

主 编 张文康

「中 家 医」 「临 床」

邱
茂
良

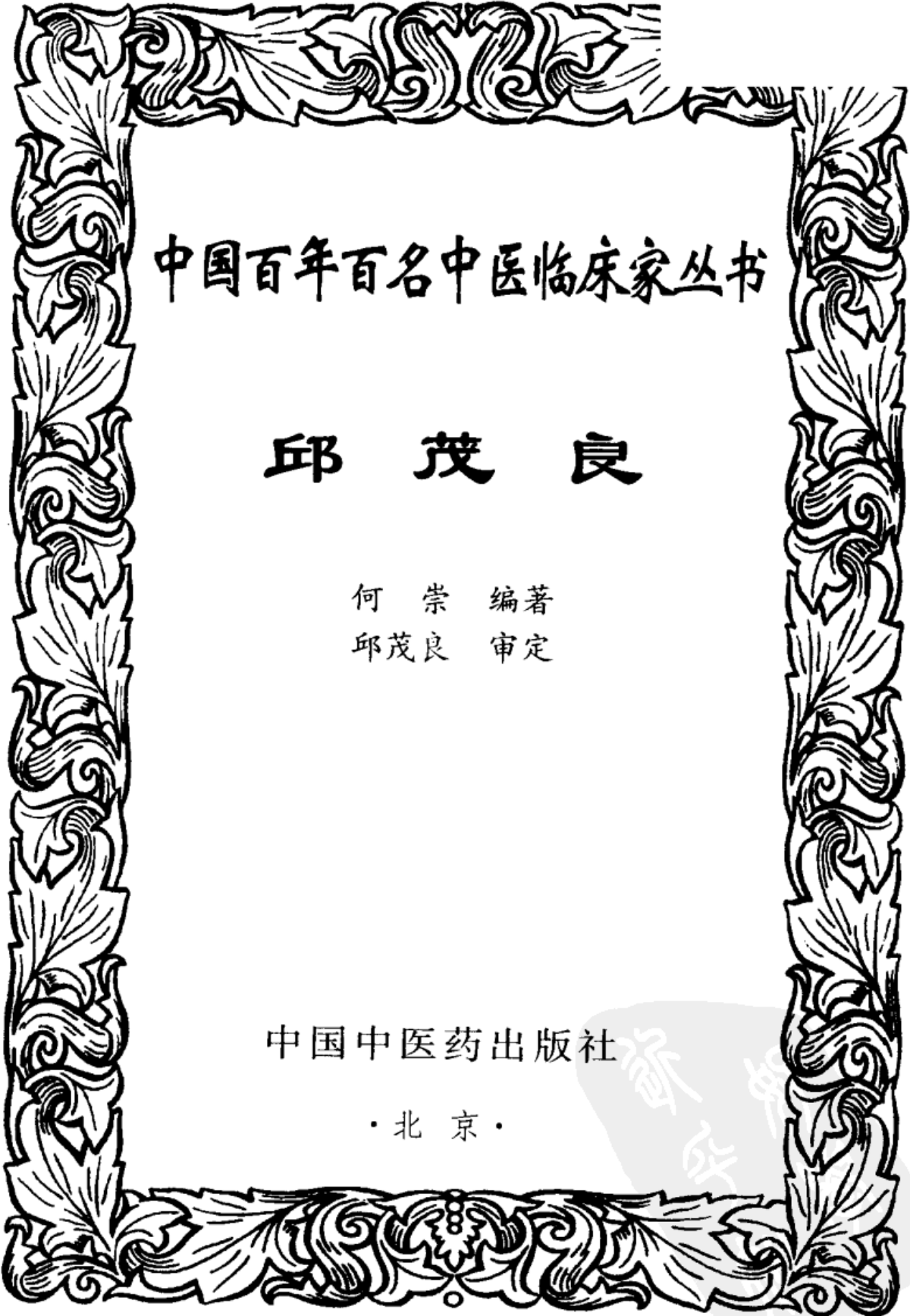
何 崇
邱茂良 审定 编著

中国中医药出版社

<http://www.klrs999.cn/>

快乐人生久久久

hbtmxv制作



中国百年百名中医临床家丛书

邱 茂 良

何 崇 编著
邱茂良 审定

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

邱茂良/何崇编著. - 北京: 中国中医药出版社, 2001.10
(中国百年百名中医临床家丛书)

ISBN 7-80156-252-6

I. 邱… II. 何… III. 中医学临床-经验-中国-现代
IV. R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 064279 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路 7 号 电话: 64151553 邮编: 100027)

印刷者: 北京市卫顺印刷厂

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 850×1168 毫米 32 开

字 数: 232 千字

印 张: 10.5

版 次: 2001 年 10 月第 1 版

印 次: 2001 年 10 月第 1 次印刷

册 数: 5000

书 号: ISBN 7-80156-252-6/R·252

定 价: 15.00 元

中国中医药出版社



中国百年百名中医临床家丛书

主 编 张文康

副主编 余 靖 李振吉



出版者的话

祖国医学源远流长。昔岐黄神农,医之源始;汉仲景华佗,医之圣也,在祖国医学发展的长河中,临床名家辈出,促进了祖国医学的迅猛发展。中国中医药出版社为贯彻卫生部和国家中医药管理局关于继承发扬祖国医药学,继承不泥古,发扬不离宗的精神,在完成了《明清名医全书大成》出版的基础上,又策划了《百年百名中医临床家丛书》,以期反映近现代即 20 世纪,特别是建国 50 年来中医药发展的历程。我们邀请卫生部张文康部长做本套丛书的主编,卫生部副部长兼国家中医药管理局局长余靖同志、国家中医药管理局副局长李振吉同志任副主编,他们都欣然同意,并亲自组织几百名中医药专家进行整理。经过几年的艰苦努力,终于在 21 世纪初正式问世。

顾名思义,《中国百年百名中医临床家丛书》就是要总结在过去的 100 年历史中,为中医药事业做出过巨大贡献、受到广大群众爱戴的中医临床工作者的丰富经验,把他们的事业发扬光大,让他们优秀的医疗经验代代相传。百年轮回,世纪更替,今天,我们又一次站在世纪之巅,回顾历史,总结经验,为的是更好地发展,更快地创新,使中医学这座伟大的宝库永远取之不尽、用之不竭,更好地服务于人类,服务于未来。

本套丛书第一批计划出版 140 种左右,所选医家均系在中医临床方面取得卓越成就,在全国享有崇高威望且具有较高学术造诣的中医临床大家,包括内科、外科、妇科、儿科、骨伤科、针灸等各科的代表人物。

本套丛书以每位医家独立成册,每册按医家小传、专病论治、诊余漫话、年谱四部分进行编写。其中,医家小传简要介绍医家的

生平及成才之路；专病论治意在以病统论、以论统案、以案统话，即将与某病相关的精彩医论、医案、医话加以系统整理，便于临床学习与借鉴；诊余漫话则系读书体会、札记，也可以是习医心得，等等；年谱部分则反映了名医一生中的重大事件或转折点。

本套丛书有两个特点是值得一提的，其一是文前部分，我们尽最大可能的收集了医家的照片，包括一些珍贵的生活照、诊疗照以及医家手迹、名家题字等，这些材料具有极高的文献价值，是历史的真实反映；其二，本套丛书始终强调，必须把笔墨的重点放在医家最擅长治疗的病种上面，而且要大篇幅详细介绍，把医家在用药、用方上的特点予以详尽淋漓地展示，务求写出临床真正有效的内容，也就是说，不是医家擅长的病种大可不写，而且要写出“干货”来，不要让人感觉什么都能治，什么都治不好。

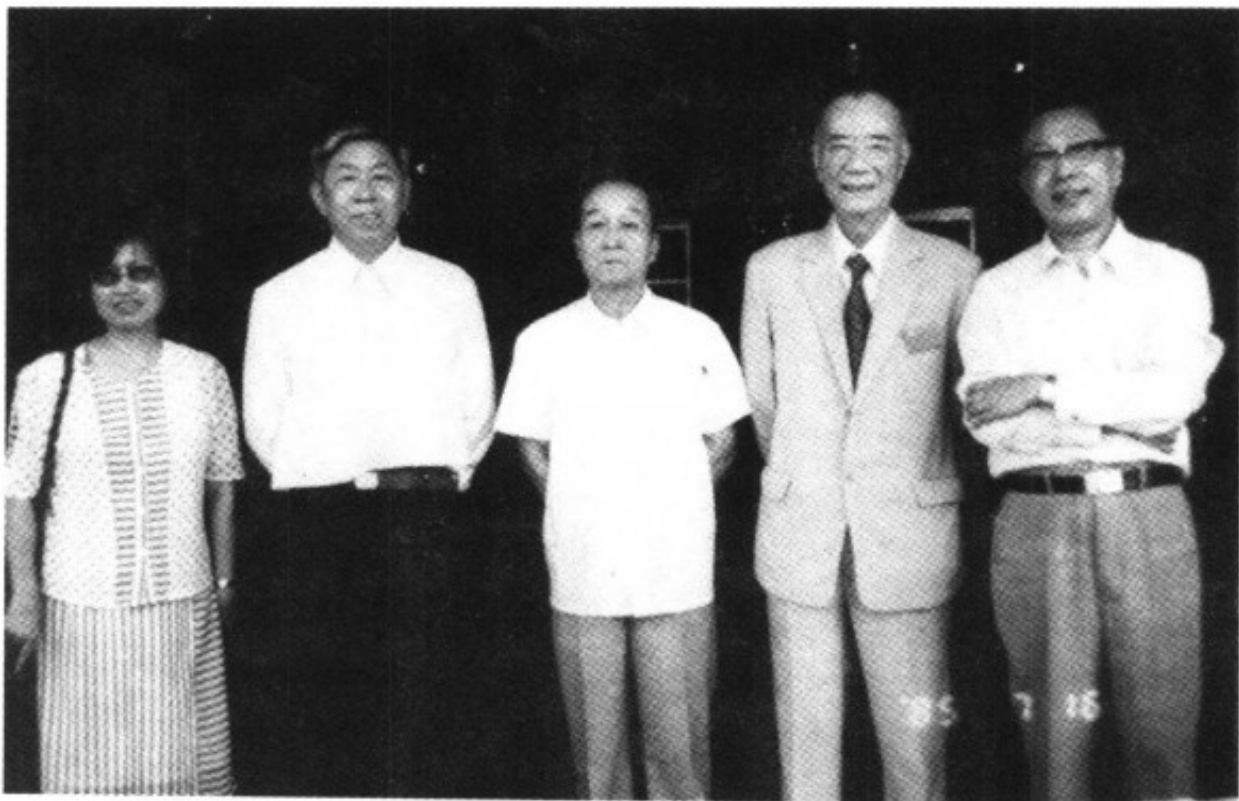
有了以上两大特点，我们相信，《中国百年百名中医临床家丛书》会受到广大中医工作者的青睐，更会对中医事业的发展起到巨大的推动作用。同时，通过对百余位中医临床医家经验的总结，也使近百年中医药学的发展历程清晰地展现在人们面前，因此，本套丛书不仅具有较高的临床参考价值和学术价值，同时还具有前所未有的文献价值，这也是我们组织编写这套丛书的由衷所在。

中国中医药出版社

2000年10月28日



邱茂良教授



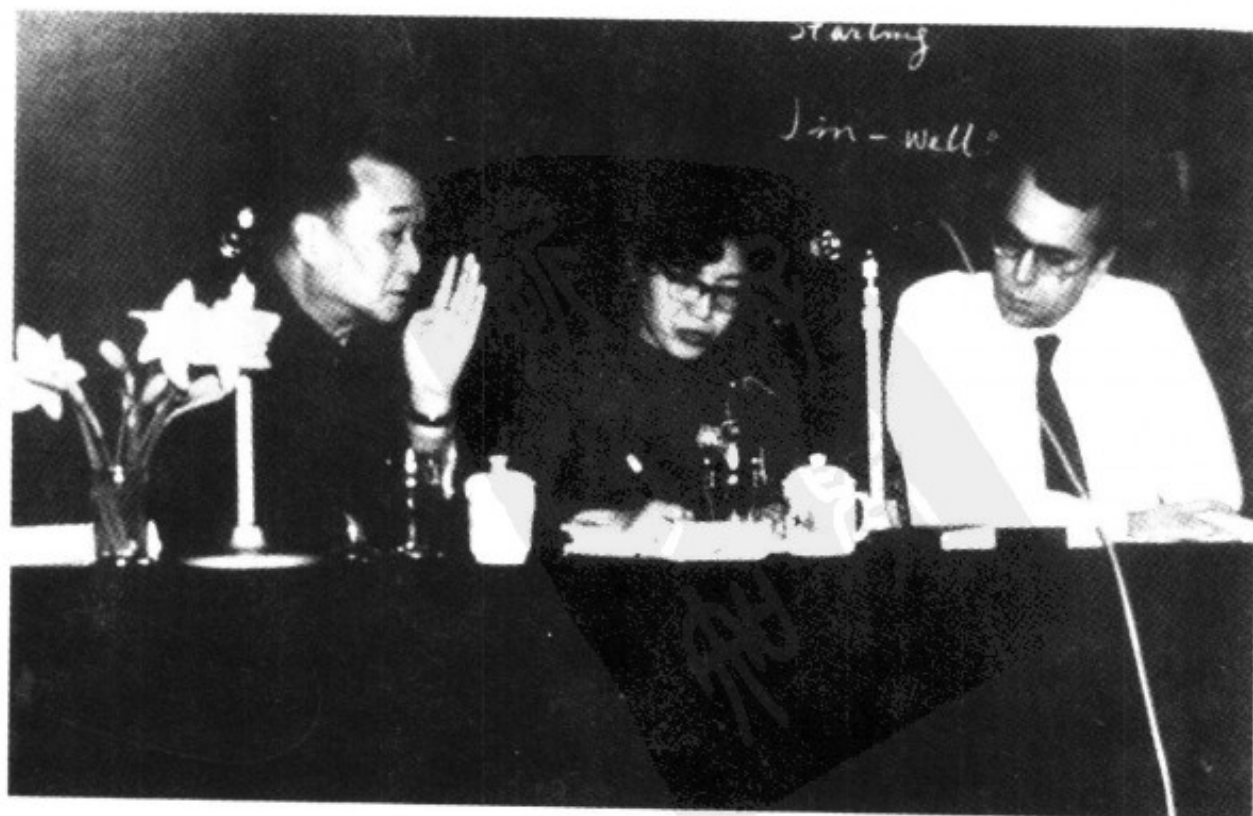
邱茂良教授与中国针灸学会领导合影(中间为邱老)



邱茂良教授在临床带教(后排右二为邱老)



邱茂良教授在英国讲学（左一为邱老）



邱茂良教授在挪威讲学（左一为邱老）

前 言

针乃仁术，扶贫济世，术捷且廉，宣传之万世而不朽，此所以我愿舍一生以事之也。吾初习中医，但骛其术，广闻强记，临床仅能按图索骥，终觉不得其门径而入。后经张山雷先生点拨始悟，医者，意也，业医者不仅要精其术，更须通其道。术仅显于一时，而道则流传千古，术道兼备，方为上医。于是乎，上溯三坟经典，下逮诸子百家，勉力遍览，勤加穷诂，方有所得。乃随承淡安先生习针灸，遂知针药一家，治虽不同，而医理则一。针道源流，不外《内》《难》《甲乙》，临证法则，亦无非辨证施治。

言辨证施治，就是临证遇病，应辨而知其证，即通过四诊来辨，辨明疾病的虚实寒热、气血偏颇等证候性质，针对其证而治之，不可执死方而治活病。临床不可为病名所遏，应透过外在形症，直视患者气血阴阳的生化，于腧穴之选择，补泻之运用，随证加减，因情变通。故圆机活法，乃治病之大道。

临证但识证候，亦嫌不足，兼通西医，乃为之大要。一则，西学东渐，达者方能不立门墙，虚心学习，交以取利。吾以为取彼之长，惟活人是务，

乃为医正道；再者，在具体疾病的治疗中运用辨证论治方法，更易体现辨证的独特之处。能积极吸收现代医学之长，发展中医辨证论治的手段与理论，是为杏林之幸。

医籍浩瀚，《甲乙》以降，所载针方甚众，其中不乏活人于倒悬之金方，为后世仰则。然而，岁月流逝，鲁鱼豕亥，真传绝术，萦掩不彰，故每展卷研读，颇多疑惑。且不少疑症，古无成例，欲藉古训，更须精究。如此非证之临床，不足以体会，不勤于思考，不可以了悟。

医理深奥，虽穷毕生精力，研习体味，亦不免绁短汲深之感。于是，稍心得，便不敢藏拙，如此积羽六十余载，今托徒生何崇辑以成集。何崇亦有心人，随吾临证，颇多拾记，遂合吾之文稿、笔谈、病案等内容于一炉而书成。若此集能有益于后学，诚幸甚哉！

邱茂良

2001/2/27 于南京

内容提要

本书汇集了原中国针灸学会副主席邱茂良教授从医六十余年的临床经验和学术思想。首先，回顾了邱茂良教授毕生从事针灸事业的历史，继而收集了他的医论、医话及医案，较为完整地反映了他在中风、呼吸系统疾病、消化系统疾病、肝胆系统疾病、传染病、泌尿系统疾病以及妇儿科疾病等方面的临床经验，医论医话中基本表现了他对上述疾病治疗的指导思想、临床经验、难点研究以及经验教训等，医案部分介绍了上述疾病的具体治疗方法，其中有不少创见性的思想与设想。本书再现了一个从本世纪初走过来的一位针灸专家的研究历程，不论在理论上，还是临床上，乃至针灸现代研究上，均包蕴着较丰富的内容，融实用性、科学性与创新性于一体，是针灸理论、临床与科研方面较为珍贵的资料，对针灸专业医疗、科研与教学人员是较好的参考书。

目 录

医家小传	(1)
专病论治	(23)
中风	(23)
谈中风的针灸治疗	(23)
中风恢复期的辨证治疗	(27)
针刺对中风患者脑血流图与血脂、血液流变学 的影响	(31)
假性球麻痹及其他中风后继发神经精神病证的 针灸治疗	(35)
谈祛风药对针灸治疗中风的启示	(38)
中风的针灸治疗亦必须辨证	(41)
谈偏瘫辨证中的几个重点	(44)
医案十则	(46)
咳喘	(57)
哮喘治疗经验	(57)
针灸治疗大叶性肺炎的体会	(61)
论肺病治法	(64)
论咳嗽的针灸治疗	(67)
谈治咳与镇咳	(70)
医案八则	(72)
胃脘痛、泄泻	(79)
针灸治疗胃脘痛的经验	(79)

慢性胃炎治疗经验	(81)
消化性溃疡治疗经验	(86)
胃下垂治疗经验	(91)
对胃病常见症状的针灸治疗	(94)
泄泻治疗经验	(96)
医案十则	(100)
胆囊炎、胆石症	(107)
急慢性胆囊炎的治疗	(107)
胆石症治疗经验	(110)
医案六则	(113)
传染病	(118)
传染性疾病的针灸治疗	(118)
病毒性肝炎的治疗	(133)
针灸治疗病毒性肝炎的体会	(139)
针刺治疗急性黄疸型病毒性肝炎	(143)
肺结核的治疗体会	(149)
针灸治疗肺结核疗效观察	(153)
针灸治疗细菌性痢疾的文献记载	(163)
针刺治疗急性细菌性痢疾的临床研究	(167)
针灸治疗细菌性痢疾的临床体会	(172)
医案十四则	(175)
水肿及淋证	(189)
慢性肾盂肾炎的证治体会	(189)
石淋治疗经验	(192)
针灸治疗泌尿系结石的临床观察	(195)
治淋需因势而利导	(198)
水肿与针灸	(200)

医案八则·····	(202)
小儿遗尿·····	(207)
小儿遗尿的针灸治疗经验·····	(207)
针灸治疗遗尿病的临床观察和病机治法探讨·····	(210)
小儿的尿与肾·····	(218)
医案八则·····	(220)
慢性盆腔炎·····	(225)
慢性盆腔炎治疗心得·····	(225)
慢性盆腔炎患者月经不调的调治·····	(228)
医案六则·····	(230)
其他·····	(235)
针灸治疗神经衰弱的临床观察·····	(235)
针灸治疗血管性帕金森氏综合征的经验·····	(242)
血管神经性头痛的治疗体会·····	(244)
诊余漫话·····	(249)
针灸疗法与辨证施治·····	(249)
决定针灸作用的主要因素·····	(256)
关于针灸临床的发展趋势·····	(257)
针灸治疗方法研究概况·····	(262)
关于新穴问题·····	(273)
临床用穴漫谈·····	(279)
四缝穴的临床作用浅议·····	(286)
腑的节律与针灸手法·····	(289)
谈针灸的通腑·····	(293)
小儿的体质特点与针灸·····	(295)
评小儿病的用穴规律·····	(297)
谈胞宫冲任病的针灸治疗与遣穴处方·····	(299)

冲、任与妇女病·····	(304)
关于妊娠禁刺·····	(306)
针灸与乙肝的传染问题的思考·····	(308)
一例带状疱疹病例的联想·····	(310)
中医颂·····	(311)
年谱·····	(313)



医家小传

南京中医药大学邱茂良教授，是我国著名的中医临床家和针灸专家，中国针灸学会副主席。邱老毕生从事临床、教学和科研，激流勇进，不改初衷，技高德馨，硕果累累，令中外同行钦羨，多次受到国家嘉奖，为中医和针灸推向世界，竭尽心智，为祖国的医药宝库谱写了一页页浓墨重彩、熠熠生辉的篇章。在南京中医药大学为他祝贺八十寿辰时，邱老感慨不已，吟诵出“老年自知夕阳短，不用扬鞭自奋蹄”之句，回顾过去的近一个世纪的春秋，先生何曾稍懈？他已将自己一生，献给了中国的针灸事业，为后学树立了一个针界巨子的成功典范！

龙游新米出钱塘

1913年9月8日，邱茂良先生出生在浙西龙游县寺下村，龙游地处浙西山区，交通不便，与外界交流甚少。地产

小米若出于钱塘（杭州）这个大市面，就是很有面子的事情。当地人若在外面出人头地，常被誉为“龙游新米出钱塘”。邱家的祖上原是地主，传至父辈，家道式微，故虽名为地主，实际上家道中落，比较贫寒，家中已无人读书，勉强清贫度日。父亲倍尝不读书、无文化之苦，坚信只有子孙有了文化，邱家才有出头之日。所以家中生活再难，也要节衣缩食，让孩子们读书识字。邱家共有兄弟姊妹三人，邱茂良排行老二。

年岁稍长，父母将他和哥哥都送进了私塾。7岁的邱茂良已十分懂事，和哥哥一样很清楚父亲的良苦用心，进私塾的第一天，他俩就暗下决心，一定不辜负父亲的期望。在私塾里，他遍览了《诗经》《左传》《论语》《孟子》《大学》《中庸》《史记》《唐诗三百首》等，终日吟诵，常年不辍。日日闻鸡起舞，不避寒暑，韦编三绝，在中国历史、文学知识方面，从小就打下了坚实的基础，为日后学习中医学奠定了牢固的文学功底。

当时的旧中国是一个半殖民地半封建的国家，军阀混战，灾年不断，民不聊生，尤其是邱茂良先生所处的浙江农村更是哀鸿遍野。当时，中国民主革命的浪潮正在蓬勃兴起，反封建反军阀反饥饿的斗争风起云涌。面对政治的黑暗，外族的入侵，国人奋斗自强的呼声极高，民主与科学的思想在年轻人中得到了广泛的共鸣。此时，邱茂良正值少年，耳濡目染，颇受触动。他亲眼目睹人民的疾苦，面对父母的期望，立下鸿鹄之志，更加发奋学习。在私塾里，他认识了国文教师章晓唐先生，先生手不释卷，满腹经纶，翩翩古儒，语出惊人。他除熟谙“四书、五经”外，还有研读古医书的嗜好，教学之余，研习医书不辍。他见邱茂良颖慧好

学，年少有志，很是喜欢，邱茂良也与先生朝暮相随，聆听教诲。暇时章先生或纵论古今，评点春秋，或耳提面命，以亲身经历启发诱导。他认为大丈夫立世，“进则安邦，退则自守”，然而当今世暗，多负民望，军阀混战，政途多舛，古来“不为良相，便为良医”，为民献心尽力，解除疾苦，惟医学最为稳妥、快捷。还列举明朝李濒湖，自幼聪慧伶俐，其父虽业医，却不愿他子承父业，硬逼儿子专攻八股，以博功名，在仕途上有所作为。然而，医乃仁术也，儿子最崇尚父亲以医术广结德缘，故官爵不能动其心，最终还是弃官从医。章先生列举了历代不少名家弃官从医，为民除病的史实。这些观点对年轻的邱茂良影响很大，“不为良相，便为良医”，他的理想渐渐清晰起来。在此期间，家中老祖母年迈体弱多病，求医问药，每多艰难，这也是促成他立志学医、济世活人的重要因素。荏苒数载，至1928年，邱茂良结束了私塾的学习生活，辞别了恩师章晓唐。此时的邱茂良心中只有一个目标——良医。时值浙江兰溪中医专门学校招生，他毫不犹豫地报名应试，并以优异成绩考取，从而正式走上了习医的道路。

来到兰溪，在学校4年正规教育中，他系统学习了《内经》《难经》《金匱要略》《温病条辨》《本草纲目》《濒湖脉学》《药性赋》等几十门功课。开始时渴仰医术，求学心切，强记死背，但少有感获，心中茫茫。其后，方知“医者，意也”。领悟其道，方能有成。遂重于理解经义，体味医理，并随师临证体验观察，遂逐渐心悟，日有体会，使他获益最深的是当时的教务长张山雷先生。

张山雷先生兼任课堂主要课程，他上课时，围绕课文内容，突出重点，结合临床实践，条理分明，生动活泼，能使

听者心领神会，易于掌握。学生如有疑问请教，无不详细解释。邱茂良随先生上课、门诊，随诊后，他都将笔记拿出来重新学习、揣摩、总结、整理。张先生胸怀大志，力倡弘扬国学，中西汇通，认为“国学为体，西学为用”。他禀承师传，上溯三坟五典，伤寒杂病，下及诸子百家，热病温疫，莫不专精，至于西学之研习，更是不遗余力。对学生也是严厉有加，曾谆谆教导他的学生：“学校之卒业有定期，而学力之深造无止境，况乎病理药理以愈加探讨而愈得证明，岂仅三五年间所能兼容并包，无所不贯！”殷拳语意，使邱茂良谨记于心，课余深研经典，博览诸家。所涉猎的书籍诸如《张氏医通》《医学心悟》《千金》《外台》及《现代医学丛书》等，拓展了思路，增长了知识，中医理论掌握也日丰。张山雷很崇尚叶天士、吴鞠通温病学说，因而在时病诊治方面很有见地，特别是张先生对当时西方医学及自然科学采取的兼收并蓄的态度，给邱茂良以很大的影响。他的中西医结合思想早期即受承于张先生。邱教授后来曾回顾自己的肄医道路，认为此阶段是他打基础的入门阶段。

在兰溪学习的后期，邱茂良被安排到无锡针灸学社进行针灸的临床实习，第一次遇到了后来成为志同道合的朋友和师长、时任学社社长的承淡安先生。在实习中，承淡安先生对邱茂良的中西医基本功极为赏识，而且他的勤勉踏实、思想深刻和富有悟性灵气，更深得承先生的青睐。

1932年中医学学校毕业后，邱茂良回乡在浙江省龙游县悬壶济世。其时正值疫病流行，百姓贫病交加，时病甚多，且多重症。他根据叶天士《温病条辨》、雷少逸《时病论》的学术思想，结合张山雷诊治时病经验进行治疗，多获良效。每日从早到晚，诊疗不息，求治者甚众，于是医名不胫

而走，广为传颂。

当时的社会背景对他治病手段从以药物为主向以针灸为主的转变有着决定性的影响。在早期几年的临床治疗实践中，他发现百姓由于有病无钱医治或虽就诊但无钱配药而延误病情者甚多，甚至有人因此失去救治机会而丧失性命。见此情景，他心里很是难过，决心改变这种状况，于是便想到了无锡承氏的针灸方法。若用针灸方法治疗，百姓可以不花钱或少花钱即能医治。或针药并用，收效更好。但他苦于原来在校期间针灸知识所及不多，若要改变自己目前多汤药而少针灸的治疗方式，就必须再研针灸。于是，他致书无锡承淡安先生，愿师于先生习针灸，先生慨然允诺。于是邱茂良负笈东去，走出了龙游，踏上了去无锡的路程。当时，他没想到，这一出去，便迈步走向了现代针灸的大舞台。

盛年矢志师明堂

1934年，邱茂良只身来到无锡，旧谊重逢，受到了承先生的诸多帮助。无锡中国针灸学社社长承淡安先生乃江阴华墅人，幼禀庭训，家学渊源，其父承乃盈，颇精针术，先生既承家学，又得当地名医瞿庄间先生的指导，广采博取，针道高超，悬壶于江苏吴县、望亭、无锡等地区，声名鹊起。后赴上海习医，旋即东渡扶桑，进入日本东京针灸学院学习，获医学博士学位。留日期间，他对日本的针灸情况进行了认真的学习和考查，回国后，即对国内的针灸学术进行了认真的总结，并借他山之石，加以改革，使之更合于临床的需要。于针灸学术研究及针灸教育方面均有建树，甚至对针具的改革亦有发明。

其时，承淡安先生在无锡行医办学，并举办中国针灸研

究社，自己负责义务指导。邱茂良来到无锡，首先随承先生在所授课的针灸班听课，由于有着扎实的中医基础，学习针灸也就相对得心应手。但他不敢有丝毫的懈怠，仍然与初学中医时一样地刻苦认真，既勤于课程学习，又随承先生门诊或出诊。他既夜以继日地钻研传统的针灸理论，又学习、总结、整理承先生的针灸治疗经验，把握其辨证论治的思想。期末理论和实践考核，成绩优异。仅半年时间，就学习了《灵枢》《针灸大成》《针灸甲乙经》《铜人腧穴针灸图经》《十四经发挥》《奇经八脉考》等著作及承先生自编的讲义。当年他的同学曾回忆道，“那时的邱老，缄默少言，步吟行诵，不肯教一日虚度。”他刻苦钻研，勤于思考，不憚劳苦，随承先生左右，请先生释疑解惑。凭着如此坚强的毅力，极高的悟性，半年不到，他即能用针灸方法熟练地独自临诊。

邱茂良的刻苦与投入，承先生极为赞赏，先生主动尽免其学费，而且还尽力向其传授技艺，使他尽得真传，师生情谊深厚。正如他在1989年承淡安先生诞辰90周年纪念文章中所云：“我于30年代初，医校毕业后，从承淡安先生学习针灸，经耳提面命，获益至深……朝夕相处，亲如家人。”此间，有关西医生理学、病理学、解剖学等课程的学习以及承先生不固步自封，学习接受西医学的新知识、新方法，无中西医门户之见的学术思想，继张山雷之后，又进一步影响了他，这对他后来中西医结合思想的形成具有重要作用。年轻好学的邱茂良，经两位大师的悉心指导，学业大进，日渐成熟，成长为一代名医，并立志终生以医为业。邱教授在《承淡安针灸选集》序文中曾总结自己的习医过程：“古语云：‘得师真不易。’谓名师之难得也。而我于肄医时，幸而得两名师。张山雷先生授我以内科，承淡安先生授我以针

灸，两师皆学问渊博，德高望重，谆谆教诲，至今难忘。”

同年，邱茂良以优异的成绩毕业，经承先生热情挽留，乃执教于针灸研究社。首先，他即协助承淡安先生将针灸研究社扩大规模，办成中国针灸学校。从此开始了他从事针灸学术研究与教学的生涯。

23岁的邱茂良初执教鞭，从学生一下子变成了老师，其工作性质发生了很大的变化。当时，承淡安先生是“自古以来将针灸设班公开传授的第一人”，因而当时的针灸教学并无固定实用的教材。而成立针灸学校，就必须有专门的教材，摆在他们面前的工作是十分艰巨的。面对巨大的压力，他只好约法三章以自逼：首先进行再学习，充实提高；其次是搜集资料，整理归纳；再次是限定时日，撰稿成书。他边教学边写作，争分夺秒，不分昼夜，终于在短短的两年之中，陆续编写出《经络学》《腧穴学》《刺灸学》《针灸治疗学》等系列教材，分别铅印或出版发行。在编写和授教的过程中，经过广泛阅读中医、针灸著作，进行深入研究、系统的分类，使他在原有中医知识的基础上又更趋丰富，对理论和实践问题的理解，由感性认识上升到理性认识。其中编写《针灸治疗学》时遇到的阻力最大，因为鲜有资料可查阅，只能从前人对穴位的应用或病案中去挖掘，从承先生的授教及其他医家的经验中总结，从自己临床治疗的实践中去提炼，然后进行分析归纳，列举纲目，充实内容，并吸取当时西医学对有关疾病的认识和对针灸治疗原理的研究成果，几易其稿，终于告成。出版发行以后受到学员及针灸界的一致好评。

邱茂良认为，讲授中医、针灸，既要有渊博的理论知识，又要有丰富的实践经验，否则是纸上谈兵，授人则空

泛，于己亦无补。因此邱教授注意将授教或成书内容必先验之于临床，务求第一手资料和临床检验之结果，然后才用以授人，纳之入稿，并由此而获益匪浅，学验俱丰。同时，还要精于表达，条理清晰，深入浅出，使医理得彰，学者易明。如果要达到上述要求，就必须不断地学习，充实提高自己。邱教授在回忆此阶段的经历时说：“当时昼夜辛勤工作，每天只睡三四个小时，不容丝毫偷息，数年如一日，累得头发几乎都掉光了，但它是成材道路上自医校毕业后学识得以提高的一个重要阶段，也是我在正确的治学道路上迈出的坚实的一步，成功的一步。”

1934年底，承淡安先生创办了国内有史以来第一份公开的针灸学刊物《针灸杂志》。承淡安先生一向赞赏邱茂良的文笔和文学功底，因此，在他执教期间，便将《针灸杂志》的编辑工作托付于他，面对这项新的挑战，邱茂良积极组稿，鼓励执业针灸师、教师、学员及全国的函授学生投稿，并对来稿进行认真的审改和整理，利用刊物，传播针灸临床切实有用的经验和心得。先生虽有授课、编写教材等诸多工作缠身，但对编审、勘误、出版等的管理，有条不紊，使该杂志一直在国内保持较好的声誉。

1937年，“八·一三”淞沪战起，抗日战争爆发，无锡针灸研究社及针灸学校被迫停办。承淡安先生去内地传播针灸，而邱先生应浙江台州中医学校的邀请，前往该校从事《中医内科学》《中医妇科学》《针灸学》等课程的教学，而且不仅授课，同时也要临床带教。除了针灸类课程原先已授教过之外，其余中医课程都要重新备课，邱教授一如既往，焚膏油以继晷，恒兀兀以穷年，研读了《医学集成》《傅青主女科》等大量著作和资料，编写了《中医内科学》《中医

妇科学》等教材，再经过授教、实践。几经反复，又大大充实了他的中医理论和内、妇等学科的实践知识，使其中医知识更全面、丰富，使他在治学成材的道路上又踏上了一个新的台阶。邱茂良回忆当时的治学体会，认为“授教者自己进步最快，因为他要多读善悟，汇通诸家，涉猎斟酌，解答疑难，师古而不泥，厚积而薄发，执简驭繁，习以丰己，授以教人。”正因为他有“授人”的使命感，所以才能活学、巧学，先于他人而登堂入室。正当先生沉缅于中医的学习与研究之时，3年后，却又因烽火南逼，该校不得不停办，他只得返回故里，以避战祸。

1941~1948年间，因战争烽火遍起，邱茂良在浙江龙游县灵山镇悬壶济民。此时的他，已不似当年初出茅庐，由于经过了专家的薰陶，临床的历练，加之懂得了西医学知识，对春温、湿温等病证，临证审疾，胸有法度，且治疗手段，变化多样。针药并用，中西结合，尤精辨证论治。例如肠伤寒，对其病程、病状、治法、预后等较前更能把握，在用药方面则适当重用黄连以提高疗效，也初步尝到了中西医结合的甜头，增强了临证的信心。由于遣方用药，投药辄效，行针用穴，应手而瘥，遂以其医术名响一方；更因常怀怜悯之心，治无贵贱，扶贫济弱，医德高尚，而名弛遐迩。以致数十年后，他定居南京，时时仍有乡人专程求医。

抗战胜利后，承先生由四川返回阔别多年的无锡，看到了原来社校房屋尽成灰烬，不禁黯然神伤，但他坚守素志，决心振兴绝学，复兴针灸学社。由于无锡房舍毁坏严重，于是将社址改到了苏州。同时致信邱茂良，邀其共图大志，来苏共事。邱茂良也素怀复社之愿，接承先生之信，志同道合，毅然关闭家乡的诊所，欣然赶赴苏州，与先生复办“中

国针灸研究社”，并复刊《针灸杂志》，一如既往地进行了针灸函授。邱茂良就任研究组长，他以极大的热情，活跃在课堂、编辑室和临床诊所。他还积极投入并组织人力协助承淡安先生编写《中国针灸学》，精力充沛，日无宁晷。不少人对他的讲学非常推崇，认为他精于表达，条理清晰，旁征博引，深入浅出，联系实际，循循善诱，引人入胜，妙趣横生，深受学生好评。平素对学生言传身教，严格要求，精心培育，用之以长。对学生的求教，总是耐心辅导，百问不厌。他经常告诫大家，要学习新知，大胆实践，多出成果，热忱鼓励中西医结合。并始终以严谨治学的态度和自强不息的精神来感染后学。学校开办后，先后招收学员三百多名，同时设有函授班，学员数万，遍及国内，远达海外，如朝鲜、越南、新加坡、日本等国家，不少人现在已成为中国针灸的名家。其中，倾注了承淡安、邱茂良等学社同仁的多少心血，唯有自知。

有人曾问邱茂良为什么如此挚爱针灸，他说：“针灸是中医的精华，由于在旧社会被所谓士大夫阶级视为小道，薄此不为，我认为，针灸有它丰富的临床实践，卓越的疗效，深奥的理论，值得深入研究，所以愿为之投入毕生的精力。”

然而，当时国内的针灸现状，却是步履维艰，从清代末叶至民国时期，由于政府的排斥打击，更遇西学东渐，国学凋敝，中医尤其是针灸之术，已是奄奄一息，几成绝学，有鉴于此，承淡安先生振臂疾呼：“《内经》治病，除三五方剂外，余皆用针灸之法，足见针灸为吾国最久之医术，举凡后世十三科，针灸无不能治，宜乎行万世而不朽也……其施治之直捷，收效之神速，每多独到之处……盖一针甫下，往往沉痾立起，名医册籍，盖多记述。”（《针灸治疗实验集》）邱

茂良则执鞭随镫，琴瑟和鸣。他和承淡安先生均清醒地认识到，针灸学术如果要在新的环境下得以生存，就必须变革和创新，必须从扩大针灸阵地、深化学术研究和培养学术传人三个方面投入更多的心力。为此，他们积极地筹划着今后的针灸临床与教学发展规划。

他在临床上刻苦钻研，勤于探索，逐步形成了自己的特色，主要表现在：（1）它不拘于前人所谓针灸科为“风科”的说法，将针灸治疗广泛地应用于内科、妇科、儿科、外科等 300 多种病证，其中对 100 多种病有较好或很好的疗效，并积累了较丰富的经验。（2）强调辨证，则以理法。认为针灸是中医的一部分，不能脱离中医理论体系的指导，历代文献中的取穴处方，不少有理可述，有法可循，看似零乱，内寓理法方穴的深意。倡导针灸临床应辨证施治，证候应作为立法处方遣穴的依据，法度严明，则治屡中病，临床疗效明显提高，同时，他的这一治疗思想，也成为我国现代针灸治疗学理论的基本核心。（3）精于针道，别有心法。他认为针刺手法与疗效关系至大，注重守神，加之手法切当，补泻分明，可明显提高疗效，同时为了保证手法的运用，强调精简疏针，效专力宏，反对多针幸中。先生倡导此议，在全国和者甚众。此外，先生临床无门户之见，学不论中西内外，多方吸纳，惟效以求，使医疗工作常进常新，生机勃勃。

中国共产党一向对中医采取保护政策，新中国成立后，中医事业得到了蓬勃发展。抗美援朝战事甫定，1954 年，喜事传来，江苏省政府就在省内广邀学有所成，久负盛名的老中医，筹办中医医院。有人推荐承淡安先生来南京任江苏中医进修学校校长，并筹建江苏省中医院，邱茂良亦应江苏省卫生厅之聘，随同恩师承淡安先生到江苏中医进修学校

(南京中医药大学前身)任教,担任该校教授及筹建中的江苏省中医院主任医师。这对毕生从事针灸学教育的承淡安与邱茂良先生来说,无疑是如鱼得水,飞鸟入林,他们带着美好的理想,怀着满腔喜悦,豪情勃发,踏上了通往南京的列车。

大展宏图席未暖

来到南京,邱茂良立即投入到紧张的工作中。他致力于医院的筹建、教学工作的安排和针灸科研的探索等方面。不畏艰辛,敢于创新,勇于实践,白手起家,在针灸医院的创办,针灸科研的设计与实施、针灸学科建设等方面,殚精竭虑,筚路蓝缕,奔走协调,席不暇暖,做了大量的具体工作。转眼到了1957年,各项工作刚刚有了一些起色,承淡安先生却因急性感染,溘然长逝。当时邱茂良不在南京,出差归来,惊闻噩耗,恰似五雷轰顶。承淡安先生在邱茂良心中既是授业的师长,亦是交心的知己,恩谊数载,亲如家人,先生撒手人寰,英年早逝,犹失擎天一柱,故令他心肝俱裂,痛入腑肠。痛定静思,逝者如斯,后继者当更加发奋勤力,早遂先生遗愿。他化悲痛为力量,带领全科同仁,又全力投入工作之中。

1. 拓展针灸临床基地

早在20世纪30年代,在无锡研习针灸时,承淡安先生就和他商议,必须建立针灸专门医院,以扩大针灸病种,提高治疗效果,进一步阐明其疗效机理,藉以扩大针灸学术的影响,但在解放前私人开业,势单力薄,这一愿望不可能得以实现。1958年,在邱教授积极倡议、努力争取之下,省政府终于批准在南京石婆婆庵建立江苏省针灸推拿医院。邱教授具体负责筹划和主管业务。1959年,医院正式开诊。

门诊分科设立内、外、妇、儿、五官5个针灸科室，病房有90多张床位。其门诊量日平均500人次左右，各科病种剧增。针灸由原来治疗常见的腰背关节疼痛逐步发展到治疗内、外、妇、儿、五官等多科疾病，疗效也不断提高。并接收全省、全国的进修生、实习生；同时还接纳了苏联、越南、朝鲜等友好国家的留学生。特别是以此为基地，首开我国针灸临床科学研究之先河，针灸治疗肺结核、小儿麻痹后遗症、面针疗法等一批科研成果，此间相继面世。该医院作为新中国成立以后全国首家针灸专科医院，对于我国解放后重视针灸专科医院建设、培养针灸人才，发展针灸事业，起到了积极推动作用。因而当时在全国产生了很大影响，其后各地相继建立了一批针灸专科医院。

在无锡办学期间，他也曾和承淡安先生一起设置10多张病床的“医房”，以适应远道而来的患者诊治之需求，兼作为学生临床实践课的基地，其间还积累了有关类似病房管理的经验。随承老来南京筹建江苏省中医院，邱茂良在全国省级中医院中率先设立针灸病房，这是新中国成立以后第一家设立的针灸病房。它使得针灸临床治疗有了深入、系统地观察疗效、研究机理的阵地，这也为其后在我国中医院中普遍设立针灸病房和加强针灸专科建设起到了示范和促进作用。

2. 尝试针灸科研

邱教授根据科学技术的发展和对人类生命科学认识的深化，反复提出，针灸学的发展不能固步自封、停滞不前，而要不断进步，要进行科学研究。其任务是既要努力阐发临床治疗机理，又要通过科研之先导，以指导临床、服务于临床，提高医疗水平和教学质量。所以，数十年来他一直把针灸科研放在十分重要的位置，植根于临床，坚持不懈，深入

研究，开拓创新。

早在 20 世纪 30 年代，邱教授与承淡安先生创办的“中国针灸研究社”即带有研究性质，首先是对传统理论的总结研究，引入日本 20 世纪初在针灸疗效的生物物理和生物化学机制方面的研究成果，对传统理论进行总结与归纳，形成了当今针灸学教材的雏形。在皮肤针、皮内针、抽气罐、电针、电灸等针灸器具的研制与应用方面，在国内也是捷足先登。

来到南京后，在 1954 年江苏省中医院成立之初，他对针灸的科研有了进一步的认识，认为科研要解决当前社会的主要医疗问题，科研要与临床实际紧密结合。那么，针灸科研的主攻方向在何处？邱教授根据古代医学文献记载和几十年临证经验总结及社会的实际需求，提出传染病、疑难病是针灸研究的主要课题。

当时，社会上肺结核病正猖獗，邱教授决定由此出发，展开针灸治疗传染病的研究。古代曾有艾灸治疗“癆瘵”的记载，先师承淡安先生针灸治疗结核病亦颇有心得，但其确切疗效如何，尚没有进行过科学的总结。在当时，已经明确肺结核是因结核杆菌引起的。“针灸能杀死结核杆菌吗？”面对诸多的疑问，只有依靠科研的手段寻找答案。省中医院非传染病医院，邱教授就带领全科人员到处寻找临床观察基地，最后终于与邮电部结核病疗养院建立了协作关系，申报了针灸治疗肺结核病的科研项目并得到了批准，开始了国内首家针灸临床科研工作。邱教授亲自主持、参加此项工作，深入到病房床边，制订治疗方案、查房、针灸治疗各项工作均做在人前。不仅在工作时间，节假日也来到病人中间，嘘寒问暖，随时处理观察中的异常情况，掌握第一手临床资料。如此数年坚持不懈，终于圆满完成了临床研究工作。所

治肺结核病，治疗前后皆经过 X 线摄片、血沉、痰检等多项指标的观察，临床和实验都获满意结果，其中单纯用针灸治疗肺结核的有效率达到了 81.1%。通过系统观察，他们还总结了针灸治疗肺结核病的用穴经验，处方规律，获得了极大的成功。他所撰写的“针灸治疗肺结核 291 例疗效观察”论文，在 1958 年全国经络大会上交流，获得相当高的评价，并作为中医领域的科研成果被列入国家的科研成果汇编，从而开创了新中国成立以后的针灸科研之先河。

在针灸治疗肺结核这种慢性传染病取得成功经验的基础上，1960 年，邱教授又与驻宁解放军八一医院传染科建立了科研协作关系，开始了针灸治疗细菌性痢疾的观察研究。他带领全科成员，深入病房进行针灸疗效的观察，获得初步的疗效后，又将科研范围进一步扩大，与 10 个单位协作，对 1000 多例病人进行系统观察和大规模研究，还开展了相应的临床和动物实验研究，其指标涉及生理、生化、免疫等各个方面，结果较全面地阐明了针灸治疗急性菌痢具有肯定的临床疗效，总结了用穴方法，并证明针灸疗效的原理在于针灸对人体免疫系统进行了调整的结论，并撰写了题为“针刺治疗急性细菌性痢疾的临床研究”的论文。该论文在我国举办的第一届国际针灸针麻学术讨论会上作大会交流，获得与会的国内外学者的极高评价，该课题通过卫生部部级鉴定，获得了全国科技大会乙级成果奖。《人民日报》特作专题报道。

以后，邱老因“针刺治疗胆石症”的研究成果荣获了 1978 年江苏省科技大会奖。在随后进行的“针刺治疗急性病毒性肝炎”的部级课题中，发现针刺可调整与提高机体的免疫状况，加强和健全 T 细胞功能，促进肝细胞的再生。

“针刺对中风患者脑血流图与血脂、血液流变学的影响”的科研项目，1989年11月通过省级鉴定，认为该研究已达到国内先进水平。此类研究成果，多数是针灸领域中的突破性的研究进展，在针灸治疗急性病、传染病的研究方面做出了开拓性的工作，为扩大针灸治疗病种，阐释针灸治疗机理，做出了杰出的成绩，从而极大地推动了我国针灸科学研究事业的发展，提高了我国针灸医学在国际上的地位和良好声誉，对我国未来针灸科学研究和针灸学的发展产生深远的影响。他对科研满腔热情，无比执著，全身心地投入，在20世纪60年代后40多年的时间里，他始终以临床研究作为针灸科研的重点，先后对神经衰弱、食道癌、大叶性肺炎、溃疡病、小儿麻痹后遗症、小儿遗尿、泌尿系统结石、胆石症、中风、急性细菌性痢疾、病毒性肝炎等疾病重点进行研究，发表数十篇学术论文。

3. 扩大教学基地

1955年，南京中医学院成立后，与其先后成立的江苏省中医院针灸科、江苏省针灸推拿医院等，即为南京中医学院针灸学科建设早期阶段的基础，其创始人和奠基者是承淡安和邱茂良教授。承淡安先生病故以后，邱教授遵照承先生的遗愿和重托，积极投入针灸学科建设。在邱教授和学科全体同志共同努力下，成立了南京中医学院针灸学教研室，先生活跃在临床教学和课堂教学的第一线，制订教学计划，研究教学方法，更新针灸教材，在承淡安教授《中国针灸学》的基础上，结合教学实践中的具体问题，不断优化，形成了《针灸学》《针灸学中级讲义》等版本的教材，又受卫生部高等医学院校教材委员会的委托，完成了全国统编第四版、第五版《针灸学》的编写。他一直勤于钻研古今医籍，靡不谙

熟，学识渊博，备课认真，精于表达，条理清晰，主次分明，深入浅出，联系实际，妙趣横生，引人入胜，深受学生好评。在繁忙的工作中，他还撰写了《针灸纂要》《针灸内科治疗学》《针灸外科治疗学》等书籍，当时被当作为针灸学习者的入门向导。经过他与同事们的辛勤努力，南京针灸重点学科在教材建设、师资培养、临床医疗、文献研究、科学实验及外事教学方面都成绩斐然，处于国际、国内的领先地位。1982 年根据卫生部、教育部发布的《关于加强针灸教育，培养针灸人才的意见》，成立了针灸系，他担任针灸系第一任主任。在他的带领下，针灸学科建设步上了新台阶，如在教学环节与管理上探索出一条切实可行的路子，采取了一系列行之有效的措施；新编了多部针灸教材，拍摄了系列针刺手法电教片；接受国内外针灸人员前来深造；建立了合理的学术梯队；加强了针灸临床基地建设；整理了一批经典文献；建立了针灸研究室，继而成立了针灸研究所；积累了针灸临床防治疾病的经验；出现了一批临床研究成果等。在继承和发扬传统经验的同时，大力开创新的研究领域，形成自己的学术特色。从 20 世纪 80 年代始，他又积极从事研究生的培养工作，培养了硕士研究生 3 名，博士研究生 10 名，博士后 1 名，有 6 名博士生在国外工作。不久，由于研究生培养工作成绩突出，该校针灸专业获得自主培养针灸博士、硕士、学士人才的能力，并获得硕士、博士学位授予权。为了适应研究生的学习，便于指导学生和下级医师的临床工作，邱茂良教授总结了自己从医近 60 年的经验，写出了《中国针灸治疗学》《中国医学百科全书·针灸分册》《中国针灸荟萃·临床治疗分册》《针灸治法与处方》等著作，出版后，均获得同行的较高评价。不久，南京中医学院针灸

系又成为全国针灸进修教育基地和国际针灸培训中心，1985年被批准为国家教委重点学科，1993年被批准为国家中医药管理局重点学科，1993年针灸实验室被批准为江苏省重点实验室。这是目前我国针灸学领域中第一家，也是惟一的一家同时获得国家级、局级、省级重点学科称号和殊荣的单位，是对邱教授作为学术带头人在针灸学科中几十年辛勤耕耘和为学科建设作出突出贡献最好的认可和证明。

4. 创建针灸学会

根据我国针灸事业发展的需要，邱教授与北京的王雪苔教授、上海的黄羨明教授等人经过共同努力和积极筹划，中国针灸学会于1980年获准成立。该学会原隶属于中国中医学会，为二级学会，邱教授在该学会任副主任委员。学会成立以后，邱教授为其做了大量的工作。由于党和国家的支持，针灸事业日新月异，蓬勃发展，并逐步走向世界，许多国家和地区都派员来华学习针灸，国际间的针灸医学交流与合作日益活跃。因此中国针灸学会的工作越来越多。邱教授等通过分析认为，中国针灸学会作为二级学会的体制已不能适应当时针灸发展形势，便联系其他同志，适时向有关部门提出了将中国针灸学会升格为一级学会的申请。几经努力，终于获准。从而使中国针灸学会为我国针灸事业的发展能更好地发挥计划、组织、协调等作用。这也是邱教授为我国针灸学事业作出的贡献。

在邱老为中医、为针灸事业做出有目共睹的巨大贡献的同时，各项荣誉也纷沓而至。仅仅1980~1982年间，他先后被授予江苏省劳动模范、先进工作者、中国针灸学会江苏省分会主任委员、南京中医学院国际针灸培训中心名誉主任、卫生部医学科学委员会委员、国家科学技术委员会中医

组员、国家科学技术委员会针刺麻醉专题委员会委员、全国高等医药院校中医教材编审委员会副主任委员、南京中医学院针灸系主任、南京中医学院针灸系名誉主任。自1982年后，连续被选为第六届、第七届全国政协委员。1991年，邱茂良教授获得享受国务院特殊津贴专家待遇。

基于他对中医事业的杰出贡献，他作为医学界的优秀代表，以第六届及第七届全国政协委员的身份去北京参加全国政协会议，与其他政协委员一起参政议政，共商国事。面对这些荣誉，邱教授心中非常激动，他出身贫寒，自幼立志“不为良相，即为良医”，为民除疾，吾愿足矣！不想欣逢盛世，人民当家作主，竟能有机会参与国事，这是党的信任，人民的重托，今生一定要紧跟中国共产党，为人民做出更大的贡献。

不觉时间已到了1984年，已年逾古稀的邱老，经历了一件极不寻常的事，在这一年中，邱老光荣地加入了中国共产党，他多年的夙愿和始终不渝的追求终于得以实现。邱老抚今追昔，感慨万千。自己是从本世纪初走过来的人，自幼目睹城头易帜频频，城外尸骨累累，黎民百姓，困苦交加，缺医少药，命丧黄泉者何止万千！惟有中国共产党集合全中国的先进分子，以马列主义毛泽东思想为指导，为人民谋利益。只有在中国共产党的领导下，中国人民才可以按照自己的意志选择今后所要走的道路。不仅如此，只有中国共产党对于中医事业的关怀与支持，才有今天中医的发展，也才有我邱茂良的今天。入党宣誓那天，邱老心潮起伏，激动得彻夜未眠。

耀然金针度外洋

1972年，美国总统尼克松访华，发现中国人用针刺的

方法进行手术麻醉，经国外媒体的宣传，针灸疗法在国外造成了很大的轰动，形成了所谓的“针灸热”。实际上，针灸疗法已在隋唐年间传入日本与朝鲜，明末由利玛窦介绍给了西方，清末英国东印度公司的洋人将针灸书籍带入意大利、法国，虽然西方有人在尝试中国的灸术，针刺术，但并未造成很大的影响。然而，针刺麻醉术引起了外国人对针灸的兴趣，外国医生学习并运用针灸术的热情空前高涨，加之国内对针灸科研的发展，也促使西方对中国传统针灸术进行重新认识。因此，国际间的针灸教学、医疗、科研等方面的交流也日益频繁，为了适应这种交流，很多国家认为有必要成立一个世界性的针灸组织来协调此类事宜，于是成立“世界针灸学会联合会”的议题应运而生。世界卫生组织认为，成立“世界针联”，首先必须解决针灸穴位国际通用命名(即标准化命名)问题。1983~1984年，世界卫生组织派员来华并专程与邱教授等进行磋商，其议题一是关于针灸穴位国际化问题(标准化命名问题)，二是关于“世界针联”的领导权问题。

为此，邱茂良以世界卫生组织亚太地区临时顾问的身份，先后去日本、菲律宾，就针灸穴名国际化问题进行商谈。在商谈中，日本代表对经络的分布、腧穴的定位以及骨度分寸等问题与中方代表进行了仔细的研究与商讨，邱教授一一予以解释，并介绍中国人对这些概念与理论的基本观点。其中对穴位的名称问题，日本代表坚持要用编号的方法命名，认为中国穴名深奥难记，对外国学者的学习造成不便，应予以取消，而且这个观点还得到法国等西方国家的支持，当时世界卫生组织拟采用其他国家提出的将经脉穴位用英文字母和阿拉伯数字编码的方法进行命名。在这个问题上，邱教授毫不让步，代表中国方面据理力争，他提出，针

灸是中国所发明，按照国际惯例，应尊重发明者，而且，穴名具有含义，了解其意义，对于掌握和运用穴位均有帮助。他说：“中国自古就认为‘凡诸孔穴，名不徒设，皆有深意’，穴位名与中医理论、治疗作用及腧穴所在部位有密切关联。若用英文字母、阿拉伯数字代替加以编号对腧穴重新进行命名，就完完全全地将穴位名与平常的代号划了等号，目前腧穴的功能主治与定位方法尚有很多待研究之处，如果以法规和标准的形式，舍弃了这些内容，将意味着丢弃了部分有用的信息，影响今后的进一步研究，此法舍弃了针灸穴名之真髓，为历代医家所忌。”就这样，在谈判桌上，他坚持原则，据理力争，经多次反复会谈，终于达成了国际统一使用的中国针灸穴名标准化方案，并在日内瓦世界卫生组织正式会议上向世界宣布执行。

解决了上述问题，实际上筹建“世界针联”的另一个重要问题，即“世界针联”领导权问题也迎刃而解了。中国作为针灸发明的故乡，是理所当然的东道主，成立“世界针联”这样的国际性组织，则应由东道主牵头，其领导权应在中国。因此，1987年“世界针灸学会联合会”在京成立，总部设在北京。这是第一家总部设在北京的世界性学术组织。邱教授任该会顾问。在盛大的开幕仪式结束后，他的心情仍久久不能平息，过去的奔波，过去的坎坷、曲折，过去的奋斗经历又一一呈现在眼前，而这一切在今天终于有了结果。他抬起头望着窗外，繁星闪烁，邱老陷入了沉思，他憧憬着明天，向往着未来，热切期望中医针灸的天地更广阔，事业更辉煌。

夕照霞万道，青山不老松。已近耄耋之年的邱老，伏枥奋蹄，壮心不已，心系杏林，关心中医、针灸事业的发展。

他开始远涉重洋，奔走于北欧、南亚、南美等世界各地，弘扬针灸学术，交流临床研究成果，宣扬中华医药瑰宝。

1984年，邱教授应邀赴英国、意大利讲学，每次都是座无虚席。听课者除英、意本国的医学界人士外，还有来自挪威、荷兰、比利时、西德等国的医生。在讲学的过程中，还同时对许多患者进行了现场治疗，取得了良好的效果，在西方产生了很大的反响。意大利一位大学教师兴奋地说：“针灸治疗太奇妙了，几根小小的银针就能起到药物达不到的作用。”一位在越南学过针灸的英国医生说：“中国的老师讲得太好了，使我找到了以前得不到的答案。”许多记者纷纷前来采访，在电视台、报纸、杂志上作了大量的报道。英国卫生部官员在下院亲切接见了邱茂良教授，并交换了中医药在英国发展的意见。

1985年，作为香港针灸学会名誉会长，邱教授应邀去香港大学讲学，获得了较大的成功。1990年，又应邀去阿根廷、挪威等地讲学，在当地均引起了轰动。当地新闻媒体对他作了专访，交谈中，记者们对他在古稀之年，仍四方奔走，传布针灸学术的精神给予了很高的评价。邱老持针为西方患者治疗的身影出现在当时西欧报刊的头版，不少后来到南京中医药大学学习的留学生都说，他们之所以神往来中国学习中医针灸，最初都是受到了邱教授欧洲精彩演讲的影响。在北欧，他被聘为荷兰欧洲中医培训中心顾问，在北美，他被聘为加拿大中医药针灸学会顾问，在南美，被聘为阿根廷针灸学会顾问委员会主任。

专
病
论
治

中 风

谈中风的针灸治疗

中风是中老年人较为高发的神经系统疾病。临床以突然意识障碍和肢体瘫痪为特征，其病死率和致残率均很高。本病可分为出血性和缺血性两大类，前者包括脑出血和蛛网膜下腔出血，后者包括脑血栓形成和脑栓塞，临床上以脑血栓形成最为多见，脑出血次之。本病中医学称为“中风”，又称“卒中”。有关中风的记述，始见于《内经》，如《素问·通评虚实论》谓：“仆击偏枯……肥贵人则膏粱之疾也。”《素问·生气通天论》“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。”《素问·调经论》有“气之与血，并走于上，则为大厥。”《素问·风论》有“风之伤人也，或为偏枯”等。

对本病的症状与病因作了概括性的论述。至汉代张仲景《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》中，对本病的病因、症状、脉象、病位等作了介绍，为后世中风的分类提供了依据。

1. 中风的病因病机

关于中风的发病原因，历代医家有不同的见解。概言之，有“外风”和“内风”两种学说。唐宋以前多从外风立论，如《灵枢·刺节真邪》说：“虚风之贼伤人也，其中人也深，不能自去。”“虚邪偏客于身半……发为偏枯。”《金匱要略》认为是“脉络空虚”，邪气乘虚入侵所致。隋·巢元方《诸病源候论·中风候》亦谓“凡偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿”而成。严用和《济生方·中风论治》说：“荣卫失和，腠理空疏，邪气乘虚而入。”总之，这一时期的医家都认为中风是外风。至金元时代，许多医家开始对此有不同的看法，如《河间六书》谓：“暴病暴死，火性疾速故也。”提出心火暴盛的观点。《东垣十书》谓：“中风者，非外来风邪，乃本气自病也。”《丹溪心法》称：“中风大率主血虚有痰。”并谓：“按《内经》以下，皆谓外中风邪，然地有南北之殊，不可一途而论……东南之人多是湿土生痰，痰生热，热生风也。”《景岳全书》谓：“非风一证，即时人所谓中风证也，此证多见卒倒，卒倒多由昏愤，本皆内伤积损而然，原非外感风寒所致。”上述各家，说理虽不尽相同，但主张中风属于内风的观点是一致的。

目前对本病的病机认识，主要是总结前代各家，认为本病的发生可由精神因素，如忧思恼怒；饮食因素，如嗜酒与多食美肥；生活因素，如房劳不节，劳累太过等多种因素，以致阴亏于下，肝阳内盛，气血逆乱，夹痰夹火，上蒙清

窍，横窜经络，故见猝然昏倒，肢体瘫痪等症。其病机可以概括为风、火、痰、瘀四者。具体说来，其一为肝风内动，迫血上涌，阻塞清空以致神志昏迷；其二因心火暴盛，心神昏冒，在卒中的急性期，火热之象最重；其三为痰浊内蒙，湿痰阻络。中风病好发于素体肥胖、多湿多痰之体，或酒食不节、多食肥腻、生热生痰、风阳上扰或心火暴盛之时，夹痰湿上蒙清窍，则神志昏蒙，阻于廉泉则舌暗不能言，窜入经络，则肢体瘫痪；其四为血液瘀滞，阻于脉络。肝风内动、血菀于上，则使脑络血瘀，阻碍神明，瘀阻经络，则成半身不遂。若仅是肝风夹痰，横窜经络，影响经络的气血运行，其病位较浅者，称为中经络；如风阳痰火炽盛，风阳暴升，痰火相夹，气血逆乱，卒然昏倒，不省人事者，称为中脏腑闭证，如邪热壅盛，正不胜邪，导致阴竭阳亡，则称中脏腑的脱证。更有中风久延，耗伤气血，成为气血两虚之症。总之，中风急性期一般以标实为主，或本虚标实。久病或严重者，还可由实转虚，甚至变成脱证。

2. 中风的针灸治疗

针灸治疗中风，早在《内经》中即有记载。《灵枢·热病》：“偏枯，身偏不用而痛，言不变，志不乱，病在分腠之间，宜温卧取汗，巨针取之，益其不足，损其有余，乃可复也。”又说：“痲之为病，身无痛者，四肢不收，智乱不甚，其言微知，可治；甚则不能言，不可治也。”指出瘫痪的治法及其预后。其后不少针灸专著均有针灸治疗中风的治法处方。如《针灸甲乙经·阳受病发风》中有“偏枯，四肢不用，善惊，大巨主之。两手挛不伸及腋，偏枯不仁，瘰偏小筋急，大陵主之。”唐代《千金方》遍集隋唐以前针灸治疗中风的有效处方，如《千金翼方·卷二十六·针灸上·诸风第七》

就有风痲的灸法，卒中风口喎、卒中风口噤不得开的灸法，偏风等针灸法，既有针方，又有灸方，更有针灸合用者，对具体针灸刺激方法，选穴先后，呼吸的配合等，均有详细介绍，对本病的针灸过程中的忌口都有明确要求。宋代的《针灸资生经·中风不语、偏枯》记有：“中风失音，不能言语，缓纵不随，先灸天窗五十壮，息火，仍移灸百会五十壮，毕，还灸天窗五十壮……卒中风，口噤不开，灸机关二穴（颊车）、阳陵泉、环跳、曲池治偏风半身不遂。”《针灸大成·诸风门·治症总要》则说：“左瘫右痪，曲池、阳溪、合谷、中渚、三里、阳辅、昆仑；口噤不开，颊车、承浆、合谷；中风不语，手足瘫痪者，合谷、肩髃、手三里、百会、肩井、风市、环跳、足三里、委中、阳陵泉，先针无病手足，后针有病手足。阴症中风，半身不遂，拘急，手足拘挛，此是阴症，亦依治之，但先补后泻，中风不省人事，人中、中冲、合谷；口眼歪斜，中风，地仓、颊车、人中、合谷。”对中风的一些具体症状表现提出了不少有价值的治疗方法。

本病急性期治疗，除脑溢血、脑血栓重症昏迷期，应采用针灸与中西药物综合治疗抢救外，一般可单独用针灸治疗，收效良好，尤其是脑血栓患者，更为合适。对于重症昏迷患者的抢救，积极配合针刺亦可起到一定的作用。那种认为急性期禁忌针刺的说法，证之临床似不尽然。对于亡阴亡阳之脱证，针灸治疗，似不可及，尤其是出现呼吸减弱或伴有急性消化道出血的病例，更应密切注意。

对于中风后遗症的瘫痪，毫针刺多用三个穴位处方：一是头面部穴位，如百会、本神、风池、地仓、巨髎、下关，甚至睛明。再者循经穴位，一般阳明为多气多血之经，临床

选用手足阳明经，主要有宣通气血，滋养筋骨，以促偏瘫恢复的意思。但也可见少阳经和太阳经部位的病变，临床应选取相应经脉穴位。第三是局部取穴，如某关节出现明显的僵直和拘挛，或某局部出现水肿或瘀血，躯干或肢体某部位出现剧烈疼痛等，均需用局部取穴的办法，以缓解症状，当然，也可以取远道的特效用穴。除用毫针刺法外，近几十年来出现的头针、耳针、水针、脑超声波、微波照射等疗法，均具有一定的作用，但尚难肯定某一种疗法具有特殊的疗效。若有多种疗法相互配合，交替使用，可以提高疗效。

在穴位的选择方面，从实验中观察到，针刺风池、风府等穴对脑血流图、脑电图的改变较为明显，临床应用效果较好。对处于朦胧状态的患者，针刺人中穴，加强刺激，可迅速使其清醒，并可持续1~2小时；针刺舌下金津、玉液两穴，对上肢瘫痪久治不愈者，针后往往可立即举臂，但为时较短暂；针刺三阴交，对足下垂有较好的效果；三间穴透后溪，对手指不用者，有一定的作用。

关于针刺手法，本病急性期一般认为不能用强烈的针刺手法，并认为强刺激可能引起不良反应，值得注意。但我们对风阳上亢，心火暴盛的急性期患者，针刺太冲、涌泉、劳宫等穴，均行持续的紧提慢按手法，刺激较大，未见有不良反应。

中风恢复期的辨证治疗

对中风卒中期的抢救，后遗症瘫痪的治疗，各地报道甚多，疗效可以肯定，而恢复期的治疗，注意较少。在恢复期，因机体气血阴阳的严重失调，除偏瘫外，常伴有一系列的全身症状，总之是正气虚弱，邪气留恋，必须及时治疗，

加速后遗症的恢复。因此，积极地进行全身治疗，甚为重要，处理得当，全身状态好转，肢体瘫痪恢复亦快。根据大量病人的临床观察，一般可分为下列三种情况。

(1) 肝肾阴虚，余邪未清

临床表现为神志时清时昧，面颧潮红，尤以午后为甚，虚烦不寐，心情不安，或躁动不静，夜难入睡，头痛耳鸣，口干不欲多饮，血压偏高，或心悸不安，舌红少苔或光剥无苔，脉细数等症。治当滋养肝肾，潜阳熄风。取双侧神门、三阴交、太溪、复溜、太冲。

(2) 脾胃虚弱，痰浊不化

临床表现为沉睡嗜卧，唤之能醒，倦怠懒言，痰多而粘，言语不清，语声重浊，饮食不多，大便易溏，肢体瘫痪、肢冷或偏瘫肢体紫暗，舌质胖，边有齿痕，舌苔浊腻，脉象缓滑等。治当调补脾胃，宣化痰浊。取双侧脾俞、胃俞、中脘、丰隆、合谷、太冲。

(3) 心脾两虚，气血两亏

临床表现为面色少华或苍白，精神萎顿，神志清楚，少气懒言，心慌易惊，夜寐欠宁，饮食减少，自汗出，血压偏低，肢体瘫痪，舌质淡，苔薄，脉细弱或迟缓无力等。治当调补气血。取气海、关元、足三里（双）、三阴交（双）。

在以上辨证处方的基础上，可酌情予以对症加减，每日针灸1次，治疗5天停1天，1个月为1个疗程。

按上法治疗南京中医药大学附属医院针灸科住院患者55例，按1983年中华全国中医内科学会中风专题会议所定的诊断标准诊断，其中男37例，女18例；年龄34~76岁，平均59.6岁；出血性中风21例，缺血性中风34例。另设非针灸对照组12例，每次口服复方丹参片3片，烟酸肌醇

酯片 0.2g, Vit B₁ 0.1g, 均为 1 日 3 次。1 个月为 1 个疗程。

疗效标准参照 1981 年全国中风专题会议确定的疗效标准, 和 1983 年中华全国中医内科学会中风疗效试行评定标准的规定, 将本病的疗效分为 4 级。基本痊愈: 偏瘫失语基本恢复, 徒手步行, 生活自理, 上下肢肌力恢复到 5 级左右者; 显著好转: 偏瘫失语等症状明显改善, 能步行, 上下肢肌力较前提高 2 级者; 好转: 偏瘫失语症状有明显进步, 上下肢肌力较前提高 1 级者; 无效: 治疗 1 个疗程后, 偏瘫失语症状无改善或加重者。结果治疗组基本痊愈 18 例, 显著好转 26 例, 好转 7 例, 无效 4 例, 治疗组痊愈率达 32.7%, 总有效率为 92.7%。对照组基本痊愈 1 例, 显著好转 3 例, 好转 4 例, 无效 4 例, 痊愈率 8.3%, 总有效率 66.7%。治疗组的疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

中风恢复期的病情较急性期有所缓和, 但从急性期遗留下来的肝风、痰火、瘀滞等病理因素并未消失。邪实正虚、邪正纷争在此时期则成为主要矛盾。诸如烦躁、失眠、少气、肢冷等症状, 均是不同证候的外在表现。临床上, 不少病例均提示, 肢体痉挛、循环异常、伴见风湿性肌肉病变等, 无不影响偏瘫的恢复, 不仅如此, 严重失眠、连日便秘、频发眩晕以及患者的心理异常等, 都对偏瘫的近期恢复, 产生诸多消极影响。部分学者在实验研究过程中, 已注意到了其证候的差别。曾有报道, 缺血性脑血管病患者血浆中的亮氨酸内啡肽 (PLEK) 因证候不同, 含量差异明显。并且发现阴虚偏重的患者 PLEK 含量较高, 针刺后则显著降低 ($P < 0.01$); 而阳虚患者的 PLEK 含量较低, 针刺后则明显升高 ($P < 0.01$), 从而倡导中风病的辨证分型研究

问题。由上可知，中风恢复期实际是急性期和后遗症期之间的一个过渡期，也是中风偏瘫康复的一个重要时期，对此期各类病理因素的调整，将消除部分影响偏瘫恢复的羁绊，为病变的恢复创造有利条件，这对偏瘫的恢复乃至体质的改善进而复发的预防，均具有重要的意义。

在恢复期，不少针灸医生较为重视对偏瘫的治疗，对兼症采用对症治疗的方法加以兼顾，更有不少医生认为偏瘫康复的决定因素在于急性期的急救。这些都有一定的临床经验的依据，确有其道理。但后者非针灸医生所能控制，前者又非可“毕功于一役”，故切实地抓好恢复期的治疗，在针灸医生就显得十分重要。而且，在恢复期，患者症状繁多，从辨证的角度去认识并加以治疗，既抓疾病的证候特点，又可提纲挈领，治病求本。综览中风恢复期的临床表现，结合此期的主要病理演变特点，我们总结出三个基本证候类型，当然，可能挂一漏万，但具有较明显的普遍性。

本组选用穴位基本是根据病例的证候性质，选用相应的穴位。其中，肝肾阴虚，风阳未靖的证候，多属上实下虚证，故肝肾两俞当用补法，行间一穴当泻，以熄未靖之阳。神门宁神定志，既改善症状，而且通过宁神有助于阴气的来复。对于脾胃虚弱，痰浊不化的症候，脾胃既虚，痰浊一般难以骤化，故采用健脾胃以化痰的方法，用脾胃二俞，必要时用足三里。均宜用补法，对中脘则可结合病人的体质，采用泻法或较强的刺激。对于这类病证，应用浅刺久留的方法，不可企求速效。对于气血两亏证，常见的为心脾两虚之象，除以上的穴位，还可考虑以各种方法调补气血，以资气血的来复，当然，其手法当以补法为主。

此外，我们强调恢复期的辨证治疗并不是单纯的分型治

疗，恢复期在清理余邪，调补正气的同时，必须兼治肢体瘫痪，这样才能获得较为满意的疗效。

(本文根据 1983 年在香港一次学术报告讲稿整理)

针刺对中风患者脑血流图与 血脂、血液流变学的影响

我科近年来，收治了大量的中风病例，进行有计划的治疗与观察，对 1982 年上半年收治的 30 例中风患者，进行了针刺前后脑血流图、血液流变学、血脂、脂蛋白电泳等项目的观察，现就这些项目的变化与针刺疗效的关系分述如下。

