肌梗死合并心律失常的病例98例分针刺组和西药对照组进行治疗，其中针刺组50例，西药对照组48例。针刺方法：取穴：室性心律失常，取内关、三阴交、神门；慢速型心律失常，取人中、郄门、内关、三阴交；快速性心律失常（包括快速型房颤）取内关、膻中、极泉、大陵。针刺手法：凡快速型心律失常各穴采取强刺激泻法；慢速型心律失常则取补法，以持续的弱刺激为宜。西药对照组可根据心律失常的类型，分别采用利多卡因、普鲁卡因酰胺、阿托品、异丙肾上腺素、烟酰胺、胺碘酮、硫酸镁等药物对症治疗，按常规剂量给予。治疗结果：针刺组心律失常发生率下降，心律失常治愈率两组基本相似，但总有效率西药组略高。

（罗利，芦绍强，刘新桥．针刺治疗急性心肌梗死合并心律失常临床疗效观察．中国针灸，1995，15（4）：7）

（3）周裕民等将60例冠心病患者随机分为二组，其中埋线组30例，对照组30例。埋线组取穴：中庭透玉堂，左侧少海、阿是（左胸、左肩臂、背部痛处的压痛点），一般仅作埋线1次，埋线1个月后接着作第2次埋线的有6例。对照组服自制安慰剂（粉胶丸），每日3次，每次1丸。结果：治疗组有效率90%，对照组有效率30%，二组有显著差异（$P<0.05$）患者的自觉症状、心电图情况和血脂等指标均有明显改善。

（周裕民，邝允沛，陈修珍．羊肠线埋植法治疗冠心病30例疗效观察．湖南中医杂志，1991，（2）：34）

（4）陈少宗将41例冠心病患者随机分为二组：针刺间使组20例和针刺内关组21例。以上均为双侧取穴，刺入1～1.5寸，留针20分钟，中等强度刺激，行针3～4次，每次行针30秒左右。测定针刺前后的心率、收缩压、舒张压、左心室射血时间、左心室射血前时间与左心室射血时间的比值，左心室射血时间与等容收缩时间的比值，左心室射血分数，心力系数等以评定疗效。结果发现，针刺间使穴和内关穴均能明显改善冠心病患者的左心功能，二组疗效无明显差异。

（陈少宗．针刺间使穴、内关穴对冠心病患者左心功能影响的比较观察．针灸临床杂志，1994，10（6）：30）

按语

针刺治疗冠心病目前无论从临床观察上还是从实验研究方面都得到了充分的肯定，是治疗冠心病的一种有价值的方法。本病最突出的临床表现是心绞痛，故一般报道所行的治疗方法，多是针对心绞痛而论，内关穴为治疗本病的常用穴，对心脏及冠状动脉供血功能有明显改善，但临床应用时要注意针刺方向及感应传导，如与心俞、厥阴俞以及巨阙、膻中等穴配合使用，效果更好。从手法上来看，在急性期，针刺手法宜轻，以免病人过度紧张，增加心肌的耗氧量。病情稳定期，可用耳针或羊肠线埋植方法作长期治疗，对减少本病的发作，解除胸闷不适等均有明显的作用。

针灸对本病的机理研究发现，针刺能使冠心病心绞痛病人的射血时间延长，心输出量增加，降低心肌耗氧量，加强心肌收缩，降低前负荷，提高左心室后壁搏幅。但目前的研究多停留在穴位的客观效应的观察上，针刺作用途径的详细机制，还有待深入的探讨。

心血管神经官能症

概述

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

心脏神经官能症是神经官能症的一种特殊类型，以心血管系统功能失常为主要表现，可兼有神经官能症的其它症状，一般并无器质性心脏病的证据，但可与器质性心脏病同时存在，或在后者的基础上发生。在有心血管疾病症状的病人中，心脏神经官能症约占10%，多发生于青壮年，以20--40岁为最多，女性更为多见。

本病属于中医“心悸”、“怔忡”、“心痛”和“郁症”的范畴。认为本病虚多实少，引起本病的主要因素有心胆气虚、心脾两虚、心肾不交、肝气郁结等等，气血不足，神无所附则心悸。平素怯懦，适逢大怒大恐，亦可扰动心神，而致惊悸。

西医认为，心脏神经官能症的病因与其它的神经官能症的病因相似，主要由于中枢神经功能失调，影响植物神经功能，交感和迷走神经的功能活动受到影响，造成心血管功能异常。其发病基础是患者具有神经官能症的易患倾向，此外，研究发现，β-肾上腺素能受体功能亢进，与本病的发生有一定的关系。

临床表现

本病症状繁杂，除心血管系统症状外，尚可有神经系统或其它系统的症状。症状常在受惊、情绪激动或久病后首次出现。情绪波动下最易发作，过度劳累或情绪改变可使之加重。心血管系统最常见的症状是心悸、心前区痛，气短或过度换气等。患者能感觉到心脏搏动，心前区不适，心慌，轻度活动可使心率不相称的加快，心前区可有一过性刺痛或持续性隐痛，发作可持续数小时或数天，尤其是劳累、精神疲劳后加重。多数病人还伴有易激动、多汗、颤抖、头晕、失眠、焦虑、多梦、乏力等一般神经官能症症状。

体检，心率常过速，可达100次/分以上，或有早搏出现。心前区有压痛点和皮肤过敏点，有的病人有低热，这种低热多与情绪激动有关。

诊断要点

(1) 根据病人有心血管系统症状、全身神经官能症症状，且经详细检查排除心血管器质性疾病的证据，应考虑本病的诊断。但某些器质性疾病初期并无客观证据，且本病亦可与器质性疾病同时存在，故诊断时应慎重地全面考虑。

(2) 本病的心前区痛、心悸等症状加重不一定在运动时或心脏耗氧量增大的情况下，而且，心率加快程度与活动量不相称，应考虑本病的可能。

(3) 心得安等β-肾上腺素能受体阻滞剂大多能使心率减慢，症状减轻或消失，并可改变心电图轻度的ST-T改变，并使运动负荷试验转为阴性，可支持本病的诊断。

(4) 本病应与下列疾病相鉴别：其神经官能症症状应与甲亢、嗜铬细胞瘤等内分泌代谢疾病相鉴别，其心血管系统症状应与冠心病、心肌炎、风湿性心脏病等心脏器质性疾病相鉴别，其植物神经症状应与结核、风湿热等慢性感染相鉴别。

治疗

治法：养心宁神。

(1) 针刺

取穴：心俞　郄门　内关　神门　天突

配穴：心胆气虚加胆俞；心脾两虚加脾俞、膈俞、足三里；心肾不交加肾俞、太溪。

操作：以上穴位，配穴部分根据证候特点随症加减，针刺得气后，行提插捻转补

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

法，手法宜轻，安静留针。留针时间为30分钟左右，每日1次，连续治疗10次为1疗程。亦可针刺接电针仪，施以电针治疗，波形选择连续波，频率100～120次/分，强度应和缓，以病人舒适为度。

（2）耳针

取穴：心　神门　脑点　皮质下　小肠　肝　胆　脾

方法：每次选取4～5穴，轮流使用，针刺得气后，留针30分钟，隔日1次，连续10次为1疗程。亦可用王不留行籽贴压，时时按压，至耳廓发红发热为度，隔3～4天更换1次，两耳交替，15次为1疗程。

（3）穴位注射

取穴：厥阴俞　心俞　肾俞　足三里　三阴交

方法：所用药物为5%当归注射液、10%丹参注射液、灵芝注射液等，任选1种，每次取2～3穴，每穴注入药液0.5～1.0ml，隔日1次，10次为1疗程。

（4）头皮针

取穴：感觉区（以躯干为主）　胸腔区

方法：毫针常规刺入，留针30分钟，留针期间，每隔5分钟行针1次，捻转手法为主，捻转角度在180°以内，频率为每分钟120次，每日1次，10～15次为1疗程。疗程间停针1～2周。

（5）梅花针

取穴：脊柱两侧　双手掌的大小鱼际　头部　颈部

方法：一般用轻刺激手法，或由轻刺到重刺，症状基本消失后，再由重刺逐渐变为轻刺，每日1次，7次为1疗程，以后隔日1次。

文献摘要

（1）周裕民以针刺疗法治疗心脏神经官能症60例，将患者随机分为二组，针刺人迎组和药物组各30例。针刺人迎组于两侧人迎穴处分别进针，直刺3～4cm深，针尖直达颈椎横突前方，患者颈部出现麻胀感，留针10～15分钟，中间捻针2～3次（不要提插）后起针，每日1次。药物组每天口服心得安10mg，每日3次。二组均以10天为1疗程，1疗程后根据临床症状、血压、心率、心电图ST-T改变情况评定疗效。结果：针刺人迎组（总有效率96.67%），优于药物对照组（总有效率73.33%），两组相比，有比较显著的差异（$P<0.05$），其心率、血压、及心电图变化也提示，针刺人迎组的作用优于药物组，$P<0.05$。治疗1月后随访，针刺人迎组的疗效也较稳定，优于药物对照组，$P<0.005$。

（周裕民．针刺人迎穴治疗心脏神经官能症30例疗效观察．中国针灸，1992，12（2）：30）

（2）张英以中药生脉散注射液穴位封闭治疗心脏植物神经官能症，治疗方法：①封闭双侧内关、三阴交穴，每针进针深度达6号针头的2/3，每穴注入生脉散注射液2ml；②封闭双侧心俞、肝俞，每次进针深达6号针头的1/2，每穴注入生脉散注射液2ml。①与②交替使用，隔日1次，10次为1个疗程（疗程根据病情而定），治疗期间不用任何镇静剂、植物神经调节剂以及受体兴奋阻滞剂。治疗结果：20例治疗后绝大多数症状明显改善，失眠、心慌、胸闷症状改善尤佳。治疗前心电图正常者13人，11例于治

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

疗后恢复正常。疗效评定：临床治愈 14 人，好转 5 人，无效 1 人。症状改善最快为半疗程，最慢为 2 疗程。3 个月后随访，有 2 人复发。

（张英．生脉散注射液穴位封闭治疗心脏植物神经官能症 20 例．针灸临床杂志，1996，12（1）：20）

（3）徐惠梅等设针刺内关组和药物对照组各 88 例观察本病，治疗方法：针刺内关组，先卧床休息 20 分钟，待呼吸平稳后，做常规 12 导联心电图在双内关穴用 1.5 寸毫针垂直刺入 1 寸，以小幅度高频率捻针，直至出现酸、麻、胀感觉，并使针感传至肘、腋、胸部为止，出现针感上行后，持续恒定行针 10 分钟，然后起针，复查心电图，观察 ST-T、心率、血压的变化，同时询问心慌、气短、胸痛、头痛等自觉症状的变化，每天 1 次，10 次为 1 疗程。疗程结束后复查心电图，观察 ST-T 的变化。药物对照组每天口服心得安 10mg，每日 3 次，连服 10 天为 1 疗程，疗程结束后复查方法同针刺内关组。结果：针刺内关组治愈 86 例，无效 2 例，总有效率为 97.77%；药物对照组治愈 20 例，好转 46 例，无效 22 例，总有效率为 75%。统计学处理结果，组间差别明显，针刺内关组疗效优于药物对照组。

（徐惠梅，张玉青．针灸内关对心脏神经官能症 ST-T 改变的疗效观察．针灸临床杂志，1996，12（2）：27）

（4）王力钧治疗本病，取穴：发病时以心悸、气短、无力、胸痛为主症，取心俞、郄门、内关，随症配穴：发作时见失眠、多梦者，配神门、三阴交；头晕、头痛者，配太阳、风池、合谷；不思饮食，加中脘、足三里；大便干结，加天枢、支沟。用刮针法，从郄门、内关穴进针后，针尖稍向上斜刺 0.8～1 寸，左手拇指、食指固定针身，右手拇指按针柄，用食指的指甲从下向上刮针柄，约刮 8～10 次；心俞穴进针 0.5～0.7 寸，照上方法操作。其余配穴针刺全用平补平泻手法。每日针刺 1 次，10 次为 1 疗程，疗程结束后，复查心电图，以观察 ST-T 变化情况，并询问患者心悸、气短、无力、胸痛、头晕等自觉症状的变化。治疗结果：治愈 26 例，好转 5 例，无效 1 例，治疗后症状明显好转，心电图 ST-T 有 24 例恢复正常，5 例明显改善，5 例无改变。

（王力钧．针刺治疗心脏神经官能症 32 例临床观察．河南中医，1995，15（2）：109）

按语

心脏神经官能症是一种功能疾病，临床上一般在排除了心脏器质性疾病后，即按心脏神经官能症治疗。针灸治疗心脏神经官能症效果较好，其对心悸和心前区疼痛效果尤其明显。针灸治疗本病与治疗其它器质性心脏病基本相似，据临床观察发现，针刺内关、神门、足三里等穴，对患者的心率有明显的调节作用，其中内关又具有良好的双向调节作用，具有相对的特异性。相对而言，针灸对本病奏效快，疗效高，如能同时配合埋线、磁疗等方法，则症状改善既明显而又持久，已为临床所习用。

尽管针刺对本病有较好的疗效，临床还须注意引起患者的良好情绪，耐心做好患者的思想工作，使之确信自己并无器质性疾病，建立治疗本病的信心。同时应注意调治患者的失眠，避免过劳、环境嘈杂，祛除发病诱因，参加力所能及的体育活动，有助于提高本病的疗效

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

肢端动脉痉挛症

概述

肢端动脉痉挛症，又称雷诺氏综合征，是血管神经功能紊乱所引起的肢端小动脉痉挛性疾病。以阵发性四肢肢端（主要是手指）对称的间歇发白、紫绀和潮红为其临床特点，常为情绪激动和受寒冷所诱发。本病较少见，多发于女性，尤其是神经过敏者。发病年龄多在20～30岁之间，在寒冷季节发作较重。

中医将本病归于“痹症”、“寒厥”、“厥逆”和“阴厥”等范畴。认为其发病机理主要为秉赋不足，命门火衰，阳虚不能灌注四末，寒邪乘隙而入。四肢阳气被遏不能通达，致脉道不通，经络痹闭，血气运行受阻，因而出现以指、趾的发冷、麻木、疼痛甚则肿胀等症状。

西医对其病因目前尚未完全明确，一般认为，本病有遗传倾向，与交感神经系统功能亢进、血循环中的肾上腺素和去甲肾上腺素含量增高、内分泌激素的变化及小血管本身反应性增高等因素有关。在病变后期，可见动脉内膜增生、弹力膜断裂和肌层增厚等变化，使小动脉管腔狭小，血流减少。少数患者最后可有血栓形成，管腔闭塞，伴有局部组织的营养性改变，严重者可发生指趾端溃疡，偶有坏死。

临床表现

起病缓慢，一般在受寒冷后，尤其是手指接触低温后发作，故冬季多发。发作时手指肤色变白，继而紫绀，常先从指尖开始，以后波及整个手指甚至手掌。伴有局部冷、麻、针刺样痛或其它异常感觉，脉搏正常。发作持续数分钟后自行缓解，皮肤转为潮红而伴有烧灼、刺痛样感，然后转为正常色泽。局部加温、揉擦、挥动上肢等可使发作停止，受累手指往往对称，小指和无名指常先受累，拇指因血供较好多不出现症状，下肢发作也较少见。

本病进程缓慢，严重者发作时间可持续1小时以上，需将患肢浸入温水中才能缓解，伴有指趾水肿，温暖季节中环境温度的轻微降低，情绪的稍有激动都可引起发作。个别严重患者间歇期几乎消失，发作呈持续状态。有局部组织的营养性变化，如皮肤萎缩或增厚，指甲弯曲畸形或指尖溃疡，此外，还有可能引起指端坏疽。将患手浸于4℃左右的冷水中1分钟，可诱发上述典型发作。将患手浸于冰水中20秒钟后，指温平均恢复时间＞20分钟。

诊断要点

（1）本病的诊断主要根据典型的临床表现。按Allen和Brown提出的诊断标准，①由寒冷或情绪激动诱发；②两侧对称性发作；③无趾端坏死或只有趾端皮肤坏死；④排除任何器质性疾病所致的“雷诺氏现象”；⑤症状持续发生两年以上。

（2）甲皱微循环检查，可观察发作期不同阶段的局部血液循环状况，可帮助诊断本病并判断病情的轻重；激发试验可诱发本病的发作，对症状不典型发作的病例，具有一定的参考价值。

（3）本病应结合病史排除各种原因引起的“雷诺氏现象”，常见的有震动性工具所致有气锤病、颈肋、前斜角肌综合征、颈椎炎、胸廓出口综合征、臂丛及锁骨下动脉的肿瘤压迫、铊、铅、砷或麦角中毒所致的周围神经炎，以及红斑狼疮、硬皮病等。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（4）临床上，还应与手足发绀症、网状青斑、红斑性肢痛症、血栓闭塞性脉管炎等疾病相鉴别。

治疗

治法：温经散寒，温补肾阳。

（1）艾灸

① 艾条熏灸：

取穴：上肢　少泽　前谷　关冲　腕骨　液门　阳池　中冲　劳宫

下肢　至阴　束骨　足临泣　特别感到麻冷痛的局部（重灸）

操作：每次任选5穴，每穴以艾条灸10～15分钟，熏至局部潮红，皮肤发热为度，每日1次，亦可在发作之际施灸。本法可介绍给患者，由其自熏灸，但应注意不可过烫，以防烫伤。

② 麦粒灸：

取穴：命门　肾俞　脾俞

操作：直接灸于穴位，每穴3～5壮，隔日1次，也可以用隔姜灸法，每穴灸5～7壮，治疗10次后休息1周，再进行下一步治疗。

（2）针刺

取穴：八邪　外关　八风　三阴交

配穴：畏寒甚，加脾俞、肾俞、足三里；气滞血瘀者，加血海、合谷。

操作：外关、三阴交行紧提慢按法，使针感向下传达；八邪、八风行平补平泻法，用温针法，或针后加灸，疼痛甚者，可延长留针时间至30分钟以上，本病需连续治疗，不可断断续续，否则难有良效。症状严重者，合谷一穴，用长针透刺，刺一穴而作用于五指，可收止痛消肿之效。

（3）耳针

取穴：手指　交感　皮质下　心　三焦　热点或足趾

方法：针刺得气后，留针1小时，每天或隔天1次，治疗10次后休息1周再进行治疗。以上穴位也可用王不留行籽贴压，每周调换1～2次。贴药期间应每日揉按穴位，每次3～5分钟，以耳壳发红发热为度。

（4）穴位注射

取穴：上肢选用外关　合谷　中渚

下肢选用三阴交　行间　足临泣

操作：用红当川注射液（红花当归川芎注射液）或丹参注射液，按穴位注射常规操作，每穴注入药液1～2ml，隔日1次。

（5）头针

取穴：血管舒缩线（即肿胀线）　运动区上肢部分（若发在足趾，则取下肢部分）

方法：常规针刺，隔日治疗1次，留针30分钟，10次为1疗程。

文献摘要

（1）金明月的治疗方法：采用患侧循经取穴与局部取穴相结合的方法，上肢取曲池、手三里、外关、合谷、八邪、十宣（点刺放血）；下肢取足三里、三阴交、解溪、太冲、八风、气端（点刺放血）。以28号毫针进针得气后，将G-6805型电针治疗仪的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

一极接到曲池（足三里），另一极接到外关（三阴交）或合谷（解溪、太冲），采用连续波，频率 60 次/分左右，电流强度以病人能耐受为度，留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程，疗程之间间隔 3 天。治疗结果：本组 32 例，最少治疗 1 疗程，最多 4 疗程，其中痊愈 13 例，显效 12 例，好转 6 例，无效 1 例。

（金明月．针灸治疗雷诺氏病 32 例．针灸临床杂志，1996，12（5、6）：44）

（2）包黎恩的治疗方法：指部取大椎、外关、外八邪（即中渚、痛灵、外劳宫、合谷），趾部取命门、解溪、上八风（即太冲、陷谷、地五会等），根据“寒则留之”、“寒则温之”的治疗原则，采用针灸并施的方法，除大椎、命门二穴使用艾条温和灸，每次每穴温灸 10 分钟外，其余诸穴使用温针灸，针具选用 40mm×0.38mm 毫针，进针后，针感要求传至指趾部，待针刺得气后，将艾段置捻针尾上作温针灸，每次每穴灸 2～3 段，出针后，再以 5% 当归注射液 4ml，上肢取手三里、下肢取足三里，隔日穴注 1 次；四肢者取右手三里，左足三里，或左手三里，右足三里，两组交替使用，每日穴注 1 次，以助针灸的活血通络之功。针灸一般隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，间歇 7～10 天，继续下 1 疗程。本组 8 例，痊愈 3 例，显效 2 例，好转 2 例，无效 1 例。

（包黎恩．针刺治疗雷诺氏症的体会．针灸临床杂志，1994，10（3）：50）

（3）徐文亮等治疗雷诺氏病 33 例，取穴：病发于上肢取尺泽、合谷，发于下肢取足三里、三阴交；上下肢均病者，以上腧穴均取。同时，配合艾条悬灸气海、关元穴。操作手法：尺泽、三阴交，施先泻后补法，合谷、足三里，施烧山火手法，按秦德铨先生家传手法行针至针下沉紧，连续慢提重插，倘热生，出针，急闭其穴，感觉迟钝者，同时配合震颤术。若热生，再扳倒针柄，施以苍龙摆尾法，可使感应直达病所，以上四穴施术完毕，不留针，出针后，气海、关元用艾条悬灸 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。33 例中，治愈 19 例，占 57.6%，显效 12 例，占 36.3%，有效 2 例，占 6.1%，无效为 0 例，总有效率为 100%。

（徐文亮，王艳丽．烧山火手法治疗雷诺氏病 33 例．中国针灸，1997，17（5）：285）

按语

雷诺氏病虽非中医的病名，但早在五六十年代即有针灸用于本病的报道，数十年来，针灸治疗本病也积累了丰富的经验，其基本治疗法是沿肢体近心端大血管和神经干的强刺激配合局部的针刺或艾灸，补泻结合，针灸相配，对于本病均有不同程度的改善作用。针刺对血管的收缩和舒张，有良好的调整作用，已为大量的实验资料所证实，而本病的发作，主要是肢端小血管的痉挛所致，给予适当的针刺刺激，当能收到较好的治疗效果。

此外，还应积极防护，减少发作，在冬天，宜注意保暖，防止局部受寒，还应防止情绪激动和精神紧张，不能过度劳累，治疗期间应严格禁止吸烟；在夏天，可以自行用辣椒揉擦患处。

心 肌 炎

概述

心肌炎是指心肌中有局限性或弥漫性急性、亚急性或慢性炎性病变。本篇叙述重点

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

为病毒性心肌炎。各种病毒均可引起心肌炎，其中以引起肠道或上呼吸道的各种感染的病毒所引起的心肌炎为多见。轻度心肌炎临床症状较少，诊断较困难，近几年来由于对心肌炎病原学的进一步了解和诊断方法的改进，心肌炎已成为常见的心脏病，日益受到重视。本病可见于任何年龄，尤以年轻人多见。

本病在中医被归于“短气”、“心悸”、“心痛”和“脉来三五不调”等证候的范畴，发病的内因是心脏质禀虚弱，复感外邪，内舍于心而发病，由于邪热传心，化火则致心火炽盛。随着病情的发展，心的气血阴阳被耗，证候由实转虚，出现了心气（阳）虚和心阴（血）虚的证候。

西医认为本病的发病可能为病毒直接感染导致心肌细胞溶解和病毒感染后的机体免疫失控二大因素有关。病毒性心肌炎的早期病变以病毒感染为主，后期以免疫反应为主。组织上可见心肌细胞有变性、溶解或坏死，病毒毒力越强，病变范围越大，病变涉及心包，可引起心包心肌炎，病变涉及心脏起搏与传导系统，则可成为心律失常的发病基础，或引起心律失常。

临床表现

轻症可无症状，发病前多有病毒感染的全身症状，并有胸闷、心前区痛、心悸、乏力、恶心、头晕等症状。不少病例以心悸为首发症状，少数病例发热后发生昏厥，甚则发病迅速，早期出现心力衰竭或心源性休克。

体检可发现本病有心脏扩大，心率与体温升高不相称，或心律缓慢，听诊第一心音减低，心尖区可有Ⅱ级左右吹风样杂音，可出现各种心律失常，尤以房性或室性早搏为多见，心律失常是造成猝死的原因之一。本病的血清转氨酶、肌酸磷酸激酶增高，心电图可出现T波倒置、ST段轻度移位等心肌缺血性改变，还可出现心律失常，约2/3的患者出现室性或房性早搏，同时还可见到1～3度的各部位的传导阻滞，在心肌炎患者，各种心律失常均可合并出现，急性期心律失常较常见，在恢复期可消失，亦可随疤痕的形成，造成持久的心律失常。

诊断要点

（1）凡病毒感染后1～2周内或在发热期中，见心律失常或其它心肌炎症状和体征者，甚则出现充血性心力衰竭或阿-斯综合征者，应考虑心肌炎的诊断。

（2）有心脏扩大、心律失常的心力衰竭，而又排除了心瓣膜病、高血压病、冠心病、肺心病、心包病及甲状腺病者。

（3）血液中白细胞增高、血沉增快、血清转氨酶、肌酸磷酸激酶增高者，说明本病病变范围广泛。

（4）本病应与冠心病、高血压性心脏病、心脏神经官能症和心包积液等疾病相鉴别。

治疗

治法：清泻心火，养心安神。

（1）针刺

取穴：心俞　厥阴俞　内关　神门　三阴交

配穴：低热盗汗加阴郄；心烦易躁加太冲；心痛明显加郄门。

操作：心俞、厥阴俞中等刺激泻法，进针时用45°角向脊柱斜刺，约进针1.5～2寸

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

左右时，针尖已达横突根部，即可采用行针手法加强针感，并使针感放射至前胸。然后用平补平泻手法，不必留针，要严防刺中胸膜发生外伤性气胸。内关、神门强刺激泻法，间歇留针 20～30 分钟，三阴交中等刺激，平补平泻，亦可间歇行针。

（2）灸法

取穴：心俞　肾俞　足三里　膻中　神阙　气海

方法：神阙用隔姜灸，每次灸 5～7 壮，或用艾条悬灸每穴操作 3～5 分钟。其它穴可用艾条悬灸，每穴灸 35 分钟，以局部皮肤潮红为度。灸法对于心阳不足，鼓动乏力的心悸浮肿，具有较好的益心气，补心阳的效果。

（3）耳针

取穴：心　交感　神门　皮质下　小肠

方法：每次选取 2～3 个耳穴，轻刺激，留针 20～30 分钟，每日 1 次，15 次为 1 疗程。亦可用王不留行籽贴压耳穴，必要时可采取埋针，冬季 5～7 天，夏季 2～3 天。

（4）穴位注射

取穴：心俞　厥阴俞　内关　郄门

方法：药取丹参注射液，每次选取 2～3 对穴位，每穴注入 0.5～1ml，每日或隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。

文献摘要

（1）朱伟民将 92 例病毒性心肌炎病例分为三组，其中针刺组 29 例，属心脾两虚，取中脘、太渊、脾俞、公孙、内关、足三里、三阴交；属心阴虚损者，取神门、内关、肾俞、足三里、三阴交；属痰浊内盛者取肺俞、心俞、膻中、巨阙、丰隆、内关、足三里、三阴交；属气滞血瘀，取膻中、脾俞、内关、足三里、阴陵泉、三阴交；心阳不振取百会、大椎、心俞、大陵、内关、足三里、三阴交，每次选 4～8 穴，每天 1 次，30 次为 1 疗程；针药组 53 例，取穴以及针刺操作均同针刺组，穴位注射取黄芪注射液 2～4ml，每穴注射 0.5ml，穴位注射与针刺操作交替进行，每日 1 次，30 次为 1 疗程；药物组 27 例，予黄芪注射液肌注，剂量同穴位注射组，同时予以强心、血管扩张药及辅酶 Q_{10}等药物。结果：针药组，显效 32 例，有效 15 例，无效 6 例，总有效率 89%；针刺组显效 2 例，有效 3 例，无效 7 例，总有效率为 42%；药物组显效 10 例，有效 4 例，无效 13 例，总有效率 52%。统计比较各组疗效，三组间差别显著，针药组疗效最好，针刺组次之。

（朱伟民．针刺和穴位注射治疗病毒性心肌炎疗效分析．上海针灸杂志，1998，17（1）：13）

（2）王菊光等以穴位注射硫酸镁治疗小儿病毒性心肌炎心律失常 78 例，取患儿内关穴，局部消毒，用 5 号半注射针头进针 0.5mm 左右，回抽无血后，注射硫酸镁 0.2ml，双侧取穴注射，7 天为 1 个疗程，可连续治疗 2 个疗程。治疗结果：穴位注射 7 天后，急性发作患儿心电图约 90.1%恢复正常或好转，慢性患儿约 54%恢复正常或好转，且病程缩短；中毒组硫酸镁穴位注射（不停用洋地黄）3 天后，心电图洋地黄中毒表现消失。

（王菊光，李岩．穴位注射硫酸镁治疗小儿病毒性心肌炎心律失常 78 例．针灸临床杂志，1997，13（2）：37）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）李锐等针刺配合中药治疗病毒性心肌炎，治疗方法：临床辨证分为三型：心阳虚弱型，以滋阴清热，养心安神为主。拟方：柏子仁、五味子、生地、远志、合欢皮、酸枣仁、当归、玄参、麦冬、陈皮、柴胡、桔梗、瓜蒌，针刺取穴以手少阴心经、手厥阴心包经为主，神门、内关、太溪、三阴交、百会、神庭，平补平泻，留针20分钟后出针；心气虚型，补益心气，养心安神。拟方：党参、茯苓、黄芪、当归、川芎等，针刺取神门、内关、百会、心俞、巨阙、足三里、三阴交，平补平泻，留针20分钟后出针；气阴两虚型治宜益气养阴复脉，拟方：炙甘草、阿胶、生地、桂枝、瓜蒌等，针刺取神门、太溪、内关、足三里、百会、三阴交、心俞、厥阴俞。治疗结果，25例中，痊愈18例，显效4例，无效3例。治疗时间最长为30天，痊愈率为72%，总有效率为88%。

（李锐，王旭，韩晶．针刺配合中药治疗病毒性心肌炎25例．针灸临床杂志，1995，11（4）：18）

按语

病毒性心肌炎，常发于感冒等病毒感染性疾病之后，临床表现不外心悸、胸闷等表现。由于本病病情缓慢，发病之后，又难以迅速治愈，且多有疲乏、脱力感等表现，常被认为是心血不足或心阴虚损等虚弱性疾患。故在治疗上一般以调补气血或滋补心阴为治疗原则，以控制心悸、减少早搏的出现为治疗着眼点，试图在症状改善的同时，防止心肌的进一步损害，并促进心肌愈合，而进入恢复期。常用治疗方法，宁心以内关、太渊为主穴，或配以膻中、神门、公孙；补益多从健脾起手，以助化源。常用足三里、中脘、或神阙、关元、气海用灸等。虽各家报道所用方法不一，也无原则出入。近年来的微针应用，对本病的症状改善有显著的改善作用，临床上配合应用较多。

本病部分病例起病隐袭，发作则出现心衰，或病情进展过程中突发心衰，如出现心衰，则必须针药合用，采取综合治疗为佳。治疗时注意让病人安心静养，保持体力，还需注意精神平静，心态平和，这对病情的恢复有利。

（四）造血系统疾病

贫　血

概述

贫血是指循环血液的红细胞数或血红蛋白量低于正常时称为贫血。本病在世界各地均为血液系统常见病，尤其经济不发达国家发病率很高。近年来对贫血的研究较为深入，发现贫血不再是一个独立的病种，而是因于多种疾病而出现的症状，许多原因不同的贫血具有类似的临床症状，而在针灸治疗上也具有一致性，故列为一病进行叙述。

本症在祖国医学中属于“血虚”、“虚劳”的范围，可由禀赋不足，生化乏源；失血过多，久病不愈；思虑过度，暗耗阴血；瘀血阻络，新血不生等引起。血虚，肌肤失于濡养，则血色不华；血虚不能荣养五脏六腑，则全身虚弱。

形成贫血的原因主要有三类：①造血不良如再生障碍性贫血、骨髓病性贫血、巨幼红细胞性贫血、缺铁性贫血等；②红细胞过度破坏，如红细胞膜障碍及红细胞代谢酶缺乏所引起的溶血性贫血、脾机能亢进、各种基因异常所致血红蛋白病性贫血等；③其它各种疾病引起的急、慢性失血。贫血的发病机理往往是综合的，由于多种原因导致红细

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

胞再生不能、破坏增加及丧失过度，均可严重减少外周血液的红细胞数及血红蛋白含量，引起贫血。

临床表现

本病发生缓慢，儿童及年轻患者由于心血管代偿功能较好，较老年人更耐受贫血的影响。皮肤苍白和面色无华，尤其指甲、口唇和睑结膜苍白很能反应贫血的程度。疲倦、乏力、头晕、耳鸣、记忆力减退、思想不集中等，都是贫血的早期表现。稍有活动即气急，中度贫血患者可闻及心尖区吹风样收缩期杂音，心搏加快，食欲不振，恶心，腹胀，早期多尿，中晚期还可见蛋白尿和轻度氮质血症，月经失调或性欲减退也较常见。

除上述症状外，各类型的贫血有其各自的临床特征及血象、血涂片及骨髓象特征；由各种疾病引起的贫血，还可见有相应原发病的症状。

血红蛋白检查，是确立贫血最可靠的指标，据我国各地调查资料表明，沿海和平原地区诊断贫血的血红蛋白标准为：成人男性低于 12g/dl，女性低于 11g/dl，孕妇低于 10g/dl。

诊断要点

（1）根据贫血的症状、体征、结合血象、红细胞指数及标准测定法测定的血红蛋白含量检查，一般不难诊断。

（2）应进一步明确病因，首先应询问病史，从病人的诉说中可获得贫血病因的线索，应重视化学物质接触史、慢性病病史、失血史、饮食营养及家族遗传史，还应作仔细的体检，除贫血一般征象外，更应注意出血倾向、肝脾和淋巴结肿大情况，寻找与病因有关的征象。

（3）实验室检查可以对贫血的程度进行量的估计，并对贫血性质的确立，有重要意义。周围血象和血涂片可提供最基本的资料。对不明性质的贫血，可先从形态分类分析起，然后通过特殊检查，确定临床类型。

（4）查清原发病对本病的治疗和预后的差别均有帮助，故在认定贫血后，初步分析疾病的性质和类型，然后积极寻找可能的原发病，如导致急慢性失血、萎缩性胃炎、胃肠术后、肝炎、肿瘤、白血病、新霉素和秋水仙碱等的服药史、及其它免疫缺陷病和遗传病等。

治疗

治疗方法：健脾补气，益气生血。常用温补之法。

（1）针刺

取穴：足三里　合谷　膏肓俞　膈俞　悬钟

操作：采用中等度刺激，留针时间 30～60 分钟，间歇行针，每日或隔日 1 次。或用温针灸，10 次为 1 疗程。

（2）灸法

取穴：足三里　合谷　膏肓俞　气海

操作：每次取 2～3 穴，用艾条每穴灸 5～10 分钟，以局部热、红为度。每日 1 次，10 次为 1 疗程。

（3）耳针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：脾　胃　肝　心

方法：取上穴，施以捻转手法，每次 20～30 分钟，每日或隔日 1 次，或用王不留行籽穴位贴压或埋针。

(4) 贴敷疗法

取穴：关元　气海　神阙　膏肓俞　膈俞

方法：以补气补血的中药，打粉末后，用黄酒加饴糖调成糊状，敷于穴位之上，每次选 2～3 穴，敷 3～5 天换 1 次，每天用热水袋或在贴敷穴位上加热，30 天为 1 疗程。

(5) 穴位注射

取穴：足三里　合谷　关元　气海　膏肓俞　膈俞

方法：用维生素 B_{12}、当归注射液注入以上各穴位，每穴注射 1～2ml，每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

李一卿治法以健脾养胃，益气生血，补心安神为主。取穴：内关、足三里。运用"呼吸补泻"的方法，采用轻补手法，即呼气时进针，吸气时提针，内关刺入 5 分，以手臂轻微发麻为度，足三里刺 5 分～1 寸 5 分，进针后以双下肢略感酸胀为度，留针 15 分钟。每周治疗 3 次，6 次为 1 个疗程。本组 150 例，10 例经 1 疗程治疗 ECG 恢复正常，46 例经 2 疗程治疗后，ECG 恢复正常，94 例经 4 疗程的治疗后 ECG 恢复正常，心电图正常后，134 例贫血亦同时得到纠正，症状亦有明显的改善，症状改善最快的为 7 天，最慢的为 30 天。

(李一卿．针刺治疗小儿营养不良性贫血继发心肌损伤 150 例．中国针灸，1998，18(8)：463)

按语

贫血是由多种原因引起的综合病证，其实验室依据是外周循环血中有效红细胞数量或血红蛋白的减少，根据其临床表现，多将其归属于虚损性疾病。针灸治疗贫血病的疗效，主要着眼于提高外周血中的红细胞数量，其疗效取决于贫血的类型与原发病的轻重。一般说来，针灸对缺铁性贫血的疗效较好，骨髓抑制性贫血次之，对其它各型的贫血如酶缺陷及其它原因引起的溶血性贫血、骨髓再生缺陷所致贫血等，针灸亦具有一定的症状改善作用。不论何种类型的贫血，其基本治疗方法是健脾益气，调补肝肾，以冀血之所生之源旺盛，所藏之器固摄，行血之脉畅达，而病获愈。同时，由于贫血可继发于多种疾病，如失血过度的贫血应查明失血原因，基因异常和酶缺陷、骨髓抑制等病证，在治疗贫血的同时，必须治疗原发病，才能真正纠正贫血。由于血液系统疾病，病情有轻有重，加之病因复杂，临床中应针、灸、药三者结合使用，以提高本病的治疗效果。

对针灸治疗本病机理研究仅获得初步成果，研究表明，针刺正常人的足三里、合谷，能使红细胞总数一度升高，血红蛋白含量上升，但作用时间较短，且不持久。目前的针灸研究资料尚未涉及调节基因变异酶缺陷、抗红细胞膜脆性等的研究，针灸治疗本病的临床规律有待进一步揭示。

本病的治疗过程中，应注意防止滥用对造血系统有抑制作用的药物，以免贫血进一步发展．对于缺铁性贫血，在饮食上，应注意服用含铁量多的食物。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

白细胞减少症

概述

白细胞减少症是指外周血液中白细胞数持续低于 4×10^9/L 时，统称为白细胞减少症。临床特征以乏力、头晕为主，伴见食欲不振、失眠、心悸、低热等症状。有原发性和继发性两种，后者常继发于其它疾病。本病在发病上无性别差异，任何年龄均可发病，若病情进一步发展，可导致粒细胞的减少或缺乏。

本病属于中医“虚损”、“虚劳”的范畴。认为先天不足、饮食不节、房劳过度、暴病伤损，而耗伤气血。以脾气的亏虚，气血化源不足为主要特征，亦可因禀赋不足，肾精衰少，以致真元不足，脾肾两虚。

导致本病发生的原因很多，如化学药品、细菌病毒感染、放射线、药物损害、饥饿、神经性厌食及免疫异常等。其发病机理目前尚未阐明，近年来的研究认为，血中粒细胞减少，取决于骨髓的生成、释放、血中破坏程度及组织需要量。其病理形式主要有：骨髓粒细胞生成不良伴成熟障碍；粒细胞成熟障碍伴释放减少；血中粒细胞破坏过多或利用增加，骨髓代偿增生活跃；粒细胞分布紊乱；混合型病例的病理特征是既有粒细胞生成干扰，又有感染，以及粒细胞破坏过多的情况。

临床表现

原发性白细胞减少症仅有乏力、低热、盗汗、失眠等全身症状，无明显的继发病因，也无严重的感染。继发性白细胞减少症的临床表现，多取决于原发病，可伴有单核细胞的增多，经常感冒、扁桃体肿大、支气管炎、肺炎、中耳炎、咽喉炎、口疮及泌尿道感染等，一旦有感染病灶，往往迁延难愈。

本病的常见并发症是口腔感染、急性肛周脓肿、一些严重的感染常易进展为败血症，故败血症是本病的主要威胁。

实验室检查，周围血白细胞总数大多在 $2.0\sim4.0\times10^9$/L 左右，伴不同程度的中性粒细胞减少，粒细胞胞浆内有毒性颗粒胶空泡等退变，淋巴细胞相对增高，血红蛋白和血小板数大致正常，骨髓象早期正常，或有粒细胞再生低下或成熟障碍。

诊断要点

（1）根据外周血象的白细胞计数与分类，骨髓象检查，可以确立本病的诊断。但需明确是原发性的还是继发性的，所以需详细询问病史及工作环境，如毒物苯的接触史、服药史、肝炎病史、家族史等，结合体检，观察有无肝脾肿大、淋巴结肿大、出血和其它感染史。

（2）骨髓粒细胞贮备功能测定，可以了解白细胞的释放功能；肾上腺素试验亦是一种测定白细胞释放能力的检查，是本病的白细胞减少程度的指标。白细胞凝集素试验对本病的诊断有辅助作用。

（3）本病应与下列疾病相鉴别：非白血性白血病、传染性单核细胞增多症、再生障碍性贫血等。

治疗

治法：健脾益气。

（1）针刺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：足三里　三阴交　大椎　血海　脾俞　肾俞　膈俞

操作：得气后，施用提插捻转补法，持续刺激2～3分钟，留针30分钟，间歇行针2～3次。每日或隔日1次，15次为1疗程。

(2) 灸法

取穴：大椎　膈俞　关元　气海

方法：每次选2～4穴，每穴用艾条温灸15～30分钟，或用补中益气中药研末制成药饼，以枣子大艾炷隔药饼灸9～11壮。每日或隔日1次，15次为1疗程。

(3) 耳针

耳穴：肝　脾　肾　内分泌　肾上腺　交感等

方法：每次留针30～60分钟，每日1次，15次为1疗程。

文献摘要

(1) 黄喜梅于化疗前2日开始用温针灸和艾炷灸预防治疗患者化疗中白细胞下降，每日1次，两种方法交替使用，连用6～7周，至化疗结束。①温针灸法，取内关、足三里、三阴交、血海、阴陵泉等，均取双侧，每次取2～3穴，除足三里穴施以温灸外，余穴均施以提插捻转之补法，留针30分钟。②艾炷灸法，取穴及操作方法与前同，行艾炷隔姜灸，固定专人操作。每周复查1次白细胞。共21例，有效12例，无效9例。

(黄喜梅．针灸对化疗中白细胞下降的影响．河南中医，1991，11(5)：32)

(2) 殷之放等观察了156例白细胞减少症病例，该组病例随机分为二组，其中针刺组96例，对照组60例，以临床症状和白细胞数以评定疗效。针刺组取穴：大椎、命门、足三里，白细胞数低于3.5×10^9/L者，配三阴交，低于3.0×10^9/L者，再配太溪，留针30分钟，隔日1次，6周为1疗程。对照组以茴草双酯400mg，口服，1日2次，6周为1疗程。结果：治疗后临床症状的改善率针刺组为84.6%，明显优于对照组(56.1%)，且针刺后白细胞上升幅度也明显大于对照组($P<0.05$)。

(殷之放，王瑞珍．针刺治疗白细胞减少症疗效观察．浙江中医杂志，1994，18(7)：308)

(3) 孙蔚莉等设立穴位注射地塞米松组和传统升白药物组各46例进行临床观察，穴注组治疗方法为双侧足三里针刺后再注射2.5mg药物，每日1次，连续治疗5～10天。对照组用利血生、肝血宝等。用药后3、7、10天分别测定外周白细胞，结果：二组在治疗后白细胞均有上升，组间比较，穴注组疗效优于药物组($X^2=20.19$，$P<0.01$)。

(孙蔚莉，陈迎春．穴位注射地塞米松升高外周白细胞的临床观察．江苏中医，1994，15(8)：29)

按语

白细胞减少症，在中医文献中无此病名，目前，其作为肿瘤放、化疗后副作用，临床较为常见，配合以针灸，可以提高人体抵抗力，减少治疗中的副作用，以期提高疗效。针灸对于本病的治疗主要着眼于升高白细胞和改善症状，选穴处方主要包括两个部分，扶正固本的穴位如肾俞、脾俞、胃俞、足三里等和升高白细胞的穴位如大椎、膈俞等。现在有人采用激素或升白细胞药物穴位注射，亦有较好的临床疗效。

研究证实，针灸能提高白细胞减少症的白细胞数量，如刺哑门穴，可肯定地引起白细胞增多，针刺华盖穴，可使白细胞总数和中性白细胞数增高。有人报道，针刺大椎、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

合谷、足三里治疗因放化疗所致的白细胞减少有显著的疗效，对脾功能亢进所致的白细胞减少也有较好的疗效。大椎针刺可致一叶核增多，而足三里针刺后，可使杆状核增多，其它穴位只有数量上的增多，而无核的变化，可见，针刺对白细胞具有明显的调整作用。

对于继发性白细胞减少症，在接受针灸治疗的同时，应积极治疗原发病，或去除病因，这样才能从根本上治愈本病。对于原因不明的白细胞减少症，应配合补充维生素及营养，同时做好各种预防工作，避免滥用各种可能引起白细胞减少的药物，若必须使用，应注意观察血象或配合针灸治疗，发现白细胞减少时应立即减药或停药。

原发性血小板减少性紫癜

概述

血小板减少性紫癜是指外周血中血小板数量减少，皮肤出现瘀点及瘀斑，粘膜及内脏出血这一临床病证。分急性型和慢性型两种，早期很难区别，但两者的病因及转归全然不同。原发性血小板减少性紫癜则是一种与自身免疫功能异常有关的疾病，好发于冬春两季，儿童大多为急性型，而青年和成人多为慢性型，女性多于男性。本病的死亡率为1%。

本病属祖国医学“血证”的范畴，其皮肤出现瘀点及瘀斑，《医宗金鉴》称之为“肌衄”；又称为“发斑”和“葡萄疫”，粘膜及内脏出血分别称为鼻衄、齿衄、便血、尿血等。究其病因病机，主要为热病阴津伤耗，以致阴虚火旺，迫血妄行；气虚不摄，血溢脉外等。

本病的病因至今不明，人们从免疫、内分泌及血小板功能异常等角度对其发病机理进行了研究，发现本病患者血中存在二种血小板抗体，一种是血小板表面抗体（PAIg），另一种是游离的抗血小板抗体（PBIg），二个抗体的血内水平与血小板的计数与寿命呈负相关关系。研究还发现，血小板膜蛋白或类脂成分及胞浆内的1种124KD物质，可能与血小板抗体的抗原相关。另外，雌激素可增强自身免疫反应，并可抑制血小板的生成，同时，T_3的含量与病情的轻重有一定的关系。

临床表现

（1）急性型血小板减少性紫癜，一般起病前1～2周常有病毒感染史。起病急骤，可伴发热、畏寒，突然发生广泛严重的皮肤粘膜出血。皮肤出血表现为全身瘀点或瘀斑，密集色红，以四肢及易于碰撞部位多见，严重者可融成片甚至形成血肿，鼻、龈出血也较常见，还可有胃肠道、泌尿系的出血等，颅内、脊髓及脑膜出血较少见，但如见有口腔、舌大片紫斑或血疱，又伴见头痛或呕吐，往往为颅内出血的先兆，要特别提高警惕。一般出血程度与血小板减少程度相一致，其病程多为4～6周，最长半年可自愈。本病肝及淋巴结一般不肿大，10%～20%的患者可有轻度脾肿大。

（2）慢性型血小板减少性紫癜，一般起病隐袭，多数在确诊前数月甚至数年已有易发紫癜，鼻、龈衄，月经过多，小手术或外伤后出血时间延长等病史，出血程度不一，一般较轻，紫癜色淡，多发生在下肢，很少出现血肿或血疱，牙龈渗血多于鼻出血，月经过多者常伴有缺铁性贫血。在本病急性发作期，亦可见消化道、泌尿系出血，甚至颅内出血或失血性休克，其病死率<1%，多因上呼吸道感染或过劳而诱发急性发作，每

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

次发作可延续数周或数月，缓解期出血不明显，仅有血小板计数减少，体征与急性期同。

实验室检查，血小板计数减少，急性型或慢性型急性发作期常在 20×10^9/L 以下，而当血小板计数在 10×10^9/L 以下时可有广泛或自发出血。慢性型一般在 $30\sim80\times10^9$/L 之间，高于 50×10^9/L 者可无症状。骨髓象检查，骨髓增生活跃，粒系无异常，红系可轻度增生，其特征是巨核细胞计数正常或增多，但成熟障碍，以颗粒性巨核细胞和裸核为主，产生血小板的巨核细胞少见或不见，血小板罕见。

诊断要点

（1）根据临床上各种出血表现，多次检查外周血小板计数减少，脾脏不增大或轻度增大，骨髓检查巨核细胞正常或增多同时伴有成熟障碍等，即可作出诊断。

（2）血小板抗体检测，各种血小板抗体增高，尤其是 PAIgG 增高明显；用核素法（^{51}Cr 或 ^{111}In 标记血小板）检测血小板寿命较正常人缩短；以及泼尼松治疗可有效改善症状等现象均支持本病的诊断。

（3）对于外周白细胞减少或骨髓巨核细胞减少的血小板减少性紫癜患者，即使未找到原发病灶，也不能诊断为原发性血小板减少性紫癜，应定期随访，密切观察病情变化，往往以数年甚至更长才会暴露出原发病灶。

（4）继发性血小板减少性紫癜，常继发于①血小板生成障碍，如早期再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征、放化疗药物所引起的血小板减少性紫癜等；②其它自身免疫性疾病，如多系统红斑狼疮、类风湿关节炎、伊文氏综合征、甲亢、慢性肝炎等；③血小板分布异常，如脾功能亢进症、骨髓纤维化、肝硬化及血吸虫病所致脾肿大等。

（5）本病应与过敏性紫癜相鉴别，后者属于变态反应性毛细血管炎，因此，血小板计数正常，而且紫癜一般高出皮肤，并伴明显的瘙痒。

治疗

治疗法则：凉血解毒，调气摄血。

（1）针刺

取穴：足三里　血海　三阴交　膈俞

配穴：血热妄行，取曲池、合谷、大椎、中脘、足三里、血海；阴虚火旺，取太溪、照海、三阴交、血海；气不摄血，取足三里、阴陵泉、膈俞、脾俞、三阴交；热毒内结，曲泽、委中（刺血）；衄不止，上星，天柱、迎香；肠道出血，长强、承山；子宫出血，隐白、大陵、神门、太溪；尿血，血海、中极。

操作：急性型，邪热偏盛者，进针得气后行提插捻转泻法，呈慢性型，病程较长，起病较慢的，多属阴虚火旺或气虚不能摄血，针刺得气后，应施以提插捻转补法，若患者见畏寒，面色苍白，出血清稀的脾肾阳虚寒症，在针刺后，可行温针灸，或直接加灸。本病留针时间宜长，尤其慢性型者更应久留，可长达 40～60 分钟，间歇行针，隔 5 分钟 1 次，针灸每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。本病针刺出针时，应扪穴 1 分钟左右，以防出血。

（2）耳针

取穴：脾　肝　肾　胃　三焦　皮质下

配穴：急性型加胃、心；慢性型加脾、肾。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：毫针强刺激，留针 30 分钟，或用王不留行籽贴压于耳穴上，嘱患者每日自行按压 5～10 次，每次 2～3 分钟，隔 3 日更换穴位 1 次，两耳交替使用。

（3）灸法

取穴：腰阳关　八髎

方法：用小枣大艾炷行隔姜灸，每穴灸 7～9 壮，灸至局部和下腰区有明显的温热感为度，但不可灼伤皮肤。每日 1 次，10 次为 1 疗程，每疗程间休息 7～10 天。

（4）穴位注射

取穴：膈俞　脾俞　血海

方法：选用维生素 B_{12}200～400μg 和辅酶 A50U，在所选穴位作穴位注射，每隔3～5 日 1 次，1 个月为 1 疗程。

文献摘要

（1）蔡立皓等将 137 例患者根据不同的兼证分为阴虚型（65 例）、气虚型（48 例）、瘀血型（24 例）三型，每型中随机抽出三分之一的病例作为中药对照组，2 个疗程后复查血小板计数和束臂试验以评定疗效。针刺组取穴：阴虚型，取肾俞、足三里、三阴交；气虚型，取脾俞、足三里、三阴交；瘀血型，取膈俞、足三里、三阴交。每日 1 次，10 次为 1 疗程，休息 3 天后进入第 2 疗程。中药对照组服中药治疗，阴虚型用大补阴丸加减，气虚型用归脾汤加减，瘀血型以桃红四物汤加减。中药每日 1 剂，水煎早晚分 2 次服，连服 20 天。结果：针刺各组的痊愈率和总有效率与对照组相比有显著差异（$P<0.05$），提示针刺是治疗原发性血小板性紫癜的有效方法之一，另外，针刺组和中药组治疗后血小板计数均有明显升高，与治疗前相比差别显著（$P<0.01$），通过观察发现，束臂试验各组的阳性患者的转阴率大致相同。

（蔡立皓，赵彩琴．针刺治疗慢性原发性血小板减少性紫癜 104 例近期疗效观察．中国针灸，1992，12(5)：3）

（2）丁果元等从生物细胞信息论出发，采用光量子生物信息同步输入穴位的方法治疗本病，选用血海、三阴交、肾俞、脾俞、肝俞、膈俞、涌泉 7 穴，运用 LM-H 型光-磁量子治疗仪，其 He-Ne 激光波长为 6328 埃，每日照射 1 次，每穴 6～8 分钟，10 次为 1 疗程，疗程间休息 3 日。在巩固阶段，可隔日治疗 1 次。

（丁果元，许宏大，严洁等．光-磁量子生物信息同步输入穴位治疗血小板减少性紫癜 45 例．湖南中医学院学报，1993，13(1)：49）

（3）殷之放用针刺法治疗原发性血小板减少症，其中治疗组 34 例，对照组 25 例。治疗方法：针刺组取大椎、足三里、三阴交。血小板减少低于 80×10^9/L 者加太溪。刺法：大椎穴用拇指后退为主的捻转泻法，足三里、三阴交和太溪穴用拇指前进为主的捻转，结合重按轻提的补法，在下肢两侧同一穴位上施行补泻时，用双手左右对称操作，留针 30 分钟，隔日针刺 1 次，6 周为 1 疗程；对照组口服茜草双脂片 400mg，1 日 2 次，6 周为 1 疗程。治疗结果：从症状观察来看，治疗组症状改善明显，有效率达 84.2%，而对照组症状改善不明显，有效率仅为 55%，提示治疗组有效率明显优于对照组。而从血小板的升提作用看，治疗组血小板数上升明显，且接近或恢复正常，对照组治疗后升血小板的作用弱，两组比较，针刺组明显优于对照组（$P<0.05$）。

（殷之放．针刺治疗血小板减少性紫癜 34 例疗效观察．江苏中医，1993，14(10)：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

454）

按语

历代文献缺少针灸治疗本病的记载，现代文献虽有零星报道，但尚处于临床经验总结，和初步观察阶段。据目前报道，针灸主要用于慢性型原发性血小板减少性紫癜，并对改善出血症状、增高血小板计数，均具有一定的作用。急性型血小板减少性紫癜则应针药合用，综合治疗。

针灸治疗本病，多按气虚不能摄血的血证施治。悬钟为髓会，临床亦常用于各种骨髓病变所致的血细胞再生不良，有人认为该穴对本病的症状改善及出血症状亦具有一定的作用，其它如肾俞、肝俞、膈俞、足三里、三阴交、血海、涌泉等，亦为对血小板功能的特异作用的穴位，临证时再兼顾不同的证型，即可起到很好的效果。针灸治疗本病的特点，不仅在于临床症状消失快，而且具有明显的升高血小板计数的作用，其机理尚不清楚。一般地说，针刺疗效优于其它疗法，耳穴等其它微针疗法的治疗作用仅适用于慢性型病例。由于本病易于出血，故在针刺操作上要求手法轻巧，出针时应扪紧针孔，并注意针孔有无出血。

对于继发性血小板减少性紫癜，应积极治疗原发病症，如严重的再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征、多系统红斑狼疮、类风湿关节炎、伊文氏综合征等，应以药物治疗为主，针灸应属从属地位，如出现病情恶化，应积极组织抢救。对放、化疗药物所引起的血小板轻度减少，可单独用针灸治疗。

（五）泌尿、生殖系统疾病

慢性肾小球肾炎

概述

慢性肾小球肾炎是一种常见的肾脏疾病。临床表现颇多，病程较长，多为缓慢进行性。尿常规检查有程度不等的蛋白尿、颗粒管型、红白细胞，并有浮肿、高血压等症。同时，可伴有不同程度的肾功能障碍。男性多见，发病年龄大多在青壮年期。部分病例可由急性肾炎转化而来，但在临床上，急性肾炎病史多不能溯及。本病的发生可能是由于各种感染后的变态反应引起，一般认为与人体免疫功能状态有密切的关系。

由于本病的临床表现大多有不同程度的水肿，因此，与中医“水肿”病相类，多属于阴水、虚劳、腰痛的范畴。本病主要病变在肺、脾、肾三脏，以肾为根本。外邪侵袭，内伤脾肾，体内水精失布，气化失常，水液停留而致本病。由于病情缠绵，多属虚证。临床可分肾阴虚、肾阳虚和阴阳两虚三类。

西医认为，慢性肾小球肾炎是各种原发或继发性肾小球肾炎在进入终末期肾衰的进展阶段。由急性损害而产生的有效肾单位的丧失，残余肾单位的高灌注、高过滤状态是一个共同代偿机制，而由此带来的肾小球毛细血管内压的增高，又加速了肾小球结构的损害。此外高蛋白饮食选择性地扩张入球小动脉，也加重了肾单位的破坏。主要病理特征是，肾皮质变薄，肾小球细胞减少，毛细血管球萎缩，呈玻璃样变或纤维化。

临床表现

本病的临床表现多种多样，病程长短亦不同，发展迅速者可在数月或在数年内发展成为尿毒症，病情轻者有部分或全部缓解的可能，但大多数病人的病情呈进行性加重。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

其主要表现是浮肿，高血压，一般呈持续性升高，明显的贫血，不少病人还伴有疲劳、乏力、腰部酸痛、食欲不振等症状。

体格检查，眼底血管痉挛及高血压性眼底变化，贫血者可见眼底苍白，尿检明显的蛋白尿，尿中有大量红细胞和白细胞，甚至为肉眼血尿，可见大量颗粒管型和透明管型，肾功能呈现不同程度的减退。

诊断要点

（1）目前认为慢性肾小球肾炎不是一个独立的病，只是任何原发或继发性肾小球肾炎进入肾衰前的进展阶段，虽然见有浮肿、蛋白尿、镜下血尿、尿管型、高血压等表现可考虑本病的可能，对本病的诊断可能只能靠肾组织活检来确诊。

（2）急性肾炎与慢性肾炎不应靠时间来判别，一般有蛋白尿、血尿等症状持续1年以上者，可考虑慢性肾炎的可能，但有些急性肾炎可能在2～3年以上恢复，而有些慢性肾炎初期表现可酷似急性肾炎，见有严重贫血、血浆蛋白减少、肾功能减退、和眼底改变有利于慢性肾炎的诊断。

（3）本病尚需与局灶性肾炎，结缔组织疾病如红斑狼疮、结节性多动脉炎，类脂质肾病，高血压病，肾盂肾炎，肾结核，姿位性蛋白尿等病相鉴别。

治疗

治法：调理脾肾，化气行水。

（1）针刺

取穴：肺俞　脾俞　肾俞　志室　太溪　膻中　鸠尾　中脘　气海　足三里　三阴交

配穴：肾阳虚：大椎、命门、关元（艾灸法）；肾阴虚：京门、膈俞；面浮：人中、阳陵泉、三焦俞；血压偏高：太冲、足三里；失眠：风池、涌泉；肾功能不全：胸椎5～7夹脊。

操作：按穴位在背腹之不同，将诸多穴位分为两组，每次针背部腧穴和腹部腧穴，轮流使用。手法可采用轻刺激手法，以轻捻浅刺卧针为主，留针20～30分钟，每周2～3次。留针时可配合艾灸疗法，或温针，对于肾虚者，应加用麦粒灸。

（2）耳针

取穴：肾　膀胱　肾上腺　神门　内分泌　脾　敏感点

方法：每次选3～4穴，行中等刺激，留针40～60分钟，两耳交替，每日1次，10次为1疗程，疗程间可休息5天。

（3）梅花针

取穴：腰　骶　下腹部　大腿内侧

方法：自上而下叩打，以穴区红晕为度，每日1次，15次为1疗程。

（4）穴位注射

取穴：肾俞　三焦俞　京门　膀胱俞

配穴：水肿严重者加水道、足三里、复溜。

方法：每次取一侧1～2穴，两侧交替使用，用促肾上腺皮质激素10单位，每穴注射2u，或用5%的当归注射液，每穴注入0.5ml，每日1次，10次为1疗程。

（5）埋线疗法

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：肾俞

方法：按常规消毒，在选定穴埋入羊肠线，线端不可露出皮肤，术后用消毒纱布敷于穴位表面，20～30 天治疗 1 次，2～3 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）张智龙针刺治疗慢性肾炎，治疗方法：取水分、双侧足三里、阳陵泉、三阴交、复溜、肓门、志室。足三里、肓门、志室施以烧山火手法，三阴交、复溜施以疾徐提插补泻法，阳陵泉、水分施以平补平泻，诸穴留针 40 分钟，每日 1 次，12 次为 1 疗程，对于尿毒症或有感染，高度水肿者，酌情应用保醛氧化淀粉酶、激素、抗生素、利尿剂等药物，若病情单纯可停用西药，单纯针刺。结果：54 例患者中，完全缓解 10 例，基本缓解 25 例，好转 14 例，无效 5 例，总有效率为 90.74%。中医分型中，以脾胃气虚型疗效最好，而气阴两虚型疗效最差。

（张智龙．针刺治疗慢性肾炎 54 例临床观察．天津中医，1996，13(2)：13）

（2）李东新等将 52 例肾炎和肾病病例随机分为激光组和对照组。激光组采用天津第四光学仪器厂产 JG-IA 型 He-Ne 激光针灸仪，波长 632.8nm，光输出功率为 3～10mV，光导纤维内藏于特制针芯内，激光可直接照射穴位深部。取穴：肾俞、三焦俞、三阴交、水道，每次选择二穴，针刺深度为 1.5～2cm，得气后用激光照射 10～15 分钟，每日 1 次，21 次为 1 疗程，辅以常规治疗：肌苷 0.2g，每日 3 次，潘生丁 50mg 每日 3 次，中药六味地黄汤加减，对症治疗：浮肿加双克、速尿，高血压加心痛定、卡托普利等；对照组单纯采用上述常规治疗。结果：激光组 1～3 个疗程后，尿蛋白转阴 39 例（占 75%），各型慢性肾炎有效者，普通型 20 例，改善 17 例，急性发作 12 例，改善 9 例，高血压型 5 例，改善 1 例，肾病 15 例，改善 12 例；而对照组尿蛋白转阴 36 例（占 34%），其中普通型 18 例，改善 4 例，急性发作 12 例，改善 4 例，高血压型 4 例，无 1 例改善，肾病型 13 例，改善 8 例。有效病例经肾活检，治疗后多呈微小病变，轻度系膜增生，膜性肾病等，全部有效病例肾功能及肾图转为正常。

（李东新，赵军，郭民等．He-Ne 激光针治疗慢性肾和肾病的临床研究．中国针灸，1994，14(4)：7）

（3）王连樟等治疗慢性肾小球肾炎 52 例，治疗方法：黄芪注射液注入足三里、肾俞、脾俞，并根据不同症状进行辨证治疗，尿白细胞增高加用鱼腥草注射液中极穴注射，尿红细胞增多加用当归注射液血海穴内注射，治疗时病人取卧位，于穴位处进行常规皮肤消毒后，用装有 5 号针头的 5ml 注射器抽取药液，快速垂直刺入穴位，得气后抽无回血，再将药液徐徐注入穴中，每穴 1ml，隔天治疗 1 次，1 次为 1 疗程。结果：肾功能不全 8 例经治后肌酐恢复正常 4 例，降低 0.5mg% 以上者 3 例，无变化者 1 例。下肢轻度浮肿 23 例，治疗后完全消退 17 例，减轻 4 例，无变化 2 例，腰部酸痛 48 例，治疗后酸痛消失 41 例，减轻 5 例，无变化 2 例，总有效率为 96%。

（王连樟，吕圭源，魏欣甫等．穴位注射治疗慢性肾小球肾炎 52 例临床观察．中国针灸，1997，17(7)：441）

（4）张玉红等用穴位注射的方法治疗慢性肾小球肾炎顽固性蛋白尿 10 例，治疗方法：采用丹参注射液和鱼腥草注射液，规格 2ml/支，用 5ml 注射器及 6½号针头各 1 支，抽取丹参注射液、鱼腥草注射液 2ml，隔日交替。取双侧肾俞、足三里，常规消毒

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

后，快速进针约半寸至1寸，提插有针感后，回抽无血注入每穴1ml，10次为1疗程，休息5天后可进行第二疗程。结果：本组治愈5例（蛋白转阴，病情控制，5年内无复发），好转4例（病情稳定，蛋白下降＋＋～＋），无效1例（尿蛋白同前）。

（张玉红，岳小玲，徐景芳．穴位注射治疗顽固蛋白尿10例．甘肃中医学院学报，1998，14(4)：40）

按语

针灸对慢性肾炎具有良好的疗效，具体地说，针灸可以消除水肿，改善贫血症状。慢性肾炎水气停留于分腠，气血不足于脏腑，治疗上，针刺其体表水分停留之所或手足三阳经，满则泄之；灸治取手足三阴经，重在调理脾肾两脏，这对改善症状有明显的效果，特别是对慢性肾炎的浮肿、贫血等症状，应用灸法更为适宜，因慢性肾炎的浮肿大多由脾肾阳虚所致，给予灸疗能振奋脾肾阳气，常能收到满意的疗效。临床上应注意二者有机结合，一般慢性肾炎病人都要针后加灸，或留针时并用灸法，以轻度灸治为宜。

慢性肾炎病情冗长，采用针灸治疗时间一般需要2～3个月以上。在治疗过程中，有时病情会有反复，故要求病人耐心治疗。肾炎病人的蛋白尿、血尿、高血压问题，临床上并未对其作针对性治疗，通过整体辨证治疗，这些症状会随水肿的改善而减轻或消除，若肉眼血尿明显，可参照血淋的治疗方法，予以清利湿热，凉血止血，每可得到控制。本病应注意临床护理，症状明显时应注意休息，水肿明显，血压较高者应限制食盐，平时不宜过度疲劳，参加力所能及的体育锻炼，提高机体防御能力，减少发作及恶化的诱因。

肾　下　垂

概述

成人肾脏在深呼吸时，右肾下极可被触及，如移动度增大，吸气时可触及¾时，称肾下垂。本病80%无症状，仅有20%的病人有腰痛，且于劳累、久行、久立后加重，平卧后减轻。多见20～40岁左右的妇女，男性少见。患者多消瘦，常为坐性职业。

中医学中无“肾下垂”的病名，根据本病的临床症状，主要归属于“腰痛”或“肾虚腰痛”的范畴。导致肾虚腰痛的原因很多，如过度负重或从事力所不能及的劳动，因而损伤肾气；或禀赋不足，房劳不节，妇女生育过多，均可引起肾虚腰痛。

西医学认为，本病多见于生育过多的妇女，或原来肥胖而后变为消瘦，腹壁肌肉松弛、腹内压降低、肾周围脂肪减少、不能维持其正常位置所致。此外，肾蒂过长，肾囊与腹膜间结缔组织松弛，先天性腹壁肌肉发育不良等，亦为其致病原因。

临床表现

少数患者可无明显的临床症状，但多数患者可见下列症状。

（1）由于肾脏下垂，牵拉其邻近组织，而出现肾区钝痛或牵涉痛，均在劳累或行走后发生。妇女月经期及大便秘结时加重，平卧后可消失；如肾蒂或输尿管扭转时，可发生肾绞痛；如遭受感染，可出现尿频、尿急及发热等急性炎症症状，甚至可出现血尿。

（2）下垂的肾脏可牵拉十二指肠、结肠和肠系膜，而出现消化不良、腹胀恶心、呕吐、便秘、腹泻等症，也可因肾下垂产生神经反射，刺激十二指肠，而出现各种消化道

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

症状。

此外，还可出现头痛、头晕、心悸、失眠、记忆力减退、易于疲劳等神经衰弱症状。

诊断要点

（1）本病可根据病史及临床表现，腹部检查摸到肾脏位置，及移动范围超出正常限度可以诊断，B超或X线检查，肾下缘一般低于第3腰椎。必要时作静脉肾盂造影以明确诊断。

（2）肾下垂程度分级：Ⅰ°：肾盂位置低于第3腰椎水平；Ⅱ°：肾盂位置低于第4腰椎水平；Ⅲ°：肾盂位置低于第5腰椎水平；Ⅳ°：肾盂位置低于第5腰椎以下。

（3）本病尚需与慢性腰肌劳损、泌尿系统感染、盆腔炎等病相鉴别；有明显消化道症状者，还应与慢性胃炎、慢性肠炎以及胃十二指肠溃疡相鉴别；无明显临床症状及仅有轻度不典型症状者，应与神经衰弱、结核病、慢性肝炎等病相鉴别。

治疗

治疗法则：补肾益气，升清举陷。

（1）针刺

取穴：肾俞　关元　足三里　百会　脾俞　巨阙

配穴：消化不良、恶心、呕吐者，加中脘、胃俞；尿频、尿急、尿痛者，加膀胱俞、阴陵泉；肾绞痛，血尿，加京门、筑宾、中极；头痛、失眠、记忆力减退、心悸等，加神门、心俞。

操作：以上穴位，每次选取5～7穴治疗之。其中肾俞、关元、足三里、百会均用补法，用温针或灸法。每日1次，15次为1疗程。

（2）电针

取穴：脾俞　胃俞　肾俞　足三里　三阴交　公孙

方法：将一电极置于一侧肾俞，另一电极置于同侧脾俞、胃俞、足三里、三阴交、公孙穴，通以3～8伏感应电（以患者能耐受为度），每次治疗15～30秒，反复治疗3次。或用直流电，将正极置于命门穴，阴极置于上述各穴，各通以15～25毫安的电流，快速开关5～10次。也可在上穴用脉冲电流治疗，接G-6805电针仪。

（3）耳针

取穴：肾　皮质下　脾　腰　三焦

方法：每次选2～3穴，行轻刺激，留针20分钟。以上治疗每日1次，10次为1疗程。两耳穴位隔日交替使用。

（4）穴位注射

取穴：肾俞　脾俞　胃俞　足三里

方法：所用药物为胎盘组织液或黄芪注射液，每次选取2～4穴，按穴位注射操作常规进行，每穴注入药液2～5ml，各穴轮流使用。以上治疗每日或隔日1次，10次为1疗程，每疗程间间隔3～5天。

（5）提肾法

取穴：三焦俞　肾俞　气海俞

方法：用4寸长针，行透针法，即从三焦俞进针2～3分后将针卧倒，针头向下，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

沿腰肌透过肾俞，抵达气海俞，并将针向一个方向搓 2～3 次，使针下有沉涩感，然后缓慢上提起，经 3～5 分钟出针，隔 1～2 日 1 次，连续 3～5 次。

按语

肾下垂为现代难治疾病之一，药物治疗效果不理想，针灸则为一种比较有效的治疗方法。本病患者，有的可无明显的临床症状，可不需治疗。如临床见有慢性腰痛，伴频繁的尿路感染，则应考虑肾下垂的可能，作腹部触诊及 X 线检查以确诊。针灸治疗，能较快的改善本病的腰痛、神经衰弱症状群，消化道表现以及尿道感染症状，但根治则需要很长的时间。对本病的治疗基本原则仍是匡扶元气，升提举陷并重，扶正是治本，举陷为治标。其正虚主要有中气不足、脾肾阳虚和肝肾阴虚三型，中气下陷多用气海俞、关元俞、脾俞；脾肾阳虚多加灸脾俞、肾俞、至阳；肝肾阴虚常用肝俞、肾俞、三阴交、太溪。治疗时除辨证取穴外，应着重于局部取穴，背俞穴及华佗夹脊穴为治疗本病的有效穴位，针刺时力求得气。本病一般需长期治疗，症情波动，则治其标，平时以治本为主可选用贴敷或耳穴贴压，若配合中药治疗则效果更好。

其合并胃下垂者，可参考胃下垂的针灸治疗方法，合并感染者可参照泌尿道感染的针灸治疗方法，并发肾结石、肾盂积水、肾盂肾炎者，可参考各有关章节进行治疗。症情严重者，应配合其它方法，或转手术治疗。除治疗外，应加强体质锻炼，特别是腹肌锻炼，如仰卧起坐，游泳等，对瘦弱的患者应加强营养，以增强体质。

尿路感染

概述

尿路感染是致病细菌，特别是来自肠道的革兰氏阴性杆菌如大肠杆菌在尿路繁殖，引起下尿道、膀胱、输尿管、肾盂和肾实质感染所致的疾病。其发病率仅次于上呼吸道感染，致病菌侵入途径，主要为上行性感染以及血源性感染及淋巴管感染，临床上以膀胱炎和肾盂肾炎为多见，女性发病率较高。

祖国医学将其列为“淋病”的范畴，认为感受外邪，湿热蕴于下焦、膀胱气化失常为发病的主要原因。病变部位在肾与膀胱，病程早期为实证，疾病日久不愈，肾阳或肾阳亏虚，则可出现虚实夹杂或肾精衰败之虚损之证。

任何致病菌均可引起泌尿道感染，其中以大肠杆菌最多见。已被证实的细菌侵入尿道的途径主要有以下二条：上行感染，在机体抵抗力降低时，细菌经尿道，膀胱、输尿管至肾盂和肾间质导致感染；另一路径为血行感染，败血症以及各种病灶引起菌血症时，细菌首先经血流侵犯肾皮质，然后到达肾盂产生感染。一般来说，患有尿路梗阻、泌尿系统畸形或功能异常、尿道插管器械检查以及机体抵抗力下降时，即可导致泌尿系统的感染。感染的主要部位有肾盂、肾间质、肾实质、输尿管、膀胱以及尿道，不同部位可见有不同的病理变化。

临床表现

急性肾盂肾炎的主要表现是高热，寒战、头痛，短期内出现尿频、尿急、尿痛，感染严重时可见尿血。腰痛，肾区叩击痛，疼痛沿输尿管向下腹部放射。如治疗不及时可引起慢性肾盂肾炎，出现持续低热，腰酸，倦怠，浮肿，蛋白尿，高血压，反复出现尿频、尿急、尿痛及尿混浊。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

由血行感染的肾实质炎主要是：肾多发性脓肿，表现剧烈腰痛，腰部明显的肌紧张和压痛，并见高热、衰弱感、脉数、恶心、白细胞计数急剧增高，甚至出现休克；不少病人可同时见有急性膀胱炎的症状。如肾感染直接蔓延，侵入肾组织，可引起肾周围炎，临床如见突然体温升高、局部疼痛加重，腰部肾投射区肌肉痉挛和压痛明显，甚至刺激同侧腰大肌使髋关节屈曲，同侧的膈肌上抬及活动幅度减小。

急性膀胱炎的症状，少腹胀痛，膀胱区有压痛，以及尿频、尿痛、脓尿、血尿等症。尿道炎主要表现尿痛、尿频、尿急现象，耻骨上区及会阴部有疼痛，尿道口红肿，边缘外翻，尿道分泌物较多，如尿道炎造成尿道狭窄，还可导致排尿困难。

诊断要点

(1) 尿路感染包括以下七类病证，肾盂肾炎、肾多发性脓肿、肾积脓、肾周围炎、膀胱炎、尿道炎以及前列腺炎症。一般均见有明显的尿道刺激征，而且在临床上相互影响，常可多种尿路感染病证并见。故临床上不应满足于发现一处感染病灶。

(2) 感染部位的确定对正确的治疗具有重要意义，上尿道感染和下尿道感染在针灸治疗选穴上均有一定的差别。对上尿道感染，临床应密切注意腰部压痛点。另外，尿液细菌检查须结合临床情况作综合分析，尿菌严重且症状重，多为尿液排泄通道的感染；反之，应考虑肾实质及肾周围的感染。

(3) 对反复的尿道感染，应注意肾功能的损害情况。早期肾功能损害表现是浮肿、蛋白尿及血压异常，同位素肾图可综合判别肾功能、尿路梗阻及膀胱余尿情况。此外，临床尚需判别病情的属虚属实，发病急骤，高热、腰痛甚、尿道刺激征严重者，多属实证；而表现病情缠绵，低热、腰酸、持续而反复的尿道刺激征者，多属虚证。

(4) 本病应与急慢性肾小球肾炎、肾结核相鉴别；其腰痛及腹痛症状应与胆囊炎、阑尾炎、腹膜炎、盆腔炎等疾病相鉴别；同见尿路刺激征，应明确各为何种病证；确诊之后，尚须注意有无其它感染灶，如扁桃体炎、齿龈炎、前列腺炎等。

治疗

治疗大法：疏导膀胱气化，清利下焦湿热。

(1) 针刺

取穴：肾俞　膀胱俞　中极　关元　三阴交

配穴：热甚者加合谷、曲池；血尿加血海、地机；排尿无力、淋沥不尽者配关元、气海；小便混浊者加太溪、足三里。

操作：以上穴位，每次选用5～7穴，其中上尿道感染者，多用肾俞、膀胱俞；下尿道感染者，多用中极、关元。毫针刺，得气后行针，使针感趋于病所为佳，留针20～30分钟，每日治疗1次，中强刺激，可间歇行针，5～10次为1疗程。也可配合电针疗法。

(2) 艾灸

取穴：肾俞　膀胱俞　次髎　中极　关元

方法：本法较适应于慢性肾盂肾炎、慢性膀胱炎，正气偏虚者疗效好。每穴隔姜灸3～5壮，灸至皮肤潮红，以不灼伤皮肤为度，亦可用艾盒温灸关元、气海。治疗每日1次，10次为1疗程。也可连续施以温针。

(3) 耳针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：肾　膀胱　尿道　皮质下　交感　神门

方法：毫针刺入，中强刺激，间隔运针，留针30分钟，每日或隔日1次，亦可用贴压法。此法对止痛效果佳。

(4) 穴位注射

取穴：中极　次髎　膀胱俞

方法：以麻醉针头，按水针操作常规，得气后向选定穴内注入药液，每穴注入链霉素0.1g，每次1～2穴，10次为1疗程。

文献摘要

(1) 李维娜以针灸治疗泌尿系感染50例，方法：患者取平卧位，取承浆、关元，针刺行平补平泻法，可根据病情随证加减，有结石加委阳、肾俞、阿是穴；前列腺炎加阴陵泉、肾俞；小便混浊，伴乏力，加百会、照海；少腹满痛加曲泉、关元（灸）；血尿加三阴交、血海；发热加合谷、曲池。结果：痊愈80%，显效20%，无效例为0。

(李维娜．针灸治疗泌尿系统感染50例．针灸临床杂志，1998，14(3)：49)

(2) 周月清等以头皮针治疗急性尿路感染82例，取双侧额旁3线（自头维穴内侧0.75寸处，发际上半寸，共1寸），额顶线后½（神庭穴至前顶穴连线3等分后½），用30号1.5寸不锈钢毫针，额旁3线自发际上0.5寸向前平刺1寸，额顶线后½自前顶穴平刺1寸，用抽气法，即当针尖进入头皮腱膜下层后，将针平卧缓进1寸，然后用爆发力向外快速抽提3次，每次至少提1分许，又缓插至1寸，如此反复运针多次，间歇留针2～24小时，每隔1～2小时行针1次，5次为1疗程。在行针和留针时，患者作腹式呼吸，及憋气排尿动作，术者或患者家属可在患者少腹向尿道方向加压。结果：痊愈62例，占75.6%，显效12例，占14.6%，有效5例，占6.1%，无效3例，占3.7%，总有效率96.3%。

(周月清，沈尧其．头皮针治疗尿路感染临床观察．针灸临床杂志，1997，13(3)：33)

(3) 金月明针刺治疗急性膀胱炎46例，主穴取秩边，配穴取三阴交、太溪或关元，患者俯卧位，先针秩边穴，用28号4寸毫针，针尖方向与骶椎正中线呈60°左右角度，进针3～3.5寸，有酸、麻、胀或触电感传至前阴部或小腹，采用震颤法25分钟，然后滞针（即拇指向前捻转180°以上，轻轻左右捻转，针下松动即可起针）30分钟。其次针三阴交、关元或太溪，针刺得气，留针30分钟，每日1次，10次为1疗程。结果，痊愈26例，占56.7%，显效13例，占28.3%，好转6例，占13%，无效1例，占2%。总有效率达98%，针刺次数最少者1次，最多者7次，其中3～5次者为多，针后复发者，再针仍有效。

(金月明．针刺秩边穴治疗急性膀胱炎46例．针灸临床杂志，1997，13(10)：34)

按语

针灸对尿路感染确有良好的疗效，对于本病的尿频、尿急、尿痛等尿道刺激症状，治疗时多循经取穴和局部取穴相配合，临床常用中极、秩边、归来、三阴交、至阴或内至阴等，施以较强刺激，常可缓解疼痛，改善症状。据观察，针灸疗法对急性尿路刺激症状的改善作用较为明显，针灸治疗易于收效，针刺急性肾盂肾炎，不仅使临床症状迅速消失，而且可使小便细菌培养部分转阴。但在慢性感染阶段，单用针灸疗法则较难控

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

制炎症，常需调治半年左右，单纯针灸治疗可能难有作为，一般多采用综合措施，根据不同的情况选用水针、灸法、淋巴结刺激疗法等，并配合中西药物，以巩固疗效，减少急性发作。

尿路感染的原因很多，治疗时除针对原发病因采取措施外，还应着重解决原发病的治疗问题，如单纯针灸力所不逮，可采用中西医结合方法进行治疗，尤其是慢性患者，积极治疗原发病是治疗本病的重要环节。总的说来，初病易治，若转成慢性，调治不易，临床提倡早期治疗，争取在急性期控制病情。慢性期着眼点应在防止或减少复发，治疗和护理并重、饮食上应注意勿食辛辣之品及海腥发物，以免食复之虞。

慢性前列腺炎

概述

慢性前列腺炎为成年人常见的泌尿系统疾病，其临床特征是会阴部坠胀疼痛，小便不利，尿道口流出乳白色粘液。一般分为慢性细菌性前列腺炎和非细菌性前列腺炎两种，有人将前列腺痛也归于本病中。发病年龄集中在20～50岁之间。

中医学无此病名，根据症状归属于“淋浊”、“白浊”、“尿精”、“白淫”等病的范畴，若并发前列腺脓肿，则称为“悬痈”、“穿裆发”。认为本病一般多由于房劳不节，忍精不泄或有手淫恶习，劳伤精气，日久肾阳亏损，命门火衰而不能蒸化，或嗜酒和过食甘肥，致脾虚湿热内蕴，败精壅滞，腐宿凝阻溺窍，终必久瘀化腐而发病。

本病可分为细菌性和无菌性前列腺炎二种。细菌性前列腺炎系病原体侵入前列腺引起，主要病原菌为葡萄球菌、链球菌和大肠杆菌等，侵入途径以直接蔓延为主，常由尿道炎、精囊炎或副睾炎引起，慢性前列腺炎常由急性前列腺炎转变而成。无菌性前列腺炎也称前列腺溢液或称慢性前列腺充血，其病因目前尚未完全明了，认为与前列腺经常或连续不断的充血有关。

临床表现

慢性前列腺炎症状轻重不一，轻者可无明显症状，但一般有会阴部或直肠的不适感和疼痛，疼痛可放射到腰骶部、耻骨上、睾丸或腹股沟等处，并可有排尿不适，尿频、尿急、排尿有灼热感，有时尿痛严重，尿道口常有白色分泌物，常在大便或小便终末时滴出，有时晨起发现尿道外口为分泌物所粘合。病人可有神疲乏力、头晕、腰背酸痛、性欲减退、遗精、早泄、阳痿等，伴有精囊炎者，还可见血精。有时前列腺炎作为一个病灶可引起肾盂肾炎、关节炎、神经炎、虹膜炎等，直肠指检可扪及前列腺稍大而硬，表面不规则，可有结节，一般无压痛或轻度压痛。前列腺按摩液检查，可见大量脓细胞，每高倍镜视野超过10个以上，卵磷脂小体显著减少，细菌培养阳性。

诊断要点

（1）根据典型的临床表现，性别特征，直肠指检前列腺的特殊体征，尿液及前列腺液常规检查，结合有急性前列腺炎、尿道炎或其它泌尿系感染的病史，即可考虑本病的诊断；非细菌性前列腺炎者，无尿路感染史，前列腺液中可见大量白细胞和含脂肪颗粒的巨噬细胞；前列腺痛，有排尿不畅，尿路刺激征阳性，但无尿路感染史，前列腺液培养阴性，无炎性细胞。

（2）对于不典型病例，见下尿路反复发作的感染，下尿路细菌培养阳性，找到致病

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

菌，反复培养菌种不变者，或抗菌治疗后尿菌消失而停用抗菌素后尿路再度感染者，应考虑本病的可能性。用呋喃妥因或青霉素 G，使初尿、膀胱尿标本无菌，再取前列腺按出液（VB_3）细菌培养阳性，可以证实前列腺炎的诊断。

（3）本病应与前列腺肥大相鉴别，还应注意与尿道炎、尿道狭窄、尿道憩室等下尿道疾病相鉴别，对于前列腺痛的病例，应与隐匿性疝、耻骨炎等病相鉴别。

治疗

治法：虚证以补肾益气、健脾化湿为主；实者以理气活血、清热化湿为主。

（1）针刺

取穴：气海　关元　太溪　中极　阴陵泉　三阴交　会阴

配穴：湿热下注，加天枢、阳陵泉；脾虚气陷，加脾俞、气海、关元、胃俞、中脘；下元虚衰，加肾俞、关元、太溪、涌泉；气滞血瘀加四海、行间、太冲。

操作：以上穴位根据证候，每次选取 5～7 穴，实证用提插捻转泻法，虚证用提插捻转补法，慢性证候虚象较重者，可取关元、气海、中极、肾俞用艾条灸法或隔姜灸法，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）穴位注射

取穴：大赫　次髎

方法：所用药物为胎盘注射液或当归注射液，每次选用 2 对穴位，常规针刺后，每穴注入药液 0.5～1ml，每周 3 次，15 次为 1 疗程。

（3）耳针

取穴：肾　脾　三焦　交感　皮质　外生殖器

方法：毫针刺入，中强刺激，隔 5 分钟行针 1 次，留针 30 分钟，每日或隔日治疗 1 次，15 次为 1 疗程。或用王不留行籽耳穴贴压。

（4）刺血疗法

取穴：腰俞　阴陵泉

方法：用三棱针挑破皮肤出血 1ml 左右，每 1～2 周刺血 1 次，直至症状改善。

（5）磁片疗法

取穴：三阴交　关元　中极

方法：把磁片置于三阴交（两极）、关元、中极穴，以橡皮膏作外固定，5 天后去除，2 天后再于原穴位安置磁片，治疗 5 天，休息 2 天，3 个月为 1 疗程。

（6）离子导入疗法

取穴：会阴

方法：采用 30% 的大蒜素或四季青针剂 2ml，用纱布浸湿后，敷于直流理疗器的阳极上，置于会阴部，而阴极（非作用极）浸生理盐水后放在耻骨上，电流强度为 15～25 毫安，每次 25～30 分钟，每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）吴静君取穴关元、肾俞、上髎、会阳，关元用 28 号 2 寸毫针直刺 1～1.5 寸，患者有酸胀感，并向下腹部放散，再强刺激 3～5 次起针；肾俞、上髎用 28 号 2 寸毫针直刺 1～1.5 寸，有针感时留针 20 分钟，每 5 分钟行针 1 次；会阳穴用 28 号 3 寸毫针直刺 2～2.5 寸，有麻胀感向会阴部放射，留针 20 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

用以上治法治疗本病53例，结果治愈25例，好转22例，无效6例。

（吴静君．针刺治疗慢性前列腺炎53例临床观察．中国针灸，1992，12(3)：15）

（2）关慧玲辨证选穴治疗本病，脾虚湿困、膀胱气化不利型取中极、膀胱俞、三阴交为主穴，中脘、足三里、支沟、曲泉为配穴，操作时膀胱俞用30号2寸毫针刺入1～1.5寸，当患者有酸胀感向会阴部放射后，停止手法，中极穴用30号2寸毫针直刺1～1.5寸，当患者有酸胀感向会阴部放射时，强刺激3～4次，中脘、足三里用补法，支沟、三阴交、曲泉穴用平补平泻法，均留针约10分钟。对肝胆湿热，下注膀胱型取中极、膀胱俞、阳陵泉、太冲为主穴，中渚、曲池、丰隆为配穴。操作方法同上。隔日治疗1次，10次为1疗程。共治疗17例，结果治愈2例，显效5例，有效8例，无效2例。

（关慧玲．针灸辨证治疗慢性前列腺炎．中国针灸，1995，15(4)：25）

（3）王自斌取关元、曲骨、会阳为主穴，肾俞、上髎、命门、足三里为配穴，药用复方麝香注射液1支、鱼腥草注射液2支，操作时用5ml注射器、5号针头，将上药抽取5ml，患者取仰卧位，每次主穴2个，配穴2～3个，每穴注药1ml，每日1次，10次为1疗程，疗程间隔1周。用上法治疗本病96例，结果治愈60例，好转32例，无效4例，有效率为95.83%。

（王自斌．穴位注射治疗慢性前列腺炎96例．中国针灸，1996，16(11)：40）

按语

前列腺炎是一种较顽固的疾病，由于其病变部位较特殊，故药物治疗效果不显著，近年来，越来越多的人重视用针灸疗法治疗本病，针灸对本病的效果是肯定的，临床多选用局部取穴，如中极、关元、秩边透水道等。近年的文献资料，取穴也多是病灶的邻近穴位，如会阴、会阳、秩边、曲骨、前列腺穴等。针灸对本病虽有明显的效果，但需长期治疗。对于一些顽固病例，临床上治疗较为棘手，单纯针灸治疗难以收效，一般采用中西医结合治疗为主。

在治疗过程中，应强调临床护理，本病患者应注意防寒保暖，不吃刺激性食物，配合局部热敷或坐浴，可以缓解症状。临床发现，会阴、关元、足三里、三阴交的艾条悬灸方法，很有助于临床症状的改善。

前列腺肥大

概述

前列腺肥大，亦称前列腺良性肥大或前列腺增生症。主要特征是尿潴留和排尿困难。为常见的男性老年病之一，大多数发生在50～70岁之间，近年由于我国平均寿命延长，本病的发病率亦随之增加。

本病属于中医“癃闭”的范畴。认为本病因于肾元亏虚，中气不足，津液耗损，浊阴不降，致小便排出困难；也可因肝郁气滞，湿热下注，尿道阻塞等原因，使水道阻塞，排尿不畅，甚至形成尿闭之变。

本病的病因目前尚不清楚，近年来发现其发病与雄激素的代谢异常有着密切的关系。实验表明，睾丸间质产生的双氢睾丸酮可以诱发前列腺增生，临床也发现，前列腺增生组织中也含有较多的双氢睾丸酮。Hudon和Isaacs研究指出，本病发生于睾丸功能

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

低下的老年期，可能与前列腺组织内酶系统代谢异常，使前列腺组织内的双氢睾丸酮降解速度减慢的缘故。

临床表现

前列腺增生一般多从40～50岁开始，到55～60岁出现症状，按病情的严重程度可分为三个阶段：①早期，仅见排尿障碍；②中期，有明显的残余尿，但无肾功能损害；③晚期肾功能明显损害，主要由膀胱颈梗阻所致。

尿频：为早期症状，首先夜尿频频，尤其入睡或失眠时尿频，尿量不多，这是前列腺刺激膀胱颈和三角区夜间较敏感。随病情进展，残余尿增加，膀胱有效容量减少，或合并膀胱结石和膀胱炎，尿频加重，可至尿滴沥、尿失禁。

排尿困难：本病的主要症状就是排尿困难，发展一般较缓慢。排尿开始较慢，欲尿而不能立即排尿，尿后仍有尿不净的感觉，进而尿线无力，排尿时需增加腹压，用力憋气，并出现断续尿。病情继续发展，则不能排空膀胱，有较多的残余尿，膀胱充盈过度，尿不断溢出，引起充盈性尿失禁，平卧或夜间入睡时，则更易出现尿失禁。劳累、膀胱充盈过度，倦怠则逼尿肌收缩减弱，饮酒、寒冷、便秘使膀胱充血，排尿阻力增加，使排尿困难进一步加重。

急性尿潴留：病人突然不能排尿，膀胱充满尿液，胀痛难忍。有时既往无排尿困难史，受凉、饮酒和劳累是常见的发病诱因。除此之外，病人还可出现尿血，并发尿路感染和膀胱结石。一般男性老年人患尿路感染，应首先检查有无前列腺增生症。

肾功能损害：膀胱颈梗阻影响上尿路引流，发生肾功能损害，一般进展缓慢，常无上尿路的自觉症状，晚期方出现多尿、尿比重降低、乏力、食欲减退、贫血、恶心、血压升高等肾功能损害表现。

诊断要点

(1) 凡年龄在55岁以上男性，见有以上典型表现，均应考虑前列腺增生症；老年人有尿路感染、膀胱结石、血尿、肾功能损害，不论有无排尿困难，均应考虑前列腺增生症的可能。

(2) 直肠指检是简单而有效的诊断方法，增生的前列腺前后径和横径均明显增大，表面隆起，中等硬度，有弹性，两侧对称，无结节，中央沟变浅或消失。中央沟消失是本病的一个特点。对突入膀胱或尿道的前列腺增生，早期引起排尿困难，也可用直肠指检检查。

(3) 经腹壁或直肠超声波检查对诊断很有价值，不仅可准确地测量前列腺前后、左右、上下各径，计算前列腺重量，可以发现无明显体征的前列腺增生症，亦能测定残余尿量，发现膀胱结石和憩室，鉴别前列腺癌，帮助判断梗阻和排尿障碍程度及鉴别诊断。

(4) 本病应排除其它引起排尿障碍的疾病。应与膀胱颈纤维化、前列腺癌、神经元膀胱等疾病相鉴别，前两种疾病亦可与前列腺肥大同时发病，造成更严重的梗阻，肛门指检和B超检查有助于鉴别。前列腺增生病偶发于中青年，应与前列腺肉瘤、前列腺结核相鉴别。

治疗

治法：补肾而本，消瘀散结。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(1) 针刺

取穴：气海　中极　水道　会阴　三阴交　列缺

配穴：中气不足：加足三里；肝郁气滞：加太冲；湿热下注，加阴陵泉；肾阳亏虚，加肾俞、关元。

操作：前6穴每次必用，得气后，行针使针感能行至病所，再行提插捻转泻法，以通瘀散结。属肾阳亏虚者可行补法。亦可在上述穴位上加用电针，采用连续波或断续波，频率为180次/分，中强刺激，强度以病人能耐受为度。或在腹部诸穴行温针灸。以上治疗隔日1次，10次为1疗程。

(2) 灸法

取穴：会阴　曲骨　曲泉

方法：以艾条悬灸上述各穴，每穴灸15分钟，至局部皮肤潮红灼热，但以不灼伤皮肤为度。灸后，可在会阴和曲骨两穴局部按摩，每穴可按摩5～10分钟。以上治疗每日1次，10次为1疗程。病情较重者，艾灸的同时，加针三阴交、太溪，平补平泻。还可在关元、气海、肾俞、脾俞部位行艾盒灸，每日1次。

(3) 耳针

取穴：肾　三焦　交感　内分泌　神门　外生殖器

方法：毫针刺入，中强刺激，隔5分钟行针1次，留针30分钟，每日或隔日治疗1次，15次为1疗程。或用王不留行籽耳穴埋压。

(4) 刺血疗法

取穴：内至阴（足小趾甲内侧后角去甲1分许）　外至阴

方法：用三棱针点刺，出血15～20滴，每日1次，左右足交替，10次为1疗程。

文献摘要

(1) 张耕田取耳穴：盆腔（从尾骶椎进针，针透刺至盆腔）、前列腺、肾、肝、膀胱、脾、脑点、交感，用28号1寸至0.5寸针，针刺以上所选穴位，留针40分钟，中间间隔10分钟行针1次，中等刺激。结果：14例经治疗，最少3次，最多20次，平均治疗时间为8.7次。按国家中医药管理局“癃闭”的疗效评定标准，痊愈9例，好转4例，无效1例。

(张耕田．耳针治疗前列腺增生14例．中国针灸，1998，18(5)：316)

(2) 路变珍等针治前列腺增生14例，取穴：①体针穴位：主穴，秩边透水道、气海、关元；配穴，归来、大赫、足三里、三阴交、阴陵泉、太溪等穴；②耳针穴位：主穴，肾、肝、膀胱、尿道、艇角；配穴，内分泌、精宫、神门、交感等穴；③操作方法：伏卧位或侧卧位取秩边，常规消毒后，直刺并向小腹部深透至水道穴，轻轻缓进，押手紧密配合，令针感传至会阴部及尿道，得气后退针，腹部穴垂直刺入，使各穴的针感向小腹、会阴、阴茎部放射。下肢穴采用提插捻转补法，以上穴位得气后均不留针，腹部及下肢穴起针后施以艾条灸法，以局部皮肤潮红为度，每次主穴必刺，配穴可选3～4个，间日治疗1次，10次为1疗程。耳穴以撒针胶布块埋耳内，每次4～5穴，3～4天更换1次。结果：痊愈6例，占41.3%，显效4例，占28.5%，好转2例，占14.25%，无效2例，占14.25%，总有效率为85.75%。

(路变珍，孙润宝．芒针加耳穴埋针治疗前列腺增生14例．针灸临床杂志，1997，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

13(12):27)

(3) 李惠芳的治疗方法，将本病根据症状分为四型：①肾阳虚型，治当温补肾阳，调补膀胱气机，选穴：肾俞、膀胱俞、中极、关元、阴陵泉、太溪。手法：肾俞、膀胱俞、中极、关元，针刺行补法，得气后加灸，阳陵泉、太溪用针刺补法，得气后留针，出针用补法；②肝肾阴虚型，治当滋阴益肾，疏肝通淋，选肾俞、膀胱俞、肝俞、中极、三阴交、复溜、太冲。手法：肾俞、膀胱俞行针刺补法，得气后留针，肝俞用针刺补法，后用泻法，中极、三阴交、复溜亦用先补后泻法，太冲用泻法，不留针；③脾肾阳虚型，当温补肾阳，健脾益气，选肾俞、脾俞、膀胱俞、气海、中极、足三里、三阴交。手法：肾俞、脾俞、膀胱俞、气海、中极、足三里先用针刺补法，得气后加温针灸，三阴交用针刺补法，得气后留针；④肺肾气虚型，治当补益肺肾，纳气行水，选肾俞、肺俞、膀胱俞、中极、气海、足三里、中府。手法：肾俞、肺俞、膀胱俞、中极、气海、足三里用补法，得气后加灸，中府穴针刺用补法，得气后留针，补法出针。结果：肾阳虚型6人中，获近期控制3例，显效2例，进步1例；肝肾阴虚4例中，显效1例，进步2例，无效1例；脾肾阳虚型8例中，近控4例，显效3例，进步1例；肺肾气虚5例中，近控1例，显效2例，进步2例。23例中，共计近控8例，占34.72%，显效8例，亦占34.72%，进步6例，占26.79%。无效1例，占4.35%。疗效分析结果表明，治疗次数与疗效呈正相关。

(李惠芳．针灸治疗前列腺增生23例．中国针灸，1994，14(4):13)

(4) 黄志华等的治疗方法：取双侧耳穴的尿道、膀胱、前列腺。前列腺穴每次必用，尿道及膀胱穴交替使用。以上穴位常规消毒，取28号1寸针，进针约0.2～0.3cm，捻转至病人有明显胀痛感为止，用WQ-10C_2型多用电子穴治疗仪，导线连接针柄，采用连续波，强度以病人能耐受为度，持续30分钟，每日1次，5次为1疗程，休息2天后，再行第2个疗程。并发尿潴留的患者，每日治疗2次，2个疗程后观察疗效。治疗结果：12例病人中，临床治愈4例，显效6例，有效2例，有效率为100%。一般治疗2次后见效，最多者治疗3个疗程，绝大多数治疗2个疗程。随访观察时间：3年者为4例，5年者为8例，其中2例治疗后3年半和4年后症状复见，改外科手术治疗。

(黄志华，陈凯奋．耳穴电针治疗老年性前列腺增生12例．中国针灸，1997，17(6):341)

按语

针灸对于前列腺肥大有一定的疗效，一定疗程的治疗后，可明显改善患者的排尿不畅及尿道刺激症状，但如果要改变前列腺肥大的体积和质地，再现中间沟，则非常困难。有人曾设想针灸对前列腺肥大尿道阻塞患者的利尿作用，是一个功能性调节的结果。针治前列腺肥大的治疗处方一最可用气海、关元、三阴交、阴陵泉、会阴等，针刺手法应由弱到强。从临床辨证的角度来看，前列腺肥大有湿热型和虚寒型两种，前者见小便频数，灼热，排尿不畅，涩痛尿血，苔黄，脉数；后者见排尿无力，面色苍白，腰酸怕冷，舌淡脉弱等。湿热型用穴可参照尿路感染的处方，手法宜针刺或刺血的方法；虚寒型则宜用灸法，会阴、曲骨、关元施灸法及背俞穴的施灸是非常有效的，背俞穴灸治时，患者多诉周身轻松舒展、心境怡和平静，这对神经-内分泌功能紊乱，性激素异

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

常的本病患者无疑是有益的。

如经反复治疗无效，应配合药物治疗，必要时进行前列腺切除术。本病易受精神因素的影响，患者多不耐久劳，故治疗时应注意休息，保持心情平静，对治疗要充满信心，饮食护理上，应注意不食用刺激性食物。

睾 丸 炎

概述

睾丸炎是指多种致病因素引起的睾丸炎性病变。临床上常见急性化脓性睾丸炎、梅毒性睾丸炎、外伤性睾丸炎和腮腺炎性睾丸炎等多种。常见于成年男性，儿童亦可发生。一般睾丸本身直接发生感染者很少见，多继发于附睾的感染，因此，常称为附睾-睾丸炎。

本病在中医称为“子痈”，归于“癥疝”、“溃疝”的范畴。其病因常为感受湿热邪气，或饮食不节、恣食甘肥辛辣炙烤之品，或受外伤，血络受损，或因气血亏虚，肝肾不足，痰浊之邪得以乘虚而入，凝滞于睾丸而成本病。以气血不足、肝肾阴虚为本，湿热、痰湿、瘀血为标。

一般认为，本病发自于睾丸的特异性感染，如病毒性睾丸炎，泌尿道感染的上行播散或继发于其它部位的感染也是本病重要的致病因素之一，常见的如化脓性睾丸炎、梅毒性睾丸炎，睾丸的外伤性炎症引起的损伤性睾丸炎也占有相当的比例。其病理表现为局部组织充血水肿，甚至组织坏死，化脓，形成脓肿。若脓肿破裂，可引起脓性鞘膜积液；如病情迁延，失治误治，可引起慢性睾丸炎，血管周围纤维增生，精曲管狭窄，供血不良，使睾丸组织受到破坏，进而导致继发性男性不育。

临床表现

本病起病急骤，初期仅感阴囊胀痛或下坠感，不久出现肿胀和剧烈疼痛，并向腹股沟和下腹部放射。一侧阴囊红肿灼热，皮肤光亮紧张，睾丸肿大，质地坚硬，压痛明显；若化脓形成脓肿，溃后流出黄稠粘液，一般收口较快。伴有高热、恶心、呕吐、小便短赤或有刺痛。发病初期能触及附睾。

慢性睾丸炎由急性睾丸炎未能完全治愈而转为慢性病变。起病缓慢，睾丸逐渐增大，可触及硬结，疼痛轻微，偶感酸胀不适。阴囊不红不热，病程常达数月或数年，没有明显的全身症状。

诊断要点

(1) 根据本病的病史、临床主要症状及体征，急性发病时白细胞增高，尤其是中性粒细胞增高，则应考虑本病的诊断。

(2) 本病多由附睾炎的继发感染所引起，有时附睾肿大明显，睾丸被包陷其中，临床上很难区分睾丸肿大还是附睾肿大，一般说来，附睾肿大质地可能较软，局部有液动感，疼痛尤其是有明显的放射性疼痛较重。

(3) 本病应注意与其它睾丸病变鉴别诊断。睾丸疼痛应与睾丸扭转相鉴别；睾丸疼痛不明显者应注意与梅毒性睾丸炎、睾丸鞘膜积液、睾丸结核、睾丸肿瘤等相鉴别；本病后期的睾丸萎缩应与 Klinefelter 氏综合征相鉴别。

治疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：清利湿热，化瘀通经。

（1）针刺

取穴：关元　归来　三阴交　太冲　大敦　行间

配穴：发热加合谷、太冲；睾丸痛甚加蠡沟、中极、中封。

操作：每次选用3～5穴，毫针刺，少腹部穴位应适当深刺，使之有向外生殖器放射的针感，进针后行泻法或平补平泻法，或通以脉冲电流。其证候偏于寒者，少腹腧穴加灸，注意切不可灸睾丸；属于热者，刺激应强，间歇行针。留针20～30分钟，每日或隔日1次，10次为1疗程。

（2）耳针

取穴：生殖器　角窝　肝　肾

方法：以短毫针刺，施以强刺激，留针30～60分钟，间歇行针，每日治疗1～2次，7天为1疗程。亦可用耳穴贴压法。

（3）灸法

取穴：三角灸　大敦

方法：先取仰卧位，三角灸，艾炷如豌豆大，隔蒜片灸，灸至蒜片为土黄色为止；大敦灸对侧，灸法同上，灸后若起泡，隔7～10天灸第2次，若局部无泡，可间日灸，灸2次无效者应改用其它方法。

文献摘要

（1）项昌盛针灸治疗急性睾丸炎性睾丸痛1例，治法，取环跳、膝阳关、风市、阳陵泉。针法：环跳穴取3寸毫针，垂直进针2.5寸，其余穴均用2寸毫针垂直进针1.5寸，皆强刺激，留针30分钟，去针后拔罐10分钟，每日2次，每次施针时，患者自觉有酸胀感自下而上，沿右下肢外侧，经腹股沟至睾丸，即感睾丸上提，用本法治疗4次，症状即消失。

（项昌盛．针刺拔罐治愈睾丸痛．四川中医，1993，11(4)：49）

（2）查正鹄等针药合用治疗流行性腮腺炎并发睾丸炎和附睾炎，中药方：银花、板蓝根、蒲公英各20g，连翘、牛蒡子、玄参、丹皮、桔梗各10g，每日1剂，分早晚煎服。针刺法：取合谷、外关、曲池、维道、曲泉、大敦穴，先刺合谷、外关、曲池、维道、曲泉；待得气后，用捻转泻法，留针30分钟，再用三棱针点刺大敦穴，出血即可。上法每日上下午各针刺1次，18例中，经治2天痊愈者4例，3天痊愈者9例，4天痊愈者5例，均在1周内痊愈出院。

（查正鹄，叶同松，罗建明．针药合用治疗流行性腮腺炎并发睾丸炎和附睾炎18例．内蒙古中医药，1995，14(3)：16）

按语

本病属中医“疝”的范畴，针灸治疗疝有着千年的经验积累，就本病而言，传统针灸文献对疝的治疗原则和方法足资本病治疗时的借鉴。睾丸与附睾是相通贯的管道，在炎症状态下也会相互影响，附睾炎症常引起睾丸排泄不畅，而出现睾丸肿大，故临床上不少见有睾丸肿大者，实际为附睾炎所致；而附睾炎感染可上行，引起睾丸的炎症。针灸治疗睾丸炎有较好的疗效，尤其对早期的精曲管水肿、梗阻、及管腔内压力增高、睾丸肿大等，有明显的作用。本病治疗从经络辨证来看，应根据临床症状酌取足三阴、阳

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

明、冲任、督诸脉，不可拘肝脉绕阴器之说。我们体会，远道取穴对本病的消肿止痛作用优于近部取穴，若处方中的，病势应指而减，渐渐消肿。针灸疗法虽有速效，但必须在早期治疗，方能迅速消肿止痛，后期炎症局部粘连、变形、机化或坏死，则难以收功，不惟针灸罔效，药物治疗也难见效。故早期治疗是减少更严重损伤的关键，不论用何种方法，早期正确治疗是金。急性期如肿胀厉害时，往往配合外治法，如冷敷、外涂消炎药等，以帮助消肿止痛，如已化脓或溃烂，则应外科处理。儿童由腮腺炎而并发睾丸炎者，多不化脓，应用针灸治疗，多能迅速好转。

男性不育症

概述

凡婚后同居3年以上未采取避孕措施，女方生殖机能正常而未能怀孕者称为不育。男子不育症是精子的产生、成熟、运输或射精能力缺陷等因素所引起的女方不能生育的总称，并非一种独立的疾病，是由几种疾病引起的后果。据统计，不育占已婚夫妇总数的15%，而男性不育占40%。

中医称本病为“无嗣”或“断绪”等，认为肾气的盛衰决定生育能力的强弱，肾所藏之精，在不育病症中占有极重要的地位。《养生四要·却疾》说：“凡丈夫无子者有二病焉，一曰禀赋不足，二曰色欲太过，所以阳道萎弱精所衰冷”，指出先天肾气不足、后天色欲太过以及夫妻生活不协调，是造成本病的重要原因，病关乎先天，联及后天，波及冲、任、督、带等有关经脉。

西医认为男性不育多因于先天性异常，如性腺发育不全和生殖细胞成熟障碍，遗传性疾病，免疫功能障碍精子抗体形成，内分泌紊乱、生殖道炎症、精索静脉曲张、输精管阻塞、外生殖器畸形以及性功能障碍等因素。其中大多数病人系精子生成障碍，这些病人虽能产生一定数量的精子，但其数量不足（<2000万/立方毫米），精子质量差，活力低，或液化不能并有畸形精子出现。

临床表现

生育年龄一般在16～50岁之间，而23～35岁不育者较具有临床意义。不育症的症状因人而异，有的患者可无明显的临床症状。一般患者可能有睾丸结核、附睾炎、精囊炎、前列腺炎、鞘膜积液、隐睾症和精索静脉曲张等生殖系统疾病史，精液异常是不育症的关键，绝大多数是由于精液异常而不育，主要表现是精子活力及存活率低，畸形精子比例较高。

此外，患者还可出现精神抑郁、记忆力减退、头昏耳鸣、或潮热心烦、失眠多梦，反应迟钝等表现。不少患者可见有性功能减退症状，如性欲减退、遗精、早泄、滑精、阳痿、不射精等性机能减退症状。或见尿频、尿黄、夜尿多或淋沥不爽的泌尿道症状。

诊断要点

（1）凡育龄夫妇婚后同居两年以上未孕，女方生殖机能正常，未采用避孕措施，或曾有孕育而两年以上未再孕者，可考虑男性不育症。本病诊断不难，但明确病因较困难，故应全面了解病情，最后才能作出诊断。

体格检查包括全身一般检查、性征观察、生殖器检查，有助于了解有无遗传和内分泌方面的先天性异常，对寻找病因有一定作用，临床不可忽略。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）实验室检查是确诊本病和明确本病的性质的重要方法，其中精液检查尤为重要，精液常规主要包括精液量，精液色，粘稠度及精液酸碱度等，精液中精子密度和精子计数、精子形态观察、精子活力和存活率等，精液生化检查主要观察精液果糖测定及精液前列腺素测定，如果上述检查仍不能确定病因，可作睾丸活检，以确定是阻塞性无精子证还是功能性无精子症。

临床上男性不育有绝对不育、相对不育、原发性不育和继发性不育四大类型，其中绝对不育多属无精子症，属先天发育障碍，无治疗价值。本病还应与不射精症和逆行射精症相鉴别，不射精症可查睡眠中排出的精液，逆行射精可查性交后小便中有无精子。

治疗

治法：补肾益精。

（1）针刺

取穴：①太溪　三阴交　足三里　气海　肾俞

②复溜　公孙　列缺　关元　命门

配穴：精少者，加大赫、曲骨、中极（灸）；精液不化者，加中极、关元、肾俞；死精，加灸双侧气海、关元、足三里；弱精即精子活力低下者，针补关元、气海、肾俞、命门、中极；肾阴不足者，加太溪、照海、神门；湿热内盛者，加次髎、会阴、阴陵泉、丰隆。

方法：以上两组穴位每日或隔日1次，轮流交替使用。中等刺激，得气后留针20分钟，气海、关元针尖向下，使针感向下达到前阴，即可出针，再用隔姜灸三壮（或用艾条温灸5分钟）。10次为1疗程。

（2）穴位注射

取穴：足三里　关元　三阴交　肾俞

方法：以上穴位分组隔天轮流使用，每组穴位用绒毛膜促性腺激素500单位，分别注入穴位浅肌层内。

（3）艾灸

取穴：中极　足三里　三阴交

方法：以上穴位中极以艾盒灸，足三里、三阴交以艾条悬灸，每穴灸10～15分钟，至局部皮肤潮红。隔日艾灸1次，14次为1疗程，疗程间休息5天，一般治疗5～7疗程。本法对精子量少有一定的作用。

（4）穴位挑刺

取穴：双侧骶丛神经刺激点（两髂嵴最高点连线与脊柱交点，同尾骨尖连线的中点旁开4横指处，相当于梨状肌下孔）

配穴：不射精加第1腰椎旁点；阳萎加第7颈椎旁点、枕孔点、百会。

方法：常规消毒后，用1%～2%普鲁卡因在针挑点皮内注射以形成皮丘，用不锈钢质的锐利圆椎形钩状针或中钳，刺入皮丘部位的皮肤、皮下纤维，交替牵拉30～50次，5～7日操作1次，一般需治疗3～5次，亦即1疗程。

文献摘要

（1）岳广平等取关元配足三里，肾俞配三阴交，每日1组，交替选用。关元、肾俞直刺或斜刺1～1.5寸，足三里、三阴交直刺1.5～2寸，各穴皆行提插捻转补法，留针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

15～20 分钟。偏肾阳虚者，针后在关元或肾俞穴用清艾条施行温和灸法 20 分钟，每日针灸 1 次，连续治疗 25 次后休息 5 日，3 个月为 1 疗程，视具体病情每病例治疗 1～3 个疗程。以上法治疗精液异常 6 例，结果痊愈 46 例，显效 23 例，有效 13 例，无效 5 例，有效率为 91.19%。

（岳广平，陈琼，张唯敏．针灸治疗精液异常男性不育症 86 例．针灸临床杂志，1995，11（11）：36）

（2）班旭升等的治疗方法：取穴：第 1 组以命门、肾俞、肝俞、脾俞、腰阳关、志室、八髎、太溪为主；第 2 组以关元、气海、中极、曲骨、三阴交、足三里、太冲为主。用法，每次每组选 6 穴，两组交替使用，手法以平补平泻为主，中等刺激，每穴提插捻转 30 秒，关元、八髎针感下行，三阴交针感上行，放散到会阴部。其它各穴得气即可，留针 30 分钟，每月初始针刺，每日 1 次，连续 15 次，休息半月，下月初再针，3 个月为 1 个疗程。中药处方：雄蚕蛹 120g，鹿角片 100g，仙灵脾 180g，海狗肾 30g，熟地 100g，菟丝子 100g，黄精 100g，枸杞子 90g，赤芍 60g，蜂房 50g，急性子 30g，炒山甲 20g，柴胡 10g，上药研极细面，分 90 袋，每天早晚各冲服 1 袋，3 个月为 1 疗程，忌酒、烟及辛辣食物。结果：260 例中，治愈 165 例，显效 71 例，好转 8 例，无效 16 例，有效率为 93.8%。其中无精子症 16 例，有效率 37.5%，精子减少 86 例，有效率 100%，精子活力低下 68 例，有效率 67%，精子畸形 18 例，有效率 94.4%，精子液化不全 39 例，有效率 94.8%，精死在 74% 以上者 33 例，有效率为 93.9%。

（班旭升，关健美，张咏梅．针刺配合中药冲剂治疗精液异常不育 260 例．中国针灸，1998，18（4）：213）

（3）白冬取关元透中极，三阴交、命门。埋线器械，医用埋线穿刺针，4cm 的 0～2 号羊肠线数根，镊子、注射器、4½号针头等。令患者仰卧在床上，将关元、三阴交及命门穴处常规消毒，用 1% 的利多卡因注入穴旁 1ml 左右，首先打出皮丘，然后向穴位中心注药　将羊肠线放入穿刺针刺入穴位，推动针柄，羊肠线即进入穴内，用创可贴将针眼固定即可．1 次为 1 疗程，每疗程为 15 天。治疗结果：66 例经 1～6 个疗程的治疗，其中痊愈 28 例，占 42.42%，好转 30 例，占 45.45%，无效 8 例，占 12.13%，总有效率为 87.87%。

（白冬．穴位埋线治疗男性不育 66 例观察．中国针灸，1996，16（11）：41）

（4）姬云海的治疗方法：取穴：①气海、关元；②命门、地机。针法：气海穴针入 1 寸，用提插捻转手法，使针感向下传至会阴；三阴交穴，向上斜刺 1 寸，用捻转手法，使针感向上传至阴股部；命门穴，针入 1 寸，用提插捻转手法，使针感向前传至腹部；地机穴，向上斜刺 1 寸，用捻转手法，使针感向上传至阴股部。两组腧穴交替使用，每日 1 次，每次留针 15 分钟，留针期间，行针 1 次，30 次为 1 疗程。1 疗程后复检精液，疗效不满意者，再针 1 个疗程，针治期间停用其它一切治疗，并指导性生活。治疗结果：本组 30 例，痊愈 5 例，占 16.6%，显效 11 例，占 36.6%，有效 12 例，占 40%，无效 2 例，占 8%，总有效率为 93.2%，疗程最短者 20 天，最长者 60 天，平均 45 天。

（姬云海．针灸治疗男子精少不育症 30 例．四川中医，1994，12（4）：54）

按语

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

男性不育症，是以精子的异常为主的病变，针灸治疗男性不育症，临床疗效是肯定的，取穴多选关元、中极、肾俞、三阴交、足三里等补益先天，培补后天的穴位。艾灸在男性不育症的治疗中有重要作用，有人研究证实，艾灸肾俞、关元能促进大鼠精子在附睾中获得运动功能的成熟过程，说明艾灸对精子的生成及活动力有明显的影响，但在临床上单独运用艾灸的较少。一般地说，针灸对精子少，活力差的患者，治疗效果较好，如完全无精子者，甚至是先天性者，大多无效。

针灸治疗男性不育症的机理，主要与针灸在穴位上施行适宜的刺激，通过神经-体液调节途径，促使下丘脑-垂体-性腺和肾上腺皮质功能的恢复有关。在护理上，应该节制性生活的次数，以保持精液、精子活力的充沛。如有器质性病变时，应由泌尿生殖专科综合治疗。

男性性功能低下

概述

男性性功能低下，包括许多病证，其中常见的有遗精、早泄、阳痿，不射精及性欲低下等。遗精，指不性交而精液自出；早泄，指行房时过早射精不能进行正常性交；阳痿，指阴茎不能正常勃起，或勃起不坚，致使不能正常性交；不射精，指性交时未能排出精液，轻者可有少量精流出，重者则无。这些病证，病因有许多共同之处，病机上相互关联，故合为一篇加以叙述。

本病常归于中医“阳痿”、“早泄”、“遗精”等病证的范畴，由于色欲过度，精气空虚，肾气亏耗，或因伤于思虑，神气耗伤，心脾受损；或伤于恐惧，胃气不行，肝气不达；或湿热下注，宗筋弛纵，致肾气不敛，邪扰精室；心脾损抑，命门火衰等病理变化。

所谓男性性功能低下，主要包括阴茎勃起障碍和射精障碍两部分。对于勃起异常，常见的非器质性病因是精神刺激过度、情感异常、心理障碍，器质性病因是脊髓损伤、糖尿病性神经损伤、下丘脑-垂体病变、性腺、肾上腺、甲状腺的病变，其它如利血平、雌激素、抗胆碱能药物等可引起勃起不能；就射精异常而言，目前研究认为其病因主要为精神源性、手淫，还因于中枢神经系统、尿道及生殖器官的器质性损伤，酚噻嗪类药物、抗胆碱类药物、抗精神病药物、酒精等药物性原因，以及先天性泌尿生殖器官发育不良等。

临床表现

（1）勃起异常：阳痿主要表现阴茎萎软，不能有效地勃起，或勃起而不坚，时间短暂，不能维持正常的性交，常伴性欲锐减，甚至无性欲，以及精神不振，或心悸易惊，或抑郁寡欢或胆怯多疑性精神症状；阳强是指不伴有性欲和性刺激的情况下，阴茎呈强直性疼痛性的勃起，持续时间可达几小时或几周，精液自出，甚至可引起阴茎水肿或尿潴留；阳缩症表现突然阴茎或阴囊睾丸内缩，伴少腹拘急，疼痛剧烈，甚至四肢厥冷，冷汗出。

（2）射精异常：遗精是指每月遗精超过4次以上者，在遗精前常伴有性刺激或性欲意念，或在梦中有性活动，同时伴有神经衰弱、阳痿、腰酸膝软等表现；早泄是指阴茎虽能勃起，性交时间极短即排精，甚至刚接触阴唇即射精，而后阴茎萎软不能正常性

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

交；此外还有不射精症，性交过程中无射精，不能形成性高潮，即进入消退期；部分病例性交后，有性欲，性高潮和射精的感觉，但精液逆流入膀胱，而无精液从尿道口排出，大多数病人阴茎勃起正常，部分可出现性冷淡和阳痿。

(3) 性欲低下的症状多表现在心理上，是指在有效的性欲刺激下，没有性交欲望，或厌烦性交，毫无快感，也可伴有阳痿、早泄、遗精等。

诊断要点

(1) 本病见于多种疾病，根据各自的临床特征，即可作出诊断。但是，应通过病史和体检，首先明确本病是原发性还是继发性疾病。

(2) 应通过病史和外生殖器的检查，必要时结合实验室检查，区别属于器质性还是神经精神性疾病。夜间阴茎勃起试验，阴茎肱动脉血压指数测量阴茎生物感觉测定等均为较实用的观察方法，如可能还可通过心理咨询作诊断性治疗。

(3) 性激素测定对本病的定性和病因分析具有重要的价值。可对下丘脑-垂体-性腺轴上任何环节所分泌的激素进行观察，可及早发现病因进行针对性的治疗。

(4) 本病常见各种病证互见、兼夹，往往以某一症状较为主，临床诊断上应有所侧重。还应注意鉴别诊断，如阳痿应与性欲低下、性窘迫症、不射精症、迟精症、房劳等病相鉴别；阳缩应与睾丸痛、房事痛相鉴别；遗精则应与精浊、膏淋、早泄等相鉴别；不射精症应与假性不射精症、射精管阻塞、逆行射精及其它泌尿系统感染症等病相鉴别；此外，本病尚需与泌尿生殖系统的炎症、肿瘤、结核等相鉴别。

(5) 根据临床见症，精液情况、诱发因素、病史等，以区别本病的虚实性质，属于虚者有：肾气不足、命门火衰，或心脾两虚，精血亏耗；属于实者有湿热内阻，内扰精室，或肝胆气结，经脉不和。

治疗

治法：温补肾阳，兼治心、肝，清利下焦湿热。

(1) 针刺

取穴：关元　肾俞　三阴交　足三里

配穴：阳痿，加命门、气海、中极、八髎、脾俞、阳痿（肾俞上2.5寸，督脉旁开1寸处）；阳强，加针泻行间、蠡沟，补照海、三阴交；阳缩，泻大敦，补气海，神阙、关元隔姜灸；梦遗，加心俞、中封；滑精加补气海、志室；不射精，加曲骨、中极、会阴、次髎、太冲、气街、会阳；性冷淡，加血海、命门（灸）。

操作：以上穴位根据临床证候，每次选取5～7穴，属于实者，宜行泻法，刺激宜强，属于虚者，宜行补法，手法应弱，或行诱导的方法。中极、关元穴应深刺，适当行针，使针感直达龟头；气海、命门穴，实则宜针泻，虚者当补，或施以艾灸，或行温针灸，针后拔罐，或行隔物灸。其余穴位均行针刺法。对于湿热内盛之证，可接G-6805电针仪，行电针刺激。留针20～30分钟，间歇行针，每5分钟行针1次，每日或隔日治疗1次，10次为1疗程。

(2) 耳针

取穴：肾　内分泌　神门　皮质下

方法：每次用单侧耳穴，行中强刺激，留针20分钟，每日1次，10次为1疗程。左右耳穴轮流使用。亦可用王不留行籽作耳穴贴压。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 穴位注射

取穴：关元　中极　肾俞

方法：胎盘注射液、0.5%普鲁卡因、维生素 B_{12} 注射液任选 1 种，常规针刺得气后，每穴注入药液 1～2ml，分别注射于 3 个穴位，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

(4) 埋线疗法

取穴：关元　肾俞　三阴交

方法：用 0 号羊肠线埋入穴位，每隔 5～6 周重复埋线 1 次。

文献摘要

(1) 贺心玲取穴分两组，一组为气海、关元、中极、百会、足三里、太溪；另一组为肾俞、命门、三阴交、复溜。两组交替使用，取曲骨、气海俞、次髎为配穴。以捻转手法在关元、中极穴行针，使针感直达龟头，肾俞穴行针针感达太溪为佳，然后在关元、肾俞上用温针灸，使用 WQ-10C 多用电子穴位测定仪，选择脉冲频率 100Hz 以上，于气海至中极、命门至腰阳关、肾俞至肾俞接出输出导线，留针 20～30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 106 例，结果痊愈 53 例，显效 18 例，有效 25 例，无效 10 例，总有效率为 96%。

(贺心玲．电针加灸治疗阳萎 106 例疗效分析．上海针灸杂志，1993，12(2)：68)

(2) 张越林取肾俞、命门、阴谷为主穴，行间、急脉为配穴，采用五脏交经刺法，首取主穴肾俞、阴谷，直刺 1～1.5 寸，命门向上斜刺 1 寸施以热补法，产生热感，然后用青龙摆尾法行气，使针刺感应逐渐扩散至阴茎部；再取配穴行间斜刺 0.8 寸，急脉避开动脉直刺 0.8 寸，均施以凉泻法，产生凉感，然后用青龙摆尾法行气，使针感逐渐扩散至阴茎部。隔日 1 次，10 次为 1 疗程，可连续治疗 3 个疗程。用此法共治阳痿 48 例，结果显效 19 例，好转 22 例，无效 7 例，总有效率为 85.4%。

(张越林．五脏勾经刺法治疗阳痿 48 例疗效观察．针灸临床杂志，1996，12(4)：15)

(3) 江尚元治疗不射精症选用穴位分为两组，一组主穴关元、肾俞，配穴三阴交；一组主穴气海、精室（任脉中极穴旁开 3 寸），配穴太溪。治疗时先选用第一组腧穴，用 1～2 寸毫针针刺，得气后留针 15～20 分钟，每日 1 次，2 周为 1 疗程。病证未愈者，再取第二组腧穴治疗 2 周。治疗 34 例，结果痊愈 27 例，有效 4 例，无效 3 例，有效率为 90.1%。

(江尚元．针灸为主治疗不射精症 34 例．中国针灸，1994，(增刊)：110)

(4) 王照浩等耳体针结合治疗男性功能异常，治疗方法：①耳针：取内生殖器、肾、外生殖器、肝、艇角、腰骶椎、耳中、轮 4。配穴：功能亢进者，加耳尖；功能低下者，加皮质下；虚实相兼，功能失调者，加交感、内分泌、缘中。操作方法，功能亢进者，用放血加埋针，其余按耳压法处理：每周治疗 2～3 次，每次取单侧耳穴，两耳轮换，4 周为 1 疗程。②体针主穴：气海、关元、归来、肾俞、命门、次髎、三阴交、头针足运感区，配穴：功能亢进者，加行间；功能低下者，加太溪、太冲、足三里；功能失调者，加太冲、太溪、神门。针刺方法：亢进者以穴位磁疗或电针治疗；低下者，以灸法为主（麦粒大艾炷直接灸或点灸，或温针灸）；失调者针灸并用。疗程：以上体针方法配合耳针共用，每周 2～3 次，4 周为 1 疗程。结果：本组 213 例，显效 121 例，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

好转 45 例，无效 47 例，总有效率 77.9%。

（王照浩，张明花，王恺．耳针配合针灸治疗男性性功能异常症 213 例．针灸临床杂志，1998，14(5)：16）

按语

男性性功能异常是一类以性功能障碍为主症病证的总称。其中最多的是阳痿、遗精、不射精等。针灸对于功能性者疗效较好，不少病可有立时之效；对器质性者，若其原发病为针灸的适应证，则针灸同样也有明显的疗效。在阳痿病例中，器质性阳痿占 10%～15%，而精神性阳痿占 85%～90%。针灸对精神性阳痿有确实的疗效，从文献报道来看，有效率在 90%以上，其它性功能障碍病证亦与之相似。各种性功能异常在治疗时需注意以下两点：一是配合心理治疗，在治疗中因人而异地进行心理疏导，解除患者的焦虑情绪，消除恐惧心理，这是治疗成功的前提；二是重视针感传导，在针刺关元、中极、会阴、会阳等穴时，均应重视针刺手法的运用，使针感沿着经脉循行路线达前阴、阴茎、龟头部，这是获得疗效的关键。器质性性功能异常，可由心肺疾病，内分泌异常、神经系统疾病、药物因素等引起，虽然针灸对器质性阳痿的疗效往往不好，但若能同时治疗原发病，则有利于病情的恢复。

在治疗期间，还应该加强护理，应严禁房事，注意摄生，即使恢复后，也要节制性欲，注意保养，否则易于复发。平时应注意营养，加强体育锻炼，保持乐观情绪，这对治疗本病也是十分重要的。

（六）内分泌系统疾病

单纯性甲状腺肿

概述

单纯性甲状腺肿是因缺碘致甲状腺肿、致甲状腺肿物质或酶缺陷等原因所致代偿性甲状腺肿大，可分为地方性或散发性两种，一般不伴有甲状腺功能改变。地方性甲状腺肿多发于离海较远，海拔较高山区，散发性甲状腺肿则多发于青春期、妊娠期、哺乳期和绝经期。

本病可归于中医“气瘿”、“气囊”的范畴，若甲状腺肿大较甚，压迫颈部血管，及毛细血管扩张充盈，则又相当于“筋瘿”、“血瘿”的范畴。本病的主要病因是情志内伤和饮食及水土失宜，致痰气瘀结于颈前则为瘿病，气、痰、瘀三者乃本病的主要病机。

西医认为，本病的病因主要有：①缺碘，由地方性缺碘，或发育、妊娠、哺乳、寒冷、创伤和精神刺激时，碘的需要量增加，导致碘含量的相对不足，均可诱发本病；②萝卜、黄豆、菜中含有一些抑制甲状腺激素合成的物质，土壤中钙、镁、锌的含量过高，以及硫脲类药物、解热镇痛药等，均是致甲状腺肿的物质；③家族性甲状腺肿则是由于遗传性酶的缺陷导致激素合成障碍。以上各种原因都抑制了甲状腺组织合成甲状腺激素，反馈性的引起垂体 TSH 的量的增加，从而刺激甲状腺组织增生。病理上主要表现甲状腺呈弥散性肿大，血管增多，腺泡细胞肥大，腺组织不规则增生和再生，逐渐出现结节。

临床表现

散发性甲状腺肿常在青春期、妊娠期和哺乳期发生，腺体通常轻度肿大，呈弥散

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

性，质较软，晚期可有结节。

地方性甲状腺肿大小不一，可分为Ⅰ～Ⅴ度：Ⅰ度甲状腺可扪及，直径在3cm范围以内；Ⅱ度肿大吞咽时、扪诊时可发现，甚至直视下可见，直径在3～5cm；Ⅲ度肿大在不吞咽动作时也能发现，直径为5～7cm；Ⅳ度肿大甚明显，颈部外形已有改变，直径在7～9cm；Ⅴ度肿大极明显，直径已＞9cm，多数伴有结节。早期除腺体肿大外，一般无自觉症状，久病者，腺体肿大明显，可引起压迫症候群，如气管受压，可有喉部紧缩感，慢性刺激性干咳，劳动后气促；喉返神经受压，可引起声音嘶哑。如甲状腺位于胸骨后或胸腔内，可引起上腔静脉压迫综合征。成人在发生多结节甲状腺肿基础上可发生甲状腺功能亢进症，在严重流行区，小儿甲状腺肿常伴有呆小病。

诊断要点

（1）见有甲状腺肿，但甲状腺功能基本正常，参照来自甲状腺肿流行地区，或处于青春期、妊娠期、哺乳期及绝经期，即可考虑本病的诊断。

（2）实验室检查结果对本病的确诊有重要意义，本病患者的基础代谢率大多正常，血清蛋白结合碘正常，甲状腺吸^{131}I率，散发性病例正常，地方性病例往往增高，但经甲状腺激素抑制试验鉴别，其吸^{131}I率可明显受到抑制。

（3）本病伴见神经官能症者，应注意伴见甲亢的可能性，后者T_3抑制试验呈不可抑制反应，或引起血清TSH降低；疑有甲状腺激素合成酶缺陷者，可作氯酸排泄试验；有结节者，应与甲状腺肿瘤、甲状腺炎等疾病相鉴别。

（4）若甲状腺肿、病程不长，质软不痛，常因情志因素而波动者，多属气郁痰阻；若病程持久，质硬有结节，位置固定不移，多属血瘀痰结。

治疗

治法：疏经活血，化痰散结。

（1）针刺

取穴：气瘿（在颈前相当于水突部位根据甲状腺肿块大小，可稍有改变。或在肿块上酌情取5个穴点） 合谷　丰隆　天突　膻中　足三里

操作：针气瘿穴时，针体呈45°角自腺体边缘刺向肿块中心，可采用鸡爪刺法，不留针，或用傍针刺法，得气后留针20分钟，隔日1次，30次为1疗程。注意，颈部血管神经较多，针前要轻轻揉按穴位，使其避开血管，进针不宜过深，主穴深度以1.5～2cm左右为宜，阿是穴应视结节大小进针1～3cm为好，不要穿透结节。

（2）电针

取穴：阿是穴　水突

配穴：合谷、列缺

方法：阿是穴在前方直刺，以刺入腺体1/2上为宜；水突穴以左右双侧作45°角横斜刺，待刺入腺体1/2即止，不宜过深，均作提插捻转手法，配穴合谷、列缺常规刺入即可。有针感后，用9～12V电针机，主穴接阳极，配穴接阴极，各穴轮流通电15分钟，电流强度由小到大，以患者能耐受为度，每日1次，10次为1疗程。

（3）灸法

取穴：天突　膻中　臂臑　风池　大椎　气舍　膺会　天府　冲阳

方法：膻中、天突两穴各灸7壮，其它穴位各灸18壮。艾炷如米粒大，隔日1次，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

30 次为 1 疗程，亦可在上穴用艾条悬灸，灸至局部皮肤潮红为度。

（4）耳针

取穴：内分泌　皮质下　甲状腺

方法：每次选用 2～3 穴，毫针强刺激，留针 30 分钟。隔日治疗 1 次，30 次为 1 疗程。或用揿针耳穴埋压，每次埋压 1～2 日，休息 3～5 天，再如上法继续治疗。

（5）梅花针

取穴：在颈前部、项部、肩胛部及胸 3～9 背俞穴区。

方法：本法尤适用于颈部皮肤松弛的患者及结节减轻后的患者，可用皮肤针轻轻叩刺，以局部皮肤微红为度，每日 1 次，15 次为 1 疗程。可配合其它针刺方法一起应用。

文献摘要

（1）张耀华的治疗方法：①局部取穴：视结节大小，酌情针刺 3～6 针，围刺结节；②近道取穴，取与甲状腺前后相对应的穴位天柱、大杼；③远道取穴：曲骨、内关。手法操作：对于结节的针刺方法，患者多采取坐位，医生左手拇指固定结节，右手持针从结节周边捻转进针，均刺向结节中心方向，结节中心直刺 1 针，针刺深度均以刚透结节基底部为度，之后，嘱患者仰卧，在刺入一定深度后，将所有针柄捏在一起，做等幅的提插捻转，20 分钟后出针，按压针孔。针刺其它穴时，气至后施提插捻转法 6 次，再上下等幅度的提插 6 次，重复操作 2～4 次后即出针。一般情况下，提插捻转幅度要适当，中等刺激，实证手法宜强，虚证手法应轻，隔日针 1 次，36 次为 1 疗程。

（张耀华．针刺治疗甲状腺良性结节的临床体会．中国针灸，1996，16（2）：23）

（2）金红霞取腺内穴、合谷、扶突、气舍，在进针点常规消毒，用 1%～2% 的普鲁卡因 1～2ml 作局部麻醉，然后取 1～3 号 4～5cm 长的医用羊肠线，用埋线针缓缓埋入穴位内，腺内穴根据病情，每侧 1 次可埋 2～3 根线，一般 1～3 个月埋线 1 次，下次能否再埋，根据羊肠线吸收情况而定。本组 32 例患者完全治愈 18 例，有效 10 例，无效 1 例，总有效率 90%。

（金红霞．埋线治疗单纯性甲状腺肿．针灸临床杂志，1996，12（9）：54）

按语

本病属中医“瘿气”或“瘿瘤”的范围，《针灸甲乙经》中就记载了“瘿瘤气舍主之”的针灸处方，此后，又出现了诸多针治方法，散见于不少医籍之中。针灸疗法取穴少，手法简单，疗效高，是治疗本病很有价值的方法。一般多以局部取穴为主，治疗主穴均在颈部，阿是穴就在结节上，用围刺法，可使甲状腺逐渐缩小，配合局部梅花针叩打更有效，还需结合远道配穴，如天井、肩井、足三里等。久留针，留针期间不行针。由于颈部解剖结构的特殊性，针刺时应注意针刺勿刺伤气管、喉头、大血管，出针后用消毒棉球按压片刻，以防出血形成血肿。若能结合碘剂药物内服则疗效显著。肿块过大，压迫明显，针刺不能迅速取效者，应考虑手术。

本病病因于缺碘，给予补碘无疑是有效的，针刺并无碘的补充，却也产生良好效果，其故何在？有人认为与针刺直接破坏肿大的甲状腺体内的扩张滤泡，抑制甲状腺合成和分泌甲状腺素有关。再者，人迎、水突下分别有甲状腺上动脉、甲状腺上静脉、迷走神经，针刺这二个穴位，调节了血流量，抑制了迷走神经，使垂体前叶分泌的促甲状腺素减少，而使肿大的甲状腺体逐渐缩小。实验观察发现，针刺能促使甲状腺对碘的吸

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

聚和利用，这仅初步揭示了其治疗机理。

甲状腺功能亢进症

概述

甲状腺功能亢进症（甲亢）系甲状腺病态分泌过量的甲状腺素所致。其基本特征为甲状腺肿大，基础代谢率增加和植物神经系统的失常。甲亢根据其病因的不同可分为甲状腺性甲亢、垂体性甲亢、异源性甲亢和代谢性甲亢等多种类型，临床上甲状腺性甲亢较为多见，本章以甲状腺性甲亢中的毒性弥漫性甲状腺肿，即 Graves 病作为讨论的重点。

本病患者多伴有程度不同的甲状腺肿，祖国医学称之为“瘿病”。认为本病与情志失调，肾阴亏虚或劳倦太过等因素有关，其中尤以情志对发病的影响较大。初起多属实证，以气滞、痰凝、血瘀、肝火为主要病机，中期虚实互见，久病则以阴虚为主，其病理变化广泛，可涉及肝、肾、心、肺、脾、胃等多个脏腑。

西医学认为，本病患者血清中存在一种具有能与甲状腺组织起反应或起刺激作用的自身抗体，这一抗体能刺激甲状腺，提高其功能，并引起组织增生。其名称为甲状腺刺激免疫球蛋白（TSI）。当 TSI 与甲状腺细胞结合时，促甲状腺激素（TSH）受体即被激活，以致甲状腺功能受到刺激，从而引起甲状腺功能亢进症和甲状腺肿。此外，本病中针对甲状腺组织的白细胞移动抑制试验呈阳性反应，甲状腺和球后组织均有明显的淋巴细胞浸润，说明本病还有白细胞的介导和参与。精神刺激，如长期悲哀，盛怒等为本病的主要诱因。

临床表现

本病多见于女性，男女之比为 1:4～6，以 20～40 岁最为多见，起病缓慢。典型病例常有如下表现：

（1）高代谢症候群，患者怕热多汗、皮肤红润，手掌、面、颈、腋下多汗，常有低热，甲亢危象时可有高热，患者常有心动过速、心悸、胃纳过多，但体重下降，疲乏无力。同时还兼见易激动、精神过敏、舌和二手平举时有震颤，失眠、烦躁、思想不集中，甚则处于亚躁狂状态。

（2）甲状腺肿，呈弥漫性、对称性肿大，质软，随吞咽而上下移动。由于甲状腺血流量多，故在上下叶外侧可闻及血管杂音和扪及震颤。少数患者肿大不对称，或结节性肿大明显。

（3）突眼症：有良性突眼和恶性突眼二种，前者占大多数。良性突眼主要因交感神经兴奋眼外肌群和上睑肌肌张力过高所致。表现眼裂增宽，眼球内侧聚合不能，上眼皮不能下垂而漏白。一般属对称性。恶性突眼主要由于眼外肌和球后组织体积增加，淋巴细胞浸润和水肿所致。

此外，患者还可伴见性机能障碍、男子乳房发育和生殖系统并发症、贫血，以及皮肤增粗，指甲增厚等表现，部分病人还可见其它内分泌系统的异常。

诊断要点

（1）根据病史、体征及心悸、纳亢、消瘦、急躁、怕热、眼突、手抖等典型症状，诊断一般并不困难。轻证患者几乎无症状，老人和儿童常为不典型发病，临床上应予严

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

密切注意。

(2) 甲状腺功能试验：①甲状腺摄^{131}I率增高，3小时大于25%，24小时大于45%，并表现吸碘峰值提前的特点；②血总甲状腺素（总T_4）测定，其数值增高；③血总T_3值＞100～150mg/dl，增高幅度常大于总T_4；④反T_3（rT_3）的测定，甲亢时明显升高；⑤促甲状腺素释放激素（TRH）兴奋试验，常不能引起促甲状腺激素（TRH）的兴奋。

(3) 本病应与单纯性甲状腺肿相鉴别，后者仅有甲状腺肿而无高代谢症状和眼症状；甲状腺肿大还应与自主性高功能性甲状腺瘤相鉴别。

(4) 早期发病见失眠、注意力不集中和烦躁等症状，应与神经官能症相区别；结核和风湿热常有低热、多汗、心动过速等，应与本病相区别；老年甲亢的表现多不典型，常有淡漠、厌食、明显消瘦，容易被误诊为癌症。单侧浸润性突眼需与眶内和颅底肿瘤鉴别。

治疗

治法：滋阴清火益气，行瘀消瘿散结。

(1) 针刺

处方：内关　间使　神门　足三里　三阴交　太溪　复溜　太冲　照海　关元

随症配穴：甲状腺肿大，加气瘿穴（相当于水突穴，视甲状腺肿大程度，定位稍有出入，针时应避开血管）、平瘿穴（颈3～5夹脊正中线旁开0.5寸）；眼球突出，加上天柱（天柱穴上0.5寸）、风池。

操作：每次选取一对穴位，多捻转；肢体部位穴用提插捻转补泻法，颈部气瘿穴用斜刺泻法，上天柱和风池穴均采用徐入徐出的导气法，使针感达到眼区部位为宜。留针30分钟。隔日针刺1次，3个月为1个疗程。

(2) 穴位埋线

处方：腺内穴（喉结与天突穴联线的上1/3处旁开0.1寸）

方法：用常规无菌操作法，局麻后把0～1号医用羊肠线用埋线针埋于穴位下，深约0.5公分，羊肠线长约4～5公分。2个月埋线1次。对甲状腺肿大特别明显者，可1次一侧埋入2～3根线。

(3) 电脉冲疗法

处方：甲状腺局部　太阳　内关　神门

方法：用输出为25伏的直流脉冲仪，以电极板代替针刺，将高频与音频的两端置于肿大的甲状腺外侧，强刺激。二组低频输出线，一组置于太阳穴，弱刺激；另一组置于内关，神门穴，中等刺激。每日1次，每次30分钟，20次为1疗程。

(4) 耳针

处方：内分泌　甲状腺　交感　皮质下　神门

方法：每次选2～3穴，用王不留行籽贴在相应的穴位上，1周更换1次。

(5) 梅花针

处方：颈　甲状腺局部　脊柱两侧　胸及腰骶椎

操作：用梅花针叩击颈部和甲状腺局部及脊柱两侧的膀胱经，待症状好转，叩击点改为胸椎8～11及腰骶椎部两侧，隔日叩击一次，10次为1疗程。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

文献摘要

（1）胡军等采用针刺结合小剂量他巴唑治疗甲亢，Ⅰ组每周针刺1次，Ⅱ组每周针刺2次，Ⅲ组每周治疗3次，3组均每日配合服他巴唑10mg。均取穴气瘿、内关、间使、足三里、三阴交各穴均留针30分钟。结果Ⅰ组治疗20例，控制10例，有效5例，无效5例，有效率为75%；Ⅱ组45例，控制28例，有效11例，无效6例，有效率为86.6%；Ⅲ组47例，控制33例，有效12例，无效2例，有效率95.74%。三组间比较无显著差异。比较治疗前后的TT_3、TT_4、FT_3、FT_4，差别明显，治疗后数值与正常人组无明显差别。

（胡军，何金森，李鼎等．不同针刺间隔时间治疗甲亢临床疗效比较．中国针灸，1995，15（6）：1）

（2）王云勤采用三棱针针挑于甲状腺峡部正中及两侧腺体投影之皮肤表面，每个挑治点直径约1～2mm，首先挑破表皮，然后将其皮下纤维束分次挑断，直至出血少许为止，术后盖无菌纱布，胶布固定。每次挑治2～4点，隔3天1次，5次为1疗程。根据患者具体症候辨证配合服用中药消瘿一、二号方。共治200例，治愈167例，好转31例，无效2例，总有效率为99%。

（王云勤．针挑治疗甲状腺机能亢进症200例．中国针灸，1994，（增刊）：79）

（3）黄柳和取主穴颈部肿块阿是穴、喉$_{2\sim4}$、喉$_{6,7}$（甲状软骨结节上的凹陷正中为起点，至胸骨柄上切迹正中上1寸处为止点，共分3等分，每一等分点为1点，连同起止点共4点，从上而下命名为喉$_1$、喉$_2$、喉$_3$、喉$_4$，再在喉$_1$旁开至人迎前为喉$_5$，再向下与喉$_2$、喉$_3$、喉$_4$相平各定一点，为喉$_6$、喉$_7$、喉$_8$，左右相同）、肝俞、鸠尾，心悸者配膻中、巨阙，消谷善饥者，加中脘，突眼者加眼睑挑点。首先以2%的普鲁卡因在穴位皮下注射皮丘后，采用已消毒的大号缝衣针横刺皮肤，挑断皮下纤维，挑毕，外贴无菌纱布。每次挑1～2个主穴，或配穴，每日1次，10次为1疗程。并于第1疗程及第2疗程结束时，分别于鸠尾及肝俞做割脂埋线1次。共治41例，治愈19例，好转20例，无效2例，有效率为95.12%。

（黄柳和．挑筋割脂埋线疗法治疗甲亢．中国针灸，1995，15（1）：28）

按语

针灸治疗本病主要着眼于甲状腺肿大、突眼和高基础代谢症候群。对于本病引起的心悸、消化道症状、神经衰弱症状等，针灸的对症处理也可发挥良好的作用。经统计发现，治疗甲亢的甲状腺肿大应用最多穴的穴位是腺体局部穴，浮白、平瘿、气瘿也是治疗甲状腺体肿大的经验穴，其次是合谷、内关、曲池、三阴交、心俞、肝俞、脾俞、肾俞、足三里、太冲等。有人认为，上天柱和风池是治疗甲亢性突眼的最佳穴位。在服用抗甲状腺功能亢进药物的同时，配合针灸治疗，可以见效快，又可减少药物的副作用，当临床症状缓解后，继续针灸，逐渐停药，一般能使病变稳定，不致反复。若针灸治疗后，病情无明显改善，并有加重趋势，应考虑甲亢危象的可能，及早采用中西医结合的方法，若已确诊，更应积极抢救。

患者精神状况与病情有着密切的关系，心情乐观舒畅，有助于提高疗效，心率超过100次/分以上者，应全日休息，并给予足够的营养，注意勿刺伤喉头、血管、气管等造成严重损伤。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

甲状腺功能减退症

概述

甲状腺功能减退症简称“甲减”，是指甲状腺激素合成或分泌不足所引起的疾病，最严重的表现是粘液性水肿。由于甲减起病时的年龄不同，甲状腺机能减退的程度不同，所产生的症状也各异，可分如下三型：①克汀病，又称呆小病，病起于胎儿或新生儿；②幼年甲状腺功能减退症，病起于发育前儿童期；③甲状腺功能减退症，病始于成人期。本节重点叙述成人期的甲状腺功能减退症。

本病在中医应归属于“虚劳”、“水肿”和“肤胀”的范畴，认为本病多因先天不足，或后天摄养失调，以致脾肾素虚；或因手术、药物损伤，元阳受损，致脾肾阳气亏虚而发病。如病情进一步发展，可致心肾阳衰，形成昏迷、木僵、尿闭、肢厥等危候。

西医认为，甲状腺功能减退症可分为甲状腺激素缺乏和 TSH 缺乏两类。前者病变在甲状腺本身，与甲状腺自身免疫损害、甲状腺炎及药物损害了甲状腺，引起甲状腺腺体长期、广泛的病变有关。后者则因于垂体前叶功能减退、或下丘脑疾患所致 TSH 分泌不足。病理检查见甲状腺腺体萎缩，腺泡大部分被纤维组织所替代，兼有局部淋巴细胞浸润，残余腺泡的上皮细胞矮小，泡内胶质含量减少。

临床表现

成人型甲状腺功能减退症以 40～60 岁之间为多，男女比例为 1∶4.5。起病隐匿，病程发展缓慢，可长达 10 年之久。主要表现疲乏、行动迟缓、嗜睡、记忆力明显减退，且注意力不集中，异常怕冷、无汗及体温低于正常。典型的粘液性水肿面容，面部表情淡漠、呆板，面颊及眼睑虚肿，呈非凹陷性水肿，垂体性粘液性水肿有时颜面胖圆，犹如满月。面色苍白，贫血，或带黄色或陈旧性象牙色。有时颜面皮肤发绀，眼睑下垂或眼裂狭窄，部分病人有轻度突眼。鼻、唇增厚，舌大而发音不清，言语低嗄。头发干燥稀疏，易断，睫毛和眉毛（尤其是眉梢部位）脱落，阴毛、腋毛脱落，男性胡须生长缓慢，指甲生长缓慢，常有裂纹。贫血貌，皮肤苍白或腊黄，且粗糙无光泽，干燥，发冷而厚，角化严重，有非凹陷性水肿即粘液性水肿，尤以手、臂、大腿为明显。

本病还见有其它多系统损害表现，在神经系统，见精神迟钝、嗜睡、理解力和记忆力均下降，视、听、触、嗅觉迟钝，严重者可有精神失常，呈木僵、痴呆、昏睡。偶有共济失调及轻度的感觉运动障碍；在心血管系统，可出现气促，心动过缓，血压偏低，偶可发生心绞痛、心律不齐，或心力衰竭；在消化系统，可出现厌食、便秘腹胀，甚至发生麻痹性肠梗阻；在肌肉关节系统，主要出现累及肩背部的肌肉酸痛，肌肉无力，肌张力下降，关节疼痛等；在内分泌系统，有性欲减退，男性阳痿，女性月经过多，病久则闭经，肾上腺皮质功能偏低。本病最严重的表现为粘液性水肿性昏迷，表现嗜睡，体温在 35℃以下，呼吸浅慢，心动过缓，血压下降，四肢肌肉松弛，反射减退或消失，可伴休克、心肾功能衰竭。常因受寒、感染、创伤、麻醉或镇静剂应用不当而诱发。

诊断要点

（1）成人型甲状腺功能减退症当表现典型时，诊断并不困难，但因早期症状多不典型，易于误诊，故对诉有乏力、畏寒、贫血、脱发、食欲减退而体重增加的病人，应怀

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

疑本病。

(2) 在甲状腺损伤所致的甲状腺功能减退症，有原发性和继发性之分，继发性患者多有发病前甲状腺手术史、或有放射线、抗甲状腺药物的治疗史等，临床应注意追溯病史，寻找病因。

(3) 实验室检查是明确诊断、并确定病因，了解疾病性质的主要方法。

本病患者的基础代谢率降低。甲状腺功能检查：血清 T_4 下降，而 T_3 正常，但在重症可降低；血清中 FT_3 和 FT_4 均降低，rT_3 多降低，PBI 降低，甲状腺吸^{131}I 率明显降低，而尿中碘排增大。

血清 TSH 测定对甲减有性质鉴别有重要意义，因甲状腺本身病变的甲减，TSH 显著增高，而发生于垂体病变的甲减，又称垂体性甲减，TSH 则显著降低。

TSH 兴奋试验，在原发性甲减无反应，而垂体性甲减甲状腺摄^{131}I 率可明显升高。TRH 兴奋试验观察血清 TSH 含量，可鉴别病因在垂体还是在下丘脑。

(4) 不典型的粘液性水肿临床上需与贫血、肥胖、水肿、肾病综合征、月经紊乱和垂体前叶功能减退症相鉴别。

治疗

治法：益气温阳，扶正培元。

(1) 针刺

取穴：大椎　命门　膻中　风池　丰隆　关元　天突

配穴：精神症状，加百会、四神聪、神门；厌食，肠胀气者，加脾俞、胃俞、中脘；便秘者，加天枢、大肠俞、上巨虚；水肿明显者，加肺俞、脾俞、三焦俞。

操作：以上穴，每次选取 5～7 穴，行提插捻转补法，刺激宜轻，留针时间要长，可安静留针 40～60 分钟，必要时，加行温针灸，燃完艾后，再上新的艾绒，每穴可烧 3～5 壮，治疗隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

(2) 艾灸

取穴：膻中　中脘　气海　肺俞　脾俞　肾俞　命门

方法：大艾炷隔附子饼灸，或用温补回阳的中药粉铺在穴位上（约 1cm 厚）施灸，以直径 4cm 的艾炷，温度以病人舒适，或自觉有热气向腹中传导为度。每周灸 3 次，每次 6～8 穴，每穴灸 3～5 壮，4 个月为 1 疗程。

(3) 耳针

取穴：内分泌　皮质下　三焦　甲状腺

方法：每次取 2～3 穴，毫针刺入后，行平补平泻法，留针 20～30 分钟，隔日 1 次，30 次为 1 疗程。亦可用王不留行籽作耳穴按压，选取上述穴位，贴敷后每日按压 3～5 次，以局部发热为佳，3 天后更换，两耳穴交替使用。

文献摘要

王秀洁等用针灸参与甲状腺功能减退症昏迷的抢救，方法：使病人平卧，保持呼吸道通畅，即刻刺人中、中冲、合谷、足三里及耳穴（心、脑、下屏尖、神门），人中治昏迷，有升血压的作用，同时，开窍醒神，持久弱刺激，可引起持续性吸气兴奋；中冲多点刺，放血，乃治疗昏迷的要穴，10 例病人中，有昏迷 1 次，有 2 次，最多的为 4 次，均用针灸的方法，促进昏迷的苏醒，昏迷缓解后，可配合黄芪建中汤口服以巩固疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

效。

（王秀洁，赵晓杰．针刺治疗粘液性水肿性昏迷（甲减性昏迷）10例．针灸临床杂志，1998，14（4）：25）

按语

本病为西医学较为难治的病证，针灸对本病有一定的疗效，尤其是灸法，可有一定的症状改善作用。客观地说，针灸对于本病仅有一定症状调节作用，临床上可作为中西药物治疗的一个辅助方法。对根据本病的临床表现，中医辨证其主要病机是脾肾亏损。症轻者，以脾虚血亏为主，主要表现为头昏神疲，面白肤燥，身倦肢重，纳呆腹胀等，治疗以补中益气，养血润燥为主，可取膈俞、脾俞、胃俞、气海、足三里、三阴交等为主穴，针用补法，多加艾灸。症重者，则以脾肾阳虚为主，除上述诸症外，更有形寒肢冷，全身浮肿，毛发脱落，血压偏低，心率减慢等，治疗重点应温补脾肾，可以百会、脾俞、肾俞、命门、关元、太溪等为主穴。近代研究涉及到对甲减临床的各个方面，对粘液性水肿的昏迷，甲减引起的妇科病证及神经科病证等，均取得一定的作用，但少有单纯依靠针灸治疗而有稳定疗效者。临床观察指示，药物结合针刺治疗对本病的症状改善有积极的意义。对缺碘引起的甲状腺功能减退应在针灸治疗的同时补充碘的摄入量。对较严重的甲减病例，应配合中药益肾温阳之剂，有助于病情的改善，补肾壮阳之中药，长期调治，则疗效更好，且较巩固。甲状腺功能减退症患者的皮肤修复功能较差，在温针或灸法时，切记不可烫伤皮肤。

本病的针灸治疗机理目前尚不清楚，有关实验证明，针灸能有效地改善甲状腺功能，并对垂体—甲状腺轴功能亦有良好的双相调节作用，通过针灸既可以调节甲状腺机能，又能影响全身内分泌系统，针灸刺激对于甲减这一以垂体—甲状腺轴为中心，涉及全身多系统异常的病证颇有助益。

尿　崩　症

概述

尿崩症有二种，一是因下丘脑—垂体后叶病变使抗利尿激素（ADH）分泌和释放引起的中枢性尿崩症；另一种是因肾小管对ADH不起反应而引起的肾性尿崩症。均以烦渴多饮、多尿、尿比重低为特点。本节重点介绍中枢性尿崩症的针灸治疗。根据病情轻重，可分为部分性尿崩症和完全性尿崩症；根据病程长短，又可分为暂时性尿崩症、永久性尿崩症和二相性尿崩症；根据病因还可分原发性尿崩症、继发性尿崩症和遗传性尿崩症。

本病可归于中医“消渴”的范畴。其发病多责之于脏腑柔弱，素体阴虚，加之饮食失调，劳逸不节，七情郁结，生热化火，以致肺燥津枯，津不上承，有开无阖，关门不固，而多尿；肾阴不足，虚火上浮，则口干引饮。此外，还可因手术、外伤等原因，使元神受损，肾气受伤，津液不能气化，固摄无权，直摄膀胱，发为多尿。

西医认为，产生于下丘脑神经元的抗利尿激素（ADH），在邻近的渗透压感受器的调节下，对肾脏远曲小管和集合管的水分吸收产生影响。目前认为，ADH合成酶的缺陷，渗透压感受器缺陷均可引起本病；垂体病变，如肿瘤、创伤、感染和浸润性疾病等，可影响垂体柄和垂体后叶而引起继发性尿崩症；肾脏损害，使肾小管对ADH反应

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

缺陷则可引起肾性尿崩症。

临床表现

尿崩症可发于任何年龄，以青年为多见，发病的男女之比为 2:1。发病缓慢，少数发病突然，每昼夜尿量超过 3～4L 或更多，严重时可高达 10～30L，尿色浅淡，比重在 1.001～1.005。限制饮水，尿比重仅能上升 1.010。除多饮、多尿、口干舌燥，影响工作和睡眠外，在不限制饮水的情况下，病人血清钠、氯、钾含量和尿钠、氯、钾排出量均正常，一般健康不受影响。如果限制饮水，仍可出现多尿，病人将极度烦渴不安、头痛、疲乏无力，脉快、体温下降、体重减轻，血清钠上升到 150mmol/L 以上，出现严重的脱水。但如饮量过度，可发生水中毒，致头痛、恶心、呕吐、肌肉运动不协调，体温下降，精神错乱，甚至惊厥、昏迷而死亡。

诊断要点

凡有烦渴多饮、多尿（尿量超过 6000ml）、低尿比重（低于 1.006）者，均应考虑尿崩症的可能。但确诊须赖进一步的检查，排除精神性多饮多尿等病证。

（1）本病在临床上尚需与精神性烦渴、糖尿病、肾性尿崩症等疾病相区别。精神性烦渴多见于女性，常有精神因素，尿量不定；肾性尿崩症有先天与后天之分，先天性常于出生后数月发病，病死率较高，后天性继发于药物损害及肾脏疾病与肾肿瘤等，其共同特点是对 ADH 无反应。

（2）垂体后叶功能检查，有利于确诊本病并与其它疾病相鉴别。禁饮试验，尿崩症病人禁饮后，尿量仍多，尿比重多不超过 1.010，尿渗透压一般不超过血浆渗透压；禁饮一血管加压素试验，尿渗透压可明显升高，可较注射前增加 9% 以上，ADH 缺乏程度越高，增加的百分比就越多。这一特点与正常人及其它类似病证具有明显的不同。

（3）从鉴别诊断的要求，如系继发性尿崩症，尚需测定视力、视野、蝶鞍摄片、气脑、以及头颅 CT 片或头颅核磁共振片等，以明确颅内肿瘤、炎症、外伤或血管病变等病因。

治疗

治法：滋肾补肺养阴，清热生津润燥。

（1）针刺

取穴：① 肺俞　鱼际　风府　风池　足三里

② 肾俞　哑门　然谷　水泉

③ 三焦俞　通里　三阴交　百会

配穴：口渴多饮者，加少商、尺泽、金津、玉液；尿多者，加太溪、复溜、中极、大赫；畏寒、便溏者，加关元、命门加灸。

操作：以上三组穴位交替使用，每次选取穴位 5～8 穴，针刺手法以提插捻转泻法为主，少商穴可用三棱针点刺出血；肺俞及上臂穴位可用提插捻转泻法，行强刺激，脾俞、肾俞、太溪、复溜等穴应用提插捻转补法；腹部穴位宜深刺 2 寸左右，并捻转，以使针感直抵小腹，及尿道有胀感或抽动感为佳。其它穴位可用平补平泻法。针刺操作后，留针 30 分钟，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）灸法

取穴：关元　水道　肾俞　腰眼

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：小艾炷直接灸，每次2穴，隔3～5天1次，灸后使其化脓则疗效更佳。也可用艾条灸15～30分钟。

（3）耳针

取穴：脑点　内分泌　交感　神门　肾　膀胱

方法：每次选取2～3穴，毫针刺入得气后，行中强刺激，留针30分钟，每隔5分钟间歇行针，隔日治疗1次，30次为1疗程。亦可采用埋针法。

（4）头针

取穴：足运感区　生殖区　胸腔区

方法：头针可配合耳针同时进行，常规刺法，接上G-6805电针仪，选用频率180次/分，用连续波或疏密波，刺激强度以病人能耐受为度，刺激30分钟，出针后按压针孔。以上治疗隔日1次，30次为1疗程。

文献摘要

（1）曹文钟等治疗1例15岁尿崩症患者，治疗方法：以滋阴清热，生津止渴，固涩下元为大法，取金津、玉液、鱼际、劳宫、肺俞、心俞、肾俞、膀胱俞、尺泽、三阴交、太溪、行间、中脘、足三里、涌泉。先用毫针刺金津、玉液，泻法。以后依次针刺背俞及四肢穴，不留针，每日1次，10次为1疗程，疗程间休息3天，再作下1个疗程。1疗程后尿量明显减少，3个疗程后颜面不红，目眶四周黑色变浅，烦渴、多饮、多尿只见于晨间，胆怯易惊亦较前有好转。5个疗程后，症状得到控制，继以调理肝、脾、胃法，取脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、内关、合谷、中脘、天枢、足三里、三阴交、太溪、太冲、关元，行补法，又经4个疗程后症状完全消失。

（曹文钟，徐慧卿．针刺治疗疑难病举隅．中医杂志，1995，36（12）：726）

（2）张建成治疗尿崩症1例，方法：首次治疗取百会、肾，用化脓灸法，相隔3日后取肺俞、脾俞、中极；第6日取足三里，每穴均用黄豆大艾炷灸7壮，直接灸，共灸3次。灸后穴位处皮肤焦黑，3日后出现浆液性水泡，1周后化脓，用无菌敷料包扎，化脓期嘱患者勿过劳，忌房事，灸疮渗出过多应及时更换敷料，1月后灸疮陆续结痂，形成疤痕。灸治后效果：初次灸后，当日夜间6小时排尿仅500ml，口渴减轻，饮水减少，灸治3次后，病情逐渐好转，1周后尿量趋于正常，1月后恢复工作，随访12年无复发。

（张建成．化脓灸治疗尿崩症1例．中国针灸，1997，17（3）：174）

按语

尿崩症是较为顽固的内分泌疾病，针灸治疗本病具有一定的疗效，临床观察发现，针刺对于各型尿崩症的临床症状均有一定的缓解作用，对于永久性尿崩症针刺不能稳定的改善症状，可作为其它治疗方法的参考。针灸对于本病的治疗一般从辨证的角度分别施治，常用所涉脏腑的背俞穴为主穴，加以清热润燥，滋补增液的穴位。近年来有人报道秩边作为常用穴疗效肯定，还有人报道深刺睛明亦可取得较好的效果，它们都有明显的减少尿量的作用，可作临床的参考。

尽管说针灸对本病有一定疗效，但临床上本法仍属辅助性的治疗，临床观察发现，针灸若与激素配合使用，可以明显提高临床疗效，并能减少激素的用量，从而减轻药物的副作用。近年来将耳针、头皮针等微针疗法用于本病的治疗，对本病的激素水平异常有一定

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

的调节作用，对本病的症状改善很有帮助。病情较重者，应早期配合中西药治疗。

一般对于尿崩症，均应积极寻找发病病因，用排除诊断认定原发性尿崩症后，可采用以上治疗方法，若为继发性尿崩症，则应争取运用针灸等各种方法积极进行病因治疗。目前尚缺少针灸治疗本病的机理研究报道。

（七）代谢性疾病

糖 尿 病

概述

糖尿病是一种因糖代谢紊乱为主的慢性内分泌疾病。病因尚不清楚，临床以多饮、多食、多尿、消瘦、高血糖和糖尿为特征，易产生化脓性感染，动脉硬化，神经、肾及眼部病变等并发症，严重时可发生酮症酸中毒。分原发性和继发性两类，前者占绝大多数，有遗传倾向；继发性者又称症状性糖尿病，系继发于拮抗胰岛素的内分泌病或胰切除后。本病的发病男女相等，60 岁以后发病率明显增加，其中脑力劳动者高于体力劳动者。

中医学称本病为“消渴”。基本病因是：五志过极，精神烦劳，气机郁结，心火偏亢，消烁肺胃阴津而发为消渴。病机主要为燥热和阴伤两方面，其阴伤为本，燥热为标。其病变脏腑可涉及肺、脾、肾三脏，遍及上、中、下三焦。消渴日久，阴损及阳，可发展为多种危象。

目前认为可能与遗传、自身免疫、病毒感染、升血糖素过多、化学毒物以及神经因素有关。基本病理生理为绝对或相对的胰岛素分泌不足，引起糖、脂肪、蛋白质、糖基化血红蛋白、维生素等物质的代谢紊乱，进而引起体内的乳酸蓄积，酸碱平衡紊乱、电解质代谢紊乱。在病理解剖上，主要表现胰岛的变性、纤维化和炎性浸润，对肾、血管、肝脏、心脏、神经系统及其它内分泌腺体均有不同程度的病理侵害。

临床表现

本病是慢性进行性疾患，其有一段较长时间的无症状期。症状期主要表现多尿、多饮、烦渴，善饥多食、常称为“三多症”。患者常有疲乏感，虚弱无力，形体消瘦，皮肤搔痒，多见于女阴部，失水后，皮肤干燥，亦可发生全身瘙痒。其它尚见四肢酸痛、麻木，腰痛、性欲减退、阳痿不育、月经失调、便秘、视力障碍等。临床症状表现多与其并发症有关。

基本体征，早期多无明显体征，久病可出现因失水、营养障碍、继发感染、心血管、神经系统、肝脏、肾脏、眼部、肌肉、关节等部位并发病证的体征。

实验室检查，本病血糖Ⅱ型（胰岛素依赖型）中轻型病例空腹血糖可正常，餐后血糖可超过 200mg/dl（11.0mmol/L）重症及Ⅰ（非胰岛素依赖型）型病例则显著增高，常在 200 ~ 400mg/dl（11.0 ~ 22.0mmol/L）范围内，有时可高达 600mg/dl（33.0mmol/L），血脂、血酮及血尿素氮亦有一定增高。尿糖的含量受肾阈值的影响较大，一般情况下尿糖高度与血糖含量有关。此外还可见蛋白尿、高比重尿、酮尿及镜下血尿等。

诊断要点

（1）典型病例有三多症群，提示本病的可能；轻症无症状则完全依靠化验诊断本

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

病；不少病例以并发症作为首发症状，然后追溯及本病。血糖、尿糖的检查，为确诊本病的依据。并查明其是否伴有各种并发症、病情轻重，类型，发展阶段和各脏器的功能状态等。

（2）对空腹血糖正常或偏高的本病可疑病例，为了明确诊断，必须做葡萄糖耐糖试验，常用的为口服葡萄糖耐量试验（OGTT），口服葡萄糖2小时后，血糖仍≥200mg/dl（11.1mmol/L），则应考虑本病的可能。此外对不能口服者，还可进行静脉葡萄糖耐量试验、皮质激素葡萄糖耐量试验等。

（3）对某些影响因素复杂的病例，可对其胰岛β细胞功能进行测试，其基本方法有：甲苯磺酰丁脲试验（又称D_{860}试验）、空腹血浆胰岛素测定、胰岛素释放试验、C肽试验及HbA_{1c}测定等。

（4）本病应与下列疾病作鉴别诊断，饥饿性糖尿、食后糖尿、肾性糖尿、神经性糖尿等。还应与继发性糖尿病相鉴别，由胰腺炎、癌、胰大部切除等引起者，应结合病史综合考虑；有应激性高血糖或妊娠糖尿病者应予随访加以鉴别。

治疗

治法：清热润燥，滋阴生津。

（1）针刺

取穴：胰俞　脾俞　肾俞　足三里　太溪

配穴：上消口渴多饮：少商、鱼际、膈俞、心俞；中消多食善饥：中脘、胃俞、内庭、三阴交；下消多尿口干：关元、复溜、水泉、命门。

操作：主穴每次必用，临床斟酌加配穴，可分若干组交替使用，每日针刺1次，或隔日针刺1次，留针30分钟，补泻兼施。关元、命门、足三里可用艾条温和灸或艾炷灸，亦可配合使用电针疗法，针刺得气后接上电针仪，通电20分钟，隔日治疗1次。

（2）耳针

取穴：多饮取内分泌、肺、渴点；多食取内分泌、胃；多尿取内分泌、肾、膀胱。

方法：每次取2～3穴，留针15分钟，隔日1次，10次为1疗程。亦可采用皮内埋针法。

（3）梅花针

取穴：脊柱两侧，以胸椎7～10为重点。

方法：穴区叩刺，隔日1次，或每日1次，每次5～10分钟，10～30次为1疗程。

文献摘要

（1）翟耀等治疗了52例糖尿病并发心血管并发症的病例，随机分为二组，其中治疗组30例，对照组22例，治疗中均控制饮食。治疗方法：针刺组取穴，主穴为曲池、支沟、阳陵泉、三阴交、关元、内关。配穴：上消加鱼际、复溜；中消加中脘、内庭；下消加带脉；眩晕或高血压加风池、太冲；心悸、胸闷加间使。手法为平补平泻。留针20分钟，每日1次，连针10次，停针1日，针30次为1疗程。对照组口服消渴丸，每日5～20粒，30日为1疗程，有高血压者，口服复方降压片，每日2～4片。治疗结果：针刺组总有效率高于对照组，且针刺组对尿糖、血糖、尿酮体和血浆比粘度的下降有统计学意义，且比对照组好。二组血压在治疗后均有明显的下降，组间对照，针刺组舒张压的降低作用优于药物对照组。针刺组还有改善心电图的作用，治疗前不正常心电

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

图 13 例，治疗后 7 例恢复正常。

（翟耀，巩殿琴，陈德成等．针刺治疗糖尿病及心血管并发症的临床研究．中国针灸，1996，16（8）：11）

（2）李巧菊等采用穴位埋线治疗本病 46 例，取穴：①组为足三里、三阴交，②组为曲池、肾俞、气海穴，两组交替使用。口渴甚者加支沟；善食易饥者加中脘配天枢；多尿者加关元。每月治疗 1 次，3 次为 1 疗程。结果显效 34 例，有效 10 例，无效 2 例。

（李巧菊，马繁梅．穴位埋线治疗糖尿病 46 例疗效观察．山西中医，1992，8（2）：41）

（3）曲齐生等治疗非胰岛素依赖性糖尿病 78 例，取肺俞、脾俞、肾俞，采用 3 寸长针平刺，得气后，施以平补平泻法，留针 20 分钟，每日 1 次，4 周为 1 疗程，结果临床治愈 25 例，显效 35 例，进步 14 例，无效 4 例，有效率为 94.9%。

（曲齐生，孟维滨，刘勤等．针刺背俞穴治疗非胰岛素依赖性糖尿病的临床研究．针灸临床杂志，1996，12（3）：20）

（4）康世英等将 50 例非胰岛素依赖性糖尿病患者分为不择时针刺组（A 组）、胰岛素分泌高峰时针刺组（B 组）、胰岛素分泌低谷时针刺组（C 组）和药物 D_{860} 组（D 组），D 组给予口服 D_{860}；其余三组均采用针刺肺俞、肾俞、外关、足三里、三阴交、太溪穴，施以平补平泻法，留针 20 分钟。C 组在餐前 1 小时内针刺，B 组在餐后 0.5～1.5 小时之间针刺，A 组在 B 组和 C 组针刺时间以外的任何时间均可针刺。结果各组患者在治疗后空腹血糖及餐后 2 小时血糖均有显著下降，其中 B 组的下降幅度最大，与其它各组比较有显著的差异性；除 C 组外，治疗后 24 小时尿糖定量均有显著下降，仍以 B 组的下降幅度为最大，与 A、D 组比较有显著差异；除 C 组外，治疗后的糖化血红蛋白均有显著下降，以 B、D 组比较有显著差异，B、D 组比较差别不明显。

（康世英，刘豫树，罗惠平等．择时针刺治疗糖尿病的临床研究．中国针灸，1995，15（1）：6）

按语

中医所称“消渴”，可能包括西医学多种病证，糖尿病则为其中之一。针灸治疗消渴，古代文献记载较多，但后世应用较少。近些年来，国内外学者开始对它进行研究，方法有按上、中、下三消分证论治者，有专门从脾胃论治者，有专用协定处方治疗者，有单用针刺者，有单用灸法者，各取得一定的进展。

针灸治疗糖尿病，其疗效是肯定的，对轻型和中型病人疗效较好，同时，针灸对糖尿病的并发症（如脑梗死、心绞痛、肢体疼痛、植物神经功能紊乱等，特别是并发膀胱病变、并发神经病变）亦有很好的疗效。在本病的治疗取穴方面，使用频率高的穴位是足三里、三阴交、其次是脾俞、胰俞、肾俞、肺俞、曲池等穴，常用耳穴依次为内分泌、肾上腺、脾、肾、神门。胰俞（背侧第 8 椎旁开 1.5 寸处）对控制血糖和尿糖均有较好的效果。对胰岛素完全依赖型糖尿病针灸疗效较差，应予药物治疗。针灸可以治疗本病，但其疗效强度有限，目前只作为本病治疗的辅助疗法，须配合内服药物以提高疗效。临床发现，肥胖、中等体型患者较消瘦型为好，针感强烈者较针感迟钝者好，口服降糖药依赖者，针灸作用较差。

近年的临床和实验研究表明，针灸治疗本病的主要机制是对改善症状和调节胰岛素

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

分泌功能有一定的作用，通过针刺使胰岛β细胞受体对葡萄糖的敏感性增强，胰岛素分泌增加，加快对葡萄糖的利用和转化，从而控制了血糖的升高。其结论仍然是初步性的，一些使用频率高、疗效可靠的穴位还须进行筛选，如何与中医的辨证有机结合，制定最佳方案，提高临床治疗水平，尚任重而道远。

针灸治疗本病的优点在于可避免导致低血糖等不良反应，但应注意糖尿病患者抗病力差，针灸时必须严格消毒，以免引起感染。重型患者如发生酮症酸中毒，必须立即进行抢救。严格按照食谱进食，限制碳水化合物，增加蔬菜、蛋白质及脂肪类食物的摄入。针灸治疗本病的同时，尚须配合控制饮食，并适当增加运动锻炼。

痛　风

概述

痛风是一组嘌呤代谢紊乱所致的疾病，其临床特点是高尿酸血症及由此而引起的痛风性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风石性慢性关节炎和关节畸形，常累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸肾结石形成。本病可分为原发性和继发性两大类，原发性除少数由于酶缺陷引起外，大多未阐明，常伴高脂血症、肥胖、糖尿病、高血压病、动脉硬化和冠心病等，属遗传性疾病。继发性者可由肾脏病、血液病及药物等多种原因引起。本篇主要讨论原发性痛风，本病多见于中年男性，可有家族史。

本病属于祖国医学“痹证”、“历节风”的范畴。根据中医学的观点，本病的发生是由于正气不足，腠理不密，卫外不固，复感风热之邪，或郁久化热，与湿相并，而致风湿热合而为患，日久气血运行不畅，则瘀血痰浊阻滞经络，病邪还可由经络入脏腑，气血耗伤，呈现心、脾、肾同病。

西医认为，本病的病理表现形式主要有高尿酸血症、痛风性关节炎、痛风石和痛风性肾脏病变四种。高尿酸血症是痛风的标志，其形成可能是由磷酸核糖焦磷酸酰胺合成酶活性增加和黄嘌呤—鸟嘌呤磷酸核糖转换酶的缺乏引起的。痛风的急性发作是尿酸钠盐在关节及关节周围组织以结晶形式沉淀引起的急性炎症反应。血中尿酸结晶有白细胞趋化性，可促使更多的白细胞游集至关节及周围组织内，睾丸酮则对尿酸盐导致的白细胞溶解反应较为敏感。所以，痛风好发于男性和绝经期妇女，下肢关节尤其拇趾承受压力最大，容易损伤，且局部温度较低，故为痛风性关节炎的好发部位。痛风石是痛风的特征性病变，病理特征是以尿酸盐结晶为核心，周围被以上皮细胞和巨核细胞，及其它白细胞的浸润的结构。如尿酸盐在肾组织内沉积，则可引起痛风性肾病，尿酸盐在肾集合管内沉积，则可引起肾脏的急性梗阻性病变，尿酸性尿路结石的形成使痛风病人的尿路结石的发病率为正常人的200倍以上。

临床表现

痛风的自然病程及临床表现大致可分为以下四期：①无症状高尿酸血症期；②急性痛风性关节炎发作期；③痛风发作间隙期；④慢性痛风石性关节炎。

(1) 无症状性高尿酸血症：男性多在发育年龄后发生，而女性多发生在绝经期后，不少血中高尿酸血的患者可以持续终生不发生症状，称为高尿酸血症，而发生了关节炎症才称为痛风，一般在40岁左右，发病率达高峰。

(2) 急性痛风性关节炎：是原发性痛风最常见的首发症状，好发于下肢关节，典型

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

发作起病急骤，多于夜间突感拇趾或脚趾关节剧烈疼痛而惊醒，数小时后发展至高峰，关节及周围软组织出现明显的红肿热痛，痛甚剧烈者甚则不能耐受被褥的覆盖，并或伴有头痛、发热、白细胞增高等全身症状。痛风发作持续数天或数周可自然缓解，关节活动可完全恢复，仅留下炎症区皮肤色泽的改变的痕迹，四季均可发病，但以春秋季节多发，夜半起病者居多，脚扭伤、穿紧鞋、饱餐饮酒、过度疲劳及受寒等，为本病的诱因。初次发作只累及单个关节，反复发作则可影响多个关节，不少人有越发越频的趋势。在未经治疗的人，尿酸盐在关节内沉积过多，炎症反复发作，进入慢性阶段而不能完全消失，引起关节骨质侵蚀缺损及周围组织纤维化，使关节发生僵硬、畸形及活动受限，在慢性病变的基础上仍可有急性炎症的反复发作，使病情越来越重。

（3）痛风性肾病：临床见久病的痛风病人约有1/3伴有肾脏损害，主要表现为痛风性肾病，早期可见蛋白尿和镜下血尿，且呈间隙出现，随着病情的进展，蛋白尿转为持续性，肾脏功能受到损害，逐步发展为慢性肾功能衰竭。还可出现急性肾功能衰竭，多由于大量尿酸结晶广泛阻塞于肾小管腔，导致尿流梗阻所致。痛风患者约有25%并发尿酸性尿路结石，部分尿路结石的症状甚则早于关节炎的症状，纯尿酸盐结石可被X线透过而不显影，临床上易于被忽略。

诊断要点

（1）中年以上男子，突然发生拇趾、跖、踝和膝等处单关节红肿疼痛，伴血尿酸盐增高，即应考虑痛风的可能。男子血尿酸一般在7mg/dl，女性一般在1mg/dl左右，但血中尿酸波动性较大，如取肿胀关节的滑囊液，由旋光显微镜测出其白细胞内的尿酸盐结晶，对本病的诊断较有意义。

（2）X线检查所见，早期急性关节炎除软组织肿胀外，关节显影正常，反复发作后才有骨质改变，首先为关节软骨缘破坏，关节面不规则，关节间隙狭窄。病变进一步发展，则在软骨下骨质及骨髓内均可见痛风石沉积，骨质呈凿孔样缺损，其边缘锐利，缺损呈半圆形或连续弧形的形态，骨质边缘可有增生反应。

（3）若关节疼痛，红肿，局部发热，属于湿热内盛的“热痹”；若关节肿胀、僵硬、或畸形，疼痛部位固定，多属痰瘀痹阻的“瘀痹”。

（4）在鉴别诊断方面，本病应与类风湿性关节炎、化脓性关节炎、创伤性关节炎、关节周围软组织的蜂窝织炎等相区别，多见于老年人的“假性痛风”，一般为关节软骨钙化，以膝关节为多见，症状表现酷似痛风，但血尿酸不高，X线提示软骨钙化。另外，本病还应与红斑狼疮、复发性关节炎、肥大性关节病相鉴别，血尿酸检查有利于鉴别诊断。

治疗

治法：舒筋通络。

（1）针刺

取穴：主要是受累关节局部取穴。

跖趾关节，取阿是穴　八风　内庭　太冲

踝关节：阿是穴　昆仑　丘墟　解溪　太溪

掌指、指间关节：阿是穴　四缝　八邪　三间

腕关节：阿是穴　阳池　阳溪　合谷

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

膝关节：内外膝眼　阳陵泉　梁丘　委中　膝阳关　足三里

配穴：风热湿盛者，加大椎、身柱、曲池；痰瘀痹阻，加膈俞、血海、脾俞、内关、膀胱俞。

操作：大椎、身柱、曲池及诸背俞穴行中强刺激，不留针。再针病变关节处之俞穴，可行齐刺、扬刺、关刺、输刺等方法，以疏通关节的气血瘀滞，针后也可摇大针孔，或用粗针针之，使局部出血。以上治疗每日 1 次，15 次为 1 疗程。关节肿痛严重或梭形者，可在局部用三棱针点放血，配以拔罐，拔出瘀血，每隔 2～3 日复行 1 次，5 次为 1 疗程。

（2）穴位注射

取穴：病变相应关节部位及邻近穴位。

方法：每次选取疼痛最严重部位 2～3 穴，所用药物是红当川注射液，或威灵仙注射液，每穴注入药液 3～5ml 不等，隔日治疗 1 次，15 次为 1 疗程。

（3）耳针

取穴：取相应病变部位　内分泌　交感　下脚端　神门　肾

方法：每次选取耳穴 3～5 穴，用毫针刺入，留针 30 分钟，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。痛甚者亦可日行 1～2 次，间歇行针，适当久留针。亦可用埋针法。

文献摘要

（1）饶光涛设针刺组 61 例，对照组 48 例。针刺组治疗方法：取穴，急性期取隐白，大敦、太冲、三阴交、太溪、照海，阿是穴；恢复期，取太冲、三阴交、太白、太溪、照海、足三里、肝俞。操作，消毒后，隐白、大敦用三棱针点刺放血数滴，每日 1 次，余穴用 28 号毫针针刺，急性者每日 1 次，泻法；7 天为 1 疗程；恢复期每日 1 次，平补平泻，10 天为 1 疗程。药物组口服中药，以白虎桂枝汤及三妙丸化裁：石膏 30g、知母 12g、桂枝 12g、黄柏 12g、苍术 10g、牛膝 15g、当归 12g、赤芍 12g、生地 20g、忍冬藤 20g、秦艽 15g、木瓜 12g、乳香 12g、没药 12g、甘草 5g，每日 1 剂，7 天为 1 疗程。经统计，二组的有效率有明显差异（$P<0.01$），针刺组有效率明显优于对照组。

（饶光涛．针刺与药物对照治疗原发性痛风性关节炎 109 例疗效观察．中国针灸，1993，13（1）：8）

（2）蔡文墨将 64 例痛风性关节炎随机分为二组，其中针治组 35 例，行单纯针灸治疗，针药组 29 例，针灸加中药治疗。取穴为局部取穴、循经取穴与阿是穴的结合。痛在拇指关节，取大都、太白、太冲、足三里、三阴交；踝关节取绝骨、丘墟、昆仑；肘关节取曲池、尺泽、少泽、手三里。局部梅花针叩针，针灸行平补平泻。中药以内服防己黄芪汤为主：防己 3g、生黄芪 12g、白术 12g、桑枝 15g、忍冬藤 30g、牛膝 12g、木瓜 18g、地龙 12g、赤芍 15g、桑寄生 18g、全蝎 4g、蜈蚣 2 条，每日 1 剂，7 天为 1 疗程。结果：单纯针治组治愈 14 例，好转 19 例，无效 2 例，而针药组治愈 19 例，好转 9 例，无效 1 例。疗效针药组明显优于对照组。另外，本组资料还观察了二组血尿酸的变化情况，与针治组比较，经 1 疗程治疗后，针药组血尿酸值的降低幅度明显优于对照组（$P<0.05$）。

（蔡文墨．针药并施治疗痛风性关节炎 29 例疗效观察．福建中医药，1994，25（2）：19）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）范钢等治疗本病的方法：主穴取阿是穴，即局部红、肿、热、痛处，配穴为华佗夹脊穴，共34穴。主穴以较重手法速刺，刺进1分深，然后于阿是穴四周分别点刺出血，手法较主穴为轻。出血总量约1～2ml，华佗夹脊穴针刺后，向椎根斜刺，进针约5分，强刺激，得气后即起针，不留针，隔日治疗1次，7天为1疗程，疗程间休息2～3天，再做第2个疗程。结果：54例中，1个疗程痊愈者11例，2个疗程痊愈者28例，痊愈率为72%，2个疗程显效者9例，占17%，好转6例，占11%，总有效率为100%。

（范钢，姜风东，陈文光．三棱针点刺放血治疗急性痛风性关节炎54例．上海针灸杂志，1998，17（1）：32）

（4）韦莉莉针治急性痛风性关节炎60例，病程均在5年左右，每年一般发作2次以上。主穴取足三里、三阴交，对所选穴位常规消毒，用指切法，行缓慢小幅度的提插捻转，得气后留针，接G-6805-Ⅰ型电针治疗仪，用连续波，频率为300～400次/分，留针25分钟，每天1次，5次为1疗程。治疗结果：显效者为20例，占33.33%，有效28例，占46.67%，无效12例，占20%，总有效率达80%。

（韦莉莉，取足三里、三阴交为主穴治疗急性痛风性关节炎．针灸临床杂志，1997，13（4、5）：84）

按语

痛风的针灸治疗早在五六十年代即见于临床报道，其治疗原则与临床选穴均与其它类型的关节痛相似。中医认为痛风患者由于嗜酒肥甘，多为湿热体质，外感风寒湿诸邪容易温化成热，所以其虽属于中医痹证的范畴，临床上以热痹为常见，治疗重点在于清热化湿，通经活络，若久病累及肾脏，则扶正祛邪并重。临床观察发现，针灸疗法对缓解局部关节的红肿热痛，改善全身症状，均有一定的疗效。但对于病情较重者，仍需服用秋水仙碱等抗痛风药物，单纯针灸治疗并不能有效控制病情进展。与药物治疗相同，针灸也不能对本病的磷酸核糖焦磷酸酰胺合成酶活性增加，以及黄嘌呤—鸟嘌呤磷酸核糖转换酶的缺乏起作用，故不能从根本上解决高尿酸血症的问题，针灸治疗对于本病也只是症状治疗而已。

急性期患者，应该注意卧床休息，抬高患肢，一般应休息至关节痛缓解72小时后方可恢复活动，平时应注意饮食，防止肥胖，避免高嘌呤食物如肉类、家禽、动物内脏、沙丁鱼、豆类、冬菇等，不宜饮酒、浓茶、咖啡，若有关节活动困难，须配合锻炼。

高脂血症

概述

各种原因引起的人体血清胆固醇及甘油三酯等血脂成分高于正常值时，称为高脂血症，又称高脂蛋白血症。持续性高血脂是人体脂质代谢异常的一种生化现象，WHO将高脂血症分为五种表型。Ⅰ型，为高乳糜微较血症；Ⅱ型，为高β脂蛋白血症，其又可分为仅见高胆固醇的Ⅱa型和胆固醇、甘油三酯均高的Ⅱb型；Ⅲ型，为异常β脂蛋白血症；Ⅳ型，为高前β脂蛋白血症；Ⅴ型为高前β脂蛋白血症及乳糜微粒血症。

此症系西医学病名，但祖国医学的“虚劳”、“心悸”、“眩晕”、“头痛”、“不寐”及

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

“中风”等篇中散在地包括着本病的论述。病因病机可概括为正虚和邪实两个方面，虚为气血、肝肾亏损，气化无力，或脾失健运，水谷不能化生精微；实为痰饮、浊瘀之邪内蕴，阻遏脉络，蒙闭清窍，故而百病丛生。

西医认为，高脂血症的病因有原发性和继发性两大类，原发性系由于脂质或脂质代谢先天缺陷加之环境等未知因素所致，继发性者主要继发于某种疾病，如糖尿病、肝脏疾病、肾脏疾病、甲状腺疾病等，以及饮酒、肥胖、饮食及生活方式等环境因素的影响。这些因素影响了乳糜微粒、VLDL、LDL 及 HDL 等脂蛋白的代谢途径，引起它们在血中沉积，现已证实，这种脂质代谢异常对人体的动脉硬化等疾病有着密切的关系。

临床表现

本病症状表现错综复杂，亦可以毫无任何主诉，临床常表现高血脂的引发病证的症状，以及本病继发病证的症状，如可见动脉硬化、高血压病、冠心病、脑血管意外，糖尿病、肝肾等各种疾病的不同症状。黄色瘤、老年环和视网膜脂血症亦是本病的常见表现之一。

血脂分析，总胆固醇（TC）＞6.465mmol/L 者，为高胆固醇血症；甘油三酯（TG）＞2.25mmol/L 者，为高甘油三酯血症；高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）不应少于 0.905mmol/L，而＞2.069mmol/L 则为偏高。

诊断要点

（1）高脂血症的诊断主要靠实验室检查，其中最主要的是测定血胆固醇和甘油三酯，同时参考放置 4℃冰箱过夜的血浆外观，必要时可作蛋白电泳和超速离心分析。

（2）本病还需参照病史、家族史、临床表现及其它实验室检查，如血糖、血清甲状腺、肝肾功能检查等，作为本病诊断的辅助证据。

（3）临床上还必须分清原发性和继发性高脂血症，对继发性者，应针对原发病因进行治疗。

治疗：

治疗方法：健脾益气，祛痰化浊。

（1）针刺

取穴：中脘　脾俞　气海　内关　丰隆　足三里

配穴：根据具体主症之不同而定，可参考原发性疾病如高血压病、冠心病、动脉硬化、糖尿病等的治疗。

方法：每次选取 3～4 穴，不宜太多，轮流使用，或用针法或用灸法，缓慢捻针，频率保持平稳，要求针感一般要有酸、麻感，灸法采用温和灸。时间 20～30 分钟，每日或隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，停针数日后再行治疗。

（2）耳针

取穴：内分泌　皮质下　神门　交感　心　肝　肾

方法：每次选 3～4 穴，用毫针留针 30 分钟，中强刺激，间歇行针，每日 1 次，10 次为 1 疗程。或用埋针法，每次埋压 2～3 天，两耳交替。

（3）电针

取穴：同针刺疗法。

方法：接通电针仪，频率为 180 次/分，用疏密波，刺激量以病人能耐受为度，留

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

针 30 分钟。以上治疗每日 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）乔晋萍等以电耳针取穴心、肝、脾，观察 37 例病人的血清总胆固醇（CH）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、全血粘度、血浆粘度、红细胞聚集指数、压积、电泳时间及血沉的变化。并设 30 例以蝮蛇抗栓酶为治疗方法的病例为对照组。结果表明：电耳针心、肝、脾点对血清 CH、TG、HDL-C 影响不大（$P>0.05$），而对血液流变学的上述指标（血沉除外）均有明显的改善作用（$P<0.01$）。对照组血脂三项也无明显变化，血液流变学除红细胞压积外，其余各项均有明显改善（$P<0.01$），二组治疗后对比，差异不显著（$P>0.05$），提示耳穴心、肝、脾有改善血液粘稠度的作用，疗效与蝮蛇抗栓酶相当，对血脂无明显的影响。

（乔晋萍，潘小霞，杨克．电耳针对血脂及血液流变学的影响．上海针灸杂志，1996，15（1）：6）

（2）张卫华等针刺治疗 88 例高脂血症病例，另取 40 例作为西药对照组，以观察治疗前后血脂变化情况。针刺组主穴为二组穴位，甲组取足三里、阳陵泉、三阴交；乙组取内关、丰隆、太白，均为双侧取穴。随症加减穴位：血瘀型加血海、阴陵泉；肝阳上亢型加太冲、侠溪；痰湿阻滞型加上巨虚、中脘；偏瘫加手足阳明经穴。以上二组穴位交替使用，每日 1 次，8～10 次为 1 疗程，疗程间休息 2～3 天，2～4 个疗程后复查血脂。口服烟酸肌醇片，每次 4 片，每日 3 次，服 30 天后复查血脂。其结果：针刺对 TCH、TG、β-LP 三项指标的降低作用较为明显，西药则对 TCH 有较好的降低作用。该研究还发现，针刺对 TG 和 β-LP 的复常率低于西药组。该组资料还提示：针刺组患者血脂三项指标的降低与性别、年龄和治疗次数之间无明显的关系，血瘀型患者的疗效优于肝阳上亢型，针刺对临床症状的改善作用优于对照组（$P<0.05$）。

（张卫华，焦新民等．针刺治疗高脂血症 88 例．陕西中医，1991，12（10）：466）

（3）钟继瑞等观察 33 例高血压女病人，对照组为无肝肾疾病的健康检查者，分别在治疗前后测定血压、血脂。观察组取耳穴：肝、肾、神门、内分泌、降压沟为主穴，额、降压点、心、胆等为配穴。将 300 高斯（CG）的磁珠置于 1.2 平方厘米的胶布上，按正负极相对应的办法贴在用 75% 酒精消毒过的耳穴上，每周 2 次，3 周为 1 疗程，共计 3 个疗程。结果：观察组收缩压、舒张压治前明显高于对照组，治后下降幅度明显，对照组治疗后无明显的血压下降。血脂指标：HDL2-C 治前明显低于对照组，治疗后则显著上升；而 TG 在治疗后则有明显的降低作用。

（钟继端，蔡小玲，吴蓓．耳穴磁疗对高血压患者脂质含量的影响．重庆医药，1991，20（1）：25）

（4）程为平等观察了高脂蛋白血症 36 例，以针刺后血脂即 TG、TCH、LDL 的下降和 HDL 增高幅度作为评定疗效的重点。治疗选穴：以少阳胆经、阳明胃经为主，即阳陵泉、足三里、足临泣、下巨虚、太冲、肝俞、胃俞、百会、中脘。足三里和阳陵泉用泻法，其余穴位为平补平泻法。每日 1 次，每次留针 20 分钟，1 个月为 1 疗程。结果为：降血总胆固醇总有效率为 51.6%，降血 LDL，总有效率为 69.2%，提高血清 HDL，总有效率为 88.3%，降血压总有效率为 91.6%。

（程为平，郭继承，叶宁．针刺治疗高脂蛋白血症 36 例临床观察．针灸临床杂志，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

1994，10(2)：25)

按语

针灸降低血脂的作用已为大家所公认，本病多无明确的临床症状，其症状常涉及到胸痛、惊悸、眩晕、头痛等内容，临床上必须辨证施治，常见证型为痰浊和瘀血内阻，临床选穴以阳明经为主，其中足三里、丰隆、绝骨等穴已被证明有确切的降脂作用。辨证治疗的同时，还应明确是属于哪一类的高血脂症，据报道，针灸有明显的降胆固醇、及β脂蛋白的作用，多数病人治疗后效果满意，取穴以内关、足三里为主。针灸各法中，温针灸、耳针等法疗效较好，激光一般具有热效应、压力效应、光化学效应电磁效应及局部的刺激作用，也具较好的有降血脂作用。在选择针灸法降血脂的同时，还应积极治疗原发疾病，必要时要服用降血脂药物。此病大都需要较长疗程，同时需要注意治疗继发病，注意调节饮食，多食蔬菜，加强身体锻炼。

但其机理还不十分清楚，现阶段主要有以下几种认识：①有人认为针灸降血脂的作用，是因于其祛痰浊、化瘀血、泄热通腑的作用；②有人从针刺的降脂作用主要是升高体内的 HDL-C，降低 LDL-C，认为，通过体内物质的受体作用，从而调节肝脏脂质代谢的合成、释放及血浆脂类廓清速度之间的关系，起到了降脂的作用；③通过增强交感神经功能，从而增加脂肪的分解效应，促进脂肪的消耗；④增强免疫功能，加速体内对沉积脂质的吸收；⑤调节体内多种酶的功能，从而调节血脂的合成、转运、吸收、消除和排泄，因而使增高的血脂得以恢复正常。

（八）神经精神系统疾病

三叉神经痛

概述

三叉神经痛是指三叉神经分布区内反复发作的、阵发性短暂剧烈的疼痛，不伴三叉神经功能破坏表现，即无感觉缺失等神经功能障碍，病理检查亦无异常的一种病症。常于 40 岁后起病，但很少超过 70 岁，女性较多见。有原发性与继发性的区别，临床上以原发性多见。

因本病的疼痛见于面部，故属中医面痛范围。中医根据本病疼痛部位、性质、诱发原因、全身症状和舌苔脉象，认为本病主要与风邪侵袭、阳明火盛、肝阳亢逆、气血运行失于通畅有关，病变多年，也可致气虚血瘀而面部作痛。其病变部位，在面部经络，与肝脾相关。疼痛发作时多实证，或虚实兼见。

西医学认为原发性三叉神经痛的原因未明，部分患者可能与异常血管、小的脑膜瘤以及狭窄的颅骨孔使三叉神经受压有关，或营养三叉神经的动脉有硬化，或三叉神经节产生异常痫样放电，或三叉神经脊髓核罗氏胶状质内中间神经元变性，破坏了对传入的疼痛刺激的调整作用。对其病理变化的认识还未一致。继发性三叉神经痛可因三叉神经及其通路附近的炎症、血管病、骨质压迫、外伤疤痕等刺激或压迫三叉神经而引起。本篇主要讨论原发三叉神经痛，继发性三叉神经痛的针灸治疗也可参照本篇。

临床表现

疼痛多局限于三叉神经分布区，可长期固定在三叉神经的某一支，通常多发生于第二、第三支，单发生于第一支者则少见。亦可两支（第二、三支）同时受累，多为单

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

侧，极少双侧。

疼痛以面颊、上颌、下颌、或舌部最明显，尤以上唇外侧、鼻翼、颊部、口角、犬齿、舌等处最敏感，稍有触动即可发作，称为“触发点”、“板机点”。严重者洗脸、刷牙、说话、咀嚼、吞咽、打呵欠等均可诱发。

发作前无先兆，发作呈闪电式时，为阵发性剧烈疼痛，如刀割、钻刺、烧灼。发作时病人常紧按病侧面部或用力搓擦面部，以期减轻疼痛。病久局部皮肤粗糙、非薄，眉毛稀落。发作历时约几秒至十余秒，多不超过1～2分钟，发作间歇期完全正常。发作频率不定，可从一日数次至一分钟数次不等。

发作严重者常伴有同侧面部肌肉反射性抽搐，口角牵向一侧，称痛性抽搐，并伴有面部潮红、目赤流泪或流涎等。

神经系统检查无异常改变。

诊断要点

(1) 典型的原发性三叉神经痛，根据疼痛发作部位、性质、触发点的存在，检查时无阳性体征，结合年龄，不难作出诊断。

(2) 疼痛早期易误诊为牙痛，部分病人在正确诊断前，常已多次拔牙而不能缓解疼痛，才获确诊。必要时可作X线检查有无致痛的牙病，或压迫神经的埋伏牙、肿瘤等。牙局部检查和X线照片有助鉴别。

(3) 继发性三叉神经痛，发作情况可与原发性三叉神经痛相似，但发病年龄常较小，多数有神经系统损害的阳性体征，如鼻咽癌颅底转移，可有外展神经麻痹、鼻出血、耳鸣等症状。

对部分病人尚需作葡萄糖耐量试验以排除糖尿病性神经病变的可能。

治疗

治法：疏通经络、活血止痛。

(1) 针刺

处方：第1支痛：攒竹　鱼腰　丝竹空　阳白　头维

第2支痛：四白　颧髎　下关　迎香

第3支痛：下关　颊车　夹承浆　大迎

远部可选合谷、中渚、内庭等穴。

配穴：本病可在上述选穴基础上，再根据病因选穴，如因风寒引起者，可配风池、外关；如因风热引起者，可配商阳、关冲、曲池；如因阳明热盛引起者，可配内庭、二间；如因肝火上逆引起者，可配行间、侠溪、太冲；如因阴虚火旺引起者，可配复溜、太溪。

操作：局部穴位用平补平泻法，间歇行针。远部各穴用提插捻转法，根据证候的虚实，或用泻法，或用平补平泻法，或用补法。针鱼腰穴用1～1.5寸28号毫针，针尖从鱼腰穴向斜下方刺入0.3～0.5寸，使触电样针感放散到前额部，轻轻提插行针。针四白穴，选1～1.5寸毫针，针尖从四白穴斜向上方刺入约0.5寸左右，使触电样针感放散到上唇，再轻轻提插。针夹承浆穴针尖宜向内下方刺入，使针感放散到下唇，然后行针。下关穴宜适当深刺，选2寸毫针，从患侧下关穴刺入1.5寸左右。使触电样针感放散到下颌及舌部，轻轻提插，留针30分钟，疼痛剧烈者可延长至1小时。由于本病为

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

慢性病，常经年不愈，可2天或3天针灸治疗1次。30次为1疗程。

（2）电针

处方：选穴可参照针刺法

方法：电极多接于面部穴位，尤其是神经干所通过的有关眶上孔、眶下孔、颏孔，将针体固定好，用疏密波、较快频率，每分钟300～500次，强度以病人能耐受为度。每次治疗30～40分钟。疗程同针刺法。

（3）穴位注射

处方：第1支痛选鱼腰；第2支痛选四白；第3支痛选下关或夹承浆。或探查三叉神经痛区的阿是穴，即容易诱发疼痛处，一般多在攒竹、巨髎、禾髎、迎香、太阳等处。

方法：用1%的普鲁卡因0.5～1ml，或维生素B_1 100mg，或维生素B_{12}0.1mg，按发病部位注入上述患侧穴位，每隔2～3天注射1次。

（4）耳针

处方：额　上颌　下颌　神门　交感

方法：每次选2～3穴，毫针用强刺激，留针30分钟，每隔5分钟行针1次。或用埋针法。

（5）穴位敷贴

处方：太阳　四白　下关　颊车　阿是穴

按疼痛部位选择上穴

方法：将红矾9g、荜茇6g、白芥子3g研成细末，另将红辣椒3个、透骨草9g分别用75%酒精50ml浸泡24小时，取其上清液，调上药为糊状，做成黄豆粒大小药饼，按疼痛部位选穴，每天点贴1～3次。

文献摘要

（1）李大勋等人用直接针刺三叉神经分支的方法收到较好效果。用眶上切迹（攒竹）、眶下孔（四白）、颏孔（大迎前1寸），颧髎、下关（均患侧）。不论哪支受累，三个孔都必刺。眶上切迹可直刺1～1.5寸深，眶下孔可直刺0.5寸深，颏孔可向前下方斜刺1～1.5寸深　刺入孔后出现触电样针感，再施提插手法，捣针5～10次。针颧髎、下关时，必须分别刺到上颌神经和下颌神经。针刺颧髎时针尖向后上方刺入，不可过高刺入眶上孔，损伤视神经，过低则效果不佳。针下关时应垂直方向刺入皮肤，进针约1.5寸深时针尖触及骨面受阻，此深度相当于皮肤到下颌神经的距离，应在针身上作好标记，然后退针到皮下，使针尖向后（耳侧）呈15～20度角，并略微向上重新刺入同前的深度（标记处），切勿超过标记，以免发生意外，留针30分钟，疼痛剧烈者，留针时间可稍长。本组共治疗80例，近期痊愈40例，显效29例，好转11例。

（李大勋、彭新丽．直接针刺三叉神经治疗三叉神经痛80例．针灸学报，1992，8（4）：13）

（2）杨兆勤等用深刺、热灸、埋针法治疗本病。主穴：三叉神经镇痛点、足三里。配穴：第1支痛配攒竹、合谷；第2支痛配四白、内庭；第3支痛配承浆、三阴交。三叉神经镇痛点位于颧骨下缘，上颌骨体后缘，下颌支前缘的前方。针刺时针尖向后内上，以45度角进针1.5～2寸深，针尖直接通过颞下窝达翼腭窝处。足三里穴直刺进针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

1.5寸。用RIY—41型热灸治疗仪，在足三里、三阴交穴上涂以少许艾油后，每穴灸15～20分钟，每日针灸1次。还可在迎香穴处埋皮内针3～4天。上述方法，10天为1个疗程。共治疗32例，痊愈28例，好转2例，无效2例。

（杨兆勤、李英．针刺热灸加埋针治疗三叉神经痛32例．河南中医，1993，13(3)：145）

（3）蔡朗用长时间留针法治疗顽固性面痛，将68例面痛患者随机分成观察组与对照组。观察组32例采取毫针长时间留置法，两组取穴皆为四白、下关、阳白、颧髎、合谷等，可随证配穴。对照组针刺得气后留针30分钟，即将针全部取出。观察组进针得气后留针30分钟，将四肢穴位的针取出，面部穴位在行针1次后继续留针1～1.5小时，其间行针1～2次。结果观察组痊愈、显效率为59.3%，对照组痊愈显效率为25.0%，$P<0.001$，有极显著性差异。观察组总有效率为93.7%，对照组为77.8%，$P<0.05$，有显著差异。说明毫针长时间留针法能明显提高针刺治疗面痛的临床疗效。

（蔡朗，毫针长时留置法治疗顽固性面痛疗效观察，中国针灸，1996，16(4)：17）

按语

三叉神经痛是一种慢性病，其病变原因尚不清楚，病机较为复杂，中医根据具体病人的症状特点、诱发因素、全身表现综合分析。

目前对继发性三叉神经痛主要是针对原因治疗。对原发性三叉神经痛还缺乏有效而又无副作用的方法。临床上要提高针灸的效果，可从以下方面考虑。一般应根据受累的神经分支，以疼痛部位局部选穴为主，通过穴位刺激受累神经分支，久留针，针感要强，并有放射感，否则难以产生止痛效果，或用电针刺激三叉神经干，如第1支痛，取鱼腰穴，第2支痛，取四白穴；第2、3支痛，或第3支痛，取下关、夹承浆。处方配穴不单从局部病变着眼，还应根据全身表现、证候虚实辨证选取远部穴位、决定补泻方法。也可以在针刺、艾灸、穴位注射、耳针诸种方法中选择两种有效方法，结合或交替使用。病人不宜吃刺激性食物。

原发性三叉神经痛是一种顽固难治病症，虽然针灸列为本病的有效方法，尤其近期疗效较为显著，但复发率较高，多在三分之一到二分之一以上。因此针灸临床在提高本病的疗效的基础上，如何减少复发，尚有待探讨。

面神经炎

概述

面神经炎是指茎乳孔内急性非化脓性炎症。亦称周围性面神经麻痹、Bell麻痹。其临床表现为病侧面部肌肉运动障碍，发生口眼㖞斜等。任何年龄均可发病，但以青壮年较为多见。

本病在祖国医学中名称较多，如“口僻”、“面瘫”、“歪嘴风”等，多列在“中风”门下，属于中经络范围。多由络脉空虚，感受风邪，使面部经筋失养，肌肉纵缓不收所致。其病位在面部经络与心肝脾胃，临床所见以实证为主，或见虚实兼见。

本病确切的病因尚未明了。一部分患者在着凉或头面部受冷风吹拂后发病，故认为可能是局部营养神经的血管因受冷而发生痉挛，导致神经缺血、水肿、受压迫而发病。茎乳孔内的骨膜炎也可产生面神经肿胀、受压、血循环障碍而致神经麻痹。病理变化主

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

要为面神经水肿、髓鞘或轴突有不同程度的变性，在以茎乳突孔和面神经管内的部分尤为显著。

临床表现

绝大多数急性起病，一侧面部表情肌突然瘫痪，可于数小时内达到高峰，部分病人发生瘫痪后的1周内，病情可能继续加重。有的病人在起病前几天有同侧耳后、耳内、乳突区或面部轻度疼痛，数日即消失。多数病人在清晨嗽口时发现面颊动作不灵，水从病侧口角流出。病侧面部表情肌瘫痪，额纹消失，眼裂扩大，鼻唇沟平坦，口角下垂，面部肌肉被牵向健侧。面部肌肉运动时，上述体征更为明显。病侧不能作皱额、蹙眉、闭目、露齿、鼓气、撅嘴等动作。闭目不紧，鼓颊或吹口哨时漏气，进食时，食物常滞留于病侧的齿颊间隙内，并常有口水自该侧淌下。泪点随下睑而外翻，使泪液不能正常吸收而外溢。

一部分病人可有病侧的前三分之二舌部味觉减退，听觉过敏，病侧乳突部以及外耳道或鼓膜中出现疱疹，或病侧泪液分泌减少和面部出汗障碍等。

面神经麻痹如恢复不完全时，常可产生瘫痪肌的挛缩、面肌痉挛、或联带运动。

本病通常在起病1－2周内开始恢复，大约75％的病人在几周内可基本恢复正常。

诊断要点

（1）根据本病多数为一侧上下表情肌的瘫痪，及起病形式、临床特点，一般诊断并不困难。

（2）本病应与中枢性面神经麻痹相鉴别。中枢性面瘫系由大脑病变如脑血管意外、脑肿瘤等引起，面瘫范围仅在眼裂以下，味觉正常，常伴有较明显的伴发症和偏瘫。

（3）本病还需与急性感染性多发性神经根炎鉴别，后者面神经麻痹常为双侧性，伴有对称性肢体运动和感觉障碍及脑脊液中蛋白质增加而细胞数不增加的分离现象等。

治疗

治法：疏通经络、活血祛风、濡养经筋。

（1）针刺

处方：风池　翳风　阳白　攒竹　丝竹空　四白　地仓　颊车　颧髎　合谷

配穴：露睛加攒竹或鱼腰，鼻唇沟平坦加迎香，流泪加迎香透四白，人中沟㖞斜加水沟；颊唇沟㖞斜加承浆；味觉消失、舌麻加廉泉。头痛骨楚表证加大椎、外关。

操作：四肢穴针刺可用泻法，头面部穴位宜用补法或平补平泻法。局部穴宜用浅刺、透刺法，如颊车透地仓，阳白向下透鱼腰或向上透头临泣，攒竹透鱼腰，丝竹空透太阳，颧髎透地仓等。四白先直刺，得气后捻转片刻，再向下斜刺。每次选用4－6穴，留针30分钟。初期1天治疗1次，后期可2天治疗1次。

（2）灸法

处方：参照针法选穴。

方法：本病无论初期、后期，均可用艾灸配合治疗，可用中等或小艾炷，每次选4－5穴，每穴灸5壮，或在颊车、翳风、完骨等穴用隔姜灸。也可用艾条温和灸，选下关、颊车、地仓等穴。

（3）皮肤针

处方：取麻痹侧阳白　攒竹　鱼腰　丝竹空　四白　地仓　颊车　牵正

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：穴位消毒后，用皮肤针轻微叩刺至局部微红为度，或轻微出血。用小火罐吸拔5～10分钟，每日或隔日1次，多用于后期面部有板滞感者。

（4）穴位注射

处方：阳白　四白　颊车　地仓　太阳　下关　翳风

方法：用维生素B_{12} 0.5mg加维生素B_1 100mg，或加硝酸士的宁2mg，选用3至4个穴位，每穴注入0.5至1ml药液，隔日1次，或每周2次。可用两组穴位交替使用。也可与灸法结合使用。本法适宜用于面神经炎的恢复期或后遗症期。

（5）拔罐

方法：在面部涂以少量石腊油，用小口径玻璃罐拔于面部，然后在面部患侧走罐，使局部充血为度。

（6）电针

处方：颊车　地仓　阳白　四白

方法：颊车向地仓斜刺，地仓向颊车斜刺，这两组穴为一组，得气后各接电极一端。阳白向上平刺，四白向下平刺，得气后各接电极一端。通电15分钟，电流强度以面部肌肉微见跳动为宜。电针应于发病2周后应用，在急性炎症期不宜施用。

（7）穴位敷贴

处方：颊车　地仓　颧髎　下关　阳白（患侧）

方法：用马钱子研成粉，取0.3～0.6mg，置于膏药上或胶布上，贴在穴位上，隔2～3换1张，一般需要换4～5次。

（8）挑刺

患者张口，在面瘫侧的上下臼齿间的口颊处，用三棱针点刺，通常为九点，其上下左右间距离相等，在挑刺前后均用温开水漱口，然后以颧髎为中心，用20g黄芥子研细末后外敷20～40分钟，半个月治疗1次。

文献摘要

（1）吴义新等用浅刺、轻刺、电针治疗本病。取穴：下关、翳风、瞳子髎、迎香、颊车。用30号1寸针，采用浅刺、轻刺、不提插，不捻转，不透穴的手法，针刺方向与神经和肌肉走行方向一致，留针20～30分钟，每日1次。若病情延续超过半个月，可加用G-6805治疗仪间断波，15～20分钟，刺激量以病人耐受为度。共治疗1035例，痊愈926例，显效71例，有效38例，总有效率为100%。

（吴义新、孙杰、郭若亚等．针刺治疗周围性面瘫1035例疗效分析．中国针灸，1992，12（2）：1）

（2）吴汉兰用患侧针刺透穴法治疗本病。取穴：攒竹透睛明，阳白透鱼腰，迎香透四白、地仓透颊车（均患侧），合谷透劳宫（健侧）。腧穴常规消毒后，持针分别从攒竹、阳白、迎香、地仓、合谷按各穴所需角度向睛明、鱼腰、四白、颊车、劳宫穴透刺。针刺得气后施以中等强度捻转泻法。留针20～30分钟，每日1次，7次为1疗程。共治疗52例，治愈45例，显效5例，有效2例，总有效率为100%。

（吴汉兰．透刺法治疗面瘫的临床观察．针灸学报，1990，6（3）：55）

（3）蔡圣朝采用分期论治面瘫法。急性期（发病一周内），远距离取穴和健侧取穴针刺为主并温和灸患侧翳风穴。远距离以健侧合谷、双侧足三里、双侧风池为主，近部

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取健侧下关、地仓为主穴。温和灸多在针刺后进行，用固定式熏灸器灸翳风穴约 0.5～1 小时，每天治疗 1 次。恢复期（2 周至 2 个月）多用透刺。患侧太阳透下关，颊车透地仓，口角偏斜重加人中、承浆，额纹消失重和眼睑闭合不全加用阳白透鱼腰、印堂。以上均用 28 号 2.5～3 寸毫针，远距离以健侧合谷、双侧风池，每天 1 次，每次约 0.5 小时，间隔 10 分钟运针 1 次，平补平泻，针后熏灸同上。后遗症期（发病 2 个月以上）取太阳透下关、颊车透地仓、双侧风池、健侧下关、双合谷、足三里。针刺手法宜强，针灸局部按摩后用熏灸器灸翳风，方法同上。15 次为 1 疗程。共治疗急性期 79 例，痊愈 78 例，好转 1 例。治疗恢复期 72 例，痊愈 42 例，好转 30 例。治疗后遗症期 31 例，痊愈 15 例，好转 15 例，无效 1 例。

（蔡圣朝．分期论治 182 例面瘫的评析．针灸临床杂志，1996，12（1）：12）

（4）尤凤英等分别用挑刺和常规针刺治疗面瘫，并进行了疗效对照。随机分成每组 25 人。挑刺组取穴为患侧面颊部咬合线上相当于第二双尖牙处为第一挑刺点，在此点前后距离约 0.3～0.5cm 处各挑一点，然后在咬合线上下约 0.5cm 的平行线上各做同样的挑刺共 9 个点。挑刺前清洁口腔，用三棱针以雀啄式由浅而深，挑刺深度为 1～2mm，使之出血，并以痛感为宜，挑刺过程中令病人嗽口。然后取白芥子粉 5～10g，用清水调成糊状，摊在纱布上，面积成人约 2.5cm×2.5cm，厚约 0.2cm，敷在患侧颊部相应的穴位上，如额纹消失敷阳白，眼睑闭合不全敷太阳，齿颊间有食物敷颊车或地仓。用胶布固定 5～24 小时，取下即可，少数患者出现面颊红肿、起水疱，可按烫伤处理，愈后不留疤痕。10 天 1 次，挑刺期间停用其他药物和局部治疗。对照组给予扩张血管药、激素、维生素及血管活性药物，以抗炎、减轻水肿、扩张血管、营养神经，局部理疗或针灸。10 天为 1 疗程，疗程间休息 2～3 天，最多不超过 8 个疗程。挑刺组痊愈 24 例，有效 1 例，无效 0 例。对照组痊愈 17 例，有效 5 例，无效 3 例，经统计学处理，有极显著差异。

（尤凤英、王莉英．挑刺治疗贝尔氏面瘫的疗效观察．上海针灸杂志，1993，12（2）：74）

按语

根据面神经炎在急性期的主要症状为突然一侧面部表情肌的瘫痪，中医认为其属风中经络之证，使气血阻滞，肌肉纵缓不收所致。恢复期及后遗症期，多属虚证或虚实兼见。

由于本病邪在浅表，故治疗较为容易。西医学认为本病有较高的自愈率，约有 80％患者在 1～2 个月可以自然恢复。本病的早期治疗十分重要，一般说病程在三个月内的患者，只要治疗及时、适当，约有 90％～95％可以治愈，平均疗程约一个月。说明针灸对本病有提高恢复率和缩短病程的作用。

本病的取穴，多用地仓、颊车、下关、迎香、四白、阳白、翳风、合谷等穴。在病变最初 1 周内，应以远道取穴为主，如风池、风府、大椎、曲池、合谷等，并配合服用中药解表之剂，佐以活血通络之品，常可缩短病程。病变 1 周后，常以瘫痪侧穴位为主，或单纯取瘫痪侧穴位，若效果不好，也可先针健侧穴位，后针瘫痪侧。对于病程较长者患者，可单取健侧穴，不针患侧。

针刺手法，以透刺、浅刺、轻刺为主，有利于瘫痪神经的恢复。在透刺时应注意选

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

用细针，以轻柔的手法操作，以防刺穿神经鞘膜、使新生的面神经长入邻近的神经通路中而引发面肌痉挛。透刺方向宜沿着面肌纤维走向。透刺除了常用的一针透两穴外，也可从一个穴位进针后，在原处向几个穴位的方向平刺，或在一个穴位，分别用两根针进针后向不同穴位透刺。不可片面追求速效而在针刺时给予超限度的刺激，以免导致面肌痉挛或“倒错现象”。这是病变后期面神经恢复不完全所导致的后遗症，瘫痪肌挛缩、面肌痉挛或联带运动。面肌挛缩表现为病侧鼻唇加深，口角反而牵向患侧，眼裂缩小。面肌痉挛表现为病侧面肌不自主抽动，于情绪激动或精神紧张时更为明显。联带运动为病人瞬目时即出现病侧上唇轻微颤动，露齿时病侧眼睛不自主闭合，闭目时病侧额肌收缩，咀嚼时病侧眼泪流下或颞部皮肤潮红、局部发热、汗腺分泌等。除此少数患者可能遗留面部板滞感。对这些后遗症，可用灸法、走罐等，并选择一些调补气血的穴位，耐心治疗，亦能收到较好效果。或配合用刺络拔罐法。至于早期使用电针的问题，有待进一步研究。

针灸治疗过程中应嘱患者避免风寒侵袭，适当做热敷。恢复期患者宜自行按摩及功能锻炼可以提高疗效。

原发性面肌痉挛

概述

原发性面肌痉挛或称面肌抽搐、面肌阵挛，系指一侧面肌不自主不规则阵发性抽搐，通常发生在一侧的某个表情肌或某组肌纤维束。无神经系统其他阳性体征。多发生于中年及老年人，尤以妇女多见。

本病类似祖国医学的眼睑瞤动、筋惕肉瞤、面瞤等。由于正气不足，经筋失养，或内风、内火上扰面部所致。其病位在面部经筋，与肝、脾、胃、肾有关，病性或虚或实，或虚实兼见。

西医学认为本病发病原因不明，有人推测面肌抽搐的异常神经冲动可能是面神经通路上某些部位受到病理性刺激的结果，少数可为面神经炎的后遗症。

临床表现

本病多在中年起病，女性居多。开始时多为眼轮匝肌间歇性轻微抽搐，逐渐扩展到一侧其他下部面肌，特别是口角提肌的抽搐最引人注意。抽搐程度轻重不等。病变侧眼裂变小。多数为一侧发病，极少数病人可先一侧发病而后累及对侧。痉挛特征表现为阵发性不规则的眼轮匝肌和口角肌肉抽动，持续数秒钟至数分钟。不能自行模仿或控制。

诱发因素，可因精神紧张、情绪激动、失眠、疲劳、自主运动而加剧。入睡后抽搐停止。

病久可伴有神经衰弱症状。

神经系统检查，原发性面肌痉挛者无神经系统阳性体征。部分病人病侧肌力稍弱及轻度肌肉萎缩。

诊断要点

（1）根据本病一侧性、阵发性面肌抽搐的临床特点，而无其他神经系统阳性体征一般不难诊断。

（2）继发性面肌痉挛可由桥小脑角肿瘤或炎症、脑干脑炎、颅内损伤引起，但多伴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

有同侧面痛，感觉减退、听力障碍、肢体肌力减退等。

（3）局限性癫痫，起始于面部者多从口角抽动开始，逐渐迁延到头、眼、颈及上肢的痉挛发作，持续数分钟而停止，脑电图可有异常。

（4）舞蹈性多动，可出现挤眉弄眼，伸舌，或肢体躯干不自主运动，其范围超出面部表情肌，多发生于儿童，临床有风湿活动的依据。

（5）癔病性眼睑痉挛，常见于中年女性病人，多系双侧性，症状局限于眼睑肌，其他面肌不累及。脑电图正常。

（6）习惯性面肌抽搐，常见于儿童及青壮年。每日或隔日1次，或用埋针、埋丸。

治疗

治法：濡养经筋、熄风止痉。

（1）针刺

处方：阿是穴　攒竹　四白　颧髎　地仓　风池　合谷　太冲

配穴：气血不足加百会、气海、足三里；脾虚湿盛加中脘、阴陵泉、丰隆、三阴交；肝肾阴虚加三阴交、太溪；心烦失眠加神门、安眠、心俞、肾俞。

操作：每次选用3～5穴，阿是穴选用面肌震颤的中心部位。四肢穴位用催气行气手法使针感向病所传导，面部穴位用1.5寸长毫针沿皮浅刺，施以补法或平补平泻法。留针40分钟，隔日1次，20次为1疗程。

（2）穴位注射

处方：太阳　颧髎　四白　下关　颊车　风池

方法：选用安定、利多卡因、维生素B_1、B_{12}，每次用2～3穴，每穴注入药液0.2～0.5ml，2～3日治疗1次，6次为1疗程。

（3）穴位激光照射

处方：翳风　风池　地仓　颧髎　巨髎　迎香

方法：用He-Ne激光仪，输出功率为4～8mW，光斑直径为1.5～2mm，光距为1cm，以75°角照射。每穴照射5分钟，每日1次，15次为1疗程。

（4）皮肤针

处方：五脏背俞穴　相应夹脊穴　手足阳明经

方法：用皮肤针轻叩，使局部有红晕，隔日1次。10次为1疗程。

文献摘要

（1）张立夫用针刺加磁片穴位刺激以及穴位注射相结合的方法，治疗本病。处方主穴为翳风、听会、颧髎、瞳子髎（均患侧），配穴可用阳白、地仓、合谷（均双侧）。主穴交替使用，根据病情选用配穴，针刺时以患侧面部穴位为主，快速进针，轻捻转，得气后留针30分钟，在主穴取磁铁片（0.15T）2片相吸在针体上，留针期间不行针，并嘱患者静心、闭目、全身放松。取苯巴妥钠0.1g，加1%盐酸普鲁卡因1ml，每次注射主穴2个，配穴2个，每穴0.3～0.4ml，隔日1次，每个疗程不超过7次，针刺每日1次，15次为1疗程。共治疗60例，临床治愈20例，显效21例，好转16例，无效3例，总有效率95%。

（张立夫．磁针配合穴位注射治疗面肌痉挛60例．上海针灸杂志，1994，13（4）：168）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）曹文忠等通过针刺起到“镇静”作用，患者出现思睡等现象，全身有一种较为舒服的朦胧感时，痉挛就会立即停止，称之为“以静制动法”，对有外感风寒或久治不愈的患者加用火针点刺，治疗本病。针刺用迎香、神门、足三里；耳穴用神门、心、肺。体针用平补平泻法，正气不足补足三里、神门；耳穴用 30 号 1 寸毫针直刺穴位，务使针直立，方可得气。对有外感风寒或久治不愈的 14 例患者加用火针点刺抽搐剧烈的部位。隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间休息 1 周。共治疗 23 例，其中痊愈 19 例，显效 1 例，好转 3 例。

（曹文忠、王建钦．“以静制动法”配合火针治疗面肌痉挛 23 例．中国针灸，1993，13（3）：17）

（3）吴绪荣用电针治疗本病，主穴为翳风、牵正、下关（均患侧）；配穴为合谷（健侧）、风池、三阴交、太冲（均双侧）。针刺得气后接 G-6805 电针仪，采用连续波，弱电流，频率 70～90Hz，通电 30～60 分钟，每日 1～2 次，7 次为 1 疗程，中间休息 2～3天。共治疗 45 例患者，其中痊愈 20 例，显效 11 例，好转 12 例，无效 2 例。

（吴绪荣．电针治疗面肌痉挛临床观察．上海针灸杂志，1993，12（2）：75）

（4）王佩宜等用局部穴位注射治疗本病，取穴：翳风、牵正（均患侧）。用 2% 利多卡因、安定注射液 0.8ml 为每次每穴注射量。令患者取坐位或卧位，常规消毒，用两支 10ml 的注射器，选用 6.5 号注射针头、各抽取利多卡因 5ml，安定 2ml。在翳风穴上刺入 1.0～1.5 寸，缓慢注入 2ml 药液，不拔针头，再将装有安定药液的注射器套入针头，缓慢注入 0.5ml 药液。牵正穴的治疗方法同上。每隔 3 天 1 次，10 次为 1 疗程。翳风穴深部有面神经干从颅骨穿出处，牵正穴下有面神经分支，选用安定可降低神经兴奋性，利多卡因穿透和扩散力较强，能改变神经纤维细胞膜的通透性，暂时阻滞感觉、痛觉。利多卡因和安定配合既可增强安定作用，又可减轻安定对组织的疼痛刺激。

（王佩宜、沈必清、沈必琴．小剂量安定穴位注射治疗面肌痉挛．中国针灸，1993，13（4）：34）

（5）徐天舒用传统针刺法与在传统针刺基础上加刺神经干对照治疗本症，将面肌痉挛病人随机分成 A、B 两组，A 组 43 例采用传统辨证论治针刺方法治疗。B 组共 44 例在 A 组治疗方法基础上加用刺激神经干，面神经主干穴即乳突尖和下颌关节突连线的上方，颧弓前或颧弓处；面神经颊支穴即外耳道与入中穴连线的下方、口角平面上 1cm 颧弓直下处；面神经下颌支即下颌角后下方 1cm 处。A、B 两组均隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间休息 5 天。治疗结果 A 组基础痊愈及好转 17 例，占 39.5%，B 组则为 32 例，占 72.7%。经统计学处理，$P<0.01$；针刺治疗次数统计，A 组总治疗次数为 28.49 ± 3.57 次，B 组为 16.74 ± 1.82 次，$P<0.01$。认为治疗面肌痉挛采用辨证论治的基础上直接刺激面神经干，有可能有利于面神经鞘的形态恢复正常，且功能恢复，从面使亢进的面神经功能恢复正常。而刺激传统腧穴，这一作用可能在大大减小。面神经分布个体差异大，今后如何更确切地定位，进一步提高疗效以及怎样的刺激量最佳，都有待探索。

（徐天舒，针刺治疗面肌痉挛 87 例疗效观察．江苏中医，1993（6）：23）

按语

面肌痉挛是一种比较顽固的疾病，目前针灸治疗还缺少对规律性的掌握，疗效各有差异，还需从多角度进行研究与探索。西医学常采用酒精注射阻断面神经，神经部分切断，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

颅骨内减压术等方法治疗。针灸治疗一般按辨证选穴，再加局部选穴。根据临床症状，多见气血亏虚、肝肾阴虚、阴虚阳亢等证型，在整体调整的基础上，疏通局部气血。临床所见通过针灸治疗的整体调整，改善了全身症状，使病人出现全身放松舒适感，会产生较好的镇静作用，即所谓以静制动。也可在痉挛频发部位，用密集排针或散刺患处皮内，其间隔为0.5～1cm。针刺手法，在局部穴位，用浅刺皮部方法，采用适当行针手法或复式手法。对体质较差者可针灸与中药结合治疗。

急性感染性多发性神经炎

概述

急性感染性多发性神经炎又称急性多发性神经根炎（Guillain Barre综合征），是一组病因尚未明了的综合征。主要损害多数脊神经根及神经末梢，也常累及脑神经。

在中医的“痿证”、“痹证”中有相应的症状描述与论治。多因感受湿热之邪，浸淫于四肢，气血受阻。或嗜食酒酪辛热之品，消烁精血，或为脾胃素虚，或为病后体弱，使运纳失常，生化不足，不能荣养四肢经筋，以致肢体疼痛麻木，甚至肌肉萎缩，运动功能障碍。劳累、涉水、受寒常为本病诱因。其病位主要在脾、肝、肾。其病性有虚有实，实者一般为湿热浸淫或风寒阻络；虚者多为肝肾不足或气血两虚。

西医学认为本病的原因尚未完全阐明，一般认为与病毒感染及自身免疫反应有关。起病前常有非特异性上呼吸道感染等前趋症状，或继发于某些病毒性疾病如流行性感冒、水痘、带状疱疹、腮腺炎、非典型性肺炎等之后。其病理改变主要为周围神经的节段性脱髓鞘或轴突变性，或两者兼有，由此引起多发性神经炎。

临床表现

以青壮年及儿童多见，男性多于女性。可因劳累、淋雨、着凉等诱发。起病急，发展快。近半数患者在神经症状出现前数天或数星期，通常10～20天，常有非特异性感染，如鼻炎、咽喉炎、支气管炎、流行性感冒、胃肠炎等。继而出现四肢感觉异常、及运动障碍。病情逐渐发展，一般在15～20天后发展到高峰。主要症状为瘫痪、感觉异常、和其他感觉障碍以及脑脊液蛋白质增高而细胞并不增多。

瘫痪通常先是下肢无力，迅速向上肢发展，在1～2天内形成四肢瘫痪。瘫痪呈对称性、弛缓性、下肢较上肢为严重，早期无肌肉萎缩，腱反射迟钝或消失。腹壁反射消失，其他浅反射通常不受影响。巴氏征阴性。严重者可致躯干肌、肋间肌、横膈肌麻痹而致呼吸困难甚至呼吸麻痹。颅神经中最常见面神经损害，先有一侧面瘫，后两侧均瘫痪，但并非完全对称。软腭、声带、咽喉肌肉瘫痪也较常见。

感觉异常如蚁行感、麻木、针刺感，肢体远端较为明显。典型的表现是“手套-袜套型”的触痛觉减退。面部感觉异常的出现早于运动症状，并可持续数星期。客观检查感觉障碍不明显，偶有皮肤感觉轻微减退，肢体尤其是下肢有振动感和位置觉减退。

诊断要点

（1）根据临床表现和脑脊液检查有蛋白质与细胞分离的现象，诊断即可成立。

（2）其他多发性神经炎，起病缓慢，肢体远端受损较为严重，感觉运动症状同样明显或以感觉障碍为主。无颅神经障碍，无呼吸肌麻痹，脑脊液正常。

（3）脊髓灰质炎，肌肉瘫痪呈节段性而不对称，无感觉障碍，脑脊液改变早期以细

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

胞增多为主，后期有蛋白增高，肌肉萎缩发生较早且较严重。

（4）急性脊髓炎，以截瘫为多见，病变以下传导束型感觉障碍，锥体束征阳性，括约肌障碍明显，脑脊液检查阴性或白细胞及蛋白稍有增多。

治疗

治法：前期宜清泄湿热，或温通经脉为主，针用泻法。后期宜补气活血、舒筋活络为主，针灸并用，针用平补平泻，或补泻兼施。

（1）针刺

处方：肩髃　曲池　尺泽　温溜　外关　合谷
伏兔　梁丘　足三里　丰隆　阳陵泉　阴陵泉　悬钟　解溪
大椎　身柱　脾俞　胃俞

配穴：呼吸困难加肺俞、膈俞、素髎；语言困难、吞咽不利加天柱、廉泉；指端麻木刺痛十宣点刺出血；瘫痪不起加腰阳关、命门、华佗夹脊。

操作：病变前期用提插捻转泻法，但刺激强度不宜过强。督脉腧穴及华佗夹脊穴的针感要求向腰骶、胸胁部放射。针刺天柱穴要注意深度，防止损伤延脑。病变初期可每天针刺治疗 1～2 次。后期用平补平泻法或用补法，每天治疗 1 次，或隔天治疗 1 次。

（2）穴位注射

处方：华佗夹脊　手三里　曲池　足三里　梁丘　阳陵泉　三阴交

方法：每次选 2～4 穴。用辅酶 A、ATP、维生素 B_1、维生素 B_{12}、肌苷、加兰他敏等注射液。每穴注入 0.5～1ml。隔天治疗 1 次，10 次为 1 个疗程。本法主要用于恢复期四肢麻木刺痛者。

（3）皮肤针

处方：华佗夹脊　肺俞　肝俞　脾俞　胃俞　手足阳阴经穴

方法：用七星针或梅花针重点叩刺上述背部穴位，或沿手足阳阴经脉循行线每隔 2～3cm 叩刺一处，用中等或轻度刺激。每日叩刺 1 次，15～20 次为 1 疗程。

（4）耳针

处方：病变相应部位　交感　肾上腺　神门

方法：可用针刺或埋针的方法，急性期每天 1 次，慢性期隔天 1 次。也可用埋丸法。本法可用于恢复期四肢麻木刺痛者。

文献摘要

（1）杜兴素用针刺治疗格林-巴利综合征，取主穴肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、三阴交，每次 4～6 穴，针刺，留针 30 分钟，每日 1 次，共治疗 54 例，痊愈 32 例，显效 20 例，好转 2 例，有效率 100%。

（杜兴素．针刺治疗格林-巴利 54 例疗效观察．中国针灸，1991，11（2）：34）

（2）张和平以夹脊穴为主穴，取夹脊穴 15、16、17 穴，配穴为风池、阳陵泉、涌泉。夹脊穴一般针 3 寸左右，使针感传到足部为佳，配穴平补平泻，留针 60 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程，3 个疗程后评定疗效，共治疗 39 例，痊愈 18 例，显效 21 例，有效率为 100%。

（张和平．针刺夹脊穴治疗急性感染性多发性神经根炎 39 例．上海针灸杂志，1994，13（1）：46）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

按语

本病初期主要表现为四肢麻木、刺痛等感觉障碍，属于痹证范围，多属实证。治法以祛风通络、行气活血为主。后期出现四肢肌肉萎缩、瘫痪不用等，则属于痿证范围，多为虚证。治法以补益肝肾、调和气血为主。

本病初期，发病急骤，病情严重，应以中西医综合方法抢救，并配合针刺，针刺手法不宜过强。针刺对本病瘫痪肢体的功能恢复多数有较好疗效，但如果并发上升性损害，病情严重者，预后较差，可能有一定的后遗症。多数认为针刺宜在发病后 15～20 天开始运用，即病情稍见稳定后施用。在本病恢复期，针灸治疗常作为主要治疗手段，针灸对恢复期病人往往可收到满意效果。

针灸治疗以选用阳明经穴为主，即所谓“治痿独取阳明”之意，以振奋脾胃功能，促进气血运行。同时多选用背部夹脊穴或有关背俞穴。可用两种针灸方法交替或配合使用。针灸过程如能加强功能锻炼，配合服用中药则疗效更好。

末梢神经炎

概述

末梢神经炎又称周围神经炎、多发性神经炎，是指由中毒、感染或变态反应等所引起的全身多数周围神经的损害。主要表现为多发性或单一性的周围神经麻痹、四肢对称性末梢型感觉障碍，下运动神经元瘫痪及植物神经功能障碍等。任何年龄均可发病，以青壮年多见。男女发病数大体相等。

在中医的“痹证”、“痿证”中有相应的描述。根据其临床表现，早期肢体疼痛、发麻，与“着痹”相似，主要由湿邪浸淫，经络阻滞，气血运行不畅所致。后期出现肢体感觉减退，运动功能障碍及肌肉萎缩等症，则可归属“痿证”。主要由于脾肾亏虚，精微不输，髓枯筋萎所致。

西医学认为本病的原因很多，有各种感染，或感染后的变态反应，有重金属、化学品及药物中毒，有营养不良、代谢障碍、外伤、结缔组织疾病、遗传因素等。其病理改变主要是周围神经的节段性脱髓鞘和轴索变性两种，少数病例可伴有华勒变性及神经肌肉联结点的改变。通常周围神经纤维发生病理改变以远端最重，因其细胞胞体距离营养中枢最远。经治疗轴索可以再生，髓鞘也可重新生长。

临床表现

不同原因引起的末梢神经炎各有其临床特点，但又都有共同的临床表现。共同症状包括四肢远端对称性分布的感觉、运动和植物神经功能障碍。

感觉障碍多为手指、足趾的疼痛，如针刺、蚁走、电灼感，可有触痛，与此同时或稍后，出现对称性深浅感觉减退或缺失，呈或长或短的手套、袜子样分布。

运动障碍为四肢远端对称性无力，肌张力低下，依神经受累之轻重，肢体可为轻瘫或全瘫。病变严重时受损区由远端向近端扩展。始则肌力减退，继则肌肉萎缩，在上肢以骨间肌、蚓状肌、鱼际肌，下肢以胫前肌、腓骨肌明显。可出现垂腕与垂足。甚至屈曲畸形。肌腱反射减弱或消失。

植物神经功能障碍表现为四肢末梢皮肤对称性菲薄，失去光泽、脱屑、变冷、苍白或青紫、汗多或无汗，手指或足趾甲粗糙或松脆。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

脑脊液除少数病例蛋白略有增多外，一般无改变。

由于病因不同，各有特殊症状。如急性感染性多发性神经根炎在发病前有非特异性感染史，病初有四肢麻木乏力并逐渐向近端发展，可出现四肢全瘫、尿潴留或失禁，危重时出现呼吸困难累及心肌时出现心悸气短，两周后脑脊液出现蛋白增高而细胞正常的分裂现象。药物引起的中毒性神经炎运动障碍不明显，而以疼痛和植物神经症状最突出。糖尿病引起的多发性神经炎以两下肢对称性感觉异常、麻木、瘙痒、肌肉压痛、小腿肌肉痉挛的易疲劳为特征。

诊断要点

（1）根据肢体远端对称性感觉障碍，呈手套、袜子样分布，弛性瘫痪、肌萎缩以末端明显等症状，可诊断本病。

（2）急性感染性多发性神经根炎，呈对称性下运动神经元性瘫痪，末梢型神经感觉障碍，但可伴有颅神经损害以及脑脊液蛋白细胞分离现象。

（3）急性脊髓炎，受损平面以下呈传导束型感觉障碍，各种感觉减退或消失，以痛、温度觉消失为明显，有截瘫、锥体束征的括约肌症状。脊髓症状急骤发生，多数患者在数小时或数日内发展为脊髓完全性横贯损害。

（4）急性脊髓前角灰质炎，多发生于儿童，肢体呈节段性瘫痪，一般表现在某一肢体，或虽累及多个肢体，但轻重有悬殊。无感觉障碍。急性期脑脊液细胞及蛋白均增高。

（5）周期性麻痹，四肢瘫痪呈弛缓性，但无感觉障碍及肌肉萎缩，也无植物神经症状。发作历时短暂，血钾和心电图异常，对钾盐治疗显效。

治疗

治法：初期清热利湿、疏经通络为主。针用泻法。

后期补益气血、舒筋活络、营养四末为主。针用平补平泻或用补法。

（1）针刺

处方：上肢：曲池　外关　合谷　腕骨　阳池　后溪　八邪

下肢：足三里　解溪　足临泣　八风

配穴：发热加十宣、气端点刺出血；发热脘痞加中脘、建里、阴陵泉；慢性发生或全瘫加大椎、大杼、腰阳关、夹脊穴。

操作：以上腧穴每次选6～8穴，以针刺为主。行提插捻转手法，初期用泻法，后期用补法。留针20～30分钟。每天治疗1次，15次为1疗程。休息5天后再作第2疗程。也可隔日治疗1次，不计疗程，以病愈为止。麻木刺痛局限于手指、足趾末端者，用三棱针刺手足十宣或井穴出血，每隔3～4天刺血1次。病程长者可配合用灸法。

（2）皮肤针

处方：手足阳明经穴、督脉及夹脊穴，重点在患肢末梢叩刺。

方法：以中等或轻度刺激叩刺，叩至局部皮肤明显充血而不出血为度。每日或隔日叩刺1次，10～15次为1疗程。

（3）穴位注射

处方：同毫针取穴。

方法：每次选用手足各1穴，用维生素B_1、B_{12}混合液或2%普鲁卡因注射液中的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

一种，每穴各用 1ml（普鲁卡因用 0.5ml）隔日治疗 1 次，15 次为 1 疗程。

（4）电针

处方：上肢：曲池透少海　外关　合谷透后溪　八邪

下肢：足三里　悬钟透三阴交　昆仑透太溪　太冲　八风

方法：用低频脉冲治疗仪，取疏波或疏密波，电流强度由弱转中等，不超越病人的耐受程度为限。每次通电 10～15 分钟，每日治疗 1 次，15 次为 1 疗程。

文献摘要

薛连升针刺治疗多发性神经炎，上肢取肩髃、曲池、手三里、合谷、外关、天井；二肢取足三里、阳陵泉、委中、环跳等，另配身柱、风府、命门。进针后两手分别在肢体上、下任意两穴施“轻捻微捣”手法，使针感向远端放散，形成感传回路，连续捻捣 3 分钟后出针，每日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 60 例，结果痊愈 48 例，显效 10 例，有效 2 例，总有效率 100%。

（薛连升．针刺治疗多发性神经炎 60 例．上海针灸杂志，1994，13（1）：46）

李岩用穴位注射结合梅花针治疗末梢神经炎，取肩髃、曲池、外关、八邪、髀关、足三里、阳陵泉、悬钟、三阴交、八风等穴，每次选用 4～6 穴，用维生素 B_1 200 毫克、维生素 B_{12} 500 微克混合液体，每穴注入 1～2ml，每日 1 次。并用梅花针沿四肢远端十二循行部位叩刺，至皮肤潮红为度，阴经与阳经交替使用，每日 1 次，共治疗末梢神经炎 24 例，痊愈 5 例，好转 16 例，无效 3 例。

（李岩，等．梅花针穴位注射治疗末梢神经炎临床疗效观察．针灸临床杂志，1995，11（8）：19）

按语

末梢神经炎目前尚缺少有效的西药治疗。针灸在本病的治疗有可整体和双向的调整优势。本病初期表现为麻木、疼痛为主，属于中医的“痹证”。由感染致病者，多表现为湿热浸淫；中毒、血管原因引起者多为气滞血瘀，代谢原因所致者如糖尿病性周围神经病变，多为肝肾亏虚。后期出现运动功能障碍，特别出现了肌肉萎缩，属于中医“痿证”，多为脾气虚弱。

针灸治疗以手足阳阴经穴为主，配合躯干部夹脊穴或督脉穴或背俞穴，并注重选用局部四肢末端穴。初期以针刺为主，可用三棱针刺血法，也可配合用电针。后期治疗运动功能障碍，以针灸为主，也可用电针，或皮肤针叩刺。早期针刺对改善麻木、疼痛，效果较为明显。后期宜多种针灸方法交替使用，以补益气血，缓缓调治，才能收效。治疗中应加强适当的营养，配合功能锻炼，若能结合服用健脾益气、活血通络中药，则可加快恢复肢体功能。

臂丛神经痛

概述

臂丛系由颈 5 至胸 1 的神经根组成，主要支配肩和上肢的感觉及运动。组成臂丛的各部受损时，产生在其支配范围内的疼痛，称为臂丛神经痛。这一症状可由多种原因引起。

本病的症状较为复杂，主症为疼痛，可分属中医的“痹证”。由于疼痛的部位涉及

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

到肩背、颈部，故部分又可归于颈项痛、肩背痛等病症中。中医认为本病主要由于外感风寒湿邪，或痰湿流注经络，或外伤瘀血留滞经络，致使经络气血运行不畅，不通则痛。

臂丛神经痛可分原发性和继发性两类。继发性较为常见。原发性臂丛神经痛无明确的病因。继发性臂丛神经痛是由其邻近组织病变所引起。按其病损部位，可分为根性和干性臂丛神经痛。根性臂丛神经痛的病因有颈椎病、颈椎间盘突出、颈椎结核、骨折、脱位、颈髓肿瘤、硬膜外转移癌及蛛网膜炎等。干性臂丛神经痛的原因有颈胸出口区综合征、臂丛神经炎、颈部肿瘤、外伤、结核、转移性癌肿、锁骨骨折、肺尖部肿瘤等。

临床表现

由于致病的原因和损害的部位不同，临床表现也各不同。

根性臂丛神经痛大多为一侧的单个或几个神经根受损，偶有累及双侧者。常因颈部扭伤、劳累、受凉等急性起病。病程长而反复发作。疼痛发作时往往呈短时间发作，以后逐渐加重成为持续性。常位于一侧的颈根部，并向肩、臂、手指放散。呈钝痛、刺痛、灼痛，夜间较甚。头颈部活动、咳嗽、喷嚏时疼痛加重。颈部僵硬。手臂麻木、发凉，下颈椎棘突、横突及锁骨上窝可有压痛。病程长者可显示肩臂部肌肉松弛、萎缩及腱反射减弱等。

丛性臂神经痛，疼痛初期为间歇性，继则为持续性，阵发性加剧。疼痛部位主要在锁骨上下窝的臂丛分布区，并扩散到肩后部、臂部、手指。伴有酸、麻、冷等异常感。上肢活动时可使疼痛加剧。锁骨上下窝、肩胛岗上方、腋窝等处有明显压痛。严重者可产生臂丛神经麻痹，手部无力和肌肉萎缩，以至呈“爪形手”。手及手指皮肤菲薄、发亮、肿胀、出汗异常等。

干性臂丛神经痛可出现相应部位运动麻痹、感觉障碍及植物神经功能紊乱等症状。若正中神经受损伤，往往产生剧烈疼痛，或手指麻木、刺痛，鱼际肌群萎缩等。

诊断要点

（1）根据臂丛神经痛的典型症状，如放射性颈臂疼痛，颈椎横突、臂丛区或上肢周围神经于有压痛，神经牵拉痛征阳性，上肢相应部位不同程度感觉、运动障碍等，即可诊断本病。

（2）确定继发性臂丛神经痛的病因应根据其临床表现、神经系统检查及各种辅助检查，包括肩关节、颈椎X线摄片等。

（3）臂丛神经炎应与肩关节炎、肩关节周围炎相鉴别。后者疼痛主要位于肩部及上臂，疼痛不放射，肩关节活动明显受限，且使疼痛加剧，而颈部活动并不使疼痛加重，肩关节肌肉常有压痛点，而臂丛神经干上并无压痛，无神经受损的临床表现。

针刺

治法：祛风散寒除湿、活血化瘀通络。局部选穴与循经选穴相结合。针用泻法或平补平泻法。

（1）针刺

处方：极泉　天鼎　颈臂　阿是穴

配穴：颈项痛加百劳、大杼、缺盆；肩胛痛加肩髃、肩髎、肩外俞、肩贞；上肢桡侧痛加臂臑、曲池、手三里、列缺、合谷；正中线疼痛加曲泽、内关、大陵；尺侧疼痛

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

加少海、支正、后溪。

操作：每次选1～2个主穴，再根据症状选用其他穴。发病初期疼痛严重者用捻转结合提插泻法，刺激量逐渐加大，不宜突然给予强烈刺激，以免引起不良反应。病程稍久，疼痛已趋缓和者，可用平补平泻法。如疼痛伴有冷感或麻木者，加用灸法以温经止痛，如用温针灸或艾炷灸。每次留针20分钟，每日治疗1次，疼痛缓解后可隔日治疗1次。

（2）穴位注射

处方：同上。

方法：用维生素B_1和维生素B_{12}的混合液，每次选2～3个穴，每穴注射0.5～2ml，隔日治疗1次，10次为1疗程。

（3）耳针

处方：颈　肩　臂　神门　交感

方法：每次选一侧耳穴，两侧耳穴交替使用，留针30分钟，每天治疗1次。也可用埋针法。

文献摘要

崔大盛等用针刺治疗臂丛神经痛，取主穴风池、肩中俞、肺俞、天宗四穴。疼痛在臂尺侧及小指者配肩贞、养老、小海；疼痛在中指及无名指者配肩髃、外关、中渚；疼痛在前臂桡侧及大拇指配肩髃、曲池、列缺。穴位分为两组交替使用，每日1次，疗程间休息2天，结果治疗50例中痊愈39例，好转5例，有效4例，无效2例。

（崔大盛等．针刺治疗臂丛神经痛50例．中国针灸，1996，16（4）：46）

按语

臂丛神经痛属于中医的经络病变，为各种原因所致的经络气血瘀阻，迁延日久也可影响脏腑功能，耗伤气血而致经筋络脉失养。

针灸应根据“痹证”、“痿证”的治疗大法，以局部选穴为主，兼以辨证分型，分别论治。同时注意根据病变性质的不同，在针刺的基础上配合灸法、皮肤针、三棱针刺法、穴位注射法，以提高疗效。

臂丛神经痛可由不同病症引起，临床应明确诊断，针对病因治疗。如因颈椎病引起者，应参阅有关篇章的治法治疗。一般而言，针灸对于臂丛神经炎所致的疼痛，有较好的效果。在其急性期，应注意使肢体适当休息，减少病变肢体的活动。

坐骨神经痛

概述

坐骨神经痛是在坐骨神经通路及其分布区的疼痛。表现为腰部、臀部、大腿后侧、小腿后外侧及足背外侧疼痛。本病多发生于成年男性，起病多为急性或亚急性。

历代中医著作中的“痹证”、“腰腿痛”、“伤筋”等病症包括了坐骨神经痛。中医认为本病多由正气不足，腠理不密，风寒湿邪乘虚侵袭，气血运行不畅所致。

坐骨神经痛可分原发性和继发性两类。原发性坐骨神经痛由感染、受寒、中毒等原因直接损害坐骨神经所引起，临床较为少见。继发性坐骨神经痛由神经通路的邻近组织病变，对坐骨神经产生刺激、压迫、粘连或破坏所引起。造成这些病理因素的疾病常见

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

于腰椎间盘突出症、脊椎肿瘤、结核及椎间关节、骶髂关节、骨盆内病变、腰骶软组织劳损等病症。继发性坐骨神经痛根据神经受损害的部位不同，可分为根性和干性，其中以根性为常见，即多见由脊椎病变所引起。原因虽然各异，都造成了神经炎症或炎症变性的病理变化，临床上仍有较多的共同表现。

临床表现

本病主要表现为坐骨神经通路及其分布区内的疼痛。疼痛呈钝痛、刺痛、或烧灼感，持续性并阵发性加剧。疼痛从臀部沿大腿后面、小腿后外侧向远端放射，弯腰或活动下肢时加重。直腿抬高征阳性是本病的特征性体征。患者常有特殊的减痛姿势，如睡向健侧，病痛侧在上方，其髋关节、膝关节微屈，从仰卧位起坐时弯曲膝关节，站立时身体向健侧倾斜，坐时健侧臀部着力。小腿外侧、足背等处可有刺痛或发麻。

病变腰椎旁、股后、腘窝、腓骨小头、腓肠肌、外踝后有压痛。

其中坐骨神经炎引起的干性坐骨神经痛发病较急。其他如盆腔内疾病、髋关节炎症、肿瘤压迫引起的坐骨神经痛起病较缓，且有原发病症状的体征。

根性坐骨神经痛发病多为急性、亚急性。部分可有长期下背及腰部的酸痛，或有腰部的外伤史。坐骨神经根部压迫的好发部位为腰 4～5 及腰 5～骶 1 之间。疼痛可因咳嗽、喷嚏、弯腰等而加重。小腿外侧或足部皮肤感觉减弱比干性坐骨神经痛明显，但坐骨神经通路的压痛不如后者明显。

诊断要点

（1）本病有典型的分布部位，疼痛可以在活动、增加腹压，周围温湿度改变等因素下加重，要注意检查患者是否有直腿抬高阳性，坐骨神经通路上或根部是否有压痛。诊断时还应注意询问病史，以判断原因。X 线拍摄腰骶、骨盆或髋关节 X 线片有助于诊断。

（2）间歇性跛行症，下肢可见青紫或苍白，寒冷感，行走后疼痛，休息后可改善。足背动脉搏动微弱等。本病由于下肢动脉硬化性闭塞所致。

（3）骶髂关节疾病，骶髂部位有压痛，骶髂关节叩打试验阳性和骨盆分离试验阳性。

治疗

治法：以祛风散寒利湿、通经活络、调气行血为主，循经选用足太阳与足少阳经为主，针用泻法，或平补平泻法。

（1）针刺

处方：腰 3～5 夹脊　阿是穴　秩边　环跳　委中　阳陵泉　承山　飞扬　昆仑

配穴：足太阳经分布部位疼痛加承扶、殷门。足少阳经分布部位疼痛加风市、悬钟、丘墟。腰骶部痛甚者加小肠俞、次髎、白环俞；腰脊强痛加腰阳关、大钟。

操作：每次选用 5～9 穴，急性期用泻法，慢性期用平补平泻法。根性坐骨神经痛重点用腰 4、腰 5 夹脊穴，针夹脊穴时在棘突间隙向患侧旁 3～5 分处进针，针尖略斜向脊柱，深 1.5 寸左右，进针后轻轻提插，以有强烈的触电感或烧灼感等效果为佳。也可同时针健侧夹脊穴，针刺时针尖对着患侧。针秩边穴垂直进针 2 寸左右。针环跳穴，以 70 度角斜向内下方进针，施行提插捻转法，使针感沿大腿后侧向足部放射。也可配合用温针、拔火罐法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 电针

处方：参考上述处方。

方法：每次选 2～3 穴。用密波或疏密波，强度根据病人的耐受性决定。通电 10～15 分钟后，病人感到电流量减小时要重新调整电流量。每次留针 20～30 分钟。

(3) 刺络放血

处方：阿是穴　次髎　委中　委阳　悬中

方法：在腧穴附近找到瘀血络脉，常规消毒后，用消毒三棱针对准穴位，快速刺入络脉约 1mm 深，令血自动流出，待血止后再加拔火罐，吸出瘀血，10～15 分钟后起罐，并清洁局部皮肤，消毒针口。急性期可隔日放血 1 次。非急性期可 1 周放血 1 次，配合针刺法。

