中国中医药名家经典实用文库

『十一五』国家重点图书

中国中医药名家经典实用文库

总主编◎王国辰

石学敏实用针灸学

石学敏 主编

中国中医药出版社



中国中医药名家经典实用文库

“十一五”国家重点图书

- 《周仲瑛实用中医内科学》
- 《邵长荣实用中医肺病学》
- 《夏桂成实用中医妇科学》
- 《徐福松实用中医男科学》
- 《孙桂芝实用中医肿瘤学》
- 《石学敏实用针灸学》

上架建议 中医临床

ISBN 978-7-80231-716-1

9 787802 317161 >

定价：78.00元

策划编辑 华中健 张钢钢
责任编辑 伊丽萦
封面设计 高 峰

出版者的话

21世纪的今天，随着现代医学模式由生物模式向生物、心理、社会和环境相结合模式的转变，现代的医学理念由治愈疾病向预防疾病和提高健康水平方向做出调整，以中医药为代表的传统医药的理论思维和辨证论治方法的生命力正在、并将进一步凸显出来，中医药继承创新和发挥特色优势比任何时候都显得更为紧迫和重要。与此同时，党和国家更加关心和支持中医药工作，反复强调“要大力扶持中医药和民族医药发展，充分发挥祖国传统医药在防病治病中的重要作用”，并采取了一系列重大措施，中医药事业迎来了前所未有的发展战略机遇期。正是在这样的大背景下，我们不失时机地推出了《中国中医药名家经典实用文库》（简称《文库》）大型系列丛书，被国家新闻出版总署列为“十一五”国家重点图书出版项目。

突出传统中医特色，吸收现代研究成果，浓缩名医大家经验，贴近当前临床实际，为读者提供一套特色鲜明、质量上乘、规范实用的中医临床参考书籍，打造出具有时代特征和典范作用的中医临床学术精品，这是策划、编写此套大型《文库》的宗旨。

整套《文库》既有中医临床学科，也有中医临床专科疾病，第一批将出版《周仲瑛实用中医内科学》、《夏桂成实用中医妇科学》、《徐福松实用中医男科学》、《石学敏实用针灸学》、《孙桂芝实用中医肿瘤学》、《邵长荣实用中医肺病学》等。每册均以该学科或专病领域德高望重、学验俱丰、卓有建树的名医专家冠名，意在彰显专著的权威性和名医特色。主编则由该名家或本领域一流权威专家领衔担纲，以确保专著质量，做到名副其实。《文库》的编写框架，从基本体例到具体内容都力求遵从中医辨证论治规律，尽可能符合当代中医临床医师的临证思维和实际操作过程，并充分吸收现代研究成果，严谨规范，切于实用，较好地反映出当代中医临床学科水平。

名老中医药专家的临床经验是他们数十年长期临床实践、学术研究的积淀，并与中医药理论、前人宝贵经验有机结合的智慧结晶，是他们融古贯今、继承与创新的成果，在一定程度上代表着当今中医学术和临床发展的水平，是中医临床学科体系中不可或缺的重要部分，也是中医临床的特色之一。因此，《文库》尤其注重融入名医成熟的辨治经验，除在各部分内容中有机结合，很好体现外，还专设“临证经验”栏目，集中选介名医诊查辨治的心得体会、处方用药的技巧要诀以及典型验案举例等，从而更加符合中医临床实际，更好地体现中医特色，这是此套文库的一大亮点。

今年是新中国60华诞，又恰逢中国中医药出版社建社20周年。作为重点献礼图书，这套《文库》的出版，既是对正处于蓬勃成长期的出版社综合实力的很好检验，也是所有中医药出版人志存高远、欲成大器的具体体现。我们有信心在各位专家和广大同仁的支持和帮助下，精心制作，认真修订，使之不断充实、完善，共同打造出无愧于时代的精品、好书，充分展示新时期中医药的别样风采。

中国中医药出版社

2009年8月

石学敏实用针灸学

编 委 会

主 编 石学敏

副主编 卞金玲

编 委 （按姓氏笔画排序）

卞金玲 申鹏飞 吕建明 许军峰 李 澎

李金波 吴 敬 张春红 韩 艾

石学敏　　小传



石学敏教授，世界著名中医针灸学专家，中国工程院院士，博士生导师，国家有突出贡献专家，国务院特殊津贴专家，中国针灸学会副会长，天津针灸学会会长，中国针灸临床研究会副理事长，欧洲传统中医协会顾问，联邦德国巴伐利亚洲中国传统医学研究院第一副院长。石学敏院士是天津中医学院第一附属医院针灸学科学术带头人，从事针灸学和老年医学的临床、科研以及教学工作已愈40余年，严谨求实的治学态度使得他师古而不泥古，勇于创新，敢为人先，形成了其独特的学术思想体系。石学敏院士始终如一地坚持继承发展和弘扬中国传统医学，坚持“中西结合、融西贯中”、针药并用、形神兼备。他创立的醒脑开窍针刺法治疗中风病取得了显著疗效，创造了世界医学史上的神话。他率先提出针刺手法量学理论，并开展相关研究，对捻转补泻手法确定了新定义和量化操作，使传统针刺手法向规范化、量化发展，极大地推动了中医现代化进程。依据40多年的临床经验，结合独特的学术思想，开发了治疗心脑血管疾病的三类新药“丹芪偏瘫胶囊”，本品临床疗效显著，充分体现了中医学辨证论治理论体系的精髓，已顺利取得新药证书，并投入市场。石学敏院士依据传统中医理论，整合多年的临床研究和现代药理研究成果，采用国际公认的诊疗标准，针对中风病的病因病机特点，逐步建立了以“醒脑开窍针刺法”和“丹芪偏瘫胶囊”为主，配合康复训练、饮食、心理、健康教育等疗法形成一整套完整的、独特的、规范的中医中药治疗中风病综合治疗方案——石氏中风单元疗法，被国家中医药管理

局列为十大重点推广项目之一，石氏中风单元疗法是对国际“卒中单元”概念的完善和贡献。他强调中医辨证与西医辨病相结合，使二者在临床上有机地结合起来，为中西医结合指出了方向。石学敏院士从医40多年来，博览群书，集众家之长，汇中外之萃，学验皆丰，其高尚的医德，精湛的艺术，深受患者信赖、同行赞誉及国际友人的欢迎，被中国工程院院长朱光亚誉为“鬼手神针”，他在针灸治疗中风病、延髓麻痹、中枢性呼吸功能衰竭、各种痛证、病窦综合征以及老年期痴呆等疾病方面取得的卓著疗效使其名扬海内外。

在临床工作取得累累硕果的同时，他致力于针灸的科学研究，带动国内针灸临床科研达到分子生物学水平。他引进日本快速老化动物模型鼠，填补了我国实验动物的一项空白。由他主持完成的“醒脑开窍针刺法治疗中风的临床和实验研究”项目获得1995年国家科技进步三等奖，该项目1997年再获国家教委科技进步二等奖，并于1998年被国家中医药管理局确定为全国十大科技成果推广项目之一而在全国推广应用，2000年再次荣获天津市科技兴市突出贡献奖。他主持完成了“针刺手法量学研究”、“血液流变学与脑血栓形成的作用机理研究”、“针刺治疗瘖痱、类噎膈325例的临床分析及实验研究”、“针刺对快速老化痴呆模型小白鼠（SAM－P/8）脑功能影响的实验研究”、“针刺对快速老化痴呆模型小白鼠（SAM－P/10）行为学细胞凋亡影响的实验研究”等20余项科研课题，其中获部级及天津市级科技进步奖15项（次），国家教委及天津市教学成果奖3项，获国家专利6项。他还在国家核心期刊杂志发表论文30余篇，出版专著20余部，其中由他主编的千万言巨著《中医纲目》被专家誉为继《医宗金鉴》之后的一部中医临床划时代巨著，并获1996年天津市科技著作二等奖。由于石学敏院士的突出贡献，1990年被国家人事部授予“中青年有突出贡献专家”称号，自1991年开始享受政府特殊

津贴。多年来，先后被评为中华人民共和国卫生部先进工作者/全国优秀医院院长、天津市科技优秀工作者、十佳医务工作者等称号，2000年石学敏院士又荣获何良何利奖。

代前言 石学敏院士学术思想

石学敏院士是著名针灸学专家、中国工程院院士，博士生导师。石学敏院士从医40年来，始终如一地坚持学习、继承、发展、弘扬以针灸为主的中国传统医学，他创立的醒脑开窍针刺法治疗中风取得了显著疗效，创造了世界医学史上的神话；他扩展了中医对脑府和脑神的认识，不仅在中风病的治疗中起了决定性作用，而且在中医整体治疗中亦丰富了调神法的理论基础；他历来重视古典医籍的研究，破译“是动”病、“所生”病内涵；他率先提出针刺手法量学理论，并开展相关研究，对捻转补泻手法确定了新定义和量化操作，使传统针刺手法向规范化、量化发展；他率先从日本京都大学引进快速老化SAM系列小白鼠，开展针灸抗衰老的研究；他将针灸应用于急症医学；他所创立的刺络疗法擅长治疗多种疑难顽症；他将针刺机理的研究深入到了基因水平。石学敏院士博览群书，采众家之长，集中外之萃，学验皆丰，其高尚的医德，精湛的医术，深受患者信赖、同行赞誉及国际友人的欢迎，被中国工程院院长朱光亚誉为“鬼手神针”。

一、以脑府立论，辨病与辨证结合——创立醒脑开窍针刺法

1. 醒脑开窍针刺法的理论基础

《内经》称中风为“大厥”、“薄厥”，“血之于气并走于上，则为大厥”，对于中风的病因病机，中国传统医学历代各家认识及学说颇为不一，没有达成统一。石学敏院士在继承古代各家之论的基础上，结合现代医学理论，根据自己的临床观察及对中医理论中“神”的深刻领悟，针对中风病的两大症状——神志障碍和肢体运动障碍，明确提出中风病的根本病因病机为“窍闭神匿，神不导气”，确立了以醒脑开窍、滋补肝肾为主，疏通经络为辅的治疗大法，创立了醒脑开窍针刺法。“醒脑”包括醒神、调神之双重含义，醒神调神为“使”，启闭开窍为“用”，对于中风病，无论昏迷与否，皆可运用“醒脑开窍”而治之；而“滋补肝肾”则是针对肝肾亏损这一最常见、最重要的证型而设；另外，脑窍闭塞、瘫痪之后，患侧肢体活动受限，必然导致气血运行不畅，经络阻滞，“疏通经络”可运行气血，加快肢体功能的恢复。并分“大醒脑”和“小醒脑”两种临床方法。“大醒脑”取手厥阴心包经内关和督脉水沟二穴，主要用于心神昏瞀、意识丧失及某些疾病的急

性期，因患病初期，病人精神紧张，神不守舍，故应调整心神，以利疾病的治疗，如中风的脱、闭证、惊悸、癔病、癫狂痫、中暑、中毒导致神志昏迷等。以内关、水沟为主穴，注意了整体神的调整，同时根据各种疾病的临床症状不同，进行临床辨证辅穴随证加减，将整体观念与辨证论治有机地结合起来运用于临床。“小醒脑”取印堂、内关、三阴交诸穴，主要用于中风病的恢复期及非器质性的心悸、遗尿、阳痿、遗精等，三穴相配既可宁心安神，又减少了针刺水沟穴的疼痛之苦。

2. 醒脑开窍针刺法的处方特点

（1）开创了中风病因、病机及治则的第三阶段：中医治疗中风的第一阶段以唐宋以前的“外风”学说为主。《内经·灵枢》认为中风的病因主要是真气不足而邪气独留。《金匮要略》亦认为是经络空虚，风邪乘虚入中。治则上以疏风祛邪、扶助正气为主。第二阶段以唐宋以后的“内风”学说为主，不论是刘河间的“心火暴甚”，或是李东垣的“正气自虚”，还是朱丹溪的“湿痰生热”最终都是引动了“内风”，正如清代叶天士总结的“精血衰耗，水不涵木……肝阳偏亢，内风时起”。治则上以滋阴熄风，补阴潜阳为主。石学敏院士经过长期临床观察，“主不明，则十二官危”，“血菀于上，使人薄厥”，“血之与气，并走于上”，“忽忽眩冒而巅疾”，剖析了中风病的病位在脑，病理机制是“窍闭神匿，神不导气”，《灵枢·本神》云：“凡刺之法，先必本于神”，醒脑开窍针刺法就是立足于“醒脑”、“醒神”、“调神”。从中医治疗中风历史发展来看，如果说“风”、“痰”学说是第一、二阶段的主流，那么立足于“醒神”、“调神”的醒脑开窍针刺法则开创了中医治疗中风的第三阶段。改变了中风病治疗的现状，使中风病的治疗产生了质的飞跃。

（2）选穴配方上的创新：因《素问·痿论》有“治痿独取阳明”之说，故针灸治疗中风偏瘫历来以取阳经腧穴为主。这样就忽略了患者病变部位在脑，而脑为元神之府这一重要方面，没有从整体观的角度对中风病进行全面的分析研究。醒脑开窍针刺法大胆的改变了多年的常规选穴，取以开窍启闭，改善元神之府——大脑的生理功能为主的阴经穴和督脉穴，以内关、水沟、三阴交为主穴，辅以极泉、尺泽、委中。人中作为醒脑急救之要穴为历代医家所推崇，针之可直接兴奋上行激活系统，解除脑细胞的抑制状态，可特异性地增加颈动脉血流，纠正血流动力学紊乱，改善脑循环，故采用雀啄法泻人中可开窍启闭，醒元神，调脏腑。内关穴为心包经之络穴，可改善中风患者的左右心输出量，改善脑血氧供应，具有宁心调血安神之效。三阴交可补三阴，益脑髓，调气血，安神志。极泉、尺泽、委中可疏通经络，运行气血，改善肢体运动功能。其中，人中为君，内关、三阴交为臣，极泉、尺泽、委中为佐使，以调元神，使之达明；顺阴阳，使之平衡，理气血使之冲和；通经脉，使之畅达，临床收到独特的疗效。

（3）针刺操作手法量学上的特殊要求：在手法操作上，古代医家基于“正气本虚、风邪外入”而致中风的观点，以“疏经活络”、“风取三阳”法治疗中风，故行针施术多以“补”法为主。石学敏院士基于中风病“神窍匿闭”之病机学说和“启闭开窍”针刺法，提出行针施术以“泻”法为主，对配方组穴从进针方向、深度、手法和刺激量均作出

了明确的规定，并通过了科学实验的验证。即先刺双侧内关，直刺1～1.5寸，采用捻转提插相结合的泻法，施术1～3分钟。继刺人中用雀啄泻法，至流泪或眼球周围充满泪水为度。三阴交沿胫骨后缘进针，针尖向后斜刺与皮肤呈45°角，进针1～1.5寸采用提插的补法，至患侧下肢连续抽动3次为度。极泉穴直刺进针1～1.5寸，用提插泻法以上肢抽动3次为度，尺泽穴同极泉穴，委中仰卧位直腿抬高取穴，进针1～1.5寸，采用提插的泻法，以患侧下肢抽动3次为度。这样使该针法的操作趋于科学化、规范化，使中医针灸个体化治疗向个性、共性并存发展，弥补了中医针灸治疗重复性差的不足，为提高临床疗效奠定了坚实的基础。

3. 醒脑开窍针刺法的临床应用

石学敏院士首先将该针法应用于中风急性期的治疗，取得了痊愈率56.73%，显效率17.41%，好转率21.3%的良好疗效，将其用于中风后遗症的治疗，临床基本治愈率达31.44%，显效率为61.38%，总有效率达98.84%，以上数据充分显示了醒脑开窍针刺法在中风病治疗中的核心地位。与此同时，通过配穴，开展了应用该针法治疗中风病并发症的研究，如加风池、完骨、天柱、翳风治疗延髓麻痹吞咽困难；加外水道、外归来、丰隆治疗便秘；加双侧气舍治疗中枢性呼吸衰竭；加中极、关元、曲骨治疗尿失禁、尿潴留；加风府、哑门、颈椎夹脊治疗共济失调；加大陵、鸠尾、风池治疗癫痫；加肩中俞、肩外俞、肩贞、肩内陵、肩髃、肩髎治疗肩周炎；加上星、百会治疗睡眠倒错，同样取得了很好的疗效。

醒脑开窍针刺法治疗中风病取得辉煌的成绩，形成了一套科学的、系统的、规范的治疗体系，在此基础上，石学敏院士进一步拓展了该针法的应用范围。醒脑开窍针法的根本在于调神，因而适用于各种失神的病证，如神机失调、心神失主、筋脉肢体失控的振掉；情志不舒、气机郁滞、心神抑郁的郁证；元神失控、意识丧失的痫疾；脏器不平、阴阳失调、神机逆乱的癫狂；气机突然逆乱、升降失常的厥证；心窍闭阻、心神郁逆的百合病；以及痹证、痿证、呃逆、胸痹等病证，体现了该针法具有广泛的适用范围，证明该针法乃至针刺疗法具有强大的生命力和实用价值。

石学敏院士自提出了醒脑开窍针法之后，对中风病的诊断及治疗开展了系统的临床研究，先后承担了国家“七五”及“八五”攻关课题，共诊治患者达200万人次，形成了一套以针灸治疗为中心的中风诊疗体系。近年来，应用严格的、统一的诊断标准对临床9005例各期中风患者采用以醒脑开窍针法治疗为主，根据病情需要，辅以降颅压、抗感染、降血压的西药进行治疗，采用国际公认的爱丁堡斯堪的纳维亚疗效评定标准对疗效进行评价，其中脑出血3077例，脑梗死5928例，总有效率达98%以上，中风急性期患者4728例，总有效率95.44%，后遗症期773例，总有效率98.84%，经回顾性研究，其疗效明显优于中药、西药及其他针刺法。

在中风病合并症的治疗方面，亦开展了大量的临床研究。①采用醒脑开窍针法配合五灵脂、降香末、三七粉、凝血酶及洛赛克等药物治疗中风后应激性溃疡180例，显效率为

82.76%，有效率为6.9%，明显优于单纯用药组。②应用该针法治疗假性延髓麻痹794例45天后，临床治愈率为66.67%，总有效率为98.49%。③应用该针法治疗中风病复视30例，总有效率为93.75%。

上述研究获得了国家级科技进步奖等多项国家及省部级科技进步奖，在国内外学术会议及核心期刊上发表论文数十篇，确立了醒脑开窍针法在中风病治疗中无可取代的地位。

4. 醒脑开窍针法的基础研究

为了阐明醒脑开窍针法治疗中风病的作用机理，石学敏院士带领科研人员开展了广泛而细致的基础研究，结果表明：该针法可提高中风病患者血中前列环素活性、降低血栓素活性，使流速减慢的动脉血流加快，使流速加快的动脉血流减慢，改善血管顺应性，降低血管阻力。在形态学方面，该针法可使MCAo大鼠脑缺血区内代偿血管明显增多，减轻脑组织结构的疏松、神经元数量的减少、星形胶质细胞水肿等病理改变，增加神经元内核糖核酸数量，改善脑缺血后脑微血管自律运动及其能量代谢；在病理方面，该针法可使MCAo大鼠异常降低的海马及皮层的乙酰胆碱、去甲肾上腺素和5－羟色胺含量升高，调节多巴胺的合成和代谢，降低缺血区兴奋性氨基酸水平，可使脑缺血再灌注家兔脑组织中SOD活性升高，LPO含量降低，阻止钙离子内流，改善脑组织细胞内钙离子超载，可显著降低缺血脑组织及血清中肿瘤坏死因子TNF－α的含量，拮抗缺血区脑组织细胞因子IL－1β的合成和分泌，减少缺血区脑组织IL－1β的含量，从而减轻或抑制TNF－α、IL－1β造成的一系列脑缺血损害，发挥脑保护作用。对于脑出血模型鼠，该针法可以提高神经元突触体膜Na^+-K^+－ATPase及线粒体膜Ca^{2+}－ATPase活性，拮抗Ca^{2+}内流，减轻钙离子超载，防治脑水肿，保护神经元。在分子水平，该针法能够使MCAo大鼠脑缺血区细胞凋亡明显减少，起效快而持久，并可改善其细胞形态学异常，可增强各时段HSP70蛋白和基因以及c－fos蛋白的表达，提高了神经细胞的应激能力，促进了神经细胞对脑缺血损伤产生适应性变化，增强了脑组织的修复能力。

上述一系列从细胞到分子，从宏观到微观的基础研究，丰富了传统中医针灸理论，为醒脑开窍针法奠定了坚实的理论基础，为该针法的推广和普及提供了客观的科学依据。

二、针灸抗衰老的研究

石学敏院士在针灸治疗中风的基础上，又确立了针灸治疗血管性痴呆的研究方向，提出了“调神益智、平肝通络”针法。随后根据美国精神障碍诊断和统计工作手册、世界卫生组织国际疾病分类（ICD10）和NIDS－AIREN制定诊断标准，观察了“调神益智、平肝通络”针法及西药对血管性痴呆的治疗效果，针刺组的总有效率为73.44%，明显优于西药对照组，机理研究表明该针法可使病灶侧的神经细胞的活动性增强，改善脑功能；可改善脑血流动力学及血液流变性，提高脑组织的抗氧化能力。

随着人类步入老龄化社会，延缓衰老和防治老年病成为医学的重要主题。20世纪90年代初他在国内率先从日本京都大学引进快速老化SAM系列小白鼠，填补了我国在实验

动物模型方面的一项空白并开展了针灸抗脑老化和骨老化的研究。以SAM为动物模型的一系列针刺作用机制研究证明："调神益智、平肝通络"针法可改善SAM－P/8及P/10的行为学异常，提高其学习记忆能力。机理研究表明：该针法可提高SAM－P/8及P/10脑组织中SOD活性，降低LPO含量，并对Cu－Zn、SOD、mRNA的表达有上调作用，从而起到提高脑组织抗氧化能力、减轻自由基对脑组织的损伤，降低脑内兴奋性氨基酸水平以减轻其神经毒作用，改善脑内神经递质的含量，减少大脑皮层的凋亡阳性细胞数，促进具有基因调控活性的脑细胞染色质非组蛋白的合成，解除组蛋白对染色质模板转录活性的抑制，从而增加脑细胞核中活性基因的数目，提高其转录活性。在mRNA差异显示技术筛选快速脑老化相关基因并探讨该针刺法在基因转录水平的作用机制中，发现多条显示带随衰老发生了变化，并受针刺的影响，如一条510bp的cDNA片段与真核生物翻译起始因子eIF_3高度同源，以及另一条231bp的cDNA片段与人类CD_{34}有93%同源性。最近，应用基因芯片技术研究衰老相关基因表达谱及针刺的影响，实验结果表明：针刺可降低SAM－P/10的氧化应激状态；纠正解毒功能紊乱的状态；改善DNA修复功能；改善胰岛素样生长因子系统、生长激素受体、雌激素受体等神经营养因子及受体的表达，纠正凋亡调控机制及解毒功能的紊乱，恢复长时程增强及长时程压抑，调节突触传递效率的平衡状态，改善突触结构、信号传递及神经递质合成，改善抗炎症、免疫吞噬等多种免疫功能，上调5－HT1B受体的表达，改善巨噬细胞集落刺激因子受体介导的巨噬细胞集落刺激因子神经保护功能。这些结果从基因转录水平反映了针刺的整体良性调整作用。

这些基础研究使针刺的机理在分子水平得到了阐明，使针刺研究达到了前所未有的高度，确立了天津中医药大学第一附属医院在针刺抗衰老研究中的领先地位。

三、刺络疗法的临床研究

刺络疗法源于《灵枢·官针》"凡刺有九"中的"络刺"，"刺小络之血脉也"。《灵枢·小针刺》云："满则泄之者，气口盛而当泻之也，菀陈则除之者，去血脉也"；《素问·刺腰痛》云："刺之血射以黑，见赤血而已"，"……横脉出血，血变而止"指出刺络疗法具有清热解毒、通经活络、消痈散结、活血止痛、祛瘀除邪而不伤正气之功效。对于各种原因造成邪毒壅肺，经脉不畅，络脉瘀阻，肺之阴阳俱有余，施用本法，确有良效。单纯刺络法为血液自然流出，或稍稍挤压针刺局部，往往瘀血留驻不消，贼邪伏而不退，虽有祛邪、散风、疏经通络之作用，但不能达到尽去其邪之效果。石学敏院士观察到《医学源流论》曰："凡血络有邪者，必尽去之，若血射出而黑，必会变色，见赤为止，否则病必不除而反为害"。根据经典之论，均明言血尽方可邪出，然应用传统络刺法难求其尽，故思加压之法，于病变部位点刺后置罐拔之，这样医生可透过玻璃罐直接观察出血量，达到预定标准，即行取罐，血尽邪出，故疗效速矣。石学敏院士将该疗法应用于临床，在治疗发热、支气管哮喘、面肌痉挛、面瘫、神经性疼痛（三叉神经痛、臂丛神经痛、坐骨神经痛等）、风湿、类风湿性关节炎、软组织损伤、丹毒、急性乳腺炎、淋巴腺炎、静脉炎、

带状疱疹及各种皮肤病等病证方面取得了良好的疗效。

四、对中医急症医学的研究

传统观念认为中医疗法对慢性病疗效卓著，但起效慢，在急症医学领域中难有作为。石学敏院士在总结多年的临床经验时发现，针灸不但可应用于急症医学，而且有其独特的疗效，因而大有用武之地。在他的指导下，天津中医一附院先后承担了中医药“八五”国家重点科技项目及天津市教委重点学科项目，开展了针刺在急症领域的相关研究。

（1）针刺治疗急性心肌梗死合并心律失常的临床研究证实：针刺对急性心肌梗死合并室早的临床治愈率为73.33%，总有效率达86.67%，对其他心律失常临床治愈率达57.14%，总有效率为88.09%，实验研究显示针刺对病理、电生理、生化及细胞超微结构等指标均有改善作用。

（2）针刺复苏导管起搏抢救AMI合并严重心律失常的临床研究表明：当AMI病人发生心脏停搏或其他原因造成阿－斯综合征的严重心律失常时立即采用醒脑开窍针刺法复苏心搏，改善心律、提高心率，随即应用床旁紧急右心室心内膜导管起搏较单纯心内膜起搏抢救成功率明显提高。

（3）针刺治疗病态窦房结综合征（SSS）临床研究的结果显示：针刺对30例SSS患者的临床症状、窦房结（SAN）电生理特性和心功能等具有良好的治疗效果，临床治愈率为20%，愈显率（含治愈率）达63.34%，总有效率为86.67%，疗效稳定，无副作用，优于常用的药物疗法。动物实验结果证实：针刺对SAN具有良性的双向调节作用。

（4）针刺人中、气舍等穴位治疗中枢性呼吸衰竭取得了良好的效果。这些研究拓宽了针刺的适应证范围，推动了针灸学科及中医急症医学的发展。

五、针灸治疗疑难病证的研究

在长期的临床实践中，石学敏院士探索出诸多治疗疑难病证的特效针法，例如：针刺丰隆、外水道、外归来治疗习惯性便秘；针刺人迎、极泉、太渊、风池、完骨、天柱治疗头臂动脉型大动脉炎；“经筋刺法”治疗周围性面神经麻痹；“秩边透水道”治疗慢性前列腺疾患；刺络拔罐法治疗支气管哮喘及带状疱疹等，临床疗效显著，并开展相关机理研究。在此基础上石学敏院士提出了“专科、专病、专家、专方、专药（专技）”的医疗发展模式，建立了15个特色性的针灸专科，专科有专家，专家有主攻的专病，专病有特色的专方、专药或专长的技能，培养了一大批专家，有效地解除了患者的病痛，成功地占领了医疗市场。在针灸学科，有一大批各有所长的专家，以中风、老年性痴呆、前列腺病、支气管哮喘、痛证、大动脉炎、带状疱疹、骨关节病、截瘫、郁证等为专科专病，以醒脑开窍针法、手法量学、刺络拔罐等为专技，形成了针灸临床医疗的五专体系，成为本院独具特色的支柱学科，同时也带动了其他学科的健康发展。

六、针刺手法量学的研究

20世纪80年代石学敏院士带领课题组在全国率先开展了针刺手法量学的研究。从临床到基础研究，将针灸治疗有效的30余种病逐一地、逐个穴位地进行手法最佳量学标准的筛选研究。他以捻转和提插手法为基础，以临床疗效和相关指标为判定标准，除确定每个辅穴的取穴体位、针刺方向、针刺深度、施用手法类型等量学指标外，提出了捻转手法的四大要素：

（1）捻转补泻手法与作用力方向的关系。

（2）捻转补泻手法与作用力大小的关系。

（3）实施捻转手法所持续时间的最佳参数为1~3分钟。

（4）实施捻转手法后其治疗作用持续时间的最佳参数为6小时。

对于提插手法也具体提出提插形式、针刺效应以及效应程度多项量学标准。

通过针刺手法量学的研究将针灸治疗学剂量化，临床治疗理论科学化，治疗刺激量精确化，这项研究为针灸治疗学奠定了科学化的基础。探求临床常见病治疗定方穴位的最佳治疗量，是提高疗效的重要环节，因此，针灸手法量学是石学敏院士为针灸学发展所作的又一重大贡献。本项研究成果曾获国家中医药科技成果二等奖，被国家中医药管理局确立为科技成果推广项目。

正是这两项科研成果，大大地提高了针灸临床疗效，为临床带来了源源不断的病员，众多的病员又促进了临床科研的不断深入，形成了科研带动临床，临床促进科研的良性循环机制。

据统计分析，应用科研成果后，针灸年门诊总量由1996年的152833人次增加到2000年的217817人次；住院病人（仅普通病房）由1996年的2251人次增加到2000年的3521人次，这有力地证明了科研是学科发展的动力。

在他的带领下，针灸学科先后承担国家“七五”、天津市“八五”攻关项目和国家自然基金项目等各级科研课题40余项，获得国家和省部市级各级成果达30余项。有力地推动了针灸学科的发展。

七、重经络辨证，赋经旨以新意——破译“是动”病、“所生”病内涵

石学敏院士历来重视古典医籍的研究，他认为没有深厚的古典医籍研究，就没有理论上的源头创新，要正确处理好继承与创新的关系。几十年来，他不遗余力地研究《内经》，崇古而不泥古，借古而不守古，不断充实完善自己的学术观点，且用于指导临床实践。他主张研究《灵枢经》要在临床实践中去理解，通过临床实践，他对《灵枢·经脉》篇中十二经脉的病候进行了深入的研究，科学地阐发了经文的原旨，从而结束了以文解文的病候解释时代，为我们研究古典医籍树立了典范。

《灵枢·经脉》在详述十二经循行经路的基础上，以“是动”、“所生”为体例，有规

律地反映了每一经脉由于病理变化所产生若干病候，这一独有的病候体系，以其与经络循环息息相关，真实再现发病证候指导临床确具卓效三大特点而一直作为针灸学科的奠基理论著称于中外医学界之林。然而由于其年代久远，文意古奥，虽然历代医家从不同的师承传授和各自的医疗实践出发对十二经候进行了多方面的疏注校释，但多“以字解字”，使学习者很难领会其实质。石学敏院士针对《灵枢·经脉》“是动”病和“所生”病深入研究、反复探讨，结合大量临床研究，摆脱了诸家之争论，从更高的层次指出：“是动”病、“所生”病是一个广义的概念，是对十二经脉及其相联属脏腑由生理转变为病理后所产生的各种症状、体征、转变和转归的综合性记述，应包括病因、病位、发病缓急、病程长短、标本、虚实、转归、预后。石学敏院士认为：

1. “是动”病多为实证、急性病。“所生”病多为里证、虚证。并将其理论长期应用和指导于临床，实践证明这一观点的科学性、准确性，是极有临床价值的新观点和新理论。

“是动”病多为实证，多为急性病。如手太阴肺经，“是动则病肺胀满，膨膨而喘咳，缺盆中痛，甚则交两手而瞀，此为臂厥。”这是一组正盛邪实之证，由肺气壅闭而致胸部满闷、咳声洪亮、频繁的剧烈咳喘，至缺盆部疼痛。如病情进一步发展，肺气不宣、精气不得上达于脑，可出现眼目昏花、视物不清，甚则昏厥的“瞀”的证候群。肺气闭塞，不得朝百脉可出现上肢手臂厥冷、肤色变紫、无脉、手腕下垂。以上诸症，病因为外邪侵袭，病位在外在表，正气未虚，属阳热实证，发病急，病程短，如果能得到及时正确的治疗，一般预后是好的；“是动”病中也有急性发作的虚证，如手少阴肾经。“是动则病饥不欲食、面如漆柴、咳唾则有血、喝喝而喘，坐而欲起，目䀮䀮如无所见，心如悬，若饥状，气不足则善恐，心惕惕如人将捕之，是为骨厥。”这一组病证多为肾气亏损所致。其与“所生”病的区别之点在于：本组证皆为虚衰危急之象，反应强烈。以上分析说明：“是动”病除足少阴肾经外，一般多为外邪引起的急性病证，其病位浅，多在表在气分，多为正盛邪实的实热之证，其症状表现多明显而强烈。

“所生”病多为里证、虚证。某些阳经的所生病为虚中夹实或外邪入里化热，但正气也同时受到了损伤。如手阳明大肠经的“目黄、口干、鼽衄、喉痹”是阳明之热证，但“目黄”、“口干”已说明了津液的耗损；某些“所生”病仅表现为本经经络受阻，经气失调、阴阳不相平衡。

2. 十二经脉的“是动”、“所生”之间并非不相关的两个体系，而是按照一定规律相互传变。一般“是动”病可因正气虚弱或邪气太盛，损及脏腑而转为“所生”病，其转归有二：一是病情加重、更损正气，如手太阴肺经“是动”病的“膨膨而喘咳”，为表实证，是疾病的早期，若损及肺、肾二气，则发展为“所生”病的“咳、上气、喘喝”。二是病情减轻、邪减正虚而变为慢性阶段，如脾经“是动”病有“身体皆重”，是湿邪重着之实证，损及脾阳，则转变为“所生”病的“体不能动摇，食不下”，是脾虚的慢性阶段。

3. 对厥证概念的认识。石学敏院士认为：对六经之“厥”的概念，应从文理和医理的结合去考虑，提出这六经之厥不是六经“是动”病诸证的归结性总论，而是“是动”病的病候之一。

“是动”病、“所生”病、“厥”证的概念澄清后，石学敏院士结合现代临床实践对每一条经脉的病证群进行剖析、划分，并与现代相关疾病进行了对照研究，科学的对十二经脉的病候体系进行了破译和阐发，确定了治疗大法和针灸处方，用之指导临床尤对于各种厥证（无脉症、大动脉炎）、痹证（坐骨神经痛、臂丛神经痛）、面瘫等经脉、经筋病变效果显著，发展了经络学理论。

以上所述只是石学敏院士学术思想的一部分，他博大精深的中医理论与丰富的临床经验，独特的学术思想和创新意识，有待于我们进一步探讨。

编写说明

针灸学是中医学的重要学科之一，自岐黄以来，她一直为保障人民健康，治疗各种疾病起着积极的作用。在21世纪的新时代，中国的针灸学势必有新的发展。天津中医药大学第一附属医院在石学敏院士的带领下，以针灸学科为特色，走过了风雨兼程的年代，取得了一系列辉煌成就，医院蜚声海内外，学科发展以临床科研相结合为方向，取得了累累硕果。

石学敏院士在国内最早将现代科技手段引进针灸领域，抓住中风这种常见病、多发病，进行深入探讨，根据中医理论，结合现代医学对中风病的认识，创立了醒脑开窍针刺法，从临床到基础反复实验，有效率达98%，获得多项科研成果和奖励。另外，对中风合并症如延髓麻痹吞咽障碍、脊髓疾患、精神心理疾患、周围血管病、痛证、前列腺疾患及老年性痴呆等多种急重病，都进行了系统的临床观察和研究；研究方法继血液流变学、脑血流、微循环以及心功能、脑电图、经颅超声多普勒等研究之后，从细胞、亚细胞水平逐步深入到基因水平，处于国际领先水平。科研工作的开展，促进了针灸临床的推广应用及疗效的提高。

随着科学的不断进步，针灸学科也不能在一个水平上停滞不前，唯有运用现代科学，才能促进针灸医学的发展。石学敏院士面对针灸医学面临一片现代科学内涵空白的情况下，冷静思考了针灸医学的突破口，在确立了针刺治疗中风病研究的同时，又把针刺手法量学研究作为主攻方向，因为针刺手法量学是关系到针刺疗效的关键环节，也是历代医家尚未统一的大问题。石学敏院士在针刺中风病的量化手法研究基础上总结了9种疾病的针刺量学规律，并通过严谨的实验研究，率先提出针刺作用力方向、大小、施术时间及两次针刺间隔时间

作为针刺手法量学的四大要素，首次确立了针刺手法量学的概念和内涵，使传统的针刺手法向规范化、量化方向发展。

石学敏院士在精研古代医籍的基础上，结合现代医学理论，通过临床的细致观察，对十二经病候进行了详细的阐释，并对“是动”、“所生”病进行了高屋建瓴地总结。他认为“是动”、“所生”是一个广义的概念，是对十二经脉及其相连属脏腑在生理转变为病理后所产生的各个症状体征传变和转归的综合性记述，应包括病因、病位、发病缓急、病程长短、标本虚实、预后转归等。“是动”病为外因引动或诱发，发病急，病程短，病位在表，多为阳、实、热证，预后多良好；“所生”病为“是动”病转化而来，或脏腑自病，发病缓慢，病程绵长，病位在里，多为里、虚、寒证，预后多不良。并对十二经病候中的“六厥症”进行了精辟的分析，澄清了一些模糊的概念，使针灸学科的理论基础更加坚实，而且有着切实的临床指导意义，是辨证、取穴及分析疾病预后的准绳。

在现代医学不断发展过程中，人们逐渐形成了中医疗法对慢性病疗效好的观点，临床中遇到急症，多应用西医治疗。石学敏院士在总结多年的临床经验时发现，针灸不但可应用于急症医学，而且有其独特的疗效，因而大有用武之地。在天津中医药大学第一附属医院，在石院士带领下，先后承担了中医药“八五”国家重点科技项目及天津市教委重中之重科研项目，开展了针刺在急症领域的研究，如：针刺治疗急性心肌梗死合并心律失常，针刺复苏导管起搏抢救急性心肌梗死（AMI）合并严重心律失常，针刺治疗病态窦房结综合征（SSS），针刺人中、气舍等穴治疗中枢性呼吸衰竭取得了良好的效果。

石学敏院士在40余年的针灸临床中，总结了不同疾病的针刺处方，并对穴位的应用及手法操作有独到的见解。《石学敏实用针灸学》

系统、详细介绍了笔者（石学敏院士）在中医针灸领域的学术思想及临证经验，是一部反映当代针灸特色的大型针灸学专著。本书涉及针灸学的经络学、腧穴学、刺灸学及治疗学等方面。各板块均体现出作者独特的学术思想，特别是在腧穴的特殊用法、特殊刺法方面有详尽的论述。全书共分三部分，代前言中主要介绍石学敏院士学术思想，上篇为经络与腧穴理论，分别论述石院士对经络学及腧穴学的认识及见解；中篇为刺灸法，详细论述了现代常用针刺法、灸法学及石氏针刺手法、针灸处方；下篇为疾病各论，论述了内外妇儿、五官及其他病种的临床表现、鉴别诊断、治则、处方、操作及配方理论、转归及预后、预防与调护等；并附有临床病案，全部为临床针灸治疗的效例，有助于读者加深理解。石学敏院士独特的针灸学术思想贯穿于本书的始终。本书既有传统针灸理论的继承，又有当代针灸临床的发挥，是一部内容丰富，具有系统性、学术性、实用性和科学性的针灸专著。

本书的命名《石学敏实用针灸学》有别于石学敏院士的既往著作《石学敏针灸学》。本书在编写过程中，参考了石学敏院士的著作《常见病实用针灸配方》、《石学敏针灸临证集验》、《石学敏针灸学》、《中风病与醒脑开窍针刺法》、《中国针灸治疗学》、《针灸学》、《当代针灸治疗学》以及其他相关著作。

编者

2009 年 8 月

目录

石学敏实用灸针学

上篇 经络与腧穴

第一章 总论 …… 3
第一节 经络学说概论 …… 3
第二节 腧穴概论 …… 7
第二章 经络各论 …… 13
第一节 十二正经经脉 …… 13
第二节 奇经八脉经脉 …… 46
第三章 腧穴各论 …… 54
第一节 十二正经腧穴 …… 54
第二节 奇经八脉腧穴 …… 168
第三节 常用奇穴 …… 193

中篇 刺灸法

概述 …… 201
第四章 现代常用针刺法 …… 202
第一节 毫针刺法 …… 202
第二节 耳针疗法 …… 208
第三节 电针疗法 …… 211
第四节 火针疗法 …… 213
第五节 芒针疗法 …… 214
第六节 皮肤针疗法 …… 217
第七节 皮内针疗法 …… 218
第八节 三棱针疗法 …… 219
第九节 水针疗法 …… 221
第十节 头针疗法 …… 223

第十一节 腕踝针疗法 …… 227
第五章 灸法学 …… 231
第一节 材料的制作方法 …… 231
第二节 施灸方法 …… 231
第六章 石氏针刺手法 …… 234
第一节 针刺手法量学 …… 234
第二节 刺络拔罐疗法 …… 239
第三节 经筋刺法 …… 243
第四节 针刺治神 …… 244
第七章 针灸处方 …… 247
第一节 针灸治疗原则 …… 247
第二节 针灸治疗作用 …… 253
第三节 针灸配穴处方 …… 256
第四节 特定穴的应用 …… 258
第五节 醒脑开窍法 …… 264

下篇 疾病各论

第八章 内科疾病 …… 279
一、高热(外感性高热) …… 279
二、中风(脑卒中) …… 281
三、呆傻(老年性痴呆症) …… 289
四、消渴(糖尿病) …… 293
五、心悸 …… 297
六、胸痹(心绞痛) …… 305
七、哮喘(支气管哮喘) …… 309
八、咳嗽 …… 311
九、眩晕 …… 316
十、厥证(一过性昏厥) …… 325
十一、头痛 …… 329
十二、痿证(截瘫) …… 336
十三、口眼㖞斜(面神经麻痹) …… 340
十四、痹证(风湿性、类风湿性关节炎) …… 344
十五、脉痹(雷诺综合征) …… 349
十六、臂厥、骭厥(多发性大动脉炎) …… 351
十七、面颊痛(三叉神经痛) …… 354
十八、颈痛(颈椎病) …… 358
十九、脊痛(退行性脊柱炎) …… 360
二十、肩臂痛(臂丛神经痛) …… 362

二十一、肩凝症(肩关节周围炎) …… 365
二十二、肘劳(肱骨外上髁炎) …… 367
二十三、膝痛(膝关节骨关节炎) …… 369
二十四、腰痛 …… 371
二十五、腰腿痛(坐骨神经痛) …… 380
二十六、呃逆(膈肌痉挛) …… 383
二十七、呕吐、恶心(胃肠功能紊乱) …… 387
二十八、腹胀(胃下垂) …… 389
二十九、胃脘痛(慢性胃炎) …… 393
三十、胁肋痛(胆囊炎、胆石症) …… 395
三十一、食积(消化不良) …… 398
三十二、泄泻 …… 400
三十三、便秘(习惯性便秘) …… 407
三十四、癔疯 …… 409
三十五、痉证(一氧化碳中毒后遗症) …… 420
三十六、痫证(癫痫) …… 423
三十七、百合病(癔病) …… 428
三十八、不寐(神经衰弱) …… 431
三十九、脏躁(更年期综合征) …… 434
四十、癫狂(狂躁性精神分裂症) …… 437
四十一、郁证(抑郁性精神分裂症) …… 441
四十二、癔病性瘫痪 …… 443
四十三、癔病性抽搐 …… 445
四十四、阳痿(性功能障碍) …… 447
四十五、早泄(性功能障碍) …… 450
四十六、石淋、血淋(肾结石) …… 453
四十七、遗尿(夜尿症、神经性尿失禁、尿崩症) …… 455
四十八、淋证(泌尿系感染、泌尿系结石、前列腺病变) …… 457
四十九、癃闭(神经性尿潴留) …… 460
五十、男性不育(精子异常) …… 463
五十一、针刺抢救中枢性呼吸衰竭 …… 464
第九章 外科疾病 …… 467
一、腹胀(肠梗阻) …… 467
二、肠痈(阑尾炎) …… 470
三、乳痈(急性乳腺炎) …… 474
四、红丝疔(急性淋巴管炎) …… 477
五、丹毒(网状淋巴管炎) …… 480
六、牛皮癣(神经性皮炎) …… 484
七、隐疹(荨麻疹) …… 487
八、湿疮(湿疹) …… 491

九、痒疹(顽湿结节) …… 494
十、缠腰火丹(带状疱疹) …… 497
十一、粉刺(寻常痤疮) …… 500
第十章 五官科疾病 …… 504
一、伤风鼻塞(急性鼻炎) …… 504
二、鼻鼽(过敏性鼻炎) …… 505
三、鼻渊(急慢性鼻窦炎) …… 507
四、鼻窒(慢性鼻炎) …… 508
五、鼻衄(鼻出血) …… 510
六、乳蛾(急性扁桃体炎) …… 512
七、喉痹(急慢性咽炎) …… 514
八、牙痛 …… 516
九、耳鸣、耳聋(神经性耳鸣、神经性耳聋) …… 518
第十一章 妇科疾病 …… 522
一、月经失调 …… 522
二、闭经(继发性闭经) …… 527
三、痛经(原发性痛经) …… 531
四、阴挺(子宫脱垂) …… 533
五、女性不孕(无卵月经) …… 536
第十二章 眼科疾病 …… 543
一、近视 …… 543
二、视一为二(麻痹性斜视) …… 545
三、上睑下垂 …… 547
四、青盲(视神经萎缩) …… 549
五、目劄 …… 551

上篇　经络与腧穴

□第一章□

总　　论

第一节　经络学说概论

经络学是中医基础理论的重要组成部分，同针灸的关系最为密切。它主要以腧穴的临床应用为依据，阐述人体各部之间的联系通路，即体表之间、内脏之间以及体表与内脏之间由经络系统的联系而构成一个有机的整体。

经络理论早在《内经》、《难经》中就有系统的记载。在此之前，有古帛书、古简书以及《脉书》所载的“十一脉”；之后，则有《针灸甲乙经》等书结合腧穴作了全面地论述，近代研究资料也极为丰富。经络理论临床上广泛应用于辨证和用穴，是针灸治法的基础。

一、经络学说的主要内容

经络系统是由十二经脉、奇经八脉、十五络脉和十二经别、十二经筋、十二皮部以及孙络、浮络等所组成，其中以十二经脉为主体。它们相互连接，组成一个周而复始的联络系统。

1. 十二经脉

十二经脉即手三阴经（太阴肺经、厥阴心包经、少阴心经），手三阳经（阳明大肠经、少阳三焦经、太阳小肠经），足三阳经（阳明胃经、少阳胆经、太阳膀胱经），足三阴经（太阴脾经、厥阴肝经、少阴肾经）的总称。它们是经络系统的主体，故又称为“正经”。

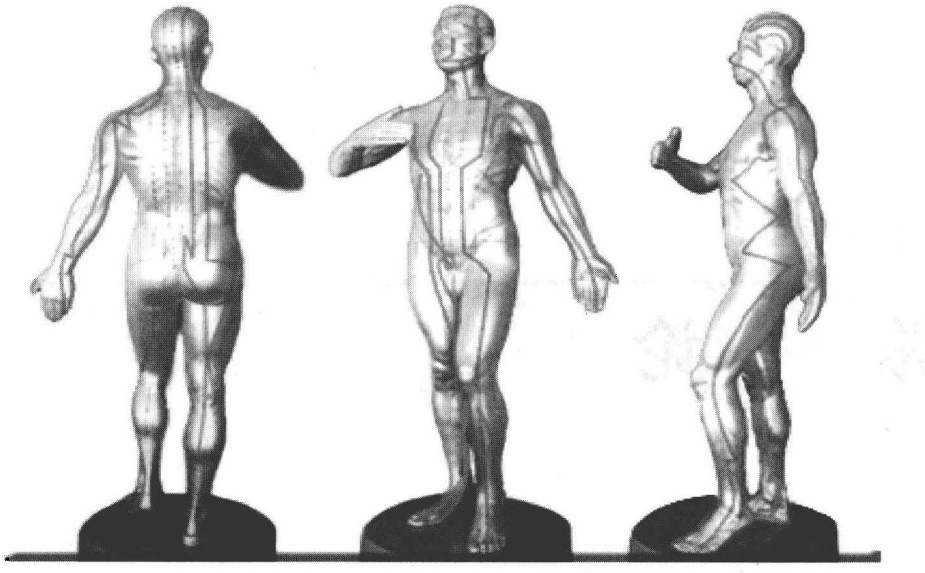


图 1－1　人体经络系统

2. 奇经八脉

“奇”有“异”的意思，是指与十二经脉不同而“别道奇行”的八条经脉，即任脉、督脉、冲脉、带脉、阴维脉、阳维脉、阴跷脉、阳跷脉，统称奇经八脉。《难经·二十七难》说：“凡此八者，皆不拘于经，故曰奇经八脉。”

奇经八脉中的任、督二脉，因各有其专属的腧穴，常与十二经脉相提并论，合称为“十四经”。十四经具有一定的循行路线、病候及所属腧穴，是经络系统的主要部分，在临床上是针灸治疗及药物归经的基础。

3. 十五络脉

十二经脉和任督二脉各有一条络脉，加上脾之大络，故称十五络，分别以十五络所发出处的腧穴命名。十二经脉的别络在四肢肘膝关节以下本经络穴分出后，均走向其表里经脉；任脉别络从鸠尾分出后，散于腹部；督脉别络从长强分出后，散布于头，左右别走足太阳经；脾之大络从大包分出后，散于胸胁。络脉中浮行现于体表部位的，称为浮络。络脉中最细小的分支，称为孙络。

十二经别络主要作用是加强阴阳表里经之间的联系，任脉别络沟通了腹部经气；督脉别络沟通了背部经气；脾之大络沟通了侧胸部经气。浮络、孙络遍布全身，有输布气血，濡养全身各组织器官的作用。

4. 十二经别

十二经别是十二正经离入出合的别行部分，是正经别行深入体腔的支脉。

十二经别离入出合的循行分布，沟通了表里两经并加强了经脉与脏腑的联系，补充了十二经脉在体内循行的不足，从而使十二经脉对人体各部分的联系更趋周密化，同时还扩

大了经穴主治的范围。例如阴经经脉在头项部合于与其相表里的阳经经别，这样就加强了阴经经脉同头面部的联系。临床上偏、正头痛，可取太渊、列缺治疗；牙痛、喉病，可取太溪、照海治疗等等。手足三阴经腧穴之所以能治头面、五官疾病，均与阴经的经别同头面部有其内在联系分不开。

5. 十二经筋

十二经筋是十二经脉之气结聚散络于筋肉关节的体系，是十二经脉的外周连属部分。

从经筋的分布和联结的情况来看，经筋同肌肉系统的关系是很密切的。《素问·痿论》说："宗筋主束骨而利机关也"，说明经筋的作用是联结筋肉，约束骨骼，利于关节的屈伸活动，以保持人体正常的运动功能，主要补充了经脉在体表循行的不足。

6. 十二皮部

十二皮部，是十二经脉功能活动反映于体表的部位，也是络脉之气散布的所在，正如《素问·皮部论》所说："凡十二经络脉者，皮之部也。"又说："皮有分部。"表明十二皮部是十二经脉的体表分区，是机体的卫外屏障。当机体卫外功能失常时，病邪可通过皮部深入络脉、经脉以至脏腑。诚如《素问·皮部论》所说："皮者脉之部也，邪客于皮则腠理开，开则邪入客于络脉，络脉满则注于经脉，经脉满则入合于脏腑也。"同时，有诸内必形诸外，当机体内脏有病时，亦可通过经脉、络脉而反应于皮部，可用来诊断和治疗疾病。临床上采用的皮肤针、腕踝针、灸法等治疗手段，都是基于皮部理论来指导的。

二、经络的生理功能和病理反应

经络的生理功能和病理反应，在针灸学中占有重要地位，它是针灸临床上诊断和治疗的依据。

1. 经络的生理功能

经络是输送气血，联络脏腑肢节，沟通表里上下，调节体内组织功能活动的通路。其生理功能有以下三方面：

（1）沟通表里上下，联络脏腑肢节：《灵枢·海论》说："夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节。"即明确地指出了这一功能。人体的五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋骨等组织器官，虽各有不同的生理功能，但又共同进行着有机的整体活动，使机体的内外上下保持着协调统一，构成一个有机的整体。而这种相互联系，有机配合主要是依据经络系统的联系沟通作用实现的。

（2）运行气血，濡养周身：人体的各个脏腑组织器官均需要气血的温养濡润，才能够发挥其正常作用。如《灵枢·本脏》说："经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。"

（3）抗御外邪，保卫机体：外邪侵犯人体多由人体最表浅的部位始而渐及于里，即多从皮毛开始。《素问·皮部论》说："邪客于皮则腠理开，开则邪入客于络脉，络脉满则注于经脉。"故《灵枢·本脏》说："卫气和则分肉解利，皮肤调柔，腠理致密矣。"明确

指出了卫气调和，运行通利，则腠理致密，“卫外而为固”，故六淫之邪不易侵袭机体为害。

2. 经络的病理反应

人体在病理状态下，经络能够传注病邪及反映病候。

（1）传注病邪：在正虚邪乘的情况下，经络又是病邪传注的途径。当体表受到病邪侵袭时，可通过经络由表及里，由浅入深的传变。正如《素问·缪刺论》说：“夫邪之客于形也，必先舍于皮毛，留而不去，入舍于孙脉，留而不去，入舍于络脉，留而不去，入舍于经脉，内连五脏，散于肠胃。”指出了经络是外邪从皮毛腠理内传于脏腑的传变途径。

此外，内脏有病时，也可通过经络相互传注。这是因为经络系统在体内的循行分布错综复杂，脏腑之间也通过经络相互联系。总之，经络病可以传入内脏；内脏病亦可累及经络，脏与脏，腑与腑，脏与腑之间均可通过经络的联属而发生疾病的传变。

（2）反映病候：由于经络对机体各部分之间存在着特定的联系，所以当人体脏腑的功能受到某些致病因素的侵袭而发生疾病时，便可在该经脉循行的路线和所隶属的有关部位上，表现出各种症状和体征。如足太阳经有病时，可以出现项如拔，腰如折，腘如结，踹如裂的症状。《素问·脏气法时论》说：“肝病者，两胁下痛引少腹”，“心病者，胸中痛……两臂内痛。”以上均说明经络有反映病候的功能，而病候病征出现的部位与经络的循行和分布有密切关系。

三、经络的作用及临床应用

经络在生理上联系内外，贯穿上下，运行气血，协调阴阳，抗御外邪，并有一定的循行路线和分布规律；在病理上传注病邪和反映病候等。这些为经络在临床上的应用，提供了可靠的保证。故《灵枢·经脉》说：“经脉者，所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通。”充分说明了经络系统在生理、病理、诊治疾病方面的重要性。

1. 诊断方面

（1）分经辨证：由于经络有一定的循行部位和脏腑络属，它可以反映所属脏腑的病证，因而在临床上，就可以根据疾病所出现的症状，结合经络循行的部位及联系的脏腑，作为辨证归经的依据。为经络辨证的重要方法之一。明代针灸学家张三锡在其所著《经络考》中说：“脏腑阴阳，各有其经，四肢筋骨，各有所主，明其部位以定经，循其流以导源，舍此而愈知病之所在，犹适燕而南行，岂不愈劳而愈远哉！”强调了依经辨证的重要性。

（2）经络诊察及扪穴诊病：某些疾病在其发病的过程中，常可发现在经络循行的通路上，或在经气聚集的某些腧穴上，有明显的压痛、结节、组织隆起、凹陷、弛缓，以及皮肤变异，如循经出现的红线、白线、皮丘疹、皮下出血线、汗毛竖起等现象，均有助于疾病的诊断。

2. 治疗方面

针灸治病是通过刺灸腧穴，以疏通经气，恢复调节人体脏腑气血的功能，从而达到治病的目的。具体应用时，可有以下几个方面：

（1）循经取穴：针灸选穴，一般是在明确辨证的基础上，除选用局部腧穴外，通常以循经取穴为主。它是根据“经脉所过，主治所及”的理论来治疗疾病的，即某一经络或脏腑有病，便选用该经或该脏腑的所属经络或相应经脉的远部腧穴来治疗。如《四总穴》所说的：“肚腹三里留，腰背委中求，头项寻列缺，面口合谷收”就是循经取穴的很好说明，临床应用非常广泛。

（2）皮部取穴：根据“十二经脉者皮之部也”，“欲知皮部以经脉为纪”的理论，经络或脏腑有病时，可取治于皮部。这就是说十二皮部是十二经脉循行和反应的部位，其分布在体表。内脏或经络有病时，可反映到皮部。表现为压痛、硬结，或色泽的变化等，可在皮部进行治疗。

（3）络脉取穴：根据菀陈则除之的理论，凡火热实邪、经络郁滞、痹阻所引起的病证，可用刺络脉出血，以泻其邪气。正如《灵枢·官针》说：“络刺者，刺小络之血脉也。”这种方法在临床应用也较普遍，如目赤肿痛刺太阳、耳尖出血；咽喉肿痛刺少商、商阳出血；急性腰扭伤刺委中出血；面瘫在面颊内刺络放血等等。

（4）筋病取穴：经筋的病候，多表现为拘挛、强直、抽搐、疼痛、弛缓、瘫痪等症，在治疗上多以局部取穴为主，即在病变部位取穴，或寻找压痛点，所谓“以痛为腧”的阿是穴进行治疗。

第二节 腧穴概论

腧穴学是研究腧穴的位置特点、主治作用及其基本理论的一门学科，是针灸专业的基础课程，在本专业中具有十分重要的地位。结合腧穴的形态结构和针灸效应等进行的现代研究，使腧穴学的内容更为丰富。

腧穴知识来源于医疗实践。我们的祖先在长期与疾病作斗争的过程中，陆续发现人体上有不少反应病痛和治疗病痛的特殊部位，在这个基础上，经过反复实践、认识，于是形成“腧穴”的概念。腧穴是人体脏腑经络气血输注出入的特殊部位。“腧”通“输”，或从简作“俞”。“穴”是空隙的意思。《黄帝内经》又称之为“节”、“会”、“气穴”、“气府”等；《针灸甲乙经》中则称之为“孔穴”；《太平圣惠方》又称做“穴道”；《铜人腧穴针灸图经》通称为“腧穴”；《神灸经纶》则称为“穴位”。《素问·气府论》解释腧穴是“脉气所发”；《灵枢·九针十二原》说是：“神气之所游行出入也，非皮肉筋骨也”。说明腧穴并不是孤立于体表的点，而是与深部组织器官有着密切联系、互相输通的特殊部位。“输通”是双向的。从内通向外，反应病痛；从外通向内，接受刺激，防治疾病。从这个意义上说，腧穴又是疾病的反应点和治疗的刺激点。

一、腧穴的命名

腧穴各有一定的部位和名称。古人对腧穴的命名取义十分广泛，多以取象比类的方法，结合腧穴的位置特点及其功能特点来命名，各个穴名都有一定的含义，理解穴名的意义，有助于对腧穴部位的记忆和对其功能作用的掌握。

1. 自然类：如日月、上星等以日月星辰命名；承山、后溪、气街等以地理名称命名。

2. 物象类：如鱼际、鸠尾、攒竹等以动植物名称比喻腧穴部位；天井、玉堂等以建筑物形容腧穴部位；大杼、地机以生活用具形容腧穴部位。

3. 人体类：如腕骨、完骨等以人体解剖部位命名；承泣、听会等以人体生理功能命名；光明、水分等以治疗作用命名。

4. 国际通用穴名：目前国际上统一用经络名称的英文缩写与穴位的序号来命名，如手太阴肺经的穴位用英文“Lung”的缩写“LU”作为代表，“中府”是肺经的第一个穴位，故称为“LU1”。

二、腧穴的分类

1. 十四经穴

十四经穴分布于十二经脉和督、任二脉的循行路线上，简称经穴，是腧穴的主体部分。十二经脉左右各有一条，故十二经脉上的腧穴都是左右对称的，一个穴名有两个穴位；任、督二脉则是单行线，故任、督二脉上的腧穴是单穴，一个穴名只有一个穴位。经穴在《内经》时计有160个穴名，到现代已发展为361个穴名，670个穴位。

经穴分布于十四经的循行路线上，故与经脉的关系密切，不仅有主治本经病证的作用，而且能反映本经及其所属脏腑的病证。

2. 经外奇穴

经外奇穴，是在十四经穴之外具有固定名称、位置和主治作用的腧穴，简称奇穴。

经外奇穴的分布较为分散，有的在十四经循行路线上，有些不在经脉循行路线上，但却与经络系统有密切的联系。有些奇经并不指某一部位，而由多穴位组合而成，如十宣、八风、八邪、华佗夹脊等。

经外奇穴对某些病证具有特殊的疗效，其主治作用一般比较单纯。

3. 阿是穴

阿是穴，是无具体名称、无固定位置、无固定主治病证，而以病痛局部或与病痛有关的压痛点、敏感点作为腧穴。当按压某一局部时病人反应敏感，出现疼痛、酸胀，发出“啊”的声音，“啊”处即作为施术的穴位，故称阿是穴。“痛”，在早期只指单纯的压痛感，以后“痛”的含义逐渐扩大。凡是按压触捏病体时，病人感觉有痛感、热感、酸楚、麻胀或舒适等感应处，即可作为施治的部位。阿是穴在临床的应用十分广泛，不仅适用于痛证，对某些内部脏器的疾患也有较好的疗效。

三、腧穴的作用

1. 输注气血

腧穴从属于经脉，通过经脉向内连属脏腑，是脏腑经络气血渗灌、转输、出入的特殊部位。《灵枢·九针十二原》说："所言节者，神气之所游行出入也，非皮肉筋骨也。"说明腧穴是气血通行出入的部位，脏腑、经脉之气在腧穴这一部位游行、出入，因此腧穴就具备了抵御疾病（出）、反应病痛（出）、传入疾病（入）、感受刺激、传入信息（入）等功能。

2. 反应病证

当病邪侵袭人体时，人体的正气可以通过经脉、腧穴向外奋起以护卫肌表；当人体内部发生病变时，内在的病理状态又可通过经脉腧穴反映于体表，因此腧穴部位的变化可以作为诊断疾病的依据。与经脉反应病证不同，腧穴所反应的病证主要限于腧穴范围的压痛、酸楚、结节、肿胀、瘀血、丘疹、虚陷等现象。腧穴反应病证的作用近年有不少新发现，如呼吸系统病证多在中府、肺俞、孔最处出现反应；肝胆系统的病证多在肝俞、胆俞、胆囊穴出现压痛等。

3. 防治疾病

腧穴不仅是气血输注的部位，也是邪气所客的处所。当人体正气亏虚、肌腠空疏时，邪气就会通过体表腧穴由表入里。

腧穴输注气血向内传入的特性，又是腧穴之所以能够治疗疾病的基础。在腧穴部位施以针刺、温灸等时，各种刺激通过腧穴、经脉传入体内，从而激发人体的正气，协调平衡阴阳，达到预防和抗御疾病的目的。腧穴防治疾病的作用已被大量的临床和实验所证实。

四、腧穴主治基本规律

1. 腧穴所在，主治所能

腧穴都能治疗所在部位及邻近器官的病证，这是腧穴的近部主治作用。例如，鼻区的迎香、口禾髎以及邻近的上星、通天等均能治疗鼻病；分布在耳区的穴位多能治疗耳病，分布在肩部的穴位多能治疗肩部病证，分布在躯干部的穴位，由于邻近脏腑，就能治疗相应部位内脏的病证。

2. 经脉所过，主治所及

腧穴能主治所属经脉循行部位及其深部组织、器官的病证，这是腧穴的远部主治作用。在十二经脉四肢肘膝以下的腧穴中，腧穴的远治作用尤为显著。例如，列缺不仅能治疗上肢病证，还能治疗头顶部、胸、肺、咽喉以及外感病证等；阳陵泉不仅能治疗下肢病变，还能治疗胁肋、胆、肝、神志病以及痉挛、抽搐等筋的病证。

十二经脉中，手三阴经都联系胸部，分别主治胸部心、肺的病证；手三阳经都联系头身部，分别主治头面、头侧及头项部的病证；足三阳经联系头身部，分别主治头身的前、

侧、后部的病证；足三阴经都联系腹部，分别主治腹部内脏的病证。

3. 特定腧穴，特定主治

特定穴不仅具有一般腧穴的主治特性，还有独特的主治作用。如背俞穴、原穴主治五脏病证；募穴、下合穴主治六腑病证；郄穴主治急性、痛性病证；八会穴主治慢性、虚弱性病证等。

4. 同一腧穴，双向主治

腧穴治病具有良性的双向调节作用。机体在不同状态下，同一腧穴会表现出两种相反的治疗作用。如足三里穴、天枢穴，在腹泻时起止泻作用，当便秘时又起通便作用；内关穴可使心动过缓者心率加快，而使心动过速者心率减慢；合谷穴在解表时可以发汗，在固表时又能止汗等。

5. 主治相同，疗效有别

某些腧穴在主治病证上具有相同性，但其临床疗效并不等同。例如，二间、三间、合谷、阳溪均可治疗牙痛，但以合谷疗效最好；艾灸隐白、太白、三阴交、少商、至阴均有转胎作用，但以至阴穴疗效最好。

6. 主治要领

腧穴所在，主治所能；经脉所过，主治所及；本经腧穴主治本经病，表里经腧穴配合治疗表里两经病；邻近经穴，治疗作用多相近；四肢部穴，以分经主治为主；头面躯干穴，以分部主治为主。

五、特定穴

特定穴，是十四经穴中具有特殊治疗作用，并以特定称号概括的腧穴，或称类穴。特定穴主治规律强，运用范围广，在临床应用中具有重要意义。

1. 五输穴

十二经在肘膝关节以下各有五个重要经穴，分别名为井、荥、输、经、合，合称“五输”。有关记载首见于《灵枢·九针十二原》：“以上下所出为井、所溜为荥、所注为输、所行为经、所入为合”。古人把经气运行过程用自然界的水流由小到大，由浅入深的变化来形容，把五输穴按井、荥、输、经、合的顺序，从四肢末端向肘、膝方向依次排列。“井”穴多位于手足之端，喻作水的源头，是经气所出的部位，即“所出为井”。“荥”穴多位于掌指或跖趾关节之前，喻作水流尚微，萦迂未成大流，是经气流行的部位，即“所溜为荥”。“输”穴多位于掌指或跖趾关节之后，喻作水流由小而大，由浅注深，是经气渐盛，由此注彼的部位，即“所注为输”。“经”穴多位于腕踝关节以上，喻作水流变大，畅通无阻，是经气正盛运行经过的部位，即“所行为经”。“合”穴位于肘膝关节附近，喻作江河水流汇入湖海，是经气由此深入，进而会合于脏腑的部位，即“所入为合”。《难经·七十四难》又把五输穴配属五行，即“阴井木，阳井金；阴荥火，阳荥水；阴俞土，阳俞木；阴经金，阳经火；阴合水，阳合土”。同时，又按阴阳相合，刚柔相济的关

系，将阴井乙木与阳井庚金配合起来，成为子午流注针法按时取穴及合日互用开穴规律的理论基础。

此外，六腑中的大肠、小肠、三焦，在足三阳经上各有一合穴，称为六府下合穴。由于大肠、小肠皆承受从胃腑传化而来的水谷之气，属于胃，所以它的下合穴（上巨虚、下巨虚）同在足阳明胃经上；三焦水道出于膀胱，参与水液的调节，故它的下合穴列于足太阳膀胱经上。

2. 原穴

原穴，是脏腑原气经过和留止的腧穴。十二经脉在腕、踝关节附近各有一个原穴，合为十二原穴。阴经的原穴即本经五输穴的输穴，阳经则于输穴之外另有原穴。

原，含本原、真元之义。原气来源于脐下肾间，是人体生命的本源，是维持生命活动最基本的动力。原气通过三焦输布于全身脏腑、十二经脉，其在四肢部驻留的部位就是原穴，由此可见原穴在人体的重要性。

3. 络穴

络脉在由经脉别出部位各有一个腧穴，称为络穴。它具有联络表里两经的作用。络穴名称首载于《灵枢·经脉》篇。十二经的络穴皆位于肘膝关节以下，加上任脉之络穴鸠尾散于腹，督脉之络穴长强散于头上，脾之大络大包穴布于胸胁，共有十五穴，故称为“十五络穴”。

4. 郄穴

郄穴是各经经气所深聚的地方，大多分布在四肢肘膝关节以下。十二经脉各有一个郄穴，阴、阳跷脉及阴、阳维脉也各有一个郄穴，合而为十六郄穴。

5. 俞募穴

俞募穴，是五脏六腑之气聚集输注于胸背部的特定穴。

背俞穴是脏腑经气输注于背腰部的腧穴，位于背腰部足太阳膀胱经的第一侧线上，即后正中线旁开 1.5 寸，其上下排列与脏腑位置的高低基本一致，大体依脏腑位置而上下排列，分别冠以脏腑之名，共十二穴。

脏腑经气结聚于胸腹部的腧穴，称为募穴。六脏六腑共有十二募穴。募穴之分布，有在本经者，有在他经者；有呈双穴者，有为单穴者。分布于肺经的有本脏募中府；分布于胆经的有本腑募日月，肾脏募京门；分布于肝经的有本脏募期门，脾脏募章门；分布于胃经的有大肠募天枢。以上均为双穴。其余都分布于任脉，有心包募膻中；心募巨阙；胃募中脘；三焦募石门；小肠募关元；膀胱募中极。均为单穴。

6. 交会穴

交会穴，是两条以上经脉交会通过的腧穴，是经脉之间互通脉气的处所。交会穴的分布以头身部为主，一般阴经多与阴经相交，阳经多与阳经相交。其中主要的一经即腧穴所归属的一经称为本经，相交会的经称为他经。交会穴的记载，始见于《针灸甲乙经》。交会穴的分布多在头面、躯干部位。

7. 八会穴

八会穴，是脏、腑、筋、脉、气、血、骨、髓八者精气会聚的腧穴。八会穴首载于《难经·四十五难》："腑会太仓（中脘），脏会季胁（章门），筋会阳陵泉，髓会绝骨，血会鬲俞，骨会大杼，脉会太渊，气会三焦外一筋直两乳内（膻中）也"。

八会穴除各自原有的功能外，对脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓的生理功能有着特殊的关系，如：脏会章门，腑会中脘，气会膻中，血会膈俞，筋会阳陵泉，脉会太渊，骨会大杼，髓会绝骨（悬钟）。

8. 八脉交会穴

奇经八脉与十二正经脉气相通的八个腧穴，称为八脉交会穴，又称交经八穴、流注八穴，均分布在肘膝以下。《医学入门》说："八法者，奇经八穴为要，乃十二经之大会也"，又说："周身三百六十穴统于手足六十六穴，六十六穴又统于八穴"，说明八穴之精义所在，它是特定穴中的重要组成部分。

□第二章□

经络各论

第一节 十二正经经脉

一、手太阴肺经

（一）手太阴肺经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：肺手太阴之脉，起于中焦[1]下络大肠，还循胃口[2]，上膈属肺。从肺系[3]，横出腋下，下循臑内[4]行少阴[5]、心主[6]之前，下肘中，循臂内[7]上骨[8]下廉[9]，入寸口[10]，上鱼，循鱼际[11]，出大指之端。

其支者：从腕后，直出次指内廉，出其端。

注释

（1）中焦——宋·王惟一《铜人腧穴针灸图经》注："中焦者，在胃中脘，主腐熟水谷，水谷精微上注于肺"。

（2）胃口——《铜人腧穴针灸图经》注："胃口，谓胃之上口，贲门之位也。"

（3）肺系——元·滑伯仁《十四经发挥》注："谓喉咙也。"喉咙，兼指气管而言。

（4）臑内——臑音闹。指上臂。屈侧称臑内，当肱二头肌部；伸侧称臑外，当肱三头肌部。

（5）少阴——此处指手少阴心经。

（6）心主——指手厥阴心包经。

（7）臂内——臂，指前臂；内，指内侧，即掌侧。

（8）上骨——指桡骨。

（9）廉——指侧边而言。

（10）寸口——腕后桡动脉搏动处。

（11）鱼，鱼际——“鱼”或称“手鱼”，今称“大鱼际”，“鱼际”即指鱼的边缘部分。

【语译】

手太阴肺经：起始于中焦胃部，向下络于大肠，回过来沿着胃上口，穿过膈肌，属于肺脏。从肺系——气管、喉咙部横出腋下（中府、云门），下循上臂内侧，走手少阴，手厥阴经之前（天府、侠白），下向肘中（尺泽），沿前臂内侧桡骨边缘（孔最），进入寸口——桡动脉搏动处（经渠、太渊），上向大鱼际部，沿边际（鱼际），出大指的末端（少商）。

它的支脉：从腕后（列缺）走向食指内（桡）侧，出其末端，接手阳明大肠经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病[1]，肺胀满，膨膨而喘咳，缺盆中痛[2]，甚则交两手而瞀[3]，此为臂厥[4]。

是主肺所生病者[5]：咳，上气，喘喝[6]，烦心，胸满，臑臂内前廉痛厥，掌中热。

气盛[7]有余，则肩背痛，风寒汗出中风，小便数而欠[8]；气虚[9]则肩背痛、寒，少气不足以息，溺色变[10]。

注释

（1）是动则病——张景岳《类经》注：“动言变也，变则变常而为病也。”指这一经脉发生异常变化就可能出现有关病证。

（2）缺盆——指锁骨上窝部。缺盆中，包括喉咙部分。

（3）瞀——音茂。指心胸闷乱，视力模糊而言。

（4）臂厥——指前臂经脉所过发生气血阻逆的见症。

（5）是主肺所生病者——指这一经脉（腧穴）能主治有关肺方面所发生的病证。

（6）喘喝——气喘声粗。“喝”或误作“渴”。

（7）气盛——指实证、阳证，与气虚相对而言。

（8）欠——指呵气。《黄帝内经太素》杨上善注：“阴阳之气，上下相引，故多欠也。”有作小便量少解，不确切。

（9）气虚——指虚证、阴证，与气盛相对而言。

（10）溺色变——溺，读作尿。小便颜色异常。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列病证：肺部胀满，膨膨气喘、咳嗽，锁骨上窝“缺

盆”内（包括喉咙部分）疼痛；严重的则交捧着两手，感到胸部烦闷，视觉模糊。还可发生前臂部的气血阻逆如厥冷、麻木、疼痛等症。

本经所属腧穴能主治有关“肺”方面所发生的病证，如咳嗽，气上逆而不平，喘息气粗，心烦不安，胸部满闷，上臂、前臂的内侧前边（经脉所过处）冷痛或厥冷，或掌心发热。

本经气盛有余的实证，多见肩背疼痛，感冒风寒自汗出，伤风，小便频数，口鼻嘘气；本经气虚不足的虚证，多见肩背疼痛怕冷，气短、呼吸急促，小便的颜色异常。

（二）手太阴肺经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：手太阴之别[1]，名曰列缺。起于腕上分间[2]，并太阴之经[3]，直入掌中，散入于鱼际。

注释

（1）别——即络脉。从本经分出的络脉，由此走向相表里的经脉。

（2）分间——指分肉之间。当桡骨茎突后方。

（3）并——指与经脉并列而行。

【病候】

其病：实，则手锐[1]掌热；虚，则欠欬[2]小便遗数[3]。取之去腕一寸半，别走阳明也。

注释

（1）手锐——手的锐骨部，指鱼际后方。

（2）欠欬——欠，呵欠；欬同呛，张口的样子。虚则欠欬，肺气不足所致。

（3）遗数——遗，小便不禁；数，小便频数。

【语译】

手太阴络脉，名列缺。起于腕关节上方桡骨茎突后的分肉之间，在腕后一寸半处，走向手阳明经脉；与手太阴经脉并行，直走入手掌中，散布在大鱼际部。

其病证：实证，手掌和手腕部灼热；虚证，呵欠、尿频、遗尿。可取手太阴络穴治疗。本络络于手阳明大肠经。

（三）手太阴肺经经别

【循行】

《灵枢·经别》：手太阴之正[1]，别[2]入渊腋少阴之前，入走肺，散之大肠，上入缺盆，循喉咙，复合阳明[3]。

注释

（1）正——十二经别又称别行之正经，意指从十二经脉分出。

（2）别——分别，指十二经脉循行通路之外的另一通路，别道行走。这与经脉、络脉所指之别意义不同。

（3）复合阳明——复，再走。阴经经别，合于有表里关系的阳经；阳经经别则合入本经。所以十二经别，就构成为“六合”

【语译】

手太阴经别，从太阴经分出，进入腋下渊腋的部位，行于手少阴经别之前，进入走向肺部，散到大肠，向上浅出于缺盆部，沿着喉咙，由此再合入于手阳明经脉。

（四）手太阴肺经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：手太阴之筋，起于大指之上，循指上行，结于鱼后[1]，行寸口外侧，上循臂，结肘中，上臑内廉，入腋下，出缺盆，结肩前髃[2]，上结缺盆，下结胸里，散贯贲[3]，合贲下，抵季胁。

注释

（1）鱼后——鱼际的后边。

（2）肩前髃——即肩髃部。

（3）贲——膈肌。杨上善注：“贲谓膈也。”

【病候】

其病：所过者支转筋痛[1]，其成息贲者[2]，胁急、吐血。

注释

（1）支转筋痛——支，支撑不适；转筋，肌筋拘挛掣痛。

（2）息贲——古病名，为五积之一，属肺之积。主要症状为胁下有积块而气逆上奔。

【语译】

手太阴经筋：起始于大拇指之上，沿大指上行，结于鱼际之后，行寸口动脉外侧，上行沿前臂，结于肘中，向上经过上臂内侧，进入腋下，出缺盆部，结于肩髃前方，其上方结于缺盆，自腋下行的从下方结于胸里，分散通过膈部，与手厥阴经之筋在膈下会合，达于季胁。

其病证：在本经筋循行处，可出现支撑不适、拘挛掣痛，重者可成息贲病，胁肋拘急，上逆吐血。

二、手阳明大肠经

（一）手阳明大肠经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：大肠手阳明之脉，起于大指次指[1]之端，循指上廉[2]，出合谷两骨[3]之间，上入两筋[4]之中，循臂上廉，入肘外廉，上臑外前廉，上肩，出髃骨[5]之前

廉，上出于柱骨之会上[6]，下入缺盆，络肺，下膈，属大肠。

其支者：从缺盆上颈，贯颊[7]，入下齿中；还出挟口，交人中[8]——左之右、右之左，上挟鼻孔。

注释

（1）大指次指——指大指侧的次指，即食指，又名示指，亦即第2指。

（2）上廉——取曲肘执笔体位，上廉即靠桡骨一侧。

（3）合谷两骨——指第1、2掌骨，合称歧骨。

（4）两筋——指拇长伸肌腱、拇短伸肌腱的过腕关节处。

（5）髃骨——髃读作隅，角的意思。此指肩峰部。

（6）柱骨之会上——张介宾注："颈项之根为天柱骨"，意指颈椎。"会上"指大椎，为六阳经所聚会，释作锁骨。

（7）颊——面旁的总称。

（8）人中——穴位名，又名水沟，位于人中沟中央近鼻孔处。

【语译】

手阳明大肠经：从食指末端起始（商阳），沿食指桡侧缘（二间、三间），出第1、2掌骨间（合谷）、进入两筋（拇长伸肌腱和拇短伸肌腱）之间（阳溪），沿前臂桡侧（偏历、温溜、下廉、上廉、手三里），进入肘外侧（曲池、肘髎），经上臂外侧前边（手五里、臂臑），上肩，出肩峰部前边（肩髃、巨骨，会秉风），向上交会颈部（会大椎），下入缺盆（锁骨上窝），络于肺，通过横膈，属于大肠。

它的支脉：从锁骨上窝上行颈旁（天鼎、扶突），通过面颊，进入下齿槽，出来挟口旁（会地仓），交会水沟部（会水沟）——左边的向右，右边的向左，上夹鼻孔旁（锁骨上窝），络于肺，通过横膈，属于大肠。

【病候】

《灵枢．经脉》：是动则病：齿痛，颈肿。

是主津[1]所生病：目黄，口干，鼽衄[2]，喉痹[3]，肩前臑痛，大指次指痛不用。

气有余，则当脉所过者[4]热肿；虚，则寒栗不复[5]。

注释

（1）津——此后原有"液"字，《黄帝内经太素》、《脉经》等无。即手阳明大肠经主津，手太阳小肠经主液。

（2）鼽衄——鼽，音求，为鼻流清涕。衄，指鼻出血。

（3）喉痹——指咽喉肿痛，壅闭不通的见症。面赤，腮肿，甚则颈外漫肿，汤水难咽，语言不出。

（4）脉所过者——指本经脉所过之处。

（5）寒栗不复——发寒抖战，难以回温。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列病证：牙齿痛，颈部肿胀。

本经所属穴能主治有关“津”方面所发生的病证：眼睛昏黄，口干，鼻塞，流清涕或出血，喉咙痛，肩前、上臂部痛，大指侧的次指（食指）痛而不好运用。

凡属于气盛有余的症状，则当经脉所过的部分发热和肿胀；属于气虚不足的症状，则发冷，战栗而不容易回暖。

（二）手阳明大肠经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：手阳明之别，名曰偏历。去腕三寸，别走太阴，其别者，上循臂，乘肩髃，上曲颊偏齿[1]；其别者，入耳合于宗脉[2]。

注释

（1）曲颊偏齿——颊骨所钩着处，曲如环形故名。上行到曲颊，偏络于齿根。

（2）宗脉——意指总脉、大脉，耳中为手、足少阳、手太阳、足阳明四脉所总会。

【病候】

其病：实，则龋[1]聋；虚，则齿寒痹隔[2]。取之所别也。

注释

（1）龋——龋齿，即蛀牙。

（2）齿寒痹隔——谓手阳明之脉外受风寒，络脉痹阻不通，可致齿冷等症。

【语译】

手阳明络脉，名偏历。在腕关节后三寸处分出，走向手太阴经脉；其支脉向上沿着臂膊，经过肩髃部位，上行到下颌角处，遍布于牙齿根部；其支脉进入耳中，与耳目所聚集的许多经脉（宗脉）会合。

其病证：实证，见龋齿痛、耳聋；虚证，见齿冷，经气痹阻不通畅，可取手阳明络穴治疗。

（三）手阳明大肠经经别

【循行】

《灵枢·经别》：手阳明之正，从手[1]循膺乳[2]别于肩髃[3]，入柱骨[4]，下走大肠，属于肺，上循喉咙，出缺盆，合于阳明也。

注释

（1）手——指手阳明经。

（2）膺乳——侧胸和乳部之间。

（3）肩髃——此指部位。

（4）柱骨——释作颈椎。张隐庵：“肩胛上之颈骨为柱骨”。一释作锁骨。

【语译】

手阳明经别，在肩上部肩髃穴处分出，从第7颈椎处进入体腔，下行到达大肠，归属于肺脏，向上沿喉咙，浅出于缺盆部，脉气仍旧流入手阳明本经。

（四）手阳明大肠经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》："手阳明之筋，起于大指次指之端，结于腕，上循臂，上结于肘外，上臑，结于肩髃；其支者，绕肩胛，挟脊；其直者从肩髃上颈；其支者上颊，结于烦；直者上出于手太阳之前，上左角，络头，下右颔。"

【病候】

其病：当所过者支痛及转筋，肩不举，颈不可左右视。

【语译】

手阳明经筋，起始于第二手指绕侧端，结于腕背部，向上沿前臂，结于肘外侧，上经上臂外侧，结于肩髃部；分出支经绕肩胛处，挟脊柱两旁；直行的经筋从肩髃部上走颈；分支走向面颊，结于鼻旁颧部；直上行的走手太阳经筋前方，上左侧额角者，结络于头部向下至右侧下颔。

其病证：在所经过之处可出现支撑不适、拘紧和疼痛，肩关节不能高举，颈不能向两侧顾视。

三、足阳明胃经

（一）足阳明胃经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：胃足阳明之脉：起于鼻，交頞中[1]，旁约太阳之脉[2]，下循鼻外，入上齿中，还出挟口，环唇，下交承浆[3]，却循颐[4]后下廉，出大迎[5]，循颊车[6]，上耳前，过客主人[7]，循发际，至额颅[8]。

其支者：从大迎前，下人迎[9]，循喉咙，入缺盆，下膈，属胃，络脾[10]。

其直者：从缺盆下乳内廉，下挟脐，入气街[11]中。

其支者：起于胃口[12]，下循腹里，下至气街中而合。——以下髀关[13]，抵伏兔[14]，下膝髌中，下循胫外廉，下足跗[15]，入中指内间[16]。

其支者，下三寸而别，下入中指外间。

其支者：别跗上，入大指间，出其端。

注释

（1）頞——音遏。鼻茎，指鼻根，又称山根。

（2）太阳之脉——指足太阳膀胱经。"约"或作"纳"。

（3）承浆——穴在颏唇沟中央，属任脉。

（4）颐——音夷。口角后，下颌部。

（5）大迎——穴在下颌角前1.3寸骨陷中，适当下颌骨斜线部，有面动脉。

（6）颊车——穴在下颌角前，咬肌中。

（7）客主人——即上关穴，当耳前颧弓上缘。

（8）额颅——即前额骨部，在发下眉上处。

（9）人迎——穴在结喉两侧，颈动脉搏动处。

（10）脾——按古人说“脾”，每兼指胰而言。《难经》云：“脾，扁广三寸，长五寸，有散膏半斤。”

（11）气街——指经络之气通行的径路。此处之气街，是指气冲部，当股动脉搏动处。

（12）胃口——指胃之下口，即幽门部。

（13）髀关——髀音俾。股外为髀。穴在髂前上棘直下，缝匠肌外侧，约平会阴。

（14）伏兔——大腿前正中部，股四头肌隆起如伏兔，故名。

（15）足跗——即足背。

（16）中指内间——“指”通作“趾”。内间指它的内侧趾缝，外间指它的外侧趾缝。

【语译】

足阳明胃经：从鼻旁开始（会迎香），交会鼻根中，旁边会足太阳经（会睛明），向下沿鼻外侧（承泣、四白），进入上齿槽中（巨髎），回出来挟口旁（地仓）环绕口唇（会水沟），向下交会于颏唇沟（会承浆）；退回来沿下颌出面动脉部（大迎），再沿下颌角（颊车），上耳前（下关），经颧弓上（会上关、悬厘、颔厌），沿发际（头维），至额颅中部（会神庭）。

它的支脉：从大迎前向下，经颈动脉部（人迎），沿喉咙（水突、气舍，一说会大椎），进入缺盆（锁骨上窝部），通过膈肌，属于胃（会上脘、中脘），络于脾。

外行的主干：从锁骨上窝（缺盆）向下，经乳中（气户、库房、屋翳、膺窗、乳中、乳根），向下夹脐两旁（不容、承满、梁门、关门、太乙、滑肉门、天枢、外陵、大巨、水道、归来），进入气街（腹股沟动脉部气冲穴）。

它的支脉：从胃口向下，沿腹里，至腹股沟动脉部与前者会合。——由此下行经髋关节前（髀关），到股四头肌隆起处（伏兔、阴市、梁丘），下向膝髌中（犊鼻），沿胫骨外侧（足三里、上巨虚、条口、下巨虚），下行足背（解溪、冲阳），进入中趾内侧趾缝（陷谷、内庭），出次趾末端（厉兑）。

它的支脉：从膝下三寸处（足三里）分出（丰隆），向下进入中趾外侧趾缝，出中趾末端。

另一支脉：从足背部（冲阳）分出，进大趾趾缝，出大趾末端，接足太阴脾经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：洒洒振寒。善伸，数欠，颜黑，病至则恶人与火，闻木声则惕然而惊，心欲动，独闭户塞牖[1]而处；甚则欲上[2]高而歌，弃衣而走；贲响[3]腹胀，

是为骭厥[4]。

是主血所生病者[5]：狂，疟，温淫[6]，汗出，鼽衄，口歪，唇胗[7]，颈肿，喉痹，大腹水肿，膝髌肿痛；循膺、乳、气街、股、伏兔、骭外廉，足跗上皆痛，中指不用。

气盛，则身以前皆热，其有余于胃，则消谷善饥，溺色黄；气不足，则身以前皆寒栗，胃中寒，则胀满。

注释

（1）牖——音友。指窗口。

（2）上——《素问·阳明脉解》作“登”，《素问·脉解》作“乘”。

（3）贲响——杨上善注：“贲，谓膈也。”贲响当指胸膈肠胃部作响。

（4）骭厥——指足胫部气血阻逆。

（5）主血——胃为水谷之海，化生精微，主生营血，即所谓“营出中焦”。其经多气多血，故主血所生病。

（6）温淫——指热性病证。

（7）唇胗——胗与疹通，指唇疡。《针灸甲乙经》、《脉经》、《备急千金要方》作“唇紧”。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列的病证：溲溲战抖发冷，喜欢伸腰，屡屡呵欠，颜面暗黑。病发时，就厌恶别人和火光，听到木器声音就惕惕惊慌，心要跳动，独自关闭房门，遮塞窗户而睡。严重的则可能登高而歌，不穿衣服就走。胸膈部响，腹部胀满。这还可发为小腿部的气血阻逆，如厥冷、麻木、酸痛等症。

本经所属腧穴就能主治有关“血”方面所发生的病证：躁狂，疟病，温热病，自汗出，鼻塞流涕或出血，口歪，唇生疮疹，颈部肿，喉咙痛，大腹水肿，膝关节肿痛；沿着胸前、乳部、气街（气冲穴部）、腹股沟部、大腿前、小腿外侧、足背上均痛，足中趾不能运用。

凡属于气盛有余的症状，则身体前面都发热，有余的症状表现在胃部，则消化强而容易饥饿，小便颜色黄。属于气虚不足的症状，则身体前面都发冷、寒战，胃部寒冷则感到胀满。

（二）足阳明胃经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：足阳明之别，名曰丰隆。去踝八寸，别走太阴；其别者，循胫骨外廉，上络头顶，合诸经之气，下络喉嗌。

【病候】

其病：气逆则喉痹卒瘖[1]。实，则狂癫；虚，则足不收，胫枯[2]。取之所别也。

注释

（1）卒瘖——卒，通作猝，突然；瘖，失音。

（2）足不收、胫枯——足不收，足弛缓松软无力；胫枯，胫部肌肉萎缩，气血亏虚所致。

【语译】

足阳明络脉，名丰隆，在距离外踝上八寸处分出，走向足太阴经；其支脉沿着胫骨外缘，向上联络头项部（会大椎），与各经的脉气相会合，向下联络喉咙和咽峡部。

其病证：气厥逆，就会患喉部肿痛，突然音哑。实证，发生癫病，狂病；虚证，见足胫部弛缓无力，肌肉萎缩。可取足阳明络穴治疗。

（三）足阳明胃经经别

【循行】

《灵枢·经别》：足阳明之正，上至髀，入于腹里(1)，属胃，散之脾，上通于心，上循咽，出于口，上颏颇(2)，还系目系(3)，合于阳明也。

注释

（1）腹里——腹腔之内。

（2）颏颇——颏，鼻根；颇，眼眶下部。

（3）目系——眼后内连于脑者。

【语译】

足阳明经别，在大腿前面从足阳明经分出，进入腹腔之内，属于胃腑，散布到脾脏，向上通连心脏，沿着食道浅出于口腔，上达于鼻根和眼眶下部，回过来联系到眼后与脑相连的组织（目系），脉气仍会合于足阳明经。

（四）足阳明胃经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：足阳明之筋，起于中三指(1)，结于跗上，邪（斜）外加于辅骨，上结于膝外廉，直上结于髀枢，上循胁，属脊。其直者，上循骭，结于膝；其支者，结于外辅骨，合少阳。其直者，上循伏兔，上结于髀，聚于阴器，上腹而布，至缺盆而结，上颈，上挟口，合于颃，下结于鼻，上合于太阳。太阳为目上纲(2)，阳明为目下纲(3)。其之者，从颊结于耳前。

注释

（1）中三指——即足次趾、中趾及无名趾。

（2）（3）纲——原作“网”，此据《针灸甲乙经》、《黄帝内经太素》改。

【病候】

其病：足中指支，胫转筋，脚跳坚[1]，伏兔转筋，髀前肿，癀疝[2]，腹筋急，引缺盆及颊，卒口僻[3]，急者目不合，热则筋纵、目不开。颊筋有寒则急，引颊移口；有热则筋弛纵，缓不胜收，故僻。

注释

（1）脚跳坚——脚部活动感觉僵硬不舒适。

（2）癀疝——又作“隤”。因疝气下颓，故名。参见足厥阴条。

（3）口僻——指口角歪斜。

【语译】

足阳明经筋，起始于足次趾、中趾及无名趾，结于足背，斜向外行加附于腓骨，上结于胫外侧，直上结于髀枢，又向上沿胁部属于脊；其直行的上沿胫骨，结于膝部，分支之筋结于外辅骨部，合并足少阳经筋；直行的沿伏兔上行，结于大腿部而聚会于阴器。再向上分布到腹部，至缺盆处结集；再向上至颈，夹口旁，合于鼻旁颧部，相继下结于鼻，从鼻旁合于足太阳经筋。太阳经筋为“目上纲”（上睑），阳明经筋为“目下纲”（下睑）。另一分支之筋，从面颊结于耳前部。

其病证：可出现足中趾及胫部支撑不适，拘紧疼痛，足部活动感觉到僵硬不舒，股前拘紧疼痛，髀前部肿，疝气，腹部筋肉拘紧，向上牵制到缺盆和颊部，突然发生口角歪斜，如有寒邪则掣引眼睑不能闭合；如有热邪则筋松弛使眼睑不能睁开。颊筋有寒使筋脉紧急，牵引颊部致口角移动；有热时则筋肉松弛收缩无力，所以口歪。

四、足太阴脾经

（一）足太阴脾经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：脾足太阴之脉，起于大指之端，循指内侧白肉际[1]，过核骨后[2]，上内踝[3]前廉，上踹[4]内，循胫骨后，交出厥阴[5]之前，上膝股内前廉，入腹，属脾，络胃，上膈，挟咽[6]，连舌本[7]，散舌下。

其支者：复从胃别，上膈，注心中（脾之大络，名曰大包，出渊腋下三寸，布胸胁）。

注释

（1）白肉际——指四肢掌（跖）面与背面交接的边缘。掌（跖）面的皮肤较厚而色浅，称白肉，又称赤白肉际。

（2）核骨——张介宾注：“大指本节后内侧圆骨。”其形如半个果核，故名核骨。即指第1跖骨的头部突起。

（3）内踝——胫骨下端的突出处。

（4）踹——小腿肚，即腓肠肌部。

（5）厥阴——指足厥阴肝经。

（6）咽——张介宾注："咽以咽物，居吼之后。"此兼指食管而言。

（7）舌本——指舌根部。

【语译】

足太阴脾经：从大趾末端开始（隐白），沿大趾内侧赤白肉际（大都），经核骨（第一骨小头后）（太白、公孙），上向内踝前边（商丘），上小腿内侧，沿胫骨后（三阴交、漏谷），交出足厥阴肝经之前（地机、阴陵泉），上膝股内侧前边（血海、箕门），进入腹部（冲门、府舍、腹结、大横；中极、关元），属于脾，络于胃（腹哀；会下脘、日月、期门），通过膈肌，夹食管旁（食窦、天溪、胸乡、周荣；络大包；会中府），连舌根，散布舌下。

它的支脉：从胃部分出，上过隔肌，流注心中，接手少阴心经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：舌本强，食则呕，胃脘[1]痛，腹胀善噫，得后与气[2]，则怏然如衰[3]，身体皆重。

是主脾所生病者：舌本痛，体重不能动摇，食不下，烦心，心下急痛，溏瘕泄[4]，水闭[5]，黄疸，不能卧，强立[6]则股膝内肿、厥，足大指不用（脾之大络……实则身尽痛，虚则百节皆纵）。

注释

（1）胃脘——《说文》："脘，胃府也。"

（2）得后与气——后，指大便；气，指矢气。

（3）怏然如衰——感到病情松解。

（4）溏瘕泄——溏，指大便溏薄；瘕，指腹部忽聚忽散的痞块；泄，指水泻。

（5）水闭——指小便不通等症。

（6）强立——《黄帝内经太素》作"强欠"。可作勉强起立解。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列的病证：舌根部强硬，吃了就要呕，胃脘痛，腹胀，嗳气，大便或放屁后就感到轻松，全身感到沉重无力。

本经所属腧穴能主治有关"脾"方面所发生的病证：舌根部痛，身体不能活动，吃不下，心胸烦闷，心窝下急痛，大便溏，腹有痞块，泄利，或小便不通，黄疸，不能安睡，勉强站立，大腿和小腿内侧肿、厥冷，足大趾不能运用。

（二）足太阴脾经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：足太阴之别，名曰公孙。去本节后一寸，别走阳明；其别者入络肠胃。

【病候】

其病：厥气上逆则霍乱。实，则腹[1]中切痛；虚，则鼓胀。取之所别也。

注释

（1）腹——原作肠，据《黄帝内经太素》改。

【语译】

足太阴络脉，名公孙。在距离足大趾本节后方一寸处分出，走向足阳明经；其支脉进入腹腔，与肠胃相联络。

其病证：气厥逆就挥霍缭乱，上吐下泻。实证，见腹部绞痛；虚证，见腹部胀气。可取足太阴络穴治疗。

（三）足太阴脾经经别

【循行】

《灵枢·经别》：足太阴之正，上至髀，合于阳明。与别俱行，上结于咽，贯舌本[1]。

注释

（1）舌本——原作舌中，据《黄帝内经太素》改。

【语译】

足太阴经别，从足太阴经脉分出后到达大腿前面，和足阳明经的经别相合并行，向上结于咽喉，贯通到舌本。

（四）足太阴脾经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：足太阴之筋，起于大指之端内侧，上结于内踝；其直者，结于膝内辅骨，上循阴股[1]结于髀，聚于阴器。上腹，结于脐，循腹里，结于肋，散于胸中；其内者着于脊。

其病：足大指支，内踝痛，转筋痛，膝内辅骨痛，阴股引髀而痛，阴器纽痛，上[2]引脐与[3]两胁痛，引膺中与[4]脊内痛。

注释

（1）阴股——股的内侧。

（2）上——原作下，据《黄帝内经太素》改。

（3）（4）与——原缺，据《黄帝内经太素》补。

【语译】

足太阴经筋，起始于足大趾内侧端，上行结于内踝，直行向上结于膝内辅骨（胫骨内髁部），向上沿着大腿内侧，结于股前，会聚于阴器部；向上到腹部，结于脐，再沿着腹内结于肋骨，散布到胸中，在内的经筋则附着于脊旁。

【病候】

其病证：可出现足大趾支撑不适，牵引内踝作痛，转筋，膝内辅骨痛，股内侧牵引髀部作痛，阴器部有扭转疼痛，并可向上引脐及两胁作痛，且能牵引胸膺和脊内疼痛。

五、手少阴心经

（一）手少阴心经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：心手少阴之脉，起于心中，出属心系(1)下膈，络小肠。

其支者：从心系，上挟咽(2)，系目系(3)。

其直者：复从心系，却上肺，下出腋下，下循臑内后廉，行太阴、心主(4)之后，下肘内，循臂内后廉，抵掌后锐骨(5)之端，入掌内后廉，循小指之内，出其端。

注释

（1）心系——是指心与各脏相连的组织。按：主要指与心连接的大血管及其功能性联系。

（2）挟咽——即指咽喉。

（3）目系——指眼后与脑相连的组织。

（4）太阴、心主——指手太阴肺经和手厥阴心包经。

（5）掌后锐骨——指腕骨之豌豆骨部。

【语译】

手少阴心经：从心中开始，出来属于心脏与他脏相连的系带，下过膈肌，络小肠。

它的支脉：从心脏的系带部向上挟咽喉，而与眼球内连于脑的系带相联系。

它的直行脉从心系（即心与他脏相联系的系带）上行至肺，向下出于腋下（极泉），沿上臂内侧后缘，走手太阴，手厥阴经之后（青灵），下向肘内（少海），沿前臂内侧后缘（灵道、通里、阴郄、神门），到掌后豌豆骨部进入掌内后边（少府），沿小指的桡侧出于末端（少冲），接手太阳小肠经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：嗌(1)干，心痛，渴而欲饮，是为臂厥(2)。

是主心所生病者：目黄、胁痛，臑臂内后廉痛、厥，掌中热、痛。

注释

（1）嗌——音益。《说文》："咽也"。按：嗌，指咽峡部分，而咽则兼指食管。

（2）臂厥——同肺经。指经脉所过部分气血阻逆。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列的病证：咽喉干燥，心口痛，口渴要喝水；还可发为前臂部的气血阻逆，如厥冷，麻木、酸痛等症。

本经所属腧穴能主治有关“心”方面所发生的病证：眼睛发黄，胸胁疼痛，上臂、前臂内侧后边痛或厥冷，手掌心热痛。

（二）手少阴心经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：手少阴之别，名曰通里。去腕一寸(1)，别而上行，循经入于心中，系舌本，属目系。取之去腕后一寸(2)。别走太阳也。

注释

（1）一寸——原作一寸半，据《黄帝内经太素》改。

（2）腕——原作掌，据《黄帝内经太素》、《针灸甲乙经》改。

【病候】

其实，则支膈(1)；虚，则不能言(2)。

注释

（1）支膈——胸膈间胀满、支撑不适。

（2）不能言——其支者上系舌本，故不能言。

【语译】

手少阴络脉，名通里。在腕关节后一寸处分出上行，沿着本经进入心中，向上联系舌根部，归属于眼后联系于脑部。

手少阴络脉出现的实证，见胸膈部支撑胀满；虚证，不能说话。可取手少阴络穴治疗。本络走向手太阳小肠经脉。

（三）手少阴心经经别

【循行】

《灵枢·经别》：手少阴之正，别入于渊腋(1)两筋之间，属于心，上走喉咙，出于面，合目内眦。

注释

（1）渊腋——足少阳胆经穴名，在腋下3寸处。又释为腋部。

【语译】

手少阴经别，分出后进入腋下渊腋穴处两筋之间，归属于心脏，向上走到喉咙，浅出面部，与手太阳经在内眼眦会合。

（四）手少阴心经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：手少阴之筋，起于小指之内侧，结于锐骨，上结肘内廉，上入腋，交太阴，伏(1)乳里，结于胸中，循贲(2)下系于脐。

注释

（1）伏——原作“挟”，据《黄帝内经太素》及杨注改。

（2）贲——原作“臂”，据《黄帝内经太素》及杨注改。

【病候】

其病：内急，心承伏梁[1]，下为肘网[2]，其病当所过者支转筋、筋痛。

注释

（1）伏梁——古病名，五积之一，为心之积，主要症状为积块起于脐上，上至心下，伏而不动，如屋之梁，因而得名。

（2）肘网——网，《黄帝内经太素》、《针灸甲乙经》作“纲”，指上肢的筋有病，肘部感到如罗网一样牵制不舒。

【语译】

手少阴经筋，起始于手小指内侧，结聚于腕后豆骨处，向上结于肘内侧，上入腋内，交手太阴经筋，循行于乳里，结聚于胸部，沿膈向下，联系于脐部。

其病证：可见胸内拘急，心下有积块坚伏名为伏梁；上肢筋有病，则肘部拘急屈伸不利；本经筋循行部位支撑不适，掣引转筋和疼痛。

六、手太阳小肠经

（一）手太阳小肠经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：小肠手太阳之脉，起于小指之端，循手外侧上腕，出踝中[1]，直上循臂骨[2]下廉，出肘内侧两骨[3]之间，上循臂外后廉，出肩解，绕肩胛[4]，交肩上，入缺盆，络心，循咽下膈，抵胃，属小肠。

其支者：从缺盆循颈，上颊，至目锐眦[5]，却入耳中。

其支者：别颊上颇[6]，抵鼻，至目内眦（斜络于颧）。

注释

（1）踝——此指手腕后方小指侧的高骨。

（2）臂骨——指尺骨。

（3）两骨——指尺骨鹰嘴和肱骨内上髁。

（4）肩解、肩胛——滑伯仁注：“脊两旁为膂，膂上两角为肩解，肩解下成片骨为肩胛。”张介宾注：“肩后骨缝曰肩解。”按：“肩后骨缝”指肩关节缝；两角指左右肩峰与肩胛冈部；成片骨即指肩胛骨体。

（5）目锐眦——《灵枢·癫狂》：“目眦外决于面者为锐眦。”指目外角。目大角为内眦。

（6）颇——音拙。眼眶的下方，包括颧骨内连及上牙床的部位。

【语译】

手太阳小肠经：从小指外侧末端开始（少泽），沿手掌尺侧（前谷、后溪），上向腕部（腕骨、阳谷），出尺骨小头部（养老），直上沿尺骨下边（支正），出于肘内侧当肱骨内上髁和尺骨鹰嘴之间（小海），向上沿上臂外后侧，出肩关节部（肩贞、臑俞），绕肩胛（天宗、秉风、曲垣），交会肩上（肩外俞、肩中俞；会附分、大杼、大椎），进入缺盆（锁骨上窝），络于心，沿食管，通过膈肌，到胃（会上脘、中脘），属于小肠。它的支脉：从锁骨上行沿颈旁（天窗、天容），上向面颊（颧髎），到外眼角（会瞳子髎），弯向后（会和髎），进入耳中（听宫）。

它的又一支脉：从面颊部分出，上向颧骨，靠鼻旁到内眼角（会睛明），接足太阳膀胱经。

此外，小肠与足阳明胃经的下巨虚脉气相通。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：嗌痛，颔[1]肿不可以顾，肩似拔，臑似折。

是主“液”所生病者[2]：耳聋，目黄，颊肿，颈、颔、肩、臑、肘臂外后廉痛。

注释

（1）颔——音汗，指颏下结喉上两侧肉之软处。

（2）主液——小肠受盛胃腑腐熟下传的水谷，经进一步消化和泌别清浊，其精华部分由脾转输，营养于全身，糟粕下走大肠，水液归于膀胱，因此小肠可产生水液，故本经主液所生病证。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列病证：咽喉痛，颔下肿不能回顾，肩部痛得像牵引，上臂痛得像折断。

本经所属腧穴能主治有关“液”方面所发生的病证：耳聋，眼睛昏黄，面颊肿，颈部、颔下、肩胛、上臂、前臂的外侧后边痛。

（二）手太阳小肠经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：手太阳之别，名曰支正。上腕五寸，内注少阴；其别者，上走肘，络肩髃。

【病候】

实，则节弛肘废[1]；虚，则生肬[2]，小者如指痂疥[3]。取之所别也。

注释

（1）节弛肘废——指肩肘部关节松弛痿废不用。

（2）肬——音由，与疣通，赘生在皮肤上的小瘤。

（3）痂疥——此指疣之多生如指痂疥之状。

【语译】

手太阳络脉，名支正。在腕关节后五寸处，向内侧注入手少阴心经；其支脉上行经肘部，上络于肩髃部。

手太阳络脉出现的实证，关节弛缓，肘部痿废不用；虚证，皮肤赘生小疣。可取手太阳络穴治疗。

（三）手太阳小肠经经别

【循行】

《灵枢·经别》：手太阳之正，指地[1]，别于肩解[2]，入腋走心，系小肠也。

注释

（1）指地——地在下，自上而下故称指地。杨上善说："手之六经，唯此一经下行，余并上行向头"。

（2）肩解——即肩关节。

【语译】

手太阳经别，在肩关节部从手太阳经分出，向下行入于腋窝部，走向心脏，连系小肠。

（四）手太阳小肠经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：手太阳之筋，起于小指之上，结于腕，上循臂内廉，结于肘内锐骨[1]之后，弹之应小指之上，入结于腋下。其支者，后走腋后廉，上绕肩胛，循颈，出足[2]太阳之筋[3]前，结于耳后完骨；其支者入耳中；直者出耳上，下结于颔，上属目外眦。其支者，上曲牙，循耳前，属目外眦，上额结于角。

注释

（1）锐骨——此指肘内的高骨，即肱骨内上髁。

（2）足——原作"走"，据《黄帝内经太素》、《针灸甲乙经》改。

（3）筋——原脱，据《黄帝内经太素》补。

【病候】

其病：手[1]小指支，肘内锐骨后廉痛，循臂阴[2]，入腋下，腋下痛，腋后廉痛，绕肩胛引颈而痛，应耳中鸣痛引颔，瞑目良久乃能[3]视。颈筋急，则为筋瘘[4]颈肿。

注释

（4）手——原脱，据《黄帝内经太素》补。

（5）臂阴——臂内侧的部位。

（6）能——原作"得"，据《黄帝内经太素》《针灸甲乙经》改。

（7）筋瘘——鼠瘰之属。张注本作"瘘"，《黄帝内经太素》、《针灸甲乙经》亦作"瘘"。但与上文似不连贯。

【语译】

手太阳经筋，起始于小指的上边，结于腕背，上沿前臂内侧，结于肱骨内上髁后，以手弹该骨处，有感传可及于手小指之上，进入后，结于腋下；其分支走肘后侧，向上绕肩胛部，沿着颈旁出走足太阳经筋的前方，结于耳后乳突部；分支进入耳中；直行的出于耳上，向下结于下颌处，上方的连属于眼外眦。

其病证：可见手小指支撑不适，肘内锐骨后缘疼痛，沿臂的内侧，上至腋下，及腋下后侧等处均痛，绕肩胛牵引颈部作痛，并感到耳中鸣响且痛，疼痛牵引颌部，眼睛闭合一会才能看清物景，颈筋拘急，可发生筋痿、颈肿等症。

七、足太阳膀胱经

（一）足太阳膀胱经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额，交巅[1]。

其支者：从巅至耳上角。

其直者：从巅入络脑，还出别下项[2]，循肩膊[3]内，挟脊[4]抵腰中，入循膂[5]，络肾，属膀胱。

其支者：从腰中，下挟脊，贯臀，入腘中。

其支者：从膊内左右别下贯胛，挟脊内，过髀枢[6]，循髀外后廉下合腘中——以下贯踹内，出外踝[7]之后，循京骨[8]至小指外侧。

注释

（1）交巅——“交”者，交会之意；“巅”者，乃指头顶正中高点，当百会穴处。

（2）项——后颈部。

（3）肩膊——指肩胛区。

（4）挟脊——指挟行脊柱两旁。

（5）膂——挟脊两旁的肌肉。

（6）髀枢——当股骨大转子部，环跳穴所在。

（7）外踝——腓骨下端的突出处。

（8）京骨——足外侧小趾本节后突出的半圆骨，即第5跖骨粗隆。又为穴名。

【语译】

足太阳膀胱经：从内眼角开始（睛明），上行额部（攒竹、眉冲、曲差；会神庭、头临泣），交会于头顶（五处、承光、通天；会百会）。

它的支脉：从头顶分出到耳上角（会曲鬓、率谷、浮白、头窍阴、完骨）。

其直行主干：从头顶入内络于脑（络却、玉枕；会脑户、风府），复出项部（天柱）分开下行：一支沿肩胛内侧，夹脊旁（会大椎、陶道；经大杼、风门、肺俞、厥阴俞、心

俞、督俞、膈俞），到达腰中（肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞），进入脊旁筋肉，络于肾，属于膀胱（气海俞、大肠俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞、中膂俞、白环俞）；一支从腰中分出，夹脊旁，通过臂部（上髎、次髎、中髎、下髎、会阳、承扶），进入窝中（殷门、委中）。

背部另一支脉：从肩胛内侧分别下行，通过肩胛（附分、魄户、膏肓俞、神堂。膈关、魂门、阳纲、意舍、胃仓、肓门、志室、胞肓、秩边），经过髋关节部（会环跳穴），沿大腿外侧后边下行（浮郄、委阳），会合于窝中（委中）——由此向下通过腓肠肌部（合阳、承筋、承山），出外踝后方（飞扬、跗阳、昆仑），沿第5跖骨粗隆（仆参、申脉、金门、京骨），到小趾的外侧（束骨、足通谷、至阴），下接足少阴肾经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动脉则病：冲头痛，目似脱，项如拔，脊痛，腰似折，髀不可以曲，腘如结，踹如裂，是为踝厥[1]。

是主筋所生病者[2]：痔，疟，狂、癫疾[3]，头囟项痛[4]，目黄，泪出，鼽衄，项、背、腰、尻[5]、腘、踹、脚皆痛，小指不用。

注释

（1）踝厥——指本经经脉循行小腿部气血厥逆的见症。

（2）主筋所生病——《素问·生气通天论》："阳气者，精则养神，柔则养精"，说明阳气化生精微，内可以养神，外可以柔筋。太阳为巨，所以主筋所发生的病证。

（3）癫疾——癫痫等病证。

（4）囟——音信，即囟门部。

（5）尻——音考，平声。骶尾骨部的通称。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列的病证：头重痛，眼睛要脱出，后项似被牵引，脊背痛，腰好像折断，股关节不能弯曲，腘窝好像凝结，腓肠肌像要裂开，还可发生外踝部的气血阻逆，如厥冷、麻木、酸痛等症。

本经所属腧穴能主治有关"筋"方面所发生的病证：痔，疟疾，躁狂、癫痫，头囟后项痛，眼睛昏黄，流泪，鼻塞、多涕或鼻出血，后项、背腰部、骶尾部、膝关节、腓肠肌、脚都可发生病痛，小脚趾功能异常。

（二）足太阳膀胱经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：足太阳之别，名曰飞阳。去踝七寸，别走少阴。

【病候】

实则鼽窒[1]，头背痛；虚则鼽衄。取之所别也。

注释

（1）鼽窒——鼻流清涕，窒塞不通气。

【语译】

足太阳络脉，名飞扬。在外踝上7寸处分出，走向足少阴经脉。

足太阳络脉出现的实证，鼻塞，见鼻流清涕，头痛背痛；虚证，见鼻流清涕，鼻出血。可取足太阳络穴治疗。

（三）足太阳膀胱经经别

【循行】

《灵枢·经别》：足太阳之正，别入于腘中，其一道[1]下尻五寸，别入于肛，属于膀胱，散之肾，循膂，当心入散；直者，从膂上入于项，复属于太阳。

注释

（1）一道——即一条或一支。

【语译】

足太阳经别，在腘窝部从足太阳经脉分出，其中一条在骶骨下5寸处别行进入肛门，向里入属于膀胱，散布联络于肾脏，沿着脊柱两旁的肌肉，到心脏部进入，散布在心脏内；直行的一条，循脊部两旁的肌肉处继续上行，浅出项部，仍归入于足太阳本经。

（四）足太阳膀胱经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：足太阳之筋，起于足小指，上结于踝，邪（斜）上结于膝，其下循足外踝，结于踵，上循跟，结于腘；其别者，结于踹外，上腘中内廉，与腘中并，上结于臀，上挟脊上项。其支者，别入结于舌本。其直者，结于枕骨，上头下颜，结于鼻。其支者，为目上纲[1]，下结于烦。其支者，从腋后外廉，结于肩髃。其支者，入腋下，上出缺盆，上结于完骨。其支者，出缺盆，邪（斜）上出于烦。

注释

（1）目上纲——约束目睫主管目之开合的筋称“纲”，上眼睑称“目上纲”，下眼睑称“目下纲”。

【病候】

其病：小指（趾）支，跟肿痛，腘挛，脊反折[1]，项筋急，肩不举，腋支，缺盆中纽痛，不可左右摇。

注释

（1）脊反折——角弓反张。

【语译】

足太阳经筋，起始于足小趾，上结于外踝，斜上结于膝部，下方沿足外侧结于足跟，

向上沿跟腱结于腘部；其分支结于小腿肚上向腘内侧，与腘部一支并行上结于臀部；向上夹脊旁，上后项部。分支入结于舌根。直行者结于鼻旁。背部的分支，从腋后外侧结于肩髃部位；一支进入腋下，向上出缺盆，上方结于完骨（耳后乳突）；再有分支从缺盆出来，斜上结于鼻旁部。

足太阳经筋发病，可见足小趾支撑不适和足跟部掣引疼痛，腘窝部挛急，脊背反张，项筋拘急，肩不能抬举，腋部支撑不适，缺盆中如纽掣样疼痛，不能左右活动。

八、足少阴肾经

（一）足少阴肾经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：肾足少阴之脉：起于小指之下，邪走(1)足心，出于然谷(2)之下，循内踝之后，别入跟中，以上踹内，出腘内廉，上股内后廉，贯脊属肾，络膀胱。

其直者：从肾上贯肝、膈，入肺中，循喉咙，挟舌本。

其支者：从肺出，络心，注胸中。

注释

（1）邪走——邪通斜。

（2）然谷——穴在内踝前大骨下，即舟骨粗隆下方。“然骨”即指舟骨粗隆。

【语译】

足少阴肾经：从脚小趾下边开始，斜向脚底心（涌泉），出于舟骨粗隆下（然谷、照海、水泉），沿内踝之后（太溪），分支进入脚跟中（大钟）；上向小腿内（复溜、交信；会三阴交），出窝内侧（筑宾、阴谷），上大腿内后侧，通过脊柱（会长强）属于肾、络于膀胱（肓俞、中注、四满、气穴、大赫、横骨；会关元、中极）。

它直行的脉：从肾向上（商曲、石关、阴都、通谷、幽门），通过肝、膈，进入肺中（步廊、神封、灵墟、神藏、彧中、俞府），沿着喉咙，夹舌根旁（通廉泉）。

它的支脉：从肺出来，络于心，流注于胸中，接手厥阴心包经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：饥不欲食，面如漆柴(1)，咳唾则有血，喝喝(2)而喘，坐而欲起，目眩眩如无所见，心如悬若饥状，气不足则善恐，心惕惕如人将捕之，是为骨厥(3)。

是主肾所生病者：口热、舌干、咽肿，上气，嗌干及痛，烦心，心痛，黄疸，肠澼(4)，脊、骨内后廉痛，痿、厥(5)，嗜卧，足下热而痛。

注释

（1）漆柴——形容病者面色黄黑无光泽。

（2）喝喝——为气喘声。

（3）骨厥——肾主骨，指本经脉所过部出现的证候。

（4）肠澼——澼音僻，肠间水也。此处指泄泻病证。

（5）痿厥——痿，主要指下肢痿弱；厥，逆冷。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列病证：饥饿而不想进食，面色黯黑像漆柴（炭），咳嗽痰唾带血，喝喝气急，刚坐下就想起来，两目视物模糊不清、心像悬空而不安，有如饥饿之感；肾气虚的容易发生恐怖、心中怦怦跳动，好像有人要捉捕他一样；这还可发生为“骨”方面的深部的气血阻逆，如厥冷、麻木、酸痛等症。

本经所属腧穴就能主治有关“肾”方面所发生的病证：口热、舌干燥、咽部发肿、气上逆、喉咙发干而痛、心内烦扰且痛、黄疸、腹泻、脊柱、大腿内侧后边痛、痿软、厥冷、喜欢躺着，脚心发热而痛。

（二）足少阴肾经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：足少阴之别，名曰大钟。当踝后绕跟，别走太阳；其别者，并经上走于心包下，外贯腰脊。

【病候】

其病：气逆则烦闷；实，则闭癃；虚，则腰痛。取之所别也。

【语译】

足少阴络脉，名大钟。在内踝后绕行足跟，走向足太阳经；其支脉与本经相并上行，走到心包下，外行通过腰脊部。

其病证：脉气厥逆，可见心胸烦闷。实证，见二便不通；虚证，见腰痛。可取足少阴络穴治疗。

（三）足少阴肾经经别

【循行】

《灵枢·经别》：足少阴之正，至腘中，别走太阳而合，上至肾，当十四椎出属带脉；直者系舌本，复出于项，合于太阳。

【语译】

足少阴经别，从本经脉在腘窝部分出后，与足太阳经别相合并行，上至肾脏，在十四椎（第2腰椎）处分出来，归属于带脉，其直行的继续上行，联系于舌根，再出来到项部，仍归入足太阳经别。

（四）足少阴肾经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：足少阴之筋，起于小指之下，入足心[1]，并太阴之经，邪（斜）走

内踝之下，结于踵，与足太阳[2]之筋合，而上结于内辅骨之下，并太阴[3]之经筋而上，循阴股，结于阴器，循脊内挟脊[4]，上至项，结于枕骨，与足太阳之筋合。

注释

（1）入足心——三字原无，据《针灸甲乙经》补。

（2）足太阳——三字原文为“太阳”二字，据《黄帝内经太素》改。

（3）太阴——此指足太阴。

（4）循脊内挟脊——原作“循脊内挟脊”，据《针灸甲乙经》改。

【病候】

其病：足下转筋，及所过而结者皆痛及转筋，病在此者，主痫瘛及痉[1]，在外者不能俯，在内者不能仰，故阳病者腰反折，不能俯；阴病者，不能仰。

注释

（1）痫瘛及痉——痫，音闲，癫痫；瘛音赤，瘛疭，抽搐之义；痉，痉挛强直。

【语译】

足少阴经筋，起于足小趾下边，入足心部，同足太阴经筋斜走内踝下方，结于足跟，与足太阳经筋会合；向上结于胫骨内髁下，同足太阴经筋一起向上行，沿大腿内侧，结于阴部，沿脊（脊旁肌肉）里夹脊，上后项结于枕骨，与足太阳经筋会合。

足少阴经筋发病，可见足下转筋，所经过和所结聚的部位，都有疼痛和转筋的证候，病在足少阴经筋，主要有痫证、抽搐和项背反张等证，病在背侧的不能前俯，在胸腹侧的不能后仰，背为阳，腹为阴，阳筋病，项背部筋急，而腰向后反折，身体不能前俯，阴筋病，腹部筋急，而身不能后仰。

九、手厥阴心包经脉

（一）手厥阴心包经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：心主手厥阴心包络之脉，起于胸中，出属心包络，下膈，历络三焦[1]。

其支者：循胸出胁[2]，下腋三寸，上抵腋下，循臑内，行太阴、少阴之间，入肘中，下臂，行两筋[3]之间，入掌中，循中指，出其端。

其支者：别掌中，循小指次指[4]出其端。

（1）历络三焦——此指自胸至腹依次联络上、中、下三焦。

（2）胁——乳下旁肋部。

（3）两筋——指桡侧腕屈肌腱和掌长肌腱。

（4）小指次指——小指侧的次指，即无名指，亦即第4指，下同。

【语译】

手厥阴心包经：从胸中开始，浅出属于心包，通过膈肌，经历胸部、上腹和下腹，络于三焦。

它的支干脉：沿胸内出胁部，当腋下三寸处（天池）向上到腋下，沿上臂内侧（天泉），于手太阴、手少阴之间，进入肘中（曲泽），下向前臂，走两筋（桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间）（郄门、间使、内关、大陵），进入掌中（劳宫），沿中指桡侧出于末端（中冲）。

它的支脉：从掌中分出，沿无名指出于末端，接手少阳三焦经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：手心热，臂、肘挛急，腋肿；甚则胸胁支满(1)，心中憺憺(2)大动，面赤，目黄，喜笑不休。

是主脉所生病者：烦心，心痛，掌中热。

注释

（1）支满——支撑胀满的感觉

（2）憺憺——音淡。形容心悸状。

（3）主脉——诸脉皆属于心，心包络是心的外卫，代心受邪，故主脉所生病。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列病证：心中热，前臂和肘弯掣强拘急，腋窝部肿胀，甚至胸中满闷，心跳不宁，面赤、眼睛昏黄，喜笑不止。

本经所属腧穴能主治有关“脉”（心主血脉）方面所发生的病证：心胸烦闷，心痛，掌心发热。

（二）手厥阴心包经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：手心主之别，名曰内关。去腕二寸，出于两筋之间，别走少阳(1)，循经以上系于心包，络心系。

注释

（1）别走少阳——原脱，据《黄帝内经太素》杨注引《明堂经》文补。

【病候】

心系实则心痛；虚则为烦心(1)。取之两筋间也。

注释

（1）烦心——原作头强，据《针灸甲乙经》、《备急千金要方》改。

【语译】

手厥阴络脉，名内关。在腕关节后2寸处，出于两筋之间，分支走向手少阳经脉，并沿经向上连系于心包，散络于心系。

心系的实证，见心痛；虚证，见心中烦乱。可取手厥阴络穴治疗。

（三）手厥阴心包经经别

【循行】

《灵枢·经别》：手心主之正，别下渊腋三寸，入胸中，别属三焦，出循[1]喉咙，出耳后，合少阳完骨之下。

注释

（1）上循——原作出循，据《黄帝内经太素》改。

【语译】

手厥阴经别，在渊腋下三寸处分出，进入胸腔内，分别归属上中下三焦，上达喉咙，浅出于耳后方的完骨部，与手少阳经会合。

（四）手厥阴心包经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：手心主之筋，起于中指，与太阴之筋并行，结于肘内廉，上臂阴，结腋下，下散前后挟胁。其支者，入腋，散胸中，结于贲[1]。

注释

（1）贲——原作臂，据《黄帝内经太素》改。

【病候】

其病：当所过者支转筋，及胸痛息贲[1]。

注释

（1）筋——此后原有“前”字。今据《黄帝内经太素》删去。

【语译】

手厥阴经之筋，起始于中指，与手太阴经筋并行，结于肘部内侧，上经上臂的内侧。结于腋下，分支进入腋内，散布于胸中，结于膈部。

手厥阴经筋发病，可见本经筋所循行、结聚的部位支撑不适，掣引、转筋，以及胸痛或成息贲病。

十、手少阳三焦经

（一）手少阳三焦经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：三焦手少阳之脉，起于小指次指之端，上出两指之间[1]，循手表腕[2]，出臂外两骨[3]之间，上贯肘，循臑[4]外上肩，而交出足少阳之后，入缺盆，布膻中[5]，散络心包，下膈，遍[6]属三焦。

其支者：从膻中上出缺盆。上项，系耳后，直上出耳角，以屈下颊至頗。

其支者：从耳后入耳中，出走耳前，过客主人[7]，前交颊，至目锐眦。

注释

（1）两指之间——手指第4、5掌骨间。

（2）手表腕——指手背腕关节中。

（3）臂外两骨——指前臂背（伸）侧，尺骨与桡骨间。

（4）臑外——上臂后（伸）侧。

（5）膻中——膻音旦。此指胸中。不指穴名。

（6）遍——原作编。或误“循”。

（7）客主人——即上关穴之异名。

【语译】

手少阳三焦经：起于无名指末端（关冲），上行小指与无名指之间（液门），沿着手背（中渚、阳池），出于前臂伸侧两骨（尺骨、桡骨）之间（外关、支沟、会宗、三阳络、四渎），向上通过肘尖（天井），沿上臂外侧（清冷渊、消泺），向上通过肩部（臑会、肩髎），交出足少阳经的后面（天髎；会秉风、肩井、大椎），进入缺盆（锁骨上窝），分布于膻中（纵隔中），散络于心包，通过膈肌，广泛遍属于上、中、下三焦。

它的支脉：从膻中上行，出锁骨上窝，上向后项，连系耳后（天牖、翳风、颅息），直上出耳上方（角孙；会颔厌、悬厘、上关），弯下向面颊，至眼下（颧髎）。

它的支脉：从耳后进入耳中，出走耳前（和髎、耳门；会听会），经过上关前，交面颊，到外眼角（丝竹空；会瞳子髎）接足少阳胆经。

此外，三焦与足太阳膀胱经的委阳脉气相通。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：耳聋，浑浑焞焞，嗌肿，喉痹。

是主气所生病者[1]，汗出，目锐眦痛，颊肿，耳后、肩、臑、肘、臂外皆痛，小指次指不用。

注释

（1）主气——三焦能通调水道，水病多由于气化失常，故主气所生病。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列的病证：耳聋，耳鸣，咽峡肿，喉咙痛。

本经所属腧穴能治有关“气”方面所发生的病证：自汗出，眼睛外眦痛，面颊肿，耳后、肩部、上臂、肘弯、前臂外侧均可发生病痛，小指侧的次指（无名指）欠灵活。

（二）手少阳三焦经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：手少阳之别，名曰外关。去腕二寸，外绕臂，注胸中，合心主。

【病候】

实，则肘挛[1]；虚，则不收。取之所别也。

注释

（1）肘挛——肘部引掣拘挛。

【语译】

手少阳络脉，名外关。在腕关节后二寸处分出，绕行于臂膊的外侧，进入胸中，会合于心包。

出现的实证，则见肘关节拘挛；虚证，则见肘关节不能收屈运动。可取手少阳络穴治疗。

（三）手少阳三焦经经别

【循行】

《灵枢·经别》：手少阳之正，指天[1]，别于巅，入缺盆，下走三焦，散于胸中也。

注释

（1）指天——手少阳经别，起于颠顶，其部位在上，故称指天。

【语译】

手少阳经别，在头部从手少阳经分出，向下进入缺盆，经过上中下三焦，散布于胸中。

（四）手少阳三焦经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：手少阳之筋，起于小指次指之端，结于腕；上循臂，结于肘；上绕臑外廉，上肩走颈，合手太阳。其支者，当曲颊入系舌本；其支者上曲牙[1]，循耳前，属目外眦，上乘颔[2]，结于角。

其病：所过者[3]支转筋，舌卷。

注释

（1）曲牙——颊车上部。

（2）颔——此处指颞前部。

（3）所过者——者后原有“即”字，据《黄帝内经太素》删去。

【语译】

手少阳经筋，起始于第4手指端，结于腕背，走向前臂外侧，结于肘尖部，向上绕行于上臂外侧，上循肩部，走到颈部会合手太阳经筋。其分支当下颌角部进入，联系于舌根；一支上下颌处沿耳前，属目外眦，上达颞部，结于额角。

手少阳经筋发病，可见本经筋循行部位支撑不适，转筋掣引，以及舌卷。

十一、足少阳胆经

（一）足少阳胆经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角(1)，下耳后，循颈，行手少阳之前，至肩上，却交出手少阳之后，入缺盆。

其支者：从耳后入耳中，出走耳前，至目锐眦后。

其支者：别锐眦，下大迎，合于手少阳，抵于颇，下加颊车(2)，下颈，合缺盆——以下胸中，贯膈，络肝、属胆，循胁里，出气街，绕毛际(3)，横入髀厌中(4)。

其直者：从缺盆下腋，循胸，过季胁，下合髀厌中——以下循髀阳(5)，出膝外廉，下外辅骨(6)之前，直下抵绝骨之端(7)，下出外踝之前，循足跗上，入小指次指之间。

其支者：别跗上，入大指之间，循大指歧骨内(8)，出其端，还贯爪甲，出三毛(9)。

注释

（1）头角——当额结节部。

（2）下加颊车——指经脉向下覆盖于颊车穴部。

（3）毛际——指耻骨部阴毛处。

（4）髀厌——即髀枢，相当于环跳穴部。

（5）髀阳——指大腿的外侧。

（6）外辅骨——指腓骨。

（7）绝骨——指腓骨的下段低凹处。

（8）大指岐骨——指第1、2跖骨而言。

（9）三毛——足趾背短毛。

【语译】

足少阳胆经：从外眼角开始（瞳子髎），上行到额角（颔厌、悬颅、悬厘、曲鬓；会头维、和髎、角孙），下耳后（率谷、天冲、浮白、头窍阴、完骨、本神、阳白、头临泣、目窗、正营、承灵、脑空、风池），沿颈旁，行手少阳三焦经（经天容），至肩上退后，交出手少阳三焦经之后（会大椎，经肩井，会秉风），进入缺盆（锁骨上窝）。

它的支脉：从耳后进入耳中（会翳风），走耳前（听会、上关；会听宫、下关），至外眼角后；另一支脉：从外眼角分出，下向大迎，会合手少阳三焦经至眼下；下边盖过颊车（下颌角），下行颈部，会合于缺盆（锁骨上窝）。由此下向胸中，通过膈肌，络于肝，属于胆；沿胁里，出于气街（腹股沟动脉处）绕阴部毛际，横向进入髋关节部。

它的主干（直行脉）：从缺盆（锁骨上窝）下向腋下（渊液、辄筋；会天池），沿胸侧，过季胁（日月、京门；会章门），向下会合于髋关节部（带脉、五枢、维道、居髎……环跳）。由此向下，沿大腿外侧（风市、中渎），出膝外侧（膝阳关），下向腓骨头前

（阳陵泉），直下到腓骨下段（阳交、外丘、光明、阳辅、悬钟），下出外踝之前（丘墟），沿足背进入第4趾外侧（足临泣、地五会、侠溪、足窍阴）。

它的支脉：从足背分出，进入大趾趾缝间，沿第1、2跖骨间，出趾端，回转来通过爪甲，出于趾背毫毛部，接足厥阴肝经。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：口苦，善太息，心胁痛，不能转侧，甚者面微有尘(1)，体无膏泽(2)，足外反热(3)，是为阳厥(4)。

是主骨所生病者(5)，头痛，颔痛，目锐眦痛，缺盆中肿痛，腋下肿，马刀侠瘿(6)，汗出振寒，疟，胸胁、肋、髀、膝外至胫、绝骨、外踝前，及诸节皆痛，小指次指不用。

注释

（1）面微有尘——形容面色灰暗，好像蒙有尘土一样。

（2）膏泽——即脂滑润泽之意。

（3）足外——指下肢外侧，经脉所过部分。

（4）阳厥——此指足少阳经气阻逆为病。

（5）主骨——张介宾说："胆味苦，苦走骨，故胆主骨所生病。"

（6）马刀侠瘿——此指瘰疬生在颈项或腋下等部位。

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列的病证：嘴里发苦，好叹气，胸胁痛不能转侧，甚则面孔像蒙着微薄尘，身体没有脂润光泽，小腿外侧热，还可发为足少阳部分的气血阻逆，如厥冷、麻木、酸痛等症。

本经所属腧穴能主治有关"骨"方面病证：如头痛，颞痛，眼睛外眦痛，缺盆（锁骨上窝）中肿痛，腋下肿，如"马刀侠瘿"等症，自汗出，战栗发冷，疟疾以及胸部、胁肋、大腿及膝部外侧以至小腿腓骨下段"绝骨"、外踝的前面，以及各骨节都疼痛，小趾侧的次趾（足无名趾）不好运用。

（二）足少阳胆经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：足少阳之别，名曰光明。去踝五寸，别走厥阴，下络足跗。

【病候】

其病：实则厥；虚则痿躄(1)，坐不能起。取之所别也。

注释

（1）痿躄——躄音僻，痿躄，下肢痿软无力，足不能行走。

【语译】

足少阳络脉，名光明。在距离外踝上5寸处分出，走向足厥阴经脉，向下联络足背。出现的实证，见足部厥冷；虚证，见下肢瘫痪，不能起立。可取足少阳络穴治疗。

（三）足少阳胆经经别

【循行】

《灵枢·经别》：足少阳之正，绕髀，入毛际，合于厥阴；别者入季胁之间，循胸里属胆，散之肝，上贯心，以上挟咽，出颐颔中，散于面，系目系，合少阳于外眦也。

【语译】

足少阳经别，从足少阳胆经分出，绕过大腿前侧进入外阴部，同足厥阴经的经别会合，分支进入浮肋之间，沿着胸腔里，归属于胆，散布到肝脏，上贯心中，挟着食道，浅出于下颌中间，散布在面部，联系眼球后面通入颅腔，当外眦部与足少阳经脉会合。

（四）足少阳胆经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：足少阳之筋，起于小指（趾）次指（趾），上结外踝，上循胫外廉，结于膝外廉。其支者别起外辅骨，上走髀，前者结于伏兔之上，后者结于尻。其直者上眇乘季胁，上走腋前廉，系于膺乳，结于缺盆。直者上出腋，贯缺盆，出太阳之前，循耳后，上额角，交巅上，下走颔，上结于颅。支者结于目外眦，为外维[1]。

注释

（1）外维——指维系目外眦之筋，此筋收缩即可左右盼视。

【病候】

其病：小指（趾）次指（趾）支转筋，引膝外转筋，膝不可屈伸，腘筋急，前引髀，后引尻，即上乘眇季胁痛，上引缺盆，膺乳颈维筋急，从左之右，右目不开，上过右角，并跷脉而行，左络于右，故伤左角，右足不用，命曰维筋相交。

【语译】

足少阳经之筋，起于第4趾，上结于外踝，再向上沿胫外侧结于膝外侧。其分支另起于腓骨部，上走大腿外侧，前边结于伏兔（股四头肌部），后边结于骶部。直行的经侧腹季胁，上走腋前方，联系于胸侧和乳部，结于缺盆。直行的上出腋部，通过缺盆，走向太阳经的前方，沿耳后上绕到额角，交会于头顶，向下走向下颌，上方结于鼻旁，分支结于外眦成“外维”。

足少阳经之筋发病，可见足第4趾支撑不适，掣引转筋，并牵连膝外侧转筋，膝部不能随意屈伸，腘部的经筋拘急，前面牵连髀部，后面牵引尻部，向上牵及胁下空软处及胁部作痛，向上牵引缺盆、胸侧，颈部所维系的筋发生拘急。如果从左侧向右侧维络的筋拘急时，则右眼不能张开。因此筋上过右额角与跷脉并行，阴阳跷脉在此互相交叉，左右之筋也是交叉的，左侧的维络右侧，所以左侧的额角筋伤，会引起右足不能活动，这叫维筋相交。

十二、足厥阴肝经

（一）足厥阴肝经经脉

【循行】

《灵枢·经脉》：肝足厥阴之脉，起于大指丛毛之际，上循足跗上廉，去内踝一寸，上踝八寸，交出太阴之后，上腘内廉，循股阴，入毛中，环阴器，抵小腹，挟胃，属肝，络胆，上贯膈，布胁肋，循喉咙之后，上入颃颡(1)，连目系，上出额，与督脉会于巅。

其支者：从目系下颊里，环唇内。

其支者：复从肝别贯膈上注肺。

注释

（1）颃颡——同吭嗓。此指喉头和鼻咽部。喉咙则指下连气管部分。

【语译】

足厥阴肝经：从大趾背毫毛部开始（大敦），向上沿着足背内侧（行间、太冲），离内踝1寸（中封），上行小腿内侧（会三阴交；经蠡沟、中都、膝关），离内踝8寸处交出足太阴脾经之后，上膝腘内侧（曲泉），沿着大腿内侧（阴包、足五里、阴廉），进入阴毛中，环绕阴部，至小腹（急脉；会冲门、府舍、曲骨、中极、关元），夹胃旁边，属于肝，络于胆（章门、期门）；向上通过膈肌，分布胁肋部，沿气管之后，向上进入颃颡（喉头部），连接目系（眼球后的脉络联系），上行出于额部，与督脉交会于头顶。

它的支脉：从“目系”下向颊里，环绕唇内。

它的支脉：从肝分出，通过膈肌，向上流注于肺（接手太阴肺经）。

【病候】

《灵枢·经脉》：是动则病：腰痛不可以俯仰，丈夫癀疝(1)，妇人少腹肿(2)，甚则嗌干，面尘脱色。是主肝所生病者，胸满，呕逆，飧泄(3)，狐疝，遗溺、闭癃。

注释

（1）癀疝——癀与颓同，又写作“颜”。癀疝，为七疝之一，发病时阴囊肿痛下坠。

（2）飧泄——飧音孙。大便稀薄，完谷不化叫飧泄。

（3）狐疝——为七疝之一，其证为阴囊疝气时上时下，像狐之出入无常。张子和说：“狐疝，其状如瓦。卧则入少腹，行立则出少腹入囊中，此疝出入上下，往来正与狐相类也。”

【语译】

本经有了异常变动就表现为下列的病证：腰痛，不能前俯后仰，男人可出现小肠疝气，妇女可出现小腹部肿胀，严重的则咽喉干，面灰尘，脱了血色。

（二）足厥阴肝经络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：足厥阴之别，名曰蠡沟。去内踝[1]五寸，别走少阳；其别者，循经[2]上睾，结于脐[3]。