1. 临床资料

本组 30 例，男 27 例，女 3 例；年龄 38~72 岁，60 岁以上 14 人，占 47%；病程 3 天~1 年，3 个月以内共有 27 例，占 90%。按病灶部位分类，内囊部位脑溢血者 7 例，颈内动脉系统脑血栓形成者 23 例，大脑中动脉皮质分枝血栓 9 例，深部分枝血栓 13 例，1 例患者广泛脑内血栓形成。第 1 次发病者 25 例，复中者 5 例。

临床症状和体征表现为：意识模糊不清、眩晕、头痛、大小便失禁、中枢性舌瘫、高血压、运动性失语、偏瘫、腱苔、弦脉等。

血脂测定：本组 30 例总胆固醇高于 230mg/dl 者 13 例；甘油三酯高于 150mg/dl 者 15 例；高密度脂蛋白高于 60mg/dl 者 3 例。血清脂蛋白电泳测定：前 β 脂蛋白高于 27.33% 者 6 例， β 脂蛋白高于 53.99% 者 11 例。

血液流变学测定：30 例中全血比粘度 13 例异常，血浆比粘度 7 例异常，红细胞压积 9 例异常，血沉 13 例异常，还原粘度 15 例异常，血沉方程 K 值 3 例异常。

脑血流图检查：30 例患者均作双侧乳导联检查，测定波型，重搏波，流入时间，波幅高，流入容积速度，转折高比值以及两侧波幅差等项实验指标，有 3 个以上改变者，定为脑血流图异常。经测定，异常者 23 例，其中以波幅低，波型异常，流入时间延长，重搏波隐现或消失等改变明显。

2. 治疗方法

针刺治疗中风急性期（神志模糊不清者），急救取水沟、百会、十宣、十二井穴、涌泉等穴，结合辨证常配用太溪、太冲、丰隆、三阴交、行间、内关等穴位。恢复期或后遗症期，上肢瘫主穴取肩髃、曲池、手三里、外关、合谷等。配穴取颈臂、天泉等。下肢瘫主穴取环跳、髀关、阳陵泉、三阴交、足三里、绝骨、太冲等。配穴取伏兔、风市、委阳、阴陵泉等。

中枢性面瘫取地仓、颊车、合谷等穴。舌强语涩者取廉泉、通里、照海等穴。

根据病情，一般每次选上述穴位 4~5 个，每日 1 次，留针 30 分钟，中间行针 1 次；针 5 天停 2 天，1 个月为 1 疗程。个别患者电针 2~3 天后仍以针刺为主。伴有严重并发症，如失水，高热，感染等，酌情配用中药或西药。针刺手法急性期常用泻法，恢复期及后遗症期一般用平补平泻法或补法。有时深刺透穴可加强疗效。也有的采用 G-6805 型治疗仪进行脉冲电流刺激以代替手捻针，频率 200 次/分以上。本组住院治疗 30~100 天，针刺治疗 3~15 天，平均 6.83 天。

3. 治疗结果

临床疗效评定标准：偏瘫、失语等症基本恢复，能徒手步行，生活自理，上下肢肌力恢复至 4~5 级以上者为基本

痊愈；偏瘫、失语等症明显改善，能步行，上下肢肌力恢复2级以上者为显著好转；偏瘫、失语等症有改善，上下肢肌力恢复1级以上者为好转；治疗前后偏瘫、失语等症无改变者为无效。

结果脑溢血7例中，基本痊愈3例，显著好转2例，好转1例，无效1例，总有效率85.7%；脑血栓形成23例中，基本痊愈13例，显著好转7例，好转2例，无效1例，总有效率95.7%。二者间疗效无显著差异（ $P>0.05$ ）。病灶部位与疗效无显著关系。肌力恢复最快3天，最慢30天，平均10.9天。

本组中风患者经针刺治疗后，血液流变学中的全血比粘度、红细胞压积、血沉方程K值与治疗前相比有明显下降，（ P 均 <0.01 ）。血脂、脂蛋白电泳针刺治疗前后无显著差异（ P 均 >0.05 ）。

本组30例中风患者，分别测定了针刺时即刻，针刺后20分钟，出针后10分的脑血流动态变化。

针刺治疗过程中，脑血流图各项指标，如上升时间、流入容积速度、上升角、顶夹角都有显著改变，具有统计学显著意义。时间上，以针后20分钟至30分钟变化最大；出针后10分钟，指标中上升时间、顶夹角两项仍具有统计学显著差异。波幅在进针时，有显著性差异（ $P<0.05$ ）。在针刺20分钟至30分钟时，有7例波型显著好转；5例转折波由异常转为正常；重搏波改善者15例，其中10例出针后仍保持这种改变；波幅差由原异常改变为正常者2例。

4. 讨论

血液流变学的改变在中风，特别是在缺血性中风中的作用，早就引起国内外的注意，许多学者认为可以作为中风病

诊断和疗效动态观察的指标之一。本组病人在经针刺治疗后，其血液流变学中的全血比粘度、红细胞压积、血沉方程K值变化很大，统计学上有显著差异（ P 均 <0.01 ）。可见，针刺后，患者血液的浓稠性（血球压积）、粘滞性（全血比粘度）、聚集性（血沉方程K值）都有不同程度的改善，从而疏通了脑络的气血，改善了脑部的血供，对中风患者来说，这些变化对调整机体阴阳，促进机体早日康复都是十分有利的。脑血流图能对脑血管的紧张度、弹性以及该区血管的搏动性强度，提供很有价值的参考数据，并以此来指导临床治疗和观察疗效，同时也对脑动脉硬化症的临床诊断提供了科学的依据。本文在针刺以后，脑血流图有很大改变，几项观察指标都具有统计学意义，提示在针刺治疗后能改善脑动脉的弹性，使其紧张度下降，血管扩张，血流量增加，从而改善了中风患者脑部的血循环，提高了脑组织的氧分压，改善了病灶周围脑细胞的营养，促进了脑组织的修复。国内有报道，针刺治疗还对降低血脂有一定的效果。但从我们观察的指标来看，似乎无显著意义，是否与样本太小或治疗方面有差异，待今后临床继续观察。

通过对30例中风患者针刺治疗前后血液流变学的动态观察可以看出，针刺治疗可以起到培本扶正、活血化瘀的作用。在血液流变学的各项指标数据好转的同时，临床症状及体征亦开始逐渐恢复。另外，针刺以后的患者脑血流图的变化，提示了针刺可以起到扩张血管，改善血管弹性，加强心脏收缩力，促进侧支循环的形成，增加脑血流量的作用。Gottstein等人（1971）年认为，脑血流与血液粘度之间存在相关，并发现血液粘度低于5厘泊（于23秒下测定）时，脑循环可明显改善。这些作用的相加，加速了中风患者病灶

侧的大脑功能和细胞代谢的恢复，提高了临床治愈率，可能这就是针刺治疗中风的原理之一。此外，我们还发现中医辨证分型与脑血流图、血液流变学，亦有一定的关系，但由于例数不多，目前正在继续观察中。

此外，我们对 7 例中风患者，进行了血钙检查，发现均低于正常值，而给予补充钙剂仍不能提高其含钙量。经针刺治疗，临床症状好转后，血钙也逐渐转为正常，这种现象值得进一步观察与研究。

关于中风自愈率的问题，部分中风患者有自发代偿倾向，这给针刺治疗后的临床疗效的估价带来了不便，实际上也不可能有相当数量的完全不给任何治疗的病例作为估价依据。本文引用了北京市宣武医院只用对症支持疗法的资料（疾病的诊断，治愈标准与本文相同）作为估价这种自发代偿的可能依据，并作为本文针刺疗效的对照组。该组患者共 71 例，基本痊愈 3 例，显著好转 10 例，好转 19 例，无效 39 例，总有效率 45%。疗效与本组针灸治疗有显著差异（ $P < 0.01$ ）。可见针刺治疗中风的临床疗效是确实无疑的。

（摘自第二届全国针灸针麻学术讨论会论文）

假性球麻痹及其他中风后继发 神经精神病证的针灸治疗

中风后，有 30% ~ 40% 的病例具有一定的自愈倾向，而大部分病例如果没有经过正确的治疗，将遗留有严重的功能障碍，甚至不能维持正常生活。从我院针灸科病房所收治的中风病例的观察，常见的继发病证主要有假性球麻痹、中风后继发癫痫、血管性帕金森氏综合征、中风后精神异常、偏瘫继发小便异常、骨质疏松等等。

1. 假性球麻痹

它是由于后组颅神经失支配，而引起的以第Ⅸ～Ⅺ对颅神经功能异常为主的病证。临床主要表现为吞咽困难，发音改变，舌运动障碍等症状，它是中风病人极为严重的合并症之一。对于本病的治疗，针灸有其独特的优势：其一，作用直接，可以根据病变的特点，对局部的气血进行调节；其二，由于刺激点近于大脑，所以产生的作用既有局部治疗作用，亦有对大脑血流的调节作用。

本病临床上表现为进食时不易咽下，饮水易呛，痰涎分泌物较多，但不易咯出，刺激咽壁时无恶心等反应，部分病人言语不清，或只能发单声，或完全不能说话，舌欠灵活或偏歪流涎等，舌苔多浊腻。针灸处方：廉泉、扶突、风池、合谷、丰隆、通里、哑门。舌强硬者，刺金津、玉液。廉泉进针后，可向左右两侧斜刺，得气后反复行针，风池稍深刺，行捻转泻法，必要时，可配合风府，或用天柱，深刺，使之产生放射至咽部的针感为佳。扶突宜浅刺，行平补平泻法。其他穴位均行平补平泻法，留针。丰隆和足三里穴的应用较为有效，我们临床观察，患者舌质水滑或苔腻情况改善后，吞咽和发音的情况也会相应的改善，提示化痰对治疗本病是十分重要的。

2. 中风后癫痫

中风后，可能因损伤的部位不同，导致继发性癫痫的发作。临床最多见的是运动性发作和感觉性发作，精神性发作以及植物神经发作症状隐匿，易于与其他病证混淆，临床尚未得到足够的重视。而所有这些发作，目前西医均无有效的处理方法。

此类证候一般属于风阳未靖的证候，风阳内盛，借势内

旋，裹撷痰浊，则风气内动，见筋骨振摇，抽搐，口吐白沫，甚至见风痰闭阻心窍，出现神昏，倒仆，两目上翻，二便失禁。若风阳夹痰走窜经络，阻滞经脉，则可出现局部顽麻、顽痛或异感，发作呈周期性，严重的引起肢体萎缩。

对于癫痫，针灸的治疗有着较长的历史。《灵枢·癫狂》就有详细的记载：“癫疾始生，先不乐，头重痛，视举目赤，其作极已，而烦心，候之于颜，取手太阳、阳明、太阴，血变而止……至其发时，血独动矣，不动，灸穷骨二十壮。穷骨者，骶骨也……筋癫疾者，身倦挛急脉大，刺项大经之大杼脉……脉癫疾者，暴仆，四肢之脉皆胀而纵，脉满，尽刺之出血；不满，灸之夹项太阳，灸带脉于腰相去三寸，诸分肉本输。”遍用针法、灸法、刺血方法治疗癫痫。其他如《针灸甲乙经》亦记载四十余个针灸治疗癫痫的穴位处方，《针灸资生经》记载更多，《针灸聚英》《针灸大成》等，均有论述癫痫针灸治疗的专篇。这些对临床均有较好的指导和参考作用。

我们的临床体会是，对于癫痫的发作，主要是预防性的治疗。一般在首次发作后，即可每日发作周期前2小时进行针灸治疗。主要取穴：运动性发作，取患侧运动区、神门、内关、风池、仆参。白天发作取申脉，夜间发作用照海。感觉性发作，用头皮感觉区、足运感区、血海、膈俞、阿是穴等，手法以平补平泻为主或用强刺激手法。若发作无周期性可言，日数发者，则可一日针数次，控制发作后，逐渐减少为每日1次或隔日1次，最后减少为每周1~2次，连续针刺3~6个月，以巩固疗效。感觉性发作较为顽固，而且多为夜间发作明显，针刺手法宜轻，用穴宜多，留针宜久。针灸对中风后癫痫发作的治疗，对部分病例具有较好的效果，

其有效率在 40% 左右。我们强调对这种类型的癫痫的治疗，是在治疗原发病证基础上的治疗，一般病灶范围较小者，预后较好。

3. 中风后精神异常

多见于反复发作的多发性脑梗塞，或多次发作的腔隙性梗塞之后。突然出现抑郁、躁狂或痴呆等表现，这些症状因出现于中风后，故认为与中风病证有关。临床上，中风病人在病程中若表现精神异常，应考虑中风后精神疾病的可能性。对于这类病证，针灸治疗与精神疾病的治疗无异，区别仅在于应以治疗脑部损伤性病证为主，当然，这类病证均见于恢复期，治疗以促进脑组织修复为主。此期，选用相应的头皮针选区也十分有益，其不仅有助于中风脑损伤的修复，而且对精神症状有一定的改善作用。若以癫证为主者，可选用巨阙、膻中、间使为主，狂证则用人中、隐白、大椎等泻火清热宁神，对精神症状的治疗，仅作为辅助治疗的一部分，其原则同精神疾病的针灸治疗。

对于中风后的骨质疏松和小便异常，主要是长期卧床的继发病证，如果在护理方面做到尽可能的鼓励患者主动运动，多接触阳光，保持心情愉快，则发病率将会明显降低，在此不再多述。

谈祛风药对针灸治疗中风的启示

中风，古称“风病”、“偏风”，《千金方》论中风时，针对其病属外受风邪，投以“大、小续命汤”。后世效之者众，如《太平圣惠方》《圣济总录》《和剂局方》等无不循之，以为古时成法，不越雷池。自明以降，《普济方》仍宗其余绪。及至西学东渐，方知中风乃脑中血脉之疾，故时人多谓

“风”乃古之误解，若一味要求中风从风论治，实为泥古之举，不足为法。同道中人，回溯河间之“主火热”，东垣之气血不足说，景岳之倡“非风”、“类风”，王清任之瘀血论云云，以为中风偏枯之疾，古来亦不独治风，且有从气血阴阳立论者。即便有涉于风，亦属“内风”，非感之于外，乃“肝风内动”而致。于是乎，论中风，必责风、阳、痰、火，说偏瘫，终究经络阻闭，已成中风辨治的主导思路。那么，风药对中风病就无治疗价值了吗？

所谓风药，即是指祛风之药，临床上常用的有三四十种，包括麻黄、桂枝、防风、羌活、独活等。其代表方剂有麻黄汤、大小续命汤、排风汤、八风汤、桂枝汤等。一般风药的特性有以下几点：首先，风药多味辛，性善走窜。所有风药除个别略带甘味或苦味外，全部都是辛味的，按照“辛甘发散为阳”之说，风药具有发散的特点。同时由于风性走窜，无隙不入，风药也具有类似的特点，治疗上如利用风药的这些特点，可起到散邪、搜风、透关节、通窍的治疗作用。当然，风药也具有升散之性，而且性燥，临床可酌加利用。由于风药有以上的作用，临床上即可用于祛除各种风邪引起的病证。

既然风药用于祛风，而中风病在其病机认识上，对古人的风邪致病的观点又有了发展，“古道不行现代车”，古人在中风病中应用风药的经验是否就应该弃之不用了呢？我们在临床对风药的应用进行了认真的观察和揣摩，却发现这些药物对部分偏瘫病例仍有效验，这是为什么呢？后来的临床研究就发现，祛风药以其宣散作用，对中风病人的血管具有明显的扩张作用，这种扩张对于中风恢复期乃至后遗症期均具有积极的治疗意义，现代医学治疗中风恢复期及后遗症期的

重要方法之一，就是扩张血管。因而，我们体会，古来一种疾病的论治原则的确立，绝非向壁虚构，也非单纯的理论推演，而是以临床的实际应用为基础的，对古人的经验不能采取简单粗暴的态度轻率地取舍，而应该认真的加以研究。

针灸对中风病人治疗也具有扩张血管的作用，近代研究表明，针灸后脑部血流的改变是针灸治疗中风的重要机理之一。中医研究院针灸研究所神经科用头针治疗 273 例脑血管病变，观察了部分正常人与病人的脑血流图与肌电图的变化。他们认为，头针对正常人脑血流动力学的影响不大，只是在留针中能使小动脉扩张，血流流出加速 ($P < 0.05$)，起针后这种作用消失。头针对偏瘫病人的脑血流图影响比正常人大，在留针过程中可使偏瘫病人的脑血管弹性改善，外周阻力减少，血流量增加（重搏波相对高度变化 $P < 0.001$ ），但起针后 5 分钟内小血管阻力有所增加（血管阻力指数变化 $P < 0.01$ ，流入速度变化 $P < 0.05$ ），这是否是暂时的作用，尚待进一步观察，但至少说明，针灸后局部血流状况的改变，参与了中风的恢复过程。由此可见，针灸药物，虽然方法不同，殊途而回归，其治疗的作用点均集中到了扩张血管这一点上来了。风药轻清，善走清窍，所以风药用治中风，不若烟酸之类扩张全身包括内脏的大小血管，而对脑部和肢末浅表部位的缺血有明显的作用。我们受风药治疗中风特点的启发，针灸时利用针灸直接刺激躯体的特点，直针脑部、面部、颈项部的穴位，或随证选用对脑血管舒缩较敏感的远部穴位，对头部的血管就具有更直接的治疗作用，获得了较好的临床疗效。

临床医疗治法，种类虽繁，医理相通，临证若擅借他山之石，则可大大拓展自己的思路。现今人们已知，针灸治中

风，虽说是调理全身的脏腑经络，以达到改善症状的目的，但调节血液的循环状况是其重要的治疗机理之一，明代张景岳曾撷临川陈先生之言“医风先医血，血行风自灭”，在那时，人们就已认识到了调节血液循环对中风治疗的作用，这一治疗格言对中风病有着很现实的指导意义。如果我们临床上能积极思考，在实际工作中反复揣摩，经过几番否定之否定，而不是仅靠第一眼印象判断其价值，就能真正得其精髓，而对一些医家名言有更深层次的理解。

中风的针灸治疗亦必须辨证

针灸对于中风的治疗，历代医家为后人留下了不少宝贵的临床经验。其中有治疗偏枯、中风失音、卒中风口噤不开，偏风半身不遂等数百针灸处方，然而，它们绝大多数为症状治疗处方，似乎针灸作为治疗术的一种，治疗中风只存在症状治疗问题。那么，针灸对中风治疗究竟是否需要辨证施治呢？根据我们的临床体会，症状治疗虽然有一定的治疗效果，但如不加辨证，部分病人疗效并不显著，有的虽然当时取得了一些效果，但却不能持久。要想获得显著而持久的疗效，就必须采取辨证与辨病相结合的方法。现将邱老治疗中风的基本辨证方法介绍如下。

1. 中风是一个全身性疾病

对于中风，虽然表现局部的偏瘫，但却是一个全身性疾病。张景岳有云：“非风一症，即时人所谓中风症也，此症多见卒倒，卒倒多由昏愦，本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致……”（《景岳全书·卷十一·非风》）李梴则进一步提出：“夫人似乎无恙而卒然中风者，岂一朝一夕之故哉！盖内必先腐也，而后虫生之；土必先溃也，而后水决之；木

必先枯也，而后风摧之……惟其不戒暴怒，不节淫欲，或饥不暇于食，或寒不暇于衣，或嗜酒好色，或勤劳而忘身，或当风而沐浴，或大汗而行房，或畏热而露卧，或冒雨而奔跑，以致真气耗亡，气血消尽，大经细络，积虚弥年。平时无甚痛苦，而不知荣卫皆空，徒存躯壳，正犹无心之木，将折未折，无基之墙，欲颓未颓，其势已不可支，而方且自谓无恙，遂昧而知戒。一旦为贼风所袭，如剧寇操刀，直入无人之境，势如破竹，不移时而皆溃，则杯酒谈笑之间，举步转移之顷，卒然颠仆，顿为废人，不亦重可骇哉！由是观之，虽由外风之中，实因内气之虚也。”（《医学入门·丹台玉案·卷之二·中风门》）说明中风的偏瘫只不过是全身脏腑气血异常的外在表现之一。

2. 中风的辨证与治疗

正因为如此，对于中风的临床治疗，就不应仅着眼于偏瘫的治疗，而应从观点上确立调整全身的气血阴阳偏颇的治疗思路。从临床的实际出发，中医的辨证论治主要表现在以下三方面。

（1）阶段辨证：在中风的急性期，当以开闭、泄火、熄风、豁痰为主，元阳脱者当急救回阳，或灸关元以召元阳之来复，开十宣以通阴阳之阻隔，刺人中、素髻，以振元神之靡弱，权为逆转病势，急则治标之法。及其进入恢复期和后遗症期，肝风、内火、痰浊等病理因素虽已不是疾病的主要因素，但余烬未灭，气血未定。不仅如此，素体积年之虚、内宿之邪，此时也纷纷水落石出，上侵下扰，成为此期病理的基本态势。因此，证候的辨别，就显得益为重要。否则，根本不除，不仅偏瘫的恢复颇多制肘，而且还不免复中之忧。因此，此期的病候性质，是本虚而标实，治疗应以攻补

兼施为宜。

(2) 病位辨证：因中风邪气所中的病位不同，针灸治疗亦有所不同。冯兆张总结了金元医家对中风病机的认识，提出：“中风一症，宜从洁古、东垣之论，以中腑、中脏、中血脉，为辨证之的。洁古云：中腑多着四肢，中脏多滞九窍。东垣云：中腑则肢节废，中脏则性命危，中血脉则口眼歪斜。”（《冯氏锦囊秘录》）对临床病证部位的把握，颇具参考意义。

(3) 分型论治：根据我们的临床经验，主要有以下几类病理变化：第一，风阳未靖，肝肾阴虚，除偏瘫、舌謇、口歪等中风症状外，还可见表现面红、心烦、不眠、盗汗、口干、便秘、舌红苔少或黄，脉细数等一派阴虚火旺的症状；第二，脾胃虚弱，痰浊不化，可伴见身困、声浊、嗜卧、纳呆、痰多、便溏，舌胖苔腻，脉滑等痰湿内盛的表现；第三，气血不足，心脾两虚，还可见神萎、乏力、少气、面色苍白无华、心慌、纳差、舌淡、苔薄等表现。由于患者感邪的强弱及体质类型的不同，以上各类型的表现在临床上又常常相互兼夹出现，使证候的表现益为复杂。

诚然，中风是一个具体的病证，以上的辨证方法只为我们的临床辨证提供了几个观察的视角，提纲挈领，帮助我们更准确地认识病证的本质。但如果仅囿于偏瘫治疗的几个方法，就把一个活生生的疾病变成机械的信条，治难中的，疗效也不满意。古人有云：“药贵合宜，法当应变”。泥其常者，人参可杀人，通其变者，乌头能活命，若不识机变，甚至误其救时，或实实虚虚，则祸不旋踵。不明于此，则难悟孙真人所谓“随时增损，物无定方”之深义。针灸之术虽不同于药物，而医理则一。

谈偏瘫辨证中的几个重点

对于中风瘫痪，除了要辨别病因病机，辨证施治外，对于偏瘫的治疗，在临床还应辨别瘫痪的临床表现，作出更有针对性的处理。我们认为，对于偏瘫的症状治疗主要要关注以下几点：

1. 辨瘫痪的挛与不挛

痉挛性瘫痪常见于中风发作的初期，是由于上位神经元对下位神经元的失抑制而形成的脊髓前角神经元的易化现象。表现肌张力的增高，肢体的痉挛，甚至抽动，部分病例还会出现膝踝关节的阵挛现象。一般临床上多表现“阳缓而阴急，前缓而后急”的现象。中医认为其病机是气血不足，或肝肾阴虚，风阳内盛的表现，治疗应以泻行间穴为主。属于内外及前后的阴阳不调，治疗时不仅要在阳经取穴位，更应取阴经的穴位，如极泉、曲泽、少海、内关、劳宫、箕门、阴陵泉、曲泉、三阴交、太溪等。而对于弛缓性瘫痪，则以取阳明经穴为主，根据症状配合少阳、太阳经穴。

2. 辨瘫痪的经络所在

古人有言，治病“不明脏腑经络，开口动手便错”。瘫痪的针灸治疗，除了辨别瘫痪的部位，还应进一步找出其中的经络联系，可以提高临床疗效。一般“中腑则肢节废”，风火在腑，多表现于四肢的相应经络，故瘫痪多表现三阳经的症状，临证治瘫，尤需详辨经络，才能治而中的。阳明经瘫多用地仓、肩髃、曲池、手三里、合谷、伏兔、足三里、解溪、内庭；少阳经瘫可取耳门、肩髃、臂臑、支沟、外关、关冲、环跳、阳陵泉、悬钟、丘墟、地五会；太阳经瘫可用睛明、天柱、风门、殷门、委中、承山、昆仑等。临床

上可三经穴位配合使用，亦可取健侧经穴治疗。

3. 辨瘫痪的痛与不痛

瘫痪日久，病变肢体会出现明显的疼痛、麻胀或木钝等表现。古人云“痒麻为虚，疼痛为实”，而分别给予化瘀止痛和调补气血以治麻的方法。我们临床体会，这时的疼痛应区分外伤性疼痛还是感觉异常性神经痛，前者应注意疼痛的护理，并用局部治疗的方法以止痛，后者局部应尽量少刺，头部选穴有时会有较好的疗效。对于麻木的病例，木者属虚，治当局部以提插捻转补法，不可重刺。麻胀不可耐者，为有实邪，可于井穴点刺放血，以泄其气，化其瘀。

4. 辨瘫痪的肿与不肿

一般瘫痪病例，病程日久，肢体会出现紫暗、发冷、浮肿的表现，常认为是静脉回流不畅所致。中医认为，由于阳气不布，水湿内溢，水泛为肿。肿均为正虚的表现，是脾胃气虚，阳虚不布的一个外在表现。另外，气虚血瘀，推行无力，瘀血阻滞，水聚为肿，也是一个重要的原因。肿而发亮者多属气虚，肿而紫暗者，得之血瘀。对于肢体水肿，一般应扶阳益气，法当灸神阙、水分。亦可局部用提插捻转补法或温针灸法，以振奋气血，温通血脉，行水消肿。

5. 辨肢体的萎与不萎

瘫痪日久，会出现大肉陷下的肌肉萎缩的表现。此为脾胃之气不足，不能充养肌肉所致，法当治脾胃。《素问·痿论》对痿证提出了“治痿独取阳明”的原则，又提出：“各补其荣，而通其俞，调其虚实，和其顺逆。”的治疗方法。我们临床体会到，虽然阳明多气多血，对痿证的恢复至关重要，临床也不能拘于此说，应通调病变经络的腧穴，尤其是肘膝以下的特定穴，强调必须要有一定的针感，久瘫感觉迟

钝者，可适当深刺，适当留针，留针过程中反复行针以加强疗效。

当然，瘫痪的治疗过程中，需要注意的内容不仅是以上所列，由于偏瘫之后，局部气血薄弱，易感外邪，常导致肩周炎的发作，另由于肌腱弛缓，收持无力，导致关节的错位等等，均是瘫痪治疗中需要兼顾的问题，临床上，应谨慎为宜。

医案十则

案例 1:

李某，男，65岁，工人。住院号：10072。

突发神志不清，偏瘫、口眼歪斜1周。因劳累后突然倒仆，家人送往我院急诊，经西医抢救治疗，现病情趋向稳定，神志渐清，但有时仍呈朦胧状态，遂转入针灸科住院治疗。刻诊：患者神识欠清，烦躁不安，入夜为甚，右侧肢体偏瘫，伴口眼歪斜，口角流涎。饮食甚少，言语尚清，口干，便秘，舌质红，无苔，脉弦数。检查：体温正常，脉搏85次/分，呼吸平稳，血压170/100mmHg。左侧肢体肌力正常，右侧肌力2级，肌张力高，神经反射亢进，病理反射存在。西医诊断：脑血管意外（脑出血）。中医诊断：中风（中脏腑）。证属肝肾阴虚，风阳未靖，先宜养阴潜阳，平肝熄风。取穴：印堂、神门、足三里、太溪、行间透涌泉穴。均用提插泻法。惟行间先直刺，行提插泻法，再将针斜向涌泉行提插补法。留针30分钟，每日1次，连续1周后神志安定，血压下降为150/90mmHg，饮食稍多。乃去印堂、行间等穴，适当加入治瘫穴位如曲池、合谷、风市、阳陵泉等穴加减出入，治疗1月，肢体瘫痪转，能下床活动。

【按】本例为中风恢复期，神志尚未清，乃中脏腑闭证，虽属肝肾阴虚，风阳内动之证，早期治疗，而获得病情恢复的黄金时机，又从平潜肝阳入手，方证相合，故治疗有应，偏瘫亦能及早恢复。

案例 2:

杨某，男，59岁，干部。住院号：800340。

中风偏瘫、失语已旬余。酒后突发神志不清，半身不遂。家人急送往当地医院急救，用脱水降压的方法治疗两周后症状稳定，遂来我院针灸科住院治疗。刻诊：沉睡嗜卧，但唤之能醒，言语不清，体温和血压均在正常范围，饮食甚少，有时恶心，咯吐稠痰，大便常溏，舌苔色黄而厚腻。患者平素嗜食甘肥，好酒，形体肥胖，多痰多湿之体，痰浊内蒙，故沉睡、嗜卧而多痰。西医诊断：脑血栓形成。中医诊断：中风（中脏腑）。证属痰湿内盛，蒙闭清窍，走窜经络。治当调补脾胃，宣化痰浊。取穴：人中、廉泉、神门、中脘、足三里、丰隆。均用泻法，每日1次，连续10次，神志清醒，言语好转，不再嗜卧，饮食较好，舌苔化为薄腻，脾运渐复，痰浊渐化。原法中加入治瘫穴位，取穴为中脘、足三里、肩髃、曲池、合谷、伏兔、阳陵泉、风市等穴加减出入，连治月余，下肢瘫痪渐复可以坐行，上肢仍不能高举，续予调理。

【按】痰浊壅盛之体，久蕴必从火化。借酒力升腾，引动肝风，而跌仆偏枯。针灸起手先用化痰清神，中脘、足三里、丰隆乃化痰之要穴。《行针指要歌》有云“或针痰，先针中脘三里间”，“痰多须向丰隆泻”更是耳熟能详之言。可见其为古来化痰的经验穴。本病治疗及时，祛其痰则阴狸去而阳气通，瘫痪乃复。

案例 3:

张某，男，60岁，工人。门诊号：4837。

偏瘫、失语1月余。患者于1个月前，突发昏迷肢瘫，经检查诊断为脑出血。经脑外科治疗后，神志逐渐清楚，但遗肢体瘫痪，失语，今由家人扶来门诊治疗。刻诊，面色灰暗无华，夜眠不宁，易惊醒，乏力，纳差。血压130/80mmHg，舌质淡，苔薄，脉象细数。西医诊断：脑出血。中医诊断：中风（中脏腑）。此中风失血后，气血耗伤，饮食少进，化源告乏，形成气血两虚之证，经络失荣，瘫痪亦难恢复，故治法以调补气血为主。取穴：心俞、脾俞、中脘、气海、关元、足三里、三阴交、通里、神门等。心脾同治，针用补法，中脘、气海、关元等针后加灸。每日1次，调治月余，饮食睡眠均见好转，精神较振，气色转佳。惟瘫痪失语依然，原法中加入疏通经络，以治瘫痪。取穴：中脘、关元、足三里、三阴交、肩髃、曲池、合谷、风市、阳陵泉、绝骨等。每次取5~6穴，间日1次，连续3个月，饮食睡眠均好转，精神渐振，肢体已逐渐恢复活动，生活能自理。惟失语一症，终未见好转为遗憾。

【按】气血不足之证是偏瘫的常见病机，金元时代朱丹溪就认为本病因于“血虚有痰”，指出血虚是造成偏瘫的病因之一。高鼓峰则明确提出，气血不足，血不养筋，则肢体偏枯，主张调补气血以治偏瘫。《医林改错》于化瘀通脉之药中重用补气之品黄芪，投之以“补阳还五汤”治瘫，因其疗效较好，今人亦多效用。本例径从调心脾入手，待气血得复，方叩四末诸经，诸经受血，其应必速，故而历3月的针治而肢振。

案例 4:

黄某，男，68岁。住院号：24145。

头昏 10 余年加重 1 月。近 10 年来，时感头昏，数日一次，尤其辄现于久读书报后。无耳鸣，恶心，呕吐，视物旋转等症状，由于工作较忙，一直未予治疗。近 1 月来上述症状继续加重，终日头昏，沉重。甚至出现了一过性的肢体无力，软瘫，冷汗出，为进一步明确诊断，并获得及时治疗，于今日来诊，被收入住院治疗。既往有颈椎病史 10 余年，无肝炎、伤寒及传染病病史，无家族遗传病史，否认药物及食物过敏史。刻诊，神志清楚，精神萎靡，言语欠清，体温 36.4℃，心率 64 次/分，呼吸 20 次/分，血压 120/75mmHg。心肺未见明显异常，四肢肌力正常，肌张力亦正常，未引出病理反射。二便尚调，口干，舌质紫暗，苔白腻，脉涩弱。西医诊断：椎-基底动脉供血不足，一过性脑缺血发作。中医诊断：眩晕。辨证为素体气虚，风阳内旋，挟痰走窜。治拟熄风化痰通络。取穴：百会、印堂、合谷、太冲、风池、足三里、中脘。针用提插捻转泻法，留针 40 分钟，每日 1 次，连续针刺 3 次后，诉头昏头重明显减轻，恶心亦有好转。原方继针 2 月，并配合中药熄风化痰剂，日 1 剂，胃口渐开，食量有增，头昏消失，身体轻松，乃停止针灸治疗。带回化痰熄风中药 10 付出院，并嘱灸足三里、悬钟两穴，每周 1~2 次。

【按】头晕目眩，亦为中风之渐。本病素体不足，脾虚痰湿内盛，风木之脏不得滋养，内生之湿随风内扰，而生眩晕，所谓“无痰不作眩”，若湿热久郁化热，或心火暴盛，则出现中风之证，故本病熄风阳于未盛，化痰浊于既起，而定内旋之风。一旦风火内动，走窜经隧，闭阻清窍，内干脏

腑，为害大矣。合谷、太冲，乃“四关”，可平上逆之肝阳，常用之定眩熄风，平冲降逆。

案例 5:

叶某，男，51岁。住院号：21445。

突发头痛，呕吐、偏瘫1月。今年春天因大怒引起高血压脑出血，急送省人民医院急救，CT诊断为“左侧内囊出血”，经治疗病情稳定后出院，直接来我科住院治疗。刻下：神志清醒，精神萎靡，右侧半身瘫痪，伴口眼歪斜，伸舌右偏，舌强语謇。烦躁，大便干，舌红，苔黄浊腻，脉沉滑。有高血压史12年，无肝炎、伤寒等传染病病史。否认食物及药物过敏史。检查：体温正常，血压165/110mmHg，心肺未见明显异常，腹部（-）。悬壅垂左偏，吞咽不利，流涎，上下肢均呈痉挛性瘫痪，肌力2级左右，肌张力高，右侧腱反射亢进，并引出巴氏征阳性。西医诊断：脑出血（恢复期）。中医诊断：中风中经络。证属风阳内盛，痰浊内阻，经脉不利。治拟化痰熄风，疏通经络。取穴：百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、丰隆、廉泉。百会向前后左右平刺，以增加刺激量，其他穴位用提插捻转泻法，廉泉以鸡足刺法。留针40分钟，间歇行针每5分钟1次。针刺治疗3次后，血压有所下降，发音时夹痰声亦渐转清亮，大便已5日未行，烦躁转甚，乃加天枢、支沟针刺，并配合开塞露外用，1小时后大便通畅，患者顿觉轻松。翌日，改针刺处方：头部百会、天柱、风府、廉泉，上肢肩髃、曲池、三间透后溪，下肢环跳、阳陵泉、足三里、解溪、太冲。隔日左右交替施针，以提插捻转泻法。针刺2月后，口歪基本恢复，吞咽功能明显改善，发音已能听懂，下肢肌力恢复至4级，上肢恢复至3级，肌张力已缓，病人能勉强下床行走。

病员要求继续针刺治疗，遂按原方继续针刺2个月后，上下肢肌力基本接近5级，发音基本清晰，患者要求出院。带回中药补阳还五汤10付。

【按】针灸治疗假性球麻痹与治疗偏瘫具有相辅相成的作用，我们临床一般采用前后并用的方法治疗，前取廉泉，鸡足刺，以加强疗效，后面用风府、天柱。天柱用3寸长针向舌根方向刺入，使产生直抵咽喉的胀痛感或麻感，风府可向舌根方向直刺0.5~1寸。针后，可明显地改善舌根的灵活度，发音质量也会明显改善。同时，这些穴位对脑血管具有较直接的调节作用，对瘫痪的恢复，有较为明显的帮助作用。

案例6：

王某，男，76岁。住院号：14459。

因“右侧肢体活动不利，伴言语不清25年，加重1月”，由门诊拟诊“中风”入院。患者于1965年，曾因突然昏仆，不省人事，被送往医院救治，诊断为“脑梗塞”，经治疗（具体用药不详）痊愈出院。继续参加工作，以后又先后5次复发脑梗塞，右侧肢体活动不利，言语不清症状逐渐加重，并伴有记忆力、计算力、定向力下降。近1月以来上述症状较前加重，为进一步诊断治疗于今日到本院就诊。刻下：神清，精神欠振，言语不清，纳可，二便调，夜寐安。既往有慢性支气管炎病史，无高血压、糖尿病病史，否认肝炎、伤寒等传染病病史，否认食物药物过敏史。检查：体温36.4℃，心率96次/分，呼吸20次/分，血压140/80 mmHg，心肺正常，双耳听觉差，软腭运动差，咽反射减弱。四肢无畸形，左侧肌张力增高，上肢呈屈曲状，右侧正常，左侧上下肢肌力3级，右侧5级，左侧膝腱反射活跃，病理征未引

出。定向障碍，理解力、记忆力均下降，肛门括约肌功能正常，小便失禁，舌红苔黄腻，脉细弱。西医诊断：陈旧性脑梗塞。中医诊断：中风（中经络），属气虚痰阻之证。取穴：四神聪、风府、神庭、尺泽、内关、神门、曲泉、阴陵泉、三阴交、太冲。以上穴位，行平补平泻法，其中四神聪配合电针。留针30分钟，每日针刺1次，病侧与患侧，隔日交替使用。针治2个月，症状恢复不明显，病人诉针灸后感觉疲劳，不耐再治。遂以上处方每次选5~7穴针治，另加关元、气海施灸，每日针后即行。如此3个月，患者诉头脑较前清醒，周身也觉轻松，左半身肌力基本为4级，肢体运动功能虽未完全恢复，但头脑清醒，失语症状也大有改善，于是要求中止针灸治疗，准其出院。

【按】复发性中风，其成活率极低，但该患者竟第6次复中。由于梗塞范围较大，一般难以恢复。故这类病例一般不能企求速效，而且恢复不完全。对这类病症，应补气与化痰通络兼顾，甚至补气为先，若有胃肠道问题，补益不进者，则应注意治胃，配以中脘、天枢、足三里等穴，以畅化源，助其正气的来复。

案例7:

许某，男，67岁。门诊号：14780。

高血压病史数10年，平素心烦易怒，经常失眠，近日来又因恼怒，出现头晕头胀、发沉，全身无力。4日前晨起舌发木，口干、口苦、漱口漏水，喝水呛，遂去某医院诊治。血压230/100mmHg，服降压药，但血压未降，进一步采取降压措施后，次日血压下降至140/90mmHg，但出现左半身麻木无力症状，遂来门诊治疗。刻诊：左侧半身无力，麻木，手握不紧，走路腿软，舌根发僵，语言謇涩，大便3

日未行。检查：面红，舌体胖，边有齿痕，舌质红绛少苔，脉沉细，血压 145/90mmHg。中医诊断：中风（中经络）。证属肝肾阴虚，虚火内盛。治拟清补兼施。取穴：中脘、气海、太溪，行补法。予太子参 6g、芒硝 6g、生大黄 6g（后下）、生甘草 6g，2 剂。针药之后，大便通畅，火势渐减，病情稳定。继取百会、地仓、左侧肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉、太冲，行提插捻转补法，浅刺，留针 30 分钟，每日针灸 1 次。治疗 1 月后，症状有明显改善。

【按】中风见火气盛而不除者，应予通腑。本例火挟肝阳，腾腾欲焰，虽得之于肾水不足，但火借风势，走窜四扰，即通其腑，釜底抽薪，然后再徐滋肝肾，方可救昏仆于既倒。本例针药合用，共奏清热通腑，平肝潜降之效。

案例 8:

李某，男，68 岁，退休工人。住院号：4943。

患者有高血压史 10 余年，宿有头昏，头痛。于 1982 年 7 月 1 日因大便时用力过度，突然右侧肢体不利并伴有语言謇涩，流涎，口角左歪等症。在某医院急诊，诊断为“脑血栓形成”，给予对症处理。患者 7 月 10 日住入我科。入院检查：神清，语言謇涩，口角左歪，右侧肢体偏瘫，上、下肢肌力均为 3 级，不能行走，未引出病理反射，深、浅触痛等感觉均差于左侧，舌淡红，苔薄腻，脉弦缓，血压 144/80mmHg。初步考虑病灶定位，大脑中动脉深部分枝血栓形成。入院时血液流变学测定：全血比粘度 5.9，血浆比粘度 1.6，红细胞压积 41%，血沉 26mm/h，还原粘度 12，血沉方程 K 值 86。血清总胆固醇 184mg/dl，甘油三酯 150mg/dl，高密度脂蛋白 64mg/dl。前 β 脂蛋白电泳 17.5%， β 脂蛋白电泳 47.5%。入院时脑血流图报告：脑血管紧张度增高。入

院后，针刺治疗为主。取穴：廉泉、地仓、肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、太冲。各穴均行平补平泻手法，使穴位局部产生酸胀的感觉，然后留针 40 分钟，每日针灸 1 次。同时配合维生素 B₆、维生素 B₁ 各 0.1g，日 3 次，烟酸肌醇酯片 0.2g，日 3 次。并嘱患者加强瘫痪肢体的功能锻炼。3 天后，自觉症状改善，口角左歪好转，同时，肌力均由 3 级变为 4 级。18 天后诸症消失，肌力进一步恢复，活动自如，生活基本自理。实验室检查：全血比粘度 4.05，血浆比粘度 1.47，红细胞压积 41%，血沉 20mm/h，还原粘度 7.4，血沉方程 K 值 66；胆固醇 168mg/dl，甘油三酯 123mg/dl，高密度脂蛋白 81mg/dl；前 β 脂蛋白电泳 23.6mg/dl， β 脂蛋白电泳 42.4mg/dl。脑血流图报告：正常脑血流图。临床痊愈出院。

【按】我们对恢复期的病例研究观察，取其血液流变学、脑血流图及血脂指标进行针灸前后的比较，试图通过研究观察针灸治疗中风病的机理，发现针灸降低了血粘度，并对血脂成分也有一定的调节作用，提高了高密度脂蛋白含量，降低了脑血管的紧张性，各种指标均显示针灸对中风恢复，提供了一种良性的内环境，是治疗中风，促进偏瘫恢复的一种良性调节手段。

案例 9：

郁某，女，45 岁，教师。住院号 4702。

素有高血压史。1982 年 5 月 6 日因疲劳过度突发昏仆，不省人事。翌日，神志稍清，但仍呆钝，不能言语，右半身不用，大小便失禁，口角左歪。某医院急诊，诊断为“高血压，脑溢血”。经抢救后，于 6 月 17 日住入本院治疗。入院检查：神清，语言謇涩，烦躁不安，口角左歪伸舌偏左，左

侧肢体半身不遂，肌张力减弱，肌力均为 0 级，浅感觉存在，深感觉及精细感觉消失，病理反射未引出，舌质暗红，苔薄白，脉弦。眼底检查：双视网膜动脉轻度硬化。血压 160/98mmHg。实验室检查：全血比粘度 4.3，血浆比粘度 1.5，红细胞压积 35%，血沉 24mm/h，还原粘度 9.4，血沉方程 K 值 60；胆固醇 200mg/dl，甘油三酯 450mg/dl，高密度脂蛋白 47mg/dl，前 β 脂蛋白电泳 27.2%， β 脂蛋白电泳 54.5%。脑血流图检查：血管紧张度增高（左侧为甚）。入院后给予针刺治疗。取穴：廉泉、金津、玉液、地仓、肩髃、曲池、外关、合谷透后溪、环跳、阳陵泉、足三里、太冲透涌泉。各穴均行提插捻转泻法，其中合谷、太冲穴行针 5 分钟，金津、玉液深刺使产生舌根部麻胀感不留针，其他穴位留针 40 分钟，每隔 5 分钟行针 1 次，每日针灸 1 次。第 2 天，血压稳定 150/90mmHg，自觉症状显著改善；第 11 天，下肢肌力开始恢复；第 23 天，上肢肌力也开始恢复；第 70 天时，上下肢体肌力均已恢复，语言清楚，能行走，生活自理，血压 130/80mmHg，临床痊愈出院。出院时全血比粘度为 4.4，血浆比粘度为 1.4，红细胞压积 32%，血沉 12mm/h，还原粘度 13.8，血沉方程 K 值 59；胆固醇 236mg/dl，甘油三酯 145mg/dl，高密度脂蛋白 54mg/dl，前 β 脂蛋白电泳 27.6%， β 脂蛋白电泳 55%。在住院期间，曾作针刺不同时间脑血流图检查，患者的病灶侧脑血流图（左侧），从进针前到不同时间的变化如下：重搏波由消失到出针后 10 分钟变成隐约，上升时间由 0.20 秒在针刺 10 分钟后变成 0.16 秒，波幅由 0.25 到针刺 20 分钟后变成 0.38，流入容积由 1.25 到针刺 20 分钟后变成 2.37，上升角由 75 度到出针 10 分钟时变成 80 度，顶夹角由 110 度变成 90 度，

波幅差由 17% 变成 4%。

案例 10:

某女，9 岁，苏联籍。门诊号 79405。

主诉：右手不能握笔写字，右下肢少力运动不利，已 6 年。医生据瘫痪性质认为是严重的脊髓灰质炎。刻诊：神智清晰，面无慢性病象，右侧手脚活动尚可，唯感衰弱无力，手指和足趾还现轻度瘫痪，臂举动尚不利，手指能紧握，各指本节关节发育不正常，也不能各个单独动作，不会执笔写字，右足掌呈弓形，足掌肌肉显萎，足跟稍长，足踝关节略带牵强，右侧半身肌肉较萎缩，不大松弛，精神易疲乏与反转强烈兴奋，易急躁多啼哭，纳食时好时差，大便干结，小便正常。检查：体温 35.5℃，舌质较红，苔白，脉细数，腹软，肝脾未触及。

治疗经过：患儿因系初次针治，甚为恐惧，采用多点更换方法，始先试针 1~2 穴。取穴：尺泽右、内关右、解溪右。针法用轻补单刺不留针法。自第 1 诊至第 6 诊，每次针时仍恐惧，叫嚷，尚未能合作，仅右臂较有力，中指似乎灵活些，仍有易惊惕，食欲不振。第 5 诊开始取穴：曲池、外关、阳池、外劳宫、曲泽、内关、大陵、神门、阳陵泉、足三里、绝骨、三阴交。每次选配 2~3 穴。第 7 诊至第 10 诊，惊惕和情绪急躁已消除，纳食转馨，右臂运动较有劲，中指活动稍利，而右腿尚无力。配穴仍交替选择和随症施治结合，患儿恐惧已减少，能合作，针法改以轻补留针方法，连针 7 次，又停针半月。一般经过良好，手指活动各指可分开动作，执笔写字也较灵活，唯手指还不能屈曲执笔，下肢运动更趋有力，针治始对上肢为主。取穴：外关、内关、阳池、中渚、外劳宫、三间、腕骨。交替配合，轻补留针法。

针 10 次，五指伸屈较前又灵活，已能单独运用练习钢琴，执笔写字也较灵活，下肢可以蹦跳，体转肥胖，但过劳后偶有背脊作痛，神情急躁时平时现，针治取穴，仍以前拟交替选配，针法改以轻平刺留针，加温针灸，脊椎痛点用艾条灸 1~2 次即消失。又连续针灸 10 次后，右手指练习写字和弹钢琴逐渐灵活，唯执笔手指尚不正常，已能终日参加运动或游戏，且能打秋千，臂腿均有力，食欲与睡眠过劳后较差，但能自趋恢复，一般情况良好，病情基本上大有进步，休息观察 4 个月。至 11 月 7 日在庆祝苏联革命胜利 41 周年联欢宴会上访问，一般情况正常，右手指已能自如运动，可以弹钢琴，执笔写字均已恢复正常。

咳 喘

哮喘治疗经验

哮喘可见于许多呼吸系统疾病，其临床特征是反复发作的阵发性带哮鸣音的呼吸困难，属于中医“哮证”、“喘证”、“痰饮”的范畴。《医学正传》谓：“大抵哮以声响名，喘以气息言。夫喘促喉中如水鸡声者，谓之哮；气促而连续不能以息者，谓之喘。”临床上哮多兼喘，通常称为“哮喘”。而喘则未必兼哮，一般称为气喘。至于哮喘并提，首见于元代朱丹溪，后世医家因其病因病机大致相同，故在临床上亦相提并论。哮喘一证，自《内经》以下，不少医著均有记载，王焘《外台秘要·久咳坐卧不得方》说：“久患气嗽，发时奔

喘，坐卧不得，并喉里呀声，气欲绝。”提出了本病的症状特征。

1. 哮喘的病因病机

哮喘一证，历代医家对其病因病机和治法，提出了许多精辟的论点。如《灵枢·五乱》指出：气“乱于肺则俯仰喘喝。”明确病位在肺。《诸病源候论·上气鸣息候》谓：“肺主于气，邪乘肺则肺胀，胀则气管不利，不利则气道涩。故气上喘逆，鸣息不通。”阐明了哮喘病机。《普济本事方·卷一》谓：“凡遇天阴欲作雨，便发……甚至坐卧不得，饮食不进，此乃肺窍中积有冷痰，乘天阴寒气从背、口鼻而入……此病有苦至终身者，亦有母子相传者。”提出遗传因素。朱丹溪提出“未发以扶正气为主，既发以攻邪为主”的治疗原则，此论一直为后世医家所宗。戴元礼提出本病有“宿根”之说，对上述理论进行了补充。李用粹《证治汇补》则总结出“内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰”三句话，概括说明病因病机。

2. 哮喘的针灸治疗

针灸治疗哮喘，最早见于《内经》，如《素问·骨空论》：“其上气有音者，治其喉中央，在缺盆中者。”《针灸甲乙经·邪在肺五脏六腑受病发咳逆上气》篇说：“愤膈肩息，大气逆上，喘喝坐伏，病咽噎不得息，取之天容；其咳上气，穷拙胸痛者，取之廉泉；咳逆上气，魄户及气舍主之；咳逆上气，谿谿主之；咳逆上气，咽喉鸣喝喘息，扶突主之；咳逆上气，喘不能言，华盖主之；咳逆上气，唾喘短气不得息，膻中主之……”提出治咳逆上气的常用腧穴已达 25 个之多，介绍了丰富的针灸治喘的经验。

《千金要方·咳逆上气病》中有“天容、廉泉、魄户、气

舍、谿谿、扶突主咳逆上气，喘息呕沫，齿噤；头维主喘逆烦满，呕沫流汗；天府主上气喘不得息……天池主上气喉鸣；肺俞、肾俞主喘咳少气百病；彘中、石门主咳逆上气，涎出多唾……紫宫、华盖主咳逆上气，暴喘；紫宫、玉堂、太溪主咳逆上气，心烦……”载有治喘穴位 60 多个，还提出“肺气萎绝，四肢满胀，喘逆胸满，选灸肺俞两壮。”也是我们今天治疗哮喘的常规用穴。《针灸资生经》论喘中说：“凡有哮与喘者，为按肺俞，无不酸痛，皆为缪刺肺俞，令灸而愈，此病有深浅也。”因此与人治哮喘，只缪刺肺俞，不缪它穴，并提出以火针微刺肺俞而获奇效的病例，介绍了 50 多个治喘验穴。

《针灸大成·痰喘咳嗽门》说道：“上喘用曲泽、大陵、神门、鱼际、三间、商阳、解溪、昆仑、膻中、肺俞。数欠而喘用太渊。咳喘隔食用膈俞。喘满用三间、商阳。喘息不得行，用中脘、期门、上廉。”古人对哮喘的针灸治疗，积累了相当丰富的临床经验，足资后世取法。

哮喘一般有虚实两端，临床虚实夹杂多见。实证有寒饮伏肺证和痰热壅肺证两大类，前者治之宜疏风散寒，化痰平喘，穴用风门、肺俞、天突、膻中、尺泽、太渊；后者治之宜清肺化痰，降气平喘，方取肺俞、尺泽、列缺、天突、膻中、丰隆。虚证多见脾肺气虚证、肺肾阴虚证和心肾阳虚证三者。治脾肺气虚应健脾益肺，化痰平喘，穴取肺俞、脾俞、膻中、气海、足三里；肺肾阴虚则应滋阴养肺，补肾纳气，穴用肺俞、肾俞、太渊、气海、关元、太溪、三阴交；心肾阳虚者拟温肾纳气，强心固脱，处方肺俞、心俞、肾俞、气海、关元、内关。临床上喘甚加定喘，发热加大椎，盗汗加阴郄，喘急不安，唇甲青紫，神识不清者加水沟、素髻。

哮喘是一种顽固性疾病，往往发作期治疗，仅能暂时缓解其临床症状，而要控制其复发，并获得远期疗效则较难，所以有“医生不治喘，治喘丢手段”之说。但据多年的临床经验，采用针灸治疗哮喘，确能获得较好的疗效，在发作期进行针灸治疗，可使胸闷、气促得到缓解，缓解期（夏秋季节）按时治疗，可以防止复发，并可获得远期效果。如果综合运用这些理论，结合针灸特点，则可获良效。

临床上针灸治疗哮喘的法则主要有以下几个方面。第一急性发作宜解痉定喘：哮喘在发作时，患者胸闷气促，呼吸窘迫，喉中有声，倚息不能平卧，甚至汗出面青，痛苦万状，急宜解痉定喘，以控制发作。对此运用针灸能即时奏效。第二有表证当表里同治：所谓哮喘有宿根，即指痰浊伏于肺中，一感外邪，极易触发内伏之痰，引起哮喘发作，出现恶寒发热的表证，与哮喘症状同时并存。此时若不解表祛邪，则肺气不得宣展，哮喘不易平伏。故宜表里同治，即一面解表祛邪，一面化痰定喘。第三因于寒者宜温肺化痰：哮喘患者，常因气候变化，感受风寒或饮食生冷等，新邪引动内伏之痰饮，阻于气道而发为冷哮。临床表现为恶寒、胸闷、气促喘息、面白肢冷。故非温散不足以祛寒，非化痰不足以平喘。第四上实下虚者宜宣上纳下：所谓上实是指痰涎壅塞，肺失宣肃而气逆作喘；所谓下虚，是指下元虚惫，肾气不纳，上冲作喘。古人说：“肺为气之主，肾为气之根。”又说“呼出心与肺，吸入肾与肝。”故临床中久病喘咳者，肺肾同病，屡见不鲜。叶天士《临证指南医案》说：“在肺为实，在肾为虚。”此上实下虚之所由来也。其症多见喘逆倚息不能平卧，呼多吸少，痰液壅盛，动则气喘更盛，面色苍白，汗出，环口紫暗，腰酸腿软等，其治法必须宣化肺中

痰饮于上，摄纳肾气于下，方为有效。第五缓解期宜调补脾肾：哮喘久延，不仅肺脏受损，亦常累及脾肾。脾为肺之母，肺虚则子盗母气而致脾虚，按虚则补母之法，宜补脾为治，并以此杜绝生痰之源。肾为气之根，久病不已，穷必及肾，肾虚不能摄纳而上逆作喘，则又须补肾纳气。故调补脾肾，实乃治本之道，以期根治。

针灸治疗大叶性肺炎的体会

大叶性肺炎是由肺炎双球菌感染所引起的肺部疾病，临床以寒战、高热、咳嗽、胸痛、咯铁锈色痰为特点。与中医学“肺热病”、“肺热咳嗽”，温病中“风温”等病的症状十分相似。历代医家对“肺热咳嗽”多有阐述，至清代温病学说的发展，对感染性疾病的认识日益加深，温病中“风温”的论述更似大叶性肺炎。

1. 大叶性肺炎的病因病机

本病常因起居不慎，寒热失调，劳倦过度，导致正气不足，肺卫不固，风温之邪乘虚袭肺。清代叶天士在《三时伏气外感篇》中说：“风温者，春月受风，其气已温……肺位最高，邪必先伤，此手太阴气分先病，失治则入手厥阴心包络，血分亦伤。”因肺居上焦，为五脏之华盖，上通于鼻，外合于皮毛，风性轻扬，所以风热之邪侵袭人体，多从口鼻而入，先犯上焦肺卫。由于风和热均属阳邪，善行数变，本病发病多急剧，传变亦迅速。初起邪犯肺卫，卫气被遏，肺失宣降，则见寒战发热，头痛咳嗽等症；当邪传入里，痰热蕴肺，肺气不利则见咳嗽痰黄，胸痛气促；热伤肺络则痰中带血，或咯铁锈样痰；热郁于肺，气机不利，气滞血瘀，故见唇甲紫绀；若病邪较轻，正气未衰或清解及时，则正胜邪

退，疾病向愈；如正虚邪恋，余热不清，常致耗气伤阴，出现气阴两虚的证候；若年老体衰，邪盛正虚，热势鸱张，内陷营血，逆传心包，蒙闭心窍，则神志不清，神昏谵语；若正不胜邪，邪毒内陷，则出现阳脱危候。

2. 大叶性肺炎的针灸治疗

针灸治疗本病一般参照于针灸对“肺热”病的治疗方法，这类记载自古有之。《素问·刺热》说：“肺热病者……刺手太阴阳明，出血如大豆，立已。”《灵枢·热病》云：“热病七日八日，脉口动，喘而眩者，急刺之，汗且自出，浅刺手大指间。”《针灸甲乙经》对咳逆上气的记载较多。《千金要方·咳逆上气病、热病》中记道：“魄户、中府主肺寒热，呼吸不得卧，咳逆上气，呕沫，喘气相追逐；三间主气热，身热而喘。”《千金翼方·肺病》还说：“刺手太阴出血，主肺热，气上咳嗽，寸口是也。”《针灸资生经》记载的处方更多：“中府治肺系急，胸痛悚悚；支沟主咳，面赤而热；石门疗身寒热，咳逆上气，呕吐血；云门疗胸胁彻背痛；华盖疗胸胁满痛引胸……鱼际治洒淅恶风寒……舌黄，身热，头痛，咳嗽，汗不出，痹走胸背痛，不得息。”《针灸聚英》中说：肺咳刺手太渊；面赤热咳支沟；身热而喘取三间；余热不清取曲池；六脉沉细，一息二三至，灸气海、关元；热无度不止，陷谷，血以泄热。《针灸大成·痰喘咳嗽门》更有：“肺胀膨膨气抢，肋下热满痛，阴都、太渊、肺俞。”近代方有针灸治疗大叶性肺炎的记载，如承淡安的《中国针灸学·大叶性肺炎》中说：“头痛发热取风池、风门、肺俞、曲池、外关、合谷、昆仑、内庭、行间。高热烦渴取大椎、身柱、风门、肺俞、膈俞、曲池、外关、合谷、商阳、复溜、少冲、内庭、行间。咳嗽胸痛取尺泽、太渊、合谷、中脘、章

门、足三里、阳陵泉、三阴交。”前人的这些经验，是治疗本病有益的参考。

我们临床观察发现治疗大叶性肺炎，疗效较好，主要是采用分期辨证治疗的方法。对于风邪犯表证，用解表清热，宣肺化痰的治法，取大椎、曲池、尺泽、肺俞、鱼际；痰热壅肺证，治用清热解毒，肃肺化痰，取肺俞、膈俞、尺泽、太渊、内关，胸胁痛甚加支沟，痰多加丰隆，高热加委中刺血；热毒内陷证，治以清热解毒，醒脑开窍，方用肺俞、膈俞、尺泽、委中、鱼际、内关、十二井。神昏者加水沟、涌泉；对正虚邪恋之证，法宜益气养阴，清肺化痰，取肺俞、膏肓俞、太渊、三阴交；正气暴脱者，取百会、人中、气海、关元、内关等，回阳救逆，益气固脱。

我们曾用针刺、水针治疗大叶性肺炎 69 例，全部病例均住院治疗观察。治疗方法是以清泄肺热为原则，取穴：(1) 尺泽、合谷；(2) 孔最、外关。两组穴位交替使用，行提插捻转泻法，反复行针，有强烈针感后留针 30 分钟，病情较重时每日 2 次，缓解后每日 1 次，针刺手法亦相应减轻。水针：(1) 肺俞；(2) 风门。两穴交替使用，每次用青霉素 4 万单位分别注于两侧穴位，每日 2 次。注射时针头向脊柱方向斜刺约 1~1.5 寸，稍稍提插，得气后将药液缓缓注入。热退后停用水针，改为针刺直至痊愈。结果痊愈 59 例，10 例改为中西药物治疗。痊愈者平均以水针治疗 5 天，用青霉素 40 万单位，其临床症状消失、血象恢复正常和肺部病灶吸收时间，均与用大剂量抗生素治疗者无明显差别。在这以前，我们曾单独用针刺上列各穴的方法进行观察，结果仅能治疗一些较轻的病例，对于重症病例均告失败。另外，在配合小剂量青霉素穴注取得较好疗效的同时，我们还

曾使用注射用水和黄连素等代替青霉素穴注进行观察，结果均未取得疗效。这证明小剂量的青霉素具有治疗作用，而这么小的剂量何以能起治疗作用，似乎又不能否定经络穴位的参与所起的作用了。

论肺病治法

肺主气，司呼吸，主宣发和肃降。若肺失宣肃，则气机升降失常，水道通调失司。且肺为娇脏，不耐寒热，外合皮毛，开窍于鼻，所以外邪侵袭常先犯肺。肺的病证可分为虚实两大类，肺病虚证以气虚、阴虚为主，肺气虚，宜补宜敛，可取肺俞、膏肓俞、脾俞、气海及手太阴、足太阴经穴为主，针用补法，并宜加灸；肺阴虚，宜滋宜润，以取肺俞、肾俞、三阴交及手太阴、足少阴经穴为主，针用补法或平补平泻法，一般不宜施灸。肺病实证，多由寒邪、热邪乘肺或痰浊、水湿内聚所致。以感受寒邪为患者，宜温宜宣，感受热邪为患者，宜清宜宣，取手太阴、手阳明经穴为主，针用泻法，寒者加灸，热者刺血；以痰浊水湿内聚为病者，宜肃宜降，取“背俞”穴加手太阴、足阳明及足太阴经穴为主，针用泻法，并宜加灸；若久病本虚标实者，可根据标本缓急，给予先泻后补或先补后泻法。

1. 益气固表法

本法适用于肺气不足，卫表不固之证。症见短气自汗，动则益甚，或兼咳嗽，痰液清稀，倦怠懒言，面色㿠白，形寒畏风，极易感冒，舌淡苔薄，脉象虚弱。凡慢性支气管炎、肺气肿、肺结核，或其他慢性消耗性疾病、植物神经功能紊乱等有上列见症者，均可参考本法治疗。

常用穴位：肺俞、膏肓俞、气海、足三里。自汗者加合

谷、复溜。诸穴均用补法，留针 30 分钟，并用艾条温灸。

2. 养阴润肺法

本法适用于肺阴不足，阴虚火旺之证。症见干咳无痰，或痰中带血，或咽干失音，形体消瘦，午后颧赤，潮热盗汗，舌红少津，脉象细数。一些慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核病见阴虚内热者，可参考本法治疗。

常用穴位：肺俞、尺泽、鱼际、太溪。盗汗甚者，加阴郄，潮热甚者，加内关。一般肺俞、太溪，针用补法，但针刺不宜过深，手法不宜过重，留针 15 分钟左右即可出针。尺泽、鱼际针用泻法，刺激亦不宜过强，连续留捻 2~3 分钟后出针。

3. 宣肺止咳法

本法适用于风寒束肺、肺失宣肃之证。症见咳嗽痰白，喉痒声重，鼻塞流涕，或兼恶寒发热，头痛骨楚，口不渴，舌淡红，苔薄白，脉浮紧。凡感冒、急性支气管炎、急性鼻炎初期，均可参考本法治疗。

常用穴位：大椎、风门、肺俞、迎香、合谷。头痛甚者加风池。诸穴采用浅刺、重泻、久留针之法，大椎、风门、迎香 4 穴可以加隔姜灸或艾条灸。留针 30 分钟。

4. 清肺化痰法

本法适用于风热犯肺或痰热壅肺之证。症见咳嗽痰黄，或黄白相兼、质稠难咯、口渴、咽痛，或兼发热、头痛、舌边尖红，苔薄黄或黄腻，脉浮数或滑数。凡感冒、急性咽喉炎、急性支气管炎、肺炎，均可参考本法治疗。

常用穴位：大椎、尺泽、鱼际、曲池、合谷。咽痛甚者，加少商；胸痛加内关；痰热重者加肺俞以清肺热。所有腧穴均用提插捻转泻法，手法可较重，采用间歇行针 20 分钟，每

隔5分钟行针1次。少商常用三棱针点刺。痰热重者，可在肺俞穴采用水针疗法：取青霉素80万单位/2ml（皮试后用），链霉素0.25g/2ml，两药混合，按水针操作常规，得气后，每穴各注入药液1ml，根据病情轻重，每日1~2次。

5. 泻肺涤痰法

本法适用于痰浊阻肺，肃降失司之证。症见咳嗽痰多，喉中痰鸣，痰白而稠，易于咯出，胸胁满闷，甚则喘促倚息，不能平卧，纳呆脘胀，身困肢重，舌苔白腻，脉象濡滑。凡慢性支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘等病可以参照本法治疗。

常用穴位：肺俞、脾俞、太渊、丰隆、足三里。气喘甚者加天突、膻中、气海。其中肺俞、丰隆用泻法，太渊、脾俞、足三里用补法，留针30分钟，并加艾条温灸，或出针后用艾条隔姜灸5~7壮。或针后在背部肺俞、膈俞、脾俞等处拔火罐。

6. 益肺补脾法

本法适用于肺脾两虚证。症见久咳不已，痰多清稀，食欲不振，腹胀便溏，甚则喘促短气，面浮足肿，舌淡胖，苔薄白，脉细弱。慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病等有以上见症者，可以参照本法治疗。

常用穴位：肺俞、膏肓俞、脾俞、气海、足三里。气喘甚者加天突、膻中；浮肿尿少者加阴陵泉、三阴交。诸穴宜轻针重灸，采用捻转结合提插补法，手法宜轻灵，留针30分钟，同时用艾条温灸或出针后隔姜片灸7~9壮，背部俞穴可配合拔火罐。气喘者加刺天突、膻中，用平补平泻法，针而加灸；浮肿尿少者，加阴陵泉、三阴交，针用泻法，手法可稍重。



7. 滋补肺肾法

本法适用于肺肾阴虚证。症见咳嗽痰少，入夜则剧，动则气喘，间或咳血，腰膝酸软，骨蒸潮热，盗汗遗精，颧红消瘦，舌红少苔，脉象细数。肺结核、支气管炎的干咳无痰、久咳不愈，或痰中带血，兼见阴液亏耗者，可参考本法治疗。

常用穴位：肺俞、肾俞、关元、太渊、太溪。潮热盛者加内关，盗汗甚者加阴郄。诸穴皆用补法，手法宜轻巧，留针15分钟左右，即可出针。

论咳嗽的针灸治疗

咳嗽一症，首见于《内经》，如《阴阳应象大论》《气交变大论》《至真要大论》《宣明五气》《咳论》等篇，对咳嗽的成因、症状、分类、治疗均已有了系统的论述，特别是《素问·咳论》，专门论述咳嗽，并提出“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”的观点。汉代张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中对咳嗽的辨证论治有了进一步的认识，提出了一些具体的治疗方法。隋代巢元方《诸病源候论》中将咳分为风咳、寒咳等十种，并对各种咳嗽的病因、症候作了描述及鉴别。金元时期，各医家对咳嗽一症的认识，各抒己见。如刘完素、张子和用五运六气学说加以阐述，提出“风、寒、暑、湿、燥、火皆令人咳”，李东垣重视湿气所伤，朱丹溪则将咳嗽分为风寒、痰饮、火郁、劳嗽、肺胀五种。明清医家在总结前人经验的基础上，对辨证用药又有了新的认识和补充。李梴《医学入门》中首先提出外感、内伤的分类法，赵献可《医贯》进一步论述咳嗽与肺、脾、肾三脏的关系，张景岳《景岳全书》提出外感咳嗽由肺而及他脏，故以肺为本，他脏为标，而内伤咳嗽则由他脏及肺，故以他脏为本，



肺为标的见解，对后世治疗咳嗽起了重要的指导作用。

总之，历代医家对咳嗽一证阐述甚多，其发病原因亦很复杂，但归纳起来，不外外感和内伤两大类，其病变之本主要在肺，若病延日久，则随着病情的加重，可由肺及脾，由脾及肾。

针灸治疗咳嗽，早在《内经》中就有记载，并提出五脏之咳，应取俞穴，六腑之咳，应取合穴，有浮肿者，可取脏腑之经穴而分治之的治疗原则。以后历代针灸著作多有记载咳嗽的证治处方。如《灵枢·五邪》有：“邪在肺，则病皮肤痛，寒热，上气喘，汗出，咳动肩背，取之膺中外俞，背三椎之旁，以手疾按之，快然乃刺之，取之缺盆中以越之。”《针灸甲乙经》记载的针灸处方就更多，在《邪在肺五脏六腑受病发咳逆上气》篇中记有：“咳逆上气，唾沫，天容及行间主之；咳逆上气，咽喉肿痛，呼吸气短，喘息不通，水突主之；咳逆烦闷不得卧，胸中满，喘不得息，背痛，太渊主之；咳逆上气，舌干，胁痛，心烦肩寒，少气不足以息，腹胀喘，尺泽主之；咳干呕满，侠白主之；凄凄寒嗽，吐血，逆气，惊，心痛，手阴郄主之；咳而胸满，前谷主之；咳而面赤，支沟主之；咳喉中鸣，咳唾血，大钟主之。”唐·孙思邈《千金方》中记载处方亦不少，在《千金要方·咳逆上气病》篇中，记载“缺盆、膻中、巨阙主咳嗽；维道主咳逆不止，大陵、少商主咳逆喘；三里主咳嗽多唾……”《千金翼方》中记载了脏腑咳的针灸处方：“肝咳刺足太冲，心咳刺手神门，脾咳刺足太白，肺咳刺手太渊，肾咳刺足太溪，胆咳刺足阳陵泉，厥阴咳刺手太阴^①。嗽灸两乳下黑白

① 《千金要方》为刺手大陵。

肉际各一百壮；嗽灸大椎下数下行第五节下第六节上穴中间一处，随年壮。”王执中在《针灸资生经·咳嗽》中说：“三里主咳嗽多唾，鱼际疗咳嗽喘，肺俞疗肺嗽，少泽、心俞、库房疗咳嗽，天突疗咳嗽上气……喉内如水声，廉泉疗咳嗽少气，经渠疗咳逆上气……尺泽治咳嗽唾浊，大杼治风劳气喘咳嗽，风门治喘气，卧不安，久嗽宜灸膏肓穴，其次则宜灸肺俞穴，各随证治之。”《针灸大成·痰喘咳嗽门》有“咳嗽饮水用太渊，引两胁痛用肝俞，引尻痛用鱼际。”

咳嗽多见于急慢性支气管炎。临床上，急性支气管炎开始时多见表证，故治法以解表为主。继则多见风、痰、热的症状，治法以祛风、泄热、宣肺化痰为主。其病理变化一般多局限于肺卫部分，治疗较易，针灸多能取得较好的疗效。而慢性支气管炎则多缠绵反复，长期不愈，病情复杂，难于根治。10余年来，全国曾开展了广泛的防治研究工作，获得一定的成绩，但迄今为止，尚未能从根本上解决问题。

根据中医文献记载，和大量的慢性支气管炎的病例分析，其发展规律可分为：（1）病在肺：早期患者多表现为咳嗽、痰多、胸闷等肺脏症状。（2）肺脾同病：一般多见于久治不愈的患者，除肺脏症状外，并有食欲不振，胸腹满闷，大便不调等症状。（3）肺肾同病：多见于后期患者，除肺症状外，更见喘息气逆，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，面色无华或青紫等肺、心、肾互虚的危候。在整个过程中病情的演变，虽然错综复杂，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，其治疗方法不外：（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，治肺穴位已如上述，治脾穴位，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，而重点在于心肾，如取心俞、厥阴俞、内关、关元、气海等，均属必要，但病已至此，则非单独针灸所能有功了。

值得一提的是灸疗法，除冬病夏治伏灸法外，我们对一些慢性支气管炎患者，嘱其于每晚临睡时用艾条灸风门、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。

谈治咳与镇咳

咳嗽是肺部疾病的一个外在表现，是呼吸系统疾病的常见症状。中医认为，肺位居上，为脏腑之华盖，其为娇脏，易虚易实，外主皮毛，易感受外邪，而引起咳嗽。古人针灸治咳之方甚多，然针方与药物不同，既无辛散之品的轻清去实，又无甘润之辈的沁津润燥，补益有情。其所治之者，只能是通调经络，补虚泻实，迫脏刺背，清泄邪实。尽管治法不同，治理却有一致之处，我们认为，目前的治疗咳嗽的针灸处方，也可分为治咳与镇咳之异。

所谓镇咳，即用针灸的方法，平定咳逆，缓解症状。临床镇咳之法甚多，我们临床常用的镇咳方法有如下几种：

“热病五十九俞”中的八个泻胸中之热的俞穴，出于《素问·水热穴论》，是指大杼、膺俞、缺盆、背俞八穴。张

志聪注云：“大杼穴在项大椎两旁，属足太阳膀胱经；膺俞一名中府，在胸中行两旁，各开六寸，属手太阴肺经；缺盆穴在肩上横骨陷者中，属足阳明胃经；背俞即风门穴，在大椎下第二椎两旁，各开一寸五分，属足太阳膀胱经。此八者，在胸中前后之上，以泻胸中之热。”我们临床发现，此八穴对于肺病所致的咳、喘等症状，均有较好的治疗效果。

另外，项部俞穴如颈3~颈7夹脊穴，亦具有较好的镇咳作用，对这些穴位，临床应注意深刺，针尖朝向颈交感神经节的方向，如产生下胸廓部位的麻胀感，疗效最好。近年来有人用654-2对项部夹脊穴进行穴位注射以治疗咳嗽，同样取得了较好的临床疗效。