(4) 穴位注射

处方：腰 4、5 夹脊穴　环跳　殷门　阳陵泉　飞扬　悬钟

方法：每次选 2～4 穴。用当归、红花、威灵仙等中药注射液，或用维生素 B_1、B_{12} 注射液、1%普鲁卡因注射液、10%葡萄糖注射液，臀部穴位每次可注入药液 8～10ml，其他穴位每穴用 2～3ml。隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

(5) 穴位埋线

处方：肾俞　环跳　承扶　殷门　风市　足三里　阳陵泉　承山

方法：每次选 3～4 个穴，交替使用，1 周埋线 1 次，3 次为 1 疗程。

(6) 挑针

处方：肾俞　八髎　环跳　阿是穴　白环俞　承扶　殷门　承山　风市　阳陵泉　悬钟　丘墟　足临泣

方法：每次选用 2～5 穴，用消毒三棱针横穿过穴位下，提起皮肤并摆动几下，拉断肌纤维，反复挑拉，将皮下白色纤维挑尽为度，所选穴位逐一挑完为 1 次，每周挑 1 次，3 次为 1 疗程。

(7) 耳针

处方：坐骨神经　腰椎　骶椎　臀　膝　肾　盆腔　神门

方法：每次选 2～3 穴，毫针用中等刺激，留针 20～30 分钟，间隙行针，或用电针刺激。也可用耳穴埋针或压丸，每隔 2 小时按压 1 次，1～7 天后换穴（冬长夏短）。

文献摘要

(1) 李毅文等用头针加体针配合治疗坐骨神经痛 296 例。头针组用百会透通天。体针穴组取主穴环跳、八髎、大肠俞。配穴用阳陵泉、绝骨、委中、人中、后溪、养老。头针加体针组取以上两组穴。在急剧痛时可选体针之配穴。单纯头针组共治疗 60 例，痊愈 20 例，显效 24 例，好转 8 例，无效 8 例，有效率为 80.6%。单纯体针组共治疗 120 例，痊愈 78 例，显效 28 例，好转 10 例，无效 4 例，有效率为 98.0%。头针加体针组共治疗 116 例，痊愈 98 例，显效 16 例，好转 2 例，有效率为 100%。经统计学处理，头针加体针组疗效优于其他两组。

(李毅文、李泽莉．头针加体针配合治疗从骨神经痛 296 例临床观察．针灸临床杂志，1996，12，(1)：21)

(2) 崔述贵等用秩边为主穴治疗本病，配穴为足太阳型加承山、昆仑；足少阳型加

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

阳陵泉、绝骨、丘墟；根性加肾俞、夹脊腰 2～5、大肠俞（均患侧）。秩边穴用 28 号 3～4寸毫针，刺入 3～4 寸，以中强度刺激，使局部有酸麻胀重感，并向下肢远端放射，有时可达足底或足趾部，余穴均要求得气，急性发作时用泻法，慢性期用平补平泻法，可用电针，每天 1 次，10 次为 1 疗程，休息 3 天，再继续治疗。共治疗 300 例，痊愈 113 例，显效 121 例，好转 46 例，无效 20 例，总有效率 93.2%。

（崔述贵、印文堂．针刺秩边穴治疗坐骨神经痛 300 例疗效观察．山西中医，1990，6（4）：36）

（3）陈幸生用芒针治疗本病，主穴为臀三针（秩边、环跳、髂后上棘与尾骨尖连线的中点、腰三针（3～5 腰椎棘突下间旁开 0.5 寸）。配穴为阳陵泉透三阴交、风市沿胆经方向透刺、承扶透髀关、承山透委中（以上均为患侧）。根性坐骨神经痛者主穴仅取腰三针、臀三针；干性坐骨神经痛者主穴仅取臀三针。配穴根据疼痛部位选用。臀三针用 5～6 寸芒针直刺。腰三针取 3～4 寸毫针直刺，行提插泻法。取 13～15 寸芒针从风市进针沿胆经向上横刺，取 11～13 寸芒针从阳陵泉向三阴交方向斜刺。承扶向髀关直刺 4～5 寸，取 8～10 寸芒针从承山斜向上透刺至委中，行捻转泻法。针感要求臀三针、腰三针向下放射数次。余穴局部有酸胀感即可。留针 20 分钟。一般每日治疗 1 次，疼痛严重者每日 2 次，10 次为 1 疗程，疗程间可休息 3 天。共治疗 114 例，痊愈 80 例，显效 21 例，有效 6 例，无效 7 例，总有效率 93.9%。

（陈幸生．芒针治疗坐骨神经痛 114 例临床观察．山西中医，1991，7（6）：37）

（4）马彦伟根据后溪为俞穴，“俞主体重节痛”，并通督脉，以后溪为主穴，采用呼吸补泻方法。配用环跳、阳陵泉、绝骨（患侧）。患者取站立位，选定双侧后溪穴后常规消毒，取 1.5 寸毫针刺入皮下后，施呼吸补泻之泻法，留针 40 分钟，中间每隔 10 分钟施行手法 1 次，同时嘱患者做下蹲、抬腿、弯腰等动作。配穴施平补平泻手法，并和后溪两组隔日交替使用。用此法共治疗 200 例病人，全部治愈。

（马彦伟．针刺后溪穴治疗坐骨神经痛 200 例．陕西中医，1991，12（6）：272）

（5）丁玉霞用体针配合耳针治疗本病，认为单用体针疗程长，单用耳针止痛快但疗效不巩固，两者配合可取长补短，不但止痛效果好，而且可缩短疗程。体针用大肠俞、秩边、委中、环跳、阳陵泉、绝骨、昆仑（均患侧）。耳穴用神门、臀透坐骨神经。先针体穴，病程短者用泻法，病程长者用平补平泻法，寒重者加艾灸，然后针刺耳穴，两耳交替，用 0.5 寸毫针刺入穴内。每天 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 80 例，痊愈 68 例，有效 9 例，无效 3 例，总有效率 96.3%。

（丁玉霞．针刺治疗坐骨神经痛 140 例．陕西中医，1991，12（6）：273）

按语

坐骨神经痛在疼痛发作时以实证为多，或寒湿留着，或瘀血阻滞，疼痛不甚或在缓解过程中，也有正气不足者。

当虚实证候不典型时，则主要根据疼痛放射范围所涉及的经络，分经论治。对于需要长期治疗的病人应考虑处方用穴的变化及轮换。针刺手法应按病情、体质、病程灵活掌握。针刺环跳、秩边、腰夹脊穴时，出现触电样针感向患肢远端传导常能获得较好效果，但也要注意一旦出现触电样放射性感应时，应立即停止行针，并将毫针稍许向上提起，以免损伤神经，在施用电针或穴位注射时更应注意。对起病较缓的病人，针刺手法

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

不宜过强，以免引起血管收缩，影响疗效。治疗手段可考虑多样化，如针刺加用灸法、针刺加拔火罐、穴位注射加用灸法等，或针灸与推拿相结合，或针灸与牵引相结合等。

西医学对本病的治疗，多先采用保守治疗，卧床休息，用止痛剂硬膜外封闭，牵引等，保守治疗无效或经常反复发作，病程迁延者用手术治疗。针灸对坐骨神经痛有良好的疗效，对各种原因所致的坐骨神经痛都有改善血液循环、解除肌肉痉挛、控制炎症、缓解疼痛、促进功能恢复等作用，因此针灸治疗在治疗本病中具有一定的优势，尤其对于寒湿型的效果比外伤及虚证为佳，对原发性坐骨神经痛比继发性坐骨神经痛效果好。

本病在急性期宜卧硬板床，并以卧床休息为主，有助于缓解病情。待病情好转后再进行适当的活动。并应注意保暖防止受寒湿。

坐骨神经痛是由多种原因引起的症候群，并非独立疾病，临床应查明原因，以针对原发病治疗。对肿瘤压迫引起者，注意局部不要施行针刺。由于脓肿、结核等所致的坐骨神经痛，要积极治疗原发病。

肋间神经痛

概述

肋间神经由胸 2 至胸 11 脊神经的前支组成。肋间神经痛是指胸神经根或肋间神经由于各种原因受刺激，而产生的一种胸部肋间或肋部呈带状区疼痛的综合征。临床上分为原发性和继发性两种。原发性在临床较少见。继发性可由胸膜炎、肺癌、纵膈肿瘤、脊柱关节炎、胸椎间盘突出、脊髓肿瘤、脊椎结核等引起。该病多呈持续性发展，缠绵难愈。

本病属于祖国医学的“胸痛”、“胁痛”范围，主要由于情志所伤、感受外邪等原因引起。病变主要部位在肝胆，由于肝胆气机不畅、疏泄不利，或瘀血阻滞络脉致使胁痛。病变性质多为实证。

西医学认为原发性肋间神经痛的原因尚不明了。继发性肋间神经痛其原因是邻近器官和组织的病变引起。

临床表现

主要为一根或几根肋间神经支配区的经常性疼痛，疼痛呈针刺样或刀割样。时有发作加剧。有时为呼吸所激发。疼痛甚者可向肩部和背部放射，疼痛有时呈束带状。检查可发现相应皮肤区的感觉过敏及肋骨边缘的压痛，如肋间神经穿孔支在背部、胸侧壁、前胸穿出处等有明显压痛。继发性肋间神经痛常有胸部牵涉痛。疱疹病毒侵犯皮肤及背根神经节而出现疼痛，或疱疹痊愈后也或遗留肋间神经痛。原发性肋间神经痛一般无明显的全身症状，继发性肋间神经痛根据不同原发病可有不同临床表现。

诊断要点

（1）根据沿肋间神经分布区半环形、束带状放射性疼痛，疼痛伴有神经区肌肉痉挛，腹压增加时疼痛加剧，有固定压痛点，即可诊断。

（2）根据临床症状，对继发性肋间神经痛应通过必要的检查以明确原发病。有些内脏疾患，特别是二尖瓣狭窄、心绞痛及上腹脏器疾患如肝、胆病症，也常有胸部牵涉痛，需加鉴别。带状疱疹引起的肋间神经痛，需与脊膜炎引起的后根痛鉴别。

治疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：以疏通经气为主，取足少阳、足厥阴经穴为主。

（1）针刺

处方：支沟　阳陵泉　阿是穴　相应夹脊穴

配穴：肝气郁结加太冲、内关；瘀血凝滞加膈俞、肝俞；痰饮内盛加丰隆、阴陵泉。

操作：每次选用3～4穴，一般采用泻法。针刺夹脊穴时，针尖向脊柱方向斜刺1.5寸，行提插法，使针感向前放散。阿是穴行平补平泻法。支沟、阳陵泉行捻转泻法，加强针感的扩散。期门应斜刺或平刺，切忌针刺过深。留针30分钟。每天或隔天治疗1次。瘀血阻络也可在阿是穴用皮肤针叩刺，微出血，再加拔火罐。胁痛也可使用电针。电极接在躯干部穴位，用中等刺激。

（2）耳针

处方：胸　肝　胆　神门　交感　皮质下

方法：每次选用2～3穴，可用毫针针刺，行捻转手法，也可用电针。留针30分钟，每天或隔天治疗1次。或用埋针、埋丸法。左右交替用穴。

（3）穴位注射

处方：相应夹脊穴　阳陵泉、支沟　太冲

方法：选用当归注射液、丹参注射液、维生素B_{12}注射液、10%葡萄糖注射液等。每次选用2～4穴，每穴用药液0.5～2ml。选相应夹脊穴时，注射针刺在肋间神经根附近，出现强烈针感后，稍提针头，再缓缓注入药液。隔天治疗1次，10次为1疗程。

（4）皮内针

处方：阿是穴　膈俞　肝俞　期门

方法：将麦粒形或揿钉形皮内针沿皮或垂直刺入皮下，一般将针保留在皮下与脂肪层之间。每天按压4～6次，每次2分钟，10天为1疗程。

（5）皮肤针

处方：相应夹脊穴　阿是穴

方法：先取伏卧位，消毒夹脊穴后，用中等手法自上而下叩刺5遍，加拔火罐10分钟，然后侧卧位，消毒患侧病变区肋间隙，自后向前叩刺5遍，再加拔火罐10分钟。每日1次，5次为1疗程。

文献摘要

（1）周秀娟用针刺呼吸补泻法结合拔火罐法治疗本病。患者仰卧，取内关、阳陵泉、支沟，常规消毒，内关穴强刺激2分钟，同时嘱患者深吸气，屏住气缓慢吐气，然后咳嗽及向左右转体，阳陵泉中等刺激，留针10分钟，支沟穴强刺激，针刺同时在疼痛局部加拔火罐。治疗结束前再行内关穴刺激1分钟。共治疗308例，全部治愈。

（周秀娟．针刺拔火罐治疗肋间神经痛308例．中国针灸，1993，13(2)：37）

（2）郑英斌针刺前沿肋找准痛点，进行常规消毒，以针柄与皮肤呈5～15°角，针刺方向顺着肋间隙横刺为原则，针尖紧贴皮肤用力猛刺。刺入皮肤后，将针柄置于与皮肤呈水平线刺入1～3cm，同时施以捻转手法以得气。留针30分钟，亦可用胶布固定针柄数小时，其间捻转针柄1～3次加强刺激。每日或隔日针1次。共治疗56例，痊愈54例，无效2例。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（郑英斌．“皮三针”治疗肋间神经痛56例．上海针灸杂志，1991，10(1)：18）

(3) 李小林针刺太冲穴治疗肋间神经痛，用28号1.5寸毫针直刺太冲穴，得气后边施捻转泻法边让患者做呼吸运动，胸腹部同时活动，捻转数次后留针20分钟，其间运针2次。共治疗51例，痊愈42例（82.4%），好转5例（9.8%），无效4例（7.8%），有效率为92.2%。

（李小林．针太冲治疗肋间神经痛．中国针灸，1993，13(5)：52）

按语

肋间神经痛多属实证，临床上以肝气郁结及瘀血阻络为主。针灸治疗除局部选穴外，应辨明原因和证型，选取相应穴位，以提高疗效。相应夹脊穴在治疗本病中十分常用，由于神经丛里有多个相邻的脊神经纤维组成，绝大多数皮节是由2～3个节段重叠供给，因此治疗时选夹脊穴时，除选取病变肋间神经痛处节段的夹脊穴外，还应该选该节段上、下的夹脊穴。因肝经分布于两胁肋，肝胆相表里，故肋间神经痛还常用阳陵泉、太冲等穴疏泄肝胆。

从西医学角度看，原发性肋间神经痛较少见，其临床表现除局部疼痛外，多无全身症状，只要选穴适当，掌握一定的刺激量，针刺一般能很快控制疼痛而治愈。因带状疱疹而遗留的肋间神经痛十分常见，也较顽固，必须连续针刺治疗，才能治愈。若因结核、肿瘤等病所致的肋间神经痛应积极治疗原发病，针刺可配合治疗减轻疼痛。

截　瘫

概述

截瘫是指脊髓损伤，神经机能障碍而引起的四肢或下肢痿软瘫痪。临床无疼痛症状，这是脊髓疾病中常见的一个症状。有外伤性截瘫与非外伤性截瘫之分。本症多见于青壮年。

本症在祖国医学属“痿证”范围。由于外伤损伤督脉，导致瘀血阻滞不通，久则使病人元气收伤，或外感热邪，耗伤津液，日久肝肾或肾督亏虚所致。其病位在督脉为主，与肺、肝、肾有关，其病性，早期以实证为主，晚期多为虚证。

西医学认为，脊髓外伤、急性脊髓炎、脊髓血管病变、及脊髓结核、肿瘤等脊髓压迫，是导致截瘫的主要原因。在病变区域，主要是炎症细胞渗出、血管周围结缔组织或胶质细胞增生，以及神经纤维的脱髓性变。脊髓血管病变可分为缺血、阻塞、出血和畸形等。脊髓压迫症引起的损害，其机理主要是机械压迫、血液供应障碍和浸润破坏。

临床表现

脊髓损伤后所引起的症状和体征与其损伤的部位、范围、程度有很大关系。

脊髓发生横贯性损伤时，出现病变水平以下肢体运动功能障碍和感觉功能障碍，并伴有膀胱、直肠功能障碍。颈段病变可出现四肢瘫痪，下肢为痉挛性瘫痪。胸段病变引起两下肢痉挛性瘫痪，腰段以下病变呈现两下肢弛缓性瘫痪。

脊髓受损平面以下感觉减退或消失，还伴有膀胱、直肠功能和皮肤营养障碍，如小便潴留或失禁，大便秘结或失禁，患肢皮肤干燥、脱屑，汗腺分泌异常。久病卧床，护理不善，可产生褥疮。

脊髓不完全损伤，根据脊髓内不同结构的病损可产生不同的症状。如前角损害，可

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

引起下运动神经元性瘫痪，锥体束损害常造成上运动神经元性瘫痪，后索的病损产生感觉障碍。

诊断要点

（1）根据脊柱外伤史、或急性脊髓炎、脊髓结核、肿瘤的临床症状，以及瘫痪的表现，可以作出诊断。

（2）X片可发现受伤的脊柱骨折，脊髓CT和核磁共振扫描对损伤的程度有诊断价值。

（3）急性脊髓炎运动障碍依受损节段而定，若颈椎受损，则出现四肢瘫痪，腱反射消失，病理反射不能引出，3～4周后随着休克期的消失，肢体由弛缓性瘫痪过渡为痉挛性瘫痪，肌张力增高，腱反射亢进，病理反射常阳性。

（4）急性感染性多发性神经根炎，肢体呈弛缓性瘫痪，感觉障碍多呈末梢型，可伴有脑神经受损，大小便障碍较少见。脑脊液检查有蛋白细胞分离现象。

治疗

治法：疏通督脉、调和气血为主。

（1）针刺

处方：夹脊穴　大杼　肺俞　心俞　膈俞　肝俞　胆俞　脾俞　胃俞　肾俞　身柱　神道　至阳　筋缩　命门

上肢瘫痪：大椎　肩髃　曲池　手三里　外关　合谷　后溪

下肢瘫痪：髀关　伏兔　足三里　解溪　环跳　风市　阳陵泉　悬钟　殷门　委中　承山　昆仑　血海　曲泉　阴陵泉　三阴交　太溪

膀胱功能障碍：肾俞　次髎　膀胱俞　中极　阴陵泉

直肠功能障碍：大肠俞　天枢　支沟

配穴：出汗障碍高热加大椎、合谷、复溜、尺泽、委中。

操作：上述穴位可分为数组，每次选用8～10个穴。毫针选用26号或28号较粗的针，夹脊穴或背俞穴对于本症的治疗可起通督壮腰、活血化瘀之效，针刺时应向上向下各超1～2个椎体选损伤平面附近的穴位。针刺时针尖向脊柱方向斜刺，进针1.5寸，使针尖刺向神经根。督脉腧穴在棘突的稍上方进针，呈45°角向内下方斜刺，刺向棘突下方的椎间隙。早期呈弛缓性瘫痪，针刺用提插捻转法反复行针，尽量取得针感。病人感觉障碍，也可结合用灸法，但应注意局部皮肤温度，防止烫伤。温灸10分钟后再行针刺。背部及四肢肌肉丰满处可用拔火罐。膀胱功能障碍者，针刺中极应注意针尖向下斜刺。防止刺破膀胱。出汗障碍高热者可用大椎、尺泽、委中三棱针刺血。留针30分钟，每天治疗1次。

（2）电针

处方：参考体针。

方法：每次选4穴，针刺得气后，按电针常规操作，一根导线接在同一侧肢体。弛缓性瘫痪者宜用较强电流短暂冲击3～5次，每次13秒钟。痉挛性瘫痪者宜用较强高频脉冲电持续刺激5～10分钟。

（3）芒针

处方：参考体针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：选用适当体位，针刺背部穴最好用坐位，挺直腰背，略低头。针刺四肢穴可视情况用仰卧位或侧卧位。可将背部穴位与四肢穴位分成数组，轮流使用。可根据处方穴位，选用 2.5 寸以上长针。

针刺督脉穴，从大椎穴沿脊柱正中线的皮下向下透刺，直到病损脊椎。如遇阻力，不能一次到达预期针刺的部位，可视情况分段透刺 2～3 针。

针刺夹脊穴，可从病损脊椎两侧，沿脊椎两旁向下透刺，直到骶髂关节。

针刺四肢穴，主要视不同瘫痪肌群和关节活动能力选穴。如肩臂外展肌瘫痪，用肩髃透臂臑；肘关节屈肌瘫痪，举臂透肱中；肘关节伸肌瘫痪，肩髃透鹰上；腕下垂，曲池透偏历；指屈曲，合谷透劳宫、后溪；髋关节屈肌瘫痪，五枢透阴廉；髋关节伸肌瘫痪，秩边透环跳；大腿内收肌瘫痪，血海透箕门；大腿外展肌瘫痪，环跳透居髎，膝阳关透风市；膝关节伸肌瘫痪，鹤顶透伏兔；膝关节屈肌瘫痪，委中透殷门；足下垂，足三里透下巨虚；足内翻，阳陵泉透悬钟；足外翻，飞扬透交信。

(4) 穴位注射

处方：损伤脊椎上下的夹脊穴　肾俞　次髎　髀关　血海　足三里　三阴交　腰俞

方法：可用红花当归注射液、黄芪注射液或川芎嗪注射液等中药制剂或维生素 B_1、B_{12}、硝酸士的宁、加兰他敏、回苏灵、三磷腺苷、肌苷等西药制剂。每次选用 2～3 对腧穴，每穴注入药液 1～2ml。难愈的褥疮可用维生素 B_{12} 加胎盘注射液在创面周围注射。

(5) 皮肤针

处方：相应督脉穴　夹脊穴　背俞穴　瘫痪肢体有关经穴

方法：每次选 2～3 条经，按经络循行部位，自上而下，每隔 1～2cm 叩打一处，逐条经叩打，至皮肤潮红，微微出血为度，隔日 1 次。

文献摘要

(1) 张广发等用电针神经干方法治疗本症。将 131 例截瘫病人随机分成单纯电针神经干 86 例与合并用药治疗组 45 例。单纯电针神经干组取穴为臂丛神经（扶突穴）、桡神经（曲池穴）、尺神经（少海穴）、股神经（冲门穴）、腓总神经（阳陵泉穴）、坐骨神经（环跳穴）、胫神经（委中穴）、脊神经受损部位的上下端，针尖直刺达硬膜外，腹部取中极、关元、维胞。普通电针治疗仪，每周治疗 6 次，每次取穴 6～8 穴，留针 10～15 分钟。合并药物组，针刺方法同前。合并用药，① 肌-731 注射液 2ml，肌注，每日 1 次。② 硝酸士的宁注射液 2mg，肌注，每日 1 次。③ 硝酸叶秋碱注射液 4mg，肌注，每日 1 次。④ 维生素 B_{12} 注射液 100 微克，肌注，每日 1 次。⑤ 大活络丹 2 丸。口服，每日 2 次。结果电针神经干组疗效肯定，瘫痪程度（肌力改变），大、小便控制，痉挛程度的改善，感觉平面的下移等方面与治疗前比较，有显著或非常显著差异。两组综合疗效无显著性差异，但对大、小便的控制，合并用药组效果好（$P<0.05$），高位截瘫比低位截瘫大、小便功能恢复好（$P<0.05$）。

（张广发、高金来，单纯电针神经干与合并药物治疗截瘫 131 例分析，中国针灸，1990，10 (6)：5）

(2) 徐凡等针刺夹脊治疗脊髓性截瘫，将 60 例病人随机分为治疗组与对照组，均隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，每次 30 分钟。治疗组针刺部位在截瘫平面的上缘，棘

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

突旁开0.5寸处，用2～3长毫针，两侧各针1针，分别顺着脊柱的纵轴方向向下沿皮刺。对照组用2～3寸毫针直刺合谷、曲池、内关、肩贞、环跳、阳陵泉、足三里、丰隆、昆仑、三阴交、关元等穴位。结果治疗显效率，治疗组大于对照组（$P<0.05$）。肌力提高二级以上者，治疗组大于对照组（$P<0.01$）。体感诱发电位，治疗组有不同程度的恢复。

（徐凡、白秀荣、冉春内，针刺华佗夹脊穴治疗脊髓性截瘫临床研究，针灸临床杂志，1995，11(8)：13）

按语

本病可因病因不同、病程不同而有不同临床特征，可表现为肺热伤津、瘀血阻滞、脾胃虚弱、肝肾阴虚、肾督虚衰等见证。针灸临床治疗应注意处理好局部与整体的关系。十分清楚，脊髓损伤是造成截瘫的主要原因，也应注意到脊髓损伤不仅可造成肢体瘫痪，也会影响全身各脏器的功能。特别某些病人全身情况不佳，形成褥疮，出现泌尿系感染、消化功能较差，机体抵抗力下降，营养不良和贫血等，使针刺很难取得针感，十分不利于瘫痪肢体的恢复。因此针刺治疗中应兼顾到肢体的功能恢复，又要同时考虑到全身机能状况。以调动全身的代偿功能，促使局部的修复。

针灸主要根据损伤的部位选穴，同时也考虑到具体症状及经络的循行走向，辨证选穴处方。最常用的处方选穴方法是，第一选足太阳膀胱经背俞穴；第二选督脉穴、夹脊穴；第三选脾胃、肾经穴位；第四选瘫痪肌群相关穴。截瘫病人常有二便功能障碍与泌尿系感染的症状，临床可选肾俞、八髎、气海、中极、阴陵泉、三阴交等穴，以深刺为好。针刺八髎穴时，要求针尖刺入骶后孔中，使病人有酸胀感扩散至盆腔或会阴部。多种针灸方法的综合治疗，也能提高本病的疗效。如针刺结合电针，采用穴位注射与灸法相结合等。应注意灸法的操作中，不要造成起泡，以防感染，疮面不易愈合。

适当的功能锻炼有利于防止肌肉萎缩、关节强直、褥疮和泌尿系感染的发生等，还可以锻炼意志、增强体质，焕发全身的机能，促使瘫痪肢体的功能恢复。功能锻炼应做到有计划、有步骤地进行。一般先使病人卧床伸屈瘫痪肢体，继则坐在靠背椅上活动肢体，待肢体有一定肌力时，可以在室内有依靠地站立、行走。

神经性头痛

概述

神经性头痛是一类有家族发病倾向的周期性发作疾病。表现为阵发性发作的偏侧搏动性头痛，伴恶心、呕吐及羞明。经过一段间歇期后再次发病。在安静、黑暗环境内或睡眠后头痛可缓解。在头痛发生前或发作时可伴有神经、精神功能障碍。

本病在中医称为“偏头风”、“头风”、“偏头痛”、“头痛”。系由风邪、气郁、肝阳上扰，或痰浊、瘀血阻滞脑络，或阴阳气血亏虚，脑络失养所致。其病位，在脑络、肝、脾、肾。其病性，多为本虚标实，临床所见，肝脾肾亏虚为本，风痰瘀为标。发作期以标实为主，间歇期以本虚为主。

西医学对本病的病因尚不清楚，大约50%的病人有家族史。女性病人常在月经来潮前发作。精神紧张、过度劳累、气候骤变、强光刺激、烈日照射、低血糖、应用扩血管药物或利血平、食用高酪胺食物如巧克力、乳酪、柑桔及酒精类饮料，都可诱发。引

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

起头痛发作大概有两类学说，即血管源学说与神经源学说。一般认为可能系颅血管神经机能紊乱引起，和血液中多种活性物质有关。近年来认为与5-羟色胺代谢紊乱有密切关系。也有认为本病涉及到中枢神经、植物神经、神经体液和酶系统。

临床表现

本病常有家族史，多见于女性，往往在青春期起病，呈周期性发作。发作频度因人而异，部分女病人与月经周期有关。

本病的典型发作包括颅内动脉收缩期和颅外动脉扩张期。颅内动脉暂时收缩可引起脑部缺血，患者出现疲乏、呵欠频作、忧郁感，或出现视幻觉、视觉缺损、面唇肢体麻刺感等。经数分钟或半小时，则进入颅外动脉扩张期，患者颞动脉扩张，搏动幅度增加，出现头痛，性质呈搏动性钻痛、钝痛、或刺痛。头痛部位可在额颞部、额框部、或整个侧头部，也有少数两侧交替头痛或全头痛。头痛剧烈时常伴有恶心、呕吐、眩晕等症状。压迫颈总动脉或搏动较强的颞动脉有时可使头痛减轻。患者面色苍白，闭目畏光。每次发作约数小时，有的达1～2天。常于呕吐、睡眠后头痛减轻或消失，发作后大多数病人疲倦思睡。

诊断要点

(1) 根据病史、发病年龄、是否反复发作、与疲劳、紧张、情绪不稳定、睡眠欠佳、月经期及气候因素有关、服麦角胺等药物可以缓解等，一般可以诊断。临床应详细了解头痛的发作过程，注意有无前趋症状，询问头痛的性质、部位、持续时间，是否伴胃肠道及植物神经症状。

(2) 神经衰弱症，有明显的精神因素，一般为持续性头痛，以闷痛、紧束样痛为多，伴失眠、精神抑郁。

(3) 三叉神经痛，多见于中老年，在三叉神经分布区局限性疼痛，发作时间仅数秒钟，似刀割、钻刺、电击样剧痛，服苯妥英钠有效。

治疗

治法：祛邪通窍为主，肝阳上亢者予以平肝潜阳；气血瘀滞者予以行气活血。

(1) 针刺

处方：百会　风池　太阳　列缺　合谷　太冲

配穴：前额痛加上星、印堂、攒竹；侧头痛加头维、率谷、外关、足临泣；后头痛加天柱、风府、后溪、申脉；巅顶痛加四神聪、通天、行间。肝阳上亢加中封、行间、涌泉；痰浊上扰加中脘、丰隆、足三里、太白；气血瘀滞加膈俞、血海等。

操作：头痛间歇期，对于虚证用补法，虚实兼见者补泻兼施，一般头痛发作阶段，针刺用泻法，并可配用电针。针刺风池时，针尖呈水平位刺入1寸，施捻转提插手法至病人前额有麻刺感。针风府穴时，令病人低头，针尖向下颏方向刺入1.2寸，施小幅度提插捻转手法，若头部或四肢有触电感，则将针立即提起。太阳穴可用针刺法，也可用刺络出血法。

(2) 耳针

处方：皮质下　脑干　额　枕　肾　肝　胆

方法：每次选用2～4穴，结合寻找敏感反应点。头痛发作时用强刺激，间歇行针，保持较强针感，间歇期用中等刺激，也可耳穴压丸。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）刺络

处方：太阳　阳白　曲泽　委中　腰1～骶4夹脊

方法：每次选1～3穴，常规消毒后，用三棱针在郁血络脉处，迅速刺入约0.5～1mm，使自然出血，待血止后，加拔火罐，留罐10～20分钟。

（4）穴位注射

处方：风池　天柱　太阳　丝竹空　阳白　攒竹

方法：选用当归、天麻等中药注射剂或维生素B_1、B_{12}、强的松龙、利多卡因、普鲁卡因、10%葡萄糖注射液或生理盐水。每次选用1～2对穴，进针0.3～0.5cm，抽无回血，每穴可注药液0.5ml，使局部有酸胀感。

（5）皮内针

处方：攒竹　太阳　阳白　阿是穴

方法：每次选用2穴，局部消毒后，用麦粒形或撒钉形皮内针压入穴内，外用小块胶布固定，定时按压。

文献摘要

（1）姜云武用上病下取治疗偏头痛30例。主穴取足临泣、太冲。辅穴取内庭、合谷、太阳、风池、安眠。每次主穴必针，辅穴可选二对穴交替使用，头部取患侧，四肢穴均取双侧。上述穴位除安眠用平补平泻法外，余穴均用泻法，强刺激。要求针感上行向头部放散，留针45分钟，15行针1次，每天或隔天治疗1次，10次为1疗程。随证配穴：痰浊上扰加足三里、丰隆，瘀血阻络加三阴交、血海，肝阳上亢加阳陵泉。共治疗30例，痊愈12例（随访半年未发），占40%。好转17例，占56.7%。无效1例，占3%。总有效率为96.7%。

（姜云武．“上病下取”针刺治疗偏头痛30例．针灸临床杂志．1996，12（1）：19）

（2）郭泽新等用苍龟探穴刺率谷治疗偏头前，将100例偏头痛病人随机分成针刺组60例和药物组40例。药物组每晚口服西比灵5mg，连服20天为1疗程，头痛发作时加服强痛定60mg。针刺组采用苍龟探穴法针刺双侧率谷穴，以2寸28号针向耳根方向平刺率谷穴，得气后继续推进针身1.2寸，产生明显的酸胀感后再将针由深出浅，再向同侧太阳方向平刺约1.5寸，再获取强针感，留针20分钟，隔日1次，10次为1疗程。结果即时效应中总有效率针刺组为90.63%，药物组为77.27%，$P<0.05$。显效率针刺组为68.75%，药物组为36.36%，$P<0.05$。近期疗效的总有效率和显效率经统计学处理，$P>0.05$。远期疗效的总有效率$P<0.05$。提示苍龟探穴法针刺率谷穴治疗偏头痛不仅可以即时止痛，同时有良好的远期疗效，其作用明显优于药物组。

（郭泽新，苍龟探穴刺率谷治疗偏头痛60例临床观察．针灸临床杂志，1995，11（6）：29）

（3）曹利民用针刺太冲穴治疗偏头痛，将偏头痛108例随机分成治疗组与对照组。对照组30例主穴取患侧太阳、率谷、风池，配穴取患侧外关、阿是穴，治疗组78例，主穴取双侧太冲穴，配穴同对照组。结果治疗组总有效率为97%，对照组为77%，经统计学处理，$P<0.01$，治疗组明显优于对照组。

（曹利民，针刺太冲穴治疗偏头痛70例，上海针灸杂志，1993，12（4）：157）

按语

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

神经性头痛的发生，除了与六淫之邪有关外，主要与禀赋、情志、饮食、劳倦等因素有关。临床所见，在发作阶段，多见肝阳上亢、痰浊上扰、瘀血阻络等证型。针灸治疗还需辨明头痛所涉及的经络，如太阳经头痛，疼痛部位在后枕部连项；阳明经头痛，部位在前额眉棱、夹鼻与齿等器官；少阳经头痛，在头侧即颞颥部；厥阴经头痛，在巅顶连及目系。

针灸选穴应根据辨证分型和疼痛部位两方面情况。如果有较为局限的疼痛部位，重点选用局部穴位，其中风池、风府、太阳、阿是穴较为常用。若头痛部位较为广泛，痛无定处，四肢穴则应重点考虑。头处高巅之处，为“清阳之府”，所以针灸处方，多选用阳经穴位，阴经穴位中，足厥阴经穴位也比较多用。

针刺手法在疼痛发作时治疗要求病人有强烈的针感，间歇行针，留针时间稍长。可以配合使用电针、耳针治疗，给予强刺激，使病人耳廓充血、有剧烈疼痛，甚至全身微出汗。针刺缓解疼痛后，可在有效穴位上埋针，以巩固疗效。针灸治疗本病应在疼痛发作之初，痛势未甚之时施治，效果较好，若疼痛已作，针灸可以减轻症状，但要使头痛立即停止发作较为困难。对反复发作的病人要根据病情制定治疗方案，按疗程实施治疗。如头痛与月经周期有关，应嘱病人在经前作治疗。

针刺治疗神经性头痛有较好的疗效，但头痛的确切原因应该查清，如头痛进行性加重，并伴有恶心、呕吐、视力减退、神经系统体征，应给予细致的眼底检查，观察有无视乳头水肿，或用超声波探查脑的中线波有无移位，必要时可作头颅X线摄片、脑血管造影、脑室造影、CT等，以便明确诊断，治疗原发病，采取有效的综合治疗措施。

在针灸治疗的同时应嘱咐病人注意消除或减少促发因素，如消除精神紧张、情绪抑郁，避免过度疲劳、强光、噪音、刺激性气味等，注意生活有规律，注意饮食的宜忌。

癫　痫

概述

癫痫是大脑神经元异常放电，导致短暂性突发性大脑功能失常而引起的疾病。根据放电神经元的部位及扩散范围不同，临床上可表现为运动、感觉、意识、行为及植物神经等单独或组合出现的功能障碍。出现突然昏倒，不知人事，口吐涎沫，两目上视，肢体抽搐，口中发出猪羊样的尖叫声等症状。这是一种常见的神经系统症状。

祖国医学也有癫痫病名，又称痫证、癫疾，俗称羊痫风。认为系禀赋异常或阴虚风动或痰热瘀血内阻，引起肝风所致。其病位主要在脑，与心、肝、肾、脾、胃有关。其病性多本虚标实，以脏腑亏损为本，风、火、痰、瘀为标，发作期以标实为主，间歇期以本虚为主。

本病有原发性与继发性之分。原发性癫痫，原因尚未明确，可能与遗传因素及脑功能不稳定有关。继发性癫痫又称器质性癫痫、症状性癫痫，由脑部病变和某些全身性疾病继发产生。如脑炎、脑膜炎、脑寄生虫病、脑血管病、颅内占位性病变、脑外伤、中毒性脑病、心血管疾病、代谢内分泌疾病等。诱发因素可为疲劳、过饥或过饱、情绪激动、强烈声光刺激、妇女月经来潮等。癫痫的发作机理一般认为是脑部神经元兴奋性增高引起异常放电。放电可能源于间脑中线附近结构，还可能包括中脑网状结构的某些部

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

分，迅速扩散到双侧皮层，再向下传播。病人发生昏迷或全身抽搐，即为大发作。只有短暂的意识丧失，无抽动，为小发作。如放电限于一侧大脑皮层运动区则表现为对侧肢体相应部位抽搐，此为局限性癫痫。能够诱发脑部神经元兴奋的主要因素有脑缺氧、血液碱浓度增高、血钾降低、水钠潴留、脑血管痉挛等。

临床表现

癫痫发作大多具有间歇性、短暂性和刻板性的共同特征。常见有大发作、小发作、局限性发作、精神运动性发作等类型。

大发作，部分病人可有先兆，常见有肢体麻木，上腹部不适，头昏，精神错乱，视、听、嗅觉障碍等。继则突然意识丧失，尖叫跌倒，全身肌肉强直性收缩，牙关紧闭，头后仰，两眼上翻，瞳孔散大，呼吸暂停，面色红或青紫，可伴有二便失禁。此期约历时 1 分钟。然后四肢剧烈抽动，口吐白沫或咬破舌颊粘膜而吐血沫，头也阵阵抽动，此期历时 4～5 分钟。有的病人发作后即醒，有的进入深睡，或产生意识混乱，四处奔走，常历时几分钟或几小时，清醒后有头痛、肌肉疼痛，无力或呕吐，对抽搐全无记忆，少数可有一侧肢体暂时性瘫痪。也有病人有大发作连续不止，前一次发作后还未清醒又紧接着后一次发作，可持续几小时或几天。此为危象，如不作恰当处理可致死。

小发作，多见于儿童或少年，有极短暂的意识障碍而不为人所察觉，不伴抽搐。发作可表现为突然发生和突然休止的意识丧失，谈话中断，持物失落，行走停止等。可伴有面色发白，发作频率一天可有几次或几百次不等。

局限性发作，有局限性运动型及感觉型两种。前者表现一侧肢体远端或口角部肌肉阵发性抽搐，一般无意识丧失。后者有一侧肢体或面部突然发麻、针刺感或肢体消失感。

精神运动性发作，又称颞叶癫痫，多发于成人，主要表现为发作性意识障碍，可伴有错觉、幻觉、及遗忘等。

诊断要点

（1）根据规律性发作的病史、发作情况，配合脑电图的检查，基本可以诊断，但须进一步区分原发性还是继发性。一般说，初发于儿童及青年者多为原发，首发年龄在 25 岁以后多为继发；大发作或小发作多为原发性，局限性发作及精神运动性发作多为继发性。

（2）晕厥在跌倒后无抽搐，平卧后即改善，起病和恢复均较缓慢。

（3）癔病发作前有明显的精神因素，四肢随意运动而非强直性抽搐。常紧闭双眼，面色如常，神志不丧失，暗示疗法有效。

治疗

治法：镇痉熄风、醒脑开窍为主，间歇期根据不同证型，补益心肾，健脾化痰。

（1）针刺

处方：

发作时可选用百会　风府　大椎　后溪　合谷　太冲　腰奇。间歇期可用本神　身柱　腰俞　鸠尾　丰隆　行间。

配穴：昏迷配人中、十宣、涌泉；牙关紧闭配下关、颊车；夜间发作配照海；白昼

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

发作加申脉；小发作配内关、神门、神庭；局限性发作配阳陵泉、三阴交；精神运动性发作配间使、神门、丰隆、巨阙、中脘。

操作：根据病情选用 4～5 穴。发作期用泻法，间歇期根据证候虚实酌用补泻。针刺百会时，可将针向四周透刺。针刺大椎时，针尖微向下，使针感沿脊柱向下放射到腰部。腰奇向上斜刺，针感沿脊柱传导。针巨阙应注意针尖偏向下，以免损伤膈肌，并使针感向下和两侧放散，肝脾肿大患者应注意针刺深度，防止刺中肝脏。每天或隔天治疗 1 次，若 1 日数发者可 1 日针数次，控制发作后逐渐减少至每周 1～2 次，连续治疗 3～6 个月。

(2) 灸法

处方：大椎　肾俞　足三里　丰隆　间使　腰奇

方法：每次选用 1～2 穴，采用化脓灸法，隔 30 天灸治 1 次，4 次为 1 疗程。

(3) 电针

处方：神庭～内关；太阳～足三里；风池～仆参

方法：三组穴位可交替使用。选用密波，通电 20～30 分钟，适用于间歇期。

(4) 耳针

处方：心　肝　肾　脾　胃　神门　枕　脑干　皮质下

方法：每次选用 2～3 穴，毫针用强刺激，间歇行针，留针 20～30 分钟，每天或隔天治疗 1 次。也可用埋针埋丸法。

(5) 埋线

处方：大椎　腰奇　鸠尾　神门　足三里　长强

方法：每次选用 1～2 穴，在无菌操作下，局麻后埋入医用羊肠线，隔 20 天治疗 1 次。

(6) 头针

处方：运动区　感觉区　足运感区

方法：按头针操作法强刺激，留针 30～60 分钟，间歇行针或加用电针。

文献摘要

(1) 邹德霖用牛黄醒脑注射液穴位注射治疗本病，处方为大椎、风池、内关、足三里。用皮试针头抽取牛黄注射液，分别注射于上述穴位，每穴 0.3ml，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 40 例，基本痊愈 14 例，好转 25 例，无效 1 例，总有效率 97.5%。

(邹德霖，等．牛黄醒脑注射液穴位注射治疗癫痫病 40 例疗效观察．中医杂志，1991，(12)：36)

(2) 金镜等取承浆、神庭、丰隆为主穴，配以申脉。癫痫间歇期只取主穴，用 30 号 1.5 寸毫针快速刺入承浆 0.2～0.3 寸，神庭 0.2～0.3 寸，丰隆 0.5～1 寸，平补平泻手法，留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。一般治疗 2～3 个疗程，癫痫发作期加申脉，快速刺入 0.2～0.4 寸，均强刺激手法，不留针，共治疗 75 例，临床治愈(3 年内不复发) 27 例，显效 9 例，好转 31 例，无效 8 例，总有效率 89.3%。

(金镜，等．针刺治疗癫痫 75 例．中国针灸，1996，16 (11)：42)

(3) 聂卉等用脑地形图确定大脑异常放电区，额叶异常取神庭、百会、头临泣、本神、头维；顶叶异常取百会、前顶、后顶、通天、络却等；颞叶异常取角孙、率谷、天

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

冲、癫痫区等；枕叶异常取风府、脑户、强间、玉枕、脑空、大椎等。将所选穴周围头皮上毛发剪掉，局部常规消毒后，每穴用穿刺针埋入00号或0号羊肠线1.5～2cm。共治疗50例，显效32例，有效9例，好转4例，无效5例，总有效率90%。

（聂卉，等．头穴埋线治疗癫痫50例临床观察．中国针灸，1996，16(2)：21）

按语

中医认为癫痫的发生有先天与后天的因素，其发病与积痰、郁火、瘀血、气乱有关，无论是发作期还是休止期，都可用针灸治疗，达到化痰开窍、熄风定痫、活血化瘀、育阴潜阳、扶助正气的作用。尤其在发作期，针灸可调达气机，制止逆乱，促使苏醒。休止期可根据证候虚实扶正祛邪。

癫痫发作时，针刺用穴要少而精，便于操作，头部如人中，四肢选用合谷、太冲、后溪等位于腕、踝关节以下的穴位，针身受肢体抽搐的影响较小，行针频率要快、幅度要大，以促使苏醒。并应立即侧卧，尽量让痰涎吐出，以防吸入肺内。并将小毛巾折迭成条状或缠绕在压舌板上塞进口中，防止咬伤舌头。解开衣领，保持呼吸通畅。癫痫持续状态时要及时采取抢救措施，如吸氧，有高热脱水要降温补液，脑水肿要给予脱水。癫痫的间歇期应坚持一段时间的针灸治疗，尤其对于原发性癫痫，针灸与中西药物的综合治疗，可使多数病人症状得到控制与缓解。针灸治疗过程中，病人不宜马上停止已服的抗癫痫药物，而要在医生指导下逐渐减少。

对于继发性癫痫，还应积极治疗原发病，以消除病因，求得根治。病人平时应注意避免过饱、过劳，生活要有规律，保证足够的睡眠，保持乐观情绪，避免精神紧张和感情冲动，忌辛辣烟酒，不要参加有危险性的工作和活动，以防发生意外。

脑血管意外

概述

脑血管意外又称为急性脑血管病，是指脑血管的急性血液循环障碍而导致的偏瘫、失语、昏迷等急性或亚急性脑损害症状的疾病。各个年龄组均有发病，但以中年以上为多见，尤多见高血压、动脉硬化等患者。本病发病急剧，死亡率、致残率高。根据疾病的性质，可以分为出血性与缺血性两类。前者包括脑溢血与蛛网膜下腔出血，后者包括脑血栓形成和脑栓塞。其中以脑血栓形成最为多见，其次为脑出血，蛛网膜下腔出血与脑栓塞次之。

本病在中医学中属于“中风”、“卒中”、“大厥”、“风痱”等病。主要由于患者平素气血亏虚，心、肝、肾三脏阴阳失调，加以忧思恼怒，或饮食不节，或房室劳累，或外邪侵袭等诱因，以致于风、火、痰、瘀闭阻脑络所致。其病位在脑窍、脑络与心肝脾肾，一般为本虚标实，急性期除“脱证”，一般以标实为主，恢复期常虚实夹杂。

脑溢血、脑血栓形成的发生常与高血压、动脉硬化有关，动脉瘤、先天性脑血管畸形常继发蛛网膜下腔出血，风湿性心脏病及亚急性细菌性心内膜炎为脑栓塞的病因之一。脑溢血是由于动脉壁变性或破裂而导致血液渗入脑实质内，引起昏迷和瘫痪。蛛网膜下腔出血是指脑底部或脑表面的血管破裂，血液直接进入蛛网膜下腔而产生的意识障碍，脑膜刺激征而言。脑血栓形成是指在脑动脉内膜病变的基础上产生的动脉管腔狭窄或闭塞，导致急性脑供血不足而出现偏瘫、失语等局灶性神经症状，脑栓塞是指进入血

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

液循环的栓子将脑动脉栓塞，临床上表现为突然偏瘫和意识障碍等症状。

临床表现

脑溢血，初起有剧烈的头痛、眩晕、呕吐和偏瘫，意识由模糊而进入昏迷状态。面色潮红，呼吸深并带鼾声，口角歪斜，脉搏缓慢有力，血压增高。瘫痪侧张力减退，病情严重者呈深度昏迷，呼吸不规则，脉搏增快，血压降低，四肢运动完全丧失，并可发生消化道出血面呕吐咖啡色胃内容物，体温急剧升高而为危候。出血不严重者昏迷数日至数周后，意识状态逐渐好转，瘫痪肢体的运动功能逐渐恢复。

蛛网膜下腔出血起病突然，头痛剧烈，颈项强直，恶心呕吐，烦躁不安，双目紧闭畏光，少语，或谵妄、惊厥，发热，血压升高，脉搏缓慢，呼吸不规则，颅内压增高等。一般无神经系统局部受损的表现。

脑血栓形成常于休息或睡眠时发生。起病相对缓慢，呈进行性进展。1～3 天达到高峰，但也可表现为完全性突然卒中。全脑症状轻，多无明显头痛、呕吐，一般不出现意识障碍，生命体征及下丘脑植物神经功能多无异常。瘫痪的发生与发展，根据病变的部位与轻重不同而异。脑栓塞起病急骤，多有短暂意识模糊。由于栓子的性质、大小、多少以及阻塞部位的不同，可出现瘫痪、失语，或癫痫，烦躁，失眠，谵妄，或头痛，呕吐，视力障碍，甚至昏迷，惊厥等。

诊断要点

(1) 凡遇本病急症，应详询病史，结合发病情况、症状、体征、血压、眼底检查、计算机断层摄影（CT）、磁共振成像（MRI）等，以区别脑血管病的不同类型。

(2) 中、老年有高血压病史，起病急骤，出现昏迷，肢体瘫痪，脑脊液呈均匀血性等，为脑溢血的诊断要点。

(3) 患者突然剧烈头痛、眩晕、呕吐等脑膜刺激症状，腰椎穿刺脑脊液为均匀血性者，是蛛网膜下腔出血的特征。

(4) 老年人有高血压、动脉硬化病史，在发病 1～2 天内逐渐出现偏瘫，神志大多清醒，脑脊液清晰者，为脑血栓形成。

(5) 若发生于青壮年，有心脏病史，突然发病，昏迷较轻，易于清醒，肢体偏瘫，间有抽搐，脑脊液清晰者，为脑栓塞。

治疗

治法：急性期若为风阳痰瘀邪盛为主者，治以熄风潜阳、化痰活血、醒脑开窍等法。若为邪盛正虚，正气不支，则回阳固脱以图挽救。恢复期余邪未净、正气虚弱者，宜标本兼顾徐图康复。

(1) 针刺

闭证：

处方：水沟　十宣　涌泉　内关　合谷　太冲　丰隆

配穴：身热加曲池、大椎；便秘加支沟、上巨虚、天枢；舌蹇加廉泉；牙关紧闭加颊车、下关。

操作：水沟向上方斜刺，进针可稍深。十宣可分组用粗针点刺出血，诸穴针刺宜促使得气，但又不宜引起病人躁动。每天可治疗 2～3 次。

脱证：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：素髎　涌泉　神阙　关元

配穴：虚汗出加阴郄；鼾睡不醒加申脉；二便自遗加水道、三阴交、足三里。

操作：先针素髎，用提插法，持续行针，加强针感。涌泉用补法，反复行针。神阙、关元用隔盐、隔姜大艾炷灸，连续十数壮或数十壮。

中经络：

处方：风池　百会　肩髃　曲池　手三里　外关　合谷　中渚　环跳　风市　伏兔　足三里　阳陵泉　丰隆　三阴交　解溪　太冲

配穴：吞咽困难加廉泉、扶突；失语加廉泉、哑门、通里；浮肿明显者局部刺络出血。

操作：每次选用5～7穴。多用患侧穴位，当患者有全身症状，需要作全身调整时，可配合用健侧穴位。针刺一般以平补平泻手法，促使得气为度。对于正气虚弱者，宜用补法。对拘急强硬者，宜加用阴经穴位，并先针该部局部穴位，用较强手法，以舒经筋之挛急。待拘挛肢体松弛后再针其他穴位，这样不会弯针。久病或得气难者可配合灸法。针刺百会、廉泉等穴，可向两边透刺，以扩大针感范围。恢复期及后遗症期多用透刺法，如曲池透少海、阳陵泉透阳陵泉等。

（2）头针

处方：运动区　感觉区　足运感区　语言二区　语言三区　运用区　血管舒缩区

方法：选用病变对侧相应区治疗，如瘫痪选用对侧运动区，上肢功能障碍为主则以对侧运动区中2/5；感觉障碍选用对侧感觉区；运动性失语用运动区下2/5；命名性失语用语言二区；感觉性失语用语言三区。失用症选用运用区；偏瘫侧肢体浮肿者用对侧血管舒缩区。选用2寸毫针，将针刺入帽状腱膜下，横卧针身，快速捻针，并在留针过程中间歇行针，或通以电针脉冲电流。每次30分钟，隔日1次。30次为1疗程。适用于恢复期或后遗症期。

（3）穴位注射

处方：风池　肩髃　臂臑　曲池　外关　肾俞　伏兔　足三里　飞扬　悬钟

方法：每次选用2～3穴，诸穴交替使用。中药制剂可选当归、丹参、红花、黄芪、夏天无、徐长卿等；西药可选用三磷酸腺苷、烟酸胺、维生素B_1、B_{12}、ATP、辅酶A等。每天或隔天1次，每穴注药0.5～2ml。

（4）耳针

处方：皮质下　肝　脾　肾　心　肢体相应区　口　咽喉

方法：每次选用3～4穴，毫针用中、轻度刺激，每天或隔天1次，30次为1疗程。适用于恢复期及后遗症期。

（5）眼针

处方：上焦区、下焦区、心区、肝区、肾区。

方法：选用较细较短毫针，用一手拇指按住将刺的穴位附近，使局部皮肤绷紧而不使皮肤移位，另一手拇食指持针对准穴位迅速稳准刺入皮内，再慢慢地推进，约10mm左右深，不作任何捻转提插手法，有微痛、酸胀等得气感即可，如未得气可将针提出1/3，改变方向再刺入，或用刮针柄法。

（6）舌针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：神根　佐泉　液旁　支脉

方法：采用提插捻转，留针3～5分钟，隔日1次，5～7次为1疗程。

文献摘要

（1）石学敏用醒脑开窍法治疗脑血管病神志障碍及瘫痪，认为本病主要病机是“窍闭神匿”，以选用阴经穴主为，在针刺方向、深度、及操作手法上都有独到经验。

主穴：内关、人中、三阴交。副穴：极泉、委中、尺泽。配穴：吞咽障碍加风池、翳风、完骨，手指不能握固加合谷。

先刺双侧内关，直刺0.5～1寸，采用提插捻转泻法，施手法1分钟。继刺人中，从鼻中隔下斜刺0.5寸，用重雀啄手法至流泪或眼球湿润为度。三阴交沿胫骨后缘进针，针尖向后斜刺与皮肤呈45°角，进针1～1.5寸，用提插补法，使病人下肢抽动3次为度。极泉直刺进针1～1.5寸，用提插泻法，使上肢抽动3次为度。针尺泽操作同极泉。委中穴采取仰卧位直腿抬高取穴，进针1寸，用提插泻法使下肢抽动3次为度。风池、翳风、完骨穴针向喉结，进针2～2.5寸，采用小幅度高频率捻转补法施手法1分钟。合谷穴针向三间穴，采用提插泻法，使第二指抽动为度。每日2次，10次为1疗程。用本法共治疗2336例，治愈1281例，显效542例，好转453例，无效18例，死亡42例，总有效率达97.43%。

（天津中医学院一附院针灸科．醒脑开窍针刺法治疗中风2336例的临床分析及实验研究．天津中医，1989，(6)：2）

（2）李思康用督脉穴为主治疗中风，采用强刺激，人中穴向上斜刺，得气后行捻转补泻法（一般用泻法，体弱及病程超过1年者用补法，使其流泪），百会穴向患侧平刺，得气后平补平泻，留针30分钟，再配合辨证取穴，每日1次，10次为1疗程，疗程间间隔3天，共治疗68例，痊愈40例，显效12例，进步15例，无效1例。

（李思康，等．针刺督脉经穴治疗中风68例．上海针灸杂志，1996，15(3)：104）

（3）陈玉岭用阴经穴透刺治疗中风，并与取阳经为主的一般体针针刺法对照。随机分成治疗组162例与对照组54例。治疗组取主穴：中极透肩髃、尺泽透少海、内关透外关、合谷透劳宫、次髎、阴陵泉透阳陵泉、三阴交透悬钟、太冲透涌泉。配穴：口眼㖞斜：地仓透颊车；失语：上廉泉透舌根；神智不清：人中、翳风。操作：进针得气后接电针，用疏密波，强度为患者能忍受为度，每次30分钟，每日1次，10次为1疗程，疗程间间隔3～5天。对照组取穴：肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、足三里、太冲。操作方法、配穴疗程等与治疗组同。结果治疗组优于对照组$P<0.01$。治疗组病程在三个月以内的疗效明显优于三个月以上者，$P<0.01$。

（陈玉岭．阴经透刺法为主治疗中风162例．上海针灸杂志，1994；13(6)：245）

按语

脑血管病是临床常见病，其死亡率及致残率极高。特别是后遗症目前仍无满意治疗方法。针灸是治疗本病的有效方法。不仅可用于恢复期、后遗症期，也可用于急性期，或用于预防。在急性期，除脑溢血、脑血栓形成重症的昏迷。应采取针灸与中西药物综合治疗抢救外，一般说可单独使用针灸治疗，收效良好，尤其是脑血栓形成者更为适合。对于重症昏迷者，配合针灸也能起到控制病情、协同治疗作用。病情稳定后，早期用针灸治疗十分重要，一般在发病后1周即可开始。脑血管的恢复期、后遗症期更是针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

灸的适应症。常用体针、头针法。病情稳定后，眼针也有明显疗效，常可使即刻抬臂、抬腿。在后遗症期，除毫针外，头针、耳针、穴位注射、舌针等都有一定效果，可结合或交替使用。

在漫长的后遗症期，针灸治疗有取穴广、疗程长的特点。可根据病情需要选用阳经、阴经，患侧、健侧穴，经穴、奇穴等。针刺除常规刺法外，多用一针多穴透刺法。针刺治疗除了针对瘫痪肢体、失语等外，还应注意患者全身状况，如血压是否稳定，食欲、睡眠是否正常，大便是否通畅等，并及时给予针灸处理，这是提高疗效不可忽视的。

针灸治疗期间应加强功能锻炼，可以促进全身经络气血运行，增强神经的营养机能，防止肌肉、骨骼、关节废用性变化。

治疗中还应注意指导患者调畅情志，注意合理饮食。同时指导防止复发措施。经常针灸风市 、足三里等穴可以起预防作用。

震颤性麻痹

概述

震颤麻痹又称帕金森病，是一种常见的中枢神经系统变性的锥体外系疾病。以静止性震颤、肌强直、运动减少、姿态异常为主要症状。对于未发现任何确切原因的称为原发性震颤麻痹或称震颤麻痹。对于有确切原因的则称为继发性震颤麻痹或称震颤麻痹综合征。二者在临床表现及病理演化上有许多共同特征。主要病理改变都是黑质和黑质纹状体通路变性，该系统内多巴胺的含量减少。原发性震颤好发于 50～60 岁，男多于女。少数人有家族史。许多年青的震颤麻痹病人无明显脑炎病史，只有流行感冒的病史，这种所谓“少年型震颤麻痹”中的一部分可能系脑炎的后遗症。

中医将本病称为“颤证”、“震掉”等。认为其基本病机为，由于风气内动而引起震颤，由于经筋失养而引起僵硬、少动。而导致肝风内动的原因在于阴血亏虚、气血不足，病久又可阴虚及阳，而致阴阳两虚。在阴阳气血亏虚的基础上，又可产生瘀血、痰浊等继发病理因素。其病变脏腑主要在肝肾脾，其病性以本虚标实为主。

原发性震颤麻痹的黑质变性原因至今不明。而脑炎、动脉硬化、颅脑损伤、基底节肿瘤、甲状旁腺机能减退或基底节钙化、慢性肝脑变性、一氧化碳、二硫化碳、锰等化学物质中毒引起的与震颤麻痹类似的临床症状或病理改变，统称为震颤麻痹或帕金森综合征。由于黑质纹状体神经细胞变性，多巴胺制造减少，而乙酰胆碱的作用相对亢进，而产生临床诸多症状。

临床表现

震颤麻痹起病隐袭缓慢，多数病人到明确诊断常有 2 年左右的病史了。主要症状包括震颤、肌强直、运动缓慢、及姿态反射丧失等，出现的先后因人而异。

静止性震颤呈“搓丸样”、“数银元状”。震颤在激动时加重，于运动时减轻。睡眠时消失。

肌强直可发生于震颤之前，被动运动时呈“铅管样强直”，若同时有震颤则有“齿轮样强直”。面肌强直使表情和眨眼减少，出现“面具脸”。若舌肌、咽喉肌强直，可表现说话缓慢、吐字含糊不清，严重者可出现吞咽困难。颈肌、躯干肌强直形成屈曲体

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

态。

病人的随意动作减少，动作缓慢，启步困难。由于强直和震颤，手指难以完成精细动作，出现“写字过小症”。由于身体屈曲前倾，重心前移，一旦起步可表现为“慌张步态”。病人因失去联合动作，行走时双手无前后摆动，坐时不易起立，卧时不易翻身。

其他常见植物神经症状，如顽固性便秘，大量出汗，或有皮脂溢出，怕热，排尿不畅及直立性低血压等，部分病人有精神症状，如失眠、情绪抑郁、反应迟钝、智力衰退及痴呆等。

诊断要点

（1）根据本病有震颤、肌强直、运动徐缓及姿态反射丧失等主症，结合“面具脸”，头前倾，躯干俯屈，行走上肢无摆动及“慌张步态”等特殊症状，临床诊断并不困难。但须区别原发性与继发性两种。

（2）由病毒感染引起者，如乙型脑炎，在痊愈期也可出现震颤麻痹症状，但一般轻微、短暂。即使症状持续长久，也无进行性加重。

（3）由化学物质中毒引起者可了解到有明显的中毒史、接触史。

（4）药物性引起者如抗精神病药物及利血平均有阻断中枢多巴胺受体，引起震颤麻痹综合征的副作用，但这些病人有明显的用药史，停药后症状减轻。

（5）腔隙状态的血管震颤麻痹综合征是由纹状体腔隙中风所引起，多有动脉硬化或高血压病史、头颅 CT 扫描或 MRI 得以确诊。特别是脑干和基底节常直接影响多巴胺系统的功能，有时还可伴假性球麻痹及智力明显减退。

（6）老年性震颤起病于老年，震颤细微，常伴头部节律性颤动而无肌肉强直，无动作减慢及姿态异常等。常有痴呆。

（7）肝豆状核变性出现肢体震颤，肌肉强直，其发病年龄较早，多有家族史。常于静止时震颤减少，有肝功能改变及铜代谢紊乱等特征。

治疗

治法：补益肝肾、熄风止颤

（1）针刺

处方：四神聪　风池　本神　曲池　外关　合谷　足三里　阳陵泉　丰隆　三阴交　太冲

配穴：肝肾阴虚加肝俞、肾俞；气血虚弱加气海、公孙；痰浊中阻加膻中、中脘、阴陵泉；颤抖甚加少海、后溪、三间、大椎；僵直甚加大包、期门（均灸）、大椎（刺血）；汗多加肺俞、脾俞、气海；皮脂溢出加曲池、内庭；脘胀加梁门、中脘；便秘加天枢、气海；口干舌麻加廉泉、承浆。

操作：将上述处方分成两组交替使用。每天或隔天治疗 1 次，30 次为 1 疗程。四神聪针刺时四个穴点的针尖都朝向百会。头部穴针刺后加用电针，选用疏波，通电20～30 分钟。针刺用平补平泻法或根据病情施用补泻。震颤甚者用大锥深刺，选用 2.5～3 寸毫针，刺入约 0.9～2.5 寸左右深，使病人产生触电感向四肢或全身放射为度，有此感觉则迅速出针，不捻转不提插不留针。或在治疗中加刺少海、三间等穴。僵直甚加灸大包、期门，每穴灸 10 分钟。或用三陵针刺大椎出血，再加拔大玻璃火罐，使之出血，1 周或 2 周刺血 1 次。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 头针

处方：①舞蹈震颤控制区　运动区　足运感区

②顶中线　顶颞后斜线　顶旁1线　顶旁2线

方法：用1.5～2寸毫针，进针时呈30°角，在帽状腱膜下将针身进到2/3后，快速平稳地捻针，达2～3秒，使局部有热、麻、重压感，每隔5～10分钟行针1次，留针30分钟左右。上述头针方案可任选一种。

(3) 穴位注射

处方：天柱　定喘　曲池　手三里　阳陵泉　足三里　三阴交

方法：用芍药甘草注射液或当归、丹参、黄芪等注射液，或用10%葡萄糖注射液或用0.25%普鲁卡因注射液（皮试后用）。每次选用2～3穴，每穴注入药液0.5～2ml，每天或隔天治疗1次。

(4) 耳针

处方：皮质下　脑点　神门　枕　颈　肘　腕　指　膝

方法：每次选2～4穴，毫针用中等刺激，或加用电针刺激，或用耳穴贴丸法。每天或隔天治疗1次。

文献摘要

(1) 张乃钲等用体针加头针治疗震颤麻痹35例，体针取穴大椎、肝俞、脾俞、肾俞、合谷、曲池。头针取舞蹈震颤控制区。每日治疗1次，10次为1疗程。每疗程间隔4天，连续4个疗程。肝俞、脾俞、肾俞、合谷用补法，留针15分钟。头针用26～28号1.5寸针，针与头皮呈30度角，用扶持进针法，进入舞蹈震颤控制区后，用小幅度快速捻转2分钟，留针5分钟，如此捻转3分钟。用Webster评级记分。35例中显效12例（34.3%），有效15例（42.9%），无效8例（22.8%），总有效率为77.2%。

（张乃钲、韩旭光．体针加头针治疗震颤麻痹35例临床观察．中国针灸，1996，16(2)：5）

(2) 张海波等用电针治疗50例震颤麻痹的住院病人，其中原发性震颤麻痹22例，震颤麻痹综合征28例。上肢以合谷、内关、曲池、灵道、手全息（手指第二指掌骨滑车头旁斜刺进针1寸）、阿是1穴（从曲池向下引一垂线，下行3寸处，以35度角向下斜刺1～2寸）为主穴。下肢以足三里、承山、飞扬、阴陵泉、足全息（跖骨头旁进针1寸）、阿是2穴（从腓骨头向下引一垂线，下行3寸处，以35度角向下斜刺3～4寸）。头针以运动区上部和中部、震颤区为中心，针尖与皮肤呈30度夹角进针，在同一运动区或震颤区向前、后、侧方各进针一枚，针柄互相连接，便于电针通电治疗。体针留针30～50分钟，头针留针20～40分钟，每日1次，15次为1疗程。治疗过程中正在服用的西药不减量，待有效后再逐渐减量。用Webster评分，其中明显进步35例占70%，进步10例占20%，稍有进步4例占8%，无效1例占2%，平均进步率为75.33%。

（张海波、张召平、许继平等．电针治疗帕金森病50例临床观察．中国中西医结合杂志．1995，15(4)：246）

(3) 陈利国用针刺颅底七穴治疗震颤麻痹40例，取穴为风池、完骨、天柱、哑门。配穴为辨证取穴。用捻转手法，平补平泻，留针30分钟，隔日治疗1次，10次为1疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

程，连续治疗 3 个疗程。总有效率为 65.0%，显效 25.0%。表明颅底七穴治疗震颤麻痹是可取的。

（陈利国，针刺治疗震颤麻痹 40 例临床观察，中医杂志，1996，37（4）：216）

（4）刘家瑛等用针刺为主、药物为辅方法治疗震颤麻痹 159 例，主穴为舞蹈震颤控制区、百会、神庭、曲池、外关、太冲、消颤穴，配穴肝肾阴虚取三阴交、复溜；气血不足取足三里、合谷；痰热动风取阴陵泉、丰隆。点刺，平补平泻，留针 30 分钟。舞蹈震颤控制区加用电针，频率 150～200 次/分，强度以病人能耐受为度。每日或隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。辅助疗法是将经络仪电极置于头颈部夹脊穴，每次通电 2～3 分钟，以病人舒适为度。结果治疗均取得较好疗效，震颤型疗效最佳（$P<0.05$）。步态站立相缩短，与治疗前相比有显著差异（$P<0.05$）。93 例服用西药患者中，经针刺治疗有不同程度减少者为 17 例，占 18.3%。

（刘家瑛、任小群，针刺治疗震颤麻痹 159 例疗效观察，针灸临床杂志，1993，9（5）：10）

按语

本病属疑难病，原因不明，目前无有效治疗方法，西药不能阻止病情进展，需要终身治疗，而药物副作用非常明显。本病证型复杂多变。这主要是由于本病多发生于中、老年人，这些人体质具有诸虚、诸病相兼的特点。由于本病起病隐袭，给审症求因带来难度。该病无根治方法，病程长，长期演变使证型多向发展。此外，长期服用西药，药物的治疗作用与副作用可能干扰原有的证型表现。但总的说属本虚标实之证。

由于本病至今无有效穴位，病机复杂，症状众多，针灸治疗选穴较为广泛。主要考虑三方面情况用穴。第一，旨在熄风止颤。除头部四神聪、百会、风池、本神等穴外常用合谷、太冲这一小型处方。第二辨证选穴，改善体质。除了根据病人阴阳气血状况用穴外，还常用背俞穴或夹脊穴以扶正治本。第三对症用穴，减轻兼症。对病人服西药所引起的副作用，兼有的其他病症，治疗中给予兼顾将有助于控制主症。除体针外，临床常用头针治疗本病取得较好疗效，在焦氏头针的十多个刺激区中，竟发现了专门控制震颤的治疗区，20 多年来用于治疗某些锥体外系病症，这是很值得思考的，表明头部是治疗本病不可忽视的选穴部位。古人关于刺血治疗痼疾，灸法有针法某些代替不了的作用等论述，可以启迪针灸临床多法配合，治疗顽疾。

现代临床观察发现针灸对本病的治疗受病程长短、临床症状等因素影响。病程短疗效较好，针灸对僵直症状改善较震颤更明显。

目前对本病尚无理想治疗方法的情况下，针灸虽不能取代西药的作用，但作为无副作用的自然疗法，能减慢延缓病情发展，缓解症状，减少西药用量，减轻西药副作用，改善体质，就是一件值得研究事了。

周期性麻痹

概述

周期性麻痹是以周期性发作的弛缓性瘫痪为特点的肌肉疾病，多数伴有钾离子代谢异常，以低钾性周期性麻痹最为常见。本病发病突然，常持续数小时至数日后恢复，发作时大多伴有血清钾异常。常以情绪激动、受凉、月经、过饱与劳累而诱发，发作频率

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

不一，有每晚发作者，也有一生中仅发作一次者。发病年龄在30岁以前，以青春期为多，35岁以后发作逐渐减轻，以至消失。男女患者比例为3:1。本病预后一般良好，仅有极少数因呼吸肌瘫痪或心律失常而死亡。每次发作运动功能恢复后仍可能有短时间的肌肉疼痛或僵硬感，发作间隙期病人恢复如常，一般不留任何症状，仅有个别在多年频繁发作后可能有固定性肢体近端肌力减退甚至轻度肌萎缩。

在中医"痿证"中有相应的描述。中医认为本病主要由于气阴不足，外感寒湿之邪，饮食不当，七情劳欲使经脉失养所致。其病位在脾、胃、肝、肾，其病性以虚为主。

西医学对本病的发生原因尚不清楚，多数研究表明，周期性麻痹的发作与肌细胞膜功能异常有关。发作时细胞膜的Na-K泵兴奋性增加，使大量K离子内移至细胞内引起细胞膜的去极化和对电刺激的无反应性，导致瘫痪发作。甲状腺机能亢进、醛固酮增多症等均通过钠道机制引起本病发作。病理检查可见肌纤维内空泡形成，晚期患者可见肌纤维变性。

临床表现

以男性多见。多在青年起病，可因饱餐高糖饮食、受凉、疲劳、感染等诱发。常在半夜或清晨起病，早上醒来感到四肢或以下肢为明显的软弱无力，在数小时达高峰。发病初可有剧渴、多汗、肢体酸痛、感觉异常等症状。典型表现为下肢近端肌群如髋膝无力，渐向远端蔓延，病情可能顿挫于此，亦可波及腹肌或上肢，肌张力减退，膝反射减弱，无病理反射，症状对称，偶尔仅见一侧，个别可累及呼吸肌，使其麻痹，可见心律失常。每次发作历数小时或数日自行恢复。发作间歇期肌力正常。

诊断要点

（1）根据本病特征性表现，结合肌肉电刺激反应减弱或消失，血清钾不稳，心电图低钾表现等，诊断不难。

（2）癔病性瘫痪多在精神因素下诱发，白天发作多，上、下肢远端均可首先发病。腱反射无明显改变，血清钾正常。

（3）原发性醛固酮增多症，可见发作性肌无力或手足麻木感等神经肌肉系统症状及伴有低血钾症。症状类似周期性麻痹的发作。但原发性醛固酮增多症伴有高血压、高血钠和碱中毒，必要时检查血浆醛固酮水平可作鉴别。

（4）其他能致低血钾的疾病也可产生发作性肌力软弱，如肾小管性酸中毒、糖尿病酸中毒时应用大量胰岛素，长期应用利尿剂或肾上腺皮质激素引起低血钾等，均可出现类似周期性麻痹的发作。

治疗

治法：健脾化湿、补益脾胃。

（1）针刺

处方：髀关　伏兔　梁丘　足三里　阴陵泉　三阴交　解溪　内庭　大椎　脾俞　胃俞　肝俞　肾俞

配穴：肺热加尺泽、肺俞；上肢瘫痪加肩髃、曲池、合谷、阳溪；呼吸困难加天突、膻中、尺泽、列缺。

操作：针刺得气后根据证候施以补泻。留针30至50分钟，间歇行针。也可加用电针。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 灸法

处方：百会　大椎　中脘　气海　脾俞　肾俞　手三里　足三里　伏兔　阴陵泉

方法：每次选用3～5穴，用艾条温和灸，每穴灸5分钟，使局部出现红晕，每天或隔天治疗1次。

(3) 皮肤针

处方：背俞穴　相关夹脊穴　手足阳明经

方法：常规消毒后，用皮肤针轻叩上述部位，使局部有红晕。隔日1次，10次为1疗程。

(4) 耳针

处方：肺　胃　脾　肝　肾　神门　肢体相应部位

方法：每次选用一侧穴位，用毫针轻刺激。或用压丸法，两侧耳穴交替使用。

文献摘要

金孟梓用电针治疗低血钾型周期性麻痹，将60例周期性麻痹病人随机分成电针组32例，西药组28例。电针组取穴为大椎、肩髃、曲池、合谷、环跳、梁丘、足三里、阳溪、解溪、三阴交。用捻转泻法，G-6805电针仪接曲池与合谷，足三里与阳陵泉，断续波，强度以病人能耐受为度，通电30分钟，其余各穴每隔10分钟运针1次，每日针2次。对照组用5%的葡萄糖注射液500ml加入氯化钾1～1.5g，每分钟小于80滴静脉滴注。结果针刺与西药两种方法疗效和显效的时间相当，但针刺治疗本病有简、便、廉，且无副作用的优点，可在基层推广。

(金孟梓．电针治疗低血钾型周期性麻痹32例疗效观察．中国中医急症，1993，2(6)：253)

按语

本病的发生与正气不足有关，中医辨证上要责之于脾，由于脾气不足，运化无力，不能将精微物质输送到四肢。

针灸治疗本病常可在短时间内改善症状，但应加强间歇期治疗，重在补益脾胃，以治其本，从而预防或延缓发作。

重症肌无力

概述

重症肌无力是神经肌肉接头传递障碍所致的慢性疾病。临床特征是一部分或全身骨骼肌异常容易疲劳，经休息或用抗碱酯酶药物后症状减轻或消失。多数在20～40岁发病，也有迟至80岁始发病者。50岁以前，女性发病率较男性高。60岁以后，则男性多于女性。本病发病率在0.5～5/10万人口。

本病属中医“痿证”范围，可因先天禀赋不足，劳倦过度，使脾胃气虚，气血运化之源不足，不能灌溉四旁，肌肉失养。其病位在脾胃与肝肾有关。其病性以虚为主。

西医学认为本病属慢性自身免疫性疾病，是由于自身乙酰胆碱受体致敏的自身免疫病。63%～90%的病人血清中可以测到乙酰胆碱受体抗体，血浆交换治疗可以暂时改善肌无力症状　90%的病人伴有胸腺组织异常，胸腺切除可使多数肌无力病人症状改善或痊愈

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

临床表现

多数起病隐匿，全身骨骼肌均可受累，常从一组肌肉开始，逐渐累及它组。最初常为一侧或两侧眼睑下垂，于傍晚疲劳时出现，伴有复视，经一夜休息后症状可好转或消失。睑下垂和复视等为首发症状者在90%以上，1～2年内逐步累及延髓肌、面肌、颈肌、和四肢肌肉。表现为眼睑下垂、眼外肌运动麻痹、复视、或眼球面定等症。延髓肌型表现为构音困难、进食呛咳、多讲话后声音降低、咀嚼无力、喝水从鼻孔流出；面部表情尴尬，鼓腮漏风、闭嘴不紧。严重者甚至呼吸阻塞而危及生命。脊髓型较少见，仅表现为两上肢或两下肢肌无力，两臂上举困难或起蹲困难。全身肌无力型可为急性起病，表现为周身酸懒，极易疲劳，进食、吞咽、呼吸、翻身困难。

诊断要点

（1）根据受累的骨骼肌群极易疲劳，病情波动，朝轻夕重，神经系统检查无阳性发现者，一般诊断并不困难。还可作新斯的明肌肉注射试验，或可进一步作肌电图、重复电刺激或单纤维肌电图以明确诊断。

（2）糖尿病以神经损害为首发症状者可突然发病，常伴有头痛、空腹血糖、尿糖增高。

（3）甲状腺机能亢进发生的重症肌无力可有肌萎缩，休息后不能缓解。

（4）类重症肌无力，可先有肌无力，后出现肺癌表现或其他部位肿瘤表现，腱反射减弱或消失，用抗胆碱酯酶药无效。

治疗

治法：补益正气、活血通络。

（1）针刺

处方：肺俞　脾俞　胃俞　肝俞　肾俞　气海　足三里　三阴交　合谷　太冲

配穴：眼睑下垂、斜视、复视取阳白、攒竹、瞳子髎、丝竹空；声音低微、嘶哑、饮水呛咳取廉泉、扶突、完骨；下颌下垂、无力闭合取颊车、下关；呼吸困难、咳嗽无力取大椎、身柱、大包或灸脑户；肢体无力取肩髃、曲池、髀关、伏兔、解溪。

操作：进针得气后，施以提插捻转补法，留针20～30分钟。或用温针灸，或加用电针，选疏密波，电流强度以病人能耐受为度。

（2）穴位注射

处方：同体针选穴。

方法：每次选用2～4穴，采用维生素B_1 100mg、B_{12} 500μg注射液，每穴注入药液0.5～1ml，每天或隔天1次，10次为1疗程。

（3）头针

处方：运动区　足运感区

方法：用2寸长细毫针，以30°角刺入帽状腱膜下，横卧针身，间隙行针或加用电针。

（4）耳针

处方：脾　胃　交感　神门　肾上腺　症状相应区

方法：用毫针弱刺激，每次留针20～30分钟，每日或隔日1次，或用埋针压丸。

（5）皮肤针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：五脏背俞穴　相应夹脊穴　手足阳明经

方法：用皮肤针轻叩，使局部有红晕，隔日1次。10次为1疗程。

文献摘要

王顺等针刺治疗重症肌无力6例，患者年龄在10岁至40岁之间，均是服西药无效者。眼肌型4例，全身型2例。用肩髃、曲池、合谷、手三里、足三里、解溪。配阴陵泉、阳陵泉、脾俞、肾俞。一般用主穴，一周后疗效不显者加用配穴，留针30分钟，每日1次，1个月为1疗程。经1个疗程治疗后显效4例，有效2例。

（王顺，等．针刺治疗重症肌无力6例报告．针灸学报，1991，7(4)：41）

按语

中医认为脾主肌肉、主四肢，本病的发生主要在于脾虚运化无力，如出现眼球运动障碍而引起斜视、复视者，或出现头前倾、声音嘶哑低微者，多已累及肝肾。针灸治疗当以扶助正气为主，兼以促进气血运行。

这是一种难治的慢性病，目前西药多采用抗胆碱酯酶药物，对部分病例有效，但维持时间较短，且有一定的副作用，免疫抑制剂不仅副作用大，且疗效也不满意。胸腺切除有一定的适应证，疗效也不能肯定。针灸可以扶正固本，调节人体免疫功能。近期疗效较为明显，疗效也能维持较长时间，是临床可以选用的方法。由于本病属慢性病，难以速愈，需长期坚持治疗，特别是本病可能有自然缓解期，虽然临床症状消失了，但不能肯定已经治愈，还需巩固治疗。

神经衰弱

概述

神经衰弱是指由于精神忧虑或创伤，长期繁重的脑力劳动，以及睡眠不足等原因引起的精神活动能力减弱。这是一种常见的神经官能症。主要特征是精神易兴奋、脑力减退和体力疲乏，伴有各种躯体不适感和睡眠障碍，但无器质性病变。多见于青壮年的脑力劳动者。

由于本病症状多而广泛，在中医中分属多种病症，如失眠、郁证、头痛、眩晕、健忘、心悸、虚劳、阳痿等。病变部位主要在心、脾、肾。病变性质有虚有实，但多见虚证。

本病的发病机理目前认为与某些因素有关，其中精神因素是诱发神经衰弱最重要的因素，凡能引起持续紧张心情和长期内心冲突，使精神活动过程强烈而持久地处于紧张状态，则可使精神活动能力减弱而致病。遗传因素也有一定作用，先天和后天形成的个体生理特征和心理特征均可能与本病有关，患者的性格多偏于胆怯、自卑、敏感、多疑、依赖性强、缺乏自信或偏于主观、任性、急躁、好强、自制力差等。感染、中毒、脑外伤或其他躯体疾病均有可能导致本病。过度疲劳、营养不良等也为本病的发生提供了条件。

临床表现

神经衰弱的基本特点是常感脑力和体力的不足，容易疲劳、工作效率低下，申诉多种躯体不适和睡眠障碍，但无器质性病变存在。常有的症状有以下诸方面。

过度敏感，患者对细微的躯体不适特别敏感，常诉说头晕、胸闷、心慌、腹胀、关

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

节酸痛等，但检查无阳性体征。

容易疲劳，特别精神活动能力减弱十分突出。患者常感精力不足，容易疲乏，注意力不能集中，记忆力下降，用脑稍久即感头痛、眼花，肢体乏力，不愿多活动。

睡眠障碍，不易入睡，多恶梦，易惊醒，醒后难再入睡。有的睡眠时间充足，但仍不能解除疲乏，有的夜间不眠，白天嗜睡，一旦上床，又无法入睡。

植物神经功能紊乱，可有心动过速、血压不稳定、多汗、肢冷、厌食、便秘或腹泻、尿频、月经不调、遗精、早泄、阳痿等。

诊断要点

（1）应仔细进行体格检查和有关的实验室检查，以排除各种器质性疾病。

（2）由于许多疾病可出现类似神经衰弱的症状，如感染、中毒、颅脑外伤等，应加以鉴别。某些病症可表现脑衰弱症候群，如高血压、脑动脉硬化、急慢性工业中毒、肺结核、慢性肝炎等，应作区别。早期精神分裂症也可出现类似神经衰弱的症状，应注意明确诊断。

治疗

治法：养心安神。心脾两虚者补益心脾，心肾不交者滋阴降火，交通心肾。

（1）针刺

处方：百会　翳明　神门　三阴交　足三里　太溪　心俞　脾俞　肾俞

配穴：脘痞纳少加中脘；便溏、便秘加天枢、气海；心悸胸闷加内关、膻中；尿频、月经不调、遗精、早泄、阳痿加关元、中极、阴陵泉、交信。

操作：可将处方分成若干组，交替使用。针刺操作以补法为主，刺激不宜过强，得气为度。腹部、背部穴可适当加用灸法。留针 30～40 分钟。隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）耳针

处方：皮质下　神门　交感　心　脾　肾　枕

方法：多用埋针法或压丸法，嘱咐病人每天按压 3 次，每次每穴按压 1 分钟左右，尤其是午睡或夜晚睡眠前按压 1 次。使耳部稍有胀感即可。

（3）穴位注射

处方：心俞　厥阴俞　脾俞　肾俞　足三里等

方法：每次选用 10％的葡萄糖、维生素 B_1、B_{12}、胎盘注射液、当归、枣仁等中药注射液，每次选用 1～2 穴，每穴注药液 2ml，隔天治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

（4）皮肤针

处方：背部夹脊穴　头颈项　头颞部　手厥阴　手少阴　足太阴　足少阴四肢相应穴区

方法：以轻度手法叩刺，使局部有红晕为度。隔日 1 次，7～10 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）吴绪平用主穴百会、安眠、神门、足三里、三阴交，心脾两虚加内关、心俞、脾俞；心肾不交加心俞、肾俞、太溪；肝郁化火配行间、太冲、肝俞。百会穴向后沿皮刺 1 寸，得气后行捻转手法，使胀感向头顶四周放散；安眠穴直刺 1.2 寸，得气后行小幅度、高频率捻转手法，使用时酸胀感放散到后头部；余穴皆施补法，每日 1 次，7 次

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

为1疗程。共治疗45例，痊愈28例，显效9例，有效8例。

（吴绪平．针刺治疗神经衰弱45例．上海针灸杂志，1996，15(3)：183）

(2) 章筱芬用耳压法与西药对照治疗失眠，将218例患者随机分为耳压组与西药组。耳压组的主穴为心、神门、枕、额、脑点、皮质下。配穴为肾、肝、脾、胃，上穴可随症加减。每日按压4～6次，每次5分钟，睡前加强按压，5～6天更换1次，两耳交替施治，5～7次为1疗程。西药组服用安定5～15mg，口服，每晚1次。结果有效率为97.2%，两组之间的差别无显著意义，两组病例各自选60例，经治疗1疗程后进行疗效对比，耳压组优于对照西药组（$P>0.001$）。

（章筱芬．耳穴贴压治疗失眠症218例疗效观察．中国针灸，1993，13(6)：17）

按语

本病症状较为广泛，涉及到心、肾、脾、胃、肝、胆等经，临床常见心脾气血不足，或阴虚火旺、心肾不交，也有肝郁气滞、痰浊内阻，甚至病久瘀血阻络者。治当分别虚实，辨明病位。

本病的针灸治疗以虚则补之、实则泻之为原则，考虑到本病病程一般较长，患者对外界的刺激较为敏感，故针刺选穴宜少而精，针刺手法宜轻缓，或配合用温针、艾炷灸，艾条灸，每有良效。对病程已久的患者，必要时多种方法交替使用，延长治疗间隔时间和疗程。

应鼓励患者积极参加体育锻炼和适当的体力劳动，根据发病原因和患者个性特征，帮助患者消除不良情绪，增强信心。

精神分裂症

概述

这是一种病因未明的精神病，多起于青壮年，通常表现为感知、思维、情感、行为等多方面的障碍和精神活动的不协调。一般没有意识障碍和智能缺损症状。病程迁延，呈进行性缓慢发展，仅少数可自行缓解，如不治疗，晚期可发展为精神衰退，是一种有严重危害的疾病。

本病在中医中属“癫狂”范围。病由内伤七情，使脏腑经络阴阳失去平衡，以及气、痰、火、瘀等致病因素，蒙蔽心窍而导致神志错乱。其次先天禀赋及后天形成的个性特征也与本病的发生有关。初病多实证，不离乎痰气或痰火。后期以虚证为主，或虚实兼见，多见心脾两虚或火盛伤阴。

西医学约在100年前提出了本病，至今尚未能找出单一的、决定性的致病因素，因此认为实际属一种综合征，可由多种因素引起。可能与遗传因素、躯体变化、心理社会因素等有关。

临床表现

患者多缓慢起病。初期常有头痛、头晕、失眠等症状，患病后对自己的病态缺少认识，因而不能主动就医，接受治疗。

本病主要表现思维联想障碍。缺乏连贯性和逻辑性，病人在意识清楚的情况下，思维联想散漫或分裂，缺乏具体性或现实性。逻辑推理荒谬离奇，或思维贫乏、思维中断。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

情感障碍表现为感情迟钝淡漠，情感反应与思维内容及刺激不配合。甚至对亲人也面无表情，缺乏责任心、义务感。甚至情感不协调，或怒气冲冲，异常兴奋愉快，忙乱不定，或孤僻离群，沉默少言。

行为紊乱奇特，如生活懒散，做事漫不经心，或哭笑无常，乱跑不归，赤身露体，不知羞耻秽洁，或出现不言不动、不吃不喝的木僵状态。

本病还常有幻听、幻视、幻嗅、幻味、妄想等表现。

诊断要点

（1）精神分裂症的诊断主要依据病史与临床表现。可根据精神活动的分裂，精神活动与现实环境相脱离，病情不断发展，特殊人格变化，缺乏自知力等可作出判断，阳性家族史可供参考。

（2）本病需与神经衰弱、强迫性精神病、抑郁症、狂躁症、反应性精神病、更年期偏执状态等相鉴别。这些病与精神分裂症虽有较多相似，但没有精神与现实环境相脱离。

治疗

治法：早、中期理气化痰、泻火涤痰以祛邪；后期扶正安神为主，兼以祛邪。

（1）针刺

处方：①偏于抑郁者：间使　丰隆　膻中　巨阙　太冲

②偏于躁动者：水沟　风府　大椎　合谷　太冲

配穴：抑郁者还可选用心俞、厥阴俞、脾俞、胃俞；躁动者还可选用少商、隐白、劳宫；幻视加承泣、瞳子髎；幻听加翳风、听宫。

操作：每次选用4～6穴，抑郁者用平补平泻法，背部穴可用灸法，针刺巨阙穴时针尖应向下斜刺，不可过深，以免损伤肝脏。躁动者用泻法，当患者躁动不安时，可不断行针，随着患者逐渐安静下来，而减弱刺激强度，直至患者安静入睡可以出针。也可先取坐位针风府或大椎，可使病人端坐低头，针风府时针尖对着口，针深一般不超过1寸，针风府或大椎都应缓慢进针，针尖下一旦出现落空感，病人出现弹跳或触电感，应迅速退针，防止出现意外事故。针水沟时用1.5寸毫针，并用手帕遮盖患者口部，防止被咬伤。针尖向鼻中隔，不可偏斜，以防出血。躁动者用少商、隐白可点刺出血。留针30～60分钟，甚至更长。发作期每天1～2次，症状缓解后每天或隔天针灸1次，30次为1疗程。也可加用电针，逐渐加大电流强度，至局部肌肉轻微抽搐即可。

（2）刺血

处方：太阳　神庭　曲泽　委中　大椎　腰俞

方法：每次选用2～3穴，用消毒三棱针迅速刺入穴位所在部位郁血络脉，深约1mm左右，使瘀血畅通流出，待出血变色后再加拔火罐，进一步吸出瘀血。使每次出血达60～100ml左右，每隔1～2周刺血1次。

（3）耳针

处方：心　神门　交感　皮质下　脑干　内分泌　眼　耳　鼻

方法：用电针刺激，选用密波，频率200/分以上。电流强度稍大，通电30分钟，每天1次，30次为1疗程。

（4）穴位注射

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：心俞　肝俞　胃俞　间使　内关　曲池　足三里　丰隆　三阴交　太冲

方法：每次选用2～4穴，可用0.2%氯丙嗪注射液、0.3%泰尔登注射液、或中药制剂。每穴注入1～2ml药液。每天或隔天1次，30次为1疗程。

文献摘要

（1）张本等专在头部取穴，用电针治疗本病。取穴①印堂、百会；②神庭、哑门。两组穴位隔日交替1次。每穴针刺深度为0.5寸，针刺得气后接通智通电针仪，留针45分钟，每天治疗1次，8周为1疗程。共治疗38例，其中痊愈2例，显效14例，好转12例，无效10例。

（张本，等．智能电针仪治疗精神分裂症临床疗效对照研究．中国针灸．1994，14（1）：17）

（2）孙元林用穴位注射督脉穴与足阳明经穴，并配合电针治疗本病。取穴①大椎、陶道、身柱、灵台、一一光（经外奇穴，位于颈正中线第5、6椎棘突间）、足三里、丰隆；②风池、百会、神庭、内关、神门、合谷、太冲。第1组督脉穴，每穴注射2%复方当归液1.5ml，每天1次。足三里、丰隆，每穴注射维生素B_1 2ml，每天1次。第2组穴，风池穴不留针，百会穴不通电，其他穴位进针得气后通电留针60分钟，每天1次，20次为1疗程。共治疗145例，痊愈110例，显效12例，有效10例，无效10例。

（孙元林．穴位注射配合电针治疗精神分裂症145例．上海针灸杂志，1994，13（1）：16）

（3）张本用激光针灸治疗精神分裂症，将31例病人随机分成激光组、合并组及药物组，激光组共11例，取穴①大椎、神庭；②双太阳。用JG-4激光针灸仪，针刺深度为5分，两组穴位交替使用，每日治疗15分钟，治疗5周。合并组10例，在上述方法基础上服用氯丙嗪每日剂量150～300mg。药物组10例，接受假激光针灸治疗，将针头用胶布固定穴位上，服用氯丙嗪日剂量为350～600mg。结果各组与治疗前比较，均有显著差异．各组间的显效率均无差异。但激光组无锥体外系副作用，明显优于其他两组。

（张本等．激光针灸治疗精神分裂症临床疗效的对照研究．中华精神神经科杂志，1991，24（2）：81）

（4）董自斌用电针冲击治疗反应性精神病50例，将70例病人随机分为观察组50例和对照组20例。观察组取穴人中、印堂。方法为针人中时，针尖向鼻中隔方向斜刺7分，针印堂时，针向下横刺5分，接G-6805电针仪，密波，（50次/分），输出慢压50V，通电2～4秒，使病人肌肉有强直性痉挛，摒气发作，关闭电源，让病人休息片刻，再如上法冲击3～5遍。3日治疗1次，3次为1疗程，共2个疗程。对照组取穴翳风、人中、太冲、神门、内关、后溪、少商、隐白、三阴交等穴，中等刺激，留针20分钟，每日治疗1次，10次为1疗程。结果电针冲击组明显优于传统针刺法（$P>0.05$），并显示病程越短治愈率越高。

（董自斌　电针冲击治疗反应性精神病50例临床观察　中国针灸，1991，11（6）：15）

按语

本病的病机总属气郁痰火、阴阳失调，治疗旨在开郁化痰、清心泻火、安神定志。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本病的针灸治疗历史久远，历代总结的治疗本病的穴位较多，大多分布在督脉、任脉与十二经四肢腕踝关节以下部位，特别是督脉穴位，一半以上可以治疗本病，这一情况与督脉“并于脊里，上至风府，入属于脑”有一定关系。除此，任脉、脾、胃经穴也常选用。本病初期，病证属实，针刺应采用泻法，临床还有一种五人同时操作的方法，一人针头部水沟穴，上肢左右各一人针合谷透劳宫，下肢左右各一人针太冲透涌泉，同时进针、行针，使病人逐渐安静下来，所取穴位各地略有不同。

目前临床治疗本病一般多采用针灸配合中药或西药同时使用，较为有利于稳定症状，减少西药用量与副作用。患者平时应注意精神调摄，避免情志刺激，将有利于恢复。一般认为精神分裂症发病急者，缓解机会较多，有明显精神因素，或具有一定社会适应性者，或患病后能及时得到合理的治疗者，预后较好。反之，起病缓慢，或患病年龄较小，或近亲中有相同病史，或复发频繁者，预后较差。

癔　症

概述

癔症通常是指由于精神刺激或不良暗示引起的一类神经精神障碍。多数发病突然，表现为短暂的精神失常或感觉、运动障碍，但无器质性病变基础。临床症状可在暗示下产生，也可在暗示下改变或消失。本病好发于青年人，女性多见。

癔症的各种症状类似于中医的脏躁、奔豚、郁证、梅核气、百合病等。多由于抑郁、恼怒、伤感等使气机运行失于通畅，甚至阻逆不通，或气郁化火，阳亢而神不宁，或气逆痰阻，使经络阻滞，清窍被蒙。病变部位主要在心、肝，与脾胃有关，病变多属实证，也有虚实夹杂者。

西医学认为本病的发生与患者的性格特征及精神因素有关。癔病患者往往有感情用事、情绪不稳、喜欢夸张、易受暗示、心胸狭窄、好表现自己和自我为中心的倾向。易感素质明显者，轻度的刺激就可引起发病，若素质较稳定，精神刺激要足够严重才会引起发病。发病时大脑皮层功能与皮层下相应关系失调，当皮层下功能异常活跃时，表现为兴奋、抽搐、多动、感觉过敏等。当皮层处于抑制状态，并扩散使皮层下中枢活动受阻，则产生木僵、瘫痪、感觉缺失。当皮层对植物神经系统的调节紊乱时，则产生一系列植物神经功能失调的症状。

临床表现

本病临床表现多种多样，主要包括精神症状、运动症状、感觉症状三个方面。

精神症状表现为哭笑无常，大吵大闹，蹬足捶胸，倒地翻滚，手舞足蹈，常有装模作样的戏剧样表演。抑制时表现突然倒地，屏气或作过度喘气，不言不语双眼紧闭，面色潮红，全身木僵或手足不规则地舞动。

运动症状如出现癔症性瘫痪，以单瘫或截瘫为多，常突然发生，如治疗不当，则可固定下来，长期肢体不能动弹或卧床不起。瘫痪肢体腱反射正常或增强，肌张力正常，无椎体束征，一般无肌肉萎缩，检查时可见两组对抗肌肉同时收缩，以致无法完成指定的动作。运动症状还包括震颤、痉挛、失音等，有的还可出现眨眼、摇头等奇异动作。

感觉症状如轻微触摸则出现剧痛，过敏范围现神经分布不相符合。有的突然失明、耳聋、喉头似有异物梗阻等。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

植物神经功能障碍表现为顽固性呕吐、呃逆、厌食等。

诊断要点

（1）根据病人平时的性格特殊、发病与精神因素有关、临床症状具有感情色彩，具有夸张、做作、易受暗示、喜欢博得别人注意与同情，暗示可使症状减轻缓解或发作加重，体检无阳性发现等，可以诊断。

（2）诊断时应与相类似的神经系统疾病、内脏器质性疾病、五官科疾病、低血糖休克、低血钙抽搐、反应性精神病及其他精神病相鉴别。

（3）散发性脑炎有时可出现癔症样症状，脑电图检查有助于诊断。

治疗

治法：安神定志。

（1）针刺

处方：百会　水沟　间使　三阴交　太冲　合谷

配穴：哭闹无常者加内关；昏厥者加中冲、涌泉；表现痴呆者加郄门、间使；一侧肢体瘫痪者加曲池、阳陵泉；语言障碍者加廉泉、通里；触痛者加阿是穴；梅核气加天突、照海；耳聋加翳风、耳门；视力障碍者加风池、攒竹；呃逆加内关、公孙。

操作：毫针用提插捻转泻法，务使病人有明显的得气感，并间歇行针，留针时间一般以症状消失为度。并可配合使用电针。

（2）耳针

处方：心　脑　缘中　交感　神门　皮质下　咽　食道　胃　肢体相应部位

操作：每次选用2～4穴，用短毫针施以强刺激，并间歇行针，使耳廓充血，留针时间根据症状改善而定。

（3）头针

处方：根据患者不同症状选择相应的刺激区，如运动异常选用相应的运动区或舞蹈震颤控制区，感觉异常选择相应的感觉区。

方法：用2寸毫针刺入帽状腱膜下，横卧针身，快速捻转，使病人有较强的针感，也可配合使用电针仪。

文献摘要

（1）沈书宇用大横一穴治疗本症晕厥，患者取仰卧位，松解腰带，用1.5寸毫针快速刺入大横穴，然后以小角度快速持续捻针。同时认真观察病人的表情变化，如出现呻吟、屏气消失、睁眼、肢体僵直解除，继而恢复常态，可出针结束治疗。治疗152例，全部有效。

（沈书宇．针刺大横穴治疗癔病性晕厥．上海针灸杂志，1989，8（1）：23）

（2）王瑞恒用百会穴治疗癔病性失语，患者取坐位，医者于针刺前暗示病人，针刺对本病有很好的疗效，然后再以1寸毫针平刺百会穴，深约0.3～0.4寸。当针已刺入适当深度，行捻转手法，幅度要大，在捻针1分半钟时即可与病人谈话。共治疗21例，均1次治愈。

（王瑞恒．百会穴治疗癔病性失语12例．上海针灸杂志，1996，15（3）：188）

按语

癔症在临床表现复杂多样，总属肝气郁结，脏腑气血运行失调所致。临床以痉挛发

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

作为多，其次为意识障碍或感觉障碍。在明确诊断前，应认真进行体格检查和神经系统检查，防止将器质性疾病误诊为癔症。

针刺对本症有较好的疗效，临床多用毫针或电针取效，每可针到病除。特别是首次治疗，务求一次见效。治疗环境要保持安静，减少周围观望人员，避免不良刺激。治疗中注意配合心理暗示，选用长针、较粗毫针，采用提插捻转泻法，针刺操作时务使患者产生一定的针感，使患者感到针刺后的反应及变化，以利建立信心，采取合作态度。

本症首次治疗有效后，应鼓励患者经常参加适当的工作及体育锻炼，保持身心健康。根据体质状况，也可在疾病缓解期继续针灸治疗，可用平补平泻法，或用补法，隔日或2至3天治疗1次，以增强体质并减少复发。

发作性睡病

概述

发作性睡病是一种原因不明的睡眠障碍，主要表现为长期的警醒程度减退和发作性的不可抗拒的睡眠，大多患者一种或数种其他症状，如可伴有猝倒症、睡眠瘫痪和催眠期幻觉等四联征。发病以10～20岁男性多见。

在中医的嗜卧、善眠、多寐等病证中有相应的描述与论治。中医认为本病系湿痰、瘀血内阻脑窍，神气内闭，或气虚髓亏，脑窍失养所致。其病位主要在脑，与心、肝、脾、肾有关，病变性质有虚有实，或本虚标实。

临床表现

患者清醒时一般警醒程度较低，下午尤甚。患者常可在进食、发言、工作时出现十分多钟的睡眠，也有睡眠达数小时者，但睡眠程度较浅，容易唤醒，有的一天可发作3～4次。大部分病人可伴有猝倒症，在强烈的情感刺激下如喜悦、发怒、惊奇，尤其在欢笑时，可突然发生短暂的肌张力减退和运动抑制，严重时全身肌张力松弛，患者倾跌，不能动弹，一般持续1～2分钟即消失，但意识始终清醒。有少数患者在睡醒后或入睡时呈松弛性瘫痪，此时患者意识清晰，但不能动作或出声，一般经数分钟后缓解。部分患者在嗜睡和睡眠时，出现幻视、幻听、幻触、幻痛等。体检一般正常，少数患者可呈现肥胖或低血压。

诊断要点

（1）根据患者年龄、性别，突然发生不可抗拒的睡眠，并伴有猝倒症、睡眠性麻痹、入睡后幻觉，一般不难诊断。睡眠发作时脑电图出现正常睡眠波，猝倒时肌电图显示受累肌肉的紧张性放电消失。

（2）癫痫小发作好发于儿童，为极短暂的失神，无入睡或猝倒等现象，脑电图有弥漫的棘慢波。

（3）原发性睡眠增多症为白天嗜睡，比发作性睡病容易克制，无发作性特点，一般入睡持续时间较长，24小时内的睡眠时间明显增加。

治疗

治法：实证治以健脾化痰、活血通络；虚证治以补益心脾、升阳举陷。

（1）针刺

处方：百会　太阳　内关　丰隆　三阴交　太冲　心俞　脾俞

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：伴有纳差腹胀便秘加中脘、天枢；口苦心烦加劳宫，阳陵泉、行间。

操作：四肢穴位多采用提插捻转泻法，使患者有较强的针感。背部穴位进针时针尖向脊柱斜刺，并用捻转手法，使针感沿背胸放散。留针 30 分钟，间歇行针。

(2) 耳针

处方：脾　心　肝　皮质下　交感　神门

方法：用毫针刺入后施以较强的捻转手法，并在留针过程中间歇行针。每天 1 次，10 次为 1 疗程。

(3) 头针

处方：运动区　感觉区　足运感区

方法：用 2 寸长毫针，以 30 度角刺入帽状腱膜后，横卧针身，快速捻针，并在留针过程中间歇行针。每天 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

(1) 张化南用温针治疗嗜睡，取通里、太冲、心俞、脾俞，均取双侧，将普通艾条剪成约 20mm 长艾段，进针得气后行补法，针柄上套上艾段，距皮肤约 20mm，从艾段下点燃，每穴灸 2～3 壮。每日 1 次，7 次为 1 疗程。共治疗 30 例，显效 22 例，有效 8 例。

(张化南．温针治疗嗜睡．吉林中医药，1990，(1)：27)

(2) 梁慧丽取百会、四神聪为主，配双侧足三里、其中百会、足三里均行补法，四神聪用平补平泻法，留针 30 分钟，每隔 10 分钟行针 1 次，每日治疗 1 次。治疗 2 例，皆 3 次而愈。

(梁慧丽．针刺治愈嗜睡举隅．上海针灸杂志，1995，(增刊)：57)

按语

本症发作时多为痰浊、瘀血内阻，属实证，治当泻邪为主，用穴宜少而精，务求有较强针感，往往能取得较为满意的疗效。为了减少发作，减轻症状，还应注意平时的治疗，患者体质多心脾两虚，故应补益心脾以治其本，或标本兼顾。

进行性肌营养不良症

概述

进行性肌营养不良症是一组原发于肌肉的遗传性变性疾病。主要表现以进行性肌无力、肌肉萎缩或假性肥大。

本病在中医中属“痿证”范围，由于脾胃亏虚，肾精不足，气血津液生化不足，精微不输，无以濡养肌肉所致。其病位在经筋，与脾、肾有关。其病性以虚为主。

西医学曾提出发病原因有血管源性、神经源性、肌纤维再生错乱、肌细胞膜功能紊乱等学说。随着遗传学研究的进展，逐渐认识到本病与基因缺陷等遗传因素有关。电镜下可见肌细胞膜锯齿状变，线粒体肿胀、变性，肌质网内有散在淀粉颗粒。晚期患者肌纤维普遍消失、坏死，在残留的肌纤维间充填大量脂肪细胞和结缔组织。

临床表现

根据遗传形式和临床特点可分为数种类型。

(1) 假肥大型：多为男儿患病，起病以骨盆带肌肉无力为突出症状。表现为学会行

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

走较晚，步行缓慢，不能奔走，臀中肌、背脊伸肌无力，步态似鸭步，腹肌和腰肌等无力直立时腰椎过度前凸，仰卧起立不能完成，必须先翻身转为俯卧，然后两手支撑着下肢逐渐将躯干伸直而站起。登梯困难。前锯肌、斜方肌萎缩无力，呈翼状肩胛。90%双侧腓肠肌假性肥大。腱反射早期消失，后期肌腱挛缩和关节僵硬畸形。可有心电图改变。病情进展相当迅速。

（2）肢带型：发病年龄为10～30岁，表现为骨盆带或肩胛带的肌肉营养不良，出现上楼困难或举臂不能过肩症状及翼状肩等典型体征，晚期亦可出现肌肉挛缩，行动不能，无智能障碍。病情严重程度及进展速度差异很大。

（3）面—肩—肱型：青少年多见，病情严重程度不一。表现为眼睑闭合无力或上睑下垂，额纹和鼻唇沟消失，表情运动丧失，上臂抬举无力，肩胛及上肢部肌肉萎缩。

实验室检查可有尿肌酸排泄增加、肌酐排泄减少。血中肌酸磷酸激酶（CPK）、丙酮酸激酶（PK）活性异常增高。谷丙转氨酶（GPT）、谷草转氨酶（GOT）、乳酸脱氢酶（LDH）、醛缩酶（Aldolase）等酶活性增高。

诊断要点

（1）临床根据起病隐匿，受累骨骼肌肉萎缩、无力的特殊分布和典型体征，以及血清酶活性测定、肌电图、肌肉活检可以诊断。

（2）多发性肌炎病程较快，症状常有起伏，肌无力程度比肌萎缩明显，常有疼痛及压痛，血沉增快，通过肌电图及肌肉活检可作鉴别。

（3）重症肌无力表现为晨轻午重，劳累加重，新斯的明试验阳性。

治疗

治法：健脾和胃，补益气血。

（1）针刺

处方：曲池　足三里　三阴交　脾俞　胃俞

配穴：骨盆带肌肉萎缩加腰1～5夹脊、次髎、伏兔、殷门、委中、上巨虚、阳陵泉等；肩胛带肌肉萎缩加天柱、百劳、巨骨、肩髃、极泉、天泉、天宗、秉风等；面部肌肉萎缩加阳白、地仓、颊车、合谷、风池。

操作：针刺用补法，以小幅度与小角度提插捻转，留针60分钟，间歇行针，每天或隔天治疗1次，30次为1疗程。

（2）穴位注射

处方：同体针

方法：每次选用4～6穴。选用三磷酸腺苷、辅酶A、当归注射液等，每穴注入药液1～2ml，每天或隔天1次，30次为1疗程。

文献摘要

韦俊用针药结合方法治疗进行性肌营养不良症，上肢取曲池、合谷；下肢取髀关、伏兔、阳陵泉、足三里、三阴交、委中、肾俞、脾俞等穴，中医分型脾胃虚弱型用参苓白术散，脾肾双虚型用补阳还五汤，脾肾亏虚型用虎潜丸，配合肌注ATP、辅酶A，结果显效32例，有效22例。有效率100%。

（韦俊．中西医结合小儿进行性肌营养不良54例．陕西中医，1990，11(7)：300）

按语

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本病的辨证可参考“痿证”，根据脾主四肢肌肉的理论，选用手足阳明经穴及背俞穴、夹脊穴为主，针刺用补法，留针时间要长，由于属遗传性疾病，疗程要长，应考虑两组或两组以上穴位交替使用。同时可考虑针灸与药物综合治疗。

急性脊髓炎

概述

急性脊髓炎又称急性非特异性脊髓炎，主要表现为脊髓病变水平以下肢体瘫痪、感觉缺失、膀胱、直肠、植物神经功能障碍。患者无性别差别，多发生于青壮年。

根据本病早期的截瘫呈弛缓性，故可参照“痿证”论治。中医认为本病主要由于湿热之邪侵袭，耗伤津液，使经筋失养，或脾胃肝肾不足，经筋失于濡养所致。其病位在经筋，与肺、脾、肝、肾有关，其病性，早期以实证为主，后期以虚证为主或虚实兼见。

西医学对本病的病因尚不明了，可能是由于病毒感染后引起的自身免疫反应。病变多累及脊髓胸段，使脊髓膜充血、混浊，受累的脊髓肿胀、发软，切面可见脊的灰质和白质分界不清，可有点状出血。

临床表现

发病急剧，患者往往先有全身不适，腰酸背痛，食欲不振，甚至发热，继而突然出现下肢麻木无力，于数小时或数日达到高峰。表现出急性脊髓横贯损害症状。少数患者可从尿潴留症状起病。

运动障碍表现为弛缓性截瘫，一切反射消失，此为脊髓休克期。数周后肌张力逐渐增强，腱反射亢进，有病理反射。如果脊髓炎症比较广泛，累及胸腰骶段，脊髓休克过后，下肢仍表现为下运动神经元损伤的体征。

感觉障碍表现为病变脊髓节段以下的所有感觉均消失，可先有麻木、烧灼、刺痛、蚁行感等感觉异常，随即出现感觉缺失。

植物神经功能障碍可见受累脊髓节段发下皮肤干燥、脱屑、苍白无汗，趾甲角化过度。脊髓炎症在腰骶段以上者，初期表现为尿潴留，继之失禁。

起病后若病变范围迅速向上扩散，甚至可达延髓。病人除脊髓症状外，可伴高热、呼吸麻痹，死亡率很高，此为上升性脊髓炎。

诊断要点

（1）根据急性起病，迅速出现脊髓横贯性运动、感觉和膀胱、直肠功能障碍等，诊断一般不困难。

（2）急性感染性多发性神经根炎表现为四肢呈弛缓性瘫痪，感觉障碍呈末梢型，常有颅神经障碍，而大小便障碍少见，脑脊液有蛋白-细胞分离现象。

（3）硬脊膜外脓肿有化脓性细菌感染史，有高热及全身中毒症状，出现根痛及相应部位的脊柱剧烈疼痛、压痛，迅速出现截瘫，脑脊中蛋白含量增多，脊髓腔阻塞。

（4）脊髓出血，起病突然，多有外伤等诱因，病初伴背部剧烈疼痛，迅速出现肢体瘫痪、感觉和大小便障碍，脑脊液常含血，脊髓造影或脊髓血管造影可发现血管畸形，脊髓 CT 扫描可明确出血部位。

治疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治法：早期以清热祛邪为主，后期标本兼顾，补益肝肾兼行气活血。

（1）针刺

处方：病变部位督脉穴及夹脊穴（选用病变的节段上、下各超过1个节段）

上肢瘫痪：大椎　肩髃　曲池　手三里　合谷

下肢瘫痪：髀关　伏兔　足三里　阳陵泉　解溪

膀胱直肠功能障碍：关元　中极　天枢　承山　三阴交　肾俞　次髎

配穴：肺热重者加尺泽、肺俞；湿热重者加阴陵泉、水道；脾胃虚弱加气海、脾俞、胃俞；肝肾亏虚加肝俞、肾俞、腰阳关。

操作：待症状稳定后即可开始针刺治疗。将有关穴位分成2～3组轮流使用。初期针刺用泻法，后期用补法，或平补平泻法。针刺夹脊穴时，针尖斜向脊柱中线，留针30分钟，间歇行针。出针后背部相应部位加拔火罐。每天治疗1次，10次为1疗程。

（2）电针

处方：同体针

方法：适用于弛缓性瘫痪的病人，痉挛性瘫痪患者不宜采用。每次选用2～4对穴，针刺得气后，按常规电针操作方法，以身体同一侧为单位连接导线，开启开关后，逐渐加大电流强度，至肌肉微微跳动为度，通电20分钟后起针。数组穴位可交替使用。

（3）耳针

处方：肺　胃　脾　肝　肾　膀胱　直肠　肢体相应部位

方法：每次选用2～4对穴，用毫针强刺激法，留针20分钟，每日或隔日1次

（4）皮肤针

处方：背部相应督脉穴及夹脊穴　膀胱经背部相应背俞穴　手足阳明经四肢穴

方法：每次选用2～3条经，按经脉循行部位，自上而下逐条叩打，至皮肤出现潮红为度，隔日1次。

（5）头针

处方：运动区　感觉区　足运感区

方法：留针过程中间歇行针，或加用电针。留针30分钟。隔日1次。

（6）穴位注射

处方：参考体针

方法：每次选用2～4穴，选用三磷酸腺苷、辅酶A、维生素B_1、B_6、当归注射液等，每穴每次注入药液1～2ml，每天1次。

文献摘要

刘龙彪等用芒针治疗急性脊髓炎，随机将病人分为观察组与对照组。对照组在加强护理及对症治疗等一般治疗基础上，加用糖皮质激素及维生素、神经营养剂，观察组在对照组治疗方案基础上加用芒针，取大椎透长强，肩髃透曲池，足三里透悬钟，用插刺针法进针，循经引向法运针，留针30分钟，隔日1次，10次为1疗程。对照组13例中脊髓休克期为4～12天，平均休克期15.89天，其中治愈8例，显效3例，有效2例。观察组18例，休克期3～14天，平均10.24天，治愈15例，显效15例，有效1

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

例。

（刘龙彪，等．芒针治疗急性脊髓炎临床疗效观察．中国针灸，1997，17(6)：360）

按语

急性脊髓炎在临床上以胸段脊髓受累为最常见，早期发病两下肢呈弛缓性瘫痪及感觉缺失，并有大小便障碍，应及时治疗。早期病证属实，治宜祛邪为主，针刺用泻法，因患者有传导束型感觉障碍，各种感觉减退或缺失，故不会产生针刺的得气感或艾灸的温热感，操作时应有所注意。脊髓休克期过后，瘫痪由弛缓性转为痉挛性，下肢任何轻微刺激，均可引起下肢屈曲痉挛，伴有出汗、竖毛、大小便自动排出等，称为总体反射。此时针刺用穴宜少而精，针刺手法宜轻，防止弯针、折针。更不宜使用电针。

脊髓侧束硬化症

概述

本症属于西医学运动神经元疾病中的一种常见类型。是运动神经元病的上、下运动神经之混合型。系上、下运动神经元均受累引起的病症。表现为上肢肌肉无力、萎缩、肌束颤动，下肢痉挛性瘫痪而感觉正常的一种变性疾病。好发年龄为30～50岁，男性较女性发病率高。是一种进行性疾病，病程平均2～3年，也有长达5年的，常死于合并症。

根据临床主要表现，可属中医“痿证”范围。由于肝脾肾亏损，经筋失养，可兼邪气阻络。病位在经筋，与肝、脾、肾有关。其病性以虚证为主。

西医学认为本病的确切原因尚未明了。5%～10%的病人有家族史，世界上某些地区的居民中本病有明显的遗传因素。目前多数学者认为本病的运动神经元的变性是代谢障碍引起的，由于某些主要细胞内酶系缺乏而导致运动神经元过早发生变性。近来对“慢病毒”感染的研究则提出了本病可能是由于某些慢病毒感染所造成。也有人认为中毒和损伤与本病发病有关，但论据不足。主要病理变化是皮层延髓束的变性，脊髓前角侧束有弥漫性变性，以锥体束最显著，以及脑干运动神经核的损害。

临床表现

本病起病缓慢。首先上肢肌肉无力、萎缩、肌束颤动。最常见的是手部小肌肉的萎缩与无力、大小鱼际肌萎缩，骨间间隙凹陷，蝴状肌萎缩，造成手掌屈肌肌腱之间出现沟凹及萎缩，双手呈鹰爪形。多双侧对称，向近端发展，随后扩展到前臂肌肉。下肢也受侵，躯干肌偶可侵犯但极轻，不易发现。最后面肌与舌肌出现萎缩。此时病情已很重，但神志始终清醒，仅少数病人可出现精神症状与痴呆。本病虽然有广泛的运动神经受损害，但眼肌始终不受影响，也无感觉缺失和括约肌功能障碍。腱反射亢进，巴宾斯基征阳性。本病常因进行性延髓麻痹，出现舌肌易于疲劳、言语不清、吞咽困难、进食呛咳返流等，并发肺部感染而死亡。

脑脊液、脑电图均无异常，肌电图检查有诊断价值。

诊断要点

（1）诊断本病的要点为隐袭起病，缓慢发展，中年发病，手小肌萎缩，重者可见全上肢及舌肌萎缩，萎缩肌可见肌纤颤或肌束震颤，腱反射活跃或亢进，锥体束征阳性，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

重者有吞咽困难与发音困难，一般无感觉障碍症状。

（2）脊髓空洞症与本症有时可造成混淆。前者临床征象不对称及分离性感觉障碍可以提供正确的诊断。

（3）脊髓肿瘤进展较快，且伴有神经根痛，可因咳嗽、用力，甚至体位改变而加剧。

（4）进行性肌营养不良症表现为近端肌肉萎缩明显，且无肌束颤动。

治疗

治法：健脾益胃，调补气血。

（1）针刺

处方：大椎　脾俞　胃俞　肾俞　肩髃　曲池　手三里　合谷　环跳　髀关　伏兔　风市　足三里　阳陵泉　悬钟　解溪

配穴：病变广泛可用背部夹脊穴分组轮流应用；舌肌无力、吞咽困难加人迎、扶突、天容、廉泉。

操作：可将穴位分成2～3组，轮流使用。针刺大椎穴时可采取俯伏坐位，以3寸长针，略向上斜刺，深度成人在2.5寸左右，使病人有麻电感向上肢传导，当麻感出现后，不宜再进针，应立即退针以防刺伤脊髓引起出血而反致短期内肢体瘫痪。除大椎穴针刺外，其余可加用电针。每日或隔日1次，10次为1疗程。

（2）头针

处方：运动区　足运感区

方法：用2寸毫针刺入，另加用电针仪，留针40～60分钟，每日或隔日1次，10次为1疗程。

（3）穴位注射

处方：同体针

方法：每次选用3～6穴，用辅酶A、三磷酸腺苷、维生素B_1、B_{12}、当归、黄芪注射液，每穴注入药液1ml，隔日1次，10次为1疗程。

（4）皮肤针

处方：背部夹脊穴　背俞穴　手足阳阴经穴

方法：将与病变相关的经穴分成若干组，轮流使用。用轻刺激手法叩刺。上肢病变在肘关节以下者，从曲池向下叩刺到合谷；病变向肘关节以上蔓延者，从肩髃向下叩刺到合谷。下肢病变在膝关节以下者，从足三里向下叩刺到内庭；病变向膝关节以上蔓延者，从髀关向下叩刺到内庭穴。隔日或隔2日叩刺1次，10次为1疗程。

文献摘要

程永德治疗十多例本病患者，以针刺为主，药物与锻炼为辅，针刺选穴以华佗夹脊穴为主，配大椎、脾俞、肾俞，并配肌肉萎缩部位穴位。针刺用迎随补泻法，每日1次，第1疗程不得少于治疗90次，疗程间间隔天数及第2疗程长短视病情而定，第2疗程隔日治疗1次，同时服自拟的软索丸，外练改进的八锦段。

（程永德．针刺治疗进行性肌萎缩性侧索硬化症．上海针灸杂志，1993，12(2)：76）

按语

本病属疑难病症之一，因发病原因不明故少特异性有效方法治疗。中医辨证多属虚

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

证，或虚实兼见。针灸治疗用穴较为广泛，多选用背俞穴及夹脊穴以扶正固本，并常用手足阳明经穴。由于本病呈慢性进行性进展，针灸不易见效，通过较长疗程治疗后，能减慢病情发展，而且在好转后，也常有反复，需要间断地经常治疗，故应考虑几组穴位交替使用，几种针灸方法交替使用。有人体会到当病变侵及到下运动神经元时，以体针针刺、皮肤针为主，当病变侵及上运动神经元时，可选择头针为主。这一经验可供参考。

脊髓空洞症

概述

脊髓空洞症是一种慢性进行性的脊髓变性疾病。由于脊髓内空洞形成和胶质增生，临床表现为受损节段分布区的分离性感觉障碍、下运动神经元损害及营养障碍，后期空洞扩大可出现感觉束与椎体束损害症状。发病年龄常在25～40岁之间，男性较女性为多，病程可达10～20年。

本症可属中医的“痹证”、“痿证”范围。乃先天禀赋不足，肝脾肾亏损，骨髓失养所致。其病位在肾，与肝脾有关。其病性以虚为主。

西医学还未明了本症病因。空洞多见于脊髓颈段，可向下延伸至胸髓、腰髓，少数向上延伸到延髓。空洞常自中央灰质开始，不规则地向周围扩展。可能与中央管相通。洞壁由胶质细胞等复盖，内含无色液体。

临床表现

本病起病隐袭，进展缓慢、不规则。临床表现取决于空洞所在的部位及破坏脊髓的范围。

分离性感觉障碍，可为单侧或双侧上肢或躯体上半部疼痛、温觉消失，但触、压、深感觉正常，可呈节段分布，病灶在脊髓内向上向下伸展时，则感觉障碍扩大到上肢桡侧、颈部和胸部。晚期伴深感觉、痛、温、触觉异常和不同程度障碍，可产生脊髓性共济失调。

运动障碍表现为早期一侧或双侧手部小肌肉及前臂尺侧肌肉无力、进行性萎缩，逐渐涉及上肢其他肌肉。腱反射、肌张力减低。晚期本症出现痉挛性麻痹和病理反射，肌张力增高，腱反射亢进。

营养障碍症状为病损平面皮肤发硬、变厚、粗糙，无汗或多汗，指甲变脆。

诊断要点

（1）根据患者分离性感觉障碍、运动及营养障碍等临床表现可以作出诊断，核磁共振成像（MRI）可在纵横断面上清楚显示出空洞的位置及大小，诊断价值最大。

（2）颈椎病以神经根性疼痛为突出症状，感觉障碍不呈分离性，一般无营养障碍。

（3）脊髓腔内肿瘤病变节段较短，进展较快，膀胱功能障碍出现较早。常于半年内发展为截瘫，脑脊液中蛋白含量增多，脊髓造影可出现椎管阻塞征象。

（4）运动神经元疾病多发生于中年，只侵及运动神经元，而感觉系统不受侵犯。

治疗

治法：补益肝肾，行气活血。

（1）针刺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：风府　天柱　风池　大椎　至阳　命门　相应夹脊穴　曲池　外关　合谷　后溪　足三里　三阴交　太溪

配穴：肢体麻木不仁加肝俞、脾俞、肾俞、少海、手三里、阳陵泉、丰隆；吞咽困难加廉泉、照海。

操作：每次选用5～10穴，针刺用补法，用小幅度、小角度提插捻转，务求得气。或用温针。隔日治疗1次，10次为1疗程。

（2）灸法

处方：肝俞、脾俞　肾俞　命门　足三里

方法：每次选用1～2穴，用麦粒灸，每穴灸5～7壮。每月连续灸10次，每天灸1次。每月灸完10次后休息到下月再灸。

（3）电针

处方：相应节段夹脊穴　手三里　合谷　足三里　太冲

方法：选用疏波，正极在上，负极在下，电流量以患者能耐受为度，留针20分钟。隔日治疗1次，10次为1疗程。

（4）穴位注射

处方：参考体针

方法：用三磷酸腺苷、辅酶A、维生素B_1、B_6、B_{12}，每次选用3～6穴，每穴注入药液0.5～1ml，每天治疗1次，10次为1疗程。

（5）耳针

处方：肝　肾　脾　胃　肢体相应部位

方法：在选用穴位寻找阳性反应点，用针刺法，间歇行针，留针30分钟。或用耳穴埋针、压丸法。

文献摘要

胡俭雄用电针治疗本病，病程1年以内共6人，1～3年9人，3年以上21人。取枕项部、风池、天柱、病变相应节段夹脊穴，吞咽困难加外金津玉液、廉泉。电针用疏波，分别接连颈项一对穴和夹脊穴2对穴，刺激强度以头项及肢体轻度抖动，病人能耐受为度，通电30分钟，每日治疗1次，治疗6次休息1天，10周为1疗程，共治疗36例，显效16例，有效14例，无效6例。

（胡俭雄．电针治疗脊髓空洞症36例报告．针灸临床杂志，1996，12(9)：26）

按语

本病病程进展无规律，难以评价治疗效果，目前也无特异的治疗方法。针灸治疗若在温、痛觉障碍区选穴，一般没有得气感，或得气感很弱，很难取得针灸的效果。但采用电针，病人还会有电麻感，因此在临床上可考虑用电针、耳针、穴位注射等手段治疗。

阿尔采默氏老年性痴呆

概述

阿尔采默氏老年性痴呆症是一种进行性智能衰退的器质性病变。发病多在65岁以后，患病率随年龄增长而增高。本病是由弥散性脑萎缩、脑功能失调引起的进行性精神

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

衰退，以记忆力减退、思考力判断力障碍、性格改变，晚期由步态不稳为主要表现的神经变性疾病。

中医将本病归属于“痴呆”、“文痴”、“善忘”、“郁证”、“癫狂”等病证中。认为人到中老年五脏皆虚，尤其是肝肾亏虚，精血不足，使髓海空虚，神明失用；或肝肾亏虚，虚火上炎，心肾不交；或心血不足，心失所养，神志不清；或脾虚失运，痰浊内生，上蒙清窍；或肺气虚衰，运血无力，使瘀血阻滞脑络所致。本病病位涉及五脏，尤与肾、脾、心、肝有关，病变为虚实夹杂。

西医学认为本病病因有多种学说，多数人认为可能与病毒感染、铝中毒、消耗性躯体疾病及精神因素有关，并推测由于体内蛋白质和类脂质代谢障碍、内分泌功能减退、酶活力减低、肝肾等内脏功能改变使代谢中产生的内生毒素及对外来的毒素解毒或排泄功能减低，逐渐发生毒素积蓄，产生自体中毒而导致脑组织继发性、渐进性功能衰退和组织学改变等。

临床表现

本病多起病50岁以后，起病缓慢，病程呈进行性发展。主要表现包括精神变化、个性改变和行动异常。精神变化主要表现为记忆、理解、判断、计算、识别、语言等智能全面减退。患者有时不能正确回答自己和亲人的姓名和年龄，饮食不知饥饱，外出找不到家门。缺乏学习能力和思维能力，对环境适应能力差，不能正确判断事物等。个性改变表现在丧失情感，有时以个人为中心，对周围事物逐渐淡漠，表现出自私、主观、急躁、固执、易激动或忧郁，意志薄弱。平时多疑，常有睡眠节律改变，白天卧床，夜出活动等。行动异常表现在病至后期呈现严重衰退，如弯腰俯身的体位，缓慢犹豫的动作，易摔跤与精神性行走不能等，甚至终日卧床不起，生活不能自理。本病患者外貌苍老，皮肤干燥多皱，色素沉着，发白齿落，肌肉萎缩，痛觉反应消失。神经系统检查无明显的阳性体征。

诊断要点

（1）根据本病起病特点、主要临床症状、脑电图有弥散性θ波和δ波及CT扫描侧脑、第三脑室和脑沟扩大等，可以诊断。

（2）良性老年性遗忘，仅对部分事情遗忘，病程非进行性进展，自知力良好，无判断力及人格改变。

（3）脑血管性痴呆，起病迅速，呈阶梯样进展，情绪易激动，伴神经系统局灶体征，CT扫描发现低密度影。

（4）抑郁症，病人思维困难，对答缓慢，音调低沉，动作减少，但多有明确起病界限，回答问题切题，以情绪抑郁为主，用抗抑郁药疗效好。

治疗

治法：补益肝肾，化痰通络。

（1）针刺

处方：四神聪透百会　神庭透上星　本神　风池　太溪　悬钟　丰隆　合谷　太冲

配穴：肝肾不足加肝俞、肾俞；痰浊上扰加中脘、内关；脾胃亏虚加足三里、三阴交；瘀血阻络加内关、膈俞，或用大椎穴刺血。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

操作：每次选用3～5穴，根据虚实施行补泻手法，头部穴位间歇捻转行针，或加用电针。留针30～50分钟。每日或隔日1次，30次为1疗程。

（2）穴位注射

处方：风府　风池　肾俞　足三里　三阴交

方法，用复方当归或丹参注射液，或用胞二磷胆碱，或用乙酰谷酰胺注射液，每穴注入药液0.5～1ml，隔日1次。

（3）头针

处方：顶中线　顶颞前斜线　顶颞后斜线

方法：将2寸长毫针刺入帽状腱膜下，快速行针，使局部有热感，或用电针刺激，留针50分钟，隔日1次，30次为1疗程。

（4）耳针

处方：皮质下　顶　枕　颞　心　肝　肾　内分泌　神门

方法：每次选用2～4穴，毫针刺用轻刺激，留针30～50分钟，隔日1次。或用耳穴压丸法。

文献摘要

（1）杨湘潭认为老年痴呆的发生是由于五脏虚损、气机失常、阴阳失和而致神明被扰，脑窍失聪。治以醒脑开窍为法。取水沟、百会、大椎、风池、外关透内关、太溪、悬钟等。大椎、水沟、外关透内关用泻法；太溪、悬钟用补法；风池用平补平泻法，针刺完用艾条灸百会、大椎3～5分钟，以局部潮红为度。共治疗26例，痊愈9例，显效11例，有效4例，无效2例。（杨湘潭．针灸醒脑开窍法为主治疗老年性痴呆26例．中国针灸，1996；16(11)：3）

（2）叶衡用四神聪平刺透百会，开成四角对锋，然后行提插捻转补法，使患者自觉头部产生温热感为度。项背强直者加大杼，睡眠不佳加神门，上肢震颤加尺泽，下肢麻木加悬钟，结果5例患者均明显好转。（叶衡．四神聪对锋刺治疗老年性痴呆的临床研究．浙江中医药，1993，(11)：520）

按语

针灸治疗老年痴呆症近年来有较多的实践，表明针灸对本症有一定效果。可以减轻症状，减少西药用量，增强体质，减慢病程。实验表明针灸有激发中枢5-HT能神经元功能，改善大脑皮层功能，通过改善血液循环，增强神经元能量代谢，增加乙酰胆碱酯酶活性等作用。针灸多用头皮穴位，与四肢穴位相配，除手法行针外，头部还常用电针。本病症较为顽固，疗程一般较长。

本症的预防应重视治疗中年患有的高血压、高脂血症及脑动脉硬化，坚持体育锻炼，保持良好的情绪，多参加集体活动，饮食忌油腻肥厚，戒烟酒，保持大便通畅。

5.2.2.3　骨伤科疾病

颞颌关节功能紊乱

概述

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本病是一种常见的颞颌关节疾病，多发于青壮年，并以女性为常见。其主要症状表现为关节弹响，疼痛和下颌运动受限。具有慢性和反复发作的特点，常可拖延数月甚至数年以上。祖国医学认为是局部经气受阻所致。

本病属于中医“颌痛”、“颊痛”和“口噤不开”等病的范畴。诸阳经筋，皆在于头、三阳之筋，并络于颌颊，夹于口。诸阳经为风寒所客，或外伤经筋，或厥气上逆，引起三阳经气不利，三阳经筋牵急，而致张口受限，颞颌关节酸牵强，机关不利。

西医认为本病的原因较为复杂，至今尚不清楚。目前认为与情绪不稳，体质虚弱，牙齿咬合关系紊乱以及外伤等因素有关。

临床表现

本症表现张口或闭口时，下颌关节区疼痛、酸胀、乏力、强直、弹响、张口受限和下颌运动异常，少数患者可并发头昏耳鸣，听力障碍等。检查时，可发现面部两侧不对称；张口运动时，下颌部多偏向患侧；在面部，髁状突、咀嚼肌及颞肌附着处有压痛。早期X线显示髁状突位置不正常，后期可有关节头或关节凹的形态改变。

诊断要点

（1）根据发病前有精神创伤或神经衰弱史（多见于青年女子），并有关节区疼痛、痉挛、张口受限、弹响及摩擦音等典型症状，可考虑本病的诊断。

（2）本病多伴有全身关节疾病。X线早期常显示踝状突位置的不正常，后期有关节头和关节凹形态改变，或骨皮质不完整。

（3）本病尚需与中风牙关紧闭，痉病牙关紧急，以及颈椎病牵及咬肌的疼痛等表现相鉴别

治疗

治法：以疏调局部经气为主。

（1）针刺

取穴：下关　颊车　听宫　翳风　耳门　听会　合谷

操作：上穴可轮流使用，捻转提插，以得气为度，留针20分钟。隔天治疗1次，以10次为1疗程。

（2）穴位注射

取穴：下关　颧髎　耳门　听宫　听会

方法：用红当川注射液（红花、川芎、当归等分制成）注入下关，颧髎各1ml，或耳门、听宫、听会各0.5ml，隔日1次，10次为1疗程。

（3）耳针

取穴：上颌　下颌　面颊区　神门　颞颌穴（平喘穴和腮腺穴之间）

方法：中强刺激，留针20～30分钟，或埋揿针1～2天。

（4）水罐疗法

取穴：颞颌关节区。

方法：将史国公药酒3～5ml，放于磨去底的青霉素小瓶中，将小瓶放于颞颌关节区，用注射器从小瓶橡皮盖中抽空气成负压，放置1小时，10次为1疗程。

文献摘要

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）本组设治疗组86例，对照组64例。治疗方法，取下关、听宫、合谷、三间。操作二组针法一致，虚补实泻。对照组单纯针刺治疗，穴注射组在此基础上进行穴位注射，5ml注射器和4～5号针头，抽取复方当归液0.5ml，执笔式注射器刺入下关或听宫，得气后推入药液，本组二个穴位交替使用，隔日治疗1次，每疗程5次，休息3次再作下1疗程。结果：观察组痊愈率为70%，而对照组痊愈率为42%，二组的疗效有显著差异，表明穴注加针刺组的疗效明显优于单纯针刺组。（赵抗民．穴位注射加针刺治疗颞颌关节紊乱症86例疗效观察．中国针灸，1993；13(4)：13）

（2）管遵惠以针刺疗法治疗本病120例，针刺取穴：下关、太阳、颊车、翳风、足三里、合谷，针法：下关直刺，进针深度1～2寸，太阳透下关，向下斜刺或平刺，加用电针，调波达80～100次/分，留针20分钟。同时配合穴位注射，取穴下关、颊车、颧髎、止痛穴，用醋酸强的松龙混悬液1ml，与2%的普鲁卡因2ml混合注射，并用艾条温和灸10～15分钟，隔日1次，6次为1疗程。另设对照组采用理疗（红外线、TDP、中药离子导入等）和中西药物治疗，进行临床症状的对比观察。结果：二组疗效差别非常显著（$P<0.01$），观察组的疗效明显优于对照组。（管遵惠．面穴针刺法治疗颞颌关节紊乱症120例疗效观察．针灸临床杂志，1993；9(6)：15）

（3）吴穆设穴位注射组和刺灸组50例。其治疗方法：穴位注射组：0.9%氯化钠注射液1ml加地塞米松磷酸钠5mg混合成注射液2ml，于听宫穴处消毒，（碘酒7.5%），75%酒精脱碘，令患者张口处用5号注射针头刺入，得气，然后推药，每隔4日1次，共1～3次。刺灸法组：28号2寸毫针刺听宫，得气后套上2cm长的艾条将其点燃，治疗20分钟，每日1次，共6次。结果：穴位注射组总有效率为100%，刺灸法组的总有效率为70%，经统计学处理二者有非常显著的差别（$P<0.001$），穴位注射组的疗效明显优于刺灸组。（吴穆．针刺听宫治疗颞颌关节炎100例．上海针灸杂志，1993；12(1)：34）

（4）李华明设观察组58例，对照组62例。治疗方法：针刺：取下关、颊车。常规消毒后，下关直刺，进针0.8～1寸，然后颊车透下关。手法按摩：分为5步，①术者立于侧前方，右手掌面放于下颌关节周围，作旋转按揉，至发热为止；②以两手拇指掌侧置于两前下方听会处，推动，沿下颌外缘经颊车至大迎穴3～5次，在颊车穴按揉1～2分钟；③术者以右手四指放于枕后侧，拇指置于下关，按压；④行下颌关节复位；⑤最后作下颌关节周围的揉按。结果：观察组痊愈50例，总有效率为100%，对照组22例，总有效率为79%，观察组的疗效明显优于对照组。（李华明．针刺配合手法治疗颞颌关节紊乱症58例．按摩与导引，1994；(5)：15）

按语

颞下颌关节功能紊乱症是关节区神经、肌肉功能性紊乱，其主要症状是张口受限和张口、咀嚼时疼痛。一般在功能期有自愈的可能，但不论在何期针灸的治疗效果均较理想，是本病的首选治疗方法之一，也可配合按摩。若韧带松弛，发生关节半脱位或脱臼，应适当限制下颌骨的过度运动，脱位者应首先手法复位。本病初期针灸治疗效果较好，关节紊乱阶段如坚持长时间的针灸治疗，也能取得一定的疗效，晚期关节有破坏，针灸能缓解和减轻症状。久病或见有虚寒者，可配合灸法，以加强疗效。针灸临床上多采用近刺（下关、听宫、颊车、阿是穴）和远刺（合谷）相结合的方法以疏通局部经

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

气，达到活血止痛的目的，上关、下关为治疗本病的关键穴。从西医学来看，下关深处是翼升肌所在，听宫穴、颊车穴深部有咬肌，针刺（电针或加上灸）可以调整神经肌肉兴奋和抑制的平衡，使机体恢复正常状态。

为了巩固疗效，本病除用针刺治疗外，必须及时消除致病因素，避免咬嚼硬物和过度张口，避免受寒，病者还需改正创伤性咬合，纠正单侧咀嚼的习惯，注意及时修复缺牙，安装义齿，以保持正常的咬合关系。

落　枕

概述

落枕，又称“失枕”、“失颈”，即颈部伤筋。是指患者颈项部强痛、活动障碍的一种病症。多见于青壮年，儿童较少见。男多于女。春冬两季发病较高。

本病多由睡眠姿势不当，或枕头高低不适，引起颈部气血不和、筋脉拘急而致病。也可由颈部扭伤、外伤或风寒侵袭项背，局部经气不调而致。

西医认为，该病主要由颈部肌肉长时间过分牵拉而发生痉挛所致，也可见于颈椎小关节滑膜嵌顿、半脱位或肌肉筋膜的炎症。

临床表现

睡眠醒后，出现颈部疼痛，头常歪向患侧，活动不利，颈项不能自由旋转后顾，旋头时常与上身同时转动，以腰部代偿头部的旋转活动。疼痛往往累及一侧，疼痛可向肩背放射，颈部肌肉痉挛压痛，触之如条状或块状。斜方肌、大小菱形肌等处亦有压痛。

如本病系受寒而发者，颈项强痛时，常可伴恶寒、头痛等表现。本病一般起病较快，病程短，多在一周自行缓解，但易于复发。

诊断要点

（1）本病一般在睡后起床时发现疼痛。或晚上睡时被风吹时突然发病，根据这一发病诱因可为本病诊断的参考；

（2）本病可见急性颈项后部、肩部、两肩胛背之间疼痛，有肩部受压感，无固定的明显压痛点；

（3）该处肌肉痉挛，有广泛压痛，颈部屈伸活动可受限，肩胛骨前后活动可有不适感。

治疗

治法：疏经活络，调和气血。

（1）针刺

取穴：落枕　大椎　天柱　风池　肩外俞　悬钟　条山　后溪

配穴：不能前俯后仰，加昆仑、列缺；不能左右顾，加支正。

操作：所有穴位均用泻法，强刺激。或加用电针，频率为 180 次/分，以连续波，强度以病人能耐受为度，刺激时间 20 分钟。亦可单用落枕穴，刺法为直刺 0.5～0.8 寸，或后溪直刺 0.8 寸左右，得气后用提插捻转泻法，行手法操作 1～3 分钟，同时，令患者做左右摇头摆动动作，待自觉颈项转动轻松，疼痛有所减轻或消失时，徐徐退针，不按针孔。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 芒针

取穴：肩背（斜方肌上缘中部，肩井穴前1寸） 风池 大椎

方法：病人取俯卧位，刺肩背穴时，针尖向后下方，相当于第二、三胸椎横突部刺入，缓缓按压推进，并可捻转，进针深度为3～4寸，使局部产生酸胀感，有时可有麻电感向背部放散 刺风池穴可进针1.5～2寸，使感应缓缓下行，以病人患侧有麻胀快感为度。针刺手法宜平补平泻。

(3) 梅花针

取穴：大椎 大杼 肩井 肩中俞 肩外俞 风府 颈$_{1-4}$椎夹脊

方法：每次选取1～2穴，皮肤常规消毒后，对准穴位，用梅花针叩打局部皮肤，使皮肤发红，并见少量血点，然后拔火罐，如能拔出少量瘀血，则疗效更佳。

(4) 刺血疗法

取穴：大椎 肩外俞 风门

方法：每次取2～3穴，常规取穴，消毒后用三棱针迅速地刺入约半分至1分，针后迅速出针，以血出为度，然后拔罐，去罐后，头部作左右旋转运动，可每3～5天治疗1次。

(5) 耳针

取穴：颈 颈椎 肩 枕 神门

方法：每次取2～3点，常规取穴，对准穴点快速刺入，深度1分左右，约至软骨组织，以不刺透对侧皮肤为度。捻转数秒钟后，留针20～30分钟，每日或隔日治疗1次。或用王不留行籽进行耳穴贴敷，自己按压穴位，手法由轻到重，按至有热胀感和疼痛（以患者能耐受为度），并嘱患者转动头颈，每日按压4次以上，每次2分钟左右。

(6) 水针

取穴：压痛点及痉挛的肌肉

方法：选准压痛点及痉挛肌肉，常规消毒，针刺后推注药液（1%普鲁卡因2ml，或维生素$B_1$100mg，维生素B_{12}1mg）。每日或隔日1次。

文献摘要

(1) 杨军林等取中平穴（足三里直下1寸处），左病右取，右病左取，双侧疼痛取双侧穴位，穴位常规消毒后，视病人胖瘦用2～4寸毫针直刺，以泻为主，用力提插捻转，使针感上下传导为宜，同时，令患者活动颈部，留针15～20分钟，每3～5分钟行针1次，每日1次，共治155例，结果1次治愈124例，2次治愈27例，3～5次治愈4例，总有效率100%。（杨军林，薛浩．中平穴治疗落枕．四川中医，1992；10(3)：49）

(2) 归成取合谷穴，颈项向右侧转动受牵掣和疼痛者，针刺左侧合谷，若颈项向左侧转动受牵掣和疼痛者，针刺右侧合谷，若颈项左右转动和屈伸均困难者，针双侧合谷，直刺后溪穴，用3寸毫针垂直刺入，强刺激手法，留针10～20分钟，共治500例，治愈425例，其中1次治愈者225例，针2～3次治愈者170例，一般针刺2分钟后即可见效。（归成．针刺合谷穴治疗落枕500例．广西中医药，1992；15(5)：47）

苏锦花治疗本病100例，选患侧手三里穴，取30号2寸不锈钢毫针，先浅刺于皮

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

下，然后举起患侧手臂，将针刺入0.5寸，以提插泻法为主，结合捻转，行针2～5分钟。患者有酸、麻、胀、痛感时，嘱活动其颈部，动作由慢到快，幅度由小到大，把针提到皮下后放下手臂，颈部可适当活动，如仍疼痛可重复进行举臂捻针，每次留针15～30分钟。结果治愈92例，好转8例。

（苏锦花．针刺手三里治疗落枕．中国针灸，1994；14(1)：22）

按语

针灸是治疗落枕的有效方法之一，疗效好，见效快，多以风池、合谷、阿是穴、落枕穴为主，可单穴使用，亦可多穴联用，一般左病取右，右病取左，双侧病变取双侧穴位。落枕病人应及早接受治疗，有利于病情康复。用毫针治疗此病，除上述选穴配方外，还可用同侧绝骨穴深刺，或养老、后溪穴等任选一穴，针刺得气后，手法上多主张强刺激，在留针期间，嘱活动颈部，幅度由小到大，往往可有立效。其中边刺边活动颈部尤能提高疗效。此外尚可配合刺络拔罐、艾灸、按摩等方法以加强疗效。

睡眠时枕头的高低要适当，避免吹风受寒，防止复发。若病人在一段时间内反复落枕，在除外高枕等诱发因素外，宜行详细检查，及拍X线片，以考虑早期颈椎病。

颈椎病

概述

颈椎病是因颈椎间盘退变，颈椎骨质增生，韧带及关节囊的退变、肥厚等病变，刺激或压迫颈神经、神经根、脊髓、血管、交感神经和其周围软组织而引起的综合症候群。患者年龄大多在40岁以上，颈肩部酸痛为其临床特点。临床上可具体分为①神经根型，②脊髓型，③椎动脉型，④交感神经型，⑤软组织型。

本病在祖国医学中可归入“痹证”的范畴，年老肝肾亏虚，正气不足，筋骨失养为发病的内在因素，而感受风、寒、湿、热为引起本病的外因，主要病机为邪气羁留，经络阻滞，气血运行不畅。

西医认为本病是人体颈椎间盘逐年退变，出现纤维环弹力减退，椎间隙狭窄，椎体边缘骨质增生，椎关节不稳定，黄韧带肥厚、变性、钩突关节增生及小关节等的继发性改变。这种变化在活动范围较大、易于遭受外力的颈椎更易于发生。这些结构上的变化，必然导致颈椎椎管和椎间孔的变形、狭窄、直接刺激、压迫或通过影响血液运行使颈部脊神经根、脊髓、椎动脉及交感神经发生功能或结构上的损害，并引起相应的临床表现。

临床表现

本病一般起病缓慢，大多在30岁以上发病，病程长，反复发作。

（1）神经根型：颈背疼痛，可为持续性隐痛或酸痛，亦可为阵发性剧痛。下颈椎病变可向前臂部放射，多为单侧，亦可双侧，手指呈神经根分布的麻木及疼痛，有时患肢及手握力减弱，手中握物有掉落现象。颈部发僵，活动受限，当颈部活动或腹压增加时症状加重。本型病例，可见臂丛牵拉试验阳性，肩部下压试验阳性，椎间孔挤压试验阳性，严重者可有上肢肌肉的萎缩。不同椎体骨质增生、间隙狭窄或椎间孔狭窄的部位引起相应的神经根症状，可见表5-15。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表 5-15

增生间隙	疼痛麻木区	受累肌肉	神经反射
C3～4以上	颈部、后枕部		无反射改变
C4～5（颈五）	颈部、肩颈——上臂外侧、前臂桡侧	三角肌	肱二头肌反射早期活跃，后期减弱
C5～6（颈六）	上肢外侧，前臂桡侧——拇、食指	肱二头肌	桡反射、肱二头肌反射早期活跃，后期减弱
C6～7（颈七）	同上，但放射到食指中指	肱三头肌	肱三头肌反射
C7～8（颈八）	上臂内侧，前臂尺侧到四、五指	前臂及手部肌肉	无反射改变

（2）脊髓型：颈肩疼痛伴见四肢症状，呈进行性加重。可见一侧或双侧上肢的运动障碍，或运动感觉障碍，部分病人出现胸腹束带感，行走笨拙甚至不能站立与行走，有明显的脊髓切段损伤表现，有节段痛温觉减退，触觉存在，但与实际受损平面低5～6全节段，呈现分离性感觉障碍和体征所示平面与实际损伤平面相分离现象。病人或出现头痛，头晕，甚至大便失禁，尿频。查体肌力减弱，感觉减退，病理反射阳性，四体肌张力增高，甚至可见有阵挛，脊髓造影或CT检查，可以明显看出颈部椎管不完全性梗阻。

（3）椎动脉型：表现头晕、恶心、呕吐、四肢麻木、力弱、甚至猝倒，但无意识障碍。出现明显的颈性头痛，颈性眩晕，及晕厥。症状的出现常与头部的转动有关，如在锁骨下动脉或椎动脉处若闻及血管杂音或两侧上臂血压差别明显，对本病有参考价值，椎动脉造影可确诊本病。

（4）交感神经型：多数病人有轻微的颈、肩的神经根刺激症状，同时可见头痛、偏头痛、头昏、枕部痛、头胀、眼裂增大、视物模糊、彩视、瞳孔增大，眼窝胀痛，眼发涩和流泪。一侧面部或头颈、手足多汗。患侧手可有麻木、肿胀、发凉、疼痛等表现。还可见鼻塞、血压偏低、胃蠕动增加或嗳气等交感神经抑制症状。

（5）软组织型：反复发作的颈项疼痛，延及上背部，不能俯仰旋转，每发作3～5天后，可有一段缓解的时间。个别病人合并有眩晕或偏头痛。颈椎棘突及其两侧可有压痛。

诊断要点

（1）应注意发病的年龄，颈型颈椎病多发生于青壮年，过劳、寒冷刺激、姿势不当等诱因可诱发；神经根型、脊髓型及椎动脉型颈椎病多发于中老年人。

（2）颈部表现亦有助于判别各型颈椎病，颈型颈椎病，多见颈部僵硬，酸痛，且向肩背部放射；神经根型颈椎病则为颈肩背部酸痛、刀割样痛，颈根部可有电击样痛，放射至肩、臂及手指；交感神经型颈椎病，见颈肩部酸困、压迫性钝痛，部位深而模糊；脊髓型和椎动脉型颈椎病可无明显的颈部症状。

（3）不同型颈椎病可依据不同的诊断方法，颈型颈椎病有明确的X线平片征象；神经根型颈椎病X线下有生理前凸消失，椎间隙变窄，椎体缘及钩突关节骨赘形成，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

或椎间孔变小、椎管狭窄等，肌电图神经传导速度延缓；脊髓型颈椎病有椎管狭窄，脊髓压迫征；椎动脉型应靠椎动脉造影确诊。

（4）颈型颈椎病应与颈部扭伤、神经衰弱、肩周炎及肩背肌膜炎等其它慢性颈肩疼痛相鉴别；神经根型颈椎病应与臂丛神经痛、胸廓出口综合征、颈肋等病相鉴别；椎动脉型颈椎病应与脑动脉供血不足、神经衰弱、偏头痛、小脑桥脑角肿瘤等相鉴别；脊髓型颈椎病应与脊髓感染、外伤及椎管内占位性病变相鉴别。

治疗

治法：疏经通络，活血化瘀。再根据病情的偏胜而酌情兼予祛风、散寒、除湿、通络。本病日久则应正气亏损的不同，而采用益气养血，补养肝肾之法，标本兼顾。

（1）针刺

取穴：相应颈夹脊　阿是穴　风池　天柱　大椎　列缺　曲池　合谷

配穴：神经根型，配肩中俞、大杼、曲泽、少海、悬钟；脊髓型，配天柱、肩髃、膏肓俞、阳池、秩边、风市、丘墟；椎动脉型：天柱、印堂、太阳、合谷；交感神经型：风府、百会、太冲、通里、血海、心俞。

操作：风寒湿痹，加用温针灸或在局部拔罐；热痹加用刺络疗法。脊脊向脊柱方向斜刺，行捻转泻法，给予较强刺激。另外，根据各大类型所出现的不同症状表现，还需作相应的对症处理。

（2）耳针

取穴：颈　颈椎　神门　枕　内分泌　肾

方法：每次取2～3穴，进针后予以中强刺激，留针15分钟，每隔5分钟行针1次。亦可行埋针疗法。每日1次，或隔日治疗1次，15次为1疗程。

（3）刺血疗法

取穴：颈夹脊

方法：在病变颈椎两侧用皮肤针叩刺，待轻微出血后加拔火罐5分钟左右。

（4）穴位注射

取穴：相应颈椎夹脊　大椎

方法：酌取骨宁注射液，丹参注射液，醋酸维生素E油剂。选定穴位，常规消毒，进针得气后，每穴注入0.5～1ml，每周2次。

（5）头针

取穴：①神经根型：对侧感觉区上1/3的下段　对侧上肢感觉区

②脊髓型：对侧运动区　双侧足运感区

方法：快速进针，刺入一定深度后快速捻转，不提插。持续捻针2～3分钟，留针10分钟，然后再重复捻转行针，反复行针2～3次后即可出针。急性期每日1次，缓解期可隔日1次，10次为1疗程。

文献摘要

（1）董敏伟将96例颈椎病患者随机分为治疗组和对照组二组各48例，治疗方法：以0.3×40mm毫针采用骨膜取穴法，穴点位置在喉结平开，胸锁乳突肌后缘，天窗穴进针，在骨膜上行雀啄手法20次，不留针。常规取穴：取风池、肩中俞、肩外俞、肩井、曲池、外关、合谷。刺法：治疗组：天窗穴骨膜刺，加常规取穴，对照组仅行常规

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴。疗程：每周3次，10次为1疗程。结果：治疗与对照组疗效差别非常显著，加用天窗骨膜刺可以明显的提高疗效。

（董敏伟．骨膜刺治疗颈椎病48例．南京中医药大学学报，1996，12(3)：36）

(2) 汪令崇以76例颈椎病病例采用针刺和颈牵的方法治疗作为对照组，再设46例单纯针刺作为对照组。治疗方法：取颈椎2～7棘突当中的压痛点，阿是穴为主，配以肩髃、曲池、外关、合谷，消毒后进针，得气，每日1次，10次为1疗程。颈牵为布颈牵引，持续15～20分钟，牵引重量3kg始，逐日递增，每日1次，10次为1疗程。结果：二组的疗效无明显差别。

（汪令崇．针刺、颈牵治疗颈椎病76例临床观察．黑龙江中医药，1995，(5)：42）

(3) 范兆金设电温针组、电针组和温针组各40例。治疗方法：电温针组：取夹脊穴、天柱、大椎、阿是穴，30号2寸针颈部穴位直刺1寸或更深，得气后，接G-6805电针治疗仪，用连续波30分钟，每日1次，10天为1疗程，并在针柄套上艾条。电针组治疗取穴同上，温针组穴位同上，得气后，插上已燃之1寸左右的艾条段，疗程各组均相同。结果：三组中电、温针组总有效率最高，经统计处理表明，电温针组的疗效高于后二组。

（范兆金．电温针治疗颈椎病临床观察．新中医，1996，25(12)：29）

按语

针灸治疗颈椎病疗效显著，其中尤以神经根型为好，而脊髓型疗效差。在各种疗法中以穴位综合疗法效果最佳。针灸治疗主要适应于退变过程中的颈椎失稳期和骨赘刺激期，而对于骨赘压迫期，则需采取综合治疗措施包括外科手术。

针灸治疗该病主要是通过改善局部血液循环，解除粘连和痉挛而起作用，实验表明，针刺可使血管痉挛得以缓解，使颈椎动脉血流增加；可使患者的主观疼痛感觉缓解，颈部肌电明显改善。

本病容易复发，故在针灸治疗的同时，应避免长期屈头工作，睡眠时枕头的高低要适当。平时应进行适当的功能锻炼，避风寒、寒湿之邪。

肩关节周围炎

概述

肩关节周围炎，简称“肩周炎”，又称“冻结肩”、“漏肩风”等，是肩部周围冈上、下肌、大小圆肌、三角肌、肩胛下肌等软组织损伤性疾病。以长期肩痛，肩关节活动障碍为特征。好发于50岁左右女性的右肩，故又称“五十肩”，有自愈倾向，预后良好。

本病在中医属于“痹症”、“肩痹”的范畴，其病机是由于年老体衰，气血虚损，筋失濡养，风寒湿外邪侵袭肩部，经脉拘急所致。其中气血虚损，血不荣筋为内因，而风寒湿邪外袭为外因。

西医认为本病为肩关节的关节囊周围软组织发生的一种范围较广的慢性无菌性炎症反应，引起软组织广泛的粘连，限制了肩关节的活动。冈上肌肌腱炎症、肱二头肌肌腱炎、肩峰下滑囊炎、创伤、疾病造成的肩关节长期不动、内分泌紊乱、慢性劳损、感受风寒湿邪等因素均可引发肩关节周围炎。由于肩部肌腱、肌肉、关节囊、滑囊、韧带充血水肿，炎症细胞浸润，组织液渗出形成疤痕，造成肩组织挛缩，肩关节滑膜、软骨间

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

粘连。肩周软组织的广泛粘连，造成肩关节活动的严重受限。

临床表现

多数病例慢性发病，隐袭进行，常因上举外展动作引起疼痛始被注意。亦有疼痛较重进展较快者，个别病例有外伤史。主要表现肩周疼痛，肩关节活动受限或僵硬。疼痛可为钝痛、刀割样痛，夜间加重，甚至痛醒。疼痛可放射至前臂、或手部、颈、背部、亦可因运动而加重。局部压痛点一般在肩峰下滑囊、肱二头肌长头腱、喙突、冈上肌附着点等处。或肩部广泛压痛而无局限性压痛点。肩关节各方向活动受限，尤以外展、外旋和后伸最为严重。此时用一手触摸肩胛下角，一手将患肩外展，感到肩胛骨随之向外上转动，说明肩关节已有粘连。病程较长者，可见肩胛带肌萎缩，尤以三角肌萎缩明显。此病进展数月至二年左右，可自行中止发展，疼痛消失，肩部活动逐渐恢复。临床可将本病分为三期。

（1）急性期：病期约1个月左右，亦可延续2～3个月。本期患者的主要表现是肩部疼痛，肩关节活动受限，是由于疼痛引起的肌肉痉挛，韧带、关节囊挛缩所致，但肩关节本身尚能有相当范围的活动度。

（2）粘连期：病期约2～3个月，本期患者疼痛症状已明显减轻，其表现为肩关节活动严重受限，肩关节因肩周软组织广泛粘连，活动范围极小，外展及前屈运动时，肩胛骨随之摆动而出现耸肩现象。

（3）缓解期：为本症的恢复期或治愈过程。本期患者随疼痛的消减，肩关节的挛缩、粘连逐渐消除而恢复正常功能。

X线检查，肩周炎是软组织病变，所以X线多属阴性，对诊断无直接的帮助，但可以排除骨和关节疾病，有时可见骨质疏松、冈上肌腱钙化，或大结节处有密度增高影。

诊断要点

（1）根据发病年龄，及特殊的肩部疼痛特点，及肩关节活动受限等表现，一般不难诊断。

（2）物理检查，X线下，本病常无特殊发现，后期可有肱骨头上移征象。肩关节造影：关节腔囊明显缩小，腋窝的囊腔皱褶部分消失。关节镜检查：关节腔变小，关节滑膜与肱骨头之间有粘连。

（3）本症需与肩部骨与关节软组织的损伤，及由此而引起的肩关节活动受限的疾患相鉴别。前者多有明显的外伤史，且可查到原发损伤部位，恢复程度一般较本症差；另外，还应与颈椎病相鉴别，它虽可有肩部的放射痛，但在肩部往往无明显的压痛点，且见有颈部活动的障碍，肩部活动尚好。

治疗

治法：舒筋通络，疏调气血。

（1）针刺

取穴：肩髃　臑俞　肩髎　臂臑　压痛点　肩内陵　天宗　巨骨

配穴：肩不能上举，取后溪、养老；肩不能后伸，取太渊、经渠、手三里；肩不能平举，取会宗、支沟、中渚、阳池。

操作：肩部穴位应深刺或透刺，或行合谷刺，其中肩髃穴令患者抬肩，向极泉方向

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

直刺进针，深约 2～3 寸，使局部产生酸胀感；亦可斜刺，向肩内陵、肩髃、三角肌等方向分别透刺，进针 2～3 寸，使病人产生酸胀感向肩关节方向扩散，或产生麻木感向肩臂扩散。配穴行平补平泻法，留针 20～30 分钟，留针时加温针灸或艾条灸，或针后拔罐，也可接上电针，每次选取 2～4 个穴位，通电 10 分钟，隔日 1 次。还可在肩关节局部压痛点刺络放血，拔罐，每 4～7 天 1 次。

（2）芒针

取穴：肩髃　极泉透肩贞　条口透承山　曲池　手三里

方法：让病人坐位肩平举，深刺肩髃穴，肩不能抬举者可局部多向透刺，使肩能平举，然后刺极泉透肩贞及其它穴。条口透承山又称“条山穴”，让病人坐位，两腿屈成直角，从条口进针，进针后频频捻转，边捻针边令病人抬起肩部，并活动患肢，动作由慢到快，用力不宜过猛，以防引起疼痛，然后留针 20 分钟。

（3）耳针

取穴：肩关节　肩　肾上腺

方法：用左手食指和中指托住耳背相应部位，以左手拇指把耳轮向外推开，然后用右手持耳针对所选穴位直刺、斜刺或横刺。3 次为 1 疗程。或用王不留行籽作耳穴埋压。

（4）头针

取穴：顶颞前斜线（前顶至悬厘穴连线的中 1/3 节段）。单肩者取对侧，双肩者取双侧。

方法：用 28～32 号 1.5 寸毫针，在顶颞前斜线进针约 1 寸，疼痛在肩前，针尖方向向阴面，在后侧针尖方向向阳面，用抽气法运针，以疼痛消失或减轻为得气，留针 1 小时以上，每 10 分钟行针 1 次，同时活动肩部。以上治疗隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（5）穴位注射

取穴：阿是穴（压痛点）

方法：找准压痛点，常规消毒，然后将药物（1% 普鲁卡因 10ml 加强的松龙 25mg；或 1% 普鲁卡因 20ml 加强的松龙 50mg）注入肱二头肌长头腱内，每穴注入 1ml。隔 5 天注射 1 次，3 次为 1 疗程。本法对初期肩周炎患者具有明显的止痛和改善肩关节功能障碍的作用。

（6）火针

取穴：条口　膏肓俞　阿是穴

方法：将针尖和针身烧红，迅速刺入穴位内并立即将针拔出，前后操作时间在 1 秒钟左右，快速则少痛。针刺深浅根据穴位局部肌肉的厚薄来决定，一般在 5 分～1 寸左右。出针后用干棉球轻轻按揉针眼，可减轻后遗不适感。肩部疼痛剧烈可每日治疗 1 次，慢性疼痛治疗间隔时间可延长至 3～5 天治疗 1 次，6 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）胡晓冬将门诊患者随机分为观察组 39 例，对照组 24 例。观察组采用头针对侧的顶旁Ⅰ线、顶旁Ⅱ线，顶颞前线中五分之二，快速捻转进针，中强度刺激，留针 30 分钟。同时针刺肩贞、肩髃、肩外俞、天宗、曲池、阳陵泉，以上二法，隔日交替使用，10 天为 1 疗程。对照组仅用针刺肩髃、肩外俞、天宗、曲池、阳陵泉。二组患者

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

均未使用辅助药物。结果：观察组有效率为100%，而对照组为91.7%，经统计，二组差异明显（P<0.05）。

（胡晓冬．头针体针结合治疗肩周炎63例．上海针灸杂志，1993，12(1)：30）

（2）袁道文将98例肩周炎病例随机分为治疗组和对照组各45例。治疗方法：根据经肩各经筋的走向和分布，并结合疼痛的部位进行分型取穴，手太阴经型取患侧第一掌骨桡侧之肩穴，手阳明经型取患侧第二掌骨桡侧之肩穴，手太阳经型取第五掌骨尺侧之肩穴，选用毫针垂直进针1.2寸，用白虎摇头法，每5分钟行针1次，每次行针1分钟，留针30分钟，同时进行功能锻炼，每日1次。对照组根据病因病机和疼痛部位，取肩髃、肩贞、臑俞、天髎、肩井、曲池、阳陵泉、外关、合谷等穴，每次选4～5穴，平补平泻，留针30分钟，寒证加灸，每日1次。结果：治疗组有效率为100%，而对照组为96%，治疗组疗效明显高于对照组（P<0.05）。

（袁道文．生物全息针刺疗法治疗肩周炎44例．上海针灸杂志，1995，14(2)：68）

（3）黄巍设阻力针法组和普通针刺组（对照组）二组。治疗方法：阻力针法组：坐立做疼痛的动作，在最疼痛的姿势中认真寻找最痛点，找到“动痛穴”后下针，高频震颤手法，每分钟700次以上，直至疼痛消失，隔日1次。普通针刺组：平卧，在条口消毒，以毫针刺入条口透承山，提插捻转强刺激，左肩取右，右肩取左，双肩取条口，留针20～30分钟，隔日1次。结果：阻力针法组的疗效明显高于普通针刺疗法的对照组（P<0.05）。

（黄巍．阻力针法治疗肩周炎76例．上海针灸杂志，1995，14(2)：69）

（4）许玉虎设辨证分经组和巨刺组各120例，其治疗方法：巨刺组：在辨证分经的基础上，取患肩对侧膝关节周围相对应经的经穴，并在膝关节找压痛点，强刺激以患者能耐受为限，针刺时嘱患者活动患肩。辨证分经组：根据肩关节疼痛部位和经络循行路线的关系，辨证分经取穴治疗，强刺激以患者能耐受为度，留针30分钟，中间行针1次。治疗结果：巨刺有效率为100%，而辨证分经组的有效率为68%，二组疗效差别非常显著（P<0.01）。

（许玉虎．巨刺法治疗肩周炎120例．上海针灸杂志，1994，13(3)：116）

按语

针灸是治疗肩关节周围炎的最有效的方法之一，可明显的缓解甚至消除肩部疼痛，目前临床上常于肩部和肩周选穴，并远道配合手足阳明经穴位进行治疗。在疾病的初期，可进行拔罐或刺络拔罐，若疼痛发展到以疼痛为主要表现时，则以针灸的止痛效果为佳。针刺时可先用远端取穴，让病人活动关节20分钟左右，然后再取局部穴位。针灸对病程较短的肩周炎疗效较好，但对有明显的肌肉萎缩和肩关节粘连的患者，则应配合其它疗法，综合治疗，如可结合推拿按摩、手针、激光、磁疗低频脉冲、微波等方法。

此外，肩周炎患者在针灸治疗的同时，还必须进行积极的功能锻炼，常见的方法有：①爬墙锻炼：面对墙壁，用双手或单手缓缓向上爬动，使上肢尽量高举，然后再缓缓向下回到原处，反复进行；②体后拉手：双手向后反背，由健手拉住患肢腕部，渐渐向上抬拉，反复进行；③外旋锻炼：背部靠墙而立，双手握拳屈肘，作上臂外旋动作，尽量使拳背靠近墙壁反复进行。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

肱骨外上髁炎

概述

肱骨外上髁炎，又名肱桡滑囊炎，俗称“网球肘”。是指肱骨外上髁、桡骨头、肱桡关节滑囊处无菌性炎症而言，本症多见于从事旋转前臂和屈伸肘关节的特殊工种，如网球运动员、木工、钳工、水电工等。多因前臂旋转用力不当，致使前臂伸腕肌的起点处“肱骨外上髁”扭伤。本病多见于成年人，男女之比为3:1。

本病属于中医“筋痹”、“肘劳”和“肘痛”的范畴。认为是由于肘腕长期过劳，气血虚弱，加之风寒湿邪积聚肘节，风寒敛束脉道，流注关节，经筋瘀阻，脉络不和所致。

西医认为本病的发生可因长期劳累，伸腕肌起点受到反复牵拉刺激，引起前臂伸肌总腱部分撕裂、扭伤、钙化、无菌性坏死所致。还可表现慢性肱桡关节的滑膜炎，局部滑膜皱襞过度增厚，桡骨头环状韧带退行性变化，前臂伸肌总腱深面的滑囊炎，皮下血管神经束的绞窄等病理变化。急慢性无菌性炎症，日久而致的肉芽组织形成、粘连、出血、机化和肥厚等组织病变，使关节僵硬疼痛，运动受限而致功能障碍。

临床表现

本病的主要表现为肘关节外侧疼痛、无力，进行性加重。一般以右侧发病为多。可因用力不当而诱发，但多数起病缓慢，并逐渐出现方向性的疼痛。

前臂旋转功能受限，握拳旋转时疼痛。患者握力减弱，前臂有无力的感觉，如提热水瓶、扭毛巾和扫地时均感到疼痛乏力，约有⅓的患者可出现疼痛向上臂、前臂及腕部放散，而影响肢体活动，但在安静时一般疼痛缓解。

肱骨外上髁有敏感的压痛，压痛点多位于肱骨外上髁、环状韧带、或肱桡关节间隙处，常有锐痛，将患者患侧肘关节稍屈曲，手握掌腕关节强度掌屈，做前臂旋前、伸肘活动时，可引起肱骨外上髁处疼痛，即密耳氏试验阳性。肱骨外上髁处一般不肿，或肿胀不明显，较重时局部可有微热，病程长者，可有肌萎缩，严重者，局部显现高突或夜间痛。肘关节不肿，屈伸范围不受限。X线检查多为阴性，偶见肱骨外上髁处骨质密度增高的钙化阴影。

诊断要点

（1）多有前臂伸肌群反复牵拉刺激的劳损史，好发于中年人。如病人是如上所说的用肘的特殊工种，则更倾向于本病的诊断。

（2）根据肘外侧疼痛、无力，局部有明显的压痛点，尤以伸肌总腱附着处及肱桡关节间隙处为主，密耳氏试验阳性，但无明显肿胀等特征，临床不难诊断。

（3）临床上应与肱骨内上髁炎、肘关节骨化性肌炎、前臂伸肌腱周围炎及尺骨鹰嘴滑囊炎等疾病相鉴别。

治疗

治法：舒筋通络止痛。

（1）针刺

取穴：阿是穴　曲池　肘髎　手三里　合谷

操作：阿是穴可用一针多穴的透刺法，或用齐刺法、恢刺法，应以平补平泻手法，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

局部出现酸胀感即止，不必大幅捻转。针后局部可配合温针灸，或局部用艾条悬灸，灸至局部皮色微红为度。必要时，也可配合电针治疗。病变部位的远端穴位可行提插捻转泻法。针灸每天或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）穴位注射

取穴：肘部阿是穴

方法：局部皮肤消毒后，进针行提插捻转法，得气后，注入药液 1ml。注射用药为强的松龙 25mg 加 1% 的普鲁卡因 2ml。如治疗后疼痛没能缓解，7～10 天后可再行治疗。

（3）梅花针

取穴：阿是穴　肘髎　曲池　手三里

方法：皮肤常规消毒后，先叩刺肘部阿是穴，然后再叩刺上下各 1～2 个穴，均用重叩法，以皮肤轻微出血为度，揩净出血后，再悬灸压痛部位，以皮肤发红为度。每日或隔日治疗 1 次，6 次为 1 疗程。

（4）耳针

取穴：肘关节　肾上腺　皮质下　顶叶（相当于神门）

方法：用半寸毫针于选定穴位快速刺入，深度为 1 分左右，以不穿透对侧皮肤为度，然后捻针数秒钟，每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。或于选定耳穴埋压王不留行籽，每 3 日更换耳穴 1 次，5 次为 1 疗程。

（5）刺血

取穴：阿是穴

方法：选准压痛点，皮肤常规消毒，对准穴位用三棱针迅速刺入 1 分至 5 分，随即出针，以血出为度，针后局部拔罐，拔出恶血，如不易拔上，可先铺一湿面饼，然后拔罐。每 3～5 天 1 次，一般治疗 3 次，最好不要超过 5 次。此法最适宜于局部肿胀者。

文献摘要

（1）唐卫华将 112 例病人随机分为穴位注射治疗组 70 例和对照组 42 例，治疗组：取穴外关透内关，平补平泻，每日 1 次，起针后再取阿是穴进行穴位注射，药物剂量均与对照组相同，每隔 3 天 1 次，6 天为 1 疗程。对照组：取强的松龙与普鲁卡因各 1ml 混合后穴位注射，注入阿是穴，3 日 1 次，6 天为 1 疗程。结果：治疗组和对照组的痊愈率分别为 95.7% 和 66.6%，经统计学处理，$P<0.01$，说明治疗组与对照组疗效差异极为显著。

（唐卫华．针刺配合穴位注射治疗网球肘 70 例．中国针灸，1996，16(4)：43）

（2）唐文奎针刺偏历治疗网球肘 116 例，另设对照组 42 例。治疗方法：治疗组取患侧偏历，用 40～50mm 毫针，坐位，曲肘，针刺向肘处，以 45° 角用短刺法缓慢摇动针体至骨骼，提插捻转，得气后用艾条温和灸 1 分钟，以感温知暖为度，活动关节，20～50次，每天 1 次，10 次为 1 疗程。对照组取曲池、合谷、肘髎、天井、尺泽，平补平泻，得气后留针 15～30 分钟，疗程同治疗组。结果治疗组的疗效明显优于对照组。

（唐文奎．针灸偏历治疗网球肘 116 例．上海中医杂志，1996，15(2)：15）

（3）廖红喜设水针艾灸组和针刺对照组二组，其治疗方法：水针艾灸组取肘部压痛点曲池，用 5ml 针管、5 号针头，抽取 2% 普鲁卡因 2ml 和醋酸强的松龙 2ml（25mg）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

混合液，先将曲池和压痛点消毒，刺入，得气后回抽无血，推入2ml，在压痛点作皮下注射，然后点燃艾条，在压痛点及曲池处熏灸，以局部潮红为度。水针3天1次，3次1个疗程，艾灸每天2次，直至病愈。针刺对照组：取曲池、手三里、外关、上廉、手五里等，常规消毒，用毫针直刺曲池、外关和阿是穴、手三里、手五里，并按G-6805电针仪用连续波，7次为1疗程。结果：水针艾灸组的有效率为100%，而针刺组有效率为76%二组疗效有明显差异（$P<0.005$），水针艾灸组的疗效明显优于针刺组。

（廖红喜．水针配合艾灸治疗网球肘82例．上海针灸杂志，1995，14(2)：73）

(4) 陈敏设钩针组53例，针刺组30例。钩针组，消毒，快速刺入进入皮下，施行适应本症的特殊操作，患者常出现酸胀、舒适、温热感觉，倒退出针，每隔3天针1次。针刺组，以30号1.5寸毫针，针阿是穴、曲池、手三里，留针30分钟，隔天1次。结果发现：钩针组的疗效明显高于对照组（$P<0.05$）。

（陈敏．钩针与针刺治疗肱骨外上髁炎的疗效比较．针灸临床杂志，1996，12(11)：25）

按语

针灸是治疗肱骨外上髁炎的最有效的方法之一，临床绝大部分治疗是先予远道取穴，扶突穴中强度刺激对本病的疼痛具有较好的即时止痛作用，局部取穴以肘部阿是穴为主，病变局部应采用较为轻柔的刺激，一般2天针刺1次效果更好。一般以通过局部刺激，加强血液循环，促进炎症和血肿的吸收，使疾病恢复。另外，水针方法亦较常用，如注射点选择的好，可即刻止痛。针灸诸法中，温针灸的方法疗效较为显著，因本病由长期劳损所致，气血运行不畅，在针刺时可加用灸法，可起到单纯针刺所不及的消失止痛，尤其是反复发作的肘痛更为多用。该病如早发现，早治疗，则疗效更佳。

该病在治疗期间应注意休息，减少患部的活动，以利于炎症的早日吸收。针灸治愈后，仍需好生养护，避免再度劳伤，否则极易复发。

腕管综合征

概述

腕管综合征又名腕管狭窄症。近三十年来为临床逐渐掌握，是一种因屈指肌腱鞘发炎、肿胀、增厚，压迫腕管内的正中神经，而引起手指麻木、刺痛和无力为主的综合征。

中医将其为“痹症”的范畴。认为本病发生的主要原因是寒湿淫筋，风邪袭肌或不慎跌挫，血瘀经络以致气血流通受阻而病。

西医认为本病可引发于腕管外伤，或慢性劳损、局部肿物压迫，也可因某种职业性损伤，如用手抓、搬运、捻、捏、扭等劳作工人的慢性劳损，均可致腕管的狭窄，而罹患此病。所谓腕管，是指腕掌侧横韧带与腕骨所构成的管状韧带隧道，内有拇长屈肌腱与4个手指的深浅屈肌腱及正中神经。正中神经居于浅层，处于肌腱与腕横韧带间。任何使腕管缩小或其内容物增多、增大的原因，均可导致正中神经受压，从而产生腕管综合征。

临床表现

本病的主要症状是正中神经在腕横韧带以下被卡压。患手桡侧3个半手指感觉异

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

常、麻木或刺痛，夜间加重，有时痛醒，温度增高时疼痛加重，活动或甩手时减轻。患者握力减弱，握物或端物时偶有失手的情况。寒冷季节可见发绀、发冷，手指活动不便，拇指外展力差。严重时可有鱼际肌萎缩、皮肤发亮、指甲增厚、患指溃疡等神经营养障碍的症状。

基本体征，早期发现手指感觉过敏，拇、食、中指明显，病程长者可有大鱼际萎缩和拇指无力。其它体征有：①叩诊试验阳性，即轻叩腕管正中部位之正中神经，桡侧3个半手指有放射样触电样感觉；②屈腕试验阳性，病人两肘搁在桌上，前臂与桌面垂直，两腕掌屈，此时正中神经被压在腕横韧带的近侧缘上，40秒钟后症状加重即为阳性。③压脉带试验阳性，应用血压表，气囊充到收缩压与舒张压之间，使患手充血，1分钟后症状加重。④出汗试验阳性以患手各指压茚三酮显色纸上，可发现有正中神经分布的手指痕染色较浅，是出汗较少的缘故。

诊断要点

（1）根据其症状，正中神经分布区的疼痛和感觉障碍，大鱼际肌萎缩，腕部外伤史，或特殊职业腕部劳损史等，可以考虑本病的诊断。

（2）特殊的正中神经损伤体征，可支持本病的诊断。

（3）本病应与以下疾病相鉴别：①颈肋，可有手指发麻或疼痛，但不局限于正中神经区，较多在患者的尺侧，同时伴见血管症状，如手指发冷、紫绀，桡动脉搏动较另一侧减弱，X线片示颈肋即可确诊；②颈椎病与颈椎间盘突出症，麻木疼痛区不局限于手指，前臂也有感觉减退区，并可伴见神经根受压的病史；③多发性神经炎，多发于双侧，病变范围不局限于正中神经，尺、桡神经亦受累，还可出现手套或袜套样征；④脊髓肿瘤，当肿瘤压迫颈6、7神经根时，可出现进行性加重的腕部症状，但亦可影响至腕以上、颈、肩等处。

治疗

治法：通经活络。

（1）针刺

取穴：大陵　八邪　外关　内关

方法：以大陵为主穴，针尖向腕管内刺入，中强刺激，不留针，使局部有胀痛感或有麻电感向指端放散。必要时加八邪、内关、外关，以加强刺激。亦可施以平补平泻法，得气后留针15分钟，隔日1次，10次为1疗程。

（2）灸法

取穴：阿是穴　腕管周围

方法：可在阿是穴处行隔姜灸，5～7壮，每日灸治1～2次，5次为1疗程。或在上穴行艾条悬灸，连续施灸10～20分钟，至局部发红为止，每日灸治1～2次，5次为1疗程。

（3）梅花针

取穴：腕管周围

方法：皮肤常规消毒后，在患侧腕上约2横指处，作环状叩刺，叩刺宽度为1～2cm，以局部充血为度。

（4）穴位注射

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：阿是穴

方法：以醋酸氢化考的松 0.5ml 加 2% 普鲁卡因 1ml 作穴位内注射，每穴注入药液 1ml，每 2～7 天治疗 1 次，6 次为 1 疗程。

(5) 耳针

取穴：腕　肾上腺

方法：常规方法，半寸针刺入选定耳穴，捻转得气后留针 10～25 分钟，10 次为 1 疗程。或作耳穴王不留行籽埋压。

文献摘要

(1) 陈宁用针灸治疗腕管综合征 98 例，施治原则为通经活血，选穴以手厥阴经为主，主穴：大陵。配穴为八邪、内关。针刺手法：针刺大陵穴针尖向腕管内直刺，以针感传至指尖为度；内关可透外关；八邪沿掌骨向上直刺，均用泻法，留针 30 分钟，并加电针，针后用艾条灸大陵 20 分钟，针刺隔日 1 次，艾条灸 1 日 2 次，10 天为 1 疗程，如不愈者，5 日后再行上法针灸。本组临床治愈 90 例，显效 8 例。其中针刺次数最多者 16 次，最少者 5 次，平均治疗 8 次。

(陈宁．针刺治疗腕管综合征 98 例．江苏中医，1995，6(2)：28)

(2) 齐丽珍的治疗方法：取患侧大陵穴，常规消毒后，用镊子将皮内针埋入，若为麦粒型皮内针，针尖指向内关穴，埋入后让患者充分活动患侧手腕，若局部无刺痛或活动受限，即可以胶布固定，否则应退出重埋。每周换 2 次，10 次为 1 疗程。本组 14 例经 1～2 个疗程治疗，症状消失 8 例，显著减轻 5 例，无效 1 例，有效率为 93%。

(齐丽珍．大陵穴埋针治疗腕管综合征．上海针灸杂志，1995，14(1)：14)

(3) 王东雁等用电针治疗腕管综合征 25 例，取手阳明经和三焦经穴为主，用 26 号 1.5 寸毫针直刺曲池、合谷、外关、中渚、大陵，得气后接 G-6805 电针灸仪，频率调至 200 次/分，电流量以针轻度跳动为宜，留针 30 分钟，麻木较明显者，十宣穴用三棱针放血，每日 1 次，电针 10 次后统计疗效。本组痊愈 15 例，显效 5 例，有效 4 例，无效 1 例，总有效率为 96%。

(王东雁，张冰，高发旺．电针治疗腕管综合征 25 例．中国针灸，1996，16(5)：37)

按语

针灸对该病有确切的疗效，其中皮肤针环叩法，可使患者炎症肿胀消散，在本病初期有一定效果，且操作方便，痛苦轻，病人易于接受，可首先选用。针刺治疗以腕部局部取穴为主，找出压痛点，在痛处或其周围选穴，手法宜轻，刺激宜弱，待有酸胀感即止。临床上以针法和灸法结合更为理想。本病亦可用微针方法治疗，头皮针、耳针、腕踝针均有一定的症状改善作用，有时不亚于一般体针治疗的效果。此外，临床还可在疼痛局部采用磁疗、TDP、远红外照射及药物离子导入法等治疗，对止痛消炎均有明显的帮助。

针灸治疗腕管综合征临床疗效较好，但临床护理仍较重要，平时可嘱患者避免手腕过度用力；同时，本病应注意鉴别诊断，引起手指麻木的原因很多，如颈椎综合征、前斜角肌综合征等，临床上当加以鉴别，尤其是在反复治疗效果不明显时。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腰椎间盘突出症

概述

腰椎间盘突出症，又称腰椎间盘纤维环破裂髓核突出症。它是腰椎间盘发生退行性变后，在外力作用下，纤维环破裂，髓核突出刺激或压迫神经根、血管或脊髓等组织所引起的腰痛，并且伴有坐骨神经放射性疼痛等症状为特征的一种病变。本病是临床上最常见的腰腿痛疾患之一，好发于20～30岁的青壮年，男多于女，其发病部位以腰$_{4-5}$为多，腰$_5$骶$_1$次之，腰$_{3-4}$较少见。

本病在中医归属于“腰痛”、“痹症”的范畴，认为本病因于风寒湿邪、跌仆劳损，而致气血凝滞，筋脉不利，并与肾气不足、腰膝不坚有关。

坐骨神经由腰$_{4-5}$和骶$_{1、2、3}$五条神经根的前支组成的，腰椎间盘突出症多发生在腰$_{4-5}$和腰$_5$骶$_1$之间，并以刺激神经根为主，因而表现为坐骨神经痛。在日常生活和劳动中，脊柱前屈运动较其它活动为多，当脊柱前屈运动时，有使髓核后移的倾向。在外力作用下，如弯腰提重物时，腰椎间盘后部压力增加，容易发生纤维环破裂和髓核向后外侧突出。亦有无明显外伤史，受凉后而发病者，由于腰部着凉后，腰肌痉挛，促使已有退行性变的椎间盘突出。大多数的腰椎间盘突出为单侧发病，髓核自后纵韧带一侧突出，压迫神经根，产生同侧症状。少有自后纵韧带两侧突出者，这种类型出现的双侧下肢症状多为一先一后，一轻一重，似有交替现象。纤维环破坏髓核突出后，椎间关节的位置多有改变，如椎间隙变窄，椎间韧带松弛，椎间小关节错缝，椎体间的活动度增加等，久之则加重椎骨的退变，可使腰腿痛加重。

临床表现

腰痛伴坐骨神经痛是腰椎间盘突出症的主要症状。腰痛常局限于腰骶附近，在腰$_{4-5}$为多，腰$_5$骶$_1$次之，腰$_{3-4}$棘突间有局限性深压痛，并向患侧下肢放射，坐骨神经痛常为单侧，并沿患侧大腿后侧向下放射至小腿外侧、足跟部和足背外侧。咳嗽、喷嚏、用力排便时均可使神经根更加紧张而加重症状，步行、弯腰、伸膝起坐等牵拉神经根的动作也可使疼痛加剧。疼痛多为间歇性，少数为持续性，且经休息后，特别是卧床休息后可明显减轻，但轻微损伤后复发。病程长者，其下肢放射部位感觉麻木。

主要体征，有腰部畸形，出现侧弯与生理弧度消失，在腰椎棘突旁有深在的压痛，并引起和加重下肢放射痛。神经系统检查：坐骨神经分布区可见感觉障碍，直腿抬高试验阳性，如有腰$_{3-4}$的病变，则股神经牵拉试验阳性，伸拇指肌力减弱，腱反射减弱或消失。影像检查：CT检查提示神经压迫征象，腰椎MRI则可更直观地反映腰椎间盘突出情况和神经根受压情况。

诊断要点

（1）根据病史、症状和体征以及影像诊断资料，对多数腰椎间盘突出症可作出正确诊断和病变定位。

（2）临床上根据症状表现特点，可将腰椎间盘突出症分为如下四型，① 单纯腰痛型；② 单纯坐骨神经痛型；③ 腰痛与坐骨神经痛并存型；④ 以马尾症状为主要表现的中央突出型。

（3）本病诊断并不难，但临床需与下列疾病相鉴别：① 急性腰扭伤，有明显外伤

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

史，无放射性坐骨神经痛征象；② 腰椎结核，少数病人可见腰痛与坐骨神经痛，但多伴有结核中毒症状，而且X线片可见椎间隙变窄，椎体有破坏；③ 腰椎管狭窄症，有腰腿痛，间歇性跛行，可通过影像学诊断予以鉴别；④ 腰椎骨质增生，50年以后逐渐加重，腰腿酸痛，阴雨天加重，晨起腰板硬，活动后稍轻，缺乏腰椎间盘突出症的常见体征，X线片下可见腰椎骨质增生；⑤ 梨状肌综合征，疼痛由臀部开始，梨状肌体表投影部位有压痛，梨状肌紧张试验阳性。

治疗

治法：疏经活血，益肾健腰。

（1）针刺

取穴：肾俞　大肠俞　秩边　环跳　承扶　殷门　委中　阳陵泉

配穴：腰痛明显者：压痛点、气海俞、上髎、次髎；股前痛明显者：风市、犊鼻；小腿部疼痛明显者：飞扬、承山、昆仑。

操作：肾俞、大肠俞向脊柱方向刺入，一般为2～3寸，环跳、承扶穴深刺，以有下肢放电感为佳。其它穴位行针得气后，施以平补平泻法，刺激量以中等为宜。在急性期每日针刺1次，症状好转后可隔2日针刺1次，10次为1疗程。

（2）刺血疗法

取穴：委中　阳陵　悬钟　阳辅　环跳　命门　腰阳关　秩边

方法：以三棱针在委中等前四穴中任选一穴，刺取血脉，出黑血20～50ml，血色变红乃止，若色不变，针后拔罐。腰臀部穴位可以用梅花针或滚筒叩刺，使其出血，然后拔火罐，如在针刺治疗后再加施本法，疗效更好，本法对急性期尤宜。

（3）穴位注射

取穴：肾俞　大肠俞　环跳　委中

方法：药物可取用利多卡因、普鲁卡因、维生素B_1、B_{12}，或当归注射液，腰部穴位要深刺，深至2.5～3.5寸，得气后，确认无回血，再注入药液，每穴注药1～2ml，急性期每日1次，缓解后隔2天1次，5次为1疗程。

（4）耳针

取穴：坐骨　肾上腺　臀　神门　腰椎　骶椎

方法：每次选取3～5穴，半寸针刺入耳穴，以不刺透对侧皮肤为度。用中强刺激捻针数秒钟后，留针20～30分钟，留针期间每隔5分钟行针1次，每日或隔日治疗1次，10次为1疗程。也可在上述穴位埋压王不留行籽。

（5）头针

取穴：对侧下肢感觉区　足运感区

方法：用28号3寸针沿头皮下缓慢进针，使之达到应有的深度，不提插，捻针频率要快，每分钟达200次以上，且幅度要大，留针5～10分钟后再行针1次，然后留针1次10分钟，即可出针。

（6）手针

取穴：坐骨神经点（手背第四、五指掌关节间近第四指掌关节处）　腰痛点

方法：用30号毫针直刺入穴点5～8分，局部出现较强的针感，边捻针边令患者活动腰部，腰痛缓解后，再留针15～20分钟后起针，每日针刺1次，10次为1疗程。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

文献摘要

（1）刘昌翰等将急性腰椎间盘突出症随机分为二组，其中针灸推拿组65例，单纯推拿疗法30例。治疗方法：单纯推拿疗法30例为对照组，施以推腰扳肩压腿法，按腰抬腿法，拉腿抖腰法等手法，并点按肾俞、秩边、环跳等穴，每天1次，12天为1疗程。针灸推拿治疗组推拿手法同上，针灸取命门、肾俞、腰阳关、秩边、委中、环跳、飞阳等，肾虚者用补法。并配合灸法。治疗结果：治疗组总有效率为96.92%，对照组为86%，二组疗效有较显著的差异（P<0.01）。

（刘昌翰，雷晋榕．针灸推拿治疗急性腰椎间盘突出症65例临床观察．福建中医药，1994，25（1）：28）

（2）蔡高宇将80例病人随机分为治疗组62例，对照组18例。治疗方法：治疗组，急性期点按环跳、承扶、殷门、委中、承山，每穴1分钟，医者立于病人一侧，两手平放脊柱两侧，沿足太阳膀胱经行走，由第1胸椎平推至腰骶骨中。缓解期的治疗，行腰腹部是空按抖法、患者俯卧，胸部和耻骨各垫1个枕头，医者两手重叠，对准病人腰部痛点，随呼吸有节律地频频颤动，如此5～7次，侧卧位斜扳法同前。结果：治疗组的总有效率为96.8%，对照组为66.7%，二组差别明显，治疗组的疗效明显优于对照组。

（蔡高宇．辨证手法治疗腰椎间盘突出症80例疗效分析．按摩与导引，1994，（5）：18）

（3）成培印等以正骨配合针刺治疗腰椎间盘突出症，① 腰椎间盘向左、右突出症（急性期）取人中、腰痛点（健侧），强刺激，留针40分钟；或取通里、外关、支正（均健侧），强刺激，留针40分钟，两组交替使用。② 腰椎间盘向前突出症，取夹脊穴（1～5腰椎健侧），电针留针40分钟；血海、五枢下2寸定点穴、冲门、阴廉（均患侧），强刺激，使针感向下传导，电针留针30分钟。两组穴交替使用。③ 腰椎间盘向后突出者，取肾俞、气海、大肠俞、关元俞、八髎、秩边、中、俞、环中、承扶、殷门、委中、承筋、承山、飞扬、跗阳、昆仑、金门、至阴（点刺放血）、束骨、环跳、风市、阳陵泉、光明，每次任选10穴，施平补平泻，留针30分钟加电针，下肢放射性痛甚者，加涌泉刺入0.3寸，足趾甲两侧上0.5cm处三棱针点刺放血，5天1次，然后施以正骨法。共治2009例，有效1999例，无效10例，总有效率为99%。

（成培印，周国芳，王兰芬．正骨加针刺治疗腰椎间盘突出症2009例．上海针灸杂志，1994，13（1）：22）

（4）李补常选用患椎两侧大肠俞，患侧的环跳和委中4穴，患者取俯卧位，暴露所选穴位。皮肤常规消毒，取5寸毫针垂直刺入环跳穴，使针感传入患侧大腿内侧，小腿外侧至足趾部，取28号2.5寸毫针直刺入两侧大肠俞后要求局部有酸胀重的感觉，然后用G-6805电针仪，选用连续波，一组接大肠俞二穴，一组接环跳、委中二穴，刺激量以病人能耐受为度，逐渐加重，每次是30～45分钟，电针频率为200Hz。然后取膀胱经自上而下推拿，每日1次，每次1小时，10次为1疗程。共治385例，痊愈289例，显效96例。

（李补常．电针为主治疗腰椎间盘突（脱）出症385例．针灸临床杂志，1996，12（11）：13）

（5）贺福春取穴分3组，① 腰脊穴的痛点为主，肾俞、八髎、秩边、委中、承山；

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 环跳、风市、阳陵泉、绝骨、昆仑；③ 髀关、足三里、上巨虚、冲阳。3 组交替使用，每日取穴 1 组。针刺得气后，准备好 6-26 型关导体治疗机，接于两穴上，采用连续波，频率为 20～30 次/分，电流强度以病人能耐受为度，每次治疗 15～20 分钟。起针后，在针穴上推拿。治疗 80 例，痊愈 39 例，显效 33 例，好转 7 例，无效 1 例。

（贺福春．电针加推拿治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察．针灸临床杂志，1996，12（11）：29）

按语

针灸治疗腰痛及腰部的急性扭伤，早在《内经》时就有记载，并有专篇论述，汉以后的历代医籍中，针灸治疗腰痛均占有可观的篇幅。现代影像诊断技术的发展，使相当一部分所谓急性腰扭伤的病例直观地看到了腰椎间盘的突出和膨出。才意识到针灸对于腰椎间盘突出症也有一定的治疗效果。针灸对本病的止痛作用明显，且还有消炎和加强神经根水肿吸收的作用，所以是消炎止痛的一种较好的辅助治疗方法。临床取穴主要有阿是穴、丘墟、照海、昆仑、太溪、解溪及耳穴踝、神门等。尤以针灸配合推拿疗效更佳。

本病治疗的关键在于使脱出的椎间盘回纳，以解除对神经根的压迫。目前无令人信服的证据证实针灸使脱出的椎间盘还纳，但临床表明，针灸对本病效果显著，针刺具有促进血液循环，解除局部肌肉痉挛，止痛，消除神经根部水肿的作用，以减轻椎间隙的压力。本病宜早治疗，以使断裂的纤维韧带复位，避免疤痕形成，防止粘连。

本病在急性期应卧硬板床休息，如病情有好转应适当活动，但须避免过度屈伸和弯腰负重，以免复发，下肢及腰部保暖，不宜受寒。单纯以针灸治疗本病往往难以痊愈，尤其是对有明显神经根或脊髓压迫症状者，需及时配合牵引、手术、理疗等综合方法进行治疗。

急性腰扭伤

概述

急性腰扭伤是指腰部肌肉、筋膜、韧带、椎间小关节及腰骶关节的急性损伤，多为突然受间接外力所致。俗称“闪腰”、“岔气”。本病多发于青壮年和体力劳动者，平素缺少体力劳动锻炼的人，偶然参加劳动时，亦易不慎发生损伤。本病主要包括急性腰肌筋膜扭伤、急性腰部韧带扭伤和急性腰椎后关节滑膜嵌顿等病症，男性较女性多见。急性腰扭伤若因处理不当，或治疗不及时，亦可使症状长期延续，变成慢性。

中医古代文献称之为“瘀血腰痛”，认为病得之于闪挫及强力举重，或坠堕伤腰。因外部暴力，以致筋脉损伤，瘀血郁滞，气机不通而痛。

西医认为，当弯腰提重物或久蹲突然站立，腰部肌肉强力收缩可引起腰部肌肉和筋膜的损伤的撕裂。一般损伤多发生在骶棘肌和腰背筋膜的附着处。而当肌肉收缩力量不够或韧带处于紧张状态时，在外力的作用下，脊柱的弯曲牵拉超过了韧带的弹性范围，则易拉伤和撕裂韧带。此外，在强度的屈曲、过伸、牵拉和旋转外力的作用下，腰骶关节、骶髂关节和椎间小关节均可损伤。关节扭伤主要是指关节周围韧带、关节囊和滑膜的扭伤撕裂等病变。

临床表现

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）急性腰肌扭伤，受伤时，病人有腰部撕裂感，随后开始剧烈疼痛，腰不能伸直，甚至出现强迫体位，轻度活动则疼痛中重。严重者不能坐立和步行，甚至咳嗽、喷嚏亦产生剧烈腰痛。疼痛呈逐步加重的趋势。查体，腰部平直板硬，拒按，腰部侧弯，如损伤严重则局部轻度肿胀。一般在腰3、4横突、腰骶关节下方、髂后上棘等处有明显的压痛点。X线检查无明显异常。

（2）急性韧带扭伤，棘上、棘间韧带损伤病人都有负重前屈或扭转的外伤史，有时能诉说出自己感觉到清脆的撕裂响声。检查时发现腰肌紧张、棘突或棘间压痛，肿胀，腰前屈活动受限且加重疼痛。仰卧屈髋试验阳性部分患者有反射性腿痛，屈伸和旋转脊柱时加重。

（3）急性关节扭伤，常见腰骶关节扭伤，急性骶髂关节扭伤，急性椎间小关节扭伤。伤立即发生难以耐受的剧烈疼痛，表情痛苦，不敢活动，特别惧怕他人的任何搬动。腰肌处于完全的紧张状态和僵板，待关节滑膜嵌顿解除后，剧痛亦自行缓解。一般无神经根刺激症状，X线检查显示后关节排列方向不对称，有腰椎后突和侧弯，椎间隙左右宽窄不一。

诊断要点

（1）根据其明显的外伤史，青壮年发病，明确的损伤部位及剧烈的腰痛，运动受限等，可考虑本病的诊断。

（2）明确腰痛的压痛点对判断损伤部位及性质很重要。腰肌扭伤压痛点多出现在损伤早期，部位多在腰骶关节、第三腰椎横突尖及髂嵴后突等处；腰部韧带损伤，其压痛点多在棘突上或棘突间；腰椎小关节滑膜嵌顿，多表现棘突两侧的深在压痛。

（3）注意腰痛的部位和疼痛加重体位对经络辨证较为重要。

（4）急性腰扭伤应与腰椎间盘突出症相鉴别，同时，还应积极排除骨折、和其它骨关节病变。尤其是急性腰骶关节扭伤，腰5骶1有明显的压痛和叩痛，早期可因局部组织水肿而出现明显的神经根症状，更应与腰椎间盘突出症相区别。故急性腰扭伤的急诊腰椎平片或腰椎CT检查是极为重要的。

治疗

治法：疏通经脉，活血止痛。

（1）针刺

取穴：水沟　后溪　委中　肾俞　腰阳关　大肠俞

配穴：腰痛，牵及胁肋，转侧困难，加足临泣、绝骨；腰痛前俯，背如横木相顶，不能后仰，加攒竹、通天；腰痛前俯引痛，行步不便者，加腹哀、阴陵泉。

操作：治疗时往往先采用经验穴，进针后施以中强刺激，行针后令患者缓步走动，试动腰部，隔5分钟行针1次，留针20分钟。其它穴位可酌情选用。肾俞、大肠俞进针1.5寸，产生局部酸胀感即可，体质弱者可刺激稍轻。一般针刺每日1次，急性期疼痛甚者，可针刺2次/日，5～10次为1疗程。委中或腘中紫脉可用三棱针放血，出黑血20～30ml，以血色变红为度。

（2）穴位注射

取穴：扭伤部位压痛点。

方法：用25%硫酸镁10ml加入2%普鲁卡因2ml，注入压痛处，每穴注入2ml。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 用 10% 葡萄糖注射液 10ml，加入 2% 普鲁卡因 2ml，或加入维生素 B_1 注射液 100mg，注入压痛最甚处。每穴注入药液 2ml。③ 用 1% 普鲁卡因 10～20ml 作穴位注射。注射时可按毫针多向刺的操作方法，将药注入压痛肌束，隔日 1 次，5 次为 1 疗程。

(3) 耳针

取穴：腰椎　骶椎　敏感点　肾　皮质下　神门

方法：取患侧耳穴，一般先选用敏感点，强刺激，留针 20 分钟，每隔 5 分钟行针 1 次。留针期间嘱患者活动腰部。也可用王不留行籽作耳穴按压，每次按压 2 分钟左右，耳穴按压至耳部有热胀感为度。

(4) 艾灸

取穴：肾俞　次髎　阿是穴

方法：每次选 2～3 个穴位，用艾条悬灸，每次 10～15 分钟，灸至局部皮肤潮红为度，每日灸治 2 次左右，5 次为 1 疗程。本法最好在扭伤后 24 小时以后施用。

(5) 手针

取穴：腰痛点

方法：用 30 号 2 寸长针，皮肤常规消毒后，针与皮肤表面呈 15°～30°角刺入，针尖向掌侧面，从伸指肌腱和掌骨之间刺入，深 5～8 分，边捻针边令患者活动腰部，必要时可行针 1～3 分钟。

(6) 刺络拔罐

取穴：局部压痛点

方法：用梅花针或一般皮肤针循痛区或压痛点重叩，直至微出血或见皮肤潮红，然后加拔火罐。此法较适用于新伤局部血肿明显或陈伤血瘀久留的病症。

文献摘要

(1) 刘自力采用针刺后加用疏密波电针治疗腰扭伤，并进行量学研究。72 例患者中，男 50 例，女 22 例，单用针刺组 32 例，电针组 40 例。取穴，均取患侧支沟、天柱、阿是穴及夹脊穴。针刺组针法：以毫针刺支沟、天柱，针入 1 寸，得气后留针夹脊穴及阿是穴，以出现明显的胀感为度。每 8 分钟用平补平泻手法行针 1 次，留针 20 分钟。电针组针刺方法同上，仅在留针过程中采用 WQ-Ibc 型多用电子穴位测定仪调整固定频率为 40Hz，变动频率为 70Hz，治疗时间为 8 分钟，隔日 1 次，3 次为 1 疗程。结果：经治疗，二组患者均在 2 个疗程内痊愈（6 次）。比较治疗组与对照组 3 次内的疗效情况，其痊愈率治疗组明显好于对照组（$P<0.005$）。

（刘自力．电针治疗腰扭伤及其量学探讨．上海针灸杂志，1996，15 (5)：27）

(2) 王荣春以阻力针法治疗急性腰扭伤 46 例，另设对照组 34 例。其治疗方法：治疗组：找准阳性反应点（结节、条索、压痛），即取阿是穴，常规消毒，取毫针刺入所取部位约 0.5～1.0 寸深，提插捻转，待所刺部位阻力减小时，将针提至皮下，然后嘱患者左右转身，前屈后蹲，约 1～2 分钟，再根据情况施以针法，反复 3～5 次，若疼痛无明显改善，可留针 10～20 分钟，每日 1 次，5 次为 1 疗程，若经 5 次治疗，自觉症状无明显改善者，停用本法。对照组取阿是穴，治疗方法与前同，仅在起针后加用大号、中号玻璃火罐用闪火法，将火罐置于腰痛最明显处，每日 1 次，5 次为 1 疗程。治

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

疗结果：二组疗效无明显差异。

（王荣春．阻力针治疗急性腰扭伤 80 例．上海针灸杂志，1996，15（5）：23）

（3）刘萍将 58 例病例随机分为加水沟穴组（治疗组）35 例和不加水沟穴组（对照组）23 例。治疗组：局部常规消毒，用毫针快速入 0.5 寸，施以强刺激泻法，使产生得气感，并做腰部的活动，留针 30 分钟，起针后嘱患者起床活动，同时运针 1 次后起针，每日 1 次，6 日为 1 疗程。对照组：俯卧位，一律不选水沟，只刺腰部周围，如肾俞、气海俞、大肠俞、三焦俞、委中、环跳，用 4 寸毫针，每日 1 次。经统计，治疗组的疗效明显优于对照组。

（刘萍．针刺水沟为主治疗急性腰扭伤 35 例．江苏中医，1995，16（10）：28）

按语

急性腰扭伤，刺血、毫针止痛疗效明显，个别病例可一针即刻止痛，疗效神速。治疗上要强调动静结合，即针刺穴位时，应采用动针法，边行针边活动腰部，往往疗效较好。若扭伤后经多种方法治疗疗效欠佳，长期不愈，可予艾灸施以瘢痕艾，亦可行艾条温和艾或艾炷隔物灸。

治疗期间要注意休息，患处可适当活动，若用各种方法治疗一段时间后，疗效不甚明显，就应除外其它器质性疾病，如腰椎间盘突出症、骶髂关节半脱位及腰椎小关节紊乱症，在急性期，这些疾病在症状上与急性腰扭伤难以鉴别。

慢性腰肌劳损

概述

腰肌劳损是指腰部积累性的肌肉、筋膜、韧带等组织的慢性损伤，有人称之为功能性腰痛。它是由于长期下蹲弯腰工作，腰背部经常性的过度负重、过度疲劳，或工作时姿势不正确，或并有腰部解剖特点或缺陷等原因所致。本病是腰痛中最常见的一种，它常常没有明显的外伤，而是在不知不觉中慢慢出现的腰腿痛，各行各业的人均可发病，体力劳动和脑力劳动者发病率差别不大。

本病在中医属于“腰痛”、“痹症”的范畴。其发病归因于积劳成损，肾气虚弱，腰府不充，或外感风寒、湿邪侵袭，留滞经脉肌肉，以致筋脉不和，肌肉筋膜拘挛，经络阻闭，气血运行障碍，而致慢性腰痛。

西医认为，长期从事腰部持力或弯腰劳动的人，以及长期的腰部姿势不良者，都可引起腰背肌肉筋膜的劳损，或者筋膜松弛，或有慢性的撕裂伤，或有瘀血凝滞，以致腰痛难愈。部分病例因腰部急性撕裂未能及时有效的治疗，损伤的肌肉筋膜发生粘连，迁延日久而转为慢性腰肌劳损。腰椎有先天畸形或解剖缺陷者，如腰椎骶化、椎弓根崩裂、腰椎滑脱等都可引起腰背部肌力平衡失调，亦可造成腰部肌肉筋膜的劳损。

临床表现

腰痛，疼痛为隐痛，时轻时重，经常反复发作，休息后减轻，劳累后加重，适当活动或变换体位时减轻，弯腰工作困难，若勉强弯腰则疼痛加重，常喜双手捶腰以减轻腰痛。少数病例有臀部及大腿后上部胀痛。兼有风寒湿邪者，腰痛与天气变化有关，阴雨天加重，重着乏力，喜湿畏冷，受凉或劳累后可加重发作，腰痛如折，姿势微伛，不能直立。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

检查脊柱外观一般正常，俯仰活动亦无障碍，一侧或两侧骶棘肌处、髂骨嵴后部或骶骨后面腰背肌止点处有压痛。病情严重时疼痛较重，活动稍受限，神经系统检查多无异常。X线检查可见脊柱生理弓改变，如腰椎侧弯、生理弧度变直、腰椎骶化、隐性脊柱裂等改变。

诊断要点

（1）持续性腰部疼痛，弯腰工作困难，易疲乏感，即使卧床休息，亦有疲乏之感，并经常反复急性发作，拳叩击腰部可使疼痛减轻。

（2）本病腰部多有明显的压痛点，如属腰肌筋膜劳损，其压痛点多在棘突两旁的骶棘肌处；如棘间韧带或棘上韧带劳损，其压痛点多在棘间或棘突上。

（3）X线检查所提示的脊柱生理改变，同时有中度腰痛，将有助于本病的诊断。

（4）腰痛程度轻，时作时止，休息后减轻，其证候偏于虚；而腰痛为中度，并见明显的重着、酸痛，影响功能活动者，其证候多偏于实。

治疗

治法：疏通经络，活血止痛。

（1）针刺

取穴：肾俞　大肠俞　腰阳关　上髎　委中　阳陵泉　昆仑

配穴：腰臀筋膜劳损，环跳、居髎、压痛点；棘间韧带劳损，相应节段的夹脊。

操作：每次酌情选用4～5穴，压痛点和肌肉痉挛点为重点针刺部位，可采用合谷刺、齐刺、扬刺法，中强刺激，每日1次，10次为1疗程。亦可同时加用电针疗法，以加强疗效。

（2）灸法

取穴：肾俞　大肠俞　腰阳关　阿是穴

方法：以上穴位行艾炷灸，每次选用2～4穴，隔姜灸。亦可用艾条行温和灸，温度以病人感觉舒适为度。或行温针灸。此法对慢性腰扭伤尤其是对肾虚腰痛、寒湿腰痛的病人尤为适宜。除了使用直接灸及间接灸以外，还可用中药制成袋状，隔水蒸热后，置于疼痛部位，此法不必拘于一定的穴位，每日1次，睡前为宜。

（3）穴位注射

取穴：多以局部压痛点为首选，亦可配合上述其它腰部穴位。

操作：所用药物为普鲁卡因或利多卡因5～10ml、丹参注射液、维生素B_1、B_{12}等，每穴注入1～5ml不等，隔日1次，5次为1疗程。

（4）耳针

取穴：坐骨　腰腿　神门　敏感点

操作：用毫针刺法或王不留行籽埋压法均可。每日1次，10次为1疗程。此法对疼痛具有明显的缓解作用。

文献摘要

（1）舒洪文将本组病例设为2组，针刺组137例，取穴：肾俞、气海俞、大肠俞，随症加减腰阳关、委中穴。患者俯卧治疗床上，暴露针刺部位，针刺后针尖斜向椎体，随症穴直刺，出现针感后施相应的提插捻转补法，留针30分钟，15分钟运针1次，每日1次，12次为1疗程，疗程间休息3天，治疗期间停止其它治疗；针灸组154例，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴及针刺方法均同针刺组，仅针后加红外线灯照射 30 分钟，热量以患部适宜为度。结果：针刺治愈 77 例，有效 50 例，无效 10 例，平均治疗 10.6 次，有效率 92.7%；针红组治愈 107 例，有效 36 例，无效 11 例，有效率 92.95%，平均治疗 12.5 次。两组比较，针红组疗效明显优于针刺组，$P<0.05$，半年后随访，针刺组复发率 10%，针红组为 9.6%

（舒洪文．针刺腰部背俞穴治疗腰肌劳损疗效观察．针灸临床杂志，1998，14（4）：10）

（2）李会新以电针配合强腰功治疗腰肌劳损 53 例，治疗方法：采用患者腰部自主活动和医者触按相结合的方法，在腰部足太阳经所过之处找到最敏感的压痛点（该点可扪及条索状或圆形大小不等的硬结）作为进针点，以毫针在局部垂直刺入皮肤，缓慢捻针，得气（出现酸、麻、胀感觉后停止进针，跨左右腰部每二针为一组，接通 ZYZ20GZ1 型针灸治疗仪，选用疏密波，电流强度据患者的耐受力由小到大逐渐调到最适宜状态，中等刺激量，治疗时间依病程而定，在 1 年以内者，每次通电 20 分钟，1 年以上者，通电 25～30 分钟，体质弱，耐受力差者电流强度及针灸时间适当减少。10 次为 1 疗程，2 个疗程后评价疗效。病人还配合强腰功。结果：临床治愈 26 例，好转 24 例，无效 3 例，有效率为 94%。其中病程在半年内者，均在 1 个疗程内治愈或好转，病程越短，疗效越好

（李会新．电针配合强腰功治疗腰肌劳损 53 例．中国针灸，1998，18（6）：373）

（3）刘香勤治疗腰肌劳损 55 例，治疗方法：腰椎两侧疼痛者，取三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、白环俞、委中穴、1～5 夹脊；腰痛牵连至臀及大腿后侧，加取秩边、环中、阳陵泉。针法：用 3 寸长 30 号不锈钢毫针自膀胱经 1 线腧穴向脊椎方向斜向透刺，腰痛重，并向下肢放射者，再在腰部腧穴相应的夹脊穴垂直针刺 1 针，与透刺针腰部肌层中下部呈“+”字交叉，加重得气针感。得气后，根据补虚泻实的原则，行提插捻转补泻法，针感以患者能耐受为度，留针 30 分钟，10 分钟行针 1 次，起针后疼痛明显处加拔火罐 10 分钟，隔日 1 次，7 次为 1 疗程。疗程间休息 5 天可行下 1 疗程。结果：经 2～3 疗程的治疗后，痊愈 28 例，占 50.9%，显效 20 例，占 36.4%，好转 4 例，占 7.3%，无效 3 例，占 5.3%，总有效率为 94.5%。

（刘香勤．火罐加针刺治疗腰肌劳损 55 例．针灸临床杂志，1996，12（12）：12）

（4）赵风等针刺拔罐治疗腰肌劳损 55 例，治疗方法：患者取俯卧位，以一侧或双侧腰肌压痛点（阿是穴）直接针刺，运用补法，得气后留针 30 分钟，起针后用闪火法拔罐，至局部皮肤出现紫红为度，促使气血运行。每日 1 次，并嘱病人进行腰肌的功能锻炼，6 天为 1 疗程，2 个疗程后评定疗效。治疗结果：本组治愈 40 例，好转 13 例，无效 2 例，治愈率为 72.7%，总有效率为 96.73%。

（赵风，林德和．针刺拔罐治疗腰肌劳损 55 例．福建中医药，1996（2）：43）

按语

与急性腰扭伤不同，腰肌劳损多表现慢性过程，病程冗长，病情反复，不耐劳累，对于这类慢性腰痛，在治疗上应辨经与辨病相结合，局部取穴与远道取穴相结合，根据病情不同，灵活选穴，针灸、推拿、外敷、体疗多法同施，则效果必著。有人用中极穴深刺治疗腰肌劳损，可使腰部隐痛迅速缓解，可见慢性腰痛未必不能见速效。这一取穴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法是前后对应取穴方法的又一用例，临床很值得一试。

应强调指出的是，不少病被误作腰肌劳损治疗，结果徒劳无功，反而贻害。腰椎、下腹部肿瘤、腰部结核感染、类风湿性关节炎等，均可见慢性腰痛，临床上应努力排除这些疾病，方可不致偾事。妇女慢性盆腔炎症常见腰痛症状，很类似腰肌劳损，如仔细问明带下情况，则可能有所鉴别，再者，一般先天性腰部疾患所致的慢性腰痛，针灸治疗仅能缓解症状，若欲根治，困难颇大，奢求全功，破气伤肉，于体不利。对于久治不效的慢性腰痛，对诊断的准确性问题加以重视是十分必要的。

患者应注意纠正不良姿势，加强腰背肌的锻炼，则能改善局部的新陈代谢，同时配合补肾滋养的药食，壮肾强腰，将有利于本病的恢复。

梨状肌综合征

概述

梨状肌综合征是由于梨状肌损伤而压迫坐骨神经引起的以一侧臀腿痛为主要表现的病证。在临床腰腿痛的患者中占有一定的比例，为常见的损伤之一。

本病属中医“腰腿痛”有范畴，病因是闪挫外伤或牵拉导致臀部肌肉损伤，局部气血瘀滞，足太阳、少阳经络不畅，不通则痛。

梨状肌起自骶骨前面，经坐骨大孔向外，止于股骨大转子内上方，是髋关节的外旋肌。坐骨神经一般从梨状肌下缘出骨盆，在臀大肌的下面降至大腿后面，并在该处分为胫神经和腓总神经，传导小腿、足部的感觉及支配运动。

临床表现

大部分患者有外伤史，如闪、扭、跨越、下蹲等，或者做某些动作，尤其是大腿过度内外旋、外展史后出现坐骨神经痛，或臀部疼痛，髋内旋、内收受限，并可加重疼痛，大腿内旋、外旋、牵拉坐骨神经的运动可加重疼痛。患者自觉患肢变短，走路跛行。臀部深在性疼痛，严重时呈“刀割样”或“烧灼样”疼痛，且向同侧下肢的后面放散，尤其是大小便或咳嗽而增加腹压时，患肢窜痛加重。

检查：俯卧时可在臀中部触摸到横条较硬或隆起的梨状肌，局部压痛明显。直腿抬高在60°以前出现疼痛，而在60°以后，梨状肌不再拉长，所以疼痛反而减轻。另一检查方法，患者仰卧，患肢伸直，作内收内旋动作时出现坐骨神经放射痛，随即将患肢外旋，则疼痛缓解，这一特征则可视为梨状肌紧张试验阳性。作普鲁卡因梨状肌坐骨神经处注射，疼痛可以立即缓解或消失。X线检查可排除髋部骨性病变。

诊断要点

（1）临床特征为臀部疼痛伴坐骨神经痛，腿痛多表现在小腿外侧腓总神经分布区。风寒湿的接触可使疼痛加痛。如见上述表现，可考虑为本病的可能。

（2）腰部无明显体征，腰部无明显畸形和运动障碍，排除腰椎病变所引起的坐骨神经痛。同时见有梨状肌部位压痛放射痛、梨状肌触诊肿胀、梨状肌紧张试验阳性及直腿抬试验的特殊表现等体征则支持本病的诊断。

（3）部分妇女由于骶髂关节、盆腔卵巢或附件等发生炎症时也可波及梨状肌，对梨状肌上下孔神经产生影响，出现与本病相似的临床症状，故在女性的本病患者，应排除盆腔附件炎的可能性。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治疗

治法：宣散瘀结，疏经通络。

（1）针刺

取穴：环跳　秩边　承扶　委中　阳陵泉　承山　悬钟　昆仑

方法：每次选用3～5个穴位，用强刺激或中等刺激，使麻电感向远端放射，其中环跳要直刺，针尖向外生殖器方向，深2～3.5寸，使局部酸胀和麻电感向下肢放散。秩边也应进针2～3寸，使局部酸胀，亦可再深刺，使之产生麻电感并向下放散。上二穴为治疗梨状肌综合征的主穴，其它穴位可根据病人疼痛的经脉循行部位取穴。

（2）穴位注射

取穴：秩边　阿是穴

方法：用1%的普鲁卡因10ml，或硫酸镁葡萄糖注射液适量，注完后将针头退至皮下迅速拔出，针孔用消毒棉球轻压片刻。隔日或隔2日注射1次，5次为1疗程。

（3）手针

取穴：坐骨神经点（手背第四、五指掌关节近第四指掌关节处）　臀点

方法：皮肤常规消毒后，用30号毫针直刺或斜刺进针，深5～8分，留针15～20分钟，针刺每日1次或隔2日治疗1次，10次为1疗程。

（4）耳针

取穴：坐骨神经　肾上腺　臀　神门

方法：每次选用2～3穴，用中强刺激捻针数秒后，留针20～30分钟，留针期间隔5分钟捻转1次，每日或隔日治疗1次。或在上述选定穴位上用王不留行籽作耳穴按压，每次按压2～3分钟，按至耳廓有热胀感和患者可耐受的疼痛感为度，其后嘱患者自行每日按压，每5天更换耳穴1次。

（5）灸法

取穴：压痛点　秩边　风市　阳陵泉　足三里　昆仑

配穴：肾俞、腰阳关、命门、神阙、环跳、承扶。

方法：每次选5～8个穴位，用艾条悬灸，连续施灸20～30分钟，至局部皮肤潮红为止。每日灸治1次，10次为1疗程。也可在所选穴位行隔姜灸，每穴施灸5～7壮，每日1次。另外，温和灸对本病亦是一种有效的方法，每次选取5～7个穴位，每次施灸20分钟，以不灼伤皮肤为度，每日灸治1次，10次为1疗程。

（6）头针

取穴：对侧下肢感觉区　足运感区

方法：病人取坐位或卧位，用7%酒精棉球消毒皮肤，用28号3寸毫针沿皮下捻转进针，缓慢刺入帽状腱膜下，捻针频率要快（每分钟200次左右），且幅度要大，留针5～10分钟后，再捻转1次，然后留针1次，即可起针。

文献摘要

（1）本组67例，其中温针齐刺法治疗组39例，常规针刺对照组28例。治疗方法：对照组，对症取穴，近部取穴，循经辨证取穴，以足三阳经穴为主，常选肾俞、命门、秩边、环跳、承扶、殷门、阳陵泉、丰隆、绝骨，采用0.45～0.3mm×60～100mm毫针，得气后，留针20～40分钟，每次选5～8穴，每日1次，10次为1疗程。治疗组：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取患侧梨状肌中心点，针入一针沿梨状肌四周边缘，配穴同上。采用0.45～0.3mm×60－100mm毫针，在患侧梨状肌中心点直刺一针，达到梨状肌部位，得气后，榜针距正中40～60mm处各刺一针，斜刺，针向病所，再在齐刺三针的针柄上进行温针灸1次，每次留针20－40min，每日1次，10次为1疗程。结果：治疗组总有效率为95%，而对照的总有效率为75%，二组疗效经统计有显著意义。说明齐刺温针法优于单纯针刺。

（孟羽．齐刺温针法治疗梨状肌综合征39例．上海针灸杂志，1993，12(4)：163）

（2）王声强将90例病例随机分为治疗组、封闭组和常规针刺组各30例。治疗组以上髎、次髎、秩边为主穴，环跳、昆仑为配穴，均取患侧，每日1次，6次为1疗程。封闭组以20%的奴夫卡因4ml，强的松龙25mg，注射用水4ml配成混合液，取Laba+点，常规消毒，用5号半10cm穿刺针对该点及其外方、内上方分别浸润注射，以达到坐骨神经干、梨状肌共同注射的目的。每隔6天封闭1次，每次为1疗程。常规针刺组：以秩边、环跳、为主穴，配以承扶、委中、阳陵泉、悬钟4穴，均取患侧，常规消毒，施以泻法，每日1次。治疗结果：治疗组与封闭组之间有效率有明显差异，（$P<0.05$），治疗组与常规针刺组之间有效率比较有极显著的差异（$P<0.01$）。可见治疗组的疗效高于封闭组与常规针刺组。

（王声强．针刺治疗梨状肌综合征30例疗效观察．中国针灸，1995，15(6)：17）

（3）夏筱方将112例随机分为观察组73例，对照组39例。观察组治疗方法：取侧卧位，以28号4寸长针于环跳穴刺入2～3寸，得气后把约2cm长的艾炷套在针柄上，点燃，然后出针，1日1次。对照组取环跳、阳陵泉、足三里、承扶和昆仑，1日1次，二组均以3个疗程统计有效。结果：观察组总有效率为92.26%，对照组为87.18%，经统计，二组疗效差别非常显著。

（夏筱方．恢刺加灸治疗梨状肌综合征73例．江苏中医，1994，15(5)：31）

（4）吴汉阳用多向刺加灸治疗本病58例，患者俯卧位取环跳穴，常规消毒后，选用28号3寸毫针，采用双手尖提法进针，缓缓垂直进针，使针尖直达病所行提插捻转手法，可得到较强的酸麻胀痛感，有时沿坐骨神经向下、足背放射，然后将针提至浅层皮下，分别沿条索状隆起的肌束上、下、左、右进行针刺，最后于垂直位施温针灸3壮，同时针刺同侧的阳陵泉、委中、承山、飞扬、昆仑等穴，行平补平泻法，留针20～30分钟，隔日治疗1次，急性期可每日1次，10次为1疗程。结果治愈46例，好转12例。

（吴汉阳．多向刺加灸治疗梨状肌综合征58例．新中医，1995，27(3)：25）

按语

针刺治疗梨状肌综合征，无论是在止痛方面还是在病因治疗方面，疗效都是确切的。取穴以秩边、环跳、阿是穴为主，并配以足太阳、足阳明经的腧穴，手法以中强刺激，也可用电针。微针疗法中的手针、耳针、头皮针（伏象的对应区）针刺，均有迅速的即时止痛作用。现在多用综合疗法，针灸并用，或针灸加拔罐，或针灸加按摩，均有明显的疗效。水针疗法若定位准确，往往能使病情很快恢复。灸法中以温和灸疗效显著，可做为一个较好辅助疗法。

针刺治疗本病的机制在于，它可以降低局部血管通透性，减轻炎症、充血和水肿，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

还可以改善局部微血管和淋巴管循环，进而减轻粘连，促进炎症的吸收。总之，针刺通过对神经、血管和淋巴管循环的作用，抑制了疼痛刺激及其反应，改变了局部的组织代谢和营养，从而有效地改善了其病理状态。

肥大性脊柱炎

概述

肥大性脊柱炎又称腰椎骨质增生、腰椎退行性脊椎炎、腰椎老年性脊椎炎等。其特征是关节软骨的退行性病变，并在椎体边缘有骨赘形成。退行性病变出现在椎体、椎间盘和椎间关节。本病多见于中老年人，是一种生理保护性改变。早期常无明显的症状表现，只有当脊椎退变严重到一定程度后才出现临床症状。按致病因素可分为原发性和继发性两种，原发性腰椎骨质增生症伴随人体逐步发展，继发性腰椎骨质增生大多继发于腰椎损伤、慢性劳损、或长期过度运动所导致的骨骺损伤。

本病在中医归于“腰脊病”、“痹症”的范畴，认为其发病机理主要是肾精亏虚。因中年老年人肾气衰退，精血不足，或患者禀赋不足，或房室过度，或跌仆劳损等，以致肾精亏耗，无以濡养筋骨，气血瘀阻，筋脉凝滞不得宣通而发为腰痛。

本病早期最主要的病理改变是关节软骨的变性。椎体和椎关节的软骨退变后，软骨开始软化，正常弹性丧失，致软骨组织发生裂隙，甚至脱落，由于机体的代偿机制，在椎体软骨的边缘、关节囊和韧带的附着处，逐渐发生保护性新骨增生，形成骨赘，严重者还可搭成骨桥。骨赘可发生在任何椎体的边缘，但由于腰$_{4-5}$、腰$_5$骶$_1$所受应力最大，故在此处发生椎间隙狭窄和骨赘形成较为多见。患者出现的慢性腰痛是由于脊柱退行性变使各椎骨间稳定性受到破坏，使韧带、关节囊和神经组织受到过度牵拉或挤压的结果。

临床表现

大多数腰椎骨质增生的患者可以长期没有临床症状，往往由扭伤、过分劳累、搬提重物，或偶然的无意识腰部不协调动作而致急性腰痛时，经X线检查而确诊为本病。有的患者开始时出现腰背部酸痛、僵硬、休息后、夜间、晨起时往往加重，稍活动后疼痛减轻，但过多活动或劳累后症状加重。在天气寒冷或潮湿时症状常加重。症状严重时腰部活动、翻身均感困难，有时可有反射性疼痛，并沿神经根分布，但不如腰椎间盘突出那样典型。

检查时可见脊柱外观变形，表现为圆腰，腰椎生理弧度变小，脊椎活动受限，严重者腰部肌肉僵直，呈板状。腰骶部两侧有广泛压痛，有时沿臀上神经和坐骨神经径路有压痛，甚至表现神经根受压症状，患侧下肢有麻木感、小腿外侧或内侧痛、触觉减弱等。

X线摄片可见腰椎椎体边缘有唇样骨质增生，边缘角形成骨赘，严重者形成骨桥。椎间隙变窄，不对称，有的椎体下沉，后关节套叠，或在过伸、中立及过屈腰部的侧位片中椎体有骨移现象，呈阶梯样改变，即假性滑脱。

诊断要点

（1）根据发病年龄在50岁以上，女性多见，常发于活动度较大的腰椎等基本情况，加之腰部疼痛等临床症状，可以考虑本病的可能；

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）X线检查为诊断本病的主要依据。见有椎间隙狭窄，软骨下骨板致密、椎体边缘唇样增生、关节边缘和关节内骨性结构尖锐，有骨刺或骨桥形成等征象，可以确认本病的诊断。

（3）临床上见有慢性腰痛应注意与其它腰部疾病相鉴别，应与慢性腰肌劳损、腰椎间盘突出症、及类风湿性关节炎等病相鉴别，也应与腹腔、盆腔疾病所引起的腰部牵涉痛相鉴别，考虑到本病有相当的人数无症状，而且检查所见与腰痛程度无必然的联系，所以不能一见X线片上出现本病的征象，就将慢性腰痛归咎于腰椎骨质增生症。

治疗

治法：益肝肾、行气血、通经络。

（1）针刺

取穴：夹脊　肾俞　关元俞　命门　大椎　身柱　委中

操作：各穴均用平补平泻法，留针20～30分钟。病情较重的可每日针刺1次，一般隔日针刺1次，10次为1疗程。肾俞、关元行补法，针后加灸，或温针三壮。根据病变脊椎所配用的相应夹脊穴，应向脊柱方向斜刺，刺激量可稍大。

（2）灸法

取穴：病变椎体　大椎　大杼　阳陵泉　悬钟　曲池

配穴：风池、命门、足三里、三阴交、风市、合谷。

方法：每次选用4～6个穴位，将点燃的艾条在皮肤上作回旋悬灸，每次施灸10～15分钟，每日灸治1～2次，10次为1疗程。或用灸罐置于病侧椎上及所选穴位，热力要大，但不可灼伤皮肤。以上穴位亦可行隔姜灸。

（3）拔罐

取穴：病变部位（阿是穴）。

方法：可用闪罐法，反复吸拔多次，直至皮肤潮红发热为度，可明显松懈肌肉痉挛。也可用闪火法，或用走罐法。

（4）穴位注射

取穴：压痛点　相应的夹脊

方法：选用药物0.5%普鲁卡因1～5ml，或红当归注射液20ml，局部常规消毒，在选定穴位，深入深度应在2.5～3寸左右，得气后注入药液，每穴注入2～5ml，每隔3天1次，10次为1疗程。

（5）耳针

取穴：交感　腰腿　神门　敏感点

方法：用中强刺激捻针数秒钟后，留针20～30分钟。视病情轻重可每天或隔天治疗1次，10次为1疗程。也可在所选穴位用王不留行籽按压，手法由轻至重，持续按压2～5分钟，按至有热胀感为度，其后嘱病人自行按压，每次2分钟左右。

文献摘要

（1）张秀文治疗腰椎骨质增生，以骨质增生相应的夹脊穴和相对平面的膀胱经俞穴为主，另随疼痛部位所属何经，循经配穴。治疗时采用针刺与穴位注射交替进行，隔日1次，每次选腰部穴位2～6穴，下肢穴2～4穴。针刺采用常规方法，穴位注射用维生素B_{12}注射液1mg和维生素B_1注射液30mg混合使用，夹脊穴进针直达骨质增生附近，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

余穴顺经进针，得气后，将药液缓慢推入穴内，环跳、秩边穴可注入 1.5ml，余穴注入 0.5ml。经治 31 例，治愈 10 例，显效 16 例，有效 4 例，无效 1 例，总有效率为 96.8%。

（张秀文．针刺、穴位注射治疗腰椎骨质增生 31 例．内蒙古中医药，1993，12（2）：26）

（2）283 例骨质增生病例被随机分为二组，对照组 30 例，采用中药增生Ⅰ号口服（红花、白芍、川芎、寄生、乳香、没药、防风、威灵仙、地黄、牛膝等），每日 2 次，每次 40ml，20 天为 1 疗程。治疗组 253 例，采用中药增生Ⅰ号离子透入并针灸。将增生Ⅰ号加适量水煎煮二次，合并提取液，过滤，浓缩等处理制成 1000ml 药液。治疗时在 DZY-Ⅲ型电离子导入治疗机阳极板衬垫上涂洒适量增生Ⅰ号溶液，紧贴病变部位，阴极板衬垫上涂适量生理盐水，置于相应部位，通电流 10～20mA，20～30 分钟，每日 1 次，20 天为 1 疗程。还行体针治疗，颈椎增生选穴，风池、大椎、天柱、合谷、列缺、阿是穴；腰椎增生选穴，肾俞、大肠俞、殷门、风市、阿是穴，治疗时间与离子导入同步。治疗结果：治疗组总有效率为 99.21%，而对照组的总有效率为 66.67%，经统计学处理，$P<0.01$，治疗组与对照组间有显著的差异。治疗组应用增生Ⅰ号离子透入辅以针灸治疗骨质增生，明显优于口服药物组。

（高天臣．中药离子透入与针灸并用治疗骨质增生的临床观察．针灸临床杂志，1995，11（6）：15）

（3）蔡红主穴取颈 5～7 夹脊穴或腰 2～5 夹脊穴，配穴根据颈、腰椎骨质增生部位选取，常配肩髃、曲池、外关、合谷、秩边、环跳、委中、阳陵泉、昆仑。治疗时取 26 号 2.5 寸毫针，迅速刺入，进针深度约 1.5 寸左右，行一定的补泻手法，得气后接电针治疗仪以连续波刺激，通电 20～30 分钟，每天治疗 1 次，共治 100 例颈腰椎骨质增生，痊愈 57 例，显效 21 例，进步 15 例，无效 7 例，总有效率为 93%。

（蔡红．夹脊穴治疗颈腰椎骨质增生 100 例疗效观察．中国针灸，1994，14（5）：15）

（4）祁越等采用穴位埋线治疗腰椎骨质增生性脊柱炎，主穴为腰 2～5 夹脊，以患者增生椎体相应的夹脊为主，偏侧腰痛或有坐骨神经受压症状者，取其病侧大肠俞透向相应夹脊。治疗时先用 0.25% 利多卡因作穴位局部麻醉，然后以埋线针斜向将肠线推入夹脊穴，或加大肠俞，推入深度约 1.5～2 寸，每截肠线 3～4cm，据患病椎体多少，每次取 3～7 穴，20～30 天埋线 1 次，3 次为 1 疗程，首次用 0 号羊肠线，第 2 次用 1 号，第 3 次用 2～3 号。共治 115 例，经治 1～2 个疗程后，痊愈 88 例，显效 13 例，进步 8 例，无效 6 例，总有效率为 95.2%。

（祁越等．穴位埋线治疗腰椎骨质增生性脊柱炎 115 例．针灸临床杂志，1996，12（3）：36）

按语

本病是中老年人的常见病，目前临床上缺乏理想的治疗方法，针灸对骨质的增生虽无化解作用，但可缓解临床症状，经针灸治疗后，绝大多数患者的疼痛可以缓解，直至症状消失。临床取穴首先应考虑到肾气不足，瘀血内阻的基本病理，常取肾俞、关元、志室、气海俞、腰夹脊等，用针补重灸以温补肾气，远道配太溪调肾经以滋精气，三阴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

交以活血，委中以行气。目前不少报道是以阿是穴为主穴，另根据骨质增生的部位及疼痛放射区域适当选取配穴，一般以阳经穴位较多。治疗一般以针刺为主，急性期可用皮肤针加拔罐，若拔出少量血液，疗效更佳。慢性寒痛明显者，针刺结合灸法疗效较好。

患者平时应注意保暖，避免腰背肌过度疲劳，积极参加体育锻炼，有条件者，可同时接受推拿治疗，以提高疗效。还可采用激光、磁疗、低频脉冲电疗法、TDP、微波、药物离子导入等多种方法，作用针灸治疗的辅助方法。

腱鞘囊肿

概述

腱鞘囊肿是发生在关节或腱鞘附近的囊性肿物，好发于腕关节背侧或掌侧，囊肿的外膜为纤维结缔组织，内膜白而光滑，囊内为白色胶状液体，有时可与腱鞘和关节腔相通。本病古称“腕筋结”、“腕筋瘤”、“筋聚”等，多为劳损和外伤所致。

本病多为过度劳累或外伤，引起腱鞘内的滑液增多，进而发生囊性疝出，以及结缔组织的粘液性变所致，这种囊肿可为单发性的，也可为多发性的。腱鞘囊肿壁的外层由致密纤维结缔组织构成，内层由光滑的折色膜覆盖。其大部分由腱鞘起源，一部分由关节囊起源。从好发部位及女性多见的临床现象来看，似乎与长期的过度劳损有关。

临床表现

在腕背手舟骨月骨间关节，或小多角骨头状骨间关节、即拇长伸肌腱与指总伸肌腱间隙部位露出包块，呈半球形或梭形，直径约1～1.5cm大小，表面光滑，不与皮肤相连，基底固定，质地为橡皮样或有囊性感，关节位置调节或囊内压降低时，可出现波动感，反之坚硬如石，一般疼痛或压痛较轻。

诊断要点

（1）根据病史、临床表现与检查，不难诊断。

（2）与狭窄性腱鞘炎的区别，它多发生于桡骨茎突，也可结节状突起，但疼痛明显，腕部活动疼痛明显，握拳尺偏试验阳性，持重乏力，甚至拇指肌力明显下降。

治疗

治法：活血散瘀。

（1）针刺

取穴：囊肿局部

方法：用28号粗针，以囊肿最高处为中心，刺破肿块，可一针多方向透刺，或在中央及周围行齐刺、扬刺法。起针后，揉按该部，可能见有胶状物从针孔挤出。不愈或囊肿再次出现，可再刺同前。

（2）刺血

取穴：同上

方法：局部消毒，然后在皮下及囊肿中注入2%普鲁卡因1～2ml，然后用三棱针迅速点刺囊肿，可点刺2～3处，然后按压使囊肿内容物外溢或向四周流散。术后按常规护理，加压包扎2～3天。本法适用于质坚、较小而扁平的囊肿。

（3）艾灸

取穴：囊肿局部

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：可酌配阳溪、阳池、外关等穴位。

方法：每次选取 2～4 个穴位，以艾条悬灸法，连续施灸 10～20 分钟，每日灸治 1～2 次，10 次为 1 疗程。或在病变局部施以隔姜灸，也有明显的促进囊液吸收的作用。

文献摘要

（1）周红霞采用 26 号毫针在火焰上烧红，对准患处疾进疾出，在囊肿中央直刺 1 针，再自前后左右向中央各斜刺 1 针，深度以刺至囊肿基底部为最佳。然后用消毒干棉球敷盖在囊肿部位上面，加压固定，3 天治疗 1 次。经治疗 92 例，痊愈 49 例，好转 40 例，无效 3 例，总有效率为 96.79%。

（周红霞．局部火针治疗腱鞘囊肿 92 例．安徽中医学院学报，1992，(1)：47）

（2）张弘用三棱针点刺治疗本病 8 例。局部常规消毒后，用三棱针从囊肿最高点迅速刺入，刺破囊肿后，用干棉球用力掐挤囊肿周围，拔针与掐挤要同时进行，使囊肿内胶状物质全部排出，局部擦净后用消毒棉球加压包扎 3～5 天，嘱患者 24 小时内避免生水进入针孔，以防感染。本组病例均 1 次治疗而愈。

（张弘．三棱针点刺治疗腱鞘囊肿 8 例．中国针灸，1995，15 (2)：24）

（3）俞国瑛采用恢刺法，先用毛巾热敷囊肿皮肤 5 分钟，常规消毒后用 28 号 1.5 寸毫针对准囊肿顶部直刺。针尖刺破囊壁达囊中后，呈 45°及 75°角分别向四周来回点刺，针刺深度以刺破四周囊壁为度，起针后医者用右手大拇指压在囊肿中央，左手大拇指按在右手大拇指上，两手用力向下按压推动，使囊壁破裂，粘液流散，隔天治疗 1 次。经治疗 46 例，痊愈 31 例，好转 12 例，无效 3 例，总有效率为 93.25%。

（俞国瑛．恢刺法治疗腱鞘囊肿 46 例．中国针灸，1996，16 (10)：40）

按语

针灸治疗本病疗效较为满意，无论是针刺、火针、三棱针及针灸并用，还是其它治疗，一般多主张刺入囊内，排出积液，然后再加灸、或火针等方法。尤其以三棱针点刺后再加艾灸，疗效最佳。也有人采用囊肿四周各 1 针，囊肿顶部垂直 1 针，针深直达囊肿基底部，即所谓的“五虎擒羊法”，作用也较满意。

治疗期间和治愈后 1 个月内，应注意休息，避免过劳，尽量减少劳损筋膜间的摩擦，否则易影响疗效，引起复发，如囊肿复发，可再予针灸治疗。针灸后最好将局部加压包扎 3 天，以加速吸收，并减少复发率。施用灸法时，应严加注意，防止灼伤皮肤。配合电疗、针刺、指压、红外线照射、激光、穴位埋线等综合治疗方法，可改善局部循环，促进囊内胶状体吸收和消散，治愈率高，且复发率低，具有很大的发展潜力。

踝关节扭伤

概述

踝关节扭伤主要是指踝关节韧带损伤，可发生于任何年龄，尤以青壮年多见。大多由于在不平的道路上行走，或上下楼梯，骑车时不慎跌倒，因过度地使踝关节向内或向外翻转所致，临床上一般分为内翻扭伤和外翻扭伤两大类，其中以过度内翻致使外侧韧带损伤更为常见。

踝屈内翻损伤时，容易损伤外侧的腓距前韧带，单纯内翻损伤时，则容易损伤外侧的腓跟韧带。外翻姿势损伤时，由于三角韧带比较坚强，较少发生损伤，但可引起胫下

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腓韧带撕裂，若为直接的外力打击，除韧带损伤外，多合并骨折和脱位。

临床表现

有明确的踝部关节扭伤史，伤后踝部即觉疼痛、功能障碍，损伤轻者仅局部肿胀，损伤重时整个关节均可肿胀，并有明显的皮下积瘀，皮肤呈青紫色，跛行步态，患足不敢用力着地，活动时疼痛加重。

内翻损伤时，外踝前下方压痛明显，若将足部作内翻动作时则外踝前下方痛；外翻扭伤者，内踝前下方压痛明显，强力作踝外翻动作时，则内踝前下方剧痛，严重损伤者，在韧带断裂处，可摸到有凹陷，甚至摸到有移位的关节面。

X线摄片：踝关节正侧位片，可以帮助排除内外踝的撕脱性骨折，若损伤较重者，应作强力内翻和外翻的摄片，可见到距骨倾斜的角度加大，甚至可见到移位现象。

诊断要点

（1）有明确的踝部扭伤史，伤后踝关节即时肿胀、疼痛，功能障碍，损伤局部疼痛明显，跛行或不能着地步行。X线检查多无骨折征象。

（2）X线检查对诊断是否有踝关节韧带断裂有实用价值，在踝关节内翻应力下摄踝关节正位片，其距骨倾斜角（即胫骨下关节面和距骨顶平行线之间的夹角）多增大。Redler认为，如距骨倾斜角在9°以上，并为健侧的2倍，则表示有新鲜的外侧副韧带损伤。角度越大，则反映损伤涉及的韧带越多，损伤范围越大。临床上一般单独的跟腓韧带断裂较为少见，多数合并腓骨尖部撕脱骨折，如骨折块被牵拉向下，即可确诊。

（3）陈旧性踝关节外侧副韧带的损伤，病人多有反复的踝关节内翻损伤史，每次扭伤后患者外踝下方有局限性疼痛及压痛，足内翻试验外侧韧带有明显的松弛感，结合X线检查可以帮助诊断。

治疗

治法：活血化瘀，消肿止痛。

（1）针刺

取穴：压痛点　丘墟　商丘　绝骨　三阴交　阳陵泉

操作：先刺压痛点、阳陵泉，行中强刺激，得气后行提插捻转泻法。如为外侧副韧带损伤，配绝骨、丘墟；内侧副韧带损伤，配三阴交、商丘。以上穴位每5分钟行针1次，留针20～30分钟，每日1次，10次为1疗程。也可选用压痛点和其近端一穴，接电针，频率为180次/分，强度以病人能耐受为度，通电时间为20～30分钟。

（2）刺血

取穴：患部所属经络的井穴，压痛点。

方法：井穴用三棱针点刺出血，出血量约2ml左右。另在压痛点以三棱针点刺出血，可酌刺2～3点，使血从针孔外流，然后加拔火罐，吸出瘀血，可留罐10分钟。本法可于急性期防止局部瘀肿，并有很好的止痛作用。

（3）耳针

取穴：踝　神门　脑

方法：在选定穴位以毫针刺，给予中强刺激，留针20～30分钟，每隔5分钟行针1次　运针时，嘱患者活动关节，以提高针刺效果。耳针疗法对损伤急性期效果较为理想。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(4) 艾灸

取穴：阿是穴　三阴交　绝骨　太溪　昆仑

方法：在以上穴位以艾条悬灸 15～20 分钟，灸至局部皮色潮红为度。但本法建议在损伤 24 小时以后施行，以防引起肿胀，慢性踝关节扭伤则可用本法长期治疗。

文献摘要

(1) 邵跃光设正骨水推拿组 265 例和 TDP 照射组 43 例。其中正骨水推拿组治疗方法：搓揉，用正骨水在患处搓揉，待患者有热感，至皮肤呈暗红色为度。点按穴位，根据扭伤部位，取解溪、丘墟、中封、昆仑等，手法应先轻后重，并点按阿是穴。TDP 照射组单纯用 TDP 照射，1 次 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。结果：正骨水点按推拿组多数在治疗 1～3 次后获愈，而 TDP 照射组则多在治疗 5 次以后症状改善，经统计，正骨水推拿组的疗效明显优于 TDP 照射组。

(邵跃光．用正骨水推拿和 TDP 灯治疗急性踝关节扭伤 308 例．按摩与导引，1993，(6)：16)

(2) 陈清清采用缪刺法，先在损伤部位找出压痛最明显处，再在对侧同部位定点，以快速挟持进针法进针，行提插捻转强刺激手法，频率及幅度以病人能耐受为度，产生明显的酸、麻感后，留针 20 分钟。留针时轻轻按摩患侧，使局部产生热感。取针后，再用绷带将踝关节固定于中立位置，并嘱回家后抬高患肢。共治疗 200 例急性扭伤患者，1 次治愈 195 例，2～3 次治愈 5 例，治愈率为 100%。

(陈清清．缪刺法治疗急性踝关节扭伤 200 例．陕西中医，1994，15 (6)：276)

(3) 赵联和采用三棱针点刺放血治疗，取扭伤局部之阿是穴，每次 3～5 穴，以及疼痛明显部位怒张的静脉。患者坐位，局部常规消毒后，用三棱针快速刺入 0.1～0.3 寸，挤压局部使出血，每日治疗 1 次。共治 128 例，痊愈 98 例，显效 24 例，无效 6 例，总有效率为 95.3%。

(赵联和．刺络放血治疗踝关节扭伤 128 例分析．中国针灸，1996，16 (11)：46)

按语

针灸治疗，可以通过局部刺激，疏通郁闭的经脉，改变患处血液循环，加速其新陈代谢，从而促使踝关节功能的恢复。临床取穴主要有阿是穴、丘墟、照海、昆仑、太溪、解溪及耳穴踝、神门等。有人提出宜先在其患肢井穴放血，继之用同经相应取穴泻法。还有人用“阻力针法”，在疼痛肢体选择 1～5 个阻力痛点进行针刺，稍作提插约 1 分钟后起针，其具有针到病除之功，不仅对急性扭伤，对陈旧性伤痛和坐骨神经痛也有一定的疗效。治疗时一般以多种疗法配合，两种到三种方法配合治疗效果佳。

本病宜及早治疗，以使断裂的纤维韧带复位，防止粘连。治疗后应将患足固定，避免站立和行走，以加速组织修复，缩短疗程。在 24 小时以内，用冷敷以加强止血作用，24 小时以后用热敷以活血化瘀。休息时宜适当抬高患肢。若韧带断裂，则应由外科处理。

风湿性关节炎

概述

风湿性关节炎是风湿病急性或慢性发作的表现形式之一，临床以出现游走性的多关

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

节红、肿、热、痛为特征，男女发病机会大致相等，多发于青少年。一般认为是与链球菌感染有关的变态反应性疾病，病理改变为关节滑膜及周围组织的水肿，关节囊液纤维蛋白的粒细胞的渗出。

本病属于中医“痹证”范畴，多因人体正气不足，腠理不密，复因起居不慎、劳累过度、汗出当风，或久居湿地等，风、寒、湿诸邪乘虚而入，邪气流窜经络，正气为邪气所阻，阻滞气血运行，久而致痹。

西医认为，风湿热与A组链球菌感染有密切关系，链球菌菌体及其代谢产物具有高度的抗原性和特异性，它们可以从血液渗入结缔组织，引起全身结缔组织产生退化和溶解，是一种变态反应，其病变在初期组织变性渗出，炎性细胞浸润，这种渗出性病变的程度和部位与临床症状有内在的关系；继而出现风湿细胞，与炎性浸润细胞一起形成风湿性肉芽肿或阿孝夫小体，在病变后期变性坏死组织逐渐被吸收，局部纤维组织增生。

临床表现

发病前1～3周，约半数病人先有咽峡炎或扁桃体炎等上呼吸道感染史，起病时周身疲乏，食欲减退，烦躁，并见有发热、关节痛、心肌炎、皮下小结、环形红斑及舞蹈病等，此外，尚可见腹痛、鼻衄、大量出汗、面色苍白等症状。

关节炎表现多为游走性的多关节炎，常对称发作，累及膝、踝、肩、腕、肘、髋等大关节，局部红、肿、痛、热，但不化脓。部分病人几个关节同时发病，手、足小关节或脊柱关节等也可波及。发作往往在链球菌感染后一月内，因而链球菌抗体滴度可增高。不典型者，仅有关节酸痛，而无其它炎症表现。急性炎症消退后，关节功能完全恢复，不遗留关节强直和畸形，但常反复发作。

本病发病年龄越小，病变往往越重，复发的机会就越多，急性发病伴明显的心脏增大、心力衰竭或全心心肌炎者，预后不佳。

诊断要点

（1）根据链球菌感染的病史，本病临床关节病变特征和风湿活动过程存在和持续，依据这三个方面考虑本病发生的可能性。目前常将以上临床症状分主要表现和次要表现（即Jones诊断标准所采用的方法）作为临床诊断的依据，但仍需结合病人具体情况综合分析。

（2）实验室检查联合应用对本病的诊断意义较大，其中抗链球菌溶血素“O”测定、抗链球菌激酶、抗透明质酸酶、抗M蛋白抗体、抗DNA酶B和抗核苷酶测定等血清溶血性链球菌抗体测定对判断风湿活动和链球菌感染具有特异性的作用。

（3）关节炎症、血沉加快和发热不能作为本病的依据，否则易与其它结缔组织疾病相混淆。故本病应与系统性红斑狼疮等结缔组织病相鉴别，也需与链球菌感染后状态以及亚急性感染性心内膜炎等非风湿性疾病相鉴别。

（4）关节炎可见于多种疾病，故本病应与类风湿性关节炎、球菌性脓毒血症所引起的迁徙性关节炎、结核感染过敏性关节炎、淋巴瘤和肉芽肿等关节炎症性病变相鉴别。

治疗

治法：祛风通络，温经散寒，调和气血。采用分部分经，局部近取与循经远取相结合的方法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(1) 针刺

取穴：膝关节：内外膝眼　梁丘　血海　鹤顶　足三里　阳陵泉

踝关节：解溪　丘墟　太溪　昆仑　阳交　交信

肩关节：肩髃　肩髎　肩内陵　肩贞　中渚

腕关节：外关　阳溪　阳池　腕骨　大陵　手三里

肘关节：曲池　天井　小海　合谷　手三里

配穴：行痹，加风门、膈俞；热痹，加大椎、曲池、合谷；寒湿痹，加关元、脾俞、中脘。

操作：按发病部位和辨证分型，酌情选用。可采用针刺补泻、艾灸、温针等不同方法。每次留针 20～30 分钟，急性期每日针刺 1～2 次，慢性期隔日针刺 1 次，中强刺激，必要时配合电针，10～15 次为 1 疗程。

(2) 穴位注射

取穴：按针刺部分的取穴方法，分部选取 2～4 穴，压痛点。

方法：采用当归注射液，或 0.5% 普鲁卡因注射液，5%～10% 葡萄糖注射液等药物，针刺入穴位后，行针得气，刺入深浅因穴位而异。每穴注入 0.5～5ml 不等，每 1～3 天注射 1 次，10 次为 1 疗程。需注意的是，治疗时应避免将药液直接注入关节腔中。

(3) 梅花针

取穴：关节肿胀明显的部位　颈背部相应节段夹脊穴　背俞穴

方法：先在局部肿胀处或受累关节周围，用皮肤针叩刺，使其发生红晕或微出血，可酌情加以拔罐。然后再于颈背部相应节段夹脊穴和背俞穴进行叩刺，使局部微红，针后还可在局部用闪罐法，以宣散邪热。本法对热痹作用可能略好。

(4) 耳针

取穴：相应耳区压痛点　交感　神门　皮质下

方法：耳针对所选穴位行中强刺激，留针 30 分钟，如疼痛明显可每隔 5 分钟行针 1 次，每日或隔日治疗 1 次，亦可行埋针或王不留行籽埋压法。本法对风湿性关节炎疼痛明显者效果较好。

文献摘要

(1) 解小会用滞针法治疗风湿性关节炎 286 例，主穴取曲池、阳陵泉、腰阳关、环跳，风重者配膈俞、血海，寒重者配肾俞、关元，湿重者配阴陵泉、三阴交，化热者取大椎、风市、昆仑。针刺后，经提插捻转以获得针感，得气后压手使针身稳定于获得针感的深度，刺手向同一方向捻针，切勿来回捻转，直至将针提动，手下有沉紧感时停止捻转。医者感手下十分沉紧而重，病人诉说针感十分强烈。留针 15～30 分钟，留针期间每 5 分钟行单方向捻转 1 次。结果治愈 83 例，显效 97 例，有效 19 例，总有效率 93.36%。

(解小会．滞针疗法治疗风湿性关节炎临床分析．中国针灸，1991，11(3):31)

(2) 李勇等用双针一罐法治疗风湿性膝关节炎 50 例，按疼痛部位在膝部阿是穴，如疼痛位置不明显，取内、外膝眼。如疼痛部位固定用三棱针散刺 10～15 次，散刺范围小于火罐口径，然后按施术部位的大小选取适当的火罐，用闪火法吸拔 15 分钟，以出血 10～30ml 为宜。如疼痛位置不明显，则用皮肤针在膝眼穴附近叩刺，然后加拔火

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

罐 25 分钟。隔日 1 次，3 次为 1 疗程。结果治愈 21 例，显效 25 例，有效 4 例。

（李勇等．双针一罐法治疗风湿性关节炎 50 例．针灸临床杂志，1995，11（2）：15）

（3）唐赤蓉运用辨证取穴为主，配合循经取穴的方法，治疗本病 110 例。风痹取风池、风府、膈俞、合谷、太冲；寒痹取大椎、命门、太冲、中渚；湿痹取太白、足三里、支沟、后溪；热痹取曲池、合谷、太冲。同时按病变部位循经取穴，如病变在阳明经取肩髃、阿是穴；病变在少阳经取外关、阳陵泉等。行平补平泻法，留针 20 分钟。每日 1 次，6 次为 1 疗程。结果治愈 61 例，显效 31 例，好转 15 例，无效 3 例，总有效率为 98％。

（唐赤蓉．针刺治疗痹证 110 例疗效观察．上海针灸杂志，1994，13（3）：104）

（4）王华用隔药蜡灸治疗风湿痹痛 353 例，将生川乌、草川乌各 1 份，羌活、独活各 2 份，白芷 3 份烘干粉碎为末，取药末适量用白酒或 5％酒精喷润，至能粘成饼状为度，敷于患处，约 0.3～0.5cm 厚，再用塑料薄膜封盖。将融化之白蜡均匀涂于薄膜上，稍凝即涂，厚度以 1～2cm 为宜。每日 1 次，10 次为 1 疗程。结果显效 143 例，有效 173 例。