注释

（1）去内踝——踝下《针灸甲乙经》、《脉经》均有“上”字。

（2）循经——原作循脛，据《针灸甲乙经》、《脉经》改。

（3）茎——指阴茎。

【病候】

其病：气逆则睾肿[1]卒疝。实则挺长[2]；虚则暴痒。取之所别也。

注释

（1）睾肿——《素问·缪刺》王注：“睾，阴丸也”。

（2）长——《针灸甲乙经》、《脉经》、《黄帝内经太素》此下有“热”字。

【语译】

足厥阴络脉，名蠡沟。在离内踝上5寸处分出，走向足少阳经脉；其分支经过胫骨部，上行到睾丸部，结在阴茎处。

其病证：气厥逆则睾丸肿胀，突发疝气。实证，见阳强不倒；虚证，见阴部暴痒。取足厥阴络穴治疗。

（三）足厥阴肝经经别

【循行】

《灵枢·经别》：足厥阴之正，别跗上，上至毛际，合于少阳，与别俱行。

【语译】

足厥阴经别，从足背上足厥阴经分出，向上到达外阴部，和足少阳经别会合并行。

（四）足厥阴肝经经筋

【循行】

《灵枢·经筋》：足厥阴之筋，起于大指（趾）之上，上[1]结于内踝之前，上循胫，结内辅骨之下，上循阴股，结于阴器，络诸筋[2]。

注释

（1）上——《针灸甲乙经》无。

（2）筋——《针灸甲乙经》作“经”字。

【病候】

其病：足大指支，内踝之前痛，内辅痛，阴股痛，转筋，阴器不用，伤于内则不起，伤于寒则阴缩入，伤于热则纵挺不收。

【语译】

足厥阴经之筋，起始于足大趾的上边，向上结于内踝前方，向上沿胫骨内侧，结于胫骨内髁之下，再向上沿大腿内侧，结于阴器部位而与诸筋相联络。

足厥阴经筋发病，可见足大趾支撑不适，内踝前部疼痛，内辅骨处亦痛，大腿内侧疼痛转筋，前阴不能运用，若房劳过度，耗伤阴精则阴萎不举，伤于寒邪则阴器缩入，伤于热邪则阴器挺长不收。

第二节　奇经八脉经脉

一、督脉

督脉循行于身后，为“阳脉之海”，其分支和络脉联系很广。现按循行、功能和病证分述如下：

（一）督脉经脉

【循行】

（1）《素问·骨空论》：督脉者，起于少腹，以下骨中央，女子入廷孔——其孔，溺孔之端也。其络循阴器，合篡间，绕篡后，别绕臀至少阴，与巨阳中络者合。少阴上股内后廉，贯脊属肾。与太阳起于目内眦，上额交巅上，入络脑，还出别下项，循肩膊内，挟脊抵腰中，入循膂络肾。其男子循茎下至篡，与女子等。其少腹直上者，贯脐中央，上贯心，入喉，上颐，环唇，上系两目之下中央。

（2）《难经·二十八难》：督脉者，起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入属于脑。

【语译】

（1）督脉的循行，起始于小腹部，当骨盆的中央，在女子，入内联系阴部的“廷孔”——当尿道口外端。由此分出一络脉，分布外阴部，会合于会阴，绕向肛门之后，它的分支别行绕臀部到足少阴，与足太阳经的分支相合。足少阴经从股内后缘上行，贯通脊柱而连属肾脏。督脉又与足太阳经起于目内眦，上行至额，交会于颠顶，入络于脑；又退出下项，循行肩胛内侧，挟脊柱抵达腰中，入循脊里络于肾脏。在男子，则循阴茎，下至会阴部，与女子相同。督脉另一支从小腹直上，穿过肚脐中央，向上通过心脏，入于喉咙，上至下颌部环绕唇口，向上联络两目之下的中央。

（2）督脉，起始于躯干最下部的长强穴，沿着脊柱里面，上行到风府穴，进入脑部，上至颠顶，沿额下行到鼻柱。

【功效】

督脉的“督”字，有总督、督促的含义。督脉循身之背，阳，说明督脉对全身阳经脉气有统率、督促的作用。故有“总督诸阳”和“阳脉之海”的说法。因为督脉循行于背

部正中线，它的脉气多与手足经相交会，大椎是其集中点。另外，带脉出于第2腰椎，与阳维脉交会于风府、哑门。所以督脉的脉气与各阳经都有联系。又因督脉循行于脊里，入络于脑，与脑和脊髓有密切的联系。《本草纲目》称："脑为元神之府"，经脉的神气活动与脑有密切关系。体腔内的脏腑通过足太阳膀胱经背部的俞穴受督脉经气的支配，因此，脏腑的功能活动均与督脉有关。所以金代医家张洁古认为：督脉"为阳脉之都纲"，即是此意。

【病证】

督脉循身之背，入络于脑，如果督脉脉气失调，就会出现"实则脊强，虚则头重"的病证，这都是督脉经络之气受阻，清阳之气不能上升之故。由于督脉总统一身之阳气，络一身之阴气，不仅发生腰脊强痛，而且也能"大人癫疾、小儿惊痫"。同时，督脉的别络由小腹上行，如脉气失调，亦发生从少腹气上冲心的冲疝，以及癃闭、痔疾、遗尿、女子不育等证。

据《针灸大全》载八脉八穴，后溪通于督脉，其主治证有手足拘挛、震颤、抽搐、中风不语、痫疾、癫狂、头部疼痛、目赤肿痛流泪、腿膝腰背疼痛、颈项强直、伤寒、咽喉牙齿肿痛、手足麻木、破伤风、盗汗等。

（二）督脉络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：督脉之别，名曰长强，挟脊上项，散头上，下当肩胛左右，别走太阳，入贯膂。实则脊强，虚则头重……取之所别也。

【语译】

督脉别络，名长强，挟脊旁上项，散布头上；下当肩胛左右，分别走向足太阳经，深入贯膂。实证，见脊强反折；虚证，见头重、震掉。取用其络穴。

二、任脉

任脉循行于身前，为"阴脉之海"，与冲脉有密切联系。现按循行部位、功能和病证分述如下：

（一）任脉经脉

【循行】

（1）《素问·骨空论》：任脉者，起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元，至咽喉，上颐循面入目。

（2）《灵枢·五音五味》：冲脉、任脉皆起于胞中，上循背里，为经脉之海；其浮而外者，循腹（右）上行，会于咽喉，别而络唇口。

（3）《难经·二十八难》：任脉者，起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元、至咽喉。

【语译】

（1）任脉起始于中极下的会阴部，向上到阴毛处，沿腹里，上出关元穴，向上到咽喉部，再上行到下颌，口旁，沿面部进入目下。

（2）冲脉和任脉，都起于胞中，它的一支循背脊里面上行，为经络气血之海。其浮行在外的，沿腹上行，会于咽喉，另行的从咽喉上而络于唇口周围。

（3）任脉，起于中极穴的下面，向上经过阴毛处，沿着腹壁深处再上行经过关元穴，到达咽喉部。

【功效】

任脉的“任”字，有担任、妊养的含义。任脉循行于腹部正中，腹为阴，说明任脉对全身阴经脉气有总揽、总任的作用。故有“总任诸阴”和“阴脉之海”的说法。其脉气与手足各阴经相交会。足三阴与任脉中极、关元，阴维与任脉交会于天突、廉泉，又冲脉与任脉交会于阴交。足三阴经脉上交于手三阴经脉，因此任脉联系了所有阴经。

任脉起于胞中，有“主胞胎”的功能，它所经过的关元穴，别名称为“丹田”，为男子贮藏精气，女子维系胞宫之所，又为“生气之原”。

【病证】

任脉循行胸腹正中，于小腹部与足三阴交会，如脉气失调，可发生前阴诸病，如疝气、白带、月经不调、不育、小便不利、遗尿、遗精、阴中痛等。

据《针灸大全》所载八脉八穴，列缺通任脉，其主治证有痔疾、便泄、痢疾、疟疾、咳嗽、吐血、溺血、牙痛、咽肿、小便不利、胸脘腹部疼痛、噎嗝、产后中风、腰痛、死胎不下、脐腹寒冷、膈中寒、乳痛、血疾等。

（二）任脉络脉

【循行】

《灵枢·经脉》：任脉之别，名曰尾翳，下鸠尾，散于腹。实则腹皮痛，虚则痒搔，取之所别也。

【语译】

任脉别络，名尾翳（鸠尾），从鸠尾向下，散布于腹部。实证，见腹皮痛；虚证，见瘙痒。取用其络穴。

三、冲脉

冲脉循行于身之中，交会于足少阴肾经，为“十二经脉之海”，与各经均有联系。现按循行部位、功能和病证分述如下：

【循行】

《灵枢·逆顺肥瘦》：夫冲脉者，五脏六腑之海也，五脏六腑皆禀焉。其上者，出于颃颡，渗诸阳，灌诸精；其下者，注少阴之大络，出于气街，循阴股内廉，入腘中，伏行骭

骨内，下至内踝之后属而别。其下者，并于少阴之经，渗三阴；伏于出跗属，下循跗，入大指（趾）间。

【语译】

冲脉是五脏六腑十二经脉之海，五脏六腑都禀受它的气血的濡养。其上行的一支，出于咽喉上部和后鼻道，向诸阳经渗灌精气。向下的一支，注入足少阴肾经的大络，从气冲部分出，沿大腿内侧下行，进入窝中，下行于小腿深部胫骨内侧，到足内踝之后的跟骨上缘而分出两支，与足少阴经并行，将精气灌注于足三阴经；向前行的分支，从内踝后的深部跟骨上缘处分出，沿着足背进入大趾间。

冲脉为十二经脉之海，它和足少阴之络同起于肾下，出于足阳明经的气冲部，沿大腿内侧，向下行于中，再沿胫骨内侧，与足少阴经一起下行入于足内踝之后，入于足下。另一支脉，斜入内踝，出而入于胫骨、跗骨相连之处，经足背进入大趾之间，入诸络脉之中，起到温养胫部和足部的作用。

冲脉起于气冲穴，伴随足阳明胃经，夹脐两旁上行，到胸中而分散。

【功效】

冲脉的“冲”字，含有冲要、要道的意思。冲脉上至于头，下至于足，贯串全身，为总领诸经气血的要冲。冲脉能调节十二经气血，故有“十二经之海”、“五脏六腑之海”和“血海”之称。由于冲脉与任脉相并行，又与督脉相通，其脉气在头部灌注诸阳，在下肢渗入三阴，因此容纳来自十二经脉五脏六腑的气血，成为十二经脉、五脏六腑之海。冲脉与足阳明会于气冲穴，又与足少阴经相并而行，与胃和肾相联系。胃为“后天之本”，“水谷之海”；肾为“先天之本”、“原气之根”。冲脉起于胞中，又称“血室”、“血海”。妇女月经与冲脉功能有密切联系，《素问·上古天真论》说：“太冲脉盛，月事以时下”，“太冲脉衰少，天癸竭，地道不通”。这里说的“太冲脉”，即是指冲脉而言。“冲为血海”说明冲脉与妊产胎育密切相关。

【病证】

冲脉和任、督同源异流，冲脉起于胞中，如脉气失调，则有月经失调、不孕、漏胎，小产等病出现；本经循腹至胸中而散，故有气急、胸腹痛，气上冲心等症。

据《针灸大全》所载八脉八穴，公孙通于冲脉，其主治证有心（胃）痛、胸脘满闷、结胸、反胃、酒食积聚、肠鸣、水气、泄泻、噎嗝症、气急、胁胀、脐腹痛、肠风便血、疟疾、胎衣不下、血崩昏迷等。

四、带脉

带脉横行于腰腹，交会于足少阳胆经，主约束诸经脉。现按循行部位、功能和病证分述如下：

【循行】

（1）《灵枢·经别》：足少阴之正，至腘中，别走太阳而合，上至肾，当十四椎，出属带脉。

（2）《难经·二十八难》：带脉者，起于季胁，回身一周。

【语译】

（1）足少阴经别，向上行至中，另走与足太阳经相会合，再向上内行至肾，当十四椎处（两旁肾俞穴）分出，属于带脉。

（2）带脉出自季胁部，交会于足少阳胆经的带脉、五枢、维道穴，围绕腰腹部一周。

【功效】

带脉的“带”字，含有腰带的意思。因其横行于腰腹之间，统束全身直行的经脉，状如束带，故称带脉。带脉的主要功能，总的说来是“约束诸经”。它从第2腰椎发出，围腰一周。因此，足部的阴阳经脉都受带脉的约束。由于带脉出自督脉、行于腰腹，腰腹部是冲、任、督三脉脉气所发之处（冲、任、督皆起于胞中），所以带脉与冲、任、督三脉的关系极为密切。

【病证】

《素问·二十九难》说：“带之为病，腹满、腰溶溶若坐水中”。如带脉不和，可见妇女月事不调，赤白带下等症。《素问·痿论》：“阳明虚则宗筋纵，带脉不引，故足痿不用。”说明带脉失调，可发生痿证。在王叔和的《脉经》里，也有“诊得带脉，左右绕脐腹、腰脊痛冲阴股”等症的叙述。

据《针灸大全》所载八脉八穴，临泣（足）通于带脉，其主治证有中风手足不举、肢体麻木拘挛、发热、头风痛、项肿连腮、眼目赤痛、齿痛、咽肿、头旋、耳聋、皮肤风疠痒、筋脉牵引不舒、腿痛、胁肋疼痛等。

五、阳跷脉

【循行】

（1）《灵枢·寒热病》：足太阳右通项入于脑者，正属目本[1]，名曰眼系[2]……在项中两筋间，入脑乃别阴跷、阳跷，阴阳相交……交于目锐（应作“内”）眦。

（2）《难经·二十八难》：阳跷脉者，起于跟中，循外踝上行，入风池。

【交会穴】

申脉、仆参（足太阳经），跗阳（郄；足太阳经），居髎（足少阳经），臑俞（手太阳经），巨骨、肩髃（手阳明经），地仓、巨髎、承泣（足阳明经），睛明（足太阳经），风池（足少阳经）。

六、阴跷脉

【循行】

（1）《灵枢·脉度》：（阴）跷脉者，少阴之别，起于然骨之后[1]，上内踝之上，直上循阴股，入阴，上循胸里，入缺盆上，出人迎之前，入鼽[2]，属目内眦，合于太阳，阳跷而上行。

（2）《难经·二十八难》：阴跷脉者，亦起于跟中，循内踝上行，至咽喉，交贯冲脉。

【交会穴】

照海（足少阴经），交信（郄；足少阴经），睛明（足太阳经）。

【语译】

足太阴经脉有通过项部入于脑内的，正属于眼睛根部名叫目系……在后顶正中两间入脑，分为阴、阳二脉，阴、阳相互交会，交会于目内眦。阳跷脉起于足根部，沿着足外踝向大腿外侧上行，进入项部的风池穴。

阴脉是足少阴肾经的支脉，起于然谷之后的照海穴，上行于内踝上方，向上沿大腿的内侧，进入前阴部，然后沿着腹部上入胸内，入于缺盆，向上出人迎的前面，到达鼻旁，连属于目眦，与足太阳经、阳跷脉会合而上行。

阴脉也起于足后跟中，沿着足内踝向大腿内侧上行，到达咽喉部，交会贯通于冲脉。

【功效】

跷脉的“跷”字有足跟和跷捷的含意。因跷脉从下肢内、外侧上行头面，具有交通一身阴阳之气，调节肢体运动的功用，故能使下肢灵活跷捷。又由于阴阳跷脉交会于目内眦，入属于脑，故《灵枢·寒热病》有“阳气盛则瞋目，阴气盛则瞑目”的论述。《灵枢·脉度》还说：“男子数其阳，女子数其阴，当数者为经，不当数者为络也。”意指男子多动，以阳跷为主；女子多静，以阴跷为主。卫气的运行主要是通过阴阳跷脉而散布全身。卫气行于阳则阳跷盛，主目张不欲睡；卫气于阴则阴跷盛，主目闭而欲睡。说明跷脉的功能关系到人的活动与睡眠。

【病证】

《难经·二十九难》：“阴跷为病，阳缓而阴急；阳跷为病，阴缓而阳急。”就是说阴跷脉气失调，会出现肢体外侧的肌肉弛缓而内侧拘急；阳跷脉气失调，会出现肢体内侧肌肉弛缓而外侧拘急的病证。这说明跷脉与下肢运动功能有密切关系。

据《针灸大全》所载八脉八穴，申脉通于阳跷，其主治证有腰背强直、癫痫、骨节疼痛、遍身肿、满头出汗等；照海通于阴跷，其主治证有咽喉气塞、小便淋沥、膀胱气痛、肠鸣、肠风下血、黄疸、吐泻、反胃、大便艰难、难产昏迷、腹中积块、胸膈嗳气、梅核气等。

七、阳维脉

【循行】

(1)《素问·刺腰痛》：阳维之脉，脉与太合下间，去地一尺所[1]。

(2)《难经·二十八难》：阳维起于诸阳会[2]也。

【交会穴】

金门（足太阳经），阳交（郄；足少阳经），臑俞（手太阳经），天髎（手少阳经），肩井（足少阳经），本神、阳白、头临泣、目窗、正营、承灵、脑空、风池（足少阳经），风府、哑门（督脉）。此外，手少阳三焦经的外关穴通于阳维。

【语译】

阳维脉，与足太阳膀胱经相合，取穴在腿肚下际，距离地面一尺许的部位，即阳交穴。

阳维脉起于与各阳经交会之处。

八、阴维脉

【循行】

(1)《素问·刺腰痛》：刺飞阳之脉，在内踝上五寸[1]，少阴之前，与阴维之会。

(2)《难经·二十八难》：阴维，起于诸阴交[2]也。

【交会穴】

筑宾（郄；足少阴经），冲门、府舍、大横、腹哀（足太阴经），期门（足厥阴经），天突、廉泉（任脉）。此外，手厥阴心包经的内关穴通于阴维。

【语译】

刺飞扬之脉，其部位是在内踝上5寸，足少阴之前，与阴维脉相会处，即筑宾穴。

阴维脉起于与各阴经交会之处。

【功效】

维脉的“维”字，含有维系、维络的意思。《难经·二十八难》：“阳维、阴维者，维络于身，溢蓄不能环流灌诸经者也。”说明阳维有维系、联络全身阳经的作用；阴维者，维络于身，溢蓄不能环流灌溉诸经者也。说明阳维有维系、联络全身阳经的作用；阴维有维系、联络全身阴经的作用。阳维脉维络诸阳经，交会于督脉的风府、哑门；阴维脉维络诸阴经，交会于任脉的天突、廉泉。在正常的情况下，阴阳维脉互相维系，对气血盛衰起调节溢蓄的作用，而不参与环流，如果功能失常则出现有关的病证。

【病证】

阳维脉发病，出现发冷、发热、外感热病等表证，所以《难经·二十九难》说：“阳维为病苦寒热”，阴维脉发病，则出现心痛、胃痛、胸腹痛等里证，所以又说：“阴维为病

苦心痛”。张洁古解释说：“卫为阳，主表，阳维受邪为病在表，故苦寒热；营为阴，主里，阴维受邪为病在里，故苦心痛”。《脉经》王叔和说：“诊得阳维脉浮者，暂起目眩，阳盛实者，苦肩息，洒洒如寒”；“诊得阴维脉沉大而实者，苦胸中痛，肋下支满，心痛”。以上都说明，阳维脉主表证；阴维脉主里证。《素问·刺腰痛》有“阳维之脉令人腰痛，痛上怫然肿，刺阳维之脉”的记载。

□第三章□

腧穴各论

第一节 十二正经腧穴

一、手太阴肺经

本经经穴分布在胸部的外上方，上肢掌面桡侧和手掌及拇指的桡侧。起于中府，止于少商，左右各11个穴位。本经腧穴主治喉、胸、肺病，以及经脉循行部位的其他病证。如咳嗽，气喘，少气不足以息，咳血，伤风，胸部胀满，咽喉肿痛，缺盆部及手臂内侧前缘痛，肩背寒冷、疼痛等症。

1. LU1 中府 Zhōng fǔ

（1）定位：仰卧，于胸壁外上部平第1肋间隙，距胸骨正中线6寸处取穴；或于乳头（男性）直上3肋，向外横开2寸处取穴。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，胸大肌，胸小肌，胸腔。浅层布有锁骨上神经中间支，第1肋间神经外侧皮支，头静脉；深层有胸前神经内侧支和外侧支及胸肩峰动、静脉。

（3）功效：清上焦，利肺气，止咳喘。

（4）主治：胸中痛，咳喘，肺炎、肺结核，肺胀满。

（5）操作：向外斜刺，针5~8分。

（6）配伍

①配列缺，治疗咳嗽。

②配膻中、尺泽，治疗哮喘。

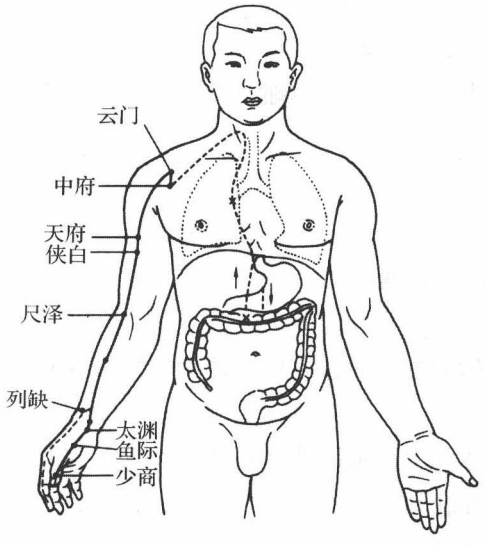


图 3－1 手太阴肺经

③配内关，治疗胸痛、胸胀。

④配大椎、孔最，治疗肺炎。

⑤配太渊、足三里，治疗肺结核。

（7）附注

①手太阴肺经募穴（《脉经》）。

②手、足太阴经之会（《素问·气穴论》王注）。

2. LU2 云门 Yún mén

（1）定位：正坐或仰卧。在胸前壁的外上方，肩胛骨喙突上方，锁骨下窝凹陷处，距前正中线 6 寸。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，三角肌，锁胸筋膜，喙锁韧带。浅层有锁骨上神经中、后支，第 1 肋间神经外侧皮支，头静脉；深层有胸内、外侧神经分支，胸肩峰动、静脉。

（3）功效：清肺热，除烦满，利关节。

（4）主治：咳喘，胸痛，胸中热，胸中烦满，肩痛上肢不举。

（5）操作：向外斜刺，针 5～8 分。

（6）配伍

①配孔最，治疗急性支气管炎。

②配肩髃、肩髎，治疗肩痛不举。

3. LU3 天府 Tiān fǔ

（1）定位：正坐，上臂自然下垂，在臂内侧面，肱二头肌桡侧缘，腋前纹头下 3 寸处。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，肱二头肌长头，肱肌。浅层有臂外侧皮神经，头静脉；

深层有肌皮神经分支和肱动、静脉的肌支。

（3）功效：清上焦，调肺气，疏经络。

（4）主治：支气管喘息，肺结核，鼻衄，目疾，瘿气，肩臂痛。

（5）操作：直刺，针1～1.5寸。

（6）配伍

①配合谷，治疗鼻衄。

②配肩髃、天宗，治疗肩臂痛。

4. LU 4 侠白 Xiá bái

（1）定位：正坐，上臂自然下垂，在臂内侧面，肱二头肌桡侧缘，腋前纹头下4寸，或肘横纹上5寸处。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，肱二头肌长头，肱肌。浅层有臂外侧皮神经，头静脉；深层有肌皮神经及肱动、静脉的肌支。

（3）功效：调气血，止疼痛。

（4）主治：心前区疼，咳嗽，气短，干呕烦满，上臂内侧痛。

（5）操作：直刺，针1～1.5寸。

（6）配伍

①配内关，治疗胸闷、气短及心前区痛。

②配京骨，治疗心脏瓣膜病。

（7）临床体验：治疗臑臂前廉痛厥，掌中热：尺泽、孔最、侠白、太溪、极泉为主穴。尺泽、孔最、侠白，直刺0.5～1寸，施捻转泻法1分钟；太溪，直刺0.5寸，施捻转补法1分钟；极泉，沿经下移2寸，避开腋毛，直刺1寸，施提插泻法，以手臂抽动3次为度。有滋阴清热，疏通经脉的功能。

5. LU5 尺泽 Chǐ zé

（1）定位：仰掌，微屈肘，在肘横纹中，肱二头肌桡侧凹陷处。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，肱桡肌，肱肌。浅层有前臂外侧皮神经及头静脉；深层有桡神经，桡侧副动、静脉前支，桡侧返动、静脉。

（3）功效：疏经络，清肺热，降肺气，通水道，和肠胃。

（4）主治：支气管炎，支气管哮喘，肺炎，肺结核，胸膜炎，咽喉肿痛，小儿惊风，水肿，遗尿，小便频数，急性胃肠炎，肘关节痛，屈伸不利，半身不遂，肢体麻木不仁。

（5）操作：为“醒脑开窍”组方穴位之一。屈肘成120°角，直刺1寸，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动3次为度。用于治疗中风病上肢不遂。

（6）配伍

①配极泉、合谷，治上肢瘫痪、麻木或屈伸不利。

②配曲池、少海、天井，治肘关节挛痛。

③配少商，治咽喉肿痛、吐衄。

④配列缺、肺俞，治支气管炎、支气管哮喘。

⑤配委中放血，治急性胃肠炎。

（7）临床体验

①治疗脑性麻痹或瘫痪：醒脑开窍法以极泉、尺泽、委中为辅穴，即将治疗麻痹或瘫痪的腧穴定为辅穴。极泉、尺泽、委中主要的功效是疏通经络，所以，通过疏通经络除了可以治疗腧穴所在肢体的麻痹或瘫痪外，还可以有效地治疗该腧穴所在肢体的疼痛。如：极泉、尺泽治疗臂丛神经痛；委中治疗坐骨神经痛等。

②治疗中风中经络：内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中、风池、完骨、天柱为主穴，先刺双侧内关，直刺0.5～1寸，施捻转提插的复式手法，施术1分钟；水沟，向鼻中隔下斜刺0.3寸，施雀啄手法，以眼球湿润或充满泪水为度；三阴交，沿胫骨后缘进针1～1.5寸，针尖向后，与皮肤呈45°角斜刺，施提插泻法，至患侧下肢抽动3次为度；极泉，在原穴下移1寸处，直刺1～1.5寸，施提插泻法，以患侧上肢抽动3次为度；尺泽，直刺0.5～1寸，施提插泻法，以患侧前臂及食指抽动3次为度；委中，仰卧位直腿抬高取穴，直刺0.5～1.5寸，施提插泻法，以患侧下肢3次抽动为度；合谷，直刺1～1.5寸，刺向三间处，施提插泻法，以患侧食指伸直为度；八邪，直刺0.5～1寸，施提插泻法，以患侧手指抽动为度；尺泽，刺法同前，完骨、天柱，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟。可以醒脑开窍，滋补肝肾，疏通经络，补益脑髓。

③治疗消渴气虚阳衰型：气海、中脘、足三里、尺泽、三阴交、列缺、照海、胰俞为主穴，可以温阳益气。

（8）附注：五输穴之一，本经合穴（《灵枢·本输》）。

6. LU6 孔最 Kǒng zuì

（1）定位：微屈肘，掌心向上。在前臂掌面桡侧，当尺泽与太渊连线上，腕横纹上7寸。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，肱桡肌，桡侧腕屈肌，旋前圆肌，拇长屈肌。浅层有前臂外侧皮神经，头静脉；深层有桡神经浅支，正中神经肌支及桡动、静脉。

（3）功效：润肺利咽，解表清热。

（4）主治：咳喘、咯血、咽痛、失音，热病汗不出，肘、臂痛屈伸不利。

（5）操作：直刺，针0.5～1寸。

（6）配伍

①配少商，治疗咽痛。

②配大椎、合谷可解表清热。

③配风门、肺俞，治疗哮喘。

④配曲泽、肺俞，治疗咯血。

⑤配列缺，治疗支气管炎。

（7）临床体验

①治疗咳唾有血，喝喝而喘：孔最、列缺、肺俞、膈俞、肾俞、太溪为主穴。孔最，直刺0.5～1寸，施捻转补法1分钟；列缺，随经斜刺1寸，施平补平泻；肺俞、膈俞、肾俞，向正中线斜刺1寸，施捻转补法1分钟；太溪，直刺1寸，施捻转补法。有补益肺肾、止咳平喘的功效。

②治疗咳嗽：鱼际、列缺、孔最、肺俞、大椎（刺络）为主穴。鱼际，直刺0.5～1寸，施捻转泻法30秒；列缺，逆经斜刺0.5寸，施捻转泻法30秒；孔最，直刺1～1.5寸，施捻转泻法30秒；肺俞，向脊柱正中线方向斜刺1寸，施捻转补法1分钟；大椎，用三棱针点刺3～5点，加火罐，至出血5ml左右为度。可以宣肺止咳。

③治疗臑臂前廉痛厥，掌中热：尺泽、孔最、侠白、太溪、极泉为主穴。尺泽、孔最、侠白，直刺0.5～1寸，施捻转泻法1分钟；太溪，直刺0.5寸，施捻转补法1分钟；极泉，沿经下移2寸，避开腋毛，直刺1寸，施提插泻法，以手臂抽动3次为度。可以滋阴清热，疏通经脉。

（8）附注：手太阴经之郄穴（《针灸甲乙经》）。

7. LU7 列缺 Liè quē

（1）定位：微屈肘，侧腕掌心相对。在前臂桡侧缘，桡骨茎突上方，腕横纹上1.5寸，当肱桡肌与拇长展肌腱之间。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，拇上展肌腱，肱桡肌腱，旋前方肌。浅层有前臂外侧皮神经和桡神经浅支及头静脉分布；深层有桡神经浅支和正中神经肌支及桡动、静脉。

（3）功效：宣肺理气，疏风解表，通经活络，利咽宽膈。

（4）主治：头项痛，咳喘，咽喉痛，面瘫，口噤不开，外感，水肿，三叉神经痛，半身不遂。

（5）操作：向上方斜刺，针5～8分。患者常感觉有较强的酸胀感向肘关节方向放射。

（6）配伍

①配翳风，治疗三叉神经痛。

②配合谷，治疗外感。

③配照海，治疗慢性咽炎。

④配后溪，治疗头项痛。

⑤配迎香，治疗鼻窦炎。

（7）临床体验

①治疗消渴阴虚内热型：脾俞、肾俞、足三里、曲池、太溪、列缺、照海、胰俞为主穴。列缺，向肘部斜刺1寸，均施捻转补法，益阴泻热；膈俞、脾俞、肾俞、胰俞，均向脊柱方向斜刺0.5～1.5寸，施捻转平补平泻法，以得气为度；曲池，直刺1～1.5寸，均施捻转补法。均留针20分钟。太溪，直刺0.5～1寸，施捻转补法；照海，直刺0.3～0.5寸，施捻转补法；足三里，直刺1～1.5寸，施捻转补法。可以益阴泄热。

②治疗神经性皮炎风热袭表型：大椎、曲池、列缺、合谷为主穴。大椎，向上斜刺0.5寸，不施手法；曲池，直刺1~1.5寸，施捻转泻法1分钟；列缺，向肘部斜刺1寸，施捻转泻法1分钟；合谷，直刺1寸，施提插泻法1分钟。可以祛风解表止痒。

③治疗粉刺肺胃蕴热型：尺泽、列缺、太渊、大椎为主穴。大椎，向上斜刺0.5寸，不施手法；尺泽，直刺0.8~1.2寸，或点刺放血，直刺时施提插泻法半分钟；列缺，向上斜刺0.3~0.5寸，施提插泻法半分钟；太渊，直刺0.3~0.5寸，施捻转泻法半分钟。可以疏风通络，泻肺清胃，凉血解毒。

④治疗过敏性鼻炎：迎香、合谷、列缺为主穴。迎香，向内斜刺0.3~0.5寸，施捻转补法1分钟；合谷，直刺1~1.5寸，施捻转补法1分钟；列缺，斜刺0.5~0.8寸，施捻转泻法1分钟，留针15分钟。可以宣肺益气、固表止鼽。

⑤治疗急性咽炎：列缺、照海、太溪、三阴交、廉泉为主穴。列缺，仰掌取穴，向肘部斜刺0.5寸，施迎随捻转泻法1分钟；照海、太溪、三阴交，直刺0.5~1寸，施捻转补法1分钟，令针感沿其经脉传导；廉泉，当舌骨的下缘凹陷处进针，直刺0.5~1寸，施提插捻转泻法1分钟。留针20分钟。可以滋阴、降火、利咽。

⑥治疗咳嗽：鱼际、列缺、孔最、肺俞、大椎（刺络）为主穴。鱼际，直刺0.5~1寸，施捻转泻法30秒；列缺，逆经斜刺0.5寸，施捻转泻法30秒；孔最，直刺1~1.5寸，施捻转泻法30秒；肺俞，向脊柱正中线方向斜刺1寸，施捻转补法1分钟；大椎，用三棱针点刺3~5点，加闪火罐，至出血5ml左右为度。可以宣肺止咳。

⑦治疗风寒，汗出，中风：风池、列缺、肺俞、大椎为主穴。风池，向对侧眼角斜刺1.5寸，施捻转泻法1分钟；列缺，逆经斜刺1寸，施捻转泻法30秒；肺俞，向脊柱正中斜刺1.5寸，施平补平泻1分钟；大椎，局部点刺3~5点，加火罐，至出血3~5ml为度。可以疏风解表。

⑧治疗小便数而欠：列缺、中极、肺俞为主穴，列缺，迎经斜刺1寸，施捻转泻法1分钟；中极，直刺1.5~2寸，施呼吸泻法30秒；肺俞，向脊柱正中斜刺1.5寸，施捻转平补平泻1分钟。可以宣肺利气，通调水道。

⑨治疗消谷善饥：列缺、照海为主穴。列缺，随经平刺1寸，照海，直刺0.5寸，施捻转补法。可以滋阴清热，通调任脉、阴跷脉。

⑩治疗咳唾有血，喝喝而喘：孔最、列缺、肺俞、膈俞、肾俞、太溪为主穴。孔最，直刺0.5~1寸，施捻转补法1分钟；列缺，随经斜刺1寸，施平补平泻；肺俞、膈俞、肾俞，向正中线斜刺1寸，施捻转补法1分钟；太溪，直刺1寸，施捻转补法。可以补益肺肾、止咳平喘。

（8）附注

①本经络穴（《灵枢·经脉》）。

②八脉交会穴之一（《针经指南》），交任脉（《玉龙经》）。

③《备急千金要方》作本经原穴。

8. LU8 经渠 Jīng qú

（1）定位：伸臂仰掌。在前臂掌面桡侧，桡骨茎突与桡动脉之间凹陷处，腕横纹上1寸。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，桡侧腕屈肌腱与拇长展肌之间，旋前方肌。浅层有前臂外侧皮神经和桡神经浅支；深层有桡神经深支及桡动、静脉分布。

（3）功效：清肺降气，疏风解表。

（4）主治：咳逆上气，胸痛，胸胀，喉痹，热病汗不出，手腕痛。

（5）操作：直刺，针3分。

（6）配伍

①配大椎、风池，治疗热病汗不出。

②配肺俞，治疗咳喘。

③配行间，治疗干咳。

（7）附注：五输穴之一，本经经穴（《灵枢·本输》）。

9. LU9 太渊 Tài yuān

（1）定位：伸臂仰掌。在腕横纹桡侧，桡动脉搏动处。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，桡侧腕屈肌腱与拇长展肌腱之间。浅层有前臂外侧皮神经，桡神经浅支分布；深层有桡神经深支及桡动、静脉。

（3）功效：清肺理气，润肺利咽，疏经通络。

（4）主治：肺虚咳嗽，咳血，气喘，胸胀痛，咽喉干痛，缺盆中痛，乳房刺痛，目痛生翳，臂内廉痛，无脉证。

（5）操作：直刺或斜刺，针3~5分。

（6）配伍

①配人迎，治疗无脉症。

②配列缺，治疗风痰咳嗽。

③配太溪，治疗咽干。

④配鱼际，治疗咽痛。

⑤配内关，治疗胸胀痛。

⑥配列缺，治乳房刺痛。

（7）临床体验

①治疗多发性大动脉炎：人迎、太渊及心肺经、脾胃经排刺为主。人迎，直刺1~1.5寸，雀啄泻法1分钟；太渊，直刺0.3寸，施捻转补法3分钟，心、肺经排刺，针距1~2寸，直刺1寸，施捻转补法，针感循经而行；脾、胃经排刺，针距1~2寸，直刺1寸，施捻转补法。以上诸穴施术后均留针20分钟。可以益气养血，通痹复脉。

②治疗粉刺肺胃蕴热型：尺泽、列缺、太渊、大椎为主穴。大椎，向上斜刺0.5寸，不施手法；尺泽，直刺0.8~1.2寸，或点刺放血，直刺时施提插泻法半分钟；列缺，向

上斜刺0.3～0.5寸，施提插泻法半分钟；太渊，直刺0.3～0.5寸，施捻转泻法半分钟。可以疏风通络，泻肺清胃，凉血解毒。

③治疗臂厥无脉证：人迎、太渊、内关、心肺经排刺为主。人迎，直刺1.5寸，以提插进针，针感放散至手，再施捻转补法1分钟；太渊，直刺0.3寸，以捻转补法1分钟；内关，直刺1寸，施捻转泻法1分钟；心、肺经，前臂间隔1寸1针，施捻转补法30秒。可以疏经通脉。

④治疗臂厥手厥冷、变色：极泉、太渊、阳池为主穴。极泉、太渊，手法同前；阳池，随经斜刺1寸，施捻转补法1分钟。可以疏经通脉。

⑤治疗咳、上气、喘渴：天突、膻中、列缺；太溪、气海、太渊、足三里；大杼至膈俞针刺；肺俞、风门、膈俞加灸为一组穴。天突、膻中、列缺，均斜刺1寸，施“迎而夺之”的泻法；太溪，直刺1寸，施捻转补法30秒；气海，直刺1.5寸，施呼吸补法30秒；足三里，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟；太渊，直刺0.5寸，施捻转补法30秒；大杼至膈俞，向正中线斜刺1.5寸，施捻转补法每穴30秒；肺俞、风门、膈俞，针后加灸，使用艾条1.5cm，置于针柄尾部，点燃至燃尽，注意不要发生皮肤烫伤。可以补益肺肾，止咳平喘。

（8）附注

①五输穴之一，本经输穴（《灵枢·本输》）。

②肺经之原穴（《灵枢·九针十二原》）。

③八会穴之一，脉会穴（《难经·四十五难》）。

10. LU10 鱼际 Yú jì

（1）定位：侧腕掌心相对，自然半握拳。在手拇指本节（第1掌指关节）后凹陷处，约当第1掌骨中点桡侧，赤白肉际处。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，拇短展肌，拇对掌肌，拇短屈肌。浅层有正中神经皮支，桡神经浅支等分布。深层有正中神经肌支，尺神经肌支等结构。

（3）功效：疏风解表，润肺止咳，利咽止痛。

（4）主治：咳嗽，吐血，发热，头痛，汗不出，喉痛，咽肿，咽干，失音，乳痈。

（5）操作：直刺，针5～8分。

（6）配伍

①配液门，治疗喉痛。

②配神门、曲泉，治疗肺出血。

③配肺俞，治疗小儿咳嗽。

④配足三里、足临泣，治疗乳痈。

⑤配风池、廉泉，治疗失音。

（7）临床体验

①治疗肺感染：大椎、鱼际、曲池、肺俞、膈俞为主穴。大椎穴，三棱针点刺3～5

针，深达皮下，然后加火罐，令其出血量为5～10ml为宜；鱼际，直刺5～7分，施捻转泻法1分钟；曲池，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；肺俞、膈俞，均针向横突斜刺进针1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感向胸前区放射，诸穴施术后留针20分钟。可以清泻肺热，益气凉血。

②治疗咳嗽：鱼际、列缺、孔最、肺俞、大椎（刺络）为主穴。鱼际，直刺0.5～1寸，施捻转泻法30秒；列缺，逆经斜刺0.5寸，施捻转泻法30秒；孔最，直刺1～1.5寸，施捻转泻法30秒；肺俞，向脊柱正中线方向斜刺1寸，施捻转补法1分钟；大椎，用三棱针点刺3～5点，加火罐，至出血5ml左右为度。可以宣肺止咳。

③治疗鼽衄：风池、迎香、鱼际为主穴，迎香，进针0.5寸，施捻转的泻法；鱼际，进针1寸，施捻转的泻法；风池进针1.5寸，施捻转泻法。可以清热、凉血、止血。

（8）附注：五输穴之一，本经荥穴（《灵枢·本输》）。

11. LU11 少商 Shào shāng

（1）定位：伸拇指，在手拇指末节桡侧，距指甲角0.1寸（指寸）。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，指甲根。有桡神经浅支及正中神经的指掌侧固有神经指背支。拇主要动、静脉与第1掌背动、静脉所形成的动、静脉网。

（3）功效：苏厥救逆，清热利咽。

（4）主治：中风昏迷，晕厥，咽喉肿痛，声哑，重舌，鼻衄，心下满，癫狂，热病。

（5）操作：直刺，针1分或点刺放血。

（6）配伍

①配商阳，治疗咽喉肿痛。

②配天突，治疗咳逆振寒。

③配曲泽，治疗血虚口渴。

④配水沟，治疗中风昏迷、休克。

⑤配其他十一井穴放血，治高热不退。

（7）临床体验

1. 治疗肺感染：大椎、鱼际、曲池、肺俞、膈俞为主穴。大椎穴，三棱针点刺3～5针，深达皮下，然后加火罐，令其出血量为5～10ml为宜，鱼际，直刺5～7分，施捻转泻法1分钟；曲池，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；肺俞、膈俞，均针向横突斜刺进针1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感向前胸放射，诸穴施术后留针20分钟。可以清泻肺热，益气凉血。

②治疗咳嗽：鱼际、列缺、孔最、肺俞、大椎（刺络）为主穴。鱼际，直刺0.5～1寸，施捻转泻法30秒；列缺，逆经斜刺0.5寸，施捻转泻法30秒；孔最，直刺1～1.5寸，施捻转泻法30秒；肺俞，向脊柱正中线方向斜刺1寸，施捻转补法1分钟；大椎，用三棱针点刺3～5点，加火罐，至出血5ml左右为度。可以宣肺止咳。

③治疗鼽衄：风池、迎香、鱼际为主穴。迎香，进针0.5寸，施捻转的泻法；鱼际，

进针1寸，施捻转的泻法；风池进针1.5寸，施捻转泻法。可以清热、凉血、止血。

（8）附注：五输穴之一，本经井穴（《灵枢·本输》）。

二、手阳明大肠经

本经一侧20穴（左右两侧共40穴），其中15穴分布于上肢背面的桡侧，5穴在颈、面部。首穴商阳，末穴迎香。主治胃、肠等腹部疾病，神经精神方面病证，某些热性病，眼、耳、口、齿、鼻、咽喉等器官病证，以及本经脉所过部位之病证。

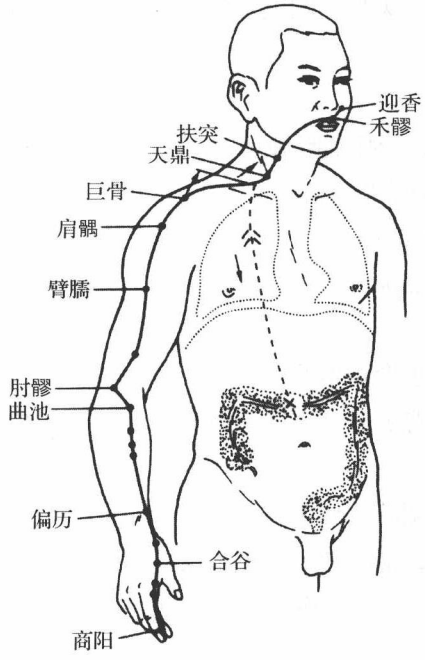


图3-2 手阳明大肠经

1. LI 1 商阳 Shāng yáng

（1）定位：在手食指末节桡侧，距指甲角0.1寸。

（2）解剖：有指及掌背动、静脉网；布有来自正中神经的指掌侧固有神经，桡神经的指背侧神经。

（3）功效：泻热止痉，开窍利咽。

（4）主治：齿痛，咽喉肿痛，颔肿，手指麻木，热病汗不出，昏迷。现多用于腮腺炎，咽炎，急性扁桃体炎，口腔炎，急性胃肠炎等。

（5）配伍：配少商点刺出血治热病，昏迷。

（6）操作：浅刺0.1寸，或点刺出血。

（7）配伍

①配少商、水沟，治疗中风昏迷。

②配合谷、少商，治疗咽喉肿痛。

③配少商，治疗热病汗不出。

（7）附注：手阳明经所出为“井”。

2. LI 2 二间 Èr jiān

（1）定位：微握拳，当手食指本节（第2掌指关节）前桡侧凹陷中。

（2）解剖：有指屈浅、深肌腱；有来自桡动脉的指背及掌侧动、静脉，布有桡神经的指背侧固有神经，正中神经的指掌侧固有神经。

（3）功效：清热，利咽，明目。

（4）主治：目昏，鼻衄，齿痛，咽喉肿痛，热病。现多用于咽喉炎，扁桃体炎等。

（5）配伍

①配合谷，治齿痛。

②配合谷、少商、鱼际，治疗咽喉肿痛。

③配合谷、睛明，治疗目赤肿痛。

（6）操作：直刺0.2～0.3寸。

（7）附注：手阳明经所溜为“荥”。

3. LI 3 三间 Sān jiān

（1）定位：微握拳，在手食指本节（第2掌指关节）后，桡侧凹陷处。

（2）解剖：有第1骨间背侧肌，深层为拇内收肌横头；有手背静脉网，指掌侧有固有动脉；布有桡神经浅支。

（3）功效：泻热利咽，调腑通便。

（4）主治：齿痛，目痛，咽喉肿痛，手指及手背红肿。现多用于面神经麻痹、扁桃体炎、痢疾、肠炎、肩关节周围软组织疾患等。

（5）配伍

①目中漠漠，即寻攒竹、三间。

②配前谷，睛明，治疗目急痛。

③配天枢、足三里，治疗腹满肠鸣洞泻。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸。

（7）附注：手阳明经所注为“输”。

4. LI 4 合谷 Hé gǔ

（1）定位：在手背，第1、2掌骨间，当第2掌骨桡侧的中点处。简便取穴：以一手的拇指指骨关节横纹，放在另一手拇、食指之间的指蹼缘上，当拇指尖下是穴。

（2）解剖：在第1、2掌骨之间，第1骨间背侧肌中，深层有拇收肌横头；有手背静脉网，为头静脉的起部，腧穴近侧正当桡动脉从手背穿向手掌之处；布有桡神经浅支的掌背侧神经，深部有正中神经的指掌侧固有神经。

（3）功效：疏散风邪，开关通窍，清泄肺气，和胃通肠，调经引产。

（4）主治：头痛，颈项痛，目赤肿痛，鼻衄，鼻塞，鼻渊，齿痛，耳聋，面肿，咽喉

肿痛，痄腮，牙关紧闭，口眼㖞斜，热病无汗，多汗，腹痛，痢疾，便秘，闭经，滞产，小儿惊风，上肢疼痛，痿痹。现多用于面神经麻痹，面肌痉挛，三叉神经痛，电光性眼炎，近视眼，腮腺炎，扁桃体炎，舌炎，牙龈炎，牙痛，流行性感冒，高血压，皮肤瘙痒，荨麻疹等。

（5）配伍

①配太阳，治疗头痛；配太冲，治疗目赤肿痛。

②配迎香，治疗鼻疾；配少商，治疗咽喉肿痛。

③配三阴交，治疗经闭，滞产；配地仓、颊车，治疗眼歪斜。

（6）操作

①贴近第2掌骨掌侧进针，针尖对准劳宫穴方向，进针0.5～1寸，施捻转或提插补泻法。用于治疗头面五官疾病，外感热病等。

②从第2掌骨桡侧缘进针，向三间穴方向逆经透刺，进针约1～1.5寸，施捻转或提插泻法，使患者有电击感或向食指方向放射，或食指出现抽动感。若肌张力高，患者手指挛缩者，则会降低肌张力，使五指松弛。用于治疗中风病手指挛缩或手指肌紧张屈曲难伸等局部疾病。

（6）临证体验

①合谷、列缺，针用泻法，功能疏风散热，主治风火牙痛。

②合谷、列缺、少商、鱼际、少商，点刺出血，余用泻法，功能清热解毒，通络止痛，主治邪热壅盛之喉痹。

③合谷、列缺、风门、丰隆，针用泻法，功能祛风解表，宣肺祛痰，主治外邪束肺之小儿顿咳之初期。

④合谷、列缺、风门、风池，针用平补平泻，功能和营卫而实表，主治营卫不和之自汗。

⑤合谷、太冲为“四关穴”，针用泻法，功能开窍醒神镇静，主治实热证之惊厥，震颤，抽搐。

（7）附注

①手阳明经所过为“原”。

②《神应经》：孕妇不宜针。

5. LI 5 阳溪 Yáng xī

（1）定位：在腕背横纹桡侧，手拇指向上翘时，当拇短伸肌腱与拇长伸肌腱之间的凹陷中。

（2）解剖：当拇短、长伸肌腱之间；有头静脉、桡动脉的腕背支；布有桡神经浅支。

（3）功效：祛风泄火。

（4）主治：头痛，目赤肿痛，齿痛，咽喉肿痛，手腕痛。现多用于中风半身不遂，桡骨茎突狭窄性腱鞘炎，小儿单纯性消化不良，腕关节及其周围软组织疾患等。

（5）配伍

①配合谷，治疗头痛。

②配解溪，治疗惊悸怔忡。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸。

（7）附注：手阳明经所行为“经”。

6. LI 6 偏历 Piān lì

（1）定位：屈肘，在前臂背面桡侧，当阳溪与曲池连线上，腕横纹上3寸处。

（2）解剖：在桡骨远端，桡侧腕伸肌腱与拇长展肌腱之间；有头静脉；掌侧为前臂外侧皮神经和桡神经浅支，背侧为前臂背侧皮神经和前臂骨间背侧神经。

（3）功效：清肺气，调水道，通脉络。

（4）主治：目赤，耳鸣，耳聋，鼻衄，手臂痛，咽喉痛，水肿。现多用于扁桃体炎，癫痫，水肿，前臂神经痛等。

（5）配伍：配曲池，治疗手臂疼痛。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：手阳明经络穴。

7. LI 7 温溜 Wēn liū

（1）定位：屈肘，在前臂背面桡侧，当阳溪与曲池连线上，腕横纹上5寸处。

（2）解剖：在桡侧腕伸肌肌腹与拇长展肌之间；有桡动脉分支及头静脉；布有前臂背侧皮神经与桡神经深支。

（3）功效：清邪热，理肠胃。

（4）主治：头痛，面肿，咽喉疼痛，肠鸣，腹痛，肘臂痛。现多用于腮腺炎，扁桃体炎，口腔炎，舌炎，面神经麻痹，腹痛，癫痫等。

（5）配伍：配合谷，治疗头痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

（7）附注：手阳明经郄穴。

8. LI 8 下廉 Xià lián

（1）定位：在前臂背面桡侧，当阳溪与曲池连线上，肘横纹下4寸处。

（2）解剖：在桡骨的桡侧，桡侧有腕伸短肌及腕伸长肌，深层有旋后肌；有桡动脉分支；布有前臂背侧皮神经及桡神经深支。

（3）功效：疏泄阳明经热。

（4）主治：头痛，眩晕，目痛，肘臂痛，腹胀，腹痛。

（5）配伍：配足三里，治疗腹胀、腹痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

9. LI 9 上廉 Shàng lián

（1）定位：在前臂背面桡侧，当阳溪与曲池连线上，肘横纹下3寸处。

（2）解剖：在桡侧腕伸肌肌腹与拇长展肌之间；有桡动脉分支及头静脉；布有前臂背侧皮神经与桡神经深支。

（3）功效：通经止痛，调理肠胃

（4）主治：肩臂痛，上肢不遂，手臂麻木，肠鸣，腹痛。现多用于肩臂神经痛，上肢麻木，瘫痪，肠炎等。

（5）配伍：配曲池，治疗手臂麻木。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

10. LI 10 手三里 Shǒu sān lǐ

（1）定位：在前臂背面桡侧，当阳溪与曲池连线上，肘横纹下2寸处。

（2）解剖：肌肉、神经同下廉穴，血管为桡返动脉的分支。

（3）功效：泻热，通络。

（4）主治：腹痛，腹泻，齿痛，颊肿，上肢不遂，肩背疼痛。现多用于臂神经痛，腰扭伤，面神经瘫痪，咽喉痛等。

（5）配伍

①配曲池，治疗上肢不遂。

②配足三里，治疗腹胀腹泻。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

11. LI 11 曲池 Qū chí

（1）定位：在肘横纹外侧端，屈肘，当尺泽与肱骨外上髁连线中点。

（2）解剖：桡侧腕长伸肌起始部，肱桡肌的桡侧；有桡返动脉的分支；布有前臂背侧皮神经，内侧深层为桡神经本干。

（3）主治：咽喉肿痛，齿痛，目赤痛，瘰疬，风疹，上肢不遂，腹痛吐泻，热病。现多用于肩肘关节疼痛，流行性感冒，高血压，神经衰弱，荨麻疹，小儿麻痹后遗症，胸膜炎，甲状腺肿大，扁桃体炎等。

（4）配伍

①配合谷、外关，有疏风解表，清热止痛作用，主治感冒发热，咽喉炎，扁桃体炎，目赤。

②配合谷、血海、委中、膈俞，有散风清热，调和营卫作用，主治丹毒，荨麻疹。

③配内关、合谷、血海、阳陵泉、足三里、太冲、昆仑、太溪、阿是穴，有温阳散寒，活血止痛作用，主治血栓闭塞性脉管炎。

④配合谷、血海、三阴交，有扶正解毒作用，主治冬眠灵药物反应。

（5）操作

①患者仰卧位或端坐位。取毫针向少海穴方向直刺1～1.5寸，施捻转或提插泻法，针感停留在局部或向肩关节放射。适用于治疗荨麻疹，皮肤外科及五官科急性炎症以及外感发热等。

②患者仰卧位或端坐位。针身呈45°角向手三里穴方向逆经斜刺，进针1～1.5寸，针感可向腕关节方向放射，或出现桡侧腕长、短伸肌腱抽动。适用于治疗肘关节及前臂不遂。

（6）临证体验

①曲池、合谷、内庭、商丘、通里，针用泻法，功能清阳明经之蕴热，主治身热汗出，口渴唇干，颈肿，喉痹，齿痛龈肿。

②曲池、天枢、上巨虚、大肠俞，针用平补平泻，功能宣气行血，理胃宽肠，清热化湿，主治大肠湿热，传导失常之腹痛、腹泻、痢疾。

③曲池透臂臑、章门、天井、足临泣，针用泻法，功能疏肝健脾，化痰消疬，主治瘰疬初期。

④曲池、合谷、内关、天枢、足三里、三阴交，针用泻法，功能疏风清热，主治风热侵袭，或胃热熏蒸肌肤之荨麻疹、丹毒、疔疖。

⑤曲池、合谷、血海，针用泻法，功能清热散风，调和营卫，主治荨麻疹、风疹属于风热者。

⑥曲池、合谷、列缺、阳溪，针用泻法，或灸阳溪、曲池，功能疏通经络，温经散寒，主治风寒湿邪痹阻经脉之上肢痛而不用。

（7）附注：手阳明经所入为“合”。

12. LI 12 肘髎 Zhǒu liáo

（1）定位：在臂外侧，屈肘，曲池上方1寸，当肱骨边缘处。

（2）解剖：在桡骨外上髁上缘肱肌起始部，肱三头肌外缘；有桡侧副动脉；布有前臂背侧皮神经及桡神经。

（3）功效：通经络，利关节。

（4）主治：肘臂部酸痛，麻木，挛急。

（5）配伍

①配曲池，治疗肘臂疾病。

②配臂臑，治疗瘰疬。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

13. LI 13 手五里 Shǒu wǔ lǐ

（1）定位：在臂外侧，当曲池与肩髃连线上，曲池上3寸处。

（2）解剖：在肱骨桡侧，为肱桡肌起点，外侧为肱三头肌前缘；稍深为桡侧副动脉；布有前臂背侧皮神经，深层内侧为桡神经。

（3）功效：化痰消肿，通经止痛。

（4）主治：肘臂挛痛，瘰疬。现多用于上肢麻木疼痛，肿胀，痿软等。

（5）配伍：配曲池，治疗肘臂挛痛。

（6）操作：避开动脉，直刺0.5～1寸。

14. LI 14 臂臑 Bì nào

（1）定位：在臂外侧，三角肌止点处，当曲池与肩髃连线上，曲池上7寸处。

（2）解剖：在肱骨桡侧，三角肌下端，肱三头肌外侧头的前缘；有旋肱后动脉的分支及肱深动脉；布有前臂背侧皮神经，深层有桡神经本干。

（3）主治：肩臂痛，颈项拘急，瘰疬。现多用于颈淋巴结核，肩关节周围炎等。

（4）配伍

①配曲池、手三里，治疗颈淋巴结核。

②配合谷，治疗癫痫。

③配光明，治疗目疾。

（5）操作：直刺或向上斜刺0.8～1.5寸。

15. LI 15 肩髃 Jiān yú

（1）定位：在臂外侧，三角肌上，臂外展，或向前平伸时，当肩峰前下方向凹陷处。

（2）解剖：有旋肱后动、静脉；布有锁骨上神经、腋神经。

（3）功效：清热祛风，通利关节。

（4）主治：肩臂疼痛，上肢不遂，风疹，瘰疬。现多用于肩周炎，上肢瘫痪，臂丛神经痛等。

（5）配伍：配肩髎，治疗肩臂疼痛。

（6）操作：直刺或向下斜刺0.8～1.5寸。

（7）临证体验

①肩髃、曲池、合谷、环跳、足三里，针用平补平泻，或行温针法，功能疏通经络止痛，主治风寒湿痹之关节疼痛。

②肩髃、合谷、外关、曲池，针用泻法，功能祛风通络，主治风痰阻络之上肢麻木。

③肩髃、养老、条口透承山，针用泻法，功能疏通经络止痛，主治肩凝症。

④肩髃、曲池、天井、三间，针用泻法，功能疏经活络，软坚散结，主治瘰疬初期。

（8）附注：手阳明经与阳跷脉交会穴。

16. LI 16 巨骨 Jù gǔ

（1）定位：在肩上部，当锁骨肩峰端与肩胛冈之间凹陷处。

（2）解剖：在斜方肌与冈上肌中；深层有肩胛上动、静脉；布有锁骨上神经分支，副神经分支，深层有肩胛上神经。

（3）功效：散瘀止痛，理气消痰。

（4）主治：肩臂疼痛，抬举不利，肩背痛。现多用于淋巴结核，肩关节周围炎等。

（5）配伍：配肩髃、肩髎，治疗肩痛。

（6）操作：直刺，或微斜向外下方，进针0.5～1寸。

（7）附注：手阳明经与阳跷脉交会穴。

17. LI 17 天鼎 Tiān dǐng

（1）定位：在颈外侧部，胸锁乳突肌后缘，当结喉旁，扶突与缺盆连线中点。

（2）解剖：在胸锁乳突肌下部后缘，浅层为颈阔肌，深层为中斜角肌起点，有颈外浅静脉；为副神经、颈皮神经在胸锁乳突肌后缘穿出处，深层为膈神经的起点。

（3）功效：理气化痰，利咽消肿。

（4）主治：暴喑，咽喉肿痛，瘰疬，气瘿。现多用于舌骨肌麻痹，吞咽困难，扁桃体炎等。

（5）配伍

①配少商，治疗咽喉肿痛。

②配合谷，治疗瘿气。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸。

18. LI 18 扶突 Fú tū

（1）定位：在颈外侧部，结喉旁，当胸锁乳突肌前、后缘之间。

（2）解剖：在胸锁乳突肌胸骨头与锁骨间之间，深层为肩胛提肌起始点；深层内侧有颈升动脉；布有耳大神经，颈皮神经，枕小神经及副神经。

（3）主治：咳嗽，气喘，咽喉肿痛，暴喑，瘰疬，气瘿。现多用于吞咽困难，甲状腺肿大，声带小结，声音嘶哑等。

（4）配伍

①配合谷，治疗瘿气。

②配大椎、合谷、曲池，治疗咽喉肿痛。

（5）操作：直刺0.5～0.8寸。

19. LI 19 口禾髎 Kǒu hé liáo

（1）定位：在上唇部，鼻孔外缘直下，平水沟穴。

（2）解剖：在上颌骨犬齿窝部，上唇方肌止端；有面动、静脉的上唇支；布有面神经、三叉神经第2支下支与眶下神经的吻合丛。

（3）主治：鼻塞，鼻衄，口㖞。现多用于鼻炎，嗅觉减退，面神经麻痹或痉挛等。

（4）操作：直刺或斜刺0.3～1.5寸。

20. LI 20 迎香 Yíng xiāng

（1）定位：在鼻翼外缘中点旁，当鼻唇沟中间。

（2）解剖：在上唇方肌中，深部为梨状孔的边缘；有面动、静脉及眶下动、静脉分支；布有面神经与眶下神经的吻合丛。

（3）主治：鼻塞，不闻香臭，鼻衄，鼻渊，口㖞，面痒，面肿。现多用于嗅觉减退，面神经麻痹，面肌痉挛，胆道蛔虫等。

（4）操作：斜刺或平刺0.3～1.5寸。

（5）临证体验

①迎香、合谷，针用泻法，功能清热、散风、通窍，主治面痒，外感鼻塞。

②迎香、印堂，针用泻法，功能清热通窍，主治鼻渊。

（6）附注

①手、足阳明经交会穴。

②《外台秘要》：不宜灸。

三、足阳明胃经

本经一侧45穴（左右两侧共90穴），其中15穴分布于下肢的前外侧面，30穴在腹、胸部与头面部。首穴承泣，末穴厉兑。主治肠胃等消化系统、神经系统、呼吸系统、循环系统某些病证和咽喉、头面、口、牙齿、鼻等器官病证，以及本经脉所经过部位之病证。

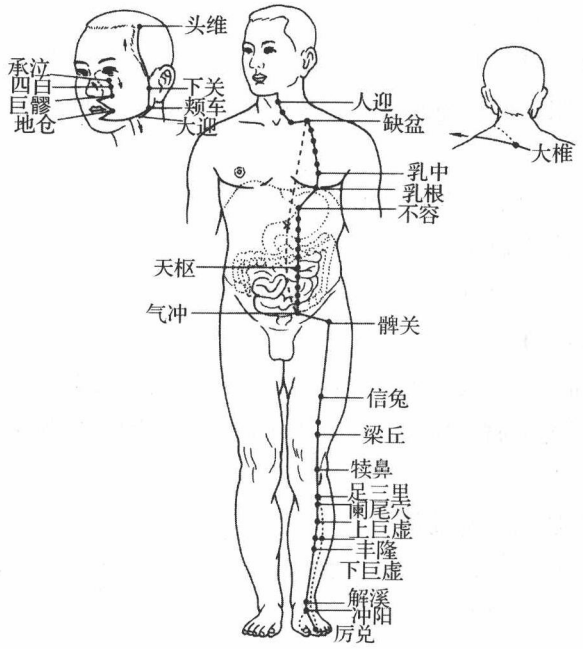


图3-3 足阳明胃经

1. ST 1 承泣 Chéng qì

（1）定位：在面部，瞳孔直下，当眼球与眶下缘之间。

（2）解剖：在眶下缘上方，眼轮匝肌中，深层眶内有眼球下直肌，下斜肌；有眶下动、静脉分支，眼动、静脉的分支；布有眶下神经分支及动眼神经下支的肌支，面神经分支。

（3）功效：散风清热，疏邪明目。

（4）主治：目赤肿痛，流泪，夜盲，眼睑瞤动，口眼㖞斜。现多用于急、慢性结膜炎，近视，远视，散光，青光眼，斜视，角膜炎，泪囊炎，白内障，视神经炎，视神经萎

缩，视网膜色素变性，面神经麻痹，面肌痉挛等。

（5）配伍

①配太阳，治疗目赤肿痛。

②配阳白，治疗口眼㖞斜。

（6）操作：以左手拇指向上轻推眼球，紧靠眶缘缓慢直刺0.5～1.5寸，不宜提插，以防刺破血管引起血肿。

（7）附注：足阳明经、阳跷、任脉交会穴。

2. ST 2 四白 Sì bái

（1）定位：在面部，瞳孔直下，当眶下孔凹陷处。

（2）解剖：在眶下孔处，当眼轮匝肌和上唇方肌之间；有面动、静脉分支，眶下动、静脉有面神经分支，当眶下神经处。

（3）功效：祛风，明目。

（4）主治：目赤痛痒，口眼㖞斜，眼睑瞤动，面痛。现多用于结膜炎，角膜炎，近视，胞睑下垂，青光眼，面神经麻痹，三叉神经痛，鼻炎，胆道蛔虫症等。

（5）配伍

①配阳白、地仓、颊车、合谷，治疗口眼㖞斜。

②配攒竹，治疗眼睑瞤动。

（6）操作：直刺或斜刺0.3～1.5寸，不可深刺。

3. ST 3 巨髎 Jù liáo

（1）定位：在面部，瞳孔直下，平鼻翼下缘处，当鼻唇沟外侧。

（2）解剖：浅层为上唇方肌，深层为犬齿肌；有面动、静脉及眶下动、静脉；布有面神经及眶下神经的分支。

（3）功效：熄风明目，舒筋活络。

（4）主治：口眼㖞斜，眼睑瞤动，鼻衄，齿痛，唇颊肿。现多用于面神经麻痹，三叉神经痛，牙痛，鼻炎，角膜炎等。

（5）配伍

①配合谷，治疗齿痛。

②配地仓、颊车，治疗口歪。

（6）操作：斜刺或平刺0.3～1.5寸。

（7）附注：足阳明胃经与阳跷脉交会穴。

4. ST 4 地仓 Dì cāng

（1）定位：在面部，口角外侧，上直对瞳孔。

（2）解剖：在口轮匝肌中，深层为颊肌；有面动、静脉；布有面神经和眶下神经分支，深层为颊肌神经的末支。

（3）功效：祛风止痛，舒筋活络。

（4）主治：口角歪斜，流涎，眼睑瞤动。现多用于面神经麻痹，三叉神经痛等。

（5）配伍

①配水沟、颊车、合谷，治疗口㖞、流涎。

②配承浆、颊车、下关、合谷，治疗口噤不开。

③配颊车、合谷，治疗牙齿疼痛。

（6）操作

①斜刺或平刺0.5～0.8寸，静置留针。适用于治疗周围性面瘫，面肌痉挛以及患侧的三叉神经痛。

②患者取端坐位或仰卧位，从地仓进针，针尖对准巨髎穴，针柄与皮肤表面呈30°角进针，深1.2～1.5寸，用捻转泻法。用于针刺面肌痉挛健侧。

（7）附注：手足阳明经，阳跷脉交会穴。

5. ST 5 大迎 Dà yíng

（1）定位：在下颌角前方，咬肌附着部前缘，当面动脉搏动处。

（2）解剖：在咬肌附着部前缘；前方有面动、静脉；布有面神经及颊神经。

（3）功效：熄风止痛，消肿活络。

（4）主治：口眼㖞斜，牙关紧闭，颊肿，面痛，齿痛。现多用于面神经麻痹，面肌痉挛，面颊肿，腮腺炎，三叉神经痛等。

（5）配伍

①配颊车、合谷，治疗牙齿疼痛。

②配下关、合谷、水沟、颊车，治疗牙关紧闭。

③配颊车、合谷、内庭、地仓、太冲，治疗口角㖞斜。

④配臂臑、手五里，治疗颈项瘰疬。

（6）操作：避开动脉，斜刺或平刺0.3～1.5寸。

6. ST 6 颊车 Jiá chē

（1）定位：在面颊部，下颌角前上方约1横指（中指），当咀嚼时咬肌隆起，按之凹陷处。

（2）解剖：在下颌角前方，有咬肌；有咬肌动、静脉；布有耳大神经，面神经及咬肌神经。

（3）功效：散风清热，开关通络。

（4）主治：口眼㖞斜，齿痛，颊肿，面肿，痄腮，牙关紧闭。现多用于三叉神经痛，颞颌关节炎，咬肌痉挛，腮腺炎，面神经麻痹等。

（5）配伍：配地仓，治疗口眼㖞斜。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸，平刺0.5～1寸。

（7）临证体验

①颊车、睛明、巨髎、颧髎、合谷、迎香、地仓、风池，针合谷用泻法，余穴平补平

泻，功能祛风通络，主治风痰阻络之面瘫。

②颊车、合谷、太阳，针用泻法，功能清热止痛，主治阳热上扰之上齿痛。

7. ST 7 下关 Xià guān

（1）定位：在面部耳前方，当颧弓与下颌切迹所形成的凹陷中。

（2）解剖：当颧弓下缘，皮下有腮腺，为咬肌起始部；有面横动、静脉，最深层为上颌动、静脉；正当面神经颧眶支及耳颞神经分支，最深层为下颌神经。

（3）功效：消肿止痛，聪耳通络。

（4）主治：耳聋，耳鸣，聍耳，齿痛，口眼㖞斜，面痛，牙关开合不利。现多用于下颌关节炎，咬肌痉挛，中耳炎，面神经麻痹，聋哑等。

（5）配伍

①配翳风，治疗耳疾。

②配大迎、颊车、巨髎，治疗面瘫。

③配合谷、翳风、听宫、耳门，治疗颞颌关节炎。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

（7）临证体验

①下关、合谷，针用泻法，功能清热止痛，主治阳明热邪上扰之牙痛。

②下关、听宫、太冲、中渚，针用平补平泻，功能疏风通络，清热降火，聪耳利窍，主治肝胆火旺之耳聋。

（8）附注：足阳明经、足少阳经交会穴。

8. ST 8 头维 Tóu wéi

（1）定位：在头侧部，当额角发际上0.5寸，头正中线旁4.5寸。

（2）解剖：在颞肌上缘帽状腱膜中；有颞浅动、静脉的额支；布有耳额神经的分支及面神经额支。

（3）功效：熄风镇静，止痛明目。

（4）主治：头痛，目眩，目痛，流泪。现多用于血管神经性头痛，面神经麻痹，眼轮匝肌痉挛，精神分裂症等。

（5）配伍

①配合谷，治疗头痛。

②配太冲，治疗目眩。

（6）操作：平刺0.5～1寸。

（7）附注

①足阳明经、足少阳经与阳维脉交会穴。

②《针灸甲乙经》：禁不可灸。

9. ST 9 人迎 Rén yíng

（1）定位：在颈部，喉结旁，当胸锁乳突肌的前缘，颈总动脉搏动处。

（2）解剖：有颈阔肌，在胸锁乳突肌前缘与甲状软骨接触部；有甲状腺上动脉；当颈内、外动脉分歧处，有颈前浅静脉，外为颈内静脉；布有颈皮神经，面神经颈支，深层颈动脉球，最深层为交感神经干，外侧有舌下神经降支及迷走神经。

（3）功效：宽胸定喘，散结清热。

（4）主治：咽喉肿痛，喘息，气瘿，头晕，面赤。现多用于颈淋巴结核，甲状腺肿大，支气管哮喘，高血压，低血压等。

（5）配伍：配大椎、太冲，疗治高血压。

（6）操作：避开颈总动脉，直刺0.3～0.8寸。

（7）附注

①足阳明经、足少阳经交会穴。

②《针灸甲乙经》：禁不可灸。

（8）操作：避开颈总动脉，直刺0.3～0.8寸。

10. ST 10 水突 Shǔi tū

（1）定位：在颈部，胸锁乳突肌的前缘，当人迎与气舍连线的中点。

（2）解剖：有颈阔肌，在甲状软骨外侧，胸锁乳突肌与肩胛舌骨肌上腹的交叉点；外侧为颈总动脉；布有颈皮神经，深层为交感神经发出的心上神经及交感干。

（3）功效：平喘利咽，理气化痰。

（4）主治：咽喉肿痛，喘息，咳嗽。现多用于治疗扁桃体炎，甲状腺肿，支气管炎，支气管哮喘等。

（5）配伍：配天突，治疗咳嗽、气喘。

（6）操作：直刺0.3～0.8寸。

（7）操作：避开颈总动脉，直刺0.3～0.8寸。

11. ST 11 气舍 Qì shě

（1）定位：在颈部，当锁骨内侧端的上缘，胸锁乳突肌的胸骨头与锁骨头之间。

（2）解剖：有颈阔肌，胸锁乳突肌起始部；有颈前浅静脉，深部为颈总动脉；布有锁骨上神经前支，舌下神经的分支。

（3）功效：利咽喉，消瘿肿。

（4）主治：咽喉肿痛，颈项强痛，喘息，呃逆，瘿瘤。现多用于支气管炎，支气管哮喘等，石学敏院士针刺本穴用于急症呼吸衰竭的抢救，获得良效。

（5）配伍：配水突，治疗瘿瘤。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：本经气舍至乳根诸穴，深部有大动脉及肺、肝等重要脏器，不可深刺。

12. ST 12 缺盆 Qūe pén

（1）定位：在锁骨上窝中央，距前正中线4寸。

（2）解剖：在锁骨上窝之中点，有颈阔肌，肩胛舌骨肌；上方有颈横动脉；布有锁骨

上神经中支，深层正当肩丛的锁骨上部。

（3）功效：宣散外邪，止咳定喘。

（4）主治：咳嗽，气喘，咽喉肿痛，缺盆中痛，瘰疬。

（5）配伍

①配巨阙、肺俞，治疗咳嗽。

②配合谷、少商、尺泽，治疗咽喉肿痛。

（6）操作：避开血管，直刺0.3～0.5寸，不可深刺。

（7）附注：《类经图翼》：孕妇禁针。

13. ST 13 气户 Qì hù

（1）定位：在胸部，当锁骨中点下缘，距前正中线4寸。

（2）解剖：在锁骨下方，胸大肌起始部，深层上方的锁骨下肌；有胸肩峰动、静脉分支，外上方为锁骨下静脉；为锁骨上神经，胸前神经分支分布处。

（3）功效：宣肺降气，宽胸止痛。

（4）主治：胸部胀满，气喘，咳嗽，呃逆，胸肋痛。现多用于支气管炎，支气管哮喘，肋间神经痛，呃逆等。

（5）配伍：配肺俞，治疗咳喘。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸。

14. ST 14 库房 Kù fáng

（1）定位：在胸部，当第1肋间隙，距前正中线4寸。

（2）解剖：在第1肋间隙有胸大肌、胸小肌，深层为肋间内、外肌，有胸肩峰动、静脉及胸外侧动、静脉分支；布有胸前神经分支。

（3）功效：止咳定喘，宽胸排脓。

（4）主治：胸胁胀痛，咳嗽。现多用于支气管炎，支气管哮喘，胸膜炎，肋间神经痛等。

（5）配伍：配屋翳，治疗胸肋胀痛。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸。

15. ST 15 屋翳 Wū yì

（1）定位：在胸部，当第2肋间隙，距前正中线4寸。

（2）解剖：在第2肋间隙，有胸大肌，胸小肌，深层为肋间内外肌；有胸肩峰动、静脉分支；布有胸前神经分支。

（3）功效：止咳化痰，通调水道。

（4）主治：胸胁胀痛，咳嗽，气喘，乳痈。现多用于支气管炎，咯血，胸膜炎，肋间神经痛，乳腺炎等。

（5）配伍：配天宗，治疗乳痈。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸。

16. ST 16 膺窗 Yīng chuāng

（1）定位：在胸部，当第3肋间隙，距前正中线4寸。

（2）解剖：第3肋间隙，有胸大肌，深层为肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉；布有胸前神经分支。

（3）功效：止咳宁嗽，消肿清热。

（4）主治：胸胁胀痛，咳嗽，气喘，乳痈。现多用于肋间神经痛等。

（5）配伍：配屋翳，治疗乳痈。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸。

17. ST 17 乳中 Rǔ zhōng

（1）定位：在胸部，当第4肋间隙，乳头中央，距前正中线4寸。

（2）功效：一般作体表定位标志。

（3）附注：本穴不针不灸，只作胸腹部腧穴的定位标志。

18. ST 18 乳根 Rǔ gēn

（1）定位：在胸部，当乳头直下，乳房根部，当第5肋间隙，距前正中线4寸。

（2）解剖：在第5肋间隙，胸大肌下部，深层有肋间内、外肌；有肋间动脉，胸壁浅静脉；有第5肋间神经外侧皮支，深层为肋间神经干。

（3）功效：止咳平喘，宽胸通乳。

（4）主治：胸痛，咳嗽，气喘，乳痈，乳汁少。现多用于乳腺炎，乳汁分泌不足，肋间神经痛，风湿性心脏病，冠心病心绞痛等。

（5）配伍

①配少泽、膻中，治疗乳痈。

②配少泽、足三里，治疗乳少。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸。

19. ST 19 不容 Bù róng

（1）定位：在上腹部，当脐中上6寸，距前正中线2寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处，深层为腹横肌；有第7肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉；当第7肋间神经分支处。

（3）功效：止呕降逆，和胃平喘。

（4）主治：腹胀，呕吐，胃痛，食欲不振。现多用于胃炎，胃或十二指肠溃疡，胃下垂，胃扩张等。

（5）配伍

①配中脘，治疗胃病。

②配期门，治疗心痛，噫酸。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸。

20. ST 20 承满 Chéng mǎn

（1）定位：在上腹部，当脐中上5寸，距前正中线2寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处，深层为腹横肌；有第7肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉分布；当第7肋间神经分支处。

（3）功效：理气和胃，降逆止呕。

（4）主治：胃痛，腹胀，呕吐，食欲不振。现多用于胃炎，胃或十二指肠溃疡等。

（5）配伍

①配足三里，治疗胃痛。

②配脾俞、三阴交、胃俞、中脘，治疗纳呆。

（6）操作：直刺0.8～1寸。

21. ST 21 梁门 Liáng mén

（1）定位：在上腹部，当脐中上4寸，距前正中线2寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处，深层为腹横肌；有第7肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉；当第8肋间神经分支处（右侧深部当肝下缘，胃幽门部）。

（3）功效：和胃降逆，消积化滞。

（4）主治：胃痛，呕吐，食欲不振，腹胀，泄泻。现多用于胃或十二指肠溃疡，急、慢性胃炎，胃下垂，胃神经症等。

（5）配伍

①配梁丘、中脘、足三里，治疗胃痛。

②配梁门、日月，治疗反酸，呕吐。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

22. ST 22 关门 Guān mén

（1）定位：在上腹部，当脐中上3寸，距前正中线2寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处；有第8肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉分支；布有第8肋间神经分支（内部为横结肠）。

（3）功效：健脾和胃，利水消肿。

（4）主治：腹胀，腹痛，食欲不振，肠鸣泄泻，水肿。现多用于急、慢性胃炎，急、慢性肠炎等。

（5）配伍：配足三里、水分，治疗肠鸣腹泻。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

23. ST 23 太乙 Tài yǐ

（1）定位：在上腹部，当脐中上2寸，距前正中线2寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处；有第8肋间动、静脉分支及其腹壁下动、静脉分支；布有第8肋间神经分支（内部为横结肠）。

（3）功效：清心宁神，化痰和胃。

（4）主治：胃痛，心烦，癫狂，消化不良。现多用于急、慢性胃炎，急、慢性肠炎等。

（5）配伍

①配中脘，治疗胃痛。

②配百会、心俞、神门、大陵，主治癫狂，吐舌。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

24. ST 24 滑肉门 Huá ròu mén

（1）定位：在上腹部，当脐中上1寸，距前正中线2寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处；有第9肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉分支；布有第9肋间神经分支（内部为小肠）。

（3）功效：化痰安神，和胃止吐。

（4）主治：胃痛，呕吐，癫狂。现多用于急、慢性胃炎，急、慢性肠炎等。

（5）配伍

①配足三里，治疗胃痛。

②配少海、温溜，治疗吐舌、舌强。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

25. ST 25 天枢 Tiān shū

（1）定位：在腹中部，平脐中，距脐中2寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处；有第9肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉分支；布有第10肋间神经分支（内部为小肠）。

（3）功效：调理肠腑，升降气机。

（4）主治：腹痛，腹胀，肠鸣，绕脐痛，便秘，泄泻，痢疾，月经不调，水肿。现多用于急、慢性胃炎，急、慢性肠炎，阑尾炎，肠麻痹，细菌性痢疾，消化不良等。

（5）配伍

①配足三里，治疗腹胀肠鸣。

②配气海，治疗绕脐痛。

③配上巨虚、下巨虚，治疗便秘、泄泻。

④配中极、三阴交、次髎、太冲，治疗痛经。

（6）操作

①患者取仰卧位，用40～50mm毫针，直刺约25～40mm。施提插捻转补泻法，适用于大多数消化道疾病。

②取40～50mm毫针，呈45°角向下腹部斜刺，进针25～40mm，用于治疗妇科疾病。

③取50mm毫针，针刺右侧天枢穴，呈45°角向下腹部压痛点处进针，针深40mm左右，施提插泻法，用于急慢性阑尾炎的治疗。

（7）临证体验

①天枢、支沟，针用平补平泻法，功能升降气机，主治气滞不畅之习惯性便秘。

②天枢、下巨虚、合谷，针合谷用泻法，余穴平补平泻，功能健脾和胃，调肠止泄。

③天枢、足三里、阑尾点，针用泻法，功能清热利湿，利气行滞，主治湿热壅盛之肠痈。

④天枢、曲池、上巨虚、关元，针用补法，针灸兼施，功能温经散寒，止泄，主治感受寒邪或内伤生冷不洁食物而致腹痛、腹泻。

（8）附注

①大肠经的募穴。

②《备急千金要方》：孕妇不可灸。

26. ST 26 外陵 Wài líng

（1）定位：在下腹部，当脐中下 1 寸，距前正中线 2 寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处；布有第 10 肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉分支；布有第 10 肋间神经分支（内部为小肠）。

（3）功效：通经止痛，调理肠胃

（4）主治：腹痛，疝气，痛经。现多用于阑尾炎，输尿管结石等。

（5）配伍：配子宫、三阴交，治疗痛经。

（6）操作：直刺 1～1.5 寸。

27. ST 27 大巨 Dà jù

（1）定位：在下腹部，当脐中下 2 寸，距前正中线 2 寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处；有第 11 肋间动、静脉分支，外侧为腹壁下动、静脉；布有第 11 肋间神经（内部为小肠）。

（3）功效：理气消胀，通肠利水。

（4）主治：小腹胀满，小便不利，疝气，遗精，早泄。现多用于腹直肌痉挛，肠梗阻，膀胱炎，尿潴留等。

（5）配伍：配中极、次髎，治疗小便不利。

（6）操作：直刺 0.5～1.5 寸。

28. ST 28 水道 Shuǐ Dào

（1）定位：在下腹部，当脐中下 3 寸，距前正中线 2 寸。

（2）解剖：当腹直肌及其鞘处；有第 12 肋间动、静脉分支，外侧为腹壁下动、静脉；布有第 12 肋间神经（内部为小肠）。

（3）功效：清湿热，利膀胱，通水道。

（4）主治：小腹胀满，小便不利，水肿，疝气，痛经，不孕。现多用于肾炎，膀胱炎，睾丸炎，尿潴留，子宫脱垂，卵巢炎等。

（5）配伍

①配中极、关元、三阴交、阴陵泉，治疗尿血、淋痛。

②配三阴交、中极，治疗痛经、不孕。

（6）操作

①患者仰卧位，暴露腹部。毫针直刺，进针 25～60mm，施提插泻法，治疗各种妇产科疾病。

②患者仰卧位，仅取左侧水道穴，用 40～50mm 毫针呈 45°角向患者左侧进针，深度 40mm 左右，施提插泻法。以患者觉腹部有抽动酸胀感为佳，用于治疗多种原因所致的便秘。

③患者仰卧位，取双侧穴，用 40～50mm 毫针呈 30°角向耻骨联合方向斜刺，深 40～45mm 施提插泻法，用于治疗小便不利、尿潴留。

29. ST 29 归来 Guī lái

（1）定位：在下腹部，当脐中下 4 寸，距前正中线 2 寸。

（2）解剖：在腹直肌外缘，有腹内斜肌，腹横肌腱膜；外侧有腹壁下动、静脉；布有髂腹下神经。

（3）功效：行气疏肝，调经止带，益气升提。

（4）主治：腹痛，疝气，痛经，月经不调，闭经，白带，阴挺。现多用于治疗睾丸炎，卵巢炎，子宫内膜炎，子宫脱垂，腹股沟疝等。

（5）配伍

①配大敦，治疗疝气。

②配三阴交、中极，治疗月经不调。

③配维包、三阴交、气海，治疗子宫下垂。

（6）操作

①患者仰卧位，暴露腹部。毫针直刺，进针 25～60mm，施提插泻法，治疗各种妇产科疾病。

②患者仰卧位，仅取左侧归来穴，用 40～50mm 毫针呈 45°角向患者左侧进针，深度 40mm 左右，施提插泻法。以患者觉腹部有抽动酸胀感为佳，用于治疗多种原因所致的便秘。

③用 60mm 毫针呈 45°角与任脉平行向下斜刺，针深 50mm，施提插泻法，行针 1～2 分钟，留针 30 分钟以上，治疗各种疝气。

30. ST 30 气冲 Qì chōng

（1）定位：在腹股沟稍上方，当脐中下 5 寸，距前正中线 2 寸。

（2）解剖：在耻骨结节外上方，有腹外斜肌腱膜，在腹内斜肌、腹膜肌下部；有腹壁浅动、静脉分支，外壁为腹壁下动、静脉；布有髂腹股沟神经。

（3）功效：疏肝益肾，调经种子。

（4）主治：肠鸣腹痛，疝气，月经不调，不孕，阳痿，阴肿。

（5）配伍：配气海，治疗肠鸣腹痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

（7）附注：冲脉所起。

31. ST 31 髀关 Bì guān

（1）定位：在大腿前面，当髂前上棘与髌底外侧端的连线上，屈髋时，平会阴，居缝匠肌外侧凹陷处。

（2）解剖：在缝匠肌和阔筋膜张肌之间；深层有旋股外侧动、静脉分支；布有股外侧皮神经。

（3）功效：疏通经络，强壮腰膝。

（4）主治：下肢痿痹，股痛，屈伸不利。现多用于腹股沟淋巴结炎，股外侧皮神经炎，膝关节及其周围软组织疾患等。

（5）配伍：配伏兔，治疗痿痹。

（6）操作：直刺1～2寸。

32. ST 32 伏兔 Fú tù

（1）定位：在大腿前面，当髂前上棘与髌底外侧外侧端的连线上，髌底上6寸。

（2）解剖：在股直肌的肌腹中有旋股外侧动、静脉分支；布有股前皮神经，股外侧皮神经。

（3）功效：散寒化湿，疏通经络。

（4）主治：腰胯痛，膝冷，下肢麻痹，脚气。现多用于下肢瘫痪，股外侧皮神经炎，膝关节炎及其周围软组织疾患等。

（5）配伍：配髀关、阳陵泉，治疗下肢痿痹。

（6）操作：直刺1～2寸。

33. ST 33 阴市 Yīn shì

（1）定位：在大腿前面，当髂前上棘与髌底外侧端的连线上，髌底上3寸。

（2）解剖：在股直肌和股外侧肌之间；有旋股外侧动脉降支；布有股前皮神经，股外侧皮神经。

（3）功效：温经散寒，强壮腰膝。

（4）主治：腿膝麻痹、酸痛，屈伸不利，下肢不遂。现多用于下肢瘫痪，膝关节及周围软组织疾患等。

（5）配伍：配足三里、阳陵泉，治疗腿膝痿痹。

（6）操作：直刺1～1.5寸。

34. ST 34 梁丘 Liáng qiū

（1）定位：屈膝，大腿前面，当髂前上棘与髌底外侧端的连线上，髌底上2寸。

（2）解剖：在股直肌和股外侧肌之间；有旋股外侧动脉降支；布有股前皮神经，股外

侧皮神经。

（3）功效：和胃消肿，宁神定痛。

（4）主治：膝胫痹痛，胃痛，乳痈，下肢不遂。现多用于急性胃炎，胃痉挛，乳腺炎，膝关节及其周围软组织疾患等。

（5）配伍

①配足三里、中脘，治疗胃痛。

②配犊鼻、阳陵泉、阴陵泉、膝阳关、委中、委阳，治疗膝关节痛。

③配膝阳关、曲泉，治疗筋挛，膝不得屈伸。

（6）操作：直刺 1～1.2 寸。

（7）附注：足阳明经郄穴。

35. ST 35 犊鼻 Dú bí

（1）定位：屈膝，在膝部，髌骨与髌韧带外侧凹陷中。

（2）解剖：在髌韧带外缘；有膝关节动、静脉网；布有腓肠外侧皮神经及腓总神经关节支。

（3）功效：消肿止痛，通经活络。

（4）主治：膝痛，麻木，屈伸不利，脚气。现多用于下肢瘫痪，膝关节及其周围软组织疾患等。

（5）配伍：配阳陵泉、足三里，治疗膝痛。

（6）操作：向后内斜刺 0.5～1 寸。

36. ST 36 足三里 Zú sān lǐ

（1）定位：在小腿前外侧，当犊鼻下 3 寸，距胫骨前缘一横指。

（2）解剖：在胫骨前肌，趾长伸肌之间；有胫前动、静脉；为腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支分布处，深层有腓深神经。

（3）功效：和胃健脾，通腑化痰，升降气机。

（4）主治：胃痛，呕吐，呃逆，腹胀，肠鸣，泄泻，痢疾，便秘，乳痈，肠痈，膝胫酸痛，脚气，水肿，咳嗽，气喘，虚劳羸瘦，疳积，完谷不化，中风，瘫痪，头晕，失眠，癫狂。现多用于急、慢性胃炎，胃或十二指肠溃疡，急、慢性胰腺炎，肝炎，消化不良，急、慢性肠炎，细菌性痢疾，阑尾炎，休克，神经性头痛，高血压，癫痫，神经衰弱，精神分裂症，动脉硬化，支气管哮喘，白细胞减少症，坐骨神经痛，下肢瘫痪，膝关节及周围软组织疾患等。

（5）配伍

①配中脘、梁丘，治疗胃痛。

②配内关，治疗呕吐；配气海，治疗腹胀。

③配膻中、乳根，治疗乳痛；配阳陵泉、悬钟，治疗下肢痹痛。

④常灸足三里可养志保健。

（6）操作

①患者取端坐位或仰卧位，用40～50mm毫针沿胫骨、腓骨之间直刺，针深约25～45mm，施捻转或提插补泻法，本法适用于大多数病证的治疗。

②患者取仰卧位，用40mm毫针少偏向外下方进针，深约25～30mm，施提插泻法，使麻胀感传至足踝部，同时还可以出现胫骨前肌的抽动，用于治疗下肢不遂、膝关节及小腿疼痛等局部疾病。

（7）临证体验

①足三里、解溪、胃俞、中脘，针用补法，并加艾灸，功能温胃益气，振奋中阳，主治中阳不振，食少腹胀，便溏浮肿，形寒神疲。

②足三里、后溪、关元、小肠俞、上巨虚，针用补法，加灸，功能温中散寒，主治脾胃虚寒，腹痛腹胀，肠鸣泄泻，喜温按，小便短少。

③足三里、三阴交，针用平补平泻，功能调气利水，治疗功能性排尿障碍。

④足三里、阴陵泉、阳陵泉、膝阳关、鹤顶，针用平补平泻，主治膝关节疾病。

（8）附注：

①足阳明经所入为“合”。

②本穴有强壮作用，为保健要穴。

37. ST 37 上巨虚 Shàng jù xū

（1）定位：在小腿前外侧，当犊鼻下6寸，距胫骨前缘一横指。

（2）解剖：在胫骨前肌中；有胫前动、静脉；布有腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支，深层当腓深神经。

（3）功效：理气通腑，调和肠胃。

（4）主治：腹痛，腹胀，肠鸣，泄泻，痢疾，便秘；肠痈，中风瘫痪，脚气。现多用于急性细菌性痢疾，急性肠炎，单纯性阑尾炎等。

（5）配伍

①配足三里、气海，治疗便秘、泄泻。

②配天枢、阑尾点、足三里、三阴交、曲池，治疗肠痈。

（6）操作：直刺1～2寸。

（7）临证体验

①上巨虚、下巨虚、中脘、天枢，针用补法，功能健脾和胃，化湿止泄，主治脾胃虚弱型泄泻。

②上巨虚、支沟，针用泻法，功能行气导滞，主治饮食停滞型便秘。

③上巨虚、天枢、内关、曲池、合谷，针用泻法，功能清热利湿，调理肠胃，主治湿热痢疾，热结便秘，肠痈。

（8）附注：大肠经下合穴。

38. ST 38 条口 Tiáo kǒu

（1）定位：在小腿前外侧，当犊鼻下 8 寸，距胫骨前缘一横指（中指）。

（2）解剖：在胫骨前肌中；有胫前动、静脉；布有腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支，深层当腓深神经。

（3）功效：理气舒筋，祛湿温经。

（4）主治：膝胫麻木、酸痛，足缓不收，肩痛不举，脘腹疼痛。现多用于膝关节炎，多发性神经炎，下肢瘫痪，肩关节周围炎等。

（5）配伍

①配肩髃、肩髎，治疗肩臂痛。也可用条口透承山治疗肩周炎。

②配悬钟、冲阳，治疗足缓难行。

③配承山、承筋，治疗下肢腓肠肌痉挛、拘急。

（6）操作：

①患者取仰卧位，平伸下肢，直刺，进针 0.5～1.5 寸，施捻转或提插补泻法。用于治疗局部疾患。

②条口透承山：患者取端坐体位，暴露小腿，芒针直刺，进针 2～3.5 寸，施捻转或加提插泻法，使患者感觉腓肠肌或整个小腿都有酸胀感。与此同时，嘱患者活动患侧肩关节，本法仅适用于治疗对侧肩关节周围炎。

39. ST 39 下巨虚 Xià jù xū

（1）定位：在小腿前外侧，当犊鼻下 9 寸，距胫骨前缘一横指（中指）。

（2）解剖：在胫骨前肌与趾长伸肌之间，深层为胫长伸肌；有胫前动、静脉；布有腓浅神经分支，深层为腓深神经。

（3）功效：理气通腑，宁神定惊。

（4）主治：小腹痛，腰脊痛引睾丸，乳痈，下肢痿痹。现多用于细菌性痢疾，急、慢性肠炎，下肢瘫痪等。

（5）配伍

①配天枢、气海，治疗腹痛。

②配阳陵泉、解溪，治疗下肢麻木。

③配足三里、梁丘、侠溪、肩井，治疗乳痈。

（6）操作：直刺 0.5～1.5 寸。

（7）附注：小肠经下合穴。

40. ST 40 丰隆 Fēng lóng

（1）定位：在小腿前外侧，当外踝尖上 8 寸，条口外，距胫骨前缘二横指（中指）。

（2）解剖：在趾长伸肌外侧和腓骨短肌之间；有胫前动脉分支；当腓浅神经处。

（3）功效：化痰定喘，宁心安神。

（4）主治：头痛，眩晕，咳嗽，哮喘，痰多，胸痛，便秘，癫狂，痫证，下肢痿痹、

肿痛。现多用于神经衰弱，精神分裂症，高血压，耳源性眩晕，支气管炎，支气管哮喘，腓肠肌痉挛等。

（5）配伍

①配百会、脾俞、风池，治疗眩晕。

②配膻中、肺俞，治疗痰多咳嗽。

③配神门、太冲，治疗癫痫。

④配神门、太冲、冲阳、水沟，治疗狂证。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

（7）临证体验

①中脘、丰隆、内关、足三里，针用泻法，功能清热化痰，和中安神，主治痰热内扰失眠。

②丰隆、支沟，针用泻法，功能行气导滞，主治饮食停滞便秘。

（8）附注：足阳明经络穴。

41. ST 41 解溪 Jiě xī

（1）定位：在足背与小腿交界处的横纹中央凹陷处，当跨长伸肌腱与趾长伸肌腱之间。

（2）解剖：在跨长伸肌腱与趾长伸肌腱之间；有胫前动、静脉；浅部当腓浅神经，深层当腓深神经。

（3）功效：清胃降逆，镇静宁神。

（4）主治：踝关节疼痛，下肢痿痹，癫证，头痛，眩晕，腹胀，便秘。现多用于神经性头痛，消化不良，胃炎，肠炎，癫痫，面神经麻痹，足下垂，踝关节及其周围软组织疾患等。

（5）配伍

①配阳陵泉、悬钟，治疗下肢痿痹。

②配血海、商丘，治疗腹胀。

③配商丘、丘墟、昆仑、太溪，治疗足踝痛。

④配条口、丘墟、太白，治疗膝股痛，小腿转筋。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

（7）附注：足阳明经所行为“经”。

42. ST 42 冲阳 Chōng yáng

（1）定位：在足背最高处，当跨长伸肌腱和趾长伸肌腱之间，足背动脉搏动处。

（2）解剖：在趾长伸肌腱外侧；有足背动、静脉及足背静脉网；当腓浅神经的足背内侧皮神经第2支本干处，深层为腓深神经。

（3）功效：健脾和胃，镇静安神

（4）主治：上齿痛，足背红肿，口眼㖞斜，足痿。现多用于齿龈炎，癫痫，脉管

炎等。

（5）配伍：配大椎、丰隆，治疗癫、狂、痫。

（6）操作：避开动脉，直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：足阳明经所过为“原”。

43. ST 43 陷谷 Xiàn gǔ

（1）定位：在足背，当第2、3跖骨结合部前方凹陷处。

（2）解剖：有第2跖骨间肌；有足背静脉网；布有足背内侧皮神经。

（3）功效：调和肠胃，健脾利水。

（4）主治：面目浮肿，水肿，肠鸣腹痛，足背肿痛。现多用于结膜炎，急、慢性胃炎，急、慢性肠炎等。

（5）配伍

①配下脘、天枢，治疗腹胀，肠鸣，腹痛。

②配内庭、太冲，治疗足跗肿。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：足阳明经所注为“输”。

44. ST 44 内庭 Nèi tíng

（1）定位：在足背当第2、3跖骨结合部前方凹陷处。

（2）解剖：有足底内侧神经的趾足底总神经。

（3）功效：健脾和胃，清心安神。

（4）主治：齿痛，面痛，口角歪斜，咽喉痛，鼻衄，胃痛，吐酸，腹胀，泄泻，痢疾，便秘，足背肿痛，热病。现多用于急、慢性胃炎，急、慢性肠炎，齿龈炎，扁桃体炎，跖趾关节痛等。

（5）配伍

①配合谷，治疗齿痛。

②配地仓、颊车，治疗口歪。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：足阳明经所溜为“荥”。

45. ST 45 厉兑 Lì duì

（1）定位：在足第2趾末节外侧，距趾甲角0.1寸。

（2）解剖：有趾背动脉形成的动脉网；布有腓浅神经的足背支。

（3）功效：清热化湿，调胃安神，苏厥醒神。

（4）主治：面肿，鼻衄，口角歪斜，齿痛，喉痹，腹胀，足胫寒冷，热病，多梦，癫狂。现多用于精神分裂症，神经衰弱，消化不良，鼻炎，齿龈炎，扁桃体炎等。

（5）配伍

①配内关、神门，治疗多梦。

②配百会、水沟、中冲、隐白、大敦，治疗中风昏迷。

③配内关、中脘、足三里，治疗胃脘疼痛。

④配条口、三阴交，治疗足胫寒不得卧。

（6）操作：浅刺0.1寸。

（7）附注：足阳明经所出为“井”。

四、足太阴脾经

本经一侧21穴（左右两侧共42穴），其中11穴分布于下肢内侧面，10穴分布于侧胸腹部。首穴隐白，末穴大包。主治脾、胃等消化系统病证、泌尿生殖系统病证，以及本经脉所经过部位之病证。

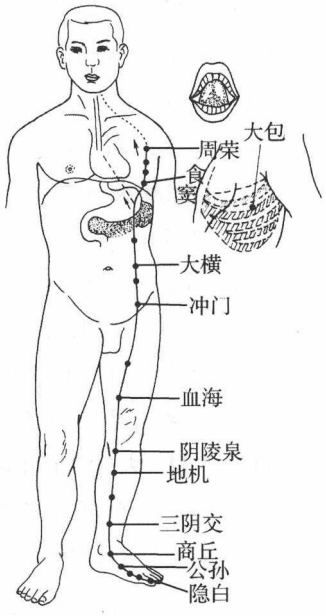


图3-4 足太阴脾经

1. SP 1 隐白 Yǐn bái

（1）定位：在足大趾末节内侧，距趾甲角0.1寸。

（2）解剖：有趾背动脉；为腓浅神经的足背支及足底内侧神经。

（3）功效：健脾宁神，调经统血。

（4）主治：腹胀，便血，月经过多，崩漏，癫狂，多梦，惊风。现多用于上消化道出血，功能性子宫出血，急性肠炎，精神分裂症，神经衰弱，休克等。

（5）配伍

①配地机，三阴交，治疗出血症。

②配足三里，治疗大便下血。

③配脾俞、胃俞、足三里、天枢，治疗腹胀。

④配脾俞、肝俞、上脘，治疗吐血。

⑤配厉兑，治疗梦魇不宁。

（6）操作：浅刺0.1寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

（7）临证体验

①隐白、足三里，针隐白用平补平泻，足三里用补法，功能健脾统血，主治脾虚便血。

②隐白、脾俞、胃俞、足三里、天枢，针用平补平泻法，功能行气健脾，主治脾虚食滞之腹胀。

③隐白、太白、阴陵泉、太溪，针用泻法，或用艾灸，功能温通经络，温经散寒，主治风寒湿邪痹阻经脉之股膝内、足跗疼痛，足大趾运动障碍。

（8）附注：足太阴经所出为“井”。

2. SP 2 大都 Dà dū

（1）定位：在足内侧缘，当足大趾本节（第1跖趾关节）前下方赤白肉际凹陷处。

（2）解剖：在趾展肌止点；有足底内侧动、静脉的分支；布有足底内侧神经的趾底固有神经。

（3）功效：健脾利湿，和胃宁神。

（4）主治：腹胀，胃痛，呕吐，泄泻，便秘，热病。

（5）配伍

①配足三里，治疗腹胀。

②配中冲、关冲，治疗四肢厥逆。

③配关元、中极、三阴交，治疗崩露。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：足太阴经所溜为“荥”。

3. SP 3 太白 Tài bái

（1）定位：在足内侧缘，当足大趾本节（第1跖骨关节）后下方赤白肉际凹陷处。

（2）解剖：在趾展肌中；有足背静脉网，足底内侧动脉及足跗内侧动脉分支；布有隐神经及腓浅神经分支。

（3）功效：健脾化湿，理气和胃。

（4）主治：胃痛，腹胀，便秘，痢疾，吐泻，肠鸣，身重，脚气。现多用于治疗急、慢性胃炎，急性胃肠炎，神经性呕吐，消化不良，胃痉挛等。

（5）配伍

①配中脘、足三里，治疗胃痛。

②配中渚，治疗大便难。

③配公孙，治疗腹胀食不化，臌胀腹中气大满，肠鸣。

④配陷谷、大肠俞，治疗肠痈。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸。

（7）临证体验

①太白、脾俞、中脘、气海，针中脘先泻后补，以补为主，气海穴用雀啄灸法，余穴均用补法，功能健运脾胃，养血止血，主治脾胃虚寒便血、腹痛。

②太白、中脘，针用平补平泻法，功能调和脾胃，行气止痛，主治饮食停滞胃痛。

③太白、大都、脾俞、足三里，针用补法，或加灸，功能健脾益气，主治脾虚面色萎黄，少气懒言，食欲不振，四肢疲惫，肌肉消瘦，脘腹胀满，小便短少，大便稀溏，四肢不温，足浮肿。

④太白、大都、脾俞、章门、公孙、足三里，针用补法，或平补平泻，并加灸，功能温脾化湿，主治脾胃阳虚，腹胀食少，肠鸣腹泻。

（8）附注：足太阴经所注为“输”；脾经原穴。

4. SP 4 公孙 Gōng sūn

（1）定位：在足内侧缘，当第1跖骨基底部的前下方。

（2）解剖：在趾展肌中；有跗内侧动脉分支及足背静脉网；布有隐神经及腓浅神经分支。

（3）功效：健脾化湿，和胃理气。

（4）主治：胃痛，呕吐，腹痛，腹胀，泄泻，痢疾，肠鸣。现多用于食欲不振，消化不良，神经性呕吐，急、慢性胃炎，急、慢性肠炎，腹水等。

（5）配伍

①配中脘、内关，治疗胃酸过多、胃痛。

②配内关，治疗心、胸、胃部疾患。

③配束骨、八风，治疗足趾麻木。

（6）操作：直刺0.6～1.2寸。

（7）临证体验

①公孙、内关，针用平补平泻法，或用泻法，功能宽胸理气，和胃降逆，主治心、胸、胃部疾患，为八脉交会八穴配穴法。

②公孙、梁门、足三里，针用泻法，功能和胃降逆，行气止痛，主治饮食停滞之胃痛、吐酸。

③公孙、商丘、章门、中脘，针用泻法，或平补平泻法，功能健脾和胃，理气化湿，主治湿滞中阻，脘腹胀满，嗳气食少，面黄尿赤，二便不利。

（8）附注：足太阴经络穴；八脉交会穴之一，通于冲脉。

5. SP 5 商丘 Shāng qiū

（1）定位：在足内踝前下方凹陷中，当舟骨结节与内踝尖连线的中点处。

（2）解剖：有跗内侧动脉，大隐静脉；布有隐神经及腓浅神经分支丛。

（3）功效：健脾化湿，肃降肺气。

（4）主治：腹胀，便秘，泄泻，肠鸣，舌本强痛，足踝痛，痔疾。现多用于神经性呕吐，消化不良，急、慢性胃炎，急慢性肠炎，腓肠肌痉挛，踝关节及周围软组织疾患等。

（5）配伍

①配气海、足三里，治疗腹胀肠鸣。

②配三阴交，治疗脾虚便秘。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸。

（7）附注：足太阴经所行为“经”。

6. SP 6 三阴交 Sān yīn jiāo

（1）定位：在小腿内侧，当足内踝尖上3寸，胫骨内侧缘后方。

（2）解剖：在胫骨后缘和比目鱼肌之间，深层有屈趾长肌；有大隐静脉，胫后动、静脉；有小腿内侧皮神经，深层后方有胫神经。

（3）功效：滋补肝肾，补养精血，调经止带，健脾利湿。

（4）主治：腹痛，肠鸣，腹胀，泄泻，痛经，月经不调，崩漏，带下，阴挺，不孕，滞产，遗精，阳痿，遗尿，小便不利，水肿，疝气，阴部痛，下肢痿痹，头痛，眩晕，失眠。现多用于神经性皮炎，湿疹，荨麻疹，高血压，急、慢性肠炎，细菌性痢疾，功能性子宫出血，遗尿，性功能减退，神经衰弱，小儿舞蹈病，下肢神经痛或瘫痪等。

（5）配伍

①配足三里，治疗肠鸣泄泻。

②配中极，治疗月经不调；配子宫，治疗阴挺。

③配大敦，治疗疝气；配内关、神门，治疗失眠。

④配极泉、尺泽、委中，治疗中风半身不遂。

（6）操作

①本穴为“醒脑开窍”针法组方主穴之一：患者取仰卧位，下肢平伸，暴露小腿，毫针沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°角斜刺，进针1～1.5寸，用提插补法，使患侧下肢抽动3次为度。

②患者取仰卧位，下肢平伸，暴露小腿。用40mm毫针紧贴胫骨后缘直刺，进针20～25mm，施捻转或提插补法，可广泛用于治疗妇科、男科及慢性腹泻等疾病。

（7）临证体验

①三阴交、中极、照海，针用泻法，功能行气导滞，降气催产，主治胎盘滞留。

②三阴交、膀胱俞、阴陵泉，针用泻法，功能行气利水，主治膀胱湿热，小便淋浊。

③三阴交、太冲、太白、肾俞、脾俞，针用补法，功能滋阴降火，补肾涩精，主治肾阴虚所致眩晕耳鸣，梦遗，健忘。

④三阴交、商丘、中脘、通里，针用泻法，功能清化湿热，主治脾经蕴热，脘闷腹胀，嗳气呕吐，身重肢困，大便溏泻，或黄疸，小便不利。

（8）附注

①足太阴、少阴、厥阴经交会穴。

②孕妇禁针。

7. SP 7 漏谷 Lòu gǔ

（1）定位：在小腿内侧，当内踝尖与阴陵泉的连线上，距内踝尖6寸，胫骨内侧缘后方。

（2）解剖：在胫骨后缘与比目鱼肌之间，深层有屈趾长肌；有大隐静脉，肢后动、静脉；有小腿内侧皮神经，深层内侧后方有胫神经。

（3）功效：健脾消肿，渗湿利尿。

（4）主治：腹胀，肠鸣，腿膝厥冷、麻痹。现多用于消化不良，尿路感染，功能性子宫出血，癔病，脚气等。

（5）配伍

①配足三里，治疗腹胀肠鸣。

②配血海、梁丘、足三里、三阴交，治疗膝腿麻木不仁。

③配太冲，治疗小便不利。

④配阴陵泉、三阴交，治疗下肢肿痛。

（6）操作：直刺 0.5～1.5 寸。

8. SP 8 地机 Dì jī

（1）定位：在小腿内侧，当内踝尖与阴陵泉的连线上，阴陵泉下 3 寸。

（2）解剖：在胫骨后缘与比目鱼肌之间；前方有大隐静脉及膝最上动脉的末支，深层有胫后动、静脉；布有小腿内侧皮神经，深层后方有胫神经。

（3）功效：健脾渗湿，调理月经。

（4）主治：腹痛，腹胀，泄泻，水肿，小便不利，遗精，月经不调，痛经。现多用于胃痉挛，细菌性痢疾，功能性子宫出血，精液减少症等。

（5）配伍

①配三阴交，治疗痛经。

②配隐白，治疗崩漏。

③配中都、跗阳，治疗下肢不行。

（6）操作：直刺 0.5～1.5 寸。

（7）附注：足太阴经郄穴。

9. SP 9 阴陵泉 Yīn líng quán

（1）定位：在小腿内侧，当胫骨内侧髁后下方凹陷处。

（2）解剖：在胫骨后缘和腓肠肌之间，比目鱼肌起点上；前方有大隐静脉，膝最上动脉，最深层有胫后动、静脉；布有小腿内侧皮神经本干，最深层有胫神经。

（3）功效：健脾渗湿，益肾固精。

（4）主治：腹痛，腹胀，泄泻，痢疾，水肿，黄疸，小便不利，遗尿，尿失禁，阴部痛，痛经，膝痛。现多用于急、慢性肠炎，细菌性痢疾，腹膜炎，尿潴留，尿失禁，尿路感染，阴道炎，膝关节及周围软组织疾患等。

（5）配伍

①配肝俞、至阳，治疗黄疸。

②阴陵泉透阳陵泉，治疗膝痛。

③配水分，治疗水肿。

④配三阴交、日月、至阳、胆俞、阳纲，治疗黄疸。

（6）操作：直刺 1～2 寸。

（7）临证体验

①阴陵泉、气海、三阴交，气海针用补法，余穴用平补平泻法，功能健脾益肾，主治

下元虚冷，小便不利。

②阴陵泉、太白、隐白、太溪，针用泻法，或用艾灸，功能疏通经络，温经散寒，主治风寒湿邪痹阻经脉之股膝内、足跗肿厥而痛。

（8）附注：足太阴经所入为“合”。

10. SP 10 血海 Xuè hǎi

（1）定位：屈膝，在大腿内侧，髌底内侧端上2寸，当股四头肌内侧头的隆起处。

（2）解剖：在股骨内上髁上缘，股内侧肌中间；有股动、静脉肌支；布有股前皮神经及股神经肌支。

（3）功效：健脾化湿，调经统血。

（4）主治：月经不调，痛经，崩漏，闭经，风疹，湿疹，丹毒，股内侧痛。现多用于功能性子宫出血，睾丸炎，荨麻疹，湿疹，皮肤瘙痒，神经性皮炎，贫血，下肢内侧及膝关节疼痛等。

（5）配伍

①配三阴交，治疗月经不调。

②配曲池，治疗隐疹。

③配梁丘、膝阳关，阴陵泉，治疗膝关节肿痛。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

（7）临证体验

①血海、梁丘、膝阳关、阴陵泉，针用平补平泻法，功能疏通经络，宣痹止痛，主治风寒湿痹之膝关节肿痛。

②血海、三阴交、曲池、合谷，针用泻法，功能活血散风，清热祛湿，主治风寒客表，风疹、荨麻疹。

③血海、膈俞、脾俞、足三里、三阴交，针用补法，功能健脾益气，统血调经，主治脾虚紫癜，月经过多，甚或崩漏。

11. SP 11 箕门 Jī mén

（1）定位：在大腿内侧，当血海与冲门连线上，血海上6寸。

（2）解剖：在缝匠肌内侧缘，深层有大收肌；有大隐静脉，深层之外方有股动、静脉；布有股前皮神经，深部有隐神经。

（3）功效：健脾渗湿，清热利尿。

（4）主治：小便不利，遗尿，腹股沟肿痛，下肢痿痹。现多用于睾丸炎，性功能减退，腹股沟淋巴结炎，小儿麻痹后遗症等。

（5）配伍

①配太冲，治疗腹股沟疼痛。

②配然谷、行间，治疗淋证。

③配合阳、三阴交，治疗带下。

（6）操作：避开动脉，直刺0.5～1寸。

12. SP 12 冲门 Chōng mén

（1）定位：在腹股沟外侧，距耻骨联合上缘中点3.5寸，当髂外动脉搏动处的外侧。

（2）解剖：在腹股沟韧带中点外侧的上方，在腹外斜肌腱膜及内斜肌下部；内侧为股动、静脉；布有股神经。

（3）功效：降逆利湿，理气消滞。

（4）主治：腹痛，疝气，小便不利。现多用于治疗尿潴留，睾丸炎，精索神经痛，子宫内膜炎，子痫等。

（5）配伍

①配三阴交、大敦，治疗疝气。

②配气冲，治疗带下。

（6）操作：避开动脉，直刺0.5～1寸。

（7）附注：足太阴经、厥阴经交会穴。

13. SP 13 府舍 Fǔ shè

（1）定位：在下腹部，当脐中下4寸，冲门上方0.7寸，距前正中线4寸。

（2）解剖：在腹股沟韧带上方外侧，腹外斜肌腱膜及腹内斜肌下部，深层为腹横肌下部；布有腹壁浅动脉，肋间动、静脉；布有髂腹股沟神经（右当盲肠下部，左当乙状结肠下部）。

（3）功效：健脾消满，理中和胃。

（4）主治：少腹痛，疝气。现多用于脾肿大，便秘，子宫附件炎，腹股沟淋巴结炎等。

（5）配伍：配气海，治疗腹痛。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

（7）附注：足太阴经、足厥阴经、足少阴经、足阳明经、阴维交会穴。

14. SP 14 腹结 Fù jié

（1）定位：在下腹部，大横下1.3寸，距前正中线4寸。

（2）解剖：在腹内、外斜肌及腹横肌肌部；有第11肋间动、静脉；布有第11肋间神经。

（3）功效：温脾止泄，镇痛止咳。

（4）主治：绕脐腹痛，腹胀，疝气，泄泻，便秘。现多用于治疗细菌性痢疾等。

（5）配伍：配气海、天枢，治疗腹痛。

（6）操作：直刺1～2寸。

15. SP 15 大横 Dà héng

（1）定位：在腹中部，距脐中4寸。

（2）解剖：在腹外斜肌肌部及腹横肌肌部；布有第11肋间动、静脉；布有第12肋间

神经。

（3）功效：理气止痛，通调腑气。

（4）主治：腹痛，腹胀，泄泻，痢疾，大便秘结。现多用于治疗急、慢性肠炎，细菌性痢疾，习惯性便秘，肠麻痹，肠寄生虫病等。

（5）配伍

①配中脘、足三里、三阴交，治疗腹痛、痢疾。

②配脾俞、三焦俞、中脘、天枢，治疗慢性胃痛。

③配天枢、中脘、关元、足三里、三阴交，治疗腹痛、洞泄。

（6）操作：直刺1～2寸。

（7）附注：足太阴经与阴维脉交会穴。

16. SP 16 腹哀 Fù āi

（1）定位：在上腹部，当脐中上3寸，距前正中线4寸。

（2）解剖：在腹内外斜肌及腹横肌肌部；有第8肋间动、静脉；布有第8肋间神经。

（3）功效：健脾消食，通降腑气。

（4）主治：腹痛，食不化，便秘，痢疾。现多用于治疗消化不良，胃痉挛，胃及十二指肠溃疡，胃酸过多或减少，细菌性痢疾等。

（5）配伍：配气海，治疗肠鸣。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

（7）附注：足太阴经与阴维脉交会穴。

17. SP 17 食窦 Shí dòu

（1）定位：在胸外侧部，当第5肋间隙，距前正中线6寸。

（2）解剖：在第5肋间隙，前锯肌中，深层有肋间内、外肌；布有胸外侧动、静脉，胸腹壁动、静脉；布有第5肋间神经外侧皮支。

（3）功效：运化水谷，和胃下气。

（4）主治：胸胁胀痛。现多用于胃炎，腹水，肝区痛，肋间神经痛等。

（5）配伍：配膻中，治疗胸肋胀痛。

（6）操作：斜刺或向外平刺0.5～0.8寸。

（7）附注：本经食窦至大包诸穴，深部为肺脏，不可深刺。

18. SP 18 天溪 Tiān xī

（1）定位：在胸外侧部，当第4肋间隙，距前正中线6寸。

（2）解剖：在第4肋间隙，胸大肌外下缘，下层为前锯肌，再深层为肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉分支，胸腹壁动、静脉；第4肋间动、静脉；布有第4肋间神经。

（3）功效：宽胸通乳，止咳消肿。

（4）主治：胸胁胀痛，咳嗽，气逆，乳痈，乳汁少。现多用于支气管炎，肺炎，肋间神经痛，乳汁分泌不足，乳腺炎等。

（5）配伍：配膻中，治疗胸胁疼痛。

（6）操作：斜刺或向外平刺0.5～0.8寸。

19. SP 19 胸乡 Xiōng xiāng

（1）定位：在胸外侧部，当第3肋间隙，距前正中线6寸。

（2）解剖：在第3肋间隙，胸大肌、胸小肌外缘，前锯肌中，下层为肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉，第3肋间动、静脉；布有第三肋间神经。

（3）功效：宽胸理气，疏肝止痛。

（4）主治：胸胁胀痛。现多用于治疗支气管炎等。

（5）配伍：配膻中，治疗胸胁胀痛。

（6）操作：斜刺或向外平刺0.5～0.8寸。

20. SP 20 周荣 Zhōu róng

（1）定位：在胸外侧部，当第2肋间隙，距前正中线6寸。

（2）解剖：在第2肋间隙，胸大肌中，下层为胸小肌，肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉，第2肋间动、静脉；布有胸前神经分支，正当第1肋间神经。

（3）主治：胸胁胀满，咳嗽气逆。现多用于治疗支气管炎，支气管扩张，肋间神经痛等。

（4）配伍：配膻中，治疗胸胁胀满。

（5）操作：斜刺或向外平刺0.5～0.8寸。

21. SP 21 大包 Dà bāo

（1）定位：在侧胸部，腋中线上，当第6肋间隙处。

（2）解剖：在第6肋间隙，前锯肌中；有胸背动、静脉及第6肋间动、静脉；布有第6肋间神经，当胸长神经直系的末端。

（3）功效：统血养经，宽胸止痛。

（4）主治：气喘，胸胁病，全身疼痛，四肢无力。

（5）配伍：配足三里，治疗四肢无力。

（6）操作：斜刺或向后平刺0.5～0.8寸。

（7）附注：脾之大络。

五、手少阴心经

本经一侧9穴（左右两侧共18穴）。其中8穴分布于上肢掌侧面的尺侧，1穴在侧胸上部。首穴极泉，末穴少冲。主治胸、心、循环系统病证、神经精神方面病证以及本经脉所过部位之病证。

1. HT 1 极泉 Jí quán

（1）定位：在腋窝顶点，腋动脉搏动处。

（2）解剖：在胸大肌的外下缘，深层为喙肱肌；外侧为腋动脉；布有尺神经，正中神

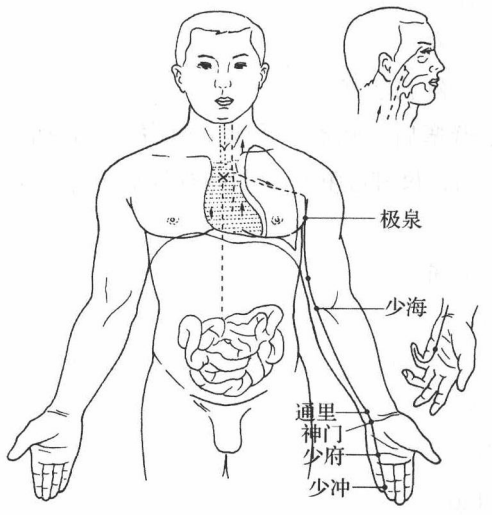


图 3－5　手少阴心经

经，前臂内侧皮神经及臂内侧皮神经。

（3）功效：舒筋活血，宽胸理气。

（4）主治：心痛，胁肋痛，瘰疬，肘臂冷痛，咽干。现多用于肋间神经痛，颈淋巴结核等。

（5）配伍：配肩髃、曲池，治疗肩臂痛。

（6）操作：本穴为“醒脑开窍”针法组穴之一：原穴沿经下移 1 寸，避开腋毛，直刺 1～1.5 寸，用提插泻法，以患侧上肢抽动 3 次为度。

2. HT 2 青灵 Qīng líng

（1）定位：在臂内侧，当极泉与少海的连线上，肘横纹上 3 寸，肱二头肌的内侧沟中。

（2）解剖：当肱二头肌内侧沟处，有肱三头肌；有贵要静脉，尺侧上副动脉；布有前臂内侧皮神经、尺神经。

（3）功效：通络止痛。

（4）主治：心痛，胁痛，肩臂痛。现多于肩关节周围炎，肘关节炎，腋淋巴结炎，肋间神经痛，神经性头痛等。

（5）配伍

①配肩髃、曲池，治疗肩臂痛。

②配光明、合谷，治疗头痛，目疾。

（6）操作：直刺 0.5～1 寸。

3. HT 3　少海 Shào hǎi

（1）定位：屈肘，当肘横纹内侧端与肱骨内上髁连线的中点处。

（2）解剖：有旋前圆肌，肱肌；有贵要静脉、尺侧上下副动脉、尺返动脉；布有前臂内侧皮神经、外前方有正中神经。

（3）功效：宁心安神，舒筋活络

（4）主治：心痛，手臂挛痛、麻木，手颤，瘰疬，腋胁痛。现多用于癔病，精神分裂症，急性舌骨肌麻痹或萎缩，尺神经麻痹，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配曲池，治疗肘臂挛痛。

②配天井，治疗瘰疬。

③配风池、后溪，治疗头项强痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

（7）附注：手少阴经所入为“合”。

4. HT 4 灵道 Líng dào

（1）定位：在前臂掌侧，当尺侧腕屈肌腱的桡侧缘，腕横纹上1.5寸。

（2）解剖：在尺侧腕屈肌与指浅屈肌之间，深层为指深屈肌；有尺动脉通过；布有前臂内侧皮神经，尺侧为尺神经。

（3）功效：理气宁心安神。

（4）主治：心痛，肘臂挛痛，暴喑。现多用于腕关节炎，尺神经麻痹，急性舌骨肌麻痹或萎缩，癔病，精神分裂症等。

（5）配伍：配心俞，治疗心痛。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：手少阴经所行为“经”。

5. HT 5 通里 Tōng lǐ

（1）定位：在前臂掌侧，当尺侧腕屈肌腱的桡侧缘，腕横纹上1寸。

（2）解剖：在尺侧腕屈肌与指浅屈肌之间，深层为指深屈肌；有尺动脉通过；布有前臂内侧皮神经，尺侧为尺神经。

（3）功效：宁心安神，活血通络开窍。

（4）主治：心悸、怔忡，头晕，目眩，咽喉肿痛，暴喑，舌强不语，腕臂痛。现多用于扁桃体炎，心绞痛，心动过缓，神经衰弱，癔病性失语，精神分裂症，子宫内膜炎等。

（5）配伍

①配廉泉、哑门，治疗不语。

②配内关、心俞，治疗胸痹，心痛，怔忡。

③配太阳、风池、百会，治疗头痛，目眩。

④配行间、三阴交，治疗经血过多。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）临证经验

①通里、腕骨、小海、肩贞、支正，针用泻法，加灸，功能温经散寒，疏通经络，治疗风寒湿邪痹阻小肠经脉之颈、肩、臑、肘、臂后廉疼痛。

②通里、神门、太渊、心俞，针用泻法，功能清心泻火，安神定志，主治心火上炎，心烦口渴，口舌生疮，小便短赤，甚则尿血。

③通里、内关、膈俞，针用平补平泻，功能活血化瘀，通络止痛，主治心血瘀阻心绞痛。

（8）附注：手少阴经络穴。

6. HT 6 阴郄 Yīn xì

（1）定位：在前臂掌侧，当尺侧腕屈肌腱的桡侧缘，腕横纹上0.5寸。

（2）解剖：在尺侧腕屈肌与指浅屈肌之间，深层为指深屈肌；有尺动脉通过；布有前臂内侧皮神经，尺侧为尺神经。

（3）功效：宁心养血，安神固表。

（4）主治：心痛，惊悸，骨蒸盗汗，吐血，衄血，暴喑。现多用于神经衰弱，鼻出血，胃出血，急性舌肌麻痹，子宫内膜炎等。

（5）配伍

①配心俞、巨阙，治疗心痛。

②配大椎、后溪、三阴交，治疗阴虚盗汗。

③配中冲，治疗舌强，心下烦满。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）临证体验

①阴郄、巨阙、章门、心俞、关元，针用泻法，功能活血化瘀，主治膀胱蓄血证，其人如狂，小便自利。

②阴郄、三阴交、神门、内关、合谷，合谷用泻法，余穴用补法，功能养心补血敛汗，主治心血不足盗汗。

（8）附注：手少阴经郄穴。

7. HT 7 神门 Shén mén

（1）定位：在腕部，腕掌侧横纹尺侧端，尺侧腕屈肌腱的桡侧凹陷处。

（2）解剖：在尺侧腕屈肌与指浅屈肌之间，深层为指深屈肌；有尺动脉通过；布有前臂内侧皮神经，尺侧为尺神经。

（3）功效：宁心安神，清心调气。

（4）主治：心痛，心烦，怔忡，惊悸，健忘，不寐，癫狂，痫证，痴呆，胁痛，掌中热，目黄。现多用于无脉症，神经衰弱，心绞痛，癔病，舌骨肌麻痹，产后失血，淋巴腺炎，扁桃体炎等。

（5）配伍

①配内关、心俞，治疗心痛。

②配内关、三阳交，治疗健忘、失眠。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸。

（7）附注：手少阴经所注为“输”，心经原穴。

8. HT 8 少府 Shào fǔ

（1）定位：在手掌面，第4、5掌骨之间，握拳时，当小指尖处。

（2）解剖：在第4、5掌骨间，有第4蚓状肌，指浅、深屈肌腱，深部为骨间肌；有指掌侧总动、静脉；布有第4指掌侧固有神经。

（3）功效：清心泻热，行气活血。

（4）主治：心悸，胸痛，小指挛痛，掌中热，遗尿，小便不利，阴痒。现多用于治疗阴道及阴部瘙痒，风湿性心脏病，心绞痛，心律不齐，癔病，肋间神经痛，臂神经痛等。

（5）配伍：配内关，治疗心悸。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：手少阴经所溜为“荥”。

9. HT 9 少冲 Shào chōng

（1）定位：在小指末节桡侧，距指甲角0.1寸。

（2）解剖：有指掌侧固有动、静脉所形成的动、静脉网；布有指掌侧固有神经。

（3）功效：开窍，泻热，开窍。

（4）主治：心悸，心痛，胸胁痛，癫狂，热病，昏厥。现多用于脑出血，休克，小儿惊厥，癔病，胸膜炎，肋间神经痛，喉炎等。

（5）配伍：配太冲、中冲、大椎，治疗热病、昏迷。

（6）操作：浅刺0.1寸或点刺出血。

（7）附注：手少阴经所出为“井”。

六、手太阳小肠经

本经一侧19穴（左右两侧共38穴），其中8穴分布于上肢背面的尺侧，11穴在肩、颈、面部。首穴少泽，末穴听宫。主治腹部小肠与胸、心、咽喉病证，某些热性病证，神经方面病证和头、面、颈、眼、耳病证以及本经脉所经过部位之病证。

1. SI 1 少泽 Shào zé

（1）定位：在小指末节尺侧，距指甲角0.1寸。

（2）解剖：有指掌侧固有动、静脉，指背动脉形成的动、静脉网；布有尺神经手背支。

（3）功效：清热利窍，利咽通乳。

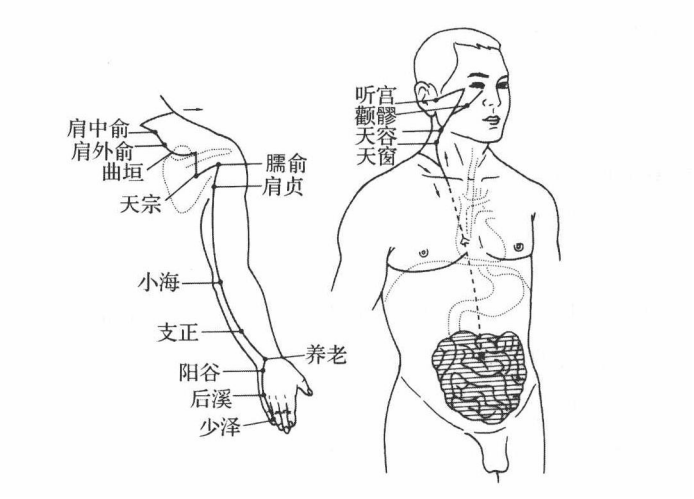


图 3-6 手太阳小肠经

（4）主治：头痛，热病，昏厥，乳汁少，咽喉肿痛，目赤，目翳。现多用于治疗乳腺炎，乳汁分泌不足，神经性头痛，精神分裂症，中风昏迷等。

（5）配伍

①配膻中、乳根，治疗乳汁少、乳痈。

②配天容、合谷、尺泽，治疗咽喉肿痛。

③配内关、水沟、十二井穴放血，治疗热病昏迷。

（6）操作：

①患者取仰卧位或端坐位，伸手掌心朝下，毫针针尖稍向上肢近端倾斜进针，针深0.1～0.2寸，局部出现痛感即止，不用补泻手法，用于治疗产后缺乳。

②患者取仰卧位或端坐位，伸手掌心朝下，浅刺0.1寸或点刺出血2～5滴，用于治疗急性乳腺炎，急性扁桃体炎，急性咽喉炎及昏迷、昏厥的开窍复苏。

（7）附注：手太阳经所出为“井”。

2. SI 2 前谷 Qián gǔ

（1）定位：在手掌尺侧，微握拳，当小指本节（第5指掌关节）前的掌指横纹头赤白肉际。

（2）解剖：有指背动、静脉；布有尺神经手背支。

（3）功效：疏肝清心，明目聪耳。

（4）主治：手指麻木，热病，耳鸣，头痛，小便赤。现多用于治疗前臂神经痛，扁桃体炎，乳腺炎，腮腺炎等。

（5）配伍

①配耳门、翳风，治疗耳鸣。

②配曲池、合谷、外关，治疗手痛，前臂麻木。

③配合谷、曲池、尺泽、少商，治疗咽喉肿痛。

④配睛明、太阳、束骨，治疗目翳、目痛。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：手太阳经所溜为“荥”。

3. SI 3 后溪 Hòu xī

（1）定位：在手掌尺侧，微握拳，当小指本节（第5指掌关节）后的远侧掌横纹头赤白肉际。

（2）解剖：在小指尺侧，第5掌骨小头后方，当小指展肌起点外缘；有指背动、静脉，手背静脉网；布有尺神经手背支。

（3）功效：清心解郁，清热截疟，散风舒筋。

（4）主治：头项强痛，耳鸣，耳聋，咽喉肿痛，癫狂，疟疾，闪腰，盗汗，热病，手指挛急、麻木，肩臂疼痛。现多用于角膜炎，角膜白斑，扁桃体炎，落枕，急性腰扭伤，精神分裂症，癔病等。

（5）配伍

①配列缺、悬钟，治疗项强痛。

②配水沟，治疗急性腰扭伤。

③配环跳、阳陵泉，治疗腿痛。

④配腰奇、大椎，治疗腰脊强痛。

⑤配神门、鸠尾、腰奇，治疗癫痫。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

（7）临证体验

①后溪、大椎、至阳、天柱、列缺、颈部夹脊，功能舒筋活络，主治肩凝症。

②后溪、大椎、风池、天柱、腰奇，功能通督醒志，熄风清脑，治疗癫痫。

③后溪、天柱、风府，功能疏风清热，治疗风热头痛。

④后溪、申脉，可通调太阳与督脉，治疗感受外邪所致的脊背、头项、耳目疾患。

（8）附注：手太阳经所注为“输”；八脉交会穴之一，通督脉。

4. SI 4 腕骨 Wàn gǔ

（1）定位：在手掌尺侧，当第5掌骨基底与钩骨之间的凹陷处，赤白肉际。

（2）解剖：在手背尺侧，小指展肌起点外缘；有腕背侧动脉（尺动脉分支），手背静脉网；布有尺神经手背支。

（3）功效：增液止渴，利胆退黄。

（4）主治：热病无汗，头痛，项强，指挛腕痛，黄疸。现多用于治疗口腔炎，糖尿病等。

（5）配伍

①配阳陵泉、肝俞、胆俞，治疗黄疸。

②配大椎、天柱，治疗颈项强痛，落枕。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：手太阳经所过为“原”。

5. SI 5 阳谷 Yáng gǔ

（1）定位：在手腕尺侧，当尺骨茎突与三角骨之间的凹陷处。

（2）解剖：当尺侧腕伸肌腱的尺侧缘；有腕背侧动脉；布有尺神经手背支。

（3）功效：清心宁神，明目聪耳。

（4）主治：颈颔肿，手腕痛，热病。现多用于治疗尺神经痛，腮腺炎，齿龈炎，精神病，癫痫等。

（5）配伍

①配阳池，治疗腕痛。

②配曲池、外关，治疗上肢痿痹。

③配太冲、昆仑，治疗目急痛赤肿。

④配支沟、内关，治疗胁痛。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：手太阳经所行为“经”。

6. SI 6 养老 Yǎng lǎo

（1）定位：在前臂背面尺侧，当尺骨小头近端桡侧凹缘中。

（2）解剖：左尺骨背面，尺骨茎突上方，尺侧腕伸肌腱和小指固有伸肌腱之间；布有前臂骨间背侧动、静脉的末支，腕静脉网；有前臂背侧皮神经和尺神经。

（3）功效：舒筋增液，清上明目。

（4）主治：目视不明，肘、肩、臂疼痛。现多用于急性腰扭伤，落枕，眼球充血，视力减退，半身不遂等。

（5）配伍

①配太冲、足三里，治疗目视不明。

②配肩贞，治疗肩背肘疼痛。

③配外关、阳池，治疗腕下垂及腕关节疼痛。

④配腰眼、委中，治疗腰痛。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：手太阳经郄穴。

7. SI 7 支正 Zhī zhèng

（1）定位：在前臂背面尺侧，当阳谷与小海的连线上，腕背横纹上5寸。

（2）解剖：在尺骨背面，尺侧腕伸肌的尺侧缘；布有骨间背侧动、静脉；布有前臂内侧皮神经分支。

（3）功效：清热解表，疏肝宁神。

（4）主治：项强，头痛，目眩，肘臂手指挛痛，热病，癫狂。现多用于疥疮，麦粒

肿，神经衰弱，神经性头痛，精神病等。

（5）配伍

①配合谷，治疗头痛。

②配内关、神门，治疗心前区痛。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：手太阳经络穴。

8. SI 8 小海 Xiǎo hǎi

（1）定位：在肘内侧，当尺骨鹰嘴与肱骨内上髁之间凹陷处。

（2）解剖：尺神经沟中，为尺侧腕屈肌的起始部；有尺侧上、下副动脉和副静脉以及尺返动、静脉；布有前臂内侧皮神经，尺神经本干。

（3）功效：清热祛风，疏肝安神。

（4）主治：头痛，颔肿颈痛，肩肘臂痛，痫证。现多用于尺神经疼痛、麻痹，齿龈炎，癫痫，精神分裂症，舞蹈病等。

（5）配伍

①配手三里，治疗肘臂疼痛。

②配支正、阳谷、腕骨，治疗尺神经麻痹。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：手太阳经所入为“合”。

9. SI 9 肩贞 Jiān zhēn

（1）定位：在肩关节后下方，臂内收时，腋后纹头上1寸。

（2）解剖：在肩关节后下方，肩胛骨外侧缘，三角肌后缘，下层是大圆肌；有旋肩胛动、静脉；布有腋神经分支，最深部上方为桡神经。

（3）功效：祛风止痛，化痰消肿。

（4）主治：肩胛痛，手臂不举。现多用于上肢瘫痪，肩关节周围炎等。

（5）配伍

①配肩髃、肩髎，治疗肩周炎。

②配肩髎、曲池、肩井、手三里、合谷，治疗上肢不遂。

③配天井、臑会，治疗瘰疬。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

10. SI 10 臑俞 Nào shū

（1）定位：在肩部，当腋后纹头直上，肩胛冈下缘凹陷中。

（2）解剖：在肩胛骨关节窝后方三角肌中，深层为冈下肌；有旋肱后动、静脉；布有腋神经，深层为肩胛上神经。

（3）功效：散风化痰，舒筋活络。

（4）主治：肩臂疼痛，瘰疬，肩肿。现多用于肩周炎等。

（5）配伍

①配肩髃、曲池，治疗肩臂疼痛。

②配后溪、臂臑、肩井，治疗肩周炎。

③配曲池，治疗上肢不遂。

（6）操作：直刺或斜刺1～1.5寸。

（7）附注：手、足太阳，阳维脉与阳跷脉交会穴。

11. SI 11 天宗 Tiān zōng

（1）定位：在肩胛部，当冈下窝中央凹陷处，与第4胸椎相平。

（2）解剖：在冈下窝中央冈下肌中；有旋肩胛动、静脉肌支；布有肩胛神经。

（3）功效：肃降肺气，舒筋活络。

（4）主治：肩胛疼痛，气喘，乳痈。

（5）配伍

①配肩外俞，治疗肩胛痛。

②配膻中、足三里，治疗乳痈。

③配膻中、天突，治疗咳嗽气喘。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～1寸。

12. SI 12 秉风 Bǐng fēng

（1）定位：在肩胛部，冈上窝中央，天宗直上，举臂有凹陷处。

（2）解剖：在肩胛冈上缘中央，表层为斜方肌，再下为冈上肌；有肩胛动、静脉；布有锁骨上神经和副神经，深层为肩胛上神经。

（3）功效：舒筋活络，散风止痛。

（4）主治：肩胛痛，上肢酸麻，肩臂不举。现多用于冈上肌炎，肩周炎等。

（5）配伍

①配天宗，治疗肩胛疼痛。

②配天容、肩髃、外关，治疗上肢酸麻疼痛。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～1寸。

（7）附注：手三阳经与足少阳经交会穴。

13. SI 13 曲垣 Qū yuán

（1）定位：在肩胛部，冈上窝内侧端，当臑俞与第2胸椎棘突连线的中点处。

（2）解剖：在肩胛冈上缘，斜方肌和冈上肌中；有颈横动、静脉降支，深层为肩胛上动、静脉肌支；布有第2胸神经后支外侧皮支、副神经，深层为肩胛上神经肌支。

（3）功效：舒筋活络，散风止痛。

（4）主治：肩胛拘急疼痛。现多用于冈上肌腱炎，肩周炎等。

（5）配伍：配天宗、秉风，治疗肩胛疼痛。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～1寸。

14. SI 14 肩外俞 Jiān wài shū

（1）定位：在背部，当第1胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：在肩胛骨内侧角边缘，表层为斜方肌，深层为肩胛提肌和菱形肌；有颈横动、静脉，布有第1神经后支内侧皮支，肩胛背神经和副神经。

（3）功效：舒筋活络。

（4）主治：肩背疼痛，颈项强痛。现多用于肩胛区神经痛等。

（5）配伍：配肩中俞、大椎、列缺，治疗肩背疼痛。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

15. SI 15 肩中俞 Jiān zhōng shū

（1）定位：在背部，当第7颈椎棘突下，旁开2寸。

（2）解剖：在第1胸椎横突端，在肩胛骨内侧角边缘，表层为斜方肌，深层为肩胛提肌和菱形肌；有颈横动、静脉；布有第1胸神经后支内侧皮支，肩胛神经和副神经。

（3）功效：疏风解表，宣肺止咳。

（4）主治：咳嗽，气喘，肩背疼痛，目视不明。

（5）配伍：配肩外俞、大椎，治疗肩背疼痛。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

16. SI 16 天窗 Tiān chuāng

（1）定位：在颈外侧部，胸锁乳突肌的后缘，扶突后，与喉结相平。

（2）解剖：在斜方肌前缘，肩胛提肌后缘，深层为头夹肌；有耳后动、静脉及枕动、静脉分支；布有颈皮神经，正当耳大神经丛的发出部及枕小神经。

（3）功效：聪耳利窍，熄风宁神。

（4）主治：咽喉肿痛，暴喑，耳聋，耳鸣，颈项强痛。现多用于甲状腺肿大，口颊炎，齿龈炎，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配列缺，治疗颈项强痛。