手太阴肺经及手阳明大肠经俞穴，如尺泽、鱼际、太渊、三间、偏历等穴均具有较好的镇咳作用。其中尺泽一穴，宣通肺气，宣畅气道，胸中有邪，肺气闭郁者尤佳。

所谓治咳，并非见咳止咳，而是针对咳嗽发生的病因病机，进行针对性的治疗。因肺脏最娇，赵献可谓之：“盖肺为清虚之府，一物不容，毫毛必咳。”凡咳必为受邪，究明其因，才能治中病情。关于咳嗽的病因，经云：“五脏六腑皆能令人咳，非独肺也。”陈念祖《医学三字经·咳嗽》云：“肺为气之主，诸气上逆于肺则呛而咳，是咳嗽不止于肺，而亦不离乎肺也。”沈金鳌在《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》中说：“肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤火不炽，咳不甚。”以上所云，知咳嗽发生的主脏在肺，同时与五脏皆有关，故治咳之道即是调五脏六腑之法。我们临床上治咳也主要从肺、脾、肾三脏入手治疗调理。

其病在肺，多由外邪客肺，治当宣肺、化痰、利气。取风池、风门、尺泽、合谷、曲池等。然而木火刑金之咳，仍

属肺伤，虽伤及于肺，治当清肝合以治肺，用肝俞、肺俞、行间、支沟、阳陵泉，清肝泻火，润肺止咳。

其病在脾者，多由肺脏久病而水道不利，水湿不行，脾运受阻，痰湿内生，乃为脾肺同病。治在清肺的同时，运脾化湿。正未虚者祛湿，取脾俞、肺俞、太渊、足三里、丰隆；正已虚者扶正，取脾俞、肺俞、足三里、中脘。

其在肾者，则水火之宅空乏，相火升腾，上不能摄纳肺气，而致咳逆，下不能分利水液，致水泛高原，而凌心犯肺。治当补肾摄纳，治取肺俞、肾俞、膏肓俞、太溪、天突、太冲；阳虚水泛者，当温阳利水，加气海、关元、命门等。若肺脾肾俱虚者，治当三脏同补。

综上所述，治咳和镇咳虽均用于咳嗽，殊途而同归，其临床的意义各不相同。镇咳之法为将，摧枯拉朽，治咳之法如相，徐徐调理。若仅镇咳而不知治咳，则难见久效，若仅用治咳之法，不用镇咳之法，久咳伤气，正气益虚，病难速愈。临床将两者密切配合，才会获得较好的治疗效果。

医案八则

案例 1:

洪某，女，45 岁。门诊号：10167。

患者有哮喘病史 10 年，入秋以来，不时举发，今晨起床后，哮喘又作，而来门诊。刻下：患者呼吸急促，喉有痰声，胸闷难受，张口抬肩，额部汗出，环口青紫，体温正常。舌有腻苔，脉细弦而数。证属痰气郁阻肺系，气道失利。急于解痉定喘以缓解之。取穴：大椎、太渊、食中指本节 1 寸（背侧）。先以三棱针刺大椎上下左右四周，挤出微血，继针太渊穴行捻转法。连续 1~2 分钟后，气喘稍见

缓和，最后针食中指本节后1寸处，行提插法，紧提慢按，连续3分钟，而后与太渊穴交替行针，反复捻转提插，患者喘息渐平，胸闷渐舒，咳出粘痰数口，哮喘获得控制。

【按】食中指本节后1寸为奇穴，与大椎刺血同用，有即时解痉止咳的作用，为屡试有效之法；太渊为肺经原穴，能调整肺脏功能，止咳平喘，但必须集中精力，细心操作，才能收到理想的效果。

案例2：

周某，男，36岁。住院号：44109。

患者有哮喘病史，不时复发。5天前哮喘又作，入院时患者恶寒发热，体温38.5℃，微有汗出，浑身酸痛，哮喘夜甚，倚息不能平卧，喉有痰声，痰白稠，咯吐不畅，口干欲饮，溲黄，苔白腻，舌红，脉浮滑而数。听诊肺呼吸音粗糙，可闻哮鸣音。检查：血白细胞4000/mm³，中性79%，淋巴21%。全胸片（-）。证属哮喘宿恙，感受风寒而引发。病经5天，虽有小汗，表仍未解，痰浊内蕴化热。治当解表邪，清宣肺热，化痰定喘。取穴：外关、合谷、风门、天突、尺泽、丰隆。先针外关、合谷两穴，用提插泻法，反复行针，增强针感，以发汗解表；再针风门，针尖向脊柱斜刺；针天突针尖向下斜刺，使针感向胸部扩散；尺泽亦用紧提慢按手法，以清泄肺中痰热；最后针丰隆，反复提插，使针感下达足背。行留针法，每日1次。上方连针2天，寒热退去，喘逆渐平，咯痰较畅，胸闷较舒，惟仍咳嗽频频，痰稠且多。舌苔转薄。此乃表邪已去，痰热未清，再拟清宣肺气，泄化痰热。取穴：肺俞、中府、尺泽、天突、足三里。其中肺俞、中府浅刺，行捻转手法，针向右转，加快频率；尺泽、足三里均行紧提慢按法；针天突如前。留针反复行

针，每日1次。1周后喘平咳止，痰浊亦少，全身症状改善，苔脉均转正常。听诊两肺呼吸音清晰，乃取肺俞、脾俞、气海、足三里等穴调补肺脾以善后。

【按】本证为风寒束于表，痰热蕴于肺，故先取外关、合谷以发汗解表；取风门既能祛风，又能宣展肺气；再取天突以平喘降逆。《素问·骨空论》谓：“其上气有音者，治其喉中央，在缺盆中者。”此处即指天突，可见本穴自古即用于降逆平喘；再取肺经合穴以泻肺热；取丰隆以祛痰热，表里兼顾。俟表证一除，继取肺俞、中府，俞募同用，行泻法以宣肺顺气，尺泽清泄痰热，足三里理脾祛痰，天突止咳降逆。

案例3:

张某，女，60岁。门诊号：87012。

患慢性支气管炎已10余年，入冬为甚，近年举发更频，咳喘并作，面色苍白，环口发紫，倚息不能平卧，呼多吸少，吸不归根，动则更甚。频吐白沫痰，喉中漉漉有声，四肢欠温，腰腿酸软，饮食不多，小便偏多，舌质淡，苔白腻，脉细软。西医诊断：慢性支气管炎，肺气肿。中医诊断：咳喘。此痰饮阻于肺中，久病下元虚惫，肾不纳气，治宜宣上纳下法。取穴：天突、膻中、肺俞、肾俞、尺泽、关元、气海、足三里。分为两组，先轻刺，后重灸膻中、气海、关元各5~7壮，连续1周，气喘日见减轻，吐痰亦少，连续治疗半月，诸症均见平息，乃为调补肺肾，从本图治以巩固疗效。

【按】胸闷气息不畅，可用尺泽。尺泽为手太阴肺经之合穴，《难经》云：“合主气逆而泄。”肺有病，其气留于两肘，尺泽一穴，与肺气通应。若气郁于胸，泻动其穴，可顿

觉气畅，庶可截转病势，而收速效。若为肺脾气虚及肾不纳气的虚证，亦可泻动尺泽以宣肺，配以调补之穴以培本，亦为治喘之良法。

案例 4:

陈某，女，35岁。门诊号：21046。1990年11月2日初诊。

患者有咳嗽痰多宿恙，因去新疆工作，不适应当地气候而发为哮喘，乃回南京求医。经西医治疗，哮喘已获控制，惟咳嗽多痰，痰液清稀，胸闷不适，纳少便溏，自汗畏风，动则气促，腰膝酸软，精神疲倦，头晕耳鸣。舌淡苔白，脉弱。证属肺脾肾俱虚。治法当三阴同补。取穴：(1)肺俞、脾俞、肾俞；(2)太渊、关元、足三里、三阴交。上述两组穴位交替使用，每日1次。在操作上，肺俞、脾俞、肾俞浅刺，行提插紧按法，得气后，行针数遍即出针，再用艾条灸，每穴5~10分钟；太渊行捻转补法，缓慢行针使针感由轻到重；关元行提插补法，留针加灸；再以补法针足三里、三阴交。用上方连续治疗2疗程（10天为1疗程），各种症状逐渐减轻，最后纳食转旺，精神转佳，仅偶有咳嗽吐痰，因假期已到，要回新疆，乃点取关元、足三里两穴，嘱每日自己艾条施灸1次。翌年冬患者南回探亲时称，连续灸了半年，诸恙未见复发。

【按】急则治其标，缓则治其本，乃通则也。取肺、脾、肾三俞浅刺，意在补益三阴之脏；太渊行捻转补法，以补病之本脏；温针灸补关元，旨在温养下元，补肾纳气；补法针足三里、三阴交，以调补脾肾，而成肺、脾、肾共治之势；最后以艾条灸关元、足三里，益脾补肾，以图治本。

案例 5:

郑某，女，34岁。门诊号：34112。

患者有哮喘发作史5年，据称有荨麻疹史，逢春则发，过敏试验示螨虫、花粉等过敏。X线胸片检查（-）。此次发病已5天，多作于夜间，初起时有恶寒微热，现已消失。哮喘发时先见鼻痒、喷嚏，继则胸闷、呼吸不畅，并逐渐加重，乃至呼吸困难，喉有鸣响，不能平卧，胃纳差，面色少华，形体偏胖。舌质淡，苔薄，脉细弦。证属哮喘宿恙，感寒触发，寒痰阻塞气道，气机失于宣畅，治当温散寒邪，化痰平喘。取穴：肺俞、风门、太渊、天突、膻中、气海、足三里。先用艾条灸肺俞、风门两穴各10分钟，至局部皮肤发红，背部烘热为止，每日2次。次针太渊，用捻转法，缓慢行针，使针感渐渐向上臂传达，使胸闷得缓；然后依次针天突、膻中、气海。自上而下，天突、膻中针尖均向下方，使针感向下放散，最后针刺足三里，用平补平泻法。上方连用2天，哮喘已得到控制，惟仍咳嗽痰稀，胸次微闷，胃纳欠佳，舌苔化而未净，再予宣肺化痰止咳，参以扶脾。穴用肺俞、脾俞、太渊、膻中、足三里。其中肺俞、脾俞浅刺，得气后行捻转补法，太渊、膻中针法操作同前。

【按】本病为寒邪与痰浊阻于气道，灸风门、肺俞不但能温宣肺气，且能固卫护表，抗御寒邪，对咳嗽、痰涎清稀者尤佳；刺太渊则宣肺利气；天突、膻中、气海三穴，自上而下针，则有降气定喘作用，从而达到肺气闭者宜宣展，肺气上逆者宜肃降之目的。其后哮喘虽渐平，但寒痰留恋未能尽化，故再取脾俞、足三里运脾实土，以杜痰浊之源。

案例 6:

刘某，女，34岁。住院号：23771。

哮喘已经 15 年，每逢寒冷季节易于复发，近半年来先后住院 4 次，经中西药治疗，哮喘始终未完全消失。近两天又因受凉而加剧，头痛，身痛，恶寒发热，咳嗽，胸痛，喘不得已，整夜不能入眠而入院。检查：呼吸急迫，口唇发绀，眼睑微肿，咽部稍充血，颈静脉怒张，胸部桶状，两肺布满哮鸣音，心跳快，X 线透视与化验常规检查，均无特殊发现。西医诊断：支气管哮喘。中医诊断：咳喘。用中西药治疗 7 天，进步不明显，遂来我科针灸治疗。治拟疏风解表，宣肺定喘。取穴：天突、肺俞、定喘、列缺、尺泽、风门。坐位施针，各穴均用提插捻转泻法，留针 15 分钟，然后稍事休息，俯卧于床，对定喘、风门两穴施以艾盒熏灸法，治疗 30 分钟。针灸后第 2 天自觉症状好转，3 天后能平卧，每日睡眠 6~7 小时，10 天后症状消失，主动要求出院休养，同意其出院治疗，并建议夏季到门诊进行灸疗。

【按】本证乃风寒束表，引动内饮的“小青龙汤证”，既有表证，又有肺部见症，治拟表里双清，方可迅速见效。然症状虽明显缓解，但喘之“夙根”未除，故建议夏季伏灸，以除其根。

案例 7:

张某，女，30 岁，工人。门诊号：4836。

患者因寒热咳嗽 3 天而就诊。症见恶寒发热，少汗，头痛体疼，咳嗽颇剧，咯吐白粘痰，夹有黄痰，喉痒气急，咳引胸痛，胸膈塞闷，口干欲饮，舌苔薄腻，脉浮滑。检查：体温 38.8℃，血白细胞 12000/mm³，中性 84%，淋巴 14%，嗜酸 2%。胸透（-）。证属风寒客于肌表，痰浊阻于肺中，肺气失宣。须防化热，急宜解表宣肺化痰。取穴：风门、肺俞、大椎、尺泽、合谷、复溜。用提插泻法，紧提

慢按，反复行针后留针 20 分钟，当晚即得畅汗，寒热渐退。次诊原方去大椎、合谷、复溜，加太渊以理肺，加天突以去痰，连续 3 次，即告痊愈。

【按】肺俞以上背部穴位，对外感风寒性证候均有一定的治疗作用。风门、肺俞灸法，对解表退热，理肺化痰作用很明显。艾盒温灸过程中，头痛、鼻塞的症状可能渐渐化解。临床上体会是，丰隆化脏腑久虚之痰，或肺体内或肺底之痰，急性感染时出现的喉头之痰，用颈项穴可能更佳。

案例 8:

陈某，男，50 岁。门诊号：32110。

患者有慢性咳嗽病史，不时复发，天寒为甚。日前因外出受寒，宿恙又作，咳嗽频，气急而喘，喉中痰鸣，痰稀多为白色泡沫状，胸中塞闷，伴有轻度寒热，咳甚则汗出，入夜难于平卧，口不渴，食欲差，舌质淡苔白腻而滑，脉细弦。诊断为慢性支气管炎急性发作。辨证为素有痰饮伏于肺系，因感风寒而触发，痰饮阻于肺中，肺气失于宣展，以致寒热咳逆。治当温宣肺气，化痰涤饮。刻下，表证未除，宜酌加解表。取穴：肺俞、天突、膻中、尺泽、丰隆、合谷、外关。用轻泻法，肺俞、膻中针后加灸，每日 1 次，连治 3 天，寒热去，咳逆减，痰浊仍多，胃纳尚呆，舌苔未化，原方去合谷、外关，加中脘、足三里以调脾胃。连治 5 次，咳减痰少，纳食见增，已基本好转，嘱自灸气海、足三里两穴，每天 1 次，以巩固疗效。

胃脘痛、泄泻

针灸治疗胃脘痛的经验

1. 病因

胃脘痛的病因很多，因为胃为水谷之海，主受盛饮食，人吃了水谷都要在胃里贮存，慢慢由脾来运化，所得精气与水液传于脏腑经络，因此，经常忧思恚怒，而致肝气郁结横逆无制；饮食不节，平素喜食生冷，纵恣口腹，饥饱失常，或好饮酒，误食不洁之食物伤于脾胃者；起居不适，过度疲倦，或久受风霜雨露等等均能发生此病。以上病因，可能为一种病因，但大多数为多种病因并存，而致脾胃气机失和，是以清阳不升，浊阴不降，清浊不分而致本病。

2. 症状

胃病的主要症状是在胸骨的剑突下疼痛，吞酸、嘈杂、暖气等为特征，从我们在临床上所见到的不同的症状和体征可概括为以下 4 种类型：

(1) 胃脘部气窜攻痛，稍受风寒即发作，怕冷畏寒，脘部以热敷或按压后较舒，口吐清水，疼痛重者，面色发白，呻吟叫苦，捧腹求医，脉象迟而细，舌苔白滑者为寒症。

(2) 胃脘绵绵作痛，痞闷不舒，食后痛减，但作胀不舒，消化不好，大便稀薄，劳倦乏力，面色少华，脉细缓而软弱者为虚痛。

(3) 脘痛牵引至肩胛或两胸胁，心中嘈杂，暖气频频吞

酸，脉来弦细，舌苔白薄或淡黄者，为气滞痛。

(4) 脘痛固定不移，拒按，痛若针刺，腹部胀满，大便干燥，有时带黑色，脉来细涩，舌苔白薄，舌质紫色者为瘀血痛。

以上类型，仅是症状上的分类，临床上往往是两种或数种类型同时并存，如寒痛患者，由于经常发作，身体衰弱而致虚痛或气滞痛的病症，因此在诊断及治疗时，应从整体上辨证施治。

3. 针灸穴位的配合

据古代文献的记载，选择中脘、气海、足三里、内关、公孙为主穴，建里、上脘、梁门、关元、上廉等为辅穴，并根据病理机转的不同，取背部的膈俞、肝俞、脾俞、胃俞及腹部的巨阙、关元等穴位。

取穴的意义：中脘穴在中焦之位，据《针灸大成》记载，中脘穴为腑之会，胃之募，任脉之会，其别于足阳明，治疗内伤脾胃，饮食不进，翻胃、饮食不化等症。李东垣曰：“腑会去腑病也，胃虚而太阴无所禀者，于足阴阳募穴中引导之。”又曰：“凡治腹之募，皆为元气不足，从阴引阳，勿误也。”气海穴为男子生气之海；能治脏气虚惫，真气不足，一切气疾久不瘥。足三里穴为阳明胃经的合穴，胃为阳土，阳经合穴为土，其别于足太阴脾经，脾为阴土，因此足三里为土中之真土也，李东垣曰：“饮食不节及劳役行质，阴火乘于坤土之中，致谷气、荣气、清气、胃气、元气不得上升，滋于六腑之阳气，是五阳之气，先绝于外，外者，天也，下流入于坤土之中，皆由喜怒悲忧恐为五贼所伤后胃气不行，劳役饮食不节，继之则元气乃伤，当于三里穴中，推而扬之，以伸元气。”又曰：“气在于肠胃者，取之足太阴阳明，不下者，取之三里……”又曰：“胃脘当心而痛，

上支两胁，膈噎不通，饮食不下，取三里以补之。”《针灸大成》载：“主胃中寒，心腹胀满，肠鸣，脏气虚惫，真气不足，腹痛食不下，大便不通，心闷不已，卒心痛，腹有逆气上攻……”根据以上的记载，可见足三里穴对脾胃病的功用是很大的。公孙、内关为八脉八法主客相应，它能主治胃心胸部的疾病，公孙为足太阴之络穴别于足阳明，能治各种心痛、胸闷、结胸、翻胃等症。

根据古人的记载和临床经验，以上穴位进行针灸，确有宽中和胃、理气开郁的作用，对治疗胃脘疼痛效果很为满意。但单靠以上的穴位来治疗胃痛还是不够的，因为胃脘痛的病理机转甚为复杂，其病因亦甚繁多，治疗时必须分别辨证论治，如兼有胸胁刺痛、吞酸嘈杂、胃气上逆等症属肝胃不和，肝气郁结者，加膈俞、肝俞、巨阙，以舒肝理气；如有脘腹饱胀，食则更甚，身体瘦削劳倦等属脾胃不和，传化失司者取脾俞、胃俞以扶土健运；大便干燥者加大肠俞，以疏导通利，大便溏薄者取天枢、关元以收涩，只要能认真掌握病机辨证取穴，并采取适当的补泻手法，都能收到一定的效果。

（摘自《南京中医学院学报》1960年第1期，“临床经验汇编专刊”）

慢性胃炎治疗经验

慢性胃炎是一种以胃粘膜慢性炎性病变为主要表现的疾病。根据胃镜检查所见的粘膜形态和有关的病理资料，可分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、慢性肥厚性胃炎3种。临床上以浅表性胃炎与萎缩性胃炎为多见。其临床表现以胃部饱胀痞满、嗳气或疼痛为主症，病程缓慢，反复发作，可伴见呕吐、泛酸、消瘦无力，有时可见大便隐血试验

阳性，上腹压痛范围广泛。中医虽无本病的记载，但其主要症状与“胃脘痛”、“痞满”、“呕吐”等病证有密切的关系。现代中医对本病的病机与治疗的认识，就是从总结前人对这些病症的治疗经验入手的。

1. 慢性胃炎的病因病机

中医对于“胃脘痛”、“痞满”、“呕吐”病因的认识，认为与内因和外因多个方面有关。《素问·举痛论》说：“寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕。”《素问·痹论》说：“饮食自倍，肠胃乃伤。”在《素问·六元正纪大论》中还说：“土郁之发……民病心腹胀，肠鸣而为数后，甚则心痛胁膈，呕吐霍乱……木郁之发……民病胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下。”可见外感于邪和饮食不节是引发这类病证的重要原因，而肝脾功能的失常，是其基本病理。其病因变化，有虚有实，实者为肝气横逆，旁干脾胃的肝胃不和证，虚者则为脾胃虚弱，中气不运之证，或脾胃阴伤，胃失濡润之证。因其中虚，则变生痰湿、郁热、瘀血，使证候更为复杂。

明·张景岳《景岳全书·心腹痛》论胃痛的病因时指出：“惟食滞、寒滞、气滞者最多，其有因虫、因火、因痰、因血者，皆能作痛，大多暴痛者多有前三证，渐痛者多由后四证。”而总其大要，“因寒者常居八九，因热者惟一二。”证诸临床，确是事实。临床所见各类患者的病理表现，虽然千头万绪，然常见者只有肝郁气滞、脾胃虚寒、胃热伤阴等不同的病理变化类型。治疗当因证而异，其中萎缩性胃炎治疗更为困难。一般慢性胃脘疼痛胀满之证，大都属于虚寒之证，因饮食劳倦易伤脾胃之阳，而脾为湿土，易从寒化。但萎缩性胃炎，虽亦有气郁、寒滞、因痰饮、因血瘀者，而胃热伤阴最为常见，治疗当清养胃阴为主。

2. 慢性胃炎的针灸治疗

针灸治疗胃痛、呕吐、胀满等慢性胃炎常见症状的记载由来已久。早在《内经》就记载不少的治疗处方，如《灵枢·厥病》有：“厥心痛，腹胀胸满，心尤痛甚，胃心痛也，取之大都、太白。”《灵枢·四时气》有：“善呕，呕有苦……邪在胆，逆在胃……取三里以下；胃气逆，则刺少阳血络……饮食不下，膈塞不通，邪在胃脘，在上脘，则刺抑而下之，在下脘，则散而去之。”《灵枢·口问》：“寒气客于胃……故为噫，补足太阴阳明”等。《针灸甲乙经》的记载亦复不少，这里就不再赘述。其后的《千金要方》对胃部病证的治疗处方记载尤详：“胃病者，腹腹胀，胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下，下取三里；胃中热病，灸三里三十壮；干呕不止，粥食汤药皆吐，灸手间使三十壮；病人干呕，灸心主、尺泽佳，又法灸乳下一寸三十壮；治啰灸承浆七壮，炷如麦大，又灸脐下四指七壮，吐逆呕不得食，灸心俞百壮；吐逆不得食，灸巨阙五十壮；吐逆食不止，灸胃脘百壮；吐逆饮食即出，灸脾募百壮；呕吐宿汁吞酸，灸神光胆募百壮；噫啰呕逆，灸石关百壮；心痛腹胀，涩涩然，大便不利，取足太阴；心痛不可按，烦心，巨阙主之；心腹中卒痛石门主之；心懊侬微痛，烦逆，灸心俞百壮；心痛如锥刀刺，气结，灸膈俞七壮；心痛烦坚气结，灸太仓百壮；商丘、幽门、通谷主喜呕，胃俞、肾俞主呕吐；少商、劳宫主呕吐，中庭、中府主呕逆吐，食下还出；维道主呕逆不止，膈俞主吐食，又灸章门、胃脘。”《针灸大成·腹前胀满门·心脾胃门》：“食不下，内关、鱼际、三里；心腹胀满，绝骨、内庭；胀而胃痛，膈俞；胃腹膨胀，气鸣，合谷、三里、期门；心痛食不化，中脘；胃脘痛，太渊、鱼

际、三里、两乳下各一寸、膈俞、胃俞、肾俞；支满不食，肺俞；振寒不食，冲阳；胃热不食，下廉；胃胀不食，水分；翻胃先取下脘，后取三里、胃俞、膈俞、中脘、脾俞；不能食，少商、三里、然谷、膈俞、胃俞、大肠俞；不嗜食，中封、然谷、内庭、厉兑、隐白、阴陵泉、肺俞、脾俞、胃俞、小肠俞；胃热，悬钟；胃寒有痰，膈俞。”以上这些针灸治疗处方，几乎涉及胃部疾病的绝大多数症状表现，对后世慢性胃炎的针灸治疗，具有较重要的临床参考价值。

胃者，汇也，乃冲繁要道，无物不受，无物不入，故为患最易。然其又为五脏之本源，人身之根蒂，受一身资粮之任，其所主经脉，多气多血，及其得病，若非顽邪胶固，或元阳式微，以针灸调之，亦可获效。可以肯定地说，针灸对于慢性胃炎具有较好的症状改善作用。此外，我们还比较了针灸前后胃粘膜组织学的变化，结果发现针灸明显地改善了胃粘膜的病理表现，一些萎缩性胃炎的粘膜竟出现了逆转，这说明针灸的疗效具有一定的组织学依据。我们认为，对于胃病的治疗，应辨证治疗与对症治疗相结合，在临床上，既要牢牢地把握住病机，又能选择针对性的用穴，则可明显的改善症状。

慢性胃炎虽有痛、呕、痞、滞等症状，但它们都是各自病理证候的外在反映。临床上还应该对其进行辨证施治，才能获得较好的疗效。根据临床的表现，一般可分为肝郁气滞、脾胃虚寒和阴虚胃热三大基本证型，对于肝郁气滞证，治疗宜疏肝理气，和胃止痛。常选用中脘、肝俞、期门、内关、足三里、阳陵泉等穴，如肝火犯胃，痛势急迫者，可加太冲穴，若见呕血、黑便者，可选用膈俞、血海。对于脾胃虚寒证，治拟健脾益气，温中和胃，方以脾俞、胃俞、章

门、中脘、足三里为主，若见食积配天枢、中封。对于阴虚胃热证，应以养阴益胃，清热润燥为法，方用胃俞、中脘、内关、三阴交、太溪、内庭，口干便结者加承山。以上证候临床常相互兼夹，治疗时，需加以兼顾。一般地说，治其实，多用募及症状所现之腹部穴位，加相应的下合穴及足阳明、足少阳等经穴位；治其虚，多用俞募相配，加相应的原络穴位，甚则可用关元、气海、命门等补益之穴。痰多用中脘、丰隆；郁热加内庭、三里；气滞配期门、支沟、内关；血瘀用血会、血海、三阴交。

在症状治疗方面，我们既总结并验证了前人的用穴处方，又在临床上积极发现新的有效用穴，现列出较为有效的慢性胃炎症状治疗选穴处方，以供临床参考。

慢性胃炎常见症状处方选穴表

症状		处方
痛	胀痛	中脘、章门；巨阙；水分。
	急痛	急痛加梁丘；刺筋缩；大都、太白；足三里；刺石门。
	隐痛、微痛	阴陵泉；太渊、鱼际、乳根。
	锥刺样痛	灸膈俞、中脘。
	膈塞不通	上脘；足三里、内关。
	支痛	心俞、膈俞、中脘。
呕	呕逆	少商、劳宫，治急慢性呕吐；承浆，针灸均可；灸脐下四指处；针刺或灸鱼际、内关；刺阳陵泉出血。
	呕而多唾	幽门。
	呕而苦	三里、巨虚、条口；期门。
	呕宿食吞酸	章门、日月灸。
	干呕	灸内关、尺泽；灸乳下一寸；灸间使。
	翻胃	灸心俞、巨阙、中脘，百壮。
	反胃	下脘、三里、胃俞、膈俞。

(续表)

症状		处方
痞	宿食	璇玑、公孙；足三里、中脘。
	气胀，胁下满	阳陵泉、行间；三里、期门；悬钟、内庭。
	胃寒	灸胃俞、膈俞；针冲阳。
	胃热	刺厉兑出血；刺内庭；灸足三里、针悬钟；下巨虚；胃热呕吐，刺金津、玉液出血。
	胃中有痰	中脘、膈俞。
食滞	不嗜食	少商、三里、然谷、胃俞。
	噎气	攒竹；膈俞。

另外，南京中医学院第二附属医院水针室，曾以水针疗法对 100 例萎缩性胃炎进行治疗观察，治疗方法是根据所有患者病程长，体质较弱，面色少华，神倦乏力以及中脘隐痛，食欲不振等表现，认为中气虚弱为其根本原因。采用补气养血的黄芪、当归、川芎等注射液，选择脾俞、胃俞、中脘、气海、足三里等调补中气穴位，作穴位注射。每次 1~2ml，隔日治疗 1 次，3 个月为 1 疗程，连续 1~3 疗程。一般患者经治疗后临床症状可明显改善或消失，饮食增加，气色转佳，精神好转，在胃镜复查中部分患者胃粘膜萎缩病变亦有不同程度的改善。说明这种治法具有一定的治疗作用，值得进一步研究。

消化性溃疡治疗经验

消化性溃疡因其形成与发展与胃酸及胃肠消化酶的消化作用有关，故称为“消化性溃疡”。又因消化性溃疡主要发生在胃及十二指肠，所以又称之为“胃及十二指肠溃疡”。根据本病的发病特点，应属中医的“胃脘痛”、“吞酸、吐酸”、“嘈杂”范围。如合并胃肠道梗阻，则属“呕吐、反

胃”，伴出血者，则归于“血证”的范围。中医古代文献中并无消化性溃疡的论述，本病以胃脘部疼痛为主症，故其病因及治疗，主要参见对“胃痛”以及“吞酸、吐酸”、“嘈杂”、“吐血、呕血”等病证的论述。最早见于《内经》，如《素问·六元正纪大论》及《素问·至真要大论》等，均有胃脘痛的记载。《千金方》有九种心痛之分，心痛实指胃脘痛而言，后世医家各有阐发，对其病因、病机、治法积累了丰富的经验。

1. 消化性溃疡的病因病机

回顾古人对“胃脘痛”、“吞酸、吐酸”、“嘈杂”等病证的分析与研究，可以认为溃疡病的发生与以下因素有关。首先，与情志不舒和饮食所伤关系密切。早在《素问·六元正纪大论》中就指出：“木郁发之……民病胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下。”《证治汇补·胃脘痛》指出，胃痛内因“由湿痰食积郁于中，七情九气触于内，是以清阳不升，浊阴不降，妨碍道路而为痛耳。”高鼓峰《医家心传·吞酸》说：“凡是吞酸尽是肝木，曲直作酸也。”薛立斋亦认为“吞酸多属脾虚木旺”。可见肝气之不舒，与本病有密切的关系。此外，本病亦可因饮食不节，饥饱无常，或暴饮暴食，损伤脾胃，致脾运不健，气不和降，气机阻滞，则胃脘疼痛；另外，嗜烟酗酒，过食辛辣炙烤之品，亦可损伤脾胃，导致湿热内生，通降失调，致脘痛、吞酸、呕吐、嘈杂等症。对于久病的病例，素体虚寒，劳倦内伤则出现脾胃虚寒的症状，若中气不足，脾不统血，气不摄血，则可发生呕血、下血之症。

本病病位虽在胃，而与肝脾关系密切。肝属木，为刚脏，喜条达，主疏泄。如肝气郁结，横逆犯胃，或中土壅

滞，木失条达而乘脾犯胃；或肝郁化火而灼胃；或肝血瘀阻，胃失滋荣等等，均可导致胃痛，故《内经》“木郁发之”和“厥阴司天风气所胜”等，皆有胃脘当心而痛之说。至于与脾的关系，则因脾与胃互为表里，胃主受纳，腐熟水谷，以和降为顺，脾主饮食精微之运化与转输，以上升为常，两者在生理上相互配合，在病理上相互影响，如劳倦内伤、饮食失节、饥饱无常，每多脾胃同病，故胃病者兼见消化运输失常症候，因此治疗胃脘痛，必须从肝、脾、胃三者分别主次，辨证论治。胃及十二指肠溃疡的临床表现，有寒有热，有虚有实等不同类型，颇不一致，其分类方法目前一般分为胃寒、胃热、气滞、血瘀、痰湿等不同类型，这是符合临床的，但在病程中又常相互转化，形成错综复杂的病机。

2. 消化性溃疡的针灸治疗

《灵枢·厥病》说：“厥心痛，腹胀胸满，心尤痛甚，胃心痛也，取之大都、太白。厥心痛，痛如锥刺心，心痛甚者，脾心痛也，取之然谷、太溪。”《针灸甲乙经》所记载的处方更多，如“心痛腹胀，涩涩然，大便不利，取足太阴；心痛上抢心，不欲食，支痛引鬲，建里主之；胸胁背相引痛，心下溏溏，呕吐多唾，饮食不下，幽门主之；脾胀者，脾俞主之，亦取太白……胃胀者，中脘主之，亦取章门；胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛，上支两胁，鬲咽不通，饮食不下，取三里……腹胀不通，寒中伤饱，食饮不化，入腹还出，下脘主之；心下有鬲，呕吐，上脘主之，呕血肩息，胁下痛，口干，心痛与背相引……不容主之”云云，列针灸方数十首。《针灸资生经·反胃》更有“凡饮食不化，入腹还出，先取下管，后取三里泻之；中庭、中府主膈下寒食不下，呕吐还出，又主呕逆吐食不得出；三里疗胃气不足，反

胃；胃俞疗吐食；意舍疗吐食不留住；吐逆食不住，胃管灸百壮；吐呕逆不得下食，今日食，明日吐，灸膈俞百壮”的记载。《针灸大成·心脾胃门》：“卒心痛不可忍，吐冷酸水，灸足大指次指内纹中各一壮；胃痛太渊、鱼际、三里、肾俞、肺俞、胃俞、两乳下；不能食少商、三里、然谷、膈俞、胃俞、大肠俞。”虽无针灸治疗消化性溃疡的记述，却对具有消化性溃疡常见症状的治疗，留下了不少有价值的记录，为后世临床提供了有用的经验。

民国时代的针灸专著，才真正出现了消化性溃疡的治疗方法。20世纪30年代千顷堂书局出版的杨医亚《实用针灸治疗学》就有对胃溃疡病的专门论述：“……可刺入胃俞，三焦俞二寸位，行以回旋捻术，或强度之雀啄灸术，并肩中俞、肩外俞、大杼，以深约5分位之弱雀啄术，手三里、郄门、合谷则行以诱导针。灸疗可以膈俞、肝俞、脾俞各灸十壮外，并灸左右不容、承满、通谷，灸八壮，可愈。”20世纪50年代翻译引入国内的日本代田文志《针灸临床治疗学》就介绍了胃与十二指肠溃疡的治疗方法。他认为，十二指肠溃疡一般可找到其特殊的压痛点，右侧在梁门、滑肉门（胸骨旁线上），右侧肝俞、胃俞、胞育、大郄。针灸治疗具有良好的疗效。胃溃疡可取中脘、上脘、肝俞、筋缩、身柱、左阳池等穴，也可有很好的疗效。并对胃酸过多症的针灸治疗提出自己的治疗意见。当时，对溃疡病的治疗一般取肩井（浅刺）、大杼、肝俞、膈俞、足三里、三阴交等，多采用轻刺激，或温针灸法，一般避免胃部疼痛点的直接针刺，如出血或穿孔，则应积极采取西医治疗。以后，关于消化性溃疡针灸治疗经验的报道日渐增多。

我们曾对胃及十二指肠溃疡单用针灸治疗百余例进行了

观察，结果发现，针灸对溃疡病有一定的疗效，除有严重并发症应配合药物和其他治法以外，一般都可单用针灸治疗。还曾在几家工厂中经体检发现 100 余例胃及十二指肠溃疡患者，在不脱产的情况下给予针灸治疗，所有的患者经 X 线钡餐检查确诊，按其临床表现分为肝胃气滞型、脾胃阳虚型、脾胃阴虚型及气滞血瘀型，辨证论治。治疗处方以中脘、梁门、肝俞、胃俞、气海、足三里等为主方，并随证加减。肝胃气滞者加期门、行间；脾胃阳虚者，背腹部各穴针后加灸；脾胃阴虚者，加三阴交、太溪；气滞血瘀者加膈俞、三阴交。间日 1 次，连续治疗 2 个月，进行复查，观察结果。一般胃脘疼痛、呕恶、泛酸等症状，能较快消失或改善，大便隐血试验阳性者可转阴，部分患者的溃疡龛影消失。

我们根据 100 例的临床症状和体征分析，所有的病例均有病程较长，全身营养状况较差，面色少华，精神欠佳，胃脘疼痛作于饥饿之时，纳食可缓解等共同特点，认为中气虚弱是其根本原因。而脾阳虚与脾胃阴虚是其两种基本表现。由于中气虚弱，运化无权，气机失调而成为气滞证；气机阻滞，血行不畅，久则形成瘀血而形成气滞血瘀证。因此这些证的出现，都是在中虚的基础上产生的，故认为治疗方法应以调补中气为主，而行气、活血、化瘀、温中为辅，随证应用，方可中的。针灸的处方配穴，调脾胃以各经之俞募、原合等穴为主，如胃俞、中脘、足三里、脾俞、章门、阴陵泉等穴；气滞者配期门、膻中、内关等；中虚者中脘、关元施以灸法，以补火生土；血瘀者取膈俞、血海、三阴交等穴。痰湿者取阴陵泉、丰隆等穴，根据病情，加减出入，常能获得较好疗效。

胃下垂治疗经验

胃下垂是由于胃支持韧带的松弛或胃壁的弛缓，以致在直立时胃的下端（大弯）位于髂嵴连线下方 5cm 或更下的部位，同时伴有胃排空的缓慢，故称为“胃下垂”。临床可见腹胀，其特征是腹胀食后加重，平卧减轻，不规则胃痛，患者体型多为瘦长形。本病属于中医“胃下”、“胃缓”的范畴。

1. 胃下垂的病因病机

《灵枢·本藏》有：“脾应肉，肉腠坚大者胃厚，肉腠么者胃薄，肉腠小而么者胃不坚；肉腠不称身者胃下，胃下者，下管约不利，肉腠不坚者，胃缓。”说明本病与人体的发育体型有一定的关系，但后世医家对此少置笔墨。现代中医对此病较为统一的观点是，认为本病多因脾胃虚弱、中气下陷所致。脾胃为后天生化之源，中气之本，主肌肉而司运化。若禀赋不足，形体瘦弱；或大病之后，失于调养；或烦劳过度，神形俱耗；或饮食不节饥饱失常，损伤脾胃，均可引起肌肉不坚，脾胃气陷，升举无力，发生胃体下垂。由于清阳不升，则头昏目眩，少气乏力；脾胃不和，升降失常，则胃脘胀痞，生化乏源，形体消瘦等症。因此，本病属于虚证，可无疑义。但由于中气虚弱，运化无权，易导致水饮停留，痰浊内阻，水为阴邪，不仅耗伤中阳，且因重浊，长期潴留，更导致胃体下垂，形成中虚气滞，属于虚中挟实，本虚标实之证。

2. 胃下垂的针灸治疗

针灸治疗胃下垂古代文献并无明确的记载，现代文献则首见于承淡安的《中国针灸学》，在论及“胃下垂”一节时，

先生提出：对于本病可“取天柱、大杼、膈俞、肝俞、脾俞、三焦俞、梁门，每日用温针法治之，或予以轻刺激之针刺后，配合念盈药艾条^①灸之，必须持续久治。”其后朱璉的《新针灸学·胃下垂》也提出了他们的治疗方法：“取上脘、中脘、下脘、幽门、巨阙、承满、不容、腹通谷、肝俞、胆俞、脾俞，用兴奋法二型手法，温和灸 10~15 分钟。恶心呕吐时，用抑制法一型或二型手法，针灸足三里、手三里、内关、内庭。便秘时用兴奋二型手法，针腹结、大横、肾俞、大肠俞。腹泻时用抑制一型或二型手法，针天枢，用温和灸法灸神阙 10 分钟。”我们临床上用灸法治疗本病，取穴上、中、下三脘，梁门、气海、足三里，用隔姜灸法，每穴 5~7 壮，每日 1 次，连续 1~3 个月，不论是改善临床症状，还是对胃的升提作用，均较为明显，而且疗效较为巩固。上述方法基本上是针灸结合，并配合针刺手法的体针疗法。

近年来，对本病的研究逐渐增多，出现了电针、芒针及水针等多种治疗方法。电针主要方法与毫针刺法同，一般要求饭后 3 小时后进行，中脘接负极，其他穴位接正极，以疏密波通电 20~30 分钟。20 次为 1 个疗程。芒针方法主要针气海，使气上达，针百会，达升提之功，针背部夹脊，从胸七夹脊进针，深达胸十二，捻针并提插，留针 30 分钟。水针疗法主要是用加兰他敏、ATP 等药物注入三脘之穴及脾胃俞穴。还有在局部埋线治疗本病者，不一而足。

针灸治疗胃下垂，近几年来各地报道较多，肯定有一定

① 念盈药艾条：是承淡安先生自己研制的一种药艾条，以其父名命名，以为纪念。

的疗效。我们在 20 世纪 60 年代，引用提胃法治疗观察。其方法有二：一是让病人先仰卧，调匀呼吸，使腹部放松，然后以 7 寸长针从巨阙穴进针，刺入皮下后，将针卧倒呈 25 度角向下沿腹肌层中慢慢推进到接近脐部后，连续搓针（朝一个方向）3~5 次。使针身与腹肌固定，再将针向上提，不松手亦不脱出，持续 40~50 分钟。提针时病者有强烈的酸胀和收缩感，从下腹逐渐向上移，最后集中在上腹胃部时，再徐徐将针退出。针后病人卧床休息 3 天，10 天后复查，一般只针一次，故又称“一针一次提胃法”。另一法是取双侧梁门穴，用 4 寸长针进针后，沿腹肌向下针刺约 3 寸许，行针得气后，双手将两侧的针同时徐徐向上提起，边提边退，约经 2~3 分钟后退出，提针时病人同样有强烈的针感和收缩感，由下而上地集中于胃部，间日 1 次，可连续 10~20 次。两种方法操作虽不尽相同，但其作用均为“陷下则举之”之义。其疗效经我们观察，两种方法基本接近，针灸治疗后，症状消失或减轻，食欲增进，精神好转，约有 50% 的病例治疗后胃的位置有不同程度的上升，少数有恢复正常者。

以上介绍了胃下垂的诸多治疗方法，所有上述方法有的用毫针，或补或泻，或结合电针；有的是透刺，一针两穴，刺激量一般较大。不论怎样，本病毕竟是一个以虚为主的虚实夹杂证，补气举陷为本病的主要治则，但由于脾虚运化不健，又常致气机阻滞，留湿停饮等病理变化，临床上应标本兼顾，做到寓行气导滞于补气举陷之中，寄利湿蠲饮于健脾益气之间，才能收到较好疗效。如胃中有振水声，加水分、艾条悬灸，阴陵泉浅刺；伴见呕吐者，加内关；有便秘者，加支沟。在提胃治疗之前，尽可能改善胃部的症状。另外，在

行针手法上，应注意刺激时的角度，提针手法，若提非提，似升未升，保持病人的针感，使其强度在病人耐受范围之内，尤其是疗程较长的治疗方法，更应如此。时时顾护胃之功能，保护胃气，是本病迅速获得疗效的重要方面。

对胃病常见症状的针灸治疗

胃部疾病一般以胃痛为主要症状，还可见呃逆、呕吐、吞酸等其他多种症状。现介绍胃病其他症状的针灸治疗经验，作为针灸临床治疗的参考。

1. 呃逆

呃逆是胃气上逆所引起的一种症状。《万病回春》说：“发呃者，气逆上冲而作声也，一名咳逆，若胃火上冲而逆，随口应起于上膈，病者知之，易治也；自脐下上冲，直出于口者，阴火上冲，难治。”肝气犯胃者，用膈俞、太冲；胃气虚寒者，取内关、足三里、中脘、膈俞。另外，可取平承山穴开外，腓肠肌边缘，一侧取穴，左右均可，用毫针捻转进针，直刺1.5寸，使有酸麻胀感后停针，出针，对轻度的呃逆可1次即愈。内关也治呃逆（男左女右），吸气时进针，大指向前进5分，退出3分，然后再令患者吸气，进针5分，如此反复3次，留针10~15分钟。也有阴都穴开外1寸处取穴，毫针直刺1.5寸，用捻转捣刺手法（重雀啄法）根据病情轻重，酌情留针，1次未愈，次日再针。亦是治疗呃逆的较有效方法，但对久病元气衰弱后出现的呃逆，则是危候，不必拘于针灸治疗。

2. 呕吐

《罗氏会约医镜·论呕吐》有言：“凡呕家皆以胃气为言，使果胃强脾健，则所食皆化，何至呕吐！”所以，临证一见

呕吐，必知胃气已伤，其或为实，或为虚。针灸临床止呕，主要有3个方面的处方：（1）手厥阴经穴，内关与阴维相通，主治胃心胸疾病，其止呕甚为有效。呕吐不止，常取间使（双）、劳宫、大陵、内关。用毫针刺间使穴，向上斜方进针1寸，中脘穴直刺进针1寸，足三里穴向下方斜刺1寸，留针40分钟。（2）口部穴位，具有一定的止呕作用，脾气通于口，胃有邪，则脘中泛恶，口中津生，取口周穴可取效。呕吐不止，可用金津、玉液，用三棱针刺上二穴，使出血。对妊娠期间的剧烈呕吐尤为有效。亦有选用承浆针刺而见效者。（3）脾胃经俞募穴或下合穴，如中脘、足三里（双）等。对于呕吐，泛恶，长期胃痛不适者有效。

止呕重在和胃，和胃之法，即有邪者当去邪，其胃虚者，当扶正，邪去正安则胃自和。临床除进行症状治疗外，还应注意辨别病因，进行辨证治疗。

3. 吞酸

该症又称吐酸、噯醋。《素问·至真要大论》说：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”就其发病原因，《丹溪心法》的观点是：“吞酸者，湿热郁积于肝而出，伏于肺胃之间。”清代《医宗己任编·吞酸》说：“凡为吞酸，尽属肝木，曲直作酸也。河间主热，东垣主寒，毕竟东垣言其因，河间言其化也……总是木气所致。”故治吞酸，重者调肝气，取鸠尾、期门、内庭、太冲，以提插捻转泻法，留针15分钟。时间较长者，用脾俞、公孙，以提插捻转泻法，留针30分钟。因于寒者，鸠尾、期门加灸，因于热者，针用泻法，因于食积者，公孙、璇玑。

4. 胀满

主要指脘腹部的痞胀，胃脘壅塞，满闷不通，不痛，外

无急胀之形。《证治准绳·杂病》谓：“胀在腹中，痞在心下，胀有形，痞无形。”对胀与痞进行了临证区别。就其病因《内经》曾说：“脏寒生满病。”《景岳全书·痞满》进一步说明道：“凡有邪有滞而痞者，实痞也，无物无滞而痞者，虚痞也。有胀有痛而满者，实满也，无胀无痛而满者，虚满也。实痞、实满，可散可消，虚痞虚满，非大加温补不可。”对于胀痞满，临床常用内关、中庭二穴，平补平泻，适当留针，须臾可效。若为虚痞，则应用胃俞、脾俞、足三里，针而加灸，甚则肝、脾、胃、肾等背俞穴铺灸。临床上实痞易治，但需结合祛除病因，虚痞难疗，径用补法。

泄泻治疗经验

泄泻又称腹泻，为消化系统常见病症。本病一般有暴泻与久泻之分。暴泻常见于急性肠炎，因其剧烈的腹泻、呕吐、腹痛，中医又将其归于“霍乱”的范畴。慢性腹泻以肠吸收功能紊乱和肠壁的慢性炎症改变为特征，症见腹痛腹泻，腹胀肠鸣，大便稀薄或夹粘液和脓血，反复发作，缠绵难愈，以致身体虚弱，变证丛生。

1. 泄泻的病因病机

泄泻的病因较多，总的说来不外二因，一是感受外邪，二是内伤所致。《景岳全书·霍乱》说：“有外受风寒，寒气入脏而病者……有水土气令寒湿伤脾而病者……有误中沙气阴毒而病者。”说明其外受之病因。《景岳全书·泄泻》中又说：“饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降而泻利作矣。”解释了内伤饮食起居所致泄泻的病因。总之，外邪、饮食、情志等因素，影响脾胃运化功能，导致小肠的受盛和大肠的

传导功能失常时，均可成为泄泻。其由外邪引发者，如寒湿内侵，脾阳受困；暑湿中阻，邪热下迫大肠，清浊不分等，均致泄泻。尤以湿邪，最易影响脾之运化而成泄泻，故有“无湿不成泻”之说；其由饮食所致者，如饱食过量，食物中毒等，直接伤及肠胃，而致泄泻；其由情志失调所致者，如恼怒忧思，肝气郁结，横逆乘脾，运化失常，形成泄泻；此外如久病伤正，脾胃虚寒，中阳不振，运化无权；或久病及肾，命门火衰，不能助脾腐熟水谷等而致泄泻，则多见于慢性过程。

2. 泄泻的针灸治疗

针灸治疗泄泻由来已久。《灵枢·四时气》就有：“飧泄补三阴之上，补阴陵泉，皆久留之，热行乃止……腹中常鸣……邪在大肠，刺育之原、巨虚上廉、三里。”盛则泻之，虚则补之。及至《针灸甲乙经》其治疗泄泻的针灸处方更为丰富。《足太阴厥脉病发溏泄下痢》篇中：“病泄下血，取曲泉、五里；腹中有寒，泄注肠癖便血，会阳主之；肠鸣癖泄，下髂主之；肠癖泄切痛，四满主之；绕脐痛抢心，膝寒，泄利，腹结主之；溏瘕，腹中痛，脏痹，地机主之；飧泄，太冲主之，飧泄不化食，寒热不节，阴陵泉主之；肠癖，中郄主之；飧泄，大肠痛，巨虚上廉主之。”《脾胃大肠受病发腹胀满肠中鸣、短气》篇：“腹胀肠鸣……腹中痛濯濯，冬日重感于寒则泄，当脐而痛，肠胃间游气切痛，食不化，不嗜食，身重，侠脐急，天枢主之；肠鸣而痛，温溜主之；大肠有热，肠鸣腹满，侠脐痛，食不化……巨虚上廉主之；肠中寒……肠鸣腹痛泄，食不化，心下胀，三里主之。”《气乱于肠胃发霍乱吐下》篇中：“霍乱，巨阙、关冲、支沟、公孙、解溪主之；霍乱泄注，期门主之；暴霍乱，仆参

主之；胃逆霍乱，鱼际主之；霍乱，遗矢矢气，三里主之。”诸多论述，不一而足。后世很多针灸专著如《针灸资生经》《针灸大成》《针灸聚英》等，对于针灸治疗泄泻的处方均有记载，积盈数千，为今人的临床治疗提供了不少经验。

前人对于泄泻的临床观察非常细致，其分类亦颇繁。《内经》以腹泻的症情及大便的性状分，列出“鹜溏”、“飧泄”、“濡泄”、“洞泻”、“溏泄”、“泄注”、“注下”等，后世更有其他多种分类法，临床根据腹泻的表现，一般分暴泻与久泻两类，分别论治。

暴泻发病急，病程短，常见的有寒湿、湿热、伤食等证。寒湿证的症状，泄泻稀薄多水，或为便溏，肠鸣，腹胀，腹痛，舌质淡，舌苔白，脉濡等；湿热证的症状，腹痛即泻，泻下急迫，其色黄褐而秽臭，肛门灼热，身热，口渴，小便短赤，舌苔黄腻，脉濡而数等；伤食证的症状，腹胀痛，拒按，泻下烘臭如败卵，泻后痛减，或泻下不畅，嗳气，舌苔垢腻，脉滑等。治疗暴泻，多以运脾化湿为主，根据寒热的不同，分别采用温运化湿与清热化湿等治法，其因食滞者，加以消导，其有表证伴见恶寒发热者，则兼以发汗解表。常用针灸处方：天枢、气海、足三里、阴陵泉等主穴，根据症情予以加减，兼有恶寒发热体痛等表证者，加合谷、外关；湿热证身热口渴者加曲池、大椎；伤食证，腹胀痛不欲食者，加中脘、内庭。操作上，暴泻属实证，宜用泻法，一般宜深刺，以捻转结合提插手法，反复行针，并留针20~30分钟，腹痛泄泻甚者，可延长至1小时以上，每日1次，重症每日2次；对于寒湿证，针后再加灸疗，艾条灸或隔姜灸均可用，对于泄泻次数过多，失水情况严重者，应给予输液。

久泻发病较慢，病程较长，常见的有脾虚、肾虚、肝郁等。脾虚证的症状为泄泻反复发作，大便时溏时泻，内有不消化食物，腹胀肠鸣，兼有隐痛，纳食不香，食后脘胀，饮食不慎则腹泻加重，面色黄，舌质淡白，脉弱等；肾虚的症状，病程久延，泄泻常发作于黎明前，小腹隐痛，便泻或完谷不化，腹胀喜得温按，腰膝酸软，形寒怕冷，面色少华，舌淡脉细等；肝郁证的症状，泄泻多与情绪有关，胸脘痞闷，暖气频作，肠鸣腹痛，腹痛即泻，矢气频作，舌苔白，脉弦细等。治疗久泻以健脾为主，如属肾阳不足者，则宜温肾，肝气郁结者，兼予疏肝理气。常用针灸处方：脾俞、天枢、关元、足三里、三阴交等为主穴。以补脾助运为主。肾阳虚者加肾俞、阴谷。肝郁者加肝俞、太冲。操作上，久泻属虚，宜用补法，以捻转手法为宜，刺激勿过强，宜留针，以增强疗效；对于肝郁证，太冲穴可酌行提插泻法，以平肝气之横逆。对于脾肾阳虚的久泻，可单用灸法治疗，开始时用隔姜灸，每穴5~7壮，每日1次，症状缓解后，再以麦粒大艾炷无瘢痕灸，每穴3~5壮，每日1次，连续数月，不仅可巩固疗效，而且有保健作用，可谓简便有效。

我们曾用单纯针刺的方法，治疗了较多的急性肠炎病例。一般的处理方法是针刺天枢、气海、足三里等穴，呕吐者加内关、中脘，发热者加曲池、合谷。对于慢性肠炎，因病程长，反复发作，治疗较难，必须作较长时间的治疗，才能奏效。从较多病例的临床症状来看，一般多以脾胃虚弱为主证，故治法以补脾助运的方法为主。治疗取穴如脾俞、胃俞、气海、关元、足三里、三阴交等，针灸并施，注意饮食，耐心治疗，可收全功。

由于血吸虫病所致的慢性结肠炎、泄泻，反复长期不

愈，导致病者身体日益衰弱，过去为疫区所常见，我们曾作了较多病例的针灸治疗观察，取穴为大横、腹结、气海、章门、足三里等，深刺，行平补平泻法，针后加灸。间日1次，连续2~3个月，泄泻症状都可得到控制，全身症状亦可相应得到好转。

此外如过敏性结肠炎所致的腹泻，以上法针灸治疗，具有良好的效果，可广泛应用。

医案十则

案例 1:

高某，男，40岁，个体驾驶员。门诊号：21391。

患者以胃痛反复发作3年余而来诊。据称3年前出差，因劳累太过，饮食失调而引起胃痛，因条件限制，只服极简便成药，临时减轻症状，后经某医院上消化道钡餐透视检查，诊断为十二指肠球部溃疡。目前症状为胃脘痛，一般在饮食后2小时左右发作，进食后可暂时缓解，疼痛性质为胀痛或刺痛，局部拒按，嗝气泛酸，饮食减少，大便隐血检查为阳性，夜寐欠佳，形体消瘦，精神倦怠，面色少华，脉象细弦。根据上述资料分析，患者由于劳倦伤脾，饮食失常伤胃，脾胃受损，中运无权，气机失调，故见脘痛、嗝气、饮食减少；由于中气虚惫，故得食少安；胃痛久延，气机久郁，气滞则血行失畅，引起瘀阻，伤及络脉，故见黑便，刺痛夜甚，局部拒按。病者反复发作3年，中气久虚，自不待言，治当补中，亦是常理，但目前大便隐血阳性，瘀阻于中，为当务之急，急则治标，先宜调和中气，活血化瘀。取穴：膈俞、血海、三阴交，用轻泻法以祛瘀宁络；取胃俞、中脘、足三里用平补平泻法，缓缓行针，以调和中气。每日

1次，连续10次，胃脘刺痛明显减轻，大便黑色已除，经复查，隐血试验阴性，可见瘀血渐化，病情缓解。刻下胃脘空腹时仍作痛，有时连及两胁，嗳气较多，泛酸仍作，大便转干，舌质淡，尖边微红，脉仍细弦。此瘀血虽化，而中气虚弱，肝气乘之，故见胁痛、嗳气等症，治当调补中气为主，疏调肝气佐之。取穴：（1）胃俞、脾俞、中脘、足三里，以调补脾胃。（2）肝俞、期门、行间，以疏调肝气。上述两组交替使用，每日1次。连续2周后，胃痛著减，胁痛、嗳气等症亦除，肝胃之气已见调和，唯不时仍有痛，温按较舒，饮食知味，量不多，舌淡，脉细弱，精神不振，四肢乏力，中气久虚，尚未恢复，治当调补，取脾俞、中脘、梁门、气海、关元、足三里、三阴交等穴，加减出入，针用补法，背腹部各穴，针后加灸，间日1次，连续1个月，临床症状消失，饮食增加，精神好转，经钡餐造影复查，龛影已消失。

【按】从上述可以看出，胃及十二指肠溃疡病程中变化较多，本例初为中虚气滞，中见血瘀留着，复见肝气失调，最后则中虚明显，法经数易，方告痊愈。

案例2：

洪某，女，42岁，职员。门诊号：21368。

患者以胃脘部嘈杂灼痛，反复3年而来治。据称患者多年来，因夫妻关系不好，情绪欠佳，精神抑郁，饮食不香，渐至食后胃部不适，食量减少，以后渐见胃脘隐痛，饱胀，并不断加重，有时嘈杂如饥，胃脘烧灼难受，按之轻压痛，有时空呕，口干欲饮，大便干结，形体消瘦，心烦善怒，舌红少苔，脉象细数。曾经两次胃镜检查，诊断为“萎缩性胃炎”。根据病史证候分析，证属情志所伤，肝气郁结，久郁

化火，灼伤胃阴，故见胃脘嘈杂灼热隐痛等症。肝气失宣，故见胸闷，阴虚则内热，故见心烦、口干、便结。治当清养胃阴为主，略参调理气机和胃降逆为辅。取穴：肝俞、胃俞、中脘、期门俞募同用，行捻转补法，以调理肝胃；取廉泉、足三里、三阴交、太溪以养阴生津；泻行间、内庭两穴，以清肝胃之热。经用本方加减出入，间日1次，治疗1个月，胃痛、嘈杂与烧灼感明显好转，但仍饮食不多，神疲少气，此胃热虽去，气阴未复。乃用黄芪注射液注射肝俞、胃俞两穴，以梁门、气海、足三里、三阴交、太溪等穴出入治之。连续2个月，症状完全消失，纳食增加，精神好转，经胃镜复查，诊断为“浅表性胃炎”。

案例3:

王某，男，43岁，工人。门诊号：21394。

因脘腹坠胀而痛1年余来诊。据称曾患胃病多年，饮食甚少，形体渐瘦，去年以来，感到从上腹抵下腹坠胀，甚时作痛，饱食后尤甚，喜得温按，大便或干或溏，按其上腹有振水声，精神疲乏，面色萎黄，舌质淡，苔白腻而滑，脉细弱。据症状分析，胃病多年，中气虚弱，气虚则清阳下陷，导致胃体下垂，故作坠胀而痛；由于中气虚弱，运化无权，水饮停留，故按之漉漉有声，水为阴邪而重浊，潴留不去，不仅中阳日损，且促进胃体下垂，加重坠胀症状。据证分析，中气虚弱，为病之本，水饮停潴，为病之标，本虚标实，宜先治其标，用温中化饮法。取穴：中脘、气海、足三里、阴陵泉、脾俞、胃俞等。分两组交替应用，每日1次，重用灸法。连续两个疗程，腹部坠胀减轻，饮食稍增，精神较振，乃为其使用“二针提胃法”，取双侧梁门穴，用4寸长针进针后，沿腹肌向下针刺约3寸许，行针得气后，双手

将两侧的针同时徐徐向上提起，边提边退，约经 2~3 分钟后退出，提针时病人同样有强烈的针感和收缩感，由下而上地集中于胃部，每日 1 次。经治疗 10 次后，腹部坠胀感消失，饮食增多，精神渐增，经 X 光钡餐透视，胃位置由原来胃小弯在髂嵴连线以下 4cm，上升至与髂嵴连线平，症状消失，体质转强。临床上同样病例较多，采用先治标，后治本的方法疗效较好。

【按】实则阳明，虚则太阴，临床取穴，祛邪多选腑之募，补虚常遣脏之俞，本例乃中虚气弱、升提无权之证。故取脾俞、胃俞、阴陵泉、足三里健脾益气，另用中脘以和胃助运，中脘乃腑之会穴，各穴合用，可补中益气，以为提胃法之助力。

案例 4:

黄某，女，36 岁，工人。门诊号：19677。

腹泻 2 天。患者于昨晚起恶寒发热，继则腹痛腹泻，大便质稀色黄，至今已 10 余次，便前腹中阵痛，泻后略减，脘腹作胀，不时恶心，小溲短赤，口渴，舌苔黄腻，脉濡数。检查：体温 39.4℃。大便常规检查：脓细胞 0~4，红细胞 0~4。证属暑湿内扰，伤及肠胃，传化失常，拟清热化湿，运脾止泻。取穴：曲池、合谷、天枢、上巨虚、阴陵泉、内庭。用提插泻法，留针 30 分钟，针后汗出自觉较舒，入夜热退，仍用提插泻法，第 2 天症状消失，惟胃纳欠佳，再针中脘、足三里两穴而愈。

【按】本例之腹泻，外夹表证，治当清暑解表，化湿止泻共进。取曲池、合谷两穴，此二穴既可疏表，又能止泻，方证甚合。暴泻属实，宜用泻法。一般宜深刺，用提插捻转手法，反复行针，留针半小时，痛泻甚者，可延长至 1 小

时。针后，表邪得汗而解，暑热既散，肠腑气机畅达，大肠传导如常，则高热退而腹泻止。

案例 5:

陈某，男，46 岁，工人。门诊号：0843。

患者腹泻反复发作已 1 年多。常因饮食失慎而加重。大便每日 5~6 次，质稀，夹不消化食物，腹中隐隐作痛，肠鸣，多矢气，纳食减少，面黄少华，神疲乏力，腰背酸痛，舌质淡，苔白，脉沉细。此泄泻久延，脾肾阳虚，运化无权所致，治当健脾温肾为法。取穴：天枢、关元、足三里、三阴交等。先针后灸，每日 1 次。治疗 1 周，腹痛渐止，腹泻减为每日 2~3 次，仍按原法出入。取穴：(1) 脾俞、肾俞；(2) 天枢、关元、足三里。两组穴位交替使用，用麦粒大小艾炷行瘢痕灸，每穴 5~7 壮，每日 1 次。连续 1 月，症状消失，大便每日一行，正常，胃纳转佳，精神复常。

案例 6:

史某，男，58 岁，干部。门诊号：51641。

胃脘疼痛、痞胀 10 天。患者于春节期间，因吃年糕过饱而致胃脘痛，节后遂来求治。症见胃脘痞满，疼痛，不能吃饭，吃面食还好，一遇荤腥，脘胀益甚，暖气则舒，口中秽气，矢气频频，大便时干时稀。周身疲惫，舌根苔腻，脉沉细。检查：按胃脘部，微微隐痛不舒。证属饮食积滞，胃气壅滞。治当消食导滞，和胃止痛。取穴：胃俞、中脘、梁门、公孙、气海。以上穴位均行提插捻转泻法，留针 15 分钟。上法治疗 1 次后，胃胀稍缓，以后每日治疗 1 次，共治疗 7 次，以上症状全部消失，纳食亦增多而停针。

【按】伤食胃痛，治当消食导滞，行气通腑。本例取中脘、气海，一上一下，和胃通肠，以行腑气。公孙，《针灸

大成》谓其主治“九种心疼涎闷，结胸翻胃难停，酒食积聚胃脘鸣，水食气疾膈病。”乃消积化滞之验穴。诸穴合用，腑畅而积消，故可获效。

案例 7:

薛某，男，34岁，教师。门诊号：50727。

胃脘疼痛6年，每遇劳累或激动则疼痛加重。经服中西药物治疗均无效，经他人介绍来我科请求针灸治疗。刻诊，脘痛、嘈杂、吞酸、泛酸、纳呆、食后饱胀，噯噫，面色少华，乏力，舌苔白腻，脉沉细。检查：胃脘部有明显压痛。患者于1954年曾因脘痛经西医院检查，钡餐透视为“十二指肠溃疡”。西医诊断：十二指肠溃疡。中医诊断：胃脘痛。证属脾胃不和，肝气郁结。治当疏肝健脾，和胃止痛。取穴：肝俞、脾俞、胃俞、中脘、梁门、气海、足三里、内关。均针后加灸，用补法，留针15分钟，隔日治疗1次，共治疗9次，症状接近消失，纳食增加，面色转红润。

【按】本例表现为胃脘疼痛，看似胃家邪实，但因病证迁延，正气必虚，结合其临证表现，可鉴其为本虚标实之证。患者中土本虚，敦阜不充，土虚木乘，则见肝气横逆犯胃之征象。治疗当一手扶脾益气，一手调肝和胃，补虚泻实，标本兼顾，才能获得疗效。

案例 8:

殷某，男，47岁，职工。门诊号：34066。

患者胃脘痛3年。经服中西药物效果均不显著。于1968年10月中旬来针灸治疗，主诉胃脘疼痛隐隐，饥饿时更甚。疼痛喜按，得温则舒，平时口泛清水，胃纳亦逊，大便尚可，形寒畏冷，舌苔薄白，脉来细迟。检查：胃脘部多处有明显压痛。X线钡餐摄片检查提示胃与十二指肠溃疡性

病变。西医诊断：胃及十二指肠溃疡。中医诊断：胃脘痛。证属中阳不振，胃失濡养。治疗当温中健脾，和胃止痛。取穴：肝俞、胃俞、中脘、气海、内关、足三里。均针后加灸，采用提插捻转补法，中脘穴在针上用艾盒薰灸，留针45分钟。经治疗15次胃脘痛症状逐渐消失，半月后又因他病来诊，自诉胃脘痛未再复发。

案例 9:

刘某，男，47岁，工人。门诊号：33056。

有胃痛史近6年。胃脘痛受寒、疲劳、饮食不慎、情志不和时易发。当地医院诊断为“胃溃疡”。前天胃痛急性发作，疼痛剧烈，服药效果不好，遂来我科针治。检查：剑突下压痛，无反跳痛，患者呻吟，表情痛苦。舌红，苔薄白，脉弦紧。西医诊断：胃炎及胃溃疡急性发作。中医诊断：胃痛。证属寒邪犯胃。取穴：中脘、内关、梁丘、足三里。用提插捻转泻法，中脘穴加温针灸。其他穴位轮流行针。针后15分钟，疼痛稍缓，留针至痛完全停止。然后，再针胃俞、脾俞及后背部的压痛点，用灸罐熏灸，起针后拔罐。以上治疗每日1次，2次治疗后，疼痛基本消失，嘱其继续针灸以巩固疗效，连续治疗10次后，症状完全消失，中止治疗。

案例 10:

陈某，男，37岁，教师。门诊号：13255。

胃痛1月。胃脘痛始于汗后当风。胃胀不适，纳差，暖气，腹中肠鸣，矢气频频，恶心欲呕。胃镜检查诊断为“慢性浅表性胃炎”，服药效果不明显，经朋友介绍来我科针灸治疗。患者面色萎黄，说话无力，腹软，剑突下有明显压痛。舌红，苔薄白，脉沉细。西医诊断：慢性浅表性胃炎。中医诊断：胃脘痛，脾胃气虚证。治疗拟健脾益气，和胃止

痛。采用穴位注射治疗方法。取穴：胃俞、肝俞、脾俞、足三里、阳陵泉。用黄芪注射液进行穴位注射，碘伏消毒，试抽无回血，然后每穴注入药液 2ml，隔日 1 次。连续治疗 5 次后，胃痛症状完全消失，继续针治 5 次以巩固疗效。

【按】本例为寒气外客于胃肠之证，患者素体中虚，加之风寒外袭，内外相召，则胃痛由作。水针疗法，针药结合，既取针刺之和胃止痛之效，又有药物之健脾补虚之功，一石而双鸟，故可收散寒止痛之效。

胆囊炎、胆石症

急慢性胆囊炎的治疗

胆石症和胆道系统感染是一种常见的急腹症。本病属中医学“胆胀”、“结胸”、“癖黄”、“胁痛”、“胃脘痛”、“腹痛”等范畴。《灵枢·胀论》中有“胆胀者，胁下痛胀，口中苦，善太息”的记载，这里“胆胀”的症状与胆囊疾病的腹痛相类似。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》所描述的“结胸”症状：膈内疼痛，拒按，气短，心下部坚硬胀满，身发黄等符合胆道系统感染和胆石症的主要临床表现。《诸病源候论》中关于“癖黄”的记载也与本病相似，如“气水饮停滞结聚成癖，因热气相搏，则郁蒸不散，胁下满痛而身发黄，名为癖黄。”以后历代医家在论及“胁痛”、“黄疸”、“胃脘痛”、“腹痛”时，均有涉及本病的论述。

1. 急慢性胆囊炎的病因病机

肝在胁下，胆附于肝，其经脉分布于两胁，故情志拂逆，或暴怒伤肝，致肝失疏泄，气机不利，经脉痹阻可引起本病。若嗜食油腻厚味炙烤，或酗酒无度，或饥饱失常，损伤脾胃，运化功能失常，湿浊不化，酿而为热，湿热交蒸肝胆亦可发病。若起居不慎，外感六淫之邪，表邪入里则见高热烦躁；若正气抗邪有力，外邪不得骤入，则正邪交争于半表半里而发寒热往来，口苦咽干。也可因蛔虫上扰，堵塞胆道，影响胆汁的排泄而发病；或瘀滞化热生湿，熏蒸肝胆而发病。

2. 急慢性胆囊炎的针灸治疗

对于本病的针灸治疗，主要参照古人对“胁痛”、“黄疸”等病证的治疗。《针灸甲乙经·肝受病及卫气留积发胸胁满痛第四》中记载：“胸胁痞满，痙痙，引脐腹痛，短气烦满，巨阙主之；胁下积气结痛，梁门主之；胸胁痞满，劳宫主之；胸胁胀，肠鸣切痛，太白血主之；暴胀，胸胁痞满，足寒，大便难，面唇白，时呕血，太冲主之；胸胁痞满，寒如风吹状，侠溪主之；胸满善太息，胸中膨膨然，丘墟主之。”《千金要方·心腹第二十二》说：“肝俞、脾俞、志室主两胁急痛，肾俞主两胁引痛……支沟主胁腋急痛，腕骨、阳谷主胁痛不得意……阳辅、章门主胁痛不得卧，胸满呕无所出。”《济生拔粹》说：“两胁痛，少阳丘墟。”《神应经》说：“胁痛，阳谷、腕骨、支沟、臑俞、申脉。”《通玄指要赋》说：“结胸身黄，取涌泉而即可。”以上治法用穴，均为现今临床治疗胁肋痛的常用方法。针灸治疗急慢性胆囊炎的记载也始于20世纪50年代，20世纪60年代曾有人就针刺治疗本病的机理进行了初步的探讨，积累了一定的观察资料，但还不能阐述针治的机制。

临床治疗急慢性胆囊炎，一般以疏肝利胆，理气止痛为原则。基本取穴为：胆囊穴、三阴交、肝俞、胆俞、至阳。呕逆者加内关、中脘；身黄者加腕骨、阳纲；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；由于蛔虫上扰者，加四白、四缝以安蛔；若出现感染性休克，则加涌泉、人中、十宣、百会，泄热通窍。操作手法，对于急性胆囊炎，基本处方配合根据不同证候类型的穴位加减，每次选取3~5对穴位，针刺得气后，反复提插捻转，加强刺激，若胆绞痛发作，可采用动留针法直到疼痛缓解；对于慢性胆囊炎，则每次可选3~5穴，缓针浅刺，行提插捻转补法，久留针或以皮内针在上述穴位埋针。

临床上胆囊炎具有不同的症状表现类型，在辨病治疗的同时，还应结合患者的病因，辨证治疗。根据我们的经验，主要有肝郁气滞型、肝胆湿热型、热毒蕴结型和气滞血瘀型四种。对于肝气郁滞证，治宜疏肝利胆，理气止痛，方用胆俞、阳陵泉、太冲、中脘；若为肝胆湿热证，则应清利湿热，理气通下，方用胆俞、日月、胆囊穴、阴陵泉、曲池、行间；遇热毒蕴结证，须清热解毒，通腑泻热，取曲池、阳陵泉、膈俞、期门、日月、足三里、内庭；若属气滞血瘀证，则重在疏肝理气，活血化瘀，处方用期门、日月、太冲、足三里。

针灸治疗急性胆囊炎疗效较好，对于部分单纯性胆囊炎，一般针刺20~40分钟后，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。对于慢性胆囊炎针灸亦可明显的控制症状，但因其反复发作，需要有耐心。临床一般取少阳、阳明、太阴经经穴，作少选穴、久留针、长疗程的针刺治疗，对缓解慢性胁痛、减少发作，消除

胆囊壁水肿，均有一定的治疗作用。本病不仅可以用针刺治疗，而且可以采用微针治疗的方法，也能明显的改善症状，尤其是耳针疗法，目前，用耳穴疗法治疗胆囊炎、胆石症，疗效显著，因其操作较为便利，又不影响日常生活，所以较为普及。

从 40 多年来的临床观察与研究来看，针灸对胆囊炎的疗效是肯定的，机理研究表明，针刺对胆囊的生理功能有明显的调节作用。B 超直视下针灸治疗的观察发现，针刺阳陵泉或耳穴的胆囊点，可明显促进胆囊的收缩，加快胆汁的排泄。而且，针刺可明显地缓解胆管的痉挛。一般认为，针灸主要适用于慢性胆囊炎和急性单纯性胆囊炎。而慢性胆囊炎出现胆囊收缩功能丧失，或见急性胆囊梗阻、嵌顿、化脓、胆壁穿孔或伴其他严重并发症者，均非针灸所宜。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。