（王华．隔药蜡灸治疗风湿痹痛 353 例临床观察．四川中医，1996，14（10）：52）

按语

针灸治疗风湿性关节炎疗效肯定，其取穴原则有三：一是全身治疗，即根据病因病机，作全身性的治疗，根据病因取穴；二是视病变所在，循经取穴；三是局部治疗即从关节疼痛的局部及其上下取穴，以病区局部穴位为主，多用阿是穴。我们体会，有时单纯局部取穴效果不好者，而配用有整体治疗作用的穴位后获得明显的治疗效果，这可能因为机体本身抵抗力低下是主要因素，关节疼痛虽表现在局部，而实与整个机体的机能状态有密切的关系，局部病情的转归往往取决于体质的强弱，因此，调整整个机体的机能状态对于局部症状的恢复有十分重要的意义，从痹症游走性的特点来看，也说明了本病整体治疗的必要性。针灸对本病的轻证有明显疗效，重症或慢性，单用针灸则不易控制，尚需配合药物治疗。

针刺手法亦是对疗效有重要的影响，根据病变的性质，如属寒湿者，针刺加灸，或单用灸法或用火罐；属热者，单用针泻法，其红肿热痛者，可用三棱针刺血法。值得注意的是，有些病例在用提插捻转等较强的刺激方法后，疼痛反而加重，针刺手法宜弱，不产生酸麻胀痛的感觉同样能起到良好的效果。另外，一般认为热痹不宜用灸法，而临床对热痹病例用灸法并未产生不良反应，灸治后确有比较明显的消肿止痛作用。此外如电针、激光、微波照射等亦可应用，对关节肿胀积液较多者，一般主张先用注射器吸去其中部分积液，然后用隔姜灸法，连续灸治，以促进其吸收。

在治疗风湿性关节炎的同时，还应对风湿病的其它表现如风心病、风湿热、舞蹈病进行治疗，必要时配合中西药物，推拿及理疗法综合进行。本病还需与类风湿性关节炎、痛风、骨关节炎等疾患相鉴别。

类风湿性关节炎

概述

类风湿性关节炎，是以慢性对称性关节炎症为主的一种自身免疫性疾病，病因目前

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

尚不清楚。早期可有游走性的关节疼痛和功能障碍，晚期则关节畸形僵硬、功能丧失。有自发性地反复发作和缓解的特点。本病多见于温带湿度较大的地区，我国的发病率为3%～8%，大多发病年龄在20～45岁之间，且女性较多，男女之比为1:2～4。

本病在中医属于“痹症”的范畴，又称为“历节风”、“白虎历节”、“骨痹”。认为本病系风寒湿三气杂侵，经络气血闭阻所致，并因感受的各种病邪的轻重不同，而有风痹、寒痹和湿痹之分。

西医认为本病的病因可能是细菌、病毒、遗传及性激素等因素导致了血管外免疫复合物形成，并激发了炎症反应，此外，各种上述病因也可引起细胞过敏反应而发病。T细胞激活及一系列免疫介质的释放，使细胞间β细胞和浆细胞过度激活，产生大免疫复合物，多种促炎症物质释放，使组织细胞受损，而引起侵蚀性和破坏性病变。小分子类风湿因子包括IgG、IgA和7SIgM-RF在免疫反应延续，病变的持续上起了重要作用。

临床表现

初发时起病缓慢，在出现关节症状以前，可有几周到几个月的疲倦乏力、手足麻木、刺痛、低热等前驱症状。开始时可能一、二个关节受累，往往是游走性的，以后发展为对称性多关节炎。受累的关节常从四肢远端的小关节开始，以两手的小关节，尤其是近端指间关节最为常见，其次是掌指、趾、腕、膝、肘、踝、肩及髋关节等。关节呈对称性的梭形肿胀、疼痛，其它关节也可受累。潮湿、寒冷、疲劳、外伤、精神等均可引起病情的加重，尤其是对潮湿与寒冷二者更为敏感。疾病的后期，关节变得僵硬，活动不便，尤以晨起较为明显，称为“晨僵”，最终出现关节畸形。关节周围的骨组织也萎缩、疏松，肌肉萎缩和僵硬，关节周围皮肤萎缩变薄，部分病例可有皮下结节，多出现在关节的隆突部位，略有压痛，可长期存在而不消失。本病的病程大多数可迁延多年，在进程中可有多次缓解和复发交替，有时缓解期可持续很长时间。

实验室检查，多数病人在活动期血沉加快，血清白蛋白降低，球蛋白增高，免疫球蛋白电泳法显示，IgG、IgA及IgM增多，约80%的病人血清中有类风湿因子。中后期X线摄片可出现病变关节的骨性改变。

诊断要点

（1）典型发病常为青壮年发病，关节炎呈对称性，常侵及四肢小关节，晨僵，有类风湿结节，血中类风湿因子阳性及典型的X线表现可以考虑本病的诊断。

（2）早期轻型或不典型的病例，如开始的单关节炎、起病急并发高热者，则需作更多检查，排除其它疾病，并进行追查或随访。

（3）近年来发现血清中抗类风湿关节炎协同抗原抗体（抗RANA抗体）的阳性率明显高于其它各种类型的关节炎及正常人，可作为诊断类风湿性关节炎的有力证据，血清中抗核抗体、类风湿因子等测定是诊断本病重要的辅助方法。在疾病活动期，关节腔穿刺可得到不透明的草黄色渗出液，其中白细胞胞浆中含有由类风湿因子和Ig补体复合物形成的包涵体吞噬细胞，称类风湿细胞。

（4）本病尚需与增生性关节炎、风湿性关节炎、结核性关节炎以及其它结缔组织疾病如系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、皮肌炎等疾病相鉴别。

治疗

治法：扶正祛邪，理气活血，标本同治。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）针刺

取穴：大椎　身柱　神道　至阳　筋缩　脾俞　肾俞　委中　足三里　太溪

配穴：上肢受累加天宗；下肢受累加秩边；患在脊椎关节加夹脊穴；骶髂关节加小肠俞、膀胱俞；根据病变所犯关节不同，随证加减。

操作：以上各穴均双侧取穴，每次选取3～4对穴位，行中强刺激，肌肉丰厚部位可行合谷刺，肌腱韧带附近可行恢刺法，若见穴位附近有小络外浮，可挑刺其血络，关节肿胀者，可用三棱针局部散刺出血，针后拔罐，以消其肿，关节畸形者，可行关刺，或用长针透刺。得气后可酌行补泻手法，使针感趋于病所。留针20～30分钟　对于寒湿偏盛者，亦可针后加灸或温针灸；湿热明显者，以单纯针刺或刺血为胜；疼痛明显者，选穴还可配合电针，频率为80次/分，强度以病人能耐受为度。急性期病情重者可每日针刺1次，慢性期则隔日1次，10次为1疗程。

（2）灸法

取穴：①膻中　中脘　气海　足三里

②膈俞　肝俞　脾俞　命门

方法：取以上两组穴位交替使用，使用隔药饼灸。将艾炷置于附子药饼（附子40份、干桂散9份、冰片1份，共研粉末，等量饴糖拌和而制成直径约2cm、厚0.6cm左右的圆形饼）上，燃艾炷3～4壮，以不灼伤皮肤为度，隔日或每日1次，50次为1疗程。亦可在上述穴位施以灸罐灸法，热力深透，火足气到，但也应以不灼伤皮肤为宜。每日1次，10次为1疗程。

（3）穴位注射

取穴：关节肿胀点或疼痛敏感点　曲池　外关　合谷　阳陵泉　悬钟　解溪　大椎　身柱　大杼　至阳　膝阳关　命门

方法：用醋酸强的松龙注射液、红当川注射液或骨碎补注射液作穴位注射，每穴注入药液0.5～0.8ml，每次选用3～6个穴位，每隔3天治疗1次，10次为1疗程。也可用患者自体血清作敏感点的穴位注射，每次选取1～2个最主要的压痛点，每穴注入血清1ml左右，每周治疗1次，10次为1疗程。

（4）耳针

取穴：病损关节的相应耳穴

方法：每次选取6～8个穴位，用耳针强刺激，每日1次，20次为1疗程。亦可在耳穴埋压王不留行籽治疗。

文献摘要

（1）吴明霞治疗二组共90例类风湿性关节炎患者。各病例均符合类风湿性关节炎诊断标准。其中治疗组60例，对照组30例。治疗方法，针刺华佗夹脊穴C1～L5，八邪、阳池、足三里、血海，平补平泻，得气后，进行温针，华佗夹脊穴不必温针。另服中药汤药消痹汤（自拟）。对照组口服消炎痛25mg、强的松5mg，饭后服药，每日3次。结果：针药组的有效率为91.7%，对照组的有效率为73.3%，各组自身对照发现，针药组治疗前后疗效差别显著（$P<0.05$），而对照组治疗前后疗效差别不明显（$P>0.05$）。二组的组间比较，针药组的疗效明显优于对照组（$P<0.05$）。

（吴明霞．针药并施治疗类风湿性关节炎60例疗效观察．湖南中医杂志，1996，12

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3):31)

(2) 张羽将64例类风湿性关节炎病例随机分为观察组44例，对照组20例。对照组的治疗方法：电针外关、合谷、风市、血海、阳陵泉、足三里、绝骨，留针30分钟，每日1次，12次为1疗程。观察组治疗方法：在上述治疗的基础上，加竹罐，放于药液中煮沸20分钟，然后拔于施针穴位上。结果：经统计学处理，二组的治愈率有非常显著的差异（$P<0.01$），而二组总有效率比较无明显的差异。

（张羽．竹管针法治疗类风湿性关节炎64例．天津中医，1992，9(6):38）

(3) 孙景胜将206例随机分为针刺加穴位注射组126例和对照组（药物治疗组）80例。治疗：取穴：合谷、中渚、外关、曲池、太冲、丘墟、太溪、三阴交，采用“追风速”注射液（中药），每次选3～6穴，各次用量6ml，每穴注射入药液0.5～0.8ml，隔日1次，10次为1疗程，疗程间休息7天。穴位注射后，用28号1寸毫针分别刺入注射过的穴位，得气后留针20分钟。对照组采用抗风湿药、肠溶阿司匹林片、布洛芬片和瑞培林片三种药物同时服用。结果：针刺加穴位注射组的疗效明显优于对照组（$P<0.01$）。

（孙景胜．针刺加穴位注射治疗类风湿性关节炎126例．针灸临床杂志，1993，9(4):21）

按语

类风湿性关节炎是临床常见的疑难病证之一，针灸治疗本病疗效肯定，主要是对减轻本病的关节疼痛、肿胀等较为显著，但对疾病后期骨关节僵硬、畸形效果差，对长期类固醇激素依赖性患者也很难奏效。体虚复感风寒湿邪，经络闭阻，是类风湿性关节炎的主要原因，早期治疗，以局部取穴为主，晚期须整体与局部结合，扶正与祛邪兼顾，补泻并用。因为本病为较难治的疾病，针灸的同时，应配合药物治疗，但在症状改善后，撤激素时要慎重、耐心，防止引起反跳现象，加重病情。

针灸治疗本病的作用机理进行了大量研究，主要研究重点是针灸对类风湿性关节炎病人免疫功能的影响，实验表明，温针灸可调节病人的白细胞介素2、免疫球蛋白、C-反应蛋白、免疫循环复合物等；穴位注射还对患者NK细胞活性有明显的升高作用。针灸可能通过调整患者的免疫功能而达到治疗的目的。

在急性发作期具有发热、关节肿痛等，病情活动阶段的患者，应尽可能卧床休息，但必须注意休息时所采取的姿势，以免日久形成畸形。一般严重病人卧床1～2周，中度病人3～7天，视具体病情而定，受累关节经过休息可以减轻症状，又能使负重关节减轻负担，在病情稳定阶段，要坚持体育锻炼，以防止肌肉萎缩，维持和改善关节活动。

5.2.2.4 外科疾病

急性乳腺炎

概述

急性乳腺炎又称“吹乳”、“妒乳”、“乳毒”、“乳疯”等，是因细菌侵入乳腺和乳管组织而引起的乳房感染。以乳房肿痛、红热，全身寒热为特征，发生于产后哺乳期的妇女，尤以初产妇为多见。发病一般在产后3－4周，常由哺乳时婴儿吮破乳头，细菌侵

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

入，兼以排乳不畅，乳汁积聚，以致细菌繁殖而引起。

本病在中医归于“乳痈”的范畴。临床一般分为外吹乳痈、内吹乳痈、非哺乳期乳痈等。认为其发病的主要原因是由情志不舒、乳头破裂、外邪入侵、断乳不当等原因引起的乳汁蓄积。蓄积的乳汁使气血乖违，乳络失宣，乳汁郁久化热，进而腐肉成脓。

西医认为，本病主要因于排乳不畅、乳汁积聚，以致局部乳腺组织的细菌性感染。致病菌主要为金黄色葡萄球菌。最初由于郁积的乳汁对组织的刺激作用，可引起乳腺的单纯性卡他性炎症，细菌侵入则形成严重的乳房蜂窝组织炎，以致最后形成乳房脓肿，往往有组织坏死和组织分解，形成几个小脓肿和几个大脓肿。

临床表现

本病以乳房红肿热痛为主要表现。初起乳房结块，肿胀疼痛，发病部位多在乳房的外上方，排乳不畅或困难，恶寒头痛，全身不适。如不及时治疗，约2～3天后肿势扩大，焮赤剧痛，压痛明显，拒按，跳痛，全身高热。若病灶浅，在5～6天内成脓，肿块变软，按之应指，此为脓成；若病灶深，肿胀尤为明显，而肤色不红，全身不适加重，肿块继续发展，可在8～10天左右成脓。此时若及时手术切开排脓，可迅速止痛消肿，并改善全身中毒症状，若不及时治疗，后发菌血症和败血症。

本病后期溃脓之后，肿消痛减，全身毒血症状亦可改善，疮口逐渐愈合。若疮口久不收口，反见乳汁流出或有清稀脓液流出，形成漏管和窦道，则病情更加复杂。实验室检查，本病在急性期可有血白总分的明显升高，热退后可转为正常。

诊断要点

（1）本病多见于初产妇，往往在产后3～4周发病，主要临床特征为乳房肿痛，乳房脓肿，全身高热、寒战。由此可以考虑本病的诊断。

（2）早期应辨别发病的部位，对针灸临床选穴治疗具有实用意义。

（3）本病应注意与其它乳腺疾病相鉴别。首先本病应与浆细胞性乳腺炎相鉴别，该病多发于非哺乳期妇女，其炎症肿块多发生于乳晕部，并大多数伴有先天性乳头凹陷内缩，乳头内有粉刺样带臭味的分泌物。病情顽固，易于复发。本病还应与乳腺结核相鉴别，后者亦见乳房结块，易与本病早期乳房硬结相混淆，但乳腺结核进展缓慢，疼痛不甚，数月后方形成寒性脓肿。本病还应与急性坏死性乳房蜂窝织炎鉴别，它亦多见于哺乳期妇女，表现来势急骤，整个乳房红肿赤痛，迅速腐烂坏死，全身中毒症状严重，并很快出现败血症或脓毒血症。是较为险重的疾病。

治疗

治法：通利乳络，清泄热毒。

（1）针刺

取穴：足三里　乳根　膺窗　内关　肩井

配穴：乳汁壅胀，加膻中、少泽；头痛发热，加合谷、风池。

操作：胸部取患侧穴位，四肢用双穴。常先取肩井一穴，以28号或30号2寸毫针，直刺其穴，进针1寸左右，用泻法，不提插，快速捻转强刺激，使患侧肩部或胸部，或腋部出现针感，持续行针3～5分钟即可。内关穴强刺激，可以缓解本病的乳房疼痛，建议操作上持续行针10～15分钟，以乳房疼痛明显缓解为宜。上述穴位针刺一般以泻法为主，留针30～60分钟，其间可加强刺激，每隔3～5分钟，提插捻转行针1

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

次，病情较重者可1日2次，6日为1疗程。

(2) 刺血

取穴：乳上型，膏肓　魄户　郄分

乳中型，膏肓　魄户　神堂

乳下型，膏肓　神堂　谚语

方法：常规消毒后用三棱针点刺，每穴放血3滴，每日1次。穴位放血后，令患者侧身卧床，患侧上肢肘关节屈曲，将前臂置于头下以手麻为度。局部湿热敷，每日3次，每次30分钟

(3) 灸法

取穴：阿是穴　膺窗　乳根　肩井

方法：用葱白或大蒜捣烂敷患处，或切成1分厚的片置于肿块上，放蚕豆大艾炷灸之，直至局部红晕，乳汁外溢为度。如局部灼热不能忍受时，可将蒜片提起或移动后再放回原处灸治。亦可用艾条灸10～20分钟，每日1～2次。或用艾条熏灸膺窗、乳根、肩井穴，每穴5～10分钟。

(4) 氦氖激光针

取穴：膻中　乳根　肩井　内关　少泽　足三里　阿是穴（肿胀及硬块处）

方法：每穴照射5分钟，每日1～2次，6次为1疗程。

(5) 耳针

取穴：乳腺　内分泌　脑垂体　胸

方法：毫针刺入选定的耳穴，捻转数分钟后，留针20～30分钟，每日1次。

文献摘要

(1) 李建山取大椎及患侧乳房痈肿部位相对应的背部（一般在膏肓周围），用三棱针呈梅花状点刺放血，然后分别用大号火罐投火拔于点刺部位，使其拔出瘀血约3～5ml。另可辨证取穴，针刺得气后，尽量使气行向病所。本组26例，痊愈19例，显效4例，好转2例，无效1例。

(李建山．刺络拔罐治疗急性乳腺炎疗效观察．针灸临床杂志，1993，9(4)：41)

(2) 陈兴功用拇指尖或肘部点按揉患侧肩井穴，5分钟后，用拇指按天宗穴半分钟，治疗时患者取坐位，上肢下垂，颈胸微向前，全身自然放松，均匀呼吸。本法适用于非化脓期　本组63例，1次治愈28例，2次治愈31例，3～5次治愈4例。

(陈兴功．肩井穴治疗乳痈63例．新中医，1992，24(3)：34)

(3) 张玉璞取第三胸椎棘突旁开0.5cm处为针刺点，呈65°角，针尖向脊柱方向刺入，深度0.4～0.5寸。外加曲池、手三里，用迎随补泻之法。治疗80例，痊愈75例，无效5例。

(张玉璞．针刺治疗急性乳腺炎80例小结．北京中医，1992，(2)：35)

(4) 汤红取膻中、阿是穴（肿块的边缘）、乳根穴。针膻中穴，针尖向下斜刺0.5寸深，针感向乳房传导；针阿是穴，用拇指和食指触及肿块部位并固定好，在肿块边缘直刺1.2～1.5寸（视乳房的厚度而定），不能超过肋骨，针感可向腋窝、背部放射传导。得气后，用G-6805治疗仪接阿是穴和乳根穴，用连续波，电流强度以病人耐受为度。留针30分钟。用艾条灸至局部潮红。取针后在针眼处拔罐，用左手托住乳房，右

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

手 4 指并拢左右上下来回推拿 5 分钟。每日 1 次，治疗 35 例，全部治愈。

（汤红．针灸治疗急性乳腺炎 35 例．新中医，1995，27（3）：34）

按语

大量临床资料表明，针灸治疗本病有肯定的疗效，尤其对早期急性乳腺炎效果较好。疾病早期，未成脓者，治以消散为主，其治疗方法一般是根据乳房属阳明、乳头属厥阴的理论，重点取阳明、厥阴、少阳等经穴为主。肩井与少泽两穴治疗本病初期有奇效。最常用的穴位是肩井、膻中，其次是乳根、内关、足三里和背部与乳头对应部位的阿是穴。少泽点刺放血，对清除内热，疏通乳腺阻塞，行气活血具有显著作用。在治疗时机上，大多强调早期治疗，即炎症期就诊，且病程越短，效果越好，有人认为发病 24 小时以内就诊者疗效最佳，超过 1 周则疗效差。我们体会，急性未成脓期，一般单用针刺肩井或内关等，配合按摩肿块或三棱针刺血，只需 3～5 次即可治愈。

如有化脓倾向者，针刺亦具有镇痛消肿和促进炎症局限化、吸收的作用。从临床报道来看，成脓早期可用隔姜灸，脓将成或脓已成阶段还可用火针点刺局部脓肿，溃后期局部艾盒灸、隔蒜灸对疮口收口有很大帮助，其间可多法联合应用，常可缩短疗程，减轻疼痛。如脓成者应及时切开排脓，或用粗针针刺引流，还应配合药物治疗。

针治的同时，亦可配合按摩和热敷，应尽量排除残乳，但禁挤捏，保持乳房清洁。断乳时应逐步减少哺乳时间，再行断乳，以防止本病的发生。另外，应注意饮食清淡，忌肥甘厚腻，忌食辛辣。

乳腺增生病

概述

乳腺增生病，相当于西医的“乳房囊性增生病”和“乳房纤维腺瘤”，是妇女的多发病之一。其临床特征是乳房部位出现无痛性的、形状不同、大小不等的硬结肿块，病程冗长，可达数年至数十年之久。多发于 20～50 岁之妇女，其生产史中常见有较高的流产率，揭示其发病可能与卵巢等生殖器官功能的失调有关。

中医将本病归于“乳癖”的范畴。又称“乳粟”、“乳栗”、“乳痞”等。认为本病的发病与肝郁气滞和冲任失调有关。肝气郁结，气血不行，裹挟水湿痰浊，凝结于乳房故成乳癖之证，而其病又根于冲任失调，在上则痰浊凝结，下见月水不调，二者又相互影响。

西医对本病的病机目前尚不清楚，一般认为，乳房囊性增生病的发病与精神因素有明显关系，同时与体内黄体素分泌减少，雌激素分泌过多有一定关系。病理上，在乳房内见数个大小不等、自粟粒至樱桃大的囊肿，是囊状扩张的大小乳管，多散布在乳房深部，囊内有黄绿色或棕色的粘稠液体，囊壁上皮细胞增生，囊周有结缔组织增生。乳房纤维瘤也与雌激素的刺激有直接关系，病理上，可见腺泡上皮、乳管、纤维组织的单项或复合增生。

临床表现

多于无意中发现乳房出现无痛性肿块，一般呈卵圆形，小者如蚕豆、樱桃，大者如梅、李，甚至如鸡蛋，表现光滑，质硬而具有弹性，皮核不相亲，推之可移动，有滑动感，一般边界清楚，亦有模糊不清者。肤色如常，无寒热，无疼痛，或触痛不显，生长

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

缓慢，可数年内无变化，经年累月不溃破。以乳房的外上象限为多见，内上象限次之，肿块有单发、亦有多发。乳房囊性增生病，病人常感乳房胀痛，在月经前3~4日更甚，月经一来，则乳痛停止，有时由乳头流出少量绿色、棕色或血性液体；乳房纤维腺瘤则几乎无痛，多为单发性，生长缓慢，但妊娠期可迅速增大。虽然癌变的可能较小，但也有变为肉瘤的可能。

诊断要点

(1) 根据临床特征，如乳房肿块，疼痛不明显，病情进展缓慢，随情绪波动病情变化，月经和妊娠对病程进展有影响等特点，可以考虑诊断为本病。

(2) 阳极钼钯乳房摄片，乳腺增生病可见密度增高的模糊阴影，数目不定，如病变范围小，则可见边缘不规则的小梁，病变广泛则乳腺密度均匀增高，失去正常结构。囊性增生为圆形或不规则的弧形的边缘整齐的阴影，周围有一透亮区。

(3) 必要时应作局部组织活检，以确定有无恶变。

治疗

治法：疏肝理气，化痰消结。

(1) 针刺

取穴：膻中　乳根　天宗　肩井　肝俞　外关

配穴：肝气郁结，加行间、侠溪；痰湿凝结，加丰隆、中脘；肝肾阴虚加太溪、肾俞。

操作：虚补实泻，留针20~30分钟，每日1次，10次为1疗程。

(2) 耳针

取穴：内分泌　乳腺　神门

方法：病变在单侧者双耳交替，双侧均有病变者，两耳同时用针。行中度刺激，留针30~60分钟，每日1次，30次为1疗程，或用耳穴贴压法。

(3) 水针

取穴：肝俞　肾俞　足三里　肩井

方法：用10%丹参注射液或5%当归注射液作为治疗用药，每次选取2~3穴，每穴注入0.5~1ml药液，隔日1次，10次为1疗程。

(4) 梅花针

取穴：夹脊穴（胸3~5）　中府　天池　膺窗

方法：夹脊穴叩刺宜重，至皮肤微微渗血为止，胸部穴位叩至潮红为止，每日或隔日1次，10次为1疗程。

文献摘要

(1) 马骏祥以乳根、库房、膻中、期门为主穴，均用泻法，气滞痰凝型配丰隆、足三里，施以平补平泻法，气滞血瘀型配膈俞，采用泻法。留针1小时，每日1次，共治乳腺增生110例，痊愈34例，显效41例，进步24例，无效11例。

（马骏祥．针刺治疗乳腺增生110例．中国针灸，1992，12(30)：38）

(2) 郭英民取患侧屋翳穴，常规消毒后，用平头镊子夹住已消毒的环形皮内针针柄，由内向外平刺入皮下，再用长方形胶布顺着针身进入的方向将针柄贴紧。然后让患者活动两臂，不觉胸部疼痛及不适即可。一般埋针，夏天3日，冬天6日，留针期间，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

可每日用手按压埋针处2～3次。治疗40例，痊愈20例，显效9例，有效8例，无效3例。

（郭英民．皮内针治疗乳腺增生40例临床疗效观察．针灸临床杂志，1993，9（2、3）：14）

（3）孙长旺取两组穴位：甲组取肝俞、肩井、天宗，乙组取膻中、屋翳、乳根、外关，并辨证选用配穴：肝郁型取三阴交、合谷；肝火型，泻太冲；肝肾阴虚型，补肾俞、太溪；气血两虚型，补足三里、气海。配合中药治疗。共治疗110例，痊愈105例，显效4例，无效1例。

（孙长旺．针药合用治疗乳腺增生的临床观察．天津中医，1996，13（1）：7）

（4）谈坚明等以肾俞、乳根、足三里、膻中为主穴，肾阳虚者配腰阳关；痰凝者配丰隆；性情急躁、失眠、月经不调者配三阴交；胸闷不适、胸胁胀痛者配期门或太冲。每次选主穴或配穴各1～2个，左右交替选穴。先用注射器抽取当归注射液2ml，严格消毒后右手持注射器垂直或斜刺穴位，待出现针感回抽无血后，缓慢将药液0.2ml推入穴位深部。起针后用酒精棉球压迫针孔1～2分钟。每周注射2次。另外，对冲任失调型患者同时配合口服中药二仙汤，每日1剂。治疗96例，治愈58例，显效17例，有效10例，无效11例，总有效率为88.5%。

（谈坚明等．穴位注射治疗乳腺增生96例临床分析．中国针灸，1996，16（7）：27）

按语

乳腺增生病是妇科常见疾病，约占乳房良性肿瘤的70%～80%，其中70%与妇科病有关。治疗上，重在调理肝脾，以化痰祛瘀，调和气血。以取足阳明、足厥阴、任脉穴位为主，从目前临床报道来看，取穴处方基本包括三个部分：瘤体局部取穴；邻近部位取穴，如膺窗、膻中等；远道取穴，如少泽、足三里、肩井等。在针刺手法上，强调以轻柔的刺激方法，在瘤体上散刺3～5针，进针0.5～0.8寸，行捻转刮针手法，对瘤体的消散有一定的作用。一般以针刺疗法，经10～20次治疗后，均可收到不同程度的治疗效果。针刺治疗本病疗程较长，根据女性体内内分泌周期特点，择日进行针刺的方法，可缩短患者的就诊时间，一般在月经后第6～8天、13～15天、22～27天为最佳治疗时间。近年的临床观察发现，冷冻针灸治疗仪用治本病的效果较好，不仅可以加速肿块的吸收，还可以降低癌证的发病率。应指出的是，针灸对本病虽有良好的效果，但配合中药治疗可增强疗效。

关于治疗本病的机理研究，研究资料表明，本病与体内女性激素的失衡、黄体素分泌减少、雌激素相对增多有关，经实验研究表明，针刺可降低乳腺增生病人的雌二醇，并提高了机体免疫功能，说明针刺可调节失调的女性激素，从而加速了乳腺增生组织的清除，使其恢复正常。少数病例有恶变的可能，应注意追踪观察，必要时进行组织切片和X线检查。

据调查，本病见有明显性情急躁易怒的病例，约占80%左右，因此，治疗期间做好解释工作，使患者精神愉快地接受治疗，戒怒去忧，保持乐观情绪，对本病的防治十分重要。调理月经，防治妇科病，也是本病治疗的重要一环。

急性阑尾炎

概述

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

急性阑尾炎是阑尾管腔梗阻和多种细菌混合感染引起的常见急腹症，可发生于任何年龄，以青壮年为多，其发病是因狭小的阑尾管被异物、粪石、寄生虫等梗阻而引起的炎症。主要临床特征是，右少腹痛及右少腹局限而固定的压痛。据统计，本病可占一般综合性医院外科住院病人的10%左右。

中医称本病为“肠痈”，主要是因于饮食不节，寒温不适，情志失常，暴急奔走，跌仆损伤及胎前产后等，引起肠道传化失司，气机痞塞，瘀血停聚，糟粕积滞，均可发为肠痈。本病之病位主要在肠腑，恢复期或慢性期可影响脾胃，早期多属里热实证，但在重症或转成慢性者，多为虚实夹杂。

西医认为，急性阑尾炎在病理上主要有以下三种类型，这三种类型可能是炎症不同发展阶段的不同表现，亦可能是不同病因或机体不同反应状态所造成的不同结果。①急性单纯性阑尾炎，见阑尾轻度肿胀，充血，阑尾壁各层均有水肿和中性粒细胞浸润，粘膜面可能有小的出血点，阑尾腔内可能有少量渗出液；②蜂窝织炎性阑尾炎，亦即化脓性阑尾炎，粘膜高度充血，为纤维蛋白和脓性渗出物所覆盖，阑尾壁有小肿脓形成，粘膜溃疡面增大，阑尾腔内有积脓。③坏疽性阑尾炎，阑尾出现坏死，可限于阑尾的一部分或整个阑尾，坏死部位呈暗紫色或黑色，并可能已发生穿孔，粘膜大部分已溃烂，阑尾腔内有脓血，腹腔内有脓液。本病的预后，因人体正气的强弱情况而有三种转归：炎症消散，形成腹膜炎或脓肿，感染扩散，酿成变症，危及生命。

临床表现

腹痛，是本病的常见而又最重要的症状。典型的腹痛多开始于上腹部或脐周围，为阵发性疼痛，初期并不剧烈，但逐渐加重，经数小时或1天以后，腹痛转移到右下腹阑尾所在部位。还常伴有恶心、呕吐、食欲减退、腹泻、便秘等胃肠道症状。炎症的发展可出现寒战、高热等症状，初期多为轻度发热，当阑尾穿孔或坏死后，即有明显的发热症状。若并见寒战，常为阑尾化脓性炎症的表现，提示预后严重。

基本体征：右下腹阑尾点（McBurney氏点）有固定的压痛，当阑尾化脓坏死时，压痛范围扩大并可出现反跳痛和腹直肌紧张，当炎症波及到腰大肌时，可出现腰大肌征阳性。本病的腹部气胀不明显，肠蠕动或较一般增强。患者的血尿常规检查有一定的重要性，一般均可发现白细胞数增高，尤其是嗜中性粒细胞增多。

急性阑尾炎发展到坏死或穿孔阶段，则继发腹膜炎，体征将明显而广泛，腹部触痛将延及整个下腹部，但在阑尾部位的触痛仍最显著，右下腹肌紧张明显存在，或出现全腹压痛、反跳痛、腹肌板硬、高热或过高热。有时可触及一边缘不清的肿块，为充血水肿的大网膜和小肠包裹在阑尾周围所形成的炎性肿物。

诊断要点

（1）根据发病较急、转移性右下腹痛、加之恶心、呕吐、发热等典型表现，可以考虑本病的诊断。

（2）本病辨腹痛对病情的把握较为重要。初期疼痛多不典型，或全腹痛，或见左侧腹痛、腰痛、会阴痛、睾丸痛等，但不久即固定为右下腹痛。腹痛的性质和程度与本病的发病类型也有一定的关系，单纯性阑尾炎多呈持续性钝痛或胀痛，阵发性剧痛或跳痛是化脓性或坏疽性阑尾炎的特点，阵发性绞痛是因为有阑尾梗阻。

（3）另外，腹痛在病程进展中突然减轻，一般为阑尾梗阻和炎症消退的表现，若腹

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

痛突然减轻，但腹膜炎体征仍存在或在加重，说明阑尾已坏死或穿孔，是病情加重的表现；腹痛局限于右下腹后，又向周围扩散，一般表示阑尾已穿孔。病程已发展到腹膜炎阶段。

（4）阑尾位置较低的病例，直肠壁右侧有压痛，阑尾炎扩展至阑尾以外时，直肠壁两侧均有压痛，在女性病人，原则上应作肛门指检，以区别阑尾炎与卵巢、输卵管的炎症。

（5）作为外科常见的急腹症，临床上应与急性胃肠炎、急性肠系膜淋巴结炎、胃、十二指肠急性穿孔、肠伤寒溃疡穿孔、宫外孕破裂、急性输卵管炎及右侧输尿管结石等病症相鉴别。

治疗

治法：清热导滞，疏通腑气。

（1）针刺

取穴：足三里　阑尾穴　上巨虚　曲池

配穴：发热加尺泽、合谷、大椎；腹痛加天枢；恶心、呕吐加内关、上脘。

操作：每次选取主穴2～3个，配穴2～4个。针刺以提插捻转，迎随或透天凉等泻法为主，每隔5分钟行针1次，行针时间约2分钟，留针30～40分钟，每日针刺1～2次或3次，直至症状有明显改善为止。可加电针，用疏密波以加强刺激。若发热盛，可用尺泽穴，以三棱针放血，射出血液2～3ml左右，有可能使热退身凉。

（2）水针

取穴：下巨虚　曲池　气冲　阿是穴

方法：所用药物为鱼腥草注射液，先针刺双侧下巨虚、曲池，使针感向远端传导，留针1小时，待腹部疼痛缓解后再取右侧气冲穴周围压痛点，用5.5号针头刺，有针感后注入上药2ml，每日2次，然后艾灸疼痛或包块局部40分钟。

（3）耳针

取穴：阑尾　耳舟中段新阑尾点（对耳轮耳腔缘，在臀与腰椎之间）。

配穴：加强疗效，加大肠、小肠、肩、交感；发热加皮质下、耳轮；呕吐加迷根。

方法：在穴区进行轻度按压，寻找最痛之点，半寸毫针刺入，行中强刺激，留针20～30分钟，留针期间间歇行针，每日1次，10次为1疗程。或在耳穴用揿钉式皮内针，选定穴位后，稍捻转一下即揿入皮肤，再粘贴固定，时时按压，至腹痛缓解。

（4）灸法

取穴：气海　陷谷　大肠俞　太白

方法：小艾炷灸，每穴3～5壮，敷贴淡膏药使之化脓，隔日再施灸1次，或用非化脓灸法。亦可用艾条温和灸，每穴灸10分钟，每日1次，5次为1疗程。

（5）氦-氖激光针

取穴：阿是穴（麦氏点）　阑尾穴　腹结　府舍

方法：阿是穴激光照射10分钟，其它穴位各照射5分钟，阑尾穴取双侧，腹部穴位取右侧，每日可治疗2次，10次为1疗程。

文献摘要

（1）董少群等取足三里、上巨虚、下巨虚穴。呕吐加内关、中脘；腹痛盛者加天

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

枢、公孙；发热重者加大椎、曲池、合谷。足三里毫针刺 2～3 寸，上巨虚针刺 1.5～2 寸，下巨虚针刺 1～1.5 寸，均用泻法，并在三穴附近寻找明显瘀阻的血络用三棱针速刺出血。足三里放血 5～15ml，上、下巨虚可放血 2～10ml。每日治疗 1 次，治疗单纯型阑尾炎 34 例，痊愈 20 例，好转 12 例，无效 2 例。

（董少群等．针刺治疗单纯性阑尾炎 34 例．针灸学报，1992，8（6）：8）

（2）刘国升取主穴：①府舍（右）、腹结（右）、阑尾穴（双）；②大横（右）、阿是穴、阑尾穴（双）。配穴：恶心呕吐者加上脘；腹部反跳痛明显者加天枢；体弱者加关元。两组主穴交替使用，配穴酌加。常规消毒后，用三棱针快速点刺 5～10 下后，立即拔以火罐，15 分钟后起罐，遇有起泡、破溃者敷以无菌纱布固定之。关元只拔罐不针刺。阑尾穴针刺得气后留针 30 分钟，中间捻针 1 次。每日 1 次，共治疗 46 例急性阑尾炎，临床治愈 28 例，显效 8 例，好转 7 例，无效 3 例。

（刘国升．刺络拔罐法治疗急性阑尾炎 46 例临床观察．中国针灸，1993，13（6）：23）

（3）谭朝坚取天井、清冷渊、上巨虚、足三里、长强穴，清冷渊采用温针灸，每次灸 2～3 壮，余穴均采用提插捻转泻法，行针 5 分钟，每次留针不少于 30 分钟。一般每日 1 次，痛甚者每日 2 次，上下午各 1 次。治疗 32 例急性阑尾炎，痊愈 31 例，无效 1 例。

（谭朝坚．针灸治疗急性阑尾炎 32 例临床小结．四川中医，1993，11（7）：50）

（4）王明章以大巨、天枢、外陵、阑尾为主穴，急性发作伴有高热、白细胞升高者，配合谷、曲池、外关，并随症加用其它穴位。急性阑尾炎用泻法，快速进针，得气后出针；慢性阑尾炎用补法，留针 20～30 分钟。急性期每隔 4 小时针刺 1 次，症状全部消失则每日针刺 1 次，隐痛、腹痛消失则停止治疗。500 例住院患者中，急性阑尾炎占 80%，大多数针刺 3～5 天获愈，慢性阑尾炎占 20%，一般 7～14 天可愈。

（马玉莹．王明章主任医师针刺治疗阑尾炎的经验．针灸临床杂志，1995，11（8）：402）

按语

肠痈用针刺治疗在古代就有不少论述，记载着大量的针刺治疗经验。本病临床常分三期论治。针灸对初期或一部分酿脓期患者效果较好，可以即时止痛。对于重症则疗效降低，应积极采用中西医结合方法治疗，以免延误病情。针灸诸法中毫针刺与艾炷灸法效果最确切，可以首选。应卧床休息，根据病情而进流汁或半流汁。

在治疗过程中发现，足三里、上巨虚、阑尾等穴，其疗效无明显差异，麦氏点局部针刺，对控制疼痛和病势的发展有良好的作用，可大胆应用。对于慢性阑尾炎，右少腹经常作痛者，除针刺外，应配用灸法治疗为好。瘀滞型和成脓型疗效较好，此二型为单纯针刺治疗的适应证。新穴如膝四穴（仰卧屈膝右侧髌骨外缘上 4 寸），尾骨尖，耳穴的新阑尾点（肾、臀和腰椎三穴所围成的三角形，人中心点）等，疗效均较满意。此外，针刺的手法、针感的有无，针刺的方向等，均可影响疗效。

针灸对单纯性阑尾炎初起未化脓者疗效较好，若病情发展，可同时配合中药治疗，如无效，症状加重，必须转外科治疗。慢性阑尾炎可根据具体情况，采用针刺补法，同时局部用艾条灸或隔姜灸。急性单纯性阑尾炎，可酌以流质饮食，如病情恶化须禁食。应当考虑补液以纠正脱水及电解质紊乱。病人应卧床休息，有腹膜炎时应取半卧位，放松腹部肌肉。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

实验研究证明，针刺某些穴（如阑尾穴、上巨虚等）可使阑尾的运动增强，甚或导致阑尾提前排空。阑尾运动的变化，双侧进针比单侧进针明显，捻针时阑尾运动尤为活跃，这与临床观察到的情况是较类似的。

急性肠梗阻

概述

急性肠梗阻是由不同原因引起的一组临床症候群。它以肠内容物不能顺利通过肠道为特点，从而引起一系列病理生理变化和临床症状，其临床特征是腹痛、腹胀、呕吐、无排便的排气。是常见的急腹症之一，病因复杂、病情急重，发展迅速。本病可发生于任何年龄，目前，有2/3的病人可以非手术疗法而治愈。死亡率为1%。

中医属于“腹痛”、“关格”、“肠结”的范畴。认为本病由气、血、寒、热、湿、食、虫等多种因素所造成，主要病机是肠腑气机不利，滞塞不通，呈现以“痞结”为主的病理特征；随着病情的进展，则发展为气滞血瘀，表现“瘀结”为主的病理特征；若瘀久化热，热甚肠腐，热毒炽盛，则可表现“毒结”的病理变化，甚至引起正不克邪，亡阴亡阳的厥证。

从病因来分，肠梗阻可分为以下三种：①机械性肠梗阻，临床上最常见，一些先天发育异常、炎症或肿瘤使肠腔狭窄，肠管外粘连或肿物压迫使肠腔不通畅、以及肠腔异物阻塞、肠套叠、肠扭转等，都属于此类；②动力性肠梗阻，病发于肠壁肌肉运动紊乱，主要有麻痹性肠梗阻和痉挛性肠梗阻两种，这两种肠梗阻也同时发生在同一病人的不同肠管位置上；③缺血性肠梗阻，梗阻由于肠管血液循环障碍，失去运动能力，肠腔并没有阻塞。另外，根据血液循环有无障碍，可分为单纯性肠梗阻和绞窄性肠梗阻。前者仅为肠内容物不能通过，而后者同时伴有严重的肠壁血液循环障碍，肠管缺血。从梗阻的程度上看，还可分为完全性肠梗阻和不完全性肠梗阻。各型肠梗阻均有其各自的病理表现，一般地说，主要表现肠管的气体和液体的瘀积，肠壁的扩张、溃疡及浆膜撕裂，在绞窄性肠梗阻，还可见到肠腔和腹膜腔的血性渗出或肠壁坏死。

临床表现

各种不同原因所引起的肠梗阻，虽有其特殊的临床表现，但其共同的临床特征是：痛、呕、胀、闭四大症。

（1）腹痛：机械性肠梗阻典型的腹痛呈阵发性腹痛，绞痛多在脐周，发作时有肠鸣音，并能见到肠型和肠蠕动波，腹部听诊可听到连续高调肠蠕动音、气过水音或金属音，伴随绞痛发作，多自觉有气块在腹内串动，当气块阻于某一部位时，腹痛最为强烈。有些病人表现腹痛特点是持续性腹痛，阵发性加重，绞痛发作剧烈，消失也快，但在绞痛消失后仍有持续性钝痛，这种腹痛多见于绞窄性肠梗阻早期。如见有剧烈持续性疼痛，难以用药物控制，这类腹痛见于有明显血液循环障碍的肠梗阻。麻痹性肠梗阻腹痛多不明显，甚至无腹痛，但有持续性腹胀，伴肠鸣音消失是其特点。

（2）呕吐：在肠梗阻早期，多为反射性呕吐，吐出胃液或食物，甚至饮水也会引发呕吐。此后，呕吐按梗阻部位的高低而表现不同。空肠高位梗阻，表现频繁呕吐，吐出胃液、十二指肠液；回肠末端呕吐可出现“呕粪”现象；结肠呕吐仅出现于病变的晚期。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）腹胀：腹胀是肠梗阻出现较迟的症状，腹胀的程度与梗阻部位有关，高位空肠梗阻由于呕吐频繁，可以无明显腹胀；低位梗阻则表现为全腹胀，叩诊呈鼓音。在神经反射性麻痹性肠梗阻，全部肠管均膨胀，所以腹胀尤为显著，呈均匀性隆起。

（4）停止排气和排便：仅在完全性肠梗阻才有此症状，某些绞窄性肠梗阻如肠套叠、肠系膜血管栓塞或血栓形成，可自肛门排出血性液体或果酱样便。

肠梗阻的全身症状在初期多不明显，以后逐渐加重，晚期出现脱水症状和典型体征，血液检查指标也发生变化，特别在肠坏死后，全身情况恶化更快。

诊断要点

（1）对临床有痛、胀、呕、闭四大症状的患者，必须怀疑是否有肠梗阻的存在。如见腹部压痛、肠蠕动波和肠蠕动亢进等，都可确定肠梗阻的存在。但在无典型表现，诊断困难时，X线平片对确定是否有肠梗阻有很大帮助，凡发现小肠内有气体，即为肠内容物通过障碍，也就是肠梗阻的证据。立位透视或摄片，在照片上可见肠腔内有多数液面，如要确定梗阻的位置，还须作平卧位片。

（2）在确定了肠梗阻的存在之后，还应明确是机械性肠梗阻还是动力性肠梗阻，目前主要是从症状上和X线平片两个方面来鉴别。机械性肠梗阻常有阵发性剧烈的绞痛、肠鸣音亢进和不对称性腹胀；麻痹性肠梗阻则无阵发性绞痛、肠蠕动消失、对称性腹胀；痉挛性肠梗阻为突然发作和消失的间歇性剧烈腹痛、肠蠕动减弱但不消失、无明显腹胀。在X线平片下，机械性肠梗阻梗阻部位以上肠管扩张，而麻痹性肠梗阻表现全肠管胀气，痉挛性肠梗阻则无胀气现象。

（3）是单纯性还是绞窄性：两者鉴别有时较为困难，因为前者易向后者转化，因此，即使是单纯性肠梗阻，也应提高警惕。以下情况应怀疑绞窄性肠梗阻的可能：腹痛发作急骤，剧烈，呈持续性，同时伴肠鸣音消失；呕吐出现早而又剧烈；有明显的腹膜刺激征，或有持续固定的压痛和反跳痛；腹部不对称隆起，或可扪及单个明显胀大的肠袢；病程早期即出现类似休克的表现，并逐渐加重；全身症状有明显加重趋势。

（4）是小肠梗阻还是结肠梗阻：腹部平卧X线平片对确定梗阻部位有很大帮助。在小肠梗阻，腹中部可见胀大的肠袢排列成所谓“阶梯状”，而结肠内无积气。胀大的空肠可显示粘膜环状皱襞，呈“青鱼骨刺状”，而回肠无这种表现。结肠梗阻可见结肠部位胀大肠袢，一般在腹外围，小肠内胀气不明显，肠腔内除积气外有时可见积粪阴影，肠袢外可见结肠扭袋，作钡剂灌肠可以进一步明确结肠梗阻的部位和性质。

治疗

治法：泄热解毒，理气通腑。

（1）针刺

取穴：中脘　大横　天枢　足三里　合谷　内关

配穴：呕吐，加内关，上脘；腹胀，加关元、气海、次髎、大肠俞；下腹痛，加关元、气海；热结，加内庭、曲池；寒结，加神阙、关元；水结，加水分、公孙。

操作：以上穴位，每次选用6～8穴，针刺得气后强刺激3～5分钟，留针30分钟至1小时，每隔5分钟行针1次。亦可以上穴位用电针，针刺后，接上G-6805治疗仪，频率选择为200～250次/分，采用连续波或疏密波，强度以病人能耐受为度。腹痛伴发热者，曲池、内庭可点刺放血。神阙、关元等腹部穴位可用艾炷隔姜灸，或用艾条行雀

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

啄灸。另外，内关穴可在皮下留针，可保留 1 天左右。

（2）耳针

取穴：大肠　胃　交感　神门　三焦　腹　肝

方法：每次在上述选穴中选择 3～5 穴，常规消毒后，用毫针直刺，行强刺激，留针 30～50 分钟。或用王不留行籽作耳穴按压。每日 1～2 次，10 次为 1 疗程。

（3）水针

取穴：足三里　大枢　气海　中脘

方法：所用药物为 0.25%～0.5%的普鲁卡因注射液或新斯的明注射针剂，也可用阿托品注射液。以 5 号齿科针头深刺穴位，出现酸胀等得气感后，注入药液，每穴普鲁卡因注入 3～5ml；如为麻痹性肠梗阻，足三里注入新斯的明 0.25mg；如为动力性痉挛性肠梗阻，在足三里、天枢、内关中选二穴注入阿托品 0.25mg，总量不超过 1mg。

（4）指针

取穴：大椎至长强的督脉各穴　脾俞　胃俞　大肠俞　小肠俞　三焦俞　气海俞

方法：使患者屈肘俯卧，袒露背部，术者站在患者左侧，右手中指置于督脉穴上，食、无名指分别放在两侧背俞穴上，然后用指腹由下向上连推 3 次，并配合捏脊、揉按、提拿抖动等手法，以患者肛门排气或腹痛缓解为止。不效者，休息 30 分钟，再作第 2、第 3 次治疗。

（5）总攻疗法：是将几种中西医有效的治疗措施，按照计划在一定时间内集中使用。一般在总攻治疗前，应有 1 小时的准备阶段，行胃肠减压和静脉输液。然后用复方大承气汤 1 剂约 200ml 由胃管注入，1 小时后用电针刺激双侧天枢穴和足三里穴，其中足部穴位接阳极，腹部穴位接阴极，波型可调，一般选用连续波或疏密波，行强刺激，强度以病人能耐受为度，留针 30 分钟。再 1 小时后，用复方大承气汤方 200ml 加温盐水 300ml 灌肠，或用新斯的明作足三里穴位注射。如属虫积性肠梗阻，可在总攻前先用氧气灌充胃内以驱虫，再用生豆油（加温到 20℃左右）灌胃，行腹部按摩 10 分钟，再进行下步的总攻治疗。

文献摘要

（1）李林章取内关、足三里、中脘，用适当长度的不锈钢毫针刺以上 3 穴，在得气的基础上，行泻法，强刺激 2～3 分钟，待听到较强肠鸣音后，患者感觉腹痛顿减，再接通 OG-1 型电针仪，用疏密波行连续的电刺激约 20～30 分钟。患者气通便排后，再经放射科复查。同时检查患者有无因梗阻造成的全身性生理紊乱及中毒等，必要时配合西药静滴以纠正。共治 18 例，痊愈 14 例，无效 4 例。

（李林章．针刺治疗急性肠梗阻 18 例．中国针灸，1992，12（3）：34）

（2）蔡燕治取主穴足三里透上巨虚、天枢透腹结，配穴：关元、内关。实证、急证者只针不灸，用泻法、强刺激，不留针。虚证、久痛者用补法，留针 20～30 分钟。在留针期间用艾条灸足三里、天枢、关元、内关。共治 85 例，显效 36 例，有效 38 例，无效 11 例。

（蔡燕治等．针灸治疗粘连性肠梗阻 85 例．中国针灸，1995，15（5）：12）

（3）刘萍让患者平卧，用 30 号 2 寸毫针，取中脘、天枢、气海、足三里、上巨虚、下巨虚、曲池、小海，中脘先用泻法，再用平补平泻手法，天枢用泻法，气海用补法，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

足三里用平补平泻，取左侧下巨虚、小海，右侧上巨虚、曲池。留针 40 分钟，留针期间每 8 分钟行针 1 次，根据病情每日针 1～2 次，共治 20 例，全部治愈。

（刘萍．针刺治疗肠梗阻 20 例．中国针灸，1996，16（11）：36）

按语

急性肠梗阻是临床常见的急腹症之一。临床表明，针刺治疗肠梗阻是中西药物等疗法的有效辅助疗法之一。有许多病人单用针灸就有效，其中对单纯性肠梗阻和麻痹性肠梗阻更有效果。一般认为，针灸对痉挛性肠梗阻的止痛效果很好，对机械性肠梗阻有效但作用不持久，麻痹性肠梗阻不宜用阿托品者，针刺也有一定的疗效。早期单纯机械性肠梗阻及早期麻痹性肠梗阻，原则上以非手术疗法为主，一般针刺 1～3 次即可缓解梗阻。针灸处方用穴，重点在于手足阳明两经，如天枢、大横、中脘、气海、手足三里、合谷、内庭等，用重泻法，以促进肠道气化功能，达到通降下行之目的。针刺双侧章门穴对肠扭转有较好的疗效，而对麻痹性肠梗阻多用小腹部穴位及痛处取穴。针灸诸法中电针疗法可首选。有人认为耳针刺法颇为有效，即使无效也不会使病情加重，在早期均可配合作用。除体针之外，新斯的明穴位注射和耳针疗法亦相当有效。

一般说来，针刺治疗，应配合禁食、胃肠减压和补液，由于本症变化较快，如 48 小时内无效，应立即中转手术。

针刺治疗肠梗阻的机理，据有关方面研究认为，在神经和体液等调节因素的参与下，调整肠道机能，改善肠道运动，促进肠道吸收，从而有利于梗阻的解除。动物实验证明，对穴位进行针刺治疗，可以调整肠道功能、增强肠道蠕动、促进肠套叠与扭转的复位，作用较为显著。

痔　疮

概述

痔疮是指直肠末端粘膜下和肛管皮下的静脉丛发生扩大、曲张所形成柔软的静脉团。主要临床特征是无痛性便血，晚期可有痔核脱出。本病是肛门直肠疾病中的常见疾病，俗有“十人九痔”之说，好发于中老年人。发病与季节无关。

本病古代统称“痔漏”，又有“牝痔”、“血痔”之名。认为本病因久坐、久负重物，或饮食失调，嗜食辛辣，或泻痢日久，体质亏耗，或妊娠多产，或七情郁结，气机失宣，或长期便秘等各种因素，导致肛肠气血不调，络脉阻滞，燥热内生，下达大肠，湿热与血瘀结滞肛门而发病。

西医认为，由于人体直立，解剖结构的特点，使局部血液易于瘀积而使静脉曲张，在肛门齿状线上下形成扩张、充血和屈曲的静脉团，这是痔发生的内因。而习惯性便秘、腹腔静脉压增高、直肠下端和肛管慢性感染以及老年人久病体弱，静脉壁薄，组织松弛，静脉易于扩张是痔疮发生的外因。按解剖结构分类，病发于齿状线以下者为外痔，位于齿状线以上者为内痔，齿状线上下均有而相连通者称为混合痔。

临床表现

由于痔的发生部位不同，可分为内痔、外痔、混合痔。

（1）内痔，按其病程及症状严重程度分为三期：第一期，无明显自觉症状，仅排便时带血，无内痔脱出肛外，肛镜可见齿状线上粘膜充血和结节性突起；第二期，排便时

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

内痔脱出肛外，便后自行恢复，有肛内坠胀不适感，或间歇性便血；第三期，排便或增加腹内压时内痔脱出，不能自行回复，必须用手托回，或需卧床休息，才能将内痔复位。此外，还有嵌顿性内痔，内痔突然脱出后不能回复，瘀血水肿，呈紫暗色，常伴有肛管部分或全部外翻。

（2）外痔，根据形态和症状不同，可分为以下四种。①结缔组织外痔，无痛，不出血，肛门口有异物感，经常有少量分泌物，因而引起肛门搔痒和皮肤湿疹，检查：肛门皮肤肿胀突起，底宽尖长，色褐质软；②静脉曲张外痔，本病发生缓慢，初觉坠胀不适，便时尤盛，肛门有异物感，继则肛门边缘发生圆形或椭圆形肿物。便后、久蹲、深吸气时肛门部可见曲张的静脉团，表面色紫，光滑，便后不能立即消失；③血栓性外痔，本病起病急骤，肛门一侧或两侧突然出现一个或数个小卵圆肿物，皮色紫暗，小如黄豆，大若指头，位于皮下，与周围皮肤有明显界限。初生自觉的异物感，继之则发生剧烈疼痛，触之较硬，疼痛难忍，坐卧不安，排便、行走、咳嗽均可使疼痛加重。一般经2～3周血块可自行吸收自愈，亦可经久不消，形成无痛性小血栓；④炎性外痔，肛门口红肿灼痛，皮肤搔痒。检查可见，局部充血水肿，有光滑稍透明的圆形或长圆形水肿块，质软触痛。

（3）混合痔，主要表现便后下血，痔核脱出，肛门肿痛等，既有内痔的症状表现，又有外痔的症状。一般好发于截石位3、7、11点处。

诊断要点

（1）内痔和外痔具有不同的临床表现，内痔的主要临床特点是：出血，肛门脱出，痔疮粘液渗出，肛门口潮湿，肛门搔痒，偶有肛门疼痛；外痔的临床特点是肛门外赘生物肿块，可伴疼痛，食辛辣、饮酒、劳累、妊娠加重。见有上述临床特征者，可考虑本病的诊断。

（2）痔疮检查必须按视诊、直肠指检、肛镜检查的程序全面进行。不同的痔常有各自的好发部位，故诊断上应注意参考痔的发生部位。一般地说，内痔易生于截石位3、7、11点处，此处所生痔为母痔（或称原发性内痔）；而结缔组织外痔则发生于截石位6、12点处；血栓外痔多发位于截石位3、9点处；如外痔发生于内痔母痔区（3、7、11点部位），则应考虑它的发生与内痔有一定的关系。静脉曲张外痔，其上方多有内痔，故其发生部位常在内痔母痔区。

（3）一般认为，发现痔的存在，并不一定做了明确诊断。有些直肠上部病变和结肠病变常与痔同时存在，故痔疮尚有必要与以下疾病相鉴别：直肠息肉、直肠肛管癌、肛裂、直肠脱垂、直肠粘膜脱垂症及肛乳头肥大等。同时，还应注意有无与痔的发生有密切关系和其它疾病，如门静脉高压症、下腹部肿瘤等。

治疗

治法：疏经导气。兼湿热瘀滞者，宜清热化瘀；伴气虚下陷者，宜益气升陷。

（1）针刺

取穴：白环俞　长强　承山

配穴：湿热瘀滞，配二白、会阳；气虚下陷，配百会、神阙、关元俞、膈关；肛门肿痛，配秩边、攒竹、飞扬；便后出血，配血海、气海俞；便秘，配大肠俞、上巨虚。

操作：以上穴位采用提插捻转补泻法，针刺白环俞时要求针尖向内下方，使针感扩

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

散至肛门。长强穴需直刺进针，进针后向左前、右前方透刺，使针感扩散至肛周为佳。承山穴要求取穴准确，行中强刺激。留针 20～30 分钟，每日或隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）灸法

取穴：长强　腰阳关　次髎　外痔疮面

配穴：脱肛严重者，加灸百会；体质虚弱明显者，加灸神阙、关元俞。

方法：以上穴位以艾条行雀啄灸，每穴 10～20 分钟，至局部皮肤红润，局部湿热为度。外痔疮面用艾炷隔姜灸 5～10 壮，以痔疮燃红、流水为宜；百会施灸时，先剪去百会周围的头发，露出此穴，用熏灸或隔饼、隔姜灸 3～5 壮，不宜壮数过多，以防灼伤皮肤。灸法操作每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（3）针挑

取穴：大肠俞　或于第七胸椎两侧至腰骶部范围内，寻找红色丘疹，即为痔点。

配穴：以上痔点个数不一样，部位也可有不一致，用粗针逐一挑破，并挤出血珠或粘液，每 6～7 日施治 1 次。或用三棱针挑破穴位表面皮肤，向内深刺挑出白色纤维样物，挑后消毒贴上胶布，每次 1 穴，3～5 天再挑另一侧，一般挑 2 次即可见效。

（4）割治

取穴：龈交

方法：暴露上唇系带，局部消毒，在系带中部有米粒状突起处或系带颜色变红者，用手术刀迅速作 0.3～0.5cm 之半月形切除，随即以消毒棉球压迫止血。或在该穴用三棱针点刺放血。也有人在上唇系带两侧，以 1% 普鲁卡因作穴位注射，每穴注入药液 1.5ml，每日 1 次。

（5）耳针

取穴：直肠下段　大肠　皮质下　脾　肾上腺　神门

方法：每次选取 2～3 穴，针刺行中强刺激，留针 20～30 分钟，或加用电针，每日 1 次，10 次为 1 疗程。亦可用王不留行籽按压。

文献摘要

（1）张永先等选用以下穴位进行挑治：痔核俞（第三、四腰椎棘突间）、次髎、大肠俞、痔核反应点（腰骶部，形如小米粒大小，褐色或暗红色，压之不褪的斑点）。每次挑 1 个反应点，或取上述任何 1 个穴位。挑治点距脊柱线越近越好。让病人伏于床上，暴露腰骶部。挑治皮肤局麻后，左手紧捏皮肤，用三棱针将挑治部位皮肤挑破，然后深入皮下，把 0.5cm 深的结缔组织完全挑断。用碘酒棉球消毒，按压，止血后贴以纱布固定。1 次未愈者，1 周后行第 2 次治疗。治疗 21 例，挑治 1 次有效者 14 例，2 次 1 例。其中显效 16 例，有效 5 例。

（张永先等．挑治痔疾 21 例临床观察．针灸学报，1992，8（6）：26）

（2）方针针刺商丘穴治疗痔疮 21 例，方法：以 1.5 寸 28 号毫针，直刺 0.8 寸左右，捻转进针，用“三退一进”的泻法，得气后留针 20 分钟，每 5 分钟按上述手法行针 1 次，每日 1 次，10 次为 1 疗程。结果，痊愈 11 例，有效 8 例，无效 2 例。

（方针．针刺商丘穴治疗痔疮 21 例．针灸临床杂志，1993，9（4）：55）

（3）伦式芳等用 5% 当归注射液治疗本病 35 例，取龈交穴，作上唇系带粘膜下注

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

射，隔日治疗1次。结果，治愈30例，显效、有效各2例，无效1例。

（伦式芳等．当归针封闭龈交穴治疗痔疮发作35例．广西医学，1994，(3)：247）

（4）肖建华取双耳直肠穴，以三棱针点刺放血3～5滴，每周2次，6次为1疗程，治疗痔疮50例，经6次治疗，痔痛及静脉瘀血完全消失者44例，痔痛消失，痔核已不脱出，但有部分静脉瘀血者5例，无效1例。

（肖建华．耳针治疗痔疮50例临床报告．针灸临床杂志，1993，9(2、3)：32）

按语

针灸对痔疮具有镇痛、消炎、止血的功效，治疗过程中注意少食辛辣的食物，加强提肛的功能锻炼，养成定时大便的习惯，可以取得更好的效果。作为一种保守治法，针灸对病情不太严重的病例往往能取得很好的疗效，且可避免手术后遗症及某些痔科外用药的化学损伤，在镇痛和止血方面，针灸的奏效甚捷，其疗效的稳定性和无副作用，也是其它疗法所不可比拟的。不仅如此，针灸对痔瘘术后引起的剧痛也有较好的镇痛作用。因此，无论是在治疗和辅助治疗方面，针灸疗法都有广阔的用武之地，值得研究推广。

针灸治疗痔疮，在保守治疗中是一种比较可取面有效的治疗方法，它在局部感染后肿痛、血栓外痔的剧痛，以及便后出血等方面，都有较好的治疗效果。在保守治疗过程中，也有部分人能消除痔核，但仍可复发，根治作用较差。当病情允许，患者不愿手术时，或局部感染发炎，不宜当时手术时，针灸则是一种很好的治疗方法。

胆道蛔虫症

概述

胆道蛔虫症是由于肠道蛔虫钻入胆道所致，是肠道蛔虫病的严重并发症之一。发病率为胆道疾病的8%～12%，有的高达25%，多见于儿童和青壮年人。

胆道蛔虫症在中医称为“蛔厥”，认为其发病由于虫积与脏寒面致蛔虫上扰胆腑，阻碍了肝胆气血疏泄，引起肝胆气血瘀滞，气机不利，不通则痛。

蛔虫有钻孔的习性，它常寄居在人体小肠中下段，当某种原因如饥饿、发热、腹泻、胃酸度降低、驱虫不当、妊娠等引起人体胃肠功能紊乱时，蛔虫因寄生环境改变而窜动，加之其厌酸喜碱的癖性，可顺碱性胆汁的来源上行到达十二指肠，胆总管开口括约肌收缩功能失调，使蛔虫易于窜入。大多蛔虫居于胆总管内，有的可深入肝管或肝脏，但很少窜入胆囊。蛔虫钻入后，首先能刺激胆总管括约肌产生强烈收缩和痉挛；继而堵塞胆道，引起胆流淤滞；另外，蛔虫还可带着大量细菌进入胆道，主要为大肠杆菌，而导致胆道系统感染。

临床表现

胆道蛔虫症的主要表现为突然发生的剑突右下方阵发性、“钻顶样”剧烈绞痛，痛剧则捧腹屈膝，跪卧不安，全身汗出，甚至面色苍白，四肢厥冷。发作间歇期较短，有时疼痛可以完全消失。疼痛可向背部放射。常伴有恶心呕吐、吐出物多为胆汁，有时含蛔虫。发病早期，病人多明显恶寒、发热或黄疸。及至晚期，在少数病人因胆总管炎和蛔虫堵塞可发生黄疸。由于虫体圆滑和活动，黄疸程度一般较轻；若黄疸程度较深，常因伴有结石所致。

体格检查时，腹部平坦而柔软。上腹部剑突右下方有压痛和轻度反跳痛，但无腹肌

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

强直，在间歇期间，上述体征减退或完全消失。这种腹痛严重而体征轻微是本病的特点。合并胆囊炎时，胆囊肿大有压痛，胆道感染和梗阻较重时，可触及肿大肝脏。

化验检查所见多属正常，或仅有轻度白细胞计数升高及嗜酸性白细胞计数增加，粪便检查一般均含有虫卵，胃液和十二指肠引流液中常可查到蛔虫卵。

诊断要点

（1）根据剑突下阵发性“钻顶样”剧痛和剑突下偏右轻度压痛这一临床症状，以及腹部相应体征与临床症状的严重程度不相称这一特点，一般即可作出正确诊断，正确率可达90%以上。

（2）支持本病诊断的依据，十二指肠引流液镜检有虫卵；钡餐检查见十二指肠内有蛔虫影，并见管状透明阴影指向十二指肠乳头处；诊断有困难时可进一步作胆道静脉造影，显示虫体阴影即可以确诊。

（3）以下情况将有助于判别虫的部位、数量、死活等状况。典型的剑突下阵发性“钻顶样”绞痛，多表明蛔虫嵌顿在胆总管口括约肌处，当蛔虫完全进入胆道后，则钻顶疼痛减轻，腹痛转为持续性胀痛；如一条蛔虫钻入胆道所引起的腹痛常较剧烈，阵发性也较明显，而多条蛔虫钻入胆道所引起的疼痛常较轻，多呈持续性，但上腹部压痛范围较广泛而严重，早期常出现高热，有时还有黄疸；钻入胆道内的蛔虫死亡后阵发性疼痛多可消失，而表现上腹部持续性胀痛或闷胀不适，但也可无明显的体征。

（4）本病在发作期尚需与上腹部其它急腹症相鉴别，如与胆石症、急性胰腺炎、急性肠梗阻、溃疡穿孔、心绞痛及胃痉挛相鉴别。

治疗

治法：疏肝利胆，驱蛔止痛。

（1）针刺

取穴：迎香透四白　阳陵泉　胆囊穴　至阳　胆俞　胃俞　脾俞

配穴：心窝部钻顶样疼痛，加鸠尾或巨阙；向右上腹钻顶、胀痛者，加右侧不容透腹哀；呕吐加内关，发热加合谷；证候偏湿热者，加中脘、天枢，偏瘀滞者，加中脘、承山。

方法：用毫针分别先后由左右迎香穴进针，深约0.5cm，有针感后将针斜向外上方，刺向四白穴，使局部产生麻胀感或使麻胀感传至上唇。鸠尾和巨阙均向下斜刺。刺至阳穴时，取坐位，身体前屈，针尖略向上刺，使针尖直达椎管内硬膜，然后稍退针，行小幅提插捻转，使局部产生明显的麻胀感，同时，病人胸腹部有轻松感。其它穴位均按常规操作，或加用电针，毫针针刺后，接G-6805电针仪，选用连续波或疏密波，强度以病人能耐受为度，通电10分钟后，可更换波型，一般第一次通电后，疼痛就能获明显缓解。每隔5分钟行针1次，留针30分钟，10次为1疗程。

（2）耳针

取穴：胰胆　迷根　肝　交感　十二指肠　神门

方法：每次选用4～6穴，捻转行针，强刺激，留针半小时，每5～10分钟行针1次，先针刺右侧，疼痛不止再针左侧，治疗每日1～2次，10次为1疗程。亦可用0.5%普鲁卡因在上述耳穴注射，每穴0.3ml，每日1～2次即可。或在上述选穴用王不留行籽按压。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 水针

取穴：阿是穴　胆俞　期门　中脘　阳陵泉

方法：药物选用注射用水、当归注射液或10%葡萄糖注射液。阿是穴必取，用皮内注射针头刺入，将注射用水0.3ml注入皮内，使局部成典型橘皮样变。其它穴位可用当归注射液或10%葡萄糖注射液0.3～0.5ml，针入得气后，缓缓推入，如痛不止，则更换其它选穴。每日治疗1～2次。

(4) 粗针

取穴：第六胸椎棘突上缘　上合谷（第1、2掌骨之间基底部）　胸椎，透胸椎。

方法：取直径1.2毫米粗，2.5寸长特制粗针，与皮肤呈30°～40°角，对准第六胸椎棘突上缘，向下斜刺至皮下，然后顺脊柱平刺1.5～2寸、留针。如不能即时止痛则另加用其它选用穴。上合谷用28号3寸针先直刺进针1～1.5寸，得气后退至皮下，沿第2掌骨向指掌关节透刺。亦可用上述针具从第7胸椎棘突上缘沿皮透刺至第9胸椎。以上治疗每日1次，3次治疗后改为隔日1次。

(5) 第2掌骨侧全息疗法

取穴：第2掌骨全息穴位　个别配合第4掌骨的全息穴位

方法：根据部位对应与同侧对应的原则取穴，用30号1寸毫针直刺0.8寸，得气后留针30～40分钟，每5～10分钟行针1次，以上治疗，每日1次，5次为1疗程。

文献摘要

(1) 李志辉等选鸠尾穴，用5ml注射器套上6号针头抽取阿托品0.5mg和$VitK_3$4mg。常规消毒穴位，将针头迅速刺入皮下，再向下斜刺0.4～0.6寸，得气后，回抽无血，即快速推注药。每日3次，7～10日为1疗程。同时，口服利胆驱蛔虫药物。共治32例，显效27例，有效4例，无效1例，总有效率为96.9%。

（李志辉等．鸠尾穴注射为主治疗胆道蛔虫症32例．中国针灸，1991，11(2)：42）

(2) 李克林取迎香透四白、丘墟、阳陵泉、梁丘、内关、公孙，进针得气后用捻转和提插之泻法，使患者有较强的针感。留针40～60分钟，每间隔5～10分钟行针1次，或加电针，用断续波，强度以患者能耐受为度。共治31例，显效27例，有效2例，无效2例。

（李克林．针刺治疗胆道蛔虫31例．中国针灸，1996，16(3)：36）

(3) 陈小平等取至阳穴治疗本病，病人取侧卧位，常规消毒后，用30号2寸毫针直刺1.5寸，得气后采用泻法，每2分钟运针1次，留针15～20分钟。治疗结果：36例全部有效，其中显效35例，有效1例，腹痛缓解时间最快1分钟，最慢15分钟，其中病程在2～4小时者，均在针刺后5分钟内腹痛缓解，而病程在11～14小时左右者，针刺后10分钟左右腹痛缓解。

（陈小平，刘继冰，刘银山．针刺至阳穴治疗胆道蛔虫症36例．中国针灸，1998，18(1)：22）

(4) 罗桂珍等治疗胆道蛔虫的方法：口服33%硫酸镁35～50ml，约20分钟后注射1%硫酸阿托品1.0mg，10分钟后进脂餐，如油煎鸡蛋或猪蹄，食量多少视病人而定。针刺取穴：主穴：至阳、胆俞、肝俞；配穴：阳陵泉、足三里。操作：毫针刺以上各穴，得气后上穴分别接G-6805电针治疗仪，电流以病人适应为度，治疗时间每次20分

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

钟左右，痛即止。电针治疗同时配合中药金钱草 50g 水煎服。本组 63 例，其中胆道活蛔 51 例，经上法治疗 1 次临床症状消失，平均治疗 2～3 次治愈；胆道死蛔 12 例，均经治疗 3～4 次症状消失，平均 7～15 次告愈，治愈率为 100%。

（罗桂珍，杨万铎．电针治疗胆道蛔虫症 63 例报告．中国针灸，1993，13（4）：26）

按语

针灸治疗胆道蛔虫症，常用的穴位有鸠尾、迎香透四白、丘墟、阳陵泉、内关、灵台、胆囊等穴，针刺鸠尾，能明显地松弛 Oddi's 括约肌而镇痛，又利于胆道蛔虫的排出，灵台属督脉经穴，在以上穴位用阿托品或 $VitK_3$ 穴位注射具有更好的缓解胆道痉挛，促进胆囊排空，驱蛔外出的功效。痛止后，应配合驱蛔药物治疗，以防复发。

胆道蛔虫症为急性痛证之一，针灸疗法简便，止痛效果确切，可以作为治疗止痛的首选方法之一。针灸诸法中应首选毫针刺，大多有即时止痛效果，不效者可配合水针、耳针等方法。毫针方法中，刺激量要足，针感要达到要求，否则往往刺而不效，针灸疼痛缓解后，可配合口服酸性药物、高脂餐以及与有关的中西药物，以巩固疗效，防止复发。

胆　石　症

概述

胆石症泛指胆囊、总胆管、胆管及肝内胆管等胆道系统的结石，是较为常见的胆道系统疾病。其临床特征为胁脘疼痛、寒战高热、黄疸等。在我国，本病的发病率在急腹症中占第二位，可发生于任何年龄，但以 30～50 岁多见，任何季节均可发病。此外，女性多于男性，男女发病之比约为 1:2。

本病在中医归于“黄疸”、“胁痛”的范畴，其治疗方法散见于“胆心痛”、“黄疸”、“胁痛”及“胆胀”等篇中。就其发病机理，认为多因饮食不节，寒暖失常、情志不畅、外邪内侵而诱发。主因肝失疏泄，化热酿湿，煎熬胆液则成砂石。同时还因气机郁滞而致胁痛；湿热蕴结而发黄疸。

西医就本病的病因，主要强调胆汁淤滞，细菌感染和胆汁化学成分的改变这三大因素，并认为这三者相互影响，互为因果。胆石的成分有胆固醇、胆色素、胆酸、粘液物质、钙及其它一些无机盐，它们以不同的组合构成各种胆石，临床上主要有胆色素结石、胆固醇结石和混合性结石三种。其中存在于胆管内结石及肝内胆管内结石多为胆色素结石和混合性结石；而形成于胆囊内结石多为胆固醇结石和混合性结石。

临床表现

腹痛、寒战、高热是胆石症发作的三大症状，由于病变部位、性质和程度的不同，三大症状表现各异，特别是部位，差异更大。

（1）胆囊结石：症状取决于结石的大小、部位、有无梗阻及炎症。较大的结石可引起右上腹部闷胀不适及慢性胆囊炎的症状；较小的结石每于饱食油腻或夜间平卧阻塞胆囊管而引起胆绞痛。也有长期阻塞胆囊而不发生感染，仅形成胆囊积水，此时可触及无明显压痛的肿大的胆囊，如有积脓，则肿大的胆囊伴有明显的压痛。十二指肠引流液中可见有胆砂和胆固醇结晶。B 超检查可见胆囊壁毛糙和胆石反射波，X 线平片或胆囊造影可确诊。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 胆总管结石：症状取决于胆石阻塞程度和有无感染。发作时剑突下阵发性绞痛、寒战发热和黄疸三者并存，是结石阻塞胆总管继发胆道感染的典型表现。由于胆汁滞留，胆总管扩张，加之胆囊的收缩，胆总管的蠕动，可使结石移位或排除，一旦梗阻解除，胆汁流通，症状则迅速得以缓解，因此胆绞痛、高热和黄疸常呈波动性，为本病的一个特点。体检剑突下明显压痛而腹肌不紧张，胆囊和肝脏可肿大。

(3) 肝内胆管结石：临床表现颇不一致，有的表现为腹痛、黄疸和发热的反复发作；有的常感肝区闷胀疼痛或叩击痛，伴畏寒，发热和黄疸；有的无明显的临床症状，体检时可扪及有胆囊区触痛和肝肿大。粪便中可能会找到类似胆小管形状的柱状小结石。肝穿刺、胆囊造影对诊断肝内胆管结石有重要的意义。在 X 片平片中肝内胆管结石的特点是：① 左右肝管或肝内胆管一部分不显影；② 左右肝管或肝总管处有狭窄，或狭窄上方扩大，并有结石阴影可见；③ 左右肝叶的胆管不对称或单独几处局限性扩大，呈纺锤形。

(4) 急性梗阻性化脓性胆管炎：起病急骤，突然发生剑突下或右上腹胀痛或绞痛，继则寒战及弛张型高热，伴呕吐、恶心，多数病人有轻重不等的黄疸。病情发展迅速，很快出现烦躁、谵语或嗜睡、昏迷，以及血压下降、酸中毒等感染性休克的表现。体温为高热或过高热，剑突下及右上腹明显压痛和肌紧张，可触及肿大的胆囊及肝脏，白细胞计数明显增高，核左移，并可出现中毒颗粒，如不及时治疗，可在数小时或 2 日内死亡。

诊断要点

(1) 根据上腹痛、高热寒战和黄疸等表现，并结合病史、体征、血生化检查以及腹部 X 线平片和胆囊造影等，以明确本病的诊断。

(2) 不同结石的形态特点：胆色素结石又可分为二种，一种为泥砂样，色棕黑或棕红，质软而脆，有的甚至象一团泥。而另一种为砂粒样或球状，色黑或暗绿，质硬，自行松解，大小不等，数目不一，有的可达上百粒。由于含钙量少，在 X 线平片上多不显影；胆固醇结石常呈卵圆形或多面形，表面光滑，呈白色、黄色或暗褐色，剖面呈放射状，宛如车轮，常为单个，且发现时已很大，X 线平片上常不显影；混合性结石一般呈多面形，少数呈较大的球形，外表可呈白、灰、黄、绿或棕黑色。外层较硬，剖面呈多层状，各层间色调不一，犹树木的年轮，如含钙较多，X 线平片上有时可显影。

(3) 分析本病的三大主症及腹部体征，对结石部位的鉴别具有重要的参考价值。胆总管结石三大主症并见，而且常随病情的变化而波动，从而构成间歇性胆道梗阻、感染综合征；而胆囊结石一般为右上腹绞痛，无黄疸，也无高热寒战等表现；肝内胆管结石发作时多见肝区不适或闷胀，黄疸不明显，但常伴有畏寒、发热。从腹部体征看，胆囊结石可有右上腹胆囊区触痛及腹肌紧张，能触及肿大的胆囊；胆总管结石多见剑突右下方触痛，腹肌紧张不明显，仅见腹直肌右侧紧张；肝内胆管结石触诊肝不对称肿大，伴触痛，常误诊为肝炎。

(4) 本病的阻塞性黄疸应和传染性肝炎和壶腹部肿瘤相鉴别，需要从发病过程，病史，体检以及生化检查结果加以综合分析，必要时进行特殊检查如 X 线摄片、γ 线胆道造影、十二指肠引流等，鉴别这些疾病并不困难。

(5) 本病不典型的胁痛、腹痛等症状有时须与高位阑尾炎、胃及十二指肠溃疡穿孔

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

及胰腺炎等疾病相鉴别。急性肝内胆管结石尤其应与肝炎、肝脓疡相区别，必要时作肝活检或术后胆囊逆行造影。

（6）当急性发作过程中突然出现全身症状明显恶化，高热加重，脉率加快，白细胞计数剧增，右上腹压痛和肌紧张程度加重、范围扩大，或包块增大，应考虑胆囊化脓、坏疽或穿孔及胆囊周围脓肿导致弥散性腹膜炎的可能。但老年人反应较差，可无明显表现，临床更应密切加以注意。

治疗

治法：疏肝利胆，通瘀化石。

（1）针刺

取穴：肝俞　胆俞　日月（右）　期门（右）　胆囊穴

配穴：肝内胆管结石，加太冲；气滞型，加内关、公孙；湿热型，加大椎、曲池、外关；火毒型，加大椎、十宣、水沟、关元。

操作：针刺得气后，用手法行针数分钟，使气至病所。尤其在针胆俞、日月等穴时，应使局部有针感传至胆区为好。行针时间视病人的需要，然后留针 20～30 分钟，病情重者可长达 1 小时以上，留针期间每隔 5 分钟行针 1 次，以增强疗效。电针采用 G-6805 电针治疗仪，波型采用连续波或疏密波，频率选择 200 次/分，刺激强度应较强，但应在患者能耐受的范围。在胆石症发作期，每日针刺 2 次，稳定期每周治疗 2～3 次。

（2）水针

取穴：胆俞　中脘　足三里　胆囊穴

方法：所用药物为红当归注射液、或 10% 葡萄糖注射液，每次选用 1～2 穴，每穴注入药液 5ml，肌肉丰厚处可略多，每日治疗 1～2 次，10 次为 1 疗程。

（3）耳针

取穴：① 肝　胆管　三焦　肝$_2$　胆$_2$　胆管$_2$　十二指肠　直肠下段　肛门

② 胰　胆　肝　三焦　胃　十二指肠　食道　交感　耳尖　耳迷根

③ 选取耳背较明显的血管 1～2 条　阴陵泉　三阴交

方法：① 组穴位用王不留行籽对准穴位贴敷其上，以按压有灼痛或烧灼感为得气，频频按压，急性发作则按压次数适当增加。留置 2 天更换，两耳交替，15 次为 1 疗程。② 组穴位每次选取 4～6 穴，用经络诊疗器探头在穴位上进行电针治疗，每次 10 分钟，1 个月为 1 疗程。也可行毫针针刺，然后接上 G-6805 电针仪，选用频率 200～250 次/分，强度以病人能耐受为度。其中耳尖穴可行放血治疗，有较好的炎症控制作用。③ 组穴主要行放血疗法。将所取耳背血管经揉搓后，充分消毒，然后用手术刀划破血管放血数滴，并贴以消毒敷料，每周 1 次，同时配合体针针刺治疗。

（4）He-Ne 激光针

取穴：胆俞　阿是穴

方法：胆俞取右侧，以 He-Ne 激光器照射，波长 6328 埃，激光管口距皮肤距离为 30～60cm，输出功率为 2 毫伏，光斑直径 2cm 左右，每穴照射 10 分钟，每日 2 次，同时服 33% 硫酸镁，每次 10～20ml，每日 3 次。

（5）胆石症的“总攻疗法”

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

适用于气郁型、湿热型的肝胆管内结石，以及手术后胆管残余结石或复发结石等。

表 5-16　总攻方案

时间	措　　施
8:30	排石汤 6 号或“总攻”辨证方 2000ml（1 剂），口服，
9:30	吗啡 5mg 皮下注射。
10:10	亚硝酸异戊酯 1 支吸入。
10:15	33% 硫酸镁 40ml，口服。
10:20	0.5% 稀盐酸 30ml，口服。
10:25	脂餐（油煎鸡蛋 2～3 个）
10:30	电针：右胆俞（阴极）、日月、或梁门、太冲（阳极），可调波，半小时。

带引流管的残余结石病人，在服排石汤及注射吗啡期间应先夹闭引流管使胆压升高。当吸入亚硝酸异戊酯，服用硫酸镁、稀盐酸时，让病人取坐位，再放开引流管，然后在无菌下，向胆道引流管内注入 1% 赛洛卡因 5～10ml，再注入液状石腊 10～20ml，最后用无菌等渗盐水冲洗胆管，以利排出胆石。胆囊已切除的病人，免用脂餐，作过胆管肠吻合术者，不必用吗啡。

每次总攻约需 2 个半小时，总攻次数和间隔时间根据病人体质和总攻后反应来决定，一般体质强，反应轻者可每周 2～3 次，反之每周 1 次，总攻 4～6 次为 1 疗程。如需再作下 1 疗程时，应休息一段时间。

文献摘要

（1）乌哈娜等选穴：耳穴取神门、交感、肝、胆为主穴，十二指肠、内分泌、胃为备用穴；体穴取期门、日月、胆囊为主穴，阳陵泉、内关、足三里、肝俞、胆俞为备用穴。采用 DJS-IA 胆石症治疗仪耳穴电刺激，负极置于左耳，正极置于右耳，体穴则使用浸透盐水的电极板固定于穴位上，电流强度以不同个体的耐受力为度。体穴与耳穴交替使用，每日 1 次，每次治疗 30 分钟。另配合王不留行籽耳穴贴压，隔日体穴针刺 1 次，每次 1～2 穴。治疗时，病人取左侧卧位。治疗期间适当增加高脂饮食，配合金钱草冲剂、胆石通胶囊、鹅去氧胆酸等药物。结果，1698 例中有 1627 例临床症状消失，大便中有结石排出，总有效率为 99.8%，总排石率为 95.8%，排净率为 77%。

（乌哈娜等．综合疗法治疗胆石症 1698 例回顾总结．内蒙古中医药，1992，(3)：18）

（2）苏稼夫取穴：耳穴：肝、胆、神门、三焦、胃、内分泌、以及胆、胃、三焦在耳背的对应点，体穴取胆俞、日月、胆囊穴，肝内胆管结石者加肝俞、期门。耳穴以王不留行籽贴压，两耳交替，3 日更换 1 次，嘱患者餐前餐后 10 分钟自行按压耳穴，每次约 3 分钟，以耳廓有灼热感及微痛为度。针刺背部腧穴时，感传最好反射至肝胆区，针胆囊穴要求气至病所。治疗期间，配合午、晚餐前半小时食猪蹄半只至 1 只。所治 300 例中，有 275 例排出结石，排石率为 91.67%，52 例排净，排净率为 17.33%，好转 223 例，无效 25 例。

（苏稼夫．耳穴配合体针治疗肝胆系结石 300 例．江苏中医，1994，15 (10)：27）

（3）罗琳嘱患者先空腹服金钱草冲剂或排石冲剂 500～1000ml，然后针刺。取穴以

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

俞募配穴法为主，主穴取胆俞、日月；配穴取肝俞、期门或脾俞、章门；其中，肝胆湿热型加合谷、太冲；肝气郁滞型加气海、三阴交；脾虚胆瘀型加公孙。手法采用透天凉泻法，出针不扪针孔。针后加电针，留针半小时。治疗 38 例胆石症，痊愈 5 例，显效 20 例，有效 12 例，无效 1 例。

（罗琳．针刺为主治疗胆石症 38 例．上海针灸杂志，1995，14（6）：32）

按语

针灸排石疗效确切，无副作用，可以首选。但针灸排石尚存在排石不全等缺点，有待进一步提高。针灸诸法中，耳穴为主，配合体针以及中西药物综合治疗效果最好，此法对于胆囊泥砂样结石、胆管 1.0cm 以下直径的结石效果尤佳，对于其它类型结石也有一定的作用。

针灸后重新出现腹痛、发热、脉速、黄疸等，常提示结石已被推至总胆管以下，此为排石先兆，如突然腹痛消失、体温下降，则表明结石已排出，应密切注意观察，如腹痛明显可适当使用镇静剂。中西医结合的“总攻疗法”，可提高排石率。

慢性胰腺炎

概述

慢性胰腺炎又称慢性复发性胰腺炎，是一种反复发作的、渐进性的、广泛胰纤维化病变，其临床特点是反复发作的急性胰腺炎或胰腺功能不足（外、内分泌不足）的征象，患者可有腹痛、腹部包块、脂肪泻、糖尿病等表现。多发生于 30～50 岁之间，男性发病远多于女性。

根据本病患者的临床表现，应归属于中医的“脾心痛”、“胃脘痛”及“结胸”等病证的范畴。其病因病机主要是由于情志不畅、饮食不节及蛔虫内扰，加之久病脾胃气虚，而导致中焦气机升降失司，脾失健运，肠失化传，继而生瘀化热，酿湿生痰，形成正虚邪滞，虚实夹杂的证候，其中以脾虚为本，气机郁滞，湿浊内蕴为标。

西医认为，本病的主要病因为胆石症和酗酒，其它如腹部外伤、代谢异常、内分泌障碍、营养不良、肝脏疾病、遗传因素及免疫功能异常等也可引起本病。其主要病理，主要是伴随胰实质细胞破坏的不规则的纤维化，且多数出现主胰管及其分支有各种不同程度的狭窄和扩张。当出现钙化时，多沉着在胰管内，出现蛋白栓子，从而阻塞胰管，进而使腺泡萎缩，最后整个胰实质破坏，纤维化及萎缩。

临床表现

主要包括胰腺炎急性发作表现、胰腺外、内分泌功能不足的表现以及并发症等三个方面。

（1）腹痛是本病最常见的症状，表现上腹部钻痛或钝痛，可放射到左右季肋下或背部，发作次数和疼痛时间不一，病人取坐位屈膝时疼痛可有所缓解，但躺下或进食时疼痛加重。

（2）慢性胰腺炎的后期，可出现吸收不良综合征和糖尿病的表现。胰液分泌功能不足者，表现消化不良、食欲减退、厌食油腻、体重减轻或脂肪泻等，并可出现维生素 A、D、E、K 缺乏症，表现夜盲、皮肤粗糙、手足搐搦、肌肉无力和出血倾向，胰腺内分泌功能受影响者，表现糖耐量降低，或出现糖尿病症状。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）因胰腺管阻塞，伴有假性囊肿形成者，约有1/3患者于左上腹或脐部可扪及包块，并伴压痛和腹肌紧张。腹痛发作时，常可伴黄疸和发热。少数病人可出现精神症状，急性发作时可出现胸水和腹水。

一般认为慢性胰腺炎症状繁多而无特异性，典型病例可出现五联征：上腹疼痛、胰腺钙化、胰腺假性囊肿、糖尿病及脂肪泻。但临床上同时具备者并不多，而常以某一类症状为主要特征，故按其临床表现可分为如下八型：① 典型；② 胃病型；③ 腹泻型；④ 黄疸型；⑤ 结石型；⑥ 无痛型；⑦ 糖尿病型；⑧ 肿块型。

实验室检查，胰泌素直接刺激试验，80分钟内胰液分泌量＜2ml/kg，碳酸氢钠浓度＜90mmol/L。吸收功能检查，显示吸收功能障碍，维生素B_{12}吸收试验，应用^{60}Co维生素B_{12}吸收试验显示不正常，而口服苏打和胰酶片后能被纠正，说明这一表现与胰液分泌不足有关。慢性胰腺炎急性发作时，血、尿淀粉酶和Cam/Ccr比率可一过性增高，而血清型淀粉酶同工酶（Pam）则明显下降。在慢性胰腺炎病人，血清CCK含量明显增高，血浆胰多肽测定明显下降；另外患者呈现明显的胰腺内胰岛素分泌不足和储备不足的征象。

影像检查，X线腹部平片可观察有无胰腺钙化，并通过十二指肠征象间接考虑本病的可能；胆道造影可排除胆道疾病，但急性发作期不能做此项检查；逆行胰胆管造影（ERCP）对慢性胰腺炎的诊断颇有帮助，可显示主胰管的扩大、串珠样扩张及假性囊肿及钙化，并可同时显示胆管的情况。

诊断要点

（1）慢性胰腺炎一般都有反复发作的急性胰腺炎史，临床表现变化多端，且无特异性，仅凭临床表现，难以明确诊断。有胆道疾病及长期饮酒史者，出现持续性上腹疼痛、体重减轻，应考虑本病的可能性，同时结合实验室检查及影像学检查以明确诊断。

（2）有间歇性上腹部痛、压痛6个月以上，同时伴有十二指肠溃疡、胆囊炎、胆石症以及肝硬化，应考虑对病人的吸收功能、胰腺功能及血糖进行测定。有反复急性发作的慢性胰腺炎，血尿淀粉酶可无明显增高，而缺乏特异性。

（3）B超和CT检查对本病的诊断有着重要参考意义。胰纤维化萎缩时，胰腺回声增强，胰管不规则扩张及管壁回声增强；有结石及钙化时，可见光团及声影，有囊肿时可见液性暗区。腹部CT可显示胰腺的体积增大或缩小，边缘不清，密度降低及钙化影。如胰腺有低密度光区，则提示有液性暗区存在。

（4）本病应积极地与以下疾病相鉴别：① 胰腺癌，两者的临床表现、腺功能检查及影像学检查均十分相似，有时手术探查也难以鉴别，从病史的进行性加重及症状的持续性上，可能表现一定的差别，但最主要的还是通过病理学检查加以区别；②胆道疾病，可结合病史和实验室、影像学检查加以区别；③ 溃疡病，尤其十二指肠球部后壁穿透性溃疡，与胰腺粘连，引起顽固性疼痛，制酸止痛剂不能控制，可结合有关影像检查加以区别。

治疗

治法：调和肝脾，理气止痛。

（1）针刺

取穴：期门　章门　足三里　中脘　脾俞　肾俞

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：腹痛甚，加地机、内庭、梁门；黄疸，加腕骨、至阳、阴陵泉；腹胀，痞满，加璇玑、府舍、内关；腹泻，加天枢、上巨虚。

操作：每次选穴2～4对，腹部穴位宜深刺，所谓“腹深如井”，并行提插捻转手法，使局部产生放射至病所的胀感。背部俞穴宜浅刺，使穴位产生酸胀感为宜，如出现针感直抵前胸的感觉，则效果更好。用中强刺激手法，留针1小时，间歇行针，每5分钟行针1次。

（2）灸法

取穴：足三里　上脘　承满　脾俞　胃俞　肾俞

配穴：局部包块，加上腹包块点、压痛点；血糖异常，加膈俞、肺俞；脂肪泻，天枢、关元。

方法：每次选取以上穴位5～7穴，施以艾炷灸，每穴可灸7～14壮，灸局部包块时，在穴位以湿面粉围一周，以不使热量走散，灸至局部有热痛即止，注意不要灼伤皮肤。或用隔姜灸，方法如前。也可用艾条悬灸，每穴熏灸5～10分钟，使局部及胃脘部发热为佳。

（3）水针

取穴：足三里　下巨虚　地机　日月　内关　中脘

方法：所用药物为10%葡萄糖注射液或注射用水，每次2～4穴，针刺入穴位后，按常规行针，得气后，每穴注入5～10ml。若疼痛明显，可每穴注入阿托品0.5mg。以上治疗，每日1～2次，10次为1疗程。

（4）耳针

取穴：胰胆　交感　神门　十二指肠　压痛点

方法：在上穴找敏感点，以较强的刺激捻针2分钟后，留针1小时，间隔5～10分钟行针1次，每日治疗1～2次，7天为1疗程。亦可在局部用王不留行籽按压。

文献摘要

陈勇治疗重症胰腺炎12例，治疗方法：中医：① 中药，用柴芩承气汤通腑泻下，清热解毒，行气活血；② 用丹参20ml加入糖盐水中静滴；③ 针刺，如果上述方法治疗后仍无排气排便，腹痛甚，针刺足三里、三阴交，采用强刺激法，如果肠音仍弱，用新斯的明0.5mg双侧足三里穴位注射，以加强肠蠕动；④ 灌肠，仍不排便者，可用大黄、芒硝煎汤作高位直肠灌肠。西医：禁食，胃肠减压，充分补液，每日补入2000～3000ml，最多可达10000ml，对症处理，加用抗生素，纠正水电解质紊乱。结果：12例除1例因胰腺脓肿过大转外科手术外，11例全部治愈，11例肠鸣音恢复时间平均为12小时，排气时间为15小时，大便通畅时间17小时。

（陈勇．动静结合治疗重症胰腺炎的体会．云南中医药杂志，1996，17（6）：64）

按语

针灸治疗胰腺炎，五六十年代虽然报道不多，但已观察到针灸确有一定的疗效。近十年来，除传统针灸以外，电针、穴位注射、耳针都已用于本病的治疗，尤其毫针刺和穴位按摩收到了较满意的效果。临床观察表明，针灸对本病有明显的止痛消炎、调整肠胃功能、解痉止呕、抗感染等作用。

急性胰腺炎，病情进展迅速，应积极进行抗炎、抗休克等治疗，针灸仅作为辅助手

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

段，一旦有危重状况，则应迅速抢救。对于慢性胰腺炎，一般采用针灸治疗为主。灸法对于吸收不良性腹泻具有较好的疗效。本病用针灸积极治疗原发病及其并发症如胆道感染、结石，以及十二指肠溃疡、机体营养障碍等，对于病情的恢复是有利的。

泌尿系结石

概述

泌尿系结石是泌尿系统各部位结石的统称，是泌尿系统的常见病。根据结石所在部位可分为肾结石、输尿管结石、膀胱结石和尿道结石。结石的形成可能与体内胶晶体平衡失调、代谢紊乱以及尿路病变如尿路感染、梗阻、异物等因素有关，典型的表现可见血尿、阵发性绞痛及胀痛，严重的可导致肾功能不全，后果严重。

本病属中医“石淋”、“砂淋”范畴。就其发病机理，晋代的《诸病源候论》说：“诸淋者，由肾虚而膀胱热故也。”，认为肾气亏虚，膀胱蓄热，如火煮盐，盐渐成石。结石既成，可盘踞于肾、膀胱和尿窍等处，致膀胱气化不利，气滞导致血瘀，水道壅塞不行，甚至“癃闭”。

西医对本病的病机尚不清楚，认为遗传、代谢异常及饮食习惯、饮水矿物含量超标，服用易产生结石的药物等个体因素，加之尿路异常及尿液异常等因素，如尿路感染、梗阻、输尿管畸形、多囊肾及尿液酸度增加等病人更易发生尿路结石。结石形成后，最明显的病变是梗阻，梗塞尿路的近端，产生不同程度的梗阻病变，严重积水可导致肾实质的萎缩；结石局部可造成粘膜损害，形成溃疡和细胞间变；结石亦常继发感染，进一步加重肾组织的损害，最终导致肾功能受到严重破坏。

临床表现

（1）肾结石：疼痛和血尿是主要症状，约75%患者有明显的腰痛。或为隐痛或钝痛，或因肾盂输尿管连接部梗阻引起的绞痛，骤然发生，疼痛剧烈，可自腰开始，沿输尿管放射至膀胱，呈阵发性，一般可持续数分钟，亦可长达数小时，并伴恶心、呕吐，甚至出现疼痛性休克。双侧肾结石引起梗阻，可出现急性无尿。血尿不严重，大多肉眼下不明显，但显微镜下大多均可见大量的红细胞，即使在不发作时也是如此，劳动、运动、骑马和乘车时可突然发生血尿和疼痛。如尿中排出砂石或晶体则可明确诊断。

（2）输尿管结石：与肾结石的症状基本相似，输尿管上中段堵塞所引起的典型症状是一侧腰部剧痛和镜下血尿。腰痛多属绞痛性质，而且典型地放射至同侧股内侧，睾丸或阴唇。血尿多为镜下血尿，在疼痛发作后加重和出现，亦可有肉眼血尿，尿中偶可排出砂石或晶体，伴见恶心、呕吐等症状。输尿管下段的肌肉和膀胱三角相连，并直接附着于后尿道，故输尿管下段的结石，还常可见有明显的尿频、尿急、尿痛等尿道刺激征。

（3）膀胱结石：主要症状是排尿困难、血尿和排尿疼痛。结石在膀胱内尚活动时，则排尿困难的症状时轻时重，有时排尿至中途突然中断，必须改变体位，才能继续排出。结石较大者，这种症状就更明显。结石大而嵌顿在膀胱颈部，排尿困难更为显著，出现尿潴留，膀胱经常不能排空，尿不断滴出如失禁状。结石在膀胱中的刺激引起膀胱炎，导致尿频、尿数、尿急、尿痛，甚至出现血尿。膀胱结石几乎均引起继发感染，因此，患者有时也有脓尿，感染严重时所有症状均加重，但很少引起输尿管积水和肾盂肾

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

炎。

诊断要点

（1）通过病史、体检、必要的X线检查和化验，多数可以明确本病的诊断。但不应满足于诊断结石的部位、大小、数目和形态，同时应进一步检查肾功能，有无梗阻和感染，估计结石的成分和可能的发病原因。

（2）肾区痛在肾结石病例是一个重要体征。轻度肾结石患者可无临床症状甚至明显体征，但其肾区叩击痛常为阳性，尤其是当肾绞痛不典型，也无明显的可见血尿的病例，肾区叩痛的检查就更为重要。

（3）泌尿系平片必须包括全泌尿系统，结石阴影首先应与腹腔淋巴结钙化、盆腔内静脉石、阑尾内粪石和骨岛相鉴别。在X线平片上，各种的结石都有各自的特点：磷酸钙结石表面光滑，密度均匀；草酸钙结石密度较磷酸钙结石稍淡，可能边缘带刺或呈桑棋状；磷酸镁铵结石密度较低，显影较差，而呈层状；胱氨酸结石显影较差；纯尿酸结石不显影，但临床很少见单一成分的尿酸结石，一般地说，结石越大，其含钙量就越多，在X线片上不显影的结石，通常出现的是一模糊阴影。临床上见有典型的梗阻症状，但平片上无钙化阴影时，最可能的因素有：尚不足以显影的小结石、血块、X线阴性结石。

（4）泌尿系造影可了解结石部位、肾功能损害程度并了解对侧肾功能。常规剂量显示不良时，可采用大剂量造影剂或延缓造影；同位素肾图也可以很好地确定肾功能的情况。对X线显示不好的结石，在肾、输尿管绞痛期间，注射大量造影剂，延缓造影可能显示输尿管梗阻的部位，无不良影响；此外，CT及B超检查对X线不显影的结石的诊断有帮助，其中CT的诊断更可靠。

（5）肾结石引起的急性腹痛不典型时，应与胆囊炎、胆石症、溃疡病、胰腺炎、急性阑尾炎等所引起的疼痛相鉴别，女性患者更需与卵巢囊肿扭转及宫外孕相鉴别。

治疗

治法：发作时以清利湿热，行气通淋为主，平时以益肾固本为主。

（1）针刺

取穴：肾俞　京门　膀胱俞　中极

配穴：湿热下注，阴陵泉、三阴交、委阳、太冲；气滞血瘀，气海、血海、足三里；脾肾气虚，脾俞、肾俞、关元；结石在肾与输尿管上段，加气海、天枢、三焦俞；结石在输尿管下段及膀胱，加中枢、水道。

操作：结石绞痛发作时，施提插捻转泻法，留针30分钟，每隔10分钟行针1次，用震颤手法行针，可持续行针2～3分钟，以加强针感，痛缓后再留针片刻，或腹背部选穴加用电针（每对电极连于前后两穴），选用疏密波和连续波，频率为200～250次/分，电流量为中等强度或强刺激，以病人能耐受为度，留针30分钟，或以痛止为度。无结石绞痛发作，施以平补平泻法，留针20分钟，每日1次，10次为1疗程。

（2）水针

取穴：肾俞　关元　阳陵泉　足三里　三阴交　交信　腹结　曲骨

方法：所用药物为10%的葡萄糖注射液，按水针操作常规，待针入穴位有酸、麻、胀等感觉，并向这一部位放射后，每穴注入2～8ml，每日或隔日1次，30次为1疗程，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

疗程间休息 3～5 天。

（3）耳针

取穴：肾　输尿管　膀胱　皮质下　交感　神门

方法：用毫针强刺激，捻针 5 分钟，留针 20 分钟，隔日 1 次，5 次为 1 疗程，或用王不留行籽行耳穴埋压，每日按压 5 次以上，若肾绞痛明显可按压多次，每次按压 5 分钟左右，3 日换药粒 1 次，两耳交替使用。

（4）结石“总攻疗法”

对输尿管结石的“总攻疗法”，每周总攻 2～3 次，每 2 周为 1 疗程，直至结石排出。具体方法如下：清晨服中药排石汤 300ml，顿服。稍停片刻，口服双氢克尿噻 25～50mg，饮水 1500ml，1 小时后再饮水 1500ml，稍顷，皮下注射吗啡 10mg，再二小时，针刺三阴交、肾俞、膀胱俞、曲骨、中极、关元或阿是穴，捻针至有针感，皮下注射新斯的明 0.5mg。再半小时后，皮下注射阿托品 0.5mg。还可适当活动，热水浴或肥皂水灌肠，最后用力一次排尿。年老、体质虚弱、心脏功能不良、青光眼患者、肾功能减退者、严重结石梗阻的肾积水或结石过大者，均忌用“总攻疗法”。

（5）贴敷

取穴：神阙　小肠俞　膀胱俞

方法：以生葱白 3～5 根、食用盐少许，二味混合，捣融如膏。取药膏如枣大一块，放置于胶布中间，贴敷穴位上，每日换药 1 次，至病愈。

文献摘要

（1）张文荣等人分两组：针刺组 126 例，药物组 118 例。针刺组取穴：三焦俞、肾俞为一组，气海俞、上髎为一组，两组交替使用，每日 1 次，每次行针 30 分钟。药物组给予补液、排石药物及抗炎治疗。结果：针刺组治愈率为 90.48%，有效率为 99.21%，药物组治愈率为 33.05%，有效率为 40.08%，比较两组疗效，以针刺组为高（$P<0.01$）。

（张文荣等．针刺治疗肾、输尿管结石临床观察．中国针灸，1992，12（6）：43）

（2）杜莉取上穴秩边透归来，配穴气海、关元、三阴交，针前令患者排空小便，取俯卧位，用 30 号 5～7 寸长针，以患侧秩边穴向对侧归来方向斜刺入皮肤，缓慢捻转进针，如遇到阻力即需改变针尖方向再进，当会阴部出现有强烈的电麻感时，即可缓缓退针；再令患者仰卧，取气海、关元穴，用提插泻法，使针感向会阴部传导；取双侧三阴交穴，施以捻转泻法，局部得气强烈为度，均留针 20 分钟，每日 1 次。治疗输尿管结石 32 例，痊愈 20 例，显效 10 例，无效 2 例。

（杜莉．芒针治疗输尿管结石 32 例疗效观察．天津中医，1993，10（2）：10）

（3）王金生治疗本病 38 例，辨证分 3 型施治。① 气滞血瘀型，以肾俞、膀胱俞、腰部阿是穴为主穴，委中、足三里、血海为配穴；肾绞痛放散至下腹部者用天枢、归来、腹部阿是穴。泻法，强刺激，留针 20 分钟，痛剧时可留针 30～40 分钟，加电针，每日 1 次。另选耳穴交感、神门、肾埋针。② 湿热型，以肾俞、膀胱俞、大肠俞为主穴，委中、足三里、阴陵泉为配穴。平补平泻，得气后留针 20～30 分钟或加电针，每日 1 次。③ 正虚型，以肾俞、大肠俞、太溪为主穴，足三里、关元、气海为配穴。针刺补法，留针 20 分钟，可加艾灸，每日 1 次。此三型均结合中药，辨证治疗。结果排

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

石 33 例，结石下移 3 例，无效 2 例。

（王金生．针药结合治疗泌尿系结石 38 例的临床体会．针灸临床杂志，1995，11(2)：7）

（4）王旭慧取穴：三焦俞、肾俞、京门、三阴交、阿是穴。患者取健侧卧位，取患侧三焦俞，直刺 3 寸，选 3 或 4 寸毫针从患侧肾俞透向京门穴，均用提插捻转泻法，使针感向下传至腰骶或会阴部；双侧三阴交穴，直刺 1 寸，提插捻转补法，使针感向上传至膝以上；阿是穴用泻法。留针 30 分钟，每日 1 次。治疗本病 38 例，排石 26 例。

（王旭慧．针刺治疗泌尿系统结石 38 例．针灸临床杂志，1996，12(2)：15）

按语

针灸疗法对本病有较好的疗效，对较小结石单用本法即可奏效，除按辨证分型取穴外，局部取穴也十分重要，如在腰部、少腹部与结石附近取穴，可以促使结石排出。另外，对于缓解结石所致疼痛，针灸亦有特效。常用腧穴如太溪、涌泉、肾俞、京门等，采用强刺激手法，可使绞痛迅速缓解，临床可用此法代替度冷丁。耳针疗法虽非病变局部取穴，但有较好的排石效果，且方法简便易行，患者痛苦小，可用于本病的治疗与预防。治疗时间可视病情而定，最好趁疼痛发作时治疗，尤其是绞痛发作时，因势利导，排石机会最良．治疗后不时疼痛，常为排石的先兆，应予注意加紧针治。治疗期间，宜多饮水，每日保持在 2000ml 左右，并可多做一些跳跃运动，以利结石的排出。

血栓闭塞性脉管炎

概述

血栓闭塞性脉管炎，又称“Buerger 氏病”，是一种慢性周期性加剧的全身中小动、静脉阻塞性病变，主要累及下肢，偶可累及上肢。临床特征是下肢端坏疽和慢性溃疡，伴剧烈疼痛。病变呈全血管炎，血栓形成、管腔闭塞，最后导致肢端坏死。患者大多为青壮年男子，几乎占到患者的 95%，多发生在冬季。

本病属于中医“脱疽”、“痹证”的范畴，又名“脱痈”、“脱骨疽”及“十指零落”。认为本病的发病主要因于肾阴亏损、相火旺盛；情志抑郁，忧思过度；饮食不节，脾胃失调；寒冷潮湿侵，袭邪毒蕴结。气血凝滞，血脉阻塞是其主要病机。

西医对本病的病因及病机目前尚不明确。初步认为其发病可能与性激素、肾上腺皮质功能、神经调节功能紊乱以及免疫等因素有关，这是发病的内因。在寒冷、潮湿、吸烟、外伤等外因的刺激下，更易于发病。病变常犯及下肢，晚期可影响及上肢、脑、肠、心、肾等内脏血管。病变主要在中、小型动脉，而且常呈节段性分布，节段间有未闭塞的管腔和内正常的管壁，界线非常清楚。静脉变化较动脉要轻。病变属于非感染性的动脉全层炎症，有广泛的内皮细胞和成纤维细胞增生及淋巴细胞浸润。病变后期，血管壁及周围组织可发生广泛的纤维化。

临床表现

起病常从下肢趾端开始，逐渐向上发展，并累及其它肢体，临床上常将本病分为三期。

第一期，局部缺血期，患肢疼痛，间歇性跛行，每走 1～2 里路后，患肢小腿或足底即有胀痛或抽痛，稍停或休息后，症状缓解或消失，再行走相当距离后，症状复出。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

同时见患肢麻木、发凉、酸胀、易疲劳，足背动脉或胫后动脉搏动减弱或消失。

第二期，营养障碍期，病情逐渐发展，间歇性跛行愈来愈明显，疼痛转为持续性，夜间疼痛更剧烈，患者常抱膝而坐，不能入睡。患肢动脉搏动消失，足部不出汗，趾甲生长缓慢，增厚变形。皮肤干燥，呈潮红、紫红或苍黄色，汗毛脱落，小腿肌肉萎缩。

第三期，坏死期，在上两期症状的基础上进一步发展，患肢趾端发黑、干瘪、坏疽，形成溃疡。如继发感染，可转为湿性溃烂，很难愈合，疼痛更剧。患者日夜抱膝抚足坐床，甚至需将下肢下垂床边，以减轻疼痛，以致肢体极度肿胀，瘀紫。根据坏疽的范围，大致可分为三级：仅限于趾部为一级；坏疽延及趾跖关节和跖部属二级；坏疽延及跟、踝或腿部属三级。

本病病程较长，发展缓慢，数年后症状才趋严重。但也有急性发作者，常数月内症状即明显发展。如不治疗，症状可反复发作，逐渐加重；如治疗及时，血管痉挛缓解，侧支循环建立，临床表现可逐渐减轻或消失，病情可从三期转化为二期或一期。

诊断要点

(1) 根据发病年龄、病史及特殊临床表现可以考虑本病的诊断。但年龄在 40 岁以下的女性见有同样症状表现者，也应考虑本病的可能。

(2) 检查患者四肢动脉的搏动情况，对判断动脉闭塞的部位、范围和程度有很大意义。一般是足背动脉、胫后动脉搏动消失，腘动脉和股动脉搏动正常。考虑到 80% 的正常人可有足背动脉搏动的减弱和消失，在见有足背动脉搏动减弱，而未见其它缺血症状时，可作肢体抬高下垂试验，当肢体供血不足时，抬高肢体后苍白，下垂后则转红。

(3) 怀疑本病的可能时，应作相应的物理检查，多普勒超声波血管、血流量测定、血流图描记，可显示病变动脉的形态、血流速度等；动脉造影检查可明确患肢动脉的阻塞情况，但由于其可引起动脉痉挛等不良反应，加重患肢的缺血，只有在考虑作血管重建手术时才做该项检查；红外线热象图测定，可间接反应组织供血情况。

(4) 本病应与动脉粥样硬化性闭塞、结节性动脉周围炎、冻伤等病相鉴别。

治疗

治法：活血化瘀，清热解毒，疏通经络，补气养血。

(1) 针刺

取穴：下肢前缘部，足三里　阳陵泉　丰隆　解溪　冲阳　内庭

　　下肢后外侧，足三里　阳陵泉　承山　绝骨　昆仑　足临泣

配穴：气滞血瘀者，加膻中、膈俞、血海；热毒蕴结者，加曲池、合谷、委中；气血两虚者，加关元、太溪、血海。

操作：毫针直刺诸穴，针刺得气后，适当行针，要求气至病所。针刺得气后，属虚证用捻转补法，温针 3～5 壮，每日或隔日 1 次，连续治疗 10 次，再休息 1 周。亦可配合电针，作持续电脉冲刺激。属热毒内盛者，可在局部红肿灼热处用七星针刺络出血，以清泄热毒（溃烂部位忌用）。也有人用长针深刺法治疗本病，用脉根（第 2 骶椎下旁开 3 寸 5 分）深刺 3～6 寸，针感沿腿后侧传至趾端；上曲泉（在屈膝内侧纹上 3 寸，股骨后缘）、脉生（曲泉直上 3 寸股骨后缘）深刺 2～3 寸，针感传至大腿根部或膝下部，个别病人麻感至趾。以上穴位均可留针 20～30 分钟。

(2) 艾灸

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：早期　内关　太渊　足三里　阳陵泉　三阴交　太溪

中期，上穴加神门

配穴：背俞穴、气海、膻中、阳池、魄户、神堂。

方法：早期，上述穴位用温灸法，或针灸热补手法，或骑竹马灸法；中期治疗同上，外加针刺神门，针后隔附片灸，然后以三棱针挑刺委中、膀胱俞，针后拔罐；晚期以上疗法加隔蒜灸冲阳、太溪，灸溃破周围。或以上穴位用艾条悬灸，灸至局部皮肤潮红为度，以上治疗隔日1次，10次为1疗程。

(3) 刺血

取穴：委中　委阳　足临泣　患肢局部静脉血管较明显处

方法：每次选取3～5穴，刺入穴位部小静脉内，使其自然出血，能拔火罐部位(如委中)待自然出血停止后再拔罐。每1～2周治疗1次，3～5次为1疗程。

(4) 耳针

取穴：趾　踝　小腿　交感　三焦　热点　皮质下　心　肝

方法：选用3～5穴，施较强刺激，然后留针30分钟，每日1次，10次为1疗程。亦可用1%普鲁卡因0.2ml封闭交感、肾上腺点。

(5) 埋线

取穴：丰隆　承山

方法：常规无菌操作，局部麻醉后，把0号医用羊肠线，长约2cm，埋入穴下，深约1cm。术后切口用丝线缝合，盖上消毒纱布，5～7天后拆线。

(6) 水针

取穴：足三里　阳陵泉　承山　下巨虚　三阴交

方法：用0.5%当归注射液，每穴注入0.5ml，每日1次，每次选用2～3穴。肢体溃烂处不宜用。

文献摘要

(1) 袁萍治疗本病，主穴用阳陵泉，配穴用委阳、委中、太溪。主穴针刺双侧，配穴委中、委阳针患侧，两穴交替使用，太溪穴左右交替使用。以上各穴均采用提插补泻法和捻转补泻手法，以先泻后补，重泻轻补为原则，针刺深度根据患者的胖瘦灵活掌握，针感以得气，并有上下传导的针感为度，留针30分钟，每隔10分钟提插1次，每日1次，针刺6次间隔1天，针4周为1疗程，疗程间休息1周，继而进行下1疗程。结果：治愈12例，显效4例，好转2例。

(袁萍．针刺治疗血栓闭塞性脉管炎18例．中国针灸，1998，18(4)：219)

(2) 顾艳明取穴根据十二时辰气血走注歌诀，酉时(17～19点)，“酉时气血在双股，勾子血海共相连，血海百重受了伤，老来双脚都不全。”在此诀的基础上取穴，主穴：百重(百虫窝)、勾子穴(委中穴)、血海。配穴：足三里、阳陵泉、阿是穴、昆仑穴等。针法：毫针刺用补法，阿是穴采用扬刺法，其它穴位按常规毫针刺法，留针30分钟，并嘱病人每天17时前2刻左右来治疗1次，禁止吸烟，避免情绪波动，患者一天比一天进步，1周后，患者下肢逐渐变红，疼痛减轻，连续治疗1个月后，患者自觉疼痛消失，行走自如，病情恢复正常。

(顾艳明．针刺治疗脉管炎1例．针灸临床杂志，1996，12(11)：47)

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 刘春华以化脓灸治疗血栓闭塞性脉管炎1例，治疗方法：破溃处外敷一效膏（冰片、炉甘石、朱砂、滑石粉、香油），艾条薰灸足三里，每日2次，每次灸1小时，每天局部换药1次，配合内服中药汤剂四妙勇安汤，10天后将坏死组织清除，自拟中药汤剂外洗（艾叶、白及、当归、桂枝、黄芪、三七粉），用1分硬币大艾炷直接灸双侧脾俞穴，每穴灸9壮，灸疮达三度烧伤，灸后患肢有针刺样麻胀沉重之感，10多天后灸疮开始化脓，色淡红，有较多分泌物，约1个月后随灸疮的愈合而趾尖的疮口痊愈，诸症消失。随访6年未复发。

（刘春华．化脓灸为主治愈Ⅲ期脉管炎1例．中国针灸，1997，17(5)：295）

按语

针灸治疗血栓闭塞性脉管炎，近十余年各地陆续有所报道，并取得较好的效果。报道认为，针灸对本病有一定的疗效，但须早期治疗。针灸诸法中，毫针刺对病变早期的疼痛有较好的疗效，骑竹马灸、熏熨等方法对晚期溃疡面的修复效果较好。有人以骑竹马灸法（当第十胸椎两旁）隔蒜灸，治疗本病，1次灸后即能触到跌阳脉，可见该法对于本病具有独特的疗效。

本病的临床症状主要为剧烈的疼痛，因此，控制疼痛是治疗本病的重要环节，针灸有良好的止痛作用，极为合适，但多次使用后，其疗效会逐渐降低。因此，必须注意在取穴方面，开始时宜少取，以后逐步增加，而且经常调换穴位；刺激手法也应有多样，调换使用，留针时间宜长，也可采用穴位埋线、耳针、水针等综合方法治疗，可提高疗效。本人体会，本病的发病部位具有明显的节段特征，故治疗上选用相应节段夹脊穴或背俞穴，对本病病灶区炎症的控制可能具有帮助作用。

在针灸治疗的同时，可配合中药四妙勇安汤，晚期则宜采用温经散寒的中药，每日1剂，可提高疗效，对有溃疡坏死现象时，宜及时采取外科治疗，并且戒绝吸烟及刺激性食物。

5.2.2.5 妇产科疾病

（一）妇科疾病

痛　经

概述

妇女在月经期前后或月经期中发生小腹及腰部疼痛，甚至难以忍受，影响工作及日常生活者，称为痛经。痛经是患者的自觉症状，有些妇女在月经期，由于盆腔充血而产生小腹轻度坠胀，腰部酸痛，这并非属病理性质，则不作痛经论。痛经分为原发性痛经与继发性痛经两种。生殖器官无器质性病变者称为原发性痛经或称功能性痛经，常发生于月经初潮后不久的未婚或未孕的年轻妇女，常于婚后或分娩后自行消失。由于生殖器官器质性病变所引起的痛经称为继发性痛经，常见于子宫内膜异位症、急慢性盆腔炎、肿瘤、子宫颈狭窄、阻塞等。

中医认为痛经多由于情志不调，肝气郁结，血行受阻，或感受寒湿，使寒湿之邪客于胞宫，气血运行不畅所致。也可由于气血虚弱，或肝肾不足，使胞脉失养而引起痛经。病位主要在冲、任二脉，与肝肾有关。病性有实有虚，发作时实证多见，非发作期

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

有实有虚，可虚实兼见。

西医学认为本病的机理尚未明了，但一般认为精神因素占重要地位，在行经期间，受寒饮冷、或体质虚弱，均可引起子宫肌层痉挛性收缩使子宫缺血而致痛经。其他原因如子宫颈口、子宫颈管狭窄、子宫过度倾屈，使经血潴留，从而刺激子宫收缩、痉挛，也会引起痛经。子宫发育不良时，子宫产生不协调的收缩，或由于子宫内膜整块脱落，排出不畅，使子宫收缩增强或痉挛收缩等，均可引起痛经。近年来有人认为血中的前列素含量较高，可引起强烈的子宫收缩，并引起胃肠道、泌尿道、血管等处平滑肌收缩，从而导致痛经及其他兼症。

临床表现

原发性痛经常发生于月经初潮不久的未婚或未孕的年轻妇女。主要表现为下腹部绞痛，也可出现胀痛或坠痛，有时疼痛放射到腰骶部、股内侧、阴道甚至肛门等处。多在月经来潮第1～2天出现，一般于月经来潮前数小时即已感到疼痛，成为月经来潮之先兆。月经开始时疼痛逐渐或迅速加剧，疼痛历时数小时，有时甚至2～3天。疼痛呈阵发性，疼痛剧烈时患者脸色发白，出冷汗，全身无力，四肢厥冷，并伴有恶心、呕吐、腹泻、尿频、头痛等症状。

诊断要点

（1）通过了解痛经病史及妇科检查，可以区分原发性痛经和继发性痛经。原发性痛经一般始于初潮后1～2年内，没有生殖器官的炎症病史，多见于青春期女性。继发性痛经应有原发性疾病病史及体征，多发生于已婚妇女。

（2）经血受阻所致的腹痛，有周期性，如先天性阴道畸形、宫颈手术后瘢痕形成，使宫颈口狭窄甚至闭锁，吸宫或刮宫术形成宫颈管及宫腔粘连，使经血外流受阻而致周期性腹痛，通过妇科检查可以诊断。

（3）子宫内膜异位症的特点为月经来潮时及来潮后数天疼痛，为渐进性。妇科检查常于子宫骶骨韧带或子宫直肠窝处触及硬性小结节，肿块的大小常随月经周期而改变。腹腔镜检查及活体组织检查可以确诊。

（4）子宫畸形如双子宫、子宫纵隔等引起的痛经，常借助子宫碘油造影来确诊。

治疗

治法：理气活血、调理冲任；或补益气血。

（1）针刺

处方：关元　三阴交　气海　地机

配穴：证属气滞血瘀者加太冲、血海、次髎、十七椎下；寒湿凝滞者宜多灸重灸；属气血两虚者加肝俞、脾俞或气海、足三里；恶心呕吐加中脘、内关。

操作：每次选用3～4穴。针刺关元、气海，采用连续捻转的手法，务使针感向下传导，三阴交或地机穴针刺深度在2～3寸，施以泻法。次髎应稍斜向脊柱，沿骶后孔刺入3～4寸，反复行针，使温热感传入小腹。十七椎下可刺入1～1.5寸深，得气后快速捻转，使针感向小腹传导。寒湿者，起针后在小腹部穴位施以艾灸，至皮肤红润，或在腹部穴位施以温针灸，非发作期也可用艾炷隔姜灸，每次5～7壮。寒证可艾灸双侧至阴穴半小时。疼痛发作时也可配合用电针仪，每次选用2穴，腹部、下肢相配，选用密波或疏密波，留针30～60分钟，发作时每天1～2次，非发作期可隔日治疗1次，月

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

经来潮前 3 天，每天治疗 1 次。

（2）耳针

处方：子宫　交感　皮质下　内分泌　肝　肾　神门　腹　腰骶

方法：在所选的穴位处寻找敏感点，用毫针刺入耳廓软骨内，快速捻转数分钟，留针 20～30 分钟。或在耳穴埋丸、埋针，每天按压数次。

（3）三棱针挑治

处方：肝俞　脾俞　肾俞　次髎　阿是穴　关元　中极

方法：每次选用两点，连挑 2～3 天，每天挑治的穴位不同，疼痛发作缓解后，再于月经来潮前 3 天开始挑治。连续治疗 3 个月。

（4）皮内针

处方：气海　阿是穴　地机　三阴交

方法：消毒好穴位后，取撚钉型或麦粒型皮内针，用镊子夹住针身，左手拇、食指将皮肤舒张开，将针刺入，外用胶布固定。埋入 2 天后，再取出。

（5）皮肤针

处方：下腹部任脉、肾经、胃经、脾经。腰骶部督脉、膀胱经、夹脊穴。

方法：消毒后，腹部从肚脐向下叩刺到耻骨联合，腰骶部从腰椎到骶椎，先上后下，先中央后两旁，叩刺刺激强度视疼痛程度、患者体质而定，每次叩刺 10～15 分钟，以痛止、腹部舒适为度。

（6）穴位注射

处方：中极　关元　次髎　关元俞

方法：选用 2%普鲁卡因或当归等中药制剂。每穴每次注入药液 2ml，每天 1 次。

（7）腕踝针

处方：下 1 区。

方法：用 1.5 寸毫针向上沿皮刺，每次留针 20～30 分钟，也可固定后留针 1～2 天。

文献摘要

（1）钟亚等用针刺烧山火手法治疗 76 例痛经，将 116 例病人分为治疗组 76 例，用烧山火手法，对照组 40 例，采用循经取穴法治疗。以观察疼痛缓解程度评定疗效。治疗组取三阴交、水道、关元、中极。三阴交、水道穴按烧山火手法进行，等热感到达病所停针，急出针，闭针孔。灸关元、中极两穴 20 分钟。对照组取穴三阴交、足三里、关元、气海。平补平泻法，留针 30 分钟。结果治疗组止痛最短时间 5 分钟，最长 30 分钟。止痛显效率治疗组＞对照组（$P<0.05$）。

（钟亚、张守群，烧山火法治疗痛经 76 例临床观察，浙江中医杂志，1993，（1）：30）

（2）史晓林等用三阴交穴治疗原发性痛经，全部病例为中学生，共 164 例，随机分为针刺治疗组 120 例与药物组 44 例。针刺组取穴三阴交，快速提插捻转手法，行针 2 分钟后留针 30 分钟。药物组口服去痛片治疗。观察治疗后疼痛缓解程度与缓解时间，以评定疗效。结果有效率针刺组大于药物组（$P<0.05$）；疼痛 5 分钟缓解率针刺组大于药物组（$P<0.05$）；针刺组中 32 例，随访 3 个月，痛经未再发作，说明针刺三阴交

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

对痛经发作有预防作用。

（史晓林等，针刺三阴交治疗原发性痛经120例疗效分析，中国针灸，1994，14(5)：36）

按语

痛经发作时多见实证，故治疗当用泻法，旨在通经止痛为主。非发作期，证型多样，当随证而治。痛经发作时，选穴宜少而精，有时单穴即可。针刺操作应反复行针，并长时间留针，获效后还可在主要穴位加用皮内针或在耳穴埋丸，以延长刺激，增强疗效。痛经一般在月经前一周即应开始治疗，每天1次，直到行经后为止。

针灸对原发性痛经有较好的疗效，既能镇痛，又能改善全身症状，调整内分泌功能。一般连续治疗2～4个周期可获痊愈。对继发性痛经，运用针灸减轻症状后，应诊断清楚原发病，针对原发病治疗。

应嘱病人注意经期卫生，经期避免重体力劳动、剧烈运动和精神刺激，防止受凉、过食生冷。

经　闭

概述

经闭，俗称闭经，是妇科中常见的一种症状，其分类的方法较多。一种是按闭经发生的时间，分为原发性闭经和继发性闭经。凡地处温带，年过18岁而月经尚未来潮者称为原发性闭经。凡以往有过正常月经，现停止月经在三个周期以上者称为继发性闭经。至于青春期前、妊娠期、哺乳期以及绝经期的闭经都属生理现象。另一种分类法是根据闭经的原因，按部位分为全身性疾病所致的闭经、下丘脑—垂体性闭经、肾上腺皮质功能失调性闭经、甲状腺功能失调性闭经、子宫性闭经、卵巢功能失调性闭经以及使用避孕药后所致的闭经。

在中医文献中，本病亦称“月事不来”、“月水不通”、“不月”等。中医认为本病的发生与饮食起居、情志失调及房事、禀赋等因素有关。基本病理分为虚、实两类，实者主要有瘀滞与痰湿，虚者主要有血虚与肾虚。病位主要在肝，与脾、肾有关。病变性质有虚有实。

西医学认为正常的月经有赖于大脑皮层、下丘脑、垂体、卵巢、子宫等功能的协调，其中任何环节发生病变，即可导致闭经。其他内分泌腺体如甲状腺、肾上腺皮质功能障碍，或某些精神因素、环境改变、寒冷、消耗性疾病、刮宫过深、放射线治疗等也能引起闭经。

临床表现

如属大脑皮层与皮层下中枢功能失调性闭经，一般有全身营养障碍、精神病、精神过度紧张、环境变迁等情况，检查生殖器官往往无特殊意义。如属生殖器发育不良者，多为原发性闭经，或开始时月经周期不规则，周期延长，经量少，终至闭经，妇科检查常能发现异常，第二性征缺乏，乳房不发育、阴毛少等。如属生殖道结核引起者，可有结核史和不孕症，常有腹痛、低热等症状，妇科检查可发现附件炎性粘连或肿块。如属肿瘤导致的闭经可有第二性征异常、肥胖、多毛等症状。如属内分泌腺疾病如多囊性卵巢综合征，可有不孕、多毛、肥胖等。如属产后垂体坏死或萎缩可有产后无乳、乳

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

房萎缩、消瘦、疲乏、畏寒、毛发脱落、皮肤干粗、生殖器萎缩等。

诊断要点

（1）首先应寻找发病原因，区分原发性与继发性闭经。询问病史，了解发育、健康情况，是否患有其他疾病及能引起闭经的原因。进行必要的体格检查与妇科检查，必要时可作子宫或子宫内膜状态及功能的检查、卵巢功能、垂体功能的检查等。

（2）子宫发育正常而子宫颈狭窄，因经血潴留而出现周期性下腹痛，但无月经排出，作妇科检查可以确诊。

（3）阴道发育异常如先天性无阴道、阴道闭锁或狭窄，常见青春期初潮因子宫积血而出现周期性下腹痛，作妇科检查可以确诊。

（4）外阴发育异常如处女膜闭锁，可见青春期后无初潮，及逐渐加重的周期性下腹痛。常可在下腹正中扪及包块，并感到包块逐渐增大，有时包块上缘可达脐平。下腹疼痛严重时，可伴全身不适、头痛、便秘、或尿潴留。检查时可见处女膜部膨隆、透紫。

治疗

治法：实证治以活血通经、散寒化湿；虚证治以健脾益气、养血通经。

（1）针刺

处方：肾俞　关元　归来　三阴交

配穴：肝肾不足加肝俞、大赫；气血不足加气海、足三里、脾俞、胃俞；气滞血瘀加合谷、太冲、地机；寒湿凝滞加中脘、丰隆、腰阳关。

操作：根据证候虚实采用相应的补泻手法，留针 20～40 分钟。气血不足者可在背俞穴加灸，寒湿凝滞者可在背部穴或腹部穴加灸。也可配合运用电针，选用四肢、躯干各 1 对穴。隔日或每日治疗 1 次，不计疗程。

（2）灸法

处方：关元　石门　归来　气冲　肝俞　脾俞

方法：可用艾条温和灸或艾炷无瘢痕灸或艾炷隔姜灸、隔胡椒饼灸等。每次选用 2～4 穴，每穴施灸 10 分钟或 5～7 壮，每日或隔日治疗 1 次，15 次为 1 疗程。

（3）耳针

处方：内分泌　子宫　肝　肾　皮质下　卵巢　神门

方法：每次选用 3～4 穴，毫针用中等刺激，留针 30 分钟，隔日治疗 1 次。也可埋针埋丸，每天按压 5 次。

（4）皮肤针

处方：相应背俞穴及夹脊穴（腰骶部为主）、下腹部任脉、肾经、胃经、脾经、带脉等。

方法：用梅花针从上而下，用中等刺激，循经每隔 1cm 叩打 1 处，反复叩刺 3 遍，重点叩刺腰骶部、下腹部穴。隔日 1 次，5 次为 1 疗程。

（5）穴位注射

处方：肝俞　脾俞　肾俞　气海　石门　关元　归来　气冲　足三里　三阴交

方法：每次选用 2～3 穴，可用黄芪、当归、红花等中药制剂，或用胎盘组织液、维生素 B_{12} 等制剂，每穴每次注入药液 1～2ml，隔日 1 次。

文献摘要

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）浦蕴星针灸分两型治疗闭经，第一型冲任督三脉经气不足，气血亏虚，取中极、十七椎下、公孙、次髎、关元、气穴、百会、命门、肝俞、志室、肾俞、复溜、气门穴；第二型邪侵冲任，气血瘀阻型，取中极、十七椎下、公孙、次髎、中脘、大赫、子宫、腰俞、肝俞、脾俞、蠡沟、三阴交。每次选用6～8穴，辨证应用捻转、提插、疾徐补泻法，骶部次髎穴得气后行雀啄法。关元、气穴得气后缓慢由浅入深，行针1～3分钟，再温灸1～3壮。隔日1次，3个月为1疗程。共治疗30例，显效13例，有效14例，无效3例。

（浦蕴星．针灸治疗闭经疗效分析．上海针灸杂志，1994，13（6）：257）

（2）罗治强嘱患者俯卧，平心静气，全身放松，取十七椎穴，消毒后用2寸毫针刺入1～1.5寸，得气后施平补平泻法，留针40～50分钟，每隔5～10分钟行针1次，共治疗4例，全部治愈。

（罗治强．针刺十七椎治疗闭经4例．上海针灸杂志，1996，15（3）：284）

按语

闭经不外虚、实两大类，实证为血滞，由邪气所致，经血阻滞，闭塞不通。虚证为血枯，因气血不足，血海空虚。选用穴位以任脉、肝经、脾经及背俞穴为主，用穴多集中于下腹、腰骶及下肢部。一般而言，针灸治疗闭经疗程较长，应嘱患者密切配合，坚持治疗。

引起闭经可有功能性疾病或器质性疾病，可有生殖系统疾病或全身性疾病，可有先天发育不全者，针灸效果各不一样，因此必须进行认真检查，以明确发病原因，采取相应的治疗。对于精神因素所致的闭经针灸常能很快取效；对严重营养不良者、结核病、肾病、心脏病等所致的闭经，针灸疗效较差；对于子宫、卵巢发育不全者或生殖器肿瘤者，还应采取其他方法治疗。

功能性子宫出血

概述

功能性子宫出血（简称功血）是指由于神经内分泌功能失调而引起的子宫出血，经临床检查排除了全身出血性疾病，以及生殖器官明显的器质性疾病。由于出血的规律性、出血量、出血时间的长短不一，临床上可分为青春期功血、生育年龄功血和更年期功血。

本病在中医属于“崩漏”范围，在其他妇科病如月经先期、先后无定期中也可见到。一般将突然出血，来势急，出血量多者称为“崩”；出血量少，来势缓，淋漓不断者称为“漏”。中医认为本病是由冲任损伤，不能固摄所致。多由脾虚、肾虚、血热、血瘀引起。病变涉及到冲、任二脉及肝、脾、肾三脏，证候有虚有实。

西医学认为本病是由于内分泌功能失调引起的异常性子宫出血。机体内外因素如精神过度紧张、环境和气候改变、营养不良或代谢紊乱等，可以通过大脑皮层，干扰丘脑下部—垂体—卵巢轴的相互调节和制约，突出表现在卵巢功能的失调，继则影响子宫内膜，导致异常性子宫出血。其机理亦可分为排卵型与无排卵型两种。

临床表现

无排卵型功血表现为月经周期、经期、经量不规则，常见月经周期紊乱、经期长短

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

不一，出血量时多时少，甚至大量出血休克。半数患者先有短期停经，然后发生出血，出血量往往较多，持续长达月余不能自止。有时一开始即表现为不规则的出血，也有开始周期尚准，但经量多、经期长。出血多者可伴贫血，一般不发生腹痛。妇科检查无明显异常。

排卵型功血多发生于育龄妇女，尤多见于产后或流产后。表现为月经周期正常或缩短，基础体温呈双相型。往往伴有不孕或早期流产，子宫内膜脱落不完全者主要表现为经期延长而月经周期正常，出血量不等，有时可在经前、经后有淋漓不断出血现象。

诊断要点

（1）通过详细的病史、全身检查和妇科检查排除生殖道器质性疾病及全身性疾病，再通过基础体温的测定，或子宫粘液的检查，或阴道细胞学检查，或诊断性刮宫等了解有无排卵及黄体功能是否健全，可以明确诊断。

（2）全身性疾病如血液病可能伴有月经过多；患高血压时容易发生子宫出血；甲状腺功能低下也常是子宫出血的原因之一等。均需考虑并排除后才能确诊本病。

（3）异常妊娠及其他并发症。对生育年龄的已婚妇女如发生子宫出血，应首先考虑异常妊娠，如流产、宫外孕、葡萄胎、绒毛膜癌等。此外继发于产后或流产后，要考虑胎盘碎块残留、胎盘息肉、子宫内膜炎等。

（4）生殖道感染如宫腔感染，使子宫内膜再生障碍，造成出血量多而持久，另外宫颈息肉等也常出血。

（5）生殖器肿瘤如子宫内膜息肉和粘膜下子宫肌瘤，容易造成间断性大量出血；如发生于绝经后，有可能是子宫内膜癌。此外卵巢肿瘤如颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤亦可发生子宫出血，需作妇科检查，注意有无包块。

治疗

治法：以固摄冲任为主，其血热者清之，气虚者补之，血瘀者化之。

（1）针刺

处方：关元　三阴交　隐白

配穴：血热加大敦、血海、水泉；气虚加百会、气海、足三里、脾俞；瘀血加太冲、合谷、气冲、地机。

操作：根据证候虚实采用相应手法。隐白可用点刺法或艾灸法，或用艾条施灸15～20分钟，或用麦粒灸5～7壮。大敦用点刺法，也可用灯心草蘸油焠之。百会可用针刺法，也可用艾条悬灸15～20分钟。一般留针20～30分钟，每天治疗2～3次。

（2）耳针

处方：子宫　皮质下　内分泌　肾　肝　脾　卵巢　神门

方法：每次选用3～4穴，毫针刺用中等手法，留针40～60分钟，间歇行针。也可用埋丸或埋针法，左右两耳交替轮换。

（3）穴位注射

处方：气海　关元　中极　肾俞　关元俞

方法：可用维生素B_{12}或黄芪、当归等注射液，每穴可注药液2ml。每日1次，10次为1疗程。

（4）三棱针挑治

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：在腰骶部督脉或膀胱经上寻找反应点

方法：用三棱针挑破 0.2～0.3cm 长，0.1cm 深，将白色纤维挑断，每次选用 2～4 个点，每月 1 次，连续挑治 3 次。

(5) 皮肤针

处方：腰骶部督脉、膀胱经、下腹部任脉、肾经、胃经、脾经、下肢足三阴经

方法：由上向下反复叩刺 3 遍，用中等刺激，每天治疗 1～2 次。

文献摘要

(1) 刘万成等用针刺治疗功能性子宫出血 92 例，将 405 例病例分为针刺组 92 例和止血方组 313 例，给予全国功血科研协定止血方。观察出血情况及有关体征、症状评定疗效。针刺主穴用百会、关元、命门、肾俞、三阴交。分型配穴脾虚加脾俞、归来、中极；肝郁加太冲、肝俞；心脾两虚加神门、气海、心俞、脾俞；肝肾阴虚加蠡沟、大赫、肝俞、夹脊。扶正取穴用归来、足三里、脾俞、肾俞、命门。弹针法进针，虚证用补法，肝郁用泻法。留针 30 分钟。针刺每天 1 次，15 次为 1 疗程，疗程间休息 3 天。有效率针刺组优于止血方组 ($P<0.01$)。

(刘万成等，针刺治疗功能性子宫出血 92 例临床观察，中国针灸，1989，9 (1)：4)

(2) 卢海山等用针药并用治疗功能性子宫出血，将 80 例随机分为 2 组，每组各 40 例，针刺组 40 例主穴关元、气海、三阴交、血海。配穴血热加大敦、太冲、曲池、合谷；血瘀加中极、膻中、行间、阴陵泉；脾虚加脾俞、胃俞、足三里、上巨虚；肾虚加肾俞、次髎、然谷、太溪。血热与血瘀型用捻转泻法，脾虚与肾虚用捻转补法。留针 30 分钟。中药主方为侧柏炭 15g、党参 20g、炒蒲黄 15g、地榆炭 20g 益母草 15g、白芍 20g、阿胶 15g、棕炭 15g、大小蓟各 15g。另有随证用药。每日 1 剂，治疗 12 次为 1 疗程，3 个疗程后总结疗效。结果总有效率两组无差别 ($P>0.05$)；痊愈率针药组大于中药组 ($P<0.05$)。

(卢海山、杨月和，针药并用治疗功能性子宫出血的临床观察，针灸临床杂志，1996，12 (4)：12)

按语

本病是由冲任损伤，不能固摄所致，多由脾虚、血热、瘀血等造成。一般讲青春期患者多见肾气不足；育龄妇女多见血热、血瘀；更年期妇女多见脾肾亏虚。

在出血期间治疗本着“急则治其标”的原则，临床首先应采取止血有效措施，特别是大量出血时，宜采取综合抢救措施。针灸治疗除辨证选穴外，常选隐白穴，每天艾灸 2～3 次，有明显的止血作用。出血时间较长而淋漓不断者，除针灸体穴外，还可配合采用耳针、挑治等方法。

针灸治疗本病有效，尤其对青春期功血有较好效果。对绝经期妇女，如反复出血，需作认真妇科检查，以排除肿瘤。出血期病人宜保持安静环境，卧床休息。

子宫脱垂

概述

子宫脱垂是指子宫从正常位置沿阴道下降，子宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出阴道口外。这是劳动妇女常见病症之一，多发生于 40～70 岁妇女，其中以

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

50～60 岁发病率最高。本病还常并发阴道前、后壁膨出。

子宫脱垂属于中医“阴挺”、“阴疝”、“阴痔”范围。主要由于素体虚弱或产后体弱或早婚、多产等原因导致中气不足或肾气不足，无力固摄所致。

西医学认为本病发病原因较为复杂，是由多种因素造成的，凡使支持子宫正常位置的韧带、筋膜、肌肉发生损伤，如生产时用力进气、手术等，或过度产育、年高气弱导致上述组织松弛，或后位子宫，子宫轴与阴道轴相一致的妇女，若在腹压增加的影响下，子宫即会沿阴道方向脱出，形成不同程度的子宫脱垂。

临床表现

最常见的症状是小腹下坠感，腰骶酸痛，阴道脱出一块物，咳嗽、走路时加重。轻者脱出物不大，卧床休息能自动回升；重者脱出物较大，卧床休息亦不回升，需用手还纳。阴道分泌物增多，月经不调。有时可使尿道弯曲，若伴发膀胱膨出，可引起尿频、排尿困难、泌尿系感染、尿潴留及张力性尿失禁等症。若伴有直肠膨出则发生排便困难。

根据子宫脱垂的程度可分为三度。1 度为子宫体下降，子宫颈外口位于坐骨棘水平之下，但仍在阴道内（宫颈外口距阴道口不及 4cm）。2 度轻为子宫颈已脱出阴道口外，但子宫体仍在阴道口之内。2 度重为子宫颈及部分子宫体已脱出阴道口外。3 度为子宫颈及子宫体全部脱出阴道口外。

诊断要点

（1）根据临床症状及体征，经过妇科检查不难诊断。

（2）子宫粘膜下肌瘤及宫颈肌瘤，有肿物从阴道或宫颈突出，分泌物增多等表现，但这两种病好发于 30 岁以后妇女，有不规则的阴道出血史。妇科检查在脱出的肌瘤表面找不到宫颈口。阴道检查在肌瘤的一侧或周围可触及宫颈边缘。

（3）单纯宫颈延长表现为有肿物阴道突出但多发生于未产妇。妇科检查见宫颈长，但阴道前后壁支持力良好，无膨出，阴道穹隆及宫体位置正常，用力时不降。

（4）膀胱膨出的外观与子宫脱垂相似，妇科检查当患者屏气时，宫颈不下降。

治疗

治法：补虚升阳，固摄胞宫。

（1）针刺

处方：百会　气海　维道　足三里　三阴交

配穴：肾虚加关元、大赫、肾俞、照海；湿热下注加中极、次髎、曲泉、阴陵泉、大敦；伴有膀胱膨出加曲骨、横骨；直肠膨出加会阳、承山。

操作：患者仰卧，子宫颈脱出阴道口外者，先还纳后再行针刺。针刺气海、维道时针尖向耻骨联合方向，使针感放散到会阴部，可采用单向捻转法，便肌纤维缠绕针身，然后缓慢提针，若肌纤维松脱，再行单向捻转，出针过程持续 5 分钟。百会穴可以用艾条温和灸。余穴用补法。隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）灸法

处方：气海　关元　曲骨　三阴交　足三里　百会

方法：每次选用 2～3 穴，百会用艾条温和灸 10 分钟。其余穴用麦粒灸或隔附子饼灸，每穴灸 5～7 壮，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 芒针

处方：子宫　提托　气海　带脉

方法：每次选用1个穴，选用5～8寸长毫针，针尖朝向耻骨联合方向，针深达脂肪下肌层，横行刺入肌层，反复捻转，使患者会阴和小腹有抽动感，或单向捻针，使肌纤维缠绕针身后，再缓慢提针。隔日1次。

(4) 穴位注射

处方：参考体针穴位。

方法：每次选用2～3穴，用黄芪注射液、当归注射液、胎盘注射液等，每穴注入药液2ml。隔日1次，10次为1疗程。

(5) 耳针

处方：肾　脾　子宫　外生殖器　皮质下　交感

方法：每次选用2～3穴，毫针刺用弱刺激，留针20分钟，或接电针仪。通电15分钟。也可用埋针或埋丸方法。

(6) 头针

处方：足运感区　生殖区

方法：用1.5寸长毫针沿皮刺入，留针20分钟，留针中间歇快速捻转行针两次，或用电针仪通电20分钟。隔日1次。10次为1疗程。

(7) 穴位埋线

处方：肾俞透气海俞　曲骨透横骨　关元透中极　带脉透维道

方法：每次选用2组穴位，依次埋入2～3cm长的羊肠线，20天后再埋植1次。

文献摘要

(1) 管汴生等用针灸结合中药治疗子宫脱垂，主穴用百会、子宫、中极，配足三里、三阴交。以补法为主，百会直刺，针后加灸。针子宫穴与皮肤呈45°角，深度以病人感到子宫有上收感为度，强度使病人能耐受。中极穴针尖向下斜刺，使针感扩散到盆腔。用双子宫穴通电30分钟，每日1次，10次为1疗程。同时服用补中益气丸。共治疗61例，结果子宫恢复到正常位置38例，症状消失但子宫未恢复到正常位21例，无变化2例。

(管汴生，等．针灸配合中药治疗子宫脱垂．河南中医，1996，16(5)：319)

(2) 王永文用针灸治疗子宫脱垂5例，主穴用子宫穴、气海、三阴交、曲骨。子宫穴用30号3寸长毫针向耻骨联合方向斜刺，使病人感到阴部发酸上抽，双侧同时进针，得气后捻针频率由慢而快、由小而大；气海、曲骨直刺，使针感到阴部；三阴交、阴陵泉用平补平泻，使针感向上；百会平刺后用艾条灸30～40分钟。每日针灸1次，12次为1疗程。针灸5例，经2～3疗程治疗，全部治愈。

(王永文．针灸治疗子宫脱垂5例．针灸临床杂志，1996，12(11)：47)

按语

本病属慢性病症，非短期骤然形成，正气亏虚为其基本病理，故以扶正升提为基本法则。针灸治疗方法较多，大多有较好疗效，特别是近期疗效甚好，尤其对轻度、中度子宫脱垂患者疗效较好。

针刺多选用下腹部穴位，除维道、关元等经穴外，奇穴中子宫、提托等是治疗本病

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

的经验穴。针刺前应令患者先解净小便，将脱出的子宫推入阴道，针刺时垫高臀部。腹部穴针向耻骨联合方向，行针使病人子宫有上提感。针刺后卧床休息半小时，或作胸膝卧式 20 分钟，或放入子宫托或束带，以提高疗效。

针灸治疗期间应避免负重，下蹲过久，应禁房事。若伴有感染、慢性咳嗽、便秘者，首先要控制这些病症，再针对本病治疗。由于本病形成与产后、病后体虚有关，故要根治则须注意休息与功能锻炼，要指导患者坚持做有关肌肉的收缩锻炼，方法为一松一缩地进行，每次 5 分钟，每日 3 次。

盆 腔 炎

概述

盆腔炎是一组炎症病变的统称，即特指女性内生殖器官包括子宫、输卵管和卵巢及其周围结缔组织、盆腔腹膜等部位所发生的炎症。炎症可在一处或多处同时发生，按其部位不同可分别称为子宫内膜炎、子宫肌炎、附件炎等。根据病势缓急、病程长短又可分为急性与慢性两种。本病多发生于中年妇女。

盆腔炎属于中医“带下”、“瘕聚”等范围。主要由于热毒、湿浊阻滞胞宫、胞络，使气血运行不畅，进而邪毒热结，冲任受损而成本病。病变部位主要在肝、脾、肾三脏，涉及到冲任二脉。病变初期以实证为主，多见湿热壅盛、瘀热内结。病久，邪气滞留，损伤正气，则出现气滞血瘀、脾肾不足的虚实夹杂证。

西医学认为引起急性盆腔炎的致病菌是葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌等，每多杂合感染。多发生于分娩、流产、宫腔内手术消毒不严，或经期、产后不注意卫生，或者附近其他部位的感染，使病原体侵入所致。其主要的病理为内生殖器及盆腔组织充血、水肿、炎症渗出、与周围组织粘连。慢性盆腔炎以子宫附件增厚、粘连、变硬为主。

临床表现

急性盆腔炎可由炎症的轻重及范围大小而有所不同。全身症状较明显，常有恶寒、高热、头痛、下腹疼痛，可伴尿频、排尿困难、大便坠感，阴道分泌物增多，常呈脓性、有臭味。检查见体温达 39℃ 以上，呈急性病容，下腹有压痛、反跳痛、拒按、腹肌痉挛等，可触及肿块或有肠胀气。阴道及宫颈充血，宫颈有举痛，子宫常较软、稍增大、有压痛，宫旁组织增厚，有明显触痛。输卵管可增粗，有时可扪及包块。如有盆腔脓肿形成则子宫直肠窝较饱满、有触痛及波动感。查血可有白细胞总数增加、中性升高。盆腔脓液及子宫颈管分泌物培养可发现致病菌。

慢性盆腔炎由于疤痕粘连及盆腔充血，可引起下腹部坠胀、疼痛，腰骶部酸痛，有时伴有肛门坠胀不适，这些症状常于劳累、性交后、排便时及月经期加剧。部分患者可有全身症状，如低热、易于疲劳、周身不适、失眠等。检查可发现阴道分泌物增多，子宫常呈后倾，活动受限或粘连固定。如为附件炎症，则在子宫的一侧或双侧触到较粗条索状物或片块状物，伴有压痛；当形成输卵管积水或输卵管卵巢囊肿，则可触及囊性包块；当盆腔有结缔组织炎时，子宫一侧或两侧有片状增厚、压痛。

诊断要点

（1）急性盆腔炎的诊断要根据病史、症状和体征常可作出诊断。此外还需作必要的实验室检查，如血、尿常规，血和子宫颈管分泌物培养及药敏试验。若怀疑有盆腔脓肿

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

时应作后穹隆穿刺，如抽出脓液即可确诊。急性盆腔炎还需与急性阑尾炎、异位妊娠、卵巢囊肿扭转或破裂等急腹症相鉴别。

（2）慢性盆腔炎可根据有无急性盆腔炎史以及症状和体征，诊断多无困难。慢性盆腔炎还需与子宫内膜异位症相鉴别。

（3）急性阑尾炎腹痛开始于上腹部或脐周，经数小时或24小时转移到右下腹。麦氏点有压痛、反跳痛、并有肌紧张，子宫及附件正常。

（4）异位妊娠，一般停经后6～8周左右，突然出现下腹部一侧剧烈撕裂样疼痛，然后波及整个腹部，有压痛、反跳痛。肌紧张不明显，移动性浊音呈阳性，可触及包块。盆腔检查宫颈举痛，子宫正常或稍大，与停经月份不符，后穹隆饱满、触痛，穿刺能抽出不凝固的暗红色血液，宫旁有包块。

（5）卵巢囊肿扭转或破裂，突然发生一侧剧烈腹痛或休克，常伴有恶心呕吐。妇科检查发现压痛显著，张力较大的肿块，并有局限性肌紧张。如囊肿破裂，囊肿可缩小甚至不能触及。

（6）子宫内膜异位症为经期腹痛，疼痛常在下腹或腰骶部，可放射到肛门、阴道、会阴及大腿部。且有月经不规则或月经增多等症。

治疗

治法：清热利湿、活血化瘀、调理冲任。

（1）针刺

处方：气海　带脉　中极　阴陵泉　行间

配穴：热毒内壅加大椎、曲池、合谷；瘀血内阻加膈俞、肝俞、血海、太冲；热毒伤阴加太溪、复溜、三阴交、肾俞；气血不足加足三里、三阴交、大赫、气穴。

操作：实证可用泻法，下腹部穴位注意针刺的深度，同时不可刺入发炎组织，可以加用电针，为加强化湿、祛瘀作用，下腹部穴位可以加灸。留针30～40分钟。急性盆腔炎每日治疗2次，慢性盆腔炎每日或隔日治疗1次。不计疗程。

（2）耳针

处方：盆腔　子宫　肾上腺　卵巢　三焦　内分泌　肝　脾　肾

方法：每次选用3～4穴，急性盆腔炎用针刺法或加用电针，或用埋针法，也可耳背寻找瘀血络脉放血。每日治疗1次。慢性盆腔炎用针刺法，也可用埋针、埋丸法。

（3）穴位注射

处方：维道　带脉　中极　次髎　阴陵泉

方法：每次选用2穴，用黄连注射液或板蓝根注射液或穿心莲注射液，也可用当归注射液或丹参注射液，每穴注入药液2ml，每日1次，20次为1疗程。

（4）皮肤针

处方：腰骶部膀胱经、夹脊穴；下腹部任脉、肾经、胃经、脾经；侧腹部胆经

方法：每次以叩刺腰骶部穴位为主，再轮流辅以腹部穴位。以中等刺激的手法。每日1次，20次为1疗程。

（5）激光穴位照射

处方：气海　中极　水道　归来　子宫　维道　气冲　次髎　白环俞

方法：每次选用4穴，选用3～25mW的氦氖激光针，光斑直径0.2cm～0.3cm，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

照射距离 2～5cm，每穴照射 5 分钟。每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（6）穴位埋线

处方：中极　气冲　次髎　白环俞

方法：每次选用 1～2 穴，常规消毒后，埋入 2cm 长的羊肠线，15 天后再埋植 1 次。适用于慢性盆腔炎。

文献摘要

（1）赵建春等用灸法治疗慢性盆腔炎 60 例，取双侧子宫、足三里、关元。艾条温和灸每穴 5～10 分钟，局部潮红为度。对照组 40 例给予正规抗生素治疗。观察症状、体征以评定疗效。结果总有效率治疗组大于对照组（$P<0.01$）。主要妇科体征消失率及总有效率之间无显著性差异（$P>0.05$）。表明本法对主要妇科检查项目均有明显治疗效果，而疗效与临床病理类型无关。

（赵建春，宋亚光．穴位温和灸治疗慢性盆腔炎 60 例观察．针灸临床杂志，1995，11（3）：6）

（2）李桂敏用刺络拔罐法治疗慢性盆腔炎，对气滞血瘀者取关元、三阴交、大椎、肾俞、第十七椎下、腰眼穴，先刺络，后拔罐，每次选用 2 穴，每日 1 次，10 次为 1 疗程；对寒湿凝滞者取肾俞、第十七椎下、腰眼、关元、气海、三阴交，先拔罐，后刺络，每次选用 2 穴，每日 1 次，14 次为 1 疗程。共治疗 100 例，痊愈 68 例，好转 28 例，无效 4 例，总有效率为 96%。

（李桂敏，等．刺络拔罐综合法治疗慢性盆腔炎 100 例．国医论坛，1990，（1）：28）

按语

盆腔炎在急性期主要表现为实热证，由于热毒湿浊阻滞胞宫、胞络，致使气血运行不畅，并损伤冲任。若迁延日久，则一方面邪气滞留、气血瘀阻，另一方面正气不足，脾肾亏虚，形成虚实兼夹之证。

急性盆腔炎病情较急，很少单独用针灸治疗，可以针药并治，以提高疗效，缩短病程，防止转为慢性。针灸治疗慢性盆腔炎效果较好一般采用腰骶、腹部局部选穴与下肢远道选穴相结合。无论体针针刺或穴位注射、穴位激光照射均能取效。应注意针刺时避免直接刺在炎症部位或包块上。

子宫颈炎

概述

子宫颈炎有急、慢之分，以慢性宫颈炎多见，发病率占已婚妇女的半数以上，急性宫颈炎临床上较少见，多发生于产褥感染、感染性流产，或与滴虫等急性阴道炎并存。宫颈充血、水肿，或发生坏死及溃疡。白带增多呈脓性是急性宫颈炎最常见甚至是唯一的症状。急性宫颈炎往往被忽略，多数自行转为慢性宫颈炎。在慢性炎症的刺激下，少数患者可能诱发子宫颈癌，故应积极治疗本病。

本病属中医“带下”范畴。主要由于外感湿毒，郁而化热，或内伤七情、饮食劳倦、产伤房劳、胎产有关，湿热流注下焦，伤及任、带二脉导致本病。本病病位与肝、脾、肾及任、带二脉关系最为密切。病性有虚有实。

西医学认为本病由分娩、流产、手术后，子宫颈损伤，或产褥期、经期不注意卫

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

生，为病原体侵袭而引起。病原体主要为葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌及厌氧菌等。此外如果阴道分泌物的质与量有所变化，宫颈长期受分泌物的刺激，使上皮脱落，则更容易受到病原体的入侵而发炎。急性宫颈炎多见宫颈充血、水肿，甚至表面组织溃疡、坏死。慢性宫颈炎可见宫颈糜烂、息肉、肥大、子宫颈腺体囊肿。

临床表现

急性宫颈炎临床较为少见。主要表现为白带增多，呈脓性。同时可出现低热，腰背酸痛，下腹坠痛及膀胱刺激症状。检查可见宫颈充血、水肿、颈管粘膜外翻，有多量脓性分泌物自颈管排出，色黄，气臭。慢性宫颈炎一般无自觉症状，主要表现为白带增多，呈黄白色，脓样，或夹有血丝，可有接触性出血。由于白带的刺激，可伴有外阴瘙痒，下腹及腰骶部亦可胀痛，且在月经期、排便及性生活时加重。妇科检查可见不同程度的糜烂、子宫息肉、子宫颈肥大及子宫颈腺体囊肿。

诊断要点

(1) 根据病变原因、症状及局部病理变化，一般可作出诊断。

(2) 宫颈糜烂与早期宫颈癌仅以肉眼难以鉴别，故应常规作宫颈刮片查癌细胞，必要时行阴道镜检查及宫颈活体组织检查，以免误诊、漏诊宫颈癌、宫颈阿米巴、结核等。

治疗

治法：清热利湿。

(1) 针刺

处方：带脉　中极　白环俞　阴陵泉　行间

配穴：脾气虚者加气海、足三里、三阴交；肾阳虚者加关元、命门、肾俞；肾阴虚者加大赫、志室、三阴交、照海。

操作：每次选用 3～4 穴，毫针多用平补平泻法或用泻法。留针 30 分钟，每日或隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。脾气虚或肾阳虚者可在腹部或腰骶部穴位加艾灸或拔火罐，并可加用电针。

(2) 刺络拔罐

处方：十七椎　八髎　血海　委阳　太冲

方法：寻找郁血络脉后，三棱针刺入约 1cm，使紫血流出，血色转淡再加拔火罐，留罐 15 分钟。起罐后消毒针眼。每隔 1～2 周治疗 1 次。

(3) 耳针

处方：子宫　三焦　肝　脾　肾　内分泌　卵巢

方法：每次选用 2～3 穴，毫针用中等刺激，留针 20 分钟，每日或隔日治疗 1 次。也可用埋针或埋丸法。

(4) 穴位注射

处方：中极　水道　气冲　八髎　白环俞　膀胱俞　血海　三阴交

方法：每次选用 2 穴，可用鱼腥草、当归、红花、胎盘等注射液，每穴注入药液 2ml，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

杨剑侠等用关元、子宫、照海、三阴交治疗带下，脾虚湿困型配足三里，肾阳亏虚

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

型在下腹部照 TDP，湿热下注型加蠡沟。让患者仰卧，全身放松，用 28 号针快速进针后施行捻转手法，在穴位人部候气，得缓和之麻、胀感后留针 30 分钟，间歇运针 2 次，每次在月经干净后的 3～4 天开始治疗，每日 1 次，连续 10 次为 1 疗程，治疗期间停用各种中西药物，禁用外用药。共治疗 80 例，痊愈 54 例，好转 26 例。

（杨剑侠，等．针刺治疗带下病 80 例．中国针灸，1996；16（10）：48）

按语

子宫颈炎的主要症状为白带增多，属于中医“带下”病，由湿热或寒湿引起，与肝、脾、肾功能失调有关。针灸以选用下腹穴及下肢足三阴经穴为主，采用的方法较多，针刺、艾灸、拔罐、刺络、穴位注射等治疗手段均能奏效，也可采取局部子宫颈激光照射，由内向外作圆形烧灼，烧灼范围应大于糜烂面 1～2mm，根据病变深浅可烧灼 1～6mm 的深度，效果比较明显。针灸治疗本病疗效较确切，治疗中应注意排除癌症，节制房事，注意经期卫生，保持外阴清洁。

外阴白色病变

概述

外阴白色病变即外阴营养不良改变，是指女阴皮肤变白，粘膜营养障碍而致的组织变性疾病。如伴有不典型增生，可进一步发展为外阴癌，应当加以重视。长期以来，临床上习惯于将皮肤、粘膜变白、变粗或萎缩的外阴病统称为“外阴白斑”，甚至认为它是一种癌前病变。而有的病理学家则将其中有非典型细胞增生者诊断为“外阴白斑”，造成对本病认识和处理上的混乱。1975 年国际外阴病研究会决定取消“外阴白斑”病名，而将此类病变改称为慢性外阴营养不良，并根据其组织病理变化的不同，进一步分为不同类型。本病多见于中、老年妇女。

中医古代文献并无这一病名，根据本病主要症状，文献中“阴痒”的描述与之相似，现代中医文献《中国医学百科全书》、《中医症状鉴别诊断学》等也将此归入阴痒门，类似病名还有“阴肿”、“阴疳”、“阴蚀”等。多由体倦劳伤，肝肾不足，肌肤失于滋养或情志失调，肝经郁热，复感受湿邪，湿热下注，损伤冲任所致。病变部位在肝、脾、肾，多实证或虚实兼见证。

西医学认为目前病因尚不清楚，近年来认为与局部神经血管营养失调有关。主要有以下类型：

增生型营养不良为上皮增生，棘细胞层有不规则增厚，上皮脚延长，真皮层内慢性炎症细胞浸润。

硬化苔藓型营养不良为表皮角化亢进，上皮脚变平，真皮层胶原纤维呈玻璃样变，表皮中慢性炎症细胞浸润。

混合型营养不良表现为上述两种类型的混合，典型者有局限性上皮增生、肥厚。镜下病变区中见增生型小岛。

外阴营养不良伴非典型增生，以增生型营养不良为多见。镜下可见棘细胞排列不整齐，细胞大小形态不一，核深染，有丝分裂增多，但基底膜完整。

临床表现

外阴部瘙痒，严重者难以忍耐，并有隐痛或烧灼样疼痛，可见外阴或肛门处皮肤色

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

白、增厚、干裂、溃疡。病变皮肤有明显的分界。患者常有性生活困难。病理组织有助于诊断。

诊断要点

无原因的外阴皮肤变白、增厚多为增生型营养不良，皮肤非薄灰白提示硬化苔藓型营养不良的可能，但均有赖于局部活组织检查方能确诊。

治疗

治法：清热利湿。

(1) 针刺

处方：横骨　气冲　阴廉　阴阜　次髎　血海　阴陵泉　蠡沟

配穴：肝经湿热加曲泉、行间；肝肾阴虚加三阴交、太溪、阴交。

操作：每次选用3～5穴，横骨穴直刺0.5寸后，向耻骨后斜刺2～2.5寸，气冲、阴廉穴斜向外阴部进针2寸。阴阜穴位在阴蒂上缘旁开1寸，左右二穴。针刺时沿皮顺大阴唇向后斜刺2寸。腹部及腰骶部穴用泻法，下肢穴用平补平泻法。也可加用电针仪，选用腹部及下肢穴配对。每日或隔日治疗1次，15次为1疗程。

(2) 灸法

处方：曲骨　横骨　中极　中脘俞　白环俞　足三里　三阴交

方法：每次选用2～4穴，可用小艾炷直接灸或隔姜灸，也可用麦粒灸，每穴灸5～7壮。隔日1次，10次为1疗程。也可用化脓灸，每月1次，3次为1疗程。或用艾条在病灶部位温和灸，每次20分钟。

(3) 穴位注射

处方：阴阜　龙骨（阴蒂上方）　阴廉　横骨

方法：每次选用2穴，诸穴交替使用。取妇科检查位。用丹参、当归注射液或维生素B_{12}、B_1等，每穴注入药液1～2ml。隔日治疗1次，15次为1疗程。

(4) 耳针

处方：外生殖区　皮质下　内分泌　神门　肝　三焦　脾　肾

方法：每次选用2～3穴，毫针刺用中等或强刺激，或加用电针仪。也可用耳穴埋针或埋丸法，隔日1次，15次为1疗程。

(5) 激光照射

处方：横骨　曲骨　会阴　血海　三阴交　太冲

方法：每次选用3～5穴，用功率3～5毫瓦氦—氖激光针仪，光斑直径约2mm，照射距离2～5cm，每穴照射5分钟，每日1次，15次为1疗程。

文献摘要

(1) 夏玉卿用电热针治疗女阴白色病变。目前为止，电热针是治疗本病较先进的方法，一般针刺病部，可取曲骨、会阴穴。夏氏共治疗444例，临床治愈388例，占87.4%，显效29例，好转21例，而各型之间的疗效经统计学处理无明显差异。

（夏玉卿，等．电热针治疗女阴白色病变的临床疗效及机理研究．中国针灸，1994，14(1)：1）

(2) 杨俐英等用九针治疗本病，采用火针疗法，取华佗夹脊胸9—腰5、中脘、下脘、气海、关元、天枢、大巨、水道、归来。用碘酒、酒精常规消毒后，以细火针焠刺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

0.3～0.8 寸。病变部位用新洁尔灭常规消毒，用细火针散刺 15～30 针，深度 0.2～0.5 寸，在两次火针治疗间隔中期，用梅花针叩刺病部，中度手法，叩至局部微出血即可。另取双秩边穴，用 3.5～5 寸毫针直刺，使针感直达外阴部，及小腹部，用平补平泻法，不留针，上述治疗隔周 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 15 例，痊愈 8 例，明显好转 4 例，好转 3 例，全部有效。

（杨俐英，等．九针治疗女性外阴白色病变 15 例临床观察．山西中医，1993，9(1)：27）

按语

本病的发生原因虽然不明，但审证求因，本病多由肝经湿热或肝肾阴虚，生风化燥，阴器失于濡养所致。针灸治疗除注重疏通局部气血外，还应注意调整全身阴阳气血平衡，方能提高疗效。可以用于治疗本病的针灸方法有体穴针刺、艾灸、穴位注射、耳针、激光照射等，均有一定效果，也可两种方法配合或交替使用，如体针与耳针，穴位注射与艾灸等

过去认为本病与癌变关系密切，曾有报告女阴白色病变约有 50% 的癌变率。然而近年临床文献认为本病癌变率并没有如此高。因此临床应积极治疗，特别是非典型增生，通过保守治疗，可能逆转。针灸治疗本病能起到止痒、止痛、使白斑转化等良好效果。对本病的诊断及疗效评价，均应结合实验室病理检查，还应注意定期随访，观察治疗效果及病情发展情况。

外阴瘙痒

概述

外阴瘙痒是由多种原因引起的一种常见症状。瘙痒常发生于阴蒂和小阴唇附近，严重时影响工作和休息。婴幼儿、成人及老年妇女均有发生，绝大多数为更年期或老年妇女。

本症属中医“阴痒”、“阴门瘙痒”范围，中医认为，其发生与肝、脾、肾三脏功能失调有关，肝脾功能失调，则湿热下注，或肝肾不足，精血亏虚，则生风化燥，肌肤失荣。病变有实有虚，或虚实兼见。

西医学认为引起本症有慢性局部的刺激、原发于外阴的疾病及全身因素。其局部原因有阴道分泌物刺激、尿液刺激、直肠、肛门的刺激等。外阴原发性疾病如外阴静脉曲张、更年期后外阴瘙痒、外阴皮肤病等。其全身性原因有维生素缺乏、糖尿病等、阻塞性黄疸、变态反应及精神因素引起的外阴瘙痒。

临床表现

外阴瘙痒多位于阴蒂、小阴唇，也可波及大阴唇、会阴、肛门周围，甚至大腿内侧。轻者表现为间歇性瘙痒，有的仅发生于就寝时，突然出现剧烈的瘙痒。刺激性食物或注意力过于集中或月经期可使症状加剧。重者瘙痒难忍，患者用力搔抓摩擦患处，有时仍不能减轻。但局部皮肤及粘膜外观正常，或仅有因搔抓过度而出现的抓痕。患者常伴有精神疲惫、憔悴、情绪急躁和高度神经质。

诊断要点

通过详细询问病史、仔细进行局部及全身检查及必要的化验检查，以便找出病因。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治疗

治法：清热利湿为主，兼以疏肝健脾、补益肝肾。

（1）针刺

处方：中极　曲骨　八髎　血海　蠡沟　三阴交

配穴：肝经湿热加中都、大敦、阴陵泉；肝肾阴虚加太溪、曲泉，烦躁失眠加少府、神门。

操作：每次选用3～5穴，中极、曲骨穴针刺时针尖斜向阴部。针蠡沟、中都针尖向上沿皮刺入1.5～2寸，使针感向股阴传导。也可加用电针仪，留针15～20分钟。每日治疗1次，10次为1疗程。

（2）灸法

处方：曲骨　八髎　阴廉　急脉

方法：用小艾炷直接灸，或用隔物灸，每穴灸5～7壮。或用艾条温和灸，每穴灸5分钟　每日或隔日1次，10次为1疗程。

（3）穴位注射

处方：曲骨　横骨　中极　八髎　血海　三阴交

方法：每次选用2穴，用维生素B_1、或盐酸异丙嗪或1%普鲁卡因，加入适量注射用水，每穴注入药液2ml。隔日1次，10次为1疗程。

（4）耳针

处方：外生殖器　卵巢　肝　脾　肾　神门　皮质下

方法：毫针刺用强刺激，间歇行针，留针20～30分钟。或用埋针、埋丸法。

文献摘要

针刺治疗阴痒57例，患者年龄最小的16岁，最大的59岁，病程最短的1天，最长的半年。用中极、蠡沟、血海、曲骨、三阴交、下髎，针刺后用平补平泻法捻转，每次使针感向大腿内放散，留针30分钟，每5分钟行针1次，10次为1疗程，休息2～3天后再行下一疗程　痊愈37例，占65%，好转16例，占28%，无效4例。总有效率93%。

（针刺治疗阴痒57例疗效观察．针灸临床杂志，1993，9（2、3）：20）

按语

引起本症的原因较多，肝经绕阴器，主藏血，为风木之脏，临床所见肝经湿热下注较多，因其可继发于多种病变，故应明确诊断，以针对原发病治疗。

针灸治疗本症多选用下腹及骶部穴位，此外肝经蠡沟、中都等均为止痒经验穴。临床治疗本症多考虑外用药物，实际上针灸治疗效果也很好，可以单独运用，或与外用药配合运用。针灸方法甚多，均有一定效果，可结合选用，如体针加耳针，或灸法加穴位注射等。

更年期综合征

概述

更年期综合征又称绝经期综合征。绝经期是妇女卵巢功能逐渐衰退到完全丧失的一个过渡时期，妇女绝经期是从40岁以后至60岁，可长达20年左右。在这一阶段中妇

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

女所出现的一系列因性激素减少及机体衰老所引起的以植物神经系统功能紊乱为主的症状，统称为绝经期综合征。绝经期妇女中约有75%～85%患有程度轻重不同的某些症状，其严重程度可因人而异，其中约有15%因症状严重而就医。

中医称之为“绝经前后诸症”，认为妇女至绝经前后，肾气渐亏，天癸将竭，精血不足，以致阴阳失调，脏腑功能失常，或因肾阴不足而肝阳上亢，或因肾阳虚弱，脾失健运而生诸证。病变部位涉及肝、脾、肾三脏及冲任二脉。病性多虚证或虚实兼夹。

西医学认为卵巢功能衰退、雌激素分泌减少是形成本病的主要原因。在此期间卵巢功能逐渐衰退，卵泡发育不全，丧失排卵功能，致生育力低下、月经紊乱以至绝经。雌激素水平低下，对垂体的负反馈作用降低，出现了下丘脑和垂体功能亢进，导致内分泌功能失调、代谢障碍以及植物神经功能紊乱等一系列绝经期综合征症状。雌激素减少还干扰了中枢神经递质的代谢和正常分泌，成为绝经期妇女情感异常、精神行为改变、心理状态不稳定的基础。

临床表现

心血管系统症状有阵发性潮热，常从胸部开始，涌向颈部、头部，使面部发红，持续数秒至数分钟，随之出汗，时而寒战。伴有心悸、气短、头晕、手足发凉、麻木、血压波动等。

精神神经症状有情绪不稳定，容易激动、烦躁、多疑，或抑郁、不安、好哭、失眠、记忆力减退，有时感觉过敏或感觉异常，如皮肤麻木，蚁走感，可有关节痛、头痛。

生殖系统症状有月经紊乱，周期延长，经量减少，或周期缩短、经量增多，或出现绝经期功血、闭经以至绝经。外阴、阴道萎缩，分泌物减少，阴道皱襞展平、干涩，子宫萎缩、盆底松弛而阴道壁膨出、子宫脱垂，尿道括约肌松弛而致尿失禁。性欲减退。

物质代谢障碍表现为胆固醇升高、动脉粥样硬化、发胖；可有血糖升高、水肿、骨质疏松等。

诊断要点

（1）凡更年期妇女出现上述症状，同时雌激素水平降低而促性腺激素升高，又无其他刺激性病变时，即可诊断为本病。手术或放疗后，失去卵巢功能的妇女，出现上述症状，亦可诊断为本病。

（2）注意与这一时期容易发生的其他疾病鉴别，如高血压、冠心病、生殖器官肿瘤等，必须排除甲状腺机能亢进以及心血管、精神神经、泌尿生殖等系统的病变。

治疗

治法：滋补肝肾或补益脾肾。

（1）针刺

处方：气海　关元　足三里　三阴交　太溪　太冲　肝俞　脾俞　肾俞　命门

配穴：肝阳上亢加风池、百会；心神不宁加通里、神门、心俞；脾虚湿盛加中脘、阴陵泉、丰隆。

操作：每次选用3～5穴，针刺用补法或平补平泻法，留针20～30分钟，每日或隔日针灸治疗1次，15次为1疗程。

（2）耳针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：子宫　卵巢　内分泌　肝　肾　脾　皮质下　交感　神门

方法：每次选用一侧耳穴 3～4 个，毫针用轻刺激，留针 20 分钟，每日或隔日 1 次，15 次为 1 疗程。也可用耳穴埋针或埋丸。

文献摘要

朱江用耳穴贴压法治疗本病，取肝、肾、内分泌、内生殖器、交感为主穴，心、胃、大肠、神门、皮质下、脾、三焦、耳背沟为配穴，每次选用 2～4 穴，每天按压 5～6次，以耳廓出现热胀、微痛感为度，每星期换贴 1 次，5 次为 1 疗程，治疗期间停止所有中西药物，共治疗 59 例，临床控制 34 例，显效 13 例，好转 5 例，无效 7 例，总有效率 88%。

（朱江，等．耳穴贴压治疗妇女更年期综合征 59 例．上海针灸杂志，1995，14(6)：253）

按语

妇女更年期肾气渐衰，天癸将竭，冲任二脉亏虚，肾之阴阳失去平衡，导致其他脏腑功能失常。加之体质原因，产育、营养、精神因素及其他疾病等，而引起一系列临床症状。但其根本原因在于肾阴肾阳的平衡失调。调整肾之阴阳是治疗本病的根本大法。由于病人体质各不相同，症状差异很大，治疗时应根据临床症状，在众多的主诉中明确当前要解决的主要问题，确定选用的主穴及配穴，在短期内解除患者痛苦，以取得信任与合作。针灸操作时手法宜轻，疗程要长。

针灸治疗本病虽有较好的疗效，但向患者说明更年期的生理过程，消除患者顾虑，保持稳定情绪，注意体育锻炼等也十分必要。

不　孕　症

概述

凡育龄妇女未避孕，配偶生殖功能正常，婚后有正常性生活，同居 2 年以上而未怀孕者称为原发性不孕。曾有过生育或流产，而又 2 年以上未怀孕者，称继发性不孕。

祖国医学称原发性不孕为“无子”、“全不产”，称继发性不孕为“断绪”。认为导致不孕的原因很多，如古人所说的五不女，即螺、纹、鼓、角、脉五种，大多属于先天性生理缺陷，这是针灸所不能奏效的。就脏腑气血而论，本症与肾精关系密切。如先天肾虚，或精血亏损，使冲任虚衰，寒客胞脉而不能成孕；或情志不畅，肝气郁结，气血不和；或恶血留内，气滞血瘀；或脾失健运，痰湿内生，痰瘀互阻，胞脉不通均可致不孕。

西医学认为引起不孕的原因有卵巢、输卵管、子宫体、子宫颈、阴道以及精神等方面的因素。此外还有性器官以外的因素，以及部分妇女血清中含有抗精子抗体而不孕者。其中由于卵巢功能低下或卵巢内分泌功能障碍，以及下丘脑、垂体、卵巢之间内分泌平衡失调而引起月经异常、无排卵月经或黄体功能不全所致的不孕占有很大比例。

临床表现

婚后 2 年以上未孕，多见有月经不调，经期紊乱，或先或后，经量不一，量少或淋漓不断，或量多而出血凶猛。经色或淡或红或紫黑，或有瘀块，由于导致不孕的原因不同，则可伴不同的症状。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

妇科检查、基础体温、基础代谢率和血清雌激素、孕激素的测定，以及诊断性刮宫、输卵管通畅试验、宫颈粘液检查等有助于诊断。

诊断要点

（1）因男方因素导致不孕症约占30%，首先应排除男方因素。要注意有无慢性病、结核、腮腺炎、附睾炎、睾丸炎等病史，有无接触铅、磷或放射线。还应作局部检查及精液检查。

（2）女方应了解月经史、分娩史及流产史，有无生殖器感染，性生活情况，是否采取避孕措施。还要进行体格检查、卵巢功能检查、性交后试验、输卵管通畅试验，必要时进行腹腔镜、宫腔镜、免疫等项检查，以查明原因。

治疗

治法：虚证滋补肾气，实证化痰行瘀。

（1）针刺

处方：中极　太赫　三阴交　地机

配穴：肾虚者配肾俞、关元、太溪；血虚者配肝俞、血海、足三里；痰盛者配中脘、丰隆、阴陵泉；肝郁者配阴廉、曲泉、太冲；血瘀者配膈俞、次髎、血海。

操作：虚证施以补法，实证施以泻法，并可配合采用艾灸，可用隔附子灸，或用艾炷直接灸。针灸治疗在月经期及增生期根据证型，辨证用穴，隔日治疗1次，月经周期第12天开始，用上述处方的主穴，每天治疗1次。

（2）耳针

处方：子宫　卵巢　肾　肝　内分泌　皮质下

方法：每次选用2～4穴，或两耳交替。毫针刺法在月经周期第12天开始，连续3天，中等刺激。或用埋针埋丸法。

（3）穴位注射

处方：参照体针处方

方法：每次选用2穴，或选用胎盘注射液、当归注射液、绒毛膜促性腺激素等，每穴注入药液1～2ml，治疗从月经周期第12天开始，每天1次，连续5次。

（4）穴位埋线

处方：三阴交

方法：按埋线法常规操作，植入羊肠线，每月1次。

文献摘要

（1）冀萍等用针刺治疗输卵管炎性阻塞性不孕症，将130例随机分成治疗组64例，对照组一36例，对照组二30例。针刺治疗组取穴关元、归来、子宫、足三里、三阴交。气滞血瘀加血海、中极；下焦湿热加曲骨、次髎。虚证用补法，实证用泻法。针刺时加用电针20分钟，用艾条灸30分钟。每日1次，10次为1疗程。对照组一用丹参、赤芍、红花、桃仁、泽兰、路路通、穿山甲，气滞血瘀加三棱、莪术、川楝子、香附；下焦湿热加黄芩、败酱草、蒲公英、苡仁。每日1剂，10日为1疗程。对照组用庆大霉素8万单位、糜蛋白酶5mg、地塞米松5mg、0.9%氯化钠20ml。上述西药宫内注射，每日1次，连用7天为1疗程。结果治愈率治疗组高于对照组一、二（$p<0.01$～0.05）。两对照组之间无差异（$p>0.05$）。随访2年妊娠率，治疗组高于两个对照组（p

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

<0.01），两个对照组之间无差异（p>0.05）

（冀萍导，针灸治疗输卵管炎性阻塞性不孕症的临床研究，中国针灸，1996，16（9）：10）

（2）马仁海用针灸治疗多囊卵巢综合征98例，随机分成治疗组50例与西药对照组48例。治疗组主穴为关元、中极、子宫、大赫、三阴交，脾肾气虚加脾俞、肾俞、足三里、太白、公孙，用补法加灸。肝郁气滞加肝俞、厥阴俞、期门，平补平泻加用电针。得气后留针20分钟。每日1次，20次为1疗程，休息5天再进入下一疗程，以6个疗程为限。对照组用西药克罗米酚治疗，每日1次，连续5天，治疗6个疗程为限。临床观察症状、B超、性激素等以评定疗效。结果治愈率治疗组大于对照组（p<0.01）。生育率治疗组大于对照组（p<0.05）。两组治疗后，LH、T、LH/FSH的自身比较有显著性差异（p<0.001），组间对比LH、T、LH/FSH有差异（p<0.001～0.01）。FSH差异不明显（p>0.05），说明治疗对多囊卵巢综合征患者的促性腺激素有调整作用，治疗组优于对照组。

（马仁海，针灸治疗多囊卵巢综合征98例临床观察，中国针灸，1996，16（11）：10）

按语

不孕症多伴有月经不调，临床证候有虚有实，虚者以肾气不足，冲任虚损胞宫失养为主，实者多见痰阻血瘀。针灸治疗应从两方面入手，一是调整肝脾肾，使全身阴阳气血平衡，用穴多在下腹、背俞穴、下肢足三阴经穴为主，这一治疗原则可体现在月经各个周期。另一原则是抓住排卵期的治疗，即月经周期第12天开始治疗，以补肾活血为法，针用平补平泻法，也可用灸法。选穴以下腹任脉、肾经为主，配以脾经下肢穴，行针使针感传导到阴部。采取有效方法，连续治疗3～5天，以促进排卵。

引起不孕的原因很复杂，治疗前应查明原因，以便对症治疗。针灸对功能性不孕效果较好。

（二）产科疾病

妊娠呕吐

概述

妊娠呕吐多发生于妊娠第5～6周，出现恶心、呕吐、不能进食等症状，至妊娠12周多可自愈，个别严重者可发展成剧吐。发生于妊娠中、晚期剧吐者，虽属少见，但病情严重，预后多不良。

本病属中医“恶阻”、“子病”、“儿病”、“阻病”等，认为病因冲气上逆犯胃而致。病位在冲任二脉及肝胃，病性可虚实兼见或为实证。

西医学对妊娠呕吐的原因尚不十分清楚，可能与绒毛膜促性腺激素的水平增高有关，或由于大脑皮质下中枢功能失调，致丘脑下部植物神经功能紊乱引起。其病理改变继发于失水和饥饿等。

临床表现

轻症表现为反复呕吐、厌食、择食、软弱无力，可伴有失眠或便秘，体温脉搏正常，体重减轻不明显。尿酮体阴性。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

重症表现为呕吐频繁，不能进食、进水，吐出食物、粘液、甚至胆汁或咖啡色血渣。全身乏力，消瘦明显，小便量少，常出现酮体，可伴腹水、电解质紊乱。精神萎靡，全身皮肤和粘膜干燥，舌苔厚腻，眼球深陷，体重急剧下降，脉象虚数。严重者可血压下降，体温升高，甚至出现黄疸、嗜睡和昏迷。

诊断要点

（1）在确定妊娠的基础上，根据症状对本病不难诊断。为辨别轻重，可检查尿酮体、血二氧化碳结合力、钾、钠、氯等电解质，必要时作非蛋白氮、胆红素测定及眼底检查。

（2）急性胃肠炎、慢性胃炎急性发作、病毒性肝炎、神经官能症性呕吐、偏头痛等病也有呕吐症状，首先排除合并妊娠，再作相应的病史、症状的了解及检查，可作鉴别。

（3）妊娠良性颅内压增高症，多发生于妊娠第1～4月，但极为少见。原因不明，有认为是脑水肿和脑脊液吸收降低引起，或肾上腺皮质功能不足引起。常见症状有头痛、恶心、呕吐、视力减退、复视等。双侧视乳头水肿，脑脊液压力增高，部分患者可有外展神经麻痹。

治疗

治法：和胃降逆、调理冲任。

（1）针刺

处方：内关　中脘　足三里　公孙

配穴：脾胃气虚加脾俞、胃俞、阴陵泉、丰隆；肝气郁结加太冲、阳陵泉。

操作：针刺用平补平泻法或用补法，刺激强度不要过大，间歇小幅度捻转行针。留针20分钟。每日治疗1次，治疗1周后改为隔日治疗1次。本病症也可用艾灸法。每次选用2～3穴，每穴用艾条温和灸5分钟。

（2）耳针

处方：膈　胃　肝　脾　神门　交感

方法：毫针用轻刺激，留针15分钟，每日治疗1次。也可用压丸或埋针法。

（3）穴位注射

处方：足三里　中脘　膈俞　肝俞　脾俞　胃俞

方法：每次选用2穴，用生理盐水或维生素B_6等，每穴注入药液1～2ml，每日或隔日治疗1次。

文献摘要

（1）范永军等用灸艾治疗妊娠呕吐151例，将302例随机分为艾灸组151例，对照组151例用中药治疗。观察呕吐情况评定疗效。艾灸组取三阴交、关元，脾胃虚弱加足三里；肝胃不和加太冲。艾条灸每穴5～10分钟。每天1次。中药脾胃虚弱用党参30g、白术20g、茯苓15g、甘草9g、半夏15g、陈皮12g、木香12g。肝胃不和用苏叶10g、黄连10g、半夏15g、陈皮10g、竹茹12g、乌梅10g。呕甚伤津加沙参15g、石斛15g。每日1剂。两组均在1周后观察疗效。结果治疗组＞对照组（$p<0.001$）。

（范永军，等．艾灸治疗妊娠呕吐151例疗效观察．中国针灸，1995，15（1）：10）

（2）段如胜等用针灸治疗妊娠恶阻，均为25～27岁的初产妇，停经40～60天，取

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

为关、足三里、脾胃虚弱加中脘，肝胃不和加太冲。针刺用疾徐补泻法，脾胃虚弱用补法，肝胃不和用泻法，脾胃虚弱中脘用艾条灸 10 分钟，留针 20 分钟，每 5 分钟行针 1 次，每日 1 次，3 次为 1 疗程，共治疗 40 例，显效 32 例，有效 8 例。

（段如胜，等．针灸治疗妊娠恶阻 40 例．中国针灸，1997，17（2）：82）

按语

妊娠呕吐是孕妇早期常见症状，为冲气上逆，胃失和降所致，与脾胃虚弱或肝气郁结有关，由于受孕后经血不泻，冲任气盛，若脾胃素虚，冲气上逆则致本症。或肝气偏旺，肝气横逆犯胃而成呕恶。治疗主要从调理肝、脾、胃着手以平降上逆冲脉之气。

针灸治疗本症效果较好，多经数次治疗即可收效，且对孕妇及胎儿均无副作用。至于针灸是否会导致流产问题，这主要在于掌握针灸用穴要少而精，针刺手法不宜过重，包括耳针也应注意刺激不可过强。对有习惯性流产史的孕妇慎用针刺。虽然古典针灸医籍记载过一些穴位在孕妇禁针禁灸，但不能一概而论，关键还在于根据患者的体质类型，准确选穴和使用恰当的方法。对妊娠呕吐重症，出现脱水、酸中毒、黄疸等，应该配合中西综合治疗方法。

产力异常

概述

产力包括子宫肌肉、腹肌及提肛肌的收缩力，其中以子宫收缩力为主。分娩过程中，在大脑皮层影响下，通过产力、产道和胎儿之间相互协调、相互对抗的复杂运动而实现，其中有一方面因素不正常，或相互关系不协调就可能造成难产。正常分娩时子宫收缩有一定的节律、强度和频率，若临产时子宫收缩失去其节律性、对称性和极性，或强度、频率有改变，称为子宫收缩力异常，或称产力异常。产力异常可分为子宫收缩乏力和子宫收缩过强两大类，它们中又有协调性或不协调性子宫收缩异常。

祖国医学认为若产妇气血充沛、气机通畅则分娩顺利，若产妇素体虚弱，产时用力不当，耗气伤力则可导致气血虚弱，使分娩时久产不下。若产妇精神过度紧张，或产前安逸少动，使气机不展，气血运行不畅，分娩时虽然宫缩较强，但间歇不匀，也可造成久产不下，而延长产程，由此可见，病证有虚有实。

产力异常中宫缩乏力最常见，西医学认为造成宫缩乏力的原因是精神过度紧张，使大脑皮层功能紊乱，这是产力异常最重要的原因。还有产道与胎儿因素，临产时当骨盆异常或胎位异常时，胎先露不能紧贴子宫下段及子宫颈，因而不能刺激局部神经节反射性引进有效宫缩。或因子宫因素，因双胎、羊水过多、巨大胎儿等，或使肌纤维过度伸展，多次妊娠、分娩、子宫的急慢性炎症、子宫肌瘤、子宫发育不良等均能影响子宫的收缩功能。此外药物因素或内分泌失调等均可影响产力。

临床表现

宫缩乏力可表现为阵缩微弱而无力，持续时间短，间歇时间长，在收缩的高峰期子宫不隆起，用手按子宫底部肌壁仍可出现凹陷。先露下降及子宫颈扩张缓慢，产程延长。产妇可自觉宫缩很强，持续腹痛，急躁不安，呻吟不止，或伴有疲劳、食欲减退、肠胀气、尿潴留等，但一般对胎儿影响不大。临床检查可见子宫颈口不能如期扩张，胎先露部位不下降，产程延长。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

诊断要点

（1）应详问病史，了解孕妇年龄、胎次、妊娠月份、此次妊娠情况、有无慢性疾病。对经产妇应了解有无难产史。对已进入产程的产妇要了解宫缩开始的时间、有无破膜。

（2）对已进入产程的孕妇要注意观察阵缩的持续时间、间歇时间及强弱。必要时通过肛诊了解子宫颈扩张程度、宫颈软硬、厚薄等，同时排除产道、胎儿的异常。

（3）应仔细记录产妇的体温、心率、血压的变动，了解产妇的饮食、睡眠、大小便情况，注意有无衰竭、感染、脱水、电解质紊乱、肠胀气、尿潴留等。

（4）宫缩乏力可出现潜伏期、活跃期及第二产程延长。潜伏期超过 16 小时者为潜伏期延长；活跃期超过 8 小时者为活跃期延长；活跃期子宫颈口不再扩张达 2 小时以上者为活跃期停滞；第二产程超过 2 小时者为第二产程延长；总产程超过 24 小时者为滞产。

（5）也可用分娩监护仪准确地描记子宫收缩的节律性、强度和频率，有助于诊断。

治疗

治法：益气行血催产。

（1）针刺

处方：合谷　三阴交　至阴

配穴：气血不足加足三里、太溪；烦躁加太冲、内关；气滞血瘀加次髎、昆仑。

操作：先针合谷、三阴交，合谷行补法，三阴交行泻法。至阴穴斜刺。得气后持续行针 5 分钟，并间歇行针。也可在合谷、三阴交穴连接电针，用间断波。

（2）灸法

处方：合谷　气海　关元、上髎　次髎　三阴交　复溜　至阴

方法：选用 2～3 穴，用艾条温和灸，灸治时间不限，以娩下胎儿为止。或在神阙穴填上适量的细盐，上置黄豆大艾炷点燃，共灸 5～7 壮。

（3）耳针

处方：子宫　肾　皮质下　交感

方法：毫针用中等刺激，每隔 3～5 分钟捻转行针 1 次，直到胎儿娩出为止。

（4）穴位注射

处方：合谷　三阴交　次髎

方法：可用催产素 2 单位，加入 1% 普鲁卡因中，每穴注入药液 1ml。或用 0.5% 奴弗卡因生理盐水，每穴注入 1ml。

（5）穴位敷贴

处方：神阙　涌泉

方法：将蓖麻叶捣烂，做成药饼，或用巴豆 2 粒去壳，加麝香 0.3g 研制成药饼，贴于穴位上再盖上敷料，产后去除贴药。

文献摘要

（1）卢冬梅分别用针刺与静脉滴注催产素治疗宫缩乏力，病例均为妊娠足月初产，头位，第二产程继发性宫缩乏力、头盆相称的产妇。将 220 例病例随机分成针刺组 124 例，催产素 96 例。针刺组取主穴合谷、足三里，配穴三阴交。针刺得气后每次宫缩间歇时

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

捻针，至胎儿娩出。催产素组用催产素 2.5 单位加入 10% 葡萄糖溶液 500ml 中静滴。结果有效率两组无显著性差异（P＞0.05），说明针刺可达到静脉滴注催产素治疗本病的疗效。扩张宫口的效应两组无差异（P＞0.05）。宫缩频率增加幅度针刺组较为缓慢（P＜0.001），说明针刺可避免催产素急剧增加宫缩频率给产妇带来的痛苦及胎儿的危险。

（芦冬梅．针刺与静滴催产素治疗产妇继发性宫缩乏力疗效的对照观察．针灸临床杂志，1993，9（4）：10）

（2）李晓泓等用耳神门、合谷穴对产妇的宫缩观察影响，将 53 例产妇随机分成电针组 30 例，和空白对照组 23 例，电针组取单侧耳神门穴及对侧合谷穴，消毒后用 0.30mm×25mm 针由耳神门斜向耳子宫穴为方向轻捻刺入 0.3～0.5 寸，以产妇局部产生酸痛为度；用 0.35mm×50mm 毫针直刺合谷，用平补平泻提插手法，使产妇产生酸麻胀重并向同侧上肢传导；最后在两穴上接通 G-6805-Ⅰ型电针仪，用断续波，强度达到最大耐受度，留针 30 分钟。对照组不做处理。结果电针组宫缩持续时间治疗前为 33.83±9.53 秒，电针后为 59.00±14.70 秒；对照组 30 分钟前为 31.00±7.18 秒，30 分钟后为 38.25±9.52 秒。电针组间比较 P＞0.05，治疗后组间比较，P＜0.01。对宫缩间歇时间的影响，电针组治疗前为 190.16±56.73 秒，治疗后为 102.33±40.19 秒；对照组 30 分钟前为 204.00±63.94 秒，30 分钟后为 159.50±55.30 秒。组间比较，治疗前 P＞0.05，治疗后 P＜0.01。电针组具有延长宫缩时间，缩短前后宫缩间歇时间，从而推进产程。

（李晓泓、马文珠．电针耳神门、合谷对产妇宫缩的影响．上海针灸杂志，1996，15（4）：16）

（3）李国安用电极板穴位刺激控制产后出血观察对子宫收缩的作用，将 40 例病人随机分为两组，穴位刺激组 18 例，在临产分娩过程中不用子宫收缩剂及其他治疗措施。药物对照组 22 例给予常规催产素防止产后出血，测量产后 24 小时内的出血量，评定疗效。针刺组针刺单侧隐白、三阴交。电极正极固定在隐白，负极固定在三阴交，先进行第二产程刺激共 20 分钟，以连续波为主，频率 80Hz，强度以能耐受为度。在胎头已露和胎儿将要娩出时，电流强度和频率加强 2 倍，胎儿娩出后以疏密波刺激，频率 200～250Hz，同时加强电流强度，胎盘娩出后停止刺激。结果有效率穴位刺激组大于药物对照组，表明穴位刺激有利于子宫收缩。

（李国安．电极板穴位刺激控制产后出血临床观察．上海针灸杂志，1993，12（3）：15）

（4）张蕴馥等进行针刺无痛分娩观察，将 300 例初产妇随机分为针刺组 150 例与空白对照组 150 例。空白对照组不作任何处理。针刺组取耳穴交感、子宫穴；体穴内关、三阴交；滞产加合谷，腰腹胀痛甚者加足三里。快速进针，行捻转提插手法，操作 1～2 分钟后留针 20 分钟，视宫口情况重复行针，至宫口开全为止起针。参考 WHO 疼痛分级标准评定疗效。结果疼痛分级，针刺组＞对照组（P＜0.01）；宫口进展速度针刺组优于对照组（P＜0.01）；两组产妇分娩形式及每位产妇出血量，新生儿评分结果均无差异（P＞0.05）。

（张蕴馥等．针刺无痛分娩 150 例临床观察．中国针灸，1995，15（4）：8）

按语

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

产力异常是难产的因素之一，古代针灸文献中也有难产病名，或称产难、子难等，并有许多催产的针灸方法记载。临床证候不外气机不畅或气血虚弱两类，都可发挥针灸双向调整的作用。针灸治疗简便有效，可明显延长宫缩时间、缩短宫缩间歇时间，从而推进产程，能促使不协调的宫缩变为协调而规则的宫缩，针灸可避免催产素引起的子宫急剧收缩，对孕妇、胎儿的调整作用缓和，无不良影响。且能轻微降低血压、预防产后大出血。同时针灸在分娩中具有良好的镇痛作用，效果迅速、显著，安全可靠，无副作用。针灸后由于产妇疼痛减轻，不适感消失，缓解了产妇恐惧与紧张，消除了过度疲劳，有利于产后体力恢复。

胎位不正

概述

胎位是指胎儿先露的指定部位与母体骨盆前、后、左、右的关系，正常胎位多为枕前位。胎位不正是指妊娠30周后经产前检查，发现臀位、横位、枕后位、颜面位等谓之胎位不正。其中以臀位为常见。胎位不正如不纠正，分娩时可造成难产。西医学认为胎位不正多由产妇腹壁松弛、早产儿等原因使胎儿在宫腔中活动度过大。或孕妇腹壁过紧、羊水过少，使胎儿转动不便。此外，子宫或胎儿畸形、肿瘤等原因也可使胎头固定受到影响。

中医认为妇人以血为本，孕妇气血充沛、气机通畅则胎位正常，若孕妇体虚，正气不足，则无力安正胎位；或孕妇情志抑郁，气机不畅，也可使胎位难以回转成正位。

临床表现

胎位不正在临床上多无自觉症状，可通过妊娠后期腹壁、肛门检查而发现。在临产时常表现为宫颈扩张缓慢、宫缩不强、产程延长，或胎膜早破、脐带脱出、胎儿窘迫或死亡，有的可发生子宫破裂或产道损伤。

诊断要点

胎位不正主要通过产科腹部、肛门、阴道检查确诊。

治疗

治法：调节经气，纠正胎位。

（1）艾灸

处方：至阴

方法：常用艾条灸，操作时须解松腰带，每次灸15～20分钟，每天1～2次，3天后复查，至胎位转正为止。也可用艾炷灸。用黄豆大艾炷放置于双侧至阴穴，燃至局部有灼热感，即除去艾灰，每次灸7～9壮，每天1次，3天后复查，至胎位转正为止。

（2）针刺

处方：三阴交　至阴

方法：三阴交进针0.8～1寸，力求针感循经上传。至阴穴刺0.3寸。留针20分钟，每日1次，6次为全疗程。也可加用电针，电针接在双侧至阴穴上，通电20～30分钟。

（3）穴位激光照射

处方：至阴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：用氦—氖激光仪，功率 5mW，直接照射穴位，每侧 5～8 分钟，每日 1 次，3～5 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）赵普中等用激光穴位照射矫正胎位，孕妇排空小便，取仰卧位，解松腰带，用威海产 JG—10 型激光仪照射双侧至阴穴。每次 20 分钟，每天 1 次，一般以 4 次为限。对月份过大，胎动不活跃，照射 2 次仍不转动者，每天增加照射会阴穴 5～10 分钟。共治疗 242 例，治愈 230 例，无效 12 例。

（赵普中，等．激光照射至阴穴矫正胎位 242 例．河南医科大学学报，1990，（3）：296）

（2）黄维新用艾灸与膝胸卧位矫正胎位进行对照，将 587 例随机分成艾灸组 193 例，膝胸卧组 194 例，空白对照组 200 例。艾灸组每天灸至阴穴两次，每次 20 分钟。膝胸卧位组每天做两次膝胸卧位，每次 15 分钟。空白对照组不做任何处理。结果胎位转正率艾灸组高于膝胸卧位组与对照组（$P<0.005-0.05$）；膝胸卧位组与对照组差别不显著（$P>0.05$）；艾灸远期转正率即经过 1 周的治疗或对照转正为头位，一直维持到分娩时仍为头位者为 77.19%，显著高于膝胸卧位与对照组（$P<0.005-0.01$）。

（黄维新．艾灸与膝胸卧位矫正胎位的对比研究．中西医结合杂志，1990，10（2）：105）

按语

据国内大量文献报道，艾灸至阴穴矫正胎位成功率颇高，一般在 71%～95.95%，明显超过国外资料中自然恢复率，而且绝大多数于 1～4 次即可得到矫正。疗效差异主要与病例的选择、灸治方法、体位、艾灸时间、强度、疗效判断标准等因素有关。一般来说经产妇与初产妇成功率无明显差异，但胎次在 6 次以上者，其成功率显著下降。孕妇腹壁过度松弛或过度紧张都会影响疗效。横位成功率高于臀位。艾灸时孕妇感到胎动活跃者效果较好，一般灸后 1 小时胎动达高峰。针灸矫正胎位简便、安全，对孕妇、胎儿均无不良影响。针灸失败病例可配合作膝胸卧位、外回转等。针灸应注意治疗时机，妊娠 7～8 个月（30～32 妊娠周）是转胎最佳时机，此时孕妇羊水较多，胎头没有固定，有一定活动度。8 个月后，儿头固定，胎儿部分入盆，则会影响疗效。过早矫正，胎儿活动度大，还有可能复发，复发率一般在 10.1%。如果再次艾灸，仍可有效。产前 3 周内一般也不宜针灸，以免出现羊水早破，脐带扭曲，胎盘剥离等意外。

针灸治疗本症还应注意适应证，因子宫畸形、骨盆狭窄、肿瘤，或胎儿本身因素引起的胎位不正，或习惯性早产、妊娠毒血症，不宜采用针灸。

产后尿失禁

概述

正常的储尿与排尿是在膀胱压力与尿道阻力之间互相制约与协调下进行的，正常情况下，二者是生理平衡状态。储尿期膀胱松弛，压力低，尿道紧张，阻力高，尿道阻力大于膀胱压力。排尿期膀胱收缩，压力升高，尿道松弛，阻力下降，膀胱压力大于尿道阻力。产后小便淋漓不能自主，或睡中自遗，不能约束，称为产后尿失禁。本症在经产妇中发病最高，有难产史者尤为常见。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本病属中医的“产后小便数”、“产后遗尿”，主要由于素体虚弱，肺脾肾气虚，产时耗气伤血，使气虚而膀胱失约所致。

西医学认为本症可能是分娩过程中盆底、膀胱颈、尿道等组织受到一定损伤所致。

临床表现

平时可无遗尿，而在立位时突然增加腹压如咳嗽、喷嚏、大笑或举重即有尿液漏出或喷出，卧床时很少发生。尿失禁前一般毫无尿意，亦无尿频、尿急，失禁的尿量不多，但亦有全部排空的。

临床根据尿失禁的程度分为三度。

轻度：一般活动时无尿失禁，当腹压突然增加时即发生尿失禁。

中度：起立活动时频繁发生尿失禁。

重度：起立后即发生尿失禁，严重影响生活、工作，甚至丧失劳动力。

诊断要点

(1) 根据患者分娩史及临床症状，一般不难诊断。

(2) 如有必要可作特殊检查，如诱发试验、膀胱颈抬高试验、尿道压力试验、尿道膀胱镜检查等，以进一步确诊及决定是否保守治疗。

治疗

治法：补气固摄。

(1) 针刺

处方：气海　关元　中极　中髎　阴陵泉　三阴交

配穴：肺脾气虚加百会、肺俞、脾俞；肾气虚加肾俞、命门、太溪、至阴。

操作：各穴均以补法为主，第1疗程每日针刺1次，以后隔日治疗1次。针刺下腹部穴位如气海、关元、中极等穴，应首先嘱患者排空小便，操作时使针感向下传导到会阴部。

(2) 灸法

处方：神阙　气海　关元　命门　膀胱俞　至阴

方法：每次选用2～3穴，可用艾条温和灸，每穴灸10分钟。也可用枣核大艾炷，每穴灸5～7壮。每天治疗1次。

(3) 耳针

处方：肾　脾　肺　三焦　膀胱　尿道　皮质下

方法：每次选用2～3穴，毫针刺用弱刺激，留针20分钟，并间歇行针。或用埋针、埋丸法。

(4) 穴位注射

处方：关元　横骨　膀胱俞　次髎　三阴交

方法：用维生素B_{12}或维生素B_1注射液，每穴注入药液1ml，隔日1次，或与灸法交替使用。

文献摘要

王根兴取神阙穴艾灸治疗产后尿失禁1例，先用细盐、肉桂末拌匀，填平脐窝，再盖上刺有数孔的姜片，上放艾炷施灸5壮，一次而愈。

（王根兴．灸神阙穴治疗尿失禁一例．上海针灸杂志，1991，10(3)：44）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

按语

本病总属正气不足，摄纳无权所致，虚证为多。故治疗原则为扶正固摄。多选用任脉、相关背俞穴及下肢脾肾二经穴为主。针刺采用补法，结合灸法疗效更佳。

产后宫缩痛

概述

产后宫缩痛是指产后1～2天内出现子宫体强烈阵缩而引起的下腹部严重疼痛。尤其是经产妇，往往重于初产妇，一般于产后4～7天后逐渐消失。

本症属于中医的“产后腹痛”、“儿枕痛”。是由于产时失血过多，冲任空虚，胞脉失养而致血虚腹痛。或产后胞脉空虚，感受寒邪，寒凝血滞，阻于胞宫而为寒凝腹痛。或为产后恶露未净，瘀血阻于胞脉而致瘀血腹痛。可见证候有实有虚。病位在胞宫，与冲任有关。

西医学认为这种宫缩痛可能由于子宫收缩所引起血管缺血、组织缺氧、神经纤维受压所致。

临床表现

产后1～2天内即可出现，多见于经产妇，尤其在急产后。出现下腹部抽掣样疼痛，或呈阵发性、痉挛性收缩样疼痛，可伴有大量出汗，夜间尤甚，在哺乳时疼痛加重。当疼痛时，子宫变硬，恶露增加。一般4～7天后自然减轻或消失。患者可伴有食欲不振，睡眠不佳，甚至恶心呕吐，大便干结，乳汁少，恶露色黯有块。

诊断要点

根据患者的分娩史及症状不难诊断。

治疗

治法：养血活血，行气止痛。

(1) 针刺

处方：气海　关元　足三里　三阴交

配穴：寒凝加命门、腰阳关；瘀血加血海、太冲。

方法：根据证候虚实施行补泻，务使腹部产生明显针感。留针30分钟，若疼痛严重者也可留针1～2小时，留针时间歇行针。也可在气海、中极或三阴交处埋针1～2天。

(2) 灸法

处方：气海　关元　肾俞　血海

方法：用艾条温和灸，每穴灸30～60分钟。或用艾炷隔姜灸，每穴灸5～7壮。

(3) 耳针

处方：子宫　肝　肾　内分泌　交感　神门

方法：每次选用2～3穴，毫针用中等刺激，留针30～60分钟，间歇行针。或用埋针、埋丸法。

(4) 穴位注射

处方：关元　三阴交

方法：用0.25%奴弗卡因注射液5ml，各穴分别注入1～2ml。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

按语

产后腹痛有虚有实，实者血有留瘀，病人感到疼痛且胀，上冲胸胁，拒按。若血虚而痛者则为虚痛，病人无胀满，喜按喜揉喜热熨。根据证候特点，可针可灸，方法正确均有良效。多数治疗1～3次皆可获效。选穴多用腹部任脉穴及三阴交等，操作关键除得气、补泻外，还应特别注意长时间留针，留针时间一般为1小时，若疼痛剧烈，精神紧张者还可延长时间，也可用皮下埋针，保留1～2天。针灸不仅有明显止痛作用，还能改善其它兼症，如提高食欲、改善睡眠、减少出汗等，无不良反应。

产后少乳

概述

产妇产后没有乳汁分泌，或分泌量过少，或在产褥期、哺乳期乳汁正行之际，因某种原因使乳汁分泌减少或全无，不够喂养婴儿者，统称乳少。

中医认为乳汁由气血化生，资于冲任，赖肝气疏泄与调节。若素体脾胃虚弱，或孕期、产后调摄失宜，或产后思虑过度伤脾，则气血生化不足。或孕妇年岁已高气血渐衰，或产后失血过多，操劳过度均可致气血不足。若产妇素性忧郁，或产后七情所伤，情志抑郁，肝失条达，气机不畅，乳络涩滞，乳汁运行受阻也会导致少乳。本病病位在肝、胃，病性有虚有实。

西医学认为在胎盘娩出后，孕激素、雌激素的水平突然下降而开始泌乳。正常情况下的泌乳，主要由婴儿吸吮时的刺激所控制的，生乳素是泌乳的基础。同时乳汁的分泌与乳腺的发育、产妇的营养、健康状况及情绪等均有密切关系。若产妇乳腺发育差，孕期因胎盘功能不全等使乳腺准备性发育障碍，或分娩时出血过多，或产后营养不良，或有慢性疾病使身体健康状况差，或因恐惧、不愉快等精神因素影响内分泌功能，或授乳方法不正确，或过度劳累、睡眠不足等，均可使乳汁分泌减少。

临床表现

健康的产妇在产后第二天就有几十毫升乳汁分泌，第一周每天可泌乳250～300ml，以后逐渐增加。产后少乳者可表现为有的在产后开始哺乳时即感觉乳房不胀，乳汁稀少，以后稍多但不够；有的表现为产后哺乳开始即全无乳汁；有的表现为新产后哺乳正常，因突然高热或七情所伤，乳汁骤减，不足以喂养婴儿。产后少乳多发生于产后第二、三天至半个月内，也可发生于整个哺乳期。临床以新产后缺乳最为常见。由于导致乳少的原因不同，患者还可能兼有肠胃功能异常、营养不良，或兼有情志抑郁、情绪焦躁等表现。

诊断要点

首先应详细了解患者的既往史、生育史。如有无营养不良、慢性疾病，妊娠期间有无严重的高血压，分娩时有无出血过多等。然后了解患者授乳方法是否正确，产后休息、营养及情绪状况，了解婴儿是否早产、体弱，有无口腔疾病而不能吸吮。同时应检查患者乳房有无缺陷，如小乳头、深凹乳头、鳞状乳头等。中医则根据乳房胀痛并结合全身症状辨别虚实，气血虚弱者乳房无胀感；肝郁气滞者乳房胀痛。

治疗

治法：益气补血，疏肝解郁。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）针刺

处方：乳根　膻中　少泽

配穴：气血不足配足三里、脾俞、胃俞；肝气郁结配太冲、内关。

操作：本方虚证补而行之，实证疏而行之。虚证针刺用补法，并可用艾灸。实证针刺用泻法，并可用刺血法。针刺乳根穴时针尖向上横刺 1 寸。膻中轮流向两侧乳房横刺 0.5～1 寸，使乳房有麻胀感。少泽实证点刺出血，虚证可向上斜刺 0.3～0.5 寸。虚证可在胸部穴施灸。每日针灸 1 次，4 次为 1 疗程。

（2）皮肤针

处方：肺俞至三焦俞　乳房周围

方法：皮肤针叩刺强度根据证候的虚实决定轻重，一般多用轻刺激或中等刺激。背部从上而下每隔 2cm 叩打一处，并可沿肋间向左右两侧斜行叩刺，乳房周围作放射状叩刺，乳晕部作环形叩刺，每次叩刺 10 分钟，每日 1 次，4 次为 1 疗程。

（3）耳针

处方：胸　内分泌　交感　肝　脾

方法：两耳左右交替使用，毫针用中等刺激，留针 15～20 分钟。也可埋针或埋丸。

（4）穴位注射

处方：乳根　膻中　肝俞　脾俞

方法：用维生素 B_1、维生素 C 注射液各 100ml 混合，每穴注入 1～2ml，每日治疗 1 次，4 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）黄永泉等用传统针刺法治疗乳少，选用乳根、肩贞、天宗、膻中。患者取用坐位，全身放松。用平补平泻法。先针膻中穴，平刺 0.5 寸，使局部有沉胀感并向四周扩散；再针乳根穴，沿皮下向乳房方向进针 1 寸，使针感达到整个乳房；再取肩贞穴，用中等刺激，使针感向前胸放散。以上诸穴留针 30 分钟，在留针期间，每隔 5 分钟行针 1 次。最后用圆利针直刺天宗穴，待得气后出针，使针孔有少量血渗出，再在此穴上拔火罐，留罐 20 分钟。每周治疗 1 次，3 次为 1 疗程。用此法共治疗 1643 例，治愈 1361 例，有效 256 例，无效 26 例。

（黄永泉．针灸治疗缺乳症．针灸临床杂志，1994，10（4）：22）

（2）郑英斌用针刺加乳房拔火罐治疗乳少，选用膻中、乳根、少泽。患者取仰卧位，全身放松。先用两根针于膻中穴横刺向乳头，进针 1～1.5 寸，乳根穴沿乳房向上平刺，进针 1～1.5 寸，中强刺激，以患者感觉乳房部麻木胀困为度。然后针少泽穴。每 5 分钟行针 1 次，留针 15 分钟后取出膻中及乳根穴的针，用大火罐以一侧乳头为中心、膻中及另一侧乳房上轮流拔罐，间隔约 1 分钟，并捻转少泽穴，随即出针。共治疗 62 例，治愈 59 例，有效 3 例。

（郑英斌．针刺结合拔罐治疗缺乳 62 例．陕西中医，1991，12（5）：233）

（3）于氏等观察针刺乳少病人后催乳激素的变化，取膻中、乳根、足三里、少泽为主穴，共治疗 17 例乳少症，全部有效。针刺后血清脑垂体催乳素显著高于针刺前（$P<0.01$）。

（于澎，等．针刺治疗乳少症对催乳激素水平的影响．哈尔滨医科大学学报，1990，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

24 (6):502)

(4) 景宽等用耳穴贴压法治疗乳少，取耳穴胸区（压痛敏感点）、内分泌、交感为主穴，肝气郁结加肝、神门；气血虚弱加脾、胃，均双侧，用王不留行籽贴压，每日嘱患者按压 5～6 次，在哺乳前半小时进行，以达到酸、麻、胀、热感为宜。3 日换 1 次。共治疗产后缺乳 30 例，痊愈 21 例，好转 7 例，无效 2 例。

(景宽，等．耳穴贴压治疗产后缺乳 30 例．陕西中医，1990，11 (11):517)

按语

针灸治疗产后少乳疗效是满意的，治愈率可达 85% 以上，尤其是对肝气郁结型效果比气血不足型更佳。本病应积极早期治疗，在乳少发生最迟不超过 1 周，即应治疗，缺乳时间越短针灸疗效越好。

针灸多选用阳明经穴及经验用穴。如乳根、膻中、少泽等。治疗方法多用针刺法，或针灸并用。

针灸的同时应配合饮食疗法，如给予高蛋白流质食物如猪蹄汤、鲫鱼汤等。应注意精神调摄，哺乳期应心情舒畅，切忌暴怒或忧郁，避免过度疲劳，保证充足睡眠。应指导产妇掌握正确哺乳方法，产后 12 小时即可开始哺乳，第 1～2 天可每 6 小时喂乳 1 次，每次 3～4 分钟。第 3 天以后，每 3～4 小时喂乳 1 次，每次 10 分钟，夜间减少次数。养成按时喂哺习惯。若未吸吮完，可用吸乳器将乳汁吸空，如此可维持大量乳汁分泌。

5.2.2.6 儿科疾病

小儿营养不良

概述

小儿营养不良是指由于摄入食物的绝对量不足或食物不能吸收利用或消耗增加而使相对量不足，以致不能维持正常的新陈代谢，而消耗自身组织的综合征。多发生于 3 岁以下的小儿。主要表现为渐进性皮下脂肪减少、体重下降、水肿、肌肉萎缩以及生长发育停滞，常伴有全身各系统不同程度的功能紊乱。

中医将本病归属于“疳证”、“积滞”。认为本病为多种原因所致。其病理变化主要在脾胃虚弱，运化水谷功能失调，不能将水谷精微输布到全身各脏腑及四肢肌肉。本症形成后，日久不愈，又可变生他症。本病的病位在脾胃，病性有虚有实，以虚为主。

西医学认为本病主要由于喂养不当及小儿本身疾病所致，如母乳不足、人工喂养方法不当使供给的蛋白质或/和热量不能满足小儿生长发育的需要。或急慢性疾病或消化道畸形，也可造成摄入量少，代谢、消耗增加，以及营养物质的消化、吸收、利用障碍而造成营养不良。其主要发病机理为新陈代谢包括蛋白质、脂肪、糖、水、盐、各种维生素及微量元素等代谢异常，以及组织器官功能低下。

临床表现

本病表现为体重下降，皮下脂肪减少，发育不良，智力低下，其精神状态抑制或烦躁，食欲不振，呕吐，腹泻或便秘，容易患有各种感染性疾病。皮下脂肪消失从腹部开

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

始，顺次从躯干、臀部、四肢、面部消失。测量皮下脂肪消失的方法是在腹部脐旁乳头线上，以拇指、食指相距 3cm 处，与皮肤表面垂直将皮脂层捏起，然后量其上缘厚度，Ⅰ度营养不良为 0.8～0.4cm；Ⅱ度营养不良为 0.4cm 以下；Ⅲ度营养不良则皮下脂肪几乎完全消失。Ⅰ度营养不良体重减轻 15%～25%，面部脂肪与皮肤颜色正常，内脏功能无改变。Ⅱ度营养不良体重减轻 25%～40%，消瘦明显，面颊脂肪变薄，皮肤苍白，肌肉松弛，内脏功能降低。Ⅲ度营养不良体重下降 40%以上，全身脂肪层均消失，额部起皱纹，颧骨突起，呈老人貌，皮肤苍白无弹性，内脏功能降低症状明显，如精神不正常，腹泻或便秘，心音低钝，节律不齐，血压下降等，容易感染，感染后反应差，可不发热。营养不良可导致各种兼症如贫血、水肿、维生素缺乏症等。

诊断要点

（1）主要根据临床表现、喂养史、急慢性病史，综合分析做出诊断。

（2）早期仅根据症状及一次体重测定，很难确诊，应参考正常小儿标准衡量，与同年龄小儿体重比较。对身材矮小病儿，则以皮下脂肪和临床表现为主进行判断。

（3）由于营养不良属于临床综合症，因此必须查明发病原因，以便从根本上给予治疗。

治疗

治法：健脾和中，消积化滞。

（1）针刺

处方：中脘　足三里　四缝

配穴：食积配下脘、璇玑、腹结；虫积配天枢、百虫窠；Ⅲ度营养不良加灸神阙、气海、肺俞、脊肓、肾俞。

操作：一般毫针刺用补法，是否留针应视患儿配合程度来决定，一般对婴幼儿采取速刺不留针。治疗本病关键是掌握刺四缝方法。首先应严格消毒，用三棱针或较粗毫针，迅速刺入 2～3mm，出针后轻轻挤出液体，并用消毒干棉球擦干。四缝穴一般隔日 1 次。四缝穴位于第 2～5 指掌侧，近端指关节的中央，近代临床有人称远端指关节中央为“上四缝”，称指掌关节处为“下四缝”，刺法与四缝相同，据称有同样作用。

（2）皮肤针

处方：夹脊穴（7～17 椎）　脾俞　胃俞

方法：从上而下轻轻叩刺，每次叩打 10～20 分钟，隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

（3）割脂

处方：鱼际

方法：鱼际穴作局部麻醉后，作纵切口约 4cm 长，用止血钳插入切口，作局部按摩，如出现得气感则疗效较好，然后取少量脂肪，用酒精棉球压迫防止出血，然后作外科包扎。

（4）捏脊

处方：脊柱及其两侧

方法：使患儿裸露背部，俯卧。医者从长强穴向上，用手指捏起皮肤，一捏一放，交替向上，一般至大椎穴为 1 遍。3 遍后再从白环俞沿脊柱两侧 1.5 寸处捏起，自下向

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

上，随捏随放，至大杼穴，反复3遍。每日1次，6次为1疗程，休息5天后再行第2疗程。

(5) 穴位敷贴

处方：内关　神阙

方法：用桃仁、杏仁、山栀等分研成粉末，加冰片、樟脑少许，研末拌匀备用。取药末15～20g用鸡蛋清调匀敷于穴位上，24小时去除。

文献摘要

(1) 李西坤取双侧疳积穴，即第2、3、4、5指掌面中节中央，用6号消毒针头浅刺，并挤出少量黄白色透明液体。对照组针刺四缝穴，方法同上，每周1次，3周为1疗程，共治疗2个月，治疗组385例，痊愈342例，好转34例，无效9例，总有效率为97.66%。对照组共418例，痊愈258例，好转67例，无效93例，总有效率77.75%。治疗组疗效优于对照组（$P<0.05$）。

（李西坤．针刺疳积穴治疗小儿疳积385例观察．河北中医，1990，12(2)：42）

(2) 胡文寿用辨证选穴方法治疗小儿疳积，选用太白、足三里、大都、然谷、太溪、神门、委中。每次必取太白、足三里，余穴根据患儿临床表现辨证施用。1岁以内小儿，在针刺时仅施以提插捻转手法约1分钟，不留针。1岁以上者，针刺时施用迎随捻转手法中的补法，即针尖顺着穴位所在经脉的走向刺入，行顺针捻转手法，留针3～5分钟，每日针刺1次，7次为1疗程，隔1周进行下1疗程。共治疗80例，痊愈50例，显效18例，有效11例，无效1例。

（胡文寿．针刺五输穴治疗小儿疳积80例．上海针灸杂志，1991，10(3)：19）

按语

本病为针灸的适应症之一，古今临床皆有丰富经验，多数患儿单用针刺即可痊愈。特别是用三棱针或粗毫针点刺四缝穴，挤出少量黄白液体是行之有效的方法。临床上还可通过刺四缝所出粘液的量及颜色可辅助判断疳积的轻重。若刺出粘液清亮，随挤压而出，间或有血丝，一般为轻症；若刺出粘液清亮，不挤自出，一般属中等程度；若刺出粘液色黄而稠，不挤自出，牵丝不断，一般为重症。针刺除用经验穴四缝外，还应辨别证候，从整体调整，方可取得满意疗效。因部分患儿是由于其他慢性疾病所致，如肠寄生虫、结核病等，故应查明原因，不能单从消积除疳治疗，而应根治原发病，及时防治各种急慢性感染，彻底治疗慢性消化道疾病及各种消耗性疾病或寄生虫病，身体才能逐步康复。

本病的发生与喂养不当关系密切，故治疗的同时还应通过调理饮食来提高与巩固疗效。应提倡母乳喂养，应根据患儿病情的轻重，消化力的强弱选择富有营养、成分齐全、易于消化的食物，并注意合理的育儿方法，定时定量进食，纠正偏食习惯。

婴儿腹泻

概述

婴儿腹泻是由多种病因引起的综合症。临床以腹泻、呕吐及水、电解质平衡紊乱为特征。发病年龄多在2岁以内，夏秋季发病最多，人工喂养及营养不良小儿更易发生。根据病因不同分为感染性腹泻及非感染性腹泻。根据腹泻的持续时间长短又可分为急性

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腹泻（病程在2周内）、迁延性腹泻（病程在2周至2个月）、慢性腹泻（病程在2个月以上）。

本病在中医学中称为“泄泻”、“伤食泻”、“水泻”、“暑热泻”等。认为本病由感受外邪，内伤乳食，素体虚弱等所致，使脾失健运，胃失腐熟，水反为湿，谷反为滞，清浊不分，下注大肠以致泄泻。病位在脾胃，起病暴急则多为实证，病情迁延则多为虚证。小儿脏腑娇嫩，易虚易实，失治误治，易致伤阴伤阳之变证。

西医学认为婴儿腹泻与饮食、感染及免疫等因素有关。婴儿消化功能较为薄弱，如果饮食不当，喂养的量或质不合适，都可能引起消化功能紊乱而发生腹泻。各种病原如细菌、病毒、真菌及寄生虫等均可污染食物引起肠道感染而发生腹泻。患有上呼吸道感染、中耳炎或肺炎的婴儿，由于发热及病原体毒素的影响，使肠道消化酶分泌减少，肠蠕动增加，也可引起腹泻。免疫功能低下婴儿多见慢性腹泻。另外，饮食不当、气候改变也与腹泻关系密切。

临床表现

（1）轻型腹泻：多因饮食不当或肠道外感染所致，因致病性大肠杆菌或肠道病毒所致者为数较少。临床症状较轻，腹泻多在10次/日以下，大便为黄色或黄绿色，稀糊状或蛋花汤样，有酸臭，可混有少量粘液及未消化的奶瓣。偶有恶心、呕吐。患儿无全身中毒症状，精神尚好无明显脱水及电解质紊乱。

（2）重型腹泻：多由肠道内感染所致，以致病性大肠杆菌及病毒感染为最多见。也可由轻型腹泻转化而来。有明显胃肠道症状、脱水、电解质、酸碱平衡失调及全身中毒症状。腹泻一般在20次/日左右，甚至超过40～50次。大便呈水样或蛋花汤样，含水量大，可达数十毫升，亦或混有粘液，倾泻而无里急后重。食欲差，呕吐较频，每日可在10次以上，严重者可呕吐出咖啡渣样物。伴有发热，达39～40℃。迅速出现水及电解质紊乱。若出现脱水可见患儿较快消瘦，体重减轻，精神萎靡，皮肤苍白或发灰，弹性差，前囟和眼窝下陷，粘膜干燥腹部凹陷，脉搏增快，血压降低，尿量减少。

诊断要点

（1）根据季节、患儿年龄、临床症状，大便镜检除有脂肪球外，可有少许红、白细胞，诊断即可成立。

（2）应注意与细菌性痢疾鉴别。典型的菌痢有恶寒发热，恶心呕吐，腹痛腹泻，里急后重，大便呈脓血样。应注意1岁以内的婴儿患痢疾时经常症状并不典型，常无里急后重或粘液血便。应注意流行病学，了解有无接触史，大便镜检可见有吞噬细胞与较多的脓球、红细胞。

（3）注意与出血性肠炎鉴别。出血性肠炎大便早期成水样，多带粘液而少有脓血，典型者大便如暗红色果酱样，腹泻严重，呕吐频繁，发热，脱水严重，早期即可出现休克。

治疗

治法：运中止泻。湿热者清热利湿；寒湿者温中散寒；伤食者消食导滞；脾虚者健脾益胃。

（1）针刺

处方：天枢　足三里

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：湿热加曲池、内庭、阴陵泉；寒湿加神阙、气海、大肠俞；伤食加中脘、内关、四缝；脾虚加百会、脾俞、三阴交。

操作：以上诸穴每次选用3～5穴，根据证候虚实而施补泻手法，除脾虚者施以补法，其余用泻法或用平补平泻法。四缝穴用粗针或用三棱针点刺，挤出黄白液体。是否留针视患儿配合情况。寒湿者多用灸法，神阙可用隔盐灸，其余可用艾条灸或艾炷灸。脾虚者可针灸合用。

（2）拔火罐

处方：中脘　气海　肝俞　脾俞　肾俞　大肠俞

方法：选用小号或中号火罐，选用2～4个穴位，留罐10～15分钟，每日1～2次，适用于寒湿型或伤食型腹泻。

（3）耳针

处方：交感　神门　大肠　小肠　胃　胰胆　脾　肝

方法：每次选用3～5个穴，毫针刺用中、强度刺激，或用埋针、埋丸法。

（4）穴位照射

处方：天枢　足三里　神阙　八髎

方法：用37mW的氦—氖激光针，每穴照射3分钟。

（5）皮肤针

处方：肝俞至小肠俞　梁门至天枢　足三里至解溪　阴陵泉至三阴交

方法：用重或中等手法，每次叩刺15分钟，每日1～2次。高热者可加叩合谷、曲池，予以重叩微至出血。

（6）捏脊

处方：脊柱两侧

方法：让患儿俯卧，伸直两腿，背部放松，先在患儿背上从上到下按摩2～3遍，然后操作者两手半握，以拇、食指从患儿骶骨处向上捏起皮肤，食指向下推，拇指向上拉，使皮褶向上移，如此两手交替往上捏至大椎穴部，共做3～6遍。每捏2～3下，即以拇、食指将皮肤向上提一次，提捏后用拇指分别揉按大肠俞3～5次。每日1次。

文献摘要

（1）江保录单用阙缘穴治疗小儿腹泻，该穴位于神阙的上、下缘，用1寸毫针刺入0.5～0.8寸，捻转15～20次，不留针。发热者加曲池；呕吐者加内关；腹胀加足三里；腹泻严重者加长强。每日1次。对照组用肌肉注射复方新诺明，口服复方苯乙哌定。经3日治疗后，针刺组48例，痊愈44例，有效2例，无效2例；对照组31例，痊愈24例，有效2例，无效5例。

（江保录．针刺阙缘穴治疗小儿腹泻48例观察．河北中医，1990，12（2）：41）

（2）王福权用刺络拔罐法治疗小儿腹泻。以脐部为中心，在脐的上下左右各一横指处取穴，共4穴，用皮肤针分别在4个穴上施中度叩刺，以出血为度。再用闪火法拔罐，每次5～10分钟。每日1次，5次为1疗程。共治疗100例，结果痊愈98例，中途转诊2例。

（王福权．脐周四穴刺络拔罐治疗婴幼儿腹泻100例．中国针灸，1996，16（6）：53）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）赵普中用激光穴位照射治疗小儿腹泻　采用 JG-10 型激光治疗仪，照射神阙、天枢（双），光量 15J，每日 1 次，每次照射 30 分钟，4 次为 1 疗程。泄泻严重者加刺天枢、足三里、长强，强刺激，不留针；胃满呕吐者配合捏脊疗法，从命门到大椎由下往上捏脊 3 遍，每日 3 次。痞积者用三棱针刺四缝，挤出粘液。严重脱水者配合体液疗法。共治疗 417 例，痊愈 328 例，好转 67 例，无效 22 例，总有效率 94.72%。

（赵普中．激光穴位照射为主治疗小儿腹泻 417 例．上海针灸杂志，1993，12（1）：27）

按语

腹泻为小儿常见病症，针灸治疗效果较好。因病变部位在脾胃，故多选用相关穴位，如天枢、足三里俞募相配为基本处方，其他常用穴如神阙、长强、四缝也常配合选用。除用一般针刺法，对寒湿型艾灸有较好作用，对湿热、伤食者刺络拔罐效果迅速。穴位激光照射、穴位注射既有较好疗效，又易于为小儿接受。应该注意治疗期间应调整饮食，减少胃肠负担，轻症停喂不易消化的脂类食物。重症应暂予禁食，但一般不应超过 6～8 小时。如出现代谢性酸中毒、水、电解质代谢紊乱，则应采取综合治疗措施。因小儿为稚阴稚阳之体，一经大泻之后，既会损伤阴液，又会损伤脾阳，而发生各种不同变端。

小儿遗尿

概述

小儿遗尿是指年满 5 周岁以上的儿童夜间不自主的排尿，多见于 10 岁以下的儿童。

中医亦称本病为遗尿。中医认为尿液的正常排泄，主要有赖于肾的气化和膀胱的制约功能。肾的气化功能正常，可以使水液的潴留、分布、排泄正常。膀胱是贮藏津液、排泄尿液的重要器官，其贮藏与排泄功能失常，则发生遗尿。遗尿的原因主要有不良习惯、禀赋不足、病后体弱，导致肾气不足，下元虚冷，膀胱约束无力，或病后脾肺气虚，水道制约无权，因而发生遗尿。病变部位主要在肾，病变性质以虚证为主。

西医学认为随意排尿是一个复杂的生理过程，受大脑皮层的控制，其反射中枢位于骶脊髓。未满 5 周岁的儿童，其排尿主要是由于脊髓的反射作用，随着大脑皮层逐渐发育完善，膀胱排尿就由大脑皮层控制，成为随意动作。因此满 5 岁的儿童大多可以控制排尿，偶因疲劳或饮水过多而遗尿者，不作病态。小儿遗尿多属功能性，其原因一部分是因尚未建立起排尿反射，功能发育不够成熟，如膀胱肌肉控制排尿机能差，膀胱容量较小。另一部分由于情绪或体质上的影响如紧张受惊、病后体虚、白天疲劳过度、睡眠过深等。如小儿遗尿由尿路感染或隐性脊柱裂等原因所致，则不属功能性遗尿。

临床表现

小儿遗尿主要表现为夜间不能自主控制的排尿，膀胱一次排空，不同于滴沥。常发生于上半夜熟睡中。患儿多数睡眠过沉，不易被唤醒。遗尿次数，轻者几天 1 次，重者每夜 1～2 次或更多。遗尿可以是一时性的，也可以连续数月，有时消失，有时再现，还有持续到性成熟前而自然消失，也有直到成年而未痊愈。有的患儿表现敏感、精神紧张、白天尿频。严重患儿亦有影响发育和智力的。小便常规检查无异常。

诊断要点

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）根据病史、症状，未发现其他致病原因者，一般即可诊断。

（2）为确诊致病原因，应作必要检查，如大便找寄生虫卵，X线检查脊柱裂等，以明确诊断。

治疗

治法：温肾健脾、固摄小便。

（1）针刺

处方：中极　膀胱俞　三阴交

配穴：肾阳虚配肾俞、关元；脾肺气虚配气海、列缺、足三里；夜梦多配百会、神门。

操作：毫针针刺用补法，常配合用灸法。要求下腹部穴针刺时针尖向下斜刺，以不穿透腹壁为度，使针感放射到前阴部，行热补法。艾灸常用艾条灸、艾炷灸、温针灸，艾炷隔物灸可隔姜、隔附子饼等。施灸部位多在下腹部或腰骶部。目前临床治疗本病多针灸并用，或单用灸法，特别是儿童怕针不合作者更宜。

（2）耳针

处方：肾　膀胱　皮质下　尿道

方法：每次选用2～3个穴位，毫针刺用中等刺激，留针20分钟，每日1次。或用耳穴压丸法或埋针法，于睡前按压以加强刺激。

（3）穴位激光照射

处方：中极　膀胱俞　三阴交

方法：用低功率氦—氖激光仪照射相应穴位，每穴照射5分钟，每日1次。对于畏针患儿尤为合适。

（4）穴位注射

处方：中极　膀胱俞　气海　肾俞　关元　关元俞

方法：每次选用2穴，用当归注射液或维生素B_1、维生素B_{12}、胎盘注射液、硝酸士的宁等，每次每穴注入药液2ml，每日1次，4次为1疗程。

（5）皮肤针

处方：夹脊穴　气海　关元　中极　膀胱俞　八髎

方法：用皮肤针轻叩，使皮肤微微潮红，也可叩刺后再加拔火罐。每日1次，4次为1疗程。

文献摘要

（1）李安民用经验穴治疗本病，该刺激点命名为遗尿穴，位于双侧手部小指第二指缝正中点。患者正坐，两手平放于膝盖上或桌面上。局部常规消毒后，术者用左手握住患者指间，使小指充分伸展，右手持耳针刺入穴位0.2～0.4cm深，中速捻转0.5～1分钟，留针10分钟，中间行针1次，拔针时再捻针1次，每天1次，7天为1疗程。共治疗200例，治愈195例，无效5例。

（李安民．针刺遗尿穴治疗遗尿症．中国针灸，1994，14（3）：32）

（2）潘桂生用耳穴压丸法治疗本病，取耳穴肾、心、膀胱、皮质下、骶椎、脑点、兴奋点，食欲不振者加脾；尿路感染者加内分泌；尿频者加尿道；因睡眠过深、大脑自控功能失调者加耳尖。将王不留行籽用胶布贴于所取穴位上，用手指按压，使患者感到酸、热、胀、痛感。两耳交替贴压，5天换1次，4次为1疗程。共治疗60例，痊愈

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

37 例，好转 21 例，无效 2 例，总有效率为 96.7%。

（潘桂生．耳穴贴压治疗小儿遗尿症．中国针灸，1994，14（3）：32）

（3）包兆贵针灸合用治疗小儿遗尿，针刺取通里、大钟穴，得气后留针 15 分钟。起针后用艾条温和灸关元穴 5 分钟，每日 1 次。共治疗 62 例，治愈 35 例，显效 21 例，好转 4 例，无效 2 例，总有效率为 96.8%。

（包兆贵．针刺治疗小儿遗尿症 62 例疗效观察．中医杂志，1993，34（1）：26）

（4）王正礼用传统灸法及拔火罐治疗遗尿，主穴为肾俞、膀胱俞、三阴交，配穴为合谷、足三里，以上穴位均取双侧。治疗时在第二腰椎旁拔两只火罐，15 分钟后取下，然后在肾俞、膀胱俞、三阴交等穴位上温和灸，至皮肤潮红为度。每日 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 220 例，治愈 90 例，显效 121 例，无效 9 例。

（王正礼．温和灸治疗小儿遗尿 220 例．浙江中医杂志，1990，25（5）：205）

（5）刘慧生用皮内针结合传统针刺治疗本病，取穴为四神聪、环中上穴（在环中穴上 2 寸外上 0.5 寸处）、遗道穴（在中极穴左右旁开 5 寸处）。用麦粒型揿针 4 枚埋入四神聪穴 3 天，针尖皆向百会穴。刺环中上穴时，取 3～4 寸毫针，针尖向前阴刺入，并使针感向前阴传导，不留针。取遗道穴时针尖向前阴部斜刺 1.5 寸，若患儿能合作可留针 20 分钟，不合作者，针下产生针感即可出针。每天 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 58 例，痊愈 54 例，显效 3 例，有效 1 例。

（刘慧生．三穴八针治疗遗尿 58 例临床观察．河南中医，1990，15（4）：31）

按语

针灸治疗遗尿疗效较好，特别是大脑皮层失调、营养不良、感受风寒等引起者，针灸可作为临床首选治疗方法。这类患者多在 3～5 次治疗后明显好转，若 10 次以上治疗无效者，多说明有其它致病因素，应查明原因，再作治疗。

针灸治疗本病常用下腹、腰骶穴位为基本方，用穴较为集中，如中极、气海、关元、肾俞、膀胱俞等。远道常用三阴交、足三里以补益脾胃，也有用百会升提中气，列缺补肺益气。治疗遗尿有多种穴位刺激方法，可根据儿童接受与方便选用。如耳针法，便于长时间、定时按压，治疗间歇时间长，可减少患者就诊次数；激光穴位照射无痛、无菌、无副作用，儿童乐于接受；穴位注射每次治疗所花时间少，较大儿童比较适合；皮内针埋藏有便于定时按压的优点。其他如穴位磁疗、穴位敷贴等也可选用。

针灸治疗遗尿的疗效与多种因素有关，如机体功能状态，头脑反映灵敏者疗效好，下午治疗、特别睡前用灸法效果好等。针灸对某些器质性病变引起的遗尿效果不佳，如大脑发育不全、脑部炎症后遗症、肿瘤、先天性隐性脊柱裂等。对蛲虫病、泌尿道感染等应配合治疗原发病。本病有一定的复发率，特别当阴冷天，或患儿过于疲劳，白天过于兴奋，或感受风寒后，一般说复发后再针灸仍然能够获效。

对本病患儿应解除心理负担和紧张情绪，树立信心，消除自卑、怕羞心理。避免精神刺激，严禁斥责体罚。其次应培养良好习惯，纠正贪玩，避免过度疲劳；晚间限制进水量，少进流质饮食；睡前排空小便，侧卧睡，在其经常尿床的钟点前唤醒起床小便。

小儿脑性瘫痪

概述

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

小儿脑性瘫痪简称小儿脑瘫，是指由于不同原因引起的非进行性中枢性运动功能障碍，可伴有智力低下、惊厥、听觉与视觉障碍及学习困难等。

本病相当于中医儿科的“五软”、“五迟”、“胎弱”、“胎怯”、“五硬”等。所谓五软又名软瘫，即头、颈、手足、肌肉及口痿软无力。五迟是指立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟。本病的发生主要是先天不足、后天失养、病后失调及感受热毒，致使气血不足，五脏六腑、筋骨肌肉、四肢百骸失养，形成亏损之证。故四肢无力，手软不能握持，足软不能站立；脾胃气虚，故肌肉虚软松弛，形体瘦弱，智力迟钝；口唇为脾之外候，脾胃虚故唇色淡白，咀嚼无力，时流涎水；头为诸阳之会，先天不足，阳虚髓弱，后天失养，脾之清阳不升，脾肾俱亏，故头软不能抬举。以上病证也可因感受热毒，耗伤气血所致。由于正气不足，气血津液代谢、运行失常，故也可造成部分患者气滞血瘀、痰阻经络的变化。本病的病位在脑，与心、肝、脾、肾关系密切。病变性质多属虚证，也有虚实夹杂证。

西医学认为引起小儿脑瘫的原因较多，但对患儿中枢神经系统的伤害或发生于出生前，包括感染、代谢障碍、先兆流产、早产、多胎妊娠、接触某些化学药物、放射线等，都可以引起胎儿脑发育障碍；或发生于围产期，如胎盘早剥、脐带脱垂或绕颈、难产所致胎儿窒息、颅内出血等；或发生于出生后头部外伤、感染、核黄疸等。病变部位主要在锥体系，同时可累及到锥体外系、小脑、甚至脑干、脊髓。引起脑部某区的软化、坏死、囊变，或某部发育不良、脑畸形或脑萎缩等。

临床表现

根据运动功能障碍的表现区分痉挛型、锥体外系型、共济失调型及混合型。

（1）痉挛型脑瘫：是最常见的类型，约占 70%。主要病变在大脑皮层运动区和锥体束。特点是肌张力增强、腱反射亢进、踝震挛和巴宾斯基征阳性。患儿两上肢内收、后旋；肘、腕、指间关节屈曲。两下肢伸直，扶立时足尖着地，两腿内收呈剪刀状。根据瘫痪部位又可分为偏瘫、四肢瘫、截瘫、单瘫及三肢瘫。另有部分患儿为肌张力低下性四肢瘫痪，见于 6 月到 4 岁之间，有人认为是痉挛型的前期表现。

（2）锥体外系型脑瘫：主要病变累及基底节。表现为不自主、无规则、不能控制和无目的的运动，睡眠时消失。婴幼儿时肌张力较低，儿童时期表现为手足徐动、舞蹈样动作、扭转痉挛、肌肉震颤或强直。多为核黄疸的后遗症。

（3）共济失调型脑瘫：较少见，主要病变在小脑及其通路上。自幼出现非进行性共济失调及意向性震颤、肌张力低下、轮替运动失常、指鼻及指指试验阳性。此型预后较好。

（4）混合型脑瘫：以上任何两型或三型混合存在，提示病变部位广泛。临床以痉挛型与锥体外系型的混合型常见。

重症脑瘫可伴智力低下、癫痫发作、语言障碍、视觉及听觉障碍及学习困难等。

诊断要点

（1）早期根据肌肉张力增强，运动发育迟缓，姿势、反射、肌力异常等即可诊断。但作病因诊断较为复杂，通过体格检查可确定运动障碍的类型，通过询问病史及 CT 扫描可找出致病原因。

（2）应与脑白质营养不良鉴别，脑白质营养不良为染色体隐性遗传，起病于 1～2

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

岁或更晚。症状进行性加重，表现为步态不稳、痉挛性双侧瘫痪、癫痫发作、语言障碍、视神经萎缩，最终呈去大脑强直。脑脊液蛋白升高，尿或白细胞的特殊检查可见芳基硫酸脂酶缺乏。

（3）应与婴儿型脊髓性肌萎缩鉴别，此病患儿智力正常，膝腱反射难以引出，肌张力低下。脑性瘫痪则智力低下，腱反射亢进。肌张力低下型脑性瘫痪患儿随年龄增长肌张力逐渐增强。

（4）应与脊髓-小脑共济失调综合征鉴别，此为进行性退行性改变，症状随年龄长大逐渐加重，而共济失调型脑瘫无变化或减轻。

治疗

治法：滋养肝肾、补益气血、化痰通络。

（1）针刺

处方：百会　四神聪　大椎　合谷　足三里　悬钟

配穴：肾精亏虚加肾俞、志室、太溪；痰瘀阻络加委中、曲泽刺血，膈俞、血海针刺。

操作：本病属于虚证或本虚标实证，病变在脑部，尤其是病程较长、病情较重者，康复较为困难。针灸治疗一般用补法，可以配合用灸法。因一般患儿难以合作，可用提插捻转、不留针手法。隔日1次，3个月为1疗程。疗程结束后休息1周，进行下一个疗程时可隔日1次。

（2）头针

处方：额中线　顶颞前斜线　顶旁1线　顶旁2线　顶中线　颞后线　枕下旁线

方法：局部消毒后，用1.5寸毫针迅速刺入皮下，深度在帽状腱膜下，然后将针体与头皮平行，推送至所需的刺激区，留针2～4小时，留针时可以自由活动。隔日1次，20～30次为1疗程。

（3）穴位注射

处方：大椎　足三里　阳陵泉　曲池　合谷

方法：用10%葡萄糖注射液、维生素B_1、B_{12}、5%的V-络氨酸等，10%的葡萄糖在肌肉丰厚处可注射10mL，其他药量依病情增减。每次选用2－4穴，每次每穴注入0.5～1mL，隔日1次。20～30次为1疗程。

（4）耳针

处方：枕　皮质下　心　肾　肝　脾　神门

方法：每次选用2～4穴，毫针刺用弱刺激，留针30分钟，隔日1次，亦可用埋丸法，30次为1疗程。

文献摘要

（1）张虹用针刺督脉穴为主治疗本病，主穴为百会、风府、大椎、身柱、脊中、命门、腰阳关、风池。言语障碍配列缺、照海、廉泉、通里；伸舌流涎配承浆、地仓；肢体瘫痪配曲池、合谷、足三里、阳陵泉、后溪、申脉、太冲。督脉穴用提插捻转补法，不留针，其他穴位用提插捻转平补平泻法，一般留针30分钟，不配合者不留针。每日治疗1次，10次为1疗程，以后休息1周再行第2疗程。作者观察到显效多在3个月治疗之后，故以坚持4个疗程治疗为宜。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（张虹．针刺治疗小儿脑性瘫痪．北京中医药大学学报，1996；19（1）：68）

（2）于海波、靳瑞用小型处方治疗本病。主穴为四神针（百会前后左右各1.5寸，共4针）、颞三针（耳尖点上入发际2寸为第一针；第一针同一水平线上前后各1寸为第二、三针，左右共6针）、脑三针（脑户、左右脑空）。肢体瘫痪加手三针（曲池、外关、合谷）、足三针（足三里、三阴交、太冲）；智力低下加智三针（神庭、左右本神）。再根据辨证配心、肾、脾俞、丰隆。留针30分钟，10分钟后捻针1次，行平补平泻法，或随证行补泻。每次主穴均用，配穴交替使用。每日治疗1次。共治疗142例，患者最小为11个月，最大的为16岁。结果显效53例，有效64例，无效25例。

（于海波，等．针刺治疗142例小儿脑瘫的疗效观察．内蒙古中医药，1996；15（3）：26）

按语

小儿脑瘫系脑部病变所致，对已经受损的脑组织，无特效药物治疗。如能早期诊断，采取综合治疗，可减轻运动功能障碍。脑瘫形成以后，恢复比较困难，轻症脑瘫，智力正常或接近正常者，瘫痪程度不严重者预后较好。若瘫痪严重，智力低下，则难恢复。在多种治疗与康复方法中，针灸是重要方法之一，一般采用补先天，以督脉、背俞穴为主，如百会、大椎、身柱、腰阳关等，因督脉能贯脊入脑，脑为元神之府，是精神活动的中枢。督脉又为阳脉之海，通调全身阳气及十二经气血，针刺督脉腧穴不仅能醒脑开窍，还可调理周身气血，增强体质。针灸治疗还应重视调后天，以手足阳明经为主。本病病变范围一般较广，大多为手足阳明经分布所过。脾主四肢，手足痿软乃中州之气不足，不能营养四肢，胃为水谷之海，五脏之本，六腑之大源。脾胃气血充沛既能滋养筋骨、肌肉，又能使气血旺盛，加速智能发育。且针刺手足阳明经随机体功能状况及针刺方法的不同而有扶正与祛邪的不同效果，若兼痰瘀阻滞，针刺手足阳明经可旺盛气血，促进气血运行而消除病理因素。本病临床症状众多，治疗难以短期见效，长期治疗应考虑数组处方轮流交替使用，并根据患者不同临床表现随症选穴。如语言障碍，因语言为智慧的表现，为心所主。心气不足，智窍不通，则语言迟缓。心气通于舌，舌为心之苗，所以除用局部廉泉、金津、玉液外，可用通里调心气，开心窍。其余诸症如指关节屈曲、肘关节拘挛、内旋、腕下垂、足内翻、外翻、踝关节下垂、剪刀步态、腰软等皆以局部配穴为主。针灸治疗小儿脑瘫的疗效与病情轻重有关。一般单侧瘫痪比双侧瘫痪易于治疗，产伤比先天发育不良、核黄疸后遗症易于治疗。同时脑瘫患儿早期治疗其为重要，应在2岁以前，肢体无畸形改变时及早治疗。还应注意针灸治疗本病多数要3个月以上方能见效，故对本病的治疗应有耐心。

本病的治疗与康复应采取综合方法，首先应加强护理，供给充分的营养，加强保育工作，防止意外事故和其他疾病的发生。合理的教育与功能训练，包括日常生活动作的训练、语言训练、劳动技能训练等，促进智能发展，预防肌肉萎缩，改善全身状况。

小儿麻痹后遗症

概述

小儿麻痹症又称脊髓灰质炎，系脊髓灰质炎病毒引起的一种急性传染病。临床以发热、咽痛、咳嗽、出汗，或伴有腹痛腹泻，全身肌肉疼痛，继而出现肢体软弱无力，呈

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

弛缓性麻痹，久则肌肉萎缩为特征。一年四季皆有，以夏秋季节发病率最高。多发于1～5岁小儿，尤以6个月至2岁小儿最多。严重者可因延髓受损，导致呼吸肌、吞咽肌麻痹，甚至呼吸中枢麻痹，而危及生命。

据其临床症状，本病可概括在中医的“湿热”、“暑湿”、“湿温”、“痿证”、“软脚瘟”、“痿疫”等病证中。其发生多因感染湿热、时疫之毒，由口鼻入侵肺胃二经，不同于一般温病的是，本病邪毒入侵肺胃以后，旋即流注经络，导致经络气血运行不畅。症状严重的程度与时行病毒的轻重及患儿正气的强弱有关。若正能胜邪，则仅犯肺胃。若正虚邪盛，则邪气注入经络，累及肝肾发生瘫痪，正虚邪陷心肝，则可能出现内闭外脱危候。当邪闭肺络，若肺气绝，则可能导致呼吸衰竭而死亡。

西医学认为本病系由病毒引起的肠道传染病，其病原体随传染源粪便排出，经水、食物、苍蝇等日常生活接触传播。另外从病人的鼻咽分泌物中能分离出本病病毒，且初期病人有上呼吸道症状，因此认为也有通过空气传染的可能。

临床表现

根据病程和临床表现，本病可分为五期。

（1）前趋期：体温上升至38～39℃。全身不适，饮食减少，出汗，头痛，全身感觉过敏，或有腹痛、恶心、呕吐、腹泻或便秘，或有咳嗽、流涕、咽痛等症。苔薄白或黄厚，质红，脉濡数。证候多属邪犯肺胃。

（2）瘫痪前期：经过1～6天，前趋期热退后，热度再起，显示双峰热型，发热多在39℃以下，面赤，皮肤微红，出汗，并有呕吐，全身肌肉酸痛，感觉过敏，颈项强直，四肢轻度震颤，神清，但易昏睡。苔腻，质红，脉濡数。证候多属邪窜经络。

（3）瘫痪期：在瘫痪前期的3～4天，开始发现瘫痪，并日渐加重，多数经过5～10天即不再加重，部分患儿仍有发热，在38℃左右，然后下降不再进展。瘫痪部位的肌肉疼痛，瘫痪可以发生于身体的任何一处，但以四肢为主，尤以下肢为多。局部皮肤温度较低，较为严重的是膈肌、肋间肌、咽部肌肉、声带瘫痪和喉肌痉挛，可使呼吸困难。舌质红，苔黄腻，脉弦滑或濡数，证候多属湿热稽留经络。

（4）恢复期：瘫痪后1～2周，病肢开始恢复，轻症经过1～3个月能恢复较好，重症需经过6～18个月，或更久才能恢复。证属经络瘀阻。

（5）后遗症期：瘫痪较久，患肢皮肤冰凉，筋骨渐枯，肌肉渐萎缩，肢体畸形，如脊柱前凸或侧凹，膝后弓，马蹄足、内翻或外翻，甚至丧失活动能力。舌质红或淡红，苔少或白苔，脉沉细。证属肝肾不足、气虚血瘀。

诊断要点

（1）本病初期类似感冒，可根据夏秋季节流行情况及症状如多汗、嗜睡或烦躁、头痛、恶心呕吐等疑为此病，并密切观察。

（2）瘫痪前期应特别注意背部强直征与脑脊液的变化。而确诊往往须借助病毒学检查。

治疗

治法：祛邪通络，濡养筋脉。

（1）针刺

处方：下肢麻痹：腰夹脊　髀关　伏兔　足三里

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

上肢麻痹：颈夹脊　肩髃　曲池　手三里　合谷

腹肌麻痹：胸夹脊　带脉

配穴：颈软无力配风池、百劳、大杼、肩中俞、后溪、昆仑；呼吸困难配膈俞、期门、大包、天突；呼吸不齐配膻中、尺泽、内关、会阴；吞咽困难配天突、扶突、天鼎、合谷；尿潴留或尿失禁配水道、关元、中极、阴陵泉、委阳、中髎；不能排便配天枢、大横、气海、上巨虚；足外翻配商丘、太溪、复溜、三阴交；足内翻配昆仑、丘墟、跗阳；手下垂配外关、阳溪、阳池、阳谷。

操作：对于麻痹肌肉的治疗，总的原则是重用手足阳明经穴与夹脊穴，其他经穴、选穴多少视麻痹部位及其大小而定，一般每次选用 4～6 个穴，轮流使用。对四肢瘫痪的治疗以浅刺疾出的手法，进针得气后便可出针。对吞咽困难、呼吸障碍等应用捻转法，反复行针，针刺会阴对调整呼吸有独到的作用，应深刺 1.5～2 寸，反复行针。针刺手法，初期感觉灵敏，用疾刺疾出手法，后期感觉迟钝用较重刺激。过去主张病初需安静休息，尽量避免刺激，到热退瘫痪症状明显后才开始应用，但实践证明，病程初期可以积极配合针灸治疗。一般来说，从热退到恢复期这一阶段主要是针灸治疗，针刺的刺激量可适当加强才有利于瘫痪的恢复。针刺是否留针视患儿配合程度而定。后期可配合用灸法、拔火罐或其他疗法。

（2）穴位注射

处方：根据瘫痪部位，参照体针处方

方法：每次选用 2～4 穴，用 10% 葡萄糖 10～20ml，每穴注入 2ml；或用盐酸呋喃硫胺（长效维生素 B_1）、维生素 B_{12}、加兰他敏，或复方当归等，每穴 1～2ml，隔日 1 次，30 次为 1 疗程。