②配外关、翳风、中渚，治疗耳鸣，耳聋。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

17. SI 17 天容 Tiān róng

（1）定位：在颈外侧部，当下颌角的后方，胸锁乳突肌的前缘凹陷中。

（2）解剖：在下颌角后方，胸锁乳突肌停止部前缘，二腹肌后腹的下缘；前方有颈外浅静脉、颈内动、静脉；布有耳大神经的前支，面神经的颈支、副神经，其深层为交感神经干的颈上神经节。

（3）功效：利咽消肿，聪耳降逆。

（4）主治：耳聋，耳鸣，咽喉肿痛，颊肿，咽中如梗，气瘿。现多用于扁桃体炎，颈项部扭伤等。

（5）配伍

①配列缺，治疗颈项强痛。

②配翳风、听会、中渚，治疗耳鸣耳聋。

（6）操作：直刺0.5～1寸。

18. SI 18 颧髎 Quán liáo

（1）定位：在面部，当目外眦直下，颧骨下缘凹陷处。

（2）解剖：在颧骨下颌突的后下缘稍后，咬肌的起始部，颧肌中；有面横动、静分支；布有面神经及眶下神经。

（3）功效：清热消肿，祛风止痉。

（4）主治：口眼㖞斜，眼睑瞤动，面痛，齿痛，颊肿，目黄。现多用于面神经麻痹，面肌痉挛等。

（5）配伍

①配地仓、颊车，治疗口歪。

②配合谷，治疗齿痛。

（6）操作

①患者取仰卧位或平卧位。毫针沿颧骨最高点下缘快速进针，浅刺约0.2～0.5寸，不施补泻手法，用于治疗面肌痉挛。

②患者取仰卧位或平卧位，进针0.5～1寸，施捻转泻法。用于面肌痉挛的健侧及发病2周以后的周围性面瘫的患侧。

③患者取平卧位，用三棱针点刺穴位皮肤2～3点，然后用闪火拔罐法加压后出血1～3ml，用于治疗面肌痉挛和周围性面瘫及三叉神经上颌支疼痛。

（7）附注

①手少阳、太阳经交会穴。

②《类经图翼》：禁灸。

19. SI 19 听宫 Tīng gōng

（1）定位：在面部，耳屏前，下颌骨髁状突的后方，张口时呈凹陷处。

（2）解剖：有颞浅动、静脉的耳前支；布有面神经及三叉神经的第3支的耳颞神经。

（3）功效：开窍聪耳。

（4）主治：耳聋，耳鸣，聤耳，牙关不利，齿痛。现多用于聋哑，中耳炎，下颌关节功能紊乱，声音嘶哑等。

（5）配伍

①配翳风、中渚，治疗耳鸣、耳聋。

②配颊车、合谷、下关，治疗齿痛。

（6）操作：张口，直刺0.5～1.5寸。

（7）附注：手、足少阳经与手太阳经交会穴。

七、足太阳膀胱经

本经一侧 67 穴（左右两侧共 134 穴），其中 49 穴分布于头面部、项部和背腰部之督脉的两侧，余 18 穴则分布于下肢后面的正中线上及足的外侧部。首穴睛明，末穴至阴。主治泌尿生殖系统、神经精神方面、呼吸系统、循环系统、消化系统病证和热性病，以及本经脉所经过部位的病证。

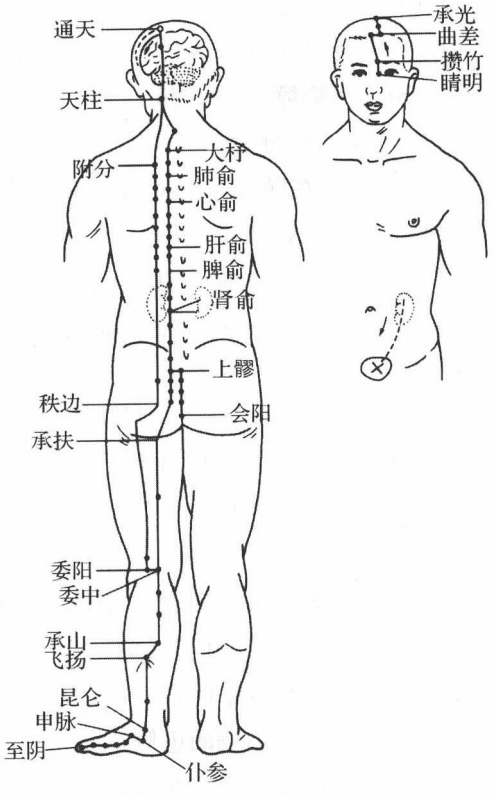


图 3－7　足太阳膀胱经

1. BL 1　睛明 Jīng míng

（1）定位：在面部，目内眦角稍上方凹陷处。

（2）解剖：在眶内缘睑内侧韧带中，深部为眼内直肌；有内眦动、静脉和滑车上下动、静脉，深层上方有眼动、静脉本干；布有滑车上、下神经，深层为眼神经，上方为鼻睫神经。

（3）功效：祛风，清热，明目。

（4）主治：目赤肿痛，眦痒，迎风流泪，夜盲，色盲，目眩，近视。现多用于散光，视神经炎，视神经萎缩，视网膜炎，视网膜出血，翼状胬肉，早期轻度白内障等。

（5）配伍

①配球后、光明，治疗视目不明。

②配合谷、四白，治疗目生翳膜。

③配合谷、风池，治疗目赤肿痛，目痒。

（6）操作：嘱患者闭目，医者左手轻推眼球向外侧固定，左手缓慢进针，紧靠眶缘直刺 0.5～1 寸。不捻转，不提插（或只轻微地捻转和提插）。出针后按压针孔片刻，以防出血。本穴禁灸。

（7）附注：手足太阳经、足阳明经、阴跷经、阳跷经五脉交会穴。

2. BL 2　攒竹 Cuán zhú

（1）定位：在面部，当眉头陷中，眶上切迹处。

（2）解剖：有额肌及皱眉肌；当额动、静脉处；布有额神经内侧支。

（3）功效：清热明目，散风止痉。

（4）主治：头痛，目眩，眉棱骨痛，目视不明，迎风流泪，目赤肿痛，眼睑瞤动，青

盲。现多用于视力减退，急性结膜炎，视网膜出血，视神经萎缩，角膜白斑，面肌痉挛等。

（5）配伍

①配阳白，治疗口眼㖞斜、眼睑下垂。

②配风池、合谷，治疗目赤肿痛，流泪。

③配列缺、颊车，治疗面瘫，面肌痉挛。

④配阳白、太阳、头维，治疗三叉神经痛。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；禁灸。

3. BL 3 眉冲 Méi chōng

（1）定位：在头部，当攒竹直上入发际0.5寸，神庭与曲差连线之间。

（2）解剖：有额肌；当额动、静脉处；布有额神经内侧支。

（3）功效：祛风通窍，明目醒神。

（4）主治：头痛，眩晕，痫证，鼻塞。现多用于鼻炎，癫痫等。

（5）配伍

①配太阳，治疗头痛。

②配太阳、鱼腰，治疗视物不明，目痛。

③配后溪，治疗癫痫。

（6）操作：平刺0.3～1.5寸。

4. BL 4 曲差 Qǔ chā

（1）定位：在头部，当前发际正中直上0.5寸，旁开1.5寸，即神庭与头维连线的内1/3与中1/3交点处。

（2）解剖：有额肌；当额动、静脉处；布有额神经内侧支。

（3）功效：祛风，明目，通络。

（4）主治：头痛，鼻塞，鼻衄，目视不明，目眩。现多用于面神经麻痹，三叉神经痛等。

（5）配伍

①配合谷，治疗头痛、鼻塞。

②配百会、太冲，治疗头痛，目眩。

③配心俞，治疗心中烦满。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸。

5. BL 5 五处 Wǔ chù

（1）定位：在头部，当前发际正中直上1寸，旁开1.5寸。

（2）解剖：有额肌；当额动、静脉处；布有额神经内侧支。

（3）功效：散风清热，明目镇静。

（4）主治：头痛，目眩，癫痫。

（5）配伍：配合谷、太冲，治疗头痛、目眩。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸。

6. BL 6 承光 Chéng guāng

（1）定位：在头部，当前发际正中直上2.5寸，旁开1.5寸。

（2）解剖：有帽状腱膜；有额动、静脉，颞浅动、静脉及枕动、静脉的吻合网；当额神经外侧支和枕大神经会合支处。

（3）功效：祛风，明目，降逆。

（4）主治：头痛，目眩，鼻塞。现多用于角膜白斑，鼻炎，感冒等。

（5）配伍

①配百会，治疗头痛。

②配大都，治疗呕吐。

（6）操作：平刺0.3～1.5寸。

7. BL 7 通天 Tōng tiān

（1）定位：在头部，当前发际正中直上4寸，旁开1.5寸。

（2）解剖：有帽状腱膜；有颞浅动、静脉和枕动、静脉的吻合网；布有枕大神经分支。

（3）功效：祛风通窍。

（4）主治：头痛，眩晕，鼻塞，鼻衄，鼻渊。现多用于口肌痉挛，慢性气管炎，三叉神经痛等。

（5）配伍：配迎香、合谷，治疗鼻疾。

（6）操作：平刺0.3～1.5寸。

8. BL 8 络却 Luò què

（1）定位：在头部，当前发际正中直上5.5寸，旁开1.5寸。

（2）解剖：在枕肌止处；有枕动、静脉分支；布有枕大神经分支。

（3）功效：熄风明目，清心安神。

（4）主治：眩晕，目视不明，耳鸣，癫狂。现多用于面神经麻痹，甲状腺肿，枕肌和斜方肌痉挛，白内障，精神病，忧郁症等。

（5）配伍：配风池，治疗头晕。

（6）操作：平刺0.3～1.5寸。

9. BL 9 玉枕 Yù zhěn

（1）定位：在后头部，当后发际正中直上2.5寸，旁开1.3寸平枕外隆凸上缘的凹陷处。

（2）解剖：有枕肌；有枕动、静脉；布有枕大神经分支。

（3）功效：祛风，通窍，利目。

（4）主治：头项痛，眩晕，目痛，鼻塞。现多用于视觉减退，多汗症等。

（5）配伍

①配大椎，治疗头项痛。

②配合谷，治疗鼻塞不通。

（6）操作：平刺0.3～1.5寸。

10. BL 10 天柱 Tiān zhù

（1）定位：在项部大筋（斜方肌）外缘之后发际凹陷中，约当后发际正中旁开1.3寸。

（2）解剖：在斜方肌起部，深层为头半棘肌：有枕动、静脉干；布有枕大神经干。

（3）功效：疏风通络，熄风宁神。

（4）主治：头痛，鼻塞，咽喉肿痛，项强，肩背痛。现多用于咽喉炎，癔病，神经衰弱等。

（5）配伍：配大椎，治疗头痛项强。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～0.8寸，不可向内上方深刺，以免伤及延髓。

11. BL 11 大杼 Dà zhù

（1）定位：在背部，当第1胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：有斜方肌，菱形肌，上后锯肌，最深层为最长肌；有第1肋间动、静脉后支布有第1胸神经后支的皮支，深层为第1胸神经后支外侧支。

（3）功效：清热解表，疏筋止痛。

（4）主治：头痛，项背痛，肩胛痛，咳嗽，发热，颈项强直。现多用于颈椎病等。

（5）配伍

①配肩中俞、肩外俞，治疗肩背痛。

②配丰隆、膻中，治疗哮喘。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注

①八会穴之一，骨会大杼；手足太阳经交会穴。

②本经背部诸穴，不宜深刺，以免伤及内部重要脏器。

12. BL 12 风门 Fēng mén

（1）定位：在背部，当第2胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：有斜方肌，菱形肌，上后锯肌，深层为最肌；有第2肋间动、静脉后支；布有2、3胸神经后支的皮支，深层为第3胸神经后支外侧支。

（3）功效：祛风，宣肺解表。

（4）主治：伤风咳嗽，发热，头痛，项强，腰背痛。现多用于感冒，支气管炎，肺炎，百日咳，荨麻疹等。

（5）配伍

①配肺俞、大椎，治疗咳嗽、气喘。

②配合谷，治疗伤风咳嗽。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：足太阳经与督脉交会穴。

13. BL 13 肺俞 Fèi shū

（1）定位：在背部，当第3胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：有斜方肌、菱形肌，深层为最长肌；有第3肋间动、静脉后支；布有第3或第4胸神经后支的皮支，深层为第3胸神经后支外侧支。

（3）功效：宣肺，平喘，理气。

（4）主治：咳嗽，气喘，胸痛，吐血，骨蒸潮热，盗汗。现多用于皮肤瘙痒，荨麻疹，肺结核，肺炎等。

（5）配伍

①配风门，治疗咳嗽喘。

②配合谷、迎香，治疗鼻疾。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：肺的背俞穴。

14. BL 14 厥阴俞 Jué yīn shū

（1）定位：在背部，当第4胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：有斜方肌、菱形肌，深层为最长肌；布有第4肋间动、静脉后支；正当第4或第5胸神经后支的皮支，深层为第4胸神经后支外侧支。

（3）功效：宽胸理气，理气安神。

（4）主治：咳嗽，心痛，心悸，胸闷，呕吐。现多用于风湿性心脏病，神经衰弱，肋间神经痛等。

（5）配伍：配内关，治疗心痛、心悸。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：心包的背俞穴。

15. BL 15 心俞 Xīn shū

（1）定位：在背部，当第5胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：有斜方肌，菱形肌，深层为最长肌；有第5肋间动、静脉后支；布有第5或第6胸神经后支的皮支，深层为第5胸神经后支外侧支。

（3）功效：宽胸理气，宁心通络。

（4）主治：心痛，惊悸，健忘，心烦，咳嗽，吐血，梦遗，盗汗，癫狂，痫证。现多用于冠心病，心绞痛，风心病，神经衰弱，肋间神经痛，精神分裂症，癔病等。

（5）配伍

①配巨阙、内关，治疗心痛、惊悸。

②配内关、神门，治疗失眠、健忘。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：心的背俞穴。

16. BL 16 督俞 Dū shū

（1）定位：在背部，当第6胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：有斜方肌，背阔肌肌腱，最长肌；有第6肋间动、静脉后支，颈横动脉降支；布有肩胛背神经，第6或第7胸神经后支的皮支，深层为第6胸神经后支外侧支。

（3）功效：宽胸，理气。

（4）主治：心痛，胃痛。现多用于心内膜炎，膈肌痉挛，乳腺炎，皮肤瘙痒，牛皮癣等。

（5）配伍：配内关，治疗心痛、胸闷。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

17. BL 17 膈俞 Gé shū

（1）定位：在背部，当第7胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在斜方肌下缘，有背阔肌，最长肌；布有第7肋间动、静脉后支；布有第7或第8胸神经后支的皮支，深层为第7胸神经后支外侧支。

（3）功效：宽胸理气，和血止血。

（4）主治：呕吐，呃逆，噎膈，饮食不下，气喘，咳嗽，吐血，潮热，盗汗，风疹。现多用于贫血，慢性出血性疾病，膈肌痉挛，胃炎，肠炎，荨麻疹，小儿营养不良等。

（5）配伍

①配内关、足三里，治疗呕吐、呃逆。

②配足三里、血海、膏肓，治疗贫血。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：八会穴之一，血会膈俞。

18. BL 18 肝俞 Gān shū

（1）定位：在背部，当第9胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在背阔肌，最长肌和髂肋肌之间；有第9肋间动、静脉后支；布有第9或第10胸神经后支的皮支，深层为第9胸神经后支外侧支。

（3）功效：疏肝利胆，明目镇静。

（4）主治：黄疸，胁痛，目赤，目眩，雀目，癫狂，痫症，脊背痛，吐血，鼻衄。现多用于急、慢性肝炎，胆囊炎，视网膜出血，胃炎，胃痉挛，肋间神经痛，神经衰弱，精神病，月经不调等。

（5）配伍

①配支沟、阳陵泉，治疗胁痛。

②配太冲，治疗目眩。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：肝的背俞穴。

19. BL 19 胆俞 Dǎn shū

（1）定位：在背部，当第10胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在背阔肌，最长肌和髂肋肌之间；有第10肋间动、静脉后支；布有第10胸神经后支的皮支，深层为第10胸神经后支的外侧支。

（3）功效：清热利胆。

（4）主治：黄疸，口苦，胸胁痛，肺痨，潮热。现多用于胆囊炎，胆道蛔虫，急慢性肝炎，胃炎，腋窝淋巴结炎，肋间神经痛等。

（5）配伍：配阳陵泉、太冲，治疗胆道疾病。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：胆的背俞穴。

20. BL 20 脾俞 Pí shū

（1）定位：在背部，当第11胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在背阔肌，最长肌和髂肋肌之间；有第11肋间动、静脉后支；布有第11胸神经后支的皮支，深层为第11胸神经后支肌支。

（3）功效：健脾，和胃，化湿。

（4）主治：胃脘痛，腹胀，黄疸，呕吐，泄泻，痢疾，便血，月经过多，水肿，纳呆，背痛。现多用于胃溃疡，胃炎，胃下垂，神经性呕吐，肝炎，贫血，慢性出血性疾病，糖尿病等。

（5）配伍：配足三里，治疗腹胀、便秘。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：脾的背俞穴。

21. BL 21 胃俞 Wèi shū

（1）定位：在背部，当第12胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在腰背筋膜，最长肌和髂肋肌之间；有肋下动、静脉后支；布有第12胸神经后支的皮支，深层为第12胸神经后支外侧支。

（3）功效：理中，和胃，降逆。

（4）主治：胸胁痛，胃脘痛，纳呆，腹胀，肠鸣，泄泻，翻胃，呕吐。现多用于胃下垂，胃痉挛，胰腺炎，糖尿病等。

（5）配伍

①配中脘、梁丘，治疗胃痛。

②配脾俞、大肠俞，治疗肠鸣腹泻。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：胃的背俞穴。

22. BL 22 三焦俞 Sān jiāo shū

（1）定位：在腰部，当第1腰椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在腰背筋膜，最长肌和髂肋肌之间；有第1腰动、静脉后支；布有第10胸神经后支的皮支，深层为第1腰神经后支外侧支。

（3）功效：调三焦，利水道。

（4）主治：腹胀，肠鸣，完谷不化，呕吐，泄泻，痢疾，水肿，腰背强痛。现多用于尿潴留，胃炎，肠炎，肾炎，神经衰弱等。

（5）配伍：配气海、足三里，治疗肠鸣、腹胀。

（5）操作：直刺0.5~1寸。

（7）附注：三焦的背俞穴。

23. BL 23 肾俞 Shèn shū

（1）定位：在腰部，当第2腰椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在腰背筋膜，最长肌和髂肋肌之间；有第2腰动、静脉后支；布有第1腰神经后支的外侧支，深层为第1腰丛。

（3）功效：补肾益气，通阳利水。

（4）主治：遗精，阳痿，遗尿，月经不调，白带，腰痛，腰膝酸软，头昏目眩，耳鸣，耳聋，水肿，气喘，泄泻。现多用于肾炎，尿路感染，半身不遂等。

（5）配伍

①配太溪、三阴交，治疗月经不调。

②配翳风、耳门，治疗耳鸣、耳聋。

（6）操作：直刺0.5~1寸。

（7）附注：肾的背俞穴。

24. BL 24 气海俞 Qì hǎi shū

（1）定位：在腰部，当第3腰椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在腰背筋膜，最长肌和髂肋肌之间；有第2腰动、静脉后支；布有第2腰神经后支的外侧支，深层为第1腰丛。

（3）功效：补气益肾，健腰调经。

（4）主治：腰痛，月经不调，痛经，气喘。现多用于功能性子宫出血，下肢瘫痪等。

（5）配伍：配足三里、天枢，治疗腹胀、肠鸣。

（6）操作：直刺0.5~1寸。

25. BL 25 大肠俞 Dà cháng shū

（1）定位：在腰部，当第4腰椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：在腰背筋膜，最长肌和髂肋肌之间；有第4腰动、静脉后支；布有第3腰神经皮支，深层为腰丛。

（3）功效：调肠理气。

（4）主治：腰脊酸痛，腹胀，肠鸣，泄泻，便秘，下肢痿痹，腰腿痛。现多用于骶髂关节炎，坐骨神经痛，阑尾炎，肠出血，脚气等。

（5）配伍

①配气海、足三里、支沟，治疗便秘。

②配次髎，治疗小便不利。

③配腰阳关、至阳，治疗腰脊强痛。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

（7）附注：大肠的背俞穴。

26. BL 26 关元俞 Guān yuán shū

（1）定位：在腰部，当第5腰椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）解剖：有骶棘肌，有腰最下动、静脉后支的内侧支；布有第5腰神经后支。

（3）功效：壮腰培元，通调二便。

（4）主治：腰痛，腹胀，泄泻，遗尿，腰腿痛，小便频数。现多用于慢性肠炎，糖尿病，贫血，慢性盆腔炎，膀胱炎等。

（5）配伍

①配气海，治疗腹胀。

②配膀胱俞，治疗风劳腰痛。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

27. BL 27 小肠俞 Xiǎo cháng shū

（1）定位：在骶部，当骶正中嵴旁1.5寸，平第1骶后孔。

（2）解剖：在骶髂肌起始部和臀大肌起始部之间；有骶外侧动、静脉后支的外侧支；布有第1骶神经后支外侧支，第5腰神经后支。

（3）功效：通调二便，清利湿热。

（4）主治：小腹胀痛，痢疾，遗精，尿血，遗尿，白带，腰骶痛，腰腿痛。现多用于骶髂关节炎，肠炎，盆腔炎，淋病，子宫内膜炎等。

（5）配伍

①配天枢、足三里、上巨虚、关元，治疗腹胀、痢疾、便秘。

②配肾俞、三阴交、三焦俞、关元、曲泉，治疗泌尿系结石。

（6）操作：直刺或斜刺0.8～1寸；灸3～7壮。

（7）附注：小肠的背俞穴。

28. BL 28 膀胱俞 Páng guāng shū

（1）定位：在骶部，当骶正中嵴旁1.5寸，平第2骶后孔。

（2）解剖：在骶棘肌起部和臀大肌起部之间；有骶外侧动、静脉后支；布有臀中皮神经分支。

（3）功效：通利膀胱，疏经活络。

（4）主治：小便不通，遗尿，尿频，泄泻，便秘，腰脊强痛。现多用于坐骨神经痛，痢疾，糖尿病，子宫内膜炎，膀胱炎，膀胱结石等。

（5）配伍

①配肾俞，治疗小便不利。

②配委中、风市，治疗腰腿痛，下肢瘫痪。

（6）操作：直刺或斜刺0.8～1.2寸。

（7）附注：膀胱的背俞穴。

29. BL 29 中膂俞 Zhōng lǚ shū

（1）定位：在骶部，当骶正中嵴旁1.5寸，平第3骶后孔。

（2）解剖：有臀大肌，深层为骶结节韧带起始部；当臀下动、静脉的分支处，布有臀下皮神经。

（3）功效：益肾健腰，通肠理气。

（4）主治：痢疾，疝气，腰脊强痛。现多用于腰骶神经根病，肠炎，糖尿病等。

（5）配伍

①配大敦，治疗疝气。

②配合谷、足三里，治疗痢疾。

（6）操作：直刺1～1.5寸。

30. BL 30 白环俞 Bái huán shū

（1）定位：在骶部，当骶正中嵴旁1.5寸，平第4骶后孔。

（2）解剖：在臀大肌，骶结节韧带下内缘；有臀下动、静脉，深层为阴部内动、静脉；布有皮神经，深层为阴部神经。

（3）功效：利湿健腰，益肾调经。

（4）主治：遗尿，疝痛，白带，月经不调，腰髋冷痛，二便不利，里急后重，脱肛。现多用于坐骨神经痛，子宫内膜炎，小儿麻痹后遗症，下肢瘫痪等。

（5）配伍：配三阴交、肾俞，治疗遗尿、月经不调。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

31. BL 31 上髎 Shàng liáo

（1）定位：在骶部，当髂后上棘与中线之间，适对第1骶后孔处。

（2）解剖：在骶棘肌起始部及臀大肌起始部；当额外侧动、静脉后支处；布有第1髂神经后支。

（3）功效：健腰调经，清利下焦。

（4）主治：腰痛，二便不利，月经不调，赤白带下，阴挺。现多用于骶髂关节炎，坐骨神经痛，下肢瘫痪，小儿麻痹后遗症等。

（5）配伍：配三阴交、中极，治疗小便不利。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

32. BL 32 次髎 Cì liáo

（1）定位：在骶部，当髂后上棘内下方，适对第2骶后孔处。

（2）解剖：在臀大肌起始部；当骶外侧动、静脉后支处；为第2骶神经后支通过处。

（3）功效：健腰调经，清利下焦。

（4）主治：腰痛，疝气，月经不调，赤白带下，痛经，遗精，阳痿，遗尿，小便不利，下肢痿痹。现多用于尿潴留，睾丸炎，卵巢炎，盆腔炎，子宫内膜炎等。

（5）配伍

①配三阴交、中极、肾俞，治疗遗尿。

②配血海，治疗痛经。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

33. BL 33 中髎 Zhōng liáo

（1）定位：在骶部，当次髎内下方，适对第4骶后孔处。

（2）解剖：在臀大肌起始部；当骶外侧动、静脉后支处；为第3骶神经后支通过处。

（3）功效：健腰调经，清利下焦。

（4）主治：腰痛，便秘，泄泻，小便不利，月经不调，带下。现多用于下肢瘫痪，小儿麻痹后遗症等。

（5）配伍：配支沟、足三里，治疗便秘。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

34. BL 34 下 髎 Xià liáo

（1）定位：在骶部，当中髎内下方，适对第4骶后孔处。

（2）解剖：在臀大肌起始部；有臀下动、静脉分支；当第4骶神经后支通过处。

（3）功效：健腰利尿，清利下焦。

（4）主治：腰痛，小腹痛，小便不利，便秘，带下。现多用于子宫内膜炎，盆腔炎，尿潴留，下肢瘫痪等。

（5）配伍：配气海，治疗腹痛。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

35. BL 35 会阳 Huì yáng

（1）定位：在骶部，尾骨端旁开0.5寸。

（2）解剖：有臀大肌；有臀下动、静脉分支；布有尾骨神经；深部有阴部神经干。

（3）功效：益肾固带，通利二便。

（4）主治：痢疾，便血，泄泻，痔疾，阳痿，带下。现多用于阴部神经性皮炎，淋病，坐骨神经痛等。

（5）配伍：配承山，治疗痔疾。

（6）操作：直刺1～1.5寸。

36. BL 36 承扶 Chéng fú

（1）定位：在大腿后面，臀下横纹的中点。

（2）解剖：在臀大肌下缘；有坐骨神经伴行的动、静脉；布有股后皮神经，深层为坐骨神经。

（3）功效：消痔通便，舒筋活络。

（4）主治：腰骶臀股疼痛，下肢痿痹，大便难，痔疾。现多用于坐骨神经痛，小儿麻痹后遗症，尿潴留等。

（5）配伍

①配委中，治疗腰骶疼痛。

②配承筋、委中、阳谷，治疗痔疮疼痛、腋下肿。

（6）操作：直刺 1～2 寸。

37. BL 37 殷门 Yīn mén

（1）定位：在大腿后面，当承扶与委中的连线上，承扶下 6 寸。

（2）解剖：在半腱肌与股二头肌之间，深层为大收肌；外侧为股深动、静脉第 3 穿支；布有股后皮神经，深层正当坐骨神经。

（3）功效：疏通经络，强健腰腿。

（4）主治：腰痛，腰腿痛，下肢痿痹、瘫痪。现多用于坐骨神经痛，下肢麻痹，小儿麻痹后遗症等。

（5）配伍

①配大肠俞，治疗腰痛。

②配风市、足三里，治疗下肢痿痹。

（6）操作：直刺 1～2 寸。

38. BL 38 浮郄 Fú xì

（1）定位：在腘横纹外侧端，委阳上 1 寸，股二头肌腱的内侧。

（2）解剖：在股二头肌腱内侧；有膝上外侧动、静脉；布有股后皮神经，正当腓总神经处。

（3）功效：舒筋活络，清热解痉。

（4）主治：便秘，股腘部疼痛，麻木，筋挛急。现多用于急性胃肠炎，膀胱炎，尿闭等。

（5）配伍：配承山，治疗下肢痿痹。

（6）操作：直刺 0.5～1.5 寸。

39. BL 39 委阳 Wěi yáng

（1）定位：在腘横纹外侧端，当股二头肌腱的内侧。

（2）解剖：在股二头肌腱内侧；有膝上外侧动、静脉；布有股后皮神经，正当腓总神经处。

（3）功效：调理气机，通利三焦。

（4）主治：腰脊强痛，小腹胀满，水肿，小便不利，腿足挛痛。现多用于腰背肌痉挛，腓肠肌痉挛，肾炎，膀胱炎等。

（5）配伍：配三焦俞、肾俞，治疗小便不利。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

（7）附注：三焦的下合穴。

40. BL 40 委中 Wěi zhōng

（1）定位：在腘横纹中点，当股二头肌腱与半腱肌肌腱的中间。

（2）解剖：在腘窝正中，有腘筋膜；皮下有股腘静脉，深层内侧为腘静脉，最深层为腘动脉有股后皮神经，正当胫神经处。

（3）功效：理血泻热，舒筋活络。

（4）主治：腰痛，髋关节活动不利，腘筋挛急，下肢痿痹，半身不遂，腹痛，吐泻，丹毒。现多用于坐骨神经痛，中风后遗症，肠炎，痔疮，湿疹等。

（5）配伍：配大肠俞，治疗腰痛。

（6）操作：

①本穴为“醒脑开窍”针法组穴之一：患者取仰卧位，暴露下肢，仰卧直腿抬高取穴，直刺0.5～1寸，施提插泻法，使患侧下肢抽动3次为度。

②患者取仰卧位，暴露下肢，用毫针直刺，进针约0.5～1寸，施捻转或提插补泻法，患者局部针感或向下肢末端放射，用于治疗膀胱疾病和下肢疼痛。

③患者取仰卧位，暴露下肢，令腘部皮肤绷紧，在腘横纹上委中穴及其两侧寻找努张的表浅静脉，用三棱针点刺放血，然后闪火拔罐法加压，使出血达1～3ml以上，用于治疗急性腰扭伤。

（7）附注：足太阳经所入为“合”。

41. BL 41 附分 Fù fēn

（1）定位：在背部，当第2胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：在肩胛冈内端边缘，有斜方肌，菱形肌，深层为髂肋肌；有颈横动脉降支，当第2肋间动、静脉后支；布有第2胸神经后支。

（3）功效：疏风散寒，舒筋活络。

（4）主治：肩背拘急，颈项强痛，肘臂麻木。现多用于颈部肌肉痉挛，肺炎，肋间神经痛等。

（5）配伍：配大椎，治疗颈项强痛。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

（7）附注：手、足太阳经交会穴。

42. BL 42 魄户 Pò hù

（1）定位：在背部，当第3胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：在肩胛骨脊柱缘，有斜方肌，菱形肌，深层为髂肋肌；有第3肋间动、静脉背侧支，颈横动脉降支；布有第2、3胸神经后支。

（3）功效：止咳平喘，利肺通络。

（4）主治：肺痨，咳血，咳嗽，气喘，项强，肩背痛。现多用于支气管炎，肺炎等。

（5）配伍：配天突、膻中，治疗咳喘。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

43. BL 43 膏肓 Gāo huāng

（1）定位：在背部，当第4胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：在肩胛骨脊柱缘，有斜方肌、菱形肌，深层为髂肋肌；有第4肋间动、静脉背侧支及颈横动脉降支；布有第3、4胸神经后支。

（3）功效：理肺补虚，养阴调心。

（4）主治：肺痨，咳嗽，气喘，吐血，盗汗，健忘，遗精。现多用于肺结核，支气管炎，胸膜炎，神经衰弱，各种慢性虚损性疾病等。

（5）配伍：配尺泽、肺俞，治疗咳喘。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

44. BL 44 神堂 Shén táng

（1）定位：在背部，当第5胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：在肩胛骨脊柱缘，有斜方肌，菱形肌，深层为髂肋肌；有第5肋间动静脉背侧支及颈横动脉降支；布有第4、5胸神经后支。

（3）功效：宽胸理气，宁心定喘。

（4）主治：气喘，心痛，心悸，胸闷，咳嗽，脊背强痛。现多用于心脏病，神经衰弱，精神分裂症，肋间神经痛等。

（5）配伍：配膻中，治疗胸闷。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

45. BL 45 谚语 Yì xǐ

（1）定位：在背部，当第6胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：在斜方肌外缘，有髂肋肌；有第6肋间动、静脉背侧支；布有第5、6胸神经后支。

（3）功效：理气止痛，清肺宣热。

（4）主治：咳嗽，气喘，肩背痛。现多用于肋间神经痛，腋神经痛，腰背肌痉挛等。

（5）配伍：配大椎、肩外俞，治疗肩背痛。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

46. BL 46 膈关 Gé guān

（1）定位：在背部，当第7胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：有背阔肌，髂肋肌；有第7肋间动、静脉背侧支；布有第6胸神经后支。

（3）功效：宽胸理气，和胃降逆。

（4）主治：饮食不下，呃逆，呕吐，嗳气，脊背强痛。现多用于肋间神经痛，膈肌痉挛，胃出血等。

（5）配伍：配内关，治疗嗳气。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

47. BL 47 魂门 Hún mén

（1）定位：在背部，当第9胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：有背阔肌，髂肋肌；有第9肋间动、静脉背侧支；布有第8、9胸神经后支。

（3）功效：疏肝利胆，和中健胃。

（4）主治：胸胁痛，呕吐，泄泻，背痛。

（5）配伍：配阳陵泉、支沟，治疗胁肋痛。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

48. BL 48 阳纲 Yáng gāng

（1）定位：在背部，当第10胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：有背阔肌，髂肋肌；有第10肋间动、静脉背侧支；布有第9、10胸神经后支。

（3）功效：疏肝利胆，健脾化湿。

（4）主治：肠鸣，腹痛，泄泻，胁痛，黄疸。现多用于胃炎，肝炎，胆囊炎等。

（5）配伍：配气海，治疗腹胀。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

49. BL 49 意舍 Yì shè

（1）定位：在背部，当第11胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：有背阔肌，髂肋肌；有第11肋间动、静脉背侧支；布有第10、11胸神经后支。

（3）功效：健脾化湿，和中利胆。

（4）主治：腹胀，肠鸣，呕吐，泄泻，饮食不下。现多用于糖尿病等。

（5）配伍：配脾俞、胃俞，治疗腹胀。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

50. BL 50 胃仓 Wèi cāng

（1）定位：在背部，当第12胸椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：有背阔肌，髂肋肌；有肋下动、静脉背侧支；布有第12、13胸神经后支。

（3）功效：健脾和胃，理气消食。

（4）主治：腹胀，胃脘痛，脊背痛，小儿食积。现多用于胃炎，胃、十二指肠溃疡，肠炎等。

（5）配伍：配足三里，治疗胃痛。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

51. BL 51 肓门 Huāng mén

（1）定位：在腰部，当第1腰椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：有背阔肌，髂肋肌；有第1腰动、静脉背侧支；布有第12胸神经后支。

（3）功效：调气散瘀，通经活络。

（4）主治：腹痛，便秘，痞块，乳疾。现多用于胃炎，脾肿大，下肢瘫痪等。

（5）配伍：配气海、天枢，治疗便秘。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

52. BL 52 志室 Zhì shì

（1）定位：在腰部，当第2腰椎棘突下，旁开3寸。

（2）解剖：有背阔肌、髂肋肌；有第2腰动、静脉背侧支；布有第12胸神经后支外侧支，第1腰神经外侧支。

（3）功效：益肾固精，壮腰强身。

（4）主治：遗精，阳痿，遗尿，尿频，小便不利，月经不调，腰膝酸痛，水肿。现多用于肾下垂，前列腺炎，阴囊湿疹，下肢瘫痪等。

（5）配伍：配命门，治疗遗精。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

53. BL 53 胞肓 Bāo huāng

（1）定位：在臀部，平第2骶后孔，骶正中嵴旁开3寸。

（2）解剖：有臀大肌，臀中肌及臀小肌；正当臀上动、静脉；布有臀上皮神经，深层为臀上神经。

（3）功效：清热利湿，通调二便。

（4）主治：肠鸣，腹胀，便秘，癃闭，腰脊强痛。

（5）配伍：配委中，治疗腰痛。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

54. BL 54 秩边 Zhì biān

（1）定位：在臀部，平第4骶后孔，骶正中嵴旁开3寸。

（2）解剖：有臀大肌，在梨状肌下缘；正当臀下动、静脉深层，当臀下神经及股后皮神经，外侧为坐骨神经。

（3）功效：清利下焦，通经活络。

（4）主治：腰骶痛，下肢痿痹，小便不利，外阴肿痛，痔疾，大便难。现多用于膀胱炎，睾丸炎，坐骨神经痛等。

（5）配伍：配委中、大肠俞，治疗腰腿疼痛。

（6）操作

①患者取俯卧位，暴露腰骶部。用芒针针尖对准腹部水道穴的位置进针，针深约3～5寸，使针感传至小腹、会阴部，部分患者针感可达睾丸或阴茎部。这种秩边透水道的刺法主要用于前列腺疾患。

②患者取俯卧位，暴露腰骶部。毫针直刺，针深约3～5寸，使针感沿坐骨神经走行向下肢末端放射，施提插泻法，用于治疗坐骨神经痛。

55. BL 55 合阳 Hé yáng

（1）定位：在小腿后面，当委中与承山的连线上，委中下2寸。

（2）解剖：在腓肠肌二头之间；有小隐静脉，深层为胭动、静脉；布有腓肠肌内侧皮神经，深层为腓神经。

（3）功效：调理下焦，通经活络。

（4）主治：腰脊痛，下肢酸痛、麻痹。现多用于腓肠肌痉挛，子宫内膜炎，痔疾等。

（5）配伍：配腰阳关，治疗腰痛。

（6）操作

①患者取仰卧位，暴露下肢。毫针直刺，视患者腓肠肌粗细进针1～2寸，以针尖抵达肌腹中心为准。施提插泻法，使针感传至腘窝处为佳，用于各种肛肠疾患，其中对内痔出血患者，针刺宜略浅。

②患者取仰卧位，暴露下肢。毫针直刺，进针1～1.5寸，施提插平补平泻法，适用于局部疼痛性疾病。

56. BL 56 承筋 Chéng jīn

（1）定位：在小腿后面，当委中与承山的连线上，腓肠肌肌腹中央，委中下5寸。

（2）解剖：在腓肠肌两肌腹之间；有小隐静脉，深层为腓后动、静脉；布有腓肠内侧皮神经，深层为腓神经。

（3）功效：理气消痔，舒筋止痛。

（4）主治：腿痛转筋，痔疾，腰背拘急。现多用于下肢麻痹，腓肠肌痉挛，坐骨神经痛等。

（5）配伍

①配委中，治疗下肢挛痛。

②配大肠俞、委中，治疗痔疮。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

57. BL 57 承山 Chéng shān

（1）定位：在小腿后面正中，委中与昆仑之间，当伸直小腿或足跟上提时腓肠肌肌腹下出现尖角凹陷处。

（2）解剖：在腓肠肌两肌腹交界下端；有小隐静脉，深层为股后动、静脉；布有腓肠内侧皮神经，深层为腓神经。

（3）功效：舒筋通络，理气消痔。

（4）主治：腰痛，腿痛转筋，痔疾，便秘，脚气。现多用于腓肠肌痉挛，坐骨神经痛，下肢瘫痪等。

（5）配伍

①配大肠俞，治疗痔疾。

②配肾俞、委中，治疗腰背痛痛。

③配条口、足三里、承筋，治疗足软无力。

（6）操作：直刺1～2寸。

58. BL 58 飞扬 Fēi yáng

（1）定位：在小腿后面，外踝后，昆仑直上7寸，承山穴外下方1寸处。

（2）解剖：有腓肠肌及比目鱼肌；布有腓肠外侧皮神经。

（3）功效：祛风清热，宁神通络。

（4）主治：头痛，目眩，鼻塞，鼻衄，腰背痛，痔疾，腿软无力。现多用于腓肠肌痉挛，风湿性关节炎，肾炎，膀胱炎等。

（5）配伍：配委中，治疗腿痛。

（6）操作：直刺0.5～1.5寸。

（7）附注：足太阳经络穴。

59. BL 59 跗阳 Fù yáng

（1）定位：在小腿后面，外踝后，昆仑穴直上3寸。

（2）解剖：在腓骨的后部，跟腱外前缘，深层为趾长屈肌；有小隐静脉，深层为腓动脉末支；布有腓肠神经。

（3）功效：祛风化湿，舒筋活络。

（4）主治：头重，头痛，腰骶痛，外踝肿痛，下肢瘫痪。现多用于坐骨神经痛，腓肠肌痉挛等。

（5）配伍：配环跳、委中，治疗下肢痿痹。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

（7）附注：阳跷脉郄穴。

60. BL 60 昆仑 Kūn lún

（1）定位：在足部外踝后方，当外踝尖与跟腱之间的凹陷处。

（2）解剖：有腓骨短肌；有小隐静脉及外踝后动、静脉；布有腓肠神经。

（3）功效：清热镇痉，通络催产。

（4）主治：头痛，目眩，项强，鼻衄，肩背腰腿痛，脚跟肿痛，难产，痫证。现多用于坐骨神经痛，下肢瘫痪，高血压，内耳性眩晕等。

（5）配伍：配风池，治疗头痛、目眩。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸。

（7）附注

①足太阳经所行为“经”。

②《针灸大成》：妊妇刺之落胎。

61. BL 61 仆参 Pú cān

（1）定位：在足外侧部，外踝后下方，昆仑直下，跟骨外侧，赤白肉际处。

（2）解剖：有腓动、静脉的跟骨外侧支；布有腓肠神经跟骨外侧支。

（3）功效：舒筋通络，强脑镇静。

（4）主治：下肢痿痹，足跟痛，癫痫。现多用于踝关节炎，下肢瘫痪等。

（5）配伍：配太溪，治疗足跟痛。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸。

62. BL 62 申脉 Shēn mài

（1）定位：在足外侧部，外踝直下方凹陷中。

（2）解剖：在腓骨长短肌腱上缘；有外踝动脉网及小隐静脉；布有腓肠神经的足背外侧皮神经分支。

（3）功效：镇静安神，舒筋通络。

（4）主治：痫证，癫狂，头痛，眩晕，失眠，腰腿酸痛。现多用于坐骨神经痛，内耳性眩晕，精神分裂症等。

（5）配伍：配肾俞、肝俞、百会，治疗眩晕。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：八脉交会穴之一，通阳跷脉。

63. BL 63 金门 Jīn mén

（1）定位：在足外侧部，当外踝前缘直下，骰骨下缘处。

（2）解剖：在腓骨长肌腱和小趾外展肌之间；有足底外侧动、静脉；布有足背外侧皮神经，深层为足底外侧神经。

（3）功效：安神定惊，舒筋通络。

（4）主治：癫狂，痫证，小儿惊风，腰痛，外踝痛，下肢痹痛。现多用于踝关节炎，腓肠肌痉挛等。

（5）配伍：配太阳、合谷，治疗头痛。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：足太阳经郄穴。

64. BL 64 京骨 Jīng gǔ

（1）定位：在足外侧部，第5跖骨粗隆下方，赤白肉际处。

（2）解剖：在小趾外展肌下方；有足底外侧动、静脉；布有足背外侧皮神经，深层为足底外侧神经。

（3）功效：清头明目，镇痉舒筋。

（4）主治：头痛，项强，目翳，癫痫，腰痛。现多用于小儿惊风，神经性头痛等。

（5）配伍：配百会、太冲，治疗头痛。

（6）操作：直刺0.3～1.5寸。

（7）附注：足太阳经所过为“原”。

65. BL 65 束骨 Shù gǔ

（1）定位：在足外侧，足小趾本节（第5跖趾关节）的后方，赤白肉际处。

（2）解剖：在小趾外展肌下方；有第4跖趾侧总动、静脉；有第4跖趾侧神经及足背外侧皮神经分布。

（3）功效：祛风清热，宁心通络。

（4）主治：癫狂，头痛，项强，目眩，腰背及下肢后侧痛。现多用于神经性头痛，精神分裂症，坐骨神经痛等。

（5）配伍：配肾俞、太冲，治疗目眩。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸。

（7）附注：足太阳经所注为“输”。

66. BL 66 足通谷 Zú tōng gǔ

（1）定位：在足外侧，足小趾本节（第5跖趾关节）的前方，赤白肉际处。

（2）解剖：有跖趾侧动、静脉；布有跖趾侧固有神经及足背外侧皮神经。

（3）功效：祛风清热，宁神通络。

（4）主治：头痛，项强，目眩，鼻衄，癫狂。现多用于精神病，功能性子宫出血等。

（5）配伍：配大椎，治疗项强。

（6）操作：直刺0.2～0.3寸。

（7）附注：足太阳经所溜为“荥”。

67. BL 67 至阴 Zhì yīn

（1）定位：在足小趾末节外侧，距趾甲角0.1寸。

（2）解剖：有趾背动脉及跖趾侧固有动脉形成的动脉网；布有跖趾侧固有神经及足背外侧皮神经。

（3）功效：通窍活络，舒筋转胎。

（4）主治：头痛，鼻塞，鼻衄，目痛，胎位不正，难产，胞衣不下。现多用于神经性头痛，偏瘫，胎位不正等。

（5）配伍：配太冲、百会，治疗头痛。

（6）操作：浅刺0.1寸。胎位不正用灸法。

（7）附注：足太阳经所出为“井”。

八、足少阴肾经

本经一侧27穴（左右两侧共54穴），其中10穴分布于下肢内侧面的后份，余17穴

配列于胸腹部任脉两侧。首穴涌泉，末穴俞府。主治泌尿生殖系统、神经精神方面病证、呼吸系统、消化系统和循环系统某些病证，以及本经脉所经过部位的病证。

1. KI 1 涌泉 Yǒng quán

（1）定位：在足底部，卷足时足前部凹陷处，约当第2、3趾趾缝纹头端与足跟连线的前1/3与后2/3交点上。

（2）解剖：有指短屈肌腱，指长屈肌腱，第二蚓状肌，深层为骨间肌；有来自胫前动脉的足底弓；布有足底内侧神经支。

（3）功效：益肾调便，平肝熄风。

（4）主治：头顶痛，头晕，眼花，咽喉痛，舌干，失音，小便不利，大便难，小儿惊风，足心热，癫疾，霍乱转筋，昏厥。现多用于神经衰弱，三叉神经痛，扁桃体炎，高血压，精神分裂症，癔病，中暑，休克等。

（5）配伍

①配然谷，治疗喉痹。

②配阴陵泉，治疗热病夹脐急痛，胸胁满。

③配水沟、照海，治疗癫痫。

④配太冲、百会，治疗头项痛。

（6）操作：直刺0.5~0.8；可灸。

（7）附注：肾经井穴。

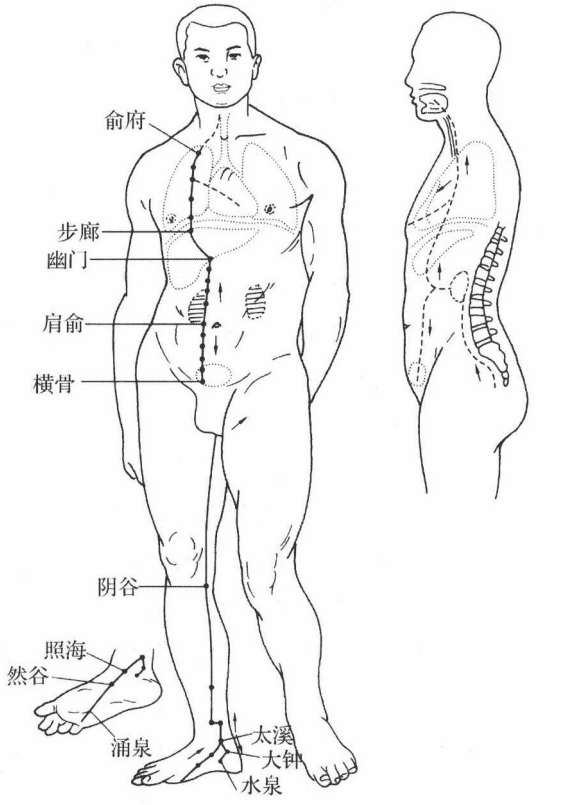


图3-8 足少阴肾经

2. KI 2 然谷 Rán gǔ

（1）定位：在足内侧缘，足舟骨粗隆下方，赤白肉际处。

（2）解剖：有趾指外展肌，有跖内侧动脉及跗内侧动脉分支；布有小腿内侧皮神经末支及足底内侧神经。

（3）功效：益肾固泄，导赤清心。

（4）主治：月经不调，阴挺，阴痒，白浊，遗精，阳痿，小便不利，泄泻，胸胁胀痛，咳血，小儿脐风，口噤不开，消渴，黄疸，下肢痿痹，足跗痛。现多用于咽喉炎，肾炎，膀胱炎，睾丸炎，不孕症，糖尿病等。

（5）配伍

①配承山，治疗转筋。

②配气冲、四满，治疗石水。

③配太溪，治疗热病烦心、足寒、多汗。

（6）操作：直刺0.5～0.8；可灸。

（7）附注：肾经荥穴。

3. KI 3 太溪 Tài xī

（1）定位：在足内侧，内踝后方，当内踝尖与跟腱之间的凹陷处。

（2）解剖：有胫后动、静脉；布有小腿内侧皮神经，当胫神经之经过处。

（3）功效：益肾纳气，培土生金。

（4）主治：头痛目眩，咽喉肿痛，齿痛，耳聋，耳鸣，咳嗽，气喘，胸痛咳血，消渴，月经不调，失眠，健忘，遗精，阳痿，小便频数，腰脊痛，下肢厥冷，内踝肿痛。现多用于支气管哮喘，肾炎，膀胱炎，慢性喉炎，神经衰弱，贫血，下肢瘫痪等。

（5）配伍

①配然谷，治疗热病烦心，足寒，多汗。

②配肾俞，治疗肾胀。

③配支沟、然谷，治心痛如锥刺。

（6）操作：直刺0.5～0.8；可灸。

（7）附注：肾经输穴、原穴

4. KI 4 大钟 Dà zhōng

（1）定位：在足内侧，内踝下方，当跟腱附着部的内侧前方凹陷处。

（2）解剖：有胫后动脉跟内侧支；布有小腿内侧皮神经及胫神经的跟骨内侧神经。

（3）功效：益肾平喘，通调二便。

（4）主治：咳血，气喘，腰脊强痛，痴呆，嗜卧，足跟痛，二便不利，月经不调。现多用于尿潴留，哮喘，咽痛，神经衰弱等。

（5）配伍

①配太溪、神门，治疗心肾不交之心悸、失眠。

②配行间，治疗虚火上炎之易惊善怒。

③配鱼际，治疗虚火上炎之咽痛。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：肾经络穴。

5. KI 5 水泉 Shuǐ quán

（1）定位：在足内侧，内踝后下方，当太溪直下1寸，跟骨结节的内侧凹陷处。

（2）解剖：有胫后动脉跟内侧支；布有小腿内侧皮神经及胫神经的跟骨内侧神经。

（3）功效：益肾清热，活血通经。

（4）主治：闭经，月经不调，痛经，阴挺，小便不利，目昏花。现多用于闭经，子宫脱垂，附件炎，膀胱炎，前列腺炎等。

（5）配伍

①配中极、水道，治疗肾气亏虚。

②配气海、血海、肾俞、三阴交、气海俞，治疗肾绞痛、肾结石。

③配肾俞、中极、血海，治疗血尿。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：肾经郄穴。

6. KI 6 照海 Zhào hǎi

（1）定位：在足内侧，内踝尖下方凹陷处。

（2）解剖：在跗趾外展肌止点；后方有胫后动、静脉；布有小腿内侧皮神经，深部为胫神经本干。

（3）功效：调阴宁神，通调二便。

（4）主治：咽喉干燥，痫证，失眠，嗜卧，惊恐不宁，目赤肿痛，月经不调，痛经，赤白带下，阴挺，阴痒，疝气，小便频数，不寐，脚气。现多用于慢性咽喉炎，扁桃体炎，子宫脱垂，便秘，神经衰弱，癔病，癫痫等。

（5）配伍

①配列缺、天突、太冲、廉泉，治疗咽喉病证。

②配神门、风池、三阴交，治疗阴虚火旺之失眠症。

（6）操作：直刺0.5～0.8；可灸。

（7）附注：八脉交会穴，通阴跷脉。

7. KI 7 复溜 Fù liū

（1）定位：在小腿内侧，太溪直上2寸，跟腱的前方。

（2）解剖：在比目鱼肌下端移行于跟腱处之内侧；前方有胫后动、静脉；布有腓肠内侧皮神经，小腿内侧皮神经，深层为胫神经。

（3）功效：补肾益阴，通调水道。

（4）主治：泄泻，肠鸣，水肿，腹胀，腿肿，足痿，盗汗，脉微细时无，身热无汗，腰脊强痛。现多用于肾炎，睾丸炎，功能性子宫出血，尿路感染，下肢瘫痪等。

（5）配伍

①配后溪、阴郄，治疗盗汗不止。

②配中极、阴谷，治疗癃闭。

（6）操作：直刺0.8～1寸；可灸。

（7）附注：肾经经穴。

8. KI 8 交信 Jiāo xìn

（1）定位：在小腿内侧，当太溪直上2寸，复溜前0.5寸，胫骨内侧缘的后方。

（2）解剖：在趾长屈肌中；深层为胫后动、静脉；布有小腿内侧皮神经，后方为胫神经本干。

（3）功效：益肾调经，通调二阴。

（4）主治：月经不调，崩漏，阴挺，泄泻，大便难，睾丸肿痛，五淋，疝气，阴痒，泻痢赤白，膝、股内廉痛。现多用于功能性子宫出血，痢疾，肠炎等。

（5）配伍

①配关元、三阴交，治疗妇科疾患之月经不调。

②配太冲、血海、地机，治疗崩漏。

③配中都，治疗疝气；配阴陵泉，治疗五淋。

④配中极，治疗癃闭。

⑤配关元，治疗阴挺。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：阴跷脉郄穴。

9. KI 9 筑宾 Zhù bīn

（1）定位：在小腿内侧，当太溪与阴谷的连线上，太溪上5寸，腓肠肌肌腹的内下方。

（2）解剖：在腓肠肌和趾长屈肌之间；深部有胫后动、静脉；布有腓肠内侧皮神经和小腿内侧皮神经，深层为胫神经本干。

（3）功效：益肾宁心，理气止痛。

（4）主治：癫狂，痫证，呕吐涎沫，疝痛，小儿脐疝，小腿内侧痛。现多用于肾炎，膀胱炎，睾丸炎，腓肠肌痉挛等。

（5）配伍

①配肾俞、关元，治疗水肿。

②配大敦、归来，治疗疝气。

③配承山、合阳、阳陵泉，治疗小腿痿、痹、瘫。

④配水沟、百会，治疗癫、狂、痫证。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：阴维脉郄穴。

10. KI 10 阴谷 Yīn gǔ

（1）定位：在腘窝内侧，屈膝时，当半腱肌肌腱与半膜肌肌腱之间。

（2）解剖：在半腱肌肌腱和半膜肌肌腱之间；有膝上内侧动、静脉；布有股内侧皮神经。

（3）功效：益肾兴阳，调理月经。

（4）主治：阳痿，疝痛，月经不调，崩漏，小便难，阴中痛，癫狂，膝股内侧痛。现多用于肾炎，膀胱炎，睾丸炎，腓肠肌痉挛等。

（5）配伍

①配照海、中极，治疗癃闭。

②配大赫、曲骨、命门，治疗寒疝、阳痿、早泄、月经不调、崩漏。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸。

（7）附注：肾经合穴。

11. KI 11 横骨 Héng gǔ

（1）定位：在下腹部，当脐中下5寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：有腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌；有腹壁下动、静脉及阴部外动脉；布有髂腹下神经分支。

（3）功效：益肾兴阳，清热通淋。

（4）主治：阴部痛，少腹痛，遗精，阳痿，遗尿，小便不通，疝气。现多用于阴道炎，盆腔炎，附件炎，尿潴留等。

（5）配伍

①配中极、三阴交，治疗癃闭。

②配关元、肾俞、志室、大赫，治疗阳痿、遗精、崩漏、月经不调。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

12. KI 12 大赫 Dà hè

（1）定位：在下腹部，当脐中下4寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌中；有腹壁下动、静脉肌支；布有第12肋间神经及髂腹下神经。

（3）功效：补肾固精，调经种子。

（4）主治：阴部痛，子宫脱垂，遗精，带下，月经不调，痛经，不妊，泄泻，痢疾。现多用于子宫脱垂等。

（5）配伍

①配阴交肾俞、带脉、大敦、中极，治疗阳痿、遗精、带下。

②配命门、肾俞、志室、中极、关元，治疗男科病、不育症。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

13. KI 13 气穴 Qì xué

（1）定位：在下腹部，当脐中下3寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌中；有腹壁下动、静脉肌支；布有第12肋间神经及髂腹下神经。

（3）功效：益冲任，调二阴。

（4）主治：月经不调，白带，小便不通，泄泻，痢疾，腰脊痛，阳痿。

（5）配伍

①配天枢、大肠俞，主治疗消化不良。

②配中极、阴陵泉、膀胱俞，治疗五淋、小便不利。

③配气海、三阴交、肾俞、血海，治疗月经不调、白带、宫冷不孕、先兆流产、阳痿、不育症。

（6）操作：直刺或斜刺0.8～1.2寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

14. KI 14 四满 Sì mǎn

（1）定位：在下腹部，当脐中下2寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌中；有腹壁下动、静脉肌支；布有第11肋间神经。

（3）功效：调经利水。

（4）主治：月经不调，崩漏，带下，不孕，产后恶露不净，小腹痛，遗精，遗尿，疝气，便秘，水肿。

（5）配伍

①配气海、三阴交、大敦、归来，治疗疝气、睾丸肿痛。

②配气海、三阴交、肾俞、血海，治疗月经不调、带下、遗精等病证。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

15. KI 15 中注 Zhōng zhù

（1）定位：在下腹部，当脐中下1寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌中；有腹壁下动、静脉肌支；布有第10肋间神经。

（3）功效：调和月经，通调腑气。

（4）主治：月经不调，腰腹疼痛，大便燥结，泄泻，痢疾。

（5）配伍

①配肾俞、委中、气海俞，治疗腰背痛。

②配血海、肾俞、太冲、三阴交、阴交、中极，治疗妇科病、月经不调、卵巢炎、睾丸炎、附件炎。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

16. KI 16 肓俞 Huāng shū

（1）定位：在腹中部，当脐中旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌中；有腹壁下动、静脉肌支；布有第10肋间神经。

（3）功效：理气止痛，润燥通便。

（4）主治：腹痛绕脐，呕吐，腹胀，痢疾，泄泻，便秘，疝气，月经不调，腰脊痛。现多用于胃痉挛，肠炎，肠麻痹，膀胱炎等。

（5）配伍

①配天枢、足三里、大肠俞，治疗便秘、泄泻、痢疾。

②配中脘、足三里、内庭、天枢，治疗胃痛、腹痛、疝痛、排尿、尿道涩痛等症。

（6）操作：直刺0.8～1.2寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

17. KI 17 商曲 Shāng qū

（1）定位：在上腹部，当脐中上2寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹直肌内缘，有腹壁上下动、静脉分支；布有第9肋间神经。

（4）主治：腹痛，泄泻，便秘，腹中积聚。现多用于胃痉挛，腹膜炎等。

（5）配伍

①配中脘、大横，治疗腹痛、腹胀。

②配支沟，治疗便秘；配大肠俞、天枢，治疗泄泻、痢疾。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

18. KI 18 石关 Shí guān

（1）定位：在上腹部，当脐中上3寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹直肌内缘，有腹壁上动、静脉分支；布有第9肋间神经。

（3）功效：攻坚消满，补肾种子。

（4）主治：呕吐，腹痛，便秘，产后腹痛，妇人不孕。现多用于食道痉挛，膈肌痉挛，胃痉挛等。

（5）配伍

①配中脘、内关，治疗胃痛、呕吐、腹胀。

②配三阴交、阴交、肾俞，治疗先兆流产和不孕症。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

19. KI19 阴都 Yīn dū

（1）定位：在上腹部，当脐中上4寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹直肌内缘，有腹壁上动、静脉分支；布有第8肋间神经。

（3）功效：宽胸降逆，理气和中。

（4）主治：腹胀，肠鸣，腹痛，便秘，妇人不孕，胸胁满，疟疾。

（5）配伍

①配巨阙，治疗心中烦满。

②配三阴交、血海，治疗闭经；配中脘、天枢、足三里、四缝，治疗纳呆及小儿疳积。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

20. KI 20 腹通谷 Fù tōng gǔ

（1）定位：在上腹部，当脐中上5寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹直肌内缘，有腹壁上动、静脉分支；布有第8肋间神经。

（3）功效：健脾和胃，宁心安神。

（4）主治：腹痛，腹胀，呕吐，心痛，心悸，胸痛，暴喑。现多用于急、慢性胃炎，哮喘，肺气肿，肋间神经痛，急性舌骨肌麻痹等。

（5）配伍

①配内关、中脘，治疗胃气逆。

②配申脉、照海，治疗癫痫、惊悸。

③配上脘、足三里，治疗纳呆。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

21. KI 21 幽门 Yōu mén

（1）定位：在上腹部，当脐中上6寸，前正中线旁开0.5寸。

（2）解剖：在腹直肌内缘，有腹壁上动、静脉分支；布有第7肋间神经。

（3）功效：健脾和胃，降逆止呕。

（4）主治：腹痛，呕吐，善哕，消化不良，泄泻，痢疾。现多用于胃痉挛，慢性胃炎，胃溃疡，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配玉堂，治疗烦心呕吐。

②配中脘、建里，治疗胃痛、噎嗝、呕吐。

③配天枢，治疗腹胀、肠鸣、泄泻。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸，不可深刺，以免伤及内脏；可灸。

（7）附注：冲脉、足少阴经会穴。

22. KI 22 步廊 Bù láng

（1）定位：在胸部，当第5肋间隙，前正中线旁开2寸。

（2）解剖：在胸大肌起始部，有肋间外韧带及肋间内肌；有第5肋间动、静脉；布有第5肋间神经前皮支，深部为第5肋间神经。

（3）功效：宽胸理气，止咳平喘。

（4）主治：胸痛，咳嗽，气喘，呕吐，不嗜食，乳痈。

（5）配伍

①配定喘、列缺，治疗外感和内伤咳喘。

②配心俞、内关，治疗胸痹、心悸怔忡。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸，不可深刺，以免伤及内脏，可灸。

23. KI 23 神封 Shén fēng

（1）定位：在胸部，当第4肋间隙，前正中线旁开2寸。

（2）解剖：在胸大肌中，有肋间外韧带及肋间内肌；有第4肋间动、静脉；布有第4肋间神经前皮支，深部为第4肋间神经。

（3）功效：宽胸止咳，和胃降逆。

（4）主治：咳嗽，气喘，胸胁支满，呕吐，不嗜食，乳痈。现多用于胸膜炎，肋间神经痛，支气管炎，腹直肌痉挛等。

（5）配伍：配阳陵泉、支沟，治疗胸胁胀痛。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸；可灸。

24. KI 24 灵墟 Líng xū

（1）定位：在胸部，当第3肋间隙，前正中线旁开2寸。

（2）解剖：在胸大肌中，有肋间外韧带及肋间内肌；有第3肋间动、静脉；布有第3肋间神经前皮支，深层为第3肋间神经。

（3）功效：疏肝宽胸，肃降肺气。

（4）主治：咳嗽，气喘，痰多，胸胁胀痛，呕吐，乳痈。

（5）配伍

①配足三里、中脘、内关，治疗呕吐、纳呆。

②配神门、神藏，治疗失眠健忘。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸；可灸。

25. KI 25 神藏 Shén cáng

（1）定位：在胸部，当第2肋间隙，前正中线旁开2寸。

（2）解剖：在胸大肌中，有肋间外韧带及肋间内肌；有第2肋间动、静脉；布有第2肋间神经前皮支，深层正当第2肋间神经。

（3）功效：宽胸理气，止咳化痰。

（4）主治：咳嗽，气喘，胸痛，烦满，呕吐，不嗜食。现多用于支气管炎，胸膜炎，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配天突、内关、太冲，治疗梅核气。

②配心俞、玉堂，治疗胸痹、噎嗝、冠心病、心肌梗死。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸；可灸。

26. KI 26 彧中 Yù zhōng

（1）定位：在胸部，当第1肋间隙，前正中线旁开2寸。

（2）解剖：在胸大肌中，有肋间外韧带及肋间内肌；有第1肋间动、静脉；布有第1肋间神经前皮支，深层为第1肋间神经，皮下有锁骨上神经前支。

（3）功效：宽胸顺气，止咳平喘。

（4）主治：咳嗽，气喘，痰壅，胸胁胀满，不嗜食。现多用于支气管炎，胸膜炎，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配风门、肺俞，治疗外邪袭肺。

②配天突、间使、华盖，治疗咽喉肿痛。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸；可灸。

27. KI 27 俞府 Shū fǔ

（1）定位：在胸部，当锁骨下缘，前正中线旁开2寸。

（2）解剖：在胸大肌中；有胸内动、静脉的前穿支；布有锁骨上神经前支。

（3）功效：止咳平喘，和胃降逆。

（4）主治：咳嗽，气喘，胸痛，呕吐，不嗜食。现多用于气管炎，胸膜炎，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配天突、肺俞、鱼际，治疗咳嗽、咽痛。

②配足三里、合谷，治疗胃气上逆之呕吐、呃逆。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸；可灸。

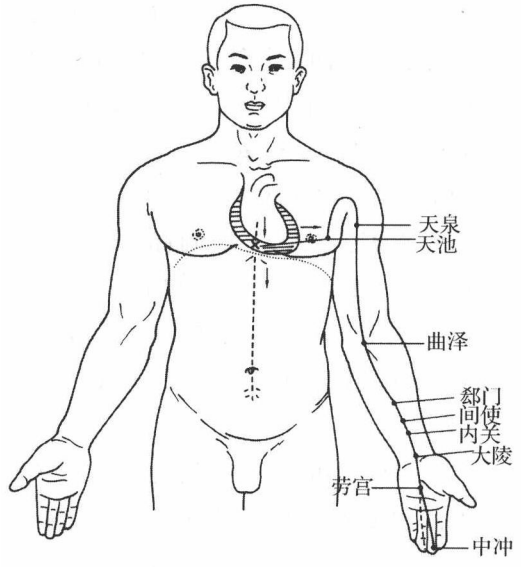


图3-9 手厥阴心包经

九、手厥阴心包经

本经一侧9穴（左右两侧共18穴）。其中8穴分布于上肢掌面的正中线上，1穴在前胸上部。首穴天池，末穴中冲，主治胸、心等循环系统病证、神经精神方面病证及本经脉所过部位之病证。

1. PC 1 天池 Tiān chí

（1）定位：在胸部，当第4肋间隙，乳头外1寸，前正中线旁开5寸。

（2）解剖：在胸大肌外下部，胸小肌下部起端，深层为第4肋间内、外肌；有胸腹壁静脉，胸外侧动、静脉分支；布有胸前神经肌支及第4肋间神经。

（3）功效：宽胸理气，通经活络。

（4）主治：胸闷，胁痛，腋下肿痛。现多用于心绞痛，腋窝淋巴结炎，肋间神经痛，乳腺炎，乳汁分泌不足等。

（5）配伍

①配列缺、丰隆，治疗咳嗽。

②配内关治心痛；配支沟治疔胁肋痛。

（6）操作：斜刺或平刺0.5～0.8寸；可灸。本穴正当胸腔，内容心、肺，不宜深刺。

（7）附注：手厥阴经、足少阳经之会穴。

2. PC 2 天泉 Tiān quán

（1）定位：在臂内侧，当腋前纹头下2寸，肱二头肌的长、短头之间。

（2）解剖：在肱二头肌的长短头之间；有肱动、静脉肌支；为臂内侧皮神经及肌皮神经分布处。

（3）功效：宽胸理气，散瘀止痛。

（4）主治：心痛，胁胀，咳嗽，胸壁及上臂内侧痛。现多用于心动过速，支气管炎，肋间神经痛，膈肌痉挛等。

（5）配伍

①配内关、通里，治疗心痛、心悸。

②配肺俞、支沟，治疗咳嗽、胸胁痛。

③配侠白、曲池、外关，治疗上肢痿、痹、瘫、痛。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

3. PC 3 曲泽 Qū zé

（1）定位：在肘横纹中，当肱二头肌腱的尺侧缘。

（2）解剖：在肱二头肌腱的尺侧；当肱动、静脉处；布有正中神经的本干。

（3）功效：宁心清热，和中降逆。

（4）主治：心痛，心悸，热病，烦躁，胃痛，呕吐，肘臂痛，手臂震颤。现多用于风湿性心脏病，小儿舞蹈病，急性胃肠炎，支气管炎，中暑等。

（5）配伍

①配神门、鱼际，治疗呕血；配内关、大陵，治疗心胸痛。

②配大陵、心俞、厥阴俞，治疗心悸、心痛。

③配少商、尺泽、曲池，治疗肘臂挛急、肩臂痛。

④配鱼际、神门，治疗呕血。

（6）操作：直刺0.8～1寸，或者用三棱针刺血；可灸。

（7）临证体验

①曲泽、水沟、合谷、委中，功能清心开窍，泻热祛暑，治疗中暑。

②曲泽、阴陵泉、天枢、中脘，功能清热利湿，逐秽化浊，治疗热霍乱。

③曲泽、少海、气海、血海，功能活血调气，治疗血瘀心悸。

（8）附注：心包经合穴。

4. PC 4 郄门 Xì mén

（1）定位：在前臂掌侧，当曲泽与大陵的连线上，腕横纹上5寸。

（2）解剖：在桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间，有指浅屈肌，深部为指深屈肌；有前臂

正中动、静脉，深部为前臂掌侧骨间动、静脉；布有前臂内侧皮神经，其下为正中神经，深层有前臂掌侧骨间神经。

（3）功效：清心理气，宽胸止咳，凉血止血。

（4）主治：心痛，心悸，衄血，呕血，咳血，胸痛，疔疮，痫证。现多用于心肌炎，风湿性心脏病，心绞痛，胸膜炎，精神病，膈肌痉挛等。

（5）配伍

①配大陵，治疗咯血。

②配曲泽、大陵，治疗心痛。

③配梁丘、足三里、太冲，治疗神经性呕吐。

④配内关，治疗急性缺血性心肌损伤。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：心包经郄穴。

5. PC 5 间使 Jiān shǐ

（1）定位：在前臂掌侧，当曲泽与大陵的连线上，腕横纹上3寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

（2）解剖：在桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间，有指浅屈肌，深部为指深屈肌；有前臂正中动、静脉，深层为前臂掌侧骨间动、静脉；布有前臂内侧皮神经，前臂外侧皮神经，其下为正中神经掌皮支，最深层为前臂掌侧骨间神经。

（3）功效：宽胸解郁，宁心，和胃祛痰。

（4）主治：心痛，心悸，胃痛，呕吐，热病，烦躁，疟疾，癫狂，痫证，腋肿，肘臂挛痛。现多用于心肌炎，风湿性心脏病，荨麻疹，癔病，精神分裂症，胃炎，子宫内膜炎等。

（5）配伍

①配支沟，治疗疟疾。

②配尺泽，治疗反胃、呕吐、呃逆。

③配水沟、太冲，治疗癔病。

④配腰奇，治疗癫痫。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：心包经经穴。

6. PC 6 内关 Nèi guān

（1）定位：在前臂掌侧，当曲泽与大陵的连线上，腕横纹上2寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

（2）解剖：在桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间，有指浅屈肌，深层为指深屈肌；有前臂正中动、静脉，深层为前臂掌侧骨间动、静脉；布有前臂内侧皮神经，下为正中神经掌皮支，最深层为前臂掌侧骨间神经。

（3）功效：宁心安神，疏肝和胃，止痛。

（4）主治：心痛，心悸，胸痛，胃痛，呕吐，呃逆，失眠，癫狂，痫证，郁证，眩晕，中风，偏瘫，哮喘，偏头痛，热病，产后血晕，肘臂挛痛。现多用于风湿性心脏病，心肌炎，心绞痛，心动过速，心律不齐，胃炎，膈肌痉挛，急性胆囊炎，癔病，癫痫，甲状腺功能亢进，血管性头痛，血栓闭塞性脉管炎，疟疾等。

（5）配伍

①配公孙，治疗肚痛；配膈俞，治疗胸满肢肿。

②配中脘、足三里，治疗胃脘痛、呕吐、呃逆。

③配外关、曲池，治疗上肢不遂、手震颤。

④配患侧悬厘，治疗偏头痛；配建里，除胸闷。

（6）操作

①本穴为“醒脑开窍”针法组方主穴之一：在掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间垂直进针，直刺0.5～1寸，采用捻转提插结合泻法，施手法1分钟。

②在掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间垂直进针，直刺0.5～1寸，针感局部，用于治疗心律失常、心悸。

③在掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间进针，针尖指向腕关节方向，针柄与皮肤呈30°角，针深约0.8～1.2寸，施捻转补泻法，用于治疗正中神经损伤、腕管综合征等局部疾患。

（7）附注：心包经络穴，八脉交会穴，通阴维脉。

7. PC 7　大陵 Dà líng

（1）定位：在腕掌横纹的中点处，当掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

（2）解剖：在掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间，有拇长屈肌和指深屈肌腱；有腕掌侧动、静脉网；布有前臂内侧皮神经，正中神经掌皮支，深层为正中神经本干。

（3）功效：宁心安神，宽胸和胃。

（4）主治：心痛，心悸，胃痛，呕吐，癫狂，痫证，胸闷，胁痛，惊悸，失眠，烦躁，口臭。现多用于心动过速，胃炎，扁桃体炎，精神分裂症，腕关节及周围软组织疾患等。

（5）配伍

①配劳宫，治疗心绞痛、失眠。

②配外关、支沟，治疗腹痛、便秘。

③配水沟、间使、心俞、丰隆，治疗癫、狂、痫、惊悸。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）临证体验

①大陵、丰隆、太冲，针用泻法，功能疏肝理气，化痰醒智，治疗肝郁痰结之癫证。

②大陵、丰隆、内庭，针用泻法，功能清热化痰，和胃降浊，治疗痰浊上扰之心悸。

③大陵、外关、支沟、合谷，针用泻法，功能清热通腑，治疗肠胃积热之口臭、

便秘。

（8）附注：心包经输穴、原穴。

8. PC 8 劳宫 Láo gōng

（1）定位：在手掌心，当第2、3掌骨之间偏于第3掌骨，握拳屈指的中指尖处。

（2）解剖：在第2、3掌骨间，下为掌腱膜，第2蚓状肌及指浅、深屈肌腱，深层为拇指内收肌横头的起端，有骨间肌；有指掌侧总动脉；布有正中神经的第2指掌侧总神经。

（3）功效：清心泻热，消肿止痒。

（4）主治：心痛，癫狂，痫证，口疮，口臭，鹅掌风，呕吐，反胃。现多用于心绞痛，口腔炎，小儿惊厥，癔病，精神分裂症，手掌多汗症，手指麻木，高血压等。

（5）配伍

①配后溪，治疔三消、黄疸。

②配涌泉，治疔五般痫。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：心包经荥穴。

9. PC 9 中冲 Zhōng chōng

（1）定位：在手中指末节尖端中央。

（2）解剖：有指掌侧固有动、静脉所形成的动、静脉网；为正中神经之指掌侧固有神经分布处。

（3）功效：开窍清心泻热。

（4）主治：中风昏迷，舌强不语，中暑，昏厥，小儿惊风，热病，舌下肿痛。

（5）配伍

①配内关、水沟，治疗小儿惊风、中暑、中风昏迷等。

②配金津、玉液，廉泉，治疗舌强不语、舌本肿痛。

③配商阳，治疗耳聋时不闻音。

（6）操作：浅刺0.1寸；或用三棱针点刺出血。

（7）附注：心包经井穴。

十、手少阳三焦经

本经一侧23穴（左右两侧共46穴），其中13穴分布于上肢背面的正中线上，10穴在颈、侧头部。首穴关冲，末穴丝竹空。主治胸、心、肺、咽喉病证，某些热性病证和本经所经过部位之病证。

1. SJ 1 关冲 Guān chōng

（1）定位：在手环指末节尺侧，距指甲角0.1寸。

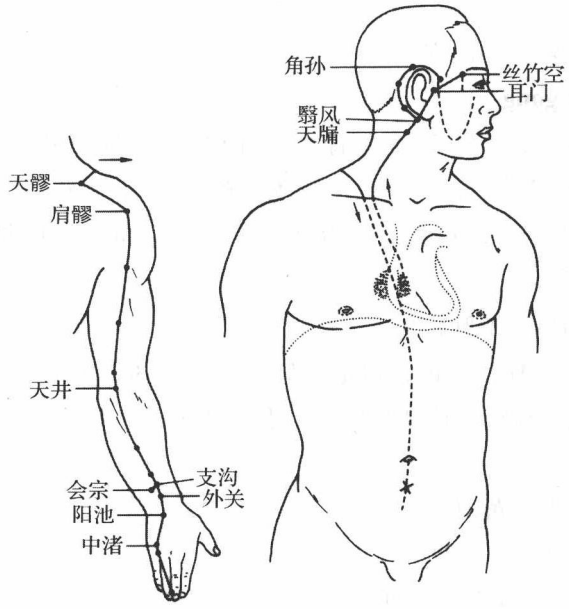


图 3－10　手少阳三焦经

（2）解剖：有指掌固有动、静脉形成的动、静脉网；布有来自尺神经的指掌侧固有神经。

（3）功效：泻热，利喉舌。

（4）主治：头痛，目赤，咽喉肿痛，舌强，热病，心烦。现多用于喉炎，眼结膜炎，扁桃体炎，流行性腮腺炎等。

（5）配伍：配内关、水沟，治疗中暑、昏厥。

（6）操作：浅刺 0.1 寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

（7）附注：三焦经井穴。

2. SJ 2　液门 Yè mén

（1）定位：在手背部，当第 4、5 指间，指蹼缘后方赤白肉际处。

（2）解剖：有来自尺动脉的指背动脉；布有来自尺神经的手背支。

（3）功效：泻热，聪耳。

（4）主治：头痛，目赤，暴聋，咽喉肿痛，疟疾，手臂痛。现多用于咽喉炎，前臂肌痉挛，齿龈炎，角膜白斑等。

（5）配伍：配鱼际，治疗喉痛。

（6）操作：直刺 0.3～0.5 寸；可灸。

（7）附注：三焦经荥穴。

3. SJ 3　中渚 Zhōng zhǔ

（1）定位：在手背部，当环指本节（掌指关节）的后方，第 4、5 掌骨间凹陷处。

（2）解剖：有第 4 骨间肌；皮下有手背静脉网及第四掌背动脉；布有来自尺神经的手

背支。

（3）功效：泻热，聪耳。

（4）主治：头痛，目眩，目赤，目痛，耳聋，耳鸣，喉痹，肩背肘臂痠痛，手指不能屈伸，脊膂痛，热病。现多用于肘腕关节炎，神经性耳聋，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配角孙，治疗耳鸣耳聋。

②配太白，治疗大便难。

③配支沟、内庭，治疗嗌痛。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：三焦经输穴。

4. SJ 4 阳池 Yáng chí

（1）定位：在腕背横纹中，当指总伸肌腱的尺侧缘凹陷处。

（2）解剖：皮下有手背静脉网，第4掌背动脉；布有尺神经手背支及前臂背侧皮神经末支。

（3）功效：调三焦原气。

（4）主治：腕痛，肩臂痛，耳聋，疟疾，消渴，口干，喉痹。现多用于腕关节炎，风湿热，糖尿病等。

（5）配伍：配合谷、尺泽、曲池、中渚，治疗手臂拘挛。

（6）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：三焦经原穴。

5. SJ 5 外关 Wài guān

（1）定位：在前臂背侧，当阳池与肘尖的连线上，腕背横纹上2寸，尺骨与桡骨之间。

（2）解剖：在桡骨与尺骨之间，指总伸肌与拇长伸肌之间，屈肘俯掌时则在指总伸肌的桡侧；深层有前臂骨间背侧动脉和掌侧动、静脉；布有前臂背侧皮神经，深层有前臂骨间背侧及掌侧神经。

（3）功效：安神镇痛，和胃理气。

（4）主治：热病，头痛，颊痛，耳聋，耳鸣，目赤肿痛，胁痛，肩背痛，肘臂屈伸不利，手指疼痛，手颤。现多用于高血压，偏头痛，偏瘫，小儿麻痹后遗症等。

（5）配伍

①配足临泣，治疗颈项强痛、肩背痛。

②配大椎、曲池，治疗外感热病。

③配阳陵泉，治疗胁痛。

（6）操作

①患者取仰卧位或端坐位，暴露前臂，直刺0.5～1寸，施捻转泻法，用于治疗前臂

运动功能障碍。

②患者取仰卧位或端坐位，暴露前臂，针身与皮肤呈45°角向腕关节方向斜刺进针，针深1～1.5寸，施提插捻转泻法，用于治疗桡神经炎、手指疼痛、腕关节疼痛诸症。

③患者取仰卧位或端坐位，暴露前臂，毫针与皮肤呈30°～45°角向肘关节方向斜刺进针，针深2寸以上，施提插泻法，用于治疗手少阳三焦经经脉走行部位上的一些疾病，如落枕、偏头痛、耳聋、耳鸣等。

（4）附注：三焦经络穴，八脉交会穴，通阳维脉。

6. SJ 6 支沟 Zhī gōu

（1）定位：在前臂背侧，当阳池与肘尖的连线上，腕背横纹上3寸，尺骨与桡骨之间。

（2）解剖：在桡骨与尺骨之间，指总伸肌与拇长伸肌之间，屈肘俯掌时则在指总伸肌的桡侧；深层有前臂骨间背侧和掌侧动、静脉；布有前臂背侧皮神经，深层有前臂骨间背侧及掌侧神经。

（3）功效：清热，通下，利胸胁。

（4）主治：耳鸣，耳聋，胁肋痛，呕吐，便秘，热病，肩背重，暴喑。现多用于肋间神经痛，习惯性便秘，舌骨肌麻痹，产后血晕等。

（5）配伍

①配天枢，治疗大便秘结。

②配双侧支沟，治疗急性腰扭伤、胁痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：三焦经经穴。

7. SJ 7 会宗 Huì zōng

（1）定位：在前臂背侧，当腕背横纹上3寸，支沟尺侧，尺骨的桡侧缘。

（2）解剖：尺骨桡侧缘，在小指固有伸肌和尺侧腕伸肌之间；有前臂骨间背侧动、静脉；布有前臂背侧皮神经，深层有前臂骨间背侧神经和骨间掌侧神经。

（3）功效：清神，聪耳。

（4）主治：耳聋，痫证，上肢肌肤痛。

（5）配伍

①配听会、耳门，治疗耳聋。

②配大包，治疗上肢肌肉疼痛，软组织挫伤。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：三焦经郄穴。

8. SJ 8 三阳络 Sān yáng luò

（1）定位：在前臂背侧，腕背横纹上4寸，尺骨与桡骨之间。

（2）解剖：在指总伸肌与拇长展肌起端之间；有前臂骨间背侧动、静脉；布有前臂背

侧皮神经，深层为前臂骨间背侧神经。

（3）功效：聪耳，清利喉舌。

（4）主治：暴喑，耳聋，手臂痛，龋齿痛。现多用于肘关节炎等。

（5）配伍：配曲池、合谷、肩井，治疗中风后遗症上肢不遂。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

9. SJ 9 四渎 Sì dú

（1）定位：在前臂背侧，当阳池与肘尖的连线上，肘尖下5寸，尺骨与桡骨之间。

（2）解剖：在指总伸肌和尺侧腕伸肌之间；深层有前臂骨间背侧动、静脉；布有前臂背侧皮神经，深层有前臂骨间背侧神经。

（3）功效：聪耳，清利喉舌。

（4）主治：暴喑，暴聋，齿痛，呼吸气短，咽阻如梗，前臂痛。现多用于偏头痛，上肢瘫痪，咽炎等。

（5）配伍

①配三阳络、消泺、肩髎、天髎、肩外俞，治疗肩臂痛。

②配三阳络、阳溪，治疗手指伸展不利，上肢不遂。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

10. SJ 10 天井 Tiān jǐng

（1）定位：在臂外侧，屈肘时，当肘尖直上1寸凹陷处。

（2）解剖：在肱骨下端后面鹰嘴窝中，有肱三头肌腱；肘关节动、静脉网；布有臂背侧皮神经和桡神经肌支。

（3）功效：疏风，清热，散结。

（4）主治：偏头痛，胁肋、颈项、肩臂痛，耳聋，瘰疬，瘿气，癫痫。现多用于肘关节及周围软组织疾患，荨麻疹，忧郁症，颈淋巴结核等。

（5）配伍

①配率谷，治疗偏头痛。

②配天突，治疗瘿气。

③配臂臑，治疗瘰疬、隐疹。

④配巨阙、心俞，治疗精神恍惚。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

11. SJ 11 清冷渊 Qīng lěng yuān

（1）定位：在臂外侧，屈肘时，当肘尖直上2寸，即天井上1寸。

（2）解剖：在肱三头肌下部；有中侧副动、静脉末支；布有臂背侧皮神经及桡神经肌支。

（3）功效：清利湿热。

（4）主治：头痛，目黄，肩臂痛不能举。

（5）配伍：配肩髃、天髃、臑俞、养老、合谷，治疗上肢痿、痹、瘫、痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

12. SJ 12 消泺 Xiāo luò

（1）定位：在臂外侧，当清冷渊与臑会连线中点处。

（2）解剖：在肱三头肌肌腹的中间；有中侧副动、静脉；布有臂背侧皮神经及桡神经。

（3）功效：清热，安神，止痛。

（4）主治：头痛，颈项强痛，臂痛，齿痛，癫疾。

（5）配伍：配肩髃、肩髎、臑会、清冷渊，治疗肩臂痛、上肢不遂、肩周炎。

（6）操作：直刺0.8～1寸；可灸。

13. SJ 13 臑会 Nào huì

（1）定位：在臂外侧，当肘尖与肩髃的连线上，肩髃下3寸，三角肌的后下缘。

（2）解剖：在肱三头肌长头与外侧头之间；有中侧副动、静脉；布有臂背侧皮神经，桡神经肌支，深层为桡神经。

（3）功效：散结。

（4）主治：肩臂痛，瘿气，瘰疬，目疾，肩胛肿痛。现多用于颈淋巴结炎，甲状腺肿等。

（5）配伍

①配肩俞、肩贞，治疗肩周炎。

②配肘髃、外关，治疗肘臂挛痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

14. SJ 14 肩髎 Jiān liáo

（1）定位：在肩部，肩髃后方，当臂外展时，于肩峰后下方呈现凹陷处。

（2）解剖：在三角肌中；有旋肱后动脉；布有腋神经的肌支。

（3）功效：通经止痛。

（4）主治：臂痛，肩重不能举。现多用于肩关节周围炎，肋间神经痛等。

（5）配伍

①配天宗、曲垣，治疗肩背疼痛。

②配肩井、天池、养老，治疗上肢不遂、肩周炎。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

15. SJ 15 天髎 Tiān liáo

（1）定位：在肩胛部，肩井与曲垣的中间，当肩胛骨上角处。

（2）解剖：有斜方肌、冈上肌；有颈横动脉降支，深层为肩胛上动脉肌支；布有第1胸神经后支、外侧皮支，副神经，深层为肩胛上神经肌支。

（3）功效：通经止痛。

（4）主治：肩臂痛，颈项强痛，胸中烦满。现多用于冈上腱炎等。

（5）配伍：配秉风、天宗、清冷渊、臑会，治疗颈肩综合征、上肢不遂。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

16. SJ 16 天牖 Tiān yǒu

（1）定位：在颈侧部，当乳突的后下方，平下颌角，胸锁乳突肌的后缘。

（2）解剖：在胸锁乳突肌后缘；有枕动脉的肌支，耳后动、静脉及颈后浅静脉；布有枕小神经本干，深层为副神经，颈神经。

（3）功效：清头风，明耳目。

（4）主治：头晕，头痛，面肿，目昏，暴聋，项强。

（5）配伍：配外关、率谷，治疗偏头痛、耳鸣、耳聋、腮腺炎。

（6）操作：直刺0.8～1寸；可灸。

17. SJ 17 翳风 Yì fēng

（1）定位：在耳垂后方，当乳突与下颌角之间的凹陷处。

（2）解剖：有耳后动、静脉，颈外浅静脉；布有耳大神经，深部为面神经干从颅骨穿出处。

（3）功效：祛风通络，通窍醒神。

（4）主治：耳鸣，耳聋，口眼㖞斜，齿痛，颊肿，瘰疬，牙关不利。现多用于聋哑，腮腺炎，下颌关节炎，面神经麻痹，中耳炎等。

（5）配伍：配地仓、承浆、水沟、合谷，治疗口噤不开。

（6）操作

①患者取仰卧位、侧卧位或端坐位，针身与穴位皮肤呈45°角向耳垂方向针刺，进针约1.2寸，施捻转泻法，用于治疗周围性面瘫。

②患者取仰卧位、侧卧位或端坐位，直刺0.8～1寸，用于治疗神经性耳聋、耳鸣等。

③针向喉结，进针2～2.5寸采用小幅度高频率捻转补法，每穴施手法1分钟，治疗各种原因引起的吞咽困难。

18. SJ 18 瘛脉 Chì mài

（1）定位：在头部，耳后乳突中央，当角孙与翳风之间，沿耳轮连线的中、下1/3的交点处。

（2）解剖：在耳后肌上；有耳后动、静脉；布有耳大神经耳后支。

（3）功效：聪耳明目，镇惊定痛。

（4）主治：头痛，耳聋，耳鸣，小儿惊痫，呕吐，泻痢。

（5）配伍：配翳风、耳门、听宫、听会、百会，治疗耳硬化症，提高听力。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸，或点刺出血；可灸。

19. SJ 19 颅息 Lú xī

（1）定位：在头部，当角孙与翳风之间，沿耳轮连线的上、中1/3的交点处。

（2）解剖：有耳后动、静脉；布有耳大神经和枕大神经的吻合支。

（3）功效：镇惊，通窍，聪耳。

（4）主治：头痛、耳鸣、耳痛、小儿惊痫，呕吐涎沫。现多用于中耳炎，甲状腺肿等。

（5）配伍

①配太冲，治疗小儿惊痫、呕吐涎沫、癔疯。

②配天冲、脑空、风池、太阳，治疗偏头痛、头风病。

（6）操作：平刺0.2～0.5寸；可灸。

20. SJ 20 角孙 Jiǎo sūn

（1）定位：在头部，折耳郭向前，当耳尖直上入发际处。

（2）解剖：有耳上肌；颞浅动、静脉耳前支；布有耳颞神经分支。

（3）功效：清利头目，通利耳窍。

（4）主治：耳部肿痛，目赤肿痛，目翳，齿痛，唇燥，项强，头痛。现多用于腮腺炎，角膜白斑，视神经炎等。

（5）配伍：率谷透角孙，配足临泣，治疗眩晕。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

21. SJ 21 耳门 Ěr mén

（1）定位：在面部，当耳屏上切迹的前方，下颌骨髁状突后缘，张口有凹陷处。

（2）解剖：有颞浅动、静脉耳前支；布有耳颞神经，面神经分支。

（3）功效：聪耳，利牙关。

（4）主治：耳聋，耳鸣，聍耳，齿痛，颈颔痛，唇吻强。现多用于中耳炎，下颌关节炎，口周肌肉痉挛等。

（5）配伍

①配丝竹空，治疗牙痛。

②配兑端，治疗上齿龋。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

22. SJ 22 耳和髎 Ěr hé liáo

（1）定位：在头侧部，当鬓发后缘，平耳廓根之前方，颞浅动脉的后缘。

（2）解剖：有颞肌和颞浅动、静脉；布有耳颞神经分支，面神经颞支。

（3）功效：聪耳通窍。

（4）主治：头重痛，耳鸣，牙关拘急，颔肿，鼻准肿痛，口渴。现多用于外耳道炎，面神经麻痹，面肌痉挛等。

（5）配伍：配养老、完骨，治疗耳聋。

（6）操作：斜刺0.3～0.9寸；可灸。

（7）附注：手、足少阳经，手太阳经的交会穴。

23. SJ 23 丝竹空 Sī zhú kōng

（1）定位：在面部，当眉梢凹陷处。

（2）解剖：有眼轮匝肌；颞浅动、静脉额支；布有面神经颧眶支及耳颞神经分支。

（3）功效：疏风，明目。

（4）主治：头痛，目眩，目赤痛，眼睑跳动，齿痛，癫痫。现多用于眼结膜炎，电光性眼炎，视神经萎缩，面神经麻痹，偏头痛等。

（5）配伍：配合谷，治疗牙痛。

（6）操作：平刺0.5～1寸；不宜灸。

十一、足少阳胆经

本经一侧44穴（左右两侧共88穴），其中15穴分布于下肢的外侧面，29穴在臀、侧胸、侧头等部。首穴瞳子髎，末穴足窍阴。主治胸胁、肝胆病证、热性病、神经系统病证和头侧部、眼、耳、咽喉病证，以及本经脉所经过部位之病证。

1. GB 1 瞳子髎 Tóng zǐ liáo

（1）定位：在面部，目外眦旁，当眶外侧缘处。

（2）解剖：有眼轮匝肌，深层为颞肌；当颧眶动、静脉分布处；布有颧面神经和颧颞神经，面神经的额颞支。

（3）功效：祛风，泻热，明目。

（4）主治：头痛，目赤，目痛，怕光羞明，迎风流泪，远视不明，内障，目翳。

（5）配伍

①配合谷、临泣、睛明，治疗目生内障。

②配少泽，治疗妇人乳肿。

③配养老、肝俞、光明、太冲，治疗视物昏花。

（6）操作：向后刺或斜刺0.3～0.5寸；或用三棱针点刺出血。

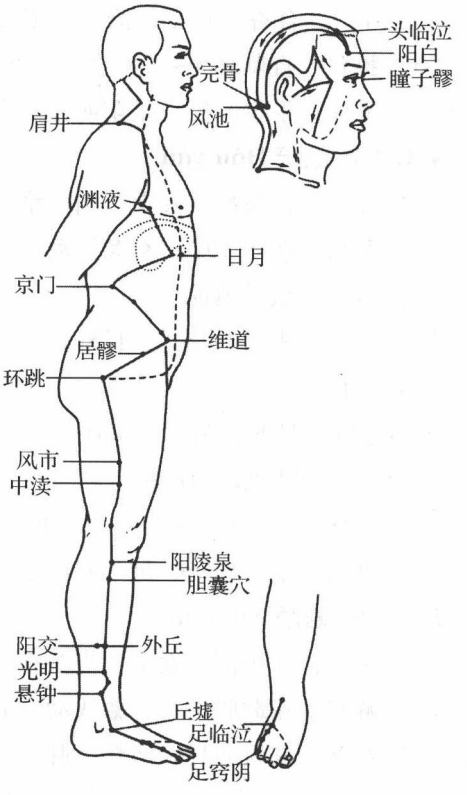


图3－11 足少阳胆经

2. GB 2 听会 Tīng huì

（1）定位：在面部，当耳屏间切迹的前方，下颌骨髁突的后缘，张口有凹陷。

（2）解剖：有颞浅动脉耳前支，深部为颈外动脉及面后静脉；布有耳大神经，皮下为面神经。

（3）功效：祛风邪，聪耳窍，利牙关。

（4）主治：耳鸣，耳聋，流脓，齿痛，下颌脱臼，口眼㖞斜，面痛，头痛。

（5）配伍

①配颊车、地仓，治疗中风口眼㖞斜。

②配迎香，治疗耳聋气痞。

③配耳门、听宫，治疗下颌关节炎。

（6）操作：直刺0.5寸；可灸。

3. GB 3 上关 Shàng guān

（1）定位：在耳前，下关直下，当颧弓的上缘凹陷处。

（2）解剖：在颞肌中；有颧眶动、静脉；布有面神经的颧眶支及三叉神经小分支。

（3）功效：祛风镇惊，聪耳利齿。

（4）主治：头痛，耳鸣，耳聋，聍耳，口眼㖞斜，面痛，齿痛，惊痫，瘛疭。

（5）配伍

①配肾俞、翳风、太溪、听会，治疗老年人肾虚耳鸣耳聋。

②配耳门、合谷、颊车，治疗下颌关节炎、牙关紧闭。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：手少阳经、足阳明经之会。

4. GB 4 颔厌 Hàn yàn

（1）定位：在头部鬓发上，当头维与曲鬓弧形连线的上1/4与下3/4交点处。

（2）解剖：在颞肌中；有颞浅动、静脉额支；布有耳颞神经颞支。

（3）功效：祛风镇惊。

（4）主治：头痛，眩晕，目外眦痛，齿痛，耳鸣，惊痫。

（5）配伍

①透悬颅、悬厘，治疗偏头痛。

②配外关、风池，治疗眩晕。

（6）操作：直刺0.3～0.4寸；可灸。

（7）附注：手少阳经、足阳明经之会。

5. GB 5 悬颅 Xuán lú

（1）定位：在头部鬓发上，当头维与曲鬓弧形连线的中点处。

（2）解剖：在颞肌中；有颞浅动、静脉额支；布有耳颞神经颞支。

（3）功效：祛风明目，清热消肿。

（4）主治：偏头痛，面肿，目外眦痛，齿痛。

（5）配伍

①配颔厌，治疗偏头痛。

②配曲池、合谷，治疗热病头痛。

（6）操作：向后平刺0.5～0.8寸；可灸。

6. GB 6 悬厘 Xuán lí

（1）定位：在头部鬓发上，当头维与曲鬓弧形连线的上3/4与下1/4交点处。

（2）解剖：在颞肌中；有颞浅动、静脉额支；布有耳颞神经颞支。

（3）功效：祛风镇惊。

（4）主治：偏头痛，面肿，目外眦痛，耳鸣，上齿痛。

（5）配伍

①配鸠尾，治疗热病偏头痛引目外眦。

②配束骨，治疗癫痫。

（6）操作：向后平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：手、足少阳经、阳明经之会。

7. GB 7 曲鬓 Qū bìn

（1）定位：在头部，当耳前鬓角发际后缘的垂线与耳尖水平线交点处。

（2）解剖：在颞肌中；有颞浅动、静脉额支；布有耳颞神经颞支。

（3）功效：祛头风，利口颊。

（4）主治：偏头痛，颔颊肿，牙关紧闭，呕吐，齿痛，目赤肿痛，项强不得顾。

（5）配伍

①配风池、太冲，治疗目赤肿痛。

②配下关、合谷、太冲，治疗头痛、口噤不开。

（6）操作：向后平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足太阳经、少阳经之会。

8. GB 8 率谷 Shuài gǔ

（1）定位：在头部，当耳尖直上入发际1.5寸，角孙直上方。

（2）解剖：在颞肌中；有颞动、静脉顶支；布有耳颞神经和枕大神经会合支。

（3）功效：疏经活络，熄风止痉。

（4）主治：头痛，眩晕，呕吐，小儿惊风。

（5）配伍

①配印堂、太冲、合谷，治疗小儿急慢惊风、眩晕、耳鸣。

②配合谷、足三里，治疗流行性腮腺炎。

（6）操作：平刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：足太阳经、少阳经之会。

9. GB 9 天冲 Tiān chōng

（1）定位：在头部，当耳根后缘直上入发际2寸，率谷后0.5寸。

（2）解剖：有耳后动、静脉；布有耳大神经支。

（3）功效：宁心安神，消肿止痛。

（4）主治：头痛，齿龈肿痛，癫痫，惊恐，瘿气。

（5）配伍：配目窗、风池，治疗头痛。

（6）操作：平刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：足太阳经、少阳经之会。

10. GB 10 浮白 Fú bái

（1）定位：在头部，当耳后乳突的后上方，天冲与完骨的弧形连线的中1/3与上1/3交点处。

（2）解剖：有耳后动、静脉分支；布有耳大神经之分支。

（3）功效：清热散结，凉血镇静。

（4）主治：头痛，颈项强痛，耳鸣，耳聋，齿痛，瘰疬，瘿气，臂痛不举，足痿不行。

（5）配伍

①配风池、行间，治疗偏头痛、目赤肿痛。

②配听会、中渚，治疗耳鸣、耳聋。

③配肾俞、太溪、耳门，治疗耳鸣、耳聋。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足太阳经、少阳经之会。

11. GB 11 头窍阴 Tóu qiào yīn

（1）定位：在头部，当耳后乳突的后上方，天冲与完骨的弧形连线的中1/3与下1/3交点处。

（2）解剖：有耳后动、静脉之支；布有枕大神经和枕小神经会合支。

（3）功效：祛风，清热，舒筋。

（4）主治：头痛，眩晕，颈项强痛，胸胁痛，口苦，耳鸣，耳聋，耳痛。

（5）配伍

①配强间，治疗头痛。

②配支沟、太冲、风池，治疗肝胆火盛之偏头痛或颠顶痛。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足太阳经、少阳经之会。

12. GB 12 完骨 Wán gǔ

（1）定位：在头部，当耳后乳突的后下方凹陷处。

（2）解剖：在胸锁乳突肌附着部上方，有耳后动、静脉之支；布有枕小神经本干。

（3）功效：祛风，清热，宁神。

（4）主治：头痛，颈项强痛，颊肿，喉痹，龋齿，口眼㖞斜，癫痫，疟疾。

（5）配伍

①配风池、大杼，治疗疟疾。

②配风池，治疗癫疾僵仆。

③配风池、合谷，治疗风热上犯喉痹、齿痛、痄腮、口歪。

（6）操作

①针向结喉，进针2～2.5寸采用小幅度高频率捻转补法，每穴施手法1分钟，治疗各种原因引起的吞咽困难。

②斜刺0.5～0.8寸，施捻转泻法，治疗神经性头痛、偏头痛等证。

（7）附注：足太阳经、少阳经之会。

13. GB 13 本神 Běn shén

（1）定位：在头部，当前发际上0.5寸，神庭旁开3寸，神庭与头维连线的内2/3与外1/3交点处。

（2）解剖：在额肌中；有颞浅动、静脉额支和额动、静脉外侧支；布有额神经外侧支。

（3）功效：平肝熄风，清脑醒神。

（4）主治：头痛，目眩，癫痫，小儿惊风，颈项强痛，胸胁痛，半身不遂。

（5）配伍

①配前顶、囟会、天柱，治疗小儿惊痫。

②配水沟、太阳、合谷、大椎、天柱、百会，治疗中风不省人事、小儿惊风。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足太阳经、阳维脉之会。

14. GB 14 阳白 Yáng bái

（1）定位：在前额部，当瞳孔直上，眉上1寸。

（2）解剖：在额肌中；有额动、静脉外侧支；布有额神经外侧支。

（3）功效：平肝潜阳，降压止痛。

（4）主治：头痛，目眩，目痛，外眦疼痛，雀目。

（5）配伍：配太阳、睛明、鱼腰，治疗目赤肿痛、视物昏花、上睑下垂。

（6）操作

①患者取端坐位或仰卧位，毫针沿皮分别向头维穴、上星穴、攒竹穴以及丝竹空穴4个方向透刺，即所谓“一穴多向透刺法”，用于治疗周围性面瘫。

②患者取端坐位或仰卧位，绷紧穴位皮肤，用三棱针点刺出血，然后闪火拔罐法加压，使出血达1～2ml。用于治疗眶上神经痛急性发作。

（7）附注：足太阳经、阳维脉之会。

15. GB 15 头临泣 Tóu lín qì

（1）定位：在头部，当瞳孔直上入前发际0.5寸，神庭与头维连线的中点处。

（2）解剖：在额肌中；有额动、静脉；布有额神经内、外支会合支。

（3）功效：安神醒神。

（4）主治：头痛，目眩，目赤痛，流泪，目翳，鼻塞，鼻渊，耳聋，小儿惊痫，

热病。

（5）配伍

①配阳谷、腕骨、申脉，治疗风眩。

②配肝俞，治疗白翳。

③配大椎、腰奇、水沟、十宣，治疗中风昏迷癫痫。

④配大椎、间使、胆俞、肝俞，治疗疟疾。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足太阳经、少阳经、阳维脉之会。

16. GB 16 目窗 Mù chuāng

（1）定位：在头部，当前发际上1.5寸，头正中线旁开2.25寸。

（2）解剖：在帽状腱膜中；有颞浅动、静脉额支；布有额神经内、外侧支会合支。

（3）功效：明目利窍，祛风泻火。

（4）主治：头痛，目眩，目赤肿痛，远视，近视，面浮肿，上齿龋肿，小儿惊痫。

（5）配伍

①配关冲、风池，治疗头疼。

②配陷谷，治疗面目浮肿。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、阳维脉之会。

17. GB 17 正营 Zhèng yíng

（1）定位：在头部，当前发际上2.5寸，头正中线旁开2.25寸。

（2）解剖：在帽状腱膜中；有颞浅动、静脉顶支和枕动、静脉吻合网；布有额神经和枕大神经的会合支。

（3）功效：祛风，利口齿。

（4）主治：头痛，头晕，目眩，唇吻强急，齿痛。

（5）配伍：配阳白、太冲、风池，治疗头痛、眩晕、目赤肿痛。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、阳维脉之会。

18. GB 18 承灵 Chéng líng

（1）定位：在头部，当前发际上4寸，头正中线旁开2.25寸。

（2）解剖：在帽状腱膜中；有枕动、静脉分支；布有枕大神经之支。

（3）功效：祛风通窍。

（4）主治：头晕，眩晕，目痛，鼻渊，鼻衄，鼻窒，多涕。

（5）配伍：配风池、风门、后溪，治疗鼻衄。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、阳维脉之会。

19. GB 19 脑空 Nǎo kōng

（1）定位：在头部，当枕外隆凸的上缘外侧，头正中线旁开2.25寸，平脑户。

（2）解剖：在枕肌中；有枕动、静脉分支；布有枕大神经之支。

（3）功效：祛头风，通鼻窍。

（4）主治：头痛，颈项强痛，目眩，目赤肿痛，鼻痛，耳聋，癫痫，惊悸，热病。

（5）配伍

①配大椎、照海、申脉，治疗癫狂痫证。

②配风池、印堂、太冲，治疗头痛、目眩。

③. 配悬钟、后溪，治疗颈项强痛。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、阳维脉之会。

20. GB 20 风池 Fēng chí

（1）定位：在项部，当枕骨之下，与风府相平，胸锁乳突肌与斜方肌上端之间的凹陷处。

（2）解剖：在胸锁乳突肌与斜方肌上端附着部之间的凹陷中，深层为头夹肌；有枕动、静脉分支；布有枕小神经之支。

（3）功效：祛风，解表，清头目，利五官七窍。

（4）主治：头痛，眩晕，颈项强痛，目赤痛，目泪出，鼻渊，鼻衄，耳聋，气闭，中风，口眼㖞斜，疟疾，热病，感冒，瘿气。

（5）配伍

①配合谷、丝竹空，治疗偏正头痛。

②配脑户、玉枕、风府、上星，治疗目痛不能视。

③配百会、太冲、水沟、足三里、十宣，治疗中风。

（6）操作

①针尖微下，向鼻尖方向斜刺0.5～0.8寸，或平刺透风府穴；可灸。

②针向喉结，进针2～2.5寸采用小幅度高频率捻转补法，每穴施手法1分钟，治疗各种原因引起的吞咽困难。

（7）附注：足少阳经、阳维脉之会。

21. GB 21 肩井 Jiān jǐng

（1）定位：在肩上，前直乳中，当大椎与肩峰端连线的中点上。

（2）解剖：有斜方肌，深层为肩胛提肌与冈上肌；有颈横动、静脉分支；布有腋神经分支，深层上方为桡神经。

（3）功效：利肩臂，平气逆，下乳，催产。

（4）主治：肩背痹痛，手臂不举，颈项强痛，乳痈，中风，瘰疬，难产，诸虚百损。

（5）配伍：配足三里、阳陵泉，治疗脚气酸痛。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸，深部正当肺尖，慎不可深刺；可灸。

（7）附注：足少阳经、阳维脉之会。

22. GB 22 渊腋 Yuān yè

（1）定位：在侧胸部，举臂，当腋中线上，腋下3寸，第4肋间隙中。

（2）解剖：有前锯肌和肋间内、外肌；有胸腹壁静脉，胸外侧动、静脉及第4肋间动、静脉；布有第4肋间神经外侧皮支，胸长神经之支。

（3）功效：利胸胁。

（4）主治：胸满，肋痛，腋下肿，臂痛不举。

（5）配伍

①配大包、支沟，治疗胸肋痛、肋间神经痛。

②配条口透承山、天宗、膻俞，治疗肩关节周围炎。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸。

23. GB 23 辄筋 Zhé jīn

（1）定位：在侧胸部，渊腋前1寸，平乳头，第4肋间隙中。

（2）解剖：在胸大肌外缘，有前锯肌，肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉；布有第4肋间神经外侧皮支。

（3）功效：降气利胆，活络止痛。

（4）主治：胸肋痛，喘息，呕吐，吞酸，腋肿，肩臂痛。

（5）配伍

①配肺俞、定喘，治疗胸闷喘息不得卧。

②配阳陵泉、支沟，治疗胸胁痛。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸；可灸。

24. GB 24 日月 Rì yuè

（1）定位：在上腹部，当乳头直下，第7肋间隙，前正中线旁开4寸。

（2）解剖：有肋间内、外肌，肋下缘有腹外斜肌腱膜，腹内斜肌，腹横肌；有肋间动、静脉；布有第7或第8肋间神经。

（3）功效：降逆利胆。

（4）主治：胁肋疼痛，胀满，呕吐，吞酸，呃逆，黄疸。

（5）配伍

①配胆俞，治疗胆虚诸症。

②配内关、中脘，治疗呕吐、纳呆。

③配期门、阳陵泉，治疗胆石症。

④配支沟、丘墟，治疗胁胀痛。

⑤配胆俞、腕骨，治疗黄疸。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：足太阴经、少阳经之会。胆经募穴。

25. GB 25 京门 Jīng mén

（1）定位：在侧腰部，章门后 1.8 寸，当 12 肋骨游离端的下方。

（2）解剖：有腹内、外斜肌及腹横肌；有第 11 肋间动、静脉；布有第 11 肋间神经。

（3）功效：健腰，利水，消胀。

（4）主治：肠鸣，泄泻，腹胀，腰胁痛。

（5）配伍

①配行间，治疗腰痛不可久立仰俯。

②配身柱、筋缩、命门，治疗脊强脊痛。

（6）操作：斜刺 0.5～0.8 寸；可灸。

（7）附注：肾经募穴。

26. GB 26 带脉 Dài mài

（1）定位：在侧腹部，章门下 1.8 寸，当第 12 肋骨游离端下方垂线与脐水平线的交点上。

（2）解剖：有腹内、外斜肌及腹横肌；有第 12 肋间动、静脉；布有第十二肋间神经。

（3）功效：调带脉，利腰腹。

（4）主治：月经不调，赤白带下，疝气，腰胁痛。

（5）配伍

①配关元、气海、三阴交、白环俞、间使，治疗赤白带下。

②配关元、足三里、肾俞、京门、次髎，治疗肾气虚带下。

③配中极、次髎、行间、三阴交，治疗湿热下注之带下。

（6）操作：直刺 0.5～0.8 寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、带脉二经之会。

27. GB 27 五枢 Wǔ shū

（1）定位：在侧腹部，当髂前上棘的前方，横平脐下 3 寸处。

（2）解剖：有腹内、外斜肌及腹横肌；有旋髂浅、深动、静脉；布有髂腹下神经。

（3）功效：调带脉，理下焦。

（4）主治：阴挺，赤白带下，月经不调，疝气，少腹痛，便秘，腰胯痛。

（5）配伍：五枢透维道、气海俞、阳陵泉，对子宫全切术进行针麻。

（6）操作：直刺 0.8～1.5 寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、带脉二经之会。

28. GB 28 维道 Wéi dào

（1）定位：在侧腹部，当髂前上棘的前下方，五枢前下 0.5 寸。

（2）解剖：在髂前上棘前内方，有腹内、外斜肌及腹横肌；有旋髂浅、深动、静脉；布有髂腹股沟神经。

（3）功效：调带脉，理下焦。

（4）主治：腰胯痛，少腹痛，阴挺，疝气，带下，月经不调，水肿。

（5）配伍

①配百会、气海、足三里、三阴交，治疗气虚下陷之阴挺或带下症。

②配五枢、带脉、中极、太冲、三阴交，治疗卵巢囊肿、闭经。

③配横骨、冲门、气冲、大敦，治疗疝气。

（6）操作：向前下方斜刺0.8～1.5寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、带脉之会。

29. GB 29 居髎 Jū liáo

（1）定位：在髋部，当髂前上棘与股骨大转子最凸点连线的中点处。

（2）解剖：有臀中肌，臀小肌；有臀上动、静脉下支；布有臀上皮神经及臀上神经。

（3）功效：利腰髋，祛风湿。

（4）主治：腰腿痹痛，瘫痪，足痿，疝气。

（5）配伍

①配环跳、委中，治疗腿风湿痛。

②配腰夹脊穴$L_{1\sim2}$、$L_{3\sim5}$、环跳、风市、阳陵泉、条口、悬钟，治中风下肢瘫痪、根性坐骨神经痛、腓总神经麻痹。

（6）操作：直刺或斜刺1.5～2寸；可灸。

（7）附注：阳跷脉、足少阳经之会。

30. GB 30 环跳 Huán tiào

（1）定位：在股外侧部，侧卧屈股，当股骨大转子最凸点与骶管裂孔连线的外1/3与中1/3交点处。

（2）解剖：在臀大肌、梨状肌下缘；内侧为臀下动、静脉；布有臀下皮神经，臀下神经，深部正当坐骨神经。

（3）功效：利腰腿，祛风湿。

（4）主治：腰胯疼痛，半身不遂，下肢痿痹，遍身风疹，闪挫腰疼，膝踝肿痛不能转侧。

（5）配伍

①配风市，治疗风痹。

②配太白、足三里、阳陵泉、丰隆、飞扬，治疗下肢水潴留、静脉炎。

③配风市、膝阳关、阳陵泉、丘墟，治疗干型坐骨神经痛。

④配居髎、风市、中渎，治疗股外侧皮神经炎。

⑤配髀关、伏兔、风市、犊鼻、足三里、阳陵泉、太冲、太溪，治疗小儿麻痹，肌萎缩，中风半身不遂。

（6）操作：直刺2～2.5寸；可灸。

（7）附注：足少阳经、太阳经二脉之会。

31. GB 31 风市 Fēng shì

（1）定位：在大腿外侧部的中线上，当腘横纹上7寸。或直立垂手时，中指尖处。

（2）解剖：在阔筋膜下，股外侧肌中；有旋股外侧动、静脉肌支；布有股外侧皮神经，股神经肌支。

（3）功效：祛风湿，利腿足。

（4）主治：中风半身不遂，下肢痿痹、麻木，遍身瘙痒，脚气。

（5）配伍：配风池、大杼、大椎、命门、关元、腰阳关、十七椎，治疗类风湿性关节炎。

（6）操作：直刺1～1.5寸；可灸。

32. GB 32 中渎 Zhōng dú

（1）定位：在大腿外侧，当风市下2寸，或腘横纹上5寸，股外肌与股二头肌之间。

（2）解剖：在阔筋膜下，股外侧肌中；有旋股外侧动、静脉肌支；布有股外侧皮神经，股神经肌支。

（3）功效：祛风湿，利腿足。

（4）主治：下肢痿痹、麻木，半身不遂。

（5）配伍：配环跳、风市、膝阳关、阳陵泉、足三里，治疗中风后遗症、下肢瘫痪及小儿麻痹症。

（6）操作：直刺1～1.5寸；可灸。

33. GB 33 膝阳关 Xī yáng guān

（1）定位：在膝外侧，当股骨外上髁上方的凹陷处。

（2）解剖：在髂胫束后方，股二头肌腱前方；有膝上外侧动、静脉；布有股外侧皮神经末支。

（3）功效：利膝，舒筋，降逆。

（4）主治：膝髌肿痛，腘筋挛急，小腿麻木。

（5）配伍

①配环跳、承筋，治疗胫痹不仁。

②配血海、膝关、犊鼻、丰隆、曲池、合谷，治疗膝关节炎。

（6）操作：直刺0.8～1寸。

34. GB 34 阳陵泉 Yáng líng quán

（1）定位：在小腿外侧，当腓骨小头前下方凹陷处。

（2）解剖：在腓骨长、短肌中；有膝下外侧动、静脉；当腓总神经分为腓浅神经及腓深神经处。

（3）功效：疏肝利胆，清利湿热，舒筋健膝。

（4）主治：半身不遂，下肢痿痹、麻木，膝肿痛，脚气，胁肋痛，口苦，呕吐，黄

疸，小儿惊风，破伤风。

（5）配伍

①配曲池，治疗半身不遂。

②配日月、期门、胆俞、至阳，治疗黄疸、胆囊炎、胆结石。

③配足三里、上廉，治疗胸胁痛。

（6）操作：直刺或斜向下刺1～1.5寸；可灸。

35. GB 35 阳交 Yáng jiāo

（1）定位：在小腿外侧，当外踝尖上7寸，腓骨后缘。

（2）解剖：在腓骨长肌附着部；布有腓肠外侧皮神经。

（3）主治：胸胁胀满疼痛，面肿，惊狂，癫疾，瘛疭，膝股痛，下肢痿痹。

（4）功效：利腿足，镇惊，清热。

（5）配伍

①配支沟、相应节段夹脊穴，治疗带状疱疹之神经痛。

②配阳辅、绝骨、行间、昆仑、丘墟，治疗两足麻木。

③配环跳、秩边、风市、伏兔、昆仑，治疗风湿性腰腿痛、腰扭伤、坐骨神经痛、中风半身不遂之下肢瘫痪、小儿麻痹症。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：阳维脉郄穴。

36. GB 36 外丘 Wài qiū

（1）定位：在小腿外侧，当外踝尖上7寸，腓骨前缘，平阳交。

（2）解剖：在腓骨长肌和趾总伸肌之间，深层为腓骨短肌；有胫前动、静脉肌支；布有腓浅神经。

（3）功效：利腿足，镇惊，清热。

（4）主治：颈项强痛，胸胁痛，疯犬伤毒不出，下肢痿痹，癫疾，小儿龟胸。

（5）配伍

①配腰奇、间使、丰隆、百会，治疗癫痫。

②配环跳、伏兔、阳陵泉、阳交，治疗下肢痿、痹、瘫。

③配陵后、足三里、条口、阳陵泉，治疗腓总神经麻痹。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：胆经郄穴。

37. GB 37 光明 Guāng míng

（1）定位：在小腿外侧，当外踝尖上5寸，腓骨前缘。

（2）解剖：在趾长伸肌和腓骨短肌之间；有胫前动、静脉分支；布有腓浅神经。

（3）功效：通络，明目。

（4）主治：目痛，夜盲，乳胀痛，膝痛，下肢痿痹，颊肿。

（5）配伍：配肝俞、肾俞、风池、目窗、睛明、行间，治疗青光眼和早期白内障。

（6）操作：直刺0.5～0.8；可灸。

（7）附注：胆经络穴。

38. GB 38 阳辅 Yáng fǔ

（1）定位：在小腿外侧，当外踝尖上4寸，腓骨前缘稍前方。

（2）解剖：在趾长伸肌和腓骨短肌之间；有胫前动、静脉分支；布有腓浅神经。

（3）功效：祛风湿，利筋骨，泻胆火。

（4）主治：偏头痛，目外眦痛，缺盆中痛，腋下痛，瘰疬，胸、胁、下肢外侧痛，疟疾，半身不遂。

（5）配伍：配陵后、飞扬、金门，治疗下肢痿痹瘫之足内翻畸形。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸。

（7）附注：胆经经穴。

39. GB 39 悬钟 Xuán zhōng

（1）定位：在小腿外侧，当外踝尖上3寸，腓骨前缘。

（2）解剖：在腓骨短肌与趾长伸肌分歧处；有胫前动、静脉分支；布有腓浅神经。

（3）功效：泻胆火，清髓热，舒筋脉。

（4）主治：半身不遂，颈项强痛，胸腹胀满，胁肋疼痛，膝腿痛，脚气，腋下肿。

（5）配伍

①配内庭，治疗心腹胀满。

②配昆仑、合谷、肩髃、曲池、足三里，治疗中风、半身不遂。

③配后溪、列缺，治疗项强、落枕。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：八会穴之一，髓会。

40. GB 40 丘墟 Qiū xū

（1）定位：在外踝的前下方，当趾长伸肌腱的外侧凹陷处。

（2）解剖：在趾短伸肌起点；有外踝前动、静脉分支；布有足背中间皮神经分支及腓浅神经分支。

（3）功效：舒筋，利胸胁，明目，清热。

（4）主治：颈项痛，腋下肿，胸胁痛，下肢痿痹，外踝肿痛，疟疾，疝气，目赤肿痛，目生翳膜，中风偏瘫。

（5）配伍

①配昆仑、绝骨，治疗踝跟足痛。

②配中渎，治疗胁痛。

③配大敦、阴市、照海，治疗卒疝。

④配日月、期门、肝俞、胆俞、阳陵泉、腕骨，治疗黄疸、胆道疾患。

（6）操作

①患者取仰卧位或端坐位，暴露足踝部，毫针直刺0.5～0.8寸，穴区局部酸胀感，施捻转或提插泻法，用于治疗踝关节扭伤，踝关节周围组织炎症、疼痛等局部病变。

②患者取仰卧位或端坐位，暴露足踝部，毫针针尖向照海穴方向进针，针深约2.5寸以上，若能透至照海穴，于照海穴皮肤下摸到针尖则效果最佳。施捻转泻法，患者觉针感向小腿或足心放射，用于治疗中风后足内翻。

（7）附注：胆经原穴。

41. GB 41 足临泣 Zú lín qì

（1）定位：在足背外侧，当足4趾本节（第4趾关节）的后方，小趾伸肌腱的外侧凹陷处。

（2）解剖：有足背静脉网，第4趾背侧动、静脉；布有足背中间皮神经。

（3）功效：清头目，利胸胁，祛风，泻火。

（4）主治：头痛，目外眦痛，目眩，乳痈，瘰疬，胁肋痛，疟疾，中风偏瘫，痹痛不仁，足跗肿痛。

（5）配伍

①配三阴交，治疗痹证。

②配三阴交、中极，治疗月事不利。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：胆经输穴；八脉交会穴之一，通带脉。

42. GB 42 地五会 Dì wǔ huì

（1）定位：在足背外侧，当足4趾本节（第4趾关节）的后方，第4、5趾骨之间，小趾伸肌腱的内侧缘。

（2）解剖：有足背静脉网，第4跖背侧动、静脉；布有足背中间皮神经。

（3）功效：利胸胁，消乳肿。

（4）主治：头痛，目赤痛，耳鸣，耳聋，胸满，胁痛，腋肿，乳痈，跗肿。

（5）配伍：配耳门、足三里，治疗耳鸣、腰痛。

（6）操作：直刺或斜刺0.5～0.8寸。

43. GB 43 侠溪 Xiá xī

（1）定位：在足背外侧，当第4、5趾间，趾蹼缘后方赤白肉际处。

（2）解剖：有趾背侧动、静脉；布有足背中间皮神经之趾背侧神经。

（3）功效：清头目，利胸胁。

（4）主治：头痛，眩晕，惊悸，耳鸣，耳聋，目外眦赤痛，颊肿，胸胁痛，膝股痛，足跗肿痛，疟疾。

（5）配伍：配太阳、太冲、阳白、风池、头临泣，治疗眩晕、偏头痛、耳鸣耳聋、目外眦痛。

（6）操作：直刺或斜刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：胆经荥穴。

44. GB 44 足窍阴 Zú qiào yīn

（1）定位：在第4趾末节外侧，距趾甲角0.1寸。

（2）解剖：有趾背侧动、静脉和跖趾动脉形成的动脉网；布有趾背侧神经。

（3）功效：清热，利胁，通窍。

（4）主治：偏头痛，目眩，目赤肿痛，耳聋，耳鸣，喉痹，胸胁痛，足跗肿痛，多梦，热病。

（5）配伍

①配太冲、太溪、内关、太阳、风池、百会，治疗神经性头痛、高血压病、肋间神经痛、胸膜炎、急性传染性结膜炎、神经性耳聋等。

②配阳陵泉、期门、支沟、太冲，治疗胆道疾患。

③配水沟、太冲、中冲、百会、风池，急救中风昏迷。

（6）操作：直刺0.1～0.2寸；可灸。

（7）附注：胆经井穴。

十二、足厥阴肝经

本经一侧14穴（左右两侧共28穴），其中12穴分布于下肢内侧，其余2穴配列于腹部及胸部。首穴大敦，末穴期门。主治泌尿生殖系统病证、神经系统病证、肝胆病证、眼病及本经脉所经过部位之病证。

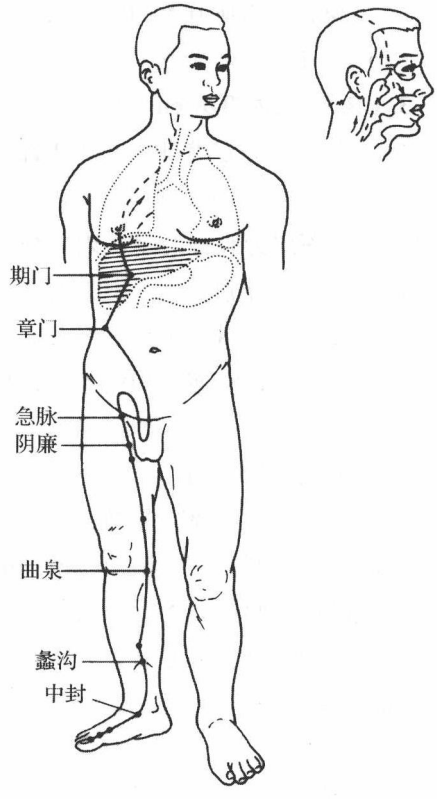


图3－12 足厥阴肝经

1. LR 1 大敦 Dà dūn

（1）定位：在足大指末节外侧，距趾甲角0.1寸。

（2）解剖：有足趾背动、静脉；布有腓神经的趾背神经。

（3）功效：调理肝气，镇静宁神。

（4）主治：疝气，阴缩，阴中痛，月经不调，血崩，尿血，癃闭，遗尿，淋疾，癫狂，痫证，少腹痛。

（5）配伍

①配内关、水沟，治疗癫、狂、痫和中风昏仆。

②配膻中、天突、间使，治疗梅核气。

（6）操作：斜刺0.1～0.2寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

（7）附注：肝经井穴。

2. LR 2 行间 Xíng jiān

（1）定位：在足背侧，当第1、2趾间，趾蹼缘的后方赤白肉际处。

（2）解剖：有足背静脉网；第1趾背侧动、静脉；腓神经的跖背侧神经分为趾背神经的分歧处。

（3）功效：平肝熄风，宁心安神。

（4）主治：月经过多，闭经，痛经，白带，阴中痛，遗尿，淋疾，疝气，胸胁满痛，呃逆，咳嗽，洞泻，头痛，眩晕，目赤痛，青盲，中风，癫痫，瘛疭，失眠，口喁，膝肿，下肢内侧痛，足跗肿痛。

（5）配伍

①配睛明，治疗青光眼、降眼压。

②配太冲、合谷、风池、百会，治疗肝火上炎、头痛、眩晕、衄血。

③配中脘、肝俞、胃俞，治疗肝气犯胃之胃痛。

④配中府、孔最，治疗肝火犯肺干咳或咯血。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：肝经荥穴。

3. LR 3 太冲 Tài chōng

（1）定位：在足背侧，当第1跖骨间隙的后方凹陷处。

（2）解剖：在跗长伸肌腱外缘；有足背静脉网，第1跖背侧动脉；布有腓深神经的跖背侧神经，深层为胫神经足底内侧神经。

（3）功效：平肝熄风，健脾化湿。

（4）主治：头痛，眩晕，疝气，月经不调，癃闭，遗尿，小儿惊风，癫狂，痫证，胁痛，腹胀，黄疸，呕逆，咽痛嗌干，目赤肿痛，膝股内侧痛，足跗肿，下肢痿痹。

（5）配伍

①配大敦，治七疝。

②泻太冲、补太溪、复溜，治疗肝阳上亢之眩晕。

③配合谷为开四关，治疗四肢抽搐。

④配肝俞、膈俞、太溪、血海，治疗贫血、羸瘦。

⑤配间使、鸠尾、心俞、肝俞，治疗癫、狂、痫。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：肝经输穴、原穴。

4. LR 4 中封 Zhōng fēng

（1）定位：在足背侧，当足内踝前，商丘与解溪连线之间，胫骨前肌腱的内侧凹陷处。

（2）解剖：在胫骨前肌腱的内侧；有足背静脉网；布有足背侧皮神经的分支及隐神经。

（3）功效：疏肝健脾，理气消疝。

（4）主治：疝气，阴茎痛，遗精，小便不利，黄疸，胸腹胀满，腰痛，足冷，内踝肿痛。

（5）配伍

①配胆俞、阳陵泉、太冲、内庭泻热疏肝，治疗黄疸、疟疾。

②配足三里、阴廉，治疗阴缩入腹、阴茎痛、遗精、淋证、小便不利。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：肝经经穴。

5. LR 5 蠡沟 Lí gōu

（1）定位：在小腿内侧，当足内踝尖上5寸，胫骨内侧面的中央。

（2）解剖：在胫骨内侧面下1/3处；其内后侧有大隐静脉；布有隐神经的前支。

（3）功效：益肝调经，清热消肿。

（4）主治：月经不调，赤白带下，阴挺，阴痒，疝气，小便不利，睾丸肿痛，小腹痛，腰背拘急不可俯仰，胫部酸痛。

（5）配伍

①配百虫窝、阴陵泉、三阴交，治疗滴虫性阴道炎。

②配中都、地机、中极、三阴交，治疗月经不调、带下症、睾丸炎。

③配大敦、气冲，治疗睾肿、卒疝、赤白带下。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：肝经络穴。

6. LR 6 中都 Zhōng dū

（1）定位：在小腿内侧，当足内踝尖上7寸，胫骨内侧面的中央。

（2）解剖：在胫骨内侧面中央；其内后侧有大隐静脉；布有隐神经的中支。

（3）功效：益肝藏血，行气止痛。

（4）主治：胁痛，腹胀，泄泻，疝气，小腹痛，崩漏，恶露不尽。

（5）配伍

①配血海、三阴交，治疗月经过多和崩漏、产后恶露不绝。

②配合谷、次髎、三阴交，治疗痛经；配脾俞、阴陵泉，治疗白带症。

③配足三里、梁丘，治疗肝木乘土之腹胀、泄泻。

④配太冲，治疗疝气。

⑤配三阴交、阴陵泉、膝阳关、膝关、伏兔、箕门，治疗下肢痿痹瘫痛。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：肝经郄穴。

7. LR 7 膝关 Xī guān

（1）定位：在小腿内侧，当胫骨内髁的后下方，阴陵泉后 1 寸，腓肠肌内侧头的上部。

（2）解剖：在胫骨内侧后下方，腓肠肌内侧头的上部；深部有胫后动脉；布有腓肠内侧皮神经，深层为胫神经。

（3）功效：温经化湿，祛风消肿。

（4）主治：膝髌肿痛，寒湿走注，历节风痛，下肢痿痹。

（5）配伍

①配足三里、血海、阴市、阳陵泉、髀关、伏兔、丰隆，治疗中风下肢不遂、小儿麻痹等。

②配膝眼、委中、足三里，治疗两膝红肿疼痛。

（6）操作：直刺 0.5～0.8 寸；可灸。

8. LR 8 曲泉 Qū quán

（1）定位：在膝内侧，屈膝，当膝关节内侧端，股骨内侧髁的后缘，半腱肌、半膜肌止端的前缘凹陷处。

（2）解剖：在胫骨内髁后缘，半膜肌、半腱肌止点前上方；有大隐静脉，膝最上动脉；布有隐神经、闭孔神经，深向腘窝可及胫神经。

（3）功效：疏肝解郁，通调前阴。

（4）主治：月经不调，痛经，白带，阴挺，阴痒，产后腹痛，遗精，阳痿，疝气，小便不利，头痛，目眩，癫狂，膝髌肿痛，下肢痿痹。

（5）配伍

①配丘墟、阳陵泉，治疗胆道疾患。

②配肝俞、肾俞、章门、商丘、太冲，治疗肝炎。

③配复溜、肾俞、肝俞，治疗肝肾阴虚之眩晕、翳障眼病。

④配支沟、阳陵泉，治疗心腹疼痛、乳房胀痛、疝痛。

⑤配归来、三阴交，治疗肝郁气滞之痛经、月经不调。

（6）操作：直刺 1～1.5 寸；可灸。

（7）附注：肝经合穴。

9. LR 9 阴包 Yīn bāo

（1）定位：在大腿内侧，当股骨上髁上 4 寸，股内肌与缝匠肌之间。

（2）解剖：在股内肌与缝匠肌之间，内收长肌中点，深层为内收短肌；有股动、静脉，旋股内侧动脉浅支；布有股前皮神经，闭孔神经浅、深支。

（3）功效：通调前阴，益肾健腰。

（4）主治：月经不调，遗尿，小便不利，腰骶痛引小腹。

（5）配伍

①配交信，治疗月经不调。

②配关元、肾俞，治疗气虚不固之遗尿。

③配箕门、足五里、血海，治疗膝股内侧疼痛，小儿麻痹的肌萎缩。

（6）操作：直刺0.8～1寸；可灸。

10. LR 10 足五里 Zú wǔ Lǐ

（1）定位：在大腿内侧，当气冲直下3寸，大腿根部，耻骨结节的下方，长收肌的外缘。

（2）解剖：有内收长肌，内收短肌；有股内侧动脉浅支；布有闭孔神经浅支和深支。

（3）功效：清肝健脾，通调前阴。

（4）主治：少腹胀痛，小便不通，阴挺，睾丸肿痛，嗜卧，四肢倦怠，颈疬。

（5）配伍：配三阳络、天井、厉兑、三间，治疗嗜卧欲动摇。

（6）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

11. LR 11 阴廉 Yīn lián

（1）定位：在大腿内侧，当气冲直下2寸，大腿根部，耻骨结节的下方，长收肌的外缘。

（2）解剖：有内收长肌和内收短肌；有旋股内侧动、静脉的分支；布有股神经的内侧皮支，深层为闭孔神经的浅支和深支。

（3）功效：调经种子，舒筋活络。

（4）主治：月经不调，赤白带下，少腹疼痛，股内侧痛，下肢挛急。

（5）配伍

①配曲骨、次髎、三阴交，治疗湿热下注之月经不调、白带多、阴门瘙痒、股癣等。

②配肾俞、大赫、命门、太溪，治疗妇人不孕、男子不育症。

③配委中、次髎、膀胱俞，治疗膀胱炎、膀胱结石。

（6）操作：直刺0.8～1寸；可灸。

12. LR 12 急脉 Jí mài

（1）定位：在耻骨结节的外侧，当气冲外下腹股沟股动脉搏动处，前正中线旁开2.5寸。

（2）解剖：有阴部外动、静脉分支及腹壁下动、静脉的耻骨支，外方有股静脉；布有髂腹股沟神经，深层为闭孔神经的分支。

（3）功效：调肝止痛，理气导疝。

（4）主治：疝气，阴挺，阴茎痛，少腹痛，股内侧痛。

（5）配伍

①配大敦，治疗疝气、阴挺、阴茎痛、阳痿。

②配阴包、箕门、曲泉、足五里，治疗下肢痿瘫、小儿麻痹。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

13. LR 13 章门 Zhāng mén

（1）定位：在侧腹部，当第11肋游离端的下方。

（2）解剖：有腹内、外斜肌及腹横肌；有肋间动脉末支；布有第10、11肋间神经；右侧当肝脏下缘，左侧当脾脏下缘。

（3）功效：健脾消胀，和胃利胆。

（4）主治：腹痛，腹胀，肠鸣，泄泻，呕吐，神疲肢倦，胸胁痛，黄疸，痞块，小儿疳积，腰脊痛。

（5）配伍

①配足三里，治疗荨麻疹、组胺过敏症。

②配天枢、脾俞、中脘、足三里，治疗肝脾不和之腹胀、痞块、胁痛、泄泻、消瘦。

③配肾俞、肝俞、水道、京门、阴陵泉、三阴交、阳谷、气海，治疗肝硬化腹水、肾炎。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：脾经募穴，八会穴之脏会。

14. LR 14 期门 Qī mén

（1）定位：在胸部，当乳头直下，第6肋间隙，前正中线旁开4寸。

（2）解剖：有腹直肌，肋间肌；有肋间动、静脉；布有第6、7肋间神经。

（3）功效：疏肝健脾，和胃降逆。

（4）主治：胸胁胀满疼痛，呕吐，呃逆，吞酸，腹胀，泄泻，饥不欲食，胸中热，咳喘，奔豚，疟疾，伤寒热入血室。

（5）配伍

①配大敦，治疗疝气。

②配肝俞、公孙、中脘、太冲、内关，治疗肝胆疾患、胆囊炎、胆结石及肝气郁结之胁痛、食少、乳少、胃痛、呕吐、呃逆、食不化、泄泻等。

（6）操作：斜刺0.5～0.8寸；可灸。

（7）附注：肝经募穴。

第二节 奇经八脉腧穴

一、督脉

本经穴，1名1穴，计28穴，分布于头、面、项、背、腰、骶部之后正中线上。主治神经系统、呼吸系统、消化系统、泌尿生殖系统、运动系统病证，以及热性病证和本经所过部位之病证。

1. DU 1 长强 Cháng qiáng

（1）定位：在尾骨端下，当尾骨端与肛门连线的中点处。

（2）解剖：在肛尾膈中；有肛门动、静脉分支，棘间静脉丛之延续部；布有尾神经及肛门神经。

（3）功效：宁神镇静，通便消痔。

（4）主治：泄泻，痢疾，便秘，便血，痔疾，癫狂，脊强反折，癃淋，阴部湿痒，腰脊、尾骶部疼痛。

（5）配伍

①配二白、阴陵泉、上巨虚、三阴交，治疗痔疮（湿热下注型）。

②配精宫、二白、百会（灸），治疗脱肛、痔疮。

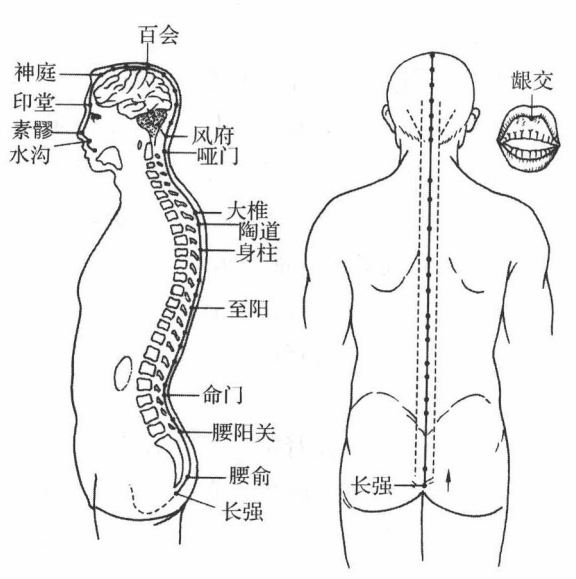


图 3－13 督脉

（6）操作：斜刺，针尖向上与骶骨平行刺入 0.5～1 寸，不得刺穿直肠，以防感染；不灸。

2. DU 2 腰俞 Yāo shū

（1）定位：在骶部，当后正中线上，适对骶管裂孔。

（2）解剖：在骶后韧带、腰背筋膜中；有骶中动、静脉后支，棘间静脉丛；布有尾神经分支。

（3）功效：调经清热，散寒除湿。

（4）主治：腰脊强痛，腹泻，便秘，痔疾，脱肛，便血，癫痫，淋浊，月经不调，下肢痿痹。

（5）配伍

①配膀胱俞（灸）、长强、气冲、上髎、下髎、居髎，治疗腰脊冷痛。

②配太冲，治疗脊强反折、抽搐。

（6）操作：向上斜刺 0.5～1 寸；可灸。

3. DU 3 腰阳关 Yāo yáng guān

（1）定位：在腰部，当后正中线上，第 4 腰椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有腰动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有腰神经后支的内侧支。