胆石症治疗经验

胆石症是胆囊或胆道出现结石，并引起胆道的相应症状的疾病。根据结石所在的部位，可分为胆囊结石、肝胆管内结石、胆总管结石等，根据结石的形状，又可将其分为块状结石、球状结石、泥沙样结石等。目前认为，结石的形成多与胆囊感染、胆汁代谢障碍和胆汁淤积有关，而由于结石的存在，也会加重上述胆囊病变的程度，而引起胆囊或胆道的疼痛或反复感染。部分胆石症的病人并无任何临床症状，而大部分病例存在胆囊不适症状，如胆石下行，导致胆管的痉挛或梗阻，则出现右上腹疼痛、恶心、呕吐、寒战、黄疸等急腹症表现。由于本病有以上的特点，一般归之于“胁痛”、

“黄疸”的范畴。

针灸对本病的治疗虽可追溯到《内经》中关于“黄疸”、“胃脘痛”、“腹痛”等症的治疗，其中的“胆心痛”、“胆胀”等的针灸治疗方法，亦可作为针灸治疗的参考。然而明确提出用针灸治疗胆石症、胆绞痛，直到1951年第1期《大众医学》才首次载文用针灸治疗急性胆囊炎，自此以后，针灸治疗胆石症、胆道系统感染的报道屡见不鲜，并在治疗方法上不断创新。到了20世纪70年代初，遵义医学院又运用中药、西药、针灸三法名曰“总攻疗法”，进一步提高了胆石症的排石率。

对于胆道结石的针刺治疗，处方主穴为巨阙、不容、阳陵泉、足三里、太冲。胁痛甚者，加期门、日月；呕吐加内关、中脘；黄疸加阳纲、阴陵泉；发热加曲池、合谷等。针刺一般均用提插法加电针，每日1次。对于绞痛发作者，要用强烈提插结合捻转泻法，每日针治2~3次，多能控制疼痛。排石率达60%以上。临床上，针灸后如重新出现腹痛、发热、脉速、黄疸等，常提示结石已排出，应密切注意观察，如腹痛明显可适当使用镇痛剂。

根据我们的临床观察，针灸对胆石症的治疗作用，主要表现在以下几个方面。(1) 止痛作用：所有患者，都以上腹部或胁部疼痛为主症，急性发作时常绞痛难忍，拒按，慢性者，则见胁肋隐痛与胀感。应用针灸，有控制或缓解作用，针刺穴位以巨阙、不容、期门、日月、足三里、阳陵泉、太冲等穴为主，进针后，捻转行针，要求快而有力，下肢穴位要深刺，行提插捻转泻法，反复行针后，一般疼痛可以缓解，应再留针观察，可留30~60分钟或更长。或用电针持续行疏密波，以维持针感。慢性症胁肋胀痛者，可先针太冲

穴，行提插法，加强针感，反复行针，一般可以好转，如无效，再取不容、巨阙、阳陵泉等穴，针刺得法，见效较快。

(2) 改善消化道症状：一般患者，急性发作时，多见恶心、呕吐，不能进食，黄疸等，呕吐加内关，黄疸甚者加阳纲，皆用泻法，大便不整者，可加天枢。

(3) 排石作用：据观察，针刺具有一定的排石作用，但其排石有一定的适应症。首先，对一些无严重梗阻，胆管内结石，或肝胆管、胆囊泥沙样结石有效；其次，对症状较轻，无严重并发症的胆管内较大结石较好；胆囊内结石，直径在 1cm 以下，胆囊收缩功能良好者易于排出；肝内广泛性小结石，手术难以取尽者，或手术后胆管结石复发者。但据观察，泥沙样结石易于排出，但不易排尽，病程短，无严重合并症，在急性发作时，因势利导，效果较好。

为了探求针灸作用，曾与放射科合作，选择胆囊造影病例，在注射造影剂后，分别针刺临床常用穴位，如不容、巨阙、期门、日月、阳陵泉、太冲等，针刺操作与临床相同，分别观察每个穴位对胆囊、胆管的影响。其结果观察到针刺不容、巨阙等穴时，胆总管收缩明显加强，胆管口开放，其他如期门、阳陵泉、足三里等穴则稍差，针刺胆俞时，对胆囊未见明显改变。因此，治疗处方，取穴以巨阙、不容、阳陵泉、太冲、足三里等为主，随症加减。

针灸疗法的排石疗效确切，无明显的副作用，可以作为胆石症保守治疗的一个重要的方法之一。然而，针灸治疗也有排石不全的缺点，所以，我们主张应采用综合疗法，方会产生更好的疗效。

医案六则

案例 1:

李某，女，50岁，干部。门诊号：34002。

右上腹胀痛、隐痛时作5年余。患者经常右上腹痛，伴有饱胀、暖气、恶心等症状。进食油煎或脂肪类食物后上述症状加重。经当地医院检查，诊断为慢性胆囊炎。刻诊，剑突下明显压痛，墨菲氏征阳性。按压发现右侧肩胛区中下部位有明显压痛点。腹部未发现其他阳性体征。B超检查提示：胆囊壁增厚，回声减弱，胆囊体增大，未见结石。晨起口苦，急躁易怒，尿黄，舌红，苔薄黄腻，脉弦滑。西医诊断：慢性胆囊炎。中医诊断：腹痛。证属湿热郁滞，肝胆气机不利。治拟清化肝胆湿热。取穴：中脘、胆俞、日月、阳陵泉、太冲。针刺得气后，用提插捻转泻法，行针5分钟，以后每5分钟间歇行针，留针30分钟，每日1次。2次针刺治疗后，腹胀腹痛症状有明显好转，遂加耳压胆囊三角、耳根三角、耳迷根、内分泌穴进行穴位埋籽，嘱其自行按压，每日数次不论。5次治疗后，患者症状基本痊愈，建议耳压继续治疗2个月。翌日，患者再来诊室，诉昨因大怒而腹胀又作，遂继续针刺治疗，原方去太冲，加期门，针甫下定，即觉胸闷得舒。再针刺3次后，症状明显改善，改为耳压治疗，每5天换1次耳穴。治疗3个月，症状尽失而告愈。

【按】慢性胆囊炎，针灸具有较好的止痛效果，一般针刺1~2次即可止痛，5~7次，症状可获得明显好转。本病由于胆囊舒缩功能不好，针灸的利胆作用也是有限度的，而且在针灸控制症状后，常因饮食、情志因素导致复发，临床

上长留针，或用埋针、耳穴埋压的方法，由于刺激持续时间较长，对于这类慢性病证作用较好。

案例 2:

李某，女，48 岁，干部。门诊号：26771。

右胁部剧烈疼痛伴呕吐 2 小时。患者素有慢性胆囊炎病史，今无任何诱因，突然上腹疼痛，翻滚呼叫，汗出肢冷。刻诊，上腹及右胁疼痛，呻吟不已，恶风，时时泛恶心，呕吐 1 次，吐出黄水。检查：体温高达 38.7℃，身体蜷曲，痛苦表情。右上腹压痛，肌卫明显，舌红，苔黄，脉弦数。西医诊断：慢性胆囊炎急性发作。中医诊断：胁痛。证属邪客少阳，肝郁气滞。取穴：日月、胆俞、支沟、阳陵泉。针刺得气后留针，加用电针，以疏密波，频率为 120 次/分，强度以患者能耐受为度。留针 30 分钟后，疼痛缓解，体温亦随之下降。再针 3 次，以巩固疗效，诸症消失。

案例 3:

王某，女，64 岁，工人。门诊号：57213。

右胁肋疼痛 8 年。开始仅有隐痛，近 1 年来渐感闷胀，间有明显的刺痛。近两月来，刺痛症状日渐明显。疾病部位明确，而且位置固定不移，饮食逐渐减少，食油腻后，疼痛立即发作。在省中医院 B 超检查，确诊为“胆石症”，一直作保守治疗，病情时好时坏。昨天因喝鸡汤，胁肋疼痛又作，剧痛难忍，遂来门诊针灸治疗。检查：痛苦病容，右肋下疼痛，压痛明显，墨菲氏征（+），疼痛牵及后背和左肩。烦躁，舌质红，苔白腻，脉沉滑数。西医诊断：胆石症，胆囊炎急性发作。证属痰阻胸胁，气机不利，治拟行气解郁，化瘀破积。取穴：期门、胆俞、阳陵泉、支沟、太冲。各穴均行提插捻转泻法，每 5 分钟行针 1 次，然后留针 40 分钟。

连续治疗 5 次，症状有所减轻，但疼痛仍未完全控制。第 2 天来诊，诉大便中淘出石块，大多是小碎石。结石排出后，胁肋疼痛明显缓解。以上法继续治疗 10 次后，症状基本消失，而停止治疗。

【按】久痛入络，本病胁肋痛 8 年，气血瘀积日久，则出现血瘀的证候表现，治疗上应行气破积，气行则血行，更以期门、胆俞，迫脏刺背，加之泻法振奋血行，化瘀作用明显，故可获化瘀破积之效。由于病程日久，本病必难速愈，临床还可能因诱因再次发作，因此，久病的瘀血证候临床治疗较为棘手。

案例 4:

相某，男，32 岁，农民。门诊号：34001。

右上腹突发剧烈绞痛，伴恶心呕吐 1 天。素有胆石症史，曾作 B 超检查，胆囊内有 3.5cm×2.8cm 大小的结石 1 枚，胆囊壁增厚。每次胆绞痛发作均通过针刺治疗而控制，今晨因食太饱，整个上午都觉腹部胀满，右胁作痛，纳呆食减，时时泛恶。遂急来我科门诊治疗。检查：右上腹压痛，无反跳痛，墨菲氏征（+）。小便黄赤，大便 2 日未行，口渴不欲饮，舌苔黄腻，脉濡滑而数。西医诊断：胆囊炎，胆石症。中医诊断：腹痛。证属肝胆湿热，阻滞气机，不通则痛。治以清利湿热，理气止痛。取穴：期门、胆俞、中脘、阳陵泉、太冲、外丘。各穴用提插捻转泻法，持续行针 10 分钟后，腹痛稍减，留针 40 分钟，并间歇行针。起针后疼痛明显改善，翌日来诊，诉疼痛复作，须臾自止，故以原法继续治疗。治疗 10 次后，症状基本控制，腹胀、腹痛停止，腹部体征消失，舌苔转白，继针 5 次，以巩固疗效。

【按】这类结石多为胆固醇结石，一旦遇情志、饮食及

劳累等诱因，则会活动进而引起胆道梗阻，引发胆绞痛。患者素为肝胆湿热内盛之体，复因过食而致肠腑气机阻滞，肝胃不和，故主要表现胀痛、呕恶等，均为气机不通之象。夫“六腑以通为用”，今湿热中阻，腑气不畅，治拟清化，取俞募相配，辅以远道选穴，以疏调肝胆，蠲邪外达，邪去则腑气自通，疼痛乃止。

案例 5:

周某，男，28岁，林场工人。住院号：14765。

患者以右上腹剧痛，向肩胛放射，呕吐、黄疸、高热2天而来治疗。自称右上腹阵发性剧烈绞痛，发则扰动不宁，呕吐不食。高热，巩膜与全身发黄，小便短赤，口干欲饮。检查：上腹部压痛，无反跳痛，体温39.5℃。血中白细胞12000/mm³，中性80%。据称2年来，曾多次在医院检查，确诊为胆石症。舌红，苔黄腻。证属肝胆湿热内蕴，久则结而成石，肝胆气机郁结，故作剧痛，热邪鸱张，故见高热，胆汁外泄，故成黄疸。治当疏通肝胆气机，清湿热，目前先宜缓解剧痛。取穴：巨阙、不容、阳陵泉、太冲、曲池、合谷等。行提插泻法，反复行针30分钟，剧痛较为缓和，加用电针续治。连续两小时后，剧痛缓和，高热亦减。每天针治2次，次日体温38.8℃，剧痛转轻，不呕吐，能进流汁。续予原法针治，第3天淘洗大便中见有黄豆大结石数块，黄疸减退，诸症渐见好转。不想第5天又出现高热、黄疸、呕吐、胁痛等症状，一如初诊。仍回原法针刺，又排黄豆大结石多枚，症状又渐减轻。如此反复发作多次，最后一次，症状更为严重，胁痛更为剧烈，高热达40.0℃，上腹压痛。仍坚持以针刺治疗，1天3次，次日排石较多较大，腹痛顿时消失，身热黄疸等亦相继退去，饮食渐见好转。此案前后

反复腹痛、呕吐、黄疸等 7 次，共排出结石 74 块，经 X 光摄片检查，胆囊与胆管均未见有结石，而告治愈。随访多年，未曾复发。

案例 6:

朱某，女，65 岁。1979 年 11 月 20 日初诊。

胃脘疼痛 20 年，加重 3 天。由于工作性质，饮食不及时，长期胃痛，纳谷不香，厌油腻，近 3 天来，无任何原因突然发作，疼痛阵发，呈绞榨样，恶心欲呕，痛处不可按压。由于以往胃痛常用针灸治疗，遂来我科进行针灸治疗。检查：患者痛苦病容，强迫体位，屈膝抱腹，面色苍白，巩膜轻度黄染。体温 39.5℃，右上腹肌紧张、触痛，墨菲氏征强阳性。西医诊断：胆石症。中医诊断：胃脘痛，黄疸。证属肝胆湿热，气血阻滞之证，治宜利胆排石。取穴：巨阙、不容、阳陵泉、足三里、太冲、期门、日月。进针后行提插捻转泻法，留针 30 分钟，留针过程中，疼痛未减，发热更甚，病人出现寒战，四肢厥冷，即于十二井穴点刺出血，并对以上穴位按四肢到腹部的先后次序行针，以加强刺激。持续行针 15 分钟后，疼痛有所缓解，体温也下降至 38.2℃，继续留针 1 小时，疼痛逐渐趋缓，体温也退，患者觉精神好转，遂起针。予排石冲剂 1 盒，配合治疗。次日再诊，仍诉胃脘部疼痛隐隐，按原法针刺，因见呕吐加内关、中脘，行提插捻转泻法，持续行针 15 分钟，留针 1 小时。针后，自觉症状大减，翌日，胃痞已失，疼痛消失，并告知昨天大便排出花生米样大小的结石数枚，因其仍有黄疸，为其针阳纲、阴陵泉，去内关、中脘；建议近日内继续针灸治疗，以图巩固。患者遂又针 10 次后，腹痛尽去，黄疸已退，食欲亦增，疾病告愈。

【按】本病以胃痛来治，检查结果却是胆囊结石，提示临床诊断尤需留意，古谓“针家不诊”诚误也！对于本病绞痛发作者，要用强烈提插捻转泻法，每日针治2~3次，多能控制疼痛。排石率达60%以上。临床上，针灸后如重新出现腹痛、发热、脉速、黄疸等，常提示结石已排出，应密切注意观察，如腹痛明显可适当使用镇静剂。

传 染 病

传染性疾病的针灸治疗

传染性疾病，一般都由于病毒、细菌、原虫等所引起，其中有急性与慢性之分。针灸治疗各种不同的传染性疾病，国内许多地区进行了研究，不仅临床取得了良好的效果，同时也开展了有关人体和动物的实验研究。初步证实了针刺可以调动人体各个方面的积极因素，从而消灭了这些致病原因，达到治愈疾病的目的。为针灸在临床上的应用开拓了广阔的前景，对进一步阐明针灸的治病原理，起了一定的推动作用。

1. 急性细菌性痢疾

急性细菌性痢疾（简称菌痢）是由痢疾杆菌引起的夏秋季常见的肠道传染病。中医对本病的认识很早。公元前5~3世纪古典医籍《内经》中称为“肠澼”。隋代才称为“痢疾”。有关针灸治疗痢疾的方法，晋代针灸专书《针灸甲乙经》（公元265年）中即有肠澼便脓血的治法。以后历代医

家都积累了很多的经验。近年来，甘肃、上海、沈阳、南京等地先后对本病针灸治疗进行了研究，积累了较多的资料。中医认为痢疾的成因，主要是内由饮食失节，外受湿热疫毒。损伤胃肠，以致胃肠受纳、传导功能失常，湿热郁蒸，气血壅滞，肠道的脂膜与血络俱受损伤。从而出现发热，腹痛，里急后重，大便脓血等症状。治则以清热化湿、消积导滞、调和气血为主，针刺取穴是根据这些原则来确定的。主穴：天枢、气海、上巨虚。天枢、上巨虚均属胃经穴位，前者又为大肠之募穴，后者为大肠之下合穴，故可作用于胃肠两个方面，是清除胃肠湿热，消积导滞，调整胃肠功能的要穴，也符合古人腑病多取募穴与合穴的经验。气海有调气之功，不仅能止痛，而且“调气则后重自除”。加减法：热重者加曲池、合谷以清阳明之热；湿重者加阳陵泉，以理脾化湿。具体应用时，如腹痛、腹泻重者，说明胃肠湿热积滞，蕴结较甚，需要急于清化宣导，故主方各穴同用；便次减少为5~6次/日，腹痛缓解后，可去气海穴；便次正常，症状消失，但大便培养仍阳性者，可仅取上巨虚一穴。体温在38℃以上者加用曲池、合谷以退热，热退后撤去。胃纳不展，小便短少，苔腻不化的，加用阴陵泉以去湿。手法：菌痢属实热症，根据实则泻之的原则，故手法以泻为主，进针要快，针刺要深些，一般均可刺1.5~2寸（成人），得气后，采用紧提慢按结合捻转手法。反复运针，增强针感，腹部穴位要求针感向四周扩散，四肢穴位，要求针感向上下传导，这样才能迅速控制症状。特别是第1次、第2次治疗时，常为成败关键，必须严格掌握，以期顿挫病势。以后随着症状的缓解，逐步减轻刺激，针刺深度亦相应减浅。留针时间，一般为30分钟，病情重者可延长至60分钟。留针时

如要大便，行针可使便意消失，不必出针。疗程：对初入院或病情较重的病例，每天针刺2次，甚至8小时1次。症状改善后每天1次，至大便细菌培养连续3次阴转后停针。10天为1疗程。

治愈标准：(1)临床症状全部消失；(2)大便成形，便次每天不超过2次；(3)大便肉眼观察正常，显微镜检查无红细胞、脓细胞；(4)连续3次大便培养无细菌生长。

曾按上法治疗急性菌痢645例，1个疗程后，治愈596例，治愈率92.4%。主要症状的消失和实验室检查平均恢复正常的时间：发热1.88天，腹痛2.95天，里急后重2.15天，腹泻3.40天，大便性状3.11天，大便镜检3.90天，大便细菌培养阴转5.12天（其中3天内阴转率为29.3%，7天内阴转率为81.5%）。并与281例药物治愈的菌痢患者（口服呋喃唑酮）对照，结果里急后重、腹痛、腹泻的平均消失时间，针刺组较药物组为快（ $P<0.05$ ）；大便细菌总转阴率及7天以上转阴率药物组为高（ $P<0.05$ ），7天内转阴率针刺组为高（ $P<0.05$ ）。对治愈出院半年以上的病例随访到268例，其中症状复发、大便细菌培养转阳性者共有33例，复发率12.3%。

又如上海中医学院程氏等报道，单用天枢、上巨虚两穴，治疗急性菌痢134例，治愈126例，治愈率为94%。同时，对针刺组与药物组的病人在出院后3个月、半年、1年随访，并作肛拭培养，其结果针刺组与药物组在3个月复查时分别为阴性50例，42例；阳性1例，3例。半年复查分别为阴性48例，44例；阳性2例，1例。1年复查分别为阴性45例，41例；阳性1例，3例。

根据上述资料，针刺不但能较快地控制菌痢患者的发

热、腹痛、里急后重等症状，而且大便镜检和细菌培养也随之而转阴，与抗菌痢药物呋喃唑酮的疗效不相上下。针刺治疗急性菌痢疗效的取得，和经络穴位的选择及手法运用得当与否有密切的关系。若选穴和手法运用不当，则效果显著减弱，甚至无效。此外，临床症状、肠道病变的轻重及发病季节等与疗效有一定关系。而与菌株的不同无明显关系。他们曾对 155 例患者进行中医辨证，在观察中发现，表现为热重于湿者，常较湿重于热者奏效快、疗程短。还发现，晚秋季节发病者，一般疗效较差，疗程较长。

针刺治疗菌痢，在临床获得良好疗效的基础上，他们对 50 例住院患者进行下列几项免疫功能指标的实验研究：

血清蛋白电泳：电针家兔“上巨虚”、“天枢”穴后第 6 天与针前相比，白蛋白 A、 α_1 球蛋白、 α_2 球蛋白明显减少，而 β 球蛋白和 γ 球蛋白较对照组高 28% ($P < 0.01$)。急性菌痢患者针后第 6 天与针前相比，白蛋白也下降 5.6% ($P < 0.01$)，其他 4 项球蛋白均有不同程度增高。

血清总补体含量：急性菌痢患者，针刺第 3 天较针前明显增高 ($P < 0.01$)，直至针刺第 12 天，仍有继续增高的趋势。

免疫球蛋白 (IgG、IgA、IgM) 含量：急性菌痢患者和正常人针刺后均有不同程度增长。针刺 3 天后与针刺前相比，除 IgM 在正常人未见增加外，其余均有明显增长 ($P < 0.01$)，IgA 针后 12 天较针前增长 43%。IgM 5~7 天就开始下降，反映它出现早，消失快，参予早期杀菌作用。

血浆杀菌力的观察：电针家兔“上巨虚”、“天枢”穴以及临床针刺治疗的急性菌痢患者，均见到针刺 2 次后 30 分钟到 3 小时的血浆较针前的血浆对痢疾杆菌的杀灭能力明显

增加。电针家兔 30 分钟后，杀菌力较针前提高 50%，第 2 次电针后 30 分钟到 3 小时较针前提高 61%~73% ($P<0.05$)。同样，观察了 37 例急性菌痢患者，针后较针前杀菌力增加者有 31 例占 83.8%。37 例针前菌落平均值 43.4 ± 76 ，针后菌落平均值 23.5 ± 42 ($P<0.01$)。并经初步试验，观察到这种杀菌物质具不耐热性， 56°C 加温 30 分钟杀菌活力明显降低。

特异性抗体滴度（间接血凝法）：急性菌痢患者，针前较正常人低，针刺第 3 天稍有增加，5~7 天由第 3 天平均值 $1:93 \pm 1.98$ 上升至 $1:349 \pm 3.15$ ，7~12 天继续上升为 $1:425 \pm 2.7$ 。

粪便中 SIgA 含量：12 例入院时大便肉眼观察无脓血者，针治第 1 天稍低于正常人，针后第 2 天明显高于针前。另 24 例入院时有脓血便，针治第 1~3 天均高于正常人，第 1 天高于正常人可能便中含脓血之故；而第 3 天时该 24 例中 3/4 患者已无脓血便，其 SIgA 含量仍高；针刺第 5 天后，病情好转，SIgA 含量下降接近正常。

血清中溶菌酶含量：急性菌痢患者针前含量高于正常人，针后第 3 天明显上升，病情好转，大便培养转阴，溶菌酶含量则下降，如大便未转阴者，则有持续升高趋势，而肠炎患者无明显改变。

肝脏网状内皮系统吞噬能力：电针家兔“上巨虚”、“天枢”穴，在停针后第 6 天电针组比对照组吞噬力高 49% ($P<0.01$)，第 12 天高 63.3% ($P<0.01$)。结合血清蛋白电泳分析，吞噬能力明显增强之时正是血清 γ 球蛋白升高的时刻。

实验结果联系针刺治疗的患者，恢复较快，预后较好，

这表明在针灸治疗过程中机体的免疫能力不断增强，其中与体液免疫功能（包括特异的和非特异的）增强有关，这为针刺治疗急性菌痢提供了重要的物质基础。

2. 急性黄疸型传染性肝炎

本病包括在中医“黄疸”的范围内，是由病毒所引起的一种传染病。近年来，国内不少地区采用针灸治疗本病，取得了良好的效果。有些单位还与中、西药进行了对比观察，证明针灸的疗效优于药物治疗。针刺治疗本病，病例选择，各地基本相同，归纳起来为：

(1) 临床上确诊为急性黄疸型传染性肝炎，病程在2周以内者。

(2) 确诊依据：①具有典型的临床症状，如近期内发热无力、食欲不振、上腹不适或隐痛，尿色变黄等症状；②体征方面，见肝脏肿大，局部有压痛和叩痛，自觉腹部有胀满充实感，黄疸；③肝功能至少有2项以上不正常者，如血清GPT>150单位，麝香草酚浊度试验>8单位，硫酸锌浊度试验>12单位。此外，不少单位还注意到排除胆道疾患、肝硬化、慢性肝炎、血吸虫肝病、胰腺疾患、传染性单核细胞增多症等，容易与肝炎混淆的疾患。

综合各地报道，本病病因一般均为湿热之邪阻遏肝胆所引起，所以，针灸治疗的总原则是，清利脾胃湿热，疏导肝胆郁滞。因此，取穴均以脾、胃、肝、胆经为主。本病属实证、热证居多，根据“实者泻之”的原则，所以大多数学者采用提插捻转、迎随泻法。每日治疗1次，6次为1个疗程，第10个疗程开始隔日治疗1次，一般治疗在10~14次，平均20天左右，每次留针20分钟，但也有留针30分钟到1小时者。个别地区报道有得气后即起针者。湖北中医

学院用太冲透涌泉和足三里穴，分别以手捻和电针治疗本病 212 例，其中成人 160 例，儿童 52 例。黄疸指数平均恢复正常天数成人 14.2 天，儿童 8.1 天。血清谷丙转氨酶平均恢复正常天数，成人 28.8 天，儿童 21.3 天。食欲平均好转天数，成人 4.8 天，儿童 3.9 天。临床治愈成人 135 例 (84.4%)，儿童 42 例 (80.8%)，只有 1 例无效。王氏报道用肝俞、胆俞、足三里、太冲为主穴治疗本病 68 例，达到临床治愈标准者 60 例，其治愈率为 88.2%，平均住院天数为 21.6，黄疸消退平均为 11 天，肝区疼痛消失平均为 8 天，肝功能恢复正常平均为 17.6 天。上海中医学院奚氏报道，针刺治疗本病 100 例，取穴以大椎、至阳、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、阳陵泉、足三里、涌泉等穴为主，同时，将肝炎分为湿热并重、湿重热轻、热重湿轻 3 个不同类型，采取辨证取穴。100 例分为两组，第一组不辨证取穴，但加服维生素 B₁ 与维生素 C，第二组辨证取穴。结果第一组 50 例中痊愈者 22 例，基本痊愈者 24 例，无效者 4 例。黄疸平均消退时间为 9.5 天；麝香草酚浊度在 8 单位以下者入院时 28 例，出院时 40 例；硫酸锌浊度在 12 单位以下者，入院时 23 例，出院时 31 例；GPT 在 150 单位以下者入院时 14 例，出院时 49 例。第二组的 50 例中，痊愈者 26 例，基本痊愈者 21 例，无效者 3 例。黄疸平均消退时间为 5 天；麝香草酚浊度在 8 单位以下者入院时 28 例，出院时 38 例；硫酸锌浊度在 12 单位以下者，入院时 20 例，出院时 36 例；GPT 在 150 单位以下者入院时 23 例，出院时 47 例。上海市传染病院采用中封、后溪深刺透穴为主治疗儿童急性传染性肝炎 125 例，临床主要症状的改善平均 3 天左右，黄疸消失平均 8.9 天，麝香草酚浊度、硫酸锌浊度 60% 的病人在 2

周内恢复正常。近期显效者 67%，远期显效者 88%。李氏报道 115 例急性黄疸型肝炎分为针刺组（穴位以中封、后溪为主）、西药组（Vit C、Vit B₁、Vit B₁₂、肝精、肝泰乐、葡萄糖等）和中西药综合组（西药加服茵陈蒿汤），3 组人数、病程、性别、年龄、症状与体征和肝功能损害程度等基本相同，但由于治疗方法不同，则疗效有所差异。主要症状的消失时间针刺组为 6~7 天，西药组为 10~12 天，中西药综合组为 10~11 天；肝功能恢复正常时间，针刺组 33 天，其余 2 组均为 45 天。治疗结果痊愈率，针刺组为 97.5%，西药组为 88.6%，中西药综合组为 90%。无论临床症状、体征和肝功能的恢复，针刺组均领先。根据国内现有资料，针刺治疗本病，临床效果一般均在 92% 以上，黄疸消失时间最短者 7.5 天，最长者 12 天，食欲改善均在 3 天左右，肝功能的恢复均在 33 天以内。

对于远期疗效，不少地区作了随访工作，证实针刺治疗本病，不但近期疗效显著，而且远期疗效亦非常稳定。如湖北中医学院报道随访 207 例，分别在出院后 3 个月~2 年内进行，远期治愈率为 94.2%。王氏在出院后 26 个月随访 47 人，无 1 例复发。也有的在治疗 3 个月、6 个月、12 个月分别检查一次肝功能，证实疗效确实可靠。说明针刺治疗本病疗程短、疗效高、复发率低。

判断疗效的标准是：（1）痊愈：症状全部消失，肝功能完全恢复正常；（2）基本痊愈：症状全部消失，肝脏尚有轻度肿大（2cm 以内），肝功能偶见 1~2 项未恢复正常；（3）有效：症状明显好转，食欲增加，肝功能有改善；（4）无效：症状与肝功能未见明显变化者。以上这些疗效标准，各地大致相同。

在取得良好疗效的基础上，也做了一些实验研究工作。

(1) 针刺对胆汁流量的影响：12 例胆道痿患者，观察 58 次胆汁流量的变化，结果 43 次胆汁流量增加，10 次不变，5 次减少。在针刺后 15 分钟明显增加，作用高峰在针刺后 30 分钟左右。如果针刺前注射阿托品，可阻断针刺对胆汁流量增加的影响，提示针刺胆汁流量的增加，可能是通过迷走神经的作用。(2) 针刺对超声波观察胆囊平段的影响：通过对 32 例急慢性肝炎、胆系感染和中毒性肝炎患者针刺后超声波观察，胆囊平段出现了改变，绝大多数病人呈现交感神经的活动。通过以上实验提示，针刺通过利胆作用，促使黄疸消退。

3. 肺结核

肺结核中医有“肺癆”、“劳瘵”、“骨蒸”、“传尸”等名称，以往属难治之症，自抗癆药问世以来，能较快地控制其病灶的发展，并改善临床症状，提高了疗效。针灸治疗肺结核，很早就有记载，近年来，根据各地报道，认为针灸有助于消除症状，控制疾病的发展。还能促进病灶的消散和愈合，因此，仍不失为一种有效的治疗方法。

针灸治疗肺结核根据各地的经验，一致认为浸润型肺结核最为适宜。如南京中医学院报道 291 例肺结核患者的针灸治疗证实了这一点。病例选择应要求症状典型，有咳嗽、咯血、潮热、盗汗、胸痛等 2 个以上主症，经 X 线摄片诊断明确，如有空洞，最好不超过 2cm 为针灸治疗的对象。

本病为虚劳的一种，所以治疗原则应以补虚培元为主，因其病位在肺，所以有人主张除沿用古人的经验外，强调选用肺经腧穴与背俞穴。但除了调补本身脏腑外，肝、脾、肾三脏亦不可忽视。归纳起来，目前常用穴位以肺俞、风门、

膏肓、四花穴（膈俞、胆俞）、脾俞、肾俞、身柱、中府、太渊、尺泽、足三里、三阴交为主，并根据临床主症，随症选穴。如咳嗽痰多加列缺、合谷、丰隆；胸痛加膻中、支沟；咯血加鱼际、太冲；盗汗加阴郄、复溜；潮热加大椎、间使、心俞、肝俞、太溪。根据“虚则补之”的原则，针刺以补法为主，但在某些特殊情况下，如见咳嗽气逆、胸闷不畅、痰涎壅塞或阴虚阳亢、咯血、烦躁不寐、脉弦滑者，可酌用泻法，对有虚中夹实兼症者，应考虑补泻兼施。隔日治疗1次，每次留针15~20分钟，亦有人留针30分钟。背部肺俞、膏肓、四花穴等可配合艾条灸，一般灸至皮肤温热，局部潮红为止。20次为1个疗程，3个月后复查，然后根据复查结果决定继续治疗与否。南京中医学院报道，采用中医辨证分型取穴将291例肺结核病例分为3型：（1）肺虚证以风门、肺俞、膏肓、身柱为主穴；（2）脾胃虚证以脾俞、胃俞、中脘、足三里为主穴；（3）肝肾虚证以肝俞、肾俞、三阴交为主穴。对上述3型有阳虚见证者，除针刺外加艾条灸。通过实践，他们认为辨证分型施治较单纯治肺为优，不仅临床症状迅速减轻或消失，还有利于加速病灶的消散和愈合。上海有人根据古人“骨蒸、传尸、劳瘵宜早灸四花等穴”的经验，将艾绒做成麦粒大小的艾炷，直接灸肺俞、膏肓、四花穴、大椎、身柱等穴，每次选用2穴，各灸3~5壮，每周2次。临床取得了良好效果。浙江中医研究所分别用瘢痕灸或隔姜灸加化学疗法治疗肺结核病。化学药品主要为异烟肼、对氨基水杨酸钠及链霉素等，按常规服用。部分病例用气胸、气腹和0.25%~0.5%链霉素用雾化器喷雾吸入疗法。观察方法：甲组17例（隔姜灸加化学疗法）、乙组40例（瘢痕灸加化学疗法）、丙组20例（单纯瘢痕灸）列

为观察组，对照组（单纯采用上述化学药物治疗者）29例。治疗结果，观察组的疗效均优于对照组，而观察组又以单纯瘢痕灸的疗效最高。有人报告采用针灸加耳针、面针、中药和小剂量抗痨药穴位注射等方法综合治疗本病，疗效与单纯针灸治疗无显著差异，但针灸加小剂量抗痨药穴位注射疗效要比单纯针灸者好，是今后发展的一个方向。

从各地报道来看，针刺、艾灸治疗肺结核病的有效率一般在80%~90%左右。而瘢痕灸的疗效可达95%以上。如南京中医学院在南京市结核病防治院治疗的291例肺结核患者，其中浸润型占224例，184例通过针灸治疗后进行X线摄片，结果显著吸收者38例，轻度吸收者110例，无变化者23例，恶化者13例，总有效率为80.4%。他们还对比行播散型和局灶型等其他类型的肺结核患者进行了针灸治疗观察，结果表明，有效率并不亚于浸润型肺结核。而慢性纤维空洞型肺结核疗效不著。从291例患者中抽检了其中60例，治疗前痰内找到结核杆菌者15例，治疗后复查均未找到结核杆菌。奚氏报道24例浸润型肺结核，有14例痰检到结核杆菌，其中4例单纯用针灸治疗而结核杆菌转阴者，经X线摄片病灶均有不同程度的改善。其中1例显著进步，空洞关闭。上海结核病中心防治所对188例浸润型肺结核患者分别以咳嗽、咯血、潮热、盗汗、胸痛5个主要症状为观察疗效的指征。治疗6次1疗程。在以咳嗽为主的64例中，消失者为32.8%，进步者为53.1%。咯血为主的49例中，消失者60%，进步者32%。以潮热为主的19例中，消失者31.6%，进步者42.1%。以盗汗为主的33例中，消失者65.2%，进步者30.4%。以胸痛为主的23例中，消失者63.7%，进步者24.3%。又如，浙江省中医研究所报道，

在隔姜灸加化学疗法及癰痕灸加化学疗法，与单纯癰痕灸3组中，经X线摄片病灶好转者，分别为82.3%、95%、90%，均比单纯化学疗法之对照组（44.8%）为高。治疗后空洞关闭及缩小者，分别为81.8%、76.5%、100%，而对照组仅为22.2%。临床症状的改善观察组较对照组消失为快。痰内结核菌转阴，隔姜灸加化学疗法组和癰痕灸加化学疗法组均较对照组为高。由此可见，灸法对肺结核患者确有良好的治疗作用，值得推广使用。而癰痕灸又比隔姜灸疗效更为显著。至于癰痕灸加化学疗法与单纯癰痕灸的疗效相比，前者不论在症状的改善和病灶的消散上，均较后者为佳。

至于疗效标准，各地基本相同，大致可归纳以下4点：（1）显著吸收：病灶大部分吸收，或空洞不明显者；（2）轻度吸收：部分病灶吸收好转者；（3）无变化：病灶改善不明显者；（4）恶化：病灶有扩展者。由于抗痨药在临床的普遍使用，所以单纯采用针灸治疗者不多，但肺结核病患者，若对某些抗痨药已产生抗药性者，针灸仍是一个较好的治疗方法。

4. 流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎是乙型脑炎病毒所致的中枢神经系统急性传染病。属中医温病中的“暑温”、“暑痉”、“暑厥”等症。针刺治疗流行性乙型脑炎的轻型有一定的疗效，对中型治疗应在严密观察下进行。对重型患者必须以中西药物抢救治疗为主，针刺只在改善部分临床症状方面，如抽搐等有一定作用。近几年来针刺治疗已广泛应用于恢复期的病人，这对减少和减轻后遗症的发生，起了显著的作用。

针刺治疗流行性乙型脑炎应选择发病时间短，体温在

38℃~39℃之间，有嗜睡、惊厥或轻度意识障碍以及存有轻度脑膜刺激征的患者为对象。

本病主要为脑实质性的病变，根据各地经验，治疗除考虑对证选穴外，重点应以醒脑为主，常用穴位为百会、风池、风府、中冲、大陵、后溪、涌泉等穴。发热加大椎、曲池、合谷；惊厥加合谷、太冲；喉间有痰加丰隆。行强刺激手法，捻转3~5分钟，不留针。治疗间隔时间可视病情轻重而定，轻者每日2~3次，重者可改为6小时1次。原则上是以前次针刺后体温下降还未回升时即施第2次治疗。以控制体温，使之逐渐趋向正常。一般在针刺治疗2~3天后体温可逐渐恢复正常，临床症状消失。在急性期，凡经针刺治愈的患者，退热以后，留有后遗症的较少，且较轻。

对流行性乙型脑炎重型患者，针刺在控制惊厥与配合药物降温上似有一定的效果。尤其当呼吸衰竭时，可针刺会阴、涌泉2穴，强刺激，持续捻针15~20分钟，有逐渐恢复呼吸中枢兴奋性的可能，使少数危重病人化危为夷。若见面色苍白，四肢厥冷，脉搏细弱，血压下降等循环衰竭的危象，应重灸百会、气海、关元等穴，配以内关针刺，用平补平泻手法，可捻针15~20分钟，有时可使血压逐渐回升。对中型或重型恢复期病人治疗，原则上应在患者脱离危险期后，病情稳定，神志清楚，体温基本恢复正常。发现有吞咽困难、失语、失明、肢体拘挛或瘫痪现象者，应积极采用针灸治疗。治疗原则为随症选穴。如吞咽困难：针廉泉、人迎、合谷。失语：廉泉、哑门、通里。失明：睛明、翳明、光明。精神异常：百会、风府、后溪、神门、太冲。肢体瘫痪：上肢取肩髃、曲池、手三里、外关、合谷；下肢取环跳、伏兔、足三里、绝骨、太冲；四肢拘挛难以屈伸者取尺

泽、曲泽、大陵、委中、三阴交、公孙。用平补平泻法，成人留针 20~30 分钟，儿童深刺疾出不留针，每日治疗 1 次或 2 次，10 天为 1 疗程。绝大部分患者经过治疗后除四肢拘挛恢复不够理想外，其余如吞咽困难、精神异常、肢体瘫痪、失语、失明等症均能基本恢复，少数无效。但若重型或极重型患者，昏迷时间长，抽搐次数多，则恢复期的治疗效果亦差。如有人报道针灸治疗 35 例完全性吞咽困难的病例（全部病例为重型或极重型，病程最短为 11 天，最长为 49 天，均为未能自行恢复者）。取穴：天突、人迎、金津、玉液、合谷。每日治疗 1 次。采用提插补法，6 天为 1 疗程。治疗结果，针刺 60 次以内痊愈的 18 例，占 51.4%，显效 11 例，占 31.4%，针刺 60 次以上的好转 3 例，占 8.6%，无效 3 例，占 8.6%。其中 3 例无效病例入院后抽搐与昏迷天数持续时间较长。由此可见病情越重，则预后越差。因此如何减轻重型和极重型患者的临床症状，缩短昏迷时间是减少后遗症发生的关键所在，所以早期配合针灸治疗相当重要。

5. 蛔虫病

蛔虫病是最常见的一种肠寄生虫病，以儿童为多见，一般情况下，症状并不明显，表现脐周腹痛，但有时可以并发胆道蛔虫或蛔虫性肠梗阻，采用针刺驱蛔，疗效较好，如能配合小剂量驱蛔药同时治疗，则疗效更为显著。

有人选择年龄 7~13 岁的男女儿童一批，经粪便检查见蛔虫卵，为针刺治疗对象。治疗方法，分单纯针刺和针刺配合小剂量驱蛔药物治疗 2 种。取穴以百虫窝（血海上一寸）、大横 2 穴为主，采用强刺激，捻针 30 秒~1 分钟，不留针，每日 1 次，连续 3 天。针刺配合小剂量驱蛔灵者，可于第 1

次针刺后，当晚加服驱蛔灵 1/4 治疗量。根据各地经验，一般在针刺的第 2 天排虫率最高，排虫时间最快的为针后 10 分钟，最长的针后 1 周还可见到排虫。

湖北医学院第一附属医院小儿科报道针刺治疗 554 例蛔虫患者的驱蛔疗效，取穴与治疗方法同上，针刺 1 次后连续观察 3 天排虫情况。另设对照组 554 例蛔虫病患者不作任何治疗。同样连续观察 3 天有否排虫。结果针刺组的 554 患者中 3 天内有 294 例排虫，驱虫率为 53.07%，对照组则 3 天无一例排虫。昌潍医学院病原生物学教研组等报道在 1086 例蛔虫病患者中 881 人为单纯针刺治疗组，发现患者在连续 2 次针刺治疗后，有 407 人排出蛔虫，平均排虫率为 46.2%，205 人为针刺加服驱蛔药组，采用针刺加服小剂量驱蛔药治疗，大大提高了驱虫率。广东省中医院报道针刺大横为主，配以足三里驱治蛔虫 1279 例，针刺后观察 1~5 天的排虫情况，排虫人数 472 例，其中针 1 次排虫率为 25.9%，针 2 次者增为 42.5%，针 3 次者增至 53.3%，平均排虫率为 36.9%，针刺 3 次较 1 次为好。

针刺驱蛔的机制可能是由于强烈的针刺作用，促进肠功能的亢进，使蛔虫在肠内失去寄生依附能力，随肠的蠕动波被排出体外。

6. 百日咳

百日咳是儿童常见的一种传染病，中医称“顿咳”、“痉咳”，针刺治疗本病取穴，各地虽有不同，但总离不开手太阴肺经的穴位。同时根据其他症状。结合有关经穴来治疗，如有的用合谷、少商、太渊、尺泽、四缝；有的用尺泽、合谷两穴；有的以合谷、足三里为主，配合大椎、曲池、内关、太渊、经渠；也有的以肺俞，大椎、合谷为主，再配以

风池、风门等等。一般都在进针之后轻度提插捻转 2~3 次即出针。隔日针刺 1 次，5~6 次为 1 疗程。若 1 个疗程之后，咳嗽未完全消失，隔 1 个星期再作第 2 疗程。

一般经过针刺，症状很快减轻而逐渐消失，大部分患儿都在 10 次以内见效。如杜、谈二氏曾针刺治疗 23 例，其中 21 例治愈，无效 2 例，治愈率达 91.3%，平均每人针刺 3.7 次。王氏用合谷、足三里为主治疗本病 31 例，治愈 27 例，4 例减轻。

针刺治疗百日咳其效果与病程有一定的关系，病程在 15 天之内者效果较差，15 天以上者效果较好。可能由于 15 天以内一般是卡他期，15 天以上一般是痉挛期，而针刺缓解痉挛作用较好，故痉咳期的效果比其他期效果好。

7. 小结

有关传染病的针灸治疗，近年来发展较快，从所治传染病的病种上来看，在逐渐增多。从同一个传染病的病情来看，已从原来只能治疗轻、中型病人，现在能治重型病人了。对某些急性传染病，过去针灸只能作为辅助和配合治疗，现在可以单独治疗了。特别可喜的是，各地做了大量的实验研究工作，对今后临床进一步治疗传染性疾病，提供了宝贵的资料。相信针灸治疗传染性疾病在未来的数年内将会有一个新的进展。

(摘自 1983 年江苏省针灸学会学术会议论文汇编)

病毒性肝炎的治疗

中医无病毒性肝炎的病名，从本病急性期和慢性期各个阶段的临床表现，可归属于中医许多病症中，如急性黄疸型归属于中医阳黄病范畴；急性无黄疸型，属于胁痛范畴；肝

炎重症病情险恶者，属于急黄、瘟黄范畴；慢性期肝硬化者，属于阴黄与癥结等范畴；晚期肝硬化腹水，则属于臌胀范畴。这些病变，历代中医文献中均有较详细的记载。

黄疸：首见于《素问·平人氣象论》：“溺黄赤安卧者，黄疸……目黄者曰黄疸。”指出了目黄尿黄为黄疸的表现。《灵枢·论疾诊尺》谓：“面色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也……小便黄赤，脉小而涩者，不嗜食。”对黄疸病的描述，更为具体。汉·张仲景《伤寒论·辨阳明病脉证并治》指出：“阳明病……此为瘀热在里，身必发黄。”又说：“伤寒发汗已身目发黄，于寒湿中求之。”指出瘀热和寒湿均能发为黄疸，较早地阐明了黄疸的病因学说。他在《金匱要略》中，还有讨论黄疸的专篇，将黄疸分为谷疸、酒疸、女劳疸、黑疸等四种，并提出许多治法和处方。隋·巢元方《诸病源候论·黄疸诸候》把黄疸分为二十八候，叙述各种不同黄疸症状，其中有“急黄候”指出“脾胃有热，谷气郁蒸，因为热所加，故卒然发黄，心满气喘，命在顷刻，故云急也。”指出急黄为热毒所加，发病迅速，病情危重，这和重症肝炎极相类似。远在一千多年前能有此认识是难能可贵的。唐代孙思邈《千金翼方·黄疸》谓：“时行热病，多必内瘀着黄。”说明已认识到黄疸属于时行病即传染的性质。宋代《圣济总录》有九疸三十六黄之分，使黄疸分类愈分愈细。元明以来，医家对黄疸分类主张从简。如罗天益《卫生宝鉴》将黄疸只分阳黄与阴黄两大类，执简驭繁，故为后世所取法。明代《景岳全书》提出：“胆黄证，为胆气败而胆液泄，故为此证。”认识到黄疸是由胆液外泄所致。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·诸疸源流》指出：“又有天行疫病以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急。”明确瘟黄为传染病，和

重症肝炎杀人最急的特征。这些认识，都是十分可贵的。

胁痛：《素问·脏器法时论》说：“肝病者，两胁下痛引少腹令人善怒。”《灵枢·五邪》说：“邪在肝则两胁中痛。”《素问·刺热》说：“肝热病者小便先黄……胁满痛。”这些记载都明确指出胁痛与肝病有关。《丹溪心法》谓：胁痛，肝火盛，木气实，有死血，有痰流注。指出胁痛属肝病，除肝火、肝气外，尚有血瘀痰阻之证，为活血化瘀等法治疗胁痛提供了理论根据。李东垣《脾胃论》说：“肝木妄行，胸胁痛，口苦舌干，往来寒热而呕，多怒，四肢满闭，淋瀝便难，转筋腹中急痛此所不胜乘之也。”指出脾胃与肝病的关系，故病在肝可治脾。《金匱翼·胁痛统论》说：“肝虚者，肝阴虚也，阴虚则脉绌急，肝之脉贯膈布胁肋，阴虚血燥则经脉失养而痛。”指出肝阴不足而致胁痛的机理，为养肝补肝治胁痛，提供了理论依据。《杂病源流犀烛·肝病源流》说：“气郁，由大怒气逆，或谋虑不决，皆令肝火动甚，以致胸胁肋痛。”指出肝气郁结而致胁痛。又说：“由恶血停留于肝，居于胁下，以致胸胁肋痛，按之则痛益甚。”则与肝炎病区压痛极为相似，而活血行瘀，亦为治疗肝肿大之一法。

积聚：积聚之名，首见于《灵枢·百病始生》：“……凝气蕴裹而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”认为气血稽留，逐渐形成积聚。《难经·五十六难》对积聚作了较具体的论述，提出了肥气、伏梁、痞气、息贍、奔豚等五脏聚积的名称并分述其症状。可以看出其中有的是指内脏肿胀而言。所称“肝之积名曰肥气”，类似肝肿大的症状。《诸病源候论·积聚诸候》说：“积聚者，由阴阳不和，府藏虚弱，受于风邪，搏于府藏之气所为也……诸藏受邪，初未能为积

聚。留滞不去，乃成积聚。”说明脏腑受邪后，久留不去，渐成积聚。这和慢性肝硬化形成过程有些类似。《济生方·积聚论治》载：“忧思喜怒之气……过则伤乎五脏，留积而为五积。”说明积聚与精神因素有关。《金匱翼·积聚统论》说：“积聚之病非独痰、食、气、血，即风寒外感，亦能成之。然痰、食、气、血，非得风寒，未必成积；风寒之邪，不遇痰、食、气、血，亦未必成积。”说明积聚之成，往往由内外因相合所致，这些理论，均可供临床参考。

臌胀：又称单腹胀。《灵枢·水胀》说：“臌胀何如？岐伯曰：腹胀身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹筋起，此其候也。”对臌胀症状，作了简要描述。《金匱要略·水气病脉证并治》记载五脏的水肿，其中称肝水的症状为：“其腹大，不能自转侧，胁下腹痛，时时津液微生，小便续通。”与肝硬化腹水症状极相类似。《诸病源候论》谓：“水瘕者，由经络否涩，水饮停聚，在于腹内，大小肠不利所为也。其病腹内有结块，在两胁间，膨膨胀满，遍身肿，所以谓之水瘕。”认识到胁下痞块而产生水肿，这和肝硬化腹水、肝脾肿大极为吻合。《医门法律·胀病论》“凡有瘕瘕、积块、痞块，即是胀病之根，日积月累，腹大如箕腹大如瓮，是名单腹胀。”颇具灼见。又说：“胀病亦不外水裹，气结，血瘀。”对胀形成机理，作了概括说明，为治疗提供理论依据。

上述黄疸中的阳黄，多见于急性肝炎，阴黄多见于慢性肝炎，胁痛则急慢性肝炎均可见到，瘕结多见慢性肝炎肝硬化时，而臌胀则于肝硬化晚期出现腹水时见到。因此黄疸、胁痛、积聚、臌胀等四证，包括肝炎病从急性期、慢性期至晚期的全过程。然而中医所称黄疸、胁痛、积聚、臌胀等，包括现代医学中的许多病症，肝炎只是其中之一。

针灸治疗黄疸、胁痛、积聚、臌胀等证，古代文献记载颇多。如《素问·刺热》载有肝热病的治法；《素问·脏气法时论》《灵枢·五邪》载有肝病胁痛的治法；《素问·长刺节论》与《灵枢·卫气失常》均载有治疗积聚之法；《灵枢·水胀》有治疗臌胀之法等。《针灸甲乙经·五气溢发消渴黄疸第六》介绍了治疗黄疸的方法，《肝受病及卫气留积发胸胁满痛第四》介绍了治疗胁痛的方法，《经络受病人肠胃五脏积发伏梁息奔肥气痞气奔豚第二》介绍了治疗积聚的方法。此后如《千金方》《针灸资生经》《针灸大成》等书，对上述四证均有较全面的介绍，为我们治疗急慢性肝炎，提供了十分丰富的经验。

关于各型肝炎的治疗方法，急性病毒性肝炎，主要的病因是湿热，其受病脏腑不外脾、胃、肝、胆，已如上述。从多年来临床治疗观察，在病程中，有些病例脾胃症状比较明显，有的则肝胆症状比较突出，在初起时，或先有脾胃症状而后出现肝胆症状，也有先有肝胆症状，而后出现脾胃症状。因此其发病机理可能为湿热之邪先伤脾胃，脾胃之气壅塞，影响肝胆气机的条达，由脾胃而累及肝胆；反之也有湿热之邪，先伤肝胆，由于肝胆气机失调，影响脾胃之运化，由肝胆而累及脾胃。故治疗时，前者当以调治脾胃为主，疏调肝胆为辅，后者以疏调肝胆为主，调治脾胃为辅。针灸治疗处方中，肝、胆、脾、胃四经穴位的应用，亦当以此原则进行选择配穴。而慢性肝炎，多为脾胃湿热久羁，正虚邪实。其证候性质会因其体质的不同而呈现不同的变化趋势。阳气素虚者，内湿易于耗伤阳气，故可见中阳不足之象，治宜温阳化浊为主。阴虚之质，肝胆邪热久留、热为阳邪，又易耗伤阴气，故还可见肝脾阴虚之象，治当清养肝脾为主。

无论阳虚或阴虚，一经久延，终至累及肾脏，而成脾肾阳虚或肝肾阳虚之证，则又当脾肾或肝肾同治，以扶正固本为主。但由于慢性肝炎一般仍可见湿浊内恋与肝气郁结之实象，虚实夹杂，故在补虚的同时，必须兼顾实邪，补泻之间，权衡轻重，至为必要。至于后期腹水形成，病及肝、脾、肺、肾多脏，病情复杂，更宜区别阴阳和标本缓急，攻补兼施，以意斟酌。

急性病毒性肝炎的预后大多良好，90%以上的病例，可在3个月内完全恢复，因此有人认为针灸治疗的意义不大。但据我们和全国各地治疗观察发现，大量用针灸治疗的病例临床症状消失和肝功能恢复正常，平均多在1个月内，有明显的缩短病程的作用。同时我们还作了对照组的对比观察，其结果针刺治疗组的疗效明显高于对照组。因此我们认为积极采取治疗措施，仍然是必要的，而针灸不失为一种有效的治疗方法。

对慢性肝炎的病例，单用针灸治疗观察发现，肝功能长期不正常，或反复波动，并具有一定的临床症状，表现为疲劳、纳呆、肝区疼痛、大便不整、失眠等症针灸有一定的治疗效果。在具体治法上，根据慢性肝炎患者久病体虚和需要长期治疗等特点，处方用穴力求精简，选择肝经之太冲，胆经之阳陵泉，胃经之足三里，脾经之三阴交等数穴为主。根据患者肝胆和脾胃症状的轻重加减出入，用提插捻转的补法，给予较轻的刺激，使病人乐于接受，能较长时期的坚持治疗。每日1次，病情较重者，取双侧穴位，轻者取单侧穴位，左右交替使用，一般治疗3个月。经观察，不仅症状较快消失，肝功能恢复亦较一般药物治疗为优（设有对照组）。虽我们观察的病员还不太多，但已显示出针灸治疗慢性肝炎

的优越性。

据调查,人群中存在大量的乙型肝炎病毒携带者(Hbs-Ag 阳性者)为传染源之一,而如何防治带病毒者,是预防中的重要课题,但目前尚未见有效方法。带病毒者,身体一般均正常,并无自觉症状,对此中医治疗,无证可辨,治疗亦感棘手。我们考虑到肝炎病毒能长期存在于人体中,必然由于机体防御功能的低下,即中医所说“邪之所凑,其气必虚”。同时,根据中医“扶正祛邪”理论,选择了一些有强壮作用的穴位,对一批乙肝表面抗原阳性而无自觉症状者,进行治疗观察。初步看来,效果明显,现正在深入研究中。我们认为,如能在这方面有所突破,对预防肝炎是有积极意义的。

针灸治疗病毒性肝炎的体会

1. 关于病机与治法问题

急性黄疸型或无黄疸型肝炎的主要病因为湿热时邪外袭,其所涉及的脏腑,一般不外肝、胆、脾、胃四者。但由于湿邪与热邪的轻重不同和受病脏腑影响程度各异,其临床表现亦不相同。就我们多年来的临床观察,急性黄疸型肝炎,多偏于肝胆湿热,由于湿热阻于肝胆,气机失宣,疏泄无权,胆汁不循常道排泄,发为黄疸;肝郁气滞,横逆犯胃(脾),从而出现纳呆脘胀等症。而急性无黄疸型肝炎,多由湿热之邪内蕴脾胃,致使运化功能失常,故以胸脘满闷、呕恶纳呆等为主症,脾胃运化功能失常,中焦气机不利,导致肝胆之气失于条达,而成为土壅木郁之证。故前者之病机,是由肝胆而及脾胃;而后者则由脾胃而及肝胆。据此其治疗大法,前者以疏调肝胆,清利湿热为主,扶脾健运为辅;而

后者则宜健运脾胃，化湿去浊为主，疏调肝胆为辅。从湿与热二者之偏胜而言，一般急性黄疸型肝炎，热重湿轻者较多，治法常偏重于清化湿热为主；无黄疸型肝炎，湿重热轻者较多，治法多偏重于宣化湿浊为主；而疏肝理气之法二者均不可缺。

对于慢性肝炎，由于脾胃湿热久羁，湿为阴邪，易于耗伤阳气，故常出现脾胃阳虚之象，治宜温阳化浊为主。其由于肝胆邪热久留，热为阳邪，易于耗伤阴气，故常出现肝脾阴虚之象，治当清养肝脾为主。无论阳虚或阴虚，一经久延，终至累及肾脏，而成脾肾阳虚或肝肾阴虚之证，则又当脾肾或肝肾同治，以扶正固本为主。但由于慢性肝炎一般仍可见湿浊内恋与肝气郁结之实象，虚实夹杂，故在补虚的同时，必须兼顾实邪，补泻之间，权衡轻重，至为必要。至于后期腹水形成，病及肝、脾、肺、肾多脏，病情复杂，更宜区别阴阳和标本缓急，攻补兼施，严密掌握，才能成功。

2. 关于其他疗法问题

针刺治疗急慢性肝炎，均可获得较好疗效，已为较多的临床实践所证实，目前还开展了许多疗法。例如耳针法，取双耳肝区及消化道诸点，治疗后食欲增加，胁痛疲劳等症很快消失，肝功能多在2~4周恢复。也有用维生素注射耳穴肝、胆、脾3点；或取胃、肾、皮质下等点，用毫针针刺或埋针法均取得良好效果。有用穴位注射法，如以肌苷酸钠穴注，取穴为肝俞、脾俞、期门、章门等；或用丹参注射液、维生素B₁₂、黄芪注射液等穴位注射，亦取得较好效果。有用激光照射章门、阳陵泉、足三里等穴取得较好效果者。更有用穴位贴敷法，如以斑蝥20g（米炒，去头足翅，研末），雄黄20g（研末），猪胆汁60g，蜂蜜100g，麝香2g等制成

膏，贴足三里、阳陵泉、脾俞、腹哀（右）、日月（右）等穴，治疗小儿肝炎有较好疗效。此外更有在眼睑结膜的一半、偏两侧形成的突起皱折处，进行挑治法，同样能取得一定效果。如此众多的治法，各具一定的治疗作用，如能相互配合，采用综合措施，可能会进一步提高疗效。

3. 关于活血化瘀问题

无论急性或慢性肝炎，肝脏肿大作痛，且有压痛，按中医辨证，肿胀、疼痛而拒按等，均体现为血瘀之症候，其后期肝硬化肝脾肿大形成积聚，更为气滞血瘀之所致，有的患者更出现肝掌、蜘蛛痣与舌质紫暗等瘀血见症。故治疗急性肝炎，除清热化湿、疏肝理气外，常须参以活血之法，以助肝肿大之消退；慢性肝炎肝硬化者，更非用活血化瘀之法，不足以软坚消积。由此可见活血化瘀是治疗肝炎的重要方法之一。针灸治疗具有明显的活血化瘀作用，除体现于消除肝肿大，使其迅速回缩外，我们曾对部分急性肝炎患者，在针灸治疗前后，作了肝脏血流图的变化观察，取穴以阳陵泉、行间、太冲、足三里等穴为主，结果发现有明显的改善肝脏血液循环作用，而肿胀的肝脏，亦很快得到恢复。

由于活血化瘀法的临床应用日益广泛，对许多病症，均取得良好疗效，因此针灸的活血化瘀作用，是一个值得深入研究的问题。

4. 关于穴位的作用问题

近年来许多研究证明，有些穴位作用于全身，具有显著的增强免疫功能作用，如大椎、足三里、关元等穴，因而被广泛应用于临床，尤其是对各种传染病邪盛正虚者，更为适合。说明穴位具有一定的特异作用。我们在治疗急性黄疸型肝炎中，对黄疸指数较高，超过 30 单位以上，或经治疗而

黄疸指数下降较慢的患者，针刺胆俞和阳纲两穴，发现黄疸指数有明显下降趋势，提示其对利胆退黄有特异作用，因此作了对照观察。对 100 例急性黄疸型肝炎患者，只取阳陵泉、足三里、阴陵泉、太冲等穴治疗，对 47 例同样的患者，加用胆俞、阳纲，结果黄疸指数恢复正常时间，前者平均为 15.69 天，后者平均为 12.77 天，两组有显著差异，证明了两穴的利胆退黄作用。

治疗急慢性肝炎，目前应用较多的穴位如肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、大椎、至阳、日月、期门、中脘，以及上肢的内关、神门，下肢的阳陵泉、阴陵泉、太冲、中封、三阴交、涌泉等。这些穴位，是否都具有特异性，有待进一步研究。

5. 关于无症状乙型肝炎病毒表面抗原携带者（ASC）的针灸治疗问题

乙型肝炎流传面广，病毒携带者多，故发病率很高，要降低发病率，控制其流行，对 ASC 的清除病毒治疗的研究，至为重要。近些年来，国内外均重视研究，进展较快，如干扰素（IF）、阿糖腺苷（Ara-A）的应用，取得了一定疗效，但价格昂贵，且有副作用，难以广泛应用。而采用针灸的方法观察（治法见现代报道中）取得较好的效果，且无副作用，具有简、便、廉的优点，适合我国大量 ASC 治疗的需要。从治疗前后患者细胞免疫功能检测来看，ASC 大多数细胞免疫功能均偏低，针灸后则获得明显提高，从而有利于病毒的清除。再从接受治疗的患者反映，本来易患感冒者，治疗后感冒明显减少，即使感冒，其症状亦极轻微，这说明与免疫功能增强有关。因此，认为这是一种扶正祛邪的治疗方法，大有发展前途。

针灸治疗急慢性肝炎，在国内外学者共同努力下，已获得一定的成就，从临床治疗观察中，发现针灸有许多优越性，因此是大有发展前途的一种治疗方法，尽管目前还存在许多不能解决的问题，只要我们深入研究，一定会获得不断的进展，从而解决急、慢性肝炎的防治问题，为人类作出更大贡献。

针刺治疗急性黄疸型病毒性肝炎

1980年6月至1983年2月，南京中医学院附属医院与中国人民解放军第八一医院、江苏省海门县天补医院协作，用针刺治疗急性黄疸型病毒性肝炎151例，并设对照组23例，在观察临床疗效的基础上，对部分病例作了有关免疫方面的实验检查。

1. 临床资料

针刺组151例中，男107例，女44例。年龄在15岁以下40例，16岁以上111例，其中年龄最小者4岁，最大者58岁。有合并症者6例（慢性胃炎、十二指肠球部溃疡伴消化道出血、慢性胆囊炎、先天性心脏病左心室肥厚、病毒性心肌炎、慢性支气管炎各1例）。对照组23例中，男11例，女12例。年龄在15岁以下9例，16岁以上14例。入院前病程最短者为1天，最长者为71天，平均为9.76天。

病例选择根据1978年全国病毒性肝炎杭州会议规定，凡急性发病，具有典型肝炎症状、体征和肝功能等化验异常，并排除其他原因引起的黄疸，确诊为急性黄疸型病毒性肝炎者为收治对象。

两组病例治疗前所表现的临床症状与体征大致相同，除对照组的恶心呕吐显著低于针刺组外（ $P < 0.05$ ），余均无

显著差异。入院后部分病例有发热，体温在 38℃ 以上者，针刺组 19 例，对照组 2 例。

两组病例入院后均作肝功能检查，针刺组患者黄疸指数在 20 单位以上者有 93 例（占 61.59 %），其中最高者为 78 单位，胆红素为 9.9mg/dl，谷丙转氨酶在 500 单位以上者有 97 例（占 64.24%），而其中大于 1000 单位者有 50 例（占 33.11%）。

病原学检查：针刺组 151 例中，HBsAg 阳性者 39 例，112 例 HBsAg 阴性患者中，HBcAb 阳性者 19 例。可确诊为乙型肝炎者共 58 例。对照组 23 例中 HBsAg 阳性者 1 例。

2. 治疗方法

针刺组主穴：足三里、阳陵泉、行间。配穴：发热（38℃ 以上）者加外关、曲池；湿浊甚者加三阴交或阴陵泉；黄疸甚者加胆俞、阳纲；胁痛甚者加期门、支沟；恶心呕吐者加内关、内庭。多用泻法，以提插捻转为主，针感以患者能耐受为宜。一般留针 30 分钟，10 分钟捻针 1 次。每日针刺 1~2 次。一般 30 天为 1 疗程。

对照组口服维生素 B₁ 和 B₆ 复合片，每次 5 片，每日 3 次，儿童酌减。

3. 治疗结果

根据 1978 年全国病毒性肝炎杭州会议规定，隔离期满，主要症状消失，肝功能检查恢复正常，作为临床治愈。经短期治疗，临床症状无改善，黄疸指数、谷丙转氨酶成倍升高者，或经治疗临床症状消失，隔离期满，再经适当延长治疗时间，而谷丙转氨酶仍大于 40 单位者转组治疗。

针刺组 151 例中，临床治愈 139 例（占 92.1%），转组 12 例（占 7.9%）；对照组 23 例中，临床治愈 12 例（占

52.2%), 转组 11 例 (占 47.8%)。两组疗效有极显著差异 ($P < 0.001$)。说明本病确有一定自然恢复率, 但经针刺治疗, 能显著的缩短疗程, 提高疗效。

针刺治疗急性黄疸型肝炎, 临床症状改善较快, 有 90% 左右的患者精神不振及消化道症状在 1 周内恢复正常, 巩膜及皮肤黄染绝大多数在 2 周内消退 (占 85.61%)。

针刺组 139 例治愈患者中, 治疗前肝肿大者 101 例, 治疗后有 81 恢复正常, 其余 20 例均有不同程度的回缩。治疗前脾脏肿大者 18 例, 经治疗 16 例恢复正常, 2 例回缩不甚理想。

135 例 (4 例资料不全) 针刺治愈患者的黄疸指数, 2 周内恢复正常者有 73 例 (占 54.1%), 3 周内恢复正常者有 45 例 (占 33.3%), 3 周以上恢复正常者有 17 例 (占 12.6%), 恢复正常平均天数为 14.96 天。

139 例患者经治疗后有 96 例在 4 周内谷丙转氨酶恢复正常 (占 69.06%), 4 周以上恢复正常者 43 例 (占 30.94%), 恢复正常平均天数为 25.10 天。

疗效与年龄的关系: 针刺组 151 例中, 成人组 110 例, 治愈 101 例, 临床治愈率为 91.82%, 儿童组 41 例, 治愈 38 例, 临床治愈率为 92.68%。其疗效无显著差异。但腹胀消失与巩膜皮肤黄染消退时间, 儿童组为 2.71 天与 6.95 天, 成人组为 3.64 天与 11.79 天, 两组间差别显著 ($P < 0.05$)。

针刺加辅助治疗与针刺的疗效对比: 151 例患者中, 未加辅助治疗者 64 例, 加用辅助治疗者 87 例, 其辅助治疗为 10% 葡萄糖注射液 500~600ml 加维生素 C 1~2g 静脉滴注, 每日 1 次, 黄疸指数接近正常后改为口服维生素 C 200mg、维生素 B₁ 20mg, 每日 3 次。两组治愈率分别为 92.19%、

91.95%，无显著差异 ($P>0.05$)。但巩膜皮肤黄染消退与黄疸指数复常时间，针刺组为 7.24 天与 13.19 天，针刺加辅助治疗组为 12.85 天与 15.59 天，两组差别显著 ($P<0.01$)。

胆俞、阳纲与黄疸消退的关系；将针刺组的 151 例患者分为 2 组，一组对某些黄疸指数较高，或经治疗黄疸指数下降较慢的患者，在针刺主穴的同时加刺胆俞、阳纲穴，另一组不加。结果针刺主穴加刺胆俞、阳纲穴组 47 例中，有 70.21% 的患者在 2 周内黄疸指数恢复正常，而单针主穴组只占 48.00%。两组病例的黄疸指数恢复正常平均天数分别为 12.77 天，15.69 天，经统计学处理有显著性差异 ($P<0.05$)。

中医辨证分型与疗效关系：对所收治的患者分为热重于湿型和湿重于热型，热重于湿者其临床主要表现为：目肤俱黄，黄色鲜明，发热口渴，小便黄赤，大便秘结，舌苔黄腻，脉象弦滑或弦数。湿重于热者其临床主要表现为：身目俱黄，其色不如热重湿轻者鲜明，不发热或低热，头重身困，食欲减退，腹胀便溏，舌苔厚腻，脉象弦缓或濡缓。151 例患者中，属于热重于湿者有 97 例，治愈 93 例，临床治愈率为 95.88%，转组 4 例（占 4.12%）；属于湿重热轻者有 54 例，治愈 46 例，临床治愈率为 85.19%，转组 8 例（占 14.81%）。热重于湿者的针刺疗效优于湿重于热者 ($P<0.05$)。

体液免疫功能测定：对 37 例急性黄疸型肝炎患者针刺治疗前后进行了血清免疫球蛋白的测定，针刺治疗前 IgM 高于正常值，治疗后有明显的下降，但仍高于正常值。IgA 治疗前在正常范围之内，治疗后则无甚变化。

细胞免疫功能测定：31 例患者针刺治疗前后白细胞粘附抑制试验的结果无甚变化，但从分组情况来看，治疗前高于正常值者，治疗后明显下降至正常范围；而低于正常值者，治疗后则上升至正常范围，两者治疗前后都有极显著的差异 ($P < 0.001$, $P < 0.05$)；治疗前在正常范围之内者，治疗后仍无变化。

白细胞吞噬率测定：29 例患者针刺治疗前后白细胞吞噬率的测定结果无明显变化；就其分组统计可以看出，治疗前高于正常值者，治疗后比值降至正常；原低于正常值者上升至正常范围，与治疗前相比有极显著差异；原属于正常范围者，治疗后无明显的变化。

E-玫瑰花环形成率：30 例患者针刺治疗前后 E-玫瑰花环形成率高于正常值者治疗后降至正常范围，有极显著差异 ($P < 0.001$)；低于正常值者，治疗后上升至正常范围，差异显著 ($P < 0.05$)；但原来在正常范围者，治疗后仅略有上升，但无明显差异。

4. 讨论

急性黄疸型病毒性肝炎多属中医“黄疸”病的阳黄范畴，我国古代医学文献多处载有针灸治疗黄疸病的论述。

急性黄疸型肝炎的病因病机主要是由于湿热之邪偏盛，蕴结于肝胆脾胃等脏腑，影响了脾胃的运化和肝胆的疏泄功能，因而出现了黄疸、胁痛、食欲减退、恶心呕吐、小便黄赤等一系列临床症状。因此，治疗方法以清利湿热，疏肝利胆为主，我们根据中医辨证取穴的原则，选用了肝、胆、脾、胃经的行间、阳陵泉、足三里、三阴交 4 对常用俞穴作为治疗本病的要穴。《内经》云：“病变于色者，取之荣。”《难经》曰：“荣主身热。”故取肝经的荣穴行间。阳陵泉是

胆经的合穴，根据“合治内腑”的原理，肝胆相表里，配合肝经的荣穴行间共奏清肝利胆之效。《金匱要略》云：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”所以我们在清肝利胆的同时，针刺足阳明胃经的合穴足三里，以起健脾和胃助运之功。临床观察，针刺组患者的精神不振及食欲减退等消化道症状恢复较快，似与针刺足三里有关。三阴交属脾经为足三阴经的交会穴，有健脾利湿退黄的作用，对湿重的患者更为需要。

在针刺治疗本病的过程中，对某些黄疸指数较高，超过30单位以上或经治疗黄疸指数下降较慢的患者，在针刺主穴的同时针刺胆俞和阳纲，发现黄疸指数有明显的下降趋势，提示了这两个俞穴在利胆退黄作用上有其特异性。

针刺组中有12例转组治疗，经分析有7例与精神因素有关，因精神紧张，情绪不稳，致使肝气的调达与疏泄功能恢复较慢，而影响疗效。其中5例属于湿重热轻型的患者，由于脾胃运化不良，病程中饮食失宜，多进油腻，助湿生热，影响疗效。

此外，临床观察中发现，有些患者入院时谷丙转氨酶在500单位以下，经治疗2~3周后仍在100单位以上者恢复较慢；有的患者经治疗临床症状消失，黄疸指数降至正常，而治后2~3周谷丙转氨酶仍波动在100单位上下或有反跳回升者，大多恢复较慢，即使转组也不能在较短时间内恢复正常。

临床血清免疫学的检查表明，大多数急性病毒性肝炎患者在入院时IgG、IgM就已明显升高，经治疗后均普遍下降，随着病情的好转而趋于正常。这与当前有关病毒性肝炎急性期IgG、IgM有一定程度升高的报导是一致的。目前还不能说明针刺对病毒性肝炎患者的血清免疫球蛋白的变化有

何影响，有待进一步探讨。

细胞免疫测定结果表明本病患者治疗前机体免疫状况各不相同，由于病毒性肝炎的免疫反应，对宿主具有保护和损伤作用的两重性，因此，T 细胞健全对肝细胞上的肝炎病毒反应强烈，而发生急性肝炎，感染肝细胞因受免疫攻击与病毒同归于尽，感染肝细胞破坏以后修复，病毒清除彻底，不造成慢性病毒携带后果，若对肝细胞上的肝炎病毒反应过于强烈，则易于引起暴发性肝炎或重症肝炎，出现急性或亚急性肝坏死。T 细胞缺陷多出现于慢性病毒携带者身上。T 细胞功能不全者对感染肝细胞的病毒反应不充分，部分病毒未被清除，病毒会持续复制并不断地重新感染肝细胞，使急性病毒性肝炎向慢性持续型或慢性活动型发展。结合本组病例观察，低于正常值者治疗后明显地上升至正常范围；而原先在正常范围内者，治疗后则无明显的动态变化。因此，我们认为，针刺对 T 细胞的稳定性调节可能有一定的影响。从个别病例辅助 T 细胞和抑制 T 细胞的检测中可看到，辅助 T 细胞和抑制 T 细胞在针刺治疗后均有不同程度的增高，而两者的比值趋向正常。因此，我们设想，针刺治疗病毒性肝炎既能较彻底地清除肝炎病毒，又不致使感染肝细胞遭致严重的免疫损伤，从而有利于肝细胞的修复。