（3）电排针

处方：下肢瘫痪：胃经、脾经穴组；膀胱经、胆经穴组

上肢瘫痪：大肠经、肺经穴组；小肠经、三焦经穴组

方法：每次选用一组穴位及督脉穴位，沿经脉循行，从受损部位起端开始，依次进针，针间距约 3cm，连接成排，每次用两排，然后依次行针催气，得气后加大指力，以插为主，插多提少，诱发针感上下传导。再以细铜丝缠绕连接各针，接通脉冲电源。每次通电 20 分钟，隔日 1 次，20～30 次为 1 疗程。

（4）皮肤针

处方：背部督脉穴　夹脊　背俞穴　手足阳明经穴

方法：根据瘫痪部位选用叩刺穴位，从上而下循经用轻刺激叩刺，每次叩刺 20～30 分钟，隔日 1 次，30 次为 1 疗程。

（5）穴位结扎

处方：根据病变肌群的神经分布选用有关穴位，每次 1～2 个点。

方法：常规消毒后，切开皮肤，用止血钳在治疗点做一定强度及一定范围的刺激，再以羊肠线将治疗周围的组织结扎起来而产生治疗作用。一般 15～20 天治疗 1 次，7 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）顾光等用子午流注法针刺治疗小儿麻痹后遗症 1000 例。选用①脾胃经穴组。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

②膀胱、胆经穴组（均取受损部位腧穴）。每口 1 组穴位，两组穴位交替使用。在脾、胃经气血旺盛的辰、巳两个时辰，施以“电排针”治疗。确定相关经穴后，沿着经络循行，以受损部位的始端起，依次进针，针间距约 3cm，相连成排，每次用两排。然后依次运针激气，得气后加大指力，以插为主，插多提少，诱发针感循经穴上下传导，使针感直达病变经络。最后经细铜丝缠绕连接各针，接通脉冲电源，调整电流强度、频率、波形。每次治疗 20 分钟，每日 1 次，12 次为 1 疗程，间隔 1 周，再施行下 1 疗程，3 个疗程为 1 阶段，两个治疗阶段之间休息 6 个月。共治疗 1000 例，显效 360 例，有效 340 例，好转 260 例，无效 40 例。

（顾光，等．子午流注法针刺治疗小儿麻痹后遗症 1000 例，中国针灸，1988，8（5）：1）

（2）徐伟采用分型治疗，湿热阻络取大椎、风府、曲池、合谷、足三里、阳陵泉，采用浅刺疾出手法；气滞血瘀型上肢用合谷、曲池、臂臑、肩髃、尺泽，下肢取伏兔、梁丘、足三里、丰隆、解溪、环跳、阳陵泉、阴陵泉，采用泻法，得气后留针 30 分钟，每日 1 次，20 次为 1 疗程。共治疗 110 例，痊愈 25 例，显效 48 例，有效 32 例，无效 5 例，总有效率 95.4%。

（徐伟，等．针刺治疗小儿麻痹 110 例临床观察．针灸学报，1992，8（6）：11）

（3）常超按麻痹部位及症状取穴，以阳明经穴为主。得气后接低频脉冲电疗仪，采用疏密波，强度以患儿能耐受为度。再取叶秋碱针剂 4mg，盐酸呋喃硫胺注射液、三磷酸腺苷针剂或胎盘注射液各 20mg、维生素 B_{12} 注射液 250mg 混合，每次注射 4 穴，每日 1 次，10 次为 1 疗程。共治疗 515 例，痊愈 160 例，显效 265 例，好转 90 例，总有效率 100%。

（常超，等．针刺治疗小儿麻痹后遗症 515 例．针灸学报，1990，6（2）：16）

（4）李延芳等用多经多穴治疗小儿麻痹症 500 例，患者最小 3 个月，最大 14 岁，以 3 岁以内者居多。轻症每次选用 1 条阳经、1 条阴经；重症每次选用 2 条阳经、1 条阴经。并视麻痹肌肉的经络分布，阴经阳经灵活掌握、交替使用。上肢选用尺泽、太渊、大椎、身柱、肩髃、曲池、合谷、外关；下肢选用髀关、伏兔、梁丘、足三里、环跳、阳陵泉、三阴交；配穴：腰肌麻痹配命门、肾俞、大肠俞、次髎；腹肌麻痹配中脘、气海、阿是穴；肋间肌麻痹配章门、期门、带脉；呼吸肌麻痹配肺俞、天突；足外翻配复溜、商丘；足内翻配丘墟、申脉、跗阳；足尖下垂配解溪、八风；跟行足者配承山、昆仑、太溪、阿是穴。轻刺不留针，每日 1 次，15 次为 1 疗程，休息 5 天再进入下 1 疗程。共治疗 500 例，治愈 306 例（61.2%），显效 184 例（36.80%），好转 10 例（2%）。治疗次数最少的 5 次，最多的 102 次。

（李延芳，等．多经多穴治疗小儿麻痹症 500 例．中国针灸，1991，11（3）：5）

按语

本病属中医痿证范围，针灸治疗根据“治痿独取阳明”的原则，多用阳明经穴为主。痿证的成因，初期由邪热耗伤津液，经筋失养。病久可导致气血两虚、肝肾不足，同时兼有瘀血阻络。针灸多种穴位刺激方法均对本病有较好疗效，总的有效率并无明显差异。一般以针刺为主，配合穴位注射、皮肤针、电针等交替使用。选穴的多少根据病变部位的大小而定。针刺手法在初期感觉过敏、肌肉疼痛之时，应予轻刺疾出方法。后

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

期感觉迟钝则应重刺，反复行针，以求有较好针感。针灸治疗本病的效果主要决定于病变时间的长短与病变程度。对于后遗症主张早期治疗，后期若患者体质较虚，肌肉萎缩，肢体畸形则效果较差。除针灸治疗外应加强肢体功能锻炼，有助于提高疗效和加速患肢的恢复。

先天愚型

概述

先天愚型又称21三体综合征，是由于常染色体畸变引起的最常见的染色体病。临床以智力低下、特殊面容或伴有其他畸形为特征。

本病在中医的“五迟”、“五软”、“解颅”等病证中有所描述。中医认为主要由于先天胎禀不足，父母气血虚弱，先天有亏，致小儿肾气亏虚，肾精不足，心神脑髓失于充养，以致智力迟钝，气血精液不足，脏腑筋骨肌肉失养，而兼有肢体器官发育异常。病位主要在肝肾，病性以虚为主。

西医学认为引起本病染色体畸变的主要原因有高龄孕妇，如35岁以上，多胎的最后一胎，多年不妊者或妊娠早期患病毒感染，接受放射线治疗及服用某些药物等。染色体易位型多为年轻母亲所生。使患儿染色体总数为47个，有一个额外的21号染色体。由于患儿体内有三个21号染色体，其所载基因较正常人多，破坏了体内遗传物质间的平衡状态，使胎儿发育异常。

临床表现

患儿智力发育障碍，体格发育迟缓，具有特殊的面容，如眼距宽、两眼外侧上斜、鼻根扁平、口半张、舌常伸出口外，流涎多，故称伸舌样痴呆。四肢肌张力低下，韧带松弛，故关节可过度活动。小指短并向内弯曲。常伴有其他畸形如先天性心脏病、脐疝、小阴茎及多指趾等。患儿易患肺炎等呼吸道感染。手掌皮纹有特征性表现，如一侧或双侧通贯手，手掌三叉点移向掌心，adt角增大，手指箕形纹增多等。

诊断要点

（1）根据智力低下、特殊面容、体格发育迟缓和皮纹特点，及染色体检查即可诊断。

（2）应与呆小病（克汀病）鉴别。克汀病即先天性甲状腺功能低下，其症状及体征出现于生后数周，舌大而厚，毛发干燥稀疏，皮肤粗糙，其染色体正常。

治疗

治法：通调督脉，补益脾肾，健脑开窍，活血强筋。

（1）针刺

处方：百会　四神聪　通里　足三里　三阴交

配穴：好动者配合谷、太冲、内关；喜静者配水沟、神门、大钟；语言障碍配哑门、心俞；上肢瘫痪配曲池、合谷、外关；下肢瘫痪配环跳、阳陵泉、悬钟；遗尿配关元、肾俞。体虚多病者配相应夹脊穴。

操作：针刺用补法，四肢穴用疾刺疾出法，小幅度提插捻转，不留针，头皮穴可横卧针身，置于帽状腱膜下，留针30～60分钟。也可配合用电针。哑门穴用1寸毫针缓慢进针。隔日针刺1次，30次为1疗程。

（2）耳针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：心　肾　缘中　交感　垂前　神门　内分泌

方法：用埋针或埋丸法，每日按压穴位3～5次，每次每穴2分钟，至耳穴区红热。

(3) 穴位注射

处方：哑门　风池　大椎　肾俞　内关　足三里

方法：用乙酰谷酰胺250mg、呋喃硫胺20mg，或用当归注射液、丹参注射液等，每穴注入药液1～2ml，隔日1次，20次为1疗程。

文献摘要

(1) 田岭娣等用耳压与针药并用治疗儿童智力低下。耳压取穴为①肾、脑点、脾、枕、神门、内分泌；②肾、脾、肝、肾上腺、脑、额。每次取穴1组，用王不留行籽贴压，每周2次。依次每月更换1组耳穴，3个月为1疗程。针刺用3组穴位：①百会、四神聪、神门、太冲；②通天、上星、风府、大陵、昆仑；③玉枕、精神情感区、内关、照海。每次取用1组穴，隔日针刺1次，施平补平泻手法，留针20分钟。依次每月更换1组穴位，3个月为1疗程。同时配合益智健脑膏贴敷于腕、踝部针刺相应的穴位上，24小时后洗净。共治疗100例，显效7例，有效69例，无效24例，总有效率为76%。

(田岭娣，等．针刺为主治疗儿童智力低下100例临床观察．中国针灸，1996，16(6)：1)

(2) 靳瑞等以四神聪、智三针为主穴治疗小儿弱智，智三针即神庭一针、左右本神各一针。并根据中医辨证，好动难静者属阳证配四关、内关、劳宫、涌泉；喜静少动者属阴证配足三里、人中、三阴交、神门；语言障碍者配通里、哑门；运动障碍者配曲池、肩髃、外关、环跳、阳陵泉、悬钟；久病体弱者配五脏背俞穴。主穴每次均针刺，配穴交替使用。前20日每日1次，以后隔日1次。共治疗558例，显效127例，有效314例，无效117例，总有效率79.03%。

(靳瑞等．以四神聪、智三针为主治疗弱智儿童558例临床疗效观察，中国针灸．1992，12(2)：3)

(3) 闻韶华用耳压法治疗先天愚型，取主穴为心、缘中、肾、枕、交感、垂前、耳迷根、神门、胸、内分泌，配穴取眼、肝、肺、外鼻、甲状腺、皮质下、心脏点。用王不留行籽或油菜籽加活血镇痛膏贴压，至耳穴有胀感、耳部发红即可。穴位分组轮换，耳廓皮肤洗净，勿用力太过而压破皮肤。嘱家长每日按压3～4次，每周2次，10次为1疗程。共治疗60例，显效35例，有效18例，无效7例，总有效率88.33%。

(闻韶华．耳压治疗先天愚型60例疗效观察，北京中医，1993(1)：34)

按语

近年来脑病的深入研究，以及针灸在治疗神经精神系统疾病的广泛运用，用针灸治疗小儿智力低下报道渐多，其中包括先天愚型。先天愚型多数预后不佳，西医学一般试用谷氨酸或γ氨基丁酸、甲状腺素片、维生素B_1、B_6等。针灸能在一定程度上改善患儿症状，提高智力，无疑减轻了病家的痛苦与负担。针灸治疗多用头部督脉穴为主体，兼取与心、脾、胃、肾有关穴位，以补肾益髓，健脑开窍。一般隔日针刺，疗程较长。也可配合耳针治疗以提高疗效。应该积极预防本病的发生，对高龄妇女采取节育措施，积极预防孕妇的病毒感染，妊娠前后避免X线照射和滥用化学药品。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

小儿多动症

概述

小儿多动症即脑功能轻微障碍综合征是指小儿智力正常或接近正常，有不同程度的学习困难、自我控制能力弱、活动过多、注意力不集中、情绪不稳定和行为异常等症状。多发生于4～16岁的儿童，男孩多于女孩。

根据临床表现，本病属中医的心神不宁之证，认为其病位在心（脑），由于先天禀赋不足，使阴阳偏盛偏衰，或后天失于调护，使心脾、肝肾阴阳失于平衡，或心脾两虚，心失所养，或阴血不足，心火、肝阳偏亢，也有痰瘀内阻，郁而化火者，病变性质有虚有实，或虚实兼见。

西医学对本病原因尚不清楚，认为可能与出生前后的轻微脑损伤、多基因遗传和环境因素、重金属中毒、微量元素缺乏等有关。近年来认为可能是由于神经细胞突触间隙中的神经递质（去甲肾上腺素、5-羟色胺）不足，信息不能顺利上传，以致患儿大脑皮层不能接受调节觉醒和抑制功能所必须的兴奋，无法抑制自身的行为，从而产生一系列临床症状。同时发现患儿24小时尿香草基扁桃酸值低于正常。

临床表现

患儿主要表现为行为异常，主要是运动过多和动作不协调。婴儿时不安静，易激惹，睡眠不安。幼儿时不能静坐，任意破坏东西。学龄期不能静坐听讲，小动作多。部分患儿表现为活动过少或精神呆滞。患儿注意力不集中，控制力差，容易冲动，部分有遗尿症。部分患儿有轻微的神经系统阳性体征，如动作笨拙、轮替动作和精细动作欠灵活。

诊断要点

（1）根据病史与行为异常即可诊断，学龄儿童多见，家长与教师的日常观察有利于诊断。

（2）应与精神分裂症相鉴别，精神分裂症有注意力不集中，情绪不稳定，但多表现为孤独怪僻、恐惧，与周围人难以交往，喜静少动。

（3）应与抽动—秽语综合征相鉴别，该病表现为面、颈、手足不自主抽动，不自主发声及秽语。氟哌啶醇治疗有效，而苯丙胺可致恶化。

治疗

治法：宁心安神，平肝潜阳，益肾健脑。

（1）针刺

处方：百会　印堂　风池　内关　太冲　太溪

配穴：注意力不集中配四神聪、大陵；动作过多配心俞、膻中；烦躁不安配照海、神庭；食欲不振配中脘、足三里；遗尿配中极、膀胱俞。

操作：每次选用3～5穴，快速进针，用平补平泻手法，四肢穴位提插捻转即可出针。头部穴位可适当留针，间歇行针，留针30分钟。每日或隔日1次，30次为1疗程。

（2）耳针

处方：心　肝　肾　皮质下　肾上腺　交感　枕

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：两耳穴位交替使用。毫针刺用中等刺激，留针 30 分钟，隔日 1 次。或用埋针或埋丸法。

文献摘要

（1）稽玉秀等用针刺、耳压及拔罐多法联用治疗小儿多动症。体针主穴取百会、内关、太冲、曲池、大椎，注意力不集中者加四神聪、心俞；烦躁不安、情绪不稳者加神庭、膻中，用泻法，年龄较大者用电针，取疏波，电流强度以患儿可以耐受为度，留针 20～30 分钟，10 次为 1 疗程，每周 2 次。耳穴压丸用心、肾、脑干、脑点、皮质下、神门、肾上腺、交感、三焦等，每周 2 次，左右两耳交替使用，每次选用 5～10 个穴，用磁珠贴压，每日按压 3 次，每次 0.5～1 分钟以耳廓充血、发热为度，10 次为 1 疗程。拔火罐用闪罐法拔大椎、身柱、心俞、肝俞、胆俞、三焦俞、肾俞、神道、膏肓等，每次 4～6 个穴，留罐 10～15 分钟，每周 2 次，10 次为 1 疗程。共治疗 35 例，显效 18 例，有效 13 例，无效 4 例。

（稽玉秀等．针灸治疗儿童多动症 35 例临床观察．针灸临床杂志，1996，12（2）：14）

（2）李美琪等取百会、合谷、神门、足三里、太冲、太溪治疗小儿多动症，除太冲用泻法外，其余各穴用平补平泻法。治疗一例发病 1 年余的 14 岁学生，针刺 15 次后，诸症控制。后因学习紧张，2 年后病又复发，再次治疗，按原法治疗 20 次，症状消失而愈。另取百会、印堂、风池、内关、丰隆、太冲穴，治疗一例 7 岁患儿，针刺 3 次，喉间叽叽声消失，10 次后伸颈控制，但偶有眨眼动作，又针刺 10 次，上述症状消失。停针观察 3 个月，再未出现伸颈等症。

（李美琪等．针刺治疗小儿多动症 12 例．新疆中医药，1992（3）：30）

按语

本病临床主要表现动作过多与不协调，如摇头、伸颈、努嘴、眨眼、嗅鼻、吐舌、挤眉、耸肩、踢腿、胸廓震颤等，尤其在情绪紧张时发作频繁。针灸采用宁心安神、平肝潜阳法，调整脏腑阴阳，改善大脑功能，能起到减轻症状作用，具有一定的临床效果。临床多用针刺法，或用体针结合耳穴压丸法治疗。但由于某些因素患者容易复发，复发后继续针灸仍然有效。

5.2.2.7 皮肤科疾病

湿　疹

概述

湿疹是由多种因素引起的一种皮肤炎症，临床以皮损多形、渗出明显、病程较长、复发倾向为特征。

湿疹包括在中医所称的癣疮之内，因其症状及病变部位的不同，名称各异。如浸淫遍体，渗液极多者名浸淫疮；身起红粟，搔痒出血的称血风疮；发于面部者称面游风；发于耳部的称旋耳风；发于乳头者称乳头风；发于脐部者称脐疮；发于阴囊者称绣球风或肾囊风；发于肘、膝窝处称四弯风；发于手掌者称鹅掌风；发于小腿者称湿臁疮、湿毒疮；发于肛门者称肛门圈癣。此外又有恶疮、湿毒之称。本病与风湿热邪侵袭肌肤有

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

关。精神紧张，思虑过度，损伤脾气，水湿运化失常，停滞为湿，郁久化热，湿热互搏，蕴于肌肤而发病。或久病伤血，血虚生风化燥，使肌肤失于濡养而成。本病病位主要在脾，“湿”邪是主要病因。病变性质在病初多实证，多见风热、湿热，病久则虚实相兼，多见阴虚挟湿、脾虚湿盛、血虚风燥等。

西医学认为本病是由复杂的激发因子引起的一种迟发性变态反应，患者可能具有一定的体质，后者受遗传因素支配，又受健康情况及环境条件的影响。变应原可以是摄入的食物、吸入的物质、病灶感染、内分泌及代谢障碍，外界因素如寒冷、湿热、油漆、毛织品、麦芒等刺激。

临床表现

按皮损表现可分为急性、亚急性、慢性三种。

急性湿疹为多数密集的粟粒大的丘疹、丘疹疱、小水疱、脓疱，并与糜烂、渗出、结痂并存。初起密集的点状红斑及粟粒大小丘疹和丘疱疹，很快变成小水疱，破溃后形成点状糜烂面，瘙痒难忍，影响睡眠，并可合并感染形成脓疱，脓液渗出。亚急性湿疹为急性湿疹迁延而来，见有小丘疹，并有少数丘疹疱和水疱，轻度糜烂，剧烈瘙痒。急性、亚急性湿疹反复发作不愈，则成为慢性湿疹，或一开始就是慢性炎症。表现为皮肤粗糙、增厚，触之较硬，苔藓样变，色素沉着，有抓痕，间有糜烂、渗出、血痂、鳞屑。病程较长，可迁延数月或数年。

诊断要点

（1）根据病史、皮疹形态为多形性、弥漫性、对称分布，急性者有渗出，慢性有浸润肥厚，病程不规则，反复发作，瘙痒剧烈，可以诊断。

（2）急性湿疹应与接触性皮炎鉴别，后者有明显的接触史，病变局限于接触部位，皮疹多单一形态，易起大疱，边界清楚，病程短，去除病因后多易治愈。

（3）慢性湿疹需与神经性皮炎鉴别，后者多见于颈、肘、尾骶部，有典型苔藓样变，无多形性皮疹，无渗出表现。

（4）手足湿疹应与手足癣鉴别，后者皮损境界清楚，有叶状鳞屑附着，夏季增剧，常并发指趾间糜烂，鳞屑内可找到菌丝。

治疗

治疗原则：清热利湿，健脾化湿，养血润燥。

（1）针刺

处方：大椎　曲池　足三里　三阴交　神门

配穴：湿热者加阴陵泉、陶道、肺俞；脾虚者配脾俞、胃俞、阴陵泉；血虚者加膈俞、肝俞、血海；

操作：湿热证用泻法，其余诸证用平补平泻法。每次留针 15 分钟，急性期每日 1 次，慢性期隔日 1 次。5 次为 1 疗程。

（2）灸法

处方：阿是穴　大椎　曲池　三阴交

方法：用艾条温和灸皮损区即阿是穴，使局部皮肤出现红晕为止。其余诸穴用隔蒜灸，每穴每次 5～7 壮，隔日 1 次。

（3）刺络拔罐

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：阿是穴　夹脊穴　曲泽　委中　大椎

方法：阿是穴、夹脊穴用皮肤针重叩出血后，再拔火罐；其余穴用三棱针点刺出血，待出血转红后再加拔火罐。急性期每周治疗2次；慢性期每周治疗1次。

(4) 穴位注射

处方：曲池　足三里　血海　大椎

方法：每次用2个穴。用维生素B_{12}、维生素B_1、转移因子、利多卡因、注射用水、板蓝根注射液等，也可用自血加2.5%的枸橼酸钠注射液，每穴注入药液1～2ml。隔日1次。

(5) 耳针

处方：肺　脾　肝　神门　内分泌　皮质下　皮损相应区

方法：每次选用3～4穴，两耳交替使用，毫针刺用中等刺激，留针1小时，隔日1次，5次为1疗程。也可在耳穴针刺后接用电针。或用耳穴埋针、压丸。

文献摘要

(1) 王春芳用皮肤针在皮损区由外缘向中心快速散刺，使之微出血，然后再在叩刺部位拔罐3～5分钟，每罐出血约5ml，用干棉球擦净血迹后，在皮损散在部位涂以醋霜；再取足三里、三阴交穴，用醋酸强的松龙注射液12.5mg、维丁胶钙注射液1ml、维生素B_{12}注射液0.25mg注入穴内，两侧穴位交替使用。共治疗30例小儿慢性湿疹，结果痊愈15例，显效8例，好转5例，无效2例，总有效率93%。

(王春芳．针刺治疗小儿慢性湿疹30例．上海针灸杂志，1995，14(3)：116)

(2) 林凌用自血穴位注射治疗全身性湿疹。取曲池、足三里、肺俞、三阴交、血海，抽取2.5%枸橼酸钠注射液0.6ml，再抽取患者肘静脉血6ml，摇匀，注入穴内，每穴3ml，每次取2穴，5穴交替使用，每周1次为1疗程。共治疗46例，痊愈40例，好转4例，无效2例，有效率为95.7%。

(林凌．自血穴位注射治疗全身性湿疹46例临床观察．中国针灸，1993，13(4)：4)

(3) 任仓孝取中极、血海、三阴交、蠡沟、会阴、大敦（刺血），均用泻法，留针20分钟，中间捻针1次，每日1次，2天为1疗程，隔日行下1疗程。共治疗122例湿热偏重型阴囊湿疹，针刺后即日瘙痒减轻，大部分病例于第3天瘙痒全部消失，1周后渗液处结痂脱屑而愈，针刺3疗程后显效。

(任仓孝．针刺治疗阴囊湿疹122例．针灸学报，1992，8(1)：19)

按语

本病多由禀赋不耐，感受风、湿、热，郁于肌肤所致。急性者以湿热为主，亚急性多见脾虚湿盛，慢性者多血虚生风化燥，肌肤失于濡养而成。针灸多用血海、三阴交、足三里、曲池、大椎等。穴位刺激方法较多，可用一般毫针刺，也可用皮肤针、三棱针、穴位注射，慢性者用刺络拔罐法。本病发生为迟发性变态反应，针灸可提高机体抗变态反应的能力，是治疗本病的有效方法，特别是缓解症状较易，但根治有相当难度。

在治疗期间应嘱患者忌食辛辣刺激食物，忌用热水烫洗及刺激性洗涤用品，保持平稳情绪，以减少复发。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

神经性皮炎

概述

神经性皮炎是一种皮肤神经功能障碍性皮肤病，以皮肤损害呈苔藓样改变和阵发性剧烈瘙痒为特征。根据皮损范围大小，临床可分为局限型神经性皮炎和泛发型神经性皮炎两种。

中医将本病概括在“牛皮癣”、“顽癣”范围内，这是因为其皮肤增厚，发生苔藓样变化，如牛领之皮，顽硬且坚，实际上与西医学所称的牛皮癣（银屑病）是不同的。又因本病最多发生于项部衣领摩擦部位，故也称“摄领疮”。认为本病是由于风、热郁于肌肤，络脉不畅所致。病久或因风热炽盛，或因情志紧张，或因思虑劳累过度，使营血不足，血虚生风化燥，肌肤失去濡养故呈慢性病程，易于复发的特点。故本病初期以风热夹瘀所致实证为主，慢性期以血虚风燥虚实相兼证为主。

西医学对本病病因尚不十分清楚，但与神经系统功能障碍、大脑皮层兴奋与抑制过程平衡失调有关。精神因素被认为是主要的诱因。情绪紧张、恐怖焦虑、工作过度疲劳、都可促使皮损发生或复发。摩擦、搔抓、多汗或其他机械性、物理性刺激及虫咬等也可诱发本病。

临床表现

本病多见于青年与成年人，老年人较为少见，儿童一般不发病。

局限型神经性皮炎表现为颈侧、项部、额部、尾骶部、肘窝、腘窝，也可见于背腰、两髋、会阴部、腹股沟、上眼睑及四肢伸侧等处。常对称分布，亦可沿皮肤皱折或神经分布呈线状排列。初起皮肤只是间歇发痒，由于搔抓，皮肤迅速呈苔藓化，皮肤增厚，皮纹加深，上有许多鳞屑。皮损范围不定，呈圆形、卵圆形、不规则形或线形。皮损以中央最著，越近边缘越轻微，界限不清楚。有搔抓摩擦引起皮肤抓破、血痂及脓疱继发性损害。本病呈慢性过程，一般夏季加重，冬季缓解。皮损扩大到一定程度后就会长期不变，有的可在数周内痊愈，不留痕迹，但易复发。

泛发型神经性皮炎，其皮损与局限型相同，亦呈苔藓样肥厚斑片，但分布较广泛，可泛发于全身各处，以肘窝、腘窝、四肢、面部及躯干为多。

诊断要点

（1）根据典型的苔藓样变，瘙痒剧烈，好发部位及慢性病程等特点即可诊断。

（2）需与慢性湿疹鉴别，后者多有糜烂、渗液等急性发病过程，苔藓样变不如神经性皮炎显著，但浸润肥厚比较明显，边界也多不如神经皮炎清楚。

（3）需与扁平苔癣鉴别，后者为多形中央略凹陷的扁平丘疹，呈暗红、紫红或正常皮色，组织病理变化有其特异性。

（4）原发性皮肤淀粉样变，后者好发于小腿伸侧，为绿豆大的半球状丘疹，质坚硬，密集成片。组织病理变化有诊断意义。

治疗

治疗原则：祛风清热，凉血化瘀，养血润燥。

（1）针刺

处方：风池　大椎　曲池　血海　委中　膈俞　肝俞　皮损局部

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：夹湿者加阴陵泉、三阴交；心悸失眠者加内关、神门、照海。

操作：每次选用4～5个穴。体强者可用泻法，病久体弱者可用平补平泻法。皮损局部取4～6个点用1.5寸毫针围刺，针尖沿病灶基底部皮下向中心平刺。留针30分钟，每日1次，或隔日1次，30次为1疗程。

（2）灸法

处方：阿是穴

方法：用清艾条薰灸病灶局部，病灶较大者可数根艾条并在一起灸。围绕病灶从中心向外缘移动，每次灸20分钟，使皮色变红，表皮发热，每日1次，30次为1疗程。

（3）皮肤针

处方：夹脊穴　阿是穴

方法：头面颈部选用颈部夹脊穴，上肢选用颈至胸夹脊穴，下肢选用腰骶夹脊穴，对泛发型重点用T3～T12夹脊穴。左手绷紧病灶皮肤，先在病灶局部用皮肤针均匀叩打，先轻后重，先内后外，使局部微出血，然后在选定的夹脊穴处用同样手法操作，最后在平整部位加拔火罐。也可局部叩刺后，在局部加用艾条灸15分钟。

（4）耳针

处方：肺　肝　神门　皮质下　肾上腺　内分泌　皮损相应区　耳背静脉

方法：每次选用3～5穴，两耳交替使用。毫针刺用中等手法，留针40～60分钟。耳背静脉用三棱针点刺放血数滴，隔日1次。或用耳穴埋针、压丸。

文献摘要

（1）陈守龙以大椎、灵台为主穴，皮损在头颈部、双上肢者配曲池；在下肢者配委中；泛发于全身者上下肢配穴隔日轮换。患者俯卧位，得气后接G-6805电针仪，负极接主穴，正极接配穴，共两组导线，用400次/分以上密波，每日1次。共治疗68例，痊愈53例，显效12例，无效3例。

（陈守龙．针刺治疗神经性皮炎．新中医，1993，25（8）：30）

（2）杨庆林先用皮肤针叩打患部，以微出血为度，然后在患处拔火罐，每日治疗1次。共治疗96例，痊愈70例，好转21例，无效5例。

（杨庆林．梅花针配合拔罐治疗神经性皮炎96例．江苏中医，1992，（9）：29）

（3）张晓红等用浅刺法治疗神经性皮炎24例。皮损局部常规消毒后，用0.5寸毫针快速斜刺进针，深至皮内即可，每针间隔1cm左右，呈交叉排列，以针满皮损区为度，留针30min，每日1次。本组24例中18痊愈，6例好转。

（张晓红等．浅刺法治疗神经性皮炎24例．中国针灸，1994，14（5）：16）

（4）于庆祥用围刺灸法治疗本病。用28号针围刺皮损局部，针尖向病灶中心点呈15°角刺入，略提插捻转，使患者局部有轻微的酸胀感为度，针距约2cm，再取半寸长毫针在皮损中心针刺，对皮损呈苔藓样变、瘙痒难忍者，手法宜重，可施以双层围刺法。艾灸从内向外，剧痒者灸至不痒为度，不痒者灸至痒、再灸至不痒，时间不得少于10分钟，灸治后接电子治疗仪，隔针接1极，选用疏密波10～100次/秒，刺激量不宜过大，使患者有舒适感。用艾条灸心俞、肺俞，每穴灸5分钟。隔日作1次围刺灸。共治疗50例，痊愈36例，显效8例，有效4例，无效2例，总有效率96%。

（于庆祥．围刺灸法治疗神经性皮炎50例．针灸学报，1992，8（1）：15）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

按语

神经性皮炎是一种慢性瘙痒性皮肤神经官能症。确切病因尚未明了，主要证型为风热夹瘀或血虚风燥。目前有多种治疗方法，但能够根治、不使其复发者较少。针灸治疗本病也有较好的近期疗效，其方法也很多，其中用皮肤针叩刺局部及相应夹脊穴较为多用，在此基础上或再辨证选穴，作整体调整，或仍在局部加用艾灸或加拔火罐。针灸通过调整神经系统的兴奋、抑制功能可明显镇静、止痒，近期疗效较好，为防止复发痊愈后仍需继续治疗 1 个月。如何防止复发仍需进一步研究。

应嘱患者皮损处避免搔抓、热水烫洗，忌用刺激性药物外涂。忌食鱼虾辛辣食物，多食新鲜蔬菜、水果。

荨 麻 疹

概述

俗称“风疹块”。是由于皮肤、粘膜小血管扩张及渗透性增加而出现的一种局限性水肿反应。其病因主要是先天性过敏体质，在某种致敏物质作用下引起的过敏反应。临床表现为大小不等的局限性风团，骤然发生，迅速消退，瘙痒剧烈，愈后不留任何痕迹，有的病人尚有发热、腹痛等全身症状。有 15%～20%的人一生中至少发作过一次荨麻疹。

中医学称本病为“风瘙瘾疹”、“风疹”。认为发病原因不外内外两端，内因禀赋不足，外因风邪为患。由于卫表不固，感受风寒或风热之邪，客于肌肤，致使营卫不和；或因饮食不节，内有湿热、食滞，外受风邪侵袭，使内不得疏泄，外不能透达，郁于肌肤而发。慢性荨麻疹多由情志不遂，肝郁不舒，郁久化火，耗伤阴血，或因脾气虚弱，湿热虫积，或因冲任失调，经血过多，或因久病耗气伤血等，均可致营血不足，生风生燥，肌肤失养所致。本病总属本虚标实，急性多为实证，久病可虚实相兼，发作时以实证为主，缓解期多见虚证，或虚实兼见。

西医学认为本病病因复杂，约 3/4 的患者不能找到原因，尤其是慢性荨麻疹。一般认为引起荨麻疹的因素很多，主要有食物如鱼、虾、蟹、蛋、牛奶、肉类、蕃茄、韭菜、大蒜等；药物如菌苗、异种血清、输血、抗生素、痢特灵、阿司匹林等；吸入物如花粉、灰尘、动物皮屑、羽毛、烟雾、真菌孢子、喷雾剂等；感染如寄生虫、细菌、病毒、真菌等；虫咬如昆虫叮咬或刺螫；接触某些化学品、漆树等；物理因素如日光、寒冷、湿热、摩擦、压力等；精神紧张、兴奋、运动后；某些内脏或全身性疾病如肝炎、阿米巴病、风湿热、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、过敏性紫癜、月经、妊娠、某些内分泌性疾病或恶性肿瘤等。本病发病原理或为抗原抗体相作用的变态反应；或是不经过免疫学机制，由肥大细胞和嗜碱性粒细胞释放组织胺等介质引起；或是某些原因直接使皮肤血管扩张而产生荨麻疹。

临床表现

本病根据发病缓急及病程长短可分为急、慢性两种。

急性荨麻疹发病急骤，一般在 2 周内可停止发作。皮疹为形状不一、大小不等的疹块。呈淡红色或白色，边界清楚，周围有红晕。自觉搔痒。皮疹发生或消失很快，此起彼伏，一日之内可发作数次。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

慢性荨麻疹则病情缠绵，疹块反复发作，可延至数周、数月、数年。

寻常性荨麻疹一般皮疹突然发生，为局限性红色或苍白色大小不等的风团，境界清楚，多为圆形、类圆形或不规则形。皮损可随搔抓而增多、增大，也可融合成不规则形、环形、地图形。自觉灼热、剧痒。皮损大多持续半小时或数小时自然消退，并且不留痕迹。发作部位可泛发于全身，可局限于身体某部，如果发生于胃肠，可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症。喉头粘膜受侵则胸闷、气喘、呼吸困难，严重者可引起窒息而危及生命。

临床还有几种特殊类型的荨麻疹，如人工荨麻疹、血管性荨麻疹、日光性荨麻疹、寒冷性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹等。

诊断要点

(1) 根据症状诊断本病一般难度不大，但确定病因较为困难。

(2) 应详细询问发病时所服用与接触的食物、药物，有无感染或其他慢性病灶，及家族遗传因素。

(3) 注意风团的特征，人工荨麻疹是抓划后形成的；血管性荨麻疹风团为边界不清，皮色不变的局限性水肿；胆碱能荨麻疹为直径1～3mm的小风团，周围有红晕，偶有卫星状小风团；日光性或寒冷性荨麻疹显著地出现在暴露部位。

(4) 必要时应作血、尿、大便常规检查、胸部X线检查、肝功能等以排除感染灶。

治疗

治疗原则：疏风活血和营。

(1) 针刺

处方：曲池　合谷　血海　三阴交

配穴：外感风邪者加风池、风门、大椎；胃肠积热加足三里、中脘、天枢；呼吸困难加天突、列缺；气血亏虚加足三里、气海；冲任不调加关元、肝俞、肾俞。

操作：每次选用3～5穴。除气血两虚者外，一般毫针刺用泻法，风寒束表者可在风门、大椎加用灸法。留针15～30分钟，急性者每日针刺1～2次，慢性者可隔日针刺1次。急性者无疗程可言，慢性者10～15次为1疗程，荨麻疹发作与月经有关者可在每次月经来潮前3～5天开始针刺治疗。

(2) 拔罐

处方：神阙

方法：用大号玻璃罐以神阙为中心拔火罐，先留罐5分钟，起罐后再拔5分钟，如此拔3次，共15分钟。也可以神阙为中心，用闪罐法反复拔罐5分钟至穴位局部充血。每日治疗1次，3次为1疗程。

(3) 耳针

处方：肺　胃　肠　肝　肾　肾上腺　神门

方法：毫针刺用中等或强刺激，留针20分钟，每日1次。也可在耳背静脉放血数滴。或用埋针法或压丸法，2～3天换1次。

(4) 皮肤针

处方：风池　曲池　血海　夹脊穴

方法：用中等或重手法叩刺，至皮肤充血或隐隐出血为度，每日或隔日1次。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（5）刺络放血

处方：曲泽　委中　大椎　风门

方法：每次治疗可选用1个四肢穴及1个躯干穴。用三棱针对准曲泽或委中穴处的瘀血络脉快速刺1～1.5cm深，使暗红色血液自然流出，待颜色转淡红后再加拔火罐，留罐10～15分钟。大椎或风门穴用三棱针刺0.5～1cm深，立即加拔火罐，留罐10～15分钟。急性者每日1次，慢性者1周1次。

（6）穴位注射

处方：合谷　曲池　血海　三阴交　大椎　膈俞

方法：每次选用1～2穴。可用复方丹参注射液，或用抽取自身静脉血加入抗凝剂注入穴位，每穴注入2～3ml。

文献摘要

（1）林宏取中脘为主穴，辅以曲池、合谷、血海、三阴交等，外风所致者加风池；胃肠积热者加足三里、风庭；瘙痒甚者加委中点刺放血。除中脘用平补平泻法外，其余穴用泻法。共治疗60例，痊愈40例，好转17例，无效3例，总有效率为95%。

（林宏等，针刺中脘为主治疗荨麻疹60例．福建中医药，1990，（4）：封4）

（2）林凌用自身血治穴位注射治疗慢性荨麻疹，将所取穴分为3组，第1组曲池、血海；第2组大椎、曲池；第3组足三里、大肠俞。每次一组穴，用10ml注射器抽2.5%枸橼酸钠注射液0.6～0.9ml，抽自身静脉血6～9ml，分别注入穴位。共治疗28例，显效26例。

（林凌．自血穴位注射治疗慢性荨麻疹疗效观察．中国针灸，1994，14（2）：19）

（3）陈耀南艾炷灸中脘、肩髃穴治疗本病，用绿豆大艾绒直接放在穴位上，各灸3壮，2天灸1次，10次为1疗程，疤痕灸者效果好，非疤痕灸，可待艾绒燃烧将尽时用小夹子挟起，稍离皮肤，使之热而不灼皮肤。凡实热、阴虚血热、行经期间者，先针刺外关、曲池、合谷（行经期间不用），以祛热邪、舒经络，再以灸法治其本。凡病程长、反复发作者需要1～2个疗程施灸，病初发者，或不明原因者只灸3～5次。接受过中西药物治疗罔效者，也可用本法灸之。

（陈耀南．灸中脘肩髃穴治疗荨麻疹．中医杂志，1991，（10）：22）

（4）冯永喜将肺俞、膈俞用三棱针点刺后拔火罐，每罐出血约2～3ml，配穴取足三里、大都、天枢、商丘针刺，治疗腹型癔疹56例，全部痊愈。

（冯永喜．肺俞、膈俞点刺加拔火罐治疗腹型癔疹56例临床观察．针灸临床杂志，1995，（3）：7）

按语

针灸治疗本病多用手阳明、足太阴经穴为主，尤其多用曲池、血海等穴，对慢性患者也常用肺俞、膈俞、肝俞、脾俞等益气固表、活血化瘀。毫针刺法使用较为普遍，对急性荨麻疹用神阙拔火罐见效也很快。针灸治疗本病效果良好，一般通过1～4次的治疗能较快退疹止痒，对慢性荨麻疹应查明原因，给予相应的治疗，如针对慢性感染灶、肠寄生虫、内分泌失调等原因治疗。若出现胸闷、呼吸困难等，应采取综合治疗手段治疗。治疗期间应避免接触致敏食物或药物，忌食鱼腥、虾蟹、酒类、浓茶、咖啡、葱蒜辛辣等刺激性饮食，保持大便通畅。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

带状疱疹

概述

带状疱疹是由病毒引起的一种急性、炎症性、神经性皮肤病。以成簇疱疹沿周围神经、呈带状分布，常为单侧性，伴有疼痛为临床主要特征。多发于春秋季节，成人多见，愈后很少复发。

本病俗称“蛇丹”，中医又称“蛇缠疮”，因其好发胸腰部，故也称“缠腰火丹”，“串腰龙”，其他如面部、下肢等处也可发生，又称“蜘蛛疮”、“蛇窜疮”等。本病由感受风火或湿毒之邪引起，与情志、饮食、起居不调等因素的诱发有一定关系。由于情志不遂、肝气郁结、郁而化热；或饮食不节、脾失健运、湿浊内停；或因起居不慎，卫外功能失调，使风火、湿毒之邪郁于肝胆所致。本病病位主要在肝胆，与心、脾有密切关系。病性多属实证、热证，或为风火时邪引动肝火，或为风火时邪引动脾湿，导致肝经郁火或脾经湿热。

西医学认为本病是由水痘-带状疱疹病毒所引起。由呼吸道进入人体，持久地潜伏于脊髓后根神经节的神经元中。多数人被感染后并不发病，当某些传染病如感冒，或恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、创伤、放射治疗，及过度疲劳等诱发因素存在的情况下，可引起有关神经区的带状疱疹。

临床表现

一般先有轻度发热、疲倦乏力、食欲不振、全身不适。经1～3天后在一定的神经分布区发生不规则的红斑，继而出现成群簇集的粟粒至绿豆大的丘疱疹，迅速变为水疱，透明澄清，疱壁紧张发亮。发病2～5天内不断有新的皮疹陆续出现。数日后水疱浑浊化脓，或部分破裂，形成糜烂，最后干燥结痂，痂脱而愈，不留疤痕。个别病例仅出现红斑、丘疹，不发生典型的水疱，也有人形成大疱，有时疱内为血性分泌物。在恶性淋巴瘤或年老体弱病人常伴高热，可并发肺、脑损害，病情严重者可致死亡。

皮疹多沿某一周围神经分布，排列成带状，出现于身体的某一侧，不超过中线，有时在中线的对侧可有少数皮疹。好发于肋间神经、颈神经、三叉神经及腰骶神经。局部淋巴结肿大，神经痛为本病的特征之一，年轻人疼痛较轻或者不痛，中、老年患者疼痛明显，而且时间延续较长，有的甚至半年以上。儿童及青年人全病程一般为2～3周，老人约3～4周。发于眼部的带状疱疹较为危险，可致溃疡性角膜炎、全眼球炎、脑炎，甚至死亡。

诊断要点

（1）根据成簇水疱、沿神经分布，单侧性排列成带状，有明显的神经痛等特点，一般不难作出诊断。

（2）本病须与单纯性疱疹鉴别，后者好发于皮肤粘膜交界处，多出现于发热性疾病过程中，且有反复发作史。

治疗

治疗原则：清肝泻火、利湿解毒。

（1）针刺

处方：局部围刺　合谷　曲池　阳陵泉　太冲

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：疹发于躯干或下肢者可加相应的夹脊穴；发于面部加风池、太阳、外关；便秘者加支沟；心烦加郄门、神门；口苦加阳陵泉、支沟。

操作：皮损局部的围刺可先在皮损之头、尾各刺一针，两旁则根据病变范围大小，每隔2cm刺1针，取1～1.5寸毫针，从皮损边缘向皮损中央沿皮刺入0.5～1寸。四肢穴用直刺法，采用提插捻转泻法。留针30分钟，每日1次。可在局部或四肢接电针仪，局部选用密波，四肢用疏密波，通电20分钟。

（2）灸法

处方：疱疹局部

方法：在疱疹密集处选头尾两点，各放一个麦粒大艾炷，点燃后。待皮肤有灼痛时即压灭未燃完的艾炷，每处灸3壮。也可在皮损区用2支清艾条同时作温和灸或回旋灸，每次15～20分钟，每日1～2次。此法更适用于小儿及老人。

（3）刺络放血

处方：皮损局部　曲泽　委中　大椎

方法：在疱疹的起止部位及分布区用三棱针点刺数处使出血，再在局部加拔火罐。其他穴可酌选1～2穴，用三棱针刺穴位处郁血络脉，待紫暗色血流尽，再加拔火罐。2～4日放血1次。

（4）皮肤针

处方：皮损局部　相应夹脊穴

方法：用皮肤针叩刺疱疹及周围皮肤，以刺破疱疹，使疱内液体流出，周围皮肤充血、微出血为度。也可在皮肤针叩刺后加拔火罐。每日1～2次。

（5）耳针

处方：胰胆　肝　肾上腺　神门

方法：毫针刺用中强刺激，捻转5～10秒钟后，留针10分钟。每日1次。也可先将耳廓揉红充血，消毒后用三棱针点刺耳穴，使出血数滴，每日1次。

（6）穴位激光照射

处方：皮损局部　合谷　曲池　阳陵泉　太冲

方法：用氦-氖激光仪分次分区散焦照射皮损局部，光斑大于皮损边缘0.5cm，距离约40～60cm，每分区照射10分钟。病变在腰以上者选用上肢穴，病变在下肢者选用下肢穴。每次选用1个四肢穴，每穴照射5分钟。每日1次。

（7）穴位注射

处方：相应夹脊穴　曲池　阳陵泉

方法：用0.5%普鲁卡因2ml、醋酸强的松龙1ml，或用板蓝根注射液加入维生素B_1 100mg，每穴注入药液1ml。每日1次。

文献摘要

（1）王敏等取病变相应部位的夹脊穴，病变在腰以上者加同侧合谷，病变在腰以下者加同侧太冲，病变在三叉神经分布区者加太阳，采用捻转泻法，留针15～20分钟，每日1次，共治疗60例，痊愈47例，显效8例，进步4例，无效1例，总有效率91.7%。

（王敏，等．针灸治疗带状疱疹疗效观察．针灸临床杂志，1995，11(4)：18）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 刘驰用围刺法治疗带状疱疹，用1寸毫针从患处边缘刺向成片疱疹的中心，进针深度约0.7～0.8寸，针数多少视患处面积而定，每针相距1～2寸为宜。行捻转泻法，留针30～40分钟，每日1次，若见有簇集成群的水疱时，可先用皮肤针叩破水疱，用干药棉吸擦干净。共治疗50例，痊愈30例，显效15例，有效4例，无效1例，总有效率为98%。

(刘驰．围刺法治疗带状疱疹50例．上海针灸杂志，1994，13(5)：215)

(3) 陆永军用皮肤针沿皮损带来回叩刺，先轻手法叩至局部皮肤发红，再用重手法叩刺，使水疱破裂，局部出血为度。然后立即用闪火法拔罐于皮损局部及叩刺区域内，留罐10～15分钟，起罐后用药棉吸干净拔出的组织液及血液。隔日1次。结果19例均获痊愈。

(陆永军．皮肤针叩刺与拔罐法治疗带状疱疹．中国针灸，1996，16(5)：44)

按语

针灸治疗本病有较好的疗效，具有清热解毒、通络止痛之效。其疗效主要表现在可以缩短病程，病人若能早期采用针灸治疗，可切断中间阶段，使皮疹很快干涸结痂，不出现水疱，多数病人可在3～7天内痊愈。针灸能起到疏通经络气血作用，有明显的止痛效果，并且减少神经痛的后遗症状。针灸能减轻全身症状，如发热、全身不适、食欲不振、夜寐不宁等症。针灸治疗旨在清利脾胃湿热、清泄肝胆火邪、疏通经络气血。临床采用局部围刺、局部点刺出血、局部施灸等方法，还常结合使用相应夹脊穴。并根据风热、湿热不同性质，以及疱疹分布于上、下肢的不同而选用合谷、曲池、阳陵泉、三阴交、太冲等穴。施行泻法留针操作，每日治疗1～2次。

若疱疹处皮损严重者，可在患处用2%的龙胆紫涂擦，防止继发感染。已经化脓感染者，与外科配合治疗。

银 屑 病

概述

银屑病又称“牛皮癣”。是一种原因不明而又常见并易复发的慢性炎症性皮肤病。好发于四肢的伸侧，以皮肤红斑性损害上被覆银白色鳞屑，剥去鳞屑可见出血点为特征。男女老幼均可发病，但以青壮年男性为多，一般冬季发病加剧，夏季自行痊愈或减轻。由于本病发病率较高，病情顽固，病程长，易于复发，对患者的心身影响甚大，本病是皮肤科重点研究的疾病之一。

中医称本病为“干癣”、“松皮癣”“风癣”等。中医认为血热是本病的重要原因。由于风邪外袭，伏于营血，气血凝滞，郁而生热、化燥。或冲任不调，阴血亏虚，内生燥热。病久多见血热、血瘀之证。本病多虚实兼夹，其发病与体质因素、情志因素有关，虽有风、热、寒、燥等邪气，但经络不畅、气血凝滞是发病的重要环节。

西医学尚未明了其发病原因与机理，有遗传、感染、代谢障碍、内分泌影响、神经精神因素、免疫等学说。其基本病理为表皮细胞生长周期明显缩短，正常要40～56天，而本病患者只有5～6天。可能与表皮内环磷腺苷（cAMP）的缺乏有关，它可以抑制表皮细胞的分裂，并能抑制糖元的蓄积，但缺少环磷腺苷的原因还不清楚。

临床表现

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

寻常型银屑病为临床最常见的一种，大多急性发病。初起为红色炎性丘疹，大约粟粒至绿豆大，以后逐渐扩大或融合成为棕红色斑块，边界清楚，周围有红色红晕，基底浸润明显，表面覆盖多层干燥的银白色鳞屑。轻轻刮除鳞屑，则渐露出一层淡红色发亮的半透明薄膜，这是表皮内棘细胞层，称薄膜现象。再刮去薄膜，即到达真皮乳头层的顶部，此处毛细血管被刮破，则出现小出血点，称点状出血现象。白色鳞屑、发亮薄膜和点状出血是本病的临床特征。损害可发生于全身各处，但以头皮和四肢伸侧多见，常对称分布。病程经过缓慢，有持续数十年甚至迁延终生。易反复发作，亦有治愈后不再复发者。大部分到冬天症状加重或复发，至春夏减轻或消失。可伴不同程度的瘙痒。一般不产生严重危害，个别病例可恶化，引起全身皮肤潮红和大片脱屑，称为银屑病性红皮病，处理不当可危及生命。

诊断要点

(1) 根据皮损特点、好发部位、慢性经过、易于复发等不难诊断。

(2) 头皮银屑病应与脂溢性皮炎鉴别，后者鳞屑呈糠麸状、油腻、常有脱发，毛发不纠集成束状。

(3) 与类银屑病区别，后者红斑上覆盖细小鳞屑，无多层性鳞屑，无薄膜、点状出血现象。

(4) 与玫瑰糠疹区别，后者有自限性，卵圆形红斑的长轴与皮纹走向一致，无多层鳞屑。

治疗

治疗原则：活血化瘀为主。

(1) 针刺

处方：风池　曲池　合谷　膈俞　血海　太冲

配穴　血热者加大椎、督俞、曲泽、委中；血燥者加肝俞、脾俞、三阴交；冲任失调者加肾俞、关元、三阴交、太冲；血虚者加足三里、脾俞、胃俞；皮损较大者配合谷、太冲。

操作：每次选用3～6个穴，毫针刺用泻法或平补平泻法，血热者可在大椎穴或委中、曲泽穴用三棱针刺络出血，再加拔火罐。留针20分钟，每日或隔日治疗1次。10次为1疗程。

(2) 耳针

处方：肺　肝　脾　内分泌　肾上腺　枕　神门　皮损相应区

方法：每次选用3～5穴，毫针刺用中等刺激，每次留针30分钟，隔日1次，或用压丸法，每周换2次，10次为1疗程。

也可在耳背上耳背与中耳背之间，或耳背中、下静脉，或双耳轮脚（胃与膈之间），选择一处，常规消毒后用手术刀的刀尖划割3～4mm的切口，出血3～4滴，术后用消毒纱布覆盖，每周2次。

(3) 穴位注射

处方：曲池　足三里　肺俞　心俞　膈俞（另可根据皮疹部位，选用局部腧穴）

方法：每次选用3～5穴，用维生素B_1 2mg及盐酸异丙嗪25mg混合，每穴注入0.1～0.3ml，或用当归注射液，每穴注入0.5ml。或用胎盘注射液，每穴注入0.3～

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

0.5ml 或用装有2.5%枸橼酸钠的注射器抽取自身静脉血2～5ml，每穴0.5～1ml，隔日1次，10次为1疗程。

（4）皮肤针

处方：大椎 肺俞 心俞 膈俞 四神聪 曲池 足三里 血海 皮损区

方法：将穴位分成两组，用皮肤针叩至皮肤微出血，可在叩刺处加拔火罐，留罐10分钟，隔日1次，10次为1疗程。

文献摘要

（1）张连城用华佗夹脊穴，用26号粗毫针从上而下刺之，不留针，使刺处出血少许。1～2日治疗1次，15次为1疗程。共治疗240例，痊愈222例，显效18例，均经1年以上随访，无复发。

（张连城．针刺放血治疗银屑病250例．中国针灸，1991，11（1）：52）

（2）廖继发根据病情分期治疗本病，第一阶段取曲池、支沟、合谷、血海、三阴交、足三里、风市、太冲、大椎穴，施平补平泻法，留针40分钟，中间行针3次，刺激强度以得气为准，每日1次，连续治疗1个月。第二阶段用埋线法，将大椎至长强穴分为6等份，于脊柱两旁1.5寸之膀胱经上共12个点为埋线点，常规消毒后，在长强穴旁1.5寸埋线点下1cm处局麻，用1号缝合针，3号羊肠线从注射点进针至埋线点1cm处出针，剪断暴露在皮肤外的羊肠线，深约0.5cm，羊肠线埋2cm，其他埋线点以此类推。第二阶段在四肢埋线，穴位与针刺穴位相同。恢复期配合灸治，采用隔白芷片灸法，每次灸5壮，每天1次，连续灸5天。以灸后起小水泡为准，第二天用三棱针将水泡刺破，外擦紫药水即可。共治疗348例，痊愈291例，显效45例，好转12例。

（廖继发．针刺为主治疗银屑病348例．中国针灸，1993，13（6）：15）

按语

银屑病是一种瘙痒难忍的顽疾，其病因至今未充分阐明，西医认为本病与遗传、免疫、感染、微循环障碍有关，中医认为本病是由于素体血热，复受风寒或湿热燥毒所致。认为痒自风生，“治风先治血，血行风自灭”，目前临床治疗银屑病以理气活血、活血化瘀为主要治法，并取得了一定的疗效。针灸治疗本病多选用曲池、合谷、血海、大椎、膈俞、风池等促进气血运行，使皮肤营养充足，抑制表皮细胞增生角化过程，加快皮疹消退，从而取得较好效果。治疗可在基本处方基础上再辨证选穴，或根据病灶在头面上肢或在下肢的不同而选穴。除常规针刺外，耳穴针刺或割治、刺血或皮肤针加拔罐法等均有一定效果，止痒效果尤其明显。本病病程较久，治疗30次后方可判断疗效，不要轻易放弃治疗，并应作巩固治疗，以防复发。

临床经验表明银屑病发病越迟其热毒越深重。银屑病患者90%性情急躁，情绪波动大，容易上火，所以要求患者注意稳定情绪，使机体功能趋于平衡。还要嘱咐病人忌食辛辣及酸性食物，忌用碱性强的肥皂洗浴。

过敏性紫癜

概述

过敏性紫癜是一种变态反应性毛细血管出血性疾病。其临床特征为皮肤或粘膜出现

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

癜点，常伴有不同程度的关节肿痛、腹痛、血尿。本病多见于儿童与青年。临床因症状不同可分为单纯性紫癜、风湿性紫癜与腹性紫癜、肾性紫癜四种类型。

本病在中医属“温病发斑”、“血证”范畴。中医认为过敏性紫癜是外感六淫之气，内伤五脏之气，以致热伏于内，毒蕴于中，使血不循经，溢于肌肤而发病。或因内热伤络及过度劳倦，伤及脾胃，使脾失统摄，血不循经，溢于肌肤所致。本病多属血热妄行，除血热外，离经之血留于体内成为瘀血。部分病例则表现为气虚，或气虚血瘀。故本病有虚有实，或虚实并见。

西医学认为本病是机体对细菌、病毒、寄生虫、饮食或药物等引起变态反应，导致毛细血管发生中毒性扩张，血管壁脆性和通透性增加，以致皮肤、粘膜、关节腔或内脏器官的出血。

临床表现

紫癜多出现于下肢及臀部，常对称分布，分批出现，紫癜大小不等，可融合成片，或高出皮肤，呈出血性丘疹状。严重者紫癜可融合成大血泡，中心可发生出血性坏死。可伴有发热、阵发性腹部绞痛或持续性钝痛。有时可伴有呕吐、腹泻、便血、关节酸痛或肿痛、积液，某些病人可出现蛋白尿或血尿或管型尿。严重者可见高血压、少尿、浮肿，甚至尿毒症。

诊断要点

（1）根据临床表现及血小板减少，无其它异常，骨髓无主要变化。

（2）血小板可低于 2.5 万，出血时间延长，凝血时间正常，血块凝结不正常，毛细血管脆性增加，骨髓内见到多核巨细胞增多。

（3）个别红斑狼疮病人可先出现紫癜，日久再出现其它体征及症状。

治疗

治疗原则：清热凉血、活血化瘀、扶正祛邪

针刺

处方：曲池　合谷　气海　血海　足三里　三阴交

配穴：发热咽痛加大椎、少商；下肢关节疼痛加阳陵泉、阴陵泉；若腹痛甚加天枢、公孙；午后潮热加阴郄、复溜。

操作：病变初期以泻法为主，病变后期以补法或平补平泻法为主。每次留针灸 30 分钟，隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）冯碧霞针刺治疗过敏性紫癜 1 例。患者常××，男，27 岁，1996 年 5 月 20 日初诊。患过敏性紫癜 5 月余，面色皖白，形体偏瘦，舌淡苔薄，脉缓弱。躯干四肢有散在针尖大出血点，躯干部较稀疏，四肢较密集，皮肤瘙痒及疼痛，关节活动自如。取双侧筑宾、飞扬、曲池、足三里、血海，平补平泻，留针 20 分钟，中间运针 1 次，隔日治疗 1 次，共 10 次，症状全部消失，后停针，并服中药观察。停针后第 3 天，患者四肢开始陆续出现出血点，第 5 天后有所增加，第 6 天复诊，用同样方法针 7 次，痊愈，随访数月，未见复发。

（冯碧霞．针刺治愈过敏性紫癜 1 例．上海针灸杂志，1998，16（4）：45

（2）冯佳英等针刺治疗过敏性紫癜 6 例，其中单纯型 4 例，胃肠型 2 例，最小 7

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

岁，最大 9 岁；病程最短 7 天，最长的 23 天。用足三里、曲池、大椎、肾俞、中脘、关元、脾俞、胃俞。配穴三阴交、气海、血海、大肠俞。耳穴用神门、皮质下。针刺用强刺激，留针 20～30 分钟，中间行针 1～2 次，严重者加用电针。每日治疗 1 次。经 1～2 次治疗后腹痛减轻或消失，经 2～4 次治疗紫癜明显消退，经 6 次治疗有 5 例完全消退，有 1 例病情反复，再针 6 次后痊愈。

（冯桂英，等．针刺治疗过敏性紫癜 6 例疗效观察．针灸学报，1992，8（6）：6）

按语

目前中医将本病分为有热型与无热型，一般早期为有热型，如临床可见发热、咽痛、头痛、大便秘结、小便短赤、皮肤上有鲜红色出血点，舌质红、苔黄、脉数等，辨证为风热发斑、热毒发斑，治疗以清热解毒凉血为主，针灸可以抗过敏、抗炎、抗病毒。后期以无热型为主，以气虚、血虚、阴虚多见，如低热、五心烦热、面色苍白、头晕乏力、气短声怯、舌胖嫩、或苔光剥、脉搏细弱，针灸治疗可调节免疫系统，改善机体各脏腑功能及微循环状况，从而对本病产生治疗作用。

寻常痤疮

概述

寻常痤疮又称粉刺、青春痘，是青春期常见的一种慢性毛囊、皮脂腺的慢性炎症，好发于颜面、胸背，可形成黑头粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿等损害，常伴有皮脂溢出，青春期以后，大多自然痊愈或减轻。

中医称本病为“酒刺”、“肺风粉刺”、“面疱”等。中医认为本病是由于青春期生机旺盛，因先天禀赋的原因，使肺经血热，郁于肌肤，熏蒸面部，而发为疱疹，或因冲任不调，肌肤疏泄失畅而致。或因恣食膏粱厚味或辛辣之品，使脾胃运化失常，湿热内生，蕴于肠胃，不能下达，上蒸头面胸背而成。本病病位涉及肺、脾胃，病性多为实证。

西医学认为本病是一种多因素性疾病，其发病机理尚未完全清楚。认为本病与遗传因素有一定的关系。内分泌因素、皮脂分泌过多、毛囊内微生物与痤疮有密切关系。

临床表现

初起损害多为黑头粉刺，加以挤压可见头部呈黑色而体部呈黄白色半透明的脂栓排出。皮疹顶端可出现小脓疱，破溃或吸收后遗留暂时性色素沉着或小凹状疤痕。少数严重患者，除黑头粉刺、丘疹、小脓疱外，尚可见指甲大小炎性结节或囊肿。囊肿可化脓，形成脓肿，破溃后常形成窦道或疤痕。

本病好发于颜面、胸背等多脂区，常对称分布，颜面中央尤其是鼻部及眼眶周围常不受侵犯。

本病多无自觉症状，若炎症明显时则可引起疼痛及触痛。

本病病程长，症状时轻时重，30 岁以后病情减轻并逐渐自愈，但留下或多或少的凹陷性疤痕、瘢痕状疙瘩、色素沉着等损害。

诊断要点

（1）根据患者多为青年人，好发于颜面及胸背，有黑头粉刺，对称分布等症状，诊断一般不难。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）与溴、碘所引起的痤疮样药疹鉴别，该药疹有服药史，皮疹为全身性，无典型的黑头粉刺，发病年龄不限。

（3）某些与焦馏油、机器油、石油、石蜡等接触的工人可引起职业性痤疮样皮疹，损害部位常发生于接触部位，如手背、前臂、肘等处，往往比较密集，应加以区别。

（4）酒渣鼻发病年龄比痤疮晚，多在壮年发病，中年女性多见，皮损只发生于面部中央为主，发疹较晚，常伴毛细血管扩张。

（5）颜面播散性粟粒狼疮多见于成年人，损害为半球状或略扁平丘疹，往往对称分布于颊部、眼睑及鼻唇沟，无黑头粉刺，用玻片按压丘疹时可显出黄色或褐色小点。

治疗

治疗原则：清热化湿、凉血活血。

（1）针刺

处方：合谷　曲池　内庭　上星　太阳　阳白　四白

配穴：肺热加少商、尺泽；脾胃湿热加天枢、阴陵泉；冲任不调加血海、三阴交；瘀热内结加大椎、膈俞、委中；脘腹胀满加中脘、天枢；便秘加天枢、支沟。

操作：每次选用3～5个穴，针刺用泻法，间歇行针，太阳、上星可点刺出血。留针15～20分钟，每日1次，10～15次为1疗程。

（2）耳针

处方：肺　脾　大肠　内分泌　肾上腺　耳尖

方法：两侧耳穴交替使用。毫针刺用中强刺激，捻转数秒后留针，并间歇行针，留针15～20分钟，每日1次，10～15次为1疗程。也可用耳穴压丸方法。

（3）耳穴割治

处方：耳尖　肺　大肠　面颊

方法：两耳交替选用。先将耳廓揉搓充血，用碘酒、酒精消毒后用手术刀刺破所选穴位皮肤，使之溢血少许，用消毒干棉球压迫。隔1～2日后割治1次。

（4）耳穴激光照射

处方：肺　脾　大肠　三焦　内分泌　肾上腺　面颊

方法：用氦-氖激光针灸仪，每次选用3～4穴，两侧耳穴轮流使用。每穴照射3分钟，每日1次。

（5）挑刺

处方：背部督脉、膀胱经阳性点

方法：先在背部督脉、膀胱经上寻找暗红色、压之不褪色的红点，消毒后用左手将红疹夹起，右手用三棱针刺入皮下5mm，然后将针尖向前上方用力挑起，将纤维组织挑断。每周1次。

（6）刺络拔罐

处方：大椎　肺俞　膈俞　太阳　尺泽　委中

方法：每次选用2穴，消毒后用三棱针快速刺入穴位处郁血的络脉，使自然出血，待血色转淡再用闪火法加拔火罐。隔2～3日1次。

文献摘要

（1）徐佳用针刺治疗痤疮，以颧髎、合谷、足三里为主穴。脾胃湿热加曲池、内

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

庭；肝郁气滞加太冲、中极；心脾两虚加神门、三阴交。对面部皮损区用 1 寸长毫针呈 15°角向中心围刺，平补平泻，留针 30 分钟。用皮肤针叩击皮损局部，使之微出血，每日 1 次。共治疗 44 例，痊愈 28 例，显效 10 例，有效 5 例，无效 1 例。

（徐佳．针刺治疗痤疮 44 例．中国针灸，1996，16（7）：18）

（2）石信箴用耳穴割治贴药法治疗痤疮，取肺、大肠、内分泌、子宫（精宫）、面颊区为主穴，血热配小肠；有脓配心；湿共配肾上腺；风共配神门；皮脂溢出甚者配脾；气虚配胃。揉压耳廓使其充血，用手术刀刺破穴位皮肤，溢血少许，敷香胡散少许，胶布固定。隔日 1 次，两耳交替进行。共治疗 450 例，结果痊愈 304 例，显效 140 例，无效 6 例，总有效率 97.7%。

（石信箴．耳穴割治贴药治疗青年痤疮 450 例．河南中医，1991，11（2）：28）

（3）陈德成用刺络拔罐法治疗痤疮。一组穴用心俞、膈俞，另一组用心俞、脾俞，每次取一组穴，左右各一，交替使用。患者用俯卧位，用左手提起穴位处皮肤，用三棱针以稳、准、快手法点刺皮肤 2～3 点，深 2～3mm，挤压使血液外出。用闪火法拔大号火罐于其上，留罐 15 分钟，出血约 5～8ml，每日 1 次。共治疗 47 例，痊愈 15 例，显效 19 例，好转 11 例，无效 2 例。

（陈德成．刺络拔罐法治疗痤疮 47 例．中医杂志，1992，33（2）：38）

按语

本病是青年男女多发病，轻症注意保持面部清洁卫生即可，不需治疗。病变较重者应采取相应的治疗措施。针灸治疗痤疮有一定的疗效，对部分患者可达到治愈目的，部分患者可减轻症状。针灸治疗原则是清热解毒、健脾利湿、调理冲任、凉血活血。最常用的方法有针刺、选用局部与肢体穴相结合。除此耳穴刺激的常用方法有压丸、割治放血、激光照射等，方法简单，疗效亦佳。挑刺、刺络拔罐、自血穴位注射等都有较好效果。各种穴位治疗方法一般通过促进皮肤新陈代谢、改善皮脂代谢、消炎抗菌、改善微循环、调整内分泌紊乱与免疫功能失调而达到治疗作用。

针灸治疗过程中应注意调整患者脾胃功能，少吃辛辣、高糖、高脂肪食物，多食蔬菜、水果，禁用溴、碘类药物。女性患者如有月经不调，应予以治疗。常用热水清洗患部，保持毛囊通畅。避免挤捏，以免感染，留下疤痕。

斑　秃

概述

斑秃俗称“鬼剃头”，又称“圆秃”。是一种突然发生的头部局限性秃发，局部皮肤正常，可无自觉症状，严重者头发全部脱落，甚至周身毛发全部脱尽。

祖国医学认为“发为血之余”，若营血不能荣养皮肤毛发则可引起本病。导致营血不足的原因有思虑太过，脾胃虚弱，气血生化不足；或房劳不节，肝肾精血不足，也会引起毛发脱落；或肺气不足，宣发失司，津液失于敷布，毛发失养而成片脱落；或情志不遂，郁怒伤肝，气机不畅，气滞血瘀，瘀血不去，新血不生，毛发失于濡养而脱落。临床多见血虚风盛、肝肾不足及气滞血瘀三种证型。

西医学关于本病原因至今未完全清楚。一般认为是自身免疫性疾病，因早期斑秃患者在脱发部位毛囊下端有淋巴细胞浸润，应用皮质类固醇激素可使脱发过程逆转，T 淋

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

巴细胞数明显减少，常与一些自身免疫性疾病并发，如桥本氏甲状腺炎、恶性贫血等。还认为遗传可能是原因之一，因为本病有10%－20%患者有家族史。多数认为精神创伤常为诱发因素，认为本病与高级神经活动障碍有关，如长期强烈的精神创伤及过度紧张。也可能与内分泌障碍、局部病灶感染、中毒、肠寄生虫或其他内脏疾病有关。发病的机理可能是血管运动中枢机能紊乱，交感神经及副交感神经失调，引起局部毛细血管持久性收缩，毛乳头供血障碍，引起毛发营养不良而致本病。

临床表现

本病多见于年青人，两性发病率无差异。首发秃发可以在任何部位，但常在头部。头部突然出现圆形或椭圆形秃发斑，数目不等，大小不一，局部皮肤无炎症现象，平滑光亮，无任何自觉症状，常被别人所发现。也有少数病人早期在秃发区可以看到红斑和浮肿。秃发边缘的头发松动，很容易拔出，拔出时可见发干近端萎缩，个别患者病损区可不断扩大，以致整个头发全部脱光称为全脱。若周身毛发包括眉毛、胡须、腋毛、阴毛、毳毛等全部脱落称为普脱。多数患者在一年内脱落的毛发可以重新生长自愈。恢复期新生的毛发初为纤细柔软，呈黄白色，且可随生随脱，以后逐渐变黑变粗而恢复正常。

诊断要点

（1）根据头部突然出现圆形或椭圆形秃发斑，局部皮肤无炎症，平滑光亮，无自觉症状，一般诊断不难。

（2）假性斑秃又称萎缩性秃发，但患处皮肤萎缩不再生长头发，患处皮肤光滑如薄纸，毛囊口不明显，秃发边缘头发不松动。

（3）黄癣所致脱发为不完全脱落，自幼即开始发病，有特殊的黄癣菌痂、鼠尿臭、萎性疤痕，病发及鳞屑中易查到霉菌。

（4）脂溢性脱发多自额部开始，延及前头及颅顶部，伴有脂溢，患部毛发稀疏，均匀一致，常有瘙痒及脱屑。

治疗

治疗原则：补肾养血祛风。

（1）针刺

处方：阿是穴　肺俞　膈俞　肝俞　肾俞

配穴：病灶在前顶加合谷、内庭；病灶在侧头加外关、足临泣；病灶在头顶加太冲、中封；病灶在后头加后溪、申脉。每次可选用3～5个穴，前后穴交替使用。

操作：阿是穴的针刺方法，从病灶部位四周向中心斜刺，各穴用平补平泻法或用补法。留针30分钟，隔日1次，30次为1疗程。

（2）皮肤针

处方：阿是穴（即脱发区）　夹脊穴或相关背俞穴

方法：先从脱发边缘呈螺旋状向中心区叩刺，即从不脱发区向脱发区中心密刺，背部夹脊穴或背俞穴每穴叩刺范围在0.5～1cm，叩至局部皮肤微出血。隔日1次，10次为1疗程。也可在叩刺的局部再外搽斑蝥酊剂或旱莲草酊剂或用姜片外擦，也可在叩刺部位施行艾条温和灸5～10分钟。

（3）穴位注射

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：阿是穴　头维　百会　风池

方法：用维生素 B_{12} 5ml 或三磷酸腺苷 5～10mg，每穴注射 0.5ml 药液，隔日 1 次，10 次为 1 疗程

文献摘要

（1）董秀兰以梅花针为主治疗本病，叩刺双侧风池及脱发区，从脱发区边缘呈螺旋状向中心均匀密刺，至皮肤潮红；再叩刺腰背部夹脊穴及足太阳膀胱经背俞穴，至皮肤微渗血，每日 1 次，共治疗 1～3 个月。本组 85 例中痊愈 44 例，显效 23 例，好转 16 例，无效 2 例，总有效率为 85%。

（董秀兰．梅花针为主治疗脱发 85 例临床观察．针灸临床杂志，1996，12（6）：29）

（2）李彩云用综合方法治疗本病，先用皮肤针反复轻叩脱发局部，深约 0.5mm 左右，以局部微渗血为宜，用艾条温和灸局部 10～15 分钟；针灸后在脱发处外涂生发酊（含当归尾、马钱子、生川乌），隔日 1 次。湿热型以龙胆泻肝汤加味，阴虚以自拟脂溢生发丸内服（内含熟地、旱莲草、白鲜皮），每日 1 丸。共治疗 132 例，痊愈 59 例，显效 57 例，有效 12 例，无效 4 例，总有效率 97%。

（李彩云，等．综合治疗脂溢性脱发 132 例．湖南中医学院学报，1994；14（1）：50）

（3）何慧英用穴位注射法治疗斑秃，取双侧曲池、足三里，每穴注射维生素 B_{12} 0.5ml，设对照组用维生素 B_{12} 肌注，每次 1ml。均隔日 1 次，10 次为 1 疗程。经过 3 个疗程后治疗组 60 例中痊愈 42 例，好转 12 例，无效 6 例。对照组 40 例中痊愈 18 例，好转 7 例，无效 15 例。两者比较有显著性差异（$P<0.01$）。

（何慧英．穴位注射治疗斑秃 60 例临床观察．浙江中医学院学报，1990，，14（3）：48）

按语

斑秃多由于血虚或血燥生风所致，从而使发失所荣，故针灸治疗斑秃从血分入手，除选用膈俞、肝俞、肾俞等穴外，治疗方法多用皮肤针叩刺，可以单纯用皮肤针，或体针配合皮肤针，或皮肤针配合艾灸，或配合外搽中药。针灸治疗本病有较好的疗效，可调整神经系统功能，改善局部血液循环和局部毛发营养，增强毛囊活性，促使毛发新生，但对于毛发全脱疗效欠佳。

白　癜　风

概述

白癜风是一种常见的皮肤病，局部色素脱失，可发生于身体的任何部位，但多见于暴露、摩擦部位，影响美容，易于诊断而难于治疗，全世界各种族均可罹患，美国居民不少于 1%，我国居民稍低于欧美，据江苏北部农村地区调查，患病率约为 0.09%～0.15%。

本病在中医称为“白癜”、“白驳风”。中医认为本病多因情志不遂，七情内伤，肝气郁结，气机不畅，复感风邪，搏于肌肤，气血运行失调而致。

西医学对本病的病因尚未完全明了，一般认为与遗传因素、自身免疫、内分泌因素、体内铜离子水平偏低、及神经精神因素有关，其发病机制为在上述多种因素作用

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

下，导致黑色素形成系统的抑制或黑色素的破坏，从而造成黑色素减退或消失。

临床表现

本病为后天所生，可以开始于任何年龄，但最多见于青年人，有人统计近一半在20岁以前发病。表现为皮损处色素完全脱失，呈乳白色。边缘境界清楚，但也可移行到正常皮肤。有时白斑中散在色素区成岛状。白斑大小、形态不一，可发生于任何部位，但较多见于指背、腕、前臂、面颊、生殖器及其周围。有人发现白癜风好发于暴露及皱褶等色素较多部位。可对称或单侧分布，甚至沿神经呈带状分布。白斑区中的毛发可脱发，但也可正常。白斑可泛发于全身，只余少数或全无正常色素皮肤。有的白斑可自行消失。白癜风患者可并发甲状腺疾患、恶性贫血、糖尿病、支气管哮喘等。

诊断要点

（1）根据症状诊断本病一般不难。

（2）花斑癣多发生于颈、躯干、上肢，为淡白色圆形或卵圆形斑，表面往往有细鳞屑，损害中容易找到真菌。

（3）麻风呈浅色斑，有感觉的改变，患者有神经粗大等其它麻风症状。

（4）贫血痣磨擦局部，淡色斑本身不发红，而周围皮肤发红。

治疗

治疗原则：活血祛风。

（1）艾灸

处方：癜风穴（据《备急千金要方》第23卷：白癜风，灸左右手中指去延外宛中三壮，未差报之。本穴在中指末节指腹下缘下正中之指关节横纹稍上方）

方法：用小艾炷直接灸，当艾炷燃至病人有灼热感时立即用镊子将艾炷移去或压灭。连灸3壮，左右共灸6壮，每日1次，15次为1疗程。也可在白癜风局部用艾条对准白斑区回旋灸，灸至病损区呈粉红色高度充血，每日1次，10次为1疗程。

（2）耳针

处方：交感　内分泌　神门　肺　肾上腺　枕　病变相应部位

方法：消毒后用揿针压入，并用胶布固定，每天按压3次，每次5分钟。也可用王不留行籽贴压。

（3）皮肤针

处方：皮损处　夹脊穴或背俞穴

方法：用中等手法叩刺，至局部明显充血或略有出血，隔日1次，15次为1疗程。

（4）穴位埋线

处方：曲池　阳陵泉　肺俞　膈俞　脾俞　胃俞　肾俞　首发区

方法：用00号、0号或者1号医用羊肠线，以穴位下0.6寸处为进针点，用1%～2%普鲁卡因每穴注入1～2ml，打出皮丘后向穴位中心边注药边进针；左手持镊夹羊肠线，将线中央置于皮丘上，右手将埋线针缺口向下压线，以15度角向穴位中心进针，直到线头全部埋入皮内再进针0.5cm，快速刺拔针，压迫针眼。1～3月进行1次，3次1个疗程。

（5）穴位注射

处方：曲池　足三里

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：用复方丹参注射液，每穴注入 1ml 药液，隔 1～2 日注射 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

（1）王慈祥用梅花针快速雀啄样强叩刺患部，至皮肤渗血为止，拭去渗血后，用丹参注射液浸泡的棉球涂擦患处。每日 1 次，10 次为 1 疗程。所治 1 例 3 个疗程后白斑消失，皮色恢复正常，随访 3 年未见复发。

（王慈祥．梅花针点刺治疗白癜风探讨．甘肃中医，1993，6（3）：43）

（2）唐丽亭用针灸综合方法治疗本病，取侠白、白癜风穴（掌侧中指末节中点至中冲连线的中下三分之一交点处），侠白穴点刺出血后拔火罐出血两大滴；白癜风穴以少量出血为宜；另取风池、曲池、合谷、气海、血海、足三里、三阴交、肺俞、心俞、膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞穴针刺，平补平泻，留针 30 分钟，其间行针 1～2 次。点刺每周 2 次，针刺每日 1 次。对患部施以回旋灸，逐渐增长艾灸时间，每日 1～2 次。治疗 1 次，2 个月后获愈。

（唐丽亭．等，针灸治疗白癜风的体会．北京中医学院学报，1989，12（4）：42）

按语

白癜风是一种常见而难治的皮肤病，一般认为其发病机理是外受风邪，阻于肌肤，气血失和所致，治疗以活血祛风为主。临床治疗有偏重于整体调整，有单用局部治疗，均有一定疗效，一般主张采用局部与整体相结合的治疗方法更为有效。本着“治风先治血”的原则，整体治疗可考虑选用曲池、血海、足三里、三阴交及有关背俞穴，以促进气血运行，再加上局部的艾灸或皮肤针叩刺，可以提高疗效。

扁　平　疣

概述

扁平疣又称青年扁平疣，主要侵犯青少年。是常见的病毒性赘生物，皮肤赘疣中的一种。多见于青少年的手背和颜面，为针头至粟粒大小的硬性扁平丘疹。

本病又称扁候、候子、疣目等，中医认为本病是在肝虚血燥，皮肤不荣基础上外感风热毒邪，搏于肌肤以致气滞血瘀而赘生。

西医学认为本病是一种病毒感染性皮肤病，系人类乳头瘤病毒所引起，不同类型的病毒与疣的临床表现有一定关系。疣是通过直接接触传染，也可能通过污染物而间接传染。疣的病程与机体免疫有重要关系。

临床表现

大多骤然出现，为米粒大到黄豆大扁平隆起的丘疹，表现光滑，质硬，浅褐色或正常皮色。圆形、椭圆形或多角形。数目较多，多数密集，偶可沿抓痕分布排列成条状。一般无自觉症状，偶有微痒。好发于颜面、手背及前臂等处，有时伴发寻常疣。面部扁平疣偶可伴发喉部乳头瘤。慢性病程，有时可能突然消失，但也可持续多年不愈，消失后也很容易复发，愈后不留疤痕。因有碍美观，故病人求治心切。

诊断要点

（1）依据临床表现，疹疣高出皮肤、密集或散在分布，多在颜面手背发生等，即可诊断。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 寻常疣，亦好发于青少年的手指、手背与面部，无自觉症状，但初起 1～2 个，逐渐扩散，为菜籽大至豌豆大，半圆形或多角形增生性突起，表现干燥粗糙，顶端可裂成花蕊或刺状，基底及周围无炎症。

(3) 传染性软疣，多见于儿童及青年的躯干或面颈部，表面有蜡样光泽，中心有脐窝，可从中挑出或挤出白色物质。

(4) 雀斑亦可见于面部，为针头大到芝麻大黄褐色或淡黑色斑点，对称分布，不高出皮肤，界限不清楚。

治疗

治疗原则：疏风清热、行气活血。

(1) 针刺

处方：四白　阳白　中渚　合谷　曲池　三阴交　内庭　太冲

配穴：也可在扁平疣较为集中的邻近选用 1～2 个穴；扁平疣个数较多或全身泛发者加肺俞、风市、血海；痒感加神门、内关、血海；口干口苦、心烦易怒加行间、侠溪。

操作：每次选用 3～4 个穴，针刺用泻法，局部穴手法稍轻，留针 20 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

(2) 艾灸

处方：阿是穴

方法：点燃艾条，对准扁平疣熏灸，致局部皮肤微红，有灼热感为度，避免起泡。每日灸 1 次，10 次为 1 疗程。

(3) 耳针

处方：肺　神门　肝　肾上腺　皮质下　内分泌　皮损相应区

方法：每次选用 3～4 穴，中等刺激，留针 15 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

(4) 皮肤针

处方：膀胱经背部第一侧线，以背腰部为主。

方法：用中等强度手法从上而下叩刺，使皮肤潮红为度。隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

文献摘要

(1) 李志勇用针刺加耳压治疗扁平疣，针刺中脘、风池、血海、曲池、合谷、肺俞、丰隆，加刺相应配穴，以阳明、少阳经穴为主，用泻法，留针 20 分钟。耳压取面、额、肺、内分泌、神门、皮质下、肾上腺、患处相应部位，用王不留行籽贴压，两耳交替，2 天换贴 1 次，用皮肤针叩刺夹脊穴，至皮肤发红为度，疣体局部叩至微出血。共治疗 35 例，痊愈 20 例，显效 6 例，好转 5 例，无效 4 例。

(李志勇．针刺为主，压耳穴为辅治疗扁平疣．甘肃中医学院学报，1994，11(4)：34)

(2) 白由稳用耳压治疗本病，取肺、内分泌、皮质下、肾为主穴，配腮腺、枕、面颊、肾上腺，随证加减。用王不留行籽贴压，使用时患者有酸、麻、胀痛或发热感，每周 1 次，两耳交替。治疗 52 例，治疗 2、3、4、5、6 次痊愈例数分别为 4、14、14、5、9，6 例经 7 次治疗仍没有消退，总治愈率 88.5%。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（白由稳．耳穴贴压治疗扁平疣52例疗效观察．中国针灸，1994，14(5)：19）

按语

疣是由病毒引起的皮肤病，其种类很多，扁平疣是其中常见的一种，好发于青少年，尤其是少女较多见，针灸能调整人体的免疫功能，增加抗病毒能力，促使皮疹痊愈，是一种简便有效的治疗方法。针灸治疗采用局部取穴，如选用扁平疣邻近的四白、阳白、迎香、下关等，结合远道选穴，因面部皮疹多发于阳明、少阳经分野，故多用合谷、曲池、中渚等穴清热解毒、行气活血，一般能取得较为满意效果。针灸治疗后，有时病人可能出现疣疹加重现象，色泽转红，隆起明显，瘙痒增剧，呈急性发作状态，应该向患者说明，这是一种正常现象，为气血旺盛流畅的表现，不需要改变治法，只要继续治疗，则皮疹会逐渐消退，若停止治疗则可前功尽弃，病复原状。治疗期间应忌食辛、辣、海腥之品。

5.2.2.8 眼科疾病

近　视

概述

近视是一种屈光不正，是指在无调节状态下，平行光线经眼的屈光系统屈折后，远距离的物体不能在视网膜上清晰地成像，焦点在视网膜之前。患眼对远距离的物体，辨认发生困难，即近看清楚，远视模糊。本病好发于青少年。

中医称本病为“能近怯远症”或“视近怯远症”。本病可由先天禀赋不足，遗传所致；或因后天学习工作时光线昏暗，体位不正，或病后目力未能恢复，劳瞻竭视等而引起。病证可为阳气不足，使目中神光不能发越于外；也可因精血不足，目失濡养而致神光不足，光华不能及远。

西医学认为形成近视的主要原因是眼轴的前后径过长，或眼屈光间质的屈光力增强，使进入眼内的平行光线在视网膜前成像。青少年时期，调节力强，常借用调节而增进视力，若用眼不合理，调节太过，使睫状肌长期处于痉挛状态，导致晶状体也持续地处于凸度增加的状态，因而出现近视的症状。凡由于睫状肌痉挛引起的近视称为调节性近视、功能性近视或假性近视；若日久失治，则睫状肌痉挛可发展到眼轴变长，而成为器质性近视、真性近视。

临床表现

远视力差，但近视力可正常。中度以下的近视可以矫正，高度近视者若眼底和玻璃体变性后，视力往往难以矫正，伴有眼疲劳症状，如视物有双影、眼胀、头痛等。高度近视者，眼球向外突出，远视力明显减退，常眯眼视物。

眼底检查，轻度近视一般眼底检查无变化。中度以上轴性近视，特别是高度近视，由于眼轴加长，巩膜向后扩张，可在视乳头颞侧形成环形斑；或引起脉络膜萎缩，色素上皮改变，脉络膜血管暴露，或形成豹纹眼底，黄斑部萎缩和色素沉着，玻璃体液化。

诊断要点

(1) 近距离视物清晰，远距离视物模糊，远视力低于1.0并借凹透镜能加以矫正者，即可诊断为近视。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）3 屈光度以下者称为轻度近视；3～6 屈光度以下者称为中度近视；6 屈光度以上者称为高度近视。若使用睫状肌麻痹药或作雾视后，即能使近视消失者为假性近视。

治疗

治疗原则：补益脾胃、滋补肝肾、调节经气。

（1）针刺

处方：风池　翳明　球后　睛明　合谷　太冲

配穴：脾胃虚弱加脾俞、胃俞、足三里；肝肾不足加肝俞、肾俞。

操作：每次选用 2～4 穴。针刺球后或睛明时，选择质量好的 30 号以上细针，将眼球固定，轻缓刺入，忌捻转，如针下感觉有阻力，或病人有疼痛感，勿再刺入，以防出血。一般可深达 3cm～4cm。出针时用消毒干棉球按压针眼片刻。针用平补平泻法，或用补法。留针 15 分钟，隔日针刺 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）电梅花针

处方：睛明　承泣　球后

方法：将两枚梅花针分别焊接在 G-6805 电针仪的输出线上备用。治疗时将梅花针针头垂直固定于穴位上，通电强度以局部感觉轻度麻刺为度，电压 3～6 伏，连续波频率 140 次/分钟，每穴通电 5 分钟。隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（3）耳压

处方：眼　脾　肝　肾　神门

操作：每次选用一侧耳穴，用王不留行籽贴压，每天按压 3～5 次，每次 1～2 分钟，3～4 天换贴 1 次。

（4）激光穴位照射

处方：睛明　承泣　球后　合谷　太冲

方法：用 2.5mWr 氦-氖激光仪，光束垂直照射穴区，每穴照射 2 分钟，隔日 1 次。

文献摘要

（1）仲凯取主穴睛明、鱼腰、瞳子髎、合谷。配穴①第二胸椎棘突左右旁开 1 寸，向下平刺 1 寸；②风市上 1 寸，直刺 1 寸；③承泣、风池、足光明。眼区穴位用氦氖激光照射 3 分钟，其余穴位用毫针轻刺激，施平补平泻法。共治疗 1013 例 2021 只眼，痊愈 425 只眼，显效 1091 只眼，进步 472 只眼，无效 33 只眼。

（仲凯．青少年近视的针刺治疗与近远期疗效观察．上海针灸杂志，1990（4）：18）

（2）许文辉针刺配合穴位注射治疗青少年近视，取主穴睛明、合谷、丝竹空、瞳子髎，配穴光明、目窗、风池。针睛明时不宜过深，用震颤手法以患者感觉酸胀并向整个眼球扩散为度，每次取 2～4 穴，留针或动留针 15～20 分钟。根据中医辨证选取肝俞、肾俞、足三里等穴，每次取 1 穴，注射维生素 B_{12}或复方当归注射液 0.5～1ml。1～2 日为 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间隔 5～10 日，共治疗 3 个疗程，结果 231 例 445 只眼痊愈 69 只眼，显效 175 只眼，有效 182 只眼，无效 19 只眼。

（许文辉．针刺配合穴位注射治疗青少年近视（附 213 例 445 只眼疗效分析）．浙江中医学院学报，1990，14（1）：48）

按语

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

随着现代科技文化的发展，近视眼的发病率呈增多的趋势，绝大多数患者为青少年学生，虽然近视的发生有一定的遗传因素，但与过度用眼及用眼卫生习惯不良有直接关系，如果不及时防治，则睫状肌痉挛可发展到眼球轴距变长，成为真性近视。近视分为单纯性与病理性两种，单纯性近视者多为低度近视，用镜片矫正时远视力可达正常；病理性近视患者多为高度近视，一般为先天遗传性所致，往往合并有眼底病理表现和其它并发症，病理性近视患者用镜片矫正时远视力往往很难达到正常。针灸对青少年假性近视有较好的疗效，能在较短时间内纠正眼睫状肌的痉挛，使视力有明显改善，但往往效果不能巩固，需要经过一段时间的巩固治疗，同时患者应注意保护视力。针灸方法多选用眼区穴位，如攒竹、丝竹空、睛明、球后等，远道除辨证用穴外，一般可用养老、足三里等，临床多用常规针刺方法，也常用梅花针包括电梅花针治疗，无论何种方法刺激量均不必过大。

麦　粒　肿

概述

麦粒肿属眼睑病，是一种十分常见的眼睑腺体化脓性炎症，上、下睑均可发生，但以上睑多见。素体虚弱、屈光不正、卫生习惯不良及糖尿病者，常易罹患。临床上有内麦粒肿与外麦粒肿之分。

中医称本病为“针眼”、“土疡”、“土疳”，俗名“偷针眼”、“包珍珠”、“挑针”等。本病多因风热外袭，或脾胃热毒壅盛，瘀滞胞睑而成。眼部卫生不良者常易罹患，脾胃不健者常易复发。

西医学认为本病多由葡萄球菌感染所致。当睑板腺遭受化脓性感染时，称为内麦粒肿；如果感染位于睫毛毛囊或其附属腺体（Moll 氏腺、Zeis 氏腺），则称为外麦粒肿。

临床表现

症状及过程与一般疖肿基本相同。初起胞睑微痒，睫毛根或睑内呈局限性红肿硬结，状如麦粒，少数经数日后可自行消散，但多数成脓。成脓则红肿加重，硬结变软，表面出现黄色脓头，脓溃始愈。若发生于眦部，特别是外眦部，局部红肿往往较剧，可涉及同侧面颊部，外侧球结膜也发生水肿，状若鱼鳔，甚至脱于睑裂之外。耳前淋巴结常肿大触痛。自觉灼热疼痛，成脓时疼痛加重，低头或咳嗽时疼痛更重。有时出现畏寒发热等全身症状。若为内麦粒肿，成脓时则在睑结膜面出现黄白色脓头，多数穿破睑结膜面，脓出而愈。也有从睑板腺口排脓者。若致病菌毒力强，侵犯整个睑板，则可形成眼睑脓肿。还有脓点经久不溃，脓液逐渐吸收，红肿消退，仅遗留核状硬结者，则可转化为睑板腺囊肿。

诊断要点

（1）根据眼睑痒痛，睑缘微肿，按之有硬结，形如麦粒，压痛明显等症状，诊断并不困难。

（2）应与霰粒肿鉴别，霰粒肿又名睑板腺囊肿，一般起病较慢，通常在眼睑皮下摸到一肿块，大小不等，较硬不痛，与皮肤无粘连。

治疗

治疗原则：疏风清热散结。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（1）针刺

处方：攒竹　太阳　风池　合谷

配穴：肿核在上眼睑加阳白或鱼腰；肿核在下眼睑加四白或承泣；外感风热配外关、足临泣；脾胃湿热配内庭、阴陵泉。

操作：太阳可用三棱针刺络出血，加拔火罐；少泽用三棱针点刺出血；其余诸穴针刺施以泻法。留针15～20分钟，每日1～2次，不灸。

（2）耳针

处方：耳尖　眼　肝　脾

方法：毫针针刺用强刺激，留针20分钟，每日1次。也可仅用耳尖放血，先将耳廓揉搓使之充血，消毒后用三棱针或粗毫针点刺出血数滴，擦干净后消毒针孔。

（3）挑治

处方：第1～7胸椎两侧

方法：找淡红色疹点，消毒后用三棱针点刺出血，并挑断疹点处的皮下纤维组织。

（4）刺络拔罐

处方：大椎

方法：消毒后，用磨快的三棱针快速刺入穴位0.5cm深，再在穴位上加拔火罐。也可选用太阳穴，方法相同。

文献摘要

（1）孙少梅用散刺配合耳针及体针治疗麦粒肿。取阿是穴（患部红肿处），配以耳穴眼穴、太阳；体针则上眼睑用攒竹，下眼睑用四白。操作时患者取坐位或仰卧位，用75%酒精常规消毒后，用1.0寸毫针2～4枚，尖端平齐，同时点向穴位，以不刺破皮肤为度，至皮肤潮红即可。每日治疗1次，每疗程7次。共治疗24例，其中1次治疗痊愈者18例，治疗3次而愈者5例，7次而愈者1例。

（孙少梅．散刺治疗麦粒肿．中国针灸，1994，14（1）：32）

（2）杜乃文等用挑刺方法治疗麦粒肿，取肩井及背部反应点（红色，比小米粒小，按之不褪色），常规消毒后，用26号1寸毫针横刺上述各穴，深入表皮下，找出白色纤维样物数根，不断进行挑刺。出针后，用手指将挑刺部位的白色乳糜样分泌物挤出，用消毒干棉球拭净后再挤，直到挤净为止。然后碘酒消毒，敷上无菌纱布固定，3天挑刺1次。经治疗1～3次后红肿痛消失，未发生溃疡者为痊愈，发生脓肿溃疡者为无效。24例中痊愈者共22例，无效2例，痊愈率91.7%。其中1次治愈者共10例，2～3次治愈者12例，平均1.5次。

（杜乃文．等，挑刺肩井穴及背部反应点治疗麦粒肿24例．中国针灸，1995，15（4）：22）

（3）张兰英等取耳尖穴放血治疗麦粒肿，操作前先揉按耳廓1分钟，再消毒耳尖穴，用三棱针迅速刺患侧耳尖穴，挤出鲜红血液数滴，用消毒干棉球试拭即可。共治疗150例，病程最短的2个小时，最长的半年多，全部有效。其中放血1次治愈者126例（84%），放血2次治愈者20例（13.3%），放血3次治愈者3例（2.0%），放血4次治愈者1例（0.7%）。

（张兰英．等，耳尖放血治疗麦粒肿．中国针灸，1994，14（1）：32）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

按语

麦粒肿多为实热证针刺治疗效果确实而迅速，尤其是早期治疗，常常在留针时患者即感症状减轻。一般当天发病即开始针刺者，次日即可告愈，如果发病第二天才开始治疗，针刺则可减轻症状，缩短病程。针刺采用局部穴与远道穴相结合，针刺用泻法，或用三棱针刺血，其方法简便而效捷，乃实则泻之之法。对于反复发作者，常因气血虚弱，复感内热；或余邪未清，热毒风蕴，故在肿块消退后还应针灸整体调整。本病切忌挤压患处，以免炎症扩散而引起眼睑蜂窝组织炎，甚至海绵窦栓塞及败血症等。对于反复发作的患者平时应养成良好的卫生习惯，不用脏手或不干净的手帕揉眼，有慢性结膜炎或睑缘炎者应彻底医治，有糖尿病或其他慢性病也应加以控制。注意营养和运动以增强体质有积极的预防意义。

急性结膜炎

概述

结膜炎是我国常见的眼病，临床上有急性、亚急性和慢性之分，也有按致病原因分为细菌性、衣原体性、病毒性、真菌性和变态反应性等。急性结膜炎由细菌或病毒感染而成，好发于春夏季节，具有传染性和流行性，本病以显著的结膜充血、有粘液性或脓性分泌物为主要特征，在集体活动环境中容易暴发流行。反复或严重的结膜炎，可破坏结膜分泌细胞，后遗结膜干燥症。若炎症侵犯角膜，可引起不同程度的视力障碍。

中医称本病为“暴风客热”、“天行赤眼”。俗称“红眼”、“火眼”。多由疫疠之气流行，风热时邪外侵，或肺胃积热，内外合邪，上攻于目，以致经脉闭阻，气血壅滞所致。

西医学认为结膜暴露于眼球表面，可直接通过接触性传染，凡病人接触过的水、毛巾、脸盆等其它用具均是传播媒介。本病炎症表现的病理形式以充血与渗出为主，充血发生于睑结膜时呈现弥散性充血状态；发生于球结膜时则表现为特有的结膜性充血。渗出的结果则为分泌物增多和球结膜水肿。

临床表现

急性结膜发病迅速，潜伏期一般为 1～2 天，患眼红赤涩痒，有异物感和烧灼感，羞明，眼睑肿胀难睁。分泌物多，初为浆液性，继则成粘液脓性，粘着睑缘及睫毛，每于睡起时封闭眼裂。本病常一眼先发或双眼齐发。通常在发病后 3～4 天症状达高潮，除球结膜充血、水肿，眼睑红肿等局部症状外，有时可伴发热、流涕、咽痛等全身症状。10～14 天可痊愈。由病毒引起者，起病急、流行快，除上述症状外常影响角膜，在角膜中央区散在很多点状着色。有的在 2～3 天内即见球结膜下点状或片状出血，重者涉及整个球结膜。

诊断要点

(1) 根据发病部位在球结膜，红痒、羞明、有异物感、肿胀、多眵等局部症状，具有传染性与流行性等不难诊断。

(2) 睫状血管充血，出血颜色呈紫红，愈靠近角膜缘充血愈甚，为深层眼部组织的炎症。

(3) 急性充血性青光眼多为老年女性，多半在情绪激动、劳累过度或暴饮暴食后发

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

病。

治疗

治疗原则：疏风清热，泻肝解毒，活血止痛。

（1）针刺

处方：睛明　太阳　风池　少商

配穴：风热外袭加合谷、外关；肺胃积热加曲池、支沟、内庭；肝火亢盛加行间、侠溪；头痛加上星；咽喉痛加商阳；便秘加支沟。

操作：针睛明前嘱患者闭目，将眼球固定于外侧，用1.5寸优质细毫针沿眼眶鼻骨边缘缓慢刺入，深约1寸，不宜提插，轻微捻转。风池针向对侧眼球进针1～1.5寸。太阳与少商用三棱针或粗毫针点刺出血。

（2）耳针

处方：耳尖　眼　肝　耳背血络

方法：常规消毒后先点刺耳尖与耳背血络出血数滴，眼与肝穴毫针用泻法，留针15分钟，每日1～2次，两耳交替施治。

（3）挑治

处方：第1～7胸椎两侧

方法：找淡红色或暗褐色疹点，摸之碍手，略带光泽，压之不褪色的“粟米”样疹点，消毒后用三棱针先挑破表皮，并挑断疹点处的皮下纤维组织。2～3天挑治1次。

（4）皮肤针

处方：攒竹　丝竹空　太阳　风池

方法：攒竹、丝竹空穴用轻刺激叩刺，其它穴施以重手法叩刺，每日1次。

（5）穴位注射

处方　太阳　风池　光明

方法：用维生素B_1、黄连素注射液或野菊花注射液，每次注入药液0.5～1ml，隔日1次。

文献摘要

（1）付积忠取太阳直刺1.5～2寸；风池向同侧眼球方向直刺，轻微提插，使针感放射眼部；合谷用轻刺激，针感向上感传；取睛明穴，嘱患者平视，术者用押手向外压紧眼球，用30～32号的2.5寸毫针缓慢进针2寸，不提插捻转。患者闭目静坐，留针15～20分钟，每日1次。治疗300例，痊愈225例，有效72例，无效3例。

（付积忠．针刺治疗急性结膜炎300例．中国针灸，1991，11（4）：11）

（2）裴良才等用耳穴刺血法治疗本病，常规消毒后在① 耳背静脉放血6～10滴；② 耳穴目1、目2、眼区用梅花针点刺出血。以上各穴均用单侧，每日1次，双耳交替施治。并嘱患者在患眼局部用冷毛巾湿敷，早、中、晚各1次，每次30分钟。结果所治100例中，患病第1天就治者40例，经2次治疗于第3天痊愈。患病第2天就治者60例，经2次治疗于第4天痊愈者56例，3次治疗痊愈者4例，平均治愈时间为3.6天。

（裴良才．等，耳穴刺血疗法治疗流行性出血性结膜炎100例．中国针灸，1996，16（7）：26）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

按语

针刺治疗急性结膜炎有明显的疗效，其效果确实而迅速，常常在留针的时候患者即感到症状减轻而舒适，多数治疗2～3次即可有效。针刺治疗选用局部与远道穴结合，除常规针刺外，三棱针点刺效捷而简便，点刺部位有井穴、太阳、耳尖等处。应嘱患者充分暴露患眼，使分泌物通畅排出，严禁包扎患眼。针刺治疗的同时还可用凉淡的盐水洗眼。本病为急性传染病，常可引起大流行，凡病人用过的盥洗用具应经常消毒，与他人分开，患者避免到公共场所活动，流行季节时健康人可常用治疗本病的眼药水滴眼，用菊花、桑叶、夏枯草煎汤代茶。

色　盲

概述

色盲是指色觉障碍，以两眼不能正确辨别颜色为特征。患者以男性多见。根据其程度与特点的不同，可分为色弱和色盲两种；色弱是指对颜色的辨别能力减低，色盲是指对颜色的辨别能力完全丧失。根据三原色学说，对丧失一种原色的辨别能力者称为二色盲，包括红色盲、绿色盲和蓝色（或紫色）盲。对丧失两种原色辨别能力者称为一色盲，即全色盲。临床上以红绿色盲和色弱最为常见。根据色盲发生的时间先后，又有先天性与后天性之别，先天性色盲为遗传因素所致；后天性色盲多由视神经萎缩、烟酒中毒、弱视及眼底病引起。

色盲在中医称为“视物易色症”、“视赤如白症”、“视黑为赤症”等。《灵枢·脉度》说：“肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。”本病多由先天禀赋不足，精血亏虚，或后天肾精不充，髓海不满，脑与目系受损所致，或肝血不足，气机不畅，经气郁闭，玄府不和，则辨色障碍。

西医学对先天性色盲的原因尚未定论，一般认为是一种X性染色体隐性遗传疾病，由于X性染色体中存在某种病变基因，使视蛋白合成障碍，为女性传递，男性表现。所以男性患者高于女性。后天性色盲可由屈光间质的变化，精神异常以及从视网膜到大脑皮层间的视路疾患，如球后视神经炎、视神经萎缩等引起。

临床表现

本病患者眼部与视力与正常人无异，一般没有自觉症状，只是不能辨别某些颜色或色彩颠倒辨认不清。有时先天性色盲不能发觉自己有色觉异常，这是由于患者凭生活经验，根据颜色的饱和度与亮度而加以区别，只有通过检查才能发现不能正确辨别颜色或色泽的浓淡与明暗。

诊断要点

通过色觉检查法可以确诊。在自然光线照明下，患者在0.5cm距离，面向检查物体，在5秒钟内说出答案。

治疗

治疗原则：滋补肝肾，调畅气机

（1）针刺

处方：睛明　攒竹　丝竹空　风池　养老　复溜　肝俞　肾俞

配穴：脾胃虚弱者配足三里、三阴交、脾俞；气机不畅配太冲、期门。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

操作：每次选用2～4穴。以补法为主，气机不畅者施以泻法或平补平泻法。留针15～20分钟，每日或隔日1次，20次为1疗程。

（2）穴位激光照射

处方：睛明　攒竹　丝竹空　合谷　足三里

方法：用功率40mW、电流量15mW的氦-氖激光治疗仪，照射上穴，每穴照射5分钟，每日1次，20次为1疗程。

（3）耳针

处方：眼　肝　肾　肾上腺　皮质下

方法：毫针刺用轻刺激，留针15分钟，每日1次或隔日1次，20次为1疗程。或用王不留行籽贴压。

（4）穴位注射

处方：肝俞　肾俞、足三里　风池　翳风　太阳

方法：用维生素B_1或当归注射液，每穴注入药液1～2ml，隔日1次，20次为1疗程。

（5）头针

处方：枕上旁线　顶颞后斜线下2/5　额中线　额旁1线

方法：将处方分成两组交替使用，直刺快速进针，不捻转，留针20分钟，每日1次，20次为1疗程。

文献摘要

（1）蔡宗敏等用针刺激发经气治色觉障碍，准确选用与眼有关的经穴，取0.32～0.38mm直径、13～40mm长镀银毫针，用管针法迅速进针，进针后轻微捻转结合提插与震颤催气手法，促使经气通达眼部，务使眼周及面部灼热感，行热补手法10～15分钟，或加脉冲电刺激15～20分钟。穴位分为3组轮换治疗，① 风池配光明② 球后配太冲③ 太阳配合谷。每日或隔日治疗1次，12次为1疗程，对色盲有较好疗效。

（蔡宗敏．等，针刺激发经气治疗色觉障碍的临床研究．中国针灸，1994，（增刊）：133）

（2）黄学礼用针刺结合穴位注射治疗色盲，主穴取上睛明（眉弓中点眶上缘下）、下睛明（睛明穴下0.2寸）、健明、上增明（上明穴内侧旁开0.2寸）增明2（上明穴外侧旁开0.2寸）。配穴取合谷、足三里、光明、瞳子髎。每次取2个主穴、1个配穴，通电10～15分钟，连续波，频率15～20次，电流量为0.2～1mA。另取维生素B_{12} 1ml，于双侧球后穴各注入0.5ml。针刺与穴位注射隔日1次并交替进行，14日为1疗程，疗程间间隔4～5天。经1～3疗程治疗后，结果804例中治愈336例，显效322例，好转146例。

（黄学礼．针刺结合维生素B_{12}球后注射治疗先天性色觉异常804例疗效观察．中国针灸1989，9（4）：1）

按语

色盲多为先天性遗传性疾病，迄今无有效方法治疗，50年代以来临床有不少针刺治疗色盲的报道，证明其确有一定疗效，尤其对色弱疗效较好。一般以眼区周围穴位为主，如睛明、攒竹、丝竹空、瞳子髎、太阳、阳白、风池、翳明等，远道选穴为辅，如

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

合谷、光明、足三里、肝俞、肾俞、太冲等，一般多用针刺、电针、穴位照射、穴位注射等方法，针刺手法用补法或平补平泻。

中心性浆液性脉络膜视网膜病变

概述

中心性浆液性脉络膜视网膜病变是一种常见的视物模糊、变形的眼底病变。不同学者对本病的命名不同，如“中心性视网膜炎”、“中心性复发性视网膜炎”、“中心性血管痉挛性视网膜病变”等，目前多数称“中心性浆液性脉络膜视网膜病变”。本病多发生于中壮年男性或妊娠妇女，单眼发病者多，少数双眼先后发病，且易复发，病程经数月有自愈趋势。经反复发作，黄斑有水肿，色素上皮细胞破坏和视网膜下纤维增生者视力则难以恢复。

本病在中医称为“目茫茫候”、“目黑候”、“视正反斜”、“视惑”等。多由劳倦内伤，用眼过度所致，导致脏腑失调，阴阳偏胜；或肝肾阴虚，虚火上炎；或肝肾精血不足，目失涵养；或脾失健运，津液运化失常，聚湿生痰，清阳不升，浊阴不降；或肝经郁热，玄府阻闭，经气不利，气血瘀滞所致。

西医学认为本病的真实病因尚不清楚，精神紧张、情绪激动、感染、过敏、脉络膜静脉引流障碍、热调节功能衰竭均能促发本病。上述原因能使黄斑区附近的小动脉收缩，使周围毛细血管扩张，渗透性增加，导致浆液渗入附近组织内，从而形成周围组织的积滞现象而引起。

临床表现

常有中、低度视力减退，视物变暗、变形、变小或变大。眼前似有纱幕遮盖，初期伴随偏头痛。眼底检查首先出现黄斑水肿，在水肿边缘可见圆形、椭圆形或不规则的反射光晕，中心窝反射消失。在水肿区常见有黄白色或灰白色圆形渗出小点。

诊断要点

（1）根据视野中央暗点，视物变形；黄斑区水肿，中心反射消失；荧光造影或见黄斑区渗漏，呈喷出型或扩散型。即可论断。

（2）渗出性视网膜病变多发于青年男性，只累及单眼，病情进展缓慢，早期眼前组织均正常，玻璃体可轻度混浊，眼底出现多发性渗出性病灶，病变常为进行性，严重者可发生视网膜剥离、白内障、青光眼、眼球萎缩等。

（3）视网膜动脉栓塞主要与动脉痉挛或动脉内血栓形成，尤其与亚急性细菌性心内膜炎心脏手术有关。主要表现为视力突然丧失，且往往为永久性，当阻塞为时短暂而经及时消除者，视力有时可部分恢复。如果动脉某一分支阻塞，则可出现与该受累区相应的视野缺损。

（4）视网膜静脉血栓形成是由局部静脉回流阻塞所致，视力障碍或丧失不如中心动脉栓塞那样突然，主症为视力下降或部分视野缺损，一般尚可保存一定的视力，无疼痛感。

（5）视网膜色素变性发病于幼年，有遗传性，两眼同时受累，特点是夜盲和视野缩小，直至失明。

治疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

治疗原则：调补肝肾，通络明目。

(1) 针刺

处方：睛明　攒竹　丝竹空　瞳子髎　球后　风池　合谷　养老　肝俞　肾俞

配穴：阴虚火旺加照海、行间；脾胃虚弱加足三里、三阴交；痰湿壅滞加丰隆、三阴交；气血瘀阻加太冲、膈俞。

操作：每次取1～2个局部穴与1～2个远道穴。单眼病变取患侧穴，双眼病变取双侧穴。眼区周围穴用轻刺激，以捻转手法为主，睛明、球后不提插、轻捻转，攒竹向下透刺睛明穴，以小幅度捻转使针感向整个眼部放散，风池施以雀啄法，使针感到达眼区为佳，其余诸穴根据证候虚实施以补泻手法。每次留针20～30分钟，急性期每日治疗1次，症状改善后隔日治疗1次，20次为1疗程。

(2) 电针

处方：风池　丝竹空　翳明　攒竹

方法：针刺后用G-6805电针仪将眼区穴与头部邻近穴两两相接，用疏密波通电，强度以病人能耐受为度。每次20分钟，隔日1次，20次为1疗程。

(3) 耳针

处方：眼　肝　肾　脾　皮质下　内分泌

方法：可单取患侧穴，也可双侧穴交替使用，毫针刺用中等刺激，留针20分钟，20次为1疗程。

(4) 穴位注射

处方：风池　翳明　太阳　肝俞　肾俞　足三里

方法：用维生素B_1、肌苷或当归注射液，每穴注入药液1～2ml，隔日1次，20次为1疗程。

文献摘要

(1) 蔡明华取新明、睛明、翳风、球后，肾虚肝旺配合谷、太溪、太冲、肾俞；肝肾阴虚配肾俞、肝俞、照海；脾肾阳虚配脾俞、肾俞、关元；气血两虚配足三里、大椎、三阴交、绝骨。用30号1寸毫针，新明穴向眉棱骨方向呈45°角斜刺，捻转100次/分，每10分钟行针1次，针球后时以右手大拇指固定患者眼球，嘱患者上视，进针后不捻转、不提插，若针感不明显时可用食指轻刮针尾。均留针20分钟，每日1次，10次为1疗程，疗程间间隔3～5天。共治疗34例，显效17例，进步10例，无效7例。

(蔡明华．针刺治疗视网膜炎34例．上海针灸杂志，1990，9(3)：13)

(2) 杨桂荣用热补手法治疗本病，取主穴风池、肝俞、肾俞、太冲、照海、足三里，配穴睛明、太阳、攒竹、太溪、三阴交。用30号2寸毫针，风池向对侧眼球方向刺入。得气后左手拇食指紧捏针柄，再向下按针0.5～1寸深，随之右手拇指向前捻转3～5次，针下即可产生热感。热感由风池穴向头顶两侧随针刺手法的施用，徐徐到达眼球。出针时紧按针孔。其他穴均用补法，热感到达眼区为佳。每日针刺1次，留针20分钟，10次为1疗程，疗程间间隔3～5日。共治疗41只眼，痊愈23只眼，显效8只眼，有效6只眼，无效4只眼。

(杨桂荣．等，热补针法治疗视网膜炎23例．中国针灸，1994(增刊)：136)

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

按语

中心性视网膜炎是一种急性的眼底病，多数人认为本病的发生与机体抵抗力低下有关，有一定程度的自限倾向，抗炎剂无确实效果，激素有加剧病情及使病程迁延而更危险，血管扩张剂使用广泛，但效果也不明确。近来用极细光导纤维通过特制的空心针，将氪氩激光导入凝固渗漏点，临床治疗有效，但似不能根治或防止复发，并须注意防止影响中心视力。针刺治疗本病始于50年代，60年代曾有人试用电针刺激球后穴治疗本病，取得了较好的疗效，80年代又有较大突破，发现了一些有效的新穴，如新明Ⅰ、新明Ⅱ、向阳Ⅰ、向阳Ⅱ等，从已积累的经验看，针刺对本病的效果是确切的，可调整全身状况，改善血液循环，但疗程较长。选穴以局部为主，兼取远道穴全身调整。患者应注意休息，减少用眼，避免过度兴奋与紧张，同时应戒除烟酒等不良嗜好。其他视网膜病变如中心性渗出性脉络膜视网膜病变、视网膜动脉栓塞、视网膜血栓形成、视网膜色素变性等均可参照本病治疗。

视神经炎

概述

视神经炎有急、慢性之分，临床以慢性为多见，急性视神经炎常与颅内及眼眶的急性炎症有关，慢性视神经炎多与维生素缺乏、糖尿病、病后营养不良等有关，也可因慢性酒精中毒引起，个别为遗传因素导致。主要表现为视力下降或伴眼球深部疼痛，轻者如治疗及时可恢复正常视力，重者甚至可导致失明。本病多发生于青壮年，40岁以下患者占80%。习惯上虽将视神经炎分为视乳头炎和球后视神经炎，但视乳头炎往往也波及其附近的视网膜和球后的视神经纤维。

本病属于中医的“暴盲”、“视瞻昏渺症”。主要原因为情志失调，肝失条达，气机运行不畅，络脉阻滞；或肝郁化火，肝火上攻目系；或外感热病或肝肾阴虚，邪热或虚火上炎；或产后哺乳，气血亏虚，使目失所养。

西医学认为本病致病原因尚不明了，只能称其为特发性视神经炎。部分患者与哺乳、感染、维生素B族缺乏、药物中毒、多发性硬化症等有关。病变部位早期血管扩张而充血，炎性渗出，由于变质可致组织境界不清，后期可导致视神经萎缩。

临床表现

急性视神经炎发病急骤，病人视力急剧下降或突然丧失，伴有目痛；慢性视神经炎视力逐渐下降、疼痛不明显。视乳头炎多一眼发病，视力急剧减退，有中心暗影，视野向心性缩小，甚至完全失明。急性球后视神经炎常伴有前额隐痛、眼眶深部钝痛、转动眼球时牵引样疼痛。慢性球后视神经炎多罹及双眼，起病缓慢，病程较长，除视力下降、视野向心性缩小外，可无其它症状。

眼底检查，视神经乳头炎早期可见乳头充血、水肿、境界不清、乳头附近视网膜水肿，静脉怒张迂曲等。晚期可见视神经乳头苍白，呈萎缩现象。球后视神经炎眼底多无改变，或仅有视神经乳头轻度充血，边界稍模糊，但视野出现中心盲点与生理性盲点相连而呈哑铃状缺损，或扇形缺损、弧形暗点、向心性缩小等。当视力高度减退时，瞳孔扩大，对光反应消失，如尚有部分视力，瞳孔收缩无力，虽在光源持续照射下，又自行扩大，此为重要的客观体征。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

诊断要点

（1）根据患者视力下降，眼球运动或压迫眼球有牵引痛，瞳孔中度散大，对光反射迟钝，色觉障碍，及眼底检查，可以诊断本病。

（2）颅内病变引起的视神经乳头水肿早期可无视力改变，但因颅内压高而常有剧烈头痛，或恶心呕吐。眼底视神经乳头无充血，但水肿特别明显，视野生理盲点扩大，晚期也会继发视神经萎缩，视野向心性缩小，视力严重下降，甚至失明。

（3）视交叉肿瘤如蝶鞍区的垂体瘤或颅咽管瘤压迫视路，可引起视力下降和视野缺损，但肿瘤是逐步发展的视野缺损呈双眼颞侧偏盲，头痛症状为额颞部持续性隐痛。垂体瘤常引起内分泌失调而出现月经不调、性欲减退、尿崩症、肢端肥大症等。头颅X光片有阳性表现。

治疗

治疗原则：实证治以清泻肝胆、行气活血；虚证治以补益气血。

（1）针刺

处方：睛明　球后　瞳子髎　风池　翳明　光明　太冲

配穴：因外邪引起者加合谷、外关；肝肾虚火上炎者加太溪、肾俞、肝俞；气血不足者加足三里、三阴交、脾俞、气海。

操作：每次局部选用2～3穴，远道选用1～2穴。眼区穴穴用30号～32号针轻缓刺入，轻微捻转，不提插，四肢与躯干穴根据证候施以补泻手法，留针20分钟，每日1次，20次为1疗程。

（2）耳针

处方：眼　肝　肾上腺　神门　枕

方法：每次选用2～3个耳穴，毫针刺以中等刺激，留针20分钟，每日1次，20次为1疗程。

（3）激光穴位照射

处方：睛明　球后　风池　翳明　光明　太冲

方法：每次选用1～2个局部穴及1个远道穴，用氦-氖激光针灸仪，将2mW光针对准穴位，每穴照射5分钟，每日1次，20次为1疗程。

（4）穴位注射

处方：承泣　球后　风池　翳明　大椎　哑门

方法：每次选用2个穴，用维生素B_1 100mg或B_{12} 0.1mg，每穴注入药液0.5ml，隔日1次，20次为1疗程。

文献摘要

（1）黄圣源等用针刺治疗46例视神经炎和视神经萎缩，其中视神经炎共31例56只眼。常用穴为睛明、瞳子髎、风池、合谷、复溜、三阴交、太冲。备用穴为攒竹、四白、外关、光明、足三里、肝俞、肾俞等。每次留针30分钟，每日1次。结果有效34只眼，占41.6%，效果一般13只眼，无效9只眼。

（黄圣源．针刺治疗视神经疾患的临床观察．中国针灸，1983，(1)：5）

（2）孟秀阁等用针刺与中西药物结合治疗视神经炎，针刺取睛明、球后、攒竹、太阳、风池、合谷、内关、太冲、百会等，每次用4～5穴，用强刺激。并服用清肝泻火、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

疏肝解郁、滋阴降火、活血化瘀中药，急性期辅以激素治疗。共治疗视神经炎25例34只眼，治愈率为79%，平均治疗天数为26天。

（孟秀阁等．中西医结合治疗视神经炎的临床观察．中国中医眼科杂志，1995，(4)：209）

按语

西医学治疗本病对有病因可查者针对病因治疗，原因不明者，部分患者有自愈倾向，特别是年轻患者，一般在数周或数月内自行好转，视力恢复到正常或接近正常，一般用激素缩短病程，加速视力恢复。针灸治疗本病也以儿童视乳头炎疗效显著，急性视神经炎疗效次之，慢性视神经炎效果最差，常可引起视神经萎缩，故需综合治疗。针刺治疗多选用眼区及头部邻近穴为主，配以辨证选穴，多用针刺法，或可配合用电针，也可用耳针、穴位注射、激光照射等方法。急性视神经乳头炎应积极治疗原发病，嘱患者卧床休息，忌食辛辣食物，戒烟酒。哺乳期患本病应断奶。

视神经萎缩

概述

视神经萎缩是由多种原因造成的视神经纤维退行性病变和传导功能障碍，其特征为视力下降、视野缩小和眼底的视神经乳头苍白，是一种难治性疾病。如不及时治疗可导致患眼永久性失明。临床分为原发性与继发性视神经萎缩两类，除眼底除视乳头颜色苍白萎缩外，二者的区分在于有无其它眼底改变。

本病在中医属于“青盲”范围。由于肝肾亏虚，精血不足；或由久病体虚，脾肾阳虚，精微不化，使目失所养；或由于七情内伤，导致肝郁脾虚，疏泄失司，络脉受阻；也可由头部外伤，使目系受损，络脉瘀阻，气血不能上达。

西医学认为，视神经萎缩是多种原因和疾病引起的后果。常见的原因有颅内眶内肿瘤、血管疾病、炎症、外伤和营养不良等，少数可由遗传因素、中毒或梅毒引起。一般讲，儿童的视神经萎缩以脑部肿瘤、颅内炎症为多；青年患者以遗传性为主；中年人则多为视神经炎、视神经外伤或颅内视交叉区肿瘤多见；而老年人双侧性病变常与青光眼或脊髓痨有关，单侧性病变多与血管性疾病有关。

临床表现

本病初起眼外观无明显改变，患者自觉视物模糊，视力逐渐下降，色觉减退。视野变化随着原发病因的不同而有不同改变，或呈向心性缩小，或者有视野缺损、中心暗点等，且视野的改变常发生于视力下降之前，故早期视野检查甚为重要。最后可导致失明，失明后可见瞳孔散大，对光反射消失。

诊断要点

根据症状及眼底检查，结合外伤、中毒、颅内炎症、肿瘤、血管性疾病及眼底疾病病史可以诊断。

治疗

治疗原则：补益肝肾，行气活血。

(1) 针刺：

处方：睛明　球后　风池　翳明　肝俞　肾俞　合谷　太冲

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：阴虚火旺者加照海、行间；脾肾阳虚加气海、关元；肝郁脾虚加光明、侠溪、三阴交；气血瘀阻加膈俞、内关、期门；气血两虚加足三里、气海。

操作：每次局部选用2～3穴，远道选用1～2穴。眼区穴穴用30～32号针轻缓刺入，轻微捻转，不提插，四肢与躯干穴根据证候施以补泻手法，留针20分钟，每日1次，20次为1疗程。

（2）穴位注射

处方：承泣　球后　风池　翳明　大椎　哑门

方法：每次选用2个穴，用维生素$B_1$100mg或B_{12}0.1mg或胎盘组织液，每穴注入药液0.5ml，隔日1次，20次为1疗程。

（3）耳针

处方：眼　肝　肾上腺　神门　枕

方法：每次选用2～3个耳穴，毫针刺以中等刺激，留针20分钟，每日1次，20次为1疗程。也可用耳穴压丸法。

（4）头针

处方：视区

方法：常规消毒后，用30～32号2寸长毫针与头皮呈30度角快速进针1寸，以每分钟200次快速捻针，或用电针仪刺激。每日治疗1次，20次为1疗程。

（5）皮肤针

处方：攒竹　丝竹空　瞳子髎　太阳　风池　膈俞　肝俞　胆俞　肾俞

方法：眼区周围穴用轻刺激手法叩刺，其它部位用中等手法。隔日1次，20次为1疗程。

文献摘要

（1）王瑞华用辨证选穴方法治疗本病。选用球后、睛明、肝俞、脾俞、风池、攒竹、翳明、光明、太阳、养老、四白、瞳子髎为主穴，每次选用3～5穴，球后、睛明每次必取，肝俞、脾俞交替使用。再辨证选穴，肝肾不足配太冲、太溪；心血亏虚配神门、三阴交；脾肾阳虚配肾俞、足三里；肝气郁结配阳陵泉、太冲；气滞血瘀配膈俞、期门。采用捻转补泻和疾徐补泻手法相配合。眼周穴位缓缓进针，只捻转，不提插。每日针刺1次，12次为1疗程，疗程间隔3天。共治疗48例，显效15例，好转26例，无效7例。

（王瑞华．辨证针刺治疗48例青盲疗效观察．中国针灸，1993，13(2)：15）

（2）王雪峰取眶上穴（眶上内1/3与外2/3交点处）、接力穴（枕骨粗隆与耳轮顶联线的中点）、前额中点透印堂为主穴，配太阳、率谷、风池、外关。接力穴向风池方向刺入，深约2.5寸左右，用捻转法，隔20分钟捻转1次；前额中点透印堂穴进针1.5寸，手法同接力穴。根据临床症状使用配穴，留针30分钟，每日1次，10次为1疗程。治疗110例共164只眼，痊愈12只眼，显效71只眼，好转39只眼，无效42只眼。

（王雪峰．针刺治疗视神经萎缩110例临床观察．中国针灸，1993，13(6)：9）

（3）李桂森刺入式激光治疗本病，选球后、翳明为主穴，用内睛明、瞳子髎、光明、三阴交为配穴。每次用1个主穴，1～2个配穴。用JGE-I型氦-氖激光针灸仪，将

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

2mW 光针的针尖调整到红光集中于一点，放入 75% 酒精消毒 10 分钟，然后将光针刺入所选穴位，得气后留针 10 分钟。每日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间隔 3 天。治疗 39 只眼，显效 11 只眼，进步 19 只眼，无效 9 只眼。总有效率为 76.9%。

（李桂森. 刺入式氦-氖激光针灸治疗视神经萎缩（附 25 例 39 只眼报告）. 吉林中医药，1990，(4)：15）

按语

视神经萎缩是眼科难治疾病，是眼病的晚期表现之一，目前无有效方法治疗。针灸有一定效果，尤其对外伤所致视神经萎缩，其病程不长，视功能损害不大，原有视力在 0.4 以上者，效果较好。一般说，本病治疗需要较长时间，不能急于求成，一般不应少于 3 个月。针刺治疗多用针身能到达眼眶内的腧穴，如球后、睛明、承泣等，结合头部附近选穴，如风池、翳明、完骨等，并结合证候虚实选穴。临床多用针刺法，或用穴位注射等。针刺治疗的同时应嘱患者调节情志，注意劳逸结合。

电光性眼炎

概述

电光性眼炎是由电光发出的紫外线照射眼部后引起的角膜和结膜炎症。临床以双眼不适、充血、畏光、流泪、疼痛为主症。最常见于电焊工与辅助工，此外使用紫外线灯消毒不当，高压电流短路产生的强烈电弧光，也可致病，本病又称“紫外线眼炎”。

从本病的临床表现分析本病主要由风热之邪损伤，火郁不宣，经络阻滞所致。

西医学认为当紫外线过度照射而被眼组织吸收后，原子和围绕原子核转动的电子，将振动传播时的能量，加到组织的分子内，使组织分子改变运动状态，产生电光性损害。导致细胞核膨胀、碎裂和细胞死亡。

临床表现

接触电焊弧光的多少和时间的长短有不同的潜伏期，最短的可 30 分钟，也有长达到 4 小时，一般为 6～8 小时。轻症或早期患者仅有眼部异物感或轻度不适；重症患者可表现为眼眩或突然失视，短时间内可恢复正常，随后又出现高度畏光、流泪、剧烈疼痛，灼热感或异物感，眼睑痉挛等。检查可见眼睑浮肿、眼球与结膜充血，角膜呈点状密集的上皮脱落。

诊断要点

凡接触电焊弧光或其它紫外线辐射后出现上述症状者，诊断不难。

治疗

治疗要点：清热通络。

（1）针刺：

处方：攒竹　瞳子髎　太阳　合谷　太冲

操作：针刺攒竹穴针尖向下以 45°角刺入 0.2～0.3 寸，使针感向目内眦扩散，针刺太阳穴直刺 0.5～0.7 寸，也可用较粗毫针刺络出血。诸穴均施泻法。留针 20 分钟，每日 1～2 次，不可用灸。

（2）耳针

处方：耳尖　眼　肝　神门　皮质下

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法：消毒后用三棱针点刺耳尖出血数滴，或选用2～3穴用毫针针刺，留针20分钟，每日1次，也可用压丸法。

(3) 穴位注射

处方：瞳子髎　太阳

方法：用2%盐酸普鲁卡因1～2ml加入肾上腺素0.025ml，常规消毒后，垂直进针直达眶骨，每穴注入0.5～1ml药液。每日1次。高血压病、心脏病患者不加肾上腺素。

文献摘要

(1) 傅哲等用针刺治疗电光性眼炎，取28号0.5寸长毫针直刺入睛明0.2～0.5寸以疏风泻火；取太阳穴斜刺向后刺入0.3～0.5寸以散邪清热、消肿止痛。行捻转泻法强刺激，若效果不佳时可配合合谷、风池。取30号毫针垂直刺入合谷以疏风明目；针刺风池时针尖方向朝向鼻尖斜刺以清热明目止泪。均用捻转泻法，留针30分钟。共治疗55例，显效32例，有效22例，无效1例，总有效率98%。

(傅哲．等，针刺治疗电光性眼炎．中国针灸，1995，15(4)：57)

(2) 吴琳用手穴放血治疗电光性眼炎，取第三、五指掌关节横纹中点，病情重者加同侧耳穴耳尖。常规消毒后，用三棱针点刺，使之出血几滴。治疗期间嘱患者禁食辛辣食物、烟酒1天。治疗31例，经1次治疗后，轻者10分钟见效，重者不超过30分钟见效。全部病例均1次痊愈。

(吴琳．等，手穴放血治疗电光性眼炎．中国针灸，1994(增刊)：230)

按语

针刺治疗电光性眼炎有明显疗效，一般而言，多数病人针刺留针过程中即可感觉舒适，症状减轻。多数病经1次治疗即可恢复，很少超过2天者，且不会影响视力。针刺多选用眼区局部穴如睛明、太阳、瞳子髎、丝竹空、攒竹等以疏散风热，合谷、太冲等行气活血。针刺及放血法较为常用。

青　光　眼

概述

我国正常人的眼压是1.33～2.793kPa（10～21mmHg)。青光眼是以眼压升高为主要特征的眼病。持续病理性高眼压对视网膜、视神经和血管的压迫常引起视乳头凹陷、视野缺损，最后导致失明。本病可分原发性、继发性与先天性三类。继发性青光眼是一些眼部疾病和某些全身性疾病在眼部出现的并发症，通过影响房水循环使眼压升高，这类青光眼种类繁多，病因、特点、治疗、预后各不相同，主要有角膜前粘性白癜、虹膜睫状体炎、外伤性眼内出血等。先天性青光眼主要为先天性房角发育不良，一般用手术治疗。原发性青光眼分为充血性和非充血性两种，我国原发性青光眼病人中充血性青光眼，或称闭角型青光眼占绝大多数，闭角型青光眼又有急性与慢性之分，后者又称慢性单纯性青光眼。

本病在中医称之为“绿风内障”、“青风内障”等。认为多由忧郁忿怒，肝气郁结，郁而化火，肝胆风火上扰；或劳倦太过，真阴损耗，阳失所制，化火动风，交炽于目；或肝郁脾虚，疏泄失常，痰浊上逆所致。

西医学对原发性青光眼的发病原因尚不明了。但一般认为眼压异常升高的原因，在

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

充血性青光眼主要为血管神经调节紊乱，使房角关闭，房水流通不畅，即在一定的解剖因素基础上，情绪激动、精神创伤、过度劳累、气候突变、暴饮暴食常为本病的诱因。慢性单纯性青光眼由于滤帘功能障碍，房水流出阻力增加所致。

临床表现

急性充血性青光眼在发作前常有视灯火时出现红绿色彩环，称为虹视，视物昏蒙，如同隔雾，头微胀痛等先兆症状。急性发作者起病急骤，症状显著。如眼胀欲脱，头痛如劈，痛连眼眶、颏鼻等处，视力剧降，甚至仅剩光感。慢性充血性青光眼多由急性期演变而来，也有一开始就是慢性者。慢性单纯性青光眼一般自觉症状不太明显，但敏感者每于过于用眼、失眠、疲劳后出现视力疲劳、眼胀、虹视、头痛等症状，一般表现为头痛目胀不明显，视力缓降或丧失于不知不觉中。

眼部检查，急性者为眼压明显升高，多在6.65kPa（50mmHg）以上，高者可超过本人的舒张压，指压眼珠坚硬如石。瞳孔散大，呈竖椭圆形，色淡绿，故名绿风内障。眼睑水肿，球结膜混合充血，角膜水肿呈雾状混浊。眼底常因角膜水肿而不易窥见。慢性者上述体征均较轻微，但见眼底有青光眼环（视神经乳头生理凹陷扩大、加深，血管偏鼻侧并呈屈膝状），视野逐渐缺损。慢性单纯性青光眼眼压在24小时内波动大于8mmHg。

诊断要点

（1）急性发作期的诊断主要根据视力急剧下降，眼压突然升高，角膜水肿，瞳孔散大带绿色外观，眼球结膜混合性充血，伴有眼胀痛、头痛、恶心、呕吐等。急性发作者应与急性结膜炎、急性虹膜睫状体炎相鉴别。

（2）慢性单纯性青光眼眼压升高，特征性视盘凹陷，视网膜神经纤维层缺损及视野缺损，无引起眼压升高的其它眼局部及全身疾病，即可诊断。

（3）急性结膜炎眼部灼热及异物感，视力、瞳孔、眼压均正常，房水清。急性虹膜睫状体炎眼痛连及眼眶，半夜加重，瞳孔缩小或形状不规则，房水混浊，间有渗出物，甚至积液，眼压正常，有时稍低或稍高。

治疗

治疗原则：滋阴平肝熄风。

（1）针刺

处方：攒竹　丝竹空　瞳子髎　太阳　风池　合谷　三阴交　行间　肝俞　肾俞

配穴：肝郁化火者加太冲、印堂；水不涵木者加太溪、照海；肝郁脾虚加阳陵泉、足三里。

方法：每次选用2个局部穴与2个远道穴，急性期太阳穴可刺络出血，眼部穴施以平补平泻法，三阴交、太溪、肝俞、肾俞施以补法，其余施以泻法。急性期留针60分钟，每日治疗1～2次，慢性期留针20分钟，每日或隔日治疗1次，20次为1疗程。

（2）皮肤针

处方：风池　翳明　太阳　背部膀胱经

方法：用中等手法叩刺，急性期每日治疗2次，慢性期每日或隔日治疗1次。10次为1疗程。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 耳针

处方：眼　肝　肾　脾　耳尖　皮质下　神门

方法：每次选用2～3个穴，急性期毫针针刺用强刺激，每日针刺1次。慢性期用中等手法，每日或隔日针刺1次，或用压丸法。

文献摘要

(1) 姜俊以1%Dicain溶液点眼麻醉后，使患者静卧15分钟，用修氏眼压计量眼压，然后进行针刺。取患侧睛明、双侧行间、三阴交，先以针刺手法得气后，再电针20分钟，隔天门诊治疗，连续治疗15次为1疗程。结果在27只病眼上观察到，针刺对原性者有明显的降压效果，总有效率为90%。作者还用改进Colemen DJ方法建立高眼压动物（家兔）模型，30只兔以左眼造模，15只兔双眼造模不针刺。实验表明针刺能明显降底眼压，提高视网膜SDH酶和ATP酶的活性，促进视网膜组织结构、超微结构的调整和修复。

(姜俊．针灸治疗原发性青光眼的疗效观察．上海针灸杂志，1996,15(3):3)

(2) 张世红用皮肤针治疗青光眼，认为“颈后部膨隆”是青光眼的一个重要特征，其膨隆的程度取决于眼病的轻重。治疗时将“颈后部膨隆”处消毒，用梅花针叩刺，轻挤，待有少许黄水样液体渗出，用消毒纱布擦干。反复数次，至黄水样液体不再渗出为止，严重时可每日治疗2次，轻者每日1次，注意防止感染。多数患者经过上述治疗后，膨隆处明显缩小，变软，各种症状减轻或消失。

(张世红．梅花针治疗青光眼．上海针灸杂志，1995,14(4):160)

按语

针刺对急性青光眼引起的头痛、眼球胀痛有显著的止痛效果及不同程度的降底眼压的作用。有人观察到针刺治疗后使眼压平均下降12.15mmHg，降眼压维持时间平均为7～41小时。对于慢性青光眼同样具有较好的改善症状作用。针刺采用局部选穴与远道选穴相结合，多用针刺、刺络放血、皮肤针叩刺等方法，不用灸法。针刺治疗时应注意观察眼压的变化，如果眼压急剧升高，必要时应在眼科协同下配合用药或手术。并嘱患者保持心情舒畅，避免情绪波动；生活要有规律，少用目力；不暴饮暴食，忌辛辣食物，戒除烟酒。

5.2.2.9　耳鼻喉、口腔科疾病

梅尼埃病

概述

梅尼埃病是以迷路积水为主要组织病理学特征的一种内耳疾病。曾称美尼尔氏病，为Meniere于1861年首次报道而得名。其特点是发作性眩晕、耳聋、及耳鸣。本病约占眩晕病的60%，发病年龄多在50岁以前，多数先单耳发病，以后双耳发病。

梅尼埃病在中医称为“眩晕”、“眩运”、“旋晕”等。认为本病多由内伤所致。认为由于情志失调、饮食偏嗜、久病体虚、体虚劳欲等原因，造成肝阴不足，肝阳上亢；或脾失健运，痰蒙清窍；或心脾两伤，气血不足，不能上荣头目；或肾精亏虚，髓海不足，不能上充于脑所致。病变部位主要在肝，涉及肾和心脾。病理因素以风、火、痰为

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

主，二者又相互联系，病变性质有虚有实，虚实之间相互兼夹与转化，一般发作时以标实为主，缓解时以正虚或虚实兼见为主。

西医学认为本病的真正病因至今不明，可能与植物神经功能紊乱、变态反应、代谢和内分泌功能障碍等有关。劳累、焦虑、精神紧张等可能是发病的诱因，大脑和内分泌功能失调以及植物神经不稳定是内在因素，此外，膜迷路内解剖结构异常和内淋巴化学成分异常，也可能是潜在因素。

临床表现

突然发生眩晕，感觉自身和周围物体在旋转，或感到摇晃。病人失去自控能力，闭目卧床，头稍动或睁眼可使眩晕加剧，但神志清楚。伴恶心、呕吐、出冷汗、面色苍白。一般持续数分钟、数小时，很少超过数日。可反复发作，间歇期从数日到数年不等，发作越频繁持续时间越长。发作前可有耳鸣，发作时耳鸣加重，为持续性低音调，反复发作可变为高音调，间歇期耳鸣减轻，并有听力减退。

听力检查呈感音性聋，电测定听显示，听力曲线早期呈上升型，后期呈平坦型或下降型，响度平衡试验常有重振现象。眩晕发作时可见眼震和平衡障碍。

诊断要点

（1）根据典型症状发作史，尤其眩晕发作史及检查，不难诊断。

（2）各种迷路炎，有化脓性中耳炎病史，眩晕呈持续性。前庭功能部分可完全受损。

（3）前庭神经元炎，突发性眩晕和自发性眼震向健侧，伴恶心、呕吐，但无耳鸣及耳聋，眩晕持续时间长，痊愈后无反复发作史。

（4）药物中毒性眩晕，有应用耳聋性药物史，起病缓慢，眩晕持续时间长，有耳鸣及耳聋。

（5）听神经瘤，早期出现耳鸣、耳聋及眩晕，但较轻，逐渐发展为重度感音性耳聋，平衡失调。X线岩部摄片、CT扫描和听觉脑干反应测听，有助于鉴别。

治疗

治法：发作时以平肝潜阳、运浊化痰为主，间歇期以调补气血为主。

（1）针刺

处方：风池　合谷　中渚　侠溪

配穴：肝阳上亢者加百会、太冲；痰浊上扰加内关、中脘；心脾两虚加心俞、脾俞、神门、三阴交；肝肾不足加肝俞、肾俞、太溪。耳鸣、耳聋配翳风、听会；呕吐者配内关、中脘；睡眠不安者配安眠、神门、三阴交。

操作：发作时针刺用泻法，间歇期根据证候虚实施行补泻，或可配合用灸法。发作时每日针刺1～2次，每次留针30分钟。间歇期隔日针刺1次。

（2）灸法：

处方：百会

方法：用龙胆紫点出百会穴，去除穴位四周头发，如中指甲大。做艾炷如黄豆大，放在百会穴上点燃，待患者有灼热感时去除灰烬，更换艾炷再灸，每次灸20～30壮，或患者百会穴局部麻木感灸至有灼痛感为止。

（3）耳针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：肾上腺　皮质下　额　肝　肾　神门

方法：毫针刺用中等手法，留针 30 分钟，每日或隔日 1 次。或用耳穴压丸法。

(4) 头针

处方：顶中线

方法：沿皮刺入帽状腱膜下，快速捻转，留针 40～60 分钟。每日或隔日 1 次。

(5) 穴位注射

处方：风池

方法：用 5%～10%的葡萄糖注射液或注射用水 4ml，注入风池穴。每日或隔日 1 次。

文献摘要

(1) 刘炎用率谷、百会、内关、足三里、太冲为主穴治疗梅尼埃病，精神紧张者配大陵，听力减退者配听宫，气虚者配血海，痰多者配丰隆，抽烟者配戒烟穴。共治疗 51 例病人，痊愈 11 例，好转 35 例，总有效率为 90%。

(刘炎. 针灸治疗美尼尔氏病 51 例. 上海针灸杂志，1995，14(6):6)

(2) 曹莲瑛用灸法治疗本病，将核桃般大小的艾炷直接放置于百会穴施灸，每次灸 99 壮。32 例患者经 3 次艾灸治疗后全部有效，其中艾灸 1 次症状明显减轻者 8 例，艾灸 2 次症状明显减轻者 10 例，艾灸 3 次症状明显减轻者 14 例，随访数年，19 例无复发。

(曹莲瑛. 灸百会穴治疗美尼尔氏病 32 例. 上海针灸杂志，1996，15(4):28)

(3) 张连生用穴位注射治疗本病，认为美尼尔氏病与植物神经功能紊乱和胆碱能神经过度活跃有关，用抗乙酰胆碱药物 654-2 穴位注射阳陵泉，共治疗 286 例，治愈 162 例，显效 81 例，有效 36 例，无效 7 例，总有效率 98%。

(张连生. 等，穴位注射治疗美尼尔氏病 286 例. 上海针灸杂志，1996，15(2):22)

按语

针灸对梅尼埃病疗效较好。该病以突然发作性眩晕，同时伴有恶心、呕吐、耳鸣等为主症，多见于中青年。本病发作时以邪实为主，或为肝阳上亢，或为痰浊上蒙，缓解期正虚或虚实兼见为多。本病在发作时用针灸治疗可使眩晕、恶心、呕吐等立即缓解，眼震速度明显减小，故为世界卫生组织推荐的针灸适应症之一。所谓眩晕综合征指其他内耳疾病如炎症、动脉硬化、出血、耳硬化症及颅内疾病影响前庭神经所产生的类似眩晕病的临床表现，针灸治疗时应明确诊断，积极治疗原发病。

针灸治疗梅尼埃病有从标与从本论治之异，证急者多实，宜先治其标，如选用熄风、化痰穴位，体针、头针、耳针均有很好即时效果。证缓者多虚证或虚实相兼，针灸当标本兼顾，除配用部分祛邪通络穴位外，还应健脾和胃、滋养肝肾。

眩晕发作时应嘱患者平卧休息，保持安静，妥善处理呕吐症状并给予适当护理。本病病因至今尚无定论，有认为末梢血管循环障碍、有认为全身代谢障碍使组织水肿等，较多学者认为由于膜路水肿引起，故主张发作时少饮水、进淡食。有些轻症也可不治自愈。平时应加强体育锻炼，增强体质，注意生活有规律和劳逸有度，戒除烟酒，经常发作者不宜从事驾驶车辆和高空作业。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

急、慢性鼻炎

概述

急、慢性鼻炎为鼻粘膜的炎性病变。急性鼻炎，俗称“伤风”、“感冒”，表现为鼻塞、打喷嚏、流清水样鼻涕或粘稠涕，重者伴有发热、全身痛等症状。急性鼻炎屡次发作或治疗不当，时间拖久会成为慢性鼻炎。慢性鼻炎分慢性单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎两种。前者为鼻腔粘膜可逆性炎症，后者多由前者发展转化而来，为不可逆的粘膜和粘膜下组织慢性炎症。

急、慢性鼻炎在中医分别归属于“伤风”、“鼻窒”的范围。急性鼻炎多由气候多变，寒暖失调，或起居无常，劳累过度，使正气虚弱，腠理疏松，卫气不固，风寒或风热邪毒停聚鼻窍，使肺失清肃，肺气不宣所致。慢性鼻炎多由肺气虚弱，易受寒邪，邪滞鼻窍，或脾虚失运，湿浊留滞鼻窍，阻滞络脉，气血运行不畅，壅塞鼻窍所致。

西医学认为急性鼻炎多由病毒感染，发病率高，以飞沫经呼吸道传播为主，但又不同于流行性感冒，故又称普通感冒。多发生于气候变化不定的时期。当机体或鼻腔粘膜抵抗力减低时，病毒侵入而发病。其后常继发链球菌、肺炎双球菌等细菌感染，或伴有咽、喉、气管等呼吸道急性炎症。慢性鼻炎常由急性鼻炎反复发作或治疗不彻底，粘膜损害难以完全恢复，逐渐演变而成。或邻近病灶如慢性鼻窦炎分泌物长期刺激及慢性扁桃体炎诱发，或物理与化学刺激，如烟酒过度、粉尘等刺激而引起。

临床表现

急性鼻炎在感染后1～3天即可发病，初期可有全身不适或低热，鼻和鼻咽部干燥、发痒、频打喷嚏。继则鼻塞、流清水样鼻涕，以后鼻塞加重，转为粘液脓性鼻涕，不易擤出。如炎症下延，则出现咽痛、咳嗽，全身可有不同程度发热、头痛、四肢酸软等。整个病程约7～10天。

慢性单纯性鼻炎表现为鼻塞呈交替性和间歇性，时重时轻，一般夜间、久坐、疲劳、酒后或寒冷刺激时加重，白天、运动及天热时减轻或消失。鼻涕较多，常呈粘液性，有继发感染者可变为粘液脓性。慢性肥厚性鼻炎表现为较为严重的鼻塞，呈持续性，常伴鼻塞性鼻音，鼻涕分泌不多但较粘稠，不易擤出，可引起嗅觉减退。若前端粘膜肥厚影响鼻泪管通畅，可引起溢泪。长期张口呼吸及分泌物刺激，可致慢性咽炎及喉炎。

诊断要点

急性鼻炎以鼻塞、流涕、喷嚏为主要症状，慢性鼻炎以鼻塞为主，根据症状及鼻腔检查，一般不难诊断。

急性鼻炎应与流行性感冒、过敏性鼻炎相区别，流感传染性强，全身症状重，如寒战、高热、四肢关节和肌肉酸痛等。过敏性鼻炎症状常突然发生，又迅速消失，很少超过半天，无明显的全身症状，检查可见鼻腔粘膜苍白、水肿。

治疗

治法：急性鼻炎宜疏风宣肺以通鼻窍；慢性鼻炎兼以健脾化痰通络。

（1）针刺

处方：迎香　印堂　列缺　合谷

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

配穴：风寒者加风池、风门；风热者加鱼际、尺泽、大椎；肺脾气虚加肺俞、脾俞、足三里；气滞血瘀加上星、通天、太阳。头痛加百会、上星；咽喉疼痛加少商、商阳；咳嗽加孔最、肺俞；耳鸣加外关、听会。

操作：针刺迎香穴时针尖向内上方向，使针感到达鼻腔中；针印堂穴针尖向下刺约1寸，并可向两鼻翼方向斜刺，使针到达鼻腔。根据证候虚实施以补泻，风寒者或配合施以灸法，或在背部大椎、风门、肺俞等处用拔火罐法。留针30分钟，急性鼻炎每日1次，治愈为止。慢性鼻炎每日或隔日1次，10次为1疗程。

(2) 耳针

处方：内鼻　下屏尖　额　肺　脾　肾上腺

方法：选用2～3个穴，毫针刺用中等手法，留针20分钟，间歇行针，每日或隔日1次。或用耳穴压丸法。

(3) 穴位注射

处方：印堂　迎香　下关

方法：每次选用1穴，双侧穴位也可两侧穴交替使用。用当归注射液加0.5%普鲁卡因，或用复合维生素B注射液，或用2%利多卡因加地塞米松，每穴注入药液0.5～1ml，每日或隔日1次。慢性鼻炎6次为1疗程。

(4) 皮内针

处方：迎香　合谷　上星　百会

方法：每次选用1～2个穴，常规消毒后，将皮内针刺入穴位，用胶布覆盖固定，每日按压数次，2～3天更换1次。

文献摘要

(1) 刘松江等人用单穴额髎电针治疗鼻炎，取双侧额髎穴，令患者仰卧，常规消毒后，用28号3寸毫针迅速垂直刺入，然后针尖偏上偏内15度，针身与皮肤呈75°方向，缓慢进针，深度成人约7.3cm，儿童约6.3cm，患者针感传至耳根或咽喉部，接电针仪，强度以病人能耐受为度，留针20分钟，每周1～2次，3次为1疗程。共治疗153例，痊愈111例，显效31例，好转3例，无效8例，总有效率为94.8%。

(刘松江，等．电针治疗鼻炎153例分析．中国针灸，1991，11(2)：21)

(2) 沈国伟用温针灸下关穴治疗慢性鼻炎，取28号3寸长毫针，常规消毒后，直刺入下关穴约2寸，得气后取长约0.5寸的艾条套在针柄上施灸，每次灸2壮，每日1次，10次为1疗程，共治疗124例，痊愈82例，显效26例，好转12例，无效4例，总有效率为96.77%。

(沈国伟，等．温针灸下关穴治疗慢性鼻炎124例．中国针灸，1995，15(2)：21)

(3) 朱美芳用穴位注射治疗鼻炎，取100mg肌苷注射液0.2ml，患者正坐位，头仰靠在椅背上，取印堂穴，施术者左手将印堂穴皮肤提起，注射器以25°角快速刺入皮下，再沿皮下向鼻尖方向进针，使患者有酸胀重感，缓慢推药，出针后用干棉球按压片刻。隔日1次，8次为1疗程。共治疗30例，显效18例，有效10例，无效2例。

(朱美芳．小剂量肌苷印堂穴注射治疗鼻炎30例临床观察．贵阳中医学院学报，1992，(3)：35)

按语

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

针灸治疗急慢性鼻炎有肯定的疗效，可以明显而迅速地改善症状，有时在针刺过程中鼻塞流涕即可减轻或消失，只要坚持治疗绝大多数患者可以治愈。针灸治疗以局部穴与远道穴相配，根据“肺开窍于鼻”的理论，治疗以宣通肺气为主，又因肺与大肠相表里，多选用手太阴、手阳明经穴，局部多用迎香、印堂、下关及附近奇穴治疗。局部穴务使针感到达鼻腔。针刺、艾灸，包括艾条灸、艾炷灸、温针灸均可选用。

本病反复发作者一般均与正气不足有关，除应加强体育锻炼，增强体质外，还可经常灸风门、肺俞、足三里等，以治其本。

过敏性鼻炎

概述

过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎，是人体接触某种异体物质后，机体对该物质敏感性增高，当再次接受这种物质时，呈现以鼻腔粘膜病变为主的异常反应，使鼻粘膜血管舒缩功能和腺体分泌功能紊乱，鼻腔粘膜水肿。本病以 15～40 岁者多见，其中有季节性变态反应性鼻炎（花粉病）与常年性变态反应性鼻炎之分。

中医将本病归属于“鼻鼽”范围。认为由于肺气亏虚，或脾肾气虚，卫气不固，腠理疏松，一旦风寒入侵鼻窍，邪正相持，肺气不能通调，津液停聚，使鼻窍壅塞、打喷嚏、流涕。本病位主要在肺，可涉及脾、肾，病属本虚标实，虚实相兼，肺脾肾气虚为本，风寒之邪为标。

西医学认为过敏性鼻炎的发作有内因与外因。外因即致敏原，包括花粉、尘土、尘螨、真菌、动物皮毛、羽毛等，某些食物如鱼、虾、鸡蛋、水果及某些化妆品、织物、油漆等也可引起本病。内因指过敏体质，当产生过敏反应时，体内组织胺引起血管扩张，通透性增强，组织充血水肿等一系列反应。

临床表现

过敏性鼻炎发病快，症状消失，也快先有阵发性鼻内奇痒，继而频频打喷嚏和大量流清水样鼻涕，鼻塞可单侧或双侧，间歇或持久，病情可轻可重，发作时间或长或短，通常无全身症状，既无继发感染，也无脓性鼻涕。鼻腔检查可见鼻粘膜苍白水肿，以下鼻甲为重。取鼻涕涂片镜检，可见杯状细胞和嗜酸性细胞增多。

诊断要点

（1）根据本病症状及发病急、消退快的特点，多数病人有其他变态反应性疾病，诊断多无困难。

（2）急性鼻炎常在受凉后发病，病程约 7 天左右，查鼻腔粘膜充血水肿，可无变态反应性疾病病史。

（3）急性鼻窦炎多在急性鼻炎的急性期或恢复期中发生，鼻分泌物呈粘脓性或纯脓性，大多偏于一侧，多伴头痛、发热、鼻粘膜肿胀、充血，或有息肉样变。

治疗

治法：发作期温肺疏风散寒，间歇期补益肺脾肾。

（1）针刺

处方：迎香　印堂　合谷　太渊　肺俞

配穴：眼赤痒配攒竹、丝竹空；恶风加风池、列缺；脾气虚加脾俞、气海、足三

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

里；肾气虚加肾俞、太溪。

操作：针刺迎香穴时针尖向内上方向，使针感到达鼻腔中；针印堂穴针尖向下刺约1寸，并可向两鼻翼方向斜刺，使针到达鼻腔。毫针刺用平补平泻法，留针30分钟，每日或隔日1次。也可在背部风门、大椎、肺俞、膏肓等穴施以艾灸或拔火罐或温针灸。10次为1疗程。

（2）耳针

处方：内鼻　外鼻　咽喉　肺　脾　肾　肾上腺　风溪　内分泌　皮质下　神门

方法：每次选用2～4穴，毫针刺用中等手法，留针20分钟，每日或隔日1次，或用耳穴压丸法。

（3）穴位注射

处方：肺俞　迎香　风门　印堂

方法：每次选用2穴，用当归注射液，或用2%的普鲁卡因2ml及地塞米松5mg，或用维丁胶钙、维生素B_{12}等，每穴注入药液0.5～1ml，每周2～3次，10次为1疗程。

（4）穴位敷贴

处方：大椎　肺俞　膏肓

方法：用白芥子、延胡索、细辛、甘遂各10克，共研为细末，用姜汁调制成直径1.5cm的药饼，在穴位上放少许肉桂粉，将药饼置于穴位上，上盖胶布固定，持续贴3～6小时后，去掉药饼。隔7～10天贴1次，3次为1疗程。

文献摘要

（1）倪力用穴位注射加耳压治疗过敏性鼻炎，取肩髃、曲池、足三里，每穴注射1.3ml核酪，左右交替，每周3次，10次为1疗程。取耳穴肺、脾、肾、平喘、肾上腺、风溪，每次用一侧耳穴贴压磁珠，每天按压3次，每次5分钟，10次为1疗程。共治疗50例，痊愈17例，好转30例，无效3例。

（倪力．穴位注射为主治疗过敏性鼻炎例．上海针灸杂志，1996，15(3)：15）

（2）王玉明用四关穴为主治疗过敏性鼻炎，选用双侧合谷、太冲为主穴，配列缺，用26号2寸毫针针刺四关穴，得气后行提插捻转法，再用提捏进针法针列缺，得气后行捻转手法，每隔5分钟行针1次，留针25分钟，10次为1疗程。共治疗111例，痊愈85例，显效11例，好转9例，无效6例。总有效率为94.6%。

（王玉明．针刺四关穴治疗过敏性鼻炎111例．黑龙江中医药，1991，(5)：42）

按语

针灸治疗本病有较好的效果，发作期针灸治疗可减轻症状，缓解期治疗可达到防止复发目的。本病发生与正气亏虚，卫气不固有关，故针灸治疗不能满足于发作时消除症状，还应在间歇期补益肺脾肾以固其本，尤其可多用灸法，进行整体调整。

急、慢性鼻窦炎

概述

急、慢性鼻窦炎是一种常见的鼻窦粘膜化脓性炎症。临床以鼻塞、流黄脓鼻涕为主症。由于鼻窦粘膜与鼻腔粘膜相连续，当鼻腔的急性炎症时，很容易累及鼻窦，一般鼻腔炎症消退后，鼻窦粘膜也随之恢复正常。临床上以上颌窦炎最常见，依次常见的为筛

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

窦、额窦，蝶窦炎单独发生者较少。急性鼻窦炎治疗不彻底或反复发作迁延可转化成慢性鼻窦炎。

鼻窦炎在中医属于“鼻渊”范围。由于外感风热邪毒，或风寒入侵郁而化热，使肺失清肃，邪热循经上犯于鼻；或肝胆火盛，胆火循经上犯于脑，即“胆移热于脑”，而形成本病；或湿热邪毒伤及脾胃，运化失常，清气不升，浊气不降，湿热循阳明经上犯于鼻而成鼻渊。病变部位涉及肺脾肝胆，急性期以邪实为主，慢性期或为实证，或虚实相兼。

西医学认为引起本病有全身及局部因素，全身因素如贫血、糖尿病、受冷、潮湿、过度疲劳、营养不良等使机体抵抗力降低，可成为急性鼻窦炎的诱因。流感、麻疹、猩红热等急性传染病也可诱发本病。局部原因有急性鼻炎直接波及，或鼻中隔偏曲、中鼻甲肥大、鼻息肉、鼻腔肿瘤等影响鼻窦引流，使急性鼻炎极易引起鼻窦炎。或邻近感染性病灶如牙尖周炎，或直接感染，如受伤、污水呛入等都可引起鼻窦感染。

临床表现

本病以头痛、鼻塞、多脓涕为主症。头痛是鼻窦炎常见症状，急性期头痛较剧，早期为弥漫性持续头痛，不分日夜，几天后头痛减轻，时间缩短，部位局限，慢性期头痛多不明显。咳嗽、擤鼻、低头时头痛加重，卧床休息减轻。局部有鼻塞、流脓涕。鼻腔内存有大量粘液脓性分泌物，不易擤尽，有时混有血液。全身也可有恶寒、发热、食欲不振、周身不适等，慢性期全身症状轻重不等，有时缺如。常见精神不振、容易疲倦、头昏、记忆力减退、注意力不集中。检查可见鼻粘膜红肿、鼻甲肥大，或见鼻息肉。X线鼻窦拍片及穿刺冲洗法或协助诊断。

诊断要点

（1）根据病史、症状、鼻窦引流及X线鼻窦摄片即可诊断。

（2）本病应与急、慢性鼻炎相区别。

治疗

治法：清热泻火、宣肺通窍为主，慢性期兼清利脾经、胆经湿热。

（1）针刺

处方：合谷　孔最　迎香　上星

配穴：肺热配少商、尺泽；肝胆郁热配行间、侠溪；脾经湿热配阳陵泉、内庭；头痛配风池、太阳、印堂；发热配大椎、列缺。

操作：针刺迎香穴时针尖向四白方向进针0.5～1寸，捻转行针使酸麻胀感扩散到鼻。少商、尺泽、大椎可以用三棱针放血。针刺用泻法，留针20分钟，每日1次，10次为1疗程。

（2）耳针

处方：内鼻　额　肺　肾上腺　耳尖

毫针现用中等或强刺激，每次留针20分钟，间歇行针2次，每日1次，双耳交替。或用耳穴埋针或压丸。

（3）穴位注射

处方：合谷　迎香　肺俞　足三里

方法：每次选用1穴，用复方当归或丹参注射液或复合维生素B注射液，每穴注入

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

药液 0.3～0.1ml，隔日 1 次。

(4) 激光穴位照射

处方：迎香　印堂　四白　合谷　肺俞

方法：每次选用 2 穴，用 3～25mW 氦-氖激光仪，每穴照射 5 分钟。每日 1 次。

文献摘要

(1) 董世德用耳压治疗上颌窦炎，取单侧耳穴内分泌、肺、脾、肾、外鼻，用胶布各贴压白芥子 1 粒，嘱患者用手按揉各穴，以局部胀而微痛为度。每日 1 次，两耳交替，7 天为 1 疗程，共治疗 72 例，痊愈 66 例，有效 4 例，无效 2 例。

(董世德．耳穴压籽法治疗上颌窦炎 72 例．广西中医药，1990，13(2)：21)

(2) 秦庆能用电梅花针治疗副鼻窦炎 85 例，将治疗部位分为三个区，即眶下三角区，在眼外角与鼻窦旁开 1 寸作一斜线，鼻正中线，眶下平行线，三线相连组成一个三角形，此为 1 区；印堂穴及周围穴为 2 区；眉上缘与前额发际间为 3 区。用 G-6805 电针仪或频率可调的普通脉冲仪输出导线，一极接于普通梅花针，另一极接手柄，梅花针及皮肤消毒后令患者将手柄电极紧握掌中，调频率 1 分钟 200 次左右，强度中等，用梅花针轻轻均匀地反复依次叩刺以上三个区，使少许渗血，用酒精棉球擦干净即可。隔日 1 次，7 次为 1 疗程。治疗副鼻窦炎 85 例，痊愈 59 例，显效 19 例，好转 7 例。

(秦庆能．电梅花针治疗副鼻窦炎 85 例疗效观察．中国针灸，1994，14 (5)：27)

(3) 李玲玲根据病灶部位不同分两组穴位，① 阳白、攒竹，或配鱼腰；② 四白、迎香。两组可交替灸治。取独头蒜 2 个切成片，厚度为 0.7cm，做花生米大艾炷，放在蒜片上施灸，急性每穴灸 3～5 壮，慢性可灸 5～7 壮，每日 1 次，7～10 次为 1 疗程。共治疗 102 例，痊愈 61 例，显效 24 例，好转 12 例，无效 5 例，总有效率 95.1%。

(李玲玲．隔蒜灸治疗副鼻窦炎 124 例临床观察．中国针灸，1992，12(3)：21)

按语

针灸对鼻窦炎有一定疗效，尤其是急性鼻窦炎，一般能较快地有效控制症状，但治疗时要注意保证鼻窦引流通畅。对于慢性鼻窦炎，针灸一般可以起到增强体质，改善全身状况，减少、减轻发作的目的，慢性鼻窦炎病程较长者，病理变化往往较为复杂，由于长期炎症的刺激，可形成息肉、囊肿、粘膜肥厚增生、鼻窦溃疡或骨髓炎，这些变化多不可逆，故应综合治疗。治疗中并要注意治疗原发病，如牙源性上颌窦炎要治疗牙病。

急、慢性咽喉炎

概述

急、慢性咽喉炎是咽喉部粘膜急、慢性炎症。急性咽喉炎多为上呼吸道感染的一部分，主要表现为咽部疼痛、声音嘶哑。以秋冬及冬春之交较常见。慢性咽喉炎以咽部干燥、声音嘶哑为主要症状。其病程长、病情顽固。

中医将本病归于“喉痹”、“嗌干”、“音哑”、“咽嗌痛”范围。认为急性咽喉炎多由气候失常，起居不慎，肺卫不固，外感风热；或感受风寒，郁而化热，邪热循经上逆，搏结于咽喉，咽喉络脉闭塞所致；或过食辛辣，肺胃素有积热胃火上蒸，津液受灼，煎炼成痰，风热引动痰火，蕴结咽喉而致。慢性咽喉炎多由素体虚弱、劳累过度、久病不

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

愈、过度用嗓，肺肾亏虚，气阴耗伤，使咽喉络脉失养，虚火循经上灼于咽喉。本病病位主要在肺胃肾，急性者多风热外侵、肺胃热盛；慢性者多肺肾阴虚。

急性咽喉炎为病毒或细菌引起，可侵及粘膜下及淋巴组织。受凉、寒湿、疲劳、烟酒过度、粉尘及有害气体刺激均可成为发病诱因。慢性咽喉炎为咽部粘膜下及淋巴组织弥漫性炎症。常为急性咽炎反复发作转变而来，或由各种鼻病，或长期受物理、化学、机械因素的影响，以及多种慢性病引起。

临床表现

急性咽炎初起咽部干痒，异物感，继则咽痛，咽下痛，可有刺激性干咳。

急性喉炎主要表现声音嘶哑，讲话费力，重者失音，喉部干痒，咳嗽，有异物感。急性咽喉炎全身可有发热、乏力、头痛、食欲不振等。重者咽部疼痛可向耳部放射，并有吞咽困难。

慢性咽炎表现为咽部异物感、烧灼感、干痒，或微有咳嗽，咽痛。空咽时不适感明显。咽部症状可因过劳、多语、受冷、烟酒过度、精神刺激等原因而加剧。

慢性喉炎以声音嘶哑为主症，早期时轻时重，嗓音低沉变粗，发声易疲劳，伴有喉部不适，异物感，不断清嗓而痰液不多，很少疼痛，重者持续性声嘶，甚至失音。

急性咽喉炎检查粘膜充血、肿胀，声带呈淡红色，以后呈深红色。慢性咽喉炎检查可见粘膜充血、增厚，后期粘膜干燥、无光泽，声带闭合不全。

诊断要点

（1）急性咽炎以局部红肿热痛为特点，急性喉炎以声嘶为主要特征，结合病史及咽喉部症状及检查可以诊断。

（2）慢性咽炎以咽中不适，微痛干痒、灼热为主症，慢性喉炎以声嘶主症，结合病史及咽喉部检查可以诊断。

（3）急性咽喉炎应通过临床症状、检验血像及喉镜检查等与有上呼吸道症状的传染病如麻疹、猩红热、白喉等鉴别。

（4）慢性咽喉炎应通过临床症状、喉镜检查等与某些肿瘤如食管癌、喉癌等鉴别。

治疗

治法：急性者疏风清热，清泄肺胃；慢性者补益气阴，滋养肺肾。

（1）针刺

处方：少商　合谷　扶突

配穴：实热加商阳、曲池、尺泽、内庭；虚热加鱼际、肺俞、太溪、照海；声音嘶哑加列缺、天突；咽干加廉泉；便秘加支沟、照海。

操作：急性期少商用三棱针点刺出血，尺泽也可用三棱针刺出血。扶突毫针略向内斜刺约0.8～1寸，使患者喉中有针刺样感觉为度，行针时稍稍捻针。急性者针刺施以泻法，慢性者施以平补平泻法可施以补法。留针30分钟，每日或隔日1次。

（2）耳针

处方：咽喉　气管　肺　胃　大肠　耳尖　轮1～6　肾上腺

方法：每次选用2～4穴，左右耳穴轮流使用。急性者毫针施以强刺激，慢性者施以弱刺激，留针30分钟。急性者也可用三棱针点刺出血。慢性也可用耳穴压丸法。

（3）穴位注射

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

处方：扶突　廉泉

方法：两穴交替。用穿心莲或当归注射液，或用10%葡萄糖注射液，或用维生素B_1或B_{12}，每穴注入药液0.5～1ml，每日或隔日1次。

（4）激光穴位照射

处方：扶突　廉泉　少商　合谷

方法：每次选用2穴，用3～25mW氦-氖激光仪，每穴照射3～5分钟。每日1次。

文献摘要

（1）俞国桥用温针治疗慢性咽炎，取三阴交穴，用1.5寸长毫针进针后施以平补平泻法，得气后在针尾插上3cm长度艾条施灸，每次每穴灸2～3壮，隔日1次，10次为1疗程。血瘀配内关、血海，配穴施以平补平泻法，得气后留针30分钟，每隔10分钟行针1次，10次为1疗程。针刺期间禁烟酒、辛辣等，保持心情愉快。经2个疗程治疗，28例中基本痊愈8例，显效10例，好转5例，无效5例。

（俞国桥．温针治疗慢性咽炎28例．上海针灸杂志，1995，14(5)：209）

（2）吴奇方用激光照射治疗慢性咽炎，用氦-氖激光仪，输出功率为2～3mW，光斑直径0.3～0.5cm，距离0.5cm，将激光照射上廉泉、天突、少商穴，再让患者开口，将针头放入口中，对准口咽后壁直接照射，每处照射5分钟，每日1次，10次为1疗程。疗程间休息3天，观察2个疗程，经治25例，有效23例，无效2例。

（吴奇方．He-Ne激光穴位照射治疗慢性咽炎25例．上海针灸杂志，1993，12(1)：26）

接语

针灸对急性咽喉炎有显著而迅速的效果，尤其是早期治疗，往往经1～2次治疗可愈。临床除常用针刺外，三棱针点刺出血也有显效快捷的优点。小儿急性喉炎引起的喉头痉挛可致呼吸困难、窒息，当迅速抢救。慢性咽喉炎病情顽固，症状反复，不易根治，坚持针灸治疗也有较好效果。对慢性喉炎声音嘶哑，针刺效果较好，主要取穴在颈部，本法对声带小结节也有治疗作用。本病患者应注意锻炼身体，增强体质，防止上呼吸道感染，尽量少用嗓，戒除烟酒，消除有害气体或粉尘刺激，养成早晚刷牙、饭后漱口，每日排便等习惯，减少复发。

急、慢性扁桃体炎

概述

急慢性扁桃体炎为腭扁桃体非特异性炎症，临床以咽部疼痛、单侧或双侧扁桃体肿大为特征。本病好发于儿童及青年。急性扁桃体炎在春秋两季多见。

中医学将本病归属于“乳蛾”范围，急性扁桃体炎称为风热乳蛾，慢性扁桃体炎称为阴虚乳蛾或石蛾。中医认为咽喉为肺胃的门户，本病的发生有内因与外因。急性扁桃体炎主要为风热邪毒外侵，从口鼻而入，侵袭肺胃，结于咽喉一侧或两侧，气血郁滞；或过食辛辣煎炒，郁生胃火，煎炼成痰，发作时肺热引动痰火，痰火循经上扰喉核所致。若邪热深重，毒气久留，可化脓溃烂；若邪热久留，症情反复，可灼伤肺胃之阴，使津液亏虚，虚火上炎，使喉核肿胀不消，反复发作，成为慢性扁桃体炎。本病病位在肺胃二经，致病因素有风、热、痰、火，急性者多实热证，慢性者多虚热证。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

西医学认为急性扁桃体炎可由病毒和细菌感染引起，如腺病毒、乙型溶血性链球菌、葡萄球菌及肺炎双球菌等。本病经飞沫直接接触传染。患者因受凉、潮湿、或劳累等抵抗力下降，使原存在于口腔及扁桃体内的病原体繁殖发病。慢性扁桃体炎多由急性扁桃体炎反复发作演变而来，或一些急性传染病如流感、麻疹、猩红热、白喉等之后，邻近器官的病变如鼻炎、鼻窦炎等也可伴发。

临床表现

急性扁桃体炎起病较急，咽痛明显，吞咽时加剧，疼痛可放射到耳部。小儿咽痛往往开始于一侧。患者常恶寒发热，一般为 38.5～40℃。头痛、四肢酸痛、口干、下颌角淋巴结肿痛。慢性扁桃体炎常有急性扁桃体炎发作史。临床症状不明显，一般有咽部不适、发干、发痒、异物感，可有刺激性咳嗽、口臭等。扁桃体肿大明显者可妨碍呼吸及吞咽。可有头痛、四肢乏力、消化不良、易感疲劳、夜间低热等。

检查时急性扁桃体炎可见咽部充血，扁桃体肿大，有时在表面有黄白色点状或片状分泌物附着，白细胞总数增多。慢性扁桃体炎扁桃体呈暗红色或紫色，表面不平或呈多叶状，可肿大或萎缩变硬，两侧下颌可触及肿大的淋巴结。

诊断要点

（1）根据患者局部、全身症状、病史及实验室检查急、慢性扁桃体炎不难诊断。

（2）急性扁桃体炎要与咽白喉区别。咽白喉起病缓慢，咽痛较轻，但有明显的中毒症状，发热 37.5～38.5℃，精神萎靡，脉细数。扁桃体及腭垂上有灰白色的伪膜，不易拭去，勉强擦去则有出血创面，咽部充血不明显，颈淋巴结肿大。伪膜检查可找到白喉杆菌。

（3）急性扁桃体炎要与溃疡膜性咽炎区别。溃疡膜性咽炎多发生于体弱、营养不良、长期卧床及卫生条件差的患者，常见一侧咽痛，一侧扁桃体盖有灰色黄色假膜，擦去后可见下方溃疡。涂片可找到梭形杆菌及螺旋体。

治疗

治法：急性者疏风清热、宣肺清胃、解毒利咽；慢性者滋阴降火、清利咽喉。

（1）针刺

处方：少商　天容　合谷

配穴：肺经风热加尺泽、商阳；胃热炽盛加内庭、曲池；虚火上炎加照海、复溜。

操作：急性者少商、商阳用粗毫针或三棱针点刺出血，天容直刺 1 寸，使针感直达咽喉部，间歇捻转行针。急性者针刺施以泻法，慢性者施以平补平泻法可施以补法。留针 30 分钟，每日或隔日 1 次。

（2）耳针

处方：扁桃体区　咽喉　肺　胃　肾上腺　轮 4、6

方法：每次选用 2～4 穴，左右耳穴轮流使用。急性者毫针施以强刺激，慢性者施以弱刺激，留针 30 分钟。急性者也可在耳背静脉用三棱针点刺出血。慢性也可用耳穴压丸法。

（3）穴位注射

处方：天容　曲池　合谷

方法：用板蓝根或鱼腥草注射液，或用生理盐水，每穴注入药液 1ml，每日或隔日

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

1 次。

（4）穴位激光照射

处方：扶突　廉泉　少商　合谷　曲池　大椎

方法：每次选用 2～4 穴，用 3～25mW 氦-氖激光仪，聚焦光柱 0.2cm，每穴照射 3～5 分钟。每日 1 次。

文献摘要

（1）刘松江等人用放血法治疗急性扁桃体炎，依次取耳根、翳风、扁桃、扶突、肩髃、曲池、温溜、合谷、商阳，每穴快速点刺深约 0.1～0.3cm，出血量约 0.5～1ml，每日 1 次。共治疗 1108 例，其中痊愈 938 例，显效 170 例，总有效率为 100%。

（刘松江，等．三棱针刺血治疗急性扁桃体炎 1108 例．中国针灸，1994，14(5)：28）

（2）张宏刚用穴位注射生理盐水治疗本病，取双侧太冲穴，每穴注入生理盐水 5ml，每日 1 次，所有病例的平均疗程为 2.5 天，治愈率达 99%。

（张宏刚．生理盐水封闭太冲穴治疗急性扁桃体炎临床观察．中医药研究，1992，(3)：31）

（3）陈桂芝在大椎穴四周点刺拔罐治疗急性扁桃体炎，先取大椎穴点刺后，再在大椎穴左右上下距离 0.5 寸处各刺 1 针，用闪罐法拔罐，留罐 10～15 分钟，穴位出血约 1～2ml。另取足三里平补平泻，留针 10～15 分钟，少商点刺出血，隔日 1 次，治疗 3 次统计疗效。120 例患者中痊愈 87 例，显效 25 例，好转 8 例，总有效率为 98%。

（陈桂芝．大椎刺络拔罐治疗急性扁桃体炎 120 例．中国针灸，1996，16(7)：3）

按语

临床运用针灸治疗扁桃体炎已积累了许多经验，尤其是急性扁桃体炎，针灸的效果确实而快捷，不亚于抗菌消炎药。最为常用的是毫针针刺及三棱针刺血，或用耳穴放血、针刺法，多数通过 1～3 次治疗即能痊愈，能很快减轻咽痛、全身不适，退热，一般多用少商、商阳、合谷、扶突、天容等穴。针灸治疗慢性扁桃体炎可以增强正气，调整免疫功能，预防感冒，减少、减轻发作，特别是发作不频繁的慢性扁桃体炎先积极采用针灸保守治疗。

扁桃体炎有一定的传染性，故在流行季节应做好预防工作，个人要加强锻炼，增强抗病能力。

急、慢性化脓性中耳炎

概述

急、慢性化脓性中耳炎是中耳粘膜急性化脓性疾病，临床以耳部疼痛、流脓、听力下降为主要表现。本病多发于儿童。

中医将本病归属于“脓耳”、“聤耳”、“耳疳”“耳痈”等范围。急性化脓性中耳炎是由于外感风热邪毒，或内有肝胆湿热，结于耳窍，壅聚不散，化腐成脓；或因婴儿哺乳体位不当；或因鼓膜损伤，污水进入而致感染化脓。慢性化脓性中耳炎多由脾气虚弱，湿浊不化，加之急性期治疗不当，使邪毒滞留，或热病后余邪未净，湿毒蕴结耳窍，化脓缠绵不止。本病可分虚实两类，急性者多为实证，为外感风热或肝胆湿热；慢性者多

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

虚实相兼，为脾虚湿盛。

西医学认为急性化脓性中耳炎是由于咽鼓管结构的弱点，乙型溶血性链球菌、肺炎球菌和葡萄球菌等经由咽鼓管侵入鼓室，中耳其它各部分也常累及，引起中耳粘膜化脓，病变可侵及粘膜下层及骨膜。慢性化脓性中耳炎是由于急性期治疗不当，迁延而成，或邻近器官慢性炎症经咽鼓管感染而成。常见为变形杆菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌及大肠杆菌等，临床常两种以上细菌感染，炎症可侵及骨膜、甚至骨质。

临床表现

急性化脓性中耳炎主症为耳痛与流脓。耳痛为深部锐痛，逐渐加重为跳痛、钻痛，打喷嚏、呵欠时加重，甚至伴有半侧头面痛及牙痛，听力下降，当中耳腔积脓尚未冲破鼓膜时疼痛最剧烈。脓液流出后疼痛骤然减轻，听力好转。并有恶寒发热。小儿或哭闹、烦躁不安，或出现神昏、惊厥、项强等。外耳道可有脓性分泌物，听力下降。

慢性化脓性中耳炎主症为耳流脓、听力减退和鼓膜穿孔。耳流脓时发时止，脓呈粘液性或粘脓性，或耳流臭脓，或排出豆渣样物。检查多鼓膜中央性穿孔，有传导性耳聋。

诊断要点

（1）根据病史、症状及检查可以诊断本病。

（2）化脓性中耳炎可并发乳突炎，其诊断根据同侧颈痛、运动受限，患部乳突尖至下颌角水平处肿胀，压痛明显，波动感不明显，脓肿穿刺有脓，乳突X片证实炎性病变及骨质破坏。

治疗

治法：急性者疏风清热、清泄肝胆；慢性者健脾利湿、化浊通络。

（1）针刺

处方：翳风　听会　耳门　中渚

配穴：外感风热者加风池、外关；肝胆湿热加行间、足临泣；脾虚湿盛加足三里、阴陵泉。

操作：耳部穴位取患侧，急性期用泻法，每日针刺1～2次，每次留针30分钟，并间歇行针。慢性者用平补平泻法，每日1次，并可配合在耳周穴位施以艾条灸，每穴灸10分钟。10次为1疗程。

（2）耳针

处方：内耳　肝　胆　脾　肾　耳尖　肾上腺　神门

方法：每次选用2～4穴，双耳交替使用，毫针针刺用中等刺激，留针30分钟，每日或隔日1次。10次为1疗程。也可在耳背静脉用三棱针点刺出血。

（3）穴位激光照射

处方：翳风　耳门　听宫　听会　合谷　中渚

方法：每次选用2～4穴，用10mW氦-氖激光仪，聚焦光柱0.2～0.5cm，每穴照射5分钟。每日1次。

文献摘要

（1）王铁用循经远道穴治疗化脓性中耳炎，取腕骨、外关、合谷、昆仑、足临泣、足三里，用补法，留针1小时，一般取患侧。隔日1次，7次为1疗程。81例患者经

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

1～2 个疗程后均获愈。

（王钰．循经远道取穴治疗化脓性中耳炎 81 例．中国针灸，1990，10（6）：18）

（2）钱松林用苇管灸加耳炎散治疗慢性化脓性中耳炎。先用 3% 双氧水或稀白醋洗涤耳道，用棉签清除外耳道垢物。将耳炎散（蚕茧、紫珠干叶、枯矾、块状猪胆研细末，按 1∶2∶1∶2 混匀）少量吹入耳内，每日 1 次。然后将苇管灸器，两节长 4cm 的苇管直径分别为 0.4～0.8cm，0.3～0.6cm，粗端作一斜口，细端用胶布封闭，两管相连）细端插入耳道内，并用胶布固定，取黄豆大小一撮细艾绒，置于粗端斜口处，用线香点燃，温度以患者能耐受为宜，每次灸 3～10 壮，每日 1 次，15 次为 1 疗程。共治疗 99 只脓耳，其中痊愈 61 只耳，好转 33 只耳，无效 5 只耳，总有效率为 94.9%。

（钱松林．苇管器灸加耳炎散治疗慢性化脓性中耳炎．浙江中医杂志，1992，27（14）：178）

按语

针灸治疗化脓性中耳炎有较好的疗效，能很快起到消炎镇痛的效果。多选用局部穴与手、足少阳经的远道穴相结合，局部多用患耳一侧穴位。针刺、艾灸、刺血、耳针等都是有效方法。治疗前应先清洗耳道，小儿用粉剂吹耳应注意阻塞脓液引流，导致并发合并症。炎症完全消退后，鼓膜穿孔多能自行愈合，遗留干性穿孔者，再行鼓膜修补术。

平时要加强身体锻炼，积极预防和治疗上呼吸道感染，及时治疗临近器官感染灶。有鼓膜穿孔者要防止污水入耳。

咽感觉异常

概述

咽感觉异常症又称“癔球”，属于咽部神经官能症。是指不伴有局部器质性病变的咽部感觉异常，多发生于中年妇女。

本病在中医称为“梅核气”。是指感觉咽喉内有异物存在，时时梗阻不适，咽之不下，咯之不出。认为本病与情志郁结，肝失条达，气机不利，肝郁及脾，脾失健运，津液留积成痰，痰气交作上逆于咽喉而发病。因其表现有如梅核塞于咽喉，故称。

西医学认为引起本病的原因很多，全身因素如甲状腺机能亢进、植物神经功能紊乱、贫血、维生素缺乏、糖尿病等都可引起咽部感觉异常。局部因素如咽及邻近的炎症、肿物、茎突过长、颈椎病等也会有这一症状。但多数咽感觉异常主要是因精神因素造成，如亲属、同事患咽喉或食管肿瘤，本人恐癌而过分焦虑、抑郁、悲伤及神经衰弱等。较长时间患咽感觉异常者常兼有器质性与精神两种因素。

临床表现

咽部感觉异常因人而异，可有异物感、阻塞感、搔痒感、烧灼感或粘着感等除疼痛以外的感觉。患者有时夸大咽部不适的症状，并不自觉地反复伏吞咽动作以试验自己咽部的感觉，但进食正常。症状轻重与患者情绪有密切关系，情志忧郁时加重，心情愉快时症状减轻或消失。

诊断要点

要耐心倾听患者主诉，了解发病经过及患者工作、生活环境，同时应全面认真检

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

查，在排除了有关的内脏器质性疾病、五官科疾病后才可诊断

治疗

治法：疏肝理气、散结化痰。

（1）针刺

处方：太冲　丰隆　合谷　天突

配穴：胸膈痞满配内关、膻中；胁肋胀满配阳陵泉、章门；月经不调配三阴交、关元；呃逆加内关、公孙。

操作：天突先直刺0.2寸，再沿胸骨后缘向下刺1～2寸。四肢穴位毫针用提插捻转泻法，务使病人有明显的得气感，并间歇行针，留针时间一般以症状消失为度。并可配合使用电针。

（2）耳针

处方：咽　食道　胃　心　缘中　交感　神门　皮质下

操作：每次选用2～4穴，用短毫针施以强刺激，并间歇行针，使耳廓充血，留针时间根据症状改善而定。

（3）穴位注射

处方：内关　合谷　廉泉

方法：用5%葡萄糖注射液或维生素B_1或维生素B_{12}，每穴注入药液0.5～1ml，隔日1次，10次为1疗程。

（4）挑刺

处方：颈部阿是穴　肺俞　肝俞　膻中

方法：局部消毒后，用三棱针尖穿过皮肤，将挑起的表皮拉断，挑开口后，将针尖在表皮下挑，挑断表皮下白色纤维，隔3日治疗1次，3次为1疗程。

文献摘要

（1）王文辉选用人迎、水突为主穴，配天突、气海。患者取坐位，头后仰约30度，根据不同证型、病程、体质采用不同的刺激强度。一般留针30分钟，15分钟后捻针1次。每日1次，3次为1疗程。疗程间休息3天，再行第2疗程。治疗156例，治愈107例，显效9例，好转33例，无效7例。

（王文辉．针刺治疗梅核气156例．陕西中医，1991，(12)：11）

（2）朱自强选用天突、增音（奇穴，在人迎穴前上方约1～2cm），用5～10ml注射器取0.05%的维生素B_{12}和利多卡因各等分，消毒穴位后，针头刺入1～2cm深，随后缓慢将药液推入穴位，每穴1～2ml。每隔2～3天注射1次，治疗408例，痊愈285例，有效83例，无效40例。总有效率为90.2%。

（朱自强．穴位治疗梅核气408例临床体会．黑龙江中医药，1993，(6)：42）

按语

针刺对本症有较好的疗效，临床多用毫针或电针取效。特别是首次治疗，务求一次见效。治疗环境要保持安静，减少周围观望人员，避免不良刺激。治疗中注意配合心理暗示，选用长针、较粗毫针，采用提插捻转泻法，针刺操作时务使患者产生一定的针感，使患者感到针刺后的反应及变化，以利建立信心，采取合作态度。

本病与情志关系密切，属肝气郁结，脏腑气血运行失调所致。在明确诊断前，应认

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

真进行体格检查和咽喉部检查，防止误诊。针灸治疗的同时应做好疏导工作，消除患者抑郁心态，解除疑虑，积极配合治疗。

复发性口疮

概述

复发性口疮又称复发性阿弗它性溃疡，临床以口腔粘膜上生黄白色如豆样大小的溃点为主症。是一种常见的口腔粘膜溃疡性损害，容易自限但反复发作。多见于青壮年，女多于男。

本病在中医属“口疮”、“口疳”范围。认为由于过食辛辣厚味或嗜饮醇酒，使心脾积热而循经上攻，或由于口腔不洁，或外感风、火、燥邪，火热之邪上攻于口而发病，此属实证。也有素体阴虚，或劳倦过度损伤阴液，阴虚火旺，上炎口腔而发病，此属虚证。病位涉及脾、胃、心、肾。

西医学认为本病的真正病因尚未清楚，临床常见的诱发因素有病毒感染、胃肠功能紊乱、心理障碍、内分泌紊乱、免疫功能低下等，其预后一般良好，但不易根治。

临床表现

轻症好发于唇、舌缘、颊粘膜、舌腹、前庭沟处。初期粘膜充血不适，出现粟粒大红点，随之形成圆形或椭圆形溃，直径约 2～3mm，溃疡中心凹陷，上复盖一层黄色假膜，四周粘膜充血形成红晕，疼痛明显，遇刺激疼痛加剧。病程约 7～10 天自愈。自愈后不留瘢痕，经过一段时间，又在口腔另一部位粘膜复发。重症溃疡可向深层发展至粘膜腺，溃疡直径可达 1～2cm，边缘呈不规则隆起，溃疡基底部出现硬结，附近淋巴结肿大，全身发热。病损可扩大到悬雍垂、扁桃体及咽腭弓。病程可达数月。愈后留有明显瘢痕，称为复发性粘膜腺周围炎。若口腔溃疡发生的同时又出现外生殖器溃疡、虹膜睫状体炎、角膜炎或前房积脓、皮肤结节性红斑等，称为白塞综合征，中医称为“狐惑病”。

诊断要点

根据口腔粘膜上具有红（粘膜鲜红）、黄（假膜色黄）、凹（溃疡面凹）、痛（灼痛明显）等特征的圆形或椭圆形溃疡，具有复发性的发病特点，全身症状不明显，可以诊断。

治疗

治法：实证清泄脾胃，虚证滋阴降火。

（1）针刺

处方：金津玉液　廉泉　颊车　合谷

配穴：热毒炽盛者配少商、内庭、曲池、劳宫；阴血亏虚配三阴交、照海、神门；

操作：口腔附近穴位取病灶所在一侧。金津玉液、少商用三棱针点刺放血，其他穴根据证候虚实施行提插捻转补泻。留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

（2）耳针

处方：口　舌　心　脾　胃　肾　神门　交感

方法：毫针刺用中等手法，留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。也可用耳穴压丸法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 穴位注射

处方：廉泉　颊车　合谷　足三里　三阴交

方法：每次选用2穴，用生理盐水或维生素B_1或维生素B_{12}，每穴注入药液0.5～1ml，隔日1次，10次为1疗程。

(4) 穴位激光照射

处方：廉泉　颊车　合谷　足三里

方法：每次选用2穴，用10mW氦-氖激光仪，聚焦光柱0.2～0.5cm，每穴照射5分钟　每日1次

文献摘要

(1) 李联取主穴齿1或齿2、口、舌，肝郁胃热加胃、肝、胆；心脾积热加心、脾、内分泌；心火上炎加心、小肠；心肾不交加肾、心、神门、肾上腺。用0.5寸毫针，常规消毒后刺入，留针30分钟。每日1次，10次为1疗程。治疗52例，痊愈36例，显效13例，无效3例，总有效率94.2%。

(李联．耳针治疗慢性口腔溃疡52例报告．中国针灸，1994，14(4)：51)

(2) 王顺用百会、神门、内关、三阴交、太冲、足三里、外关、合谷、曲池、天枢、大椎、涌泉，用提插捻转手法，留针15～20分钟。配廉泉、金津、玉液，点刺放血，每日1次，治疗10例复发性口疮，痊愈6例，显效4例。

(王顺．针刺治疗复发性口疮10例．针灸学报，1990，6(2)：42)

(3) 卢爱文用心俞为主穴位注射治疗本病。胃火上炎配足三里，虚火上炎配三阴交　抽取维生素B_{12} 100微克，取俯伏位在心俞进针后，稍斜向胸椎方向刺入0.5～0.8寸，待有酸麻胀感后，缓慢注入药液。每日1次，5次为1疗程。共治疗300例，痊愈294例，好转6例

(卢爱文．穴位注射治疗口腔溃疡．新中医，1993(9)：34)

按语

西医学认为本病病因比较复杂，有明显的个体差异。针灸治疗采取因人而宜，整体调整，对复发性口腔溃疡有较好的效果，可以通过调节神经、内分泌功能起到镇静、镇痛、消炎作用，同时通过调节免疫功能，起到减少、减轻复发的效果。针灸治疗时应注意对患者伴有的其他病症一并考虑治疗，以提高对本病的治疗效果。患者要少食辛辣刺激饮食，戒烟、戒酒，注意口腔卫生，劳逸结合，保证充足睡眠和愉快心情。锻炼身体，增强体质

牙　龈　炎

概述

牙龈炎是一种最常见的牙龈疾病，近半数的儿童和绝大多数成人可能被累及。牙龈炎病变部位一般局限于游离龈及龈乳头，不波及深层的牙周组织，患者的自觉症状也较轻微，故常不引起重视，但当病情加重，则可能累及牙周膜、牙槽骨，而逐渐发展成为牙周炎

牙龈炎在中医属于“牙宣”、“齿衄”等范畴。中医认为肾主骨，齿为骨之余，又因手足阳明经分别进入下、上齿龈，故本病可分风热、胃火与肾虚。若外感风热邪毒，入

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

侵牙龈，邪聚不散；或嗜食辛辣，胃火素盛，大肠郁热，循经上扰阳明，而血随火动，即可导致本病；或劳倦过度、久病体虚，肾阴不足，虚火上炎，灼伤血络。本病病位主要在胃、大肠、肾，不外虚实两端，实证为风热或胃火为患，虚证为肾虚内火。

西医学认为本病主要由于口腔不洁、菌斑与牙石、食物嵌塞、不良修复体刺激，以及某些全身因素，如内分泌紊乱、维生素C缺乏、营养障碍与系统性疾病也可引起或加重牙龈炎。

临床表现

一般无牙痛，牙龈呈深红或紫红色，表面水肿，有时牙龈可肥大增生，刷牙时牙龈出血，呈现出慢性炎症。如急性发作，成为龈脓肿，可突然高热、头痛、咽痛、口臭、多处牙龈松动，充血水肿，剧痛、龈沟溢脓，颌下淋巴结肿大，但牙齿不松动，仅有轻度叩痛。

诊断要点

根据牙龈以出血为主要症状，及牙龈检查有炎症表现，可以诊断。

治疗

治法：实证疏风清热、清泄胃肠；虚证滋阴补肾降火。

（1）针刺

处方：下关　内庭　颊车　合谷

配穴：风热加外关、曲池；阳明火盛加足三里、大椎；肾阴不足加太溪、然谷。

操作：病变在上牙龈用下关、内庭，在下牙龈用颊车、合谷，局部穴取患侧。根据证候虚实施行补泻。间歇行针，留针30分钟，每日1次。

（2）耳针

处方：垂前　上颌　下颌　屏尖　神门

方法：毫针刺用中等手法，留针30分钟，每日1次。或用耳穴压丸法。

（3）穴位注射

处方：下关　内庭　颊车　合谷

方法：用生理盐水，或用1%的普鲁卡因溶液，每穴注入0.5～1ml，每日或隔日1次。

（4）穴位激光照射

处方：下关　内庭　颊车　合谷

方法：用3～25mW氦-氖激光照射，每穴5分钟。

按语

针灸对牙龈炎有很好的疗效，可以很快改善症状，控制炎症。偶然发作者，只要远部循经选用少量穴即可，反复发作者，宜远部配合局部穴位，临床多用体针针刺法，或用耳针。由全身性疾病引起的牙龈炎，应治疗全身性疾病为主。平时要注意口腔卫生，养成饭后刷牙的习惯，掌握正确的刷牙方法，完全可以有效地预防牙龈炎的发生。

5.2.2.10　针灸在肿瘤治疗中的应用

概述

肿瘤是一类严重危害人类健康的常见疾病，是人们正在研究攻克的难题。中医学认

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

为，肿瘤是一种全身性疾病，是全身性疾病的局部表现，由于六淫、七情及正气不足等原因，导致机体阴阳失调，脏腑功能障碍，经络阻塞，气血运行失常，气滞血瘀，痰凝邪毒等相互交结而成肿瘤，其发生亦与年龄、生活习惯等方面有一定的关系。对于良性肿瘤，针灸疗法作为非常规治疗手段，具有一定的疗效。恶性肿瘤是目前危害人类最严重的一类疾病，在很多国家，其死亡率仅次于心血管疾病而居第二位。其病理特点主要有3个：一是由于病邪长期停留于体内，耗伤正气；二是病人由于进行放疗化疗，经常会出现明显的副反应，存在热毒伤阴的病理变化；三是恶性肿瘤一般很难完全根除，仍有痰瘀互结的病理存在，容易出现转移或复发。目前恶性肿瘤的治疗主要依靠手术、放疗和化疗。近年来，随着针灸疗法的广泛开展，国内外学者用针灸疗法治疗恶性肿瘤也取得了一些进展，通过针灸治疗，可以帮助恶性肿瘤患者改善临床症状，缓解癌性疼痛，减轻化疗、放疗的不良反应，取得了较好的临床疗效。

治疗

对于良性肿瘤的治疗，针灸主要适应于单纯性甲状腺肿、子宫肌瘤、乳腺小叶增生等，这些内容在前面均有专篇叙述，此处不再多述。而对于某些皮肤与结缔组织肿瘤，如皮下脂肪瘤、腺瘤、囊肿、海绵状血管瘤等，可用电热针、火针、激光针等方法，这些主要是外治法，以行气活血，破坚散结为主要目的。本章主要叙述针灸在恶性肿瘤治疗中的作用，主要治法是：扶正固本，调和阴阳，行气活血，破坚散结，临床疗效则主要表现在以下几个方面

1. 改善症状，延长生存期

(1) 针刺

取穴：足三里　三阴交　关元

配穴：肺癌加内关、尺泽、手三里；胃肠癌，加外关、曲池、手三里；肝癌加中都、胆囊穴；乳腺癌取极泉、乳根、膺窗；食道癌取廉泉、鸠尾、巨阙、膻中，还可配合相应病位的背俞穴。从证候类型来看，气血不足者，补足三里、三阴交、膈俞、脾俞；痰湿结聚者取丰隆、公孙；瘀血内停者用三阴交、血海、膈俞；脾肾阳虚者，补脾俞、肾俞、气海、命门，或针后加灸。

操作：以上穴位根据临床病证表现，随证选取4～5对穴位，针刺得气后，进行提插捻转补泻，刺激量视病人的体质情况而定，留针20～30分钟，并间歇行针，或用G-6805电针治疗仪通电20分钟，每日1次，10～15次为1疗程。同时，还可配合中药辨证施治，或加服扶正软坚，清热解毒的中草药

(2) 电热针

取穴：阿是穴　曲池　血海　委中

配穴：肝郁血燥者，加太冲、阳陵泉；脾虚湿阻者，加刺足三里、丰隆；外感风毒者，加风府、血海。

方法：本法多用于浅表肿瘤，根据肿瘤的大小，按照电热针的散热面积计算进针的多少，一般内径为1cm的肿瘤进针1支，电热针直接刺入瘤体后接通电源，15分钟后用针型半导体测温仪在瘤体中心或表面进行温度监控，控制温度在42～50℃之间，每次留针20～30分钟，每日或隔日1次，10次为1疗程。

(3) 穴位注射

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

取穴：取穴与针刺法相似

方法：若患者正气不足，可于肝俞、肾俞、命门、足三里穴注射 20%～50%的胎盘注射液，注入每穴 2～4ml，每次注射总量达 10～16ml，每日或隔日注射 1 次，10 次为 1 个疗程；而对于消化道肿瘤的消化道出血症状，可于孔最、曲池、下巨虚穴位注射，用药为维生素 K_3，每次每穴注射 4mg，作为西药控制消化道出血治疗的辅助治疗，治疗 3 天内无明显新出血迹象为有效。

（4）割治

取穴：癌根（涌泉后约 2cm）

方法：穴位常规消毒，麻醉，用手术刀纵向切开皮肤，切口长约 1cm，然后用直头血管钳分离组织，割出黄豆大脂肪组织 1 粒，局部覆盖消毒纱布，包扎固定，1 次为 1 个疗程，两次割治间需休息 10～20 天。

2. 镇痛

（1）针刺

取穴：阿是穴　病灶所在节段敏感点　足三里　合谷

配穴：肝癌痛，加肝炎点（右锁骨中线直下，肋弓下缘 2 寸处）、阳陵泉、期门、章门等；肺癌痛涉及上胸、前臂痛，加孔最、尺泽、太渊；乳腺癌痛加膻中、乳根、太渊；脑瘤痛加行间、长强、印堂、前顶。

操作：一般先针足三里、合谷，再针疼痛病灶和节段穴位，缓慢进针，中等强度刺激，可按 G-6805 电针仪通电 10 分钟，针刺留针时间较长，可达 5 小时以上，留针期间可行刮针法以加强针感，7～8 天为 1 个疗程，一般可持续治疗 2～3 个疗程。以上穴亦可用微波针或磁针具进行穴位刺激，也有一定的临床疗效。

（2）穴位注射

取穴：合谷　三阴交　足三里

方法：1%的普鲁卡因作穴位封闭，每穴注药 0.5～1ml，并根据肿瘤的发生部位，随症选取阿是穴或相应节段的阿是穴、背俞穴，如为消化道疼痛，可用 654-2 作穴位注射，每日 1 次，5～10 次为 1 疗程。

（3）耳针

取穴：痛点　枕部　大脑皮质　肾穴

操作：用毫针刺，中等强度刺激，留针 24～48 小时，留针期间每隔 10 分钟行针 1 次，1 小时后行针时间间隔要延长，并可通电针。每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

3. 减轻放化疗副反应

（1）针刺

取穴：足三里　三阴交

配穴：化疗致免疫抑制的毒副反应，加内关、关元；白细胞减少，加脾俞、膈俞、肾俞；胃肠反应，加内关、中脘、血海；口腔咽喉反应，照海、列缺、廉泉；直肠反应，加天枢、大肠俞、支沟、梁丘。

操作：以上穴位针对症状表现随证选用，针刺多以补法为主，手法宜轻，留针20～30 分钟，或加温针灸。每日 1 次，10～15 次为 1 疗程，疗程间可休息 1 周，再继续治疗。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 艾灸

取穴：大椎　足三里　三阴交　膈俞　脾俞　肾俞　命门

方法：上穴均施以隔姜灸，艾炷如枣核大小，每穴灸 3 壮，每日 1 次，连续灸治，20 天为 1 个疗程，疗程间可休息 1 周。或行化脓灸，连续灸 7 壮，使其起泡，橡皮膏封贴，直至结痂为 1 个疗程。

(3) 穴位注射

取穴：曲池　足三里　膈俞

方法：采用药物地塞米松 15mg，双侧取穴，每穴注入药物 2.5mg，每日 1 次，6 次为 1 疗程；如为胃肠反应，可抽取 654-2 20mg，异丙嗪 50mg，于化疗前 30 分钟注入双侧足三里穴，每日 1 次，6 次为 1 疗程。

(4) He-Ne 激光针灸

取穴：内关　三阴交　章门　足三里

配穴：胃肠反应加中脘、脾俞、胃俞；咽喉反应，加廉泉、增音、合谷；直肠反应，加天枢、上巨虚；里急后重，加气海；粘液便加阳陵泉、三阴交；便血加下巨虚；鼻部反应加迎香、四白；颞颌部反应，加下关、颊车、太溪。

方法：以上随症选取 3～5 穴，进行激光针照射。激光输出功率为 3～8mW，照射距离为 1 米，每穴照射 3 分钟。每日或隔日治疗 1 次，10～20 次为 1 疗程。

文献摘要

(1) 曹玉云等用针刺治愈肝血管瘤 1 例，取太冲、阳陵泉、章门、日月，用泻法，期门平补平泻，中脘、膻中、足三里用补法。留针 30 分钟，每日针 1 次，10 次为 1 疗程，4 个疗程后，临床症状消失，B 超复查无异常，随访 1 年无复发。

(曹玉云，曹淑云．针刺治愈肝血管瘤医案．中国针灸，1995，15(3)：36)

(2) 夏玉卿等等以电热针治疗皮肤癌，除局部以电热针治疗外，另根据辨证分型，属于肝郁血燥者，以毫针加刺太冲、阳陵泉；脾虚湿阻者加刺足三里、丰隆；外感风毒者，加刺风府、血海（双），100 例患者经 2～3 疗程治疗后，肿瘤全部消失者 56 例，部分缩小者 36 例，无变化或恶化者 8 例，总有效率 92%，另经测定，治疗后患者免疫机制有一定的提高。

(夏玉卿，李汉友，李宝顺等．电热针治疗皮肤癌疗效及机理研究．中国针灸，1994，14(2)：5)

(3) 周浣贞将 82 例恶性肿瘤因化疗产生的白细胞减少症分为 3 组，均取双侧曲池、足三里，温灸组每次灸 2 壮，每日 1 次，7 次为 1 疗程；化脓灸组连续灸治 5～7 壮，使其起泡，橡皮膏封贴，直至结痂为 1 个疗程；穴位注射组采用药物地塞米松 5mg，左右两穴各注入药物 2.5mg，两穴每日交替 1 次，连续 5～6 次为 1 疗程。经治疗后，温灸组 42 例，有效率 76%，化脓灸组 20 例，有效率 90%，穴位注射组 20 例，有效率 95%，化脓灸组和穴位注射组疗效高于温针灸组。

(周浣贞．不同针灸疗法对化疗所致白细胞减少症的临床观察．上海针灸杂志，1996，15(4)：29)

按语

良性肿瘤有体内和体表之分，包块有痰凝、气滞、血瘀之别，包块是病之标，整体

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

是病之本，在用各种针灸方法（特别是针刺）时，需考虑标本兼治，以期取得较好疗效。在报道相对较多的甲状腺肿瘤中，均重视局部取穴，在肿大部位采取类似于《灵枢》中的“扬刺”的方法，另配以远部取穴，如合谷、内关、气海、曲骨、横骨等，起到整体调整的作用。治疗子宫肌瘤常用的穴位为子宫、关元、气海、曲骨、横骨、秩边、足三里、三阴交、肾俞等，通过针灸治疗，能增强机体的抗病能力，促进机体的新陈代谢，从而最终达到消散肿瘤的目的，这可从针刺前后人体免疫指标及温度的变化的观察中得以验证。临床资料显示，良性肿瘤的针灸疗效与病程、发病年龄、辨证分型等有关，病程短者疗效好，甲状腺瘤囊性瘤数目较多者疗效不理想，良性肿瘤中气滞血瘀、气虚郁结型疗效好，其次为湿热蕴结型，痰凝气滞型稍差，这对我们判断良性肿瘤预后可提供借鉴。

运用针灸治疗，可使一些恶性肿瘤的临床症状得到改善，延长生存期，提高生活质量，可减轻化疗等对病人的毒副作用，缓解肿瘤所致疼痛综合征，针灸疗法可作为肿瘤的常规辅助疗法推广应用。肿瘤的发生，与机体的免疫功能低下有关，而肿瘤发生后，更进一步抑制免疫反应，加上放疗化疗又会使患者细胞免疫功能降低，故治疗肿瘤重点在于提高患者的免疫反应性。从中医学角度，就要多从扶正固本考虑，取穴一般采取局部取穴、循经取穴配合辨证取穴，常取具有扶正作用的穴位，如足三里、三阴交、合谷、大椎、背俞穴等，针刺多用补法，或用灸法，以提高机体免疫力。在治疗浅表肿瘤方面，电热针具有很好的应用前景，它继承了传统火针治疗的独到之处，而且其温度恒定、持久、可调，具有很好的散寒除湿、舒筋通络、行气活血、破坚散结之功，因而特别适用于皮肤肿瘤患者。

5.2.2.11 其他

戒　烟

概述

吸烟者在戒断时会产生一系列瘾癖症状，即戒烟后产生的烟瘾、情绪烦躁、恶心、流涎、疲倦不舒等戒烟综合症，或称戒断症。针刺戒烟即通过毫针等方法刺激穴位，达到减轻戒断症，直至不再吸烟的目的。

据测定烟草中数百种复杂化合物，大部分对人体无益，而且其中的尼古丁即烟碱，是烟草中含量最多、毒性最大的成瘾性物质。除此还有烟焦油、酸类、醛类、醇类、酚类等40余种有毒和直接致癌、间接致癌的化合物。吸烟对呼吸系统、心血管系统、消化系统、内分泌及神经系统均可造成极大危害。

治疗

治法：安神除烦，调和阴阳。

（1）针刺

处方：百会　神门　戒烟穴（位于列缺与阳溪穴之间）

配穴：咽部不适配颊车、三阴交；烦躁配涌泉；欲眠配劳宫。

操作：常规消毒百会穴，以30度角进针，刺入帽状腱膜，留针15分钟，间歇行针。对能妥善保护好针者，可将毫针保留穴位内，带回家，间1～2日再取针。神门穴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

毫针针刺，平补平泻法，留针 15 分钟。戒烟穴位于列缺穴与阳溪穴之间，又称甜美穴(Tim-Mee)，有明显的戒烟作用，情绪紧张、患有其他疾病或身体某部分有疼痛时，戒烟效果较差。用 30 号毫针进针 3mm，得气后捻针 1 分钟，留针 15 分钟后起针

(2) 耳针

处方：肺　口　胃　交感　神门　皮质下　肾上腺

方法：可用针刺法，也可用王不留行籽按压。针刺或压丸前先寻找压痛点。治疗前先嘱戒烟者戒烟 12 小时，针刺应在戒烟时间内进行。治疗时应注意严格消毒，对不能每天前来针刺者，首次针刺后可改用撒钉型皮内针埋入耳穴，约 3～4 天后取出。埋针期间，有烟瘾时加强按压耳穴。通常在埋针期间可产生吸烟念减弱，口腔味觉改变，再吸烟时烟味改变，如呈枯焦草味，吸烟时喉部干燥不适，不愿将烟雾吞下，同时呼吸道症状如咳嗽痰多减轻，还有镇静、安眠效果。

(3) 穴位敷贴

处方：戒烟穴

方法：用丁香、肉桂、味精制成“代针膏”，贴于戒烟穴上，保留 24 小时。

文献摘要

(1) 任小群针刺“甜蜜”穴为主戒烟 61 例。用 1.5 寸 30 号毫针向上逆肺经的方向斜刺 1 寸后，用捻转泻法使戒烟者产生酸、麻、胀后再接电针仪，用疏密波，强度以患者能忍受为度，留针 30 分钟。每日或隔日治疗 1 次，3 次为 1 疗程。经治疗后完全停止吸烟者为 34 例，显效者为 11 例，有效者 7 例，无效 9 例，总有效率为 85.25%。

(任小群．针刺“甜蜜”穴为主戒烟 61 例．中医杂志，1993；34(11)：679)

(2) 吕氏在摩洛哥穆罕默地中国针灸中心工作期间，运用针刺戒烟 42 例，体穴分两组，①迎香、曲池、合谷；②地仓、足三里、太冲。单日取第一组，双日取第二组，均取双侧。针刺迎香以患者流泪为佳。两组穴针刺得气后，用电针治疗仪连续频率均匀刺激，强度与手捻相似。每日 1 次，每次 45 分钟，起针后按摩迎香穴与地仓穴，以酸胀痛为佳。经治疗最少 2 次，最多 10 次，完全戒烟者 34 例，显效者 4 例，有效者 4 例，总有效率 100%。

(吕洁．针刺戒烟 42 例临床观察．针灸临床杂志，1996，12(2)：22)

(3) 王渝对 100 例自愿戒烟者用王不留行籽耳压法戒烟，取肺、口、支气管、神门、皮质下、额、交感穴，每次取穴 3～5 个，双耳同时贴压，每日自行按压 4～5 次，每次约 1～2 分钟，5 次为 1 疗程。经治疗全戒者为 42 例，显效 35 例，进步 19 例，无效 4 例，总有效率为 96%。

(王渝．耳穴贴压疗法戒烟 100 例．陕西中医，1994；15(4)：177)

按语

针刺戒烟效果确实，用中医理论分析，吸烟是由口吸入肺，临床根据脏腑经络理论，体针大多从肺经选穴，耳穴用肺、神门等，鼻针用肺点，从调整肺气入手。戒烟后出现心烦意乱、饮食不香等戒断综合征，故辅以镇静安神为治疗原则。从西医学角度看，针刺戒烟也有其生理基础。有人发现吸烟者血中的内啡肽含量较不吸烟者为高，这表明吸烟习惯的形成与维持与脑啡肽类物质有关，当戒烟者内啡肽水平骤然下降，则引起“戒断综合征”。而针刺等治疗能通过中枢神经系统调节血中的内啡肽水平，减轻戒

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

断症状。

提高治疗效果的关键是在针刺治疗的第1～10天内，应嘱戒烟者坚持不吸烟，在想吸烟时按压穴位，以后随着治疗次数的增加，其烟念逐渐减弱，最终戒断。为了巩固戒烟效果，在取得戒烟效果后，应再增加1～2次治疗，则远期效果更好。

多数学者认为树立戒烟信心和决心是戒烟成功和巩固的关键。吸烟量少，吸烟史短的人，多数均可通过自己的戒烟决心来消除吸烟嗜好。即使吸烟史较长，每日吸烟量较大的人，积极配合针灸，也可达到戒烟目的。临床所见自愿戒烟者针刺效果比较明显，已经取得近期戒烟效果后，不能认为已经达到目的，必须再治疗数次，医生应启发戒烟者珍惜已取得的效果，同时鼓励其增强信心，这样才能提高远期效果。

戒　毒

概述

麻醉品的滥用和成瘾一向是人类的医学与社会问题，其中已经形成毒品的阿片类药物危害最为突出，尤其是其中高纯度的海洛因，俗称白粉，成瘾性强，戒断症状严重，戒断后复发率高。本世纪60年代以来海洛因为代表的阿片类毒品已蔓延至世界各地，形成全球性毒品大流行。据流行病学的研究估算，1992年全国已有25万吸毒人口。海洛因依赖者不仅心理变态，而且过量吸毒致死占吸毒死亡率的一半以上，并常引起循环、呼吸、消化、神经等系统并发症，如心内膜炎、感染、肝炎、胃及十二指肠溃疡、便秘、惊厥、震颤麻痹、周围神经炎，还与艾滋病的发生关系密切，女性吸毒者还会影响下一代。

阿片类药物的长期使用使神经细胞发生一系列适应性改变，当体内药物突然撤除或减少，就会使神经细胞的代偿平衡被破坏，而出现戒断综合征。戒断综合征有轻有重，一般发生于停药8～12小时。最初表现为呵欠、流泪、流涕、出汗等类似感冒的卡他症状，随后各种戒断症状陆续出现，包括瞳孔扩大、打喷嚏、起鸡皮疙瘩、寒战、厌食、恶心呕吐、腹绞痛、腹泻、全身骨和肌肉抽动、软弱无力、失眠易醒、心率加快、血压升高、情绪恶劣易激惹、烦躁不安、抑郁，甚至出现攻击性行为，以上症状伴有强烈的心理渴求。这些戒断症状通常在36～72小时内达到高峰，大部分症状在7～10天内消失。

治疗

治法：宁心安神，健脾化痰，疏肝解郁。

(1) 针刺

处方：百会　风池　神门　内关　足三里　三阴交　太冲

配穴：心悸加膻中、心俞；腹痛腹泻加天枢、上巨虚。

操作：针刺得气后用泻法，留针60分钟，留针期间间歇行针，务求保持较强针感，也可连接电针仪。每日1～2次，7次为1疗程。

(2) 耳针

处方：肺　心　脾　神门　皮质下　交感　内分泌

方法：每次选用3～5穴，用0.5寸长毫针，刺入耳穴后，快速捻针至耳廓有热胀感，留针60分钟，留针期间连接电针仪治疗，也可用手法间歇行针。每日1次。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

文献摘要

（1）韦勇用耳针配合电针治疗吸毒者睡眠障碍，取穴分为2组，（1）耳穴取肺点（右）、神门（左）、交感（右）、皮质下（左）；体穴取内关（左）、神门（右）、足三里；（2）耳穴取肺点（左）、神门（右）、交感（左）、皮质下（右），体穴取内关（右）、神门（左）、三阴交。两组穴位隔日交替使用。用0.5寸毫针，轻快刺入所取耳穴，捻转有热胀感后接电针仪，用连续波，频率90次/分，强度以患者能耐受为度。体针用平补平泻法。耳针与体针均留针1小时。结果治疗2例，均取得较好疗效。

（韦勇等．耳穴电刺激配合体针治疗吸毒者睡眠障碍．中国针灸，1997，17(2)：10）

（2）王晓中用至阳穴戒毒，并进行了机理探讨。认为5-HT的浓度增加可使人高度焦虑，烦躁不安，而肺内的微血管内皮细胞有很强的降解5-HT能力，肺脏在降解大量的5-HT的过程中，患者感到焦躁不安、气短、心悸。戒断高峰期蓝斑核神经元大量放电，单胺类神经介质浓度骤升，加重了以上反应。针刺至阳穴，可增强肺脏消除5-HT的能力，缩短和消除病理反应过程。王氏在患者出现戒断表现时，即刻用皮肤针叩刺至阳穴及周围敏感区5分钟，用中度手法，使局部有轻微的点状出血，再用细火针快速刺以上部位。共治疗30例，显效21例，有效9例。

（王晓中等．至阳穴在海洛因戒断治疗中的效应．中国针灸，1996，16(10)：19）

（3）郑昱用体针治疗戒断后睡眠障碍，取手阳明大肠经三间以健脾化痰，取手少阴经神门以宁心安神，取经外奇穴安眠、金钟（素髎穴下0.3寸，鼻柱正中）以镇静安神，均用强刺激提插泻法，行针5分钟。结果所治疗60均取得良好效果。

（郑昱．针刺治疗戒毒者戒断后睡眠障碍60例．上海针灸杂志，1995，（增刊）：56）

按语

包括海洛因在内的阿片类毒品的成瘾治疗经历过一个漫长的历程，至今仍在不断探索，尚未取得根本性成效。针灸戒毒可以用于戒毒的不同阶段，如在脱瘾阶段配合西药，能增强疗效，减轻患者痛苦，减少西药毒副作用。也可用于脱瘾后神经生化未全部复原阶段，即后续治疗时以改善或减轻各种精神与躯体的不适，目前的临床已显示针灸对机体有良性的整体调节作用，可明显减轻消化道症状，改善睡眠，调整神经系统功能。临床选穴主要针对患者不同症状，如头部常用百会、风池；躯干常用大椎、至阳；四肢常用内关、神门、合谷、太冲、足三里、三阴交等。可用毫针手法运针，也可用电针持续刺激。耳针埋针能随时方便刺激，在戒毒中有独特作用。如何提高针刺戒毒效果，其用穴与操作规律仍需进一步探讨，针灸与其他方法如何有机配合也值得深入研究

减　　肥

概述

当人体脂肪过度积聚，体重超过正常标准20%以上者即称为肥胖。但必须区分由于水液潴留或肌肉发达等蛋白质增多所致的体重增高。肥胖可以分为单纯性与继发性肥胖两类。所谓单纯性肥胖指不伴有显著的神经、内分泌形态及功能变化，但可伴有代谢调节过程障碍，这一类肥胖在临床上较为常见。继发性肥胖指由于神经、内分泌及代谢疾病，或遗传、药物等因素引起的肥胖。继发性肥胖以柯兴氏综合征为最多。针灸减肥

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

主要是针对单纯性肥胖而言。

单纯性肥胖的临床表现

肥胖可以发生于任何年龄，但以40岁以上者占多数，女性发病率较高，尤其是绝经期后。单纯性肥胖者脂肪分布均匀，无内分泌、代谢性疾病。轻度肥胖者常无症状。中度肥胖者可有畏热多汗，易于疲劳，呼吸短促，头晕头痛，心悸，腹胀，下肢浮肿。极度肥胖可产生肺泡换气不足，出现缺氧及二氧化碳潴留，从而引起胸闷气促，嗜睡状态，严重者可导致心肺功能衰竭。

本病易伴发冠心病、高血压病、糖尿病、痛风、胆石症、骨关节退行性病变、妇女月经量减少，甚至闭经。

诊断要点

(1) 超过标准体重[(身高－100)×90%＝体重公斤]的20%称为肥胖，单纯性肥胖者脂肪分布均匀，无内分泌、代谢疾病病因。临床可用皮肤皱摺卡钳测量皮下脂肪厚度，25岁正常人肩胛下皮肤脂肪厚度超过114mm时可诊断为肥胖。或三头肌外皮脂厚度，25岁正常男性超过10.4mm，女性超过17.5mm者可诊断为肥胖。

(2) 检查肾上腺皮质机能、男性性机能、基础代谢率等以排除肾上腺皮质机能亢进、男性性机能不全及粘液性水肿。

治疗

治法：实证祛湿化痰，通经活络为主；虚证健脾益气化痰。

(1) 针刺

处方：曲池　天枢　阴陵泉　丰隆　太冲

配穴：胃火亢盛者加合谷、内庭；脾虚湿盛者加三阴交、太白；肺脾气虚者加太渊、足三里、肺俞、脾俞；肾虚加气海、肾俞、太溪、照海。

操作：根据虚实毫针施以补泻手法，气虚或湿盛者也可在背俞穴施以灸法。留针20分钟，每日或隔日1次，15次为1疗程。

(2) 耳针

处方：口　肺　脾　胃　缘中　三焦　神门　内分泌

方法：每次选用2～3个穴，毫针刺以中等手法，也可常规消毒后，埋入消毒揿针，用胶布固定。夏季3天换1次，冬天6天换1次。也可用王不留行籽贴压。于餐前或饥饿时在穴位上按压，以加强针感，减少或推迟进食。

文献摘要

(1) 刘志诚等多年来采用体针配合耳针减肥，对342例肥胖症患者辨证论治。胃中燥热取曲池、上巨虚、内庭，耳穴取肺、饥点；肠燥便秘取曲池、天枢、支沟，耳穴取肺、大肠；湿困脾胃取阴陵、中脘、丰隆，耳穴取脾、三焦；肝阳上亢取太冲、曲池、三阴交，耳穴取肝、肾；心脾两虚取心俞、脾俞、神门、隐白（灸），耳穴取心、脾；脾肺气虚取脾俞、肺俞、列缺、复溜，耳穴取肺、肾；气阴两虚取膻中、太溪；阴谷、照海，耳穴取肾、内分泌。体针隔日1次，耳针或耳压5天1次，每月为1疗程。结果体重减轻2kg以上者为235例，有效率为68.9%。

（胡丽梅，等．针灸减肥342例临床观察．江苏中医，1991；(1)：18）

(2) 齐淑兰等用耳压法减肥，以肺、脾、肾、三焦、内分泌为主穴，肝、胃、神

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

门、皮质下、饥点为配穴，每次主穴均用，配穴酌选 2～3 个，用王不留行籽贴压，一组取单侧耳穴，左右交替使用；一组双侧耳穴均取。换贴时中间休息 1 天。结果两组减肥效果无显著性差异，所以建议取单侧耳穴，两耳交替贴压。

（齐淑兰，等．耳穴贴压减肥疗效观察．中国针灸，1996；16，(12)：15）

(3) 雷振萍用针刺配合耳穴压籽减肥，取双侧梁丘、公孙针刺，并取耳穴口、胃、脾、大肠、屏间、三焦、肺、神门、脑、饥点，每次 5～6 个穴，用决明子耳压，2～3 日 1 次，10 次为 1 疗程。284 例单纯性肥胖患者经 1 个疗程后，体重下降 4kg 以上者 96 例，下降 1～4kg 者 150 例，无效 38 例，总有效率 86.62%。

（雷振萍．针刺配合耳穴压籽减肥 284 例．广西中医药，1992；(3)：29）

按语

针灸治疗单纯性肥胖的效果已被许多临床实践所证实，其特点是效果确实，无副作用，减肥的同时，还能对全身各脏腑产生调整作用，改善临床症状及并发症。一般认为针灸治疗单纯性肥胖较继发性易治，单纯性肥胖又以食欲过强者较体质原因而肥胖的效果为好。年龄较小时就过早发胖，到成年仍肥胖者效果较差。病程短，年龄相对较轻者疗效较好，肥胖程度大的一般见效较快，体重下降幅度较大。妇女在服避孕药时针刺减肥也会影响疗效。继发性肥胖应针对原发病因，采取相应方法治疗。

针灸治疗本病根据证型的不同选用不同处方，也可采用固定处方。所用穴位大多分布于手足阳明经。临床多用体针减肥，但配合耳穴贴压治疗也有其优越性，嘱病人在饭前按压数分钟，食欲过强的患者能起到抑制食欲的作用，食欲不振者可增强食欲，也有将耳针与体针二者配合运用，以进一步提高疗效。

针灸减肥的同时应嘱患者加强体育锻炼，可采取做体操、气功、打太极拳、跑步等形式，按循序渐进，多参加体力劳动，适量的体力活动不但可提高低下的肌张力，促进新陈代谢，还可消除一部分热量，减少积聚的脂肪。

应注意合理饮食，适当控制饮食，少食高脂、高糖、高热量的食物，多食蔬菜水果。节食减肥不宜急于求成，盲目减少饮食，否则急剧限制饮食，严重者可使水、电解质紊乱、酮中毒，甚至心肌梗塞、脑血栓形成。

美　容

概述

随着针灸应用领域的不断拓宽，针灸美容引起了广泛兴趣和关注。针灸美容属于医学美容的一种。一般认为美容医学分为外科整容与医疗美容即保守美容两部分，其中医学美容主要是用各种非手术方法医治损容的疾病，包括面部与身体其他部位的各种缺陷，如皱纹、雀斑、痤疮、脱发等。

祖国医学认为面部容貌是全身机体的一部分，只有全身脏腑经络功能正常，气血旺盛、通畅，有健康的体魄，面部才能容光焕发，青春常驻。针灸美容就是从整体观念出发，通过刺激穴位，疏通经络，调和阴阳，使颜面气血通畅，达到美容目的。针灸腧穴能达到调整全身气血的作用，故可从根本上产生美容效果。

治疗

黄褐斑

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(1) 针刺

处方：阿是穴　曲池　血海　足三里　三阴交

配穴：肝火上炎者加阳陵泉、行间；肝肾亏虚加肝俞、肾俞、太溪；气滞血瘀者加气海、膈俞。

操作：面部患处四周用极细小的美容针围刺，其余诸穴施以平补平泻法，留针 20 分钟，每日或隔日 1 次，15 次为 1 疗程。

(2) 耳针

处方：肝　肾　肺　内分泌　皮质下　交感　神门　面颊

方法：每次选用 2～4 穴，也可两耳交替使用。毫针刺用中等刺激，留针 20 分钟，每日或隔日 1 次，15 次为 1 疗程。也可用耳穴压丸法。如用耳穴刺血法，除选用上术穴位外，还可选用耳背外上部静脉点刺出血，隔日 1 次，每周 1～2 次。

雀斑

(1) 针刺

处方：颧髎　颊车　上星　阳白　承浆　阿是穴　合谷　太冲　足三里　三阴交

方法：每次选用 3～5 穴，局部用美容针围刺。施以平补平泻法，每日或隔日 1 次，20 次为 1 疗程。

(2) 耳针

处方：肺　心　肝　肾上腺　皮质下　面颊

方法：每次选用 2～4 穴，两耳交替使用。用压丸法，每日按压 5 次，每次每穴按压 2 分钟。

颈部皮赘

火针

处方：阿是穴

方法：将火针在酒精灯上烧至发红后，迅速向皮赘要部点刺，连刺数针，使皮赘凝固、萎缩、脱落为止。术后不出血、不上药、不包扎，保持干燥。一般 2 周后结痂脱落，不留疤痕。

文献摘要

(1) 李连生用刺络拔罐结合耳压法治疗黄褐斑 486 例。取耳背静脉点刺放血 3 滴，用皮肤针在大椎和两个肺俞三角区内叩刺，每次选用 1～2 个叩刺点形成 15 个出血点，叩刺后拔罐，出血量少于 1ml。另用王不留行籽耳压卵巢、子宫、神门、大肠、肝、内分泌、皮质下、肾上腺、褐斑点（颈椎与枕之中点），每日按压 3～4 次，两耳交替。均隔日 1 次。痊愈 102 例，显效 131 例，进步 231 例，无效 22 例。

（李连生等．刺络拔罐法及耳压治疗黄褐斑 486 例临床观察．中国针灸，1992；12(6)：7）

(2) 息红用耳针治疗黄褐斑，取内分泌、皮质下、肺、心、肝、肾为主穴，月经不调者加子宫、卵巢。用 28 号 0.5 寸长毫针刺入，不穿透软骨，5 分钟轻捻转 1 次，留针 30 分钟，同时用皮肤针在均匀涂抹维生素 E 的患处自上而下轻轻叩打至皮肤潮红。隔日 1 次，15 次为 1 疗程。治疗黄褐斑 42 例，有效率达到 92.8%。

（息红．耳针治疗黄褐斑 42 例．山东中医杂志，1992，11(3)：34）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 李若耀用火针治疗雀痣506例。用钼质金属针，直径相当于28号毫针，针柄长8cm，针体长1cm，将3针缠为1体，将针置于酒精灯上烧至针尖温热后迅速准确搔灼病灶局部，以雀斑完全消失为度，要求用力均匀，以搔破表皮为宜，不可使针尖过热或点刺过深。根据雀斑面积大小，分2～3次治疗，每次间隔3～4日。治疗后患处忌沾水或抓搔，结果痊愈354例，显效96例，有效56例。

(李若耀．火针治疗雀斑痣506例．中国针灸，1988；8(2)：18)

按语

针灸美容不同于局部用药美容，其多方面的调整作用，决定了针灸美容的适应症范围较广，既可用于局部损容疾病，也可用于全身性损容性疾病，既可有治疗作用，也能起到预防作用，男女老少都可采用。

针灸美容的处方规律总的原则与针灸治疗其他疾病相似，一般为近部选穴、远部选穴、对症选穴。针灸美容较为注重近部选穴，即在皮损就近选穴以调整受病经络、器官、组织的气血，使之平衡。如额纹取阳白、印堂；鱼尾纹取太阳；面部痤疮选用阳白、丝竹空、颧髎；酒糟鼻用素髎、迎香等，包括火针除痣、火针治疗雀斑在患部施术。远部选穴的依据主要是，第一，经脉所过，主治所及，如口角皱纹用足三里、关元；面瘫用合谷等；第二，根据损容疾病病变机理，如风热痤疮用鱼际、合谷，脾经湿热用阴陵泉、足三里，冲任不调用关元、三阴交。针灸美容针刺面部常用特制的细针，又称美容针，即34～36号0.5寸针，以适应面部皮薄敏感的特点，患者疼痛较少，且不易出血。针灸美容的方法多用局部围针透刺针法。常配合用耳针，方法包括用埋针、埋丸、点刺出血等。除此还根据不同疾病选用不同治疗方法，如消除面部皱纹常用毫针刺、耳针法、激光穴位照射；黄褐斑常用毫针刺、耳穴放血、耳压、刺络拔罐；雀斑与色素痣常用火针；用毫针、艾灸、耳针治疗老年斑；用皮肤叩刺治疗脱发；三棱针放血治疗顽癣、痤疮；三棱针挑刺治疗寻常疣。由于损容疾病常常缓慢形成，其祛除也非易事，故应适当按排疗程，变换处方穴位与治疗方法，耐心治疗与保养。

5.3 针灸临床作用的现代研究概况

5.3.1 针灸对呼吸系统调整作用的研究

(1) 针灸对呼吸系统的作用

研究表明，针刺正常青年学生的足三里、厉兑、冲阳、中脘等穴都引起呼吸机能的增强，针刺后肺活量、最大通气量、静息通气量、耗氧量等均有所增加。在兔、猫及犬的有关实验中发现，针刺“素髎”、“水沟”、“会阴”等点分别有92%、85%和45%机会出现呼吸变化，而针刺对照点（如痛觉敏感的角膜、睾丸、耻骨联合上点等），对呼吸没有影响。

针刺对呼吸系统的调节作用，与机体神经系统关系密切。实验中，用普鲁卡因封闭针刺点，或在L_4横断脊髓后，再针刺“会阴”，针刺作用即消失。有人也发现在9只家兔针刺“水沟”的27次实验中，有26次呼吸加深，其中21次作用明显。而用普鲁卡因封闭“水沟”穴，或在颈部切断脊髓后，针刺作用消失；如仅切断颈部组织而保留脊髓，针刺仍有作用。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

针刺对呼吸系统的作用还存在一定个体差异，如有的实验显示，针或灸家兔的“人中”、“足三里”、“环跳”等穴，对呼吸几乎全无影响。是否其作用与针刺手法有关，抑或受其它因素的影响，还有待进一步研究。

但是，对人为呼吸机能失常的机体，针灸的作用比较恒定，用打击的方法造成家兔创伤性休克后，于“人中”、“合谷”、“十宣”等针刺，呼吸有急速的增深与加快。有人在机械毁损或药物阻滞延髓面神经核背内侧区出现明显呼吸节律紊乱的基础上，观察针刺“人中”对中枢呼吸节律的恢复作用，发现针刺对呼吸停止的动物有起动呼吸的作用，对节律紊乱的动物有节律恢复作用。其作用强弱与所取腧穴相关，研究表明，针刺“人中”对呼吸的作用较明显强于“足三里”；阻断三叉神经脊下支后，针刺“人中”的作用即消失。

另据报道针刺可引起延髓疑核区呼吸单位放电频率发生改变，其中吸气神经元呈现抑制反应者较多，呼气单位则呈现兴奋与抑制反应者数量相似。无论是刺激肺经或胆、胃经的穴位都可引起这种反应。

(2) 针灸治疗呼吸系统疾病的机理

① 治疗支气管哮喘的机理

无论针刺、艾灸、耳针、耳压等对哮喘发作均有比较好的效果，有效病例肺功能均有明显改善。无效病例多为病期长，并发了严重的肺气肿，不是单纯痉挛，而是因慢性炎症造成支气管腔不可复原的狭窄。Tashkin 对 12 例轻、中度支气管哮喘患者，用甲基乙酰胆碱诱发支气管痉挛，再针刺合谷、大杼等穴，可使降低的气道通气量迅速恢复正常。其效果虽不如异丙基肾上腺素喷雾，但与不加治疗、盐水喷雾，或针刺非穴位点组比较，差异有非常显著性意义。

有人观察了针刺对 20 例支气管哮喘患者血浆 cAMP 及 cGMP 含量的影响，发现针后二周血浆 cAMP 和 cAMP/cGMF 比值较针前显著提高。9 例患者同时检测肺通气功能，其中 5 例血浆 cAMP 升高时，肺最大通气量也增加；相反 2 例 cAMP 降低时，肺最大通气量也减少。而针刺血浆皮质醇虽也有增加，但与哮喘缓解无显著关系。他们在动物实验中还观察到以人工诱发豚鼠哮喘后，针刺“鱼际”穴，肺组织 cAMP 含量和 cAMP/cGMP 比值高于针刺非穴位组，“鱼际”穴用普鲁卡因封闭后，针刺效应消失。因此认为针刺止喘机制可能在于升高血浆和细胞内 cAMP 含量，从而调整提高 cAMP/cGMP 比值，使支气管痉挛解除，改善肺的通气功能，此作用可能通过神经系统的调节来实现。“鱼际”穴有其一定的特异性。另有人在三伏天用灸贴治疗哮喘，用隔姜灸治疗肺气虚哮喘，以及用化脓灸治疗哮喘，也都证明治疗后患者血浆 cAMP 含量和 cAMP/cGMP 比值上升。表明 cAMP 含量和 cAMP/cGMP 比值是影响哮喘患者机体状态的重要因素，针灸主要是通过对 cAMP 含量和 cAMP/cGMP 比值的调节而改善哮喘患者的症状。

多数报道认为，支气管哮喘患者艾灸（化脓灸或隔姜灸等）后机体免疫机能得到改善。例如用化脓灸治疗哮喘，42 例患者中，10 例淋巴细胞转化率低于正常者，灸治二月后，9 例恢复正常；18 例玫瑰花环试验低于正常者，灸治二月后，13 例恢复正常。用隔姜灸治疗 30 例，淋巴细胞氚化胸腺嘧啶核苷（$^{3}HTdR$）参入率上升。用隔姜灸加穴位敷贴治疗 55 例，淋转率上升，补体 C_3、C_4 下降，循环免疫复合物下降，植物神经

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

指数（y 值）明显改变，接近正常。

② 治疗咯血的机制

有单位报道用七星针叩刺颈动脉区（人迎穴部位）可治疗咯血，107 例患者中仅 5 例无效。该单位在 20 例正常人身上以七星针叩刺后发现，凝血时间平均缩短了 25.5 秒，出血时间平均缩短了 37.5 秒。证实皮肤针叩刺有制止肺部出血的作用。他们进一步从血液因素和血管因素两方面探讨了七星针叩刺颈动脉区治疗咯血的机制。结果显示：在叩刺前后血钙、凝血酶原时间、纤维蛋白原、脉搏、心电图并无显著变化。但叩刺 10 名正常人后，发现血小板均有增加，增加数自 8000 至 140000/mm^3 不等，平均 64200/mm^3。血压也有上升，10 人中有 7 人收缩压平均上升 3.6 毫米汞柱，8 名舒张压平均上升 8.4 毫米汞柱。有显著意义。7 例心导管检查病人用电测压计测量了叩击前后的肺动脉压，无论是心导管置于肺动脉的 6 例或置于肺毛细血管的 1 例，肺动脉压均有上升，平均收缩压上升 0.6kPa，舒张压上升 0.6kPa。叩刺前后对臂舌循环时间是影响上，8 例正常人中有 7 例延长，平均延长 3.3 秒。血小板增多是血液凝固机制中的一个重要变化。大循环、小循环血压的升高及循环时间的延长，表明血管有收缩现象。可以认为：小循环血管收缩以及凝血因素的有利变化，是七星针叩刺颈动脉区制止肺部出血的作用机制。

③ 治疗急性呼吸衰竭的机制

在呼吸衰竭时，针刺可作为急救的一个手段。针刺除对中枢性呼吸紊乱可能有作用外，对其它系统的作用，也有助于改善呼吸衰竭。

有人观察了电针急性通气障碍性呼吸衰竭犬“人迎”穴对心脏动静脉血气分析的影响，结果表明电针能防止冠状动脉血氧分压（PaO_2）、氧饱和度（SaO_2）和氧含量（CaO_2）的进一步下降和冠状动脉血二氧化碳分压（$PaCO_2$）的进一步增加。他们认为这一效应可能和改善呼吸衰竭犬血流动力学及心肌收缩性有关。为了证明这一点，他们在同样动物模型上测得心率（HR）、平均动脉压（MAP）、左心室舒张末压（LVEDP）、左室峰压（LVSP）、左室压力最大上升速率（dP/dt_{max}）、心指数（CI）及每搏容积指数（SVI）等均逐渐下降，表明呼吸衰竭时，血流动力学发生紊乱。电针左侧“人迎”，除对 HR 和 LVEDP 无明显影响外，能有效地阻止或延缓 MAP、LVSP、dP/dt_{max}、CI 和 SVI 的下降，表明电针“人迎”穴有使呼吸衰竭时血流动力学紊乱状态改善的作用。他们在另一实验中测取 LVSP、dP/dt_{max}还测取节段心肌发展张力（DT）。心肌张力发展最大速率（dT/dt_{max}）以及根据心电图第二导联计算心肌开始收缩至 dP/dt_{max}和 dT/dt_{max}的时间（$t\text{-}dP/dT_{max}$和 $t\text{-}dT/dt_{max}$）。对照组 LVSP 和 dP/dt_{max}，逐步降低，而 $t\text{-}dP/dt_{max}$显著延长。电针“大椎”组 LVSP 增加，而 $t\text{-}dP/dt_{max}$显著缩短。对照组 DT 和 dT/dt_{max}减少，$t\text{-}dT/dt_{max}$延长。电针后 DT 和 dT/dt_{max}增加，$t\text{-}DT/dt_{max}$减少。表明急性呼吸衰竭时，左心室心肌收缩性明显受损，而电针“大椎”穴能使之显著改善。此外，他们还分析了电针“人迎”穴对心肌收缩力量和心肌氧提取率（O_2E）及其相互关系。对照组 LVSP 和 DT 均降低，O_2E 增加；电针组 LVSP 和 DT 均增加，O_2E 降低。对照组 LVSP 与 O_2E，DT 与 O_2E 及 LVSP 与 DT 之间均无直线相关关系，而电针组 DT 与 O_2E 呈密切负相关，LVSP 和 DT 呈密切正相关。分析表明：呼吸衰竭时可能伴有冠状循环紊乱，心肌收缩时不同区域的协调性遭到破坏，电针“人迎”能使之改善。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

5.3.2 针灸对循环系统调整作用的研究

(1) 针灸对心血管系统的调节作用

① 对心率脉搏的影响

在正常人体中，针刺使心率脉搏加快和减慢的报道都有，甚至一批实验中针刺后心率和脉搏有的加快，有的减慢，有的不变，脉搏波有的增大，有的缩小。如果对家兔静脉注射肾上腺素使心率减慢，同时针刺，则针刺具有削弱肾上腺素减慢心率的作用。有单位证明此作用与所选经脉、腧穴有关，以与心脏密切相关的心包经、心经，以及与心包经互为表里的三焦经作用明显。在经络分布上与心有一定联系的肾经、肝经、脾经、胃经，以及与心经互为表里的小肠经有一定作用。而联系较少的膀胱经、大肠经、肺经及胆经则无明显作用。同一经脉的穴位其作用差别不大。研究还表明，针刺对心率、脉搏的调节作用与腧穴配伍有关。“内关”配“足三里”作用明显，但“内关”配“交信”，其作用反而减弱，“内关”配“中封”，其作用虽未明显加强，但也无相反的作用。另一研究证明仅“内关”穴有明显作用，而“内庭”、“足三里”、“合谷”等没有显著作用。当去除兔前肢血管壁神经，同时切断臂丛神经，针刺“内关”的作用虽未完全消失，但较正常动物显著减弱，说明针刺“内关”的传入途径，似乎血管壁的交感神经占主要地位。对家兔皮下注射苯肾上腺素引起窦性心动过缓，电针“内关”可降低其发病率，并促进其恢复。相反，静脉滴注异丙肾上腺素造成家兔实验性心动过速，电针则有减慢心率，促使其恢复正常的作用。作用也是“内关”穴为明显。对窦性心律失常病人的治疗，也证实针刺内关对窦性心动过速有减缓心率效应，对心动过缓有增快心率效应。

② 对心电图的影响

针刺对正常人心律、心电位、波形、波幅，P-R 间期、Q-T 间期，S-T 段等，针刺后都极少发生变化，或者即使稍有变化，也均未超出正常范围。

③ 对心功能的影响

有人在胃大部切除术病人针麻诱导后发现心阻抗图 dz/dt、波幅、心搏出量、心指数等均有增加，而对照组硬膜外麻醉，这些指标均见下降，认为针刺对血流动力学有一定兴奋作用，有人认为对心功能的影响，上肢多穴针刺比上肢单穴及下肢多穴为大，有人还认为此作用与针刺时间有关。采用子午流注开穴针刺，针刺后心输出量及心排血量较同穴不同时，或随意取穴针刺，升高更为明显。

④ 对血压的影响

针刺对于正常血压的影响报道很不一致。有的报告针刺后血压基本没有变化，有的报道针刺后收缩压、舒张压下降、升高、不变的都有，但均在 1.3kPa 以内。有报道针刺兔“人迎”穴可引起明显的降压效应，实验证明，其机制是颈动脉窦减压反射；针刺正常人足三里，血压有随刺激强度增加而呈现降压加大的趋势，但也有报道分别电针猫与兔的“人中”、“足三里”、“曲池”，只要刺激强度与频率足够，均可引起加压反应。加压反应伴有普遍的血管收缩，外周阻力增高，容量血管收缩，组织间液回收；同时还伴有瞬膜收缩、瞳孔散大、膀胱收缩与小肠舒缩反应等弥漫性自主神经中枢兴奋现象。可以认为这种反应与刺激隐神经引起的加压反射相似，属于非特异性心血管反射反应。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

一些实验证明，如果人工造成高血压或低血压状态，针刺可以促使血压恢复常态。有单位以正肾上腺素或乙酰甲胆碱对狗作匀速连续静脉注射，产生稳定水平的高血压或低血压状态，然后针刺“内关”，可使高血压状态的血压降低，低血压状态的血压升高。另一单位用肾上腺素及乙酰胆碱皮下注射，使家兔血压升高和降低，然后针刺“喉门”及“喉俞”，用适当的刺激可抑制肾上腺素的加压作用和乙酰胆碱的降压作用。这些单位进一步研究，发现切断兔迷走神经后，针刺对于注射肾上腺素后血压的平稳作用不再出现。皮下注射麦角胺以封闭交感神经后，针刺不再具有抑制乙酰胆碱降低血压的作用，说明针刺的降压作用可能通过迷走神经而发生，升压作用系通过交感神经的活动而体现。在破坏中脑的狗身上用药物造成高血压或低血压状态后再针刺，针刺促进血压恢复常态的作用基本消失。在去大脑皮质的狗身上进行同样实验，针刺效应依然存在，说明中脑导水管周围的中央灰质和四叠体在针刺使异常血压恢复常态过程中起着重要作用，而大脑皮层看来并不是必要的条件。有人用不同方法造成实验性高血压或低血压的狗的病理模型，发现实验性高血压时伴有血管紧张素Ⅱ提高，针刺能使之下降，说明针刺的降压效应存在着肾素-AT-Ⅱ环节，但在不同原因引起的低血压，AT-Ⅱ起的作用不同。当除去肾神经后，针刺对高、低血压仍有一定的降压和升压作用，说明在针刺调整血压的过程中，肾素 AT-Ⅱ系统是一个重要作用环节，但不是唯一的作用途径。

⑤ 对血管的影响

针刺对血管舒缩反应的影响各个报道也颇不一致。有单位用肢体容积曲线为指标，报道针刺足三里对血管的舒缩功能的影响，发现其效应与血管的功能状态、刺激强度等密切相关。较强的刺激引起臂血管收缩，而较弱的刺激引起舒张反应。但是在臂血管收缩状态下，应用较强的刺激不出现收缩反应，反而出现舒张反应。反之本来引起舒张反应的强度，在臂血管舒张状态下，却引起臂血管收缩反应。艾灸大多使血管舒张，或初期出现缩血管表现，或在灸后引起灼痛时出现血管收缩，在多次艾灸后对刺激的反应减弱。另一工作又表明：针灸对血管的影响有一定的腧穴特异性。针或灸曲泽穴，都显著影响血管运动机能；针足三里能明显影响血管舒缩，而灸则否；针太阳穴并无明显影响，灸却显著影响血管运动机能。这说明对于血管舒缩，针和灸作用不同，不同强度的刺激作用不同，不同的穴位作用不同，机体原来的机能状态不同反应也不同。

针刺家兔“足三里”、“商阳”、“至阴”穴可使兔耳血管舒张，温度上升。如果局部用普鲁卡因封闭，或切断坐骨神经或桡神经，或封闭颈交感神经节，上述变化就不再出现。以针刺为非条件刺激，以铃声为条件刺激，对血管舒张及温度上升现象可建立起条件反射。因此认为针刺的血管运动效应是一种神经环节为主的反射活动。对于已经形成的血管收缩的非条件（冰水刺激）与条件（铃声）反射，针刺足三里均有抑制作用。认为这是因为针刺改变了大脑皮层机能，从而改变了皮层-内脏的动力学所致。

⑥ 对微循环的影响

针灸对正常机体微循环的作用报道较少，有人曾在健康老年人观察激光照射足三里前后甲皱微循环的改变，结果显示微循环有改善，表现为血流速度明显加快，襻顶瘀血减轻或消失，流态有不同程度好转，红细胞聚集减轻，微血管扩张。有人观察到针灸对家兔结膜和肠系膜微循环有影响，艾灸最大，电针次之，针刺再次之，穴位割治变化不大；电针“人中”最大，“内关”次之，非穴位电针基本无变化。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

KaaRda 报道低频经皮神经电刺激（TNS）可使雷诺氏病患者和健康人体表血管扩张，伴以皮温升高。这一反应不为纳洛酮拮抗，但可为中枢 5-羟色胺（5-HT）拮抗剂二苯环庚啶所阻断。将 TNS 引起血管扩张前后病人的血清加入离体大鼠门静脉标本的水浴中，发现 TNS 后的血清有更强的舒血管作用。说明 TNS 除释放中枢 5-HT 外，还释放一种舒血管活性物质，进一步实验证明这一物质不是一般性的舒血管物质。用特异性放免检测 TNS 后血浆中血管活性多肽含量，发现增加了 30%～35%，但其作用和来源尚待进一步研究。

（2）针灸治疗心血管疾病的机制

① 治疗心律失常的机制

针灸是治疗心律失常常用的方法之一。据报道用针灸治疗 220 例心律失常，包括冠心病，高血压病、风心、心肌炎或心肌病及神经功能失调等原因引起，激动起源失常者较激动传导异常者收效为好。前者 198 例，有效率为 86.4%；后者 22 例，有效率为 18.2%。

有人用电刺激法测得家兔左心室室颤阈（VFT）为 8±0.94 伏，电针“内关”后为 14±2.83 伏，其作用近似利多卡因（VFT 为 14.6±1.5 伏）。电针“内关”后，家兔心率减慢，由电刺激引起的室性早搏和 ST 段抬高出现也晚。电针“悬钟”，则为 3.1±0.6 伏，对心率影响也不明显。切断双侧颈交感和迷走神经，再电针“内关”不能提高 VFT，表明针刺作用与所选腧穴、自主神经的完整性等因素有关。

有人用电刺激兔丘脑下部引起动脉压、左心室内压及其上升速率上升，心电图呈现缺血性改变，同时出现室性早搏和心率变慢，如电针“内关”后再电刺激丘脑下部，上述变化均见明显减轻，同时心率减慢作用削弱，室性早搏基本消失。在刺激丘脑下部的同时，给心得安（肾上腺素能 β 受体阻断剂）可对抗升压效应；给酚妥拉明（α 受体阻断剂）可对抗室性早搏和缺血性改变；给阿托品（胆碱能 M 受体阻断剂）可对抗心率减慢效应。因此认为针刺作用是通过肾上腺素能和胆碱能植物神经系统而实现的。

有人用电刺激兔下丘脑背内侧核、腹内侧核或穹窿部近中线区引起血压升高和室性期前收缩，电针“足三里”、“内关”，或低频低强度电刺激“足三里”下的腓深神经、“内关”下的正中神经，可使刺激下丘脑引起的室性期前收缩减少，但血压反应仍存在。电针“悬钟”、“列缺”，或低频低强度电刺激“悬钟”下的腓浅神经和“列缺”下的前臂外侧皮神经均无效。用高频高强度电刺激腓深神经或正中神经也无效。切断颈部双侧迷走神经后，电针对心律失常的抑制作用仍可出现，提示电针的作用是通过抑制心交感神经而实现的。在中央灰质内注入微量纳络酮、对氯苯丙胺或肉桂硫胺，都可阻断电针作用，表明此抑制作用有脑内吗啡样物质和 5-HT 及其受体参与。进一步实验发现除下丘脑外，电刺激中脑防御反应区及延髓腹外侧区都见到升压和期前收缩等交感亢进反应，尤其是延髓腹外侧区是电针产主突触抑制的关键部位。该区被破坏或受阻断后，再刺激下丘脑或中脑防御反应区，不再出现升压及期前收缩反应。而该区防御反应相应的神经元单位放电可为腓深神经的传入冲动所抑制。另外，在同样刺激兔下丘脑防御反应区诱发交感亢进反应的实验中发现，在电针发挥抑制效应时，脑内去甲肾上腺素的过多释放受到阻遏，有些动物的 5-HT 和多巴胺的释放也减少，纳络酮能阻断电针对这些物质的释放。这表明，电针可能加强了中枢内阿片肽活动，从而抑制脑内某些去甲肾上腺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

素神经元的活动，减弱心血管反应。

② 治疗冠心病的机制

针刺治疗冠心病有较好效果。据某协作组报道，针刺治疗621例冠心病心绞痛，总有效率为89.2%，硝酸甘油停减率为93.6%。578例冠心病针刺前后心电图有效率为53.2%，连续观察心电图的100例中，有30例在20分钟内心电图明显好转，说明针刺可改善冠脉循环。应用心电图、心尖搏动图、颈动脉搏动图及心音图检测心缩间期（STI）观察疗效，多数报道表明针刺能增进心脏功能，使左心射血功能好转，心输出量增加，其效果和注射生脉液相似，而优于注射维生素C。用内关加根据子午流注纳甲法的逢时开穴和单用逢时开穴治疗，观察到前者LVET延长，PEP/LVET值变化，表明心输出量增加，而后者不能改善心功能。如果前者不在开穴时针刺，也有相同结果，说明对STI产生影响的主要是内关穴，而不是子午流注针法。针刺治疗除病人左心功能有改善外，球结膜微血管扩张，血细胞聚集减轻，血流速度加快，表明微循环障碍有所改善。

动物实验证明针刺能促进实验性心肌损伤的恢复，肯定了针刺的效果。结扎犬冠状动脉左旋支第二分支造成缺血性损伤。与对照组比较，结扎后给予针刺者，随结扎时间的延长，心率逐渐减慢，心输出量、每搏输出量、每分钟冠脉流量、每搏冠脉流量均增加，心脏指数和每搏指数逐渐增大，心脏作功和每搏作功增强，平均动脉压明显升高，而外周总阻力呈降低趋势。表明针刺具有纠正急性心肌缺血过程中低输出量、高外周总阻力等心脏血流动力学紊乱状态的作用。结扎家兔左冠状动脉心室支造成急性心肌缺血性损伤后，电针“间使”穴，发现心电图的ST段、T波恢复到结扎前水平的时间较对照动物短。结扎10分钟后，针刺组和不针刺组ST段比正常抬高4倍，在结扎10分钟后又松结40分钟重新灌入血流，两组ST段都有恢复，但针刺组比不针刺组明显。用针刺治疗垂体后叶素造成的家兔急性心肌缺血的实验表明，针刺能缩短心动过缓恢复的时间，缺血性心电图恢复的时间和减轻心电图缺血性改变的程度。针刺治疗犬急性心肌缺血损伤时的多点式心外膜电图证明，针刺“内关”或“郄门”，可使损伤程度（ST段升高总和ΣST）减轻和损伤范围（ST段升高2毫米以上点数N-ST）缩小。

针刺的效果在组织学上也得到了肯定。在结扎冠状动脉左前降支分支并电针双侧“内关”的犬身上，取心脏作病理检查，发现其心肌梗死面积的百分比、心肌梗死区重量占全心室及左心室重量的百分比明显小于不针刺的对照组。心肌梗死病变程度也较对照动物为轻。在家兔结扎冠脉左室支后电针双侧“内关”，松结后再电针，然后取心肌作电子显微镜观察，与单纯结扎松扎不作电针的动物比较，表明针刺对线粒体嵴缺氧变化的恢复有明显的促进作用。大鼠电击后注射异丙肾上腺素，取心肌在电镜下也观察到对照组缺血区细胞线粒体嵴溶解，肌原纤维断裂。针刺组则损伤较轻，线粒体大部分可以见到。

进一步研究表明针刺改善心功能、促进损伤心肌恢复的作用在于：

改善缺血心肌的兴奋状态：有人在结扎冠脉左室支家兔用心外膜电极记录心肌单相动作电位（MAP）的振幅（MAPA）、MAP复极50%和90%的时程（$MAPD_{50}$，$MAPD_{90}$），电针“内关”可使MAPA下降和$MAPD_{50}$缩短的程度减轻，使$MAPD_{90}$不缩短，保持在结扎前水平。表明针刺能改善缺血心肌的兴奋状态，易化兴奋在缺血区的传

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

导，对防止严重心律失常和冠心病猝死有一定作用。

改善心肌收缩状态：一些实验表明，针刺“内关”能保护心肌纤维收缩成分，增强心肌收缩性能，改善心肌泵血功能。这些实验包括：(a) 在模型犬用直接插管法测取心肌等容收缩相各项参数。(b) 用硅胶管长度计测冠脉血管节段长度（L）与左室内压（LVP），组成 LVP-L 向量环。(c) 测定 LVP、压力变化最大速率（dp/dt_{max}）、等容张力积分（IIT），并测算时间-张力指数（$TTI = dp/dt_{max}/IIT$）和 IP（dP/dt_{max}出现时 LVP 波的对应点）(d) 在模型家兔记录 LVP，二dP/dt_{max}，以及左室室内压压力变化速率环（P-dp/dt 环）。此外分别观察模型犬左室缺血区与非缺血区的 DT，dT/dt_{max}以及 $t\text{-}dT/dt_{max}$，表明电针“内关”可使缺血区 DT 和 dT/dt_{max}明显增加，$t\text{-}dT/dt_{max}$明显缩短，而非缺血区这几个指标维持较好水平，也即可使左室不同区域心肌节段收缩性能都得到改善。对缺血区心肌张力和心功能指标用电子计算机作相关和回归分析，证明缺血心肌的张力、初长关系发生明显改变，而电针“内关”可使之得到较好调整。用显示儿茶酚胺的荧光方法，显示针刺“内关”可促进缺血心肌的去甲肾上腺素恢复，有利于提高心肌收缩力。