（3）功效：祛寒除湿，舒筋活络。

（4）主治：腰骶疼痛，下肢痿痹，月经不调，赤白带下，遗精，阳痿，便血。

（5）配伍

①补腰阳关、肾俞、次髎、泻委中，治疗腰脊痛、四肢厥冷、小便频数。

②配腰夹脊、秩边、承山、飞扬，治疗坐骨神经痛、腰腿痛。

③配膀胱俞、三阴交，治疗遗尿、尿频。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

4. DU 4 命门 Mìng mén

（1）定位：在腰部，当后正中线上，第2腰椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有腰动脉后支及棘间皮下静脉丛；布有腰神经后支内侧支。

（3）功效：温益肾阳，舒筋活络。

（4）主治：虚损腰痛，脊强反折，遗尿，尿频，泄泻，遗精，白浊，阳痿，早泄，赤白带下，胎屡坠，五劳七伤，头晕耳鸣，癫痫，惊恐，手足逆冷。

（5）配伍

①配肾俞、太溪，治疗遗精、早泄、腰脊酸楚、足膝无力、遗尿、癃闭、水肿、头昏耳鸣等肾阳亏虚之症。

②配百会、筋缩、腰阳关，治疗破伤风抽搐。

③灸命门、隔盐灸神阙，治疗中风脱症。

④配关元、肾俞、神阙（艾灸），治疗五更泄；补命门、肾俞、三阴交，治疗肾虚腰痛。

⑤泻命门、阿是穴、委中、腰夹脊穴，治疗腰扭伤痛和肥大性脊柱炎。

⑥配十七椎、三阴交，治疗痛经（寒湿凝滞型）（艾灸）。

⑦配大肠俞、膀胱俞、阿是穴（灸），治疗寒湿痹腰痛。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

5. DU 5 悬枢 Xuán shū

（1）定位：在腰部，当后正中线上，第1腰椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有腰动脉后支及棘间皮下静脉丛；布有腰神经后支内侧支。

（3）功效：助阳健脾，通调肠气

（4）主治：腰脊强痛，腹胀，腹痛，完谷不化，泄泻，痢疾。

（5）配伍

①配委中、肾俞，治疗腰脊强痛。

②配足三里、太白，治疗完谷不化、泄泻。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

6. DU 6 脊中 Jǐ zhōng

（1）定位：在背部，当后正中线上，第11胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第11肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第11胸神经后支内侧支。

（3）功效：健脾利湿，宁神镇静。

（4）主治：腰脊强痛，黄疸，腹泻，痢疾，小儿疳积，痔疾，脱肛，便血，癫痫。

（5）配伍

①配足三里、中脘，治疗腹胀胃痛。

②配上巨虚、下巨虚，治疗腹泻痢疾；配鸠尾、大椎、丰隆，治疗癫痫。

③配肾俞、太溪，治疗腰膝痛。

④配至阳、阳陵泉、胆俞，治黄疸。

（6）操作：斜刺0.5～1寸。

7. DU 7 中枢 Zhōng shū

（1）定位：在背部，当后正中线上，第10胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第10肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第10胸神经后支之内侧支。

（3）功效：健脾利湿，清热止痛。

（4）主治：黄疸，呕吐，腹满，胃痛，食欲不振，腰背痛。

（5）配伍：配命门、腰眼、阳陵泉、后溪，治疗腰脊痛。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

8. DU 8 筋缩 Jīn suò

（1）定位：在背部，当后正中线上，第9胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第9肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第9胸神经后支内侧支。

（3）功效：平肝熄风，宁神镇痉。

（4）主治：癫狂，惊痫，抽搐，脊强，背痛，胃痛，黄疸，四肢不收，筋挛拘急。

（5）配伍

①配角孙、瘛脉，治疗小儿惊痫、瘛疭、角弓反张。

②配通里，治疗癫痫；配水道，治疗脊强。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

9. DU 9 至阳 Zhì yáng

（1）定位：在背部，当后正中线上，第7胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第7肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第7胸神经后支内侧支。

（3）功效：利胆退黄，宽胸利膈。

（4）主治：胸胁胀痛，腹痛黄疸，咳嗽气喘，腰背疼痛，脊强，身热。

（5）配伍

①配曲池、阳陵泉、脾俞，治疗黄疸。

②配天枢、大肠俞，治疗腹胀、肠鸣、泄泻。

③配内关、神门，治疗心悸、心痛。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

10. DU 10 灵台 Líng tái

（1）定位：在背部，当后正中线上，第6胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第6肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第6胸神经后支内侧支。

（3）功效：清热化湿，止咳定喘。

（4）主治：咳嗽，气喘，项强，脊痛，身热，疔疮。

（5）配伍

①配陶道、内关，治疗间日疟；配合谷（泻法）、委中（放血），治疗疔疮。

②配阳陵泉、支沟，治疗胸胁痛。

③配身柱、至阳，治疗背痛。

④配胆俞、阳陵泉、太冲，治疗黄疸。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

11. DU 11 神道 Shén dào

（1）定位：在背部，当后正中线上，第5胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第5肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第5胸神经后支内侧支。

（3）功效：宁心安神，清热平喘。

（4）主治：心痛，惊悸，怔忡，失眠健忘，中风不语，癫痫，腰脊强，肩背痛，咳嗽，气喘。

（5）配伍

①配关元，治疗身热头痛。

②配神门，治疗健忘惊悸。

③配百会、三阴交，治疗失眠健忘、小儿惊风、痫证。

④配心俞、厥阴俞、内关、通里、曲泽，治疗胸痹。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

12. DU 12 身柱 Shēn zhù

（1）定位：在背部，当后正中线上，第3胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第3肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第3胸神经后支内侧支。

（3）功效：宣肺清热，宁神镇痉。

（4）主治：身热头痛，咳嗽，气喘，惊厥，癫狂痫证，腰脊强痛，疔疮发背。

（5）配伍

①配人中、内关、丰隆、心俞，治疗癫狂痫。

②配风池、合谷、大椎，治疗肺热、咳嗽。

③配灵台、合谷、委中（泻法），治疗疔毒。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

13. DU 13 陶道 Táo dào

（1）定位：在背部，当后正中线上，第1胸椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有第1肋间动脉后支，棘间皮下静脉丛；布有第1胸神经后支内侧支。

（3）功效：解表清热，截疟宁神。

（4）主治：头痛项强，恶寒发热，咳嗽，气喘，骨蒸潮热，胸痛，脊背酸痛，疟疾，癫狂，角弓反张。

（5）配伍

①配丰隆、水沟、神门、心俞，治疗癫狂痫。

②配大椎、间使、后溪，治疗疟疾；配合谷、曲池、风池，治疗外感病。

③配肾俞、腰阳关、委中，治疗胸背痛。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

14. DU 14 大椎 Dà zhuī

（1）定位：在后正中线上，第7颈椎棘突下凹陷中。

（2）解剖：在腰背筋膜、棘上韧带及棘间韧带中；有颈横动脉分支，棘间皮下静脉丛；布有第8颈神经后支内侧支。

（3）功效：清热解表，截疟止痛。

（4）主治：热病，疟疾，咳嗽，喘逆，骨蒸潮热，项强，肩背痛，腰脊强，角弓反张，小儿惊风，癫狂痫证，五劳虚损，七伤乏力，中暑，霍乱，呕吐，黄疸，风疹。

（5）配伍

①配肺俞，治疗虚损、盗汗、劳热。

②配间使、乳根，治疗脾虚发疟。

③配四花，治疗百日咳（双膈俞、双胆俞）；配曲池，预防流脑。

④配合谷，治疗白细胞减少。

⑤配足三里、命门，提高机体免疫力。

⑥配定喘、孔最，治疗哮喘。

⑦配曲池、合谷，泻热。

⑧配腰奇、间使，治疗癫痫。

（6）操作：斜刺0.5～1寸；可灸。

15. DU 15 哑门 Yǎ mén

（1）定位：在项部，当后发际正中直上0.5寸，第1颈椎下。

（2）解剖：在项韧带和项肌中，深部为弓间韧带和脊髓；有枕动、静脉分支及棘间静脉丛；布有第3颈神经和枕大神经支。

（3）功效：散风熄风，开窍醒神。

（4）主治：舌缓不语，音哑，头重，头痛，颈项强急，脊强反折，中风尸厥，癫狂，痫证，癔病，衄血，重舌，呕吐。

（5）配伍

①泻哑门、听会、外关（或中渚）、丘墟，治疗高热或疟疾所致耳聋。

②配水沟、廉泉，治舌强不语、暴喑、咽喉炎。

③配百会、水沟、丰隆、后溪，治疗癫狂、癫痫。

④配风池、风府，治疗中风失语、不省人事。

⑤配劳宫、三阴交、涌泉等九穴为回阳九针，可以开窍醒神治昏厥。

⑥配脑户、百会、风池、太溪、昆仑、肾俞，治疗大脑发育不全。

⑦配肾俞、太溪，治疗贫血。

（6）操作：伏案正坐位，使头微前倾，项肌放松，向下颌方向缓慢刺入0.5～1寸。

16. DU 16 风府 Fēng fǔ

（1）定位：在项部，当后发际正中直上1寸，枕外隆凸直下，两侧斜方肌之间凹陷处。

（2）解剖：在项韧带和项肌中，深部为环枕后膜和小脑延髓池；有枕动、静脉分支及棘间静脉丛；布有第3颈神经和枕大神经支。

（3）功效：熄风散风，通关利窍。

（4）主治：癫狂，痫证，癔病，中风不语，悲恐惊悸，半身不遂，眩晕，颈项强痛，咽喉肿痛，目痛，鼻衄。

（5）配伍

①配腰俞，治疗足不仁。

②配昆仑，治疗癫狂、多言。

③配二间、迎香，治疗鼽衄。

④配金津、玉液、廉泉，治疗舌强难言。

（6）操作：伏案正坐位，使头微前倾，项肌放松，向下颌方向缓慢刺入0.5～1寸。针尖不可向上，以免刺入枕骨大孔，误伤延髓。

17. DU 17 脑户 Nǎo hù

（1）定位：在头部，后发际正中直上2.5寸，风府上1.5寸，枕外隆凸的上缘凹陷处。

（2）解剖：在左右枕骨肌之间；有左右枕动、静脉分支，深层常有导血管；布有枕大

神经分支。

（3）功效：醒神开窍，平肝熄风。

（4）主治：头重，头痛，面赤，目黄，眩晕，面痛，音哑，项强，癫狂痫证，舌本出血，瘿瘤。

（5）配伍

①配通天、脑空，治疗头重痛。

②配水沟、太冲、丰隆，治疗癫狂痫。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

18. DU 18 强间 Qiáng jiān

（1）定位：在头部，当后发际正中直上4寸（脑户上1.5寸）。

（2）解剖：在浅筋膜、帽状腱膜中；有左右枕动、静脉吻合网；布有枕大神经分支。

（3）功效：醒神宁心，平肝熄风。

（4）主治：头痛，目眩，颈项强痛，癫狂痫证，烦心，失眠。

（5）配伍

①配后溪、至阴，治疗后头痛、目眩。

②配丰隆，治疗头痛难忍。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

19. DU 19 后顶 Hòu dǐng

（1）定位：在头部，当后发际正中直上5.5寸（脑户上3寸）。

（2）解剖：在浅筋膜、帽状腱膜中；有左右枕动、静脉网；布有枕大神经分支。

（3）功效：醒脑安神，熄风止痉。

（4）主治：头痛，眩晕，项强，癫狂痫证，烦心，失眠。

（5）配伍

①配百会、合谷，治疗头顶剧痛。

②配外丘，治疗颈项痛、恶风寒。

③配玉枕、颔厌，治疗风眩。

④配率谷、太阳，治疗偏头痛。

⑤配风池，治疗脱发。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

20. DU 20 百会 Baǐ huì

（1）定位：正坐，于前、后发际正中连线中点向前1寸处取穴。或于头部中线与两耳尖连线的交点处取穴。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，帽状腱膜，腱膜下疏松组织。布有枕大神经，额神经的分支和左、右颞浅动、静脉及枕动、静脉吻合网。

（3）功效：平肝熄风，升阳益气，清脑安神。

（4）主治：眩晕、健忘、头痛、脱肛、泄泻、中风、癫痫、口噤不开、癔病、癔疯、耳鸣、耳聋、阴挺、疝气、痔疾、痢疾等。

（5）操作

①平刺0.3～0.5寸，施捻转平补平泻手法。

②向后平刺1寸，用小幅度高频率（小于90°、120转/分钟以上）捻转补法，令局部酸麻胀感。

③向前平刺进针1寸，施捻转补法。

④艾条悬灸15分钟。

（6）配伍

①配长强、关元，治疗脱肛；配子宫、关元、次髎，治疗子宫脱垂。

②配中脘、天枢（左侧）、梁门（左侧）、气海、足三里，治疗胃下垂。

③配风池、太冲，治疗头痛，头晕，目眩。

④配听宫、行间，治疗耳鸣；配水沟、内关、风池，治疗神经症。

⑤配神门、四神聪，治疗失眠。

⑥配至阴、天柱，治疗后头痛。

⑦配四神聪、风池、上星，治疗煤气中毒；配迎香、风池，治疗鼻塞。

⑧配内关、水沟、风池、身柱，治疗癫狂痫证。

（7）临床体验

①治疗中风先兆：以上星、百会、印堂、肩髃、曲池、足三里、阳陵泉、完骨、天柱为主穴，常常取得满意疗效；以风池、上星、百会、金津、玉液、廉泉、通里为主穴，治疗中风后失语临床疗效显著。

②治疗老年性痴呆：以水沟、内关、风池、完骨、天柱、百会、四神聪、神门、三阴交、肾俞、太冲、丰隆为主穴，可以滋补肝肾、填精补髓、活血散瘀、补气安神。

③治疗神经性头痛：以内关、水沟、合谷、太冲、百会、四神聪、风池、完骨、天柱为主穴，可以调神理气、通络止痛，改善脑组织供血。

④治疗帕金森病：以内关、水沟、风池、太冲、百会为主穴，可以改善症状，促进血液循环，改变病理状态。

⑤治疗小儿抽动症：以水沟、百会、大椎、神门、肝俞、风池、合谷、太冲为主穴，可以醒神定志、平肝熄风、化痰开窍，临床应用收效理想。

⑥治疗郁证：以水沟、内关、太冲、心俞、肝俞、脾俞、膈俞、百会、四神聪、足三里、三阴交为主穴，可以疏调气机、醒神开窍、补血安神。

⑦治疗癔病性癫痫：以内关、水沟、风池、太冲、百会、阳陵泉、风府为主穴，可以醒脑开窍，镇肝熄风，临床对癔病性抽搐可获得较为满意的疗效。

⑧治疗遗尿：以肾俞、膀胱俞、关元、中极、百会、三阴交为主穴，可以益肾固摄，补元气、培肾气、益脾气以助三焦气化，使得膀胱功能得以恢复。

⑨治疗子宫脱垂：以百会、气海、关元、维胞、足三里为主，可以补气升阳，提摄子宫，取得满意疗效。

（8）附注：交会穴之一，督脉、足太阳经之会（《针灸甲乙经》）；《针灸聚英》作手足三阳经、督脉之会；《类经图翼》作督脉、足太阳经之会。手足少阳经、足厥阴经俱会于此。

21. DU 21 前顶 Qián dǐng

（1）定位：在头部，当前发际正中直上3.5寸（百会前0.5寸）。

（2）解剖：在帽状腱膜中；有左右颞浅动、静脉吻合网；布有额神经分支和枕大神经分支会合处。

（3）功效：熄风醒脑，宁神镇痉。

（4）主治：癫痫，头晕，目眩，头顶痛，鼻渊，目赤肿痛，小儿惊风。

（5）配伍

①配前顶、后顶、颔厌，治疗风眩、偏头痛。

②配水沟，治疗面肿虚浮；配百会，治疗目暴赤肿。

③配五处，治疗头风目眩、目戴上。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

22. DU 22 囟会 Xìn huì

（1）定位：在头部，当前发际正中直上2寸（百会前3寸）。

（2）解剖：在帽状腱膜中；有左右颞浅动、静脉吻合网；布有额神经分支。

（3）功效：安神醒脑，清热消肿。

（4）主治：头痛，目眩，面赤暴肿，鼻渊，鼻衄，鼻痔，鼻痈，癫疾，嗜睡，小儿惊风。

（5）配伍

①配玉枕，治疗头风。

②配百会，治疗多睡；配头维、太阳、合谷，治疗头痛目眩。

③配上星、合谷、列缺、迎香，治疗鼻渊、鼻衄。

④配前顶、天柱、本神，治疗小儿惊痫。

⑤配水沟、十宣，治疗中风昏迷、癫痫；配血海、支沟，治疗血虚头晕。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸，小儿禁刺；可灸。

23. DU 23 上星 Shàng xīng

（1）定位：在头部，当前发际正中直上1寸。

（2）解剖：在左右额肌交界处；有额动、静脉分支，颞浅动、静脉分支；有额神经分支。

（3）功效：熄风清热，宁神通便。

（4）主治：头痛，眩晕，目赤肿痛，迎风流泪，面赤肿，鼻渊，鼻衄，鼻痔，鼻痈，

癫狂，痫证，小儿惊风，疟疾，热病。

（5）配伍

①配合谷、太冲，治疗头目痛。

②配丘墟、陷谷，治疗疟疾。

③配大椎，治疗鼻中息肉、面赤肿、口鼻出血不止。

④配水沟，治疗癫狂。

⑤配印堂、素髎、百会、迎香、合谷、曲池、列缺、支沟，治疗酒渣鼻。

（6）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

24. DU 24 神庭 Shén tíng

（1）定位：在头部，当前发际正中直上0.5寸。

（2）解剖：在左右额肌之交界处；有额动、静脉分支；布有额神经分支。

（3）功效：宁神醒脑，降逆平喘。

（4）主治：头痛，眩晕，目赤肿痛，泪出，目翳，雀目，鼻渊，鼻衄，癫狂，痫证，角弓反张。

（5）配伍

①配行间，治疗目泪出。

②配囟会，治疗中风不语。

③配兑端、承浆，治疗癫痫呕沫。

④配水沟，治疗寒热头痛、喘喝、目不可视。

⑤配太冲、太溪、阴郄、风池，治疗肝阳上亢型头痛、眩晕、失眠等病证。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

25. DU 25 素髎 Sù liáo

（1）定位：在面部，当鼻尖的正中央。

（2）解剖：在鼻尖软骨中；有面动、静脉鼻背支；布有筛前神经鼻外支（眼神经分支）。

（3）功效：清热消肿，通鼻利窍。

（4）主治：鼻塞，鼻衄，鼻流清涕，鼻中肉，鼻渊，酒鼻，惊厥，昏迷，新生儿窒息。

（5）配伍

①配百会、足三里，治疗低血压休克。

②配迎香、合谷，治疗鼻渊。

（6）操作：向上斜刺0.3～0.5寸，或点刺出血；不灸。

26. DU 26 水沟（人中）Shuǐ gōu（Rén zhōng）

（1）定位：正坐仰靠或仰卧，于人中沟线的上、中1/3交点处取穴。

（2）解剖：皮肤，皮下组织，口轮匝肌。布有眶下神经的分支和上唇动、静脉。

（3）功效：清神志、开关窍、苏厥逆、止疼痛。

（4）主治：昏迷、昏厥、癫痫、中风、口眼㖞斜、脊膂强痛、挫闪腰痛、牙关紧闭、急慢惊风、寒热头痛、鼻衄、目赤痒痛、牙痛等。

（5）操作：本穴为“醒脑开窍”针法组方主穴之一，向鼻中隔方向斜刺0.3～0.5寸，将针向一个方向捻转360°，采用雀啄手法。

（6）配伍

①配内关、三阴交、极泉、委中，治疗脑血管疾病，脑出血。

②配合谷、十宣，治疗休克，虚脱。

③配委中，用阻力针法，治疗急性腰扭伤。

④配内关、太阳，治疗中暑。

⑤配涌泉、通里，治疗失语。

⑥配水分，利尿。

⑦配长强、飞扬，治疗脱肛。

⑧配内关，治疗呃逆，癔病。

⑨配风池、风府、中脘、太冲，治疗精神分裂症。

⑩配前顶、四白、解溪，治疗面部肿痛。

⑪配人迎、足三里、合谷、太冲，治疗高血压。

（7）临床体验

①治疗中风：以内关、水沟、三阴交为主的“醒脑开窍”针刺法治疗中风（包括脑梗死和脑出血）各期，痊愈率达59.27%，显效率为23.15%，总有效率为98.56%。

②治疗厥证：以水沟为主穴，配以内关、太冲、足三里、关元等穴，可治疗不同原因引起的晕厥。

③治疗神志疾病：以水沟、内关为主穴，配合四神聪、百会、太冲治疗神志疾病，临床疗效满意。

④治疗急性腰扭伤：水沟向鼻中隔方向斜刺0.3～0.5寸，将针向一个方向捻转360°，采用雀啄手法，至患者眼球湿润或流泪为度。一边操作，一边令患者活动腰部，效果常常立竿见影。

⑤治疗呃逆：以内关、水沟、风池为主穴，配合膈俞、膻中治疗呃逆，40例病例，痊愈30例，总有效率为95%。

⑥治疗癫痫：以内关、水沟、三阴交为主的“醒脑开窍”针刺法治疗癫痫30例，治愈19例，占63%，总有效率87%。

⑦治疗一氧化碳中毒重症：以内关、水沟、十二井穴为主，配合素髎、气舍、百会、神阙、气海，针刺并灸，可使患者苏醒。

⑧治疗癃闭：以内关、水沟、秩边透水道、中极、归来、关元为主治疗癃闭，可以调神通闭、利小便。

⑨治疗外伤性截瘫：以内关、水沟、三阴交为主的“醒脑开窍”针刺法治疗为主，配合头皮针运动区、感觉区，损伤平面上、下的督脉穴或夹脊穴，瘫痪肢体阳明经排刺，98例中临床治愈26例，显效24例，无效2例。

（8）附注

①交会穴之一。

②督脉手足阳明之会（《针灸甲乙经》）。

27. DU 27 兑端 Duì duān

（1）定位：在面部，当上唇的尖端，水沟沟下端的皮肤与唇的移行部。

（2）解剖：在口轮匝肌中；有上唇动、静脉；布有面神经颊支及眶下神经分支。

（3）功效：宁神醒脑，生津止渴。

（4）主治：昏迷，晕厥，癫狂，癔病，消渴嗜饮，口疮臭秽，齿痛，口噤，鼻塞。

（5）配伍

①配本神，治疗癫痫呕沫。

②配目窗、正营、耳门，治疗唇吻强、龋齿痛。

（6）操作：斜刺0.2～0.3寸；不灸。

28. DU 28 龈交 Yín jiāo

（1）定位：在上唇内，唇系带与上齿龈的相接处。

（2）解剖：有上唇系带；有上唇动、静脉；布有上颌内槽神经分支。

（3）功效：宁神镇痉，清热消肿。

（4）主治：齿龈肿痛，口臭，齿衄，处鼻渊，面赤颊肿，唇吻强急，面部疮癣，两腮生疮，癫狂，项强。

（5）配伍

①配风府，治疗颈项急，不得顾。

②配承浆，治疗口臭难近；配上关、大迎、翳风，治疗口噤不开。

（6）操作：向上斜刺0.2～0.3寸；不灸。

二、任脉

本经穴1名1穴，计24穴，分布于面、颈、胸、腹的前正中线上。主治神经系统、呼吸系统、消化系统、泌尿生殖系统病证，以及寒性病证和本经所经过之部位的病证。

1. RN 1 会阴 Huì yīn

（1）定位：在会阴部，男性当阴囊根部与肛门连线的中点，女性当大阴唇后联合与肛门连线的中点。

（2）解剖：在球海绵体中央，有会阴浅、深横肌；有会阴动、静脉分支；布有会阴神经分支。

（3）功效：醒神镇静，通调二阴。

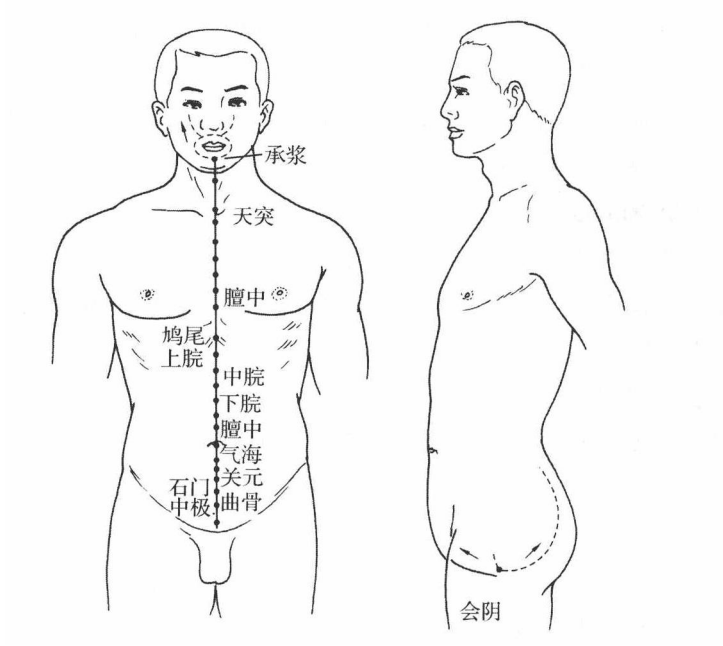


图 3－14 任脉

（4）主治：溺水窒息，昏迷，癫狂，惊痫，小便难，遗尿，阴痛，阴痒，阴部汗湿，脱肛，阴挺，疝气，痔疾，遗精，月经不调。

（5）配伍

①配神门，治疗癫狂痫；配水沟，治疗溺水窒息。

②配十宣急救昏迷；配蠡沟，治疗阴痒、阴痛（湿热下注型）。

③配归来、百会，治疗阴挺（中气下陷型）。

④配承山，治疗痔疮、脱肛；配支沟、上巨虚，治疗便秘。

⑤配中极，治疗遗尿、淋证；配关元，治疗遗精。

（6）操作：直刺 0.5～1 寸，孕妇慎用；可灸。

（7）附注：任脉别络，督脉、冲脉之会。

2. RN 2 曲骨 Qū gǔ

（1）定位：在下腹部，当前正中线上，耻骨联合上缘的中点处。

（2）解剖：在腹白线上；有腹壁下动脉及闭孔动脉的分支；布有髂腹下神经分支。

（3）功效：通利小便，调经止痛。

（4）主治：少腹胀满，小便淋沥，遗尿，疝气，遗精阳痿，阴囊湿痒，月经不调，赤白带下，痛经。

（5）配伍

①配肾俞、志室、大赫、关元、命门，治疗阳痿、遗精（肾气虚型）。

②配膀胱俞、肾俞、次髎、阴陵泉、蠡沟，治疗阳痿、遗精、癃闭、淋证、阴痒、湿疹、带下（湿热下注）。

③配中极、关元、肾俞，治疗肾虚、遗尿、小便不利；配关元、命门、阴交（针补法或灸）治疗宫寒不孕、痛经。

（6）操作：直刺0.5～1寸，内为膀胱，应在排尿后进行针刺；可灸。

（7）附注：任脉、足厥阴经之会。

3. RN 3 中极 Zhōng jí

（1）定位：在下腹部，前正中线上，当脐中下4寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为乙状结肠；有腹壁浅动、静脉分支，腹壁下动、静脉分支；布有髂腹下神经的前皮支。

（3）功效：益肾兴阳，调经止带。

（4）主治：小便不利，遗溺不禁，阳痿，早泄，遗精，白浊，疝气偏坠，积聚疼痛，月经不调，阴痛，阴痒，痛经，带下，崩漏，阴挺，产后恶露不止，胞衣不下，水肿。

（5）配伍

①配大赫、肾俞、阴交、三阴交、次髎，治疗阳痿、早泄、遗精、白浊、月经不调、痛经崩漏、产后恶露不止、胞衣不下、阴挺等症（肾气虚型）。

②配阴谷、气海、肾俞，治疗遗溺不止；配大敦、关元、三阴交，疗治疝气偏坠；配水分、三焦俞、三阴交、气海、委阳，治疗水肿。

③中极透曲骨，配三阴交、地机，治疗产后、术后尿潴留。

④中极透曲骨，配气海、膻中、足三里，治疗尿潴留（老年人气虚）。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：足三阴经、任脉之会。

4. RN 4 关元 Guān yuán

（1）定位：在下腹部，前正中线上，当脐中下3寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动、静脉分支，腹壁下动、静脉分支；布有第12肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：培补元气，导赤通淋。

（4）主治：中风脱证，虚劳冷惫，羸瘦无力，少腹疼痛，霍乱吐泄，痢疾，脱肛，疝气，便血，溺血，小便不利，尿频，尿闭，遗精，白浊，阳痿，早泄，月经不调，经闭，经痛，赤白带下，阴挺，崩漏，阴门瘙痒，恶露不止，胞衣不下，消渴，眩晕。

（5）配伍

①配气海、肾俞（重灸）、神阙（隔盐灸），急救中风脱证。

②配足三里、脾俞、公孙、大肠俞，治疗虚劳、里急、腹痛；配三阴交、血海、中极、阴交，治疗月经不调（冲任不固，针用补法）。

③配中极、大赫、肾俞、次髎、命门、三阴交，治疗男子不育症、阳痿、遗精、早泄、尿频、尿闭、遗尿（肾阳虚衰、针补法或艾灸）。

④配太溪、肾俞，治疗泻痢不止、五更泄。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：足三阴经、任脉之会。

5. RN 5 石门 Shí mén

（1）定位：在下腹部，前正中线上，当脐中下2寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动、静脉分支，腹壁下动、静脉分支；布有第11肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：理气止痛，通利水道。

（4）主治：腹胀，泻痢，绕脐疼痛，奔豚疝气，水肿，小便不利，遗精，阳痿，经闭，带下，崩漏，产后恶露不止。

（5）配伍

①配阴陵泉、关元、阴交，治疗四肢水肿、小便不利（肾气不化）。

②配肾俞、三阴交，治疗遗尿。

③配关元、天枢、气海、足三里，治疗腹胀泄泻、绕脐痛；配大敦、归来，治疗疝气。

④配三阴交、带脉穴，治疗崩漏、带下。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。孕妇慎用。

（7）附注：手少阳经之募穴。

6. RN 6 气海 Qì hǎi

（1）定位：在下腹部，前正中线上，当脐中下1.5寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动脉、静脉分支，腹壁下动、静脉分支；布有第11肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：益气助阳，调经固精。

（4）主治：绕脐腹痛，水肿鼓胀，脘腹胀满，水谷不化，大便不通，泻痢不禁，癃淋，遗尿，遗精，阳痿，疝气，月经不调，痛经，经闭，崩漏，带下，阴挺，产后恶露不止，胞衣不下，脏气虚惫，形体羸瘦，四肢乏力。

（5）配伍

①配三阴交，治疗白浊、遗精；配关元，治疗产后恶露不止。

②配灸关元、膏肓、足三里，治疗喘息短气（元气虚惫）。

③配关元、命门（重灸）、神阙（隔盐灸），急救中风脱证。配足三里、脾俞、胃俞、天枢、上巨虚，治疗胃腹胀痛、呃逆、呕吐、水谷不化、大便不通、泻痢不止（脾气虚弱）。

④配足三里、合谷、百会，治疗胃下垂、子宫下垂、脱肛。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。孕妇慎用。

（7）附注：肓之原穴。

7. RN 7 阴交 Yīn jiāo

（1）定位：在下腹部，前正中线上，当脐中下 1 寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动脉、静脉分支，腹壁下动、静脉分支；布有第 10 肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：调经固带，利水消肿。

（4）主治：绕脐冷痛，腹满水肿，泄泻，疝气，阴痒，小便不利，奔豚，血崩，带下，产后恶露不止，小儿陷囟，腰膝拘挛。

（5）配伍

①配阴陵泉、带脉穴，治疗赤白带下。

②配子宫穴、三阴交，治疗月经不调、崩漏；配大肠俞、曲池，治疗脐周作痛。

③配天枢、气海，治疗腹胀肠鸣、泄泻。

（6）操作：直刺 0.5～1 寸；可灸。孕妇慎用。

（7）附注：任脉、冲脉、少阴经之会。

8. RN 8 神阙 Shén què

（1）定位：在腹中部，脐中央。

（2）解剖：在脐窝正中，深部为小肠；有腹壁下动、静脉；布有第 10 肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：温阳救逆，利水固脱。

（4）主治：中风虚脱，四肢厥冷，尸厥，风痫，形惫体乏，绕脐腹痛，水肿鼓胀，脱肛，泻痢，便秘，小便不禁，五淋，妇女不孕。

（5）配伍

①配三阴交，治疗五淋。

②配公孙、水分、天枢、足三里，治疗泻痢便秘、绕脐腹痛（脾肾不和）。

③配长强、气海、关元，治疗脱肛、小便不禁、肾虚不孕症。

④神阙（隔盐灸）配关元、气海（重灸），治疗中风脱证。

（6）操作：禁刺；可灸。

9. RN 9 水分 Shuǐ fēn

（1）定位：在上腹部，前正中线上，当脐中上 1 寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为小肠；有腹壁下动脉、静脉分支，腹壁下动、静脉分支；布有第 8、9 肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：通调水道，理气止痛。

（4）主治：腹痛，腹胀，肠鸣，泄泻，反胃，水肿，小儿陷囟，腰脊强急。

（5）配伍

①配天枢、地机，治疗腹水。

②配内关，治疗反胃呕吐；配中封、曲泉，治疗脐痛。

③配脾俞、三阴交，治疗浮肿。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

10. RN 10 下脘 Xià wǎn

（1）定位：在上腹部，前正中线上，当脐中上2寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为横结肠；有腹壁上、下动、静脉交界处的分支；布有第8肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：健脾和胃，降逆止呕。

（4）主治：脘痛，腹胀，呕吐，呃逆，食谷不化，肠鸣，泄泻，痞块，虚肿。

（5）配伍：配天枢、气海、关元、足三里（针灸并用），治疗急性菌痢。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：足太阴经、任脉之会。

11. RN 11 建里 Jiàn lǐ

（1）定位：在上腹部，前正中线上，当脐中上3寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为横结肠；有腹壁上、下动、静脉交界处的分支；布有第8肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：和胃健脾，降逆利水。

（4）主治：胃脘疼痛，腹胀，呕吐，食欲不振，肠中切痛，水肿。

（5）配伍

①配内关，治疗胸中苦闷。

②配水分，治疗肚腹浮肿。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

12. RN 12 中脘 Zhōng wǎn

（1）定位：在上腹部，前正中线上，当脐中上4寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为胃幽门部；有腹壁上动、静脉；布有第7、8肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：和胃健脾，通降腑气。

（4）主治：胃脘痛，腹胀，呕吐，呃逆，反胃，吞酸，纳呆，食不化，疳积，鼓胀，黄疸，肠鸣，泻痢，便秘，便血，胁下坚痛，虚劳吐血，哮喘，头痛，失眠，惊悸，怔忡，脏躁，癫狂，痫证，尸厥，惊风，产后血晕。

（5）配伍

①配百会、足三里、神门，治疗失眠、脏躁；配膻中、天突、丰隆，治疗哮喘。

②配梁丘、下巨虚，治疗急性胃肠炎。

③配肝俞、太冲、三阴交、公孙，治疗胃十二指肠球部溃疡；配上脘、梁门（电针20分钟）治疗胆道蛔虫症。

④配阳池、胞门、子户（针灸并用），治疗腰痛、痛经、月经不调（子宫不正）。

⑤配气海、足三里、内关、百会，治疗胃下垂。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：胃经募穴，八会穴之腑会，手太阳经、少阳经、足阳明经、任脉之会。

13. RN 13 上脘 Shàng wǎn

（1）定位：在上腹部，前正中线上，当脐中上5寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为肝下缘及胃幽门部；有腹壁上动、静脉分支；布有第7肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：和胃降逆，化痰宁神。

（4）主治：胃脘疼痛，腹胀，呕吐，呃逆，纳呆，食不化，黄疸，泻痢，虚劳吐血，咳嗽痰多，癫痫。

（5）配伍

①配丰隆，治疗纳呆。

②配天枢、中脘，治疗嗳气吞酸、腹胀、肠鸣、泄泻。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：任脉、足阳明经、手太阳经之会。

14. RN 14 巨阙 Jù què

（1）定位：在上腹部，前正中线上，当脐中上6寸。

（2）解剖：在腹白线上，深部为肝脏；有腹壁上动、静脉分支；布有第7肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：安神宁心，宽胸止痛。

（4）主治：胸痛，心痛，心烦，惊悸，尸厥，癫狂，痫证，健忘，胸满气短，咳逆上气，腹胀暴痛，呕吐，呃逆，噎嗝，吞酸，黄疸，泻痢。

（5）配伍

①配内关，治疗心绞痛。

②配章门、合谷、中脘、内关、足三里，治疗呃逆。

③配足三里、膻中、内关、三阴交、心俞，治疗急性心肌梗死。

④配内关、水沟，治疗癫狂痫证。

⑤配神门，治疗失眠健忘。

（6）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

（7）附注：心经募穴。

15. RN 15 鸠尾 Jiū wěi

（1）定位：在上腹部，前正中线上，当胸剑结合部下1寸。

（2）解剖：在腹白线上，腹直肌起始部，深部为肝脏；有腹壁上动、静脉分支；布有第6肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：安心宁神，宽胸定喘。

（4）主治：心痛，心悸，心烦，癫痫，惊狂，胸中满痛，咳嗽气喘，呕吐，呃逆，反胃，胃痛。

（5）配伍

①配梁门、足三里，治疗胃痛。

②配内关、足三里，治疗呕吐。

（6）操作：斜向下刺0.5～1寸；可灸。

16. RN 16 中庭 Zhōng tíng

（1）定位：在胸部，当前正中线上，平第5肋间，即胸剑结合部。

（2）解剖：有胸廓（乳房）内动、静脉的前穿支；布有第5肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：宽胸消胀，降逆止呕。

（4）主治：胸腹胀满，噎嗝，呕吐，心痛，梅核气。

（5）配伍：配俞府、意舍，治疗呕吐。

（5）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

17. RN 17 膻中 Dàn zhōng

（1）定位：在胸部，当前正中线上，平第4肋间，两乳头连线的中点。

（2）解剖：在胸骨体上；有胸廓（乳房）内动、静脉的前穿支；布有第4肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：理气止痛，生津增液。

（4）主治：咳嗽，气喘，咯唾脓血，胸痹心痛，心悸，心烦，产妇少乳，噎嗝，鼓胀。

（5）配伍

①配曲池、合谷（泻法），治疗急性乳腺炎。

②配内关、三阴交、巨阙、足三里，治疗冠心病急性心肌梗死。

③配中脘、气海，治疗呕吐反胃。

④配天突，治疗哮喘。

⑤配乳根、合谷、三阴交、少泽、灸膻中，治疗产后缺乳。

⑥配肺俞、丰隆、内关，治疗咳嗽痰喘。

⑦配厥阴俞、内关，治疗心悸、心烦、心痛。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

18. RN 18 玉堂 Yù táng

（1）定位：在胸部，当前正中线上，平第3肋间。

（2）解剖：在胸骨体中点；有胸廓（乳房）内动、静脉的前穿支；布有第3肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：宽胸止痛，止咳平喘。

（4）主治：膺胸疼痛，咳嗽，气短，喘息，喉痹咽肿，呕吐寒痰，两乳肿痛。

（5）配伍：玉堂透膻中、内关、胸夹脊（T15），治疗胸痹。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

19. RN 19 紫宫 Zǐ gōng

（1）定位：在胸部，当前正中线上，平第2肋间。

（2）解剖：在胸骨体上；有胸廓（乳房）内动、静脉的前穿支；布有第2肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：宽胸利膈，止咳平喘。

（4）主治：咳嗽，气喘，胸胁支满，胸痛，喉痹，吐血，呕吐，饮食不下。

（5）配伍：配玉堂、太溪，治疗呃逆上气、心烦。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

20. RN 20 华盖 Huá gài

（1）定位：在胸部，当前正中线上，平第1肋间。

（2）解剖：在胸骨角上；有胸廓（乳房）内动、静脉的前穿支；布有第1肋间神经前皮支的内侧支。

（3）功效：调理宗气

（4）主治：咳嗽，气喘，胸痛，胁肋痛，喉痹，咽肿。

（5）配伍：配气户，治疗胁肋疼痛。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

21. RN 21 璇玑 Xuán jī

（1）定位：在胸部，当前正中线上，天突下1寸。

（2）解剖：在胸骨柄上；有胸廓（乳房）内动、静脉的前穿支；布有锁骨上神经前支。

（3）功效：宽胸利肺，止咳平喘。

（4）主治：咳嗽，气喘，胸满痛，喉痹咽肿，胃中有积。

（5）配伍：配鸠尾，治疗喉痹咽肿。

（6）操作：平刺0.3～0.5寸；可灸。

22. RN 22 天突 Tiān tū

（1）定位：在颈部，当前正中线上胸骨上窝中央。

（2）解剖：在左右胸锁乳突肌之间，深层左右为胸骨舌骨肌和胸骨甲状肌；皮下有颈静脉弓、甲状腺下动脉分支；深部为气管，再向下，在胸骨柄后方为无名静脉及主动脉弓；布有锁骨上神经前支。

（3）功效：宣通肺气，化痰止咳。

（4）主治：咳嗽，哮喘，胸中气逆，咯唾脓血，咽喉肿痛，舌下急，暴喑，瘿气，噎嗝，梅核气。

（5）配伍

①配定喘穴、鱼际，治疗哮喘、咳嗽。

②配膻中、列缺，治疗外感咳嗽。

③配内关、中脘，治疗呃逆。

④配廉泉、涌泉，治疗暴喑。

⑤配丰隆，治疗梅核气。

⑥配少商、天容，治疗咽喉肿痛。

⑦配气舍、合谷，治疗地方性甲状腺肿大。

（6）操作：先直刺0.2～0.3寸，然后沿胸骨柄后缘，气管前缘缓慢向下刺入0.5～1寸；可灸。

（7）附注

①阴维脉、任脉之会。

②本穴针刺不能过深，也不宜向左右刺，以防刺伤锁骨下动脉及肺尖。如刺中气管壁，针下有硬而轻度弹性的感觉，病人出现喉痒欲咳等现象；若刺破气管壁，可引起剧烈的咳嗽及血痰等现象。如刺中无名静脉或主动脉弓时，针下可有柔软而有弹力的阻力或病人有疼痛感觉，应即退针。

23. RN 23 廉泉 Lián quán

（1）定位：在颈部，当前正中线上，喉结上方，舌骨上缘凹陷处。

（2）解剖：在甲状软骨和舌骨之间，深部为会厌，下方为喉门，有甲状舌骨肌、舌肌；有颈前浅静脉，甲状腺上动、静脉；布有颈皮神经，深层有舌下神经分支。

（3）功效：利喉舒舌，消肿止痛。

（4）主治：舌下肿痛，舌根急缩，舌纵涎出，舌强，中风失语，舌干口燥，口舌生疮，暴喑，喉痹，聋哑，咳嗽，哮喘，消渴，食不下。

（5）配伍：配金津、玉液、天突、少商，治疗舌强不语、舌下肿痛、舌缓流涎、暴喑。

（6）操作： 直刺0.5～0.8寸，不留针；可灸。

（7）附注：阴维脉、任脉之会。

24. RN 24 承浆 Chéng jiāng

（1）定位：在面部，当颏唇沟的正中凹陷处。

（2）解剖：在口轮匝肌和颏肌之间；有下唇动、静脉分支；布有面神经及颏神经分支。

（3）功效：生津敛液，舒筋活络。

（4）主治：口眼㖞斜，唇紧，面肿，齿痛，齿衄，龈肿，流涎，口舌生疮，暴喑不言，消渴嗜饮，小便不禁，癫痫。

（5）配伍

①配委中，治疗衄血不止。

②配风府，治疗头项强痛、牙痛。

（6）操作：斜刺0.3～0.5寸；可灸。

（7）附注：足阳明经、任脉之会。

三、冲脉

冲脉循行于身之中，为“十二经脉之海”，其脉本身无特定腧穴，只有与其他经脉相交的交会穴，按其循行依次为：会阴（任脉）、气冲（足阳明胃经）、横骨、大赫、气穴、四满、中注（足少阴肾经）、阴交（任脉）、肓俞、商曲、石关、阴都、通谷、幽门（足少阴肾经）。此外，足太阴脾经的公孙穴通于冲脉。

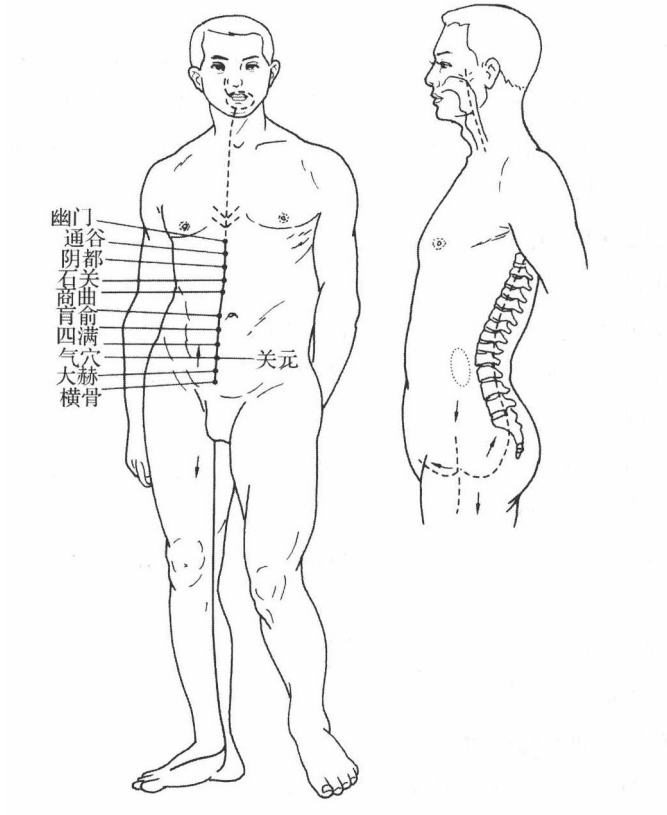


图3－15　冲脉

四、带脉

带脉横行于腰腹，主约束诸经脉，其脉本身无特定腧穴，只有与其他经脉相交的交会穴，按其循行依次为：带脉、五枢、维道（足少阳胆经）。此外，足少阳胆经的足临泣穴通于带脉。

五、阳跷、阴跷脉

阳跷、阴跷脉为足太阳膀胱经、足少阴肾经的支脉，上会于目。其脉本身无特定腧穴，只有与其他经脉相交的交会穴，按其循行依次为：

（一）阳跷脉

申脉、仆参、跗阳（足太阳膀胱经），居髎（足少阳胆经），臑俞（手太阳小肠经），巨骨、肩髃（手阳明大肠经），地仓、巨髎、承泣（足阳明胃经），睛明（足太阳膀胱经），风池（足少阳胆经）。此外，足太阳膀胱经的申脉穴通于阳跷脉。

（二）阴跷脉

照海、交信（足少阴肾经），睛明（足太阳膀胱经）。此外，足少阴肾经的照海穴通于阴跷脉。

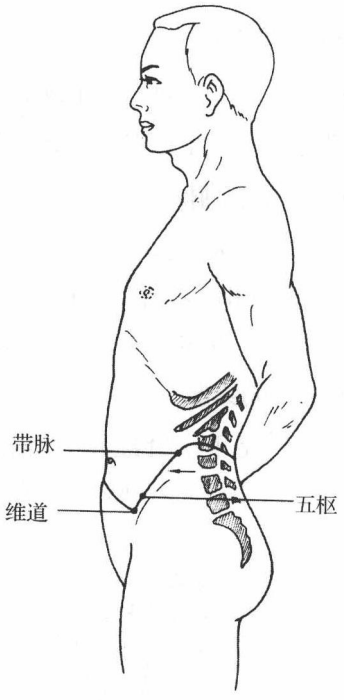


图 3－16　带脉

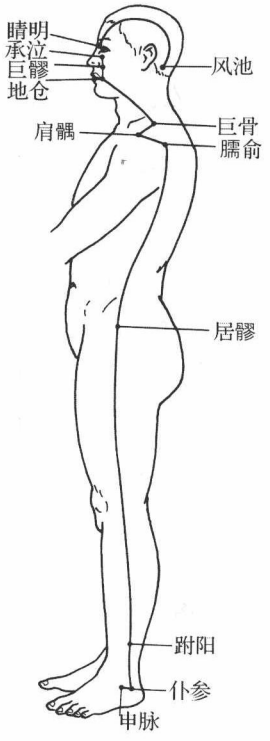


图 3－17　阳跷脉

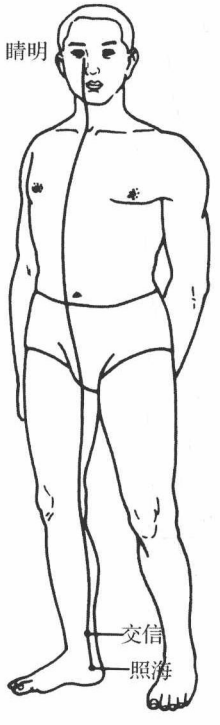


图 3－18　阴跷脉

六、阳维、阴维脉

阳维脉联络各阳经，阴维脉联络各阴经，起“溢蓄”气血作用。其脉本身无特定腧穴，只有与其他经脉相交的交会穴，其循行如下：

（一）阳维脉

金门（足太阳膀胱经），阳交（足少阳胆经），臑俞（手太阳小肠经），天髎（手少阳三焦经），肩井、本神、阳白、头临泣、目窗、正营、承灵、脑空、风池（足少阳胆经），风府、哑门（督脉）。此外，手少阳三焦经的外关穴通于阳维脉。

（二）阴维脉

筑宾（足少阴肾经）、冲门、府舍、大横、腹哀（足太阴脾经）、期门（足厥阴肝经）、天突、廉泉（任脉）。此外，手厥阴心包经的内关穴通于阴维脉。

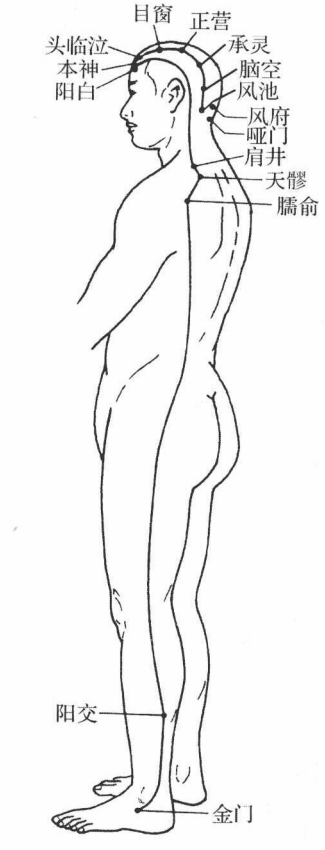


图 3－19　阳维脉

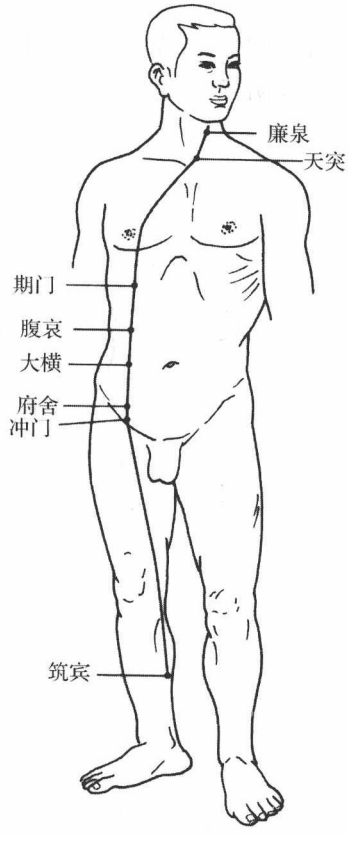


图 3－20　阴维脉

第三节 常用奇穴

1. EX－HN1 四神聪 Sì shén cōng

（1）定位：正坐，先取百会，于其前、后、左、右各旁开一寸取穴。

（2）功效：本穴能治神志失调、耳目不聪等病证。

（3）主治：头痛，眩晕，失眠，健忘，癫狂，痫证，偏瘫，脑积水，大脑发育不全。

（4）操作：平刺0.5～0.8寸；可灸。

2. EX－HN3 印堂 Yìn táng

（1）定位：正坐仰靠或仰卧，于两眉头连线的中点，对准鼻尖处取穴。

（2）功效：清热，调神，止痉。

（3）主治：头痛，头晕，鼻渊，鼻衄，目赤肿痛，重舌，呕吐，产妇血晕，子痫，急、慢惊风，不寐，颜面疔疮以及三叉神经痛。

（4）操作：提捏局部皮肤，向下平刺0.3～0.5寸；或用三棱针点刺出血；可灸。

3. EX－HN4 鱼腰 Yú yāo

（1）定位：正坐或仰卧，两目平视，于眉毛中间与瞳孔直对处取穴。

（2）功效：治疗眼部疾患，调心律。

（3）主治：目赤肿痛，目翳，眼睑动，眼睑下垂，眶上神经痛。

（4）操作：平刺0.3～0.5寸；禁灸 。

4. EX－HN7 球后 Qiú hòu

（1）定位：正坐仰靠，嘱患者轻轻闭目，目平视，于目眶下缘的外1/4折点取穴。

（2）功效：治疗眼部疾患。

（3）主治：目疾。如视神经炎，视神经萎缩，视网膜色素变性，青光眼，早期白内障，近视。

（4）操作：沿眶下缘从外下向内上，向视神经孔方向刺0.5～1寸。

5. EX－HN8 上迎香 Shōng yíng xiāng

（1）定位：正坐仰靠，于鼻翼软骨与鼻甲的交接处取穴。

（2）功效：治疗鼻部疾患。

（3）主治：头痛，鼻塞，鼻中息肉，暴发火眼，迎风流泪。

（4）操作：向内上方斜刺0.3～0.5寸；可灸。

6. EX－HN 内迎香 Neì yíng xiāng

（1）定位：正坐仰靠，于鼻孔内与上迎香相对处的鼻黏膜上取穴。

（2）功效：治疗鼻部疾患，醒神。

（3）主治：目赤肿痛，鼻疾，喉痹，热病，中暑，眩晕。

（4）操作：用三棱针点刺出血。有出血体质的人忌用。

7. EX－HN5　太阳　Tài yáng

（1）定位：正坐或侧伏，于眉梢与目外眦连线中点外开一寸的凹陷中取穴。

（2）功效：治疗眼部疾患，通络止痛。

（3）主治：偏正头痛，目赤肿痛，目眩，目涩，牙痛，三叉神经痛。

（4）操作：直刺或斜刺0.3～0.5寸；或用三棱针点刺出血。禁灸。

8. EX－HN6　耳尖　ěr jiān

（1）定位：正坐或侧伏，折耳向前，于耳郭上端取穴。

（2）功效：治疗眼部疾患，清热。

（3）主治：目赤肿痛，上目翳，偏正头痛，喉痹，以及麦粒肿。

（4）操作：直刺0.1～0.2寸；或用三棱针点刺出血。可灸。

9. EX－HN14　翳明　Yì míng

（1）定位：正坐，头略前倾，在风池与翳风连中点取穴。

（2）功效：治疗眼部疾患，安神。

（3）主治：目疾，如近视，远视，雀目，青盲，早期白内障；头痛，眩晕，耳鸣，失眠，精神病。

（4）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

10. EX－HN10　聚泉　Jù quán

（1）定位：正坐，张口伸舌，医者用消毒纱布牵住舌尖，于舌背正中缝之中点取穴。

（2）功效：利官窍，利小便。

（3）主治：舌强，舌缓，消渴，哮喘，咳嗽及味觉减退。

（4）操作：直刺0.1～0.2寸，或用三棱针点刺出血。

11. EX－HN13　金津、玉液　Jīn jīn　Yù yè

（1）定位：正坐张口，舌转卷向后方，于舌面下，舌系带两旁之静脉上取穴。左称金津，右称玉液。

（2）功效：泻热，开窍。

（3）主治：舌强，舌肿，口疮，失语。

（4）操作：点刺出血。

12. EX－HN12　上廉泉　Shàng lián quán

（1）定位：位于颌下部，仰卧位，后颈部垫高时甲状软骨上凹陷直上1寸处。

（2）功效：泻热，开窍。

（3）主治：流涎，急、慢性口腔炎，舌强，语言不清，喑哑；舌下神经瘫痪。

（4）操作：针尖向舌根斜刺1.5～2寸，也可提针至皮下后，向舌根两侧斜刺，使舌尖、舌根有发麻感。

13. 安眠　Ān mián

（1）定位：俯伏，在风池穴和翳明穴连线的中点取穴。

（2）功效：安神。

（3）主治：失眠，头痛，眩晕，心悸，烦躁，癔病，癫痫，精神病，耳聋，高血压。

（4）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

14. EX－HN15　颈百劳　Jǐng bǎi láo

（1）定位：正坐位或伏卧位。在颈部，在大椎直上2寸，后正中线旁开2寸。

（2）功效：清虚热，安神通络。

（3）主治：颈项强痛，瘰疬，咳嗽，气喘，骨蒸劳热，盗汗自汗；支气管哮喘，慢性支气管炎，肺结核，百日咳，落枕，颈项部扭挫伤，神经衰弱。

（4）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

15. EX－B　定喘　Dìng chuǎn

（1）定位：伏卧位。在背部，第7颈椎棘突下，旁开0.5寸。

（2）功效：祛风清热，止咳平喘，通经止痛。

（3）主治：落枕，肩背痛，上肢疼痛不举，哮喘，咳嗽，荨麻疹；慢性支气管炎，支气管哮喘，肺结核，肩背神经痛。

（4）操作：直刺，或偏向内侧，0.5～1寸；可灸。

16. EX－B2　夹脊　Jiā jǐ

（1）定位：俯伏或俯卧，于脊椎棘突间两侧，背正中线外侧0.5寸处。自第1胸椎至第5腰椎，每侧17穴，左右共34穴。

（2）功效：治疗脊柱病，调理脏腑。

（3）主治：适应范围较广。其中上胸部的穴位治疗心肺、上肢疾病；下胸部的穴位治疗胃肠疾病；腰部的穴位治疗腰、腹及下肢疾病。

（4）操作：直刺0.3～0.5寸，或用梅花针叩刺；可灸。

17. EX－B3　胃脘下俞　Wèi wǎn xià shū

（1）定位：伏卧位，在背部，当第8胸椎棘突下，旁开1.5寸。

（2）功效：调理气机，助脾运化。

（3）主治：胃痛，腹痛，胸胁痛，消渴咳嗽，咽干；胰腺炎。

（4）操作：斜刺0.3～0.5寸；可灸。

18. EX－B6　腰眼　Yāo yǎn

（1）定位：伏卧位，在腰部，当第4腰椎棘突下，旁开约3.5寸处。

（2）功效：补肾气。

（3）主治：肾虚腰痛，尿频，妇科疾患，虚劳羸瘦，消渴病。

（4）操作：直刺0.5～1寸；宜灸5～15壮。

19. EX－UE1　肘尖　Zhǒu jiān

（1）定位：正坐屈肘约90°角。在肘后部，屈肘，当尺骨鹰嘴的尖端。

（2）功效：泻热解毒。

（3）主治：痈疽，疔疮，肠痈，霍乱，瘰疬。

（4）操作：灸。

20. EX－UE4　中魁　Zhōng kuí

（1）定位：握拳，掌心向心，在中指背侧近侧指间关节的中点处。

（2）功效：调理气机。

（3）主治：牙痛，鼻出血，噎膈，反胃，呕吐，呃逆，白癜风。

（4）操作：灸。

21. EX－UE5　大骨空　Dà gǔ kōng

（1）定位：握拳，掌心向心，在拇指背侧指间关节的中点处。

（2）功效：降逆。

（3）主治：目痛，目翳，内障，吐泻，鼻出血。

（4）操作：灸。

22. EX－UE6　小骨空　Xiǎo gǔ kōng

（1）定位：握拳，掌心向心，在小指背侧指间关节中点处。

（2）功效：利官窍，止痛。

（3）主治：目赤肿痛，目翳，喉痛，指关节痛。

（4）操作：灸。

23. EX－UE10　四缝　Sì fèng

（1）定位：仰掌伸指，在第2～5指掌侧，近端指关节的中央，一侧4穴。

（2）功效：健脾消积。

（3）主治：小儿腹泻，咳嗽气喘，疳积，百日咳，肠虫症。

（4）操作：直刺0.1～0.2寸，挤出少量黄白色透明样黏液或出血。

24. EX－UE11　十宣　Shí xuān

（1）定位：仰掌，十指微屈，于十指尖端去指甲游离缘0.1寸处取穴。

（2）功效：醒神开窍，泻热通络。

（3）主治：昏迷，晕厥，中暑，热病，小儿惊厥，咽喉肿痛，指端麻木。

（4）操作：直刺0.1～0.2寸；或用三棱针点刺出血。

25. EX－UE12　八邪　Bā xié

（1）定位：微握拳，于手背第1～5指间的缝纹端取穴。左右共8穴。

（2）功效：疏通经络，泻邪热。

（3）主治：手背肿痛，手指麻木，头项强痛，咽痛，齿痛，目痛，烦热，毒蛇咬伤。

（4）操作：向上斜刺0.5～0.8寸；或点刺出血。可灸。

26. 威灵、精灵　Wēi líng　Jīng líng

（1）定位：伏掌，威灵在手背第2、3掌骨间中点，第2指伸肌腱桡侧凹陷处；精灵在手背第4、5掌骨间中点，第4指伸肌腱尺侧凹陷处。

（2）功效：止痛定痉。

（3）主治：头痛，猝死，小儿惊风。

（4）操作：直刺0.3～0.5寸；可灸。

27. EX－LE3　百虫窝　Bǎi chóng wō

（1）定位：正坐屈膝或仰卧位，在大腿内侧，髌底内侧上3寸，即血海上1寸。

（2）功效：祛风活血治虫。

（3）主治：皮肤瘙痒，风疹块，下部生疮，蛔虫病。

（4）操作：直刺0.5～1寸；可灸。

28. EX－LE2　鹤顶　Hè dǐng

（1）定位：屈膝，在膝上部，髌底的中点上方凹陷处。

（2）功效：舒筋活络，泻热。

（3）主治：膝关节酸痛，腿足无力，鹤膝风，脚气。

（4）操作：直刺0.5～0.8寸；可灸。

29. EX－LE4　内膝眼　Nèi xī yǎn

（1）定位：屈膝，在髌韧带内侧凹陷处。

（2）功效：治疗局部疾患。

（3）主治：膝关节酸痛，鹤膝风，腿痛及其周围软组织炎症。

（4）操作：从前内向外与额状而成45°角斜刺0.5～1寸。

30. EX－LE10　八风　Bā fēng

（1）定位：正坐位或仰卧位，在足背侧，第1～5趾间，趾蹼缘后方赤白肉际处，一侧4穴，左右共8穴。

（2）功效：泻邪，止痛，活血。

（3）主治：毒蛇咬伤，足跗肿痛，脚弱无力，头痛，腰痛，疟疾。

（4）操作：斜刺0.5～0.8寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

中篇 刺灸法

概　述

刺法灸法学，是针灸医学的重要组成部分，是针灸临床治疗疾病必须掌握的基本技能。历代针灸学家在长期的医疗实践中，积累了丰富的临床经验和理论知识，使刺法灸法的内容不断充实，理论不断完善，为本学科的发展奠定了理论和实践基础。

刺法灸法学，是研究各种以防治疾病为目的的刺法、灸法的具体应用方法、操作技术及其基本原理的一门学科。

刺法，又称针法，而刺法的意义较广，是指采用不同针具或非针具，刺激人体的一定部位（腧穴），并运用各种手法以调整阴阳、防治疾病的方法。

灸法，是指采用艾绒或其他药物制成的灸炷或灸条，点燃后熏熨体表的一定部位，或采用其他光、电等刺激体表的一定的部位，以起防治疾病作用的方法。

研究刺法、灸法等的理论及其临床使用方法的学科，即称刺法灸法学。

刺法灸法学是针灸基础理论与临床治疗之间的桥梁，针灸治疗疾病的过程就是刺法与灸法的具体实施过程。刺灸方法应用正确与否直接关系到疗效的优劣，故如何正确并熟练地掌握刺灸方法就成为学习好针灸的关键。

我国历代针灸医家十分重视刺灸方法，创造并发展了名目繁多的针刺手法和艾灸方法等，形成了一整套理论，积累了宝贵的经验，都值得借鉴和学习。

□第四章□

现代常用针刺法

第一节 毫针刺法

毫针刺法：指利用毫针刺入或刺激腧穴经络以防治疾病的方法。毫针刺法有严格的操作规程和明确的要求，是诸多刺法中的主体，是针灸医生必须掌握的基本方法和操作技能。毫针刺法包括从进针至出针的针刺技法全过程，具有很高的技术要求和严格的操作规程，医者必须熟练掌握。

一、持针法

（一）“刺手”与“押手”

毫针操作时，一般将医者持针的右手称为“刺手”，按压穴位局部的左手称为“押手”（又称“压手”）。《灵枢·九针十二原》记述的“右主推之，左持而御之”，说明刺手的作用主要是掌握毫针，进针时将臂、腕、指之力集于刺手，使针尖快速透入皮肤，然后行针。押手的作用，主要是固定穴位皮肤，使毫针能够准确地刺中腧穴，并使长毫针针身有所依靠，不致摇晃和弯曲。进针时，刺手与押手配合得当，动作协调，可以减轻痛感，行针顺利，并能调整和加强针感，提高治疗效果。古代医家非常重视双手配合动作，如《标幽赋》所说：“左手重而多按，欲令气散；右手轻而徐入，不痛之因”，确是经验之谈。

（二）持针姿势

持针的姿势状如执持毛笔，故称为执毛笔式持针法。根据用指的多少，一般又分为二

指持针法、三指持针法、四指持针法、五指持针法。

1. 二指持针法

二指持针法即用右手拇食两指指腹挟持针柄，针身与拇指呈90°角。一般用于针刺浅层腧穴的短毫针常用持针法。

2. 多指持针法

多指持针法即用右手拇、食、中、无名指指腹执持针柄，小指指尖抵于针旁皮肤，支持针身垂直。一般用于长针深刺的持针法。

二、进针法

进针法，又称刺针法、下针法、入针法、内针法，是指毫针在刺手与押手的密切配合下，运用各种手法将针刺入腧穴皮下的方法，是毫针刺法的首要操作技术。在进针时要注意指力与腕力的协调一致，要求做到无痛或微痛进针。毫针进针方法很多，有以进针速度快慢分，以刺手刺入术式分，以使用进针器具分等。而以押手姿势分最为常见，分为单手进针法和双手进针法两大类，后者又常根据临床施术部位不同分为爪切法、夹持法、舒张法和提捏法等。

三、行针手法

毫针进针后，为了使患者产生针刺感应，或进一步调整针感的强弱，以及使针感向某一方向扩散、传导而采取的操作方法，称为“行针”，亦称“运针”。行针手法包括基本手法和辅助手法两类。

（一）基本手法

行针的基本手法是毫针刺法的基本动作，从古至今临床常用的主要有提插法和捻转法两种。两种基本手法临床施术时既可单独应用，又可配合应用。

1. 提插法

提插法即将针刺入腧穴一定深度后，施以上提下插动作的操作手法。这种使针由浅层向下刺入深层的操作谓之插，从深层向上引退至浅层的操作谓之提，如此反复地上下呈纵向运动的行针手法，即为提插法。对于提插幅度的大小、层次的变化、频率的快慢和操作时间的长短，应根据患者的体质、病情、腧穴部位和针刺目的等而灵活掌握。使用提插法时的指力要均匀一致，幅度不宜过大，一般以3～5分为宜，频率不宜过快，每分钟60次左右，保持针身垂直，不改变针刺角度、方向和深度。通常认为行针时提插的幅度大，频率快，刺激量就大；反之，提插的幅度小，频率慢，刺激量就小。

2. 捻转法

捻转法即将针刺入腧穴一定深度后，施以向前向后捻转动作的操作手法。这种使针在腧穴内反复前后来回的旋转行针手法，即为捻转法。捻转角度的大小、频率的快慢、时间的长短等，需根据患者的体质、病情、腧穴部位、针刺目的等具体情况而定。使用捻转法

时，指力要均匀，角度要适当，一般应掌握在180°~360°左右，不能单向捻针，否则针身易被肌纤维等缠绕，引起局部疼痛和导致滞针而使出针困难。一般认为捻转角度大，频率快，其刺激量就大；捻转角度小，频率慢，其刺激量则小。

（二）辅助手法

行针的辅助手法，是行针基本手法的补充，是为了促使针后得气和加强针刺感应的操作手法。临床常用的行针辅助手法有循法、弹法、刮法、摇法、飞法和震颤法。

四、留针法

当毫针刺入腧穴，行针得气并施以或补或泻手法后，将针留置在穴内者称为留针。留针是毫针刺法的一个重要环节，对于提高针刺治疗效果有重要意义。通过留针，可以加强针刺感应和延长刺激作用，还可以起到候气与调气的目的。针刺得气后留针与否以及留针时间久暂，应视患者体质、病情、腧穴位置等而定。如一般病证只要针下得气并施以适当补泻手法后，即可出针，或留置10~20分钟。但对一些特殊病证，如慢性、顽固性、痉挛性疾病，可适当延长留针时间。某些急腹症、破伤风角弓反张者，必要时可留针数小时；而对老人、小儿患者和昏厥、休克、虚脱患者，不宜久留针，以免贻误病情。留针方法主要有静留针法和动留针法两种。

五、出针法

出针法，又称起针、退针。在施行针刺手法或留针达到预定针刺目的和治疗要求后，即可出针。出针是整个毫针刺法过程中的最后一个操作程序，预示针刺结束。

（一）出针方法

出针的方法，一般是以左手拇食两指持消毒干棉球轻轻按压于针刺部位，右手持针作轻微的小幅度捻转，并随势将针缓缓提至皮下（不可单手猛拔），静留片刻，然后出针。

（二）出针要求

出针时，依补泻的不同要求，分别采取“疾出”或“徐出”以及“疾按针孔”或“摇大针孔”的方法出针。出针后，除特殊需要外，都要用消毒棉球轻压针孔片刻，以防出血或针孔疼痛。当针退完后，要仔细查看针孔是否出血，询问针刺部位有无不适感，检查核对针数有否遗漏，还应注意有无晕针延迟反应征象。

六、针刺异常情况的预防和处理

针刺治病是一种安全、有效的疗法，但由于种种原因，有时也可能偶然出现某种异常情况，如晕针、滞针、弯针等，必须立即进行有效处理。

（一）晕针

1. 表现

轻度晕针，表现为精神疲倦，头晕目眩，恶心欲吐；重度晕针，表现为心慌气短，面色苍白，出冷汗，脉象细弱，甚则神志昏迷，唇甲青紫，血压下降，二便失禁，脉微欲绝等症状。

2. 原因

晕针多见于初次接受针刺治疗的患者，其他可因精神紧张、体质虚弱、劳累过度、饥饿空腹、大汗后、大泻后、大出血后等发生。也有因患者体位不当，施术者手法过重以及治疗室内空气闷热或寒冷者。

3. 处理

立即停止针刺，起出全部留针，扶持患者平卧；头部放低，松解衣带，注意保暖。轻者静卧片刻，给饮温茶，即可恢复。如未能缓解者，用指掐或针刺急救穴，如水沟、素髎、合谷、内关、足三里、涌泉、中冲等，也可灸百会、气海、关元、神阙等，必要时可配用现代急救措施。晕针缓解后，仍需适当休息。

4. 预防

对晕针要重视预防，如初次接受针治者，要做好解释工作，解除恐惧心理。正确选取舒适持久的体位，尽量采用卧位。选穴宜少，手法要轻。对劳累、饥饿、大渴者，应嘱其休息、进食、饮水后，再予针治。针刺过程中，应随时注意观察患者的神态，询问针后情况，一有不适等晕针先兆，需及早采取处理措施。此外，注意室内空气流通，消除过热过冷因素。

（二）滞针

1. 表现

针在穴位内，运针时捻转不动，提插、出针均感困难。若勉强捻转、提插时，则患者感到疼痛。

2. 原因

患者精神紧张，针刺入后局部肌肉强烈挛缩；或因行针时捻转角度过大过快和持续单向捻转等，而致肌纤维缠绕针身所致。

3. 处理

嘱患者消除紧张，使局部肌肉放松；或延长留针时间，用循、提、按、弹等手法，或在滞针附近加刺一针，以缓解局部肌肉紧张。如因单向捻针而致者，需反向将针捻回。

4. 预防

对精神紧张者，应先作好解释，消除顾虑。并注意行针手法，避免连续单向捻针。

（三）弯针

1. 表现

针柄改变了进针时刺入的方向和角度，使提插、捻转和出针均感困难，患者感到针处疼痛。

2. 原因

术者进针手法不熟练，用力过猛，以致针尖碰到坚硬组织；或因患者在针刺过程中变动了体位，或针柄受到某种外力碰压等。

3. 处理

出现弯针后，就不能再行手法。如针身轻度弯曲，可慢慢将针退出；若弯曲角度过大，应顺着弯曲方向将针退出。因患者体位改变所致者，应嘱患者慢慢恢复原来体位，使局部肌肉放松后，再慢慢退针。遇有弯针现象时，切忌强拔针、猛退针。

4. 预防

医者进针手法要熟练，指力要轻巧。患者的体位要选择恰当，并嘱其不要随意变动。注意针刺部位和针柄不能受外力碰压。

（四）断针

1. 表现

针身折断，残端留于患者腧穴内。

2. 原因

针具质量欠佳，针身或针根有损伤剥蚀。针刺时针身全部刺入腧穴内，行针时强力提插、捻转，局部肌肉猛烈挛缩。患者体位改变，或弯针、滞针未及时正确处理等所致。

3. 处理

嘱患者不要紧张、乱动，以防断针陷入深层。如残端显露，可用手指或镊子取出。若断端与皮肤相平，可用手指挤压针孔两旁，使断针暴露体外，用镊子取出。如断针完全没入皮内、肌肉内，应在X线下定位，手术取出。

4. 预防

应仔细检查针具质量，不合要求者应剔除不用。进针、行针时，动作宜轻巧，不可强力猛刺。针刺入穴位后，嘱患者不要任意变动体位。针刺时针身不宜全部刺入。遇有滞针、弯针现象时，应及时正确处理。

（五）针后异常感

1. 表现

出针后，患者不能挪动体位，或重、麻、胀的感觉过强，或原有症状加重，或针孔出血，或针处皮肤青紫、结节等。

2. 原因

肢体不能挪动，可能是有针遗留，未完全出完，或体位不当，致肢体活动受限；对过

于重、麻、胀针感者，多半是行针时手法过重，或留针时间过长有关；原有病情加重，多因手法与病情相悖，即“补泻反，病益笃”之由；局部出血、青紫、硬结出现者，都因刺伤血管所致，个别可能由凝血功能障碍引起。

3. 处理

如有遗留未出之针，应随即起针，退针后让患者休息片刻，不要急于离开；对原病加重者，应查明原因，调整治则和手法，另行针治；局部出血、青紫者，可用棉球按压和按摩片刻；如因内出血青紫块较明显者，应先作冷敷以防继续出血，再行热敷，使局部瘀血消散。

4. 预防

退针后认真清点针数，避免遗漏。行针手法要柔和适度，避免手法过强和留针时间过长。临诊时要认真辨证施治，处方选穴精炼，补泻手法适度。要仔细查询有无出血病史，对男性患者，要注意排除血友病。要熟悉浅表解剖知识，避免刺伤血管。

（六）针刺引起创伤性气胸

1. 表现

患者突感胸闷、胸痛、气短、心悸，严重者呼吸困难、紫绀，冷汗、烦躁、恐惧，甚则血压下降，出现休克等危急现象。检查时，肋间隙变宽，肿胀，叩诊呈鼓音，听诊肺呼吸音减弱或消失，气管可向健侧移位。X线胸透可见肺组织被压缩现象。有的针刺创伤性轻度气胸者，起针后并不出现症状，而是过了一定时间才慢慢感到胸闷、胸痛、呼吸困难等症状。

2. 原因

针刺胸部、背部和锁骨附近的穴位过深，刺穿了胸腔和肺组织，气体积聚于胸腔而导致气胸。

3. 处理

一旦发生气胸，应立即起针，并让患者采取半卧位休息，要求患者心情平静，切勿因恐惧而反转体位。一般漏气量少者，可自然吸收。医者要密切观察，随时对症处理，如给予镇咳、消炎类药物，以防止肺组织因咳嗽扩大创口，加重漏气和感染。对严重病例需及时组织抢救，如胸腔排气、少量慢速输氧等。

4. 预防

医者针刺时要集中思想，选好适当体位，根据患者体形肥瘦，掌握进针深度，施行提插手法的幅度不宜过大。胸背部腧穴应斜刺、横刺，不宜长时间留针。

（七）刺伤脑脊髓

1. 表现

如误伤延脑时，可出现头痛、恶心、呕吐、呼吸困难、休克和神志昏迷等。如刺伤脊髓，可出现触电样感觉向肢端放射，甚至引起暂时性肢体瘫痪，有时可危及生命。

2. 原因

脑脊髓是中枢神经统帅周身各种机体组织的总枢纽、总通道，而它的表层分布有督脉和华佗夹脊等一些重要腧穴，如风府、哑门、大椎、风池以及背部正中线第1腰椎以上棘突间腧穴。若针刺过深，或针刺方向、角度不当，均可伤及，造成严重后果。

3. 处理

当出现上述症状时，应及时出针。轻者，需安静休息，经过一段时间后，可自行恢复。重者则应联合有关科室如神经外科等，进行及时抢救。

4. 预防

凡针刺督脉腧穴第12胸椎以上及华佗夹脊穴，都要认真掌握针刺深度、方向和角度。如针刺风府、哑门穴，针尖方向不可上斜，不可过深；悬枢穴以上的督脉腧穴及华佗夹脊穴，均不可深刺。上述腧穴在行针时只宜捻转手法，避免提插手法，禁用捣刺手法。

（八）刺伤内脏

1. 表现

刺伤肝、脾，可引起内出血，肝区或脾区疼痛，有的可向背部放射。如出血不止，腹腔聚血过多，会出现腹痛、腹肌紧张，并有压痛及反跳痛等急腹症症状。刺伤心脏时，轻者可出现强烈刺痛，重者有剧烈撕裂痛，引起心外射血，即刻导致休克等危重情况。刺伤肾脏，可出现腰痛，肾区叩击痛，血尿，严重时血压下降、休克。刺伤胆囊、膀胱、胃、肠等空腔脏器时，可引起疼痛、腹膜刺激征或急腹症等症状。

2. 原因

主要原因是施术者缺乏解剖学、腧穴学知识，对腧穴和脏器的部位不熟悉，加之针刺过深，或提插幅度过大，造成相应的内脏损伤。

3. 处理

损伤轻者，卧床休息一段时间后，一般即可自愈。如损伤较重，或继续有出血倾向者，应加用止血药，或局部作冷敷止血处理，并加强观察，注意病情及血压变化。若损伤严重，出血较多，出现休克时，则必须迅速进行输血等急救措施。

4. 预防

术者要学好解剖学、腧穴学，掌握腧穴结构，明了腧穴下的脏器组织。针刺胸腹、腰背部的腧穴时，应控制针刺深度，行针幅度不宜过大。

第二节 耳针疗法

耳针，是指使用短毫针针刺或其他方法刺激耳穴，以诊治疾病的一种方法。古代医著中就有“耳脉”、耳与脏腑经络的生理病理关系，以及耳穴诊治疾病的理论和方法等记载。近30多年来，通过大量的临床实践和实验研究，耳穴诊治方法迅速发展，已初步形成了耳穴诊治体系。

一、耳与脏腑经络的关系

（一）耳与脏腑的关系

耳与脏腑的生理、病理有着密切的联系。与生理相关的如《素问·金匮真言论》说："南方赤色，入通于心，开窍于耳，藏精于心"，《灵枢·五阅五使》说："耳者，肾之官也"，《灵枢·脉度》说："肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣"，《备急千金要方》说："心气通于舌，非窍也，其通于窍者，寄见于耳，荣华于耳"，《证治准绳》说："肾为耳窍之主、心为耳窍之客"，《杂病源流犀烛》说："肺主气，一身之气贯于耳"。而《厘正按摩要术》在汇集前人经验基础上，提出了耳背与五脏的关系，指出："耳珠属肾，耳轮属脾，耳上轮属心，耳皮肉属肺，耳背玉楼属肝"的生理联系。与病理相关的如《素问·脏器法时论》说："肝病者……虚则目无所见，耳无所闻"，《素问·玉机真脏论》说："脾为孤脏……其不及则令人九窍不通"，《证治准绳》说："肺气虚则少气……是以耳聋"。而察耳的形态、色泽等改变，可"视其外应，以知其内脏"的病变，如《灵枢·本脏》说：耳"黑色小理者肾小……耳薄不坚者肾脆"，《证治准绳》说："凡耳轮红润者生，或黄或黑或青而枯燥者死，薄而白、薄而黑者皆为肾败"。现代科学研究表明，耳与脏腑器官在生理上密切联系，不仅存在着相关性，而且具有相对特异性，这为耳针法诊治疾病提供了客观依据。

（二）耳与经络的关系

《内经》中所记述的经脉循行分布，说明耳与经络之间存在着密切的联系。近年来的耳穴经络感传实验，也表示耳与经络的相关性。在手足六阳经经脉循行中，有的直接入耳中，有的分布于耳郭周围。手足六阴经经脉循行，虽不直接上行至耳，但通过各自的经别与阳经相合，间接地上达于耳。所以，《灵枢·口问》说："耳者，宗脉之所聚也"，可见耳与经络的关系在《内经》时期已奠定了基础。后世医著又多有阐述，如《医学真经》说："十二经脉，上终于耳，其阴阳诸经，适有交并"，《丹溪心法》说："盖十二经络，上络于耳"、"耳为诸宗脉客所附"，《类经图翼》说："手足三阴三阳之脉皆入耳中"，《奇经八脉考》一书还从奇经八脉角度，阐述了耳和经络的关系。

二、耳郭与耳穴

（一）耳郭的形态和分部

耳郭是外耳的组成部分，位于下颌窝和颞骨、乳突之间，呈垂直方向生长。耳的前外面凹陷，后内面隆凸。

（二）耳郭的组织结构

耳郭以弹性纤维软骨为支架，并附有韧带、脂肪、结缔组织和退化的肌肉，以及覆盖在外层的皮下组织和皮肤等结构。耳郭的神经分布极为丰富，其中脊神经有来自颈丛的耳

大神经和枕小神经，脑神经有来自三叉神经分支的耳颞神经、面神经耳支、迷走神经分支和舌咽神经分支合成的耳支及来自颈动脉丛的交感神经。耳郭的动脉，来自颈外动脉的分支颞浅动脉和耳后动脉，在耳郭深部沿软骨膜行走。颞浅动脉在外耳门前方分出3支主要供应耳郭前面，耳后动脉从下耳根沿耳郭背面上行，主要供应耳郭背面。耳郭静脉起于耳郭浅层，前面汇成2~3支较大静脉，经颞浅静脉注入颈外静脉。耳背小静脉亦汇成3~5支，经耳后静脉注入颈外静脉。耳郭的淋巴多成网状，主要流入耳郭周围的淋巴结。根据其流向分成前、后、下三组，前组流入耳前淋巴结和腮腺淋巴结，后组流入耳后淋巴结和乳突淋巴结，下组流入耳后淋巴结，三组淋巴结均汇入颈上淋巴结。

（三）耳穴的分布

耳穴在耳郭上的分布有一定的规律，一般与头脑、面部相应的耳穴多分布在耳垂和对耳屏；与上肢相应的耳穴多分布在耳舟；与躯体和下肢相应的耳穴多分布在对耳轮体部和对耳轮上下脚；与腹腔脏器相应的耳穴多分布在耳甲艇；与胸腔脏器相应的耳穴多分布在耳甲腔；与消化道相应的耳穴多分布在耳轮脚周围；与耳鼻咽喉相应的耳穴多分布在耳屏四周。

三、操作方法

（一）耳穴辅助诊断方法

人体有病时，往往会在耳郭上的一定部位出现各种阳性反应，如相关部位的耳穴电阻值下降、痛阈值降低、皮肤色泽、形态改变等。耳郭上耳穴部位的阳性反应，既是辅助诊断的依据，也是治疗疾病的刺激点，因而探查阳性反应点是正确使用耳穴诊治的重要操作内容。

（二）处方选穴原则

耳针法临床常用的处方选穴原则主要有：按部位处方选穴法、辨证处方选穴法、根据现代医学理论取穴法、根据临床实践经验取穴法。上述耳针处方选穴原则，既可单独使用，亦可配合互用。选穴时要掌握耳穴的共性和特性，用穴要少而精。

（三）操作程序

首先要定准耳穴。根据处方所列耳穴，在穴区内探寻阳性反应点，做好标记，为施治的刺激点；要严格消毒。耳郭组织结构特殊，使用耳针法时，必须实施两次消毒法，即除了针具与医者手指消毒外，耳穴皮肤应先用2%碘酊消毒，再用75%乙醇消毒并脱碘；正确选用刺激方法。耳穴的刺激方法较多，应根据患者、病情、穴位、时令等具体情况灵活选用。

（四）刺激方法

耳针法的刺激方法很多，目前临床常用的有：毫针法、电针法、埋针法、压籽法、温

灸法、刺血法、水针法、磁疗法、光针法及按摩法等。

四、适应范围

耳针在临床治疗的疾病很广，不仅用于治疗许多功能性疾病，而且对一部分器质性疾病，也有一定疗效。可以适用于各种疼痛、炎症性疾病，对于一些功能紊乱性病证、过敏与变态反应性病证、内分泌代谢性病证及各种慢性病证同样具有较好的临床疗效。

五、注意事项

1. 严格消毒，防止感染。耳郭暴露在外，结构特殊，血液循环较差，容易感染，且感染后易波及软骨，严重者可致软骨坏死、萎缩而导致耳郭畸变，故应重视预防。

2. 耳郭上有湿疹、溃疡、冻疮破溃等，不宜用耳穴治疗。

3. 有习惯性流产的孕妇禁用耳针治疗；妇女怀孕期间也应慎用，尤其不宜用子宫、卵巢、内分泌、肾等穴。

4. 对年老体弱者、有严重器质性疾病者、高血压病者，治疗前应适当休息，治疗时手法要轻柔，刺激量不宜过大，以防意外。

5. 耳针法亦可能发生晕针，应注意预防并及时处理。

6. 对肢体活动障碍及扭伤的患者，在耳针留针期间，应配合适量的肢体活动和功能锻炼，有助于提高疗效。

第三节 电针疗法

电针是在针刺腧穴“得气”后，在针上通以接近人体生物电的微量电流以防治疾病的一种疗法。它的优点是：在针刺腧穴的基础上，加以脉冲电的治疗作用，针与电两种刺激相结合，故对某些疾病能提高疗效；能比较正确地掌握刺激参数；代替手法运针，节省人力。

一、电针器的选择

电针器的种类较多，目前较常见的有蜂鸣式电针器、电子管电针器、半导体电针器等数种。它采用振荡发生器，输出接近人体生物电的低频脉冲电流，既可做电针，又可用点状电极或板状电极直接放在穴位上或患部进行治疗。电针器以具有刺激量大，安全，可用电池，不受电源限制，耗电省，体积小，携带方便，耐震，无噪声者为佳。

二、操作方法

电针的用针除用不锈钢外，也可用银特制。一般选用 26～28 号粗细的毫针。

电针仪器在使用前，必须先把强度调节旋钮调至零位（无输出）。再把电针器上每对

输出的两个电极分别连接在两根毫针上。一般将同一对输出电极连接在身体的同侧，在胸背部的穴位上使用电针时，更不可将两个电极跨接在身体两侧。通电和断电时应注意要逐渐加大或减小电流强度，以免给病员造成突然的刺激。临床治疗，一般针刺穴位有了治疗所需的“得气”感应后（神志失常、知觉麻木、小儿患者例外），将输出电位器调至“0”度，负极接主穴，正极接配穴，（也有不分正负极，将两根导线任接两支针柄），然后拨开电源开关，选好波型，慢慢调高至所需输出电流量。通电时间一般5～20分钟左右，针刺麻醉可持续更长时间。如感觉减低，可适当加大输出电流量，或暂时断电1～2分钟后再行通电。如果病情只需用一个穴位，可把一根导线接在针柄上，另一根导线接在一块约25cm大小的薄铝板上，外包几层湿纱布，平放在离针稍远的皮肤上，用带子固定。这样，针刺部位的电刺激感应很明显，作用较集中，而铝板部位因电流分散，感应微弱，作用很小。

三、电针的选穴

与毫针刺法治疗大致相同。但须选取两个穴位以上，一般以取用同侧肢体1～3对穴位（即是用1～3对导线）为宜，不可过多，过多则会刺激太强，患者不易接受。电针的选穴，既可按经络选穴，又可结合神经的分布，选取有神经干通过的穴位及肌肉神经运动点。

四、脉冲电流的作用

人体组织是由水分、无机盐和带电生物胶体组成的复杂的电解质电导体。当一种波型、频率不断变换的脉冲电流作用人体时，组织中的离子会发生定向运动，消除细胞膜极化状态，使离子浓度和分布发生显著变化，从而影响人体组织功能。离子浓度和分布的改变，是脉冲电流治疗作用最基本的电生理基础。低频脉冲电流通过毫针刺激腧穴，具有调整人体功能，加强止痛、镇静，促进气血循环，调整肌张力等作用。

低频脉冲电流的波形、频率不同，其作用亦不同。频率有每分钟几十次至每秒钟几百次不等。频率快的叫密波（或叫高频），一般在50～100次/秒，频率慢的叫疏波（或叫低频），一般是2～5次/秒。有的电针机有连续波（亦叫可调波），可用频率旋扭任意选择疏密波形。有的电针机分别装置密波、疏波、疏密波、断续波等数种波形，临床使用时应据病情选择适当波形。可以提高疗效。

五、适应范围

电针的适应证基本和毫针刺法相同，故其治疗范围较广。临床常用于各种痛证，痹证，痿证，心、胃、肠、胆、膀胱、子宫等器官的功能失调，癫狂，肌肉、韧带、关节的损伤性疾病等，并可用于针刺麻醉。

六、注意事项

1. 每次治疗前，检查电针器输出是否正常。治疗后，须将输出调节电钮等全部退至零位，随后关闭电源，撤去导线。

2. 电针感应强，通电后会产生肌收缩，故须事先告诉病，让其思想上有所准备，以便能更好地配合治疗。电针刺激强度应逐渐从小到大；不要突然加强，以免出现晕厥、弯针、断针等异常现象。

3. 患有严重心脏病者，在应用电针时应严加注意，避免电流回路经过心脏。在邻近延髓、脊髓部位使用电针时，电流的强度要小些，切不可作强电刺激，以免发生意外。

4. 在左右两侧对称的穴位上使用电针，如出现一侧感觉过强，这时可以将左右输出电极对换。对换后，如果原感觉强的变弱，而弱的变强，则这种现象是由于电针器输出电流的性能所致。如果无变化，这说明是由于针刺在不同的解剖部位而引起。

5. 曾作为温针使用过的毫针，针柄表面往往因氧化而导电不良，有的毫针柄是用铝丝绕制而成，并经氧化处理成金黄色，导电性能也不好。这类毫针最好不用，如使用须将输出电极夹在针体上。

6. 在使用电针时，如遇到输出电流时断时续，往往是电针器的输出部分发生故障或导线根部有断损，应修理后再用。

7. 毫针经多次使用后，针身容易产生缺损，在消毒前应加以检查，以防断针。

第四节 火针疗法

火针是用火烧红的针尖迅速刺入穴内，以治疗疾病的一种方法。早在《灵枢·官针》中就记：有“淬刺者，刺燔针则取痹也。”《伤寒论》中也论述了火针的适应证和不宜用火针医治的病候。《千金翼方》有“处疖痈疽，针惟令极热”的论述。《针灸大成》中总结了明以前用火针治疗的经验，可以参考。

本法具有温经散寒，通经活络作用，因此在临床可用于对虚寒痈肿等证的治疗。

一、针具

一般用较粗的不锈钢针，如圆利针或24号2寸不锈钢针。也有用特制的针具，如弹簧式火针、三头火针及用钨合金所制的火针等。弹簧式火针进针迅速并易于掌握针刺深度，三头火针常用于对体表痣、疣的治疗。

二、操作方法

1. 选穴与消毒

火针选穴与毫针选穴的基本规律相同，根据病证不同而辨证取穴。选定穴位后要采取

适当体位以防止患者改变姿势而影响取穴的准确性。取穴应根据病情而定，一般宜少，实证和青壮年患者取穴可略多。选定穴位后进行严密消毒。消毒方法宜先用碘酒消毒，后用酒精棉球脱碘，以防感染。

2. 烧针

烧针是使用火针的关键步骤，《针灸大成·火针》说："灯上烧，令通红，用方有功。若不红，不能去病，反损于人。"因此，在使用前必须把针烧红，才起作用。较为方便的方法是用酒精灯烧针。

3. 针刺与深度

针刺时，用烧红的针具，迅速刺入选定的穴位内，即迅速出针。关于针刺深度，《针灸大成·火针》中说：刺针"切忌太深，恐伤经络，太浅不能去病，惟消息取中耳。"火针针刺的深度要根据病情、体质、年龄和针刺部位的肌肉厚薄、血管深浅而定。一般而言，四肢、腰腹针刺稍深，可刺2～5分深，胸背部穴位针刺宜浅，可刺1～2分深。

三、适应范围

火针有温经通络、祛风散寒的作用。主要用于痹证、胃下垂、胃脘痛、泄泻、痢疾、阳痿、瘰疬、风疹、月经不调、痛经、小儿疳积及扁平疣、痣等。

四、注意事项

1. 面部应用火针要慎重。《针灸大成·火针》说："人身诸处，皆可行火针，惟面上忌之。"因火针刺后，有可能遗留有小疤痕，因此除治疗面部痣和扁平疣外，一般面部不用火针。

2. 对于血管和主要神经分布部位亦不宜施用火针。

3. 在针刺后，局部呈现红晕或红肿未能完全消失时，则应避免洗浴，以防感染。

4. 发热的病证，不宜用火针。

5. 针后局部发痒，不能用手搔抓，以防感染。

6. 针孔处理：如果针刺1～3分深，可不作特殊处理。若针刺4～5分深，针刺后用消毒纱布贴敷，用胶布固定1～2天，以防感染。

第五节 芒针疗法

芒针是一种特制的长针，用较细而富有弹性的不锈钢丝制成，因形状细长像麦芒，故称为芒针。

芒针是由古代九针之一的"长针"发展而来。常用芒针的长度为5.0～8.0寸，也有长度在一尺以上的。芒针操作手法较为复杂，应用前必须练习基本功，掌握人体穴位深部解剖知识。同时，必须严格注意手法操作，做到胆大心细，切勿轻率疏忽。

一、针具

芒针的结构可分为以下四个部分：

针尖（针芒）：针的前端锋锐部分，应圆利，不宜太锐。

针身：针尖和针柄之间。芒针的长短、粗细的不同规格，主要指针身而言。针身应圆滑、粗细均匀。

针根：针身与针柄交界的地方。此处要牢固，以防脱落。

针柄：在针身之后，一般用铜丝或银丝绕成，呈圆筒状。

临床应用时，一般以5.0寸、6.0寸、8.0寸长和26号、28号粗细的芒针用途较多，8.0寸以上的芒针，一般临床应用较少。

二、治疗特点

本疗法有疏通经络、调节人体脏腑功能的作用。如芒针针刺鸠尾、巨阙穴，可以调节上焦和全身的功能，治头部、神志方面的疾病，如精神分裂症、躁狂症；针刺中脘则调节中焦与全身的功能，可治疗消化系统疾病；针刺水分、阴交等穴可以治疗下焦疾病。芒针异常轻巧，利用钢丝的弹性，缓缓按压，以达到进针时最大限度地减轻疼痛。使良好的感应随着针体移动，有的放矢地达到有关部位。如对气海穴施用不同刺法和手法，可使感应上行或下行；对秩边穴用不同手法，变换针刺方向、深度，可使感应向下肢扩散，向肛门及会阴、尿道放散，也可向少腹部放散。

芒针治疗时，选穴要“少而精”，一般只需选用1～2个主要穴位即可，如坐骨神经痛取环跳，腰痛取带脉等。

三、针刺方法

芒针的各种刺法及补泻手法，都是由针刺基本手法演变而来。主要可分为5种。

1. 进针

进针时要避免疼痛，尽量达到无痛进针。临床施术时，一方面要分散患者的注意力，使其消除对针刺治疗的恐惧心理，另一方面，要注意针具是否合格，指力是否有力和运用是否适当。进针时先取好穴位，局部皮肤消毒后，刺手执针，使针尖抵触穴位，然后押手配合，利用指力和腕力，压捻结合，迅速刺过表皮。穿皮时手法动作要敏捷，以减轻病人痛感。捻转宜轻巧，幅度不宜过大。最好在180°～360°之间为宜。

2. 出针

在针刺施术完毕后，应把针退出。方法是缓缓退向皮肤表面，再轻轻抽出，以免出血或疼痛。如出针后发生血液从针孔迅速溢出或喷射者，为针尖刺破小动脉所致，此时不论补法或泻法，均应以干棉球立即按压出血处，静止片刻，直到血液停止溢出为止。

3. 捻转

当进针达到一定深度后，可以施行捻转手法。在针体进出过程中，始终使针处于捻转之下的转动状态。在捻转时务必轻捻缓进，左右交替；以拇指对食、中两指的前后捻转为主，不能只向单一方向捻转。否则，针身易缠绕肌肉纤维，增加患者疼痛。捻转还有另一种含意，就是在刺入一定深度后，捻转的动作按一定的规律结合轻重、快慢的不同要求，可以起到一定的补泻作用。

4. 辅助手法

所谓芒针的辅助手法，是在针刺到一定深度时，为达到应有针感而采用的辅助手法。这主要靠押手的动作，以及刺手的灵巧配合。方法是押手食指轻轻向下循按针身，如雀啄之状；同时，刺手略呈放射状变换针刺方向，以扩大针感。

5. 变换针刺方向的刺法

比如刺太阳穴，直刺仅能刺入一寸许，为了深刺以治疗疾病，则在刺入0.5～0.6寸深时变为斜刺，这时就要靠押手的准确动作来改变针刺的角度与方向，以达到针刺目的。这种刺法要根据穴位的不同解剖特点，相应地改变押手所掌握的针刺角度，以使针尖沿着变换的方向，顺利深入。如天突穴、面部透穴等均应采用变向刺法。

针刺穴位的顺序是自上而下，若一个患者须采用三种体位时，先针背部，再针侧部，后针腹部。即先请患者俯卧，再侧卧，最后取仰卧位。有人治疗小儿麻痹症、脑炎后遗症等沿背部督脉自下而上进行皮下透刺。第一针由长强穴透至命门穴；第二针由命门穴透至至阳穴；第三针由至阳穴透至大椎穴。

对初诊惧针的患者，可先针刺其不易看到的穴位，如腰部或臀部的穴位，以避免患者紧张。此外，在特殊情况下，应根据当时的具体情况，周密考虑，然后再决定如何操作。总之，以减轻患者痛苦，免除其紧张，而又便于施术操作为主。

医者的态度在芒针针刺操作中更为重要，施术过程中，务必十分专心，审慎从事，持针必须运用好指力。在操作过程中要集中精力，注意针刺手法是否恰当，针刺过程中密切观察患者的反应，使患者能和医生合作，配合治疗。医者必须认真负责，胆大心细，注意力要集中在手法操作上。同时要及时注意在治疗过程中可能发生的问题，以防止晕针和其他事故。

四、适应范围

一般可用于瘫痪、神经根炎、多发性神经炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、胃炎、胃下垂、中风、昏迷、癫、狂、痫、哮喘、咳血、子宫脱垂，以及运动系统等疾患。但因芒针的针身较长、刺入较深，应选择适宜于深刺的穴位，进行治疗。

五、注意事项

1. 患者如初次接受芒针治疗，要耐心地做一般情况介绍，劝其不要惊惧，不可随便

移动体位。并注意取穴宜少、手法宜轻。

2. 对肌肉过于紧张坚韧不易进针，刺下每感疼痛，或皮肤十分松弛者，进针时必须格外小心，可以用转移患者注意力的方法辅助之。

3. 诊断未明的急性疾病，切勿滥用芒针治疗，以免延误病情。

4. 过饥、过饱、酒醉、过度疲劳和某些不能合作的患者，应改在较适宜的情况下再施行芒针治疗。

第六节 皮肤针疗法

皮肤针为丛针浅刺法，是以多支短针浅刺人体一定部位（穴位）的一种针刺方法。它是我国古代“半刺”、“浮刺”、“毛刺”等针法的发展。《灵枢·官针》：“半刺者，浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状”，“浮刺者，傍入而浮之，以治肌急而寒者也”，“毛刺者，刺浮痹皮肤也”。皮肤针法可以“疏通经络”、“调和气血”，促使机体恢复正常，从而达到防治疾病的目的。

一、针具及术前准备

皮肤针是针头呈小锤形的一种针具，一般针柄长 15～19cm，一端附有莲蓬状的针盘，下边散嵌着不锈钢短针。根据所用针具针支数目多少的不同，又分别称之为梅花针（五支针）、七星针（七支针）、罗汉针（十八支针）等。针尖不宜太锐，应呈松针形。针柄要坚固具有弹性，全束针尖应平齐，防止偏斜、钩曲、锈蚀和缺损。针具的检查，可用干脱脂棉轻沾针尖，如果针尖有钩或有缺损时则棉絮易被带动。

针具在使用前应注意消毒，一般可用 75% 酒精浸泡 30 分钟。

二、针刺方法

右手握针柄，以无名指、小指将针柄末端固定于小鱼际，针柄末端露出手掌后约 2～5cm，以拇中二指夹持针柄，食指置于针柄中段上面。

叩刺分为三种：轻刺、重刺和中等刺法。轻刺用力较小，针尖接触皮肤的时间愈短愈好。重刺用力稍大，针尖接触皮肤的时间可稍长。不论轻刺、重刺都应注意运用腕部弹力，使针尖刺到皮肤后，由于反作用力而使针弹起，这样可减轻针刺部位的疼痛。中等刺法，用力介于轻刺、重刺之间。

叩刺速度要均匀，防止快慢不一、用力不匀地乱刺。针尖起落要呈垂直方向，即将针垂直地刺下，垂直地提起，如此反复操作。防止针尖斜着刺入和向后拖拉着起针，这样会增加病人的疼痛。针刺部位须准确，按预定应刺部位下针，每一针之间的距离一般在 1.0～1.5cm 之间。

三、针刺部位

可分为三种，一种是局部叩刺，即在病变局部按经脉循行叩刺，或在其局部由外围向中心叩刺。另一种是按经脉辨证循经取穴。还有一种是整体叩刺，即先刺脊柱两旁，由背至骶，后刺项部及病变局部。对某些病变在脊柱附近及其他有关部位上所出现的一些特殊所见（如敏感点、条索状物、结节等）均为重点叩刺部位。上述三法可单独应用，也可结合应用。各部位叩刺顺序如下：头部、项部、颈部、肩胛部、脊背部、骶部、上肢、面部、眼部、鼻部和耳部。

四、适应范围

主要的常见适应证有如下几种：头痛，偏头痛，胸痛，胁痛，失眠，上下肢痛及腰扭伤，口眼㖞斜，痹证，呃逆，痿证，胃脘痛，呕吐，腹痛，哮喘，咳嗽，遗尿，遗精，阳痿，心悸，眩晕，痛经，小儿惊风，目疾，鼻塞、鼻渊，瘰疬。

五、注意事项

1. 注意检查针具，当发现针尖有钩毛或缺损、针锋参差不齐者，须及时修理。

2. 针具及针刺局部皮肤（包括穴位）均应消毒。重刺后，局部皮肤须用酒精棉球消毒并应注意保持针刺局部清洁，以防感染。

3. 局部皮肤有创伤及溃疡者，不宜使用本法。

第七节 皮内针疗法

皮内针是以特制的小型针具固定于腧穴部的皮内或皮下，进行较长时间埋藏的一种方法。又称埋针法。临床需作较长时间留针的病证，可采用本法。

一、针具

皮内针是用不锈钢特制的小针，有颗粒型、揿钉型两种。颗粒型（麦粒型）：一般针长约1cm，针柄形似麦粒或呈环形，针身与针柄成一直线。揿钉型（图钉型）：针身长约0.2～0.3cm，针柄呈环形，针身与针柄呈垂直状。

二、针刺方法

针刺前针具和皮肤（穴位）均进行常规消毒。

1. 颗粒型皮内针操作方法

刺入操作：左手拇食指按压穴位上皮肤，稍用力将针刺部皮肤撑开固定，右手用小镊子夹住针柄，沿皮下将针刺入真皮内，针身可沿皮下平行埋入0.5～1.0cm。针刺方向：

采取与经脉成十字形交叉状，例如肺俞（膀胱经背部第一侧线上），经线循行是自上而下，针则自左向右，或自右向左的横刺，使针与经线成十字交叉型。根据病情选取穴位。埋藏固定：皮内针刺入皮内后，在露出皮外部分的针身和针柄下的皮肤表面之间粘贴一块小方形（1.0cm×1.0cm）胶布，然后再用一条较前稍大的胶布，覆盖在针上。这样就可以保护针身固定在皮内，不致因运动的影响而使针具移动或丢失。

2. 揿钉型皮内针

揿钉型皮内针多用于面部及耳穴等须垂直浅刺的部位。用时以小镊子或持针钳夹住针柄，将针尖对准选定的穴位，轻轻刺入，然后以小方块胶布粘贴固定。另外，也可以用小镊子夹针，将针柄放在预先剪好的小方块胶布上粘住，手执胶布将其连针贴刺在选定的穴位上。埋针时间的长短，可根据病情决定，一般1~2天，多者可埋6~7天，暑热天埋针不宜超过2天，以防止感染。

三、适应范围

埋针疗法临床多应用于：神经性头痛、偏头痛、胃痛、胆绞痛、胁痛、腕踝关节扭伤等。还可应用于某些慢性疾病，如：神经衰弱、高血压、哮喘、月经不调、面肌痉挛、眼睑瞤动、遗尿、尿频、痹证等。

四、注意事项

1. 每次取1~2穴，一般取单侧，或取两侧对称同名穴。
2. 埋针要选择易于固定和不妨碍肢体活动的穴位。
3. 埋针后，患者感觉刺痛或妨碍肢体活动时，应将针取出重埋或改用其他穴位。
4. 针刺前，应对针体详细检查，以免发生折针事故。
5. 注意消毒，暑热天埋针时间不超过2天，以防感染。

第八节 三棱针疗法

三棱针是用于点刺放血的针具，用它刺破患者身体上的一定穴位或浅表血络，放出少量血液，以治疗疾病的方法称刺络法，亦称为“刺血络”。

古人对刺络放血非常重视。如《灵枢·九针论》谈到九针中的锋针主要就用于“泻热出血”。《素问·血气形志》说：“凡治病必先去其血”。《灵枢·九针十二原》中还提出了“菀陈则除之”的治疗原则。《灵枢·官针》中更有“络刺”、“赞刺”、“豹文刺”等法，虽针具、方法不尽相同，但都属于刺络放血法的范畴。《灵枢·血络论》还进一步阐明刺血法的应用范围，如血脉“盛坚横以赤”，“小者如针”，“大者如筋”等，并指出有明显瘀血现象的才能“泻之万全”，可见古人对此法是有丰富经验的。实践证明：此法具有开窍、泻热、活血、消肿的作用。

一、针具

三棱针一般用不锈钢制成，针长约6cm，针柄较粗呈圆柱形，针身呈三棱形，尖端三面有刃，针尖锋利。取法于古代九针之一的“锋针”。

针具在使用前应先进行高压消毒，或放入70%～75%的酒精内浸泡20～30分钟。施针前局部皮肤用含2%碘酒棉球消毒，再用酒精棉球脱碘。

二、针刺方法

三棱针的针刺方法一般分为点刺法、散刺法、泻血法三种。

1. 点刺法

针刺前，在预定针刺部位上下用左手拇食指向针刺处推按，使血液积聚于针刺部位，然后消毒。针刺时左手拇食中三指夹紧被刺部位或穴位，右手持针，用拇食两指捏住针柄，中指指腹紧靠针身下端，针尖露出1～2分，对准针刺的穴位或部位，刺入1～2分，随即将针迅速退出，轻挤压针孔周围，使其出血少许。然后用消毒棉球按压针孔。此法多用于指趾末端穴位如：十宣、十二井穴等处。

2. 散刺法

散刺法是对病变局部周围进行点刺的一种方法，根据病变部位大小不同，可刺10～20针以上，由病变外缘环形向中心点刺，以促使瘀滞的瘀血或水肿得以排除，达到“菀陈则除之”，祛瘀生新，通经活络的目的。此法多用于局部瘀血，血肿或水肿，顽癣等，针刺深浅根据局部肌肉厚薄、血管深浅而定。

3. 泻血法

先用带子或橡皮管，结扎在针刺部位上端（近心端），然后迅速消毒。针刺时左手拇指压在被针刺部位下端。右手持三棱针对准被针刺部位的静脉，刺入脉中（0.5～1分深左右）即将针迅速退出，使其流出少量血液，出血停止后，再用消毒棉球按压针孔。当出血时，也可轻轻按静脉上端，以助瘀血外出，毒邪得泻。

泻血法一般隔2～3天治疗一次，出血量较多的可间隔1～2周1次。

三、适应范围

三棱针刺络法具有通经活络、开窍泻热、消肿止痛作用。各种实证、热证、瘀证和经络瘀滞、疼痛等症均可应用。

四、注意事项

1. 注意无菌操作，以防感染。

2. 点刺、散刺时，手法宜轻，宜浅，宜快。泻血法一般出血不宜过多，注意切勿刺伤深部大动脉。

3. 虚证、妇女产后及有自发出血倾向或损伤后出血不止的患者，不宜使用。

第九节 水针疗法

“水针”又称“穴位注射”，是选用中西药物注入有关穴位以治疗疾病的一种方法。

一、用具及常用药液

1. 用具

使用消毒的注射器和针头。根据使用药物的剂量大小及针刺的深度选用不同的注射器和针头。常用的注射器为1ml（用于耳穴和眼区穴位）、2ml、5ml、10ml、20ml；常用针头为4~6号普通注射针头，牙科用5号长针头，及封闭用长针头。

2. 常用药物

水针的常用药物有以下几类：

（1）草药制剂：复方当归注射液、丹参、板蓝根、威灵仙、徐长卿、夏天无、肿节风、雷公藤、鱼腥草、银黄注射液等多种中草药注射液。

（2）维生素制剂：如维生素B_1、维生素B_6、维生素B_{12}，维生素C、维生素K_3等。

（3）其他常用药物：如葡萄糖注射液、生理盐水、盐酸普鲁卡因注射液，注射用水等。许多供肌肉注射用的药物也可考虑作小剂量穴位注射。

二、穴位选择

1. 一般可根据针灸治疗时的处方原则进行辨证选穴。

2. 作为水针的特点，临床上常结合经络、经穴的触诊法选取阳性反应点进行治疗——即用拇指或食指以均匀的力量在患者体表进行按压、触摸、滑动，以检查其有无压痛、条索状或结节等阳性反应物，以及皮肤的凹陷、隆起、色泽的变化等。触诊检查的部位一般是背腰部的背俞穴，四肢部则沿经络循行路线触摸，尤其是原穴、郄穴、合穴等特定穴位及一些经验穴。有压痛等阳性反应者，注入反应点往往效果较好，反应不明显者，也可取有关俞、募、郄穴进行治疗。

3. 软组织损伤者可选取最明显的压痛点；较长肌肉的肌腹或肌腱损伤时，可取肌肉的起止点；腰椎间盘突出症，可将药液注入到神经根附近。

4. 耳穴根据耳针疗法中耳穴的探查方法选取有关穴位。

三、操作方法

1. 操作程序

根据所选穴位及用药量的不同选择合适的注射器和针头。局部皮肤常规消毒后，用无痛快速进针法将针刺入皮下组织，然后缓慢推进或上下提插，探得酸胀等“得气”感应

后，回抽一下，如无回血，即可将药物推入。

一般疾病用中等速度推入药液；慢性病体弱者用轻刺激，将药液缓慢轻轻推入；急性病体强者可用强刺激，快速将药液推入。如需注入较多药液时，可将注射针由深部逐步提出到浅层，边退边推药，或将注射针更换几个方向注射药液。

2. 注射角度与深浅

根据穴位所在部位与病变组织的不同要求，决定针刺角度及注射的深浅。同一穴位可从不同的角度刺入。也可按病情需要决定注射深浅度，如三叉神经痛于面部有触痛点，可在皮内注射成一“皮丘”；腰肌劳损多在深部，注射时宜适当深刺等。

3. 药物剂量

穴位注射的用药剂量决定于注射部位及药物的性质和浓度。头面部和耳穴等处用药量较小，每个穴位一次注入药量为0.1～0.5ml，四肢及腰背部肌肉丰厚处用药量较大，每个穴位一次注入药量为2～15ml；刺激性较小的药物，如葡萄糖、生理盐水等用量较大，如软组织劳损时，局部注射葡萄糖液可用10～20ml以上，而刺激性较大的药物（如乙醇）以及特异性药物（如阿托品、抗生素）一般用量较小，即所谓小剂量穴位注射，每次用量多为常规用量的1/10～1/3。中药注射液的常用量为1～2ml。

4. 疗程

每日或隔日注射一次，反应强烈者亦可隔2～3日一次，穴位可左右交替使用。10次为一疗程，休息5～7天再进行下一个疗程的治疗。

四、适应范围

水针疗法的应用范围较广，凡是针灸的适应证大部分都可用本法治疗。

1. 运动系统疾病

痹证（肩周炎、风湿性关节炎）、腰腿痛（腰肌劳损、骨质增生、椎间盘突出）、扭伤等。

2. 神经系统疾病

头痛、不寐、口眼㖞斜、痿证、三叉神经痛、坐骨神经痛、肋间神经痛、癫狂痫证等。

3. 消化系统疾病

胃痛（胃下垂、溃疡病、胃肠神经症）、腹泻、痢疾等。

4. 呼吸系统疾病

咳嗽（急慢性支气管炎、上呼吸道感染）、哮喘、肺痨等。

5. 心血管病

心悸（心动过速）、心痛（冠心病、心绞痛）、高血压等。

6. 外科、皮肤科疾病

乳痈、肠痈、腹痛（溃疡病穿孔、肠梗阻、胆石症、胆道感染）、淋证（尿路结石）、

风疹、痤疮、银屑病等。

7. 五官科疾病

咽喉肿痛、目赤肿痛、中耳炎、鼻炎等。

8. 妇产科、小儿科疾病

阴挺（子宫脱垂）、催产；小儿肺炎、小儿腹泻等。

9. 用于外科手术的麻醉

穴位注射施行针麻在五官科中用的最多，用穴有体穴、耳穴，用药有生理盐水、维生素 B_1 注射液及洋金花等中药制剂。

五、注意事项

1. 治疗时应对患者说明治疗特点和注射后的正常反应。

2. 严格遵守无菌操作，防止感染，最好每注射一个穴位换一个针头。使用前应注意药物的有效期，不要使用过期药。并注意检查药液有无沉淀变质等情况，如已变质即应停止使用。

3. 注意药物的性能、药理作用、剂量、配伍禁忌、副作用和过敏反应。凡能引起过敏反应的药物（如青、链霉素，盐酸普鲁卡因等）必须先作皮试，皮试阳性者不可应用。副作用较严重的药物，不宜采用。刺激作用较强的药物，应谨慎使用。

4. 一般药液不宜注入关节腔、脊髓腔和血管内。注射时如回抽有血，必须避开血管后再注射。如误入关节腔可引起关节红肿热痛等反应；如误入脊髓腔，会损害脊髓，切须注意。

5. 在神经干旁注射时，必须避开神经干，或浅刺以不达神经干所在的深度。如神经干较浅，可超过神经干之深度，以避开神经干。如针尖触到神经干，患者有触电感，就须退针，改换角度，避开神经干后再注射，以免损伤神经，带来不良后果。

6. 躯干部穴位注射不宜过深，防止刺伤内脏。背部脊柱两侧穴位针尖可斜向脊柱，避免直刺而引起气胸。

7. 年老体弱者，注射部位不宜过多，用药剂量可酌情减少，以免晕针。孕妇的下腹、腰骶部和三阴交、合谷等孕妇禁针穴位，一般不宜作穴位注射，以免引起流产。

第十节 头针疗法

头针是在头部进行针刺以治疗各种疾病的一种方法。有的是根据脏腑经络理论，在头部选取相关经穴进行治疗。有的是根据大脑皮质的功能定位，在头皮上划分出相应的刺激区进行针刺。头与脏腑经络的关系：

《素问·脉要精微论》指出："头者精明之府"，张介宾注："皆上升于头。"说明头部与人体内的各脏腑器官的功能有密切的关系。

头为诸阳之会，手足六阳经皆上循于头面。手足阳明经分布于前额及面部，足阳明胃经“起于鼻、交颏中，旁约太阳之脉，下循鼻外……上耳前，过客主人，循发际、至额颅……”手足少阳经分布于头侧部。手少阳三焦经“……其支者，从耳后入耳中，出走耳前，过客主人前，交颊，至目锐眦。”足少阳胆经“起于目锐眦，上抵头角，下耳后，循颈行手少阳之前……其支者，从耳后入耳中，出走耳前，至目锐眦后……”

手足太阳经分布于头颊、头颈部。足太阳膀胱经“起于目内眦，上额、交巅；其支者，从巅至耳上角；其直者，从巅入络脑，还出别下项……”

督脉“上至风府，入于脑，上巅，循额、至鼻柱。”

六阴经中则有手少阴与足厥阴经直接循行于头面部，尤其是足厥阴肝经在“循喉咙之后，上入颃颡，连目系，上出额，与督脉会于巅；其支者，从目系下颊里，环唇内……”

除手少阴与足厥阴经脉直接上行头面之外，所有阴经的经别合入相表里的阳经之后均到达头面部。因此，人体的经气通过经脉、经别等联系集中于头面部。在气街学说中“头之气街”列为首位，其原因也在于此，并因此而有“气出于脑”的阐述。这些都说明头面部是经气汇集的重要部位，针灸治疗非常重视头部腧穴的重要作用。

国际头针标准线

1970 年以来，头针疗法在我国逐步推广应用，不久，这种疗法也成为一些国家临床医生常用的治疗方法之一。头针疗法是在传统的针灸医学基础上发展起来的，其所用的穴区和经络、穴位、脏腑有密切联系，其穴名反映了经络、穴位等理论和特点。世界卫生组织西太区针灸穴名标准化会议（于 1984 年 5 月在东京）经过讨论，决定按照分区定经，经上选穴，并结合古代透刺穴位（一针透双穴或三穴）方法原则，制定了头针穴名标准化方案，包括由头穴名的英文字母数字编号、穴名汉语拼音和汉字三要素。编号中的英文 MS 是“micro－system”and “scalp points”的缩写。

（一）穴位

1. MS 1 额中线 É zhōng xiàn

（1）定位：在头前部，从督脉神庭穴向下引一直线，长 1 寸（3cm）。

（2）主治：头痛，头晕，目赤肿痛，癫痫。

（3）操作：沿皮向下刺 1 寸，行快速运针手法。

2. MS 2 额旁 1 线 É páng xiàn Ⅰ（胸腔区）

（1）定位：在头前部，从膀胱经眉冲穴向下引一直线，长 1 寸（3cm）。

（2）主治：过敏性哮喘，支气管炎，心绞痛，风湿性心脏病（对心慌、气短、浮肿、尿少有一定的效果），阵发性室上性心动过速。

（3）操作：从眉冲穴刺入，沿皮向下刺入 1 寸，行快速运针手法。

3. MS 3 额旁 2 线 É páng xiàn Ⅱ（胃区、肝胆区）

（1）定位：在头前部，从胆经头临泣穴向下引一直线，长 1 寸（3cm）。

（2）主治：对急、慢性胃炎，胃、十二指肠溃疡等疾病引起的疼痛有一定疗效，对肝

胆疾病引起的右上腹部疼痛也有一定的疗效。

（3）操作：从头临泣穴沿皮向下刺入1寸，行快速运针手法。

4. MS 4 额旁3线 É páng xiànⅢ（生殖区、肠区）

（1）定位：在头前部，从胃经头维穴内侧0.75寸起向下引一直线，长1寸（3cm）。从额角向上引平行于前后正中线的4cm直线即是。

（2）主治：功能性子宫出血。配双侧足运感区治疗急性膀胱炎引起尿频、尿急，糖尿病引起烦渴、多饮、多尿，阳痿，遗精，子宫脱垂等。对下腹部疼痛有一定疗效。

（3）操作：从此线上端进针，沿皮向下刺入1寸，行快速运针手法。

5. MS 5 顶中线 Dǐng zhōng xiàn

（1）定位：在头顶部，即从督脉百会穴至前顶穴之段。

（2）主治：头痛，眩晕，中风失语，昏厥，癫狂，痫证。

（3）操作：从百会穴进针，向前沿皮刺，透至前顶，行快速捻针手法。

6. MS 6 顶颞前斜线 Dǐng niè qián xié xiàn（运动区）

（1）定位：在头顶部、头侧部，从头部经外奇穴前神聪至颞部胆经悬厘引一斜线，并将其分为5等分段。

（2）主治：上1/5段，治疗对侧下肢瘫痪：中2/5段，治疗对侧上肢瘫痪；下2/5段（言语一区），治疗对侧面神经瘫痪、运动性失语、流口水、发音障碍。

（3）操作：用长针由前神聪沿皮向曲鬓穴方向刺入，或用2寸长针由上点向曲鬓分段接力刺，行快速运针手法。

7. MS 7 顶颞后斜线 Dǐng niè hòu xié xiàn（感觉区）

（1）定位：在头顶部、头侧部。顶颞前斜线之后1寸，与其平行的线。从督脉百会穴至颞部胆经曲鬓穴引一斜线，将全线分为5等分段。

（2）主治：上1/5段，治疗对侧腰腿痛、麻木、感觉异常及后头痛、颈项痛和头鸣；中2/5段，治疗对侧上肢疼痛、麻木、感觉异常。下2/5段，治疗对侧头面麻木、疼痛等。

（3）操作：用长针从百会穴刺入，向颞部曲鬓穴透刺，或用2寸长针从上点作分段接力刺入，然后行快速捻针手法。

8. MS 8 顶旁1线 Dǐng páng xiàn Ⅰ

（1）定位：在头顶部，督脉旁1.5寸（4.5cm），从膀胱经通天穴向后引一直线，长1.5寸（4.5cm）。

（2）主治：头痛，头晕，耳鸣，视物不明。

（3）操作：从通天穴向后沿皮刺入1.5寸，行快速捻针手法。

9. MS 9 顶旁2线 Dǐng páng xiànⅡ

（1）定位：在头顶部，督脉旁开2.25寸（6.75cm）。由胆经正营穴向后引一直线，长1.5寸（至承灵穴）。

（2）主治：头痛，偏头痛，眩晕。

（3）操作：由正营穴向后沿皮刺入1.5寸。行快速捻针手法。

10. MS 10 颞前线 Niè qián xiàn

（1）定位：在头的颞部，从胆经颔厌穴至悬厘穴连一直线。

（2）主治：偏正头痛，目外眦痛，耳鸣，痫证。

（3）操作：由颔厌穴进针，沿皮刺入透悬厘穴，行快速捻针手法。

11. MS 11 颞后线 Niè hòu xiàn

（1）定位：在头的颞部，从胆经的率谷穴向下至曲鬓穴连一直线。

（2）主治：头痛，偏头痛，眩晕，小儿惊风，鬓发部疼痛。

（3）操作：从率谷穴进针，沿皮向下透曲鬓穴，行快速捻针手法。

12. MS 12 枕上正中线 Zhěn shàng zhèng zhōng xiàn

（1）定位：在后头部，即督脉强间穴至脑户穴之段。

（2）主治：头痛，头晕，目眩，颈项强痛，癫狂，痫证。

（3）操作：从强间穴进针，向后沿皮刺至脑户，行快速捻针手法。

13. MS 13 枕上旁线 Zhěn shàng páng xiàn（视区）

（1）定位：在后头部，由枕外粗隆督脉脑户穴旁开0.5寸（1.5cm）起，向上引一直线，长4cm。

（2）主治：皮层性视力障碍，白内障等。

（3）操作：由此线的下端进针，向上沿皮刺入1.33寸（4cm），行快速捻针手法。

14. MS 14 枕下旁线 Zhěn xià páng xiàn （平衡区）

（1）定位：在后头部，枕外粗隆即督脉脑户穴外侧1.17寸（3.5cm）向下引一垂直线，长1.33寸（4cm）。

（2）主治：治疗小脑损害引起的平衡障碍，头项痛，眩晕。

（3）操作：由此线的上端进针，向下沿皮刺入1.33寸（4cm），行快速捻针手法。

（二）操作方法

1. 体位

取坐位或卧位，依不同疾病选定刺激穴区，单侧肢体疾病，选用对侧刺激区；双侧肢体疾病，选用双侧刺激区；并可选用有关刺激区配合治疗。局部常规消毒。

2. 进针

一般选用28～30号1.5～2寸长的不锈钢毫针。针与头皮呈30°左右夹角快速将针刺入头皮下，当针达到帽状腱膜下层时，指下感到阻力减小，然后使针与头皮平行继续捻转进针，根据不同穴区可刺入0.5～1寸。然后运针。

3. 运针

头针之运针只捻转不提插，为使针的深度固定不变及捻针方便起见，一般以拇指掌侧面与食指桡侧面夹持针柄，以食指的掌指关节快速连续屈伸，使针身左右旋转，捻转速度

每分钟可达200次左右，进针后持续捻转2～3分钟，留针5～10分钟，反复操作2～3次即可起针，偏瘫患者留针期间嘱其活动肢体（重症患者可作被动运动），加强肢体的功能锻炼。起针时，如针下无沉紧感，可快速抽拔出针，也可缓缓出针，起针后用消毒干棉球按压针孔片刻，以防止出血。

4. 电针刺激

进针后亦可用电针治疗仪在主要穴区通电，以代替手法捻针，频率可用200～300次/分钟，亦可选用较高的频率，刺激波形选择可参考电针，刺激强度根据患者的反应而定。

5. 疗程

每日或隔日针一次，10～15次为一个疗程。休息5～7天后，再作下一疗程。

6. 适应范围

头针主要适应治疗脑源性疾患，如瘫痪、麻木、失语、眩晕、耳鸣、舞蹈病等等。此外，也可治疗腰腿痛、夜尿、三叉神经痛、肩周炎、各种神经痛等常见病多发病。头针还应用于外科手术的针刺麻醉。由于头针运用的时间尚不长，适应证还在实践中不断探索发展。

（三）注意事项

1. 治疗时需掌握适当的刺激量，注意防止晕针，尤其取坐位时，应随时注意观察患者的面色及表情。

2. 中风患者，急性期如因脑出血引起有昏迷、发热、血压过高时，暂不宜用头针治疗，待病情及血压稳定后再行针刺治疗。如因脑血栓形成引起的偏瘫者，宜及早采用头针及体针结合治疗，有高热、急性炎症及心力衰竭等症时，一般慎用头针治疗。

3. 头皮血管丰富，容易出血，起针时要用干棉球按压针孔片刻，如有出血及皮下血肿出现，可轻轻揉按，促使其消散。

第十一节 腕踝针疗法

腕踝针是在腕部或踝部的相应点用毫针进行皮下针刺以治疗疾病的一种简易方法。

一、分区与主治病证

（一）以前后正中线为标线，将身体两侧面由前向后划为六个纵行区

1区：前正中线两侧的区域，包括额部、眼、鼻、舌、咽喉、气管、食管、心脏、腹部、会阴部。

主治病证：前额痛、目赤痛、鼻塞、流涎、咽喉肿痛、咳喘、胃脘痛、心悸、痛经、白带、遗尿等。

2区：躯体前面的两旁（1区的两侧），包括颞部、颊部、后牙、颌下部、乳部、肺、

侧腹部。

主治病证：后牙痛、哮喘、胸胁痛等。

3区：躯体前面的外缘（2区的外缘），范围狭窄。包括沿耳郭前缘的头面部、胸腹部、沿腋窝前缘向下的垂直线。

主治病证：颞浅动脉痛，沿腋前缘垂直线部位的胸痛或腹痛（本区病证较少）。

4区：躯体前后面交界处，包括头项、耳以及腋窝垂直向下的区域。

主治病证：头顶痛、耳鸣、耳聋，腋中线部位的胸腹痛。

5区：躯体后面的两旁（与2区相对），包括头、颈后外侧、肩胛区、躯干两旁、下肢外侧。

主治病证：颈后部痛、落枕、肩背部痛、侧腰痛等。

6区：躯体后正中线两侧的区域（与1区相对），包括后头部、枕项部、脊柱部、骶尾部、肛门等。

主治病证：后头痛、项强痛、腰脊痛等。

（二）四肢分区

当两上、下肢处于内侧面向前的外旋位、两下肢靠拢时，四肢的内侧面相当于躯干的前面；外侧面相当于躯干的后面；前面靠拢的缝相当于前正中线；后面靠拢的缝相当于后正中线，这样四肢的分区就可按躯干的分区类推。

又以胸骨末端和肋弓交界处为中心划一条环绕身体的水平线称横膈线，将身体六区分成上下两半，横膈线以上各区加“上”字，横膈线以下各区加“下”字。如上1区、下1区，以此类推，以称各区。

二、进针点及其适应证

按分区查明病证所在区，即在腕踝部选取相应同一区的进针点。腕与踝部各有6个点，分别代表上下6个区。下面将各点位置以及适应证介绍如下：

（一）腕部

进针点共6个，约在腕横纹上二横指（内关、外关）一圈处。从掌间尺侧至桡侧，再从腕背桡侧至尺侧，依次称作为上1、上2、上3、上4、上5、上6。

1. 上1

（1）定位：在小指侧的尺骨缘前方，用拇指端按压觉凹陷处。

（2）主治：前额部病证、目疾、鼻疾、面神经炎、前牙肿痛、咽喉肿痛、咳喘、胃脘痛、心悸、眩晕、盗汗、失眠、郁证、癫痫等。

2. 上2

（1）定位：在腕掌侧面的中央，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间，即内关穴。

（2）主治：治疗上2区病证，颌下肿痛、胸闷、胸痛、回乳、哮喘等。

3. 上3

（1）定位：靠桡动脉外侧。

（2）主治：治疗上3区病证，如高血压、胸痛等。

4. 上4

（1）定位：手掌向内，在拇指侧的桡骨缘上。

（2）主治：治疗上4区病证，如头顶痛、耳疾、颞下颌关节炎、肩周炎、胸痛等。

5. 上5

（1）定位：腕背的中央，即外关穴。

（2）主治：治疗上5区病证，如后颞部痛、肩周炎、上肢麻木、痹证、上肢运动障碍、肘、腕和指关节痛等。

6. 上6

（1）定位：小指侧尺骨缘背面。

（2）主治：治疗上6区病证，如后头痛、枕项痛、脊柱（颈胸段）痛。

（二）踝部

踝部进针点，共有6个。约在内、外踝最高点上三横指（相当悬钟、三阴交）一圈处，从跟腱内侧起向前转到外侧跟腱依次为下1、下2、下3、下4、下5、下6。

1. 下1

（1）定位：靠跟腱内缘。

（2）主治：治疗下1区病证，如上腹部胀痛、脐周痛、痛经、白带多、遗尿、阴部瘙痒症、足跟痛等。

2. 下2

（1）定位：在内侧面中央，靠胫骨后缘。

（2）主治：治疗下2区病证，如胁痛、侧腹痛、过敏性肠炎。

3. 下3

（1）定位：胫骨前缘向内1cm处。

（2）主治：治疗下3区病证，如膝关节痛等。

4. 下4

（1）定位：胫骨前缘与腓骨前缘的中点。

（2）主治：治疗下4区病证，如股四头肌部痛、膝关节炎、下肢痿痹证、下肢瘫痪、趾关节痛。

5. 下5

（1）定位：在外侧面中央。

（2）主治：治疗下5区病证，如髋关节痛、踝关节扭伤等。

6. 下6

（1）定位：靠跟腱外缘。

（2）主治：治疗下6区病证，如急性腰扭伤、腰肌劳损、骶髂关节痛、坐骨神经痛、腓肠肌痉挛、脚前掌趾痛。

三、操作方法

选定进针点后，皮肤常规消毒，医生左手固定进针点上部（拇指拉紧皮肤），右手拇指在下，食、中指在上夹持针柄，针与皮肤呈30°角，快速进入皮下，针体贴近皮肤表面，针体沿皮下表层刺入一定深度，以针下有松软感为宜。若病人有酸、麻、胀、沉感觉，说明针体深入筋膜下层，进针过深，需要调针至皮下浅表层。针刺深度约为1.5寸。针刺方向一般朝上，如病变在四肢末端则针刺方向朝下。

针刺沿皮下浅表层进达一定深度后留针20~30分钟，不做捻转提插。一般隔日一次，10次为一疗程。急症可每日一次。

选进针点时：对局部病证，选病证所在的同侧分区的进针点，对全身性病证，如失眠、盗汗等可选两侧相应进针点。

四、注意事项

1. 腕踝针进针一般应不同，进针痛时要调针，至不痛为度。调针时应将针退至皮下表浅部位，再重新进针。或检查针尖是否沿纵行直线方向插入。

2. 若出现头昏、心慌等症需将针退出以防晕针。

□第五章□

灸法学

灸法具有温经散寒、消瘀散结、扶阳固脱、防病保健的作用，在治疗疼痛方面有着重要的地位。

第一节 材料的制作方法

艾灸疗法的主要材料为艾绒，艾绒是由艾叶加工而成。选用野生向阳处5月份长成的艾叶，风干后在室内放置1年后使用，此称为陈年熟艾。取陈年熟艾去掉杂质粗梗，碾轧碎后过筛，去掉尖屑，取白纤丝再行碾轧成绒。也可取当年新艾叶充分晒干后，多碾轧几次，至其揉烂如棉即成艾绒。

第二节 施灸方法

1. 直接灸

是将大小适宜的艾炷，直接放在皮肤上施灸。若施灸时需将皮肤烧伤化脓，愈后留有瘢痕者，称为瘢痕灸。若不使皮肤烧伤化脓，不留瘢痕者，称为无瘢痕灸。

（1）瘢痕灸：又名化脓灸，施灸时先将所灸腧穴部位，涂以少量的大蒜汁，以增加黏附和刺激作用，然后将大小适宜的艾炷置于腧穴上，用火点燃艾炷施灸。每壮艾炷必须燃尽，除去灰烬后，方可继续易炷再灸，待规定壮数灸完为止。施灸时由于火烧灼皮肤，因此可产生剧痛，此时可用手在施灸腧穴周围轻轻拍打，借以缓解疼痛。在正常情况下，灸后1周左右，施灸部位化脓形成灸疮，5～6周左右，灸疮自行痊愈，结痂脱落后而留下瘢

痕。临床上常用于治疗哮喘、肺结核、瘰疬等慢性疾病。

（2）无瘢痕灸：施灸时先在所灸腧穴部位涂以少量的凡士林，以使艾炷便于黏附，然后将大小适宜的艾炷，置于腧穴上点燃施灸，当灸炷燃剩2/5或1/4而患者感到微有灼痛时，即可易炷再灸。若用麦粒大的艾炷施灸，当患者感到有灼痛时，医者可用镊子柄将艾炷熄灭，然后继续易位再灸，按规定壮数灸完为止。一般应灸至局部皮肤红晕而不起泡为度。因其皮肤无灼伤，故灸后不化脓，不留瘢痕。一般虚寒性疾患，均可此法。

2. 间接灸

是用药物将艾炷与施灸腧穴部位的皮肤隔开，进行施灸的方法。如生姜间隔灸、隔盐灸等。

（1）隔姜灸：是用鲜姜切成直径大约2～3cm、厚约0.2～0.3cm的薄片，中间以针刺数孔，然后将姜片置于应灸的腧穴部位或患处，再将艾炷放在姜片上点燃施灸。当艾炷燃尽，再易炷施灸。灸完所规定的壮数，以使皮肤红润而不起泡为度。常用于因寒而致的呕吐、腹痛、腹泻及风寒痹痛等。

（2）隔蒜灸：用鲜大蒜头，切成厚0.2～0.3cm的薄片，中间以针刺数孔，然后置于应灸腧穴或患处，然后将艾炷放在蒜片上，点燃施灸。待艾炷燃尽，易炷再灸，直至灸完规定的壮数。此法多用于治疗瘰疬、肺结核及初起的肿疡等症。

（3）隔盐灸：用纯净的食盐填敷于脐部，或于盐上再置一薄姜片，上置大艾炷施灸。多用于治疗伤寒阴证或吐泻并作、中风脱证等。

（4）隔附子饼灸：将附子研成粉末，用酒调和做成直径约3cm、厚约0.8cm的附子饼，中间以针刺数孔，放在应灸腧穴或患处，上面再放艾炷施灸，直到灸完所规定壮数为止。多用治疗命门火衰而致的阳痿、早泄或疮疡久溃不敛等症。

3. 艾卷灸

（1）艾条灸：是取纯净细软的艾绒24g，平铺在26cm长、20cm宽的细草纸上，将其卷成直径约1.5cm圆柱形的艾卷，要求卷紧，外裹以质地柔软疏松而又坚韧的桑皮纸，用胶水或糨糊封口而成。也有每条艾绒中渗入肉桂、干姜、丁香、独活、细辛、白芷、雄黄各等份的细末6g，则成为药条。施灸的方法分温和灸和雀啄灸。

（2）温和灸：施灸时将艾条的一端点燃，对准应灸的腧穴部位或患处，约距皮肤2～3cm左右，进行熏烤。熏烤使患者局部有温热感而无灼痛为宜，一般每处灸5～7分钟，至皮肤红晕为度。对于昏厥、局部知觉迟钝的患者，医者可将中、食二指分开，置于施灸部位的两侧，这样可以通过医者手指的感觉来测知患者局部的受热程度，以便随时调节施灸的距离和防止烫伤。

（3）雀啄灸：施灸时，将艾条点燃的一端与施灸部位的皮肤并不固定在一定距离，而是像鸟雀啄食一样，一上一下活动地施灸。另外也可均匀地上、下或向左右方向移动或作反复地旋转施灸。

4. 温针灸

是针刺与艾灸结合应用的一种方法，适用于既需要留针而又适宜用艾灸的病证。操作时，将针刺入腧穴得气后，并给予适当补泻手法而留针，继将纯净细软的艾绒捏在针尾上，或用一段长约2cm左右的艾条，插在针柄上，点燃施灸。待艾绒或艾条烧完后，除去灰烬，取出针。

5. 温灸器灸

是用金属特制的一种圆筒灸具，故又称温筒灸。其筒底有尖有平，筒内套有小筒，小筒四周有孔。施灸时，将艾绒或加掺药物装入温灸器的小筒，点燃后，将温灸器之盖扣好，即可置于腧穴或应灸部位，进行熨灸，直到所灸部位的皮肤红润为度。有调和气血，温中散寒的作用。

6. 施灸顺序

一般采用先上后下、先阴后阳、壮先少后多、柱先小后大的顺序。

7. 禁忌证以及注意事项

（1）禁忌证：凡属实热证或阴虚发热、邪热内炽等证，如高热、高血压危象、肺结核晚期、大量咯血、呕吐、严重贫血、急性传染性疾病、皮肤痈疽疔疖并有发热者，均不宜使用艾灸疗法。

器质性心脏病伴心功能不全，精神分裂症，孕妇的腹部、腰骶部，均不宜施灸。

颜面部、颈部及大血管走行的体表区域、黏膜附近，均不得施灸。

（2）注意事项：施灸前要与患者讲清灸治的方法及疗程，尤其是瘢痕灸，一定要取得患者的同意与合作。瘢痕灸后，局部要保持清洁，必要时要贴敷料，每天换药1次，直至结痂为止。在施灸前，要将所选穴位用温水或酒精棉球擦洗干净，灸后注意保持局部皮肤适当温度，防止受凉，影响疗效。

除瘢痕灸外，在灸治过程中，要注意防止艾火灼伤皮肤，尤其幼儿患者。如有起泡时，可用酒精消毒后，用毫针将水泡挑破，再涂上龙胆紫即可。

偶有灸后身体不适者，如身热感、头昏、烦躁等，可令患者适当活动身体，饮少量温开水，或针刺合谷、后溪等穴位，可使症状迅速缓解。另外，施灸时注意安全使用火种，防止烧坏衣服、被褥等物。