肺结核的治疗体会

肺结核，又称“肺癆”，是由结核杆菌引起的一种具有传染性的慢性消耗性疾病。临床主要症状为咳嗽、咳血、潮热、盗汗、消瘦。《内经》时代，古人对本病并无明确的认识，《金匱要略》中“虚劳”的症状，如遗精、失眠、盗汗等，乃为肺癆所常见。华佗在《中藏经·传尸论》中认为，

本病由病气传染而得之，指出“人之气血衰弱，脏腑虚羸……或因酒食而遇，或问病吊丧而得，中此病证之气，染而为疾，故曰传尸也”。对本病的病因学首次作了精辟的论述。唐宋以后发展为“痨虫”传染之说，对导致本病的病因已经有了比较明确的认识，而在治疗上提出杀虫的方药，在当时是难能可贵的。

1. 肺结核的病因病机

晋唐医家认为，本病是一种传染病，如《外台秘要》称：“大都此病相克而生，先内传毒气，周遍五脏，渐就羸瘦，以致于死，死后复易家亲一人，故曰传尸，又名传注。”《千金方》谓：“肺虫居肺间，蚀肺系，故成痨瘵，咯血声嘶，药所不到，为难治也。”又说“痨虫有病，患者相继。”认识到本病的临床特征及传染性，这是中医学上的一大进步。中医认为，身体虚弱是感染痨虫的内在因素。《古今医统》说：“凡此诸虫，着于怯弱之人，日久成痨瘵之证。”说明身体强壮，正气充足，抵抗力强的人，痨虫即不一定能引起痨病，只有在劳倦太过，七情内伤，气血虚弱的情况下，才易罹患本病。

现代医学认为感染结核菌后，病变可累及全身各器官，而以肺结核为多见。《证治汇补·传尸痨》也指出：“虽分五脏见证，然皆统归于肺。”痨虫侵入肺中，肺阴耗伤，肺失滋润，故出现咳嗽、吐痰；伤及肺络，则见咯血；肺气失利，则见胸痛；阴虚则生内热，故见潮热，阴虚阳气失敛，故见盗汗；肺阴不足，虚火上炎，则见咽干声嘶等；肺脏久虚，累及脾肾，而见食少脘闷、便溏等症。肺阴不足，耗伤肾阴，男子则梦遗滑泄，女子则月事不调。久病不愈，可导致肺、脾、肾三阴互虚。本病后期，更可导致气阴两虚和阴

损及阳，而出现气短、动则气喘、浮肿等重症。

2. 肺结核的针灸治疗

对于结核病，晋唐以降，千余年来古人积累了非常丰富的针灸治疗经验。唐时有崔知悌的《骨蒸病灸方》可称为针灸治疗结核病的专著，其他如“四花穴法”、“灸劳瘵法”，均为治疗本病而设，另外，其时的针灸治疗虚劳、咳嗽、咯血、潮热盗汗的处方，亦有不少临床参考价值，并为后世所沿用。宋代《针灸资生经》就说：“三里治五劳羸瘦、七伤虚乏……肺俞治寒热喘满，虚损口干，传尸骨蒸劳，肺痿咳嗽。膏肓治羸瘦虚损，梦中失精”。窦材的《扁鹊心书》说：“虚劳用关元灸，累积至五百壮。”《神应经》有：“唾血内损：鱼际、尺泽、间使、神门、太渊、劳宫、曲泉、太溪、然谷、太冲、肺俞灸百壮，肝俞灸三壮，脾俞灸二壮”的记载。《针灸聚英》说：“骨蒸癆热灸四花穴。”《百症赋》有：“癆瘵传尸，魄户膏肓之路。”《针灸大成·治症总要》列出：“咳嗽痰红，百劳、肺俞、中脘、足三里；传尸癆瘵：鸠尾、肺俞、中极、四花”等处方，此外《灸法秘传》还有：“久咳癆热者，灸肺俞。”《针灸集成》“癆瘵证灸腰眼穴”等方法。

承淡安先生的结核病治法，总结了前人的经验，提出了一整套的治疗方案。先生在他的《中国针灸学》中写道：“肺结核咳嗽用肺俞、肾俞、膏肓、尺泽、太渊为主；如干咳少痰者辅以关元、三阴交；如觉胸部有气上逆而咳者，依其上逆之轻重，酌取俞府、膻中、上脘、建里、气海、足三里诸穴；痰多者，酌用脾俞、中脘、丰隆。”先生还指出，“肺结核发热用大椎、身柱、厥阴俞、间使、复溜为主。视热之轻重，以曲池、阳溪、合谷、三阴交、行间、内庭中，

轮流加一二穴或二三穴。肺结核盗汗以阴郄、后溪为主，亦可酌加三阴交、复溜，最好在睡前针治或在睡前灸阴郄三小壮。肺结核咯血轻者，取尺泽、列缺，稍重加膈俞、商阳、行间。”关于针治的方法，“肺病用针术治疗，须视病情之缓急定穴，有盗汗发热者，以止盗汗为主，解热辅之；有发热咯血者，以解热为主，止血辅之；有咯血咳嗽者，先主止血，平咳辅之；如有感冒者，先治感冒；食欲不振者，每次针治时，中脘、足三里必不可少。”另外，“肺病初期，或针治已使发热、盗汗等重要症状消失，可以改用灸法。只取肺俞、身柱、肾俞、关元、足三里，每日用小艾炷各灸三至五壮，半月之后渐见咳稀痰减，食增，神爽，持续不辍，二三月后体重增加，一切症状可能全消。”

我们认为，结核病是一种虚劳性病证，属于慢性病，病程较长，初、中、末3期的病情不同，而且常常出现许多兼症，故治疗亦较复杂。绮石的《理虚元鉴》曾说：“理虚有三本，肺、脾、肾是也，肺为五脏之天，脾为百骸之要，肾为一身之根。知此三者，治虚之道毕矣。”临床应对病证辨别其属肺、属脾或属肾，或者是两两相夹、三者相夹进行治疗，则是十分必要的。一般治肺主用肺俞、膏肓、中府、太渊、尺泽；治脾则用肺俞、膏肓、天突、脾俞、中脘、足三里；治肾应选肺俞、肝俞、肾俞、三阴交、阴谷、太溪。证候相夹者，兼顾选用以上各穴。并针对症状不同，痰多者加丰隆，咯血者加鱼际、孔最，胸痛者加内关、痛点，潮热加大椎、间使，盗汗加阴郄、后溪，喘息气短者加气海、关元、膻中。以上治疗，对肺结核病人的咳嗽、胸闷、咯痰、盗汗、失眠及食欲不振等症状均有明显的疗效，一般都能很快获得好转甚至症状消失。在抗结核药物迅速发展的今天，

仍不失为一种有效的辅助治疗方法。尤其是对长期服用抗结核药物不效的病例，针灸疗法则更为适合。

古人治癆常用灸法，对此我们也做了观察，一般气阴两虚的病者针后加灸，对改善咳嗽、痰多、纳呆等症较为明显，但对潮热甚、咽干口燥、咯血等阴虚有火的患者，灸后常有加重趋势，似不相宜。

肺结核是慢性衰弱病证，针刺手法应用补法，这是原则，毋庸置疑。但是在治疗过程中亦常出现实象或虚实互见的证候，针刺手法亦当随之改变。例如潮热时，对退热穴位宜酌用泻法，以制阳亢；咳嗽剧烈时，止咳穴位可酌用泻法，以平咳逆；咯血较多时，对止血穴位应用泻法，以加强针感达到止血效果等等。但是这些都是权宜之计，症状缓解后，仍应当用补法。

咳嗽是肺结核的主要症状。咳嗽剧者容易咳伤肺络而咯血，并易使病灶恶化。同样，咳嗽症状消失，也有助于结核病灶的好转，故治咳甚为必要。根据临床观察，凡咳嗽不畅，胸闷痰多的咳嗽，以取尺泽、太渊等穴效果较好。凡气逆冲上，咳逆气急的咳嗽，以取天突、膻中、气海、足三里等穴，自上而下地针刺效果好。这是否因为前者有宣展肺气的作用，后者有肃降肺气的作用，尚有待进一步研究。

针灸治疗肺结核疗效观察

1. 中医对结核病的认识

根据古生物学家的研究，证明最早的人类，已有患脊椎结核者，可见结核病的历史，是很悠久了，由于它长期危害人民身体的健康，历代医家经过不断的研究与观察，积累了很多极为宝贵的知识。《内经》便有虚劳病症的记载，虽然

它是泛指许多慢性衰弱疾病而言，但也有类似肺结核的条文，如《灵枢·玉版》曰：“咳，脱形，身热，脉小以疾。”《素问·玉机真藏论》：“大骨枯槁，大肉陷下，肩髓内消，动作益衰。”其中所言咳嗽、消瘦、发热、脉搏小以疾，都很像肺结核的证候，特别是“肩髓内消”，王太仆认为肩髓即缺盆，今所称锁骨上窝，即锁骨上窝的陷入，肺结核患者，由于肺尖萎缩，常有此种现象。因此《内经》这两条记载，与结核病的症状，是很类似的。《难经》所言虚损，有上虚下损，也可能包括肺结核在内，但所言不如《内经》明晰。汉代张仲景《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》篇中，有羸瘦、出血、喘、悸、盗汗、遗精、手足烦热、虚烦不眠、食不消化、脉虚细、微弱等症，亦有许多与肺结核毒血症相类似，特别是将马刀、侠瘰等淋巴结核病，列入虚劳条中，更有见地。从上述可以看出，在汉代以前，对肺结核已有初步的认识。

晋·葛洪《肘后方》有“尸疰”、“鬼疰”等病，并称“其病使人寒热淋漓，沉沉默默，不知其所苦，而无处不恶，累年积月，渐就顿滞，以至于死，死后复传至旁人，乃至灭门”。所述症状，颇与肺结核相类，而且认识其有传染性，较汉以前医家，更进了一步。

隋·巢元方《诸病源候论》“虚劳咳嗽条”谓：“虚劳而咳者，脏腑气虚，邪伤于肺故也，久不已，令人胸背微痛，或惊悸烦满，或喘息气急，或咳逆吐血……”且有“骨蒸”、“瘦劳”等区别。他不仅认识到病在脏腑，而且观察到结核病变的复杂性，除了描述肺结核的症状外，也涉及到其他多种结核病变。

唐·《崔氏别录》称：“骨蒸病者，亦名传尸……亦称无

辜，无问长老，多染此疾，婴孺之流，传染更甚，其为状也，发干而耸……或脑后近下两边有小块，多者乃至五六，或夜卧盗汗，梦与鬼交通，渐就沉羸，纵延时日，终于湮尽”。他不仅观察到小儿易于感染本病，并且认识到脑后小块淋巴结与本病有关，这是他独到之处。

唐·孙思邈《千金方》以“尸疰”病隶属于肺脏，王焘《外台秘要》知骨蒸病有传染性，苏游玄感传尸方将肺萎骨蒸和二为一，他们认识到许多不同症状，实际上是同一病源，并将以往病名适当的归并，这是非常正确的。

宋·严用和《济生方》，说明五劳六疾之症，非传尸可比，将许多慢性衰弱病症，与结核病区别开来，廓清了以往含糊之处。

元·葛可久《十药神书》与无名氏《上清紫庭治癆仙方》，均为治癆专书，可见当时对本病的重视并致力研究。上清紫庭治癆仙方更有癆虫之说，说明本病的传染源是“虫”，治癆主张以祛虫为主。徐春甫古今医统谓：“能杀其虫则虽不生，亦可以绝后人之传注耳”。虽然他们所说的虫，不一定正确，但是他们能从外在方面，找寻病源，这种钻研精神，是值得钦佩的。

明清两代，名贤辈出，对癆瘵病亦多所阐发。如明代孙光裕先生的《血症全集》，清代唐宗海的《血证论》，都可以说是治癆专书。特别是清代石先生所著《理虚元鉴》一书中，对虚劳病症，不特详论症治，并阐述预防和护理方法，举出知预、知节、知护、知侯、知养、知守、知难等说，更为宝贵。从上述记载，说明历代医家从实践中不断的观察和研究，对本病的病因、病理、预防、护理各方面，都有比较明确的认识。

2. 历代医家应用针灸治疗肺结核的记载

中医对肺结核的治疗方法，除了应用各种不同的药物并配合摄生和饮食营养等法外，其中最突出的，是采用针灸治疗，并且有很多专门记载，兹择要介绍如下。

《内经》中有五脏虚病的刺法，晋·皇甫谧《针灸甲乙经》9卷和11卷中，有治咳嗽、吐血用阴郄、大钟、鱼际、尺泽等穴的处方，便很可能是指本病的治法。其后，唐·中堂侍郎崔知悌著有《骨蒸病灸方》取“四花穴”（膈俞、胆俞）、患门穴（膏肓俞）等治疗癆瘵，详述取穴方法，并附图以说明，据称治愈者极多，这是一部治疗肺结核的专书。王焘《外台秘要》曾搜集此法，宋·严用和《济生方》亦载之，并谓：“依此治人，未尝不验，往往一灸而愈。”足见是屡经临床实验证明有效的治疗方法。其他散见于各文献中者，如孙思邈《千金方》称：“膏肓俞无所不治主羸瘦虚损，梦中失精，上气咳逆，狂惑忘误。”元·窦太师《标幽赋》：“体热劳瘦，泻魄户。”明·高武《针灸聚英》有症赋：“癆瘵传尸取魄户，膏肓。”楼英《医学纲目》：“虚劳羸瘦，取足三里，骨蒸热不可救者，取涌泉。”“丰隆治痰，丹田治喘。”李梴《医学入门》谓：“方书云，虚损癆瘵，只宜取膏肓穴，此乃虚损未成之际，如疲弱兼火，只宜灸内关、足三里以散其火，早年欲作阴虚，不宜灸。”指出本病阴虚者，不宜于灸疗。杨继洲《针灸大成》，除载崔氏法外，谓“传尸癆瘵，取中极、四花、膻中、涌泉、百会、膏肓、足三里、中脘”等穴。

清·廖润鸿《针灸集成》谓：“癆瘵症灸腰眼穴有特效，因名遇仙穴灸。”又谓：“虚劳百损取大椎、肩井、膏肓、肝俞、肾俞、脾俞、气海等穴。”

从上述记载中，可以看出针灸治疗肺结核病，是古人常用有效的疗法。

3. 治疗方法及疗效观察

自 1956 年开始，在门诊开展针灸治疗肺结核，作为重点实验治疗。为了便于检查观察，又与本市结核病疗养院建立关系，于该院挑选住院病员，分批治疗。所有病例，治疗前通过各种理化检查，确定诊断、分别类型，治疗后进行复查。共治疗 291 例，疗效是比较满意的。

计门诊治疗者 182 例，住院治疗者 109 例；年龄 9~64 岁；病程 3 个月~14 年。所有病例，除少数无明显临床症状外，其余均有咳嗽、胸痛、吐痰、咯血，甚至有潮热、盗汗、消瘦等症状。上述各种临床症状，结合体征脉搏，是中医辨证论治的依据。事实证明，临床症状的消长，与病程的好转或恶化，一般是成正比的，虽然也有临床症状消失而病灶不见改善，或病灶恶化而临床上无明显表现者，但从所有病例观察，毕竟是少数，因此临床症状是值得我们重视的。肺结核病的各种症状，经针灸治疗后，大都可以很快的得到改善或消失，特别是对于咳嗽、吐痰、胸痛、失眠等症状见效尤速，不少病例，经过 1 个疗程的治疗后，即能明显的好转或消失。我们的体会，许多症状较药物治疗见效更快，但是这并不是说针灸完全可以代替药物，或一切都胜于药物治疗。

确定以试治浸润型肺结核为主，在获得疗效的基础上，再酌量其他类型，因此 291 例，大多为浸润型，少数是血行播散型、局灶型、慢性纤维空洞型等共 4 个类型。结果浸润型 224 例，总有效率 83.9%；血行播散型 18 例，总有效率 83.3%；局灶型 27 例，总有效率 80.5%；慢性纤维空洞型

22 例，总有效率 1.2%。

经过治疗后，对浸润型、血行播散型、局灶型 3 种类型的病灶，大都有不同程度的吸收好转。经我们临床治疗观察，以浸润型的进展期治疗后病灶好转的情况最为明显，其次是血行播散型的溶解播散型，经治疗后，常能很快地得到控制，局灶型的病例，治疗效果亦比较满意，惟慢性空洞型的病例，治疗后不仅病灶未见改善，症状的好转亦不显著。因此初步认为，针灸疗法对浸润型、血行播散型、局灶型 3 种肺结核病有比较好的效果，对慢性纤维空洞型则效果不佳。但因病例不多，针灸的方法也没有很好地进一步研究，因此不能作为定论，需要进一步去观察和研究。

60 例实验室检查资料完整者治疗前有 33 例血沉加快，经治疗后，18 例恢复正常。治疗前痰液检查阳性者 15 例，治疗后转为阴性者 11 例。对血象的变化，亦甚明显，一般经治疗后，对红细胞和血红蛋白都有明显的增加。

肺结核病是肺脏的器质性病变，临床上表现了许多不同的肺部症状，因此我们采取各种不同的治法，如止咳、化痰、顺气、补肺等法，来改善肺部症状，从而使肺脏病灶得到静止和改善，这是最基本的治疗法则。但是单纯的治肺，是不够全面的，因为从所有病例的症状表现，并不完全具有肺症状，其中不少患者有明显的消化系统症状和神经衰弱，即中医所称脾胃虚弱，或肝肾两亏的症状。按照这种情况，运用中医的理论来分析，其本乃不在肺，例如有咳嗽痰多等肺部症状，也有食欲不振、腹胀便泻、面黄肌瘦等脾胃症状者，则是脾土虚弱，不能生金之故，治当培补脾胃为主，即虚则补母之法。又如有咳嗽、咯血等肺部症状，又有梦遗失精，虚烦不寐，面红脉数等肝肾阴虚症状者，则为阴虚于

下，阳扰于上，火气刑金所致，治当补养肝肾为主。又如有咳嗽气短、气微力乏的肺症状，又有滑泄阳痿腰酸肢冷、面白舌淡、脉软弱等下元虚惫症状者，则为下元不固，气虚不摄所致，治当温养摄纳，填补下元为主。凡此种种，都不是直接治肺的方法，但其结果皆能使肺脏渐复，最后仍达到治肺的目的。根据这些理论指导，我们首先将本病分为三大症，并掌握三大治疗法则。

(1) 肺虚症：只具有肺症状，如咳嗽、气喘、胸闷、吐痰、咯血等，应用治肺的方法。

(2) 脾胃虚症：即具有食欲不振、暖气吞酸、肠鸣腹胀、便溏或秘、面黄肌瘦等症状者，应用治脾胃的方法。

(3) 肝肾虚症：即具有心烦不眠、夜梦失精、面红脉数，或腰酸肢冷、怯寒便泻、面白脉弱等症状者，应用治肝肾的方法。

临床上根据病情的简单和复杂，或单用或兼用，在同一法则中，又根据具体症状的出入，采取多种不同的处方来灵活运用。

同时，对上列三大证，还根据症状、苔、脉的表现，分别为阴虚、阳虚两大类，作为应用针刺或灸疗的根据。

(1) 阴虚证：临床症状为潮热、盗汗、咳嗽、痰稠、咯血、暗哑、喉痛、虚烦不寐、大便干结、面赤颧红、舌红、脉搏细数、弦滑等。

(2) 阳虚证：临床症状为咳嗽、气喘、咯吐白沫痰、面色苍白、倦怠少气、大便溏泻、腰酸肢冷、脉搏细弱、微小等。

除了掌握上述整体治疗的方法外，对某些症状，亦常结合对症治疗的方法，如潮热应用退热法，盗汗多时，应用止

汗法等，以辅助三法中的不足。

对部分患者，虽然肺部有病灶存在，而无明显的症状表现者，我们选用古人所称治癆穴位，作为专题实验，意图通过临床实践，证明这许多穴位对肺结核病的疗效价值，因此也属于治疗方法之一。

配穴处方：针灸治疗，虽不同于药物，但是处方的原则是相同的，因此我们在处方时，根据上列三法选用穴位，其中每一大法，由于症状表现有所出入，因此又有多种不同的处方，但其基本法则，仍然是一致的。

(1) 肺虚证处方：主穴为风门、肺俞、膏肓、身柱。咳嗽不畅，胸闷气塞者，加尺泽、太渊、合谷；咳嗽气喘，自觉气冲喉痒者，加天突、膻中、气海、足三里；痰液多者，加丰隆、足三里；咳嗽咯血者，加鱼际、膈俞、太冲；咳而胸痛，或不咳胸痛者，加中府、膻中、膈俞、尺泽；胸痛引胁者，加支沟、阳陵泉。

(2) 脾胃虚证处方：主穴为脾俞、胃俞、中脘、足三里。肠鸣腹胀便溏者，加天枢、气海；腹胀便秘者，加支沟、大肠俞；噎腐吞酸，脘胁闷胀不舒者，加期门、章门、曲泉、行间。

(3) 肝肾虚证处方：主穴为肝俞、肾俞、三阴交。失眠烦躁，面红头昏痛者，加风池、神门、太溪、行间、足临泣；滑泄、阳痿、腰酸、肢冷、便泻、气短神疲者，加关门、命门、足三里；遗精严重者，加会阴；月经不调，加四髀、关元、中极、气海、地机。

(4) 对症治疗处方：潮热为大椎、间使、心俞、肝俞、太溪，于潮热未发前针刺。盗汗为后溪、阴郄、复溜、合谷，最好在临卧前治之。

(5) 治癆穴位：肺俞、膏肓、灵台、足三里。

针刺手法：肺结核病属虚症，因此用针手法，原则上应用补法，以符“虚则补之”之意。但是在某些特殊情况下，也言采用泻法作为权宜之计的，也有些处方中的所有穴位，一部分应用补法，一部分则宜用泻法的，必须要很好的区别，才能恰中病机。关于这点，我们作如下的应用。

应用泻法的症状：(1) 咳嗽气逆、胸闷不畅、痰涎壅塞时，可以酌用泻法；(2) 阴虚阳亢，咯血、颧红、烦躁不寐、脉搏弦滑者，可以酌用泻法；(3) 脾运不及，腹胀脘闷，或腹痛便秘时，可以酌用泻法；(4) 潮热重时，对退热穴位，可以酌用泻法。

总之，具有实象时，便可暂用泻法，虚中夹实时，对补虚穴位用补法，对泻实穴位，则用泻法。但是在应用泻法时，必须掌握适可而止，以避免虚虚之弊。

留针：所有病员，无论应用补法或泻法时，都采用留针法，一般 10~20 分钟，对于失眠、咯血、潮热等患者，留针时间更长，有超过半小时以上者。根据临床的观察，采用留针法，可以增强疗效。

灸的应用：古人治癆，均用灸法，根据我们的经验，对于阴虚阳亢的病者，灸后常有不良反应，对阳虚的病者，则又非灸不为功，说明针和灸，各有其适应症，而又不可一概而论的。又古人灸癆瘵，均采用大艾炷直接灸，这种灸法是否有其特殊的疗效，尚乏经验，我们所用的灸法，完全以艾条灸，每次以灸至皮肤潮红色为度。

疗程：由于肺结核病是慢性疾患，需要较长时期的治疗，因此我们确定以 20 次为 1 个疗程，一般患者，通过 2 个疗程后，即行结束，观察疗效，个别也有治疗 3 个疗程

者，治疗间隔时间，为间日1次。

4. 体会

从291例肺结核病的疗效观察，针灸治疗本病，不止是能使症状迅速消失或减轻，对病灶亦有不同程度的改善，因此以往有许多人认为针灸只能治疗功能性疾患，不能治疗器质性病变的论断，是没有事实根据的。

我们从临床治疗上观察，深深体会到中医辨证论治的优越性和重要性，离开了这个方法，想用一病一方来治疗某种疾病，是很难收到预期效果的，针灸疗法亦不例外。运用针灸疗法治疗肺结核病，不仅能收到良好的效果，对节省药物，减轻病员负担方面，都有一定的作用，值得推广应用。针灸疗法对本病有良好效果，是可以初步肯定的，但不是说可以解决所有问题，例如潮热盛时，大吐血时，仅用针灸尚难完全控制，因此不能忽视其他疗法的配合。古人所说治癆穴位，我们曾经进行实验，初步认为对临床症状不重，或无明显症状表现的病员，应用后确可收到一定的效果，但对于症状较重而复杂的患者，应配合其他适当的穴位。一般患者，在治疗1个疗程后，虽然症状消失或改善，但肺部病灶，多无进步，继续治疗到第2疗程时，才开始有所好转（指有效病例），说明针灸治疗本病，至少需要2个疗程以上的治疗，从门诊中少数治疗时间较长的病例观察，其效果更为明显，说明长期的治疗，是必要的条件。

一般患者，情绪乐观，对针灸具有信心的，其治疗效果特别明显，反之，情绪悲观，顾虑多端，对针灸报怀疑或尝试态度者，疗效较差，说明对病员进行解释和安慰，对治疗效果上有很大的帮助。针灸治疗与药物，以及压缩、营养、体育等疗法，不仅没有互相矛盾之处，而且是相得益彰。因

此，采用多种的综合疗法，对病员是有利无弊的。

(摘自《南京中医学院学报》1959年第1期)

针灸治疗细菌性痢疾的文献记载

细菌性痢疾（简称菌痢），是由痢疾杆菌引起的常见肠道传染病，以急性发作、发热、腹痛、腹泻、里急后重、排脓血样便为特征。本病终年可见散发，夏秋季多见。由于环境卫生不良，或饮食、水源等污染，可引起暴发流行，对人民身体健康危害甚大。中医学对本病的发病因素、临床表现及其具有传染性等早有认识，尤其是治疗方法，除药物外，并应用针灸治疗，千百年来，积累了丰富的临床经验，值得我们深入研究。

中医对本病的文献记载，最早见于《内经》，称为“肠澼”或“赤沃”。如《素问·太阴阳明论》谓：“饮食不节，起居不时者，阴受之……阴受之则入五脏……入五脏则膜满闭塞，下为飧泄，久为肠澼。”所谓肠澼就是指痢疾。《素问·至真要大论》谓：“少阴之胜……腹满痛，溏泄，传为赤沃。”张景岳谓“赤沃者，利血尿赤也。”即下赤血痢之类。对痢疾病因症状，作了简要的叙述。《难经·五十七难》论五泄条文中指出：“小肠泄者，溲而便脓血，少腹痛。”“大瘕泄者，里急后重，数至圊而不能便，茎中痛。”这些症状的描述与痢疾均极相似。汉代张仲景《金匱要略》中对泄泻和痢疾，统称为“下痢”。如《呕吐下痢病脉证治》篇中，“有下利便脓血”，“热利下重”等，似均指本病而言。晋代葛洪，对泄泻与本病作了区别，称本病为“痢”，颇具创见。隋·巢元方《诸病源候论·痢疾诸候》中，对本病作了比较全面的论述，提出水谷痢、赤白痢、脓血痢、冷痢、热痢、杂

痢、休息痢、白滞痢、蛊痢等多种分类，并对兼见症状作了论述，达四十论之多。唐·孙思邈《千金要方》称本病为“滞下”。滞下之名为后世医家所常用，并立“热痢”、“冷痢”、“疳湿痢”、“小儿痢”等分类，提出大量的治疗处方，使本病的治疗方法，获得了进一步的发展。宋·《圣济总录》卷七十五至卷七十八除对痢疾的分类在前人的基础上作了补充外，并对里急后重、痢疾兼肿、痢疾脱肛等症，介绍了治疗方法。宋元以后，统称本病为“痢疾”或“滞下”。但由于病因症状等的不同，又有多种分类方法，如《脉因证治·痢疾论》提出寒湿痢、湿热痢、燥热痢、七情痢、饮食痢、劳役痢等名。戴元礼提出“劳痢”，赵献可提出“疫毒痢”，李梴提出“虚痢”，李用粹提出“虚滑痢”，陈修园提出“奇恒痢”等。从本病的病名分类的沿革中，可以看出历代医家对本病认识的发展情况。

对本病的病因病机研究，历代医家也在不断深化，如《金匱要略》指出本病病因为热，谓“以有热故也。”《诸病源候论》把各种痢疾分为新久两类，以痢下颜色之赤白分热与寒，并指出寒暑不调，风寒热毒，饮食起居劳役等为致病因素。宋·陈言《三因极一病证方论》提出滞下三因，以寒热风湿为外所因，藏气郁结，随其所发，便利脓血为内所因，以饮食冷热酒醴醢醢，纵情恣欲，房室劳逸为不内外因。刘河间则认为以痢下赤白颜色分寒热为误，他说：“脏腑泻痢，其证多种，大抵以风湿热论”。张子和也认为赤白痢，不可曲分寒热，“止可分新旧而治之”。朱丹溪对于痢疾提出“赤痢属血白属气”和赤痢久不愈者属阴虚等见解，并认为“湿热瘀积之为病，干于血分则赤，干于气分则白”。尤其是对于本病病因方面，认识到本病有传染性，提出“时

疫痢”的名称，他说：“又有时疫作痢，一方一家之内，上下传染相似。”明确为传染病，远较国外认识痢疾有传染性为早（国外于1864年Hildanus认识痢疾有传染性），在公元十一世纪时代，能有此认识是难能可贵的。

由于对本病病因病理认识的提高，治疗的方法也不断完善，如《金匱要略》提出清肠解毒（白头翁汤）和温涩固下（桃花汤）为后世所沿用，并在此基础上不断发展。《千金方》对痢疾当下、当温、救里、攻表等治法进行讨论。《河间六书·滞下》对本病的治法主张“后重则宜下，腹痛则宜和，身重则除湿，脉弦则去风。”以及“行血则便脓自愈，调气则后重自除”等治则，为后世所遵循。严用和《济生方》提出治疗痢疾“必先导涤肠胃，次正其根本，然后辨其风冷暑湿而为治法”。《丹溪心法》按病之虚实，提出了“壮实初病宜下，虚弱衰老久病宜升”的治疗原则，均极有见地。《景岳全书·杂病谟·痢疾》指出：“凡里急后重，病在广肠最下之处，而其病本则不在广肠而在脾肾。”李中梓《医宗必读·痢疾》亦认为“痢之为病多在脾肾。”谓“在脾者病浅，在肾者病深。”并谓“未有久痢而肾不损者，故治痢不知补肾，非其治也。”此外，喻嘉言创“逆流挽舟”治痢之法，李中梓提出“新感而实者，可以通因通用，久病而虚者，可以塞因塞用”。叶天士总结治痢之法，为“治痢大法，不过通塞二义”。总之，历代医家根据各自经验，提出了各种不同的治法，大大丰富了临床经验。

针灸治疗痢疾，首见于《针灸甲乙经·足太阴厥脉病发溏泄下痢第五》，篇中除指出肠癖便血的症状、脉象和预后外，提出六条有关肠癖病的治法，如“病泄下痢，取曲泉、五里。腹中有寒、泄注肠癖便血，会阳主之。”“又肠癖泄切

痛，四满主之。便脓血，寒中，食不化，腹中痛，腹哀主之。”“又肠癖，中郄（即今中都穴）主之，飧泄，大肠痛，巨虚上廉主之。”其所取穴位，均为目前常用而有实效者。《千金要方》和《千金翼方》治疗痢疾主要用灸法，对于赤白下痢、下痢不嗜食、冷痢腹痛、久痢等均有灸穴。如“小肠注痢脓血，灸魂舍一百壮，小儿减之，穴在挟脐两边相去各一寸。”“赤白下痢，灸穷骨头，多多益善，食不消化，泄痢，灸脾俞随年壮。泄注五痢便脓血，重下腹痛，灸小肠俞百壮，少腹绞痛，泄痢不止，灸丹田百壮”等。《针灸资生经·痢·肠癖》篇中，对痢疾提出数十条治法，如“太冲、曲泉主溏泄痢注下血，小肠俞主泄痢脓血五色，丹田主泄痢不禁，小腹绞痛，关元、太溪主泻痢不止，脾俞主泄痢不食，中膻俞治肠冷赤白痢”等，选用穴位达 30 个以上。此后如《针灸大成》《针灸集成》等针灸专著，均有治疗本病的记载，如《针灸大成》有“痢疾，曲泉、太溪、太冲、丹田、脾俞、小肠俞。”此外，《医学入门·卷一》有“痢疾合谷三里宜，甚则必须兼中膻，白痢针合谷，赤痢针小肠俞，赤白针三里中膻俞。”《景岳全书·杂证谟》则说“久痢阳虚，或用攻击寒凉太过，致竭脾肾元神而滑脱不止者，本源已败，虽峻用温补诸药，亦必不能奏效矣。宜速灸百会、气海、天枢、神阙以回其阳，遮或有可望生者。”《针灸聚英·泻痢》中还说：“陷下由灸之。脾俞、关元、肾俞、复溜、腹哀、长强、太溪、大肠俞、足三里、气舍、中脘。白痢大肠俞，赤痢小肠俞。”《证治准绳》卷三载：“……若下痢纯白，状如鱼脑，脐腹冷痛，日夜无度，手足逆冷……兼灸气海、丹田二穴。”说明前人已积累了大量的经验，足为我们所取法。

解放以来，早在 20 世纪 50 年代，即有应用针灸治疗痢

疾的临床报道，20 世纪 60 年代开始，开展比较系统而深入的研究，在临床中观察了大量的病例，取得了满意的效果，并开展了人体和动物实验研究，探求疗效机制，获得国内外学者的较高评价，为继承和发扬针灸医学作出了贡献。

针刺治疗急性细菌性痢疾的临床研究

细菌性痢疾（简称菌痢）是由痢疾杆菌引起的夏秋季常见的肠道传染病。在中医古籍中早就有关于针灸治疗痢疾的记载，如晋代针灸专著《针灸甲乙经》即有肠癖便脓血的治法，以后，如唐代的《千金方》、宋代的《针灸资生经》、明代的《针灸大成》均有针灸治痢疾的记述，积累了很多经验。为了继承和发扬中医学遗产，探讨针灸治疗本病的规律，我们于 1963~1978 年，采用针刺方法治疗菌痢，由中西医相互配合系统地进行观察，共收治 1236 例，并在肯定疗效的基础上，进行了初步的实验研究，以探求其疗效机制。现就 645 例大便细菌培养阳性患者的治疗情况，分析报道如下。

1. 临床资料

病例选择标准：（1）临床上有急性典型细菌性痢疾的症状与体征；（2）大便细菌培养阳性者；（3）未经抗痢疾药物治疗者；（4）病程在 3 天以内者。

本组所有病例入院时均具有典型的急性菌痢症状。腹痛者 633 例（占 98.1%），里急后重者 623 例（占 96.6%），腹部压痛者 617 例（占 95.7%）。发热者 576 例，最高达 40.2℃，其中 37.9℃ 以下者 189 例（占 32.8%），38℃~38.9℃ 者 213 例（占 37.0%），39℃~39.9℃ 者 148 例（占 25.7%），≥40℃ 者 26 例（占 4.5%）。大便肉眼观察有脓

血者 417 例 (占 64.7%), 粘液脓血者 104 例 (占 16.1%), 脓样者 5 例 (占 0.8%), 粘液者 90 例 (占 14.0%), 呈稀糊状者 29 例 (占 4.5%)。

大便镜检有巨噬细胞者 447 例 (占 69.3%); 有脓细胞者 635 例 (占 98.5%), 其中脓细胞少量者 12 例 (占 1.9%), (+) 者 47 例 (占 7.4%), (++) 者 180 例 (占 28.3%), (+++) 者 264 例 (占 41.6%), (++++) 者 132 例 (占 20.8%); 大便有红细胞者 635 例 (占 98.5%), 其中红细胞少量者 55 例 (占 8.7%), (+) 者 121 例 (占 19.0%), (++) 者 159 例 (占 25.0%), (+++) 者 234 例 (占 36.9%), (++++) 者 66 例 (占 10.4%)。

645 例大便细菌培养, 菌株以弗氏杆菌最多, 共 478 例, 占 74.1%, 其中包括 I_b 27 例, II_a 82 例, II_b 17 例, III 8 例, VI_a 61 例, VI 9 例, 未分型 274 例; 其余宋氏 121 例, 占 18.8%; 鲍氏 10 例, 占 1.5%; 舒氏 36 例, 占 5.6%。131 例进行了乙状结肠镜检查, 其肠道病理变化属卡他型者 117 者, 溃疡型者 8 例, 糜烂型者 6 例。

2. 治疗方法

根据中医理论, 认为菌痢主要是内由饮食失节, 外受湿热疫毒, 损伤胃肠, 以致胃肠受纳传导功能失常, 湿热郁蒸, 气血壅滞, 肠道的脂膜与血络俱受损伤, 从而出现发热、腹痛、里急后重、大便脓血等症状。治则宜以清热化湿、消积导滞、调和气血为主。

取穴: 以天枢、气海、上巨虚为主穴。如腹痛、腹泻重者, 说明胃肠湿热积滞, 蕴结较甚, 需要急于清化宣导, 则主方中各穴同用; 便次减少为 5~6 次/日, 腹痛缓解, 可去

气海穴；便次正常，症状消失，但大便培养仍阳性者可仅取上巨虚穴。体温在 38℃ 以上者加用曲池、合谷，以清阳明之热；胃纳不振，小便短少，苔腻不化的，加用阴陵泉，以理脾化湿。

手法：菌痢属实热症，根据实则泻之的原则，手法以泻为主。进针要快，针刺较深，一般可刺 1.5~2 寸，得气后采用紧提慢按结合捻转手法，反复运针以增强针感。腹部穴位要求向四周扩散，四肢穴位要求向上下传导，特别是第 1、2 次治疗时，手法运用得当与否常为成败的关键，必须严格掌握，以期顿挫病势。随着症状的缓解，逐步减轻刺激，针刺深度亦相应变浅。留针时间，一般为 30 分钟，病情重者可延长至 60 分钟。留针时，如患者欲解便，行针则可使便意消失，不必起针。

疗程：对初入院或病情较重的病例，每天针刺 2 次，甚至每 8 小时 1 次。症状改善后，每天针 1 次，直至大便细菌培养连续 3 次阴转后停针。10 天为 1 疗程，1 疗程后尚未完全恢复正常者，转组治疗。对高热，呕吐腹泻次数过多，失水情况明显者，应予补液纠正水电解质紊乱。

3. 疗效观察

观察方法：本组病例每日肉眼观察大便性状至少 1 次；每日晨观察大便性状时，留取变化最明显部分作大便镜检及细菌培养，每日 1 次，至连续阴性 3 次后停止；每日询问症状变化至少 2 次，并记录其中最明显的 1 次；针刺 2~5 天后临床症状无改善者，转组治疗。

治愈标准：临床症状全部消失；大便成形，每日便次不超过 2 次；大便肉眼观察正常，显微镜检无红细胞、脓细胞；大便培养连续 3 次阴性。若经 1 疗程治疗，症状消失，

而大便细菌未转阴者，作治疗失败论。

疗效分析：所治菌痢 645 例，经 1 个疗程治疗后，符合上述治愈标准者 596 例，治愈率为 92.4%。治愈的 596 例，一般在 4 小时后第 1 次测体温时，体温已开始下降，平均 1.88 天降至正常；腹痛在留针期间可明显减轻或消失；便次的控制，一般均先有大便性状改变，然后便次逐渐减少，平均在 3.4 天内恢复正常。596 例大便细菌培养的转阴时间平均为 5.04 天。治疗后 1~10 天细菌培养转阴的例数分别为 23、68、88、99、89、63、56、49、35、26。本组病例 3 天时的转阴率为 27.8%，7 天时的转阴率为 75.3%。

选择同期口服呋喃唑酮治疗的菌痢患者 281 例，与针刺组进行疗效对比。药物组发热消失的天数平均为 1.8 天，针刺组为 1.88 天；里急后重消失的天数，药物组为 4.3 天，针刺组为 2.15 天；腹痛消失的天数，药物组为 5.3 天，针刺组为 2.95 天；腹泻消失的天数，药物组为 5.5 天，针刺组为 3.4 天。里急后重、腹痛及腹泻消失的平均时间，针刺组均较药物组为短，经统计学处理，有显著性差异 ($P < 0.05$)。药物组 281 例中，大便细菌培养转阴 276 例，转阴率为 98.2%，较针刺组的 92.4% 为高。药物组平均转阴时间为 4.3 天，针刺组为 5.04 天；药物组 7 天内转阴 205 例，转阴率为 73%，针刺组 7 天内转阴 486 例，转阴率为 75.3%，两组 7 天时的转阴率未见明显差异 ($P > 0.05$)。

4. 讨论

中医学对痢疾的认识很早，公元前 5~3 世纪的古典医籍《内经》中称为“滞下”，隋代才称为“痢疾”，但是这些古代的记述，并非专指细菌性痢疾，它还包括了现代医学的阿米巴痢疾、过敏性肠炎、肠功能紊乱等其他肠道疾病，



唯金、元时代所称的“疫痢”，谓之“一方一家之内上下传染相似”，指出其传染性，则与急性细菌性痢疾十分相似。

实践证明，针刺不仅能较快地控制菌痢患者的发热、腹痛、里急后重等症状，而且大便镜检和细菌培养也随之而转阴，本组 645 例，经 10 天 1 疗程的治疗，治愈率达 92.4%。症状的平均消失时间和细菌转阴天数，与呋喃唑酮不相上下。说明针刺治疗急性菌痢，疗效确实，值得推广。

针刺治疗菌痢疗效的取得，和经络穴位的选择及手法运用得当否有密切的关系。我们曾对 40 例菌痢患者，选用与胃肠无关的经络穴位，进行针刺对照观察，结果大都治疗失败，说明经络穴位选择相当重要。针刺手法对治疗效果也常会起到决定性作用，对菌痢高热患者，针刺退热的穴位，如操作得法，可迅速出汗而开始退热；腹痛的患者经针刺后，可迅速缓解疼痛；但若手法运用不当，则效果显著减弱，甚至无效。因此，必须重视经络、穴位及手法三者的有机配合，这样才能提高疗效。

通过观察，虽用同样的穴位和手法治疗菌痢病人，但有的能迅速治愈，有的则缠绵难复。其故何在？我们体会，这与临床症状、肠道病变的轻重及发病季节等有一定关系，而与菌株的不同无明显关系。本组经乙状结肠镜检查的 131 例中，属卡他型的 117 例，治愈 108 例，而溃疡型和糜烂型的 14 例，有 6 例治疗失败，表明肠道病变的轻重与疗效有一定的关系。曾对 155 例患者进行中医辨证，在观察中发现，表现为体温高、便次较多、大便有粘冻、口干、舌苔黄腻等热重于湿者，常较表现为身热不扬、胸闷、神疲、痢下多白粘冻、口不干、舌淡苔黄腻等湿重于热者，奏效快、疗程短；从病情看，后者似轻于前者，然而，疗效则前者优于后



者。究其原因，可能与中医所说“热为无形之邪易于清彻，湿为粘腻之邪不易速化”有关。多年的临床观察发现，晚秋季节发病者，一般疗效较差，疗程较长，即使用药物治疗其结果也是相仿。对此，中医可用关于时令气候、伏邪晚发等学说来说明，尚需进行深入的研究。

针灸治疗细菌性痢疾的临床体会

1. 关于针灸治疗阿米巴痢疾的问题

中医所称的痢疾，包括现代医学中许多病证，其中尤以阿米巴痢疾，与菌痢相似、易于混淆。我们曾收治多例，应用针灸治疗观察，虽亦能改善临床症状，但终未能彻底治愈。查阿米巴包囊进入胃肠道后，囊壁为肠液消化，滋养体即脱囊而出，并分裂成长，侵入肠粘膜，在粘膜下造成坏死和脓肿，最后形成溃疡而引起腹泻下痢，故治疗较难。我们对溃疡型和糜烂型的菌痢患者，针刺治疗亦常失败，说明肠道病理变化严重者，其治疗方法尚待进一步研究。国内曾有少量阿米巴痢疾应用针灸治疗的报道，取得了较好的效果，其治疗取穴为天枢、大横、关元、石门、大肠俞、小肠俞、隐白、神阙等穴，加减出入，有的配合灸法，重点灸腹部各穴，认为阿米巴滋养体或包囊，均能使之消失，这是治疗痢疾的新进展，值得深入研究。

2. 关于灸法的应用问题

急性菌痢，属实热证，故一般不采用灸法，仅对寒湿证，或热去而湿不化的病证，以及慢性菌痢脾胃或脾肾阳虚者，才配合灸法。但据报道，急性菌痢不属实热证者，除针刺以外，用艾炷灸神阙穴5~7壮，可获得满意的疗效，说明灸法有其特殊的治疗作用。据杨贵贞等在《艾灸对实验性

痢疾之疗效观察及其机制研究》一文中报道，用典型弗氏痢疾杆菌注入豚鼠体内作实验，在肯定疗效的基础上，探讨艾灸治疗菌痢的作用机制。方法：在动物机体内造成痢疾杆菌性膀胱炎症，就其感染过程及以腹腔内注射法引起的中毒性过程观察。结果：感染前或感染后施以艾灸，均能延长动物生命，尤以感染前施灸者为著；经艾灸治疗的动物，尤其是灸后感染者，其膀胱炎症较轻，施灸的动物在膀胱感染后48~72小时，其肠系膜淋巴结、肝脏、脾脏、肾脏及大肠等内脏组织，未培养出1个细菌，而在对照组，不同的脏器、组织内皆能培养出痢疾杆菌。说明艾灸似可刺激动物机体网状内皮系统细胞的活动，因此，能迅速地促进感染豚鼠痢疾杆菌很快地排出体外。这一类实验，足以说明艾灸疗法治疗菌痢，具有独特的作用，即使实热证，亦能取得良好的效果，从而启发我们，不能囿于热病禁灸之说。

3. 关于穴位的作用问题

对于急性菌痢的治疗取穴，我们通过较长期的治疗观察、不断地筛选，才形成以天枢、足三里、上巨虚等穴为主的精简处方。根据上海针灸经络研究所等单位对针刺治疗急性菌痢的疗效分析，认为急性菌痢患者，多在左腹部天枢穴下方有一压痛点，针刺上巨虚穴后，多数病员该压痛点消失或压痛减轻，腹痛亦相应得到缓解或消除。对高热患者，加刺曲池、大椎，多能起退热效应，对症状消失而大便细菌培养仍阳性者，针刺上巨虚，能使之转阴。这些观察结果，与我们所观察到的完全一致，可以证明这些穴位的真实作用。我们还对足三里穴作了动物实验观察，证明针刺此穴可以调整肠蠕动，扩张血管，增加肠血流量，从而取得治疗肠道疾病良好的效果。我们对菌痢患者症状消失而大便细菌培养阳

性者，只针足三里一穴，能迅速阴转。古人早已指出足三里有预防传染病的作用，这个经验是十分宝贵的，今后如何推广应用，使之在预防医学中发挥作用，是有深远的意义的。

4. 关于针刺操作手法问题

我们在治疗急性菌痢的过程中，为了探索有效的针刺手法，曾对多种补泻手法分别进行观察，除提插、捻转等基本手法外，如迎随、开合、疾徐、三进一退、三退一进以及透天凉等复式手法，均试用过，初步看来，这些不同方法，在疗效上未见明显差异，最后才选择以提插捻转结合的方法。从理论上说，提插法重在调整阴阳，捻转法重在通调气血，急性菌痢的病机，既有阴阳之偏盛偏衰，又有气血运行之不畅，故以提插捻转结合的针法，是符合病机的。在具体运用时，根据病情，各有侧重，如以清泄热邪为目的时，以提插为主捻转为辅，以理气缓痛为目的时，以捻转为主提插为辅。多能获得良好的效果，而且易于掌握。

必须指出的是，不同的针刺手法，是针对机体寒、热、虚、实等不同的病理变化而建立的，也只有在机体病理变化的条件下，才能起到调整作用。同时还要指出，针刺治疗效果的获得，与辨证明确、取穴切当等因素密切相关，因此不能片面地讲求操作形式，而降低疗效。

5. 关于留针问题

留针是古法，《内经》中即有留针法的记载，但古人并不普遍应用，目前针刺留针，几乎已成常规，这是针灸学的一种发展，留针确能提高疗效。例如高热患者，按照古人热则疾之，针刺得气后即出针的方法，往往达不到退热的疗效。我们采用以提插为主的泻法，反复行针后留针，能获得较显著的退热效应，腹痛腹泻，作久留针，可迅速得到控

制，这些事实都能证明留针的良好疗效。

我们在开展人体和动物的多项实验中观察针刺效应时，发现在针刺的操作过程中，机体反应最为明显的效应部分，在留针过程中能持续存在，而出针后这种效应亦随之消失。说明针刺留针确可增强针刺效应而提高疗效，适宜于临床上普遍采用，并根据病情决定留针时间的长短。

6. 关于疗程问题

急性菌痢发病快，治疗后好转亦快，一般1周左右即可痊愈，故可不分疗程，但必须根据病情的轻重，决定每天治疗的次数，轻者每天1次，重者每天2~3次，才能迅速控制症状。慢性菌痢往往需要较长时间的治疗，而连续针刺常常易引起患者疲劳感，更易引起机体对针刺的适应性而降低疗效，故应以5~7次为1疗程，中间有适当的休息，使机体有修复的机会，处方也应不时更动，以提高疗效。

医案十四则

案例1：

蔺某，男，22岁，军人。住院号：129147。

患者纳少，肢体乏力10余天，出现眼黄、皮肤黄、尿黄2天。刻诊，不欲饮食，脘腹痞胀，胃呆，口干，大便干结。检查：体温正常，巩膜皮肤重度黄染，腹平软，肝上界第5肋间，肋下未扪及，肝区轻度叩痛，脾脏未触及。实验室检查：尿胆红素（++++），尿胆素原定性（+）。肝功能检查：黄疸指数为50U，胆红素定量为106.02 μ mol/L，谷丙转氨酶>1000U。舌质偏红，舌苔黄腻，脉弦滑。西医诊断：病毒型肝炎。中医诊断：黄疸（热重于湿型）。证属湿热内蕴，脾胃运化失职，肝胆气机阻滞，胆液外泄，发为

黄疸。针刺治疗以清肝利胆运脾化浊为主。取穴：行间、阳陵泉、足三里、三阴交。用提插捻转泻法，每日2次，留针30分钟，10分钟行针1次。针治2天后，精神、食欲好转。复查肝功能：黄疸指数已降至33U，胆红素定量 $58.14\mu\text{mol/L}$ ，谷丙转氨酶降至485U。第5天精神、食欲逐渐恢复，第7天肝区疼痛等临床症状亦消失，舌苔薄白，脉稍弦。湿热渐退，原方去三阴交，继续治疗，针刺改为每日1次。第9天肝功能检查：黄疸指数13U，胆红素定量 $18.8\mu\text{mol/L}$ ，谷丙转氨酶116U。第18天，肝功能恢复正常，提示湿热已清，脾运渐复，单取足三里，平补平泻，每日1次，又治7天，以巩固疗效。共住院33天出院。

【按】古人云，“无湿不成疸。”然湿有外湿，有内湿，或从寒化，或从热化，与脾胃功能障碍，运化失司密切相关。在发病过程中，湿热是标，是外因，脾胃内虚是本，是内因，而内因起决定性的作用。本例为湿热之证，病程不长，邪未胶结，治当直接以清化湿热为法。足三里、三阴交乃健脾和胃之意，行间、阳陵泉清利湿热，疏肝利胆，肝脾同治，标本同治，热邪得除，湿热得利，因而获满意的疗效。

案例2：

施某，男，14岁，学生。住院号：127796。

患者肢体乏力，纳差，恶心15天，尿黄7天。1981年5月25日检查肝功能：黄疸指数30U，谷丙转氨酶950U。近2日症状加重，伴有呕吐，肝区疼痛不适等，于5月28日急诊入院。检查：体温 38.6°C ，巩膜及皮肤中度黄染，舌质偏红，苔薄黄腻，脉弦滑。肝上界第5肋间，下界肋下1.5cm，剑突下4.5cm，质软，轻度压痛及叩击痛，脾未扪

及。实验室检查：尿胆红素（+++）。肝功能检查：黄疸指数为40U，胆红素定量为75.24 μ mol/L，凡登白试验直接迅速，麝香草酚浊度试验10~11U，麝香草酚絮状试验（++）。血清白蛋白40.3g/L，血清球蛋白33.9g/L。西医诊断：急性黄疸型病毒性肝炎。中医诊断：黄疸（肝胆湿热型）。湿热时邪，阻于肝胆，气机失于条达，胆汁排泄不畅，溢于肌肤，形成阳黄。针刺治疗以清肝利胆，运脾化湿为主。取穴：大椎、曲池、行间、阳陵泉、足三里、三阴交。用提插捻转泻法，每日2次，留针30分钟，间断行针10分钟1次。经以上治疗1天，肝区疼痛减轻，第2天呕吐恶心停止，第3天体温正常，第4天精神转佳，食欲好转。复查肝功能：黄疸指数为32U，胆红素定量为56.43 μ mol/L，麝香草酚浊度试验8~9U，麝香草酚絮状试验（+++），谷丙转氨酶300U，凡登白试验直接双向。第11天黄疸消退，尿色淡黄，肝大已见回缩。复查肝功能：黄疸指数为5U，麝香草酚浊度试验8~9U，麝香草酚絮状试验（+），谷丙转氨酶118U。血清白蛋白43g/L，血清球蛋白23.5g/L。肝区尚觉不适，纳食欠香，肝脾湿热未清，原方去大椎、曲池继续治疗，改为每日1次。第18天复查肝功能，黄疸指数为4U，麝香草酚浊度试验5~6U，麝香草酚絮状试验（+），谷丙转氨酶<40U。血清白蛋白47.5g/L，血清球蛋白19g/L。28天痊愈出院。

案例3：

杨某，男，22岁，军人。住院号：142284。

患者肝区不适，食欲不振15个月，肝功能反复异常，谷丙转氨酶波动在60~114U之间，肝区疼痛，疲劳，纳差。曾3次住院治疗，一直未得到很好的控制。1月前又出

现胸闷、嗝气泛酸、腹胀等症，经门诊治疗未见好转。1982年9月10日复查肝功能：黄疸指数为4U，麝香草酚浊度试验8U，麝香草酚絮状试验(+)，谷丙转氨酶161U，谷草转氨酶85U。血清蛋白电泳：白蛋白0.58， α 球蛋白0.05， β 球蛋白0.12， γ 球蛋白0.25。乙型肝炎表面抗原1:32，乙肝核心抗原 ≥ 1000 。西医诊断：慢性活动性乙型肝炎。入院后经西药常规治疗10天，无效。转入针灸组治疗。当时主要症状与体征为：乏力、纳差、食后腹胀、肝区隐痛、大便糊状、小便淡黄。检查：巩膜及皮肤无黄染，腹平软，无包块，肝上界第6肋间，下界肋下1cm，剑突下6cm，质硬Ⅱ度，表面光滑，有轻度叩击痛。脾肋下未触及。无明显的肝掌及蜘蛛痣，舌质偏红，舌体偏胖，边带齿痕，苔薄，脉细缓。证属湿热之邪，阻滞肝胆，气机失调，脾胃运化功能失常，久延不愈，正气受损，成为肝郁脾虚之证。针刺治疗以疏肝解郁、健脾和中为法。取穴：(1)足三里、三阴交、阳陵泉、太冲；(2)肝俞、脾俞。两组穴位交替使用，平补平泻，每日1次，留针30分钟，10分钟行针1次。经治疗，第9天大便转正常，第18天精神转佳，食欲恢复正常。肝区疼痛不明显。在治疗过程中，第6天后谷丙转氨酶上升至405U，谷草转氨酶上升至128U。针刺14天后，谷丙转氨酶下降至256U，谷草转氨酶下降至61U。以后逐渐下降，第34天谷丙转氨酶恢复正常，乙肝表面抗原转阴。第50天临床治愈出院。

案例4：

沈某，男，22岁，军人。住院号：143737。

患者乏力，纳差，肝功能反复异常1年余，曾2次住院接受中西医结合治疗，效果不明显。1983年9月病情加重，

出现厌油、纳差、恶心呕吐。间用肝舒乐冲剂、香云片等治疗，症状缓解。同年11月复查肝功能，谷丙转氨酶上升至大于200U。11月19日转入某医院传染科治疗。当时体温正常，乏力，恶心，厌油，食欲差，上腹胀，肝区隐痛，大便干，小便色黄。舌质淡红，苔薄白腻，脉弦缓。检查：巩膜及皮肤无黄染，肝上界第6肋间，下界肋下2cm，剑突下2.5~3cm，质硬Ⅱ度，表面光滑，轻度压痛及叩击痛，脾肋下扪及边，质中等，无明显肝掌及蜘蛛痣。肝功能：黄疸指数为4U，麝香草酚絮状试验(+)，谷丙转氨酶353U，谷草转氨酶152U。血清白蛋白43.5g/L，血清球蛋白33g/L。乙型肝炎表面抗原1:64。西医诊断：乙型病毒性肝炎慢性活动型。中医诊断：胁痛（肝郁气滞型）。证属肝气失调，故见胁肋隐痛，脾运不及，故见纳呆恶心，腹胀不舒。治疗以疏肝解郁，理气健脾为主。取穴：(1)太冲、阳陵泉、三阴交；(2)肝俞、脾俞、足三里。两组穴位交替使用，平补平泻，留针30分钟，10分钟行针1次，每日治疗1次。经治疗后3天，厌油、恶心改善，食欲增加，第12天肝区无明显疼痛。1周后谷丙转氨酶开始上升，第2周上升至400U，第3周以后逐渐下降，第50天谷草转氨酶恢复正常，第70天血清白蛋白/球蛋白比例为4.75/2.40，肝脾肿大逐渐回缩。第78天谷丙转氨酶恢复正常，第85天麝香草酚浊度试验及麝香草酚絮状试验恢复正常。后改单针足三里、大椎以扶正祛邪，巩固疗效。观察两周疗效稳定，复查肝功能4次均正常，于第100天痊愈出院，经1年随访未见复发。

案例5：

陈某，女，45岁，干部。住院号：30017。

患者于1984年2月16日因乏力、纳差、腹胀，查肝功能谷丙转氨酶 $>1000\text{U}$ ，黄疸指数正常，诊断为“急性无黄疸型肝炎”进入某医院传染科治疗。入院后经中西医结合治疗1个月，临床症状好转，肝功能正常出院。出院后病情时有复发，常有乏力，肝区疼痛，纳差等症。于同年6月7日复查肝功能，谷丙转氨酶 116U 。6月23日，以“慢性迁延性肝炎”进入我院传染科治疗。入院时，患者感到肢软乏力，食欲不振，肝区隐痛，脘腹部痞闷，小便淡黄，大便常溏薄，面色少华，舌质淡红，舌体稍胖，舌苔薄白腻，脉弦缓。检查：体温 37.4°C ，无巩膜和皮肤黄染，肝上界第6肋间，肋下未及，剑突下 3cm ，质硬Ⅱ度，表面光滑，无明显的叩击痛。脾未触及，无肝掌及蜘蛛痣。肝功能检查：黄疸指数 4U ，麝香草酚浊度试验 $<5\text{U}$ ，麝香草酚絮状试验阴性，谷丙转氨酶 98U ，谷草转氨酶 $<40\text{U}$ ，血清白蛋白/球蛋白比例为 $4.36/2.14$ 。中医诊断：胁痛（肝郁脾虚型）。证属湿热之邪，阻于脾胃，反复发作，中气渐虚，故见纳呆脘胀，便溏乏力等症。由于中虚不运，气机失宜，影响肝气之疏泄，故见胁肋隐痛，肝脾不和之象。治疗以健脾和中为主，疏肝调气为辅。取穴：（1）太冲、足三里、三阴交；（2）肝俞、脾俞、中脘。两组穴位交替使用，用平补平泻法，每日1次，每次留针30分钟，间断行针10分钟1次。经治疗6天，肝区疼痛消失，第14天食欲、精神均见好转。在治程中，第10天谷丙转氨酶 156U ，谷草转氨酶 63U ，以后开始下降，第17天谷草转氨酶恢复正常，第24天谷丙转氨酶恢复正常。血清白蛋白/球蛋白比例为 $5.45/2.70$ ，蛋白总数提高，血小板由治疗前 $105 \times 10^9/\text{L}$ 提高到 $120 \times 10^9/\text{L}$ ，白细胞总数由治疗前 $3.6 \times 10^9/\text{L}$ 提高到 $5.1 \times 10^9/\text{L}$ 。

第34天治愈出院，随访1年未复发。

案例6:

赵某，男，33岁，干部。住院号：50176。

患者于1984年7月感疲乏、纳差、腹泻。查肝功能：谷丙转氨酶79U，麝香草酚浊度试验10U，麝香草酚絮状试验(+++)。住院治疗1个月，临床症状无明显改善，自动出院。经门诊治疗两月余，未见好转，于10月23日以“慢性迁延性肝炎”再住院治疗。入院时的主要症状：肝区疼痛，有时刺痛，入夜尤甚，纳差，胸脘作胀，暖气频作，乏力肢软，大便偏干（每日1次），面色晦滞，舌质紫黑，舌体胖，有齿痕，苔薄白腻，脉弦滑。腹平软，肝上界第5肋间，肋下及边，剑突下3cm，质中，有压痛和叩击痛，脾未扪及。无肝掌及蜘蛛痣。实验室检查：黄疸指数为5U，麝香草酚浊度试验9~10U，麝香草酚絮状试验(+++)，谷丙转氨酶110U，谷草转氨酶81U。乙型肝炎表面抗原1:128，乙型肝炎核心抗体阳性。血小板 $90 \times 10^9/L$ ，血白细胞总数 $3.5 \times 10^9/L$ 。本症初期，由于湿浊中阻，肝脾失和而致纳呆，便溏，乏力等症，治疗失宜，以致久延不愈，导致气滞血瘀，故见胁痛拒按，入夜加剧，舌见紫黑等症。治当理气活血，益脾助运。取穴：(1)太冲、足三里、三阴交；(2)膈俞、肝俞、脾俞。两组交替使用，平补平泻，每日1次，每次留针30分钟，10分钟行针1次。经治疗7天，肝区疼痛缓解，腹胀消除；第17天肝区疼痛消失，纳食增多；第24天精神转佳，食欲恢复正常，舌质紫黑退去，苔薄白。在治疗过程中，第7天谷丙转氨酶上升到151U，第13天谷草转氨酶上升到158U，第28天谷丙转氨酶上升至280U，谷草转氨酶上升至178U，以后逐渐下降。56天后，谷草转

氨酶恢复正常，77 天谷丙转氨酶恢复正常。血小板上升至 $102 \times 10^9/L$ ，血中白细胞总数上升至 $5.05 \times 10^9/L$ ，乙型肝炎表面抗原 1:64，78 天治愈出院，门诊随访 1 年未复发。

案例 7:

马某，男，20 岁，学生。门诊号：840101。

患者于 1984 年 9 月入学，体检时发现乙肝表面抗原阳性 (1:32)，肝功能检查正常。无任何临床症状和体征，无肝炎等传染病史，近半年内无肌注、输液和预防接种史。实验室检查：麝香草酚浊度试验 $< 5U$ ，麝香草酚絮状试验阴性。谷丙转氨酶 $< 40U$ ，谷草转氨酶 $< 40U$ 。乙肝表面抗原 1:32，乙肝表面抗体阴性，乙肝 e 抗原阴性，乙肝 e 抗体阴性，乙肝核心抗体阳性，乙肝核心抗体 - IgM 阴性，乙肝病毒 - 抗脱氧核糖核酸抗体 (+)。西医诊断：乙肝表面抗原携带者。针刺治疗以扶正祛邪为主。取穴：足三里、气海、大椎。针刺用补法，间日 1 次，每次留针 30 分钟。足三里针后加艾条温和灸 5~10 分钟，以局部潮红为度，气海单灸不针，大椎单刺不灸，得气后小幅度捻转 1~2 分钟，不留针。经治疗 1 个月，复查乙肝表面抗原 1:23，乙肝核心抗体转阴。2 月后复查，乙肝表面抗原转阴，治疗半年后、1 年后、1 年半以后分别随访，疗效稳定。

案例 8:

顾某，女，24 岁。南京。

患者于 1955 年 9 月开始发热，腹泻，翌日热度增加，即咯血约 60ml，1 星期后始止。自觉胸闷、咳嗽、痰量不多、失眠、多梦，经某医院检查，诊断为两侧浸润型肺结核，溶解播散期，给服异烟肼及注射链霉素 16g，并休养 3 个月，因临床症状改善不大而入院治疗。于 1956 年 3 月开

始用针灸疗法，当时患者咳嗽，胸痛，痰量不多，质稠，咯吐欠畅，睡眠较差，多梦，食欲不振，摄食后脘部作胀，有时漾漾欲呕，大便多干结，精神疲劳，体温正常，舌质红少苔，脉搏细弦。发育正常，营养中等，体质瘦长。X线检查，右肺尖及前上肋间可见块条状阴影，并有1.5cm大透明区，左肺尖及前1~4肋间，可见散在的粒状阴影，诊断为两侧浸润型肺结核，右侧空洞形成，痰液检查阴性，血沉每小时7mm。根据病者咯血后咳嗽不止，痰稠胸痛，显属上损及肺，肺阴久虚之象，而又见胃呆，食后作胀，大便干结，以及失眠，多梦等症。可见肝脾之阴亦感不足，三阴皆亏，故虽长期休养，未能恢复，拟调补三阴，从本图治。取穴：肺俞、肝俞、脾俞、肾俞、尺泽、太渊、神门、足三里、三阴交、中脘、气海等穴。交替使用，每次取5~6穴，间日1次，因症属阴虚，单用针刺法。20次为1疗程。治疗1个疗程后，咳嗽、胸痛均除，胃纳渐展，睡眠亦较宁静，2个疗程后，症状完全消失，精神亦见振作，即停止治疗。于6月11日再经X线复查，报告右肺尖及第2肋间可见小块及条状阴影，边缘清楚，其中透明区，已不明显，左肺尖及第2肋间可见散在之点状阴影，边缘清楚，与前片比较，有显著吸收和空洞消失现象，诊断无两上浸润型肺结核，吸收好转期。经继续观察2个月而出院。

案例9：

史某，女，26岁。上海。

患者于1954年6月发现右侧有肺结核，并有空洞形成。1954年9月，进行膈神经压榨法。同年11月，进某疗养院疗养9个月，症状消失，病灶好转而出院。出院后，因经常感冒发烧，影响肺部，以致病灶又转恶化，空洞复发，准备

手术治疗，因发现左侧有新病灶而中止。从 1955 年 11 月以后，经常有咳嗽、发热等，经注射链霉素及内服异烟肼等药，而渐有好转。于 1956 年 10 月开始用针灸治疗。当时病者无明显临床症状，仅偶有干咳，吐痰亦少，喉间有时感到不适，睡眠梦多，纳食后略作胀，矢气较多，二便正常，面色较白，营养中等，脉搏细弱，舌苔薄白。X 线检查，诊断为两侧浸润型肺结核，溶解播散期，右侧中层有圆形透明区，痰检阳性，血沉每小时 25mm。根据 X 线检查报告，病者肺部病灶较严重，但临床症状则极轻，病者全身营养状态亦较好，因此决定以古书所载治癆穴位为主，酌量配合治肺治脾胃穴位以治之，并作详细观察。取穴：膏肓、大椎、肺俞、尺泽、中脘、足三里。针刺 20 次为 1 疗程。结果按照上方治疗 1 个疗程后，临床症状即形消失，减去尺泽、中脘，并于肺俞、膏肓 2 穴加灸，连续治疗 3 个疗程，再经 X 线复查，证明病灶已显著吸收，空洞亦显著缩小，痰检阴性，血沉每小时 7mm，即停止治疗。

案例 10：

夏某，男，38 岁，江苏丹阳人，印刷工人。门诊号 156752。

患者于 1956 年起有咳嗽、痰中带血、胸痛、精神疲劳等症状，经检查为浸润型肺结核，服用抗癆药物，当时症状有所好转，从去年以来，咳嗽又转重，仍服用异烟肼等药物，效果不著。近月来咳嗽、吐痰、咯血等症更为严重，再经某医院 X 线拍片检查，诊断为右上肺浸润型肺结核，有空洞形成，痰液检查阳性，嘱休养 3 个月，未见好转，来我院门诊针灸治疗。当时病者体质瘦弱，精神疲倦，咳嗽痰多，质稠，并夹血液，胸膈作痛，睡眠欠宁，食欲尚佳，二

便亦利，舌有薄苔，脉搏细数。根据患者咳嗽咯血，痰稠胸痛，体瘦而脉细数，显属真阴久虚之象，阴虚则气火失敛，虚火上炎，肺金受灼，肺络受损，故咳嗽夹红，缠绵难愈，当从肺、肝、肾三阴并治。取穴：肺俞、肝俞、肾俞、膏肓、膈俞、尺泽、太渊、足三里、太冲、丰隆、太溪、膻中。每次选用5~6穴，间日1次，针刺治疗20次为1疗程，连续治疗2个疗程。经治疗1个疗程后，咳嗽大减，咯血已除，惟睡眠仍欠宁静，根据原定穴位酌加心俞、神门等穴以安神定志，睡眠即渐改善。仍按照原法，继续治疗，至第2疗程结束时，临床症状完全消失，精神亦见振作，经X线复查，认为病灶已显著吸收，空洞已不明显，即停止治疗。

案例 11:

夏某，男，15岁，南京，学生。门诊号119380。

患者于1955年2月开始咳嗽，继而发热、咯血，即赴某医院X线透视，检查诊断为两侧上肺浸润型肺结核，服PAS和异烟肼8个月，效果不显著。于1958年11月来我院门诊治疗，当时患者咳嗽，痰多色白，气急胸痛，面色萎黄，午后潮热，夜寐盗汗，食欲不振，肌肉消瘦，精神疲乏，舌有薄苔，脉小数。经X线拍片检查结果为浸润型肺结核。血沉每小时3mm，痰检阴性。患者咳嗽咯血缠绵达1年，午后潮热，夜寐盗汗，形瘦脉数，是真阴亏损的现象，阴虚则生内热，虚火刑金，故久咳而不止，针灸治疗以肺脾同治，并参以退热。取穴：大椎、间使、风门、肺俞、膏肓、脾俞、尺泽、足三里、丰隆、三阴交、太冲。针灸治疗20次为1疗程。经第1疗程后，潮热、盗汗即渐止，咯血消失，食欲较增，惟胸痛仍然，仍守前法，加膻中、或中、

俞府。在第2疗程，治至第6次咳嗽尚见，胸部隐痛，并发现血尿3次，舌质光红，脉细数，此乃肺阴亏虚，虚火内恋，下传于肾，于原方中加肾俞、太溪而血尿渐止。第3疗程后，患者症状基本消失，精神亦渐振作，仅有时尚觉胸部隐痛。第4~5疗程，仍守原法出入。经5个疗程的治疗，患者自觉一切均正常，经X线拍片复查，为浸润型肺结核吸收期，血沉每小时3mm，痰检阴性。

案例 12:

陈某，女，工人。门诊号：753174。

患者因发热、腹痛、腹泻、里急后重两天来院就诊。据称两天前先有腹痛、肠鸣，大便泄泻水样便，连续几次后，即伴有恶寒、继则发热，大便转为赤白粘冻，腹痛转甚，肛门重坠，便次每天多至20余次。就诊时，身热汗出，体温39.2℃，腹阵痛，痛则欲便，欲行不畅，后重难忍，小便短赤，口渴欲饮，纳呆，有时恶心，舌苔黄腻，脉象滑数。检查：腹微胀气，右少腹部可摸到肠索，触痛明显，肝脾未及，大便肉眼观察为脓血便，赤多白少，镜检见粘液、脓细胞、红细胞，并找到吞噬细胞，大便细菌培养为佛氏痢疾杆菌。西医诊断：急性菌痢。根据上述症状和检查分析，本病属湿热食滞交阻大肠，伤及阳明气血，故痢下赤白，湿热内蕴，故身热持续，气机失调，故腹痛阵作。治当清泄阳明，消积导滞。取穴：大椎、曲池、合谷以清阳明之邪热；天枢、上巨虚、气海以宣导肠中积滞。用重提轻按手法，反复行针，加强针感，留针1小时，隔5分钟行针1次，日针2次。次日身热渐退，便次减至10次以内，腹痛减轻，热邪已见退舍，湿浊滞而未去，原方去大椎、合谷，继续针治，针刺手法适当减轻，留针30分钟，日仍针2次。至第3天

热净身凉，便泻减为5次，脓血明显减少，腹痛亦轻，苔腻渐化，饮食见增，处方用天枢、气海、上巨虚3穴，用轻泻法，每日针1次。连续2天，各症均见消失，大便镜检已经正常。只针足三里一穴，调理肠胃功能以善其后，至大便细菌培养连续3次阴性为止。

案例 13:

李某，男，43岁，职员。门诊号：753329。

患者以腹痛下痢粘冻3天而就诊。据称入秋以来，多吃瓜果，开始胃口不好，饮食减少，于前天起，腹中隐隐作痛，腹泻，先是便溏，后是稀水，连续几次，即见便出白色粘冻，稍夹红色，每日10余次，时觉形寒，但不发热。就诊时腹痛阵作，痛即欲便，便下白多赤少，里急后重，口不渴，神倦思卧，纳呆口粘，舌苔白腻，脉濡。检查：腹柔软，肝脾未及，右少腹轻压痛，体温正常。大便镜检：见粘液、脓细胞、少量红细胞。大便细菌培养为佛氏痢疾杆菌。西医诊断：急性菌痢。属寒湿证。因时属深秋，多进生冷瓜果，中阳受损，运化失权，湿浊阻滞，伤及阳明气分，故见痢下白色，兼及血分，故微夹红色，湿邪未从热化，故无身热口渴等症。治当温运化湿，参以导浊。取上巨虚、合谷，用捻转泻法，取阴陵泉以运脾利湿，行平补平泻法，均留针30分钟，并于天枢、气海两穴用艾条灸5分钟，每日2次。第2天，便泻减为1日3次，腹痛减轻。原方续用2天，至第4天，症状消失，便次与镜检均正常，乃单灸足三里一穴，直至大便培养连续3次转阴，而停止治疗。

案例 14:

冯某，男，30岁，干部。门诊号：753487。

患者因腹痛，大便夹有粘冻1年，要求针灸治疗。据称

去年夏季患发热、腹痛、大便下痢脓血等，经医院检查确诊为急性菌痢，经服药好转即出院。以后即见大便不正常，疲劳，或饮食不注意而复发。发作重时，腹痛下痢赤白，伴有发热等急性期症状，反复多次，均服抗菌药物而获得控制，不发作时，大便多不成形或为溏便夹有粘液，每天2~4次不等，腹部有时隐痛，大便镜检可见粘液、脓细胞和少量红细胞。病程中，曾多次大便培养为佛氏痢疾杆菌。患者较瘦弱，面色少华，精神疲倦，口淡乏味，纳食减少，脘腹部有胀痛感，右少腹轻压痛，舌质偏淡，苔白腻，脉象较弱。西医诊断：慢性菌痢。根据病史，结合目前的症状分析，在病之初，无非是湿热积滞之邪，蕴结肠中而成之湿热痢，因为治疗未彻底，致使湿浊余邪留滞曲肠，遇劳或饮食失节而触发，经反复发作，脾气渐虚，运化无权，故见食少便溏，消瘦神倦等症，长期反复。证属虚实互见，治当调补脾胃以治其虚，宣导湿浊以治其实。取穴：（1）天枢、气海、阴陵泉、上巨虚，针刺用轻泻法，以宣导大肠湿浊；（2）脾俞、胃俞、中脘、足三里、三阴交，针刺用补法，背腹部各穴针后加灸，以调补脾胃。两组处方交替使用。第1周每天1次，第2周间日1次，经治两周后，大便转为每日1~2次，稍成形，粘冻减少，腹痛已除。原方又续治两周，症状完全消失，饮食增加，苔腻化尽，脉转有力。乃取气海、关元、足三里、三阴交4穴，用艾条灸法灸疗10次后，精神恢复，一如常人。