降低心肌耗氧量：有人结扎犬冠状动脉，用血氧分析仪分析心肌氧代谢，用电磁流量计记录冠脉左旋支流量，发现结扎后 15 分钟冠脉阻力、冠脉流量、心肌供氧量变化不大，心肌氧摄取率、冠动静脉血氧含量差和心肌耗氧量则有明显增加，但随结扎时间延长，冠脉阻力逐渐增高，冠脉流量逐步减少，心肌供氧量也渐次减少。电针“内关”和“间使”后，各项指标均显示与对照组相反的变化，而且心肌对氧提取率和血氧含量差有明显减少，说明针刺可改善心肌对氧的供求失衡状态，有利于减轻缺血区心肌损伤程度。另有人在家兔冠脉结扎梗塞模型中，取梗死区及对照区心肌，用氧电极测心肌耗氧量，结果表明梗死区心肌耗氧量显著高于对照区，而针刺“内关”组两区心肌并无显著差异

促进冠脉侧支循环：以阻断冠脉左前降支血运造成犬心肌梗死，在冠脉血流阻断后电针“内关”，可使 HR、LVEDP、梗死区和缺血区的血管阻力明显降低，使冠脉回返血流增加，同时冠脉压、心内膜下区灌注压和跨越侧支血管压力梯度等均增高，但对正常区冠脉血流量和血管阻力无明显影响。说明电针可能动员缺血区冠脉侧支循环的储备能力，促进梗死动脉远端吻合支血管开放，增加缺血区血供，使损伤范围缩小。

增加心肌的能量供应：有人在实验性心肌缺血家兔的心肌用组化方法显示出糖原缺失，以及与糖原代谢有关的磷酸化酶、乳酸脱氢酶和琥珀酸脱氢酶量或活性发生改变。电针“内关”后，在 ST 段恢复的同时，糖原量增加，三种酶也有很大恢复。针刺组的缺血区可以见到糖原在血管周围套状增加，这可能是缺血心肌可获得较多能量的来源，促进恢复较快的一个现象。

动物实验为针刺治疗急性缺血性心肌损伤积累了资料。据报道在心电图改善上，“内关”穴和“郄门”穴作用较“足三里”穴显著，“曲泽”穴和“膈俞”穴较“膝关”穴作用明显，针刺“郄门”穴和“胃俞”穴较“中都”穴作用明显。

动物实验也为针刺治疗急性缺血性心肌损伤中神经系统的作用积累了资料。一些报道都以电针心肌损伤动物“内关”穴使心电图 ST 段和 T 波恢复的作用为指标，在电解损毁兔视前区-下丘脑前部（PO-AH）后，电针效应大为减弱，而电刺激 PO-AH 和电针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

一样都能促使心电图恢复，揭示 PO-AH 可能是电针“内关”促进急性缺血性心肌损伤恢复的重要中枢环节之一。摘除猫星状神经节可消除电针的作用，说明电针作用通过心交感神经。另外，比较电针和电针加酚妥拉明的作用，表明电针效应受肾上腺素能 α-受体阻断剂酚妥拉明所抑制。从以上报道可以认为 PO-AH 可能接受电针穴位及心肌缺血的信息，通过躯体-交感反射而进行整合，而肾上腺素能 α-受体可能与此作用有关。

③ 治疗脑血管病

针刺对脑血管病患者的脑阻抗血流图（REG）、血液流变学及微循环障碍等都有改善作用。有人观察了 21 例脑血管病恢复期患者和 10 例健康人的脑血流图变化，发现针刺头部穴位时脑血管扩张，外周阻力减少，血流量增加，对脑血管病变后遗症病人的影响比正常人大。针刺早期脑动脉硬化患者内关（41 例）和合谷（27 例），发现针刺对脑血流图的波型、重搏波、波幅、主峰角、流入时等都有一定改善作用。15 例脑血栓形成患者用头皮针治疗，针前脑血流图异常者 13 例，针后转为大致正常者 4 例，好转 8 例。30 例中风患者针刺前后脑血流图指标观察到有显著改变，尤以针后 20—30 分钟为甚，同时血液流变学检查，见全血比粘度、红细胞压积、血沉方程 k 值等治疗前后都有明显下降。以针刺百会透曲鬓治疗脑血管病所致偏瘫 500 例，发现脑血流图平均波幅增高，流入时间缩短，血液流变学检查显示细胞聚集状态明显改善，血粘度降低。39 例急性缺血性中风病人针刺后血液流变学各项指标均有好转，全血比粘度和红细胞压积明显改善。用甲皱微循环为指标观察 50 例脑血栓形成患者和 100 名正常人。针刺后甲皱微循环障碍得到明显改善，血流速度增快，33 例原有管襻血色呈暗红色者，22 例变为红色；有 8 例血流状态优于针刺前。用结膜微循环为指标观察脑血管意外患者 18 例，针刺后微循环也有明显改善。另外有报道，针刺头部穴位治疗偏瘫，除针刺前后脑血流图、血液流变学指标有明显差异外，对偏瘫病人的血压、肌力、关节功能、痛阈等也有影响，电针时患者肌电幅度有所升高。以上材料说明针刺对患者具有舒张血管、改善血管弹性、降低血液粘度、增强肢体感觉和运动功能的作用。

有人用结扎供脑血管的方法制备猫的急性实验性脑缺血模型，然后针刺“曲池”和“阳陵泉”，针刺组脑血流量增加，脑血管阻力降低，并可维持至起针以后。正常组脑血流动力学变化基本不大。有人发现针刺正常兔子，可使脑阻抗血流图波幅降低，血压轻微升高；而在实验性高血压条件下，则使脑血流图波幅升高，血压降低。切断双侧颈交感神经，针刺影响消失，直接刺激颈交感神经引起脑血流图波幅明显降低，说明针刺对脑血管的作用是通过颈交感神经实现的。

另有人观察到老年缺血性脑血管病（ICVD）患者血浆亮氨酸脑啡肽（PLEK）显著高于非 ICVD 者和健康成人，针刺内关后，老年 ICVD 患者 PLEK 明显下降，非 ICVD 者有所增高，健康成人则无显著变化。分析影响老年 ICVD 患者 PLEK 水平的因素，发现超重、血糖偏高及心功能较差者水平较高，针刺后均有不同程度下降。他们认为 PLEK 在 ICVD 的病理生理过程中可能起一定作用，针刺对之具有调整作用。

④ 治疗高血压病的机制

针灸是治疗高血压病的常用方法之一，据报道，针刺治疗高血压病人无论收缩压或舒张压都能有所降低，针后平均动脉压较针前显著降低，血管外周阻力减少，心功能改善，脑阻抗血流图也有改善，疗程结束后血清胆固醇及其与磷脂的比值也有显著下降，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

说明针刺治疗有全面调整高血压病患者心脏血管机能和脂质代谢的作用。有单位观察到高血压病人针刺后血管舒张反应加强。也有人发现早期高血压病患者艾灸足三里时手指容积曲线初期表现出显著波动，对各种刺激反应敏感；多次艾灸后曲线逐渐平稳，出现"零线"，同时在实验过程中受试者血压也不再上升。他们认为初期高血压患者神经系统出现平衡障碍，表现在容积曲线上明显的波动性，"零线"的出现可能意味着平衡的恢复。

针刺治疗高血压的研究工作，大多是在动物模型上进行的。实验证明针刺对多种高血压动物模型具有降压作用。在急性神经原性高血压兔，穴位封闭后再针刺，针刺的降压作用就减弱。如果针刺前先注射阿托品，则针刺后血压变化不大，说明胆碱能神经纤维可能是针刺引起降压作用的反射弧传出部分。但在去甲肾上腺素性高血压狗，针刺降压效应不为阿托品所阻断。此作用与实验性高血压时，静脉注射吗啡产生的降压效果相似，可为静脉注射纳络酮所阻断。因而认为这种降压效应主要是交感缩血管中枢紧张性受抑制，使外周血管舒张而产生，与电针时中枢释放内源性吗啡样物质有关。另外有人在家兔上观察到延髓腹外侧区在维持正常血压中有重要作用，该区也是腓深神经传入冲动抑制刺激防御反应区诱发的升压反应等心血管反应的关键部位，认为电针"足三里"对高血压的抑制作用可能是由于腓深神经的传入冲动对延髓腹外侧区神经元活动的抑制。实验也证明内源性吗啡样物质可能参与此作用。

⑤ 治疗休克的机制

针刺可使低血压状态恢复常态，可用于休克时的急救。但针刺治疗休克的临床研究报道极少，研究工作多数在动物上进行，实验证明，针刺对多种动物的多种实验性休克确有急救效果。

针灸治疗休克的作用机制主要有以下几个方面：

对血流动力学的影响：据用猫和犬所做实验的结果显示，针刺"人中"除了使失血性休克动物循环血量增加，死亡率降低，使休克动物恢复正常血压水平的输液量减少外，还可使休克猫的血压回升，肾与肠道血流量改善，使休克犬低心输出量、高外周阻力的血流动力学紊乱得到一定程度的纠正。说明针刺的抗休克作用与改善内脏器官血流量和改善心功能有一定联系。在注射扩血管药的低血压犬，针刺"足三里"或"内关"，也可使心输出量增加，肾血流量减少。艾灸"关元"对失血性休克犬的血流动力学也有影响。艾条灸组每搏指数（SI）、平均动脉压（MBP）、心脏指数（CI）和左室每搏做功指数（LVSWI）稳定增加，而心律、中心静脉压和全身末梢血管阻力指数和对照组无明显差异，表明CI、MBP的增加与SI增加有关，而SI和LVSWI的增加可能与艾灸"关元"对心肌具有正变力性作用有关。

对氧代谢的影响：据报道电针"人中"和"承浆"可使失血性休克兔的血氧含量不断提高，休克初期为88.66±6.12，休克30分钟后为99.62±7.10，恢复期为104.91±7.83，而对照组是75.21±5.07。电针还能翻转休克所致的肺摄氧率下降，休克初期是8.43±1.01，休克30分钟后为9.82±0.60，均明显高于对照组相应各期（5.90±1.86，6.24±0.64）对失血性休克犬，艾灸"关元"也有增加可利用氧的作用。氧摄取率明显降低，氧耗量明显增高，说明组织单位时间内摄氧量有所提高，同时混合静脉血氧分压稳定上升。实验提示：艾灸"关元"对防止缺氧不断加重和延缓休克的发展具有

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

积极的意义

对器官物质代谢的影响：用组织化学方法分别在失血性休克兔观察了针刺“人中”对肝脏和心脏中某些物质代谢的影响。实验表明，针刺后肝细胞功能活跃，存在激活的磷酸化酶，可不断分解肝糖原为葡萄糖，释放到血循环，改善全身组织器官的能源危机。针刺也能改善心肌的物质代谢，增加休克心肌的能量供应。

其他，用PAP免疫细胞化学方法发现失血性休克大白鼠心房肌内心钠素颗粒较正常组增多，而电针“人中”组心房肌内心钠素颗粒较休克组少，其分布数量接近正常对照组，说明心钠素可能参与电针抗休克过程。另一工作证明电针“人中”抗大鼠失血性休克过程中胶体磷由血中清除加速，说明网状内皮系统功能有所改善。

在针刺治疗实验性休克中，做了较多的有关针刺作用传导途径的工作。在针刺“素髎”急救犬失血性休克的实验中，发现当穴位表皮局麻后，针刺作用减弱，深层组织局麻后，作用完全消失。乙醚麻醉后，当角膜反射尚敏感时，针刺作用明显；反射迟钝时，效果不显著；反射消失后，针刺几乎没有作用，麻醉作用消失后，针刺又有明显作用。星状神经节阻滞后，针刺只有微弱的升压作用，两侧迷走神经阻滞后，针刺也只引起轻微的血压升高。针刺使休克动物的血糖水平升高，而降低其嗜伊红细胞数。用组化方法观察垂体后叶神经分泌颗粒，证明针刺引起垂体后叶机能加强，激素的形成和释放过程都增强。摘除双侧肾上腺或切断垂体柄后，针刺的升压效应大大减弱。在针刺“人中”治疗兔失血性休克中，一组实验观察到切断双侧眶下神经，针刺无效；神经中枢用戊巴比妥麻醉，针刺效应大为减弱，交感和副交感神经节用六溴胺阻断，针刺效应降低；用阿托品阻断副交感神经，麦角胺阻断交感神经，针刺效应降低；切断双侧内脏神经，针刺无效或效果不能持久。另一组实验也观察到切断双侧眶下神经后，针刺效应消失，氯丙嗪封闭交感神经后，针刺效应几被消除；切除一侧内脏神经及另一侧肾上腺后，针刺效应也部分地减弱。以电针家兔“水沟”引起的升压反应为指标，也观察到切断两侧眶下神经，电针不再引起加压反应；注射氯硫二苯胺阻断交感神经，同样强度的电针只引起极轻微反应；摘除双侧肾上腺，电针仍能引起术前同样的反应。以上结果说明针刺“人中”等部位的抗休克作用是反射性的，也有体液因素参与，但肾上腺不是重要环节。

关于这个反射弧的传出部分，有实验表明迷走神经的作用重要性不大。在切断迷走神经的失血性家兔发现电针两侧“内关”仍保持其升压作用。如阻断星状神经节，则电针作用完全消失，说明交感神经起的作用是比较肯定的。以儿茶酚胺荧光和胆碱酯酶组化的方法比较失血性休克时针刺与不针刺家兔眼结膜的神经分布，发现失血后不针刺组显示出荧光的交感肾上腺素能神经的量明显降低，而失血后针刺组则达到基本正常水平。这一工作也为针刺“人中”急救失血性休克的效应及其传出途径提供了资料。

但有报道在实验性低血压犬中，发现电针的升压作用可被阿托品或东莨菪碱所阻断、不被纳络酮阻断。在中脑中央灰质、中脑中缝核旁网状结构和下丘脑腹内侧核等区微量注射乙酰胆碱，可使低血压清醒犬的血压升高，而微量注射东莨菪碱则可阻断电针作用。因此认为从神经机制来考虑，电针的升压作用可能是上述区域胆碱能受体激活影响动物血压的调节。在实验性低血压大鼠中也发现刺激坐骨神经（模拟电针）的升压效应不能为纳络酮所翻转，但东莨菪碱可使之减弱或消失。实验显示坐骨神经的刺激加强

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

了交感神经活动，但这一效应可能需要胆碱能受体参与。

5.3.3 针灸对消化系统调整作用的研究

(1) 对唾液腺分泌的影响

据报道，在110名正常人发现针刺足三里后唾液淀粉酶含量显著增高，而且行针时方向不同其结果也有差异。在105例针麻手术病人针刺诱导期间，也发现唾液淀粉酶有所增加。有单位发现采用针刺手法仪在准备进行针麻手术的病人两侧足三里和上巨虚持续针刺半至一小时，可使唾液中钾、氯、蛋白质的含量，以及钾/钠比值有明显增高，同时使唾液量和钠的含量明显降低。他们还发现阴虚者唾液量较多，唾液中钾、氯、蛋白质、钾/钠比值均较低，而钠的含量较高。阳虚者与阴虚者正好相反。针刺后阳虚者唾液钠含量明显下降，钾/钠比值明显增高。而阴虚者钠与钾/钠比值针刺后无明显改变。阳虚者针刺后唾液钾、氯、蛋白质的增加不及阴虚者，但变化却较阴虚者稳定而持久。他们认为，针刺可使交感神经兴奋，肾上腺皮质机能增强，而阳虚者是交感兴奋性不足和肾上腺皮质机能低下，阴虚是交感兴奋性亢进和肾上腺皮质机能增强，因此针刺对阳虚者的作用较为明显。有人发现食欲不振者唾液pH较正常偏低，选择脾胃经穴位针刺治疗，随着食欲好转唾液pH也有提高。但也有单位报道针刺对唾液腺分泌机能影响不大，测定3例健康成人针刺合谷前后的唾液导电度、淀粉酶、总蛋白质、氯离子和可滴定酸，结果显示变化不大，在空腹或进食机体各种不同机能状态下所做的实验，也显示针刺前后没有变化。

有单位以针刺狗的“足三里”作为条件刺激，食物作为非条件刺激，两者结合20次左右，即可建立起“足三里”唾液分泌条件反射。当条件反射巩固后，针刺胃经其它穴位，虽不给食物强化，在大多数情况下都有条件反射性唾液分泌。但在同样条件下，针刺膀胱经或胆经穴位，或不出现条件反射，或偶而出现但分泌量较胃经穴位为少。这一结果也为其它单位的工作所证实。

(2) 对食管机能的影响

有人在X线下观察了针刺对食管机能的影响，在一组13例正常人，针刺膻中、天突、合谷及巨阙后，食管蠕动有明显增强，食管内腔直径增宽，钡剂加速通过。在另一组12例食管癌患者，针刺膻中、天突、合谷，5例食管包括肿瘤狭窄部均有增宽，肿瘤以上蠕动明显加强，4例肿瘤部无明显增宽，但其上下段有明显的食管增宽和蠕动增加现象，钡剂通过肿瘤狭窄处也加快，3例针前钡剂不能通过患者，针后也未见明显改善，但在梗阻部上段食管蠕动增多，并有逆蠕动。可见针刺可使正常食管壁蠕动增加、增强，管腔放宽。如管壁为肿瘤组织所代替或放疗后发生纤维化，针刺后则无明显改变。

(3) 对胃运动机能的影响

研究针刺对胃运动机能的影响，以用X线观察的为最多。针刺对胃运动的影响取决于胃的机能和病变状态，多数认为针刺作用和穴位有关。但有单位根据175例观察的结果，认为针刺足三里、委中、郄门、内庭四穴差异不大。另一单位用浅刺健康人足三里、非胃经穴及非穴位，发现对胃蠕动及排空无明显作用。

从胃粘膜或胃部体表引出的电位（胃电图）反映了胃的蠕动和紧张性收缩。大多数

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

应用胃电图为指标的工作表明，针刺对胃电有双相调节作用。在动物上与描记胃粘膜电位同时记录胃运动，证明针刺对胃电和胃运动的影响是一致的。针刺胃电活动的变化与针刺的穴位有一定关系。用气囊法直接描记胃运动变化同样也说明针刺的作用和胃的机能状态有密切关系。有单位在15人次，另一单位在5人次健康人的实验中描记针刺足三里等穴前后的胃蠕动波变化，均未发现明显变化。但有人用具有大胃瘘和巴甫洛夫小胃或海登汉小胃的狗做实验，发现针刺“足三里”所获得的效应取决于当时胃所处的机能状态，当大胃瘘在强烈的饥收缩时，针刺可使收缩波幅降低，并可转变为节律性消化波，在进食后胃运动不规则或收缩波不显著时，针刺可使收缩加强，并转向节律性消化波。一般进针后即有变化，但最明显变化出现在出针后。巴甫洛夫小胃的变化和大胃相同，而海登汉小胃的变化则比大胃大，反应出现较早也较强。针刺也可减弱脂肪或阿托品对胃运动的抑制。有人在128次狗的实验中针刺“足三里”、“内庭”等，发现空胃运动有的加强，有的减弱，有的不变，但在静止期加强的次数多于活动期，在活动期减弱的次数多于静止期。另外，他们在5只巴浦夫胃瘘狗身上电针“百会”穴41次，发现有30次胃活动加强，其中22次刺激前胃处于较低的活动水平；有6次胃活动减弱，其中5次刺激前胃处于较高的活动水平，只有5次胃活动无变化。而8次非穴位的对照实验有6次胃活动无变化，未发现刺激的强弱与胃活动的加强、抑制有关。另一单位经2只胃瘘狗、一只海氏小胃狗的实验则认为，针刺“足三里”，原来胃机能低落者轻刺激可兴奋之，原来胃机能亢进者轻刺激无作用，重刺激可抑制之。

实验证明，穴位封闭后针刺对胃运动机能的作用减弱或消失，说明针刺的作用有神经系统参与。有人发现针刺或电针“足三里”和刺激延脑对猫胃电的作用均有两种类型：兴奋（幅度升高，频率加快）和抑制（幅度降低，频率减慢），两种类型的比例中兴奋少于抑制，针刺和刺激延脑都如此。据延脑54个点的刺激结果，发现对猫胃电作用的中枢存在于内侧网状结构，损毁延脑中缝核团后，针刺的效应大大减弱或取消。他们认为由于针刺强度、动物机能状态等不同，所激活的延脑细胞群也不同，通过下行性兴奋或抑制不同途径，对胃电产生兴奋或抑制的双相调节作用。有人在猫胃窦部将应变规缝于浆膜上，电极埋在肌层，同步记录运动和胃电，再将微量吗啡注入低位延髓第四脑室底部，出现蠕动幅度升高，慢电频率有下降趋势，部分动物出现明显峰电位，电针“足三里”也有同样效应。但于同一部位注入微量纳洛酮再电针，则同样效应不再出现。因此认为针刺对胃电的效应有阿片样物质参与。另有人同时记录兔胃窦部胃电和迷走神经放电，电针“足三里”时，胃电振幅升高的，胃迷走神经放电密度也增加，振幅降低的，胃迷走神经放电也降低，但胃电节律的频率无明显改变。切断迷走神经或肝前神经后，针刺效应消失。

利用气囊法描记分析针刺作用的传入传出途径，有单位用毛果芸香碱引起兔胃典型的收缩波群，发现针刺“足三里”可使此波的持续时间明显缩短，而当封闭坐骨神经、股神经后针刺作用就不再出现。有报道在具有幽门小胃的狗身上实验，证实针刺“足三里”使小胃运动增强的作用，当支配小胃的迷走神经切断后仍保存，但注射阿托品后效应不明显。认为这可能与阿托品除作用于迷走神经末梢外，还作用于内在神经丛等处有关。另一报道则认为注射阿托品后，刺激“足三里”仍能抑制胃的运动。

（4）对胃分泌机能的影响

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

针刺对胃分泌机能的影响各个报道颇不一致。

有人报道针刺“足三里”可使巴氏小胃、胃瘘及海氏小胃狗注射组织胺引起的胃液分泌量和胃蛋白酶增多，胃酸（游离酸和总酸）无明显变化。当用戊巴比妥钠麻醉动物后上述针刺效应消失。有单位则报道在巴氏小胃和全胃瘘的狗身上针刺“足三里”，可使组织胺引起的胃液分泌量、胃酸、胃酶排出量、胃酶浓度增加，而每毫升中胃酸浓度无明显变化。但在海氏小胃狗身上针刺“足三里”没有什么影响。对巴氏小胃狗注射阿托品，针刺的影响消失。对海氏小胃狗注射麦角胺，针刺对组织胺胃分泌仍无影响。还有人报道在巴氏小胃、巴氏反向小胃及海氏小胃狗，电针第11～12肋与脊椎相接处以及股外侧肌与股二头肌间，对于由食物所引起的胃液分泌均呈先抑制后兴奋的作用。对于巴氏小胃狗，电针主要是提高食后50分钟以内的胃液分泌量及总酶量，认为这与迷走神经的完整性有关。对于反向巴氏小胃与海氏小胃，电针则主要是提高食后40分钟以后的胃液量与酶含量，酶浓度增加尤以反向巴氏小胃狗为著，认为这与切断迷走神经，以及小胃具有丰富的交感神经供应有关。

也有单位报道在巴氏小胃及海氏小胃狗，先予食物及组织胺，再用重刺激手法针刺“脾俞”、“胃俞”、“百会”等穴，40次实验中20次见分泌量抑制，10次见酸度降低。但针刺“足三里”影响不大。对海氏小胃狗先切除其迷走神经丛，针刺即失去其对胃分泌的抑制作用。因此认为针刺对胃分泌的抑制，主要是通过交感神经的。有单位报道在胃瘘狗，针刺“合谷”可使胃液中总酸度、游离酸度、非游离酸度和氯离子减少，蛋白质增加，因而导电度也增加。另有人报道针刺狗“足三里”、“脾俞”可使胃的碳酸氢盐和钠的分泌明显增加，而胃酸分泌明显减少。进一步实验证明针刺之使胃酸下降有胆碱能神经参与。

但有一些报道认为针刺作用与胃的机能状态有关。例如有报道在胃瘘犬和海氏小胃犬，针刺“足三里”后胃液量和酸度的变化呈现向原来胃分泌的状态相反方向的调节作用。在消化不良患儿，其胃酸游离酸、总酸、胃蛋白酶、脂肪酶活性已经低下，针刺足三里、三阴交、合谷等可促使这些低下的成份恢复。

胃泌素是上消化道的“营养激素”，能促进胃酸、胃蛋白酶的分泌，也能促进胃肠蠕动。有人报道33例正常人针刺足三里前血清胃泌素值为43.9±16.6微微克/毫升，针后30分钟为77.3±42.5（单位同前，后同），峰值为91.4±48.1，分别为空腹对照组的1.76及2.08倍，18例试餐前空腹对照为51.9±2.4，餐后30分钟为114.7±50.1。另外观察4例正常人空腹2小时期间血清胃泌素自然波动，13例正常人针刺合谷，10例针刺曲池前后的变化，此三组波动甚微，与空腹对照相似，以上结果可以重复。说明针刺足三里能刺激胃泌素分泌与释放，其作用可与试餐刺激比拟。但另有人报道针刺狗的“人中”使胃的运动减弱，并伴随5-羟色胺和胃泌素含量的降低。上述两个结果不同，不能排除试验对象、机能状态和针刺穴位等因素不同所引起。实验表明针刺还可改变脑内胃泌素肽的释放。

（5）对小肠运动的影响

有人于40例健康人利用肠鸣音听诊观察了针刺中脘对小肠运动机能的影响，结果40例中肠鸣音阳性反应者34例，对其中10例反应明显的人又作了X线钡剂造影的观察，有9例针刺后空肠粘膜皱襞增深、增密，空肠尤其是其上段动力增强，钡剂先头移

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

动迅速，小肠变化部位与听诊肠鸣音增强部位符合。另有人通过108例针刺足三里对肠鸣音影响的观察，发现针刺前后有显著差异，而针刺阳陵泉及对照点未引起变化。

针刺对小肠运动的影响更多的工作是在动物身上做的，多数报道针刺引起小肠运动增强，也有认为与机体机能状态和刺激的强弱有关。有人进一步研究，用狗小肠消化间期综合肌电（IDMEC），并根据平滑肌运动形式和IDMEC的关系分析，发现针刺“胃俞”、“公孙”后加强的是以推进性为主的肠蠕动，而以消化吸收为主的肠分节运动有所削弱，认为前者有利于加速肠腔内废物的排出，后者有利于降低机体能量的消耗。

针刺有关穴位和小肠之间的联系方式都认为是一个神经反射机制，但具体途径实验结果不完全一致。有的单位认为针刺“足三里”，肠运动反应要求“足三里”穴局部感受装置机能的存在，传入径路主要是坐骨神经，而传出神经则是迷走神经，但必需在交感神经或其节后神经元存在的情况下，迷走神经作用才能表现出来。有的单位认为针刺作用部位主要是胫前动脉，腓深神经也有相当作用，皮肤在针刺中可能起一些作用，但不是主要的。针刺的作用通过股动脉及股神经、坐骨神经传入，交感神经传出，其低位反射中枢在脊髓。有的单位认为针刺作用系只通过髂外动脉管壁上的神经纤维传入。也有单位认为在针刺作用的传入中，血管壁平滑肌细胞可能也起一定作用。肠-肠抑制反射基本上是脊髓性交感神经反射，实验证明针刺“足三里”对肠-肠反射的作用及传入与传出通路都在内脏神经中，反射中枢在脊髓胸腰段。在针刺“内庭”引起肠运动的实验中，切断双侧迷走神经，针效消失，注射麦角胺，针效改变不明显。因此认为“内庭”-小肠反射主要通过迷走神经，可能也有交感神经参与。

（6）对大肠运动的影响

有人用气囊描记直肠蠕动的方法，观察到针刺健康人及便秘病人2个不同经的穴位及非穴位时，肠管蠕动包括波的高度及频率均有增加，针刺的强弱对直肠蠕动的变化有一定影响，但在一定强度范围内较强或较弱的刺激对直肠蠕动的增加无明显差异。直肠当时的机能状态与针刺效应关系很大。在对照期间有蠕动波出现者，针刺对其蠕动均有影响；反之，针刺期间也无蠕动出现。有单位发现在家兔清醒时针刺“足三里”和“手三里”一般都能引起大肠蠕动亢进，但“手三里”的效应不如“足三里”明显。针刺“曲池”外侧非穴区则不引起大肠蠕动改变。大肠机能状态不同，针刺效应也不同，在大肠蠕动平稳状态下，针刺“足三里”引起蠕动亢进；反之，引起蠕动减弱。另有单位也发现当兔空腹时，直肠机能处于相对低落状态时，通过水气囊描记的直肠运动波波幅较小，频率较慢，针刺“上巨虚”、“足三里”，提插后，波幅显著上升，频率增快；在进食后4小时直肠机能处于相对兴奋状态时，波幅较大，频率较快，针刺提插后，波幅下降明显，频率变慢。他们还发现在直肠机能状态相对低落时，针刺“上巨虚”，运用一进三退（泻）的方法，使波幅更小，频率变慢，出现抑制现象；运用三进一退（补）的方法，使波幅增大，频率加快，出现兴奋现象。

实验证明：当穴位局麻或相应的神经通路阻断，包括周围神经切断、阻滞及腰椎麻醉时，针刺不起反应。动物深度麻醉后，针刺“手三里”或“足三里”前后，大肠蠕动不出现变化。切除额叶皮质，针刺后蠕动减慢减弱。

针刺对阑尾的作用是增强其运动功能。据报道，用钡餐检查14例正常阑尾针刺后的变化，阑尾的卷曲度或位置移动改变的弧度接近180°，充盈的钡剂全部排空者有7

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

例，占 50%；而 10 例对照组无一例有此明显改变，另据报道在正常人口服钡剂检查时，观察针刺阑尾穴对阑尾运动的影响。针刺右侧阑尾穴 14 例，针前阑尾有移位者 2 例，针后有 9 例；针前阑尾有收缩或扩张者 7 例，针后有 13 例，针前阑尾无排者，针后有一例排空。针刺对侧阑尾穴 50 例，47 例发生阑尾移位，41 例阑尾有收缩或扩张，23 例见阑尾排空；而同体对照的 44 例中发生上述三种情况的，分别只有 13 例、4 例和 1 例。另于 15 例针刺双侧昆仑穴，仅 7 例阑尾有轻度移动，一例有少许排空。说明针刺阑尾穴可使阑尾蠕动增强，双侧同时针刺比单侧针刺作用更明显，针刺作用与穴位有一定关系。

（7）对胆道功能的影响

绝大多数的报道，包括用 X 线或超声波观察胆囊影像，都认为无论针刺、电针、耳针、激光穴位照射都能促进胆囊收缩，并与穴位有一定关系，针刺的时间可能对其效果也有一定影响，留针与不留针均有作用。据报道利用慢性胆囊插管的方法在 5 只狗身上进行的实验表明，针刺不能直接引起胆囊收缩，但能够影响缩胆囊素的缩胆囊作用。已知胆囊收缩功能独立于植物神经系统之外，系由缩胆囊素等体液因素直接作用于胆囊肌肉所控制。因而认为针刺通过调节胆囊肌肉对缩胆囊素的反应能力来实现其对胆囊收缩功能的影响，动物实验还显示：在胆囊适度充盈时，针刺使其收缩增强；当胆囊过度充胀时，针刺反使之减弱。

针刺对总胆管括约肌（奥狄氏括约肌）的影响报道结果很不一致。有人在放置 T 形管的胆道术后病人测定胆道压力进行针刺研究，先注射吗啡使奥狄氏括约肌痉挛，引起胆道压力增高，然后针刺足三里、阳陵泉、太冲等穴，结果能使胆道压力停止上升，并迅速下降；针刺其它穴位或非穴位，胆道压力的下降都不明显。有人则对 4 例胆道术后使用 T 形管引流患者通过 X 线显影，观察到针刺日月、期门后，奥狄氏括约肌关闭时间稍短，开放较频，开放时间较长，但对总胆管内压力无多大影响。有人用奥狄氏括约肌肌电为指标，观察针刺家兔“日月”、“期门”的结果，在正常状态下括约肌肌电活动针刺后表现为抑制、增强及不变者都有，但注射新斯的明或阿托品使括约肌肌电发放处于高亢或低下状态时，针刺后可分别出现抑制或增强效应。另有人也用括约肌肌电为指标，观察到在“日月”或“期门”处电针，或在“胆俞”、“阳纲”和前右肋缘下放置电极板，其作用不如新斯的明、吗啡、654-2 等药物显著和明确。

关于针刺对胆汁流量影响的报导也不一致，有人报道在胆道术后患者发现电针太冲、胆囊穴（均右侧），陷谷、阳陵泉（均右侧），面针肝透胆（双）区，期门、日月、肝俞（均右侧）、至阴等 4 组穴位，都能在一定程度上增加胆汁流出量，尚以俞、募穴的即时效应和面针的后效应尤为显著。另一单位的工作则表明电针犬“日月”、“期门”两穴，或右“足三里”，胆汁流量虽然略有增加，但无统计学显著意义。

5.3.4 针灸对泌尿系统调整作用的研究

针灸对泌尿排尿机能的作用

① 对肾脏泌尿功能的影响

某单位曾报道正常人饮水后 3 小时的尿量平均值变异在 ±10% 以内，把针刺后水利尿 3 小时尿量超出平均值 ±10% 的作为针刺有影响，发现针刺照海、阴谷等对水利尿有

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

促进作用，针刺肾俞、京门、复溜等对水利尿有抑制作用，而针刺胃经穴位足三里、解溪，以及胃俞等无作用。另一单位报道针刺兔“委中”穴，计数从腹壁膀胱瘘滴出的尿液以观察其对肾脏泌尿活动的影响。结果：29 次观察中，针刺使尿量增加 18 次，减少 4 次，无影响 7 次。起针后观察 27 次，尿量减少 13 次，增加 6 次，无变化 8 次。中村克彦在 7 名正常男性发现针刺肾俞有明显利尿作用，有人则观察到针刺兔左“肾俞”穴，起针 60 分钟后肾脏泌尿活动逐渐加强，从输尿管插管收集到的尿量增加，可达针刺前的 2.5～17 倍，效应可维持 2～6 小时。伴随尿量增加，尿液渗透压降低。而在留针 80 分钟时尿量较针刺前有减少倾向，尿液渗透压略为升高，可见针刺对肾脏泌尿活动的影响报道很不一致。

Strauss 在狗的实验中以速尿引起利尿，然后针刺“涌泉”穴，可使速尿的利尿作用受到抑制，再针刺“肾俞”，又可对抗针刺“涌泉”的效应。另有人向清醒家兔侧脑室注入 50 微升高渗盐水，引起血压升高、心率减慢和抗利尿等反应，电针“足三里”和“上巨虚”穴对血压、心率无影响，但能抑制抗利尿反应，有单位也分别以高渗葡萄糖及垂体后叶素造成家兔多尿及少尿状态，然后耳针“肾区”及“膀胱区”，发现当尿量增多时，耳针有抑制作用。而在尿少情况下，耳针刺激却起相反作用。因此针刺的作用又可能受机体所处机能状态的影响。

在上述针刺兔左“肾俞”起针后 60 分钟尿量增加的实验中，还观察了针刺前后左肾神经放电的变化，发现捻针时每 5 秒钟内左肾神经阵发性放电阵数无明显变化，但放电时间较针刺前延长 30%～67%，幅度加大，起针后 60 分钟才恢复到针前水平。由于在此工作中，针刺后的利尿效应发生在起针后 60 分钟，并能维持较长时间，因此认为针刺的利尿效应不是肾神经直接作用的结果。肾俞穴的解剖和交感神经密切相关，针刺“肾俞”的利尿作用可能与交感神经兴奋，促进了某些体液因素的活动有关。中村克彦等发现针刺肾俞后尿量增加的同时，尿中去甲肾上腺素和前列腺素 E 排量也增加，认为针刺的作用可能是通过交感神经兴奋，经肾前列腺素的反馈作用而实现的。但有人在向兔侧脑室注入高渗盐水的实验中，发现电针抑制抗利尿时尿钠排出增加。由于微量高渗盐水及单纯电针不足以引起尿钠排出增加，认为电针刺激在于调制脑室内注射高渗盐水引起的促排钠作用。他们还发现电针组肾神经受到抑制较对照组深，切除双侧肾神经后，电针的促排钠作用不再出现。因此认为肾神经活动可促进肾小管对钠离子的重吸收；肾神经受抑制后，钠离子重吸收减少，尿钠排出增多而利尿。

② 对输尿管运动的影响

早期在中西医结合治疗急腹症的动物实验研究中已证实针刺可增加输尿管蠕动及尿流量，强刺激效应比弱刺激好，刺激过强反而起抑制作用。后来，有人在静脉肾盂造影中以造影剂在尿路（肾盂、输尿管）中停留的时间来判断肾盂收缩及输尿管蠕动的情况。针刺双侧三阴交和昆仑穴，观察停留时间的改变，停留时间缩短表示功能兴奋，停留时间延长表示功能受到抑制。结果弱刺激手法可以减弱肾盂的收缩，减慢输尿管的蠕动，强刺激手法使肾盂收缩增强，输尿管蠕动加快，排空加快，而且针刺的后效应可维持一段时间。另外有人记录豚鼠输尿管平滑肌的自发放电，在 17 例实验中观察到电针“肾俞”穴后自发电位的频率和幅度多数均有增加，少数频率或幅度略有降低。如果以幅度与频率的乘积作统计处理，则针前对照均数为 716 ± 106.19 微伏，停针后 10、20

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

及 30 分钟分别为 198.29±86.23，944.88±126.18 及 919.71±131.86，前二者较针前的增加，均有显著意义，说明针刺可引起输尿管蠕动增强。有工作表明针刺“肾俞”可使同侧肾神经放电延长、幅度加大，因此认为电针使输尿管电活动增加可能是兴奋了肾神经，而电针的缓慢效应（针后 10 分钟进入高潮，30 分钟开始下降）说明可能还有体液因素参与。

③ 对膀胱运动的影响

某单位在因神经系统疾患而有膀胱机能障碍的患者，向膀胱灌注液体，待膀胱压力稳定后，针刺中极、横骨两穴，4 例紧张性膀胱，用泻法能使膀胱压力降低，1 例松弛性膀胱，用泻法能使膀胱张力增高，针刺中脘、阴都或尾骨端两旁也有同样效果。另一单位在雄兔将导管经尿道插入膀胱，通过水气传导描记膀胱收缩，膀胱内压可通过水气传导装置调节。当膀胱内压为 20cm 水柱时，波幅较高，膀胱处于高度紧张状态，此时进针波幅显著降低，起针后恢复，共观察 12 次，10 次作用明显。在 15cm 水柱时，波幅中等，膀胱紧张度较低。此时进针波幅升高，起针后恢复，共观察 8 次，5 次作用明显。在 10cm 水柱时，波幅低，膀胱紧张度最低，此时进针波幅明显上升，起针后恢复。针刺 9 次，作用均明显。有人也用膀胱测压装置描记膀胱压力变化，在膀胱充盈最大时进行针刺曲骨、关元、中极、膀胱俞、期门、足三里等穴及右侧肋缘中点的非穴位。在神经系统检查完整者及因脊椎骨折的自主性神经源性膀胱者，捻针时膀胱压力均见上升，停止捻针后逐渐下降。各穴位作用相似，针刺非穴位膀胱压力未见变化，但在脊髓休克期为无张力性神经源性膀胱，针刺任何穴位均无变化。以上说明针刺对膀胱的作用，因不同机能状态的膀胱而不同，其作用是通过神经系统的。

有人用兔及猫做实验，记录其膀胱内压，针刺“膀胱俞”、“曲骨”、“次髎”、“关元”及“中极”，均能引起膀胱收缩，针刺“肾俞”则主要是抑制作用，并发现电针效果不如针刺，针刺对照点无效。在此基础上，他们作了一系列关于针刺对膀胱作用的神经机制：①针刺“膀胱俞”可引起下丘脑后部放电频率增加或减少，随即发生膀胱反应；在延髓网状结构也有增频与减频两类反应。静注硫贲妥钠可减弱这些反应。②针刺“次髎”可引起中脑及桥脑与膀胱活动有关的单位放电增加或减少，电刺激中脑膀胱抑制区，同时针刺可解除膀胱的弛缓状态，电刺激桥脑排尿中枢，同时针刺可使膀胱的升压效应更为加强。③在电刺激大脑皮层、杏仁核、苍白球、视前区与隔区引起膀胱反应的基础上。记录这些部位中与膀胱活动有关单位的放电，这些单位都对针刺有反应，也引导到增频与减频两种类型。实验证明针刺未刺及膀胱，穴位封闭后，针效消失，骶髓背根神经切断后，针刺“次髎”穴作用消失，但针刺对侧穴位仍有反应。因此认为针刺是通过上述外周途径，影响与膀胱有关的中枢部位而作用于膀胱的。

5.3.5 针灸对生殖系统调整作用的研究

(1) 对卵巢机能的影响

在 60 年代就有关于针刺治疗无排卵性月经不调的研究。据报道应用针刺关元、中极、三阴交等治疗经基础体温测定证实的无排卵性月经病 53 例，成功者 35 例。其阴道涂片中伊红细胞＞30%，卵泡素水平较高者疗效较高，卵泡素水平低或波动较大者多无效，或有排卵但显示黄体不健。在家兔实验中观察到针刺后卵巢普遍出现间质细胞，也

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

有黄体形成；其它如卵泡膜细胞黄素化，卵泡膜增厚；毛细血管增生，泡内出血等也均有发现。认为针灸促进排卵可能与促黄体激素的分泌和释放有关。

及至80年代，又有人对基础体温（BBT）均为单相的无排卵型月经失调患者以电针关元、中极、子宫、三阴交等治疗，31例中16例（占51.6%）电针后BBT变成双相，出现排卵现象。测食指掌心皮肤温度变化，凡电针后皮肤温度上升者，BBT双相机会显著增多。阴道脱落细胞检查，伊红指数（EI）低于30%者，电针后EI上升者中的BBT双相显著多于EI下降者。他们还在部分病例测血β-内啡肽类似物质、促卵泡激素（FSH）和促黄体激素（LH），认为针刺可以促排卵，其效果基于一定的雌激素水平，而针后皮温升高，即交感神经中枢受抑制效果较好。电针后基础体温和皮肤温度的反应可能是同一刺激的不同途径反应，而电针可能影响内鸦片肽类物质和下丘脑—垂体—卵巢轴的功能而促使排卵。在针刺激发排卵机制的实验研究方面，有人对9只原位卵巢和6只移植卵巢的家兔分别分为三组，雌二醇（E_2）组（注射E_2三天）、醋酸铜组（注射E_2二天后注射醋酸铜，促使排卵）、针刺组（注射E_2二天后针刺“血海”、“中极”、“大赫”及“三阴交”），均于处理前后测血LH和孕酮含量，并直接观察有无排卵反应。移植卵巢和原位卵巢所得结果一致，E_2组无LH高峰出现，处理后较处理前孕酮略有增加，但不显著。针刺组和醋酸铜组一样，在E_2作用基础上，能诱导LH高峰出现，促进排卵；孕酮分泌增加，醋酸铜组在处理后19小时才出现LH高峰，而针刺组2～4小时即出现，说明针刺激发卵泡的作用是很快的，临床上针刺治疗不孕症时应掌握排卵的时机。

日本蛎崎要等发现埋针法能改善迟发排卵、黄体功能不全等的卵巢功能，使之正常化。

（2）对子宫机能的影响

针刺能有效地解除产痛。据43例宫缩描记曲线分析，不协调的宫缩是产痛发生的原因之一，针刺后宫缩改善为正常曲线者达80.9%，疼痛减轻占88.1%。另据对早期临产产妇子宫收缩的描记，则表明针刺与对照组比较能加强孕妇子宫收缩。在未孕及已孕兔急性在体子宫及慢性子宫瘘实验，也发现无论急慢性实验电针“合谷”、“三阴交”、“关元”、“曲骨”，对未孕兔宫缩影响不明显，对已孕兔均能明显增强宫缩。在已孕兔胸部随机取两点电针则未见子宫收缩。说明针刺能加强妊娠子宫，特别是临产子宫的收缩，并使之趋于协调，但针刺对子宫的影响与子宫的机能状态有关。

针刺对子宫的影响与穴位的关系报道不很一致。有认为针刺三阴交胜过悬钟、颊车、阳陵泉，针刺合谷、三阴交、支沟、太冲又胜过针刺单穴；有人认为远隔穴（合谷、三阴交）效果不如局部穴（曲骨、中极、上髎、次髎）；也有在针刺催产，引产中描记宫缩，认为穴位远近结合（秩边、合谷、三阴交）优于远道取穴（合谷、三阴交、足三里）和局部取穴（秩边、曲骨、横骨）。有人同时记录兔子宫运动和电位变化，观察针刺效应，则发现“三阴交”、“地仓”、“耳尖”效应明显，而针刺“足三里”、“合谷”等效应不明显。有单位报道24小时尿5-羟吲哚醋酸（5-HIAA）排量随妊娠月份增加而上升，临产时有显著增加，产后逐渐减少。他们发现在针刺引产过程中，5-HIAA也有所增加，因此认为可能是体内5-HT增加，使子宫肌紧张增加，而取得引产效果。

有人记录成年雌性动情期大白鼠子宫内压，观察到针刺“次髎”后，宫内压明显下

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

降。子宫收缩幅度也明显下降。这种效应分别于切断交感干、骶后神经及脊髓后消失。

5.3.6 针灸对运动系统调整作用的研究

(1) 针灸肌肉机能的作用

某单位用测力器记录食指荷重收缩及疲劳曲线。当收缩曲线显著缩小或完全不能出现时，针刺同侧或对侧足三里。“得气”时 20 例被试者除一例外均表现食指收缩曲线明显增大。第二次出现疲劳时，再行针刺得气有同样效果。另一单位用同样方法发现在已产生疲劳后针刺，肌动图可较被动休息提高⅛～⅜，时间增长 15～56 秒；如在将要产生疲劳时针刺，肌动图可较针前提高 3～10 倍，持续收缩可达 25～160 秒。类似的工作证明针刺足三里不论行针 15 分钟或 30 分钟均可恢复肌肉疲劳，提高肌肉的工作能力，而针刺非穴点肌肉疲劳只是略有恢复，效果并不明显。但也有报道针刺合谷，或足三里，或阳陵泉，或非穴点（足三里和阳陵泉之间的一点），只要有明显的针感，其促使食指屈肌恢复疲劳的作用相似。据报道于穴位深处注入普鲁卡因，针刺时不得气，即丧失使肌肉疲劳恢复的作用；在腰麻后针刺足三里针刺也无作用。

在动物实验中也证实了针刺可以消除疲劳。将小白鼠进行游泳试验，重复 3 次，游泳疲劳时间为 8.57 分钟。实验组压迫耳穴“心”、“皮质下”，次日再进行试验，实验组游泳疲劳时间为 9.61 分，对照组为 6.61 分，有显著差异。

有单位曾于篮球运动员赛后针刺足三里以消除疲劳，并作血乳酸浓度的动态观察，表明赛后升高的血乳酸浓度的下降，针刺组较对照组为快。

(2) 针灸治疗痹证的机制

痹证多指一处或多处肌肉关节疼痛重着，功能受到影响，包括风湿性关节炎等等，是针灸疗法的一个重要适应证。有人于针刺前后检查了穴位温度，痛阈及皮肤电位，80 例痹症针刺后 76.2%～84.3%患者均有显著升高；肢体血流图呈现低幅度的 33 例，针刺后 29 例得到改善，说明针刺有增强血管张力，促进局部血供作用。这些指标的有效变化与临床效果一致。有人则认为痹症肢体血流图的改变与针刺刺激的强弱有关，弱刺激使血流图波幅上升，强刺激使波幅下降。痹症肢体血流图波幅较正常明显降低，治疗时选择适当刺激强度是一个重要因素。机制研究系向大鼠踝关节注射弗氏佐剂诱致关节炎，然后用电针对实验性关节炎进行治疗。有人以刺激胫神经在脊髓表面记录到的诱发电位 P_2 波为观察指标。P_2 波现认为表明外周细纤维兴奋而使初级传入终末去极化，可能是突触前抑制的一个指标。造成关节炎后，电针“环跳”穴，见 P_2 波波幅增高，时程变宽，时间持续约 15 分钟，在大鼠胸 3 水平完全横断脊髓，仍可记录到 P_2 波，电针后 P_2 波仍增大。电针效应可为蛛网膜下注射 γ-氨基丁酸的拮抗剂荷包牡丹碱所反转。说明电针可增强突触前抑制，阻抑伤害性信息的传入，脊髓的 γ-氨基丁酸参与这种效应。有人则以背角神经元的诱发放电为指标。关节炎大鼠其背角神经元自发放电频率明显高于对照组，而在这种神经元中对非伤害性（刷毛）和伤害性（有齿镊夹踝部）机械刺激有反应者（即广动力范围神经元 WDR）比例明显高于正常动物。背角神经元自发放电增多是关节炎病变组织向中枢传入的伤害性信息增多所致，WDR 增多是由于正常情况下只为伤害性刺激激活的神经元，在炎症致敏情况下，对非伤害性刺激也有反应成为 WDR 型神经元，或者在正常情况下某些没有作用的突触联系在炎症情况下开放所

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

致。实验观察了心组穴位电针对背角神经元受伤害性刺激诱发电位的抑制情况。抑制效果依次为“太溪”和“商丘”（抑制率 30.72±4.05%）、“昆仑”和“丘墟”（16.42±16.86%）、“阳陵泉”和“绝骨”（14.19±3.99%）、“外关”和“曲池”（无效果，如增加电针强度也有效）。在胸 1 处横断脊髓，电针“阳陵泉”和“绝骨”仍有效，电针“外关”和“曲池”虽再加大刺激也无效。电针有效的几组穴位都在病变局部或邻近，它们在脊髓的节段相近。这种效应可能反映了脊髓水平的整合机制。远节段穴位在加大电针强度后产生的效应，则可能由脊髓以上水平的结构所介导。

5.3.7 针灸对物质代谢调整作用的研究

（1）对血糖代谢的影响

据报道针刺、电针、艾灸或激光穴位照射可使大多数健康人或家兔的血糖有不同程度的升高，但也有报道没有什么影响的。但当血糖处于不正常状态时，针灸作用比较恒定。在动物实验中用药物造成低血糖（如用胰岛素）或高血糖（如用肾上腺素），再给予针刺、电针或艾灸有使血糖水平恢复正常的调整作用。即使在同一动物造成的高低不同的血糖状态，刺激同一穴位均能使血糖恢复到常态水平。

实验证明当外源性胰岛素增加引起血糖降低，针刺“足三里”可使内源性胰岛素分泌减少，同时还可增强垂体-肾上腺皮质和交感-肾上腺素系统的功能，从而使血糖升高。

（2）对血脂代谢的影响

针灸对正常血脂的影响很少报道，但对高水平的血脂有使之降低的作用。

日本廖英一等研究了电针“足三里”对兔在正常及应激情况下，肝脏枸橼酸盐及葡萄糖代谢的作用，分析针刺对肝内枸橼酸盐代谢的作用，以肝切片中 CO_2、葡萄糖（G）、酮体（KB）、胆固醇酯（EC）、甘油三酯（TG）、游离胆固醇（FC）、游离脂肪酸（FFA）及磷脂（PL），从标记枸橼酸盐中摄取 ^{14}C 的量来估计，分析针刺对肝内葡萄糖代谢的作用，则以肝切片中 CO_2、KB、EC、TG、FC、及 FFA 及 PL 从标记葡萄糖中摄片 ^{14}C 的量来估计。结果电针“足三里”使肝枸橼酸盐代谢发生改变，增加 G 的产生，减少 KB、FC 及 FFA 的形成，但对肝葡萄糖代谢不起作用。固定、寒冷和高温都能影响肝枸橼酸盐和葡萄糖代谢，如同时予以电针“足三里”，则多数测试物的 ^{14}C 摄取量与对照组差异甚小，说明能减轻三种应激对肝枸橼酸盐和葡萄糖代谢的有害作用。

（3）对核酸代谢的影响

在以大剂量肾上腺皮质造成的大鼠阳虚模型上发现其去氧核糖核酸（DNA）更新率比正常组下降 51.3%，核糖核酸（RNA）更新率下降 68.4%。针刺后 DNA 比阳虚组提高 142%，RNA 提高 174%。说明针刺可使因阳虚造成低下的核酸更新率调整到正常生理状态。在羟基脲阳虚小白鼠模型上艾灸“命门”5 壮，发现艾灸组虚损症状明显减轻，死亡减少；用 ^{3}H-TdR 掺入法测定 DNA 合成率，正常对照组（14 只动物）、羟基脲组（11 只）、艾灸组（13 只）分别为 1095±497.9、437±208.16、1610.7±418.4cpm/毫克 DNA/分。说明艾灸能提高“阳虚”小白鼠 DNA 合成率，纠正其虚损状态。用同样方法证明艾灸“命门”穴对羟基脲所致“阳虚”动物不仅能增加体重，减少死亡率，提高耐冻能力，而且具有提高肝脾组织 DNA 合成率的作用。进一步研究发

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

现羟基脲“阳虚”小鼠肝脾 DNA 中锌含量低于对照组，铜含量高于对照组，艾灸“阳虚”小鼠“命门”后锌含量提高，铜含量降低。锌铜比值对照组为 4.73，“阳虚”组为 1.03，艾灸组为 5.98。锌参与许多酶的合成，艾灸“命门”穴可能对羟基脲抑制核苷酸还原酶作用具有拮抗作用。

5.3.8 针灸对免疫系统的作用及其机制

(1) 对非特异性体液免疫的影响

非特异性体液免疫包括在血液、淋巴液中的杀菌素、补体、溶菌酶等。有人观察到在家兔实验性腹膜炎，针灸、电针治疗能使注入腹腔的细菌提前消失，血液中杀菌能力明显提高。另有单位也观察到电针家兔“上巨虚”、“天枢”穴后，血浆杀菌活力明显提高。某协作组针灸治疗菌痢的临床病例和动物实验都证明，针灸确能增强血浆对痢疾杆菌的杀灭能力，证明正常血浆中存在的某些杀菌物质经针刺后其杀菌作用有所增强，而这种杀菌物质不耐热，经 50℃ 30 分钟保温就被灭活，估计这种增强的杀菌物质与补体、调理素、补体结合抗体有关。

多数报道认为针灸可提高血清补体含量。健康人针灸足三里、天枢、大椎、曲池等穴后，血清补体含量增加者占 84.2%。正常人针刺足三里后，血清 C_3 有增加趋势，C_4 有明显增加。电针家兔“大椎”、“陶道”、“曲池”、“合谷”等后，补体效价也普遍升高。急性菌痢患者的血清总补体含量针刺第 3 天较针前明显提高，至针刺第 12 天仍有继续增高趋势。但也有报道针灸前后血清补体含量变化并不明显，猴感染细菌性痢疾后，针灸治疗组和对照组血清补体总量都波动在正常范围内。

有人用针灸治疗 19 例感染性变态反应支气管哮喘，其中 10 例治疗后血清溶菌酶含量增加。某协作组发现急性菌痢患者针前血清溶菌酶含量高于正常人。针后第 3 天明显上升。病情好转，大便培养转阴，则下降；如大便未转阴，则有持续升高趋势。

此外，一些单位还报道针灸能使实验动物及病人血清球蛋白升高，也能使备解素、调理素、干扰素等增加。有人于家兔“上巨虚”、“天枢”穴连续电针 3 天，针后 6 天，血清清蛋白、α_1 和 α_2 球蛋白明显减少，β 和 γ 球蛋白明显升高，与对照组比较，清蛋白低 4.2%，球蛋白高 28.3%，针后 20 天，清蛋白较对照组高 4.39%，球蛋白低 10.5%。另有人报道正常人针刺足三里后血清备解素 B 因子含量明显增加。

(2) 对特异性体液免疫的影响

免疫球蛋白是特异性体液免疫的物质基础。某协作组报道急性菌痢患者和正常人的 IgG、IgA、IgM 针刺后都有不同程度的增长，针刺后 3 天与针刺前比较，除 IgM 在正常人无变化外，其余均有明显增长。IgA 针后 12 天较针前增长 43%。IgM 在 5～7 天就开始下降，说明它出现早，消失快，参与早期杀菌作用。粪便中 SIgA 含量针后也明显增加。有人认为至少有三点好处：与抗原相结合（激活补体，以及对吞噬细胞的吞噬作用起调节作用。在针灸治疗与免疫有关的疾病取得疗效的同时，免疫球蛋白的含量也有变化。Lau 等对过敏性鼻炎患者针刺合谷、迎香等治疗，6 次治疗终了及 2 个月后随访分别有 64%及 76%的病人血清 LgE 水平明显降低。

许多报道指出在抗原注射后进行针灸，可使血中抗体含量增加，提早产生或维持时间延长。用伤寒沙门氏菌死菌疫苗免疫注射家兔，每隔一周一次，共 3 次。每次注射完

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

毕立即针灸第五腰椎棘突下方，免疫前及免疫过程中采血作凝集反应，以对照组凝集滴定度为1，则针刺组、温和灸组和瘢痕灸组的凝集滴定度在第一周末分别为2.5、1、2，第二周末分别为2.5、4、4，第三周末分别为1、2、3，第四周末分别为1、2、2，第五周末分别为1、1、2。也就是针刺作用出现最早，维持时间较短；温和灸作用出现缓慢，反复施灸，作用渐次增强；瘢痕灸作用大，维持时间也最长。增加温和灸的施灸时间，并不影响结果，但减少施灸次数，效果即显著降低。家兔静脉注射伤寒、副伤寒甲、乙三联疫苗后，针灸“足三里”使凝集素、间接血球凝集素、沉淀素、溶血素均较对照组明显增高。用金黄色葡萄球菌液注射于家兔腹腔后，再针刺“大椎”或“足三里”，抗体滴定度显著上升。Chu等对经绵羊红细胞致敏的家兔每天针灸“足三里”，发现可延长血中抗体的存在时间。但有单位报道未发现隔姜灸家兔“大椎”对于产生绵羊红细胞溶血素抗体的免疫过程有促进作用。

如果将抗原直接注入穴位，实际上是针刺与抗原注射同时进行，则效果更为明显。例如，用破伤风抗原对马匹作穴位注射，发现穴位免疫组抗体平均效价比免疫前几乎提高一倍，而对照组提高不到二分之一；加以血清蛋白电泳，则发现穴位免疫组的球蛋白有相应的上升，其中尤以β及γ球蛋白为明显。用加温杀死的光滑型伤寒杆菌液注射于兔“关元”、“足三里”，5天1次共4次，实验组平均凝集素效价于第20天迅速上升，超过注射于“非穴位”处的对照组。用伤寒、副伤寒甲、乙混合菌苗注射家兔“足三里”、“上下廉”和成人的足三里、合谷，免疫后血清凝集价滴定，在家兔穴注组比皮下注射组高2～8倍，在成人高1～2倍，注射于合谷效果最好。实验也证明，金黄色葡萄球菌液注射于家兔“大椎”、“足三里”和腹腔后，抗体的增长穴位免疫比腹腔免疫高，“大椎”穴注者高8倍多，“足三里”穴注者高4倍。

（3）对非特异性细胞免疫的影响

参与非特性免疫反应的一类细胞包括巨噬细胞、嗜中性、嗜酸性和嗜碱性粒细胞，以及血小板等。早期的报道多数是针灸对网状内皮系统功能的作用。网状内皮系统的主要内容也就是单核巨噬细胞系统。多数报道都认为针灸能提高巨噬细胞的吞噬功能。有人用测定静脉注射锥蓝及^{32}P标记的鸽红细胞自血中消失的速度作为网状内皮系统吞噬机能的指标，证明电针兔“大椎”、“十七椎”、“足三里”和灸“十七椎”均能增强网状内皮系统的吞噬机能，但电针“足三里”的效果不如“大椎”和“十七椎”明显，每日电针2次的效果大于每日1次。艾灸的效果在灸后24小时最明显，经72小时逐渐减弱。有人采用向大白鼠静脉注射墨汁，以其肝组织墨汁颗粒含量（比光密度）作为网状内皮系统吞噬能力的指标，发现针刺“大椎”、“命门”15天后平均光密度实验组较对照组高66.8%，18天后则为40.4%。用同样的方法在家兔实验中显示肝脏网状内皮系统的吞噬力在电针“上巨虚”、“天枢”后10天最高，6天次之，分别较对照组高63.3%和49%，第15天降至最低，第20天恢复正常。许多工作是通过测定刚果红清除率来表示的。例如，针刺狗的“百会”、“脾俞”、“肝俞”等，或针刺狗的“大椎”和“至阳”，或针刺兔“足三里”、“肾俞”、“胆俞”、“肝俞”四穴及艾灸“肾俞”，或针刺兔“十七椎”，或电针兔“大椎”、“陶道”、“合谷”、“曲池”等，都发现刚果红清除率有提高，说明吞噬活性增加。然而刺激坐骨神经，发现反使网状内皮系统机能受抑制。

针灸后，单核巨噬细胞活性的增加各脏器有所不同。有人给小鼠静脉注射胶体碳4

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

毫克后测定肝、脾内碳粒含量，艾灸组 8 只，肝内平均碳量为 2.72 ± 0.49mg（回收率 68.0%），脾内为 0.048 ± 0.018mg（回收率 1.2%）；对照组 8 只，肝内为 1.77 ± 0.66mg（回收率 44.24%），脾内为 0.019 ± 0.01mg（回收率 0.47%），表明艾灸后肝内巨噬细胞活性增强明显，而脾脏巨噬细胞活性增加不大，用鸡红细胞注入腹腔测定吞噬百分率和吞噬指数，艾灸组和对照组的吞噬百分率分别为 42.4 ± 5.6% 和 23.9 ± 7.3%，吞噬指数相应为 0.61 ± 0.11 和 0.38 ± 0.12。表明艾灸后腹腔巨噬细胞活性明显增加。

日本古屋英治等发现单次灸小鼠“期门”穴后，腹腔渗出细胞（PEC）和腹腔巨噬细胞（MP）的吞噬能力增强，其溶酶体酶（酸性磷酸酶 AKP 和/或葡萄糖苷酸酶 β-G）活性有上升趋势，不同品系动物和灸后不同时间内测定有所不同。风崎雅子等以间断性多次灸小鼠，未发现 PEC 和 MP 的吞噬指数有所升高，但 AKP 和 β-G 活性在不同品系动物和不同灸量，有不同的上升趋势。

关于针灸的作用途径，有人发现局部注射普鲁卡因后再针刺，不能使吞噬量增高，注射阿托品后再针刺，则吞噬量较单纯针刺组显著提高，而切除双侧肾上腺再针刺，则吞噬量与单纯针刺组比无明显差别，因而认为针刺作用主要是通过植物神经系统，可能是提高交感神经的兴奋性所致。有单位发现在封闭针刺部位，全身麻醉，以及封闭交感神经后，针刺作用可全部或部分地被取消，也说明针刺作用通过兴奋交感神经而提高网状内皮系统吞噬功能的机制。

（4）对特异性细胞免疫的影响

特异性细胞免疫指 T 细胞介导的免疫。

用轻手法针刺兔“三阴交”30 分钟，腘窝淋巴结输出的淋巴液较针前平均升高 3.24 倍，淋巴细胞升高 16.06 倍，去针后 30 分钟，淋巴液仍为针前的 1.74 倍，淋巴细胞为 4.15 倍。淋巴细胞的增加，针刺侧比非针刺侧明显，针刺穴位比非穴位明显。应用酸性非特异性酶标法及电子显微镜对输出的细胞观察，发现针刺时增加的主要是 T 细胞。在人体的观察也证明针刺可使外周 T 细胞增加。针刺 72 例健康成人左合谷、右足三里，留针 20 分钟，针后 T 细胞值升高 23 人，降低 12 人，无变化 1 人，平均增加 7.1%，针刺前后差异明显，但针刺后加微波刺激，T 细胞未见上升。用针刺及冷冻刺激肾虚患者的肾俞和京骨各 30 例，显示治疗后 T 细胞均有增加，而冷冻组优于普通针刺组。16 例温针后，外周血中 T 细胞计数也有增加。据报道电针足三里也可增加外周血 T 淋巴细胞，对年青人更为明显。

针刺不仅使 T 细胞数量增加，也使其活性提高，电针家兔“足三里”，留针 30 分钟，见有伪足状突起的淋巴细胞增多，淋巴细胞转化率也提高。对 20 例乳腺增生患者，针刺足三里、肾俞、膻中等穴具有促进活性和总 E-玫瑰花结形成和淋巴母细胞转化为淋巴细胞的作用。用化脓灸大椎、肺俞治疗 299 例支气管哮喘，其中 42 例在灸治两个月前后作玫瑰花结和淋巴细胞转化试验，凡原低于正常者均有显著提高。用同样方法重复治疗 26 例哮喘，淋巴细胞转化率和 E-玫瑰花结形成率比灸前提高者为 14 例。又用隔附子饼及丁桂散灸轮流灸大椎、肾俞，命门、脾俞，气海、血海和膈俞、脾俞四组穴位治疗硬皮病 21 例，结果^{3}H-TdR 掺入试验 20 例有显著提高。用电针刺激及激光照射兔“足三里”穴观察对植物血凝素（PHA）和链激酶、链道酶（SK-SD）引起的局部皮

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

肤迟发型过敏反应的影响，结果两种穴位刺激在给予 5 次和 10 次后，皮肤红晕反应均较实验前明显增大，而空白对照组反应范围波动不大。说明电针和激光穴位照射都有提高细胞免疫的功能。但有报道认为电针对患者的细胞免疫既有提高又有降低作用，前者多见于针前细胞免疫偏低或一般水平者，后者多见于针前细胞免疫偏高者。有人报道针刺 100 例患者的合谷、足三里，针后活性和非活性玫瑰花形成及淋巴细胞转化试验分别平均提高约 13%。淋巴细胞转化试验的提高效应可维持到针后 24 小时。活性玫瑰花形成细胞（RFC）试验中绝对值增加 175.3 ± 63.6，稳定 RFC 在针后提高 2.4 ± 0.8%。周围血液中淋巴细胞和 RFC 的点型（ANAE 分型）针后各提高 5.5 ± 1.1% 和 5.5%。点型降低和患者针前点型 >60%（正常 55.3 ± 4.8%）。上述结果提示：针后 RFC 不仅有量而且有质的改变，针刺可能对 T 细胞亚群和 Tu 亚群有调节和提高的作用。

日本渡边信一郎等报道大鼠先分别用 T 细胞依存性抗原（DNP-KLH）和非依存性抗原（DNP-Ficoll）致敏，然后于第一次注射抗原后取脾细胞计数 DNP 沉着物。实验表明艾灸使能产生抗 DNP-KLH 抗体的细胞增加，而用 DNP-Ficoll 时效果不明显，认为艾灸并不作用于直接产生抗体的 B 细胞，而是通过激活 T 细胞而增强免疫功能。但另一些人的工作则表明动物艾灸后其溶血空斑数量显著高于对照动物，认为可能与艾灸增强了抗体产生细胞的活力有关。

针刺影响特异性细胞免疫的过程中有中枢神经递质参与。有人在家兔实验中证实中枢儿茶酚胺神经元、5-HT 神经元参与了电针对 T 淋巴细胞的调节作用，脑内鸦片样物质也与电针提高 T 淋巴细胞的转化功能有关。

5.3.9 针灸对神经系统的作用及其机制

（1）对大脑皮层的影响

应用皮层自发放电为指标，一般认为针刺的效果是抑制性的。例如，在健康成人观察了针刺足三里穴前后脑电波的变化，11 名受试者的 53 次实验中 43 次脑电波立即发生明显改变，同时受试者有不同程度的得气感觉。8 名受试者捻针对 α 波出现明显抑制现象，另 3 名受试者则出现规律明显的 α 波。捻针停止后恢复到针前水平。针刺足三里附近两点，脑电变化不明显。如果足三里部位深部组织受封闭，针刺时受试者无得气感，α 波只受短暂抑制。进一步在兔子实验上证明，如果切断同侧坐骨神经或脊髓 L_{3-4}，再针刺“足三里”，脑电不再发生变化。在健康青年人身上也发现针刺合谷和足三里可引起脑电图周期性的 α 波抑制和 β 波增加，得气时变化更为明显。用脑电频谱分析的结果也认为针刺后脑电表现为抑制过程。采用大脑皮层直接电反应（DCR）即刺激皮层表面在近旁引导的电反应，观察到针刺对突和细胞体的兴奋活动。猫的实验结果显示，电针“合谷”、“内关”10 分钟后，皮层第二体感区的 DCR 波幅下降，30 分钟后抑制效应更为显著。静脉注射巴比妥药物能拮抗针刺对 DCR 的抑制性影响，因此认为此种影响是通过脑干网状结构而实现的，但据日本报道灸百会和身柱时脑电图的变化为周期性的 α 波增强，灸合谷时无此现象。

用运动时值和视时值反映大脑皮层运动区和视分析器的机能变化来观察针和灸对这些机能的影响，结果是：针刺重刺激或较长时间灸刺激，在多数情况下，使皮层发展抑制过程，针刺轻刺激或较短时间灸刺激，皮层多发展兴奋过程。在溴化钠加强皮层抑制

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

过程的情况下，重刺激加强抑制过程多于减弱或解除抑制，轻刺激的效果相反，减弱或解除抑制过程的情况多于加强抑制过程者。在咖啡因加强皮层兴奋过程的情况下，轻重刺激都具有抑制作用，在同一实验例中，针灸对运动和视觉两个中枢在大多数情况下具有同样作用，只在部分实验例中显得不一致。认为与两个中枢当时的机能状态不同有关。用测定视-运动反应的方法也证明针刺重刺激或灸 30 分钟多加重皮层抑制过程，而轻刺激或灸 10 分钟多减弱皮层抑制过程。在中枢神经抑制过程加强的基础上，针与灸在大多数情况下都有解除或减弱已加强的抑制过程的作用。而当兴奋过程占优势时，针或灸均有抑制或减弱过度增强的兴奋过程，并使其恢复平衡的作用。进一步在动物硬脑膜外埋藏电极，将埋藏电极作为形成优势兴奋的阳极，记录脑电并测定皮层运动时值和适应速度。经狗和兔的慢性实验显示：在阳极电流作用下，皮层优势区呈现特殊形式的脑电活动，此时原先无关的声和光刺激可引起相应肢体的运动反应，伴有极化区皮层运动时值减小和适应速度增大。当针刺“足三里”时，优势现象受到抑制，此时声和光刺激不再引起运动反应，同时运动时值增大，适应速度减小；出针以后，诱发运动反应重又出现，运动时值减小，适应速度增大。针刺对优势运动反应的影响与针刺强度及优势兴奋的巩固程度有关。针刺强，抑制效应明显，维持时间长，兴奋灶兴奋高（时值明显减小），惰性大（兴奋维持时间长）者，针刺抑制效应就不明显。针刺“大敦”的抑制效应较针刺“足三里”巩固而明显。在以运动时值为指标对受试者在服用咖啡因或溴化钠后进行针刺的实验中，也看到如果穴位先进行封闭则针后的变化和针前接近。

用猴操作式条件反射的阈值为指标，观察到电针“足三里”可使原来比较稳定的反射阈值明显升高，47 次实验中平均升高 41.2%，个体差异范围为 +49～+102.6%。

（2）对脊髓的影响

有人观察了针刺对兔脊髓电活动的影响，脊髓电活动一种是大的慢波（每秒 1 次），可能是呼吸运动神经元活动的结果，在呼吸前后没有明显变化；另一种是在慢波基础上的快波（每秒 7～8 次），是脊髓其他运动神经元活动的产物，针刺后主要表现为振幅变小，频率增加，应为脊髓神经元活动增强的结果。用硝酸士的宁溶液使蟾蜍脊髓兴奋，如给以机械刺激便能发生一过性惊厥。有人观察到针刺有解除惊厥的效果，并能维持到起针后。针刺眼下部和脚趾间的解痉效果比针刺腹部明显；针刺与机械刺激在同一侧，效果较在另一侧为早。针刺眼下部可解除刺激两脚引起的惊厥，如 T_{2-3} 间切断后此作用即消失，但针刺后肢仍有解痉作用。有人在豚鼠身上也观察了电针对士的宁中毒的防治作用，于电针“百会”、“大椎”、“足三里”2 天后皮下注射中毒硝酸士的宁，电针组 40 只动物中 14 只惊厥后死亡，占 35%，对照组 33 只中惊厥后死亡，占 73%，差异显著。电针组中毒症状轻，出现惊厥时间延迟。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

第6章

实验针灸

6.1 实验针灸概述

6.1.1 实验针灸学的定义和任务

实验针灸学是用现代科学技术和实验方法进行针灸学术理论研究的一门新兴学科。它是在现代科学技术高速发展的推动下，随着中医针灸事业的发展和针灸、经络研究不断深入的迫切需求下发展起来的。所以说它是传统针灸学与现代科学技术逐渐结合的必然产物；是引导针灸学实现理论、技术和研究方法现代化的桥梁，是发展针灸学术理论的重要途径。

实验针灸学的任务就是要不断地利用现代科学技术的最新成果，通过实验活动对针灸、经络理论和有关的学术问题进行深入探索，从而把人们对针灸、经络的认识不断地引向深入，推向前进；并不断有所发现、有所发明、有所创造、有所前进。这样就可以不断充实、丰富针灸学术理论的内容，开拓针灸学术领域的新天地。而且可以逐渐使针灸学从过去那种以宏观的、定性的、表象联系和抽象思辨与经验积累为主要研究方法的“经验医学”逐渐地发展成应用现代科学方法（主要是实验方法）研究的能准确进行客观定量和机理阐释的实验医学—现代针灸学。这并非是人们的主观愿望，而是针灸学术理论现代化的发展趋势决定了当前的针灸学必须尽快走上研究方法、理论技术现代化的发展轨道，才能避免落伍于时代和被淘汰的命运，才能使中医针灸学科自立于世界医学之林。实验针灸学正是为了完成使针灸学从“经验医学”向“实验医学”发展轨道过渡的时代使命而产生，并发展起来的。

当前中医院校开设实验针灸学课程的目的就是为了使学员对针灸、经络现代实验研究的成果和最新认识有足够的了解，并在实验研究方法和技能方面受到基本训练，以为日后进行研究活动奠定基础。因为今后的针灸学术研究活动除文献整理外，均必须通过具有周密设计、严格对照和精确统计学处理的实验活动来进行。就连临床疗效观察和某些治疗经验的鉴定也必须以实验结果为依据。而且从国际到国内都要求针灸临床研究设计规范化，所以今后的针灸专业人才如果不学习实验针灸学并掌握基本的实验研究方法和技能，恐难进行文献整理之外的任何研究活动，也很难担当承前启后推动针灸学术理论现代化的重任。所以实验针灸学课程又肩负着培养跨世纪的合格的高级针灸专业人才和发展针灸学术理论的双重使命。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

6.1.2 实验针灸学的研究内容

实验针灸学的研究内容极丰富，涉及的范围也很广。凡是传统针灸学所涉及到的学术理论问题（如基础理论、手法技巧、诊疗技术、疗效判定、新穴位和新针具仪器的鉴定比较，或新技术的开发应用等），除文献整理（校、勘、注、释、汇、集、编、译）外，几乎都有实验针灸学的研究课题。现根据国内研究进展现状分类介绍如下：

6.1.2.1 研究针灸作用原理

针灸疗法简便、经济、疗效显著，适应证广泛，安全可靠。如果能严格按操作规程进行，使用得当则不会有毒副作用（如过敏反应、积蓄中毒、脏器损害、生理扰乱及耐受成瘾等），这正是现代医学极力追求而又未能解决的问题。尤其是在药源性疾病日益增多的今天，针灸疗法的这些优势显得更加突出和难能可贵。因而日益受到世界各国医学界的重视。越来越多的国家开始在临床上运用和研究针灸疗法。当前面临的最突出的问题就是如何提高针灸疗效？如何扩大其应用范围？如何将现代科学技术中的最新成果引进针灸学术领域以促进其更快发展等。然而要解决这些问题，首先必须明确回答有关针灸治疗作用原理和辨治规律，以及有关的针灸基础理论问题。例如针灸对机体到底发生了什么作用？这些作用和疗效的关系如何？针灸的这些作用是怎样产生的？其影响因素有哪些？如何控制这些因素使针灸产生最佳效应等。多年来，国内外学者做了大量研究，已经基本上从几个大的方面反映了针灸作用原理的理论框架，从而形成了当代对针灸治疗作用的最新认识。现已明确针灸对机体所产生的三大作用（镇痛作用、促防卫生免疫作用和对机体功能的调整作用）乃是针灸治疗各系统疾病的作用基础。这三大作用的有机联系和侧重变化又形成了针灸的抗炎症、抗过敏、抗休克，以及镇痉、止痛、安神、复苏等各种治疗效应。它们恰能切中病机促转康复，因而疗效显著。这些研究不但有力地证实了传统针灸学中关于针灸作用在于“疏通经络、调和血气、扶正祛邪、补虚泻实”从而能除病去痛、防病健身的论述，而且赋于它们更为具体、更为准确、更加深刻的科学内涵，为针灸的这些作用提供了客观上可以验证、检测、记录、对照比较的实验依据。从而使人们对针灸治病作用原理的认识，从过去的宏观、抽象、推理、联想等等向微观、具体、准确、真实的方向前进了一大步。认识的深化就有利于针对不同疾病的特殊病理变化，采取相应腧穴和刺激方式，以求得更佳疗效。所以更具临床指导意义和实用价值。可谓是对古人关于针灸治病作用机理认识的发展和引伸。

现代研究还对上述三大作用的发生机理进行了大量的探索，产生了经络论，神经论和体液论等现代观点，提示了针灸治病作用的发生过程、发生规律及其物质基础和影响因素，把人们的认识提高到了细胞水平、分子水平。尽管这些认识还有不足之处，尚待进一步探索，但是毕竟是又向微观领域前进了一大步。今后有关针灸治病原理及其作用途径和规律的研究，仍是实验针灸学研究的重要内容。

针灸作用的特点和影响因素也是实验针灸学研究的主要问题。因为只有认识了这些特点和因素，才能充分利用和调节、控制它们，从而寻求提高疗效之最佳途径。已有大量研究资料证实，个体差异和得气情况、手法技巧和刺激参数、时间因素和穴位特异性，针具器材和针灸方法等因素对针灸疗效有决定性影响。这些因素常因病人不同、病

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

种不同而各有差异或侧重，但又互相关联，共同影响针灸疗效。分析这些体内外因素及其作用规律不但有助于疗效之提高，而且为古代针灸临床有关辨证施治、时间针法、手法理论，配穴组方，针具针法的选择等基本理论提供了验证和补充。也从而为深化和发展针灸基础理论做出了贡献。鉴于针灸学基础理论中有关针具、针法灸法、治则治法，配穴处方规律，特定穴的应用和辨治经验，按时开穴等方面的内容极为丰富，且内涵深刻，急待我们通过实验活动探明其内在规律及其具体实用价值，以形成现代的针灸基础理论法则，以更加有效地指导临床实践，为提高疗效做出新的贡献，也为现代医学理论研究做出新的贡献。

6.1.2.2 研究经络活动规律探讨经络实质

经络学说是祖国医学基础理论的重要组成部分，几千年来一直有效地指导着中医和针灸临床实践活动。本世纪后期随着科学技术的高速发展，对经络理论的研究更加深入，并在临床实用中对经络的作用和实用价值取得了许多新的认识和引伸、发展。例如今天广泛应用的头针、面针、耳针、鼻针、手针、足针、眼针等各种新的针法就是在经络学说的启发和指导下经过创造性的大胆实践而形成的。此外，还有经络疗法，穴位探测诊断法，穴位按压诊断法等也是在经络“内属脏腑，外络肢节”的理论指导下，应用现代理化检测技术和实验方法，通过实践摸索而创新建立起来的。这些事实充分证实了经络理论的临床指导价值和深邃的科学内涵，并引起了国内外学者的高度重视和密切关注。

如何进一步揭示经络的实质及其活动规律，以使之更有效地指导临床实践，并使其科学内涵和应用价值得到更好地发掘和利用，这就需要尽快地应用现代最新技术和科学方法通过严密地设计和实验研究来揭示经络之谜。当前国内外学者们密切关注的问题就是要求尽快探明经络到底是什么？有无客观实体？其形态结构和物质基础是什么？有何特点？其活动规律是什么？能否用实验方法客观验证、测试、显示或重复出来等。这些问题恰好是实验针灸学研究的重点课题。多年来在这些方面也做了大量的研究工作。如循经感传、经络现象，经穴——脏腑相关规律和途径的研究，以及经穴探测技术的研究和应用等。另外，还有人从形态学、功能学、发生学、进化论、场论等不同领域中应用声、光、红外、电、核技术等从各个侧面对经络进行了研究探讨，取得了大量资料和新的认识，并由此提出了关于经络实质的各种假说。虽然至今仍未解开经络之谜，仍须进一步的深入探索。但是我们深信随着科学技术的发展和实验研究的不断深入，这些问题最终都会得到阐明，这不但有利于针灸学术理论的发展，而且将对生命科学和生物医学研究产生巨大的推动作用和深远影响。

6.1.2.3 关于现代研究方法和技术的探讨

针灸医学的发展史充分证实了在我国针灸学术理论的发展往往受到各时期科学技术水平的影响和制约。例如，针灸的原始工具是砭石，这不过是石器时代的人们用以“排脓放血”以“治痈疡”的石器医疗用具。它的刺法技术，理论法则和治疗范围均受到“石器”这一特定条件的限制，只能是简单而又原始的医疗用具。然而，从战国到秦汉时期随着冶金技术的发展，金属针具逐渐取代砭石。于是就有了九针的分化，“九针各

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

不同形，各任其所宜”。这就使针灸学术理论从砭刺排脓的这一简单治疗方法发生了突破性进展，跃上了理论发展阶段的轨道，并产生了相应的操作技巧和理论。近代科学技术的发展，传统针灸学与各种新技术、新疗法相结合又创造出了《内经》时代绝不可能出现的电针、水针、红外、激光、超声穴位照射疗法、挑治、割治埋线、磁疗、电极板等各种新疗法。此外尚有许多以经络理论为基础，结合腧穴学、针法、灸法循经感传特点，采用各种新技术研制而成的穴位探测诊断治疗仪、人工智能针灸治疗系统等各种新的技术、方法、仪器的研制和应用，大大丰富了针灸学术内容，深化了针灸理论、扩大了应用领域，并推动针灸向高效、无痛（微痛）、无创伤的方向前进。这些均须通过实验针灸学方法来进行疗效检验和鉴别。此外，近年来出现的东方魔针、神枕、元气袋等保健治疗用品实际上也是中药外治和针灸经络理论相结合的产物。对每一种新的疗法、仪器、应用技术的产生，及其疗效、毒理、副作用的检验和鉴定都离不开临床实验和动物实验，这些恰是实验针灸学研究的范围。总之，在针灸经络理论指导下，利用现代科技发展的优势，从针具器材仪器、诊疗方法与技术进行探索创新、开拓进取，从而加快了针灸理论技术现代化的进程也是实验针灸学的主要研究内容。

由于针灸经络研究本身的复杂性，所以实验针灸学工作者还必须注意自身研究方法和技术的科学性、先进性和创造性。只有不断吸收时代的营养，吸取国内外的有利于研究的新技术、新设备、新方法或新思路，不断改进或建立新的研究方法和技术，从而不断提高研究的质量和水平，才能使研究工作向纵深发展。所以新的检测技术设备的引进和新的研究方法的创立，也是实验针灸学研讨的内容。

以上是实验针灸学研究内容的大致范围。但在实际研究中还要广泛和复杂得多。本章中所介绍的实验针灸研究方法和基本技术与器材都是进行一般性研究应具备的最基本的知识和技能。由此入门之后即可满足一般针灸学术研究之需要，至于专业化程度更高和更新的研究技术，则须在此基础上再做进一步训练和深造。

6.1.3 实验针灸学的研究方法

实验针灸学的研究方法主要是以实验方法进行研究和探索。实验活动是人类认识客观世界或探索客观事物内在规律的特殊形式的实践活动，是人类认识的高级阶段。它比其他任何认识方式（如偶然发现、经验积累、失败教训的总结等）都能更加及时迅速、准确集中地、高效地完成某一认识过程。因为在实验中，人们处理的是人工控制下的自然过程，或者是简化的、缩小的特定条件下的医疗或生产过程。这就有可能撇开所研究现象中的一些偶然的和次要的因素，有目的、有预见、有计划地增加或减少，控制或改变其中某些需要探讨的因素；在实验中通过观察、对照、比较、分析、综合、判断、推理、演绎等理性的加工过程，从而取得许多在通常自然条件下无法取得的环境条件和感性材料，进行了许多在通常条件下难以进行的理性加工，得到了在通常条件下难以取得的经验、认识或方法技术，实现了感性与理性的统一，理论与实践的统一。这就大大缩短了人类认识未知事物的周期、加快了人类探索和认识未知世界的进程。所以实验活动是人类主动探索和认识未知世界的最先进、最有效的手段。本世纪以来，自然科学领域的绝大多数重大发现和发明，除理论数学外无不是通过实验活动而产生的。所以著名的百科全书式学者达·芬奇曾指出：“实验是科学知识的来源”。科学实验的鼻祖培根则更

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

明确地强调说："科学是实验的科学"。针灸学属于医学范畴，是自然科学的组成部分，在以前很长的发展历程中是以历代文献和经验的继承、整理与当代临床经验技术的交流总结和积累为主要研究手段的。这样的研究方法周期长、节奏慢，主动性、针对性不强。要在短时间内取得突破性的创新和进展几乎是不可能的。事实上，在高科技快节奏的今天，除文献整理和临床经验总结性研究外，大多数的新发现、新技术、新成果、新认识都是以实验方法所取得的。所以针灸学术理论在当代条件下要取得迅速发展和突破，必须尽快跨上实验医学的发展轨道，采用实验为主的研究方法，才能跟上时代发展的节奏。归纳起来，实验针灸学采用的实验方法大致有以下几方面：

6.1.3.1 临床实验（试验）

这是过去、现在和将来都必须广泛应用的研究方法。由于实验得出的结论可以直接用以指导临床治疗，或解决临床应用中的技术或理论问题，有实用价值和学术价值。此类研究大多以临床疗效观察、分析或对比为主。研究者通过科学构思和严密设计，严格控制各对比对象，按预先确定的诊断指标选定对象，施以标准化的处理（预定治疗）程序，在预定的时间区间（疗程）按预定的疗效判定标准进行疗效评估、分析或组间比较。可用以证实某一穴位、某一配穴组方以及某经验、理论、手法技巧或新疗法、新针具仪器对某病或某效应（镇痛效应、升压效应等）的疗效验证或优劣比较等。但因病员之来源与选择，以及某些条件的控制难度较大，致使研究之深度，广度受到局限。故尚须动物实验或其他实验方法来弥补其不足。

6.1.3.2 形态学研究方法

应用解剖学、组织学、组织化学方法、细胞生物学以及光镜、电镜技术对某些组织器官、细胞及亚细胞亚微、超微结构的观察比较来研究腧穴的形态结构基础和经络实质；或借以观察针刺治疗对某些组织器官的代谢乃至形态学影响以阐明其作用机理的研究均属此类。以前的大量研究初步揭示了经络、腧穴与血管和周围神经及游离神经末梢感受器之间的关系；更有人用辣根过氧化酶示踪法显示了某些穴位与其相关脏腑在传入神经通路中的重叠汇聚或神经节段间联系，为阐明经穴——脏腑相关途径和联系方式提供了有力证据。还有人观察了许多器官、组织在针刺处理前后的组织形态学变化或组织化学变化，用以针灸治疗某病的疗效判定或阐明针灸和针麻作用原理，也颇具说服力。这些方法在今后仍将继续采用，并将随着技术设备的更新而不断改进，从而提高研究的质量和水平，把人们对针灸、针麻和经络腧穴的认识从宏观水平向微观领域不断推进，为揭示针灸针麻原理和经络实质的物质形态结构基础做出重要贡献。

6.1.3.3 功能研究

应用生理、电生理技术和方法，生物化学方法、分子生物学、细胞生物化学方法，同位素技术，免疫学方法以及各种功能测定技术和方法以判定严密设计下针灸处理前后有关组织器官在代谢或机能活动方面的变化。或用以判定比较各种针灸方法处理（不同腧穴、处方、针具仪器，不同手法或参数，不同时辰针刺等）后对组织器官代谢或机能活动之影响。从而用来阐明针灸对机体机能的调整作用及其规律性以揭示针灸作用原

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

理。也可用以探讨穴位的生物物理特性（电阻、电位、冷光辐射等）或循经效应器官活动在针刺前后的变化，以探索经络、腧穴在人体生理病理过程中的规律性变化和调衡作用，及其与中枢神经系统各级水平之间的功能联系。这对深化人们对针灸、经络、脏腑、阴阳活动规律及其科学内涵的认识和理解，对阐明针灸作用原理和经络实质也有重要意义。

6.1.3.4 动物实验

这是医学和实验针灸学最常用的最重要的研究方法之一。它能弥补临床实验之不足，并能进行许多在人身上不能进行的研究，获得许多人体研究中无法取得的信息和认识，所以有助于研究向纵深发展，从而深化认识。如开颅埋植电极，切除或定位损毁某神经核团以观察失去此部后生命机能，某些行为及针刺效应之变化以探讨其功能及其在针刺效应中的整合作用；或切断神经干以分析针灸作用传入途径等研究，这些均不可能在人身上进行而只能用动物实验。又如要证实针灸对失血性休克的急救（升压、复苏）作用就不能用人来进行实验。但是在动物休克模型上却可以观察到针灸抗休克作用的抢救全过程和所有欲研究的观察指标的动态变化，为针灸抢救失血性休克提供了有力的实验依据和宝贵的生理病理资料。

由于在动物实验中受试对象易于控制，来源也有保证，且实验条件和各种对比因素均可按研究要求准确控制，所以能进行许多在自然条件下或临床实验中不能进行的研究，获得通常人体试验或治疗过程中不能获得的资料，甚至得到重大发现。所以其研究的深度，广度均超过了临床实验。

但是动物实验并不能取代临床实验，因为动物毕竟不同于人。在对动物实验结果进行评价时必须清醒地认识到人与动物的差异，绝不可将动物实验的结论直接推论到人身上，当然也不能直接用以指导临床实践。而是要经过一个慎重的临床观察过渡的探索，修正和验证确认后才能成为一种新的理论（或技术）用于临床实践。针灸研究中临床实验与动物实验常是互相结合进行并互相补充，互相阐释有关问题。动物实验应以临床事实为依据进行设计和评价；临床实验也常以动物实验的资料和证据作为参考和启示。

6.1.3.5 其他研究方法

很多学者采用了其他各种研究方法对经络实质和针灸作用机理进行了探讨。例如有从进化论的角度进行考证比较的，有从胚胎发生演化过程的分化规律来探讨经络形成过程及其实质的；有用生命场，电磁振荡、压电效应以及控制论、量子观的理论为指导设计实验进行研究探索的；还有用基因论，生物全息观点来设计实验进行探讨的。总之，随着新技术和新的检测仪器设备和方法的不断出现，实验针灸学的研究方法也在不断改进和创新。例如根据经络腧穴部位的各种生物物理特性又引入了经穴电位、电阻测量和冷光辐射，红外辐射、热象图摄影术、辐射场摄影术、液晶染色方法、声信息测定等方法进行经络活动规律的研究，脏腑——经穴相关的研究以及针灸作用原理和经络实质之探讨。还有将计算机技术与传统针灸技术相结合使诊断与治疗的准确性和定量性大为提高，从而提高了针灸疗效，减少失治、误治或治疗过量等，并能对经络电学特性进行动态跟踪以进行疗效判定。也有人用功能和形态学方法以及临床治疗相结合的多学科综合

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法进行研究等。

综上所述，实验针灸学的研究方法涉及面很宽，几乎涉及到现代医学生物学以及生命科学和临床医学的各种研究方法和技术。而且几乎是每一种新的客观检测技术，只要是能反映针灸治疗前后对比差异的，或者能反映经穴与脏腑相关规律及其联系途径的方法，技术和设备均被巧妙地应用于实验针灸学的研究之中。这本身就可以反映经络研究和针灸针麻研究所包容的是上述各学科领域均须深入探索的问题。实验针灸学则是上述各学科领域从不同视角，用不同方法，在不同的水平层次上探讨、认识经络实质和针灸作用原理的最新观点、理论和学术成就的综合。所以它有可能动员和应用现代医学生物科学研究领域的技术设备和方法为针灸经络研究服务，这是由它自身深厚、广阔的科学内涵所决定的。但是在具体的研究工作中，研究者常常是根据自身的知识结构、专业技术特长和研究能力选择性的应用最为有利的研究方法和尽可能先进的技术设备来进行研究。上述各个方面的方法可单独应用，也可互相结合，互相补充，共同阐明某一问题。但目前大多是临床研究与动物实验（含形态、功能）等机理研究相结合，共同阐明针灸对某病的疗效作用机理等问题。但对某些问题（如腧穴结构及神经节段性联系等）也可单独进行专题研究。

6.1.4 实验针灸学与传统针灸学的关系

6.1.4.1 实验针灸学与传统针灸学的关系

实验针灸学是传统针灸学术理论现代化的发展过程中发生、发展起来的。实验针灸学的形成和发展又对针灸学术理论的发展产生了巨大的推动和影响，并成为现代针灸学与现代针灸教育的重要组成部分和通向针灸理论技术和研究方法现代化的桥梁。

由于针灸学事业的发展推动了针灸实验研究工作的不断发展、不断深入，并以最初的验证性研究逐渐转入作用规律和机理研究。从宏观认识向微观领域深入，所取得的大量实验成果和资料表明，现代的针灸医学已经超越了传统医学的范畴，并为发展用现代自然科学方法研究的，中西医结合的新医学做出了贡献。例如在针灸治疗心脑血管病、胆道结石、细菌性痢疾的研究中不但使用了严格的科研设计方法，分别从现代生理学、病理学、生化学、微生物学、免疫学等多种学科进行了研究探讨，从而为针灸治疗这些疾病提供了充分的科学依据。而且把人们对针灸治疗上述疾病作用机理的认识扩展，引伸并提高到现代水平新的高度。又例如对于针刺镇痛机理的研究已从宏观的痛阈变化和病人耐受表现的观察对比，深入到了分子生物学领域，并能从细胞水平，分子水平进行阐释，从而使针刺镇痛机理的认识由宏观进入了微观领域。同时也推动了痛觉生理和外科麻醉学的研究发展。更重要的是认识的深化对于提高针灸疗效和扩大其应用范围提供了重要依据和资料，对针灸医学本身的发展将产生巨大的推动和影响。

50年代以来的大量研究成果构成了实验针灸学科的理论框架和当代人们对针灸及其作用规律与机理的最新认识。因此，我们可以说，实验针灸学就是针灸学术理论现代化的发展过程中分化出的一个新的学科领域，它是在现代科技高度发展的条件下，人们用新的技术从多学科、多方位审视、认识、研究和发展针灸学术理论而取得的全部成果的总和，是针灸学在现代科学技术条件下引伸和发展的结果。正如恩格斯曾说过“在希

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腊人那里是天才的直觉的东西，在我们这里是严格科学的以实验为依据的研究的结果，因而也就具有确定得多和明白得多的形式”。他还指出“单凭观察所得的经验是决不能充分证明必然性的”，而必然性的证明要在实验中。所以，针灸学术理论发展要跟上时代步伐不断现代化，就必须走实验针灸学的发展道路，这是今后针灸学术发展的必然趋势。

实验针灸学还是培养现代化跨世纪针灸专业人才的基地。它在人才培训方面的作用和优势已为十多年来开课的实践所证实，当大批通晓实验针灸学知识技术的针灸专业人才在针灸学术理论研究中发挥作用之日，便是针灸医学现代化取得重大突破插翅腾飞之时。所以实验针灸学的形成和课程的开设乃是我国针灸学术和教育水平领先世界的重要标志，也是我国针灸和中医学术理论发展战略的重大举措和改革成果。

6.1.4.2 实验针灸学和中医药学的关系

实验针灸学以发展针灸学术理论为己任。尤其是针灸基础理论本身就是中医理论体系的重要组成部分。《内经》(含《素问》·《灵枢经》)共十八卷 162 篇论述中，涉及针灸或主要论述针灸问题者多达 132 篇。所以研究发展针灸基础理论实际上也是对中医学术理论的研究和发展。自古以来针药同理，二者在辨证论治的主导思想和基本原则等方面是相同的。所以有关实验针灸的研究方法，技术和科研设计原则等对中医药学术理论研究仍然适用。只需将实验设计中的处理因素由针灸改为单药、复方、经验方或再加入欲探讨的因素，即可对中医药领域的某些学术问题进行研究探讨（当然具体课题还有其特殊性，这里不加讨论）所以实验针灸学人才也可通过训练转化为中医药研究的人才。而实验针灸学本身也是沟通中医药与自然科学及其他学科并促进中医药理论技术现代化的桥梁。

6.1.5 实验针灸学发展概况及展望

针灸起源于中国。它是我们的祖先与疾病作斗争的过程中不断实践、摸索、总结、积累而创造发明的一种独特的治疗方法。它闪射着我们民族智慧的光彩，包涵着我们厚重的民族文化的积累。虽然历代医家在实践中每有创新和发挥，最终已形成了针灸学的理论体系和临床技术规范。但是由于历史和社会因素的影响，特别是由于科学技术发展水平的限制，针灸学从研究方法到临床应用和学术理论研究方面均停留在文献理论研究和经验医学的发展阶段，在针灸作用规律和机理与经络实质研究方面未取得进一步突破，基本上仍保持在《内经》《难经》成书时代的认识水平。直到 1934 年罗兆琚提出针灸之生理作用学说试图解释针灸作用原理，唐世承发表“电针学之研究”开针灸与电刺激技术结合之先河，使针灸学术发展初有转机。但是由于各种阻力未能深入开展。此后又有黄龙云、蔡翘、梁伯强等学者分别从生理、病理角度做过一些初步探讨，是最早用现代医学理论，方法和技术研究探索针灸学术理论的先驱者。从 1908 年至 1949 年近半个世纪中，虽然只有少数论文散在发表，也未产生较大影响，但是他们的探索功不可没，使人们对针灸学的认识又进入了一个跨时代的新阶段。这标志我国在本世纪初已经进入了实验针灸学的萌芽阶段。

在国外则由于针灸对外传播及中西方文化和医学学术思想的差异，很早就有人思考

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

将针术及其作用机制与现代科学技术相结合以求创新和发展。1755 年维也纳学者斯维腾曾发表论文指出针灸作用似与神经刺激之间有某些奇妙联系。1810 年法国医师伯里奥兹首先提出了将针刺与电流结合的建议，1825 年萨郎芽爱医师试用“电针”成功，迈出了可喜的一步。此后杜脱劳敢及蒙哥马利等用电针研究各种器官与发炎组织在针后的温度变化。1912 年日本三浦谨之助用兔进行针刺实验证明针刺可抑制肠蠕动，并能降低运动神经兴奋性，以及使血管收缩，血流减慢等。同年木坚田十次郎也报道了艾灸对白细胞的影响。此后日本学者用人或动物进行针灸实验研究者渐多。1946 年前苏联学者佛里活波尔物等开始了穴位——皮肤活动点的研究。1949 年日本长滨善夫在针灸治疗中观察到典型的循经感传现象，并将其定名为“针响”（针刺响应）。还结合当时研究结果写成《经络之研究》一书出版。从此引起医学生物学界的注意。但是这些陆续地散在出现的研究成果均未能进一步深入下去。也未得到广泛交流和汇总整理而形成体系，因而未能产生广泛影响。

1949 年建建国以来，在中国共产党和政府的一系列方针政策指导下，中医针灸得到迅速发展，并在临床治疗中大放光彩。至 1959 年统计，当时应用针灸治疗的疾病已有 200 多种，其中有 60 种疾病用针灸治疗疗效显著。因此针灸成为专科进入公立医院，而各地针灸研究机构也先后建立并开始对针灸治病原理和针灸技术发掘进行深入研究。例如王雪苔在 1952 年观察了针刺对常人溶血性补体的影响；此后张纯亮、魏如恕等人及前北京中医研究所分别结合临床观察了针灸对病人红细胞、血色素、血沉、血糖、血压、心电图、胃肠运动、胆汁分泌和泌尿等生理、生化指标的影响。从而使研究全面、系统地集中到针灸作用规律和治病原理的探索方向上，为实验针灸学的产生提供了丰富的资料和条件。尤其是 1958 年临床尝试针麻下施行手术的成功更激起了国内、外学者探索针灸奥秘的热情。至 1959 年全国中医经络座谈会的召开，收集了有关针灸、针麻基础理论、临床应用和经络实质研究方面的论文 400 多篇，基本上反映了国内实验针灸研究的主要成果和进展。其内容之丰富，涉及的广度和深度均大大超过了国内外在此前近半个世纪以来研究成果之总和。它们不但扩展引伸了人们对针灸、针麻作用原理和经络实质的认识，为进一步的深入研究打下了坚实的基础；而且形成了现代实验针灸学的初步轮廓。所以把这一段时间称为实验针灸学的准备阶段。

从 1959 年至 1965 年这段时间，可视为实验针灸学发展的奠基阶段。在此期间，国内有关针灸、针麻和经络实质的实验研究已全面展开，其学术气氛之盛、规模之大，投入的人力之多以及涉及的学科范围之广确实是史无前例，令举世瞩目；更重要的是研究者在实验设计、指标选择、科研思路等方面既重视以中医理论为指导思想，又重视现代科学技术和实验手段的应用；特别是现代化高精密度测试仪器和统计学方法的应用，更增加了研究结果的客观性、真实性和科学价值，提高了研究的质量和水平。在临床研究方面已经能够通过严密设计与合理的对照来进行针灸治疗经验的总结，应用和疗效的验证，对比、分析，以及对针麻方法，经验，穴位筛选，刺激参数选择和镇痛效果的验证、对比等方面的研究。在应用技术方面也有长足大进，已突破了毫针刺法一花独放的传统格局而出现了电针、耳针、梅花针、穴位敷药、穴位注射、埋线、结扎、强刺激、磁疗、及穴位紫外线、激光、超声波、离子透入、电热灸和各种药物灸等针灸方法，大大丰富了针灸学术内容。在机理研究方面也取得了重大进展。不但结合临床效应观察，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

应用现代科学技术和生理、生化学指标研究针灸对人或动物各系统机能的调整作用；而且对针灸的镇痛作用和促防御免疫作用及其机理也进行了全面探讨。在经络实质的研究方面开展了经络、腧穴的形态学研究，经穴电学特性和腧穴的形态学研究，经穴电学特性和经穴——脏腑相关规律和联系途径的研究；同时关于经络敏感人和经络现象的观察研究也已起步并取得初步证实。所有这些研究成果基本上构成了现代实验针灸学的学术研究范围和理论框架，奠定了实验针灸学的发展基础，但是距形成成熟的独立学科尚有一定差距。

从1966年到1979年是实验针灸学科趋近成熟的阶段。此期间最大的进展是国内对经络现象的研究已全面展开，并在1970年至1977年间进行了大规模的协作调查。结果证实，在陕西、安徽、福建、辽宁等不同经纬度、不同气候条件的不同地区，用统一的调查方法和标准在17万不同年龄、性别、职业、民族的受试者身上证实了确有循经感传现象的存在，其中还有数百名“经络敏感人”循经感传发生率明显高于常人。更结合后期发现的隐性感传则可完全肯定并证实循经感传的客观性和普遍性。这是现代医学尚未发现却早已为祖国医学系统阐述并用于指导临床诊治的生理病理现象。它一方面反映了祖国医学的博大精深和科学内涵；另一方面对生命科学和医学展示了其重大科学价值。从而推动国内外学者分别利用各种现代测试手段和最新技术从临床医学、生理、生化、病理、生物物理等不同学科领域对经络进行了多学科、多方位、多层次的探讨。得出了许多古人所没有的而且也无法得出的认识，形成了许多有关经络实质的假说。虽然这些认识和假说均有一定局限性并有待进一步完善与证实。但是对于我们全面，客观地从多维度、多视角去认识和理解经络这一特殊生命活动现象的本质内涵是十分必要的。

经络现象的研究也引起了日本学者的高度重视。中谷义雄氏在《自律神经杂志》上发表了“良导络之研究”论文并首创了良导络调整疗法；石川太刀雄提出“内脏——体壁反射”学说以解释经穴——脏腑相关原理；赤羽幸兵卫首创用十二井穴知热感度测定来诊断经络阴阳平衡失调的方法已在临床发挥了作用。1975年日本成立了“针刺研究会”在“发汗现象与皮肤生理”、“经络现象”、“疼痛的基础研究”以及针灸基础理论与临床研究均很活跃。法国则在穴位解剖、皮肤电参量的研究和耳穴的临床与机理研究方面重点深入进展显著。西德学者福尔则根据中医阴阳平衡和经穴皮肤电学特性的实验研究结果发明了福尔电针用于临床诊断治疗颇见成效。这些都是国外学者运用实验方法在探讨经络实质和针灸机理的过程中应用现代科学技术经过改革创新而取得的成果，也是对针灸医学的发展和创新。

在国外的针灸热和研究活动日益扩展的同时，我国学者对针灸临床应用技术的开发和对经络实质、针灸、针麻镇痛原理的研究已由器官水平深入到细胞水平、分子水平，并继续从宏观研究向微观研究领域深入。新的现代化技术设备的引入，提高了研究质量和水准。无论从深度、广度和研究水平及成果的科学价值来看均处于世界领先水平。汇总国内针灸经络实验研究的最新成就和新技术、新认识、新理论，吸取国外学者的研究成果并总其大成，则已涉及到针灸学术理论的各个方面，基本上已构成了实验针灸学的大致轮廓和理论框架。一门运用现代科学技术和实验方法研究，阐释和发展针灸学术理论，推动针灸理论技术现代化的新兴学科至此已酝酿成熟了。

1979年在北京召开的第一届全国针灸针麻学术讨论会展示了新中国成立30年来针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

灸经络研究的最新成就和重大进展。到会的300多名专家和来自世界的150名外国学者共提交论文1000余篇。研究内容涉及到经络、腧穴、针灸、针麻的临床和基础理论研究以及实验方法、以及技术革新等各个方面。会后出版的《针灸针麻研究》(张香桐、季钟朴、黄家驷主编)和《针灸研究进展》(中医研究院编)就是对以前成果的全面总结。陕西中医学院编写的《现代经络研究文献综述》则重点总结了我国从1958～1973年间经络研究的主要进展;此后出版的《中国医学百科全书·针灸学分卷》也对过去的实验针灸研究进行了总结和评价。1984年在北京召开的第二届全国针灸针麻学术讨论会则使实验针灸研究的内容和水平又向前跨进了一大步,当时统计针灸可以治疗的病症已达300多种,其中疗效较好的也有100多种。有关针灸研究的论文日益增多,仅我国发表的已有一万多篇。至此,实验针灸学进入了一个全新的阶段,经过全面总结、分门归类、系统整理之后,面向世界展示针灸学术理论现代实验研究的主要成果和重大进展,系统介绍实验针灸研究方法和技术,从而提高针灸专业人才的实验研究能力,加速针灸学术理论现代化进程的重大战略举措出台了。1986年10月,中国针灸学会实验针灸学研究会在上海成立,从此担负起运用现代科学技术和实验研究方法发展针灸学术理论的光荣使命。

虽然实验针灸学还是一门年轻的学科,还需在今后的继续发展和成长中不断总结、不断充实和提高,甚至有些观点、理论和事实尚有待进一步修正或证实,并在实践应用中和今后的研究中去伪存真,去粗取精,逐渐成长至臻完善。但是它做为沟通针灸学与现代医学和生命科学的桥梁,在促进针灸学术理论现代化的过程中已显示出强大的优势和生命力。在今后的高速度、快节奏、短周期的科学技术发展的大环境中,针灸学科要想紧跟时代步伐不断创新、开拓前进,就不能单靠文献遗产的发掘整理和临床经验的总结积累来求发展,而应当尽快应用现代科技和实验方法加快对其基础理论和应用技术的验证、探索、开拓进取,才有可能在保持自身特色和优势基础上不断注入时代前进的新鲜血液,永远放射现代化的光彩。这正是实验针灸学所担负的光荣使命,也正是它必将伴随针灸医学和生命科学的发展而不断发展、前进的根本原因。

6.2 针灸实验研究的基本方法

医学是研究人体及其疾病的科学,它的基本问题是防止健康向疾病转化和促进实现疾病向健康转化,认识健康和疾病相互转化的规律。医学研究的任务,就在于揭示人体生命本质和疾病机理,认识健康和疾病互相转化的规律,并按此规律创造防病治病的医学技术。医学科学研究,就是获得关于人体及其疾病的知识和创造防病治病的技术的科学活动。运用现代自然科学实验技术和手段,依照研究课题探索的方向,沿着实验设计方法进行,用所得到的实验效应和结果,去阐释、验证针灸理论或临床医疗效果可控性的实验研究方法,是本章的核心内容。

根据科学研究的一般规律,从事一项针灸实验研究要遵循以下的基本步骤来进行:

(1) 提出问题,建立假说。

在针灸临床或科研中遇到新的问题或形成某种想法后,提出问题,确立研究的课题。

科研立题,必须要有明确的目的性,充分的科学性,水平的先进性和现实的可行性。要有一定的理论根据和实践依据,要有立题的论据,这就要查阅有关文献,搜集资

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

料进行分析研究，找出科学技术关键所在，提出探索的课题，并做出假设答案，建立科学假说。这一过程是科学思维的活动。要把研究的课题立得好，除了有较高的学术水平和专业知识外，还要具有较高的科学思维能力和富有创造性的洞察力、判断力、敏锐的感觉和清晰的思路，善于从针灸实践中捕捉那些意义较大并有发展前途的新的探索课题。

(2) 设计——确定验证假说的方法和计划

科研设计是针灸实验研究很重要的一步，科研设计的制定需要坚实的专业知识和统计学知识作基础，科学方法论作指导，使设计达到严密性、合理性和高效性，从而保证制定出完成针灸实验研究课题的实施方案，主要包括处理因素的设计、受试对象的设计、观察指标和实验方法的设计、误差控制的设计，对照与分组的设计、统计处理的设计等。

(3) 通过实验取得证据和结论

根据设计，按照科学的方法进行实验，正确地收集、整理资料，并通过统计学处理，分析，对结果做出理性概括，形成结论，或做出解释。

(4) 科学结论的表达和运用

将研究结果用明确的文字形式表达出来，写成论文，以供交流和推广应用。

以上所述即是针灸实验研究的一般程序。通常又将这四步工作分为八个具体步骤：即选题——查阅文献——实验设计——预试观察记录及其他——资料的整理、统计学处理和分析——结论与解释——科研论文的撰写——论文公诸与世（与同行交流或在期刊上发表，或论文答辨）。其中每一个步骤都直接关系到研究的价值和成败，而每一个步骤又有其基本原则和一定的方法等。现分述于下：

6.2.1 选题

选题就是选择和确定科研题目(课题)，也就是决定要研究、探讨和解决什么问题的过程。这是整个科研工作的起点，也是关键性的第一步。它关系到研究方向的确立、研究手段、技术的选择以及科研课题的具体落实，是制定计划、布署力量、调配器材装备、开展实际工作的前提。一项科研工作能否顺利进行，能否取得成果，以及成果的大小，关键在于选题是否恰当。俗话说："选题对头，成功一半"，足见其重要。所以每个科研工作者在确立课题时要查阅文献，权衡与课题有关的研究进展、实验技术、现有设备、技术力量等主客观条件之后，才能做出最后的选择。只有选择适当的研究课题，才能把精力集中在一个具有创新和较高价值的、可达到的研究目标上，从而收到事半功倍的效果。反之，如果选题不准确、不科学或不切合实际，就会使研究工作难以兑现，或半途而废，甚至反复更换课题，而终无一就，造成人力、物力和财力的浪费。

选题本身就是一项严肃的决策过程，是对研究者的专业理论和关联知识的深度、广度、科学思维水平高低、实验技术手段和能力的全面考核和反映。

如上所述，选题非常重要，一定要遵循选题原则、方法和工作程序。

6.2.1.1 科研课题的结构、来源和分类

(1) 科研课题的结构

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

科研活动是人类在正确思想指导下，运用科学的方法来探索未知，认识世界的实践活动的总称，所以任何一个科研课题必由研究对象（受试对象）；处理因素；实验效应（判断依据）这三部分构成。这也是通常所说的科研三因素。

① 研究对象：即受试对象，也是研究工作中首先必须明确的客体。在针灸实验研究中受试对象可以是人，或是某种动物，应以实验研究的要求而定。

② 处理因素：是施加于受试对象，引起产生实验效应的某种刺激作用，或是环境条件的定性定量的控制变化。处理因素可以是人工施加于受试对象的，或是天然作用于受试对象的。如：在“针刺足三里对人胃肠运动的影响”这一研究中，受试对象是人，处理因素是针刺足三里，由此引起的实验效应就是胃肠运动机能的变化（或者亢奋、或者抑制）。但是在“黄龙县大骨节病的流行病学调查”这项研究中，受试对象是黄龙县人群，而处理因素是自然界中作用于人群的致病因素。又如“左心房心动过速一例报告”中的受试对象局限为左心房心动过速病人，实验效应是心动过速，在题目中无处理因素出现，而实际上处理因素是存在的，即引起心动过速的病因。总之，要善于分析处理因素：是人工对处理因素或是自然界中潜在的处理因素。

③ 实验效应：是处理因素作用于受试对象所引起的实验效应，通常以观察指标来表述。任何效应都是通过具体的指标观察、检测出来的，可以把指标看作是鉴定效应的尺度。如上述“针刺足三里对人胃肠运动的影响”这项研究中，要判明针刺足三里对人胃肠运动有无影响、有何影响，就必须观察测试针刺后胃肠运动是增强、减弱或无变化等效应，才能进行判断。又如“黄龙县大骨节病的流行病学调查”研究中，人群发病（症状、体征、X线等诊断指标）及其地域分布，是这项研究的实验效应，也是此课题研究的目标。

总之，研究对象、处理因素和实验效应因课题研究的目的不同，所以三因素在每个课题研究中的地位亦有侧重。如：在《针刺足三里对胃肠运动机能的影响》的研究中，探索的重点是实验效应；又如：在《××癌病因调查》这一课题中，探讨的目标是引发癌症的处理因素。

（2）科研课题的来源

针灸实验研究来源于针灸实践的需要，用来解决针灸临床和针灸基础研究中的难题。然而科研课题的来源，则有国家题目和个人题目之分。

1）国家题目

由上级主管部门，根据医疗卫生事业和针灸研究发展的需要，确定的科研题目，为国家题目。这种科研题目保证了科研选题的正确方向，也为个人选题提供了丰富的来源。国家题目内容较广泛，往往一个题目就是一个方向性的、针灸实践急待解决的问题。所以，要根据设备条件和个人能力、专长等情况，认真考虑用什么实验手段、实验对象和指标，从哪一个角度，在哪一个水平上，来落实和完成国家的科研项目，也就是要立出一个明确而具体的科研选题。

例如，国家下达的科研题目是《针刺镇痛原理的研究》，作为选题的个人，可以根据自己的能力、专长和设备等情况而定。例如：从电生理的角度定出《电针对内脏大神经——皮层诱发电位的影响》，来探讨皮层电活动与针刺镇痛的关系；也可用电镜技术，选定《针刺镇痛对小鼠中脑中缝背核及其周围灰质突触超微结构的变化之影响》，从形

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

态学的角度，来探讨针刺镇痛与形态学的关系；再如，《针刺镇痛过程中各脑区脑啡肽含量的变化》，从生化学及组织化学的角度，来探讨针刺对脑区各部分组织代谢活动的影响等。这样，有了国家题目，还要充分发挥个人的技术专长确立具体的科研题目，才能使研究工作付诸实现。

2）个人选题

广大从事医疗研究和医务工作人员还可根据自己的业务专长、结合工作的实际需要，在医学基础理论和临床实践方面，来选定国家计划以外的科研课题。个人选题来源是极为丰富的，其中包括改进诊断和治疗方法；发现新的病症和病情规律；调查疾病的流行动态；改进药品和仪器的使用方法；总结对某种疾病的护理经验；误诊的教训；治疗失败的经验，针灸治疗的配穴组方、器具的研制、疗效观察、治疗规律的探索，以及从生理、解剖、组胚、病理、生化、免疫、生物物理等各个角度进行针灸、针麻作用机理的探讨，或经络实质的研究。个人选定的科研题目，经过一定时期的工作，取得有意义的成果，对医学发展确有贡献，也会被选入国家、省、市的科研规划中，成为国家题目。如：江苏某防疫站的一位同志，数十年如一日，坚持肿瘤死亡原因的调查统计，积累了大量的第一手资料，对于研究肿瘤导致最后死亡的病理过程有很大价值，引起了国内外专家的重视。又如：乳腺增生病的治疗，原是个人选题，但它为乳腺增生病的治疗方法又开辟了新的途径，扩大了针刺治疗的范围，现已纳入省级的科研规划中。所以个人选题和国家题目，在医疗实践的基础上，在人民健康迫切需要的原则下是一致的，是相辅相成的。从科研工作的特点来看，国家题目也要通过个人选题来落实和完成。作为方法学和科研工作能力，个人选题是十分重要的。概括个人选题的来源有以下几方面。

① 随时注意新题目的线索：在临床和实验研究工作中，总会发现一些新的、原来设计没有想到的，既往观察没有见到的现象，甚或是细微末节上的差异。如能敏锐地观察和捕捉这些看来是偶然出现的现象和差异，再经重复观察无误，再与既往的观察经验进行对比分析，找到新研究课题的线索。把这新线索，从医学理论上进行分析，又会形成一个新的假说，并提出证实这一假说的手段，这样就形成了新的课题。如：郭诚杰教授在临床上从针刺治疗乳房胀疼中，偶然发现了针刺治疗乳腺增生病有效，在追踪疗效观察的同时，又发现了病人的雌激素代谢水平有差异，依此，开展了针刺治疗乳腺增生机理的研究，研究证实：针刺对雌二醇、雌三醇有调整作用。运用这一研究结论，又提出复制乳腺增生的动物模型，为进一步研究乳腺增生病的病因、病理、预防和治疗提供了新的证据和资料。

②“文献缝里”找题目：在查阅文献中注意学科领域的空白点，在科研选题中填补空白更容易获得成果。要发现空白点，就要对这一学科领域发展的历史和现状有所全面了解。找到空白点，再组建自己的科研题目。

③ 改变选题的组合因素：有意识地、有目的地改变科研三因素（受试对象、处理因素、实验效应）中任何一个成分，并在理论认识上有所“出新”，就可以成立一个新题目。这就叫改变三因素的组合，制订出各种新题目。

通过变更“三因素”扩展研究课题示例：见下页附表

在改变三因素的组合制订新题目当中，边缘学科发挥很大作用。把两种不同分枝学科搭配起来，组成边缘地带，这里常常是有价值的生长点，为科研选题提供新的来源。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

如把癌的发病率数字放在地理资料中分析，作出癌地理分布图，形成癌谱，这对癌的病因学研究很有价值。当前科学的发展，出现许多边缘学科，这些资料，在选题中应多加注意。

附表

处理因素	1	2	3	4	-----
	针足三里	电针合谷	艾灸大椎	针风池	-----
对象	兔	人	大鼠	人	----
效应	胃肠运动	循经痛阈	抑癌效应	脑电流图变化	----

* 固定三因素中的任何一个或两个，变更其余两个或一个，即可组成新的课题。

④ 开辟新领域，扩大选题范围：在科学工作者一生当中，都不能预料在那一个固定专业方面获得成就，而且历史和现实往往有这种情况：一个医学工作者，他所做出来的杰出贡献，还不是他本人所学的固有专业。所以，不应拘泥于自己的专业，固守自己的阵地，而应把眼界扩大些。凡是在自己眼前闪过的，有意义的发现，都不应放过。而应在短期内补充新的专业知识，积累一些有关资料，以便重新组织新的研究与探索，取得新进展。

（1）科研课题的分类

医学科学研究既涉及对客观自然界的认识，又涉及到对人类本身的认识，包括人与自然相互关系的认识，范围也极其广泛，但是从科研选题的角度，可以根据不同的指标作不同的分类。

1）根据研究目的可把科学研究分为三类：

① 基础理论研究（fundamental the oretical investigation）或称基础研究（fundamental research）当一项研究是为了获得对自然更充分的了解或要获得对新探索领域之发现，但又没有考虑近期的实用目的时，这项研究可以称为基础研究。基础研究的重要成果常常对广泛的科学领域产生影响，并常常说明一般的和广泛的真理成为普遍的原则、理论或定律。针灸基础理论的研究是关于生命现象和疾病的发生、发展和针灸防治规律的基础理论研究。如经络实质的探讨、针刺作用机理的研究等。它不是针对当前临床应用中急需解决的具体问题而进行的研究，其目的在于深刻揭示其本质和基本规律，虽不能直接为临床所用，但对针灸医学的发展和创新具有潜在的深远的影响。例如：经络实质的探讨，虽不能立刻应用到临床上，但其成果，对针灸治疗的机理有了更进一步的认识，同时也将促进生命科学和医学科学的新的突破和发展。

② 应用研究（applied research）：针对一定的实际应用目的而发展基础研究成果，或为达到某特定的预先确定的实际目标提供新的方法或途径，这一研究就是应用研究。如《针刺人中对兔实验性休克的抢救作用》、《针刺治疗细菌性痢疾》、《针麻刺激参数的探讨》等题目的研究，就是将针灸经络与临床诊断治疗相结合，运用科技理论以解决针灸具体问题，其针对性强，能较快地应用于临床。

③ 开发研究（development research）也称实验开发（experimental development）：是指运用基础研究或（和）应用研究的知识推广和开辟新的应用领域。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

上述三类研究的区别通过具体的例子来说明，如：《研究心理因素对疾病的影响》这一课题属基础研究；而研究引起胃溃疡的心理因素，以获得建立有效治疗方法所需资料，这属于应用研究；发展一种治疗心理因素引起的胃溃疡的新方法的研究则属开发研究。这三类研究互相补充、互相促进和互相转化。

2）根据课题研究的内容和研究方法分为：

① 实验性研究（experimental research）是以实验方法为主的科学研究。也就是研究者在严格控制的条件下，对研究对象施加一定的处理因素，并根据其反应与未受处理者对照相比较而验证假说。针灸实验研究均属此类。这类研究，所需实验条件比较严格，要求对实验进行质量控制，需要控制处理因素，选择受试对象，所以在选题时，要结合研究者的专长（生理、生化、药理、病理、解剖、组胚、放射、免疫、临床疗效对照观察及有关技术）、设备以及实验手段掌握与否，为慎重起见，还须进行预备实验，摸索恰当的条件和特异的指标。具备成熟的实验条件之后，再选定题目。这类题目，受试对象可以是人，也可以是动物。一般是先选择动物，模拟人体的情况，进行动物实验。只有在证明对人体无害的情况下，才能以人为受试对象。根据实验对象不同，实验研究又可分为动物实验研究和临床试验研究两大类。这是学习的重点，后面将详细介绍。

② 观察性或调查性研究（observatory or investigative research）：观察的方法仍然是科学研究的一种基本方法，在实验方法诞生之前，依靠严密的观察，人类已揭开了不少自然奥妙。如一些疾病的症状和体征，诊断和鉴别诊断，疾病的发生、转归、传播、消长的规律，以及药物的效应和副作用，一些综合病征的发现……等。都是依靠对现象的周密观察、科学的调查研究而掌握的。流行病、地方病、卫生学以及社会卫生学等方面的课题也属于此类。如人口构成、疾病分析、居民寿命、自然疫源等的研究。这类题目多涉及到现场工作，其特点是，处理因素不是人工给予的，而是自然界中存在某些条件对人体造成不良的或致病的作用；这类课题中的三因素——受试对象、处理因素和实验效应，都是自然界中既有的，不需要人为地另外施加新的处理因素。也可以说这是对大自然所进行的“实验”进行分析研究。

单纯的临床病例报告和分析，也属此类研究课题。

③ 资料分析性研究（analytical research on information）：是单纯的资料分析。即原始资料并非研究者记录，而是研究者将既往的医疗卫生资料，进行收集、整理，通过统计学处理并进行分析，从中发现新知识的创造活动。它既不需要特殊的现场，也不需要更多实验条件，主要是资料的完整。随着电子计算机的应用，加速了对资料分析速度，扩大分析的容量，从而使过去没有发挥作用的资料，变成科研选题的基础，形成新的课题。如显性感传出现率与气温的关系，从建国三十年气象资料分析看运气学说的科学价值，人口死亡原因分析等等。

3）根据研究课题的来源分为：

① 指令性课题：这是由上级主管部门或国家根据部门或全国长期、中期或短期发展规划的要求，以行政命令方式下达的研究任务。这类课题，一般都体现了部门或全国发展经济或医药卫生事业，科学技术的战略部署，符合人民的长远利益。这类课题有时比较宏观，并不一定非常具体和细致，因此，在符合其总目标的前提下，研究者在制定具体的研究计划时仍有一定程度的选择。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 指导性课题：随着我国科研体制的改革，科学研究拨款由行政性拨款过渡为以“指标制”、“基金制”为主。国家及主管部门利用经济杠杆指导科学研究工作的方向。各种招标课题或各种基金的资助课题，特别是鼓励中青年课题，优先资助课题等等，就是指导性课题。如：针灸、针麻临床规律、原理和经络、穴位实质的研究等。

③ 自选课题：研究者自行选定的课题。这些课题是研究者发生兴趣或在科学研究、教学或医疗实践中遇到的实际问题。

上述科研课题的分类仅是初步划分，不可机械地加以归类，题目的种类性质可做为选题时参考。

6.2.1.2 选题的基本要求和程序

选定科研题目是每项科研工作的起点，是关系到科研工作方向正确与否，成果可及与否，水平高低如何等关键性的决策。科研题目集中体现了选题者的科学思维、理论认识、实验方法以及要达到的预期结果和目的。所以科研题目是贯彻于全部科研工作中的主题思想，是指导科研工作各项设计安排的主线，对以后的研究工作成败与收获大小，起着决定性的作用。

(1) 选题的基本要求

① 选题要有创新性：即创造性。为人类增加新知识或为知识扩展新应用。也就是指研究题目必须具有创造性和新异性。所选课题研究的内容和提出的问题，必须是在此之前无人研究或未涉及到的，而这一课题可填补该学科领域中的一项空白，把该学科的理论知识推向前进。甚至带来重大突破和飞跃。创新的含义还包括在研究方法、技术、思维、观点和结论上的新发现、发明、改进和升华。如：陕西省中医药研究院用氮激光照射治疗肿瘤，取得了可喜进展，为征服肿瘤提出了新的手段，为激光在针灸领域中的应用做出了榜样，为针灸治疗开拓了新领域，受到国内有关专家的重视。

② 选题要有科学性：有充分的科学依据，利用科学的方法进行研究。因为每个科研课题的提出，并不是由头脑中凭空产生出来的，而是在既有理论知识，又有实践经验的基础上，通过深入分析、广泛联想、长期酝酿过程中形成的。医学科研也是提出假说、验证假说，提出结论。这都是建立在科学的理论基础上的，利用科学的设备、科学的方法所完成的。总之，选题要符合自然科学的原则；基于既往的科学资料；研究者的实践经验；可被重复验证。符合这些原则，这一选题可以说基本上具备了科学性。

③ 选题要有明确的意义：即选题要有一定的学术价值或实用价值。研究题目选定得越明确、具体，说明研究者的思路越清楚，受试对象与处理因素之间的联系和因果关系越明确，预期的结果越可信，回答的问题越深刻。如针灸铜人、耳穴模型、针灸教具幻灯、影片的编制等，对于人材培训有实用价值，因而能促进针灸事业的发展。

④ 选题要从实际出发：从国家、本单位和本人的实际情况出发，要考虑主客观条件。本人与合作者的水平、业务能力、经验以及经费、设备……等条件来选题，否则选题将难以实现。

⑤ 要注意单位内部课题组之间的协作。

(2) 科研选题的基本程序

科研题目是科研工作的主导，所以选题是非常重要的，为了选好题必须遵循以下的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

基本程序进行。

1）初始意念或提出问题

一个完整的严谨的题目，要经过一段时间的酝酿、思考，通过临床实践发现问题，提出问题或初始意念，这就是科研工作上的起点。初始意念或提出问题的产生是在既有的理论知识和实践经验的基础上，通过深入分析，广泛联想，思考，酝酿的过程形成的。它的出现是跳跃的、瞬间的。但思想上积累和孕育过程是长期的。如瓦特见蒸气顶起壶盖而引导到蒸气机的发明，牛顿见苹果落地而引导到万有引力的发现。这些伟大的划时代的发明和发现，都是从最初的原始意念开始的，都是思想火花和瞬息闪念所点燃的智慧的火花。在实践中要善于捕捉这些“火花”和“闪念”才能为选题提供线索。

提出问题，形成意念，要从所观察到的事物的细微末节的变化出发，比较其不同之点，在不同（研究者的观察和经验与前人的既往观察和经验的不同）之中寻找问题，找出其矛盾和差异之点，也就是我们提出问题，形成意念的生长点。

2）查阅文献建立假说及其验证手段

有了初始意念，这只是对问题有了粗浅的认识，还不能成为科研题目。还需要把这种初始意念系统化、深刻化、完善化、以及判定其创新性、价值和水平，这就要查阅有关文献，以便在理论上能对所提出的问题进行合理而充分的解释，使初始意念成为有待证实的理论认识——假说。为证实假说所需要的实验手段，也需要查阅文献来确定其方法是引用或借鉴。

查阅文献为科研选题在理论上和实验手段做好准备。这样使初始意念上升为科研题目。如：有人用针刺治疗乳房胀痛的患者后，发现原有的“肿块”缩小、变软以至消失，经证实此“肿块”为“乳腺增生”。为了证实其疗效，在临床采用单纯针刺治疗与药物、豆提物治疗进行对照试验。结果表明：针刺疗效并不低于其他疗法，这为针刺治疗“乳腺增生”及进一步研究其治疗机理提供了依据。

从初始意念到科研题目这一过程可用下表来表示：

初始意念 —— 查阅文献 → 理论上：深刻、系统、完善初始意念 → 形成假说
查阅文献 → 实验上：选择实验对象、方法、指标 → 证实手段

3）确立题目：

在研究课题的假说及其验证手段确定之后，还必须对研究对象、处理因素和实验效应的反应及它们之间的相互关系，用精确的语言加以概括，即形成题目，要求达到以下几点：

① 具体概括研究选题的三个组成因素：每项研究都是要观察一定对象，分析处理因素的效果反应来证实假说的认识活动。所以在题目文字中要概括出这实验的三因素，而且越明确、越具体，越能反映研究的内容。基本格式：处理因素——受试对象——效应（或观察指标）变化，例如：

《针刺大椎对家兔实验性发热的退热效应》
处理因素　受试对象——效应变化
《艾灸至阴对孕妇胎位不正的矫正作用》

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 含蓄地体现假说内容：题目文字中虽然没有具体的表达假说，但从其三组成的内容中可以体现和判断出假说。如上例的假说，就是艾灸至阴穴可以对孕妇的胎位不正，进行矫正。这是题目的核心。

③ 附加限定成分：如初步研究、分析等，使题目内容局限，研究问题留有余地。

④ 动名词结尾：用以表达研究题目的性质和特点。如实验研究；调查报告；探讨、研究、分析等等。

⑤ 题目不宜太长，必须是文字精炼，简单明确，必要时可加附标题。

确立题目是研究者全部构思的集中表现，题目命定得越具体、明确，说明研究者的科学思维越清楚，题目的假说越集中，对三因素及其相互关系规定的越明确、严格、具体，预期结果也就越可信，回答或阐明的问题也就越深刻。

4）选题的陈述

选题之后，要对自己的研究课题进行必要的全面陈述。陈述的主要内容有：选题的依据，选题历史概况、现代进展，本题与前人不同的特点及创新之处；假说的形成过程及其内容；采用的实验手段及水平；工作进行的程序；预期结果；题目的学术价值和应用价值等。陈述的水平，反映研究者的科学思维、理论水平、实践能力及工作的科学性、可靠性和计划性。一个好的陈述可视为将来论文的雏形。这一程序是相当重要和必不可少的，也是申报课题和上级审批科研选题的着重之点。

选题首先要把为祖国、为人民、为四化建设的需要放在第一位。处理好国家题目与个人选题的关系，处理好主题与分题的关系。其次要有严谨而科学的实事求是的态度、辩证唯物主义的科学思维、一丝不苟的科学作风和坚韧不拔的刻苦精神。所以，选好科研课题是科研工作者能力和水平的全面综合体现。

6.2.2 科学假说的建立

科学假说是科学研究中的一种重要的理论思维形式，也是一种重要的研究方法。

6.2.2.1 科学假说及其作用

科学假说：就是人们从实验观察的事实出发，在分析与综合、归纳与演绎等科学抽象概括过程中，通过概念、判断、推理，对所探索的问题提出初步的、推测性的、带有假定意义的理论解释。简而言之；科学假说是依据事实，对事物存在的原因及本质作出的有根据的、未经证实和未获公认的假定性解释。

医学的发展是历来医学科学家运用科学假说的方法去探索未知的客观规律，并在反复的科学实践和观察中去发展科学假说，使之逐步上升为医学理论。如血液循环学说的建立、脑啡肽的发现、遗传秘密被揭开，都是运用科学假说的典范。医学科学研究就是在医疗实践和科学实验的基础上，遵循假说——理论——新的假说——新的理论这样一条途径建立和发展起来的。正如恩格斯指出的那样“只要自然科学在思维着，它的发展形式就是假说”。

科学假说并不是主观的假想，而是在已知的科学理论和科学实验、医疗实践所提供的科学事实上，运用概念、判断和推理等思维形式，对未知的自然现象及其规律所作的假定性说明，并经过一定的科学论证。这说明假说具有科学性；又因是尚未得到实践证

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

明带有假定性，包含有猜测的成分和预见的成分，所以又具有假定性。

科学假说科学性特征：① 要求它必须以一定的科学事实为产生的基础，同时也必须以新的科学事实作为发展的基础。概括言之：实践是假说产生的基础和发展的动力。这是科学假说的“现实的理由”。② 必须具有“逻辑的理由”，即经过逻辑证明，用真理性已被证实的判断作为根据，通过推理断定其真实性。

科学假说假定性特征：要求不迷信已知的规律，不受传统观念束缚，建立新的理论以解释新的事实。因之它能够超脱事实材料预见新事物。

假说是自然科学发展的必然形式，它是人们对某种新事物的本质和规律进行推测的一种理论思维形式，是认识在科学实践中的能动作用的表现，也是人们通向未知的重要阶梯，是科学探索的必由之路，是从事实材料上升为科学理论的一条必要途径。假说作为科学研究的一种重要方法，对于确立科学研究的途径、组织科学研究过程、推动科学实验的发展、促进科学理论的形成发挥重大作用。

(1) 能够引导人们设计新的研究方案，进行新的实验，揭示新的事实，建立新的理论。假说的验证，实际上就是寻找“现实的理由”。在验证假说的科学实践中，在一定条件下能够导致新的发现，提出新的假说。这即是假说具有的双重身份——既是终点，又是起点。这正说明假说在科研中的地位和作用非常重要。

(2) 假说还可使实验和观察活动避免盲目性，使科学研究在一定的理论指导下有目的地、有计划地进行。因为科学研究不仅要根据科学假说确定研究题目，而且还要据此制定研究方案和实验设计。

6.2.2.2 怎样建立假说

假说的建立是凭借已知的科学事实和实验为依据，运用已有的科学知识和经验，以及广泛的联系、丰富的想象和科学的推理对所探索的问题的初步的、推测性的、带有假定意义的理论解释。其具体过程如下：

(1) 提出问题，通过分析，找到问题的最核心、最实质的部分。

(2) 根据已有的知识、经验和已知的科学事实，对问题进行初步的回答或解释。

(3) 查阅文献，进一步寻找补充、支持或修正假说的科学知识和事实。

(4) 对所揭出的问题做出初步的、推测性的、带有假定意义的理论解释。这就是假说。

6.2.2.3 建立假说过程中应注意以下几点

(1) 科学假说具有科学性和假定性特征、要求建立的假说必须是有根有据，并具有创新性。

(2) 要善于抓住那些未被已知的理论解释的事实和现象。

(3) 要善于进行理论思维，注意培养和锻炼自己的想象力和判断力。要养成对一切未被科学解释的现象进行思考的习惯。

(4) 现代医学发展的综合特点，要求要了解和熟悉相邻和相关学科的理论和其它有关的专业知识。

(5) 不要死抱住已被证实无用的假说不放。要时刻记住，假说只是一种假定。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

6.2.2.4 假说的检验

建立科学假说是选题的核心和灵魂，它的正确与否从根本上决定科研工作的成败，假说水平的高低决定科研成果水平的高低。使假说真正地立于科学的基础之上，一般要符合四条原则：① 符合自然科学的基本原则；② 基于既往的科学资料；③ 具有个人的实践经验；④ 可被重复证实。否则，假说就不科学，也是错误的。

6.2.3 科研计划与实验设计

当我们选好了课题，又通过文献掌握了有关课题的来龙去脉、历史、发展和现状。并且从中提炼出许多能够“为我所用”的理论、观点、事实，帮助我们构成了自己的假说，同时也从别人的实验方法、测量技术、统计设计等方面得到了启示。这时我们对于自己的课题应当怎样着手进行？用什么方法、什么仪器？什么新技术、如何进行观测判断？怎样根据结果来解释或验证自己的假说？甚至研究应涉及哪些人员？哪些部门等等均已有了一个大概的估计。但是具体工作究竟如何进行？选什么对象？用什么指标？采用什么技术、方法才能最大限度地提高研究的质量、水平和效率。这就需要运用自己的专业理论知识和科研经验来进行选择和构思，以便形成一套具体的方案。这就是实验设计。为了保证实验设计的具体落实，又要制定出明确的工作计划，这就是科研计划。以下分别讨论。

6.2.3.1 科研计划

制订科研计划必须要在充分查阅文献之后，对所研究的课题有深刻了解的前提下才能进行。制订计划的人不但要有相当的业务水平，而且必须对该课题研究的全过程有清醒的估计和预见性。如果是综合性研究课题，常需多种学科的专业人员在统一领导下共同制订计划，以保证各分题，各协作部门之间能够紧紧围绕总题、相互配合、协作，紧密衔接，避免停顿、脱节，从而保证总题的完成。科研计划的制定有两个作用：一是供领导审批，取得必要的条件；二是指导研究工作的具体进行，根据这两个作用，每个研究者的科研计划也可分为两个部分：一是呈报审批的计划，即科研协议书；二是具体研究计划。

（1）科研协议书

这是呈报领导审批的计划，如呈报为表格形式也有称科研建议书者。

本计划要求阐明课题的价值、意义及其与总题的关系、说明研究目的、进展现况、预期效果等。其次是阐明研究需用的时间：开始日期、预定完成日期、执行者、指导者等。简要介绍研究方法和内容。最后应详细列出完成工作的必要条件和事项，如需要多少实验动物（品种、规格要求和数量）；对实验条件的要求（尤其是野外实验条件要求更应明确规定）；特殊仪器设备和药品名称、规格、数量（严格者尚应注明厂家、生产批号）；预定拍多少照片？需要多少研究经费和出差费？尚需查阅何文献资料（要去何图书馆？资料索购、拍照、复印数量等）；尚需培养训练何类人员？最好和经费预算总额一同附上，供领导审批。有些课题尚须通过开题报告来论证其可行性和研究价值（如有些新学科、或研究生的课题），以便审批经费和求得专家权威的指导。这时报告者应

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

重点阐明研究的目的及其成功后的价值，其次说明选题依据和成功把握的大小（最好能有预试的成功事实为证据），明确交待方法材料和设计的创新之处及存在问题，以便专家审议时作全面考虑，并给以关键性的指导或建议。

（2）科研工作计划

这是关于科研活动的具体工作安排。对课题研究有指导作用。

科研工作计划应由做具体工作的人自己来制定，要求尽可能详细、具体。要能指导具体工作进行和实施。尤其在有关实验材料和方法、技术等细节上更要具体。然后按照分工、负责和研究工作进度日程安排，一步步稳扎稳打，直到完成全部计划为止。当然这种计划有时可因具体情况变动而稍作一些补充和调整。但是，总的来说，一旦订出就要保证认真执行，定期检查总结，力争兑现。

在制定科研工作计划中，最核心的部分是科研实验设计，其它一切行动方案都是根据设计而制订出来的。以下重点讨论实验设计的有关内容。

6.2.3.2 实验设计

实验设计是在正确专业理论指导下，按照科研基本原则的要求，对于假说验证工作的具体内容、方法、技术、步骤和所有细节问题的周密计划和安排。这是科研计划的主体，是研究工作顺利进行的指导纲领。实验设计是否科学合理，将决定研究的成败。错误的设计则常常造成各种假象，把研究引入歧途。

所以每个研究者，必须学会运用专业理论和科研基本原则进行正规的实验设计，以保证在严格控制的实验环境（或条件）下，用最少的人力、物力和时间，取得准确可靠的实验结果，验证或否定假说，明确回答研究所欲解决的问题。一项成功的实验设计，应解决以下三方面的问题：

（1）研究什么？这是选题和文献查阅后的最后决定。

（2）怎样进行？选择什么材料（实验对象）？采用什么手段？具体用何方法？采用何种新技术和仪器设备来提高研究的精确度、可信性？用什么做为指标（观察效应）？怎样观察、判断？资料如何收集处理和评价等。

（3）怎样减少误差，排除假象，以提高研究结果的客观性、科学性（可靠性和可重复性），以及经济性（高效率性）。

前两项主要依靠研究人员的专业理论知识和技术水平、科研经验和创造能力来完成。后一项则通过严格的统计学设计来保证。前者是专业设计，后者是统计学设计。以下分别介绍一下它们的基本内容。

6.2.3.3 专业设计

包括专业理论设计和专业技术设计两部分：

（1）专业理论设计

专业理论设计是指研究者运用有关的专业理论知识和经验，凭借文献资料提供的论据和已掌握的事实，经过理性思维，对所研究的问题，做出合乎科学逻辑的假设答案，并设计出证实或说明这一假设的实验研究方案。有关假说的建立，前已介绍过。这里主要讨论假说验证方案的设计。由于实验的性质和目的不同，可将其区分为三大类。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

第一类：预备试验：这是正式实验之前做的实验，又包括：

导向性实验：目的在于检验假说，以判定有无进一步对其进行大规模验证实验的必要。这是一种小规模的试探性实验。

观测性实验：目的在于搜集实验所需的数据，如均数、变异程度、组间差值程度、刺激参数等，为实验提供必要的资料。规模也较小。

筛选性实验：目的在于寻求哪一种因素须进一步实验。这种筛选性实验也很简单迅速。如药物筛选实验，有效穴位筛选实验等。

第二类：决定性实验：是一个总的、关键性实验，用以检验假说是否正确，如果正确，即可进行分项或大型正式实验。反之，则不应再进行下一步实验。例如要进行针刺调整膀胱机能的原理研究实验，首先应进行针刺影响膀胱机能的决定性实验；要对某药物或某成方进行不同成分、不同剂量、不同给药途径的实验，首先要进行该药的有效性的决定性实验等等，然后才能决定以下实验是否进行。

第三类：正式实验：这是验证假说、解决问题的正规实验，也是研究工作的主体，必须进行严格的设计。

必须指出，并非所有实验都要先做预备实验或决定性实验后才做正式实验。如果实验室已积累了有关该实验所具备的条件、经验，或者文献已提供了详细的数据和方法，也可直接进行正式实验。尽管它们在设计上有规模大小和性质上的差别，但是在设计步骤和基本原则上大致是相同的。即所有的实验设计，都是在专业理论指导下，以验证假说的需要为出发点，对实验的三个基本要素——受试对象、处理因素和实验效应，加以合理的规定和准确的控制，从而探讨其相互作用的因果关系和内在规律。现就这三个因素的设计原则和方法介绍如下：

1）确定受试对象

针灸实验的受试对象可以是正常机体（人或动物），也可以是患病机体（病人或动物模型）；在经络、腧穴形态学研究中，尚用尸体或取自机体的器官组织等。可以根据研究目的确定研究对象。其总的原则有三条：

如以人为受试对象，则实验必须是无害于健康；

如以动物为受试对象时，必须保证来源充足，而且要尽可能经济。由这一点出发，许多实验中首先考虑采用小鼠，若不能用小鼠则其次考虑大鼠；再向后依次为兔、猫、狗、猴、猩猩……。总之，大样本实验宜用小动物，对手术耐受性要求高者宜用大动物。

实验对象的选择必须与实验方法、内容、仪器设备相适应。也就是说受试对象的确定必须合理。这就要求研究者对受试对象的必备条件和受试动物本身的生物学特性有足够的了解。例如：大白鼠没有胆囊，狗没有汗腺。若不了解这些特点，选用狗做发汗实验，用大鼠做胆囊实验，当然是不合理的。又例如兔的阑尾极发达，不宜进行阑尾实验；但狗的阑尾接近于人，若用作阑尾炎模型实验则与人的阑尾病变相近似，就比较合理。如果是复制人类疾病的动物模型时，尚应注意此病是否为人和该动物的共患病，否则用鸭来做便溏模型，或用鸡来做菌痢模型，同样是要失败的。此外，受试对象在质和量的方面尚必须具有代表性，这样才能保证实验结果能适用于总体；受试对象对处理因素尚须具有敏感性，否则实验效应不能显现。至于受试动物的种属、品系、性别、年

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

龄、体重、健康状态、动物模型的病程长短；受试人的种族、年龄、性别、体质、神经类型、职业籍贯、生活经历、习惯嗜好、心理状态、病情、病程、辨证分型（中医）；被观察器官、组织的取材部位、新鲜程度、采样和保存方式等均可影响实验结果，所以对这些方面也应在设计时，有一个合理的明确规定，并据此来确定受试对象。从而达到受试对象的“标准化”，以避免种间差异，减少个体差异对实验结果的影响。在临床实验中则是以诊断标准、年龄、性别、病程分期、分型、以及标本采样和检验规范来对受试对象加以严格限定的，以后还要讨论，兹不多议。

2）处理因素的设计

绝大部分实验的目的都是阐明某些处理因素(针刺、艾灸、药物、毒物、手术或各种特殊处理）作用于受试对象后出现的效应变化，从而得出肯定或否定假说的结论。所以，实验设计的另一个重要内容就是确定实验的处理因素。并要求对处理因素的数量、种类、强度等级、作用的途径和方式，必须的附加因素以及上述各方面的精确控制方法与技术（处理因素标准化），也要有科学合理的明确规定。在设计处理因素时应重点考虑以下几个方面：

① 处理因素的数量、种类与强度水平

处理因素乃是从外部施加于受试对象的（包括人为的或客观存在的）作用因素。但是在实验中，只有那些对受试对象发生特定反应（实验效应）有关键性影响的主要因素才能被规定为该实验的处理因素。如是实验中欲观察研究的处理因素只有一种者为单因素实验设计，若为多种则称做多因素实验设计。例如：在研究腧穴功能特异性时，每取一穴，观察其针刺效应，其它附加条件（针具、手法、刺激参数、环境条件）均固定者，为单因素实验设计；如果每取 2 个以上穴位，配伍组方，甚至再加上针具、手法、刺激参数和其它附加条件的变化，就成为多因素实验设计了。前者设备简单、目标明确、条件易控制，实验结果简单明确，但是由于处理过于单一，能观察到的结果和能说明的问题也就很有限；要把有关因素都研究一遍，就得进行若干次实验，所以效率很低。事实上象这种单因素、单水平（处理因素始终固定在某一强度水平）的设计是很少的。比较普遍的则是单因素多水平，或多因素单水平的设计。它的优点是可以提高实验的深度和广度，所得的结果说明的问题也更多和更深刻，更符合客观实际。但是实验分组和样本数量也相应增大，条件控制也更为复杂。至于多因素多水平的设计则更为复杂，对研究人员的专业设计水平要求也更高，兹不再多议。

② 处理因素及施加方法的标准化

处理因素的标准化是指处理因素在整个实验的全过程中始终如一，而且施加方法也要始终如一。否则可能会由于处理因素或施加方法的差别，产生不同结果，甚至引出错误的结论。例如实验中先后使用的同一药品、试剂的批号不同，或者药品因实验时间太长后期变质、失效，或用药剂量多少不均，或改变方剂的组成、剂型、或给药途径；或者手术开始不熟练，后期熟练；或者变更针刺治疗的操作者，以及针具、手法和刺激参数等，实际上是把不尽相同的处理因素当成了同一因素去对待，这样的实验结果当然很难准确，更不能说明问题，所以既有碍于汇总分析，也不能找出真正引起效应的因素究竟是哪一个。因此在设计时首先应使处理因素标准化，并订出保证标准化的措施。如果处理因素为药品，则须规定品名、剂型、成分、厂家、批号、出厂日期、保存方法、给

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

药途径等。如果处理是手术则要规定操作的具体方法。如果是针刺，则宜明确针具、用穴组方、操作者、手法、刺激参数（电流强度、频率、持续时间）、疗程等，以便统一施行。如果是组织标本，则应对取材时机部位、保存方法、检验规范等做明确规定。

③ 尽可能排除所有附加因素的干扰

处理因素是实验中所要阐明的因素。如欲观察针刺疗法对某病的疗效，针刺疗法即是处理因素。但参与实验的因素决非针刺疗法这一种。其他诸如治疗环境（住院或门诊或家庭病床）、护理好坏、休息、营养、精神波动、社会影响等，都在向病人施加影响，只不过这些因素不做为实验的处理因素罢了。又例如：动物实验中观察电针对某项机能的影响时，手术创伤的疼痛、环境噪音的影响、捆绑固定引起的挣扎、恐惧等因素，虽然未做为处理因素，但在实验中的影响却不可忽视。象这些次要的、偶然的处理因素以外的影响因素叫非处理因素，也称附加因素。若不排除它们的干扰和影响，对其结果的评价和解释将是很困难的。克服的办法就是尽可能保持实验的自然状态，使之尽可能保持正常生理状态下进行实验，伤口疼痛要以局麻药阻断，捆绑动物要待其适应、平静后再实验，实验环境要相对稳定，噪音要排除，精神波动要避免，饲养管理、或护理工作要正规统一，尽量保证受试条件完全一致。这样就可以最大限度地排除附加因素的干扰，从而把处理因素的主导地位更加清楚地突现出来。

当然，要严格区分处理因素和非处理因素，并进一步排除对实验有干扰的附加因素，主要是依赖于研究者对专业理论知识的熟悉和对实验中每个细节可能发生的问题的了解及正确认识，并创造性地设计出排除的办法。以上所举只是几个简单的例子，实际设计时遇到的问题会更多，这时如果有现成的排除方法固然好。若没有，就需请教专家或查阅文献自行创造设计了。

3）实验效应的确定

处理因素作用于受试对象后必然会出现实验效应（exprimental effect）或称之为实验反应。这是我们期望得到的结果，也是我们用来证实或说明假说的有力证据。但是怎样才能判断这一效应的发生与否或强弱大小等，并且准确地记录下来进行分析比较呢？这就要求有一个判断的标志，这就是指标。所以实验效应的设计，实际上也就是指标选择和设计。只有确定了观测指标，你才能明确自己在实验中应当重点观察什么？测试或记录什么？以及这些观察到的事实或测试到的数据资料所包含的全部含义。以下着重讨论指标的定义、用途、设计原则和基本方法，供大家在实验设计时参考。

① 什么是观测指标？

观测指标就是在实验研究中用来指示（或反映）研究对象中的某些特征变化（如疗效、镇痛效果），并且可被研究者或仪器所感知、记录的现象标志。例如欲知针刺某穴对心率有无影响，就要观察针刺该穴位前后每分心跳次数有无变化。在这里每分心跳次数就是指标。又如欲研究针刺治疗对乳腺增生病人血内雌激素含量水平的调节作用，必须在针刺治疗前和治疗后，分别抽血，测定雌激素含量水平，前后比较即可判定其调节作用的有无或大小。这里，血内雌激素含量水平即是本实验的观察指标。实验中的指标是我们判断某些事实（如诊断某疾病、判定某反应或某些效应如镇痛、催眠、利尿、消炎等效应）监测某种变化、某一过程是否存在或发生，从而为我们判断、推理、提供依据的标志。所以指标又称“判据”。没有判据就无法进行判断比较，也就无法下结论。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

当我们确定了研究对象和处理因素后，确定一个或一组能够准确客观地反映实验效应的质和量，并能准确记录的观测指标，就成了实验设计的当务之急。有时一项研究的指标设计，本身就是一项科学性的创造劳动，常常是由于指标设计的突破，带来了研究的深入和突飞猛进。相反的，如果指标不合乎要求，它就很难如实反映研究对象的变化特征；有些指标可能根本测不出来，或者测出来记录不上，或测量误差太大，甚至出现假象。当然由此产生的结果就更不能用来说明问题了。

② 指标设计的基本原则

指标设计时首先必须保证指标的有效性，也即该指标必须要能够确切地如实反映出实验效应的客观变化（即效应的强弱大小和有无）。所以一项好的指标的选择必须符合以下几项条件：

合理性、正确性、特异性、重现性和客观性。

灵敏性、无偏性和技术上的可能性。

可转换性、能分级、可与其它指标配合。

对人体无害。

这里有必要说明一下，什么叫合理性？合理就是所用指标要合乎本专业、本学科的客观实际，指标与研究目标之间要有本质的联系，只有这样才能确切地反映处理因素引起的效应，说明所要研究的问题。例如有人用抗血凝为指标，筛选治疗冠状动脉血栓形成的药物，结果失败了。原因是抗血凝与本病的发生并无必然联系，真正能说明问题的指标，应是血栓形成的出现率。所以不能认为抗凝性强，能维持血液低凝集性的药，就是治疗本病的最佳药。这是由于指标不合理，造成的失败，当然也就谈不上正确性。所谓特异性和重现性是指标必须为所判定的事物所特有，而且又要为该事物所共有。例如用肥达氏反应来诊断伤寒，用甲胎球蛋白试验来判断肝癌，均有较高的特异性。而且这一结果可适用于所有的该种病人，并能重现出来。至于客观性，说的是指标应尽可能避免各种主观因素（凭主观感觉、主观印象、技术误差）的影响，例如用头痛、饥饿等病人主诉的主观感觉做指标，或由望、闻、问、切所得为指标者，就难免夹杂主观因素，很难客观衡量；但是心电图、脑电图、各项化验指标的客观性就要强得多。前者叫主观指标，后者叫客观指标。实验中应尽量用客观指标，少用主观指标，就是为了避免人的经验、感受、忍耐、技能等主观因素的差异。

指标的灵敏性是说对于研究目标的任何微小的变化波动均能准确反映出来。而且要精细、准确、不出误差。当然灵敏程度越高、技术要求也越高。在定指标时还要考虑到技术上能否办到，如果办不到，虽然灵敏也难以实现。至于可转换、能分级、可与其它指标配合，则是对于很多间接指标或联合指标的要求。例如：肌肉收缩力的大小可按程序转换成杠杆描记曲线上升幅度来表示，曲线高度与收缩力大小呈相应变化，这就是转换与分级。又如：热辐射烧灼某点引起疼痛反应中用照射时间的长短来衡量耐痛阈的高低就是可分级。再如用脑血流电阻来指示脑血流量的变化也是一种明显的转换和分级。所谓配合，则是因为单一指标不能定性、定量时，往往用多个指标，构成了为研究目标所特有的一组效应标志。例如临床上许多疾病的诊断指标，就是由流行病学史、典型症状、体征（物理检查）及实验室检查（如化验、病理、微生物）和其它特殊检查共同组成的。疗效评定指标也是这样。至于对人体无害则是对所有指标的共同要求。若能认真

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

遵循指标设计的上述原则，所选指标大体上就能合乎要求。其关键在于对本专业、本学科的熟悉和对本专题及其文献的全面了解。

③ 怎样进行指标设计

一般来说，实验指标的来源主要有两方面：即自创指标和利用现成的指标。

自创指标：根据专业理论知识和假说，结合证明假说在判断上的最大需要和技术可能，自创指标。这需要丰富的业务知识、经验和联想。

【例 1】 欲设计一个判断小白鼠体力强弱的指标。

首先从假设得知，经处理后小白鼠体力增强，那么应超过对照组。用什么来标志小白鼠体力的强弱呢？经验告诉我们，动物有求生的本能，如果将其置于水牢中，它们将用力攀住牢壁，不到精疲力尽，它是不会掉进水中的。所以体力强者后落水，弱者先落水，是绝无例外的。故可用其攀住牢壁时间长短做为衡量它们体力强弱的指标，是符合实际的。简单、合理、切实可行。

【例 2】 设计出一个衡量动物(小白鼠)饥饿程度的指标。

首先由假设得知，灌服"四君子汤"的小白鼠食欲和消化能力增强，那么它应较对照组饥饿得快。又由经验告诉我们，动物饥饿时也吃含苦味剂的饲料，但饥饿程度低时则否。所以动物吞食的饲料中含苦味剂(奎宁)的浓度越大，说明它饥饿程度越高。因此可将奎宁浓度预定成不同等级(分级)加入饲料中。用阻止动物进食的饲料中奎宁浓度级别，来显示动物饥饿程度，是符合实际的，也是基本可行的。

此外，用钳夹尾痛，电击牙髓末梢神经的刺激强度，或同等热源辐射兔、鼠以至引起痛反射的时间长短来标志耐痛阈的高低从而判断镇痛效应的强弱等等。均是根据专业知识、实验需要和研究经验中的已知条件设计出来的自创指标。

利用有关文献、论文、手册、专著中已被公认的定型指标，如呼吸、血压、血脂、黄疸指数、血糖等。又如实验性动脉粥样硬化是否发生及其严重程度是靠解剖动物后，主动脉上硬化斑的有无、多少和大小（总面积：横径×直径），来判定的；高血糖是测量空腹血糖的量作为判定标志的。但是在利用现成的公认指标时，一定要切合本专业本学科的实际情况，要照顾到现有的设备、技术可能和本人的专业特长，要符合统计学设计的要求（下节介绍）。而且要多用客观指标，少用或不用主观指标，多用定量指标，少用定性指标，尽量采用特异性高的指标，多用直接指标，少用间接指标。若单一指标不足以说明问题时，也可采用联合指标。也可以在前人指标的基础上加以改进和创新。

总之，一定要保证指标合理、有效、准确、真实，而且要能在实验中测得出、记录准确、靠得住、用得上(能用来证实或说明问题)。

④ 实验指标的种类

从指标的性质上，可将其分为两大类：

计数指标：只能反映效应变化在性质上的差别，而无数量等级之差异。例如：某反应中阴性反应多少、阳性反应多少，治愈多少例，死亡多少例，有效多少例(显效多少，好转多少)，无效多少例等等。

计量指标：能明确反映出效应变化在强弱、大小、快慢、多少等方面的数量等级特征。例如血压、脉搏快慢、血糖测定、血球计数等。

此外，按指标反映的特征可分为功能性指标(生理、生化、病理、药理及免疫学指标)和

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

形态学指标(解剖所见、组织形态学、病理解剖学变化等指标);按指标所属学科则分为生理指标、生化指标、生物物理、放射免疫学指标等;按其反映效应特征的方式可分为间接指标(间接反映效应变化特征:如血流电阻图,又如上述用饲料中奎宁浓度大小来衡量饥饿水平等)和直接指标(直接反映效应特征如血糖、血压、血色素、体重的测定等);再从指标来源又可分为客观指标(如心电图、血脂水平、肝功、肾功、X线检查等客观测试而得出的指标)和主观指标(如疼痛、疲劳、饥饿、腹胀等来自主观感受的指标)。前者客观性强,不受被测试者主观因素的影响,后者来自主观感觉易受机体敏感性,耐受性等差异的影响,所以客观性差。此外尚可按指标的特异性分为专一指标(专门针对某一事物如肥达氏反应,隐血试验等)和综合指标(反映多种事物特征的综合表现,如脑电图、心电图是反映许多细胞兴奋性活动的综合结果)。按指标结构可分为绝对指标(直接测得的绝对值,如均值和处理前后测得某效应物质浓度差的绝对值等)和相对指标(由相对值如百分率、死亡率、发病率和有效率等)。总之,究竟用何指标,主要取决于本人专业特点,并由课题需要和测量条件技术的可能性来决定的。

完成了上述的研究对象、处理因素和实验效应(指标)等三方面的设计,就基本上完成了专业理论设计的任务。但是要把理论设计中的有关环节变成现实,尚须通过技术设计来保证。

(2)专业技术设计

专业技术设计的任务就是尽可能应用现代科学技术的新成就来弥补实验中各个环节在技术、工艺和方法上的缺陷与不足,从而提高研究的质量水平和效率。例如怎样提高和改进观察、测量、记录的灵敏度和精确程度,消除各种主、客观因素的扰动和影响(技术误差、外界干扰等),以保证结果的准确性、客观性和可靠性,使假说得到正确的验证。另一方面新技术、新设备的出现,为研究提供了更为理想的观察、描记方法和实验条件的控制手段,使以前许多无法进行的研究工作具备了新的可能性。所以实验技术设备的改进和更新换代也属于技术设计的范畴。

1)实验技术设计的内容

① 根据专业理论设计对实验条件、处理技术和观测记录的控制要求选用改进或创制新的测试、记录工具和技术。

由于人类直接观察和控制事物的能力是十分有限的,而对于研究对象的某些指标变量和现象的变化根本觉察不到,必须借助科学仪器和各种特种技术。例如:人对超声、次超声及射线的感知能力均为零。必须通过探测仪或放射显影技术,才能把它们的踪迹显示出来;要比较治疗后某组织器官病理、须用病理方法取材、切片观察并用显微照像术;电子显微镜可分辨细胞亚微结构变化,但要同时掌握超薄切片技术;欲将微电极插入脑神经细胞须用脑定向仪和微电极推进器,欲控制环境温度可借助于空调设备等。这就要求我们对于什么实验用什么指标,用何处理因素,怎样准确进行,用什么器材设备和仪器,其技术性能(灵敏度、稳定性、精确度、可靠性)等有明确的了解和估计,并且要对仪器的工作条件、局限性和可能误差,以及操作和校准方法有全面的掌握。这样才能正确合理地选择实验仪器、技术工具和方法,以增强我们的分辨力、控制能力、扩大我们的感知范围,更好地满足实验对条件控制的要求,提高实验的精确度和严密性,把技术误差消除到最小限度。

但是由于实验的目的要求和水平不同,应根据实验本身的水平来选择仪器、工具和

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

方法。有时没有现成的配套装置，则需根据实验要求利用现有器材进行改装或配套组合成适应测试需要的新设备。在实验中创制工具和新技术，以提高研究质量的实例是很多的。例如：由放大镜——显微镜——电子显微镜，温度计——电子点温仪和远红外测温仪；高温、高压、真空环境的控制技术等。技术选择上的先进性，对于克服阻力、突破条件控制上的困难，对研究的推动作用是很大的。科研的重大突破和发现常是伴随在新的技术发明后而出现的。

② 实验操作技术和程序的制定与研究方法的创立

科研仪器是利用物理过程来测试指标——物理变量的工具。如压力、温度、流量、长度、角度、比重、密度、粘度、电磁量、辐射量等均是物理变量，可通过物理方法测得这些物理变量的数量等级。但还有许多指标不是物理变量，这就需要把各种换能器加上去使之转化为可以记量的物理变量才能进行测定。例如：溶液的 pH 值是化学变量，过去是用滴定法测量。既要滴定，又要计算，而且还有由操作者的技术、经验、试剂质量以及计算中近似值与尾数处理造成的误差影响，可谓费工、费时、费力、工序多、影响因素多、产生误差的机会多。当然所测得的结果的准确可靠性也相应低得多。但是在溶液中插入两个固定的玻璃电极，根据极间电动势与溶液 pH 成正比关系的原理，把 pH 值这一化学变量，转化为测极间电动势，这一物理变量，再通过校准成为仪表上的 pH 读数创制了酸度计，不但简化了测量操作程序和技术，提高了精确度、灵敏度，而且消除了造成误差的各种环节、因素，加快了速度。这就是技术设计在提高研究质量、水平和效率方面的巨大作用。又例如有些本身是物理变量，象肌肉收缩力、胃肠蠕动、胆囊收缩、膀胱舒缩活动中的力学变化，很难形象记录，但是利用换能器（如张力、压力传感器）把这些复杂的力学过程转变为电位变化、曲线，则可以形象、逼真地反映出它们活动时产生的张力，或内压变化与时间的准确关系，甚至极微小的变化有时也能反映出来，这又比过去采用的杠杆、纪纹鼓要灵敏、精确得多了。至于不能转化为物理变量的指标，则可用化学分析技术、生化分析技术、生物检测技术等相应的技术方法来完成。另外尚有动物实验技术、手术方法、模型复制方法的设计、以及微电极拉制和灌注技术的改进、治疗方案、检查程序的制度等都属于专业技术设计的范畴。这些内容一般是在设计处理因素和实验效应时同步考虑和设计的。只有在实验中遇到技术上的难题时，才有可能做为专门的设计问题被提出来。但是有经验的研究者从来都很重视技术设计，所以对实验细节中的技术问题总有首先考虑，并有提高改进和创新之处，从而把实验研究引向深入，推向前进的。

2）技术设计的方法和注意事项如下：

首先查阅文献，或索引如《医学索引》（美）、《生物学文摘》（英）、《化学文献》，以及期刊（生理学报、针灸杂志、中医杂志、中医文摘、中医研究通讯等）或手头现有的内刊（学位论文集等），看人家是否有现成的可利用、仿效、可通过改进、移植后能为我所用的仪器设备或技术。若有可能则首先采用或加以改造利用。这样可以少走弯路，而且节省了摸索试验的时间和人力、财力。

自己创新的实验技术和设备，也是很重要的。事实上在科研上的新突破或重大发现，都是由于创立了新的实验技术而成功的。例如巴甫洛夫在条件反射方面的研究成果，主要是实验技术和巧妙方法的有机结合。可见运用已有的知识，根据假说设计出所

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

需要的实验器具和技术方法，主要靠自己平时的业务知识和对有关学科技术资料的熟悉了解，再加上大胆创新。这在找不到现成的技术方法时显得尤为重要。

但应当注意：当一种观测指标可用不同技术测量时，要选最灵敏、最准确、误差最小的一种测量技术。例如：血清甲胎球蛋白测定法，以前用琼脂双向扩散法，但灵敏度小，含量太小则测不出，以至有 20%～30% 原发性肝癌患者以假“阴性”而漏诊。但改用对流免疫电泳法，缩短时间 12～24 倍，灵敏度提高 16 倍；若用同位素放射免疫测定法则灵敏度可再提高 500 倍，准确率达 94.7%。若条件允许，应首选后者。其次对于文献中的实验技术，应结合自己既往的实践经验，鉴别地吸收、改造和充实；切不可全盘照搬（否则可能照搬失灵），因为有些文献在方法技术上的某些经验、细节常常描述得很简略，必要时须通过预试或摸索清楚后才能应用。最后还应强调一点，先进技术是结果可靠的有利条件，但并非唯一条件，有时只要方法对头，设计严密，自创的“土设备”、“土技术”也能解决某些技术上的难关，做出好的实验结果，这也是不应忽视的。

6.2.3.4 实验误差及其控制方法

在实验中由于设计时对于生物的个体差异估计不足，或因抽样不当，分组不合理，实验条件控制不严等种种原因，致使实验结果出现误差，因而未能完全如实地反映出客观事物的本质规律。这种影响结果真实性的误差就叫实验误差。

针灸实验中的误差来源甚多，有人为的、有自然的。进行设计时必须充分估计到各种误差的可能影响，并设法予以有效的控制。现将最常见的，也是对结果影响最大的几种误差及其控制方法介绍如下：

（1）抽样误差（sampling error）

由于个体差异性的存在，我们抽取的样本总是和总体之间有一定的差异，样本与样本之间也存在差异。如果抽样时未能随机化，样本含量又过小，致使抽取的样本与总体之间差异太大，不能代表总体，而导致的误差叫抽样误差。控制的办法有：① 抽样随机化；② 样本要足够大；③ 受试对象标准化。尽管生物个体差异很难控制，但是对于种属、窝别、年龄、性别、体重等生理特性则应力求一致。如是可将抽样误差缩小到尽可能小的限度之内。

（2）非均匀性误差（hetrogeneity error）

是由于抽样不均匀发生的误差，它是抽样误差的另一种特殊形式。本误差的产生是设计时忽略了样本在质的方面对于总体应当有广泛性和代表性。例如：针灸治疗某病的疗效观察研究中，病程越长疗效越差，反之疗效越好。如果抽样时只抽最短病程和最长病程者来观察疗效，也许就看不出明显效果，这种抽样结果可能远远低于或高于对总体的疗效，不符合事实。其原因是样本对于总体没有代表性。如果单靠增大样本含量，而不注意样本的均匀性，则样本越大，结果显示出的偏差也越大。可见样本不均匀或太均匀都不符合总体的实际情况。控制的办法是采用分层法来降低非均匀性误差。其原理在于将性质相同的材料归成一组，因此一个样本就被分成了几个组（几个层次）。各层内部是较均匀的，各层之间可以是较不均匀的，如是便于估计层次间或层内的差异。用这种方法不但可以得到总的平均值，尚可获得各层的平均值，而且均与实际情况相符。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）分配误差（error of allocation）

是由于分组不合理造成的误差。例如针刺治疗某病本来有较好的疗效，但分组时恰好把病情轻、抵抗力强的年轻病人分到了对照组，而把病情危重，老弱者却分到了实验组，结果，显示的疗效与对照组很可能没有差异，甚至低于对照组。这当然与事实不符，然而这种误差的产生就在于分组时的错误造成了两组条件的不一致性。控制这一误差的最好办法是采用随机分配原则（具体方法以后介绍）。

（4）条件误差（conditional error）

是由于实验条件不同而引起的误差。因为科学实验中要比较各组的结果时，除了需要比较的因素外，其他条件也应相同（如时间、空间、气候、室温、季节、仪器、操作者及操作方法、营养状态等）。如果实验条件控制不严，上述的非处理因素的变动很可能作为偏因叠加在比较因素上，使结果出现较大的波动和偏差。控制的办法是：① 利用先进技术设备严格控制实验条件，力求保持一致；② 在实验组和对照组选定的处理因素之外，其它条件也要保持一致。

（5）顺序误差（sequence error）

由于实验处理程序安排不合理（始终按一个固定顺序进行，或后一程序受到前一处理程序的影响）而造成的误差。这种误差较隐蔽，常不易为人重视，但影响颇大。例如针刺甲、乙、丙三组病人，测某生化指标的变化。如果总是按 A、B、C 的顺序针刺，操作者的手法又总是由重到轻，其结果就难免出现偏差；另外还有适应性，条件反射，累积效应等很多偏因都可能隐蔽在不合理的顺序之中，形成误差。控制办法是处理顺序的随机化和交叉原则。例如甲、乙两组做同一针刺实验，先刺那一组后刺那一组，先刺（或后刺）那一组中的那一个个体，完全随机化。如果一个人担负不了两组，而由两人针刺时，二人不应固定在甲组或乙组，而应各取其半交叉进行操作，如是可抵消顺序不合理造成的偏差。

（6）过失误差和估计误差

凡是由于实验者的主观片面、粗心大意（如分组不当、主观地选择受试对象、对照与实验组条件不均衡、顺序颠倒、编号混淆、操作失误、漏记误记、计算错误）而造成的误差叫过失误差。这些错误易于发现，也易纠正，但却是常常出现。克服办法是必须培养每个实验者认真负责、一丝不苟的严谨的工作作风。至于估计误差则是研究者在对结果进行分析评价时由于心理或技术上的偏性所造成的。实验上也是一种过失。这些误差的控制主要靠研究者技术上的精良和实事求是的科学态度。绝不能掩盖事实、回避矛盾、自圆其说地把结果硬往自己期望的方向上拉。

（7）系统误差（systematic error）和偶然误差（accidental error）

系统误差是由于观测中某些未发现或未确定的微小因素造成的。例如仪器故障、操作者的习惯与偏性、受试对象总按第一标准顺序分配等等。以致于观测值不是分散在真值的两侧，而是一律（或大部分）较真值偏高或偏低，而形成一种带有方向性和系统性的恒定误差。这种误差很难发现，也不能用统计学方法估计。其控制方法，除注意抽样、分组的随机化和控制条件均衡外，还必须定期地经常校准仪器系统，加强实验因素的标准化和程序的科学编排。统一的记录格式、完整的记录资料也有助于减少系统误差。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

至于偶然误差则是由各种暂时无法控制的微小因素（如精神刺激、偶然的环境变动、音响、惊吓、遗传、个体反应差异等）引起的。表现在系统误差排除后，所得实验数据大小方向都有不等的差异和波动。即使同一测量者用同一仪器测量同一对象，多次测量也有差异。但是偶然误差服从于数理统计的规律，尤其是医学实验中的生物指标变量服从正态分布。这就可以通过求得极差、标准差和标准误，来估计偶然误差的存在和大小。

另外，在临床实验中还有病人的心理偏因造成的误差，将在以后讨论。

6.2.3.5 实验的统计学设计

应用数理统计学的基本原理和方法对实验内容的有关部分进行合乎逻辑的设计和安排，以便对结果进行相应的有效处理和分析。这就是实验的统计学设计。它的意义在于可以使我们用最少的实验次数和观察例数得出误差最小的结果和相对可信（其误差大小和可靠性能定量估计）的带有普遍性、必然性的结论。因而有利于提高研究的质量、水平和经济性，也有益于研究速度和效率的提高。例如某作者（Dare. 1958）研究二种抗组织胺药物在人体是否有相加作用。如果按一般设计，将需要作 640 个反应测定手续，耗 8500 个工作小时，这样的工作量在作者当时的条件下是难以完成的。但经设计成“9×9”的拉丁方后，仅作 81 次反应测定，用 1100 个工时就完成了全部工作，提高效率达 8 倍之多。由此可见统计学设计的重要性。但是要使统计学方法在医学实验及针灸经络研究中真正发挥作用，还必须在统计理论指导下，充分考虑到各种影响结果的可能条件及因素，经过周密设计，才能得到有效的结论。这里首先介绍几个有关针灸、经络和医学研究中常用的数理统计概念和实验统计学设计的基本原则，最后介绍几种常用的统计学设计方法，以满足一般性研究的需要。

（1）几个常用的数理统计学概念

① 样本与总体

总体（urivers population）与样本（sample）是统计学中的两个基本概念。在研究中所谓总体就是研究对象的全体，构成这个总体的每个元素称为个体，而从总体中抽取的某一部分个体称为样本。

实验研究总是在少数个体（样本）身上进行的，而结论却往往要推论到全体具有这种特性的个体（总体）。这就向统计学设计提出了这样一系列的严肃问题：在样本身上进行的实验能适用于总体么？怎样才能保证样本实验的结论对总体也完全适用呢？例如：我们要确定针灸对大叶性肺炎的疗效究竟如何。在研究时，不能把所有的大叶性肺炎病人（总体）都找来进行针灸处理，而是只能对一定数量的大叶性肺炎病人（样本）进行针灸治疗以观察其疗效。但是由此得出的结论能否推广到所有的大叶性肺炎病人身上呢？怎样才能保证做到这一点呢？只有一个办法，就是要使样本在质和量的方面必须足以代表总体。

首先说质的代表性。在实验设计中首先要规定总体，也就是研究对象的全体。总体范围一旦决定，样本即跟随总体而定。如有人明明是用雌性小白鼠（样本）做的实验，但是却要把实验结论用于雄性在内的所有小白鼠，结果失败了。这是因为它确定的总体是小白鼠全体，而样本只用雌鼠，当然不能代表总体。但是如果把结论规定为仅适应于

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

雌鼠，则是有可能成立的。因为这时总体是雌鼠全体，而样本在种系，性别上完全可以代表总体，所以由此得出的结论就有可能推广到所有雌鼠。又如上述临床实验中要研究针灸对大叶性肺炎的疗效，如果样本只选儿童，而欲推论及成人；或是由于诊断不明混进了一些病毒性肺炎；或支气管肺炎病人的话，它和大叶性肺炎病人这个总体已经不完全同质了，这个样本当然不能代表总体，由此样本得出的结论当然也就不可能适用于总体了。可见样本在质的方面必须代表总体，这是结论能推论于总体的前提。其次说量的代表性。因为实验要在一定数量的基础上进行的。如果样本在质量和数量上越接近于总体，它的代表性就越强。所以在同质的前提下，样本的含量（即样本包含受试个体的数量）越大，其代表性越强。在动物实验研究中通常把受试个体数大于 30 的样本称为大样本，不足 30 的称为小样本。一项研究，到底取多大的样本才能代表总体，也有一定的计算和估计方法，这是我们必须学会的。另外，由于每个个体之间存在差异，所以在抽取的样本与总体之间，以及样本与样本之间也必然会有这样那样的差异。这种由抽样而产生的差异叫抽样误差。这也使得由样本实验得出的结论和总体的真实情况仍有一定差距，克服的办法是设法减小抽样误差。这是统计学设计必须考虑的问题。

② 概率

在一定条件下，试验结果中必然出现的事件称为必然事件；试验结果中必然不出现的事件称为不可能事件。如“在一个大气压下水热至 100℃必然会沸腾，冷到 0℃必然会结冰”，“人长期脱离氧气必然不能生存”等都是必然事件；而“某人身高超过 4 米”是不可能事件。

在一定条件下，试验结果中可能出现，也可能不出现的事件，称为随机事件。例如：用显微镜查蛔虫患者的粪便，就可能出现阳性（+），也可能出现阴性（-），则出现阳性、出现阴性都是随机事件；又如：针刺治疗某病，结果可能痊愈，也可能好转，也可能无效，究竟会出现哪种情况，事先并不能肯定，完全是随机而定，此类事件属于随机事件。医学和针灸研究的基本上都是随机事件。

必然事件和不可能事件的出现与否具有必然性（确定性），而随机事件的出现与否具有偶然性（随机性）。

概率也叫机率，或然率。是表示某事件发生的可能性大小的统计学概念。通常用字母 P 来表示。一件必然会发生的事件，其发生的可能性为 100%，所以它的概率为 1（P=1）；不可能发生的事件，其发生的可能性为 0，所以它的概率为 0（P=0）；而随机事件的可能性则介于以上二者之间，也即任何随机事件的概率 P 值，均介于 0 到 1 之间，其 P 值愈接近 1，发生的可能性就愈大，愈接近于 0，则发生的可能性愈小。尽管随机事件的发生具有偶然性，其结果不能准确地进行预测，但是它的发生机率仍然有其客观规律。当试验重复次数增加时，实验结果就越来越趋于理论值了。例如，作投掷均匀硬币试验，投掷一次硬币事先很难准确知道投掷的结果是什么，但当大量投掷时就会发现，“出现字面”和“出现徽面”的可能性越来越接近 50%，也即 P=0.5。又如，妇女怀孕是男孩还是女孩，乍看起来，似乎很难预测，但从世界上一些国家多年观察的资料中，可以发现出生男孩的可能性稳定在 22/43 附近；而出生女孩的可能性稳定在 21/43附近。实验研究也是这样，表面看起来好象很难预测其结果，但是当重复的次数多了，就可以看出一种基本的趋势或倾向性。在实验设计和对结果的分析中，我们常常

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

是根据资料结果的 P 值来下结论的。例如 $P>0.05$，$P<0.01$，或 $0.05>P>0.01$ 等，分别显示了资料结果的可靠性和对假说的肯定或否定。其具体内容以后还要详细讨论。

③ 正态分布曲线

在医学和针灸实验中，作为观测指标的各种测量值，并非恒定不变，而是在一定范围内波动变化着。但是不管它们怎样波动变化，其数值大小分布基本遵循着一条规律，即正态分布规律。也就是说，每次测得的数值可能大小不一，但是它们都有一种向均值集中靠拢的趋势。例如测得某地区 1000 名 8 岁男性儿童的身高，再求出其身高平均值，立即就会发现，绝大多数的身高数值都集中在均值左右，太高或太矮的数值总是极少数的，而且离均值越远的出现的次数（频数）越少。这就使我们有可能在均值左、右一定范围内确定出该地区 8 岁男性儿童身高的正常范围。事实上针灸和医学实验中大多数测量资料，如体温、脉搏、血压、红细胞、白细胞计数、血红蛋白测定等生理指标的分布均服从正态分布规律。

另外还有，变异系数、标准差、标准误、显著性水平、自由度等概念，也是在分析资料时可能涉及到的统计学概念。

（2）实验统计学设计的基本原则

实验统计学设计必须遵循以下三条基本原则：

1）对照原则：

在任何实验中不管条件控制得怎样好，总免不了产生或多或少的偏因。这些偏因涉及的面很广，而且随着机遇波动变化，并且对实验效应发生着影响。例如人和动物绝对不可能找到两个条件完全相同的个体，他（它）们的健康素质、神经类型、反应状态等个体差异是我们无法控制的。至于治疗时的许多附加因素，也不同程度地叠加在处理因素上。这就使得我们对实验结果的分析、判断产生了困难。在我们现有的实验条件下，经处理后出现的效应，是否有偏因在其中发挥作用呢？如何估计偏因的作用，并设法将偏因减少或抵消到最小，从而把处理因素突出到最显著的地位呢？这就必须遵循对照原则。所谓对照就是在基本条件一致（齐同性）下的对比性（比较性）研究。对照（或比较）的双方除了处理因素不同外，凡是可能影响实验效应的其它因素（偏因），尽可能保持一致。这就把处理因素突出到最显著的地位，如果说比较双方有差异的话，只能是处理因素所造成的差异。因为各种偏因对双方造成的影响是相同的，已彼此抵消。例如：有两组高血压病人，性别、年龄、病程分期、分型和各项诊断指标均相同，在同一病房中，一组针刺治疗，一组不针刺，膳食、疗养、护理条件均相同，结果针刺组疗效较不针刺组高，这时我们应当承认针刺与否是大不相同的。休养、安静、环境等有影响的偏因，对于两组病人都在发生同样的影响，它们在对比双方是基本抵消了的。唯独针刺与否是引起结果差别的唯一因素。这就把处理与效应之间的必然联系，突出地显示出来了。所以在针灸、经络和医学研究中，要做到正确的鉴别，对照是必不可少的。

对照有多种形式，宜结合实验目的和内容适当选择：

① 空白对照：对照组不加任何处理。例如在同一实验室内相同的实验条件下，测定循经感传，对照组不加任何“处理”，实验组气功诱导入静后，同时测量，比较其感传率的差异。又如：两组感冒病人，一组针刺，对照组不处理，比较两组全部治愈的时

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

间。

② 实验对照：对照组施加部分实验因素。例如：针刺足三里观察其对胃肠运动的影响，但对照组只针非穴位对照点，或针列缺穴，观察效应差异，这就突出了穴位和非穴位，以及穴位与穴位之间的差异。因为针刺的痛觉，捻针的影响等因素在对比双方均已抵消。

③ 标准对照：不设对照组，但用标准值或正常值做对照。如正常脉搏为 72 次/分，处理后，与这一正常值比较，以判断有无变化。预试、初测可做粗略估计，但不能排除其它偏因、机遇的影响，现在的实验研究已不采用标准对照。

④ 自身对照：对照与实验在同一受试对象进行。例如：用药前后的对比，针刺前后某指标的对比，在同一个体观察针不同穴位（或不同手法）时某效应的对比等。

⑤ 相互对照（也有称团体比较）：不设对照组，而是几个实验组互相对照比较。例如：几组穴位处方治疗同一疾病，比较它们的疗效差异以定优劣，即属此类。

但是必须指出：如果对照设置不合理，不但造成财力、物力和人力的浪费，而且会因为可比性较差（例如历史对照）或对照重叠、不足、多余等情况给实验造成混乱，甚至引出片面的不正确的结论。所以在设立对照时，除了少一个实验处理因素外，其它条件必须与实验组基本一致。这种一致性越好，就越能显示出处理因素的作用，从而减少和抵消各种偏因（可能产生影响的各种非处理因素）对结果的影响。这就是对照的均衡原则，而且统计分析的结果表明，当对照组和实验组的例数相同时，效率最高，两组间的差异最显著，而且也有利于计算。这也是设立对照时应当注意的。

2）随机化原则

虽然我们通过对照原则，突出了处理因素，减少或抵消了各种偏因的影响，但是却不能避免某些人为的误差。例如：在分组时，对照组多为营养状态好，抵抗力强的，实验组的个体中又以抵抗力弱者为多，尽管处理因素是有效的，但是和对照组相比其效应很可能较实际效果低，更重要的是实验中，我们根本不可能使比较双方在各种条件上做到完全一致和绝对的均衡，因为有很多无法估计的因素是由机遇（机会）造成的（如上述的分组造成的误差）。要使对比双方在实验的每个步骤和细节均能尽量趋于一致或均衡的手段就是随机化（randomisation）。随机化的含义有两个方面：①抽样随机化，即抽取样本时要保证每个个体都有被抽取的同等机会（同样的可能性）；而现在抽得的样本中的个体，是由于机会决定的，而且实验中凡可能影响结果的一切顺序因素对各组来说也是机会均等的，谁先谁后完全由机会而定。只有这样才能避免由于相会不均等而造成的偏差。从而保证样本在质的方面足以代表总体，并保证各组在接受处理及各种偏因影响在机会上的一致性。

随机化的方法很多，如抓阄、摸球、抽签等方法均可使用。便如用 40 只雌雄各半、年龄大致相等的白鼠分成四个组。可将其按体重大小顺序排列，雄编为 1～20 号，雌编为 21～40 号，然后将等量的四种彩球（红、黄、蓝、白）表示甲、乙、丙、丁放入口袋混合好，每次摸出一个，用后放回混匀再摸。若第一次摸出为红球，表示甲，则 1 号鼠分到甲组，每二次摸到白球属丁，则 2 号鼠到丁组，第三次又摸出红球，因红球已分过，可不再放入袋中，重新摸取，若第四次摸出蓝球则 3 号鼠到丙组；前三组已各分到一只，剩下的乙组自然就取 4 号鼠；再进行第二轮 5～8 号，……，直到分完。这样哪

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

只鼠到哪一组的可能性都完全一样，机会也均等，至于分到这一组完全是随机会而定的。如果样本较大尤其要注意随机分组或抽样。这时可用随机数表和随机化分组表。

① 随机数表的用法

实验中常用随机数表进行随机化，其优点是适应面广，既方便又能使随机多样化。各随机数表均互相独立，全部数字无论纵行、横行、斜行等各种顺序均呈随机状态，故使用时可从任何一处开始。现介绍几种常用的方法。

单纯对照分组：

如欲将受试对象一半用甲处理，一半用乙处理。可先依体重将其编号（如将 12 只白鼠分成实验组和对照组），为 1、2、3、……12。然后在随机数字表中任取一个数字，由此向上（或向下、向左、向右）数够 12 个数。至于哪一行、哪一个数、向哪个方面数，要随机决定。依次将查到的随机数字标于编号下，若以单数为甲组，双数为乙组则可得到如下结果：（“0”为双数）。

受试对象编号：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
随机数表：	1	3	4	0	3	3	2	0	3	8	2	6
组　　别：	甲	甲	乙	乙	甲	甲	乙	乙	甲	乙	乙	乙

所以编号为 1、2、5、6、9 的五个受试对象分为甲组，其余为乙组。今欲使两组数目相等，应从乙组的七个中分出一个到甲组去，分哪一个去也要随机决定。可顺原数字数下去，找 1～7 这七个数（因有 7 个待分对象），哪个数先出现就把哪个分过去。下个数是 1，则将编号为 1 的对象分过去，但这个受试对象本身就在甲组，所以应再向右数为 3，即可将编号 3 的对象分到甲组。于是两组数目相等了。

或分配受试对象到甲、乙、丙三个组，可以预定编号下的随机数为 1、2、3 者归甲组，4、5、6 者归乙组，7、8、9 者归丙组，其余数字舍去不用。查随机数字表，※依次把得到的预定的“1～9”的数字填在编号下即成为（其中“0”数舍去）。

受试对象编号：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
随机数定：	5	4	4	9	1	7	4	6	9	6	2	9
组　　别：	乙	乙	乙	丙	甲	丙	乙	乙	丙	乙	甲	丙

可再用前述办法，把乙组的个体分 2 个到甲组，1 个到丙组。

若欲将 12 个受试对象，随机分到甲、乙、丙三个组，每组 4 个，亦可用以下方法：按体重编号后，再做组别编号：

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
再分组别：	甲	甲	甲	甲	乙	乙	乙	乙	丙	丙	丙	丙

查组别编号在随机数表上

出现的顺序：11　5　9　6　12　8　1　2　10　3　4　7

按处理编号在表上出现的先后排出来。因只有 12 个对象，所以凡遇 0 或大于 12 的数字均舍去不用，如下所示：

07　45　32　14　08　32　98　94　07　72　93　85　79　10……

1　(舍)(舍)(舍)2(舍　　去)3……

随机数表中本例最先出现的是 07，为第 1，所以 1 号对象归乙组；第 2 次出现的是 08，为第 2，所以 2 号受试对象就编入乙组；第 3 次出现的是 10，在丙组编号内，所以

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

第 3 号受试对象就编入丙组。这样一直数下去，舍去重复，直到 12 个组别编号都依次按顺序出现，结果得：

5、6、9、11 号受试对象编为甲组；

1、2、8、12 号受试对象编为乙组；

3、4、7、10 号受试对象编为丙组。

在大量抽样时，使用表的范围也要相应扩大，例如要在 6780 个住院病人中，抽 10％的病例进行统计分析。怎样保证抽样是随机化的呢？方法是先将病人编成 1～6780 号。从其中抽取 678 例（10％），抽的方法是从随机表中任何一点向下数起（要随机定），但每个数字要用表中两列才能组成一个四位数，遇到 0000，或大于 6780，或重复出现的均舍去。现取表 2-1 中的 5 行，16、17 两列向下数依次是：0618、2176、1286、1551、0676、2014、……，查够 678 个数，即将这 6780 个病例中，编号为 0618、2176，……，等 678 个病例做为抽样。

以上随机数字表的使用，可以帮助我们解决受试对象的分配随机化问题，也可以用来解决若干个处理程序的先后顺序排列问题。总之在使用时要根据实际情况灵活运用。

② 随机化分组表的使用方法

随机化分组表可以简便地将患者、动物或样品随机分配到实验所要求的各组中去，也可对处理因素进行随机排列，但不适用于随机抽样的研究。

随机化分组表是由 6 个表组成，表中 u 是每行或列中奇偶数的游程总数，u 大表示奇偶数分布均匀，r_s 是每行或每列数字与顺序的等级相关系数（spearman 法），r_s 小表示数字排列随机化程度高。以下举几个例子来说明它的使用方法：

【例 1】 试将 10 个受试对象随机分入甲、乙两组。方法：编号：01～10

受试者编号：	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
随机数字：	5	8	4	2	7	3	6	1	0	9
确定组数：	甲	乙	乙	乙	甲	甲	乙	甲	乙	甲

【例 2】 将 16 个受试对象随机分两组。

方法：将受试对象编号：1～16

受试对象编号：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
随机数字：	04	03	15	13	10	12	09	16	05	02	06	11	08	07	01	14
组别：	乙	甲	甲	甲	乙	乙	甲	乙	甲	乙	乙	甲	乙	甲	甲	乙

【例 3】 将 24 个受试对象随机分入甲、乙、丙三组

方法：将它们依次编号：1～24

受试对象编号：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
随机数字：	08	21	12	10	19	06	17	03	14	13	04	07
组别：	甲	丙	乙	乙	丙	甲	丙	甲	乙	乙	甲	甲
受试对象编号：	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
随机数字：	23	24	11	01	16	20	02	05	22	15	18	09
组别：	丙	丙	乙	甲	乙	丙	甲	甲	丙	乙	丙	乙

【例 4】 配对设计分组。欲将 10 对（20 个）受试对象分入甲乙两组。

方法：10 对，对象编号：1～10，将随机数字依次标于编号的对子下，并规定：双

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

数为乙、甲顺序，单数为甲、乙顺序，结果如下所示：

对子编号：1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

随机数字：4 1 3 8 2 9 5 0 7 6

第一个受试对象

组　　别：乙 甲 甲 乙 乙 甲 甲 乙 甲 乙

第二个受试对象

组　　别：甲 乙 乙 甲 甲 乙 乙 甲 乙 甲

【例 5】 配伍设计分组。欲将 32 个受试对象分入四个处理组。每 4 个受试对象为一个单位组，即 8 个单位组。其随机化分配如下：

方法：先将 32 个受试对象编成 8 个单位组，即 1～4 号为第一单位组，5～8 号为第二单位组，……29～32 号为第 8 个单位组。查表※取 1～4 个数，舍去其余数，依次标在第一单位组各受试编号下，再从第 2 行取 1～4 个数。余类推。在 8 个单位组受试编号下的随机数字均标完后，其随机化分组也全部完成。如下所示：

受试对象编号：1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

随机数字：3 2 4 1 2 1 3 4 4 2 3 1 1 4 3 2

处理组别：③ ② ④ ① ② ① ③ ④ ④ ② ③ ① ① ④ ③ ②

受试对象编号：17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

随机数字：4 1 2 3 2 3 1 4 1 3 4 2 1 3 2 4

处理组别：④ ① ② ③ ② ③ ① ④ ① ③ ④ ② ① ③ ② ④

8 个单位组别各处理组：

第 1 处理组为：4 6 12 13 18 23 25 29

第 2 处理组为：2 5 10 16 19 21 28 31

第 3 处理组为：1 7 11 15 20 22 26 30

第 4 处理组为：3 8 9 14 17 24 27 32

单位组号数：分别是：1 2 3 4 5 6 7 8

【例 6】 试将 A、B、C、D、E、F、G 7 个处理因素随机排列。

方法：先将 7 个处理因素按某一标志排列，如 A、B、C、……G，查随机数字表※，依次写在各因素下（因只有 7 种因素，所以舍去 0 与大于 7 的数字不用）结果得：

处理因素编号：A B C D E F G

随机数字：5 7 4 1 2 6 3

所以处理顺序的随机程序是：D、E、G、C、A、F、B。

③ 重复原则

用对照原则可以排除偶然的成功，随机抽取样本可以在很大程度上抵消各种偏因所造成的偏性，但是仍不能全部消除它的影响。要靠重复原则来解决这个矛盾。一般来说，样本所含的数目越大或重复的次数越多，就越能反映机遇变异的客观真实情况。但是无限增大样本或实验重复次数是不经济、不科学的，而且也是不可能的。所以常用增强实验条件控制和实验敏感度的办法来提高实验结果的可靠性和可重复性，使样本数目减到最小限度。

从统计学的原理来看，我们还可以根据经验或预备实验以及仪器设备的精密度和实

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

验中对非处理因素的控制程度，或实验者对结果的要求程度来估计样本的大小，以保证它的重复性。一般的估计是：如果预试表明实验组与对照组的组间效应差异是大的，样本含量（和重复次数）即可小些；反之样本含量要相应加大。如果实验者预先规定实验组与对照组间差值显著性的最小相差数，而且误差控制也较好，那么计量资料的样本可以小些，设计均衡者 10－20 例即可；但计数资料样本要大得多，即使误差控制很好，也需 30－100 例左右。现介绍几种估计样本大小的方法：

作抽样均数时样本含量的估计

公式：$$n=\left(\frac{u_\alpha\cdot\sigma}{\delta}\right)^2$$

其中：n 为所需样本含量；u_α 为正态分布累积概率 $\alpha/2$ 时的 u 值（$u_{0.05}=1.96$，$u_{0.01}=2.58$）；α 为标准差；δ 为允许误差，一般取总体均数（$1-\alpha$）可信限范围的一半。

【例】：欲知某地区成人白细胞正常值，要做一次抽样调查，需调查多少人？

实验要求 $u_\alpha=u_{0.05}=1.96$……可以由研究者预定

$\sigma=800$ 个/立方毫米……可以由仪器精密度和经验预定

$\delta=50$ 个/立方毫米……可由仪器、经验和预测预定

$$\therefore\quad n=\left(\frac{1.96\times800}{50}\right)^2=983\text{（人）}$$

这种抽样调查样本含量还可用查表法查得：本例 $\alpha=0.05$，而 $\frac{\sigma}{\delta}=\frac{800}{50}=16$，查表（见统计学）得 n＝994，可见两种方法是很接近的。

作抽样率时样本含量的估计

公式：$$n=\left(\frac{u_\alpha}{\delta}\right)^2P\ (1-P)$$

※P 为可能出现的样本率中最接近 50％的值，其它符号同前。

【例】：欲调查某小学学生蛔虫感染率，需调查多少学生？

调查要求：$\alpha=0.05$　$\therefore u_\alpha=u_{0.05}=1.96$，$\delta=0.03$，$P=50\%=0.5$

$$\therefore\quad n=\left(\frac{1.96}{0.03}\right)^2 0.5\ (1-0.5)=1067$$

用查表法：当 $\delta=0.03$，$P=0.50$，$\alpha=0.05$ 时查表 2-10，$n=1067$

两个样本均数作显著性检验时所需样本含量的估计：

公式：$$n_1=n_2=\left[\frac{(t_2\alpha+t_2\beta)}{\delta}\cdot s\right]^2\cdots\cdots\text{（单侧）}$$

公式：$$n_1=n_2=\left[\frac{(1\alpha+t_2\beta)}{\delta}\cdot s\right]^2\cdots\cdots\text{（双侧）}$$

※n_1、n_2 分别为两个样本的含量；1α、$t_2\alpha$、$t_2\beta$ 为 α，2α、2β 显著水平对应的 t 值，δ 为两个均数之差。S 为标准差。

【例】：在冠状静脉窦的血流量测定中，A 组穴位电针后平均流量增加 1.8ml/分，B 组穴位电针后平均流量增加 2.4ml/分（预试得知）。设两种处理的标准差相等为 1.0ml/分，$\alpha=0.05$，$\beta=0.10$，若两组疗效差别显著时需多少只动物？

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

这时应用双侧检验公式：得出：

$n_1 = n_2 = 2\left[\frac{(t_{0.05} + t_{0.20}) \times 1.0}{2.4 - 1.8}\right]^2$ 先以自由度 00 时的 $t_{0.05}$，$t_{0.20}$尝试：

$$\because \quad t_{0.05} = 1.96,\ t_{0.20} = 1.282$$

$$\therefore \quad n_1 = n_2 = 2\left[\frac{(1.96 + 1.282) \times 1.0}{0.6}\right] = 58$$

再以自由度为 $2 \times 58 \quad 2 = 114$ 时，$t_{0.05} = 1.980$，$t_{0.20} = 1.289$，尝试得：

$$\therefore \quad n_1 = n_2 = 2\left[\frac{(1.980 + 1.289) \times 1.0}{0.6}\right] = 59$$

两次结果颇近似，如相差过大时可再尝试，若再用查表法，当本例 $\alpha = 0.05$，$\beta = 0.10$，$\frac{\delta}{S} = \frac{0.6}{1.0} = 0.60$ 时，按双侧检验，查表 2-12，得 $n = 60$。

两个样本率作显著性检验时所需样本含量的估计

公式：$$n_1 = n_2 = 1641.6\left(\frac{u_2\alpha + u_2\beta}{\mathrm{Sin}^{-1}P1 - \mathrm{Sin}^{-1}P2}\right)^2 \cdots\cdots \text{（单侧）}$$

公式：$$n_1 = n_2 = 1641.6\left(\frac{u\alpha + u_2\beta}{\mathrm{Sin}^{-1}P1 - \mathrm{Sin}^{-1}P2}\right)^2 \cdots\cdots \text{（双侧）}$$

【例】：拟比较两医院针麻中疼痛用药率之高低，已有估计资料表明，A 院为 10%，B 院为 30%，若 $\alpha = 0.05$，$\beta = 0.10$ 时，应调查多少人，才能知道 B 院是否高于 A 院？

$P_1 = 0.10$，$P_2 = 0.30$，作单侧检验。

$\alpha = 0.05 \quad u_{2\alpha} = u_{0.10} = 1.645$，$\beta = 0.10$，$u_{2\beta} = 1.282$，代入公式得

公式：$n_1 = n_2 = 1641.6\left[\frac{1.645 + 1.282}{\mathrm{Sin}^{-1}0.10 - \mathrm{Sin}^{-1}0.30}\right]^2 = 1641.6\left[\frac{1.645 + 1.282}{18.43 - 33.21)}\right]^2$

查表 2-13，$\alpha = 0.05$，$\beta = 0.10$，$P_1 = 0.10$，$\delta_2 P_2 - P_1 = 0.30 - 0.10 = 0.20$ 时，$n = 64$。两种结果相同。

总之，估计样本大小，必须在实验者对误差控制和结果要求都已经有一个基本估计的情况下，才能根据预试经验或可能的条件和精确程度上，计算出样本的含量。有时可直接利用查表法。

3）针灸研究中常用的几种设计方法

① 单组比较设计

单组比较设计是在同一个体上进行实验，又称自身对照，又由于每个受试者的因素是相互交叉的，所以又称交叉设计。主要有以下三种形式：

第一：对每个观察单位进行两次观察，第一次观察不处理时的指标，第二次观察给予处理后的指标，将两次结果的差值作为实验结果。用 t 检验处理分析结果。例：针合谷、足三里对高血压的降压作用，可按规定确定一批高血压患者（据诊断标准），分别测量每个患者治疗前和治疗后的血压值，两次血压差值即实验效应。再求出其差值平均差进行统计学处理（详后），即可能用于两种以上的处理因素的比较分析。

※ 以上涉及数表均见统计学有关部分。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

第二：通过第一次处理 A，第二次处理 B，也以两次观察结果的差值作为实验结果，用显著性检验判断差异。例：对同一个体先针足三里，第二次针非穴位对照点（或事先拟定的穴位）观察两次处理后同一时间的胃蠕动强弱和每分钟胃酸分泌的滴数。然后将一组样本进行显著性检验分析。这样的设计对每个样本个体来说基本条件齐同性较好。但要求两种处理没有持久性效果，而且两种因素能很快区分开。如果处理因素有持续作用时，可能会叠加在第二次处理之上，影响结果（如药物蓄积效应或排泄缓慢等）则不宜采用。

第三：将受试者随机分两组，第一组给 A 处理，第二组给 B 处理，经过适当时间后测结果；然后第一组给 B 处理，第二组给 A 处理，经过适当时间后再测结果，进行统计处理。这样可以排除处理程序不同造成的误差。

② 组间比较设计

本设计用于直接进行两组或多组的比较。设计时应注意实验组与对照组必须遵守均衡原则，而且两组样本含量大小必须一致。但由于其处理因素单一，不适用于多因素设计。由于此设计对比鲜明、简便，所以运用仍很广泛。方法是将动物随机分成两组（实验组、对照组）或多组（A、B、C、……组及空白对照组），结果用 F 检验进行分析。

③ 配对设计

将受试动物年龄、性别、体重、窝别相同（或相近）者配成对子，每对中一个是实验组，一个是对照，例如选 20 对时，则有 20 只是“实验”，20 只是“对照”。其优点是两组的受试条件比较均衡，最后的结果用 t 值配对比较的显著性检验进行判定。这种方法多用于动物实验。因为要得到大批各种情况基本相同的病人是困难的。但是近期内遇到两个相似的病例则是可能的；可以把他们配成对子，给予两种处理；当对子积累至一定数量，即可进行比较分析。配对时要注意年龄、性别、病程及其它有关指标等层次方面的一致性。例如：老年与儿童配为一个对子就不合理。

④ 配伍设计（随机区组设计）

这是一种多组比较的设计方法，实际上是配对比较的扩大。区别在于它不是将动物配对，而是根据受试动物的特点先将其分为若干个区组（区组的数目不限），每个区组中的实验例数应与处理数目相等，如有四种处理方法，则各区组中的实验例数（区数）均为四例（区）。对区组内各例的处理顺序须随机分配。（具体方法见前节【例 5】配伍设计分组）。结果资料用方差分析处理。例如要筛选退热效应最佳的腧穴，已知：合谷、少商放血，曲池、大椎有退热效应，分别用 A、B、C、D 来代表这四种处理，用条件近似的发热病人（或动物模型）作为一个区组，每组四人（或四个动物）；象这样可以分出若干个区组（数目不限），再把各区组中的个体随机分配到各种处理组中去。这样每个区组中的四个受试对象恰好各接受一种处理（即针一个穴位），至于谁接受何种处理（针何穴位）完全是随机安排的，这就避免了顺序误差。最后将各个区组中接受相同处理的个体的实验结果相加并求其均数，此即本实验中该处理（穴位）降温效果的指标，比较其差异，即可得出本实验条件下的退热效应的最佳穴位（处理）。

⑤ 拉丁方设计

这是一种多因素的设计方法，其优点是可以得到比随机区组设计更多项目，且均衡，因而误差更小，效率更高。设计是用拉丁字母所组成的正方形排列来表示，故名拉丁方设

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

计。要求是在同一列与同一行的字母内没有一个重复的字母。具体设计步骤如下：

首先以拉丁字母代表处理种类。如有四种处理，则每种处理分别随机以 A、B、C、D 表示之，于是可构成一个 4×4 的拉丁方如下：

A B C D　※(排法先随机安排第一排，第二排改为第二个字母开头，第三排由第三个字母开头，检查各行各列均无重复即成)。

B C D A

C D A B

D A B C

表 6-1　4×4 正交拉丁方分组表

实验日期	受试对象			
	甲	乙	丙	丁
1	A	B	C	D
2	B	C	D	A
3	C	D	A	B
4	D	A	B	C

再对四个受试对象在四天内分别施以方阵排列的处理，其分配如下：

以上安排表明：对甲、乙、丙、丁四个（或四组）受试对象的处理程序为：第一天：甲做 A 处理，乙做 B 处理，丙做 C 处理，丁做 D 处理；第二天：甲做 B 处理，乙做 C 处理，丙做 D 处理，丁做 A 处理；……。所得实验结果可用方差分析进行统计学分析，以对四种处理的优劣进行判断。如果处理因素更多，或多水平者，尚可用 5×5，6×6……9×9 拉丁方等进行设计。有时为了更好的随机化，可将拉丁方的 1，4 两列对调位置或 2，3 两列对调位置，这样变形后各行各列仍无重复字母。这就是拉丁方的随机变形，设计时可参考使用。

除上述的设计方法外，尚有正交设计、析因设计、序贯设计等方法，必要时可参阅有关专著，这里就不再介绍了。

(3) 实验设计的基本步骤

利用专业理论知识和技术手段确定实验的研究对象，处理因素和实验效应，利用各种新的技术设备加强实验条件的控制以及处理施加和观测记录的准确性，以求将各种误差减小到最小；最后利用统计学的原理方法，对受试样本及其分组和处理程序进行最合理、最有利的安排和设计。这便是实验设计的全部内容。这项设计的完成通常均由以下几个步骤所构成：

1) 初步设计

在选定题目和查阅文献的过程中，一般都已根据假说对于将要采用的实验手段、方法、受试对象、处理因素、实验效应（指标）及相应的技术设备等作出了初步的构思和设想，这就是初步设计。也是未来实验的初步轮廓和雏型。但是这种初步设想是否可行，其中许多具体的细节如样本多少、条件控制、如何分组、处理程序安排等方面，往往需要通过预试、摸索才能确定。

2) 预初实验

是正式实验之前进行的小规模的试探性实验，其目的在于对上述初步设计进行检验，以判断其可行性，并为正式实验提供资料，例如：摸索出处理因素的适宜强度，初步了解效应的强弱大小、样本大小、条件控制、可能出现的误差及控制措施、仪器设备的运转是否稳定、准确、还有哪些问题需要解决等等。只有对上述各细节问题都已解决，才能进行正式设计。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

3）正式设计和实验

根据预试提供的资料，结合研究者的经验正式规定：

① 受试对象的规格要求（标准化）和样本含量分组及其处理程序。

② 处理因素的质量和施加方法的标准化。

③ 指标的标准化和观测、记录技术标准的定型。

④ 实验条件及各种误差的控制措施。

⑤ 根据以上规定设计出正式实验的实施方案和进程安排，以指导实验工作的顺利进行。

一般正式方案在设计时要谨慎严密，正式实验开始后，不宜中途随意变更各项规定，以免造成混乱。当然确实发现有问题、或漏洞，必须纠正解决后才能继续实验的情况，还是应当及时纠正的，不过这毕竟是极少数。正式实验后，有时尚须作补充设计和实验，以充实或说明有关问题。

（4）临床实验设计

针灸临床实验是总结经验、推广技术、开拓针灸临床应用领域的重要手段之一。虽然针灸临床实验也遵循实验设计中的基本方法和原则，但是也有它自身的特点。以下对它的几个主要特点加以说明。

① 病例选择

临床实验的受试对象标准化，首先要制订诊断标准，而且对病型分期、病情轻重缓急等判定标准也应明确规定。凡符合上述标准者方可为受试对象，否则不应选为受试对象。若不能排除该病例是否已患有另一种影响研究结果的疾病时，也不应选为受试对象。虽合标准，但已接受其它治疗者，也应排除。必须指出诊断标准最好以国家颁布的标准，要有体征、化验或其他客观检查结果等客观指标（四诊所见辨证分型只做参考）。如果已知某些因素对疗效有影响时，尚应对该因素（如年龄、性别、职业、病程）的选定范围加以明确规定。

② 临床实验的对照问题

临床实验一般不设无处理对照，而是以一般常规疗法或现有最佳疗法来作为对照的处理因素。例如对比针灸疗法和西药治疗对高血压病的疗效。但对于病情轻、无任何危险的病（感冒、近视、慢性关节炎等）也可设立无处理对照。对照的建立要注意可比性。虽然临床研究的实验组与对照组间的一致性较难保证，但仍应尽量在年龄、性别、病情、病型、病程及其它影响观察指标的主要因素上保持一致性。通常采用配对或配伍的方法，再按随机分组等措施来保证两组间的均衡性。

③ 治疗方法的选择和实验偏因的控制

研究者必须在多种治疗方案（配穴、组方、刺激手法、时间疗程）中，选择一个或几个认为有效的方案作为处理因素进行研究比较。必须结合临床经验或已有资料，严格制定出治疗方案，一经确定后，就要严格遵守（标准化）。如果有几种有效方案供选择的话，首先要选择疗效最佳、出现最坏结果的可能性（意外、事故、治疗失败）最小的治疗方案，作为实验的处理因素。

但是病人对治疗的反应除治疗因素（处理）外，还有病人的心理、经济、社会等各方面的因素，都在对病人发生影响，称之为偏因。它们可能使症状改善，也可使之恶化

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

或出现副作用，如疼痛、睡眠、食欲、血压等非特异性反应，尤其易受偏因的影响。又由于偏因来源很不一致，例如病人的心理状态可以来源于病人本身，及探视者，也可以来源于研究人员及周围工作人员，甚至研究人员主观上的成见、偏性，对治疗结果的判断也能发生影响。临床上多采用双盲法（double-blind method）和安慰剂（Placebo）来减少偏因的影响。前者是指在实验结束前，病人与执行医生都不知道谁在实验组或对照组，从而避免来自病人和医生两方面的偏见；后者是指运用并无药理作用或治疗效应，受试者不能觉察它与处理手段（药物剂、处置）之区别而坚信不移的药物或处理手段进行实验，这样可以使对照病人避免产生不同于实验组病人的心理。成功的关键是保密、慎重。

④ 临床实验结果的评价

临床评价是以治疗方法（方案）或技术的选择，治疗结果的判定和治疗指标的出现概率为基础的。所以首先必须制定出疗效评定指标（包括症状、体征、物理诊断、实验室诊断或其他特种检查的客观指标）。一般近期疗效可分为痊愈、显效、有效（或好转）、无效四个级别，有时也把治疗后不但无效反而恶化的也算一级为恶化。对于每一级都必须有明确的指标规定。然后根据指标对各级人数进行统计，求出总有效率、痊愈率，并同对照组进行显著性检验作出判断，比较优劣。

对有些疾病，尚需设计随访计划定期随访，以确定有无复发及总复发率的高低，从而判定疗效是否巩固、稳定。

6.2.4 预试、观察、记录及其他

6.2.4.1 预试（Preliminary experiment）

预试就是预初试验，这是在准备工作就绪后，正式实验（或正式设计）开始前进行的一些预测性、试探性的小型试验。其作用意义在于：

① 检验假说及专业设计是否正确合理，预测研究成功把握大小。

② 检查实验条件控制是否严密，仪器系统工作运转是否正常，能否满足实验要求，工作人员技术是否熟练，并对可能出现的偏差做出估计、分析，订出控制措施。

③ 发现观测指标个体变异的大小，从而对样本大小、分组及程序安排等作出合理的统计学设计。

④ 预试中可能提供新的现象和思考问题。

总之预试可以增强预见性、减少盲目性，可以少走弯路、减少浪费，保证研究工作顺利进行。所以对预试要象正式实验一样严肃认真地观察、记录，并对得到的资料进行认真分析，才能发现和及时纠正各种偏差，以保证研究工作的完满成功。如果已有充分的文献资料和足够的经验和把握，有时也可直接按正式设计进行实验。

6.2.4.2 观察（observation）

观察是实验中发现问题，获得有效信息的重要手段。自然科学研究中，许多重大的发现和发明，都是从敏锐地观察、追踪和剖析各种偶然现象而得出的。所以观察是人类认识客观规律的起点。针灸实验也不例外，必须在严格的实验条件下，凭借自己的专业

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

知识和经验技术，利用仪器设备发现效应的有无，分辨效应的强弱，并准确地进行记录成原始资料。这里应注意以下几点：

① 目的明确，不带偏见，对于实验效应指标有明确的了解，清楚在实验中应当观察什么？怎样观察？如何判定？并且要对观察到的效应的含义和可能的偏差有清醒的估计。

② 观察方法对头：必须掌握正确的观察技术和仪器使用方法，避免技术差误。

③ 观察的时机要合理：首先是观察时间的一致性，即各受试个体的观察时间要保持组间一致。如针刺治疗高血压的研究中，实验组是上午 9 点测血压，对照组是下午 6 点测血压，就不合理，因为血压在一天中的波动是上午低下午高。所以两组必须在同一时间测量。而且是每天都在同一时间测量。今天上午测，明天下午测，就不合理。其次是注意观察时间的精确性，例如观察血中雌激素的水平，同一个体和不同个体在采血测量时，应放在波动周期的同一时机（如排卵后的第三天），否则血中雌激素水平本身的波动将给结果带来偏差。再次是观察时间间隔要相等，时机选择要合理。这一点对于间断性观察尤其重要，如果错过了反应最强的时刻，或者 A 处理生效时 B 处理尚未生效，这时的观察就会失真。所以必须根据预试资料或业务知识和经验，确定合理的观察时机。最后尚应注意观察到意外的现象，或否定假说的事实时，必须如实记录留待分析，也许可由此发现研究或设计中的缺陷，也许会由此导致新的发现和研究课题。故应予以足够重视。

6.2.4.3 记录（record）

实验中观察到效应变化（如测得的指标数据，反应现象和事实）必须采用一定的方法或设备将其准确、及时、如实地记录下来。这是反映实验结果的原始资料，是进行分析处理的基础，是引出结论的事实依据。所以要准确、及时、项目完全、不能涂改、遗漏。记录的内容应事先设计周密、应力求完整、正确、详细，决不能有缺项、漏项，给分析带来困难。大多数学者主张尽可能按照实验设计的要求，设计出相应表格和统一的记录标准，届时逐项填写，这样既方便省事，也少遗漏，且便于记录和整理。记录时应当注意以下几个问题：

① 随做随记，决不能待过后追记补记。

② 资料完整、项目齐全：如实验名称、日期、目的、方法、实验条件、结果、小结，使用器材、药品及仪器（品种、型号、规格、厂家、批号）等也须记录，防止日后复查时出现差误。至于特定条件，实验中的相关现象和参加人员也应记明。

③ 客观性：必须实事求是，如实记录，原始记录的每个观测值一般应有三次读数，一次完成。不得补记，更不能涂改。读数时的有效数字应以仪表最小刻度为准，再小的估计数字应按统计要求合理舍取，以免造成人为差误。

④ 原始记录必须完整、清晰、妥善保存。这也是科研鉴定的重要依据。

总之记录是收集贮存资料的过程，如果资料收集真实、客观而又完整无缺，则当全部实验结束后即可对资料进行科学的整理和分析了。

6.2.5 实验资料的处理和分析

实验所取得的原始资料中蕴藏着各种反映研究对象内在规律的信息，必须用数理统

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

计的技术和方法对资料进行必要的整理和分析归纳，才能从大量的波动的数据资料中找到必然的规律，并做出正确的结论。这一阶段的工作主要包括以下三方面的内容，分别讨论如下：

6.2.5.1 资料的系统化整理和数据特征的揭示

(1) 资料的整理

① 资料的检查：

整理数据资料的第一步，首先是对全部资料进行认真的检查。主要检查资料是否完整、内容有无错误、有无缺项、漏项。数据记录发生错误的原因有两种：其一是由于记录错误所致，这是偶然性错误；对结果影响尚小，也易发现；其二是由于实验者对记录要求理解不正确，犯了一贯性的记录错误，这对结论影响较大，而且不易发现。检查的方法是逻辑检查法；即按数据间有无矛盾，是否合乎逻辑来验证数据的真伪。例如：记录中填有性别："男"，而诊断中有"宫颈癌"之记录，或小白鼠的体重为 25kg 等，错误一般不难查出。对于错误记录或缺项、漏项的不完整资料应及时核对补正，若已无法改正或补填者，应废弃不用。

② 可疑值的取舍

观测值出现过大或过小的可疑值时，不可随意决定取舍，应通过科学的判断来决定它能否舍弃。现在介绍 Smirnov 法如下：（凡服从正态分布的数据资料，其可疑不是由实验中的错误而产生者均可用此法进行判断）

公式：
$$Ti = \frac{|Xi - \overline{X}|}{S}$$

式中 Xi 为可疑值，X 为含有 Xi 的平均值，S 为标准差。根据公式求得 Ti 值，再查 Ti 值表检验其大小，即可决定 Xi 的取舍。例如：8 名成人的脉搏（次/分）为 58、72、72、74、75、76、78。其中 58 次/分，与其它 7 个值相差太大，可否舍弃？

首先求均数：$\overline{X} = \frac{58 + \cdots\cdots + 78}{8} = 71.875$

再求得标准差：
$$S = \sqrt{\frac{\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2/n}{n-1}}$$

本式中，$\Sigma X = 58 + 70 + 72 + 72 + 74 + 75 + 76 + 78 = 575$

$\Sigma X^2 = 58^2 + 70^2 + \cdots\cdots 78^2 = 41593$，$n = 8$

$$S = \sqrt{\frac{41593 - \frac{(575)^2}{8}}{8-1}} = 6.151 \qquad \overline{X} = \frac{575}{8} = 71.875$$

所以本例 $Ti = \frac{|58 - 71.875|}{6.151} = 2.256$

得 $T_{0.05,8} = 2.172$，因为 $Ti = 2.256 > 2.172$，故 58 应舍去。

③ 数据分组

数据分组可以使原始数据更加系统化，也更有利于揭示研究对象的成分和结构。分组方法有两种。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

质量分组，按研究对象的类型、性质标志来分组，如：性别、职业、死亡原因、疗效标准分组均属于这一类。

数量分组，按研究对象观测值的大小来分组，如年龄、体重、身高、血压脉搏等。这是在质量分组之后，为了便于计算，而将变量（测定值）依大小排列、分组的。这种分组只规定各组的下限，凡是大于下限而小于下一组下限的，即归入本组。这样规定范围明确，又可避免遗漏和重复。例如：200 例耳针减肥疗效观察的资料中，有的体重减轻了，有的加重了，有的不变，减轻的也有多有少。如果不分组，只能看到一大堆上下波动的体重数字，如果进行分组后，马上就可以看到疗效的显著。分组如下：（其中负值表示体重增加的公斤数）。

－2——（12 人）
－1——（23 人）
0——（45 人）
1——（60 人）
2——（35 人）
3——（25 人）
4——（ 0 人）

假设：X 为治疗后体重减少的公斤数，那么从以上分组可以看到，－2≤X＜－1 的归第一组，－1≤X＜0 的归第二组，0≤X＜1 的归第三组，余类推。如果再将各组的数据及人数排列下来（归类），马上就可看出，耳针减肥有效。由此可见分组的重要性。

表 6-2　检查可疑值用 $T_{\alpha,n}$ 界值表（$\alpha=0.05$）

n	$T_{\alpha,n}$
6	1.996
7	2.093
8	2.172
9	2.237
10	2.294
11	2.343
12	2.387
13	2.429
14	2.461
15	2.493
16	2.523
17	2.551
18	2.577
19	2.600
20	2.623
25	2.717

（2）资料的归纳和汇总

实验资料归纳是在分组后对资料进行的进一步系统化归组整理。常用的方法有划记法和卡片分类法两种。

① 划记法：是将记录簿或调查表中项目标识相同的事物用划记分别列入拟定的分组整理表，然后进行总计。例如针刺引起兔白血球增加的实验资料经计数分组后，再归纳入分组整理表，用划记法表示如下：

表 6-3　针刺引起兔白细胞增加效应的分组统计

白细胞增加数（个/mm³）	划　记	例　数
1000	正正下	13
1500	正正正正正下	28
2000	正正正下	17
2500	正正下	12
3000	正下	8
合　计		78

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

其它如：有效若干例、好转若干例、痊愈、显效、无效例数也可仿此归组列表。

② 分卡法：是将原始记录结果直接填入或过录到特制卡片的相应项目内，每个观察单位用一张卡片，卡片上角应编号，然后将卡片分组归类、进行计数。卡片中每个编号的项目是预定的，所以归类时也很方便。如：循经感传的调查中：已规定卡片中，1号是显著型，二号是较显型，3号是稍显型，4号是不显型，5号是隐性感传等，利用分卡法，就是把每个调查对象的调查结果记入过录卡片，直接用过录卡片分组后即可。填入归纳整理表进行分析。

过 录 卡 片

编号 001

1 ✓	2	3	4	5
6（年龄）	7（性别）	8（职业）	9（住址）	10（其他）
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20

以后，凡为1号有“✓”的卡片均归一组……。这样就可以不必再用登记表去划记计数。这里剪去右上角，目的是，当卡片右上角对齐时，均为正面，可节省翻检时间。

③ 归纳整理表

这是用于原始资料归组、汇总整理的一种表格。在分组计划确定后，即可拟定表格。但应注意各项目之间的相互联系，要把关系密切的项目列入同一表中，以突出和揭示它们的相互联系和规律特征，不可将各项目孤立地分组。

通过以上的系统整理，各组资料和数据已经有条有理地填入汇总表内，其中各组间的差异，以及各项目之间的关系特征也已得到揭示，这时即可对资料进行统计学分析和处理。

6.2.5.2 实验资料的统计学处理和分析

对实验资料进行统计学处理和分析，目的在于排除各种机遇和偏因的影响所产生的假象，通过数理统计方法对样本组间差异作出客观检验和判断，并对结果的可信程度作出客观估计。以便由此得到的结论可以较客观地揭示事物的内在规律。统计学处理和分析有许多方法。具体采用什么方法用什么统计指标，是由实验设计的方法和资料的性质来决定的。

（1）实验资料的类型

针灸实验研究资料，总的可分为两大类型：

① 计数资料（enumeration date）

是按每个个体的某一属性来进行分类计数的资料。由于每个个体之间只有质的差异，暂时尚无法标志出量的区别，所以在统计处理和进行比较判断时大多是以差异的发生率的大小来进行判断的。例如在针刺治疗急性阑尾炎动物模型的疗效观察中，生存多少例，死亡多少例，有效多少例；又如化验结果阴性多少例、阳性多少例，等均为计数

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

资料。对于它们的判断是通过率的比较（存活率、死亡率、有效率、粪、尿中细菌阴转率）来进行判断或用相对构成比率来判别差异。

② 计量资料（meaburement data）

是以观测记录指标变化数值的大小来表示的资料。例如，身长、体重、脉搏（次/分）、血压（mmHg）、血糖测定等。由于每个个体经处理后发生的反应大小或有无均可通过观测，取得确定的数量。所以可以通过对比此类资料的各种统计学指标的检验和对样本组间差异的显著性检验来进行判断比较。

此外，还有一类统计资料是介于计数资料与计量资料之间，称为等级资料（ranked data），或半计量资料。例如疗效观察中的治愈、好转、显效、无效；某化验反应的"－、±、＋、+-、卅"等。再如循经感传中的"Ⅰ级"应有6个"卅"或6个以上的"+-"；"Ⅱ级"应有2个以上"卄"或3个以上的"++"……等，就是等级资料。

当然由于研究需要，或表达上的需要，上述三类资料也可互相转化。例如年龄是一个计量资料，若按年岁大小分为成人若干，非成人若干，即转化成计数资料，如果再分成婴儿、幼儿、儿童、少年、青年、壮年、老年则转化成等级资料。但计数资料转化为计量资料则有局限性，只能将具有属性的事物，按其顺序、轻重、大小、主次标上分数，使之成为计量资料。如临床疗效的治愈标5分，显效标4分，好转标2分，无效标0分。然后将各个体分数按计量资料处理。在实验设计或抽样分组时，一般都要事先考虑到资料的处理办法。而且不同类型的资料在表达和统计处理上也大有差异。以下先介绍一些针灸实验研究中常用的统计学指标，然后对各类资料的处理和分析加以讨论

（2）针灸实验研究常用统计学指标的计算和应用

1）比和率

① 比（ratio）表示事物或现象的各个部分在全体中所占的比重或地位。例如：血中白细胞正常值的构成是将白细胞总数当全体，各类白细胞当做部分，用比来表示，正常情况下各类白细胞在白细胞总数中所占的比重或地位如下表所示：

表6-4　血液中各类白细胞正常值构成百分比

白细胞分类	每立方毫米的个数（个/mm^3）	正常构成比（%）
嗜中性多核白细胞	4650	62.0
淋巴细胞	2175	29.0
大单核细胞	375	5.0
嗜酸性多核细胞	263	3.5
嗜碱性多核细胞	37	0.5
总　　数	7500	100.0

它的计算方法是：每个组成部分的比 $=\frac{\text{该组成部分数值}\times 100}{\text{各构成部分全体的总数值}}\%$

比例的应用：主要是用来显示或突出某事物中各个组成部分在该事物内部所占的比例大小，或地位之轻重。例如：某院8月份共收住病人若干人，其中有消化系统疾病若

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

千人，循环系统疾病若干人，……。对这种原始资料，可能会使人眼花缭乱。但是如果将这些原始资料转化成构成比后，马上就可以看出，各种病人在治疗总数中所占的比重大小。其他还有年龄构成比、性别构成比、疾病种类构成比、证型、病程构成比、职业构成比等也是临床报道的一般资料中常见的表示方法。有的实验研究中还有用构成比表示结果的。例如：用微电极在动物延髓排尿中枢引导了 150 个神经细胞的单位放电，其中对针刺膀胱俞显示增频效应的有 50 个，约占引导总数的 33.3%；又如针灸治疗支气管哮喘的研究中，有人发现，治疗前后，除症状变化外，病人血液中嗜酸性白细胞变化明显，即发病时，多表现为嗜酸性白细胞的构成比升高，针灸治疗后又恢复到正常状态。所以构成比的变化有时还可以做为某一实验效应的判定指标。

② 率（rate）表示某现象在全体中所出现的次数或频度大小的统计指标。根据现象发生机会和频度的大小，可用百分率、千分率、万分率……来表示。针灸实验研究中最常用的是百分率。它的计算方法是：

$$某现象的发生率=\frac{某现象实际发生次数}{某现象可能发生的总次数}\times 100\%$$（或 1000‰，10000‰……）。

将原始资料转换成率以后，可以清楚地显示出该条件下某现象发生频率（机会）的大小。例如：针灸治疗某病 1000 例，结果痊愈 800 例，又用药物治疗同样疾病 1000 例，结果痊愈 400 例。如果一切条件均一致，要比较两种疗法的优劣，就要把上述资料转化成治愈率。结果表明：针灸对该病的治愈率为 80.0%，药物的治愈率为 40.0%。说明在同样的条件下，对同样的病人施于不同处理时，针灸疗法组治愈的机会（发生频度）远大于药物治疗，所以相对为优。

这里必须指出：比（构成比）和率都是相对数，都是两个相关联的绝对数的比值。都是以相对于全体的比较而存在的。用它们可以比原始资料更为直观、清楚地显示出研究对象的水平及事物间的相互联系，更好地揭示事物的规律性。例如统计细菌性痢疾在一年十二个月中的病人数量，我们只能得到该病在各月份的病人数量。可是当我们把它转换成每月的发病率，马上就可以看出，该病在一年中的发病高峰是 7、8、9 这三个月，这就清楚地揭示了该病发病的季节性规律。但是率和比是不同的，前者是表示事物或现象发生的实际频度与可能性的大小或机会的多少。后者则表示，某事物中的某一个构成部分，在该事物中所占的比重和地位。虽然都是相对数，也都用百分数、千分数表示，但是它们的概念和含义不同，应用也大不相同。例如上述细菌性痢疾的发病率是对于参加统计的总人数而言的；但如果说到构成比，则是对当时当地列入统计的病人总数而言的。由于含义不同，分母也不同，所以相对数值也不同。

应用相对数（比和率）时，首先必须正确理解它的性质及分子、分母代表的含义和相比的意义，不可乱比。其次是计算时必须有一定数量的绝对数做基础（样本要够大），而且要注意分母是否用得适当，必要时要经过校正。最后，还要强调，对比各率时一定要注意它们的可比性（资料性质、来源、基本条件的一致性）。例如比较针刺与药物对某病的治愈率时，一组 100% 为青壮年，另一组 20% 为青壮年，其余为老弱者，两组构成比不同，当然就没有可比性。

2）平均数（average）

平均数是用来表示一组同质数据中等水平的代表数，用来反映计量资料中一群同质

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

变量值的集中趋势。例如在针刺引起大鼠白细胞计数增加的实验中，对照组和实验组各有 30 例，不同的处理前后，均采血做了白血球计数。但是我们不可能把这些数据都拿来做比较。所以就可以找出一个最有代表性的中等水平的数值，这就是针刺前后，两组动物白血球计数的平均值，然后根据处理前后两组白细胞计数平均值变化的差异，即可判断针刺效应的有无。可见平均数的用途主要在于能将一群同质的数据（变量）用一个能代表其适中水平的数据表示出来，给人以简明概括的印象以便于统计分析。另外，由于一组变量中的各个数据都集中地分布在均数附近，所以又用均数做为说明一组观察值"集中趋势"的统计指标，以此来估计和比较实验结果。常用的平均数有算术平均数、中位数、众数和几何均数等。

①算术平均数（arithmetic mean）简称均数

这是狭义的平均数，在实验研究中用得也最多，其算法很多，其中最通用的一种算法是：将各个变量值相加，再除以变量值的个数。若以 $\overline{X}$ 代表均数，X_1 代表第一个变量值，X_2 代表第二个变量值，……X_n 代表第 n 个变量值（n 与变量值的个数相同），ΣX 表示各变量值的总和，则得出均数计算的通用公式如下：

$$\overline{X}=\frac{X_1+X_2+X_3+\cdots\cdots+X_n}{n}=\frac{\Sigma X}{n}$$

【例】 10 名某种病人手术后康复时间分别为 8 天、10 天、12 天、13 天、13 天、13 天、14 天、14 天、15 天、18 天，求其术后康复所需的平均天数：（n＝10）

$$\overline{X}=\frac{8+10+12+13+13+13+14+14+15+18}{10}=\frac{130}{10}=13\text{（天）}$$

这种算法对于小样本（变量值个数在 30 以下）资料的处理较适应。但是对于大样本（变量个数在 30 以上）分组资料的计算则颇为繁杂。这时应采用：均数的简捷算法：这种算法分为三个步骤：

分组：先找出变量值的最大值和最小值，两值的差数称极差（全距），然后按相同的组距把全距分成若干组。如果开始最小值不是整数，也可从整数分组。分组后就可把各变量值分到各组中去。但分组太少则不准确、太多则麻烦，一般变量值个数在100～200 时分成 10 组左右为宜。

确定假定均数及其差数：任选一组的组中值作为假定均数（组中值是本组最小值加相邻的下一组最小值除以 2）。为了计算方便，多选数列居中，且频数最多的一组。然后求出各组的差数（d）。这个 d 值实际上就是各组段组中值（$X^{(1)}$与假定均数（$\overline{X}_0$）之差除以组距（i）。

求 df：各组的频数乘以各组差数即得各组的 df，然后可按以下公式求得算术平均数（$\overline{X}$），即：

$$\overline{X}=\overline{X}_0+\frac{\Sigma df}{n}\ (i)$$

式中：$\overline{X}$ 为算术平均数，X_0 为假定均数，Σdf 为各组差数 d 与频数 f 的乘积之和，i 为组距。

【例】 计算 150 名 7 岁男性儿童之身长的均数。

解：先分组：本组资料最大值（最高身长）133cm，最小值 108cm，全距为 25cm

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(133-108)，以 3 为组距，可将其分为 9 个组（25/3）。于是可从 108 开始每隔 3 为一组，依次分下去，直到包括 133 为止。分组如下表（1）栏所示：

表 6-5　150 名 7 岁男童身长均数与标准差计算表

组　段	组中值	频数（f）	差数（d）	频数×差数（df）	d2f
（1）	（2）	（3）	（4）	（5）	（6）
108－	109.5	8	3	24	72
111－	112.5	13	－2	－26	52
114－	115.5	30	－1	－30	30
117－	118.5	40	0	0	0
120－	121.5	30	1	30	30
123－	124.5	13	2	26	52
126－	127.5	9	3	27	81
129－	130.5	6	4	24	96
132	133.5	1	5	5	25
合　计	（－）	150（n）	（－）	32（Σdf）	438（Σd2f）

取“117－”一组为假定均数组，其组中值为 118.5$\left(\frac{117+120}{2}\right)$，所以它的假定均数（$X_0$）为 118.5。由此求得各组段组中值（$X^1$），及各组差数（d）和 df，如上表（2）、（4）、（5）各栏所示。至于频数就是每组分得的变量值的个数（f），如上表（3）栏所示。n＝150，所以代入公式：$\overline{X}=\overline{X}_0+\frac{\Sigma df}{n}\cdot(i)$（本例 $\overline{X}_0=118.5$，$n=150$，$i=3$，$\Sigma df=32$），即得：$\overline{X}=118.5+\frac{32}{150}\times 3=119.14$（cm）

∴　这 150 名男童的平均身高为 119.14cm。

这种算法、简捷、迅速，对于大样本资料的均数计算显得尤其简便。

3）中位数（median）

上述均数与整个观察总体变量都发生联系并加以综合，这是它的优点，但是在有的情况下，反而出现局限性，例如：有下列两组数据资料：

A 组：52　53　54　55　56　57　58

B 组：52　53　54　55　56　57　65

已求得 A 组均数为 55，B 组均数 56，使之出现差别的就是两组最后一个数据不同。如果把第 7 个数据换掉，则两组均数即相等。所以在两组结果很接近，甚至几乎相同时，若用均数进行比较，反而会因为偶然偏差，加大了差距。这和客观实际不符，这时就要用中位数来进行比较。在一列按大小排列的变量数值中居中的那个数就叫做中位数。如上例中 A 组与 B 组的中位数均为 55。当变量值的个数为偶数时，中位数为序列居中两数值的平均。当样本含量大时，其中位数可按下面的公式求得：

$$M=L+\frac{\frac{n}{2}-\Sigma f_L}{f_m}\cdot(i)\quad\cdots\cdots\quad(\text{I 式})$$

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

或：
$$M = L + \frac{\frac{n}{2} - \Sigma f_L}{f_m} \cdot i \quad \cdots\cdots (II式)$$

上二式中：M 代表中位数，n 为总例数，L 和 U 分别代表中位数所在组段的下限和上限，Σf_L 代表小于中位数所在组下限的累计频数，Σf_U 代表大于中位数所在组上限的累计频数，f_m 代表中位数组的频数，i 为组距。仍以上述 150 名男孩身长资料为例，求其中位数：

解法：首先按前述的分组方法将资料分组，并求得公式中所需各项数值如下表所示：

表 6-6　中位数计算表

组　段	频　数 f	累计频数 Σf
108 -	8	8
111 -	13	21
114 -	30	51
117 -	40	
120	30	59
123 -	13	29
126 -	9	16
129 -	6	7
132 -	1	1

由上表得：$\Sigma f_L = 51$，$\Sigma f_U = 59$，$f_m = 40$，$i = 3$

代入公式Ⅱ：

$$M = 117 + \frac{\frac{150}{2} - 51}{40} \times 3 = 118.8 \text{ (cm)}$$

$$M = 120 - \frac{\frac{150}{2} - 59}{40} \times 3 = 118.8 \text{ (cm)}$$

两式求得的结果相同，所以在运用时，用任何一式均可

4）几何均数（geometric mean）

在处理少数数据偏大的资料时，不能再用算术均数或中位数，因为它们只有在较多数量的一群同质数据中才有意义，这时就需要用几何均数来处理。例如：测得 5 人在针刺后血清抗体的效价分别为：1∶10，1∶100，1∶1000，1∶10,000，1∶100,000。求其效价平均水平，如计算其均数则为：

$$\bar{X} = \frac{10 + 100 + 1000 + 10000 + 100000}{5} = 22,222(\text{即 } 1:22222)$$

其均数由于受特大值的影响，严重偏向于大值一方，当然就不能代表这一列数据的中等水平。所以对于数据偏大而个数较少的资料，就不能用算术平均数来处理了。几何均数则能较好地表示它们的平均水平。其计算公式如下：

$$X_G = \sqrt[n]{X_1 \cdot X_2 \cdot X_3 \cdot \cdots\cdots \cdot X_n}$$

上式 $\bar{X}_G$ 为几何均数，n 代表变量个数（对于完整资料就是样本含量），X 代表变量。其含义为：n 个同质变量（X）的几何均数等于各变量的乘积再开 n 次方。

计算时可取对数，将上式简化为：

$$\lg \bar{X}_G = \frac{\lg X_1 + \lg X_2 + \lg X_3 + \cdots\cdots + \lg X_n}{n} = \frac{\Sigma \lg X}{n}$$

亦即 $X_G = \lg^{-1}(\Sigma \lg X / n)$

如果将上例的各值代入公式则可求得其几何均数为：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

$$\lg \bar{X}_G = \frac{\lg 10 + \lg 100 + \lg 1,000 + \lg 10,000, \lg 100,000}{5} = \frac{1+2+3+4+5}{5} = 3$$

$\therefore \quad \bar{X}_G = \lg^{-1} 3 = 1,000$

这才是反映这 5 个变量中间水平的真正平均数。这是单组资料的求法。如果分组资料，（样本含量虽然大，但相对于变量特大值来说仍然很小，所以要用几何均数来处理）则先将本组变量取对数后，乘以该组频数（$f \cdot \lg x$）再总和各值（$\Sigma f \cdot \lg x$）代入公式则为：

$$\lg \bar{X}_G = \frac{\Sigma f \cdot \lg x}{n} \quad 即：\ \bar{X}_G = \lg^{-1}\left(\frac{\Sigma f \cdot \lg x}{n}\right)$$

【例】 为 69 名易感儿童接种麻疹减毒活疫苗后一月，测定血凝抑制抗体滴度如下（数据资料略）计算其平均滴度。

解：首先分组段（如下表（1）栏所示），列出各组段变量的对数、频数及两者之乘积（如下表（2）、（3）、（4）栏所示）

表 6-7 麻疹疫苗免疫后血凝抑制抗体滴度资料分组表

血清滴度 X (1)	lgX (2)	频数 f (3)	f·lgx (4)
4	0.602	3	1.806
8	0.903	4	3.612
16	1.204	7	8.428
32	1.505	11	16.555
64	1.806	9	16.245
128	2.107	15	31.605
256	2.408	13	31.304
512	2.709	7	18.963
Σ		69	128.527

代入上述公式则：

$$\lg \bar{X}_G = \frac{\Sigma f \cdot \lg x}{n} = \frac{128.527}{69} = 1.863 \qquad \therefore \quad \bar{X}_G = \lg^{-1} 1.863 = 72.9$$

其平均滴度为 72.9。（即 1:72.9）。

近年来发现用针灸治疗许多传染病的过程中，机体免疫指标，如抗体效价，滴度测定的变化，在处理这些变量个数相对偏少，而数值较大的（非正态分布）资料时，大多用几何均数处理。

5）标准差（standard deviation）

前已述及，用均数这个指标可以代表一组数据的平均水平和集中趋势，有利于对资料的比较和分析。但是实验中的个体差异和各种偏因，则使各变量数据上下波动、发生偏离。波动程度的大小（离散度），对均数的代表性影响很大。所以我们必须对一组资料中各个变量的这些偶然性波动的大小有一个清醒的估计。上文提到的全距（一组变量

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

中最大值与最小值之差）虽能在一定程度上反映一组变量值的波动和离散幅度，但是易受极端值（最大和最小）本身波动的影响，不能全面反映各个变量的离散和波动情况这就需要用标准差来全面反映资料数据的波动情况。

所以，标准差就是反映各个体变量值的偶然性波动大小（离散度）的标准尺度。一组变量值（数据）的波动性（或离散度）大；标准差小，则说明各个体变量值的波动性小。也从侧面提示我们，实验条件控制得好，个体差异小，偶然偏因和误差少，重复性好，所得结果可靠性也大（当然是在设计正确的前提下）。

①标准差的计算方法

小样本标准差的计算公式

$$S=\sqrt{\frac{\Sigma X^2-\frac{(\Sigma X)^2}{n}}{n-1}}$$

式中 S 为标准差，X 为各变量值，n 为样本个数（变量值的个数）。用上式计算时，先列表求出各变量值的总和（ΣX）和各变量值平方的总和（ΣX^2），然后即可代入公式计算其标准差。

【例】 耳针减肥 20 例，三个月后，其体重较治疗前减轻的斤数如下表（2）栏所示，求标准差。

表 6-8 耳针减肥疗效记录表

病例编号	(1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	合　计
X（斤）	(2)	1	5	6	2	8	6	3	5	6	4	4	5	7	9	5	3	4	6	5	4	98（ΣX）
X^2	(3)	1	25	36	4	64	36	9	25	36	16	16	25	49	81	25	9	16	36	25	16	550（ΣX^2）

本例：n = 20，$\Sigma X = 98$，$\Sigma X^2 = 550$ 代入公式则：

$$S=\sqrt{\frac{\Sigma X^2-\frac{(\Sigma X)^2}{n}}{n-1}}=\sqrt{\frac{550-\frac{98^2}{20}}{19}}=1.9\text{（斤）}$$

大样本标准差的计算公式：

$$S=\sqrt{\frac{\Sigma d^2 f-\frac{(\Sigma fd)^2}{n}}{n-1}}\cdot i)$$

式中：f 等于各组段变量频数，d 为差值，i 为组距。用上式计算时，首先将数据分组（方法见大样本均数的计算）然后列表计算。现仍以 150 名七岁男孩身高资料为例，求其标准差。

解：首先由全距，将数据分为 9 个组段，组距为 3，列表同表 2-19，由表求得本例：n = 150，$\Sigma df = 32$，$\Sigma d^2 f = 438$，i = 3 代入公式得

$$S=\sqrt{\frac{\Sigma d^2 f-\frac{(\Sigma fd)^2}{n}}{n-1}}\cdot i)=\sqrt{\frac{438-\frac{32^2}{150}}{149}}\times 3=5.10\text{（cm）}$$

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 标准差的应用：

用以表示变量分布的离散度和均数的代表性。

【例】 甲、乙两组 7 岁男孩每组 5 人其体重如下（公斤）

甲组：18、19、20、21、22， $\bar{X}_{甲}=20$

乙组：16、18、20、22、24， $\bar{X}_{乙}=20$

代入公式求得两组数据的标准差分别是（n＝5）：

$$S_{甲}=\sqrt{\frac{\Sigma X_{甲}^2-\frac{(\Sigma X_{甲})^2}{n}}{n-1}}=\sqrt{\frac{10}{5-1}}=1.58\text{（公斤）}$$

$$S_{乙}=\sqrt{\frac{\Sigma X_{乙}^2-\frac{(\Sigma X_{乙})^2}{n}}{n-1}}=\sqrt{\frac{40}{5-1}}=3.16\text{（公斤）}$$

由此可见，在两组的单位和均数都相同的情况下，甲组的标准差小，所以变量的波动性（离散度）小，均数的代表性就较好；反之乙组的标准差大，各变量的波动性大（离散度大），故其平均数 20 公斤的代表性也就较差。

用来计算变异系数（CV）

变异系数（coefficient of variability）是用来判定相对波动（变异）程度的指标。当两组数据单位不同，或均数相差较大时，就不能再用标准差的比较来判断它们的相对波动程度，而必须用变异系数（CV）来比较。一组观测值的变异系数等于其标准差与均数之比用百分数表示，其计算公式为：

$$CV=\frac{S}{\bar{X}}\times 100\%$$

式中 CV 为变异系数，S 为标准差，X 为均数。

【例】 150 名 7 岁男孩身高的均数为 119.4cm，标准差为 5.10cm；其体重的均数为 20.08kg，标准差为 2.22kg。试比较两组观测值的相对波动情况。

解：由于体重和身高的单位不同，不能用比较标准差的办法进行判定。代入公式，分别求出身高和体重的变异系数：

$$CV\text{（身高）}=\frac{5.10}{119.4}\times 100\%=4.28\%$$

$$CV\text{（体重）}=\frac{2.22}{20.08}\times 100\%=11.06\%$$

所以结论是体重的相对波动（变异）程度大；身高的相对波动（变异）程度小。如果仍用标准差的大小来判定，就会得出相反的结论。可见，标准差的比较只能在同单位的情况下进行，否则就要改用变异系数来判定。对于同单位而均数相差较大的资料也应用变异系数来判定其变异程度。

变异系数可用于判断指标的稳定性，一项指标的变异系数小，说明它比较稳定；变异系数大的指标，稳定性差，自发性波动也大，处理效应常被这种自发性波动所掩盖，不易显现，所以需要的样本也大。反之，变异系数小的指标，稳定性好，自发波动小，数据稍有变化，便能使处理效应显示出来，所以需要的样本也小一些。可见变异系数还

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

可以用作估计样本大小的参考。

用来估计变量的频数分布范围：

数理统计学已经证实，凡属于正态分布的资料均遵从如下规律：

在总体内有 68.27% 的个体变量值分布在平均数 ± 1 个标准差的范围内；有 95.00% 的个体变量值在平均数 ± 1.96 个标准差范围内；有 99.00% 的个体变量值分布在平均数 ± 2.58 个标准差范围内。根据这个规律，只要通过样本测量资料的均数和标准差，即可对研究对象的总体作出概括的估计。

由于医学（包括针灸）研究中许多生理、生化指标测值均近似或服从于正态分布规律，它们的正常值即是指其平均值两边一定范围内的数值。通常是用平均值加减 1.96 个标准差来做为正常值的范围，也就是说，有 95.00% 的个体，其生理、生化指标的观测数值均在这个正常范围之内；若某一个体变量超出这一范围，就要考虑是否正常或观测有无失误了。（非正态分布资料不适用）。

6）标准误（standard error）

在实验研究中，由于个体差异的存在，所以无论采取什么样的抽样办法，也不能完全消除总体与样本或样本与样本之间的差别，这就是抽样误差。虽然可以通过加大样本含量和随机抽样等方法来减小抽样误差，但不能完全避免。所以在分析资料时，为了检验样本对总体的代表性和结论的可靠程度，必须要对抽样误差进行正确估计，标准误就是表示抽样误差大小的统计学指标。

①标准误的计算：

标准误实际上就是样本均数的标准差。因为当我们从总体中抽取许多个含量相同的样本进行实验研究，就会发现，这些样本的均数也呈正态分布。设这些样本的个数多到可以代表总体，那么这些样本的均数的标准差，就可以反映每个样本均数与总体的差距，即标准误。均数标准误（$S_{\bar{x}}$）的计算公式为

$$S_{\bar{x}} = \frac{S}{\sqrt{N}}$$

式中 $S_{\bar{x}}$ 为标准误，S 为样本标准差，N 为样本含量。从公式可以看出，S 越大，则 $S_{\bar{x}}$ 越大；样本资料与总体的差距越大，抽样误差大，结论的可靠性就小；反之，S 越小，则 $S_{\bar{x}}$ 也越小，即抽样误差也就越小，样本资料对总体的差距小，结论的可靠性就大。同时还可以看到，当 $N \longrightarrow \infty$ 时，$S_{\bar{x}}$ 的值，可趋近于 0，故加大样本可减小抽样误差。

②率的标准误

如果我们的研究结果是以阳性率（或转阴率、治愈率等）来进行比较的，那么，也会由于抽样误差的存在，使实验样本的阳性率大于或小于总体的阳性率。所以对样本中率的标准误也要有个估计。其计算公式为：

$$Sp = \sqrt{\frac{p \cdot q}{N}}$$

式中 Sp 为率的标准误，P 为某现象出现的百分率（阳性率），q 为某现象不出现的百分率（阴性率），在数值上恰等于 100% − p，N 为样本含量。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

【例】 针刺治疗偏瘫 100 例，治愈 50 例，求标准误。解：本例：N＝100，p＝50％，q＝100％－p＝50％代入公式得：

$$Sp=\sqrt{\frac{50\%\times 50\%}{100}}=5\%$$

③标准误的应用：

用来表示抽样误差的大小：标准误越小，说明样本资料的均数（或率）与总体均数（或率）的差距越小，即抽样误差越小，结论的可靠性大；反之，标准误大，则抽样误差大，结论的可靠性相应减小。

用以估计总体均数（或率）的置信限和置信区间：

研究中总体均数常不易获得，但是有了样本均数和标准误后，就可以进行估测。因为样本均数的频率分布也是呈常态的，象前面讲过的标准差一样，我们也可以 95％的把握说它是在样本均数±1.96 倍标准误（$\bar{X}\pm 1.96S_{\bar{x}}$）的范围内。这在统计学上叫做 95％置信限。意思是说，用这样的方法估测的总体均数所在的范围，准确性在 95％，而犯错误的可能性只有 5％。同样，也可以估测到总体均数 99％的置信限。这样估得总体均数所在范围的准确性在 99％，而估错的可能性只有 1％。同样也可以从样本率和率的标准误来估测总体率的 95％置信限为样本率±1.96 倍的率标准误（$P\pm 1.96S_P$），其 99％的置信限为样本率±2.58 倍的率标准误（$P\pm 2.58S_P$）。文献多用 95％置信限。

总之，标准误越小，置信限的范围越窄，表示样本均数与总体均数越接近，对总体均数估计越精确，也即样本均数的可靠性越大。

按照置信限中样本均数（率）与 1.96 倍（或 2.58 倍）标准误的和，是置信区间的上限，两者之差为置信区间的下限；上下限二值之间的范围即是总体均数的置信区间。分别如下所示：

总体均数（μ）的 95％的置信区间是在：$\bar{X}-1.96S_{\bar{x}}\sim\bar{X}+1.96S_{\bar{x}}$之间；

总体均数（μ）的 99％的置信区间是在：$\bar{X}-2.58S_{\bar{x}}\sim\bar{X}+2.58S_{\bar{x}}$之间；

总体率的 95％的置信区间是在：$P-1.96S_P\sim P+1.96S_P$ 之间；

总体率的 99％的置信区间是在：$P-2.58S_P\sim P+2.58S_P$ 之间。

文献中，常给出均数±标准误（$\bar{X}\pm S_{\bar{x}}$）或百分率±率的标准误，以表明数据的可靠程度。我们也可根据给定的这些数值求出它们的置信限和置信区间，从而对结论的可靠性有一个大概的估计。

但是以上估测方法只适用于大样本资料置信限的估测；若用于小样本资料，则误差太大。因此小样本资料总体均数的估测，应用 t 值来判定。

t 值就是样本均数（$\bar{X}$）与总体均数（μ）之差，相当于标准误的倍数。

即：
$$t=\frac{|\bar{X}-\mu|}{S_{\bar{x}}}$$

从 t 值的定义和公式可以看出在 $S_{\bar{x}}$固定后 t 值的大小，取决于$|\bar{X}-\mu|$，而$|\bar{X}-\mu|$的大小则取决于样本的大小。样本加大时 $\bar{X}$ 与 μ 更加接近，则 t 值相应缩小。样本小则 t 值加大。

又从上式可得 $\mu=\bar{X}\pm t\cdot S_{\bar{x}}$，假若样本无穷大，则 μ 呈正态分布。那么由前述的大样本置信区间的基本规律可以推知，μ 的 95％置信限（或对应于概率 P＝0.05）的 t 值

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（用 $t_{0.05}$表示）应为 1.96。同样可推得，μ 的 99% 置信限（或对应于概率 P=0.01）的 t 值（$t_{0.01}$）应为 2.58。

但我们现在的样本都小于无穷大，所以可以肯定，任何小样本的 t 值必然大于上两个置信限的 t 值，即 $t_{0.05}>1.96$；$t_{0.01}>2.58$。那么究竟大多少呢？这又要由样本含量来决定，如果以 n 表示样本含量，n′表示自由度（n′=n−1）；则样本含量为 n 的 t 值用符号 t（n′）来表示时，其总体均数的置信限可表示如下：

总体均数（μ）95% 的置信限 = 样本均数 ± t（n′）0.05·标准误（$\mu=\bar{X}\pm t(n')_{0.05}\cdot S_{\bar{x}}$）

总体均数（μ）99% 的置信限 = 样本均数 ± t（n′）0.01·标准误（$\mu=\bar{X}\pm t(n')_{0.05}\cdot S_{\bar{x}}$）

至于各种样本含量（或自由度）时的 $t(n')_{0.05}$，和 $t(n')_{0.01}$的标准数值，已由统计学求得并制成简表。只要知道样本含量（或自由度）和所要求的置信限的对应概率（P=0.05，或 P=0.01），就可查表得出相应的 $t(n')_{0.05}$，或 $t(n')_{0.01}$的准确值。（见表 2-23　t 值简表）。

标准误的第三个也是最重要的应用是进行显著性检验（详后）。

表 6-9　t 值表

自由度	P=0.05	P=0.01	自由度	P=0.05	P=0.01
1	12.71	63.66	21	2.08	2.83
2	4.30	9.93	22	2.07	2.82
3	3.18	5.84	23	2.07	2.81
4	2.78	4.60	24	2.06	2.80
5	2.57	4.03	25	2.06	2.79
6	2.45	3.71	26	2.06	2.78
7	2.37	3.50	27	2.05	2.77
8	2.31	3.36	28	2.05	2.76
9	2.26	3.25	29	2.04	2.76
10	2.23	3.17	30	2.04	2.75
11	2.20	3.11	40	2.02	2.70
12	2.18	3.06	50	2.01	2.68
13	2.16	3.01	60	2.00	2.66
14	2.15	2.98	70	1.99	2.65
15	2.13	2.95	80	1.99	2.64
16	2.12	2.92	90	1.99	2.63
17	2.11	2.90	100	1.98	2.63
18	2.10	2.88	200	1.97	2.60
19	2.09	2.86	1000	1.96	2.58
20	2.09	2.85	∞	1.96	2.58

（3）实验资料的比较分析——显著性检验

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

从实验结果得到的资料，一般都是样本的资料。在实验条件控制严密的情况下，样本资料之间出现差异性的主要原因有两个：或是由抽样误差所引起，或是由处理因素所引起。前者在统计学上认为这种差异没有显著意义；后者在统计学认为有显著意义。所以当我们从结果得到两组或多组资料（均数或率）并进行分析比较时，不能只从表面数字的差异（差别）作结论，面是必须通过显著性检验，只有在显著性检验证实资料显示的差异已超出了抽样误差所能引起的差异范围（也即是不能用抽样误差来解释这种差异），这种差异只能是处理引起的结果，所以就认为差异有显著意义。显著的程度（显著性水平）也有高低之别。统计学上规定了一个人为的界限：0.5%；规定资料的差异有95%的可能在抽样误差范围之内（即是指该差异处理因素引起的可能性只有5%）为无显著意义，若资料差异有95%的可能性是在抽样误差之外，（即该差异由抽样误差所引起的可能性只有5%）为有显著意义。1%界：若资料差异有99%的可能在抽样误差之外，（即该差异由抽样误差所引起的可能性只有1%）为有非常显著的意义。将这三种界限规定用概率P值表示如下：

$P>0.05$ 差异不显著

$P\leqslant 0.05$ 差异显著

$P\leqslant 0.01$ 差异非常显著

对于实验资料进行统计学分析和处理的目的，首先就是要明确回答，研究结果、不同处理之间的效应有无差异？如果有差异，这种差异有无显著意义？上述问题得到解决，就基本上完成了对假说的验证。所以，显著性检验是对实验结果差异的真假（显著性）进行“判决”性检验的统计步骤。其方法有多种，宜按资料性质选择。欲比较两个样本均数间差异之显著性时，常用t检验；欲比较两个或多个样本率的差异显著性时，常用u检验或卡方检验（X^2）；欲同时比较三个或三个以上样本差异的显著性时，最好用F检验（方差分析）；欲分析相关情况可用回归、相关系数（r）及X^2。但须指出相关显著，只能肯定彼此关联，不能表明因果关系。以下分别讨论。