□第六章□

石氏针刺手法

第一节 针刺手法量学

一、针刺手法研究概况

针刺手法是指为了达到某种治疗目的所采取的操作方法，有广义和狭义之分，广义的针刺手法是指针刺操作过程中的施术方法，包括进针前的准备、治神、揣穴、循切以及进针后的操作和出针等各种手法；狭义的针刺手法是指毫针从进针到出针前的一系列操作方法。针刺手法是伴随针刺术而产生的。1973 年我国湖南长沙马王堆三号汉墓出土的帛书中，就有了最早的关于针刺的记载，而真正意义上的针刺手法是伴随着技术的进步、针具的改良，到了《内经》时代才逐渐成熟的。

《灵枢》和《素问》都各列有专题讨论针刺手法，从针刺工具、针刺前的准备及进针、留针、出针，到针刺方向、针刺深浅与补泻、禁忌等，标志着针刺手法的形成。

《难经》是继《内经》之后的又一部经典医籍，其更加强调左右手的配合，重视调节营卫，认为施补泻之法必须知营卫之气的流行、分布，然后据其循行逆顺而施术，进一步发展了《内经》的迎随补泻和提插补泻。《难经》还根据五行生克学说，提出以五输穴配五行的“子母补泻法”、“泻南补北法”等，以及针刺的时令深浅法。此后，针灸学进入了一个全面发展的时期，各代医家均对针灸理论及针刺手法作了进一步总结和发展，提出了子午流注针法，倡用按时取穴以及补生泻成，由经络气血多少而定针刺深浅等手法；到近代又发展了“烧山火”、“透天凉”手法，丰富了针刺手法的内容。

临床实践说明，针刺手法对临床疗效具有直接影响，不同的针刺手法可产生不同的针刺效应，形成不同的刺激量。如果不能正确掌握适度的刺激量，就很难达到预期的治疗效果。全面理解针刺手法应包括进针方向、进针深度、具体施术手法的选择、施术所持续的时间、留针时间的长短。同一穴位不同针刺方向甚至可以治疗不同的疾病，加之施针的深浅、指力、频度不同，对疾病的治疗和转归往往起着关键性的作用。由于针刺手法纷杂繁多，而关于针刺手法标准化的研究不够，大大制约了针刺法的发展。

二、针刺手法量学概念

针刺治病的过程就是在明辨虚实、确定穴位的基础上运用各种手法予以补泻的过程。由于各种针刺手法从性质上来讲，均属于机械性刺激，所以无论是补法还是泻法都涉及一个刺激量，即治疗剂量的问题。各种补泻手法在操作时采用多大的“剂量”，这是历代医家未能搞清的问题，施术者或据师承之法，或凭有限的经验来确定针刺的量，欠操作规范，往往带有片面性和盲目性，使后学者难以掌握。石学敏院士认为：针灸学属自然科学范畴，应该有自己明确的、科学的量学观。石学敏院士在对古医籍深入研究的基础上，借助现代科学手段，率先提出了“针刺手法量学”理论。他带领课题组从临床到基础研究，将针灸治疗有效的30余种病证逐一地、逐个穴位地进行手法最佳量学标准的筛选研究，在醒脑开窍针刺法治疗中风病的量化手法研究基础上总结了“椎基底动脉供血不足”、“无脉症”、“支气管哮喘”、“冠心病”、“胆石症”、“高血压”、“习惯性便秘”、“截瘫”、“颈椎病及腰椎间盘突出症”等多种病证的针刺量学规律。对针刺作用力方向、大小、施术时间、两次针刺间隔时间等针刺手法的四大要素进行了科学界定，改变了历代针刺忽视剂量的状态，使针刺疗法更具有规范性、可重复性、可操作性，从而使针刺治疗由定性的补泻上升到定量的水平，填补了针灸学历史上的一个空白。

（一）关于捻转补泻手法的定义及理解

前人已对针刺补泻手法作了详尽的论述，但是，在具体操作过程中仍有许多未明之处，直到近代才规定：“大指向前为补，大指向后为泻”以及“捻转幅度小，用力轻为补；捻转幅度大，用力重为泻”。这是迄今为止比较具体的操作手法及顺序，在临床上确有一定的治疗作用。但在具体实行手法操作时，仍有迷惑不解之处，如“大指向前为补，大指向后为泻”，究竟医生和病人成什么体位，医生用左手施针，还是用右手施针，或两手同时施针？故单纯提大指向前或向后说明不了问题。另外，捻转幅度小用力轻和捻转幅度大用力重，其轻重大小均无量学概念，致使术者在施行手法时仍处于茫然状态，为此，我们经临床及电生理观察，特提出如下理解和体会：

关于“大指向前为补，大指向后为泻”的具体操作，以病人体位为准，大指向前或向后是指医生在施行手法时拇指开始作用力的方向。十二经脉以任督二脉为中心，左右侧捻转时作用力的方向，向心者为补，即左侧作用力方向为顺时针，右侧为逆时针者为补。具体操作为捻转时加作用力。倒转时自然退回，一捻一转连续不断，即为捻转补法。至于捻

转泻法，其作用力的方向左右两侧均为离心，即左侧为逆时针，右侧为顺时针者为泻。任督二脉的经穴多采取小幅度高频率为补，大幅度低频率为泻的捻转手法。

关于捻转补泻手法中，“捻转幅度小用力轻为补，捻转幅度大用力重为泻”的概念，经实验证明：捻转幅度小用力轻，是指捻转时施行小幅度高频率捻转，其幅度 <90°，频率在每分钟 120 次以上，才能达到补的作用；捻转幅度大用力重，是指大幅度低频率的捻转，其幅度 <360°，频率在每分钟 50 ~60 次，才能达到泻的作用。

（二）捻转补泻手法量学的几大要素

临床施行捻转补泻手法应持续多长时间，一次性治疗后能保持多长时间的治疗作用，这在古典医籍中尚未阐明。针灸学作为一门自然学科，应有明确的、科学的量学观。我们通过临床和动物实验证明，捻转补泻手法的量学有以下几大要素：

1. 作用力的方向是决定补和泻的重要因素之一，即捻转补泻手法第一定义。十二经脉以任督二脉为中心，两手拇指开始捻转时作用力切线的方向为标准，医生采用面向病人的体位，规定作用力的方向向心者为补，离心者为泻。

2. 捻转的补泻与作用力的大小有直接关系。捻转时，小幅度、高频率，幅度小于 90°，频率为每分钟 120 次以上为补，在施行补法时，术者手指轻轻地捻转，然后自然退回，形成一个有节奏的捻转频率，以达到徐徐地激发经气的作用。如临床上对缺血性的头痛或眩晕，针风池穴以采取补法时，从脑血流仪上可反映出脑血管缺血状态得到逐渐改善，其临床症状随之解除，这是激发经气的过程。捻转时，大幅度、低频率，幅度大于 180°，频率在每分钟 50 ~60 次为泻，在施行捻转泻法时，术者手指、腕及全臂协调用力，其作用力较大，能迅速激发经气，以达到气至病所的目的。如胆结石患者，当取阳陵泉和日月时，可迅速促使胆囊收缩加强，Oddis 括约肌松弛，以达到排石作用。

3. 施行捻转补泻手法持续时间的最佳参数。在手法中施术所持续的时间与治疗效果有着至关重要的意义。亦是手法量学中的核心。究竟施术多长时间为最佳治疗参数，在古典医籍中如《针灸甲乙经》只提到某穴在施术手法时所留一呼一吸或两呼两吸的记载，按照这种量学规定是远远达不到治疗作用的。石学敏院士认为：捻转补泻手法最佳施术时间参数，为每个穴位操作一至三分钟，这一参数是经过对正经 361 穴，经外 50 余穴的考察对比提出的。如“无脉症”取太渊、人迎穴均施手法一分钟；为改善脑供血所取风池等穴，以施术 3 分钟为最佳治疗参数。因此，只有找出和确定每一个证或病的最佳治疗参数，才能使针灸的临床疗效提高。

4. 施行捻转补泻手法后其治疗作用持续时间的最佳参数，即两次施术间隔时间的最佳参数。临床上嘱患者每天针灸一次或隔日一次或每周两次，往往缺乏科学根据。石学敏院士经过 10 年临床观察，经 50 余病种的逐一勘测，发现每一次针刺治疗后都有它一定的、持续的治疗作用，其持续时间又因病种而异，这对研究针刺治疗有效作用的蓄积时间有着重要意义，亦是针刺治疗效果的规律所在。如针刺人迎穴治疗脑血管疾病（中风），一次治疗所持续的最佳治疗作用时间是 6 小时。在针刺过程中发现，针刺后 20 分钟，其

脑血流量改变最明显，持续到6小时后，供血开始衰减，因此应6小时蓄积一次针刺治疗。在研究针刺治疗“支气管哮喘”时，当施行捻转补法1～3分钟后，肺内哮鸣音逐渐消失，病人症状缓解，最佳有效治疗时间可达3～4小时，此后继续进行针刺治疗，才能达到有效的蓄积作用。石学敏院士在大量的临床和实验证据的佐证下指出，两次施术间隔时间的最佳参数为3～6小时。

临床上应根据以上四大要素来决定“计量”。当然，机体接受刺激的强度存在较大的个体差异，还应根据病人的体质、肥瘦等因素进行适当的调整，但不能因此而认为针刺手法的刺激量是不能确定的。另外，针刺的深度实际上是决定针刺刺激量的另一重要参数，临床应予以重视，如中风病针刺极泉、委中、三阴交等穴以提插手法，至上下肢抽动3次为度，外伤性截瘫的夹脊针刺（不全损伤），用提插手法使胸椎夹脊穴产生躯体紧束感，腰椎夹脊穴产生向外生殖器及双下肢放射感，都是提高疗效的重要环节。

（三）捻转补泻手法的临床实验研究

石学敏院士“从疑难重症中选题，到临床实践中检验”的研究方法，贯穿于手法量学研究的全过程。在治疗中风、胆石症、冠心病、顽固性便秘以及椎基底动脉供血不足等疾病的临床研究中证明了在疾病的针刺治疗中，施术时间与针刺作用的持续时间有其自身的、客观的、严密的规律性，充分地掌握这一规律，将极大促进针刺研究的深入发展和针刺疗效的提高。针刺手法量学的提出，为传统针刺手法向规范化、统一化发展作出了卓著贡献。

1. 治疗“中风”的临床研究

为证实同一穴位采用不同量学手法是否有差异，石学敏院士从血液流变学、血脂等方面进行了实验比较，采用双盲法，观察对象为发病10天以内的中风住院病人，主要是缺血性脑血管病急性期，脑血栓形成患者。第一组30例，采用“醒脑开窍针刺法”的规范量学；第二组30例，仍采用“醒脑开窍针刺法”诸穴，但在操作上用传统手法。经测定全血黏度、红细胞压积、红细胞电泳、血小板电泳、胆固醇、高密度脂蛋白等7项指标，实验结果证实：同用“醒脑开窍”诸穴，规范量学手法与非规范量学手法，在治疗前各项指标没有显著性差异，而治疗后比较，在血液流变学、血脂7项指标方面，均有极显著性差异。实验结果充分说明，治疗效果的好坏，不但与选穴、配方有关，而且与手法的差异有很大关系，证实针刺手法量学的提出和规范是十分重要的，印证了手法量学的科学性和实用价值。

2. 改善“椎基底动脉供血不足”的临床实验

对54例经脑电图、脑血流、微循环检查诊断为脑动脉硬化反映在基底动脉方面的症候群，或因颈椎增生压迫椎基底动脉供血不良者，取足少阳胆经风池、完骨，足太阳膀胱经天柱三对腧穴，每穴均施小幅度、高频率捻转补法3分钟，每日治疗2次，患者头晕、目眩、心烦、失眠等症状得到相应缓解，同时在施术过程中用XLJ－Ⅱ型双导脑血流图分别描记施手法后即刻、2小时、4小时、6小时的枕乳导联图形，可见波幅较针刺前增高，

重搏波出现，提示供血有改善，血管弹性增加，这同临床症状改善是一致的，随着时间推移，这种改善逐渐变小，至6小时衰减较为明显，提示针刺施术3分钟对脑供血改善的针刺效应能持续4~6小时，这一研究结果，为临床开展脑血管病的针刺治疗提供了手法量学依据。

3. 治疗“无脉症”的临床实验

取穴人迎、太渊（下肢无脉同时加气冲、冲阳）先后治疗20例患者，均采用小幅度高频率捻转补法，每穴施手法1分钟，唯针刺人迎穴时直刺进针，让针感放射至直达指端，然后稍提针，再施小幅度高频率捻转手法1分钟，每日2次，寸口脉搏即可触及但不持久，经3~5天治疗，脉搏可触及，患肢血压接近正常水平，患者自觉症状相应好转。对多数患者做了针刺前后肢体血流测定，经治疗后肢体血流波幅明显增高，提示患肢供血状况得到改善。

4. 治疗“支气管哮喘、哮喘型支气管炎”的临床研究

取大椎、大杼、风门、肺俞、心俞、膈俞，均为小幅度高频率捻转补法，每穴捻针1分钟，经听诊发现肺中哮鸣音逐渐消失，如哮鸣音存在说明还未达治疗量。继续运针施法。直至哮鸣音消失为止，最长施手法时间3分钟左右。由此可知，针刺手法在解除小支气管痉挛方面有良好效果。

5. 治疗“冠心病”的临床实验

指相对冠状动脉机能不全（心绞痛），对380例经心电图、心动超声、心脏监测系统诊断为“冠心病”患者，取手厥阴心包经内关，手少阴心经郄门，足太阳膀胱经心俞、膈俞，任脉膻中几个穴位，采用捻转的补法，施术3分钟，患者胸闷憋气，左肩臂刺痛感相应减轻，随心电图观察，可见S－T段在原基础上有所恢复，T波波幅亦有所增高，提示冠状动脉供血和心肌耗氧状况有改善，这就为针刺治疗“冠心病”的配穴及使用补法打下了基础。

6. 治疗“胆石症”的临床实验

对102例经胆囊造影或“B超”诊断为胆囊结石的患者，取足厥阴肝经太冲，足少阳胆经阳陵泉、日月（右）5个穴位，每穴施捻转的泻法1分钟，随着手法的实施，患者自觉右上腹抽动感，特别对泥沙样结石，可在针刺3~7次后排石，曾对30例患者做针刺前后胆囊造影摄片观察，经采用大幅度、低频率的捻转泻法1分钟后，体位不变，立即摄片，可见胆囊影像模糊，提示胆囊收缩，继续施手法3分钟时拍片，可见胆囊体部一圆形结石移向胆囊颈部，临床效验和物理观察都有力地证明了采用捻转泻法的规范量学有助于加大胆汁排泄，促进Oddis括约肌扩张，促进胆石排出，这一发现为我们针刺治疗胆结石提供了可靠的临床依据。

7. 治疗顽固性便秘

共108例，取穴丰隆、左侧水道、左侧归来、左侧外水道、左侧外归来，均使用大幅度低频率捻转泻法，施手法1分钟，留针30分钟，每日2次，有效率达95.6%，排便最

短时间 20 分钟，最长 3 小时，绝大多数在 1 小时左右，临床效果卓著。

上述观察证明了在疾病的针刺治疗中，施术时间与针刺作用的持续时间有其自身的、客观的、严密的规律性，充分地掌握这一规律，将极大促进针刺研究的深入发展和针刺疗效的提高。通过针刺手法量学的研究将针灸治疗学剂量化，临床治疗理论科学化，治疗刺激量精确化，这项研究为针灸治疗学奠定了科学化的基础。探求临床常见病治疗处方穴位的最佳治疗量，是提高疗效的重要环节，因此，针灸手法量学是石学敏院士为针灸学发展所作的又一重大贡献。本项研究成果曾获国家中医药科技成果乙等奖，被国家中医药管理局确立为科技成果推广项目。

第二节 刺络拔罐疗法

刺络疗法源于《灵枢·官针》“凡刺有九”中的“络刺”，“刺小络之血脉也”，可泻瘀血邪气，固守经隧，以防大乱。石学敏院士在 40 余载的临证过程中观察到，单纯刺络疗法，为血液自然流出，或稍稍挤压针刺局部，往往瘀血留注不消，贼邪伏而不退，如加用闪火罐，造成罐内负压，可达血尽邪出，且可控制出血量，达到良好疗效。刺络拔罐是刺血术与拔罐法相结合的独特针刺方法。临床操作是在辨证选取穴区的前提下，用三棱针或七星针、梅花针等，对穴区点刺或叩刺，再行拔罐，在局部吸拔出较多瘀血，从而达到疏通经络、祛瘀生新、调整阴阳的治疗目的。

1. 历史沿革

刺络拔罐的基础是放血疗法。其历史可追溯到史前的新石器时代的砭石治病，如《说文解字》所说：“砭，以石刺病也。”其中就包括了放血和排脓的治法。刺血法最早的文献记载见于马王堆出土的《五十二病方》。先秦时期的《黄帝内经》中明确有刺血疗法的论述就有 40 多篇，标志着刺血疗法已达到了一个新的高度。首先，金属针具代替了砭石，《灵枢·九针十二原》中的“九针”，其中锋针“刃三隅”，接近现代的三棱针，是放血的专用工具，可以治疗“痈疾”。其次，在理论方面提出了“满则泄之，菀陈则除之”（《灵枢·九针十二原》）的治疗原则，《灵枢·小针解》进一步解释：“菀陈则除之者，去血脉也。”并认为“凡治病必先去其血”（《素问·血气形志》）。对瘀血证的诊断、治疗颇为详尽。此外，《内经》还比较详细地介绍了用刺血法治疗各种疾病，包括发热、各种疼痛、疟疾、鼓胀、癫狂、痉病、癃闭、咳喘、喉痹、疝瘕、闭经、目赤肿痛、疮疡肿毒、扭挫伤等。刺法也多种多样，如“络刺”、“赞刺”、“豹文刺”等，以适应不同病证的需要。后世刺血疗法也有较大的发展，并在实践过程中与拔罐法相结合，形成了刺络拔罐法。晋代葛洪《肘后方》有用“针角”之治病的记载，已经把针刺与拔罐（拔罐法古代又称为“角法”）相结合用于临床。唐代王焘《外台秘要》也较为明确地记载了用刺络拔罐法治疗疾病，其云：“先以针刺螫处出血，然后角之。”但是不论操作方法或临证施治，都比较简单、粗浅没有形成系统的理论体系。此后，刺血疗法的治疗范围不断被扩大，广泛应用

于内、外、五官等科。历代医家中，许多名医都擅长刺血疗法，其中以金元四大家的张从正最具代表，他用刺血疗法治愈了自己顽固的目疾，故对该疗法极为推崇，理论上也有新意，他认为刺血疗法属汗法，“出血乃发汗之一端”，汗血同源，邪可从汗而散，也可随血而泄，并认为刺络放血攻邪最为迅速。此外，《儒门事亲》中记载的针刺医案共30余则，几乎都是刺血疗法的案例。李东垣对刺血疗法仅用于实热证的观点有所突破，将点刺出血应用于某些虚证的治疗。明清时期，刺血疗法还被广泛用于急症、重症，如昏迷、瘟疫等，如清代郭志邃在《痧胀玉衡》一书中，共载各种痧证80余种，附案20余例，其中绝大多数为放血或配合药物治疗而愈。

2. 刺络拔罐

《灵枢·小针解》云：“满则泻之者，气口盛而当泻之也，菀陈则除之者，去血脉也”；《灵枢·腰痛》说“刺之血射以黑，见赤而已”，“横脉出血者，血变而止”。《灵枢·官针》说：“四曰络刺，络刺者刺小络之血脉也”，其作用特点在于泻“阴阳俱有余”而不伤正气，这说明刺络疗法是否能取得良好疗效，出血量是关键。经典理论指出，出血量的判定，应以出血颜色的变化为依据。因邪气居于人体，所以刺其病变部位，出血“其色必黑”，而当“血尽邪出”则出血颜色变红。正如《医学源流论》说：“凡血络有邪者，必尽去之，若血射出而黑，必会变赤，见赤为止，否则病必不除而反为害”。纯刺络法为血液自然流出，这样很难达到《内经》所要求的出血量，往往不能获取良效。在临床中，石学敏院士观察到若血液自然流出，或稍稍挤压针刺局部，往往瘀血留注不消，贼邪伏而不退，虽有祛邪散风，疏经通络之作用，但难求其尽，不能达到尽去其邪之效果。故思加负压之法，于病变部位点刺后加以拔罐，这样医生可以透过玻璃罐直接观察出血量，达到预定标准，即行起罐，血尽邪出，所以疗效迅速。

3. 机理探讨

关于刺络拔罐法的作用机理探讨，古今文献均较少论及。根据石学敏院士的多年临证体会，认为瘀血邪气的成因有多种，包括外伤跌仆、风寒入络、痰瘀痹阻以及正气不足等。因此，刺络拔罐的作用是多方面的，既可祛邪，也可补虚，既可温经，又可泄热。下面就刺络拔罐的作用机理略作探讨。

（1）*活血通络*：活血通络是通过刺络拔罐来疏通经络中壅滞的气血，使机体的生理功能恢复正常，是刺络拔罐最主要、最直接的作用，凡临床有瘀血阻络之病证，皆可用刺络拔罐法治疗。如临床研究证明，高血压病往往与血流动力学异常有关，采用刺络拔罐治疗后在血压降至正常的同时，较高的血黏度指标也得以下降，证明刺络拔罐确有活血化瘀之效。治疗颈椎病时，则可见微血管襻扩张，血流加快，改善局部的血液循环，促进新陈代谢，加速对劳损组织的修复。

（2）*祛瘀生新*：某些疾病因经脉不通，导致气血不和，阴阳失调，进而影响五脏六腑的功能，气血失其温煦、濡养的作用，使肌肉、筋脉、腠理无以滋养，所谓“瘀血不去，则新血不生”。此类患者常表现为虚实夹杂证，刺络拔罐有活血祛瘀通络之功，可起到泻

实补虚祛瘀生新的目的。从现代医学理论分析，刺络拔罐可刺激骨髓造血功能，此外，刺络拔罐可造成局部组织高度充血，一方面可刺激网状内皮细胞的吞噬功能，另一方面，出血可造成自身溶血现象，细胞内释放的组织胺等物质可刺激机体加强免疫功能，增强机体的抗病能力从而有益于身体的康复。

（3）温经散寒：张从正认为“出血乃发汗之一端”，这也反映了刺络拔罐有祛风散寒的作用。在临床治疗过程中，我们经常听到患者反映说，原先畏寒怕风的部位，经刺络拔罐后局部感觉温暖，畏寒的症状逐渐消失。究其原因，石学敏院士认为此与活血化瘀，改善局部的血液循环有关，所以刺络拔罐法可广泛适用于风湿痹痛，如骨质增生、漏肩风、类风湿性关节炎、腰肌劳损等。

（4）祛风除湿：临床上有时可见拔出的瘀血颜色较淡，水分较多，中医认为这些患者湿邪偏重，而现代医学则往往认为局部有水肿，如周围性面瘫急性发作期、风湿性骨关节炎等，在水肿局部刺络拔罐，一方面可以使血管扩张，加快局部的血液循环，促进水肿的消散，另一方面火罐的负压直接把局部的水液吸出来，减轻对病变组织的压迫。所以当拔出大量水分时，患者的症状可以得到迅速的改善。

（5）通络止痛：石学敏院士在临床治疗中发现刺络拔罐具有极好的止痛作用，尤其对运动系统软组织急性扭伤或劳损引起的疼痛，疗效颇佳。其止痛作用机理是通过活血通络实现的，正所谓“不通则痛”、“通则不痛”。从现代医学角度来分析，则是刺络拔罐对损伤局部起到了减压作用，当拔出大量瘀血时，原来肿胀对皮下痛觉感受器的挤压、刺激减少，另外，刺络拔罐可改善损伤局部的血液循环，加速对致痛物质的稀释，从而减轻了疼痛的感觉。

（6）泻热消肿：对热毒壅结之疮痈疖肿等外科病证，也可用刺络拔罐法治疗。本法可直接通过火罐的负压作用，清除局部脓毒瘀血，刺络则使其更易拔出，从而加速局部炎症的消散，促进创口愈合。

4. 临证体会

石学敏院士将此疗法应用于临床，在治疗支气管哮喘、三叉神经痛、面肌痉挛、周围面瘫急性期、风湿、类风湿性关节炎、诸神经痛、软组织损伤、丹毒、急性乳腺炎、淋巴炎、带状疱疹等方面均取得了良好疗效，我们将临床中有代表意义的几个典型病种分述如下：

（1）支气管哮喘：哮喘多因风寒郁热痰湿郁久壅阻肺气，肺失肃降，逆而作喘，与肺、脾、肾三脏有关，哮喘久不得愈，肺肾皆虚，摄纳失司。反复发作的病人，在发作期多为邪气偏盛，气郁血滞，本虚标实之证。刺络拔罐可活血行气，泻血祛邪肃肺，《医学源流论》云：“凡血络有邪者，必尽去之。”石学敏院士指出，刺络以泻其邪，刺络加拔罐以活血行气，泄邪肃肺，故泻血祛邪应求其尽，可获立即止喘的良效。刺络拔罐后，局部白细胞轻度增多和吞噬功能增强，以及网状内质系统吞噬功能的增强，可以吞噬细菌和病毒，因此刺络拔罐具有治疗哮喘及消炎化痰作用，使哮喘病人发热渐退，痰液减少，痰

鸣减轻，紫绀缓解。

（2）带状疱疹：带状疱疹由水痘－带状疱疹病毒感染所致，在机体免疫功能低下时，病毒繁殖活动，导致受侵的神经节发炎、肿胀、坏死，产生神经痛及沿神经分布的群集性丘疹、水疱，中医称为“缠腰火丹”。中医认为本病是由于情志内伤，肝气郁结，久而化火，肝经火甚而致，或因脾失健运，蕴湿化热，湿热搏结，并感毒邪而成。肝火脾湿郁于内，毒邪乘之诱于外，气血瘀阻为其果。毒火稽留血分，表现为红斑，湿热阻滞于肝脾，引起水疱，气血瘀阻于经络则临床上表现为疼痛。而从带状疱疹的病因看，病毒导致神经根发炎肿胀，神经根性炎症是引起疼痛的主要原因，因此治疗的关键，在于消除神经根的炎症和水肿。刺络拔罐法具有通经活络、活血化瘀、消肿去炎止痛之功效，通过施治可以明显改善患者的局部血液循环，促进局部的代谢，疏通经络，消除神经根的炎症及肿胀。刺络拔罐还可以激发运行气血，促进和调整机体的细胞免疫和体液免疫功能，提高机体的防御功能，促进全身和局部特异性细胞免疫。刺络拔罐治疗带状疱疹，是一项很好的治疗方法，不但患者易于接受，而且无明显毒副作用。

（3）颈椎病：颈椎病属中医“痹证”范畴，多因体虚及长期劳累，复感风寒湿邪，导致颈项部气血运行不畅，脉络失和，气滞血瘀，故临床见颈项板滞不舒，头胀痛、眩晕，肢麻等症状。刺络拔罐疗法具有祛风通络、除湿散寒、舒筋活血之功，可以改善微循环淤滞、组织供血不足与缺氧状态，改善肌肉的血液循环和组织营养，促进渗出物的吸收，消除局部肿胀，使局部痉挛的肌肉得以松解，促进新陈代谢，缓解疼痛，修复损伤，使局部组织处于高供氧低消耗状态。从而加快损伤部位的修复，收到满意的临床治疗效果。

（4）丹毒：中医学认为，丹毒多因火邪侵犯血分，郁于肌肤而发；或素体血分有热，外受火毒，相互搏结致经络阻滞，热毒蕴于肌肤而病。《圣济总录》云：“热毒之气暴发于皮肤之间，不得外泄，则热为丹毒。”在丹毒局部或加大椎刺络拔罐以清热解毒、消瘀散结、活血通络，对本病有较好疗效。现代医学认为，丹毒主要是由丹毒链球菌侵犯皮肤或黏膜的网状淋巴管传播至体表而发病，应用有效抗生素是西医常规治疗方法。临床观察表明，从治愈率及治愈时间的总体趋势看，刺络拔罐者明显优于单用西药者，说明该方法治疗丹毒能缩短治愈时间，提高疗效，且方法简便，值得临床应用。

（5）面神经麻痹：周围性面神经麻痹，以口眼㖞斜为主要表现。其发生一般认为是由于脉络空虚，气血阴液不足，不能濡养络脉、经筋，复感风寒之邪，外邪乘虚而入，侵袭阳明、少阳经脉以致经气阻滞，失于营运，经筋失养，遂致局部肌肉弛缓不收，与对侧失去平衡而口眼向健侧歪斜。刺络拔罐有行气血、通经络、驱邪气、散风寒、泻湿热之功。故采用刺络拔罐治疗可使面部筋肉得到正常血液的濡养，改善局部微循环，增强神经组织代谢，降低神经变性，提高神经的兴奋性，加速麻痹神经功能的恢复。另外，细致的心理调护、治疗中的护理配合以及愈后的健康干预也是至关重要的。

石学敏院士应用刺络拔罐疗法，治疗临床各科疾病，均取得较为满意的效果，我们将

在“治疗各论”中详细介绍。

第三节 经筋刺法

经筋是经络系统的重要组成部分，是中医学对人体运动系统结构的功能及概括。经筋病是针灸科常见病，现在泛指运动、神经系统疾病，主要特征为运动功能障碍。

“经筋刺法”是石学敏院士汲取中医学“经筋理论”的精华，并结合长期临床实践及现代医学而创立的，具有丰富的思想内涵及学术价值。该针法明确指出：面部是手足三阳经筋散布结聚之处，凡面部与筋肉有关的疾患皆可从经筋论治。石学敏院士从医40余年来潜心于针灸临床、教学及科研，治学严谨，医术精湛，对经筋病的理、法、方、穴、术见解独特、造诣颇深，在融会古今针灸文献和大量医疗实践的基础上，创建了“经筋刺法”治疗周围性面神经麻痹的新理论，应用于临床，疗效显著。

周围性面神经麻痹，属中医学“面瘫”、“口㖞”、“卒口僻”、“口眼㖞斜”等范畴，系指茎乳突孔内面神经的急性非化脓性炎症所致急性周围性面瘫。石学敏院士指出，本病责之于经筋病变，病本在经脉，病标在经筋，正气内虚，腠理疏松，经脉空虚，风寒、风热之邪乘虚侵袭手足三阳筋脉，经气阻滞，致使气血失和、经筋失养，筋肉弛缓不收，发为面瘫。正如《灵枢·经筋》云：“经筋之病，寒则筋急，热则筋弛纵不收”。筋急、筋纵均可引起本病病变，如口僻、目不合，耳中鸣痛及口角歪斜等。外感寒邪则筋急，外感热邪则筋纵。寒为阴邪，其性收引，经筋受寒则收缩而挛急，以致拘急疼痛，运动不利；热为阳邪，易伤筋耗气，气津不足则经筋失于濡养温润，以致纵缓不收。所以本病治愈关键在于经筋功能的恢复，因此该病的治则是“祛外邪、调气血、通经筋”。

治疗经筋病，长期以来，其选穴多崇古训，即“以痛为腧”。“以痛为腧”一词，首见于《灵枢·经筋》篇。该篇在叙述十二经筋的病候后，提出其“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为腧”。后杨上善进一步阐述道：“腧，谓孔穴也，言筋但从筋所痛之处，即为孔穴，不必要须依诸腧也。以筋为阴阳气之所资，中无有空，不得通于阴阳之气上下往来，然邪之入腠袭筋为病，不能移腧，遂以病居痛处为腧”。石学敏院士依据现代临床知识，将“腧”引申理解为天应穴、阿是穴乃至压痛点、反应点，更体现了《灵枢·卫气失常》篇所提出的：“筋部无阴无阳，无左无右，候病所在”的经筋病治疗思想。

石学敏院士所创建的经筋刺法治疗周围性面神经麻痹，多采取排刺及一针多向等透刺，该针法综合了《灵枢·官针》篇中的分刺、恢刺、合谷刺等，即“分刺者，刺分肉之间也”、“恢刺者，直刺傍之，举之前后，恢筋急”、“合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间”。具体而言，主穴为：阳白四透（分别针向上星、头维、攒竹、丝竹空），太阳透地仓或颊车、颧髎、地仓与颊车之间阳明经筋排刺。配穴为：睛明、四白两透（分别针向目内眦、目外眦）、迎香、下关、承浆、风池、翳风、健侧合谷。辨证加减：口苦、耳鸣加外关、率谷（均用捻转泻法）及关冲（用刺血法）；病久体虚者加足三里（用提插补

法)；久病患者面肌抽动者加刺健侧腧穴及刺络拔罐（太阳、颧髎等)。刺法：阳白四透及四白两透为一穴多针多向刺，针尖与表皮成15°角；地仓与颊车之间阳明经筋排刺，指按照阳明经筋循行，采用多针浅刺、排刺，每隔0.5寸1针，除睛明、下关用捻转补法外，余穴用捻转泻法，各穴施手法0.5分钟，留针20分钟，每日针1次，28日为1疗程。所取穴位均位于手足阳明、足太阳及足少阳所过及所会之处，针刺施术后可奏祛风散邪、调和气血、舒筋活络之功，风池、翳风、合谷善治头面诸疾，应用于面瘫急性期以加强疏风通络之力。

第四节　针刺治神

《素问·宝命全形论》中所说："凡刺之真，必先治神"。这就是说，在针灸临床工作中，针刺质量的好坏，针刺效果的成败，"治神"起着决定性的因素。近年来，脑的功能被广大中医工作者所接受，使脑主神明的观点不断体现在临床中。石学敏院士认为，脑主神明的功能对针灸"治神"有着重要的意义。

一、脑主神明与心主神明

中医"心主神明"的理论主要源于《素问·灵兰秘典论》："心者，君主之官，神明出焉"。随着实践经验的进一步总结以及其他学科的发展，使脑的功能越来越受到重视。《素问·脉要精微论》指出："头者精明之府"；《三因极一病证方论》也提出："头者，百神所集"；《东医宝鉴·外形篇·头》则指出："头为天谷以藏神"。而接受过西医思想的近代医家张锡纯在《医学衷中参西录·治癫狂方》中提到："神明之功用，原心与脑相辅而成"。脑主神明与心主神志是并存的，但是脑所主之神是广义的神，它包括机体的外在生命活动和内在精神活动，起着决定性作用。心主神志指狭义的神，是广义神的一部分，是在心主血脉的基础上派生出来的。脑是人体耗氧量最多的地方，它对血液的要求也非常多，所以脑功能的正常发挥与心把血液推动到脑密切相关。《灵枢·营卫生会》篇曰："血者，神气也"。《灵枢·平人绝谷》篇曰："血脉和利，精神乃居"。古人通过大量的临床观察指出，血是精神活动的重要物质基础。心血虚，常出现惊悸、失眠、多梦等症状，甚至出现烦躁、恍惚、昏迷等神志失常改变，说明血与精神、神志、情志活动密切相关。正如《素问·八正神明论》所言："血气者，人之神，不可不谨养"。可以说心通过主血脉来完成其主神志的功能，而人体一切精神、思维、记忆、神志、情绪、意志等心理活动都受脑神的统配。心神功能的发挥，隶属于脑主神明的功能之下。

二、"治神"在中医针灸治疗学中的应用

"治神"是《内经》中的一个重要概念。《素问·宝命全形论》："故针有悬布天下者五……一曰治神，二曰知养身，三曰知毒药为真，四曰制砭石小大，五曰知腑脏血气之

诊”。本篇还特别强调：“凡刺之真，必先治神，五脏已定，九候已备，后乃存针”。同时，本篇提出治神是补虚泻实的重要前提，并且对治神的要求和感觉作了描述：“人有虚实，五虚勿近，五实勿远，至其当发，间不容瞚。手动若务，针耀而匀，静意视义，观适之变，是谓冥冥，莫知其形，见其乌乌，见其稷稷，从见其飞。不知其谁，伏如横弩，起如发机”。

三、脑主神明对针灸治神的意义

（一）治神要求情绪稳定

我们认为脑主神明的功能包括了针灸的“治神”。脑主神明首先是指脑主机体的内在精神活动。所以治神要求医生和患者都要心情平静，情绪稳定，《灵枢·邪客》篇中强调：“持针之道，欲端以正，安以静”。情绪是内外刺激的一种客观表现，又是一种主观体验。当人的情绪处于低潮或不稳定时，人的兴奋性随之而下降，生理功能、心理承受能力、机体的免疫功能也随之下降。就针刺治病而言，它的作用在于激发、推动机体的自我调整能力，调动机体固有的积极因素使机体的正气上升，邪气下降，即扶正祛邪，从而达到机体正常的气血平衡，阴阳平衡，动静平衡，实现机体由病理状态向生理状态的转化。这个转化过程的实现，有赖于患者情绪的支持。正如《金针梅花诗抄》所说：“病者之精神治，则思虑蠲，气血定，使之信针不疑，信医不惑，则取效必宏，事半功倍也”。

（二）治神要求“入静”

《标幽赋》说：“凡刺者，使本神朝而后入，既刺也，使本神定，而气随。神不朝而勿刺，神已定而可施”。这充分说明患者神志安定才能施针，未安而勿刺。王氏等曾提出，“入静”可使循经感传出现率明显提高。孔氏等报道：在入静过程中，受试者的心理负荷明显下降，完成被试任务所需要的心理资源量减少，说明一种低心理负荷，低心理能量消耗的皮层状态很可能是循经感传的重要条件之一。入静，通过改变人体中枢神经系统特别是大脑皮层机能状态使循经感传的出现率明显增高。因此，在临床工作中强调“入静”的目的，在于进一步提高针刺疗效。

（三）治神要求医生精神专一

正如《灵枢·终始》篇中强调：“专意一神，精气不分，毋闻人声，以收其精，必一其神，令志在针”。

（四）治神要求得气

得气就是针感效应，即患者的针感与医者的手感，这种感觉和表现依赖于医患双方的密切配合，认真体会，细心观察，准确把握，及时捕捉。人的感觉与脑主神明密切相关，所以治神对于得气与否十分重要。人的感觉与脑主神明密切相关，所以治神对于得气与否十分重要。正如《素问·宝命全形论》所说：“静意视义，观适之变，是谓冥冥，莫知其形，见其乌乌，见其稷稷，从见其飞。不知其谁，伏如横弩，起如发机”。

（五）治神要求正确的手法操作

石学敏院士认为针刺治病的过程就是在明辨虚实、确定穴位的基础上运用各种手法予以补泻的过程。而正确的手法操作时“治神”的重要内容之一。由于各种针刺手法从性质上来讲，均属于机械性刺激，所以无论是补法还是泻法都涉及一个刺激量，即治疗剂量。

（六）治神要求医生身体健康

脑主神明还包括人体的外在生命活动，只有在身体健康阴阳平衡的状态下，人体的生命活动才正常，脑主神明的功能才能正常发挥，也只有在此条件下医生才能在针灸过程中更好的治神。

四、治神在针灸临床应用中应注意的问题

1. 对患者“入静”的引导。首先要创造安静而舒适的治疗环境；接诊者应举止端庄，热情大方，询问病史、检查身体要认真仔细；积极开导和努力消除患者对疾病和治疗方面的疑虑。

2. 调整和稳定患者的情绪。在针灸科接诊工作可以观察到，在就诊者中以中老年、慢性疾病、久治不愈的患者居多。由于年老体弱，长期的病痛折磨大多数患者情绪低落，对治疗信心不足，甚至产生怀疑态度。因此，在施针治疗前必须调整好患者的情绪使之有一个稳定的心态和最佳的情绪。

3. 医生必须专心致志，就像《标幽赋》所说的那样：“目无外视，手如握虎；心无内慕，如待贵人”。

□第七章□

针灸处方

第一节 针灸治疗原则

针灸治疗原则就是运用针灸治疗疾病必须遵循的基本法则，是确立治疗方法的基础。在应用针灸治疗疾病时，具体的治疗方法多种多样，是用针法，还是用灸法，还是针灸并用；是用补法，还是用泻法，还是补泻兼施？从总体上把握针灸的治疗原则具有化繁就简的重要意义。针灸的治疗原则可概括为治神守气、清热温寒、补虚泻实、整体观念、治病求本和三因制宜。

一、治神守气

治神守气是针灸治病的重要原则，历来受到针灸医家的重视。《素问·宝命全形论》说："凡刺之真，必先治神……经气已至，慎守勿失。"旨在言明治神守气是针灸施治的基础和前提，在针灸治疗原则中，应居首要地位。

（一）治神

所谓治神，一是在针灸施治前后注重调治病人的精神状态；二是在针灸操作过程中，医者专一其神，意守神气；病人神情安定，意守感传。治神贯穿于针灸治病的全过程。

《灵枢·官能》说："用针之要，无忘其神……徐语而安静，手巧而心审谛者，可使行针艾。"《备急千金要方》也说："凡大医治病，必当安神定志。"提示我们在施行针灸治疗之前，医者必须把针灸疗法的有关事宜告诉病人，使之对针灸治病有所了解和正确的认识，以便镇定情绪，消除紧张心理，这对于初诊和精神紧张的病人尤为重要。《素问·

举痛论》说："惊则心无所依，神无所归，虑无所定，故气乱矣。"《灵枢·终始》说："大惊大恐，必定其气乃刺之。"《标幽赋》亦云："凡刺者，使本神朝而后入；既刺也，使本神定而气随；神不朝而勿刺，神已定而可施。"对于个别精神高度紧张、情绪波动不定以及大惊、大恐、大悲之人，应暂时避免针刺，以防神气散亡，造成不良后果；而对于一些患疑难病证、慢性痼疾或以情志精神因素致病者，还应在针灸治疗期间多做深入细致的思想工作，使他们能够充分认识机体状态、精神因素对疾病的影响和作用，鼓励他们树立并坚定战胜疾病的信心，积极配合治疗，加强各方面的功能锻炼，促使疾病的好转和身体康复。正如《圣济经》中所云："治病之道，必观其态，必问其情，以察存亡得失之意。其为治也，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦。盖以神受则意诚，意诚则功倍故也。"

（二）守气

针灸疗法所言之气，主要指经气。经气即经络之气，也称"真气"，是经络系统的运动形式及其功能的总称。《灵枢·刺节真邪》说："用针之类，在于调气。"经气的虚实是脏腑经络功能盛衰的标志。针灸治病，十分注重调节经气的虚实，也就是发挥对脏腑、经络的调节作用。经气在针灸疗法中的体现有得气、气行、气至病所等形式。而得气的快慢，气行的长短，气至病所的效应，常常又与病人的体质，对针刺的敏感度，取穴的准确性，针刺的方向、角度、深度、强度、补泻手法等因素密切相关，在这些众多的因素之中，医者的治神守气，病人的意守感传往往对诱发经气、加速气至、促进气行和气至病所起到决定性的作用。

《灵枢·九针十二原》说："粗守形，上守神。"守神也即守气，守气的过程也含有治神的内容，守气必先治神。《医宗金鉴·刺灸心法要诀》说："凡下针，要病人神气定，息数匀。医者亦如之。"可见，治神决非只是医者治病人之神，医者自身也有一个治神、正神的问题。《素问·诊要经终论》早有"刺针必肃"之古训，医者在病人面前要庄重、严肃，不可轻浮、失态。对待病人要和蔼、亲切，如待贵人，切忌冷漠粗暴、以貌取人。在针灸施术的整个过程中，注意力必须高度集中，取穴认真、准确，操作细心、谨慎，不可粗心大意，马虎从事，特别是在行针过程中要专心致志，做到"神在秋毫，属意病者"，"必一其神，令志在针"。认真体验针下的感觉，仔细观察病人的神色和表情，耐心询问病人的主观感觉，既察言又观色。如气不至，则可适当运用扪、切、循、按等行气辅助手法，或巧妙配合语言暗示，以诱发经气的出现。一旦针下气至，就要"密意守气"，做到"经气已至，慎守勿失……如临深渊，手如握虎，神无营于众物"。从病人言，针前安定情绪，消除紧张心理，愉快接受针灸治疗，能为守气打好良好的基础。在针灸施治过程中，病人也应平心静气，放松肌肉，全神贯注，意守病所。如能在医者进针、行针过程中配合作呼吸运动，其意守感传的效果会更好。

综上所述，治神与守气是充分调动医者、病人两方面积极性的关键措施。医者端正医疗作风，认真操作，潜心尽意，正神守气；病人正确对待疾病，配合治疗，安神定志，意

守感传。既体现了医者的良好医德，又贯穿了“心理治疗”于其中。所以能更好地发挥针灸疗法的作用，提高治疗效果。同时，还能有效地防止针灸异常现象和意外事故的发生。治神守气作为针灸疗法的一个重要治疗原则，毋庸置疑。

二、清热温寒

“清热”就是热性病证治疗用“清”法；“温寒”就是寒性病证治疗用“温”法，均属于正治法。《灵枢·经脉》篇说：“热则疾之，寒则留之。”就是针对热性病证和寒性病证而制定的清热温寒的治疗原则。

（一）热则疾之

热则疾之即热性病证的治疗原则是浅刺疾出或点刺出血，手法宜轻而快，可以不留针或针用泻法，以清泻热毒。例如，风热感冒者，当取大椎、曲池、合谷、外关等穴浅刺疾出，即可达到清热解表的目的。若伴有咽喉肿痛者，可用三棱针在少商穴点刺出血，以加强泻热、消肿、止痛的作用。《灵枢·九针十二原》解释说：“刺诸热者，如以手探汤。”形象地表明了针刺手法的轻巧快速。

（二）寒则留之

寒则留之即寒性病证的治疗原则是深刺而久留针，以达温经散寒的目的。因寒性凝滞而主收引，针刺时不易得气，故应留针候气；加艾灸更能助阳散寒，使阳气得复，寒邪乃散。如寒邪在表，留于经络者，艾灸法较为相宜；若寒邪在里，凝滞脏腑，则针刺应深而久留，或配合“烧山火”针刺手法，或加用艾灸，以温针法最为适宜。《灵枢·九针十二原》进一步解释说：“刺寒清者，如人不欲行。”也形象地表明了针刺应深而久留。

三、补虚泻实

补虚泻实就是扶助正气祛除病邪。《素问·通评虚实论》说：“邪气盛则实，精气夺则虚。”可见，虚指正气不足，实指邪气有余。《灵枢·经脉》说：“盛则泻之，虚则补之……陷下则灸之，不盛不虚以经取之。”《灵枢·九针十二原》说：“虚则实之，满则泄之，菀陈则除之，邪盛则虚之。”是针对虚证、实证制定的补虚泻实的治疗原则。

（一）虚则补之、陷下则灸之

“虚则补之”就是虚证采用补法治疗。针刺治疗虚证用补法主要通过针刺手法的补法和穴位的选择和配伍等而实现的。对于各种气血虚弱者，诸如精神疲乏、肢软无力、贫血、气短、腹泻、遗尿、乳少以及身体素虚、大病久病后气血亏损、肌肉萎缩、肢体瘫痪失用等等，常取关元、气海、命门、膏肓俞、足三里等偏补性能的腧穴和有关脏腑经脉的背俞穴、原穴，针灸并用，施行补法，能够振奋脏腑的机能，促进气血的生化，达到益气养血、强身健体的目的。

“陷下则灸之”，属于虚则补之的范畴，也就是说气虚下陷的治疗原则是以灸治为主。

当气虚出现陷下证候时，应用温灸方法可较好地起到温补阳气、升提举陷的目的。如因脏腑经络之气虚弱，中气不足，对气血和内脏失其固摄能力而出现的久泻、久痢、遗尿、崩漏、脱肛、子宫脱垂、内脏下垂等，常灸百会、神阙、气海、关元、中脘、脾俞、胃俞、肾俞、足三里等穴补中益气、升阳举陷，对失血过多、大汗不止、四肢厥冷、阳气暴脱、血压下降、脉微欲绝的虚脱危象，更应重灸上述腧穴，以升阳固脱，回阳救逆。

（二）实则泻之、菀陈则除之

“盛则泻之”、“满则泄之”、“邪盛则虚之”都是泻损邪气的意思，可统称为“实则泻之”。“实则泻之”就是指实证采用泻法治疗。针刺治疗实证用泻法主要是通过针刺手法的泻法、穴位的选择和配伍等而实现的。如在穴位上施行捻转、提插、开阖等泻法，可以起到祛除人体病邪的作用；应用偏泻性能的腧穴如十宣穴、水沟、素髎、丰隆、血海等，也可起到祛邪的目的。例如对高热、中暑、昏迷、惊厥、痉挛以及各种原因引起的剧痛等实证，取大椎、合谷、太冲、委中、水沟、十宣、十二井等穴，针用泻法，或点刺出血，即能达到泻实之目的。

“菀陈则除之”，“菀”同“瘀”，有瘀结、瘀滞之义。“陈”即“陈旧”，引申为时间长久。“菀陈”泛指络脉瘀阻之类的病证；“除”即“清除”，指清除瘀血的刺血疗法等，《素问·针解》说：“菀陈则除之者，出恶血也。”就是对络脉瘀阻不通引起的病证，宜采用三棱针点刺出血，达到活血化瘀的目的。如由于闪挫扭伤、毒虫咬伤、丹毒等引起的肌肤红肿热痛、青紫肿胀，即可以局部络脉或瘀血部位施行三棱针点刺出血法，以活血化瘀、消肿止痛。如病情较重者，可点刺出血后加拔火罐，这样可以排出更多的恶血，促进病愈；又如腱鞘囊肿、小儿疳证的点刺放液治疗也属此类。

（三）不盛不虚以经取之

“不盛不虚以经取之”，并非病证本身无虚实可言，而是脏腑经络的虚实表现不甚明显。主要是由于病变脏腑经脉本身受病，而未传变于其他脏腑、经脉，属本经自病。《灵枢·禁服》说：“不盛不虚，以经取之，名曰经刺。”《难经·六十九难》说：“不虚不实以经取之者，是正经自病也。”在针刺时，多采用平补平泻的针刺手法。

补虚泻实既是针灸治疗原则，又是针灸治病的重要手段。《灵枢·九针十二原》说：“勿实实，勿虚虚，损不足而益有余，是谓甚病，病益甚。”《类经》也说：“凡用针者，但可泻其多，不可泻其少，当详察气血，而为之补泻也。”都明确指出补虚不可误用，不可犯“虚虚实实”之戒。否则，就会造成“补泻反则病益笃”的不良后果。

四、整体观念

针灸治病，要善于处理局部与整体的关系。因为身体某一部分出现的局部病证，往往又是整体疾病的一部分，如头痛和目赤肿痛，都与肝火上炎有关；口舌生疮、小便短赤均因心和小肠有火所致；脱肛、子宫脱垂皆由中气不足引起。故《标幽赋》云：“观部分而

知经络之虚实。”这就是中医学的整体观念，体现在针灸医学领域尤为突出。针灸治病，只有从整体观念出发，辨证施治，才不会出现头痛医头、脚痛医脚的片面倾向。

（一）局部治疗

针灸治病，通过针刺和艾灸对经络、腧穴的刺激，直接作用于局部组织，从而产生局部治疗作用，即以局部腧穴治疗局部病证。如牙痛、面瘫取地仓、颊车；胃痛、腹泻取中脘、天枢；腰酸背痛取身柱、肾俞；手足有病取合谷、太冲等。局部治疗作用是人体所有腧穴共同具有的治疗作用，尤其是头面、躯干腧穴的主要治疗作用。体现了“腧穴所在，主治所在”的治疗特点。局部症状的解除，有助于全身性疾病的治疗。

（二）整体治疗

针灸治病，除了作用于局部组织外，还能给机体以整体性影响。尤其是四肢肘膝关节以下的腧穴，除了能治疗局部和邻近组织病变外，还能治疗头面、躯干、脏腑的病变。部分腧穴如合谷、太冲、足三里、三阴交、大椎、百会、气海、关元等，还可防治全身性疾病。整体治疗还包括针对某一病证的病因治疗。如对肝阳上亢引起的头痛、眩晕，取太溪、太冲透涌泉以滋水涵木、育阴潜阳，肝阳平降，而头痛自止。外感发热、咳嗽，取合谷、外关、列缺发汗解表、宣肺止咳，肺气得以宣降，表热自解，咳嗽自除。

（三）局部与整体同治

在多数情况下，需要局部与整体同时调治。如脾虚腹泻，局部取大横、天枢理肠止泻，整体取脾俞、足三里健运脾胃；风火牙痛，局部取颊车、下关疏调经络之气，远端取合谷、内庭清降胃肠之火。如此将局部同整体有机地结合起来，既着眼于症状治疗，又注重病因治疗，能够明显提高治疗效果。

五、治病求本

治病求本就是在治疗疾病时要抓住疾病的根本原因，采取针对性的治疗方法。疾病在发生发展的过程中常常有许多临床表现，甚至出现假象，这就需要我们运用中医理论和诊断方法，认真地分析其发病的本质，去伪存真，只有抓住了疾病的本质，才能达到治愈疾病的目的。

“标”、“本”是一个相对的概念，在中医学中具有丰富的内涵，可用以说明病变过程中各种矛盾的主次关系。如从正邪双方而言，正气为本，邪气为标；从病因与症状而论，病因为本，症状为标；从疾病的先后来看，旧病、原发病为本，新病、继发病为标，等等。治病求本是一个基本的法则，但是，在临床上常常也会遇到疾病的标本缓急等特殊情况，这时我们就要灵活掌握，处理好治标与治本的关系。《素问·标本病传论》说：“病有标本，刺有逆从，知标本者，万举万当。不知标本，是谓妄行。”说明如能灵活运用标本理论指导针灸临床，就不会贻误病情。

（一）急则治标

急则治标就是当标病处于紧急的情况下，首先要治疗标病，这是在特殊情况下采取的一种权宜之法，目的在于抢救生命或缓解病人的急迫症状，为治疗本病创造有利的条件。例如，不论任何原因引起的高热抽搐，应当首先针刺大椎、水沟、合谷、太冲等穴，以泻热、开窍、熄风止痉；任何原因引起的昏迷，都应先针刺水沟，醒脑开窍；当中风患者出现小便潴留时，应先针刺中极、水道、秩边，急利小便；若伴有大便秘结时，先针刺丰隆、左水道、左归来，急通大便，然后再根据疾病的发生原因从本论治。中医临证，十分强调结合大小便的通与不通判定标本缓急。《灵枢·病本》说："大小便不利治其标，大小便利治其本。"张介宾说："二便不通，乃危急之候，虽为标病，必先治之。此所谓急则治其标也。"

（二）缓则治本

在大多数情况下，治疗疾病都要坚持"治病求本"的原则，尤其对于慢性病和急性病的恢复期有重要的指导意义。正如《素问·阴阳应象大论》所说："治病必求于本"。正虚者固其本，邪盛者祛其邪；治其病因，症状可除；治其先病，后病可解，这就是"伏其所主，先其所因"的深刻含义。例如脾阳虚引起的腹泻，只需取脾俞、胃俞、足三里等穴健脾益气治其本，脾阳健运则腹泻止，肾阳虚引起的五更泄，宜灸气海、关元、命门、肾俞助肾阳治其本，则五更泄止。《灵枢·病本》记载："先病而后逆者，治其本；先逆而后病者，治其本；先寒而后生病者，治其本；先病而后生寒者，治其本；先热而后生病者，治其本；先病而后生热者，治其本；先病而后泄者，治其本；先泄而后生他病者，治其本……先中满而后烦心，治其本……大小便利，治其本……先大小便不利而后生他病者，治其本也。"凡此种种，都是强调求治病因这个根本。

（三）标本同治

当标病与本病俱急或俱缓时，均宜标本同治。标本俱急如本虚标实的鼓胀病，单纯扶正或一味祛邪都于病情不利，唯取水分、水道、阴陵泉利水消肿，三阴交、足三里、脾俞、肾俞健脾补肾，如此标本同治，攻补兼施，才是理想之策。体虚感冒，如果一味解表可使机体正气更虚，而单纯扶正又可能留邪，因此，应当益气解表，益气为治本，解表为治标，宜补足三里、关元，泻合谷、风池、列缺等。标本俱缓如肝病引起的脾胃不和，可在疏肝理气的同时，理脾和胃，穴取章门、期门、太冲、阳陵泉、中脘、足三里，可达标本同治之目的。脾虚气滞，引起腹胀，既取脾俞、胃俞、足三里健运脾阳治本，又取大横、天枢、公孙理气消胀治标。虚火牙痛，可取太溪、然谷、涌泉、合谷、下关、颊车清虚热、止牙痛，标本同治。

六、三因制宜

"三因制宜"是指因时、因地、因人制宜，即根据患者所处的季节（包括时辰）、地

理环境和个人的具体情况，而制定适宜的治疗方法。

1. 因时制宜

在应用针灸治疗疾病时，考虑患者所处的季节和时辰有一定意义。因为四时气候的变化对人体的生理功能和病理变化有一定的影响。如冬季人体多感受风寒，夏季多感受风热或湿热；春夏之季，阳气升发，人体气血趋向体表，病邪伤人多在浅表；秋冬之季，人体气血潜藏于内，病邪伤人多在深部。故治疗上春夏宜浅刺，秋冬宜深刺。根据人体气血流注盛衰与一日不同时辰的相应变化规律，何若愚创立了子午流注针法。另外，因时制宜还包括针对某些疾病的发作或加重规律而选择有效的治疗时机。如精神疾患多在春季发作，故应在春季来前进行治疗；乳腺增生症患者常在经前乳房胀痛较重，治疗也应在经前一周开始。

2. 因地制宜

由于地理环境、气候条件，人体的生理功能、病理特点也有所区别，治疗应有差异。如在寒冷的地区，治疗多用温灸，而且应用壮数较多；在温热地区，应用灸法较少。正如《素问·异法方宜论》指出："北方者……其地高陵居，风寒冰冽，其民乐野处而乳食，藏寒生满病，其治宜灸熨，南方者……其地下，水土弱，雾露之所聚也，其民嗜酸而食腊，故其民皆致理而赤色，其病挛痹，其治宜微针。"

3. 因人制宜

就是根据患者的性别、年龄、体质等的不同特点而制定适宜的治疗方法。由于男女在生理上有不同的特点，如妇人以血为用，在治疗妇人病时要多考虑调理冲脉（血海）、任脉等。年龄不同，针刺方法也有差别，《灵枢·逆顺肥瘦》说："年质壮大，血气充盈，肤革坚固，因加以邪，刺此者，深而留之……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。"患者个体差异更是决定针灸治疗方法的重要环节。如体质虚弱、皮肤薄嫩、对针刺较敏感者，针刺手法宜轻；体质强壮、皮肤粗厚、针感较迟钝者，针刺手法可重些。

第二节 针灸治疗作用

在正常的生理情况下，机体处于经络疏通、气血畅达、脏腑协调、阴阳平衡的状态。而在病理情况下，则经络壅滞、气血不畅、脏腑失调、阴阳失衡。针灸治病就是通过针刺或艾灸腧穴，以疏通经络气血，调节脏腑阴阳，达到治疗疾病的目的。

一、醒神开窍

针灸的醒神开窍作用就是恢复神的功能，使神主持人体精神意识思维活动、调节脏腑功能、气血运行、形体运动的功能得以恢复正常。"神"指"神明之主"；"窍"指"窍口"，包括"清窍"和"浊窍"。醒神开窍是针灸治疗最为主要的作用，能在关键时刻发

挥重要的作用。“神”是指人体生命活动的能力，它主宰着包括精神意识思维活动在内的人体一切生命运动及变化，同时也是脏腑气血盛衰显露于外的征象。神的功能正常，则人体阴阳平和，气血运行通畅，“正气存内，邪不可干”。疾病的发生，或突然起病，或慢慢形成，多在起居失宜，情志不调，饮食不节，劳逸失衡之下造成阴阳失衡，以致积损正衰，甚至发展成急重症。“窍闭神匿，神不导气”是疾病的最终病机，即疾病重则昏迷，神无所主，轻则气血运行不畅，经络阻滞。针灸在治疗中要求“守神”、“治神”，以达到“调神”、“醒神”的目的，从而使患者恢复或增强自我调节的能力。人体诸“窍”以通为用，倘若窍口闭塞，人体正常的活动势必受到影响，甚至威胁到生命。针灸可以开窍启闭，打开人体门户，使人与自然界的交流畅通无阻。因此，针灸的“醒神开窍”作用是十分重要的，应得到重视。

二、疏通经络

疏通经络是针灸治病最主要、最直接的作用。经络“内属于腑脏，外络于肢节”，运行气血是其主要生理功能之一。经络功能正常时，气血运行通畅，脏腑器官、体表肌肤及四肢百骸得以濡养，均可发挥其正常的生理功能。若经络功能失常，气血运行受阻，则会影响人体正常的生理功能，出现病理变化而引起疾病的发生。

经络闭阻不通，气血运行不畅，甚至气滞血瘀，可引发肢体或脏腑的肿胀、疼痛、瘀斑；气血不能正常运行到相应肢体、脏腑，又会引起肢体的麻木、痿软、拘挛或者脏腑功能活动失去平衡。凡此，均应“以微针通其经脉，调其血气”，《内经》称之为“解结”。如《灵枢·刺节真邪》篇说：“用针者，必夫察其经络之实虚……一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经，令之不通，视而泻之，此所谓解结也。”解结就是疏通经脉，使脉道通畅，气血畅行。

经脉不通的因素是多方面的，故《内经》中又针对不同原因，提出了不同的疏通经络的方法，即“针所不为，灸之所宜”。《备急千金要方》中说：“凡病皆由血气壅滞不得宣通，针以开导之，灸以温暖之。”可见，同样是经络闭阻不通，实热引起者宜用针刺，虚寒引起者宜行灸疗。对于感受风寒湿邪引起的受患经脉部位酸楚冷痛、痉挛抽痛或跌仆损伤而致的肢体红肿疼痛，针刺可起到祛风除湿、活血化瘀、通经活络而止痛的作用。对于气血不行、经脉失养引起的肢体麻木不仁、酸软无力、瘫痪失用，灸疗可以起到益气养血、温经通络而补虚的作用。务使经络通畅，气血运行正常，达到治疗疾病的目的。

三、扶正祛邪

扶正法邪是针灸治病的根本法则和手段。《素问·刺法论》篇说：“正气存内，邪不可干。”《素问·评热病论》说：“邪之所凑，其气必虚。”疾病的发生、发展及其转归的过程，实质上是正邪相争的过程。正胜邪退则病缓解，正不胜邪则病情加重。因此，扶正祛邪既是疾病向良性方向转归的基本保证，又是针灸治疗疾病的作用过程。

针灸治病，不外乎扶正与祛邪两个方面。扶正就是扶助正气，增强抗病能力，正气得复又有利于抗邪。祛邪就是祛除病邪，减轻疾病症状，消除致病因素，病邪得除又减轻对正气的损伤。针灸治病的过程，就是不断发挥扶正祛邪的作用。凡邪盛正气未衰者（新病），治宜祛邪为主，邪去正自安。正虚邪不盛者（久病），治宜扶正为主，正复邪自除。若正已虚而邪未衰，单纯扶正则难免助邪，一味祛邪，又更伤正气，故治宜攻补兼施。若以正虚为主者，扶正为上，兼以祛邪，或先补后攻。若以邪实为主者，祛邪为上，兼以扶正，或先攻后补。

针灸扶正祛邪作用的实现，除了与补泻手法有关外，还与部分腧穴偏补偏泻的性能有关。偏补的腧穴如关元、气海、命门、肾俞、膏肓，多在扶正时用之。偏泻的腧穴如曲泽、委中、水沟、十宣、十二井穴，多在祛邪时用之。绝大部分腧穴则具有双向调节作用，如中脘、内关、三阴交、合谷、太冲、足三里，临床既可用于扶正，又可用于祛邪。

四、调和阴阳

调和阴阳是针灸治病的最终目的。疾病的发生机理是极其复杂的，但从总体上可归纳为阴阳失调，即因六淫、七情等致病因素导致人体阴阳的偏盛偏衰，失去相对平衡，使脏腑经络功能活动失常，从而引起疾病的发生。“阴胜则阳病，阳胜则阴病。”针对人体疾病的这一主要病理变化，运用针灸方法调节阴阳的偏盛偏衰，可以使机体恢复“阴平阳秘”的状态，从而达到治愈疾病的目的。《灵枢·根结》篇说：“用针之要，在于知调阴与阳。”《素问·至真要大论》也说：“调气之方，必别阴阳。”“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”

针灸调和阴阳的作用，主要是通过经络阴阳属性、经穴配伍和针刺补泻手法完成的。《素问·阴阳应象大论》说：“故善用针者，从阴引阳，从阳引阴。”指出针灸调和阴阳的具体方法既可以阴证治阴，阳证治阳，又可以从阴阳互根的角度考虑来取阴证治阳，阳证治阴之法。例如，肝阳上亢之头目昏痛，取太溪、照海以滋养肾阴；亡阳出现的肢体逆冷等，灸任脉之气海、关元以阴中求阳。《灵枢·终始》篇说：“阴盛而阳虚，先补其阳，后泻其阴而和之，阴虚而阳盛，先补其阴，后泻其阳而和之。”例如，阴盛阳虚则可见癫疾、嗜睡，应补阳跷（申脉）泻阴跷（照海）；阳盛阴虚则可见狂躁、失眠，应补阴跷（照海）泻阳跷（申脉）；又如中风后出现的足内翻，从经络辨证上可确定为阳（经）缓而阴（经）急，治疗时采用补阳经而泻阴经的针刺方法，平衡阴阳。

综上所述，针灸的治疗作用，实质上就是对机体的一种良性调节作用，调节经络气血，调节脏腑阴阳。其治疗作用的发挥，与多种主观、客观因素密切相关。除了腧穴的特性、针灸补泻手法以外，还与机体状态（包括禀赋、年龄、性别、心理素质、病变表现等方面的个体差异）、治疗时间、辅助治疗措施等密切相关，其中尤以机体状态最为重要。机体在不同的病理状态下，针灸可以产生不同的治疗作用。如当机体处于虚寒、脱证状态时，针灸可以起到补虚散寒、回阳固脱的作用；当机体处于实热、闭证状态时，针刺可起到清热泻实、开窍启闭的作用。高血压者，针灸可使其降低；低血压者，针灸可使其升高。心动过速者，针

灸能使之减慢；心动过缓者，针灸能使之加快。胃肠痉挛而疼痛者，针灸可以消除痉挛，使疼痛缓解；胃肠蠕动弛缓或下垂者，针灸又可使胃肠蠕动增强、胃底升高。凡此种种，均足以说明机体状态这个内在因素在针灸治疗过程中所起的重要作用。

第三节 针灸配穴处方

针灸学是一门基础理论非常严谨的学科。著名中医针灸学家、中国工程院院士石学敏院士对针灸学进行了近40年的研究，对针灸临床治疗学有独到的见解和创新，对常见病的选穴、配方有很深的造诣，在近40年的针灸临床中对常见病逐步制定出诸多疗效卓著的针灸配方。本章着重阐述与常见病针灸配方有关的针灸配穴原则。针灸配穴处方就是在中医理论尤其是经络学说等指导下，依据选穴原则和配穴方法，选取腧穴并进行配伍，确立刺灸法而形成的治疗方案。针灸处方包括两大要素即穴位和刺灸法。

一、穴位的选择

穴位是针灸处方的第一组成要素，穴位选择是否精当直接关系着针灸的治疗效果。在确定处方穴位时，我们应该遵循基本的选穴原则和配穴方法。

（一）选穴原则

选穴原则就是临证选取穴位应该遵循的基本法则，包括近部选穴、远部选穴和辨证对症选穴。

近部选穴和远部选穴是主要针对病变部位而确定穴位的选穴原则。辨证对症选穴是针对疾病表现出的证候或症状而选取穴位的原则。

1. 近部选穴

近部选穴就是在病变局部或距离比较接近的范围选取穴位的方法，是腧穴局部治疗作用的体现。如颠顶痛取百会；胃痛选中脘；面瘫局部选颊车、地仓、颧髎，近部选风池。

2. 远部选穴

远部选穴就是在病变部位所属和相关的经络上，距病位较远的部位选取穴位的方法，是“经络所过，主治所及”治疗规律的体现。如胃痛选足阳明胃经的足三里；上牙痛选足阳明胃经的内庭，下牙痛选手阳明大肠经的合谷穴等。

3. 辨证及对症选穴

辨证选穴就是根据疾病的证候特点，分析病因病机而辨证选取穴位的方法。临床上有些病证，如发热、多汗、盗汗、虚脱、抽风、昏迷等均无明显局限的病变部位，而呈现全身症状，这时我们采用辨证选穴，如肾阴不足导致的虚热选肾俞、太溪；肝阳化风导致的抽风选太冲、行间等。另外对于病变部位明显的疾病，根据其病因病机而选取穴位也是治病求本原则的体现，如牙痛根据病因病机可分为风火牙痛、胃火牙痛和肾虚牙痛，风火牙痛选风池、外关，胃火牙痛选内庭、二间，肾虚牙痛选太溪、行间。

对症选穴是根据疾病的特殊症状而选取穴位的原则，是腧穴特殊治疗作用及临床经验在针灸处方中的具体运用。如哮喘选定喘穴；虫证选百虫窝；腰痛选腰痛点；落枕选落枕穴；崩漏选断红穴等。这是大部分奇穴的主治特点。

（二）配穴方法

配穴方法就是在选穴原则的指导下，针对疾病的病位、病因病机等，选取主治作用相同或相近，或对于治疗疾病具有协同作用的腧穴进行配伍应用的方法。临床上穴位配伍的方法多种多样，但总体可归纳为两大类即经脉配穴法、部位配穴法。

1. 按经脉配穴法

按经脉配穴法是以经脉或经脉相互联系而进行穴位配伍的方法，主要包括本经配穴法、表里经配穴法、同名经配穴法。

（1）*本经配穴法*：当某一脏腑、经脉发生病变时，即选该脏腑、经脉的腧穴配成处方。如胆经郁热导致的少阳头痛，可近取胆经的率谷、风池，远取本经的荥穴侠溪；胃火循经上扰导致的牙痛，可在足阳明胃经上近取颊车，远取该经的荥穴内庭。

（2）*表里经配穴法*：本法是以脏腑、经脉的阴阳表里配合关系为依据的配穴方法。当某一脏腑经脉发生疾病时，取该经和其相表里的经脉腧穴配合成方。如风热袭肺导致的感冒咳嗽，可选肺经的尺泽和大肠经的曲池、合谷，《灵枢·五邪》载："邪在肾，则病骨痛，阴痹……取之涌泉、昆仑。"另外，原络配穴法是表里经配穴法中的特殊实例，在特定穴的临床应用中将详细论述。

（3）*同名经配穴法*：是将手足同名经的腧穴相互配合的方法，是基于同名经"同气相通"的理论。如阳明头痛取手阳明的合谷配足阳明的内庭；落枕取手太阳经的后溪配足太阳经的昆仑。

2. 按部位配穴法

按部位配穴法是结合身体上腧穴分布的部位进行穴位配伍的方法，主要包括上下配穴法、前后配穴法、左右配穴法。

（1）*上下配穴法*：是指将腰部以上或上肢腧穴和腰部以下或下肢腧穴配合应用的方法，在临床上应用较为广泛。如胃脘痛可上取内关，下取足三里；阴挺（子宫脱垂）可上取百会，下取三阴交；肾阴不足导致的咽喉肿痛，可上取曲池或鱼际，下取太溪或照海。八脉交会穴的配对应用也属本配穴法，具体配伍应用将在特定穴的临床应用中介绍。

（2）*前后配穴法*：是指将人体前部和后部的腧穴配合应用的方法，主要指将胸腹部和背腰部的腧穴配合应用，在《内经》中称"偶刺"。本配穴方法常用于治疗脏腑疾患，如膀胱疾患，前取水道或中极，后取膀胱俞或秩边；肺病可前取华盖、中府，后取肺俞；临床上常见的俞、募穴配合应用就属于本配穴法的典型实例。

（3）*左右配穴法*：是指将人体左侧和右侧的腧穴配合应用的方法。本方法是基于人体十二经脉左右对称分布和部分经脉左右交叉的特点。在临床上常选择左右同一腧穴配合运用，是为了加强腧穴的协同作用；如胃痛可选双侧足三里、梁丘等。当然左右配穴法并不

局限于选双侧同一腧穴，如左侧偏头痛，可选同侧的太阳、头维和对侧的外关、足临泣；左侧面瘫可选同侧的太阳、颊车、地仓和对侧的合谷。

以上介绍的选穴原则和常见的几种配穴方法，在临床应用时要灵活掌握，因为一个针灸处方常是几种选穴原则和多种配穴方法的综合运用，如上述的左侧偏头痛，选同侧的太阳、头维和对侧的外关、足临泣，既包含了左右配穴法，又包含了上下配穴法，因此，选穴原则和配穴方法是从理论上提供了针灸处方选穴的基本思路。

二、刺灸法的选择

刺灸法是针灸处方的第二组成要素，包括疗法的选择、操作方法和治疗时机的选择。

1. 疗法的选择

选择疗法是针对患者的病情和具体情况而确立治疗手段。如用毫针疗法、灸疗法、火针法还是拔罐疗法、皮肤针疗法等，均应说明。

2. 操作方法的选择

当确立了疗法后，要对疗法的操作进行说明。如毫针疗法用补法还是泻法；艾灸用温和灸还是斑痕灸等，尤其是对于处方中的一些穴位，当针刺操作的深度、方向等不同于常规的方法时，要特别表明。针刺治疗疾病可每日 1 次或每日 2 次等，应根据疾病的具体情况而定。

3. 治疗时机的选择

治疗时机是提高针灸疗效的重要方面。一般来说，针灸治疗疾病没有特殊严格的时间要求。但是，临床上针灸治疗部分疾病在时间上有极其重要的意义。如痛经在月经来潮前几天开始针灸，直到月经过去为止；女性不孕症，在排卵期前后几天连续针灸等等，这样都能大大地提高疗效，因此，也应在处方中表明。

第四节　特定穴的应用

一、五输穴的临床应用

五输穴即“井、荥、输、经、合”穴，是分布于肘、膝以下的五个特定穴，简称“五输”。历代医家把气血在经脉中运行的情况，用自然界的水流现象作比喻，对经气流注由小到大，由浅入深，分别用井、荥、输、经、合五个名称，说明经气运行过程中每个穴所具有的特殊作用。经气所出，如水之源头，称之为“井”；经气所溜，如泉出微流，称之为“荥”；经气所注，如水由浅入深，称之为“输”；经气所经，如水入河中，称之为“经”；经气所入，如百川汇海，称之为“合”。

1. 根据穴位主治而选穴

“井”主心下满；“荥”主身热；“输”主体重节痛；“经”主喘咳寒热；“合”主气

逆而泄。

井主心下满，阴井木，内应于肝，肝气郁结，心横犯脾胃，肝脾均位于心下，故肝郁证可见心下痞满。取井穴治之效果良好，如少商、大敦、隐白等。阳井金，内应于肺，肺配五行属金，金可制木，肺可调气，故阳井金有疏肝抑木，调气解郁的功能，可以治疗痞满，如商阳、厉兑。

荥主身热，荥穴可以治疗热证，如身热，咽喉干痛者，证属肺热可取手太阴经荥穴鱼际治之；若症见身热，里急后重，下痢赤白，属阳明热证，可取手、足阳明经荥穴二间、内庭治之。

输主体重节痛，阴经输穴属土，脾属土，脾主四肢，主运化，故脾失健运则水湿内停，而见体重等症；阳经输穴属木，肝属木，若肝郁气滞，则气血痹阻，不通则痛，所以输穴可用于体重节痛诸症。

经主喘咳寒热，阴经经穴属金，内应于肺，肺主皮毛，司呼吸，故肺脏受邪可见寒热咳喘；阳经经穴属火，火能克金，所以火邪犯肺引起的咳嗽哮喘可以选择经穴进行施治。

合主气逆而泄，阴经合穴属水，内应于肾，若肾阳衰微，或下元不固，则精血下泄；若肾阴不足，则虚火上扰，可见咯血干咳等症；热扰精宫，则遗精早泄。阳经合穴属土，内应于脾胃，若胃气不降，则上逆，若脾不健运则下泄，故气逆和下泄之症均可针刺合穴治疗。

2. 根据五行学说而选穴

将五输与五行、五脏相结合，制定了五输、五行配五脏的配穴法，并设立了“虚则补其母，实则泻其子”的取穴原则。

十二经脉五输穴穴名及其五行属性见表6－1及表6－2所示。

表6－1　　阴经五输穴表

经脉名称	井（木）	荥（火）	输（土）	经（金）	合（水）
手太阴肺经	少　商	鱼　际	太　渊	经　渠	尺　泽
手厥阴心包经	中　冲	劳　宫	大　陵	间　使	曲　泽
手少阴心经	少　冲	少　府	神　门	灵　道	少　海
足太阴脾经	隐　白	大　都	太　白	商　丘	阴陵泉
足少阴肾经	涌　泉	然　谷	太　溪	复　溜	阴　谷
足厥阴肝经	大　敦	行　间	太　冲	中　封	曲　泉

表6－2　　阳经五输穴表

经脉名称	井（金）	荥（木）	输（水）	经（火）	合（土）
手阳明大肠经	商　阳	二　间	三　间	阳　溪	曲　池
手少阳三焦经	关　冲	液　门	中　渚	支　沟	天　井
手太阳小肠经	少　泽	前　谷	后　溪	阳　谷	小　海
足阳明胃经	厉　兑	内　庭	陷　谷	解　溪	足三里
足少阳胆经	足窍阴	侠　溪	足临泣	阳　辅	阳陵泉
足太阳膀胱经	至　阴	足通谷	束　骨	昆　仑	委　中

根据五行相生的关系各经均有一个母穴和子穴。例如：肺经属金，土生金，金之母为土，其母穴就是本经属土的太渊；金生水，金之子为水，其子穴就是属水的尺泽。母穴有补的作用，子穴有泻的作用。运用这种方法，应首先明确病在何经、何脏，病的性质属虚属实，然后根据“虚则补其母，实则泻其子”的取穴原则进行治疗。具体运用有本经补泻和异经补泻两种：

（1）本经补泻：如肺经的虚证，可见久病咳嗽，动则气喘，声低，多汗，脉细无力等，应取本经的母穴太渊，并用补法；肺经的实证，可见咳嗽气急，声粗，胸闷不能平卧，脉浮滑有力等，应取本经子穴尺泽，并用泻法。

（2）异经补泻：这是结合脏腑五行关系运用的方法。如肺经疾患，属虚证的可以选取属土之脾经的土穴太白，并施用补法；属实证的可以选取属水的肾经之水穴阴谷，并施用泻法。此外，还可取相表里经的母子穴，如肺经疾患，属虚证的可取其相表里的大肠经之母穴曲池（大肠属金，曲池属土，土能生金），同时施用补法；属实证的可取大肠经的子穴二间（大肠属金，二间属水，金能生水），同时用泻法。

二、原穴、络穴的临床应用

原穴、络穴多分布于四肢腕踝关节附近。“原”即本原、原气之义，为经气所经过和留止的部位；“络”即联络之义，又为络脉别出的部位。络穴大多分布于表里两经联络之处。原穴、络穴是临床上经常选用的腧穴之一。可以单独使用，也可配合使用。

1. 原穴

原穴是本经的代表，可以反映脏腑、经络的情况。《内经》述：“凡此十二原者，主治五脏六腑之有疾者也”。十二原穴可以治疗五脏六腑的疾病，也可以通过十二原穴的变化诊察五脏六腑的疾病。

2. 络穴

络穴不但可以治疗本经疾病；又可以治疗与之相表里的经病和表里同病，还可以治疗络脉疾病。

3. 原、络配穴法

原、络配穴法又称主、客配穴法。在表里两经先后发病时，可采用该两经的原穴和络穴治疗。先发病之经为主，取之原穴；后发病之经为客，取之络穴。例如：患者发热、恶寒、咳嗽，肺经先病，而后出现腹泻，大肠经后病，以原、络配穴法治疗，应先取肺经原穴太渊，后取大肠经络穴偏历；反之，若大肠经先病，患者出现腹泻，而后有肺经受邪之发热、咳嗽等症，则先取大肠经的原穴合谷，再取肺经的络穴列缺。十二经脉原穴与络穴见表6－3。

表 6－3　　十二经脉原穴与络穴表

经脉	原穴	络穴	经脉	原穴	络穴
手太阴肺经	太渊	列缺	手阳明大肠经	合谷	偏历
手厥阴心包经	大陵	内关	手少阳三焦经	阳池	外关
手少阴心经	神门	通里	手太阳小肠经	腕骨	支正
足太阴脾经	太白	公孙	足阳明胃经	冲阳	丰隆
足厥阴肝经	太冲	蠡沟	足少阳胆经	丘墟	光明
足少阴肾经	太溪	大钟	足太阳膀胱经	京骨	飞扬

三、俞穴、募穴的临床应用

俞穴、募穴均分布在躯干部位，与脏腑经络有密切联系。“俞”穴是脏腑经气输注的背部腧穴，为动，为阳；“募”穴是脏腑经气汇集的胸腹部腧穴，为静，为阴。俞、募穴在临床上可以单独使用，常以五脏有病多用俞穴，六腑有病多用募穴。俞、募也可同时使用，称之为俞、募配穴法，属于前后配穴法的一种，《内经》谓之“偶刺”。针灸基础理论将俞、募配穴法确定“以阴引阳，以阳引阴”为取穴原则。如果六腑有病，为阳病，应先取腹部的募穴，后取背部的俞穴；如果五脏有病，为阴病，应先取背部的俞穴，后取腹部的募穴。例如：胃脘痛为阳病，则先取中脘，后取胃俞。心之疾病为阴病，则先取心俞，后取巨阙。

脏腑俞穴与募穴见表 6－4。

表 6－4　　六脏六腑俞穴与募穴表

六脏	俞穴	募穴	六腑	俞穴	募穴
肺	肺　俞	中　府	大　肠	大肠俞	天　枢
心　包	厥阴俞	膻　中	三　焦	三焦俞	石　门
心	心　俞	巨　阙	小　肠	小肠俞	关　元
脾	脾　俞	期　门	胃	胃　俞	中　脘
肝	肝　俞	章　门	胆	胆　俞	日　月
肾	肾　俞	京　门	膀　胱	膀胱俞	中　极

四、八脉交会穴的临床应用

八脉交会穴即任、督、冲、带、阴跷、阳跷、阴维、阳维奇经八脉交会于十二正经中的 8 个腧穴。这些腧穴均分布于四肢腕踝关节上下。《医学入门》说：“周身三百六十穴，六十六穴又统于八穴。”这里的“八穴”就是指八脉交会穴，足见古人对其的重视。在临床上当奇经八脉出现相关的疾病时，可以对应的八脉交会穴来治疗。如督脉出现的脊柱强痛，可选后溪；冲脉出现的胸腹气逆，可选公孙。另外，临床上也可把公孙和内关，后溪和申脉，足临泣和外关，列缺和照海相配，治疗有关部位的疾病。八脉交会穴及主治见表

6－5。

表6－5　　八脉交会穴及主治表

穴　名	主　治	相配合主治
公　孙	冲脉病证	心、胸、胃疾病
内　关	阴维脉病证	
后　溪	督脉病证	目内眦、颈项、耳、肩部疾病
申　脉	阳跷脉病证	
足临泣	带脉病证	目锐眦、耳后、颊、颈、肩部疾病
外　关	阳维脉病证	
列　缺	任脉病证	肺系、咽喉、胸膈疾病
照　海	阴跷脉病证	

［附］八脉交会八穴歌

公孙冲脉胃心胸，内关阴维下总同。临泣胆经连带脉，阳维目锐外关逢。

后溪督脉内眦颈，申脉阳跷络亦通。列缺任脉行肺系，阴跷照海膈喉咙。

五、八会穴的临床应用

八会穴即脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓的精气聚会之处，多分布于躯干。“会”有会合、聚会之意。人体是由脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓八种成分所组成，这八种成分在十四经脉中聚会在8个腧穴，称之为八会穴。这8个穴位虽属于不同经脉，但对于各自所会的脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓相关的病证有特殊的治疗作用，临床上常把其作为治疗这些病证的主要穴位。如六腑之病，可选腑之会穴中脘；血证可选血之会穴膈俞等。《难经·四十五难》说：“热病在内者，取其会之穴也。”提示八会穴还可治疗相关的热病。

八会穴见表6－6。

表6－6　　八会穴表

名称	穴位	经脉	名称	穴位	经脉
脏会	章门	足厥阴肝	筋会	阳陵泉	足少阳胆
腑会	中脘	任脉	脉会	太渊	手太阴肺
气会	膻中	任脉	骨会	大杼	足太阳膀胱
血会	膈俞	足太阳膀胱	髓会	绝骨	足少阳胆

六、下合穴的临床应用

下合穴是手三阳经合于足三阳经的三个腧穴，又称“手三阳下合穴”。足三阳经本身有三个合穴，因此，足三阳经共有6个合穴。《内经》云：“合治内腑”。故每经的合穴、

下合穴均有治疗本经腑病的作用，如肠痈取上巨虚，泻痢选下巨虚。另外，下合穴也可协助诊断。

六阳经合穴与下合穴见表6－7。

表6－7　　六阳经合穴与下合穴表

阳经名称	合穴	下合穴	阳经名称	合穴	下合穴
手阳明大肠	曲池	上巨虚	足阳明胃	足三里	足三里
手少阳三焦	天井	委阳	足少阳胆	阳陵泉	阳陵泉
手太阳小肠	小海	下巨虚	足太阳膀胱	委中	委中

七、郄穴的临床应用

“郄”有空隙的意思，是各经经气汇集的部位。郄穴多分布于四肢肘、膝关节以下。郄穴除了十二正经各有一个外，阴跷、阳跷、阴维、阳维也各有一个郄穴，因此，一共有16个郄穴。郄穴是本经气血聚集之处。脏腑、经气的变化常迅速反映到本经的郄穴，因此，郄穴也是诊察疾病的重要腧穴。同时，郄穴主要用于治疗该经和相应脏腑的急病，如急性胃脘痛，取胃经郄穴梁丘；肺病咯血，取肺经郄穴孔最等。

十六经脉郄穴见表6－8。

表6－8　　十六经脉郄穴表

经脉	郄穴	经脉	郄穴
手太阴肺经	孔最	足少阴肾经	水泉
手厥阴心包经	郄门	足阳明胃经	梁丘
手少阴心经	阴郄	足少阳胆经	外丘
手阳明大肠经	温溜	足太阳膀胱经	金门
手少阳三焦经	会宗	阴维脉	筑宾
手太阳小肠经	养老	阳维脉	阳交
足太阴脾经	地机	阴跷脉	交信
足厥阴肝经	中都	阳跷脉	跗阳

八、交会穴的临床应用

交会穴指两条或两条以上经脉相交会的腧穴。人体全身的交会穴约有100个。其中，有的是在体表交会，有的则在体内贯通。主要用于治疗交会经脉及所属脏腑的病变。例如，大椎为诸阳经之交会穴，能通一身之阳；头维是足阳明、足少阳两经的交会穴，可同时治疗阳明、少阳两型头痛；三阴交为足三阴经交会穴，调理脾、肝、肾有独到之处；关元、中极为任脉与足三阴经交会穴，故能广泛用于治疗属于任脉、足三阴经的消化系统、泌尿系统、生殖系统病变。

第五节 醒脑开窍法

醒脑开窍法是著名针灸专家、中国工程院院士石学敏院士1972年为中风病治疗创立的一种配穴法。临床应用已达30年之久，在中风病治疗中确实显示出其卓越的疗效。通过大量的临床观察和基础实验研究，该法对机体多系统均具备良性调节作用。当今该法已经不仅限于中风病的应用，可以说一切脑性麻痹或瘫痪（如：小儿脑瘫、一氧化碳中毒、脑外伤后等）；严重的疼痛（如：神经痛、内脏痛、创伤痛、癌瘤痛等）；精神科疾病（如：癫、狂、痫、抑郁、百合、癔病等）；还有部分其他系统的疾病（如：尿崩症、遗尿、二便失控等）都有非常理想的疗效。确切地讲，醒脑开窍法应归属于针刺调神之大法，《内经》中早有记载："凡刺之法，必先本于神"。

一、神的概念

中医"神"的概念有"广义"和"狭义"之分。广义之"神"是指人体一切生命活动的外在表现，视、听、味、言、感觉、运动、共济、情感、智力、表达、思维等，均为"神"之主，亦为"神"所见。也就是说，以上所述的人体外在表现即为"神"所主，受"神"的调节和控制；又为"神"所见，判定"神"的常与变的临床依据。狭义之"神"是单纯指人的意识、精神、思维能力而言。因此，调神大法应用的"神"的理论是广义之"神"。

（一）脑与神

脑主神明，首先是"脑藏神"，如《备急千金要方》就曾提出过："头者，人之元首，神之所注"。陈无择在《三因极一病证方论·头痛证治》说："头者……百神所集"。赵友钦《金丹正理》曰："头为天谷以藏神。"李时珍更是在《本草纲目》中强调："脑为元神之府"。

脑主神明，表现在脑主神智，如《素问·解精微论》曾云："泣涕者，脑也"，指出人的情志变化与脑有关。而《素问遗篇·刺法论》曾提到："气出于脑，即室先想心如日"，说明脑主人的思维。明代汪昂在《医方集解》提出过"人之记性，皆在脑中"的观点。王清任更是在《医林改错》中专门论述了脑的功能，在"脑髓说"中明确指出"灵机记性不在心在脑"。

脑主神明还表现在脑与五脏的关系。中国医学把脑主神明的功能分归于五脏，其中心的功能最为重要，如《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官，神明出焉。"脑是人体中对血液需求最多的器官，而心的主要功能为"主血脉"，所以只有心行血功能正常，脑才能发挥其正常功能，所以杨上善在《黄帝内经太素》中提出："头是心神所居"。五脏虽各有其"神"，但均为脑神所主，同时五脏六腑对脑也有滋养作用，如《类经》认为："五脏六腑之精气，皆上升于头"。

所以脑是神的物质结构基础，神是脑的功能（脑神），治脑即是治神。

（二）脑神与五脏

“心主血脉”推动全身血液的运行，血由水谷精气所化生，是神的重要物质基础，正如《灵枢·营卫生会》篇曰：“血者，神气也”，《灵枢·平人绝谷》篇曰：“血脉和利，精神乃居”。所以“醒法”选取心包经络穴内关作为主穴，取其养心健脑、疏通气血之功。

脾主运化水谷精微，为人体气血生化之源，脑神充足还依靠水谷精微的充盛。《素问·六节藏象论》指出：“五味入口，藏于肠胃……津液相成，神乃自生”，说明水谷精微是神的来源之一；《灵枢·平人绝谷》说：“故神者，水谷之精气也”；《素问·生气通天论》亦云：“精气者，精则养神”。这表明神的长养必须依靠后天水谷精气的不断补充，依靠脾的运化功能。

另外，脑神的生成和滋养与肾精的充足密切相关。《灵枢·本神》：“故生之来谓之精，两精相搏谓之神”。“脑为髓海”，髓是脑神的重要物质基础，脑髓的生成直接来源于肾精，正如《灵枢·经脉》论述的：“人始生，先成精，精成而脑髓生”。

肝主疏泄，有藏血功能，肝对人体气血运行有重要的调节作用，所以肝功能正常也是脑得到足够营养的保障之一。基于此，“醒法”用肝脾肾三经的交会穴三阴交作为主穴，具有补脾、滋肾、调肝功能，从而达到养神生髓益脑的作用。

（三）脑与阳气

脑处于人体的最高位置，而阳气主升、主动，所有阳气都在脑会合。另外，所有的阳经都直接运行到脑，孙思邈在《备急千金要方》中说：“头者，诸阳之会也”。头脑是人体阳气最充盛的地方，到脑的阳气要经过脑对他们进行控制和支配从而完成各项生理功能。

脑主阳气的功能又与督脉密切相关，督脉循身之背，背为阳，督脉对全身阳经脉气有统帅督促作用。故有“总督诸阳”和“阳脉之海”的说法。督脉与脑的关系至为密切。《医学入门》说：“脑者，髓之海，诸髓者皆属于脑，故上至脑，下至骨骶，皆精髓升降之道路也”，说明脑处于身体最高的位置，内含精髓，连至骨骶，与督脉相通。人体椎管中含有脊髓与脑髓相通，脑的功能与脊髓密切相关。督脉循行于脊里入络于脑，而脊髓升降出入的信道，正是督脉循行的部位。《难经·二十八难》说：“督脉者，起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入于脑”。我们认为整个督脉系包括脊柱、椎管、脊髓，以及脊神经根，都和脑有密切联系。体腔内的脏腑通过足太阳膀胱经背部的背俞穴受督脉经气的支配，督脉循行从两肾开始经过脏腑，向上蒸腾并旁达各个脏腑，通过脑对阳气的调节作用和两肾真阳气化作用，督脉调节并补充这些脏腑的阳气，所以说督脉总督一身的阳气。正是通过这样的功能，脑又可通过督脉来调节脏腑。“醒法”中的主穴便是处于督脉的水沟，水沟是督脉中最敏感、最容易得气的穴位，所以在本穴施用泻法可调督脉，开窍启闭以健

脑宁神。

二、醒脑开窍针法的确立

石学敏院士在认真分析历代医家关于中风病病因病机论述的基础上，结合自己的临床观察及对中医理论中“神”的深刻领悟，总结出中风病的总病机为“窍闭神匿、神不导气”。中风病患者平素多存在下焦肝肾等脏的阴阳失调，又受外界各种诱因的影响，以致积损正衰，气血运行不畅，挟痰浊上扰清窍；或精血不足，阴虚阳亢，阳化风动，血随气逆，挟痰挟火，横窜经络，上蒙清窍；或外伤跌仆，气血逆乱，上冲颠顶，闭阻清窍，窍闭神匿，则神志愦乱，突然昏仆，不省人事；神不导气，则筋肉、肢体活动不利，㖞僻不遂，日久气血涣散，筋肉失濡，故肢体痿软废用，经脉偏盛偏衰，故挛急僵硬。

中风之所以出现半身不遂、口舌歪斜、偏身麻木、舌强语謇或不语，以及神志障碍为主要症状的疾病，其主要病理机转是窍闭神匿、神不导气。《灵枢·本神》云：“凡刺之法，先必本于神”，醒脑开窍针刺法就是立足于“醒神”、“调神”。

“醒脑开窍”是针对“窍闭神匿、神不导气”这一中风病发展的最终病机而立，针法主要强调守神、调神之重要，而“脑为神之府”，因此，对脑腑病机颇为重视，形成了“以脑统神、以神统针、以针调神”的学术思想，提出“醒脑开窍”针法治疗中风的治疗原则为醒脑开窍、滋补肝肾为主，疏通经络为辅。其中“醒脑”包括醒神、调神之双重含义，醒神调神为“使”，启闭开窍为“用”。神的功能受损，势必影响到其对五脏六腑的调控。尽管中风临床变证多端，但总的病机在于神的功能失常。因此只有“醒神、调神、开窍启闭”，才可以使诸脏恢复功能，筋、脉、肉、皮、骨的生理状态恢复正常。对于中风病，无论昏迷与否，皆可运用“醒脑开窍”而治之；醒脑开窍不仅具有恢复脑神的功能，而且还有恢复五脏的功能，使得气血生化不息，运行通畅。“滋补肝肾”是针对肝肾亏损这一最常见、最重要的基础证型而设；另外，脑窍闭塞，瘫痪之后，患侧肢体活动受限，必然导致气血运行不畅，经络阻滞，“疏通经络”可运行气血，加快肢体功能的恢复。

醒脑开窍针刺法的疗效关键在于其严格的针灸处方、配穴、针刺量学手法以及其多层次、多靶点的作用途径，能够促进脑组织的代谢修复，改善大脑生理功能，在提高康复率、减少致残率、降低死亡率等方面疗效显著。“醒脑开窍针刺法”的主穴为内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中。水沟作为醒脑急救之要穴为历代医家所推崇，针之可直接兴奋上行激活系统，解除脑细胞的抑制状态，可特异性地增加颈动脉血流，纠正血流动力学紊乱，改善脑循环，因此可开窍启闭，醒元神，调脏腑。内关穴为心包经之络穴，可改善中风患者的左右心输出量，改善脑血氧供应，具有宁心调血安神之效。三阴交可补三阴，益脑髓，调气血，安神志。极泉、尺泽、委中可疏通经络，运行气血，改善肢体运动功能。其中，水沟为君，内关、三阴交为臣，极泉、尺泽、委中为佐使，以调元神，使之达明；顺阴阳，使之平衡；理气血，使之冲和；通经脉，使之畅达。共奏醒脑开窍、滋补肝肾、活血化瘀、疏通经络之功。

“神”是中医学整体观念的重要内核，在《灵枢》就有“粗守形，上守神”的重要思想，认为神反映了机体高度和谐和精细调节的特点，尤其对于针灸作用而言，调神成为衡量针灸师水平的标准。石学敏院士对于神的生理、病理、诊断、治疗主要总结了四点：神之所在——脑为元神之府，心藏神；神之所主——人体一切生命活动过程；神之所病——百病之始，皆本于神；神之所治——凡针之法，必先调神，极大地丰富了中医学“神”的理论学说，从而使中风病的病机认识有所深化。脑藏元神，脑司控一切精神意识思维活动及脏腑功能和肢体运动，使之正常发挥功能。

三、醒脑开窍针法的组成

醒脑开窍针刺法之所以有效的重要原因之一，是其有严格的组方原则，尤其在操作上有着特殊的规定。临床上应用有“大醒脑”和“小醒脑”两种方法。“大醒脑”取手厥阴心包经内关和督脉水沟二穴，主要用于心神昏瞀，意识丧失及某些疾病的急性期，因患病初期，病人精神紧张，神不守舍，故应调整心神，以利疾病的治疗，如中风的脱、闭证、惊悸、癔病、癫狂痫、中暑、中毒导致神志昏迷等。以内关、水沟为主穴，注意了整体神的调整，同时根据各种疾病的临床症状不同，进行临床辨证辅穴随证加减，将整体观念与辨证论治有机地结合起来运用于临床。“小醒脑”取内关、印堂、三阴交诸穴，主要用于中风病的恢复期及非器质性的心悸、遗尿、阳痿、遗精等，三穴相配既可宁心安神，又减少了针刺水沟穴的疼痛之苦。

（一）腧穴组成

主穴：双侧内关

水沟

患侧三阴交

小醒脑以印堂代替水沟

辅穴：患肢极泉

患肢尺泽

患肢委中

配穴：醒脑开窍法的配穴设立非常广泛，主要根据不同病证的临床表现而定。下面列举部分配穴，以示范例。

手指握固或功能障碍：合谷透三间，八邪。

语言謇涩：金津、玉液放血，上廉泉。

吞咽困难：风池、翳风、完骨。

眼肌运动障碍：睛明、球后、承泣。

听力障碍：耳门、听宫、听会。

基底动脉供血不足：风池、完骨、天柱。

高血压：人迎、合谷、太冲。

癫痫：大陵、鸠尾。

呼吸衰竭：足三里、气舍。

足内翻：丘墟透照海。

足下垂：解溪、商丘、中封。

小便失控：关元、气海、中极。

便秘：丰隆、天枢、水道、归来、外水道、外归来。

肌肉萎缩：萎缩肌群排刺。

肩凝症：肩髃、肩内陵、肩外陵、痛点刺络拔罐。

（二）操作及量学规定

主穴：先刺双侧内关，直刺0.5～1.0寸，采用提插捻转结合的泻法，施手法1分钟；继刺水沟，向鼻中隔方向斜刺0.3～0.5寸，采用雀啄手法（泻法），以患者眼球湿润或流泪为度；再刺三阴交，沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°角斜刺，针尖刺到原三阴交穴的位置上，进针0.5～1.0寸，采用提插补法，针感到足趾，以患肢抽动3次为度。印堂穴，刺入皮下后使针直立，采用轻雀啄手法（泻法），以流泪或眼球湿润为度。

辅穴：极泉穴，原穴沿经下移1寸的心经上取穴，避开腋毛，医者用手固定患肢肘关节，使其外展，直刺0.5～0.8寸，施提插泻法，患者有手麻胀并抽动的感觉，以患肢抽动3次为度。

尺泽穴取穴应屈肘为内角120°，医者用手托住患肢腕关节，直刺进针0.5～0.8寸，施提插泻法，针感从肘关节传到手指或手动外旋，以患侧前臂及手动3次为度。

委中穴应仰卧位抬起患肢取穴，医者用左手握住患肢踝关节，以医者肘关节顶住患肢膝关节，刺入穴位后，针尖向外15°，进针1.0～1.5寸，施提插泻法，以患侧下肢3次抽动为度。

配穴：合谷直刺1～1.5寸，刺向三间处，施提插泻法，以患侧食指伸直为度；八邪直刺0.5～1寸，施提插泻法，以患侧手指抽动为度；曲池刺法同前，完骨、天柱直刺1～1.5寸，施捻转（第二定义）补法1分钟。

（三）方义

内关穴为八脉交会穴之一，通于阴维，属厥阴心包经之络穴，有养心安神、疏通气血之功，是调神启闭的要穴。

水沟穴为督脉、手足阴阳之合穴。督脉起于胞中，上行入脑达颠，故泻水沟可调督脉，开窍启闭，且以奇痛著称，是醒神开窍最好的腧穴之一。两穴合用，共奏醒脑开窍之功效。

三阴交为三阴之会，有良好的调补三阴的作用，通过水火相济，也可以达到调神宁志的作用。脑为髓之海，肾主骨，生髓通脑。脑窍闭塞，神匿失权，必造成髓海不足，甚至空虚。三阴交可以直接调补肾经，益髓填精，健脑宁神，通利脑府。因此，醒脑开窍法主

穴在临床上应用是非常广泛的，一切调神大法的使用均应首先采用醒脑开窍法主穴。

印堂为经外奇穴，属于头面，位于督脉循行线上，具有醒神清窍之功能。

极泉、尺泽、委中主要的功效是疏通经络，通过疏通经络可以治疗腧穴所在肢体的麻痹或瘫痪外，还可以有效的治疗肢体的疼痛。如：极泉、尺泽治疗臂丛神经痛；委中治疗坐骨神经痛等。

如前所述，我们认为中风病的关键性病理改变为中风所致的“窍闭神匿”。内关、水沟、委中、极泉、尺泽等穴可开窍醒神通络，补三阴交即可生髓醒脑，又可滋水熄风，补泻兼施，则收到标本兼顾、相得益彰之效。

四、醒脑开窍针法的临床应用

石学敏院士在运用“醒脑开窍”针法治疗中风等急危重症的同时，在临床上强调“醒脑”即“醒神、调神、安神”的重要性，形成了以脑统神、以神统针、以针调神的学术思想。石学敏院士多年来对“神”的生理、病理、诊断、治疗进行研究，得出四点认识：神之所在，心藏神，脑为元神之府；神之所主，人体一切生命活动的外在表现；神之所病，百病之始，皆本于神；神之所治，凡刺之法，先醒其神，极大地丰富了中医学“神”的理论学说，应用此法，不仅对中风及中风后出现的一系列合并症、并发症有明显疗效，而且对临床神志、精神疾患、厥闭脱证、顽固疼痛、现代脑病及各种疑难杂症多有良效，在中国针灸治疗学中独具特色。

（一）醒脑开窍治疗中风及中风并发症

基于中风病的基本病机为瘀血、肝风、痰浊等病理因素导致“窍闭神匿，神不导气”，石学敏院士确立中风病的治疗法则为醒脑开窍、滋补肝肾为主，疏通经络为辅，在选穴上以阴经和督脉穴为主，强调针刺手法量学。以内关、水沟、三阴交为主穴，辅以极泉、尺泽、委中疏通经络。

采用“醒脑开窍”针法治疗中风病9005例，经3～5疗程（每疗程10天）观察，痊愈5337例，占59.27%，显效2085例，占23.15%，好转1453例，占16.14%，无效40例，占0.44%，死亡9例，占0.1%，总有效率为99.56%。并对临床实验室有关指标进行了观察，结果表明：醒法可双向调节中风急性期患者的血流动力学指标，改善脑血流状态；提高SOD活性，降低LPO含量，减轻脑组织损伤；升高PGI_2/ TXA_2比值，减少血栓形成的机会，从而促进脑组织的康复。不但出血性及缺血性中风都可使用，而且在急性期使用，应用越早疗效越好。通过大量的实验研究和临床验证，使这一学术思想成为目前指导临床治疗脑中风最为普遍的理论。

配穴为吞咽困难加风池、翳风、完骨；语言不利加上廉泉、金津、玉液放血；足下垂、足内翻加丘墟透照海；手指握固或功能低下加合谷透三间、八邪；便秘加丰隆、左水道、左归来、左外水道、左外归来；肩周炎加肩中俞、肩外俞、肩贞、肩内陵、肩髃、肩髎及肩周刺络拔罐；癃闭加上星透百会、中极、关元、曲骨；视力障碍加睛明；听力障碍

加耳门、听宫、听会；高血压加人迎、合谷、太冲；中枢性呼吸衰竭加气舍；颅压高、脑膜刺激征、头痛、呕吐加至阴刺络放血；加风府、哑门、颈椎夹脊治疗共济失调；加大陵、鸠尾、风池治疗癫痫；加上星、百会治疗睡眠倒错，同样取得了很好的疗效，系统地规范了中风诸多并发症、合并症的诊断和针刺治疗方法，形成了完整的中风病诊疗的体系。

1. 血管性痴呆

血管性痴呆系脑血管病引起的智能障碍，伴有不同程度的记忆、思维、判断力障碍。

石学敏院士认为本病属本虚标实，病位在脑，脑为元神之府，神机、记忆皆生于脑，脑病则神机失用，记忆力减低。脑髓失养，加之痰浊内生，气滞血瘀，肝风内动，上蒙清窍，窍闭神匿，神机失用而发痴呆，治以调神益智，平肝通络，采用醒脑开窍之法。取内关、水沟、风池、百会、四神聪、丰隆。内关有调理气机的作用；针水沟穴可醒脑开窍，调理阴阳；风池穴为手足少阳之会，并在后项通于督脉，针之可疏通经络，补益脑髓；针百会能调神益智；四神聪可使心神安定，明目聪耳；丰隆化痰通络健脾；针太冲穴可疏肝理气，调神气机，醒脑开窍。诸穴合用使气血灌注周身，心肝脾肾功能正常，则窍开神醒，脑之元神与脏气相接，则机灵神明，以达调神益智，平肝通络之功。

现代医学认为本病由于脑血管病导致脑血流量下降和脑代谢率低下所致，醒脑开窍针刺法具有如下作用。

（1）使受损的神经细胞活性增强，使脑功能得以改善。

（2）对异常改变的脑血流具有良性双向调节作用，从而有效地改善血流供应，增加了脑灌流量，提高了脑代谢。

（3）通过对血液流变性的调整，可有效地改善微循环。

（4）可显著提高自由基清除能力，从而有效地增强抗氧化能力，减轻过氧化损伤。使病灶侧神经细胞的激活性增高，兴奋了处于抑制状态的脑细胞，增强脑内神经纤维的有效联系，使脑功能得以完善，即是针刺提高智力、记忆力、生活能力，有效治疗血管性痴呆的重要机制。

2. 脑－心综合征

脑－心综合征指急性脑血管病引起心血管机能紊乱及心肌形态学改变，可表现为心律失常、心电图改变，甚则出现心肌梗死。

石学敏院士采用醒脑开窍针刺法，心脑同治，取内关可通心脉、安心神；水沟为督脉，手足阳明之会，醒脑开窍；取三阴交以滋阴生髓，充脑窍。

现代研究认为，醒脑开窍针刺法能使脑心综合征患者左室搏出量增加，左室压力上升速度加快；左室舒张末期压力降低，改变了左房被动强缩状态，使舒张功能异常得以恢复。并能加强心肌收缩力，使泵功能增强，并改善血管顺应性，降低后负荷。醒脑开窍针法在改善心肌收缩舒张功能，加强泵功能方面优于传统针法，对脑－心卒中患者异常心功能具有明显治疗效应。同时，醒脑开窍针刺法可提高中风急性期因迷走神经功能障碍所致

心率变异性的降低，良性地调整心脏自主神经的均衡性，其借助神经—体液系统对机体独特的调节作用是任何单一药物或神经因素所无法比拟的。

3. 应激性溃疡

应激性溃疡是机体在应激状态下发生的急性上消化道黏膜损害，临床表现为急性上消化道出血，出现呕吐咖啡色液体，排柏油样便等。

当窍闭神匿，神不导气而发中风时，神失调于脾，故脾气亏虚，统血无权，则血溢脉外，溢于胃肠则便血、吐血。故采用醒脑开窍之法，取内关穴可养心安神，疏通气血；泻水沟穴可开窍启闭；三阴交穴有补肾生髓益脑之功，同时脾气充则统血，肝气疏则调畅全身气机，推动血和津液运行。针刺的同时可配合中药云南白药、三七粉等。

脑血管急性期，由于机体应激反应，血中儿茶酚胺增多使胃黏膜缺血，上皮细胞能量不足，覆盖于黏膜表面的碳酸氢盐——黏液层遭到破坏，胃腔内氢离子向黏膜内反向弥散，使黏膜损伤。石学敏院士认为治疗本病的关键在于尽快解除脑的缺氧状态，恢复正常的脑组织代谢。醒脑开窍法已为大量临床及动物实验证实可显著提高脑缺血及再灌注期脑组织超氧化物歧化酶（SOD）水平，降低脑缺血组织脂质过氧化物（LPO）含量，提高自由基消除系统的功能，抑制脂质过氧化反应，减轻脑组织细胞坏死。针刺可以降低缺血期脑组织的钙含量，减轻脑血管痉挛，则增加脑血流量，同时由于缺血期及再灌注期脑组织钙离子含量及自由基水平均与脑水肿呈相关，提示针刺可显著降低脑水肿，改善脑代谢和改善突触后神经递质的传递。这对延缓迟发性神经元死亡的发生，从而切断应激性溃疡源是有利的。

4. 呃逆

呃逆指气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，不能自制。

呃逆是由于中风时窍闭神匿，神不导气，致使胃气不降，气逆上冲。石学敏院士认为醒脑开窍针法具有调神降气之功效。针内关可达和胃降逆，宽胸理气之功；针刺水沟可调畅督脉及手足阳阴之经气，以达醒脑调神，通调阴阳经气，畅通气血，和胃止呃之效，两穴可达醒脑调神，降气止呃之功。还可配合针刺膈俞、天鼎、攒竹、公孙等穴加强疗效。

脑血管急性期由于脑细胞缺血缺氧影响自主神经功能紊乱而致膈神经、迷走神经兴奋而出现呃逆，实验证明，针刺内关可兴奋丘脑内侧背核，而下丘脑是较高级的调节内脏活动中枢，能把内脏活动和其他生理活动联系起来。同时，解剖学研究表明，水沟穴分布有面神经及三叉神经的分支，面神经的蝶腭神经节与皮层神经元和脑血管密切相关。针刺水沟，一方面能兴奋神经元，使中枢神经发挥复杂的整合作用，同时又改善脑血流，提供神经元兴奋所需的能量。针刺水沟、内关可调节中枢神经，使病理神经反射恢复正常。

5. 吞咽障碍

中风后吞咽障碍发生率约 45%，有误吸的中重度吞咽障碍发生率则高达 33%。石学敏院士认为缺血性延髓麻痹是中风类疾病的一个相对独立的病候，表现为口、舌、咽喉等关窍痹阻所致的语言、吞咽障碍。临床上，一方面表现为“神”的异常，如发音，语言不

能，表情淡漠或呆滞，强哭强笑，一方面表现为关窍运动失调，如舌强口喎、咀嚼吞咽困难等。基本病机为窍闭神匿，神不导气，关窍痹阻。调神导气可调动机体内在的积极因素，使咽喉诸证由病理状态向生理功能转换。采用醒脑开窍法以调神导气，滋补三阴，通关利窍。取穴用内关，水沟以调神导气，三阴交滋补三阴，风池、完骨、翳风共奏通关利窍之效。在针刺治疗中，突出调神，强调整体与局部治疗相结合及严格的针刺手法量学规定，标本兼施，是本针刺法的主要特点之一。

现代医学认为假性延髓麻痹多见于两次以上中风的双侧皮层延髓束受损，致使支配咽喉部肌群运动的疑核及支配舌肌的舌下运动神经核出现核上性损害，缺血性延髓麻痹（延髓背外侧综合征）常由小脑后下动脉闭塞所引起，现在证实也可由部分基底动脉或一侧椎动脉病变引起，导致舌咽、迷走和舌下神经的核性或核下性损害，出现以舌、咽喉为主的一组症候群。微循环障碍，血液流变学异常和椎—基底动脉硬化，脑供血不足是其发生的主要病理学基础，醒脑开窍法可有效地祛除这些病理因素，从而达到改善症状的效果。假性延髓麻痹的吞咽障碍在口腔咽期与构音障碍都是舌体运动不利所致，而真性延髓麻痹是在咽腔吞咽期，因咽缩肌麻痹不能舒缩所致，构音障碍是环甲肌运动不灵，使喉不能发音，因此在治疗假性延髓麻痹方案基础上加咽部点刺及廉泉刺激咽缩肌和环甲肌为最佳治疗方案。

6. 中风后抑郁

中风后抑郁是中风后的一种常见的并发症，属中医“郁证”范畴，占中风病人的20%～60%，是以精神障碍为主，表现为抑郁，焦虑，情绪低落，言语、兴趣减少，运动迟缓，认知功能损害，缺乏自知力和日常生活能力减退等，严重影响了中风患者神经功能以及认知功能等方面的恢复，直到20世纪80年代初才正式命名为中风后抑郁症。石学敏院士在1989年便将其作为一个治疗学单位进行针刺治疗的临床研究，并逐渐完善其理论。提出了本病病机关键在于肝失疏泄，脾失健运，心失所养，心窍闭阻，心神郁逆，病位在脑，脑为元神之府，精髓之宅，清窍蒙浊致元神之府功能失调，窍闭神匿，神不导气，脑神聚而失展，气机不舒，日久成郁而致，治疗以醒脑开窍为主，以内关、水沟、百会为主穴，辅以辨证配穴。其中内关穴为厥阴之络，有宽胸利气，开郁调神之功，水沟为督脉之会穴，督脉为阳经之海，主一身之阳气，人体正常活动全赖阳气维持，针水沟以调督脉、振奋阳气、益气调神，三阴交为足太阴、厥阴、少阴之会，有益脑生髓之效，三穴合用共奏开窍醒神，健脑益智之效。对500例中风患者进行了中风后抑郁症相关因素分析及临床症状研究，发现500例中风患者，有228例病人发生抑郁症，其发病率为45.60%，抑郁发生率的峰值在40～50岁之间，中风后抑郁的发生与病程无显著的关系，但抑郁发生的峰值在病后3～6个月内逐渐降低，神经功能缺损程度与中风后抑郁呈正相关，中型及重型神经功能缺损的中风患者发生抑郁的几率明显高于轻型患者。醒脑开窍针法可以通过改善中风后抑郁的各种相关因素，从而有效治疗患者的抑郁状态，并可以升高患者体内低下的去甲肾上腺素、5－羟色胺、多巴胺含量，此为治疗中风后抑郁的机理之一。

现代医学认为，抑郁症状一方面是脑部病变的直接作用结果，另一方面患者本身肢体瘫痪也是刺激患者抑郁的原因。1987 年 KOSS 从神经递质功能方面解释了情感障碍的发病机制，认为临床上这些非主观意志所能控制的症状主要由大脑额叶边缘系统及前脑基底部通过间脑导水管周围的灰质—松果体—生物胺—下运动系统组成。颞叶边缘系统的运动区域下行通路以去甲肾上腺素和 5－羟色胺为神经递质。5－羟色胺和去甲肾上腺素一种或数种神经递质（生物胺）出现了神经生化上的失衡或功能缺陷，即可导致传递功能受损，从而引起抑郁症状。醒脑开窍针刺法能使 5－羟色胺和去甲肾上腺素一种或数种神经递质出现的神经生化上的失衡或功能缺陷恢复正常，从而阻断大脑边缘系统抑郁症状发生的通路。其次醒脑开窍针刺法有利于患者肢体恢复，减少瘫痪症状对患者的刺激。

7. 癫痫

癫痫是中风后常见并发症，属中医“痫证”，发则昏不识人，卒倒无知，口噤牙紧，口吐涎沫，甚则手足抽搐，目睛上视，口作六畜之声，醒后起居饮食如常人。

石学敏院士认为本病机病因主要是本虚标实，气机逆乱，元气不能上充于脑，脑失所养，风阳痰浊蒙闭心窍，流窜经络而发痫证，故采用醒脑开窍针刺法治以开窍宁神，调和气血，滋补肝肾，针水沟穴可醒神开窍，调神益智；内关穴属于厥阴经心包经，针之可调理气血，宁心安神；三阴交为足三阴经交会穴，具有益肾填髓，健脾豁痰，平肝熄风调理阴阳气血之功。

现代研究，醒脑开窍针法使大脑组织血流量增加，改善脑组织和营养物质及氧气的供应，促进大脑功能的恢复，调整脑内神经突触间各种神经递质（兴奋性和抑制性氨基酸、脑啡肽、单胺类物质等）的失衡，从而缓解癫痫发作。其次癫痫的发作是由于皮层病灶脑神经元过度放电所致，针刺刺激通过脊髓上达皮层中枢，在皮层建立新的兴奋灶，新兴奋灶对病理性兴奋灶产生良性诱导，从而抑制病灶过度放电，缓解癫痫的发作。同时，癫痫病人存在 IgA 缺陷和细胞免疫障碍，自身抗体阳性率也高于正常。而针刺后可使免疫球蛋白含量增高，细胞免疫功能增强。

8. 中风后肩－手综合征

中风后肩－手综合征主要表现为患肢的肩、手关节疼痛，手肿胀，功能活动受限，甚至肌肉萎缩等，严重影响上肢功能的正常康复。

石学敏院士采用醒脑开窍法，调神开窍，使神能导气，气畅则道通，通则不痛。水沟穴为督脉之穴，具有醒脑调神止痛之功；内关穴为手厥阴心包经穴，具有宁心安神之功。二穴合用，辅以循经取穴，共同达到调神，通经，止痛。

现代医学研究表明，人体的痛觉中枢在脑，针刺水沟穴可对神经中枢的痛觉或痛觉的传入产生抑制作用。激活 NRM 功能，降低脊髓背角细胞兴奋性，从而减少痛信息，抑制伤害性反应。并调整血液中 5－HT，NE、ACR、SP 及 β－EP 水平，共同达到镇痛效果。

（二）调神益气通阳法治疗胸痹

胸痹是由于气滞、痰浊、血瘀，阻遏胸阳，胸阳不展，心脉痹阻，而出现的胸闷、气

短、心前区刺痛，甚则胸痛彻背，背痛彻心或疼痛牵臂的一组病证。治则：调心神、益心气、通心阳；取穴内关、水沟。配郄门、膻中、厥阴俞、心俞、膈俞等。胸痹为心气不通、心阳不宣、心神不宁，应用醒脑开窍法的主要穴位内关、水沟穴来调神益气，有助于通阳宣痹。

（三）调神法治疗顽固性疼痛

顽固性疼痛，可见于多种疾病，缠绵难愈。古代医家认为疼痛为经脉气血不通，取穴多以局部为主。石学敏院士根据《素问·灵兰秘典论》“主不明，使道闭塞不通”之意，认为：疼痛病机在于各种原因引起的经脉气血运行不畅，而经脉气血的流行又与心和神关系密切，神能导气，气畅则道通，通则不痛，“心寂则痛微”。故治以“调神法”，重用内关、水沟理气调神，“调其神，令气易行”，能收“以意通经”而镇痛之效。

运用调神之法止痛，范围广泛，无论感冒及内伤的头疼；痹证的关节疼，肌肉疼；兼或胃痉挛、胆道梗阻、泌尿系结石甚至心绞痛等各种内脏绞疼；至于三叉神经痛、臂丛神经痛、坐骨神经痛、带状疱疹等各种神经痛，以及急性扭伤、跌打肿痛等施用本法，止疼缓急，立竿见影。

（四）醒神调气法治疗排尿功能障碍

癃闭的根本原因在于膀胱气化失权，经云：“膀胱者州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”，“膀胱不利为癃，不约为遗溺”，明确指出癃闭一证是膀胱本经发病，但此病与膀胱经气不利，神不导气有密切的关系，用醒脑开窍法先醒其神，配以有关穴位，关元、气海、秩边，促使膀胱气化功能恢复正常，尿液则自能排出。

小儿遗尿，历代医家多归纳为肾气不足，下元虚冷和脾肺气虚、摄纳无权两类病机。治疗多用培元补肾、健脾益气、敛肺缩泉诸法。而据石学敏院士观察，精神紧张，过度疲惫是小儿遗尿的主要诱因，其病机亦应属于“心神昏瞀、治理无权”，故立法以调节心神为主，重用水沟、印堂、百会等健脑宁心，安神益志之穴，临床收到很好的疗效。

（五）醒神苏厥治疗厥闭脱证

“阴平阳秘、精神乃治；阴阳离决，精气乃绝”，阴阳失和，神气逆乱而生闭厥。此时当急行醒脑开窍之法，以奏苏厥救逆之效。“醒脑开窍”法主穴之内关是手厥阴心包经之络穴和八脉穴会穴，通阴维脉，针刺可调节阴阳和脏腑功能，调整心经气血，开启心窍之闭，宣发心神之气；水沟穴，疏通督脉之阳，醒精明脑腑之神，奏启闭、醒神、苏厥之效。因而，诸如大厥、薄厥、煎厥等各种厥逆昏愦，现代临床各种原因所致的休克、虚脱，以及中暑、癫痫等，应用本法急救大多能起死回生。

（六）醒神通窍法治疗耳聋、耳鸣

耳聋、耳鸣是中老年人多发病，尤其神经性耳聋、耳鸣，多顽固不愈，病之日久可使患者精神恍惚、情绪不定，对本证目前国内外尚无好的办法。石学敏院士根据《内经》“髓海不足，则脑转耳鸣”，“脑为之不满，耳为之苦鸣”之论，提出耳聋、耳鸣的病机为

“心神昏瞀、清窍不利”。故治宜健脑聪耳、醒神通窍。临床重用内关、水沟、百会等穴醒神开窍，配翳风、听宫、听会聪耳通窍，收到良好疗效。

（七）安神理气法治疗呃逆

呃逆虽属轻证，然持续频繁发作亦为顽疾。石学敏院士认为，呃逆病机关键在于胃气不降，而常以情绪波动，精神刺激为诱因，故尊“制其神、令气易行”经旨，取内关、水沟为主，配天突、膻中、内庭等穴，效果理想。

（八）调神启闭法治疗郁证、癔证等神经、精神疾患

郁证是由于情志不舒，气机郁滞所致，以心情抑郁，情绪不宁，胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗阻等症为主要临床表现的一类病证。其病因主要由于情志内伤，肝失疏泄，脾失健运，心失所养及脏腑阴阳气血失调而致。其治疗重点在于调神启闭，疏解肝郁。取穴：内关、水沟，根据病证加相关穴位。血瘀：活血化瘀加血海；肝瘀化火：平肝熄风加太冲、三阴交；痰结：祛痰加丰隆、阴陵泉；食滞：健脾胃加足三里等。

癔证多发于女性，其发病多由情志因素所诱发，病机关键在于心窍闭阻，心神郁逆。临床表现变化多端，症状繁杂，主要包括精神意识，运动感觉及自主神经和内脏等机能障碍方面病证。治则：调神开窍，调和阴阳。取穴：内关、水沟。根据临床出现的不同症状及病情的程度随证加减穴位。治疗此病证的疗效如何，不但取穴要合理而且直接取决于针刺的手法、针感和刺激量。治疗重在首次治疗效果，为数不少的病例可达到针到病除之效。石学敏院士治疗此病证有丰富的临床经验，基本能达到针到病除的效果。

郁证、癔证究其病机，气机郁闭、神窍失宣，情迷志乱是为关键。正如朱丹溪所说：“气血冲和，百病不生，一有拂郁，诸病生焉。”运用“醒脑开窍”针法开窍启闭、宣发神气，调神定志，可以直对病机、直达病所，使心神复明，神转志移，动则精神饱满，静则志定神宁。醒法的变通作用，对诸如神经衰弱、癔证以及强迫症、抑郁症、焦虑症等各种神经、精神疾患，主治广泛，疗效确切。

（九）治疗各种脑病

脑病的研究是当前重要课题。“醒脑开窍”针法的创立，丰富了中医脑腑理论，推动了人们对脑腑功能的探讨和认识。“脑为元神之府”、“得神者昌、失神者亡”，故神为脑腑功能之本。神明则制、神妄则乱、神制即为神治，系指脑的激发、制约、调整、平衡功能。只有脑神为制，才能保持五脏六腑及脑腑本身的水火相济、阴平阳秘、功能正常。在针灸临床上，以“醒脑开窍”针法之主穴化裁，凡脑腑阴阳乖戾，心肾水火失衡所致诸症，如临床常见的帕金森病、老年性痴呆、血管性痴呆、脑萎缩、脑白质稀疏、小儿脑瘫、多动症、一氧化碳中毒、耳鸣、耳聋、舞蹈病等，以及其他退行性病、脱髓鞘病变多数病例可获奇效。

（十）治疗各种疑难杂症

许多疾病的症情千变万化、错综复杂，或病因难寻，或辨证难确，或久治不愈，但探本求源，多责之于心（神），心主任万物，神主机变，故用醒法，调神醒脑，开窍启闭，使神转志移，气复神使，气血调和，机体恢复正常。

“醒脑开窍”针刺法的核心在调神，中医学中“神”不仅仅指人的思维、意识、智慧，而是人体生命活动的总称，一切生命活力的外在表现。“神存”、“神守”则人体的生命活力正常，思维意识活动也正常；如果“失神”或“伤神”则人体出现病态或死亡。只有通过“醒神、调神、安神”，才能调和阴阳，气复神使，气血调和，机体恢复正常功能。

五、醒脑开窍针法的基础研究

为了阐明醒脑开窍针法治疗中风病的作用机理，石学敏院士带领科研人员开展了广泛而细致的基础研究，结果表明：

1. 该针法可提高中风病患者血中前列环素活性、降低血栓素活性，使流速减慢的动脉血流加快，使流速加快的动脉血流减慢，改善血管顺应性，降低血管阻力。

2. 在形态学方面，研究结果显示该针法可使实验性大脑中动脉阻塞大鼠脑缺血区内代偿血管明显增多，减轻脑组织结构的疏松、神经元数量的减少、星形胶质细胞水肿等病理改变，增加神经元内核糖核酸数量，改善脑缺血后脑微血管自律运动及其能量代谢。

3. 在病理过程方面，研究结果显示该针法可使实验性大脑中动脉阻塞大鼠异常降低的海马及皮层的乙酰胆碱、去甲肾上腺素和5－羟色胺含量升高，调节多巴胺的合成和代谢，降低缺血区兴奋性氨基酸水平，可使脑缺血再灌注家兔脑组织中超氧化物歧化酶活性升高，自由基含量降低，阻止钙离子内流，改善脑组织细胞内钙离子超载。可显著降低缺血脑组织及血清中肿瘤坏死因子 TNF－α 的含量，拮抗缺血区脑组织细胞因子 IL－1β 的合成和分泌，减少缺血区脑组织 IL－1β 的含量，从而减轻或抑制 TNF－α、IL－1β 造成的一系列脑缺血损害，发挥脑保护作用。

4. 在分子生物学方面，研究结果显示该针法能够使实验性大脑中动脉阻塞大鼠脑缺血区细胞凋亡明显减少，起效快而持久，并可改善其细胞形态学异常，可增强各时段热休克蛋白（HSP70）和早期基因 c－fos 的表达，提高神经细胞的应激能力，促进神经细胞对脑缺血损伤产生适应性变化，增强脑组织的修复能力。

5. 对于脑出血模型鼠，该针法可以提高神经元突触体膜钠－钾－ATP 酶及线粒体膜钙－ATP 酶活性，拮抗钙离子内流，减轻钙离子超载，防治脑水肿，保护神经元。

上述一系列从宏观到微观的针刺治疗中风病的机理研究，开辟了针灸机理基础研究的新领域，使针灸机理研究步入世界高新技术领域，丰富了传统中医针灸理论，为醒脑开窍针法奠定了坚实的理论基础，为该针法的推广和普及提供了客观的科学依据。

下篇　疾病各论

□第八章□

内科疾病

一、高热（外感性高热）

凡体温超过39°C均称为高热。高热是临床上的一种常见症状，可以发生于许多疾病之中。引起高热的原因很多，这里主要指感受外邪所引起的高热。中医学认为引起高热的原因常见的有外感风热，风热之邪从口鼻或皮毛侵袭人体，致肺失清肃，卫失宣散，而见发热、恶寒等症；或温邪在表不解，内入气分；或内陷营血，亦可引起高热；或外感暑热，内犯心包，可见壮热神昏；或外感疫毒郁于肌肤，内陷脏腑，也可引起壮热之证。现代医学认为发热有感染性和非感染性两大类。外感性高热即急性感染性发热的一种。主要是感染病毒、细菌、支原体、立克次体等，在人体形成炎性病灶，大量的白细胞包裹吞噬病菌直至杀灭，使机体康复，针刺治疗即达到提高机体免疫力，促使炎症吸收，驱邪外出的目的。

【临床表现】

高热、恶寒、无汗或大汗、气粗、面赤、头痛、小便黄、大便秘、舌红、苔黄、脉浮。

【鉴别诊断】

以高热为突出症状可见于许多疾病，外感性高热为其中之一，临床需加以鉴别。

1. 急性病毒性肝炎

急性病毒性肝炎的黄疸前期，病人以畏寒、发热起病。发热一般不高，多呈弛张型。有些病例多出现关节痛，类似风湿热。有些病例有头痛、上呼吸道炎症等，类似流感。这种情况最易误诊。在本病流行期间，病人出现上述症状，应立即作血清转氨酶活性测定以

协助诊断。

2. 流行性乙型脑炎

轻型流行性乙型脑炎及初期的中型流行性乙型脑炎，病人仅有头痛、发热、嗜睡等症状，而无明显的意识障碍，诊断常较困难。流行病学史、脑脊液检查与血清补体结合试验有重要诊断意义。

3. 脊髓灰质炎

脊髓灰质炎发病初期的症状主要是发热、头痛、全身不适、食欲不振等；血象白细胞轻度增高或正常，分类中性粒细胞百分比增高。这些表现与许多其他急性感染甚相似。在此病流行的夏秋季节（6～9月为发病高峰），发现病人（尤其1～5岁儿童）有上述表现，应有所警惕。如具有特征性的颈背肌强直等，则可能性更大。

4. 流行性出血热

流行性出血热流行地区主要是丘陵溪流附近有小灌木丛和草原的潮湿地带，在新开垦的土地或野外的环境中较易发生。有明显的季节性，某些地区的流行高峰在5～6月及10～11月。发病急骤，以畏寒、寒战、高热开始，全身症状较重，尤以头痛、腰背肌痛最为突出。发热、出血、肾脏损害是主要临床特征。据此不难作出正确诊断。

5. 钩端螺旋体病

本病发病急骤，有恶寒或寒战、高热、头痛、剧烈的肌痛，结膜充血、出血倾向，以及肝、肾、肺等多器官损害症状。然而本病有严格的地区性，多发生于夏、秋收割季节，患者多为农民，以发热与剧烈的腓肠肌痛为特点。

【治疗规范】

1. 治则

疏风，清热，解表。

2. 配方

（1）刺络法：取大椎穴刺络拔罐；或十宣点刺放血。

（2）经穴刺法：取双侧风池、曲池、合谷穴。神昏者加水沟；咽喉肿痛者加少商；烦躁者加印堂、神门。

3. 操作

（1）刺络法：取大椎穴常规消毒后，用三棱针点刺3～5点，速用闪火法拔罐，令出血5ml，留罐时间不得超过5分钟；取十宣穴消毒后，用三棱针每穴点刺一下，轻轻挤压手指令每穴出血7～10滴为宜。

（2）经穴刺法：取双侧风池穴，针向对侧眼球，进针1.5寸，施捻转泻法1分钟，使针感向上传至前额及颞部；取双侧曲池、合谷，进针1～1.5寸，用提插泻法，使针感向指端放射为度。神昏者，加水沟，进针0.5寸，施雀啄泻法，以流泪或眼球湿润为度；咽喉肿痛者，加双侧少商穴，点刺放血5～7滴。烦躁者，加印堂，进针0.5寸，雀啄泻法，双侧神门，进针1寸，施捻转泻法1分钟。以上诸穴施术后均留针20分钟。

4. 疗程

刺络法每日1次，经穴针刺法每日2次，3~7天为1疗程。

【配方理论】

高热，中医又称壮热、大热、炙热等。分为外感与内伤两大类。外感性高热其病机为外感六淫之邪，或束于肌表，邪客肺卫；或表邪不解，入里化热；或内入营血；或内犯心包；或内陷脏腑而引起高热等系列证候。治以解表清热为大法。而现代医学发热则见于感染性及非感染性两大类疾病，以感染性疾病居多。通过针刺、刺络、放血等治疗达到提高机体免疫力，通过神经、体液调节达到降温的目的。其中大椎穴为手足三阳与督脉之会，督脉主一身之阳，有清热殊效；风池为足少阳、阳维之会，有疏风解表之功；曲池、合谷乃手阳明之合穴、原穴，辅之以解表清热，其效卓著；十宣为经外奇穴，具有泻热启闭之功。神昏者配水沟穴醒神开窍；咽喉肿痛者加少商穴以清肺热；烦躁者加印堂、神门以宁心安神。石学敏教授经过多年临床经验总结出来的治疗方法疗效确切、退热明显。

【转归及预后】

1. 热有外感内伤之分，病情有轻重缓急的不同，病理有长短的区别，转归预后亦有差别。一般来讲，外感发热治疗及时，均可痊愈。

2. 邪毒内陷或热入营血，正气损伤，当产生脱证，预后凶险。

【预防与调护】

1. 要求环境清洁，安静，空气新鲜，及时有效地退热，控制体温即可防止变证与他病的发生。

2. 注意观察体温的变化，注意热型和寒热往来的规律。

3. 配膳时应以清淡易消化食物为主，切忌油腻辛辣。多饮水，保持大便通畅。

【验案举例】

案一　李某，男性，28岁，高热3天，四肢关节疼痛，口渴喜冷饮，小便赤，舌红，苔黄，脉滑大而数，证为外感风热型。治则：清热疏风。取穴：大椎、曲池、二间、风府、后溪。共针4次而愈。（《中国当代针灸名家医案》）

案二　邱某，男，46岁，工人，1974年9月初诊。主诉：午后发热8天，伴神疲，面淡黄，唇淡白，苔薄白，脉沉细无力。证为中气不足发热即“虚中有热”。治则：健脾益气，养阴。取之中脘、脾俞、足三里、气海、大椎、阳池、针后加灸7日而愈。（《中国当代针灸名家医案》）

【临证提要】

针灸治疗发热，有一定效果。临证时，应根据具体病因，因因而治，或清热解毒，或活血化瘀，或滋阴清热，或健运脾胃，辨证治疗，方可收到良好效果。

二、中风（脑卒中）

脑卒中（stroke），又称中风或脑血管意外（cerebrovascular accident），是一组突然起

病，以局灶性神经功能缺失为共同特征的急性脑血管疾病。脑血管疾病是由各种血管性病因引起的脑部疾病的总称，过去因认为其是心血管系统或整体性疾病的脑局部表现，而被归类为心血管疾病之中。近年来，由于对脑血管疾病病因及危险因素的研究日趋深入和神经科学（neurosciences）的发展，脑部血管疾患区别于身体其他部位血管疾患（如冠状动脉疾患）的特点日益被人们所认识。因此，在世界卫生组织（Would Health Organization，WHO）编制的国际疾病分类（International Classification of Diseases，ICD）中，在分科较细的临床医疗机构中，脑血管病现均被列为神经系统疾病，是最常见的神经科疾患。

脑卒中是在世界范围内多发、常见的疾病之一，也是“古已有之”达数千年之久的“大病”，是由各种原因引起的脑血管（包括动脉和静脉系统）发生病理性改变，并引起多种临床症状的疾病。1986 年中华医学会曾将脑血管病分为十二大类，每一类中又包括若干种病，但就其本质而言，不外乎缺血性脑血管病（如短暂性脑缺血发作、脑血栓、脑栓塞等）和出血性脑血管病（如脑出血、蛛网膜下腔出血等）两大类。从病理上讲，前者是由于血管狭窄或闭塞导致脑细胞受损；后者则是由于血管破裂出血后血肿及水肿挤压脑组织而引起的一系列临床症状。脑卒中具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率和多并发症（“四高一多”）特征，是世界性重大健康问题之一，也是医学界研究和关注的热点之一。在世界范围内，患病人数每年都以惊人的速度递增，且向低龄化发展。

1966 年世界卫生组织曾对 57 个国家进行调查，因中风而死亡人数是这些国家人口总死亡数的 11.3%，仅次于心肌梗死和癌肿。很多国家将中风列为前三种高病死率、高发病率、高致残率的疾病。在我国很多地区，中风发病率比冠心病和肿瘤高，是我国人口死亡的第一大疾病。

【临床表现】

中风因病位有浅深；病情有轻重；标本虚实也有先后缓急之差异，所以临床常将中风分为中风先兆、中经络、中脏腑及中风后遗症几个时期。

1. 中风先兆

眩晕，半身或一侧手、足麻木无力。

2. 中经络

突发口眼歪斜、语言謇涩、半身不遂。

3. 中脏腑

（1）闭证：突然昏仆、不省人事、牙关紧闭、两手握固、二便闭结、舌卷囊缩、兼见颜面潮红、呼吸气粗、喉中痰鸣、口臭身热、躁动不安。

（2）脱证：突然昏仆、不省人事、目合口开、鼻鼾息微、手撒肢冷、汗多不止、二便自遗、肢体软瘫、舌痿。

4. 中风后遗症

口眼㖞斜、失语、失明、上肢拘挛或软而无力、手指握固或不能伸屈、肩关节疼痛不能上举、下肢拘挛强直或痿软无力、足内翻或下垂、便秘、小便癃闭或淋沥。

【鉴别诊断】

脑卒中的主要临床表现是突然起病，全脑症状以及神经系统定位体征。有很多疾病均可以体现出脑血管意外的基本症状、体征。因此，接受脑血管意外患者治疗，应认真进行鉴别诊断。

1. 感染性脑炎、脑膜炎、脑膜脑炎

呈急性和亚急性起病，以脑炎为主者意识障碍、常伴有癫痫发作，可查见多灶性脑损害体征。以上症状及体征与脑血管意外相近似。其鉴别点为本类疾病多有发病头痛、全身不适等前驱症状，病程中有全身性感染中毒症状，以脑炎为主者头痛突出，脑膜刺激征明显，脑脊液与颅脑 CT 检查为鉴别诊断的重要依据。

2. 脑肿瘤

转移癌多来自肺部，有时以神经系统症状和较迅速进展的昏迷为首发症状。发病前虽然表现头痛、癫痫发作等症状。但本病以缓慢起病，眼底视乳头水肿、视网膜火焰状出血等提示慢性颅内压增高的征象，颅脑 CT 及肺部 X 线片以资鉴别。

3. 脑外伤和外伤性颅内血肿

脑外伤有明确外伤史，伤后立即昏迷，并有局灶性神经体征。颅脑 CT 检查可确诊并以资鉴别。

4. 脑脓肿

虽有颅内压增高症状及神经系统局灶损害症状，重者合并脑疝形成或脑脓肿破裂合并化脓性脑室管炎或脑膜炎时则引起昏迷。但本病多见于青壮年，以中耳、乳突炎为最常见的感染源，起病缓慢，表现有全身感染中毒症状及化验室的血液检查可作为鉴别诊断。

5. 中毒性疾病

毒物主要经消化道、呼吸道、皮肤黏膜进入体内，可引起中毒性脑病，表现为局灶性神经系统体征。肢体瘫痪可为单瘫或轻瘫，还可有癫痫发作、锥体外系症状、小脑症状、颅神经麻痹等表现。但因有上述毒物的急、慢性中毒病史，而瘫痪仅为中毒症状之一，以此作为鉴别诊断。

6. 急性播散性脑脊髓炎

本病发病急，病变弥漫，累及脑、脊髓和周围神经，表现为偏瘫或截瘫，严重的脑部损害，严重的脑部损害可引起昏迷和癫痫发作。脑膜刺激征也可出现。本病与脑血管意外鉴别为：发病多累及儿童及青少年，起病多有发病前有接种疫苗或某些传染病病史。