水肿及淋证

慢性肾盂肾炎的证治体会

肾盂肾炎是一侧或两侧肾盂和肾实质非特异性细菌直接侵袭而引起的最常见的泌尿系统感染。一般常伴有输尿管、膀胱或尿道炎症。临床以发热、腰痛、排尿异常为其特征，可分为急性和慢性两期。急性若不及时医治，易成慢性，且不易控制，可进一步发展成为肾功能衰竭。本病以生育年龄的妇女多见，孕妇的发病率尤高。本病属中医学“淋”、“癃”的范畴。有关“淋”、“癃”的描述，首见于《内经》，如《素问·六元正纪大论》中说：“病中热胀，面目浮肿……小便黄赤，甚则淋。”《素问·奇病论》中说：“癃者一日数十溲。”《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中对“淋证”作了描述：“淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中。”《诸病源候论·淋病诸候》将淋证分为石淋、气淋、血淋、膏淋、劳淋五种。《景岳全书·淋浊、癃闭》中描述淋癃的症状更详，如“淋之为病，小便涩痛淋漓，欲去不去，欲止不止是也”。

1. 慢性肾盂肾炎的病因病机

淋证的病因病机在《诸病源候论》中已一语道破：“诸淋者，由肾虚而膀胱热也。”指出其发病部位在肾与膀胱，是肾虚和膀胱热邪，内外相因，共同作用的结果。平素多食甘肥酒醪之品，致脾胃湿热内生，下注膀胱，阻碍气机，而

致膀胱气化不利；若忧郁忿怒，肝火内生，循肝经下注，影响膀胱，也可致膀胱气化不利而发生淋证。若房劳伤肾，虚火内生，火迫膀胱，或年迈肾气虚弱，气化不及州都，排尿不利，尿液蕴结，郁久化热；或脏器素虚，抗邪力弱，湿热之邪下注，均可致膀胱湿热交蒸，气化失利，而发为淋证。临床上主要表现湿热郁结，气化不利，或肾阴不足，湿热留恋，或者脾肾阳虚，余邪未靖等病理变化。

2. 慢性肾盂肾炎的针灸治疗

古来针灸治疗淋癰的记载很多，如《灵枢·热病》：“癰，取之阴跷及三毛上及血络出血。”又《灵枢·杂病》：“心痛引小腹满，上下无常处，便澼难，刺足厥阴。”《针灸甲乙经·三焦膀胱受病发少腹肿不得小便》中有：“小便难，水胀满，出少，转胞不得溺，曲骨主之。小腹胀急，小便不利，厥气上头巅，漏谷主之。少腹中满，小便不利，涌泉主之。小便难窍中热，实则腹皮痛，虚则搔痒，会阴主之。”《千金要方·淋闭》：“治气淋方，脐中着盐灸三壮。气淋灸关元五十壮，又灸侠玉泉相去一寸半三十壮。劳淋灸足太阴百壮，在足内踝上三寸报之。血淋灸丹田，随年壮。又灸伏留五十壮，一云随年壮。五淋不得小便，灸中封十四壮，五淋灸大敦三十壮。淋病不得小便，阴上痛，灸足太冲五壮。腹中满，小便数，数起，灸玉泉下一寸名尿胞，一名屈骨端，灸二十壮，以意减之。”《针灸资生经》中针灸治疗淋癰的记载就更多：“悬钟主五淋，气冲主腹中满热，淋闭不得尿。交信主气淋，复溜主血淋，关元、涌泉主胞转气淋，长强、小肠俞主淋癰。石门疗气淋、小便黄。曲骨、中极主五淋小便赤涩。次髎治赤淋。上廉下廉主小便难，阴交治脐下热，小便赤，气痛如刀绞。小肠俞治疗小便赤涩淋漓，小腹痛。”

《针灸大成·阴疝小便门》说：“寒热气淋阴陵泉，淋癃，曲泉、然谷、行间、大敦、大肠俞、涌泉、气门（百壮）。”我们对慢性肾盂肾炎的治疗，主要是参照了古人治疗“淋癃”的方法。

由于本病病程日久，除有脾肾虚弱之本虚，更有余邪未尽之标实，是一种本虚标实之证，因而病证胶着粘滞，不易骤解。我们在针灸治疗时，积极吸取古人的有益经验的同时，还强调顾及本病的病因病机，进行辨证施治。根据临床观察所见，常见以下的证候类型。（1）湿热郁结，气化失利：常见于慢性肾盂肾炎急性发作期，症见低热，尿急尿频尿痛，肉眼血尿，小腹坠胀，腰酸腹痛，恶心呕吐。治疗宜用肾俞、膀胱俞、中极、曲骨、阴陵泉、三阴交利水通淋，清化热邪。小便难者加次髎；尿血加血海；恶心加内关。（2）肾阴不足，湿热留恋：除有轻度的尿急、尿频、尿黄外，尚有头晕耳鸣，低热盗汗，腰酸腰痛，咽干，手足心发热，舌红质嫩，苔少等阴虚内热之象。治疗宜取肾俞、膀胱俞、中极、太溪、三阴交以滋阴补肾，清利余邪。心悸者加神门；盗汗加阴郄；血压高者加曲池、丰隆。（3）脾肾两虚，余邪未清：症见面色苍白，面足轻浮，神疲乏力，怯寒肢凉，纳呆腹胀，大便不实，腰膝酸软，小便频数，余沥不尽，夜间多尿，其舌白胖，质水滑，苔白腻，脉沉弱。针取肾俞、脾俞、中极、足三里、三阴交以健脾补肾，清利余邪。纳呆、腹胀、便溏则加中脘、天枢；夜尿多者加关元、气海。以上证候，临床上多相互兼见，应根据病人的具体表现，对其虚实的多少，阴虚还是阳虚，还是阴阳俱虚等，随证斟酌，对以上的穴位处方进行加减，才能治而中的，获得较为满意的疗效。

从手法上看，本病湿热重或肝阳旺者，施术时应采用提插捻转泻法，先针背部穴，后针四肢穴，留针后每隔5分钟间歇行针。对于虚证，则宜以补法为主，一般肾俞、膀胱俞、中极等腹背部穴采用先泻后补的方法，四肢穴可用提插捻转补法。阳虚甚者，关元、气海穴还可用艾灸的方法。正虚较重，瘀积或水湿留恋胶结者，可适当在肝、脾、肾经远道取穴，选用刺血的方法，出黑血以攻其瘀浊。

本病在急性期，治疗宜彻底，一旦转变为慢性，治疗就颇为棘手。既成为慢性肾盂肾炎，由于其病位的深在，湿浊之重着粘滞，病情难以恢复。我们体会，进入慢性期后，单纯用针灸治疗则较难彻底控制本病，临床如结合应用扶正（如调补脾肾）与祛邪（清利湿热）等方法，可能疗效要更可靠。尽管如此，针灸病例大多不能控制其复发，必须配合中药治疗，方能巩固疗效，控制或减少发作。

石淋治疗经验

石淋（尿路结石）属中医五淋之一，是泌尿系统的常见病证，以发作时有尿频、尿急、尿痛，并有血尿及排石为特征。本病属于中医的“砂淋”、“石淋”和“血淋”的范畴。

1. 石淋的病因病机

本病的发病原因，隋代巢元方说：“石淋者，肾主水，水结则化为石，故肾客砂石，肾虚为热所乘。”指出结石是由于肾不主水，水液内停，受膀胱之热煎炼而成。尤在泾描述犹为形象，他在《金匱要略心典》中说：“乃膀胱为火热燔灼，水液结为滓质，犹如海水煎熬而成盐碱也”。本病因于外感湿热，留于下焦而得。由湿热蕴结下焦，煎熬水液，聚成砂石，阻于肾和输尿管、膀胱、尿道等处，由于结石阻

塞，下焦气化不利，以致小便涩滞，气滞则血行受阻，血液不行常道，溢于脉外，可表现腰腹胀痛，甚则剧烈绞痛、尿血等症状。如果患者有肾虚而膀胱热的病理体质，加之情怀不畅，肝气郁滞，或肾气虚弱，水饮停聚，均可助其生热生湿，从而聚成砂石。

本病病位在肾和膀胱，并与肝脾等脏腑有关。初期多属实热证，但一经久延，其热邪偏盛者，易耗肾阴，湿邪偏盛者，易伤肾阳，而出现肾阴或肾阳偏虚症状，成为虚实互见之证。根据结石所在部位的不同，分为肾结石、输尿管结石、膀胱结石、尿道结石，其共同症状为血尿，腰腹部阵发性绞痛或胀痛，小便不畅或疼痛等，输尿管结石易引起同侧肾盂积水。

2. 石淋的针灸治疗

针灸治疗本病的记载，最早见于《千金方》。《千金要方·淋闭》云：“石淋，脐下三十六种病，不得小便，灸关元三十壮，又灸气门三十壮，又灸水泉三十壮，足大敦是也。”以后，有关石淋的记载渐渐增多，如《针灸资生经·淋癰》中有：“长强疗五淋，曲骨疗五淋，小便黄……中极治五淋，小便赤涩”的记载。《针灸大成·阴疝小便门》有：“淋癰：曲泉、然谷、阴陵泉、行间、大敦、小肠俞、涌泉、气门。”20世纪30年代的针灸专著论及针灸治疗本病多用针法或针灸合用的方法。承淡安的《中国针灸学·膀胱结石》中说道：“取穴：肾俞、膀胱俞、气海、关元、中极、阴交、三阴交，（针）用轻刺激，再用艾条灸之，每日一次”。

我们临床针灸治疗本病，一般以清热利湿，通淋排石为大法。方选肾俞、京门、阴陵泉、三阴交、委阳。其中上尿路结石加天枢；下尿路结石加水道、中极；肾结石，加章

门、天枢、委阳等；输尿管结石根据上、中、下段分别选用腰部的气海俞、大肠俞、小肠俞，腹部的外陵、大巨、水道等；膀胱与尿道结石则先用膀胱俞、中髎、曲骨、曲泉等。其久病而出现肾虚症状，加关元、阴谷、太溪等穴；血尿加血海；气滞血瘀者，加气海、曲泉、委中；肾气虚弱者，加命门、关元；肾阴虚者加太溪。操作方法：一般宜行捻转泻法，进针后频频捻转使针感逐步向远处放射，或加用电针持续不断刺激，促使结石下移，每日1次，每次30分钟，其有肾虚证，应用补法，缓慢行针，刺激不宜过强，对肾阳虚或肾盂有积水者，应在肾俞、关元等穴，加用灸法，以皮肤灼热潮红为度。

对于绞痛发作，疼痛剧烈的患者，应首先控制疼痛，根据结石部位，按上列原则取穴，进针要深些，行大幅度提插与捻转手法，加快频率，反复行针，以加强针感或再加电针，使剧痛逐步缓解后，留针观察，如绞痛再作者，可按原法再行针，一般经过上述处理后，可以逐步缓解疼痛。在治疗过程中，如出现结石部位疼痛，并逐步向下移时，或出现排尿不畅或中断时，往往即是排石现象，可即予针刺，因势利导，促使结石排出。此外，本病还需辅以适当的辅助治疗，首先是应多饮水，保持每日尿量2000ml左右，降低尿内形成结石成分的浓度；按时做一些较剧烈的运动，如跑步、跳绳，促使结石下降。

针灸治疗尿路结石具有一定的排石作用，但其排石效果却取决于以下的诸因素：（1）结石的部位：一般以输尿管中下段结石较易排出，而在输尿管上段及肾盂内者，排出较难，若为肾盂中的结石，虽亦有排出者，但较难；（2）结石的形态和大小：小于1cm，形态较光滑者，较易排出。棱形

者排出较难，结石久而有粘连者，则不易排出；(3) 治疗取穴：除辨证治疗外，不能忽视结石所在部位的取穴，如腰部、少腹部与结石附近取穴，使其直接作用于病所，可以促进结石的排出；(4) 针刺手法：对腰腹部穴位，应适当深刺，加强刺激量，促进输尿管的蠕动作用，有利于排石；(5) 治疗时间：除按规定的时间治疗外，最好能趁疼痛发作时治疗，尤其是绞痛时，因势利导，排石的机会最多，而治疗后不时疼痛，常为排石的先兆。

针灸治疗泌尿系结石的临床观察

泌尿系结石属外科学范围。在临床上极为常见。我们采用针刺为主的方法，治疗泌尿系结石 54 例，取得了一定的排石率。

1. 临床资料

本组 54 例，男性 41 例，女性 13 例；年龄最小的 21 岁，最大 57 岁；病程最短 1 周，最长 15 年以上，平均 1~3 年（从 X 线摄片确诊为结石算起）。X 线摄片检查：阳性结石 53 例，阴性结石 1 例。尿液检查异常者：肉眼血尿 9 例，常规镜检红细胞（+++）11 例，（++）8 例，（+）8 例，少量 14 例。脓细胞（++）4 例，（+）4 例，少量 13 例。蛋白（++）1 例，微量 32 例。有 11 例查酸碱度均系酸性或弱酸性。54 例中无血尿者 4 例，无脓细胞者 33 例，无蛋白尿者 21 例。54 例中单纯肾结石 13 例，输尿管上段结石 11 例，中段结石 6 例，下段结石 18 例，肾与输尿管同时有结石者 2 例，肾与输尿管和膀胱同时有结石者 1 例，肾与膀胱同时有结石者 1 例。同一输尿管内两处有结石者 2 例。肾结石中有 1 例为鹿角形结石，X 线摄片为 5cm×

0.8cm, 2 例为三角形结石, 分别为 $1\text{cm} \times 2\text{cm}$, $1\text{cm} \times 0.8\text{cm}$, 有的病人还伴有不同程度的肾盂积水。

中医辨证分为 3 型: (1) 湿热型: 腰腹痛反复发作, 伴有溲黄或浑浊, 或尿血, 小便涩痛, 淋漓难尽, 苔黄腻, 脉弦滑。(2) 阴虚型: 病史较长, 反复发作, 腰腹痛绵绵, 溲黄, 尿道刺激症状不明显, 平素伴有心慌, 难寐, 口干, 舌质红苔少, 脉细。(3) 肾阳不振: 病程长, 反复发作, 平素面色白, 怕冷, 肢体不温, 舌质淡苔薄, 脉弦细。X 线检查: 往往有不同程度的肾盂积水。

2. 治疗方法

取穴原则: 由于形成本病的主要原因是肾虚, 湿热蕴结下焦, 膀胱气化不行, 因此肾虚是本, 湿热是标。根据急则治标, 缓则治本的原则, 所以发作时以清利湿热, 通淋止痛为主, 平时则以益肾通调膀胱气机为法。

取穴: (1) 肾与输尿管上段结石用肾俞、三焦俞、京门、气海为主。(2) 输尿管中、下段和膀胱结石用肾俞、次髂、膀胱俞、中极、水道为主穴。湿热型加阴陵泉、三阴交、委阳, 用泻法。阴虚加太溪, 用补法。肾阳不振加命门、关元, 用补法。腹与背部穴位均用结石同侧穴位, 下肢取双侧穴位, 每日针刺 1 次, 每次 3~5 穴。腹与背部穴位交替使用。

方法: 针刺手法以提插结合捻转为主, 得气后腹部针感要求向下传至会阴部, 然后留针 40 分钟。在留针期间行针 1~2 次, 每次 3~5 分钟。刺激量根据每个病人的耐受程度而定。对针感较敏感的病人, 行针时可采用刮柄法或弹动法。部分病人在留针期间加用 G-6805 型电针治疗仪 (南通医疗仪器厂生产), 一般采用断续波或疏密波, 频率每分

钟 200 次以上。对肾阳不振者同时加艾条灸。

疗程：10 次为 1 疗程，如患者无特殊不适感，可继续治疗，中间不休息。如病人出现疲劳，下肢酸痛，可适当停针 3~5 天，再继续治疗。

如肾绞痛急性发作时，选用患侧肾俞、京门有较好止痛作用。

此外，对于一些病程较长，结石直径超过 1.0cm 者，或根据临床症状分析结石与输尿管有粘连的可能性，且经针灸治疗 2 个疗程后结石未见明显移动者，酌情配合中药。本组 54 例中，有 40% 的病人配合中药同时治疗。基本处方：金钱草，海金沙，车前草，穿山甲，木通，扁蓄。加减法：湿热偏重者加知母，黄柏，泽泻。伴有阴虚者加生地，玄参，二至丸。肾阳不振者加肉桂，补骨脂，巴戟天，仙灵脾。

3. 治疗结果

54 例泌尿系结石病人共有 61 枚结石，经治后排出结石 31 枚（其中肾结石 5 枚，输尿管结石 26 枚）。在排出的结石中最大者为 1.5cm×1.0cm，排石最快者针刺后第 4 天。

4. 体会

本组病例多数为慢性过程，所以无明显自觉症状而入院。因此治疗时必须根据患者的具体情况，予以标本兼顾，以益肾通调膀胱为法。若症情发作，湿热症状明显，则应清利湿热，理气止痛，并抓住时机，因势利导，促使结石尽快排出。

由于本病的成因为肾与膀胱气化失职，因此选穴必须与此二经关系较为密切的穴位为主。如肾俞、京门、膀胱俞、中极分别为肾、膀胱之俞募穴，有益肾、疏利膀胱气机、通

调水道的作用。关元、三焦俞为三焦经的俞募穴。委阳为三焦经的下合穴。经云：“三焦者，决渎之官，水道出焉……”因此，通过三焦的气化作用，使水道通调并清利湿热。阴陵泉、三阴交以及局部穴位均有行气、利湿、清热、止痛之功。太溪为肾经的原穴，补之有滋阴之效。命门、关元可温肾阳，肾阳充足始能化气行水，对于肾阳不足的病人，如见肾盂积水，加灸法，达到温阳利水的目的。

影响排石的原因是多方面的，除了与结石的位置、大小、形状等有密切关系外，其他如体质、治疗的方法也是决定的因素。一般结石位置较低，体积较小，边缘光滑者效果较好，反之则差。若有输尿管畸形，结石与输尿管粘连，使结石长期嵌顿在输尿管内，这些病人则不宜针刺治疗。

针刺排石的机制，我们曾对个别病人进行了针刺后在 X 线下观察，似有松弛括约肌，扩张输尿管的作用，为针刺排石创造了条件。但由于病例观察不多，尚待继续研究。

（摘自《江西中医药》1983 年第 3 期）

治淋需因势而利导

淋证的治疗，《顾氏医镜·卷十五·淋》根据“诸淋皆由肾虚而膀胱热”的病理本质，提出：“凡治五淋，总宜壮水滋阴，渗湿分利小便。”认为治淋不利小便，非其治也。朱丹溪在他的《丹溪手镜·小便淋闭二十七》中说：“淋漓赤涩，皆内热也，宜解热利小便。”较为强调了湿热淋证的证治。而临床观察发现，淋证有尿频者，有尿涩者，有尿急者，有排出无力者，诸证治疗不可一概而论。针灸治淋，应该注意其小便不利的特点，明确其咎在湿热内阻，水泛州官，还是气郁不行，水液不降，是元阳不足，无力推行水

液，还是脾肾不足，固摄无权的滴漏，明确病机，才能治病中的，达到较好的临床效果。此亦即徐灵胎：“治淋之法，有通有塞，要当分别”之意。

对于膀胱湿热证，因其水道壅塞，水液不得下降，症见小便胀急，尿少，中满热闭者，针灸宜用通利，取中极、曲骨、阴陵泉、三阴交等穴位针之。而对肝郁气滞，水道不畅的气淋，症见小腹胀痛、坠胀，或气痛如刀绞，小便不出，尿道口无热闭者，则应选神阙、关元、玉泉、交信、太冲等穴，或针或灸，旁开肝郁，以解除水道郁滞，肺气郁闭，水难肃降的小便不利，还应取尺泽、偏历以宣肺，所谓宣上利下，提壶揭盖之法。元阳不足，推行无力或脾肾阳虚，固摄无权病证，症见排尿无力，排尿时间长，或小便量少，淋沥不畅，尿道口常湿的病证，则应灸关元、气海、命门、肾俞、三阴交、足三里等穴。《针灸聚英》还介绍了一种灸三阴交与隔盐灸神阙相配合的灸法处方用以治疗淋闭，其目的就是扶持元阳，振奋脾肾功能，运转水液之下源。以上治疗，或通利下行，或补益升提，不拘小便涩滞，因证而治异，因其势而利导。故《景岳全书·淋浊》说：“治淋之大法……凡热者宜清，涩者宜利，下陷者宜升，虚者宜补，阳虚者宜温补命门。”

对于淋证的因势利导还表现在其刺法上。一般地说，实证者，小便不得出，小腹胀急者，宜趁其腹部胀急进行针刺，切不可行导尿术，排空小便后再进行针刺，这点临床非常重要。临床曾遇一个因抑郁而导致尿闭的病人，多方治疗无效，只能靠导尿维持。来诊时，每每排空小便后来接受针灸治疗，1周治疗后，杳然无应。后建议其不导尿，尿急时径直来针灸，针2次则小便改善，治疗1周后痊愈。石淋也

应趁结石发作时，排石的机会最多。相反，对于虚证有小便淋漓，则应不论小便急与不急，均可治之。一般有尿闭涩时，少腹部选穴与肾俞、命门合用，无尿闭涩时径用补肾处方。

水肿与针灸

水肿，又名水气，指人体水液停留，泛滥肌肤，引起头面、目窠、四肢、腹部甚至全身水肿而言。针灸治疗水肿一症，已有很久的历史。《素问·水热穴论》中说：“帝曰：水俞五十七处者，是何主也？岐伯曰：肾俞五十七穴，积阴之所聚也，水所从出入也。”又《灵枢·水胀》：“肤胀、鼓胀可刺邪？岐伯曰：先泻其胀之血络，后调其经，刺去其血络也。”《针灸甲乙经》中有：“水肿人中尽满，唇反者死，水沟主之。水肿腹大脐平，灸脐中；水肿水气行于皮中，阴交主之；水肿腹大水胀，水气行于皮中，石门主之；水肿腹胀皮肿，三里主之；风水膝肿巨虚上廉主之；面浮肿，上星主之……风水面浮肿，冲阳主之；风水面浮肿，颜黑解溪主之。”以后，水肿的针刺治疗处方记载日渐增多，《千金要方·水肿》有：“通身水肿，灸足第二趾上一寸，随年壮，又灸两手大指缝头七壮。”《针灸大成·水肿门》有：“浑身水肿，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》说：“劳宫医得身劳倦，水肿水分灸即安。”古人的记载是我们针灸治疗水肿症的重要参考。

总结我们临床针灸治疗水肿的经验，正确辨证是治疗水肿病的关键。根据临床表现，区别是皮色光亮，按之凹陷易

起的阳水，还是肿而晦暗，按之凹陷难复的阴水。《临证指南》中说：“肿分阴水阳水，外来者为有余，即为阳水，内发者为不足，即为阴水。”阳水中又有风寒或风热袭肺的水肿，又有湿浊内困的浮肿；阴水中有脾肾阳虚的肿满，也有气血两亏的虚浮，治疗各不相同。阳水，治宜发散为主，取肺俞、偏历、阴陵泉、合谷，风盛则风门、尺泽，湿盛者中脘、三焦俞；阴水则重于温补，方宗脾俞、肾俞、水分、气海、太溪、足三里，气血两亏者加血海、膈俞。

此外，在掌握水肿的辨证用穴的基础上，我们还对水肿的选穴方法进行了观察，发现针灸处方有三个基本特点：（1）肿之所在，穴之所在：如面肿刺人中，颜肿取上星，脐肿灸神阙等均是局部取穴的方法。（2）循经取穴：如颜面肿刺冲阳，脘腹胀取足三里，少腹胀取曲泉等，均属此类。（3）通身肿取腹部穴：如全身肿灸水分、神阙、石门等。此外，水肿还有不少经验用穴，古代的水俞五十七穴，是专为水肿而设的，今人少用，有待今后的进一步研究，阴陵泉、足三里、曲泉为治疗水肿的经验用穴。

再从水肿的针刺方法上看，也有三个基本特点：（1）肿在上者或在上肢者，多用针刺，甚至用刺血络的方法，而肿在腰以下或全身性水肿者，多用灸法。如面肿刺水沟；腹胀不食，灸水分。（2）肤肿、皮肿和腹肿（或腹内有水），针刺深度各异。肤肿则刺宜浅；皮肿者刺宜深；腹中肿者则灸或针后加灸。（3）实证者多刺，虚证者多灸。对于局部浮肿，属实者，应局部针刺，甚则泻血，以去其邪；对于“五脏阳以竭”的瘀肿症，因肾阳不足，浊阴内盛，则不可刺之。

针灸对水肿有一定的退肿作用，相比之下，其对功能性

水肿的作用要优于器质性的。积极地调理脾肾两脏，对急慢性浮肿均有改善症状的作用。临床上，不仅要积极消肿，治疗同时还须查明原发病因，必要时采用药物作针对性的治疗。对于肾病水肿，应注意卧床休息，保暖，忌盐等，水肿后期，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，并必须立即采用综合治疗措施。

医案八则

案例 1:

郭某，男，36岁，工人。门诊号：23017。

左侧腰部阵发性剧痛并向下肢放射半天。来诊时表情痛苦，颜面苍白，疼痛难忍，坐卧不安，查脐旁偏上压痛明显，有肌卫，脊旁压痛，腰背部叩痛，定位不清。舌红，苔薄白，脉沉紧。既往有左侧输尿管下段结石史，曾行耳针治疗效佳，故本次仍请求针灸治疗。急令其去放射科急诊摄片，见左侧输尿管中段有轻度梗阻，未见阳性结石影。西医诊断：左侧输尿管结石，肾绞痛。中医诊断：石淋。治当通淋排石。取穴：双侧肾俞、背部阿是穴、三阴交。针入后行提插捻转泻法，以加强针感。留针10分钟后，患者左侧腰部有麻木感，20分钟后放射痛消失，能下床饮水吃饭，仅1次治疗疼痛消失。

案例 2:

钱某，男，20岁，学生。门诊号：2471。

右侧腹痛牵及腰部，反复发作半年余。已在当地医院拍X线腹部平片检查，怀疑为右侧输尿管结石（1枚），并经肾盂造影检查确诊，因惧怕手术，遂请求针灸治疗。刻诊，

右侧腹与腰部疼痛隐隐，局部轻压痛，小便无明显异常，舌质淡白，脉细少力。尿常规：蛋白微量，红细胞 0~3，pH 弱酸性。西医诊断：右侧输尿管结石。中医诊断：石淋。从症状与苔脉分析，证属湿热煎炼，阻滞下焦。治当清利湿热，排石通淋。取穴：肾俞、膀胱俞、委阳、关元、水道、阴陵泉。针刺治疗前，先令患者排空小便，然后进行治疗。以上各穴位均深刺，行提插捻转泻法，行针 15 分钟后，留针 40 分钟，每日 1 次。治疗 5 次后，症状均无任何变化，此时，鼓励患者增强信心，继续治疗。第 8 次治疗后，诉少腹与腰部疼痛均缓解，翌日来诊，诉昨天下午腹痛突然加重，小便不畅，并有下坠感，已排出结石 1 块。遂继续为其针灸治疗 3 次，以巩固疗效，后症状完全消失，而结束治疗。3 年后门诊再遇，未再发。

案例 3:

颜某，男，24 岁，学生。门诊号：59346。1992 年 11 月 2 日初诊。

以左侧少腹与腰部发作疼痛 1 年余就诊。1 年前以少腹与腹部剧烈疼痛，经当地医院肾盂造影检查，确诊为左输尿管中段结石，大小为 1.0cm×0.7cm，左侧肾盂积水，经反复治疗未愈。此次又感左侧少腹与腰部隐痛，局部轻压痛，活动后加重，小便清长，有时尿黄，排泄不畅，面色少华，精神较差，饮食不香，口淡乏味，舌质淡苔白，脉细少力。尿常规：蛋白微量，红细胞 0~3，pH 弱酸性。症状与苔脉分析，证由湿热蕴结下焦，形成结石，久延肾阳受累，肾与膀胱气化无权，故结石停滞不下，引起肾盂积水，治当鼓舞下焦阳气，温阳利水以排石。取穴：(1) 肾俞、膀胱俞、次髎、委阳；(2) 气海、关元、水道、阴陵泉、照海。两组穴

位，交替使用，每日1次。各穴针刺较深，用捻转手法，以通调气机，腰腹部各穴，针后加艾条灸。治疗10次后，患者少腹与腰部疼痛加重，小便不畅，并有下坠感，出现排石先兆，乃按原方加重操作手法，连续3次后，患者小便时小腹有明显下坠感，小便突然中断，经用力之后排出结石1块，症状完全消失而治愈。

案例4：

袁某，女，28岁，店员。门诊号：35872。

患者以发热、腰痛、尿频、尿痛3天而来诊治。当时体温38.0℃，头痛，口干欲饮，腰部重痛，小便频数而急迫，尿时灼热，小便黄浊，少腹按之作痛，饮食减少，极为痛苦。曾经西医院检查，确诊为急性肾盂肾炎。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。按淋病之发，不外湿热为患，《巢氏病源》谓：“肾虚而膀胱有热也”。本病所见，显属湿热互结下焦，膀胱气化不利所致，治当清利下焦湿热为主。取穴：三焦俞、下髎、下极、水道、阴陵泉、太冲等。均深刺，用提插泻法，留针10分钟，反复运针，加强针感，每日1次。连续3次，腰痛减轻，排尿较畅，疼痛亦减。乃按原法续4次，排尿情况基本正常，惟感腰酸乏力。于原法中兼调补肾气，取肾俞、关元、足三里、三阴交等穴加减出入，调治1月而治愈。

【按】肾盂肾炎急性期治疗不彻底，易变为慢性而反复发作，难以根治。故急性期临床症状消失后，仍须继续治疗一段时间，不可不知。

案例5：

杨某，男，25岁，南京某区法院职工。住院号4381。

患者1981年9月突发右少腹绞痛，但无明显放射性疼痛。1982年2月经某医院摄片为“右输尿管下段结石”，大

小约 $1.5\text{cm} \times 1.0\text{cm}$ 。尿常规：红细胞少量，脓细胞少量，蛋白少量，pH 为 5.7。于 1982 年 5 月 9 日入院行针刺治疗。入院时右侧腰部及腹部隐痛，肉眼血尿，尿道刺痛，苔薄，脉弦。肋脊角叩击痛（+）。取穴：（1）中极、水道、阴陵泉、三阴交；（2）肾俞、次髎、膀胱俞、委阳。腹背部穴位交替使用，每日 1 次。用提插结合捻转的泻法，留针时行针 1~2 次。针腹部穴位时患者自感局部有松弛感，于入院第 5 天排出结石 1 枚如花生米大小。次日经 X 线摄腹平片复查：两侧肾区、输尿管及膀胱区无明显阳性结石可见。原结石阴影消失，痊愈出院。

【按】对于绞痛发作，疼痛剧烈的患者，应首先控制疼痛，常根据结石的部位，分别取穴治疗。一般输尿管下段的结石应取下腹部及腰骶部的穴位，并取委阳、曲泉等穴进行远道调整。手法上，进针要深些，行针多采用大幅度的提插捻转，加快频率，反复行针，以加强针感，必要时可加电针。剧痛逐步缓解以后，应作留针观察，疼痛明显缓解后出针。若疼痛反复发作者，可再按原方针刺治疗。

案例 6:

黄某，男，26 岁，学生。住院号 4741。

1982 年 5 月 9 日左少腹及腰部疼痛，无明显放射性痛。5 月 21 日及 24 日先后行肾盂造影及腹部平片，证实左侧输尿管下段发现有 $1.0\text{cm} \times 0.6\text{cm}$ 大小密度不等阴影，左侧肾盂积水，于 6 月 20 日入院。入院时无明显自觉症状，但患者身体虚弱，面色苍白少华，舌淡，苔薄，脉细。尿常规：pH 弱酸性，镜检红细胞 0~3 个。取穴：肾俞、京门、委阳、中极。腹背穴位前后配合使用，每日 1 次，留针 40 分钟，中间采用刮柄法或弹动法 1~2 次（每次 3~5 分钟）。7

月 10 日开始，自感少腹隐痛，且有压痛，溲黄。7 月 15 日小便时少腹部有下坠感，小便突然中断，2 分钟后排出结石 1 枚，与原腹部平片上所见结石大小基本相符，2 日后再摄片复查原结石阴影消失，痊愈出院。

案例 7:

成某，男，35 岁，个体业主。门诊号：33704。1988 年 4 月 11 日初诊。

患肾结石已 2 年余，近时见左侧腰部阵发性绞痛，并向季肋、少腹、大腿内侧放散，曾在某省人民医院作腹部平片检查，诊断为“左肾结石”，大小约 $0.8\text{cm} \times 0.7\text{cm}$ 左右的单个结石，建议手术治疗，因工作较忙没有时间住院治疗，遂来针灸科试图针灸排石。刻诊：腰胁痛，肾区叩击痛，小便不爽，尿黄，舌红苔腻，脉弦数。证属湿热内蕴，煎熬津液，炼液成石。治疗当清化湿热，利尿排石。取穴：肾俞、志室、京门、地机、三阴交。以上穴位均用左侧，三阴交用双侧，各穴均用提插捻转泻法，持续行针 10 分钟，然后留针 40 分钟。留针期间，地机和三阴交每隔 10 分钟间歇行针，针后未见任何不适，证情亦无变化，嘱其明日再诊。翌日来诊，诉昨夜突发腰痛，小便涩痛，在排尿时排出结石 1 枚，结石排出后，腰痛症状明显好转，嘱再针几次，以清尿黄、尿涩等膀胱湿热症状。再针 3 次，症状尽除。

案例 8:

芮某，女，32 岁，教师。门诊号：63258。

尿频、尿急、尿痛反复发作 7 年，近 1 月来加重。7 年前因淋雨而见发热，腰痛，恶心，小便刺痛，尿血等症状，经用抗生素及磺胺药治疗，基本控制了临床症状，此后经常发作，每遇劳累或饮食不慎而复发。本次又因过劳而引发，

经中西医结合治疗 40 余天，症状仍时轻时重，反复不定，且对多种抗生素均产生了耐药性，于是改用针灸治疗。刻诊：腰脊酸痛，恶心欲吐，尿急、尿痛。舌红，苔薄微黄，脉滑略数。检查：肾区有压痛及叩击痛。尿常规：蛋白（+），白细胞（+++），脓细胞（+），红细胞（+）。西医诊断：慢性肾盂肾炎。证属脾肾两虚，湿热未清。治拟培补脾肾，清泄湿热。取穴：脾俞、肾俞、腰部压痛点、足三里、三阴交、中极、气海。以上穴位以毫针刺，行提插捻转补法，其中气海针后加灸，留针 40 分钟。治疗隔日 1 次，治疗 7 次后，症状有所改善，但小便尚未转阴。将上方去腰部压痛点，继续治疗 15 次后，小便检查各项指标阴转。去足三里、中极，又经 1 个月巩固治疗，诸症俱退。嘱加强自我保健，预防复发。

【按】由于本病致病菌易于产生耐药性，所以抗感染极为困难，并且易于复发。针灸以穴位调整的方法治疗，可以明显改善症状，但治疗时间需长，对于一些较顽固的病例，可以采用久留针或穴位埋针的方法，这样才能产生较持久的控制症状的作用。

小 儿 遗 尿

小儿遗尿的针灸治疗经验

小儿遗尿，亦称尿床，指 3 岁以上小儿睡中小便自遗，醒后方知的一种疾病。古称“遗溺”。首见于《内经》，如

《素问·宣明五气》说：“膀胱不利为癃，不约为遗溺”。并提出了相应治疗方法。巢元方《诸病源候论》专列“遗尿候”与“遗床候”对其进行论述。其主要临床表现是，遗尿次数轻者数夜一次，重者每夜必遗，甚至一夜数次。影响心身健康。患儿多见面色少华，肢体瘦弱，智力减退等症。多由禀赋不足，或后天失调，以致肾气虚弱，下元失固，膀胱失于约束而在梦中尿自遗出。本病3岁以下不需治疗，3岁以上偶发者，可能与不良生活习惯和心理紧张有关，亦不必治疗，以免增加孩子的思想负担。

1. 遗尿的病因病机

古人对本病的病因病机早有论述，《灵枢·本输》说：“三焦者，足少阳（阴）太阴（阳）之所将，太阳之别也……入络膀胱，约下焦，实则闭癃，虚则遗溺，遗溺则补之，闭癃则泻之。”《诸病源候论》认为本病的主要原因是肾与膀胱虚冷所致。金时李东垣则认为：“小便遗失，肺所虚也。”明代张景岳在《景岳全书》中兼顾两者之说，提出：“凡睡中溺者，此必下元虚冷，所以不固。”又说：“小便虽利于肾，而肾上连于肺，若肺气无权，则肾水终不能摄。”朱丹溪则认为本病除虚寒证外，亦有夹热者，清代沈金鳌从其说。目前对于本病的病机认识，主要是总结古人的观点，认为遗尿的发生，在于肾与膀胱虚寒，不能约束小便，或因脾肺两虚，而使小便自遗为其主要原因，不仅如此，肾阴不足，虚火妄动，或肝经郁热，膀胱为火热之邪所扰，气化失常，亦可导致遗尿的发生。另外，小儿白天活动太过，身体疲劳，或兴奋太过、精神紧张，亦可引起夜间尿床。

2. 遗尿的针灸治疗

针灸治疗遗尿，《灵枢·本输》早就指出了其治疗原则：

“遗溺则补之。”《针灸甲乙经·卷九》载有“遗溺，关元及神门、委阳主之……气癰，小便黄，气满，虚则遗溺，石门主之……癰，遗溺，鼠溪痛，小便难而白，期门主之”等针治本病之处方。《千金翼方·卷二十七》还有“小儿遗尿，灸脐下一寸半，随年壮。又大敦一壮”的记载。宋代《针灸资生经·小便不禁》中记载许多针治处方：“关元、涌泉主小便数；关元、中府、神门主遗尿；阴陵泉、阳陵泉主失禁遗尿不自知；太冲主女遗尿；箕门、通里、大敦、膀胱俞、太冲、委中、神门治遗尿；遗溺灸阳陵泉或足阳明，各随年；尿床，灸脐下横纹七壮；妇女遗尿，灸横骨七壮。小儿遗尿，灸脐下寸半随年，又灸大敦三壮。”《针灸大成·阴疝小便门》说：“遗溺，神门、鱼际、太冲、大敦、关元。小水不禁，灸阳陵泉、阴陵泉。”所有这些治疗处方，均为后世留下许多有用的经验。

根据我们的临床观察，遗尿之证可分为以下两种：其一是问题在皮层抑制过深，这种孩子一般入睡较死，不易唤醒，甚至小便排出也不自知。对这类遗尿我们常选用百会、印堂、神门穴为主方；另一类是病在膀胱，膀胱壁对尿液压力的感受力降低，这类孩子睡眠并不很深，但由于感觉不到排尿而尿床，穴取中极、阴陵泉、三阴交。当然，也有的病例两种原因兼而有之，临床取穴则应兼顾。对于遗尿病症，有的是得之于病后，但有的孩子是生来如此，一直未能有改善者，治疗也应有所区别。我们认为，病后遗尿者，应重补脾肾，选加脾俞、气海、足三里；生来遗尿者，则应补肺肾，配列缺、关元、命门。

根据临床表现，本病最常见证候主要有下元虚寒证、脾虚弱证和阴虚有火证三种。肾虚下元不固，下焦虚寒者，

治法以补益下元，鼓舞肾气为主，关元、中极应用热补手法，或针后加灸。肺脾不足者，应选肺俞、脾俞、足三里，用提插捻转补法，或针后加灸。阴虚有火则用太溪、太冲、三阴交、阴陵泉，补太溪、三阴交，泻太冲、阴陵泉。当然，这三种证候临床亦常相互兼夹。本病以虚为主，穴位处方多用补法，或加灸法，但对于属实热者，也可应用清泻法，内热盛或夹有湿热者，可加用中髎、中极、太冲、委阳等穴，施以泻法。本病虽有肾虚之证、肺虚之证，然重点是在膀胱，有人提出，脐以下正中各穴，均有治疗遗尿的作用，我们深有同感，各穴包括一条侧线，针后会产生程度不一的向尿道口的放射感，其中关元穴的作用最为明显，《席弘赋》就有“小便不禁关元好”之说。临床观察还发现，百会穴对于睡眠过深的遗尿有效，耳针、手针、皮内针等方法，对控制尿频作用明显，临床如果能多法结合，进行综合治疗，效果可能会更好。

针灸治疗遗尿病的临床观察和 病机治法探讨

遗尿又名尿床，多发生于儿童时期，虽不涉及生命危险，但长期不愈，精神肉体，均遭痛苦，严重影响身心健康，为此我们曾对本病作了重点治疗，现就门诊病例 223 例的治疗与观察情况分析如下，并请指正。

1. 临床分析

223 例中男 168 例 (75.3%)，女 55 例 (24.7%)。年龄 5~21 岁，其中 5~7 岁 34 例 (15.2%)，8~14 岁 132 例 (59.2%)，15 岁以上者 57 例 (25.6%)。和其他文献记载相似。病程最短者 1 年，最长者 18 年。

遗尿因素：根据病史分析，由于熟睡过深，不易唤醒而致遗尿者 120 例（53.8%），自幼习惯不良所致者 100 例（44.8%），有家族史者 43 例（19.3%），过度疲劳，精神紧张引起者 26 例（11.7%）。

症状与体征：所有患者均以遗尿为主症，根据其中 79 例的观察分析，绝大多数为单纯性夜间遗尿，只有 10 例于午睡时偶而遗尿。遗尿次数，有数夜一遗，或一夜数遗不等，79 例中以一夜遗尿 1~2 次者为最多，计 40 例（50.6%），数天一遗者 10 例（12.7%），一夜 3 次以上者 29 例（36.7%），其中 1 例一夜竟达 7~8 次之多。遗尿情况，梦中尿出者 15 例（19.0%），尿频者 16 例（20.3%），控制力差者 28 例（35.4%），无以上情况者 20 例（25.3%）。营养状况较佳者 25 例（31.6%），中等者 44 例（55.7%），差者 10 例（12.7%）。智力佳者 20 例（25.3%），中等者 42 例（53.2%），差者 17 例（21.5%）。体格检查，无泌尿系统器质性病变，小便常规化验正常，面色大多少华，脉象多见细小或软弱，舌苔多白或舌质淡，一般患者多伴有头昏、易疲劳等症状。其中 15 例有蛔虫病。另外，我们对 87 例遗尿患者，进行经络测定检查（本学院自制经络测定仪），意图从经络的变化中进一步寻找发病与治疗的规律，检查结果，虽各经均有失常状况出现，但肾经、膀胱经、三焦经为最多，其中有一经失常或数经失常者。根据检查结果，以肾经差别最大，其次则是膀胱经与三焦经等，与中医对遗尿病的病理机制的认识亦甚吻合。因此，我们认为经络测定仪的检查，在临床诊断上有一定的参考价值。

病例分类：由于所有患者，症状比较单纯，分型的意义

不大，因此只按照遗尿程度的轻重，分为以下三类：(1) 重度：每夜遗尿 2 次以上，睡眠特深，久喊不醒，硬拖起床小便不清醒，且于次晨追问时不能记忆者，有 93 例，占 41.7%。(2) 中度：每夜遗尿 1~2 次，睡眠虽深，但能喊醒，次日能记忆者有 102 例，占 45.7%。(3) 轻度：数夜遗尿 1 次，睡眠较深，易于喊醒，且能自诉有无小便者 28 例，占 12.6%。

2. 19 例顽固遗尿患者排尿情况观察

本组 19 例患者，为某小学学生，经过中西药物、针灸等多种治疗面未获效的顽固病例（以下简称顽固组），我们进行了排尿情况的观察，观察方法以不影响正常生活学习的规律为原则，日间照常上课与活动，观察只限于夜间进行，故获得日间资料较少，共观察 10 天。

(1) 夜间小便量及比重的观察：本组病例集中居住，生活学习规律一致，饮食情况相同，早餐为稀饭馒头，中餐晚餐均为干饭，菜是定量分配的。观察方法，日间由于年龄小，不能密切合作，而且分散于各个班级，只能收集 1~2 次小便，留查比重变化，总是未能准确测量。夜间分别测定临卧前 1 次及睡后各次尿量及其比重，最初分睡后 1~1.5 小时，2~3 小时，4~5 小时 4 个阶段，喊醒患者起来小便，测定每次尿量和比重，检查其熟睡程度，有无遗尿发生，经过治疗逐渐减少呼唤次数，最后每晚只呼唤 1 次。

夜间总尿量增多与病情轻重的关系：本组病例中，晚餐均吃干饭和蔬菜，食量的大小无甚差别，饮水量大体相同，初看小便总量差别不大，实际上，夜间尿总量差别很大，并且发现遗尿程度愈重者，夜间总尿量愈多，经治疗后病情好转时，则夜尿量相应减少。

5例严重患者，平均最高夜尿量近600ml，其中最重者为750ml左右。某10岁男孩，初时夜尿总量为500ml以上，经针灸治疗后，饮食情况未变动，病情日渐好转，夜尿量也随之减少，至最低时每夜只有70ml，夜间1次小便，无遗尿现象发生。

小便比重的变化：本组儿童小便比重的变动，表现为以下几种情况。尿比重低者，易发生遗尿，遗尿程度愈重者，小便比重愈低，甚至可低至1002左右，病情较轻者，则比重较高。病情严重者平均最低值也比病情较轻者为低，而最高比重反较病情轻者为高，可以说明他们肾脏的浓缩稀释能力，仍属正常，比重减低的原因，不在于肾脏本身，而是由其他原因所造成。日间小便比重，比夜间的高，临睡前的小便比重比睡眠以后的小便比重高，具体情况为日间平均比重为1017~1019，临睡前平均比重1015~1019，夜间平均比重1013~1014。但总的看来，夜间尿比重总平均值，均较日间和睡前为低。

尿比重的变动和病情进退有关：经治疗后，如病情无进步时，则尿比重始终维持在最低的水平上，如病情由重转轻时，则比重也随之逐渐升高。更有趣的是，从夜间第1次小便比重的高低，可以预测当夜是否会遗尿。如果临睡前小便比重在1015以上，可以估计当夜不会发生遗尿；反之，如低至1003左右，当夜都有遗尿发生。一男孩，11岁，病情较重，经治疗逐渐好转，临睡前小便比重都在1015~1020之间，无遗尿现象，至某星期日，因过度疲劳，临卧时小便比重降低于1006，当夜即发生遗尿。

夜间尿比重与睡眠深度有关：即睡眠程度愈深，小便比重愈低，睡眠逐渐变浅，比重也逐渐升高。

(2) 膀胱容量和括约肌的紧张度问题：曾有人认为遗尿患者的膀胱容量可能较正常人为小，不能容纳较多的小便。同时，其尿道括约肌的紧张度也较差，不能控制小便之故。但据我们观察，患者的膀胱容量，并不一定较同年龄的正常儿童为小，同时也和病情的轻重无关。病情重者，遗尿时的膀胱并不一定已达到其最高容量，而是某种因素引起括约肌松弛才发生遗尿，病情较轻者，则膀胱可以贮尿至最高量，然后因括约肌弛缓而遗尿。所以，严重病例遗尿次数多，量少，轻者则1次而量多。本组病例中，夜间1次尿量，高者均在200ml以上，最高者可达到380ml，可以说明其膀胱容量并不比正常者为小。

(3) 睡眠深度的观察：本组患者，睡眠情况大多是比较深沉，很难唤醒，在治疗前没有任何一例能够自动起床排尿。

3. 治法与疗效

由于本病是一个比较单纯的病证，病理机制，一般均以肾气不固，膀胱失约为关键，因此我们应用统一处方，随证加减。主穴：肾俞、关元、膀胱俞、中极，每次选用1~2穴。配穴：三焦俞、委中、委阳、三阴交、阴陵泉，每次选用1~2穴。睡眠过沉，呼喊难醒者，加神门、心俞；面皤少气，短气，易汗出者，加肺俞、尺泽。针刺手法，根据虚则补之的原则，以补法为主，对年龄较大的患者，有时也行烧山火手法，针刺感应，对腹部穴位，一般要放散至前阴部，四肢穴位，也应向上下传达。又根据寒则温之的原则，对腹部穴位，多同时施灸，艾条灸或艾炷灸。以5次为1疗程，间日1次，治疗1个疗程后，根据患者身体情况，如身体较衰弱者休息3~5天，身体较好者，则继续第2个疗程。

一般病例，治疗1~2个疗程后，即能收到较好的效果。

疗效标准：痊愈指完全能醒觉自起排尿，排尿次数正常，无尿床发生者；有效指尿床已基本治愈，仅偶有遗尿或少遗点滴即能自醒；无效指治疗3个疗程后，遗尿情况仍无改善者。

本组223例遗尿患者，经治疗后，痊愈者89例，占39.9%；进步者120例，占53.8%；无效者14例，占6.3%。总有效率为93.7%，与国内各地所报告者大致相同，近期疗效是比较好的。

随访：为了观察远期疗效，我们对治愈病例51例，经过1年以上的随访，其结果未复发者15例，1月或数月中偶有遗尿发现者16例，治愈后不久又复发如前者20例。由此看来，本病治愈后，复发率仍然很高，远期疗效是不够满意的。

4. 病机与治法探讨

本病以夜间遗尿为主症，多见尿量次数增多，睡眠过深，智力减退等症状。并出现面色少华或苍白，脉象细软或虚弱，舌淡苔白等指征，因此我们认为符合于肾阳不足，下元虚空，膀胱不约的病理机制，而以肾阳不足为其发病关键。根据这个理论，应用强壮肾阳，固摄下元的治疗法则，进行治疗，获得效果。兹试就病机与治法问题作初步分析。

《内经》谓，三焦为中渎之府，膀胱为津液之府，肾为水脏而领水府，三者和功能上，同司通调水液之职，在经络上，肾合膀胱，三焦属肾，也属膀胱，有相互连属的关系。因此举凡水液运行排泄反常时，与此三者均有密切关系，遗尿病也不例外，但从所有病例的临床症状和治疗中的观察，则以总领水府的肾脏，为发病的关键所在。

由于肾阳不足，下元虚寒，不能温制水液，故小便增多而清长，正符合《素问》“诸病水液澄彻清冷，皆属于寒”的病机，但尿多而自遗，必须在膀胱不约的情况下发生，故《内经》又谓“膀胱不约为遗尿”。由此看来，本病当以膀胱不约为主因，但何以又说肾阳不足为发病的关键呢？因为膀胱的约束作用，有赖于肾脏的气化功能，肾阳不足，肾气虚惫，膀胱约束功能减退，从而发生遗尿或难以控制等症状。因此我们在针灸治疗时，采用肾俞、关元等穴治肾为主，配用膀胱俞、中级等治膀胱为辅。

遗尿病所以在夜间为多见，我们认为与日间和夜间阴阳消长的道理有关，因为夜间为阳衰阴盛之时，而睡眠则阳气内收，人体与自然均出现阴盛阳衰的局面，在这种情况下，对肾阳不足的病者，是一个不利因素，因而促使遗尿的发生。

从本组病例观察，睡眠过深与遗尿有很大关系，根据现代医学理论，认为本病的发生，是大脑皮层被广泛而程度较深的抑制所笼罩，排尿的警戒线也被扩散所致，这一点与我们所观察到的睡眠过深的现象是符合的。但是睡眠之所以过深，我们认为与中医“阴虚嗜卧”的病机有关。《内经》谓“阳气尽则卧”，张介宾谓“阳气不精，故多瞑卧”。从临床来看，肾阳不足愈重时，则睡眠也愈深，遗尿次数也愈多。经用补益肾阳，温固下元的治法后，遗尿逐渐好转时，睡眠程度也随之变淡而渐趋正常。这就说明睡眠过深与肾阳不足有关。另外肾阳不足之时，心阳也从而不振，与睡眠过深也有一定关系，因此我们在治疗时，对熟睡难醒或醒后意识仍较模糊的病例，加用心俞、神门等穴兼壮心阳，收到较好的效果。

从对 19 例顽固病例的观察，智力差与本病有很大关系，但究竟是由智力差而致遗尿，抑或由长期遗尿而影响智力，尚无可靠资料足以说明，但我们仍认为与肾虚有关。因为肾不仅主水液，而且是作强之官，主技巧，同时肾生髓而通于脑，肾气充沛，脑髓充盈，自然精明灵巧。反之，肾气不足，脑髓不充，则智力差。在治疗中，我们对智力差的患者，并没有采用入通于脑的穴位来治疗，仍然以治肾为主，其结果遗尿好转，智力也渐增强，从本组治愈病例观察，学习成绩显著提高，足以说明。

从文献记载中，谓本病有由于肺气虚弱所致者，因为肺主通调水道，与水液的排泻有关，肺气虚则不摄而尿不禁。在部分病例中，确有少气或短气、易汗等肺气虚弱症状，但是从病史分析，这些症状的出现，多在长期遗尿之后，因此我们认为是肾虚所产生的结果。肾与肺在经络上是相连的，故《内经》有“肾上连肺”的说法，在功能上有金水相生的关系。长期遗尿的患者，由于肾气虚弱，子盗母气，使肺气也趋于虚弱，肺气虚弱不能生水，更促使肾气虚惫，而致遗尿加重，相互影响，形成恶性循环。针对这种情况，我们在治肾的方法中，加入肺俞、尺泽等穴来补益肺气，加强了疗效。

值得提出的是，本病除肾阳不足，下元虚寒外，有无属热属实的问题？按照前人的说法，有因于下焦有热而遗尿者。我们在治疗中，也曾遇到小便频数而短赤，口干脉数的病例，应用灸法，反致症状加重的情况，但此症状多为本病过程中某一时期偶然出现，这可能是在病程中感受另一因素所致，整个病程均表现为实热现象者，尚未遇到。

根据本组患者的临床症状和治疗观察，对病机和治法作

了如上的阐述。当然，由于肾阴不足，肝气偏旺，疏泄无度，也有导致尿频和遗尿的可能，但本组病例中，尚未发现。

5. 小结

(1) 本文报道了 223 例遗尿病的临床分析，和针灸治疗的方法，总有效率为 93.7%，但远期疗效仍然不够满意。

(2) 对 19 例顽固遗尿患者，作了临床排尿的观察，发现本病与睡眠过深有关，同时发现尿比重的情况变化，与本病有很大关系。

(3) 就本病的病机与治法，作了探讨，认为肾阳不足，下元亏虚，膀胱不约为发病机制，而肾阳不足实为病本。所以采用补益肾阳，固摄下元为主的治疗法则。

(摘自《江苏中医》1963 年第 10 期，为江苏省中医学会 1962 年年会论文选编材料之一)

小儿的尿与肾

《素问·逆调论》说：“肾者水脏，主泄液。”说明肾的功能正常与否与小便有着密切的关系。《素问·水热穴论》又说：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”肾的功能正常，其主水的功能就能得到正常发挥，否则，就会出现小便的异常。小儿在生理上存在组织结构和功能的相对不足，也就是所谓“阴”和“阳”均处于稚弱的状态，脏腑娇嫩，形体未充，五脏六腑皆不足，其中又以肺脾肾三脏更为突出，所以古人有“脾常不足”、“肾常虚”之说。所谓“肾常虚”，反映了小儿肾气未盛，骨未壮，齿未更，神识未开，排尿无禁，抗病力差等的体质特点，如兼有先天禀赋不足，这一现象则更为显著。

孺子遗尿，多不必治疗，因为肾未充，其气常虚，为此期的生理特点。然而心智渐长，脏腑日充，齿更发长，仍尿不自收，或收摄过度，均为病态，临床上应进行认真的治疗。临床小儿尿病，无非排尿较少的尿闭、少尿，以及排尿较多的尿频和遗尿。其中尤以遗尿为多见。常见病因病机如下。

(1) 小儿禀赋不足：先天禀赋不足，素体虚弱，常表现为肾气不足，下元虚冷。肾主水，与膀胱相表里，司二便。肾为水关，肾气充沛，关门固而膀胱排尿有序。肾气不足，下元虚冷，膀胱气化不足，关门不固而不能制约水道，而造成遗尿。或小便不敛，出现尿频，也可因虚而推动无力出现尿少或尿闭。

(2) 病后失调：大病久病之后，失于调养，致使脾肺气虚，甚则虚久及肾，导致脏腑皆虚，从而导致遗尿或尿失禁，可因咳嗽大笑而泄出。肺居上焦，主一身之气，有通调水道，下输膀胱之功能。肾又上连于肺，若肺气虚弱，肃降无权，则肾水不能收摄，脾主运化，性喜燥，恶湿而制水。脾肺功能正常方能维持机体水液的正常输布与排泄。若脾虚中气下陷，不能散津而归肺，肺虚不能通调水道。今脾肺皆虚，则上虚不能摄于下，下虚又不能上承，水无所制，则水道约束无权，以至膀胱约制无力，而致遗尿。脾肺虚弱及肾，或肾气不足，下元虚寒者，更可见遗尿或尿少等小便的异常。

(3) 湿热内蕴：或因疾病影响，或因饮食失调，以致湿热内蕴，下注膀胱，而致遗尿。遗尿和少尿的发生，多与肾和膀胱虚冷有关，因热引起者较少见。对于遗尿，其一般预后良好，偶可延长至 10 岁以上或至成人，经久不愈，往往

影响其精神生活和身心健康。由于某些先天性疾病而引起的遗尿，则不易治愈。

综上所述，小儿尿的异常，因小儿有着特定的生理特点与体质基础，先天禀赋、病后正伤、湿热内蕴等多种发病原因加之，然而其发病无不与肾有直接的关系。其虚者责之于肾，实者亦责之于肾，故临床上针对肾进行针灸调节，对于小儿的小便异常非常重要。因此，尿频与尿闭，是两个完全不同的疾病，但治疗方法却基本相同，临床选穴也基本相似。关元、气海、中极等穴，遗尿求之，尿闭求之，实者求之，虚者亦求之，异病同治，惟调理肾气是求。在针刺手法上，虚证多用补法或灸法，实证多用泻法。另可根据患儿的具体临床表现，随证加用肝脾肾经膝以下用穴。

针对“小儿脏腑皆不足”，“肾常虚”的体质特点，《巢氏病源》曾提出“逆针灸”的方法，即补正气于病发之前，治其未病。这种方法在国内颇有争议，孰是孰非，难有共识。根据我们的临床体会，针灸虽可治病，但有破皮伤肉之弊，小儿形体未充，筋骨未强，针之可能利弊相抵，徒耗其气，劳而无功。但逆针灸的方法是否有临床利用价值，经过改进的针灸治疗是否可以进行逆针灸等等，尚有待临床的进一步验证，在此不敢妄加定论。

医案八则

案例 1:

吕某，男，7岁。门诊号：0992。

遗尿2年余，每夜3~4次，量不多，无夜不遗。白天亦常尿失禁，尿色黄浊，面色常潮红，舌苔黄腻，脉弦滑有力。临床分析，证属肝胆湿热下注，热邪扰动下焦，而使小

便失控，非肾虚所致。乃用清泄肝胆湿热之法，予服龙胆泻肝丸，同时进行针灸治疗。取穴：中极、阴跷、行间、肝俞、膀胱俞、委阳等。分为两组，交替使用，每组穴位行提插捻转泻法，留针 20 分钟，留针期间反复行针，每日 1 次。连续针治 1 疗程（10 次）后，症状明显好转。白天小便已能控制，夜间有时能起来小便，性情亦好转。乃于原法中加中髎、太溪等穴加减出入，经治 3 疗程而痊愈，半年后随访未复发。

【按】遗尿一证多为虚证，而本例为实证，病发于 5 岁左右，并见湿热征象，故治当清利湿热。中极配以中髎，远取行间、委阳，乃清利下焦湿热之要穴，泻此数穴，清涤膀胱，几经治疗，邪去而夜自宁，湿热退则膀胱气化自顺，遗尿得除。

案例 2:

钱某，男，16 岁，学生。门诊号：3411。

遗尿 11 年。自诉 5 岁时因鞭炮在脚边爆炸，受到惊吓后，每天夜间熟睡后遗尿，白天无明显症状，平时精神不振，沉默少语，性格内向，学习成绩一般。面色不华，形寒畏冷，身材矮小。舌淡红，苔薄白，脉沉细。证属肾阳不足，元气疲惫，下元不固。治以补元固脬之法。取穴：关元、气海。上 2 穴每日施针治疗 1 次，留针 30 分钟，每 5 分钟以补法行针 1 次。得气时，针下应有热感，向阴茎处放射。经连续治疗 3 次后，症状有所改善，遗尿停止。以上方继续治疗，隔日 1 次，每次起针后，每穴施艾条悬灸 15 分钟，连续治疗 10 次以巩固疗效。

【按】遗尿的主要原因是肾气不足，膀胱失约，而关元、气海为治疗遗尿之要穴。我们临床上常运用“推阳气入内

交”的提插补法，并且针后加灸，可起补益肾气，固脬止遗之效。

案例 3:

马某，女，7岁，学生。门诊号：1172。

遗尿 8 个月。8 个月前，因患高烧去医院治疗，退烧后，患儿体质极弱，逐渐出现尿频及夜间尿床的现象。经其他医院多次诊疗无效，遂于今日来我院求治。自诉每晚小便 4~5 次，虽能起床排尿，但总有 1~2 次不能自醒，遂衣被尽湿。日间亦时时失神，每因咳嗽、喷嚏或下蹲时，尿液自出，或小便时，不及上厕所而弄湿裤子。检查：患儿形体消瘦，精神倦怠，腹内空虚，腰部沉重，头昏，闭目则舒。舌淡，苔薄白，脉沉细无力。证属气虚下陷，肾气不固，膀胱失约之证，治宜补肾益气。取穴：关元、气海、命门。艾盒灸，灸至局部皮肤发热、潮红为度，另针太溪、三阴交。每天 1 次。5 次治疗后，患儿精神状态、面色均有明显好转，白天尿失禁的情况已经消失。再按原法治疗 10 次，夜尿次数减为每晚 1 次，已能自醒排尿，遗尿症状消失。

案例 4:

鲁某，男，11岁，学生。门诊号：4833。

自幼遗尿，从未间断，每夜 3~4 次，虽经多方治疗，均未见效。刻诊：身体矮小，营养中等，未发现有明显生理缺陷，不能提供任何临床不适，否认既往病史，舌质红，苔薄白，脉滑。取穴：关元、三阴交、百会。关元针后加灸，三阴交行提插捻转补法，留针 40 分钟。另带回艾条 1 盒，令每晚临睡前，悬灸百会 15 分钟。经 3 次治疗，遗尿停止，未再复发。

【按】临床无证可依，难以辨证，往往对病情难以把握，

我们的体会是，无证可辨，从肾气不足，膀胱不固论治，屡屡收效。肾气不足之证，一般多不能速效，但患儿3次即收效，可能还与病人的心理因素有关。临床上医生如果能抓住患者的心理，充分获得病人的信任，疗效会明显提高。

案例 5:

张某，男，14岁，学生。门诊号：3130。

主诉自幼至今，每夜遗尿，少则1~2次，多则3~4次，四季皆然，长年不辍，中西医药，久治不效。检查：面色苍白，体质瘦弱，舌质淡，尺脉沉细。证属肾气不足，膀胱失约，则为遗尿。治宜补肾益气，固脬束筋。取穴：中脘、关元、合谷、足三里、三阴交。用提插捻转补法，留针40分钟，关元、中脘各用艾条悬灸15分钟。治疗后，患者即诉全身舒适。以后每日1次，共针10次，夜尿变为每日1次，且能自醒，终获痊愈。半年后追访无复发。

案例 6:

刘某，女，18岁，职工。门诊号：11026。

自幼即尿床，几乎每夜必遗，很少间断。成年后未治愈，在精神和肉体上均极为痛苦，中西药物多方治疗，有时亦可减轻，但始终未能控制。就诊时，遗尿有时连续数夜均发，有时间隔1~2天发作。身体发育正常，面色白而微浮，自觉疲劳无力，易于汗出，夜眠沉睡难醒，记忆力差，白天小便次数多而清长，口不渴，饮食一般，舌淡而胖，脉较弱。证属下元不固，膀胱失约所致，治拟温补肾阳，固脬止遗。取穴：命门、肾俞、关元、水道、足三里、三阴交。针用补法，腰腹各穴出针后加灸，每日1次，连续10次，遗尿次数明显减少，但夜眠仍极深沉。原方去水道、三阴交，加针神门，灸百会，继针10次，针灸治疗期间仅遗尿1次，

于是患者信心百倍，坚持治疗，至 30 次而完全控制，停针观察，疗效巩固。

案例 7:

陈某，男，6 岁，学生。门诊号：29125。

尿频 2 小时。下午放学后，即诉口渴，欲饮水，喝水数杯后，即去小便。晚饭后，在院子里洗完澡后纳凉，其间小便不断，平均每 10~15 分钟 1 次，每次尿出量并不多，以至晚上无法睡觉。家长怕有问题，遂急携儿来急诊。候诊期间，竟反复去厕所数趟。孩子精神状态尚可，晚上吃饭还可以，无腹痛、腹胀、膀胱充盈等问题。西医诊断：神经性尿频。中医诊断：属于“遗溺”的范畴。急则治标，应以缩泉止尿为法。取穴：手针夜尿点（小指第一节横纹中点）、头皮针泌尿生殖区。以轻柔的捻转手法行针 5 分钟后，即留针 30 分钟。留针期间，未行小便，症状似有改善，起针，又在诊所静坐 30 分钟，仍没有去排尿，遂结束治疗，嘱有情况随诊，翌日再见其父，诉于夜安静，未见任何异常。

案例 8:

哈某，男，10 岁，学生。门诊号：10522。

患儿自出生即尿床，每晚 10:30 和 2:00 左右各需叫醒 1 次。睡眠深沉，睡后一般难以自醒，思想负担很大。睡眠梦多，有时梦见自己上厕所排尿，翌晨即发现被褥尽湿。在本院作 X 线检查，诊断为隐性脊柱裂。临床未见其他不适。家长诉其在校学习成绩较差，上课注意力不能集中，面色萎黄，面有虫斑，舌红、苔薄白，脉濡滑略数。属遗尿症。取穴：关元、肾俞、膀胱俞，配足三里、三阴交。其中关元、肾俞、膀胱俞用艾条悬灸法，至穴位局部皮肤潮红为度，配穴用针刺的方法，手法以提插捻转补法为主，留针 30~40

分钟。并带回艾条建议每晚睡前灸关元1次，每次以20分钟左右。治疗5次后，症状明显控制，继续治疗1月左右，病情未有反复，而中止治疗。

【按】遗尿一证，大多伴见程度不等的“隐性脊柱裂”，说明其与先天发育不良有一定的关系。目前一般都认为发育不良性疾患针灸治疗效果并不理想，但对遗尿却大多能取得疗效，控制症状。可见，对发育不良性疾病中的某些功能异常病证，针灸仍能发挥其治疗作用，值得进一步研究。

慢性盆腔炎

慢性盆腔炎治疗心得

慢性盆腔炎是指盆腔内生殖器官（包括子宫、输卵管及卵巢）及盆腔周围结缔组织、盆腔腹膜等发生的慢性炎症性病变。炎症可于几个部位发生，也可能仅局限于某一个部位，临床以小腹疼痛、带下及妇科检查发现盆腔炎性包块等为主要特征。属于中医学“癥瘕”的范畴。

1. 慢性盆腔炎的病因病机

盆腔位于小腹部，胞宫及附属器官均在其中。本病的发生，与经络关系密切。肝、脾、肾三经从足经鼠蹊部或生殖器进入小腹，尤其是足厥阴肝经直接绕阴器进入小腹中。冲任之脉又源于胞中。当邪气蓄积于小腹时，可引起足三阴经及冲任之脉的阻滞，而产生寒热、腹痛、带下、癥瘕等一系列症状。华佗指出：“积聚癥瘕，皆五脏六腑真气失而邪气

并，遂乃生焉。”强调癥积的形成不仅是局部气血壅滞的结果，也与五脏功能的失调有关。故宋代陈言《三因极一病证方论》指出：“经脉失于将理，产褥不善调护，内作七情，外感六淫，阴阳劳逸，饮食生冷，遂致营卫不输，新陈干忤，随经败浊，淋露凝滞，为癥为瘕。”《景岳全书·妇人规》也载：“瘀血留滞作瘕，惟妇人有的，其证则或由经期，或由产后，凡内伤生冷，或外感风寒，或悲怒伤肝，气逆而血留，或忧思伤肝，气虚而血滞，或积劳积弱，气弱而不行，而渐以成癥矣。”综上所述，慢性盆腔炎的发生与产后、经期的调摄不当有关。其致病因素除有外感邪毒外，还和情志内伤、劳倦过度有关，湿浊之邪淹缠难解，瘀血病理不易骤除，湿热久羁，或邪热过盛，耗伤精血，或湿困脾阳，脾运不健，气血匮乏。除瘀血阻滞，湿热壅积之外，更可由于邪气久留、体质的差异及治疗失误等原因，而出现阴、阳、气、血的虚损。

2. 慢性盆腔炎的针灸治疗

针灸治疗慢性盆腔炎，虽无专篇记载，但对本病的针灸治疗原则的论述可追溯至《内经》时代。《素问·骨空论》云：“任脉为病……女子带下瘕聚”。说明本病出现的带下增多，盆腔瘕聚等症，其病变部位主要在任脉，可以选取该经的腧穴治疗。《针灸甲乙经·妇人杂病》记载：“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。刺腰尻交者，两髂上，以月生死为痛数，发针立已……女子绝子，衃血在内不下，关元主之……妇人赤白沃，阴中干痛，恶合阴阳，少腹膜坚，小便闭，曲骨主之……小腹胀满痛，引阴中，月水至则腰脊痛，胞中瘕，子门有寒，引髀髀，水道主之……妇人下赤白，里急瘕瘕，五枢主之。”其

中的“腰痛”、“衃血在内不下”、“小腹胀满痛，引阴中”、“胞中瘕”、“赤白沃”等的治疗可作为本病针灸治疗的参考。后世对于这类病证的治疗亦有不少记载，如《针灸聚英·治例》说：“带下瘕瘕，因产恶露不止，断产绝孕，经冷，灸关元百壮。”《针灸大成·治症总要》中说：“妇人经事正行，与男子交，日渐羸瘦，寒热往来，精血相竞，百劳、肾俞、风门、中极、气海、三阴交。若以前症作虚劳治，非也。”近代对慢性盆腔炎的针灸治疗也有一定的认识，承淡安《中国针灸学》中就指出：“卵巢炎：急性取天枢、带脉、三阴交，用强刺激针治。慢性取穴气海俞、大肠俞、天枢、中注、带脉、外陵、三阴交，用中刺激针治，并用艾条灸治。”朱璉《新针灸学》认为：“卵巢炎取穴：膀胱俞、中膂俞、上髎、次髎、中髎、下髎、肾俞、气海俞、水道、归来、曲骨、横骨、足三里、上巨虚、漏谷、三阴交。急性的痛处禁针，慢性的痛处禁深刺，局部可多次用温和灸法或拔火罐。”对本病的针灸治疗，留下了很多宝贵的经验。

就我们的临床体会，本病针灸治疗效果明显。我们一般根据病人的临床表现，将本病分为湿热郁结证、寒湿凝滞证、瘀血阻滞证、邪毒伤阴证、气血两虚证五个基本证型。带下量多者，用前后配穴结合远道配穴，前用中极、水道，后用次髎、白环俞、中膂俞，远道用蠡沟、阴陵泉；白带清稀加足三里，兼灸神阙，白带腥臭者，取曲泉、丘墟、行间。少腹痛用中极、胞育、气冲、阿是，远道穴中都、地机；牵及腰痛者，加志室、大肠俞、次髎；冷痛者，少腹及骶部加灸；刺痛者加三阴交。腹中有包块者，用带脉、中极、阿是，或用针刺入包块中，亦可针上加灸。对于附件炎，常用组方关元、水道、足三里、三阴交。伴子宫粘连者

加中脘、石门；见手面浮肿加人中、曲池；下腹胀者，配气海、腹哀；宫颈糜烂者，加曲骨、子宫、三阴交，临床上可随证加减。

虽有多种证型，但其病变所属脏腑不外肝、脾、肾三脏。如肝气郁结而导致的气滞血瘀；脾虚不运而导致湿阻下焦；肾气虚弱而导致月事不调等。此外还涉及到冲任二脉，如冲任失调而致月事不调，赤白带下等。因此，其治疗大法不外行气活血，取穴如膈俞、肝俞、曲泉、太冲等；补脾化湿，取穴如脾俞、足三里、阴陵泉、三阴交等；益肾补虚，取穴如肾俞、命门、阴谷、太溪等；调理冲任，取穴如气海、关元、归来、大赫等。因证取舍，一般都能收到较好的效果。另外，由于本病常导致不孕，因此有些患者就诊于针灸科，要求治疗不孕证。追溯病史，才发现其长期的带下、腹痛与不孕有着直接的关系，所以，有些不孕症的病例，治疗慢性盆腔炎获效后，始能受孕。

然而，慢性盆腔炎病情顽固，多数难以迅速取效，患者往往也会有一定的精神负担，临床上应让患者了解治疗的艰巨性，使其作长期治疗的心理准备。由于本病属于本虚标实证，临床不能速效，所以在处方选穴，乃至针刺手法上，必须注意虚实同治，标本兼顾。尤其是癥瘕，治疗时意在消磨，万不可冀求速效，多穴而强刺激，不但无益，反而使带下腹痛加重，引起病情的波动。