① t检验（t—test）

t检验是运用计算t值的方法对两个样本均数间的差异进行显著性检验的统计学步骤。在对两组资料进行检验时可分四步进行：

第一步：先做无效假设（Ho）：设两个样本均数间的差异是由抽样误差引起的，则t值必须小于或等于t值表中的$t(n')_{0.05}$的值，即此假设成立的可能性（概率）为$P>0.05$。那么结果是否如此呢？

第二步：计算样本均数、标准差、标准误，求出实际的t值。

第三步：根据自由度，查表求出$t(n')_{0.05}$，并同实际t值进行比较，得出其显著性界限：

当：$t<t(n')_{0.05}$时，$P>0.05$，则Ho成立，故差异不显著，

$t(n')_{0.05}\leqslant t\leqslant t(n')_{0.01}$时，$P\leqslant 0.05$，则Ho不成立，故差异显著，

$t\geqslant t(n')_{0.01}$时，$P\leqslant 0.01$，则Ho成立的可能性更小，所以差异非常显著。当$n>60$时，若$t_{0.05}\geqslant 2$（$t_{0.01}\geqslant 2.66$）即有显著意义（或非常显著意义）。既然差异显著或非常显著，则由抽样误差引起这种差异的可能性是由于处理因素的差异所致。当然最终的结论还要由研究者结合专业理论和实际设计来做出。但是，只要差异的真假一旦判

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

明，研究结论也就不难做出了。

以下介绍几种具体的用法：

样本均数（X）与总体均数（μ）间差异的显著性检验。

当我们欲判定某处理后的某效应指标观察值的样本均数与总体均数有无显著性差异时，可用下面的公式求得 t 值，按样本含量定自由度查表比较即可。

即：$$t=\frac{|\overline{X}-\mu|}{S_{\overline{x}}}$$

式中 $\overline{X}$ 为样本均数，$S_{\overline{x}}$为标准误，μ 为总体均数（μ 值通常是未知的，但是可以根据已有的资料，或以往多次试验经验提供的某事物的均数，如生理正常值，生化正常值等（大样本的均数）当成总体均数看待）。

【例】 实验中测得 96 个成年男子脉搏均数为 73.7 次/分，标准差为 8.8 次，根据生理学知正常成人脉搏平均为 72 次/分，问实验均数是否较正常均值高？

解：正常值 72 次/分是从大量（大样本）测量中得来的，可近似地把它看成总体均数，现样本均数为 73.7 次/分，只要检验二者差异有无显著性，即可做出结论。

无效假设（H_0）：设二者并无差异，现在所见到的这一差异是抽样误差所致，然后计算这一假设成立的可能性有多大。

求 t 值：本例 $n=96, n'=96-1=95, \overline{X}=73.7, \mu=72, S=8.8, \therefore S_{\overline{x}}=\frac{S}{\sqrt{n}}=\frac{8.8}{96}=0.9$

代入 t 值公式，则 $t=\frac{|73.7-72|}{0.9}=1.89$，　$\therefore t<t(n')_{0.05}, P>0.05$，$H_0$ 成立。

统计结论：二者差异不显著，此差异是抽样误差所致。

实验结论：实验均数，不能说比通常均数高。该处理对脉搏影响不显著。

表 6-10　10 个高血压患者针刺前后舒张压的变化

病例编号	舒张压观测值（单位：mmHg）		
	治　前	治　后	差　数
1	117	123	−6
2	127	108	19
3	141	120	21
4	107	107	0
5	110	100	10
6	114	98	16
7	115	102	13
8	138	152	14
9	127	104	23
10	122	107	15
总　计			97

② 配对比较：

实验中欲研究针刺和艾灸（不同穴组或不同手法或不同参数）或药物某处理是否有

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

效，一般是根据处理（治疗）前后某--指标的变化来进行分析的。如果是同一个体在处理前后的二次观测值的差异比较，则称为自身对照（也称同体比较）；如果要把有关的因素分别设成两个以上的实验组，将结果、两两之间交互作成对照比较的为团体比较。

自身对照：是对同一个体处理前后某指标变化的分析比较。

【例】 针刺某一组穴位，治疗 10 名高血压病人，并测得每人治疗前后之舒张压，结果整理如下，问降压效果是否肯定？

解：从上表可以看出针刺治疗后舒张压有升有降，程度不等，但总的来说平均降低数为 9.7mmHg，要回答这一降压效果是否确实仍按以下步骤进行分析。

无效假设（Ho）：首先假设治疗无降压效果，则总体的血压降低均数为 0，样本均数（$\bar{X}=9.7$）大于 0 是抽样误差所致。以下通过 t 值求 Ho 成立的可能性（P）的大小。

本例 $\bar{X}=9.7$，$\mu=0$，$n=10$，n'（df）$=10-1=9$

$$\therefore \quad S=\sqrt{\frac{\Sigma\ (X_i-\bar{X})^2}{n-1}}=\sqrt{\frac{\Sigma X^2{}_i-\frac{(\Sigma X)^2}{n}}{n-1}}=\sqrt{\frac{2313-\frac{9.7^2}{10}}{9}}=12.35$$

$$\therefore \quad S_{\bar{x}}=\frac{S}{\sqrt{n}}=\frac{12.35}{\sqrt{10}}=3.91 \quad \text{代入公式求本例 t 值为}$$

$$t=\frac{|\bar{X}-\mu|}{S_{\bar{x}}}=\frac{9.7-0}{3.91}=2.48,\ n'\ (\text{即 df})\ =10-1=9$$

查表得：$t\ (q)_{0.05}=2.26$ $\therefore t>t\ (n')_{0.05}$ 则 $P<0.05$

统计结论：Ho 成立的可能性小于 0.05，故 Ho 不成立。治疗前后有显著差异。

实验结论：以上统计学结论只能表明针刺治疗前后确有差异，但是要确定有无疗效尚应根据不同问题的专业知识来确定。在研究时本例中其他因素都做了严密控制，所以可以证明该针刺法有降压效果。

配对比较：

设计中如果是将基本条件（性别、年龄、体重、窝别）很相近的两个受试个体（动物或病人）结成一个对子（一个配偶组），按随机分配原则，将同组内（同一对）的两个受试个体，给予不同处理，最后观察不同处理结果有无显著差异，这就是配对比较。计算方法与自身对照相同，区别仅在于把治疗前后改成不同处理，同一个体改成同一个对子中的两个个体的对比。

【例】 将 10 对大白鼠分成两组，甲组给正常饲料，乙组饲料中缺维生素 E，然后测定其肝中维生素 A 含量，如下表，问两组肝中维生素 A 含量有否显著差异？

解：先作无效假设（Ho）：即两组鼠肝内维生素 A 含量无差异，因此各对差数之均数应为 0，现不等于 0，是抽样误差所致，计算 t 值（$n=10$）

$$\text{本例中}\ \bar{X}=\frac{\Sigma\ (X_1-X_2)}{n}=\frac{7950}{10}=795 \qquad u=0$$

$$\therefore \quad S=\sqrt{\frac{\Sigma X^2-\frac{(\Sigma X)^2}{n}}{n-1}}=528.4$$

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表 6-11　不同饲料组鼠肝中维生素 A 的含量

大白鼠配对	X_1（正常饮食）	X_2（缺 E 饲料）	（差　数）$X_1 - X_2$
1	3950	2650	+ 1300
2	3800	3350	+ 450
3	3450	2450	+ 1000
4	3350	2650	+ 700
5	3700	2650	+ 1050
6	3900	3150	+ 750
7	3800	2900	+ 900
8	3050	1700	+ 1350
9	3650	2700	+ 950
10	2000	2500	- 500
总　计　$\Sigma (X_1 - X_2)$			7950

$$S_{\bar{x}} = \frac{S}{\sqrt{n}} = \frac{528.4}{\sqrt{10}} = 167$$

$$\therefore \quad t = \frac{|X - 0|}{S_{\bar{x}}} = \frac{795}{167} = 4.76, \quad n'\ (df) = n - 1 = 9$$

查表：得 $t\ (n')_{0.01} = 3.25$

∴　本例 $t\ (n')_{0.01}\ (3.25) < t\ (4.76)$

∴　$P < 0.01$

即 Ho 成立的可能性小于 1%，故差别非常显著。（实验结论略）

③团体比较（两个相互独立的样本均数差异的显著性检验）

由于各种原因（死亡或其它）致使两组个体数目不等，或临床上欲比较两种疗法（不同选穴组方或刺激参数）时，病人在基本条件（年龄、性别、病情轻重）上不具备配对条件时，配对比较就不能再用。这时须用团体比较。其计算方法是：先求出两个样本均数及均数相差的标准误，然后再求 t 值。两样本均数相差的标准误可用下式求取：

$$S_{\bar{x}-\bar{x}_2} = \sqrt{Sc^2\ (\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2})}$$

式中 $S_{\bar{x}_1\ \bar{x}_2}$ 代表两样本均数相差的标准误，N_1 和 N_2 分别为两个样本的例数；S_c 是合并标准差，其平方 Sc^2 为合并变异数。合并变异数 Sc^2 可用下式求得：

$$Sc^2 = \frac{\Sigma\ (x_1 - \bar{x}_1)^2 + \Sigma\ (x_2 - \bar{x}_2)^2}{N_1 + N_2 - 2}$$

式中：$\bar{X}_1$ 和 $\bar{X}_2$ 代表两个样本的均数，X_1、X_2 代表两个样本中测得的各次变量值，N_1 和 N_2 分别为两个样本的例数。而 $N_1 + N_2 - 2$ 是两个样本自由度之和。

最后求取 t 值并查表比较后得出 P 值，即可对 Ho，对差异显著与否作出回答。

【例】　有人用墨汁移动距离作为“纤毛—粘液流”动物情况的客观指标之一，观察

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

针刺疗法对大白鼠实验性气管炎的疗效作用；两组事先未配对。资料已整理如下表，求两组有否显著差异。

表 6-12　各组大白鼠纤毛—粘液流动物情况

编号	黛汁移动距离（mm/分）		X_2^1	X_2^2
	对照组（X_1）	针刺组（X_2）		
1	0.20	0.40	0.040	0.160
2	0.25	0.50	0.625	0.250
3	0.70	0.30	0.490	0.090
4	0.40	0.60	0.160	0.360
5	0.60	0.90	0.360	0.810
6	0.40	0.70	0.160	0.490
7	0.30	0.50	0.090	0.250
8	0.90	0.40	0.810	0.160
9	0.40	0.60	0.160	0.360
10		1.10		1.210
合计	4.15	6.00	2.895	4.140

解：根据表中资料先求两组的均数：

$$X_1\text{（对照组）}=\frac{\Sigma X_1}{n_1}=\frac{4.15}{9}=0.46\text{（mm/分）}$$

$$X_2\text{（对照组）}=\frac{\Sigma X_2}{n_2}=\frac{6.00}{10}=0.60\text{（mm/分）}$$

再求合并变异系数：

$$Sc^2=\frac{\Sigma(x_1-\bar{x}_1)^2+\Sigma(x_2-\bar{x}_2)^2}{N_1+N_2-2}=\frac{\Sigma x_1^2-\Sigma x_1^2-\frac{(\Sigma x_2)^2}{10}}{9+10-2}$$

$$=\frac{2.895-\frac{4.15^2}{9}+4.140-\frac{6.00^2}{10}}{17}=\frac{2.895-1.914+4.140-3.6}{17}$$

$$=\frac{1.52}{17}=0.08947$$

由 Sc^2 再求出两均数相差的标准误，即：

$$S\bar{X}_1-\bar{X}_2=\sqrt{Sc^2\left(\frac{1}{N_1}+\frac{1}{N_2}\right)}=\sqrt{0.08947\cdot\left(\frac{1}{9}+\frac{1}{10}\right)}=0.1374$$

∴求得 t 值为：

$t=\frac{|X_1-X_2|}{SX_1-SX_2}=\frac{|0.46-0.60|}{0.1374}=1.02$，在本例自由度为 $9+10-2=17$，查表自由 $n'=17$时，$t_{0.05}=2.11$。

∴　$t<t_{0.05}$

即 $P>0.05$，差异不显著。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

说明针刺对纤毛—粘液流运动情况的影响与对照组相比无显著性差异。但这一统计学结论并不是说针刺治疗气管炎无效，要得出实验结论还要结合其它指标和有关专业知识全面分析。

另外，对于大样本中，两个样本均数相差的标准误也可以由下式求得

$$S_{\bar{x}_1 - \bar{x}_2} = \sqrt{(S_{\bar{X}_1})^2 + (S_{\bar{X}_2})^2}$$

式中：$S_{\bar{x}_1}$ 和 $S_{\bar{x}_2}$ 分别为两个样本的标准误，只要求得它们的均数和标准误就可直接求出 t 值进行比较。

本例计算虽未列出无效假设，但在分析时本身就是在无效假设的基础上进行的。用团体比较可以分别对甲、乙、丙、丁几个组的差异性进行两两比较。所以有时也可同时分析两种以上的不同处理因素的效应对比，获得更多的研究信息。

率的显著性检验

由于样本数量较大时，率的频数分布呈正态分布，所以可按正态分布规律性来直接检验率的差异显著性，无须查 t 值表，也不称 t 检验。率的差异显著性检验主要用于下列两种情况：

样本率与总体率差异的显著性检验——U 检验

计算方法是：先求出率的标准误，再计算两率相差为标准误的多少倍（U 值）。若 $U \geqslant 1.96$，此处相当于机率（P）的 5% 点（即 $P \leqslant 0.05$）差异有显著意义；若 $U \geqslant 2.58$，此处相当于机率（P）的 1% 点（即 $P \leqslant 0.01$），差异有极显著意义。反之 $U < 1.96$，则 $P > 0.05$，差异无显著意义。U 的计算公式为：

$$U = \frac{|p - P|}{Sp\ (\delta p)}$$ （※为了同样本率标准误相区别，总体率的标准误用 δp 来表示）

上式中 p 为样本率，P 为总体率，Sp（δp）为根据总体率计算的标准误。

【例】 根据以往的资料和经验表明某病的自然治愈率为 20%，现用新针疗法治疗 152 例，结果有 48 例（31.6%）痊愈。问两者有无差异？

解：本例中总体率为 20% 即 0.20（这时可将大量观察所得的率或已知资料中的公认的正常率值，当做总体率） ∴ $Q = 1 - P = 0.80$，又 $N = 1.52$

∴ 总体率的标准误为 $Sp\ (\delta p) = \sqrt{\frac{p \cdot Q}{N}} = \sqrt{\frac{0.20 \times 0.80}{1.52}} = 0.0324$

再由公式求得本例 U 值为：

$$U = \frac{p - P}{Sp\ (\delta p)} = \frac{0.316 - 0.20}{0.0324} = 3.58$$ 本例 $U > 2.58$

∴ 两者差异非常显著。针刺疗法治愈率高。

两个样本率差异的显著性检验。

实验中欲对比两种不同处理组某效应发生率的差异（如针刺组与对照组之间，甲穴位与乙穴位之间），可用本方法进行计算：首先求出两个样本率（P_1 和 P_2）相差的标准误，其公式为：

$$S_{p_1 - P_2} = \sqrt{p \cdot q \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}$$

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

式中：Sp_1-P_2 是两个样本率相差的标准误，P 为两组合计的发生率，q 为 1－P，N_1 和 N_2 分别为两个样本的例数。

进一步求出 U 值：

$$U=\frac{|P_1-P_2|}{Sp_1-p_2}=\frac{|p_1-p_2|}{\sqrt{p\cdot q\left(\frac{1}{N_1}+\frac{1}{N_2}\right)}}$$

当 U＝1.96 时，差异有显著意义（P≤0.05）；U≥2.58 时，差异有极显著意义（P≤0.01）；当 U＜1.96 时，差异无显著意义（P＞0.05）。

【例】 某病区，8 月份共收治细菌性痢疾病人 95 例，以随机分配法分成甲、乙两组，甲组 20 例，针刺加中药治疗三天后，粪便细菌培养阴性者 16 例，转阴率 80.0%；乙组单纯服中药共 75 例，二天后粪便细菌培养转阴者 35 例，转阴率 46.7%；问两种疗法的转阴率有无差异？

解：两组合计 95 例，共有转阴者 16＋35＝51 例，所以合计转阴率 $P=\frac{51}{95}\times 100\%=53.79\%$

∴ q＝1－53.79%＝46.21%，代入公式求得两样本率的标准误是：

$$Sp_1-p_2=\sqrt{p\cdot q\left(\frac{1}{N_1}+\frac{1}{N_2}\right)}=\sqrt{53.79\times 46.21\left(\frac{1}{20}+\frac{1}{75}\right)}=\sqrt{157.4}=12.55$$

∵ P_1＝80%，P_2＝46.7%代入公式求 U 值

$$U=\frac{|P_1=P_2|}{Sp_1-p_2}=\frac{80.0-46.7}{12.55}=\frac{33.3}{12.55}=2.65>2.58$$

∴两组粪便细菌培养的二天转阴率有极显著差异。

卡方（X^2）检验

卡方（X^2）检验可用于两个或两个以上率（或比）的差异显著性检验。也可用来检验方法的一致性或优劣性。其方法也有多种，可以作成组比较，也可以作单组（配对、或自身对照）检验。以下介绍最常用的几种方法：

四格表法：

这是最基本最常用的卡方检验方法，也称 2×2 表法。运用此法进行比较分析时，首先要把比较资料按两行格和两列格的四个方格中排列如下表所示：

表 6-13 四格表的形式

组别	结果		Σ
	＋	－	
甲	a	c	a＋b
乙	b	d	b＋d
Σ	a＋b	c＋d	a＋b＋c＋d＝n

表中的 a、b、c、d 是两组结果阳性和阴性的发生例数（或率），n 为两组样本数之

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

和。

然后根据各行各列中的数据，按下式求出卡方（X^2）值：

$$X^2 = \frac{(|ad - bc| - n/2)^2 n}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

再求出自由度：df=（行数－1）（列数－1）对四格表来说其自由度是一个常值。

∵（行数－1）（列数－1）=（2－1）（2－1）=1

划 X^2 值表（表 6-17）自由度为 1，$P=0.05$ 或 $P=0.01$ 时的 X^2 值再与本例比较，当本例 $X^2 \geqslant X^2 0.05$ 时，$P \leqslant 0.05$，为差异有显著意义；当 $X^2 \geqslant X^2 0.01$ 时，$P \leqslant 0.01$ 为差异有极显著意义；当 $X^2 < X^2 0.05$ 时，$P > 0.05$，说明差异无显著意义。

【例】 在针刺对大白鼠胃溃疡形成的影响的研究中，针刺组 25 例，病检结果发生溃疡数为 9 例，未发生者 16 例；空白对照组 27 例，发生溃疡者 24 例，未发生者 3 例，问两组在溃疡发生上有无显著差异？

解，首先根据实验结果，将所得资料记入四格表（表 6-14）如下：

表 6-14 针刺对大鼠胃溃疡影响之对照结果

组　别	发生溃疡数	未发生溃疡数	合　计
针刺组	9	16	25
对照组	24	3	27
合　计	33	19	52 (n)

$$\therefore \quad X^2 = \frac{\left(|9\times 3 - 16\times 24| - \frac{52}{2}\right)^2 \times 52}{33\times 19\times 27\times 25} = 13.46$$

本例自由度为 1

查 X^2 值表得：自由度为 1，$P=0.05$ 时 $X^2 0.05 = 3.84$，$P=0.01$ 时，$X^2 0.01 = 6.63$，比较结果：本例 $X^2 = 13.46 > X^2 0.01$（6.63）

∴ $P<0.01$，有极显著差异。

如果条件控制严格一致，分组随机化也很好，那么结合临床和经验就可以认为，针刺对大鼠溃疡病的发生有明显的防治作用。

二列多格表法（K×2 表法）

二列多格表的列是两格，行可以是任意格数，适应于检验多组计数资料差异的显著性。其计算方法也是首先将资料列表，然后按下列公式求出 X^2 值，再与同自由度时相应 P 值的 $X^2 0.05$ 和 $X^2 0.01$ 的表中值比较判定。其判定界限与前相同。K×2 表法的计算公式为：

$$X^2 = \frac{\Sigma P_{n+} - \bar{P}\Sigma_{n+}}{\bar{p}\cdot\bar{q}}$$

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

式中：$\bar{P}$ 为总的阳性率，即 $\bar{P}=n+/n$，$\bar{q}=1-\bar{p}$，P_{n+} 为各组阳性率与组内阳性反应例数的乘积，ΣP_{n+} 为各组 P_{n+} 的和，Σ_{n+} 为各组阳性反应例数之和。

【例】 用四种不同处理方法（休息、中药、针刺、针＋药）治疗慢性肝炎，定期内，用统一标准对四组病人的疗效统计比较如下表，求有无差异？

表 6-15 四种疗法治疗慢性肝炎定期疗效比较

分 组	治疗人数	有效人数	有效率 P	$P_{n+}=p.n+$
单用中药	17	6	0.3527	2.1174
休息对照	79	7	0.0886	0.6206
单纯针刺	42	8	0.1905	1.5240
针刺＋中药	27	17	0.6296	10.7032
合 计	165	38	$\bar{P}=n+/n=38/165=0.2303$	$\Sigma p_{n+}=14.9648$

本例：$\Sigma p_{n+}=14.9648$，$n=165$，$\bar{P}=0.2303$，$\bar{q}=1-0.2303=0.7697$，$\Sigma_{n+}=38$，代入公式则：

$$X^2=\frac{\Sigma P_{n+}-\bar{P}\Sigma_{n+}}{\bar{p}\cdot\bar{q}}=\frac{14.9648-0.2303\times38}{0.2303\times0.7697}=35.05$$

在 K×2 表中自由度－（行数－1）（列数－1）－（K－1）（2－1），本行数 K－4，∴自由度 df－（4－1）（2－1）＝3，查 X^2 表中自由度为 3 时，$X^20.05=7.81$，$X^20.01=11.34$，所以本例 $X^2=35.05>X^20.01$（11.34），则 $P<0.01$，有极显著差异。说明：四个不同处理组之间的有效率，有显著差异。※这里为了运算方便已将有效率化成小数。比较时仍用百分率表示。

另外，卡方（X^2）检验中还有多列多格表法，即 R×C 法，可用于多因素（多种处理分组）和多指标（同时有多个效应指标）的计数资料的分析。其计算时要将资料列表，然后按下列公式计算 X^2 值：

$$X^2=\left(\Sigma\frac{O_{ij}^2}{ninj}-1\right)\cdot n$$

式中：O_{ij} 为表中各观察频数的（例数）数值，ni 为该观察频数所在行中的各个频数之和，nj 为该观察频数所在列中的各个频数之和。n 为表中各行或各列之和的总数。

R×C 表法：自由度（df）＝（行数－1）（列数－1），然后按 df 查表比较。即可判定其差异的显著性水平。

【例】 调查不同年龄组男性脑力劳动者冠心发病情况如下表，试问不同年龄的冠心发病情况有无显著差异？

根据表中的频数按公式直接进行计算，不必求率：

$$X^2=\left(\Sigma\frac{O_{ij}^2}{ninj}-1\right)\cdot n=\left(\frac{4^2}{189\times28}+\frac{7^2}{189\times26}+\frac{178^2}{189\times375}+\frac{8^2}{153\times28}+\frac{10^2}{153\times26}+\frac{135^2}{153\times375}+\frac{16^2}{87\times28}+\frac{9^2}{87\times26}+\frac{62^2}{87\times375}-1\right)\times429=32.810$$

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表 6-16　不同年龄男性脑力劳动者冠心发病情况调查表

年　龄	冠心（人）	可疑（人）	非冠心（人）	合计（人）
40—	4	7	178	189
50—	8	10	135	153
60—	16	9	62	87
合计（人）	28	26	375	429

本例自由度 $df=(3-1)(3-1)=4$，查表 $X^2 0.05=9.488$，$X^2 0.01=13.28$，∴本例 $X^2=32.810>X^2 0.01$（13.28），则 $P<0.01$，有极显著差异。故不同年龄对男性脑力劳动者的冠心发病率有极显著的影响。

但应指出 $R\times C$ 表检出的差异显著性，是总的差异，至于每相邻两组有否差异尚须另作 X^2 检验才能断定。

表 6-17　X^2 值表

自由度	P=0.05	P=0.01	自由度	P=0.05	P=0.01
1	3.84	6.63	20	31.41	37.57
2	5.99	9.21	21	32.67	38.993
3	7.81	11.34	22	33.92	40.29
4	9.49	13.28	23	35.17	41.64
5	11.07	15.09	24	36.42	42.98
6	12.59	16.81	25	37.65	44.31
7	14.07	18.48	26	38.89	45.64
8	15.51	20.09	27	40.11	46.96
9	16.92	21.67	28	41.34	48.28
10	18.31	23.21	29	42.56	49.59
11	19.26	24.72	30	43.77	50.89
12	21.03	26.22	40	55.76	63.69
13	22.36	27.69	50	67.50	76.15
14	23.63	29.14	60	79.08	88.38
15	25.00	30.58	70	90.53	100.42
16	26.30	32.00	80	101.88	112.33
17	27.59	33.41	90	113.14	124.12
18	28.87	34.81	100	124.34	135.81
19	30.14	36.19			

④进行显著性检验应注意的几个问题：

显著性是相对的，不是绝对的，必须根据预试或实际情况选择适当的显著性水平，以免由于显著性机率水平定得过高，而使一些确有差异的事物变成无显著差异。这就有可能漏掉一些实际上存在但较小的差异。

一般说来医学实验中通用显示水平为 0.05。事实上由于生物误差较大，$P<0.01$ 的结果也很不易得到，除非试验结果异常重要，或试验成本非常昂贵时，才考虑 0.01 的显著水平。

统计学结论只能表明资料的差异，但不等于实验结论，所以在统计学结论得出后，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

仍应结合专业理论和实际情况判别比较，做出实验结论。而且尚应注意某资料若无实际意义，则不必再做显著性检验。例如某疗法降压作用确已经实验证实为略有下降，但仅此而已，不如一般降压药，也就没有什么实用价值。

当检验结果相差不显著时，不能立即作出没有差异的结论，尚应考虑“假不显著”的可能，例如样本含量偏小，或其它原因致使误差偏大等。必要时可加大样本，重复试验。(样本计算方法见前)。

以上介绍了针灸实验研究中常用的统计分析方法，其他还有方差分析(F 检验)，回归及相关，多元统计分析等医学研究常用方法，可参阅有关的统计学专著，兹不再讨论。

(3) 资料的表达方式和方法

把实验研究结果所取得的资料用科学的方法和最好的形式，直观、形象、简捷、有力地表现出来，也是研究者的一项重要的基本功。合理的表达形式可增强研究结果的说服力，更好地揭示客观事物和现象之间的数量关系或内在联系。通常最多用的是统计图、表、以及照片、典型案例等。这里主要介绍表格的运用和图示法的表达要领。

1) 统计表的运用

统计表是用表格把统计整理后的数据资料系统全面反映出来的一种表达方式，是规格化的科学语言，但又比语言更直观、清晰，便于对比、分析和计算，并可节省许多文字叙述。所以应用十分普遍。

① 统计表的基本结构

一个正规的统计表格是由标题、主栏（主辞）、宾栏（宾辞）所构成：

标题：是表格的名称（主题），说明表格内容，若有必要的条件如时间、地点、测量单位等均需注明。

主栏内的主辞：主栏位于表左侧第一栏。其中包括统计的项目，如：名称、对象、组别等称之为主辞。按横标目排列（又称横列统计指标)。

宾栏内的宾辞：位于表上部横格，是对主栏内主辞的统计特征进行说明的，如指标、分析内容等。按纵标目排列（又称纵列统计指标)。

以上三部分，即是主题、主语和说明成分，共同构成了规格化的科学语言，用它来说明结果，不但节省了文字篇幅，而且更为明确、简便，一目了然。

【例】 下面为一个简单的统计表，兹结合其结构加以说明：

表 6-18 ××公社儿童蛔虫感染率调查(主题)

主栏→村名	0～6y			7～14y			←纵标目
横标目→	检查人数	阳性人数	感染率(%)	检查人数	阳性人数	感染率(%)	
甲村	57	53	93.0	60	40	66.7	
乙村	101	90	89.1	169	103	69.9	
合计	235	210	89.4	287	193	67.2	←底线

宾栏 ←顶线

注：用盐水集卵法检查

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

上表所表达的语言是：××公社儿童蛔虫感染率调查结果，在甲村0～6岁儿童中调查57人，其中阳性53人，感染率为93.0%，7～14岁儿童中调查60人，其中阳性40人，感染率为66.7%，前者较高。乙村……。最后还有合计，以及检查方法。可谓简明、清晰、一目了然

② 制表时的注意事项：

标题：要简明确切，概括表的内容，应写明何时、何地、何事，居表上方正中。

标目：有纵标目和横标目，标明各栏的内容和统计指标，必要时在标目下附上号码，以便抄录、核对、填写和正文中引用时方便。

绘制：顶线、底线用粗线，其它用细线，一般可省去表体内的横线、靠边两侧的纵线和对角线。

内容务求简明，切忌繁锁庞杂包罗万象。排列要正规：

主辞：即主要统计指标，应排列于左侧第一栏内，按时间先后、重要程度、说明程序依次排列。一般认为年龄、性别、职业、地区、年份、病种、处理方法等实验观察项目为主辞。

宾辞：观察测量的指标或欲分析的内容，如检查人数，反应数量，阳性率等。排列于横向的各列之首。但有时为了方便也可将主、宾辞栏调换位置，以适应篇幅长短排布。

数据：表内数据务必核准，所列相对数（比率）时一般要把绝对数也写出。数据排列位数对齐，三位数一个逗号，小数所取位数要一致。表内空格不宜太多，若某格内数据为"0"时应填入"0"，勿留空白，暂缺或舍弃的数据以"－"号表示。

数字累计：有小计、合计、总计，一般"总计"在下横列上，"合计"在右纵行上，并有纵横分开、不可合并的资料则不加"合计"、"总计"。

备注：宜放表体之外，表内数据中不宜夹杂文字。如需对资料加以说明时，可在右上角标"※"号，引附于附注中。

表6-19　某地10月份各型乙脑发病例数统计表

病　型	发病例数
轻	95
中	162
重	20

③ 统计表种类：统计表一般有四种类型：

简单表：亦称单项表，只有一个主辞和一个宾辞，两者均不经分组。

分组表：一个主辞和若干个宾辞的表格，其中各宾辞之间互不相关，只是主辞和各宾辞相关。

结合表：一个主辞和若干个宾辞，而且不仅主辞与各宾辞之间有联系，各宾辞之间也有相互联系的表格。但组合表一般只组合两个，不宜组合三个或三个以上。

相关表：表示两种指标相互关系的统计表叫相关表。如上表也可以看成相关表。

表6-20　针刺治疗高血压疗效统计

分　组	痊愈	显效	好转	无效	合　计
Ⅰ	12	42	31	15	100
Ⅱ	6	14	40	40	100
Ⅲ	3	6	21	70	100
合　计	21	62	92	125	300

2）图示法的运用

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表 6.21　针麻镇痛分级与诱导时间的关系

分级	手法捻针(人数)		电针(人数)		合　计
	10 分钟	20 分钟	10 分钟	20 分钟	

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

作介绍。

总之，图表的应用是为了更好地表达实验数据所显示出的结果，从而有力地烘托出研究的结论来。如果有时用少数文字即可说明问题，则不应勉强用图表占据过大的篇幅，这是应用图表时必须注意的。

6.2.6 科研结论与资料解释

在辩证唯物主义观点和有关的专业理论指导下，从实验结果所得资料（数据或事实）中引出符合研究对象本身的客观规律的结构；或者对科研过程中发现的事实及资料作出合理的解释与评价，乃是整个科研认识过程中的主要阶段，也是对实验提供的事实进行认识、分析和理性加工的关键环节。正确的结论使人们靠近了真理，错误的结论将人们引入歧途。所以根据实验中获得的信息，来下结论或做解释，以揭示它们的规律或某种意义时，首先要求严肃、慎重，要尽量做到真实可靠，正确合理，经得起重复和验证。这就要遵循以下几点基本原则：

(1)全部实验结果必须真实可靠，这是得出正确结论的依据和前提。

(2)在理论概括、引伸与推理过程中，自己的观点、方法必须正确；并且要严格遵照逻辑推理的基本原则，作出符合客观实际的结论。在这方面常有人从正确真实的结果中引出错误的结论来。例如：苏联在五十年代进行的"活质学说"方面的研究，或者国内曾风靡一时的鸡血疗法等都是由于这种基本观点不符合生物学的基本原则、疾病的发生和防治规律，所以虽然很认真地进行了大量的实验，结果却没有一条经得起考验的结论。又如：有人从甲实验（包括内容和条件），甲对象上进行的实验结果，却要做为乙实验或乙对象的结论，这又犯了"转移命题"或过分引伸、夸大的错误，其结论当然也不会可靠。至于以"先后"或"同时"发生的现象推出"因果"关系的结论，或者从"原因"可能很多的事物中推出"唯一原因"的结论等等，都是极错误的。克服的办法是建立假说要严格周密，推理要在实验的范围内进行，并且防止逻辑和方法上的错误。

(3)把统计学结论当作阐明因果关系的"实验结论"时，实验样本的选取和分组必须符合统计学的要求（如样本大小要合理，分组随机化，保证组间的可比性等）。

(4)在利用参考文献中的观点、事实为依据来解释自己的实验资料或结论时，首先须明确这些观点和论据本身是否正确？是否真实可靠？是否已被实践证明或被公认？有无相反观点或事实？而且还应注意我们的结论或解释是否与已被公认、被证实的理论观点或新的实验资料相矛盾，以及由我们的结论引伸出来的推断是否谬谬？如果能提出更加完满、理由更充分的解释，就应怀疑或修正，乃至于推翻旧的结论或解释。

(5)保证结论的可重复性，并能经得起实践的检验。

总之，这是揭炼观点、明确结果，用实验的资料和事实将假说推向理论阶段的过程。但是结论一定要下得客观，不夸大，也不缩小，这样才能令人信服。至于实验中出现的问题或矛盾现象不应回避，应当尊重事实，通过查阅文献或分析实验的各个环节，得出合理的答案。这些矛盾现象中有时隐藏着新的重要课题或意外发现；有时又暴露了我们在设计或实验过程中的某些疏漏和不足之处。问题的合理解释恰有助于结论的修正或确立。当我们经过慎重的核对、严密的分析后，把实验资料所反映的事实和假说融为一体，并构成一种对问题的新的认识的时候，一个新的实验研究结论便正式确立了。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

6.2.7 科研论文的撰写

科研论文是科研工作的书面总结。任何一项研究工作的内容和基本过程，及其科研成果、科研水平、科学价值，乃至于研究者的科研态度和创新等，均须通过科研论文来体现和反映。科研论文又是科研成果赖以保存、交流和推广的重要形式。所以在实验工作完成后，及时将资料进行整理、分析并通过理性加工写成论文表达出来，才算完成了这项研究的最后一道工序。也只有这样，我们的研究成果才能及时得到社会的了解和承认，并得到及时的交流、推广和应用，从而尽快发挥作用取得效益。所以撰写论文是科研工作的重要组成部分。

科研论文是科学的论证文章，其重心在于论点和论据。论点是论文中提出的假说及假说包括的分属观点；论据则是通过实验观察所得的结果（资料）。论文的撰写就是运用实验所得的具体材料，围绕假说这条主线，结合专业理论和文献资料，通过摆事实（论据）讲道理（论证）阐明某一观点（假说）的过程。以下就科研论文的写作要求和方法步骤作一些概括的介绍。

6.2.7.1 科研论文的基本格式和写作要求

一篇完整的科研论文（尤其是实验研究论文）一般应包括题目、作者、导言、材料和方法、结果、讨论、结论、摘要、参考文献、完成论文或投稿日期等十个部分。篇幅小的短文也可将导言、材料与方法两项合并，结果与讨论两项合并，免去摘要。有协作关系或曾受有关单位或个人支持帮助的应在文章末尾或首页角注处加以“致谢”。罕见病例或新发病例之报道可按前言（导言）病例报告，讨论、小结、参考文献等部分撰写。介绍新疗法、新技术式的论文可按前言、有关理论、治疗方法、护理、病例分析、讨论、结论、参考文献等项撰写；临床研究论文的资料和方法一项改为临床资料（一般资料）诊断标准和治疗方法，结果可改为疗效观察（疗效评定标准、评定结果）。

总之，前辈们在各类科研论文的撰写方面已经形成规范，在阅读文献时只要仔细留心体会，当不难掌握其要领。以下重点对实验研究论文的写作要点做一些简要介绍。

（1）题目（title）

论文的题目，实际上是文章的主题思想，必须准确地概括研究的内容，体现出受试对象，施加因素和效果反应这三个因素及其相互关系，并且要能反映出研究的方法、水平、深度和广度，以便能醒目、突出地显示出文章的价值，引起重视。

题目字数不宜太多、太长，要求简洁、明快、清晰准确。若字数较多时，宜用加副标题的方法来解决。较大的题目可考虑分成若干分题，每个分题单独写一篇文章。总括起来论文题目有以下几条要求。

① 画龙点睛，托出文章内容——科研三因素及其相互关系和研究的方法水平。

② 提出问题和观点——含蓄地体现假说。

③ 名词性结尾——体现文章的性质

④ 限定成分——说明回答问题的程度，且留有余地。如初步、探讨、分析、研究、观察等。

例如：《针刺对脊髓背角细胞内脏伤害性反应的影响》（《中国针灸》，（4）：44，1982）。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

这一题目的三因素就很明确。其中针刺——处理因素，对象——实验动物，效应——脊髓背角细胞内脏伤害性反应的变化。研究方法：电生理方法，用微电极研究技术，引导神经细胞单位放电的方法，从脊髓水平探讨了针刺对内脏伤害性传入信号的影响。使本专业同行一看就明白研究的水平、深度和价值。它的假说含蓄地包括在其中，即针刺镇内脏痛的作用可能与它对背角细胞内脏伤害性反应的抑制，从而阻止了痛信号的传递有关。题目的结尾体现了实验是观察性的，主要是观察针刺对脊髓背角细胞内脏痛反应的影响。至于是什么样的影响，并未肯定，所以也就留有余地。

必须指出的是，命题过程也是从思想上使假说观点更集中、更明确，从实验上重新组织和提高材料的过程。所以当我们从实验结果的资料中取得大量的证据，又结合文献资料，对所研究的问题有新的认识之后，必然要结合文章的中心思想和科学结论对论文的题目进行修正或重新命定。所以选题时所立的题目，不一定就是以后的论文题目。但是，如果设计和选题很准确，同预期效果一致，设计选题与论文命题相符时，则不必再作改动。

(2) 作者 (writer)

研究论文是由个别人设计、实验，并完成者，就署个别人之姓名；若由集体共同完成可署集体名称，并在文末加注执笔人或整理者姓名，以明确责任，方便联系；两人或两人以上作者之署名应以担负研究工作的主次、轻重排列。作者名称前应写所在单位，以利于读者咨询、交流。

(3) 导言 (introduction)

导言（前言、引言、序言、绪言）是写在论文最前面的一段短文。旨在阐明本文所研究的问题是怎样提出来的，有何依据，本实验在构思、设计和方法上的特点，以及研究的目的，意义和结论。使读者对研究的价值、意义有一个概括的了解，并引起他读下去的兴趣。

前言要重点突出、紧扣主题、语言精练、简明扼要，一般不超过 200～300 字。总括其内容和基本要求如下：

① 提出问题。前言第一句话就要开门见山地引出文章所涉及的问题。

② 说明选题的理由和依据。要尽可能引用前人的工作（文献资料）来衬托说明作者为什么选这个题目，但不是自我解释。

③ 阐述论文的价值和意义。以前人的工作和现实需要为前提，从文章提出的问题出发，鲜明突出地阐明文章的意义和价值，尤其是对学术研究有重大作用，或本研究在构思、设计方法上有重要创新，足以克服以前研究中的缺陷之处时，更应阐述清楚，以引起重视。但语言要客观、准确、留有余地。

④ 工作简介，可有可无。但是在研究涉及多的单位及合作者时，可略述一句。

⑤ 点题收口。前言结束时常用本文的直接目的点出论文题目而收口。

对于临床病例报告，流行病学调查，治疗方法或经验总结方面的论文，前言还可更短。例如："太溪穴用于临床的体会"（《中国针灸》，(1)：4，1984）一文的前言："太溪乃足少阴肾经之俞穴，阴经无原穴，以俞代原。兹将个人应用太溪穴临床治验列举数则，报道如下。"共两句话，则全文涉及的问题已交待明白。

现再以"针刺对脊髓背角细胞内脏伤害性反应的影响"一文的前言为例来分析其基

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本结构：前言首先以前人的工作为依据，提出了问题，指出“以往的工作表明，针刺抑制内脏痛的重要作用之一是针刺激活脑干下行抑制系统——中缝核团的功能。刺激中缝大核能抑制脊髓背角神经元对伤害性刺激的反应，存在着一条脊髓—延脑—脊髓的神经回路。”由于上述原因和事实，所以要进行本工作，即“在脊髓背角细胞观察针刺对内脏伤害性刺激的反应”，其目的是“研究这两种信号在脊髓水平相互作用的特点”，其意义和价值在于“有利于对脑干下行抑制在脊髓水平所起作用的分析。”共147字，但是却简练明确，紧扣主题，使读者对于选题的理由、依据、设想和研究的方法、手段、目的、价值和意义了解得非常清楚。类似这样的例子还很多。可在阅读文献时细心分析和领会。

（4）材料与方法（material and method）

这一部分主要说明实验研究所用的实验对象、方法和基本过程。为论文提供科学依据，以便别人用同样的条件、方法可以重复。既要交待清楚，又要详略得当。如果实验方法是通用的，只写其名称即可，若方法已有文献介绍，则简单提出，并用角码注明顺序号，将方法来源的文献附于参考文献之中即可。若对方法有改进、创新、和独到之处者则应详细具体描述其改进部分。对于受试对象为动物的实验要明确交待动物种类、品种、饲养品系、性别窝别、年龄、体重等规格标准，和分组、对照情况；对于测试仪器的型号、药品的来源厂家、批号等也要准确说明。总之凡是以影响实验结果和数据的有关条件（室温、屏蔽）控制和因素的限定均应明确指出。有的时候实验方法和结果十分密切，必要时可将二者结合在一起进行描述，则列出标题为“方法与结果”。

至于临床上的病例分析、疗效观察、流行病调查及病案、病理探讨等方面的研究，主要是积累、统计病例资料和利用常规手段进行检查、记录、整理和分析。这时可不用“材料方法”这一标题，改成“临床资料”、“资料来源”、“调查对象和方法”、“诊断标准”、“治疗方法”等。若是技术方法革新者，则用“操作方法”、“操作步骤”、“手法”等标题。临床资料包括：病例来源、总数、年龄、性别分组、病例分型、临床检验、住院、随访观察等内容。总之方法交待不清，影响别人的重复，也影响文章的科学性和可信性。所以要尽可能简明扼要的交待清楚。

（5）结果（result）

这是全文的主体，应将实验结果中所有必要的实验数据、材料、典型病例、观察结果等，运用统计图表、照片等结合文字，分别陈述出来。要求指标明确、数据准确、内容充实。这要注意资料安排的逻辑性和条理性。在此部分的叙述中主要是有条理、有层次地陈述事实（现象数据），凡是实验结果能引伸出来的理论认识或需要进一步解释的内容，均应留给讨论部分，而不宜在结果部分掺杂作者的任何分析、议论、评价和推理，以保证结果内容的纯净、体现科学性和准确性。总之结果部分是进行判断推理和做出结论的前提与依据。在写这一部分时除了实事求是，一丝不苟外，还要讲求表达方式、技巧和材料的组织安排。总括起来有以下几个要领：

① 应如实、准确地将审查核对无误，并经过统计学处理的结果资料公布出来，无须将原始资料（数据）全盘照搬。

② 合理安排材料公布顺序，要层次分明，又要照应逻辑推理。

③ 要运用最佳表达形式：表达方式力求简洁、清晰、明快、准确，可利用表格使

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

之清晰醒目，一览无余；也可利用各种图示法，使之更加直观，对比鲜明，以便形象地揭示变量间的函数规律或某种趋势。但统计图表的制作应简明清晰，表中标目排列要合理；图表要附标题（有时尚应加图例和必要的文字说明），文中的图表应统一编号，并尽量安排在文字叙述附近。但是，由于图表很占篇幅，凡能用少量文字就可以说明的问题，也可少用或不用图表。用插图可形象地表达内容，以弥补文字叙述的不足，但应精选以节省篇幅，并以制图纸用墨汁绘制，其线条粗细及轮廓大小，应考虑制版缩小后的效果。照片也是表明结果的有力证据，但必须清晰并能说明问题，对于读者不易看懂的部分，应以箭头标志或附简单的线条图加以说明。临床研究则附以典型病例，要求有代表性和说服力。

对结果部分总的要求是客观、准确、简练、清晰，条理清楚、真实可信。

（6）讨论（discussion）

讨论部分主要是围绕论文的中心思想，从理论上对实验结果和实验中的有关问题进行分析、评价，从深度和广度两方面来丰富和提高对实验结果的认识，为结论的形式提供理论上的依据。其具体内容可包括以下几个方面：

① 对实验和观察结果的理论分析、论证和解释：

通过分析、综合和推理对实验的各项指标、结果误差、显著性分析和观察结果的各种内在联系，作出合理的解释，以证实结果的可靠性和科学性，并从理论上和实际应用上揭示出研究结果的价值和意义（本结果说明什么问题，有何意义，能否验证假说的正确性，能解释哪些理论问题和实际问题）。

② 将本实验结果与国内外的有关研究或前人观点和结论之间的异同，以及异同产生原因的分析和解释。

③ 其它领域的研究成果能说明和支持本文的结果和观点者。

④ 实验中发现的预期以外的现象的说明或解释。例如现象产生的意义和原因，它们的发生是影响实验结果的可靠性，或进一步证实加强这种可靠性、现象的启示等。

⑤ 对结果中不够完善、有漏洞之处进行补充说明，以取得主动，对研究中现存问题的揭示和尚待改进，或进一步探讨的部分，以及今后研究方向的设想。总之是原来在“实验结果”部分要说而未能说，想表达的理论认识而未得表达的均可放在讨论部分来分析、推理。

但并非每篇文章在讨论中都必须包括以上五个部分，应根据文章的主题和具体情况，来决定讨论的范围、内容及其顺序和侧重点，讨论时必须以结果为线索、扣紧主题，有的放矢。凡是实验结果中提不出讨论依据和线索的不应纳入讨论；对前人工作要集中概括，尽量引证近代的主要资料，一般是只取其观点或结论，并注明角码，列入参考文献即可。不可成句、成段地引用。有的文章结论比较明确，也可不设讨论，或将结果和讨论合并进行。讨论的内容较多时，可按涉及的问题分段进行，每段一个中心内容，用标题点明，则更为清楚。

讨论的深浅和好坏，取决于作者的专业理论水平和辨证思维能力以及掌握文献的深度和广度。所以，充分掌握有关文献（包括与自己结论相同或相反观点的文献）和专业理论，认真联系自己的研究结果，从理论上进行再认识，才能抓住问题的实质和要领。使讨论部分的每句话，每一个问题都能增强结果的科学性、可靠性和文章的说服力，并

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

使读者对本研究结果的理论、实践意义和价值得到更为深刻的认识和理解。因而也大大提高了论文的价值和水平。在这种情况下，论文结论的得出已是“水到渠成”了。

（7）结论（conclusion）

结论是对实验结果进行分析、讨论后得出的理性认识，要用它来回答研究的假说是否正确，以及本研究所要解决的问题。结论部分文字不多，要求简明扼要，观点明确，使人能够概括地了解研究的主要内容和结果。对结论的另一个要求是必须符合研究结果的实际情况，一定要准确、客观、实事求是，切忌夸大、缩小或模棱两可。暂时不能明确回答，或尚无把握下结论时不可勉强去下，只须讲明原委即可。结论必须是由本人的实验结果推论而来，至于结论的写法是：开头先概述研究简况，提出结论的条件，然后直接将结论逐条开列出来；结尾指出存在的问题和研究方向。有时也可不要开头和结尾。也有把结论放在每段讨论后面，做为总结，而取消结论一栏（如近年来《中华医学杂志》大多如此），临床研究的论文中常用小结表示结论。

（8）摘要（summary）

较长的论文均在正文开始或结尾部分附一全文要点（研究目的、方法、结果、结论、和主要观点与发现）的简短摘要（有时也叫小结），以帮助读者迅速了解论文的主要内容。一般不超过200字，所以要求文字简练，重点突出，一定要把论文本身新的、最有特色的东西反映出来。为了对外交流有时需附外文摘要，实为论文的结论或摘要译成外文即可。

（9）参考文献（references）

论文最后一部分应将本科研工作所参考过的与文章关系密切并在正文中引用的文献、书目，按其在文中被引用的先后角码和顺序列于“参考文献”栏下，以便读者查索。要求严肃认真，正文中的角码与相应的参考文献要对上号，决不能张冠李戴，更不应写错刊名、年份、或卷、期、页数。一般中文书籍，应按作者姓名、书名、起止页数、出版社名称、年份、版次列出；中文期刊：按作者姓名、题目、刊物名称、卷、期、页、年份的顺序列出；外文书籍：按作者姓名、版次、出版地、出版社名称、起止页数、年份列出；外文期刊的顺序与中文期刊同。

参考文献目录表编写务必认真，定稿后务必仔细核对无误，以对读者负责。

（10）鸣谢：

这是对有协作关系或曾受到某人或单位支助者，可于首页注明或于文末声明致谢即可。

以上是一篇正规的科研论文的基本格式和要求。但是并非十个部分都要占全。须根据研究性质、文章长短和内容而定。

6.2.7.2 科研论文的写作步骤

科研论文的写作过程实际上就是对实验和观察所得资料进行理性上加工的过程。首先要将大量的实验或调查的原始资料，经过核对查证和统计学分析处理，并制成数据表格，统计图或摄绘图片，这是撰写论文所必须的证据材料。但并不是要把这些材料全盘照搬到论文中来，而是要围绕论文的题目和假说，对这些资料，进行再评价、再认识，把其中最有用、最能说明问题的精华部分，经过合理的剪辑和取舍，以及科学的组合，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

并用最好的形式表达出来；最后通过成功的讨论和结论，对所研究的问题做出回答。在这个过程中的主要步骤和注意事项有以下几点：

（1）资料的处理：

根据论文题目的假说及中心思想将所得的原始材料进行整理、核对、统计处理和分析加工，凡与说明假说无关者，均应割爱舍去或备他用；仅保留那些最足以说明、或验证假说的内容即可；这里的关键是以假说为主线选择材料，量不在多，但质务求其精，甚至有些原设计中未料到的现象，更能说明问题时，也应记录成资料、充实证据，通过这样的去粗取精、去伪存真的取舍、调整和集中，能大大增强材料的说服力，提高文章的质量。

在材料的舍取和处理中必须结合专业理论和文献资料，通过认真分析、切实吃透材料的意义和价值，有些应反复推敲深思熟虑，这样可以真正发挥材料的价值，为假说提供新的内容和依据。甚至有可能深化假说，取得进一步的认识。这是对资料的再认识和深化过程，切不可浅尝辄止，满足于对假说的说明。总之是既不要“大材小用”委屈了材料的价值，也不可小题大做，夸大事实。

在材料取舍之后，重新组合时，要能从不同角度连续说明论文的假说。这样可增强论证效果。在材料舍取时还应注意两点：一是对某些阴性结果和不显著的差异，要广开思路，进行分析，因为这方面不显著或阴性，恰好在另一方面能说明问题，甚至很显著，所以仍应注意留作其他用处；二是由此又导致新的假说和课题。至于对预料之外的现象的重视、分析和利用，也是这个道理。所以要在失败中找经验，从“废料”中回收有用的“半成品”或“副产品”。这是降低科研成本提高效益所需要的。

（2）运用最佳表达技巧，充分显示材料的价值意义，最大限度地发挥材料的作用，把清楚、醒目、对比鲜明、形象、直观，而又精确可信的结果，呈现给读者。这是思维、技巧与表达的完善结合。前已述及兹不再重复。

（3）整理构思拟定提纲

论文提纲是论文的骨架和雏形，它可以把我们的逻辑思维、学术观点和材料证据等，简明而系统地按论文书写程序展示出来，以免疏漏。

拟定提纲要反复思考、理清思路，关于如何论证、证据的陈列先后，材料的安排，表格、图形的使用，讨论的范围、深度和广度，结论的要点等均应反复推敲，取其最佳的表达、最清楚的陈述、最简捷有力的论证方式。然后根据前述的要求列出提纲。不同的论文提纲也有所区别：一般实验研究性论文的提纲是以前言、材料方法、结果、讨论、结论、参考文献等部分组成。临床研究常以病例分析、病例报告来总结观察结果，其提纲可以前言、临床资料、诊断（标准）、治疗、讨论、小结等部分组成。然后即可按前述的基本格式和要求进行撰写。写好后尚应再做推敲、审查，确定无误之后方可宣读交流或寄出发表，以对社会负责。

6.3 针灸研究中的动物实验方法

随着医学和现代科学技术的发展，人们对疾病的发生，发展和防治规律的认识日趋深入，同时也对针灸经络实验研究的深度和广度提出了更高的要求。单靠临床疗效观察和经验，事实的积累，以及对人群的调查研究方法已不能满足研究的需求。例如在针麻原理研究中要开颅并将微电极插入脑组织某神经核团中引导其神经细胞放电活动，以观

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

察痛信号和针刺传入信号在该部的相互作用和影响；或将某药物注射于该部，或用定位损毁后观察针刺镇痛效果变化以探明该部在针刺镇痛中的作用等实验是无法在人身上进行的。又例如欲知针刺对某传染病的疗效好坏，也是不能用人来试验的。但是在动物身上则可以根据需要来进行这些必要的研究，并可由此提供具有重要意义的线索和事实，获得许多在人体观察中不可能得到的科学资料和信息，从而把研究推向纵深。所以动物实验方法在针灸实验研究中占有非常重要的地位，是引导针灸实验研究得以向纵深发展的重要手段。动物实验还有动物来源稳定，在研究中的饲养管理，环境条件，处理因素的施加方式和时机均可人为控制，而达到较好的齐同性和可比性等优点，因而实验周期也短，是快速高效的实验研究手段，所以每个有志于发展针灸学术理论的高级针灸专业人材，应具备一些针灸动物实验的有关知识和基本技能。

动物实验有急性实验和慢性实验两大类：

凡是短暂的损伤性实验后，动物不能继续存活的实验称急性实验，如上述引导脑神经细胞放电变化的实验，离体器官实验等。凡是通过手术或特定处理而造成某种预期标本或某种病理状态（例如某病理动物模型），然后进行有计划的较长时间的研究和观察的实验可称为慢性实验。前者优点在于可在短时间内获得较多的有价值的分析性材料，可将欲研究的器官或组织置于直视或仪器准确控制之下进行研究；但是常因动物在实验中处于非生理状态，所以很难代表整体动物在生理条件下的真实活动规律。慢性实验则较接近于整体动物生理状态下的活动情况，其取得的资料与整体水平的实际情况相近，有实际应用或参考价值；但是其观察的范围和深度常因环境，技术设备条件和可能性的限制，而难以达到理想的深度和水平。但是它们都是针灸实验研究中最重要也最常用的研究手段和方法。二者各有利弊，应根据研究目的和条件合理选择应用之。有时两种实验的结果和资料又恰好能互相补充，相辅相成。所以对哪一方而都不可偏废或忽视。

最后还须强调一点：动物与人毕竟不是同种同属，而且人类在发病学、病因、病理学中还有社会因素和情志因素（心理因素）的干扰和影响，比动物要复杂得多。所以在复制人类疾病动物模型中或评估动物实验结果时，或欲将结论推广，应用于临床时，必须对人和动物的差异有清醒的认识，绝不可以忽视这一差异。本章主要介绍一般动物实验的基本原则、方法、技术和某些疾病动物模型的复制。读者可由此触类旁通，利用文献去找自己实验研究所需要的其他疾病动物模型或动物实验方法，以扩展研究范围。

6.3.1 动物实验的基本要求

针灸动物实验的目的是要在动物身上进行各种不能在人身上进行（或条件限制无法进行）的研究活动，从中找出可以推及于人类的某些客观规律，从而为提高针灸疗效和学术理论水平服务。由于其结论要推论及人类或引用于指导临床实践活动。所以它必须遵照以下基本要求：

6.3.1.1 尽可能做到与人类的基本情况相近似

只有动物实验中有关病因学、病理学、发病学，及其临床表现，诊断指标，治疗及疗效评定等项尽可能与人类疾病的基本情况相同或相近，才能得出对人类临床治疗或诊断有应用价值或重要参考价值的研究结果。否则其学术价值或实际应用价值就会降低。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

以疾病动物模型为例，要做到这一点，最理想的当然是找到与人类疾病相同的自然发病动物。例如大白鼠原发性高血压、母猪的自发性冠脉粥样硬化、狗类风湿关节炎等。这些疾病的病因、病理等项均与人类相应疾病的实际情况相近似，是进行研究的理想动物模型。美国病理学杂志（American Journalof pathology）中有人类疾病动物模型专栏，另有许多这方面的专著均有详细介绍，设计时可以参考。

如果是通过手术或改变环境条件及控制饲料成份等方法来复制与人类疾病相似的病理动物模型，也应与人类发病学、病因学及病理与临床实际情况尽可能一致。如用放血方法的失血性休克动物模型与人类失血性休克的病理变化和临床表现均极相似，而用降压药造成的休克模型就不是失血性休克模型，当然不能用于失血性休克的研究。又例如对小猪喂高脂、高胆固醇饲料的同时对冠状动脉进行深部X线照射，可引起其冠状动脉粥样硬化并出现心肌梗死和心律紊乱而卒死，这与人类冠心病的病因、病理及发展情况类似，可供研究之用，反之若与人类情况不一致，即使外观上多么相象也是没有用的。要做到这一点应把握以下几点原则：

（1）动物选择要合理

针灸实验研究中常用动物实验来进行某些验证性或探索性研究，但是如果在研究中所用动物选择不当，则可导致实验失败或所得结果不能达到予期目标而失去应用价值，甚至还有可能误导出错误结论。所以针灸动物实验设计的第一步就是必须合理选择实验动物。而在选择时必须保证动物的种类、品系、来源必须符合研究要求和国家规定的有关标准，而不是随便用什么动物就可以用来做实验。具体有以下几点必须遵守：

① 所选用的动物必须在解剖、生理、组织结构、机能代谢等方面符合研究要求，而且在疾病特征方面也尽可能与人相近似。

研究者必须对所选动物的基本情况有所了解或有一定的实验动物学知识与经验，才不至于发生错误。例如小鸡的血浆甘油三酯、胆固醇和游离脂肪酸水平与人颇相似，因而是做高血脂症模型的理想材料；又例如大白鼠的腺胃与前胃界线分明，很适合作为实验性胃溃疡及其并发症模型，但却不能用于研究胆结石病（因为它没有胆囊）；而狗缺乏汗腺不能用于发汗机制的研究，但狗的阑尾接近于人，则是研制阑尾炎模型而进行各项针灸实验的好材料；但兔则不适用，因其阑尾太发达，与人差异太大；又如猫有灵敏的呕吐反射，可用于研究各种镇吐药或针刺镇吐止呕功效的实验；而且猫的血压稳定、波动小，因此又可用于血压方固的实验研究；鸭的溏便是由其解剖、生理特点所决定的，所以就不能用它来进行脾虚便溏的研究，因为你怎么治疗也不会生效……。由此可见熟知动物的解剖、生理及生态学特征才能合理选择实验动物。这些实验动物学知识一方面靠平时积累，也可以查阅实验动物学或向有经验的专家或前辈请教而获得。

② 选用对某些因素具有特殊敏感和反应性的种类或品系。

由于遗传变异和自然选择的结果，不同种属或同一种属不同品系的动物对某一刺激因素的反应性差异很大。所以在研究中所选动物的种属、品系不当，也会影响实验结果甚至失败。例如有些突变系小鼠没有了脾脏，如果误用它们来研究脾的实验就不适用；又例如有些小鼠身上可以复制出来的模型，用其他动物就不一定能成功。再例如大白鼠用做铅中毒模型时，由于它本身易患地方性肺炎和进行性肾病，易与铅中毒所致肾病变混淆。但用蒙古沙土鼠，同是大鼠则无此缺点，因后者只有在铅中毒时才会出现相应的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

肾脏病变。可见种类不同、品系不同对实验结果和成败的影响之大。

其次则应考虑性别差异的影响。例如用雌鼠做骨折愈合模型时，很易受动情期影响，用雄鼠则无此弊，故用雄而不用雌；反之用雌三醇肌肉注射方法复制乳腺增生大鼠模型时，则用雌不用雄。可见性别不同，对同一处理因素的反应性也有差异。但是某些研究中不存在性别差异（或是两性发病无明显差异）者则当选用雌雄各半或不拘性别。对于动物的种类、品系要求是“纯度越高越好”。故多选纯系动物。严格地说：“在动物实验中选用纯系实验动物，应象在化学研究中使用标准试剂和分析天平一样严格准确”，才有可能获得准确的结果，而不至因动物种类或品系不纯或选择失误而出现相互矛盾或错误的结论。所以要用标准化的实验动物，即动物应源于国家（指定或认定）的实验动物管理中心（各地均有）。要求其来源清楚、遗传背景明确，且已知菌丛、种类、品系、性别、年龄、体重均当有详细记录。否则很难保证种系标准和纯正。

③ 来源稳定，经济性和个体之间的均一性

动物的来源稳定方面，已可由各实验动物管理中心来保证，但是在经济方面尚应在满足上述原则的基础上首先选用小动物为主，如小白鼠、大白鼠、金黄地鼠、豚鼠次用、猫、狗等，再次才考虑到猴等较贵而难得的动物。至于种类品系确定之后，还应注意实验动物的个体差异对实验结果的影响。因此应尽量注意动物年龄、体重、生理状态，健康状况尽可能均一化，性别构成比也宜符合研究要求。如此乃可保证实验活动的顺利进行和所得结果的可靠性。

(2) 用模型法进行研究时，所用模型在病因、病理与临床特征方面也应尽可能与人的实际情况相符合。

模型法是常用的动物实验方法，但是所用动物模型若与临床实际不符，其实验结果就很难引用到临床实践中发挥作用。例如有人用机械损伤肠壁或切断某处肠管血液供应的方法，以及向腹腔内放置异物（如纱布块）等方法来复制手术后肠粘连模型，虽然均成功但又都与临床实际情况不符合；若用肠浆膜干燥并涂新鲜血液的方法造成的肠粘连模型则比较符合临床实际；又如用贮血瓶法造成的出血性休克模型，强制性地排除了机体稳态系统的自我调节和适应代偿过程，故与临床实际不符，若用一次性定量放血的方法造成的失血性休克模型则与临床实际情况相似。总之，在使用模型法进行研究时，一定要对临床实际情况和有关理论以及模型复制过程有足够的了解，才能进行合格设计。

(3) 动物模型必须符合相应的鉴定指标

欲使用某种疾病动物模型进行研究，必须对复制成功的模型首先通过鉴定，确认其正是此疾病的动物模型，才能使用。其鉴定指标包括：

临床指标：症状表现，体征及特殊检查所见

病理指标：器官病变的肉眼和显微镜观察。

生物物理或生物化学指标，或其他实验室检查指标。

例如有人检查了失血性休克动物模型的动脉压、脉搏、静脉压、呼吸频率、动脉血pH，动脉血氧分压和二氧化碳分压、静脉血乳酸盐浓度，减压反射、肾泌尿量等指标后，发现一次定量放血造成的失血性休克动物模型与临床失血性休克病人的上述指标变化颇类似，其病因（失血）又完全相同。所以认为它是比较理想的失血性休克的动物模型，用于研究针灸对失血性休克的即时疗效及作用机理，则比较接近于临床实际。所以

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

对动物模型既要求复制方法要合理，而且还要在病理变化和临床表现的主要特征方面符合鉴定指标的要求。至于鉴定指标和鉴定方法的拟定，主要是参照相应的临床诊断标准（包括各种特殊检查和实验室诊断）和病理诊断标准来进行判定。有时常需临床和病理两方面的标准互相补充共同认证。

6.3.1.2 保证复制的规范化、模型的标准化和可重复性

要求实验中所用动物或模型，以及模型的复制在症状表现、病理、生理、生化等方面的变化要保持相对一致性（这一点在必要时可用鉴定模型的指标来加以判定）；而且对复制的条件、方法等方面要求达到标准化，后果也要一致（可以预测）。例如，一次定量放血后可以百分之百地造成失血性休克动物模型，若不能治疗则百分之百死亡，这就符合可重复性和一致性。如果别人用你报道的方法，在同样的条件和同样的动物身上进行实验也可得到基本相同的结果和同样的结论，其可重复性就好，反之则差。但是在用狗冠脉结扎造成心肌梗死模型时，由于不同个体在同一冠脉结扎后的结果很不一致，无法预测，这种模型的可重复性和一致性就很差，当然不能用于研究。然而用地鼠、豚鼠、大白鼠、小白鼠结扎其冠脉的后果则比较稳定一致，重复性、一致性均好，可供研究之用。这又涉及到经验和动物选择的问题及复制方法选择的问题。对策是：① 用纯系动物可增加一致性，减少各种系间个体差异；②体重、健康状况尽量均一；③查文献寻找已被公认是稳定可靠的现成方法；④若无现成方法则须通过预试反复验证、摸索其方法程序，因为这种模型复制的探索本身就是一项研究活动。

6.3.1.3 保证模型的适用性和可控制性

复制出的动物模型必须要能满足实验观察的条件要求。如果其生存时间太短或无法控制其生存时间长短，就无法进行一致条件下的观察比较。例如腹腔注射大肠杆菌造成大粪性腹膜炎模型后很快死亡（80% 在 24 小时内死亡），尚未及观察，更谈不上实验研究，这样的模型就不能用。反之用一次放血法造成的大失血性休克模型，其平均存活时间 298 分钟，这对分析各种药物或针灸的抗休克作用的疗效是来的及的，此模型就适用。所以适用性是针对研究过程和实验内容而言的。当然还可以采用各种控制措施来保证其生存时间，以满足实验研究之需要。另外还可改进复制方法以保证适用性。例如有人用卵巢切除法复制成大鼠子宫发育不良模型，虽然全部成功，却无法应用于临床不孕症之研究，这是复制方法不对，经笔者指导改用卵巢动脉不全结扎造成模型则可用于临床对某些方药疗效之探讨。

6.3.1.4 简便易行，经济可靠

在满足上述要求之同时，应注意复制方法越简便、越易掌握则越易成功。如前述放血法比贮血瓶法更简单易行，却更合理，同时还要满足统计学要求，并考虑经济节约经费。实验中尽量用小动物，不得已再用大动物。其次要注意排除各种影响因素的干扰，保证结果的可靠性。例如犬在冬季或深秋对失血的耐受性比夏季强，因此其失血休克模型复制和研究时间当以 8～9 月份为宜；而且其冬季抗失血性休克实验的结果不能与夏季所做实验相比。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

总之，进行动物实验前，必须事先查阅文献或有关专著，对于有关研究对象进行全面了解，根据临床实际情况和实验内容与要求，合理确定实验动物的种类、品系、性别、年龄、窝别、体重要求等，按统计学设计要求和实验目的确定样本数量，并通过文献选择或设计出符合临床实际，而又简便、易行、经济可靠的复制或实验方法，通过周密设计和预测、预试证实其可行性之后才能进行整批动物实验之研究。

6.3.2 针灸实验常用动物的选择

除临床疗效观察，分析性研究外，针灸机理探讨性研究所用的材料中以动物居多。从进化论的观点来看哺乳动物的解剖、生理与人更为接近，所以针灸实验动物主要以哺乳类为主，如猴、犬、兔、猫、豚鼠、大白鼠、小白鼠等。有人还曾用过较低级的动物如蟾蜍等。兹将最常用的犬、猫、兔、鼠的特性，用途和选择如下。

6.3.2.1 狗的生物特性、用途和选择

（1）特性：狗——哺乳纲、食肉目、犬科。易驯养。适应环境能力强，性好动。春秋季发情，每次持续 12～21 天，每胎产仔 2～8 只。寿命 10～20 年，性成熟期 8～10 个月。关于其解剖、生理特点可参考有关专著。狗的嗅觉、听觉敏锐；视觉一般无色觉，大脑半球较兔、鼠发达，而消化过程与人相似，循环系也很发达，适用于实验研究。狗缺乏汗腺，以呼吸方式散热。

（2）用途：狗是生物学和医学实验中的常用材料。如胃、肠、肝、胆、脾、胰、肾及高级神经活动和血液学、心血管学、毒理学、外科手术，及动物模型的复制等也常用狗。由于狗的体形较大，模拟人体取穴也较便利，所以在针麻效果，针麻原理研究和针刺对许多疾病的动物模型的治疗作用，以及对脏器功能的影响（如神经系统、内分泌、胃肠机能、冠脉血流量、肾泌尿量的影响等）实验，均可用狗来进行。又因为狗的耐受性较强，既可用于急性实验，也可用于各种慢性实验，是针灸实验的理想材料之一。但来源少，饲养条件要求高，所以应用上受到一定的限制。

（3）选择条件：强壮活泼、中等体型，体重约 10～15kg，温驯、食欲好，易近人。鼻尖发凉，油润是健康的表现；若鼻尖干燥，触之不凉反而热，说明已病或将病不宜用。其它要求（年龄、种系等）宜结合实验需要进一步确定。

6.3.2.2 兔的生物特性、用途和选择

（1）特性：兔——哺乳纲、啮齿目，兔科。温顺易驯养，繁殖快，来源广，管理方便耳大易行注射，采血等。是医学实验中应用最广的大动物。兔胆小、好静、昼伏夜出，喜干燥、凉爽，清洁、耐寒，但不能忍受炎热，潮湿污秽的环境，寿命 4～9 年，性成熟期 5～8 个月，孕期 30 天，一年可产 3～5 胎，每胎 1～5 只，哺乳期 30～50 天，交配期 1～5 天，生育期：雌 4～5 年，雄 2～3 年。

（2）用途：在生物和医学研究中广泛用于外科手术、生理、病理、药理、微生物、毒理学、免疫学、生殖和胚胎学等方面的实验研究。针灸实验中用于各种病理模型（发热、哮喘、冠心）的针灸治疗观察，也常用于针刺信号，作用途径，与机理的分析，穴位——脏腑相关的研究，穴位的形态学研究，以及血压、泌尿、呼吸、神经系统的各种

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

急性实验均用兔来进行。但兔的消化系与人差距较大，缺乏呕吐及咳嗽反射，心血管系统脆弱易衰竭。在设计实验时应考虑到这些差距和弱点。

（3）选择条件：要求健康、活泼、灵敏的成年兔，眼有神，鼻孔干净无分泌物，肛门干净无稀便，生殖器无溃疡，毛光滑贴身，耳竖立，耳静脉明显，体重1.8～2.5公斤为好。观察血管反应（包括微循环）或作静脉注射者选短毛大耳白兔；欲抗病力强者选灰兔；若需开颅者选雄兔（耐受性好，出血少）。

6.3.2.3 大、小白鼠的用途和选择

（1）特性：大白鼠——哺乳纲、啮齿目，鼠科，性凶猛好斗，易咬人，食性广，抗病力强。寿命2～3年，性成熟期2～3个月，孕期30天，年产4～7胎，每胎5～9只，哺乳期30天，交配期4～5天，生育期：雄1～1.5年，雌1.5～2年。因其管理和饲养简单，来源方便，也是医学和针灸研究中常用的实验动物。

（2）用途：广泛应用于生理学、生化学、病理学、药理学、肿瘤学、免疫学、微生物学、毒理学、化疗、移植、生物测定，实验外科，遗传和行为反射、记忆等高级神经活动的研究。在针灸研究中的针灸针麻原理，针灸与内分泌的关系，针灸对某些病理模型（炎症、肿瘤、高血压、溃疡）的治疗作用及其形态学和组织化学的变化等研究，多用大白鼠来进行实验。有人指出声扰高血压模型在野生大白鼠易成功，家饲者则不易形成。大白鼠无胆囊，但可用胆管插管收集胆汁进行消化功能之研究。

（3）选择条件：健壮有力，反应灵敏，无稀便、粘液、溃疡、呼吸均匀而无响声，体重200～250g左右。

其它尚有小白鼠和豚鼠、用途与大白鼠相似，性情更驯服，但小白鼠太小，耐受性也差，所以针灸实验用得较大白鼠少。

6.3.2.4 猫的生物特性、用途和选择

属哺乳纲、食肉目，猫科。有较发达的神经系统、循环系统和消化系统，血压稳定，呕吐反射灵敏。在生理、药理和针麻研究中常用猫来进行实验。国外用猫做脑定位图谱者较多，所以在国内的电生研究也常根据这些资料用猫进行针麻镇痛原理方面的研究。选用健康、成年、反应灵活者为好。其体重因个体差异大，尚无明确限定一般认为1.5～2.5kg之间即可。其缺点是来源，管理，喂养要求高，所以用得也少一些。

其它尚有猴、猩猩等实验动物，因条件限制，价格高，使用也受到局限，所以暂不介绍，待用时可参考有关专著，进行选择。

6.3.3 动物实验基本操作技术

在针灸机理经络实质的研究中，有很大一部分实验是用动物来进行的，实验的质量和成败在很大程度上取决于实验者操作技术的正规、准确和熟练与否。错误的操作，常造成动物的损伤，甚至死亡，严重影响动物的机能状态和反应性，从而导致更多的人为误差，对实验的进行和资料分析带来困难。所以动物实验操作技术也是针灸科研人员的一项基本功。兹就针灸实验研究中常用的几种动物实验操作技术做一些简单介绍，其余的实验操作，分别在有关实验中结合示教加以说明。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

6.3.3.1 实验动物的捉拿和固定

在进行动物实验时，为了防止挣扎，必须采用强制体位将其固定，使动物保持安静、稳定状态，以便于记录和操作。在抓取和固定时，一要大胆、细心、敏捷、准确，二要防止粗暴地伤害动物或被动物咬伤，三要按照实验对固定和显露部位的需要，结合动物的不同习性，选用适宜的方法。

(1) 狗的捉拿和固定方法

① 捉拿：用特制的钳式长柄狗夹夹住狗颈部，向后提拉狗头向上，颈部拉直，然后套上狗链（松紧适度以防挣脱或窒息）。将狗吊褂在狗固定台的横梁上（使其安静后再系狗链也可）。急性实验时，用狗夹将其压倒在地，由助手固定其四肢，剪毛、麻醉后即可实验。若驯养狗已有系链者，可将狗链缠绕于桩上拉紧后，狗头即贴紧木桩不能再回头咬人，助手即可剪毛麻醉，然后将其抬上手术台固定。

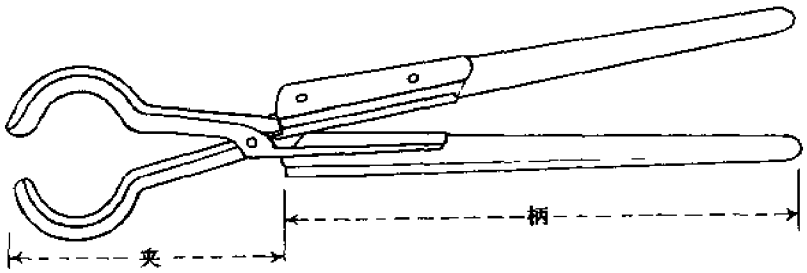


图 6-1 钳式长柄捕狗夹

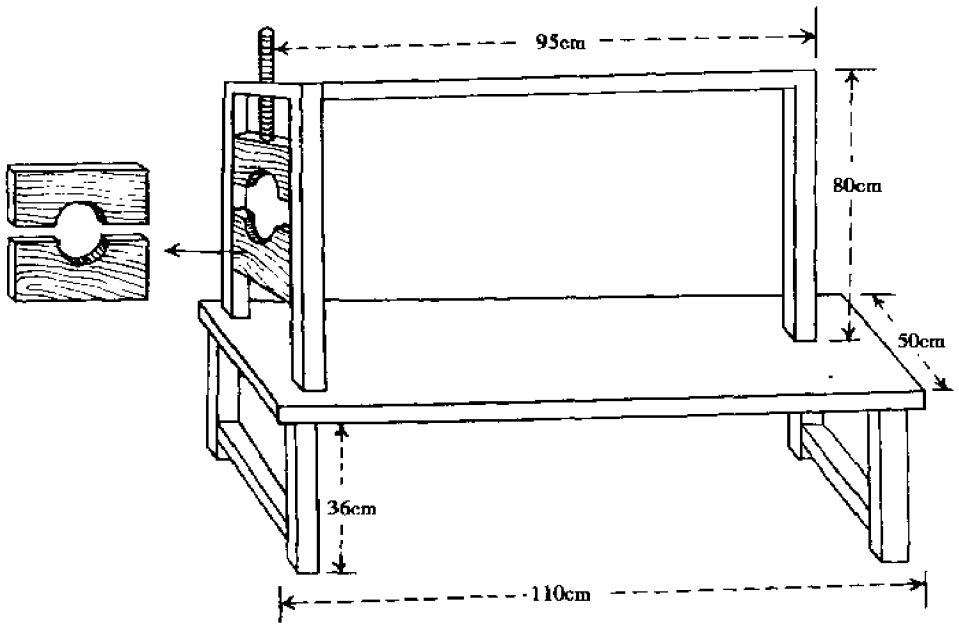


图 6-2 狗固定取血台

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 固定：有急性、慢性实验之分

慢性实验：狗已驯服（最少训练 10 天），只需引诱，抚摸将其拉上固定取血台，狗头伸出尖板 A 孔外，用粗棉带吊起狗下腹部，固定于横梁上，即可进行灌胃，取血，注射等操作。这样可减少挣扎因素之影响。

急性实验：须防止狗咬人，应绑嘴、用粗扁棉带结活扣，套嘴上拉紧后，从下颌将两端结于项后枕下。但当狗进入深麻醉状态后，应松解，以免发生窒息（舌根后沉、粘液阻塞）。

麻醉后，按实验要求的体位将狗固定于实验手术两用台上，仰卧位便于行颈、胸、腹部手术及实验；伏卧位宜作背、脑、脊髓实验，其头部用狗头固定器固定防止摆动，并将舌牵出，以防窒息。四肢宜用棉带结成活扣套于腕、踝关节以上部位拉紧，然后四肢平直分开，将棉带固定于实验手术台周围的木钩上。即可实验。

(2) 兔（猫）的捉拿和固定方法

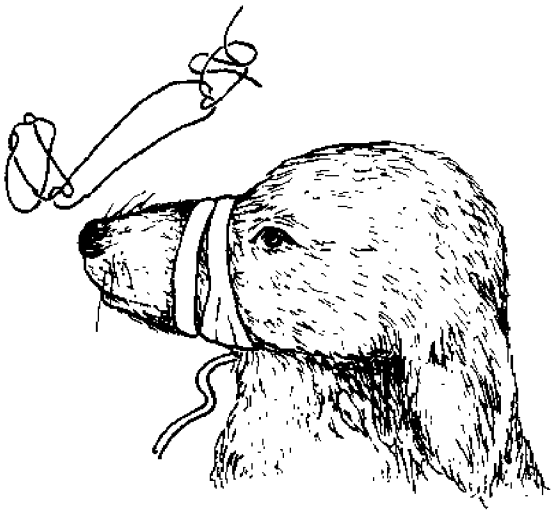


图 6-3　狗嘴的捆绑方法

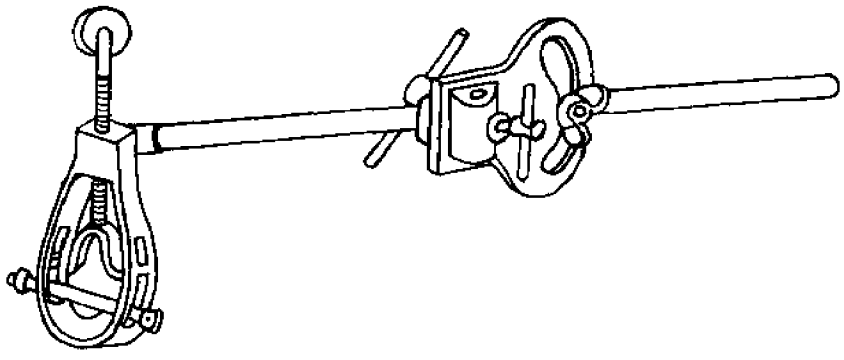


图 6-4　狗头固定器

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

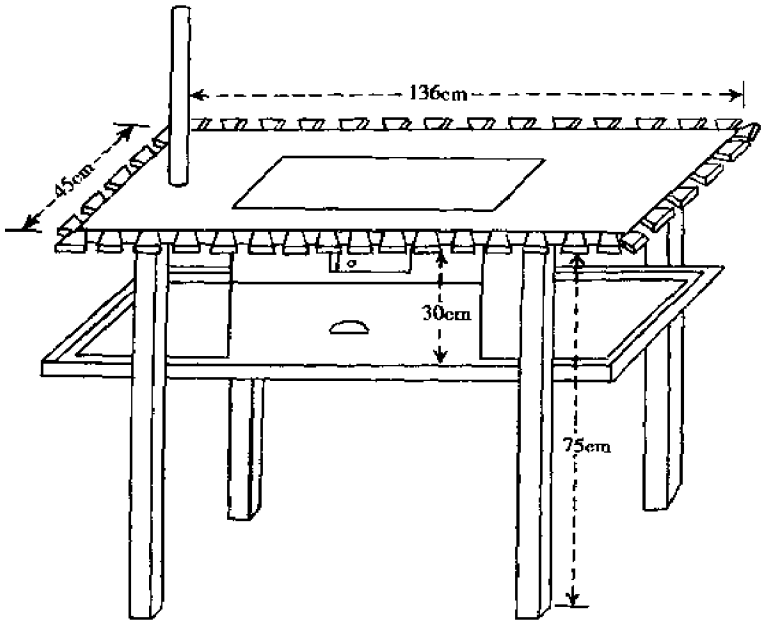


图 6-5　狗手术固定台

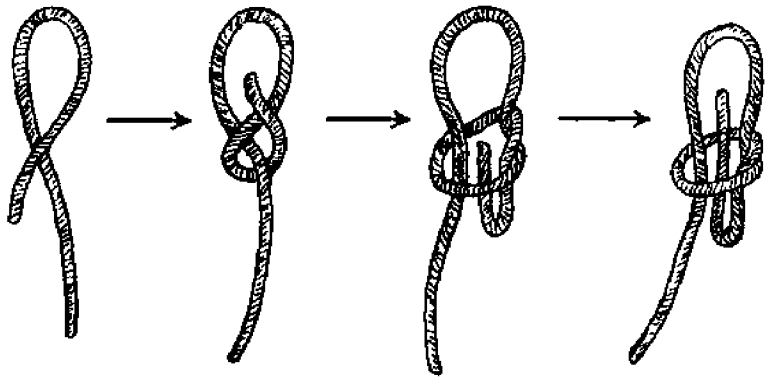


图 6-6　捆绑动物四肢的活扣

① 捉拿：饲养场上宜先驱散兔群后，看准对象举网扣住，隔网先捉住背部，再于网内扣取。从兔笼中提取，则宜轻开笼，勿使惊惧，右手将兔两耳压手心下抓取项后毛皮，提起，左手托护臀部，如图 3-7 中，4，5 为正确捉法，猫的捉法与兔略同。但因猫爪子锐利，必要时宜戴保护手套，以免被抓伤。

② 固定：

·兔盒固定法：适用于观察兔耳血管变化或耳血管注射。(图 6-8)

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

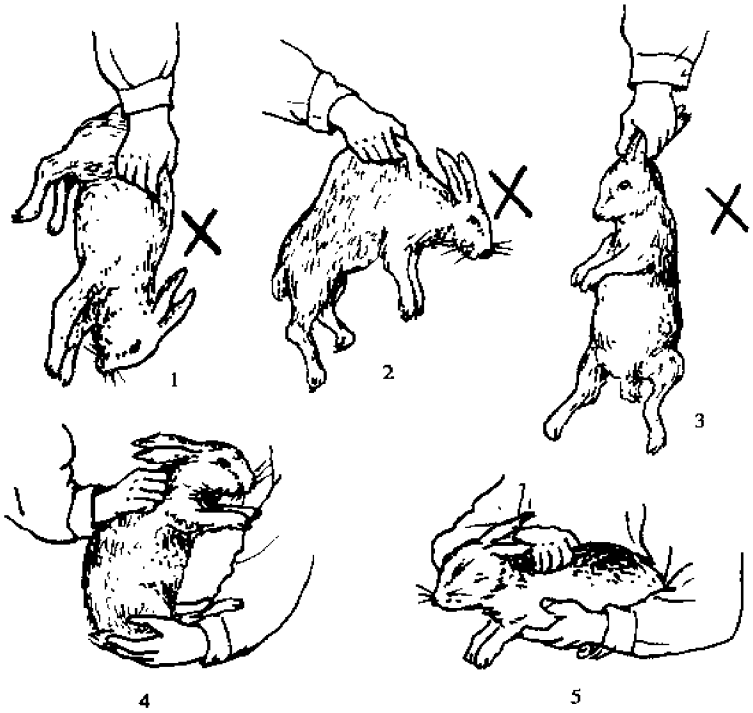


图 6-7　抓兔方法

1、2、3 均为不正确的提取方法（1. 可伤两肾，2. 可造成皮下出血，3. 可伤两耳）4、5. 为正确的提取方法。颈后部的皮厚可以抓，并用手托住兔体

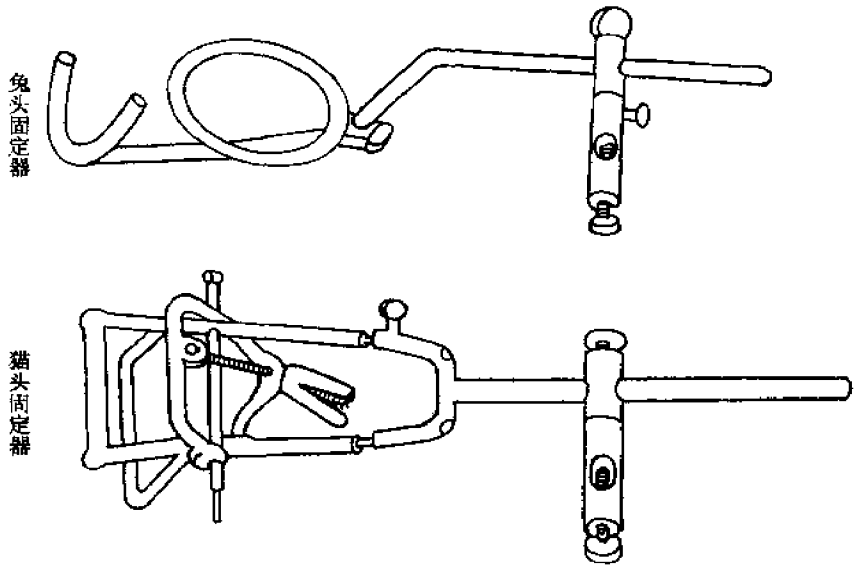


图 6-8　固定器

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

·若需测血压，呼吸或手术时：宜用兔头类固定头部，将四肢缚于手术台的木柱上。
·若作颅内实验也可采用脑定向仪固定（略）。

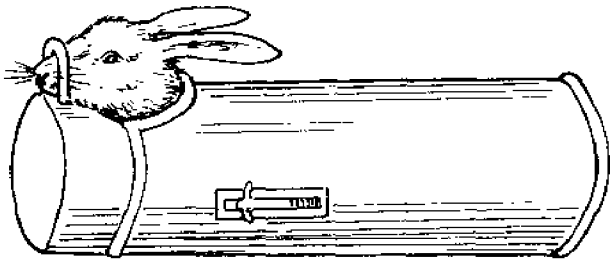


图 6-9　兔盒固定

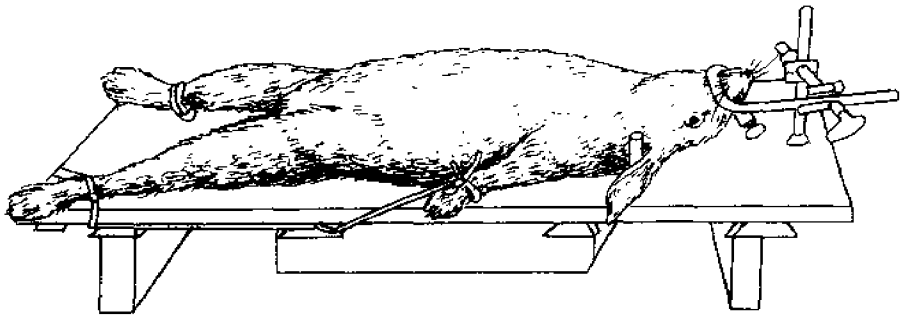


图 6-10　固定台固定兔的方法

(3) 大白鼠的捉拿和固定法

① 捉拿

图 6-11　捉大白鼠法

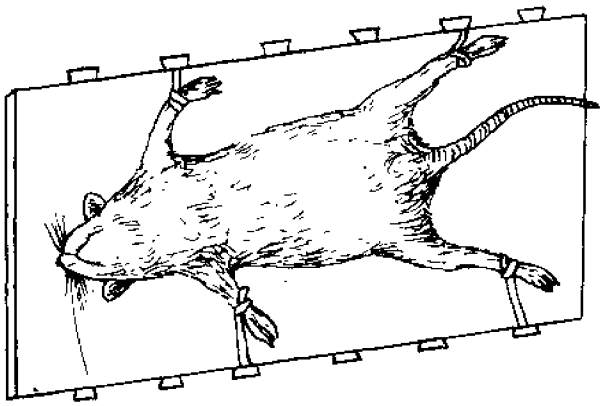


图 6-12　大白鼠板固定法

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

大白鼠性凶猛，勿突然袭击捉拿，否则激怒后易咬人。应轻轻抓住尾巴后提起，置实验台上用玻璃钟罩扣住，或置于固定盒内，即可行尾静脉取血注射。若欲灌胃或腹腔注射，则右手抓住尾巴轻向后拉，左手紧抓其两耳和头颈部皮肤，并将其固定于左手中，右手即可操作。有时为了保险最好戴上防护手套。

② 固定时：可用上述方法固定于左手内操作，若手术须限制体位者，也可将其固定于手术台，或大白鼠板及固定器内。

（4）小白鼠的捉拿和固定法

① 捉拿

捉取小白鼠时动作也宜轻缓，先用右手抓住鼠尾提起放于台上，在其向前爬行时，以左手拇食指抓住其两耳和头颈部皮肤，然后以小指和无名指固定其尾巴和后肢，用中指固定前肢，右手进行操作。

② 固定

除上述固定外，还可用小白鼠固定盒，或固定板固定之，以便较长时间之操作。

其它动物之捉拿固定法可参考有关专著，这里不再介绍。

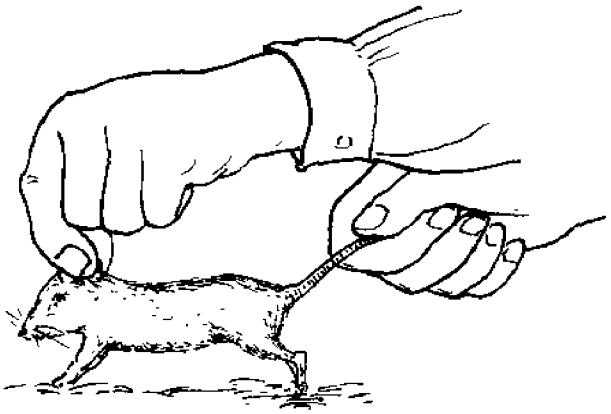


图 6-13　捉小白鼠法

6.3.3.2　动物实验的给药途径和方法

根据不同的实验目的及动物种类和药物剂型，其给药方式也有区别，现将最常用者介绍如下：

① 皮下注射：

固定法同前，小白鼠腹部将针刺入其皮下，注射完毕针头转动 90°角后迅速拔出，防止药液漏出。对兔、猫、狗、大鼠则可用手捏起背部皮肤使成皱褶，然后于褶根部进针至皮下，松开皱褶即可注药。

② 皮内注射：

将动物剪毛后捏起皮肤，将针紧贴皮肤表层穿刺注射，若针在皮内则注药处可形成一个白皮丘，说明注射正确。

③ 肌肉注射：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

鼠类在股部用新5～7号针头注射，每次量不超过0.25毫升（小鼠）或1毫升（大鼠、豚鼠等）。兔、猫、狗等固定后，消毒臀部，进针后试抽无回血，乃可注药，每次量不超过2毫升。

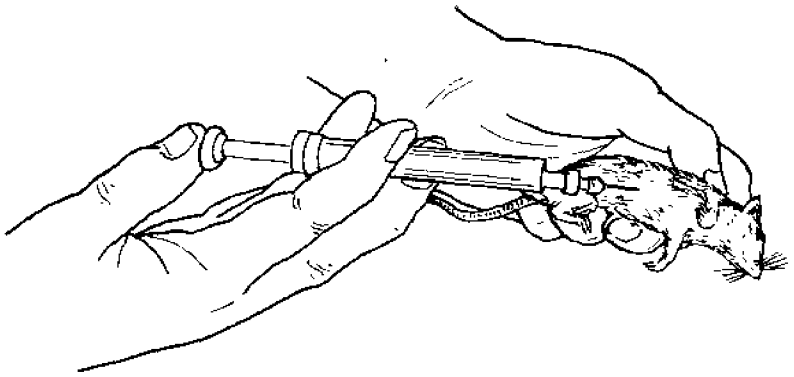


图 6-14　小白鼠皮下注射方法

④ 腹腔注射

在大白鼠右下腹以5号针头按45°角斜刺，进腹腔有空虚感，试抽无回血及尿液等乃可注射。猫、狗、兔等在腹部下1/3处旁开腹白线1～2厘米处刺入，试抽无回血乃可注射。注意勿伤及肝、膀胱等脏器。小鼠注入量不超过0.5毫升，大鼠不超过2毫升。

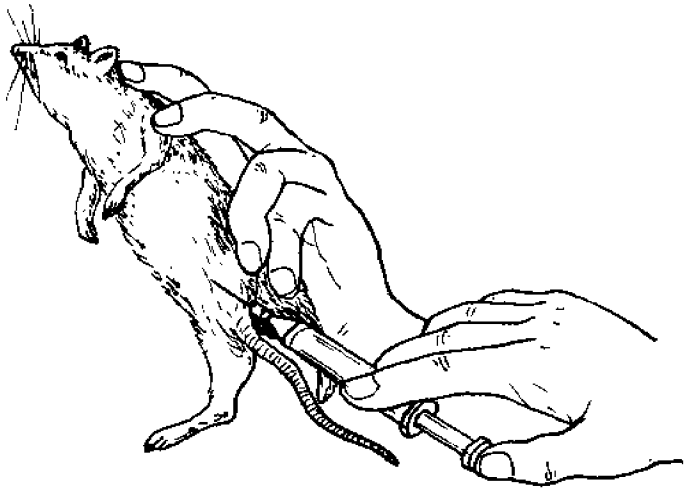


图 6-15　大白鼠腹腔注射法

⑤ 静脉注射：

将鼠固定于盒中用试管盛温水（45℃）将鼠尾浸入1～2分钟，待静脉充血后，用4号针头在尾下1/4处固定，并将针以15°角刺入静脉，推注时阻力不大，血管颜色变白，但其它部位无肿胀说明注射成功。对兔多在耳缘静脉注射，对猫、狗多在四肢静脉注射，用$4_{1/2}$～$5_{1/2}$号针头，穿刺易成功。但所有的静脉注射均应把牢三关：排空气泡，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

消毒和注射后的压迫止血。

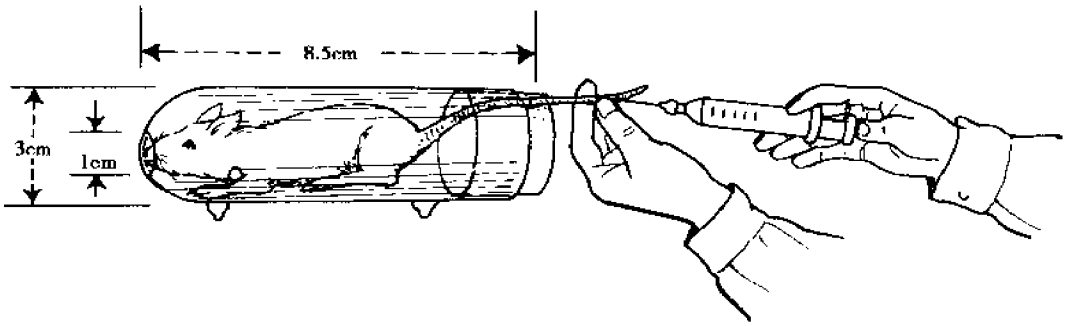
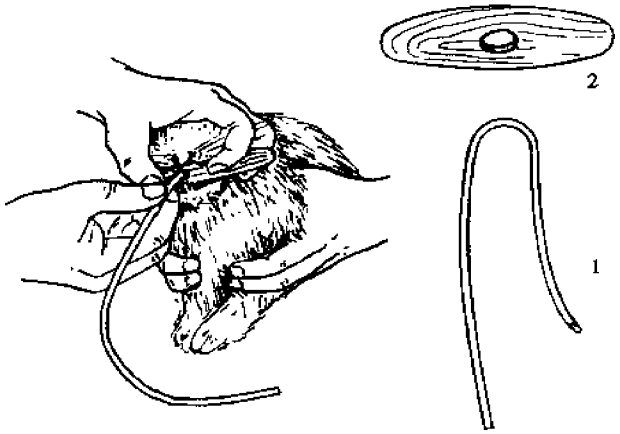


图 6-16　小白鼠尾静脉注射法

小鼠装入玻璃筒内，鼠尾由鼠筒后软木塞凹槽内拉出筒外，然后进行尾静脉注射

⑥ 灌胃法：

有许多口服药须经灌胃法给入。大、小白鼠用灌胃器(旧 9 号粗针头磨钝)将药抽好后，经口灌入胃内，固定法同前。须将头后仰，使口腔、食道成一直线，从口角沿腭后壁轻轻插入，若通畅无阻，动物安静，无呛咳及挣扎，说明进入食道，乃可灌药。若误入气管动物挣扎，呛咳者灌药立死。小鼠每次灌药量不宜大于 0.5 毫升，大鼠不宜多于 3～5 毫升。兔、狗、猫则须由助手夹持头部，并用开口器开口后，以开口器中央小孔中插入导尿管(兔、猫)或胃管并将头向后仰，使口与食道成一直线，则管经食道而下进入胃内，这时动物应安静无挣扎(反之提示误入气管)，胃管外端浸入水中当无气泡，以注射器试抽当有胃液抽出，若灌注时狗有吞咽动作，也不呛咳，说明插管无误。灌注量不应超过 100 毫升(兔、猫)或 200 毫升(狗)。



A　　B

图 6-17　兔灌胃法 (A)

B：1. 胃管　2. 牙垫（木质）

⑦ 灌肠法

家兔可用灌肠法给药。先挟持动物，将涂有凡士林或液体石腊的导尿管，伸入肛门约 7～10 厘米(勿误入阴道)，推药后，拔管，用手捏紧肛门，并将后肢提高，以防药液流出。

其它尚有滴眼，喷雾，脑内注射法等。从略。

6.3.3.3　动物麻醉方法

在动物手术或实验中为了消除疼痛，减少挣扎，有利实验或手术操作，须采取相应的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

麻醉措施。按实验中的要求不同，可将实验动物的麻醉分为全身麻醉和局部麻醉两大类。根据所用的药物和方法又有西药、中药和针刺麻醉之分。可根据不同的动物种类和实验的目的要求选择应用。

(1)西药麻醉：

应用最广，也最方便。根据不同要求又可分为全身麻醉和局部麻醉。

1)局部麻醉

只对身体某一局部进行麻醉，使之痛觉消失，而不抑制中枢神经系统及其他部位之机能。可分为浸润麻醉、阻滞麻醉、粘膜麻醉、冷冻麻醉等。

局部浸润麻醉：适用于局部切开、组织分离等小手术，或实验中阻断伤口疼痛。主要用0.5%，1.0%的普鲁卡因，分层注射于手术区的各层组织中，使麻药按皮内、皮下、筋膜、肌层至骨膜的顺序逐层浸润。注射范围的大小和层次深浅按手术需要而定，注完后用纱布轻柔压以促使其充分浸润扩散。如欲延长麻醉时间，可在麻药中加入1～2滴0.1%肾上腺素。如是可使麻醉时间延长1～2倍，且能减少局部出血(多用则影响心率和血压)。

① 阻滞麻醉：是将1%～2%的普鲁卡因注射于神经干、丛或神经节周围，令其支配部位之感觉麻痹，而施行手术。也可加肾上腺素延长麻醉时间，但技术要求较高(防止注入神经干内)。

上述麻醉方法中必须注意，每次注药前要回抽，无回血才能避免误注入血管，而且每次用药总量不应超过50mg/kg(系普鲁卡因用量)。

② 冷冻麻醉：去毛裸露皮肤后，用氯乙烷(沸点：12℃)喷射于手术区，因其迅速蒸发，皮肤急剧冷却，使皮肤神经末梢暂时麻痹，而产生镇痛效果。但只限于局部皮肤切口，对深部手术无效，且维持时间短。由于它对炎症组织也有麻痹作用，所以仍很常用。

③ 粘膜麻醉：以1%～2%盐酸可卡因滴入或喷入，涂抹于局部等，可获得较好的粘膜麻醉效果。常用于尿道、鼻眼、口腔、咽喉部粘膜的麻醉。

2)全身麻醉：

主要是通过药物对中枢神经系统的抑制作用，使动物全身痛觉均暂时消失的麻醉方法，由于麻痹范围广，动物无抵抗，适用于时间较长，较为复杂的手术。目前动物实验中的全身麻醉剂主要分挥发性麻醉剂和非挥发性麻醉剂两类。可按手术的需要选用。凡麻醉动物，事前应查体，剔除不能耐受手术和麻醉的个体。在麻醉前12小时，除大白鼠外，对猫、狗、兔等动物应禁食，仅给饮水，并使其运动，排大、小便。临麻醉前20～30分钟，尚可适量用阿托品或吗啡等药做基础麻醉，以减少呼吸道分泌物和胃肠道反应及呕吐，还可减少麻药用量，有利于动物保持安静，平稳地渡过诱导期。兹将常用的全身麻醉药物及其用法介绍如下：

① 挥发性麻醉剂的使用：

为最常用的全身麻醉剂，以途径发挥作用，简便迅速，作用可靠，肌肉松弛好，麻醉量与致死量相差较大，所以较安全。麻醉后恢复较快。各种动物均可应用。但是本品吸入时刺激呼吸道引起气管内分泌物增加，易导致呼吸道阻塞性窒息或吸入性肺炎，且在诱导期动物有强烈兴奋狂躁状态，为了克服这些副作用，常于麻醉前20～30分钟皮下注射阿托品(0.1mg/kg)及吗啡(5～10mg/kg)做为基础用药。具体麻醉方法，因动物不同而有差异。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

·狗的麻醉：先将狗嘴绑好(防止兴奋期咬人)选大小适合的麻醉口罩，并在口罩内放入纱布，加上乙醚。助手两手固定狗的前后肢，另一人用右膝压在狗的胸颈部，一手捏住头颈但不能引起窒息)，另一手将口罩套在狗嘴上，使吸入乙醚。此时狗可出现兴奋状态(好挣扎，呼吸不规则)甚至窒息(若有窒息时应暂停吸入乙醚，待呼吸恢复后再继续吸入)。随着麻醉的加深，狗的肌紧张度增加，呼吸加深，这时应在狗呼吸几次乙醚后，去口罩使呼吸一次空气，以防乙醚吸入过量。此后狗的呼吸渐趋平稳，肌紧张性渐消失，角膜反射开始迟钝，对皮肤刺激无反应，说明已进入麻醉状态，这时当松解狗嘴绑绳将头偏向一侧，必要时将舌牵出。

术后麻醉的维持，通过气管套管，由麻醉瓶继续给药。但需经常观察瞳孔和角膜反射，若瞳孔突然散大或角膜反射消失，应立即停止麻醉。万一呼吸停止，必须立即施人工呼吸，待呼吸恢复后再行操作。

·猫和兔的麻醉

术前准备和麻醉前给药与上相同，麻醉时，将动物放入玻璃麻醉箱中不断打气，使乙醚输入箱内，当动物倒下后，抽出送气管。若动物肌紧张度明显减低，角膜反射已迟钝，皮肤痛觉消失，说明动物进入了麻醉状态，可行手术。术中麻醉维持及注意事项也与狗的乙醚麻醉方法相同。

·大白鼠、小白鼠、蛙类的麻醉：

将动物置于玻璃钟罩或烧杯中，把蘸有乙醚的棉球投入，当其倒下后，说明已进入麻醉状态，即可手术，切忌麻醉过深引起死亡。

乙醚易烯，必须远离火焰，因其光照易产生刺激性和毒性很强的气化物，所以必须避光存于冷、暗、干燥处。

氯仿：

其麻醉作用比乙醚大，诱导期及兴奋期极短，吸入气体中含 1～2% 容量的氯仿即可将动物麻醉。但麻醉剂量与致死剂量较接近，故安全度差，且对肝、肾和心脏有较大的毒性。一般已不单独使用，常与乙醚混合成 1:1 或 1:2 的比例做吸入麻醉。方法与乙醚麻醉相同。

② 非挥发性麻醉药的使用

此类麻醉剂，使用简便，麻醉过程平稳，术中无需专人管理麻醉，但是苏醒慢，麻醉浓度和剂量较难准确掌握，常用以下几种：

·硫喷妥钠

为短时效麻醉剂，静脉注射后，药液能迅速进入脑组织，故诱导快，动物很快即被麻醉。但苏醒也快，一次给药麻醉时效仅维持 30～60 分钟，手术时间较长时须重复给药。本品对胃肠道无副作用，但对呼吸有抑制作用，对交感和副交感神经抑制均较强，易发生喉头痉挛。故宜缓慢注射。常用 1～5% 的水溶液(但易分解)，每用时须临时配制，室温中只能保存 24 小时；在 0～4℃ 冰箱内可保存 7 天。一般以缓慢静脉注射(2 毫升/15 秒)将动物麻醉。常规剂量：狗、猫静脉注射为 20～25mg/kg；兔静脉注射 7～10mg/kg；小白鼠的麻醉则用 1% 溶液腹腔注射 0.1～0.3 毫升/只，对大白鼠则用 0.6～0.8 毫升/只，腹腔注射。

异戊巴比妥钠

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

为中时效麻醉药，注射1次后，可维持3～5小时，而且对呼吸循环系统无显著抑制作用，适于一般实验要求。常用5%～10%的水溶液。其方法和剂量为：狗、猫、兔用腹腔或肌肉注射时80～100mg/kg，静脉注射时40～50mg/kg，直肠灌注100mg/kg。鼠类：腹腔注射100mg/kg。

氨基甲酸乙酯(脲脂、乌拉坦)

是较温和的中时效麻醉剂，安全度大，对多种动物适用，尤以小动物更为适宜用。一般用作基础麻醉，若全部实验均用本品麻醉时，必须注意保暖。常用20%～25%的水溶液。其剂量和方法：狗、猫、兔直肠灌肠时1.5g/kg；皮下、静脉、腹腔注射麻醉时0.75～1.0g/kg；若与水合氯醛配成1:1，混合液麻醉时效果更好。但静脉注射时宜加生理盐水稀释成5%或1%的溶液注射。鼠类：可用20%溶液按1.5～2g/kg的剂量腹腔注射。蛙类用2g/kg剂量由背部淋巴囊注射。

除上述麻醉药外，尚有巴比妥钠，戊巴比妥钠，水合氯醛、戴阿尔(Dial)等。在使用时常因实验目的要求和动物种类不同而有侧重：一般性实验的动物常用乙醚吸入麻醉；急性实验中的猫、狗、大鼠常用异戊巴比妥钠麻醉；对兔、蛙类常用乌拉坦；对大鼠小鼠则用乌拉坦或硫喷妥钠麻醉。

全身麻醉中的注意事项及麻醉意外的处理

全身麻醉注意事项：

·防止麻醉过量，除严守标准剂量外，尚应兼顾个体耐受差异，一般过胖和衰弱动物对麻醉之耐受性降低，折算剂量时用低限界为好，注射中也要随时注意动物反应，不可盲目快速注射，而应"适可而止"。

·防止体温下降，应采取保温措施，以肛门温度在38.5～39.5℃之间(狗、猫、兔)为宜。一般可采用光照方法达到保温目的。

·冬季麻醉时应将麻醉药在水溶中加热至动物体温水平再注射，否则会引起动物发抖，或体温骤变。注射务必缓慢，同时密切注意肌肉紧张度、角膜反射，和对捏皮肤的反应，若发现达到麻醉状态时即停止注射。

麻醉意外的急救处理

实验动物全麻中意外发生的主要原因还是麻醉过量。此时须立即抢救处理，以保证实验的进行。如动物呼吸极慢而不规则，但血压与心脏搏动仍正常时暂停麻醉，行人工呼吸，并给苏醒剂；若呼吸停止，血压下降，而心搏仍可摸到时，应迅速施行人工呼吸，同时静脉注射50%温热的葡萄糖液5～10毫升，并给肾上腺素及苏醒剂。若呼吸停止，心搏极弱或停止时，应用5% CO_2 和60%的 O_2 的混合气体行人工呼吸(可用人工呼吸机)，同时注射温葡萄糖溶液，肾上腺素和苏醒剂，必要时打开胸腔直接按摩心脏。常用的苏醒剂有咖啡因、苯丙胺、印防己毒素和可拉明等。值得一提的是在准备上述药物的同时，不能停止人工呼吸，有时可针刺人中、素髎、涌泉，合谷，而收到复苏效果，所以在药物急救的同时针刺常能做为有效的辅助手段，应及时采用。有些动物经抢救复苏后机能状态很差，即不应用于实验，须待其恢复后再用。

【附】 实验动物用药量的确定方法

动物给药量的确定：

实验中欲确定某药剂量，而又无资料可查时，可以先用少量小鼠探索一下中毒剂量

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

或致死剂量，然后取小于中毒剂量的药量或取致死量的 1/10～1/15，通过预试再在动物身上探测最佳剂量。若用大动物实验时，也可先用鼠类的 1/15～1/2，逐渐摸索。

人与动物用药量折算法

人的各种药物剂量可以从药典及手册中查得。而动物各种药物剂量则不易查到。但可根据动物对药物耐受较大若干倍的事实，按以下比例折算：

即，以人用剂量为 1 时，狗、猫的用量当为人的 5～10 倍，兔和豚鼠当为人的 15～20 倍，大白鼠、小白鼠为人的 50～100 倍。

（2）中药麻醉

中药麻醉是祖国医学对外科麻醉学的一大贡献。1970 年以来大量的临床应用和在狗、猴、兔等动物实验中应用的结果表明，本方法效果肯定，安全可靠，值得重视。现代研究已确知中药麻醉主药是洋金花（曼陀罗花），其有效成分为洋金花总碱（含东莨菪碱和阿托品）能阻断 M-胆碱受体，其中枢作用比外周强 50 倍，选择性作用的主要部位是大脑皮层感觉运动区，阻断了内源性神经介质（乙酰胆碱）与 M 受体的结合，从而阻断了高级神经中枢的整合功能，而使感觉和运动抑制、意识朦胧。如果并用氯丙嗪（中枢肾上腺素能 α-受体阻滞剂）则麻醉效果更好。

具体方法是：对于狗（10kg 重）先静脉滴注杜冷丁（5mg/kg）和氯丙嗪（5mg/kg）及 10％葡萄糖溶液 10 毫升，滴注 5 分钟后静脉注入中药洋金花总碱或氢溴酸东莨菪碱（剂量均为 2mg/kg），待又滴注 3 分钟完毕后，狗即进入麻醉状态，维持时间平均 30 分钟。家兔肝内酶系可破坏洋金花总碱，故只用东莨菪碱（4.5mg/kg）做脑内注射麻醉之。其余小动物一般不用此法。中药麻醉后效果确实、安全、平稳，术后也可用其对抗剂毒扁豆碱（1mg/kg）或催醒宁（2～3mg/kg），静脉注射以便使动物苏醒得快一些。

（3）针刺麻醉

用毫针按循经取穴的原则选用组穴针刺麻醉进行手术，已有尝试。针灸动物实验若有条件应有针麻，对于针麻的发展和探索将有所补益。这里再介绍一种寰耳穴电针麻醉方法，供参考：

① 电麻用具：兽用电麻机一台（天津人民无线电厂出品：SB71-2 型）。空载峰压 1000～1200 伏，脉冲电流 100 毫安，频率 180～400 次/分，电源电压 12 伏（大号电池 8 节），输出强度分 10 档，频率 11 格。兽用针灸针（5、10、15、20 厘米）。

② 适用的动物为：马、牛、羊、猪、狗、兔、鸡等。

③ 寰耳穴定位及针刺方向：

耳根与颈部交界线上为耳根穴，它与寰椎椎翼前缘连线中点即是寰耳穴。左右各一针。进针时先消毒，将针刺向前下方沿下颌骨内侧，上颌齿槽方向进针。狗、羊、猪刺入 5～10 厘米，马、牛刺入 10～20 厘米，兔、鸡刺 2～3 厘米。针刺人有涩感，稍有阻力为正确，否则应调整方向。

④ 电针麻醉：

两针柄夹导线，开机，微调输人出强度和频率由小到大（一般狗在 5～6 档，兔在 2～3 档强度，频率到 8 格），当动物晕倦、闭目、进人昏睡状态后，即可进行手术，停电后可立即苏醒。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

⑤ 适应范围：为全身任何手术，从进针局部来看，有三叉神经，面神经、舌咽神经（为混合神经）均在两针电场之间。同时由于距脑干较近，是否由于电兴奋性传导扩散作用导致脑的高级中枢发生负诱导——抑制而引起的镇痛作用或者尚有经络、体液等因素参予，尚待进一步探讨。

6.3.3.4 实验动物的术前准备和标本的采集

① 实验动物的术前准备

术前除对动物的体格进行必要的估测（剔除不能耐受实验、手术或麻醉的个体），并做必要的准备外。比较重要的就是除去被毛，以利手术。除毛的方法很多，可根据实验要求选用以下任何一种适宜的方法：

·剪毛法：最常用，是将动物固定后，用弯头剪紧贴皮肤依次将所需部位的毛剪去。一般可先粗略剪，然后细剪。勿用手提着皮毛剪（易剪破皮肤），剪下的毛应放入固定的盛水容器中，以免其到处乱飞，也可将剪毛部位事先用生理盐水纱布予以湿润后再剪（不能太湿）。适用于兔、猫以上的大动物。

·拔毛法：对大、小白鼠或兔耳缘静脉和后肢皮下静脉注射时，或取血时常用此法。将动物固定后，用拇、食指拔去所需部位之被毛，涂上一层凡士林，可清楚地显示血管。

·剃毛法：大动物慢性实验手术时常用此法。先以刷子蘸肥皂水将毛浸湿，用剪毛剪剪一遍，后用剃毛刀顺被毛方向剃毛，或用电动剃毛刀逆被毛方向剃毛。

·脱毛法：采用化学脱毛剂将动物被毛脱去，方法简便可靠，尤其在大动物无菌手术或观察局部血液循环或其他各种病理变化时最常用。应用时先将脱毛部位剪短（节省脱毛剂用量），再用棉球蘸脱毛剂涂抹于需要部位，经2～3分钟后，用温水洗涤，去掉已脱下的毛再擦干，涂上一层油脂保护之。目前常用的脱毛剂有：硫化钠（Na_2S）、硫化钙（CaS）、硫化锶（SrS）、硫化钡（BaS）、三硫化二砷（AS_2S_2）等。现将其常用配方列表如下：

表6-22 常用脱毛剂配方简表※[2]

配方编号	处方及剂型	用途
Ⅰ	硫化钠3份，肥皂粉1份，淀粉7份加水调成糊状软膏备用	适用于鼠、兔等小动物脱毛效果满意，脱15×12cm² 被毛只用5～7ml
Ⅱ	硫化钠8g，淀粉7g，糖4g，甘油5g、硼砂1g、水75g共100g调成稀糊状	
Ⅲ	硫化钡8g，溶于100ml水中，配中8%水溶液	
Ⅳ	硫化钡50g、氧化锌25g、淀粉25g，加水成糊状（或硫化钡35g，面粉3g、滑石粉35g，加水100ml成糊状）	适用于各种动物
Ⅴ	生石灰6份，雄黄1份，加水调成黄色糊状	
Ⅵ	硫化碱10g（染土布用），生石灰（普通）15g加水100ml溶解后即可使用	适用于狗，但事先不能用水洗湿被毛

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

② 实验动物标本的采集方法：

在中医药和针灸实验中常涉及到许多化验指标的观察，例如治疗或处理前后，血液化学成份、血液流变学、血液中有形成份（红血球、白血球）的变化和测定，或尿液、消化液及其他组织液中某物质的定性、定量测定等，均需收集标本。这里除了收集的时机、次数、数量应严格遵守专业设计和统计学设计的规定外，采集的方法和技术也很重要。现将针灸实验常用的标本收集方法介绍于后。

·血液采集方法：

·大白鼠、小白鼠血液标本的采集

·尾尖采血：将动物麻醉，或关入固定盒内，露出尾部，用手揉擦，或用灯泡照射，或用 45℃～50℃的热水加热鼠尾使之充血后，剪掉毛尖 1～2 毫米，用手从尾根向尾尖按摩，并用放有抗凝剂的采集管收集血滴，此法可采集 1 毫升（小鼠）或 3 毫升（大鼠）血液标本。并可多次采取。

·心脏采血：将麻醉后的动物取仰卧位，四肢展开固定于木板上，摸左胸心前区3～4 肋间，搏动最明显处，消毒后用 4～5 号针头垂直刺入，边进针边回抽，到血涌进注射器后，不再进针，抽完后拔针，揉压针孔片刻。（针管内事前应用抗凝剂冲洗）。

其它尚有眼眶动、静脉取血，颈静脉，尾静脉（割取）和断头，剖胸（腹）经心室（腹主动脉）抽血的方法，必要时可参阅专著。兹从略。

·家兔血液标本的采取（也适用于猫、狗、采血）

·耳动静脉采血：剪毛、消毒、用指弹、揉或涂氯仿、酒精等使血管充血扩张。用 6～7 号针头穿刺动（静）脉后抽取所需血量，也可用刀片割断耳中央动脉，直接用器皿盛血。采完后用纱布压迫止血。也可在后肢皮下静脉，颈静脉穿刺取血。但须麻醉固定。

·心脏取血：将兔麻醉，剪毛、仰卧位固定于手术台上，在胸骨边缘 3、4 肋间左移了 3 毫米附近可触及心尖搏动点，消毒后以 5 号针头垂直进针约 4～5 厘米，探索心脏位置能感到搏动撞击是插入心室壁，再稍推进则血液自动涌入针筒（注意事先应用 5% 枸橼酸钠液冲洗针筒），抽血完成后即出针并压迫针孔，但每次采血量不得超过 20ml。此法对猫、狗也适用，但猫、狗后肢静脉明显，穿刺也容易所以多用静脉穿刺取血。

·消化液的采集：

唾液的收集主要见于狗等大动物的实验，现多以唾液腺导管造瘘手术，将分泌的唾液收集在试管中进行化验分析。胃液的采集主要是通过胃管抽取，或胃瘘管，巴甫洛夫小胃等方法收集。胆汁经胆囊瘘管，或胆总管导管来收集。胰液，经胰腺导管引出术或剖腹后（急性实验）直接从大胰导管插管收集。肠液可由肠瘘管或肠段游离术来收集。

·尿液的收集

针灸实验动物尿液的收集，可采用特制的代谢笼，将动物饲养于笼中，笼底为细密的铁丝网，其下有漏斗形的密闭容器，专收集的测量动物在一定时间内的尿液，或供检验之用；也可采用手术造成膀胱瘘（大动物慢性实验）导尿管留置或输尿管插管等方式进行收集（急性实验）。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

其他体液标本（淋巴液、脑脊液）或组织标本采取，可参阅有关文献和专著。* 这里不再介绍。

③ 实验动物的标记和护理

④ 实验动物编号标号方法：

编号标记可防止混乱。大动物可以金属牌悬于颈下，标记志号；小动物则多用0.5%酸性洋红或苦味酸（黄色）涂其不同部位以示区别。但对于各部位所表示的数码要统一规定。如鼻1，头顶2、左耳3、右耳4、背5、左前肢6、右前肢7、臀8、左后肢9、右后肢10……等，甚或胸、腹、肩、髋也点上颜色以代表更多的编号。

⑤ 术后护理

慢性实验动物术后恢复和护理对手术和实验的成败有很大影响。其中管理不当造成的死亡，感染和疾病等常影响实验结果的正确评价和分析。对于动物术后的护理，除了冬季保暖，夏季通风外，还应注意排尿、排粪、呼吸、体温和进食以及创口愈合情况。动物术后体温高于39.5℃提示有可能伤口感染，所以术后3～4天内可用2%～3%双氧水洗涤伤口，防止感染。若伤口干净无化脓可于术后6～9日拆线。对造瘘动物尤应清洁瘘管周围皮肤，并涂以氧化锌软膏保护之，防止感染和皮肤刺激。胃肠道手术后2～3天禁食，见肠蠕动通气后给流质食物（100～200毫升/日）。失血多者当补给林格氏液，术后3～4天可进食少量牛奶、肉汤，一周后可给普通软食，直到康复后方可实验。若有伤口化脓感染者，处理伤口保持引流通畅，并给经相应的抗菌素抑制感染，以保证实验顺利进行，并可减少损伤。

6.3.4 几种动物病理模型的复制

人类疾病动物模型的复制是用人工方法（手术、药物、条件反射）对动物进行处理，使之在预定致病因素（机械的、理化的、生物的）的作用下，发生组织，器官或全身性损害而出现类似人类某些疾病的病理过程（包括功能、代谢及形态结构的各种变化），并以此来研究该病的发生、发展和防治机理，为基础医学和临床应用提供重要依据。所以动物疾病模型的复制在医学科研中占有非常重要地位。在实验针灸学中不但可以用动物疾病模型来研究和判定针灸对某些疾病的临床疗效，还可以进行针灸作用原理的探讨，并在揭示经穴——验脏相关途径和经络实质方面也有重要意义。有关动物模型复制的基本原则和要求等，已在有关动物实验章节做过详细讨论。这里仅介绍几种常用的人类疾病动物模型的复制原理和方法，供学习参考。

6.3.4.1 实验性发热模型的复制

发热是人类和恒温动物受致热原作用后，因体温调节异常而验的体温升高。各种生物病源（如细菌、病毒、立克茨体、螺旋体、寄生虫等）及其毒素的侵害，严重的创伤、烧伤、肿瘤、组织坏死，内出血及大手术后均会引起发热。如上所述，凡可引起机体发热的物质，称之为致热原。根据这一原理，实验中给动物体内注入某种致热原后，也可导致发热过程的发生。实验中使用的致热原很多，如各种细菌或毒素（大肠杆菌、

* 有关动物手术室的设置及手术操作基本技术的内容可参阅有关专著，此不赘述。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

伤寒副伤寒疫苗、马铃薯杆菌等），异体蛋白（牛乳）及某些化学物质（二硝基酚、盐酸可卡因、萘胺）等。在复制发热模型时，大多以家兔为材料。方法如下：

·用2%的2，4-二硝基酚（配制时应加10%NaOH少许，以利溶解），作皮下注射，剂量：0.1ml/100g体重（大白鼠），1ml/kg（家兔）。注射后约15～20分钟，直肠温度开始上升，60～90分钟后约升高2～3℃，3～5小时后逐渐恢复。

·用煮沸的脱脂牛乳按1.3ml/kg给家兔作静脉注射，可使体温明显升高，并维持较长时间。

当然尚可采用其他致热原处理，而得到发热的动物模型。针灸临床对许多传染性热病的退热效应，可以通过动物发热模型得到充分验证，并可根据其退热作用的强弱、快慢，筛选最佳的配穴、组方、手法和刺激方式，也可深入探讨针灸对体温调节中枢各个部位的作用途径和详细机理。

6.3.4.2 实验性哮喘模型的复制

现在已明确支气管哮喘是由于吸入某些致敏原而引起的支气管过敏性反应疾病，属祖国医学中哮喘之范畴。又发现当吸入某些刺激性气体，也可引起哮喘。一最认为其病理基础可能是由神经反射作用使迷走神经兴奋性提高所致的小支气管痉挛。据此有人将狗暴露于犬弓蛔虫（Toxocaracanis）、猪蛔虫（Ascaris Snum）或混合草籽浸出物的气溶胶（气雾）环境中，每周二次，可引起哮喘发生。对于猪蛔虫浸出液皮试阳性的狗，给以猪蛔虫气溶胶吸入也可引起哮喘。若能用这一模型探索治哮喘的针灸处方，或进而对其抗过敏机制作深入探讨，则对于临床和基础理论，以及免疫学的研究均有重要价值。

6.3.4.3 实验性胃溃疡模型的复制

胃溃疡属中医胃脘痛之范畴。其主要病变是胃粘膜有慢性溃疡病灶发生。根据发病的原因，现已设计出很多复制本病动物模型的办法：

·应激法：用强迫制动（如将大白鼠四肢固定于板上，胸前再压一木板，使之欲动不能，处于高度紧张状态），饥饿、寒冷等伤害刺激，可引起动物产生应激性溃疡。

·药物法：给动物注射组织胺、胃泌素、或灌服阿斯匹林造成溃疡。

·幽门结扎法：刺激胃液分泌，使高酸度胃液在胃中潴留造成溃疡。

·局部损伤法：用电灼胃底部胃壁，或醋酸涂抹胃壁，或浓醋酸胃壁内（粘膜下层）注射也可造成胃溃疡。其方法可靠，复制成功率较高，现对本方法简介如下，可供参考：用家兔（2.5～3.5kg）品种，性别不拘，于局麻下，行无菌手术，取剑突下左旁正中切口，显露胃前壁近大弯处，用针刺入浆、肌层，将40%醋酸0.3～0.5ml注射于粘膜下层，并用缝线将大网膜缝于针孔周围，复盖之，以防穿孔。关腹腔、缝合伤口、绷扎。如果注射部位正确，可于注射1～2分钟内出现一白色不透明区，大小约1.5～2×1.5～2cm^2，其范围内血管凝血变紫黑色，大约2周后形成典型的溃疡，约再过三周后恢复正常，略留痕迹。成功的关键在于注射的深浅和药量大小。若技术熟练，规律一致者，成功率也高。本模型已用于中药、针灸临床疗效的观察，同时也用于耳廓相应耳穴低电阻特性与脏腑病理变化之间的相关研究。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

6.3.4.4 急性中毒性肝炎、肝坏死模型的复制

由于病毒感染或中毒及营养不良引起的肝脏损害，可招致肝细胞的变性坏死，甚至最后发生肝硬变，从而出现肝脏解毒功能下降，以及糖、脂肪、蛋白质、色素代谢障碍方面的症状，体征和病理形态学变化。根据这一病理过程，有人用化学药品处理动物（如四氯化碳口服或注射）药物可迅速进入肝细胞、破坏其线粒体的脂质溶解，从而破坏了线粒体的结构功能，体酶系的释出和生成受到破坏（代谢障碍），最后引起细胞变性坏死，这就制成了急性中毒性肝炎及肝坏死模型。具体方法如下：

·小白鼠，一次口服 40% CCl_4 橄榄油 0.4ml，可出现肝小叶中央坏死。

·大白鼠：CCl_4 皮下注射，当剂量为 0.05ml/100g 体重时可造成脂肪肝、或肝硬变；剂量为 0.2ml/100g 体重时，可引起肝细胞空泡变性，缺氧和肝小叶中央坏死，若按 0.5～1.0ml/只，一次口服可出现肝小叶中央坏死，若按 0.5ml/100g 体重一次口服则出现急性肝坏死。

·兔：用 CCl_4 按 1.2ml/kg 体重一次口服时，可引起肝小叶中央坏死，若用 1.0ml/kg 体重一次口服时引起中毒性肝坏死。

·猫：用 CCl_4 按 0.3ml/kg 体重的剂量皮下注射可引起肝小叶中央坏死或脂肪肝。

用此类模型证实针灸的“保肝”作用，以及对肝炎的治疗效果及其作用机理方面的研究，仍是当前的重要课题。但必须注意对剂量的选择上一定适当，太小则复制不满意，剂量太大动物死亡，无法观察。具体如何掌握尚须再做预试。其次是灌药时决不可误入气管（否则立即死亡）。另外，四氯化碳应配成 10% 乳剂试用。配法是：植物油 5 毫升，阿拉胶 5 克，在乳钵中研匀，加蒸馏 10～15 毫升调试乳状，最后再加蒸馏水到 100 毫升，同时搅匀即可。

6.3.4.5 实验性急性腹膜炎模型的复制

急性腹膜炎最多见的是细菌感染（如阑尾穿孔，肠穿孔）化学刺激或其他损伤而引起。所以常采用以下方法来复制急性腹膜炎的动物模型：材料可用家兔，具体方法：灭菌松节油按 0.5ml/kg 体重的剂量腹腔注射后，动物立即出现烦躁，腹肌紧张，后肢瘫，腹部贴地，二便失禁等急性腹膜炎症状。也可用人粪或大肠杆菌液。如腹腔注入大肠杆菌（1×10^9 个细菌/ml）1.5 毫升造成动物急性腹膜炎。近年来的实验研究发现相当于耳穴“腹区”在注射后，低电阻点增多。如果动物不死，一周后随着症状的好转，其低电阻点数也逐渐恢复至腹膜炎前水平，似可提示耳穴电学特性变化与脏腑病理过程之间某些特定关系。也可由此对针灸的抗炎症作用进行验证和探讨。

6.3.4.6 休克模型的复制

休克是由于各种致病因素引起的急性循环衰竭，主要脏器血流灌注不足面出现的血压下降，心率增快，脉微欲绝，少尿无尿、神志模糊，甚至昏迷等一系列综合症候群。属中医“厥”、“脱”的范畴。考其原因，或因急性失血，或由于创伤，或因体液丧失（如暴吐暴泻，烧伤渗出），或因细菌毒素中毒引起，或因过敏反应或心脏疾病而导致。病因虽然不同，主要病理变化则有共同之点，均有微循环障碍，有效循环量锐减的共同

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

表现，下面主要介绍一下失血性休克模型的复制。

一般认为动物急性失血达总血量的15%～20%时，即可发生休克（全血量的毫升数约相当于体重克数之8%左右），据此将狗或兔做轻度全麻（狗：用20%硫喷妥钠0.6ml/kg，静脉注射）固定，分离颈总动脉（记录血压）和股动脉（放血用），测定休克前各项指标（血压、减压反射、心电、呼吸、中心静脉压等），然后放血，直到血压降至40～50毫米汞柱（不能有逐渐回升趋势）时，即出现休克状态。此法较安全。也可第一次放全血量的15%，然后再放5%，这时可见到血压下降，呼吸深慢，昏迷，心电出现S-T段延长或倒置等变化，是已进入休克状态，此时减压反射迟钝或消失，肾泌尿量减少或消失。若有条件还可观察肠系膜微循环或其他血液生化学指标。

同样的道理尚可用打击后肢、烧伤、开水烫伤，静脉注射细菌及毒素，或致敏原（马血清），以及结扎冠状动脉的办法，分别复制出创伤性休克，脱水性休克，感染性（中毒性）休克，过敏性休克和心源性休克等。详见有关专著，兹不再多议。但是运用上述各类休克模型进行针灸处理，可以研究针灸的抗休克作用，以及针灸对机体循环系统机能的影响，为临床应用提供依据，为进一步的机理探讨提供线索，则是十分必要的。而且对针灸治疗急症的探讨也有所裨益。

6.3.4.7 白细胞减少和增多症模型的复制

已经知道有许多药物（氯霉素、匹拉米酮、磺胺、环磷酰胺和氮芥、乌拉坦、马利兰等抗白血病类药物）或放射性物质（X射线、γ射线）以及伤寒，疟疾等疾病可使血中白细胞减少。现在用环磷酰胺按50～70mg/kg体重的剂量对大、小白鼠作腹腔注射，可出现白细胞减少症。

反之，若按1ml/100g体重的剂量，每天给大、小白鼠皮下注射无菌脱脂牛奶，2～3天后，白细胞便增多到注射前的5倍以上。若持续注20～25天，白细胞仍不下降，且脾肾发生淀粉样变，动物开始出现腹泻、蛋白尿和迅速消瘦。此针皮下注射肾上腺素，桂皮酸钠、腺嘌呤已酸孕酮或口服炔雌醇，也可造成白细胞增多模型。此类模型可研究针刺对造血机能和血液成分的影响，甚至可进一步探索其作用原理。

6.3.4.8 急性中毒性肾病模型的复制

在中毒、休克、创伤、烧伤等情况下，肾脏发生肾小管变性，坏死等急性损伤、引起急性肾功衰竭，并出现少尿、无尿、水电解质平衡紊乱以及尿毒症。这时血中非蛋白氮，总尿量、尿蛋白质定性，及肌酐含量测定均较正常时发生明显变化。已知升汞（$HgCl_2$）铅、砷、四氯化碳（CCl_4）等毒物经肾排出时，可损害肾小管上皮细胞发生变性坏死，同时机体在这些毒物影响下循环障碍，并使肾血管收缩，招致肾小管缺血性损害，结果出现了肾功衰竭症状。现多采用升汞在鼠、兔身上复制此模型。具体方法是：首先对动物作血中N.P.N（非蛋白氮），尿量、尿蛋白定性及镜检和肌酐定量测定。然后给动物肌肉（兔）或皮下（大鼠）注射升汞溶液即可造成急性升汞中毒性肾病。剂量是：对兔每天两侧后腿分别肌肉注射0.1%升汞溶液各10毫升左右，每天一次（总量10mg/kg体重）。第三天可出现中毒性肾功衰竭。对大白鼠则按5ml/kg体重皮下注射1%升汞溶液，48小时后可出现症状。对小鼠则先喂水0.5毫升。然后肌肉注射升汞溶

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

液（1%浓度、0.1ml/kg体重），4小时后小白鼠即形成急性中毒性肾病。此时查前述各项指标有明显变化。此类模型可用于研究针刺对肾脏泌尿机能的影响，为针刺在各种原因（休克、感染、中毒、创伤等）引起的急性肾功能衰竭的治疗提供事实和依据。

6.3.4.9 中医阳虚和阴虚模型的复制

近年来有人用甲状腺素片3mg，利血平0.02mg共研末加生理盐水喂养小白鼠（以上为每日量）共8～10天，即可出现类似人体阴虚证候之表现。若给雄性小白鼠臀部肌肉注射醋酸氢化可的松0.50、0.75、1.00、1.25mg/日，共8～10天，可出现类似人体阳虚证候之表现。还有人用大黄水浸煎剂喂养小白鼠，每日一次，每次1毫升（相当生药1克），共喂养8天后可出现人类脾虚证候的表现。还有人用生大黄煎剂，按体重大小，给成年家兔（1.6～2.6公斤）灌服75～110毫升（每100克煎水1000毫升），也可出现典型的脾虚症候群。如动物4小时后即开始腹泻，先便溏，后水样便，1天后出现少动倦怠，纳呆、腹部胀气，毛色杂乱，无光泽，小便混浊等一派脾失健运的见症。此后动物陆续死亡，尸检也见胃肠积气，内容物少、体瘦、肝肿大等变化。也与严重脾虚病人，消化不良，腹胀、食少、消瘦和营养不良而出现肝脏损害者相似。存活的动物半月后症状缓解，将近一月后可恢复正常。应用此类模型可研究针刺对阴虚、阳虚及脾虚的治疗作用，及其作用途径，同时也将为虚证的实质等研究提供新的线索和依据，并为中医中药基本理论的深入发展和研究提供实验依据。

6.3.4.10 其他

尚有用高脂饮食饲养动物复制高脂血症模型，用手术结扎肾动脉复制肾性高血压，结扎冠状动脉造成心肌梗死，静脉注射垂体后叶素造成心肌缺血状态，用吸入化学毒气（氯气、双光气等）或切断动物颈部双侧迷走神经的办法来复制肺水肿模型，用切除胰腺部分或大部、或用四氯嘧啶注射（选择性地损害胰岛β细胞）的方法复制消渴（糖尿病）模型；用亚硝胺饲养动物复制肝癌，胃癌模型，用移植或诱发办法来复制肿瘤模型等。均可用来观察针灸或中医药治疗效果，并进行有效方药或针灸处方的筛选。

总之，动物疾病模型的复制和应用，可以使研究者不受病例来源的限制，并且能较好的控制饲养、管理和处理条件，因而可以进行许多在人身上难以进行或根本不能进行的实验，获得更多的信息资料，提高认识的深度和广度，把针灸研究推向前进。但是必须清醒地认识到，动物毕竟不同于人。所以在动物实验中取得的结论要推及人类，还须经历一个过渡和逐步验证的过程。尽管如此，动物实验仍是针灸经络研究的重要手段之一，应当予以足够的重视。

6.3.5 动物穴位的定位方法

在针灸动物实验研究中，穴位是针灸处理因素的施术点，也是引起针灸效应的触发点。但是穴位在动物体内已有其严格的空间位置或座标。取穴位置稍有差误则疗效大异，甚至全然无效。吕国蔚等（1979）按正交设计在同一动物身上发现。78.2%的动物经针足三里穴产生显著的镇痛效应，但若针足三里邻近0.5cm的非穴点则无任何镇痛效应。日本户田（1978）也发现针大鼠“合谷”穴邻近2.5mm的非穴点的镇痛效应远

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

小于针“合谷”穴。由此可见，针灸动物实验中能否科学地、准确地确定动物体表针灸腧穴的位置是关系到实验结果的真实性、客观性以及实验成败的重要环节。很难设想，在动物身上只靠拟人地认定某一部位为某穴而用于针灸实验研究会提供可信的结果或达到预期的效应。因为人和动物毕竟是不同种属，而且不同种类的实验动物在解剖结构、外表形态，各部尺寸比例大小方面与人差异甚大，而且各种属之间也有差别。如果不能科学地认定穴位并形成标准和规范，必然影响研究结果的稳定性，可重复性和研究的质量与水平。好在近年来在我国兽医针灸学取得了较大进展，针灸动物实验中对各种动物的取穴方法已初步取得大量经验，更加上江苏中医药研究院华兴邦氏和南京农业大学及各地实验针灸学科技人员的不断探索和总结。已有大量资料表明应用比较解剖法，骨度法模拟取穴，并进一步按照客观反应（实验观察经验，兽医针灸疗效）进行正确定穴不但是必要的，而且也是可能实现的。现根据国内各家的经验，将实验动物体表常用针灸穴位的定位方法要点归纳为以下几种，仅供参考。

6.3.5.1 比较解剖取穴法

本法较准确，很少差误。其取穴是根据人和哺乳类动物在解剖结构上的某些共性，从而在动物身上取其与人体解剖部位相应的位置来确定针灸腧穴的位置。具体方法是依据人体体表标志法来确定穴位。如人有耳尖穴在耳尖，对动物也取其耳尖为耳尖穴。其他如素髎、人中、十宣、大椎、委中等穴均可取其与人身解剖位置相应的部位为同名穴位而刺之，与此类似的还有神阙、长强、会阴以及督脉位于脊椎各棘定位标准来确定。但是人和动物在解剖结构和各部长短比例毕竟不尽相同，例如人是四肢长身躯干短，而兔和豚鼠却是四肢短躯干长；又例如人是五个腰椎，兔却有七个腰椎等。所以还有很多穴位不能用此法来确定，因此就需要用模拟骨度法来补充。

6.3.5.2 模拟骨度法

本法的依据是按人身骨度法所规定的尺寸标准在动物身上进行折量定穴。但是这种折取穴尺寸在同一个体不同部位差别很大，只能专用不可互用。例如在大鼠、小鼠的天突至歧骨（剑突）是 9 寸，而其前肢从腋缝纹到肘横纹也是 9 寸，两者相差很大，只能各自专用，不能互用。这里的“寸”实际上应是若干等分，已非实际度量单位。只须忠实地模拟人身骨度法尺寸，将动物相应部位以同样尺寸等分之后，以其每等分为“1 寸”，然后再依照与人身某标志相应的解剖标志的尺寸数在动物身上所折量取穴。本法尤适用于躯干和四肢部穴位的取穴。例如在兔的胸腹前正中线上取剑突与耻骨联合上缘的距离为 13 等分，每等份为“1 寸”于是即可确定下腹正中线上当耻骨联合上缘中点为曲骨穴，曲骨穴直上“1 寸”为中极，直上 2“寸”为关元，直上“5 寸”为神阙穴（兔的神阙穴不明显）。这种模拟骨度法可以克服动物个体差异大小不同在取穴尺寸长短方面形成的误差和混乱。但是，由于人和动物在解剖结构上仍存在差异，所以对确定的穴位还应参考兽医针灸临床疗效和实验研究经验，与针灸效应结合起来确定腧穴定位与主治。例如 1982、1987 年我们在兔身上确定了关元、中极、曲骨、肾俞、膀胱俞、次髎、三阴交等穴位的定位就是首先按比较解剖和模拟骨度法相结合的方法确定其位置，然后通过多次重复的效应观察确证其的确与膀胱排尿功能密切相关，最后又通过穴位解

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

剖对穴位下针尖和针体附近的神经所属的脊髓节段进行了跟踪分析，又证实它们确与骶髓排尿中枢为相同或邻近节段。这就比较肯定地认定上述穴位的定位基本正确，结合兽医针灸经验和穴位解剖初步确定了部分实验动物的一些穴位。但与针灸实验研究对动物体表腧穴定位标准化、规范化的要求还相差很远，对这方面的探索和研究，今后仍须加大力度，争取尽快形成一整套标准的实验动物常用针灸穴位定穴方法和图谱。这对提高针灸动物实验的质量和水平，促进针灸研究深入发展均有重要意义。

主要参考文献

1. 中医研究院编．针灸研究进展．北京：人民卫生出版社，1981
2. 陕西中医学院编．现代经络研究文献综述．北京：人民卫生出版社，1980
3. 丁道芳．医学科学研究方法入门．北京：科学技术出版社，1982
4. 施新猷．医学动物实验方法．北京：人民卫生出版社，1980
5. 周衍椒，等．生理学方法与技术．北京：科学技术出版社，1984
6. Andrews. E. J etdl. Spontanecus animal modele of human disease. Vol, Ⅰ-Ⅱ, New Yorw Acadetnic press, 1979
7. 邓春雷，殷克敬，等．实验针灸学．北京：人民卫生出版社，1998
8. 孙国杰，等．当代中外针灸．武汉：湖北科学技术出版社，1990
9. 孙国杰，等．针灸学．上海：上海科学技术出版社，1997

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

第 7 章

针刺镇痛与针刺麻醉

7.1 概述

针刺镇痛是将毫针刺入体表特定穴位，然后施加机械或电刺激，或在穴位施加温热刺激，达到治疗病痛目的的一种治疗方法。中医临床的针刺镇痛已有数千年的历史。早在从长沙马王堆汉墓出土的《帛书·经脉篇》就有在相应的经脉上施以砭针或艾灸，消除“心痛、腹痛、齿痛、腰痛、头痛、背痛、节尽痛”等记载。公元前三至五世纪的《内经》一书在针刺镇痛方面已有了系统的理论和方法，为后世针刺镇痛研究奠定了基础。其《素问》和《灵枢》两部分都用相当的篇幅载述了多种疼痛的症状，如头痛、心痛、胁痛、腹痛、腰痛、四肢痛、皮肤肌肉筋脉骨痛等，并对疼痛进行了初步分类，如太阳头痛、阳明头痛、真心痛、胃心痛等。《素问·举痛论》还描述了疼痛的特点，“其痛或卒然而止者，或痛甚不休者，或痛甚不可按，或按之而痛止者，或按之无益者”，认为疼痛产生的重要原因是“经脉流行不止，环周不休，泣而不行，脉中则气不通，故卒然而痛”，因此《灵枢·九针十二原》阐述了“通其经脉，调其血气”，“宛陈则除之”的针刺镇痛原则。针对临床治疗《灵枢·经筋篇》指出了“以痛为俞，以知为度”的针刺镇痛方法，《灵枢·官针篇》分述了不同刺法的适应症，如“报刺者，刺痛无常处也”等。

此后，《难经》发展了奇经八脉与疼痛的临床，认为奇经八脉逆乱阻滞同样可出现疼痛病症，如“督脉之腰脊强痛，任脉之疝气、阴中痛，冲脉之胸腹痛，阴维之心痛、胃痛、胸腹痛”。《针灸甲乙经》首载了郄穴，并提出郄穴可治疗一切急性疼痛。金元·窦汉卿《针经指南》又补充了八脉交会穴治疗不同痛症的理论，如后溪通督脉，治疗脊柱强痛；公孙通冲脉，内关通阴维，二穴合用治疗心、胸、胃痛等。明·杨继洲总结了历代针刺治疗疼痛的处方，为后世针刺镇痛选穴提供了重要的参考依据，如腹痛取内关、足三里、中脘、行间；绕脐痛取神阙、水分、气海；心痛取内关、间使、曲泽、通谷等。至此针刺镇痛的理论与临床实践已基本完善，后世在此基础上，使针刺镇痛逐步趋于成熟。

1949 年建国后，我国针刺镇痛研究又有了新的重大突破，其标志是 1958 年针刺镇痛在肺切除术麻醉中的成功应用，并很快推广应用于头、颈、胸、腹等多部位的手术。针刺麻醉的迅速普及，极大地推动了针刺镇痛研究与临床应用飞速发展。1989 年“中华疼痛研究会（ASP）”在北京的成立，是我国针刺镇痛研究方面的一个里程碑，针刺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

镇痛研究已从细胞水平进入到分子和基因水平[1]。现代医学和科技手段的参与，使得针刺镇痛的研究不仅促进了针灸理论与临床水平的提高，也使中国痛生理的研究在很短的时间内处于世界领先地位，针刺镇痛不再是传统的，更是现代的。中国传统的针灸术也因此成为世界医学的一朵奇葩，带动传统的中医学走向世界。

7.2 痛觉与痛觉测定

7.2.1 痛觉的一般概念

痛觉是因伤害性刺激，即对机体组织有损伤或有损伤性威胁的刺激引起的个人主观知觉体验[2]。痛作为这种刺激作用的结果，包括痛觉和痛反应两种成分。痛觉是一种非常普遍和广泛的经验，描述痛觉的方式可因个人的过去经验而不同。痛觉不是一个独立的单一感觉，痛觉总是伴随有程度不同的惊慌、害怕、焦虑、悲伤等情绪反应，强烈的情绪色彩是痛觉区别于机体感受其它非痛刺激的一个最显著特征。痛反应是伤害性刺激作用于机体时伴随痛觉的机体各种生理机能的变化，如骨骼肌收缩、血压升高、瞳孔扩大、出汗等一系列躯体的和内脏的反射性活动。

痛觉常根据痛的性质、部位、病因、病理等进行分类，但观点不尽一致。中医的分类方法以强调整体观念为特征而自成体系。中医根据病因将痛区分为风、寒、湿、热等因所致的痛，其中又可分虚、实；根据痛的性质区分为刺痛、胀痛、隐痛、掣痛、灼痛、空痛、结痛、切痛等；根据病变部位区分为痛在脏、在腑、在经、在络、在气、在血等。中医对痛觉的分类方法与疾病过程关系密切，便于临床应用。

西医对痛觉的分类更多地依赖于实验研究结果，对痛本身的性质和特征描述得比较清楚，有利于进行科学研究。根据痛的性质分为刺痛、灼痛、钝痛三种。刺痛又称锐痛、快痛、第一痛，其特点是定位明确，痛觉形成迅速，去除刺激后消失也迅速。刺痛几乎不引起明显的情绪反应，比较稳定，适合于定量研究。一般认为刺痛由外周神经中的 δ 纤维传导。灼痛又称慢痛、第二痛，特点是定位不明确，往往难以忍受，痛觉形成缓慢，常在受刺激后 0.5～1 秒钟才出现，在去除刺激后需持续数秒钟才逐渐消失。灼痛常伴随心血管和呼吸的变化，并能影响人的思想情绪。通常认为灼痛与外周神经中的 C 类纤维活动有关。钝痛由内脏和躯体深部组织受到伤害性刺激而引起，以持续、固定伴烧灼感为特征，但痛的性质较难描述，感觉定位很差，实际的痛源部位很难确定。钝痛通常伴有明显的内脏和躯体反应，引起较强的情绪变化。内脏组织器官的痛，常可在远离痛源组织器官的部位感觉到牵涉痛，为临床诊断的重要依据。普遍认为钝痛由外周神经中的 δ 纤维和 C 纤维引起。

根据痛的病因西医将痛分为外周性痛、中枢性痛和心因性痛。外周性痛包括躯体痛和内脏痛，躯体痛又可区分为皮肤痛和躯体深部痛。由针刺、辐射热等方法引起的来自皮肤的痛觉称为皮肤痛，常伴明显的躯体性痛反射，如缩回肢体的动作等。这种痛觉可随刺激的加强呈现“双重痛觉”现象，即首先出现定位明确的刺痛，此后刺激增强，出现定位模糊的灼痛，这也就是快痛和慢痛、第一痛和第二痛概念的来源。躯体深部痛是来源于肌肉、肌腱、韧带、深筋膜、骨膜、关节囊等躯体深部组织的弥散性的钝痛，其中来自肌肉的痛觉定位较差，并向四周放射，常伴明显的内脏性反射，诸如出汗、恶

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

心、呕吐、低血压等。

内脏痛是中空脏器陡然伸展、平滑肌强烈痉挛、损伤或炎症的毒性物质刺激等引起的定位模糊的钝痛与灼痛，伴明显的皮肤血管收缩、出汗、心动过缓和血压下降等自主神经系统的变化，情绪反应强烈，有时超过疾病本身。内脏痛是体内重要脏器机能发生紊乱的信号，严重时可危及生命。牵涉痛是在远离痛源器官的身体其它部位感受到的来自内脏器官的痛觉，表现为似乎是来自身体表面的皮肤痛和皮肤感觉过敏。各器官的内脏牵涉痛在体表都有相对集中的分布区域，如心脏的牵涉痛常表现在左肩，进而上臂、肘部和腕部，十二指肠的牵涉痛在上腹部等。值得注意的是牵涉痛不是内脏痛的特有现象，来自躯体深部组织的局灶性刺激也可以有规律的、可重复的方式被牵涉到远离刺激点的其它区域，出现皮肤触痛和感觉过敏。另外牵涉痛（referred pain）须与投射痛（projected pain）相区别，投射痛也涉及到身体的一定部位，但此时身体或许并没有遭受特定的刺激，甚至疼痛的身体部位根本就不存在，典型例子是截肢术后的幻肢痛。

中枢性痛是刺激因子越过外周机制，直接作用于中枢神经系统引起的痛觉，可由中枢神经通路上刺激性的疾病过程或癫痫发作期间中枢内和痛有关的神经元的高频放电而引起，中枢神经系统内的稳定的非刺激性的损伤也可产生“自发性”的中枢痛。典型的中枢痛见于丘脑综合征，以自发性痛及患者对愉快或不愉快刺激的主观反应显著过度为特点。

“心因性”痛是指未能找到明显躯体或内脏原因的痛，常见于精神病和癔病患者，相当于中医喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等七情所伤引起的痛。精神病患者的忧郁期常出现持续的和难以解除的痛觉，癔病性痛是心因性痛的典型实例。一般而言，心因性痛不是一种感觉，而是一种复杂的心理状态。

当伤害性刺激作用于机体时，除产生痛觉外还引起痛反应，它包括局部反应，反射性反应和行为反应三种类型。局部反应是无需中枢神经系统参与就能完成的、局限于受刺激局部的对伤害性刺激作出的一种简单反应方式。典型表现是受刺激局部出现程度不等的血管扩展，皮肤潮红。反射性反应是在中枢神经系统参与下，机体对刺激作出的有规律的应答活动。反射性反应可区分为躯体反射反应和内脏反射反应，前者表现为骨骼肌收缩，逃避进一步伤害；后者是机体内部广泛和普遍的动员，包括心率加快、外周血管收缩、血压上升、瞳孔散大、出汗和肾上腺髓质分泌增加等植物神经系统交感部分的强烈活动，其生理意义在于尽可能使机体处于防御、逃避或攻击的有利地位。行为反应是机体对伤害性刺激所作出的躲避、逃跑、反抗、攻击等的整体性反应，由躯体和内脏的反射性反应组合而成，是高级中枢复杂的整合作用的结果。行为反应带有强烈的情绪色彩，并与对当时的情景分析和判断相关联，许多方面属于心理学的范畴。

7.2.2 痛觉测定方法

痛觉的测定是指实验性地引起、增强或抑制某种痛，并根据受试对象的语言报告、生理指标或行为变化，确定这种痛的强度量值的方法。痛觉测量的目的在于对痛的主观体验，以及痛体验和致痛或镇痛刺激之间的关系进行定量的分析，这是痛和镇痛临床与实验研究的一项基础性工作，同时也是相当困难的工作。其困难之处在于：① 实验性痛不能模拟临床痛的全部特点；② 不同实验性刺激引起的痛觉类型不同，单一刺激引

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

起的痛觉常伴有其它感觉类型；③ 由于致痛刺激的伤害性质，使得痛觉测定的重复性较差；④ 痛觉的心理性因素难以精确定量，痛反应也常受其它因素的严重干扰。因此，在临床和实验中对痛觉测定结果的解释和应用应当十分谨慎。

7.2.2.1 机械法

（1）压力法：即用装有千分仪的有齿镊夹持皮肤，并逐渐加压测定痛阈和耐痛阈的方法。

（2）压力结合针刺法：将一尖端直径为0.5～1.0mm的弹簧棒置于皮肤表面加压致痛，用弹簧缩短的长度换算成压力（g）单位，测定痛阈和耐痛阈值。应用此法必须保持均衡的下压速度。本法也可利用橡皮气囊加压推进的探针等器械进行。

（3）局部缺血法：用可充气绑带或血压计袖带束缚上臂局部，充气加压，使上肢局部缺血，能引起强烈的痛。

前两法测痛部位通常选用跟腱、胫骨、或指尖等处的皮肤，施加的压力可根据刻度盘或标尺上的读数读出。这两种方法最为古老，由于造成组织变形、损伤，伴有触觉干扰，因此重复性差、误差大，但因为简便易行，引起的痛觉接近自然痛觉，因而迄今仍广泛应用，尤其是在临床上作为半定量的测试。后者痛觉十分明显和强烈，较接近病理痛，用这种方法鉴定阿斯匹林等镇痛药的结果明确，颇受推崇。

7.2.2.2 热辐射法

经典热辐射法是Hardy于50年代创制的，由热源和聚焦透镜组成。将500～1000W灯泡发出的光线，经透镜聚焦，均匀地投射到3.5mm^{2}的涂黑的皮肤表面上，其热辐射能用带光电池装置的辐射计测定，以单位面积皮肤每秒钟受到的热辐射量表示阈值。控制方法有两种：① 固定时间，改变强度。由弱到强逐渐增加电流强度，以增加热辐射强度，直到被试者感到疼痛或出现痛反应，所测得的阈值称为强度阈值，一般每次照射时间以3秒钟为宜，两次刺激之间间隔约30秒。如继续增高刺激强度，直到受试者能耐受的最大强度，称为耐痛（强度）阈。② 而定强度，改变时间。选用一种或多种辐射强度（一般以中等偏弱为宜），测定刚引起痛所需的持续辐射时间，称为时间阈值。

上述技术也可用于动物实验。聚焦光投射到鼠的尾部或兔的鼻尖，动物甩头或甩尾以避开刺激被假设为痛的指标，此时的辐射热强度或照射持续时间就称为痛反应阈。

为了提高辐射热致痛的精度，并维持受热皮肤的恒定温度，还可用激光源辐射热刺激器。这种热刺激器利用激光供能并带有反馈控制装置，能提供升温范围为0.1～25℃，升温速率达30℃/秒的脉冲热，精确度达0.1℃。

上述两种测痛方法能精确控制热刺激的强度，持续时间和受刺激部位的面积，引起的痛觉比较明确，同时可避免触觉的干扰，因而被广泛用于皮肤测痛。但如果强度控制不当，刺激持续时间过长，或重复刺激次数过多容易导致皮肤灼伤。

还有一类称为热传导法的热刺激致痛法，系用电热棒或其它电热物体直接接触皮肤，或将肢体浸于热水中，测定致痛刺激的强度或持续时间的一种方法。该法可测定范围为30～80℃，重复性也较好。在药理学动物实验中则采用热板法，即将动物置于

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

55℃左右的热板上，测定痛反应时间，也可用电热丝直接缠于鼠的尾部，测定受热出现甩尾的时间。本方法的优点是简便易行，缺点是精度较低，且受触觉的干扰。

7.2.2.3 电刺激法

电刺激法所用的电流与方法很多，如高频电流、电容器放电、直流电与感应电刺激等。通常采用由电子刺激器输出的方波电脉冲。方波的特点是波形规则，测量计算方便，而且方波电流的上升和下降速率极高，刺激强度（波幅）瞬时间内便可达最大值或下降为零。如果电流变化缓慢，则刺激的有效值降低，组织可能产生适应，反应减小或不出现。刺激形式主要有二种，① 单个脉冲刺激，即一次刺激仅有一个方波施加到组织上；② 组合脉冲（串脉冲）刺激，即根据需要，一次刺激给予几个至几十个接连出现的脉冲，甚至一次给予几串方波。为了避免多次刺激过程中因组织（特别是皮肤）电阻变化而影响刺激条件的恒定，常选用恒流输出，这种情况下，组织所受到的电流量不因电阻的变化而变化，得以保持原先的实际刺激量。

电刺激测痛简便易行，定量精确，重复性强，组织损伤少，除了应用于皮肤测痛外，更常用于外周神经和中枢神经系统的刺激。在慢性实验或在动物能自由活动状态下进行遥控刺激，还可利用埋藏电极技术，将刺激电极预先埋置在所需要的部位，因此电刺激测痛应用最为广泛。但其不足之处在于因皮肤电阻变化等因素的影响可造成“麻”的感觉，而不是明显的痛。

最近 Arendt-Nielsen 等（1997）发明了一种用于测定内脏痛的电刺激方法，该刺激器用于肠道跨粘膜电刺激[3]。刺激电极为外径 6 毫米长 15 厘米的橡胶管，一端有 6 个纵向排列的小管（直径 1.5mm，高 3mm，间距 4mm），小管尖端镶嵌有直径 1mm 的银球电极，该电极经不锈钢电线与体外计算机控制的恒流刺激器相连。一般用最前端的一对电极做为刺激电极。刺激器输出方波电脉冲，分单波脉冲刺激、重复脉冲刺激和连续脉冲刺激三种类型。用电流强度表示痛阈和耐痛阈。本方法也可用来测定内脏牵涉痛。

7.2.2.4 化学刺激法

将实验性致痛常用的化学药品直接涂抹于皮肤表面，通常并不引起疼痛，为达到致痛目的，可采用以下方法。

（1）发泡法：用 4% 的斑蝥素涂在皮肤上，皮肤随即起泡，挑去表皮并清除其中的液体，将致痛化学药品滴于皮泡的基部，直接刺激裸露的神经末梢，即可致痛。各种化学药品引入皮泡致痛的浓度分别为，钾离子 10～20mmol/L，组织胺 10^{-4}～10^{-3}kg/L，乙酰胆碱 10^{-6}～10^{-5}kg/L，5-羟色胺 10^{-7}kg/L，徐缓激肽 10^{-8}～10^{-7}kg/L，P 物质 10^{-8}kg/L，氢离子 pH＜6.2。每次测试后洗去药液，15 分钟后又可重复。

（2）注射法：经各种化学物质作血管内、皮下、皮内、肌肉内注射，也可注射于其它组织，如肌腱、韧带、内脏系膜等处，引起疼痛。

（3）离子透入法：将氯化钾棉球电极置于皮肤表面，用缓慢递升的直流电，使电极内的钾离子导入皮内致痛。透入离子的数目依赖于电流及时间，不依赖于浓度与皮肤阻力。

发泡法与注射法的痛觉和痛反应的阈值用浓度表示，离子透入法的痛阈和耐痛阈用

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

电流值（μA）表示。

7.2.2.5 聚焦超声法（focused ultrasound）

Davies 等（1996）将特制超声发生器产生的超声波经聚焦超声换能器转换成频率为 0.48～3.0MHz 的共振超声，待测部位放置在恒温水浴槽内，聚焦超声束经水面照射到皮肤表面、深部神经结构或其它深部组织，痛阈和耐痛阈用超声强度表示[4]。

7.2.3 痛觉学说

7.2.3.1 特异学说

特异学说认为痛同其它类型的感觉一样，完全依赖于仅对高强度刺激发生反应的特异性痛觉感受器。

1894 年人们首先证明皮肤感觉呈点状发布，皮肤上分别存在热点、冷点、痛点等不同的感觉敏感点，对冷点施加热刺激，并不引起热觉，而引起冷觉，提示存在特异性的感受器。1924 年的研究表明，皮肤痛点明显地多于压点，两者的比例为 9:1，冷点和热点的数目更少，二者之和与痛点之比小于 1:10，认为由机械和温度感受器产生痛觉的可能性极小，存在特异性的痛觉感受器。1941 年终于在只能引起痛觉的一小块皮肤区域里，仅找到游离神经末梢，无其它特异感受器可见，而冷点下找到了克氏终末球，在触点下找到了梅氏小体。

作为进一步的佐证，如果能观察到对低强度的刺激不敏感，而仅仅对伤害性刺激作出反应的感受器，那么这一类感受器就应当被认为是伤害性感受器。60 年代的研究确实证明在肌肉中存在一种压痛感受器，它们对牵张刺激无反应，而对强烈的挤压和注射高渗盐水很敏感，证明特异性的高阈值感受器的存在，同时和肌肉痛有关的感受器，至少有相当一部分可归咎于肌肉内的游离神经末梢。

皮神经和肌神经中的许多细有髓（Aδ）纤维和无髓（C）纤维的终末形成游离神经末梢，对这些游离神经末梢刺激反应特征的分析表明，皮肤表面的 Aδ 单位中约有 30% 需要施加强烈的机械刺激才能引起兴奋，它们在皮肤表面呈点状分布，对非伤害性机械刺激的敏感性要比一般的机械感受器低数个数量级。皮肤的 C 单位中也至少有三分之一以上，仅仅对伤害性刺激发生反应，其中一些仅仅对伤害性热刺激，另一些仅仅对伤害性冷刺激，还有一些仅仅对伤害性机械刺激敏感。关于内脏器官对伤害性刺激感受机制的研究，60 年代的研究证明，分布在内脏器官外管壁毛细血管周围的傍血管神经丛游离神经末梢，对某些化学致痛物质，如徐缓激肽等非常敏感，认为至少存在分布对伤害性的温度、机械和化学刺激敏感的三类痛感受器或称为伤害性感受器（nociceptor），它们的共同解剖学特点都是游离神经末梢。新近的研究证明嘌呤能受体在疼痛触发及其初级传入神经传导中具有重要作用，由交感神经分泌的协递质（cotransmitter）ATP 可直接作用于嘌呤能伤害性感觉神经末梢，从面触发疼痛。用腺苷进行的实验表明，低剂量腺苷在正常人和手术后病人不引起疼痛，但高剂量腺苷与 $P2X_3$ATP 受体协同增强疼痛[5,6]。上述研究表明游离神经末梢是重要的痛感受器。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

7.2.3.2 型式学说

型式学说认为痛感觉的类型是由传入冲动的时间-空间型式所决定的，由 Weddell 等于 1952～1955 年提出。特异学说存在下列问题，① 在有毛皮肤内没有发现任何特殊的末梢结构，只见到游离神经末梢分布在皮肤或毛囊周围；② 人的角膜只分布无髓鞘纤维的游离神经末梢，但角膜能区分多种感觉型式，而非仅限于痛觉；③ 耳壳皮肤虽仅有毛根部的神经末梢以及游离神经末梢，但人耳皮肤能感受到温、冷、触、痛觉；④ 先在皮肤上标记出感觉点，然后取下做组织学检查，很少发现在这个具体的感觉点下面有特征性的感受器；⑤ 人皮肤的神经组织学研究表明，每一平方毫米内含有一百多个末梢，它们来源于许多不同的纤维，即使极细的点状刺激也难免同时刺激许多末梢。这些资料在感受器水平上显然与特异学说相矛盾。在传入纤维水平上，利用逆向刺激感觉神经引起复合动作电位和自然刺激相碰撞的办法，观察到猫的皮神经内有相当数量的 Aδ 和 C 纤维是传导触觉和轻压觉信息的；利用记录单根纤维放电的方法，观察到有相当一部分 C 纤维是专门对冷或温热刺激发生反应的，表明同一类纤维可以传导多种型式的感觉信息。而且感觉神经通路在不同条件下是可以变化的，如痛觉过敏时原来的触觉可以引起痛觉，而在特殊的心理状态下，伤害性刺激可不引起疼痛等。因此把所有游离神经末梢和 Aδ、C 纤维都认为仅与痛觉有关是有缺陷的。

电生理研究证明，感受器电位的幅度随刺激强度的增强而增大，并能向邻近部位作有限距离的扩播。扩播的距离之所以是有限的，是因为当距离以算术级数增加时，电位幅度则以几何级数降低。但当扩播到轴突刚由细胞体伸出的部位（始段）时，感受器电位的幅度仍高于一定水平，便在感受器电位的基础上爆发一个动作电位，并由轴突向远处传导。动作电位不同与感受器电位，其幅度是“全或无”式的，即一旦出现便达到最大值，也不随传导距离的加大而减小，如果感受器电位的持续时间超过一个动作电位的持续时间，那么紧接着就有第二、第三个，直至一长串动作电位产生。这就是说，在刺激作用下，只要感受器电位是持续的并超过一定的幅度，则传入神经纤维上就不断有动作电位的反复发放。这个特点非常重要，表明不同的刺激强度是以动作电位的数目和频率表达出来的，而同动作电位的幅度无关。借用无线电电子学的术语来表示，这是一个调频过程，而不是一个调幅过程。弱刺激激活少量的感受器，每根传入纤维动作电位的数目较少，频率较低，而强刺激则导致许多感受器兴奋，每根传入纤维放电数目和频率也较高。中枢神经系统就是根据来自特定部位的放电的数目和频率，即传入冲动的空间和时间型式来分辨不同的刺激及其强度的。在传入纤维上，Aδ 和 C 纤维可作为痛的传入纤维，但并非所有的 Aδ 和 C 纤维都和痛有关，且某些伤害性感受器具有传导速度超过 30m/s 的轴突支配，它们很可能被归属于粗有髓纤维的类别里。

特异和型式学说的概念好象是相互排斥的，但承认转换特定刺激的感受器的特异性，并不排除由感受器产生的信息，可以成为编码型式的神经冲动。应当说从相对意义上理解这两个学说，要比从绝对概念上应用它们对痛生理研究更有价值。特异和型式学说都仅在外周机制上对痛做了论述。

最近的研究表明，伤害性感受器是一种动态实体。根据伤害性感受器对机体机械性刺激的阈值，将其分为① 非伤害性激动；② 非伤害性运动弱激动、伤害性运动强激

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

动；③ 高阈值；④ 只被高压激动而不被运动激动；⑤ 对机械刺激全然不敏感等单位。③、④和⑤又分别称为经典的、部分“寂静”的和完全“寂静”的伤害性感受器。微神经描记记录研究证明，人的一种只见于有毛皮肤的 Aδ 伤害性感受器对机械、温热及/或化学刺激反应，另一种既见于有毛皮肤也见于光滑皮肤的 Aδ 伤害性感受器则主要对高强度机械刺激发生反应。神经内微刺激支配光滑皮肤的 Aδ 纤维引起针刺样锐痛。皮肤 C-多模式伤害性感受器对致痛强度的机械、温度和化学刺激反应[7]。

7.2.3.3 闸门控制学说

闸门控制学说是 1965 年 Melzack 和 Wall 根据当时已经被确定的临床观察结果和后角解剖学知识，提出的一个称为“闸门控制系统”（gate control system）的后角神经回路模型。闸门学说的提出，引起一场激烈的争论，并因此触发了大量的研究工作，结果增加了脊髓生理学和痛传递方面的知识。

Melzack 和 Wall 认为，任何一个新的痛理论必须考虑到以下几个方面：① 感受器、传入纤维以及中枢通路的高度生理学特异性；② 神经系统内信息传递的时间和空间型式；③ 心理学过程对痛知觉和痛反应的影响；④ 临床痛的空间和时间总和现象、痛的扩散，以及去除伤害性刺激因子以后痛仍可继续存在的现象。闸门学说就是企图将上述几方面结合起来，形成一个综合的痛理论，即脊髓后角存在一种神经机制能起类似“闸门”的作用，增强或减弱由外周神经纤维进入到中枢神经系统的神经冲动流，闸门增强或减弱感觉传递的程度，取决于大纤维（Aβ 纤维）和小纤维（Aδ 和 C 纤维）的相对活动状态以及来自脑的下行性影响，当由闸门通过的信息总量超过一个临界水平时，就能激活负责痛体验和痛反应的神经元区。图 7-1 就是 Melzack 和 Wall 提出的闸门学说的第一个模型图解。

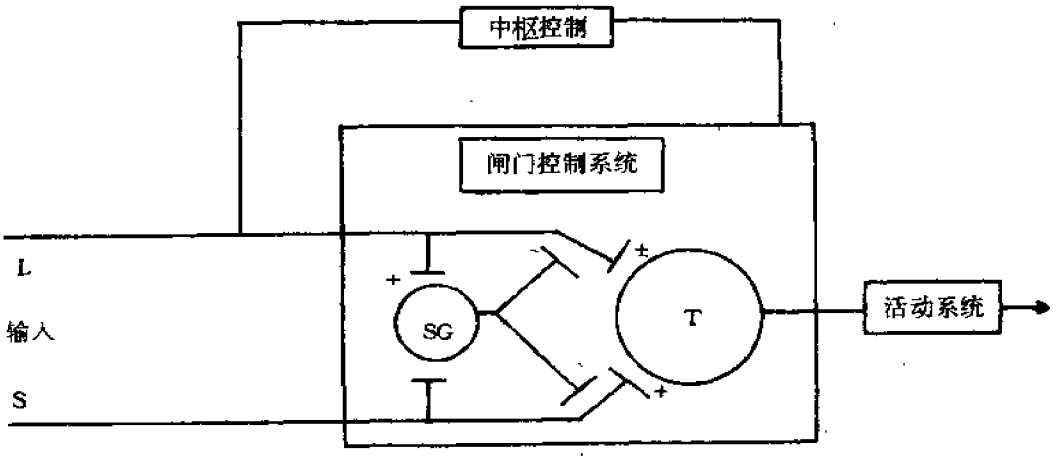


图 7-1 大纤维（L）和小纤维（S）投射到后角胶质区（SG）和第一级中枢传递细胞（T），SG 施加在传入纤维末梢上的抑制效应由于大纤维活动的增强而增强，由于小纤维活动的减弱而减弱，中枢控制触发器用从大纤维系统行向中枢控制机制的径路代表，这种机制返回闸门系统施加下行性控制，T 细胞投射至活动系统，后者可导致痛知觉或痛反应。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

由图 7-1 可见：① 所有来自皮肤的初级传入冲动，不论是由粗纤维传入，还是由细纤维传入的，如果能顺利抵达后角第一级中枢传递细胞（T），则都能对它施加兴奋性影响，使之激活，并可进一步引起疼痛。② 粗、细两类初级传入纤维同 T 细胞的连接又都在突触前水平被胶质细胞（SG）所抑制，即胶质细胞作为一种闸门控制机制，在初级传入影响 T 细胞之前，起着控制 T 细胞输入的作用。③ 胶质细胞本身的活动状态又受到初级传入的控制。来自粗纤维的输入可兴奋胶质细胞，从而加强了粗纤维末梢同 T 细胞突触联系的突触前抑制，使 T 细胞活动减弱；来自细纤维的输入则抑制胶质细胞，从而起了去抑制作用，结果使 T 细胞活动加强。因此粗细两种纤维传入活动的相对平衡状态将决定 T 细胞的活动水平。通常皮肤刺激将使两种纤维都被激活，它们的传入冲动都到达 T 细胞，粗纤维开始时很容易引起 T 细胞的兴奋，但由于粗纤维快适应的特点，随即很快就转入抑制状态；而细纤维的特性是慢适应，即使在安静状态下也呈现一些自发活动，一旦受到刺激便进入活动状态，特别是在强而持续的刺激作用下，活动不断增强，相继而来的冲动愈来愈引起 T 细胞兴奋。可见细纤维的紧张性活动使闸门保持部分开启状态，经由粗纤维的输入倾向于关闭闸门，而持续的强刺激则使细纤维的活动占优势进一步开启闸门。④ 背索系统至少部分起“中枢控制触发器”的作用，能选择性地激活脑内机制，进而通过下行控制通路改变闸门机制的敏感性，影响闸门的调制效应。⑤ 最后，如果在闸门控制下，T 细胞的活动超过一定的临界水平，便能激活“活动系统”，包含于活动系统内的神经机制便直接导致痛觉和痛反应。

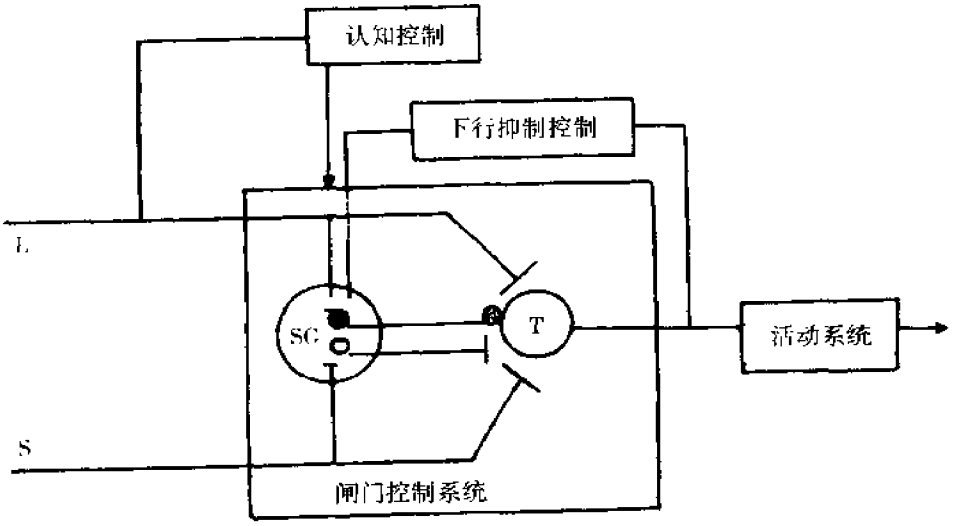


图 7-2　修改后的闸门学说：胶质细胞（SG）包括兴奋性的（白圈）和抑制性的（黑圈）两种两络；其中抑制性细胞的轴突终末（灰圈）强调了它的活动可能是突触前、或突触后、或两种机制都有，而不是局限于突触前抑制；脑的下行控制机制受到通过闸门前后的感觉输入的影响，又返回脊髓调制 SG 和 T 细胞的传递。除了由 SG 到 T 细胞的抑制性网络外，其它所有的突触联结都是兴奋性的。

闸门学说提出后引起了很大的争议，并受到后续研究的挑战，① 研究没有证明正后根电位的存在；② 忽视了感受器和传入纤维的特异性问题；③ 后角神经元反应的非

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

特异性问题；④ 来自脑的下行控制比原先所想象的复杂得多。为此 Melzack 和 Wall 于 1983 年在回顾了痛研究的新进展后，认为必须对原先的闸门学说模型进行以下三方面的补充和修改。①需要强调 SG 机能的多样性，应当有两种类型的 SG 细胞，兴奋性的和抑制性的。②原模型图中的单纯突触前抑制应当包括突触前、突触后或二者都有。③强有力的脑干抑制系统接受闸门感觉传递的影响，又返回投射到后角，应当把它作为一个单独的输入进入闸门。修改后的新闸门学说如图 7-2。

1990 年 4 月在澳大利亚召开的第六届世界疼痛大会上，Melzack 通过对有关幻肢痛病例的复习和亲眼所见的病例，认为从脊髓背角、丘脑到皮层的体感投射区的传导通路上的突触区，存在一种型式发生机制（pattern generating mechanisms，PGM）。在节段性输入丧失的情况下，脑干等中枢部位对 PGM 的下行控制减弱，而与记忆有关的脑区则可使之激活，PGM 的反应性因而增高，从而在任一其它上行或下行的非伤害性输入的作用下，均可触发向去传入体区投射的、异常高频的簇状放电，当超过闸门控制学说所假定的临界水平时，即引起严重而持久的幻肢痛。这是 Melzack 对闸门控制学说的最新一次补充[8]。

7.2.3.4 化学感受学说

痛是由导致机体组织损伤，或对机体具有损伤威胁的刺激引起的。虽然没有直接的证据表明痛和组织损伤的程度有关，但大多数能引起痛的刺激都导致组织损伤，因此痛可能直接起因于受损伤细胞释放出的某些致痛性化学物质。已经发现许多外源性化学物质可以致痛，其中多数物质通常也存在于机体的组织细胞内，它们在外伤或炎症情况下，从受损伤的细胞内释放出来，称之为内源性致痛物质。另外，电子显微镜观察证明，游离神经末梢同它所支配的组织周围的细胞间液直接接触，可直接接受化学物质的刺激，因此有认为痛感受器实际上是一种化学感受器。

某些化学物质的致痛效应，已经采用诸如皮下、皮内、血管内、肌内、腹膜内注射、离子导入、局部灌流等方法，在动物或人体上进行过许多研究。现已证明，一些无机盐离子（钾离子、氢离子）、胺类（5-羟色胺、组织胺）、肽类（徐缓激肽、十肽、十一肽、P 物质）以及乙酰胆碱、三磷酸腺苷（ATP）[5,6]、一氧化氮（NO）[9]等物质具有致痛作用。图 7-3 表示损伤、炎症或缺血时的常见致痛物质相互关系及致痛过程。

近年来，炎症性疼痛的研究取得较大进展。在机体炎症或组织损伤时，释放的炎症性介质包括，反应性氧类（reactive oxygen species）、激肽类、前列腺素类、三磷酸腺苷、血清素、组织胺、神经肽类（神经激肽、降钙素基因相关肽）、神经营养因子（神经生长因子[10]等）以及由免疫细胞产生的细胞因子（IL-1β、IL-6、IL-8、TNFα）。这些介质来源于损伤组织、血液、传入纤维末梢、交感纤维末梢和各种免疫细胞，它们通过与相应受体直接结合或受第二信使系统调节与受体结合，改变膜离子通道，激活或致敏传入神经纤维，产生疼痛。当炎症介质受第二信使调节与受体结合时，可改变基因转录，使新蛋白表达、新酶诱生，导致感觉神经元的长时间生物化学变化，影响伤害性感受器的特性和对痛信号的传导，使得痛觉过敏或痛阈降低[11,12]。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

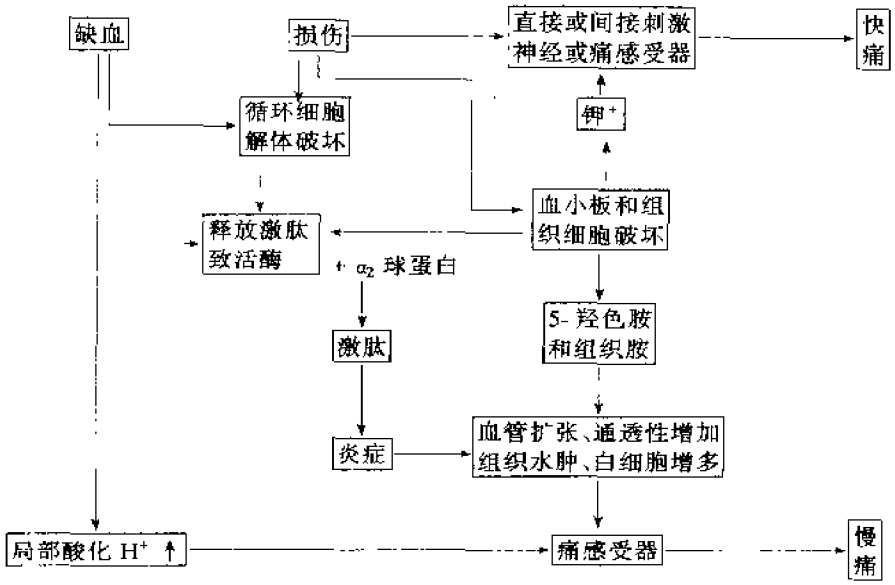


图 7-3　损伤、炎症、缺血时的致痛过程

7.3　针刺镇痛

临床上缓解或消除疼痛的方法有多种，其中主要是药物、手术、体表刺激等。应用各种药物镇痛临床最为常见，镇痛效果比较完全，但副作用难以避免，应用不当还会有过敏、过量等不良作用。施行外科手术以切断外周神经、定位损毁中枢神经系统痛通路的一定部位，或经由脑内埋藏电极刺激脑内的抗痛结构，是一种比较剧烈的治疗手段，适应症极为有限，到目前为止，脑刺激与损毁的方法疗效尚难预料和肯定，处于探索阶段。体表刺激法的最大特点是安全简便，对人体的组织器官无明显影响，不引起身体其它功能的紊乱，但镇痛效应往往不够完全。针刺镇痛可以归属于体表刺激法，它是将毫针刺入体表特定穴位，然后施加机械或电刺激，达到治疗病痛目的的一种治疗方法。

针刺镇痛在各种痛性疾患的预防和治疗中均取得了良好的临床效果，甚至包括癌痛和手术痛，针刺镇痛是 WHO 以及世界范围广泛认可的针刺的第一临床效果，针刺镇痛具有扎实的临床与研究基础。

7.3.1　针刺镇痛的临床观察

远在石器时代，人类在社会生产实践过程中，身体某处发生了痛楚时，很自然会用手揉按捶击身体的痛处，以减轻或解除痛楚。当人们发现用一种石器叩击痛处时，消除疼痛的效果更为明显，于是便创造了砭刺镇痛疗法。因此自针刺的开始出现，疼痛便是针刺的第一适应症。之后，经过历代医家的不断充实与发展，到目前为止，疼痛依然是针刺的最主要适应症之一，针刺几乎可以治疗各种性质的疼痛，如头痛、颜面五官痛、颈项痛、胸胁痛、脘腹痛、腰背痛、前后阴痛、四肢关节痛等，包括了内、外、妇、儿等各科及各系统的痛症，甚至肿瘤所导致的疼痛。这些都是数千年来劳动人民临床经验的总结。如今，随着科学技术的发展，人们对针刺镇痛的效果又进行了系统的临床观

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

察，进一步证明针刺镇痛具有确切的临床疗效。如根据《针灸临床研究进展》的不完全统计，针灸治疗偏头痛 1427 例，痊愈率 66.2%，有效率 94.2%；治疗三叉神经痛的治愈率为 72%，有效率为 91.35%；治疗牙痛 1411 例，痊愈率为 81.5%，有效率为 97.7%；治疗胆绞痛 1492 例，痊愈率为 53%，有效率为 96%；治疗坐骨神经痛 1378 例，治愈率为 62.8%，有效率为 97.5%；治疗类风关的近期控制率为 22.5%，有效率为 92%；治疗痛经 1181 例，治愈率为 74%，有效率为 97%。临床观察还证明，针灸在缓解肿瘤引起的疼痛方面也有确切的疗效，电针治疗的效果优于单纯针刺治疗。近年针刺在分娩镇痛中也取得了显著成绩，针刺、电针的镇痛优良率达 91%。

针刺麻醉的临床研究也充分证明了针刺镇痛的临床效果。如针刺麻醉在体外循环心内直视手术中的优良率达 84.09%；在甲状腺手术中的优良率达 95%～96%；对于危老弱特病人，针麻结合小剂量硬膜外麻醉是一种理想的麻醉方法，优良率可达 90.6%。由于这方面的资料较多，此处不再赘述。

上述临床观察充分证明，针刺具有确切的镇痛作用，与古代记载相符合。

7.3.2 针刺镇痛作用的实验

7.3.2.1 人体针刺镇痛的实验

为排除病情、病灶、药物等众多因素对临床结果的影响，在正常人体上也进行了针刺镇痛效应的实验研究，不少观察还有心理学工作者的参与，以便最大程度地避免心理因素的干扰。这些研究可以分为三个方面。

（1）针刺对皮肤和深部痛的影响：北京医学院利用直流电-钾离子透入法致痛，测定针刺合谷穴位前后头、胸、背、腹、腿五个部位的皮肤痛阈变化，结果表明，针刺后痛阈逐渐升高，在 40 分钟时达到高峰，平均升高约 65%～95%；起针后痛阈缓慢下降，30 分钟后尚未恢复到针刺前的水平。与某些临床常用药进行比较，口服索密痛或肌肉注射杜冷丁，痛阈在给药后 60～80 分钟缓慢上升到最高值，平均增高 30%～60%，因此认为，针刺穴位的镇痛作用明显地高于 50 毫克杜冷丁。鉴于临床上，病痛多涉及内脏和深部组织，针刺对内脏和深部组织是否具有良好的镇痛效应，也是一个至关重要的问题。利用高渗氯化钠溶液注入正常人体的椎间韧带可造成实验性深部痛和牵涉痛的模型，人们观察了针刺对深部痛和牵涉痛的作用。有实验在 66 人次的测试中，有 45 人次显示镇痛有效，表现为痛程度减轻，痛牵涉部位面积缩小，时程缩短，或感觉的性质发生变化，而伴针却无此效应。其它类似的人体实验，虽然针效的高低各家报道不尽一致，但就针刺能提高痛阈而言，则几乎是一致的。有意义的是针刺约对三分之二的个体有效，以及针效具有后作用等，与临床观察十分接近。

（2）针刺对痛反应的影响：人体实验研究通常还在分析受试者痛报告的同时，记录呼吸、心率、指端血管容积、皮肤温度、出汗、皮肤电等痛反应。针刺对这些痛生理反应同样具有明显的压抑作用，并在一定程度上与痛报告呈一定的平行关系。临床上应用这些指标进行针麻效果预测，同术后效果评定的符合率，通常在 70%～80%，这也从一个侧面反应了针刺镇痛效应的客观性。

（3）心理因素对针刺镇痛的影响：由于受试者的痛报告受个体动机、意志、态度、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

利害得失等心理因素影响较大，因而研究中引入了心理物理学的“信号侦察论”方法来区分痛报告的感觉分辨力和极痛标准（反应偏向）两种成份，结果证明，针刺兼有降低痛敏感性和提高极痛标准的双重效应，纳洛酮可部分取消针刺降低痛敏感性的效应，说明针刺镇痛不是一种心理作用，但也不排除心理因素的影响。自古医者就十分重视精神情绪活动与疾病形成的关系，并注意到“心寂则痛微，心躁则痛甚”（《素问·至真要大论》）。事实上，在针麻临床上，医务人员总是尽可能在术前和术中积极、耐心地对患者进行解释工作，以消除病人的紧张、焦虑和不安情绪，以增强患者的信心，使其保持积极主动的精神状态。在这一过程中，自我暗示和社会性暗示的作用也是不可避免的。其它临床痛症的治疗也是如此。

尽管人体针刺镇痛研究取得了不少客观依据，但由于伦理学和方法学上的原因，人体针刺镇痛实验往往也受到某些限制，因此还需要动物针刺镇痛实验研究加以进一步证明。

7.3.2.2 动物针刺镇痛的实验

在猫、兔、大鼠、狗、猴等不同种属的动物上，用电刺激、辐射热、钾离子导入或牵拉内脏等方法建立躯体或内脏痛模型，以躯体反应（如甩尾、甩头、缩肢、肌电）、植物性反应（如呼吸、血压、心率、血管容积、瞳孔、出汗、皮肤电、内脏神经放电）、中枢神经系统不同部位的诱发电位或单位放电为指标，进行的大量实验证明，针刺穴位可在不同程度上抑制机体对伤害性刺激的反应。

以聚光照射家兔鼻尖引起甩头反应所需的时间（反射时）作为痛阈，同体比较针刺“足三里”和“手三里”或“曲池”前后的反射时变化，证明针刺可使反射时延长近2倍；在相同条件下，每只动物在不同实验日的针刺效果相近，而不同个体之间则有较大的差异。用电刺激猫内脏大神经或将乙酰胆碱注入肠系膜动脉的方法引起内脏痛，记录血压和瞳孔变化，然后针刺胸11～13节段的背俞穴或前肢的“合谷”、“内关”穴，可使血压和瞳孔反应明显受到抑制，其中背俞穴的镇痛效果更好。由于猴的神经系统结构和功能与人类最为接近，因此利用猴操作式条件反射模型观察了针刺镇痛效应，该操作式条件反射本身必须有脑的高级部位参与才能完成，推断所观察到的针刺镇痛规律最接近于人体。研究首先训练猴用肢体踩动杠杆以终止所受到的伤害性刺激，以反射时或终止刺激时的刺激强度作为痛阈。结果以频率为2赫兹的远节段穴位电针，约20分钟的诱导期后即能获得较好的镇痛效应，停针后30分钟仍保持后镇痛作用，而80赫兹的近节段穴位电针，镇痛效应稍逊。这种穴位电针的镇痛效应均可被吗啡的拮抗剂纳络酮所减弱或取消。另外电针不仅可明显提高痛阈，而且皮层神经元对伤害性刺激的反应也减弱。

上述实验研究，不仅模拟了临床和正常人体针刺镇痛规律，而且表明针刺镇痛的机理同吗啡镇痛机理具有类同之处。

7.4 针刺麻醉

针刺麻醉（简称针麻）是依据经络脏腑基本理论和针刺镇痛临床经验，以针刺穴位为主，辅以少量药物，使病人能在清醒状态下接受手术治疗的一种麻醉方法。针麻是针灸学理论与实践在现代麻醉学中的运用与发展，是中西医结合的一个成功典范。

针麻实践与研究于1958年发端于中国，60年代中期被确认为是一种有效的麻醉方

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

法，70 年代初开始在全国范围内普及推广。其后有 30 多个国家先后开展了针麻的临床和原理研究。1979 年，全国针灸针麻学术讨论会在北京隆重开幕，会议指出我国运用针麻进行外科手术达 200 余万例，涉及大小手术 1000 余种，约 30 余种常用的针麻手术效果比较稳定，针麻手术率一般在 20%左右，有的达 70%～80%，甚至列为常规麻醉。一般认为头颈、胸部手术效果较好。在针麻进行体外循环、心内直视手术方面也取得满意效果。1984 年第二届全国针灸针麻学术讨论会召开，针麻临床研究质量有了新的提高，甲状腺手术、前颅窝手术、颈椎前手术、拔牙术、剖腹产手术、肺切除术等针麻手术效果一、二级率达 80%以上，为了避免针麻手术的某些不足，还采用了以针刺为主，辅以小剂量麻醉药物的针刺复合麻醉法，提高了针刺镇痛效果，减少了麻醉药物对人体生理机能的干扰及副作用。此后针麻临床研究向一些难度更高的手术进军，如新喉再造、肾移植、大脑功能区及深部肿瘤切除等，并取得了成功。

7.4.1 针麻特点

近 40 年的大量临床研究结果表明，针刺麻醉具有扎实的临床基础，同时也总结了某些针麻的临床特点。

7.4.1.1 运用安全

针麻归属于非药物麻醉，其作用效应主要源于穴位的针刺刺激，因而避免了药物麻醉过程中偶因用药过量或病人对药物过敏而可能发生的意外。据上海地区 25 万余例针麻手术病例统计，无一例因针麻而造成死亡事故。一些因对麻醉药物过敏或其它原因而不能施行药物麻醉的病例，可考虑选用针麻，从而扩大了麻醉的适应症。

7.4.1.2 病员保持清醒状态能提高手术的准确率

针麻的镇痛作用，主要是通过激活机体的痛调制系统而实现的，这和药物麻醉主要通过抑制中枢或阻断外周神经活动而取得镇痛效应的原理完全不同。在针麻下施行手术，病人不仅保持清醒状态，而且除痛觉以外，其它的感觉和运动功能基本完好，这使他们有可能充分发挥主观能动性，与医护人员密切配合，从而提高了手术效果。例如在颅脑手术中，手术医师可及时询查病人的感觉和运动功能，以避免或最大限度地减少对重要脑区和神经的损伤。

7.4.1.3 生理干扰较轻，有利于患者康复

针刺对机体的多个系统均有明显的调整作用，因此，针麻病人因手术打击所致的生理扰乱较轻，呼吸、血压、脉搏一般都比较平稳。例如在某些心脏手术中，心内操作刺激所引起的血压下降，针麻下通常较药麻下持续时间短，并很快回升到接近正常水平。

针麻很少发生药物麻醉通常出现的后遗症、并发症和其它的术后不良反应，而且具有促进组织代谢、增强免疫功能在内的针刺后效应。因此，针麻术后病人的创伤反应较轻，手术热和创口痛的持续时间较短、胃肠蠕动等各种生理功能恢复较快，病人可早期进食、早期活动，有利于康复。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

7.4.1.4 针刺麻醉的方法

(1) 术前准备　手术前应先探视病人，详细了解其病情、病史、思想情况及手术部位等，以便确定针麻方案。还应对术中可能发生的各种情况及其相应的补救措施予以充分估计。由于针麻手术中病人处于清醒状态，所以还应向病人说明针麻的特点、意义、方法、过程和效果，以解除其紧张恐惧和思想顾虑。同时还应将手术过程中可能出现的不适（如针刺的疼、困、重、胀等）向病人讲清楚，使之有思想准备。对于开胸手术者，术前还应指导病人练习深而慢的腹式呼吸，以克服手术中开胸后的呼吸困难现象；也有利于切皮、开腹操作中的恶心、呕吐、疼痛反应的减轻和腹肌松弛。此外，尚应于术前在病人身上选择一至数个穴位进行针刺试针，以了解“得气”情况和病人对针刺的耐受力，以便手术时选择适当的刺激方法和刺激强度，并确定适宜的针具器材。如用电针麻醉，尚应准备针麻机并检查电流输出是否正常。

(2) 针刺麻醉处方取穴原则和方法

针麻选穴配方与其麻醉效果有很大关系。40 多年来各地摸索出不少经验，创造了多种针麻方法，均以选取易得气、疼痛轻或不痛、不出血、病人体位舒适且不影响手术操作的穴位来组成针麻处方。以下重点介绍体针麻醉、耳针麻醉的选穴方法：

①体针麻醉：选用十四经穴为主。具体选法有三种：

循经取穴：根据“经脉所通，主治所及”的理论，选取与切口部位、手术脏器联系密切的经络腧穴。如拔牙选手阳明经的合谷、三间穴；腹式输卵管结扎术选三阴交、太冲穴等。

局部取穴：选取邻近手术区域的腧穴。如上腹部手术选鸠尾、章门；下腹部手术选五枢、维道穴；拔下牙选颊车、大迎穴。也可针刺切口两侧皮下（切口穴）。

按神经学说取穴：一是按手术区域的神经分布，选用其神经干走行上的穴位，如上肢手术针刺缺盆（臂丛神经走行此处）或极泉穴、臂丛穴等；也可直接刺激神经干，在骨科手术应用此法较多，如刺激第 3、4 腰神经、股神经或坐骨神经进行某些下肢手术；或在颧髎穴刺激三叉神经第 2 支，进行某些头部手术或颅脑手术。二是选取与手术部位处于相同（或相近）神经节段的穴位，如甲状腺手术选扶突、合谷、内关穴等。

以上取穴方法可单独使用，也可配合运用。

②耳针麻醉：选穴方法也有三种：

按脏象理论取穴：如切皮和缝皮时取肺穴（“肺主皮毛”）；骨科或胸腔手术切肋骨时取肾穴(“肾主骨”)；眼科手术取肝穴(“肝开窍于目”)等。

按手术部位取穴：取手术切口部位和手术所涉及脏器的耳廓代表点。如扁桃腺摘除术取耳穴扁桃腺、咽喉；阑尾切除术取阑尾穴；肺手术取肺穴；胆囊手术取胆囊穴等。

按耳穴的神经支配和解剖生理取穴：如腹腔手术取口穴、耳迷根穴（因其均受迷走神经支配）。把脑、下脚端等穴作为常用穴常可提高镇痛效果和减轻内脏反射，是依据其生理作用为指导。还有取患病部位在耳廓上相应的反应点（敏感点、压痛点，低电阻点或局部隆起、变色、压痛等）。如有些胃溃疡病人耳穴胃区显著苍白。

以上三种选穴方法可单独使用，也可配合运用。通常情况下体针或耳针麻醉多用患侧穴位，也可选用双侧穴位。而且体针与耳针麻醉有时还可配合使用，以增强镇痛效果或减轻内脏反射等。还有“一针透两穴”而取得良好效果者。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（3）刺激方法

① 手法运针：常规消毒、进针、得气后，体针用捻转或捻转结合提插手法；耳针只捻转不提插。运针频率 120～200 次/分，捻转角度一般为 90～360 度之间，提插幅度为 5～10 毫米之间。要求运针手法均匀稳定，始终保持“得气”状态。术者也可根据指下感觉调整刺激强度，以适应手术对麻醉的要求。

② 电针：操作方法同电针疗法。针麻一般用密波为主，刺激量以病人能耐受的中等刺激强度为宜。但刺激电流多在 1 毫安以下，一般不超过 2 毫安。若刺激电流强度超过 20 毫安，就会引起组织损伤及疼痛或局部痉挛。波幅电压峰值通常不超过 20 伏。波宽多在 1 毫秒以下。刺激频率在 200～3000 次/分均可。波形多选用双向的方波、正弦波或尖波，有些单位还采用疏密波、断续波或音乐电波与尖波混合，形成起伏变化的刺激脉冲，可防止“适应”并增强镇痛效果。在针柄与针麻仪导线连接的极性方面，一般主张主穴连负极、配穴连正极；也有将病人一侧穴位全接负极，对侧全接正极；或在同侧接正负极者。哪种接法好，还有待进一步比较证实。但是均应注意，电路要避免通过心脏。

电针麻醉一次通电时间不宜过长，如手术时间较长时应采用断续通电方法。但是无论通电或断电时均要逐渐加大或减小电流，以免造成突然刺激，增加病人痛苦。此外，进针时应注意针刺方向、毫针之间不可连接，注意绝缘，防止发生短路影响效果，带来损害。其他注意事项同电针疗法。

③ 水针：选穴法同体针、耳针。常用药物有维生素 B_1、度冷丁、10％葡萄糖注射液、当归注射液、延胡索注射液、注射用水等。其操作与注意事项同水针疗法。

其他还有指压穴位麻醉法、器械压迫法麻醉、电极板麻醉法、激光穴位照射刺激法代替针刺。因应用范围和案例有限，兹从略。

（4）诱导和留针

在手术前对选定的穴位预先进行一段时间刺激叫诱导。可分为普遍诱导（对所选穴位按处方顺序进行普遍运针（或电针）刺激，时间一般为 20～30 分钟）；重点诱导（术前 5 分钟对重点穴位进行运针（电针）刺激，以增强效果）。通常所说的诱导时间就是指普通诱导时间。手术过程中刺激一般要较轻，但对某些敏感部位进行手术时可加强刺激强度；在某些手术刺激较轻的步骤，可暂停运针或通电，予以静留针。如脑外科切开脑膜后就可静留针一段时间。但是随着留针时间的延长，针下“得气”逐渐减弱。故留针时间不宜过长，且在留针期间要经常检验针下“得气”情况。在进入手术刺激较强的手术阶段时，要提前重新运针或通电，以免影响针麻效果。总之，保持针下最佳的“得气”状态或“气至病所”，是影响针麻效果的关键。

（5）辅助用药

为了提高针麻效果，使病人处于最安全、最有利的状态下进行手术，在针麻手术前和术中常根据需要应用少量辅助药物，以达到增强镇静、镇痛或减轻术中不良反应的目的。常用的主要有镇静药、镇痛药和抗胆碱等药物。

① 术前用药

通常在术前 1 小时肌肉注射苯巴比妥钠 0.1 克；术前 15～30 分钟肌肉或静脉注射度冷丁 50 毫克（有的病人也可不用度冷丁，一岁内小儿不用）。

为减少呼吸道和消化道分泌物，可于术前 30～60 分钟在皮下或肌肉注射阿托品

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

0.5 毫克或东莨菪碱 0.3 毫克。

此外尚有用冬眠灵（成人一次量为 12.5～25 毫克，小儿一次剂量为 0.5 毫克/每公斤体重，肌肉注射或缓慢静脉滴注），非那根（成人一次量为 25 毫克，小儿量及用法同冬眠灵），以及苯妥英钠、氯哌啶醇等药物以加强镇静、镇定、镇痛效果；均有一定作用，可根据病人情况和手术需要选择使用。

② 术中用药

根据手术当时的具体情况，适当加用镇静、镇痛药、局麻药或肌肉松弛剂等，以保证手术顺利进行。在某些手术步骤之前，例如切、缝腹膜、剥骨膜、结扎大血管、或强烈牵拉内脏等，根据经验，病人可能出现反应者，应预先用药。通常预先用 1% 普鲁卡因作局部浸润或封闭（对普鲁卡因过敏者改用利多卡因），对粘膜组织可用地卡因局部浸润麻醉以消除疼痛，必要时加用镇静、镇痛药或肌松剂等以加强麻醉效果。

术中用药必须把握时机，最好用在病人有可能产生剧烈反应之前，才能收到较好效果，而且药物剂量必须适当，如果用量过大，可能使病人处于催眠状态，不能清楚反映自觉症状和主动配合手术，反而影响针麻效果。特别是肌肉松弛剂的应用，更应慎重，必须严密观察，一旦有意外情况发生，就应立即采取有效措施抢救。

总之，在辅助用药时，必须充分了解病人的体质、病情和药物的适应范围和禁忌及其毒副作用、不良反应等，才能做出合理的选择。

（6）针麻镇痛效果评级标准和注意事项

1）针麻镇痛效果评级标准：根据全国《针刺麻醉手术评级标准》，将针麻效果分为 4 级：

Ⅰ级（优）：针麻效果好、病人安静、手术中基本不痛，少数情况下在进行主要手术步骤时有微痛，但能顺利完成手术。术中血压、脉搏、呼吸基本平稳或仅有轻微波动。2 小时内度冷丁用量在 1～1.5 毫克/公斤体重以内。未用普鲁卡因（但颅脑手术可用正常量的 1/10 以下）。

Ⅱ级（良）：针麻效果较好，病人偶有轻度呻吟，进行主要手术步骤时有疼痛，但手术尚能顺利完成。血压、脉搏、呼吸有轻度变化。2 小时内度冷丁用量同前；普鲁卡因用量在正常量的 1/5 以内。

Ⅲ级（尚可）：针麻效果尚可，病人在手术中有时有明显疼痛，但手术尚可完成。血压、脉搏、呼吸可有轻度变化。2 小时内度冷丁用量在 1.5 毫克/公斤体重以上，但不超过 2 毫克/公斤体重。普鲁卡因用量在正常量的 1/3 以内。

Ⅳ级（失败）：针麻效果差，手术中有剧痛，经辅助用药后仍不能进行手术，而必须改用药物麻醉才能完成手术者。术中病人的血压、脉搏、呼吸变化显著。2 小时内度冷丁用量在 2 毫克/公斤体重以上，普鲁卡因用量超过正常用量的 1/3。

2）注意事项

① 针麻中手法运针（或电针）要以病人能耐受、较舒适的中强感应为宜。若刺激过强反而会引起病人难受、不安，并影响针麻效果。

② 针麻手术中病人处于清醒状态。所以要求手术者必须动作熟练，操作要稳、准、轻、快，避免重复操作、强行牵拉等粗暴动作。手术室要保持安静，不高声说话，以免引起病人烦躁不宁，影响针麻效果和手术的顺利进行。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

③ 对病人或某些手术环节中可能发生的镇痛不全、肌紧张、内脏牵拉反应等，应有充分预计并做好辅助用药的准备。用药时要严格把握时机，控制剂量，并注意药物的适应、禁忌等，以防产生药物副作用或不良反应。

④ 对某些病灶复杂、粘连较多，或需广泛探查的手术病例，尤其是某些难度较高的腹腔手术，针麻效果还不稳定，应当慎用。

(7) 针麻的适应范围及常用处方举例

针麻的适应证范围较广泛，已用于普外科、神经外科、胸外科、五官科、口腔科、骨科、妇产科、泌尿外科、小儿科等多种手术病种。现将部分常见手术的针麻处方收集如下，供参考。

1) 颅脑外科手术

① 颅部清创缝合术

【处方】 耳针 交感* 外肺 额透枕（均患侧）
体针 合谷 内关（均双）

② 颅骨凹陷骨折修补术

【处方1】 同上。

【处方2】 耳针 神门 外肺 肾
体针 合谷 内关

③ 硬膜下血肿清除及其他幕上开颅术

【处方】 耳针神门透肾 皮质下 枕透额（均患侧）
体针 合谷 内关（均患侧）

④ 后颅凹开颅术

【处方】 耳针 单侧神门透肾 颈透枕
体针 对侧合谷 内关

⑤ 脊膜膨出修补术

【处方】 耳针 单侧神门透臀 坐骨透交感 腰骶椎
体针 委中（双）

2) 颌面五官科手术

① 睑内翻倒睫矫正术

【处方】 耳针 肝 肾 眼

② 白内障摘除术、斜视矫正术

【处方1】 体针 合谷 外关 光明 太冲

【处方2】 耳针 肝 肾 眼 目$_1$ 目$_2$（或肺）

③ 青光眼减压术，视网膜复位术

【处方1】 同上方1，【处方2】 同上方2；

【处方3】 耳针 神门 目$_1$透目$_2$

【处方4】 耳针 眼 肺

④ 眼球摘除术、翼状胬肉切除术

【处方1】 耳针 肝 肾 眼 目$_1$ 目$_2$

*耳穴的交感即下脚端，以后不再注释。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

【处方 2】 耳针 眼 肝 肺 交感

⑤ 虹膜切除术

【处方】 耳针 眼 肺 肝 交感（或肾）

⑥ 角膜外伤缝合术

【处方】 耳针 眼 肝 肺

⑦ 眼球内异物取出术

【处方】 耳针 眼 肝 肺 交感

⑧ 鼻息肉摘除术、下鼻甲切除术

【处方 1】 耳针 肺 外鼻透内鼻

【处方 2】 体针 合谷 内关

⑨ 鼻中隔矫正术

【处方】 耳针 肺 肾 外鼻透内鼻

⑩ 上颌窦根治术

【处方 1】 体针 合谷 内关 内庭 足临泣

【处方 2】 耳针 外鼻透内鼻 上颌 神门透交感 肾

⑪ 上颌窦穿刺术

【处方】 体针 合谷 内关

⑫ 上颌骨切除术

【处方 1】 耳针 交感透太阳（双） 肾 上颌

体针 合谷（双）外关 牙痛穴（在掌面中指和无名指指掌关节之间）

【处方 2】 耳针 患侧神门 肺 外鼻 上腭

体针 对侧合谷 内关

⑬ 扁桃体摘除术

【处方 1】 体针 合谷 内关

【处方 2】 耳针 咽喉 扁桃体$_2$ 扁桃体$_4$

⑭ 乳突根治术

【处方 1】 体针 合谷 内关 支沟 太冲

【处方 2】 体针 陵下（阳陵泉下 1 寸） 太冲 足临泣 内关

⑮ 腮腺混合瘤摘除术

【处方 1】 体针 合谷（或外关） 内关

【处方 2】 耳针 神门透交感 外肺透内肺 腮腺点

⑯ 拔牙

【处方 1】 体针 合谷 内关

【处方 2】 耳针 喉透牙痛点 拔牙麻醉点

⑰ 唇裂修补术

【处方】 体针 合谷 内关 内庭

⑱ 先天性腭裂修补术

【处方】 耳针 上腭透下腭 交感透太阳

⑲ 上、下颌骨肿瘤摘除术

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

【处方】 耳针 神门透交感 皮质下透肺 下腭透上颌（或下颌）
体针 合谷 外关 足三里

3）颈部手术

甲状腺手术（甲亢、腺瘤、单纯性肿、癌等）、颈部包块切除术

【处方1】 体针 合谷 内关

【处方2】 体针 三阳络透郄门（用3寸毫针，手捻）

【处方3】 耳针 神门 肺 颈 内分泌

4）胸外科手术

① 肺叶或全肺切除术

【处方1】 体针 合谷 内关

【处方2】 体针 外关透内关（取患侧，手捻针）

【处方3】 体针 三阳络透郄门（取患侧，手捻针）

② 食道癌切除术

【处方1】 耳针 肺 膈透食道 交感

【处方2】 耳针 神门透肾 脾透外肺 胸透胃 贲门透食道
体针 左合谷 内关 孔最

③ 纵隔肿瘤（包括囊肿）切除术

【处方】 耳针 左耳肾 脾透外肺
体针 合谷 内关

④ 心脏二尖瓣狭窄闭式扩张术、心包剥离术

【处方】 体针 陶道 身柱 合谷 内关

⑤ 胸壁结核病灶清除术

【处方1】 体针 合谷 内关（也可加腕骨）

【处方2】 耳针 神门透交感 肺 胸

⑥ 乳癌根治术

【处方1】 耳针 肺 体针 合谷 内关

【处方2】 体针 合谷 内关 足三里 三阴交 太冲

⑦ 乳房包块切除术

【处方】 体针 足三里（用东莨菪碱0.3毫克穴位注射） 配合头针 感觉区 胸腹部、胸腔区

5）腹部手术

① 胃大部切除术、胃穿孔修补术、胃造瘘术

【处方1】 耳针 神门透腹 外肺 胃
体针 足三里

【处方2】 耳针 坐骨透交感透太阳（1～2寸）肺透翳风（深至乳突1～2寸）
体针 松弛点（在内庭、陷谷之间中点，与涌泉相对，刺1～2寸）

【处方3】 体针 公孙透涌泉（一根针透穴手捻）

② 脾切除术

【处方1】 体针 合谷 内关 足三里 三阴交 太冲

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

【处方 2】 耳针 交感 肺 脾

③ 胆囊切除术

【处方 1】 耳针 肺 交感 胰胆

【处方 2】 耳针 神门透腹 肺 胆

体针 足三里

④ 剖腹探查术

【处方 1】 耳针 外肺 神门透腹 三焦

【处方 2】 耳针 交感透太阳 肺 皮质下透三焦

体针 足三里 三阴交

⑤ 肠梗阻手术

【处方 1】 耳针 神门透腹 外肺 大肠

【处方 2】 耳针 神门透交感 小肠透大肠（可酌情加下屏尖）

⑥ 阑尾切除术

【处方 1】 耳针 神门透腹 外肺（深刺） 小肠

体针 阑尾穴（用生理盐水穴位注射）

【处方 2】 头针 感觉区腹部及肠区

体针 阑尾穴（用生理盐水穴位注射）

⑦ 疝修补术

【处方】 耳针 神门 肺 外生殖器透尿道

体针 三阴交或内踝点（在内踝上 7 寸处）

⑧ 肾切除、肾盂切开取石术、肾造瘘术

【处方 1】 耳针 神门 交感 肺 肾透膀胱

体针 三阴交

【处方 2】 体针 合谷 内关 足三里 三阴交 太冲

⑨ 膀胱切开取石术、耻骨上膀胱造瘘术

【处方】 体针 骶管 胸椎$_{12}$腰椎$_{1}$棘突间（平棘突皮下进针） 三阴交（双） 足三里（双）

⑩ 子宫全切术

【处方 1】 耳针 神门透交感 肺 腹 子宫透外生殖器

体针 三阴交 中都

【处方 2】 鼻针 肺 卵巢 前阴 外生殖器

体针 三阴交 至阴

⑪ 剖腹产术

【处方 1】 耳针 神门透腹 子宫 外肺

【处方 2】 耳针 交感 肺 皮质下 子宫

【处方 3】 体针 足三里 三阴交 带脉 内麻点

⑫ 经腹输卵管结扎术

【处方 1】 耳针 神门透腹 外肺 子宫

【处方 2】 体针 足三里 中都 带脉（均双侧）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

⑬ 卵巢囊肿切除术

【处方 1】 体针 足三里、三阴交、太冲

【处方 2】 耳针 神门透交感 肺 腹 卵巢透三焦

体针 三阴交

⑭ 宫外孕手术

【处方】 耳针 交感 肺 卵巢

体针 三阴交

6）四肢脊柱手术

① 肩关节脱位复位术

【处方】 耳针 神门透交感 肩 肩关节

② 肱骨骨折切开复位术

【处方 1】 耳针 上臂

体针 合谷、内关

【处方 2】 耳针 神门 肺 肾 肘

③ 尺、桡骨骨折切开复位

【处方】 耳针 神门透交感 肘透腕

④ 考立氏骨折复位术

【处方】 耳针 神门 交感 腕

⑤ 手外伤清创缝合术

【处方 1】 体针 臂丛两针 曲池 少海

【处方 2】 体针 曲池 少海（内关） 抬肩（肩峰下 1 寸处）

【处方 3】 耳针 神门 肺 交感 肾 腕透指

⑥ 髋关节脱位复位术

【处方】 耳针 交感 髋透坐骨 脾

⑦ 股骨颈骨折三刃钉内固定术

【处方 1】 体针 环跳 髀关

【处方 2】 耳针 臀透交感 肾 肺

体针 足三里 阳陵泉

⑧ 股骨干骨折髓内针固定术

【处方 1】 耳针 神门 交感 膝 髋

【处方 2】 耳针 神门 交感 肺 膝 臀透坐骨

体针 合谷 内关

⑨ 膝关节融合术

【处方】 耳针 神门透肾 交感 肺 膝

⑩ 膝关节半月板切除术

【处方 1】 耳针 交感 肺 肾 膝

体针 三阴交

【处方 2】 内侧：股门 髀关 阴陵泉 腰$_{2\sim3}$神经干（患侧）

外侧：股门 风市 阳陵泉 腰$_{2\sim3}$神经干（患侧）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

⑪ 胫腓骨骨折切开复位
【处方】 耳针 臀透坐骨 肺
体针 合谷 内关 髀关 膝眼（患侧）
⑫ 跟骨骨瘤切除术
【处方】 体针 足三里 承山 三阴交
⑬ 马蹄内翻足矫正术
【处方 1】 体针 阳陵泉、阴陵泉、足三里、委中与殷门连线中点）
【处方 2】 耳针 神门透交感 肺 膝透趾
体针 足三里（患侧）
⑭ 大隐静脉曲张高位结扎术
【处方 1】 耳针 神门透股关 皮质下 腹透膝
【处方 2】 耳针 神门透股关 肺
体针 阴廉 足三里
⑮ 踝关节内固定术
【处方】 耳针 神门透肾 交感 肺 膝透踝
⑯ 胸椎结核病灶清除术
【处方】 耳针 单侧神门透交感 肺 胸
体针 对侧合谷 内关
⑰ 腰椎间盘脱出探查术
【处方 1】 耳针 神门 交感 肺 肾
【处方 2】 体针 外关 阳陵泉 太渊 委中
⑱ 椎板减压术
【处方】 耳针 神门 交感 肺 胸 腰椎
体针 合谷
7）会阴部手术
① 痔切除手术
【处方 1】 体针 三阴交 中髎（或次髎、下髎）穴位注射 关元 长强
【处方 2】 耳针 神门透交感 外肺 外生殖器
② 精索静脉曲张高位结扎术
【处方 1】 耳针 神门 交感 外生殖器（均患侧）
【处方 2】 体针 关元 三阴交透内麻点
③ 鞘膜积液鞘膜翻转术
【处方】 耳针 神门透交感 外肺 外生殖器（均患侧）
体针 关元 三阴交透内麻点
④ 包皮环切术
【处方】 耳针 神门 外生殖器
体针 三阴交（双） 中极 龙门（即阴茎背神经）
⑤ 尿道扩张术
【处方】 耳针 神门 膀胱 皮质下 尿道 外生殖器

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

体针　三阴交（双侧、各注射度冷丁25毫克）

⑥ 阴道横膈或纵隔切开术

【处方】　耳针　神门透交感　外肺　外生殖器

8）小儿手术

在针麻下给小儿作手术时常难以合作，常需用2%硫喷妥钠肌肉注射作为基础麻醉，使之保持安静，然后进行针麻。其他辅助用药同前所述。

① 幕上开颅硬膜下积液清除术

【处方】　耳针　神门　交感　额透枕（均患侧）

体针　合谷（双）　足三里（患侧）

② 脑膜膨出切除修补术

【处方】　耳针　神门　肺　脑点透脑干　枕

以上耳穴均用2%普鲁卡因穴位注射，每穴0.1ml。

③ 肠套叠复位术

【处方】　耳针　交感　神门　小肠透大肠　皮质下透内肺止痛点（在耳穴颈和枕之间）　电针，诱导30分钟。

④ 疝囊高位结扎术

【处方】　耳针　神门　交感　肺　外生殖器　皮质下　腹

※用2%利多卡因穴位注射，每穴0.1毫升。

⑤ 阑尾切除术

【处方】　耳针　阑尾　神门　交感　肺（均右侧）

手法捻针，诱导20分钟

（8）其他针法的针麻方法简介

1）鼻针麻醉

鼻针麻醉是江苏省淮阴地区医院在鼻针疗法的基础上大胆创新、反复实践而形成的针麻方法。有取穴少、针刺时痛感轻、得气明显、“镇痛和肌肉松弛效果比较满意”等优点。兹简介如下：

穴位分布：见第4章鼻针疗法部分。

鼻针麻醉操作方法：

鼻针麻醉的术前准备和辅助用药与注意事项等同体针麻醉；其取穴原则同耳针麻醉，但肺穴为鼻针麻醉常用主穴，每次必取。

常规消毒后用30～32号5分长的毫针，以15～20°斜刺*入选定的穴位，进针1～2分深，用轻缓手法慢慢捻转，至鼻部感到酸胀为止。酸胀感越强，效果越好。然后用胶布固定毫针，再连接至电针机通电刺激。电流由小到大逐渐增强（至耐受为度），频率180～200次/分为宜，诱导时间15分钟。术中可根据需要调整刺激强弱。术后将针起出、压迫片刻以防出血。

适应手术范围及常用处方举例：

鼻针麻醉适用于头面、颈、胸、腹部、四肢脊柱等全身各部共90余种手术。据546例

*鼻针第1线穴位多向下斜刺；第2线穴位向外下斜刺；第3线穴位多向下斜刺。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

手术案例统计，镇痛有效率达90%以上。现将其常用手术针麻处方列举于下，供参考。

① 颈部手术：

甲状腺次全切除术：【处方】：肺　咽喉

甲状舌管瘘切除术：【处方】：肺　咽喉

② 胸外科手术：

心包造口引流术：【处方】：肺　心

二尖瓣扩张分离术：【处方】：肺　心

动脉导管钳闭术：【处方】：肺　心

开胸探查术：【处方】肺　胸

乳癌根治术：【处方】肺　胸　乳

③ 腹部手术

胃溃疡穿孔修补术：【处方】　肺　胃

胃大部切除术：【处方】　肺　胃

脾切除术　【处方】　肺　脾

胆囊切除术　【处方】　肺　胆

肠段切除术　【处方】　肺　小肠透大肠

阑尾切除术　【处方】　肺　小肠透大肠

疝修补术　【处方】　肺　外生殖器（即前阴）

睾丸鞘膜翻转术　【处方】　肺　睾丸　外生殖器

剖腹产术　【处方】　肺　卵巢　外生殖器

子宫切除术　【处方】　肺　卵巢　外生殖器

卵巢切除术　【处方】　肺　卵巢　外生殖器

输卵管结扎（或切除）术　【处方】　肺　卵巢　外生殖器

膀胱（输尿管）切开取石术　【处方】　肺　耳　膀胱　外生殖器

④ 四肢手术

下肢象皮肿切除术　【处方】　肺　膝胫透足趾

股骨骨折切开复位术　【处方】　肺　胯股

尺、桡骨取钢板术　【处方】　肺　上肢

下肢截肢术　【处方】　肺　胯股

2）面针麻醉

面针麻醉是在面针疗法和体针麻醉的基础上发展起来的。由前上海中医学院附属龙华医院首先用面针麻醉施行经腹输卵管结扎术获得成功，进一步扩大应用范围而逐渐形成一种新的针麻方法。因具有穴位少，容易记；操作简单，易掌握；麻醉效果好，可与体针麻醉配合使用等优点，很有实用推广价值。

面针麻醉的术前准备、辅助用药及有关注意事项与体针麻醉相同，其取穴原则同耳针麻醉。以下重点介绍其操作方法和应用情况：

面针麻醉常用穴位的分布详见第4章面针疗法部分。

面针麻醉的操作方法：常规消毒，对额区、鼻区和口区的穴位，一般都采用斜刺或横刺透穴法，如肺透心、肝透胆、脾透胃等；但对颊区、颧区和耳区的穴位，一般可采

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

用直刺，必要时也可横刺透穴。其刺激方法主要采用手法捻针，但额区、鼻区、眼区等部位则以电针更为相宜。其刺激强度均以病人可耐受而无疼痛为度。其电针频率和诱导时间同鼻针麻醉。

面针麻醉的应用范围和常用处方：

面针麻醉适用于胃次全切除术、脾切除术、胆囊切除术、食道空肠吻合术、疝修补术、阑尾切除术、睾丸鞘膜翻转术、股骨颈三刃钉内固定术、足三关节固定术、经腹输卵管结扎术等10余种手术。据统计，在面针麻醉下施行手术共1251例(其中单纯面针麻醉手术894例，配合其他针麻方法与面针综合麻醉手术357例)总成功率为96%。现将部分面针麻醉处方列举如下，供参考：

胃次全切除术	【处方】	主穴	肺、心、胃	配穴	脾
胆囊切除术	【处方】	主穴	肺、心、胆	配穴	肝
阑尾切除术	【处方】	主穴	肺、心、大肠	配穴	胃
子宫或输卵管手术	【处方】	主穴	肺、心、子宫	配穴	肾
疝修补术	【处方】	主穴	肺、心、小肠	配穴	股里
股骨颈三刃钉内固定术	【处方】	主穴	肺、心、股	配穴	肾

3）唇针麻醉

唇针麻醉是在口唇上下2个穴位施以针刺或电针刺激，产生镇痛效果而进行全身各部位多种手术的针刺麻醉方法。它是江苏灌云县人民医院收集民间针灸经验，经过反复实践探索而形成的一种新的针麻方法。其最大的特点是穴位少(只有2个穴位)，处方固定(只有一个处方)，操作简便、易于掌握推广。而且对许多临近休克的病人还有升压效果，因面很有实用价值和学术研究价值。兹简介于下：

常用穴位：只有2个穴位。

唇Ⅰ穴：在鼻唇沟下端正中，距唇缘约0.2cm处。

唇Ⅱ穴：在下唇缘中点，距下唇缘约0.5cm处。

操作方法：常规消毒后，用30～32号2寸长毫针，对2穴进针时先直刺达肌层(约0.5毫米左右)后，再以15°角斜刺。Ⅰ穴向上进针约1寸，至鼻中隔软骨下，针头有固定感；Ⅱ穴向下进针约1.5寸于皮下。进针时宜缓慢捻转或向前推进，但均以产生酸、麻、重、胀等“得气”感为度。而且针刺方向必须在上、下唇的正中线上，不能偏斜，否则会影响麻醉效果。针刺“得气”后，用手法捻针或接针麻仪通电刺激。一般Ⅰ穴接负极（主穴），Ⅱ穴接正极。分别用胶布固定，2根毫针不能互相接触。手法捻针以针下有酸胀等“得气”感为度。电针刺激电流要由小逐渐增强，以上下唇肌微微颤动为宜，频率为120～200次/分为宜。手术中可按照当时情况需要，适当调节电流强度与频率大小。经验证明本麻醉法的诱导时间越长效果越好，手术时间越长效果越好。通常诱导时间以20～30分钟为宜。其术前准备、辅助用药及注意事项同体针麻醉。

唇针麻醉的适应证范围：本麻醉方法已成功地应用于颈、胸、腹部、会阴部、妇产科和骨科等大小手术40多种，如甲状腺手术、纵隔肿瘤切除术、乳癌根治术，胃切除、胃穿孔修补术、胆切除术、脾切除术、剖腹产术、子宫切除术、截肢、骨折整复等。据1350例唇针麻醉下施行的手术案例统计表明，成功率达90%以上。象这样只用2个固定的穴位组成的处方，却能适应全身各部多种手术对麻醉的需求，是其他针麻方法难以

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

达到的。因此很有深入探讨的必要。

4）头针麻醉

头针麻醉是在头针疗法的基础上，由西安市中心医院针麻小组经过大胆尝试和实践探索后，开展起的一种新的针麻方法。经临床应用结果证明，其麻醉效果比较满意，而且有取穴少、操作简便等优点。兹简介如下：

头针麻醉的常用穴区及定位，详见第4章头针疗法部分。其取穴原则同耳针麻醉。有关术前准备、辅助用药也与体针麻醉相同。以下重点介绍操作方法和常用的麻醉处方：

操作方法：按照麻醉处方选定穴区并用2%碘酒与75%酒精先后消毒，用1～2寸的28～30号毫针，与头皮成15度角快速进针刺入头皮后，继续向前推进直达穴区要求的深度（也可捻转进针）；针在骨膜浅面、帽状腱膜之下。如进针时针尖触及头骨，应稍退回，改变角度后再继续进针。进针到位后，可用手法捻针（同头针疗法），也可接针麻仪，用2000次/分的中、轻度（以病人耐受为度）电针刺激，诱导时间20分钟。术中应持续刺激，至手术完毕后起针，压迫针孔防止血肿或出血。本法还可与体针或耳针麻醉法配合运用。

头针麻醉的适应范围相对较体针或耳针麻醉局限。主要用于颈部和腹部手术的麻醉。现将较常用的几组麻醉处方列举如下：

① 甲状腺腺瘤切除术

【处方】 感觉区头颈部（下1/3）

② 胃切除、胃肠吻合术

【处方】 感觉区腹部、胃区、穴封*：足三里

③ 阑尾切除术

【处方】 感觉区腹部、生殖区、穴封*：阑尾点

④ 卵巢囊肿切除术

【处方】 感觉区腹部、生殖区、穴封*：内麻点

⑤ 剖宫取胎术

【处方】 感觉区腹部　　穴封*：内麻点

⑥ 输卵管结扎术

【处方】 感觉区腹部

除上述几种针麻方法以外，国内临床实践中尚有人采用过水针麻醉、耳根麻醉、赤医针麻醉、无针电刺激麻醉、经络—穴区带针刺麻醉法等，均取得了较好的效果。这些针麻方法的成功，更有力地证实了针刺镇痛的临床效果，丰富了针麻的方法和内容，而且为针灸的临床应用和针灸学术理论在现代条件下的研究和发展开拓了新的领域，值得认真总结，深入探讨。

7.4.2 针麻临床规律探讨

针刺麻醉较药物麻醉具有不少优势，但也存在不少问题，如镇痛不全、不能完全控制内脏反应、肌肉松弛不够满意等。此外还有一些因素影响着针麻的临床效果，经40年的总结，这些因素主要表现为以下几方面。

---

* 注：穴封：均用0.3～0.5mg洋金花注射液做穴位封闭。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

7.4.2.1 个体差异与针麻效果的关系

在病人的病位、病情、手术方式、配穴处方和辅助用药等大致相同的条件下，针麻效果往往因人而异，表现出较大的个体差异。这种差异主要与下述两方面有关。

首先是不同个体生理学上的差异，特别是神经系统功能上存在的差异。对针刺敏感或耐痛力较高的病人，针麻效果比较好；针刺不容易得气或不能保持良好得气的病人，针刺效果往往较差。病人对药物的耐受性也显示很大的个体差异。如有些病人注射100mg盐酸哌替啶后，痛阈变化并不明显，但有些病人即使注射50mg也会昏然入睡。病人对痛刺激的敏感程度以及针刺或施加药物后痛觉的变化是影响针麻效果的重要因素，而痛觉的个体差异是很大的，在针麻存在镇痛不全的情况下，就使针麻效果的个体差异显得更为突出。

不同的心理状态也是造成针麻效果个体差异的重要原因。大量的针麻临床实践证明，对手术治疗有充分的思想准备、对针麻信任、情绪较稳定、态度较积极的病人，往往针麻效果较好；相反，顾虑重重、情绪紧张就可能削弱针麻效果。实验表明，周围环境、语言、思维、情绪状态乃至过去的经历都是影响痛觉的重要因素，进而影响针麻效果。如在进行测痛时，让受试者回忆过去的疼痛经历，痛阈或耐痛阈就会明显降低；如果事先告知被试针刺穴位有明显的镇痛效果，则一部分受试者针刺提高痛阈的效应就可能明显加强；在测痛过程中让受试者进行思考，或同他谈话，痛阈或耐痛阈也会有所提高。个别病人即使在没有痛刺激的情况下，由于环境刺激所引起的焦虑、紧张、惊恐等精神变化，也可使血压升高，心率、呼吸加快，汗腺分泌增加，肌紧张增强等，这种情况如发生在手术过程中，甚至可影响手术的顺利进行。

7.4.2.2 手术操作与针麻效果的关系

尽管外科学一向倡导最大限度地减少手术创伤，但由于针麻存在镇痛不全、肌肉松弛不够满意和未能完全控制内脏反应等问题，因此针麻下的外科手术要求就更加严格。在针麻下进行手术，强调外科操作、麻醉操作和病人三者之间的密切配合。外科操作要尽可能减少手术刺激和创伤、减轻病人痛苦，并有利于术后恢复，无论切割、剥离、止血、结扎、缝合，都应遵循这一原则。切割操作力求快速利落、层次清晰；钳夹止血力求准确轻柔，少夹带周围组织；分离组织力求多做锐性分离，减少钝性刺激；对内脏器官应尽可能避免过多牵拉等。经过多年的临床实践，针麻下的手术应以稳、准、轻、快为操作要领。

7.4.2.3 选穴配方与针麻效果的关系

穴位的共性和特异性都是相对的，已得到大量的临床实践证明，针麻临床同样如此。对于同一种手术，不论依据哪一种原则取穴配伍，均可望取得一定的效果；相反，在不同的手术中，取同一穴位处方，也有一定的效果。人体测痛实验结果也证明许多穴位具有全身性的镇痛作用。然而穴位作用的共性丝毫不意味着可以否认其特异性的一面。以甲状腺手术切皮的镇痛效果为例，针刺下肢穴位就不如上肢或颈部相应穴位的效果好；合谷穴具有全身性的镇痛作用，但以对颈、上肢、胸、背部的镇痛作用最为显

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

著。

穴位的特异性和普遍性，部分地可以用神经解剖生理学关于中枢和外周的节段性和超节段性联系来解释。如“面口合谷收，肚腹三里留”，可以用面口与合谷，肚腹与足三里分别属近节段来解释。又如头身经穴的主治重点，系以任、督二脉为总纲，分为上、中、下三部，上部肺、心和心包，治胸部内脏病症；中部主肝、胆、脾、胃，治上腹部内脏病症；下部主肾、大肠、小肠、膀胱，治下腹部内脏病症。督脉及其近旁的足太阳经穴，任脉及其近旁的足少阴、足阳明、足太阴经穴，都可从上、中、下三部来掌握其主治。这显然也同中枢的节段支配有关。

因此在针麻临床选穴配方时，宜选用具有普遍性镇痛、镇静作用的穴位，又要选用对手术部位具有较强特异性的穴位；既要考虑局部取穴、邻近取穴的原则，也要考虑远道取穴，远节段取穴的原则。

目前临床上常用的针麻取穴原则有循经取穴、辨证取穴、节段取穴和同神经取穴四种。

7.4.2.4 辅助用药与针麻效果的关系

辅助用药的主要目的是镇静和镇痛，以辅佐针麻提高效果。辅助用药并非针麻的特殊需要，其它各种药物麻醉方法，几乎也都应用一定的辅助用药。针麻辅助用药包括术前和术中用药。用药种类、剂量、途径和时间，应综合考虑病人的年龄、体质、病情、精神状态以及手术性质和进程等情况而谨慎选择。

常用的术前辅助用药包括镇静药、安定药、镇痛药和抗胆碱能药物等。盐酸哌替啶属镇痛药，又具有较强的镇静作用，是最常用的术前辅助药物，通常单独应用，或视具体情况，同时选用其它一、二种药物。

根据手术过程的具体情况，术中辅助用药通常首先是应用局部麻醉剂作局部浸润或封闭。常用的药物有盐酸普鲁卡因、利多卡因、盐酸丁卡因等。在某些手术步骤之前，如切、缝腹膜、剥离骨膜、强烈牵拉内脏等，根据以往经验，可能引起病人较强的反应者，宜预先给药。

在病人烦躁不安、精神紧张，或疼痛明显而局部阻滞未能奏效时，则应考虑给予镇静剂、安定剂或盐酸哌替啶等镇痛药。术中全身性用药的剂量，须视病人的年龄、体质、病情和术前给药量等具体情况酌定，使病人能仍处于清醒状态；否则会使病人不能清楚反映自觉症状和主动配合手术，反而会影响针麻效果。

与辅助用药不同的是针刺复合麻醉，后者指在针刺穴位时合并应用某一种药物麻醉的麻醉方法。这种方法仍以针麻为主，基本上能保证针麻的特点，而单独借助于所应用的麻醉药物是不能完成手术的。针刺复合麻醉可应用于病灶复杂、手术大、镇痛要求高，或耐针力低，经预测针麻效果不佳等病例，在很大程度上扩大了针麻的适应证。常用的针刺复合麻醉方法如，针刺-硬膜外阻滞复合麻醉，多用于腹腔手术；针刺-气体复合麻醉，可用于体外循环心内直视手术；针刺-氯酸酮复合麻醉，常用于肺切除、胃切除等手术；针刺-硫贲妥钠复合麻醉，适用于小儿外科手术；针刺-局部复合麻醉，适合于通常情况下仅用针麻或局麻即能完成的手术。

总之，针刺麻醉的效果以及仅仅依靠改进穴位处方和穴位刺激方式提高针麻效果都

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

是有一定限度的，因此适量及时的辅助用药，乃至采用针药结合的方法，是完全必要的。但辅助用药的基本原则，是有利于病人继续保持清醒状态，以利发挥病人体内的抗痛机制并能很好地配合针麻。

7.5 针刺镇痛机理研究

7.5.1 经络论

根据脏腑经络学说的论述，引起疼痛的原因可有多种，但概括起来，皆因于气血的病变。《难经·三十难》说："血为荣，气为卫，相随上下，谓之荣卫，通于经络，营周于外。"所以气血的病变不外乎"不通"、"不荣"。

首先是"不通则痛"。《素问·举痛论》指出："经脉流行不止，环周不休。寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛"，"寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得通，小络急引故痛"，"热气留于小肠，肠中痛，瘅热焦渴，则汗不得出，故痛而闭不通矣"。这些论述言简意赅地说明，不论何种邪气壅闭经络，最终都因气血不通而引起疼痛。金元时期的李东垣在此基础上又提出了"痛则不通"的概念。

其次是"不荣则痛"。《素问·举痛论》说："阴气竭，阳气未入，故卒然而痛"。《灵枢·五癃津液别》指出："髓液皆减而下，下过度则虚，虚故腰背痛而胫酸。"说明外邪导致脏腑功能低下，气血亏虚可引起疼痛。

总之，所有疼痛的产生，都可归结为气血的病变，都可用气血不通、不荣来解释。但疼痛的感觉也必须有神的参与。神与脏腑中的心和肾关系最为密切，尤其在心的主宰之下。心在脏腑中占据首要地位，是"五脏六腑之大主也，精神之所舍也"（《灵枢·邪客》），"故主明则下安，以此养生则寿……主不明，则十二官危，使道闭塞而不通，形乃大伤，以此养生则殃"（《素问·灵兰秘典论》）。总之神在心的主宰之下如果发生某种变化，则机体对疼痛刺激的敏感程度和耐受力也随之发生变化，如人体在"神昏"、"失神"的情况下就不可能感知疼痛；而在畏惧疼痛的意识支配下，轻微的痛刺激可引起剧烈的痛感觉。所以《素问·至真要大论》总结道："诸痛痒疮，皆属于心"。

因此，在临床针刺镇痛中，就应本着"调气"、"治神"的原则。调气，一方面是调整经络脏腑中气血的有余或不足，另一方面在于协调气血的运行，使之能起正常的营卫作用；治神，一方面是调动心的主宰功能，以移其神，另一方面则是令气易行，进而调节经络脏腑的活动。总之，"用针之类，在于调气"，"凡刺之真，必先治神"。这是针灸临床的基本原则，也是针刺镇痛的基本原理所在。

针刺镇痛的"调气"、"治神"必须依赖于经络系统。它是纵横交错分布于人体表里内外的网络系统，它们"内属于脏腑，外络于支节"（《灵枢·海论》），起着"行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节"（《灵枢·本藏》）的作用。经络循行分布运行至体表时，"脉气所发"（《素问·气府论》）或"神气之所游行出入"（《灵枢·九针十二原》）之处便是穴位。因此，对于体表的任何一个部位或体内的任何一个脏腑出现病痛，都能在经络循行分布的线路上找到若干在功能上与之相对应的穴位，针刺这些穴位，就能通过经络的传输作用，"调气"、"治神"，达到针刺镇痛的目的。这是以"循经取穴"为理论基础的。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

如合谷穴可用于牙痛治疗及面颊、鼻唇、口腔等部的手术；胃痛、胃大部切除术等可取足三里穴等。

此外，由于脏腑、经络之间的相互关联与影响，更兼病人的病情、体质各异，在针刺镇痛临床实践中，还应考虑辨证取穴的原则。如因肝气郁结引起的胃痛，除用足三里外，还应选取太冲等穴；肺切除术等胸腔内手术，病人容易出现心悸、烦躁等反应，宜选取郄门等。

关于针刺作用特点的研究，进一步深化了经络学说在针刺镇痛中作用的认识。临床发现，针刺诱导后末梢血管扩张、脉搏波增大、微循环改善者，针麻效果较好，反之较差，说明针刺通调经络气血的实质。针刺时呼吸均匀、幅度平稳，能心平气和对待针刺麻醉的病人，针麻效果也较好，提示针刺的调神作用。

与针灸其他临床实践一样，针刺镇痛与针刺麻醉与针刺得气关系密切。针刺得气感能沿着经络线而达病所可显著提高镇痛效果，对这种循经感传给予有效阻滞，其镇痛效果也随之减弱或消失。循经感传是针灸的一种特殊效应，表明经络学说与针刺镇痛的密切关系。

总之，针刺镇痛的原理与经络的功能活动不可分割，对针刺镇痛原理应用经络理论给予解释也就有了理论与实践的依据。

7.5.2 神经体液论

体液论认为，针刺使机体产生了某些化学物质而使针刺具有镇痛作用。这一设想最初是根据针麻临床和人体实验观察到的针刺麻醉需要一定的诱导时间和针刺镇痛有较长的后效应而提出的。分别用大鼠、兔、猫、狗等进行的血液循环交叉实验提示，针刺其中一只动物，可使两只动物的痛阈都明显提高。以后的脑脊液交叉灌流实验及中枢神经递质生物活性物质的研究证明，针刺镇痛中体液因素发挥着重要作用。

7.5.2.1 中枢体液因素在针刺镇痛中的作用

越来越多的研究资料表明，针刺信号进入中枢后可激发多种神经元的活动，释放多种神经递质。其中有些促进针刺镇痛，如 5-羟色胺（5-HT）、吗啡样物质、乙酰胆碱、生长抑素（somatostatin）等，而有些拮抗针刺镇痛，如脑内去甲肾上腺素、内源性抗阿片物质、八肽胆囊收缩素等。

（1）具有镇痛作用的介质

① 5 HT：5-HT 参与针刺镇痛首先从中枢神经系统内 5-HT 及其代谢产物 5-羟吲哚醋酸（5-HIAA）的含量变化得到证明。研究显示，当针刺产生明显镇痛作用时，动物全脑、丘脑、或脑干的 5-HT 和 5-HIAA 含量增高；而当针刺无效时，则无变化。对 5-HT 的代谢变化研究表明，针刺一方面促进 5-HT 的合成，一方面又加速它的释放和利用，即加快了 5-HT 的更新率，但合成率大于利用率，因而含量上升。

5-HT 参与针刺镇痛，还可以通过改变它在中枢内的含量，或改变其功能活动，观察对针刺镇痛产生的影响予以验证。5，6-双羟色胺（5，6-DHT）能选择性地损毁 5-HT 能神经纤维或其末梢，高浓度直接注入胞体，也有损毁作用，从而导致脑和脊髓的 5-HT 含量下降。脑内 5-HT 能神经元集中在中缝核群，用选择性损毁中缝核群的上、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

下行通路的办法证明，随着有关脑区 5-HT 和 5-HIAA 含量的下降，针刺镇痛效应也显著减弱。对氯苯丙氨酸（pCPA）或其类似物对氯苯丙胺（pCA）能通过选择性抑制脑内色胺酸羟化酶而阻断 5-HT 的生物合成，在家兔侧脑室注射 pCPA 或大鼠腹腔注射 pCA，均可使针效显著减弱，针效减弱程度与脑内 5-HT 含量下降的幅度密切相关。肉桂硫胺是 5-HT 受体的阻断剂，应用肉桂硫胺后，5-HT 虽能合成和释放，但无法被利用以发挥功能，结果针刺效应也下降。说明无论在合成、释放或利用任何一个环节阻断 5-HT 的功能，均可减弱针刺镇痛的效应。与此相反，设法增强 5-HT 的功能则能提高针刺镇痛效应。色胺酸和 5-羟色酸酸（5-HTP）都是脑内合成 5-HT 的前体，大鼠腹腔注射或脑室内注射 5-HTP，使脑内 5-HT 含量增加，针效显著加强。应用色胺酸的效果报道不一，可能同它只能使脑内 5-HT 小幅度增长有关。5-HT 释放出来后，通过单胺氧化酶（MAO）的降解，然后被重吸收。优降宁是一种 MAO 抑制剂，家兔静脉注射优降宁以阻止 5-HT 的降解，在 2 小时内 5-HT 的含量增高 1 倍，在此期间针刺镇痛效应显著增强。

上述研究证明，5-HT 是实现针刺镇痛的重要环节。同时实验表明，消除 5-HT 的作用后，针刺镇痛效应并未完全消失，而缺损的针效，经过一定时期后，可得到部分恢复，因此 5-HT 不是针刺镇痛的唯一环节。

② 乙酰胆碱（Ach）：Ach 在中枢神经系统内分布很广泛，它也参与了针刺镇痛，起到了加强针刺镇痛的作用。在家兔或大鼠上，脑室内注射毒扁豆碱以阻断 Ach 的降解或直接注射外源性的 Ach，可提高痛阈，协同针刺镇痛；而注射阿托品阻断脑内 Ach 的 M 受体，则针刺镇痛作用显著减弱。注射具有阻断脑内 Ach 合成作用的密胆碱能削弱针效，并抑制毒扁豆碱加强针效的作用。促进 Ach 脑内生物合成的氯化胆碱虽对大鼠的针刺镇痛没有影响，但可部分翻转密胆碱的抑制效应。尾核富含乙酰胆碱敏感神经元，在针刺镇痛中占有重要地位，在尾核注入微量胆碱能受体阻断剂东莨菪碱，可程度不同地阻断电针的镇痛效应。针刺还可使皮层、尾核和丘脑中的 Ach 含量增加，并与针刺镇痛效应呈平行关系。针刺后不同脑区的乙酰胆碱酯酶活性也明显增强。上述研究结果说明 Ach 也是参与针刺镇痛的一个环节。

③ 吗啡样物质（MLF）或称阿片样物质（OLF）：动物体内的 MLF 或 OLF，除了甲啡肽和亮啡肽外，还有内啡肽、强啡肽等肽类物质以及一些非肽类物质，它们合称内啡素。这些吗啡样物质在体内发挥多种生理功能，镇痛作用是其中的重要方面。在人体、猴和其它动物上，利用各种观察指标和测痛方法，均已程度不同地获得纳络酮对针刺镇痛的阻断效应表明，针刺可促使 MLF 的释放并作用于鸦片受体而产生镇痛效果。

首先针刺可改变脑内 MLF 的含量及代谢率。研究表明，利用杆菌肽能保护脑啡肽免于降解的特性，在针刺的同时脑室内注射杆菌肽，可使脑室、纹状体和下丘脑的脑啡肽的含量明显增加，并延长针刺双侧足三里穴产生的镇痛时程，这种效应可被纳络酮阻断。用推挽灌流和受体分析法，在清醒家兔上的针刺结果表明，电针镇痛有效的动物，中央灰质灌流液中 MLF 含量明显升高，而针刺无效的动物则无变化。在大鼠上合并应用特异性肽酶抑制剂 Bestatin、Thiorphan 以及非特异性肽酶抑制剂 D-苯丙氨酸（DPA），保护内源性脑啡肽，然后用放射免疫分析法测定纹状体、下丘脑、丘脑、脑桥、延髓内甲啡肽和亮啡肽样免疫活性物质。实验证明安静状态下，中枢脑啡肽的更新

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

率不高；电针 30 分钟后，纹状体和下丘脑的含量升高了 30%～52%，如在注射上述肽酶抑制剂的基础上再予电针，则含量增高 94%～147%。说明电针既促进脑啡肽合成，也促进其释放，由于前者超过后者，所以静态含量升高。注射脑啡肽含量由于受到保护而升高时，电针的效果也加强。用游离下丘脑的办法，切断它与其它脑区的联系及针刺传入通路，电针也就不再能提高 MLF 的含量，针刺镇痛效应也随着被部分取消。

另外，MLF 与吗啡一样具有耐受性，针刺也有耐受性，并与吗啡存在交叉耐受性。但是对吗啡已产生耐受的动物，针刺仍有一定的效应，说明 MLF 确实参与针刺镇痛，但针刺镇痛除了 MLF 外，还有其它机制参与。针刺能增加中枢脑区 μ 阿片肽受体密度是 MLF 参与针刺镇痛的又一佐证。

强啡肽和 β-内啡肽也参与针刺镇痛。将强啡肽注入大鼠或家兔脊髓蛛网膜下腔可产生强镇痛效应，其镇痛效应比吗啡强 10 倍以上，纳络酮可部分对抗强啡肽的镇痛作用。当造成电针耐受后注入，则其镇痛效应明显降低，说明二者有交叉耐受性。当脊髓蛛网膜下腔注射强啡肽后，电针对尾部的镇痛效应大为减弱，而对头面部无影响。强啡肽注入侧脑室或 PAG，并不导致明显镇痛。说明强啡肽参与脊髓内的电针镇痛机制，而在脑内不起这种作用。也有研究显示大鼠针刺镇痛效应的高低与针刺后脑内 β-内啡肽的含量呈正相关，向家兔 PAG 内注入 β-内啡肽抗体，可明显减弱电针镇痛效果，表明 β-内啡肽也参与针刺镇痛机制。

总之，针刺可引起脑内 MLF 含量和代谢率的变化，这种变化与针刺镇痛效果之间存在平行关系。阻断针刺冲动或注射拮抗剂或应用相应抗体可影响针刺效果。针刺和这些物质存在耐受性，并可发现交叉耐受现象。正反几方面的证据表明，MLF 在针刺镇痛过程中起了重要作用。

④ 生长抑素（SOM）：正常情况下大鼠脊髓背角内含有少量 SOM mRNA 阳性细胞，主要集中在 Rexed Ⅱ、Ⅰ。电针镇痛后脊髓背角的 SOM mRNA 阳性细胞明显增多，尤其以 Rexed Ⅱ层的变化最为显著，提示 SOM 在针刺镇痛中发挥一定的作用[13]。研究同时表明，在正常情况下，大鼠中缝背核和中缝大核内存在生长抑素 mRNA（SOM mRNA）与 5-HT 双标记细胞。疼痛刺激后这种双标记细胞明显增多，针刺镇痛后更甚，说明 SOM 可能参与针刺镇痛，并与 5-HT 有协同作用[14～15]。这种 SOM 与 5-HT 的协同作用至少在脊髓可通过抑制 P 物质的效应，发挥镇痛作用[16]。

（2）拮抗镇痛作用的介质

① 去甲肾上腺素（NE）：其作用具有明显的部位特异性，主要是起对抗针刺镇痛的作用。早期的研究证明针刺减少脑内 NE 含量。这一结果得到 NE 合成和释放动态平衡研究的证实。用 α-甲基酪氨酸阻断 NE 的合成后，观察脑内的 NE 的消失速度，以反映 NE 的利用率；用优降宁降解代谢后，观察 NE 的增长速度，以反映该递质的合成率。实验结果表明，电针 60 分钟后，NE 的合成和利用均加速，但利用速度大于合成速度，因而最终含量在全脑降低了 22%，在间脑降低了 40%。中枢 NE 能神经元主要分布在延髓和脑桥，蓝斑核为其神经元脑体最主要的集中地。在中缝背核内含有相当多的来自蓝斑核的 NE 神经末梢，正确使用 6-羟多巴胺的浓度、剂量和注射方法，可选择性地损毁这些末梢。在中缝背核注射 6-羟多巴胺的结果表明，中缝背核内的神经末梢几乎完全消失，而针刺镇痛效应则有显著提高。损毁 NE 上行背束，也能增强针刺镇痛

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

效应。因此认为脑内 NE 是和拮抗针刺镇痛有关的。

但也有实验证明，用 6-羟多巴胺切割 NE 的下行通路，随着脊髓灰质内 NE 末梢的损毁，针刺镇痛效应便明显下降。外源性 NE 微量注入中脑中央灰质具有镇痛作用。大鼠下丘脑腹内侧核区注射 NE 3 小时后，电针镇痛作用竟增强 6 倍之多。这又表明 NE 具有增强针刺镇痛的作用。这种不一致的现象，只能用它所支配的脑区不同而不同来解释。实验证明以微量的氯压啶或酚妥拉明经慢性埋藏套管注入家兔脑内四个核团：伏核、杏仁核、缰核、中央灰质，观察对针刺镇痛效应的影响。氯压啶注入双侧缰核、伏核和中央灰质可显著对抗针刺镇痛，注入杏仁核则无效；酚妥拉明注入伏核和杏仁核无效，注入中央灰质有轻度加强作用，而注入缰核有显著加强针刺镇痛的作用。可见 NE 的效应具有明显的部位特异性，缰核在该效应中占有特别重要的地位。由于氯压啶是 α 受体激动剂，酚妥拉明是 α 受体拮抗剂，因此认为脑内 NE 可通过 α 受体对抗针刺镇痛。

② 八肽胆囊收缩素：八肽胆囊收缩素存在于肠壁也存在于脑内。将八肽胆囊收缩素注入大鼠脑室[17]、侧脑室或脊髓蛛网膜下腔，对痛阈无影响，但可显著对抗电针引起的镇痛作用，提示八肽胆囊收缩素不是兴奋了传递信号的神经通路，而是对抗了电针时释放出的某些镇痛物质的作用。长时间电针可引起内源性八肽胆囊收缩素的大量释放，削弱电针的镇痛作用，给电针耐受大鼠的脑室或脊髓蛛网膜下腔注射八肽胆囊收缩素抗血清，电针耐受大鼠又可重新出现电针镇痛作用。说明八肽胆囊收缩素具有拮抗针刺镇痛的作用。

③ 内源性抗阿片物质（AOS）：连续反复电针时脑内释放大量的阿片样物质，可引起耐受，使针效逐渐减弱，称之为“针刺耐受”。在耐受大鼠脑内可得到一种活性物质，它表现为与 H^3-吗啡竞争性与阿片受体结合，脑室注射可对抗吗啡镇痛和针刺镇痛等特性，是一种内源性阿片受体拮抗剂，称之为内源性抗阿片物质。目前研究较多的是孤啡肽（Orphanin FQ，OFQ）。OFQ 是 1995 年底新发现的一种 17 肽，目前已确定为阿片受体家族的一个新成员——“孤儿受体”（Orphan receptor，or ORL1 receptor）的内源性配基。尽管 OFQ 的结构与其它内阿片肽尤其是强啡肽相似，但其特性明显不同，其在痛觉调制中的作用与以往发现的内阿片肽有很大差异，最明显的特征是没有镇痛作用。

脑室注射 OFQ 对大鼠基础痛阈无明显影响，但可剂量依赖地对抗高频（100Hz）电针镇痛；用孤啡肽受体的反义寡核苷酸阻断孤儿受体的表达，可显著加强高频电针镇痛作用，提示内源性孤啡肽在大鼠脑内的抗阿片肽作用。但在脊髓蛛网膜下腔注射 OFQ，可剂量依赖地增强高频电针镇痛效应，表明 OFQ 在脑内对抗针刺镇痛，在脊髓加强针刺镇痛[18]。小剂量 OFQ 侧脑室、中央灰质、鞘内注射对痛阈无影响，大剂量降低痛阈，但无论剂量对基础痛阈有无影响，OFQ 均对抗电针镇痛，此效应在脑内较脊髓更为明显。OFQ 对抗针刺镇痛的效应与其抗阿片肽作用有关，OFQ 在脑内可拮抗由 μ 和 δ 受体介导的阿片镇痛，在脊髓对抗由 μ 和 κ 受体但不是 δ 受体介导的阿片镇痛效应[19—20]。

此外多巴胺、环核苷酸、γ-氨基丁酸、P 物质、一氧化氮（NO）等的变化也与针刺镇痛有一定的关系，这种关系是加强还是对抗针刺镇痛目前研究尚难定论，有些属双

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

向作用。

7.5.2.2 外周体液因素在针刺镇痛中的作用

(1) 致痛物质：痛是由导致机体组织损伤或对机体具有损伤性威胁的刺激引起的。虽然没有直接的证据表明痛和组织受损伤的程度是相关的，但大多数能引起痛的刺激都导致组织损伤。因此推测痛可能直接起因于受损伤的细胞释放出的某些致痛性化学物质。这种推测是合理的。已经发现许多外源性化学物质可以致痛，而其中的许多物质通常也存在于机体的组织细胞内，它们在外伤或炎症情况下，从受损伤的细胞内释放出来，因而被称为内源性致痛物质（endogenous painproducing substances）。这些致痛物质的种类不同、性质各异，无一定化学结构上的特异性，表现出致痛物质的非特异性。

致痛物质的致痛效应，可采用皮下、皮内、血管内、肌内或腹膜内注射，离子导入，局部灌流等方法，在动物或人体上进行研究。常用的可靠方法是 Keele 和 Amstrong 在 1964 年创导的皮泡试验法。这种方法是将斑蝥素（Cantharidin）涂于皮肤表面，使皮肤受刺激而起泡，然后剥去表皮，漏出皮泡基部的真皮及附着的神经末梢，将某些溶液滴在裸露的神经末梢部位，观察其致痛效应。利用本方法证明，某些无机离子、胺类和肽类物质具有致痛作用。

(2) 无机离子：研究证明钾离子是主要的生理性化学致痛物质。针麻效果优者，血中钾离子浓度显著降低，激肽酶活性增强，激肽含量降低，组织胺浓度下降或不变。提示针刺可能减少手术创伤所产生的致痛物质。针刺镇痛过程中血钙浓度降低，腹腔注射钙离子后小鼠针刺镇痛效果明显削弱，应用 EDTA 降低血钙则可提高针效。镁离子与钙离子一样对电针镇痛有明显的对抗作用。镨离子（Pr^{3+}）能增强电针镇痛作用，且被纳络酮和钙离子对抗。

也有试验证明，大鼠实验性胃痛时，胃经脉线上的 Ca^{2+} 浓度明显下降，针刺发挥镇痛效应后，Ca^{2+} 又恢复到原有水平，经脉线上的 Ca^{2+} 浓度变化与针刺镇痛效应呈同步变化。采用 Ca^{2+} 通道阻断剂 Co^{2+} 和 Mn^{2+} 阻断大鼠“足三里”和“气冲”穴处的 Ca^{2+} 通道后再针刺“足三里”穴，结果针刺镇痛效应被阻断。说明 Ca^{2+} 在外周针刺镇痛过程中起着重要作用[21~22]。

主要参考文献

[1] 吴鉴桢．针刺镇痛的历史回顾．陕西中医学院学报，1994，17(4)：40

[2] Anand KJS, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. Pain, 1996, 67(1): 3

[3] Arendt-Nielsen L, Drewes AM, Hansen JB, et al. Gut pain reactions in man: an experimental investigation using short and long duration transmucosal electrical stimulation. Pain, 1997, 69(3): 255

[4] Davies H, gavrilov LR, Tsirulnikov EM. Application of focused ultrasound for research on pain. Pain, 1996, 67(1): 17

[5] Burnstock G. Aunfiying purinergic hypothesis for the initiation of pain. Lancet, 1996, 347(9015): 1604

[6] Burnstock G, Wood JN. Purinergic receptors: Their role in nociception and primary afferent neurotransmission. Curr opin neurobio, 1996, 6(4): 526