【治疗规范】

1. 治则

根据中风的不同病机，采用不同的治则和配方。

（1）中风先兆：醒脑开窍，熄风防闭。

（2）中经络：醒脑开窍，疏通经络。

（3）中脏腑（闭证）：开窍启闭。

（4）中脏腑（脱证）：回阳固脱，醒神开窍。

（5）中风后遗症：醒脑开窍，矫偏和络。

2. 配方

（1）中风先兆：上星、百会、印堂、肩髃、曲池、足三里、阳陵泉、完骨、天柱。

加减：眩晕加头维、风池；夜眠不安者，加四神聪、神门；烦躁者加合谷、太冲。

（2）中经络：内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中、风池、完骨、天柱。

加减：手指握固，加合谷、八邪；上肢不能伸者，加曲池。

（3）中脏腑（闭证）：内关、水沟、十宣、风府。

（4）中脏腑（脱证）：内关、水沟、气海、关元、神阙、太冲、内庭、气舍。

（5）中风后遗症

①口眼㖞斜：风池、太阳、颊车、迎香、地仓、下关、合谷。刺络拔罐选下关、颊车、四白。

②失语：风池、上星、百会、金津、玉液、廉泉、通里。

③上肢不遂：风池、肩髃、极泉、尺泽、曲池、合谷、八邪、外关。

④肩关节痛：天鼎、肩髃、肩内陵、肩外陵、肩贞、肩中俞、肩外俞、阿是穴。

⑤下肢不遂：环跳、委中、三阴交、阳陵泉、昆仑。

⑥足内翻：解溪、丘墟、照海、筑宾、昆仑。

⑦失明：风池、天柱。

⑧便秘：丰隆、左水道、左归来、左外水道、左外归来。

⑨癃闭：中极、秩边、水道。

⑩小便淋沥：关元、气海、太溪。

3. 操作

（1）中风先兆：上星，平刺0.5～1寸，施平补平泻手法1分钟；百会，斜刺0.3～0.5寸，施平，补平泻手法1分钟；印堂，横刺0.3寸，施雀啄手法1分钟；肩髃，直刺1～1.5寸，施提插泻法，以麻胀感达肘关节为度；曲池，屈肘取穴，直刺1～1.5寸，施提插泻法，以麻胀感到达食指为度；足三里，直刺1～1.5寸，施提插泻法，令麻胀感达足踝部；阳陵泉，直刺1～1.5寸，施提插泻法，令麻胀感沿小腿外侧至足外踝；风池，直刺0.5～1寸，施捻转补法1分钟；四神聪、神门，直刺0.3～0.5寸，施捻转补法0.5分钟；合谷、太冲，直刺0.5～1寸，施呼吸泻法1分钟。天柱、完骨，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟。

（2）中经络：先刺双侧内关，直刺0.5～1寸，施捻转提插的复式手法，施术1分钟；水沟，向鼻中隔下斜刺0.3寸，施雀啄手法，以眼球湿润或充满泪水为度；三阴交，沿胫骨后缘进针1～1.5寸，针尖向后斜刺与皮肤呈45°角，施提插泻法，至患侧下肢抽动3次为度；极泉，在原穴下1寸处，直刺1～1.5寸，施提插泻法，以患侧上肢抽动3次为度；尺泽，直刺0.5～1寸，施提插泻法，以患侧前臂及食指抽动3次为度；委中，仰卧位直

腿抬高取穴，直刺0.5～1.5寸，施提插泻法，以患侧下肢3次抽动为度；合谷，直刺1～1.5寸，刺向三间处，施提插泻法，以患侧食指伸直为度；八邪，直刺0.5～1寸，施提插泻法，以患侧手指抽动为度；曲池，刺法同前；完骨、天柱，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟。

（3）中脏腑（闭证）：内关、水沟，刺法同前；十宣，以三棱针点刺，挤压出血，每穴出血量1～2ml；风府，低头取穴，直刺1.5～2.5寸，施提插泻法，令麻电感到达全头。

（4）中脏腑（脱证）：内关、水沟，刺法同前；气海、关元、神阙，用雷火针或隔盐灸、隔姜灸、隔附子饼灸法，持续时间4～8小时，不以壮数为限；太冲、内庭，直刺0.5～1寸，施捻转提插相结合的补法，施术1分钟；气舍，直刺1～1.5寸，施捻转补法，连续运针持续1～3分钟，待其恢复自主呼吸，而呼吸较弱，且有间歇时，继续运针，直至呼吸均匀。

（5）后遗症

①口眼㖞斜：风池，针尖刺向结喉，进针1.5～2寸，施捻转补法1分钟；太阳，沿颧骨弓内缘进针3～3.5寸，透向颊车；迎香或地仓，横刺或斜刺0.5～1.5寸，施捻转泻法；下关，进针1.5寸，捻转泻法；地仓，横刺3～3.5寸；透向颊车，地仓至颊车部1寸1针，深度0.3～0.5寸，施提插泻法；合谷，捻转泻法。刺络拔罐，在常规消毒后用三棱针点刺3～5点，用闪火法加罐，出血量5～10ml，隔日1次。

②失语：风池、上星、百会，刺法如前述，金津、玉液，用三棱针点刺放血；舌面用2寸毫针点刺出血，廉泉，直刺1～1.5寸，施合谷刺法，以胀感到达舌根及喉咽部；通里，直刺0.5寸，施捻转泻法。

③上肢不遂：风池、极泉、尺泽，刺法同前；合谷，针刺方向先透向大指，继透向三间处，施提插泻法，以患侧大指、次指抽动3次为度；八邪、曲池、肩髃，刺法同前；外关，直刺1～1.5寸，施提插泻法。

④肩关节痛：天鼎，直刺1～1.5寸，施提插泻法，令触电感直达肩肘或手指；肩髃、肩内陵、肩外陵、肩贞，直刺1～1.5寸，施捻转提插泻法；肩中俞、肩外俞，均横刺1～1.5寸，施捻转泻法；痛点，刺络拔罐方法同前。

⑤下肢不遂：委中、三阴交，针刺方法同前；环跳，直刺2～3寸，以触电感传至足趾为度；阳陵泉直刺1～1.5寸，施提插泻法，令触电感传至足趾为度；昆仑，直刺0.5寸，捻转泻法。

⑥足内翻：解溪，直刺0.5寸，施捻转泻法；丘墟透照海；直刺2.5～3寸，施捻转泻法；筑宾、昆仑，直刺0.5～1.5寸，施提插泻法。

⑦失明：风池，针尖方向与双目系对角相交，直刺1～1.5寸，施捻转补法；天柱，直刺1～1.5寸，施捻转补法。

⑧便秘：先取双侧丰隆穴，直刺1～1.5寸，施捻转泻法；左水道、左归来、左外水道（左水道外开1.5寸）、左外归来（左归来外开1.5寸），均直刺1.5～3寸，施捻转泻

法1分钟，留针20分钟，在留针期间，每隔5分钟运针1次。

⑨癃闭：中极，直刺1.5～2寸，施提插泻法，令胀感传至会阴；秩边，直刺2.5～3寸，针尖方向透向水道，施提插泻法，令胀感达前阴。

⑩小便淋沥：关元、气海，直刺1～1.5寸，施呼吸之补法，而后置1寸艾炷于针柄上，施温针灸，每次2～3炷；太溪，直刺0.5寸，施捻转补法1分钟。

4. 疗程

（1）急性期（发病7天之内）：每日针刺2次，10天为1个疗程，持续治疗3个疗程。

（2）稳定期（发病1周至3个月）：每日针刺2次，10天为1疗程，持续治疗3～9个疗程。

（3）后遗症期（发病3个月以上）：每日针刺2次，10天为1疗程，持续治疗6～12个月。

【配方理论】

脑卒中，中医称之为中风。始见于《内经》所言的仆击、大厥、薄厥、偏枯、偏风、身偏不用、痱风等，描述了中风的病因与不同阶段的主要临床表现。尽管如此，《内经》还没有形成完整的中风病的证治理论，对其病因、病机及症状尚无系统的论述。唐宋以后立论“内虚邪中”。晚清及近代医家，结合西医知识，进一步认识到中风病的发生主要在于年老体衰，阴阳逆乱，直冲犯脑，中风病的致病机理、证治规律日臻完善。石学敏教授将博采古训与现代科技融为一体，积多年临床与研究认为，中风乃“上实”，即脑窍闭塞，其因皆为肝肾的亏虚，即“下虚”。脑为神府，神伤不能使气，加之风标夹痰火气血诸本逆乱，引发了“窍闭神匿”的病理机转，窍闭神匿，神不导气，中风乃发。据“窍闭神匿”病机，立“醒脑开窍”大法，在治疗上，以开窍启闭，改善元神之府——大脑的生理功能为主；在取穴上，以阴经腧穴为主，重在手法操作上。古代医家多以“正气本虚，风阻经络”，拟“疏经活络，风取三阳”治疗中风，故行针施术多以“补法”为主。石氏基于“神窍匿闭”病机和“启闭开窍”针刺法的确立，行针施术以“泻法”为主，经反复实验，总结出针刺手法的四大要素，经多年临床验证疗效尤著。

近年来经大量基础实验研究，证实醒脑开窍针刺法具有下述作用：①改善缺血性中风患者及实验性高黏滞血症动物的血液流变学，增加局部脑组织血流；②改善缺血性中风患者脑动脉血流动力学及微循环；③抑制脑缺血及再灌注造成的自由基损伤；④增加实验性小鼠脑组织血流，改善脑组织超微结构，减轻脑水肿等。

【转归及预后】

本病是急骤起病，变化复杂，病死率高的常见病、多发病。其转归取决于其体质的强弱，正气的盛衰，病情的轻重，以及诊疗的正确及时与否，调养得当与否等。临床上一般抓住病人的神志、瞳神、二便、舌脉、肢体瘫痪等证候的动态变化，预测病情的浅深轻重与预后。

1. 中经络病发虽急，但病人神志清楚，瞳神正常，肢瘫不全，二便调和，说明病浅邪轻，正气尚盛，若治疗及时，方法正确，调养适宜，病人可快速进入恢复期，预后多良。

若因情志激惹，或饱食饮酒，致风邪内盛，上扰窍络，神明受累，则由中经络转为中脏腑，病势逆转，病情恶化，预后不良。

2. 中脏腑起病急暴，病邪盛，病位深，病情重，若病发即现神志恍惚或迷蒙，半身不遂，二便闭阻，脉大舌红者，属中腑证。调治及时，辨证准确，治法得宜，可使邪去窍开神醒，转为中经络证，即可进入恢复期，预后较好，个别遗有后遗症；若调治不当，正虚邪入，即现重症神昏或昏愦不语，属中脏证，治疗即应予多种方法，多种途径，予以综合救治，尚可挽救病人生命，若病见呃逆频作，肢强搐逆，戴阳反折，呕血便血，胸腹灼热者，属中脏变证，示病情笃重，邪气充斥，若不及时驱逐邪气阻闭，阴阳格绝，精气乃绝，预后不良，若见昏愦不语，四肢厥冷，目合口开，二便自遗属中脏脱证，元气脱散，首当回阳固脱，否则气绝身亡，此均属中风危笃，临终前表现。

【预防与调护】

中风的病因与起居、饮食、房事、情志、劳倦有密切关系。因此，在我们的生活工作中，应注意起居有严格规律，饮食有节制，房事应适度，防止情绪的剧烈波动，注意情志调节，不可劳倦过度，以上几点是预防中风发作的关键，也是已患此病患者的调护重点。同时还应注意保护皮肤、呼吸道、口腔，通畅二便，适时配合功能锻炼，有利于丧失功能的重建。

【验案举例】

案一　王某，男，47岁，干部，入院日期：2003年9月16日。住院号：F06716。

主诉：左侧肢体活动不利半年余。

病史：患者高血压病史6年，素服蒙诺、络活喜维持血压于130/80 mmHg，3月8日工作时受风，自觉头胀，予单位保健室测血压200/130 mmHg，自服寿比山1片，略见好转，次日晨起又感眩晕，到保健室静点血塞通，下午突觉左侧肢体活动不利而瘫软在地，当时神清语晰，由同事送往红桥医院，查头CT示：右基底节小缺血灶，收住院治疗2月，曾静点维脑路通、硝酸甘油等，病情稳定，出院后间断到社区医院行针灸治疗，仍遗留左侧肢体活动不利，今慕名赴我院就诊，由门诊收住院。

查体：血压130/80mmHg钟，脉率80次/分钟，神清语晰，双瞳孔等大，右：左约2.5mm：2.5mm，光反射存在，无眼颤及复视、颈软，双侧颈动脉搏动对称，心肺未见异常，腹软，肠鸣音低，左侧轻度中枢性面瘫，饮水不呛，咽反射正常，左侧肢体活动不利，肌张力略高，左上肢可移至腹，精细动作差，可缓慢行走几步，偏瘫步态，左足轻度内翻，肌容量左右对称，左侧生理反射（+++），左巴氏征（+），夏道克征（+），余病理反射未引出，舌暗红，苔黄腻，脉弦。

颅脑CT示（098246）：右基底节－丘脑区梗死灶，左侧基底节点状缺血灶。

印象：①中医：中风（中经络）；②西医：脑梗死，高血压。

辨证：患者平素劳累过度，真阴亏耗，肝肾阴虚，水不涵木，肝阳偏亢，阳亢生风，兼之风寒侵袭皮毛，内外合邪，经脉闭阻，上扰清空，神明失司，中风乃发。

治则：醒脑开窍，滋补肝肾，疏通经络。

选穴：内关 、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中、风池、完骨、翳风、解溪、丘墟透照海。

操作：解溪，直刺 0.5 寸，施捻转泻法；丘墟透照海 2.5～3 寸，施捻转泻法；余穴同前。

治疗经过：经 5 次治疗，患者左上肢可抬至头，左足内翻减轻，10 天后，左手可做梳头、对指等动作，行走距离较长，继续治疗 1 月余，生活可自理，好转出院。

案二　吴某，男，46 岁，司机。入院日期：2003 年 2 月 7 日。住院号：F06363。

主诉：右侧肢体活动不利伴失语 4 月余。

病史：患者高血压病史 2 年，平素工作繁忙，2002 年 10 月 5 日开车途中出现头晕，右侧肢体活动欠灵活，语言欠清，恰行至总医院，就诊于急症，查头 CT 示：左颞部及左基底节区血肿，遂收入脑外科，当时症状加重至右侧肢体全瘫，神志不清，当日下午行左颞区血肿引流术，术中引流约 40ml 血肿，残存约 20ml，半月后患者神志转清，仍遗留右侧肢体全瘫，失语，继予降颅压、抗感染等治疗 2 月，复查头 CT 示：血肿基本吸收形成软化灶，后间断于我院门诊行针刺治疗，今为进一步康复收入我科。

查体：血压 140/90 mmHg，脉率 65 次/分钟，神清，精神可，右侧中枢性面瘫，右侧肢体活动不遂，右上肢微可内收，手指无功能，右下肢可屈膝立于床面，肌力Ⅱ级，肌张力不高，右侧肢体肌肉轻度萎缩，腿横纹上 10cm 肌容量左为 42cm，右为 40cm，腿横纹下 10cm 肌容量左为 31cm，右为 30cm，右侧生理反射减弱，右巴氏征（+）。混合性失语，可发简单音节，理解力差，饮水不呛，咽反射存在，双瞳孔等大等圆，约2.5mm: 2.5mm，光反射存在，眼球运动灵活，无视野缺损，胸廓对称，两肺呼吸音清，心界不大，心音有力，腹软，肝脾未及，左颞顶部术后疤痕，舌红苔黄，脉弦数。颅脑 CT（085031）示：左基底节颞顶区血肿术后改变，血肿囊变期。

印象：①中医：中风（中脏腑转中经络）；②西医：脑出血术后。

辨证：患者乃肝肾阴虚之体，兼之过劳，阴竭于下，孤阳上越，阴脱阳浮，神匿窍闭，中风乃发。

治则：醒脑开窍，滋补肝肾，疏通经络。

选穴：内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中、风池、完骨、翳风、金津、玉液。

操作：同前。

治疗经过：经 3 次治疗，患者右上肢可抬至胸，右手拇指可动，右下肢直腿抬高 20°，可扶床站立 20 分钟，15 天后可自行举步，右上肢可抬至头，可回答简单问题，继续治疗 30 天，生活可简单自理，精细动作稍差。

案三　邓某，男，57岁，干部。入院日期：2004年11月17日。住院号：F07605。

主诉：右侧肢体活动欠灵活伴头晕2天。

病史：患者平素性情急躁，2天前因琐事与同事争吵后，自觉右侧肢体活动欠灵活，进餐时不能使用筷子，穿衣系扣费力，时有头晕，无恶心呕吐，就诊于单位保健站，考虑脑血管病，未经治疗，急赴我院就诊，由门诊收入我科。

查体：神清合作，头晕，无头痛及恶心呕吐，血压130/80mmHg，脉率80次/分钟，双瞳孔等大等圆，右：左约2.5mm：2.5mm，光反射存在，轻度水平眼颤，颈软，双侧颈动脉搏动对称，心音低钝，双肺呼吸音清，腹软，肠鸣音存，饮水偶呛，咽反射减弱，右侧肢体活动欠灵活，精细动作差，肌力Ⅳ级，肌张力、肌容量正常，左侧肢体痛温觉减弱，共济运动可，步态欠稳，生理反射存在，病理反射未引出，查头MR示：右侧小脑缺血灶。舌淡，苔白，脉沉细。

颅脑MR示（014613）：右侧小脑缺血灶。

印象：①中医：中风（中经络）；②西医：脑梗死。

辨证：患者年近花甲，平素性情急躁，为肝肾阴虚之体。水不涵木，肝阳偏亢，情志不遂，引动内风，上扰清空，阻于脑窍，络脉被阻，神明失司，而发中风。

治则：醒脑开窍，滋补肝肾，疏通经络。

选穴：内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中、风池、完骨、翳风。

操作：同前。

治疗经过：5天后患者头晕减轻，右手精细动作较前灵活，10天后左侧肢体痛温觉较前恢复，头晕好转，治疗15天出院，未遗留明显症状。

【临证提要】

中风病是临床常见病种，也是针灸治疗效果显著的病种之一。尤其在中风急性期和恢复期方面，可以说收效迅速。但是，临床中治疗中风病，应该详细辨察病人的“神”，根据神匿的深浅程度，而采用一种、两种或综合治疗方法；根据病机和证型不同，而采用不同的治疗原则和配方。中风病的治疗应以醒脑开窍，疏通经络为主，而辨清阴阳虚实寒热不同，采用实则泻之；虚则补之；瘀者除之；寒者温之；热者清之；寒痰者温化之；热痰者清化之；阴虚者滋补之；阳虚者温补之。针之方能奏效。

三、呆傻（老年性痴呆症）

老年性痴呆（senile dementia），亦称阿尔茨海默病（Alzheimer’s disease，AD）是一种以进行性痴呆为特征的大脑退行性变性疾病。属中医学之“呆傻”范畴。中医学认为其病因不外虚实两类，属实者因于气郁、痰湿；属虚者因于阴亏、髓虚。病变脏腑主要涉及心、肝、脾、肾四脏。现代医学认为：由1、14、21号染色体或其他可能因子的突变而致，所以其病因是多源性的。AD在病因学、临床和病理上有千差万别。

【临床表现】

轻者表情淡漠，寡言少语，善忘迟钝；重者则终日不语，举动不轻，或口中喃喃，或言辞颠倒，或忽笑忽哭，或不欲食，数日不食亦不知饥饱。

【鉴别诊断】

呆傻应与癫证、痫证、脏躁相鉴别。

1. 癫证

癫证以精神抑郁、表情淡漠、沉默少动、语无伦次为特征，没有或仅有轻微的智能低下；呆傻是以神情呆滞、智能低下为主要表现，二者不同。

2. 痫证

痫证是一种发作性的神志异常疾患。其典型发作为突然昏仆，不省人事，两目上翻，口吐涎沫，四肢抽搐，口中如作猪羊叫声，神昏片刻即醒，醒后如常人，可多次发作，发作期间智能低下不明显。呆傻系渐进性，而非发作性，且以智能低下为主。

3. 脏躁

脏躁的发病一般与精神因素有关，呈突发性，多见于女性，有自制力，无智力障碍，与本病之呆傻愚痴不同。

附：摘录简述若干不同病因的痴呆疾病，以供病因诊断参考。

1. 血管性痴呆（vasculadementia）

过去多称为脑动脉硬化性痴呆。发病年龄为50～70岁，男略多于女。有以下几个特点：①常伴有高血压和其他部位的动脉硬化；②有反复发作的卒中或脑供血不足史；③情绪不稳和近期记忆障碍为起病症状；④人格和自知力较长期保持完好；⑤智能衰退出现较晚；⑥病程呈跳跃性加剧和不完全性缓解相交替的阶梯型进行性发展；⑦常有脑局灶性损害所致神经系阳性体征。

2. Pick 病

Pick 病为一种罕见的原发性退行性痴呆，多发病于45～60岁，以女性较多，常以性格改变和行为障碍开始，逐渐导致痴呆。CT 或 MRI 扫描可见脑室扩大和额颞部叶性萎缩。

3. Huntington 病及其他皮层下疾病

起病于30～40岁，是一种迟延发病的常染色体显性遗传疾病。舞蹈样动作常首先出现，精神症状呈进行性，通常呈现复发性精神分裂样精神障碍。

4. Jakob – Creutzfelet 病

本病为一种罕见的由特殊慢病毒所致的痴呆。临床表现为缓慢起病，含糊的神经症样症状，继以进行性痴呆。

5. 脑积水

脑积水主要临床表现为进行性痴呆，步态不稳，与小便失禁三联征。CT、MRI 扫描显示脑室扩大，而无明显皮层萎缩。

6. 脑肿瘤

发展迅速的脑肿瘤如星形细胞瘤，易致明显的意识障碍。临床诊断以局灶性神经体征及颅内压增高征象为主要依据。

7. 麻痹性痴呆

本病是由梅毒螺旋体侵入人脑所致的一种慢性脑膜脑炎，血清及脑脊液梅毒血清学检查均呈阳性。现临床常用的为荧光梅毒螺旋体抗体吸附试验对神经梅毒的脑脊液检查更具特异性。

8. 艾滋病

其精神症状有两类：一类是脑组织受损所致的器质性症状，主要表现认知障碍；一类是因患此不治之症所致的心因性症状，主要表现为焦虑和抑郁。

9. 一氧化碳中毒性痴呆

病人定向能力丧失，行为怪异，言语杂乱，在短期内发展为丧失工作和生活能力，领悟困难，大小便失禁，最后进入痴呆状态。

10. 其他系统疾患

如甲状腺功能减退，慢性肝功能衰竭所致肝性脑病。心律不齐及慢性肺部疾患，肉瘤样病，营养不足状态均可导致不同程度的痴呆。

【治疗规范】

1. 治则

滋补肝肾，填精补髓，活血散瘀，补气安神。

2. 配方

水沟、内关、风池、完骨、天柱、百会、四神聪、神门、三阴交、肾俞、太冲、丰隆。

3. 操作

水沟，向鼻中隔方向斜刺，进针0.5寸，施用雀啄泻法，以眼球湿润为度；内关，直刺1~1.5寸，施用捻转泻法1分钟；风池、完骨、天柱，直刺1.5寸；神门，直刺0.5寸；肾俞，直刺1.5寸；百会、四神聪，向后平刺1寸，均用小幅度高频率（小于90°、120转/分钟以上）捻转补法；太冲、丰隆，直刺1~1.5寸，施用提插捻转泻法，1分钟；三阴交，直刺1~1.5寸，施用提插补法1分钟。

4. 疗程

每日1次，2个月为1疗程。

【配方理论】

呆傻在中医学典籍中有“痴呆”、“愚痴”、“神呆”等名称。《景岳全书·杂证谟》曰：“痴呆证……若以火警猝恐，一时偶伤心胆，而致失神昏乱者，当以速扶正气为主，宜七福饮，或大补元煎主之。”呆傻的病因病机为禀赋不足，髓海空虚；肝气郁滞；痰湿阻窍；肝肾亏虚。

石教授通过多年的临床及研究认为：风池、完骨、天柱有补益脑髓之功；水沟、内关有醒神开窍之功；太冲、肾俞、三阴交有滋补肝肾之功；丰隆有活血散瘀之功；神门、百会、四神聪有补气安神之功。以上诸穴合用可达到填精补髓，滋补肝肾，活血散瘀，补气安神之目的。因此，该法对老年性痴呆症有显著疗效。

【转归及预后】

先天性痴呆不能根治，即使治疗效果也较差；对于老年性痴呆，经过治疗可不同程度地改善精神症状；若由于暴受惊恐或暴怒而致者，预后较好，多可治愈。

【预防与调护】

1. 注意孕期饮食、情志的调节，避免产伤及近亲结婚。
2. 平素应注意情志的调节，不郁滞不过虑，保持舒畅的心态。
3. 应做必要的智能锻炼。

【验案举例】

案一　刘某，男，55岁，退休。初诊日期：2003年3月10日。门诊号：57674。

主诉：右侧肢体活动不利，记忆力减退4年。

病史：患者既往有高血压病史，血压平时为150/90mmHg，曾于1999年突发中风而住院，现遗留有右侧肢体活动不利，行动迟缓，言语不清，记忆力减退等症状，今来我科治疗。

查体：神清合作，语言不清，表情淡漠，右侧肢体活动不利，肌力Ⅳ级，掌颌反射（+），霍夫曼征（-），生理反射存在。脑CT示：左基底节区脑梗死，脑萎缩。

印象：①中医：中风后遗症，呆傻；②西医：脑梗死，血管性痴呆。

辨证：患者年过半百，阴气已衰，肝肾阴虚，水不涵木，肝阳上亢，阳动化风，风痰瘀火上扰清窍，窍闭神匿，神不导气，发为中风，呆傻。

治则：醒脑开窍，滋补肝肾，补益脑髓，疏通经络。

选穴：内关、水沟、三阴交、风池、完骨、天柱、合谷、太冲。

操作：内关、水沟、三阴交，操作同前；风池、完骨、天柱，直刺1.5寸，均用小幅度高频率捻转补法；合谷、太冲，直刺1.5寸，施捻转泻法1分钟，留针20分钟。

治疗经过：针刺10次后，患者记忆力明显好转；针刺15次后，患者心理状态明显好转，记忆、理解等能力明显提高，右侧肢体基本恢复。

案二　常某，女，66岁，退休。初诊日期：2003年5月22日。门诊号：59994。

主诉：嗜睡、呆滞、记忆力差1个月。

病史：患者4月23日因感冒发热到附近医院输液左氧氟沙星2天，穿琥宁3天后，发现右手指不能持物，神志不清4~5分钟后恢复正常，呈阵发性发作，持续时间最长10分钟，共发作4次。环湖医院CT及MR诊断为：多发性梗死，血管性痴呆，TIA。予输液脑复素，注射盐酸罂粟碱，口服消心痛、长春西汀等，当时血压100~110/60~65mmHg，

右半身不遂逐渐加重，经治疗好转，但仍所答非所问。既往有眼前发黑数分钟，呈阵发性，已有1年余。现症：精神差，答非所问，性格改变，记忆力差，嗜睡，计算力差，语言差，大便常干，小便及饮食可，可以辨认方向，口臭。

查体：表情呆滞，答非所问，性格改变，记忆力差，口臭，舌苔厚腻，有剥脱，脉弦滑。血压：115/70mmHg，心率：80次/分钟。

印象：①中医：中风先兆，呆傻；②西医：多发性梗死，血管性痴呆，TIA。

辨证：患者年事已高，脏腑之气衰竭，脾失运化，痰浊内生；阴气变衰，肾精不足，水不涵木，肝阳偏亢，阳化风动，挟气血痰浊上冲清窍，阻滞脑络，发为中风。脑属清灵之窍，为精明、元神之府。痰浊内阻、蒙蔽清窍而神志逆乱，如《内经》所说“血并于下，气并于上，乱而善忘”，故记忆力差、计算不能及答非所问、嗜睡等各种痴呆症状。

治则：醒脑开窍，滋补肝肾，填精补髓，化痰祛瘀。

选穴：水沟、内关、三阴交、风池、百会、四神聪、太冲、丰隆、足三里。

操作：水沟，向鼻中隔方向斜刺，进针0.5寸，施用雀啄泻法，以眼球湿润为度；内关、丰隆、太冲，直刺1~1.5寸，施用提插泻法1分钟；风池，直刺1.5寸，百会、四神聪，向后平刺1寸，均用小幅度高频率捻转补法；三阴交，直刺1寸，施用提插补法1分钟；足三里，直刺1寸，施用捻转补法1分钟。

治疗经过：针刺治疗7次后，患者精神状态好转，嗜睡减轻，可以计算十位数以上加减法。经过15次治疗，患者记忆力明显好转，对答正确。继续巩固治疗5次后，患者基本恢复正常。

【临证提要】

针刺治疗疾呆效果肯定。但先天性痴呆效果不显，以脑血管病引起者或暴受惊恐或暴怒而致者，效果尤佳。

四、消渴（糖尿病）

糖尿病是一组常见的代谢内分泌病，分原发性及继发性两类。糖尿病中医称之为消渴病，并具体将其分为“上消”、“中消”、“下消”，但又因临床上多互见，难以截然区分，所以统称为“三消”或“消渴”。中医与现代医学对本病病因认识比较接近，中医学认为：长期过食肥甘醇酒厚味、辛辣刺激饮食、房劳、五志、药害等引起湿热或燥热内盛，肺、脾、肾阴亏，布津、受纳、运化、滋阴的功能失常，出现消渴症。现代医学认为本病发生与胰岛素绝对或相对分泌不足所引起的代谢紊乱有关。其病理改变为糖、蛋白质、脂肪、水及电解质等代谢紊乱，严重失常导致酸碱平衡失常，致酮症酸中毒、高渗昏迷、乳酸性酸中毒而威胁生命。常易发生化脓性感染、尿路感染等。久病者常伴发心脑血管、肾、眼及神经病变。针刺治疗本病是有效疗法之一。石学敏教授在治疗本病过程中，注重肾虚发病为主的理论，制定了调节肾之阴阳为主、调整五脏的治疗方案，临床收到了满意的疗效。

【临床表现】

1. 阳消证

（阴虚内热）烦渴引饮、消谷善饥、小便频数；或混浊如膏、形体消瘦；或大便秘结、腰膝酸软、头昏、耳鸣；舌红少苔、脉细或滑。

2. 阴消证

（气虚阳衰）口渴引饮，或饮而渴不解、多食；或饮食减少、小便频数或混浊如脂膏、神疲乏力、畏寒肢冷或面黑耳焦；舌淡苔白而干、脉细无力。

【鉴别诊断】

糖尿病属新陈代谢性疾病。但有不少疾病与糖尿病的某些症状、体征相近，因此对糖尿病患者进行治疗时，应认真进行鉴别诊断。

1. 非葡萄糖尿

如乳糖尿见于哺乳或孕妇或幼儿。果糖及戊糖偶见于进食大量水果后，为非常罕见的先天性疾患。发现糖尿阳性时，应联系临床情况分析判断，不宜立即肯定为糖尿病。

2. 非糖尿病性葡萄糖尿

（1）饥饿性糖尿：当饥饿相当时，日后突进大量糖类食物，胰岛素分泌一时不能适应，可产生糖尿及葡萄糖耐量减低。鉴别时注意分析病情，注意饮食史、进食总量以及空腹血糖，空腹血糖正常甚至可偏低，必要时可给糖类每日250g以上，3日后重复糖耐量试验，可明确诊断。

（2）食后糖尿：糖尿发生于摄食大量糖类食物后，或因吸收太快，但血糖及糖耐量试验正常。

（3）肾性糖尿：由于肾小管再吸收糖的能力减低，肾糖阈低下，血糖虽正常而有糖尿，可根据肾功能情况加以区别。

（4）妊娠性糖尿：见于少数妊娠期妇女，有暂时性肾糖阈降低时，可出现糖尿，应进行产后随访，以资鉴别。

（5）神经性糖尿：见于脑溢血、脑瘤、颅脑骨折、窒息、麻醉时，有时血糖呈暂时性过高伴糖尿，可于病情随访中加以鉴别。

（6）甲状腺功能亢进：甲状腺功能亢进时，体重明显下降，是因过多甲状腺素可兴奋肠蠕动以致大便次数增多，有时因脂肪吸收不良而呈脂肪痢引起。还伴有心血管系统及眼突、眼颤、甲状腺上发现血管杂音。应与糖尿病的体重下降加以区别。

【治疗规范】

1. 治则

（1）阴虚内热型：益阴泻热。

（2）气虚阳衰型：温阳益气。

2. 配方

（1）阴虚内热型：脾俞、肾俞、足三里、曲池、太溪、列缺、照海、胰俞。

（2）气虚阳衰型：气海、中脘、足三里、尺泽、三阴交、列缺、照海、胰俞。

3. 操作

（1）经穴刺法

①阴虚内热型：膈俞、脾俞、肾俞、胰俞，均向脊柱方向斜刺0.5～1.5寸，施捻转平补平泻法，以得气为度；曲池，直刺1～1.5寸，列缺，向肘部斜刺1寸，均施捻转补法。太溪，直刺0.5～1寸，施捻转补法；照海，直刺0.3～0.5寸，施捻转补法；足三里，直刺1～1.5寸，施捻转补法。均留针20分钟。

②气虚阳衰型：三阴交、气海、中脘，直刺1～1.5寸，均施捻转或呼吸补法，亦可灸5壮。余穴均施捻转补法，得气后诸穴留针30分钟。

（2）耳针疗法：诸穴以毫针轻刺激，或皮内针埋针法。每次取3～5穴，留针20分钟。隔日1次。或以王不留行子贴压法。隔日更换1次。

4. 疗程

（1）初期：经穴刺法每日1～2次，其他刺法每日1次。1个月内不可间断治疗。1个月后，可视其症状改善情况，改为经穴刺法每日或隔日1次，其他刺法隔日或每周2次。疗程一般为1～2个月。

（2）稳定期：经穴刺法隔日1次，其他刺法每周2次。疗程一般为3～6个月。

【配方理论】

糖尿病，中医学归属于“消渴”的范畴，是临床多发病种之一。《素问·奇病论》曰：“此肥美之所发也，此人数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令水沟满，故其气上溢，转为消渴。”《灵枢·五变》曰：“五脏皆柔弱者，善病消瘅。”明确指出了消渴病的病因。另外，《外台秘要·消渴》篇引《古今录验》说：“渴而饮水多，小便数，有脂，似麦片甜者，皆是消渴病也。”并有“每发即小便至甜”、“焦枯消瘦”等记载。糖尿病，非胰岛素依赖型糖尿病是针灸治疗的较好的适应证之一。通过多年的临床实践及研究，我们认为针刺治疗非胰岛素依赖型糖尿病可以明显调节胰岛功能，改善体内代谢状况，使病情得到一定程度的缓解。

石学敏教授认为，糖尿病的发生是由于饮食不节、禀赋不足、劳欲过度等所引起的燥热内盛。肺、脾、胃、肾阴亏虚使布津受纳、运化、滋润功能失常，从而导致阳消之症。其中脏腑阴亏为本，燥热为标。燥热盛而致阴液愈亏，阴液愈亏则燥热愈盛。日久阴病及阳，致气虚阳衰的消渴阴消之症。消渴虽有在肺、脾、肾的不同，但常相互影响，导致数个脏腑病变同时出现。肾为阴阳之根，肾虚则易使肺、脾的输布、运化功能受到不利的影响。肾阴虚则虚火内生，灼伤心肺及脾胃，造成阴消；肾阳虚则阴寒内生，形成火不暖土，阴消常发之势。因此，在上、中、下三消的肺、脾、肾三脏中，乃以肾为根本。因此，本方配穴选用了肾俞、太溪、气海、三阴交等穴以调理肾阴肾阳，收到了满意疗效。

通过针灸的作用，能改善患者体内的输布、运化等功能，使病情得到控制和缓解，从而达到治疗糖尿病的目的。

【验案举例】

案一　徐某，男，50岁，干部。入院日期：1982年4月14日。住院号：11793。

主诉：多饮，多尿，明显消瘦2周。

病史：2周前发现口渴，饮多，尿多，纳食正常，无恶心，厌食，大便每日1次，时感疲倦，少寐多梦，明显消瘦，体重下降，到某院就医，查尿糖（＋＋＋＋），空腹血糖13.44mmol/L，予口服优降糖、消渴丸，症状减轻，查尿糖仍（＋＋＋＋），今由门诊收住院。

查体：神清合作，面色萎黄，形体消瘦，躯干部皮肤可见散在红痣，神经系统查体未见阳性体征，心肺正常，肝脾不大，舌红，苔薄黄，脉沉细。空腹血糖11.11mmol/L；尿糖（＋＋＋＋）。

印象：①中医：消渴病；②西医：糖尿病。

辨证：患者脑力劳动，工作繁多，伤精耗神，经常彻夜工作，不得入眠，阴液内耗，虚热内生，燥热伤及肺肾，水津不能四布，故发消渴。

治则：滋阴清热，润燥生津。

选穴：列缺、照海、中脘、三阴交、肾俞、膈俞、脾俞、肺俞。

操作：列缺，向肘斜刺1寸，照海，直刺0.5寸，均施捻转补法1分钟；中脘，直刺2寸，施呼吸泻法1分钟，针感向全腹放散；三阴交，直刺1寸，施捻转补法1分钟，肾俞，直刺1.5寸；膈俞、脾俞、肺俞，向椎体方向斜刺，进针1.5寸，均施捻转补法1分钟，针感向前放散。

治疗经过：上穴日针2次，上、下午交替使用；经3天治疗，口渴减轻，疲倦感消失，查尿糖（＋＋＋）；经2周治疗，诸症消失，查尿糖（＋），空腹血糖8.89mmol/L；经4周治疗，查尿糖（±），空腹血糖16.44mmol/L，临床治愈出院。嘱病人自行控制饮食，随访半年，空腹血糖小于8.33mmol/L，尿糖在（＋＋）以内。

案二　张某，女，47岁，教师。入院日期：1981年6月12日。住院号：10507。

主诉：患消渴病10余年，近日加重。

病史：1970年初患荨麻疹，同时出现食多，溲多现象，未做系统诊治；1976年自觉头痛、腰痛，乏力，全身红疹，瘙痒，多饮，多食，多尿，在某院就医，查尿糖（＋＋＋＋），空腹血糖15.56mmol/L，肝功能不正常，诊断为“糖尿病”、“肝炎”，住院治疗45天，肝炎基本治愈，糖尿病未完全控制，1981年3月，诸症加重，伴恶心，呕吐，头晕，低烧，经某院诊断为“糖尿病酮症酸中毒”，再次住院，经胰岛素、优降糖、降糖灵等药物治疗，酮症酸中毒得以纠正；1981年5月27日，诸证再次加重，查尿酮体（＋＋），尿糖（＋＋＋＋），空腹血糖10.56mmol/L，本人拒绝应用胰岛素，故来我科就医，收住院。

查体：神清合作，精神不振，发育良好，形体稍胖，皮肤巩膜无黄染，出血，皮疹，皮肤划痕试验阳性，面色少华，神经系统查体未见阳性体征；心肺正常，肝脾不大；多饮，多尿，多食，善饥，口渴，时有头晕，头痛，乏力，倦怠，夜寐安，大便干，2～3日1行，舌暗红，边有齿痕，苔薄白而干，脉细无力。查：尿糖（＋＋＋＋），空腹血糖12.22mmol/L，尿酮体（＋＋）。

印象：①中医：消渴病；②西医：糖尿病，轻度酮症酸中毒。

辨证：素喜膏粱厚味，过食肥甘，损伤脾胃，运化失司，积聚内蕴，化燥伤津，久之，内热伤阴，损及肺肾，虚热内扰，水津失布，热消食谷，故发消渴。

治则：滋阴清热，润燥生津。

选穴：列缺、照海、中脘、三阴交、肾俞、膈俞、脾俞、肺俞。

操作：同上。

治疗经过：经3天治疗，患者头晕，头痛减轻，经6天治疗，饮水减少，尿量减少，纳食控在7两，但仍有饥饿感，查尿糖（＋＋＋），酮体（－），空腹血糖10.22mmol/L；经45天治疗，诸症消失，尿糖（±），酮体（－），空腹血糖8mmol/L。

【临证提要】

糖尿病是一种常见的代谢紊乱疾病或内分泌疾病。临床表现为高血糖，尿糖，多饮，多尿，善饥，消瘦无力等等。中医学将其归属于“消渴病”。本病有上、中、下三消之分；肺燥，胃热，肾虚之别。但三者有一共同特点，即阴虚燥热，二者相互对立，又互为因果，阴虚而热甚则进一步伤阴，其始则异，其经则同。

五、心悸

（一）心房纤颤

心房纤颤是常见心律失常之一，大多数病例由于心肌缺血、心肌炎或因心脏传导系统异常改变出现了心脏器质性改变，临床出现心中剧烈跳动、惊慌不安、不能自已的症状；常伴有气短、胸闷；甚至眩晕、喘促、晕厥等症状。心电图表现为正常窦性P波消失，由大小不等的f波代之，心室率绝对不规则，中医学将其归属于“心悸”、“怔忡”范畴。

石学敏教授根据中医学辨证施治的原则认为本病的发生由于心血虚、心失所养而致，提出以益心气、养心血为治疗大法，随证加减穴位，收到了良好的效果。

【临床表现】

心室率较慢时可以无自觉症状，心室率较快或阵发性发作时，有心悸、胸闷、头晕、乏力、气促；严重者恶心、呕吐、晕厥；甚至诱发心绞痛及心衰，心室率在100～160次/分钟，心音强弱不一，脉搏短绌。

【鉴别诊断】

1. 病窦综合征

病变进展缓慢，发病高峰在60岁以上，可引起：①器官灌注不足的表现，轻型病例因脑血流减少而有烦躁间歇性记忆障碍、失眠。病情发展有语言不清、轻瘫、判断错误、头晕等，严重时晕厥。②心律失常表现，其特点为多样性，心动过缓、心动过速交替出现。

2. 窦性心动过速

心率在100～150次/分钟范围内可无症状，或心悸乏力、易激动等，心音响亮、心律整齐，有时心尖部可闻及收缩期杂音。

3. 窦性心动过缓

心率低于60次/分钟，一般无特殊症状但心率减慢显著时可有头昏、乏力、胸闷、低血压；甚至昏厥、心绞痛发作；或诱发心功能不全或短暂脑缺血发作。

4. 窦性心律不齐

心律快慢不等交替出现，一般病人无症状，少数病人有眩晕、乏力等。

5. 过早搏动

可无症状或有心悸、心前区不适、胸闷、心前区有间歇感、频发早搏，由于心输出量减少，有心慌头晕，心前区疼痛，甚至昏厥，过早搏动可发生在心脏的不同部位，心电图可作出明确的鉴别。

6. 阵发性心动过速

发病突然，无先兆性，终止也突然，发作时间一般在数秒到数日，主要症状为心悸、头晕、头颈部发胀、胸闷、乏力、出汗、多尿、呕吐、四肢发麻等，室上性心动过速发作时心率在160～220次/分钟，心律绝对规则，不因呼吸和运动而变化，心脏原有杂音可减弱或消失。室性阵发性心动过速心率在140～180次/分钟，心律可以略不规则。

7. 房室传导阻滞

Ⅰ度房室传导阻滞可无明显症状，Ⅱ度房室传导阻滞时可有心悸、头晕、乏力、劳动后疲惫等，Ⅲ度房室传导阻滞常有心悸头晕、疲惫、昏厥、心室率在40次/分钟左右，由于心室率突然减慢停搏，脑缺血而引起昏厥，抽搐等症状称为急性心源性脑缺血综合征（阿－斯综合征）。

【治疗规范】

1. 治则

养心血，敛心阳，安心神。

2. 配方

内关、郄门、大陵、神门、厥阴俞、心俞、膈俞、合谷、太冲。

3. 操作

内关、郄门，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感向肘部放散；大陵、神门，向

掌斜刺0.5寸，施捻转补法，针感向掌部放散；厥阴俞、心俞、膈俞，向椎体方向斜刺1.5寸，施捻转补法1分钟，使针感沿肋向前胸放散；合谷、太冲，直刺1.5寸，施捻转泻法1分钟；以上诸穴施术后留针20分钟。

4. 疗程

针刺每日2次，心率可以渐渐减慢，2天后心悸、头晕、胸闷症状可以消失。

心房纤颤初期，经1周的治疗房颤可以转复。

【配方理论】

心房纤颤临床上常以心中悸动不宁、短气、胸闷为主要症状，中医学将其归属于“心悸”、“怔忡”范畴，《张氏医通·悸》曰：“悸即怔忡之谓，心下惕惕然跳，筑筑然动，怔怔忡忡，本无所惊，自心动而不宁，即所谓悸也”。其病机多属气血不足，心失所养，心神失舍，心阳妄动而成。所以《证治汇补》云：“人之所主者心，心之所养者血，心血虚，神气失宁，神去则舍空，舍空则郁而停痰，痰居心位，此惊悸之所以肇端也。”方中取心包经原穴大陵与心经原穴神门补之是谓大法，内关、厥阴俞、心俞、膈俞可以调脏腑经气、养血活血、补心安神，该组俞穴有良好的减低心率的作用。

【验案举例】

刘某，男，47岁，干部。入院日期：1981年12月6日。住院号：13204。

主诉：胸闷、心悸8天。

病史：平素患高血压，血压经常持续在180/110mmHg左右，经常头眩、心悸、胸闷。8天前因情绪刺激，加之劳累过度，突然心悸加重，胸闷、气短，经某医院诊治，当时平均心率160次/分钟，心律不齐，诊断为“心房纤颤”，服多种西药无效，前来我院就医。

查体：神清合作，精神弱，神经系统查体未见阳性体征，胸廓对称，两肺叩清音，心界不大，两肺呼吸音清晰，未闻干湿性啰音；心音低钝，心率154次/分钟，心律不齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音；肝脾不大；自觉心悸、胸闷、气短、乏力、头眩、纳少，夜寐欠安，二便自调，舌质淡，苔薄，脉细数结代。脉率98次/分钟，血压170/110mmHg。心电图示：心电轴正常，心率154次/分钟，各导联P波消失，代之以f波，R－R间期绝对不等，提示心房纤颤。X光胸大片示：主动脉增宽，各房室未见异常，肺膈无著变。

印象：①中医：心悸，眩晕；②西医：心房纤颤，高血压，动脉硬化。

辨证：平素为阴虚阳亢之体，适逢劳累过度，阳气者，烦劳则张，心阳妄动，心阴亏耗，心血不足，神不守舍，故发心悸。

治则：养心血、敛心阳、安心神。

选穴：内关、郄门、大陵、神门、厥阴俞、心俞、膈俞、合谷、太冲。

操作：内关、郄门，直刺1.5寸，施捻转补法，令针感向肘部放散，持续手法1分钟；大陵、神门，向掌斜刺0.5寸，施捻转补法，针感向掌部放散，施手法1分钟；厥阴俞、心俞、膈俞，向椎体方向斜刺1.5寸，施捻转补法，针感沿肋向前胸放散，施手法1

分钟；合谷、太冲，直刺1.5寸，施捻转泻法1分钟。

治疗经过：上穴日针2次，2天后，心悸减轻，头晕，胸闷等症状消失，心率104次/分钟，律齐，心电图示：呈窦性心律，心动过速。5天治疗后，血压下降为150/95mmHg，诸症消除，心电图示：窦性心律，律齐，心率86次/分钟；巩固治疗10天，临床治愈出院。

（二）心动过速

心动过速可分为窦性心动过速、室上性心动过速、室性心动过速，一般用针刺治疗取得疗效满意的为室上性心动过速。室上性心动过速其病因一般由于迷走神经张力降低，交感神经兴奋加强所引起；生理因素：情绪波动、体力劳动过度、吸烟、饮酒、喝茶过多。病理因素：贫血、感染、发热、心肌炎、心功能不全、甲状腺功能亢进、先心病、电解质紊乱也可诱发。心动过速仍属中医学“心悸”范畴，以心中悸动不安、胸闷、气短为主证。以阵发性出现居多。石学敏教授多年来在临床以养心安神为治疗法则。随证加减穴位，收到了满意疗效。

【临床表现】

发病突然无先兆性，终止也突然，发作时间一般在数秒到数日，心率在100～150次/分钟范围内的窦性心动过速可以无任何症状，心率加快时主要症状有心悸、头晕、头颈部发胀、胸闷、乏力、出汗、呕吐、四肢麻木，严重可出现低血压休克，心功能不全，心肌梗死或猝死。

【鉴别诊断】

1. 病态窦房结综合征

病变进展缓慢，发病高峰在60岁以上，可引起：①器官灌注不足的表现，轻型因脑血流减少而烦躁，间歇性记忆力障碍，失眠，病情发展有语言不清，轻瘫，判断错误，头晕，昏厥；②心律失常表现特点为多样性，心动过速与心动过缓交替出现。

2. 心房纤颤

心室率较快或阵发性发作时，有心悸胸闷，头晕乏力，气促，严重者恶心，呕吐，晕厥，甚至诱发心绞痛及心衰。心房纤颤时心律绝对不规则，心率在100～160次/分钟，心音强弱不等，脉搏短绌。

【治疗规范】

1. 治则

益气养血，安心宁神。

2. 配方

（1）主穴：内关、神门、大陵、厥阴俞、心俞、膈俞。

（2）配穴：失眠加百会、四神聪。烦躁加太冲、三阴交。

3. 操作

内关，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感向肘部放散；大陵、神门，向掌斜刺0.5寸，施捻转补法1分钟，令针感向掌放散；厥阴俞、心俞、膈俞，向椎体方向斜刺1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感沿肋向前胸放散，以上诸穴针刺后留针20分钟。

4. 疗程

每天针刺2次，持续1周治疗可以治愈。

【配方理论】

心动过速属中医学“心悸”范畴，以心动悸，心神不安，胸闷，气短为主要症状，其病机与心失所养，心神妄动有关。石学敏教授根据其发病机理，治以养心安神为主，选用心包经、心经原穴神门、大陵以养心安神；内关穴、背部俞穴可以调补脏腑经穴，养血活血，根据中医学辨证施治原则随症加减配穴灵活运用取得较为满意的疗效。

【验案举例】

钱某，女，51岁，干部。入院日期：1981年3月5日。住院号：5310。

主诉：心慌不安4小时。

病史：患者有甲状腺功能亢进病史3年，常感心悸不安、胸闷、乏力，曾在某院住院治疗1个月，症状好转出院，但一直不能坚持工作，劳累或紧张后心悸、头晕、乏力等症加剧，常失眠、多梦，今晨因受惊吓突然出现心中悸动不安，冷汗出，胸闷，气短，曾自服镇静剂及压颈、压眼等疗法，效果不佳，故来院就医，收入病房。

查体：神清合作，精神不宁，发育营养一般，形体消瘦，肌肤欠荣；神经系统检查未见明显阳性体征；胸廓对称，两肺叩清音，心界不大，两肺呼吸音清晰，未闻干湿性啰音；心音有力，心律齐，心率134次/分钟，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音；肝脾不大；胸闷、气短、头晕，周身自汗出，夜间少寐多梦，纳食，二便均正常；舌质略红，苔薄白，脉细数。血压132/84mmHg，心电图示：窦性心动过速。

印象：①中医：心悸；②西医：窦性心动过速，甲状腺功能亢进。

辨证：患者平素气血不足，阴液亏少，适逢惊吓，惊则气乱，心神浮越，故发心悸。

治则：益气养血，安心宁神。

选穴：内关、神门、厥阴俞、心俞、膈俞。

操作：同室性早搏。

治疗经过：上穴日针2次，第一次针刺手法后，患者自觉心悸好转，心率98次/分钟，留针20分钟，复查心电图示窦性心律，心率78次/分钟，心悸等症消除，而后继针1周，自觉症状良好，痊愈出院。

（三）心动过缓

心悸症状可出现在现代医学的冠状动脉硬化性心脏病、风湿性心脏病、高血压性心脏病、肺源性心脏病、先天性心脏病及心脏神经症等疾病中，而且为首发症状。

心悸主要指自觉心脏跳动不宁，惕惕不安，甚则不能自已，属中医学的“惊悸”、“怔忡”范畴，同时可兼有胸闷憋气、喘息、头晕、失眠、自汗、浮肿等症。心悸为自觉心中惕惕不安，其病因有多种因素，感受外邪，情志刺激，过食膏粱厚味，饮酒过度，素体虚弱，药物反应等，外邪侵入机体，机体的防御能力不强而发心悸，可见心悸多为虚证或本虚标实证，常见有心气虚、心血虚、心阴虚、心阳虚、气阴两虚一些症状，有心悸症状但脉象反应为细缓结代时，一般为心气虚弱，不能推动血液运行而致。

石学敏教授在心动过缓的治疗中采用补心气助心阳的方法，使得气血通畅，心搏恢复正常。

【临床表现】

心悸气短，胸闷乏力，自汗出，浮肿，舌质色淡，边有齿痕，脉细缓或结代。

【鉴别诊断】

1. 心动过速

同时均可出现心悸，胸闷乏力汗出症状，但脉象为数脉，心电图可以作出明确诊断。

2. 病态窦房结综合征

病变进展缓慢，发病高峰在60岁以上，有烦躁，间歇性记忆力障碍，头晕昏厥，心律失常，特点为多样性，心动过速与心动过缓交替出现。

3. 房颤伴Ⅲ度房室传导阻滞

心房纤颤伴Ⅲ度房室传导阻滞时，心律变化为比较规则的心率减慢，有心中惕惕不安，头晕，胸闷憋气症状，脉为迟缓，心电图可以作出明确诊断。

【治疗规范】

1. 治则

补益心气，宁神定悸。

2. 配方

内关、郄门、足三里、心俞。

3. 操作

内关、郄门、足三里，均直刺进针1寸，施捻转补法1分钟；心俞，向脊柱方向斜刺，进针1～1.5寸，施捻转补法1分钟；以上穴位施术后均留针20分钟。

4. 疗程

针刺后心悸症状可以明显减轻，其他伴随症状也可随之好转，心率可以提高10次/分钟左右，经1周治疗，心律可以恢复正常。

【配方理论】

石学敏教授认为：心俞为心脏之背俞穴，脏病取俞，阴病治阳，起到益心气，宁心神的功效；足三里是足阳明经之合穴，阳明经别“通于心”具有补益心气的作用。内关为心包经之络穴，郄门为心包经之郄穴，都具有安神定悸之功。另外石教授又提出针刺具有双

向调节作用，根据不同病因及不同的临床表现用同一穴位采用不同的针刺手法，可以收到不同的临床效果。例如：内关、郄门两穴可以减慢心律，也可以使心率加快。临床遵照此法治疗心动过缓收到较为满意的疗效。

（四）期前收缩

期前收缩也称为期外收缩，可发生于任何年龄，以老年人多见。功能性见于情绪激动，精神紧张，过度疲劳，消化不良，或吸烟，饮酒，喝茶过多均可引起；器质性心脏病如：冠心病、风心病、心肌病、心功能不全；有一些药物也可引发，另外有些感染，如上呼吸道感染、泌尿系感染、白喉、猩红热等，电解质紊乱也可引发。偶发期前收缩可以无临床症状，或有轻度心悸，心前区不适感，频发期前收缩，由于心输出量的减少有心慌，头晕，心前区疼痛，甚至昏厥。中医学将此症归属于“心悸”、“怔忡”的范畴。期前收缩除有心悸、气短的主要临床症状外，脉为结代脉，古人认为“结”、“代”脉多由于气血虚弱所致。如《素问·脉要精微论》曰：“代则气衰”。成无己说：“结代之脉……由血气虚衰。”石学敏教授在指导临床医师治疗期前收缩时使用之大法为在心房纤颤一症中益心气，养心血的基础上配以活血，安神，采用补泻兼施的方法从而收到很好的疗效。

【临床表现】

不频繁的期前收缩可以无明显症状，频繁的期前收缩由于心输出量的减少有心悸、心前区不适、胸闷，心前区有间歇感，头晕、心前区疼痛，甚至昏厥。

【鉴别诊断】

1. 窦性心律不齐

心率不规则，心电图表现为P－P间期不等，P－R间期正常范围，QRS波群正常。一般无明显临床症状，少数病例有眩晕，乏力等。

2. 病态窦房结综合征

病情进展缓慢，心律失常表现特点为多样性，心电图表现为心动过速和心动过缓交替出现，也可以有逸搏心律，合并传导阻滞。临床有头晕、失眠、烦躁，病情加重可有语言不清、轻瘫，再严重可以出现昏厥。

3. 房室传导阻滞

（1）Ⅱ度房室传导阻滞：临床症状可以有心悸，头晕，乏力，劳动后气急等，心电图可以明确鉴别。

（2）Ⅲ度房室传导阻滞：常有心悸，头晕，气急，或由于脑缺血出现昏厥，抽搐（阿－斯综合征）。心率在40次/分钟左右，心律规整，心电图表现为心房波与心室波没有传导关系。

【治疗规范】

1. 治则

益气养血，通脉养心，宁心安神。

2. 配方

（1）主穴：内关、大陵、神门、厥阴俞、心俞、膈俞。

（2）配穴：足三里、膻中、脾俞、百会、四神聪。

3. 操作

内关，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感向肘部放散；大陵、神门，向掌斜刺0.5寸，施捻转补法1分钟，针感向掌部放散；厥阴俞、心俞、膈俞、脾俞，向椎体方向斜刺1.5寸，施捻转补法1分钟，针感沿肋向前胸放散；足三里，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟；膻中，迎经斜刺1寸，施捻转泻法1分钟；百会、四神聪，向后斜刺0.3寸，施平补平泻手法各1分钟；针刺诸穴后留针20分钟。

4. 疗程

针刺后期前收缩减少或消失，心悸、头晕等临床症状随即消失，伴有失眠症加百会、四神聪，经1~2次治疗，可以入睡，经1周治疗睡眠可以达到比较正常水平。

【配方理论】

期前收缩是心律失常中最常见的病种，临床以心悸、气短、脉结代为其主症，归属于中医学的“心悸”、“怔忡”范畴，古人认为结代脉多由于气血虚弱而致，所以临床取穴在用心经、心包经的内关、神门、大陵穴以养心安神以外，加用脾俞、足三里以调补脾胃，脾胃为后天之本，气血生化之源，调补脾胃以达补益气血，由于气血亏虚，心脉失养出现的心悸，失眠取膻中穴有助于通心阳，配百会、四神聪穴可以起到安心宁神之功效。

【验案举例】

路某，男，49岁，教员。入院日期：1981年9月14日。住院号：11024。

主诉：胸闷、心悸2个月，近1周加重。

病史：2个月前因劳累过度突发心悸、胸闷。经某院诊治，查心电图示：频发性室性早搏，经服用中西药物治疗，症状略见好转，1周前因大怒后病情加重，服药效果不佳，故来针灸治疗。

查体：神清合作，发育良好，营养中等，形体适中，神经系统检查未见明显阳性体征；胸廓对称，两肺叩清音，心界不大，两肺呼吸音清晰，未闻干湿性啰音；心音有力，心律不齐，平均心率75次/分钟，早搏16~18次/分钟，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音；肝脾不大；自觉心动悸，胸闷、短气、乏力，纳少，眠少多梦，二便自调；舌质淡，苔薄白，脉细结代。心电图示：频发性室性早搏，未形成联律。眼底检查：Ⅱ期动脉硬化。

印象：①中医：心悸；②西医：频发性室性早搏。

辨证：思虑过度，劳伤心脾，中州失健，气血无源，适逢大怒，怒气伤肝，肝气横逆，克伐中土，化源固绝，阴血耗竭，心失所养，心阳妄动，则发心悸。

治则：益气养血，健脾宁心。

选穴：内关、大陵、神门、厥阴俞、心俞、膈俞、脾俞、足三里。

操作：同房颤。

治疗经过：上穴日针2次，经4天治疗，胸闷、心悸减轻；经6天治疗后，查心电图，心率72次/分钟，早搏4次/分钟。继针1周，临床症状消失，心电图示：早搏消失，为正常心电图。临床痊愈出院。

（五）传导阻滞

心脏传导阻滞多由于缺血或器质性病变所引起的心脏传导系统的损伤而出现的阻滞现象。临床有心惕惕不安的表现同时可有胸闷、憋气头晕等伴随症状，所以仍属中医学“心悸”范畴，其病因由于气血不足，心脉失养，在临床治疗上仍采用石学敏教授提出的益气养阴法，也就是采用补益气血改善心脏供血情况起到安神定悸之功效。

【临床表现】

有心悸气短，症情较重时有烦躁不安症状，脉象为明显结代脉或迟缓脉。

【鉴别诊断】

1. 心动过缓

心率减慢但整齐，心电图可以明确诊断。

2. 病态窦房结综合征

心律失常特点为快、慢交替的出现，心电图可明确诊断。

【治疗规范】

1. 治则

益气养阴，安神定悸。

2. 配方

内关、郄门、足三里、三阴交、心俞。

3. 操作

内关、郄门、足三里、三阴交，均直刺进针1寸左右，施捻转补法1分钟；以上诸穴施术后均留针20分钟。心俞，向脊柱方向斜刺0.5～0.8寸，施捻转补法，施手法1分钟后徐徐出针，可以不留针。

4. 疗程

Ⅰ度房室传导阻滞针刺后可以有心率的改善，同时阻滞现象可以消失；Ⅱ度、Ⅲ度、左、右束支传导阻滞针刺后临床伴随症状有明显改善，但心电图改变不明显。

【配方理论】

造成心脏传导系统发生病变的因素为气血亏虚，取心俞以益心气、安心神，取内关、郄门用以安神定悸，足三里穴可以补益气血，因阳明经别“通于心”有补益心气的作用，三阴交可以养阴安神，诸穴合用临床收到满意疗效。

六、胸痹（心绞痛）

胸痹是由于正气亏虚、痰浊、气滞、寒凝而引起心脉痹阻不畅。临床以胸部发作性憋

闷、疼痛为主要表现的一种病证。轻者偶发短暂轻微的胸部沉闷或隐痛；重者疼痛剧烈或呈压榨样绞痛，常伴有心悸、气短、呼吸不畅甚至喘促、惊恐不安、面色苍白、冷汗自出等，由于劳累发作者居多，有些安静时也可发病。“胸痹”病名最早见于《内经》，并将其分为心痹和肺痹两种。对本病的病因，在《素问·脏气法时论》中有“心病者，胸中痛，肋支满，胁下痛，膺背肩甲间痛，两臂内痛”的描述，一般症状及真心痛的表现均有记载。与现代心绞痛（急性冠状动脉供血不足）症状十分相似，中医将此病称之为“厥心痛”、“胸痹”、“真心痛”、“心胃痛”等。

中医学中的真心痛类似心绞痛，是心肌急剧的、暂时的、相对的缺血与缺氧所引起的临床证候，系冠状动脉粥样硬化性心脏病的类型之一，现代医学认为其发病机理：①血小板聚集与血栓形成学说；②脂肪浸润学说；③损伤反应学说，由于高血压，血浆中血管紧张素Ⅱ及儿茶酚胺增加，病毒感染后免疫复合物形成等因素导致血管壁内皮细胞损伤，使内膜下胶原组织暴露，促使血小板黏附聚集；④冠状动脉痉挛学说。由于体力或精神负荷造成过度应激反应使冠状动脉硬化，导致血管壁血运障碍，缺血、缺氧损伤内膜，使血管狭窄，血流形成涡流，促使血小板黏附、聚集，形成血栓。中医学认为本病的发生多为老年人，以肾气亏虚，肾阳不足为根本，肾阳虚衰，心阳不足导致推动血脉运行乏力，而发生缺血，还有认为与七情、饮食、寒冷刺激有关，情志郁结，使气机不畅；气滞血瘀，心脉痹阻，膏粱厚味，损伤脾胃，津液化痰或化浊成脂，阻遏清阳上犯于心胸；寒气凝滞，寒邪侵犯经络，血脉凝涩瘀滞不行而发生血瘀疼痛。

石学敏教授在治疗急性冠状动脉供血不足的过程中注重调气，通脉，镇痛，临床收到肯定疗效。

【临床表现】

本病的临床特点有四：

1. 原有心绞痛病史。

2. 近期心绞痛发作有变化，次数变频，痛势加剧，范围扩大，持续时间延长。

3. 原为劳累诱发而转变为休息或睡眠中发作。

4. 心绞痛发作使用硝酸甘油治疗有效而转为无效者，心电图与心肌酶的测定能进一步协助鉴别诊断。

【鉴别诊断】

急性冠状动脉供血不足，又名“梗死前状态”属于不稳定型心绞痛的范围，介于典型心绞痛与急性心肌梗死或心脏猝死之间，其转归有二：或逆转恢复或恶化发展成急性心肌梗死或心脏猝死。

1. 急性心肌梗死

急性心肌梗死的发病一般是相当突然的，主要症状为剧烈胸痛，持续半小时乃至几小时，甚者可十几小时不缓解，疼痛也可反复出现持续 1～2 天或更长时间，心肌梗死时由于部分心肌血流供应急剧减少或中断，从而发生了持久而严重的缺氧，故此产生的心绞痛

更加剧烈和持久，并有明显心肌酶谱的改变，心电图可由明显的心肌缺血发展到明显的内膜下缺血，最终出现坏死性Q波，也有一些急性心梗的心电图立即出现坏死性Q波，所以诊断心肌梗死时，根据心电图可以作出充分的诊断。

2. 胃痛

疼痛部位在上腹部，局部有压痛以胀痛为主，持续时间较长，合并纳呆、恶心、呕吐等消化系统症状，配合B超和一些物理检查可以诊断，变异性心绞痛经常出现胃痛症状，应予以警惕。

3. 胸痛

疼痛在呼吸运动，转侧时加剧，常合并咳嗽、喘息、喉鸣等呼吸系统症状，胸部X线检查可助鉴别。

4. 胁痛

以肋缘下疼痛明显为主，多有压痛，可合并厌油腻、黄疸、发热等症，可通过肝功能、胆囊造影、胃镜、血、尿淀粉酶检查以助区别。

【治疗规范】

1. 治则

通心阳，益心气，养心血。

2. 配方

（1）主穴：郄门、内关、膻中。

（2）配穴：阴虚：三阴交、太溪、肾俞。

阳虚：关元、大椎。

气滞：太冲、中冲、少冲。

血瘀：血海、膈俞。

痰浊：丰隆、肺俞。

3. 操作

出现真心痛症状时将病人平卧取主穴，配穴以顺势选穴为好。

郄门，直刺0.5～1寸，施捻转泻法1～3分钟，每隔10分钟施手法1次至疼痛缓解为止；内关，直刺进针0.5～1寸，捻转补法1～3分钟；膻中，向心尖部斜刺0.5～1寸，捻转泻法1～3分钟；其他配穴可按不同部位，根据不同证型，采用虚补实泻的各种补泻手法。

4. 疗程

急性冠状动脉供血不足多以急、重、危症而就诊，随时发作随时对症予以针刺治疗，观察病人病情，可根据情况每日2～3次或每隔6～8小时1次，无论是发作即刻还是缓解期均有一定疗效。治疗时密切观察生命指征，观察心电图、血清酶学等变化情况。

【配方理论】

真心痛病位在心，表现为本虚标实，其急性发作期以标实为主，是中老年多发病种之

一，其临床表现多为胸闷，憋气，心悸，阵发性心前区疼痛，甚则汗出，肢冷，手足青至节，不能平卧，喘息，心痛彻背，牵臂至手。《灵枢·厥病》："真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死"。

石学敏教授认为针刺确可治疗真心痛即现代医学的急性冠状动脉供血不足，这一事实已逐步被人们认识接受，但在取穴、配方上大多各不相同，在采用手法及手法量学要求上也各有所异。大量的临床研究认为该病病机以虚为本，以实为标，心气不足，胸阳不振，推动无力，血行不畅是该病病机的关键。在治疗上则应扶正祛邪，标本兼治。以调心气，疏通经脉，以达止痛之功。根据中医辨证原则，随证加减用穴，可以收到较好疗效。本病以心前区疼痛为明显症状，所以治疗应以急则治其标的原则，先予止痛，先取心包经郄穴、郄门穴，配以内关、膻中穴以益正气通心阳泻心痹。

【验案举例】

王某，男，58岁，2005年7月26日。

主诉：患者胸闷憋气，心前区阵发性疼痛3年。近半年加重。

病史：1977年患胸闷憋气，经某院治疗，诊断为"冠状动脉供血不足"，X光片显示：心脏扩大。予潘生丁、安定、谷维素、脉通等药物治疗，症状好转。近半年，胸闷憋气加重，阵发性心前区疼痛，向肩背放射，持续时间约1～2分钟，发作频繁时每天1～2次，劳累，情绪波动往往诱发，服硝酸甘油疼痛可缓解，平时伴有头晕、耳鸣、口干、手足心热，心烦、汗出等症，今来就医，收入住院。现症：神清合作，形体消瘦，皮肤欠润，面色无华，口唇紫暗，察其：胸廓对称；两肺呼吸音清，未闻干湿性啰音，两肺叩清音；心电图示：慢性冠状动脉供血不足。心前区阵发性疼痛，心界向左扩大，约1～2cm，心音低钝，心律齐，心率80次/分钟，各瓣膜未闻及病理性杂音；肝脾不大，胸闷憋气，时有头晕、耳鸣、口干、纳差、日进食5两左右；夜寐欠安；舌质红，少苔微黄；脉细数无力。

印象：胸阳不振真心痛（急性冠状动脉供血不足）。

治则：养心血，益心气，通心阳。

选穴：内关、郄门、膻中、厥阴俞、心俞、膈俞。

操作：内关、郄门，进针1寸，施捻转补法1分钟，令针感向肘部放散；膻中，迎经向下斜刺1寸，施捻转泻法1分钟，令针感向两肋放散；厥阴俞、心俞、膈俞，向椎体方向斜刺1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感沿肋向前胸放散。

治疗经过：上穴日针2次，经5天治疗，心前区疾病未再发作，胸闷憋气稍好转，停用一切药物，经9天治疗，胸闷憋气消失，心前区疼痛一直未发作，偶有头晕，查心电图示大致正常，继针10天，痊愈出院。

【临证提要】

石学敏认为针刺确可治疗真心痛即现代医学的急性冠状动脉供血不足，这一事实已逐步被人们认识接受，但在取穴、配方上大多各不相同，在采用手法及手法量学要求上也各

有所异。大量的临床研究认为该病病机以虚为本，以实为标，心气不足，胸阳不振，推动无力，血行不畅是该病病机的关键。在治疗上则应扶正祛邪，标本兼治。以调心气，疏通经脉，以达止痛之功。根据中医辨证原则，随证加减用穴，可以收到较好疗效。患者素体虚弱，肝肾不足，精血亏少，血不养心，心气虚损，胸阳不振，发为胸痹。以心前区疼痛为明显症状，所以治疗应以急则治其标的原则，先予止痛，先取心包经郄穴郄门穴，配以内关、膻中穴以益正气通心阳泻心痹。

七、哮喘（支气管哮喘）

哮喘为支气管扩张、慢性气管炎、肺部感染、风湿性心脏病、心力衰竭等疾病的一个重要临床症状。中医学认为哮者有声，喘者无声，在古医籍中一般哮喘均分别论述，但其病因病机大致相同，故后代医家将两者相提并论为哮喘。哮喘是一种突然发作并且以呼吸喘促、喉间哮鸣有声为临床特点的肺系疾患，本病一年四季均可发生，男女老幼皆可患病，患者多由于气候与环境的变化而发作，如天气寒冷、异味刺激、情绪变化、饮食不节、劳累等均可诱发，患者多因平素脾虚失运，水谷不能化为精微，久之宿痰内伏，加之感受外邪，发作初期邪气偏盛，气郁血滞，哮喘有反复性阵发性特点，病程较长，致使肺肾皆虚，摄纳失司，所以哮喘的发作与肺、肾、脾三脏有密切关系。

石学敏教授在治疗哮喘的过程中注重本病的病因病机属本虚标实证的特点，而且以本虚为主，所以治疗时着重扶阳固本，扶正祛邪，收到良好效果。

【临床表现】

初起可有鼻咽部发痒、喷嚏、流涕咳嗽、胸闷等先兆症状，突发胸闷加重、气促，迅速发生呼吸困难，呼气延长，两肺出现哮鸣音，张口抬肩，烦躁汗出面色紫暗，口唇青紫，四末不温。有咳喘痰多症状，痰液在不同时期可呈稀白或黄稠，一般持续数分钟，数小时，超过12小时称之为哮喘持续状态，此时面色苍白，大汗淋漓，四肢厥冷，四末青紫，心跳剧烈加快，喘息不能平卧，为呼吸衰竭症状。

【鉴别诊断】

1. 肺感染

有恶寒发热，头痛胸闷，胸痛，食欲不振，气促流涕，咽喉发痒，咳嗽有痰，化验室检查白细胞升高，X线肺部有炎症表现。

2. 肺气肿

有久咳，哮喘等症状并且有病久不愈病史，在咳嗽的同时有胸部膨满，咳嗽上气，烦躁心慌，面目紫暗肢体浮肿，病情缠绵不愈，X线可见肺气肿改变。

3. 肺癌

肺癌晚期可见喘息，咳嗽，咯血，呼吸急促并有明显恶病质改变，细胞学检查，胸部X线及胸部CT可以明确诊断。

【治疗规范】

1. 治则

宣肺散邪，固肾宣气。

2. 配方

（1）刺络法：选华佗夹脊穴（2、3、5、7对）。

（2）温灸法：肺俞、风门、厥阴俞。

（3）经穴刺法：尺泽、天突、膻中、太溪、足三里、丰隆、肾俞。

3. 操作

（1）刺络法：华佗夹脊刺穴（2、3、5、7对），直刺1～1.5寸，令针感向前胸或上、下放散，施捻转补法1～3分钟，继而在相当于风门、肺俞、膈俞穴部位选两对，用三棱针点刺3～5下，深达皮下，然后加火罐令出血5～10ml为度。

（2）温灸法：选肺俞、风门、厥阴俞部位做麦粒灸三壮，令其皮肤表层起水疱，呈现Ⅱ度烫伤后，再用无菌纱布敷盖待其自行愈合。

（3）经穴刺法：尺泽，施提插泻法1分钟，令针感向拇指放散后留针；天突沿胸骨柄，向下沿皮刺1.5寸有针感后留针；膻中，针尖向上1寸，施捻转平补平泻手法1分钟，肾俞，针向横突，斜刺进针1～1.5寸，施捻转补法1分钟；丰隆，直刺进针1寸，施捻转泻法1分钟；太溪、足三里，均直刺1寸施捻转提插补法1分钟，以上诸穴施术后留针20分钟，在哮喘比较严重时可以刺络拔罐、温灸法同时使用，缓解期可以任选一种方法，刺络拔罐出血量应视病情轻重掌握其出血量，哮喘严重时出血量可以稍多一些，缓解期出血量为3～5ml。

4. 疗程

（1）刺络法：每日1次，部位交替使用，15天为1疗程。

（2）温灸法：2周1次，2次为1疗程。

（3）经穴刺法：每日2次，15天为1疗程。

经刺络拔罐或温灸治疗后哮喘症状可以得到明显缓解，胸闷憋气症状明显减轻，2天后呼吸平稳，治疗20天以后痰液明显减少，活动后无喘息发作，精力充沛，饮食正常，紫绀症状明显消失，可以平卧。

【配穴理论】

哮喘多因风寒、郁热、痰湿郁久壅阻肺气，肺失肃降，逆而作喘，与肺、脾、肾三脏有关，哮喘久不得愈，肺肾皆虚，摄纳失司。反复发作的病人，在发作期多为邪气偏盛，气郁血滞，本虚标实之证。华佗夹脊穴为督脉之络，旁通脏腑背俞，刺第2、3、5、7对可以宣肺益气，解表祛邪，刺络拔罐可活血行气，泻血祛邪肃肺，《医学源流论》云："凡血络有邪者，必尽去之"，故泻血祛邪应务求其尽，单纯刺络不能使血尽邪出，加拔罐控制出血量，可以使血尽邪出。本症多由于外感风寒之邪在肺，取肺俞穴采用温灸法祛其客于肺之风寒之邪，哮喘具有反复发作病程长久的特点，故为邪实正虚，治疗时当虚实兼

顾，补泻兼施，补虚泻实。尺泽为肺之合穴，泻之为实则泻其子之法，天突为任脉、阴维之会，泻之有降火平喘之功效，膻中泻之有宽胸利膈，降气逆的作用，进一步增强平喘功效，丰隆用以利湿祛痰。由于哮喘病人病久损伤肾气故取肾之原穴太溪、肾俞以固本纳气，加用足三里以健胃益气，资生化源。此配方可以起到祛邪而不伤正，标本兼顾的作用。

石学敏教授在治疗哮喘病多年实践中的独到之处在于用肺俞穴温灸法与华佗夹脊穴刺络拔罐法以祛邪扶正，使邪有出处，应用此方法治疗绝大多数病人哮喘可立即得到缓解，并且从肺部听诊确认肺部啰音有明显减轻或消失，通过多年临床实践证明此法疗效甚佳。

【验案举例】

高某，女，61岁，1981年7月20日初诊。

主诉：患者喘不得卧5日余。

病史：哮喘10年余，常突然发病，每次发作数天至数十天不等，常服红霉素、复方安茶碱片等药，甚至吸氧方得缓解。本月17日哮喘发作，动则喘剧，自服安茶碱、海珠喘息片等无效，至19日喘剧憋气，脸色发青、呼吸困难、昼夜难眠，而于今晨来我院门诊，收入住院。现症：神清合作，痛苦面容，呼吸困难，面色晦暗，强迫体位，口唇紫绀。察其：心音被掩盖，两肺布满哮鸣音；舌质暗红，苔黄而剥；脉弦细而数。

印象：①中医：哮证；②西医：支气管哮喘。

治则：清肺，泻热，平喘。

选穴：风门、肺俞、膈俞、华佗夹脊穴（第2、3、5、7对）。

操作：风门、肺俞、膈俞，每次选穴1~2对，用三棱针点刺3~5针，深达皮下，然后拔罐，出血量3~5ml为度；华佗夹脊穴，直刺1~1.5寸，令针感向前胸或上、下方向放射，施捻转补法1~3分钟。

治疗经过：治疗1次即觉胸膈舒畅，2天后喘息减轻，1周后已能平卧，治疗9天后呼吸平稳，紫绀消失，心胸宽畅，饮食如常，痊愈出院。

【临证提要】

支气管哮喘是一种常见的过敏性疾患，主要表现为阵发性呼吸困难，四季均可发生，多因对某些物质（动物皮毛、花粉等）、食物，及某些疾病产生过敏物刺激小支气管痉挛，而引起哮喘急性发作。

中医学统称本病为哮喘，多因风寒、郁热、痰湿壅阻肺气，肺失肃降，逆而作喘，与肺、脾、肾三脏有关。如哮喘久不得愈，肺肾皆虚，摄纳失司。反复发作的病人，在发作期多为邪气偏盛，气郁血滞，本虚标实之征。

八、咳嗽

咳嗽是肺系疾病的主要症状，现代医学的上呼吸道感染、支气管炎、肺感染、肺结核等病均可出现咳嗽症状，咳嗽的临床表现以咳嗽，咯痰为主要症状，有声无痰为咳；有痰

无声为嗽，《活法机要》曰："咳为无痰而有声，肺气伤而不清，盖因伤于肺气而咳动于脾湿因咳而为嗽也。"一般临床均为痰声并见，难以截然分开，故以咳嗽并称，《内经》对咳嗽的成因，症状及证候分类病理机转及治疗等问题作了较系统的论述，如《素问·宣明五气》云："五气所病……肺为咳。"《素问·咳论》："皮气先受邪气，邪气以从其合也。"由此可见，咳嗽既是独立性的证候，又是肺系多种疾病的一个症状，咳嗽可分为外感咳嗽，多为实证，按病邪性质分为风寒、风热、风燥论治；内伤咳嗽多属邪实正虚，因此治疗咳嗽必须按照不同病因分别处理。

（一）气管炎

包括急性和慢性。急性气管炎是常见的呼吸系统疾病，是由于细菌、病毒感染，物理化学刺激以及过敏等因素引起的气管黏膜的急性炎症，多发于寒冷季节，常由上呼吸道感染、发热头痛、流鼻涕开始。由于造成呼吸道感染的细菌病毒向下蔓延而引起咳嗽、咯痰并且发热、头痛周身酸楚症状明显加重。根据其起病急，病程短，临床以咳嗽、咯痰为主症，常伴有恶寒发热、鼻塞咽痛等肺卫表证的特点，本病属中医学的"外感咳嗽"范畴，其病因主要由于六淫侵袭肺系所致。《河间六书·咳嗽论》指出："寒，暑，燥，湿，风，火六气皆令人咳"。六淫中，风为百病之长，善行而数变，在外感咳嗽病中，风为先导，其他外邪随风而侵入人体，如风挟寒、热、燥之邪损伤肺系而致病，肺卫受损，肺失宣降而发生咳嗽、咳痰等症。急性气管炎反复发作，治疗不彻底，可以迁延而成慢性气管炎，也可继发支气管哮喘，支气管扩张等疾患。慢性气管炎病程长，咳嗽痰多，喘息乏力，反复发作，属中医学"咳嗽"、"哮喘"、"痰饮"等范畴。急性气管炎属急性感染，起病急，病程较短，一般采用"清泻肺热，益气活血"法治疗基本可以奏效。慢性气管炎病情复杂，往往寒热交错，虚实夹杂，所以治疗时尚需灵活应变。本节着重论述慢性气管炎的证治及针刺治疗方法。

石学敏教授通过多年临床研究指出：慢性气管炎属于本虚标实证而且以本虚为重。提出温肾运脾，宣肺疏邪的治疗法则，临床收到了较为理想的效果。

【临床表现】

本病初起急性气管炎发作时，可有恶寒发热，鼻塞流涕，头痛，乏力，咳嗽，咯痰，胸痛，呼吸困难等一般症状，多在数日内消退，如病情迁延，出现咳嗽、咯痰持续不断，并伴有周身乏力明显，面色白，恶寒畏风，手足不温，咳嗽痰稀白，舌质淡、苔白，病情呈间断发作明显加重，以冬季症状明显，并有反复发作的特点。

【鉴别诊断】

咳嗽，咯痰，喘息等临床表现在肺系病证均可见，因此在治疗慢性气管炎时必须认真加以鉴别。

1. 哮喘

中医学将哮喘分为哮证和喘证，两证均兼有咳嗽但各以哮、喘为其主要临床表现。哮

病主要表现为喉中哮鸣有声，呼吸气促困难，甚则喘息不能平卧，发生与缓解均迅速，喘证主要表现为呼吸困难甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧，临床多以哮喘症状同时存在。

2. 肺结核

咳嗽，咯痰，咯血痰，甚则喘息，有低热周身乏力，盗汗等，X线可以明确诊断。

3. 肺癌

常以咳嗽，咯痰为主要症状，多发于40岁以上吸烟者，咳嗽多为刺激性呛咳，病情严重时有喘息，病情发展迅速，呈恶病质，肺部X线检查，痰细胞学检查有助于明确诊断。

【治疗规范】

1. 治则

温肾运脾，宣肺疏邪。

2. 配方

（1）刺络法：肺俞。

（2）经穴刺法：尺泽、天突、膻中、肾俞、丰隆、太溪、足三里。

3. 操作

（1）刺络法：肺俞处取三棱针点刺3～5针后，深达皮下，后拔罐，令出血量5～10ml为度。

（2）经穴刺法：尺泽，在肘横纹近桡侧端取穴，直刺1寸，施提插泻法1分钟，令针感向拇指放射后留针；天突，沿胸骨柄后缘向下刺1.5寸，位于气管前缘处针刺；膻中，针尖向上针1寸深，施捻转平补平泻手法；肾俞，针向横突斜刺进针1～1.5寸，施捻转补法1分钟；丰隆，直刺进针1寸，施捻转泻法，施手法1分钟；太溪、足三里，直刺进针1寸，施捻转补法1分钟；以上穴位施术后均留针20分钟，可以采用整体俞募配穴法。

4. 疗程

（1）刺络法：每日1次，10天为1疗程。

（2）经穴刺法：每日针刺2次，10天为1疗程。

针刺即刻，呼吸道症状即可减轻或缓解，呼吸急促，胸闷，憋气症状，肺部啰音可以明显缓解或消失，连续治疗1周后症状可有明显减轻，连续治疗10天左右症状可以完全缓解，以后可以继续针刺尺泽、膻中、太溪、肾俞、足三里以治其本。

【配方理论】

急、慢性气管炎均为上呼吸道感染而致，由于急性期的治疗不当，迁延不愈，正气受损致其成为慢性气管炎，病情反复发作，故为邪实正虚之候，属中医学“咳嗽”“哮喘”“痰饮”的范畴，故在治疗过程中应辨证施治，虚实兼顾，补泻并施。肺俞穴刺络拔罐为止咳平喘的要穴，尺泽为肺之合穴，泻之为“实则泻其子”之法，天突穴为任脉、阴维之会，有降气平喘之效；二穴共奏祛邪、肃肺、止喘之效，取肾俞穴和肾经之原穴太溪以固

本纳气，因咳嗽病久损伤肾气，加用足三里以健胃益气，资生化源，为补土生金之法，三穴相伍补肺固肾共奏扶正祛邪之功，故使喘得速愈。

石学敏教授在治疗急、慢性气管炎的过程中，其独到之处为采用肺俞穴刺络拔罐之法，应用此法不仅使病人在临床症状上有明显改善，并且使肺部啰音明显改善或消失，此法在多年的临床实践中确实收到了满意效果。

【验案举例】

王某，男同，61岁，装卸工。初诊日期：1978年3月2日。

主诉：咳喘9年，近10天加重。

病史：患者有慢性支气管炎史9年，每至冬季加重，曾常服抗生素及止喘镇咳药，病情时好时坏。近10天来，因感受寒凉发现咳嗽加重，痰多色白，甚则喘促，神疲乏力，畏风怕凉，腰酸纳少，自服红霉素3天，咳喘不减遂来门诊治疗。

查体：慢性病容，形寒畏风，口唇色暗，心脏听诊无异常，两肺呼吸音粗，可闻散在大、中水泡音，胸大片示双肺纹理增加，白细胞计数12×10^{12}/L，舌质淡白，脉象沉细。

印象：①中医：咳喘；②西医：单纯性慢性支气管炎。

辨证：患者久病不愈，每冬必重，寒盛阳虚故也，脾肾阳虚则神疲乏力，腰酸纳少，畏风怕凉，寒邪凝聚，脾不温运故痰多而白，脾肾两虚故脉沉细。

治则：温肾运脾，宣肺疏邪。

选穴：尺泽、天突、膻中、肺俞、肾俞、丰隆、太溪、足三里。

操作：同前。

治疗经过：上穴交替使用，每日两次针灸，2天后咳喘大减，4天后咳嗽基本停止，呼吸平稳，偶有少量灰痰。后每日改行针灸1次，2个疗程后，精力充沛，饮食增加，8个月后追访，咳喘未复发，彻底治愈。

（二）肺感染

石学敏教授在治疗肺系感染咳嗽症状的过程中注重清泄肺热，其理论是肺感染为急性感染所致疾病，一般由于起居不慎或素体不足，正气内夺，复感风寒；风寒之邪入表滞肺化热阻塞气道，肺失清肃故咳嗽，肺气壅滞不宣故胸痛，邪热盛实可见有发热不退的症状，为此石学敏教授制定了清泄肺热，益气活血的治疗方案，临床收到极为理想的疗效。

【临床表现】

恶寒发热，头痛，胸闷，胸痛，食欲不振，气促流涕，咽痒作咳，咳嗽声重，咯痰，早期痰液为清稀白色，若从热化，痰液可转为黄稠不易咳出，鼻咽干燥，咳嗽胸痛。

【鉴别诊断】

咳嗽是许多急慢性肺系病的临床主要症状，因此在治疗咳嗽时要认真进行鉴别诊断。

1. 哮喘

中医学将哮喘分为哮证和喘证，两证均兼有咳嗽但各以哮、喘为其主要临床表现。哮

证主要表现为喉中哮鸣有声，呼吸气促困难，甚则喘息不能平卧，发作与缓解均迅速。喘证主要表现为呼吸困难甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧，临床多以哮喘症状同时存在。

2. 肺气肿

有长期咳、哮、喘等病证不愈病史，在咳嗽的同时，并有胸部膨满，喘咳上气，烦躁心慌，甚至面目紫暗，肢体浮肿，病情缠绵，经久难愈。

3. 肺结核

咳嗽是肺结核的主要症状之一，其特点为干咳或痰中带血，或咯血痰，伴有低热盗汗，消瘦，周身乏力等，X线胸部有明显结核病灶。

4. 肺癌

常以咳嗽或咯血为主要症状，多发于40岁以上吸烟者，咳嗽多为刺激性呛咳，病情发展迅速，呈恶液质，肺部X线检查及痰细胞学检查有助于明确诊断。

【治疗规范】

1. 治则

清泻肺热，益气凉血。

2. 配方

（1）刺络法：大椎穴刺络拔罐。

（2）经穴刺法：鱼际、曲池、肺俞、膈俞。

3. 操作

（1）刺络法：大椎穴，三棱针点刺3～5针，深达皮下，然后加火罐，令其出血量为5～10ml为宜。

（2）经穴刺法：鱼际，直刺5～7分，施捻转泻法1分钟；曲池，直刺1～1.5寸施捻转泻法1分钟；肺俞、膈俞，均针向横突斜刺进针1.5寸，施捻转补法1分钟，令针感向前胸放射，诸穴施术后留针20分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：每日1次，5天为1疗程。

（2）经穴刺法：每日针刺2次，10天为1疗程。

一般治疗2天后体温恢复正常，咳嗽，痰多，痰量黄稠，胸痛等症状无明显改变，1周以后咳嗽，胸痛明显减轻，痰液减少，10天以后咳嗽基本停止，无咯痰，体温保持正常，血常规检查基本正常，X线检查肺部感染明显吸收。

【配方理论】

肺感染的主要症状为咳嗽咯痰，发热恶寒，胸痛，一般属中医学的“咳嗽”范畴，咳嗽可分为外感、内伤两大类，外感为六淫犯肺，内伤为脏腑功能失调，肺感染由于外邪犯肺属于外感病变，由于外邪入侵，邪气滞留或病人有复感外邪而致热壅肺卫属实热证，故治疗取手太阴肺经荥穴鱼际专攻泻热清肺，配大椎、曲池皆为泻热要穴，大椎刺络拔罐更

进一步增加泻热功效，大椎为督脉及手足三阳经会穴，清热疏解外邪尤佳，曲池为阳明之合，大肠与肺为表里，故泻大肠既可通腑清热且使邪有出路。三穴配伍，有通达内外之作用，使肺热可清，肺俞可扶正益气，膈俞可宽胸利膈，以缓肺之急，并能行血以利气。石学敏教授认为：在清泻肺热的方面，大椎刺络拔罐的方法，优于其他治疗方法。通过临床多年的实践证明确有明显疗效。

【验案举例】

丛某，男，46岁，工程师。入院日期：1982年1月17日。住院号11431。

主诉：发烧、胸疼21天。

病史：患者近半年来，因工作辛劳，自觉精力不支，经常头晕、困倦、无力嗜卧。1981年12月下旬，感受风寒后发烧，体温高达39.5℃，持续6~7天，兼有恶寒、头痛，经服中药及退烧药后减轻。约一周后，因讲课劳累，复感风寒再次发烧，体温在37.8℃~38℃，未经彻底治疗，发烧加剧，体温高达39.8℃，嗜睡，食欲不振，胸闷、胸痛、咳嗽。及至1月15日赴某院诊为“上感”，予输液及肌注庆大霉素等治疗，体温下降至38℃，余症未减而来我院住院治疗。

查体：神清，精神弱，急性面容，皮肤巩膜无黄染，浅表淋巴结不大，口唇无紫绀，咽稍红，扁桃体不大，颈软，气管居中，胸廓对称，心音正常，律齐，未闻杂音，心率88次/分钟，呼吸规则，右肺下野呼吸音低，腋后线第9、10肋间可闻水泡音，叩诊心界不大，右前胸第5肋间以下明显压痛及叩击痛，腹软，肝于肋缘下2指可触及，有压疼。舌红苔白略黄，脉弦滑。白细胞计数12×10^9/L。

印象：①中医：感冒，咳嗽；②西医：肺炎。

辨证：患者起居不慎，复感外邪，加之素体不足，正气内夺，风寒之邪，入表滞肺，化热阻塞气道、肺失清肃故咳嗽，肺气壅滞不宣故胸痛，邪热盛实故发热不退，苔白为邪留肺卫，苔黄为邪已化热，脉弦滑也为邪盛阳亢之象。

治则：清泻肺热，益气活血。

选穴：鱼际、大椎、曲池、肺俞、膈俞。

操作：鱼际，直刺5~7分，施捻转泻法；肺俞、膈俞，均针向横突斜刺，进针1.5寸，施捻转补法，令针感向前胸放散。余穴同前。

治疗经过：每日如上法针刺2次，3天后体温恢复正常，咳嗽痰多黄稠，胸疼不减。1周后胸疼大减，白细胞计数降至12.5×10^{12}/L。继续针刺3天后胸疼消失，咳嗽基本停止，体温保持正常，血象正常。痊愈出院。

九、眩晕

眩晕是多个系统发生病变时所引起的主观感觉障碍。通常将眩晕分为周围性眩晕（耳性眩晕）和中枢性眩晕（脑性眩晕）。将内耳前庭至前庭神经颅外段之间的病变所引起的眩晕称为周围性眩晕，将前庭神经颅内段、前庭神经核及其纤维联系、小脑、大脑等的病

变所引起的眩晕称为中枢性眩晕。以眩晕的程度而论，最为剧烈的首推梅尼埃病，且反复发作。中医学将眩晕责之为肝阳上亢、痰浊中阻、肾精不足、气血亏虚。

（一）椎－基底动脉供血不足

椎－基底动脉供血不足大多发生在中年以上，临床表现多种多样，主要表现是内耳、脑干、小脑、间脑、枕叶、颞叶等组织的功能缺损。其发病主要有以下几方面原因，动脉粥样硬化、椎动脉受机械性压迫、椎动脉的舒缩功能发生障碍、椎－基底动脉畸形或发育异常、锁骨下动脉盗血综合征、动脉内膜炎等。本病不少病例并非由于单一的原因所致，而是由于多种因素（如在动脉粥样硬化的基础上，兼有增殖性脊椎炎的压迫或刺激，再加上诱发因素等）的参与而发病。中医学认为头晕多是由于肝阳上亢、痰浊中阻、肝肾阴虚所致。石学敏教授取风池、完骨、天柱穴治疗本病，经临床及实验证实疗效颇佳。

【临床表现】

突然发生眩晕，性质可为旋转性、浮动性、摇摆性、下肢发软、地面移动或倾倒。头颈突然过度屈伸或转侧可诱发或增剧眩晕，发作时间短暂，往往不超过几分钟，也可在24小时内发生几次，某些病例可持续数天，以后也可再发。眩晕常伴发恶心、呕吐、站立不稳、共济失调，还可伴发一种或多种供血不足的症状（缺血区在眼部、脑干、小脑等）。

【鉴别诊断】

1. 梅尼埃病

急性发作性、旋转性、重度眩晕，有水平眼颤，发作性感音性耳聋、耳鸣，无神经系统病证。

2. 良性发作性位置性眩晕

位置性、发作性、中度眩晕，周围型位置性眼颤，少有耳聋、耳鸣，无神经系统病证。

3. 前庭神经元炎

急性发作性中至重度眩晕，多数有水平性眼颤，无耳聋、耳鸣，无神经系统病证。

【治疗规范】

1. 治则

醒脑开窍，滋补肝肾，补益脑髓。

2. 配方

内关、水沟、三阴交、风池、完骨、天柱。

3. 操作

内关，直刺1寸，提插捻转泻法；水沟，刺向鼻中隔，雀啄泻法；三阴交，直刺1寸，捻转补法1分钟；风池、完骨、天柱，直刺1寸，小幅度高频率捻转补法各1分钟。

4. 疗程

每日治疗2次，10次为1疗程，需治2个疗程。

【配方理论】

椎－基底动脉供血不足所致的眩晕，中医责之为肝肾亏虚，髓海不足，脑失所养。《灵枢·海论》篇曰："脑为髓之海"，"髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"《景岳全书·眩运》篇指出："眩运一证，虚者居其八九，而兼火、兼痰者不过十中一二耳。"强调了"无虚不作眩"，在治疗上认为"当以治虚为主"。风池、完骨、天柱三穴合用，具有补益脑髓的作用。采用小幅度高频率捻转补法，每穴施术1分钟，经彩色超生多普勒仪测定，针刺能有效地改善椎－基底动脉系统血流量，增加脑的灌注量。三阴交具有滋补肝肾的作用。方中内关、水沟起醒神开窍的作用，可"调其神，令气易行"。

【验案举例】

李某，男，53岁，干部。入院日期：1982年5月17日。住院号：11919。

主诉：阵发性眩晕半年，近20余天加重。

病史：平素用脑过度，5年前工作中觉颈部轻微酸沉，左上肢时而麻木，公安医院X光示："颈椎增生"。经按摩症状消失，1982年4月23日颈部猛向左侧转动突发头晕，恶心欲吐，心慌，公安医院诊断"颈性眩晕"，注射"安定"1支，症状缓解，以后出现记忆减退，颈部酸痛，颈部向左转时诱发头晕，发作频繁，每日8～10次，5月14日经石院长门诊治疗后收入住院。

查体：神清合作，发育营养良好，皮肤巩膜无黄染，表浅淋巴结无肿大，双眼向右视时轻度眼颤，无复视，无视野缺失，伸舌稍偏左，椎体无叩击痛，左右转动头部无眩晕，心音弱，$A_2 < P_2$，心律齐，率82次/分钟，两肺（－）。肝脾未触及，余未见异常。

印象：①中医：眩晕；②西医：颈椎增生，椎－基底动脉供血不足。

辨证：患者年过半百，肾气已衰，加之平素用脑过度，髓海空虚，脑失所养，发为眩晕。

治则：滋肾生髓，补益心脾。

选穴：天柱、风池、太阳。

操作：太阳，提插泻法；风池、天柱，捻转补法；每穴施术1分钟。

治疗经过：采用上法治疗1次，头晕明显减轻，查脑血流示"双侧枕－乳波幅降低。"经7次治疗，已基本缓解，头部向左右转动未发头晕，5月25日石院长予针刺治疗，并通过脑血流观察枕－乳供血情况，3分钟后脑血流图明显改善，波幅增高，说明针刺有改变脑血流的作用。次日复查脑血流，波幅保持稳定，临床治愈出院。

（二）高血压病

高血压病又称"原发性高血压病"，是一种主要由于高级神经中枢功能失调引起的全身性疾病。临床表现为血压升高，神经功能失调症状群，晚期可导致心、脑、肾器官病变。头晕为一、二期高血压的主要临床表现，中医属眩晕范畴，由于综合因素作用，人体

内阴阳平衡失调所致。尤其是肝肾阴阳失调，肾阴不足，肝阳上亢的下虚上实证。针刺对于改善各期高血压头晕症状以及对一、二期高血压的降压作用卓有成效。

【临床表现】

高血压病早期症状主要为神经系统功能失调症状，如头痛，头晕最常见。其他症状有心悸，失眠，健忘，易怒，耳鸣，乏力，神经质等。约有40%患者早期无症状。后期症状则是由于心、脑、肾功能不全而引起，此时初期的症状反而可能下降到次要地位。

【鉴别诊断】

高血压病应与症状性高血压相鉴别。

1. 肾源性高血压

高血压伴全身性水肿或水肿病史，蛋白尿、血尿或脓尿，或上腹部动脉杂音，或肾功能损害，均提示肾源性高血压的诊断，尤其是年轻的高血压病人。常见的有急慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾动脉狭窄、多囊肾等。

2. 嗜铬细胞瘤

持续或间歇性高血压，具有代谢增高，糖尿，心前区痛，心动过速。多发于年轻人及儿童。易于轻度创伤、小手术时出现高血压危象。

3. 原发性醛固酮增多症

高血压伴四肢乏力与麻木、夜尿多、周期性瘫痪等。

【治疗规范】

1. 治则

活血散风，平肝降逆。

2. 配方

人迎、合谷、太冲、曲池、足三里。

3. 操作

人迎，直刺1~1.5寸，见针体随动脉搏动而摆动，施用捻转补法第二定义1分钟；合谷、太冲，均直刺0.8~1寸，施用捻转泻法第一定义1分钟，曲池、足三里，直刺1寸，施用捻转补法第一定义1分钟，共留针30分钟。

4. 疗程

每日治疗2次，15天为1疗程。

【配方理论】

人迎，阳明经之动脉，多气多血之乡，具有调和气血之功。解剖学认为人迎穴下恰为颈动脉窦所在，颈动脉窦为人体的压力感受器，是人体血压调整重要部位。临床实践证明：针刺人迎确实对血压有良好的调节作用，高血压可以降低，低血压可升高。

曲池，手阳明大肠经之合穴，有泻热潜阳，利气通下的作用。

合谷、太冲，合谷为手阳明大肠经原穴，为阳中之阳，主气在上；太冲为足厥阴肝经

的原穴，为阴中之阴，主血在下。两穴合用，具有平稳阴阳、调和气血、沟通上下的作用。临床上不仅用于高血压有很好的疗效，在很多病证中合谷、太冲都是最佳的配穴。

（三）梅尼埃病

本节主要论述周围性眩晕中梅尼埃病的针灸治疗方法。

【临床表现】

以眩晕发作、耳鸣、耳聋为主要临床表现，并具有发作性及复发性的特点。眩晕发作突然，可在任何时间发生，甚至入睡后也可发作。眩晕有几种形式，最常见的是当病人睁眼时感觉房子或周围景物在转动，闭眼时则觉自身在旋转；病人也可有身体不稳感，试图走路时向一侧倾跌或表现为前后左右摇摆。发作时病人往往伴有恶心、呕吐、面色苍白、出汗、脉搏或快或慢、血压多数偏低等一系列自主神经功能紊乱的症状。

【鉴别诊断】

1. 迷路炎

迷路炎是急性或慢性中耳炎的常见并发症。临床上中耳炎病人出现阵发性眩晕，伴以恶心、呕吐时，提示迷路炎的可能。严重者眩晕甚剧，并有眼球震颤、听力丧失、平衡失调等症。外耳道检查可发现鼓膜穿孔。

2. 链霉素及其同类药物中毒

有明确的用药史，多在用药后数天内发生眩晕、恶心和呕吐。常有口周发麻感，严重时四肢及全身也发麻。通常无眼球震颤，前庭功能检查显示异常。

3. 前庭神经元炎

大部分病人于起病前有发热或上呼吸道感染。发病急骤，突出的症状是眩晕，伴恶心、呕吐，但病人往往无耳鸣及听力减退。可见自发性眼球震颤，双侧前庭功能试验显示不正常，神经功能检查无异常。

4. 位置性眩晕

病人的头部处在一定的位置时便出现眩晕及眼球震颤，多数不伴有耳鸣及听力减退。

【治疗规范】

1. 治则

安神醒脑，调和阴阳。

2. 配方

风池、印堂、上星透百会、四神聪、听宫、头皮晕听区、合谷、太冲。

3. 操作

风池，向外耳道斜刺 1～1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；印堂，施雀啄泻法 1 分钟；上星，透向百会进针 3 寸，小幅度高频率捻转 1 分钟；四神聪，进针 0.2～0.5 寸，平补平泻；听宫，张口取穴，直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法分钟；头皮晕听区，沿皮刺入帽状腱膜下，施小幅度高频率捻转手法，再配合电针增加刺激量；合谷，直刺 1 寸，施捻转泻法

1分钟；太冲，直刺0.5～0.8寸，捻转泻法1分钟。

4. 疗程

每日治疗2次，7天为1疗程。

【配方理论】

眩晕的发病机理颇为复杂，但归纳起来不外风、火、痰、虚四个方面，各类眩晕可单独出现，也可相互转化。梅尼埃病引起的眩晕，临床以眩晕、耳鸣、呕吐最为常见，主要责之于肝、脾、肾三脏功能失调，阴阳失衡。因此取印堂、上星透百会、四神聪以安神醒脑，“主明则下安”。取合谷、太冲开四关，“开四关，调阴阳”。《资生经》云：“风池治目眩苦头痛”。《通玄指要赋》云：“头晕目眩，要觅于风池”。风池为治眩晕之要穴，与头皮晕听区相配合，疗效可靠。针听宫穴可止耳鸣。

【验案举例】

张某，女，36岁，农妇。初诊日期：1986年8月12日。

主诉：耳鸣，眩晕，恶心5天。

病史：患者素有耳鸣头晕病史，间断发作。本次发病5天前夜寐欠佳，晨起突发耳鸣头晕，泛恶欲吐，喜卧，动则晕甚，行动不稳，目不欲睁，在当地医治，服药无效，前来就诊。

查体：体瘦，面色萎黄无华，行走步态不稳，左右倾斜欲倒，双眼球轻度水平震颤，口苦咽干，心烦胸闷，夜寐欠佳，纳差，舌红苔薄黄，脉弦数。

印象：①中医：眩晕；②西医：梅尼埃病。

辨证：患者操劳家务，农活劳作，而谋虑太过，肝阴暗耗，肝阳偏亢，风阳升动上扰清空，闭阻清窍，肝阳偏旺，扰乱心神而不寐。风扰清空，而致头晕目眩，闭阻清窍而致耳鸣，肝风动扰，横逆犯胃，胃气不降而致呕恶。

治则：平肝熄风，疏经通络。

选穴：风池、听宫、印堂、合谷、太冲。

操作：风池，向外耳道斜刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；听宫，张口取穴，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；印堂，向下斜刺0.3～0.5寸，施雀啄泻法1分钟；合谷，直刺1寸，施捻转泻法1分钟；太冲，直刺0.5～0.8寸，施捻转泻法1分钟，留针15分钟。每日1次。

治疗经过：经过1次针刺后，行走平稳，两目可睁，头晕减轻，仍耳鸣，恶心止，3次后耳鸣眩晕症状消失，再针2次，诸症消失而愈，间断治疗3次，追访3个月，未再发作。

（四）颈性眩晕

颈性眩晕也称椎动脉压迫综合征。其发病原因可能有以下几个方面：颈椎骨质增生、颈肌及颈部软组织的病变等引起颈动脉受压而发生缺血；颈交感神经丛受直接或间接刺

激，引起椎动脉痉挛或反射性引起内耳微循环障碍；颈反射异常等。本病属中医学眩晕的范畴，其发病机理主要是由于肝肾阴虚，髓海不足，脑失所养而致。针刺治疗本病在改善椎动脉供血方面卓有成效。

【临床表现】

多种形式的眩晕，其发生与头部突然转动有明显关系。常伴有恶心、呕吐、共济失调、平衡障碍，有时也伴有黑蒙、复视、弱视、脑干缺血症状等，症状持续短暂。

【鉴别诊断】

1. 自主神经功能紊乱性眩晕

女性较多见，常有诱因，如情绪不佳、紧张、过劳等。伴有显著的自主神经紊乱症状，诸如恶心、上腹部不适、面色苍白、心悸、汗出、耳鸣等。眩晕多为发作性，持续数小时或数天，体检一般无阳性发现。

2. 颈动脉窦综合征

患者常与头颈部突然转动、衣领过紧或颈部突然受压时迅速出现眩晕，重者伴发晕厥。

3. 体位性低血压

患者每于卧位突然转为直立位时可骤然发生眩晕甚至晕厥。

【治疗规范】

1. 治则

疏通经络，补益脑髓。

2. 配方

颈椎夹脊穴、风池、完骨、天柱。

3. 操作

颈椎夹脊穴，进针 0.5～1 寸，捻转补法，每穴 1 分钟；风池、完骨、天柱，进针 1 寸，小幅度高频率捻转补法，每穴 1 分钟。

4. 疗程

每日针刺 2 次，10 天为 1 疗程。

【配方理论】

《灵枢·海论》篇说："脑为髓之海"，"髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"《景岳全书·眩运》也强调了"无虚不能作眩"。本病的发生是由于颈椎疾病导致椎动脉受压引起脑供血不足而发生眩晕。方中取风池、完骨、天柱补益脑髓，颈椎夹脊穴疏通经络，改善脑供血。

【验案举例】

贾某，女，52 岁，干部，入院日期。2003 年 7 月 30 日。住院号：F06625。

主诉：头晕伴右上肢麻木 20 天。

病史：患者平素工作繁忙，20 天前在单位开会时自觉头晕，时有恶心欲呕及右上肢麻木，次日就诊附近医院，查颈椎 X 光片示：颈椎病。予口服眩晕停及按摩治疗，症状时轻时重，今日就诊于我科，收入住院。

查体：血压 150/90mmHg，脉率 76 次/分钟，神清合作，头晕，视物无旋转，无头痛及恶心欲呕，右上肢体麻木，肌力Ⅴ级，深浅感觉无异常，语言清，生理反射正常，臂丛牵拉试验（+），双侧胸锁乳突肌张力不等，左略低于右，肌肉无萎缩，自第 3 颈椎至第 2 胸椎及脊柱两侧均有压痛，舌暗红，苔白，脉弦滑。

印象：①中医：眩晕；②西医：颈椎关节病。

辨证：患者年过半百，肾气已衰，加之平素用脑过度，髓海空虚，脑失所养，发为眩晕。

治则：滋肾生髓，补益心脾。

选穴：天柱、风池、完骨、太阳、肩贞、臑俞、天宗、秉风、曲垣、肩中俞、肩外俞、极泉、后溪、尺泽、颈椎夹脊刺。

操作：极泉，提插泻法，至麻电感到达手指，余用捻转提插相结合泻法。

治疗经过：采用上法治疗 3 次，头晕减轻，右上肢麻木减轻，14 天后诸症悉除，临床治愈出院。

【临证提要】

颈椎增生所致眩晕为继发性眩晕，病本在于颈椎增生造成大脑供血不足，故我们在取头部腧穴的同时，重视颈椎夹脊刺方法，以改善颈椎压迫刺激症状，故疗效满意。

（五）眼性眩晕

眼源性眩晕是由于眼肌麻痹、屈光不正等原因引起的眩晕。中医学认为：肝开窍于目，当肝阳化风上蒙清窍或气血不足目失所养时，均可导致目珠偏斜、视一为二而引起眩晕。针刺治疗眼源性眩晕是一种行之有效的疗法。

【临床表现】

以眩晕为主症。如为眼肌麻痹所引起的眩晕则向麻痹侧注视时眩晕更明显，常伴有复视、斜视及眼睑下垂。遮蔽病侧眼球或闭目休息后眩晕可消失。

【鉴别诊断】

1. Cogan 综合征

本病是一种非梅毒性间质性角膜炎，可有发作性眩晕，患者可伴有结节性多动脉炎。

2. 中等度贫血

本病可有头晕、眼花等症状，从下蹲站起时明显。

3. 低血糖

眩晕多发生于饥饿时，伴出汗、全身无力和不稳感。

【治疗规范】

1. 治则

通络明目。

2. 配方

（1）主穴：风池、睛明、四白。

（2）配穴：①肝阳上亢加太冲、行间；②肝肾阴虚加三阴交；③气血亏虚加足三里、关元。

3. 操作

风池，进针1寸，捻转泻法1分钟；睛明，直刺进针0.5～1寸，不提插捻转；四白，斜刺入眶下孔，捻转泻法；太冲、行间，进针0.5寸，捻转泻法1分钟；三阴交，进针1寸，捻转补法；足三里，进针1～1.5寸，捻转补法1分钟；关元，进针1～2寸，呼吸补法1分钟。

4. 疗程

每天治疗2次，10天为1疗程。

【配方理论】

眼源性眩晕虽是眼睛局部病变所导致，但它是全身疾病在目窍的反应。方中睛明、四白局部取穴，配以风池穴具有调解眼肌运动，改善眼区供血而明目的作用。因此在局部取穴的同时，注重辨证施治，标本同治，因果并治。

【转归及预后】

眩晕一病，若治疗延误将造成非常重大的损害，其转归大体如下：

1. 中年以上，肝阳上亢引起的眩晕，如肝阳亢逆，化为肝风，病情严重时可卒然昏倒，有发展为中风的可能，故及时防治眩晕，对中年以上之人，尤为重要。

2. 眩晕的治疗如果及时，一般预后较好，针灸确能控制病情发展。

【预防与调护】

眩晕的病因与饮食，情志有关。因此，平时宜节肥腻酒食，忌辛辣，戒躁怒，节房事，适当增加体力活动，锻炼身体，服药调治。

【验案举例】

案一　王某，男性，59岁。眩晕3个月，近半月加重，恶心呕吐，肩背疼痛，舌淡红少苔，脉弦，证属肝阳上亢。治则：平肝潜阳，补益脑髓。取穴：太冲、行间、三阴交、风池、完骨、留针30分钟，共针14次而愈。（《石学敏针灸临证集验》）

案二　韩某，女性，64岁。头晕10天，恶心、呕吐痰涎，舌红苔黄腻，脉弦滑，证属痰浊中阻。治则：和胃化痰。取穴：丰隆、阴陵泉、三阴交、太冲，共针20次而愈。（《石学敏针灸临证集验》）

【临证提要】

眩晕为临床常见病，治疗不当常可迁延为慢性疾病。其疗效取决于辨证求因及针刺手法量学标准。

十、厥证（一过性昏厥）

晕厥是以突然昏倒，不省人事，四肢厥冷，肌肉松弛，脉搏缓慢为特征的一种症状。中医称其为厥证。它是由于大脑一时性广泛性供血不足所致。现代医学认为，引起此种改变的主要原因有：心脏输出量减少或心脏停搏、突然剧烈的血压下降，脑血管的普遍性暂时性闭塞或严重的入量不足及高度紧张。中医学认为，引起厥证的原因：一为元气亏虚，如《素问·脉解》有“下虚则厥”；二为寒邪，如：《素问·调经论》说：“厥气上逆，寒气积于脑中而不泻”；三为气逆，《素问》云：“厥者，逆也，气逆则乱，故忽为脑晕，脱绝，是名为厥”。

石学敏教授认为：“经气逆乱、窍闭神匿”为厥证的基本病机，故治疗以“醒脑开窍、调理气机”为原则，临床获得了满意的疗效。

【临床表现】

突然昏倒，不省人事，四肢厥逆，发时无四肢抽搐，口眼相引，牙关紧闭，口吐白沫等症，伴面色苍白、汗出、脉细缓、移时方苏，醒后无失语、口眼㖞斜、半身不遂等后遗症。

【鉴别诊断】

血压降低是晕厥的普遍现象，因此晕厥与休克有时并无明显的界限，但休克的早期意识仍清楚，或仅表现精神迟钝，而周围循环衰竭症状比晕厥更为明显持久。另外许多疾病都可以出现晕厥的临床体征，因此加以鉴别，究其原因，采取针对性治疗是非常必要的。

1. 体位性低血压

体位性低血压（直立性低血压）所致的晕厥，发生于病人采取直立位或持久站立时。此种晕厥的特点是血压急剧下降，心率变化不大，晕厥持续时间较短，前驱症状一般不明显。尤其在炎热的气温下；孕妇或长期卧床的病人骤然起立时，造成血液蓄积于下肢，回心血量减少，进而引起脑部一时性供血不足。

特发性直立性低血压发病多在中年以上，男性多于女性，轻者于直立时逐渐发生晕厥；重者可于直立时立即出现晕厥；严重者需长期卧床。本病同时有阳痿以及无汗为特征。病人尚有膀胱直肠功能障碍，或出现锥体外系、小脑系、锥体系的体征，临床可通过测量卧位及直立后的血压，每分钟 1 次，连续 5 次，收缩压下降 50mmHg 左右，病人同时出现临床症状，以支持本病的诊断。

2. 心源性晕厥

心源性晕厥是由于心脏病时心脏输出量减少或心脏停搏导致脑组织缺血而致。其原因

可由于严重心律失常，心脏排血受阻，心脏缺血等所致，心源性晕厥的严重者称为急性心源性脑缺血综合征（阿－斯综合征）。

（1）阵发性心动过速、阵发性心房纤颤：突然发作的高度心动过速，尤以阵发性心动过速与阵发性心房纤颤，有时可因脑缺血而引起晕厥。某些病人在晕厥之前，可有短暂的前驱症状，如突然发生不规则的心跳、眼花、头晕、出汗、恶心或呕吐等。意识丧失的时间通常短暂。

（2）病态窦房结综合征：本综合征病因复杂，主要由于冠心病、心脏病、心肌炎等引起窦房结供血不足所致。可出现眩晕与晕厥发作。心率常慢于50次/分钟。临床上如病人有重度窦性心动过缓，或窦性停搏伴室上性过速性心律失常，或伴有慢室率的慢性心房纤颤，或与药物无关的窦房阻滞等，均提示本综合征的诊断。如无禁忌证，静脉注射阿托品1～2mg，心率不增加或稍增加（90次/分钟以下），说明窦房结功能不足。

（3）原发性肺动脉高血压：此为一种较为少见的先天性心脏病，发生晕厥的原因主要是心脏输出量减低。有人认为是供应窦房结及房室结的血管受损害所致。晕厥前有短时间的头晕、眼花、上肢部不适、窒息感以及心脏紧迫感，随后意识丧失，常伴有发绀。

（4）心绞痛与急性心肌梗死：发作晕厥时通常无前驱症状，重症心肌梗死早期发生晕厥并非少见。由于心绞痛或急性心肌梗死所致的晕厥，其持续时间较长，偶尔有大小便失禁，但少有抽搐。意识恢复后有些病人可有后遗症状，如无力、恶心、呕吐等。有时引起晕厥的心肌梗死则并不出现心前区疼痛，而在意识恢复后才出现，此类病则须经心电图描记方能确诊。

3. 脑源性晕厥

血管性晕厥是由于脑部血管或主要供应脑部血液的血管发生循环障碍，导致一时性广泛性脑供血不足所致，脑源性晕厥与血管舒张障碍晕厥有所不同。后者是由于各种原因通过神经反射，引起血压下降，心率减慢，心脏输出量减少，脑供血不足所致。

脑源性晕厥须与癫痫小发作、癔病发作、发作性睡病相鉴别，其鉴别要点是：①晕厥发作时伴有跌倒，而癫痫小发作则无；②晕厥发作时血压降低，发作后期皮肤苍白仍持续数分钟，癫痫小发作时无明显的血压改变及苍白；③晕厥的发作及终止均较癫痫小发作为慢；④晕厥发作后全身无力，而癫痫发作后可继续活动；⑤脑电图可除外癫痫。

4. 低血糖性晕厥

功能性低血糖多见于情绪紧张的人在高糖饮食后数小时。低血糖状态时，由于大脑皮层受累，继而波及皮层下——间脑、中脑、桥脑和延髓，出现晕厥，其鉴别主要为空腹血糖减低。

5. 晕针

晕针是由于针刺治疗时，患者过于紧张或空腹时行针刺治疗而引起的一时性大脑供血不足而致，其鉴别主要为首次进行针刺治疗后或针刺治疗中发生晕厥。

【治疗规范】

1. 治则

醒脑开窍，调理气机。

2. 配方

（1）经穴刺法：取内关、水沟、膻中、关元、太冲。

（2）电针疗法：取内关、水沟、涌泉、足三里、太冲、针刺得气后加脉冲电针。

（3）刺络法：选水沟、大椎、陶道、十宣，刺络放血治疗。

（4）指针疗法：在突然发生晕厥而无针具的情况下，可使用指针疗法，取水沟、天突。

（5）症状性晕厥的治疗：根据不同原因引起的晕厥，应采用相应的对症治疗。如低血糖性晕厥，应补充糖的入量；体位性低血压，应使患者平卧去枕；心源性、脑源性晕厥，也应采取相应的对症治疗。

3. 操作

（1）经穴刺法：双侧内关，均直刺进针 1～1.5 寸，施捻转提插相结合的泻法，施术 1 分钟；水沟，针尖向鼻中隔方向斜刺，施重雀啄手法至患者双目流泪为度；膻中，行逆而夺之手法，进针 1 寸；关元，直刺进针 1 寸，施提插补法 1 分钟；太冲，直刺 1 寸，施提插泻法 1 分钟。以上穴位施术后留针 20 分钟。

（2）电针疗法：内关、涌泉、足三里，均直刺进针 1 寸；太冲，直刺进针 0.5 寸，水沟用重雀啄法后，加脉冲电针，对昏厥者可适当加大电流，复苏后以患者可耐受度为 10～15 分钟。

（3）刺络法：选用水沟、大椎、陶道、十宣，用三棱针点刺放血，出血量的多少可因人、因证而异，视其出血颜色，由紫黑渐转变为鲜红为度。

（4）指针疗法：医生用拇指，使指关节尽量弯曲，与皮肤构成 90°角，将指尖放在穴位上，慢慢加强压力，同时上下左右揉动，使患者产生一定的感觉。

4. 疗程

（1）急性期：因晕厥发生来势凶险，故应尽快缓解症状。每日可针刺数次。

（2）恢复期：待患者神清后，可行 20 天的巩固性治疗。

【配方理论】

晕厥属中医学“厥”证范畴，是临床常见且非常凶险的疾病。文献记载最早始于《内经》，且论述甚多，涉及范围相当广泛，后世医家更多有发挥。其病机包括：气逆、寒邪、虚损、痰湿、肝郁等。

石学敏教授认为，厥证发病后，是由于经气逆乱，窍闭神匿而致，故治疗以醒脑开窍为原则，因厥证发病，昏不识人，神无所附，故选取内关、水沟为主穴，达到调理气机、通关开窍之功效，且选刺水沟，达到一定的刺激量，然后刺内关，用捻转泻法，患者即可苏醒。

【转归及预后】

厥证为急重证候，如阴阳离绝，必死。

气机逆乱而阴阳尚未离绝者，治疗及时得当则预后较佳。

气厥、血厥失治误治可转为脱证。

【预防与调护】

1. 心情舒畅，减少情志刺激。

2. 合理进食，以清淡为主，多进食水果及果汁。

3. 加强肢体功能锻炼，以提高防御能力。

【验案举例】

案一　刘某，男，52岁，2000年8月4日初诊。

主诉：患者突然昏倒3分钟

病史：既往患慢性冠不全5年余，发病前因在烈日下行走，突然昏倒，不省人事，四肢厥冷，故来我院治疗。现症：神志恍惚，面色苍白，四肢厥冷，额部冷汗。察其：心律齐，率92次/分钟，血压80/50mmHg；脉细数。

印象：阳气虚弱厥证。

治则：醒脑开窍。

选穴：内关、水沟。

操作：先针水沟，重雀啄，持续1～3分钟，以患者恢复神志为度。继针内关，针1.5寸，施捻转泻法，持续1～3分钟。

治疗经过：针后2分钟病人苏醒，血压110/80mmHg，四肢肤温正常，1周后出院，自述一次外出在烈日下行走50分钟，也未复发。

案二　赵某，女，32岁，工人。入院日期：1979年9月3日。住院号：10043。

主诉（爱人代述）：因情绪激动晕厥5分钟。

病史：患者体弱，血压偏低80～90/50～60mmHg，因与邻居发生口角，突然晕倒，不省人事，汗出较多，四肢冷，呼吸微弱，经检查收入院。

查体：神志不清，面色苍白，四肢厥冷，心率88次/分钟，律整，未闻杂音，双肺呼吸音正常，脉细。

印象：①中医：厥证；②西医：晕厥。

辨证：因恼怒后，经气逆乱，清窍被蒙，扰乱神明。

治则：醒脑开窍。

选穴：内关、水沟。

操作：同前。

治疗经过：针后5分钟，患者苏醒，自觉心中不适，查心电图，窦性心律，正常心电图，血压80/60mmHg，又以益气养血，安神定志法治之，选用足三里、心俞、膈俞、气

海、关元、神门等穴，隔日 1 次，20 天后诸症消失。自述虽几经情绪波动，未发晕厥之症。

【临证提要】

引起厥证的原因：一为元气亏虚，如《素问·脉解》有“下虚则厥”；二为寒邪，如：《素问·调经论》说：“厥气上逆，寒气积于脑中而不泻”；三为气逆，《素问》云：“厥者，逆也，气逆则乱，故忽为脑晕，脱绝，是名为厥”。

石学敏教授认为：经气逆乱，窍闭神匿为厥证的基本病机，故治疗以醒脑开窍、调理气机为原则，临床获得了满意的疗效。

针刺治疗厥证，疗效可靠，厥证乃临床常见及多发病证，临证需辨明病情虚实，审证求因，方可取得满意效果。

十一、头痛

（一）血管性头痛

血管性头痛（即偏头痛）是一种周期性发作的头痛。它分为两大类型：偏头痛伴有先兆和偏头痛不伴先兆。迄今，对偏头痛发病机制比较统一的学说认为，偏头痛作为一种不稳定性的三叉神经—血管反射，伴有疼痛控制通路的节段性缺陷，使得从三叉神经脊核来的过量放电以及对三叉丘脑束的过量传入神经冲动发生应答，最终引起脑干与颅内血管间发生相互作用。偏头痛属中医头痛范畴，“不通则痛，久痛必瘀”为其主要发病机理。因此采用针刺及刺络疗法治疗本病以活血通络，疗效显著。

【临床表现】

头痛开始表现为一侧眶上、眶后或额颞部位的钝痛。偶尔，头痛可以出现在顶部或枕部。当头痛强度增加时，具有搏动性，以增强的方式达到高峰，然后持续为一种剧烈的固定痛。这时头痛往往已经从初发的部位扩展到整个半侧头部甚至向下扩展至上颈部。患者面色苍白，常伴有恶心、呕吐。常见的先兆是视觉障碍，如闪光、闪烁的锯齿形线条、暗点、黑蒙、偏盲等，少见的先兆是手麻、讲话障碍。

【鉴别诊断】

偏头痛需与丛集性头痛及原发性三叉神经痛相鉴别。

1. 丛集性头痛

壮年及中年男性多见，呈跳痛、烧灼痛，发作持续时间为 30 分钟～1 小时，常伴有流泪、鼻塞、流涕、脸红。无扳机点，麦角胺可有效。

2. 原发性三叉神经痛

40 岁以上的女性多见，呈电击样、火烙样痛，发作持续时间为数十秒至数分钟，常伴有面肌抽搐、流泪。有扳机点，苯妥英钠有效。

【治疗规范】

1. 治则

疏解少阳，活血化瘀。

2. 配方

风池、完骨、太阳、头维透率谷、中封、阳辅。

3. 操作

风池、完骨，进针 1～1.5 寸，施小幅度高频率捻转补法，每穴施手法 1 分钟；太阳，用三棱针点刺 3～5 点，速用闪火拔罐法，令出血 3～5ml，留罐 5 分钟；头维透率谷，施捻转泻法 1 分钟；中封，进针 0.5～1 寸，阳辅，进针 1 寸，均施捻转泻法 1 分钟。

4. 疗程

每日治疗 1 次，10 天为疗程。

【配方理论】

血管性头痛是以偏头痛为主要临床表现，中医学称为“偏头风”，《素问·风论》有“脑风”、“首风”之称。头侧部为少阳经脉循行所过，其发病多因风邪侵袭少阳，少阳枢机不利，或肝郁化火循胆经上扰，经络痹阻，日久瘀血阻络而发头痛。根据“经脉所过，主治所及”的道理，以取少阳、阳明经穴为主，通络止痛。方中风池穴系足少阳胆经与阳维脉之会穴，完骨为足少阳胆经穴，两穴合用，具有通经活络，清头开窍调和气血之功效。头维为足阳明及足少阳的交会穴，有升清降浊之功。中封、阳辅分别为肝、胆经之穴，为清利肝胆经之对穴。运用本法治以疏调少阳、活血化瘀、通络止痛，局部及远端取穴相配合，局部取穴清利头目，远端取穴清泄肝胆之热，加之针后太阳穴刺络拔罐，令血出邪尽而奏奇效。

【验案举例】

何某，女，1978 年 4 月 12 日。

主诉：患者阵发性右颞部疼痛 10 年。

病史：自 24 岁时经常右侧头痛，多在月经周期前或经间加重，疼痛前视物昏花，自觉目“抽”约 20 分钟后，眼症状消失后出现搏动性右颞部疼痛，疼痛甚则恶心、呕吐，可持续 2～3 天。曾在某院作脑电图、颅平片、眼底检查均正常，服麦角胺、咖啡因可使头痛减轻，但不能控制复发。故来我科就医。现症：查体：精神尚好，痛苦表情，右颞部疼痛固定；面色苍白；颅神经检查（－）；血压 120/80mmHg；急查脑血流图报告：双侧额—乳导联均呈低张波；舌质淡，苔薄白；脉弦细。

印象：①中医：头痛；②西医：血管性头痛。

治则：疏解少阳经气，活血化瘀通络。

选穴：风池、阳辅、率谷、合谷、太冲、肝俞、脾俞、肾俞。

操作：先针风池，1.5 寸，施捻转补法，行手法 1 分钟；阳辅，针尖向上斜刺 1.5 寸，

施捻转泻法，令针感向膝部放射；率谷，沿皮刺0.5寸，施平补平泻法，局部胀感为度；合谷，1寸，施捻转泻法，局部酸胀为度；太冲，1寸，施捻转泻法，局部酸胀为度；肝俞、脾俞、肾俞均向脊柱斜刺0.5~1寸，施捻转补法，令针感向胸廓放散为度。

治疗经过：每日针1次，3次后头痛消失，为防止复发，嘱其在下次月经前来院治疗，连续8次治疗，月经前后已无头痛，为巩固疗效，隔日针1次，至第3次月经周期后，头痛止，未见复发，复查脑血流图报告：正常。

（二）神经性头痛

神经性头痛又称紧张性头痛、肌收缩性头痛、精神性头痛，是慢性头痛中最常见的一种。主要是由于精神因素或由于职业的特殊头位引起头颈部肌肉持久性收缩以及继发血管扩张所致。其特点为全头持续性疼痛，故中医属少阴头痛。由于其发病常有明显的精神因素，则拟定理气调神之针法。

【临床表现】

疼痛部位多在前额、双侧太阳穴、头顶、枕部、颈部、或弥漫全头。头痛如重压样、紧箍样、钳夹样、牵扯样，或为胀痛、闷痛，朝夕如是，持续数月或数年。每于紧张、焦虑、烦躁、失眠时头痛加重，几乎不伴恶心呕吐，但可伴发头晕、易激动、睡眠差、忧郁、焦虑。活动后不会使头痛加剧。

【鉴别诊断】

1. 偏头痛

头痛的特点常伴恶心呕吐，活动后疼痛加剧。

2. 枕神经痛

疼痛部位主要在枕部及颈部，其疼痛程度与精神因素关系不密切，枕神经出口处有压痛。

3. 颈性头痛

疼痛最常表现在颈后及枕后，常有一侧或双侧肩部及上肢麻刺感和疼痛。X线显示颈椎骨质增生或椎间盘变性。

【治疗规范】

1. 治则

调神理气，通络止痛。

2. 配方

内关、水沟、合谷、太冲、百会、四神聪、风池、完骨、天柱。

3. 操作

内关，进针1寸，提插捻转泻法1分钟；水沟，刺向鼻中隔，雀啄泻法至眼球湿润或流泪；合谷、太冲，直刺进针0.5~1寸，捻转泻法1分钟；百会、四神聪，斜刺0.2寸，小幅度高频率捻转补法1分钟；风池、完骨、天柱，直刺0.5~1寸，小幅度高频率捻转

补法每穴 1 分钟。

4. 疗程

每日治疗 2 次，15 次为 1 疗程，需治疗 2 个疗程。

【配方理论】

头痛在中医学中亦有“真头痛”、“脑痛”之称。中医认为头为诸阳之会，脑为清灵之府，五脏六腑之精血皆上注于此。故七情六欲，劳倦内伤或久病不复等皆可导致气血逆乱，升降失常，清阳不达，脑络受阻而发生头痛。正如《类证治裁》一书所说：“头为天象，诸阳经会焉，若六气外侵，精华内痹，郁于空窍，清阳不运，其痛乃作。”本病多因情志因素而诱发，故拟调神理气、通络止痛之法，重用内关、水沟理气调神，“调其神，令气易行”，能收“以意通经”而镇痛之效。合谷、太冲开四关，“四关主治五脏”，二穴相配具有调和阴阳，清心醒脑的作用。百会、四神聪可安神定志。风池、完骨、天柱可补益脑髓，清利头目，具有改善脑组织供血的作用。

（三）眼性头痛

眼源性头痛是由眼疾引起的头痛。常见引起头痛的眼疾有屈光不正、青光眼、视神经炎、虹膜炎、角膜疾病等。头痛为这些眼病的主要临床表现，患者多因头痛而就诊，经眼科检查而确诊。本病中医可诊为头痛，亦可诊为相应的眼科疾病。针刺对于改善眼疾所致的头痛特别是对屈光不正、青光眼卓有成效。

【临床表现】

屈光不正常在两侧眼球及眉弓处有胀痛，通常晨起较轻，午后加剧，视力疲劳时头痛加剧。青光眼在眼球周围或眼眶上部有剧烈头痛，可伴有呕吐，检查可见眼压增高。视神经炎的疼痛可位于眼球后，伴有视力减退。

【鉴别诊断】

1. 耳源性头痛

大多在原发病灶的周围，并放射至同侧颞部，局部可有压痛。

2. 鼻源性头痛

鼻炎及鼻窦炎而疼痛，常在前额及鼻根附近，清晨加重，检查鼻腔常有脓性分泌物。

【治疗规范】

1. 治则

通络止痛。

2. 配方

风池、太阳、睛明、球后、四白。

3. 操作

风池，针向对侧眼角，进针 1 寸，捻转泻法 1 分钟；太阳，斜刺 0.5 寸，捻转泻法；睛明、球后，进针 1 寸，不做提插捻转手法；四白，刺向眶下孔，提插泻法。

4. 疗程

每日针刺2次，7天为1疗程。急性疼痛期可随时针刺，1日针刺可达数次，一般针刺后疼痛可明显缓解。

【配方理论】

睛明、球后、四白具有调节支配眼部肌肉协调性，改善眼部供血的作用。并有报道针刺风池、睛明、球后等穴可提高急性闭角型青光眼（早期）房水流畅系数。因此说针刺对眼部的作用是一种整体“调整”和“功能兴奋”的作用，包括改善眼区血流、兴奋视神经电活动、调节眼肌、降低眼压等（相关研究显示）。而使头痛得到缓解。针灸对于缓解由于眼部疾患而引起的头痛有较好的疗效，但应积极治疗原发病，治病求本。

（四）颈性头痛

颈性头痛是颈椎外伤、畸形、肿瘤、炎症、增生性及退行性病变、颅颈结合部畸形、颈肌疾病导致颈神经根受压、颈肌痉挛、椎动脉供血不足等病理改变而引起各种形式的头痛。临床上以颈椎增生性及退行性病变多见。本病多属中医学肝阳头痛、肾虚头痛的范畴。针刺治疗在减轻神经根受压，改善椎动脉供血方面效果卓著。

【临床表现】

头痛常位于颈及枕部，可放射至同侧额、颞及肩部，有时颇似偏头痛。部分患者还有一侧上肢发麻、酸痛、无力，颈椎棘突及椎旁软组织可有压痛，颈部突然扭转或上肢高举时头痛往往加剧。

【鉴别诊断】

1. 枕神经痛

疼痛主要位于枕后及颈部，程度大多比较剧烈，可为一侧性或双侧性，通常为持续性，而有阵发性加强，疼痛常向头顶放射。枕神经出口处有压痛是本病的特点，枕大神经的压痛点是乳突与第2颈椎连线的中点（即“风池”穴），枕小神经的压痛点在胸锁乳突肌后上缘。在神经分布区有时检出感觉过敏或减退。

2. 神经性头痛

头痛的性质是头部重压感、紧箍感或带紧帽子的感觉，也可为痉挛性痛、牵扯性痛或胀痛，多为双侧，头痛往往为持续性，朝夕如是。在紧张、焦虑、烦躁时头痛加剧。

【治疗规范】

1. 治则

通络止痛。

2. 配方

风池、完骨、天柱、颈椎夹脊穴。

3. 操作

风池、完骨、天柱，进针1寸，捻转补法每穴1分钟；颈椎夹脊穴，进针0.5～0.8

寸，平补平泻，每穴1分钟。

4. 疗程

每日治疗2次，7日为1疗程。

【配方理论】

颈性头痛的部位主要在颈及后枕部，为太阳、少阳经循行所过，太阳主一身之表，为人身之藩篱，其经脉上行颠顶，循项背。少阳居半表半里之间，循行达到后头及顶部。多因风寒、瘀血阻遏太阳、少阳经气，而致经脉闭阻不通，“不通则痛”发为头痛。风池为足太阳、阳维之会穴，完骨为足太阳、少阳之会，天柱为足太阳经穴。《针灸聚英》云：“完骨主治颈项痛，头风耳后痛……风池主治偏头痛，颈项如扳不得回顾……”“天柱穴主治脑痛，头风，脑重如脱，项如拔，项强不可回顾……”三穴合用以达疏通太阳、少阳经气之作用。取颈椎夹脊刺以疏通经络，可减轻神经根受压，缓解颈肌紧张，改善椎动脉供血不足，从而达到止头痛的目的。

（五）高颅压头痛

颅内压增高所产生的头痛主要由于颅内痛敏结构尤其是血管受刺激、牵引或移位所致，而不是由于颅内压增高本身所造成。由于其疼痛的性质多属胀痛、搏动性痛，故中医多属肝阳上亢之头痛。针灸对于缓解颅内压增高而致头痛有一定的疗效。

【临床表现】

急性颅内压增高往往引起剧烈头痛，慢性颅内压增高则因患者有代偿性头痛而较轻。高颅压头痛多属弥漫性、深在性，呈胀痛、搏动痛、钻痛、牵拉痛。晨起较痛，凡能促使颅内压增高的动作如咳嗽、摇头、俯首、用力排便等均可加剧头痛。常伴呕吐、眩晕、耳鸣、复视、视乳头水肿、反应迟钝等颅内压增高的表现。

【鉴别诊断】

1. 低颅压头痛

头痛在枕部及颈部，有时位于前额或全头。呈胀痛、钻痛、叩痛、牵扯痛、炸裂痛、搏动性痛，站立时头痛最剧，卧床时头痛减轻或消失，饮水后头痛也可减轻。引起颅内压变化的动作如咳嗽、打喷嚏、摇头、用力等可使头痛加重。

2. 慢性硬膜下血肿

头痛常在脑外伤后3周逐渐出现，但也有迟至数年后才出现者。初期头痛较轻，有波动性，以后进行性加重。头痛位于单侧或全头。可伴呕吐、眩晕、嗜睡、呆滞，部分患者出现失语、癫痫发作、瘫痪、昏迷。CT检查可证实。

【治疗规范】

1. 治则

醒神开窍，滋阴潜阳，通络止痛。

2. 配方

印堂、上星透百会、太阳、风池、完骨、三阴交、合谷、太冲。

3. 操作

印堂，斜刺，进针0.2寸，雀啄泻法；上星透向百会，平刺进针3寸，平补平泻；太阳，进针0.5寸，捻转泻法1分钟；风池、完骨，进针1寸，捻转补法，每穴1分钟；三阴交，直刺1寸，捻转补法1分钟；合谷、太冲，进针1寸，捻转泻法，每穴1分钟。

4. 疗程

每日治疗2次，3天为1疗程。

【配方理论】

《素问·五脏生成》篇指出："是头痛巅疾，下虚上实。"肝阳上亢之头痛则多是由于肝肾阴虚，阴不敛阳，肝阳上亢，风阳上扰清窍，而发头痛。治疗上则采用醒神开窍，滋阴潜阳，通络止痛之法。方中印堂、上星透百会具有醒脑安神定志，与太阳穴相配可清利头目。三阴交为足三阴经的会穴，施捻转补法，以滋补肝肾。合谷、太冲开四关，具有调和阴阳，熄风通络之效。风池、完骨均为胆经穴，有清泻肝胆郁热之功效。

【验案举例】

吴某，男，48岁，干部。入院日期：2001年8月17日。住院号：F01292。

主诉：阵发头痛10天。

病史：患者高血压病史5年，间断服用降压药，血压波动于120~150/80~100mmHg，近日工作繁忙，10天前出现头胀头痛，自测血压150/100mmHg，曾就诊于总医院，予洛丁新5mg/d、波依定5mg/d、倍他乐克25 mg/d，血压仍不稳定，下午及晚间头部胀痛不舒，以枕部为主，伴有血压升高，今就诊于我院，收入我科。

查体：神清合作，发育正常，营养一般，面色红润，皮肤巩膜无黄染，颈软，浅表淋巴结未触及，四肢活动可，下午及晚间头部胀痛不舒，无头晕及恶心呕吐，血压120/80mmHg，脉率88次/分钟，颅神经（-），心肺（-），腹软，肝脾未及，生理反射存在，病理反射未引出，舌红，苔薄黄，脉弦数。

印象：①中医：头痛（肝阳上亢）；②西医：高颅压性头痛。

辨证：患者为肝肾阴虚之体，久病调摄不周致肾阴渐亏，阴不敛阳，风阳上扰清窍，而发头痛。

治则：平肝潜阳，清利头目。

选穴：风池、完骨、太冲、合谷、三阴交、印堂、太阳、上星透百会。

操作：风池、完骨，进针1寸，施捻转补法，每穴1分钟；太冲、合谷，进针1寸，捻转泻法，每穴1分钟；三阴交，直刺1寸，捻转补法1分钟；印堂，斜刺，进针0.2寸，雀啄泻法；太阳，进针0.5寸，捻转泻法1分钟；上星透百会，平刺进针3寸，平补平泻。