慢性盆腔炎患者月经不调的调治

临床发现，几乎所有的慢性盆腔炎患者均见有明显的月事改变，即月经不调。本病虽为生殖器官的慢性炎症，但它还会进一步影响到人体的下丘脑—垂体—性腺轴，再者，由

于卵巢、附件、子宫内膜本身的炎症，也影响到月经的正常排泄，导致月经的失调。有认为月经不调仅是本病的一个症状，但治慢性盆腔炎即可，若本病痊愈，则月经不调自愈，故不再瞩目于月经的异常。我们认为，慢性盆腔炎所出现的月经不调是患者内分泌功能失调的一个外在表现，积极调经对于改善机体的内分泌功能，进而促进炎症的消散，有着积极的意义。故《医学入门·万病衡要》中提出“凡治女病，首重调经”。认为妇女经贵如期，则百病不生，经候一乱，则诸症蜂起，实为至言。本病的调经方法也需根据月经的期、量、色、质及伴有症状进行辨证，根据我们的观察，临床上主要表现瘀血内阻、寒湿凝滞、阴虚内热、气血亏虚、肾阳不足等证。针灸治疗慢性盆腔炎的月经不调，与普通调经法并无二致。针灸是调经的常用方法，《百症赋》“妇人月事改常，地机、血海。”对于月经过多，应采用宁血止血敛血之法，针灸治疗经验很多，如《针灸甲乙经》说：“妇人漏血，太冲主之，妇人漏血，腹胀满，不得息，小便黄，阴谷主之。”《针灸资生经》又有：“大敦治血崩不止，气海、石门治崩中漏下，交信、阴谷、太冲、三阴交治女漏血不止，隐白治月事过时不止，刺之立愈。”《针灸大成·治症总要》中也说：“女人漏下不止，太冲、三阴交。妇女血崩不止，丹田、中极、肾俞、子宫……或有两情交感，百脉错乱，血不归元，以致如斯者，可再刺后穴：百劳、风池、膏肓、曲池、绝骨、三阴交。”以上的方法，今天用来，也颇有效验。我们临床较为常用的方法是灸隐白、神阙，或用米粒大艾炷灸石门、关元 10~15 壮，灸治过程中有时血就能止住。针泻曲泉，也可治疗月经量多不止，尤其对于肝热炽烈、迫血妄行的崩中，作用更明显。《灵枢·厥病》说：“病

注下血，取曲泉。”临床还需辨别证候，如果属脾虚湿盛，冲任不固病证，则加补足三里、百会；若为肾阴不足，虚火内扰，迫血妄行之证，则加太溪、阴交；若因肾阳不足，命门火衰者，可配气海、肾俞、命门。对于月经过少甚至闭经者，应采用通调冲任的办法，化瘀涤滞，以畅胞脉，此法古来亦有不少。《针灸甲乙经·妇人杂病》中说：“女子血不通，会阴主之。月水不通，奔豚泄气，上下引腰脊痛，气穴主之。发人少腹坚前，月水不通，带脉主之。月水不来而多闭，心下痛，目不可远视，水泉主之。”《扁鹊神应针灸玉龙经》：“妇人经血不通，三阴交泻。”《针灸大成·治症总要》说：“月水断绝，中极、肾俞、合谷、三阴交……更宜辨虚实，调之可也。”《针灸集成·卷二》“月水不通，合谷、阴交、血海、气冲。”以上方法，临床上试用，确有明显疗效。另外，我们临床还常用天枢、气海、三阴交针刺以通经。亦可选用三阴交、阳池、中脘、足三里、地机，三阴交艾灸。一般治疗2~3个月就会明显控制症状，应注意的是，一般在经前3~5天停针。

医案六则

案例 1:

汪某，女，32岁，教师。门诊号：0498。

因结婚后10年不孕，腹痛，白带量多而来诊。患者经妇科检查，诊断为两侧附件炎，临床症状为两少腹部疼痛拒按，腰骶部酸痛，白带增多，有时色黄、质粘、有秽臭。小便频数，色黄，月经超前量多色红，常感五心躁热，夜寐不安，舌质红，苔黄腻，根部尤甚，脉滑数。脉症合参，证属湿热郁结下焦，阻于任带二脉，故多带下，气血壅滞，故见

癥瘕腹痛。拟先治理下焦湿热，调理任带奇经为法。取穴：(1) 气海、中极、带脉、水道、阴陵泉、太冲；(2) 三焦俞、次髎、蠡沟、三阴交、行间等。旨在清利湿热，调理奇经。日1次，连治1疗程(10次)，带下减少，小便较畅，腹痛亦减，惟仍五心烦热，夜间多梦，口干，湿热久留，伤及肝肾之阴所致，原法中应参调理肝肾，扶正祛邪。取穴：肝俞、肾俞、关元、三阴交等以补肝肾；大赫、阴陵泉、足三里以清下焦湿热；神门、太溪以安心神而治烦热。连续治疗，带下减少，腹痛渐除，诸症均见好转，共计治疗3个月。5个月后，已经怀孕。

【按】慢性盆腔炎大多数由急性盆腔炎转变而成，以带下增多，少腹疼痛为主症，故属中医“带下”、“腹痛”等病范畴。患此症者，常导致不孕，故常以不孕而求治。本病多由湿邪为病，有属于湿热者，久延常耗伤肝肾之阴，亦有属于寒湿者，久延则损伤脾肾之阳。其伴有少腹癥瘕结聚者，则多气血壅滞而成。针灸治疗，常能收到较好疗效。治愈后多能怀孕。

案例 2:

张某，女，34岁，军人。门诊号：3312。

患者于22岁结婚翌年即生一子，以后9年不孕，要求治疗。询得患者，知多年带下不断，质清稀而无腥臭，小便多而色清，小腹有冷感，并腹胀不适，得热较舒，形寒畏冷，月经多后期而来，大便易溏。妇科检查诊断为两侧附件炎。舌淡苔白腻，脉细弦。证属寒湿久留，伤及脾肾之阳所致，治先温经散寒，化湿止带。取穴：(1) 关元、归来、大赫。针后加灸，以温化下焦寒湿，化湿止带；(2) 地机、中膂俞、三阴交等，扶脾止带。用平补平泻法，日1次。连续

治疗 10 次，白带减少，畏寒已少，腹痛不甚。前方有效，不宜更法，原法中加肾俞、脾俞、足三里、阴谷等穴，针外加灸，以调补脾肾，此方加减出入，连治 3 个月，诸症渐愈，次年续生一女。

案例 3:

陈某，女，32 岁，教师。门诊号：85213。1974 年 11 月 24 日来诊。

带下 10 年。带下量较多，初起白色无味，近两年来逐渐加重，色黄如脓，味腥臭，伴阴部瘙痒，腰背酸痛，口干纳呆，神疲乏力，手足心热，大便干，小便赤，每行经前，诸症加重，经行腹痛，色黑有块。舌苔薄黄，脉沉数。证属肝热脾湿之带下，治拟疏肝健脾，清热利湿。取穴：阴陵泉、带脉、白环俞、蠡沟、太冲。上穴均以毫针刺，行提插捻转泻法，每次留针 30 分钟，每 5 分钟行针 1 次。连续施术治疗 5 次后，带下及臭味减少，腰酸减轻。依上法继续治疗 5 次后，诸症悉除，停止治疗而告愈。

【按】带下之病，多因下焦肾气虚损，或喜怒忧思，产育房劳，致伤及任脉而成，或因郁怒伤肝，肝乘脾土，土伤生湿，下注而渗入下焦所致。治疗应以平肝健脾除湿治其本，清化湿热止带治其标。一般初起易治，久病难疗。

案例 4:

缪某，女，30 岁，干部。门诊号：27932。1980 年 10 月 27 日来诊。

带下 3 年余，色白清稀，连绵不断，量多，口淡，食少腹胀，便溏，体倦乏力，易怒。近半年来，诸症加重，来门诊求治。观其面色萎黄，形容猥琐，气短而语促。舌质淡，苔薄白，脉沉缓。证属脾虚肝郁，湿盛带下。治当健脾止

带，佐以疏肝。取穴：阴陵泉、带脉。上穴均施以提插捻转补法，每次留针 30 分钟，每 5 分钟行针 1 次。经连续治疗 10 次后，诸症悉愈。

【按】带下一症，乃带脉失固，收摄无权所致，本例取带脉，即取其调节带脉，助其固摄诸脉之功。加阴陵泉，乃求其利湿之用。一般长年不愈之带下，多兼湿盛，湿邪重浊粘滞，使证情胶着，难以痊愈。本例带脉与阴陵泉合用，正可起到化湿固带的作用。

案例 5:

沙某，女，31 岁，机关职员。门诊号：44392。1988 年 3 月 11 日来诊。

带下 2 年余，加重 4 个月。带下色黄，或黄白相间，量多，已 2 年余。近 4 个月来，诸症加重，下身常湿，观之如涕如唾，连绵不断，稍有腥臭，时时阴痒难耐，腰坠腹胀，时有隐痛，脘闷纳呆，多方求医，均疗效不显。患者形体消瘦，面色不华，精神疲惫，苔黄略腻，脉沉数。西医诊断：慢性盆腔炎。中医诊断：带下。证属脾虚失运，带失固约。拟从健脾益气，利湿止带论治。取穴：阴陵泉、带脉、白环俞、血海。上穴均用提插捻转补法，每次留针 30 分钟，每 5 分钟行针 1 次。其中白环俞应深刺，针尖朝向前阴部，使产生放射至下腹的针感，然后连续行针 10 分钟。以上方连续治疗 5 次后症状基本消失，遂停止治疗而告愈。

【按】本例属脾虚带下，乃“完带汤”证，针灸亦当以补益收摄为法。本例取阴陵泉、白环俞，为健脾止带之要穴，配带脉、血海之固摄，而共奏健脾止带之效。

案例 6:

仇某，女，40 岁，农民。门诊号：23451。1972 年 12

月9日来诊。

带下10余年。近1年来加重。带下黄白或赤白相兼，小腹坠胀疼痛，按之痛处固定不移。脐正下方偏左可触及包块，质地坚硬，腰骶酸痛，月经愆期，经前腹痛。B超检查见双侧卵巢各有一个 $5.5\text{cm} \times 4.8\text{cm}$ 大小的包块，属囊性肿物，诊断为“双侧卵巢囊肿”。面色不华，色暗尘垢，肌肤粗糙不润。舌紫暗，有瘀斑，脉沉细涩。中医诊断：癥瘕。证属气滞血瘀，冲任不通，带脉失约，聚而成积。治拟活血散结，破瘀消癥。取穴：中极、次髂、胞育、气冲、阿是、地机。各穴均用提插捻转泻法，阿是穴为触摸小腹癥之所在，用长针刺入小腹硬结中，使之产生较强的胀痛感，然后行温针灸。隔日治疗1次，针灸治疗30次后，白带减少，少腹痛和腰痛均有明显减轻。继续针灸并配合少腹逐瘀汤合四君子汤方投之，半年后症状基本消失，月经恢复正常。

【按】本证乃气虚血瘀之证，气虚则推动血行无力，血瘀下焦，冲任失调，带脉不约，则见带下、癥瘕。本例取中极、次髂前后相配，攻逐少腹之瘀积；针刺带脉可产生放射向病所的较强针感，可通经行气，以促瘀滞之消散；阿是乃破积之验穴，攻伐之首将。诸穴共用，可奏活血散结，破瘀消积之效。但由于患者患病日久，其气必虚，峻攻易伤气血，故破积针方，更合补益气血的药物，针灸治其外，中药补其内，针药合用，标本兼顾，攻补兼施，积乃可除。

其 他

针灸治疗神经衰弱的临床观察

神经衰弱症是现代医学的病名，在中医学文献里面，找不到神经衰弱的记载，也没有神经这一名称。但中医文献中有关类似神经衰弱的各种症状的记载，则是比较丰富的。如《灵枢》中的“解体”、《金匱要略》的“百合病”所描写的症状，与现代的神经衰弱比较相近。并且在头痛、头晕、心悸怔忡、寤寐、脾胃虚弱、肝胆火旺、阳痿早泄等门类中，也可找出有关类似本病的各种征候、症状。这样，就使我们有很大的可能性从中医学文献中探索出有关本病防治方面的知识和材料。

针灸治疗神经衰弱症，是一种比较有效的医疗方法，我们在门诊部观察了 340 例（有合并症者未列入），一般都获得相当的效果。这些病员，大都经过较长的病程，经过各种不同的医疗方法而没有得到预期的效果。在治疗的过程中，除较少的病员结合中药治疗外，绝大多数是单独使用针灸治疗的，节省了不少药物。因此，应用针灸治疗神经衰弱症，无论在疗效方面或节约药物方面，都具有一定的作用和意义，值得引起重视并加以推广发扬。

很多学者认为针灸治疗神经衰弱症效果好，这与我们观察的结果是一致的。今后我们将继续进行临床观察，进一步研究和提高。

1. 临床资料

在 340 例病例中，男性 284 例，女性 56 例，发病率男性比女性高。年龄以 20~40 岁为最多。其中脑力劳动者多于体力劳动者。病程 1~5 年占多数，最短者 3 个月，最长者反复发作 20 年以上。

临床症状以头痛、头晕、失眠、健忘为最多，次为阳痿早泄、心悸以及食欲不振等等。多数病例，以往曾经过各种治疗，其中以药物治疗者居多。

2. 治疗方法

中医的各种治疗方法，包括针灸在内，莫不用辨证论治的原则。所以治疗神经衰弱，亦本此原则来指导临床实践。在进行针灸治疗时，首先必须通过辨证过程，运用四诊、八纲，特别是经络病候分类等辨证方法，从而找出主症、兼症，确定诊断。论治的措施，根据辨证的效果，分别标、本、缓、急，结合针灸的特点，作出不同的相应处理，这是十分重要的关键性问题。

进行诊疗时，根据患者的主诉，从病史中把不同的症状，归纳分析，依照“治病必求其本，急则治其标，缓则治其本”的原则，结合针灸“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之，不虚不实，以经取之”的方法和特点，分别给以处理。总的来说，抓住重点，分别主次，先对主症进行治疗，主症缓解或好转，兼症往往亦随之改善。如头痛为主症者，按照头痛的性质和部位，辨出属于那一经络的病候，是什么原因所引起？根据判断的结果，拟出针灸处方及操作手法，予以治疗。至于兼证，视情况需要可同时并治。主症以头痛、头晕、失眠为最多，所以常以这些症状为主症，而先治疗。由于头痛、失眠等症状的改善，头

晕、目花、耳鸣、疲劳等感觉亦随之相继减轻或消失。如主症为遗精者，则着重治疗遗精；食欲不振，消化不良的，则注意健运脾胃，这样其伴发症状皆随之而好转。

对体力衰弱的患者，除酌取强壮穴位外，并适当配合体疗，体力得到改善，对疾病的痊愈往往有很大的帮助。所以一般的患者，也可适当地参加体力劳动和文娱活动，以促进和增强疗效。

此外，中医对于病人的生活情况和精神状态，是很注意的。认为精神因素和疾病的好转与演变有很大的关系。因此在治疗的同时，应该与精神治疗结合起来，解释病情，消除思想顾虑，建立作息制度等，是有一定意义的。

取穴处方，主要是根据主症和经络的关系来选择的。也就是说以疾病因素、发病机制以及经络病候分类作为选穴的准绳。这里面包括了针灸几种常用的取穴方法和规律。某条经络或几条经络相互影响的病候，就在有关经络上取穴，以达到经络、气血和脏腑的平衡统一，而获得治疗效果。

按不同症状取穴，头痛头晕取：百会、上星、印堂、头维、太阳、阳白、风池、列缺、合谷等穴；失眠取：神门、内关、大椎、风池、行间、照海、厉兑、内庭、足临泣等穴；健忘取：白会、风池、大椎、心俞等穴；耳鸣取：耳门、翳风、风池、合谷、足临泣等穴；遗精阳痿取：肾俞、四髎^①、关元、气海、命门、志室、三阴交、督阳关^②等穴；食欲不振取：肝俞、脾俞、中脘、足三里等穴；心悸取：心俞、内关、通里、神门、大陵等穴；视力减退取：攒

① 四髎：即上髎、次髎、中髎、下髎，左右各四，今称“八髎”。

② 督阳关：即现在的腰阳关。

竹、太阳、睛明等穴；月经不调取：肾俞、四髎、关元、气海、归来、曲泉等穴。取穴宜精简，避免重复。对主治相同或类同的穴位，轮番应用。每次取 3~6 穴为宜。如同时需要治疗兼症时，酌情增加。

在整理本组 340 例临床资料时，意图摸索一些治疗本病取穴处方的规律，因而将常用的穴位，按各种症状作了分类统计，并以应用最多的作为主穴，其余作为辅穴（应用次数较少的未列入）。现按取穴例数多少将常用穴位排列如下：三阴交（201 例），风池（195 例），行间（174 例），神门（169 例），足三里（96 例），百会（68 例），内关、列缺（63 例），肾俞（59 例），太溪（57 例），肝俞（51 例），太阳（43 例），中脘（40 例），心俞（37 例），翳风（32 例），关元、气海、大椎（28 例），上星（25 例），足临泣（24 例），合谷、内庭、照海（23 例），头维（20 例），耳门、志室、厉兑（14 例），四髎（12 例），印堂、攒竹（11 例），阳白（9 例），命门（7 例），腰阳关（6 例）。

针灸的操作技术，主要分为补、泻两大类。在一定的经穴部位上，运用针灸补泻的手法，也就是说通过适度的针灸刺激，促使阴阳、气血、脏腑、经络的偏胜，达到平衡统一，改变病理变化和病理过程，调整机体的生理功能，从而发挥治疗效果，消除疾病。

针灸治疗神经衰弱，在手法上不外乎补与泻两大法。由于本病多系七情内伤，故原则上采用补法，虚中夹实的，适当的运用泻法。一般对头、背、腰、腹等处穴位，大都是用补法，四肢穴位，可适当地使用泻法，特别是肝胆火旺所引起的头痛、失眠，在四肢穴位，常用泻法。至于针下感应迟钝而得气缓慢者，以得气为度。一般留针 10~20 分钟。初

诊病员，或对疼痛敏感者减少留针时间或不留针。

本病以针术为主，灸法较少。对少数食欲减退严重的或阳痿的患者，在背腹部采用针灸并施，或温针法，体力较衰弱者，可多灸少针。

神经衰弱为一种慢性疾患，故对疗程的规定亦较长，以10次为1疗程。1疗程后，视具体情况决定连续或间隔1~2周继续第2疗程。第1个疗程，每日或间日1次，以后隔2日1次，也可隔3日1次。

340例中，以不满1疗程及1~3个疗程者为多数。在痊愈病例中，最少治疗5次，最多为80次。

3. 治疗结果

疗效标准：痊愈指症状消失；显效指症状大部分消失；有效指症状已有改善；无效指症状无改善；失随访指治疗1~2次，未继续治疗。

340例神经衰弱症，经过针灸治疗后，能得到相当的疗效，一般在2~3次后，症状即见减轻。本组痊愈51例，显效49例，有效153例，无效48例，失随访39例，总有效率74.4%。在痊愈病例中，恢复工作后，大多数健康情况正常，但也有少数病例，不久又告复发。症状改善的，工作效率均有显著提高。

4. 体会

针灸治疗神经衰弱症，通过340例的临床初步观察，具有一定的疗效。今后必须继续进行临床观察和研究，摸索针灸治疗的规律，进一步提高治疗效果和缩短疗程。必须运用和掌握中医辨证论治的法则，并结合经络学说和针灸的特点，只有这样，才能获得预期的效果，才能进一步体现出中医学的优越性。治疗时与精神治疗相结合。医生态度要和

蔼、热诚，耐心解释病情，给以安慰，消除患者思想顾虑。并劝告病员改善生活习惯和作息制度，以及其他有关的注意事项。取穴宜精简，避免繁复。刺激过多，往往发生疲劳感觉。对精神紧张或针刺反应敏感的患者，更须注意。初诊病员，取穴更宜少些，以后渐渐酌加。操作手法，一般宜用补法，虚中夹实的，相应地实行泻法，或背腹部穴位用补法，四肢穴位用泻法。主要根据患者的证候及体力情况而灵活应用，并以术后能感到舒快为准则。有时发现因头痛而针刺头部时，反而引起头痛的增加，改取四肢穴位，则头痛可以减轻或消失。这类患者，大都是体质较弱，而又精神特别紧张的人。同时，说明古人上病取下的法则，是从经验中取得的，而且也是十分正确的。有些病人，症状缓解或消失后，由于生活、工作缺乏规律等原因，又告复发。《徐洵溪女科医案》中，有 34 例因忧、因怒、因惊、因思而致病或愈而复发。这充分说明情绪的变动，精神刺激，是有可能诱致某些内伤疾患的进展或复发，也有力地证实了外在环境与疾病发生发展也有因果关系。神经衰弱症，必须积极进行治疗，并争取早期治疗，病程长短对疗效的快慢，有很大的影响。针灸疗法，施术安全（严格遵守操作规程），痛苦轻微，为有益无害的一种有效的疗法，既经济又便利，能节省不少药物，能给病员减少药费负担，值得提倡和推广。

5. 医案四则

案例 1:

赵某，男，40 岁，军人。门诊号 83。

主诉：头痛、失眠年余。过去医疗经过：服过安眠剂。症状：前额、头顶胀痛，多看书或用脑之后即发作，睡眠不宁，多梦，精神容易兴奋。取穴：风池、太阳、神门、列

缺、内关、曲池、三阴交、足三里、内庭、丰隆。每日1次，每次取3~5穴，轮番使用，补法，留针10分钟。治疗第2次后，头痛、失眠均有好转。第5次后，症状消失，再继续治2次，痊愈停诊。

案例2：

陈某，女，52岁，教师。门诊号405。

主诉：头昏、头痛，已5~6年。既往症：有鼻炎史、甲状腺肿史。症状：头昏胀痛、失眠，每晚只睡2~3小时，心悸。取穴：风池、太阳、列缺、神门、百会、内关、三阴交、行间、心俞、大陵。第1疗程，每日1次。第2疗程，每2日1次。疗程中间间隔2个星期。每次取3~5穴，补法，留针10~15分钟。治疗第3次后，头昏减轻，第7次后，睡眠逐渐好转。治疗28次，症状消失。

案例3：

钮某，男，22岁，学生。门诊号524。

主诉：头昏、失眠，已2年多。症状：头昏胀痛，失眠多梦，思考和记忆力减退，疲劳乏力。取穴：头维、风池、内关、神门、三阴交、内庭、行间。间日1次，每次轮取4穴，补法，留针10分钟。治疗第2次后，症状有所好转，共治5次，恢复正常。

案例4：

杨某，女，32岁，干部。门诊号1293。

主诉：经常失眠1年多。症状：失眠、多梦，头胀痛，神疲、健忘。取穴：风池、神门、列缺、三阴交、足临泣、行间。间日1次，每次轮取5穴，补法，留针10~20分钟。治疗第2次后，症状均感减轻，第6次后，除多梦外，其他症状均消失，共治8次而愈。4个月后，来院复查，健康情

况良好。

(摘自《南京中医学院学报》1960年第1期“临床经验汇编专刊”)

针灸治疗血管性帕金森氏综合征的经验

血管性帕金森氏综合征，是指由于长期动脉硬化，导致脑组织多发性脑梗塞或腔隙性梗塞，病灶部位损伤及黑质纹状体，则出现类帕金森氏临床表现的一组综合征。

治疗选穴：百会、身柱、孔最、环跳、关元、腰阳关。刺法：每次由上而下针百会、身柱、孔最、环跳。百会以1寸毫针向前直刺，使局部出现压迫感为度；身柱用2寸毫针，令患者低头，从三椎棘突下凹陷处进针，针入5分后，再令患者端坐仰首，更进针1.2寸，行提插捻转泻法，使局部出现麻胀感；孔最行提插捻转泻法；关元、腰阳关以艾盒灸，每日前后交替施灸。上肢抖动明显，加曲池，下肢僵硬，步履艰难加曲泉。以上治疗，每日1次，15次为1疗程，疗程结束后休息1周，再进行下一疗程。

曾治疗本病9例，结果好转8例，无效1例，平均治疗时间为3个月。

关于本病的病机：本病系中脑黑质及黑质纹状体通路多巴胺能神经元变性、多巴胺分泌减少而导致的锥体外系病变。其症状体征特点主要为“筋”的震颤和僵直，故表现为行动迟缓，步态慌张，面具脸等。中医四诊：症见萎顿、癱纵、善忘、畏寒等，大多男性病例均伴有前列腺肥大，表现一派肾阳不足的虚寒之象。按照经络辨证，本病似乎可归于督脉的病候范围。《难经·二十八难》指出：“督脉者，起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入属于脑。”其脉起于前

列腺的所在部位，又与脑发生联系，反映了本病与督脉在循行部位上的联系。《难经·二十八难》还明确指出：“督脉为阳脉之聚”。认为督脉是阳脉的总汇聚。《素问·生气通天论》论阳气的功能时说：“阳气者，精则养神，柔则养筋。”督脉发生病变，出现阳气的有余或不足，则周身失于温养，其精者不养神，柔者不养筋，就会出现神志和筋肉的一系列病变。《针灸大成·八脉图并治症穴》以一首“西江月”描述督脉病候，首句便为“手足拘挛战掉，中风不语痲癱”，突出了手足拘挛与督脉阳气的关系。叶天士曾说：“八脉皆隶乎肝肾。”若肾气不足，督脉无源，阳气不布，则可引发上述病状。结合临床，患者多年屈八八，肾气已亏，并常见耳鸣、前列腺肥大等表现，可见督脉病变实根于肾气之不充。本病病机主要责之于督脉，以肾气不足为本，阳气不布为标。

关于取穴：基于上述观点，确立治则为温督布阳，定风止颤。临床组方遣穴均以督脉为主。患者病在脑，取百会、身柱，为“其上者引而越之”之意，其中身柱可调节督脉阳气的布散，善治寒栗、震颤，为治疗颤抖的要穴。取关元、腰阳关，灸之以壮肾强督，承淡安先生曾谓上述二穴“若不灸则不效”。此外，还发现阿是穴对帕金森氏综合征的肌张力增高和肌肉僵直有缓解效果，临床对这些阿是穴进行观察筛选，发现环跳、孔最、曲泉三穴附近的阿是穴包括这三个穴位使用频率较高，临床效果也好，其中孔最对上肢抖动的抑制作用较为明显。

关于刺灸法：本病强调针刺与艾灸的结合，艾灸关元、腰阳关，必须在整个疗程中持续进行。临床初步观察发现，没有艾灸的配合，一般起效较慢，单纯针刺疗效并不持久，

说明在治疗中标本兼治的重要。若长期艾灸后，患者出现“上火”现象，可用中冲、少泽点刺放血予以缓解。本病属于慢性病，治疗时间过长，疗效会出现“钝化现象”，这要求临床选穴务必精简，一旦疗效钝化，可就近易穴，继续治疗。

（摘自《中国针灸》1998年第4期）

血管神经性头痛的治疗体会

血管神经性头痛，中医称为“头痛”、“头风”、“偏头痛”，其中古代的“头风”与血管神经性头痛的症状最为相似。实际上，古代记载的“头风”与头痛是同一种疾病，只是因发作的频度、程度和疾病的病程不同才加以区别，如《证治准绳》所说：“浅而近者名头痛，其病卒然而至，易于解散速安也；深而远者为头风，其痛作止不常，愈后遇触复发也。”《灵枢·厥病》论述了经气上逆等原因所致头痛的症状、辨证及针灸治疗方法。原文描述了各种特征的头痛，有的头痛伴有头部沉重感，有的头痛痛无定处，“按之不得”，寻找不到固定的头痛部位，有的头痛广泛而剧烈，“头痛甚，脑尽痛”，对近似于血管性头痛的特点也有描述，如“头脉痛”、“头动脉反盛”、“耳前后脉涌有热”，还有“头半寒痛”，描述了偏头痛的症状。

1. 血管神经性头痛的病因病机

历代医家对头痛的病因病机的探讨均十分详细。《内经》主要从风、寒、虚、实等方面论述了头痛的病理机转，如《素问·风论》说：“风气循风府而上则为脑风。”《素问·五脏生成》指出：“头痛巅疾，下虚上实，过在足少阴、巨阳，甚则入肾。”巢元方提出了风痰之说，如：“痰水在胸膈之

上，又犯大寒，使阳气不行，令痰水结聚不散，而阴气逆上，上与风痰相结，上冲与头，即令头痛”。孙思邈则有“髓虚”、“心热”之说，王怀隐还提出了“肝热”、“肝风”、“脾实”等病变机理。直至金元时代，对头痛的病因病机认识才逐渐系统化，提出风、寒、暑、湿、燥、火等外邪均可引起头痛，不仅如此，情志内伤，也可损及脏腑经络，产生痰、火、气、血等病变，导致头痛。本病有虚实之分，如朱丹溪说：“头痛多主于痰，痛甚者火多，有可吐者，可下者……血虚头痛，自鱼尾上攻头痛。”

总结前人的认识和理解，对于本病的病因病机认识大致有以下几个方面：首先，认为头乃诸阳之会，五脏六腑之清阳之气皆上注于头。不论外感六淫或内伤七情均可内扰脏腑，阻遏清阳，导致头痛。其中外感头痛与风邪外袭有关，因为“巅顶之上，惟风可到”，但风为百病之长，常挟邪伤人，故又有挟寒、挟热、挟湿等证候；内伤头痛则与肝脾肾三脏有关，肝为风木之脏，肝阳上亢，上扰清空可致头痛。肾为后天之本，主藏精，肾精亏耗，可使脑髓空虚而致头痛，或阴损及阳，肾阳衰弱，清阳不布而头痛。脾胃为气血生化之源，脾胃虚弱，生化不足，气血不能上荣于脑髓脉络，则可致头痛，或脾失健运，痰湿内生，阻遏清阳，也可致头痛。正如《素问·通评虚实论》所说：“头痛耳鸣，九窍不利，肠胃之所生也。”头痛虽有内伤外感之分，临床上两者常互为因果，相互影响，症状表现上亦常相互兼夹，使头痛的病情更为复杂多变。

2. 血管神经性头痛的针灸治疗

历代对头痛治疗的针灸处方甚多。《内经》中就介绍不少针灸头痛的处方，如《素问·骨空论》就有“风从外人，

令人振寒，汗出，头痛，身重，恶寒，治在风府……风府在上椎”的记载。还提出了先在局部刺出血，然后再针刺远端腧穴的方法。对局部瘀血阻滞所致的头痛，主张局部取穴，“不可远取”。《针灸甲乙经·大寒内薄骨髓阳逆发头痛》中更有“头痛，目窗及天冲、风池主之。”“阳逆头痛，胸满不得息，取人迎。”并记载了厥头痛的七首刺血针灸处方以及风寒头痛的针灸处方。及至唐以降，《千金要方·卷三十》记有：“头维、大陵主头痛如破，目痛如脱。攒竹、承光、肾俞、丝竹空、和髎主头风痛。”《扁鹊心书》中说：“偏头痛或在左或在右，痛连两目及齿，灸脑空穴二十一壮，再灸目窗穴二十一壮，左痛灸右，右痛灸左。”《神应经》说：“偏正头痛：脑空、风池、列缺、太渊、合谷、解溪，上穴均用灸法。”《针灸大全》则有：“偏正头痛及两额角痛：后溪、头临泣、丝竹空、太阳、列缺、合谷”的记载。《针灸大成·头面门》中说：“头风：上星、百会、阳谷、合谷、关冲、昆仑、侠溪。”可见古人对血管神经性头痛的治疗，已积累了较丰富的治疗经验。上述针灸处方，除应根据头痛的兼症选取相应的经脉腧穴外，更选用了不少的局部穴位，特别对见有血管扩张的头痛，更是如此。这些论述对后世临床均具有一定的参考价值。

从目前的临床来，针灸对本病具有良好的疗效，临床需掌握以下4个重点：

(1) 辨证分型。根据病人的临床表现及病机演变情况，一般可分以下几类证候。若为风寒头痛，当用风府、列缺、外关疏散风寒；若为风热头痛，则应取曲池、合谷、风池、太阳以疏风清热；风湿偏重者，风池、印堂、中脘、三阴交可祛风化湿止痛；肝阳上逆的头痛，可选百会、风池、悬

颞、太冲以平肝潜阳；兼有痰浊者，加中脘、丰隆以化湿祛痰；肾虚头痛多用风池、百会、肾俞、太溪以补益肾精；瘀血头痛，则常用风池、百会、太阳、合谷、太冲，活血化瘀，通络止痛。随证选用不同的穴位组方，是治其发病之本之意。

(2) 局部与远道相配合。对于头痛，究竟是近部取穴还是远道取穴，目前还没有统一的认识。有人主张局部取穴，提出根据疼痛部位选用太阳透率谷，百会透悬颅或头维透曲鬓，对头痛的即时止痛作用明显。也有人认为，急性期头痛远道取穴的疗效优于局部取穴，提出前额头痛取育俞，后枕牵及颞部头痛取金门，颞部疼痛取液门、悬钟，可以迅速止痛。根据我们的经验，一般地说，如果有明确的头痛部位，可选用局部腧穴以控制疼痛。风池一穴治疗头痛常有较好的疗效，其次如风府、阿是穴也为临床所常用。若头痛部位比较广泛，痛无定处，选穴可多考虑四肢部腧穴为主，一些头痛尽管有明确的部位，也可考虑其发病的所在经络，取远道的选穴以调之。但临床上对顽固头痛，较为复杂的头痛，采用远道取穴和局部取穴相结合的方法，就较为可取。如前额痛，属阳明经，可取上星、印堂、攒竹、合谷；侧头痛属少阳经，可选风池、太阳、头维、阳辅、侠溪；后头痛属足太阳膀胱经，治用风池、天柱、后溪、昆仑；巅顶痛属厥阴经，治用百会、通天、风池、太冲。

(3) 标与本的处理。急性头痛，来势暴急，应先治其标，用各种方法控制头痛。如一侧眉棱骨上部痛取阿是及双侧的合谷穴，偏头痛取病侧的绝骨，头顶痛用列缺，后头痛用后溪、风府等。如不效，更可结合耳针、眼针、头皮针等，甚至拔火罐的方法，务在迅速止痛。对于慢性头痛或头

痛发作较缓者，则应认真辨别证候，侧重于从本进行治疗，如偏肝阳旺者，平肝，偏痰湿盛者化湿，偏血虚者补虚，不一而足。若对于慢性头痛急性发作，病理因素与头痛的发作相互牵制和影响者，则应标本同治，采用多针交替，长程治疗的方法进行处理。另外，对于针刺治疗本病的时机选择，一般应在疼痛发作之初、痛势未甚时及时施治，效果往往更佳，对反复发作的患者，应根据病情制定治疗计划，按疗程治疗。

(4) 针刺手法，要求得气感，并使感应传导。头痛发作时，多宜泻法，长时间留针，并间歇行针，以保持针感，也可配合使用电针。对身体虚弱，特别是属于寒证的患者，可配合艾灸，以患者感到舒适为度。针刺使头痛减轻后，可在有效穴位上埋皮内针，以巩固疗效。另外，关于血管神经性头痛的刺血问题，早在《灵枢·厥病》中就有不少记述。《针灸甲乙经》则罗列其治疗方法，洋洋七大条，如“厥头痛，头脉痛，心悲喜泣，视头动脉反甚者，乃刺之，尽去血，后调足厥阴；厥头痛，噫善忘，按之不得，取头面左右动脉，后取足太阴；厥头痛，员员而痛，泻头上五行，行五，先取手少阴，后取足少阴……厥头痛，痛甚，耳前后脉涌，有热，泻其血，后取足少阳。”说明当时在头面、耳周泻血，以治疗头痛是一种较为常用的方法。我们临床发现，本法对头痛具有较迅速的止痛作用，实为有效的治标之法。

诊
余
漫
话

针灸疗法与辨证施治

1. 概述

体内病状之发现于外，如事物之有对证者，是谓“证”。凡是由脏腑或经络发生病变，在五官或体表的一定部位，就可能出现异常状态。例如肺有病表现为咳喘，脾胃有病表现为吐泻不食，肝病之见于目，肾病之见于耳，太阳经病之头痛、项强，少阳经病之胁痛耳聋等，给医者诊断和治疗时，提供了确实的证据者皆属之。因此“证”的含义，不只是指某一症状，而是若干症状的综合——证候群，如伤寒太阳病中桂枝汤证、麻黄汤证等，都由若干症状综合而成。根据证候群结合病者的性别、年龄、体质，以及生活习惯、时令气候等具体情况，进行系统分析来探求，并正确地掌握病因和

病机，从而确定对症的治疗法则者，是谓“辨证施治”。数千年来，中医即运用这一武器在医疗保健事业中，发挥了巨大的作用，其重要性，可以不言而喻。

无可讳言，古代人民，由于历史条件的限制，对病原细菌，无从发现，对病理解剖，只限于肉眼所能及，因此对这方面的认识，受到很大的限制。然而在另一方面，即对疾病的表象——症状的观察和研究，却获得很大的成功。这种成功，决不是偶然的，更不是向壁虚构的，而是通过不可记数的实践总结出来的真理，从事物发展规律来探索其发展过程，先是从单一症状的观察与对症的治疗取得一定效果时，进而探求症状与症状的联系，并进而探求外在的症状与内在的联系，逐步的了解和掌握疾病发生和发展以及转化等规律，及其各个阶段的治疗方法，最后才形成为一整套比较完整的“辨证施治”法则。

我们知道，当事物内部发生矛盾时，在一定的时间和场合，必然会反映到外部来，根据反映出来的现象，进行研究和分析，便可正确地了解和掌握内部的变化情况，因此中医的“辨证施治”并不是单一的从病因着手，也不是孤立的从某种症状着眼，而是从多方面去分析，全面考虑，识别疾病的本质与现象，在不同的情况下采取不同的措施，因而“施治”的手段，就不是某一单一的病因疗法，或对症治疗，而是照顾全面的整体疗法——辨证施治。其优越性即在于此。当然，我们在强调辨证施治的同时，并不排除病因疗法和对症治疗的作用，而且它们之间，是互相联系，不可分割的。

辨证施治的法则始于内经，由于历代医家的努力发掘，不断地得到发展与提高。如汉代张仲景对伤寒病的辨证与治疗，清代吴、叶二家对温病的辨证与治疗，都在原有基础上

推进了一大步。其他诸子百家，亦各有阐发，从而使这一法则，更趋于完善。然而事物总是要不断向前发展的。在自然科学蓬勃发展的今天，人们掌握了精密的仪器，对病原微生物与病理变化有了更进一步的认识，也更扩大了临床辨证的范畴。事实证明，这些新的知识，虽属中医理论，在目前还觉得格格不入，但在许多地方，确也弥补了中医辨证的不足之处，有很高的参考价值。因此我们认为辨证施治的法则，必将会得到更大的发展与提高。

2. 针灸疗法与辨证施治的关系

如上所述，辨证施治是中医治疗的首法，针灸是中医的一种疗法，具体运用时，也毫不例外，要在中医理论指导下来进行，因此针灸辨证施治与其他各科同样的重要，可从下列各点论之。

首先从《内经》许多记载来看，《灵枢·九针十二原》谓：“睹其色，察其目，知其散复。一其形，听其动静，知其邪正。”又谓：“凡将用针，必先诊脉。视气之剧易，乃可以治也。”《灵枢·终始》谓：“凡刺之法，必察其形气。”都说明针灸治病，必先详细“辨证”。

其次，从针灸治病的作用来看，如《灵枢·九针十二原》谓：“虚则实之，满则泻之，宛陈则除之，邪胜则虚之。”《灵枢·经脉》谓：“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之。”

所谓虚、满、宛陈、邪胜，以及盛、热、寒、陷下等，都要通过辨证才能确定，否则就无法应用补、泻、疾、留、灸等不同“施治”方法。此外对各种刺法的应用，如内经的九针应九变，十二节应十二经，五刺应五脏等等，如非辨证明确，亦无法使用。

再从《黄帝内经》中有关治疗的记载来看，例如《灵枢·五邪》的病在五脏之刺，《灵枢·四时气》病在六腑之邪，先述症状，次言治法，并对病的转变，作出不同的处方，虽然叙述较为简单，但是显示辨证施治的精神，已极为明确。又如《灵枢·厥病》与《素问·刺腰痛》，叙述了各种不同的刺法，同样是头痛和腰痛，为什么要有多种不同的治法呢？很显然，由于“证”的不同，证不同，不辨则无以知，无以知则不能治，临床实践告诉我们，执死方以治活病，是有流弊的。

这里我们再举些临床常见的病证来谈，例如：胃痛一证，痛在胃脘部的，一般常用中脘、足三里，病在胃而治胃，所以会有效；但是对于剧烈的胃痛，常需泻内庭、公孙才有效；对慢性的隐痛，常需灸背部的俞穴才有效；而痛连两胁，属于肝气犯胃者，必需泻期门、阳陵泉才有效；而呕吐酸苦，属于肝胆为病者，则必需取足厥阴、少阳二经之穴才有效。再如：治疗遗精病，属于阴虚火旺的梦遗，宜于针，而不宜灸，灸了反而加重；而遗泄久延，阴虚及阳，形成早泄阳痿者，则又非灸不可。这些例子，随时可遇到，举不胜举。这类病例，貌视之，似乎同一主症，无甚区别；细审之，则因果异越，大相径庭。因此，不能很好地掌握辨证施治的法则，要发挥针灸疗法的作用是不能想象的。

但是，目前有些人，过分强调针灸的特点，认为针灸治病，只要症在哪里就针灸哪里，一种病，只要一二处方便行，或者一味追求特效穴，对辨证施治的法则极忽视，且抱着怀疑的态度，这是不对的。我们也并不否认，针灸确有它的特点，对症治疗和某些特效药方和穴，都有它一定的作用，对许多病症，能收到一定的效果。但如果认为得此已

足，或认为针灸疗法，就是这样简单易行的方法，那未免是坐井观天，在许多艰难复杂的情况下，则非碰壁不可。

3. 辨证施治在临床上的具体运用

我们知道，辨证的目的，是为了具体了解病情，正确掌握病机，区别疾病的本质与现象，抓住其主要环节，采取有效措施，调整机体的反常现象，从而达到治疗的目的，因此在方法与步骤上必须是：(1) 倾听病者所述，了解全部病情。(2) 根据主要症状，初步确定病位（包括脏腑经络），并从多方面考虑，排除疑似而证实之。(3) 从症状分析，以及病程、舌、脉，根据八纲，分别属性。(4) 根据症状发现的前后与轻重，运用脏腑经络病理变化的理论，分别主客标本。(5) 结合病者的生活习惯、时令气候等等具体情况进行分析。通过以上各个步骤，才有可能得出结论，然后按照八法，分别内容标本先后缓急，采取对症的治法，这就是辨证施治的基本内容和方法。无论药物或针灸治疗，原则上是没有区别的。为了进一步的说明针灸疗法对辨证施治的具体应用，特再举例如下。

试以咳嗽为例，如病者诉咳嗽、胸闷、吐痰等，咳嗽属肺，初步确定为病位在肺，而致咳之因很多，首先应辨别为外感或内伤，如并有恶寒发热头痛体疼等症，则知为外感之邪束于肌表，肺气失宣所致，治法应当透表，针灸治疗就应当考虑阳经的穴位，如合谷、曲池、束骨等，以疏泄在表的经络，或酌选肺经穴位，以宣展肺气；并需进一步辨别风寒或风热，风热证则单用针刺泻法，如寒热已去，表证已罢，而咳嗽仍未止，说明外邪去而肺气未复正常，便应选择肺经的穴位为主。如病者原有咳嗽宿恙的还需进一步了解，是否为新感而引动宿恙的问题，根据病情采取适当的措施。如病

者咳嗽而无寒热头痛等表证，则知为内伤咳嗽。然而《内经》说：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”因此必须进一步从其伴发症状，寻求致咳的原因。如病重只具有咳嗽痰多、胸闷、肋痛等肺经症状，而无其他见症时，则可知肺脏自病，便应从咳嗽的畅与不畅，痰液的颜色、质地、气味，以及渴饮与否，病程长短，体质强弱，舌苔、脉搏等来区别寒、热、虚、实，分别宜针、宜灸、宜补、宜泻的方法。取穴方面，以肺俞、尺泽、太渊等肺经穴位为主，并可酌情选择有关穴位，如痰浊多时，酌用脾胃二经之穴如足三里、丰隆等，因脾胃为生痰之源。或酌取治气的穴位，如膻中、气海等，因为肺主气，咳嗽为肺气升降失调的缘故。

如病者之咳不止，而兼有苔黄、肌削、食欲不振、大便溏软、四肢乏力等脾胃虚弱症状时，则知为土虚不生金之证，治法应补土生金，针灸取穴，应着重选取有关脾胃二脏的经穴，如脾俞、胃俞、中脘、足三里、三阴交等为主，酌取治肺的穴位为辅。如病者久咳而兼有头昏眼花、耳鸣、遗精、腰痛等肾虚见症时，便可知为子盗母气，肾气不摄而致的咳嗽，其标在肺，其本在肾，就应采取补肾纳气的方法为主，如以肾俞、命门、关元、气海等穴以治本，或配用膏肓、肺俞等穴，标本兼顾的法则；更要区别肾阴虚或肾阳虚，如兼有潮热、盗汗、颧红、脉数等阴虚见症，则针用补法，必要时还需酌取退热穴位；如见怯寒、面白、便溏、阳痿、脉弱的肾阳虚证，便当重用灸法，必要时，对伴发症状采取适当穴位。所有这些，都是临床应用的常法。然而知其常，还要知其变，才能合乎辨证的要求。所谓知其变者，即根据具体情况权衡轻重缓急来分别治理，比如属于肾虚的咳嗽，按照常规，应当以补肾为主。但如病者咳嗽剧烈，痰涎

壅盛，本虚标实的情况严重时，则考虑上实为主，而重点采用治肺的经穴，上实的情况缓解后，再来补肾；或上实情况甚严重，但又见气息断续、大汗、面白，濒于虚脱时，则又当以固本为急，而立即应用古人灸气海、关元固脱回阳的方法。总之，是要求能掌握疾病过程中各个阶段的具体情况，灵活多变的采用适当的治法，才能达到辨证施治的最高要求。治咳嗽如此，治疗其他疾病，也是如此。

4. 结语

辨证施治与针灸疗法的关系及其具体应用，已概述如上，足以说明，只有正确掌握辨证施治的法则，才能充分发挥针灸疗法的作用，是毫无疑问的了。为了正确对待辨证施治问题，还要说明以下几点：（1）辨证施治本身是一个富有规律性的法则，因此在具体应用时是有规律可循的，因为疾病的发展过程，虽然是千变万化，但有其一定规律，辨证施治，就是根据疾病的客观发展规律来进行辨别和治疗，因此它并不是灵活无边，不可摸索的东西。如果我们过分强调它的灵活性，那就会把一个朴素的辨证方法，导于神秘玄妙的境界中去，这是值得我们注意的。（2）针灸疗法与药物治疗法，毕竟是两回事，各有特点，因此在辨证施治时，原则虽然相同，但在具体治法中，仍然有所区别，二者不能混为一谈。所谓针灸疗法的特点，那就是经络穴位，以及针灸操作手法等问题，因此研究针灸疗法的辨证施治时，必须是从这些方面去考虑。如果生搬硬套药物治疗的各种治法，或则经络穴位和药物方剂去等量齐观，牵强解释，就会出现穿凿附会的毛病，影响针灸疗法的发展与提高。

决定针灸作用的主要因素

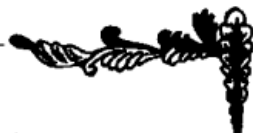
针灸对人体的各个系统的功能活动都起到调节修复的作用，使病理状态恢复为正常状态而治愈疾病。但这种作用的获得，又常与下列因素有关：

1. 机体的机能状态

针灸对机体的影响虽然是多方面的，但总的来说是一种良性的双向调整作用。其影响主要决定于针刺时的机能状态，不少实验证明，机体处于正常状态时，给予针刺一般不会出现明显的反应，只有在病理状态下，才出现调整作用。即当机能状态高时，针灸可使之降低；反之，可使之增高；不平衡时，又可使之趋于相对的平衡。针刺不但对机能的改变，而且对组织器官的代谢过程和某些器质性改变，也都有一定的调整作用。这种调整作用，既可表现于局部，也可影响到全身各个系统。

2. 穴位的相对特异性

人体有许多穴位具有比较明显的主治某些疾病的作用，存在着相对的特异性。例如针刺“照海”，可促进狗水负荷后的肾泌尿作用，但针刺“肾俞”时，则出现抑制作用。又如针刺人中、素髻、涌泉等穴，经大量临床实验证明，有较明显的调节血压作用，而针刺其他腧穴，则作用较弱或不明显。我们用针刺治疗急性菌痢，取穴以天枢、气海、上巨虚等穴为主，治愈率达90%以上，而有意设一对照组，选5个非经穴点针刺治疗观察，结果大都失败而转组治疗。说明



穴位的选择和组合，是决定针灸作用的又一主要因素。

3. 针刺刺激量

针刺方法中有各种刺法和补泻手法，形式不同，操作各异，但其中都存在刺激量的问题，不同的刺激量，能引起机体不同的反应，因此在机体功能出现不同变化时，就需要采用与机体功能变化相适应的刺激量，才能有效地调整其功能，促使其恢复正常。例如用弱电流刺激家兔“中脘”等穴，可兴奋胃运动，而改用强电刺激，则使胃运动呈抑制状态。又如当家兔直肠运动处于相对低落时，用一进三退（泻法）与三进一退（补法）两种不同手法，分别针刺“上巨虚”穴，结果获得两种截然相反的效应，即前者抑制，后者兴奋。我们曾对坐骨神经痛患者针刺环跳、阳陵泉等穴时，采用轻重两种不同的刺激方法，以血管容积描记器进行观察，轻刺激时，多呈血管扩张反应，重刺激时，则呈收缩反应。说明掌握适当的针刺刺激量，也是发挥针刺作用的重要环节。

总之，影响针刺治疗作用的因素很多，除上述 3 方面外，尚与有无针感、针刺的深浅、时间、次数以及所用针的种类等有关，这些因素不但可影响针刺的效应，还可影响针刺作用的性质。

关于针灸临床的发展趋势

现代科学的突飞猛进，日新月异，为我们深入研究，提供了良好的技术和方法。可以预期今后 10~20 年内，针灸



医学将会获得更迅速的发展。根据目前针灸临床和实验研究预测，未来，有可能在下列各方面，取得更大的成就。

1. 经络的研究

经络学说是指导针灸临床的理论核心，它的发展可为临床治疗提供新的理论。目前，国内国外均致力于经络的研究，在肯定经络的客观存在之后，正在寻求经络实质，提出客观依据。例如经络的感传和气至病所的研究，通过十几万人的经络检测，发现经络感传路线，与古代医籍所说循行路线基本相符，但亦有不少分歧之处，可以补前人之不足。在此基础上，并用经络冷光、经穴声信息、红外线热象仪等多种仪器和方法探索经络的实质。预计今后不太长的时期内，经络循行将会更全面、更详细地被描述，其作用亦能得到新的阐明，对经络实质亦会有较明确的认识，从而更好地指导临床实践。

2. 经穴的整理与研究

经穴从《内经》160穴发展到近代361穴，奇穴和新穴不下千余个，这一进展是惊人的。但是不可否认，古代所定经穴有许多是不常用而无法肯定疗效的。新穴中重复和杂乱者较多，但亦有不少确有疗效的。今后，通过临床验证将会筛选出一批疗效确实的经穴，供临床使用。经穴的主治作用，通过临床观察及人体和动物的实验研究，将一一阐明。例如内关作用于心脏，足三里作用于肠胃，阳陵泉作用于胆囊，人中、素髻可升血压等等，均得到临床与动物实验的证实，广泛应用于临床，取得满意的效果。在此基础上，对大量输穴的主治作用，获得新的结论。随着体表和内脏相关研究的不断深化，对体表某些特定部位（包括经穴）与某一脏器的联系作用，日益明确，选择出最佳治疗经穴，不仅能精



简临床用穴，加强效应，提高疗效，而且为经穴的主治作用提出新的内容。

3. 针刺手法的研究

针刺手法以往重视不够，近几年来，引起了广泛的注意，正在通过临床与实验进一步加以研究。初步看出，不同的手法确有不同的效应及其适应范围，估计今后将日益明确操作方法，通过相互交流，最终获得统一标准，逐步走向规范化，这无疑会提高治疗效果。

4. 治疗方法的多样化

目前，除改进传统的针刺方法外，有了不少创新，例如利用声、光、电、磁等做治疗用具，在许多方面，起到较好的治疗作用。随着科学的进步，将会出现更多更新的，科学性更强的针灸仪器，使治疗范围得到发展，疗效得到提高。

5. 辨证与辨病进一步结合

辨证论治是中医各科临床治疗的特点，但以往不被针灸临床所重视，因此对内脏病的治疗方法较简单，或仅用单方式的治法，从而影响疗效。近几年来已逐步被注意，治疗效果有所提高，但运用还不普遍，不深入，因此必须多加研究。关于辨病，如内脏病的肺痈、肠痈等，古代就能辨别已成脓和未成脓，列出不同治法，当然，由于历史条件的限制，不如现代医学精细明确。因此，如何学习现代医学的诊断检查和解剖、生理、病理等知识，探索新的治法，是十分必要的。例如脑血管病的头针疗法，以及选用入络于脑的经穴，疗效明显提高。尿路结石选用与结石部位相应的经穴，以及某些内脏疾病选用背部相应神经节段的经穴，均能明显提高疗效。随着中西医学知识不断相互交流，相互渗透，辨证与辨病当能广泛地应用，为临床治疗闯出新路子。



6. 理法方穴规范化

中医强调理法方药的完整性，而针灸治疗虽亦有类似的方法。古代著作只有对某病选用何经何穴的记载，很少理论阐述。有些病证选用很多经穴，不易理解，学习颇难。近年来的著作，虽注意及此，在治疗中亦有立法处方，并能解释方义，这是一大进展。但是这一工作才刚刚开始，由于经验不同，心得各异，说法亦较分歧，显得较为凌乱。在发展过程中各抒己见是十分必要的，但最后要求获得统一的意见，逐步走向规范化，使临床应用有所遵循。目前，正在向这一方向努力，估计今后当能获得比较正统而完善的针灸临床理法方穴理论，更精确地指导临床。

7. 临床治疗新发展的预测

从上述6个方面的进展看，有理由认为今后10~20年，针灸临床将会有飞跃的发展。

(1) 从治疗到预防：中医有一整套锻炼身体、益寿延年的养生之道，例如五禽戏、气功等，均为人们所熟知。灸法的强身预防作用古书亦屡有记载，经现代应用验证，确有实效。例如灸风门、足三里预防流感，据流行区的观察，灸后发病率明显减少，而且观察到灸后血清免疫抗体明显增强，增强了机体抗病能力。又如高血压病人采用灸法，经长期观察，中风发病率亦显著减少。哮喘与慢性气管炎，长期施灸，复发率亦大大降低等等，各地均有报道。这一简单易行的方法如能广泛推行，对预防保健工作当会起到巨大的作用。

(2) 从治慢性病到治急性病：以往认为针灸只能治疗一些慢性病，而且是较轻的病。近年来有所改变，各地有不少急性病的治疗经验，例如有对急性心绞痛、心律不齐，甚至



心肌梗塞的患者，也应用针刺治疗。急性胃穿孔的针灸治疗获得成功，并从动物实验观察中证明其作用。如此等等，都说明针灸能够治疗急性病，而且有的疗效很好。在此基础上进一步探索，才能获得更大的进展。

针灸治疗急性传染病，已有一定的基础，进一步扩大治疗病种是必然趋势，并且还能解决较危重病例，如中毒性菌痢、重症肝炎、恶性疟疾等等。由于针灸有较好的抗感染、抗休克作用，如果我们敢于创新，勇于探索，认真去深入研究，完全可能取得突破。实验证明针灸除上述抗感染、抗休克作用外，还有良好的镇痛、退热作用，而且方便易行，因此，非常适宜于急症的抢救工作。

(3) 从治功能性疾病到器质性疾病：针灸不仅能治疗功能性疾病，同样也能治疗器质性疾病，这已为大量实验所证实。例如肺结核针灸后由于症状消失，病灶亦相应好转；针灸治疗胃和十二指肠溃疡，能使其溃疡面愈合等。今后将对更多的、更复杂的器质性病变发挥它的作用。

(4) 治疗恶性肿瘤：这是应特别提出的。恶性肿瘤死亡率高，众所周知。目前国内外已经有了一些治法，但仍未根本解决问题。针灸能否在这些方面起作用呢？根据目前报道，有用针灸控制或减轻某些患者的疼痛，有用针灸防治化疗的副反应者，有用以缓解某些主要症状如食道癌的吞咽困难等等，对减少痛苦，延长寿命，均起到一定的帮助作用。同时，针灸能提高机体的免疫能力，而免疫能力的高低，对恶性肿瘤病人是十分重要的，因此不能低估它的作用。如何更好地利用针灸的优势，在治疗恶性肿瘤中起到应有的作用，这是今后重要的研究课题。

(5) 从繁重的人工操作代之以机械操作：目前针灸，一



承古法，几千年来改变不大。针灸医生既是脑力劳动者，又是体力劳动者，工作效率低，操作无标准，大大影响其发展。虽有电针、电灸、激光等等，应用不普遍，功效亦需提高。随着生产的发展，将会逐步改变这一现状。针刺及艾灸的操作，必将为新的治疗仪器所代替。科学化的针灸方法，特别是电子计算机的应用，更有广阔的前景。

(摘自中国针灸学会针灸临床分会第一次全体大会暨学术研讨会论文汇编，1986年)

针灸治疗方法研究概况

针灸治疗方法是针灸学的重要组成部分，针灸治疗方法的研究与发展，对扩大针灸治疗范围和提高针灸治疗效果、改善针灸条件、提高工作效率有重要作用。

新中国成立30多年来。在继承古代针灸治疗方法的基础上，通过临床实践，又创用了许多新方法，有了许多新进展。在针法中，主要有毫针、电针、水针（小剂量药物穴位注射）、火针、温针、银针、指针、芒针、巨针、皮肤针（包括梅花针）、皮内针（揸针）、挑针（针挑疗法）、声电波针、放血针（刺血疗法）、耳针、头针和腕踝针等。在灸法中，主要有艾炷温和灸、艾卷温和灸、艾炷烧灼灸、艾炷隔物灸、温筒头、电热灸和天灸（发泡疗法）等。还有将其他性质的刺激施用在穴位上的治疗方法，如穴位埋藏法、穴位结扎法、穴位割治法、穴位照射法、穴位离子透入法、穴位电刺激法、穴位微波刺激法、穴位激光刺激法、穴位超声波

刺激法、穴位药物贴敷法和穴位磁疗法等。

上述各种治疗方法，相互结合，交错运用，又形成了一些新的方法，以适应临床多种情况的需要。

除此之外，还有面针、鼻针、唇针、口针、眼针、手针、足针、气针、针刺淋巴结疗法、刺激神经干疗法等，针灸界还有不同意见，有待继续研究。

30 多年来，学习传统的针灸理论与经验，运用现代科学仪器与方法，中西医结合，多学科结合，对各种治疗方法进行了广泛的临床观察与实验研究。

1. 毫针刺法

许多针灸工作者对手法补泻进行了大量研究。有的报道以皮肤温度和血管容积为指标对热凉手法进行观察，热补手法使皮肤温度升高者为多，凉泻手法使皮肤温度降低者为多，与平补平泻法和对照组比较，经统计学处理有非常显著的差别；热补手法针刺合谷穴能引起血管舒张反应，凉泻手法针刺合谷穴则出现收缩反应，两种手法对血管收缩及舒张反应与平补平泻法比较，经统计学处理也有非常显著的差别。另外还有报道，在健康人和病人身上对烧山火、透天凉、捻转提插和平补平泻法进行的 800 余次的观察中发现：施用补法针下出现温热感的同时伴有肢体容积曲线上升和脉搏速度减缓的现象，提示出现血管舒张反应；反之，施用泻法针下出现寒凉感的同时，伴有肢体容积曲线下降和脉搏速度加快的现象，提示出现血管收缩反应。在同一实验过程中，先施补法，后施泻法，即出现相应的先舒张、后收缩的血管反应；反之，则出现先收缩、后舒张的血管反应。分析结果，认为针刺补泻作用出现的血管舒缩反应不是针下温度感的继发反应，而是针刺补泻作用所固有的结果。在观察中

还发现针刺补泻作用的效应与机体的虚实状态有关。虚证显著的患者，对补泻法的反应就不明显，甚或不出现反应；实证显著的患者，对针刺补泻作用的反应就不符合一般的规律性，补法的反应不明显或无反应，泻法则引起血管舒张反应，或使补法作用引起的血管舒张反应加强。针刺补泻手法的效应不仅决定于补和泻及补泻手法的类型，而且也决定于病症、虚实及虚实的程度。还有人认为针刺对机体引起的效应，不仅与针刺的条件有关，而且还取决于机体的生理病理状态，即：在刺激条件（刺激的部位、性质、强度和刺激的持续时间等）相同的情况下，其效应取决于机体的机能状态（生理的和病理的）；在机体机能状态相同的情况下其效应取决于针刺的条件。为了进一步观察补泻手法的效应，有人用热象仪红外线摄影技术观察“变通的徐疾补泻法”针刺左侧合谷穴对红外线成像的影响。在补法组 10 例次 40 幅热象图中与针前相比，手部不同程度变亮者有 34 幅，占 85%；泻法组 10 例次 40 幅热象图中与针前相比，变暗者有 26 幅，占 65%；空白对照组 10 例次 40 幅热象图中，无变化者有 32 幅，占 80%，三组之间经统计学处理，有非常显著的差异。以甲皱微循环和皮肤温度为指标进行针刺补泻手法的研究表明，针刺补法在行针及出针后，毛细血管口径比针前有增大倾向；针刺泻法则比针前明显缩小，对照组（不针）则变化不大。对皮肤温度的变化，针刺补法在行针时和出针后都比针前明显升高；针刺泻法在行针时虽略有上升趋势，但无统计学意义；不针时基本稳定，变化甚微。有的单位在以皮肤温度为指标避免任何暗示的情况下，对烧山火、透天凉手法的观察中，发现在作了热凉两种手法以后，皮肤温度有升高也有降低，而升高者比降低者为多。透天凉手法使皮肤

温度降低者似乎比烧山火手法降低者为多。但手法对皮肤温度的影响，以手法前原来的温度对它的影响为大，认为这是一种调整作用，与中医学理论针灸能调整阴阳的观点是一致的。毫针刺法是针刺方法中最基本的和应用最广的一种针法，也是最讲究针刺手法的一种针法。这种针法被认为是一种很精细的操作技术，值得进一步深入研究。

2. 电针疗法

是在毫针刺法的基础上与电刺激相结合的一种方法，目前已有多种形式的电针治疗机供临床使用。一般认为，交流电针机适用于一般患者，较直流电针机为好，感应断续脉冲电针机，无不良反应；低频振荡器电针机，性质较温和，亦可使用；非纯音、音频电流电针机，由于电流的幅度、频率时刻变化，有避免产生适应性的优点。电针法广泛应用于临床各科，对神经、消化、泌尿、心血管、五官以及皮肤科等多种疾病，如关节痛、头痛、牙痛、胸痛、胃痛、月经痛、三叉神经痛、坐骨神经痛等各种痛症，以及多种慢性病，如偏瘫、慢性腰腿痛、胃下垂、胃及十二指肠溃疡等，都有一定的或较好的效果。电针麻醉应用于多种手术也获得了较好的效果。电针疗法无论在临床治疗、针刺麻醉和理论研究等方面，都进行了大量的工作，并有了不少的专书专著问世，提供了许多宝贵经验。

3. 水针疗法

也叫穴位注射法，如果在穴位上注射小剂量药物就叫穴位小剂量药物注射法。它的特点是把针刺、穴位和药物三者的作用结合起来以提高治病的效果。目前在临床上应用较多的注射液有当归注射液、川芎注射液、红花注射液、灭菌蒸馏水、维生素 B₁、B₁₂、盐酸普鲁卡因、咖啡因、氨茶碱、

冬眠灵、杜冷丁、苯巴比妥钠、三磷酸腺苷、辅酶 A 和各种组织液等。根据临床报告，这种方法应用的药物剂量虽小，但可收到大剂量的效果。例如，在规定的穴位上注射 1~5mg 杜冷丁，即可出现相当于一般肌肉注射 100mg 的注射效果。穴位注射法不仅为针灸治病提供了多种有效的特异性的穴位刺激物，而且也为药物提供了有相对特异性的给药途径（腧穴途径），减少药量，提高疗效，这是很值得重视的。此法已广泛地应用于各科疾病的治疗上，对各种类型的神经痛、神经麻痹、关节与肌肉的风湿症、软组织扭挫伤、腰肌劳损、高血压病、溃疡病、胆绞痛、大叶性肺炎、面肌痉挛、急性感染性多发性神经根炎、感音性耳聋和脑发育不良等，都有较好的效果。例如，有人报道 50 例脑发育不良病人用乙酰谷酰胺 250mg 和呋喃硫胺 20mg（共 7ml），在规定的穴位上，每穴注入 1ml，经 1 个总疗程的治疗后（120 次），有 37 例获显效（74%），7 例有效（14%），6 例无效，总有效率为 88%。其中 34 例经半年至 5 年的随访，疗效巩固。特别是对于某些顽固症状，如智力障碍和二便失禁等，获效较快。有人用针刺和三磷酸腺苷等药物穴位注射治疗小儿急性感染性神经根炎也获得了较好的效果。在患者入院后经过短期（3~10 天）应急处理，待病情稍趋稳定后，在继续已经应用的治疗措施的同时加用针刺和穴位注射（三磷酸腺苷等），在 50 例患者中，23 例痊愈（46%），16 例显效（32%），11 例好转（22%），全部有效；而未加用针刺和穴位注射只继续已经应用的治疗措施的 50 例患者，痊愈者只有 2 例（4%），显效 5 例（10%），好转 31 例（62%），无效 5 例（10%），死亡 7 例（14%）。在用水针对 266 例产程影响的观察中，证明水针不仅对加强宫缩、缩短产程有

相当效果，而且还可以提高无痛分娩的成功率，同时水针后还不致引起宫缩无力，不增加产后出血，对胎儿和母体无不良影响。

4. 耳针疗法

耳部穴位已发展到 200 多个，治疗的病症达到 200 种左右，效果显著者约有 40 多种。对于耳穴的发展，在注意发现新穴的同时，应在现有的基础上作进一步筛选。耳针不仅应用于各种疾病的治疗，而且还应用于辅助诊断某些疾病，用耳针麻醉也有较好的效果。耳穴针刺法，已由单纯的针刺发展到埋针、温针、电针、水针、割治、艾灸、磁疗、离子透入等多种方法。耳穴用于诊断方面，有望诊（变色、变形、丘疹、皮屑、油垢等）、触诊（探触痛点等）和电阻测定等多种方法。在耳廓痛点的观察中，发现在一般情况下，双耳均有痛点反应，但以患侧较为明显，对侧较为明显者只约占 12%，极少数则只见于对侧（约占 2%）。耳廓痛点的出现与消失和疾病的消长也有一定关系。在一般情况下，病情轻者痛点反应也轻或痛点数目较少；病情重者痛点反应也重或痛点的数目较多；病愈后痛点也随之消失或逐步消失；疾病转移时，痛点也相应地转移。痛点的出现，除反映病理变化外，尚有脏象经络方面的意义，如针刺耳廓坐骨神经穴时出现胆经循行感传现象。在耳穴用于辅助诊断的观察中，通过 344 例癌肿患者和 292 例健康人的分析，癌肿患者的耳廓反应物（软骨增生）显著大于健康人。

5. 头针疗法

是针刺头皮的一些部位或穴位以治疗全身性疾病的方法。本法适应症较广，特别是对神经系统的某些病症，如偏瘫、神经官能症等，有较好的效果；对冠心病、高血压病、

急性腰扭伤、功能性子宫出血、近视眼、荨麻疹等，也有一定的效果。例如，在 34 个单位治疗 2917 例偏瘫的临床报道中，有效率为 94.5%，显效率为 58.9%。头针的刺激部位，有的是划分为若干刺激区，据观察，这些区域有相对特异性。有的按头部经络循行方向针刺，也收到治疗瘫痪的效果。对于头针刺激区的名称，有的单位将运动区上 1/5 改为百会穴，中 2/5 改为正营穴，下 2/5 改为头维穴。有的称运动区为百阳穴（百会透太阳），称感觉区为后额顶区，称胃区为通额区。另外，对头针的定位也有不同意见，这些都有待于在实践中作进一步的研究。在头针作用机制的研究方面，观察到头针可使脑电 α 波指数和电压上升，并可改善其不对称性，提示头针对大脑皮层功能有调节作用和改善病理状态的作用。在用头针治疗冠心病患者的观察中，治疗后，心电图有一定的改善，心率及电压可得到调整，T 波平坦者可有不同程度的提高。头针对周围神经损伤、肌源性神经损伤、前角细胞损伤病人的肌电影响，针后可见到电压升高、频率加快，对周围神经损伤而电压降低、波形稀疏者有改善作用。观察头针治疗瘫痪病人时脑血流图的变化，可见到主峰角减少、峰谷加深、波幅升高、波频率减少的现象，提示头针有舒缓血管、改善血管弹性、加强心脏收缩力、增强脑血流量的作用。

6. 腕踝针法

是在腕部和踝部选取相应的腧穴进行皮下针刺，以治疗身体不同部位疾病的方法。这种针法对头痛、牙痛、神经痛、关节痛、腰腿痛、痛经等以疼痛为主的病症，疗效比较显著；对鼻塞、流涎、遗尿、带症、皮肤瘙痒、过敏性皮炎等疗效也较好；对高血压病、中风偏瘫、感觉麻木、哮喘以

及某些类型的精神病也有一定疗效。据 2198 例临床统计，有效率为 88%~89%。有人用腕踝针在内踝最高点上三横指靠跟侧内缘处针刺治疗夜尿症 135 例，经 1 疗程后（7~10 次）治愈者有 111 例，占 82.2%；好转 21 例，占 15.6%；无效 3 例，占 2.2%。总有效率为 97.8%。1 年后随访者 80 例，无复发。

7. 穴位电刺激法

是在穴位表面给予一定强度的电流刺激以治疗某些疾病的方法。目前在临床上应用的有穴位低频电疗、导平治疗和电兴奋等方法。此法在临床上已应用于多种疾病的治疗，仅穴位低频电疗即已用于 90 多种疾病。对大脑发育不全、脊髓空洞症、脊椎裂尿便失禁、硬皮病、一氧化碳中毒、麻醉药中毒、脑膜炎、脑震荡等病的后遗症，以及糖尿病、子宫脱垂、前列腺炎等，都取得了不同程度的疗效。在 9581 例各种病症的临床统计中，总有效率为 94.5%，显效以上率为 71.8%。其中对慢性支气管炎 665 例的观察中，按全国统一疗效标准分析，达到临床控制标准者占 30.83%，显效者 30.53%，总有效率为 93.8%，显效以上率为 61.36%。用直流感应电经穴刺激治疗胃下垂 70 例的观察中，以 15 次为 1 疗程，经 2~3 疗程后，显效者 32 例，有效者 35 例，无效者 3 例，总有效率 95.7%。

8. 声电波刺激法

有人在针刺麻醉研究中，研制了声电波刺激发生器，并进行了临床与实验观察。认为声电波不同于通用的脉冲波，是一种完全随机的复合波，对改善针麻后期效果或有所帮助。在 868 例各种部位的手术中，优良率达 88.3%，对术程较长的大手术后期效果也较稳定。在 486 例大型多种手术

中，声电针组优良率为 82.99%，脉冲电针组为 76.8%；尤其是开颅术两组效果的差异更为明显，在 48 例中，声电针组（24 例）优良率为 75%，脉冲电针组（21 例）为 62.5%，说明在同样手术条件下，声电针麻组的临床效果较脉冲电针麻组的效果为优，但这方面的报道尚少。

9. 穴位激光刺激法

是用激光照射穴位以治病的方法，一般简称为激光针。临床证明，此法有止痛、消炎、舒张血管、活跃代谢等作用，对失眠、遗尿、网球肘、过敏性鼻炎、肩周炎、肋软骨炎、腱鞘炎、支气管哮喘、腹泻、高血压病、周围性面神经麻痹、慢性盆腔炎等有一定疗效。有人报告用此法治疗支气管哮喘 139 例，全组病例均为经用多种治疗措施疗效欠佳或反复发作者。经本法治疗后，缓解者 46 例，占 33.1%；显效者 40 例，占 28.8%；好转者 39 例，占 28.0%；无效者 14 例，占 10.1%。总有效率为 89.9%。在用本法治疗慢性盆腔炎 60 例的观察中，治疗后痊愈者有 21 例，显效者 20 例，进步者 15 例，无效者 4 例。一般经 3~5 次治疗后即可改善症状，10 次左右可获显效。有人报道，以脑血流图和皮肤温度为指标，对近视眼和高血压病人进行观察，发现穴位激光照射确有针刺样作用，并有改善脑循环和提高皮肤温度的作用。激光刺激穴位后，脑血流图波幅升高，上升时间缩短，流入容积速度加快，上升角加大，均有统计学意义。与电针麻醉前后作比较，激光穴位刺激似优于电针。有人用植物血凝素（PHA）和双链酶（SK-SD）皮内试验法为指标，观察激光照射家兔足三里穴对细胞免疫功能的作用。实验结果表明，本法有加强细胞免疫功能的作用。根据临床观察，本法具有无痛、无菌、简便、安全、强度可调和应用范

围广等特点。

10. 微波针法

是将微波技术与针刺相结合治疗疾病的方法。此法是先
将毫针刺入穴内，得气后施以补泻手法，再在毫针上接好微
波针灸仪天线，这样，既有针刺手法补泻作用，又有微波作
用。有人用此法治疗面神经麻痹、肩周炎、腰扭伤、关节
炎、肋间神经痛、坐骨神经痛、头痛等，获得较好效果。有
人报道用此法治疗坐骨神经痛 50 例，结果治愈者 19 例，占
38%；显效 17 例，占 34%；进步 11 例，占 22%；无效 3
例，占 6%，总有效率为 94%。

11. 穴位磁疗法

是在针灸和磁石治病的基础上发展起来的。在穴位上贴
敷磁石治病的方法，早在《本草纲目》中就有记载，至于用
磁石治病的记载远在《神农本草经》中就有了。目前，穴位
磁疗法应用的磁体，有钡铁氧体、锶铁氧体、铈钴铜永磁体
和钐钴永磁体等。穴位磁疗的方法，有贴敷法、磁电法、旋
磁法和磁电针法等。临床证明，穴位磁疗对急性扭挫伤、腰
肌劳损、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨关节炎、高血
压病、神经性头痛、腹泻、癌症、胆道疾患和肛门疾患等有
较好的疗效。

12. 灸法

灸治的方法有很多种。目前在临床上常用的方法有艾炷
或艾卷温和灸法、温筒灸法，对某些病症也用烧灼灸法。许
多文章指出，灸法对一般常见病特别是虚寒症有较好的疗
效，并提出凡属实证及阴虚发热者，一般不宜用灸法的观
点。但是，有的文章则列举了热证可灸的临床实例、热证可
灸的文献依据，对热证可灸进行了探讨，认为热证禁灸的提