[7] 吕国蔚．第 7 届世界疼痛大会简介．生理科学进展，1994，25(2)：185

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

〔8〕吕国蔚．国际疼痛研究的动向．生理科学进展，1990，21(3)：282

〔9〕田今华，王晓民，韩济生．一氧化氮与痛觉调制．生理科学进展，1996，27(2)：161

〔10〕魏　锋，张　坚．神经生长因子在痛感受过程中的生物作用．生理科学进展，1997，28(2)：172

〔11〕Dray A　Inflammatory mediators of pain．Br J Anaesth，1995，75(2)：126

〔12〕Wall PD．Inflammatory and neurogenic pain：new molecules，new mechanisms．Br J Anaesth，1995，75(2)：124

〔13〕范天生，等．大鼠脊髓背角生长抑素 mRNA 伤害性刺激和代镇痛后年电针变化．针刺研究，1997，22(1－2)：47

〔14〕方智慧，等．伤害性刺激电针后中缝背核生长抑素 mRNA 的表达及其与 5-HT 的共存．针刺研究，1996，21(3)：22

〔15〕楚宪襄，等．针刺后中缝大核生长抑素 mRNA 的表达及其与 5-HT 的共存．针刺研究，1997，22(1－2)：49

〔16〕阮怀珍，等．5-羟色胺和生长抑素对 P 物质及慢痛引起的脊髓背角神经元电活动的影响．针刺研究，1996，21(3)：27

〔17〕杨　薇，等．大鼠丘脑束旁核中八肽胆囊收缩素对抗电针镇痛作用的研究．针刺研究，1997，22(1－2)：43

〔18〕田今华，等．孤啡肽在脑内对抗电针镇痛在脊髓加强电针镇痛．针刺研究，1997，22(1～2)：34

〔19〕宋崇斌，等．孤啡肽拮抗针刺镇痛及阿片镇痛．针刺研究，1997，22(1～2)：36

〔20〕王　红，等．大鼠中脑中央灰质微量注射孤啡肽对痛和针刺镇痛的影响．针刺研究，1997，22(1～2)：37

〔21〕王秀云，等．针刺“足三里”穴对实验性胃痛大鼠胃经脉线上 Ca^{2+} 浓度的影响．针刺研究，1997，22(1～2)：86

〔22〕王秀云，等．阻断胃经脉线上 Ca^{2+} 通道对针刺“足三里”治疗实验性胃痛大鼠痛阈的影响．针刺研究，1997，22(1～2)：84

〔23〕王本最．我国针麻临床研究的某些进展．中国针灸，1984，(4)：48

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

第8章

针灸文献

8.1 古代针灸文献概述

针灸医学的历史源远流长，起源于石器时代，大量出土文物和考古资料以无可争辩的事实证明，中国是针灸的故乡。早在先秦时代就出现了被称作《针经》的《灵枢经》，与此同时代的《黄帝内经素问》，连同湖南长沙马王堆汉墓出土的《帛书·经脉》篇，这些都被看做是我国最早的针灸文献。随着人类社会的发展，科学文化的进步，针灸医学也不断地发展、提高。在历史各朝代中，论述针灸学术理论、操作技术、辨证论治方法、临床防治各科疾病的经验、历史上著名医家的针灸学术思想和医疗风格等内容的文献资料，除了记载于为数不多的针灸专著外，更多的还载于古代综合性医籍和内、外、妇、儿、眼、五官、骨伤等专科性类书之中，此外，历代一些非医学文献也散在地记载了一些有关针灸的资料。

为了深入了解和研究针灸学术发展源流和客观规律，发掘、整理、继承针灸前贤们的宝贵经验，适应中医针灸事业发展的需要，特对古代针灸专著和古代医籍针灸内容作一概述。

8.1.1 灵枢经

本书作者不详，成书年代约在春秋战国时期，后世又有所增补，非一人一时之作。隋唐时期出现多种不同传书，包括《九灵》、《九墟》和《灵枢》。有关《灵枢》的命名，明·张介宾释之曰："神灵之枢要，是谓灵枢。"清·马莳曰："灵枢者，《内经》篇名，盖《内经》为总名，中有《素问》八十一篇，《灵枢》八十一篇。晋·皇甫士安以《针经》名之，按本经首篇九针十二原中，有先立'针经'一语。又《素问·八正神明论》岐伯亦云：'法往古者，先知《针经》也'。是《素问》之言，亦出自《灵枢》首篇耳。后世王冰释《素问》，以《灵枢》、《针经》杂名。宋·成无己释《伤寒论》及各医籍，凡引《灵枢》者，皆不曰《灵枢》，而曰《针经》，其端皆始于皇甫士安也，但《针经》二字，见于本经首篇"。

《灵枢经》原书九卷，八十一篇。宋以后，原本及传本大多散佚。现存传本系南宋史崧重新编校，改为二十四卷，历代又有改变，元改为十二卷，明改为二十三卷，现行本为十二卷。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.1.1 主要内容

本书内容丰富，论述的问题与《素问》相似，在中医理论和针灸医学方面，两书互为补充，各有阐发，但在经络、针灸方面，较《素问》丰富翔实，故有《针经》之称。如《灵枢·九针十二原》说："余欲勿使被毒药，无用砭石，欲以微针通其经脉，调其血气，营其逆顺出入之会，令可传于后世……先立《针经》。"本书是祖国医学经典著作之一，也使针灸医学理论和临床治疗形成较为完整的理论体系，几千年来，对中医针灸的发展起着重要的指导作用。本书论述有关针灸内容较为集中的篇章可归纳为：

(1) 经络

① 经脉第十

② 经别第十一

③ 经水第十二

④ 经筋第十三

⑤ 五十营第十五

⑥ 脉度第十七

⑦ 海论第三十三

(2) 穴位

① 本输第二

② 根结第五

③ 骨度第十四

④ 背腧第五十一

(3) 九针与刺灸法

① 九针十二原第一

② 小针解第三

③ 官针第七

④ 本神第八

⑤ 终始第九

⑥ 四时气第十九

⑦ 逆顺肥瘦第三十八

⑧ 血络论第三十九

⑨ 卫气第五十二

⑩ 逆顺第五十五

⑪ 行针第六十七

⑫ 官能第七十三

⑬ 刺节真邪第七十五

⑭ 九针论第七十八

(4) 针灸治疗

① 五邪第二十

② 寒热病第二十一

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

③ 癫狂病第二十二
④ 热病第二十三
⑤ 厥病第二十四
⑥ 杂病第二十六
⑦ 周痹第二十七
⑧ 海论第三十三
⑨ 五乱第三十四
⑩ 胀论第三十五
⑪ 禁服第四十八
⑫ 水胀第五十七
⑬ 卫气失常第五十九
⑭ 玉版第六十
⑮ 五禁第六十一
⑯ 上膈第六十八
⑰ 忧恚无言第六十九
⑱ 寒热第七十
⑲ 邪客第七十一
⑳ 岁露论第七十九
㉑ 大惑第八十
㉒ 痈疽第八十一

8.1.1.2 主要特色

《灵枢》较为完整地论述了经络、腧穴、刺灸方法和临床治疗等，使针灸医学有了较为系统的理论体系和具体的临床应用方法，为后世针灸学术的发展奠定了基础。

在经络学说方面，本书的经脉、经别、经水、经筋、五十营、脉度等篇章，系统地阐述了十二经脉在人体的循行分布及其与脏腑器官的关系，经脉流注依次衔接，周而复始，如环无端的传注系统。阐述了十二经脉、十五络脉、十二经筋功能失调时所发生的病候。论述了奇经八脉、十五络脉、十二经别、十二经筋和皮部的分布与作用。阐述了十二经脉的标本、根结联系。阐述了人体中营、卫、气、血在经络内外流行散布的情况，以及对机体组织器官所起的营养濡润和卫外作用。

在腧穴方面，本书和《素问》共论及穴名约160个，并为腧穴的归经奠定了基础，本书骨度篇规定了以体表骨节为主要标志折量人体各部分寸的骨度分寸定位法，这种方法至今仍是腧穴定位的主要方法。

在刺灸方法方面，本书九针十二原、九针论、官针、刺节真邪论等篇章描述了九针的形状、大小、用途、治疗范围和操作方法。针刺补泻的原则和依据。并提出了迎随、徐疾、提插、捻转、呼吸、开阖等针刺补泻方法。《灵枢·官针》又记载了九刺、十二刺、五刺等刺法，详细讨论了根据具体病证的需要，如何选择适宜的针具，以及针刺深浅，发针多少，针刺角度等问题。

《灵枢》还对灸法的作用、适应症及补泻方法进行了阐述。此外，对针刺、艾灸的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

禁忌症也进行了详细的介绍。

在针灸治疗方面，《灵枢》和《素问》阐述的中医基本理论对针灸临床有着极其重要的指导作用。《灵枢》还论述了针灸的治疗作用及配穴处方和取穴原则。

《内经》在有关具体疾病治疗的内容中，详于针灸、略于用药。在本书五邪等20多个篇章中，对时令病及各科杂病提出了针灸治疗方法。

8.1.1.3 版本

（1）人民卫生出版社1956年3月第1版，据赵府居敬堂刊本加句影印，大32开本，138页。

（2）人民卫生出版社1963年4月第1版，据明赵府居敬堂刊本，经过校刊、排印，32开本，157页。

8.1.2 黄帝内经素问

本书作者不详。《黄帝内经》分两部份，一为《素问》，一为《灵枢》。全书非一人一时之作。

《素问》的注本，唐以前有3家，一为全元起的《训解》，宋以后失传。二为杨上善的《太素》，又残缺不全；三为王冰的注本，得以流传下来。

王冰，别号启玄子，唐代著名医家，约为公元710～804年间人（唐景云至贞元间）。天宝年间任太仆令，因而后世人称王太仆。

8.1.2.1 主要内容

《黄帝内经》是我国现存最早的一部重要医学文献，其成书年代历来未能确定，一般认为成书于春秋战国时期（公元前770～前221年）。“素者，本也；问者，黄帝问岐伯也”，故名。原九卷，八十一篇。王冰注时改为二十四卷。后虽经或分或合的演变，但仍保持王冰原貌。《素问》之名，最早见于《隋书·经籍志》，最早的注本为全元起注本。

但全元起注本宋以后就亡佚了。王冰的注本得以流传下来，经宋嘉佑二年（公元1057年）林亿校正，孙兆改误，称《重广补注黄帝内经素问》。

本书内容非常丰富，书中从阴阳、脏腑、经络、穴位、病机、诊法、治则、针灸到方药等各方面，对人体生理功能、病理变化以及诊断、治疗，运用阴阳五行学说进行了全面系统地论述，从而为祖国医学奠定了理论基础。几千年来，一直对临床实践起着指导作用，是祖国医学重要经典著作之一。其中与针灸关系较为密切的篇章有：

（1）经络

① 上古天真论篇第一

② 血气形志论篇第二十四

③ 阳明脉解篇第三十

④ 皮部论篇第五十六

⑤ 经络论篇第五十七

（2）穴位

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

① 刺热篇第三十二
② 刺疟篇第三十六
③ 气穴论篇第五十八
④ 气府论篇第五十九
⑤ 骨空论篇第六十
⑥ 水热穴论篇第六十一
(3) 刺灸方法
① 诊要经终论篇第十六
② 宝命全形论篇第二十五
③ 八正神明论篇第二十六
④ 离合真邪论篇第二十七
⑤ 刺热篇第三十二
⑥ 评热病篇第三十三
⑦ 疟论篇第三十五
⑧ 刺疟篇第三十六
⑨ 刺要论篇第五十
⑩ 刺齐论篇第五十一
⑪ 刺禁论篇第五十二
⑫ 针解篇第五十四
⑬ 长刺节论篇第五十五
⑭ 调经论篇第六十二
⑮ 缪刺论篇第六十三
⑯ 四时刺逆从论篇第六十四
(4) 针灸治疗
① 刺热病篇第三十二
② 刺疟篇第三十六
③ 刺腰痛论篇第四十一
④ 痿论篇第四十四

8.1.2.2 主要特色

在针灸经络方面，本书和《灵枢经》互为补充，各有阐发。如有关经络方面，本书骨空论篇对奇经八脉冲、任、督脉的循行及病候进行了论述；皮部论篇补充了十二皮部这一经络系统重要组成部分。在穴位方面，本书气穴论篇、气府论篇对穴位进行了集中论述，其他篇章也有散在论述。在刺灸法方面，本书阐述较多，例如针解论篇介绍了九针作用及应用范围，刺要论篇讨论了如何“病有浮沉，刺有浅深，各至其理，无过其道”。刺禁论篇讨论了针刺禁忌及误刺产生的不良后果，在八正神明论篇讨论了针刺补泻，在缪刺论篇讨论了巨刺法和缪刺法。在针灸治疗方面，专章讨论了热病、疟疾、腰痛、痿症的针灸治疗，又散见于各章介绍了咳嗽、口苦、痈肿、腹水、痹症、疝气等病证的针灸治疗取穴。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.2.3 版本

（1）明嘉靖刻本（显微胶卷）

（2）明万历四十三年乙卯（公元 1615 年）朝鲜内医院刻本

（3）明嘉靖三十九年庚戌（公元 1550 年）武陵顾从德翻刻本

（4）商务印书馆 1931 年第 1 版，据明顾从德翻宋刻本校订排印。1955 年重印，就四部丛刊影印本，并参考步月楼《古今医统正统全书》中《黄帝内经素问》本校勘重印

（5）人民卫生出版社 1956 年 3 月第 1 版，据明顾从德翻宋刻本影印

（6）人民卫生出版社 1963 年 6 月第 1 版，以 1956 年影印出版的明顾从德刻的《重广补注黄帝内经》为蓝本

8.1.3 难经

《难经》的作者，众说不一，原题战国秦越人（扁鹊）撰，但《史记·扁鹊传》、《汉书·艺文志》均无记载。张仲景《伤寒杂病论》序和《隋书·经籍志》虽然提到《八十一难经》，但也未注明作者的姓名。唐代杨玄操《难经注》和《旧唐书·经籍志》始说是秦越人的著作。观《难经》的内容，为伸演《素问》、《灵枢》的旨趣，故此书的成书年代，当在《内经》之后，《伤寒杂病论》之前，系后人托名秦越人之作品。

秦越人，号扁鹊，战国时期杰出医家，约生于公元前五世纪左右，勃海郡郡（今河北省任丘县鄚州镇）人。学医于长桑君，尽得其秘传。他精于脉诊，治病随俗而变，在赵国时治带下病（妇科），到秦国时则治小儿病，在周国时治耳目病症。他对针灸有很深造诣，到虢国时用针灸治好虢太子“尸厥”，医名甚著，司马迁在《史记》中为其立传，有详尽的评记。由于反对当时统治者的骄横无理和他们提倡的巫术，被秦太医令李酷所妒忌而遭杀害。

8.1.3.1 主要内容

《难经》原名《黄帝八十一难经》，又名《八十一难》。本书书名的含义有两种解释：一是以难字作为问难之“难”（nàn），如徐灵胎《难经经释》自序说：“以灵、素之微言奥旨，引端未发者，设为问答之语，俾畅厥义也”。一是以难字作为难易之“难”（nán），如杨玄操《难经注》序文说：“名为八十一难，以其理趣深远，非卒易了故也”。《难经》是以设难答疑的形式来解答和发挥《内经》的理论问题，故以徐氏之说较为恰当。

本书卷数，《隋志》著录为二卷，《旧唐书》著录为一卷，今仍为一卷。全书 13 篇，共计 81 难。其中：

1～22 难：主要介绍脉诊。22 难还论述了是动、所生病与气血先后的关系。

23～29 难：主要论述十二经脉、奇经八脉、十五络脉。

30～47 难：主要介绍脏腑的解剖、生理功能及其与器官的关系，其中 45 难对八会穴的部位和主治，也作了扼要的介绍。

48～61 难：主要论述病因、病机和病症等内容，还论述有关中医诊断方面的问题。

62～68 难：论述了五脏六腑的原穴、井、荥、输、经、合五输穴与五行的配属关

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

系，十二原穴的名称，脏腑背俞穴和募穴的意义和主治病症。

69～81 难：主要论述针刺补泻法的运用，其中有补母泻子法、迎随补泻法、刺井泻荥法、泻南补北法，以及补泻的手法和步骤，误用补泻的不良后果。其次介绍了针刺如何掌握深度，进针、候气、出针的方法。

8.1.3.2 主要特色

《难经》是继《内经》之后出现的一部医学经典著作，其在针灸学术方面的特色如下：

（1）发展了奇经八脉理论。有关奇经八脉的内容，最早散见于《内经》各篇。《难经》首次提出“奇经八脉”这一名称，在 27 难、28 难、29 难对奇经八脉的循行、作用、病候等作了集中阐述，尤其对任、督、冲三脉的循行分布论述比《内经》更为清楚，为奇经八脉理论的确立奠定了基础。

（2）首次提出八会穴的名称、含义及主治作用。45 难指出：“腑会太仓，脏会季胁，筋会阳陵泉，髓会绝骨，血会膈俞，骨会大杼，脉会太渊，气会三焦外--筋直两乳内也。热病在内者，取其会之气穴也。”

（3）丰富发展了《内经》五输穴理论。63～65 难及 68 难阐述了五输穴的意义及其与天干、五行相配属关系。其中 64 难按五行相生规律，把五输穴各配以五行，并结合十天干来阐述阴阳经配属不同的原理是阴阳相合，刚柔相济。63 难还比类取象于大自然，提出井穴应春气，故应以之为始的道理。

68 难、69 难、73 难～75 难及 79 难充实发挥了五输穴的临床应用问题，提出了根据五行规律，三种五输穴的应用法。其一：依据四时阴阳与五脏、五输穴的五行相属关系，75 难提出：“春刺井者，邪在肝；夏刺荥者，邪在心；季夏刺俞者，邪在脾；秋刺经者，邪在肺；冬刺合者，邪在肾”。其二：五脏病证应用法。68 难提出：“井主心下满，荥主身热，输主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄。”其三：五输穴补母泻子法。根据五行中母能令子实，子能令母虚的规律，69 难提出：“虚者补其母，实者泻其子”治则。79 难又作了具体论述，提出：“迎而夺之者，泻其子也；随而济之者，补其母也。假令心病，泻手心主俞，是谓迎而夺之者也；补手心主井，是谓随而济之者也。”

（4）完善丰富了《内经》原穴理论。66 难指出：“少阴之原，出于兑骨”，把十二原穴数补充完整，《内经》原穴数只有 11 个。62 难说：“腑者，阳也。三焦行于诸阳，故置一俞，名曰原。”说明了六阳经脉专设原穴的缘由。66 难还论述了三焦与原气的关系，说：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也，故名曰原。三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历于五脏六腑。原者，三焦之尊号也，故所止辄为原”。说明原穴是原气通过和留止的部位。

（5）丰富了俞募穴理论。67 难说：“五脏募皆在阴，而俞皆在阳者，何也？然：阴病行阳，阳病行阴，故令募在阴，俞在阳”。提示了脏腑俞募穴阴阳相通，故治疗上，阴病可取背俞穴，阳病可取腹募穴，脏病可刺灸背俞穴，腑病可刺灸腹募穴。

（6）发展了《内经》针法理论。78 难说：“知为针者信其左，不知为针者信其右。当刺之时，必先以左手压按所针荥俞之处，弹而努之，爪而下之，其气之来如动脉之

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

状，顺针而刺之”。80 难说：“左手见气来至，乃内针，针入见气尽，乃出针”。这些对于《灵枢·九针十二原》“左主推之，右持而御之”的双手进针法，作了细致的阐述和发挥。此外，76 难还讨论了营卫补泻法，78 难讨论了提插补泻法。

8.1.3.3 版本

有多种刊本和注本，见《医学集览》6 种。

8.1.4 汉墓帛书·经脉篇

8.1.4.1 主要内容

1973 年，湖南长沙马王堆三号汉墓（墓葬时间为汉文帝十二年，即公元前 168 年）出土的帛书中有十一经脉的循行、病候和灸治法的内容。原书无篇名，整理者暂定名为《十一脉灸经》（第一种）和《十一脉灸经》（第二种），现代学者王德深氏认为，参照《灵枢·经脉》篇，定名为《帛书·经脉》篇（第一种）和《帛书·经脉》篇（第二种）比较确切。

《帛书·经脉》篇（第一种）：本篇共 34 行，约 1000 字，记述人体内十一条脉的循行径路、病候和灸治方法。无篇题名，只在两大段的开始处分别标有“足”字和“臂”字。同《灵枢·经脉》篇比较，缺“臂厥阴脉”。其十一脉的循行方向和径路，以及病候都比《灵枢·经脉》篇简略，无经脉属络脏腑与相互表里关系方面内容。有的论述甚至完全相反。

《帛书·经脉》篇（第二种）：分前、后两半，前半共 37 行（实存 35 行），后半 17 行，共约 1100 字。也无“手厥阴脉”。记述的十一脉循行径路、病候和灸法，稍详于《帛书·经脉》篇（第一种），而略于《灵枢·经脉》篇。

8.1.4.2 主要特色

据专家考证，《帛书经脉》问世要早于《内经》。记载了十一脉的起止循行及经脉病候，各脉病候的灸治方法，反映了针灸学核心理论经络学说的早期面貌。

8.1.4.3 版本

(1)《文物》1975 年(6)：1～5

(2) 马王堆汉墓帛书整理小组：马王堆帛书《医经方》（初稿）上，1～17 页

8.1.5 武威汉代医简·针灸简

8.1.5.1 主要内容

本书由甘肃省博物馆、武威县文化馆合编。全书分医简图版；医简摹本、释文、注释和发现与清理 5 部分。

这批医简是 1972 年 11 月，甘肃武威县柏树公社下五畦大队在旱滩坡（距武威县城约 10 公里）兴修水利工程中发现的汉墓中出土。木简原为一束，经过清理，现存简牍

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

92 枚，其中有针灸内容的简 7 枚。这 7 枚简原编号为：19～25，抄录如下：

满愈出箴，寒气在胃莞腹满肠鸣□□□□□留箴病者呼四五十乃出箴次刺［19］

膝下五寸分间荣深三分留箴如炊一升米顷出箴名曰三里次刺项从上下十一椎两荣［20］

深四分，留针百廿息乃出箴名曰肺输刺后三日病愈平复，黄帝治病神魂忌人生一岁毋灸心［21］

十日而死人生二岁毋灸腹五日而死人生三岁毋灸背廿日死人生四岁毋灸头三日而死人生五［22］

岁毋灸足六日而死人生六岁毋灸手二日死人生七岁毋灸胫三十日而死人生八岁毋灸肩九日而死人［23］

［五十至六十］者与五岁同六十至七十者与六岁同七十至八十者与七岁同八十至九十者与八岁同九十至［24］

百岁者与九岁同年已过百岁者不可灸刺气脉壹绝灸刺者随岁灸死矣独［25］

8.1.5.2 主要特色

这批医简是东汉医家临床实践经验的总结性记录。在我国最早的医方书张仲景《伤寒杂病论》原本早已亡佚的情况下，这批医简的出土，为研究我国古代医学科学提供了重要的可靠的依据。

在 7 枚针灸医简中，论述了三里与肺输穴的刺法与留针时间，其中三里与肺输穴的部位不同于《甲乙经》记载。留针时间明确了以“病者呼”为计数单位，论述了“寒气在胃莞”的针灸治疗方法。同时，记述了黄帝治病神魂忌：根据年岁勿灸之部位：心、腹、背、头、足、手、胫、肩及几日死的。

8.1.5.3 版本

北京文物出版社 1975 年 10 月第 1 版，16 开本，据 8 开线装本缩印，48 页

8.1.6 伤寒论

张机，字仲景，南郡涅阳（今河南南阳）人，东汉时期杰出医学家。他在“勤求古训，博采众方”的基础上，参照《内经》等古典医籍的理论，结合自己的实践经验，撰成《伤寒杂病论》一书。创立六经辨证论治的原则和方法，奠定了中医学沿着辨证论治方向发展的基础，对我国医学发展作出了重大贡献，被后代尊为“医圣”和“医方之祖”。

8.1.6.1 主要内容

汉·张机撰，本书又名《伤寒杂病论》，10 卷，成书于公元 219 年。原书已散佚，现存本系经西晋王叔和撰次，全书 22 篇，398 条，除去重复，定有 113 方，88 味药。

本书主要论述外感热病的诊治，以六经为纲，立论分述。本书可以看做是中医的一部传染病学，其中收录有针灸治疗病症的方法 29 条，占全书 398 条中的 7.2%。其主要内容有：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

论宜针刺的病症 9 条（8、24、108、109、142、143、171、216、308）；
论宜灸的病症 6 条（292、304、325、343、349、362）；
论不宜灸的病症 2 条（115、116）；
论不宜加烧针、温针的病症 7 条（16、29、117、118、119、153、221）；
论不宜被火的病症 5 条（6、112、113、114、200）。

8.1.6.2 主要特色

本书虽然是一部以论述方药为主治疗外感热病的著作，但也收录有有关针灸内容的条文 29 条，对针灸医学发展也有着重要的贡献。

本书阐述了六经辨证的方法，不仅应用于外感热病，也适用于一些杂病。六经辨证和经络辨证有着极为密切联系，因此，对于经络学说在辨证论治中的具体运用，有着重要的指导作用。

本书论述了用针灸治疗外感热病的方法，如“太阳病，初服桂枝汤，反烦不解者，先刺风池、风府，却与桂枝汤则愈”。(24) 又论述了对于外感热病灸法、温针的禁忌病证，如“脉浮热甚，而反灸之，此为实，实以虚治，因火而动，必咽燥吐血。”(115)

8.1.6.3 版本

(1) 重庆人民出版社 1955 年 10 月第 1 版
(2) 商务印书馆 1955 年 7 月第 1 版

8.1.7 脉经

王叔和，名熙，山西高平人，西晋著名医学家，官至太医令。皇甫谧在《甲乙经》自序中说：“近代王叔和，撰次仲景选论甚精。”王氏在《脉经》自序中说：“今撰集岐伯以来，逮于华佗经论要诀，合为十卷。百病根源，各以类例相从。”《隋志》载：“叔和西晋时高平人，官太医令。”

王叔和在医学上的贡献，一是集前代有关医学文献，结合个人体会，著成《脉经》，使古代脉学系统化。宋·林亿称其“若网在纲，有条不紊，使人占外以知内，视死而别生。”二是整理了张仲景《伤寒杂病论》(即《伤寒论》、《金匮要略》二书)，对保存古医籍有所贡献。

8.1.7.1 主要内容

晋·王叔和撰，成书于公元 280 年，全书共 10 卷，97 篇。是我国第一部脉学专著，集晋以前脉学之大成。选自《内经》、《难经》、《伤寒杂病论》等书之有关脉学论述，联系实际以阐明脉理，分述阴阳表里、三部九候、人迎气口、二十四脉、十二经脉、奇经八脉，以及伤寒、热病、杂病、妇儿科病症的治疗，使脉诊得以系统化，书中二十四种脉象的阐述和寸关尺三部的定位诊断，为后世脉学的发展奠定了基础。

除脉学的成就外，本书还保留了相当丰富的针灸内容，据统计，本书论及针灸适应症、选穴配穴和针灸补泻的达 42 篇之多，占全书 97 篇的 43%。在卷一中，论述了十二经脉的表里交会。在卷二中，论述了寸关尺各种脉象主病及针刺、药物治疗方法，奇

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

经八脉的诊法及病候。卷三有经脉病候的论述。卷六论述有十一脉病候（缺手厥阴心包经），搜集了《内经》等有关经脉病候的原文及针刺方法等内容。卷七论述了病不可灸证，病可灸证，病不可刺证，病可刺证等。

8.1.7.2 主要特色

（1）对阴阳经脉表里交会的发挥：《脉经》卷一·两手六脉所主五脏六腑阴阳顺逆第七指出：手少阴心经和手太阳小肠经“合于上焦，名曰神庭，在鸠尾下五分”；足厥阴肝经和足少阳胆经“合于中焦，名曰胞门，在太仓左右三寸”；手太阴肺经和手阳明大肠经“合于上焦，名呼吸之门，在云门”；足太阴脾经和足阳明胃经“合于中焦脾胃之门，名曰章门”；足少阴肾经分左右与足太阳膀胱经相交会，如“肾部在左手关后尺中是也，足少阴经也，与足太阳为表里，以膀胱合为府，合于下焦，在关元左”；“肾部在右关后尺中是也，足少阴经也，与足太阳为表里，以膀胱合为府，合于下焦，在关元右，左属肾，右为子户，名曰三焦”。这里明确提出，互为表里的阴阳经脉分别交会于胸腹部的上中下三焦，而《内经》仅论述互为表里的阴阳经脉相交于四肢远端，未见在胸腹的交会之处。

（2）对经脉病证的论述：《脉经》把寸口脉诊和经脉结合起来，分经论述十二经脉的病候，并提出每一病候针灸治疗宜取的穴位。如《脉经》卷二·平三关阴阳二十四气脉第一指出：“左手关前寸口阳绝者，无小肠脉也，苦脐痹，小腹中有痂瘕，壬月即冷上抢心，刺手心主经，治阴，心主在掌后横理中；左手关前寸口阳实者，小肠实也，苦心下急痹，小肠有热，小便赤黄，刺手太阳经，治阳，太阳在手小指外侧本节陷中；左手关前寸口阴绝者，无心脉也，苦心下毒痛，掌中热，时时善呕，口中伤烂，刺手太阳经，治阳；左手关前寸口阴实者，心实也，苦心下有水气，忧恚发之，刺手心主经，治阴”。将左右手寸、关、尺六部脉，各分阳绝、阳实、阴绝、阴实四种脉象，为“二十四气脉”，以手足表里经的虚实，作为辨证纲要，针灸取穴依据。在本书卷六中，还以较大篇幅对十一脉（缺手心主包络经）进行了系统归纳，对每一经病候提出了针灸取穴和刺灸方法。

在《脉经》卷二·平奇经八脉第四中，论述了奇经八脉病候及相应脉象，同时提出了针灸取穴和具体治疗方法。以督脉为例，“尺寸俱浮，直上直下，此为督脉，腰背强痛，不得俯仰，大人癫病，小儿风痫疾；脉来中央浮，直上下痛者，督脉也。动苦腰背膝寒，大人癫，小儿痫也，灸顶上三丸”。

（3）针灸治疗及取穴方法：在《脉经》卷二·平三关病候并治宜第三中共举病候51条，针药并用者48条，每条都有附方及针刺穴位，共用穴位23个，以腹部穴位占多数。按寸口脉寸、关、尺三部分主上、中、下三焦病候，上焦病候取上焦部穴位，如心胸病取巨阙、膻中、中府等；中焦病取中焦部穴位，如脾、胃、肝病取巨阙、上中下三脘、章门、期门、京门等；下焦病取下焦部穴位，如肾、膀胱病取关元、气海、中极、横骨等穴。本书卷三·论脏腑中论述了五脏六腑俞募穴的名称、部位。卷六·十一脉病候中有“肝病当灸期门百壮，背第九椎五十壮；心病当灸巨阙五十壮，背第五椎百壮；脾病当灸章门五十壮，背第十一椎百壮；肺病当灸膻中百壮，背第三椎二十五壮；肾病当灸京门五十壮，背十四椎百壮。”明确了俞募穴主治脏腑病证及灸治方法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《脉经》虽为论述脉学专著，但对经络学说及针灸治疗的论述有独到之处，虽然与《针灸甲乙经》是同一时期著作，但并未参阅《针灸甲乙经》内容，故亦是针灸重要参考书之一。

8.1.7.3 版本

（1）元天历三年庚午（公元 1330 年） 广勤书堂刊本
（2）明成化年间据元泰定本翻刻本
（3）明赵府居敬堂刻本
（4）明万历三年乙亥（公元 1577 年）福建刻本
（5）明末鹿城沈际飞氏重刻本
（6）清道光二十四年甲辰（公元 1844 年）刊《守山阁丛书》本
（7）清道光二十九年己酉（公元 1849 年）奉新廖积性氏据宋本校元明清诸本重刻
（8）清光绪十九年癸巳（公元 1893 年）宜都杨守敬景苏园据宋本校元明清诸本刊刻
（9）《四部备要本》
（10）人民卫生出版社 1956 年 3 月第 1 版，据元代广勤堂刊本加句缩印本
（11）上海商务印书馆 1940 年 12 月第 1 版，1956 年 11 月第 4 次印刷

8.1.8 《针灸甲乙经》

皇甫谧，字士安，幼名静，自号玄晏先生，生于公元 215 年（东汉建安二十年），卒于公元 282 年（晋太康三年），终年 67 岁，安定朝那人（今甘肃省灵台县），亦有人谓今宁夏固原县人（待考）。

8.1.8.1 主要内容

晋·皇甫谧撰。本书全称为《黄帝三部针灸甲乙经》，简称为《针灸甲乙经》或《甲乙经》。考书名用意在于：本书取材于《黄帝内经素问》、《灵枢经》和《明堂孔穴针灸治要》三部书；将其中之针灸部分汇集成为一部针灸专书；“甲乙”是取自古代十天干为首的二字，寓意为第一部。

全书十二卷，分 128 篇。

卷一至卷六：计 80 篇，主要论述精神、五脏、六腑、十二经脉、奇经八脉、脉诊和八正、八虚、八风、阴阳、五味所宜五脏生病等基础理论的内容。其中卷三 35 篇，是专论穴位的。卷五 7 篇，是针灸法与禁针禁灸等内容。

卷七至卷十二：计 48 篇，是针灸临床治疗部分，涉及到的病症较广，主要有伤寒热病、发热狂走、头痛、卒心痛、胸痹、痹症、拘挛、痿病、肩背痛、代脉、癫痫、尸厥、霍乱、痈疽、口、眼、耳鼻喉科、妇科、儿科等。

8.1.8.2 主要特色

本书是我国现存最早的针灸专著，在《内经》基础上，吸取了《明堂孔穴针灸治要》一书精华，使针灸学术体系形成了鲜明的系统性与完整性，表现在：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

穴位方面：《内经》中论述穴位的内容既分散，又不系统，况且其中只言穴名而无部位和只言部位而不言穴名者为数甚多，对穴位的取法、主治、刺灸操作等内容论述少而零散，《针灸甲乙经》则大大地弥补了这方面的缺陷，收录了349个穴位，其中单穴名49个，双穴名300个，计649个穴数，采取按部位分经脉排列的体例，按头、背、面、耳前后、颈、肩、胸、腋胁、腹、手三阴经、手三阳经、足三阴经、足三阳经排列。同时，本书卷三收载的穴位都注明有所属经脉（××脉气所发）和部位，从而为取穴定穴提供了依据。此外，还统一了穴名，区分穴位正名与别名，皇甫谧确定的正名和别名沿用到现在。本书收录有别名的穴位计86个，其中一穴二名的63个，如“阳溪，一名中魁”。一穴三名的20个，如“气穴，一名胞门，一名子户”。一穴四名的一个，如“腰俞，一名背解，一名髓空，一名腰户”。一穴五名的两个，如“攒竹，一名员在，一名始光，一名夜光，又名明光”等。本书还总结有交会关系的交会穴77个。

刺灸方面：除了将《内经》有关内容予以系统归类外，还进行了补充和发挥。本书对经穴的针刺深度、留针时间、施灸壮数、禁忌、误治后果都作了论述，如卷三中，“临泣……刺三分，留七呼，灸五壮”。“神庭……禁不可刺，令人癫疾，目失精，灸三壮”。卷五中还论述了化脓灸法，“欲令灸疮发者，灸履轮熨之，三日即发”。

治疗方面：本书卷七至卷十二中论述了200多种疾病，500多个针灸处方。如乳痈取太冲、复溜；衄血取腕骨；失眠取浮郄，咳血取大陵；痔疾取攒竹；遗尿取神门、委中；便难取中渚、大钟等。这些处方多数为后世医家所沿用。

《针灸甲乙经》问世以来，对我国的针灸发展起到了承前启后的作用，具有深远的影响，对世界针灸发展也起了重要的影响。

8.1.8.3 版本

(1) 明万历二十九年亥丑（公元1601年）步月楼刻本映旭斋藏本
(2) 明吴勉学刻医学六种本
(3) 清光绪十一年乙酉（公元1885年）存存轩刻本
(4) 清光绪十三年丁亥（公元1887年）行素草堂刻槐庐丛书本
(5) 清光绪三十三年丁未（公元1907年）京师医京重刻古今医统正脉全书本
(6) 商务印书馆1955年5月第1版，据明刻《古今医统正脉全书》本排印
(7) 人民卫生出版社1956年2月第1版，据明刻《医统正脉》本加句缩印

8.1.9 肘后备急方

葛洪（公元281—341年），字稚川，自号抱朴子，东晋著名医药学家及道家，丹阳句容（今江苏省句容县）人，约生于公元三世纪后期（西晋），卒于公元四世纪前期（东晋），享年61岁。

8.1.9.1 主要内容

《肘后备急方》，简称《肘后方》，晋·葛洪撰，成书于三世纪，是含有针灸内容的晋代医籍之一。本书亦名《肘后救卒方》，原书为三卷本。葛洪在本书自序中说：“余今采其要，约以为《肘后救卒》三卷，多易得之药，……兼之以灸，灸但言其分寸，不名孔

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

穴。凡人览之，可以了其所用”。梁·陶弘景于公元500年给予增补，改名为《肘后百一方》，到公元1144年，又经金·杨用道增补，称为《附广肘后备急方》，后经《四库全书》著录，定名为《肘后备急方》。

现行本之《肘后备急方》，全书8卷，实存70篇，可视为我国古代医疗急救手册。书中所论疾病，以急性病为主，对各病症，均扼要地指出症状、病因，直接简述各种治法，以应急需。治疗方法有针灸、外用或内服药物、催吐、嗑鼻、吹耳、热熨、推拿等多种。其中，针灸方法占有相当比例，全书共有灸方99首，针方10首，热熨方32首，本书收载的病症有百余种，其中针灸治疗的病症有61种，包括内、外、妇、儿、五官科及神经精神科等病症。

本书针灸疗法以救治危重急病为特点，如卷一《救卒中恶死方第一》、《救卒死尸厥方第二》、《救卒客忤死方第三》、《救卒得鬼击方第四》、《治卒中五尸方第六》，卷二《治卒霍乱诸急方第十二》，卷三《治中风诸急方第十九》、治《风毒脚弱痹满上气方第二十一》等八篇中，集中了全书一半以上的针灸方法，且多把针灸救治摆在首位。

全书收载穴名34个，灸刺部位76处，便于为一般人所掌握。

8.1.9.2 主要特色

（1）汇集了晋以前针灸救治急症的经验：本书原名《肘后救卒方》，所谓“肘后”，指该书可以装在衣袖之内，便于随身携带和随时取用，所谓“救卒”，指救治那些突然发生的急症。本书记载了当时常见或少见的各种危重急症，其中对猝死、尸厥、猝心腹痛、卒中、伤寒、时病、疫疠、温病、食物中毒、蛇虫走兽咬伤、恶疮痈疽等，介绍尤详。在急症救治方面，除了内服汤药外，还使用了多种快捷、简便、易操作、有效的外治方法，如嗑鼻、吹耳、穴位敷贴、热熨、捏脊、推拿等丰富多采的治疗方法。有的方法与现代一些治疗方法相近似，如桂屑著舌下治“卒死尸厥”，细辛、桂枝内口中治“心腹绞痛、胀满、气冲胸中”，与现代冠心病心绞痛舌下含服硝酸甘油脂的给药方法极为近似。

（2）针灸救急以灸为主：本书救治急症的针灸处方以灸方为主，全书有灸方99首，其中救治卒死类方24首，救治霍乱方17首，救治风毒脚气方10首，救治卒中风方8首，救治卒腰胁痛方5首。本书“灸但言其分寸，不名孔穴，凡人览之，可了其所用，或不出乎垣篱之内，顾盼可具”。使灸法操作简便，安全稳妥，贫家野居皆能随时取用。如“治卒中急风，闷乱欲死方：灸两足大指横文中，随年壮”。在灸的方面，以艾炷直接灸为多，同时有隔物灸方7首，这是我国最早的隔物灸法记载，隔灸物有椒、面饼、独蒜、盐、香豉、雄黄、瓦甑等，如治痈疽妬乳诸毒肿：“灸肿令消法，取独颗蒜横截厚一分，安肿头上，炷如梧桐子大，灸蒜上百壮，不觉消，数数灸，惟多为善，勿令大热，但觉痛即擎起蒜，蒜燋更换用新者，不用灸损皮肉”。

（3）首次介绍了一夫法：在我国针灸文献中，本书最早介绍了一夫法，如“灸三里百壮，以病人手横掩，下并四指，名曰一夫，指至膝头骨下，指中节是其穴，附胫骨外边，捻之，凹凹然也。”

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.9.3 版本

(1) 明·嘉靖二十年辛亥（公元 1551 年）北城吕氏襄阳刻本（残存六卷）
(2) 明·万历二年甲戌（公元 1574 年）李栻刻，刘自化校刊
(3) 日·延享二年（公元 1764 年）刊本
(4) 清·道光十年庚寅（公元 1830 年）阳湖徐氏重刻本
(5)《四库全书》本
(6) 商务印书馆，1955 年第一版，据涵芬楼影印明正统线装本，32 开本
(7) 人民卫生出版社，1956 年 4 月第一版，据明万历二年刊本影印，大 32 开本
(8) 人民卫生出版社，1963 年 10 月第一版，据商务印书馆 1955 年影印涵芬楼本并参考另外 7 种不同本校勘排印，32 开本

8.1.10 黄帝虾蟆经

不著撰人，撰写年代不详。据书中文字及跋语分析，可能为汉代作品，因本书以乌鸦象征日，虾蟆象征月，相当于汉代思想体系，如《史记·龟策传》曰："日为德而君于天下，辱于三足之鸟，月为刑而相左，见食于虾蟆"。《淮南子·精神训》曰："日中有踆乌，而月中有蟾蜍"。蟾蜍即虾蟆。从这些文字推测，本书似与汉代思想体系相一致，故丹波元胤的跋语说："据此则其书似出汉人者矣"。据《隋书经籍志》载，尚有类似的三种本子，即梁徐悦《龙衔素针并孔穴虾蟆经》三卷，亡；《黄帝针灸虾蟆忌》一卷；《明堂虾蟆图》一卷。目前国内久已不见。

8.1.10.1 主要内容

本书 1 卷，九条。内容包括：

(1) 虾兔图随生毁日月饥（蚀）避灸判（刺）法：首页有一太阳图，太阳中站立一乌鸦，生三支足。文字注明："日斗者，色赤而无光，阳气大乱，右日不可灸刺，伤人诸阳经，终令人发狂也"。说明乌鸦象征太阳。接着以农历 30 天为一月，论述月之盈亏，月中绘制虾蟆、兔的出没不同形态，每图下有注文，说明人气所在部位及禁针灸的部位。从初一至十五为月生，虾蟆兔子在月中逐渐出现，从十五至卅为月毁，虾蟆兔子在月中逐渐消失，以象征月中阴阳盛衰变化。同时论述了每一天禁针禁灸部位及误治不良后果，如"月生一日，虾蟆生头喙，人气在足小阴，主足心，不可灸伤之，使人阴气不长，血气竭尽泄利，女于绝产生门塞，同神。"

(2) 年神舍九部避灸判（刺）法：以九年为一周期，一年行一步，九年行九步，以 108 岁为人之平均年龄，每一部循行十二次，并分别绘制人气行的部位。九部即：一曰神宫部（相当于中极）、二曰大敦部（相当于天突）、三曰巨部（相当于肩髃）、四曰颈部（相当于廉泉）、五曰下承部（相当于承浆）、六曰天部（相当于神庭）、七曰阙庭部（相当于左右伏兔）、八曰胫部（相当于左右足三里）、九曰地部（相当于太冲），人气所在各部则不可犯伤。例如，1 岁、10 岁、19 岁、28 岁、37 岁、46 岁、55 岁、64 岁、73 岁、82 岁、91 岁、100 岁，人气均在神宫部（相当于中极处）。故不宜灸刺中极部位。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(3) 六甲日神游舍避灸判（刺）图：按干支计日法，从甲子日起，60 天为一周，书中绘制正面图一幅，标明人气所在部位。如甲子日从头顶正中开始，乙丑日头上左太阳、丙寅日头上左角……。60 天中每一天人气所在部位皆为禁刺灸部位。

(4) 择五神所舍时避灸判（刺）法：将一日分为十二时，即鸡鸣、平旦、日出、食时、禺中、日中、日昳、晡时、日入、黄昏、人定、夜半。每一时都有人气所在部位即禁针刺部位，如鸡鸣禁刺头，平旦禁刺目……夜半禁刺足。此外，五脏之神（神、魂、魄、意、志）游行的部位，也当禁刺。如平旦至食时，魂在中府，中府当禁刺。

(5) 五脏出属气主王日避灸判（刺）法：以五脏为纲，按日、按季节，分别论述五脏相应部位、经脉和募俞穴及五脏旺气相乘相胜的募俞穴之禁针灸法。

(6) 择四时禁处绝篱日及六甲旬中不治病法：一年四季有所禁之处，即春不治左胁，夏不治脐，秋不治右胁，冬不治腰。按五脏旺日的四绝日、五离日而禁针灸，并且按十二建处有十二忌时，禁针灸及 12 月的血忌日。

(7) 推天医天德生气死气日淫：以干支计时法，推算天德、天医所在的年、月、时之处的禁针灸法，以及按 12 个月推算生气、死气法。

(8) 诸合药禁日时法：即按春夏秋冬各有所忌服药的时日。

(9) 诸服药吉日吉时及灸火木治病时向背咒法：每日有四个时辰为服药吉时，即甲乙日鸡鸣、日入、食时、晡时；丙丁日晡时、日入、人定、夜半；戊己日晡时、日入、人定、夜半；壬癸日鸡鸣、食时。忌八木之火灸：松木、柏木、竹木、橘木、榆木、枳木、桑木、枣木之火。右八木之火以灸人，皆伤血脉肌肉骨髓。宜灸之火：阳燧之火、磁石之火、槐木之火，膏油之火。

8.1.10.2 主要特色

本书是论述时间周期节律变化与针灸宜忌关系的专著。其学术思想是以人体生命节律变化而提出人神所在的不同部位，不同脏腑及不同经脉腧穴的忌针灸方法和误治不良后果。这种主张虽然现在很少为临床所采用，但总观本书是讲人体节律周期变化的，这与现代时间生物学的生命节律学说不谋而合，而且其周期节律还有长周期和短周期的不同。对研究人体生理机能活动节律很有启迪。

8.1.10.3 版本

中医古籍出版社 1984 年 1 月第 1 版，据中医研究院图书馆藏日本文政六年刻本影印

8.1.11 黄帝内经太素

杨上善，生卒年代及籍贯、事迹，正史无记载。近人有不同说法，一说隋人，一说唐人。据林亿等《重广补注黄帝内经素问》序说："隋·杨上善纂而为太素。"李濂《医史》及徐春甫《古今医统》记载：杨上善隋大业为太医侍御，述《内经》为《太素》等资料，杨上善当为隋人。日本森立之《经籍访古志》："《黄帝内经太素》三十卷，唐通直郎太子文学杨上善奉敕撰注，所缺七卷，卷弟与杨氏钞本同，下注传写仁和三年旧钞本。"按日本仁和三年相当于唐僖宗光启三年。据考，隋朝无太子文学之官，在唐朝显

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

庆（公元656年）时设置此官职，故杨上善奉敕撰注《太素》当为唐显庆以后之事。又据检《太素》杨注，凡引用老子之言，均称玄元皇帝，考新、旧《唐书》，唐高宗乾封二年（公元667年）追号老子为玄元皇帝。此外，凡用渊字均以泉字代之，如太渊称作太泉，此为避唐高祖李渊名讳，这些说明杨上善为唐人。

8.1.11.1 主要内容

隋·杨上善撰注，30卷。本书是注解《内经》的早期著作，书中所引《内经》原文，在现存医籍中最为近古，又以杨氏的注文多所阐发，并引录不少古典医著的佚文，对研究《内经》及中医学，是一本重要参考文献。

原书《旧唐书经籍志》载三十卷。《宋史·艺文志》载三十卷，金元则不著录。说明原书在南宋、金元之间已经散佚，明·焦竑撰《国史经籍志》又载三十卷，但无传。现行本为清·肖延平据从日本获得的唐人手抄本，参考其他抄本及《素问》、《灵枢》等，校正其书，编次目录而成，共三十卷，原缺第一、第四、第七、第十六、第十八、第二十、第二十一卷等七卷，其他各卷尚有部份残缺（近年，日本又发现了原缺的第十六卷、第二十一卷及第二十二卷全文，国内有内部影印卷本）。

本书属于分类诠注，按阴阳、脏腑、营卫气、经脉、身度、输穴、九针、补泻、诊候、证候、伤寒、寒热、邪说、风、气论、杂病、摄生、人合、设方等分门别类，排列组合，纲目清析，注释全面。

8.1.11.2 主要特色

（1）是《内经》的较好校本及注本：本书是注解《内经》的早期著作，书中所引《内经》原文，在现存医籍中最为近古，早于现行《内经》，无论《素问》或《灵枢》的原文有许多处与《黄帝内经太素》不同。在宋·林亿等校正《内经》时，引用全元起《内经训解》之内容，以纠正王冰注《素问》之误，其所引全元起本，多与《太素》同。如《素问·刺热论》篇中，王冰本有“少阳之脉，色荣颊前，热病也”句，《太素》作“少阳之脉，色荣颊，筋热病也”。即王冰将“筋”误作“前”，王冰注：“颊前，即颧骨下近鼻两旁也”。杨上善注：“足少阳，胆脉也，足少阳部在颊，赤色荣之，即知筋热病也。”肖延平按：“王作此注亦非，……据此则本书之存，足纠正《素问》王注不少也”。类似此种校正及注释甚多。另外，《太素》校正《灵枢》之误也不少，如《灵枢·四时气》“徙水，先取环谷下三寸，以铍针针之，已刺而筩之，而内之，入面复之，以尽其水，必坚，来缓则烦悗，来急则安静，间日一刺，疹尽乃止”。而《太素》对“已刺而筩之”作“已刺而针之，筒而内之”，将“必坚，来缓则烦悗，来急则安静”作“必坚束之，缓则烦宛，束急则安静”，将“来”作“束”，是指捆束腹部，如果捆束的急（紧）则筒针放水则安静，捆束的缓（松）则筒针放水则烦乱。对“环谷下三寸”，杨上善注为：“环谷，当是齐中也。齐下三寸，关元之穴也，锥关元，内筒引水，水去人虚，当紧束身令实”。这是古代放腹水的施术过程，《太素》原文与杨注与临床相符。后世医家根据《灵枢》作注颇多迂强误会，如张介宾《类经》对“环谷下三寸”注释为：“环谷义无所考，或即是足少阳之环跳穴，其下三寸许……有风市一穴，或者即此”。虽说法不肯定，但距临床实际甚远。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2) 对奇经八脉的阐发：《太素》将《内经》中有关奇经八脉的内容，系统地归在卷十中，并参照《难经》、《甲乙经》的有关论述加以诠注。如《素问·骨空论》说："督脉……别绕臀，至少阴与巨阳中络者，合少阴上股内后廉，贯脊属肾"，"与太阳起于目内眦，上额交巅入络脑，还出别下项，循肩髆内，侠脊，抵腰中"，"其少腹直上者，贯齐中央，上贯心入喉……"。据此，杨上善注云："旧来相传督脉当脊中唯为一脉者，不可为止也。"督脉"入脑还出，别为两箱下项，复循左右肩髆之内，侠脊抵腰，循膂络于二肾为止"，另外，"贯齐贯心入喉上颐皆为一道也，环唇上复为二道"。说明督脉非单行直线，既与足太阳脉之背部相重，又合于足少阴脉上股内后廉，既贯齐中央与心相连，又上行至颐与两目，因此督脉俱有与肾、心、膀胱、脑、目等脏腑及器官的广泛联系。对于任脉的注释，杨氏引《明堂》言"目下巨髎、承泣左右四穴，有阳跷脉任脉之会，则知任脉亦有分歧上行者也。又任冲二脉上行虽别，行处终始其经是同也。旧来为图，任脉唯为一道，冲脉分脉两箱，此亦不可依也。杨氏在冲脉的注释中说："任脉、冲脉皆起胞中，上络唇口，是为冲脉上行与任脉同"，但其下行分为二道，"一道后而下者，并少阴经，循于小络，渗入三阴之中，其前而下者，至跗属，循跗下入大指间，渗入诸阳络，温于足胫肌肉"。说明任脉亦有广泛联系，不但总任诸阴，也有濡润诸阳的作用。这些内容与目前一般针灸书籍所述八脉有所不同。

(3) 对俞穴注释比较明确：在《太素》卷十一输穴篇，对俞穴的注释，引用《明堂》原文有 40 条，其中绝大多数为俞穴部位及穴名注释。所引用内容，有与《甲乙经》相同的，亦有不相同的，如中封穴下引《明堂》："内踝前一寸，仰足而取之，陷者中，伸足而得之"，与《甲乙经》同。阴谷穴下引《明堂》："在膝内辅骨之后，按应手，谓按之手下觉异也"，与《甲乙经》不同。对俞穴名称引用别名者 10 个，亦有与《甲乙经》不同者，说明《太素》与《甲乙经》中的《明堂孔穴针灸治要》可以互校。

8.1.11.3 版本

(1) 日本天保五年（公元 1834 年）奈须恒德写本

(2) 日本天保十年（公元 1839 年）坂立节春璋、倩皋写本。

(3) 清光绪二十三年丁酉（公元 1897 年）通隐堂刻本

(4) 兰陵堂 1924 年仿宋嘉祐刻本

(5)《丛书集成》本

(6) 人民卫生出版社 1955 年 7 月第 1 版，据民国十三年仿宋嘉祐刊本影印，16 开本

8.1.12 备急千金要方

孙思邈，唐代医家，京兆华原（今陕西省耀县）人。生于公元 581 年，卒于公元 682 年，享年 102 岁，孙氏博通经史百家，《旧唐书》载："七岁就学，日诵千余言，弱冠善读庄周老子百家之说，通佛典，兼好释典"。孙氏少时因病学医，毕生致力于医药学研究，民间尊为"药王"，采集唐以前医学文献，结合个人临床经验，编撰《备急千金要方》及《千金翼方》二书，各 30 卷，在医学史上占有重要地位。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.12.1 主要内容

唐·孙思邈撰，30卷，本书简称《千金要方》、《千金方》。孙氏自谓："人命至重，有贵于千金，一方济之，德逾于此"。以人命重于千金取为书名，可见内容之珍贵。成书于唐永徽三年（公元652年）。内容包括序例、妇人、少小、七窍、风毒脚气、诸风、伤寒、肝脏、胆腑、心脏、小肠腑、脾脏、胃腑、肺脏、大肠腑、肾脏、膀胱腑，以及疔肿、痈疽、痔漏、解毒、杂治、备急、食治、养性、平脉、针灸等。凡232门，方论5300首。全书较系统地总结和反映了唐以前的医学成就，内容丰富，有很高的参考价值，后人对本书有"妙尽古今方书之要"的赞叹。

本书关于针灸的内容不仅散见于2～28卷之中，而且卷29～30为针灸专卷，是唐以前针灸学术的高度总结。卷29首列明堂三人图，孙氏说："旧明堂图年代久远，传写错误，不足指南，今一依甄权等新撰为定云耳。……十二经脉五色作之，奇经八脉，以绿色为之，三人孔穴共六百五十穴，图之于后，亦睹之，便令了耳。仰人二百八十二穴，背人一百九十四穴，侧人一百七十四穴。穴名共三百四十九，单穴四十八，双穴三百一名"。以下按仰人明堂图、伏人明堂图、侧人明堂图等三人图，描述349穴名称、位置、取法及排列。次叙三阴三阳各经流注及井荥输经合五输穴位。在针灸禁忌法中，指明禁针、禁灸的部位及穴名。其中针例、灸例详论针灸大法，尤为学者所必知。卷30首列孔穴主对法，孙氏说："凡云孔穴主对者，穴名在上，病状在下。或一病有数十穴，或数病共一穴，皆临时斟酌作法用之"。其后按头面、心腹、四肢、风痹、热病、瘿瘤、杂病、妇人病次序，详述各科疾病针灸治疗处方，实为针灸临床论治之指南。

8.1.12.2 主要特色

（1）保留了大量针灸文献资料：本书对针灸文献收集宏富，如唐初著名医籍《甄权·针方》、《明堂人形图》、《甄氏针灸钞》等今均已佚，但本书有许多介绍和补充。唐以前许多医家针灸治验法，如南朝徐嗣伯灸风眩法，扁鹊、郭玉、范汪针灸治验，都由于本书的转载、抄记而保存至今。其保存的大量针灸资料，填补了许多针灸理论空白，对针灸学延续发展起了重要作用。

（2）在腧穴定位方面的贡献：在腧穴定位方面，强调取穴的准确性，在方法上除应用骨度法外，还提出"一夫法"，"中指同身寸法"、及以手指按压审穴法。如卷29"灸例第六"中说："凡孔穴在身，皆是脏腑荣卫血脉流通，表里往来各有所主，临时救难，必在审详。人有老少，体有长短，肤有肥瘦，皆须精思商量，准而折之，无得一概，致有差失。其尺寸之法，依古者八寸为尺，仍取病者，男左女右手中指上第一节为一寸，亦有长短不定者，即取手大拇指第一节横度为一寸。以意消息，巧拙在人。其言一夫者，以四指为一夫。又以肌肉纹理节解缝会宛陷之中，及以手按之，病者快然。如此仔细安详用心者，乃能得之耳"。

（3）首倡"阿是穴"：卷29"灸例第六"中说："有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若里当其处，不问孔穴，即得便快或痛处，即云阿是。灸刺皆验，故云阿是穴也"。这是阿是穴名称的最早记载。

（4）辑录了大量针灸处方：本书辑录针灸处方400余条，涉及各科病种100多种，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

这些处方为孙氏及唐以前医家针灸临床经验的总结，用之临床可提高疗效。

（5）重视灸法，论述详尽：本书卷29“灸例第六”对灸法作了专题讨论，对于施灸的体位、壮数、艾炷大小、施灸顺序、灸法禁忌，横三间寸灸法等内容，进行了详细论述，同时指出灸法具有预防保健的作用。孙氏说：“凡人吴蜀地游官，体上常须三两处灸之，勿令疮暂差，则瘴疠温疟毒气，不能著人也，故吴蜀多行灸法”。

8.1.12.3 版本

（1）明嘉靖二十二年癸卯（公元1543年）小丘山房乔世定刻本
（2）明万历十六年戊子（公元1588年）刊本
（3）明万历三十一年癸卯（公元1603年）吴氏重刻本
（4）明刘氏慎独斋刻本
（5）清康熙二十八年己巳（公元1689年）刊本
（6）《四库全书》本
（7）日大明六年（公元1786年）西宫园藏版皇都书林村上勘兵卫等发行
（8）日本嘉永二年（公元1849年）江户医学北宋本
（9）1955年，人民卫生出版社据清翻刻元大德梅溪书院本加局缩影出版

8.1.13 千金翼方

8.1.13.1 主要内容

唐·孙思邈撰，30卷。成书于唐永淳元年（公元682年）。本书是作者为补充其30年前所撰的《备急千金要方》而编撰的。

本书内容包括本草、妇人、伤寒、小儿、养性、补益、中风、杂病、疮痈、色脉、针灸等，凡189门，合方、论、法2900余首。书中对仲景学说有所发挥，颇为后世伤寒家所重视。收载药物约800余种，并详细记述200余种药物的采集、炮制等问题，是本书的特点之一。

本书还收录了相当丰富的针灸内容，集中于卷二十六、卷二十七、卷二十八，此外，在卷九～卷二十四中也散见有针灸治病内容。

8.1.13.2 主要特色

（1）厘定、校勘腧穴：本书根据《针灸甲乙经》及唐代名家针灸文献，对经穴图及其理论作了认真考订，避免了当时穴位不一，传写错误的混乱现象。如本书卷二十六“取孔穴法第一”中说：“余退以《甲乙》校秦承祖图，有旁廷、脏会等一十九穴，按六百四十九穴有目无名。其角孙、景风一十七穴，三部针经具存焉，然其阙漏，仍有四十九穴，上下倒错，前后易处，不合本经，所谓失之毫厘，差之千里也。至如石门、关元二穴，在带脉下相去一寸之间，针关元主妇人无子，针石门则终身绝嗣。神庭一穴，在于额上，刺之主发狂，灸之则愈癫疾，其道幽隐，岂可轻侮之哉。人诚知惜命，罕通经方，抄写方书，专委下吏，承误即录，纰谬转多，近智之徒，不见正本，遂为经抄，以此而言，可为深诫。今所述针灸孔穴，一依甄公明堂图为定，学者可细详之。且夫当今

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

医者，各承一业，未能综练众方，所以救疾多不全济，何哉？或有偏功针刺，或有偏解灸方，或有惟行药饵，或有专于禁咒，故以网罗诸疾有愈于是。慨其如此，聊以养疾之暇，撰录灸经，以贻后嗣，其于条例具之。医者意也，善于用意，即为良医，良医之道，必先诊脉处方，次即针灸，内外相扶，病必当愈，何则？汤药攻其内，针灸攻其外，不能如此，虽时愈疾，兹为偶差，非医差也”。

(2) 分部与分经结合描述穴位：本书卷二十六描述了356个穴位的名称及位置，在方法上，头面、颈、胸腹、背腰的穴位分部位描述，四肢的穴位则按所属的经脉，分经脉进行描述。

(3) 在《千金要方》基础上补充了许多针灸处方：在本书卷二十六中，记载了针灸治疗妇科、儿科、五官科及脚气、诸风、黄疸、疟疾、中风半身不遂等病证的方法。卷二十七中，记载了肝病、胆病、心病、小肠病、脾病、胃病、肺病、大肠病、肾病、膀胱病的针灸治疗方法。卷二十九中，记载了消渴、淋病、尿血、水病，痈疽、痔漏、脱肛、卒死等病证的针灸治疗方法。其中不少针灸处方为历代医家所习用，如卷二十七“针邪鬼病图诀法”中治疗癫狂病所用的十三鬼穴，为后世针灸治疗癫狂的名方。

8.1.13.3 版本

(1) 明万历三十二年乙巳（公元1605年）王肯堂刊本

(2) 清乾隆十一年丙寅（公元1746年）金匮华希阁刊本

(3) 清光绪四年戊寅（公元1878年）上海印日本文政十二年（公元1828年）重刻元大德十一年（公元1307年）梅溪书院刻本

(4) 1955年5月，人民卫生出版社据清翻刻元大德梅溪书院本加句缩影出版本

8.1.14 敦煌卷子·灸法图（残卷）

唐人编（作者不详）。

8.1.14.1 主要内容

本卷子是在我国甘肃省敦煌县千佛洞内发现的古代卷子的一种。后被帝国主义分子偷运出境，现存于英国伦敦不列颠博物馆内。共二卷，编号为Stein 6168和Stein 6262。

卷子内容是专论灸法治病的，如灸治某病，当取某某穴，灸多少壮，并附以人体穴位图，图旁有注文，标出穴名和用引线指示其部位，以便于检索穴位。

残卷有正人形图10幅和伏人形图3幅，完好无损的10幅，残损不全辨认不清的3幅。

包括卷子能辨认清楚的病症名称的近30种，如：风劳、卒癫、诸癫狂呆、目瞑、眼睛痛、头痛、面上游风、咽喉强、男子五劳七伤、心烦热、胸膈支满、心腹胀痛、伤寒、霍乱、泄利、腹中雷鸣、食不消化、腹绞痛、不能食饮、大小便难、羸瘦、腰背强痛、失精、尿血足肿、拘急不可屈伸、妇人带下等等。

可辨认的穴名近50个，如：

头颈部：百会、鼻柱、发际、天门、耳上关、口吻、颊本髓孔、天庭、曲眉、极眉、风府、风池、天窗、玄角、完骨。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

胸腹部：胃管、关元、屈骨、横骨、水道、慈宫、玉茎头。

背部：大杼、肩井、肺俞、心俞、肝俞、颤俞、肾俞、十三节两边相去二寸三分、大肠俞、小肠俞、大小肠俞、膀胱俞、脊中等穴。

上肢：手阳明、手髓孔、两手小指头、手心（主）、手十指头。

下肢：足三里、足阳明、足太阳、绝骨、脚五册、中封、两足小指头、大指上三毛、足心等。

卷子的内容有些与《千金翼方》中某些内容大同小异。

8.1.14.2 版本

敦煌千佛洞卷子·灸法图（残卷）英国伦敦不列颠博物馆 Stein 6168，Stein 6262

马继兴，唐人写绘灸法图残卷考，文物 1964 年第 6 期

郭蔼春主编，中国针灸荟萃第二分册，现存针灸医籍，灸法图残卷，湖南科学技术出版社，1985:62～71

8.1.15 外台秘要

王焘，唐代著名医学家（约公元 670～755 年），鄢（今陕西鄢县）人。由于母病，而学医书，并喜于向各名家学习，医理渊博，曾于弘文馆（唐代图书中心）任职 20 余年，有条件博览群书。后因故被贬到房陵，根据数十年搜集的文献，编成《外台秘要》一书。

8.1.15.1 主要内容

唐·王焘撰，全书 40 卷，成书于唐天宝十一年（公元 752 年）。系汇集唐代以及唐以前数十种医籍分类编成，是中医方书名著之一，与《千金方》等书齐名。

全书 40 卷，共分 1104 门，记述内、外、妇、儿、五官各科病症以及采药、制药、服石、腧穴、灸法等。收载医方约 6000 首，内容丰富，资料广博，并均注明出处。医学著作中，标明资料来源者，以本书为最早。书中不少古籍资料，如《深师方》、《集验方》、《小品方》等均无传本，本书间有搜录，得以保存下来，因而对学术研究有很高价值。

本书卷三十九是辑录针灸穴位部位、主治病症和灸法内容的专卷，即“明堂灸法七门”。本卷共分 7 门，即明堂序；论邪入皮毛经络风冷热灸法；论疾手足腹背灸之多少及补泻八木火法；不宜灸禁穴及老少加减法；年神傍通并杂忌傍通法；五脏六腑变化流注出入傍通；十二身流注五脏六腑明堂。根据“明堂序”的记载，王焘所绘制的经络穴位图（明堂图）是彩色的，12 幅。如说：“其十二经脉皆以五色作之，奇经八脉并以绿色标记，诸家并以三人为图，今因十二经而画图入十二身也。”本卷的“十二身流注五脏六腑明堂”主要辑录自《针灸甲乙经》，其穴位排列体例，虽然类似《针灸甲乙经》是分部排列的，但不完全同于《针灸甲乙经》卷三。如将许多任脉穴并入肾脏人图，将大量督脉穴并入膀胱人图。还出现后腋、饮郄等不见于《针灸甲乙经》的 7 个新穴名。

本卷记载腧穴名 357 个，其中第一肺脏人 18 穴，将中府、云门二穴移入脾人图；第二大肠腑入 42 穴，将臑会、肩髃、水沟、兑端、龈交 5 穴移入此人图，迎香移入胃

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腧人图；第三肝脏人 22 穴，无期门、章门、急脉，中都作中郄；第四胆腧人 104 穴，将丝竹空、大包、天池、章门移入此人图，此后还有后腋、转谷、饮郄、应突、胁堂、旁廷、始素 7 个新穴名，接居髎穴之后；第五脾脏人 48 穴，将期门、日月、中府、云门四穴移入此人图；第六胃腧人 93 穴，将承浆、上关、耳门、迎香移入于此人图；第七心脏人 16 穴，无青灵穴；第八小肠腧人 26 穴，将睛明移入此人图；第九心包络人 16 穴，将天池穴移入胆腧人图；第十肾脏人 77 穴，将任脉的鸠尾、巨阙、上管、中管、建里、下管、水分、脐中、阴交、气海、石门、关元、中极、曲骨、会阴、廉泉、天突、璇玑、华盖、紫宫、玉堂、膻中、中庭 22 穴移入于此人图，接于横骨穴之后；第十一膀胱腧人 144 穴，将督脉的素髎、神庭、上星、囟会、前顶、百会、后顶、强间、风府、瘖门、大椎、陶道、身柱神道、至阳、筋缩、脊中、悬枢、命门、腰俞、长强 21 穴移入此人图，接于会阳穴之后。此外，在上述经穴之下阐述了腧穴的位置、主治、灸法、壮数等。

散见于其他卷中的病症灸法内容包括急黄、疟疾、霍乱、诸胀满及结气、心症、咳嗽、上气唾脓血、癥瘕痃气、奔豚、骨蒸盗汗、诸风、风狂、头风头痛、风身体如虫行、肾虚失精、虚劳梦泄精、腰痛、阴阳表里灸法、诸瘿、瘰疬、石痈、痔、小儿遗尿、中恶等 40 多种病证。

8.1.15.2 主要特色

(1) 重灸轻针：王氏在卷 39《明堂序》中说："其针法古来以为深奥，今人卒不可解。经云：针能杀生人，不能起死人，若欲寻之，恐伤性命，今并不录针经，唯取灸法"。其理论依据源于《灵枢·玉版》针"能杀生人，不能起死者"的记载。抑针法而扬灸法，自晋代以来医籍如《肘后方》、《小品方》等均见载述，非惟王氏一人。实际上本书广采前贤，集各家经验，涉及针刺操作内容在书中随处可见。但与之比较，《外台》针灸内容以灸法为核心，阐述详细，涉及广泛．在施灸材料上，除艾绒外，提出了盐、蒜、豆豉、蜡、蔓菁子等四十多种。隔物灸有新的发展，如隔商陆板灸、隔杏仁饼灸等。书中对病人灸疗后的护理及灸疮不愈的治法也进行了论述，其他如灸的壮数、灸炷大小，书中载述很多。本书有灸法处方一百二十余首，所涉及的病种包括内、外、妇、儿、骨、五官等学科，有的疾病单用灸法治疗，有的在介绍药物处方同时，又介绍灸术治疗的方法。如本书卷十四中风及诸风方："防风汤主偏风，甄权处治安平公方（防风等十六味），服一剂觉好，更服一剂，一剂一度灸之，服九剂汤，九度灸之，灸风池、肩髃、曲池、支沟、五枢、阳陵泉、巨虚下廉合七穴即瘥。"

(2) 保存大量散佚的针灸文献：本书除了录用《肘后方》、《千金方》等现存著作外，还有一些内容，如针灸处方 120 余首，却不见于现有前代文献之中，而靠《外台》得以保存下来，这些文献是《集验方》、《备急方》、《必效方》、《删繁方》、《救急方》、《近效方》、《延年方》、《广济方》、《小品方》、《音义》等，由于《外台》引用的文献一般都标明了出处，因此，我们从《外台》中可以了解到这些已散佚医籍的部份内容，从而为研究这些文献提供了线索，许多医家生平及其医学成就通过《外台》得以保存下来。例如：范汪，又名范东阳，颍阳人，晋代名医。《中国医籍考》："晋书曰：范汪，字玄平，性仁爱，善医术，常以拯恤为事"。著有《范东阳方》（又称《范汪方》）105

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

卷，广泛收集民间行之有效的单验方，原书已佚，《外台》多处引用他的针灸经验。崔知悌，唐代医家，许州鄢陵人，撰《骨蒸病灸方》一卷（已佚），《外台》有二十余处提到他对骨蒸病的灸治经验。深师，又名释僧深，是佛门中人。《千金要方》卷七载："宋、齐之间，有释门深师，师道人，述（支）法存等诸家旧方，为三十卷"。原书已佚，善治脚气病，后世医家多有引录，他对针灸学有一定造诣。苏恭，本名苏敬，唐代医家，与徐恩恭、唐临等人编有《三家脚气论》一卷，《外台》有十余处记述他的事迹。张文仲，唐代医家，洛阳人，据《旧唐书·张文仲传》载，武则天时奉命与当时名医秦鹤鸣等共撰《疗风气诸方》、《四时常服及轻重大小诸方》十八卷，又撰《随身备急方》三卷，数十年间，影响颇大，《外台》有二十余处引录他的针灸经验。甄权，许州扶沟人，撰有《针经钞》三卷、《针方》一卷、《明堂人形图》一卷。

8.1.15.3 版本

（1）宋刻本（李木斋跋，残本，卷三第20～23页）
（2）日本延喜四年（公元904年）翻宋刻本
（3）明崇祯庚辰（公元1640年）新安程衍道重刊本
（4）清初翻刻经余居本
（5）《四库全书》本
（6）1955年9月人民卫生出版社影印本

8.1.16 太平圣惠方

王怀隐，宋代医学家，睢阳人，初为道士，居汴之建隆观，精医应诊，太平兴国初诏还俗，为尚药奉御，三迁至翰林医官使，与副使王祐、郑奇等编成《太平圣惠方》。

8.1.16.1 主要内容

宋·王怀隐等编，书成于淳化三年（公元992年）。宋太平兴国三年（公元987年），宋太宗诏翰林医官院各献家传经验方万余首，连同太宗亲收医方千余首，命王怀隐、王祐、郑奇、陈绍遇等开始编纂，于淳化三年写成。

全书100卷，分1670门，载方16834首。本书是一部临床实用的方书，首详诊脉辨阴阳虚实法，次叙处方用药的法则，然后按类分叙各种病证的病因、病理以及方剂的适应证和药物、用量。方随证设，药随方施，以说明病因、病理、证候与方剂药物的关系。

书中介绍的方剂、疗法，不少为前代文献失传而被保留下来的，本书是当时以前各家经验方及医论等的汇编，既继承了前代的医学成果，又总结了当代的医学经验，对临床参考和研究宋代的医学成就很有价值。

"太宗留意医术，自潜邸得效方千余首。太平兴国三年，诏医官院献经验方，合万余首，集为《太平圣惠方》百卷，凡千六百七十门，方六千八百三十四首，并序论总目录，每部以巢元方《诸病源候论》冠其首，凡诸论证品药功效悉载之。目录一卷，御制序。淳化三年二月癸未赐宰相李昉，参政黄中沅，枢臣仲舒准内出五部赐，五月乙亥，颁天下，诸州置医博士掌之。"（宋《玉海》）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本书也收存了大量的针灸内容，主要集中于卷 99 和卷 100 两卷中，卷 99 为《针经》，卷 100 为《灸经》，又称《明堂灸经》。卷 99《针经》中，首载《针经》序，以下内容包括十二经脉流注；迎随调气虚补实泻；刺法补泻、泻南补北、补母泻子；疾徐补泻法；失刺之害与勿刺；九针形状、功用；十二人形。介绍了一百六十四穴的位置、主治、刺灸法以及禁忌，并附十二幅腧穴图，介绍了取穴法、禁忌等。此外，还介绍了针刺补虚泻实方法、针刺禁忌、五输穴流注次序等。卷 100 为《明堂灸经》，又称作《黄帝明堂灸经》，首篇为明堂序，大意说："……黄帝之正经，叙血脉循环，阴阳俞募；穷流注之玄妙，辨穴道之根元，为脏腑权衡，作经络津要，今则采其精粹，去彼繁芜，皆目睹有凭，手经奇效。书病源以知主疗，图人形贵免参差。并集小儿明堂，编录于次，庶令长幼尽除安衢，俾使华夷同归寿者尔"。内容有：淋洗灸疮法；贴灸疮法；日神忌不宜灸避之法；每月忌日不宜针灸出血；人十二部人神不宜灸；十二时忌不宜灸；十二部人神不宜灸；九部傍通人神不宜灸；杂忌傍通不宜灸；天医取师疗病吉日；四季人神不宜灸；具列四十五人形。具列四十五人形是本卷的主要部分，其中成人 36 人形，小儿 9 人形。介绍 170 个常用穴的位置、灸法及主治症，并附 36 幅穴位图，最后是小儿疾病灸疗法，记载灸疗处方 47 则，涉及到穴位 70 余个，并附穴位图九幅，临床价值甚高。

8.1.16.2 主要特色

(1) 保存了不少已佚针灸文献：本书广泛引用了前人的文献，其中一些文献已散佚，如"黄帝灸法"、"岐伯灸法"，秦承祖"山眺经"、甄权"针经钞"等，但本书直接引用了这些书的一些内容，从而保存了部分已佚文献。这些文献对一些穴位的主治作了详细的介绍，如卷 100 在悬钟穴下引张文仲灸法云："疗卒心痛不可忍，吐冷酸绿水，及无脏气，灸足大指次指内横文中，各一壮，炷如小麦大，下火立愈"。在巨虚穴下引甄权云："主大气不足，偏风，股腿脚十指恶也"。这些内容在今天也极有研究价值。

(2) 保存了大量的针灸图：经穴图的绘制，始在葛洪《抱朴子》中已有提及，南北朝时秦承祖、唐代孙思邈、王焘都曾绘制针灸图，但是保存下来的甚少（只有唐代针灸图残片）。本书则保留了 57 幅针灸图，这是在此之前针灸文献中极为罕见的，有重要的历史价值，57 幅人形图共载腧穴 334 个（其中有重复）。

(3) 最早的小儿灸疗专著：本书卷 100 之末"小儿明堂"是论述小儿疾病灸疗的最早专著。它是将其他诸家有关灸治小儿病的内容加以精选，验之临床有效者集录而成。正如其言："夫治小儿之疾……全凭灸法，况小儿灸法散在诸经，文繁至其，互说不同……按诸家明堂之内，精选到小儿，应验七十余穴，并是曾经使用，累验神功，今采编录于后"。共论及病种有小儿惊痫、风痫、缓惊风、两目发赤等 47 种病。灸疗处方 47 首，穴位或部位名称 49 处，并附有腧穴图 9 幅，为集小儿灸疗之大全。

8.1.16.3 版本

人民卫生出版社 1958 年 9 月第 1 版

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.17 铜人腧穴针灸图经

王惟一，或名王惟德，宋代著名针灸学家，约生活于公元987—1067年。宋仁宗时为翰林医官朝散大夫、尚御奉药等官职，天圣初年（公元1023年）奉命编撰《铜人腧穴针灸图经》，天圣四年（公元1026年）编成，次年（公元1027年）又主持铸造针灸铜人两具，脏腑可分可合，体表刻有穴名，作为教学和考试针灸医生之用。此书和铜人对针灸发展起过很大作用，具有深远的影响。

8.1.17.1 主要内容

宋·王惟一撰，又名《新铸铜人腧穴针灸图经》，简称《铜人经》，因成书于宋天圣四年（公元1026年），故又称《天圣针经》。其后不久，将全书刻于石碑上，便于永久保留及防止传抄之误。1969年在修建北京地铁，拆除明城墙的施工中，于城墙基下发掘出土石刻残石6方。

本书原为3卷本。金大定二十六年丙午，宋淳熙十三年（公元1186年）重刊《新铸铜人腧穴针灸图经》时，由平水闭邪牖叟加入《针灸避忌太乙图》、《避忌人神图》而为五卷本，并移名为《新刊补注铜人腧穴针灸图经》，即现代通行本。

本书卷首有夏竦序，记载王惟一铸针灸铜人模型及撰写《新铸铜人腧穴针灸图经》的过程。卷一、二为手足十二经脉循行与穴位（只有部位无主治与刺灸法），图15幅，示意井、荥、俞、原、经、合穴之部位，其中有前面、后面、侧面三人图。卷一，为肺经、小肠经、大肠经、肝经、胆经、肾经的循行与穴位，图9幅。卷二，为心经、心包经、膀胱经、胃经，三焦经，脾经、督脉和任脉的循行与穴位，图6幅。卷三至卷五，为穴位内容，详述每穴位的部位、取法、归经（××脉气所发）、经脉交会、主治和刺灸法等。穴位的排列仿《甲乙经》体例，按头颈、面部、肩部、背部、侧颈部、胸部、侧腋部、腹部、侧胁部、上肢和下肢部位排列，在四肢又进一步按三阴经、三阳经穴排列，由指（趾）端向躯干。本书实收穴名446个，其中正名354个，别名92个，比《甲乙经》多5个穴名。

8.1.17.2 主要特色

（1）增补经脉循行及病候：本书一、二卷所记载的经脉循行及病候可对校《太素》及史崧本《灵枢经》有关原文，并有所增补。在经脉循行方面，如足太阳膀胱经有“上额交巅上”，而《灵枢》、《太素》作“上额交巅”，“其支者循腰中，下会于后阴”，《灵枢》、《太素》俱无“下合于后阴”五字。又如足厥阴肝经“环阴器”，而《灵枢》、《太素》作“抵阴器”。在经脉病候方面，如足少阴病候有“喉鸣面喘”，而《灵枢》、《太素》作“喝喝而喘”。又如手太阴病候有“卒遗矢无度”，《灵枢》、《太素》俱无。

（2）对经脉循行作注释：本书在经脉循行方而有注文，并加入循行之穴位。如手太阳小肠经，正文有“手太阳小肠之脉，起于小指之端”，注文为：“小指之端，少泽所居”，正文有“循手外侧”，注文为：“手外侧本节之前，前谷穴也，本节之后，后溪穴也”。正文有“上腕”，注文为“腕前腕谷，腕中阳谷”，正文有“出踝中直上，循臂骨上廉，出肘内侧两骨之间”，注文为“肘内两骨间小海穴在焉”，这样使学习者对经脉循

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

行路线了解更为清楚。

(3) 补充了腧穴主治：王惟一在考订了以前的针灸书籍，在整理前人关于腧穴主治方面内容的基础上进行了补充和发挥，和《甲乙经》、《千金要方》、《外台秘要》等书相比，有较大出入。

8.1.17.3 版本

(1) 清道光二十一年辛丑（公元 1841 年）影印金大定本

(2) 清光绪三十三年丁未至宣统元年己酉（公元 1907 年～1909 年）贵池刘氏玉海堂影印金大定本

(3) 人民卫生出版社 1955 年 11 月第 1 版，据清代影刊金大定本缩印出版

(4) 中国书店 1987 年 10 月第 1 版，据金大定本影印

8.1.18 圣济总录

本书为宋徽宗赵佶组织人编撰，政府主持编写。

8.1.18.1 主要内容

本书是以载方为主的一部综合性医学著作。成书于政和年间（公元 1111～1117 年），故又名《政和圣济总录》。书成不久，因遭靖康之变，被携北地，致使南宋医家不易见到，后经金大定年间（公元 1161～1189 年）和元大德四年（公元 1300 年）两次重刊。《中国医籍考》说："是书，宋志及诸家书目不载，南宋诸方书未见引据者，在于徽宗之季年，《圣济》经《和剂局方》之后。洪迈《容斋随笔》云：宣和殿、大清楼、龙图阁所储书籍，靖康荡折之余，尽归于燕。考之《宋史》则云：靖康二年，少帝在青城，金人尽索国子监书版，三馆秘阁四部书，大尝礼物、大成乐舞，明堂大内图、以至乘舆服饰珍玩之物，辇致军前，意者如此书，镂版才成，未及颁布，亦在其中，尔后南北殊城，彼此不通，故南宋之士，不得观之，遂至并其目而无知者，乃金世宗大定中取所获于汴都，重刊颁行，因传于今矣。呜乎，是书成于北宋，而晦于南宋，不传于中国，而存于夷狄。而徽宗慈心之所寓，不泯于千载者，抑亦奇矣。清·程云来《纂要凡例》云：大德重校《圣济总录》"。对本书编写过程及刻印刊行经过作了详细说明。

全书共 200 卷，收载医方近 2 万首，共分 66 门。首列运气、叙例、治法等项，相当于全书的叙论，次为诸风，最后为神仙服饵。每门之中介绍若干病症，每一病症先论病因病理，次列方药治疗。全书收载的病症概有内、外、妇、儿、五官、针灸各科，既有理论，又有经验，内容极为丰富，在理论方面，除引据《内经》等医学经典外，并结合当代各家学说予以进一步阐述，在方药方面，因系选自民间经验良方及医家秘方，疗效一般可靠，故后世医家颇为推崇。

本书是一部具有研究价值的历史医学文献，也是临床方面比较切合实用的参考书。但书中也有宿命论、符禁等不科学内容，应予扬弃。

本书也收录了大量针灸内容，集中于"针灸门"卷 191～卷 193 中。书中之针灸部分，主要辑录自王惟一《铜人腧穴针灸图经》。

卷 191 首为"骨度统论"，指出了骨度解剖的重要性和针灸治疗大体原则。文中说：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

“凡用针当先明骨节，骨节既定，然后分别经络所在，度以身寸，以明孔穴，为施刺灸。”次为“骨空穴法”，指出“人之周身，总有三百六十五骨节”。论述了骨节的名位、长短、大小、有髓无髓等情况。此节内容《内经》不载，是摭自其他古医经的。再次为“经脉统论”，这部分内容大体取材于《铜人经》，叙述了手太阴肺经等手足十二经脉之循行、病候、穴位。

卷192首为“奇经八脉之循行、病候、穴位”，论述了奇经八脉的循行路线、病候、穴位、主治病症和刺灸法。其次为“九针统论”，叙述了《内经》九针的形状、大小、作用及用途。再次为“刺节统论”，叙述了《内经》的九变、十二节、三刺、五刺的内容。再次为“灸刺统论”。其后依次为：“治五脏中风并一切风疾灸刺法”、“治疯狂灸刺法”、“治病癫灸刺法”、“治痹灸刺法”、“治热病灸刺法”、“治寒热灸刺法”、“治疟疾灸刺法”、“治霍乱灸刺法”、“治转筋灸刺法”、“治心腹痛灸刺法”、“治胸痹灸刺法”、“治腹胀满灸刺法”、“治消渴灸刺法”、“治黄疸灸刺法”。

卷193～194集中论述了咳嗽、风气、喀血呕血、吐、癥瘕、脚气、水肿、呕吐、哕、水饮不消、骨蒸、目疾、耳疾、鼻疾、口齿、失欠、泄痢、脱肛、癫疝、腰痛、虚劳失精、诸淋、遗溺、小便数、小便赤黄不利、转胞、中恶、鬼魅诸邪病、卒魇寐不寤、卒中五尸、噩气、瘰疬痔疮、痔疾、痈疽疮肿、癣、杂病、妇人诸疾、小儿诸疾等四十个病症，病种涉及内、外、妇、儿、眼、五官、口腔等科。卷194最后为“灸刺禁忌论”和“误伤禁穴灸刺法”。

8.1.18.2 主要特色

（1）重视骨度解剖：本书是宋以前记载骨度解剖最详细的中医文献。如191卷《骨度统论》说：“凡用针当先明骨节，骨节既定，然后分别经络所在，度以尺寸，以明孔穴，为施刺灸，观病所在，或浅或深。……然人身骨节之数，三百六十有五，以应一期之日。骨节所在，大小长短，广狭厚薄，或隐或显，有势无势，有体无体，有液无液，皆有定体，实刺法之先务也。《内经》具载，但有骨空之处，其骨度之说，徒有其名，未载其法。至于三百六十之数，因亦泯然，使用针之人，妄意腧穴，不知骨节本原，徒为针灸，未得其法，枉伤肌肉，良可惜也。今摭自古医经，有骨度之数，析骨之论，凡三百六十五骨之法，以此论骨骼，其庶矣，故著于篇，以冠针法之首云。”

（2）以经统穴，统一了经穴排列顺序：本书将354穴分别归入十四经脉加以叙述，并依据《灵枢·经脉》的记述，按经脉的流注次序进行排列，还对任督以外的六条奇经脉气所发的穴位逐一作了介绍，使经穴理论更系统化、规范化，结束了长期以来经脉和经穴分离，及经穴归经和排列顺序混乱的情况，为以经统穴的体例开了先河。

（3）误针解救：本书列专篇讨论了“误刺禁穴救针法”，这是前代针灸文献未曾涉及的题目，显然是总结了当时的经验写成，书中共指出了三十多个腧穴由于误刺造成的不良后果，及相应解救方法。

（4）丰富了针灸治疗学内容：本书共收藏了五十五种常见病的针灸疗法，其中妇、儿等专科病证列为专篇论述，除了祖述前人文献中针灸治疗学内容外，还补充了一些当时流行的“遗法”，如本书“腰痛灸刺法”中说：“众方之外，又有遗法者，附之于后”。同时还转述了现在已经亡佚著作中的针灸治疗学内容，如多次出现的《普济针灸经》的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

内容。

8.1.18.3 版本

(1) 北宋刊元大德印本（仅存2卷）

(2) 元大德四年庚子（公元1300年）江浙等处行中书刻本（残本不全）

(3) 清乾隆年间刊江黄氏本震泽汪鸣珂补刻本

(4) 日文化十年（公元1813年）江户聚珍复元大德刊本，木印本

(5) 清光绪三年丁丑（公元1877年）刊本

(6) 人民卫生出版社1962年第1版，1982年3月第1版第2次印刷，1987年3月第1版第3次印刷

8.1.19 琼瑶神书

原题宋·琼瑶真人著。琼瑶真人，疑即为刘党，著《琼瑶神书》4卷。

8.1.19.1 主要内容

本书原名《琼瑶神书》，又名《琼瑶发明神书》、《琼瑶捷径灸疾疗病神书》、《针灸神书大全》。

刊行年代不详，4卷。

卷一琼瑶神书天部

此卷首有宋徽宗皇帝崇宁五年（公元1106年）琼瑶真人一书手法序一篇，“余为根据中医基础理论，结合针灸临床实际，论营卫深浅，气血流注，表里相应，水火分治，生成之数等内容，详列各种针法，以及上部下取，伤寒、心风、中风等病症的治法。”

卷二琼瑶神书地部

此卷为临床病症的治疗部分，收录有男女筋骨疼痛、妇人带下、血崩、月事不调、男女五官科病症、内科病症等210多条治法问答。

卷三琼瑶神书人部

主要为针法方面的问答、经脉流注、穴位治法、九针所宜、崔氏四花穴法，灸22种骨蒸法和取艾法，用火法等。

卷四为经脉歌、穴位歌等，如：十四经穴歌、八法穴道歌、天星十一穴歌、流注六十六歌、杂病穴道歌。

8.1.19.2 主要特色

本书的特点有：用较多篇幅阐明循、按、弹、搓、捻、进、退、搜、摄、盘、摇、战、动、扪等单式手法。如循法有虚循、实循，按法有虚按、实按，摇法有顺摇、横摇，刮法有上刮、下刮，盘法有大盘、小盘之类，根据病症虚实、阴经阳经、男女、午前午后而施之。

本书中的“气上、气下、升阳、升阴之法”不见于其他书中。

本书所列举的病症，几乎都综合应用各种相应手法，选取有关穴位进行针刺治疗。病症有：伤寒、时疫、疟疾、中风不语、半身不遂、口眼歪斜、肢体麻木、手足拘挛、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

痴呆、泄泻、呕吐、反胃、便秘、腹胀、水气、积聚、七疝、木肾、遗泄、小便不通、小便多、咳嗽、哮喘、肺痈、吐血、虚损、潮热、头痛、臂痛、肩痛、胸痛、背痛、腰痛、腿痛、心痛、五痫、口臭、目赤、耳聋、牙痛、失音、乳蛾、鼻衄、鼻流浊涕、妇女月经不调、经事不行、血崩、赤白带下、横产、难产、死胎、胎衣不下等 70 余种。

本书是以评论刺法为特点的兼及经脉、常用穴位与临床治疗的一本针灸专著，大都采用歌赋体裁，便于诵读记忆，有一定实用价值。

8.1.19.3 版本

(1) 清道光刻本

(2) 中医古籍出版社 1987 年 8 月第 1 版，据清道光刊本点校排印

8.1.20 灸膏肓腧穴法

庄绰，字季裕，宋代医家，清源（今山西清徐）人。曾任朝奉郎，前南道都总管等官职。建炎元年（公元 1127 年）八月，由许昌避难到泗滨（今属陕西省），因患疟疾为医误治，致“营卫衰耗”，到第二年春尚未愈，得陈了翁专为灸膏肓腧渐愈，当时亲友“见此殊功，灸者数人，宿疴皆除”。于是庄绰“考医经同异，参以诸家之说，及所亲试”，编成《灸膏肓腧穴法》，另撰《脉法要略》、《本草节要》等书。

8.1.20.1 主要内容

《灸膏肓腧穴法》，又名《膏肓灸法》，一卷，宋·庄绰撰，宋建炎二年（公元 1128 年）刊行，分为 10 篇，专论膏肓穴的部位、主治病症及不同流派的取穴法，附有插图。

篇一量同身寸法：指出中指同身寸的度量标准。篇二正坐伸臂法：论述取膏肓腧正坐的体位及两手放置的正确位置。篇三揣椎骨定穴高下法：以两种度量法，求得膏肓腧与脊柱的平行关系，从而确定该穴的高低位置。篇四定位相去远近法：介绍用同身寸六寸长的蜡纸或薄篾，横置在脊骨正中，以求出左右两侧膏肓腧相去远近的宽度。篇五钩股按穴取平法：在第七胸椎正中向两侧划以斜线，以得出两穴高下平直的准确位置。篇六参验求穴法：以动作标志取穴法和骨性标志取穴法互相参验，强调骨性标志取穴的重要性。篇七坐点坐灸法：强调灸膏肓腧时应严格按照原取穴体位，并阐明体位改变对疗效的影响。篇八石用之取穴别法：介绍僧人石用之的盘膝正坐取膏肓腧穴法。篇九叶潘等取穴法：介绍叶余庆的“立取卧灸法”，潘琪的“仰手曲肘取穴法”，普鉴院僧仲闻的两种正坐取穴法。篇十灸讫补养法：介绍灸膏肓腧后的调补方法。跋：记载庄氏本人犯病及治疗经过，编写本书的缘由。

8.1.20.2 主要特色

(1) 集膏肓腧灸法之大成：本书广集各家膏肓腧灸法的资料，除《千金要方》、《外台秘要》、《铜人腧穴针灸图经》、《太平圣惠方》等前人书籍中的记载外，还汇集了同时代医家石用藏、陈了翁、潘琪、泉州僧人、普鉴院僧人的经验，此外，平江叶余庆从僧人处学到的经验，及庄氏本人的亲身体会也一一详载。专题讨论了膏肓腧的功效、作用、定位、取法、操作、疗程、病案举例、灸后调补等。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）阐述腧穴定位法细致入微：本书全面收载了膏肓腧的各种取穴法，逐一整理考证，并绘 以取穴图，这不仅有助于提高膏肓腧取穴的准确性，而且对于其余穴位的定位法也有重要参考价值。例如同身寸取穴法方面，篇一“量同身寸法”中说：“若屈指，节旁取，指侧中节上下两交角相去远近为一寸。若伸指，即正取，中指自上节下横纹至中节中，从上第二条横纹长者，相去远近为一寸”。明确提出中指同身寸取穴时，手中指在曲、伸不同状态时的度量方法。

8.1.20.3 版本

见《针灸四书》

8.1.21 备急灸法

闻人耆年，宋代医家，檇李（今浙江嘉兴）人，生卒年月不详，积四十多年临床经验，撰成《备急灸法》一书。本书序言中说：“仆自幼业医，凡古人一方一技，悉讲求其要，居乡凡四五十载，虽以此养生，亦以此利人。仆今齿发衰矣，每念施药惠人力不能逮，其间惠而不费者，莫如针灸之术，然而针不易传，凡仓卒救人者，惟灼艾为第一。”

8.1.21.1 主要内容

宋·闻人耆年著，不分卷，刊行于宋宝庆二年丙戌（公元 1226 年）。

本书介绍了 22 种病症的灸疗法。如诸发等证，患部隔蒜灸；肠痈，灸两肘尖各百壮；疔疮，灸掌后四寸两筋间 14 壮；附骨疽灸法同疔疮；皮肤中毒风，灸两臂屈肘曲骨间（曲池）各 21 壮；卒暴心痛，灸掌后三寸两筋间（间使，左右各 14 壮；转胞小便不通，用盐填脐孔，大艾炷灸 21 壮；霍乱，灸两肘尖各 14 壮，炷如绿豆大；霍乱转筋，转筋在股内，灸两内踝尖，转筋在股外，灸两外踝尖，各三炷；风牙疼，灸外踝尖三炷，患左灸右，患右灸左；精魅鬼神所淫，灸双手大拇指指甲处，灸 3 炷；夜魇不寐，灸两足大趾上各 7 壮或灸掌后三寸两筋间（间使）各 14 壮；卒忤死，急灸掌后三寸两筋间（间使）各 14 壮；身冷口噤，灸人中 3 炷，炷如粟米大；溺水，灸脐孔 35 炷；自缢，灸手足大指（趾）横纹中各 10 炷；急喉痹，灸两手小指甲后（少泽）各 3 炷；鼻衄，灸两手指间关节 3 炷，炷如粟米大；妇人难生，急灸右脚小趾尖（至阴）3 炷，炷如绿豆大；小肠气，灸两足大趾上各 7 炷；一切蛇伤，灸新咬处 14 炷；犬伤，灸咬伤处 3 炷；狂犬所咬，灸所咬处百炷，其后日灸 1 炷；骑竹马灸法，下血不止及肠风脏毒败证，灸与脐平高之脊骨（命门）7 壮；噎疾，灸脚底中趾中节 7 炷；男子遗精白浊，灸丹田（脐下一寸）稍上处 7 炷。

8.1.21.2 主要特色

（1）汇集了古代名医治疗急证的灸疗法：本书搜集古代名医用灸法救急的资料，通过实践验证而汇集成册，成为灸法治疗急症的专辑。所引医家有黄帝、岐伯、扁鹊、华佗、葛洪、陶隐居、徐文伯、徐嗣伯、甄权、孙思邈、张文仲、姚和仲等十余家。

（2）取穴精专、简便易行：本书 22 个病症的灸疗法，所取穴位仅 20 多个，每一病

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

症只取 1 至 2 个穴位，且多在四肢手足部位，有的穴位灸治适用于 2 种以上的病症，如间使穴、肘尖等。有的病症还配合使用其他外治法，如用皂角末吹鼻救治夜魇不寐和卒忤死，吹入谷道用于抢救溺水。

8.1.21.3 版本

(1) 光绪十七年辛卯（1891）年江宁藩署影印宋重刊本（即罗嘉杰十瀛同心兰室影宋刊本）

(2) 人民卫生出版社 1955 年 11 月第 1 版，据十瀛同心兰室仿宋影印本

(3) 中国书店 1987 年 11 月第 1 版，据十瀛同心兰室藏版本影印

8.1.22 子午流注针经

本书卷首载有“南唐何若愚撰，常山阎明广注”，故后世大都认为系金人何若愚编撰，但据明·《普济方》保存的本书由阎明广所作的序文，指明只有本书卷上“流注指微针赋”系何氏所撰，余则为阎氏采摭诸家，集撰而成。其序文中说：“采摭群经，为之注解，广今复采《难》、《素》遗文，贾氏井荥六十首，法布经络往还，附针刺孔穴部分，铃括图形，集成一义，目之曰：《流注经络井荥图歌诀》，续于赋后，非显不肖之狂迷，启明何氏之用心，致验于人也”。

何、阎二氏生卒年月不详，二者皆为金人。据序文中说：“近于贞元癸酉收何公所作指微针赋”。今查，癸酉即贞元元年，贞元为金海陵王完颜亮年号，贞元元年相当于南宋绍兴 23 年（公元 1153 年），故何、阎二氏当为金人，本书成书年代距此当不远。

8.1.22.1 主要内容

金·何若愚撰，阎明广注，3 卷。约成书于十二世纪初。

本书是现存最早的子午流注学说的专著，对子午流注针法的理论和具体方法作了精辟的论述。

上卷为流注指微针赋与流注经络井荥图说及平人气象论经隧环周图。卷中为手足井荥六十六穴图，三阴三阳流注总说，针刺定时图，十二经脉内行注穴图，三焦心包络二经流注说，五子元建日时歌。卷下为井荥歌诀六十首，五行造化歌，并附录六十六穴阴阳二经相生相合养子流注歌。

本书原书无序，序文保存在《普济方》书中。

8.1.22.2 主要特色

本书是现存最早的子午流注学说的专著，其主要内容多为后世针灸书籍所收载。

在卷上“流注经络井荥图说”中，对流注开阖的概念及意义作了明确论述，“夫流注者，为刺法之深源，作针术之大要，是故流者，行也；注者，住也。盖流者，要知经脉之行流也；注者，谓十二经脉各至本时，皆有虚实邪正之气，注于所括之穴也。夫得时谓之开，失时谓之阖。夫开者，针之必除其病，阖者，刺之难愈其疾。”

本书卷中“井荥俞经合部分图”中说：“三焦是阳气之父，心包络是阴血之母，此二经尊重，主受纳十经血气养育，故只言十经阴阳二脉，逐日各注井、荥、俞、经、合

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

五穴，方知十二经遍行也。三焦经，……，每日遇阳干合处，注此六穴，如甲日甲戌时，至甲申时，为阳干合也。心包经，……，每日遇阴干合处，注此五穴。此即为血纳包络，气纳三焦。"

卷下"井荥歌诀"中，具体论述了子午流注纳甲法每天各时辰的流注开穴，并附简图。明·徐凤《针灸大全》有关纳甲法的论述均出自本书。

本书还论述了"养子时刻注穴法"。

8.1.22.3 版本

见《针灸四书》

8.1.23 针灸资生经

王执中，字叔权，南宋时针灸学家，浙江阳安（今瑞安县）人。生卒年月不详。宋乾道己丑年（公元1169年）进士，官从政郎澧州教授。因当时重方药，轻针灸，公元1165年左右，王氏根据《针灸甲乙经》、《明堂》上、下经等书，结合个人临床经验，编撰成《针灸资生经》一书。

8.1.23.1 主要内容

宋·王执中撰，7卷，刊行于宋嘉定十三年庚辰（公元1220年）

卷一论腧穴，略仿《针灸甲乙经》、《铜人腧穴针灸图经》体例，按头、胸、背、腹、四肢部分分区介绍，附入不少别穴并附图46幅。据《素问》、《针灸甲乙经》、《明堂》上、下经、《铜人腧穴针灸图经》等文献，考订了穴位的部位、取穴法、主治病症、禁忌等项。

卷二论述针灸法，有针灸须药、针忌、穴名同异考等。尤其是灸法记述颇多，如灸疗壮数、艾炷大小、点艾火、灸疮、忌食物、避人神等，明清针灸医籍如《针灸大成》、《针灸集成》等关于灸法的内容，多引自本书。

卷三至卷七，博引典籍方书，结合作者临床经验，记述内、外、妇、儿各科193种病症的针灸治疗方法，对临床有重要参考价值。卷三主述虚损、消渴、大小便病证、遗精、痢、霍乱、胃痛、疟等。卷四主述心痛、神志病、中风、咳喘、积聚、水肿、鼓胀等；卷五主述诸痛症；卷六为五官头面及各种病症以及头痛、面肿等；卷七记述伤寒、黄疸、瘰疬、历节风、疔疮、癣疥及妇科病等。

本书附图46幅，其中背面9幅、腹面27幅，侧面10幅。

8.1.23.2 主要特色

（1）重视穴位考订：本书记载364个穴名，别穴21个。依据《素问》、《针灸甲乙经》、《明堂》上、下经、《千金要方》、《铜人腧穴针灸图经》等书互参校订，并重视实践，择善而从，据理否定了《铜人腧穴针灸图经》中所说的不宜针灸的一些穴位。同时收入了临床有效的别穴，如眉冲、明堂、当阳、穷骨、百劳等21穴。其他如督俞、气海俞、关元俞、风市等，目前已为针灸医家所常用，且已归经，而且是王惟一所撰《铜人腧穴针灸图经》中所阙如的。在穴位主治方面，不仅搜集了大量前人的有关记载，而

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

且通过作者亲身实践，又增添了不少个人宝贵经验，有的以医案形式表述，弥补了文献记载的不足。如风市穴下有“予冬月当风市处多冷痹，急擦热于温之，略止，……偶缪刺以温针，遂愈。信乎能治冷痹也，不特治痹，亦治风之要穴，《铜人》乃不载”。又如上星穴下附有作者本人的脑冷治验。百会穴有治心气病医案。

(2) 内容丰富的针灸临床著作：本书治疗部分，因病配穴，纲目众多，是一部内容丰富的类纂性临床针灸著作，为宋以前针灸专书所少见。每个病证多从辨证着手，分列治疗诸穴。如痰涎（痰饮、吐沫）证治中有：“巨阙治热病胸中痰饮，腹胀暴痛，恍惚不知人。通谷治结积留饮、胸满、食不化。不容治痰癖。少冲治痰冷。率谷治高胃寒痰，伤酒风发，脑两角强痛，不能饮食，烦满吐不止。浮白治痰沫胸中满，不得喘息。本神治癫疾吐涎沫。丝竹空治涎沫。然谷、复溜治涎出。阴谷治涎下。高俞疗痰饮，吐逆汗出，寒热骨痛，虚胀，舌满痰疟。胆俞疗痰闷。上脘疗痰多吐涎。”说明痰涎证因证型不同，用不同的穴位治疗，体现了辨证论治原则。

值得提出的是，在治疗内容中，附有许多他人经验、个人体会及治验。如虚损中载：旧传有人老而颜如童子者，盖每岁以鼠粪灸脐中一壮故也。予尝久患溏利，一夕灸三七壮，则次日不如厕，连数夕灸，则数日不如厕，足见经言泄利不止之验也。又予年轻壮，觉左手足无力，偶灸此而愈，后见同官人说中风人多灸此，或百壮或三五百壮皆愈，而终不言主中风，何也?”又如癫疝条下有：“舍弟少戏举重，得偏坠之疾，有道人为当关元两旁相去各三寸青脉上灸七壮，即愈。王彦宾患小肠气，亦如此灸之愈。”其他如喘证、癫疾、水肿、脐痛、肩痹痛等许多病证下都附有病案等治验。

(3) 强调针灸并用，针药并用：本书虽为针灸专著，但王氏强调针、灸、药并用治病的原则。如在“针灸须药”中说：“今人或但知针而不灸，灸而不针，或惟用药而不知针灸者，皆犯孙真人之戒也。而世所谓医者，则但知有药而已，针灸则未尝过而问焉”。故书中引用方药甚多，而所参考的方书，如《耆域方》、《陆氏集验方》、《玉道单方》等已失传，如引《既效方》中若欲治淋疾，则有王不留行子神效。其他如泻泄、痢疾、中风、消渴、瘰疬、痉证、便秘等病证，皆引用了前人方书中的效验方药。

8.1.23.3 版本

(1) 宋嘉定庚辰（公元 1220 年）徐正卿刊本
(2) 宋绍定四年（公元 1231 年）赵纶刊本
(3) 元大德丁未（公元 1307 年）国氏刊本
(4) 元天庆庚午（公元 1330 年）叶日增广勤书堂刊本
(5) 明正统丁卯（公元 1447 年）叶景达广勤书堂刊本
(6) 日本宽文九年（公元 1669 年）村上勘兵卫刊本
(7)《四库全书》本
(8) 上海科学技术出版社 1959 年 12 月新 1 版
(9) 中国书店 1987 年 11 月第 1 版，据《钦定四库全书》本影印

8.1.24 扁鹊心书

窦材，生于宋代中叶，窦材在本书自序中说：“初学医，尽博天子之书，为医之理

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

尽矣，然调治小疾，百发百中，临大病百无二三，每恨己术之不精也。后遇关中老师，从其学习二年，再治病则百发百中。遂将追随先师所历之法，与己四十余年之所治验，集成医流正道，以救万世夭枉。”

8.1.24.1 主要内容

宋·窦材辑录，三卷及神方一卷，刊行于公元1146年。托名扁鹊所传。

卷首窦材序文。

上卷论经络、灸法等，中、下卷分论伤寒诸证。另有神方一卷，列99方，分别介绍其主治及服用法，其中有口服中药麻醉方，为临床医家所重视。

卷上收录的针灸内容如下：

当明经络、须识阴阳、住进之法、忌用转下、要知急缓、五等虚实、大病宜灸、三世扁鹊、时医三错、黄帝灸法、扁鹊灸法。附：窦材灸法。

8.1.24.2 主要特色

(1) 强调温养阳气，禁戒寒凉。以灼艾为第一，饵丹药为第二，用附子为第三。认为“阴气未消终是死，阳精若在必长生”。治病应以保扶阳气为本，真气壮则人强，真气虚则人病，真气脱则人死。窦氏用灸，自谓遵《铜人针灸图经》之法，凡大病宜灸脐下五百壮。认为临证时若只灸三五十壮，是不能补接真气的。其用于使患者忍耐久艾之痛的睡圣散，是以曼陀罗花为主的中药麻醉方，为历来临床医家所重视。

(2) 重视温养脾肾之阳。窦氏用灸，多取命关（食窦穴）、中脘、足三里、肾俞、关元等穴，其中犹以取命关为独到之处，如卷上“扁鹊灸法”中说，命关“属脾，又名食窦穴，能接脾藏真气，治三十六种脾病。凡诸病困重，尚有一毫真气，灸此穴二三百壮，能保固不死。一切大病属脾者并皆治之。盖脾为五藏之母，后天之本，属土，生长万物也。若脾气在，虽病甚不至死，此法试之极验。

(3) 针法奇妙。卷下“失血”载：“一人患脑衄，日夜有数升，诸药不效。余为针关元穴，入二寸留二十呼，问病人曰：针下觉热否？曰：热矣。乃令吸气出针，其血立止”。卷下“头痛”载：“若患头风兼头晕者，刺风府穴，不得直下针，恐伤大筋，则昏闷。向左耳横纹针下入三四分，留去来二十呼，觉头中热麻是效。”

8.1.24.3 版本

(1) 清初刻本

(2) 清乾隆三十二年丁亥（公元1767年）《医林指月》本

(3) 清光绪七年辛巳（1881年）上海王氏刊本

(4) 中医古籍出版社1992年2月第1版，据清乾隆三十二年王琦《医林指月》宝笏楼刻本点校

8.1.25 素问病机气宜保命集

刘完素，字守贞，金代医家，约生活于公元1110年～1200年，河间（今河北省河间县）人，后人尊为河间先生。好用凉剂，以降心火益肾水为主，成为著名的寒凉派。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

刘氏著作甚丰，除本书外，还有《素问玄机原病式》、《素问宣明论方》、《伤寒直格》、《伤寒标本心法类萃》、《三消论》、《（新刊）图解素问要旨论》。涉及针灸内容者，以本书为多。

8.1.25.1 主要内容

金·刘完素撰，3卷，为三十二论。其中涉及针灸的内容有：

卷中，中风论第一，论太阳中风的辨证论治，除了用药物治疗外，还宜用针。无汗恶风宜针太阳、至阴、昆仑、阳跷；有汗恶风宜针风府。疠风论第二，论述疠风的病因、症状，在治疗方面以药物、针灸结合，先桦皮散服五、七日，后灸承浆穴七壮，灸疮轻再灸，疮愈再灸，后服二圣散，泄热祛血中之风邪。心痛论第十一，引录了心痛的辨证及分经取穴。还引用《灵枢·厥病》篇各种厥心痛的分经取穴法，命名为“接经三法”。实为后世所谓“通经接气法”之开端。

卷下，肿胀论第二十四，五脉论五水灸法：青水灸肝井，赤水灸心荥，黄水灸脾俞，白水灸肺经，黑水灸肾合。疮疡论第二十六，凡疮疡可灸刺者，须分经络部分，血气多少，俞穴远近，分别进行针灸治疗。若从背而出，当从太阳五穴，随证选用，或刺或灸，泄其邪气，凡太阳多血少气，至阴、通谷、束骨、昆仑、委中。从鬓而出者，当从少阳五穴选用，少阳少血多气，窍阴、侠溪、临泣、阳辅、阳陵泉。从髭而出者，当从阳明五穴选用，阳明多血多气，历兑、内庭、陷谷、冲阳、解溪。从脑而出者，当刺灸绝骨。并论述疮疡切开以石砭及各种灸法，以及刺法适宜症，不宜灸等内容。瘰疬论第二十七，提出瘰疬所生的部位随其所属经络部分以对证之穴灸之，如治马刀，可用临泣穴，灸二七壮。

其他各论亦有散在记载，如吐论中有“灸大椎三五壮立已，乃泻督也。”

8.1.25.2 主要特色

（1）重视经络辨证，循经取穴：刘氏临床治病，无论用药或用针，皆重视经络辨证。他认为辨病“必先审六经之候”。在中风病论治中，他说：“凡中风，不审六经之加减，虽治之不能去其邪也。”因此，对中风病按六经病证，邪气所中之经，而辨证选穴治之，与一般针灸治疗中风病有显著区别。对疮疡病亦同样分经论治，依据疮疡所发的部位属于何经循行之处，而用所属经脉之五输穴治疗，调节其气血。其他如五种厥心痛、瘰疬等，皆循经取穴治疗。

（2）治病以五输穴为主：本书所记载10余种病证的针灸治疗中，只用30余穴，其所用穴位多数为诸经之五输穴。此外对原穴也很重视。

（3）善于泻血疗法：凡见实热症刘氏多用泻血疗法。如中风病中“太阳中风刺至阴出血；热无度不可止，刺陷谷出血；百节疼痛实无所知，三棱针刺绝骨出血。”

8.1.25.3 版本

（1）河间医学六书（附二种）

（2）人民卫生出版社1956年6月影印古今医统正脉全书本第1版

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.26 儒门事亲

张从正，字子和，号戴人（公元1156－1228年）。金·睢州考城（今河南省兰考县）人。出身医学世家，行医50多年，其学术成就与朱丹溪、李杲、刘完素齐名，被称为金元四大家之一。以推崇治疗上用汗、吐、下三法为主，被后世称为“攻下派”。曾于公元1217年任太医，1221年辞职，与麻知已，常仲明等讲究医学，总结临床经验，著有《儒门事亲》一书。

8.1.26.1 主要内容

金·张从正撰，十五卷，约成书于公元1228年。与针灸治疗有关的是：

卷一：“痹证”有“刺肾俞、太溪二穴，一日二刺”。“论妇人带下赤白错分寒热解”中有论述十二经脉、奇经八脉与带下赤白的关系。“月疾头风出血最急”中，论述足太阳、足阳明、足少阳、足厥阴与目病、头风病的关系，及取穴与刺血治疗方法，并举有效病例。

卷二：“论口眼㖞斜是经非窍辨”中，论述口眼㖞斜不能单从五脏之外窍论治，要从面部与手阳明、足三阳之循行关系入手论治，为面瘫的针灸取穴奠定理论基础。在“疝本肝经宜通勿塞状”中，论述疝与肝经及冲、任、督脉的关系，提出以治足厥阴经为主治疗疝，并附针灸治疝的病例。

卷三：“喉舌缓急砭药不同解”中，论述咽、喉、会厌、舌四者与手少阳、太阳，足阳明、足少阳、足太阴、足厥阴的经脉循行关系，故咽喉、口舌病证多从其相关经脉论治而取相应腧穴。对背痈证用锋针针其肿处，乱刺出血。

卷六：论述风、暑、火、热、湿为病，记载针灸治疗较多。如风搐反张病、肾风病、舌肿证、腰胯痛、狂证、目盲、目赤、小儿面上赤肿、呕血、痤痛、臂麻不便、背痈、胶瘤等病证中，都记载针灸治疗，或附有病例，其中多为针刺出血，其出血量亦较大。

卷十：记载针灸较多，如风木、暑火、湿土、燥金、寒水致病中，俱有针灸方法，而多取各经之井穴，即大敦、少冲、隐白、少商、涌泉穴。在“十二经脉是动为病”中，引录了《灵枢·经脉》篇“是动则病”、“是主所生病”的内容。另外在洞泄寒中、诸泄不已、伤寒疫疠、虚劳病、小儿砂石淋、五种淋证中也有针刺出血的记载。

卷十一：有疝的循经辨证，小儿牙疳齿龋病的治疗取穴。

8.1.26.2 主要特色

（1）长于刺络泻血：张氏擅长刺络泻血，认为“出血之于发汗，名虽异而实则同”。本书所载刺血疗法有如下特点：①运用锋针多，锋针即铍针，为九针之一，针锋锐利，创伤面大，便于出血。如目暴赤肿痛，“皆宜以锋针刺前五穴（神庭、上星、前顶、囟会、百会）出血而已”。也有用三棱针者，如“人年四十、五十，不问男女目暴赤肿隐难开者，以三棱针刺前顶、百会穴出血大妙”。②出血量多：如“治一妇人木舌胀，其舌满口，诸药不愈，余以锋者小而锐者砭之五七度肿减，三日方平，计所出血几至盈斗。”③针刺部位及针数多，反复泻血：如对肾风的治疗“宜先刺其面，大出其血，当

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

如墨色，三刺血变色矣，于是下针自额上下铍针直交颐项皆出血，果如黑色，偏肿处皆针之……”。又如治背疽，“一二十行以铍针于肿脓处，乱刺出血，如此者三”。

(2) 阐发十二经气血多少：在对目疾的辨证中说：“圣人虽言目得血而能视，然血亦有太过不及也，太过则目壅塞而发痛，不及则目耗竭而失精……夫日之内眦，太阳经之所起，血多气少；目之锐眦，少阳经也，血少气多；目之上纲太阳经也，亦血多气少；目之下纲阳明经也，气血俱多。然阳明经起于目两旁交鼻颏中，与太阳少阳俱会于目，惟足厥阴肝经连于目系而已，故血太过者太阳阳明之实也，血不及者厥阴之虚也，故血出者宜太阳阳明，盖二经血多也，少阳一经不宜出血，血少故也。刺太阳阳明出血则愈，刺少阳出血则目愈昏，要之无使太过不及，以血养目而已”。

(3) 重视经络辨证及循经取穴：本书对于口眼㖞斜、目疾、牙痛等症，多采用循经取穴。

8.1.26.3 版本

(1) 明万历二十九年辛丑（公元 1601 年）吴勉学校刻古今医统正脉全书车映旭斋藏版

(2) 人民卫生出版社 1957 年 4 月影印古今医统正脉全书本第 1 版

8.1.27 脾胃论

李杲，字明之，世居真定的东垣地区（今河北省正定县），晚年自号东垣老人。金代著名医学家（公元 1180 年～1251 年），在中医理论上，提出了“内伤脾胃，百病由生”的观点，善用温补脾胃之法，阐述了论治脾胃的系统思想，后世称其为补土派代表人物。

《脾胃论》成书于东垣晚年，其他著作尚有《脉诀指掌病式图说》一卷、《食物本草》十卷、《珍珠囊指掌补遗药物赋》四卷、《内外伤辨惑论》三卷、《兰室秘藏》三卷等。

8.1.27.1 主要内容

金·李杲撰，成书于宋淳祐九年（公元 1249 年）。全书分上中下三卷。

本书主要内容是论述脾胃病发生的原因，辨证思想及系列治疗脾胃病的方药，突出了补土派的学术思想，同时也体现在针灸方面。关于李东垣的针灸学术思想，在《针灸聚英》中首先转载，称东垣针法，后在《针灸大成》中也有转录，现仅将本书有关针灸内容简介如下。

卷中：“饮食劳倦所伤始为热中论”引《灵枢·邪气脏腑病形》篇：“胃病者，腹胀，胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下，取三里以补之”。引《灵枢·官能》篇：“从下上者，引而去之”，“上气不足，推而扬之”的针法，亦属于阳病在阴，从阴引阳治热厥之法及疼痛病的缪刺法。

“胃气下溜，五脏气皆乱，其为病互相出见论”引《灵枢·五乱》篇针刺五乱的取穴法：“气在于心者，取之手少阴心主之输（神门、大陵）”；“气在于肺者，取之手太阴荥，足少阴输（鱼际并太渊输，不令湿上克肾，其穴在太溪）”；“气在于肠胃者，取之

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

足太阴、阳明，不下者，取之三里（章门、中脘、三里）”，即取其募穴治疗；“气在于头，取天柱、大杼，不知，取太阳荥、输（通谷，深，束骨，深）”“先取天柱、大杼，不补不泻，以导气而已，取足太阳膀胱经中，不补不泻，深取通谷、束骨。丁、心火，己、脾土穴以引导去之”；“气在于臂足，取之先去血脉，后取其手足阳明之荥、输（二间、三间深取之，内庭、陷谷深取之）”。并引录“徐入徐出，谓之导气，补泻无形，谓之同精”的原文。

在引录《素问·阴阳应象大论》篇有关阴病治阳，阳病治阴论述时，加以引伸发挥，采用内伤五脏由外感之邪所致者，用背腧穴治疗，“阳气不足，阴气有余”，以腹部募穴治疗，“饮食失节及劳役形质，阴火乘于坤土之中，致胃气、元气不得上升滋于六腑之气，是五阳之气先绝于外”，此元气乃伤，“当从胃合三里穴中推而扬之，以伸元气”。

8.1.27.2 主要特色

（1）阐发经旨，重视调治脾胃：本书中大量引用《内经》有关脾胃的生理功能、病理变化的论述，如“胃者，水谷之海，其输上在气街，下至三里”（《灵枢·海论》）“人之所受气者谷也，谷之所注者胃也。胃者水谷气血之海也，海之所行云气者，天下也，胃之所出气血者，经隧也。经隧者，五脏六腑之大络也”（《灵枢·玉版》）等。在治疗上调补脾胃的思想也表现在针灸方面。如“饮食劳倦所伤始为热中论”中说：“胃病者……取三里以补之。”“大肠小肠五脏皆属于胃，胃虚则俱病论”中说：“小肠之穴在巨虚下廉，大肠之穴在巨虚上廉，此二穴皆在足阳明胃三里穴下也”。

（2）阐发阴病治阳、阳病治阴理论及针灸方法：本书“阴病治阳阳病治阴”说：“阴病在阳”，“是天外风寒之邪乘中而外入，在人之背上腑腧、脏腧，是人之受天外客邪”。应该“以治风寒之邪，治其各脏之俞”。而在六淫，则“中暑者，治在背上小肠腧；中湿者，治在胃腧；中燥者，治在大肠腧……皆泻在背之腑腧”。“若元气愈不足，治在腹上诸腑之募穴。若传在五脏，为九窍不通，随各窍之病治其各脏之募穴于腹……凡治腹之募，皆为元气不足，从阴引阳勿误也”。

（3）阐述同精导气之法：本书卷中“胃气下溜”在引用《灵枢·五乱》篇原文基础上，亦垣加以阐述。如“气在于心者，取之手少阴、心主之输，神门、大陵。滋以化源，补以甘温，泻以甘寒，以酸收之，以小苦通之，以微苦辛甘轻剂，同精导气，使复其本位。气在于肺者，取之手太阴荥、足少阴输，鱼际并太渊输。太阴以苦甘寒，乃乱于胸中之气，以分化之味去之。若成痿者，以导湿热；若善多涕，从权治以辛热，仍引胃气前出阳道，不令湿土克肾，其穴在太溪。……气在于臂足，取之先去血脉，后取其手足阳明之荥、输。二间、三间深取之，内庭、陷谷深取之。视其足、臂之血络尽取之，后治其痿、厥，皆不补不泻，从阴深取引而上之。上之者，出也去也，皆阴火有余，阳气不足，伏匿于地中者，荣血也。当从阴引阳，先于地中升举阳气，次泻阴火，乃导气同精之法”。

8.1.27.3 版本

人民卫生出版社 1957 年 4 月影印古今医统正脉全书本第 1 版。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.28 丹溪心法

朱震亨，字彦修（公元1281－1358年）。元代婺州义乌（今浙江义乌县赤岸）人。世居赤岸，赤岸有一条溪流为丹溪，故人称丹溪翁，或称丹溪先生。丹溪中年学医，从师于罗知悌，尽得其学。他对于刘河间、张子和、李杲等人的学术思想及临床经验虚心学习，并有所创新，创立了“相火论”，首论“阳常有余，阴常不足”的学术思想，被后世称为滋阴降火派，为金元四大家之一。

除本书外，其著作还有《局方发挥》、《格致余论》、《金匮钩玄》、《本草衍义补遗》等。

8.1.28.1 主要内容

元·朱震亨撰，全书分为五卷，正文之前有“序”和“论”。主要内容为论述内、外、妇、儿各种病证及方药。

在“论”中，有十二经见证（实际为十一经见证，缺手少阳三焦经见证）。其所论次序以足三阳、手二阳、足三阴、手三阴为序，所论证候不分“是动病”、“所生病”，与《灵枢·经脉》篇不尽相同。另外还有手足阴阳经合生见证35条，即每一症候有手足阴阳经两经、或三经、四经的合经病候。

在各卷中，分别记载有针灸治疗20余条，以灸法为多，而且是针、灸、药物并用，以药物为多，附以针灸法。如卷一，中风病有初昏倒急掐人中；用灸可灸风池、百会、曲池、合谷、风市、绝骨、环跳、肩髃、三里等穴，皆灸之，以凿窍疏风。卷二，痢，“甚者灸天枢、气海。”泄泻，“用艾炷如麦粒大，百会穴灸三壮。”咳嗽，“灸天突穴、肺俞穴，大泻肺气。”漏疮，“用附子破作两片，用人唾浸透切片，安漏孔上艾灸”。卷四，厥，“速灸关元百壮。”疠风，“可用三棱针刺委中出血”。头风，若经久不愈者，“灸囟会、百会、前顶、上星等穴”。绞肠痧，“姜汤探吐，刺委中出血”。腰痛，“不能伸者，针人中；血滞于下委中穴刺出血妙，仍灸肾俞、昆仑尤佳。”气疝，“灸大敦穴。”卷五，瘰疬，初生起时灸曲池。

8.1.28.2 主要特色

（1）增补经脉病候：本书在《灵枢·经脉》篇各条病候论述基础上，予以补充。如足太阳膀胱经病候中，补充了“泪出，脐反出，下肿，便脓血，肌肉痿。”足阳明胃经病候中，补充了“遗溺失气，癫疾。”手太阳小肠经补充了“面白、耳前热苦寒”。手阳明大肠经补充了“耳聋焊焊焞焞，耳鸣嘈嘈，耳痛，气满皮肤壳壳然坚而不痛”等等。尤以足太阴脾、足少阴肾、足厥阴肝病候补充较多，这就扩大了经脉病候的内容，这对于经络辨证，循经取穴有十分重要意义。

此外，本书还补充了手足阴阳经的共同病候，如“鼻鼽衄，手足阳明、太阳”，“膈咽不通不食足阳明、太阴”。

（2）提出“针法浑是泻无补”，“灸法有补泻”的观点。因此书中有关针灸治病，以灸法为多，针法较少。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.28.3 版本

上海科学技术出版社，1959 年 4 月新 1 版

8.1.29 西方子明堂灸经

西方子，元代医生，生平不详。撰《西方子明堂灸经》8 卷，元代刊行。

《四库全书总目提要》卷一百三评介："《明堂灸经》八卷。题曰西方子撰。不知何许人，与《铜人针灸经》俱刊于山西平阳府。其书专论灸法，《铜人》惟有正背左右人形，此则兼及侧伏，较更详密。考《唐志》有《黄帝十二经明堂偃侧人图》十二卷，兹或其遗法……。《旧唐书·经籍志》以《明堂经脉》别为一类，则曾之说信矣。古法多针灸并言，或惟言针以该灸，《灵枢》称《针经》是也。自王焘《外台秘要》始力言误针之害，凡针法穴道，俱删不录，惟立灸法为一门，此书言灸不言针，盖犹焘志也。"

8.1.29.1 主要内容

元·西方子（姓名不详）撰，8 卷，成书于公元 1142～1194 年之间。

本书的穴位排列次序与部位同《千金要方》。卷一，正人头面图 36 穴名；正人胸膺图 25 穴名；正人腹肚图 48 穴名。卷二，正人手图 26 穴名，手太阴肺经 10 穴名，手厥阴心包经 8 穴名，手少阴心经 8 穴名。卷三，正人足图 26 穴名；足太阴脾经 11 穴名，足阳明胃经 15 穴名。卷四，伏人头图 14 穴名，伏人背脊图 37 穴名。卷五，伏人手图 17 穴名，手少阳三焦经 17 穴名。卷六，伏人手图 9 穴名，手太阳小肠经 9 穴名。伏人足图 17 穴名，足太阳膀胱经 17 穴名。卷七，侧人头颈图 20 穴名，侧人胁图 18 穴名，侧人手图 20 穴名。卷八侧人足图 42 穴名。足少阳胆经 15 穴名，足厥阴肝经 11 穴名，足少阴肾经 16 穴名。

8.1.29.2 主要特色

本书以论述灸法为主。对于禁灸腧穴分为几个档次，即不可灸腧穴，如乳中；不灸的腧穴，如攒竹；不宜灸的腧穴，如女子不宜灸石门。对于每天应灸壮数及累积的壮数，也有说明，如水分穴，"若是水病，灸之大良，日灸七壮，至四百壮"。又如关元穴，"灸三十壮，十日灸三百壮。"

本书对刺络泻血也有一些论述，如卷六"委中二穴，在腘中央约纹中动脉，凡风痹，腰脚重病，于此泻血，久痼宿疹，亦皆立已"。

8.1.29.3 版本

（1）元熊氏卫生堂刻本
（2）明山西平阳府刊本
（3）清顺治间关东李月桂重刻本
（4）清初刻本
（5）四库全书本
（6）清光绪十年甲申（1884 年）钱塘丁氏据山西平阳府重校刻本

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(7) 上海大东书局中国医学大成本附冯氏勘记一卷

8.1.30 针经指南

窦杰（公元 1196～1280 年），字汉卿，后改名默，字子声，金元时针灸学家。广平肥乡（今河北肥乡）人。在蔡州（今河南汝阳）遇名医李浩，学习铜人针法，学成回到原籍，从事医疗和医学教授工作，以针术闻名于当世。元世祖忽必烈为藩王时，使皇子从他学习而任太师，后任翰林侍讲学士，晚年加至昭文馆大学士，故后人有称其为窦太师者。撰有《针经指南》、《流注指要赋》、《标幽赋》等针灸专著。

8.1.30.1 主要内容

金·窦汉卿（杰）撰，初刊于公元 1295 年，本书不分卷次。首页是《针经指南》序（1983 年人民卫生出版社据《普济方》补）两段。本书内容包括：针经标幽赋、流注通玄指要赋、针经直说、络说、交经辨、气血问答、手足三阴三阳表里支干配合、流注八穴序、定八穴所在、真言补泻手法、夫妇配合、古法流注与杂忌法等。书后附针灸杂说，为元代窦桂芳撰，书的尾页记有《窦汉卿流注指要后序》。

8.1.30.2 主要特色

本书的《标幽赋》、《流注通玄指要赋》是古代针灸歌赋中的名篇，以精练、流畅的歌赋文体，阐述了作者对针灸理论的认识和临床经验的总结，其内容涉及经络理论，取穴之法，针灸治病机理及原则，进针法，针刺补泻，及各具体病证的针灸处方选穴，尤其在针灸治疗方面，取穴精专，多为 1～2 穴，效验确切，为后世针灸医家所习诵使用。

重视流注八穴，强调“交经八穴者，针道之要也”，在医疗实践中，“以此术行于河淮间四十一年，起危笃患，随手应者，岂胜数哉”。书中列公孙、内关、临泣、外关、后溪、申脉、列缺、照海等八穴的主治病证。在具体使用上，先刺主证之穴，如病未已，必求合穴，未已，须停针待气，使上下相接，快然失其所苦，而后出针。

本书“真言补泻手法”是窦氏针术的经验总结，把针刺的基本手法归纳为十四法，即“动、摇、进、退、搓、盘、弹、捻、循、扪、摄、按、爪、切”。十四法的确立，为以后《金针赋》、《针灸大成》论述针法奠定了基础。

8.1.30.3 版本

见《针灸四书》

8.1.31 云岐子论经络迎随补泻法

张璧，号云岐子，金代医家，张元素（洁古）之子，生活于十三世纪，易州（今河北易县）人。其学术思想，多承洁古之说，撰有《云岐子论经络迎随补泻法》、《脉谈》、《云岐子脉法》、《医学新说》等，又撰《伤寒保命集》二卷。

8.1.31.1 主要内容

金·张璧撰，收录于元·杜思敬《济生拔粹》卷二。主要内容：1. 能知迎随，可令

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

调气，调气之方，必别阴阳。2．经络取原法。3．王海藏拔原例，十二经原穴。4．经络腧穴配合法。5．辨伤寒热甚五十九刺。6．刺热病汗不出。7．刺伤寒结胸痞气。8．刺伤寒三阳头痛法。9．刺伤寒三阴腹痛法。10．灸少阴原救脉法。11．辨伤寒药附针灸法。12．伤寒刺期门。13．洁古刺诸痛法。14．窦太师流注指要赋。15．离合真邪说。16．诸穴治证。17．寒热补泻法。18．灸法补泻。19．取寸法。20．刺心痛诸穴。21．通经法。

8.1.31.2 主要特色

本书依据《灵枢·终始》“故泻者迎之，补者随之”。及“凡用针顺经而刺之，为之补；迎经而夺之，为之泻”的论述，对针刺迎随补泻法进行了阐述。其次，对伤寒应用针灸疗法治疗及针药并用问题进行了阐发。

本书还论述了张洁古提出的八关大刺法。如洁古刺痛诸法中，有“大烦热不止，昼夜无度，刺十指间出血，谓八关大刺”。

本书最后一节为通经法，论述了刘完素所倡导的通经接气法。此种针法对各种疼痛及经气郁滞之证有较好疗效。

8.1.31.3 版本

(1) 见《济生拔粹》现存主要版本

(2) 中国书店 1987 年 11 月第 1 版，据元刻本影印

8.1.32 针灸摘英集

杜思敬，自号宝善老人，山西铜鞮（今山西沁县）人，元代医学家，余不详。曾汇辑金元时期 19 种医籍，按节而录之，门分类析，有论有方，详不至冗，简不至略原则，辑成《济生拔粹》19 卷，在卷首汇集针灸书籍 4 种，即：1．针灸节要，1 卷，元·不著撰人。2．云岐子论经络迎随补泻法，1 卷，金·张璧撰。3．窦太师流注指要赋，1 卷，金·窦杰撰。4．针灸摘英集，1 卷，不著撰人，一说杜思敬辑。

8.1.32.1 主要内容

元·杜思敬节辑。本书内容精要，言简意赅，故名“摘要”。全书共分五段：一段，以文图介绍九针。二段，讲述折量取穴位法。突出取穴分寸与体位。三段，为补泻法。四段，为用针呼吸法。五段，治病直刺法，介绍 69 种内科杂病及妇科病的症状、取穴、刺法等。是一本比较简要的针灸参考书。本书收入《济生拔粹》书内。

8.1.32.2 主要特色

本书重视取穴定位法及体位，倡用中指同身寸法量取腧穴，如“折量取穴法”中指出：“凡度周身孔穴，远近分寸，以病人男左女右中指第二节内度两横纹相去为一寸，以薄竹片点量分寸使用”。本书又说：“凡点穴时，须得身体平直，四肢毋令卷缩，坐点毋令俛仰，立点毋令倾侧。坐点则坐针灸，卧点则卧针灸，立点则立针灸，反此则不得其穴。”

本书对针刺补泻手法进行了论述，对呼吸补泻尤为重视，在“用针呼吸法”中指

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

出："呼不过三，吸不过五，呼外捻针回经气，吸内捻针行经气。"

本书所列69种各科疾病、多为针灸临床所常见。书中对这些疾病的症状，取穴及刺灸大法进行了论述。如"治病直刺诀"中说："治偏正头痛，刺手少阳经丝竹空二穴、在眉后陷中，禁灸，以患人正坐，举手下针，针入三分"。

8.1.32.3 版本

(1) 见《济生拔粹》现存主要版本

(2) 中国书店1987年11月第一版，据元刻本影印。

8.1.33 针灸四书

窦桂芳，元建安时人，金·窦汉卿之子，余未详，辑《针灸四书》。据《普济方》补入的《针灸四书》序中说："余先君汉卿公，以药与艾见重于士大夫……"。"至元丙子以来，余挟父术游江淮，得遇至人，授以针法，且以《子午流注》、《针经》、《窦汉卿针经指南》三书见遗，拜而受之，珍藏玩味，大有进益，且喜其姓字医术与先君同也。因是作而言曰：南北有二汉卿，姓同字同而为医亦同也。北之汉卿，得行道针法，精于八穴以愈疾，名显于世，官至太师；南之汉卿，隐居求志，惟以药与艾，推而积活人济世之阴功，由是观之则信矣。"

8.1.33.1 主要内容

元·窦桂芳撰集。刊行于元至大四年辛亥（公元1311年）。因将《黄帝明堂灸经》、《灸膏肓腧穴法》、《子午流注针经》和《针经指南》四部针灸书汇辑成一部，故名。

(1)《黄帝明堂灸经》，唐代书，不著撰人。系抄录自《太平圣惠方》卷一百《明堂灸经》及《小儿明堂灸经》，改题本书名而刊行。

(2)《灸膏肓腧穴法》，宋·庄绰季裕撰，刊行于宋建炎二年丁未（公元1128年）。

(3)《子午流注针经》，金·何若愚撰，阎广明注，约成书于12世纪。

(4)《针经指南》，金·窦汉卿撰，初刊于公元1295年。书后附：针灸杂说1卷。

8.1.33.2 版本

(1) 元至大四年辛亥（公元1311年）刻本

(2) 浙江天一阁藏书

(3) 人民卫生出版社1983年6月第1版；据元刻活济堂残本为主本，参照《太平圣惠方》、《普济方》校勘排印

8.1.34 扁鹊神应针灸玉龙经

王国瑞，字瑞庵，兰溪（今属浙江）人，元代针灸医家，名医王开之子，后居婺源（今属江西）。王开从窦默学针灸二十载，尽得其传。王国瑞幼从父学，承父业而精于针灸，求治者无虚日。屡游三吴间，医名大振，尝与其父同注窦汉卿《铜人针灸密语》，题为《增注针经密语》一卷，已佚，而所撰《扁鹊神应针灸玉龙经》传世，对针灸医学有一定贡献。王国瑞传针术于子廷玉，孙宗泽，成为元明之际著名针灸世家。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.34.1 主要内容

元·王国瑞撰，刊行于天历二年己巳（公元1329年）。其弟子周仲良在本书后序中说："婺源先生所传针灸之书也，其所以托名扁鹊者，重其道而神其书也。名曰玉龙者，盖以玉为天地之精，龙之神变极灵，此书之妙用犹是也"。对书名含义作了清楚的说明。而"神应"的含义，则是宋代封扁鹊为"神应王"而来。

本书专论针灸之法，首为120穴玉龙歌，计85首，78症，举症见穴，加以注解，穴法、针灸法指示分明。次为"穴法歌，穴法相应三十七穴"，记载了37对穴位配伍。次为"注解《标幽赋》，"逐句阐发窦默针灸学术思想。次为马丹阳"天星十一穴歌"12首。次为"人神尻神太乙九宫歌诀"二首，并绘图二以说明之。次为："六十六穴治证"，介绍十二经五输穴、原穴、络穴、郄穴等93个常用穴的定位和主治。次为"子午流注心要秘诀"。次为"时日配合穴法图"。次为"盘石金直刺秘传"，介绍治症40个。次为"针灸歌"两首，介绍窦默的针灸临证心法要诀。次为"灸法杂抄切要"，记载8个杂症的灸治主穴。末为飞腾八法。正文后有天历二年（公元1329年）国瑞弟子周仲良序。

8.1.34.2 主要特色

全书以歌赋文体的内容为多，其中"玉龙歌"、"天星十一穴歌"、"针灸歌"、"盘石金直刺秘传"等为本书首先收集。文义浅近，通俗易懂，内容以论述常见病症的针灸治疗方法为主，还根据需要，分别提及病因病机，针灸处方，随症加减，操作方法，方义及针灸禁忌等。如玉龙歌中有"口气由来最可憎，只因用意苦劳神，大陵穴共人中泻，心脏清凉口气清"。

此外，书中还有王氏对前贤文章的注解，这些注文文义清楚，解释透彻，给理解原文带来了极大方便。如窦默《标幽赋》中有些文词深奥晦涩，经王氏注解，使隐匿之理昭然。如《标幽赋》中有"午前卯后，太阴生而疾温；离左酉南，月朔死而速冷"一句。王注："子丑寅三时者，阴中之少阴，不足为用也。午前卯后乃辰巳之时，阳中之老阳，可治万病之虚寒。酉戌亥三时，阴中之老阴，不足生发也。离左酉南乃未申之时，阳中之少阴，可治万病之烦躁者。温其虚寒，则针而补之，灸而呵之；冷其烦躁，则针而泻之，灸而吹之"。对于理解原文很有帮助。

王氏受金元时期兴起的子午流注学说影响，十分重视八脉交会穴和按时针刺的理论，创立了"十二经夫妻相合逐日按时取原"和"飞腾八法"两种针法。"十二经夫妻相合逐日按时取原"针法是一种异于子午流注纳甲法，而以《河图》理论为依据的另一种按时取穴法。其法是：先将十二经与天干相配，按《河图》五行生成数把各经原穴组合成六对，按阳经原穴为夫，阴经原穴为妻，按甲己相合，乙庚相合，丙辛相合，丁壬相合，戊癸相合，戊己相合的方法，六对穴位是：丘墟（夫）、公孙（妻）；合谷（夫）、中都（妻）；腕骨（夫）、列缺（妻）；京骨（夫）、通里（妻）；冲阳（夫）、水泉（妻）；内关（己土）、阳池（戊土）。结合逐日临时干支，形成十二经夫妻相合逐日按时取原穴法。施用时可根据各日天干查阅所开夫妻经穴，相配针刺。例如：甲日，辰时为腕骨、列缺，巳时为阳池、内关。先针主穴，后针配穴。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

本书还论述了飞腾八法，首次把九宫八卦学说与奇经八脉理论相结合，创立按照日时干支的推演数字变化，按时针刺八脉交会穴的方法。“飞腾八法”名称后见于徐凤的《针灸大全》，但开穴法与王氏不同。而《针灸大全》中的“灵龟八法”却与此“飞腾八法”相近。

8.1.34.3 版本

(1) 四库全书本
(2) 商务印书馆印四库珍本初集本
(3) 协和医院图书馆 1940 年据四库全书本抄本

8.1.35 十四经发挥

滑寿，字伯仁，自号樱宁生，元末明初（约公元 1304～1386 年）人。生于仪真，后徙余姚，从名医王居中学医，其后又学针法于东平高洞阳，尽得其术。著有《十四经发挥》、《难经本义》、《读素问钞》、《读伤寒论钞》、《诊家枢要》、《痔瘘篇》等，皆有功于世。医术高明，起废愈痼，不可胜计。

8.1.35.1 主要内容

元·滑寿撰，3 卷，刊行于公元 1341 年。作者参考《内经》、《难经》、《针灸甲乙经》、《圣济总录》、《金兰循经》等书，将手足十二经和奇经八脉汇编成书，将有专穴的十二经和任督二脉合称为十四经。在本书凡例中写道：“十二经所列次弟，并以流注之序为先后，附以任督二奇者，以其有专穴也，总之为十四经云”。

全书分为三卷。卷上：主论十二经脉之名称、功用、循行方向及经脉与络脉关系。卷中：主论十四经脉之循行、穴名、部位以及是动病与所生病，在每经之前还列有该经经穴歌，与其脏（腑）之形状、部位和功能。以上两卷的正文，与《金兰循经》相同，滑氏注文作了大量发挥与补充。卷下：主要论述奇经八脉的循行及病候，文字杂取于《素问》、《难经》、《针灸甲乙经》、《圣济总录》。

书中有图 16 幅，仰、伏人尺寸图各一，十四经脉分布与穴位图各一。

8.1.35.2 主要特色

(1) 对经络循行进行了发挥补充

经络循行路线在《灵枢》、《素问》、《难经》等书中已经进行了描述，但有的内容较为简单，有的地方还相互矛盾。滑氏根据《针灸甲乙经》关于穴位的记载，对十四经循行路线作了较多的补充、发挥。如足少阴肾经，《灵枢·经脉》说：“直行者，从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本”。本书则予以充实，说：“其直行者，从肓俞属肾处上行，循商曲、石关、阴都、通谷诸穴，贯肝上循幽门上膈，历步廊入肺中，循神封、灵墟、神藏、彧中，俞府而上循喉咙，挟舌本。

(2) 倡十四经说

早在滑氏之前，忽必烈在《金兰循经》中就将任督二脉与十二经脉相提并论，但没有《十四经发挥》所论明确、深刻，其影响也不大。而滑氏发展了《金兰循经》这一思

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

想，以《十四经发挥》为书名，明确提出十四经之说，其影响远较《金兰循经》为大。

本书对国内外针灸医学的发展起过重要作用，如近人承淡安校注本书作序云："夫十四经脉创于内，难二经，滑伯仁先生论而发挥其旨，针灸的盛行于元代，此滑氏之功也。厥后此书中国散失，故针灸之学几随之而湮没不彰，流传于日本，彼邦之针灸又盛兴，岂非书之瑰宝，有以致之欤"。

8.1.35.3 版本

(1)（日）宽永二年（1625）梅寿堂刻于洛阳
(2)（日）宽文五年（1665）复刻本
(3)（日）延宝三年（1675）松会刻本
(4)（日）宽正十年（1798）京都书林须源屋平左卫门刻本
(5) 大成书局 1921 年第 1 版，据薛氏医案石印本（单行本）
(6) 无锡中国针灸学研究社铅印本（题作《古本十四经发挥》）
(7) 苏州中国针灸学会 1953 年再版，铅印本
(8) 上海科技卫生出版社 1958 年第 1 版

8.1.36 卫生宝鉴

罗天益，字谦甫，河北省毫城人，毫城在金元时代属真定府，罗氏"幼承父训，俾志学于诗文，长值危时，遂苟生于方技，常切求师之志，于是上东垣先生后，求为门下士，果得升堂入室，发言造诣，酷似其师，著有《卫生宝鉴》二十四卷，补遗方一卷……"。(《中国医学大成总目提要》)罗氏生卒年月史无专传，但从本书所载内容中，可以大致推测，本书最早验案是宋淳祐六年丙午（1246）治疗疮案，最晚病案是元至元二十年癸未（1283），其医疗活动近四十年，据此，罗氏当生活在十三世纪。罗氏继承了东垣学术思想，结合自己的临床经验，编次了《卫生宝鉴》二十四卷，后人称其为东垣十书之羽翼。

8.1.36.1 主要内容

元·罗天益撰，24 卷，补遗 1 卷，成书于 1343 年。本书卷 20 有针法门，载有流注指要赋、离合真邪说、针有补泻法、四时深浅补泻法、寒热补泻法、灸法补泻，造度量权衡法、求寸法等。此外，针灸的内容还散见于其他诸卷，如卷二有"灸之不发"，卷七有"中风刺法"，有"大接经从阳引阴治中风偏枯，大接经从阴引阳治中风偏枯"。中风针法有半身不遂，失音不语，黄帝灸法。卷八"中风灸法"有灸风中脉口眼㖞斜，灸风中腑手足不遂等疾，灸风中脏气塞涎上不语昏危下火立效。卷九"痨风论"下有灸承浆穴法，痨风刺法并治验。卷十有灸雀目瘖眼法。卷十三有灸瘤子法。卷十五有灸腰痛法，张仲文传神仙灸法。卷十六"泄泻门"有大椎的灸法，葱熨法治验。卷十七有灸小便不通方。卷十八"妇人门"有崩漏带下，灸崩漏及诸疾法，灸中庭穴法。卷十九"小儿门"，有灸急惊法，灸慢惊及脐风撮口等疾，灸癖积法，灸甘瘦法，灸吐乳法，灸吐泻脱肛法。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.36.2 主要特色

本书为方书类，分门别类论述内、妇、儿科内伤杂病为主，选取古今名方600多首，并附有治验60多例，主要为本人治疗医案，也有少数前人医案。在针灸方面的特色有：

（1）倡导大接经气针法：大接经气针法始见于刘元素《保命集》，在本书卷七中，对中风刺法有大接经气从阳引阴：即治中风偏枯，先刺阳经井穴以引导阴经之气。有大接经气从阴引阳：即治中风偏枯，先刺阴经井穴以引导阳经之气。本书所谓大接经气即刺十二经之并穴，并穴为阴阳经气相交之处，针之可接通十二经之气。偏枯之证，由于经气不通，气血不畅，左右不能环周，针刺之使十二经经气相通，左右环周，故为治疗中风偏枯的有效刺法。

（2）针药杂合以治：本书所载治病方法及验案，常为汤药、针灸、温熨等法并用，如治惊痫，法洁古老人之法，昼发取阳跻申脉，夜发取阴跻照海，先齐灸二七壮，次与沉香天麻汤，服三剂而痊愈。

8.1.36.3 版本

（1）明永乐十五年（1417年）刊本
（2）明弘治七年刘廷瓒刊本
（3）明嘉靖间明德堂刊本
（4）中国医学大成本
（5）建国后铅印书

8.1.37 普济方·针灸

朱橚，明太祖朱元璋第五子，洪武三年封为吴王，十一年改封周定王，好学能诗，与滕硕、长史刘醇撰《普济方》168卷，另撰《救荒本草》。

8.1.37.1 主要内容

明·朱橚（周定王）、滕硕、刘醇等编，明·永乐四年（公元1406年）刊行，系明初编修的一部大型医学方书，书中广泛辑集明以前的医籍和其有关著作分类整理而成，原书今仅存残本，原作168卷，清编《四库全书》时本书改为426卷。其中有方脉总论、运气、脏腑（包括脏象及脏腑诸病候）、身形（包括头面耳等部位所属及身形诸病）、诸疾（包括伤寒、杂病、疮疡、外科、骨科以及各种治法）、妇人（包括妇产科）、婴儿、针灸、本草等共一百余门。据《四库提要》记载："凡1960论，2175类，778法，61739方，239图"。对于所述病证均有论有方，资料比较丰富，但也杂有一些糟粕内容。

1959年人民卫生出版社以《四库全书》本为主本，参照明永乐大典刻本残卷，明抄本残卷，进行校刊排印，分10册出版，计：第一册：方脉运气脏腑（卷1～43）。第二册：身形（卷44～86）。第三至六册：诸疾（卷87～221）。第七册：诸疮肿（卷272～315）。第八册：妇人（卷316～357）。第九册：婴孩（卷358～408）。第十册：针灸

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

门（卷 409～424）。

本书针灸门所收录的内容主要辑集自《针灸甲乙经》、《太平圣惠方》、《铜人腧穴针灸图经》和《针灸资生经》等书。按绪论、针灸经序·歌赋、经络、穴位和临床主治病症次序排列。临床病症集中于卷 417 至卷 424 中，包括内科、外科、妇儿科等 194 种病症。

8.1.37.2 主要特色

荟集针灸资料丰富，特别是《明堂经》序及《铜人针灸经》序，由于原书已亡佚，得本书而窥之概貌。此外，本书编纂体例合理，使学者检索方便，读之易得。在穴名同异的审定，针刺补泻大法，针具消毒，灸法理论及操作以及针灸治疗各科病证方面，论述详尽，搜集了历代医家的针灸处方和治病经验，是研究学习针灸的一部重要参考书。

8.1.37.3 版本

（1）日本翻刻明成化八年壬辰（1472 年）鳌峰熊氏中和堂本

（2）北京中医古籍出版社 1983 年 12 月第 1 版。据日本翻刻明成化八年本影印

8.1.38 针灸大全

徐凤，字廷瑞，明代著名针灸医家，江西弋阳人，生卒年月未详，据《金针赋》序记载："大明洪武庚辰仲春，予学针法，初学于洞玄先生，孟仲倪公，明天公没过维阳，又学于东隐先生，九思彭公。深得二先生发明，窦太师针道之书，梓岐凤谷，飞经走气补泻之法……"。由此可知，徐凤于洪武庚辰年（1400 年）开始学针法，受业于倪孟仲（号洞玄）和彭九思（号东隐先生）。

8.1.38.1 主要内容

明·徐凤编撰，6 卷，成书于明正统四年（公元 1439 年）。为一部综合性针灸著作。卷一为针灸歌赋 22 首，有周身经穴赋，十二经脉歌，十三鬼穴歌，天星秘诀歌，马丹阳天星十二穴并治杂病歌，四总穴歌，流注指微赋，通玄指要赋，灵光赋，席弘赋等。卷二为标幽赋。卷三周身折量法与穴位歌，穴位按头、面、肩、背、侧颈、膺部、侧腋部、腹部、侧胁部、手太阴肺经、大肠经、心包经、三焦经、心经、小肠经、脾经、肝经、胃经、肾经、胆经、膀胱经次序排列。卷四为窦文真公八法流注、八脉交会八穴歌、八法交会八脉、八法主治病症。卷五为金针赋、论子午流注之法、手足十二经之井荥俞原经合穴与部位。卷六为点穴论，有关灸法的内容，如艾炷大小、壮数多少、灸疮、取四花穴法、取膏肓灸法等。

8.1.38.2 主要特色

（1）搜集大量针灸歌赋：针灸歌赋自金·何若愚开其端，窦汉卿继其后，由元至明而盛行，本书搜集众多歌赋，成为最早的针灸歌赋选辑。其中有些歌赋为前人所作，如窦汉卿之标幽赋、通玄指要赋，何若愚之流注指微赋，马丹阳之天星十二穴并治杂病歌等，有的出于佚名氏，也有的可能出于徐凤之手，如金针赋等。由于本书对针灸歌赋的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

搜集整理，使这些歌赋得以流传至今。

（2）对针法的整理论述：本书对于针法进行了详细地讨论。如提出了针刺十四法，论述了调气、疏导经气、气至病所的针法。还讨论了青龙摆尾、白虎摇头、苍龟探穴、赤凤迎源等飞经走气法，即通经接气法。在针刺补泻手法中，徐氏还总结和归纳了治病八法，即一曰烧山火、二曰透天凉、三曰阳中隐阴法，四曰阴中隐阳法，五曰子午捣臼法，六曰进气之诀，七曰留气之法，八曰抽添之法。此外，对针刺深浅，提插轻重、提插次数，都作了详细说明。

（3）重视子午流注针法：本书记载了大量有关子午流注针法的内容，并多以歌赋形式描述，如飞腾八法，论子午流注之法，五虎建元日时歌，十二经纳天干歌，十二经纳地支歌，以及八脉交会八穴歌，八脉配八卦歌，八法五虎建元日时歌，八法逐日干支歌等，内容涉及子午流注针法中的纳干法和纳支法，以及灵龟八法、飞腾八法等。是研究针刺按时取穴法的重要著作。

8.1.38.3 版本

（1）明金陵三多斋刻本
（2）明万历己巳（公元 1605 年）金陵唐翀宇刻本
（3）明乔山堂刻龙田绣梓本
（4）日本宽文十二年（公元 1672 年）刻本
（5）清太医院刻本
（6）人民卫生出版社 1958 年 4 月第 1 版，据明三多斋刻本排印

8.1.39 神应经

陈会，字善同，号宏纲，明代针灸医家，生卒年月不详，精于针灸，著《广爱书》十卷。后来由其弟子刘瑾重新校正，增加了刘瑾的针灸临床经验，编成《神应经》。

刘瑾，字永怀，号恒庵，生卒年月不详。据《四库全书总目提要》载："瑾所附论皆冠以'臣'字，亦不知何时进御本也。案：宦官刘瑾武宗正德一至十五年（公元 1505～1520 年）流毒海内，终以谋逆伏诛，断无人肯袭其姓名者，此书当在正德前矣。所论皆针灸之法，有歌诀，有图，有说。传写伪谬，不甚可据。前有宗派图一页，称梓桑君席弘达九传至华叔，十传至信卿，十一传至会，会传二十四人，嫡传者二人，一曰康叔达，一即瑾也。"

8.1.39.1 主要内容

明·陈会撰，刘瑾辑校。本书系刘瑾取陈会撰的《广爱书》（十卷，未见）中部分内容辑成，并经刘氏校正、补充，刊于明洪熙乙巳（公元 1425 年）。

刘瑾为陈会的弟子。据宁献王序称："……乃命医士刘瑾重校其师宏纲所传《广爱书》十卷，予止取其穴之切于用者为一卷，更其名曰《神应经》。内五百四十八症，计二百一十一穴；又择刘瑾之经验者六十四证，计一百四十五穴，纂为一册，目曰《神应秘要》"。书中凡刘瑾附论，皆冠以"臣"字，为进御本之称。

书中首叙八穴灸法，梓桑君针道传宗图表（即陈氏、刘氏师承宗系）。正文为百法

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

穴歌；折量法；补泻手法；穴法图，内容为十二经及奇经八脉，十二经穴只列四肢部分穴，附图13帧；灸四花穴法，附图一帧；诸证列20部，计诸风、伤寒、痰喘、咳嗽、腹痛胀满、心脾、胃、霍乱、疟疾、肿胀、痹厥、肠痔大便、阴疝、小便、头面、咽喉、耳目、手足、腰腋、妇人、小儿、疮毒、杂病。部下列证，证下列穴。书后为逐日人神所在。内容简要，为一部少见的针灸医籍。

8.1.39.2 版本

(1) 明刊黑口本

(2) 日本正保二年（公元1645年）田左卫门刻本

(3) 1957年据日本正保二年乙酉翻刻本抄

8.1.40 灵枢经脉翼

夏英，字时彦，明代医家，生卒年月不详。据《中国人名大辞典》说："性警敏而行质实，不怵于贵势，延俗奢廉，躬俭约以导之，敝俗为革"。撰有《灵枢经脉翼》3卷。

8.1.40.1 主要内容

明·夏英编撰，3卷，撰于明弘治十年丁巳（公元1497年）。上卷为心五脏通之图与肺起寅之图，中、下卷分绘十二经及任督二脉循行经穴14图，图后为该经循行、穴位、主病等歌诀及其注文。注释主要根据《灵枢》原文及滑寿《十四经发挥》等著作，作者个人发挥少。

本书系阐述《灵枢》十二经脉、督任二脉及其腧穴的专著。作者认为："《灵枢》之文世古言深，中有错简易置，况无注释，后世不无失其真者"。于是悉取祖遗秘籍中有裨于《灵枢》经脉之旨者，更加演绎，自成一家之言，复疏《灵枢》有关原文于下，并以滑寿《十四经发挥》注条列于后，意在"羽翼《灵枢》而有功于医道"。故名为《灵枢经脉翼》。

书中图文互解，通俗易懂，便于初学记诵。十二经脉以流注次序为先后，每经分别绘图、作注，并附歌诀，歌有总歌、穴歌、是动所生歌等，末附音释。

上卷：手少阴心五脏通之图，手太阴肺起寅之图。

中卷：手太阴肺经之图与歌，手阳明大肠经之图与歌，足阳明胃经之图与歌，足太阴脾经之图与歌，手少阴心经之图与歌，手太阳小肠经之图与歌。

下卷：足太阳膀胱经之图与歌，足少阴肾经之图与歌，手厥阴心包经之图与歌，手少阳三焦经之图与歌，足少阳胆经之图与歌，足厥阴肝经之图与歌，督脉之图，任脉之图。

8.1.40.2 主要特色

本书为阐述《灵枢经》十二经脉、任督二脉循行及其腧穴的专著，书中对《灵枢经》原文进行了音释训义，有助于理解经典原文，由于语言简明，歌括押韵顺口，使初学者易诵易记，是学习《灵枢经》有关十四经脉内容的一部参考书。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.40.3 版本

(1) 明弘治十年丁巳（公元 1497 年）稿本

(2) 中医古籍出版社 1984 年 3 月第 1 版，据中医研究院图书馆藏明弘治十年丁巳夏时彦编绘稿本影印

8.1.41 针灸聚英

高武，字梅孤，鄞县（今浙江宁波）人。明代针灸学家。通天文、乐律、兵法，嘉靖间考中武举。晚年专门研究医学，尤其精于针灸。为探索针灸学渊源和要旨，根据《内经》、《难经》摘编成《针灸节要》（又名《针灸素难要旨》）。又根据明以前针灸文献十余种，编成《针灸聚英》（又名《针灸聚英发挥》），其中有一些独到的见解，并对渗入针灸学中的一些封建迷信观点持批判的态度。为了考正穴位，曾自制针灸铜人模型 3 具（男、妇、童子各一）。

8.1.41.1 主要内容

明·高武纂集，4 卷，刊行于嘉靖八年（公元 1529 年）。本书集辑了明以前之《铜人》、《明堂》等各家针灸学说及医理、歌赋等内容，并记有高氏学术见解，参考《内经》、《难经》、《铜人针灸图经》等十六书基础上纂集而成的。各卷内容如下：

卷一：经络穴位类聚，仰人伏人尺寸，十二经穴，奇经八脉穴，络穴，原穴，募俞穴，八会穴，五脏腧穴，五脏六腑井荥俞原经合。

卷二：各病取穴治法，如骑马灸法、四花穴法，取肾俞法、窦氏八穴、子午流注髎穴开合、脏腑井荥俞经合主治、十二经是动所生病补泻迎随，十二经并荥俞经合补虚泻实，东垣针法、治例，玉机微义针灸证治。

卷三：论针、艾法，即针刺补泻法，艾灸法。

卷四：各歌赋 63 种，如流注指微赋、标幽赋等。

书中内容丰富，某些病证还附有验案佐证，对后世针灸医学有较大影响，不少针灸书引录了本书内容。

“是书以经络类聚为一卷，各病取穴治法为一卷，诸论针灸法为一卷，各歌赋为一卷，凡诸书与《素问》、《难经》异同者，取其同而论其异，故以“聚英”名书。其所搜采，惟《铜人》、《明堂》、《子午》及《窦氏流注》等书，余皆不录”。“东垣针法，深得《素问》之旨，人多忽之，各书亦不能载，今于《脾胃论》中表章于此”。重要参考书为：《素问》、《难经》、《明堂经》、《明堂下经》、《资生经》、《千金翼》、《外台》、《十四经发挥》、《济生拔粹》等书。（《针灸聚英·凡例》、《四库全书总目提要》）

8.1.41.2 主要特色

(1) 聚针灸各家学说精华：本书保存了前代及散佚的针灸文献，据《中国医籍考》说：“忽泰必烈著《金兰循经取穴图解》未见”。本书采用了《十四经发挥》、《金兰循经取穴图解》的经络绘图，每经自始自终叙述了某穴主治某病，既保存了古代散佚的文献，也方便了读者的考究。撰录的歌赋中，特别是《百证赋》、《肘后歌》，不知谁氏所

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

作，但本书予以载述而流传至今。又如卷二“玉机微义针灸证治”中的“疠风”条下指出：“刘氏（完素）曰委中皆可出血，伺汗也”。这种刺血法与发汗法近用相近的见解，仅见于子和之书，不见于他书。本书保存了前代的一些重要医学内容。高氏在足阳明胃经条下引用了东垣《脾胃论》的理论，“胃中之气盛，多食不伤，过时不饥；胃火盛，则多食善饥；能食而大便溏者，胃热善消，脾病不化也。”在手太阴肺经“少商”穴条下记载：“唐刺史成君绰，忽颔肿大如升，喉中闭塞，水粒不下三日，甄权以三棱针刺之，微出血立愈，泄脏热也”。

(2) 对糟粕持批判态度：本书对于前人有关鬼神、念咒、人神等虽有一些录述，但于按语中能加以批判，如在“腰俞”穴条下说：“秋夫疗鬼，事涉怪诞”。在卷三《胡侍郎奏过尻神指诀》中高氏按语说：“按以上诸禁忌，唯四季所忌，似合《素问》，其余不知何时何人所起，如所谓尻神、人神者，果有之，则不分病轻重，犯之当有祸，今日又卒急何暇选择，此时人神，尻神亦惙病危而不祸乎”。

8.1.41.3 版本

(1) 日刻本，皮纸印本（有嘉靖二十五年丙午高氏序）

(2) 上海科学技术出版社 1961 年 3 月第 1 版

8.1.42 针灸素难要旨

8.1.42.1 主要内容

本书又名《针灸节要》，3 卷，明·高武撰。刊于明嘉靖十六年（公元 1537 年）。是书以《素问》、《难经》为主，辑录其中之有关针灸要旨而成。历代辑集《内经》成书者，多详于藏象病机，脉要诊候。单独节集《内经》、《难经》针灸理论及有关内容者，本书系首创，并重加编次，删繁撷要而成。

卷一：首列九针图，正文辑录《难经》原文。分补泻、针刺深浅、井荥俞经合主病、经脉流注、奇经八脉、十五络脉、八会刺穴等十八节。每节之外，引元、滑寿《难经本义》为注。

卷二上：采自《素问》、《灵枢》原文，如九针方宜，九针式，五刺应五脏，九刺应九变，十二刺应十二经等三十六节，多为针灸基本理论和原则。

卷二下：以病症分目，并详治法，归纳为五乱刺、气血盛衰、耐痛、五逆等，皆系针灸临床应用的论述。

卷三：阐述十二经脉、奇经八脉主病及其走向与长短。举凡针灸学的理论与应用要旨，大致具备。

8.1.42.2 主要特色

本书节选《素问》、《灵枢》、《难经》中有关针灸文献，并集各家注解，如纪齐卿、周仲立、王海藏，张洁古、陈藏器、杨玄操、冯玠、王安道等十余注家。高武认为：“《难经》注虽多，唯滑氏本义折衷众说”。故书中注文以滑寿《难经本义》的论点居多。是明以前专题研究《内经》、《难经》等有关针灸理论和临床的专著。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

同时，高氏对《内经》中有关针灸的经文也提出了自己的学术见解。如本书卷二下“宜灸不宜刺”中，对“欲得而验之，按其处，应其中而痛解，乃其俞也，灸之则可，刺之则不可”一段经文，高氏据《素问·血气形志篇》谓“五脏之俞，灸刺之度也”，提出了背俞穴可灸可刺，并引《华佗传》中“（樊）阿背入一、二寸，巨阙胸胫乃五、六寸，而病皆瘳”为佐证。

本书不以原有篇目为序，而是重新按针灸理论体系编目立题，全书设133条，删繁撷要，层次清楚，论理颇详，便于学习研究。

8.1.42.3 版本

(1) 日宝历三年（公元1753年）大阪弘昭轩书林刻本
(2) 上海中医书局1930年据日本刻本影印
(3) 上海大东书局1938年5月印行，据《中国医学大成》第11集排印
(4) 上海科学技术出版社1959年3月新1版

8.1.43 针灸问对

汪机，字省之，别号石山居士，安徽祁门人。明代医家，生活于公元1463～1539年，父汪渭为当地名医。机初为诸生，后承家学随父行医，医名更著。医理上强调补气血为主，并偏于理气，推崇朱丹溪学说，但有发挥，认为“阳有余”为卫气有余，“阴不足”乃营气不足。著述较多，除撰有《针灸问对》以外，尚撰有《外科理例》、《医学原理》、《读素问钞》、《本草汇编》、《运气易览》、《痘治理辨》、《脉诀刊误》、《伤寒选录》、《石山医案》等书。

8.1.43.1 主要内容

明·汪机撰，3卷。刊行于明嘉靖庚寅九年（公元1530年），上、中两卷论针法，下卷论灸法及经络腧穴。皆取《灵枢》、《素问》、《难经》、《甲乙经》及诸家针灸之书，条析其说，设为问答，以发明其义。其论针能治有余之病，不能治不足之病，详辨《内经》虚补实泻之说为指虚邪、实邪，非指病体之虚实。汪氏此论应进一步研究。又论古人充实，病中于外，故针灸有功；今人虚耗，病多在内，针灸不如汤药。汪氏此说，似有武断之嫌。又根据误灸之害与巧立名目之诬，多笃实可取。本书以内容简明，论述扼要著称，因而流传较广。

8.1.43.2 主要特色

(1) 以问难形式，阐发针灸理论：本书以问难形式对针灸学中的一些理论问题及临床实际问题进行了讨论，全书提出了八十多个问题自问自答，在问答中不仅对内、难经中有关针灸的经文微言大义进行了阐发，而且对一些有争议的问题提出了自己的见解。

(2) 针泻无补，不宜虚证：针泻无补之说始于朱丹溪，汪机加以发挥。他认为，“经曰阳不足者，温之以气；阴不足者，补之以味”。“针乃砭石所制，既无气，又无味，破皮损肉，发窍于身，气皆从窍出矣，何得为补?”又引《内经》“气血阴阳俱不足，勿取以针，和以甘药是也”。“形气不足，病气不足，此阴阳皆不足也，不可刺之，刺之重

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

竭其气，老者绝灭，壮者不复矣”。汪氏认为，针刺作用在于调节气机，气盛则泻其气，气滞则导其气，气停则移其气，这些均属泻的范畴，至于针刺之补，是扶正祛邪的作用。他说：“经中须有补法，即张子和所谓祛邪实所以扶正，去旧实所以生新之意也”。

（3）虚寒宜灸，无病不可灸：汪氏认为：“大抵不可刺者，宜灸之。一则沉寒痼冷，二则无脉，知阳绝也，三则腹皮急而阳陷也。舍此三者，余皆不可灸，盖恐致逆也”。汪氏反对无病施灸，认为：“人言无病而灸，如破船添钉，又言若要安，膏肓、三里不要干，此世俗之通论，予独以为不然。夫一穴受灸，则一处肌肉为之坚硬，果如船之有钉，血气到此，则凝滞不能行矣……，邪客经络，为其所苦，灸之不得已也，无病而灸，何益于事”。

（4）对子午流注针法质疑：对于子午流注按时取穴法汪氏持怀疑态度，他说：“何公此法刊布，古今名曰子午流注……此皆臆说也”。他认为子午流注学说中有不少自相矛盾之处，如阳日阳时开阳经之穴，阴日阴时开阴经之穴之说，就有矛盾之处，如甲子日甲戌时，开胆经井穴足窍阴是附合其学说的，那么丙子时属乙丑日时辰，乃阴日阳时，而谓丙小肠前谷荥穴开，其与阳日阳时之说不符。对子午流注学说中其余矛盾之处，汪氏也一一予以指出质疑。

8.1.43.3 版本

（1）《汪石山医书八种》本
（2）《四库全书本》
（3）上海石竹山房（二酉书庄）石印本
（4）上海科学技术出版社 1959 年 11 月第一版

8.1.44 古今医统大全

徐春甫，字汝元，明代医家。安徽祁门人。家世业儒，学医于名医汪宦，博览医书，通内、外、妇、儿等科。在京师居住时，求医者颇多，曾在太医院任职。编著有《古今医统大全》、《内经要旨》、《妇科心镜》、《幼幼汇集》、《痘疹泄秘》等书。重视东垣学说，主张良医应兼通针、灸、药，认为用药应当根据病症轻重加减药味，不可拘泥古方。

8.1.44.1 主要内容

明·徐春甫编，公元 1556 年刊行。本书又名《古今医统》，为综合性医书，是书汇集了明代以前历代医籍及有关资料，“合群书而不遗，析诸方而不紊，舍非取是，类聚条分”，编辑而成。全书包括历代医家传略、《内经》要旨、各家医论、脉候、运气、经穴、针灸、各科病证诊治、历代医案、验方、本草、救荒本草、制药、通用诸方、养生等。所辑资料极为丰富，既引录古说，也有徐氏理论阐发，对于理论研究和临床运用，均有较高参考价值，其中针灸内容在卷六和卷七中。

卷六：经穴发明。列有取穴尺寸图说，仰人尺寸之图、伏人尺寸之图、背穴图、腹穴图、背部俞穴歌、腹部中穴歌、经脉说、中指同身寸图、肺脏图、十二经各经穴图、经穴歌、步穴歌、十五络脉辨、奇经任脉穴图、奇经督脉穴图、奇经冲脉、奇经带脉、

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

奇经阳跻脉、奇经阴跻脉、奇经阳维脉、奇经阴维脉、十二经井荥俞原经合穴、八会穴、凡经脉丈尺等七十二节。其中有图形二十九幅，歌诀二十六首。

卷七：针灸直指。列有《素问》针灸方宜始论，《素问》九针论、九针式、《内经》补泻、用针十四法、缪刺、巨刺、经刺、刺脉虚实浅深、刺避、五夺不可泻、金针辨义、晕针、经脉交会八穴歌、八法合八卦、天星十一穴歌、十二经脉流注歌、针灸手、艾灸方宜、艾灸补泻、壮数多少、灸法、灸宜保养、禁针歌、禁灸歌、天元太乙歌、玉龙歌、标幽赋、通玄指要赋、灵光赋、席弘赋、铜人指要赋、百证赋、诸证针灸经穴、妇人、小儿、崔氏四花穴辨、骑竹马灸法、附录或问十五条等七十二节。

8.1.44.2 主要特色

本书卷六、卷七对于选辑的大量有关针灸学的丰富资料进行系统整理，有关经络、俞穴、刺灸、针灸临床治疗内容齐备，在整理前人资料同时，提出了自己的一些学术见解。如在“十五络穴辨”条下明确了十五络穴，他说：“《针灸节要》以为任络为屏翳（应作尾翳），督络曰长强，诚得《十四经发挥》之正理也。加以脾之大络曰大包，此合十五络也”。

8.1.44.3 版本

（1）明嘉靖三十六年丁巳（1557年）古吴陈长卿刻本
（2）明隆庆四年庚午（1570）刻本
（3）日本明历三年（1657）翻刻金陵唐氏本
（4）清嘉庆间刊行
（5）半半堂抄本

8.1.45 奇经八脉考

李时珍，字东壁，号濒湖山人，蕲州人（今湖北省蕲春县），明代杰出医药学家，生活于公元1518～1593年。其父李言闻是太医院吏目。时珍幼承庭训，曾患骨蒸病经父治愈，壮年遂弃儒学医，博通医籍，医术精良，名重一时，官楚王府奉祠正。李氏有求实治学精神，肯于向百姓学习请教，以三十年时间阅读有关参考书八百多种，不畏艰苦，足踏群山深谷，对药物进行实地考察，完成了举世闻名的药学巨著《本草纲目》，另外，还著有《濒湖脉学》、《奇经八脉考》等书，对祖国医学做出了重要贡献。解放后，重新修其墓时，郭沫若题词：“伟哉夫子，将随民族生命永生。”

8.1.45.1 主要内容

明·李时珍撰，1577年刊行，是研究奇经八脉的专著。内容包括：奇经八脉总说、八脉、阴维脉、阳维脉、二维为病、阴跻脉、阳跻脉、二跻为病、冲脉、冲脉为病、任脉、任脉为病、督脉、督脉为病、带脉、带脉为病、气口九道脉、释音。

8.1.45.2 主要特色

本书对奇经八脉进行了详细地、系统地讨论，从考证入手，广引《内经》、《难经》

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

以及各大医家的论述，间杂作者的注释、见解，博而不杂，广而有要。

（1）系统考证，使奇经理论趋于完整：有关奇经八脉循行部位和所属腧穴问题，《内经》、《难经》论述十分简单，且无完整所属穴位。《甲乙经》补充了奇经所属穴位，但与循行分而论之。《十四经发挥》详细地阐述了任、督二脉循行路线及所属腧穴名称，然而其余六脉则皆基于前人所述。李氏则采用了滑寿论任、督二脉的基本方法，在详细论述每条经脉的同时，将其所属穴位一一注明，使循行路线详细明确。如阳跻脉循行，本书中说："阳跻者，足太阳之别脉，其脉起于跟中，出于外踝下足太阳申脉，当踝后绕跟，以仆参为本，上外踝上三寸，以附阳为郄，直上循股外廉，循胁后髀，上会手太阳、阳维于臑俞，上行肩膊外廉，会手阳明于巨骨，会手阳明、少阳于肩髃，上人迎，挟口吻，会手足阳明、任脉于地仓，同足阳明上而行巨髎，复会任脉于承泣，至目内眦与手足太阳、足阳明、阳跻五脉会于睛明穴，从睛明上行入发际，下耳后入风池而终"。李氏所述阴跻脉循行路线较之其他古代文献更详细、精确。

（2）重视用奇经理论指导辨证论治：李氏在八脉主病内容的基础上，发挥充实了八脉辨证论治的内容，把奇经辨证作为经络辨证的重要组成部分，并以此指导临床针灸和汤药治疗。如在"二维发病"一节，对《难经》"阳维为病苦寒热，阴维为病苦心痛"进行了系统阐发，首引张洁古的论述，"卫为阳主表，阳维受邪为病在表，故苦寒热；营为阴主里，阴维受邪为病在里，故苦心痛"。在治疗上，洁古认为，阳维为病宜桂枝汤，阴维为病，治在三阴之交，宜当归四逆汤之类温里药。时珍对此持不同意见，他说"洁古独以桂枝一证属之阳维，似未扩充"，阴维为病，"独以三阴温里之药治之，则寒中三阴者宜矣，而三阴热厥作痛似未备矣"。李氏阐明自己的学术见解，说："阳维之脉，与手足二阳相维，而足太阳、少阳则始终相联附者。寒热二证，惟二经有之，故阳维为病也苦寒热"。对其辨证治疗用药指出："寒热之在表而兼太阳证者，有汗当用桂枝汤，无汗当用麻黄，寒热之在半表半里而兼少阳证者，当用小柴胡汤加减治之。若夫营卫俱卑而病寒热者，黄芪建中及八珍汤之类主之"。对于其他奇经的辨证论治也进行了详细阐述。

本书在奇经脉诊方面也论述精详，是研究奇经理论重要著作之一。

8.1.45.3 版本

（1）明万历五年（公元 1577 年）刻本

（2）清道光六年丙戌（公元 1826 年）务本堂本草纲目刊本（附濒湖脉学、脉诀考证）

8.1.46 杨敬斋针灸全书

陈言，字西溪，明代建阳人，余未详，撰《杨敬斋针灸全书》。

8.1.46.1 主要内容

明·陈言撰，2 卷。刊于明万历十九年（公元 1591 年）。本书又名《秘传常山杨敬斋杨先生针灸全书》，一说系托名著作，陈氏编撰。

书中内容与徐凤之《针灸大全》基本相同，惟编次先后有异。以歌赋和 104 幅插图

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

为主，是本书的特点。

上卷第一篇是周身经穴赋，以下是论一穴有二名、三名、以至六名，及论一名二穴。而以梓岐风谷飞经走气撮要金针赋、流注指微赋、通玄指要赋、灵光赋、席弘赋、标幽赋等六种赋文厕其后。

下卷有十二经脉歌、经穴起止歌、十五络脉歌、经脉气血多少歌、禁针灸歌、十三鬼穴歌、天星秘诀歌、马丹阳天星十二穴并杂病歌、四总穴歌、千金十一穴歌、治病十一证歌及子午流注逐日按时定穴歌等。歌赋附有注解，以帮助理解具体内容。

8.1.46.2 主要特色

本书有100个病证取穴图，基本上是一病一图，或某一病的每个证候也分别绘制成图，每穴将所取的穴位标出穴名及位置，这是以前针灸书中所未见的，不能不说是本书所首创。

8.1.46.3 版本

(1) 明万历十九年辛卯（1591年）余碧泉刊本

(2) 上海群联出版社1955年5月第1版，据汤溪范氏所藏明万历辛卯余碧泉刻本影印。

(3) 上海卫生出版社1957年前项纸型重印本

8.1.47 针灸大成

杨继洲，又名济时，明代著名针灸医家，生活于公元1522年－1620年，浙江三衢（今衢县）人，幼业举子，因一再厄子有司，遂弃儒学医。其祖父任太医院太医，继洲承家学，于明世宗（嘉靖）时被选为嘉靖的侍医，隆庆二年（公元1568年）供职圣济殿太医院。据考：杨氏自嘉靖三十四年（公元1555年）行医，直到晚年，有五十余年的临床实践经验，医理甚精，尤长于针灸。平生著述，除《针灸大成》外，无考。

8.1.47.1 主要内容

明·杨继洲著，10卷，初刊于明万历二十九年（公元1601年）。本书比较全面地总结了明代以前针灸学的成就，汇集了《针灸大全》、《针灸聚英》等20余种文献资料，以及杨氏家传《卫生针灸玄机秘要》，结合个人临床经验和学术见解编辑而成，是针灸学中流传广、影响大的著作。各卷主要内容如下：

卷一：针灸源流。集录《内经》、《难经》等20余种有关针灸文献，并加以注解。有仰、伏人周身总穴图2幅。

卷二：针灸歌赋十篇。如周身经穴赋、百症赋、标幽赋、席弘赋、金针赋、玉龙赋、通玄指要赋、灵光赋、拦江赋和流注指微赋。并注明出处或注解。

卷三：针灸歌诀和策18篇。歌13首，多为转录其他针灸著作中的歌诀，属于杨氏所著的有《胜玉歌》，此为继洲家传秘方与心得体会之汇编。有策4篇，如“头不可多灸策”、“诸家得失策”等。

卷四：仰人腹穴尺寸图、伏人背穴尺寸图、中指取寸图、九针式和历代各家补泻手

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

法，其《内经》补泻、《难经》补泻、《神应经》补泻、南丰李氏补泻、高氏补泻、杨氏补泻等，以及烧山火、透天凉、苍龙摆尾、赤凤摇头等手法，均为后世广泛应用于临床。此外，还有禁针禁灸等问题。

卷五：主论井荥俞经合穴、子午流注、灵龟八法。

卷六、卷七：主要论述脏腑经络及俞穴主治。首先论述脏腑，其次论述十四经脉及俞穴部位、五募八会、经外奇穴等。

卷八：为穴法、诸症治法。计有诸风伤寒、痰喘咳嗽、诸般积聚、腹痛胀满、心脾胃、心邪癫狂、霍乱、疟疾、肿胀汗痹厥、肠痔、大便、阴疝、小便、头面咽喉、耳目鼻口、胸背胁、手足、腰腕，妇人小儿、疮毒等。

卷九：首为杨氏治症总要、次为东垣针法、各种针灸法（如捷要灸法、骑竹马灸法等）及杨氏医案等。

卷十：《陈氏小儿按摩经》，论述小儿疾病的诊断、推拿手法、主治病症。

8.1.47.2 主要特色

本书不但将杨氏毕生的针灸临床经验及学术思想总结成文，而且将明代以前针灸重要文献汇于一册，故名之曰《针灸大成》。

（1）对历代针灸文献作了注释：本书不但汇集了许多针灸文献，而且对其中重要文献作了注释，如对《难经》、《标幽赋》、《金针赋》、《通玄指要赋》、《玉龙歌》、《杂病穴法歌》、《南丰李氏补泻》等，从理论到实践作了详细的论述，对后世读者理解一些晦涩难懂的文献，有极大的帮助。以《标幽赋》为例，中有“但分八法、五门，分主客而针无不效”。杨氏注曰：“针之八法：一迎随，二转针，三手指，四针投，五虚实，六动摇，七提按，八呼吸。身之八法，奇经八脉，公孙冲脉胃心胸是也。五门者，天干相配，分于五也，甲与己合，乙与庚和之类是也。主客者，公孙主内关客是也。或以井荥输经合为五门，以邪气为宾客，正气为主人。先用八法，必以五门推时取穴，先主后客，而无不效之理”。在注释中，深入阐述了窦汉卿的按时取穴思想，具体论述了灵龟八法的取穴规律。

（2）将亲身针灸临床经验编著于中：杨氏从事针灸临床实践多年，积累了丰富的经验，并在本书作了全面系统地论述。在针灸指导思想方面，重视经络的重要性，重视经气的调节，提出“宁失其穴，勿失其经，宁失其时，勿失其气”的主张。在针刺手法上，在整理诸家针刺手法基础上，结合自己的经验体会，编写了“三衢杨氏补泻”。提出十二个单式手法，二十四种复式手法，及下手八法。在针灸治疗方面，卷九“治症总要”的151个病证中，多数条文都有病因、病机、取穴、无效原因及确定的新的针灸处方，如“中风，左瘫右痪，三里、阳溪、合谷、中渚、阳辅、昆仑、行间。数穴针之不效，何也？风痰灌注经络，气血相搏，再受风寒湿气入内，凝滞不散，故刺不效，复刺后穴。先针无病手足，后针有病手足。风市、丘墟、阳陵泉”。本书附有医案31条，每份医案都记载了患者姓名，病因，临床表现，治疗方法及效果，其中以针灸病案为主，也有针药并用或汤药治疗者，病案充分表明杨氏医理精湛，用穴精当，疗效卓著，对后世医家具有重要的启迪作用。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.47.3 版本

(1) 明万历二十九年（公元 1601 年）刻本
(2) 清康熙五年丙午（公元 1666 年）刻本
(3) 清康熙五十七年（公元 1718 年）李氏重刻本。李月桂重校
(4) 清乾隆二年丁巳（公元 1737 年）会稽章廷珪补刻于山西平阳府
(5) 清嘉庆六年辛酉（公元 1801 年）经纶堂刻本
(6) 清道光二十三年癸卯（公元 1843 年）经余堂刻本
(7) 清光绪六年庚辰（公元 1880 年）扫叶山房刻本
(8) 上海建文书局 1953 年 3 月再版
(9) 上海锦章书局 1955 年 3 月第 1 次重版排印本
(10) 人民卫生出版社 1955 年 12 月第 1 版，据明刊本勘误影印，1963 年 3 月第 1 版，据明万历辛丑年（公元 1601 年）刊印本排印。

8.1.48 针方六集

吴昆，字山甫，别号鹤皋，明代医家，安徽歙县人，生于公元 1551 年，卒年未详。对《内经》、针灸等皆有研究，著有《针方六集》、《素问注》、《脉语》、《药纂》、《砭炳考》、《医方考》等书。

8.1.48.1 主要内容

明·吴昆著，6 卷，公元 1618 年刊行。书首有作者自序一篇："……昆自束发修儒，游心《灵》、《素》。诸砭炳针灸，皆时讨究。盖未及壮年，负笈万里，虚衷北面，不减七十二师，念在取善发矇，不谓一诀非律、一箕非山故也。时以所授针方，对证施治，种种神验。然穷其所以神者，牴捂背驰，阻于顿悟。益之已十余年，觉以岁积，始破前迷，今愽栎之年，六十有七，视昔考医方时，年则倍矣。志在公善于人，成斯六集。首神照，次开蒙，次尊经，次傍通，次兼罗。其间一得之愚，是千虑之所开也……"。

各卷主要内容如下：

卷一：神照集（29 节）穴位考正

手足三阴三阳流注总论、十二官相使、正人、伏人明堂经穴总图、灵枢骨度、明堂取穴法、正人、伏人脏腑图、手足十二经脉与督、任经脉图、冲、带、阴跻、阳跻、阴维、阳维六脉。附针经不载诸家奇穴、睛中穴主治内障。

卷二：开蒙集

窦太师标幽赋吴注、八法针方直诀八句训义、八法主治配合八条、五门针方说、十二经井荥俞原经合一览图，六十六穴日时主治、难经五门主治、十二经为病、补母泻子成法。

卷三：尊经集

选录《灵枢》中有关针灸原文 146 条。灵枢九针、候气、见气、取气置气、阳病治阴、阴病治阳、刺因于形、因于病、于脉、于时、膺俞、背俞、调神针方、调气针方、调血针方、调志针方、缪刺、巨刺、微刺、分刺、热病五十九刺、热病九不针、水俞五

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

十七穴、灸之所宜等47节。

卷四：旁通集　35条论针、药及针刺手法

针药无二致，针药兼有、针药所长部、六经八法部、明热俞五十九穴、明水俞五十七穴、金针赋共二十四条，飞经走气四法议等35项。

卷五：纷署集

主论头、背、面、耳、颈、肩、胸、胁、腹及手三阴、手三阳、足三阴、足三阳经穴。

卷六：兼罗集，93条

玉龙歌（共78条）、中风不语、头风、口、眼、耳病、牙病、肩、肘、腕、腰、腿病症、心病、腹痛、咳嗽、哮喘、虚损失精、五痫、妇人带下等病75种。玉龙赋、天元太乙歌（即席弘赋）、百症赋、四总穴歌、杂病十一条歌等12首。崔氏灸骨蒸劳热定取患门四花六穴法，千金膏肓俞穴法，隔蒜灸痈毒法3条。

8.1.48.2　版本

(1) 明万历程标刻本

(2) 中医古籍出版社1989年5月第1版，据北京大学图书馆馆藏善本书第二集影印（第11册）

8.1.49　循经考穴编

本书作者不详。扉页有“不著撰人”。但在下册“背部图八髎穴辨”后有严振识三字，在“膺腹部穴图辨”下也有“严振、漫翁氏识”六字，抑或为严振所著尚需待考。书后有范行准跋说：“《循经考穴编》原分上、下两册，不著撰人。但在下册腹部穴图后，及背部图八髎穴辨，膺腹部穴图辨三篇文后，并有严振识三字，疑本书即严氏所作，惜无序跋，不能考订也。至于撰者的时代，可能也是明代人，因本书引用的书至明万历而止，所以我姑定它是明代的书。”

8.1.49.1　主要内容

明代医籍，作者不详，2册，约刊行于1619年左右。因本书引用的书至明万历而止，所以推定它为明代的针灸书。本书主要内容如下：

上册：十二经阴阳传流、内景赋、肺手太阴经、大肠手阳明经、胃足阳明经、脾足太阴经、心手少阴经、小肠手太阳经、膀胱足太阳经、手三阴经穴总论、手三阳经穴总论。

下册：肾足少阴经、心包络手厥阴经、三焦手少阳经、胆足少阳经、肝足厥阴经、督脉经、任脉经、附奇经八脉。

附图：五脏正面图、脏腑内景图、五脏总系于图、气海膈膜图、肺右侧图、背部穴图，右肾命门图、腹部穴图、背部图八髎穴辨、膺腹部穴图辨。

8.1.49.2　主要特色

(1) 将经脉循行与循经考穴相结合：本书将经脉循行与循经考穴结合起来，描述经脉循行，即有腧穴，以对穴位考订为主，形成完整体系。经脉循行以《灵枢·经脉》为

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

依据，穴位多参照《明堂》上下经，《甲乙经》、《针灸腧穴图经》、王冰注《内经》、《要旨论》、《广注》等，对腧穴的别名、部位、取法、刺灸法等，进行了考订。

（2）以透刺针法为特色：透刺针法最早见于元代王国瑞所编的《玉龙歌》，嗣后明代高武所撰“肘后歌”中也载有此法。《玉龙歌》中所载的透针刺法仅有丝竹空透率谷、地仓透颊车二则，后虽经杨继洲在注释中有所扩充，亦仅增补至十一则。“肘后歌”中仅一则。本书所载透刺法 30 余则：

透穴	主治
① 地仓→颊车	口眼㖞斜
② 颊车→地仓	口噤、失音、腮颊肿、颈项痛
③ 大迎→颊车	腮颊红肿、疼痛
④ 曲差→头临泣	偏正头风、鼻疾、目疾
⑤ 攒竹→睛明	目疾
⑥ 攒竹→头维	头风痛
⑦ 攒竹→鱼腰	眉棱骨痛
⑧ 五处→率谷	头风痛、戴眼、惊痫
⑨ 瞳子髎→鱼腰	眉棱骨痛、目痛
⑩ 曲鬓→听会	口眼㖞斜、颊肿、口噤、项强
⑪ 左右风池互透	中风偏枯、头痛、目疾、伤寒汗不出
⑫ 丝竹空→率谷	头风痛
⑬ 率谷→丝竹空	偏正头痛、眼疾
⑭ 间使→支沟	结胸、气塞、癫狂、心痛、臂肿、疟疾
⑮ 支沟→间使	上焦胸胁疼痛、二便秘结、霍乱、呕吐、妇人经阻
⑯ 内关→外关	反胃、膈气中满、脾胃病、胁痛、癫狂
⑰ 外关→内关	四肢筋骨痛、臂指不得屈伸、实则肘挛、虚则不收
⑱ 阳池→大陵	腕痛无力、消渴烦闷
⑲ 三阳络→郄门	臂痹不举、暴喑、耳聋
⑳ 阳谷→腕骨	癫风、热病、牙痛、瘛疭、痰饮、咳嗽
㉑ 灵道→神门	心疼、暴喑
㉒ 列缺→太渊	痰饮、咳嗽
㉓ 神门→腕骨	痴呆、心痛、咽干、面赤掌热
㉔ 后溪→掌心	癫狂、肘臂挛急、目疾
㉕ 阴郄→腕骨	惊悸、吐衄、洒淅恶寒
㉖ 阴陵泉→阳陵泉	腹胀、水肿、膝痛与中下部疾
㉗ 悬钟→三阴交	瘫痪、两足不收、胃热
㉘ 丘墟→申脉	瘫痪、草鞋风痛、胸腹坚满
㉙ 昆仑→太溪	腰脊痛、心痛、背腰痛、难产
㉚ 膝阳关→膝关	膝部红肿、鹤膝风

8.1.49.3 版本

（1）上海群联出版社 1955 年 5 月第 1 版，据汤溪范氏所藏抄本影印

（2）上海科学技术出版社 1959 年第 1 版

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.50 类经

张介宾，字景岳，又字会卿。明代著名医家，山阴（今浙江绍兴）人。先祖原是四川绵竹县人，因有军功被任为绍兴卫指挥，他幼年随父到京城，十几岁时，从名医金英学医，中年从军曾到过河北、东北等地。由于多年未得到功名，而回乡致力于医学，日久名声大振。他对《素问》、《灵枢》很有研究，先后用了30年工夫编成《类经》及《类经图翼》、《类经附翼》，晚年又总结临床经验，辑成《景岳全书》。他根据《内经》"阳平阴秘，精神乃治"等理论，提出"阳非有余"及"真阴不足"、"人体虚多实少"等理论，主张补益真阴、元阳，慎用寒凉和攻伐方药。临证时常用温补方剂，而被称为温补派。他的《类经》和《类经图翼》对后世针灸医学发展有较大影响。

8.1.50.1 主要内容

明·张介宾著，32卷。刊于明天启四年（公元1624年）。

本书是注释《内经》的著作。书中按内容的性质不同。进行从类分门排列，对原文加以注释而成。作者本着"发隐就明、转难为易"的主旨，将《素问》和《灵枢》中许多类似和相同的原文集于一起，标立篇题，对原文详加注释。全书分为十二类，每类又分若干节，共360多节。与针灸关系密切的有经络类，针刺类等，计7卷，主述经络、穴位、刺法和诸病之刺灸法。

经络类（卷七、八、九）："脏腑治内，经络治外，能明始终，四大安矣。故五曰经络类"。论述的内容主要为：十二经脉、五脏背俞、十二原、骨度、骨空、奇经八脉为病等35节。

针刺类（卷19～22）："药饵不及，古有针砭，九法搜玄，道超凡矣。故十曰针刺类"。

卷十九：主论"九针，用针虚实补泻、候气"等16节。

卷二十：主论"五变五输刺应五时，六腑之病取之于合，缪刺巨刺"等14节。

卷二十一：主论"阴阳形气外内易难，五节之刺，刺诸风，刺灸癫狂、刺寒热、刺头痛"等16节。

卷二十二：主论"刺胸背腹病、刺腰病、刺四肢病、刺痈疽、刺禁、刺害"等18节。

8.1.50.2 主要特色

本书将《素问》、《灵枢》中有关经络、针灸的原文从类分门，并加以注释，使《内经》中有关针灸医学的内容集中化、系统化，加之张氏从文字上予以疏导，从经义上予以阐发，有利于"后学了然，见便得趣，由堂入室，具悉本原"。（《类经》序）

8.1.50.3 版本

（1）明天启四年甲子（公元1624年）刻本

（2）四库全书本

（3）清嘉庆四年己未（公元1799年）金阊萃英堂据天德堂本重刻

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(4) 千顷堂书局石印本

(5) 人民卫生出版社 1957 年 5 月第 1 版，据金阊童涌泉刻本四首合一影印

(6) 人民卫生出版社 1965 年 8 月排印本

8.1.51 类经图翼（附类经附翼）

8.1.51.1 主要内容

明·张介宾撰，11 卷，刊于明天启四年（公元 1624 年）。

本书为张氏所撰《类经》之续编。作者在编撰《类经》过程中，对于其中意义较深、言不尽意的地方，认为有详之以图，再翼之以说的必要，故有《图翼》、《附翼》之作。

本书各卷主要内容如下：

卷一至卷二：主要论述运气、阴阳五行、六气等理论。用文图互解的方法，进行充分阐述。

卷三至卷十为经络。卷三主要论述十二经脏腑图、仰、俯人骨度部位、十二经起止图、十二经流注时序歌，诸部经穴次序和十四经图等，计 42 节。

卷五：主要论述诸部经络发明。

卷六至卷八：主要论述手足十二经穴、任脉、督脉穴。

卷九：主要论述奇经八脉、脏腑募俞穴、八会穴、九门、同名穴等，计七节。

卷十：为奇俞类集，收录经外奇穴 92 个。

卷十一：针灸要览。主要有十四经要穴歌，诸证灸法要穴、24 类 147 种病证之治法。

《类经附翼》4 卷，附于《类经图翼》之后。卷一为“医易”，卷二为“律原”，卷三为“求正录”，卷四为“附针灸诸赋”，有天元太乙歌、玉龙赋、标幽赋、百症赋等歌赋 11 篇。

8.1.51.2 主要特色

本书以论述有关经络针灸内容为主，在经络方面，在“诸部经络发明”中描述了人体各脏腑、五官七窍、体表各部位与经络的循行联系，同时在针灸其余内容上不局限于《内经》所述，综合载述了明以前的相关内容。

8.1.51.3 版本

(1) 同《类经》

(2) 人民卫生出版社 1958 年 11 月第 1 版（影印）

8.1.52 采艾编翼

叶茶山，清代名医，粤东人，嘉庆十年（1805 年）将其所藏残缺几半的《采艾编翼》补辑校正，重新刊行。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.52.1 主要内容

清·叶茶山辑，3卷，约成书于康熙五十年（1711年）。作者系广东新兴县人，姓氏不详。嘉庆十年乙丑（1805年），粤东名医叶茶山将其所藏残缺几半的《采艾编翼》补辑校正，重新刊行。全书主要内容如下：

卷一：为十二经循行歌诀、头颈、胸腹、手臂、足膝等部位的循行图说，十四经分经图说和经脉主治要穴。

卷二：临床各科病症的灸治与药治，分大人科、幼科、妇科、外科、救急科，论述97种病症的取穴处方及灸法要则，每症必配方药，突出灸疗与药疗密切配合的特点。

卷三：收录简便外科验方百余首，与针灸不相关连，疑为后人掺入。

8.1.52.2 主要特色

本书治病方法是针灸与方药并用，几乎参半。所收录的多为山野医生的临症经验，有浓厚的地方风情。在施灸取穴方面，重视使用特定穴，如卷二灸治处方使用的腧穴有170个左右，特定穴占100以上。对此，书中有专门的论述，如卷一“灸法须知”篇中说：“凡会、募、俞、络，最为关窍，如中脘为百病要穴，此穴一灸，吐闷立止，是以灸一中脘而六腑已会，况又胃募；灸章门五脏已会，况又脾募。而背俞应于脏腑，六络洽及兼经，可以理悟”。

8.1.52.3 版本

（1）清嘉庆十年乙丑（公元1805年）六艺堂刻本

（2）中医古籍出版社1985年11月第1版，据中国中医研究院图书馆藏清嘉庆十年乙丑六艺堂刻本影印。

8.1.53 太乙神针

范毓秾，字培兰，雍正时人，曾总镇潮州，修合丸丹，广为施济。后有一道人至其府上谒见，传授太乙神针方。范氏按其方法治疗，疗效很好，后编成《太乙神针》一书，广为流传。

8.1.53.1 主要内容

著者佚名，1卷。成书于1717年，范毓秾传于清雍正年间。本书介绍的是在“雷火针”的基础上改进药卷配方而成的一种以灸代针的治疗方法。

主要内容：首先论述穴位，绘有正、背之道图两幅，记载太乙神针穴位43个。次为太乙神针的用针方法，有太乙神针的药物组成配方，太乙神针的两种使用方法。最后为太乙神针治疗病证与取穴，列有42个病证，每条病证之下，有一个针穴。

8.1.53.2 主要特色

太乙神针实际上属于灸法，以灸为针，同时又隔布，隔姜施灸，不灼伤皮肉，疼痛较传统艾炷灸轻微，易为患者接受。太乙神针制作时配用了多种药物，在临床中使用具

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

有简便、易于操作、疗效显著的特点，深受病人欢迎。

8.1.53.3 版本

(1) 清嘉庆十九年甲戌（1814年）刻本
(2) 清道光三年癸未（1823年）京都宏文斋重刻本
(3) 见《陈修园医书七十二种》

8.1.54 医宗金鉴·刺灸心法要诀

《医宗金鉴》是一部综合性的医书，由清朝官方组织编写。由太医院吴谦、刘裕铎主编，参加编写的有李毓清、武维藩等十余人，故本书为集体编写。后世多以吴谦主编署名。吴谦，字六吉，清代医家，安徽歙县人，乾隆年间任太医院判。其中《订正仲景全书》为吴氏自编。

8.1.54.1 主要内容

清·吴谦等人编纂的综合性医书，全书共90卷，刊行于清乾隆七年（公元1742年）。由清政府组织编写。其原因为古代医书“词奥难明，且多编传写错讹”，后世医书“虽诸大家多所发明，然亦各自成家，或博而不精，或杂而不一，间有自相抵悟，反足惑人，皆当改正注释，分别诸家是非”。因而清政府组织精通医学，兼通文理之人，“分门聚类，删其繁杂，采其精萃，发其余蕴，补其未备”。成为内容简要，切合实用的医学著作，自刊行后二百多年来一直作为初学中医者的必读书。本书主要内容有：

①《订正仲景全书》(卷1～25)
②《删补名医方论》(卷26～33)
③《四诊心法要诀》(卷34)
④《运气要诀》(卷35)
⑤《伤寒心法要诀》(卷36～37)
⑥《杂病心法要诀》(卷38～43)
⑦《妇科心法要诀》(卷44～49)
⑧《幼科杂病心法要诀》(卷50～55)
⑨《痘诊心法要诀》(卷56～59)
⑩《幼科种痘心法要诀》(卷60)
⑪《外科心法要诀》(卷61～76)
⑫《眼科心法要诀》(卷77～78)
⑬《刺灸心法要诀》(卷79～86)
⑭《正骨心法要旨》(卷87～90)

刺灸心法要诀为本书专论针灸的部份，其主要内容如下：

卷七十九：主要为歌赋。有九针原始歌（九针式图并九针主治法歌），论述了九针形态及附图，主治功用。行针次第手法歌，将取穴、持针、温针、进针、指循、摄法、退针、搓针、捻针、留针、摇针、拔针等各个阶段的行针手法，都以歌赋形式编写成12首歌，歌下有注释。十二经井荥俞经合原刺浅深歌、五脏六腑井荥俞原经合歌、十

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

二经表里原始总歌、八脉交会八穴歌、手足十二经所属歌、十二经相传次序歌，十二经起止歌、十二经穴周流歌、十二经气血多少歌。

卷八十：周身穴位骨度，记载人体各部的解剖部位名称及注释，并附图。骨度尺寸，记载身体各部的尺寸长短。以下论述腧穴，以头面颈胸腹部依线论述，四肢以手三阴、手三阳、足三阴、足三阳按经脉论述，共计总穴数595个，穴名324个（其中单穴53个，双穴291个）。

卷八十一至八十三：为十二脏经义。主要记载十二脏（腑）的形态解剖、重量、功用，经脉循行，经脉循行歌，经穴歌，分寸歌并加注。每一脏都附形态图，经脉循行及经穴图。

卷八十四：为奇经八脉总歌。分别论述八脉循行经文、循行歌、俞穴歌、分寸歌、并附经脉、经穴图。

卷八十五：为主病针灸要穴歌。分头部，胸腹部、背部、手部、足部的主要腧穴主要病症。

卷八十六：为灸法。灸治各种病症及取穴歌，禁针、禁灸等歌诀。各卷都有附图。

8.1.54.2 主要特色

《刺灸心法要诀》为针灸临床专辑，根据古代针灸医家的经验，悉集编纂成歌诀，便于学习，清朝太医院曾作教材，直至建国后仍有不少针灸工作者习诵《刺灸心法要诀》因本书具有便于背诵、便于记忆、临床实用等特点。

（1）突出腧穴主治：本书有关腧穴主治功用歌诀既突出主治重点，又简明扼要，对某些穴位主治也有发挥和充实。如“合谷主治破伤风、痹痛筋急针止疼，兼治头上诸般病，水肿难产小儿惊”。合谷穴治疗破伤风、难产、水肿，这在其他文献中少有记载。又如“列缺主治嗽寒痰，偏正头痛治自痊，男子五淋阴中痛，尿血精出灸便安”。列缺治五淋，尿血，遗精，也是其它文献少有记载的。再如“胃俞主治黄疸病，食毕头目即眩晕”。食后头目眩晕，用胃俞畅通胃之经气，这也是对胃俞主治功用的充实。

（2）突出奇穴救治急症特点：本书仅记载10个奇穴，但多属于治急症而有奇效之穴，如“灸难产穴，妇人右脚小趾尖，炷如小麦灸三壮，下火立产通仙”，右脚小趾尖，当为至阴穴。其他如针子户穴治胎衣不下，灸鬼哭穴治神志异常等。

8.1.54.3 版本

（1）清内府精写稿本（残本）

（2）清乾隆七年壬戌（公元1742年）武英殿刊本

（3）同年尊经阁刊本

（4）四库全书本

（5）清光绪九年癸未（公元1883年）扫叶山房刊本

（6）上海建文书局1954年第1版，全8册

（7）人民卫生出版社1963年第1版，据1956～1957年影印出版的乾隆武英殿刊本排印

（8）人民卫生出版社1973年4月第1版，第五分册：《医宗金鉴·眼科心法要诀，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

刺灸心法要诀（卷79～卷86），正骨心法要诀》

8.1.55 串雅外编·针灸门

赵学敏（约1719年～1805年），字恕轩，号依吉，钱塘（今浙江杭州）人。出身于富有家庭，爱好医药，曾深入群众调查并采集医药，实地栽培药材。参考大量有关文献，编成《本草纲目拾遗》一书。另把铃医赵柏云的医疗经验汇集整理和增补，编成《串雅内篇》、《串雅外篇》，总结了民间丰富的方药和医疗技术，具有简、便、廉、验的特点。为保存和发扬民间医药作出了宝贵贡献。

8.1.55.1 主要内容

清·赵学敏编，4卷。成书于1759年。卷二针法门的内容有：猢狲痨，挑闷疹子，喉痹，百发神针，消癖神火针，阴症散毒针。灸法门的内容有：医小儿，鸡爪风，干霍乱死灸法，附子灸，黄腊灸，灸癣，灸耳聋，疝气偏坠，灸痈疽，胡桃灸，鸡子灸，苦瓠灸，桑木灸，椀灸，灸目，麻叶灸。

8.1.55.2 主要特点

本书收集了民间针灸治病的丰富经验，尤其汇集了民间流行的多种灸法，如实按灸方面，本书卷二记载了百发神针、消癖神火针、阴症散毒针等，这些“针法”其艾卷制法及操作方法与“太乙神针”相同，只是在药物艾卷的药物处方及临床适应症有所不同，比如百发神针的药物有乳香、没药、生川附子、血竭、川乌、草乌、檀香末、降香末、大贝母、麝香、母丁香、艾绒等，临床上适用于偏正头风，漏肩风，鹤膝风，半身不遂，痞块，腰痛，小肠疝气及痈疽等症。而消癖神火针由于药物处方不同，而主治偏食消瘦，积聚痞块等，此外，本书卷二还记载了其他非艾灸法，如黄腊灸法、桑枝灸法等。

8.1.55.3 版本

（1）清常熟周左季抄本
（2）1915年印本

8.1.56 针灸易学

李守先，字善述，清代针灸医师，长葛（河南省）人。少年即学医，51岁时疟疾流行，十人有九得病，择少壮医之，初治三效一，更日治五效三，22日内获效427人。于是在总结古法的基础上，结合其个人经验，著书一部，使其浅而易知，显面易明，名为《针灸易学》。李氏认为，学习针灸之难，难不在穴，面在手法。他说：“明于穴面手法不明，终身不医一疾，明于手法而因症寻穴，难者多，而显而易知者亦不少矣”。他认为，学习针灸者，要首学手法，次学认症，而以寻穴为末务。

8.1.56.1 主要内容

清·李学先撰，3卷，刊行清嘉庆三年戊午（公元1798年）。自序一篇，讲其学医

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

过程与书名由来："先少学针灸六年，未尝一日稍懈，特无名师口授，总不信心，以为非吾能事也。至乾隆五十一年，先已五十一岁，时疟疾十人而九，择其少壮医之，治三效一。更日治五效三，由此复究其书，而无不效矣。计二十二日，获效四百二十七人。后学知卒症，有效有不效，用针多则内有约略，且更考诸先生之书，医十得三者有矣，医十得五得七者有矣。此亦因易入难，推所已知而及所未知者也。至于深远详细吾未有得，惟圣者能之耳。兹将古法著之于前，愚见列之于后，浅而易知，显而易名，名曰《针灸易学》，以为后之君子便览之云尔"。

上卷内容有针灸源流、手法、认症和寻穴四部分。手法为修针、进针、补泻法等内容。认症收录有《灵枢》杂症、行针指要、百症治法、治症总要、以及妇人、小儿、眼科、疟疾、伤寒、口眼㖞斜等13种病症的取穴图及针治内容。

中卷为经络穴位，有督任穴图，背部穴图，腹部穴图，十二经图，十二经穴，经外奇穴（32个）等。

下卷附有72翻图，多为急症特殊图象，显示患者的病态及形似其症状的动物。关于治法，或用针刺，或用灸疗，或药物或刺血等多种方法，治法不见子其他医书。

8.1.56.2 主要特色

由于李氏重视针灸手法，故本书对针刺手法进行了详细阐述，卷首摘录了《难经》、《神应经》、《针灸大成》等各家手法歌诀及修针、持针、定神、退针、合法、治晕针、转针补泻、生成息数、呼吸、徐疾等针刺手法。同时论述了《灵枢》、纪氏、《聚英》、扁鹊、长桑君、杨继洲等认症定穴之法，对内、妇、儿、眼等各科针灸证治也予以详细介绍。卷末论述了四绝穴名，千金之歌。对五脏募穴、合穴、交会穴、八脉交会歌、八穴配合歌、十二经补泻歌、十二经分阴阳歌、灸法、灸症、灸刺法、取火法、以言治病法、习学须知等均有记载。

本书卷下载有用翻字命名的七十二翻图。其形生动，其象逼真，图下记述各"翻"各称、症状及治疗，为各书所不备。如白眼翻："其形常翻白眼"，治宜将顶门灸三艾炷，如不愈，再灸三艾炷即愈。又如滚肠翻："肚痛壅心"。治宜手凌头上，与股肱弯左右排打见青紫色，打至胸间不见青紫色即愈，不愈再打，如有风症用棉子七个乾蜂蜜七个，煅黄为末，黄酒送下。从上述例子来看，"翻"多指急症、危症、疑难症。治法除针灸外，尚介绍有民间流行的多种简便疗法。

8.1.56.3 版本

(1) 清嘉庆三年戊午（公元1798年）撰者自刊本，线装一函二册
(2) 清道光二十七年丁未（1847）刻本
(3) 1916年广益书局石印本，线装一函2册
(4) 1916年上海萃英书庄据光绪丁未重校本石印，线装一函
(5) 1938年大文书局铅印本，1册
(6) 1951年中医书局铅印本，1册
(7) 1953年上海建文书局石印本，1册
(8) 1954年上海锦章书局石印本，1册

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(9) 中国书店 1985 年第 1 版，据建文书局石印本影印

8.1.57 凌门传授铜人指穴

作者不详。扉页有“不著撰人”字样。据书名分析，凌门指明代凌世针灸世家。《针灸大成校释》拦江赋注释中有“凌氏即明代凌云，字汉章，号卧岩先生”。凌氏后代精于针灸者，尚有凌宣、凌贞候、凌千一，凌声臣等人。

8.1.57.1 主要内容

不著撰人，1 卷，原册面签题《手抄秘本铜人图说》。卷末有《凌门传授铜人指穴一卷终》字样。全书分三部分。

一、歌赋 44 篇：如百症赋、玉龙赋、灵光赋、拦江赋、席弘赋、八法八穴歌、十四经步穴歌、六十六穴流注歌、子午流注逐日按时定穴歌……标幽赋、铜人指要赋。

二、经脉穴位图 36 幅：十四经脉图与经穴歌、经脉循行病候歌、天星穴法图（2）、秋夫疗鬼十三针穴图、回阳九针图、八脉交会穴图、五脏、六腑图（2）、气海膈膜之图、心系之图等。

三、论五篇：命门大小肠膀胱论、阑门水谷分别论、气海膈膜论、肺膜论、心系询。

8.1.57.2 主要特色

本书以针灸歌赋为主，其中部分歌赋不见于一般针灸著作中，如年尻神歌，月尻神歌，六十六穴流注歌（有两种不同文字），子午流注逐日按时定穴歌（与《针灸大全》、《针灸大成》、《杨敬斋针灸全书》不同）等五首。有些歌赋的文字与其他针灸专著也不同，并非传抄之误，可能另有所本，如本书百症赋中有“耳门、丝竹空治牙疼而顷刻”，而《聚英》、《大成》具作“住牙疼于顷刻”。“肩髃、阳溪，消瘾疹风斑之热极”，面《聚英》、《大成》具作“肩髃、阳溪消瘾风”。因此，本书可用于校正其他著作的针灸歌赋。

此外，在所载歌赋中，子午流注内容较多。本书所载的两种文字的六十六穴流注歌未见于《针灸大全》、《针灸大成》等著作中。

8.1.57.3 版本

精抄本，一函一册

8.1.58 针灸内篇

江上外史，清代针灸医家，为明代著名针灸学家凌云之后裔凌声臣的再传弟子。据江上外史自叙：“此秘由双林凌声臣先生传之外孙宣沛九，宣公乃传于余”。可知此书乃首由凌声臣传之外孙宣沛九，宣又传之于江上外史。江上外史生平事迹无可考。凌声臣是凌汉章的后裔，其针法自凌汉章祖传而来。凌汉章，名云，号卧岩，明归安双林（今浙江吴兴双林镇）人。精于取穴与刺法，为双林针派创始人。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.58.1 主要内容

江上外史撰，1卷。原为清抄本，成书约在清道光元年（公元1821年左右）。内容有：

（1）针法，指出："针灸之道，治有三法"。一为进针法，"凡针入穴，宜渐次从容而进，攻病者，知酸、知麻、知痛，或似酸、似麻、似痛之不可忍者，即止。止乃病源在于此。致于面部、任脉不现此种情况"。二为深浅法，"横斜可深，直插宜浅，斜不过一寸，直不过五分"。三为用针之法，"用针之法，针入穴少停，须运动其针，左转为补，右转为泻；提针一飞三退为透天凉，一退三飞为烧山火"。

（2）炼针法，分叙初炼针法、复炼针法、临用炼针法。均用祛风活血止痛药数味至十数味配方，与针同置磁罐中煎煮。如复炼针法："乌头一两、巴豆一两、硫黄一钱五分、麻黄一钱五分、木鳖子十个、乌梅十个，与针同煮一日，水干再添，守而待之"。

（3）十四经穴歌与经穴图，傍注，内丹诀云。其中腧穴旁注以凌云《秘授灵书》中有关取穴法、刺灸法及主治病症为内容。手三阳及足少阳、足厥阴、足阳明、任、督八脉后，附有江上外史的考证，主要内容为经穴名称的读音、别名、定位、主治、刺灸法和禁忌。

（4）禁针禁灸歌，介绍了禁针穴30个，禁灸穴45个。

（5）《内经》、《难经》、《神应经》之补泻法，及凌氏所传之补泻法。认为：《内经》补泻"与双林凌氏正相反"，《神应经》补泻"与双林派口传正相合"。并以亲身经验为据，指出："余从先生临证以来，患者遵是法补泻，无不效验如神。此乃至秘也"。

8.1.58.2 主要特色

本书揭示了曾轰动一时的双林针灸学派的学术思想及针法特点。本书的内容来源，江上外史首先在序言中指出，《针灸内篇》源自双林凌声臣，又在考证中告诉其收藏有凌云的《秘授灵书》，指出："此册旁注即摘录汉章先生之法也，为家传汉声合秘，亦世室也"。提示本书所反映的主要内容源于双林学派。

双林学派开山鼻祖乃明代凌云。《浙江通志》载，凌云针法授自泰山异人，以针技高超而被明孝宗任用，曾著《流注辨惑》一书。《明史·凌云传》称："海内称针法者，曰归安凌氏"。子孙多世其业，并有所著述，以致凌氏针法闻名遐迩，"远近趋之若神"。然凌氏著作均已佚失。仅能在《中国医籍考》中看到凌千一《针灸秘要》、凌贞侯《针灸集要》两书之序言。《针灸内篇》的问世，对了解"凌氏针法"有极大裨益。

本书在针感研究方面有独到之处，认为入针深度宜以针感出现为度，针下感觉可判断疾病的预后，指出："病者宜知酸、麻、痛，则病浅易治；针入不觉者，病深难疗"。

在刺法方面，凡横刺均用于肌肉浅薄之处，斜刺均用于有重要脏器处。如"凡属背部两行，针一分，向外寸半"。还大量用透刺法，透刺的穴位与主治病症相关。如列缺"针一分，沿皮透太渊，治半身不遂，一切危症"。阳谷"针透腕骨，治项强、额痛、目赤、上下牙痛、痔漏"。膝关"横针二寸透膝眼，治风痹膝内痛、不能屈伸，咽喉中痛"。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.1.58.3 版本

(1) 清抄本

(2) 中医古籍出版社 1984 年 3 月第 1 版，据中国中医研究院图书馆藏清抄本影印。

8.1.59 神灸经纶

吴亦鼎，名砚承，清代医家，古歙（今安徽省）人，生卒无考。精于麻疹证治，以俗医“治痘难，治麻易”之说而草菅人命，乃采古人食法，撰成《麻疹备要方论》一卷。参考《医宗金鉴．刺灸心法》等书，编有《神灸经纶》四卷。

8.1.59.1 主要内容

清·吴亦鼎编，4 卷，清咸丰三年（公元 1853 年）刊行。本书是一部论灸法的专著。

卷一：详论灸法的一般知识和操作技术，十二经脉、奇经八脉之循行，周身经络部位歌、十五别络歌、五俞穴、原穴、周身名位经脉骨度。

卷二：十二经脉起止，十二经脉穴歌、图和穴位分寸，奇经八脉穴歌、图、穴位分寸。

卷三：临床证治：中风诸病，厥逆诸病，首部诸病，中身诸病的证略与灸治法。

卷四：手足诸病、二阴诸病、妇人诸病、外科诸病的证略与灸治法。末附医原一篇，论述本愿五则与不治五则。

本书有经脉穴位图 20 幅，书中的穴位部位辑自《医宗金鉴·刺灸心法》部分。

8.1.59.2 主要特色

本书系统地总结了我国灸疗学成就，叙述了三百多个穴位的定位及施灸壮数，阐述了内、外、妇、儿各科病证的灸疗取穴，简明扼要，切合临床实用，实为一部灸疗法之大全。

8.1.59.3 版本

(1) 清咸丰三年（1853）古歙吴氏刊本

(2) 中医古籍出版社 1983 年 3 月第 1 版，据清咸丰三年古歙吴氏刊本影印

8.1.60 太乙神针集解

孔广培，字筱亭，浙江萧山人，生卒年月不详。咸丰年间，其妻患疝，多方调治无效。适得《太乙神针方》抄本，按法施治而愈。遂寻太乙神针之源流，兼录沧州人叶圭书改良之太乙针法（以面碗实药其中，隔姜灸之），绘其图式，辑为《太乙神针集解》。

8.1.60.1 主要内容

清·孔广培参订，1 卷，清同治十一年壬申（1872 年）刊行。本书的上半部分和范毓檫的《太乙神针》大致相同，内容为：用针法、九宫尻神禁忌图、逐日人神所在不宜

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

针灸、太乙神针方、太乙神针灸法、麦碗图、穴图。下半部分内容多取自《针灸大成》，介绍普通灸法、标幽赋和治症总要的一部、十四经要穴等。

8.1.60.2 主要特色

本书搜集了《太乙神针》及有关灸法，较以前诸《太乙神针》著作的内容有所增补，如取《灵枢》杂病论、《标幽赋》、《卫生宝鉴》、《千金方》等有关灸法内容，以充实灸法的理论及应用。

8.1.60.3 版本

(1) 清同治十一年壬申（1872 年）刻本
(2) 抄本

8.1.61 针灸集成

廖润鸿，字逵宾，清代医家，渌江（湖南澧陵）人，长于针灸，撰《勉学堂针灸集成》。

8.1.61.1 主要内容

清·廖润鸿编著，4 卷，同治十三年甲戌（1874 年）刊行。

本书原名《勉学堂针灸集成》。书前有作者自序一篇，语曰："今岁夏，偶遇明师以《针灸集成》相示，因取而读之，渐觉豁然有得……因将原书考正穴法，韵以五言，用当记诵，并遵纂《医宗金鉴》参互考完，正其讹舛……将铜人图按法缩绘小幅，以便案头搜讨"。各卷内容如下：

卷一：概述针灸基本知识，如制九针法，制艾法、针灸不可并施、别穴、募穴、原穴、十四经脉、子午八法、子午流注补泻、刺灸法、禁忌等。

卷二：论述人体各部位折量法，以及内、外、妇、儿各科疾病的针灸治疗法。

卷三、卷四：论述十四经脉流注及穴位、经外奇穴及禁针、禁灸穴。

本书内容大部分集录自《类经图翼》卷六、卷七、卷八中的十四经穴主治和集录自《东医宝鉴》中的全部针灸内容。考正了 6 个讹穴，收录了 144 个经外奇穴。

8.1.61.2 主要特色

本书的主要特色在于重视取穴的准确性。廖氏认为："下手用功处在熟穴法"。在取穴方面，廖氏强调三方面：一是取穴距离的精确性，如少商穴，自《针灸甲乙经》起皆描述为在手大指端内侧去爪甲如韭叶，廖氏认为："韭叶大小"一语不详。提出新的定位法，即"爪甲距肉三分许，与第一节横纹头相直"。这种取法横纵结合，显然提高了准确性。此外，廖氏还重视身体各种标志对于定穴的作用。

在针灸治疗方面，本书介绍了廖氏的临床经验，其内容主要集中在卷二。如在"针中脘穴手法"中说："方书云：中脘穴针入八分。然而凡人之外皮内胞各有浅深，铭念操心，纳针皮肤，初似坚固，徐徐纳针，已过皮肤，针锋如陷空中，至其内胞，忽觉似固，病人亦致微动，然后停针，留十呼，徐徐出针"。对中脘穴针刺操作做了具体详细

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

的说明。又在“手臂筋挛酸痛专废食饮不省人事者”中说：“医者以左手大拇指坚按筋结作痛处，使不得动移，即以针贯刺其筋结处，锋应于伤筋则瘥痛不可忍处是天应穴也，随痛随针，神效，不然则再针。凡针经络诸穴无逾于此法也。”对天应穴取法、针刺操作，应用范围及效果，论述周详。此类阐述甚多，不一一列举，对临床针灸医生有重要的指导借鉴价值。

8.1.61.3 版本

(1) 清同治十三年甲戌（1874 年）北京文宝堂刊本
(2) 清光绪五年己卯（1879 年）京门琉璃厂宝名斋刻本
(3) 人民卫生出版社 1956 年 11 月第 1 版，影印本

8.2 古代医家针灸学术思想和贡献

针灸医学渊远流长，历代针灸医家众多，名人辈出，如魏、晋之皇甫谧、唐之孙思邈、宋之王惟一、明之高武、杨继洲等均具有代表性。由于他们的卓越贡献，自《内经》而《针灸甲乙经》迨至《针灸大成》，系统地对经络生理病理、穴位考订、针刺手法、辨证选穴的理论和经验作了全面的阐述，针灸医学理论体系得以不断充实和发展。然而，各时期代表性医家在学术理论上各有倾向性和特点，这些独到的方面，正是我们要研究和探讨的对象，现将古代针灸医家的学术思想分述如下：

8.2.1 全面继承的医家

在针灸医学漫长的发展过程中，产生和造就了一批著名的针灸学家，其中有一批医家，在全面继承和发展针灸医学上起到了继往开来的作用。这些医家大都具有以下特点：①系统整理了有关针灸文献，使许多宝贵的针灸学资料得以流传至今；②对当时已残缺不全或混乱不堪的经络、腧穴图等进行了认真的考证和详细的修订，从而加快了针灸医学的普及；③他们都具有丰富的针灸临床经验，并从实际出发，对针灸理论作了许多的补充，因而促进了针灸医学的发展。

8.2.1.1 皇甫谧与《针灸甲乙经》

皇甫谧，幼名静，字士安，晚年自号玄晏先生，晋·安定朝那人（今甘肃省灵台县）人，生于公元 215 年（东汉建安 20 年），卒于公元 282 年（西晋太康 3 年），终年 68 岁，为我国著名的针灸学家。

皇甫谧生于汉末，长于曹魏，死于西晋。在他的一生中，亲眼目睹了封建社会的腐败，统治阶级的腐朽，因而对劳动人民有着深厚的感情。当时一般士人争相追求升官、发财，贪图享受，但他不追求功名富贵与流俗异趣，曾有很多政治上显要的人物建议并推举他做官，甚至晋武帝也几次诏他去做官，都被他毅然拒绝了，他终生隐居不仕，毕生致力于著述和医疗工作。

皇甫谧从小过继于叔父，少年时期荒于学业，在叔母的教养下，20 岁时拜家乡席坦为师，因家境贫穷，他一面务农，一面读书，由于勤奋好学，常常废寝忘食。他“博综典籍百家之言”，不仅在医学（特别是针灸学）方面造诣颇深，而且对经史、文学均

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

有研究。他在医学方面的著述除了《针灸甲乙经》外，尚有《寒食散方》一卷（已佚），其它著述有《帝王世纪》、《年历》、《高士传》、《逸士传》、《列女传》、《元晏春秋》、《元晏先生集》等。

皇甫谧到中年时已在文、史方面很有成就，正值有所作为的时期，不幸身患风痹，半身不遂，又兼苦耳聋。疾病的痛苦，不仅没有使他丧失信心和意志，反面使之更发愤于钻研医学，他说："夫受先人之体，有八尺之躯，而不知医事，此所谓游魂耳。"他决心把自己的全部精力贡献给针灸事业，于是带着病体研究医理，集览群方，手不释卷，终于在汲取《灵枢》、《素问》、《明堂孔穴针灸治要》等书精华的基础上，约于公元282年（晋太康三年）著成《针灸甲乙经》这部光辉的针灸学巨著。它的问世标志着我国针灸学的又一次大的发展，使针灸学第一次专门化、系统化，并奠定了针灸学专科化的基础。

《针灸甲乙经》继承发扬了我国传统的针灸学，无论在学术上，临床上都有很高的价值。

（1）"三部同归"的类编方法

战国以后，明堂针灸方面有了长足的发展，撰者不止一家，于《内经》外，还有《黄帝虾蟆经》、涪翁《针经》及《明堂孔穴针灸治要》一类书，面内容多同，编次不一，颇难省览，尤其在临床上仓卒中难于检阅，故删繁去复，以便应用，这任务于魏晋时才由皇甫谧担当起来。他本着"使事类相从，删其浮辞，除其重复，论其精要"的原则，选集《素问》、《针经》、《明堂孔穴针灸治要》三书中有关针灸部分，结合自己的体会和见解，重新组合，编撰成《针灸甲乙经》12卷。他把散见于三书各篇章的一些相类的经文汇集于一处，使对每一个问题的论述较为系统地连贯在一起，这就为后世医家阅读和记忆带来了不少的方便。如卷一"精神五脏论第一"，便是把《灵枢》之本神篇、九针论，《素问》之举痛论、宣明五气篇、阴阳应象大论等篇中有关精神五脏的经文汇集于一处，使人读起来可以系统看出精神五脏的形成、生理活动和病理变化，又如卷五"针道第四"所论述的针法，既包括有《灵枢》九针十二原、官能、本输，又包括了《素问》之宝命全形论、八正神明论、调经论、诊要经终论、刺禁论等篇中有关针刺法的经文，这样就可以全面地了解针刺前的注意事项、针刺方法、针下感应、补泻手法、针灸禁忌以及误刺致变等一系列有关针刺的道理。

通过将《素问》、《灵枢》和《明堂孔穴针灸治要》的重新编次、分类，《针灸甲乙经》显得条目清晰，层次井然，令人有观止之叹。综观全书，基本由两大部份组成：卷一至卷六为基础理论，卷七至卷十二为辨证论治，总的顺序是先理论后临床，与现代中医学的授课程序完全一致，为后世医家提示了一种科学整理研究古籍的思维方法。

（2）分部划线的腧穴排列法

《黄帝内经》提出了365个腧穴数目，但经查阅核实实有其名者，仅单穴25个，双穴135个，凡160个穴名。并且《内经》中论述穴位的内容分散在《灵枢》中的九针十二原、本输、根结、经脉、热病、厥病和《素问》中的气穴论、气府论、骨空论、水热穴论等篇内，既分散，又不系统，况且其中只言穴名而无部位，或只言部位而不言穴名者为数甚多。《针灸甲乙经》不但增加了腧穴的数目，而且厘定了349个常用腧穴的定位，其中单穴名49个，双穴名300个。对腧穴的排列采用按部位分经脉排列的体例，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

如头部穴、背部穴、面部穴、耳部穴、手三阴经穴、手三阳经穴、足三阴经穴和足三阳经穴（见 8-1）。头、背、胸、腹等部位又按经脉自上面下排列，如背部按“背自第一椎循督脉下行至脊骶”、“背自第一椎两旁夹脊各一寸五分下至节”和“背自第二椎两旁夹脊各三寸至二十一椎下”的顺序排列腧穴，而四肢的手足十二经脉穴位则采取自指（趾）端向躯干方向排列。这种按部位分经脉的排列法对于学习穴位和临床取穴都是十分方便的，为后世按部位分经脉排列的体例奠定了基础。

表 8-1　《针灸甲乙经》穴位按部位分经脉排列表

经脉 / 部位	肺	心包	心	大肠	三焦	小肠	脾	肝	肾	胃	胆	膀胱	督	任	合计
头部穴										1	13	7	10		31
背部穴												34	11		45
面部穴				2	1	1				6	5	2	4	1	22
耳前后穴					6	1				1	2				10
颈部穴				2	1	2				3				1	9
肩部穴				2	3	7				1	1				14
胸部穴	2						4		6	6				7	25
腋胁部穴		1					1				2				4
腹部穴							5	2	11	12	6			15	51
手太阴及臂穴	9														9
手厥阴及臂穴		8													8
手少阴及臂穴			8												8
手阳明及臂穴				14											14
手少阳及臂穴					12										12
手太阴及臂穴						8									8
足太阴及股穴							11								11
足厥阴及股穴								11							11
足少阴及股并阴跻阴维穴									10						10
足阳明及股穴										15					15
足少阳及股并阳维穴											14				14
足太阳及股并阳跻穴												18			18
合计	11	9	8	20	23	19	21	13	27	45	43	61	25	24	349

（3）注重对症选穴，辨证施治

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

“辨证论治”是中医学的一大特色。考我国药物治疗的辨证施治体系，早已成功地集中在仲景遗著《伤寒杂病论》中，并为后世医家奉为圭臬，长期指导着中医的临床实践，而针灸治疗的辨证论治体系，古代遗著不失之过简，则失之过乱，求其内容比较完整、结构比较系统，使后学便于师法者，应当肯定皇甫谧《针灸甲乙经》的功绩，该书卷七、八、九、十、十一、十二，凡六卷四十三篇，为诸科疾病之具体辨证施治，其中大部分保留了古代《明堂经》遗文的内容，从中可以看出这里面不但突出了他的“分经辨病，审证施针”的原则，而且还处处体现他对各项生理、病理、诊法、治法的观点和主张；不但有规律地反映了他对各种疾病的认识，同时还系统地反映出了他诊治疾病的程序。他在讨论任何疾病的时候，总是先落实到有关的脏腑和经络，然后据其生理特点讨论其病因病机，进而寻出相应的穴位和针刺方法。如咳嗽一证，虽然邪在肺，但可因五脏六腑受病所影响而发生。临床治疗又须随症不同而选取不同的腧穴，有取云门、中府者；有取肺俞、缺盆者；有取天容者；有取廉泉者；有取魄户、气舍、噫嘻者；有取扶突者；有取太渊者；有取尺泽者；有取大钟者，因兼症不同而有二十四种不同情况的取穴法。这是很细致的，在弄清这些细节之后，再分虚实而行补泻，也就是在随势疏导的基础上调其虚实，以求达到平衡。这种“分经辨病在先”、“审证施治在后”，一步深入一步的辨证方法，是《针灸甲乙经》临床施治的一大特色，至今仍有较高的指导价值。

（4）对国内外针灸发展的影响

《针灸甲乙经》问世以来，对我国针灸发展起到了承先启后的作用。不仅唐代甄权《明堂人形图》、孙思邈的《备急千金要方》、王焘的《外台秘要》用为蓝本，而且元、明、清时期的许多书，如《针灸大成》、《针灸集成》等，也多是参考是书编撰而成。在教授学生方面，唐制医学教育（立针博士）就把《针灸甲乙经》定为教本。以后凡传教针灸，研习针灸，校注针灸书籍，莫不以《针灸甲乙经》为规范。它对我国针灸医学的发展作出了巨大的贡献。

《针灸甲乙经》的影响早已走向世界。据日本《大宝律令》记载：“公元前一百年至公元后七百年，中国医学输入。公元 562 年吴人知聪携《明堂图》、《甲乙经》等书至日本。公元 784 年以前，日本医生都学习《甲乙经》、《脉经》、《本草》、《素问》等中国医书。”日本针灸书中的穴名与部位基本上是依据《针灸甲乙经》的，1975 年日本经穴委员会出版的《经穴部位调查之基础资料》中还是把《针灸甲乙经》列为首要的参考书。朝鲜的针灸学也是由中国传去的，而《针灸甲乙经》则起了重要作用。由此可见，《针灸甲乙经》的外缘辐射，在地理上远远超越了中国本土的范围，它对世界各国针灸医学的发展都产生了深远的影响。

8.2.1.2 甄权、孙思邈与明堂图

甄权和孙思邈都是隋唐时期的著名医学家。

甄权约生于南北朝的西魏大统六年（公元 540 年），卒于唐贞观十七年（643）年。据《旧唐书》记载：他是许州扶沟人（今河南省扶沟县），“尝以母病，与弟立言专医方，得其旨趣”，兄弟二人后皆为名医。甄立言“武德中累迁太堂丞，御史大夫，杜淹患风毒发肿，太宗令立言视之。”可见其弟甄立言在当时也是颇有影响的医家。《旧唐

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

书》记载：甄权“隋开皇初，为秘书省正字，后称疾免。……贞观十七年，权年一百三岁，太宗幸其家，视其饮食，访以药性，因授朝散大夫，赐几杖衣板，其年卒。撰《脉经》、《针方》、《明堂人形图》各一卷。”甄权的著作，除了前面这些外，还整理了《古今录验方》五十卷，《针经钞》三卷，遗憾的是这些著作也和其它作品一样未曾流传下来。

孙思邈约生卒于公元581～682年间，为京兆华原人（今陕西省耀县），其学识渊博，医德高尚，百岁长寿，经验宏富，道家称之为“孙真人”。长期隐居山林，并精烧炼，中国发明的火药，就是始见于他的道学著作中。他的医学思想渊源，可以用他“大医学业”中的话来说明它：即要修习《黄帝内经》、《针灸甲乙经》、《明堂流注》、《三部九候》诸书，而于张仲景、王叔和、阮炳、范汪、张苗、靳邵等的经方都要精研，又对卜易诸书也须学习。博通道、佛、儒、医百家之术，尤以医学上的成就卓著。隋文帝杨坚、唐太宗李世民多次征召，皆不就。生前著有《备急千金要方》和《千金翼方》，两书中皆有专卷论述针灸学术。

（1）甄权与《明堂人形图》

甄权曾说：“吾十有八面志学于医。今年过百岁，研综经方，推究孔穴，所疑更多矣。”（《千金翼方·针灸》）可见他学医、临证的时间是很长的。他的高明医术，在史传医籍中也有反映。如《旧唐书》记载：“隋鲁州刺史库狄钦苦风患，手不得引弓，诸医莫能疗，权谓曰：但将弓箭引向垛，一针可以射矣。针其肩髃穴，应时即射。”《千金翼方》记载说：“时有深州刺史成君绰，忽患颈肿如数升，喉中闭塞，水粒不下已三日矣。……权救之，针其右手次指之端，如食顷气息即通，明日饮啖如故。”可以看出甄权治疗疾病取穴精，疗效好，恢复快，故而史书也称赞说：“权之疗疾，多类此也。”

甄权的成就，主要表现在修订明堂图方面。他所著的《明堂人形图》在当时颇有影响。正如孙思邈所说：“尔后缙绅之士，多写权图，略遍华裔。”这是一部以图为主，同时有详细文字说明的著作，对他的编绘，甄权是花费了一番辛勤劳动的。由于当时穴名和位置的混乱，如心俞一穴，就有在第三椎、第四椎、第五椎、第六椎等多种定位法，使人莫知所以。甄氏对此进行了认真的考订工作。他说：“余退以《甲乙》校秦承祖图，有旁庭，臆会等一十九穴，按六百四十九穴，有目无名。其角孙、景风一十七穴，《三部针经》具存焉。然其图阙漏，仍有四十九穴，上下倒错，前后易处不合本径，所谓失之毫厘，差之千里也。”（《千金翼方·针灸》）由此可知，甄氏《明堂人形图》的编撰是以秦承祖所绘的针灸图为蓝本的，并用《甲乙经》等著作对秦氏的图进行了校定，发现了许多阙漏和上下倒错之处，因而甄氏在纠正和补充秦图的基础上，编绘了新的明堂针灸经穴图。

甄权所参考的秦图，主要是指六朝刘宋时秦承祖的《明堂图》三卷。根据《隋书》、《唐书》记载当时前代遗留下来的针灸经穴图还很多，不下数十种，但甄权仅选秦图为蓝本，这说明秦氏的《明堂图》三卷，在当时还是比较完整周密，且有影响的作品。但甄权的《明堂人形图》编绘成后，无疑很快代替了秦图在这方面的影响，成为唐代一个较长时期医者学习针灸的“楷模”。如《千金翼方》二十六卷针灸部分，一开始孙氏就写道：“合所述针灸孔穴，一依甄公明堂图为定，学者可细详之。”因此，甄权的《明堂图》，在当时已成为有指导性的权威著作，对针灸学的发展产生了极其深远的影响。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

（2）孙思邈与两部《千金方》

如果我们把《针灸甲乙经》的产生看成是针灸发展史上的第一个里程碑，那么《备急千金要方》和《千金翼方》的问世，应当属于第二个里程碑了。两部《千金》的作者，对唐以前的针灸文献几乎搜罗无遗，除散见于各种病症主治项下的针灸处方外，《千金要方》29－30卷、《千金翼方》26～28卷，还专论针灸，这就大量填补了唐以前针灸理论的空白，为针灸学的发展作出了巨大的贡献。

在针灸与药物的关系上，孙氏主张针药并重，认为“良医之道”是“汤药攻其内，针灸攻其外”，只有这样，“则病无逃矣，方知针灸之功，过半于汤药矣。”故“知针知药，固是良医”，“内外相扶，病必当愈”。孙氏的观点对后世影响深远。如明代著名医家高武在《针灸聚英》中即重复了“针灸药因病而施者，医之良也”的主张。事实证明，这是非常正确的。

在经穴理论上，孙氏尤其作了较多的补充。如针灸经穴图，到了南北朝时期已风靡一时，然而由于它的大量出现，加以各人师承不同，传写错误，故也不可避免造成了位置不一等混乱局面，孙氏鉴于“去圣久远，学徒蒙昧，孔穴出入，莫测经源，济危扶弱，临事多惑”的状况，乃着手进行了校勘，根据《针灸甲乙经》等古代文献及当代针灸名家的经穴图，作了认真的考订。如《备急千金要方》三十九卷说：“旧明堂图，年代久远，传写错误，不足指南，今一依甄权等新撰为定。”按标准身高的二分之一，绘制成针灸腧穴图。“其十二经脉五色作之，奇经八脉以绿色为之”，并分成正人、伏人、侧人三幅明堂图，这在针灸发展史上不能不认为是个创举，因为记载用彩色绘制经穴图，《备急千金要方》是我们今天唯一能见到的最早文献。可惜这几幅图，至今已经散佚。对穴位的定位方法，在《内经》骨度法基础上，《备急千金要方》首先提出了几种指寸法，为不少穴位的定位取穴带来方便。如《备急千金要方》卷二十九指出：“人有老少，体有长短，肤有肥瘦，皆须精思商量，准而折之，无得一概，致有差失。其尺寸之法，依古者八寸为尺，仍取病者男左女右手中指上第一节为一寸，亦有长短不定者，即取手大拇指第一节横度为一寸，以意消息，巧拙在人。其言一夫者，以四指为一夫。”这些方法，虽然与今天的中指中节作一寸的取穴方法不同，但其中如“一夫法”，至今仍然广泛应用。对某些穴位的作用与功效，《备急千金要方》也作了较多的补充，并且还以较大的篇幅记述了大量的经外奇穴，如当阳、寅门、当容等，凡120余个。至于以痛为腧的“阿是穴法”，虽然《内经》已有类似的描述，但正式以“阿是”命名并记载于文献者，当首推《备急千金要方》。如《备急千金要方》卷二十九灸例第六指出：“有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若里当其处，不问孔穴，即得便快；或痛处，即云‘阿是’，灸刺皆验”。

此外，《备急千金要方》对针灸法也作了较多的发挥。从针具操作、临床要求、疗程、禁忌以及主治病症等方面都总结出一套系统的理论。特别可贵的是《备急千金要方》对预防医学的重视，第一次提出了著名的预防保健灸法：“凡入吴蜀地游官，体上常须三两处灸之，勿令疮暂瘥，则瘴疟、温疟、毒气不能着人也。故吴蜀多行灸法。”后世“若要身体安，三里常不干”的脐灸人口的保健灸法，就是在这个基础上发展起来的。《备急千金要方》还收录了大量的针灸处方，据不完全统计有400余条之多，涉及的病症达100种以上，其中有些处方迄今仍被临床医家广泛应用着，如取十三鬼穴治疗

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

癫狂；针少泽治疗妇人无乳；针肩井入一寸治疗难产，以及灸鱼际治疗乳痈等，都有着重要的临床应用价值。

8.2.1.3 王惟一与明堂孔穴的重新修订

王惟一，约生卒于公元 987～1067 年间，为宋代著名针灸学家。又名王惟德，曾任太医局翰林医官，殿中省尚药奉御。宋仁宗（公元 1023～1063 年）时，奉命编修针灸书，他对古医书有关针灸的记载和针灸图详加考订，于天圣四年（公元 1026 年）编成《铜人腧穴针灸图经》三卷，并将此书刻于石碑以广流传。三年之后，他又设计并主持铸造了针灸铜人两具，以作为针灸教学和考试医生之用，为促进我国乃至国外针灸医学的发展，建立了不朽的功勋。

（1）考订明堂图与编著《铜人腧穴针灸图经》

自五代至宋初，医家犹行唐之明堂针灸图。但由于社会变迁，战争动乱，当时流传的明堂图其部位分寸多不相同，北宋时，政府重视整理医药文献，宋仁宗赵祯即命殿中省尚药奉御王惟一考定明堂针灸图。王氏根据《内经》、《针灸甲乙经》及参考古今经验之书，“考明堂气穴经络之会”，撰集成《铜人腧穴针灸图经》三卷。《中国医籍考》引王应麟话说：“纂集旧闻，订正讹谬”；本书夏竦序亦云：“定偃侧于人形，正分寸于腧募，……总汇诸说，勒成三篇”。可见，在编撰过程中，作者做了不少的校勘和考证工作。此书原将针灸避忌日神等迷信话删去，但在金大定二十六年（公元 1186 年），竟有自称“平水闲邪聩叟”的窜入《针灸避忌太一图说》而成五卷本，大失惟一原书之旨，并由陈氏刻板印行，即今通行的本子。

《铜人腧穴针灸图经》很早就流传到国外，对日本、朝鲜的影响较大，至今，日本还保留着一座针灸铜人。经过王惟一的考订，《铜人腧穴针灸图经》的腧穴总数比《针灸甲乙经》增加有青灵、膏肓俞、厥阴俞三个双穴和督脉的灵台、阳关两个单穴，所以穴名总数有 354 个，总穴数 657 个。穴位排列兼采《针灸甲乙经》、《黄帝内经明堂类成》、《外台秘要》诸家。卷一、卷二是按十二经脉和督脉、任脉的循行路线排列，卷三以下讨论各穴主治，则以头部（偃、伏、侧）、面部、肩膊、背腧、膺腧、侧腋、腹部侧胁等各部来划分。对四肢穴，仍按十二经脉的次序排列，这样，一方面使人容易了解和掌握经络的循行；另一方面，又便于临证医疗实践的应用。在腧穴主治方面，《铜人腧穴针灸图经》作了较多的补充。与《外台秘要》、《太平圣惠方》这些较早的文献相比，增加了不少新的内容，如上星穴，增补了能治“痰疟振寒，热病汗不出，目睛痛，不能远视”；承山穴，增加了能治“腰背痛，霍乱转筋，大便难，久痔肿痛”；风府穴，增加了能治“头痛鼻衄”等。此外还补充了历代许多名医的针灸治验事例。至于本书附经脉三人图各一幅，十二经穴图共十二幅，是我们现在能见到的较早的珍贵图谱。

（2）石刻针灸图经

我国印刷术发展到了宋代，已有很大的进步。虽然《铜人腧穴针灸图经》完稿以后已付梓，但由于印数有限，购书困难，保存不易等原因，在一定程度上仍然限制着针灸医学的普及和发展。王氏有鉴于此，便创造性地将《铜人腧穴针灸图经》刻于碑石，昭示于众，以便于学者观摩。据《北道刊误志》记载：“仁济（殿）立铜人式并刻《针灸图经》于石。”《玉海》卷三十四庆历二年（公元 1042 年）条亦记载：“二月庚寅，又以

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

针灸图石壁堂为仁济殿”可见碑石刻完之后，放置于当时的首都开封大相国寺仁济殿。元代初年，始移来大都（北京），放置于皇城以东明照坊太医院三皇庙的神机堂内。明英宗正统八年（公元1443年），上距王惟一刻石时间，已四百多年，石刻已漫灭不清，英宗令工匠磨石，仿前重刻。并增入明英宗序，记石刻之沿革。到英宗正统十、十一年（公元1445、1446年），修筑京师城垣和东城时，宋天圣石刻被劈毁，充当修筑城墙的砖石，被埋于明代城墙之下，直到1965～1972年，北京市文物管理处在配合拆除明代北京城墙的考古工作中，始将宋天圣石刻发掘出土，重现天日。石刻确定为宋天圣文物的主要证据是石碑所刻“通”字，皆缺笔作“逋”，为章献刘太后临朝，避其父刘通讳。经过修复整理，将五块残石置于北京“通史展览馆”展出，供大家参观及医学考古工作者参考。

（3）铸造经穴铜人像

王惟一的另一大贡献是铸造铜人。即把向来写在绢上及纸上的平面明堂偃侧图改为用铜铸的立体铜人像。铜人的出现，对后世产生了不可估量的影响。

关于铸造铜人的缘由、意义、作用及铜人的结构，在夏竦为《铜人经》所写的序中已作了论述，他说：“去圣久远，其学难精，虽列在经络，绘之图素，而粉墨易糅，豕亥多讹……，传心岂如会目，著辞不如案形，复令铸铜人为式，内分藏府，旁注溪谷，井荥所会，孔穴所安，穷而达中，刻题于侧，使观者烂然而有弟，疑者涣然而冰释。”对于铸造铜人的材料和用途等，在南宋周密的《齐东野语》里作了进一步的说明：“又尝闻舅氏章叔恭云，昔倅襄州日，尝获试针铜人金像，以精铜为之，藏府无一不具，其外俞穴，则错金书穴名于旁，背面二器相合，则浑然全身，盖旧都用此试医者，其法：外涂黄腊，中实以汞，俾医工以分折寸。按穴试针，中穴则针入而汞出，稍差则针不可入矣。亦奇巧之器也。”《齐东野语》虽为稗乘野史，然周密去王氏所处年代不远，且书中多是记述一些耳闻目睹的真人真事，内容基本可靠。其次，用铜人考试针灸医生，从文献记载可知，直到明代仍在沿袭这一方法。如《明外史本传》记载，明代著名针灸家凌云，曾被“召至京，命太医官出铜人，蔽以衣而试之，所刺无不中，及授以御医。”可见，所谓“盖旧都用此以试医者”，亦非虚构。

据《续资治通鉴长编》卷一〇五记载：“天圣五年（1027年）冬九月壬辰，医官院上所铸俞穴铜人式二，一置医官院，一置相国寺。”指出了铜人最早放置的地方。宋以后，历代统治阶级对铜人都视为“国宝”，《元史》详载了元世祖帝于公元1260年命尼泊尔工匠阿尼哥修复铜人的经过：“帝命取明堂针灸铜人像示之曰：此宣抚王檄使宋时所进，岁久阙坏，无能修完之者，汝能新之乎？对曰：臣虽未尝为此，请试之。至元二年（公元1265年）新像成，关窍脉络皆备，金工叹其天巧，莫不愧服。”到明代，英宗看到铜像昏暗难辨，也于正统八年（公元1443年）下令重铸。于是“仿前重作，加精致焉，建诸医官，式广赦诏”。嘉靖间（公元1522～1566年），四明高武也铸造铜人三座，即男、女、小孩各一。到了清代，铜人曾放置于北京药王庙，后移太医院，1900年庚子之役，竟被帝国主义者掠去一座，至今下落不明。清代也铸造了一些小型铜人，据称参加《医宗金鉴》编修工作的医生各得一座，其一现存上海中医药大学医史博物馆。

王惟一创铸铜人像，有着划时代的意义。它是世界上最早的立体生理模型，充分体

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

现了中华民族的聪明才智和灿烂的古老文化成就。由于造型生动，形象逼真，大大补充了石碑和书籍的不足，有力地推动了针灸医学的迅猛普及和向前发展。

8.2.1.4 王执中与《针灸资生经》

王执中，字叔权，东嘉（今浙江瑞安）人。公元 1169 年（乾道己丑年）进士，官从政郎，曾任潭州（今属湖南省）教授，将作丞。生卒年月及生平事迹不详。王氏对当时社会上重方药轻针灸的现象表示不满，遂根据长期临证经验，参照《针灸甲乙经》等书，编写成《针灸资生经》七卷。书刊于公元 1220 年（嘉定庚辰年），至公元 1231 年（绍定四年）又刊行一次。书中记载有不少临证有效穴位和丰富的灸法，以及各种病证的针灸治疗。在针灸书籍中，是一部很有成就的著作。诚如书中徐序所说："今东嘉王叔权又取 360 穴背面巅末，行分类别，以穴对病，凡百氏之说切于理，自己之见得于心者，悉疏于下，针灸之书，至是始备，古圣贤活人之意，至是始无遗憾。"

（1）论述腧穴，卓有成效

王氏在《针灸资生往》卷一及其它各篇中共收载经穴 359 个，其中单穴 51 个，双穴 308 个。他参照《针灸甲乙经》、《铜人腧穴针灸图经》等书的体例以头、胸、腹部穴位作分部论述，四肢穴位以分经论述，并根据《明堂》上下经、《素问》、《备急千金要方》、《外台秘要》等书进行考证，附入了不少临床有效的奇穴，如眉冲、明堂、当阳、百劳等，凡 21 穴都分列于各篇。其他如督俞、气海俞、关元俞、风市等穴，目前已为针灸家所常用，且已归经，而在当时勅撰的王惟一《铜人腧穴针灸图经》中是缺如的，本书竟首载之。对于腧穴的考证，王氏往往遗缺者补之，谬误者宗《素》、《难》以正之。如论《下经》有"大椎"在第一椎下之误；《上经》有巨骨在心脾骨之误；《上经》、《下经》并有以阴跻、阳跻穴即指交信、跗阳，王氏根据《素注》认为当以照海、申脉二穴代表为是。又如辨《铜人》误以肓门与鸠尾相直；说明足三里穴当以犊鼻下三寸为是，这些材料对后世针灸著述腧穴的考订有一定的参考价值。

在量取腧穴方面，《针灸资生经》提倡用中指横纹同身寸，它说："《下经》曰：岐伯以八分为一寸，缘人有长、短、肥、瘠不同，取穴不准；扁鹊以中指第一指为一寸，缘人有身长手短，身短手长，取穴亦不准；孙真人取大拇指节横纹为一寸亦有差直。今取男左女右手中指第二节内庭两横纹相去为一寸，若屈指则旁取侧中节上下两纹角，相去远近为一寸，谓同身寸。自依此寸法，与人著艾疗病多愈。今以此为准。"这种屈中指中节两侧横纹的同身寸取穴法，一直为后世医家所沿用。此外，王氏取穴还特别注意压痛点。他引用《备急千金要方》"以肌肉纹理节解缝会宛陷中，及以手按之，病者快然。如此仔细安详，用心者方能得之耳"一段话，强调了这种取穴法的重要性。如"曲垣"当按之应手痛为是；取"翳风"时按之当引耳中；取"膏肓"须两肩胛骨开，以手摸索第四椎下两旁三寸，四肋三间，按之自觉牵引于肩中是穴。在他自己治验病案中，如取带脉、肺俞、风市等穴，亦特别强调这点。这些记述，于临床都有重要的实用价值。

（2）针药结合，尤重灸法。

《针灸资生经》不仅重视针刺与灸法，而且还强调针灸与方药的结合。如用"五苓散治疸发渴立效，瘀热在里，身黄肿，煎茵陈汤下，服此不效方可针。"治"腹中有积，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

大便秘，巴豆为饼置脐中灸三壮；蛊利，柏叶、黄连煎服。”治疟疾发作，“用旱莲草椎碎置在手掌上一夫（三寸）当两筋中，以古文钱压之，系以故帛，未久即起小泡，谓之天灸。”例子甚多，无庸赘述。说明王氏已非唐代《备急千金要方》所谓：“且夫当今医者，各承一业，未能综练众方，所以救疾多不全济何哉？或有偏功针刺，或有偏解艾方，或有惟行药饵，或有专以禁咒”者可比。这种博采众方，根据病情，随证施治，或药或灸，或针药并施的施治方法，是本书治疗诸篇的一大特色。

此外，在《针灸资生经》中有关灸疗法的资料也特别丰富，这可能与唐代王焘《外台秘要》强调灸法和唐、宋时期灸法盛行的状况有一定关系。如书中载有灸痨法、灸痔法、灸肠风法、灸发背法、灸膏肓穴法、天灸法、以及隔盐灸、隔蒜灸、隔姜灸、隔泥灸、隔附子饼灸、隔巴豆灸等。另外还有脚气八穴灸、秦承祖灸鬼邪法、小儿胎疝灸法，可谓集宋以前之大成。其中许多方法，一直为后世医家所采用。

（3）亲身体验，注重实践

王氏自幼体弱多病，举业以后，专攻医药，对自身及亲属之疾，大多亲自医治，并将治疗经过与效果详细加以记述，这无疑大大丰富了本书的内容。如论上星穴说：“予少刻苦，年逾壮，则脑冷，或饮酒过多则脑疼如破，因灸此穴，非特脑不复冷，他日酒醉亦不疼。凡脑冷者宜灸之。”其治疗“脾疼”云：“予尝苦脾疼，尝灸中脘穴，觉冷气从两胁下而上至灸处即散，此灸之功也。自后频灸之，亦每劝人灸此，凡脾痛不忍饮食，食不进者，皆宜灸。”又如在脚气与痹病条中说：“予旧有脚气疾，遇春则脚稍肿，夏中尤甚，至冬渐消，偶夏间依《素问》注所说穴之所在，以温针微刺之，翌日肿消，其神效有如此者……。”“予冬月当风市处多冷痹，急橙热手温之，略止，日或两三，偶刺以温针遂愈，信手能治冷痹也。不特治冷痹，亦治风之要穴，《铜人》乃不载。”从这些记载里，我们不难看出，王氏是如何在这种亲身实践中来体验每个腧穴的主治，发挥前人奥旨，丰富理论知识的。这也说明了祖国医学记载的腧穴主治，完全是由先哲们通过无数次临床实践所积累起来的经验实录。这种可贵的实践精神，值得我们学习。

8.2.1.5 杨继洲与《针灸大成》

杨继洲，名济时，衢洲（今浙江省衢县一带，因境内有三衢山，故又称衢洲为“三衢”）人。为明代著名针灸学家。杨氏出身于世医之家，祖父曾任太医院太医。“幼业举子，博学绩文，一再厄于有司，遂弃其业业医。”曾任嘉靖帝侍医。隆庆二年（1568年）任职于圣济殿太医院；万历年间（1573～1620年）仍任太医院医官。他博览群书，通各家之说，行医四十余年，临证经验丰富。名著《针灸大成》就是在其家传《卫生针灸玄机秘要》的基础上编辑而成的。该书可谓集明以前针灸学主要精华之作，对针灸医学的发展起到了承先启后的作用。

（1）《玄机秘要》与《针灸大成》

《玄机秘要》全称《卫生针灸玄机秘要》，是杨继洲在其祖父传下的书籍和笔记的基础上，“复虑诸家弗会于一，乃参合指归，汇同考异，手自编摩，凡针药调摄之法，分图析类”，并结合杨氏个人的经验和体会编撰而成的。此书后来成为编辑《针灸大成》的主要资料来源。