治疗经过：采用上法治疗3次，头胀痛缓解，巩固治疗15天，症状好转，血压稳定，

临床治愈出院。

十二、痿证（截瘫）

随意运动的功能减弱或丧失，均称为瘫痪，临床将其分为中枢性瘫痪、周围性瘫痪、肌病性瘫痪，中医学将其归为痿证范畴。指出：痿证系指肢体经脉弛缓，而四肢软弱无力，或难以运动，甚则肌肉瘦削为主的病证。究其病因为内伤情志，思虑忿怒，五志之火内炽，消烁肺津，而导致肺热叶焦。继之，清肃之令不行，水精四布失常，五脏失养，五体因之失用。现代医学认为，中枢性瘫痪是锥体束受损的结果，周围性瘫痪是由于脊髓前角或颅神经运动核前根及周围神经受损而致，肌病性瘫痪是指发生神经肌肉接头处及随意肌本身的病变所致的运动障碍。针刺治疗对于营养肌肉经脉、促进血液循环、改善肌肉的运动功能有一定的疗效，石学敏教授根据痿证发病原因的不同采取相应的治疗配方，临床上收到了较为理想的疗效。

【临床表现】

完全或不完全性的四肢瘫、截瘫，可为弛缓性或痉挛性的，有或无不同程度的肌肉萎缩、肌肉痉痛、感觉障碍。

【鉴别诊断】

瘫痪的病因很多，首先应观察瘫痪的形式，然后检查决定其为上运动神经元性还是下运动神经元性、神经肌肉传递障碍性或肌原性病变，因此接诊时应认真加以鉴别。

1. 截瘫

较常见的为外伤或肿瘤压迫而致的脊髓病变，也可见于脊髓前动脉血栓形成，横贯性脊髓炎、脊髓前角灰白质炎等，其临床特点为损伤平面以下的运动及感觉障碍，并有不同程度的二便功能障碍。

（1）脊髓缺血性疾患：脊髓动脉血栓形成或栓塞均可造成脊髓软化，一般起病急骤，临床表现分离性感觉障碍、截瘫。在运动系统方面，病灶节段所支配的肌群表现无力、瘫痪、萎缩，也可出现肌纤维或肌束震颤，病灶以下则为中枢性瘫痪。由于起病急骤，开始往往有脊髓休克期，一般表现为软瘫，以后才逐渐出现下肢肌张力、腱反射增高与病理反射。

（2）脊髓损伤：因外伤而致脊髓震荡、脊髓挫伤、脊髓裂伤，于伤后即表现为脊髓休克状态。在损伤脊节以下的肌肉呈现弛缓性瘫痪，深浅反射均消失，也无病理反射。膀胱直肠功能发生障碍，临床可根据外伤史、X 线及 CT 检查明确诊断。

（3）脊髓压迫：因疾病的性质、压迫的进展速度以及病变所在部位等而有所不同，症状多缓慢发生，一般病程多为数月，甚至长达数年。因肿瘤压迫，可出现疼痛及感觉异常，运动功能的障碍同时出现，或较感觉障碍晚发。膀胱、直肠的功能紊乱颇多常见，腱反射的减弱或亢进及病理反射是否出现，取决于压迫的位置，X 光片及 CT 检查可协助诊断。

2. 周期性麻痹

周期性麻痹是由于低血钾造成的瘫痪，临床以间歇发作肌肉软性瘫痪为特点。病前常有过重的体力活动，情绪激动，紧张等诱因。多伴有短暂的口渴、疲倦、出汗、肢体麻木等前驱症状。发作时神志始终清醒，肌肉张力降低，腱反射减退或消失，无感觉障碍及病理反射，血清钾明显低于正常水平。

3. 运动神经元疾病

运动神经元疾病是进展缓慢的中枢神经系统退行性疾病。因其病理变化主要位于脊髓前角细胞、脑干颅神经运动核或大脑皮质运动神经元，故统称为运动神经元疾病。

（1）进行性脊髓性肌萎缩症：此病目前病因不明，病理变化以脊髓前角最为突出。临床的主要表现是某些部位肌肉进行性无力与萎缩，并伴有普遍的肌束震颤，以后肌无力与萎缩渐波及邻近肌群，相应部位的肌张力减退，腱反射也减退或消失，少数可出现吞咽和发音困难，无感觉障碍及病理反射。肌电图检查可见病理性电位而协助诊断。

（2）肌萎缩性侧索硬化症：临床特点是出现范围颇为广泛的肌萎缩和肌束震颤而同时又存在锥体束征。病因目前尚无定论，其起病徐缓，初时双手无力，并逐渐出现肌萎缩。与此同时舌肌、口轮匝肌萎缩，出现发音不清、流涎不止、吞咽困难、锥体束受损，常与肌萎缩、肌束震颤同时并存，腱反射活跃，提睾反射减退或消失，并出现病理反射，无感觉障碍。

4. 肌病性病变

肌病性瘫痪是指发生神经肌肉接头处及随意肌本身的病变所致的运动障碍，与神经损害后继发的肌无力不同。临床上肌病性瘫痪与下运动神经元性瘫痪的表现颇相似，但萎缩的肌肉多在肢体的近端，并不出现肌束颤动，一般无感觉障碍。

肌病的诊断除根据临床表现以外，生化（血清酶、肌酸、肌酐等）检查、肌电图以及肌肉活检，对诊断及鉴别诊断有较大价值。

血清酶中以醛缩酶、肌酸磷酸激酶对肌病的诊断有较大意义，尿中肌酸增高与肌酐减少有助于进行性肌营养不良症的诊断。

肌电图检查，其重要意义在于比较明确地鉴别神经元性瘫痪与肌病性瘫痪。此外，肌电图对多发性肌炎、先天性肌强直等病都有诊断帮助。

肌肉活检，对多种肌病的诊断及鉴别诊断有较大帮助。例如，多发性肌炎与进行性营养不良症的肌肉有一定的病理改变。

5. 格林巴利综合征

此病也称急性感染性多发性神经根炎，是由于感染而致的神经根充血、水肿，血管周围有淋巴细胞浸润，以后神经纤维的髓鞘发生溶解，轴索断裂。此病发病前 1～3 周内往往有发热史，临床以四肢比较对称的弛缓性瘫痪、腱反射消失、肌肉萎缩以及手套袜子样感觉障碍，无病理反射。此病急性期进展迅速，常波及延髓，发生呼吸麻痹，脑脊液检查常有细胞蛋白分离现象。

6. 周围神经损害

周围神经损伤大都是由于外伤而致。在运动系统方面，周围神经损伤后，出现下运动神经单位瘫痪，有关的运动功能减退或丧失。肌张力减低，有关的腱反射消失，其感觉障碍多限于皮肤所支配的范围，以疼痛、感觉过敏为特点。

【治疗规范】

1. 治则

益气养血，荣润筋脉。

2. 配方

（1）经穴刺法：华佗夹脊、阳明经排刺（根据病变肢体，选择上肢或下肢排刺），上肢自肩髃穴至合谷穴，下肢自髀关穴至解溪穴，二便障碍者加刺关元、中极。

（2）梅花针刺法：督脉旁开5分、1.5寸、3寸、手足阳明经循经、萎缩肌肉局部。

（3）电针疗法：对瘫痪肢体肌肉循经取穴或局部选穴。

（4）耳针疗法：肝、脾、肺、肾、胃、三焦。

（5）瘫痪症原发病的治疗：根据各种原因引发的瘫痪症状，应采取必要的针对性治疗。如周期性麻痹，应注意血钾的补充，格林巴利综合征应注意感染的控制，同时配合针灸治疗以获得满意的疗效。

3. 操作

（1）经穴刺法：华佗夹脊，直刺1～1.5寸，刺至脊柱横突，施小幅度捻转从上至下共3次。阳明经排刺，每穴间隔1寸，刺0.5～0.8分，施捻转补法，从上至下反复3次，关元、中极直刺1～1.5寸，施提插补法1～3分钟。

（2）梅花针刺法：华佗夹脊及膀胱经背部第一、第二侧线为皮肤针常规叩刺部位，自上至下反复轻叩打刺3次。

（3）电针疗法：针刺后加脉冲电极，每次10分钟。

（4）耳针疗法：用0.5～1寸毫针直刺达软骨，施小幅度捻转，每穴1分钟，留针30分钟。

4. 疗程

根据原发病的不同，其疗程也不尽相同。每日均采用上、下午各针刺治疗1次的方法，上午以肢体穴位为主，下午予华佗夹脊刺。

（1）脊髓病变：2月为1疗程。

（2）周期性麻痹：15天为1疗程。

（3）运动神经疾病：2月为1疗程。

（4）肌病性病变：45天为1疗程。

【配方理论】

中医学认为：痿证多是脏气内伤、津液不布、气血不荣、阴精不充，致筋脉、肌骨失养、痿弱，不能随意任用之证。历代医家对于本病病机的分析较多，包括：肺热伤津、湿

热浸淫、脾胃亏虚、肝肾亏损等。治疗以阳明经穴为主，基于“治痿独取阳明”之说。

石学敏教授认为，对于痿证的治疗，取阳明经穴，因阳明为多气多血之脏，取之可培养后天益气养血，从而润养筋脉，是非常重要的。但还应配合华佗夹脊穴治疗，因华佗夹脊刺可直接刺激脊神经根，改善神经根的代谢，减轻水肿状态，从而促进脑脊液循环，加速神经功能的恢复。同时夹脊穴（夹督脉）有疏通督脉，统理阴阳，起到运行气血，营阴阳、濡筋骨之效。另外对于肌肉萎缩患者，可行肌肉、肌群排刺，以改善局部经气运行，从而达到增加肌营养，促进肌肉萎缩的恢复。

【转归及预后】

痿证转归主要取决于病情之轻重及治疗情况；若病情较重，或治疗不当，迁延日久，可导致肢体完全失去正常活动的能力；若病情较轻，治疗得当，可改善肢体的功能活动，甚至可以生活自理及做力所能及的工作。

痿证的预后，主要与病程长短及虚实有关。

实证多见于早期，病情较轻浅，治疗效果较好。虚证及病势缠绵，短期不易获效，功能恢复较困难。年老体衰者，预后差。

【预防与调护】

平素应注意体质锻炼，不要冒雨涉水及久卧湿地，戒除房事过度等。患者进行主动或被动肢体功能锻炼是极为重要的一环。

【验案举例】

案一　刘某，男，5岁。患儿因发烧后右侧下肢不能行走，臀及右下肢肌肉轻度萎缩，患肢发凉无力，膝轻度屈曲，足稍下垂，足跟不能着地。证属热邪伤津，筋脉失养，宗筋弛缓。治以调脾胃，润宗筋。处方：曲池、外关、合谷、髃关、足三里、阳陵泉、殷门、箕门、解溪、三阴交、肩髎、太溪、昆仑、大椎。每天针1次，10次为一个疗程，共治疗8个疗程，患肢肌肉已恢复正常，能任意行走，活动恢复正常。（《当代中国针灸临证精要》）

案二　李某，男，15岁，农民。入院日期：1976年8月26日。住院号：18871。

主诉：双下肢瘫痪近1个月。

病史：患者于1976年7月28日，由地震房屋倒榻，砸伤腰部，当即两下肢瘫痪，小便潴留，即送入县医院。经行导尿术（保留尿管）及维生素等治疗后，下肢运动功能无恢复，而收入我科住院治疗。

查体：一般情况良好，双下肢无主动运动，诸肌群肌力均0级，肌张力低下。T_{10}以下浅感觉减退，T_{12}以下消失，髋、膝、踝、趾关节深感觉均消失。腹壁反射、肛门反射、提睾反射均消失。双下肢膝腱反射消失，病理反射未引出。双下肢无汗，二便潴留。尾骶部有Ⅲ度褥疮，面积10cm×11cm。X光片示：T_{12}、L_1压缩性骨折伴侧弯畸形。

印象：①中医：痿证；②西医：T_{12}、L_1压缩性骨折，合并截瘫。

辨证：患者腰部外伤，督脉受损，督脉为阳经之海，而络阴阳诸经，故不能“行气血，而营阴阳，濡筋骨，利关节”，遂下肢筋骨失养，萎废弛软，麻痹不仁。正如《灵枢·寒热》曰：“若有所堕坠，四肢懈惰不收，名曰体惰”。

治则：疏通督脉，强健腰膝。

选穴：①主穴：损伤平面上1～2个棘突、下1～2个棘突的督脉穴或夹脊穴。②配穴：二便功能障碍配关元、中极、天枢、丰隆。肢体麻痹配秩边、殷门、委中、昆仑、髀关、伏兔、冲阳、足三里、阳陵泉。

操作：督脉穴，直刺1.5寸左右，针至横韧带时，即可有酸胀感觉，如继续进针可有阻力突然减低的感觉，或即出现触电感向二阴及下肢放射，当终止进针。中极、关元可交替进针，针前排空尿液，直刺1.5～2寸，针感可向生殖器放射。余穴同前。

治疗经过：患者经过40次针灸治疗，两下肢可屈曲，肌力达Ⅱ级，每3～4小时可自行排尿。3个月后，两下肢可扶双拐站立，股四头肌肌力Ⅲ级，接近反射性膀胱。4个月后，双下肢肌力达Ⅲ级，大便略有便意。5个月后扶双拐锻炼行走200米，排尿呈反射性膀胱。6个月后，两下肢诸肌群肌力均达Ⅲ级，可扶双拐行走500米，腹壁反射及提睾反射出现，达到显效标准。

【临证提要】

针灸治疗痿证有确切的疗效。在治疗上，应以华佗夹脊刺和循病肢经脉排刺为基本方法，结合“治痿独取阳明”之论，而注意选用阳明经穴。

十三、口眼㖞斜（面神经麻痹）

面神经麻痹分为中枢性面神经麻痹和周围性面神经麻痹两类，本节主要介绍原发性周围性面神经麻痹的针灸配方。原发性周围性面神经麻痹中医称之为口眼㖞斜，中医与现代医学对该病病因认识比较接近，中医学认为：风邪直中面部，闭阻经脉，经筋瘫痪而致；现代医学认为：与冷空气刺激有关。其病理改变，早期以神经水肿、缺血、缺氧为主，后期则会发生神经变性、脱髓鞘改变。针刺治疗在促进局部血液循环，改善局部供氧需求，加速神经水肿吸收方面效果卓著。因此，针刺是治疗原发性周围性面神经麻痹最有效的疗法之一，尤其是在急性期内。石学敏教授在治疗原发性周围性面神经麻痹过程中，注重经筋发病的理论，制定了经筋针刺加刺络疗法治疗方案，临床收到更为理想的疗效。

【临床表现】

突然发生一侧口眼㖞斜，额纹减弱或消失，闭目露睛，鼻唇沟变浅，口角下移，流泪流涎，颊部存食，味觉减弱，发病早期耳后乳突部可有自发性疼痛或压痛。

【鉴别诊断】

原发性周围性面神经麻痹是周围性面瘫的一种。有很多疾病均可以周围性面瘫为其特有的症状，因此，接受周围性面瘫患者治疗，应认真进行鉴别诊断。

1. 脑干病变

脑干病变可见于桥脑血管病、桥脑小脑脚肿瘤、桥脑部炎症等疾病。主要鉴别特点为交叉性麻痹。病灶同侧周围性面瘫、外展神经瘫、位听神经功能障碍；病灶对侧舌下神经瘫、肢体中枢性瘫痪。部分患者因病灶较为局限，波及范围较小，发病早期交叉性麻痹并非典型。因此，注重面神经自主神经功能及面神经味觉功能的检查是此类疾病鉴别诊断的关键。局灶性桥脑病变出现的周围性面瘫，以一侧面部表情肌瘫痪为主，而自主神经功能及舌前 2/3 的味觉障碍不明显。

2. 急性化脓性乳突炎

乳突比邻茎乳孔，化脓性炎症可以造成面神经的炎性浸润，发生周围性面神经麻痹。其主要鉴别是：在面瘫发生的同时或之前，耳后乳突部可见红、肿、热、痛等急性炎性病变，同时亦应伴随全身炎性疾病的体征如：发热，白细胞记数增高等。

3. 内耳、中耳病变

面神经出脑后与听神经并行，并一起进入内听道。在内听道底部，面神经与听神经分道而入面神经管，循行中面神经在中耳有一段暴露。因此，内耳及中耳病变，尤其是炎性病变与占位性病变均可能伴有周围性面瘫的发生。其主要鉴别在于：

（1）周围性面瘫合并耳鸣、耳聋、味觉消失、前庭神经功能紊乱，并有唾液及泪腺分泌障碍。表示病变位于颅后凹或内听道，侵及中间神经及听神经。

（2）周围性面瘫合并耳痛、鼓膜穿孔、耳道流脓。说明是化脓性中耳炎对面神经的炎性浸润。

①面颌手术及外伤：面颌手术及外伤均可造成面神经的损伤或断损，而发生周围性面瘫。其鉴别主要依据病史。

②腮腺病变：面神经穿过腮腺，但不支配腮腺。腮腺病灶如：化脓性炎症、肿瘤均可造成面神经的损害，而发生周围性面瘫。其鉴别主要为腮腺的肿大。

【治疗规范】

原发性周围性面神经麻痹

1. 治则

活血祛风，疏理经筋。

2. 配方

（1）*刺络法*：分别位于瘫痪侧太阳经、阳明经、少阳经经筋所过之处的阳白、颧髎、下关、颊车等部位刺络拔罐。

（2）*经筋刺法*：以面部瘫痪肌群的经筋透刺和排刺为主，如：阳白四透、太阳透地仓、承浆透地仓、颊车地仓互透、颊肌排刺、瘫痪肌群围刺等。

（3）*经穴刺法*：取双侧风池；瘫痪侧完骨、下关、颧髎、迎香、睛明、攒竹、丝竹空；瘫痪对侧合谷；久病加双侧太冲。

3. 操作

（1）刺络法：每次选取两个部位，用三棱针点刺 3～5 点，速用闪火罐法，观察其出血情况，令每个部位出血 3～5ml，留罐时间不得超过 5 分钟。以上部位交替使用。

（2）经筋刺法：以瘫痪经筋透刺、排刺、围刺为主。阳白，以四枚针分别向上星、头维、丝竹空、攒竹方向透刺，进针 1～1.5 寸，施捻转平补平泻 1 分钟；攒竹，透向睛明，进针 0.5 寸，手法同前，施术轻柔，以免皮下出血；丝竹空，沿眉横刺，进针 1.5 寸，施术同前；四白、迎香，分别透向睛明，进针 1.5 寸，施术同前；太阳，向下穿颧弓透向地仓，进针 2.5～3 寸，施术同前；水沟、承浆、颊车，分别透向地仓，进针 1.5～2 寸，施术同前；沿颊车至地仓，下关至迎香每间隔 1 寸刺入 1 针，以进入皮内为度（浅刺），施捻转平补平泻，总计施术 2 分钟。以上针刺施术后留针 20 分钟。

（3）经穴刺法：双侧风池，向对侧眼角斜刺，进针 1～1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；完骨，直刺 1～1.5 寸，施术同前；翳风，直刺 1.5 寸，施术同前；合谷，直刺 1.5 寸，施术同前。诸穴施术后留针 20 分钟。

4. 疗程

（1）急性期（发病 7 天之内）：刺络法每日 1 次；其他刺法每日两次；15 天内不可间断治疗，15 天后，视其症状可以改为：刺络法每日 1 次或隔日 1 次；其他刺法每日 1 次，急性期疗程一般为 1～3 个月。

（2）稳定期（发病 1 周～45 天）：治疗时间同急性期，但疗程可能延长。

（3）神经变性期及后遗症期（发病超过 45 天以上）：治疗时间基本相同，疗程将延长，预后不可估测。

症状性周围性面神经麻痹针对原发病灶治疗。根据不同的原发病灶，采取不同的治疗手段。比如：中耳、腮腺、乳突部位细菌性炎症需抗炎治疗；脑干、内听道肿瘤需手术治疗；面部手术或外伤早期需神经纤维外科解决。待原发病灶得以控制，针刺治疗周围性面瘫才能得以获效。

【配方理论】

面瘫又称面神经麻痹，中医学归属于“卒口僻”、“口眼㖞斜”等范畴，是临床多发病种之一。该病源于《灵枢·经筋》，经曰：“其病……卒口僻，急者目不合……引颊移口”。周围性面瘫中原发性周围性面神经麻痹是针灸的最佳适应证。我们通过多年的临床及研究认为：针刺治疗原发性周围性面神经麻痹时可以明显地改善局部的微循环，改变面神经缺血、缺氧的病理因素，促进神经水肿的吸收和消退。同时，针刺直接刺激面神经，提高面神经的兴奋度，改善神经抑制状态，促进病损神经的修复。

石学敏教授认为：面瘫系属经筋发病。或因劳汗当风，或因贪凉喜冷，嗜卧风口，或因腠理开泄，卫外不固，风寒之邪趁虚直中面部经筋，致使外邪瘀阻，经筋失利，纵缓不收。所以三阳经经筋受阻，是该病的关键。《灵枢·经筋》记载着手足三阳之筋均上行于面，额为太阳所系；目下属阳明所主；耳前、耳后系少阳所过。面部经筋的透刺、排刺法

治疗旨在疏调三阳经经筋。刺络法源于《灵枢·官针》经云："络刺者，刺小络之血脉也……始刺浅之，以逐邪而来血气"，刺络法即为络刺，刺小络之血脉，令血出邪尽，血气复行。配以拔罐，主要是以此控制出血量，使之达到血出邪尽，血气复行的治疗目的。三阳经经筋均上行于面，多结于颅（即颧部）、颔（即下颌）、颊等处。取颊、颧、额等处为刺络法的重点部位，配合经筋透刺、排刺法以疏导结聚，疏理经筋，散风祛邪。辅以散风活血的经穴，更加完善了该法的完整性和科学性。经筋透刺、排刺法配合刺络法是石学敏教授根据多年临床经验及丰富的医学理论知识在针刺治疗原发性周围性面神经麻痹方面的创新。因此，该法对原发性周围性面神经麻痹的各期均可获得较好的疗效。

【预后】

1. 本病在病后1～2周开始进入恢复期，大多数患者在1～3个月内可好转或恢复；6个月以上无恢复迹象者，预后将较差，大多会遗留后遗症，但若积极应用针灸治疗一般也能获得疗效。

2. 面部感受风寒而发病者，或面瘫4天后镫骨肌反射仍存在者预后好。发病时伴有乳突疼痛，或有糖尿病、高血压、动脉硬化、心绞痛或以往有心肌梗死病史者，老年患者等均预后较差。

3. 发病后2周肌电图检测对于判断本病的预后具有重要的意义。病后肌电图多表现为单相波或无动作电位，多相波减少；当出现正锐波和纤颤波时，预后差，且大部分患者临床症状较重；当肌电图虽然无动作电位，但无正锐波和纤颤波者，预后好。如在恢复过程中出现多相波，以及再生电位，预后好。

4. 眨眼反射可简单地判断预后，刺激眶上神经，测量两侧眼轮匝肌闭目反射的潜伏期，有一定的早期评估作用，潜伏期短，预后好。

【验案举例】

华某，女，55岁。

主诉：患者左侧口㖞1周，2004年8月22日初诊。

病史：患者于8月15日晚浴后汗出较多，室外乘凉，入睡前自觉左耳后不适感，次日晨起左耳后跳痛，左口角麻木，漱口流涎，至中午左眼闭目露睛，左额纹消失，左侧鼻唇沟变浅，鼓腮漏气，就诊于体育馆医院，诊断为：周围性面神经麻痹，予肌注维生素B_{12}及针刺治疗7天，病情未见缓解。

查体：血压120/80mmHg，脉率76次/分钟，神清，无肢体功能障碍，左侧口眼㖞斜，左眼睑闭合不全，迎风流泪，结膜充血，左额纹消失，左侧鼻唇沟变浅，鼓腮漏气，不能做皱眉、吹哨、示齿等动作，左耳后疼痛，饮食正常，二便通畅，舌淡红，苔黄腻，脉滑。

选穴：以面部瘫痪肌群的经筋透刺和排刺为主，如：阳白四透、太阳透地仓、承浆透地仓、颊车地仓互透、颊肌排刺、瘫痪肌群围刺等。

操作：以瘫痪经筋透刺、排刺、围刺为主。阳白，以四枚针分别向上星、头维、丝竹

空、攒竹方向透刺，进针1～1.5寸，施捻转平补平泻1分钟；攒竹，透向睛明，进针0.5寸，手法同前，施术轻柔，以免皮下出血；丝竹空，沿眉横刺，进针1.5寸，施术同前；四白、迎香，分别透向睛明，进针1.5寸，施术同前；太阳，向下穿颧弓透向地仓，进针2.5～3寸，施术同前；水沟、承浆、颊车，分别透向地仓，进针1.5～2寸，施术同前；沿颊车至地仓，下关至迎香每间隔1寸刺入1针，以进入皮内为度（浅刺），施捻转平补平泻，总计施术2分钟。以上针刺施术后留针20分钟。

治疗经过：采用上法治疗5天后，耳后疼痛好转，左眉微可上举，闭目露睛明显减轻，左侧鼻唇沟明显，鼓腮不漏气，继续治疗2月余，未遗留明显后遗症，痊愈出院。

【临证提要】

石学敏院士认为，三阳经经筋受阻，是该病的关键，面瘫的病变部位明显，属于经筋病范畴。《灵枢·经筋》记载着手足三阳之筋均上行于面，额为太阳所系；目下属阳明所主；耳前、耳后系少阳所过。遂根据《灵枢·经筋》篇“燔针劫刺，以痛为腧”的治疗原则创建经筋刺法治疗周围性面神经麻痹，多采取排刺及一针多向等透刺，该针法综合了《灵枢·官针》篇中的分刺、恢刺、合谷刺等，即“分刺者，刺分肉之间也”、“恢刺者，直刺傍之，举之前后，恢筋急”、“合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间”。

刺络法源于《灵枢·官针》，经云：“络刺者，刺小络之血脉也……始刺浅之，以逐邪气，而来血气”，刺络法即为络刺，刺小络之血脉，令血出邪尽，血气复行。配以拔罐，主要是以此控制出血量，使之达到血出邪尽，血气复行的治疗目的。三阳经经筋均上行于面，多结于颅（即颧部）、颔（即下颌）、颊等处。取颊、颧、额等处为刺络法的重点部位，配合经筋透刺、排刺法以疏导结聚，疏理经筋，散风祛邪。辅以散风活血的经穴，更加完善了该法的完整性和科学性。经筋透刺、排刺法配合刺络法是石学敏院士根据多年临床经验及丰富的医学理论知识在针刺治疗原发性周围性面神经麻痹方面的创新。因此，该法对原发性周围性面神经麻痹的各期均可获得较好的疗效。

十四、痹证（风湿性、类风湿性关节炎）

痹证是中医内科学中常见的病证之一，是以关节疼痛为主的一组全身性病变症候群。其临床表现相当于现代医学中的风湿性和类风湿性关节炎。中医治疗该病历史悠久，历代文献中均有记载。仅《内经》中除《痹论》、《周痹》两篇为论述该病的专论之外，还有四十余篇涉及本证有关方面内容。中医学认为其病因病机主要是：风、寒、湿三气，侵及人体，留驻关节，阻遏经脉，致使气血郁滞，经脉不通，不通则痛。痹，有痹阻不通之意，痹证，泛指闭塞不通，气血凝滞一类的病证。据其病因的偏重，《内经》中将痹证分为三大类。风邪重者，疼痛游走不定，名曰行痹；寒邪重者，疼痛痛而不移，名曰痛痹；湿邪重者，肢节沉重不举，名曰着痹。但外邪留驻，郁而不散，随阳化热，关节红肿，身热节痛者，又称热痹。现代医学对此两种病变的病因病机认识尚不明了，一般认为与自身免疫系统异常有关。石学敏教授对该病的治疗研究已进行了多年，认为该病的治疗应以通

为主，辅以扶正祛邪。在疼痛严重的关节周围，施以刺络法，收效极佳。

【临床表现】

痹证的临床表现应以中医分类而分述。

1. 行痹

肢体关节疼痛，游走不定，发热恶风，苔薄白，脉浮。

2. 寒痹

肢体关节疼痛，痛甚而有定处，得热则减，遇寒尤甚，局部无红肿热痛，苔薄白，脉弦紧。

3. 着痹

肢体关节重着、酸楚，或有肿胀，痛有定处，沉重难支，肌肤麻木不仁，苔白腻，脉濡缓。

4. 热痹

肢体关节疼痛，局部灼热红肿，得冷则舒，疼痛拒按，可累及一个或多个关节，多兼有发热，恶风，口渴，烦闷，便燥，溲黄等全身症状。苔黄，舌红，脉滑数。

【鉴别诊断】

本章所述的痹证，主要相当于现代医学中的风湿性和类风湿性关节炎。还有诸多疾病可以发生关节疼痛等临床表现，不属本章论述范围，需逐一鉴别。

1. 风湿性关节炎

发病急，侵及大关节，可反复发作。多与上呼吸道链球菌感染有关，发病年龄多为青少年，血清抗链球菌溶血素“O”、抗链球菌激酶和抗透明质酸酶均阳性。以多发性、游走性、大关节红肿热痛为特征，活动期过后，受累关节不遗留病理性损害，如治疗失宜，可累及心脏，引起风湿性心脏病。

2. 类风湿性关节炎

起病慢，首侵小关节或脊柱，可造成关节变形，骨质损害，类风湿因子阳性。病情缠绵，病程迁延，易反复发作。可伴有消瘦、贫血等全身慢性消耗性症状。后期因关节变形僵硬，身体消耗，而生活不能自理。

3. 增生性关节炎

起病慢，好发年龄多在中年以上，受损关节以负重的膝、脊柱关节等较常见。疼痛在运动开始时最重，大多无全身性症状，无局部红肿现象。X 光显示关节增生，关节腔隙病变。

4. 急性化脓性关节炎

起病急骤，关节痛甚，局部红肿热痛，关节运动受限，浮髌试验阳性，穿刺可抽出脓液，并伴有严重的感染性全身症状，如：高热，寒战，周围血象白细胞增多等。

5. 痛风病

起病急骤，多发生于中年以上的男性，常突然发生趾、跖、踝、膝等处的红肿疼痛，

数小时内症状即可发展至高峰，疼痛剧烈，甚至不能触衣被，可伴有头痛、发热、白细胞增高等全身症状，血尿酸增高。痛风发作持续数天或数周，多数可自行缓解，受累关节可完全恢复，仅留下炎症区皮肤色泽的改变等痕迹。1 年内可反复发作，一部分患者有越发越频的趋势，受累关节越来越多，引起慢性关节炎和关节畸形。

【治疗规范】

1. 经穴刺法

适用于各种类型的痹证。

（1）治则：疏经活络，行气活血，散风蠲痹。

（2）配方

①主穴：风池、曲池、血海、合谷、太冲、华佗夹脊刺。

②辅穴：热痹：大椎。

下颌关节：下关、翳风、合谷。

颈、胸椎关节：风池、完骨、天柱、华佗夹脊。

腰椎关节：大肠俞、命门、八髎、委中。

肩关节：肩髃、肩贞、肩中俞、肩外俞、臂臑、天宗透肩峰。

肘关节：曲池、小海、肘髎、手三里。

腕关节：外关、阳池、阳谷、阳溪、腕骨。

掌指关节：八邪、合谷、后溪。

骶髂关节：关元俞、小肠俞、白环俞、环跳、秩边。

髋关节：环跳、阳陵泉、髋关节围刺。

膝关节：鹤顶、犊鼻、膝眼、曲泉、委中。

踝关节：解溪、商丘、丘墟、昆仑、太溪、申脉、照海。

跖趾关节：公孙、太冲、足临泣、八风。

（3）操作：风池，向对侧眼角斜刺 1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；曲池、血海、合谷、太冲，均直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法每穴 1 分钟；华佗夹脊刺，沿督脉旁开 0.5 寸，棘突旁直刺 1.5 寸，施捻转平补平泻，针后加灸（温针灸）；大椎，直刺 0.5～1 寸，施捻转泻法 1 分钟；不留针，针后行大椎穴刺络拔罐；大椎穴部常规消毒，用三棱针点刺 3～5 点，加闪火罐，至出血 5～10ml；下关，闭口取穴，直刺 1 寸；翳风，直刺 1～1.5 寸，施捻转平补平泻 30 秒；合谷，直刺 1 寸，施捻转泻法 1 分钟；针后加灸（温针灸）；风池、华佗夹脊，针法同主穴；完骨、天柱，直刺 1 寸，施捻转泻法 1 分钟；大肠俞、命门、八髎，分别直刺 1.5～2 寸，施提插捻转结合泻法 30 秒；针后加灸；委中俯卧位直刺 0.5～1 寸，施提插捻转结合泻法 30 秒。肩髃，向臂斜刺 1.5 寸，肩贞、肩中俞、肩外俞、臂臑，直刺 1～1.5 寸，施捻转提插相结合泻法 30 秒，针后加灸；天宗，透向肩峰平刺 2～2.5 寸，施捻转泻法 30 秒；曲池、手三里，直刺 1.5 寸，施捻转提插相结合泻法 30 秒，针后加灸；小海、肘髎，直刺 0.5 寸，施捻转提插相结合泻法 30 秒；外关，直刺 1 寸，阳池、

阳谷、阳溪、腕骨直刺0.5寸，施捻转泻法30秒，针后加灸；八邪，向掌斜刺0.5～1寸，合谷，直刺1.5寸，后溪，直刺1寸，施捻转泻法30秒，针后加灸；关元俞、小肠俞、白环俞，直刺1.5～2寸，施提插捻转泻法30秒，针后加灸；环跳、秩边，直刺3～4寸，施提插泻法，针感放散至足为度。环跳针法同上；阳陵泉，直刺1.5寸，施提插捻转泻法30秒，髋关节周围痛处围刺，针间距为1寸，针刺深度2寸，施捻转泻法30秒，针后加灸；鹤顶、犊鼻、膝眼，向膝关节中部斜刺0.5～1.5寸，施捻转泻法30秒，针后加灸；曲泉、委中，直刺0.5～1寸，施提插捻转相结合泻法30秒，不留针；解溪、商丘、丘墟、昆仑、太溪、申脉、照海，直刺0.5～1寸，施捻转泻法30秒，针后选择性加灸；公孙、太冲、足临泣、八风，直刺1寸，施捻转泻法30秒，针后加灸。

（4）疗程：每日针灸2次，上、下午各1次，30天为1个疗程。

2. 刺络法

适用于痛痹。

（1）治则：化瘀通络，活血止痛，散风蠲痹。

（2）配方：关节附近疼痛明显的部位或压痛点。

（3）操作：选择关节附近疼痛明显的部位或压痛点，常规消毒，用三棱针点刺3～5点，加用闪火罐，至出血3～5ml为度。

（4）疗程：每日1次或隔日1次，30天为1疗程。刺络法有明显的消肿止痛的疗效。

3. 耳穴疗法

（1）治则：疏经活血，蠲痹止痛。

（2）配方：神门、皮质下、相应关节点。

（3）操作：治疗前先行耳穴探测，寻找敏感点。直刺0.2～0.3寸，施捻转强刺激30秒，留针30分钟，每10分钟施手法1次。病情缓解后，改用耳压法治疗，以王不留行子贴压耳穴敏感点，每天按压3～5次，每次每穴按揉30秒，24～48小时更换1次。

【配方理论】

痹证是临床比较常见的内科杂病，中药、针灸对该病的治疗均有较好的疗效。该病的病因主要是："风寒湿三气"；其病机主要是：外邪阻遏经络，气血运行不畅，不通则痛；治疗原则主要以通为主。石学敏教授认为：针、灸、刺络三者各有所长，针刺以疏理经气，蠲痹止痛为主；灸疗以温散寒邪，通经活络为主；刺络以活血化瘀，逐邪散痹为主，所以三者并用疗效最佳。关于灸疗的应用，石学敏教授也有新的见解。古医籍中记载：温灸法用于虚寒之证，实证、热证禁用。石学敏教授通过多年的临床观察和基础研究认为：温灸法以艾绒为药，艾绒可走窜通经，其燃烧只是一种发挥作用的方式。因此，灸法是以通经活络为主要的功效。实验证明：局部灸疗之后，微循环明显改善，血液供应加快，相应的血中吞噬细胞增多。这些效应对于炎性改变的组织康复极为有利，是尽快消除炎性反应的有效措施。所以，临床中热痹也同样可以应用灸疗。在穴位配伍方面增加泻热的腧穴，加强泻法腧穴的手法力度，即可佐去灸法的温热之弊。我们在临床中应用温灸法治疗

热痹，重泻合谷、太冲和大椎穴刺络拔罐，收到了非常理想的疗效。

【转归及预后】

痹证初起，病邪轻浅，如能及时治疗，可获痊愈。但对于病势较重，治疗不当者，可引起病邪深入，甚则引起内脏之损伤。一般而言，实证者预后较好，顽痹、虚证者预后较差。

【预防与调护】

首先应注意防寒、防潮。特别对于工作环境寒冷潮湿者，应做好防范工作。另外，劳作出汗时勿当风寒，应换去潮湿衣物。平素应起居有时，勿过房劳，适当进行身体锻炼，增强体质。

【验案举例】

案一　李某，女，26岁，工人。入院日期：1981年6月29日。住院号：10627。

主诉：发烧，四肢关节疼痛40天。

病史：患者于5月中旬感冒发烧，体温达38.9℃，伴四肢关节疼痛，周身无力，服羚羊感冒片、四环素等3日后，热渐退但四肢肌肉、关节仍疼。5月20日再次发烧、恶寒，腰及四肢肌肉关节疼痛加剧，经注射庆大霉素、服用消炎痛后症状减轻，但下肢肌肉关节疼痛较著，查第1小时血沉为50mm/h。6月26日再次发热，症状加重，服APC等药无效，经门诊收住院治疗。

查体：全身情况尚佳，双颌下可触及黄豆大小淋巴结节，有压痛，左锁骨下淋巴结大如黄豆但无压痛，咽部充血，心、肺正常，四肢关节无红肿畸形，双下肢可见散在红斑，并有压痛。舌体胖淡，苔黄略腻，脉濡而寸浮。

印象：①中医：热痹；②西医：风湿性关节炎。

辨证：患者经常感冒为正气不足，腠理空虚之象，风寒湿邪入侵经络，气血痹阻，蕴郁发热，热积郁蒸故发热，经络不通，肌腠经筋气血失和故四肢关节疼痛，舌脉均为正虚被湿热所侵之象。

治则：清热宣痹，疏通经络。

选穴：曲池、大椎、合谷、后溪、足三里、阳陵泉、血海。

操作：大椎，令端坐低头取穴，直刺1.5寸，施捻转泻法；曲池、合谷、阳陵泉、血海，均施提插泻法，使针感向远端放散；余穴平补平泻。

治疗经过：如上法针刺两天后，体温降至36.5℃，全身轻松，第1小时血沉为56mm/h。1周后关节疼痛减轻，未再发热。经治1个月后，肌肉关节疼痛消失，体温正常，无自觉症状，第1小时血沉为12mm/h。

案二　刘某，女，30岁，工人。入院日期：1981年2月11日。住院号：10031。

主诉：腕踝关节疼痛2年。

病史：患者于1978年冬季夜间感受寒凉，晨起突然关节疼痛，腕踝关节肿胀，左侧

较重，不能活动，某医院予中药治疗，症状无著变，化验血沉，抗链“O”均正常，又经针灸治疗稍有缓解。1979年4月发现关节变形，腕踝关节疼痛剧烈，遇热则舒，休息后疼减，与气候变化无关，经医学院一附院查类风湿因子（+），诊为类风湿性关节炎，予中药及激素治疗，疼痛减轻，停药后又剧。以后又经蜂毒及瑞培林等药治疗疼痛不减，今由门诊收留住院。

查体：咽无红肿，心肺正常，脊柱无侧弯，第4腰椎左侧轻度压痛，腕关节、指关节、踝关节肿大变形，但不红不热，双膝关节有摩擦音，舌淡红，苔薄白，脉细数。

印象：①中医：痹证（历节风）；②西医：类风湿性关节炎。

辨证：患者起居不慎，感受风寒之邪，闭阻经络，气滞血瘀，经气不通，故疼痛不已。气血壅滞故肿胀，病久筋骨失养，关节失柔，筋脉挛缩，骨质受损故关节变形。

治则：温经散寒，活血益肾。

选穴：肝俞、肾俞、膈俞、三阴交、风池、大杼、阳陵泉。

灸指、腕、踝关节、外关、阳池、腕骨、阳溪、大陵、解溪、商丘、丘墟、昆仑、申脉。

操作：肝俞，直刺，针1.5寸，施捻转补法，令针感向前放散；肾俞，针1.5寸，施捻转补法；风池，针1.5寸，令针感向后枕部放散，施捻转泻法；三阴交，针1.5寸，施捻转补法；余穴均按常法平补平泻，针后加灸两壮或用艾条灸。

治疗经过：住院当日经两次治疗后，疼痛减轻，停用激素类药物，无反跳表现。15天后双踝关节肿胀消退，疼痛明显减轻。1个月后腕、踝关节肿胀消失，生活可自理。出院后继续来门诊隔日针灸一次，治疗20次巩固疗效后，未再复发。

【临证提要】

痹证为临床常见病，针灸治疗效果显著。但在临床治疗时，应分清虚实，因病因而分治，或祛风、除湿、散寒，或补益气血、阳而通络。

十五、脉痹（雷诺综合征）

雷诺综合征是指肢体动脉和小动脉出现阵发性收缩状态，常于寒冷或情志刺激时发病。表现为肢体，尤其是手指呈现明显的苍白，发作缓解后转变为青紫，然后潮红。一般以上肢为主，女性居多。手指偶可坏疽。大多伴有结缔组织病，中医认为本病属“脉痹”的范畴，诱发因素与寒冷和情绪刺激有关。为寒湿之邪，客于经脉，气滞血凝，阳气不能通达四末，或肝郁气滞，抑郁不乐，以致条达失司，脉络痹阻，气血运行失调发为本病。《素问·举痛论》云：“寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外而血少，客于脉中则血不通，故卒然而痛。”石教授对本病的治疗以活血通脉，祛瘀止痛为大法，制定出一整套的配穴方法，重视手法量学的操作，取得了较好的效果。

【临床表现】

1. 20～40岁妇女多发，寒冷或情绪刺激后手指突发变白，继而发紫，从指尖开始向

掌部扩散。

2. 局部有发凉、麻木或感觉减退，数分钟后变潮红，有烧灼、刺激感。

【鉴别诊断】

1. 手足发绀症

本病是自主神经紊乱所致的血管痉挛性疾病，无苍白、紫绀、潮红的阶段，与情绪激动和精神紧张无关。

2. 网状青斑

皮肤呈持续性网状或斑点状紫绀，多发于下肢，下垂较为明显。

3. 红斑性肢痛证

肢端对称、阵发性血管扩张，甚至灼热、下垂，直立时诱发。

4. 硬皮病

胶原结缔组织的增生和水肿，皮肤弹性纤维的断裂和水肿，皮肤发紧或僵硬感，皮肤活组织检查有助于鉴别。

5. 红斑性狼疮

有长期、反复、不规则的发热表现，关节酸痛、贫血、肾功能损害，周围血液或骨髓中可找到红斑狼疮细胞。

【治疗规范】

1. 治则

活血通脉，温经止痛。

2. 配方

（1）选穴：上肢：内关、曲池、外关、合谷、八邪。下肢：足三里、三阴交、绝骨、血海。

（2）穴位注射：①丹参注射液 2ml；②维生素 B_1 50～100mg；③当归注射液 2ml。

取患肢 2 个穴位交替轮流注射上述的其中一种药物，每日 1 次，30 天为 1 疗程。

3. 操作

（1）经穴刺法：内关、曲池、外关、合谷，进针 1～1.5 寸，施提插捻转泻法 1 分钟。足三里进针 1.5 寸，施提插捻转补法 1 分钟；三阴交，进针 1 寸，施提插捻转补法 1 分钟；绝骨、血海，进针 1 寸左右，施提插捻转泻法 1 分钟。

（2）穴位注射：选患肢的 2 个穴位交替轮流注射前述药液，每日 1 次，30 天 1 疗程。

4. 疗程

（1）经穴刺法：15 天 1 疗程，需 2 个疗程。

（2）穴位注射：30 天 1 疗程。

【配方理论】

本病属中医“痹证”，辨证重点在于分清寒、热、虚、实。寒者喜暖怕凉，手指皮色

苍白或紫，苔白，脉细；热者指端肿胀潮红，指尖破溃，疼痛难忍，苔黄，脉细数；虚者病久，精神萎靡，乏力自汗，指端苍白充血，创面苍白，肉芽水肿经久不愈；实者指端感染，灼热作痛，昼夜难眠，指端肿胀溃破脓水多，苔黄燥，脉数。方中足三里、三阴交施用补法以温经止痛，其余穴位为局部取穴以活血通络，本病多与寒凉和情绪刺激有关，因此在治疗调护方面应注重调情志，防止感情冲动和其他精神因素的干扰，以嘱患者戒烟酒的同时，注意保暖、御寒。

【预后及转归】

雷诺综合征取决于原发病的治疗效果和预后，由自身免疫性风湿引起的雷诺现象，一般预后较差。而主要是在寒冷刺激和神经兴奋为主的因素作用下，肢端动脉痉挛和血流减少，经治疗预后较好，可以完全治愈。

【预防与调护】

应避免情绪激动、寒冷刺激。要戒烟。尽量减少发作。皮肤要保持清洁，避免创伤。室内保持温暖，定期消毒。若患处有溃疡或坏疽时，应注意皮肤的清洁，必要时配合药物熏洗和外敷。若兼见发热、恶寒、身痛等全身症状时，应及时控制感染和对症治疗。

【临证提要】

我国从20世纪70年代开始就利用针灸治疗雷诺综合征，强调用艾灸或温针之法，温通经脉，临床疗效肯定。近年来陆续有多病例的临床观察资料出现，仍主张针刺与艾灸结合，以引导阳气，温通经脉，或指端放血，活血行气。操作时，特别重视气至病所。

石学敏院长对本病的治疗以“活血通脉，祛瘀止痛”为大法，制定出一整套的配穴方法，重视手法量学的操作，取得了较好的效果。关于针灸治疗本病机理的报道，目前尚未见到，有待进一步的研究。

十六、臂厥、骭厥（多发性大动脉炎）

大动脉炎是常见的血管疾病，又称多发性大动脉炎或缩窄性大动脉炎。为主动脉及其分支的慢性、进行性，且常为闭塞性的非特异性炎变，造成狭窄或闭塞。因病变侵犯的位置不同，临床表现亦不同。其中以头和臂部动脉受累引起的上肢无脉症为常见。本病多见于女性青少年。本病在中医学属“臂厥、骭厥”范畴，多因血脉不通，血瘀为主要矛盾，但其本质为虚证，以肾阴虚为主，故遇寒则加剧。石学敏教授经多年的临床及实践研究，对于臂厥的治疗总结出一套针刺配方，效果满意。

【临床表现】

1. 全身症状

活动期有发热、全身不适、食欲不振、出汗。

2. 头臂动脉型

头晕、头昏、记忆力减退、上肢单侧或双侧上肢乏力、发凉、酸痛、麻木等。

3. 胸、腹主动脉型

下肢无力、酸麻、易疲劳、跛行等。

4. 肾动脉型

持续顽固的高血压。

5. 混合型

此型较常见，为广泛、多发性病变。

【鉴别诊断】

1. 先天性动脉缩窄

多见于男性，常在动脉导管相接处形成局限缩窄，血管杂音限于心前区或背部。全身症状不明显。主动脉造影有助于鉴别诊断。

2. 动脉粥样硬化

也可引起上下肢动脉闭塞或狭窄，多见中年以上，伴有动脉粥样硬化的其他表现，血脂增高。

3. 血栓闭塞性脉管炎

多见于男性，以四肢末端血管及静脉内膜炎为主，常发生于肢端，剧痛、溃烂、游走性静脉炎。

【治疗规范】

1. 治则

益气养血，通痹复脉。

2. 配方

（1）取穴：①上肢无脉：人迎斜刺，心肺经排刺；②下肢无脉：胃脾经排刺。

（2）电针疗法：选取上述穴位施手法后加电针治疗。

（3）耳针疗法：交感、心、肝、肺、肾、皮质下、内分泌。

3. 操作

（1）经穴刺法：人迎，直刺 1～1.5 寸，雀啄泻法 1 分钟；太渊，直刺 0.3 寸，施捻转补法 3 分钟，心、肺经排刺，针距 1～2 寸，直刺 1 寸，施捻转补法，针感循经而行；脾、胃经排刺，针距 1～2 寸，直刺 1 寸，施捻转补法。以上诸穴施术后均留针 20 分钟。

（2）电针疗法：选取上述穴位施手法治疗后选 4～8 个穴，加以电疗 10 分钟左右。

（3）耳针疗法：交感、心、肝、肺、肾、皮质下、内分泌穴埋针，或用王不留行子压法。每日 1 次。

4. 疗程

每日针刺 2 次，上、下午各 1 次，1 月为 1 疗程。

【配方理论】

中医学认为本病属于手太阴肺经及手少阴心经是动病之“臂厥”（上肢无脉），及足

阳明胃经是动病“骭厥”症（下肢无脉）。系因寒湿之邪侵袭经脉，致使经脉气血运行不畅，气虚血滞经脉失利，本经循行部位失其气血的温煦濡养而致。久之可累及内脏，出现心悸、气短、胸闷、眩晕证。方中人迎为主穴，取其足阳明胃经脉气所发之处，为阳明、少阳之会。阳明多气多血，针之调气血、通脉络；太渊为肺之原穴，又为脉会，补之可益气通脉，心肺二经排刺和脾胃经排刺以疏通经脉气血，气行血行，气血通畅，经脉通利，则阳气外达，邪以外泄；诸穴相配，使气血得复，病邪得除，经脉气血顺调，病安而愈。

【转归及预后】

针刺治疗臂厥病具有疏通经脉、复脉的作用，针刺治疗本病有独到之处。

1. 针刺时，应严格掌握手法操作要领，针感必须达到要求。

2. 早期发现，早期治疗，效果尤佳。

3. 如延误治疗，易影响心肺血管病变转化。

【预防与调护】

臂厥的病因与寒冷刺激及体质强弱有关。因此，避寒就温，免受风寒湿邪刺激是本病的关键。饮食应有规律，增加营养，加强肢体锻炼，增加体质，促进气血流通，也是臂厥病调护的重点。

【验案举例】

案一　李某，女，28岁，工人。住院日期：1983年5月9日。住院号：13788。

主诉：右缺盆、胸痛10年，两上肢酸软无力，双寸口无脉4年余。

病史：患者1976年5月至1978年12月先后10次发作右缺盆、胸痛、低热、体温37.3℃，由阵发性胀痛发展为持续性胀痛，逐渐加剧为刀割样或烧灼样痛，周身无力，双上肢酸楚，双侧血压0/0mmHg，先后在第六医院、和平医院治疗，诊断为“大动脉炎”。至1980年底，右眼视物呈飞蝇或锯齿状闪光感，左目视物时出现叠影，经多处诊治无效，今来我科求治，收入住院。

查体：神清合作，发育中等，营养良好，双瞳孔等大等圆，光感存在，右锁骨宽度较左侧宽约1倍，左胸锁关节和胸骨均有压痛，双颞浅动脉、颈动脉、双腋下动脉、肱动脉搏动减弱，双桡动脉极微，颈部及三角区可闻吹风样杂音，肺动脉听诊区可闻第一心音增强，血压：上肢右90/80mmHg（极微弱搏动三四次），左0/0mmHg，下肢右190/120mmHg，左170/120mmHg。

印象：①中医：臂厥（脉痹）；②西医：缩窄性大动脉炎（无脉症）。

辨证：患者插队务农，居处寒湿，劳倦过度，气血内耗，外邪闭阻，心脉不周，胸阳不振，百脉不畅，发为臂厥。

治则：理气活血，疏通经络，宣痹通阳。

选穴：人迎、太渊、尺泽、少海、神门、曲池、风池、完骨、天柱。

操作：人迎、太渊，施捻转补法，尺泽、曲池、少海、神门，施捻转提插泻法；风

池、完骨、天柱，施捻转补法。

治疗经过：采用本法治疗5次，左上肢血压80/70mmHg之间，可闻轻微搏动，治疗20天后，左上肢血压90/80mmHg，心悸减轻，双目视物闪光感消失，后巩固治疗1个月，左胸锁关节和胸骨均无压痛，双侧颞浅动脉、颈动脉、双腋下动脉，双桡动脉搏动对称，双上肢血压左侧110/40mmHg，右侧110/70mmHg，显效出院。

案二　武某，女，30岁，工人。入院日期：1976年3月13日。住院号：18206。

主诉：左上肢麻木无力伴桡动脉搏动微弱6年。

病史：1970年行阑尾手术，入院查体时，发现左上肢桡动脉搏动消失，血压测不到，当时无自觉症状，而后劳累时出现左侧肢体麻木无力，时有头晕心悸，左侧桡动脉搏动时隐时现，存在时触之极微。今来我科住院治疗。

查体：神清合作，营养发育欠佳，面色少华；颈外侧三角区未闻及血管杂音；心肺正常；肝脾不大；血压左上肢70/50mmHg（极微弱），右上肢90/50mmHg，左下肢170/110mmHg，右下肢170/110mmHg，左桡动脉搏动消失，左腋下动脉、肘动脉搏动存在，但较右侧明显减弱，双足背动脉，颞浅动脉搏动存在；四肢皮肤温度色泽无异常；左上肢麻木无力，时有头晕心悸，纳食好，夜寐欠安，二便自调，舌质淡红，苔薄白，右脉沉弱。

印象：①中医：臂厥（脉痹）；②西医：缩窄性大动脉炎（无脉症）。

辨证：气虚血瘀，经脉失利，心肺经脉闭阻，则发臂厥。

治则：益气养血，疏经通痹。

选穴：人迎、太渊、心俞、心经、肺经排刺、风池。

操作：人迎，以雀啄法直刺1～2寸，针感沿下齿上头，向后背、向前胸扩散，或触电感沿肩、上臂直达指端，而后施捻转补法3分钟；太渊，直刺0.3寸，施捻转补法3分钟；心俞，向椎体方向斜刺1.5寸，施捻转补法1分钟，针感沿肋达前胸；前臂心、肺经排刺，针距1～2寸，直刺1寸，施捻转补法，针感循经而行；风池，向对眼斜刺1寸，施捻转补法1分钟，针感达颠。

治疗经过：上穴日针2次，2个月治疗，左侧桡动脉搏动完全恢复，左上肢血压90/50mmHg，自觉症状消失，追访4年未复发。

【临证提要】

针灸治疗臂厥有其独特疗效，具有疏通经脉，鼓动复脉作用。人迎穴为主穴，为足阳明脉气所发之处，以调气血，通经脉。采用小幅度高频率捻转补法，行针1～3分钟。通过临床观察，我们认为针刺手法量学，对治疗本病的成功与否很重要。

十七、面颊痛（三叉神经痛）

三叉神经痛是指一种原因未明的颜面部三叉神经分布区内反复发作的、短暂的、阵发性剧痛，又称痛性抽搐。本病分为原发性和继发性两种。后者是由肿瘤、血管畸形或动脉

瘤、蛛网膜炎、多发性硬化等引起。原发性三叉神经痛的原因、病变部位及发病机制目前都还不是十分清楚，可能是由于神经冲动短路致癫痫样发作等原因引起。三叉神经痛中医又称“面颊痛”，认为是由于风寒或风热之邪侵袭阳明筋脉，气血运行不畅而致。石学敏教授采用针刺及刺络疗法治疗本病，临床疗效满意。

【临床表现】

多见于成年及老年，常在40～50岁以后发病，但很少超过70岁，女性多于男性，少数病例有家族史。大多为单侧，极少双侧。

临床症状基本上是疼痛。

疼痛的特征：突发的（发作前无先兆，如闪电式）、短暂的（历时数秒钟，最多不超过2分钟）、剧烈的（如电击样、针刺样、刀划样、撕裂样、烧灼样）疼痛，发作间歇期完全正常。

疼痛的部位：可以长期固定在三叉神经的某一支，而以第二、三支的发生率最高。第一支很少发生，仅占5%左右。亦可第二、三支同时受累。多为单侧，以面颊、上颌、下颌及舌部最明显，尤以上唇外侧、鼻翼、颊部、口角、犬齿、舌等处最敏感，稍触动即可诱发，所以称为“触发点”或“扳机点”。严重者刷牙、洗脸、讲话、咀嚼、吞咽均可诱发，给生活带来严重的不便。

少数病人可以有痛性抽搐，疼痛发作时反射性面肌抽搐，口角牵向患侧，并有面部发红，眼结膜和鼻黏膜充血、流涕、流泪和流涎。

发作频度：早期的发作次数较少，可数日1次，大多数病情逐渐加重。疼痛发作频繁。甚至数分钟1次，病程可呈周期性发作，每次发作持续数周至数月，缓解期可数日至几年，以后再发。越到后期缓解期越短，不经过治疗很少自愈。

【鉴别诊断】

1. 继发性三叉神经痛

疼痛多为持续性，更为剧烈，神经系统检查有三叉神经损害的阳性体征。此外，还伴有其他颅神经损害的表现。最常见病因是肿瘤性病变。

2. 牙痛

多为持续性钝痛，疼痛局限于牙根部，在进食冷热性食物时疼痛加剧，牙有叩击痛。口腔科检查及X线照片可以鉴别。

3. 额窦或上颌窦炎

为持续性钝痛，局部有压痛，有脓性鼻涕，当脓性分泌物排泄（引流）后痛可减轻。外周血白细胞数可以增高。鼻窦X片、CT、MRI等可呈炎症改变。

4. 颞颌关节综合征

为咀嚼进食时引起颞部和上颌部、颞颌关节的疼痛，检查颞颌关节有压痛，关节活动受限，是由于上下牙齿咬合不正所致。

5. 蝶腭神经痛

蝶腭神经痛又称不典型面部神经痛或 Sluder 病，主要在下半面部的烧灼或钻样疼痛，可由牙部发出，放射至鼻、颧、上颌、眼眶甚至耳、枕、颈肩部。伴眶部压痛、病侧鼻黏膜充血、鼻塞、流泪。疼痛可阵发性或持续性，每次数分钟至几小时，反复发作。蝶腭神经节封闭有效。

6. 舌咽神经痛

疼痛位于舌根、软腭、扁桃体、咽部、外耳道等，常在进食时吞咽诱发，在咽、舌根、扁桃体窝等处有痛的触发点，这些部位喷涂局麻药可止痛。

【治疗规范】

1. 治则

活血化瘀，通络止痛。

2. 配方

（1）主穴：下关、四白、风池、翳风。

（2）配穴：①第一支痛加攒竹、太阳；②第二支痛加四白、颧髎；③第三支痛加颊车、迎香。

痛点刺络拔罐。

3. 操作

风池，针患侧，针尖向舌根方向进针 1.5 寸；翳风，张口取穴，向面颊方向沿皮刺 1.5～2 寸，捻转泻法 1 分钟，令面颊胀麻感；攒竹，横刺 1～1.5 寸，直透鱼腰，捻转泻法 1 分钟，针感至眉弓、上额；下关，直刺，1～1.5 寸，捻转泻法 1 分钟，面部胀感；四白，直刺 1～1.5 寸，直达眶下孔，捻转泻法，针感至面颊。每次选取痛点 1～2 个部位，用三棱针点刺 3～5 点，速用闪火罐法，令每个部位出血 3～5ml，留罐时间 5～10 分钟。

4. 疗程

每日针刺 2 次，刺络拔罐每日 1 次，30 天为 1 疗程。

【配方理论】

中医学虽无三叉神经痛之病名，但在历代文献中有“齿痛”、“颧骨痛”、“面痛”、“偏头痛”等类似本病的论述。如清代陈士铎在《辨证录》中说：“人有患半边头风者，或痛在左或痛在右，百药治之罔效，此症得之郁气不宣，有加风邪袭之于少阳之经络，遂致中半边头痛也……大约遇顺境则痛轻，遇逆境则痛重，遇拂郁之事而更加之风寒之天则大痛而不能出乎……”王清任在《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》中说：查患者头痛者，无表证、无里证、无气虚、痰饮等证，时犯时好，百方不效，用此方一剂愈等。不仅描述了本病的表现，而且指出治疗原则和方法。中医以为本病多为风寒或风热之邪袭于阳明、少阳经脉，致气血运行不畅，血气痹阻而致面痛。正如《张氏医通》云：“面痛……不能张口言语，手触之即痛，此是阳明经络受风毒，传入经络，血凝滞而不行。”

【转归及预后】

面痛是一个非常棘手的疾病，针刺与刺络拔罐配合治疗，具有较好的疗效，其转归如下：

1. 发病早期，邪浅病轻，经过治疗可望痊愈。

2. 迁延日久，邪深病重，缠绵难愈，针刺治疗可望好转，但疗程长。

3. 本证发作时痛势剧烈，痛如刀割，故影响人体正常的饮食起居，久则致气血逆乱，脏腑失调，变生他证。

【预防与调护】

1. 避免六淫侵袭及七情所伤。

2. 饮食宜忌辛辣刺激之物。

【验案举例】

周某，男，51岁，工人。入院日期：1981年10月8日。住院号：11001。

主诉：右侧面部疼痛，间断发作2年，近1周加重。

病史：患者2年前因劳累，起居饮食失节而致右侧牙齿酸胀不适，于午餐时，突然右侧由牙槽处起始呈闪电样疼痛，放射至右侧面颊部，发作时疼痛剧烈，不能张口、洗脸。冷热刺激则诱发疼痛，每次发作约2~3分钟，严重时发作呈连续性。经口腔医院检查诊为“三叉神经痛”。经治疗疼痛减轻，发作次数减少，一般每月发作3~5次，发作时口服痛痉宁、亚氨二苯乙酰等药物，即可缓解5~6小时。患者7天前因工作劳累，又复感外寒，再次引起疼痛发作，面颊部呈闪电样疼痛，去总医院就诊，仍诊为“三叉神经痛”，经治疗效果不佳，今日收入院。

查体：神清合作，痛苦面容，皮肤粗糙无光泽，颈部后正中线可见手术瘢痕长10cm，右下颌角处有压痛，咽红，扁桃体未见肿大；桶状胸，右侧肋缘隆起，两肺呼吸音清，心率80次/分钟；腹软，肝脾未触及；右侧面部痛觉减弱，生理反射均正常，病理反射未引出；舌质淡，苔白腻，脉濡。

印象：①中医：面颊痛；②西医：三叉神经痛。

辨证：患者有素疾而多病，正气已衰，气血不足，卫气不固，外邪乘虚而入，侵于皮毛，内入血脉，气血阻滞，经络不通，故面颊疼痛。

治则：疏风通络，活血化瘀。

选穴：四白、下关、合谷、地仓、颊车。

操作：四白，刺入眶下孔1.5寸，施捻转泻法；下关，直刺1.5寸，令局部麻电感放散下齿槽；地仓，进针0.5寸，颊车，进针0.5寸，合谷，直刺1寸，均用捻转之泻法。针刺后再进行刺络拔罐，以下关、巨髎穴为主，出血量约3~5ml，每日一次。

治疗经过：以上穴每日针2次，每次留针1小时，中间作手法2次。1周后右侧面部疼痛明显好转，以后间断发作，但持续时间短，经治疗3周后疼痛缓解，临床治愈。半年

后追访，一直未发作。

【临证提要】

面痛为临床常见病，疑难病，针灸与刺络拔罐相结合疗效肯定。但是，针刺手法是疗效的关键。其以疏解三阳经脉、通络止痛为治则。

十八、颈痛（颈椎病）

颈椎病是由于椎间盘退变，脊椎骨质增生以致造成脊髓和神经根受压的疾病。其致病原因是随着年龄的增长或长期被动体位使椎间盘髓核部分所含水分不断减少，由于脱水造成髓核弹力减低，收缩变小，同时环状纤维呈玻璃样变致其向外膨出并变得粗糙，于是在椎间盘与椎体之间发生摩擦，产生骨质增生。其次由于椎间盘退化造成椎间隙狭窄，因而出现神经根受压及缺血等改变。中医学认为：素体虚弱，阳气不足，腠理不固，风寒湿邪乘虚侵袭而致。

【临床表现】

颈部疼痛，活动受限，常累及肩背部并放射至上肢乃至手指。疼痛可为钝痛、烧灼痛或放射痛，疼痛也可深达肌肉、骨骼、关节等，后期可出现相应部位的感觉减退或消失，伴头晕。

【鉴别诊断】

1. 臂丛神经痛

臂丛的功能主要是支配上肢。患病时疼痛首先在臂和手，疼痛初期呈间歇性，但可迅速变为持续性而影响整个上肢、锁骨上窝及神经干，有压痛，牵引上肢向外后上方活动时疼痛加剧，而不同于颈椎病的颈部活动受限，也无头晕症状，臂丛神经损害多因感染、外伤所致，颈椎X光检查可协助鉴别。

2. 颈胸神经根炎

发病年龄往往较轻，常由病毒感染所致，发病前多有上呼吸道感染史，其主要症状为一侧或双侧颈、上胸、背、肩、臂部或肘、腕、指部放射性疼痛或麻木感。疼痛时轻时重，性质以酸痛、钝痛，也可为刀割样痛，患肢可有感觉减退、运动障碍、腱反射减弱或消失。而颈椎病发病于中年以上，有颈后痛和活动受限，而无颈神经根与椎动脉压迫症状，X光片有颈椎增生的改变。

【治疗规范】

1. 治则

活血通络，祛风止痛。

2. 配方

（1）经穴刺法：风池、完骨、天柱、颈椎夹脊刺。

（2）电针疗法：华佗夹脊刺，针后加电针。

3. 操作

（1）经穴刺法：风池，直刺1.5寸；完骨、天柱，均直刺1寸，三穴均施捻转补法1分钟；颈椎夹脊刺，斜刺进针0.5寸，施捻转补法1分钟。各穴均留针20分钟。

（2）电针疗法：颈椎夹脊刺得气后，选首尾两穴通脉冲电针，以患者可以耐受为度，治疗3分钟。

4. 疗程

每日针刺2次，20天为1疗程。

【配方理论】

颈椎病多发于中老年人，中医学认为与肝肾亏损、气血不足、筋骨濡养失调、复感风寒湿邪有关，经气痹阻，血脉不和，引发颈项强痛。取风池、完骨、天柱施捻转补法，有补益脑髓之功效；颈椎夹脊刺（夹督脉）具有行气血、营阴阳、濡筋骨的作用。

【转归及预后】

颈椎为人体主要的关节部位。治疗延误将有如下转归。

1. 肝肾虚损严重，筋骨不得濡养，颈部关节活动受阻，并气血两虚，形体衰。

2. 治疗不当，气血阻滞不除，则疼痛难愈。颈痛的治疗如果及时，一般预后较好。

【预防与调护】

颈痛与感受风寒湿之邪以及年老及长期伏案工作有关。因此注意避风，调整劳逸时间及养生是非常重要的。也是患者的调护重点。

【验案举例】

案一　高某，男，51岁，会计师。入院日期：1980年1月19日。住院号：8332。

主诉：左上肢麻木3个月，伴左侧头疼1个月。

病史：患者于1976年劳累后发现左上肢麻木，颈部活动受限。经某医院诊为颈椎增生并施手术治疗，此后经常因劳累诱发。1979年10月上旬再次发作，右臂麻木、项强、头不能左右回顾，疼痛向左肩放射、夜不能寐而住某院，经X光诊断为“颈椎骨质增生，颈5～6椎间孔明显变小。”疗效不佳而于12月4日出院，病情渐发展，左上肢麻木，头不能向患侧回顾，弯腰尤甚，时而出现左偏头痛。1980年1月来我院门诊，查脑血流图报告：“双枕—乳导联波幅均降低”收住院。

查体：患者面色黑暗，被动体位，咽部微红，心肺正常，腹中线有手术斑痕约10cm长，肝于剑突下二指可及，有压痛，生理反射存在，病理反射未引出，舌红苔黄，脉弦滑。

印象：①中医：湿痹，头痛；②西医：颈椎综合征。

辨证：患者素体虚弱，阳气不足，腠理不固，风寒湿邪乘虚侵袭，痹阻手三阳经经脉，湿气偏盛，其性重浊，故肢体麻木难愈，疼痛而沉重。手三阳经皆上注于头，经气痹阻，窍络郁塞故头痛，舌脉均湿邪痹阻之象。

治则：宣痹化湿。

选穴：风池、颈椎夹脊刺、曲池、完骨。

操作：端坐低头取风池，直刺1.5寸，施捻转泻法，令局部酸胀并向后枕扩散为度，完骨，直刺1寸，施平补平泻捻转手法，二穴均做手法1分钟。曲池，直刺1.5寸，手法同前，夹脊刺斜刺进针0.5寸，施捻转补法1分钟。

治疗经过：用上法治疗一周后，左上肢麻木减轻，至15天头已不痛，偶有头晕，左上肢麻木消失，出院继续门诊治疗，11次后诸症消失、痊愈。

案二　小池捻，男，49岁，日本商人。入院日期：2005年4月7日。住院号：F02273。

主诉：颈部不适3月余，肩背疼痛3天。

病史：患者平素工作繁忙，3月前出差感寒后，自觉颈项部不适，沉重，活动欠灵活，3天前晨起颈项部不适加重，左侧肩胛、背部疼痛剧烈，就诊于塘沽医院予针刺、推拿、刮痧等治疗，未见明显好转，遂于我院特需门诊，查颈椎MRI示：颈椎病。今为进一步治疗收入我科。

查体：神清合作，发育正常，营养中等，皮肤巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及，神经系统查体未见异常，无头痛头晕，语言清，颈项部不适，活动受限，左侧肩胛、背部疼痛剧烈，局部皮肤瘀紫，被动体位，不能平卧，四肢活动可，左上肢活动时不适感加重，颈抵抗（－），臂丛牵拉试验（＋），血压130/90mmHg，脉率76次/分钟，舌暗红，苔白腻，脉弦。

印象：①中医：痹证，湿痹；②西医：颈椎关节病。

辨证：患者年近半百，肾气已衰，阳气不足，腠理不固，风寒湿邪乘虚侵袭，痹阻于手三阳经经脉，湿气偏盛，其性重着，故肢体沉重不适。

治则：宣痹化湿。

选穴：风池、完骨、颈椎夹脊刺、曲池。

操作：同上。

治疗经过：采用上法治疗3次，疼痛减轻，颈项部活动较前灵活，巩固治疗30天，活动自如，疼痛消失，临床治愈出院。

【临证提要】

颈痛是临床较为常见的病种，也是针灸治疗效果显著的病种之一。尤其在缓解疼痛方面比较迅速。但是临床治疗颈痛应该详细审其病因，因因而治。颈痛的治疗应以疏通经络为主，辨清虚实，虚则补之，实是泻之。

十九、脊痛（退行性脊柱炎）

退行性脊柱炎亦称脊椎骨性关节炎、肥大性脊椎炎、增生性脊椎炎等，是中年以后发生的一种慢性退行性病变。一般以负重和活动范围较大的关节（如颈椎和腰椎）常累及。

退行性变发生于椎体、椎间盘和小关节。椎体边缘的唇形变或骨刺形成，是诊断名称的由来，也是诊断本病的标志。不同部位的骨刺，皆易发生于生理曲线的凹侧，脊椎曲线凹侧的椎体缘，由于杠杆作用，所受的压力较大，年龄愈大，椎体所受压迫和磨损的时间也较长，因而骨刺的形成亦较多，压力可能是引起骨刺的主要因素，骨刺则是椎体对于压力的反应，是骨组织对压力所产生出的代偿性产物，是一种对脊柱的保护性作用。中医学认为本症是因人过中年，肾气渐亏，复感风寒外邪，邪气留滞经络或复因伤力，气血瘀阻，血脉凝涩不得宣通所致。

【临床表现】

患者多在40岁以上，男性多于女性。早期症状是整个脊柱僵硬酸痛，尤以腰部或颈部为甚，不能久坐，久坐时必须频频更换体位。晨起症状较重，稍活动则症减，但活动稍久，尤其是在疲劳后，症状又加重。一般本症不会发展得很严重，亦不会造成严重的畸形，少数患者可有脊髓或脊神经根受压症状。

【鉴别诊断】

由于本病在颈部或腰部的脊柱部位会出现疼痛，故主要应与颈椎病或腰椎间盘突出症相鉴别。

1. 颈椎病

颈椎病是由于颈椎增生刺激或压迫颈神经根、颈部脊髓、椎动脉或交感神经而引起的综合症候群。轻者头、颈、肩臂麻木疼痛，重者可致肢体酸软无力，甚至大小便失禁、瘫痪。病变累及椎动脉及交感神经时，则可出现头晕、心慌等相应的临床表现。X线检查，可以发现大多数患者在正位片上有椎间隙变窄、钩椎关节增生等病变，侧位片上可见到颈椎生理前凸消失、变直或轻度成角反张，椎体排列异常，椎体和关节突向前滑脱，受累椎间隙变窄，相邻两椎体的前缘或后缘有唇样增生，项韧带钙化等；斜位片上可见到唇形骨刺伸入椎间孔，椎间孔前后径变窄等。

2. 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症又名“腰椎间盘纤维环破裂症”，以第4～5腰椎和第5腰椎、第1骶椎之间的椎间盘最易发生病变。临床表现为腰部疼痛，下肢放射痛，腰部活动障碍，脊柱侧弯，主观麻木感，患肢温度下降。

3. 类风湿性关节炎

本病是一种病因尚未明确、具有关节炎变的慢性全身性疾病。早期有游走性的关节疼痛和功能障碍，晚期则关节僵硬和畸形，功能丧失，并有骨和骨骼肌的萎缩。患者以青壮年为多，女性为男性的3倍，儿童和老年少见。

4. 强直性脊柱炎

最初病变是在骶髂关节，以后有骨凸炎及肋椎关节炎。脊柱的其他关节由下而上相继受累。正常脊柱的腰段弯曲消失，脊柱胸段弯曲则呈显著的后凸，胸廓也成扁平。又因各肋椎关节强硬，胸廓的扩张运动受限，肺活量显著减少。X线片可见关节面模糊不整，关

节附近有骨质疏松，前后纵韧带及其他脊椎间的韧带钙化或骨化，使脊柱呈竹节样畸形。

【治疗规范】

1. 治则

祛瘀通络，通调督脉，膀胱经气。

2. 配方

（1）刺络法：双侧环跳、大肠俞、委中、阳陵泉刺络拔罐。

（2）经穴刺法：水沟、肾俞、大肠俞、腰阳关、委中、养老及阿是穴。

3. 操作

（1）刺络法：每次取1~2穴，用三棱针点刺3~5点，取罐闪火法拔之，出血量5~10ml，留罐时间不得超过5分钟。

（2）经穴刺法：水沟，施雀啄手法，以眼球流泪或湿润为度；腰阳关及阿是穴，均用捻转提插泻法，施术1~3分钟；大肠俞，深刺2~3寸；委中，仰卧位，抬腿取穴，使触电感放射到足部下肢抽动3次为度。养老捻转泻法。

4. 疗程

（1）急性疼痛期：刺络法每日1次，经穴刺法每日2次，疗程一般为2~3个月。

（2）稳定期：治疗同上，疗程稍延长。

【配方理论】

本证经脉辨证主要责之于足太阳膀胱经、足少阴肾与督脉三经。肾俞、大肠俞、腰阳关为俞穴的近治作用，配膀胱经之合穴委中，以疏调督脉和膀胱经气，“腰背委中求”使其通则不痛。水沟有“全身止痛穴”之说，对强烈疼痛，重雀啄有迅速止痛之效。养老为手太阳小肠经之郄穴，郄治急性病，小肠经病候以痛为著，故取本经之郄治其急性疼痛。

二十、肩臂痛（臂丛神经痛）

肩臂痛是指整个上肢，即肩及腕以上部位发生疼痛的症状，属中医学“痹证”范畴。《灵枢·经脉》：“臑臂内前廉痛厥”，“肩前臑痛”，“肩臑肘臂外皆痛”等。其病机为经脉所过之处气血运行不畅，经气瘀滞，脉络痹阻，不通则痛。治疗以祛邪、通络、止痛为主。现代医学的臂丛神经痛相当于本证。现代医学认为本病为颈胸神经根组成之臂丛及其周围神经干，由于不同原因损害所致上肢疼痛的总称。在诸神经痛中居第二位。臂丛神经痛多由邻近组织病变的刺激和本身炎症等原因所引起，颈椎关节病常为本病最常见的原因。由于骨质增生、椎间孔狭窄以及神经周围结缔组织增生纤维化，刺激或压迫神经根而引起疼痛、麻木，甚至运动功能受限。

【临床表现】

疼痛为最主要的自觉症状，疼痛可为自发性或于颈臂活动时出现，常以一侧颈根部向肩臂乃至手指放射。呈钝痛、刺痛或灼痛，一般夜间较明显，头颈部活动、咳嗽、打喷嚏

或用力时疼痛加重。某些病程长者，可见肩臂部肌肉松弛、萎缩。

【鉴别诊断】

1. 肩周炎

疼痛以肩关节为主，昼轻夜重，但无针刺样或过电样串麻感，肩关节运动逐渐受限，肩关节活动到受限区域时出现疼痛。

2. 锁骨上肿物

因肺尖部原发肿瘤或转移瘤、锁骨上淋巴结节增生或浸润造成臂丛神经的压迫而产生疼痛、感觉障碍及肌肉萎缩等症状。锁骨上可触及肿物。

3. 风湿性关节炎

临床表现为关节部位的疼痛、活动受限，甚至关节红肿，没有肢体放射痛，可伴发热等症。实验室检查见血沉增快，抗链“O”阳性。

【治疗规范】

1. 治则

行气散瘀，通经止痛。

2. 配方

极泉、臑俞、后溪、外关、肩外俞、肩中俞、天宗、曲垣、秉风、肩贞、痛点。

3. 操作

取患侧极泉，直刺 1～1.5 寸，施提插泻法，使针感向手放散，手臂抽动 3～5 次为度；后溪直刺 2 寸，施提插泻法 3 分钟，使针感放散到手指，二穴均不留针；外关，直刺 1～1.5 寸，施提插泻法 1 分钟；肩外俞、肩中俞，均向棘突方向斜刺 0.5～1 寸；秉风、臑俞，直刺0.5～1寸；肩贞，直刺 1～1.5 寸。以上诸穴均施平补平泻手法 1 分钟，施术后均留针 20 分钟。然后自肩至手选取 3～5 个痛点，刺络拔罐，令出血量达 5～10ml，留罐 5 分钟。

4. 疗程

每日治疗 1 次，10 次为 1 个疗程。

【配方理论】

臂丛神经痛隶属中医学“痹证”范畴。病因病机为外邪侵袭手三阳经，经气闭阻，不通则痛。针刺治疗需辨明邪气客于手太阳经，症见“肩似拔，臑似折”，“颈颌肩臑肘臂外后廉痛”。邪中于手阳明经则症见“肩前臑痛大指次指痛不用”。邪中于手少阳经则症见“肩臑肘臂外皆痛，小指次指不用”。可见臂丛神经痛属于经筋发病，多相当于经络病变中的手太阳小肠经的是动病。治疗取极泉，为心经要穴，针感放散，可疏通肩臂血脉，行气活血。后溪为手太阳经原穴，小肠经循臂、过肩、上项，为臂丛神经通路，有疏通经络、和气止痛之功。外关为上肢止痛要穴，疗效显著。“七星台”诸穴为治疗肩臂痛之验穴。痛点刺络拔罐直抵经络病所，祛菀陈挫，直折病邪，以缓急止痛。本疗法实施中务求

针感到位，手法达到量学要求，使气至病所，经络得通，止痛乃效。

【转归及预后】

1. 本证初期邪浅，经针灸治疗可望治愈，预后较好。
2. 本证治疗若不得当常迁延缠绵难愈，预后不良，影响正常生活。
3. 本病在针灸治疗的基础上配合推拿手法治疗可提高疗效。

【预防与调护】

本病的发生或为感受风寒湿邪，或为外伤闪挫，因此生活起居中应注意避风寒，进行适当的功能锻炼，促进局部气血运行。

【验案举例】

贺某，男，48岁，工人。入院日期：1981年11月28日。住院号：11222。

主诉：右背部及右上肢疼痛18天。

病史：患者于本月10日中午与人打架后入睡，醒后自觉右肩胛骨内上角部位疼痛，因较轻未予注意。此后每于劳累及睡觉翻身时疼痛，呈酸痛，休息后即能缓解，仍未治疗，至13日发展为持续性隐痛，并有阵发性跳痛，4天后右上肢开始疼痛，难以忍受，伴有手指麻木。曾在市某医院拍颈椎片，无异常发现，给予天麻丸及针灸治疗，疼痛略有缓解，来我院住院治疗。

查体：神清，营养良好，右上肢可以抬举，脊柱无侧弯，颈椎、胸椎无明显压痛，右肩胛骨内上角部位压痛明显，冈上肌、大圆肌、肱二头肌、三角肌、骨间肌轻度萎缩，右上肢浅感觉减退，肌张力正常，肌力减弱，肱二、三头肌腱反射左正常，右减弱，病理反射未引出，舌质红苔薄黄，脉弦。

印象：①中医：痹证（小肠经病）；②西医：臂丛神经痛。

辨证：大怒伤肝，气滞血瘀，闭阻于太阳小肠经脉，不通则痛，故肩似拔，臑似折。

治则：理气活血，通经止痛。

选穴：肩外俞、肩中俞、天宗、曲垣、秉风、臑俞、肩贞、极泉、外关、支沟。

操作：肩外俞、肩中俞均向棘突方向斜刺0.5～1寸，天宗直刺0.5寸，曲垣直刺或斜刺0.5～1寸，秉风、臑俞均直刺0.5～1寸，肩贞直刺1～1.5寸，以上均施平补平泻手法；极泉直刺1～1.5寸，令上肢有触电感为度；外关为上肢止痛之要穴，直刺1～1.5寸，提插泻法；支沟直刺1～1.5寸，施捻转泻法。

治疗经过：上穴日针1次，右肩臂疼痛略减轻，浅感觉有所恢复，8次后浅感觉完全恢复，疼痛大减，10次后诸症消失，临床治愈。

【临证提要】

肩臂痛是临床常见病，多发病，其治疗方法多种多样，然针灸疗效尤其显著。特别是针刺与刺络拔罐相结合止痛迅速，立竿见影。

二十一、肩凝症（肩关节周围炎）

肩凝症又称“冻结肩”，是由于感受风、寒、湿邪为主，造成肩关节周围疼痛，活动功能障碍的一种病证。本病多发生于50岁左右患者，故又有“五十肩”之称。现代医学认为本病是多种原因所致的肩部肌肉、肌腱、滑囊和关节囊等软组织的无菌性炎症。日久造成肩关节周围疼痛，肩关节内外粘连，活动受限，故称之为“肩关节周围炎”，简称“肩周炎”。其发病多因营卫虚弱，筋骨衰颓，复因局部感受风寒，或劳累闪挫，或习惯偏侧而卧，筋脉受到长期压迫，遂致气血阻滞而成肩痛。肩痛日久，由于局部气血运行不畅，蕴郁而生湿热，以致患处发生轻度肿胀，甚则关节僵直，肘臂不能举动，故治疗以活血通络止痛为大法。

【临床表现】

1. 初期

肩部疼痛、活动不利，有僵硬感，疼痛可向颈、项及手放射，无感觉障碍。

2. 中期

肩关节功能活动受限，以外展、上举更为严重，不能完成梳头、脱衣、摸背动作。

3. 后期

病人出现肩部肌肉萎缩。X线检查示轻度骨质疏松及肱骨头上移。

【鉴别诊断】

1. 肩关节脱臼

肩关节脱臼时外观呈方肩畸形，肩肿胀，失去膨隆丰满的外形。肘关节屈曲时，肘尖内收不能接近肋部，患侧上举不能搭在健侧背后（即搭肩试验阳性），并有明显外伤史。

2. 肱骨外髁颈骨折

局部肿胀并有青紫云斑，肩关节活动功能丧失，患肢较健侧短，其骨折处有压痛。在上臂做纵向叩击时，骨折处有锐痛。触摸时，在骨折处可有骨擦音，并外伤史。

3. 颈椎综合征

主要为眩晕，颈项、肩背部疼痛如烧灼样刀割样，向枕部或上肢放射呈针刺样或过电样串麻感。查体：击顶试验阳性，臂丛神经牵拉试验阳性。

【治疗规范】

1. 治则

活血祛瘀，通络止痛。

2. 配方

（1）*刺络法*：取患侧肩髃、肩贞、臑俞、天宗、曲垣、肩外俞或以痛为腧刺络拔罐。

（2）*经穴刺法*：取患侧肩髃、肩贞、臑俞、天宗、秉风、曲垣、肩外俞、肩中俞、条口。

3. 操作

（1）刺络法：每次选取2～3个穴位或令患肩运动，在肩臂运动中取最痛点。常规消毒，以三棱针每处速刺3～5点，再用闪火法拔罐5～7分钟，令每罐出血5～10ml为宜，以上穴位交替使用。

（2）经穴刺法：先取条口穴，进针2～2.5寸，向承山方向透刺，施捻转提插相结合的泻法1分钟，同时令患肩运动，活动范围由大到小，以患者能够耐受为度。然后，针其余诸穴，进针1寸，均施捻转提插泻法1分钟，令针感向四周传导，以上诸穴施术后均留针20分钟。

4. 疗程

刺络法每日1次，经穴刺法每日2次，15天为1疗程。

【配方理论】

肩凝症以单侧或双肩关节酸重疼痛、运动受限为主症。本病属中医学“风寒湿痹”的范畴。风盛者多伤于筋，肩痛可牵扯项背手指；寒盛者多伤于骨，肩痛较剧，深按乃得，得热则舒；湿盛者多伤于肉，肩痛固定不移，局部肿胀拒按。风寒湿三邪痹阻经络、气血凝滞不通则痛。方中条口透承山为治疗肩臂痛的经验穴，肩髃为手阳明经经穴，有祛风通络之功。肩贞至肩外俞7穴，为手太阳小肠经穴，又名“七星台”，对缓解肩胛部疼痛有特效。刺络拔罐意在祛其邪气瘀血，使经络气血运行通畅，达到祛瘀生新、行气活血、通络止痛的目的，瘀去络畅则疼痛自消。本配方所取腧穴均位于肩背部，其穴位深层有大圆肌、冈上肌、冈下肌、斜方肌、肩胛提肌、小菱形肌；分布着桡神经、腋神经、肩胛上神经、肩胛背神经。这些肌肉和神经有支配上臂外旋、内旋、外展、内收及肩胛上举的作用。通过针刺及刺络拔罐，促进筋肉内血液循环代谢，增加关节的血流，达到活血散瘀，消肿止痛的目的；另外，还可以缓解肌肉痉挛，从而改善肩关节的运动功能。

【转归及预后】

1. 本证初期邪浅，经针灸治疗可望治愈，预后较好。
2. 本证治疗若不得当常迁延缠绵难愈，预后不良，影响正常生活。
3. 本病在针灸治疗的基础上配合推拿手法治疗可提高疗效。

【预防与调护】

本病的发生或为感受风寒湿邪，或为外伤闪挫，因此生活起居中应注意避风寒，进行适当的功能锻炼，促进局部气血运行。

【验案举例】

项某，女，54岁，工人。入院日期：1985年6月18日。住院号：18294。

主诉：左肩臂疼6月余。

病史：患者于1月1日白天织毛衣时间较长，晚上睡觉时左肩臂疼痛剧烈，如针刺样，在本单位保健站治疗，于口服“强的松”、“去痛片”，疼痛有所缓解，但每于过度用

力则诱发疼痛，渐至活动受限，今来我科求治，收入住院。

查体：发育正常，营养中等，神疲乏力，右肩臂疼痛如刺，屈伸不利，后伸30°，外展45°活动受限，疼痛得热则舒，与气候变化无关，神经系统查体未见异常，心肺（－），肝脾正常，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。

印象：①中医：痹证；②西医：肩关节周围炎。

辨证：患者年过五旬，气血不足，经脉空虚，过度劳累，耗伤气血，筋脉失养，又复令肩臂持续劳累，致气血闭阻不通，不通则痛，血瘀致痛，故其痛如刺。

治则：益气活血，疏通经络。

选穴：肩髃、臑俞、肩内陵、肩外陵、条口，最痛点刺络拔罐。

操作：诸穴均用捻转提插相结合的泻法，针刺后，令患者运动，在肩臂运动中取最痛点，在常规消毒后以三棱针点刺3～5点，用大号玻璃罐拔之，出血量5～10ml为度。

治疗经过：采用本法，治疗即刻疼痛缓解，经1周治疗左上肢可后伸45°，上举90°，又复巩固治疗1周，临床治愈出院。

【临证提要】

肩臂痛是临床常见病，多发病，其治疗方法多种多样，然针灸疗效尤其显著。特别是针刺与刺络拔罐相结合止痛迅速，立竿见影。

二十二、肘劳（肱骨外上髁炎）

肘劳，又称“网球肘”。临床表现为肘部外侧疼痛无力，不能提取重物；较重者，可反复发作，疼痛呈持续性，无力，甚至持物掉落，在前臂旋前伸肘时，疼痛加剧，且活动受限。本病大多发生在前臂旋前，腕关节主动背伸时的急性扭伤或慢性劳损。可由用力不当突然诱发，但多属于劳损性病变。本病好发于前臂劳动强度较大的中老年人，与职业有密切的关系。多见于木工、钳工、泥瓦工和网球运动员。中医学认为本病多由气血虚弱、血不荣筋、肌肉失去温煦、筋骨失去濡养，加之肘部过劳或用力不当，伤及肘部筋脉，筋脉损伤，气血凝滞而发病。治疗以活血化瘀、通络止痛为法。本病相当于现代医学的肱骨外上髁炎。

【临床表现】

起病缓慢。初起劳累后偶感肘外侧疼痛，利用伸腕动做端提物件时疼痛加剧，但利用屈腕动做端提物件时则不痛。日久则加重，如提水、拧毛巾、扫地等动作均感疼痛乏力，疼痛甚至向上臂及前臂放射，呈持续性。重者肘关节僵硬、活动受限、无力，甚至持物坠落。压痛点在肱骨外上髁、桡骨小头以及腕伸肌的肌间沟。伸腕肌群阻抗试验阳性；伸腕肌群紧张试验阳性。X线检查多无病理改变，或偶有骨膜不规则和骨膜外有少量钙化点。

【鉴别诊断】

1. 肱骨内上髁炎

肘部疼痛部位在肘关节内侧肱骨内上髁，抗阻力屈腕时疼痛较明显，由屈肌群劳损引起。

2. 骨化性肌炎

肘关节疼痛部位比较广泛，并伴有功能障碍，X 线示关节及关节周围有骨化物形成。

3. 尺骨鹰嘴滑囊炎

病变在尺骨鹰嘴，肿痛和压痛点在肘内侧，伸屈轻度受限。

4. 肘关节尺侧副韧带损伤

关节肿胀，内侧间隙压痛，伸肘、屈肘、外翻疼痛加重，X 线检查见关节间隙增大。

【治疗规范】

1. 治则

舒筋活血，通络止痛。

2. 配方

曲池、肘髎、手三里、合谷、阿是穴。

3. 操作

诸穴新病宜浅刺，久病宜深刺。曲池、肘髎、手三里，直刺 0.5～1 寸，施提插泻法，令局部酸胀或有麻电感向前臂放射；合谷，直刺 0.3～0.5 寸，施提插泻法 1 分钟，令针感向上传导；阿是穴，针刺可作多向透刺。可针刺与温灸并施。诸穴施术后均留针 20 分钟。对肘部痛甚者，可在痛点刺络拔罐，出血为量 5～10ml。

4. 疗程

每日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

【配方理论】

肘劳属于中医学“伤筋”范畴。早在隋唐时期，伤筋即形成了独立的病证概念，并从整体观念出发，认为筋与骨骼、脏腑、经络、气血等密切相关。故筋虽伤于外，必内损气血经络而发病。其主要病因病机为肘关节长期劳作，以致劳伤气血，血不荣筋，筋骨失去濡养，风寒之邪乘虚侵袭所致。阳明为多气多血之经，又“主润宗筋”，对于劳损引起的肘关节痛，取手阳明大肠经曲池、肘髎、手三里、合谷，并配以温灸方法，旨在疏通经络气血，温经散寒止痛。阿是穴针灸并用，以疏风散寒，通络定痛，使筋脉通畅，气血调和，疼痛可除。在肘关节疼痛之处，采用刺络拔罐疗法，不论是新病、宿瘀，都能达到活血通络、祛瘀生新之效用。本疗法为治疗肘劳之效方。

【转归及预后】

肘节是人体活动重要部位，应积极早期进行治疗。否则可使病情加重，并因疼痛而影响功能活动乃致畸形。其转归大体如下：

1. 积极治疗可使病情很快好转，针刺效果满意。

2. 不能坚持治疗者，由于疼痛使活动受限而致关节僵硬乃至畸形。

针刺治疗肘痛有较好效果，一般预后较好。

【预防与调护】

肘痛的病因与长期劳作及寒邪侵袭有关。因此防止上肢固定姿势过长及避免寒邪侵袭是防止肘痛发生的关键。也是已患本病患者的调护重点。

【验案举例】

案一　李某，男，42岁。主诉：右肘尖疼痛，1年余。

病史：患者平时不经常参加体力劳动，1年前由于搬东西不慎用力太过，随后出现右肘尖高骨处疼痛，并日趋加重，现在右臂连水瓶都不能提。曾在某医院治疗。检查：一般状况良好，右臂不取持重物，并有肿胀，局部压痛明显。苔薄白，脉沉弦。诊断：网球肘（肘痛）。治则：舒筋通络，活血止痛。取穴：冲阳、阿是穴。操作：冲阳进针后要得气明显，行捻转手法，平补平泻；局部阿是穴以火针刺之，如是治疗3次即告痊愈。（《中国当代针灸名家医案》）

案二　张某，男，61岁，右肘痛3个月，加重1周，每逢切肉，炒菜后，疼痛加剧，近1周已不能操刀，提水，劳累后跳痛，灼痛，向前臂桡侧放射。检查：右肘肱骨外上髁肿胀发热，局部压痛明显。诊断为肱骨外上髁炎。针刺：曲池、手三里、阿是穴。中等刺激。留针20分钟。起针后，用艾条温灸。隔日一次，5次痊愈。（《针灸临床实践》）

【临证提要】

针刺治疗肘痛，效果可靠，但宜审证求因，辨证施治，方可取得满意疗效。

二十三、膝痛（膝关节骨关节炎）

骨关节炎系由于老年或其他原因引起的关节软骨的非炎症性退行性变，并在关节边缘有骨赘形成，临床可产生关节疼痛、活动受限和关节畸形等症状。膝关节骨关节炎多见于中老年女性，肥胖超重负荷是致病的主要原因。本病的病理基础是关节软骨的改变，一般认为由于软骨的磨损超过软骨的修复能力所致，常发生于负重关节，早期于光镜下可见软骨细胞减少，脂肪退行性变和胶原纤维的改变，其后在软骨表面可见多数软化灶，软骨失去光泽，颜色变黄，表面粗糙不平，进而出现裂隙，表面剥落糜烂，引起软骨下骨质暴露，脱落的小碎片可引起滑膜炎症。中医学认为本病是由于年老体虚，气血不足，或因感受寒湿之邪，经脉瘀阻，不能荣养关节所致。

【临床表现】

患者常诉关节有喀喇音，走路时感疼痛，休息后好转，久坐久站时觉关节僵硬，走动及放松肌肉可使僵硬感消失。症状时轻时重，甚至每天可有差别。关节肿大常由骨质增生，亦可由少量渗液所致，急性肿胀提示关节腔内出血。病情进展时膝关节活动受限，可

引起废用性肌萎缩，甚至发生膝外翻或内翻畸形。

【鉴别诊断】

引起膝关节疼痛的疾病很多，主要应与下列疾病相鉴别。

1. 类风湿性关节炎

多发生于青年女性，常伴全身系统症状，以累及周身小关节为主，病后遗留关节畸形。同时本病可有活动期血沉加快，类风湿因子阳性。

2. 膝关节创伤性滑膜炎

由于暴力打击、跌仆创伤、扭伤、过度劳损等原因造成滑膜损伤，使之充血、渗出，产生大量积液。渗出的积液中可含有血浆，白细胞，吞噬细胞等。同时滑液积聚日久，纤维素沉着，如不及时消除可发生机化。膝关节疼痛，肿胀，压痛，滑膜有摩擦发涩的声响和局部温度增高，其疼痛特点为：膝关节主动极度伸直时，特别是抗阻力伸膝运动时，髌骨下部疼痛加剧，被动极度屈曲时，疼痛也明显加重。

【治疗规范】

1. 治则

行气活血，疏通经络。

2. 配方

（1）耳针疗法：肝、肾。

（2）经穴刺法：膝眼、鹤顶、阳陵泉、阴陵泉、膝阳关、梁丘。

3. 操作

（1）耳针疗法：每穴进针后，施以捻转泻法，每隔 10 分钟施术 1 次，留针 20 分钟左右。

（2）经穴刺法：膝眼，稍向髌韧带内方斜刺 0.5～1.2 寸，施以捻转泻法 1 分钟；鹤顶，直刺 0.3～0.5 寸，施以捻转泻法 1 分钟；阳陵泉，直刺 1 寸，施以提插泻法 1 分钟；阴陵泉，直刺 1 寸，施以提插泻法 1 分钟；膝阳关，直刺 0.8 寸，施提插泻法 1 分钟；梁丘，直刺 1 寸，施提插泻法 1 分钟。诸穴施术后留针 20 分钟。

4. 疗程

（1）急性疼痛期：耳针疗法每日 1 次，经穴刺法每日 2 次，疗程一般为 2～3 个月。

（2）稳定期：治疗以经穴刺法为主，每日 2 次，耳针疗法可每隔 2～3 天进行 1 次，疗程稍延长。

【配方理论】

中医学认为人体虽可分为脏腑经络、五官九窍、四肢百骸等器官和组织，但它们都是有机整体的一部分，就耳来说并不单纯是一个孤立的听觉器官，它和脏腑有着密切的关系，当脏腑肢体发生病变时，可于耳部相应区域找到压痛点，在此痛点予以针刺治疗，通过体表—内脏反射起到调整机体结构功能的作用。另外，肝主筋，肝与胆相表里，脾主四

肢肌肉，阴、阳陵泉及膝阳关等穴即属于胆经和脾经俞穴，并配合膝关节局部相关穴位，共同达到舒筋通络止痛之效果。

【验案举例】

李某，女，49岁，服务员。入院日期：1982年5月7日。住院号：11893。

主诉：膝关节肿痛近1周加重。

病史：左膝关节肿痛20余年，当时局部红而不热，行走困难，每因阴雨、过力而疼痛加剧，服强的松等药不效。后经某医院拍X光片，诊为增生性关节炎，予针灸、电疗、洗药及激素类药物治疗2年，病情渐缓解，时有轻度疼痛。一个月前浴后感寒，翌日即恶寒发热，体温达39.4℃，经某医院予APC及土霉素后，体温降至36.9℃，5天后左膝红肿疼痛，不能活动，再次拍片诊为增生性关节炎，服用强的松、瑞培林、消炎痛等药，疼痛不减并延及右膝，某医院建议行“髂骨脂肪松解术”，本人不接受而来我院门诊，即收入院治疗。

查体：形体肥胖，咽无充血，扁桃体不大，舌淡苔黄腻，心肺正常，肝于肋缘下一横指可及，双膝关节肿胀，左侧较重，右膝关节积液，双下肢未见红斑、结节。左脉沉细，右脉沉弦。

印象：①中医：痹证；②西医：增生性膝关节炎。

辨证：患者素体肥胖，气虚湿盛，病痹证日久不愈，湿性黏腻之故，浴后腠理空虚，风寒乘虚袭入经隧，阻于脉络，寒湿互结，阴气下沉，气血痹阻于足阳明经，发而为痹，关节疼痛不移为寒邪甚，肿胀为寒与内湿相持，遂酿成寒湿痹证。

治则：疏风散寒，祛湿通络。

选穴：委中、内外膝眼、阴陵泉、阴谷、曲泉，局部梅花针排刺。

操作：阴谷、曲泉，直刺1寸，施捻转补法；委中，俯卧位直刺1.5寸；内外膝眼，均对刺1寸。

治疗经过：每日如上法针2次，4天后静止时已不疼，经搀扶可短距离行走。3周后双膝关节疼痛消失，肿胀消散，屈伸灵活，独立行走自如。

二十四、腰痛

（一）急性腰扭伤

在腰部活动中突然超出腰部正常活动范围，而造成腰部剧烈疼痛、活动受限者多为急性腰扭伤。本病有明显的外伤史，或在运动中感到腰部有“格答”声响，即产生腰部一侧或两侧剧烈疼痛，活动受限。本病主要是由于活动时超过了腰部正常的活动范围造成经筋、筋膜的损伤所致。本病应包括肌肉韧带以及筋膜牵拉伤或撕裂伤，多在弯腰屈髋伸膝姿势下，或搬运，或抬起重物扭伤骶棘肌和腰棘间韧带。因此，本病临床常见于建筑、搬运、铸造工人和长期从事弯腰工作，平素缺乏体育锻炼的人，或剧烈超常的运动也可造成

本病。所以，在运动员中也多发此病。20～40岁者发病率为50%以上，儿童及老人少见。腰部脊柱承担着人体1/2以上的重量，从事着复杂的运动，是日常生活和劳动中活动最多，最易受损伤部位之一。针刺治疗对本证有较好的疗效，能起到行气血、通经络、迅速止痛的作用，使受伤的筋肉功能恢复正常。

【临床表现】

活动中突然发生腰部一侧或两侧剧烈疼痛，活动受限。深呼吸、咳嗽后疼痛加重，并常伴有牵扯性下肢痛，牵扯的部位多为臀部、大腿后部。患者常为痛苦面容，病情严重者头面汗出，不能站立。舌淡红，苔薄白，脉弦或紧。查体所见，损伤肌群常伴有比较明显的拘挛、压痛、叩击痛。

【鉴别诊断】

1. 关节突骨折、横突骨折、腰椎椎体压缩骨折。以上诸病，虽都有明显外伤史，而引起腰部剧烈疼痛，但通过X线片检查，即可以显示上述病理改变。

2. 棘上韧带、棘间韧带断裂。此二者都有明显外伤史，而引起腰部剧烈疼痛，拍X线片检查，即可显示棘间隙加宽。

3. 腰椎间盘突出症（见本书）。

【治疗规范】

1. 治则

行气活血，通络止痛。

2. 配方

（1）*刺络法*：对于急性腰扭伤患者可采取委中刺血和攒竹放血的刺络疗法，效果明显；还可在损伤肌群，或明显压痛点部位刺络，在缓解疼痛方面疗效卓著。

（2）*阻力针法*：腰部压痛点。

（3）*经穴刺法*：以局部腧穴和循经取穴为主，采用后溪、委中、大肠俞、肾俞。疼痛甚者，取内关、水沟。

（4）*手针刺法*：手针腰腿点。

3. 操作

（1）*刺络法*：委中刺血：患者直立，挺直膝关节、足跟用力着地，两手扶于桌上，术者左手张开，用四指握于患者膝部，拇指压于腘窝静脉下方2～3cm处，右手以三棱针点刺放血，出血2～3ml为度；用消毒干棉球压迫止血。攒竹，用较粗毫针刺入0.3寸，不留针，出针后以手指捏挤出血1～2滴；腰部最明显的压痛点处，常规皮肤消毒后，用三棱针点刺3～5点，加用闪火罐，视出血3～5ml为度。

（2）*阻力针法*：令患者活动腰部，寻找最痛苦的体态和腰部最明显的压痛点。保持最痛苦体态，在最明显的压痛点部位直刺0.5～1寸，施雀啄泻法，施术同时，令患者进行腰部活动，直至活动中疼痛缓解为度。

（3）经穴刺法：后溪，直刺1寸，施用捻转泻法，并令其进行腰部活动，至腰部疼痛缓解为度；委中，俯卧位直刺1寸，施用捻转泻法1分钟；腰痛牵及腿者，委中，仰卧直腿曲髋直刺1寸，施提插泻法，令疼痛下肢抽动3次为度；大肠俞，直刺2～2.5寸，施提插泻法针感放散至足；肾俞，直刺1～1.5寸，施捻转平补平泻1分钟；以上诸穴均不留针。如扭伤时间短，患侧运动功能受限，宜针刺扭伤对侧的相应腧穴，针刺得气后，让患者活动扭伤部位，直至疼痛明显减轻。急性扭伤早期，腰痛严重，坐卧不宁，可取内关直刺1寸，施捻转提插相结合泻法1分钟；水沟，向鼻中隔方向斜刺0.3寸，施雀啄泻法，至眼球湿润或流泪为度。

（4）手针刺法：腰腿点为第4、5掌骨和第2、3掌骨间下1/3处，取扭伤同侧手穴，直刺0.5寸，施雀啄泻法，随针刺施术进行腰部活动，至疼痛明显减轻为度，往往立竿见影。

4. 疗程

每日针刺2次，10天为1疗程，疼痛严重时可随时针刺，每日可达数次。针刺镇痛效果非常显著。

【配方理论】

腰部脊柱承担着人体1/2以上的重量，从事着复杂的运动，是日常生活和劳动中活动最多、最易损伤的部位之一。临床以循经近刺和远刺相结合的原则选穴，以达行气血、通经止痛的目的。“腰背委中求”采用缪刺法、即左病针右，右病针左，针与患部相应有腧穴或压痛点，同样可以达到通经止痛、恢复运动功能的作用。

（二）腰椎间盘脱出症

腰椎间盘突出症是以腰腿痛为主症的常见骨伤科疾患之一。好发于20～50岁的青壮年，男多于女。本病属于中医“腰腿痛”的范畴。

本病多有不同程度的外伤史，成年人随着年龄的增加，肝肾亏虚、气血失养，以及不断遭受挤压、牵引和扭转等外力作用，使椎间盘逐渐变性，弹性减少，在外力的作用下，容易发生纤维破裂和髓核向后外侧突出，少数患者腰部感受风寒后，引起腰肌肌肉痉挛，椎间盘内压升高，促使已有退行性变的椎间盘突出。由于腰椎的负重量及活动度较胸椎为大，尤以第4、5腰椎及第1骶椎是全身应力的中点，负重及活动度更大，故最易引起腰椎间盘突出症，若突出椎管内的髓核或纤维破裂片未压迫神经根时，只有后纵韧带受刺激，则以腰痛为主；若髓核向后外侧突出，可引起单侧腰腿痛；若伴有后纵韧带完全破裂，髓核若向椎管中心突出，可引起马尾神经受压，出现马鞍区麻痹和大小便功能障碍；少数患者纤维破裂口大而后纵韧带未破裂者，髓核可因体位不同而左右移动，造成两侧下肢交替性疼痛，此病往往伴有不同程度的感觉障碍，应引起医者的注意。

【临床表现】

本病的临床表现较为复杂，可因髓核脱出不同的方向和部位而引起不同的症状。主要

表现为腰腿痛、麻木、下肢放射痛多放射至大腿后侧、小腿外侧、足跟部或足跟外侧，多为一侧腰腿串痛，若椎间盘突出较大或位于椎管中央时，可为双侧下肢疼痛或麻木、咳嗽、喷嚏、用力排便时均可使神经根受压更加紧张而加重症状，步行、弯腰、屈颈、伸膝坐起、挺腹时疼痛加剧，腰部活动受限，腰椎姿势异常，跛行，重则不能翻身，屈髋、屈膝卧床休息时疼痛减轻。病程日久，可有患肢肌肉萎缩，下肢放射痛部位感觉麻木，另外有的病人便后有腻而不净之感。

【鉴别诊断】

腰椎间盘突出症，根据典型的症状和体征，基本可以确诊。但临床上应注意与下列腰部疾病相鉴别：

1. 急性腰肌筋膜、韧带扭伤和小关节滑膜嵌顿症

这些病都有腰痛剧烈，活动受限以及腰肌痉挛等，同时可有臀及下肢牵扯性疼痛，这种牵扯性疼痛与腰椎间盘突出的坐骨神经痛有实质不同。椎间盘突出是因突出物直接压迫神经根而引起的根性神经痛，具有典型阳性体征。而这些病是因分布于腰部软组织的神经与坐骨神经有牵连关系，故引起的是牵扯性疼痛，临床上缺乏阳性体征，直腿抬高试验阳性，无感觉和反射改变，局部压痛点封闭可使疼痛消失。

2. 慢性腰肌劳损

该病病程较长，症状较轻，压痛点广泛，腰痛与劳累、休息、风寒湿关系密切，可有骶棘肌板硬和下肢放射性疼痛，经休息、理疗、推拿可以治愈。

3. 腰椎结核

该病也可产生腰痛和坐骨神经痛，特别是腰椎后缘和关节突结核，干酪样物可以突向椎管或直接压迫神经根。有时难以鉴别，但结核一般有午后低热，腰部强直，体重逐渐减轻，乏力，血沉加快，肺部多有原发性病变。腰椎拍片可以发现间隙变窄，椎管边缘模糊不清，有骨质破坏，寒性脓肿，也可发现腰椎小关节破坏。

4. 腰椎管狭窄症

本病可引起神经根压迫症状，表现为马尾神经间歇性跛行，站立行走时症状加重；卧床、下蹲时症状减轻。X 线拍片可发现：椎板间隙减小，关节突肥大而靠近中线，椎管的矢状径和冠状径缩短，必要时行椎管内造影，CT 和核磁共振常可明确诊断。

5. 增生性脊柱炎

见本书。

6. 强直性脊柱炎

有受寒湿病史，腰背及骶髂关节疼痛，脊柱强硬，脊柱各面活动受限制，症状与天气变化有关系，X 线拍片，早期骶髂关节和小关节模糊，后期脊柱可呈竹节样改变。

7. 梨状肌综合征

本病主要由于梨状肌损伤所致该肌的痉挛、充血和水肿等，压迫坐骨神经，或由坐骨神经在解剖上的变异而引起，但患者无腰痛或腰部阳性体征。主要在梨状肌局部有明显压

痛或放射痛，而且可扪及该肌肿胀和痉挛。局部封闭后，症状和体征立即减轻或消失。

8. 坐骨神经炎

本病与风、寒、湿及药物有关，无外伤劳损病史，呈持续性腰痛，夜间加重。腰部检查无阳性体征。活动和卧床休息后疼痛无变化。

9. 妇科及泌尿系统疾患

腰骶部疼痛，常与下腹部疼痛同时存在，并与月经期有明显关系。泌尿系统疾患伴有尿频、尿急、尿血、脓尿或发热，肾区叩击痛，X线检查多无异常发现，但B超检查及化验则可明确诊断。

【治疗规范】

1. 治则

活血化瘀，舒经活络，消肿止痛。

2. 配方

（1）*刺络法*：此病从经络循行部位来看，多累及督脉、足太阳膀胱经和足少阳胆经，又与肾脏关系密切。因此多采用以上经络之穴位，还可采用两侧膀胱经夹脊排刺，或刺络拔罐疗法，均可获得较好疗效。

（2）*经穴刺法*：取患侧阿是穴、环跳、殷门、阳陵泉、足三里、委中、承山、悬钟等。

3. 操作

（1）*刺络法*：患者采取俯卧位，沿两侧膀胱经施刺络法，对于腰部重点疼痛部位，用三棱针点刺3～5点，加用闪火罐，每罐出血3～5ml。

（2）*经穴刺法*：患者仍是俯卧位，取患侧阿是穴、环跳、殷门、阳陵泉、足三里、委中、承山、悬钟等，用捻转泻法，每穴1分钟，寒痛者加用温针灸；还可选用10%葡萄糖注射液10ml或当归、红花、川芎注射液10ml，在骶髂关节臀部痛点、承山穴周围等疼痛明显处穴位注射，每周1～2次。

4. 疗程

（1）*刺络法*：每日1次，部位交替使用，10天为1疗程。

（2）*经穴刺法*：每日针刺2次，10次为1疗程。

【配方理论】

《灵枢·本脏》曰："经脉者，所以行气血而营阴阳，濡筋骨利关节者也，"因此，在针灸配方选穴上，选择与腰椎间盘脱出症有关的循行经脉取穴，有着深刻的意义。在治疗本病中，因"腰痛拘急，牵引腿还"（《医学心悟》），所以，对于双侧下肢穴位的选取和刺法仍不容忽视，特别对于久病的腰椎间盘脱出症患者，宜采用补法施刺，促使血液循环和下肢萎缩的肌肉恢复，连同腰背部所选穴位，共施针法，以达舒筋活络、活血化瘀、消肿止痛之效，还可在针后，配合加用理疗、推拿按摩等治法，取效更快，以使患者更快康复。

【验案举例】

梁某，男，45岁，教师。入院日期：1980年10月29日。住院号：9608。

主诉：腰腿痛20余天。

病史：患者有腰痛史10余年，22天前因搬重物滑倒，扭伤腰部引起腰痛，平卧及活动疼剧，影响睡眠，经某院拍X光片，诊为腰椎增生，施按摩，服药均无效，来我院门诊，收入住院。

查体：腰部外观无红肿，腰椎4～5间压痛明显，叩击时牵引骶椎疼痛，右坐骨神经通路压痛，大腿前侧及胫前肌痛，右腿直腿抬高25°，分髋试验（－），生理反射无异常，病理反射未引出。拍腰椎正、侧位X光片示：腰椎侧弯，凸面向右，生理前突变直，第4～5椎体间隙变窄，3～5椎体前上缘均有唇状增生。

印象：①中医：痹证；②西医：腰椎间盘脱出，继发坐骨神经痛。

辨证：患者肾气不足，因劳致伤，损及腰部经络，气血瘀阻，经气不畅，痹而作痛。

治则：行气活血，通经益肾。

选穴：肾俞、大肠俞、腰椎夹脊、环跳、阳陵泉、委中。

操作：肾俞，直刺1.5寸，稍偏向内侧，施捻转补法1分钟，大肠俞，直刺2.5寸，施提插泻法，令麻电感窜至足趾3次为度；环跳，直刺2.5寸，阳陵泉，直刺2寸，二穴手法及针感同环跳；委中，仰卧位抬腿取穴，施提插泻法，令麻电感放散至足趾3次为度。

治疗经过：经3次治疗后，疼痛减轻，右腿抬高40°，后因阴天疼痛加重，至第11天腰腿疼痛消失，患腿可抬高70°，并可行走。继针5日后患腿功能基本恢复，唯腰部活动不自如，不能久立久行，证属肝肾不足，予治本之法针肝俞、肾俞、大杼、阳陵泉及腰部排刺，诸穴均施补法，15次后症状消失，临床治愈。

（三）增生性脊柱炎

腰背痛是临床常见的一个症状，不但在内科、外科常见，骨伤科、神经科、妇科也时常遇到，此症状往往呈慢性过程，严重影响患者的工作、生活，应当引起医者的注意。

凡在中年以上（重体力劳动者或运动员可以较早发病），一般状况良好，出现慢性腰背痛者，应首先考虑增生性脊柱炎，本病以腰椎发病率最高，其次为胸椎和颈椎，早期往往缺乏症状易被忽视，起病十分缓慢，腰背疼痛一般不甚严重，每因外伤、某些体位、受凉等因素而加剧，经长时间休息后或关节不活动后（在夜间或凌晨时）疼痛较明显，常并发一侧或双侧神经根激惹症状。中医学认为：腰为肾之府，督脉并于脊里，肾附其两旁，膀胱经挟脊络肾，故腰痛与肾和膀胱经的关系最为密切，中老年肾气虚惫，精血不足，筋骨缺乏充分濡养，以致筋骨衰颓而作痛，针刺治疗可以补肾强壮筋骨，缓解腰背部紧张肌肉，缓解疼痛，使患者尽快康复。

【临床表现】

起病缓慢，腰痛不甚严重，受凉、外伤等诱因可使疼痛加剧，常并发一侧或双侧神经根激惹症状，神经根痛沿脊神经后根分布区域放射，脊柱活动引起疼痛及活动受限。无全身症状和肌肉萎缩，血沉正常，X线示：脊椎边缘唇状增生或骨刺形成，脊椎小关节边缘锐利，关节面骨质致密，关节间隙变窄。

【鉴别诊断】

1. 类风湿性脊椎炎

该病与增生性脊柱炎极为相似，应注意鉴别。本病多发于20～30岁，病变主要发生在骶髂、脊椎小关节，引起周围韧带钙化，整个脊柱均可受累，故又称强直性脊椎炎，病者全身症状如消瘦、贫血、乏力十分显著，伴有四肢关节病变，X线表现脊椎小关节腔狭窄，模糊不清，骨质普遍疏松，纵韧带钙化，呈竹节样改变。

2. 结核性脊椎炎

结核性脊椎炎年轻人多见，有不同程度的全身中毒症状，如微热、消瘦、疲乏等。血沉增快，X线表现，椎体边缘模糊，邻近椎体骨质疏松，骨质破坏，空洞形成，脊椎椎体呈楔形，两个椎体互相融合。

3. 脊椎肿瘤

脊椎肿瘤多数是转移癌，最常见是前列腺癌，其次是甲状腺癌，脊椎转移瘤首先表现的是顽固性腰背痛和放射性神经根痛，疼痛特点是剧烈而呈持续性，休息、药物、理疗等都不能使疼痛缓解，最重要的诊断方法为X线摄片检查，早期有骨质疏松的表现，晚期出现骨质破坏。

4. 脊椎骨折

脊椎骨折多为青壮年的体力劳动者，常因由高空跌下、足部或臀部首先着地，脊椎突然过度前屈，而发生脊椎压缩性楔形骨折，X线检查是诊断本病的可靠方法。

5. 腰椎间盘突出

本病主要为腰腿痛、麻木、下肢放射性疼痛多放射至大腿后侧、小腿外侧，足跟部或足跟外侧，多为一侧腰腿窜痛，若椎间盘突出较大或位于椎管中央时，可为双侧下肢疼痛或麻木。咳嗽、喷嚏、用力排便时，均可使神经根受压更加紧张而加重症状，步行、弯腰、屈颈、伸膝起坐、挺腹时疼痛加剧，腰部活动受限，腰椎姿势异常，跛行，重则不能翻身，屈髋、屈膝卧床休息时疼痛减轻。病程日久，可有患肢肌肉萎缩，下肢放射痛部位感觉麻木，另外有的病人便后有腻而不净之感。一般骨科常规检查及X线检查，特殊检查如CT扫描、核磁共振只在个别诊断困难的情况下进行，一般不主张常规应用。

【治疗规范】

1. 治则

滋补肝肾，舒筋活络，强壮筋骨。

2. 配方

（1）刺络法：可采用沿膀胱经两侧夹脊刺络法，重点在疼痛部位施强刺激。

（2）经穴刺法：以局部腧穴和阿是穴为主，重点取大肠俞、肾俞、委中、足三里、三阴交等穴。

3. 操作

（1）刺络法：患者采取俯卧位，沿两侧膀胱经施刺络法，对于重点疼痛部位，可用三棱针挑刺3～5点，速用闪火拔罐，令出血2～3ml为宜。

（2）经穴刺法：针施补法，久病针后加灸。患者仍采用俯卧位，以背部俞穴和背部阿是穴为主，可配合取足三里、三阴交、委中等下肢穴位，可采用补法施针，针后留针30～40分钟。对于背部阿是穴可采取强刺激手法，以期迅速缓解患者病痛。还可于腰背肌肉紧张处施排刺，每隔1～2寸选择一俞穴针刺，针刺手法同上。

4. 疗程

（1）刺络法：每日或隔日1次，15天为1疗程。

（2）经穴刺法：每日针刺2次，15天为1疗程。

【配方理论】

《仁斋直指附遗方论》云："腰者，肾之外候一身所恃，以转移阖辟者也。盖诸经皆贯于肾而络于腰脊，肾气一虚，凡冲风受湿伤冷，蓄热血沥，气滞水积，堕伤与夫失志作劳种种，腰疼叠见而层出矣。"此文充分说明了肾虚与腰痛的关系。因此在针灸配方中，所强调的选择肾与膀胱经的穴位，有其积极的意义。加之"肾主腰脚"，因此在治疗此类疾病中，往往加取下肢的穴位，尤以委中为必取穴位。综上所述，循经取穴和下肢远刺取穴（上病下取）相结合，以达行气血、通经络、补肝肾、止痛的目的，对于恢复患者的腰背部功能，缓解患者的腰背部肌肉紧张，将起到积极的作用。

（四）腰肌劳损

腰肌劳损可为急性腰扭伤后治疗不彻底所致的后遗症，也可因持续弯腰劳动引起腰部经筋、筋膜的慢性损伤所致。临床特点为慢性、间歇性或持续性腰肌周围酸痛，劳累时疼痛加重，休息后好转，疼痛不剧烈，但可持续数月或数年之久。本病多见于青壮年，无明显外伤史，常与职业和工作环境有一定关系，缓慢发病，腰部酸痛，病程缠绵，阴雨天或劳动之后，酸痛常常加重。中医学又称"腰脊痛"，多因寒湿之邪，客于经络，气血阻滞，负重闪挫，弯腰劳作过累，气血运行不利，老年肾气虚惫，筋骨缺乏充分濡养所致。现代医学的"棘间韧带劳损"、"棘上韧带劳损"、"腰臀皮神经粘连"、"腰脊肌筋膜炎"等，均包括在此病范畴。

【临床表现】

起病缓慢，腰肾部酸痛或胀痛，时轻时重，经常反复发作，休息则轻，劳累后加重，经常改变体位症状稍减；腰部劳损与寒湿并病者，常与天气变化有关，喜暖畏寒，阴雨天

气及潮湿环境或感受风寒，疼痛如折，姿势微伛，不能直立，活动不利；肝肾亏虚之人则腰痛持续不愈，晨起俯仰欠利，稍作活动后腰部症状好转，舌淡脉沉细或濡细。临床检查可见腰部功能活动范围尚可，有的患者一侧或双侧腰部肌肉触之极滞，局部压痛，拍X线片显示轻度骨质增生、骨质疏松，少数患者在腰骶椎可有先天性变异。

【鉴别诊断】

1. 纤维组织炎

该病主要为肌膜、肌腱、韧带和脂肪组织内的纤维组织病变，病因未明，寒冷，过度疲劳，精神创伤可诱发，起病可缓可急，好发部位为腰背、颈、肩和胸部。病变在腰部可产生腰背痛，腰部僵硬感，弯腰困难，本病常于清晨时发生，活动后，热敷或服用止痛药后，疼痛明显减轻或消失。

2. 结核性脊椎炎

本病腰痛轻微，起病缓慢，疗程较长，有微热、盗汗消瘦等结核症状，血沉增快。X线表现：椎体边缘模糊，邻近椎体骨质疏松，骨质破坏，空洞形成，脊椎椎体呈楔形，两个椎体互相融合。

3. 脊椎肿瘤

脊椎肿瘤多数是转移瘤，主要表现为顽固性腰背痛和放射性神经根痛，疼痛特点是剧烈而呈持续性，休息、药物、理疗都不能使疼痛缓解，最重要的诊断方法为X线片检查，早期有骨质疏松的表现，晚期出现骨质破坏。

4. 妇科疾病

妇科病证是女性腰骶部酸痛的常见原因，其主要特点是腰骶部疼痛并伴有下腹重坠感和压痛，除子宫后倾后屈者外，往往有月经不调、白带增多和不孕的表现，腰部运动不受限，妇科检查可发现阳性体征。

5. 脊椎骨折

此病有明显外伤史，拍X线片可显示脊椎骨折。

【治疗规范】

1. 治则

舒筋活血，通经活络，祛寒止痛。

2. 配方

（1）*刺络法*：对于腰肌劳损患者，可采用沿膀胱经两侧取穴法，或刺络拔罐法治疗。效果明显。

（2）*经穴刺法*：以局部腧穴和阿是穴为主，重点采用肾俞、关元俞、膀胱俞等。

3. 操作

（1）*刺络法*：沿膀胱经两侧，选取1～2个腧穴，特别在重点疼痛部位，施刺络拔罐法，以三棱针挑刺3～5点，速用闪火拔罐，令出血3～5ml，留罐时间5～10分钟。如患者寒邪较重，可单独应用拔罐或走罐疗法，效果更佳。

（2）经穴刺法：针施补法，久病针后加灸。取穴肾俞、关元俞、膀胱俞，浅进针得气后留针30～40分钟。针后嘱患者卧床休息，避寒凉。

4. 疗程

（1）刺络法：每日或隔日1次，15天为1疗程。

（2）经穴刺法：每日针刺2次，15天为1疗程。

【配方理论】

不论刺络疗法及经穴刺法，所取穴位均在膀胱经上，因肾与膀胱相表里，以达到补益肾气、通经活络止痛作用。另外，针刺及拔罐疗法在腰背部可以达到缓解腰肌及腰部酸痛的目的。此乃表里配穴法在临床应用的一个典型范例。

二十五、腰腿痛（坐骨神经痛）

坐骨神经痛分为根性坐骨神经痛和干性坐骨神经痛两种，本节主要介绍根性坐骨神经痛的针灸配方。坐骨神经痛中医称之为“腰腿痛”，对于该病的病因病机，中医学认为：多由风寒湿邪流注经络，阻滞经脉，致气血运行不畅所致。现代医学认为：该病由于坐骨神经根部遭受邻近组织病变的累及而引起。如腰椎间盘脱出症、椎管内肿瘤、腰椎关节病等，其病理改变以椎间孔区神经根受压迫、缺血、缺氧、神经根水肿为主。针刺治疗在促进局部血液循环、改善局部供氧、加速神经根水肿吸收方面效果显著。故针刺是治疗根性坐骨神经痛的有效方法之一。尤其在急性期内，石学敏教授在治疗根性坐骨神经痛过程中，注重经气闭阻而致病的理论，采取针刺配合刺络拔罐的方法，临床收到了较为理想的疗效。

【临床表现】

多急性或亚急性起病。开始常有腰部酸痛，疼痛自腰部向一侧臀部及大腿后侧、腘窝、小腿外侧和足部放射，呈烧灼样或刀割样疼痛，夜间更甚。咳嗽喷嚏、用力排便时疼痛加剧。患者常取特殊的减痛姿势，日久造成脊柱侧弯，多弯向患侧。病变水平位的腰椎棘突或横突常有压痛，布氏征（+），拉塞格征（+）。

【鉴别诊断】

根性坐骨神经痛是坐骨神经痛的一种，有很多疾病均以坐骨神经痛为其特有的症状，因此有必要进行认真的鉴别诊断。

1. 骶髂关节炎或髋关节炎

多为亚急性或慢性起病，疼痛部位主要沿坐骨神经通路，腰部不适不明显，坐骨孔点、转子点、腘点压痛明显，感觉障碍明显，踝反射常减弱或消失，肌肉松弛，轻微肌萎缩等均可与本病鉴别。

2. 妊娠子宫压迫

多由妊娠月份增加，子宫压迫坐骨神经所致，特点是随着子宫增大，疼痛逐渐明显，

其鉴别主要依据病史。

3. 糖尿病

由糖尿病引起的神经根病变，症状与本病相似，早期以感觉障碍为主，如严格控制糖尿病平均7个月以上，大多病情好转甚可恢复，其鉴别主要为糖尿病病史在先，周围神经损害在后。

【治疗规范】

1. 治则

活血止痛、疏通经络。

2. 配方

（1）经穴络法：分别于疼痛侧太阳经、少阳经经络所过之处的大肠俞、环跳、风市、承山等部位刺络拔罐。

（2）针刺疗法：大肠俞、环跳、委中、阳陵泉、风市、飞扬、昆仑、承山，肾虚者加刺肾俞、太溪，血瘀者加刺血海、膈俞，风寒者加刺风池。

（3）电针疗法：上述针刺穴位，每次选取2～4个穴位，电脉冲刺激。

（4）艾针法：穴位同上，每次选疼痛明显处穴位针后针柄加灸。

（5）针对原发病灶的治疗：根据不同的原发病灶，应采取不同的治疗手段，如腰间盘脱出症需配合牵引和推拿治疗，椎管内肿瘤需手术治疗，原发病灶得以控制，针刺方能显效。

3. 操作

（1）刺络疗法：每次选取2～4个部位，用三棱针点刺3～5点，取大号玻璃罐闪火法拔之，令每个部位出血3～5ml，留罐时间为5～10分钟，用于疼痛急性发作，有缓急镇痛之效。

（2）经穴刺法：大肠俞，俯卧位，针刺深度2～2.5寸，提插泻法1分钟，以麻电感到达足趾为度；委中，仰卧位，抬腿取穴，深度0.5～1寸，提插泻法1分钟，以下肢抽动为度；昆仑、承山，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟，风市、阳陵泉、飞扬，直刺1～1.5寸，施提插泻法1分钟，针感均要求到达足趾，以上针刺施术后留针20分钟。

（3）电针疗法：针刺得气后，每次取2～4个穴位加脉冲电针，每次20分钟，用于疼痛急性发作，有迅速止痛之效。

（4）艾针疗法：每次取疼痛处2～4个穴位，针后加以1寸艾炷置针柄上灸之，燃尽为度。有较好的温经散寒之功效。

4. 疗程

（1）急性期（发病10天以内）：刺络每日1次，其他针法每日2次，15天以内不可间断治疗。15天后视病情可改为刺络隔日1次，其他针法每日1次，急性期疗程为1个月。

（2）稳定期（发病10～45天）：刺络隔日1次，其他针法每日1次，疗程1～3个月。

（3）后遗症（发病超过45天）：刺络隔日1次，连续15次，其他针法每日1次，疗程延长，预后不可估计。

【配方理论】

腰腿痛又称坐骨神经痛，中医学属“坐臀风”、“痹证”范畴，是临床多发病种之一。该病源于《金匮要略》之“肾着”，其特点为“腰以下冷痛，腰重如带五千钱”。《素问·举通论》曰：“寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩倦，缩倦则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛”。《灵枢·经脉》云：“腰似折，髀不可以曲，胭如结，腨如裂……”“腰、尻、胭、腨、脚皆痛”。坐骨神经痛是针灸的最佳适应证。我们通过多年的临床及实验研究认为：针刺治疗该病的作用在于能够改善局部微循环，改变受压神经根的缺血缺氧及水肿状态，而达到缓解疾病的目的；另一方面在于调整了丘脑和内侧丘脑非特异投射系统，激活内啡呔物质和抑制了大脑皮层对体感皮层的疼痛反应，而出现镇痛效果。

石学敏教授认为：坐骨神经痛系属膀胱经和胆经发病。太阳和少阳经脉受阻是该病的关键，治疗当以疏导经气为主，根据循经取穴法，宗“经脉所过，主治所宜”之理，选用大肠俞、环跳、委中、阳陵泉等穴可以疏通太阳、少阳经脉，驱邪外出，通经活络，故临床疗效显著。针后加灸加电针，能增加温通和疏通之力，以增加疗效。

刺络法源于《灵枢·官针》：“络刺者，刺小络之血脉也……始刺浅之，以逐邪而来血气”。刺络法即为络刺，刺小络之血脉，令血出邪尽，血气复行。配以拔罐，主要是以此控制出血量，使之达到血出邪尽、血气复行，祛瘀止痛的治疗目的。

【转归及预后】

腰痛一证，外感内伤皆可产生，其病理变化常表现出以肾虚为本，感受外邪，跌仆闪挫为标的特点，因此治疗常祛邪、扶正并举，以达到扶正祛邪的目的，其转归如下：

1. 急性腰痛多因感受外邪或跌仆闪挫引起，属实证，经治疗立竿见影，疗效显著，预后较佳。

2. 腰痛日久，虚实夹杂，治疗棘手，常反复发作，缠绵难愈，耗伤气血，损及肾脏。

【预防与调护】

1. 本病的预防，应多进行以腰部运动为主的医疗体育活动，防止受凉及坐卧冷湿之地，避免劳欲太过。

2. 腰痛发作时患者多精神紧张、烦躁，故宜安慰患者安心静养，进行适度的活动，积极配合治疗。

3. 腰及疼痛肢体应注意保暖，以免因感寒而加重气血凝滞，使疼痛加剧。

【验案举例】

杨某，男，38岁，工人。入院日期：1981年11月3日。住院号：11105。

主诉：左侧腰腿痛4个月，近1周加重。

病史：患者于今年6月因在外露宿，而感受风寒，自觉左侧腰至膝部窜痛。在厂保健

站就医，予消炎痛等药，服后症状未见缓解，尚可坚持工作，但不能久坐。8月24日出现左侧大腿后及小腿外侧呈针刺样剧痛，即来我院求治于针灸治疗，1个月后症状无明显好转。九月底去南开医院诊治，拍腰椎片及化验血沉均正常，经服用天麻九、中药及按摩治疗均无效。4个月来，左侧腰腿疼痛不减，每于天气变化或劳累后加重。11月初，患者再次来我院就医时，经针灸门诊收住院。

查体：精神不振，面色少华，两目有神，被动体位，行走时以健侧持重，腰痛不得辗转，左腰、臀、腘、踝点均有压痛，无肌肉萎缩，拉塞格征左（+），直腿抬高试验左（+），分髋试验（+）。舌苔白腻，脉弦紧。

印象：①中医：痹证（痛痹）；②西医：坐骨神经痛。

辨证：患者由于露宿在外，而感受风寒湿之邪，邪气侵袭，首犯太阳，致经络气血阻塞不通，发为本病。因风为阳邪，其性主动，善行而数变，故初期有腰腿窜痛，寒性凝滞而稽迟，经云："痛者寒气多也，有寒则痛也。"故不通则痛；湿为阴邪，其性重着，著而不移，阻碍气机故绵绵不愈。经云："风寒湿三气杂至，合而为痹也……"症见"腰似折，髀不可以曲，腘如结，腨如裂……""腰、尻、腘、腨、脚皆痛"等证。

治则：疏通经络，散寒止痛。

选穴：大肠俞、环跳、委中、阳陵泉、昆仑（针后加灸）、秩边。

操作：大肠俞，在第4腰椎棘突旁开1.5寸处取穴，略向内斜刺2.5寸，施提插泻法，令麻电感下窜至足尖为度；秩边，在第4骶椎旁开3寸处取穴，直刺3寸，施提插泻法，令麻电感下窜至足底；环跳，侧卧曲腿，股骨大转子最高点与骶骨裂孔连线外1/3与内2/3交界处取穴，针2.5寸，施提插泻法，针感同大肠俞；委中，仰卧抬腿取穴，进针1.5寸，施提插泻法，令麻电感窜至足，使下肢连续抽动3次为度；阳陵泉，直刺2寸，施提插泻法，酸胀感向下放散至足跟；昆仑，直刺透太溪方向，进针1.5寸，施捻转补法，令局部酸胀感向小趾放散为度，并可针后加灸。

治疗经过：每日治疗2次，不行针。一周后左侧腰、臀、腿疼痛明显减轻。2周后行走时，左侧腰腿稍感疼痛，休息时疼痛消失。3周后腰腿疼完全消失，可直腿抬高85°，痊愈出院。

【临证提要】

腰腿痛为临床常见症，常反复发作，治疗不当常迁延为慢性疾患。其疗效取决于针刺手法量学的要求，急性腰痛常获针到痛除之奇效。

二十六、呃逆（膈肌痉挛）

呃逆乃多种病因所引起的一种临床症状，以气逆上冲、喉间呃呃连声，声短而频，令人不能自制为主。中医认为，凡杂证之呃，虽有气逆，有因于寒，因于热，因于食滞，因于气滞，实者多气疾火郁；虚者有脾肾阳虚与胃阴不足之别。此种现象，一种是非特异症状，常为生理性的，另一种若在某些疾病中，如中枢神经消化道疾病，心、肺、肝、肾功

能衰竭等伴发的呃逆，提示预后不良。呃逆一证虽非大病，一旦病发，频频不止，令人叫苦不迭。针灸在治疗该病上有可靠的疗效。重在以醒脑调神之法，关键在于手法以及施术的量学要求，止呃尤佳。

【临床表现】

主要表现为喉间呃逆连声，声音短促，频频发出，病人不能自制。临床上以偶然发生者居多，也有屡屡发生，持续时间较长者。伴有胸膈痞闷，脘中不适，情绪不安等。

【鉴别诊断】

呃逆有偶发，亦有持续发生的。持续发生并伴有心、脑、肺、肾病变者应注意加以鉴别。并应认真与干呕嗳气等病鉴别。

1. 干呕

干呃与呃逆同属胃气上逆的表现，干呕属于有声无物的呕吐，乃胃气上逆，冲咽而出，发出呕吐之声。

2. 嗳气

嗳气乃胃气阻滞，气逆于上，冲咽而出，发出沉缓的嗳气声，多伴有酸腐气味，食后多发。

3. 持续顽固性呃逆

伴有便血、呕血及神志不清者当属脑病所发，非简单的呃逆一症。

【治疗规范】

1. 治则

降逆上呃、宽胸利膈。

2. 配方

（1）经穴刺法：内关、膈俞、内庭、太冲、中脘。

（2）温灸法：膈俞麦粒灸。

（3）刺络法：双膈俞穴刺络拔罐。

（4）点刺法：咽后壁点刺。

3. 操作

（1）经穴刺法：双内关为远道取穴，针 1 寸左右，施捻转泻法，运针 1～3 分钟；双侧内庭，进针 1 寸左右，手法同内关穴；膈俞，取双侧，向脊柱斜刺 1.5 寸，使针感沿胁肋向前胸感传，予捻转泻法施术 1～3 分钟；太冲，取双侧，进针 1 寸左右，施捻转泻法，运针 1～3 分钟；中脘，直刺 2 寸，用呼吸补泻之补法，运针 1～3 分钟，使针感向腹四周放射。

（2）温灸法：寒邪内袭呃逆顽固者，可在膈俞穴加麦粒灸 2～3 壮。

（3）刺络法：在双侧膈俞穴的位置用三棱针点刺 3～5 点，速用闪火拔罐法，观察其出血情况，令每个部位出血 3～5ml，留罐时间不得超过 5 分钟。

（4）点刺法：用长3寸的芒针在咽后壁点刺3～5点，令咽后壁充血红润，并放血2ml左右。

4. 疗程

（1）经穴刺法：每日2次，上、下午各1次，15天为1疗程。

（2）温灸法：每日2次，上、下午各1次，15天为1疗程。

（3）刺络法：每日或隔日1次，15天为1疗程。

（4）点刺法：每日1次，15天为1疗程。

【配方理论】

呃逆俗语称“打嗝”，金元之前的医籍中，呃逆与“哕”同义，治疗当辨证准确，选穴取方应与之相符。内关为宽胸利膈、降逆止呃之要穴；膈俞相辅效专力宏，再根据辨证分型增加适当穴位，或疏肝理气加太冲穴，或温中散寒应用膈俞麦粒灸，或温补脾肾加中脘穴，使气逆平息。顽固性呃逆取内关、水沟二穴，以醒脑调神为主，止呃尤佳。刺络疗法源于《灵枢·官针》，云：“刺络者，刺小络之血脉也……始刺浅之，以逐邪而来血气”。刺络法即为络刺，配以拔罐，使之血出邪尽，气行呃止。然取穴虽精，关键在手法以及施术的量学要求。对危重患者如脑血管病患者出现的呃逆不止、呕血、便血，治疗时必求其病因，以免贻误之虞。

【转归及预后】

脾胃为气血生化之源，后天之本，在人体中占有重要位置，如脾胃有病可影响其他脏腑，其他脏腑有病也可影响到脾胃，如脾病日久不愈，常可造成其他脏腑损害，其转归大体如下：

1. 胃失和降，肝失条达，胃气上逆而致土壅木滞，肝气不畅，克犯脾胃则可出现肝郁气滞之证。

2. 胃为水谷之海，后天之本，如呃逆不止，为土败胃绝，多预示病情危重，预后不良。

呃逆初期针刺治疗须及时，效果尤佳，虚证呃逆，疗程较长，但辨证治疗正确，多数预后较好。如久病重病之后，出现呃逆不止，预后不好。

【预防与调护】

呃逆的病因与饮食不节，情志失调有关，还与正气不足有联系，因此饮食方面必须注意要适量，精神保持舒畅调达，勿急勿躁。避免寒冷刺激也是本病患者的调护重点。

【验案举例】

案一　张某，男，56岁，工人。入院日期：1982年3月12日。住院号：11643。

主诉：间断呃逆13天，持续加重2天。

病史：患者原有呃逆史，经服柿蒂一度未发。自1981年无任何诱因呃逆呈间断发作，经针刺治疗即能缓解。1982年2月28日，患者情绪波动，是晚饮酒发现不洁之物，当时

恶心欲吐，欲饮冷水相约，但呃逆遂发，时作时止，伴胸闷、心烦，保健站医生针刺治疗，亦未得解，并觉咽部堵闷，声音嘶哑，纳呆，睡眠欠佳，无饮水咳呛及噎食现象。呃逆频发，患者苦不堪言，卧位呃逆加剧，熟睡后呃止。3月9日呃逆呈持续性发作，曾去某医院诊治，经肝功能、食道钡餐等检查，未发现异常，药物及针刺治疗，呃逆仍未缓解，3月12日来我科门诊收住院治疗。