法未必是适宜的。看来，热证禁灸和热症可灸，还是一个有争论的问题。灸法对多种病症有较好的效果。例如灸治对单纯性腹泻、慢性胃肠炎、溃疡病、支气管哮喘、肌肉与关节的风湿症、神经衰弱、高血压病、婴儿腹泻、月经不调、慢性盆腔炎、更年期综合征等都有较多的报道，疗效比较满意；艾灸治疗血吸虫病肝硬化、肺结核、血栓闭塞性脉管炎等，也收到了一定的效果。有人用艾炷疤痕灸法，按辨证取穴原则治疗喘息 182 例，近期有效率为 76.9%，2 年随访有效率为 70%。还有人用疤痕灸法防治高血压病，发现此法不仅有明显的降压作用而且还有改善血液粘稠度和对大小血管的扩张作用，因而认为在获得降低血压的基础上有减少暴发中风症的机会。经过 17 年观察，在 54 例高血压病人中经过疤痕灸治疗后，仅有 5 例暴发了“中风”危症，而对照组的 12 例中即有 4 例得了中风病，认为疤痕灸法对防治高血压病和预防中风有一定作用。另外，关于灸法的保健作用，在近年的临床观察和实验研究中也得到了进一步的验证。例如，在用化脓灸法治疗哮喘病 299 例的观察中，在获得临床疗效的基础上（总有效率为 70.6%，显效率为 29.1%），还观察到在灸治前 20 例血白细胞数低于或高于正常值者，灸治后有 19 例调节至正常范围；对 86 例血白细胞数属于正常值者，灸后虽有升高之波动，但无统计学意义。对 42 例病人，在灸后 2 个月，测淋巴细胞转化率和玫瑰花环试验，原低于正常者，其提高均明显；原为正常者，虽有下降，但无统计学意义。此外，在动物实验中证实，灸法对增强机体的免疫防御机能有明显作用。但是，应该指出，灸法虽然在临床上被广泛应用，可是对它的研究与重视远远不如针法，故今后应给以更多的注意。

关于新穴问题

新中国成立以来，中医学有了较快的发展，尤其是针灸医学，无论在医疗、教学、科研等方面，均获得了显著的发展和提高，其中对穴位的创新，更为突出。这些新穴的发现，为扩大针灸治疗范围，提高治疗效果，起到了一定的作用。但是在发展过程中，也存在不少问题，有必要加以整顿，而整顿是一项艰苦而细致的工作，目前尚无统一意见，爰就管见所及，提出如下意见，以就正于同道。

1. 从经穴的发展看新穴的问题

任何学说都不是一蹴而就，突然地创造出来的。它必然有一个从发生到发展的过程，经穴的形成，也不例外。试从马王堆汉墓随葬的一批古医书中有关针灸经络资料的记载，有《阴阳十一脉灸经》和《足臂十一脉灸经》，只有脉名而无穴名，脉可以生病，脉也可以治病。可见当时只按脉治病，而穴位尚未发现。从《内经》开始，经络学说渐趋完备，并且确立了穴位。当时的穴数，虽《素问·气穴论》称“三百六十五穴，针之所由行也”，但实际上全书穴名总数只有 160 穴，有比较明确主治者，只有 140 穴。可以认为这是经穴的创始阶段。后世医家，从临床实践中陆续发现有实效的穴位，至晋代皇甫谧著《针灸甲乙经》时，为了总结整理，归属十二经中才发展为 349 穴。可见从秦末汉初到西晋时代的几百年中，才增加了 200 左右穴位。从医学发展史来看，这一时期，针灸是占主要地位的，故经穴的发展也比较

快。降及宋代，王维一对针灸穴位作了精确考证，在所著《针灸资生经》根据古书进行考证，附入有效穴位，成为359穴。从明至清的著作如杨继洲《针灸大成》只增加了2穴，成为361穴。《医宗金鉴》则维持原数，未有增减。

除经穴之外，尚有奇穴。《灵枢·经筋》指出：“以痛为输”。孙思邈《千金方》所说“阿是穴”，为后世创造奇穴提出了理论依据。历代医家所发现的奇穴，部分已陆续归入正经，如膏肓、风市等穴即其例也。故现存奇穴为数不多。《针灸大成》仅载34穴，《医宗金鉴》只收录17穴，经穴与奇穴合并，总数约为400左右。

从晋到清的1千多年中，穴位增加为数不多，其原因是多方面的，一是汉晋以后，汤药代兴，针灸已退居次要地位，发展趋于缓慢；二是穴位发展到400左右，为数已是不少，临床应用，卓有余裕。除此之外，更重要的是古人对穴位的确定，持极其慎重的态度，非至成熟阶段，决不轻易肯定，这种认真严肃的治学态度，值得我们效法。

从上述经穴发展过程来看，我们可以作出如下结论：一是经穴是从无到有陆续发现而确立的。二是散在的穴位，是经历次考订后方分别归属于各经的。而穴位的确立与增加，是推动针灸医学不断发展的一个重要方面。因此，我们认为，慎重而又积极的创造新穴位，是发展针灸医学必不可少的途径。

2. 十年动乱，新穴剧增，造成混乱

十年动乱，全国在思想上、组织上、理论上造成一片混乱，自然科学也受了很大的影响，尤其是针灸医学，在极左路线的干扰下，提出所谓“一根针、一把草”统治百病的口号，夸大宣传，盲目推广，把一大批仅受极短时间训练的所

谓“针灸医生”推向第一线，到处乱扎乱刺，造成不少医疗事故，在所谓“敢想”、“敢闯”的思想指导下，新疗法、新穴位不断出现，在短短的几年中，新穴数量之剧增，达到惊人的程度。

根据《针灸经外奇穴图谱》所收集的 1595 个奇穴中，1966 年以后的新穴达 1007 个。《针灸新穴》收载文化大革命期间的新穴 801 个（不包括耳穴），两书未收集到的，为数尚不少，曾有人花了几年的时间，搜集古今书籍以及各报章杂志正式或未正式发表的穴位，竟达到 10000 个以上（未发表资料），可谓“恒河沙数”，数不胜数。虽作者费煞苦心，为汇集资料，作出了极大的努力，对针灸医学做出了贡献，但在实际应用中，这样多的穴位，密布全身，几无空隙，还有什么穴位可言呢？对于学者来说，更是茫然不知所从，而且有许多新穴，由于粗制滥造，错误百出，甚至荒唐可笑，从而造成经穴学中的混乱，现就粗略分析，举出如下例子，以说明其混乱情况：

(1) 与十四经穴名同而位置不同的如：哑门、环跳、曲泉、金门、通里、大都、五处、水道、冲阳、关门、水分、脊中、期门、光明、廉泉、四满等，原属正经穴位，而作者把它移到另一部位去成为新穴。

(2) 与十四经穴名不同而位置相同的如：通关（阴郄）、绝孕（石门）、肠遗（归来）、天庭（神庭）、手心主（大陵）、寸挠（外关）、外踝上（绝骨）、内昆仑（太溪）、内踝骨下（商丘）、脑根（昆仑）、阳跷（丘墟）等，把原有经穴，改换名称作为新穴。

上述 2 例，经穴与新穴无法鉴别，岂不造成混乱？

(3) 在很小范围内集中许多穴位的如：在短短的人中沟

中，除原有水沟外，新加了前阴、膀胱、子宫、定神、宫1等，把一条小沟挤得水泄不通。在目眶内，除原有睛明、瞳子髎等穴外，新加了外睛明、上睛明、车明1、车明2、车明4、睛光、健明4、增明2、下睛明等，如包括眼区新穴，竟达30个以上。在耳后一小块内，除原有穴位外，增加了聾通、医明下、岩池、下翳风、后翳明、安眠2、安眠1等，加上耳前治聾穴位共十多个，环耳一周多到20个以上，四面包围，叹为观止。在鼻腔内，无法消毒的有：鼻甲侧、鼻丘、治鼻2，不知如何定位？

上述各例，据查作用相同，主治症亦无差异，既然如此，又何必巧立名目，徒乱人意？

此外，在臀部环跳周围，增加了20多个新穴，其中如环跳上二分为“环跳上”，更为新奇者，竟有人在肛门周围定上12个穴位，真是用尽心思，探微索隐了。

(4) 与经穴相差1~2分的新穴如：颊里与地仓，牵正与下关，脑点、背点与颊车均相差1分，内关上在内关上2分。此外如足三里附近有里上、二里半、万里、足中平等，相差均无多，这些新穴无论从经络路线、肌肉组织、神经分布等方面，均无差别，可谓画蛇添足，而且相差1~2分，试问如何定位？

(5) 名异而位同的有：一光、新一、治脑4均在第5、6颈椎棘突间正中。池前、新四号、聾9均在风池前5分。止泻、利尿、血海、关元上，均在脐下2.5寸。臂上、治瘫A、为民、三角肌穴均在三角肌正中。上列新穴，谁是谁非，何去何从，只有作者才知道。

(6) 以革命口号命名的有：红旗、革命穴、东风、反修、防修、立功、斗私、批修、顶天、立地、丰收、永红、

创新等等，这些命名，是受时代背景的影响所致，但对医学来说，总是风马牛不相及。

(7) 以数字和方位命名的有：健明 1~4、东明 1~7、肩痛 1~5、腰痛 1~7 等等。以上下左右前后内外命名者，多至不可胜数。《千金方》有言“凡诸孔穴，名不虚设，皆有深意。”因此，对穴名的理解，应有助于对其掌握和运用。而上述穴名，毫无意义可言。

(8) 耳穴的新穴：耳穴的发展，更为惊人。据报道，耳部穴位竟达到 200 个以上，可谓登峰造极。小小的耳朵怎能容得下这样大量的穴位。穴与穴之间相距只能以毫毛计，真使人啼笑皆非。

关于创造新穴的典型事例亦不少，间有人报道治疗痹症 30 例，竟介绍 15 个新穴，平均诊治 2 例，即创造新穴 1 个，可谓粗制滥造的典型。又有人在一篇报道中，全部采用新穴，资料既不全，定位亦似是而非，可谓标新立异的典型（均未发表）。此外，还有奋战几个昼夜，即发明一种新疗法，创造一大堆新穴，疗效之佳，治病之广，夸大到无以复加的地步，这种事例，颇不少见。

上述种种，不管作者的动机与目的如何，其结果不但不能发扬中医学，而且能贬低针灸医学，起到损害中医学的作用，不加整顿，针灸医学的前途不堪设想。

3. 拨乱反正，去芜存菁，对新穴进行考订筛选

新穴的混乱情况及其所造成的影响，已如上述，这种局面再也不能存在下去了，要拨乱反正，加以整顿，要本着实事求是的精神，进行筛选，特提出如下建议：

(1) 首先应根据中医经络学说或现代解剖学，并参考原经穴的分布情况来确定新穴的存在价值。即从经络学解剖组

织学上有理论根据。而其附近又无经穴存在者，可考虑确定新穴。

(2) 对定位合理，临床应用较久公认有效的穴，应予肯定，成熟的可考虑收入正经中去。其疗效尚未肯定的应广泛开展临床验证，严格要求，进行单独观察，积累确实可靠资料，总结真实效果，得出正确结论。

(3) 对那些篡改经穴名称，标以新穴者，一律扬弃，对名异实同，重复出现，或名同实异，混淆视听者，根据情况，或改正或删除，对那些标新立异无实际效果，以及那些不能消毒和不便应用的穴位，均应废除。

(4) 对穴位命名，要有义可释，对那些庸俗、浮夸的名称，要加以更正或删除。

4. 鼓励创造发明，防止粗制滥造

任何科学，总是要不断发展的，时代在前进，对医学的要求也越来越高，因此必需日新月异地跟上形势发展的需要，发展的唯一途径就是创造发明，但是真正的创造发明，不是轻而易举的。而目前有许多新疗法，包括新穴往往只经很短时间和少量病例的观察，便轻率加以肯定，夸大宣传，甚至虚构事实，自欺欺人，这种浮夸不实的作风，要坚决反对。今后对新疗法、新穴位的确定，要从高要求，从严掌握，特提出下列建议：

(1) 对已有的新疗法（包括新穴）逐一进行审查鉴定，审查原始资料（包括临床和实验资料），核实治疗效果，作出鉴定结论，肯定成果者，申请有关部门予以奖励，不符合要求者，应进一步研究观察，效果不真实者，应予否定。

(2) 今后对新疗法新穴的确定，必需经较长时间应用和观察，积累完整资料，成熟后经鉴定后方可推广应用。

(3) 有关报章杂志在报导时，应作调查研究，不要轻易发表，对于教材或书刊，收集资料时，更应持慎重态度，以保证质量。

最后必须指出，在大量的新穴和新疗法中，确有一些行之有效的宝贵经验，这是应当肯定的。但如果不剔除那些浮夸和错误的东西，就不能显示真正的创造发明，就会阻碍针灸医学的正常发展，这是一件大事，值得我们重视。虽然我们已经做了大量的工作，取得较大的成绩，但对发扬中医学来说，还仅仅是个开始，任重而道远，需要我们有计划有步骤的进行，使之全面发展，不能只局限于新穴的探索。

(本文发表于江苏针灸学会第二次学术研讨会，摘自《上海针灸杂志》1982年第1期)

临床用穴漫谈

药有药性，穴有穴法，针灸医生用穴如将帅用兵，需知兵形、兵性，知其可为和不可为，知其所擅与所短，则无往而不利。针术亦然，临证需通晓穴性，知腧穴之所擅与所不擅，然后遣穴组方，才能运用自若，游刃有余，获得较好的临床疗效。现就临床常用腧穴的适应证和应用方法，作一简要的介绍。

1. 足三里

【适应证】

足三里的临床适应范围尤广，用该穴主要治疗急慢性胃脘痛、胃十二指肠溃疡、消化不良、急慢性肠炎、细菌性痢

疾、病毒性肝炎、高血压病、血管神经性头痛、神经性耳聋、神经衰弱、白细胞减少症、腓总神经麻痹、中风后遗症下肢瘫痪、小儿发育迟缓、小儿精神发育不全等。

【临床应用指征和禁忌】

总结该穴的临床应用，从发病部位看，消化道症状常用足三里以收功，以其对胃肠功能具有较好的调整作用；从发病的性质看，《通玄指要赋》说“三里却五劳之羸瘦”，病属虚者，多用足三里，尤其是脾胃虚弱或气血亏损者，更当首选；从病程看，若久病不已，证候反复，正虚邪恋者，用足三里助正达邪；从发病体质看，凡属先天禀赋，或年老肾精不充之证，法以培后天以补先天，取足阳明之土，亦应取足三里。

该穴位无明显的证候禁忌，若手法过强，操作不当，刺伤神经，可引起足背上抬无力或足趾上跷不能，行走不便。

【配伍应用】

足三里配中脘，健脾和胃；足三里配悬钟，补气行血，疏通经脉；足三里配上巨虚，通调肠腑，健脾止泄；足三里配脾俞、气海，补气摄血；足三里配关元、气海，培补脾肾，理劳补虚。

【刺灸法】

实证则行提插捻转泻法，虚证则用提插捻转补法。刺激量应适度，不强调过强的刺激量，以患者不感到难受为度，如对久病体虚的病人或脑力劳动者，手法应更轻。

【其他】

预防感冒，可在流感流行地区对正常人艾条悬灸足三里、风门二穴，可有明显的防感冒作用；灸足三里可治眼睛发暗；针刺足三里，对部分位于足阳明胃经头上部位的神经

性头痛有效；中老年人常灸足三里、悬钟穴，可防中风发作。

2. 大椎

【适应证】

感冒、疟疾、急性呼吸系统感染、哮喘、高热、荨麻疹、痤疮、落枕、颈椎病、脊髓炎、小儿脑瘫、肢体震颤、贫血、单纯性甲状腺肿等疾病。

【临床应用指征和禁忌】

发热，大椎可以宣发邪热，属表热者尤良，同时也可以宣散胸中积热，镇咳定喘，或治风热在表的皮肤病证；神经精神系统疾病以督脉病候为主要特征者如见脊强、失智、风癲、战掉等，应考虑用大椎治疗；颈部经脉气血不利，取大椎乃局部治疗作用。

该穴既可用于实证，亦可用于虚证，应用范围较广，无明显的应用限制，临床常根据其主治特征选用。该穴下方是脊髓，若刺过深，损伤脊髓，可引起严重的事故，《内经》就有“刺头中脑户，入脑立死”、“刺脊间中髓，为伛”等记录，临床应加以注意。

【配伍应用】

大椎配间使，截疟，清热；大椎配曲池、外关、合谷，清热，疏风，治疗感冒、荨麻疹、痤疮；大椎配肺俞，清泄肺热，治疗肺部感染、哮喘；大椎配长强，通调督脉，主治脊背强痛，治脊背疼痛；大椎配风池、血海，养血祛风，平熄内风，治疗血虚动风的战掉、风癲、失智及神经性皮炎等；大椎配脾俞、肾俞，理劳补益，提高机体免疫力。

【刺灸法】

对于热病和颈部局部病证，大椎穴常刺入0.5~1.0寸，

泄热手法宜重，大幅提插捻转，针后不闭针孔；颈部病证则应施以柔缓的刺激，使局部有适宜的针感，以患者无明显难受为度；对于神经系统疾病，常需深刺，针入椎管，触及脊髓硬膜，一般在进针 1.5 寸后，若指下阻力减小，患者出现较强的麻胀或触电样感，即为到位，稍稍提退，轻轻提插捻转，即可达到治疗的效果。

3. 关元

【适应证】

虚劳、营养不良、神经衰弱、低血压眩晕、阳痿、遗精、前列腺炎、睾丸附睾炎、盆腔炎、泌尿系感染、少腹疼痛、术后肠粘连、慢性腹泻等疾病。

【临床应用指征和禁忌】

久病虚损，正气虚耗或各种疾病见有元气不足者，均为适应证。《类经图翼》谓：“此穴当人身上下四旁之中，又‘大中极’，乃男子藏精，女子蓄血之处。”灸之可有明显的增强体质，调补虚损的作用。《扁鹊心书》曾谓：“人于无病时，常灸关元、气海、命门、中脘，虽未得长生，亦可保百余年寿矣。”关元还可急救回阳，用于休克等阳气外脱的病证；急慢性泌尿系感染，见有明显的尿路刺激症者，关元具有很好的治疗作用；少腹部的炎症，见有少腹疼痛、少腹不温、少腹痃聚等，关元具有较好的局部治疗作用。

对于下焦湿热，关元多用针法，不宜灸，否则抱薪救火，反致病剧。古人说本穴又名“石门”，刺之令人无子，《明堂孔穴针灸图经》认为“孕妇禁针，针而胎落，胎不出，针外昆仑即出。”妇女妊娠期间，针刺关元易致流产。虽然有人观察认为，针刺后并不一定引起堕胎，但是临床还应谨慎从事，以免纠纷。此外，该穴针前应排尽小便，以防刺破

膀胱。

【配伍应用】

关元配气海（灸），温元阳，保肾气，治疗积冷虚乏，营养不良、神经衰弱；关元配足三里（灸），急救回阳，升高血压，用治休克或血压下降的眩晕；关元配阴陵泉、三阴交，治疗尿路感染，尤其用于泌尿道刺激征；关元配大敦，理气通经，除疝散结，对睾丸炎的睾丸坠胀有明显的疗效；关元配太溪、涌泉，有补肾、行气、利水的作用，主治肾虚久泄、下腹疼痛、腰痛、滑精、白浊及女子带下等。

【刺灸法】

治疗虚证宜灸，治疗实证多用针法。壮阳补肾，给以重灸，使少腹表皮始终有热烫感，热气内透下腹内，但不灼痛，壮数宜多，灸至少腹回暖为度；灸休克者，则应以艾盒灸，火足气到，艾灸至神气渐苏方止；针治尿道刺激征，一般应采用弱刺激，反而能更快的消除症状。其他如针治肾虚水肿、肾虚腹泻遗精、白带均应采取轻刺激，施以提插捻转补法。

【其他】

关元以3寸长针深刺，可以用治腰肌劳损，一般针后可迅速消除腰部不适症状。对于长期腰骶重痛者，可以使用。

4. 膈俞

【适应证】

肺结核、肋间神经痛、肋软骨炎、胃炎、食道炎、膈肌痉挛、脊背痛、贫血、血小板减少性紫癜、糖尿病、血管神经性头痛、多发性神经炎、中风、荨麻疹等病证。

【临床应用指征和禁忌】

结核病，或慢性肺部感染的咳嗽、支气管哮喘见有肺肾

阴虚征象者，均可考虑用膈俞穴；凡血证皆可用之，血脉不畅者所用尤多。若见有瘀血者，可用该穴化瘀行滞，治疗属于血气瘀滞的证候；或祛瘀生新治疗血液病如贫血、血小板减少等；或用之行血祛风治疗中风、震颤、荨麻疹、汗出不畅等；病在胸膈者，用之可调理胸膈，治疗噎膈、反胃、膈肌痉挛等病证；病在脊背，可治脊背疼痛，也可治疗格林巴利综合征和脊髓炎的神经根或脊髓感觉障碍所致的胸部紧束感等；膈俞对应于胰，用治胰腺的病证，治疗糖尿病或其他胰胆部炎症。

本穴未发现有明显的禁忌病证，只是该穴位于胸背，“背薄如饼”，易于内陷，刺伤肺壁，引起气胸，《内经》还有“刺中膈皆为伤中，其病难愈，不过一岁必死”的记载，可能由于针刺损伤了脊髓胸段神经、迷走神经干或脊髓周围组织等，因而引起了较棘手的医疗失误，这些在临床上均应操作轻巧，细细体味，予以足够的重视。

【配伍应用】

膈俞配胆俞，又称“四花穴”，艾灸可治肺结核病，对肺结核咳嗽和咯血有效；膈俞配肺俞、膻中，调理肺气，止咳平喘，主治咳嗽、气喘、肺炎等；膈俞配肝俞、脾俞，有健脾统血，和营补血的作用，主治贫血、血小板减少；膈俞配曲池、三阴交，有祛风清热，活血止痒的作用，主治荨麻疹及全身瘙痒；膈俞配中脘、内关，有宽胸利气的作用，主治胃痛、呃逆、肠炎等。

【刺灸法】

治疗肺结核用灸法，是古传之法，但临床观察发现，对咳嗽痰多、纳差的病例疗效较好，而潮热盛，咽干口燥、咯血较多等阴虚有火的病例，灸后可有加重趋势，似不相宜，

应考虑针刺与艾灸结合，疗效更为满意；该穴不必行较强的提插捻转，手法应轻柔，得气即止。在一些较敏感的患者，针向不同可引起上下不同的放射样针感，临床应根据病证需要，作适当的手法操作。

5. 阴陵泉

【适应证】

膝关节扭伤、膝关节骨质增生、虚寒腹胀、慢性胃炎、黄疸、急慢性肾炎、甲减粘液性水肿、急慢性肠炎、细菌性痢疾、腹膜炎、尿潴留、尿失禁、喘息性支气管炎、阴茎痛、阴道炎、盆腔炎等病证。

【临床应用指征和禁忌】

凡水湿排泄不畅的病证均可考虑应用该穴，其中包括痰湿内盛的各种病证如胃胀、腹痛，湿邪内蕴的黄疸等；水湿留注肠间的暴泻、急慢性肠炎腹泻；水湿内停皮间水肿；以及泌尿异常的诸淋、尿失禁、尿潴留等；生殖系病证如阴茎痛、遗精、阳痿、阴道炎、盆腔炎等；膝关节病变，膝痛为该穴最常用的适应症。

该穴《针灸大成》谓禁灸，但《针灸甲乙经》谓“灸三壮”亦是少灸之谓。可能是出于化脓灸会伤害腿部肌肉以及深部血管，引起下肢循环不良、行走不便的考虑，目前的艾条悬灸不会引起上述后果，临床并无什么不良反应，故可应用。

临床上未见明显的应用限制，一般多用于虚寒性病证，不少病证单用阴陵泉行灸法，如水肿灸阴陵泉，寒性腹部拘挛疼痛灸阴陵泉等，湿热性病证也可配合其他穴位使用。

【配伍应用】

阴陵泉配水分，有利尿行水消肿的作用，主治水腫；阴

陵泉配三阴交，有温中运脾的作用，主治腹部虚寒，及胃肠等消化系统疾病；阴陵泉配日月、至阳、胆俞，化湿退黄，治疗黄疸；阴陵泉配关元，利尿通淋，治疗排尿异常性疾病；阴陵泉配涌泉，通腑行气止痛，治疗腹膜炎、腹内气痛、少腹坚痛等。

【刺灸法】

针刺时，膝关节病变部位较深者可深刺，水肿在皮肤者，深刺多不应，浅刺才能奏效，治疗胃肠、腹部病证，针尖宜向上斜刺。该穴下方有大血管和重要神经干，深刺或施以较强刺激不安全，一般以中等强度为宜。本穴用治肩周炎可深刺，甚至可透刺阳陵泉。灸法临床也有不少应用，如单穴灸，则灸的时间适当延长，一般灸至局部皮肤潮红即可。

四缝穴的临床作用浅议

四缝穴，最早见于《奇效良方》，谓：“四缝四穴，在手四指内中节是穴。三棱针出血。”本穴由于具有较好的疗效，临床应用颇为普遍，尤其是儿科的消化不良、疳积等证疗效尤佳。

1. 本穴的定位

关于本穴的定位，自《奇效良方》至《针灸大成》均谓：“四缝四穴，在手四指内中节是穴。”但此言言之不详，“四指内中节”中，各指均有近心端和远心端两个节，究竟孰是孰非？清《针灸集成》将本穴定为“在手四指内中节横纹紫脉上”，位置又不相同。民国后承淡安的《中国针灸学》

谓：“四缝，两手除拇指外之四指掌面之第一指节与第二指节横纹之两头（每指两穴），刺出黄白色之透明液体，主治小儿疳积。”将双手八穴变成了十六穴。建国后1959年卫生部中医研究院编著的《针灸学简编》提出：“在两手食指、中指、无名指和小指的掌侧面，第一指间关节横纹中点处。”文革期间，郝金凯的《针灸经外奇穴图谱》则选择了这样的定位方案：“位于手食指、中指、无名指、小指掌侧，远侧指关节（即中指节骨与远侧指节骨间关节）之中央。”历代之书，定位各异，后人无所适从。池澄清的《针灸孔穴及其疗法便览》对文献进行了整理，说：“四缝，奇穴。手食、中、无名、小指掌侧的第一节与第二节关节部横纹中间，一说在食、中、无名、小指掌侧第一、二节横纹两头，每指两穴，左右共十六穴；或谓在无名指中节，用圆利针点刺挤出血，主治小儿消耗症，轻症点刺挤出血液，重症挤出黄白色透明粘液。据称针后二三天即有显著效果。”并没就定位问题作出定论。

2. 本穴的刺法及主治

本穴的刺法，《奇效良方》《针灸大成》《针灸集成》均主张刺血，其主治症是“小儿猢猻劳莽证”或治小儿发热。《中国针灸学》则认为本穴刺法应是点刺后，挤出黄白色透明液，主治小儿疳积。《针灸学简编》提出折中的刺法方案：速刺一分，挤出少量黄白色透明样液体，或出血为度。所适用的病证包括：小儿瘫痪、小儿消化不良、腹泻、胆道蛔虫症等。在编写《针灸学》全国统编教材时，对古代资料 and 目前临床实际进行了认真研究，发现《奇效良方》虽提出了“四缝”的穴名，但不论从定位还是刺法和主治都与今天大不相同。《奇效良方》《针灸大成》所提的部位不详，无以为

则。《针灸集成》的定位与现在的临床实际相差甚远，也不足以引用。而且他们均用刺血方法，侧重于泻热，而不是治疗疳积。比较起来，《中国针灸学》与《针灸学简编》的定位均在四指近端指关节，刺法均是刺黄白透明液体，这种刺法对营养不良性疾病有治疗作用，与今天的方法相近。只是承淡安先生的穴法太繁，与古义有差，《针灸学简编》的定位与刺法就较为可取。我们的临床经验是，三棱针点刺手指近心端关节中点，疗效更满意，而且其不仅可治疗小儿营养不良，对咳嗽、喘息亦有较好的疗效。所以，基于现成的临床经验，应确定它的定位为近心端的手食、中、无名、小指掌侧指关节横纹中点。

我们将该穴用于治疗小儿疳积、病毒性肝炎、咳嗽、肺结核、蛔虫症、百日咳等多种疾病，均有较好的临床疗效，近人研究发现其还可用于高热、夜啼、疟疾、遗尿等疾病。目前，对于本穴的治疗适应症的观察，已拓展至近 30 种疾病，对这些病证进行梳理，其主治主要侧重于治疗消化系统疾病和呼吸系统病证两方面。如夜啼，小儿肠中有积之夜啼，属消化系统病，高热，可能因于呼吸系统或消化系统的感染，如果抓住该穴治疗呼吸和消化系统病这两大主线，其他的功效主治就容易理解了。对腧穴的功效主治的整理，一向是较为棘手的问题，对该穴位的功效主治的这种总结方法，可能是一条可行的路子，值得尝试。

在该穴的消化系统疾病的治疗机理研究方面，已有一些实验报道。据研究发现，本穴点刺后，营养不良小儿合并佝偻病者，针四缝后发现血清钙、磷均有上升，碱性磷酸酶活性降低，结果钙、磷乘积增加，大大有助于患儿的骨骼发育与成长。另据报道，针刺蛔虫病患儿四缝穴，可使肠中胰蛋

白酶、胰淀粉酶和胰脂肪酶的含量（消化强度）增加。

腑的节律与针灸手法

曾经对尿路结石、胆囊炎、胆石症的病例进行 X 线直视下的针灸观察，发现这些器官均有自身独特的蠕动节律，而且针刺对胆囊、大小肠、胃、输尿管等器官的蠕动节律均有或多或少的即时影响，这一现象促使我们对针灸疗法与器官节律性的关系进行了思考。针刺后对其蠕动节律到底产生了一些什么影响呢？怎样利用这一现象提高临床疗效？由于仅是初步的研究，针刺对器官节律的影响仅停留在选穴阶段，但针刺手法的选择也是一个重要因素。

1. 与腑有关的器官节律表现

六腑以通为用，其传化物而不藏。其传导则必然有其传导节律，临床观察可见，任何腑均有其运动节律，不仅是六腑，就是奇恒之腑的子宫，也有其独特的运动收缩节律，血脉的运动节律业已被公认，节律可能是其运动的最重要的形式。

研究发现，在空腹状态下，胃的运动主要有 4 种基本状态，Ⅰ期属于静止期，Ⅱ期为收缩期的开始，出现不规则的时有间断的收缩，Ⅲ期是正规收缩期，可出现 3 次/分的较强有力的收缩；Ⅳ期是收缩期向静止期移行的过渡期。各期均持续 20~40 分钟，周而复始，运动不停。

胆囊运动也有其明显的节律性，在禁食状态下，其主要 有 3 种运动形式，Ⅰ期为静止期，Ⅱ期有不规则的收缩，而

Ⅲ期则是胆囊的正规收缩，其收缩频率与胃相近，只有在此期，Oddi's 括约肌才出现收缩，以增加胆囊的压力，以助胆汁的排泄。与胃肠一样，胆囊运动也呈现明显的周期性，形成了其自身的运动节律。

小肠的节律性运动早在 1902 年就为 Cannon 所发现，这种运动是一种节律性的分节运动，以向下推进食糜。空肠的收缩运动频率为 11 次/分左右，回肠略低。这种节律很容易受外来的刺激影响，如空腹时运动频率慢，而进食后则明显加快。

输尿管的平均蠕动时间 3~4 次/分，每次收缩可持续 2~3 秒，甚至可到 7 秒，舒张时间是 3 秒左右，在收缩和舒张运动之间有 10 秒左右的间隔期，这种运动也呈现明显的周期性。

以上仅是部分研究观察资料，几乎所有与中医的腑相关的器官，均具有运动节律性，这可能是腑的共同特征。在正常情况下，均有着自身的运动节律，保持着一定的运动频率，六腑正是靠这种有节律性的运动，而达到了传导化物，通行水液的功能。一旦这种运动加速或迟钝，提示腑气不畅，则疾病应之而产生。

2. 针刺对腑的节律的干预现象

以针刺后输尿管的蠕动变化情况为例，运用静脉肾盂造影追踪录像的方法，动态观察了 34 例患者。取穴阴陵泉、京门、阿是点。进针前，输尿管按每分钟出现 2~3 次蠕动的频率蠕动，针刺切皮后，输尿管管壁立即产生收缩反应，持续 1 分钟左右输尿管扩张，又继续针刺前的蠕动频率。再在针刺部位行针，持续施行针刺手法，输尿管则在行针时处于收缩状态，2 分钟左右这种收缩即开始舒缓，但收

缩的频率明显加快。总结所有样本针刺前后的输尿管表现,发现针刺组针刺后的蠕动频率较正常对照组同期的蠕动频率明显增加 ($P<0.05$)。针刺组输尿管的每次舒张时间在针刺操作时明显缩短 ($P<0.05$),从而认为针刺之所以能促进输尿管蠕动,主要是因为缩短了输尿管蠕动周期中的舒张时间,以增加输尿管的蠕动频率。可见,针刺明显地影响了输尿管的运动节律。

不仅如此,针刺对胆囊、小肠等器官,均有不同程度的干扰运动节律的效应。在研究针刺对胃肠功能影响的实验中,观察到针刺足三里、中脘等穴,在 X 线透视下可见痉挛的胃弛缓,蠕动弱者转强,蠕动强者转弱;对小肠的影响主要是针刺后可以调整小肠的运动,尤其是对节律性分节运动具有明显的调整作用。用直肠蠕动描记法观察,针刺足三里时,可使直肠蠕动频率增高,强度增强,蠕动强烈时,受试者即有便意。

目前没有比较直观的观察胆囊节律的方法,有人用超声波探查仪测控胆囊容积的办法,对 50 例正常人进行了实验观察,方法为针刺胆囊穴得气后静留针,在针前、针刺即刻、留针 15 分钟、30 分钟分别探查胆囊的大小,并求其收缩度。结果对照组总的胆囊容积变化不大,而针刺组的针刺即刻、留针 15 分钟、30 分钟的收缩度分别为 7.9%、32.2% 和 56.9%。结果还显示针刺组胆囊缩小 50% 以上者占 70%,与对照组的 8% 相比有极显著的差异。还有人观察了部分胆道疾病患者在针刺日月、期门后的胆道运动,主要应用胆道造影 X 线摄片和录像等动态观察,观察结果表明,针刺后胆囊无明显的收缩,而起针后可见有效的收缩,但不及脂肪餐对胆囊的收缩作用。同时针刺并不改变 Oddi's 括

约肌的开闭，针刺则 Oddi's 括约肌的开放较频繁，开放时间也明显延长。

3. 关于针刺手法的思考

正因为腑具有节律性的特点，对这些器官病症的治疗，就不能无视其这一特点。首先，是治疗上如何运用腑的节律的问题。《灵枢·九针十二原》就说：“刺之微，在速迟。粗守关，上守机，机之动不离其空，空中之机清静而微，其来不可逢，其往不可追……知其往来，要与之期。”指出针刺之奥妙，就是掌握快慢的节律，和着机体的节律而治之。针刺不能仅着眼于器官的解剖结构，更应瞩目于器官的功能状态，这些功能状态就是以节律的形式表现出来的，病变时会出现异常的节律问题，针刺的关键，就是找准治疗时机，运用恰当的方法，在其运动变化的焦点上进行调整，即可获得“四两拨千金”之效，所谓“法天则地，随应而动，和之若响，随之若影”。错过了它，就难以获得神奇的效果。

再者，针刺行针本身也存在节律问题，如捻针的频率、针刺提插的频率，行针间隔的节律等，这些节律与所治疗的器官的节律之间，应存在怎样的关系，才能更好的发挥针刺的治疗作用，则是一个值得推敲的问题。由于我们这方面的观察做的还不多，难以得出可靠的结论。目前研究针刺对于器官节律的影响作用，仅仅停留在选穴的角度，怎样合理地利用腑的运动节律治疗腑病，什么样的针刺节律对某个器官的疗效更好，都是今后必须研究的课题。

谈针灸的通腑

《临证指南医案》说：“六腑皆以宣通为用。”《吴医汇讲·卷三》说：“‘五脏者，藏精气而不泻故满而不能实；六腑者，传化物而不藏，故实而不能满。’此脏宜补，腑宜通之要旨也。”腑气不通，则腹中满痛。张子和在《儒门事亲》中曾曰：“腹中满痛，里壅为实，故可下之，不计杂病、伤寒，皆宜急下之。”还说：“催生下乳，磨积逐水，破经泄气，凡下行者，皆下法也，宜大承气汤……”将阳明腑实证的攻下通腑法的应用范围扩大到凡胃、大肠、小肠、胆、三焦及膀胱的壅滞所致的多种病证，而且确实有其一定的临床指导意义。即使是今天，通腑泄热的方法也还应用于应进行利胆、逐水的病证，甚至有人将通腑就理解为通肠腑。但在针灸治疗中，通腑的含义与承气汤方有很多不同之处。其最重要的两条是：

1. 有积通之，无积和之

针灸疗法的效应是对器官的一种调节效应，因机体不同的病理变化特点，而呈现不同的治疗效应。如果存在腑气不通的症状，针灸可以产生通积导滞的效应，而如果没有积滞，则可产生对该脏器的调护作用。有人观察发现，如对于阳明腑实证，腹胀腹痛，便结不下，口臭而渴，心烦不安，尿赤，舌苔厚腻，脉洪者，可取大肠俞、天枢、上巨虚、内庭、支沟、商阳、厉兑，厉兑可点刺出血，其余穴位则针刺后行针5分钟，若不效，可继续行针10~15分钟。本方可

达通便涤滞，起热退身静之效。而若无阳明腑实，则上述穴位就不会产生通便的作用，此时患者若有泄泻，可去其所配之商阳、厉兑等穴，还能起到止泻的作用。可见，针灸通腑之法，不似中药，以外加的性味，干涉于病灶，扭转其病结，而是调动体内之生理应变功能，疏解其郁结，化积于无形。

2. 选穴应有脏腑特征

虽然，通肠腑的作用对六腑的病证均有很大的帮助，但在针灸治疗中，通肠腑作用并不能对其他腑病产生明显的影响，究其原因，如果病在它腑，肠腑没有积滞，针灸并不能产生通腑的效应。若想获得它腑的针灸治疗效应，则必须选用相应于该腑的穴位。可见，针灸对于器官的治疗作用，具有较明显的选择性。通腑治疗中应认清不同的器官，选择有针对性的穴位，才能达到治疗的效果。总结古人的针灸治疗经验，对腑病的治疗，一般有三条治疗原则：其一，是《内经》中“合治内腑”的选穴原则；其二，是《内经》中提出的“邪在胆……口中苦……治之以胆募输。”即选用募穴治疗腑病的方法；其三，是脏腑有疾，应取十二原，即取原穴治疗腑病的方法。临床上对于腑病，常常选取下合穴、募穴及其原穴组成穴位处方，并选用对症治疗的部分穴位进行治疗。

例如治胆腑的病证，胆的邪热阻滞，胆附于肝，内藏精汁，故称胆为“中精之腑”。《脉经》云：“肝之余气，溢入于胆，聚而成精”。肝与胆相表里，肝主疏泄，胆主通降，只有肝气疏泄条达，胆腑方能清虚通降。一旦外邪侵袭或情志抑郁，肝失疏泄，导致胆汁郁滞，通降不利，溢入血中，泛于肌肤，发为黄疸。我们一般治胆取下合穴阳陵泉、募穴

日月，原穴丘墟，并对症选用支沟、天枢、中脘等穴位进行治疗。其他如胃腑的病变，多用胃募中脘、下合穴足三里及原穴冲阳等治疗；三焦有病，水液停滞者，取募穴石门、下合穴委阳、原穴阳池，配中极、阴陵泉等进行对症治疗。

小儿的体质特点与针灸

对于小儿病的针灸，古人素来慎之。其根本的原因，是因小儿具有特殊的体质，更严重的问题是小儿由于不能可靠地说出病痛，对于针灸这种物理损伤性的刺激，往往不能及时说出自己的感受。因此，吴亦鼎在他的《神灸经纶》中感叹道：“病之最难治者莫如小儿，小儿口不能言，古人谓之哑科！”那么，小儿在针灸治疗中究竟要注意些什么体质特点呢？

1. 气血筋骨皆弱：《灵枢·逆顺肥瘦》中指出：“婴儿者，其肉脆，血少气弱，刺此者，以毫针浅刺而疾发针，日再可也。”明确地提出了小儿的这一体质特点。张子和的《儒门事亲》更有“惟小儿不可刺囟会，不肉分浅薄，恐伤其骨”之说。解决这个问题的办法，主要是从3个方面加以保护，一是不可“妄针灸”，能不针就尽量不要针，能不灸，就最好不要灸，以防稍有不慎，遭遇伤损。《千金要方·卷五》甚至说“小儿气势微弱，医士欲留意治疗……其六岁以下，经所不载，所以乳下婴儿有病，难治者皆为无所承据也。”可见古人对小儿针刺所伤的重视；二是即便针，也是“浅刺而疾出针”，或者如果实在要保证刺激量，可于每次针

刺以小刺激量，通过一日多次的叠加来实现；三是改变针灸的刺激形式，《针灸大成》中所辑的《小儿按摩经》就有“以指代针”的方法，以及灯火灸法等，其目的无不是为了便于小儿接受。

2. 经络脆弱：《诸病源候论·小儿杂病诸候》说：“谚云：戒养小儿。慎护风池，风池在颈项筋两轘之边，有病乃治之，疾微，慎不欲妄针灸，永不辄用吐下，所以然者，针灸伤经络，吐下动脏腑故也。”由于小儿经络易伤，针灸则易出现肢体不用、瘫痪、颈项扭转等问题，提示临床在针灸过程中，应注意刺激量的大小，防止意外损伤。

3. 脏腑不平：《千金要方·卷五》“少小儿所以有痼病及痙病者，皆由脏气不平故也。”小儿为稚阴稚阳之体，神经系统发育尚未完全，过强的刺激，易导致惊悸，因针可能扰心而致惊恐、夜啼，甚则因惧而出现呕逆，不能食、或遗溺等脾肾症状。针灸尤其是针刺，作为一种疼痛性刺激，对小儿则尤应注意。故过去要求针灸术者，行针手法应达到“刺浮瓜而不沉，刺眠猫而不醒”的境界，用于小儿，就不会内惊气血，脏腑和顺。

总之，由于小儿有以上有体质特点，针灸犹须慎之又慎。《育婴家秘》有歌诀说得好：“小儿不宜妄针灸，芽儿嫩小不耐伤，针灸汤丸莫妄尝，破肉损筋成瘦疾，坏肠败胃作余殊！”是正对小儿针灸需顾及气血、经络、脏腑之嫩弱的警示。

然而，“不妄针”并非不针，《千金方》竟谓六岁以下小儿之疾的针灸治疗，竟然“经所不载”，似乎又太迂腐。张子和《儒门事亲》就说，小儿受邪，应即去邪，“邪气去而元气自复”，去邪亦即护正气也。再者，“小儿水在上，火在

下。”（《儒门事亲》）“脏气轻灵，随拨随应。”（《幼幼集成》）而且“夫小儿之疾，并无七情所干，不在肝经，则在脾经，不在脾经则在肝经，其疾多在肝脾两脏。”（《针灸大成》）针灸治疗也容易起效，再者，针灸疗法不害肠胃，且无性无味，取效亦捷，恰是合于调病。所谓疗效所在，即是应用之所。妙在针者需自强手技，苦练内功，则针灸仍不失为儿科疾病的一个重要治疗手段。故《黄帝明堂灸经·下卷》中有：“人治小儿之患，诊察幽微，默而抱疾，自不能言也，或即胎中受病，或是生后伤风，幼发无明，寒温各异，但据诸家方论医药多门，药即无痊，全凭灸法。”云云。

评小儿病的用穴规律

孺儿与成人不同，古人称其体质为“稚阴稚阳”，形体未充，脏腑娇嫩，其发病也多较单纯，不似成人病之胶滞，也不似妇人病之隐曲。我们临床观察发现，小儿病证，不是外伤，便是内虚，其外伤多是六淫、饮食、虫兽金石所伤，内虚则为先天之禀赋有亏。由于小儿发病单纯，其处方用穴，亦有规律可循。现就儿科病证的用穴规律谈谈个人的体会。

1. 感受外邪，入里化热，宜取督脉与五输穴。对于外感病，治当发散外邪。小儿发热，治当发散阳邪，则取督脉的大椎、风门等；若邪犯肺卫，可宣散其手太阴或手阳明，可用其经的五输穴。发热用曲池、合谷，咳逆用鱼际、太渊等，均属此法。

2. 内伤饮食所致吐利诸症，应取脾胃的俞募穴。小儿“脏腑娇嫩”，易于受病。食少则胃弱，过食则积滞，若兼受外寒，亦可致胃肠寒凝气滞，出现腹痛腹泻之证。对这一类病证，一般治取其俞募。迫脏刺背，一前一后，一阴一阳，对脏腑胃肠具有较好的调节作用。

3. 先天禀赋不足，宜取脐周穴。对于先天不足，发育迟缓或重病元气亏耗的病儿，一般取关元、气海以补益肾元，命门火衰并见吐利、腹胀者，可用神阙隔盐灸。

4. 疮疡、虫蛇所伤，应直取病所。一般的湿疹、皮炎等皮肤病变，可用局部艾灸的办法，或艾炷灸，或艾条悬灸。对于虫蛇咬伤，或尽出其血，亦可于局部艾炷灸，若肿胀严重者，可三棱针局部散刺出其恶血，则病可愈。但对于神经毒性咬伤，则应早期尽出其血，当然结合西医的全身急救是必需的。

当然，儿科病证还有很多特殊用穴的方法，存在不少经验用穴的内容，这是以后应该不断发现和补充的东西，可作为上述用穴原则的补充。

总之，儿科病因小儿脏气清灵，发病单纯，及其发病，所涉亦不广，故其治疗亦较单纯。《针灸大成》曾说“夫小儿之疾，并无七情所干，不在肝经，则在脾经，不在脾经则在肝经，其疾多在肝脾两脏。”清·光绪间，岭南程康圃《儿科秘要》认为，治儿科病证无非“平肝、补脾、泻心”三法，称为儿科治疗的“六字法则”，其基本核心就是强调小儿病的病因变化的简捷，劝戒其不可广为克伐，伤及无辜，影响小儿的日后生长。

谈胞宫冲任病的针灸治疗与遣穴处方

胞宫主行月经和孕育胎儿，其功能与肾气的盛衰，天癸的泌竭，冲任的盈亏有密切关系。肾藏精，主生殖，为天癸之源，冲任之本，系胞养胎，只有肾气充盛，肾的阴阳平衡，天癸才能泌至，冲任两脉才能通盛，精血方能注入胞宫化为月经，胞宫才能受孕育胎。肝的藏血与疏泄功能调整着血海的蓄溢有常，使月经如期潮止。脾胃为后天之本，气血生化之源，凡月经之能潮，胎儿之能养，乳汁之能化，无不赖脾所化生之气血以充养；脾又主统血，血之能循经运行全赖脾气之统摄，故经、带、胎、产、乳生理有常，均与脾之运化、统摄功能有密切关系。

可见女性生殖系统的功能与脏腑功能是否正常密切相关，因此，胞宫冲任病可以由脏腑功能失常、气血失调而引起，亦可由外邪直接侵入所致。若肾气不足，肾阳虚衰，则胞宫虚寒，发生经少、闭经、宫寒不孕等病证，治宜温阳暖宫，取任、督两脉有关腧穴及足少阴经穴为主，施以重补重灸之法；若寒邪入里，寒凝胞宫，胞脉阻滞，气血失调，发为痛经、闭经者，治宜温宫行瘀，可取关元、子宫、次髎等穴，先泻后补，针而灸之，血海、三阴交，针用泻法；如湿热蕴于胞宫，则月经过多，崩漏，痛经，带下黄赤、腥臭，阴痒等，治当清利胞宫湿热，取任脉、带脉及足厥阴、足太阴经有关腧穴为主，针以泻法。

冲任两脉同起于胞中，冲为血海，任主胞胎，对月经的

行止，胎儿的孕育，白带的生成，乳汁的生化等均具有重要作用，若直接或间接损伤冲任，导致冲任功能紊乱，则可发生多种妇科病证。如冲任不足，胞宫失养，血海不盈，可导致月经后期、量少、闭经、堕胎、不孕等症，治宜补益冲任，取冲、任两经及足太阴、足阳明经有关腧穴为主，针以补法，并加温灸；若冲任不固，制约无力，可致月经先期、量多、崩漏、带下、滑胎、子宫脱垂等，治宜固摄冲任，取冲、任、督三经腧穴为主，重补重灸；若冲任失调，则月经紊乱，或闭经，或崩漏、痛经、经前乳房胀痛，法当调理冲任，可取肝、脾等“背俞”穴及冲、任两脉经穴为主，针用平补平泻法；如冲任受寒，胞脉阻滞，血行不畅，则见月经后期、量少、闭经、痛经、产后腹痛等症，治当温通冲任，取任脉及足太阴、足阳明经穴为主，针用泻法久留针，灸宜用艾条行雀啄灸；若热扰冲任，血海不宁，则月经先期，经量过多，经期延长甚则崩漏，属于实热者，取任脉及肝脾两经的有关腧穴，针用泻法，属于虚热者，取任脉及足少阴经有关腧穴为主，针以补法；若冲任不固，带脉失约，则发为带下及滑胎等，多与脾肾之虚有关，由于脾虚者，治宜健脾束带，取带脉、任脉及足太阴经腧穴为主，因于肾虚者，治宜固任束带，以任、督两经有关腧穴为主，均用补法针刺，亦可配合温灸。

至于因脏腑、气血功能失调引起的经、带诸症的治法，可用调理相应脏腑气血的方法治疗。结合我们对临床冲任疾病的针灸治疗心得，现将冲任疾病的治疗十法总结如下：

1. 温阳暖宫法

取穴：肾俞、命门、关元、胞门、子户、三阴交。带下绵绵，质稀量多者，加志室、带脉。以上诸穴可用提插捻转

补法，留针 20~30 分钟，同时加用艾条温灸，胞门、子户亦可配合电针治疗，得气后通电 20 分钟。于月经干净后开始针灸，隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。最好结合中药周期治疗。

本法适应于包宫虚寒性病证。凡月经后期、月经过少、闭经、痛经、不孕等属于肾阳不足，胞宫虚寒者，均可参照本法治疗。

2. 温宫行瘀法

取穴：用关元、归来、次髎、血海、三阴交。带下量多，清稀如水者，加脾俞、带脉。方中关元穴针用温补法，其余穴位均用泻法，刺激宜较强，留针 30 分钟，腹骶部腧穴，在留针过程中同时加艾条温灸，温度宜较高，可频施雀啄灸法，至皮肤红赤为度。亦可出针后用隔附子饼灸法，艾炷宜大，壮数宜多。带下清冷者，加脾俞、带脉，补法加灸。

本法适宜于寒凝胞宫之证。凡月经后期、闭经、痛经、带下等具有寒凝胞宫见症者，均可参照本法治疗。

3. 清利胞宫法

取穴：带脉、中极、水道、阴陵泉、行间。伴发热者，加曲池、合谷。以上诸穴均用泻法，留针 20 分钟，每隔 5 分钟行针 1 次，在针刺中极、水道两穴前，应先令病人排尽小便。

本法适用于胞宫湿热之证。凡急、慢性盆腔炎、子宫颈炎等病可参照本法治疗。

4. 补益冲任法

取穴：肾俞、气海、关元、大赫、足三里、三阴交。面色少华，心悸气短者，加脾俞；头晕耳鸣，腰膝酸软者加肝

俞。以上各穴均用补法，并可加温灸。

本法适用于冲任不足或冲任虚损，胞脉失养所致的月经不调、闭经、不孕等症。

5. 固摄冲任法

取穴：百会、气海、关元、隐白。面白虚浮、神倦纳呆加脾俞；带下清稀，腰膝酸软，加肾俞；子宫脱垂者，去隐白，加维道、大赫、子宫。以上诸穴，百会、气海、关元针用补法，留针 20 分钟，在留针过程中，百会穴加艾条悬灸；隐白穴用麦粒大艾炷直接灸 5~7 壮；脾俞、肾俞皆用补法加灸；子宫脱垂者加维道、子宫，针刺前，先嘱病人解去小便，取 75~90mm 长针，针尖向耻骨联合方向透刺 50~75mm，行紧按慢提补法，同时嘱病人做收缩上提会阴部的动作；大赫针尖微向腹中线直刺，腹部诸穴在留针过程中，均可同时加艾条温灸。

本法适用于冲任不固之证。凡月经周期缩短、经期延长、经量过多、功能性子宫出血、子宫脱垂、白带增多等具有虚不固摄见症者，均可参照本法治疗。

6. 调理冲任法

取穴：关元、气冲、三阴交。因于肝郁者，加肝俞、太冲；因于脾虚者加脾俞、足三里；因于肾虚者，加肾俞、太溪；见于更年期者，加命门、太溪。方中三穴，采用平补平泻法，留针 20~30 分钟，在针刺气冲前，应令病人排尽小便。肝旺者加泻太冲；脾虚者加补脾俞、足三里；肾虚者加补肾俞、太溪，均可配合温灸；更年期偏于肾阳虚者，命门用补法加灸，太溪用平补平泻法；偏于肾阴虚者，命门用平补平泻法，太溪针用补法。

本法适用于冲任失调所致之月经先后无定期、功能性子

宫出血、闭经、痛经以及经前期紧张症、更年期综合征等。

7. 温通冲任法

取穴：关元、气冲、血海、地机。腹痛甚者，加归来。方中关元用温补手法，其余诸穴，均用捻转结合提插泻法，留针 30 分钟，同时加艾条温灸，腹部腧穴，亦可出针后用隔附子饼灸。针刺气冲前，应令病人排空小便。

本法适用于冲任受寒，经脉阻滞，血行不畅之证。凡月经后期、经量少、闭经、痛经、产后腹痛等属于冲任阻滞者，均可参考本法治疗。

8. 清凉冲任法

实热证，取穴：大敦、隐白、中极、血海；虚热证，取穴：肾俞、阴交、太溪、三阴交。乳胀胁痛者，加期门；口干咽燥，加照海；潮热盗汗，加阴郄。大敦、隐白针刺 5mm 深度，或用三棱针点刺出血；中极、血海均行平补平泻法，针刺中极前应先令病人排尽小便。肾俞、阴交、太溪、三阴交均用补法，留针 20 分钟，每日针刺 1 次。

本法适用于热扰冲任（实热或虚热）、血海不宁所致的月经先期，月经量多，经期延长，功能性子宫出血等症。

9. 健脾束带法

取穴：脾俞、气海、带脉、足三里、三阴交。腹胀便溏者加天枢。以上诸穴均用补法，留针 20 分钟，同时加艾条温灸。

本法适用于脾虚带下证。慢性宫颈炎具有上述脾虚失运、带脉失约见症者，均可按此法治疗。

10. 固任束带法

取穴：肾俞、命门、关元、带脉、阴陵泉、足三里。大便溏泄者加神阙。以上各穴均用温补手法，反复提插捻转，

留针 30 分钟，同时用艾条温灸。大便溏泄者加神阙穴，用填盐灸法，枣核大艾炷灸 5~7 壮。

本法适用于肾虚带下之证。慢性子宫颈炎具有上述肾阳不足，命门火衰，任脉失固，带脉不约见症者，可按本法治疗。

冲、任与妇女病

妇女病与冲任的关系非常密切，徐大椿《医学源流论·妇科论》开宗明义：“凡治妇人，必先明冲任之脉。”大凡治疗妇科的疾病，必须首先明确冲任二脉的生理功能及病理变化。冲脉，有要冲之义，其起于小腹，下出于会阴，上行于脊柱之内，其外行者经气街与足少阴交会，沿腹部两侧，直上达咽喉，并环绕口唇。冲脉又丽于足阳明经，故《内经》称它为“十二经之海”，王冰称之“冲为血海”。妇女以血为本，月经以血为用，冲脉盛，则月事以时下。任脉有任养之意，其脉亦起于小腹内，下出于会阴部，向前上行至毛际，沿腹部正中上行至咽喉部，再上行环绕口唇，再向上进入目眶下。任脉通过经脉与全身的阴脉会于膻中，主一身之阴经，称为“阴脉之海”，凡人体之精、血、津液，都属任脉所主司。王冰说：“任主胞胎”。只有任脉通畅，月经才能正常，月事正常，才能孕育胎儿。可见，冲任两脉与妇女的生理功能有着密切的关系，一旦两脉发生病变，则会产生妇科经、带、胎、产的各种疾病。

就冲任两脉与妇科病的具体关系，《针灸大成·卷七·奇经八脉》总结道：“任脉与冲脉，皆起于胞中，循脊里，为

经络之海。其浮而外者，循腹上行，会于咽喉，别而络唇口。血气盛，则肌肉热，血独盛，则渗灌皮肤生毫毛，妇人有余于气，不足于血，以其月事数下，冲任并伤故也。”张景岳有言：“月经之本，所重者冲脉。”强调冲脉对月经的重要性。《素问·上古天真论》描述得更为具体，“太冲脉盛”则“月事以时下”，若“太冲脉衰少”，则“天癸竭，地道不通。”即月经不行或不得畅行。至于任脉，滑寿在他的《十四经发挥》称任脉“为妇人生养之本”，强调其与妊娠和产育的关系。《素问·骨空论》云：“任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘕聚。”带下，指妇女腰以下的部位，泛指一切妇科疾病。瘕聚，则指各种妇科腹腔包块，一旦妇人苦于“带下瘕聚”，则种子失于沃土，就难以成胎，成胎亦难生长。总之，此二脉，一主月经，一主任养，共同组成妇人生殖生理之枢纽。由于两脉同起胞中，故常相互影响，导致妇女多种疾病的产生。

针灸调冲任，一般调本经的腧穴，冲脉无有穴通路，主要取与其交会的穴位。《针灸聚英》总结说：“……针经所载，冲脉与督脉同起会阴，其在腹也，行于幽门、通谷、阴都、石关、商曲、育俞、中注、四满、气穴、大赫、横骨，凡二十二穴，皆足少阴之分也。”以后的《奇经八脉考》和《针灸经穴图考》又有增加，这些穴位均为调节冲脉功能的常用穴位，对于月经不调、痛经、闭经、腹急、奔豚等均有较好的临床疗效。任脉经线上有有穴通路，凡二十四，其中腹部经穴尤其是少腹部经穴，对妇科疾病具有很好的治疗作用。临床上，还经常以八脉交会穴通调奇经，也是极为有效的治疗方法。

我们认为，针灸调整奇经有广义、狭义之分，狭义的调

冲任，是选用冲任两经经穴或八脉交会穴进行治疗的方法，而广义的调奇经，则是调全身的脏腑气血以通调冲任。叶天士有言，“八脉皆隶乎肝肾”，冲任的充盛与否，与先天之精，肝血的多少具有直接的关系。而且，后天脾胃的功能如何，更与气血的盈亏息息相关，故从这个意义上说，调冲任，也是调全身的气血，也就是调脏腑。

关于妊娠禁刺

妊娠乃化育之德，滋嗣之本，莫可等闲。然宫中感疾，莫不有殒胎之虞，或访之于药、或求助于针。诚然，针之祛疾尤速，然对妊娠妇女，则应慎之。我们体会，妊娠以后，对各种治疗均应持慎重态度，但绝不可因噎废食，尾首两端。针之于人尤水，“水能载舟，亦能覆舟”，临床上，首先，应肯定针灸对不少妊娠病证有明显的疗效，《针灸甲乙经》中就有不少“乳余疾”的针灸治疗记载，而且，《内经》中也有“有故无殒，亦无殒也”的观点，所以，对针灸疗效较好的一些病证，可大胆使用，同时，也应胆大心细，防止误犯禁忌，造成终生憾事。古人对针刺的妊娠禁忌一直较为注意，归纳起来，主要有以下三大类。

1. 孕期禁刺：第一类是较为保守的观点，认为整个妊娠期间均不可刺，针灸之法虽有神来之效，然针法砭肤伤肉，灸法焦骨伤筋，二者均可动人血气，于壮人则无碍，施之于孕妇，对于胎气或多或少都有所影响，故不主张针灸。

2. 经脉禁忌：第二类是强调不可刺所养之脉。《脉经》

和《巢氏病源》持此说。“一月足厥阴脉养，内属于肝，肝藏血，不可纵怒及疲极筋力，触冒邪风，亦不可妄针灸其经；二月足少阳脉养，内属于胆，胆合于肝，共荣于血，不可惊动及针灸其经；三月手心主脉养，内属于右肾，主精，不可纵欲及悲哀，触冒寒冷，亦不得针灸其经；四月手少阳脉养，内属于三焦，三焦精府合肾以养精，不可劳逸及针灸其经；五月，足太阴脉养，内属于脾，脾养肉，不可妄思，及饥饱触冒卑湿，亦不可针灸其经；六月足阳明脉养，内属于胃，胃为脏腑海，合于脾以养肉，不得杂食及针灸其经；七月手太阴脉养，内属于肺，以养皮毛，不可以忧郁及吼呼触冒烦躁，亦不得针灸其经；八月手阳明脉养，内属于大肠，合肺以养气，毋食燥物致气涩及针灸其经；九月足少阴脉养，内属于肾，以养骨，不可惊恐及房劳触冒生冷，亦不可针灸其经；十月足太阳脉养，内属于膀胱以合肾，太阳为诸阳主气，故使儿脉续，缕皆成，六腑通畅，与母分气，神气各全矣……”各经逐月轮养胎气，胎气血所盛之月，不可刺其经。《女科要旨》列多种逐月养胎法。但今人多仍沿用徐之才的逐月（十月）养胎之法。只是对逐月经络所养与妊娠的关系的研究较少，还缺少有说服力的研究根据，果若无视其禁，能否对胎儿的生长发育产生什么后果，尚不可知，因而临床上，对此应采取慎重的态度。

3. 穴位禁刺：穴位禁刺已为不少临床医生所熟悉，是妊娠禁忌中不可忽略者。古来禁忌颇多，其中最突出者，应为《针灸资生经》的“关元”穴禁刺，《铜人针灸图经》的“合谷、三阴交”，《类经图翼》的“肩井”，针灸集成的“天枢”，是临床强调最多而需注意的五妊娠禁穴，临床不慎误针，使胎儿早落者，举不胜举。当然，临床妊娠禁穴绝不仅

仅是这5个穴位，其他医家也记载了不少这类禁忌。这类禁穴是否具有科学性，目前同样研究甚少。它的机理究竟是能中止早孕，还是促进宫缩，目前还没有统一的结论。有些医生利用其可以堕胎的作用，用合谷、三阴交等穴针之以配合引产，却有不少病例并不能达到预期的治疗作用。看来，妊娠禁穴的促进子宫收缩，加速分娩的作用，可能与孕期、孕妇的体质等多种因素有关。尽管如此，目前，我们对妊娠禁穴的应用，仍需采取慎重的态度。

当然，妊娠中需要谨慎使用的穴位是很多的，针刺或艾灸少腹及腰骶部穴位，均应持慎重的态度。这些穴位如果应用不当，可以引起流产，造成医疗事故。

针灸与乙肝的传染问题的思考

最近国外学者认为，“针灸由于消毒不严，实际已成了肝炎、艾滋病以及肠道沙门氏菌属感染的一个很重要的传染源。”一些国内的学者也持同样的观点。因为具有上述的危险性，针灸的临床应用受到了很大的影响，不少病人谈针色变。针灸是否对乙型肝炎有传染作用，这是一个值得考虑的问题，如果不能很好地说明这个问题，则会严重影响我们针灸治疗急慢性肝炎研究成果的运用。

由于针灸是一种必须刺入人体深部组织的治疗手段，对于经血感染的肝炎，就具有更大的危险性。根据国内有关机构的研究，国内的针灸用具消毒基本上是采用高温高压消毒法，部分不发达地区则采用煮沸消毒法，一些条件极差的医

院，还采用 75% 酒精浸泡消毒法。消毒后针具的平均更换周期是 2~3 天。那么这些消毒手段是否能有效防止肝炎病毒的传播呢？

目前研究结果发现，肝炎病毒本身具有较强的抗理化因子的能力，在高压蒸气状态下，温度需要 121℃ 并保持 20 分钟，在 160℃ 下干烤也需 2 小时，才能将其杀灭，煮沸 10 分钟虽能终止其复制，但仍不能控制其抗原性。在 pH 为 2 的酸性环境下可生存 6 小时，75% 的酒精浸泡半小时皆不能破坏其抗原性。另外，国家卫生器具消毒标准执笔人刘育京先生的调查还发现，即使经过严格的消毒，仍有 5% 的器械及针灸器具不符合消毒要求。显然，以上所介绍的针灸科院内针具消毒，远远不能防止病毒的感染。根据我们针灸治疗肝炎专科的工作经验，以下三个方面的工作将有助于减少或杜绝院内交叉感染：

(1) 积极倡导非创伤性针灸器具。近年来研究出现的激光针灸具，和一些模仿针灸针感的电刺激器具，就是比较好的非创伤性器具，因为可以对穴位进行定量的刺激，并产生既定的“针感”，可以根本上消除针具传播肝炎病毒的疑虑，临床应用更安全。

(2) 推广使用一次性针具。以上的激光针具、电针具虽然具有优越性，如定量性、刺激的持久性等，但不少针灸医生还认为它不足以替代人手的行针。那么，在现阶段，只有一一次性针具才能解决这一问题。一次性针具，因为只用一次，则可大大避免肝炎病毒在针具上传播，相对于一般针具安全了很多。

(3) 对肝炎病毒针具污染情况的疫学调查。现在，无论怎么说，针具的污染都还只是医生头脑中的大致估计，没有

具体可见的污染情况报告。虽然其中的可能性不可低估，我们还是应进一步弄清，消毒后空气中留置多少时间，针具会被污染，程度如何？一次针刺以后，肝炎病毒带毒情况的统计，在针刺各步骤中，针具受污染情况分析等，这样有助于临床规范操作规程，在各步针灸操作中，预防针灸具在病员间传播病毒，保障针灸的安全性。

一例带状疱疹病例的联想

针灸术是中医的一部分，在中医学这个大的范畴之内，必然服从中医学的基本理论，遵循中医的基本原则。业针灸者，深究经络，精于手法，诚然必要，不明脏腑气血阴阳，临床也常遭制肘，针法者，术，针理者，道。重术不重道，则一遇疑窦，即茫然无策。《医贯》有云：“夫有医术，有医道，术可暂行一时，道则流芳千古。”这句话说回来，就是针灸临床中，既要精于手技与法术，又要坚持中医理论，强化辨证论治的观念。

我在门诊曾收治一位 60 多岁的带状疱疹女病人，其治疗过程给我留下了较深的印象。患者左侧腋下簇集疱疹已 1 周，检查疱疹鲜亮，丛集片状布于肋下，跨腋中线及腋前线，周围皮色红，无结痂。诉疼痛难忍，如火灼样，打针吃药均未见效。由于存在某些具体问题，病人要求住院治疗，遂将其收入针灸科病房。第 2 周轮到我到病房查房，床位医生汇报说，入院后，立即给予每日 1 次的针灸治疗，至今疱疹并未见消退，疼痛依旧，皮损范围亦没有缩小，并诉皮肤

灼热，疼痛，检查皮损范围较之初诊时，缩小得有限，疹色仍然晶亮，部分地方有结痂，患部皮肤色红，总的看来，进展不大。根据临床经验，带状疱疹针灸治疗3~4次后，症状总应有所变化，况主治之医生，虽年轻但手技纯熟，其切皮行针，轻巧而沉稳，气随其意，拔展自如，向为大家称道，为何久治不应？带着疑问，临床问诊，患者诉口干、欲饮、腹胀、倦怠，已有7日未行大便。遂以大承气汤2剂下之，1剂后，大便通，患者自诉精神有所好转，翌日再之，胁下皮损部红色已退，遂嘱停止服药，再行针灸治其疱疹。3次针灸后，疱疹亦开始结痂。1周后患者病愈出院。睹现时之效，同组医生无不慨然！

带状疱疹是一个局部病证，但其转归却与全身情况的好坏密切相关，这充分说明整体治疗，在疾病的治疗过程中，是必须的。临事忆及孙真人之言：“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，兹为偶瘥，非医瘥也。”推而想之，针与药，法不同而理无二致，临症若不辨证，只知病所，目无全牛，病何克哉！再者，针药同用，惟病愈是求，此造福于病家，亦是临床医生之必须！

中 医 颂

岐黄作灵素，医学始滥觞，后贤多阐发，斯道乃日昌。
和缓信良医，能察膏与肓，扁鹊饮上池，洞见垣一方。长沙

称医圣，名著论伤寒。立法三百六，处方百十三。元化称绝技，创作麻沸汤，剖腹涤垢浊，奇迹世无双（指当时而言）。叔和精脉法，指下独端详。甲乙成皇甫，针灸传远洋（《针灸甲乙经》国外作为教材）。葛洪擅丹鼎，炼汞成仙丹，巢氏作病源，论述不平凡。唐有孙真人，喜得龙宫方，能治龙与虎，神话实荒唐（治龙未有，治虎则常见）。金元四大家，刘李并朱张，持论多卓见，后世作津梁。时珍采用药，蔚然成大观，巨著传海外，纲举与目张。有清多明哲，首推叶吴王，温病辟蹊径，业绩何辉煌。近贤多俊秀，屈指数难完。遥遥数千年，医著若浩瀚，汗牛充栋宇，巍峨成宝山。三十年来，中医大变样。医教与科研，空前大发扬。累累结硕果，五洲威震荡（目前有一百多个国家研究中医）。进展抑何速？政策放光芒（中医政策）。杏林皆春色，老牛恋夕阳。奋蹄自迈进，素志安敢忘。祝兹中医学，永为祖国光。

欣逢我院建院 30 周年，作此志庆，功拙所不计也。

（本文乃 1985 年 3 月 3 日为院庆 30 周年而作，摘自《南京中医学院学报》1985 年院庆特刊）



邱茂良教授 1913 年 9 月出生于浙江省龙游县寺下村。

1932 年 毕业于浙江兰溪中医专门学校。

1934~1937 年 任无锡中国针灸研究社、中国针灸学校教员,《针灸杂志》主编。

1937~1940 年 任浙江台州中医学校教员。

1941~1948 年 在浙江省龙游县开业行医。

1948~1953 年 任苏州中国针灸研究社教员。

1954 年~至今 任南京中医药大学教授、江苏省中医院针灸科主任医师。

1953 年 出版《针灸与科学》(毛上珍印书馆)。

1956 年 出版《内科针灸治疗学》(江苏人民出版社)。

1958 年 出版《针灸纂要》(江苏人民出版社)。

1963 年 加入中国农工民主党,任省委常委。

1978 年 “针刺治疗急性细菌性痢疾”的研究课题获全国科学技术大会乙级成果奖(《中医杂志》1979 年第 9 期)。

- 1979 年 任中国针灸学会副主任委员。
- 1979 年 任香港针灸学会名誉会长。
- 1980 年 被评为江苏省劳动模范、先进工作者。
- 1980 年 任中国针灸学会江苏省分会主任委员。
- 1981 年 任南京中医学院国际针灸培训中心名誉主任。
- 1981 年 任卫生部医学科学委员会委员。
- 1981 年 任国家科学技术委员会中医组委员。
- 1981 年 任国家科学技术委员会针刺麻醉专题委员会委员。
- 1982 年 任第六届、第七届全国政协委员。
- 1982 年 任全国高等医药院校中医教材编审委员会副主任委员。
- 1982 年 任南京中医学院针灸系主任。
- 1984 年 任南京中医学院针灸系名誉主任。
- 1984 年 加入中国共产党。
- 1985 年 出版《针灸学》全国中医院校统编教材（上海科学技术出版社）。
- 1987 年 任世界针灸学会联合会顾问。
- 1988 年 出版《中国针灸荟萃·治疗学（上册）》（湖南科学技术出版社）。
- 1988 年 出版《中国针灸治疗学》（江苏科学技术出版社）。
- 1989 年 出版《针灸防治细菌性痢疾》（上海翻译公司出版社）。
- 1989 年 出版《针灸防治病毒性肝炎》（上海翻译公司出版社）。
- 1989 年 出版《医学百科全书·针灸分册》（上海科学

技术出版社),任副主编。

1989 年 任阿根廷针灸学会顾问。

1990 年 任加拿大中医针灸学会顾问。

1990 年 任荷兰欧洲中医培训中心顾问。

1991 年 任中国国际针灸考试委员会委员。

1991 年 获享受国务院特殊津贴的专家待遇。

1995 年 出版《针灸治法与处方》(上海科学技术出版社)。

中国百年百名中医临床家丛书

(按姓氏笔画排列)

丁光迪

万友生

王文彦

王任之

王伯岳

史沛棠

叶熙春

刘仕昌

刘弼臣

许玉山

杜雨茂

何世英

余桂清

宋建民

张梦依

张 缙

李玉奇

李济仁 张舜华

于己百

马光亚

王云铭

王合三

邓铁涛

叶心清

石筱山 石仰山

刘冠军

朱良春

许润三

吴考槃

何炎燊

宋祚民

张子琳

张 琪

张镜人

李克绍

李斯炽

干祖望

马新云

王乐亭

王国三

韦文贵 韦玉英

叶桔泉

刘云鹏

刘炳凡

米伯让

邢子亨

何 任

余无言

宋爱人

张珍玉

张云鹏

李今庸

李寿山

李翰卿

杨甲三
汪逢春
陈苏生
周仲瑛
孟澍江
林如高
罗元恺
俞慎初
祝湛予
胡希恕
哈荔田
徐恕甫
贾 堃
钱伯煊
盛国荣
黄坚白
韩百灵
蔡小荪
潘澄濂
魏龙骧

傅方珍

杨志一
邱茂良
陈景河
周次清
岳美中
林沛湘
郑守谦
姜春华
查玉明
赵 棻
夏桂成
耿鉴庭
高辉远
龚去非
章真如
董廷瑶
谢海洲
路志正
颜德馨

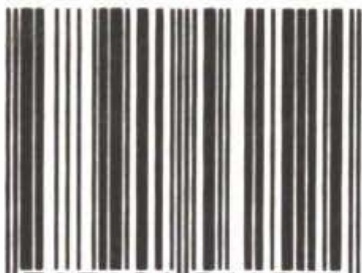
杨继荪
邹云翔
单健民
周筱斋
承淡安
欧阳锜
郑魁山
施今墨
胡天雄
赵心波
徐志华
袁鹤侪
郭士魁
梁剑波
黄宗勛
董建华
蒲辅周
廖蓂阶
魏长春



责任编辑 李 玮
特邀编辑 李 平
封面设计 董 玲 萍

「临 中」
床 家 医

ISBN 7-80156-252-6



9 787801 562524 >

定价：15.00 元