《针灸大成》的作者究竟为谁？历来记述不一。《四库提要》谓“明杨继洲编”，这

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

是因为看到两篇序言中都提到了杨继洲，而未从内容上细考。后来的著录也多因袭此说，几乎众口一辞。考《针灸大成》最早刊于公元1601年（万历辛丑），为山西平阳府所刊刻。当时出任山西的监察御史赵文炳在“刻《针灸大成》序”中已大体说明了始末。原来杨继洲应邀从北京去山西给赵文炳治病，使赵文炳看到了《玄机秘要》，赵文炳原拟帮助付刊，但又考虑到“诸家未备”，于是就以《玄机秘要》为基础，“复广求群书……凡有关于针灸者，悉采集之，更考《素问》、《难经》以为宗主”，“且令能匠于太医院肖刻铜人像，详著其穴，并刻画图”，终于辑为《针灸大成》十卷。赵文炳在与《针灸大成》合刻的《铜人明堂》序中也曾提到：“古之名医，率先针灸，……余惧失其传，委集《针灸大成》一书。”显然，赵文炳是编辑此书的主持者，而具体编辑工作则委之于他人了。当时杨继洲至少已是七、八十岁的老人了，给赵文炳看病又是客情，假如是自己的原撰《玄机秘要》的基础上加以增辑而成为《针灸大成》的话，就根本谈不到赵文炳“委集”。再看《针灸大成》卷十最后一条载：“太医院医官继洲杨氏云……”也分明不是杨氏自己的口气。那么编者是谁？“医道源流”中已载明了：“《针灸大成》总辑以上诸书，类成一部，分为十卷，委晋阳靳贤选集校正。”原来，在赵文炳属辖之下的靳贤是此书的编者。由此可见，《针灸大成》由靳贤所选集，其主要内容则来自杨氏，所以历代相传将《针灸大成》看成是杨继洲的著述。

《针灸大成》的资料除了主要来源于《玄机秘要》之外，还直接选集了其它十一种文献，现将这些直接选集的书目及其在《针灸大成》中所占的比率列表于次（见表8-2）

表8-2　《针灸大成》选用文献比较表（全书为100%）

书名	撰　者	比率（%）	备　注
《玄机秘要》	（明）杨继洲	43.9	或作“杨氏”
《神应经》	（明）陈会	9.2	
《针灸聚英》	（明）高武	9.5	
《小儿按摩经》	（明）陈氏佚名	8.9	
《古今医统》	（明）徐春甫	5.7	卷八标为“徐氏书”
《针灸大全》	（明）徐凤	5.2	或作“徐氏”，针道源流则作《针灸捷要》
《内经》	汉以前，撰人不祥	3.8	卷一、四之经文有从《聚英》《节要》、《医统》转引者，不计入此项。
《医学入门》	（明）李梴	3.1	
《难经本义》	（元）滑寿	2.2	书中标《难经》，目录则标为《难经本义》
《针灸节要》	（明）高武	1.8	
《医经小学》	（明）刘纯	0.9	
《乾坤生意》	（明）朱权	0.8	
其　他		5.0	包括序言、目录及针道源流篇

（2）强调“一针二灸三服药”

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《针灸大成》是在杨氏《玄机秘要》的基础上编辑而成的。从书中的“经络迎随问答”“策论”“杨氏医案”以及“标幽赋”、“通玄指要赋”、“玉龙歌”等节许多注解中，我们可以看出，杨氏在临床方面继承和发展了孙思邈、王执中的治疗学思想。虽然他善于使用针灸疗法，但对某些疾病的处理，都非常重视与其他疗法特别是药物疗法的配合。如在“策论”中说：“夫何喜怒哀乐心思嗜欲之汩于中，寒暑风雨湿凉燥湿之侵于外，于是有疾在腠理者焉，有疾在血脉者焉，有疾在肠胃者焉。然而疾在肠胃，非药饵不能以济；在血脉非针刺不能以及；在腠理，非熨焫不能以达，是针、灸、药者，医家之不可缺一者也。”因此，杨氏临证，每每根据病情需要，或使用针灸疗法，或使用药物治疗，或者药物与针灸配合使用，随机应变，以达到治愈疾病的目的。据“杨氏医案”记载：“戊辰岁，给事杨后山公祖乃郎，患疳疾，药日服而人日瘦。同科郑湘溪公，迎予治之。予曰此子形羸，虽是疳症，而腹内有积块，附于脾胃之旁，若徒治其疳，面不治其块，是不求其本，而揣其末矣。治之之法，宜先取章门灸针，消散积块，后次第理治脾胃，是小人已除，而君子得行其道于天下矣。果如其言，而针块中，灸章门，再以蟾蜍丸药兼用之，形体渐盛，疳疾俱痊。”说明针灸方药虽各有所宜，可分别应用。但若能恰到好处地结合应用，发扬各自的优点，抑短扬长，定能使临床疗效很好地提高。

(3) 补充腧穴理论

《针灸大成》对腧穴理论作了较多的补充。全书共记述经穴名 359 个，其中单穴 51 个，双穴 308 个，比《铜人腧穴针灸图经》、《十四经发挥》的 354 穴又增加 5 穴。杨氏对这些穴位的名称、体表定位、取穴方法、进针深浅、主治功能等做了不少的考证工作，纠正了历来对部分穴位的错误认识。并对辨证用穴、按时用穴、历代各家用穴、杨氏家传用穴等进行了论述，几乎应有尽有，搜罗无遗，包括了各科 300 多种病症的 1000 多个处方。

杨氏处方用穴十分简要。如在“治症总要”、“胜玉歌”、“八脉治症取穴”、“杨氏取穴”以及 31 则医案等内容中，杨氏治疗的病种达 89 个，按症状计则有 300 余个，而所用穴位仅 187 个，一般病症大多只选 1～3 穴。杨氏指出：“不得其要，虽取穴之多，亦无以济人，苟得其要，则虽会通之简，亦足以成功。”因此，杨氏治赵文炳痿痹之疾，3 针即愈。治许鸿宇两腿风，日夜痛不能止，卧床月余，针环跳、绝骨，随针而愈。又如治王念顾的咽嗌疾也是三针；治华峦的痢疾只取中脘、章门；治夏中贵的瘫痪只针环跳一穴，可见其取穴配方是少而精的。

杨氏取穴配穴，重视循经取穴的原则。不过在循经取穴时既应用了本经配穴、表里经配穴和异经配穴等方法，又较多地取用病变部位的本经腧穴。如胜玉歌：“牙腮痛紧大迎全”；“肠鸣大便时泄泻，脐旁两寸灸天枢”；“治症总要”：“小便不通，阴陵泉、气海、三阴交”等。他在应用五输穴和主客原络穴时常配用背俞、腹募和病变附近的腧穴，这与近世较多地强调远道取穴不同，是值得我们深入研究的。

此外，杨氏还重视经外奇穴的应用。如“穴有奇正策”云：“至于定穴，则自正穴之外，又益之以奇穴焉，非故为此纷纷也。”又说：“而奇穴者，则又旁通于正穴之外，以随时疗症者也。而其数维何？吾尝考之《图经》，而知其七十有九焉，以鼻孔则迎香，以鼻柱则有鼻准，以耳上则有耳尖，以舌下则有金津、玉液，以眉间则有鱼腰，以眉后则有太阳，以手大指则有骨空，以手中指则有中魁；至于八邪、八风之穴，十宣、五虎

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

之处，二白、肘尖、独阴、囊底、鬼眼、髓骨、四缝、中泉、四关，凡此皆奇穴之所在，而九针之所刺者，刺以此也，灸法之所施者，施以此也。”可见杨氏通过长期的临床实践，对经外奇穴的应用积累了丰富的经验。

（4）讲究手法操作

杨氏十分重视针刺手法，在古代手法的基础上，又复加悉心研究，总结出爪切、持针、口温、进针、指循、爪摄、退针、搓针、捻针、留针、摇针、拔针12种手法，并把这12种手法，归纳为揣、爪、搓、弹、摇、扪、循、捻8法，还将其具体操作扼要地加以说明。上述内容成为“三衢杨氏补泻”的重要组成部分，对后世影响深远。

《素问·调经论》虽有“摇大其道，如利其路，是谓大泻”一句，但正式提出大补大泻手法，首推《针灸大成·经络迎随设为问答》：“大补大泻，惟其阴阳俱有盛衰，内针于天地部内，俱补俱泻，必使经气内外相通，上下相接，盛气乃衰。”可见所谓大补大泻手法，是针对阴阳二气严重偏盛或偏衰的病理情况下，应用刺激量较大的补泻手法，在施术时必须针刺于天部及地部内，进行俱补或俱泻，使经气通接，病气即衰。这种大补大泻手法，为历代针灸医家所未备，是杨氏首创的。

关于平补平泻法杨氏也进行了论述。他说：“有平补平泻，谓其阴阳不平而后平也。阳下之曰补，阴上之曰泻。但得内外之气调则已。”因为阳气在于外，可用补法使阳气入内；阴气在于内可用泻法使气外出。平补平泻只要能够达到使阳气内入或引阴气外出的作用即可，所以刺激量不宜太强。杨氏的平补平泻与陈会的平补平泻有本质的不同，前者属于轻补轻泻而后者属于先泻后补。

《马丹阳天星十二穴治杂病歌》有“合担用法担，合截用法截”，及《兰江赋》：“担截之中法几何，有担有截起沉疴……胸中之病内关担，脐下公孙用法拦。”“截”“担”二字，涵义颇令人费解。杨氏在“经络迎随设为问答”中对此作了比较详细的说明：当针进至地部时，“再推进一豆，谓之按，为截，为随也”，此属补法。当针“退针一豆，谓之提，为担，为迎也”，此属泻法。截、担之意，虽然有不少医家解释为配穴方法（如汪机等），但杨氏解释为补泻手法，其意十分明了。

总之，杨氏的学术思想不仅对国内，而且对国外也有深远影响，《针灸大成》至今已有德、日、法等多国释本，为促进世界针灸学术的发展作出了贡献。

附一：医案五则

① 喉闭

安康公李袭兴称武德中出镇潞州，属随征士甄权以新撰明堂示余，余既暗昧，未之奇也。时有深州刺史成君绰忽患颈肿如数升，喉中闭塞，水粒不下已三日矣，以状告余，余屈权救之，针其右手次指之端，如食顷，气息即通，明日饮啖如故。

（《千金翼方》卷二十六）

② 痫疾

有人患痫疾，发则僵仆在地，久之方苏，予意其用心所致，为灸百会；又疑是痰厥致僵仆，为灸中脘，其疾销灭，未除根也。后阅《脉诀》后通真子有爱养小儿，谨护风池之说，人来觅灸痫疾，必为之按风池穴，皆应手酸疼，便灸之而愈。

（《针灸资生经·癫疾》第四）

③ 鼻衄

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

执中母氏忽患鼻衄，急取药服，凡平昔与人服有效者皆不效。因阅《集效方》云：口鼻出血不止，名脑衄，灸上星五十壮。尚疑头上不宜多灸，只灸七壮而止。次日复作，再灸十四壮而愈。有人鼻常出脓血，予教灸囟会亦愈。则知囟会、上星皆治鼻衄云。

（《针灸资生经·鼻衄》第六）

④ 腰痛

壬戌岁，吏部许敬庵公，寓灵济宫，患腰痛之甚。同乡董龙山公推予视之。诊其脉，尺部沉数有力，然男子尺脉固宜沉实，但带数有力，是湿热所致，有余之疾也。医作不足治之，则非矣。性畏针，遂以手指于肾俞穴行补泻之法，痛稍减，空心再与除湿行气之剂，一服而安。公曰：手法代针，已觉痛减，何乃再服渗利之药乎？予曰：针能劫病，公性畏针，故不得已。而用手指之法，岂不闻前贤云：腰乃肾之府，一身之大关节。脉沉数者，多是湿热雍滞，须宜渗利之，不可和补剂。今人不分虚实，一概误用，多致绵缠，痛疼不休。大抵喜补恶攻，人之恒情也。邪湿去而新血生，此非攻中有补存焉者乎？

（《针灸大成·医案》卷九）

⑤ 痞证

戊辰岁，吏部观政李邃麓公，胃旁一痞块如覆杯，形体羸瘦，药勿愈。予视之曰：即有形于内，岂药力所能除，必针灸可消，详取块中。用以盘针之法，更灸食仓、中脘穴而愈。邃麓公问曰：人之生痞，与痃癖、积聚、癥瘕是如何？曰：痞者否也，如《易》所谓天地不交之否，内柔外刚，万物不通之义也。物不可以终否，故痞久则成胀满，而莫能疗焉。痃癖者，悬绝隐僻，又玄妙莫测之名也。积者迹也，扶痰血以成形迹，亦郁积至久之意云。症者徵又精也，以其有所徵验及久而成精华也。瘕者假也，又遐也，以其假借气血成形，及历年遐远之谓也。大抵痞与痃癖，乃胸膈之候；积与聚，为腹内之疾，其为上、中二焦之病，故多见于男子。其症与瘕，独见于脐下，是为下焦之候，故常见于妇人。大凡腹中有块，不问男妇积聚，癥瘕，俱为恶症，切勿视为寻常。初起而不求早治，若待痞疾胀满已成，胸腹鼓急，虽扁鹊复生，亦莫能救其万一，有斯疾者，可不惧乎！李公深以为然。

（《针灸大成·医案》卷九）

附二、皇甫谧等所著书目

皇甫谧著

《针灸甲乙经》十二卷

《脉诀》（佚）

《依诸方撰》一卷（佚）

《寒食散方》二卷（佚）

甄权著

《明堂人形图》一卷（佚）

《针方》一卷（佚）

《针经钞》三卷（佚）

《脉经》一卷（佚）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

孙思邈著

《备急千金要方》三十卷

《千金翼方》三十卷

《银海精微》二卷

《五藏旁通明鉴图》一卷（佚）

《医家要妙》五卷（佚）

王惟一著

《铜人腧穴针灸图经》五卷

《明堂经》三卷（佚）

王执中著

《针灸资生经》七卷

《既效方》（佚）

杨继洲著

《卫生针灸玄机秘要》

8.2.2 倡用灸法的医家

倡用灸法的医家是指在灸法的发展过程中作出了卓越贡献的一类医家。如南北朝之葛洪、鲍姑；唐、宋时期的王焘、窦材、闻人耆年；明、清时代的吴亦鼎等。这些医家一方面大力提倡灸法，积极推广灸法的临床应用，一方面重视灸法的文献整理，完善灸法的理论体系，在长期的医疗实践中积累了丰富的临床经验，因而在灸法的发展史上占有重要的地位。

8.2.2.1 倡导灸法的先驱——葛洪与鲍姑

在我国针灸发展史上，葛洪和他的妻子鲍姑，是倡导灸法的先驱者。他们的重要学术成就，为丰富和发展我国的灸疗法作出了贡献。

葛洪（公元281～341年），为东晋著名医学家，字稚川，自号抱朴子，丹阳句容（今江苏易容）人。“少好学，家贫穷，躬自伐薪，以贸纸笔，夜辄写书诵习”，“曾所披涉，自正经诸史百家之言，下至短杂文章近万卷。”曾从其从祖葛玄的第子郑隐和岳父鲍靓学丹术，尽得其传。对医学也很有研究。晚年隐居广东罗浮山，其所著《肘后备急方》，取材于民间“率多易得之药”，“田舍试验之法”，是一部便、廉、验的方书。经梁·陶弘景（公元456～536年）进行增补，改名为《肘后百一方》。金·杨用道又参考宋·唐慎微的《证类本草》等书，再度进行增订，取名《广肘后备急方》。现在通行的《肘后备急方》系经杨用道增补的本子。

葛洪之妻鲍姑，名潜光，广东南海太守鲍靓之女，约生子晋太康9年，卒子建元元年，即公元288年至343年间人。关于其原籍有三说：《云笈七签》云：陈留（今河南开封）人；《太平御览》、《番禺志》等皆载为上党（今山西长治）人；《惠州府志》曰：东海（今江苏省邳县以东至海）人。她的一生，几乎都是在广东渡过的。行医、采药、足迹甚广，遍布南海、番禺、广州、惠阳、博罗等县市。她经常出入于高山河畔，岭南人民称她为“鲍仙姑”。鲍姑医道精湛，擅长灸法，为我国历史上唯一的女灸师。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(1) 葛洪与《肘后备急方》

葛洪的针灸学成就，突出地表现在灸法方面。其所著《肘后备急方》载针灸方109条，其中99条是灸方。对灸法的作用效果，操作方法，注意事项等都有比较全面的论述，奠定了灸疗学的理论基础。

首先，葛氏将灸法广泛应用于防治急性病症。其书名“肘后”即有随身携带之意；“备急”即临床救急时可立即索取。从书中文字的安排来看，“卒”字有急暴、突然的意思。以卷一为例，在全卷十一节中，有九节的标题冠以“卒”字，而在这九节内才设有灸疗医方，其中有些灸方还被列为救治急性病症的首选方法。如《治卒中五尸方》中的第一方便是“灸乳后三寸十四壮，男左女右，不止更加壮数。”由此可见葛氏防治急性病症是善于运用灸法的。

其次，葛氏应用灸法治疗的病种也相当广泛。《肘后备急方》共载73类病症，有30多种选用了灸方，包括了内、外、伤、妇、五官等科。灸法不仅应用范围广泛，而且对某些疾病有着特殊的疗效。如《救卒中恶死方》：“灸其唇下宛宛中承浆穴十壮，大效矣。”对以吐泻腹痛为主症的“霍乱”和以突然昏厥为主症的“卒中恶死”等病施以灸法，也往往获得“神验”、“灸毕即起坐”的良好效果。有些方法还经过作者的亲身体验。如《治痈疽妒乳诸毒肿方》称：“余尝小腹下患大肿，灸即差，多用之则可大效也。”此外，葛氏应用灸法预防疾病的发生，如《治瘴气疫疠温毒诸方》：“断温病会不相染……密以艾灸病人床四角，各一壮。”因艾叶芳香辟秽，故用作室内环境消毒，以防止传染性疾病的蔓延，这种方法致今仍具有一定的实用价值。

记载隔物法现存最早的文献，也当以葛洪《肘后备急方》为最早。书中对隔蒜、隔盐、隔椒、隔面、隔瓦甑灸等作了描述，如用隔蒜灸治疗肿痛：“灸肿令消法，取独颗蒜横截厚一分，安肿头上，炷如梧桐子大，灸蒜上百壮……”用隔盐灸治疗霍乱：“以盐纳脐中，上灸二七壮。”治毒蛇咬伤，“嚼盐吐其上，再灸三壮。”这些方法的创用，为灸疗法多样化开辟了广阔的道路。晋以后许多隔物灸的出现，都是在这个基础上发展起来的。

关于艾灸的操作方法和注意事项，在《肘后备急方》中也有不少的论述。如有关艾灸的壮数，在多数情况下，每穴灸七壮以下，有时用到数十壮，最多时如灸绝骨、足三里达200壮，《治卒中射工水弩毒方》用“胡蒜令傅以楊疮上，灸蒜上千壮，差。”当然，还须根据病情或所灸病变部位的不同来决定多少。如《治卒中五尸方》载“随病左右”，灵活掌握。如治霍乱手足逆冷，“灸两踝上一寸尖骨各七壮，不愈加数”。灸痈疽也是“不觉消，数数灸，唯多为善。”至于施灸的先后程序，一人须灸数处以上者，有时需同时起火，但多数为按次第燃火。这些都反映了葛氏施灸治病的原则性和灵活性。

(2) 鲍姑的赘疣灸法

鲍姑的灸法成就，主要反映在瘤、疣的灸治方面，对付这种病，她总结了历代医家的经验，因地制宜，就地取材，采用在越秀山脚下漫山遍野生长的红脚艾进行灸疗。据《鲍姑祠记》云：鲍姑用“越冈天产之艾，以灸人身赘瘤，一灼即消除无有，历年久，而所惠多。”《粤秀山三元宫历史大略记》也载：鲍姑“有赘艾（即红脚艾）”，籍井泉及红艾为医方，活人无算。“每赘疣，灸之一柱，当即愈。不独愈病，且兼获美艳。”野史小说《太平广记》有这样一段有趣的记载：谓姑与雅川相次登仙后，有崔炜者居南海，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

在中元节日这天，番禺人举行庙会，陈设珍奇异物，聚集百戏于开元寺广场，游人众多，适崔炜也赶庙会，忽见一老妪过此地，偶一不慎，滑了一跤，打破了店家的酒甕，酒店要她赔偿，因为身边无钱，被店主欧打侮辱。崔炜见到这种情况，可怜她的遭遇，脱下衣服，作为赔偿了事，老妪不谢而去。隔日又于途中遇到，对炜说：多谢你解脱我的灾难。我善灸赘疣，今有“越井冈艾”少许奉赠，并授予使用方法，若遇赘疣，只一炷便可治愈，炜笑而拜受。后来崔炜游海光寺，遇一老僧，耳部有一赘肉，炜出艾试灸之，果一灸而愈。老僧很感激他，便介绍山下有一位任翁，家财万贯，也有这样的病，如能治好，当有厚报。老僧立即写信介绍，任翁见到崔炜，执礼甚恭，炜出一艾而愈。任翁告炜曰：谢君愈我所苦，无以厚酬，有钱十万奉子。由是名声日大，求治者甚。炜不敢忘，朝夕在念，一日复遇一人告之：这位老妪乃葛洪之妻鲍姑，行此术于南海，已有很多年岁了。这些记述，虽未免有些诞大，但可见鲍姑之灸术是精湛的。直至明清也还有人不惧艰辛乞取“鲍姑艾”，有鼎来师写的一首诗可为证：“越井冈头云作邻，枣花帘子隔嶙峋。乃翁白石空夕尽。夫婿丹砂不疗贫。蹩躠莫酬古酒客，龙钟谁济宿瘤人。我来乞取三年艾，一灼应回万古春。”如此灵验和受群众欢迎的鲍姑灸法及其医疗经验，由此可见一斑。

8.2.2.2 王焘对灸法的贡献

王焘（公元670～755年），为唐代中期的医学家，郿（今陕西省眉县）人。出身世家，其祖父王珪官至宰相。王氏幼时多病，长好医术，久居弘文馆，有条件博览群书，“遂发愤几一隅，凡古方纂得五十余家，新撰者数千卷，皆不开起总领，覆起总归”，究其微颐，悉其奥旨，寒暑不避，呕心沥血，历经数十春秋，于天宝十一年（公元752年）撰成医学巨著《外台秘要》。全书分为四十卷，1104门，内容丰富，凡伤寒、温病、内、外、妇、儿、五官、皮肤、针灸、按摩、药物、方剂等无不囊括，其中卷三十九专论灸法，可谓集唐以前之灸法大成。

（1）诸疗之要，火艾为良

王焘对灸法十分重视，他采各家之述，集众医籍之方，并根据自己的心得体会，在《外台秘要》中对灸法进行了全面的论述。书中除9、17、20卷未载其内容外，其余各篇如疟、霍乱、胀满、奔豚、骨蒸、脚气、瘿、瘰疬、痔、疝、遗尿、疮等症，均列有灸法，卷39又专篇论述灸法，并以“明堂序”、“论邪入皮毛经络风冷热灸法”、“论疾手足腹背灸之多少及补泻八木火法”、“不宜灸禁穴及老少加减法”、“年神傍通井杂忌傍通法”、“五藏六腑变化流注出入傍通”、“十二身流注五藏六腑明堂”等专题，对灸法的理论作了深入的探讨。

王氏极力主张用灸治病，认为“诸疗之要，火艾为良，要中之要，无过此术。”他说：“是以微风邪，以汤药、针、灸、蒸、熨，随用一法，皆能愈疾。至于火艾，特有其能。针、药、汤、散皆所不及者，艾为最要。”同时以昔日华佗为魏武帝针头风，但针即差。佗死后数年，武帝头风再发为例，论证其说。认为假使佗当时针后再灸，头风定不再发，只由不灸，根本未除。因面告诫后学，“不得专恃于针及汤药，即苦不灸，安能拔本塞源。”可见其对灸法推崇备至。

王氏重视灸法，但对针法却采取排斥的态度，这可以从《外台秘要》三十九卷《明

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

堂序》中看出："其针法，古来以为深奥，令人卒不可解。经云：针能杀生人，不能起死人。若欲录之，恐伤性命。今并不录《针经》，唯取灸法。"故在转录《千金》等文献时，也特意把"针"字删去。如将《备急千金要方》"方知针灸之功，过半于汤药矣"一句，改为"知火艾之功，过半于汤药矣。"这一思想，一方面来自当时经验教训的概括，一方面是继承了《内经》中的某些主张，而同时也反映了王氏在认识上的偏激。因此，后世医家对王氏的这种观点大多持否定态度。

（2）以经统穴，绘制彩图

王氏对穴位的阐发较为全面。全书收集穴位665个，其腧穴数目比《针灸甲乙经》多八个双穴，即胆经多"后腋、转谷、饮郄、应突、胁堂、旁庭、始素"七名，膀胱经多"膏肓俞"一穴。这些穴位，除"旁庭、膏肓俞"见载于《千金要方》外，其余为《外台》首载。在腧穴的排列上，王氏按表里经的顺序分经排列各穴，这与《针灸甲乙经》和《千金要方》分部划线排列法不同。至于孔穴的介绍，乃先讲正名，次列别名；首述其解剖定位，次论该灸之壮数，后列主治病症。如合谷又名"虎口"；商阳又名"绝阳"；水突穴一名水门，"在颈大筋前，直人迎下气舍上，足阳阴脉气所发，灸三壮，主咳逆上气，咽喉痈肿，呼吸短气，喘息不通。"这比《针灸甲乙经》腧穴定位与主治分开的排列法优越了许多，无疑大大方便了学者。

另外，王氏明确指出头维、下关、承光、脑户、气冲、脊中、伏兔、乳中、地五会、风府、泉腋、瘖门、天府、经渠、白环俞、鸠尾、迎香、石门（女子）、丝竹空、承泣、耳门、人迎、瘈脉、少商、尺泽、阴市、阳关、少海、小海、睛明、关冲三十一穴为灸法所禁。这些皆为王氏总结唐以前医家之经验所得，在临床上有一定的参考价值。

值得指出的是，王氏还十分重视明堂图的价值，他参阅有关文献，绘制了十二经彩色人形图，此图虽已散佚，但从王氏的论述中还可窥其大概。他在卷三十九"明堂序"中说："比来有经而无图，则不能明脉俞之会合；有图而无经，则不能论百疾之要也。系是观之，书之与图，不可无也。又人形不同，长短异状，图象参差，差之毫厘，则孔穴乖处，不可不详也。今依准《甲乙》正经，人长七尺五寸之身，今半之以为图，人长三尺七寸五分，其孔穴相去亦半之，五分为寸，其尺用古尺。其十二经脉，皆以五色作之，奇经八脉，并以绿色标记。诸家并以三人为图，今因十二经而尽图人十二身也。"可见，王氏绘制的十二人身彩图，精细周全，对当时临床和医学教育起到了促进作用。

（3）荟萃各家，广为应用

由于王焘在弘文馆任职二十多年，有条件博览群书，采集诸家有效之灸方，因此，在《外台秘要》中保存了不少唐以前的珍贵灸法文献。除引用《备急千金要方》129条，《千金翼方》13条等现存医著外，还有晋代姚僧垣《集验方》19条，孟诜《必效方》3条，《范汪方》17条，王方庆《随身左右百发百中备急方》11条，谢士泰《删繁方》3条，甄立言《古今录验方》3条，扁鹊方3条，华佗方4条，赵乃言1条等，其内容是十分丰富的。这些著作大多散佚，唯赖是书得以集中保存下来，其功劳不可泯灭。并且，《外台秘要》引载的文献，"多显方之所由来"，与《备急千金要方》之很少注明出处者不同，这就为我们了解唐以前医家的灸法成就和贡献提供了线索。

王氏集唐以前数十家之灸法经验，融为一体，广泛应用了临床各科，扩大了灸法的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

适应范围。如治疗伤寒在表，用灸法发其汗则愈，常用穴位为百会、大椎、风池、合谷等，艾灸3至5壮为良；反胃呕吐、胃实、腹胀满、水肿、四肢不举、肠鸣泄利等证，施灸穴位多以足三里、膈俞、大肠俞、胃管、中管、气海、天枢、太仓等穴为主，艾灸5至30壮。这些方法，迄今仍为临床医家所习用。

8.2.2.3 窦材对灸法的贡献

窦材，南宋真定（今河北省正定县）人。生于公元1100年左右，曾官开州巡检，武翼郎，后人称太医，晚年“将追随先师所历之法，与已四十余年之所治验”，撰成《扁鹊心书》一书，于绍兴十六年（公元1164年）刊刻流传。

《扁鹊心书》共三卷，上卷论经络灸法等，中下卷分述伤寒诸证和内科杂病，兼论外、妇儿科病证，另有《神方》一卷，列方94首，分别介绍其主治及服用法。全书简明扼要，所论多从实践中来，颇具特色。现行本中，有清代胡钰参论批注，时附案例印证，对原书阐发颇多，或间有异议，亦多持平正论。

窦氏临证，虽针灸药结合居多，但把用灸摆在头等重要位置，为灸法的发展作出了较大的贡献。

（1）灼艾第一，早灸多灸

从《扁鹊心书》对灸法的论述，可以看出窦材对灸法是极为重视的。他说：“医之治病用灸，犹人做饭需薪，今人不能治大病，良由不知针灸故也。”因而“保命之法，灼艾第一，丹药第二，附于第三。”他认为“大病宜灸”，所谓大病，即危难急重证，“进医书表”中列出有伤寒、阴疽、虚劳、中风、水肿、尸厥、久痢、喉痹、急慢惊风等。他强调指出：“世有百余种大病，不用艾灸丹药，如何救得性命，劫得病回”，把灼艾施治作为首选的急救措施。

窦氏临床，虽多针灸丹药结合，但他认为有些病只须单用灸法。如卷上“五等虚实”一节在论述元气将脱的甚虚证时，认为“非寻常药饵所能救”，须用灸法取效；“肺伤寒”重证，也“非药可疗”，急宜用灸。或提倡有些病先灸后药，“要知缓急”一节提到治一伤寒病，先用烈火施灸，待患者开眼思饮食，再进姜附汤而愈，都体现了他“灼艾第一”的思想。

窦氏重灸，无论从理论到实践，从预防保健到临床治疗都反映了这一点。他提出了常灸关元、气海、命关、中脘以防病摄生的方法，还根据年龄不同提出了用灸的间隔时间及壮数要求：“人至三十，可三年一灸脐下百壮，五十可二年一灸脐下三百壮，六十可一年一灸脐下三百壮，令人长生不老。”若用灸治病，窦氏则主张早灸多灸，他提出大病尤宜早灸，“若灸迟，真气已脱，虽灸亦无用矣。若能早灸，自然阳气不绝，性命坚牢。”他对不少病证都强调早灸，如治阴毒，若灸“迟则气脱，虽灸亦无益矣”；治“气脱，灸迟亦无用矣”；治虚劳认为“须早灸，迟则无益”；治伤寒少阴太阴重证，谓“不可不早图也”。并进一步指出，如延误治疗时机，可导致严重后果。他在《扁鹊心书》中提到一医治伤寒用灸过迟，终至“藏气败绝”而死亡。又指出“暴泄”一证，灸迟则“肠开洞泄而死”，要人们引以为鉴。

多灸给患者带来痛苦是不言而喻的，为了减轻灼痛，窦氏创立了一种灸前麻醉法，即用所谓“睡圣散”内服，使人昏睡，然后施灸，可无痛苦。睡圣散由“山茄花八月

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

收，火麻花八月收”所组成，“采后共为末，每服三钱，小儿只一钱，茶酒任下”。据清·胡珏注：山茄花即蔓陀罗花，火麻花即大麻花。临床“如颠狂人不可灸，及膏粱人怕痛者，先服睡圣散，然后灸之，一服止可灸五壮，醒后再服用灸。”后世所用的用药浸过纸擦肤麻醉法和指压麻醉法都是受窦氏的启发而发展起来的。

（2）温补脾肾，壮阳消阴

窦氏认为“人以脾为母，以肾为根”，“脾为五藏之母，肾为一身之根”，因而在临床上时刻注意温补脾肾之阳。如在“时医之错”一节中，提到阴疽的治疗时说：“必大补肾气，壮阳消阴，土得阳光，自生肌肉，则元气固流，不侵骨髓矣。”从《扁鹊心书》“附窦材灸法”所列的几十种病证来看，有30余种病证有脾肾阳虚，再从书中所载的40余则医案来看，也有一半以上用到温补脾肾之法。可见其对脾肾两脏的重视程度。

窦氏温补脾肾，常随病情不同而有所侧重。有脾肾双补者，如“时医之错”云：“眼生内障，由于脾肾两虚，阳光不振耳。故光之短主于脾，视物不明主于肾。法当温补脾肾，壮阳光以消阴翳，则目明矣。”又如治元气得脱、伤寒太阴证、水肿、气喘证、脾泄注下证、休息痢、虚劳等，均主张脾肾兼顾，双管齐下。

有以治脾为主者，如翻胃、胁痛不止、阴黄等；有以温肾为主者，如伤寒少阴证、久咳、中风失音、小便下血、中消、腰足不仁、老人气喘等；有的病证则先温脾后调肾，如“水肿膨胀”证，“老人两胁痛”证；而有的病证，虽病在脾肾，但涉及它脏，窦氏治疗，仍以治脾肾为主。如治两胁连心痛，虽由恚怒伤及肝脾肾三经，仍只有脾肾两经的穴位；上消证虽病及肺肾，仍只治肾；中消证，病虽及肺胃肾，亦只治肾；暑月发燥热，虽病由冷物伤脾胃肾引起，仍只用治脾之穴位，这些都是以反映出窦氏重视脾肾，善于温补脾肾的思想。

温补脾阳用命关，温补肾阳用关元，是窦氏温补脾肾的两个主要穴位。《扁鹊心书》所用穴位总数为26个，而其中以命关、关元运用次数最多。窦氏认为，命关“此穴属脾，又名食窦穴，能接脾藏真气，治三十六种脾病。”至于关元补肾，书中许多地方作了阐述。如在论述“足痿病”时说：足痿多由“肾虚”所致，宜灸关元以使“肾气复长”；“伤寒太阴证”宜“灸关元，以救肾气”；“脑疽发背，诸般疔疮恶毒，须灸关元三百壮，以保肾气”等等，显然，其用关元的目的是温补肾阳的。

8.2.2.4 罗天益对灸法的贡献

罗天益，字谦甫，真定（今河北正定）人，约生活于公元1220～1290年左右。罗氏“幼承父训，俾志学于诗文，长值危时，遂苟生于方技。”为金代著名医家李杲的弟子，从东垣学医十余年，深得其师所赏识。他继承李杲学说，集录诸家之法，结合自己的经验，撰成《卫生宝鉴》一书，凡二十四卷。罗氏治医，针灸与药物并重，而对灸法方面，造诣较深，为灸法理论的发展作出了一定贡献。

（1）擅用灸法，助元防病

罗氏师承东垣，认为人身元气对疾病的发生起着决定性的作用，元气不足，诸病由生。而元气之所以不足，又是脾胃之气有伤的结果，故在治疗上特别重视脾胃元气。他在《卫生宝鉴》“胃气为本案”中说：“四时五脏，皆以胃气为本，五脏有胃气则和平而身安。若胃气虚弱，不能运化滋养一脏，则五脏脉不和平。”因而治疗除运用补中益气

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

升阳等方药外，常施用灸法，以辅药治之不及。东垣《内外伤辨惑论》指出："若病人形气不足，病潮作之时，病气亦不足，此乃阴阳俱不足也。禁用针，宜补之以甘药，不可以尽剂，不灸弗已，脐下一寸五分气海穴是也。"罗氏继承了东垣这一治疗学思想。他在"阴阳皆虚案"、"结阴便血案"、"虚中有热案"、"胃脘当心痛案"等验案中，除用药治疗外，均灸气海穴以"生发元气，滋荣百脉"，并灸胃之募穴中脘以"助胃气""引清气上行"。这些临床经验，充分说明了灸法在助壮脾胃元气，增强机体抗病能力中具有重要的价值。

应用灸法预防中风，罗氏也积累了丰富的经验。他在《卫生宝鉴》中转录有《千金要方》和《针灸资生经》关于灸法预防中风的记载："凡觉手足麻木或疼痛，良久乃已。此将中腑之候，宜灸百会、发际、肩髃、曲池、风池、足三里、绝骨七穴；或灸百会、大椎、风池、肩井、曲池、足三里、间使七穴，病在左侧灸右，病在右侧灸左。""春秋之时，可时时灸此七穴，以泄风气，……可保无虞。"罗氏指出，这些方法简便易行，病人可自己操作，且效果可靠，因而对预防中风有实用价值，值得进一步推广。对于惧痛畏灸的患者，罗氏采有"代灸膏"（用附子、马蔺子、蛇床子、木香、肉桂、吴茱萸等分为末，面和姜汁为膏，摊贴关元、气海穴）外敷，自晓至晚，其效可代百壮。可见其用心之苦，研究之深，反映了他为病人着想的负责精神。

（2）合理选穴，随症施灸

在罗氏的灸法处方中，常有中脘、气海、足三里三穴。中脘乃胃之募穴，灸之可温补中焦；足三里为阳明胃经合穴，能补脾健胃，升清降浊，对脾胃病有很好的疗效。至于气海穴能补益元气，三穴合用，共奏调理脾胃，振奋元气，强壮补虚，升提中气之功。罗氏常用此方治疗脾胃虚弱和元气亏虚之证。如在"胃脘当心而痛治验中"，记载一例疟疾患者，因一医以砒霜等治疗不当，不惟疟病未除，而且反添吐泻等症，罗氏用上述灸方并辅以扶阳助胃汤而治愈。又如"虚中有热治验"记载一患者"病发热，肌肉消瘦，四肢困倦，嗜卧盗汗，大便溏泄，肠鸣不思饮食，舌不知味"，脉浮数按之无力，罗氏亦用上述灸方治愈。这说明这些穴位不仅能治疗中焦不足的虚寒证，而且还可以治疗气阴两伤的虚热证。进一步丰富和发展了东垣甘温除热的学术思想。

罗氏临证用灸，还善于辨证选穴。如痛证昼发灸阳跻申脉，夜发灸阴跻照海；头热如火，足冷如冰，灸阳辅；胫酸寒灸绝骨；小儿癖气久不消灸中脘，章门；小便淋涩不能用脐中隔盐灸法；面生疣瘤，用隔纸（纸上涂醋磨雄黄）灸等。此外，罗氏还喜用小麦粒状艾炷施灸，如小儿吐乳用小艾炷灸中庭；颠痛癫疯用小艾炷灸长强；慢惊风用小艾炷灸尺泽；呃逆不止用小艾炷灸乳下黑尽处（男左女右）等。这些记载，有些是继承了前人的经验，有些是罗氏从长期的临床实践中总结出来的，有一定临床参考价值。

8.2.2.5 吴亦鼎对灸法的贡献

吴亦鼎，字砚丞，歙县（今属安徽省）人，约生活于十八世纪上半叶。吴氏于清·咸丰元年（1851年），汇集历代各家灸法，著成《神灸经纶》四卷。书中详列蓄艾、用艾、灸忌以及十二经及奇八脉的循行与俞穴定位等，对灸法理论有所发挥。

（1）强调辨证施灸，丰富灸法内容

吴氏强调辨证施灸，认为只有"明证善治"才能为人"决死生，拨乱反正"。否则，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

若“取证未确，必至病在阴而反灸其阳，病在阳而反灸其阴，宜灸多者反与之少，则火力不及，而病不能除；灸少者反与之多，则火力太过，而病反增剧。”在《神灸经纶》一书中，对辨证的分析十分详尽。如“中身论略”一节，除对病因病机进行阐述外，还从胸胁、腹、腰背、虚劳、自汗、盗汗、血证、鼓胀、霍乱、呕吐、咳嗽、呃逆、喘哮、嗳气等26个方面进行证候分析，最后根据分析结果，例144证进行选穴处方。在分析中，除引用前人的看法外，还根据自己的体会予以评述。他说：“必法古而不滞于古，务期当理中病。”如在“二阴证略”中说：“考古治梦遗方，属郁滞者居大半，是又专主于固涩也。如果肾虚精滑，宜治以补涩；若属郁滞，宜治以通利，如湿热内蕴，当从脾胃酌治；如欲火炽，思想无穷，当从心治。”所以既选气海、关元用于补涩，三阴交、中极用以通利；又用三里治脾胃，用膏肓穴从心论治，这样有利于提高疗效。

在隔物灸方面，《神灸经纶》也颇具特色。如“灸神阙，先以净干盐填脐中灸七壮，后去盐换川椒二十一粒，上以姜片盖定，又灸十四壮，灸毕用膏贴之。”又如灸瘰疬“用癞蛤蟆一个，剥去皮，盖瘰疬上，用艾灸七壮立消。”另外，传尸痨按代选穴用灸的方法，则更为特殊。他认为第一代虫伤心，宜灸心俞并上下如四花样；第二代灸肺俞四穴如前；第三代灸肝俞四穴如前；第四代灸阴俞四穴如前；第五代灸肾俞四穴如前；第六代灸三焦俞四穴如前。除在穴位上艾灸外，还根据病情在特殊部位上施灸。如“治痞者，须治痞根，无不获效。”治脐风“必有青筋一道，自下上行至腹而生两岔，即灸青筋之头三壮，若见两岔，即灸两处筋头各三壮，十治五六，否则上行攻心不救。”这些都说明《神灸经纶》是一部系统性强，内容较完善，具有独特风格的著作。

（2）重视经络分布，完善腧穴理论

吴氏临证施灸，重视“辨明经络”。他首先注意了解经络与有关脏腑组织器官的关系，如“胆筋结于尻”，“小腿肚属足太阳膀胱”，“乳房属胃，乳头属肝”等，弄清楚这些特点，对临床施灸治病有一定指导意义。如“肾之筋脉从腰贯脊，并不及脐，脐痛治肾，舛谬误人。”并对某些经脉起止作了一定的考证，如“涌孔即前阴督脉起处”，“肝筋脉皆起于足大指外侧丛毛之际。”这与一般认识不同。他还对某些部位的经络分行排列定位，如颈项部分为八行，即第一行任脉，以天突定位；第二行属胃，以人迎定位；第三行属大肠，以扶突定位；第四行属小肠，以天窗定位；第五行属胆经，颈中无穴；第六行属三焦经，天牖定位；第七行属膀胱经，以天柱定位；第八行属督脉，以风府定位。这些叙述，对临床辨证分经有一定实用价值。

此外，吴氏在腧穴理论方面也作了较多的补充。如在量取腧穴方面，他除了运用骨度同身寸、细蜡绳度量等方法外，还较详细地介绍了简便取穴法。如肺俞穴有三种取穴法，其一从风门下行三椎下去脊中各二寸；其二以手搭背，左取右，右取左，当中指末是穴；其三肺俞对乳，引绳度之。又如章门穴有四种取穴法，其一从急脉上行，足太阴脾经之大横穴外，季胁直脐软骨端，脐上二寸，两旁开六寸，侧卧，屈上足伸下足，举臂取之；其二肘尖尽处是穴；其三脐上一寸八分两旁各八寸半，季胁端；其四脐上二寸两旁各六寸。其中有些方法，首载于《神灸经纶》而为近代针灸医生所运用。他还对一些有特殊治疗效果的奇穴作了介绍。如腰眼穴，“诸书所无而居家必用”，取穴时“令病人解去下衣，举手向上，略转后些，则腰间两旁自有微陷可见，是名鬼眼穴，即俗所谓腰眼也”，“主治痨瘵已深之难治者”。又如治久嗽不愈的直骨穴，如用之不能愈病，则

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

此病再不可治。他还根据穴位的特点及其在全身的作用而用穴，如“有病欲灸足三里者，必须年三十以上方许灸之，恐年少火盛伤目。故凡灸头，必灸足三里者，以足三里能下火气也。”“先灸中脘七壮，引胃气生发之气上行阳道。”这样运用，除了发挥足三里、中脘局部的治疗作用外，还起到了调整全身气机的作用，有利于疗效的提高。在预防疾病上，吴氏也有研究，如预防中风，他所灸的穴位就远比其它医籍为多，有风池、百会、曲池、合谷、肩髃、风市、足三里、绝骨、环跳等九穴。他还用肩髃穴预防“肩臂冷痛”，用腰眼穴预防“痨瘵”，“此比四花等穴尤易显效”。总之吴氏的《神灸经纶》为近代灸法的总集，其学术思想对灸法的普及和深入研究有重要意义。

附一：医案五则

① 伤寒

余治一伤寒，亦昏睡妄语，六脉弦大。余曰：脉大而昏睡，定非实热，乃脉随气奔也，强为之治，用烈火灸关元穴，初灸病人觉痛，至七十壮，遂昏睡不疼，灸至三鼓，病人开眼思饮食，令服姜附汤，致三日后，方得元气来复，大汗而解。

（《扁鹊心书·要知缓急》卷上）

② 产后晕厥

一妇人产后发昏，二目滞涩，面上发麻，牙关紧急，二手拘急。余曰：此胃气闭也。胃脉挟口环唇，出于齿缝，故见此证。令灸中脘穴五十壮，即日而愈。

（《扁鹊心书·厥证》卷中）

③ 厥证

窦材治一人因大恼悲伤得病，昼则安静，夜则烦闷，不进饮食，左手无脉，右手沉细，世医以死症论之。窦曰：肾厥病也。因寒气客忤肝肾二经，灸中脘五十壮，关元五百壮，每日服金液丹、四神丹，至七日左手脉生，少顷大便下青白脓数升许全安。此由真气大衰，非药能治，惟艾火灸之。

（《续名医类案·厥》卷二）

④ 中风

真定府临济寺赵僧判，于至元庚辰八月间，患中风半身不遂，精神昏愦，面红颊赤，耳聋鼻塞，语言不出，诊其两手六脉弦数。尝记洁古有云：中脏者多滞九窍，中腑者多著四肢，今语言不出，耳聋鼻塞，精神昏愦，是中脏也。半身不遂是中腑也。此脏腑俱受病邪，先以三化汤一两，内疏三两行，散其壅滞，使清气上升，充实四肢；次与至宝丹加龙骨、南星，安心定志养神，使各脏之气上升，通利九窍，五日小声出，语言稍利。后随四时脉证加减，用药不匀，即稍能行步，日以绳络其病脚，如履阈或高处，得人扶之方可踰也。又刺十二经之井穴，以接经络。翌日不用绳络，能行步，几百日大势尽去，戒之慎言语，节饮食，一年方愈。

（《卫生宝鉴·中风灸法》卷八）

⑤ 痫疾

魏敬甫之子四岁，一长老摸顶授记，众僧念咒，因而大惊，遂惊搐，痰涎壅盛，目多白睛，项背强急，喉中有声，一时许方省。后每见衣皂之人辄发，多服株、犀、龙、麝，镇坠之药，四十余日，前证仍在。又添行步动作神思如凝，命予治之。诊其脉沉弦而急，《黄帝针经》云：心脉满大，痫瘛筋挛。又肝脉小急，痫瘛筋挛，盖小儿血气未定，神气尚弱，因而惊

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

恐，神无所依。又动于肝，肝飞筋，故痫瘛筋挛，病久气弱小儿，易为虚实。多服镇坠寒凉之药，复损其气，故行步动作如凝。《内经》云：暴挛痫眩，足不任身，取天柱穴者是也。天柱穴乃是太阳之脉所发，阳痫附而行也。癫痫瘛疭，不知所苦，两跻主之。男阳女阴，洁古老人云：昼发取阳跻申脉，夜发取阴跻照海，先各灸二七壮。阳跻申脉穴在外踝下容爪甲的肉际陷中，阴跻照海穴在内踝下陷中是也。次与沉香天麻汤服三剂而痊愈。

（《卫生宝鉴·痫治验》卷九）

附二：葛洪等所著书目

葛洪著

《肘后备急方》八卷

王焘著

《外台秘要》四十卷

窦材著

《扁鹊心书》三卷

罗天益著

《卫生宝鉴》二十四卷

《内经类编》（佚）

《经验方》（佚）

吴亦鼎著

《神灸经纶》四卷

8.2.3 重视手法的医家

手法是针刺操作手法的简称，是每个针灸医生针刺临床治疗所必须掌握的基本技能，在针灸医学中占有极重要的地位。早在《黄帝内经》中就详细介绍了“九刺”“十二刺”“五刺”等针刺方法，《灵枢·九针十二原》、《灵枢·官能》及《素问·离合真邪论》等篇，则对补泻作了重要论述。后世针灸医家以《内经》《难经》理论为指导，结合各自的经验，又创用了多种手法。元明时期刘氏的《琼瑶发明神书》、泉石的《金针赋》、陈会、刘瑾的《神应经》、李梴的《医学入门》、杨继洲的《卫生针灸玄机秘要》等都有关于针刺手法的论述。汪机的《针灸问对》也载有针刺补泻等内容，是我们学习针法的重要参考文献。

8.2.3.1 《琼瑶发明神书》论针法

《琼瑶发明神书》二卷，旧本题赐太师刘真人撰，不著其名，前有崇宁元年序，则当为宋·徽宗时人。然序称许昌滑伯仁尝看经络等，伯仁为元代医家，故崇宁中人，何自见之？其伪可知。乃元代以后的医者托名而著。全书重视针刺手法，是《内经》以后，倡导针刺手法的先驱者。后世许多手法颇受它的影响，书中有“赤凤摇头”、“苍龙摆尾”等名，但记述比较简单，各种手法如何操作，亦未详细说明，并且有些文字还不易领会，有待今后进一步研究。

其载“赤凤摇头”的操作为：“凡下针得气针头针尖不动者，用搓、循、盘、按、推、战、搜、摩、摄、提、横、顺、逆、摇。气上、气下，看虚实。要上行闭其气下

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

行，要下行闭其气上行。若要进针从辰时至巳时；退针从巳时至辰时。进则左捻针，退则右捻针，左右动也。”

“苍龙摆尾”的操作为：“凡下针飞至关，针头不动针法动，左右用搓、循、盘、按、推、战、搜、摩、横、顺、逆、摇、气上、气下，恶处回拔者，将针散慢服之，为舡中把舵，左右随其气轻轻而拔，其气自交。或周身遍体，夺流不出，其所法。如气不行，将舒伸提而已。”

“搓法（三阳经外络内搓、三阴经内络外搓）”的操作为：“凡下针寒热者，以为搓之。或内，或外，如搓线之貌，勿使大转大紧，令人肉紧。已针，准以进退。左转则热，热则天气入，鼻吸口呼出也；右转则寒，口中吸气，地气入，鼻中出气，天气出。亦有出入之理。慢说之，再用脏腑生成之数足，自有在前。”

此外，《琼瑶发明神书》在针具方面的记载也与他书不同。如载“古针有十二条”曰：

“第一条针名曰青龙针也，长一尺二寸……”

“第二条针名曰白电针也，长九寸……”

“第三条针名曰丧门针也，长八寸……”

他说：“这三条针世间多有不会，此针乃神秘所用也。这针针山山崩，针地地裂，针海水逆流，针人枯骨还更生。周文王因此禁了这三条针也。后留九针在世间与人使用。”这些说法，未免有些玄奇，很难令人置信。因此，学习《琼瑶发明神书》，当持批判的态度，去其糟粕，取其精华，吸收那些对针灸发展有益的东西。

8.2.3.2 陈会论针法

陈会，字善同，号宏钢先生，明初针灸医家，履贯不详。精于针灸，著《广爱书》十卷，后来由弟子刘瑾重新校正，并增进了刘瑾的针灸治疗经验，辑成《神应经》一卷。书中对针刺操作手法的论述颇具特色。

（1）随咳进出针

即所谓“取穴既正，左手大指按其腧穴，右手置针于穴上，然后，令患者咳嗽一声，随咳出针，此为之泻法也。”“随咳出针，急以手按其穴，此谓之补法也。”这是陈氏继承《内经》呼吸补泻及开合补泻的原则而派生出来的。

（2）催气手法

陈氏的催气法是由动摇、提插、捻转等手法综合组成的。他说：“用右手大指及食指持针，细细动摇，进退搓捻，其针为手颤之状，谓之催气。”“动摇可宣通气血，捻转及提插能疏通经脉，使经气运行加速，达到催气的目的。”

（3）捻转补泻手法

陈氏捻转补泻手法的特点是强调男女相反、阴阳有别。如在任脉经穴位上施行捻转补泻法的操作是：补时男子右转，女子左转；泻时男子左转，女子右转；在督脉经属阳、任脉属阴，男子属阳，女子属阴故也。

（4）首次提出平补平泻针法

陈氏云：“凡人有疾，皆邪气所凑，虽病人瘦弱，不可专行补法。经曰：邪之所凑，其气必虚。如患赤目等疾，明见其为邪热所致，可专行泻法。其余诸疾，只宜平补平

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

泻，须先泻后补，谓之先泄邪气，后补真气，此乃先师不传之秘诀也。”陈氏考虑到疾病的发生多是邪气侵害机体所致，因而主张不能单纯行补法，必须先行泻法，以泻其邪气，然后再行补法以补其真气。目的在于使邪去正复，恢复机体的平衡。实际上陈氏所述的平补平泻手法已不是一种独立操作的针刺补泻手法，而是一种既有泻法（泻其邪气），又有补法（补其正气）的操作手法。因此，它既与杨继洲《针灸大成》中所谓“有平补平泻，调其阴阳不平而后平也，阳下之曰补，阴上之曰泻，但得内外之气调则已”不同，也与现今临床所使用的“均匀地提插捻转”，适用于“虚实不太显著，或虚实兼有的病证”的“平补平泻法”不同。虽然，陈氏所说的“平补平泻法”至今临床上已很少运用，但他首次提出“平补平泻针法”一词的功劳是不可忽视的。

8.2.3.3 泉石论针法

泉石所著《金针赋》是我国针灸史上影响最大的一篇针刺手法专赋。首载于徐凤《针灸大全》一书中。然泉石到底为准？目前针灸界尚具有争议。《针法灸法学》讲义认为是徐凤，即“徐氏退寓西河，自称泉石先生”。但《针灸大成校释》却认为是“一位隐居西河号称泉石老人所著”。《金针赋》的针法内容主要有如下一些：

（1）下针十四法

针刺的基本手法，窦汉卿《针经指南》记载有下针十四法，即动、摇、进、退、搓、盘、弹、捻、循、扪、摄、按、爪、切等。《金针赋》对此作了进一步的总结归纳，它把“捻”归并入“搓”，另加“提”以与“按”对举。即“爪而切之，下针之法；摇而退之，出针之法；动而进之，催针之法；循而摄之，行气之法；搓则去病；弹则补虚；肚腹盘旋；扪为穴闭；重沉豆许曰按，轻浮豆许曰提；一十四法，针要所备。”切可宣散气血，摇可泄邪气，退可清气，动可运气，进可助气，循可气至，努可上气，搓可行气，弹可催气，盘可和气，扪可养气，按可添气，提可抽气。因此，《金针赋》下针十四法在临床上有一定的实用价值。

（2）调气之法

《金针赋》还提出了调气、行气等操作手法。赋中指出：“夫调气之法，下针至地之后，复入三分，欲气上行，将针右转；欲气下行，将针左转；按之在前，使气在后；按之在后，使气在前，运气至疼痛之所。”这种行气手法，能加速经气运行至病所，提高气至病所率。

（3）综合手法

针刺须病之虚实而行补泻，《内经》早有论述，《素问·宝命全形论》说：“刺虚者须其实，刺实者须其虚。”《内经》以降，在补泻方法方而有徐疾、迎随、开合、呼吸、补母泻子等方法，但较单一。近代概称为单式补泻手法。《金针赋》则最早记载了十四种综合手法。其中属于综合补泻手法的有五种：烧山火、透天凉、阳中隐阴、阴中隐阳，龙虎交战；属于利气的综合手法有五种：子午捣臼、进气之诀、留气之诀、抽添之诀、龙虎升降；属于通关过节，运行气血的综合手法的有四种：青龙摆尾、白虎摇头、苍龟探穴、赤凤迎源。其中有些方法，至今仍在临床广为运用。

（4）出针手法

出针之法，一般推崇“出针贵缓，急则多伤”之说。轻轻转动针体，缓缓出针便

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

是。《金针赋》则强调“出针之法，病势既退，针气微松；病未退者，针气如根，推之不动，转之不移，此为邪气，吸拔其根，乃真气未至，不可出之。出之者，其病即复，再须补泻，停以待之。直候微松，方可出针。”这一必待针下微松而后出针之说，确是从丰富的临床实践中得来的经验之谈。在临床上常可遇到因针下之气未松，急于出针之后，患者感针刺局部或被针肢体沉重困乏，甚至肢体举动不利，严重者，这种异常感觉常延至数日始退。对某些疼痛患者出针过早，“其病即复”的例子也是屡见不鲜的。所以每一针刺过程自进针候气、行气、导气之后，如针下之气异常沉紧，一部分是由于肌肉组织痉挛而发生的滞针现象，大部分则属于针感较强，还须施行补泻手法。如此，一方面可以增强治疗效果，另一方面可以避免产生异常的针刺后遗感。

8.2.3.4 汪机论针法

汪机（1463～1539年），明代医家，字省之，别号石山，安徽祁门人。父亲汪渭（公望）是当地名医。汪机早岁习举子业，屡试不利，遂随文学医，苦心潜研，博采众长，“凡岐黄仓扁诸遗旨，靡不探其肯綮。殊证奇疾，发无不中。”终以医道鸣世。与吴县张颐、杞县李可大、常熟缪希雍齐名。其弟子有许忠、黄古潭等。汪氏的《针灸问对》是我国针灸史上较早论述刺灸法的专著，他深入地分析总结了《内经》、《难经》中有关针灸的论述，又兼采诸家之说，以问答形式阐述了针灸施治的基本原则和操作方法，并对当时的各种针灸法进行了评论。他的学术观点，对以后针灸学的发展产生了深远的影响。

（1）针刺有泻无补论

汪氏继承了朱丹溪的“针法浑是泻而无补”的观点，并对此进行了发挥。他认为疾病初起，元气未伤，邪气轻浅，可以用针除之，至于病邪太甚，元气已伤，则决非针所能治。他说：“经曰：阳不足者，温之以气，阴不足者，补之以味。针乃砭石所制，既无气，又无味，破皮损肉，发窍于身……何得为补？”汪机认为《内经》中的针刺补泻，均是指泻法而言，所谓补法不过是张子和祛邪即所以扶正，去旧即所以生新之意。他分析了九针的功用，指出九针所主，大多系外邪侵入为病，用针宣导，也无非是泻法而已。汪氏的这种看法虽有偏激之处，但其攻邪扶正的思想，在临床上有一定的指导意义。

（2）关于针刺深浅

汪氏认为诸家针灸书所载某穴针几分、留几呼等，不见载于《内经》。故主张“不拘泥规定”，而应该随机变化，灵活掌握。他说：“惟视病之浮沉，而为刺之浅深，岂以定穴分寸为构哉？”对留针时的呼吸次数，也有他自己的看法。他说：“惟以气至为期，而不以呼之多少为候。”汪氏的这些观点，无疑是正确的。

（3）批判左右不同及《金针赋》诸法

汪氏对当时盛行的补泻手法颇有微辞。他说：“当刺之时，先以左手压、按、弹、努、爪、切，使气来如动脉应指，然后以右手持针刺之，待气至针动，因推针而内之，是谓补；动针而伸之是谓泻。古人补泻心法基于此，何尝有所谓男子左泻右补，女人左补右泻也哉？是知补泻转针，左右皆可，但当适其内则补，伸则泻耳。后人好奇，广立诸法，徒劳无益。”汪氏重视提插补泻的作用。他根据《内经》、《难经》古法，结合自

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

己长期的临床实践经验，提出了临床针刺操作常规：针刺之时先以左手切按穴位，并采用弹努等法使气来，以手摆之如有动脉跳动的样子。然后用右手持针刺入皮肤，待气至而针方动摇，需要补时以插针为主，泻时重提为主则可矣。至于捻转则在补或泻时均可应用，不必分别左右和男女。

汪氏不同意《金针赋》中关于男女气血上下补泻不同的论述。《金针赋》云："男子气，早在上，晚在下；女子气，早在下，晚在上，午前为早，午后为晚"，"男用大指进前左转呼之为补，退后右转吸之为泄。提针为热，插针为寒。午前如此，午后反之。"汪氏对此持否定态度。他说："营气行于脉中，周身五十度，无分昼夜，卫气之行，但分昼夜，未闻上下，男女脏腑经络，气血往来，未尝不同。"所以，汪氏批评这是"颠倒错乱，无稽之谈。"

汪氏主张针刺手法简化，反对《金针赋》各种纷繁复杂的针刺手法。他对当时盛行的下针十四法，认为"字虽异而法实同，言虽殊而意则复，观其设心，无非夸多玄能，巧施手势，以骇人之视听也。"对于《金针赋》中的各种综合手法也持批评的态度，他说"古人用针，于气未至，惟静以久留、待之而已。待之气至，泻则但令吸以转针，补则但令呼以转针。如气已至，则慎守勿失，追而自护也。何其简而明，切而当哉！舍此之外，别无所谓也。今人于气之未至也，安知静以久留？非'青龙摆尾'"则'赤凤迎源'；非'进气'则'留气'。气之已至也，安知慎守勿失？非'白虎摇头'则'苍龟探穴'；非'调气'则'纳气'，'阴中隐阳'、'阳中隐阴'，或施'龙虎交战'，或行'龙虎升腾'，或用'子午捣臼'，或运'抽添'秘诀，无非巧立名色，聋瞽人之耳也。岂肯用心扩充其古法之未备，拯救其时习之难复哉！且其所立诸法，亦不出乎提按、疾除、左捻右捻之外，或以彼而参此，或移前而那后，无非将此提按、徐疾、左捻右捻六法交错而用之耳！舍此别无奇能异术之可称焉，是古非今，难逃僭逾，知我者，必以我为不得已焉。"汪氏所言，明显地带有是古非今的倾向，且有些地方过于偏执，这不能不说是汪机的不足之处，我们对他的针灸学术观点，应该给予一分为二的分析和评价。

8.2.3.5 李梴论针法

李梴，明代医学家，号健斋，南丰（今属江西省）人，擅内科兼通针灸。隆庆五年（1571年）著《医学入门》，取材切于实用，为习医的阶梯。首列针灸，其刺法补泻及杂病穴法等，影响较大。

（1）阐发迎随补泻

李氏指出："《素问》曰：泻必用方，补必用圆。又曰：呼则纳针，候吸引针，命曰补；吸则内针，候呼引针，命曰泻。此万世不易法也。《图注难经》云：手三阳从手至头，针芒从外往上为随，针芒从内往下为迎。足三阳从头至足，针芒从内往下为随，针芒从外往上为迎。足三阴从足至腹，针芒从外往上为随，针芒从内往下为迎。手三阴从胸至手，针芒从内往下为随，针芒从外往上为迎，大要以子午为主，左为阳，右为阴；手为阳，足为阴；左手阳经为阳中之阳，左手阴经为阳中之阴；右手阳经为阴中之阳，右手阴经为阴中之阴；右足阴经为阴中之阴，右足的阳经为阴中之阳；左足阴经为阳中之阴，左足阳经为阴中之阳。今细分之，病者左手阳经以医者右手大指退后吸之为随，进前呼之为迎。病者右手阳经以医者右手大指退后吸之为随，进前呼之为迎。病人右手

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

阴经以医者右手大指进前呼之为随，退后吸之为随，进前呼之为迎。病者左足阳经以医者右手大指退后吸之为随，进前呼之为迎。病者左足阳经以医者右手大指退后吸之为随，进前呼之为迎。病者左足阴经以医者右手大指进前呼之为随，退后吸之为迎。男子午前然，午后与女人反之。"李氏用捻转、针芒和呼吸三要素来解释迎随，既分男女、早晚，又分手足、阴阳，较《金针赋》所论之补泻法还复杂，可作为研究迎随补泻法时参考。

(2) 关于九六数补泻法

李氏继承《周易》中以九数代表阳、六数代表阴的思想，阐释了九六补泻中有关少阳数、老阳数、少阴数、老阴数等问题。他说："凡言九者，即子阳也；六者，即午阴也。但九六数有多少不同，补泻提插皆然。言'初九数'者，即一九也。少停又行一九，少停又行一九，三次共二十七数，或四九三十六数。言'少阳数'者，七七四十九数，亦每数七数，略停。'老阳数'者，九九八十一数，每次二十七数，少停，共行三次。言'初六数'者，即一六也。少停又行一六，少停又行一六，三次共一十八也。言'少阴数'者，六六三十六数，每次一十八数，略停再行一次。言'老阴数'者，八八六十四数，每次八数，略停。或云子后宜九数补阳，午后宜六数补阴。阴日刺阴经，多用六数补阴，阳日刺阳经多用九数补阳，此正理也。但见热症即泻，见冷症即补，舍天时以从人之病者，权也，活法也。"可见李氏不仅详细介绍了九六数补泻法的操作程序，而且还论述了有关注意事项，于临床有一定参考价值。

(3) 对针刺补泻的评价

对于针刺的补泻作用，李氏提出了自己的看法，他说："其针刺虽有补泻之法，予恐但有泻而无补焉。经谓泻者迎而夺之，以针迎其经脉之来气而出之，因可以泻实也。谓补者随而济之，以针随其经脉之去气而留之，未必能补虚也，不然，《内经》何以曰：无刺熇熇之热，无刺浑浑之脉，无刺漉漉之汗，无刺大劳人，无刺大饥人，无刺大渴人，无刺新饱人，无刺大惊人。又曰：形气不足，病气不足，此阴阳皆不足也，不可刺，刺之重竭其气，老者绝灭，壮者不复矣。若此等语，皆有泻无补之谓也，学者玩之。"李氏的这种见解未免失之过偏。因为大量的临床实践证明，对许多虚损，危病，久病，采用适当的针法治疗，往往能获得满意的效果，决不是象李氏所说的那样无能为力的。

附一：医案二则

① 痈

一人囊痈脓熟肿胀，小便不利，几凡殆，急针，脓水大泄，气通而愈。

(《外科理例》卷一)

② 发背

一妇病痈在背之左，高大而热，未破，医云：可烙。旁有老成者曰：凡背之上，五脏俞穴之所系，膈膜之所近，烙之不得法，必致伤人。医曰：但宜浅而不宜深，宜横而不宜直人，宜下而不宜上，谓此诀尽无妨也。于是烧铁筋烙之，肉破脓出，自此而愈。当时直惊人，非刽子手者，不能为也。

(《外科理例》卷一)

附二：陈应等著书目

陈会著

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《广爱书》十二卷

汪机著

《石山医案》三卷

《医学原理》十三卷

《读素问钞》三卷

《脉诀刊误》二卷

《外科理例》八卷

《痘治理辨》一卷

《针灸问对》三卷

《伤寒选录》八卷

《运气易览》三卷

《本草会编》(佚)

李梴著

《医学入门》七卷

8.2.4 擅长刺血的医家

刺血为刺络放血疗法的简称，是根据症情用针刺破人体特定部位的浅表血络，放出少量血液以治疗疾病的方法。

古人对刺络放血非常重视。如《灵枢·九针论》谈到九针中的锋针主要用于“泻热出血”。《素问·血气形志篇》也说：“凡治病必先去其血。”自《内经》以降，刺络放血疗法又有了长足的进展。通过历代医家无数次的临床实践，逐步充实和丰富了它的内容。据有关文献记载，唐代侍医张文仲、秦鸣鹤用针于百会穴放血治愈了唐高宗的头目眩晕急症。宋代名医陈自明治疗背疽，“遂先砭赤处出血碗许，肿痛顿退，背重顿去。”金元时期的张子和、明清时期的薛立斋、郭志邃、张镜等，都是擅长刺络放血的医家，他们对刺络放血疗法的继承和发展作出了较大的贡献。

8.2.4.1 张子和的刺血特点

张从正（约1156～1228年），金代著名医学家，金元四大家之一，字子和，自号戴人，睢州考城（今河南睢县、兰考一带）人。精通医术，继承刘完善的学术思想，用药多偏于寒凉。1217～1221年（兴定年间）被召补为太医，不久辞去。麻知几等将他的医学理论和经验加以整理增订，编成《儒门事亲》十五卷，一般认为该书的前三卷为张氏亲撰。张氏主张攻邪为主，擅用汗、吐、下及放血等法，是我国历史上用放血疗法最多而且成就最大的杰出医学家。

(1) 阐发刺血治病的机理

张氏非常注重致病邪气的作用，竭力宣扬邪气在发病学上的意义。他在《儒门事亲》卷二说：“夫病之一物，非人身素有之也，或自外而入，或由内而生，皆邪气也。”因而在治疗中，力主攻法祛邪。除了“脉脱下虚，无邪无积之人”使用补法外，一切有积有邪的病人，若用补法，犹如“鲧湮洪水”，“适足资寇”，那是绝大的错误。在这种思想的指导下，经过多年的医疗实践，张氏对于攻邪之法的运用，达到了精确熟练的程

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

度。正如他自己所说："识练日久，至精至熟，有得无失，所以敢为来者言也。"

张氏攻邪务尽的观点，在针灸方面得到充分的反映。他认为"血之为物，太多则溢，太少则枯，热则血行疾而多，寒则血行迟而少"。血虽有奉养周身之功，但血热壅滞则反为病，当依《内经》"血实者宜决之"的原则，放出其血，则邪热清而血行自然流畅。所以他说："出血者，乃所以养血也。"张氏还认为："出血之与发汗，名虽异而实同"，但出血较发汗收效更为迅速，且能治发汗所不能治的某些病证。例如，他在《喉舌缓急砭药不同解》一文中说："大抵治喉痹，用针出血最为上策。《内经》'火郁发之'，'发'谓发汗。然咽喉中岂能发汗，故出血者乃用汗之一端也。"因此，张氏运用刺络放血疗法治疗各种病证。

(2) 刺络泻血，独具一帜

张氏运用刺络放血治病，不仅有其理论根据，而且在长期的临床实践中，积累了丰富的实践经验，形成了自己的独特风格。张氏刺血治病有三多，一是运用锋针（即皱针）多，如《儒门事亲·雷头》说："雷头者，头上赤肿核或生姜片、酸枣之状，可用锋针刺而出血，亦除根也。"《儒门事亲·赤瘤丹肿》也载："小儿有赤瘤丹肿，……可用锋针砭刺出血而愈矣。"当然，由于锋针末如剑锋，刺入肌肤，对人体创伤较大，不是任何疾病都可随意使用的，故张氏指出："……如入因肋、膝、踝、肘、腕大痛，医家不察，使用锋针出血，如未愈者，再三出血，出血既多，遂成跛躄。《内经》足得血而能步，血尽安得步哉？"（《儒门事亲·服药一瘥转入他病论》）可见，应用皱针刺血也有一定的适应症。二是针刺郁位多。特别是对一些外科病，张氏每次针数十处甚至数百处。如《儒门事亲·背疽》记载："一富家女子……背疽如盘，痛不可忍，……以锋针绕疽晕刺三百针，去血斗，如此三次，渐渐痛减肿消，微出脓而敛。"又如《儒门事亲·小儿面上赤肿》记载："黄氏小儿面赤肿，两目不开，戴人以锋针轻砭之，除两目外，乱刺数十针出血，三次愈。"三是放血量多。张氏刺血，其故血量之大是惊人的。如《儒门事亲·喉舌缓急砭药不同解》记载："昔予治一妇人木舌胀，其舌满口，诸药不愈，予以锋针小而锐者，砭之五七度，肿减，三日方平，即出血，几盈斗。"可见其放血量较大。

此外，张氏运用刺络放血疗法治疗的病证也是十分广泛的。疾病涉及内、外、五官、小儿各科。其中不少属于疑难杂症。《儒门事亲·瘤》记载："一日，魏寿之与戴人入食肆中，见一夫病一瘤，正当目之上网睑，色如灰李，下垂覆目之睛，不能视物，戴人谓寿之曰：吾不待食熟，则立取此瘤。魏未之信也。戴人曰：吾与尔取此瘤何如？其人曰：人皆不敢割。戴人曰：吾非用刀割，另有一术焉，其人从之。乃引人一小室中，令昂卧一床，以绳束其肘，刺乳中大出血，先令以手揉其目瘤上，亦刺出雀粪，立平出户。寿之大惊，戴人曰：人之有技，可尽窥乎？"又如《儒门事亲·肾风》："桑惠氏病疯，面黑色，畏风不敢出，爬搔不已，眉毛脱落。予曰：宜先刺其面大出血，其血当如黑色，偏肿之处皆针之，惟不针目内眦外两旁，盖少阳经，此少血多气也。隔日又针之，血色乃紫，二日外又刺，其血色变赤，待二十余日轻刺一遍，方已。"这些记述，都充分说明了张氏刺血治病的经验是十分丰富的，对后世刺络放血疗效的广泛开展产生了深远的影响。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.2.4.2 薛己的刺血特点

薛己（约1486～1558年），明代医家，字新甫，号立斋，吴县（今江苏苏州）人。世医出身，其父薛铠是当时名医，任职太医院，他承继父业，钻研医术，闻名于当时。先后任御医及太医院院使。通内、外、妇、儿、眼、齿、本草等科，尤精疡科。在针灸方面，除擅用灸法外，在运用刺络放血治病方面，也卓有成就。

（1）明确刺络放血的适应症

刺络放血的适应症，早在《黄帝内经》中就有详细的记载，薛氏根据《内经》理论和金元名医张从正的经验，认为此法主要适用于实热症，并遵循这一原则，施治于所谓“表里俱实”、“血热”、“血瘀”、“脉弦”、“脉数实”等病证。若体虚患疡，常先以药补之，候“元气渐复”，方行砭刺。假如虚证误用，则易犯虚虚之戒，面导致不良后果。如《外科精要》附薛氏医案记载：“表甥居富，右小指患疔，或用针出血，敷以凉药，掌指肿三四倍，六脉洪大，此真气夺则虚，邪气盛则实也。先以夺命丹一服，活命饮二剂，势稍缓。余因他往，或又遍刺出血，肿延臂腕如大瓠，手指肿大数倍，不能消溃。乃真气愈虚，邪气愈盛。余用大剂参、芪、归、术之类及频灸遍手，肿势渐消。”当然，该刺之症，则必须当机立断，抓住时机，以免延误病情。如《外科心法》卷三记载：石武选廉伯患背疽，因有瘀血，“令砭去，不从”，后来“其血复凝，病未好转。”最后还是砭出“黑血一盏”而愈。又如《外科枢要》记载：治白莲泾陈伯和子“患唇疔，有紫脉延至口内，将及于喉。薛氏说：紫脉过喉，则难治矣，须针其脉并疮头，出恶血以泄其毒，则可。”“病者不信，别用解毒之剂，遂至头面俱肿，复求治，口内肿胀，针不能入，乃砭面唇出黑血碗许，势虽少退，终至不起，惜哉！”因此，薛氏反复指出：“凡疮脓熟，不行刺，脓毒侵蚀，轻者难疗，重者不治，老弱之人，或偏僻之处，及紧要之所，若一有脓，宜急针之，更以托里，庶无变证。”这些记述，都是薛氏长期临床实践的经验总结。

（2）灵活掌握刺血部位与放血量

薛氏认为：刺络放血的部位应根据病情等具体情况灵活掌握。有辨证选刺远端孔穴者。如候痹刺少商：“一男子咽喉肿闭，牙关紧急，针不能入，先刺少商二穴，出黑血，口即开，更针患处，饮清咽利膈散一剂而愈。”有在肘膝窝络脉显露处刺之出血，如《外科发挥》卷八记载：“一男子患疥疮，下肢居多，灼痛，日晡尤甚，腿腕筋紫而胀，就于紫处刺去瘀血，以四物汤加芩连四剂而安。”有择情选刺患部放血者，如《外科发挥》记载：“一男子年逾五十，患发背已五日，脓肿大痛，赤晕尺余，重如负石，势炽甚，当峻攻，察其脉又不宜，遂先砭赤处，出黑血碗许，肿痛顿退，背重顿去。”对有些病灶牵涉面较广的病证，或广泛针刺放血，如《外科心法》卷六：一小儿患丹毒，“延及全身如血染，予用磁锋击刺遍身出黑血”，或聚毒血于一处然后刺之。如《保婴撮要》卷十一记载：一小儿亦患丹毒，“赤晕遍走全身，难以悉砭，令人吮四肢胸背数处，使毒血各凝聚而砭之。”至于放血量的多少，薛氏主要根据两方面的情况而定，一方面视病情轻重而权衡放血量，如病情较轻而非于患处施术者，则放血量宜少，《外科心法》卷四载于县尹病喉痹，只刺少商穴，“以手勒去黑血”；而对某些病重而有较大量瘀血的患者，则出血较多，如治发背放血盈碗等。另一方面视出血的颜色面定，“一小儿头面

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

黯肿如斗，两耳厚寸许，此风邪上攻，血得热而沸腾也。急砭两额，出黑血三盏许，随用清热化毒汤，黯肿十退七八，翌日复砭刺出血不甚黑矣，仍从前药去牛蒡子加熟地黄而愈。”这与《内经》“血变而止”、“见赤血而已”的原则是完全一致的。

8.2.4.3 郭志邃的刺血特点

郭志邃（约1662～1722年），清代医家，字右陶，檇李（今浙江嘉兴县西南）人。因见当时痧胀等疾疫流行，而疗法不多，乃根据儿科诊治痧疹之理，采集前人有关经验，撰成《痧胀玉衡》一书（1675年刊行），书中对刺血治痧多所论述，反映了郭氏运用刺络放血疗法救治痧胀积有丰富的经验。

（1）重视经络理论，合理选穴

郭氏治疗痧症，重视经络理论，强调依经选穴，对症放痧。如《痧胀玉衡》卷上说：“腰背巅顶连风府，胀痛难忍，足太阳膀胱经之痧也；两目红赤如桃，唇干鼻燥，腹中绞痛，足阳明胃经之痧也；胁肋作胀，痛连两耳，足少阳胆经之痧也；腹胀板痛不能屈伸，四肢无力，泄泻不已，足太阴脾经之痧也；心胸吊痛，身重难移，作肿作胀，足厥阴肝经之痧也；痛连腰肾，小腹胀硬，足少阴肾经之痧也；咳嗽声哑，气逆发呛，手太阴肺经之痧也；半身疼痛，麻木不仁，左足不能屈伸者，手太阳小肠经之痧也；半身胀痛，俛仰俱废，右足不能屈伸者，手阳明大肠经之痧也；病重沉沉，昏迷不醒，或狂言乱语，不省人事，手少阴心经之痧也；或醒或昧，或独语一二句，手厥阴心包络之痧也；胸腹热胀，揭去衣被，干燥无极，手少阳三焦之痧也。”因而在治疗上，强调据症“治其脾肝肾及肠胃经络痧，万不失一”，并选取头顶心百会、印堂、太阳、曲池、委中、手足十指头等针刺放血，以疏通经络，放逐痧毒。如郭氏治疗东文显次子“恶寒发热十二日，昏迷沉重，不省人事”，郭氏辨为“痧毒博激于经络”，遂“用宝花散、晚蚕砂汤冷饮之渐醒”，并在左腿湾痧筋“刺出紫黑血如注，乃不复如前之昏迷矣。”又如治疗“严天玉次子气急作胀，胸腹饱闷，脐下有青筋突起，心口将平，此慢痧成膨胀也，刺腿湾青筋六针，出紫黑毒血甚多，双刺指头出毒血二十四针，脐上青筋即淡色，腹内觉松”，可见其疗效显著。

（2）强调辨识痧筋，放痧务尽

郭氏治疗痧胀，强调辨识痧筋，揭出“医家当识痧筋”的主张。因为“痧筋有现有微，有乍隐乍现，有伏而不现。痧筋之现者，毒人于血分者多；乍隐乍现者，毒入于气分者多；微现者，毒阻于气分者多；伏而不现者，毒结于血分者多。夫痧筋之现者，人皆知刺而放矣；其微现者，乃其毒之阻于肠胃而痧筋不能大显故虽刺而无血，即微有血而点滴不流，治疗之法，但通其肠胃而痧筋自现，然后俟其痧筋之现刺而放之。”并且，由于痧筋“乃本血中有其恶毒”，因而认真辨识痧筋，还可以作为诊断暗痧的重要指征之一。郭氏指出：“吾观世有暗痧而人不识，往往多误，则曷不取痧筋以验之。盖针锋所刺不过锋尖微微入内，有痧毒方有紫黑血流，苦无痧毒者，其锋尖虽刺，点滴全无，故痧有痧筋可辨，亦如别病之有别症可辨也。”可见，辨识痧筋对于诊断痧胀和掌握放血时机以治疗痧胀等都有一定的临床价值。

郭氏刺血放痧，提倡放痧务尽。他说：“常见人犯痧症，延一放痧者放之，以为放痧之法，止于此矣。不知放痧之人，固有善于放彼者不善于此，亦有善于此者不善于

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

彼。使病家延一放痧之人，略知一二，未识其全，则血肉之痧，有放而未尽者矣。苟医者不识痧筋，见其痧之已放而孟浪用药，药不能治及于血肉之分，或痧症复发，痧毒肆攻，而轻者变重"。因此，放痧务尽不仅能泻除痧毒以提高治疗效果，而且对于巩固疗效，防止复发等都有一定的意义。

至于痧筋刺法，郭氏亦详细进行了讨论，他说："腿湾上下有细筋深青色，或紫色，或深红色者，即是痧筋，刺之方有紫黑毒血，其腿上大筋不可刺，刺亦无毒血，反令人心烦，腿两边硬筋不可刺，刺之恐令人筋吊，若臂湾筋色亦如此辨之"。"至如头顶心一针惟取挑破，略见微血，以泄痧毒之气而已，不可直刺其指尖刺之大近指甲，虽无大害，当知令头眩，若一应刺法，不过针锋微微入肉，不必深入。"

此外，郭氏刺络放痧，用针也较为讲究。他说："余惟以银针刺之，则银性最良，入肉无毒，以之治至深之痧毒，不尤逾铁针乎？此余所以刺痧筋者，独有取乎银针也。"现代用不锈钢制做的三棱针针刺，同样可收到理想的效果。

附一：医案六则

① 痉证

吕君玉之妻，年三十余，病风搐目眩，角弓反张，数日不食。诸医皆作惊风、暗风、风痫治之，以天南星、雄黄、天麻、乌附用之，殊无少数。戴人曰：诸风掉眩，皆属肝木，曲直动摇，风之用也。阳主动，阴主静，由火盛制金，金衰不能乎木，肝木茂而自病。先涌风痰二、三升，次以寒剂下十余行，又以锋针刺百会穴，出血二杯愈。

（《儒门事亲·风接反张二》）

② 背疽

一富家女子，十余岁，好食紫樱，每食二、三斤，岁岁如此。至十余年，潮热如痨，戴人诊其两手脉，皆洪大而有力。谓之曰："他日必作恶疮肿毒，热上攻目，阳盛阴脱之证。"其家大怒，不肯服解毒药，不一二年，患一背疽如盘，痛不可忍，其女息思戴入，曾有是言，再三悔过，请戴人。戴人以铍针绕疽晕，刺数百针，去血一斗。如此三次，渐渐痛减肿消，微出脓而敛。将痂时，使服十补内托散，乃愈。终身忌口，然目亦昏，终身无子。

（《儒门事亲·内伤形》）

③ 喉痹

一男子咽喉肿闭，牙关紧争，针不能入，先刺少商二穴，出黑血，口即开，更针患处，饮清咽利膈散，一剂而愈。大抵吐痰针刺者，皆有发散之意，故效。此症不用针刺，多至不效。

（《外科发挥·咽喉》）

④ 发背

一男子年逾五十，患（发背）已五日，脓肿大痛，赤晕尺余，重如负石，势炽甚。当峻攻，察其脉又不宜。遂先砭赤处，出黑血碗许，肿痛顿退，背重顿去。更敷神功散，又服仙方活命饮二剂，疮口及砭处出血水而消。

（《外科发挥·发背》）

⑤ 腰痛痧

黄敬宇内室，腰中大痛，强硬如板，误饮热酒，发热，烦躁，昏沉，痰涌。延余，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

左尺虚微右尺洪实，脉兼歇止，痧中于肾也。刺腿湾痧筋，仅有紫黑血不流。用降香桃花散微冷服，痧筋腿湾复现，刺二针，血流如注，又服二散，痧退痛减，调理而痊。

（《痧胀玉衡·腰痛痧》）

⑥ 紫疮痧

余邻许秀芝女，嫁为养媳妇，手足下半身俱肿，大腹亦胀，发出大足紫血疮，如圆眼大，密难数记，皆云此烂疯之症，服药益甚。秀芝怜惜其女，载与俱归，求余治，视疮多可畏，及见有痧筋，发现于腿湾，方知痧者，犹树之根，疮者犹树之叶也。遂为放痧三针，又刺指头痧二十一针，尽去其毒血。复诊其脉，六部俱和，殆其痧毒之气已散，但存肌表紫疮而已。用苏木、红花、泽兰、桃仁、乌药、桔梗、川芎、牛膝，二剂，温服。凡紫血疮尽靥结痂而愈。

（《痧胀玉衡·紫疮痧》）

附二：张从正等所著书目

张从正著

《儒门事亲》三卷

附《治病百法》三卷

《十形三疗》三卷

《杂记九门》一卷

《撮要图》一卷

《治法杂记》一卷

《三法六门》一卷

《刘河间三死诀》一卷

《扁华生消论》一卷

《世传神效诸方》一卷

薛己著

《本草约言》四卷

《明医杂著注》六卷

《校注妇人良方》二十四卷

《校注陈氏小儿痘疹方论》一卷

《内科摘要》二卷

《保婴全镜录》一卷

《保婴撮要》二十卷

《女科撮要》二卷

《外科发挥》八卷

《外科心法》七卷

《外科经验方》一卷

《外科精要注》三卷

《外科枢要》四卷

《正体类要》二卷

《口齿类要》一卷

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《疡科机要》三卷

郭志邃著

《痧胀玉衡》三卷

8.2.5 选穴求精的医家

选穴求精的医家是指在针灸临床中精于取穴配方的一类医家。无可否认，“腧穴”的提出和认定是针灸学术发展中的一个里程碑，同时也导致了对腧穴配合应用规律研究的发展。腧穴的配合应用一直是针灸临床治疗的中心环节之一，历代针灸学家均在不断总结它的规律。如元、明时期的马丹阳、凌汉章等，他们精于选穴，熟于穴法，明晰腧穴功能，用穴精少功专，积有丰富的临床经验，为针灸学的发展作出了贡献。

8.2.5.1 马丹阳的用穴经验

马丹阳，名钰，幼名成义，字宜甫，扶风（今属陕西）人，祖籍宁海（今属山东登州）。生于金天会元年（公元 1123 年），卒于大定 23 年（1183 年），享年 61 岁。丹阳出生儒家，世代业儒，其祖父名觉，通五经。父亲名师杨，字希贤，姿貌魁秀，沉静有度量，以孝义称。丹阳从小受家庭环境的熏陶，于六艺无所不通。文学、戏剧、书法，造诣很深，尤精针灸。于中年以后，又信仰道教。于金大定年间（公元 1160 年）从王嘉（号重阳子）学道，著有《丹阳神光灿》一卷，《自然集》一卷，《渐悟集》一卷，《洞玄金玉集》十卷等道学著作。在针灸学方面，丹阳通过长期的医疗实践，总结出十二个有效的穴位，即驰誉于针灸学界的“马丹阳十二穴”，在针灸学中占有一定的地位。

马氏强调取穴少而精，认为“三百六十穴，不出十二诀”，只要掌握了足三里、内庭、曲池、合谷、委中、承山、太冲、昆仑、环跳、阳陵泉、通里、列缺十二个穴位，就可以治愈很多疾病，他根据自己多年的临床经验，将此十二穴编成歌诀，以传其弟子，歌中总结的十二要穴，统治五脏六腑十二经脉的各种病症。现将歌中有关内容表述如下：

表 8-3 马丹阳十二穴及主治病证

穴名	所属经络	定位	主治概括	针刺方法与得气反应
足三里	足阳明胃经	膝眼下三寸二筋间	心腹胀、气蛊、胃中寒、肠鸣泄泻、下肢酸痛、目疾、伤寒羸瘦	针八分，灸三壮
内庭	足阳阴胃经	足次趾外	厥逆、隐疹、喜静恶闻声、数欠、疟疾、牙疼	针着便惺惺
曲池	手阳明大肠经	屈肘骨边拱手取穴	上肢痛、偏风、痹症、喉闭、发热、风痹、癫	针着即是瘳
合谷	手阳阴大肠经	在手虎口两岐骨间	头疼、面肿、疟疾、齿龋、鼻衄、口噤	针五分
委中	足太阳膀胱经	腿湾曲脉里，横纹脉中央	腰痛、风痹、腿痛	针入即安康

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

续表

穴　名	所属经络	定　位	主治病证	针灸方法与针后反应
承　山	足太阳膀胱经	小腿鱼腹，腨肠分肉间	腰疼痛、痔、大便难、脚气、膝肿、霍乱转筋	穴中刺便安
昆　仑	足太阳膀胱经	足外踝跟骨上边	腰肢痛、转筋、暴喘满，足痛不能行走	若欲求安乐，须于此穴针
环　跳	足少阳胆经	髀枢侧卧屈足取穴	折腰莫能顾，风寒湿痹、腿痛	若人针灸后，顷刻病消除
阳陵泉	足少阳胆经	膝下外廉一寸中	膝中麻木、冷痹、偏风、举不起、坐卧似衰翁	针入六分
太　冲	足厥阴肝经	足大趾节后二寸中	惊痫风、咽喉病、心胀、腰痛足不能行走、七疝、目疾	针下有神功
通　里	手少阴心经	腕侧后去腕一寸	喑、怔忡、懊恼、四肢重、头腮面颊红不能食	毫针微微刺
列　缺	手太阴肺经	腕侧上、两手交叉次指尖处	偏头痛、风痹、吐痰涎、口噤	若能明补泻，应手即如拿

从上表可以看出，马氏十二穴的主治范围是相当广泛的。包括内、外、五官等科的病证。其中有些尚属于急危重症，如曲池主治“喉闭促欲死”；昆仑之医“暴喘满中心”；列缺之治“痰涎频壅上，口噤不开牙”等。并且，由于其穴位“手不过肘，足不过膝”，取穴配穴安全方便，因而广为后世医家所应用。

8.2.5.2　凌云的用穴经验

凌云，字汉章，号卧岩，明代著名针灸家。生卒于明成化正德间（公元 1465～1506 年），归安双林（今属浙江）人。据《明外史·本传》记载：汉章幼业儒，“为诸生，弃去，北游泰山古庙前有病人气息垂绝，云嗟叹久之。一道人忽问曰：汝欲生之乎？曰：然。道人针其左股，立苏。语云曰：此人毒气内侵，非死也，毒散自生耳。因授以针，云拜受之，为人治疾无不效。”“年七十七，卒于家”。凌氏所著书目，除《经学会宗》、《子午流注图说》、《流注辨惑》（未见）外，流传的抄本还有《集英撮要针砭全书》和《凌门传授铜人指穴》等。其弟子聂莹，后人凌千一、凌瑄、凌贞候等，均传其针术。

凌云的针灸学术特点，突出表现于对穴法的娴熟。据《明史》记载：“……孝宗闻云名，召至京，命太医官出铜人蔽以衣而试之，所刺无不中，乃授御医。”可见其取穴之准。又如“里嗽不止，绝食五日，众医以为虚，投补剂愈甚。云曰：此寒湿积也，穴

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

在顶，针之必晕绝，逾时始苏，命四人分牵其发，使勿倾倒。乃针果晕绝，家人皆哭，云言笑自如，顷之，气渐舒，复加补，始出针，呕积痰斗许，病即除。”“吴江贵家妇临产，胎不下者三日，呼号求死，云针刺其心，针出，儿应手下。”其用穴之精，疗效之神，由此可见一斑。诚如明代著名医家汪机称道：“凌则熟于穴法，凡所点穴，不必揣按，虽隔衣针，亦每中其穴也。”因此，当时“海内称针法者，曰归安凌氏。”（《明史·凌云传第187》）或“盛称姑苏之凌汉章。”

附一：医案二则

① 病后吐舌

有男子病后舌吐，云兄亦知医，谓云曰：此病后近女色太早也。舌者心之苗，肾水竭不能制心火，病在阴虚。云曰：然。兄曰：其穴在左股太阳，是当以阳攻阴。云曰：然。如其穴针之，舌吐如故。兄茫然自失。云曰：此知泻而不知补也。补数剂，舌渐复。

（《明史·凌云传》第187）

② 病风

故淮阳王病风二载请于朝，召四方名医治不效，云投以针，不三日行步如故。

（《明史·凌云传》第187）

附二：凌汉章所著书目

凌汉章著

《经学会宗》四册

《凌氏汉章针灸全书》

《凌门传授铜人指穴》

《子午流注图说》一册

8.2.6 按时刺灸的医家

按时刺灸的方法溯源于《内经》，形成于宋金元，盛行于明代。

早在《灵枢·卫气行》篇就指出：“谨候其时，病可与期。失时反候，百病不治。”又说：“谨候气之所在而刺之，是谓逢时。”这种以时间条件为主的治疗学思想为后世子午流注配穴法的形成提供了理论依据。至宋金时期，由于干支学说盛行，对医学有一定影响，因而研究子午流注的医家，更是盛极一时，著述颇多。如南唐何若愚运用子午流注理论，按时开穴，以补生数泻成数的河图以及“五门十变”之说为基础，撰写了《子午流注针经》三卷，卿提倡八法流注，按时治疗，著有《标幽赋》、《通玄指要赋》等，他如王国瑞、徐凤、高武、杨继洲等医家，都对子午流注取穴法的运用和机理作了发挥性的阐述，为按时刺灸法的普及和发展作出了一定的贡献。

8.2.6.1 何若愚与“纳甲法”

何若愚，字公务，金、南唐人，先撰有《流注指微论》三卷，后又改为《流注指微赋》一篇，刊载于《子午流注针经》一书中。《子午流注针经》署名“南唐何若愚撰，常山阎明广注”，为窦桂芳刊行的《针灸四书》之一（1311年）。据阎明广在序言中所说：“近于贞元癸酉年间（公元1153年）收何公所作指微针赋一道……为之注解。广今

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

复采难素遗文，贾氏井荥六十首，法布经络往还，复针刺孔穴部位，铃括图形，集成一义，目之曰流注经络井荥图歌诀，续于赋后。”因此，《子午流注针经》应该是何若愚和阎明广两人合著。书中对子午流注纳甲法和养子时刻注穴法多所论述，是研究按时刺灸法的重要参考文献。

(1) 首载子午流注纳甲法

子午流注纳甲法是指以日干为主的开穴方法。它是以人体经脉气血的循环流注为基础，配合日时天干，按照五行生克的关系来推算所开取的五输穴。此法首见于《子午流注针经》卷下，内有《流注图》十二幅，叙述了以日干为主的逐日按时开穴，并载录七言井荥歌诀六十六首，对所开各经五输穴的主治病证作了概括，对当时按时刺灸法的发展产生了巨大的影响。明代汪机曾在其《针灸问对》中引用过“七韵”。然而，自明代以后，《子午流注针经》中的“七韵”湮没不彰，而徐凤根据《子午流注针经》中所记载“七韵”内容改编而成的“子午流注逐日按时定穴歌”则因为颇便记诵而广为流传。其流注开穴的基本原则，实际上仍未完全脱离何氏所述的内容。

(2) 详述养子时刻注穴法

养子时刻注穴法又叫一时五穴法或一日取六十六穴之法。早在《子午流注针经》中就有记载。如《流注指微赋》指出：“男女气脉，行分时合度，养子时刻，注穴必须依。”阎氏注解说：“养子时刻注穴者，谓逐时干旺气注脏腑井荥之法也。每一时辰相生养子五度，各注井荥俞经合五穴。昼夜十二时，气血行过六十俞穴也。每一穴血气分得一刻六十分六厘六毫六丝六忽六秒，此是一穴之数也。六十穴共成百刻，要求日下井荥，用五子建元日时取之，假令甲日甲戌时，胆统气初出窍阴穴为井木，流至小肠为荥火，气过前谷穴，注至胃为俞土，气过陷谷穴又并过本原丘墟穴。但是六腑各有一原穴，则不系属井荥相生之法，即是阴阳二气出入门户也。行至大肠为经金，气过阳溪穴；所入膀胱为合水，气入委中穴而终。此是甲戌时木火土金水相生五度，一时辰流注五穴毕也。他皆仿此。”这里指出了养子时刻注穴法“每一时辰相生养子五度，各注井荥俞经合五穴，昼夜十二时，气血行过六十俞穴”的流注开穴特点。

阎氏又在《三焦、心包络二经流注说》中写道：“十经血气，皆出于井，入于合，各注井荥俞经合无依矣。或曰：脉有十二经，又因何只言十经，其余二经不言者何？答曰：其二经者，三焦是阳气之父，心包络是阴血之母也。此经尊重，不系五行所摄。主受纳十经血气养育，故只言十经。阴阳二脉逐日各注井荥俞经合各五时辰毕，则归其本，此二经亦各注井荥俞经合五穴，方知十二经遍行也。三焦经：关冲（阳井）、液门（荥）、中渚（俞）、阳池（原）、支沟（经）、天井（合）。每日遇阳干合处，注此六穴。如甲日甲戌时，至甲申时，为阳干合也。心包经：中冲（阴井）、劳宫（荥）、大陵（俞）、间使（经）、曲泽（合）。每日遇阴干合处，注此五穴。假令甲日甲戌时，胆气初出为井，己巳时脾出血为并，阴阳并行。阳日，气先血后；阴日，气后血先。己巳时至己卯时为阴干合也。余干日辰皆依此。”这里阐明了遇阳干合，纳于三焦，遇阴干合，血归包络和阴阳并行，交贯流注的开穴原则。

此外，在《子午流注针经》“井荥歌诀六十首”中，还详细叙述了养子时刻注穴法的逐日开穴，各开穴的主治病候，以及甲与己合，乙与庚合，丙与辛合，丁与壬合，戊与癸合的阴阳二经按时相合规律。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

养子时刻注穴法是子午流注针法中的重要组成部分，因其以时干为主，每日各时辰均有开穴，更便于临床上掌握应用。

8.2.6.2 窦默与流注八法

窦默，字子声，初名杰，字汉卿，后改名默。广平肥乡（今河北省肥乡县）人，生于金明昌六年（公元1795年），死于元至大十七年（公元1280年），享年八十五岁。

窦汉卿为金元时期的著名针灸学家。据《元史、窦默传》载："幼知读书，毅然有志，旋祖旺为郡功曹，令习吏事，不肯就。"其壮年时期，因避金元兵乱而南走蔡洲，从名医李浩学"铜人"针灸。返乡后以针术名噪一时。曾任元昭文馆大学士等职，死后封魏国公，谥号文正公（一作文员公）。

窦氏的针灸著作，主要有《针经指南》一卷，于元贞元年（公元1295年）为燕山牛良祐所刊行。后被元、窦桂芳收集在《针灸四书》中，该书首载《标幽赋》，次为《流注通玄指要赋》及"流注八穴"、"补泻手法"等。窦氏的学术思想，除了推崇内难等传统理论、重视针刺手法之外，还提倡八法流注，六十六穴按时取穴，对子午流注针法的形成和发展作出了较大的贡献。

首先，窦氏根据《内经》理论，认为人体十二经脉中气血的流注是有一定规律的，其运行从手太阴肺经开始，接着输入于手阳明大肠经、足太阴脾经、手少阴心经、手太阳小肠经、足太阳膀胱经、足少阴肾经、手厥阴心包经、手少阳三焦经、足少阳胆经，终于足厥阴肝经，然后再回到手太阴肺经。如此周而复始地循环着，因此在取穴方法上便十分重视按日、按时的取穴方法。如《标幽赋》指出："知本时之气开，说经络之流注"，提出了"本时"和"气开"的关系，明确了气血开阖的概念。《标幽赋》中又说："推于十干十变，知孔穴之开阖，论其五行五脏，察日时之旺衰。"这就是按干支算穴位开阖的方法。有关"五门八法"在按时配穴法中的运用，也是由窦汉卿首先提出来的，《标幽赋》载："更穷四根三结，依标本而病无不痊；但用八法五门，分主客而针无不效。"此外，"养子时刻注穴法"在《针经指南》中也有记载。如《标幽赋》："一日取六十六穴之法，方见幽微；一时取一十二经之原。始知要妙。"窦氏所述，乃更加丰富了子午流注针法的内容。

其次，窦氏继承前人的经验，重视"交经八穴"，倡用"流注八法"。他说："交经八穴者，针道之要也，不知孰氏之所述，但序云：乃少室隐者之所传也。近代往往用之弥验。予少时尝得其本子山人宋子华，以此术于河淮间四十一年，起危笃患，随手应者，岂胜数哉！"说明窦氏虽提倡此法，但非他首创。窦氏所用交经八穴，计有主治213证；后明《针灸大全》亦载有窦文正公"八法主治病证"，计有234证，并列举各证之相应配穴；后杨继洲在《针灸大成》又增加了杨氏经验，计有250证，兹列表如下，以资参考。

"流注八法"是应用奇经八脉交会穴进行配穴的一种方法，但当时还未包括按时配穴的内容，在窦氏《针经指南》中还有"冬至叶蛰宫图"一幅（见下图），乃提出了九宫与时间干支相结合的学术思想。虽然指的是禁忌针灸的时间，但和灵龟八法的内容已稍有接近。王国瑞所著《扁鹊神应针灸玉龙经》一书的"人神尻神歌诀"和"太乙日游九宫血忌诀"等篇，则是窦汉卿"冬至叶蛰宫图"等洛书学术思想的继承和发展。因

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

此，“冬至叶蛰宫图”有可能为灵龟八法打下了理论基础。

巽　　离　　坤

忌戊辰己巳 阴 落 宫 立　夏 （四）	忌丙午 上天宫 夏　至 （九）	忌戊申己未 玄委宫 立　秋 （二）
忌乙卯 仓门宫 春　分 （八）	忌乙酉戊巳 招遥宫 中　州 （五）	忌辛酉 仓来宫 秋　分 （七）
忌戊子己丑 天留宫 立　春 （八）	忌 壬 子 中蛰宫 冬　至 （一）	忌戊戌己亥 新落宫 立　冬 （六）

震　　兑

艮　　坎　　乾

冬至叶蛰宫图

表 8-4

书　名	公孙	内关	临泣	外关	后溪	申脉	列缺	照海	合　计
《针经指南》（1295）	27	25	25	27	24	25	31	29	213
《针灸大全》（1439）	31（+4）	25	25	27	32（+8）	25	34（+3）	30（+1）	229（+16）
《针灸聚英》（1529）	27	25	25	27	24	25	31	29	213
《针灸大成》（1602）	32（+5）	25	31（+6）	28（+1）	30（+6）	31（+6）	38（+7）	36（+6）	250（+37）

8.2.6.3　王国瑞与飞腾八法

王国瑞，元代针灸家，兰溪（今属浙江）人。父亲王开亦为名医，曾在窦汉卿门下精习针灸二十余年，尽得其术。国瑞继承父业，对针灸医学造诣颇深。撰有《扁鹊神应针灸玉龙经》一书，刊于天历二年（公元 1329 年），是窦汉卿学术思想的重要继承人之一。

《扁鹊神应针灸玉龙经》一书在按时刺灸法方面的成就主要有如下两个方面：

一是创用飞腾八法。飞腾八法的名称首见于该书。不过，值得注意的是，该书所载的飞腾八法与明代徐凤《针灸大全》所载的飞腾八法不同，王氏的飞腾八法是根据九宫数按时间取奇经八穴的一种配穴法，推算与灵龟八法相似，只是在推算时所依据的八穴纳卦合九宫数，以及日时干支的代表数值与灵龟八法不同。而明代徐凤所载的飞腾八法虽然也使用奇经八脉交会穴，但却是按时间的天干属性加以推算的，奇经八脉交会穴的八卦属性也与灵龟八法不同。由于《扁鹊神应针灸玉龙经》中的飞腾八法与灵龟八法相

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

近处较多，是否应列为正宗，有待今后进一步研究和探讨。

二是创用十二经夫妻相合，逐日按时先取原穴的配穴法。该法是根据《河图》五门十变、十天干夫妻相配的理论，与十二经相配合，并根据夫妻经原穴相配的原则，按干支的变化演绎而来的一种配穴方法，是在窦汉卿《针经指南·夫妻配合》说的基础上，经王氏补充发展而成。

8.2.6.4 徐凤与灵龟八法

徐凤，字延瑞，弋阳石塘（今属江西）人，为明代著名针灸学家。徐氏于建文二年（公元1400年），学针法于倪孟仲，次年又学于彭九思，传习窦汉卿的针灸书及“梓岐凤谷飞经走气补泻法”。晚年编著《针灸大全》，收集前人针灸著作及自撰《子午流注逐日按时定穴歌》等，对推广子午流注针法有较大的影响。

徐氏对子午流注针法的贡献，突出表现在以下几个方面：

（1）修改了《子午流注针经》中的“流注经络井荥图”，将“原图十二幅”修改为十幅，并以“流注图”为篇名载入《针灸大全》。徐氏指出：此图“乃先贤所缀，故不敢废，备载于后庶有所证耳。原图十二，今分十耳。”

（2）将《子午流注针经》中子午流注纳甲法的开穴方法，用歌诀体裁改写成“子午流注逐日按时定穴歌”。他认为，“右子午流注之法，无以考焉。虽《针灸四书》所载，尤且不全，还元返本之理，气血所纳之穴，俱隐而不具，予今将流注按时定穴，编成歌括一十首，使后之学者，易为记诵，临用之时，不待思忖”耳。由于此诀简便易诵，便于临床应用，高武的《针灸聚英》、李梴的《医学入门》、杨继洲的《针灸大成》以及近代的一些子午流注专著均加收录，对子午流注纳甲法的推广运用发挥了重要作用。

（3）关于“流注八法”，出自窦汉卿《针经指南》，徐凤在此基础上重新整理，修改充实了适应范围，又在主穴基础上增添应穴，发展成“主应配穴法”，并以“窦文真公八法流注”为篇名载入《针灸大全》。徐氏指出：“以上八脉（穴）主治诸证，用之无不捷效，但临时看证，先取随证各穴而应之。或行针或着艾。……”八穴配合九宫、八卦、干支而演变成的灵龟八法也最早见载于徐氏的《针灸大全》。余氏曾写道：“愚谓奇经八脉之法，各有不相同，前灵龟八法，有阳九阴六，十干十变开阖之理，用之得时，无不捷效，后飞腾八法，亦明师所授，故不敢弃，亦载于此，以示后之学者。”因此，有人认为“灵龟八法”乃徐凤所创，当然目前还缺少直接的论据，有待于今后进一步研讨。

8.2.6.5 高武与纳支法

高武，明代针灸学家，别号梅孤子，四明（今属浙江鄞县）人。通天文、乐律、兵法，嘉靖间考中武举，晚年专门研究医学，精于针灸。为探索针灸学的渊源和要旨，根据《内经》、《难经》摘编成《针灸节要》一书；又根据明以前针灸文献十余种，编成《针灸聚英》四卷。取穴着重骨骼标志，并自制“铜人”三具（男、妇、童子各一），其论述针灸以素难为准，兼能触贯诸家经验，崇尚实际，殊多创见。

高氏在《针灸聚英》中，除了为研究针刺手法、考证腧穴、临证治疗等各方面提供了重要的参考资料外，还首次详细记述了“子午流注纳支诀”。《针灸聚英》卷二“十二

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

经病井荥输经合补虚泻实”篇载有十二经子母补泻的具体配穴方法。举肺经为例：“手太阴肺经属辛金，起中府，终少商，多气少血，寅时注此。……补（虚则补之）用卯时（随而济之），太渊（穴在掌后陷中，为经，上，土生金为母，经曰：虚则补其母）；泻（盛则泻之）用寅时（迎而夺之），尺泽（为合水，金生水，实则泻其子，穴在肘中约纹动脉中）。”文中论述了十二经脉的名称、天干及五行属性、起止点、气血多少、流注时间、针刺治疗时应用子母补泻法的取穴及针刺时间等等，是关于子午流注纳支法的一篇重要著作。

附一：医案二则

① 前阴臊臭

一富者前阴臊臭，求先师（张洁古也）治之。曰：夫前阴足厥阴之脉络循阴器，出其挺末，凡臭者，心之所主，散入五方为五臭，入肝为臊，此其一也。当于肝经泻行间，是治其本，后于心经中泻少冲，是治其标。

（《针灸聚英》卷一·上）

② 疝

魏士珪妻徐病疝，自脐下上至于心皆胀满，呕吐烦闷，不进饮食。滑伯仁曰：此寒在下焦，为灸章门、气海。

（《针灸聚英》卷一·下）

附二：何若愚等所著书目

何若愚著、阎明广注

《子午流注针经》三卷

窦汉卿著

《针经指南》一卷

《铜人针经密语》一卷（佚）

《六十六穴流注秘诀》一卷（佚）

王国瑞著

《扁鹊神应针灸玉龙经》一卷

徐凤著

《针灸大全》六卷

高武著

《针灸节要》三卷

《针灸聚英发挥》四卷

《痘疹正宗》四卷

8.3 针灸歌赋选

8.3.1 经络歌赋

8.3.1.1 十二经脉歌

【出处】 明·徐凤《针灸大全》卷一

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

【著者】 不详

【原文】

手太阴肺中焦生，下络大肠出贲门，
上膈属肺从肺系，系横出腋臑中行，
肘臂寸口上鱼际，大指内侧爪甲根，
支络还从腕后出，接次指属阳明经，
此经多气而少血，是动则病喘与咳，
肺胀膨膨缺盆痛，两手交瞀为臂厥，
所生病者为气喘，喘渴烦心胸满结，
臑臂之内前廉痛，小便频数掌中热，
气虚肩背痛而寒，气盛亦痛风汗出，
欠伸少气不足息，遗矢无度溺变别。
阳明之脉手大肠，次指内侧起商阳，
循指上廉出合谷，两筋歧骨循臂肪，
入肘外廉循臑外，肩端前廉柱骨旁，
从肩下入缺盆内，络肺下膈属大肠，
支从缺盆上入颈，斜贯颊前下齿当，
环出人中交左右，上挟鼻孔注迎香，
此经血盛气亦盛，是动颇肿并齿痛，
所生病者为鼻衄，目黄口干喉痹生，
大指次指难为用，臂臑外侧痛相仍。
气有余兮脉热肿，虚则寒栗病偏增。
胃足阳明交鼻起，下循鼻外下入齿，
还出挟口绕承浆，颐后大迎颊车里，
耳前发际至额颅，支下人迎缺盆底，
下膈入胃络脾宫，直者缺盆下乳内，
一支幽门循腹中，下行直合气冲逢，
遂由髀关抵膝膑，胫跗中指内关同，
一支下膝注三里，前出中指外关通，
一支别走足跗指，大指之端经尽矣，
此经多气复多血，是动欠伸面颜黑，
凄凄恶寒畏见人，忽闻木声心振惕，
登高而歌弃衣走，甚则腹胀乃贲响，
凡此诸疾皆骭厥，所生病者为狂疟，
湿温汗出鼻流血，口喎唇裂又喉痹，
膝膑疼痛腹胀结，气膺伏兔骭外廉，
足跗中指俱痛彻，有余消谷溺色黄，
不足身前寒振栗，胃房胀满食不消，
气盛身前皆有热。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

太阴脾起足大指，上循内侧白肉际，
核骨之后内踝前，上腨循骭经膝里，
股内前廉入腹中，属脾络胃与膈通，
挟喉连舌散舌下，支络从胃注心宫，
此经气盛而血衰，是动其病气所为，
食入即吐胃脘痛，更兼身体痛难移，
腹胀善噫舌本强，得后与气快然衰，
所生病者舌亦痛，体重不食亦如之，
烦心心下仍急痛，泄水溏瘕寒疝随，
不卧强立股膝肿，痘发身黄大指痿。
手少阴脉起心中，下膈直与小肠通，
支者还从肺系走，直上咽喉系目瞳，
直者上肺出腋下，臑后肘内少海从，
臂内后廉抵掌中，兑骨之端注少冲，
多气少血属此经，是动心脾痛难任，
渴欲饮水咽干燥，所生臑痛目如金，
胁臂之内后廉痛，掌中有热向经寻。
手太阳经小肠脉，小指之端起少泽，
循手外廉出踝中，循臂骨出肘内侧，
上循臑外出后廉，直过肩解绕肩胛，
交肩下入缺盆内，向腋络心循咽嗌，
下膈抵胃属小肠，一支缺盆贯颈颊，
至目锐眦却入耳，复从耳前仍上颊，
抵鼻升至目内眦，斜络于颧别络接，
此经少气还多血，是动则病痛咽嗌，
颔下肿兮不可顾，肩如拔兮臑似折，
所生病兮主肩臑，耳聋目黄肿腮颊，
肘臂之外后廉痛，部分犹当细分别。
足经太阳膀胱脉，目内眦上起额尖，
支者巅上至耳角，直者从巅脑后悬，
络脑还出别下项，仍循肩膊挟脊边，
抵腰膂肾膀胱内，一支下与后阴连，
贯臀斜入委中穴，一支膊内左右别，
贯胛挟脊过髀枢，臂内后廉腘中合，
下贯腨内外踝后，京骨之下指外侧，
是经血多气少也，是动头痛不可当，
项如拔兮腰似折，髀枢痛彻脊中央，
腘如结兮腨如裂，是为踝厥筋乃伤，
所生疟痔小指废，头囟顶痛目色黄，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

腰尻胭脚痛连背，泪流鼻衄及癫狂。
足经肾脉属少阴，小指斜趋涌泉心，
然谷之下内踝后，别入跟中腨内侵，
出胭内廉上股内，贯脊属肾膀胱临，
直者属肾贯肝膈，入肺循喉舌本寻，
支者从肺络心内，仍至胸中部分深，
此经多气而少血，是动病饥不欲食，
喘嗽唾血喉中鸣，坐而欲起面如垢，
目视眩眩气不足，心悬如饥常惕惕，
所生病者为舌干，口热咽痛气贲逼，
股内后廉并脊痛，心肠烦痛疸而澼，
痿厥嗜卧体怠惰，足下热痛皆肾厥。
手厥阴心主起胸，属胞下膈三焦宫，
支者循胸出胁下，胁下连腋三寸同，
仍上抵腋循臑内，太阴少阴两经中，
指透中冲支者别，小指次指络相通，
是经少气原多血，是动则病手心热，
肘臂挛急腋下肿，甚则胸胁支满结，
心中澹澹或大动，善笑目黄面赤色，
所生病者为心烦，心痛掌热病之则。
手经少阳三焦脉，起自小指次指端，
两指歧骨手腕表，上出臂外两骨间，
肘后臑外循肩上，少阳之后交别传，
下入缺盆膻中分，散络心包膈里穿，
支者膻中缺盆上，上项耳后耳角旋，
屈下至颐仍注颊，一支出耳入耳前，
却从上关交曲颊，至目内眦乃尽焉，
斯经少血还多气，是动耳鸣喉肿痹，
所生病者汗自出，耳后痛兼目锐眦，
肩臑肘臂外眦疼，小指次指亦如废。
足脉少阳胆之经，始从两目锐眦生，
抵头循角下耳后，脑空风池次第行，
手少阳前至肩上，交少阳右上缺盆，
支者耳后贯耳内，出走耳前锐眦循，
一支锐眦大迎下，合手少阳抵项根，
下加颊车缺盆合，入胸贯膈络肝经，
属胆仍从胁里过，下入气冲毛际荣，
横入髀厌环跳内，直者缺盆下腋膺，
过季胁下髀厌内，出膝外廉是阳陵，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

外辅绝骨踝前过，足跗小指次指分，
一支别从大指去，三毛之际接肝经，
此经多气乃少血，是动口苦善太息，
心胁疼痛难转移，面尘足热体无泽，
所生头痛连锐眦，缺盆肿痛并两腋，
马刀挟瘿生两傍，汗出振寒疟疟疾，
胸胁髀膝至骭骨，绝骨踝痛及诸节。
厥阴足脉肝所终，大指之端毛际丛，
足跗上廉太冲分，踝前一寸入中封，
上踝交出太阴后，循胭内廉阴股充，
环绕阴器抵小腹，挟胃属肝络胆逢，
上贯膈里布胁助，挟喉颃颡目系同，
脉上巅会督脉出，支者还生目系中，
下络颊里环唇内，支者便从膈肺通，
是经血多气少焉，是腰动疼俛仰难，
男疝女人小腹肿，面尘脱色及咽干，
所生病者为胸满，呕吐洞泄小便难，
或时遗溺并狐疝，临症还须仔细看。

8.3.1.2 奇经八脉歌

【出处】 明·刘纯《医经小学》
【著者】 不详
【原文】

督脉起自下极腧，并行脊里上风府，
过脑额鼻入龈交，为阳脉海都纲要。
任脉起自中极底，上腹循喉承浆里，
阴脉之海妊所谓。冲脉出包循脊中，
从腹会咽络口唇，女人成经为血室，
脉并少阴之肾经，与任督本于阴会，
三脉并起而异行。阳跷内踝循喉嗌，
本足阴阳脉别支。诸阴交起阴维脉，
发足少阴筑宾郄。诸阳会起阳维脉，
太阳之郄金门穴。带脉周回季胁间，
会于维道足少阳。所谓奇经之八脉，
维系诸经乃顺常。

8.3.1.3 十五络脉歌

【出处】 明·刘纯《医经小学》
【著者】 不详

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

【原文】

人身络脉一十五，我今逐一从头举，
手太阴络为列缺，手少阴络即通里，
手厥阴络为内关，手太阳络支正是，
手阳明络偏历当，手少阳络外关位，
足太阳络号飞阳，足阳明络丰隆记，
足少阳络为光明，足太阴络公孙寄，
足少阴络名大钟，足厥阴络蠡沟配，
阳督之络号长强，阴任之络为屏翳，
脾之大络为大包，十五络名君须记。

8.3.2 腧穴歌赋

8.3.2.1 百穴法歌

【出处】 明·陈会《神应经》
【著者】 陈会
【原文】

手之太阴经属肺，尺泽肘中约纹是，
列缺侧腕寸有半，经渠寸口陷脉记。
太渊掌后横纹头，鱼际节后散脉里，
少商大指内侧寻，爪甲如韭此为的。

手阳明经属大肠，食指内侧号商阳，
本节前取二间定，本节后勿三间忘，
歧骨陷中寻合谷，阳溪腕中上侧详，
三里曲池下二寸，曲池曲肘外辅当，
肩髃肩端两骨觅，五分挟孔取迎香。

足阳明兮胃之经，头维本神寸五分，
颊车耳下八分是，地仓侠吻四分临，
伏兔阴市上三寸，阴市膝上三寸针。
三里膝下三寸取，上廉里下三寸主，
下廉上廉下三寸，解溪腕上系鞋处，
冲阳陷谷上二寸，陷谷庭后二寸举，
内庭次指外间求，厉兑如韭足次指。

足之太阴经属脾，隐白大指内角宜，
大都节后白肉际，太白核骨下陷为。
公孙节后一寸得，商丘踝下前取之，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

内踝三寸阴交穴，阴陵膝内辅下施。
手少阴兮心之经，少海肘内节后明，
通里掌后才一寸，神门掌后锐骨精。

手太阴兮小肠索，小指之端取少泽，
前谷外侧本节前，后溪节后仍外侧，
腕骨腕前起骨下，阳谷锐下腕中得，
小海肘端去五分，听宫耳珠如菽侧。

太阳膀胱何处看，睛明目眦内角畔，
攒竹两眉头陷中，络却后发四寸半。
肺俞三椎膈俞七，肝俞九椎之下按，
肾俞十四椎下旁，膏肓四五三分算。
委中膝腘约纹中，承山腨下分肉断，
昆仑踝下后五分，金门踝下陷中撰。
申脉踝下筋骨间，可容爪甲慎勿乱。

少阴肾兮安所觅，然谷踝前骨下识，
太溪内踝后五分，照海踝下四分的。
复溜内踝上二寸，向后五分太溪直。

手厥阴兮心包络，曲泽肘内横纹作，
间使掌后三寸求，内关二寸始无错，
大陵掌后两筋间，中冲中指之端度。
手少阳兮三焦论，小次指间名液门，
中渚次指本节后，阳池表腕有穴存。
腕后二寸外关络，支沟腕后三寸间，
天井肘上一寸许，角孙耳廓开口分。
丝竹眉后陷中按，耳门耳缺非虚文。

足少阳胆取听会，耳前陷中分明揣，
目上入发际五分，临泣之穴于斯在。
目窗泣上寸半存，风池发后际中论，
肩井骨前看寸半。带脉肋下寸八分。
环跳髀枢寻宛宛，风市髀外两筋显，
阳陵膝下一寸求，阳辅踝上四寸远。
绝骨踝上三寸从，丘墟踝前有陷中，
临泣侠溪后寸半，侠溪小次岐骨缝。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

厥阴肝经果何处？大敦拇指有毛聚，
行间骨尖动脉中，太冲节后有脉据，
中封一寸内踝前，曲泉纹头两筋著。
章门脐上二寸量，横取六寸看两旁，
期门乳旁一寸半，直下寸半二肋详。

督脉水沟鼻柱下，上星入发一寸者，
百会正在顶之巅，风府后发一寸把。
哑门后发际五分，大椎第一骨上存，
腰俞二十一椎下，请君仔细详经文。

任脉中行正居腹，关元脐下三寸录，
气海脐下一寸半，神阙脐中随所欲。
水分脐上一寸求，中脘脐上四寸取，
膻中两乳中间索，承浆宛宛唇下搜。

8.3.2.2 井荥俞原经合歌

【出处】 明·刘纯《医经小学》
【著者】 刘纯
【原文】

少商鱼际与太渊，经渠尺泽肺相连。
商阳二三间合谷，阳溪曲池大肠牵。
隐白大都太白脾，商丘阴陵泉要知。
厉兑内庭陷谷胃，冲阳解溪三里随。
少冲少府属于心，神门灵道少海寻。
少泽前谷后溪腕，阳谷小海小肠经。
涌泉然谷与太溪，复溜阴谷肾所宜。
至阴通谷束京骨，昆仑委中膀胱知。
中冲劳宫心包络，大陵间使传曲泽。

关冲液门中渚焦，阳池支沟天井索。
大敦行间太冲看，中封曲泉属于肝。
窍阴侠溪临泣胆，丘墟阳辅阳陵泉。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.3.3 刺灸歌赋

8.3.3.1 行针总要歌

【出典】 明·杨继洲《针灸大成》卷三
【著者】 杨继洲
【原文】

黄帝金针法最奇，短长肥瘦在临时，
但将他手横纹处，分寸寻求审用之。
身体心胸或是短，身体心胸或是长，
求穴看纹还有理，医工此理要推详。
定穴行针须细认，瘦肥短小岂同群，
肥人针入三分半，瘦体须当用二分，
不肥不瘦不相同，如此之人但着中，
只在二三分内取，用之无失且收功，
大饥大饱宜避忌，大风大雨亦须容，
饥伤荣气饱伤腑，更看人神俱避之。
妙针之法世间稀，多少医工不得知，
寸寸人身皆是穴，但开筋骨莫狐疑，
有筋有骨傍针去，无骨无筋须透之。
见病行针须仔细，必明升降阖开时，
邪入五脏须早遏，崇侵六脉浪翻飞，
乌乌稷稷空中堕，静意冥冥起发机，
先补真阳元气足，次泻余邪九度嘘，
同身逐穴歌中取，捷法昭然径不迷。
百会、三阳顶之中，五会、天满名相同，
前顶之上寸五取，并后能祛理中风，
灸后火燥冲双目，四畔刺血令宣通，
井泉要洗原针穴，针刺无如灸有功。
前顶寸五三阳前，甄权曾云一寸言，
棱针出血头风愈，盐油擂根病自痊。
囟会顶前寸五深，八岁儿童不可针，
囟门未合那堪灸，二者须当记在心。
上星会前一寸斟，神庭星前发际寻，
诸风灸庭为最妙，庭、星宜灸不宜针。
印堂穴并两眉攒、素髎面正鼻柱端，
动脉之中定禁灸，若燃此穴鼻鼾酸。
水沟鼻下名人中，兑端张口上唇宫，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

龈交二龈中间取，承浆下唇宛内踪，
灶艾分半悬浆灸，大则阳明脉不隆。
廉泉宛上定结喉，一名舌本立重楼，
同身捷法须当记，他日声名播九州。

8.3.3.2 针法歌

【出典】 明·杨继洲《针灸大成》卷三
【著者】 不详
【原文】

先说平针法，含针口内温。
按揉令气散，指穴故教深。
持针安穴上，令他嗽一声。
随嗽归天部，停针再至人。
再停归地部，待气候针沉。
气若不来至，指甲切其经。
次提针向病，针退天地人。
补必随经刺，令他吹气频。
随吹随左转，逐归天顾人。
待气停针久，三弹更慰温。
出针口吸气，急急闭其门。
泻欲迎经取，吸则内其针。
吸时须右转，依次进天人。
转针仍复吸，依法要停针。

8.3.3.3 行针指要歌

【出典】 明·高武《针灸聚英》卷四。
【著者】 不详。
【原文】

或针风，先向风府百会中；或针水，水分挟脐上边取。或针结，针着大肠泻水穴。或针劳，须向膏肓及百劳。或针虚，气海丹田委中奇。或针气，膻中一穴分明记。或针嗽，肺俞风门须用灸。或针痰，先针中脘三里间。或针吐，中脘气海膻中补；翻胃吐食一般医，针中有妙少人知。

8.3.3.4 补泻雪心歌

【出典】 明·高武《针灸聚英》。
【著者】 不详
【原文】

行针补泻分寒热，泻寒补热须分别，
指针向外泻之方，指针向内补之诀。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

泻左须将大指前，泻右大指当后拽。
补左大指向前搓，补右大指往上撮。
如向补泻有两般，盖是经络两边发，
补泻又要识迎随，随则为补迎为泻，
古人补泻左右分，今人乃为男女别。
男女经脉一般生，昼夜循环无暂歇，
两手阳经上走头，阴经胸走手指掇，
两足阳经头走足，阴经足走腹中结。
随则针头随经行，迎则针头迎经夺，
更有补泻定吸呼，吸泻呼补真奇绝。
补则呼出即入针，更知针用三飞法，
气至出针吸气入，疾而一退急扪穴，
泻则吸气方入针，要知阻气通身达。
气至出针呼气出，徐而三退穴开禁。
莫向人前容易说。

8.3.3.5 金针赋

【出典】 明·徐凤《针灸大全》卷五。

【著者】 泉石老人

【原文】

观夫针道，捷法最奇，须要明于补泻，方可起于倾危。先分病之上下，次定穴之高低。头有病而足取之，左有病而右取之。男子之气，早在上而晚在下，取之必明其理；女子之气，早在下而晚在上，用之必识其时。午前为早属阳，午后为晚属阴，男女上下，凭腰分之。手足三阳，手走头而头走足；手足三阴，足走腹而胸走手。阴升阳降，出入之机。逆之者为泻、为迎，顺之者为补、为随。春夏刺浅者以瘦，秋冬刺深者以肥。更观元气厚薄，浅深之刺犹宜。

原夫补泻之法，妙在呼吸手指。男子者，大指进前左转，呼之为补，退后右转，吸之为泻，提针为热，插针为寒；女子者，大指退后右转，吸之为补，进前左转，呼之为泻，插针为热，提针为寒。左与右各异，胸与背不同，午前者如此，午后者反之。是故爪而切之，下针之法；摇而退之，出针之法；动而进之，催针之法；循而摄之，行气之法。搓而去病，弹则补虚。肚腹盘旋，扪为穴闭。重沉豆许曰按，轻浮豆许曰提。一十四法，针要所备。补者一退三飞，真气自归；泻者一飞三退，邪气自避。补则补其不足，泻则泻其有余。有余者为肿为痛，曰实；不足者为痒为麻，曰虚。气速效速，气迟效迟。……。

且夫下针之法，先须爪按重而切之，次令咳嗽一声，随咳下针。凡补者呼气，初针刺至皮内，乃曰天才；少停进针，刺至肉内，是曰人才；又停进针，刺至筋骨之间，名曰地才。此为极处，就当补之，再停良久，却须退之至人之分，待气沉紧，倒针朝病，进退往来，飞经走气，尽在其中矣。凡泻者吸气，初针至天、少停进针，直至于地，得气泻之，再停良久，却须退针，复至于人，待气沉紧，倒针朝病，法同前矣。其或晕针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

者，神气虚也，以针补之，以袖掩之，口鼻而气回，热汤与之，略停少刻，依前再施。

及夫调气之法，下针至地之后，复人之分，欲气上行，将针右捻；欲气下行，将针左捻；欲补先呼后吸，欲泻先吸后呼。气不至者，以手循摄，以爪切掐，以针摇动，进捻搓弹，直待气至。以龙虎升腾之法，按之在前，使气在后，按之在后，使气在前。运气走至疼痛之所，以纳气之法，扶针直插，复向下纳，使气不回。若关节阻涩，气不过者，以龙虎龟凤通经接气，大段之法，驱而运之，仍以循摄爪切，无不应矣。此通仙之妙。

况夫出针之法，病势既退，针气微松，病未退者，针气如根，推之不动，转之不移，此为邪气吸拔其针，乃真气未至，不可出之；出之者其病即复，再须补泻，停以待之，真候微松，方可出针豆许，摇而停之。补者吸之去疾，其穴急扪；泻者呼之去徐，其穴不闭。欲令凑密，然后调气，故曰：下针贵迟，太急伤血；出针贵缓，太急伤气。已上总要，于斯尽矣。

考夫治病之法有八：一曰烧山火，治顽麻冷痹，先浅后深，用九阳而三进三退，慢提紧按，热至，紧闭插针，除寒之有准。二曰透天凉，治肌热骨蒸，先深后浅，用六阴而三出三入，紧提慢按，徐徐举针，退热之可凭，皆细细搓之，去病准绳。三曰阳中隐阴，先寒后热，浅而深，以九六之法，则先补后泻也。四曰阴中隐阳，先热后寒，深而浅，以六九之方，则先泻后补也。补者直须热至，泻者务待寒侵，犹如搓线，慢慢转针，盖法在浅则用浅，法在深则用深，二者不可兼而混之也。五曰子午捣臼，水盅膈气，落穴之后，调气均匀，针行上下，九入六出，左右转之，十遭自平。六曰进气之诀，腰背肘膝痛，浑身走注疼，刺九分，行九补，卧针五七吸，待气上行，亦可龙虎交战，左捻九而右捻六，是亦住痛之针。七曰留气之诀，疮癣癥瘕，针刺七分，用纯阳，然后乃直插针，气来深刺，提针再停。八曰抽添之诀，瘫痪疮癞，取其要穴，使九阳得气，提按搜寻，大要运气周遍，扶针直插，复向下纳，回阳倒阴，指下玄微，胸中活法，一有未应，反复再施。

若夫过关过节催运气，以飞经走气，其法有四：一曰青龙摆尾，如扶船舵，不进不退，一左一右，慢慢拨动。二曰白虎摇头，似手摇铃，退方进圆，兼之左右，摇而振之。三曰苍龟探穴，如入土之象，一退三进，钻剔四方，四曰赤凤迎源，展翅之仪，入针至地，提针至天，候针自摇，复进其原，上下左右，四围飞旋，病在上吸而退之，病在下呼而进之。

至夫久患偏枯，通经接气之法，已有定息寸数。手足三阳，上九而下十四，过经四寸，手足三阴，上七而下十二，过经五寸，在乎摇动出纳，呼吸同法，驱运气血，顷刻周流，上下通接，可使寒者暖而热者凉，痛者止而胀者消。若开渠之决水，立时见功，何倾危之不起哉？虽曰病有三因，皆从气血，针分八法，不离阴阳。盖经络昼夜之循环，呼吸往来之不息，和则身体康健，否则疾病而生。譬如天下国家地方，山海田园，江河溪谷，值岁时风雨均调，则水道疏利，民安物阜，其或一方一所，风雨不均，遭以旱涝，使水道涌竭不通，灾伤遂至。人之气血受病三因，亦犹方所之于旱涝也。盖针砭所以通经脉，均气血，攘邪扶正，故曰捷法，最奇者哉。

嗟夫！轩岐古远，卢扁久亡，此道幽深，非一言而可尽。斯文细密，在久习而能通。岂世上之常辞，庸流之泛术，得之者若科之及第，而悦于心；用之者如射之发中，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

而进于日。述自先贤，传之后学，用针之上，有志于斯，果能洞造玄微，而尽其精妙，则世之伏枕之痾，有缘者遇针到病除，其病皆随手而愈矣。

8.3.3.6 十二经子母穴补泻歌

【出处】 清·李学川《绘图针灸易学》
【著者】 不详。
【原文】

肺泻尺泽补太渊，大肠二间曲池间。
胃泻厉兑解溪补，脾在商丘大都边。
心先神门后少冲，小肠小海后溪连。
膀胱束骨补至阴，肾泻涌泉复溜焉。

8.3.4 治疗歌赋

8.3.4.1 四总穴歌

【出典】 明·朱权《乾坤生意》。
【著者】 朱权
【原文】
肚腹三里留，腰背委中求，头项寻列缺，面口合谷收。

8.3.4.2 长桑君天星秘诀歌

【出典】 明·朱权《乾坤生意》。
【著者】 不详。
【原文】

天星秘诀少人知，此法专分前后施。
若是胃中停宿食，后寻三里起璇玑。
脾病血气先合谷，后刺三阴交莫迟。
如中鬼邪先间使，手臂挛痹取肩髃。
脚若转筋并眼花，先针承山次内踝。
脚气酸痛肩井先，次寻三里阳陵泉。
如是小肠连脐痛，先刺阴陵后涌泉。
耳鸣腰痛先五会，次针耳门三里内。
小肠气痛先长强，后刺大敦不要忙。
足缓难行先绝骨，次寻条口及冲阳。
牙痛头痛兼喉痹，先刺二间后三里。
胸膈痞满先阴交，针到承山饮食喜。
肚腹浮肿胀膨膨，先针水分泻建里。
伤寒过经不出汗，期门三里先后看。
寒症面肿及肠鸣，先取合谷后内庭。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

冷风湿痹针何处，先取环跳次阳陵。
指痛挛急少商好，依法施之无不灵。
此是桑君真口诀，时医莫作等闲轻。

8.3.4.3 马丹阳天星十二穴治杂病歌

【出典】 明·徐凤《针灸大全》卷一。
【著者】 马丹阳
【原文】

三里内庭穴，曲池合谷接；
委中配承山，太冲昆仑穴；
环跳及阳陵，通里并列缺；
合担用法担，合截用法截；
三百六十穴，不出十二诀；
治病如神灵，浑如汤浇雪；
北斗降真机，金锁教开彻；
至人可传授，匪人莫浪说。
三里膝眼下，三寸两筋间，
能通心腹胀，善治胃中寒，
肠鸣并泄泻，腿肿膝脐酸，
伤寒羸瘦损，气蛊及诸般，
年过三旬后，针灸眼便宽，
取穴当审的，八分三壮安。
内庭次趾外，本属足阳明，
能治四肢厥，喜静恶闻声，
癍疹咽喉痛，数欠及牙疼，
疟疾不能食，针着便惺惺。
曲池拱手取，屈肘骨边求，
善治肘中痛，偏风手不收，
挽弓开不得，筋缓莫梳头，
喉闭促欲死，发热更无休，
遍身风癣癞，针着即时瘳。
合谷在虎口，两指歧骨间，
头疼并面肿，疟病热还寒，
齿龈鼻衄血，口噤不开言，
针入五分深，令人即便安。
委中曲畎里，横纹脉中央，
腰痛不能举，沉沉引脊梁，
酸痛筋莫展，风痹复无常，
膝头难伸屈，针入即安康。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

承山名鱼腹，腨肠分肉间，
善治腰疼痛，痔疾大便难，
脚气并膝肿，辗转战疼酸，
霍乱及转筋，穴中刺便安。
太冲是大趾，节后二寸中，
动脉知生死，能医惊痫风，
咽喉并心胀，两足不能行，
七疝偏坠肿，眼目似云朦，
亦能疗腰痛，针下有神功。
昆仑足外踝，跟骨上边寻，
转筋腰尻痛，暴喘满冲心，
举步行不得，一动即呻吟，
若欲求安乐，须于此穴针，
环跳在髀枢，侧卧屈足取。
折腰莫能顾，冷风并湿痹，
腿胯连膝痛，转侧重欷歔，
若人针灸后，顷刻病消除。
阴陵居膝下，外膝一寸中，
膝肿并麻木，冷痹及偏风，
举足不能起，坐卧似衰翁。
通里腕侧后，去腕一寸中，
欲言声不出，懊恼及怔忡，
实则四肢肿，头腮面颊红，
虚则不能食，暴喑面无容，
毫针微微刺，方信有神功。
列缺腕侧上，次指手交叉，
善疗偏头患，通身风痹麻，
痰涎频上壅，口噤不开牙，
若能明补泻，应手即如拿。

8.3.4.4 治病十一症歌

【出典】 明·徐凤《针灸大全》卷一。

【著者】 不详。

【原文】

攒竹丝竹主头疼，偏正皆宜向此中，
更去大都徐泻动，风池又刺三分深，
曲池合谷先针泻，永与除疴病不侵，
依此下针无不应，管教随手便安宁，
头痛头风与牙疼，合谷三间两穴寻，

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

更向大都针眼痛，太渊穴内用针行，
牙疼三分针当细，齿痛依前指上明，
更推大都左之右，交互相迎仔细寻，
听会兼之与听宫，七分针泻耳中聋，
耳门又泻三分许，更加七壮灸听宫，
大肠经内将针泻，曲池合谷七分中，
医者若能明此理，针下之时便见功。
肩背并和肩膊疼，曲池合谷七分深，
未愈尺泽加一寸，更于三间次第行，
各入七分于穴内，少海二府刺心经，
穴内浅深依法用，当时蠲疾两之轻。
咽喉以下至于脐，胃脘之中百病危，
心气痛时胸结硬，伤寒呕哕闷涎随，
列缺下针三分许，三分针泻到风池，
二指三间并三里，中冲还刺五分依。
汗出难来到腕骨，五分针泻要君知，
鱼际经渠并通里，一分针泻汗淋漓；
二指三间及三里，大指各刺五分宜，
汗至如若通遍体，有人明此是良医。
四肢无力中邪风，眼涩难开百病攻，
精神昏倦多不语，风池合谷用针通；
两手三间随后泻，三里兼之与太冲，
各入五分于穴内，迎随得法有神功，
风池手足指诸间，右瘫偏风左曰瘫，
各刺五分随后泻，更灸七壮便身安，
三里阴交行气泻，一寸三分量病看，
每穴又加三七壮，自然瘫痪即时安。
肘痛将针刺曲池，经渠合谷共相宜，
五分针刺于二穴，疟病缠身便得离；
未愈更加三间刺，五分深刺莫犹疑，
又兼气痛憎寒热，间使行针莫用迟。
腿胯腰疼痞气攻，髓骨穴内七分穷，
更针风市兼三里，一寸三分补泻同；
又去阴交泻一寸，行间仍刺五分中，
刚柔进退随呼吸，去疾除病捻指功。
肘膝痛时刺曲池，进针一寸是相宜，
左病针右右针左，依此三分泻气奇；
膝痛二寸针犊鼻，三里阴交要七次，
但能仔细寻其理，劫病之功在片时。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.3.4.5 杂病穴法歌

【出典】 明·李梴《医学入门》卷一。

【著者】 不详。

杂病随症选杂穴，仍兼原合与八法，
经络原会别论详，脏腑俞募当谨始，
根结标本理玄微，四关三部识其处，
伤寒一日刺风府，阴阳分经次第取。
汗、吐、下法非有他，合谷，内关阴交杵。

8.3.4.6 百症赋

【出典】 明·高武《针灸聚英》卷四。

【著者】 不详。

百症俞穴，再三用心。囟会连于玉枕，头风疗以金针。悬颅额厌之中，偏头痛止；强间、丰隆之际，头痛难禁。原夫面肿虚浮，须仗水沟、前顶；耳聋气闭，全凭听会、翳风。面上虫行有验，迎香可取；耳中蝉噪有声，听会堪攻。目眩兮支正、飞扬，目黄兮阳纲、胆俞。攒睛攻少泽、肝俞之所，泪出刺临泣、头维之处。目中漠漠，即寻攒竹、三间；目觉眩眩，急取养老、天柱。观其雀目肝气，睛明、行间而细推；审他项强伤寒，温溜、期门而主之。廉泉、中冲，舌下肿疼堪取；天府、合谷，鼻中衄血宜追。耳门、丝竹空，住牙痛于顷刻；颊车、地仓穴，正口喎于片时。喉痛兮液门、鱼际去疗，转筋兮金门、丘墟来医。阳谷、侠溪，颔肿口噤并治，少商、曲泽，血虚口渴同施。通天去鼻内无闻之苦，复溜祛舌干口燥之悲。哑门、关冲，舌缓不语而要紧；天鼎、间使，失音嘴嗽而休迟。太冲泻唇喎以速愈，承浆泻牙疼而即移。项强多恶风，束骨相连于天柱；热病汗不出，大都更接于经渠。且如两臂顽麻，少海就傍于三里；半身不遂，阳陵远达于曲池。建里、内关，扫尽胸中之苦闷；听宫、脾俞，祛残心下之悲凄。久知胁肋疼痛，气户、华盖有灵；腹中肠鸣，下脘、陷谷能平。胸胁支满何疗，章门不用细寻；膈疼饮蓄难禁，膻中、巨阙便针。胸闷更加噎塞，中府、意舍所行；胸膈停留瘀血，肾俞、巨髎宜征。胸满项强，神藏、璇玑宜试；背连腰痛，白环、委中曾经。脊强兮水道、筋缩，目瞤兮颧髎、大迎。痉病非颅息而不愈，脐风须然谷而易醒。委阳、天池，腋肿针而速散；后溪、环跳，腿疼刺而即轻。梦魇不宁，房兑相谐于隐白；发狂奔走，上脘同起于神门。惊悸怔忡，取阳交、解溪勿误；反张悲哭，仗天冲，大横须精。癫疾必身柱、本神之令，发热仗少冲、曲池之津。岁热时行，陶道复求肺俞理；风痫常发，神道还须心俞宁。湿寒湿热下髎定，厥寒厥热涌泉清。寒栗恶寒，二间疏通阴郄暗；烦心呕吐，幽门开彻玉堂明。行间、涌泉，主消渴之肾竭；阴陵、水分，去水肿之脐盈。痨瘵传尸，趋魄户、膏肓之路；中邪霍乱，寻阴谷、三里之程。治疽消黄，谐后溪、劳宫而看；倦言嗜卧，柱通里、大钟而明。咳嗽连声，肺俞须迎天突穴；小便赤涩，兑端独泻太阳经。刺长强与承山，善主肠风新下血；针三阴与气海，专司白浊久遗精。且如肓俞、横骨，泻五淋之久积；阴郄、后溪，治盗汗之多出。脾虚谷以不消，脾俞、膀胱俞觅；胃冷食而难化，魂门、胃俞堪责。鼻痔必取龈交，瘿气须求浮

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

白。大敦、照海，患寒疝而善蠲；五里、臂臑，生疬疮而能治。至阴、屋翳，疔痒疾之疼多；肩髃、阳溪，消瘾风之热极。抑又论妇人经事改常，自有地机、血海；女子少气漏血，不无交信、合阳；带下产崩，冲门、气冲宜审；月潮违限，天枢、水泉细详。肩井乳痈而极效，商丘痔瘤而最良。脱肛趋百会、尾骶之所，无子搜阴交、石关之乡。中脘主乎积痛，外丘收乎大肠。寒疟兮商阳、太溪验，痃癖兮冲门、血海强。夫医乃人之司命，非志士而莫为；针乃理之渊微，须至人之指教。先究其病源，后攻其穴道。随手见功，应针取效。此篇不尽，略举其要。

8.3.4.7 标幽赋

【出典】 元·窦汉卿《针经指南》。

【著者】 窦汉卿。

【原文】

拯救之法，妙用者针。察岁时于天道，定形气于予心，春夏瘦而刺浅，秋冬肥而刺深，不穷经络阴阳，多逢刺禁，既论脏腑虚实，须向经寻。原夫起自中焦，水初下漏，太阴为始，至厥阴而方终，穴出云门，抵期门而最后，正经十二，别络走三百余支，正侧仰伏，气血有六百余候。手足三阳，手走头而头走足；手足三阴，足走腹而胸走手。要识迎随，须明逆顺，况乎阴阳气血多少为最，厥阴太阳，少气多血，太阴少阴，少血多气，而又气多血少者，少阳之分，气盛血多者，阳明之位。先详多少之宜，次察应至之气，轻滑慢而未来，沉涩紧而已至，既至也，量寒热而留疾。未至也，据虚实而候气。气之至也，如鱼吞钩饵之浮沉，气未至也，如闲处幽堂之深邃，气速至而速效，气迟至而不治。观夫九针之法，毫针最微，七星上应，众穴主持，本形金也，有蠲邪扶正之道。短长水也，有决凝开滞之机，定刺象木，或斜或正，口藏比火，进阳补赢。循机扪塞以象土，实应五行而可知。然是三寸六分，包含妙理，虽细桢于毫发，同贯多岐，可平五脏之寒热，能调六腑之虚实，拘挛闭塞，遣八邪而去矣，寒热痛痹，开四关而已之。凡刺者，使本神朝而后入，既刺也，使本神定而气随；神不朝而勿刺，神已定而可施。定脚处，取气血为主意，下手处，认水木是根基，天地人三才也；涌泉同璇玑百会。上中下三部也：大包与天枢地机。阳跷阳维并督带，主肩背腰腿在表之病，阴跷阴维任冲脉，去心腹胁肋在里之凝。二陵二跷二交，似续而交五大。两间两商两井，相依而别两支。大抵取穴之法，必有分寸，先审自意，次观肉分，或伸屈而得之，或平直而安定。在阳部筋骨之侧，陷下为真，在阴分郄腘之间，动脉相应，取五穴，用一穴而必端，取三经，用一经而可正。头部与肩部详分，督脉与任脉易定，明标与本，论刺深刺浅之经，住痛移疼，取相交相贯之径，岂不闻脏腑病而求门海俞募之微，经络滞而求原别交会之道，更穷四根三结，依标本而刺无不痊，但用八法五门，分主客而针无不效，八脉始终连八会，本是纪纲，十二经络十二原，是为枢要。一日取六十六穴之法，方见幽微，一时取一十二经之原，始知要妙。原夫补泻之法，非呼吸而在手指，速效之功，要交正而识本经。交经缪刺，左有病而右畔取，泻络远针，头有疾而脚上针。巨刺与缪刺各异，微针与妙刺相通，观部分，而知经络之虚实，视浮沉，而辨脏腑之寒温。且夫先令针耀而虑针损，次藏口内而欲针温，目无外视，手如握虎，心无内慕，如待贵人。左手重而多按，欲令气散，右手轻而徐入，不痛之因。空心恐怯，直立侧而多晕，背目

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

沉掐，坐卧平而没昏。推于十干十变，知孔穴之开阖，论其五行五脏，察时日之旺衰，伏如横弩，应若发机。阴交阳别而定血晕，阴跷阳维而下胎衣，痹厥偏枯，迎随俾经络接续，漏崩带下，温补使气血依归，静以久留，停针待之。必准者，取照海治喉中之闭塞，端的处，用大钟治心内之呆痴，大抵疼痛实泻，麻痒虚补，体重节痛而俞居，心下痞满而井主，心胀咽痛，针太冲而必除，脾冷胃疼，泻公孙而立愈。胸满腹痛刺内关，胁疼肋痛针飞虎，筋挛骨痛而补魂门，体热劳嗽而泻魄户，头风头痛，刺申脉与金门，眼痒眼疼，泻光明与地五。泻阴郄止盗汗，治小儿骨蒸，刺偏历利小便，医大人水蛊，中风环跳而宜刺，虚损天枢而可取。由是午前卯后，太阴生而疾温，离左西南，月朔死而速冷，循扪弹弩，留吸母而坚长，爪下伸提，疾呼子而嘘短。动退空歇，迎夺右而泻凉，推内进搓，随济左而补暖。慎之！大患危疾，色脉不顺而莫针，寒热风阴，饥饱醉劳而切忌。望不补而晦不泻，弦不夺而朔不济，精其心而穷其法，无灸艾而坏其皮，正其理而求其原，免投针而失其位。避灸处而加四肢，四十有九，禁刺处而除六腧，二十有二。抑又闻高皇抱疾未瘥，李氏刺巨阙而后苏，太子暴死为厥，越人针维会而复醒，肩井曲池，甄权刺臂痛而复射，悬钟环跳，华佗刺膻足而立行。秋夫针腰俞而鬼免沉疴，王纂针交俞而妖精立出。取肝俞与命门，使瞽士视秋毫之末，刺少阳与交别，俾聋夫听夏蚋之声。嗟夫！去圣逾远，此道渐坠，或不得意而散其学，或愆其能而犯禁忌，愚庸智浅，难契于玄言，至道渊深，得之者有几？偶述斯言，不敢示诸明达者焉，庶几乎童蒙之心启。

8.3.4.8 玉龙歌

【出典】 元·王国瑞《扁鹊神应针灸玉龙经》。

【著者】 王国瑞。

【原文】

扁鹊授我《玉龙歌》，玉龙一试痊沉疴；玉龙之歌真罕得，研精心手无差讹。吾今歌此玉龙诀，玉龙一百二十穴；行针殊绝妙无比，但恐时人自差别。补泻分明指下施，金针一试显良医；伛者立伸患（偻）者起，从此各驰湖海知。

中风：中风不语最难医，顶门发际亦堪施；百会穴中明补泻，即时苏醒免灾危。

口眼㖞斜：中风口眼致㖞斜，须疗地仓连颊车；㖞左泻右依师语，㖞右泻左莫教差。

头风：头风呕吐眼昏花，穴在神庭刺不差；子女惊风昏可治，印堂刺入艾来加。

偏正头风：头风偏正最难医，丝竹金针亦可施；更要沿皮透率谷，一针两穴世间稀。

头风痰饮：偏正头风有两般，风池穴内泻因痰；若还此病非痰饮，合谷之中仔细看。

头项强痛：项强兼头回顾难，牙痛并作不能宽；先向承浆明补泻，后针风府即时安。

牙痛（附呕吐）：牙疼阵阵痛相煎，针灸还须觅二间；翻呕不禁兼吐食，中魁奇穴试看看。

乳蛾：乳蛾之症更希奇，急用金针病可医；若还迟延难整治，少商出血始相宜。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

鼻渊：鼻流清涕名鼻渊，先泻后补痰可痊；若更头风并眼痛，上星一穴刺无偏。

不闻香臭：不闻香臭从何治，须向迎香穴内攻；先补后泻分明记，金针未出气先通。

眉目间痛：眉目疼痛不能当，攒竹沿皮刺不妨；若是目痛亦同治，刺入头维疾自康。

心痛：九般心痛及脾疼，上脘穴中宜用针；脾败还将中脘泻，两针成败免灾侵。

三焦：三焦邪气壅三焦，舌干口苦不和调；针刺关冲出毒血，口生津液气俱消。

上焦热（附心虚胆寒）：少冲穴在手少阴，其穴功多必可针；心虚胆寒还补泻，上焦热涌手中寻。

痴呆：痴呆一症少精神，不识尊卑最苦人；神门独治痴呆病，转手骨开得穴真。

赤目：眼睛红肿痛难熬，怕日羞明心自焦；但刺睛明、鱼尾穴，太阳出血病全消。

目病隐涩：忽然眼痛血贯睛，隐涩羞明最可憎；若是太阳出毒血，不须针刺自和平。

目赤：心血炎上两眼红，好将芦叶搐鼻中；若还血出真为美，目内清凉显妙功。

目烂：风眩烂眼可怜人，泪出汪汪实苦辛；大小骨穴（空）真妙穴，灸之七壮病除根。

目昏：肝家血少目昏花，肝俞之中补更佳；三里泻来肝血益，双瞳朗朗净无瑕。

耳聋（附红肿生疮）：耳聋气闭不闻音，痛痒蝉吟总莫禁；红肿生疮须用泻，只从听会用金针。

聋痨二症：若人患耳即成聋，下手先须觅医风；项上倘然生痨子，金针泻动号良工。

喑痖：哑门一穴两筋间，专治失喑言语难；此穴莫深惟是浅，刺深翻使病难安。

痰嗽喘急：咳嗽喘急及寒痰，须从列缺用针看；太渊亦泻肺家疾，此穴仍宜灸更安。

咳嗽腰痛（附黄疸）：忽然咳嗽腰臀痛，身柱由来穴更真；至阳亦医黄疸病，先泻后补妙通神。

伤风：伤风不解咳频频，久不医之劳病终；咳嗽须针肺俞穴，痰多必用刺丰隆。

咳嗽鼻流清涕：腠理不密咳嗽频，鼻流清涕气昏沉；喷嚏须针风门穴，咳嗽还当艾火深。

喘：哮喘一症最难当，夜间无睡气遑遑；天突寻之真穴在，膻中一灸便安康。

气喘：气喘吁吁不得眠，何日夜苦相煎煎；若取璇玑真个妙，更针气海保安然。

哮喘痰嗽：哮喘咳嗽痰饮多，才下金针疾便和；俞府、乳根一般刺，气喘风痰渐渐磨。

口气：口气由来最可憎，只因用意苦劳神；大陵穴共人中泻，心脏清凉口气消。

气满：小腹胀满气攻心，内庭二穴刺须真；两足有水临泣泻，无水之时不用针。

气（附心闷、手生疮）：劳宫穴在掌中心，满手生疮不可禁；心闷之疾大陵泻，气攻胸腹一般针。

肩肿痛：肩端红肿痛难当，寒湿相搏气血狂；肩髃穴中针一遍，顿然神效保安康。

肘挛筋痛（二首）：两手拘挛筋骨痛，举动艰难病可憎；若是曲池针泻动，更医尺

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

泽便堪行。

筋急不和难举动，穴法从来尺泽真；若遇头面诸般疾，一针合谷妙通神。

臂痛：两胛疼痛气攻胸，肩井二穴最有功；此穴由来真聚气，泻多补少应针中。

肩背痛：肩臂风连背亦痛，用针胛缝妙通灵；五枢本治腰疼病，入穴分明疾顿轻。

虚：虚羸有穴是膏肓，此法从来要度量；禁穴不针宜灼艾，灸之千壮亦无妨。

虚弱夜起：老人虚弱小便多，夜起频频更若何；针助命门真穴妙，艾加肾俞疾能和。

胆寒心惊鬼交白浊：胆寒原是怕心惊，白浊遗精苦莫禁；夜梦鬼交心俞泻，白环俞穴一般针。

劳证：传尸劳病最难医，涌泉穴内莫忧疑；痰多须向丰隆泻，喘气丹田亦可施。

盗汗：满身发热病为虚，盗汗淋漓却捐躯；穴在百劳椎骨上，金针下著疾根除。

肾虚腰痛：肾虚腰痛最难当，起坐艰难步失常；肾俞穴中针一下，多加艾火灸无妨。

腰脊强痛：脊膂强痛入人中，挫闪腰疼亦可针；委中亦是腰疼穴，任君取用两相通。

手腕痛：腕中无力或麻痛，举指疼疼握物难；若针腕骨针奇妙，此穴尤宜仔细看。

臂腕痛：手臂相连手腕疼，液门穴内下针明；更有一穴名中渚，泻多勿补疾如轻。

虚烦：连月虚烦面赤妆，心中惊恐亦难当；通里心原真妙穴，神针一刺便安康。

腹中气块：腹中气块最为难，须把金针刺内关；八法阴维名妙穴，肚中诸疾可平安。

腹痛：腹中疼痛最难当，宜刺大陵并外关；若是腹痛兼闭结，支沟奇穴保平安。

吹乳：妇人吹乳痛难熬，吐得风痰疾可调；少泽穴中明补泻，金针下了肿全消。

白带：妇人白带亦难治，须用金针取次施；下元虚惫补中极，灼艾尤加仔细推。

脾疾翻胃：脾家之疾有多般，翻胃多因吐食餐；黄疸亦须腕骨灸，金针中腕必安全。

腿风（二首）：环跳为能治腿风，居髎二穴亦相同；更有委中出毒血，任君奇步显奇功。

膝疼无力腿如痈，穴法由来风市间；更兼阴市奇妙穴，纵步能行任往还。

腿痛：髀骨能医两腿痛，膝头红肿一般同；膝关、膝眼皆须刺，针灸堪称劫病功。

膝风：红肿名为鹤膝风，阳陵二穴便宜攻；阴陵亦是通神穴，针刺方知有俊功。

脚气：寒湿脚气痛难熬，先针三里及阴交；更兼一穴为奇妙，绝骨方针肿便消。

脚肿：脚跟红肿草鞋风，宜向昆仑穴上攻；再取太溪共申脉，此针三穴病相同。

脚背痛：丘墟亦治足跗痛，更刺行间疾便轻；再取解溪、商丘穴，中间补泻要分明。

脚疾：脚步难移疾转加，太冲一穴保无他；中封、三里皆奇妙，两穴针面并不差。

疟疾：疟疾脾寒最可怜，有寒有热两相煎；须将间使金针泻，泻热补寒方可痊。

时疫疟疾：时疫疟疾最难禁，穴法由来用得明；后溪一穴如寻得，艾火多加疾便轻。

瘰疬：瘰疬由来痛疹同，疾之还要择医工，肘间有穴名天井，一用金针便有功。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

痔瘘：几般痔疾最伤人，穴在承山妙入神；纵饶大痛呻吟者，一刺长强绝病根。

大便闭塞：大便闭塞不能通，照海分明在足中；更把支沟来泻动，方知医大有神功。

身痛：浑身疼痛疾非常，不定穴中宜细详；若非明师真老手，临时犹恐致深伤。

水肿：病称水肿实难调，腹胀膨脖不可消；先灸水分通水道，后针三里及阴交。

疝气（三首）：由来七疝病多端，偏坠相兼不等闲；不问竖痃并木肾，大敦一泻即时安。

竖痃疝气发来频，气上攻心大损人；先向阁门旋泻法，大敦复刺可通神。

冲心肾疝最难为，须用神针病自治；若得关元并带脉，功成处处显良医。

痔漏：痔漏之疾亦可针，里急后重最难禁，或痒或痛或下血；二白穴从掌后寻。

泄泻：脾泄为灾若有余，天枢妙穴刺无虞；若兼五脏脾虚证，艾火多烧疾自除。

伤寒：伤寒无汗泻复溜，汗出多时合谷收；六脉若兼沉细证，下针才补病痊瘳。

伤寒过经：过经未解病沉沉，须向期门穴上针；忽然气喘攻心胁，三里泻之须用心。

脚细筋痛：脚细拳（蜷）挛痛怎行，金针有法治悬钟；风寒麻痹连筋痛，一刺能令病绝踪。

牙痛：风牙虫蛀夜无眠，吕细寻之痛可蠲；先用泻针然后补，方知法是圣人传。

心腹满痛（附半身麻痹、手足不仁）：中都原穴是肝阴，专治身麻痹在心；手足不仁心腹满，小肠疼痛便须针。

头胸痛，呕吐，眩晕：金门、申脉治头胸，重痛虚寒候不同；呕吐更兼眩晕苦，停针呼吸在其中。

小肠疝气连腹痛：水泉穴乃肾之原，脐腹连阴痛可蠲；更刺大敦方是法，下针速泻即安然。

脾胃虚弱：咽酸口苦脾虚弱，饮食停寒夜不消；更把公孙、脾俞刺，自然脾胃得和调。

臂细筋寒骨痛：臂细无力转动难，筋寒骨痛夜无眠；曲泽一针依补泻，更将通里保平安。

8.3.4.9 玉龙赋

【出典】 明·高武《针灸聚英》

【著者】 不详。

【原文】

夫参博以为要，辑简而舍繁。总玉龙以成赋，倍金针以获安。原夫卒暴中风，顶门百会；脚气连延，里绝三交。头风鼻渊，上星可用；耳聋腮肿，听会偏高。攒竹头维，治目疼头痛；乳根俞府，疗气嗽痰哮。风市阴市，驱腿脚之乏力；阴陵阳陵，除膝肿之难熬。二白医痔漏，间使剿疟疾。大敦去疝气，育肓补虚劳。天井治瘰疬瘿瘤，神门治呆痴笑。咳嗽风痰，太渊列缺宜刺；烦羸喘促，璇玑气海当知。期门大敦，能治坚痃疝气；劳宫大陵，可疗心闷疮痍。心悸虚烦刺三里，时疫疟疟寻后溪。绝骨三里阴交，脚气宜此；睛明太阳鱼尾，目症凭兹。老者便多，命门兼肾俞而着艾；妇人乳肿，少泽与

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

太阳之可推。身柱蠲嗽，能除臂痛；至阳却疸，善治神疲。长强承山，灸痔最妙；丰隆肺俞，痰嗽称奇。风门主伤冒寒邪之嗽，天枢理感患脾泄之危。风池绝骨，而疔乎伛偻；人中曲池，可治其痿伛。期门刺伤寒未解，经不再传；鸠尾针癫痫已发，慎其妄施。阴交水分三里，盅胀宜刺；商丘解溪丘墟，脚痛堪追。尺泽理筋急之不用，腕骨疔手腕之难移。肩脊痛兮，五枢兼于背缝；肘挛疼兮，尺泽合于曲池。风湿传于两肩，肩髃可疔；壅热盛乎三焦，关冲最宜。手臂红肿，中渚液门要辨；脾虚黄疸，腕骨中脘何疑。伤寒无汗，攻复溜宜泻；伤寒有汗，取合谷当随。欲调饱满之气逆，三里可胜；要起六脉之沉匿，复溜称神。照海支沟，通大便之秘；内庭临泣，理小便之膜。天突膻中医喘嗽，地仓颊车疗口㖞。迎香攻鼻窒为最，肩井除臂痛如拏。二间治牙痛，中魁理翻胃而即愈；百劳止虚汗，通理疗心悸而即瘥。大小骨空，治眼烂能止冷泪；左右太阳，医目痛善除血翳。心俞肾俞，治腰肾虚乏乏梦遗；人中委中，除腰脊痛闪之难制。太溪昆仑申脉，最疗足肿之屯；涌泉关元丰隆，为治尸劳之例。印堂治其惊搐，神庭理乎头风。大陵人中频泻，口气全除；带脉关元多灸，肾败堪攻。腿脚重疼，针髓骨膝关膝眼；行步艰楚，刺三里中封太冲。取内关与照海，医腹疾之块；搐迎香与鼻内，消眼热之红。肚痛秘结，大陵合外关于支沟；腿风湿痛，居髎兼环跳于委中。上脘中脘，治九种之心痛；赤带白带，求中极之异同，又若心虚热壅，少冲明于济夺；目昏血溢，肝俞辨其虚实。当心传之玄要，究手法之疾徐。或值挫闪疼痛之不足，此为难拟定穴之可祛。辑管见以便诵读，幸高明而无哂诸。

8.3.4.10 胜玉歌

【出处】 明·杨继洲《针灸大成》卷三。

【著者】 杨继洲

【原文】

胜玉歌兮不虚言，此是杨家真秘传，或针或灸依法语，补泻迎随随手捻。头痛眩晕百会好，心疼脾痛上脘先。后溪鸠尾及神门，治疗五痫立便痊。髀疼要针肩井穴，耳闭听会莫迟延。胃冷下脘却为良，眼痛须觅清冷渊。霍乱心疼吐痰涎，巨阙着艾便安然。脾疼背痛中诸泻，头风眼痛上星专。头项强急承浆保。牙腮疼紧大迎全。行间可治膝肿痛，尺泽能医筋拘挛。若人步行苦艰难，中封太冲针便痊。脚背痛时商丘刺，瘰疬少海天井边。腹疼闭结支沟穴，颔肿喉闭少商前。脾心痛急寻公孙。委中驱疔脚风缠。泻却人中及颊车，治疗中风口吐沫。五疟寒多热更多，间使大杼真妙穴；经年或变劳怯者，瘕满脐旁章门决。噎气吞酸食不投，膻中七壮除膈热。目内红肿苦皱眉，丝竹攒竹亦堪医。若是痰涎并咳嗽，治却须当灸肺俞；更有天突与筋缩，小儿吼闭自然疏。两手酸疼难执物，曲池合谷共肩髃。臂疼背痛针三里，头风头痛灸风池。肠鸣不便时泄泻，脐旁两寸灸天枢。诸般气症从何治，气海针之灸亦宜。小肠气痛归来治，腰痛中空穴最奇。腿股转酸难移步，妙穴说与后人知；环跳风市及阴市，泻却金针病自除。热疮膻内年年发，血海寻来可治之。两膝无端肿如斗，膝眼三里艾当施。两股转筋承山刺，脚气复溜不须疑。踝跟骨痛灸昆仑，更有绝骨共丘墟。灸罢大敦除疝气，阴交针入下胎衣。遗精白浊心俞治，心热口臭大陵驱。腹胀水分多得力，黄疸至阳便能离。肝血盛兮肝俞泻，痔疾肠风长强欺。肾败腰疼小便频，督脉两旁肾俞除。六十六穴施应验，故成歌诀显针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

神。

8.3.4.11 席弘赋

【出处】 明·徐凤《针灸大全》卷一。

【著者】 席弘

【原文】

凡欲行针须审穴，要明补泻迎随诀，胸背左右不相同，呼吸阴阳男女别。气刺两乳求太渊，未应之时泻列缺；列缺头疼及偏正，重泻太渊无不应。耳聋气痞听会针，迎香穴泻功如神。谁知天突治喉风，虚喘须寻三里中。手连肩脊痛难忍，合谷针时要太冲。曲池两手不如意，合谷下针宜仔细。心疼手颤少海间，若要除根觅阴市。但患伤寒两耳聋，金门、听会疾如风。五般肘痛寻尺泽，太渊针后却收功。手足上下针三里，食癖气块凭此取。鸠尾能治五般痛，若下涌泉人不死。胃中有积刺璇玑，三里功多人不知。阴陵泉治心胸满，针到承山饮食思。大杼若连长强寻，小肠气痛即行针。委中专治腰间痛，脚膝肿时寻至阴。气滞腰疼不能立，横骨大都宜急救。气海专能治五淋，更针三里随呼吸。期门穴主伤寒患，六日过经尤未汗，但向乳根二肋间，又治妇人生产难。耳内蝉鸣腰欲折，膝下明存三里穴。若能补泻五会间，且莫逢人容易说。睛明治眼未效时，合谷、光明安可缺。人中治痛功最高，十三鬼穴不须饶。水肿水分兼气海，皮内随针气自消。冷嗽先宜补合谷，却须针泻三阴交。牙齿肿痛并咽痹，二间、阳溪疾怎逃？更有三间、肾俞妙，善除肩背消风劳。若针肩井须三里，不刺之时气未调。最是阳陵泉一穴，膝间疼痛用针烧。委中腰痛脚挛急，取得其经血自调。脚痛膝肿针三里，悬钟、二陵、三阴交。更向太冲须引气，指头麻木自轻飘。转筋目眩针鱼腹，承山、昆仑立便消。肚疼须是公孙妙，内关相应必然瘳。冷风冷痹疾难愈，环跳、腰间针与烧。风府、风池寻得到，伤寒百病一时消。阳明二日寻风府，呕吐还须上脘疗。妇人心痛心俞穴，男子痃癖三里高。小便不禁关元好，大便闭涩大敦烧。髀骨腿疼三里泻，复溜气滞便离腰。从来风府最难针，却用功夫度浅深。倘若膀胱气未散，更宜三里穴中寻。若是七疝小肠痛，照海、阴交、曲泉针；又不应时求气海，关元同泻效如神。小肠气撮痛连脐，速泻阴交莫待迟；良久涌泉针取气，此中玄妙少人知。小儿脱肛患多时，先灸百会次鸠尾。久患伤寒肩背痛，但针中渚得其宜。肩上痛连脐不休，手中三里便须求；下针麻重即须泻，得气之时不用留。腰连膝肿急必大，便于三里攻其隘，下针一泻三补之，气上攻噎只管在；噎不在时气海灸，定泻一时立便瘥。补自卯南转针高，泻以卯北莫辞劳，逼针泻气便须吸，若补随呼气自调。左右捻针寻子午，抽针泻气自迢迢。用针补泻分明说，更用搜穷本与标。咽喉最急先百会，太冲、照海及阴交。学者潜心宜熟读，席弘治病最名高。

8.3.4.12 拦江赋

【出处】 明·高武《针灸聚英》卷四。

【著者】 不详。

【原文】

担截之中法数何，有担有截起沉疴。我今作此拦江赋，何用三车五辐歌。先将八法

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

为定例，流注之中分次第。心胸之病内关担，脐下公孙用法拦。头部须还寻列缺，痰涎壅塞及咽干。噤口咽风针照海，三棱出血刻时安。伤寒在表并头痛，外关泻动自然安。眼目之症诸疾苦，更用临泣使针担。后溪专治督脉病，癫狂此穴治还轻，申脉能除寒与热，头风偏正及心惊。耳鸣鼻衄胸中满，好用金针此穴寻；但遇痒麻虚即补，如逢疼痛泻而迎。更有伤寒真妙诀，三阴须要刺阳经；无汗更将合谷补，复溜穴泻好用针。倘若汗多流不绝，合谷收补效如神。四日太阴宜细辨，公孙、照海一般行；再用内关施截法七日期门可用针。但治伤寒皆用泻，要知《素问》坦然明。流注之中分造化，常将木火土金平。水数亏分宜补肺，水之泛滥土能平。春夏井荥刺宜浅，秋冬经合更宜深。天地四时同此数，三才常用记心胸；天地人部次第入，仍调各部一般匀。夫弱妇强亦有克，妇弱夫强亦有刑；皆在本经担与截，泻南补北亦须明。经络明时知造化，不得师传枉用心；不遇至人应不授，天宝岂可付非人。按定气血病人呼，重搓数十把针扶；战提摇起向上使，气自流行病自无。

8.3.4.13 灵光赋

【出处】 明·徐凤《针灸大全》卷一。

【著者】 不详。

【原文】

黄帝岐伯针灸诀，依他经里分明说；三阴三阳十二经，更有两经分八脉。灵光典注极幽深，偏正头疼泻列缺。睛明治眼弱肉攀，耳聋气痞听会间。两鼻齆衄针禾髎，鼻窒不闻迎香间。治气上壅足三里，天突宛中治喘痰。心痛手颤针少海，少泽应除心下寒。两足拘挛觅阴市，五般腰痛委中安。髀枢不动泻丘墟，复溜治肿如神医。犊鼻治疗风邪疼，住喘却疼昆仑愈。后跟痛在仆参求，承山转筋并久痔。足掌下去寻涌泉，此法千金莫妄传；此穴多治妇人疾，男盅女孕两病痊。百会、鸠尾治痫疾，大小肠俞大小便。气海、血海疗五淋，中脘、下脘治腹坚。伤寒过经期门应，气刺两乳求太渊。大敦二穴主偏坠，水沟、间使治邪癫。吐血定喘补尺泽，地仓能止两流涎。劳宫医得身劳倦，水肿水分灸即安。五指不伸中渚取，颊车可针牙齿愈。阴跷、阳跷两踝边，脚气四穴先寻取；阴、阳陵泉亦主之，阴跷、阳跷与三里；诸穴一般治脚气，在腰玄机宜正取。膏肓岂止治百病，灸得玄切病须愈。针灸一穴数病除，学者尤宜加仔细。悟得明师流注法，头目有病针四肢。针有补泻明呼吸，穴应五行顺四时。悟得人身中造化，此歌依旧是筌蹄。

8.3.4.14 回阳九针歌

【出处】 明·高武《针灸聚英》卷一。

【著者】

【原文】

哑门劳宫三阴交，涌泉太溪中脘接，环跳三里合谷并，此是回阳九针穴。

8.3.4.15 十三鬼穴歌

【出处】 明·徐凤《针灸大全》卷一。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

【著者】 不详。

【原文】

百邪癫狂所为病，针有十三穴须认。凡针之体先鬼宫，次针鬼信无不应。一一从头逐一求，男从左起女从右。一针人中鬼宫停，左边下针右出针。第二手大指甲下，名鬼信刺三分深。三针足大指甲下，名曰鬼垒入二分。四针掌后大陵穴，入寸五分为鬼心。五针申脉名鬼路，火针三下七锃锃。第六却寻大杼（大椎）上，人发一寸名鬼枕。七刺耳垂下五分，名曰鬼床针要温。八针承浆名鬼市，从左出右君须记。九针间使鬼营上，十针上星名鬼堂。十一阴下缝三壮，女玉门头为鬼藏。十二曲池名鬼臣，火针仍要七锃锃。十三舌头当舌中，此穴须名是鬼封。手足两边相对刺，若逢孤穴只单通。此是先师真口诀，狂猖恶鬼走无踪。

8.3.4.16 肘后歌

【出处】 明·高武《针灸聚英》卷三。

【著者】 不详。

【原文】

头面之疾针至阴，腿脚有疾风府寻，心胸有病少府泻，脐腹有病曲泉针。肩背诸疾中渚下，腰膝强痛交信凭，胁肋腿痛后溪妙，股膝肿起泻太冲。阴核发来如升大，百会妙穴真可骇。顶心头痛眼不开，涌泉下针定安泰。鹤膝肿劳难移步，尺泽能舒筋骨疼，更有一穴曲池妙，根寻源流可调停；其患若要便安愈，加以风府可用针。更有手臂拘挛急，尺泽刺深去不仁，腰背若患挛急风，曲池一寸五分攻。五痔原因热血作，承山须下病无踪，哮喘发来寝不得，丰隆刺入三分（一作三寸）深。狂言盗汗如见鬼，惺惺间使便下针。骨寒髓冷火来烧，灵道妙穴分明记。疟疾寒热真可畏，须知虚实可用意；间使宜透支沟中，大椎七壮合圣治；连日频频发不休，金门刺深七分是。疟疾三日得一发，先寒后热无他语，寒多热少取复溜，热多寒少用间使。或患伤寒热未收，牙关风壅药难投，项强反张目直视，金针用意列缺求。伤寒四肢厥逆冷，脉气无时仔细寻，神奇妙穴真有二，复溜半寸顺骨行。四肢回还脉气浮，须晓阴阳倒换求，寒则须补绝骨是，热则绝骨泻无忧；脉若浮洪当泻解，沉细之时补便瘳。百合伤寒最难医，妙法神针用意椎，口禁眼合药不下，合谷一针效甚奇。狐惑伤寒满口疮，须下黄连犀角汤。虫在脏腑食肌肉，须要神针刺地仓。伤寒腹痛虫寻食，吐蛔乌梅可难攻，十日九日必定死，中脘回还胃气通。伤寒痞气结胸中，两目昏黄汗不通，涌泉妙穴三分许，逢使周身汗自通。伤寒痞结胁积痛，宜用期门见深功，当汗不汗合谷泻，自汗发黄复溜凭。飞虎一穴通痞气，祛风引气使安宁。刚柔二痉最乖张，口禁眼合面红妆，热血流入心肺腑，须要金针刺少商。中满如何去得根，阴包如刺效如神，不论老幼依法用，须教患者便抬身。打扑伤损破伤风，先于痛处下针攻，后向承山立作效，甄权留下意无穷。腰腿疼痛十年春，应针不了便惺惺，大都引气探根本，服药寻方枉费金。脚膝经年痛不休，内外踝边用意求，穴号昆仑并吕细，应时消散即时瘳。风痹痿厥如何治？大杼、曲泉真是妙，两足两胁满难伸，飞虎神针七分到，腰软如何去得根，神妙委中立见效。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.3.4.17 流注指微赋

【出处】 元·何若愚《子午流注针经》。

【著者】 何若愚。

【原文】

疾居荣卫，扶救者针。观虚实与肥瘦，辨四时之浅深。是见取穴之法，但分阴阳而溪谷，迎随逆顺，须晓气血而升沉。

原夫指微论中，颐义成赋，知本时之气开，说经络之流注。每披文而参其法，篇篇之旨审存，复按经而察其言，字字之功明谕。疑隐皆知，虚实总附，移疼住痛如有神，针下获安；暴疾沉疴至危笃，刺之勿误。

详夫阴曰血引，值阳气流，口温针暖，牢满深求。诸经十二作数，络脉十五为周；阴俞六十脏主，阳俞七二腑收。刺阳经者，可卧针而取；夺血络者，先俾指而柔。逆为迎而顺为随，呼则泻而吸则补。浅恙新疴，用针之因；淹疾延患，着灸之由。躁烦药饵而难拯，必取八会；痈肿奇经而蓄邪，先获砭瘳。

况夫甲胆乙肝，丁火壬水，生我者号母，我生者名子。春井夏荥乃邪在，秋经冬合方刺矣。犯禁忌而病复，用日衰而难已。孙络在于肉分，血行出于支里。闷昏针晕，经虚补络须然；痛实痒虚，泻子随母要指。

想夫先贤迅效，无出于针纟，今人愈疾，岂离于医法。徐文伯泻孕于兔肉，斯由其速；范九思疗咽于江夏，闻见言稀。

大抵古今遗迹，后世皆师，王纂针魅而立康，獭从被出；秋夫疗鬼而获效，魂免伤悲。既而感指幽微，用针真诀，孔窍详于筋骨肉分，刺要察于久新寒热。接气通经，短长依法，里外之绝，赢盈必别。勿刺大劳，使人气乱而神驰；慎妄呼吸，防他针昏而闭血。又以常寻古义，犹有藏机，遇高贤真趣，则超然得悟；逢达人示教，则表我扶危。男女气脉，行分时合度。养子时刻，注穴必须依。今详定疗病之宜，神针法式；广搜难索之秘文密辞，深考诸家之肘函妙臆；故称庐江流注之指微，以为后学之规则。

8.3.4.18 流注（通玄）指要赋

【出处】 元·窦汉卿《针经指南》。

【著者】 不详。

【原文】

必欲治病，莫如用针。巧运神机之妙；工开圣理之深。外取砭针，能蠲邪而扶正；中含水火，善回阳而倒阴。

原夫络别支殊，经交错综，或沟池溪谷以歧异，或山海丘陵而隙共。斯流派以难揆，在条纲而有统。理繁而昧，纵补泻以何功；法捷而明，自迎随而得用。

且如行步难移，太冲最奇。人中除脊膂之强痛，神门去心性之呆痴。风伤项急，始求于风府；头晕目眩，要觅于风池。耳闭须听会而治也；眼痛则合谷以推之。胸结身黄，取涌泉而即可；脑昏目赤，泻攒竹以偏宜。但见苦两肘之拘挛，仗曲池而平扫；四肢之懈惰，凭照海以消除。牙齿痛吕细堪治；头项强承浆可保。太白宣导于气冲；阴陵开通于水道。腹痛而胀，夺内庭以休迟；转筋而痛，泻承山而在早。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

大抵脚腕痛，昆仑解愈；股膝痛，阴市能医。痫发癫狂兮，凭后溪而疗理；疟生寒热兮，仗间使以扶持。期门罢胸满血膨而可已，劳宫退胃翻心痛以何疑。

稽夫大敦去七疝之偏坠，五公谓此；三里却五劳之羸瘦，华佗言斯。固知腕骨祛黄，然谷泻肾。行间治膝肿月疾，尺泽去肘疼筋紧。目昏不见，二间宜取；鼻窒无闻，迎香可引。肩井除两臂难任；丝竹疗头疼不忍。咳嗽寒痰，列缺堪治；胗疿冷涎，临泣尤准。髓骨将腿痛以祛残；肾俞把腰疼而泻尽。以见越人治尸厥于维会，随手而苏；文伯泻死胎于阴交，应针而殒。圣人于是察麻与痛，分实与虚。实则自外而入也；虚则自内而出欤。以故济母而裨其不足，夺子而平其有余。观二十七之经络，一一明辨；据四百四之疾证，件件皆除。故得天枉都无，跻斯民于寿域；几微已判，彰往古之玄书。

抑又闻心胸病，求掌后之大陵；肩背患，责肘前之三里。冷痹肾败，取足阳明之土；连脐腹痛，泻足少阴之水。脊间心后者，针中渚而立痊；胁下肋边者，刺阳陵而即止。头项痛，拟后溪以安然；腰脚疼，在委中而已矣。夫用针之士，于此理苟能明焉；收祛邪之功而在乎捻指。

8.3.4.19 可针不可针歌

【出处】 宋·许叔微《伤寒百症歌》。

【著者】 不详。

【原文】

太阳头痛经七日，不愈再传成大疾。
法中当刺足阳明，可使不传邪气出。
桂枝服了烦不解，风府、风池刺无失。
经来经断刺期门，正恐热邪居血室。
项强当刺大椎间，脉有纵横肝募吉。
妇人怀身及七月，从腰以下如水溢；
当刺劳宫及关元，以利小便去心实。
大怒大劳并大醉，大饱大饥刺之逆；
翕翕之热漉漉汗，浑浑之脉安可失。
浅深分寸自依经，此道相传休秘密。

8.3.4.20 可灸不可灸歌

【出处】 宋·许叔微《伤寒百症歌》。

【著者】 不详。

【原文】

少阴壮利时加呕，手足不冷是其候；
口中虽和背恶寒，脉来微涩皆须灸。
阴毒阳虚汗不止，腹胀肠鸣若雷吼；
面黑更兼指甲青，速灸关元应不谬。
微数之脉却慎之，因火为邪恐唯救；
脉浮热甚灸可难，唾血咽干诚戾谬。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.4 针灸文献现代研究概况

8.4.1 古代文献现代研究

8.4.1.1 文字学方面考证针灸的起源

文字学家康殷从古文字考证针灸的起源，就“尹”、“伊”、“殷”、“燮”、“疢”等字的甲骨文字形说明，早在商周时期已运用针、灸、熨等疗法，此时远早于《内经》及帛书的写作年代。

8.4.1.2 近代出土文物研究

出土文献主要有马王堆帛书、张家山汉简、武威汉简、《铜人》残石、《敦煌卷子》、绵阳人体经脉漆雕等。

（1）马王堆帛书

1973年末，在湖南省长沙市马王堆三号汉墓（墓葬时间为汉文帝十二年，即公元前168年）出土的帛书中有两种经脉著作，医学界公认它早于《黄帝内经》，由整理者暂拟名《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》。

李鼎氏认为，参照《灵枢·经脉》篇，宜将其定名为《帛书·经脉》篇（第一种）和《帛书·经脉》篇（第二种），如此以便于同《灵枢·经脉》篇内容相互对照研究。

其中《帛书·经脉》篇（第一种）共34行，约1000字，记述人体内十一条“温”（脉）的循行径路，病候和灸治方法，而无针法和药物内容。亦无篇题名，只在两大段的开始处分别标有“足”字和“臂”字。十一脉的起首处，都标有圆点“●”以示区分。同《灵枢·经脉》篇比较，缺“臂厥阴脉”。其十一脉的循行方向和径路，以及病候都比《灵枢·经脉》篇简略，无经脉属络脏腑与相互表里关系方面内容，有的论述甚至完全相反。

《帛书·经脉》篇（第二种），分为前、后两半，前半共37行（实存35行），后半17行，共约1100字。也无“手厥阴脉”。记述的十一脉循行径路、病候和灸法，稍详于《帛书·经脉》篇（第一种），而略于《灵枢·经脉》篇。

在帛书中，作为专名的“温”字，多数人释为“脉”，并从文字结构说明其演变；有人释为“筋”，认为与经筋有关；有人则释为“温”，认为与灸法的温热感传有关等。

该书中所少去的手厥阴，实际是手厥阴与手太阴混合为一，从具体内容分析，其联系却偏重于属心的手厥阴，而不是属肺的手太阴。

其载“齿脉”、“耳脉”、“肩脉”的命名，可从手三阴经的腧穴主治去解释，它不是从局部命名，而是就四肢穴的远道主治作用来命名。

在脉的循行方面，《足臂十一脉灸经》全部是“向心性”循行，即起始于四肢末梢，止于头部或躯干部；《阴阳十一脉灸经》有肩脉、足太阴脉二脉的“离心性”循行，其中肩脉由头部起始，经上肢外侧，止于手部，足太阴脉改由少腹部起始，经下肢内侧，止于足部。

在脉的主病分类方面，《足臂十一脉灸经》提到的疾病数目较少，对各种病候也没

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

有进行分类；而《阴阳十一脉灸经》则将疾病分为“是动病”和“所产（同“生”字）病”两大类，在各脉的病候数目上较《足臂十一脉灸经》有所发展。

对其“是动、所生（产）病”的记载，历代医家有各种不同认识。其中主要有以下八种：①是动为气病，所生病为血病；②是动为在卫、在气、在阳、在外，所生病为在营、在血、在阴、在里；③是动属内因，所生病属外因；④是动为本经病，所生病为他经病；⑤是动为经脉功能异常的病证，所生病为该经经穴能主治本经经气异常的病证；⑥是动为经络病，所生病为脏腑病；⑦是动基本上是证候，所生病基本上是病名；⑧是动为表证、急证、实证，所生病为里证、慢性病、虚证。

（2）张家山汉简

1983～1984 年，湖北荆州地区博物馆在江陵县张家山挖掘三座西汉初期古墓时，于其中两座（编号：M247 及 M249）的椁室内发现了约千余枚竹简古书，其中除了法律、军事、数学和遣册等数类文献外，还有两类医学古籍，分别题名为《脉书》和《引书》。全部《脉书》共 63 简，2028 字（不包括缺文和已补的字数在内）。按照竹简的次序和内容，《脉书》本身又包括了五种古代医书。每种书的前面虽然均未题书名，但其中三种均为马王堆医书的不同古传写本，故今仍用其原书名不变，称之为《阴阳十一脉灸经》丙本，《阴阳脉死候》乙本和《脉法》乙本。其中《脉书》第二部分，即《阴阳十一脉灸经》丙本，与马王堆医籍中的《阴阳十一脉灸经》甲、乙两本内容全符。

马继兴氏认为《阴阳十一脉灸经》丙本与马王堆医籍中的《阴阳十一脉灸经》甲、乙两本内容全符，为同书的不同古传本。其具体特点为：

① 将丙本文字和甲、乙两本互勘时，在内容上以丙本更为完整，共保存有 915 字（不包括整理小组补入的 21 字），而甲本存 583 字（被补入 237 字），乙本存 793 字（被补入 130 字）。故丙本较之甲本多 332 字，比乙本多 122 字，应为三种《阴阳十一脉灸经》保存最全的写本。

② 丙本所记述的全身十一脉脉名，各脉的循行部位，是动病与所生（产）病以及各脉主病的数目相等，均与甲、乙两本基本相同，惟甲、乙两本在足厥阴脉之后脱：“为五病”的概括。特别是丙本在全书结尾又有 17 字的总结，亦为甲、乙两本所无者。即：“凡阳脉十二，阴脉十，大（原作“泰”）凡二十二脉（按，以上均指身体左右两侧的脉数），七十七病”。

③ 丙本在个别内容的脱、衍、误以及古、今、俗、假文字方面和甲、乙两本各有不同之处，正好可予以相互补缺与校正。而通过丙本的出现，进一步证明了马王堆整理小组所补缺的甲、乙两本文字基本上都是正确相符的。将三本相互校合，正好为《阴阳十一脉灸经》原书得到更大程度的全部复原。

④ 甲、乙、丙三本各脉记文虽同，但十一条脉的先后排列顺序小异。即甲本与丙本的（足）厥阴脉均在（足）少阴脉之前，而乙本将（足）厥阴脉排在（足）少阴之后。

⑤ 在丙本的足少阳脉结尾“为十二病”之后，足阳明脉文前多出：“及温”二字。又在齿脉结尾“为五病”之后。（手）太阴脉文前也多出：“及口”若干字。后者的缺文乃实有其字而模糊不清者。而该两段补记有“及……”字样的文字，既不见于甲、乙两本，又均超出足少阳的“十二病”和齿脉的“五病”数字以外，特别是“及”字具有

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

和、与之义，这说明是在《阴阳十一脉灸经》成书之后为抄录者所附加的内容痕迹。

（3）武威汉简

1972年11月，甘肃武威县柏树公社下五畦大队在旱滩坡兴修水利工程时，发现一座汉墓。经过清理，现存简牍92枚，计简78枚，牍14枚。其中有针灸内容的简7枚。其简文中多异体字或通假字。

该七枚针灸简原编号为：19～25。全文如下：

满愈出箴，寒气在胃莞腹满肠鸣□□□□□留箴病者呼四五十乃出箴次刺〔19〕

膝下五寸分间荣深三分留箴如炊一升米顷出箴名曰三里次刺项从上下十一椎两荣〔20〕

深四分，留针百廿息乃出箴名曰肺输后三日病愈平复，黄帝治病神魂忌人生一岁毋灸心〔21〕

十日而死人生二岁毋灸腹五日而死人生三岁毋灸背廿日死人生四岁毋灸头三日而死人生五〔22〕

岁毋灸足六日而死人生六岁毋灸手二日死人生七岁毋灸胫三十日而死人生八岁毋灸肩九日而死人〔23〕

〔五十至六十〕者与五岁同六十至七十者与六岁同七十至八十者与七岁同八十至九十者与八岁同九十至〔24〕

百岁者与九岁同年已过百岁者不可灸刺气脉壹绝灸刺者随岁灸死矣独〔25〕

在这7枚针灸医简中有关针灸方而的刺灸记录，在医简中还是首次发现。分析如下：

有论述刺三里与肺输穴的方法与留针之时间的；

有刺膝下五寸分间荣，深三分，留针如炊一升米顷乃出针，名曰三里的；

有刺项后上下十一椎侠椎两傍刺荣，深四分，留针百廿息乃出针，名曰肺输。刺后三日，病愈平复的。

有记述黄帝治病神魂忌：根据年岁勿灸之部位：心、腹、背、头、足、手、胫、肩及几日死的。（按：三里与肺输穴的部位，不同于后世《甲乙经》记载。

（4）《铜人》残石

1969年在修建北京地铁拆除明城墙的施工过程中，于城墙基下发掘出土石刻残石6方，这就是《铜人》残石。这是当年为永久保留及防止传抄之误将《铜人腧穴针灸图经》刻于石碑之上的做法。

（5）《敦煌卷子》

二十世纪初，在我国甘肃省敦煌县千佛洞中发掘出一大批卷子图书，其中不少是医药学的著作。这些著作虽然大多数已残缺不全，但它们都是约在十一世纪时，因防避兵乱而封存于洞窟暗室中的隋唐前后手写的实物，距今已经一千多年，不仅具有极高的史料价值，也具有非常重要的学术价值。其中属于针灸图谱类的古书，就有用汉文写绘的两种和用藏文写绘的一种，共三种，大约都是出自唐人手笔，是不见传世著作引录的古佚书。

《敦煌卷子》中用汉文写绘的两种图谱类专书为《灸法图》和《新集备急灸经》。其具体情况如下：

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

①《灸法图》

《灸法图》原卷现收藏于英国伦敦博物馆，由于原卷残断为数段，故被该馆上架编目时分别列为两个编号，即 Stein 6168 及 Stein 6262。但这两个编号的残卷，不仅是同一部书同一卷所折裂，而且在每一个编号中又包括有 6 个残卷。由于各卷均无首尾，故不详原书名称、撰人及具体年代。但各卷内容，均系绘有正（或背）面人体全身的灸穴图像，故现总称为《灸法图》。

从现存的 6 个残卷中可以大致看出此书的编写体制。即书中分段论述各类病证的名称，主治及其所应用的灸穴及壮数。每段文字之后，均绘有人体正面或背面的全身图。图上点记灸穴，图的左右两侧则标以穴名（或部位名），文图相兼，亦无篇目及图名。各图的外形轮廓均相似，图中的穴点少则 5、6 穴，多则 10 余穴。

图的外观，各正人图中均绘有发际，头顶则绘有发髻左右各一，面部绘有五官，躯干部则示以乳、季肋、蔽骨、脐、鼠鼷及膝盖骨诸部；各伏人图中则均绘有左右发髻、两耳、脊骨左、右肋骨、胛骨、臀部等轮廓。

从现存的 6 个残卷中，可以辨识出的全身外形灸穴图及其遗迹，共 18 图，也即 18 个段落，即原书内容至少应在 18 图（段）以上。该 18 幅灸穴图，由于原卷残断破损，大多不全，其中有的只存图的半截，有的则只存图前的主治用穴残文。具体如下：

图 1、2 均为正人形图，缺下部；图 3、4 均为正人形图，完整；图 5 为正人形图，缺右半部；图 6 佚图，只存部分残文；图 7、8 均为伏人形图，完整；图 9、10 均为正人形图，完整；图 11 为伏人形图，只存右下部一隅；图 12 为正人图形图，只存两下肢；图 13 为伏人图的上半身；图 14 为伏人图，缺右侧上部；图 15 只存部分残文，图象已佚；图 16 为背人形图，缺下半身；图 17 佚图，只存部分残文；图 18 存部分残文，原图已佚。

从该图残卷的各段主治文字中，可以辨识清楚的病症名称有近 30 种，如风劳、卒癫、诸癫狂呆、目瞑、眼睛痛、头痛、面上游风、咽喉强、男子五劳七伤、心烦热、胸胁支满、心腹胀痛、伤寒、霍乱、泄利、腹中雷鸣、食不消化、腹绞痛、不能食饮、大小便难、羸瘦、腰背痛强、失精、尿血、足肿、拘急不可屈伸、妇人带下等等。

在所取之穴名方面，可辨识的有近 50 个，如：

头颈部：百会、鼻柱、发际、天门、耳上关、口吻、颊车髓孔、天庭、曲眉、极眉、风府、风池、天窗、玄角、完骨。

胸腹部：胃管、关元、屈骨、横骨、水道、慈宫、玉茎头。

背部：大杼、肩井、肺俞、心俞、肝俞、颤俞、肾俞、十三节两边相去二寸三分、大肠俞、小肠俞、大小肠俞、膀胱俞、脊中等穴。

上肢：手阳明、手髓孔、两手小指头、手心（主）、手十指头。

下肢：足三里、足阳阴、足太阳、绝骨、脚五册、中封、两足小指头、大指上三毛、足心等。

②《新集备急灸经》

《新集备急灸经》一书，在古医籍及目录中均未见记载，也不详撰人姓名，自敦煌出土其残卷后，现收藏于法国巴黎图书馆，编号是 P.2675。

马继兴氏通过考证后认为，在 P.2675 的编号中又包括了同一部书两种不同抄本的

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

残卷，分别名之甲本与乙本。

甲本卷子高28cm，系正、背两面连续写绘。正面为《新集备急灸经》的前段的开始部分，今称之甲本甲卷；背面为《新集备急灸经》的后段，今称之甲本乙卷。甲本甲卷首记本书书名、刊印处、小序及正面人形穴位图的上半身，至于下半身已残缺。

《新集备急灸经》的乙卷残破更甚，现存只有一块残片，也是正、背两面书写。正面书写的是与医学无关的呈状；背面则是与甲卷乙本基本相同的有关人神禁忌内容，文字略多于后者。但针灸图的部分则全缺如。此书的年代，据原卷首行所记“京中李家于东市印”数字，知其原为刻印本初刊于唐代京都长安者。此卷为其写绘本，卷子高28厘米，卷尾两行记有：“咸通二年岁次辛巳十二月二十五日衙前通引并通事舍人范子盈，阴阳氾景询二人写讫”。（按：咸通二年即公元861年，这是根据上述刻本传抄此卷的年代，当然其原刻本必早于此时。从刻版印刷的历史来看，世界上最早的印本书籍既知有公元868年我国刊刻的《金刚经》一书。而这部灸经的刊刻年代至少要早于861年以前，这在世界印刷史上也是屈指可数的。）

从该部残卷的内容来看，其卷首的部分仅存书名、序文及正人“明堂”图，但图象及其旁注均大半阙损。此残卷的卷尾部分，原系裱于同书卷首部分的背面者，其内容主要是有关人神禁忌之文“七星人命属法”及抄写人姓名等项。至于在卷首与卷尾间的残断部分虽已缺如，但据其前面的序文及本书的书名，可以辨出它是作为普及用的通俗灸法图解著作。其序文全文如下：

“《灸经》云：四大成身，一脉不调，百病皆起，或居偏远，州县路遥；或隔山河，村坊草野。小小之灾疾，药饵（耳）难求，性命之忧，如何所治。今略诸家灸治，用济不患，兼及年月日等人神并诸家杂忌用之，请审详，神验（俭）无比”。

在上记序文之后即为正人图形，题作“明堂”二字，此外并无论说。正人图形的外观，可见有头顶部之双发髻、发际以及五官等外形。其中并绘有头部前面、胸及肱部前面之穴位圆圈十余处。在正人图形之左右两侧，则旁注以腧穴之名称、部位及其主治、针灸等文，并以朱笔引线于图中之穴法处。但现存的这一正人图形仅存上半身，自上腹部及肱中部以下的人形均缺，而其前后的旁注部分，亦均残脱不全。

从该图形旁注中，可辨识的腧穴名称及其部位如下（用引号者系原文）：“膊井穴”——在肩部；“四蒲穴”——脐两侧五分；“令人垂两手中指头股上”；“承浆穴”——下唇下；“人中穴”——鼻孔下；“阴会穴”——两耳尖上；“手腕节”；“百会穴”——头心上；“住神穴”——鼻上至发；“光明穴”——在面部；“两脚及手心”。

除上记的穴名外，根据图中现存的残断朱笔引线估计，全部的正人形图中，约绘有穴名三、四十穴。在图象两侧的旁注中，除分别记出穴名及其部位外，还记载了该穴的主治疾病和灸法的壮数。例如在承浆穴旁注：“患邪气、鬼气症、风痫等病。下唇下名承浆穴，二七壮立差”。该书中的穴名，还有若干不见于历代一般针灸书中的经验取穴。如：位于耳尖部的阴会穴，主治眼赤生翳和眼疮等症之类。

（6）绵阳人体经脉漆雕

1993年2月，四川省绵阳市永兴镇二砖厂施工时发现一座西汉木椁墓（编号YS-MZ），并从该墓中出土一件人体漆雕，该器物出于墓室西北近底部，出土时身着数层红色纺织品。该漆雕高28.1厘米，裸体直立，胎髹黑漆，左手和双脚残，人体造型比例

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

协调。其体表纵向分布红漆描绘的线条数根，宽 0.1 至 0.15 厘米。由于这些线条的行径井然有序，且与《黄帝内经》记载的十二经脉的循行分布大体相似，有关方面的专家考证后认为“它可能与经脉有关”，并将此出土器物命名为“人体经脉漆雕”。

梁繁荣等通过对人体经脉漆雕进行初步研究后认为，人体经脉漆雕的出土是我国迄今为止发现最早的一件有关经络学说的实物，它不仅为中医经络学说的形成与发展提供了直观、形象的研究资料，为研究经络学说的历史提供了极其重要的原始标本，而且对于今天研究和探讨经络的实质，拓宽经络理论的临床应用等都有一定的现实意义。

从经脉数目方面来看，西汉人体经脉漆雕上描绘的数目与《灵枢·经脉》篇和《帛书·经脉》差异较大，共有 10 条，其中正经 9 条，奇经 1 条。漆雕人体正面从头顶经胸腹至脚绘有两条线，与《灵枢·经脉》篇中记载的“足阳明胃经”相似；背面则有三根线条，两根从头顶两侧经背脊两边至脚，与《灵枢·经脉》篇记载的：“足太阳膀胱经”雷同；一根从鼻尖经头项背腰正中达尾骨端，与《难经》记载的督脉循行基本一致。漆雕人体侧面（外侧）从脚经股外侧至腋下一线，与《灵枢·经脉》篇记载的足少阳胆经有些相似。两上肢内侧各有三条线，分别与《灵枢·经脉》篇中的手太阴肺经、手厥阴心包经、手少阴心经相似。但上肢外侧的线条比较复杂，手指尖端有三根，分别从手食指、无名指和小指端发出，至手背后相互联络，与《灵枢·经脉》篇记载的手阳明大肠经、手少阳三焦经、手太阳小肠经有些相似。故从十二经脉来看，缺少足三阴经，从奇经八脉分析，则仅有督脉一条而已。

梁繁荣等通过研究后认为该漆雕的绘制年代可能在《难经》成书年代的前后。

从西汉人体经脉漆雕描绘的经脉循行分析可以看出，10 条经脉中除足少阳胆经外均上行达头，与中医理论“头为诸阳之会”和《灵枢·九针十二原》所载的“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍”的观点吻合。且足阳明胃经循行经过乳头两侧，亦与《灵枢·经脉》篇“出乳内廉”记载相同。但在这 10 条经脉的循行中，除足三阳经、督脉循行外均未达胸腹而径走头项，与“经络内属于腑脏，外络于肢节”的观点相违。

在经脉的交会方面，该漆雕所描绘经脉的联络交会多达 20 多处。其中交会联络最多的是在上肢和头部。如手三阳经在手掌背部交会，至手背腕横纹处又分成三支循行，到肘关节后太阳交会于少阳，又交会于阳明面合并上行。这些都与《灵枢·经脉》篇迥异。在头部纵行横走的经脉多达 8 根，特别是手太阴肺经到颈部以后先后与手厥阴心包经、足阳明胃经、手少阳三焦经、手太阳小肠经、足太阳膀胱经和督脉经联系，体现了中医“肺朝百脉”的特点。足太阳膀胱经在项背腰部的分支仅有一条，从腰部分出斜达足少阳胆经，亦与《灵枢·经脉》篇差异较大。

8.4.1.3 古代针灸文献的辑复、校注、校勘研究

（1）《灵枢经》

河北医学院的《灵枢经校释》，按底本卷目篇次编排，采用校勘、译释、训诂等方法对原文进行系统整理和注释；而郭霭春氏的《黄帝内经灵枢校注语译》，则是以一种作为底本（人民卫生出版社 1963 年排印本），另据十四种刊本进行对校和引用十七种其他书目进行校注。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(2)《针灸甲乙经》

山东中医药大学的《针灸甲乙经校释》以人民卫生出版社影印明刻医统正脉本为蓝本，日本小岛父子批校明新安吴勉学校刊步月楼梓古今医统正脉全书单行本、余氏批校清末京师医局重刊医统本、清末京师医局重刊医统本、光绪十一年乙酉四明存斋刻本、日本八尾勘兵卫刻本为校本以及《素问》、《灵枢》、《黄帝内经太素》、《黄帝内经明堂》(残本)、《难经》、《脉经》、《诸病源候论》、《备急千金要方》、《外台秘要》为它校本校释而成。

黄龙祥氏的《针灸甲乙经新校》则是以人民卫生出版社影印明刊医统正脉本为底本，以日本静嘉堂文库藏明代蓝格抄本为主校本，以日本内阁文库藏抄正统二年刊本为参校本。对其所录《素问》、《九卷》之文的他校，选用了《脉经》、《刘涓子鬼遗方》、《太素》、《诸病源候论》、现行本《素问》、《灵枢》等并参照宋以前医书所引《甲乙经》之文相校；对《甲乙经》所录《明堂》之文的校勘，则选用《外台秘要》第三十九卷、《医心方》卷二、《千金要方》第三十九、三十卷、《医学纲目》、《黄帝内经明堂》残卷、《敦煌卷子》、《黄帝明堂经》残页及宋以前医书引录《甲乙经》相关部分相校。

(3)《补辑肘后方》

尚志钧氏从唐、宋诸医书及类书中辑得《肘后方》佚文1265条，会同今本《肘后方》，综合整理而成《补辑肘后方》。该书又从佚文中的病名归类，得肘后佚篇32首，总数达101篇，使之符合《肘后百一方》之称，同时通过诸本互校、旁校、多方考证了大量误刻之处。

(4)《黄帝明堂经辑校》

黄龙祥氏广搜博采，除采用现行本《针灸甲乙经》外，更于《千金方》、《外台秘要》、《太平圣惠方》、《圣济总录》、《素问》注文、《医学纲目》等古医籍中，搜求其中引录《针灸甲乙经》之文，以补正现行本之脱误，并采用了《黄帝明堂经》另一传本——杨上善《黄帝内经明堂》的二种残卷，并通过多种途径辑录了该书的大量佚文，与《针灸甲乙经》所录《黄帝明堂经》文字校勘，择善而从，汇成《黄帝明堂经辑校》。

(5)其他

其他尚有郑魁山、黄幼民的《针灸大全》点校、黑龙江祖国医学研究所的《针灸大成》校释、李磊氏对《子午流注针经》的校勘、王罗珍校勘、李鼎评注之《针灸玉龙经》和《神应经》、黄龙祥等校注之《铜人腧穴针灸图经》、《针灸资生经》、《针经指南》、《洁古云岐针法》、《针经摘英集》、《十四经发挥》、《针灸集书》、《针方集书》《针方六集》、《循经考穴编》等等。

8.4.1.4 古代针灸文献的质量评价及伪书、伪本研究

(1)质量评价

黄龙祥氏指出，在现存针灸古籍中有相当一部分书是完全、或基本抄录前代医书、或汇集类编前代文献。这些书既没有给针灸文献库增添新的信息；也没有保存现已亡佚针灸文献，仅对针灸知识的传播有一定作用。一般而言，明末以后的针灸书如此情形为多见，如徐春甫辑《经穴发明》、《针灸直指》二卷，基本节录自高武《针灸节要聚英》，徐氏新增文字甚少；明万历十二年三槐堂刊朱鼎臣编《徐氏针灸全书》基本抄自徐凤

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《针灸大全》，只是将徐氏原书编次稍加改动，并以另一部针灸方书替代徐氏原书卷四“八法主治病证”所采用的针灸方书；稍后，陈言氏又将朱氏《针灸全书》的编次稍加改动，题作《杨敬斋针灸全书》。明万历间有与杨继洲、靳贤《针灸大成》同名的针灸书，所载内容主要为针灸腧穴及主治，系节录自高武《针灸聚英》及杨继洲、靳贤编《针灸大成》，卷端题曰：“吴文炳辑”，该书虽名曰“针灸大成”，但内容反而远不及吴文炳所编非针灸专书《医家赤炽益辨全书》系统、全面。另有抄本《针灸秘要》一书系节抄自杨继洲、靳贤《针灸大成》，而编次与原书不同。又有清抄本《针灸摘要》也节抄自《针灸大成》；徐大椿《经络诊视图》则全文抄自张景岳《类经图翼》。其清代大量刊行的“太乙神针”类针灸书，尽管名目繁多，但内容均与范氏《太乙神针》大同小异。更有一些针灸书由多部前人医书合编而成，并伪托名人所编，如题曰“廖润鸿”之《勉学堂针灸集成》等。

在针灸文献的“孤本”方面，黄龙祥氏亦指出，现存孤本中，特别是晚清抄本多半系东拼西凑而成，学术价值不高。如：《针灸六赋》、《针灸要法》均抄自《针灸大成》，其中《针灸要法》所据版本为清代重刊本；《仙传神针》实出自范氏《太乙神针》；再如《经学会宗》残卷，题曰：“双林卧岩凌云汉章定本”，实则此书图、文系后人节抄自张景岳《类经图翼》一书。

(2) 伪书

黄龙祥氏通过考察，发现如下伪书：

①《勉学堂针灸集成》四卷

旧题“廖润鸿编”。此书系由《类经图翼》、《东医宝鉴》、《针灸经验方》三书拼合而成，编排多有不当。卷首序文系廖润鸿《周身经穴考证歌》自序，与《针灸集成》毫不相干。

②《针灸秘奥》四卷

此书系节抄自杨继洲、靳贤《针灸大成》，而编次与原书不同。

③《经学会宗》残卷

旧题“明·凌云汉章定本”。实系后人抄自张景岳《类经图翼》，非出自凌云之手。

④《铜人针灸经》七卷、《黄帝明堂灸经》三卷

此二书系由《太平圣惠方》第九十九卷《针灸》、第一百卷《明堂》改编而成。后人不明原委，对此二书多有误解，例如《普济方·针灸门》将此《铜人针灸经》与北宋官修针经《铜人腧穴针灸图经》混为一谈；将《针灸四书》所收之《黄帝明堂灸经》三卷与王执中《针灸资生经》所引之《明堂经》相混同。

⑤《大本琼瑶发明神书》三卷

旧题“赐太师刘真人集”。前有“崇宁初元年”序，全文抄自《十四经发挥》吕复之序，此书与《琼瑶神书》原书内容迥异，显系后人伪托。

尚有一些真伪掺半的针灸书。如：

①《痈疽神秘灸经》一卷

旧题：元·胡元庆著，明·薛己校补。此书首载：“至正甲子永昌杨子成序”，而元至正年间无“甲子”年，杨序全文有一大半文字与《十四经发挥》所载明翰林学士宋濂序相同，则此序盖出于伪托。若此序即原书序，则《痈疽神秘灸经》当成于明洪武二年之

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

后。因为据《明史·宋濂传》，宋濂于洪武二年任“翰林院学士”，宋氏序既自题“翰林学士”，则其序作于洪武二年之后。

②《神应经》一卷

旧题“陈会善同撰；刘瑾重校”。日本正保二年（1645）重刊本并载有洪熙乙巳（1425）宁献王朱权序。此书既是著名席弘针派传人陈会所撰，书中必然会记载席氏临证经验，而现行本中主体部分——腧穴证治却主要据《普济方·针法门》改编而成，完全不像出自针灸临床大家之手。但《四库全书》所据浙江朱氏曝书亭藏本，无朱权序，作者题作“明·陈会撰，刘瑾补辑”，这提示：现行本《神应经》有可能系刘瑾在陈会针灸书节本的基础上进行大量增补而成。

③《琼瑶神书》四卷

不著撰人，原书三卷，后递有增补，从内容上看，显然成书于宋以后。编者似为兼通针术的道人。

（3）伪本

伪本，一般而言，指由书商用各种手段作伪，以年代较晚版本充早期刊本，而今人在版本鉴定时未能识别所误定的版本。还有一些书商并未作伪，完全是由于在版本鉴定时不认真而误将晚期刊本定为早期刊本。举例如下：

①《针灸大成》十卷

书目著录最多的是明万历二十九年原刊本，而晚出的清·顺治“重修本”、清·顺治、康熙“递修本”却罕见著录，与常理不合。实则所谓“明万历二十九年刊本”多系用清·顺治“重修本”及清·顺治、康熙“递修本”伪充，并非原刊初印本。

②《针灸甲乙经》十二卷

日本现存之“抄正统本”实系据《医学六经》本改编而成。又书目所载现存“明万历二十九年刊”《医统正脉》绝大多数系清代书坊“重修本”，而非明万历原刊本。

③《铜人腧穴针灸图经》三卷本

日本《和汉籍图书分类目录》记有“明正统八年版”《铜人腧穴针灸图经》三卷本。然无可靠料记载：明英宗正统八年重刻宋天圣石刻的同时，刻有《铜人图经》木刻本；也未见正统、万历初针灸书直接引录《铜人图经》者。现存各本《铜人图经》三卷本之缺字、错字与正统石刻拓本相吻合，甚至错简情况也与现存一种石刻拓本相符，这说明《铜人图经》木刻三卷本初刻年代晚于拓本拓印年代，而不可能刻于正统八年。

④《西方子明堂灸经》七卷

此书约成于南宋绍熙年间（1190～1194），或稍后。书目所记“北宋刊本”者，系将《郡斋读书志》所载《明堂针灸图》与此书相混同。

⑤《针灸聚英》四卷

原书自序记年为“嘉靖己丑”（1529），黄易序于“嘉靖丁酉”（1537），则此书初刊于1537年，而书目却记有“明正德十四年刊本”，因此，伪本则是显而易见。

⑥《针灸易学》

中医书目著录有嘉庆三年李守先自刻本，实则此本系据“道光本”重刻本，书商抽去许天锡道光二十七年序而伪充初刻本。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.4.2 现代针灸文献研究

现代针灸文献甚多，现按图书、期刊的文献形式作如下介绍。

8.4.2.1 图书类

包括有关针灸知识的教科书、专著、全书、各种论文集、进展丛书、译丛、各种工具书（包括词典、手册、图谱和数据表）和年鉴等等。

（1）教科书

教科书主要特点为系统介绍一个学科的基本知识，具有严格的科学性、系统性和逻辑性，论点较正确成熟而被多数人承认，供高等或中等医药院校使用。这类书籍如《针灸学》、《针灸学简编》、《针灸学讲义》、《经络学》、《腧穴学》、《刺法灸法学》、《针法灸法学》、《针灸治疗学》、《各家针灸学说》、《针灸医籍选》、《实验针灸学》等等。

（2）专著

专著是针对某一专题，分章作出系统、深入而全面叙述的一种著作。该类文献于现代非常之多，有如涉及经络的《经络结构探索》、《国外对经络问题的研究》、《经络图解》、《经络物理研究》、《十四经脉显像探秘》、《针灸经络生物物理学》等；涉及穴位有如《穴位压痛辨病诊断法》、《针灸五输穴应用》、《骨度研究》、《伤寒论针灸配穴选注》、《常用腧穴临床发挥》等；还有涉及针法灸法的如《针术手法》、《灸法与保健》、《瘢痕灸》、《针刺手法 100 种》、《中医针法集锦》等；涉及各种针灸疗法的专著有如《中国电针学》、《电针的基础与临床》、《中国耳针学》、《中华火针疗法》、《神经干刺激疗法》、《中国梅花针》、《芒针疗法》、《穴位药物注射疗法》、《头针的基础与临床》、《眼针疗法》、《指针疗法》、《腕踝针》、《小儿飞针疗法》、《粗针疗法》、《体环针》、《刺血疗法》、《小针刀疗法》、《三针疗法》等；还有涉及临床方面的专著，如《内科针灸治疗学》、《急症针灸》、《眼科针灸治疗学》、《针灸防治哮喘》、《针灸防治小儿脑病》、《针灸防治菌痢》、《针灸治疗精神病》、《针灸防治肾及输尿管结石》、《针灸治痛》、《针灸临证精要》、《腧穴临证指要》、《当代中国针灸临证精要》、《现代针灸临证聚英》、《中国当代针灸名家医案》、《中国当代名医针方针术集成》等；关于针刺麻醉和针灸机理方面的代表性专著有如《针刺麻醉》、《针灸对机体的调整作用》、《针灸作用机理研究》、《针灸的科学基础》、《针刺镇痛的神经化学基础》等。

（3）会议文集

是某学术团体专题学术讨论会报告和讨论的论文汇编、中医针灸学术交流会议的论文汇编或选编，收录会议交流中的重要论文的全文或摘要，有的还附有未编入会议的论文题录。如《全国中医经络针灸学术座谈会资料选编》（人民卫生出版社　北京　1959）、《全国针灸针麻学术讨论会论文摘要》（内部发行　北京　1979）、《全国第二次针灸针麻学术讨论会议文摘要》（内部发行　北京　1984）及针灸学会各专业委员会历次学术会议文集和世界针灸学会联合会每次会议文集。

（4）论文集

将某一学者或专家的全部或部分或某一专题的科学论文收集并编印成册，内容较具体，有较高的学术水平和一定学术倾向。如《现代针灸资料选集》（1、2、3、4 集）

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

《针刺麻醉原理探讨》（人民卫生出版社　北京　1973）、《针刺麻醉资料综述》（人民卫生出版社　北京　1973）、《针刺麻醉的临床运用》（人民卫生出版社　北京　1973）、《经络　敏感人》（经络感传现象研究资料集　人民卫生出版社　北京　1979）、《针灸疗法国外文献集锦》（陶又剑　马立人编译　上海人民卫生出版社　上海　1956）、《现代经络研究文献综述》（陕西中医学院编　人民卫生出版社　北京　1980）、《针灸研究进展》（中医研究院编人民卫生出版社　北京　1981）、《针灸临床经验辑要（焦国瑞编　人民卫生出版社 1981）、《中国针灸荟萃》（王雪苔主编　人民卫生出版社出版）、《世界针联'95 "针灸与气" 国际专题研讨会论文集》等等。

（5）专科全书、百科全书、辞典、年鉴、图谱、手册

专科全书是由一个学科领域内的专家们分头执笔，系统而全面介绍该学科各方面的权威性著作。而涉及医学各学科，包罗万象的全书，则是百科全书。如《医学百科全书》针灸分册、《中国针灸经络通鉴》、《中国针灸穴位通鉴》、《中国针灸刺法灸法通鉴》、《中国针灸证治通鉴》、《针灸穴位小词典》、《针灸学辞典》、《针灸大辞典》、《中国针灸大辞典》、《简明针灸辞典》、《新编针灸大辞典》、《针灸新知识辞典》、《实用针灸学词典》以及含有针灸内容的相关辞典，如《中医大辞典·针灸推拿气功养生分册》、《中国医学大辞典》、《中医大辞典·医史文献分册》、《简明中医辞典》等。图谱类有如《针灸腧穴图谱》、《针灸经外奇穴图谱》、《针灸解剖学图谱》、《经穴断面解剖图谱》等等。针灸年鉴重要的有如中国中医研究院针灸研究所编的《针灸年鉴》和与针灸相关的年鉴如《中医年鉴》、《中国医学科学年鉴》、《中国卫生年鉴》、《中国出版社年鉴》等等。手册方面有供国内、国外和各级医务人员使用的不同种类，如《针灸学手册》、《针灸图解手册》、《针灸急救手册》、《赤脚医生针灸手册》、《中英日对照实用针灸手册》、《国际针灸交流手册》等。

8.4.2.2　期刊类

期刊是定期或不定期连续出版的刊物，包括杂志、学报、公报、评论杂志、文摘杂志、通讯等；有公开发行的，亦有内部发行的。在国内，针灸专业期刊有《中国针灸》、《针刺研究》、《上海针灸杂志》、《针灸临床杂志》；在国外，知名针灸期刊有日本的《日本针灸治疗学会志》、《日本良导络自律神经杂志》、《自律神经杂志》、《经络针疗》、《经络治疗》、《日本针灸新报》、《针灸医学》；美国的《美国针灸杂志》、《传统针灸杂志》、《针刺通讯》、《针刺与电疗研究》、《针刺新闻》；法国的《针刺》、《经络》、《针灸医生月刊》、《络脉》、《法国针灸杂志》、《国际针灸学会杂志》；意大利的《意大利针灸杂志》；德国的《德国针灸杂志》、《针灸理论与实践》、《针刺》；英国的《英国针灸杂志》；加拿大的《针刺》、《当代中国针灸研究》；阿根廷的《阿根廷针灸杂志》；菲律宾的《亚洲医学针灸杂志》；印度的《印度针灸杂志》；澳大利亚的《澳大利亚针灸学会公报》等。其他非针灸专业期刊如《中医杂志》、《汉方临床》及各地的中医杂志和各中医院校的学报。其他的如《生理科学进展》、《生理学报》等涉及基础医学、生命科学、生物医学方面的期刊亦有针灸内容刊载。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

8.4.3 针灸文献检索工具书

(1) 中文针灸研究主要检索工具书刊

①《五十年针灸文献(中文)索引》(1908－1958)

②《针灸文献索引》(1959－1965)

以上二种均由上海中医学院医史博物馆李姜初、陈浩彬编

③《针灸针麻题目索引》(1971－1978)中医研究院王德深编

④《建国以来针灸推拿气功文献索引》(1949－1989)中医研究院王德深编。

上述四书收集了1908至1989年国内各主要报刊、杂志上发表的针灸文献题录。使用者可从分类、作者和篇名等不同角度查找到所需的针灸文献题目(包括译文)，根据提供题目的出处，就可查到原文。

⑤《针灸针麻文献题目索引》(1979－1983)李复峰主编。

⑥《针灸针麻文献题目索引》(1950－1985)王德深主编。

⑦《针灸经络文献提要》上海针灸经络研究所情报资料室编著。收集了1980年以后的有关针灸临床研究(医史文献、经络腧穴、针灸疗法、临床治疗、医案、仪器研究等)和基础理论研究(针刺针麻原理)等方面的文献。

⑧《针刺麻醉原理资料篇目索引》(1970－1975)《中医药资料期刊目录索引》等，未公开发行，上海针灸经络研究所和中医研究所编著。

⑨《全国报刊索引(科技版)》，月刊，上海图书馆编，前身为1955年创刊的《全国主要报刊资料索引》。有关针灸针麻的题目在中医类下。

⑩《中文科技资料目录(医药分册)》：中国医学科学院情报研究所主编，中国医学在R2类，其下的R2-24为经络腧穴部分，R2-45、46为针灸部分，R2-64为针麻部分。

⑪《中国医学文摘—中医》中国中医研究院图书情报研究所编辑出版。有关针灸研究文献在针灸、针麻、气功、按摩及其他疗法、医案医话、基础理论、医史、历代医家论述等分类中。

⑫《现代针灸文献精萃》中国中医研究院图书情报研究所编，第一辑1988年出版。第二辑(针灸文摘1987－1990)，1992年中国医药科技出版社出版。该书收集了国内发行的科技期刊中针灸文献。

⑬《国外科技资料目录(医药卫生分册)》中国科学院主编，中国科技情报研究所出版，每期收集国外现行医刊论文题目约四千余条，为我国定期出版查找国外文献著录的重要检索工具。

⑭《国外科技资料馆藏目录(医学分册)》中国科学院主编，中国科技情报研究所出版，收录了国内各大图书馆收藏的国外医学科技资料(包括各专业性学术会议资料、专辑、专著等)。

(2) 外文与针灸有关检索工具书

①《医学索引》(Index Medicus:IM)创刊于1879年，由国立医学图书馆编辑发行，有关针灸主题在关键词“Acupuncture”和“Moxibustion”下。

②《荷兰医学文摘》(Excerpta Medica 简称 EM) 首创于1947年，由荷兰的“医学

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

文摘基金会”主办。

③《生物学文摘》(Biological Abstracts 简称 BA)创始于 1926 年，美国生物学文摘科学情报服务社(BIOSIS)编辑出版。

④《医学中央杂志》1903 年创刊，为日文检索期刊。

⑤《医学文摘杂志》，1957 年创刊，为俄文检索期刊。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

附 篇

针灸器材

古人云："工欲善其事，必先利其器"。自古以来凡能工巧匠技艺高人一筹者，莫不在其工具器材的改良革新上狠下功夫。针灸学所涉及的针具器材也毫不例外，每当针灸所用的针具器材发生重大改进和变革之际，恰好是针灸学术理论和治疗水平取得新的进展和重大突破之时，它的发展与社会生产力和科学技术的发展关系非常密切，针灸器材的发展和创新为针灸学术理论的发展提供了新的研究条件，开辟了新的研究领域，为提高针灸临床疗效做出了新的贡献。目前针灸器材的设计已采用了光学、电学、磁学、热学、激光、微波、红外线和电子计算机等现代科学技术，步入了一个崭新的阶段，促进了针灸临床、科研及教学事业的发展。

目前针灸器材渗透了现代的高科技，发展很快，种类名目繁多，各有其用，本篇列举几种作以下叙述：

（1）毫针

针灸用针以毫针为主，近代多采用不锈钢制造，其优点有较高的强度和韧性，针体挺直、滑利、不易生锈，便于操作。毫针的针尖磨制成"松针形"，尖端正而不偏，尖中带圆，锋利适度，便于进针而痛苦小，镀银丝绕缠针柄，光洁美观，并有良好导热性能，适用于温针，且有利于捻转行针。

90年代初，我国科技工作者又在不锈钢针的基础上研制了空心毫针，将毫针的针刺特点与穴位注射疗法融为一体，继之，又研制出一种新型的功能性毫针——磁极针，是当代科学技术与传统毫针理论相结合从而将毫针的疗效与磁疗功能结合一体，且采用新型FCC-A永磁材料制成毫针，FCC-A永磁合金对人体无害、无毒、无放射性、耐酸碱、防腐蚀、不生锈；是比较理想的针具材料。根据GB2024-87规格标准制成的毫针，经质量和工艺测试达到国际标准，针尖带有一定量磁场；根据针柄绕缠的形状不同分为N极和S极；这种新型材料制成的功能性毫针，集传统毫针治疗与磁疗于一体，一次治疗同时发挥针刺与磁疗的双重功效，它一出现很快在全国推广应用，实践证明，临床用针少、针感强，针刺效应好，见效快，明显提高了针灸治疗效果，扩大了治疗范围，缩短了治疗过程；经中国中医药研究院针灸研究所等几家医院和西安、咸阳等地省级以上医院的大范围临床观察和动物实验证实，磁极针在镇痛、镇静、消炎、消肿、降压、止血、止咳平喘及提高机体免疫功能等方面疗效显著，且部分指标显示优于不锈钢毫针，因而得到临床医生和有关专家的充分肯定。它的问世是我国针灸针具发展史上的又一次重要的探索和尝试；磁极针的研制生产不仅为社会提供了一种多功能、高疗效的新型针

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

具，同时对针灸医疗器具的改革创新，开拓出一条将祖国传统医疗特色和优势与现代科学技术结合起来创造针灸现代化针具和针灸医学新的辉煌道路，为中医现代化带来新的飞跃和突破。

（2）罐具

罐具是拔罐疗法的专用器具。最原始的工具是兽角，以后有竹罐、铁罐、陶罐等，近代又有玻璃罐，目前改进创新繁多，用于临床扩大了治疗范围，提高了治疗效果，使这一古老的民间疗法进入了一个新的发展阶段。

① 抽气罐：用青、链霉素等类似的小瓶，去瓶底，磨平圈口，瓶口的橡皮塞保留完整，用时将药瓶底口置于穴位或欲拔罐的部位，压紧勿使漏气，然后用注射器抽出瓶内空气形成负压，拔出注射器针头，小罐即可吸附，其特点制作简便，取材容易，操作简单，吸力大，适用于穴位或小面积局限性部位（不能用其他罐吸牢的部位）的拔罐。

② 穴位吸引器：穴位吸引器是一种新型拔罐工具，由玻璃罩、橡皮管和抽气球三部分组成，使用时将玻璃罩置于选定的穴位或需拔罐的部位上，手捏橡皮球将罐内空气抽出形成负压，吸附穴位上。其特点是携带方便，操作简单，不用点火，通过玻璃罩可观察局部瘀血情况，吸力负压大小可通过手捏橡皮球控制。

③ 电动负压拔罐机　它由机座、电动机、气泵、安全阀、真空表、吸引管等构成，其工作原理通过电动机、真空泵，抽出玻璃罐内空气，形成负压，产生吸力发挥拔罐效果。操作时接通电源，将开关拔向开的位置，指示灯亮，可根据需要增减负压调节，其特点是吸力大，可任意调节负压大小，操作简便。

④ 磁负压罐　它主要由罐体、拉杆、D 型圈等部分构成大小规格型号不等的负压罐，其特点是不用电，不点火，操作简单，罐体透明观察方便，口径大小规格齐全，携带方便，可适应多种疾病和不同部位。

⑤ 多功能电子针罐　该罐综合了拔罐、电针、磁疗等功能于一体，使治疗因子叠加，提高治疗效果；其机理是通过调整痛觉传导纤维，增强镇痛效果；低频脉冲改善血液循环，减轻缺血所致的肌痉挛、酸中毒和细胞分解；磁疗降低神经末梢的兴奋；加上拔罐使局部充血，促进新陈代谢，刺激穴位，激发经气，具有通经活络、扶正祛邪的作用。

⑥ 山友多功能治疗罐　是集热疗、药疗、磁疗与传统火罐疗法巧妙结合一体，起到一罐多用的效果，操作简便，携带方便，具有除湿逐寒，消瘀止痛，通经活络，促进新陈代谢等作用。

（3）灸疗仪器

近年来由于灸法临床与机理研究进展不断深入，灸疗仪器的研制日渐增多，从而使灸疗这一古老的治疗方法焕发青春，闪射出了现代化发展的光彩。

① 微型 8301 经穴灸疗仪　它是一种光照灸疗仪器，灸头结构适宜于人体很多部位，患者可采用坐、卧等姿势进行灸疗。本仪器生物物理作用较深，光能量穿透力较大，其近红外和可见光能穿透皮肤深度达 30～40mm，可直接到达或接近皮肤之下一定深度的腧穴，推动经气感传，气至病所，从而达到治疗目的。

② JWD-901 型仿灸治疗仪　本机根据艾灸燃烧时所辐射的光谱，运用仿真技术进行模拟，充分发挥传统灸法温经通络、补气活血、化瘀消肿、祛风止痛的功效，根除传

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

统灸法燃烧缓慢、效率不高、烟雾较大、刺鼻熏眼、易于灼伤、操作不便的缺点，并使光辐射具有脉冲灸的特点，以增强疏通经络的作用，从而使传统灸法在技术上、性能上获得新的发展。

③ 电热药灸器　本机以中医理论为指导，应用现代技术，对传统灸法进行扬长避短的创新，达到无烟尘、大量节约用药，适用多种灸法，使用简便，同时具有红外线辐射和多穴同灸的特长，无副作用，本仪器与传统灸法一样，适用于虚证寒证，开机后以患者产生一定得气感为度，将调制频率旋扭拨至相应档数，通常体弱者选择低档为妥。采用循经取穴，每天一次，每穴灸 30 分钟，10 天为一疗程。

④ 红外线灸疗器　红外线灸是指利用红外线辐射器在人体的经络穴位上照射，使经穴产生温热效应，从而达到疏通经络，宣导气血，扶正祛邪的目的。红外线的特点主要是热作用较深，热量恒定，易于调节，操作简单，对局部无压迫感，适应症广泛，特别对于风寒湿证，疗效显著。

红外线灸疗仪结构原理比较简单，主要是利用电阻丝缠在瓷棒上（涂上红外线原料）通电后电阻丝产生的热使罩在电阻丝外的碳棒温度升高，发出光线为长波红外线。还有用碳化硅管，管内装有陶土烧结的螺旋柱，柱上盘绕电阻丝，通电后发生热能，穿过碳化硅层，透过红外线漆层，发射出红外线。红外线照射到体表后，一部分被反射，另一部分被皮肤吸收。

红外线的治疗作用基础是照射后直接产生的温热效应进而影响组织细胞的生化代谢以及神经系统的功能。红外线作用机理属于体液和神经系统的反应和调节。其具体效果一方面与照射的方式、剂量等因素有关，另一方面与病理改变的特点和整个机体的功能状态非常密切。红外线的治疗作用主要对风、寒、湿三证具有祛风、散寒、除湿的效果。对于慢性感染性炎症，可增强细胞的吞噬功能和机体的免疫力，改善血液循环，促进消散，降低神经的兴奋性，因此具有镇痛、促进恢复正常神经功能，解除横纹肌和平滑肌的痉挛等作用，可以改善组织营养，防止废用性肌萎缩，消除肉芽水肿，促进上皮生长，减少烧创伤面的渗出，消除扭伤挫伤而引起的组织肿胀，加快血肿消散，减轻术后粘连，促进瘢痕软化，减轻疤痕挛缩等等，红外线与电针、中草药外敷以及体疗配合应用，有显著的协同作用，电针或针刺加红外线照射治疗慢性伤口、皮肤溃疡，以及一些神经肌肉功能障碍性疾病，功效显著，方法简单。

⑤ 远红外灸疗仪　远红外灸疗仪保持中医传统灸疗以“热”与“药物”作用于人体以热为主的效果，克服了艾灸不利的方面。我国首创新型直热式远红外元件作为辐射源，可产生人体易接受的 3～17μm 的电磁波，它辐射到人体细胞组织一定深度，甚至骨骼，吸收部位根据分子运动原理产生一系列生理、生化、生物效应，可以改善局部血液循环，促进局部渗出物的吸收，使之重新恢复平衡，起到疏通经络，调理气血的作用。人体是一个天然热源，从物理学观点来看，任何热源都能够辐射红外线，所以人体也是一个天然的生物红外线辐射源，同时也是一个最佳吸收体，若用红外线照射物质时，当红外线的频率正好与分子内原于振动固有频率相同时，则分子就会吸收该频率的红外线，分子吸收了红外线的能量后，就由低能状态跃变到高能状态，物体温度即上升。

⑥ 康为电子灸疗仪　本仪器根据中医经络理论，采用“动态深层辐射场促使分子

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

的平均动能急速增加”的机理，运用电子、计算机、光电等技术手段研制的一种能够达到并超过传统灸疗效果的新型灸疗仪。它克服了艾灸的种种不足，其特点无烟、高效、安全、方便使灸疗进入家庭化。该仪器以能穿透人体组织深度 10mm 的近红外线为介质，集传统灸疗，结合先进的电子技术，对穴位进行高速深层动态辐射，直接作用于经络，促使组织快速吸收，增强分子的平均活动能力，提高神经中枢传导人体生化信息的速度并增加含量，促进循经感传，疏通经络，使失调的人体生理生化过程趋于平衡，激发提高机体的自然治愈能力，从而起到治疗、养生、保健功能。

(4) 电针仪器

电针是指在刺入腧穴的针具上接通电针机通电，将电流刺激和针刺刺激结合的一种治疗方法。目前电针仪器类型颇多，常用仅列举数种：

① 蜂鸣式电针仪　本机是利用电铃振荡原理，将直流电变成直流电脉冲，再经感应圈产生刺激电流，这种电针仪发出的电流波形很窄，如针状。优点是结构简单，造价低；缺点是不稳定，耗电量大，噪音大，目前较少应用。

② 电子管式电针仪　本机由振荡、功率放大、输出控制、电源等部分组成，振荡部分由不对称多谐振荡器完成，使用双三极管，为提高振荡稳定度，电路采用了正栅电路。功率放大部分由电子管完成使输出阻抗能低到不致于引起各极同时使用时产生牵制的不良后果，放大电路采用变压器输出。输出强度控制是由电位器及粗调开关完成。电源部分直流高压整流后供给。

③ 脉冲式晶体管电针仪　从电子技术角度，最先闯进针灸领域的是脉冲电针，即脉搏样的冲击之意，是指突然的不连续的持续时间很短的电压或电流变化，实际上是一个简单的脉冲波发生器，它是在针刺入人体得气后，在针上通以电脉冲刺激，达到增强治病效果的一种电子仪器。其主要特点是作用时间短，且有足够的电流或电压强度，因而耗电少，刺激强、效率高。直流成分较少，在电刺激过程中很少出现电针体电解、电蚀造成折针和对人体烧伤、组织破坏等。脉冲电波便于实现频率、幅度的调节变换，利用比较简单的电路，即可满足医疗上不同的要求。目前使用的各种脉冲电针机输出的波形大体相似，一般都是不对称的双向脉冲，根据治疗和针刺麻醉的需要，常用的有连续波、疏密波、断续波三种。此类产品很多，性能比较稳定的如 G6805 型电针治疗仪。

④ 开阖枢治疗仪　它是根据中医古籍《内经》中的“开阖枢”理论和易经八卦，结合现代电子科学技术而研制的一种具有中医特色的新型仪器，开阖枢是根据中医理论阴阳消长转化来调整阴阳平衡气机活动治疗疾病。人体阴阳气机活动必须遵循阴升阳降的阴阳消长规律，用易经八卦反映其规律。其性能具有按阴阳消长规律变化八组信号输出，八组电信号能任意组合，循环次数能任意选择，能依次加至各经穴。其优点是体现中医特色，调整人体阴阳平衡，各经穴之间电信号不互相串扰，具有电温针的作用，产生温灸效应。

⑤ 声波电针仪　是根据中医基本理论中的经络学说，利用声电波发生器产生各种声源的电流，然后通过刺入人体经穴上的针灸针，利用连接导线将声电波导入体内产生刺激，以通调营卫气血、调整经络、脏腑，达到治疗疾病的一种针灸电子仪器。其特点是对人体刺激比脉冲柔和，不易引起人体的适应性和耐受性，所以声电针在长时间治疗作用与效果不衰减。声电波刺激不产生跳动，波源比较丰富，千变万化，没有较强的基

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

波干扰，刺激时较为轻快舒适稳定，患者乐于接受治疗。同时声电波比脉冲波镇痛效果好，是比较理想的针刺麻醉仪器。曾获全国卫生科学大会奖，纳入全国针灸电子仪器科研协作的重点项目。

⑥ 电热针　电热针是根据经络学说和针灸火针的理论为基础，结合现代电子技术而研制成的一种新型针灸仪器。其特点：具有针刺、火针、灸疗的综合作用，输入电流后其温热感可透入机体的深部并能传导扩散，且不会引起烫伤，随着电流的加大热度升高，温度恒定持久。同时电热针针刺感应稳定可调，在针刺得气后产生热效应时间长，可保持恒定的传导感应，对研究经络感传的定向、定位提供了一项客观的观察手段。电热针通过电能产生热效应，输入电流和温度可以做为针刺刺激量的客观指征，是一项针刺定量的研究工具。实践观察电热针具有加强、调节针刺感应的双向效应，提高了临床效果。

⑦ 电子冷热针灸治疗仪　本仪器采用半导体电热为能源（致冷或增热）利用电子原件测温与控温，并设有自动计时装置。根据中医辨证，运用“寒者热之，热者寒之，虚者补之，实者泻之”的原则，运用中医寒凉法和温热法，结合现代电子仪器，可在同一人身上能实现对某经某脏腑滋阴降火，同时对另一经一脏腑温经散寒，灵活运用。通过实践对一些疑难杂症，如糖尿病、肾炎、哮喘、胆囊炎、青光眼、末梢神经炎等有很好疗效，并能提高机体免疫力。其特点：运用现代冷冻技术使穴位致冷，通过经络腧穴对机体起到滋阴降火，调节脏腑阴阳平衡，目前比较广泛用于五官科、皮肤科、外科、妇科等，即可减少手术中出血和疼痛，又能杀菌防止术后感染，冷冻后产生免疫作用，还可抑制或破坏癌细胞生长，促使转移病灶的吸收。对高血压及心脏病和全身情况差的病人，可以耐受冷冻手术。本机可以使某一穴位或某一经脉发热或发凉，通过辨证，根据疾病性质、病位，有的放矢的调整寒热程度。本机具有体积小，一机双头，寒热通用，其温度在 100°－25℃ 连续可调，操作方便，无不良反应。应用范围比较广泛，凡属阴虚火旺、阳热炽盛引起的各种疾病，均可辨证调温治疗，用于各种炎症、功能过亢、变态反应性疾病、出血等。

（5）腧穴特种治疗仪

1）激光穴位照射仪

激光是一种因受激辐射而发出的一种光，是本世纪 60 年代初的重大成果之一，激光在医学上的广泛应用对临床治疗和基础研究提供了新手段，指出了新途径。在传统针灸疗法基础上，结合新的激光技术创造激光穴位照射治疗疾病，简称激光针。它的特点是 A. 无痛：激光是用微细光束照射穴位，无任何痛苦。B. 无菌：激光束在体外进行照射，不会将细菌带入体内，而且可直接或间接杀菌。C. 无损害：激光照射穴位，光束相当微弱，不会造成损害。D. 改善体质：弱激光刺激能促进新陈代谢，加速有毒物质的排除，改善钙磷代谢，使睡眠正常等，从而改善患者身体的素质。E. 激光针操作简单，易学易用，易于掌握。

① 氦氖激光针治疗仪　多用连续型氦氖激光器作为激光针光源，激光红色，工作物质为氦氖原子气体，这种刺激作用是局部的又是全身的，同时光束又能部分地达到生物组织 10～15mm 深处，由于这两个特点，氦氖激光束能代替针刺对穴位刺激作用。但是目前还没有弄清氦氖激光束照射穴位时的禁忌症，为防止照射时出现与预期相反的效

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

果，宜从小剂量开始，初照射时间短些，证实无反作用和其他副作用后可递增每次照射时间，由 5～10 秒，增到 5～10 分钟。为增加作用于穴位的功率密度，用时适当将透镜的激光束聚焦。

② 二氧化碳激光针治疗仪　弱的二氧化碳激光照射穴位时，既有热作用，又有刺激作用，因而可用二氧化碳激光束作激光灸，目前我国多用 20～30W 二氧化碳激光束散光，使它通过石棉板小孔，照射病人穴位，以感到温热为度，其工作物质是二氧化碳分子气体，发射波长，属长波红外线波段，输出形式为连续发射或脉冲发射。还有专用二氧化碳激光管做激光灸，较为理想。

③ 氪离子激光针治疗仪　与氦氖激光波长相近，对生物组织作用及功率比氦氖激光大一些，刺激强度大一些，受刺激部位多一些。

④ 掺钕钇铝石榴石激光针治疗仪　二氧化碳激光针治疗仪主要缺点是激光进入皮肤深度太浅，只有 0.2mm，只对皮肤表浅层起作用，如将激光光源改为掺钕钇铝石榴石近红外激光，这种波长，激光进入皮下组织层时，还有相当大的强度，可引起深部的强刺激反应。

⑤ 氩激光治疗器　氩激光针治疗器照射时，大部分光被皮肤组织吸收，仅有 4 分之几的光能透过皮肤，进入皮肤后光点散焦成一片，治疗时患者一般无感觉，但过大功率照射时可出现刺痛及导致皮肤色素沉着，甚至起小泡，这种现象应避免发生。目前用氩激光针治疗仪治疗外伤性截瘫，病程在半年之内者能取得一定效果。

目前制成的激光治疗仪器品种繁多，通常按激光器工作物质的不同，分为固体激光器、气体激光器、液体激光器和半导体激光器等。按激光器工作方式不同，分为连续输出的激光器和脉冲激光器。激光照射一定穴位，确能产生针灸效应，起到温通经脉，调整脏腑气血、活血散瘀、行气消肿等作用，以恢复脏腑经络体系生理的相对平衡性，从而达到镇痛和治疗疾病的作用。

2）微波针灸仪

微波针灸仪是利用特制的天线连接毫针，向穴位注入微波，激发经络之气，使小剂量微波能起到大剂量的热作用，来达到治疗疾病的一种新型针灸微波仪器。其特点：① 微波针灸对经络穴位有其独特作用，其表现为得气感和针感强烈，沿经传导，发热出汗（颇似烧山火手法），针感强弱可用微波功率定量控制，针感可产生胀、重、酸、麻、辣、串动及温热等感觉。② 微波后效应长，即针感可保持 4 小时到 1～2 日不等。③ 热量大小，可以通过微波输出功率定量，能够快速控制温热和热外效应。④ 微波功率达到一定数值时，针尖上有高频放电现象。⑤ 使用微波功率很小，与微波理疗机相比，其功率小于 10 倍，操作安全。

微波针灸的原理主要是利用微波输入穴位对人体经络系统产生温热作用和热外效应，这种作用由电磁波的作用所产生，当机体有病时，可以从外界的体表穴位上输入波长和内气接近的电磁波，以便达到通经活络，祛除疾病的目的。主要适应风湿性关节炎和各种慢性疼痛性疾病，如高血压（Ⅰ、Ⅱ期）类风湿性关节炎、急性乳腺炎、肠炎、遗尿症、胆囊炎等症。主要禁忌是活动性肺结核，有出血倾向者，高热患者，晚期高血压，治疗部位感觉障碍者，孕妇及三岁以下儿童。

3）微波镊针仪

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

镊针是我国古代九针之一，微波镊针是在现代的微波理疗和低频电脉冲等单一的治疗方法基础上，利用信息迭加原理，使三者效应同时作用于经穴而治疗疾病的一种新的针灸治疗仪器，就是微波电热镊针疗法，简称微波镊针仪。它的特点不同于低频脉冲电疗、电针、声电针、电镊针、电热镊针、激光针、微波针和微波电疗，因为它有现代的低频、高频电疗的性能和特点，又还具有我国古代传统的镊针、指针的作用和效果，以及传统艾灸效应，而且用法简单，文明雅致，其热能比艾灸深入，作用强、均匀、强度准确，热量可调，效果也可靠。在治疗中还有一种沿经传导的热、麻、胀效应，以及独特的热外效应，为研究经络感传的气至病所和经络感传客观指标，又提供一种新方法。

4）穴位超声仪

超声是指人耳朵听不见的声波，以人的听觉阈为标准，是人为规定的。超声针灸是指专门利用超声波发生器，产生超声物理能，通过特制的声头作用于人体经穴，达到治疗疾病的一种针灸治疗方法，也称穴位超声疗法。其特点主要无痛、无损伤，安全可靠、疗效高、易学易用、易操作，特别对一些炎症的治疗有较好的效果。目前国内、外应用超声针灸仪治疗过敏性疾病、普通感冒、麻疹、流行性感冒、胰腺炎、泌尿生殖系疾病、胃肠病、妇科病、骨骼肌疾病等都有较好疗效。

5）磁疗器材仪器

磁疗是利用磁场作用于患区、经络穴位治疗疾病的一种方法。磁疗仪器是使磁体接触人体体表，使磁力线透入人体，患者无痛苦或其他不舒的感觉，目前国内开展磁疗名目繁多、磁疗的特点：A. 疗效显著，有明显的消肿、止痛作用，且疗效迅速，同时对消炎、止泻、止痒、镇静、降压都有一定作用。B. 适应症广，无论内、外、妇、儿、神经、五官、皮肤等均可应用，治疗病种达百余种。C. 安全无痛苦，无创伤，经济省时。

① 磁贴敷法　将磁片贴敷于患者体表一定穴位或耳穴用以治疗疾病。直接贴敷法是将磁片直接接触患者皮肤，然后用胶布或伤湿膏固定。间接贴敷法是将磁片固定于衣帽，皮革等中，然后贴于患者一定部位。

② 旋转磁疗法　是根据旋转机机头安装磁片的不同，分同名极和异名极，其优点副作用小、生效快，对血肿、皮肤溃疡、冻伤、小儿急慢性肠炎、眼科疾患均有好的疗效，但对顽固性慢性疾病如风湿性关节炎、类风湿性关节炎、坐骨神经痛等疗效较低。

③ 交变电磁疗法　将各种形状铁心绕上线圈制成磁疗器具，使用时无音响、震动，用于各种头痛及神经机能性疾患，还可制成各种形式电磁疗机，能产生热、磁、按摩三种效应，适宜治疗消化系统疾病，风寒湿引起的疾病。

④ 脉动直流电磁仪　本机由于线圈匝数绕径选用适当，可连续应用。

⑤ 脉冲磁疗仪　应用间歇震荡器电路，通电后产生脉冲磁场，这种磁场利用电脉冲通过线圈产生脉冲磁场，可调节快慢、疏密、强弱波形，适用治疗各种慢性病及疼痛性疾病。

⑥ 震动磁疗仪　震动磁疗具有磁场和按摩两种效应，具有止痛、消肿迅速，适宜于治疗风湿、类风湿性关节炎，外伤后遗症等一些较顽固疾病。

磁疗是在针灸治病的基础上发展起来的一门新的医疗技术，从生物磁学的观点来

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

看，疾病发生是人体电磁平衡的破坏，磁疗机理就是通过外加磁场影响人体电子传递的方向和速度，达到调整机体因疾病而失去的平衡，从而达到治疗疾病的目的。通过磁场作用于经络穴位治疗各种疾病，疗效好，无痛苦，经济安全，具有疏通经络、运行气血、祛瘀生新、镇痉解痛等作用，有良好的消炎、消肿、生肌、止痛、安神、降压、消食、止泻等治疗效果。目前磁疗产品繁多，有磁疗床、旋磁机、磁按摩器、磁降压器、磁止痛带、磁妇科乐、以及磁疗保健各种产品应运而生。关于磁疗机理目前研究还不够，缺乏统一认识，只是一些推理和设想。

6）经络导平仪

经络导平疗法又称生物电子激导平衡疗法。科学实践证明，人体的肌肉、神经、器官、组织的细胞活动，往往会产生微弱的电活动，是由生命机体中生物电子变化形成的。人体细胞是生命有机体的基本单元，细胞本身的活动变化，主要取决于它内部生物电子的变化，保持单元细胞以至整体的相对平衡，并以生命为主，在体内相对平衡地运动、变化着。生物体所特有的生物电是生物电子运动所产生，整个人体生命过程是生物电子运动所产生的，是生物电子始终在不平衡中维持着相对平衡的过程。皮肤电阻测定资料表明：在经络腧穴上呈现有电阻低和通电量高的特点，又称为“良导点”，测定中发现，经穴导电量高，非经穴导电量低，气血旺盛者导电量高，气血虚弱者导电量低，所以经穴是人体导电的门户，是通电量最大的部位，即低电阻的点和高电位的点，经络是人体生物电子流动相对频繁的特殊通路，在人体正常生理活动中，人体经络系统的左右上下间的导电性、磁性等一系列物理性能，都处于相对平衡状态，当脏腑气血运行变化时，就产生一定的电动势的改变，电流就沿经络注输到穴位上，当人体产生疾病时，经络穴位就出现异常的高电阻点和低电阻点，左右经络出现不平衡的现象，从而影响细胞内的化学反应进程，继而影响 DNA 的活性，使细胞发生病理改变，呈现出一系列临床症状。一旦生物电子运动规律发生病理变化时，虽然生物体内的生物电子都具有自然恢复正常运动状态的基本功能，有些疾病可自愈，但如果机体内生物电子自行恢复正常运动状态功能不足，人体又不能产生用来完成调整生物电子运动趋于平衡的足够电能时，就需要从体外向体内给予“充电”，来协助体内生物电子的运动趋于平衡状态。导平疗法，是用经络导平仪，利用低频率的高压电能代替针刺的机械能，补其不足，泻其有余，调整阴阳，使体内生物电子由不平衡转化成平衡的一种有效医疗方法。目前经络导平仪器有系列产品，如：多功能经络导平仪、经气导平仪、数字式经气测平仪等等，均具有无损伤、无副作用和康复快的治疗特点，治疗时不仅能迅速冲击导通功能失调的受阻经络使其恢复平衡；而且可产生舒张血管、加速血流、恢复植物神经及神经传导功能；还有明显的止痛、退肿、消炎以及增强免疫系统功能等作用。

7）穴位离子导入仪　就是利用直流电的作用，将某种药物（或中药）中的离子直接导入人体经穴内，从而达到治疗疾病的一种电子仪器。直流电药物导入疗法，目前已有一百多年历史，从 20 世纪便成为理疗常规之一，而穴位离子导入法，是我国针灸工作者首创，最早 1959 年开始应用，当时仪器是直流电感应治疗机。以后采用晶体管，体积小、耗电量小，性能稳定，安全可靠。凡是在临床上可以应用的治疗药物，均可用于药物透入，对类风湿性关节炎、风湿性关节炎、急性乳腺炎、急性扭伤、挫伤、骨质增生、高血压、面神经麻痹、神经衰弱均有明显的治疗效果。

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

(6) 电针参数测试仪

① 针麻剂量测试仪　测定针麻剂量，取得准确数据，使针麻对不同对象，采用不同的实用剂量，象药物麻醉那样，准确地发挥效能。针麻剂量测试仪由四位数高频率计、九位数字累加器和小型专用示波器组成的全晶体管化的测量仪器，可用于测量电针仪器的频率、电压和观察波形，还可以计算脉冲数。临床上凡是使用电针的，都可以用来测试电针的数据，分析刺激参数与针麻手术效果的关系，在实验室内除可作针麻研究外，还可以当成一般频率计、示波器，或一般测试仪器。

② 电参数测量选择仪　要认识电针对人体的作用，就必须观测每个单个脉冲的电压、电流变化的全过程，同时对其波形进行分析和比较，才能得知人体阻抗的性质和数值，采用脉冲示波器通过一定的测量线路进行观测，为研究人体电特性应用的基本方法。

③ 峰值电压测量仪　测量针麻仪输出脉冲电压峰值，或测量各种周期性函数的峰值电压，用于科研及医疗临床。

(7) 经穴探测仪

1) 经络探测仪　根据经络腧穴的电学特征(低电阻、高电位等)设计而成的，通过对皮肤电阻值、皮肤阻抗及皮肤电位差值测量来反映经络腧穴的客观存在及其活动变化。目前经络探测仪有三种类型：第一类是皮肤电阻探测仪，由电源、微安电流表、电阻、电位器等元件组成，以测皮肤的电阻值；第二类是皮肤阻抗测定器，用晶体管等组成振荡器、放大器，由振荡器产生一个交流电讯号、馈入人体，再通过放大器检测穴位处的讯号大小，它不仅能反映穴位处的电阻值，同时也反映穴位处的容抗值，实际是测穴位处的阻抗值；第三类是皮肤电位差测定仪，它是利用灵敏度较高的电位差计来测定、检测穴位处的电位大小。为了克服探测穴位时施加压力的大小及人体表面湿度变化影响被测的结果，目前又设计了电泳漆经络穴位显示法的一种新的方法。

2) 耳穴探测仪　人的机体有病时，往往会在耳廓相应的区域内出现反应，一般认为刺激这些反应点疗效较好，但是反应点出现的区域或点，每个患者不完全一致，即使同一病人，处于不同的病程阶段，其反应点也会有差异，加之各人耳廓形状、大小的不一致，故在刺激耳穴时，除参考耳穴分布图或模型外，还应结合探查来确定耳穴的位置以提高疗效；耳穴探测仪就是采用仪器测定耳穴的电阻、电位、电容等变化寻找良导点，良导电测定表达有发出音响的、有指示灯发亮的、有连接微安表指示导电量或用示波器测皮肤电位，记录荧光屏上光点上下移动的距离、亦可结合被测耳穴的局部刺激感的疼痛来表示。

阻抗式耳穴探测器　是利用耳穴敏感点电阻低的原理，制成的耳穴敏感点探测仪，大致有三种：① 电表指示式：利用电流表指示敏感点，其特点能直观读出敏感点的电流变化数值，使用时既看电流表又看耳穴。② 音响指示式：利耳机或小喇叭发出的声音以区分敏感点和正常耳穴，这种形式结构简单，但声音响度无一定标准。③ 氖灯指示式：利用氖灯发光与否区别敏感点和正常耳穴。

3) 电子诊病仪　是中医基本理论与现代数字技术相结合的电子诊断辅助器，根据耳穴临床诊断的要求，采用集成电路，将测检过程数字化、自动化、提高了诊断的准确率。测试时，测试参考极被测者握住，测试笔测试患者耳部欲测部位，显示器右边的二

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn

位数字便是未经电脑处理的测量值。

4）穴位测温仪　随着针灸针麻原理的研究，穴位测温法进一步开展，人们对经络方法的内外温度测量，引起了极大兴趣，目前测温方法还限于普通半导体温度计和水银温度计测量，误差较大。现在改进用光敏检流计，比较简单可靠；用电子电位差计，灵敏度高，有信号放大作用；用磁电式示波器，记录结果较直观；还有用数字式电压表，灵敏、直观、使用方便。

5）痛阈测定仪

① 感应电式测痛器　测定针刺麻醉或使用镇痛药物前、后的痛阈变化，常被作为反映镇痛效果的一种客观指标。用以引起皮肤疼痛的方法有多种，各有优、缺点。感应电式测痛器，电刺激强度易控制，便于定量比较，操作简便。

② 半导体式测痛仪　本仪器是临床针麻和实验研究中为反映被针麻对象的痛觉，也就是说他的痛阈和耐痛阈随着针麻诱导过程发生的变化。从仪器的读数获得客观指标的仪器。仪器利用 3KC 正弦波电流，对被测者同一部位的皮肤微麻到刺痛的感觉来进行测定和推断的。

③ 钾离子测痛仪　本仪器是用来测定针麻诱导过程中，麻醉对象的痛感觉（即痛阈与耐痛阈）的变化情况，能用电源表读数确定出一个客观指标，然后在诱导中作出比较，就能得知麻醉深度而为手术前作好准备。其工作原理是利用直流电将钾离子渗入皮肤来达到测痛的目的，仪器结构比较简单，本仪器输出电路还采用了负反馈电路，因此，电流上升速度均匀而不受机体阻抗变化的影响。

世界上掀起针灸热不但推动了针灸医学的发展，同时也促进了研制生产针灸仪器的日趋繁荣，在第 38 届尤里卡世界发明博览会上，中国的“魔针”系列电子医疗保健器械获得 4 枚金牌，1 枚银牌，1 枚铜牌，“魔针”袖珍半导体，使用时只需将一对电子耳模电极载入耳窝内，仪器可在数分钟内显示出患者体内各器官各部位疾病或功能的异常，并自动选择相关穴位产生特殊电刺激信号自动进行治疗。近几年来我国研制的针灸仪器则是向一机多能、高效创新方面发展，例如磁极毫针、空心针等功能性针具和声、光、电、磁等功能性仪器；还有多用途向专科方面转化的如肿瘤探测仪，男性病治疗仪等等，还有多功能、高灵敏、携带方便的如电子止痛笔等等，都尽可能地将先进的科学与针灸医疗结合一起，为针灸医学发展提供新的手段。

在高科技发展的今天，经穴诊断也向客观化迈进，例如我国目前研制了一种“重症转归预测仪”，这种仪器根据经络学说理论和穴位的物理特征及穴位参数的变化，可以将病情变化的穴位参数经过数字量化，以生产指数显示出来，以预测病情的发展趋势，提前几天至几十天预报重危病人病情恶化或好转。我国学者还在心电、脑电、肌电等现代医学检测方法的启发下，结合中医经络理论，发明了能客观反映人体疾病特征的诊断仪器——经络电图仪。还有“头皮针诊断处方仪”，即可方便找出头针穴位标准化方案所规定的 43 个穴位，还可以从患者头部获得一定信息后，经机内微电脑的综合数据处理，提供最佳头针施术处方。目前各种形式的针灸仪器都尽可能将现代先进的科学技术与针灸医学有机的结合起来，为针灸医学的研究发展提供新的手段。

（8）针灸经络教具模型的研制开发

针灸经络直观教具和模型的创制与应用，最早可追溯到晋代，葛洪的《抱朴子·杂

PDF 文件使用 "pdfFactory Pro" 试用版本创建 www.fineprint.cn