查体：神清合作，营养良好，两目有神，瞳孔等大等圆，对光反射存在，皮肤及巩膜无黄染，咽红，扁桃体无肿大，颈软，甲状腺不大，气管居中，颈静脉无怒张，颈内动脉搏动对称，胸廓无畸形，心肺正常。腹软，下腹剑突下轻度压痛，肝脾未触及，肠鸣音正常，两下肢无指凹性浮肿，四肢脊柱未见异常，生理反射存在，病理反射未引出，苔白，脉沉弦。

印象：①中医：呃逆；②西医：膈肌痉挛。

辨证：患者饮食不节，冷热兼杂，寒邪深入胃肠，停滞于胃，胃阳被遏，中冲失和，胃气上冲致呃逆。

治则：温中散寒，降逆止呃。

选穴：内关、腹通谷、膈俞。

操作：内关，直刺1寸左右，使酸胀感向腕部放射，用捻转泻法施术1～3分钟；腹通谷，直刺2寸，使上腹部有胀感，用呼吸补泻之泻法，施术1～3分钟；膈俞针向脊柱斜刺1.5寸，使针感沿胁肋向前胸感传，予捻转泻法施术1～3分钟，寒邪内袭呃逆顽固，可在膈俞穴加麦粒灸2～3壮，可获奇效。

治疗经过：经过1次治疗，呃逆即止，住院期间又发作1次，随针随止，共观察15天，呃逆未再出现。

案二　杨某，男，49岁，干部。入院日期：1981年6月11日。住院号：10545。

主诉：阵发性呃逆20天。

病史：患者1年前曾有呃逆史，经服中药、针药等治疗，呃逆止发。20天前其次子患糖尿病住院，患者日夜守护，睡眠不足，饮食不节，呃逆遂发，呈阵发出现，发时频频，伴短气乏力，脘腹胀满，胃纳欠佳，呕吐涎沫，口黏，喜热畏寒，小便清长，便溏每日一行，20天来经多方治疗，未得缓解，今来我院门诊收住院治疗。

查体：神清合作，营养欠佳，慢性病容，皮肤及巩膜无黄染，瞳孔等大等圆，对光反射存在，咽微红，扁桃体无肿大，颈软，气管居中，甲状腺不大，表浅淋巴结未触及，胸廓对称，两肺呼吸音清晰，心音有力规整，腹平软，无压痛，肝脾未触及，肠鸣音正常，四肢及脊柱无畸形，生理反射存在，病理反射未引出，舌淡苔白腻，脉弦细无力。

印象：①中医：呃逆；②西医：膈肌痉挛。

辨证：患者忧子染疾，脾胃受伤，加之饮食不节，劳倦内伤，脾失健运，水湿内聚，脘腹胀满，气逆于下，直冲于上，出口作声而呃，舌脉均符脾阳不足之象。

治则：健脾利湿，降逆止呃。

选穴：内关、足三里、膈俞、肾俞、中脘。

操作：足三里，直刺2寸，采用捻转补法施术1~3分钟，中脘，直刺2寸，用呼吸补泻之补法，运针1~3分钟使针感向腹四周放散；肾俞，向脊柱方向斜刺，进针1.5寸，施捻转补法，施手法1~3分钟；余穴操作同前。

治疗经过：经1次治疗呃逆明显减轻，间隔时间延长，2次后脘闷消失，呃逆偶见。治疗第5天逆止，饮食、二便正常，又过2天未再复发遂痊愈出院。屡呃者脾肾元气大有亏虚，故治疗中加肾俞是必需的。

【临证提要】

呃逆一证，虽为小恙，一旦发作，则频频不止，令人痛苦。针灸治疗方可奏效。但必须要辨证准确，选穴处方与症状相符。顽固性呃逆取水沟、内关以达醒脑调神止呃之功。针灸治疗的关键在于手法及施术量学的要求。对危重患者伴呃逆不止者，乃元气将败，治病必求其因，以免延误病情。

二十七、呕吐、恶心（胃肠功能紊乱）

胃肠功能紊乱又称胃肠神经症。常为功能性疾病，主要表现为胃肠分泌及运动功能紊乱。中医学认为此病应归属于“呕吐、恶心”、“腹胀”的范围。多因外邪侵袭，饮食不节，情志不和，脾胃虚弱而致脾失健运，胃气下降，食停难化，上逆而发为呕吐。现代医学认为是一组胃肠综合征的总称，多有精神因素的背景，以胃肠道功能紊乱为主，而在病理解剖方面无器质性病变基础，因此也不包括其他系统疾病引起的胃肠功能紊乱。此病相当常见，除有胃肠道涉及进食和排泄等方面的不正常外，也常伴有失眠、焦虑、注意力涣散、健忘、神经过敏、头痛等其他功能性症状。石学敏教授在治疗本病的过程中，注重辨证取穴，又在调神的基础上加以配方，标本兼顾，疗效明显。

【临床表现】

神经性呕吐、恶心，呕吐量不大，吐后即可进食，不影响食欲与食量，可伴有癔病特征，如夸张、易受暗示，突然发作，间歇期完全正常，常多有精神因素引起，青年女性多见。

【鉴别诊断】

在治疗此病之前，必须排除器质性疾病。

1. 慢性胃炎

胃痛、恶心、呕吐等症，查胃镜可见黏膜充血、水肿，可有局限性糜烂和出血点。

2. 妊娠呕吐

女性闭经史，泌尿B超及尿妊娠试验可提示早孕。

3. 尿毒症

除恶心呕吐外，周身浮肿，血清提示肌酐、尿素氮增高。

4. 颅内占位性病变

除恶心、呕吐外，头痛明显，头 CT 可见颅内占位性病变。

【治疗规范】

1. 治则

调神理气，和胃止呕。

2. 配方

取穴：内关、足三里、天枢、上巨虚。

3. 操作

内关取双侧，直刺 1 寸左右，采用捻转提插泻法，施术 1 分钟；使针感传到指端，足三里取双侧，直刺 2 寸，用捻转补法，施手法 1 分钟；上巨虚直刺 2 寸，用提插泻法，施术 1 分钟；天枢可用呼吸补泻之泻法，直刺 2 寸左右，施手法 1 分钟。

4. 疗程

15 天为 1 疗程，每日针刺 2 次，上、下午各 1 次，共治疗 2 个疗程。

【配方理论】

本病在中医辨证中常考虑为食滞、气虚、血瘀、痰积等证型，在针刺治疗时应审病求因，灵活运用，因人而异。针刺治疗的同时也应尊重现代医学认为本病无器质性病理改变的观念，在选穴时，既注重辨证施治，又从调神的角度加以配方，标本兼顾，方能奏效。因而在治疗时，皆取内关穴以调神，使之功能活动趋于正常。而足三里又为强身之要穴，本穴在调整胃肠功能方面是针灸界公认的。根据病人的舌、脉选取脾、胃、大肠之合穴、下合穴，或俞募相配，共达调神理气、和胃止呕之功效。

【转归及预后】

脾与胃互为表里，为气血生化之源，后天之本。脾胃有病，如治疗不及时，可向其他脏腑演变，其转归如下：

1. 脾主运化水湿，脾虚失于健运，水谷转输无力，升降失司，故作呕。所以，脾病多与湿有关。

2. 脾胃虚弱，耗伤中气，生化无源，精血无以生，而致形体衰弱。

3. 肝失条达，横逆犯胃，胃气上逆而致呕。

针灸治疗各种原因引起的呕吐，均有一定疗效，尤其对急性呕吐者收效较快。

【预防与调护】

呕吐患者饮食应易消化，清淡食物，少食多餐，注意精神调摄，心情应舒畅，在饮食，精神调养同时，还应注意养生，多做户外活动，增加抵抗力，防御邪气入侵。

【验案举例】

案一　陈某，男，68 岁，胃脘疼痛，纳谷不香、呕吐泛酸，得食即痛，痛甚则吐半年余。经中西医治疗，疗效不显，呕吐加剧，精神疲惫，曾送中心医院采取支持疗法治疗

7日，全身情况好转，出院回家休养。20天后旧病复发，神乏怯冷，呕吐加剧，不能进食。患者丧失治疗信心。是日中午，余趋前会诊，脾肾阳虚，命门火衰，釜底无薪，不能腐熟水谷。拟温补脾肾之法，施灸之。取穴：中魁、足三里（均灸），每穴十一壮米粒灸，二穴轮灸。经灸治后，呕吐即止，次日复灸，足三里，脘腹温暖舒服，能吃稀粥，脘痛顿减。后以中药调治，食欲渐增，十余日即能起床行走，一个月后恢复正常工作。（《陆瘦燕医案》）

案二　房某，男，33岁，呕吐6年余，曾服用大量中西药，开始时可暂时缓解症状，停药即呕吐，屡治无效，病情加重。一月来，呕吐频繁，吐出食物或清水，口干咽燥，时感胃内嘈杂不适，吐后自觉舒适。舌干少津，脉细数。证属虚火上冲，升降失司，食谷不化。治以滋阴和胃，降逆止呕。取穴：内关、中脘、曲池、公孙、建里。用平补平泻手法针刺，留针30分钟。每5分钟行针得气1次，连续施术治疗2次后，呕吐次数减少。宗上方上法又连续施术治疗3次后，呕吐已止。稍感口干，时有不适，宗上方，单施艾灸之，每穴30壮，连续施术治疗5次后，诸症消失，而告痊愈。（《中国针灸急症验案》）

【临证提要】

呕吐为内科常见病之一，针灸治疗呕吐均有一定疗效，尤其是急性呕吐收效较快，临床治疗中必须要审证求因。呕吐的治疗以和胃降逆止呕为大法，但具体情况具体运用。对于邪实所致者，针刺以泻法为主，重在祛邪，达到邪去正安。对于正虚者，宜补法，扶正为主。临床辨证论治尤为重要。

二十八、腹胀（胃下垂）

胃下垂多表现为剑突下胀痛，胁满胸闷，腹胀，腹坠。本病多因腹壁的紧张度降低，腹壁脂肪缺乏和肌肉松弛，腹压减低所引起。平素体弱者，体质素胖而骤瘦者，生育过多的妇女易患此病。本病属中医学“腹胀”的范围。病机大多为脾失健运，脾胃升降失司，中气下陷或因肝气横逆犯胃，肝木克脾土，损伤脾胃，胃失和调及久病不愈，耗伤正气，中阳不振，气机升降功能异常等所致。X线检查示胃下极在髂嵴连线以下超过5cm者。根据中医学理论，采用升举中气，健脾和胃的方法治疗本病，在治疗中患者需密切配合，坚持治疗，加强腹肌锻炼，可获得满意疗效。

【临床表现】

1. 食欲不振、食后胃脘胀满、呕吐、嗳气、腹胀、腹坠、冷酸、乏力。
2. 发病常与情志不适、饮食不节、劳累、受寒等因素有关。
3. 起病缓慢，可反复发作。
4. X线检查胃下极髂嵴连线以下超过5cm者。

【鉴别诊断】

1. 慢性胃炎

主要表现为食后饱胀、上腹部钝痛，胃液分析示空腹胃液中黏液含量增多。

2. 胃黏膜脱垂症

无周期性、节律性胃痛，无胃病发炎史、消化道出血或幽门梗阻症状。X线钡餐检查球部呈“蕈状”或“降落伞状”变形，胃黏膜向球部突出。

3. 胃十二指肠球部溃疡

有节律性疼痛，上腹部压痛，X线检查可发现溃疡龛影。

4. 胃癌

上腹部疼痛，进行性体重减轻、贫血、黑便，X线检查为癌性龛影。

【治疗规范】

1. 治则

升举中气，健脾和胃。

2. 配方

（1）经穴刺法：分两组。

第一组：足三里、中脘、左梁门、左天枢、气海或关元。

第二组：华佗夹脊刺（第9～12胸椎）。

（2）耳针疗法：选胃、脾、交感、神门、皮质下。

3. 操作

（1）经穴刺法：上午先取足三里，后依次取中脘、左梁门、左天枢、气海或关元；下午取第二组穴。

足三里，直刺2寸，施捻转提插补法，令酸胀感向四周扩散为度；左梁门及左天枢，向气海、关元方向斜刺，针3～4寸，施捻转补法，令患者自觉胃有收缩感为宜；气海或关元，直刺2寸，施捻转提插之补法，令酸胀感向全腹放射为度；华佗夹脊刺，均直刺微微偏内侧，针2寸，捻转补法，令酸胀感向前腹部放散为度。

（2）耳针刺法：选胃、脾、交感、神门、皮质下取2～3穴，留针20～30分钟，或埋针24小时更换1次。

4. 疗程

（1）经穴刺法：每日2次，两组穴上下午交替使用，每20天为1疗程，共治疗2个疗程。

（2）耳针疗法：每24小时重新埋针1次，45天为1疗程。

【配方理论】

本病属中医学“胃脘痛”、“腹胀”、“呕吐”范围，多由脾胃虚弱、中气下陷所致，我们经过多年的临床及研究后发现：针刺（经上述方法治疗）治疗胃下垂后，X线检查示

胃大弯水平恢复至髂嵴线下不足3cm，临床症状消失。方中足三里为胃经的合穴，合治内腑；中脘为胃之募穴，募治本脏，二穴可健运脾胃，补益中气。关元、气海为元气之根，故可培元固本，升阳举陷，华佗夹脊刺可统调全身之阳，以固中州。在治疗中患者密切配合，加强腹肌锻炼，可缩短疗程，提高疗效。

【转归及预后】

由于腹胀各型的证情轻重不等，因而预后情况不一样。热结一型，起病较急，病情较重，如能及时正确施治，可以胀除病愈，否则气滞血瘀，凝结不通，也可能导致病势加重，甚至出现厥脱死亡；脾虚型腹胀虽然胀满程度较轻，但由于病情迁延，正气已虚，因而恢复也较慢，假以时日，耐心调治，一般也可渐愈；其他各型腹胀治疗较易，预后良好。

【预防与调护】

本病关键是气机阻滞，郁而发胀，所以应使患者心情平静，避免各种精神刺激，以使气机调畅；同时饮食宜细软，易消化，少食或暂时禁食，以减少有形之物阻于胃肠，使腹胀易于恢复；热结型患者还应卧床休息，密切注意病情变化，以便及时采取相应处理措施。

【验案举例】

案一　宋某，男，25岁，工人。入院日期：1982年5月7日。住院号：11889。

主诉：脘腹疼痛胀满2年余。

病史：患者两年前劳累后饮酒过量，胃脘及腹部疼痛，随即呕吐，呕吐物为食物。当时到某医院就诊，诊为“胃下垂”，未作治疗，只从饮食上调理，疼痛有所减轻，脘腹仍有胀满感觉，饮食量较前减少，每天进食500g左右。1年半前到某医院就诊，复查上消化道造影仍为胃下垂，只服5剂中药，症状无变化，又肌注胎盘组织液30g，用后症状仍无变化，近1年来每天进食750g左右，进食后胃脘及腹部疼痛胀满，需头低脚高位半小时方能缓解，偶有呕吐，大便秘结，今来我院治疗。

查体：神清合作，双目有神，面色微黄，营养发育尚可，毛发分布均匀，皮肤及巩膜无黄染，无出血，颌下淋巴结如蚕豆大小，无压痛，其他部位表浅淋巴结肿大无压痛，头颅正常，颈软，甲状腺不大，气管居中，胸廓对称，心音有力、律齐，心率64次/分钟，未闻及明显病理性杂音，心界不大，两肺呼吸音清晰，腹平软，肝脾未触及，下腹部有压痛，无反跳痛，腹主动脉搏动增强，肠鸣音亢进，四肢脊柱无畸形，生理反射存在，病理反射未引出，舌质淡，边有齿痕，舌苔薄白。

印象：①中医：胃脘痛（中气下陷）；②西医：胃下垂。

辨证：患者嗜食生冷，饥饱无常，伤及脾胃，脾失健运，胃失和降，以致谷食不能消化饮食停留，故出现食后胃脘胀满，终至尽吐而出，吐出宿食即觉舒适，由于久吐伤气，食物又不能生化精微，以致神疲乏力，日久中焦虚弱中气下陷，舌淡苔薄白，脉象迟

之症。

治则：升提中气，健脾和胃。

选穴：中脘、左梁门、左天枢、关元、足三里，肝俞至三焦俞夹脊刺。

操作：足三里，直刺2寸，施捻转提插补法，令酸胀感向四周扩散为度；左梁门及左天枢，向气海、关元方向斜刺，针3～4寸，施捻转补法，令患者自觉胃有收缩感为宜；气海或关元直刺2寸，施捻转提插之补法，令酸胀感向全腹放散为度，针后灸三壮；华佗夹脊刺，均直刺，微偏内侧，针2寸，捻转补法，令酸胀感向前腹放散为度。

治疗经过：经1周治疗患者饭后腹胀减轻，10天后腹痛及腹胀症状消失，饭后不需卧床休息，无明显不适，每日进食约750g，二便正常，以后又治疗3天，以维持疗效，痊愈出院。

案二　勾某，男，50岁，干部。入院日期：1981年1月6日。住院号：9895。

主诉：腹胀、嗳气、反酸8年，近3年加重。

病史：患者自1972年开始，经常腹部胀满，不能饱食，且嗳气频繁，反酸水，每于饭后2小时症状明显，喜暖、喜按，曾经多处中医诊断，按“脾胃虚弱”给予治疗。8年来未间断中药治疗，症状不见好转，体质逐渐消瘦，大便时而溏泄，时而干燥，每日进食250～300g，腹胀坠感明显，得热则舒。自1977年自感症状加重，尤以夜间为甚，有时因嗳气、反酸而致夜不能寐，腹胀坠感无时不有，但此期间未做过任何西医检查及治疗。于今日上午来我科门诊收入院。

查体：患者神清合作，体质消瘦，慢性病容，面色白而无华，两目有神，又瞳孔等大等圆，对光反射存在，颅神经检查正常，胸廓对称，心界不大，心音尚有力，第一心音增强，律整，未闻及病理杂音，两肺呼吸音清晰，腹软，轻度舟状腹，未扪及癥瘕痞块，肝脾未触及，可扪及腹主动脉搏动，无震水音，肠鸣音活跃，腹壁反射减弱，四肢运动自如，皮肤无光泽，无水肿，脉弦细，舌质淡边有瘀斑，苔薄白。

印象：①中医：胃脘痛（中气下陷）；②西医：胃下垂。

辨证：患者因工作奔波忙碌，饮食不节，冷热无常，日久脾胃升降失常，运化失司，水谷精微不能输布濡养，致使中气不足，下陷而发为腹胀，“脾主升，胃主降”，胃气上逆，故见嗳气、反酸，脾胃运化不利、传导失常，故见大便干燥。

治则：补中益气，升阳举陷。

选穴：中脘、左梁门、左天枢、关元、足三里，脾俞、胃俞，三焦俞夹脊刺。

操作：同上。

治疗经过：每日针2次，经3天治疗后患者自觉症状明显减轻。经1周治疗后患者胃脘部已不觉不舒，饮食尚好，大便正常，又经1周稳定治疗后患者面色红润，无其他不适。

【临证提要】

腹胀是临床较为常见病种，也是针灸效果显著的病种之一。尤其在缓解胀满方面收效

迅速。但临证中治疗胃脘痛应该细审其病因，因因而治。腹胀的治疗应以疏调理气为主，实者泻之；虚者补之；滞者导之；瘀者除之；寒者散之；热者清之；辨清虚实寒热，针到胀止，效如桴鼓。

二十九、胃脘痛（慢性胃炎）

慢性胃炎，包括浅表性胃炎、萎缩性胃炎、肥厚性胃炎，本节着重介绍慢性胃炎所引起的胃脘痛的针灸治疗配方。中医与现代医学对病因基本上认识是一致的。中医学认为，本病是由饮食伤胃，肝气犯胃，脾胃虚弱所致。而现代医学则认为是多种原因，如长期进食服用刺激性饮食、药物，口咽部慢性炎症；高级神经功能紊乱时，对胃神经的反向性调节可以减退使胃黏膜的保护功能低下及营养障碍，导致慢性炎症；还有就是由于胆汁反流而引起胃黏膜屏障破坏；再有就是免疫因素，它可能是萎缩性胃炎的重要原因。其病理表现为：浅表性胃炎以胃黏膜充血、水肿并伴有渗出、糜烂或渗出为特征；萎缩性胃炎则以胃黏膜呈暗灰色，黏膜变薄，黏膜下静脉清晰可见为特点；肥厚性胃炎则以胃黏膜粗糙、肥厚、充血、水肿及渗出为主要病理改变。治疗上应以任脉、胃经及背俞穴华佗夹脊刺为治疗原则。

【临床表现】

本病在临床上缺乏特异性症状，一般的常见症状为进食后上腹疼痛，除疼痛外可能伴有食欲不振、恶心、腹胀及嗳气，慢性萎缩性胃炎除上述症状外，可伴有疲乏、消瘦、贫血、腹泻、舌淡、指甲脆弱等。慢性肥厚性胃炎则可有类似消化性溃疡病的临床特点，可以合并上消化道出血。

【鉴别诊断】

慢性胃炎的症状与其他疾病常有类似之处，如消化性溃疡、胃癌及胃肠神经症，在临床上为避免发生误治，应做好鉴别。

1. 消化性溃疡

此病的症状与慢性肥厚性胃炎相似，均为进食后疼痛。但消化性溃疡疼痛有一定周期节律性，且通过胃镜和X线也可将二者区别。

2. 胃癌

胃窦部发生炎症时幽门区狭窄，于X线检查易被误认为胃窦癌，必须根据胃镜及胃黏膜活检进行鉴别；萎缩性胃炎时常伴有消瘦、食欲低下、贫血及胃酸缺乏等与胃癌的表现相似，也必须依靠X线及胃镜检查相鉴别。

3. 胃肠神经症

慢性胃炎如伴有神经症时，极难与胃肠神经症相区别，亦需通过胃镜及胃黏膜活检来鉴别。结果如为胃肠神经症，胃镜及胃黏膜活检均无病理改变。

【治疗规范】

1. 治则

健脾养胃，化瘀止痛。

2. 配方

第一组：足三里、左梁门、左天枢、关元、中脘、血海；

第二组：膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、夹脊刺。

3. 操作

足三里，直刺2寸，施捻转提插补法，令酸胀感向四周扩散为度；左侧梁丘、天枢，向关元方向斜刺，针3~4寸，施捻转补法，令酸胀感向全腹放射为度。令患者自觉有收缩感为宜。关元，直刺2寸，施提插捻转补法，令针感向腹四周放射，针后灸3壮；血海，直刺1~1.5寸，提插捻转泻法；背俞穴，斜刺0.5~0.8寸，捻转以平补平泻；夹脊刺，均直刺微偏内侧，捻转补法，针2寸，令酸胀感向前腹放散为度。

4. 疗程

每日针刺2次，2组穴上、下午各针1组，10天为1疗程，连续治疗3~5个疗程。

【配方理论】

本病为慢性病，亦属胃脘痛范畴。且病程较长，在胃肠病中较为多见。主因饮食伤胃，心情不舒，脾胃虚弱所致。正如《素问·痹论》曰："饮食自倍，肠胃乃伤。"或五味过极，辛辣无度，肥厚味腻，饮酒如浆，则蕴湿生热，伤脾碍胃，气机壅滞，脘闷胀痛。正如《沈氏尊生书·胃痛》曰："胃痛，邪干胃脘痛病也……唯肝气相乘为尤甚以木归暴，且正克血。"本病早期为实证，日久则损伤脾胃，多为虚证。

治疗本病应以健脾养胃，化瘀止痛为主。方中足三里为胃经之合穴，合治内腑；中脘为胃之募穴，募治本脏，针刺中脘、足三里以健运脾胃，补益中气。关元为元气之根，故可培土固本。钟对血海、膈俞以活血止血，祛腐生新，并配合背俞穴肝、胆、脾、胃俞以调整气机，华佗夹脊统调全身之元阳，以固中焦。

本病临床针灸治疗效果较好，但病程较长，常反复发作，如不加强护理，多方注意，很难痊愈。

【转归及预后】

脾胃为后天之本，生化之源，在人体中占有极为重要的地位。治疗延误将造成机体五脏六腑的损害。其转归大体如下：

1. 脾胃俱虚，生化无源，精血无以生，气血两虚，形体衰。

2. 胃不和则卧不安，由于胃脘痛而造成夜寐不安。

3. 胃脘急痛，气机壅滞，气冲心神，可出现昏厥。

胃脘痛的治疗如果及时，一般预后较好。即使脾胃虚寒，缠绵不休，针灸缓解疼痛，控制发展，也有很好的作用。

【预防与调护】

胃脘痛的病因与饮食、情志有关，还与寒凉刺激有关。因此，饮食规律，情志平和，避免寒凉是预防胃脘痛的关键。也是此类患者的调护重点。

【验案举例】

案一　施某，女，29岁，胃脘痛两月余，时轻时重，胸闷，易怒，两胁作痛，纳少，二便正常，舌苔白，脉滑数。证为肝气犯胃，木克脾土。治则：疏肝理气，健脾和胃。取穴：中脘、内关、足三里、合谷、太冲，留针40分钟，用泻法，共针3次而愈。（《针灸临证指南》）

案二　刘某，男，38岁，胃痛史近6年，受寒、疲劳、饮食不节、情志不和时易发作。两天前胃痛急性发作，疼痛剧烈，背肌拘急。服药治疗，效果不显。诊见苔薄白，脉弦紧。证属寒邪犯胃，取穴中脘、内关、足三里，用徐疾结合捻转之泻法，轮流持续运针3分钟左右，胃痛缓解。改间歇行针法，同时用艾条温灸中脘。疼痛完全停止后，继续留针，温灸15分钟后停灸起针。再针胃俞，用平补平泻，得气后1分钟出针，再拔罐10分钟。用上法，每日针1次，4次后胃痛消失，以后用治本的方法巩固。（《针灸临证指南》）

【临证提要】

胃脘痛是临床较为常见病种，也是针灸治疗效果显著的病种之一。尤其在缓解疼痛方面，可说收效迅速。但是，临床中治疗胃脘痛应该详细审其病因，因因而治。胃脘痛的治疗应以疏调理气为主，实者泻之；虚者补之；滞者导之；瘀者除之；寒者散之；热者清之；阳者升之，浊者降之。辨清虚实寒热；划分清阳浊阴。针到痛止，效如桴鼓。

三十、胁肋痛（胆囊炎、胆石症）

胁痛是指一侧或两侧胁肋疼痛而言。《灵枢·五邪》指出："邪在肝，则两胁中痛。"肝脉布两胁，肝与胆相表里，说明胁痛之形成与肝胆疼痛甚为密切。本病常见于现代医学中的胆囊炎、胆石症。多见肥胖女性，是由于细菌的侵袭或胆石的阻塞而引起的胆囊炎及胆石症的胁肋部疼痛。中医认为多因饮食不节，恣食油腻或肝胆失于疏泄，气机不畅所致。针刺治疗胆囊炎、胆结石对于止痛及排石均有一定的疗效。石学敏教授在治疗该病的过程中，注重辨证取穴的同时，经多年的逐穴筛选发现胆俞、日月等穴均有明显的止痛及排石作用，并在X光屏幕下观察胆囊的变化，发现针刺后胆囊由原来的梨形变细拉长，呈现哑铃型变化，胆囊体积缩小1/3～1/2。由此制定了针刺的治疗方案，临床效果颇佳。

【临床表现】

1. 其临床表现取决于结石是否引起胆道感染、梗阻及其梗阻的部位和程度。
2. 胆绞痛或右腹疼痛，伴恶心呕吐，胁肋部胀满不舒。
3. 发热，黄疸。

【鉴别诊断】

1. 肾结石

下腹部疼痛，伴血尿。

2. 胆道蛔虫

右上腹疼痛，有钻顶感，可突然发生疼痛，也可突然痛止。

3. 急性胰腺炎

胃脘部束带状疼痛，发热，血尿，淀粉酶增高。

4. 急性心肌梗死

胸腹部疼痛外，有胸部压榨感，同时伴有心电图的异常变化。

【治疗规范】

1. 治则

疏肝利胆，理气止痛。

2. 配方

膈俞、胆俞、日月、阳陵泉、中脘。

3. 操作

膈俞、胆俞，针右侧，向脊柱方向斜刺 1～1.5 寸，捻转泻法，施手法 1 分钟，令针感沿背部向右胁肋部感传；日月，针右侧，沿肋骨斜刺 1～1.5 寸，以雀啄泻法，施术 1 分钟，使针感抵右上腹；阳陵泉，针双侧，直刺 2～3 寸，捻转泻法，使针感沿经上传，做手法 1 分钟；中脘，用呼吸补泻手法的泻法，直刺 2～3 寸，施术 1 分钟。

4. 疗程

每日针刺 2 次，上、下午各 1 次，15 天为 1 疗程，共治疗 2 个疗程。

【配方理论】

本病属中医的“胁痛”范畴，肝居胁下，肝与胆相附，胁肋为两经循行所过，故胁痛多责之肝胆。正如《内经》中记载：“邪在肝，则两胁中痛”“邪客于足少阳之络，胁痛不得息。”所以胁痛之证，当以气血为主，疼痛多为气郁，刺痛及血络也。多因情志不舒、肝气郁结，脾失健运，湿邪内蕴，热侵肝胆等致疏泄失职，肝胆经脉被阻，经气运行不畅，肝火盛，胆气实，流于胁肋间而作痛。我们临床上所见的胁痛多为实证。

通过大量的临床实践表明，以疏肝利胆，通经止痛为大法，在选穴配方上各有所主，胆俞、膈俞重在止痛，日月、阳陵泉、中脘专利排石。日月为胆经的募穴，阳陵泉为下合穴，合治腑病，胆俞、日月为输募配穴法调治本脏腑，中脘可通调肝脾行气止痛。在急性胆绞痛发作时，经针刺治疗可迅速缓解疼痛，属简便的首选治疗。

【转归与预后】

肝胆在人体生理过程中占有极为重要的地位，失治或误治将造成不可挽回的损害，其转归大体如下：

1. 肝胆气滞日久，可形成胁下癥块，造成积聚。

2. 肝胆湿热煎熬，结成砂石和胆道蛔虫而致胁痛剧烈者，要采取其他必要的治疗方法。

胁痛若治疗及时，一般预后良好，针灸可缓解疼痛，控制发展，对本病有很好的疗效。

【预防与调护】

胁痛的病因与情志，饮食等有关。因此，饮食有律，情志平和是预防本病的关键。

【验案举例】

案一　王某，女，55岁，工人。入院日期：1981年7月24日。住院号：10730。

主诉：右上腹阵发性疼痛伴恶心5天。

病史：患者于1981年3月曾因右上腹阵发性绞痛伴心前区不适，头晕，腹胀，在我院住院治疗，住院期间行胆囊造影，确诊为“慢性胆囊炎”，“多发性泥砂样胆囊结石”，经针刺治疗后症状明显减轻，并从粪便中排出大量泥砂样结石，遂回家休养。7月19日右上腹疼痛难忍，呈阵发性绞痛，持续加重，痛彻右肩背，伴恶心欲吐，痛甚汗出，四肢不温，不思饮食。无发热，黄疸，来我院门诊行针刺治疗，针后疼痛缓解，过后腹痛又复出现，口服解痉药，疼痛不减，多次来门诊要求针灸止痛。7月24日右上腹胀痛拒按，干呕，四肢乏力，头晕再来门诊时，收住院治疗。

查体：体温36.3℃；脉搏76次/分钟；血压150/100mmHg；神清精神弱，体胖，面色萎黄，痛苦病容，瞳孔等大等圆，对光反射对称，皮肤及巩膜未见黄染，咽红，颈软，气管居中，表浅淋巴结未触及；胸廓对称，心音有力规整，两肺呼吸音清，腹软，皮下脂肪丰满，右上腹及剑突下有压痛，右侧背部有沉重感，肝脾未触及，墨菲征（-），肠鸣音稍活跃，舌质淡，苔黄腻，脉沉细。

印象：①中医：胁痛；②西医：胆结石。

辨证：患者情志不舒，肝失条达，疏泄失职，肝气郁结，气机郁阻胁络，胁痛乃发。正如《杂病源流犀烛》云：“胠胁肋痛，肝经病也，盖肝与胆二经之脉，布胁肋，肝火盛，木气实，故流于胠肋间而作痛。”

治则：疏肝利胆，通经止痛。

选穴：膈俞、胆俞、日月、阳陵泉、中脘、丰隆、内关、公孙。

操作：膈俞、胆俞，针右侧，向脊柱方向斜刺1~1.5寸，予捻转泻法，施手法1分钟，针感沿背部向右胁肋部感传；日月，针右侧，沿肋骨斜刺1.5寸，以雀啄泻法，施术1分钟，使针感抵右上腹；阳陵泉，针双侧，直刺2~3寸，予捻转泻法，使针感沿经上传，做手法1分钟；丰隆，针双侧，直刺2寸左右，施捻转泻法以局部酸胀为度；公孙、内关，行常规操作，施泻法1分钟，以局部酸胀为度；中脘，用呼吸补泻之泻法，直刺2~3寸，施术1分钟。

治疗经过：止痛取膈俞、胆俞二穴，治疗1次腹痛大减，排石则取日月、阳陵泉、中

脘，腹胀加用丰隆，恶心配内关、公孙，经1周治疗，腹痛未再出现，筛洗大便发现大量泥砂样结石排出，而后病情稳定，共治疗2周出院回家休养。

案二　潘某，男，40岁，干部。入院日期：1980年11月12日。住院号：11483。

主诉：右上腹疼痛向肩背放射2天。

病史：患者平素喜食肥甘之品，11月10日不明原因突然出现右上腹阵发性疼痛，并向肩背部放射，伴发烧寒战，恶心呕吐，不思饮食，曾去某医院诊治，做胆囊造影确诊为“胆囊炎”、“胆石症”，并建议患者手术治疗，患者愿保守治疗，遂来我科门诊并收入院。

查体：体温37.3℃；脉搏88次/分钟；血压140/85mmHg；神清合作，急性病容，面色微红，体形丰盛；巩膜及皮肤未见黄疸，咽稍充血，扁桃体不大，未触及表浅淋巴结；心音有力，律齐，未闻杂音，两肺呼吸音清；腹膨隆，皮下脂肪丰满，右上腹明显压痛，且有反跳痛，肝脏触诊不满意，脾未触及，肠鸣稍活跃；生理反射存在，病理反射未引出，舌质淡，苔薄黄，脉弦数。实验室检查：血常规：白细胞17×10^{12}/L，嗜中性白细胞75%；尿三胆：阴性。心电图检查：大致正常心电图。

印象：①中医：胁痛；②西医：急性胆囊炎，胆石症。

辨证：患者久食肥甘厚味，中焦湿热内阻，肝胆被扰，肝火盛，木气实，故见胁肋作痛。

选穴：膈俞、胆俞、日月、阳陵泉、中脘、丰隆、内关、公孙。

操作：同前。

治疗经过：上穴日针1次，治疗2日后胁痛止，第3日烧退，并有结石由粪便排出，量多均为白色、褐色细小结石，治疗2周，患者痊愈出院，1年后追访患者未再复发。

【临证提要】

胁痛为临床常见病种，也是针灸治疗效果显著的病种之一。尤其在迅速止痛方面，可收效迅速。但是，临床治疗本病应详审病因，辨证施治，胁痛的治疗以疏肝理气为主，实则泻之，虚则补之，瘀则除之，热则清之，针到痛止，效如桴鼓。

三十一、食积（消化不良）

食积是由乳食喂养不当所致食积胃脘，脾胃运化失调引起的一种病证。食积又称积滞。本病现代医学称消化不良。中医学认为，乳食内伤，脾受寒凉；或小儿素禀脾胃不足、病后体虚，脾胃功能未复，运化无权，致乳食停滞不化，气滞不行。现代医学认为：小儿愈小，生长发育愈快，新陈代谢愈旺盛，能量与蛋白质等营养物质及水的需要量也愈多，但消化潜力却有限，若喂养不当，容易发生消化功能紊乱，同时亦与小儿消化系统解剖生理特点有关。故本病在临床上各年龄小儿均可罹患，但以婴幼儿时期为多见。针刺治疗该病，有明显调补脾胃、消积导滞之功效。因此，针灸是治疗食积较为有效的治疗方法之一。

【临床表现】

不思饮食，脘腹胀满疼痛，呕吐酸馊，大便溏泄，臭如败卵或秘结不通。时伴烦躁不安，夜间啼哭不宁或有发热等症，多有伤乳、伤食病史。实验室检查：大便常规为不消化食物残渣或脂肪球。

【临床诊断】

本病应与小儿疳证及厌食相鉴别。

1. 疳证

疳证相当于现代医学所称小儿营养不良及多种维生素缺乏症。疳证是由喂养不当或多种疾病的影响，导致脾胃功能严重受损，气液耗伤而出现的慢性病证。以形体消瘦，面黄发枯，精神萎靡或烦躁，饮食异常为特征。

2. 厌食

厌食也称食积不振，亦属小儿常见的脾胃病证。由于喂养不当，脾胃运化功能失调所致，主要症状为：长期食欲不振，无明显消瘦，精神状态尚好，一般病在脾胃，不涉及他脏，预后良好。

【治疗规范】

1. 治则

消积化滞，调补脾胃。

2. 配方

（1）经穴刺法

①主穴：足三里、中脘、建里、气海。

②配穴：脾俞、胃俞、公孙。

（2）经外奇穴刺法：取四缝穴。

（3）耳压疗法：脾、胃、肝、小肠、心、交感。

（4）其他治疗：部分患者食积常在呼吸道、消化道感染病变中合并出现，因此，此类食积患者的治疗应先予解表、抗感染等对症治疗，待感染控制后，针刺治疗本证方能获效。

3. 操作

（1）经穴刺法：足三里，直刺 1 寸，施捻转补法 20 秒；中脘、建里、气海，直刺 1 寸，施呼吸平补平泻 20 秒；公孙，直刺 0.5 寸，施捻转平补平泻 20 秒；诸穴施术后不留针。脾俞、胃俞，向脊柱正中或向下斜刺 0.5～0.8 寸，施捻转补法 20 秒，不留针。

（2）经外奇穴刺法：常规皮肤消毒后，以三棱针或粗毫针直刺约 1～2 分深，刺后挤出黄白色透明样黏液或出血为度。

（3）耳压疗法：采用王不留行子贴压耳穴，用 0.4cm × 0.4cm 大小医用胶布贴敷固定。每次选穴 2～3 对，每日按压贴敷耳穴 3～4 次，每次按压 2 分钟左右，两耳腧穴交替

贴压。

4. 疗程

（1）经穴刺法：每日1次或隔日1次，10次为1疗程。

（2）经外奇穴刺法：隔日1次，7次为1疗程。

（3）耳压疗法：每隔1～2天更换1次，10次为1疗程。

【配方理论】

食积相当于现代医学的消化不良。中医学曾对该病有所记载：《诸病源候论·小儿杂病诸候》记载的“食不消候”、“伤饱候”等概括本病为乳食喂养不当，停积脾胃而引起的脾胃疾患。我们通过多年的临床研究认为，针刺治疗本证，具有健脾消积之功效。

有关食积的病理变化，不外乎脾胃运化失常所致。脾胃功能旺盛，则食积得以化除。生化之源得以恢复，故取足三里为足阳明经之合穴，健脾益气，为治脾胃疾患之要穴；建里、气海具有理气化滞之效，以解脾胃之郁滞；公孙为脾经之络穴，别走胃经，有健脾和胃之效。脾俞、胃俞、中脘为脾胃经之俞募穴，俞募相配以健脾助运、益气养胃，诸穴合用，共奏消积导滞，调补脾胃之效。四缝穴是经外奇穴，可以通畅百脉，调和脏腑。据报道，针刺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。

三十二、泄泻

（一）急性痢疾

本病为常见的肠道传染病，多发生于夏、秋两季。以腹痛、里急后重，痢下赤白脓血为主症。古代文献将本病之传染性强而病情危重者称为“时疫痢”和“疫毒痢”。临床一般分为湿热痢、寒湿痢、噤口痢及休息痢等。现代医学认为此病是由痢疾杆菌引起的常见急性肠道传染病，以结肠化脓性炎症为主要病变，有全身中毒症状：腹痛、腹泻、里急后重、排脓血便等临床表现。石学敏教授在多年的临床实践中体会到治疗痢疾的原则可概括为：“初痢宜通，久痢宜止，通以清热利湿为先，止以培固脾土为本；然通腑除滞贯彻始终。”由此制定出一套完整的治疗本病的针刺方法，疗效迅速，没有副作用，它通过调动机体的防卫功能，达祛病除邪作用。

【临床表现】

1. 普通型

起病急骤，畏寒，伴高热，继以腹痛、腹泻和里急后重，每天排便10～20次，呈脓血便，量少，左下腹压痛伴肠鸣音亢进。一般1～2周内逐渐恢复或转为慢性。

2. 轻型

全身毒血症状和肠道表现均较轻，腹痛不著，腹泻次数每日不超过10次，大便呈糊状或水样，含少量黏液，里急后重感也不明显，可有呕吐，病程3～6天，易误为肠炎或结肠炎。

3. 中毒型

多见于2~7岁体质较好的儿童，起病急骤，病初即可有高热，精神萎靡，面色青灰，四肢厥冷，呼吸微弱，神志不清。采集大便检查可见黏脓便，镜下可见大量脓细胞和红细胞。

【鉴别诊断】

1. 阿米巴痢疾

起病一般缓慢，少有毒血症的表现，里急后重感较轻，大便次数亦较少，腹痛多在右侧，典型者粪便呈果酱样，有腐臭，镜检仅见少许的白细胞，红细胞凝聚成团，常有夏科—凡登结晶体，可找到阿米巴滋养体，乙状结肠镜检查，黏膜大多正常，在结肠在散在溃疡，本病易多见肝脂瘤。

2. 流行性乙型肝炎

本病表现和流行季节与菌痢（重型或中毒型）相似，后者发病更急，进展迅猛，且易并发休克，可以盐水灌肠并镜检及细菌培养。

【治疗规范】

1. 治则

清热解表，通腑利湿。

2. 配方

上巨虚、天枢、曲池、内关、足三里、关元、脾俞。

3. 操作

上巨虚，直刺1寸，使针感向小腿放射，施捻转提插的泻法；天枢，直刺1寸，使针感向小腹部放射，施呼吸补泻的泻法；曲池、内关，直刺1寸，令酸胀感向前臂感传，提插捻转的泻法，均施手法1分钟；足三里、关元，采用平补平泻的捻转手法，施手法1分钟。

4. 疗程

每日针刺2次，10次为1疗程。

【配方理论】

古人对痢疾早有认识，如“肠癖下脓血”，“下利便脓血”。《诸病源候论》中有：“赤白痢”、“脓血痢”之谓。《济生方》曰：“今之所谓痢者，古所谓滞下也。”现统称“痢疾”。患者以发热、腹痛、里急后重、便脓血为主症。倘若病人正气不足加之失治、误治可迁延成慢性过程，形成“久痢”、“休息痢”。治应清热解毒，通腑利湿，并根据中医辨证施治原则，根据急缓虚实，当泻则泻，当补则补，调其虚实，顾其标本，以变达常。方中上巨虚、曲池、天枢为其主穴，主治肠腑之病，以达清热除湿之功；关元为小肠募穴，可疏调脾胃；中冲要道得展，后天之水得以充实，气血生化之源盈满，正气存内，邪气自退。

【验案举例】

肖某，男，4岁，稚儿。入院日期：1981年8月21日。住院号：10809。

主诉：阵发性腹痛，伴呕吐、腹泻4天。

病史：患儿于8月18日午后突然高烧40.5℃，无汗、腹部不适，先后呕吐6次，呕吐物为水和食物，腹泻3天，呈稀水样便，未见脓血，在家用退烧药，体温不降，遂去儿童医院急诊，经肛门采便化验，诊为“菌痢”，予静脉输入氢化考的松、四环素等，次日烧退带药回家。19日中午体温复升至39℃以上，腹痛即泻，水样便含杂黏液，又来我院输液观察，其间腹痛阵阵加剧，患儿哭闹不休，腹泻不止，一天最多达20余次，体温一直持续在39℃以上，后予氢化考的松、阿托品、四环素等治疗，症状稍有缓解，于8月21日收入病房治疗。

查体：体温38.2℃；脉搏100次/分钟；血压90/60mmHg，患儿神清，精神弱。发育中等，营养欠佳，眼眶凹陷，皮肤皱折，弹性差，咽无红肿，表浅淋巴结未触及，颈软，两肺未见异常，心律规整，心音有力，腹略凹软，无明显压痛，肝脾未触及，肠鸣音活跃，肛门红赤，舌红苔薄黄，脉细数。化验室检查：血常规：白细胞13.4×10^{12}/L，中性粒细胞80%，淋巴细胞20%；便常规：红细胞10～15个/HP，脓球满视野。

印象：①中医：痢疾；②西医：细菌性痢疾。

辨证：时值长夏，暑湿盛极，稚体受邪，脾胃受伤，湿热之邪，壅滞肠道，气机阻滞，里急腹痛欲便，湿热熏蒸故见高热，暑湿秽浊郁遏冲和要道，脾胃升降失常而呕，湿热下迫大肠而泻。

治则：清热解毒，通腑利湿。

选穴：上巨虚、天枢、曲池、内关、足三里、关元。

操作：上巨虚，直刺1寸，使针感向小腿放射；天枢，直刺1寸，针感向小腹放散；曲池、内关，直刺1寸，令酸胀感向前臂感传，以上诸穴均采用捻转提插之泻法，施手法1分钟；足三里、关元，采用平补平泻的捻转手法，施术1分钟即可。

治疗经过：入院后予支持疗法，解决患儿之脱水状况，未使用抗菌药物。运用上穴治疗1次，腹痛，里急后重消失，治疗2天大便减为每日2～3次，精神好，食欲大振，体温已接近正常水平。后又治疗5次，以巩固疗效。

（二）急性胃肠炎

急性胃肠炎多发于夏秋两季，如以呕吐、胃痛为主者为急性胃炎；以腹泻、脐周疼痛为主者为急性肠炎；吐泻均明显者为急性胃肠炎。在中医学中属“吐泻、腹痛、霍乱”的范围。多因饮食不节（洁），暴饮暴食，加之感受寒湿或因热贪凉，重湿内蕴，以致胃肠运化功能失调，水系清浊不分，而呕吐泄泻之证。现代医学认为是由于细菌感染而致的炎症性水泻。从中医角度认识泄泻，古医籍中名目繁多，分类不一。张景岳云：“泄泻之本，无不由脾胃”、“久泻无火，多因脾胃之虚空也。”《难经》则以脏腑主病，分胃泻、小肠

泻、大肠泻等。后世医家从内伤分型，如脾虚腹泻、肝脾不和腹泻、食积腹泻等。石学敏教授采用针灸治疗本症时，无论是在选穴上还是在手法量学上均有一整套的严谨配方，取得了明显的效果。

【临床表现】

起病急，以大便清稀为临床指征，或大便次数增多，粪质清稀或便次不多，但粪质清稀，甚如水状；或大便稀薄，完谷不化。常兼有脘腹不适，食少纳呆，甚至出现腹痛，腹部下坠感。

【鉴别诊断】

1. 急性痢疾

流行季节有腹痛，脓血样大便，灼热，里急后重明显，甚至神志不清，粪便镜检可见大量的脓细胞和红细胞。

2. 阿米巴痢疾

里急后重，粪便呈果酱样，粪便检查可见阿米巴滋养体。

3. 流行性乙型脑炎

发病急，除有高热、腹泻、呕吐外，头痛明显，易并发休克。

4. 急性阑尾炎

呕吐泄泻明显，右下腹压痛明显，发热，粪便检查阴性。

【治疗规范】

1. 治则

健脾和中，除湿理肠。

2. 配方

（1）经穴刺法：上巨虚、天枢、关元、梁门、足三里、脾俞、胃俞。

（2）温针法：关元、足三里、肾俞，分别针后加灸或直接灸。

3. 操作

（1）经穴刺法：上巨虚，直刺1.5寸，针感沿经下行，施捻转泻法1分钟；天枢，直刺1.5寸，施提插泻法局部酸胀为度；关元，直刺2寸，梁门，直刺1.5寸，采用呼吸补泻之补法，令酸胀感由局部向四周放散，施手法1分钟；足三里，针2寸，令针感沿经上传，施捻转补法，做手法1分钟；脾俞、胃俞，均取双侧，向脊柱方向斜刺进针1～1.5寸，施捻转补法，手法实施1分钟。

（2）温针法：关元、足三里、肾俞，对于重湿型泄泻在针刺手法实施后加上艾灸或直接用艾条灸上述穴位以局部皮肤潮红为度。

4. 疗程

每日针刺2次，上下午各1次，7天为1疗程，一般1疗程后巩固治疗再需1疗程。

【配方理论】

腹泻又称泄泻，古医籍中名目繁多，分类不一。湿为泄泻的主要因素。即脾虚湿盛为其发病关键。历代医案在治疗中以运脾化湿为原则，体虚者兼以温肾补脾，配方中应用天枢取其为大肠募穴之特性，意在调整脾胃，加之与脾俞、胃俞相配为俞募配穴法，可达通调胃肠之功。上巨虚为手阳明之下合穴，合治腑病。重湿盛者以足三里、关元、肾俞行温针灸达温补脾肾，祛湿止泄之功。李士材谈到泄泻治法有9种，其中之一为祛湿。石学敏教授在针刺治疗急性胃肠炎时注重手法量学的实施。

【验案举例】

梁某，男，64岁，干部。入院日期：1981年6月30日。住院号：10635。

主诉：腹痛，腹泻伴呕吐36小时。

病史：患者28日晚饮食油腻，夜寐偶感寒凉之邪，6月29日晨5时突然腹痛而后腹泻水样便，量多。自服藿香正气水2瓶，症状未见缓解。24小时先后腹泻10次之多，仍为水样便，每次量多，于晚上5时自服痢特灵2片，服后症状缓解，于晚11时30分病情加重，主诉头晕、腹痛，先后腹泻两次水样便，身热，自行处理予安痛定、庆大霉素肌肉注射，经治疗后至今晨8点腹痛、腹泻减轻。同时复查血压200/100mmHg，予利血平1mg肌肉注射。于午后1时患者腹痛腹泻加重，呻吟不止，先后腹泻3次，为水样便，同时呕吐4次为食物，静脉补液，经治疗病情稍有缓解，收入院。现症：胃脘及腹部疼痛，便泻稀水，恶心呕吐，发热恶风寒，腹疼按之不减，得温则舒，舌苔白腻，脉弦缓。

查体：神清合作，发育中等，营养欠佳，体瘦，自动体位，双瞳孔等大等圆，光反射存在，颈软，皮肤及巩膜无黄染，双颈内动脉搏动对称，表浅淋巴结未触及，咽无红肿，扁桃体无肿大，气管居中，胸廓对称，心界不大，心率80次/分钟，律整，两肺呼吸稍粗，腹平软，无压痛、反跳痛，肠鸣音亢进，肝脾未触及，舌红苔白微腻，脉弦滑。查便常规为黏液样便，白细胞10~12/HP。血常规：白细胞9.2×10^{12}/L，中性粒细胞75%。

印象：①中医：泄泻、呕吐；②西医：急性胃肠炎。

辨证：患者年事已高，恣食肥甘，又贪凉近冷，克伤脾胃之阳气，胃气受损不能下降，逆上而作恶心、呕吐，脾气受损升清之气失常，下行则腹泻，中焦之气机不畅，水谷不能分别清浊，气血逆乱，故胃脘及腹部疼痛，且呈稀水便，泄泻频作伤及胃阳故喜暖，拒按为实邪未解。

治则：和胃降逆，理气导滞。

选穴：曲池、风池、足三里、中脘、脾俞、公孙、内关。

操作：曲池，屈肘直刺1.5寸，令酸胀感向手腕放散；风池，直刺1寸，令局部酸胀为度；内关，直刺1.5寸，令酸胀感向腕关节放散；公孙，直刺0.5寸，令局部酸胀，诸穴均施捻转提插之泻法；脾俞，直刺，微斜向横突，施捻转补法，令麻电感向前放射；中脘，直刺2寸，二穴均施捻转提插之补法。

治疗经过：经2天治疗后患者已不呕吐，腹痛减轻，大便为水样便，血常规正常，体

温37.2℃，4天后，患者自觉腹痛消失，精神较好。查便常规白细胞1～2，红细胞0～1，潜血微显，第5天大便一次为黏液，便常规报告为不消化样便，1周后大便已成形，便常规正常，腹未痛，体温正常，其余无不适。

（三）慢性结肠炎

慢性结肠炎是一种原因不明的结肠炎，病变主要限于结肠的黏膜，且以溃疡为主，多累及直肠和远端结肠，但可向近端扩展，以至遍及整个结肠。本病可见于任何年龄，但以青壮年最多见，男性多于女性。中医认为本病多因精神刺激和饮食不节所致，后世医家从内伤分型如脾虚腹泻、肾虚腹泻、肝脾不和腹泻、食积腹泻等。慢性腹泻可反复发作，有的随个人体质、季节、地域不同，又有各自不同的兼证。现代医学认为本病可能与免疫、遗传、感染、精神因素等有关，亦有因过敏所引起。目前大多数学者认为，自身免疫机制的参与、遗传因素作为背景，至于其他因素则为诱发因素而已。石学敏教授在多年的临床实践中发现针刺治疗本病可获佳效，且副作用小，方便实用。但必须手法到位，辨证准确。

【临床表现】

1. 血性腹泻，粪中含血、脓和黏液，2～4次/日。
2. 腹痛呈阵发性痉挛性绞痛，排便后疼痛可缓解。
3. 伴有上腹部饱胀不适，恶心、呕吐等。
4. 厌食，体重下降，可有发热。

【鉴别诊断】

1. 慢性细菌性痢疾

有明确的细菌性痢疾病史，从粪便、直肠或内窥镜检查时所反馈的渗出物进行培养，可分离出痢疾杆菌。

2. 慢性阿米巴肠病

以近端结肠为主，溃疡的边缘为潜行性，介于溃疡之间的结肠黏膜正常，粪便中可找到该组织阿米巴包囊或滋养体。

3. 血吸虫病

有与流行疫水接触史，粪便可见血吸虫卵或孵化生蚴阳性，肝脾肿大。

4. 结肠癌

直肠指诊和内窥镜检查可见癌肿。

【配穴原则】

1. 治则

健脾和胃，除湿理肠。

2. 配方

（1）经穴刺法：上巨虚、天枢、关元、梁门、足三里、三阴交、脾俞、胃俞。

（2）温灸法：足三里、关元、天枢麦粒灸。

（3）拔火罐疗法：天枢、关元、足三里、大肠俞、小肠俞，本法通用于各型泄泻。

（4）耳针疗法：选大肠、小肠、下脚端、肺、脾中的2～3穴，行中强度捻转刺激。

3. 操作

（1）经穴刺法：梁门，直刺1.5寸，关元，直刺2寸，令酸胀感由局部向四周放射，采用呼吸补泻之补法，施手法1分钟；足三里，针2寸，令针感沿经上传，三阴交，针1.5寸，二穴施捻转补法，做手法1分钟；天枢，直刺1.5寸，施提插泻法局部酸胀为度；上巨虚，直刺1.5寸，针感沿经下传，施捻转泻法1分钟；脾俞、胃俞，向脊柱方向斜刺1寸，施捻转补法1分钟。

（2）温灸法：足三里、关元、天枢穴用艾条温灸，每对穴各灸2分钟，以局部皮肤潮红为度。

（3）拔火罐疗法：天枢、关元、足三里、大肠俞、小肠俞，用不同口径的罐施拔罐法，时间为10分钟。

（4）耳针疗法：选大肠、小肠下脚端，肺、脾中的2～3个穴施中、强度刺激，留针20～30分钟。

4. 疗程

每日2次，上、下午各1次，10次为1疗程。

【配方理论】

天枢为大肠募穴，上巨虚为手阳明下合穴，可达通调胃肠气机之功。脾俞、胃俞调补中气，以资生化之源；关元、足三里针刺或灸，培补肾中之阳，以化病滞。虚重者灸疗取其温养脾肾、腐熟水谷之功，属治本之法。石学敏教授认为在针刺选穴及手法操作中应遵循温补脾肾为主，祛邪除湿为辅这一原则，有别于痢疾的治法。

【转归及预后】

脾主运化，人体的营养精微，有赖于脾的运化输布，肠有分清别浊的功能，若出现障碍则肌肉四肢得不到应有的营养，因此应及时治疗，若延误则可能出现：①脾肾阳虚，形寒肢冷，面色㿠白，形体衰；②脾胃不和，胃失受纳，胃脘痛。

泄泻的治疗，一般疗效较好，但应及时施治，防止急性转为慢性。

【预防与调护】

泄泻的预防应注意饮食卫生，并养成饭前便后洗手的习惯，其调护应注意忌食生冷或刺激性食物，进食宜稀软。

【验案举例】

张某，女，43岁，工人。就诊日期：1988年3月2日。门诊号：50012。

主诉：大便溏泄偶伴腹痛14年，近2月加重

病史：14年前因忧思劳累，饮食不节出现食后腹痛，大便溏泄，尤以进食油腻为甚，

有时大便一日数行，食欲不振，2月前，偶食油腻，旧症又发，多处医治无效，来我科求治。

查体：形体消瘦，呈疲倦面容，查右下腹有压痛，腹胀，便常规未见红、白细胞。舌红苔白微腻，脉沉细。下消造影示：慢性结肠炎。

印象：①中医：泄泻；②西医：慢性结肠炎。

辨证：饮食不节，脾失运化，大肠传导失司，发为泄泻便溏。

治则：健脾运湿，疏利传导。

选穴：天枢、大横、水道、归来、外水道、外归来、曲池、上巨虚、内关、水沟。

操作：天枢，取双侧，呼吸泻法；大横、水道、归来、外水道、外归来，均取左侧，捻转泻法；曲池，提插捻转泻法；上巨虚，提插补法；天枢，针而灸之。内关，捻转提插泻法，水沟，施雀啄手法。

治疗经过：采用上法治疗1周，腹痛消失，3周后，大便成形，4周后，大便由饭后即排改为日1行，6周后，食欲正常，经两个月治疗，消化功能正常，体重由43kg增至58kg，可小量进食油腻而大便正常。

【临证提要】

泄泻是临床常见病种，针灸对其有一定的临床疗效。尤其在缓解疼痛方面，收效迅速。但是，临床治疗应详细审其病因。泄泻的治疗应以健脾利湿为主，寒者温之，热者清之，虚者补之，实者泻之，辨清寒热虚实，才能针到泄止。

三十三、便秘（习惯性便秘）

便秘是指大便涩滞秘结不通而言。通常分为器质性和功能性两种，本节主要介绍习惯性便秘、老年性便秘、体虚性便秘。中医和西医对本病病因的认识比较接近。中医学认为：本病多由脾胃失运和大肠传导失司所致，并与饮食劳倦、年老津衰、久病体弱等多种因素有关。现代医学认为：本病常继发于不良的饮食习惯、生活习惯。由腹肌、肛提肌及肠壁平滑肌收缩力减弱造成。针刺治疗在促进肠蠕动，增加直肠收缩力方面效果卓著。因此，针刺是治疗便秘的有效方法之一。石学敏教授在治疗便秘的过程中，注重腑气不通，传导失司的发病理论，制定了以宣通腑气，以助传导的治疗方案，临床收到了更为理想的效果。

【临床表现】

粪便干结，排便费力，或无力排出，甚至粪便呈羊粪状。由于用力排出坚硬的粪块，可引起肛门疼痛、肛裂，甚至诱发痔疮，常伴有腹痛腹胀，恶心，食欲减退，疲乏无力。

【鉴别诊断】

习惯性、体虚性、老年性便秘是便秘中较常见的几种类型，还有一些疾病也可以出现便秘的特有症状，在此应进行认真鉴别。

1. 直肠和肛门的病变

其排便困难是由于直肠炎、痔疮、肛裂、肛周脓肿引起肛门疼痛和痉挛造成，应以兹鉴别。

2. 结肠病变

由于结肠的良、恶性肿瘤、肠梗阻、肠粘连、先天性巨结肠症等影响了粪便的推进机制而造成的便秘，应与本病鉴别。

3. 内分泌、代谢障碍性疾病

甲状旁腺功能亢进时，肠肌松弛，张力减低；甲状腺功能减退时，肠动力减弱，尿崩症伴失水，糖尿病并发神经病变时均可出现便秘。如便秘症状发生于上述疾病之后，则应诊断为上述相应疾病。

4. 神经系统疾病，如截瘫、多发性神经根炎等累及支配肠的神经时可发生便秘。注意其特殊的原发病，将不难与本节介绍的几种便秘相鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

疏通脾胃，通便导滞。

2. 配方

（1）经穴刺法：丰隆、左水道、左归来、左外水道、左外归来。

腹中冷痛，大便艰涩不易排出，加刺气海、关元，针后加灸。有便意努责乏力加刺脾俞、胃俞、足三里。腹胀、便秘口干者加刺合谷、天枢、内庭。

（2）耳针疗法：大肠、直肠下段、交感、小肠、神门。

（3）温灸法：对老年、体虚便秘者可温灸神阙、气海、关元，以助阳导滞。

3. 操作

（1）经穴刺法：先针双侧丰隆穴，进针 1～1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟。左水道、左归来及左外水道、左外归来，均直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟，留针 20 分钟。

（2）耳针疗法：强刺激留针 1～2 小时，留针期间捻转 2 次。

（3）温灸法：气海、关元针后加灸，以提插补法针刺得气后，用 1 寸艾炷置针柄上灸之，燃尽为度，神阙灸而不针，医生持艾炷温灸 15～20 分钟。

4. 疗程

针灸每日 2 次，耳针每日 1 次，以上各型便秘疗程均为 1 个月。

【配方理论】

便秘属中医学“脾约”、“大便难”范畴，是临床较多见病种之一。该病见于《金匮要略·五脏风寒积聚》：“跗阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则坚，其脾为约……”究其病机《景岳全书·秘结》云：“秘结一证，在古方书有虚秘、风秘、气秘、热秘、寒秘、湿秘等说。而东垣又有热燥、风燥、阳结、阴结之说，此其主名太烦，又无确据，不得其委，而徒滋疑惑，无不为将证之害也，不知此证之当辨者，则曰

阴结、阳结而尽之矣。”根据“阴结”、“阳结”这个总病机，我们通过多年的临床研究认为：针刺能通过调整阴阳来通便开结，具体表现在针刺能明显增加肠蠕动，增强大脑皮层和腰骶部脊髓内低级中枢对排便反射的调节，提高腹肌、肛提肌、结肠平滑肌的紧张性，而逐渐改善胃肠道平滑肌的运动障碍，以达到加速肠内废物的排泄作用。

石学敏教授认为：该病的关键在于腑气不通，传导失司，治疗当责之于足阳明胃、足太阴脾与足少阴肾经。《灵枢·杂病》：“腹满、食不化、腹不化，腹响响然，不能大便，取足太阳”，“腹满，大便不利，腹大，亦走胸嗌，喘息喝喝然，取足少阴。”本法中的丰隆为胃之络穴，别走太阴，能调节脾胃功能，水道、归来、外水道、外归来，为脾胃经脉所过，有调节脾胃、宣通三焦气机之功能。三焦通利，脾胃运化功能正常，则大肠腑气通调，便结自解。故可用于各证型之便秘。配以气海、关元针而灸之，可助阳导滞，温煦下焦以散凝结，使“肾阳复振，秘结自通。”

三十四、癔疚

（一）舞蹈病

舞蹈病分为原发性舞蹈病和继发性舞蹈病两个类型。本节将介绍原发性舞蹈病的针刺配方。原发性舞蹈病中医称之为癔疚。中医学认为：本病主要由于先天之气不足，后天将养失度，以致脾、肾两亏，精、气、血化生之源不足，肝不藏血，筋脉失去濡养而致病。因肝虚内风宜动，每于外感风邪侵入、发热时，因内外风合而发病。本病除与肝脏功能失调有关外，还与脑心有密切关系。脑为元神之府，心主神明，本病表现为神不守舍，神明失用。现代医学认为：本病与风湿病有关，是风湿热的一种表现，其主要病理改变为基底节、大脑皮质、脑干和小脑等处出现散在的动脉炎和神经细胞变性。这种病理改变可能与纹状体、多巴胺功能亢进有关。针刺治疗可调节脑血管及脑神经、改善脑部血液循环，以改善动脉炎症及神经细胞变性状况。石学敏教授在治疗舞蹈病过程中，根据肝主筋，肾藏精，脑为元神之府的理论，制定了针灸治疗舞蹈病的治疗方案，临床收到了理想的效果。

【临床表现】

内外相感、肝风内动：肢体不规则的舞蹈样动作，头动项摇，或皱额，口歪，眨眼，吐舌，情绪波动时加重，睡眠时消失，情绪不稳，可有狂躁、幻觉等或发热，舌红，脉数。

阴血不足、血虚生风：平素气血不足，渐发头动项摇，或挤眉弄眼，噘嘴弄舌，或四肢不自主舞动，心悸失眠，烦躁不安，神疲纳少，口干津少，舌淡，脉细。

【鉴别诊断】

舞蹈病作为一种症状出现于临床。但一些其他疾病也时而出现类似舞蹈样症状，因此，在治疗舞蹈病患者时应认真进行鉴别诊断。

1. 抽动秽语综合征

多见于儿童，表现为持久性多发性面、躯干、四肢的抽动和发出如狗犬、猪嚎的怪声，或模仿他人的语言或动作等行为。

2. 药物诱发的多动症

本病亦可出现舞蹈样动作，在服用强安定剂特别是酚噻嗪类，或丁酰苯类后发生。有在服药后即时发生和服药或停药后发生之分，凭有服药史可鉴别。

3. 脑血管性舞蹈症

一些老年脑血管病中，常出现半身舞蹈样动作，多因为苍白球、纹状体、尾状核变性而发生。可做头颅 CT 进行诊断。

4. 妊娠舞蹈病

妊娠舞蹈症的临床表现与较重型舞蹈病类似，多见于年轻的初产妇，而且多半是在妊娠期的前半期发病。舞蹈症可于妊娠中期或分娩后自行停止，也可于人工流产后立即停止。因此，妊娠是最好的鉴别点。

5. Huntington 舞蹈病

该病属于常染色体显性遗传病变，病人的发病年龄多在 30～45 岁以后，少数发生在儿童期。舞蹈动作较缓慢，早期即有智能减退，并呈进行性痴呆。患者常有明显家族史。气脑造影可见双侧的侧脑室呈均匀性扩大，显示有普遍脑萎缩。病程为进行性发展，少有缓解。

6. 习惯性抽搐

本病是颜面部或颈、肩等处有些肌群的急促的、刻板式的抽动，属于功能性，有时颇难与舞蹈病相鉴别。两者的区别在于习惯性抽搐常局限于同一肌肉或同一肌群的抽动短，时间内可加以控制，注意时或情绪紧张时可增剧，症状为长年累月，少有缓解或发展，肌张力通常无改变，少有精神障碍。

【针刺配方】

1. 治则

总则：醒脑安神。

内外相感、肝风内动：平肝熄风。

阴血不足、血虚生风：养血熄风。

2. 配方

（1）经穴刺法

①主穴：内关、水沟、风府、后溪、申脉。

②配穴：内外相感、肝风内动：风池、合谷、太冲；阴血不足、血虚生风：足三里、复溜、脾俞、胃俞。

（2）耳针疗法：脑点、神门、手、胫、口、躯干。

（3）头针疗法：舞蹈震颤控制区。

（4）电针疗法：风池、曲池、合谷、太冲、足三里。

3. 操作

（1）经穴刺法：先令患者坐位，垂头取风府，直刺约1寸，施雀啄手法，当电击感达全头或上肢后即刻出针；复令患者仰卧，直刺双侧内关，施捻转提插泻法；水沟，针尖刺向鼻中隔，施雀啄手法，以眼球湿润为度；后溪、申脉，直刺，施捻转、提插泻法。

内外相感、肝风内动：风池，向对侧眼球斜刺，进针1寸，施捻转补法1分钟；太冲、合谷，直刺0.5寸，施捻转泻法。

阴血不足、血虚生风：足三里，直刺1～1.5寸，施捻转补法；复溜，直刺1寸，施捻转补法；脾俞、胃俞，均向脊柱方向斜刺施捻转补法。

（2）耳针疗法：王不留行子以胶布粘贴于上选穴上，每日按压2～3次。

（3）头针疗法：一侧症状者针刺健侧，双侧症状者针刺两侧，每日1次。

（4）电针疗法：各穴在进针得气后接脉冲电，频率以患者可耐受为度，10～15分钟，每日1次。

4. 疗程

（1）急性期：经穴刺法，每日两次；耳针疗法隔日1次；头针、电针每日1次。15天后视其症状改善程度，经穴刺法每日1次；耳针每周2次；其他刺法隔日1次。

（2）稳定期：经穴刺法每日1次，耳针、头针电针隔日1次，疗程一般为1个月。

（3）后遗症期：（45天以上）治疗方法同症状改善后的治疗，但疗程长，预后不可估测。

【配方理论】

舞蹈病，中医学归属于瘛疭范畴，是临床常见病之一。古代有很多记载。《温病条辨·痉病瘛病总论》：“瘛者，蠕动引缩之谓，后人所谓抽搐，抽搦、古代所谓瘛也。”《张氏医通》：“瘛者，筋脉拘急也，疭者，筋脉弛纵也，俗谓之搐。”后又有一些医家多有论述，如《温病条辨白话解》“瘛者，蠕动引缩之谓，后人所谓抽掣抽搦，古人所谓瘛也。”我们通过多年的临床治疗及研究认为：舞蹈病是针刺治疗较好的适应证之。石学敏教授还认为：舞蹈病的发生与筋膜不能直接受肝之阴血滋养有关。当肝之阴血不足，经脉筋骨失养，可致筋脉及关节运动失常。另外感受热邪，同气相感，引动肝风，上扰神明，可引起肢体不规则舞蹈样动作。关于针刺治疗舞蹈病早于《针灸大成》等书中就有记载，如“眼睑瞤动，头维、攒竹。”等。但石学敏教授注重醒神开窍，因此在前人平肝熄风、养血熄风的基础上制定了以醒脑为主的治疗原则。以内关、水沟作为主穴，取得了很好的效果，更加完善了该法的完整性和科学性。醒脑开窍法治疗舞蹈病是石学敏教授根据多年临床经验及丰富的理论知识在治疗舞蹈病方面的创新。因此，对舞蹈病各期均能获得较满意的疗效。

【验案举例】

张某，男，60岁，农民。入院日期：1981年10月19日。住院号：11054。

主诉：右上下肢舞动1个月，近半月加重。

病史：患者于9月19日在田间劳动时，突觉头晕，视物模糊，右上肢不自主动作不能控制，约3分钟后缓解。9月24日，29日相继又出现上述症状，即到县医院就医，未予确诊。以后右上肢舞动频繁出现，发展至右下肢亦有不自主动作，睡眠时消失，且记忆力减退。于10月5日来我院门诊，经10次针灸治疗，患者不自主动作稍有减轻，每一次舞蹈动作间隔时间延长，于10月19日收入住院。

查体：精神好，形体丰盛，面色红润，两目少神，右上下肢舞蹈样不自主动作，以上肢明显，记忆力减退，语言謇涩，舌质红，苔薄黄，脉弦。颅神经（-），四肢肌张力偏高，生理反射存在，病理反射未引出，指鼻试验右侧不准确，心肺（-），肝脾未触及，血压160/100mmHg。

印象：①中医：瘛疭；②西医：老年性舞蹈病。

辨证：患者平素性情郁闷，喜食肥甘之品，久则湿聚生痰。肝为刚脏，喜调达而恶抑郁，情志不舒，郁结化火，火动则阳失潜藏，阳亢则风自内生，风火相煽，挟痰上冲于脑，扰乱清空则头晕，目不明，走窜经络则肢体舞动。舌红，苔薄黄，脉弦为阴虚阳亢之象。

治则：平肝熄风，涤痰通络。

选穴：风池、百会、太冲、合谷、丰隆、风府。

操作：风池，直刺1.5寸，施捻转补法，行手法1分钟；百会，斜刺0.5寸，施捻转平补平泻法；太冲，直刺1寸，施捻转泻法；合谷，直刺1寸，施捻转泻法；丰隆，直刺1.5寸，施捻转泻法；风府，针向下颌方向斜刺2.5寸，施雀啄泻法，以放电感传向一侧或四肢为度。

治疗经过：上穴日针1次，经11次治疗后右下肢恢复正常，右上肢不自主动作次数减少，19次后症状完全控制，继续巩固治疗2周，不自主动作完全消失，痊愈出院。

（二）震颤麻痹

震颤麻痹又称帕金森病，是发生于中枢神经系统的疾病，分原发性震颤麻痹和继发性震颤麻痹两类。本节将介绍震颤麻痹的针刺配方。震颤麻痹中医称之为“瘛疭”。中医学认为：肝肾阴虚等原因引起肝风内动而致；现代医学认为：与黑质和黑质纹状体通路的变性有关。其病理改变为，在病人黑质严重破坏，不能制造DA时，此通路的神经纤维也变性，导致神经末梢处DA的不足，这一纹状体抑制性神经递质与纹状体兴奋神经递质的乙酰胆碱失去平衡状态，就出现了震颤麻痹症状。而针灸治疗震颤麻痹，可能有改变神经递质变化的作用，治疗效果显著。因此针刺治疗震颤麻痹是有效方法之一。石学敏教授在治疗震颤麻痹的过程中，注重了肝风内动而致发病，且心主神志，为五脏六腑之大主的理论，制定了以醒脑开窍、熄风为主的针刺治疗方案，临床收到了较好的治疗效果。

【临床表现】

本病主要症状为肢体震颤，齿轮样强直，手呈搓丸样动作，表情呆板等。中医根据兼有症状不同分为4型。

1. 肝风内动

眩晕欲仆，头摇耳痛，项强肢颤，语言謇涩，手足麻木，步态不稳，舌红苔白，或腻，脉弦有力。

2. 痰热动风

形体丰腴，神呆懒动，胸脘痞闷，头晕项强，肢体颤动，舌红，苔黄腻或白腻，脉弦滑或数。

3. 肾阴不足

形体消瘦，头晕耳鸣，失眠多梦，盗汗，急躁易怒，腰膝酸软，肢体麻木，项背拘急，头项摇动，肢颤日久不愈，步行不稳，动作迟缓，舌暗红，少苔，脉弦细。

4. 气血两虚

肢体震颤，久不得解，程度或轻或重，面色不华，神呆懒言，心悸失眠，肢软无力，颈项拘强，头晕自汗，步态不稳，舌淡伴齿痕，苔薄白，脉沉细无力。

【鉴别诊断】

震颤麻痹是以肢体震颤为主要症状的疾病，但有很多疾病均可以出现类似震颤麻痹的症状，因此在治疗震颤麻痹患者时应认真进行鉴别诊断。

1. 精神性震颤

特点是震颤的节律性不明显，时轻时重，时而较粗大，时而较细微，病人在集中注意力时震颤常加重，用暗示方法也可使震颤减轻或加剧，并通常无肌张力改变和运动减少的特点，也不具有震颤麻痹面容和姿态。

2. 老年性震颤

本病特点是细微的震颤，初期只有在运动时出现震颤，以后在静止时也有出现，病人并无肌张力增强和运动减少的特点。

3. 家族性震颤（遗传性震颤、原发性震颤）

本病是常染色体显性遗传病，常发生于一个家族的几代成员中，震颤是本病的唯一症状，其速度快于帕金森病震颤，大多在25岁前发作，震颤在一生中均存在。无肌强直和特殊姿态、运动减少等症状。

4. 甲状腺功能亢进性震颤

震颤通常很微细，多局限于手指，两手平伸或用力时才明显，由于病人有甲状腺功能亢进症等其他病症，故易与震颤麻痹相鉴别。

5. 脑炎后震颤麻痹综合征

首先有脑炎病史，常见动眼危象，皮脂溢出及流涎增多。见于腔隙状态的血管性震颤麻痹综合征，是由纹状体的腔隙中风引起，以步态障碍为突出，可有痴呆和锥体束征，而

震颤、运动徐缓少见，可由 MRI 或 CT 扫描确诊。

6. 多系统变性

由多系统变性引起的帕金森叠加综合征、不自主运动、眼球运动障碍、直立性低血压、运动神经元病及痴呆等方面的表现。

7. 中毒

一氧化碳中毒、酒精中毒、安定剂过量等均可引起震颤，表现为记忆力减退、定向力丧失或减弱、智力衰退、痴呆等。部分因药物中毒造成震颤的病人在停药后症状可缓解。

8. 动脉硬化

本病多起自一侧。病人常伴有大脑皮质供血不足的表现，如头晕、睡眠障碍、记忆力锐减等症状，并可有单侧或双侧的锥体束征、假性延髓麻痹等现象。

【针刺配方】

1. 治则

以“醒脑开窍”为主。

肝风内动：平肝潜阳，熄风通络。

痰热动风：清热化痰，熄风止颤。

肝肾阴虚：滋补肝肾，育阴熄风。

气血两虚：益气养血，熄风活络。

2. 配方

（1）经穴刺法

①主穴：内关、水沟、风池、太冲、百会。

②辅穴：肝风内动：风府、合谷；痰热动风：合谷、丰隆、中脘；肾阴不足：复溜、后溪、三阴交；气血两虚：足三里、三阴交、血海。

（2）头针疗法：取前神聪到悬厘连线，此线称顶颞前斜线，此线上 1/5 段主治下肢震颤，中 2/5 段主治上肢震颤，下 2/5 主治头摇、嘴震颤。一侧震颤针对侧顶颞前斜线，双侧震颤针顶颞前斜线。

（3）电针疗法：百会、悬厘。

3. 操作

（1）经穴刺法：内关，直刺 0.5～1 寸，施捻转泻法 1 分钟。水沟，施雀啄手法，至眼球湿润或流泪；风池，向对侧眼球方向斜刺，进针 1～1.5 寸，施捻转泻法；太冲穴，直刺 0.5～1 寸，施捻转泻法；百会穴，向后沿皮刺一寸，施捻转平补平泻法，令局部有酸麻胀感。风府，直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法，令针感向局部或四肢放射；合谷，直刺 0.5～1 寸，提插泻法，令针感向手指传导；丰隆，直刺 1～1.5 寸，施提插泻法；中脘，直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法；三阴交，直刺 1～1.5 寸，施提插补法；复溜，直刺 1～1.5 寸，提插补法；太溪，直刺 1 寸，施捻转补法；足三里，直刺 1～1.5 寸，施捻转补法；血海，直刺 1～1.5 寸，施捻转补法。

（2）头针疗法：一般斜刺进针，进针深度为0.5～1寸，进针后捻转3～5分钟，留针5分钟，再捻转、再留针，反复3次，即可出针。

（3）电针疗法：进针后稍捻转，得气后连接电极，刺激强度以病人感觉适宜为止，通电20～30分钟。

4. 疗程

（1）初期：经穴刺法，每日2次；其他刺法每日1次；2周内应不间断治疗。2周后视其症状可改为经穴刺法每日1次，其他刺法每日1次，或隔日1次。初期疗程一般为1个月。

（2）稳定期：每日经穴刺法每日1次；其他刺法隔日交替使用，疗程2～3个月。

（3）后遗症期：经穴刺法每日1次，但疗程延长，愈后较前两期差。

【配方理论】

震颤麻痹在中医学中归属于“瘛疭”范畴，是临床常见病种之一。该病源于《黄帝内经》。经曰：“诸风掉眩，皆属于肝”。《张氏医通·卷六》“有头动而手足不动者，盖木生风生火，上冲于头，故为颤振，若散于四末，则手足动而头不动也。”《医宗金鉴·已任篇》：“大抵气血俱虚，不能荣养筋骨，故为之振摇，而不能主持也。”震颤麻痹是针灸治疗效果较好的适应证。我们通过多年的临床及研究，认为针刺治疗震颤麻痹可明显改善症状，针刺可能有控制神经变性的作用，促进血液循环，改变病理状态。石学敏教授认为震颤麻痹与肝肾有关，尤其与肝的关系更为密切，大部分病人因肝肾阴虚，不能滋养肝木、血虚生风，风盛则动，而震颤不已。另外，“脑为元神之府”为五脏六腑之大主，脑神不足，调控失司，神不导气，震颤不得自控。针刺治疗震颤麻痹在古代有很多记载，如《普济方》“曲池……主手不得举，瘛疭癫疾”。石学敏教授在传统的镇肝熄风治疗基础上采用了醒脑开窍、滋补肝肾、熄风的治疗方法，收到了较好的效果。本病的选穴及操作方法是石学敏教授根据多年临床经验及丰富的医学理论知识在针刺治疗震颤麻痹方面的创新。因此，对震颤麻痹的各期治疗均可获得较好疗效。

（三）小儿多动症

小儿多动症是以患儿注意力不集中，精力涣散、多动、冲动、任性、肢体无规则不自主活动过多为主要表现的疾病。又称脑功能轻微失调及注意缺损障碍。中医称之为“瘛疭”。本节将介绍小儿多动症的针灸配方。中医学认为，本病的发生是先天禀赋不足，肾髓亏虚使精血更感不足，神气怯弱，阴不配阳而致；现代医学则认为，到目前为止，该病的病因尚不明了，很可能是有多种原因引起的综合征，而遗传因素起主要作用。其病理改变可能由于中枢神经的神经递质缺乏，导致患儿的大脑皮质控制能力减退所引起。针刺治疗可以调理神志，补益肾精，调理阴阳平衡。因此，针刺是治疗小儿多动症的有效方法之一。尤其在发病初期接受治疗，效果更佳。石学敏教授在治疗小儿多动症的过程中，注重小儿先天不足，肾精亏损，心神失养，阴阳失调的病理变化理论，制定了针刺治疗方案，

临床收到了理想的效果。

【临床表现】

好动、肌肉运动过多、注意力不集中、冲动、任性、躁动不安，甚至造成学习困难，夜寐不宁、盗汗、易醒、小便频数、舌红、苔薄白、脉沉细，或指纹淡紫。

【鉴别诊断】

1. 小儿抽动症

以瞬目、一侧面部抽搐，张口鼻煽，鼻音说话，多作咀嚼声，点头或摇头，抬肩甚至舞蹈样动作，但通过分散注意力可消除这些表现，也不伴智力障碍。

2. 舞蹈病

表现为肢体不规则的舞蹈样动作并伴有挤眉弄眼、噘嘴弄舌等动作，但通过有无风湿病史可鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

滋肾填精，醒神调督。

2. 配方

内关、水沟、印堂、上星透百会、足三里、太溪。

3. 操作

内关，直刺0.5～1寸，施捻转提插相结合泻法，令针感向中指放散；水沟，向鼻中隔下斜刺0.3寸，施雀啄手法；印堂，刺向鼻根0.5寸，施雀啄手法；上星，向后沿皮刺，透向百会，均施捻转补法；足三里，直刺0.5～1寸，施提插补法，令针感向下放散；太溪，向外踝方向斜刺0.3～0.5寸，施捻转补法。均留针20分钟。

4. 疗程

（1）*发病初期*：经穴刺法，每日1～2次；其他疗法隔日1次，2周内不可间断治疗。于2周后视其症状改善情况，可改为经穴刺法每日或隔日1次；其他刺法每周2～3次。一般疗程为1个月。

（2）*稳定期*：经穴刺法，每日或隔日1次；其他刺法每周2～3次。应巩固治疗1个月。

【配方理论】

小儿多动症，中医学归属于“癫疯”范畴内，系由小儿先天禀赋不足，后天失养以及不内外因伤及脑络而致元神失养，阴阳失调。对此，中医学早有记载。《素问·生气通天论》曰：“阴平阳秘，精神乃治”。若“阴阳失调，则形病用神或形神并病”，说明小儿多动症即是这种身心疾病。《温病条辨·解儿难》曰：“惊恐内迫五志，动极皆阳。”都说明了阴阳失调是小儿多动症的病理机制。针刺是治疗小儿多动症的有效方法之一。通过多年的临床实践及研究，石学敏教授认为，就小儿多动症而言，先天不足，阴阳失调是其主要

发病原因。肾为先天之本，主骨生髓，“诸髓者皆属于脑”。因肾气不足，髓海空虚，导致元神失养，督脉失调；因四肢为诸阳之末，故神妄气乱而多动。所以，石学敏教授治疗小儿多动症以调神滋肾为主要治疗原则，使用内关、水沟、印堂等调神穴位，提高了疗效。这一方法是石学敏教授根据多年的临床经验及丰富的理论知识，在治疗本病方面的创新，充分体现了该法的完整性和科学性。因此，该治疗方法适宜小儿多动症的各个阶段，均能获得满意的疗效。

【验案举例】

王某，男，9岁，学生。初诊日期：2003年7月21日。门诊号：60858。

主诉：颈、头、面颌不自主乱动，恙延1年。

病史：患者1年前出现颈、头、面颌不自主乱动，注意力不集中，未予以重视，至今病情有所加重，患者表现冲动、任性、躁动不安，甚至造成学习困难，故来我院就诊，现患者颈、头、面颌不自主乱动，注意力不集中，夜寐不宁，易醒，二便尚可，饮食正常。

查体：患者发育正常，神经系统检查未见异常。舌边尖红，苔薄白，指纹淡紫，脉弦数。

印象：①中医：瘛疭（心肝郁热型）；②西医：小儿多动症。

辨证：患者先天禀赋不足，后天失养以及不内外因伤及脑络而致元神失养，阴阳失调。肾水不能滋养肝木，肝火上炎，心肝郁热，热扰神明，而致颈、头、面颌不自主乱动，注意力不集中，夜寐不宁。

治则：清心泻热，滋肾养肝。

选穴：中冲、合谷、太冲、印堂、上星透百会、足三里、太溪。

操作：中冲，点刺放血，隔日1次；合谷、太冲，均直刺0.5～0.8寸，捻转泻法；印堂，刺向鼻根0.5寸，施雀啄手法；上星，向后沿皮刺，透向百会，均施捻转补法；足三里，直刺0.5～1寸，施提插补法，令针感向下放散；太溪，向外踝方向斜刺0.3～0.5寸，施捻转补法。均留针20分钟。隔日1次，2周为1疗程。

治疗经过：经过2个疗程的治疗，患者颈、头、面颌不自主乱动明显减轻，注意力较为集中，夜寐安宁。继续巩固治疗10次，患者症状基本消失，可以集中精神学习。

（四）小儿抽动症

小儿抽动症是一种神经系统疾病，以头面部、肢体或躯干部的肌肉抽动和发声为主要特征，本病似属中医“瘛疭”、“搐搦”范畴，中医学认为：因精神刺激、情志抑郁而使肝失疏泄，气机不畅，形成肝气郁结，郁而化火，肝火内耗肝阴，阴不制阳而风气内动，出现肝风内动之症，其病机为肝脏阴阳气血失调。现代医学认为：本病病因尚不清楚，有认为本病与遗传及多巴胺系统受损有关，各种病因造成的基底节病变及抗精神病药物也可引起，精神刺激常为其诱因。石学敏教授经过多年临床总结认为：小儿抽动症的精神因素是其发病的关键，针刺调神的应用在该病治疗中起到了极其重要的作用。因此，确定小儿

抽动症的针刺治疗大法为：醒神抑志、平肝熄风、镇静开窍。

【临床表现】

基本形式是一群或数群肌肉的小抽动，常表现为点头、摇头、伸颈、眨眼、咧嘴、鬼脸、弄舌、摆臂、扬手、握拳、捶胸、屈腿、蹬足等，常伴心烦、易怒、易惊、发出异常声音或秽亵言语等。

【鉴别诊断】

本病发病年龄为2～13岁，诊断以病史及临床表现为主，应考虑与其他以不自主动作为主要表现的一些疾病相鉴别。

1. 小舞蹈病

本病以6岁以上的儿童多见，与风湿热有关。表现为四肢较大幅度、无目的、不规则的舞蹈样动作，并见挤眉、弄眼、构音不清等现象，情绪激动时更甚，常严重影响日常生活。伴肌力及肌张力减低，并可有风湿热的其他症状。

2. 肌阵挛

肌阵挛是一块或一组肌肉的突然痉挛性抽动，可表现为：突然的前倾或后倒，肢体或屈或伸，可以是癫痫所特有的症状，也可以是脑－脊髓器质性疾病的一个症状。

【治疗规范】

1. 治则

醒神抑志，平肝熄风，化痰开窍。

2. 配方

（1）经穴刺法

①主穴：水沟、百会、大椎，双侧神门、肝俞、风池、合谷、太冲。

②辅穴：病程较长，心脾两虚者，加脾俞、心俞、内关、足三里以健脾养心。

（2）小儿抽动症的治疗：小儿抽动症的治疗应配合心理疗法，治疗期间要对患儿进行必要的心理疏导，鼓励患儿树立战胜疾病的信心。

3. 操作

水沟，向鼻中隔斜刺0.3寸，施雀啄泻法，至眼球湿润或流泪；百会，沿皮平刺1寸，施捻转平补平泻30秒；大椎，直刺0.5～1寸，施捻转泻法30秒；神门，直刺0.3寸，施捻转平补平泻30秒；肝俞，向脊柱正中斜刺1～1.5寸，施捻转泻法30秒；风池，向对侧眼角斜刺1～1.5寸，施捻转平补平泻1分钟；合谷、太冲，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；脾俞、心俞，向脊柱正中斜刺1～1.5寸，施捻转补法30秒；内关，直刺1寸，足三里，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，诸穴针刺施术后留针20分钟。

4. 疗程

每日或隔日1次，10次为1疗程。

【配方理论】

小儿抽动症在临床上根据其发病持续时间、内容、数量等进行症状分类，可分为一过性抽动、慢性运动性抽动、抽动—秽语综合征（亦称 Tourette 综合征）及非特定抽动症。中医学归属“瘛疭”、“搐搦”等病证范畴。《张氏医通·瘛疭》篇说：“瘛者，筋脉拘急也；疭者，俗谓之抽”。石学敏教授认为：该病究其病理变化乃为心神驿动，肝风内起。肝为风木之脏，以阴为体，以气为用，体阴而用阳。因精神刺激，情志抑郁而使肝失疏泄，气机不畅，形成肝气郁结，郁而化火，火耗肝阴，阴不制阳，阳化风动，出现肝风内动，以针灸治疗该病，重在醒神抑志，疏理肝气，熄风化痰，镇静开窍。水沟为醒神抑志之要穴；百会、大椎同属督脉，为诸阳之会，取之以统摄阳气，潜阳熄风；配合神门安神抑志；肝俞以疏理肝气；风池疏泄肝阳，祛风止抽；合谷、太冲名曰四关，合谷手阳明经之原穴，为阳中之阳，位上主气。太冲足厥阴经之原穴，为阴中之阴，位下主血。刺之，平衡阴阳，调和气血，平肝熄风。诸穴合用以达醒神抑志，平肝熄风，镇静止抽之功。临床应用确实收到了理想的疗效，是小儿抽动症有效的治疗手段之一。

【验案举例】

刘某，男，12 岁，学生。初诊日期：2004 年 3 月 30 日。门诊号：70988。

主诉：周身不自主活动 3 年，近日加重。

病史：患者 8 个月大时有跌仆史（枕部着地），3 年前出现不自主挤眉弄眼，并逐渐出现晃头，口中怪叫之症。一年前又出现双手不自主舞动，受刺激后诸症加重，平素善恐易惊，曾诊于附近卫生院，服用中药至今，疗效不显。两个月前患者在仁爱医院注射脑蛋白，诸症减轻，停药后病情反复。

查体：患者神清，精神可，语言清楚，反应灵敏，问答切题，周身不自主活动，未闻及异常气味，神经系统检查未见异常。舌红苔白，脉弦细。颅脑 CT 检查未见异常。

印象：①中医：瘛疭（脾肾两虚）；②西医：小儿抽动症。

辨证：患者 8 个月大时有跌仆史，脑部受伤，肾气不足；复因精神刺激、情志抑郁而使肝失疏泄，气机不畅，形成肝气郁结，郁而化火，肝火内耗，阴不制阳而风气内动，出现肝风内动之症，故而出现不自主舞动，受刺激后诸症加重，平素善恐易惊。

治则：滋补肝肾，疏肝解郁。

选穴：水沟、内关、印堂、四神聪、肝俞、肾俞、风池、合谷、太冲、申脉、足三里、三阴交。

操作：水沟，向鼻中隔斜刺 0.3 寸，施雀啄泻法，至眼球湿润或流泪；内关，直刺 1 寸，提插捻转泻法；印堂，顺经刺 0.5 寸，捻转泻法；四神聪，沿皮平刺 1 寸，施捻转平补平泻 30 秒；肝俞、肾俞，向脊柱正中斜刺 1～1.5 寸，施捻转泻法 30 秒；风池，向对侧眼角斜刺 1～1.5 寸，施捻转平补平泻 1 分钟；合谷、太冲，直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；申脉，直刺 0.5 寸，足三里，直刺 1.5 寸，三阴交，直刺 1 寸，施捻转补法 1 分钟，诸穴针刺施术后留针 20 分钟。

治疗经过：治疗10次后，患者症状减轻，不自主活动次数减少，发作时间缩短。治疗20次后，患者能自觉控制行动，口中无异常声音，基本痊愈。

三十五、痉证（一氧化碳中毒后遗症）

一氧化碳中毒后遗症，中医称之为痉证。中医理论与现代医学理论对该病病因的认识基本一致。本节将介绍一氧化碳中毒后遗症的针灸治疗配方。中医学认为，疫毒之气自鼻直驱入肺，肺朝百脉，则毒遍全身。此气峻烈，最易耗气血，伤元神，损其阴而劫其精血。现代医学认为：本病是因大量吸入一氧化碳气体所引起。病理改变为：当一氧化碳进入人体后，与血红蛋白结和，形成碳氧血红蛋白，使其不能携氧而造成组织缺氧。由于中枢神经系统对缺氧最敏感，所以在中毒后首先受累，并可导致脑水肿，脑血液循环障碍，血栓形成，缺血软化、广泛的脱髓鞘变等病理改变。针刺治疗一氧化碳中毒，无论在急性期和后遗症期内，均是最有效的治疗方法之一。石学敏教授在针刺治疗一氧化碳中毒后遗症过程中，采用醒神开窍方法，制定了以醒神开窍为主的一套完整的治疗方案，临床收到了理想的疗效。

【临床表现】

1. 轻度中毒

头晕、头痛、恶心、呕吐、神疲、肢软、脉迟缓或虚数。

2. 重度中毒

神志昏迷、口噤、目合、瞳孔缩小或散大、呼吸微弱欲绝、二便失禁、四肢厥逆、脉微细。

【鉴别诊断】

1. 脑出血

脑出血几乎都是在清醒、活动时发病。可能有情绪激动、费劲用力的诱因。出血严重的病人发生头痛、呕吐后，短时间内进入昏迷。因此，常易与重度一氧化碳中毒相混淆，可根据有无一氧化碳环境进行鉴别。

2. 头痛

头痛常易与轻度一氧化碳中毒出现的头痛症状类似，但头痛常有外伤、高血压、发热、家族史、眼疾等原因。另外，可根据室内环境加以鉴别。

3. 药物中毒

药物中毒后常有头痛、头晕、恶心、呕吐、反应迟钝、沉睡或昏迷状态，但应有服用药物史，因此仍可进行区别。

【治疗规范】

1. 治则

轻度中毒：调神，清脑，解毒。

重度中毒：醒脑开窍，解毒苏厥。

2. 配方

（1）经穴刺法

①轻度中毒：素髎、印堂、上星透百会、内关；风池、太阳、中脘、天枢。

②重度中毒：内关、水沟、十二井穴；素髎、神阙、气海。

（2）刺络法：十宣、曲泽。

（3）头针疗法：精神情感区。

3. 操作

（1）经穴刺法：素髎，针尖向上斜刺，施雀啄手法，至眼球充满泪水为度；印堂，向鼻根部斜刺0.5寸，施雀啄法；上星，透百会平刺，2.5~3寸，施捻转泻法；内关，直刺0.5~1寸，施捻转提插泻法。风池，向对侧眼角斜刺，太阳，向下斜刺，施捻转泻法；中脘，直刺1~1.5寸，施呼吸泻法。天枢，直刺1~1.5寸，施提插泻法。内关刺法同上；水沟，针尖刺向鼻中隔，施雀啄法至眼球湿润或流泪。十二井穴点刺放血。素髎，刺法同上。气舍，斜刺0.5寸，施捻转泻法，可持续捻转1~3分钟。百会、神阙、气海，可用大艾炷直接灸至苏醒为度。

（2）刺络法：先刺十宣穴放血，可用三棱针或注射器针头刺入，放血10滴，一般刺一侧，较重者刺双侧。

（3）头针疗法：用直径0.30的毫针，快速刺入皮下，针体沿肌层向后进针约1寸左右，捻转针柄后接通电针仪，电流强度以患者最大耐受力为度，每次20分钟。

4. 疗程

（1）急性期：（发病3天~1周内）经穴刺法每日2次，其他刺法每日1次，15天内不可间断治疗。15天后视其症状可改为经穴刺法每日1次；其他刺法隔日1次。急性期重症者疗程一般为2~2.5个月。

（2）稳定期：（发病1周~2个月）经穴刺法，每日1次；其他刺法隔日1次。疗程一般需要1~3个月。

（3）后遗症期：（发病超过2个月以上）经穴刺法每日1次；其他刺法隔日1次，疗程将延长，预后不可估计。

【配方理论】

一氧化碳中毒后遗症，中医学归属于“痉证”范畴之内，是临床尤其是初春及冬季较为常见病种之一。一氧化碳中毒是针灸治疗较好的适应证。石学敏教授认为：本病是因口鼻吸入疫毒之气，毒邪内攻，致气血逆乱，心窍被蒙，气机升降失调，浊气上逆，上扰神明而致，故治疗应以醒神开窍为主，方中选用心包经之络穴内关、督脉之奇痛的水沟，有良好的醒神开窍的作用，配用督脉阳维之会风府，共同起到通脑窍，醒元神，利机关通经络之效，共为治疗本病的主穴。

我们通过多年的临床实研究认为：针刺治疗一氧化碳中毒，可醒神开窍、解毒，增加

一氧化碳中毒的治愈率，并可防止假愈期后迟发性脑病的发生。本治疗方法是石学敏教授根据多年的实践经验及丰富的医学理论知识对本病治疗方面的创新。对一氧化碳中毒各期均能获得较好的疗效。

【转归及预后】

痉病如能预防，可减轻发病程度，降低病残率。如外感初起，应积极疏散，避免壅塞经络。内热炽盛所致的痉证，若治疗不当，热毒内陷，则痉厥并见，危及生命。

【预防与调护】

减少发病诱因，避免精神刺激。少嗜食肥甘，以免蕴湿成痰，化热成风。

【验案举例】

黄某，男，78岁，退休。入院日期：2004年2月25日。住院号：F07018。

主诉：四肢拘挛1个月。

病史：患者1月28日晚使用煤火不慎，次日晨起家属发现其神昏，二便失禁，急送南开医院，诊为一氧化碳中毒，静点液体（不详）及高压氧治疗，病情稳定后转往二七二医院住院治疗，经高压氧治疗10天神志转清，可回答问题，行动自如，停止治疗后3天患者神志恍惚，四肢呈拘挛状，继续予高压氧治疗，病情未见好转，为进一步治疗，于今日收入我科。

查体：血压130/80mmHg，脉率80次/分钟，目睁少意识，表情淡漠，颅神经检查未见阳性体征，双肺呼吸音粗，肝脾未及，失语，喉中有痰，查体不合作，双瞳孔等大，右：左约2.5：2.5mm，对光反射存在，四肢拘挛，肌张力高，肌肉萎缩，无自主运动，肌力0级，腱反射（+++），病理反射未引出，二便失禁，舌红少苔，脉沉细。

印象：①中医：痉证，失语；②西医：一氧化碳中毒后遗症。

辨证：毒邪内攻，心窍被蒙，血脉瘀滞，经络受阻，毒热内蕴，耗气伤阴，肝失所养，阳亢生风，发为痉证。

治则：醒神开窍，熄风通络。

选穴：①主穴：内关、水沟、风府；②辅穴：百会、四神聪、合谷、太冲、阳陵泉、关元。

操作：内关，直刺1.5寸，施捻转提插复式泻法1分钟；水沟向鼻中隔斜刺5分钟，采用雀啄泻法，以眼球湿润或流泪为度；风府，低头进针，针向喉结，用提插手法，至全身或一侧肢体抖动为度，立即出针；百会、四神聪，向后斜刺，与头皮成60°，进针0.5寸，施平补平泻法1分钟；合谷、太冲，直刺1寸，施捻转泻法1分钟；阳陵泉，直刺2寸，施捻转泻法1分钟；关元，直刺2寸，施呼吸补法，针感向会阴部放射，施手法1分钟。

治疗经过：患者入院后症状加重，出现肺感染、消化道出血、心衰、低蛋白血症、电解质紊乱等并发症，予下病危通知，进行及对症治疗后，渐趋稳定，采用上述方法治疗，

2个月后神志转清，可回答简单问题，肢体运动功能好转，肌力Ⅱ～Ⅲ级，巩固治疗7个月，四肢肌力Ⅳ级，可短距离缓慢行走，反应较前灵敏，应答切题，痊愈出院。颅脑MR示012453：2004年3月2日：双侧大脑半球脑白质区弥漫性异常信号影，考虑CO中毒后改变。

【临证提要】

针刺治疗痉证有一定效果，尤其是即时效应更佳。临证时须详审其因，辨证论治，方可收到满意疗效。

三十六、痫证（癫痫）

癫痫病，可分为症状性癫痫和原发性癫痫。本节主要介绍原发性癫痫的针灸配方。中医学称之为痫证，并认为：是于胎儿时期由暴惊卒恐，胎元受损，或由心血肾精亏耗甚极，或因督脉为病致痰气交阻，冲逆闭窍而发病。现代医学认为：与遗传或分娩时胎儿头颅受产道挤压而致。其病理改变为脑内抑制性机制尤其是γ－氨基丁酸（GABA）突触抑制减弱，兴奋性突触机制增强，内源性神经元暴发放电等原因使大脑灰质突然发生过量放电引起阵发性短暂的脑功能失调。针刺治疗可调节大脑皮质功能，减少大脑发生过量放电，减少癫痫症状发生。因此针刺是治疗原发性癫痫的最有效疗法之一。尤其在发作时能即刻收到满意疗效。石学敏教授在治疗原发性癫痫的过程中，注重心主神志及督脉为病的特点，制定了醒脑开窍、调治督脉的治疗方案，临床收到了更为满意的疗效。

【临床表现】

突然昏仆、神志丧失、口吐涎沫、口噤牙紧、两目上视、手足抽搐、角弓反张、口中如作猪羊牲畜叫声，并呕吐或二便失禁；苏醒后遗留面色苍白、精神疲倦、头痛眩晕、周身酸楚等。

【鉴别诊断】

原发性癫痫是癫痫症状发作的一种，但有很多疾病均可以出现类似癫痫的症状，因此在治疗癫痫患者时应认真进行鉴别诊断。

1. 晕厥

晕厥病人偶尔也伴有阵挛或短暂全身强直—阵挛性发作，但其开始的意识丧失，总有一明确的非癫痫情况，如患者因全脑短暂缺血引起意识丧失和跌倒，但起病和恢复较慢，大多有一定的原因，（疼痛刺激、排尿、见血等）。

2. 假发作或癔病发作

少数人的发作多有一定的情绪因素，多在他人在场情况下发作，常有夸张色彩，哭叫、挥臂踢腿、逐渐跌倒而不致伤。面色正常，无咬舌、血沫，发作时间相当长，经抚慰或暗示治疗后好转。

3. 偏头痛

部分偏头痛病人有时出现视觉先兆，偏侧感觉异常或失语，应与部分性发作相鉴别，偏头痛的神经症状发展更为缓慢。

4. 脑卒中癫痫样发作

一部分脑卒中病人，首先表现为癫痫症状发作，多数病人不伴有瞳孔散大，因脑血管的梗死而致脑过度放电所致突然发作性脑功能异常引起癫痫发作，多呈持续性发作，查头颅 CT 有梗死灶，有的病人伴有一侧肢体功能障碍。

【治疗规范】

1. 治则

（1）发作期

重证：开窍定痫。

轻证：安神熄风。

（2）缓解期

肝火痰热型：清肝泻火，豁痰开窍。

脾胃虚弱型：健脾益气，和胃化痰。

肝肾阴虚型：滋补肝肾，潜阳安神。

2. 配方

（1）经穴刺法

发作期

重证：①内关、水沟、风府、大椎、后溪、申脉；②长强、鸠尾、阳陵泉、筋缩；③头维透率谷、百会透强间。

轻证：①上星透百会、四神聪、风池、合谷、太冲；②头维透强间。

缓解期

①肝火痰热：本神、丰隆、行间。

②脾胃虚弱：中脘、天枢、丰隆、足三里、脾俞、胃俞。

③肝肾阴虚：肝俞、肾俞、复溜、风池、完骨、天柱、四神聪。

（2）头针疗法：运动区、感觉区。

（3）穴位埋线法：大椎、哑门、神门、医明。

（4）挑治疗法：长强上 5 分、1 寸、1.5 寸处 3 穴。

（5）耳针疗法：心、胃、脑点、额、神门、脑干、皮质下、枕。

3. 操作

（1）经穴刺法

①发作期：

重证：内关，施捻转提插相结合的泻法 1 分钟；水沟，施雀啄法，刺向鼻中隔，以眼球充满泪水为度；风府，垂头取穴，进针 2～2.5 寸，施振颤进针，雀啄法，以电击感到

达全头为度；大椎，捻转提插泻法；后溪、申脉，均施捻转提插泻法；长强，膝胸位取穴，进针1.5～2寸，捻转泻法；鸠尾，令患者两臂上举后取穴，进针1.5～2寸，提插泻法；阳陵泉，捻转提插泻法；筋缩，施提插泻法；头维进针2.5～3寸，透向率谷、百会穴，进针2.5～3寸，透向强间穴，均施捻转泻法，加脉冲电10分钟。

轻证：上星，平刺进针3寸，透向百会穴，施捻转泻法；四神聪，斜刺，捻转泻法；风池，向对侧眼球方向斜刺，施捻转补法；合谷，施捻转泻法；太冲，施呼吸泻法；头维，透率谷、百会透强间操作同前。

②缓解期

肝火痰热：本神，平刺，施捻转泻法；丰隆，直刺，施捻转泻法；行间，直刺，施呼吸泻法。

脾胃虚弱：中脘，直刺，施呼吸补法；天枢，直刺，施捻转泻法；风隆，直刺，施捻转提插相结合的泻法；足三里，直刺，施捻转补法；脾俞、胃俞向脊柱方向斜刺，施平补平泻法。

肝肾阴虚：肝俞、肾俞，向脊柱方向斜刺，施平补平泻法；复溜，直刺，施捻转补法；风池，向对侧眼球斜刺，施捻转补法；完骨、天柱，直刺，施捻转补法；四神聪，斜刺，施平补平泻法。

（2）头针疗法：平刺，每穴捻转1至3分钟。多用于发作期。

（3）穴位埋线法：每次取2至3个穴，按常规消毒法埋入羊肠线，20日埋1次。用于癫痫轻证。

（4）挑治疗法：在严格消毒下无菌操作，挑皮下组织，每周挑治1次，3次为1疗程。用于发作期和缓解期。

（5）耳针疗法：强刺激，每次选2～5穴，留针30分钟，间歇捻转，隔日1次，10次为1疗程。用于癫痫轻证患者。

4. 疗程

（1）发作期：经穴刺法每日2次，其他刺法每日1次，1周后可视其症状改为经穴刺法每日1次，其他刺法隔日1次。发作期疗程一般为2周。

（2）稳定期：经穴刺法可每日或隔日1次，其他疗法隔日1次，稳定期疗程一般3个月。

【配方理论】

癫痫病中医学归属于“痫证”、“羊痫风”范畴之内，是临床多发病种之一。该病源于《素问·奇病论》，经曰：“病名为胎病，此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，经气并居，故令子发为癫疾也。”《备急千金要方》中指出：“小少所以有痫病及痉病者，皆由脏气不平故也。新生既痫者，是其五脏不收敛，气血不聚，五脏不流，骨怯不成，多不全育。”中医学认为肝藏魂，主情志，司疏泻藏血荣筋，肝失条达则魂无所舍，筋无所荣，神魂逆乱，筋脉痉强，发为癫痫。另外，从临床症状看，主要以神志丧失为

主，轻者表现为短暂的意识丧失，重则昏仆不省人事。中医认为：人的精神活动除与肝脏有关外还与心、脑、肾有密切关系。“头者精明之府”、“脑为元神之府”、“心者五脏六腑之大主，精神之所舍。”说明心脑共司人体的精神活动，而精神意识活动又依赖心血旺盛和肾精充盈作为物质基础，肾虚则髓海不足，脑失所养，而致志乱神迷。因此石学敏教授在治疗中注重了肝风内动与其他脏腑尤其与心、脑的密切关系，在平肝熄风的基础上使用了醒脑开窍法的治疗原则，使疗效有了更大范围的提高。这是石学敏教授根据多年临床经验及丰富的医学理论知识在针刺治疗癫痫病方面的创新，对癫痫病的各期均有较好的疗效。我们通过临床实践及大量资料表明，在临床症状改善的同时脑电图有很大的变化，能使治疗的前棘慢波改变为正常波形。

【转归及预后】

癫痫患者发作期精神昏愦，意识丧失，病久思维运动均受到不同程度的损害。早期治疗是很主要的，如治疗延误将造成脏腑受损，其转归大体如下：

1. 痫证初起正气未衰，痰浊不甚，故发作持续时间短，间歇长。

2. 痫证反复发作，正气渐衰，痰浊伏留，愈发愈频，使正气更衰，其病必日渐沉重难愈。

针灸治疗痫证临床效果较好，早期治疗是很主要的，预后较好。如痫病日久，较难治愈。

【预防与调护】

痫证的病因与先天因素，脏腑失和有关。因此，间歇期是治疗的关键。病程分析，间歇期长于发作期，应扶正治本。调节情志，保持心情舒畅是很主要的，这点也正是患者及家属每易忽略之处。因此，调节情志，保持心情舒畅，合理饮食是痫证患者的调护重点。

【验案举例】

案一　刘某，男，31岁，工人。入院日期：1978年6月21日。住院号：9873。

主诉：间断“抽风”2年余。

病史：4年前因车祸撞伤头部，当即昏迷，在某院诊断“脑挫裂伤”，经抢救，转危为安，但遗留头痛、头晕，记忆力减退等症。1976年3月21日夜间刚入睡，突然抽搐，口吐白沫，昏不知人，两目上吊，尿床。约3分钟后抽搐缓解，醒后觉四肢酸懒乏力，头痛。经某院神经科脑电图检查：可见各导均为9.5～10.5周/秒α节律，并夹杂4～6周/秒，电压50微伏的θ波，过度换气后，各区出现阵发性5～6周/秒，电压80～120微伏的θ活动，可持续4～6秒，HV终末出现每秒20～30次棘慢综合波，持续3～5秒。脑电图报告：不正常，支持癫痫。服苯妥英钠及中药后效果不显，每1个月左右发作1次，劳累及情绪波动为诱因，多在夜眠时发作，近日因丧母，心情沉闷发作较频，约10余天发作1次，特来我门诊就医，并收入院。

查体：精神好，面色苍白，两目失神，语言清楚，四肢正常，舌质淡，苔白微腻，脉

细弦，神经系统检查未发现阳性体征。

印象：①中医：痫证；②西医：症状性癫痫（脑外伤）。

辨证：偶因车祸，大惊卒恐，惊则气下，恐则气乱，气郁化火，炼液成痰，痰随火升，上扰神明，心神被蒙，则突然昏倒，口吐白沫，四肢抽搐，全然不知。

治则：调理气机，清热涤痰。

选穴：长强、大椎、风府、内关、水沟、申脉、后溪。

操作：长强，俯卧膝胸位取穴，针尖沿尾骨尖与肛门之中点直刺1寸，施捻转泻法，以酸胀感扩散到肛门为度；大椎，坐位低头取穴，针尖微向上斜刺2.5寸，施提插泻法，以过电感放射至肢体为度，不留针；风府，在项后两筋间，入发际1寸处取穴，进针2.5~3寸，施雀啄泻法，以出现一侧肢体或四肢触电样感为度，不留针；内关，直刺1寸，施捻转提插泻法；水沟，斜刺0.5寸，施雀啄泻法，以眼球湿润为度；后溪，直刺1寸；申脉，直刺1寸，均施捻转平补平泻法。

治疗经过：上述穴位每日针一次，连续针30次，抽搐一直未复发，继针1个月后，休息1周，停针第4天，又发作1次，又连续治疗2个月后改隔日1次，发作基本被控制，复查脑电图，可见各区少量散在5~6周/秒，电压100微伏左右的θ波，因调往外地工作，不能继续治疗，欲中药配制蜜丸，以巩固疗效。

案二　王某，女，22岁，工人。初诊日期：2003年2月14日。门诊号：56844。

主诉：抽搐后视物不清，四肢不自主抽动近1个月。

病史：患者于2003年1月18日工作中，突然昏倒，不省人事，四肢抽搐，口吐白沫，至河东第三医院抢救治疗60小时后苏醒，查脑电图可见异常脑电波，查头颅CT未见异常，考虑“甲亢危象”。后至环湖医院诊治考虑为“癫痫”。现患者神清，视物模糊，四肢时有不自主抽动，头面部麻木，四肢麻木。

查体：神清，精神弱，视物模糊，有复视，头面五官对称，心肺（-），心率：76次/分钟，律齐。四肢活动正常。生理反射存在，病理反射未引出。

印象：①中医：痫证；②西医：癫痫。

辨证：患者先天禀赋不足，后天失养，脾胃虚弱，血虚精乏，脑髓失充，神无所归，故而不省人事，抽搐，醒后血不上荣，出现视物不清，头面麻木，四肢麻木等症。

治则：开窍定痫，健脾益气，补益脑髓。

选穴：上星、百会、四神聪、风池、完骨、天柱、后溪、申脉、足三里、三阴交。

操作：上星，平刺0.5~1寸，施平补平泻手法1分钟；余穴操作同前。

治疗经过：上述穴位每日针1次，治疗5次后，患者视物较前清晰，头面、四肢仍有麻木，四肢不自主活动减轻；继续针刺7次后，视物清晰，无复视，麻木减轻，四肢不自主抽动可以控制；又治疗15次，其治疗为隔日1次，临床症状消失，半年后随访，癫痫未再复发。

【临证提要】

痫证临床较多见，针灸治疗痫证效果较好，临床经验表明，各穴的进针深浅，方向手法及施术时间，与疗效关系极为密切，要严格按操作要求去做，否则事倍功半。治疗痫病的关键在于病因可否去除。

三十七、百合病（癔病）

百合病是一组心肺阴虚，心神不宁等的虚热型证候群，相当于现代医学的癔病。百合病病名出自《金匮要略》，历代医家有各种不同的解释，《诸病源候论》认为，百合病是百脉一宗悉致其病，不限于某一固定经络的病变。《金匮要略方论本义》认为，因用百合为主的药治疗本病有效，故名；又说：肺朝百脉，百合病即肺病。《金匮要略浅注补正》也认为百合病是邪热伤肺证。《张氏医通》认为，百合病即痿证之暴者，伤寒后得此为百合，肺病日久而得者为痿。《医垒元戎》则认为，百合病即《素问·平人气象论》指肢体困倦，少气懒言，消瘦烦疼等证。近似于癔病性症状：癔病性发痉，癔病性郁证，癔病性失语，癔病性吞咽不利，癔病性晕厥，癔病性呕吐。

【临床症状】

1. 癔病性发痉

阵发性四肢抽搐、角弓反张、双目紧闭。

2. 癔病性郁证

素精神不爽、情怀郁闭，常在精神刺激后出现心悸、乏力、头晕、耳鸣等郁证表现。

3. 癔病性失语

素情绪不畅、受外界刺激后突发失语。

4. 癔病性吞咽不利

情志刺激后突发咽喉堵闷，进食、呼吸均不利，咳唾不出。

5. 癔病性昏厥

情志刺激后突发昏倒、双目直视、无抽搐及二便失禁。

6. 癔病性呕吐

精神刺激后反复发作呕吐、不进饮食、神疲乏力。

【鉴别诊断】

以上疾病均系精神刺激后发作，且查体发现无病理反射，无感觉运动障碍，经理化检查无阳性发现，故可与器质性疾病鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

醒脑开窍，镇肝熄风。

2. 配方

（1）取穴

①主穴：内关、水沟、风府。

②配穴：癔病性发痉：百会、阳陵泉、太冲。

癔病性郁证：百会、四神聪。

癔病性吞咽不利：天突。

癔病性晕厥：合谷、太冲。

癔病性呕吐：天突、中脘。

3. 操作

风府，坐位低头取穴，针尖对结喉方向进针 1.5～2 寸，轻提插泻法，以针感向全身放窜为度，不留针；内关，针 1～1.5 寸，施捻转提插泻法，针感放射到肘和手指；水沟，向鼻中隔下斜刺，针 2～3 分深，然后向同方向捻转 3～4 圈，再做雀啄手法，每次约 15 秒钟；天突，向下进针，与胸骨柄相平行，针 1.5 寸深，施捻转平补平泻手法；合谷、太冲，进针 1 寸，均施捻转泻法 1 分钟；中脘，直刺 2～3 寸，施捻转泻法 1～2 分钟，不留针。

4. 疗程

急性发作时针 1 次，均可取得满意疗效，尔后，每日针 2 次，1～2 周为 1 疗程。

【配方理论】

本组疾病从病机上讲，不外心神失宣，机变不行而致。中医学视神志所伤为重要内因。各种精神活动都和心神密切相关，同时也都必然会影响躯体的各种功能。因本病症状繁杂，临床辨证类型较多，故历代治疗立法各异。我们认为本病病机关键在于心窍闭阻、心神郁逆，治疗当以醒脑开窍为主则。以水沟、内关为主穴，辅以对症选穴，疗效尤佳。应当强调，本病虽常见，但须排除相关的各种器质性疾患，防止误诊。

【转归及预后】

本病针灸治疗优于用药，一般患者经针刺治疗后预后较好，多能治愈，且不留后遗症。若对病人加以开导，使其心胸舒畅，解除顾虑，建立治愈的信心则能较快治愈疾病。

1. 针灸治疗本病，强调首次治疗效果，一般可收到针到病除的效果。

2. 改善环境条件，注意精神调节，利于病情的恢复。若遇精神刺激或思虑过度，情绪激动均可诱发本病。

3. 百合病属精神情志失常疾患，其发展变化及预后转归因人因病而异，由热病伤阴所致者，经治疗多预后较好；而由情志所伤者，往往缠绵难愈，或时发时止，极难根治。

【预防与调护】

百合病的病因多由七情内伤，气郁化火或经汗、吐、下法使病情复杂，耗精伤神及外感热病后期，病愈体虚，津血未充，气阴未复，因此在预防上应当注意保持良好的情绪，

增强体质，注意阴阳平衡及饮食调摄。

【验案举例】

例1，李某，女，32岁，职员。初诊日期：2003年1月14日。门诊号：56044。

主诉：胸堵闷2年之久。

病史：患者2年前因生气后感到胸闷气短不舒，夜寐欠安，纳少、乏力，曾服用药物疗效不显，今日来我科就诊。现症胸闷咽堵如物，吐之不出；夜寐欠安，纳少、乏力。

查体：神清合作，发育正常，语言清晰，未闻及异常气味，心肺（-），心率：75次/分钟，律齐。神经系统检查正常。

印象：①中医：百合病（梅核气）；②西医：癔病。

辨证：患者因情志不舒，导致气机不利，痰气交阻，心窍闭阻，心神郁逆，故而感到胸闷气短，咽堵如物。胃失和降，故而纳少、乏力，夜寐欠安。

治则：醒脑开窍，疏肝理气。

选穴：印堂、上星、百会、四神聪、风池、完骨、天柱、合谷、太冲、太阳、天突、廉泉。

操作：印堂，横刺0.3寸，施雀啄手法1分钟；上星，平刺0.5~1寸，施平补平泻手法1分钟；百会，斜刺0.3~0.5寸，施平补平泻手法1分钟；四神聪，直刺0.3~0.5寸，施捻转补法0.5分钟；风池，直刺0.5~1寸，施捻转补法1分钟；天柱、完骨，直刺1~1.5寸，施捻转补法1分钟；合谷、太冲，直刺0.5~1寸，施呼吸泻法1分钟；太阳，进针0.5寸，捻转泻法；天突，向下进针，与胸骨柄相平行，进针1.5寸深，施捻转平补平泻手法；廉泉，直刺进针1寸，施提插泻法1分钟，留针20分钟。

治疗经过：针上穴3次后，患者胸堵闷感明显减轻，继针2次，食欲好转，周身有力，共治疗7次，霍然而愈。

案二　阎某，女，42岁，工人。入院日期：1982年2月19日。住院号：11543。

主诉：心悸，足痿无力12天。

病史：患者素常精神不爽，情怀郁闷，1981年5月份自觉心前区不适，陈发性疼痛并向背部放射，当即去卫生院就诊，查心电图正常，后缓解。1981年6月13日来我院心脏科门诊治疗，服中药后心悸、头晕，心前区疼痛等消失。1982年2月12日患者胞弟因煤气中毒死亡，患者遭受精神刺激后，双下肢即痿软无力，不能行走，心中憹憹大动，周身乏力。自服硝酸甘油30分钟后，症状缓解。2月17日再次发作，头晕，耳鸣，视物模糊，心前区阵发性疼痛，来我院门诊后收住院。

查体：神清合作，瞳孔正常，眼球转动灵活，视野无缺失，颈内动脉搏动对称，心音有力，律整，心界不大，心电图正常，双下肢可抬高90°，但动作迟缓，肌张力正常，深浅感觉正常。膝腱反射及跟腱反射正常，未引出病理反射。舌苔黄，脉弦数。

印象：①中医：百合病；②西医：癔病。

辨证：患者平素情志不舒，气机不利，肝失条达，郁久生热，热扰神明，神不守舍故

心悸不宁，窍络闭塞，经气不畅，故肢软无力，风火扰动清空，故头晕，耳鸣、视物不清。舌脉皆肝郁有热之象。

治则：开窍醒神，舒肝解郁。

选穴：内关、水沟、百会、四神聪、委中、三阴交。

操作：同前。

治疗经过：首次治疗后即觉诸症减轻，每日针刺2次，1周后双目视物清楚，双下肢行走有力，诸症消失，无任何不适，痊愈出院。

【临证提要】

百合病为内科常见病之一，针灸治疗本病，可收到显著效果。百合病为邪少虚多之候，治疗时应把握住心肺阴虚而有内热的病机特点，采取滋养心肺兼清气血的原则，只要心肺之液足，气血之热清，就可以百脉调和，诸症皆愈。

三十八、不寐（神经衰弱）

不寐是指经常不能获得正常的睡眠，轻者入眠艰难，时寐时醒，重者彻夜不眠。现代医学称之为神经衰弱。中医学与现代医学对该病的病因认识比较接近，中医学认为：本病多因思虑忧愁，操劳太过，损伤心脾，气血虚弱，心神失养所致。现代医学认为，多种致病因素相互作用，使大脑功能活动紧张程度超过大脑皮层神经细胞的耐受性时，会导致本病。

【临床表现】

睡眠障碍，表现为入睡困难、睡眠浮浅、多噩梦、易惊睡；或醒后不能再入睡；伴精神易兴奋、易疲劳、紧张性疼痛，多为头痛和自主神经功能紊乱症状，如头昏心悸、胸闷等。

【鉴别诊断】

由于神经衰弱的症状可见于多种疾病，鉴别诊断非常重要，应认真进行鉴别诊断。

1. 躯体和脑器质性疾病

躯体的慢性感染，慢性中毒，脑动脉硬化，颅内感染，颅内损伤，颅内占位病变等，都常见类似神经衰弱症状。如果神经衰弱症状发生于上述疾病之后，则应诊断为上述相应的躯体或脑器质性疾病，这是此类疾病鉴别诊断的关键。

2. 精神分裂症

精神分裂症早期和缓解期，可出现神经衰弱症状，但患者对其疾病抱无所谓态度，无迫切求治要求，并有相应的精神病症状，可资鉴别。

3. 抑郁症

鉴别诊断常很困难，特别是轻度抑郁症患者，常被误诊为神经衰弱。两类症状类似，如忽视患者抑郁情绪，往往导致误诊。因此，临床上诊断神经衰弱时，必须排除抑郁症。

抑郁症患者特点为：情绪低落，愉快兴趣感丧失，自责自罪，常萌生消极自杀的意念，若能深入了解，则不难做出鉴别。

4. 其他神经症

神经衰弱症状也常见于焦虑症、抑郁症，若患者有这类疾病的典型症状，按等级鉴别诊断的原则，应首先诊断为其他类别的神经症。

5. 慢性疲劳综合征

这是一组新近提出的以疲劳为主要表现的，不能休息解决的，病程持续半年以上的综合征，睡眠障碍与本病相同。由于有低热咽喉痛，淋巴结增大等客观体征，因而有助于与神经衰弱鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

安神，镇静，宁心。

2. 配方

（1）经穴刺法

①主穴：神门、三阴交、安眠。

②配穴：心肝火旺加刺行间、风池、阳陵泉；脾胃失和加刺脾俞、足三里；心肾不交加刺肾俞、太溪；气血两虚加刺脾俞、肾俞、足三里。

（2）耳针耳压疗法：心、肾、脑、皮质下、神门、枕。

3. 操作

（1）经穴刺法：神门，直刺0.3～0.5寸，施捻转补法1分钟；三阴交、安眠，直刺0.8～1寸，施捻转补法1分钟；足三里、太溪、脾俞、肾俞，直刺0.5～0.8寸，施捻转补法；风池，向印堂方向刺0.8～1寸，施捻转提插泻法；行间、阳陵泉，直刺0.5～1寸，施捻转提插泻法。以上针刺施术后留针20分钟。

（2）耳针耳压疗法：每次取3～4穴，交替使用。

耳针：探准穴位，消毒后，用0.5～1寸毫针进针1分钟，略捻转几次，留针15～30分钟。每日治疗1次。

耳压：用王不留行子，胶布固定耳穴，每日睡前自行指压贴药处2～3分钟，每隔1天更换1次。

4. 疗程

（1）经穴刺法：15天以内每日针刺2次，15天后每日1次，15～30天为1疗程。

（2）耳针耳压疗法：每日1次，15天为1疗程，耳压治疗隔日更换1次，3～6次为1疗程。

【配方理论】

不寐又名“目不瞑”、“不得卧”、“不能眠”等。是临床常见病种之一。历代医学著作对本病均有论述。《灵枢·大惑论》说：“卫气不得入于阴，常留于阳，留于阳则阳气

劳，阳气劳则阳跷，不得入阴则阴气虚，故目不得瞑矣”。《针灸甲乙经》云：“胃不和，则卧不安，此之谓也……惊不得卧，善断水气上下五脏，游气也，三阴交主之。不得卧，浮郄主之”。我们通过多年的临床研究认为：针刺治疗不寐能加强大脑皮质的兴奋和抑制过程，调整中缝核5－羟色胺递质系统，引起运动从属时值增大即大脑皮质抑制过程加深，恢复大脑皮质神经过程的平衡，从而改善睡眠。

石学敏教授认为：不寐系情志内伤，多脏受累所致，病机的关键在于心神被扰或心神失养。治疗当以宁心安神镇静为主，以神门、三阴交、安眠为主穴。神门为手少阴心经之原穴，功可宁神安寐，三阴交为肝脾肾三经之交，可培气血生化之源，育阴除烦，加刺治疗不寐的经验效穴安眠旨在疏调脏腑，宁心安神，本法主辅相配得当，以交通心脾，心肾为所长，故收良效。

【验案举例】

案一　于某，女，38岁，工人。入院日期：1980年10月12日。住院号：11660。

主诉：失眠2个月。

病史：患者因2次流产后，周身无力，经常失眠，近2个月失眠症状加重，伴心悸不宁，头昏头沉，不思饮食，健忘，今日住院治疗。

查体：神清，形体消瘦，面色少华，言语低微，心肺（－），神经系统检查无阳性体征，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

印象：①中医：不寐；②西医：神经衰弱。

辨证：患者因流产后，气血亏损，脾气虚弱，气血生化之源不足，血不养心，以致心神不安，而成不寐。

治则：补益心脾，镇静安神。

选穴：神门、三阴交、脾俞、心俞、足三里、印堂。

操作：神门，进针0.5寸，三阴交，直刺1寸，均用捻转之补法；脾俞、心俞，均向棘突方向斜刺，进针1.5寸，施捻转之补法；足三里，进针2寸，施捻转之补法；印堂，进针0.5寸，施提插之泻法。

治疗经过：上穴每日针1次，3次后明显好转，5次后睡眠基本正常，夜间睡眠7～8小时。

案二　刘某，男，20岁，学生。入院日期：1979年4月17日。住院号：1746。

主诉：失眠、头胀痛3个月。

病史：患者3个月前因与同学吵架，后出现失眠，头胀痛，烦躁易怒，记忆减退，口苦，胸胁满闷，经在某医院治疗，效果不显著，今日住院治疗。

查体：发育正常，营养中等，思维正常，心、肺（－），血压120/80mmHg，神经系统检查无阳性体征，舌质红，苔薄黄，脉细数。

印象：①中医：不寐；②西医：神经衰弱。

辨证：患者因恼怒伤肝，肝气失其条达之职，郁久化火，火热上炎，扰乱神明，心神

不安，故睡卧不宁，肝胆气郁则烦躁易怒，胁肋胀满，气郁化火则口苦。

治则：清泻肝胆，宁心安神。

选穴：神门、合谷、太冲、胆俞、肝俞、三阴交。

操作：合谷、太冲，直刺1.5寸，施捻转之泻法，胆俞、肝俞，向棘突方向斜刺，进针1.5寸，施捻转之泻法，余穴同前。

治疗经过：上穴每日针1次，2次后头胀痛症状消失，睡眠好转。4次后诸症消失，正常入睡。

三十九、脏躁（更年期综合征）

更年期综合征是由育龄过渡到失去生殖功能的时期，由于丧失卵巢功能而引起的自主神经功能紊乱的一组症候群。更年期综合征，中医称之为“脏躁”。本节将介绍针刺治疗更年期综合征的配方。对该病病因的认识，中医与现代医学比较接近。中医学认为，本病为经断前后，肾气渐衰，天癸将竭，冲任虚衰，脏腑功能失调，机体阴阳失于平衡协调而致。现代医学认为与经绝期卵巢衰退有关。其病理改变为，此时卵泡分泌雄激素和孕激素减少，对下丘脑垂体的负反馈作用减弱而出现下丘脑与垂体的功能亢进。针刺治疗可调节自主神经功能及大脑皮层及皮层下中枢功能失调，使患者的症状得到控制，顺利度过更年期，卓有成效。因此，针刺是治疗更年期综合征最有效的方法之一。石学敏教授在治疗更年期综合征的过程中，注重经断期间肾阴、肾阳失调而发病的理论，制定了调理肝肾阴阳的针灸治疗方案，收到理想的疗效。

【临床表现】

主要症状有月经失调、精神变异、神志不宁、烦躁易怒、身面浮肿、纳呆等。中医根据伴发症状的特点分为肾阴不足和肾阳虚衰两种类型。

肾阴不足：头晕耳鸣，潮热汗出，五心烦热，腰膝酸痛，月经先期而至，或先后不定，经色鲜红，口舌干燥，溲黄便结，舌红少苔，脉细而数。

肾阳虚衰：面色晦暗，精神萎靡，形寒肢冷，腰膝冷痛，纳呆腹胀，大便溏薄，经行量多或崩中暴下，舌淡胖嫩，边有齿痕，脉沉细无力。

【鉴别诊断】

更年期综合征是以自主神经紊乱而引起的一组症候群，发生于50岁左右的人群，但某些疾病也常以类似自主神经功能紊乱的症状出现。因此，在治疗更年期综合征患者的时候应认真地进行鉴别诊断。

1. 精神分裂症

精神分裂症早期，尤为单纯型，往往有衰弱综合征。但患者对其疾病常抱无所谓的态度，无迫切求治要求，诉述常不主动。进一步了解发现有显著性格改变，行为怪僻，情感淡漠。还有些精神分裂症患者后来出现了联想障碍、幻觉或妄想。

2. 神经衰弱

以衰弱综合征为主要表现的病人，经过问病史和检查排除躯体疾病、脑器质疾病以及排除抑郁症和焦虑症后，病人又有用脑后出现持续的令人烦恼的渐增性疲劳；或在轻度活动后出现持续的或令人烦恼的身体无力或筋疲力尽感，并伴不快的躯体感觉（如肌肉酸痛）和不能松弛，则可诊断为神经衰弱。

3. 癔病

癔病通常是由精神刺激或不良暗示引起的一类神经精神障碍。多数突然发病，表现为短暂的精神失常或感觉、运动障碍，但无器质性病变基础。这些症状可在暗示影响下产生，亦可在暗示影响下改变或消失。

【治疗规范】

1. 治则

肾阴不足：滋补肝肾，平肝潜阳，交通心肾。

肾阳虚衰：温肾壮阳，补肾健脾。

2. 配方

（1）经穴刺法

肾阳不足：肾俞、心俞、太溪、三阴交、太冲。

肾阳虚衰：关元、肾俞、脾俞、章门、足三里。

（2）耳针疗法：内分泌、卵巢、神门、交感、皮质下、心、肝、脾。

3. 操作

（1）经穴刺法

肾阴不足：心俞，针尖向脊柱方向斜刺，进针0.5～1寸，施捻转补法；肾俞，直刺1寸，施捻转补法；太溪，直刺1寸，施提插补法；三阴交，直刺1寸，施捻转或提插补法；太冲，直刺0.5寸，施平补平泻法。

肾阳虚衰：关元，直刺或向下斜刺1～2寸，令针感传至会阴部；脾俞、肾俞，向脊柱方向斜刺0.5～1寸，施捻转补法；章门，斜刺0.5～0.8寸，施捻转补法，不宜直刺、深刺，以免伤及内脏器官；足三里，直刺1～1.5寸，施捻转补法。

（2）耳针疗法：每次选3～4穴，中等刺激，隔日针1次。或以王不留行子贴于橡皮膏上，粘贴在耳穴上，每日自行按压3次，每穴按压1分钟。

4. 疗程

（1）发病初期，经穴刺法每日1～2次，耳针疗法隔日1次。2周后可视其症状改善程度，改为经穴刺法每日1次或隔日1次；耳针疗法每周2～3次。

（2）病情稳定后仍应坚持1个月的巩固治疗，经穴刺法隔日1次或每周2次，耳针刺法每周2次。

【配方理论】

更年期综合征在中医学中属于“脏躁”范畴，是临床常见病种之一。《素问·上古天

真论》曰："七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子。"《金匮要略·妇人杂病》说："妇人脏躁，喜悲伤欲哭，如神灵所作，数欠伸……"指出"脏躁"多发于女性，以"喜悲伤"为主要症状。本病的病因比较复杂，症状变化也较多。后世医家亦多有论及。如《医宗金鉴》认为："脏，心脏也。心静则神藏。若为七情所伤，则心不得静，而神躁扰不宁也。故喜悲伤欲哭，是神不能主情也；象如神灵所凭，是心不能神明也。"在这里，将"脏躁"的"脏"表示为心脏。由此可以看出，古代医家认为本病是因忧伤恼怒，情志异常所造成。由于思虑过度，损伤人的心脾，从而导致精血内亏不能濡养五脏，造成阴阳失调，浮火妄动，上扰心神。此外，《医学纲目》中也有"妇人天癸已过期，经脉不匀，或三四月不行，或一月再至，腰酸疼痛"的记载。这些论述都指出本病的病因病机及临床表现。

石学敏教授认为，"脏躁"病的主要病因病机是冲任空虚，肾精肾气衰弱，素禀阴虚之体，或有亡血失血之人，至更年期即会出现某些肾精亏虚、肾水不足的症状。肾为癸水，肝属乙木，心为君火。肾水亏虚则不能滋养肝木和制约心火，因而出现一系列水亏火旺的证候。而素禀阳虚之体，至更年期常会出现肾气渐虚等一系列命门火衰及脾肾阳虚的表现。治疗本病应从调理阴阳入手，以"益火之源以消阴翳"、"壮水之主以制阳光"作为治疗本病的原则。故配方中的穴位以调理肾阴肾阳为主，收到了比较理想的效果。

【转归及预后】

针灸对制止脏躁发作及防止复发效果均较好。但一般疗程较长，应嘱患者坚持治疗。

【预防与调护】

患者应注意情志调养，避免精神刺激。若能配合心理治疗，则取效尤佳。

【验案举例】

案一　王某，女，46岁，干部。入院日期：1984年6月4日。住院号：16217。

主诉：心悸、胸疼4个月，胃胀半月余。

病史：1984年1月22日站起时突觉左侧肢体麻木、无力、舌强、口角流涎、头昏心悸、汗出、手凉，几分钟后自行缓解，晚间上述症状复现，去辽宁省阜新市中医院就诊，诊断为"更年期综合征"。3月中旬，血压突然升高220/140mmHg，住院治疗，经中西药物降压，效果不明显，经常出现心悸、气短、胸疼、汗出、手足颤抖、肢体发凉等症，半月前出现胃胀疼、口渴，大便时干时溏。今来我科求治，收入住院。

查体：神清合作，发育正常，营养中等，自动体位，神经系统查体未见异常，右瞳孔外侧可见绿豆大小角膜云翳，心肺（－），肝脾正常。心电图：大致正常，血压190/110mmHg，体温36.2℃，舌紫暗，黄白腻，脉沉细，经水已断。

印象：①中医：脏躁；②西医：更年期综合征。

辨证：患者素体虚弱，生化之源不足，未至七七，天癸已竭，阴血不足，心失所养，故心悸气短汗出，脾失健运，故大便时干时溏，肝气郁结，横逆犯胃，故胃胀胸痛。

治则：调理脏腑，平衡阴阳。

选穴：①内关、水沟、百会、四神聪、外关、合谷、太冲、天枢、足三里；②华佗夹脊刺。

操作：内关，捻转提插泻法；水沟，施雀啄手法，以眼球充满泪水为度；百会、四神聪，捻转补法，合谷、太冲，呼吸泻法；天枢，呼吸泻法；外关，提插泻法；足三里，捻转补法。

治疗经过：采用上法6次后，患者主诉头晕明显减轻，嗳气呃逆减轻，食欲增加，未发心悸、汗出、手凉之症，10次治疗后，自觉诸症悉除，胃脘无不适，饮食二便睡眠正常，临床治愈出院。

案二　孙某，女，60岁，退休。初诊日期：2004年2月9日。门诊号：69278。

主诉：失眠1月。

病史：患者1月前因左下腹烧灼感就诊于我市某医院，经B超检查示：输卵管增粗，予以输液治疗，4天后患者出现失眠，彻夜不寐，并伴有烦躁、多汗、头痛、纳呆，经多种中西医治疗无效。患者于58岁绝经。

查体：神清合作，形体适中，面色晦暗，心律齐，心率78次/分钟，神经系统检查无阳性体征，舌红少苔，脉沉细、弦数。

印象：①中医：脏躁（肾阴不足）；②西医：更年期综合征。

辨证：患者年过半百，绝经前后，肾气已衰，天癸已竭，冲任虚衰，肾阴亏虚而致失眠、烦躁、多汗，血不上荣而致头痛，脾胃虚弱，故而纳呆，面色晦暗，阴虚火旺，故舌红少苔，脉沉细、弦数。

治则：滋阴补肾，清心降火。

选穴：肾俞、心俞、太溪、三阴交、太冲、百会、四神聪、足三里。

操作：同前，每日针刺1次，12次为1疗程。

治疗经过：在针灸治疗的同时，配合中药汤剂以滋阴补肾安神清虚热。经过1个疗程的治疗，患者情绪稳定，头痛消失，食欲好转，睡眠时间较前延长，但易醒。又经过10次治疗后，患者可以安然入睡，醒后无疲乏感，纳可，出汗正常，无烦躁，临床治愈。

【临证提要】

本病为情志改变性疾病，临床治疗以醒神开窍为主，并宜根据不同类型，分别配合以养心补血、滋阴降火或疏肝解郁等法。

四十、癫狂（狂躁性精神分裂症）

癫与狂都是精神失常的疾患。癫证以沉默痴呆，语无伦次，静而多喜为特征；狂证以喧扰不宁，躁妄打骂，动而多怒为特征。因二者在症状上不能截然分开，又能相互转化，故癫狂并称。中医学认为："心火旺，肾阳衰，乃失志而狂越"，"癫属阴，狂属阳，……大率多因痰结于心胸间"，并提出了癫狂与"痰"有密切关系的理论。西医旧称精神分裂

症，为早发痴呆，是精神疾病中最常见和最重要的疾病之一。病因未明，多起病于青壮年期，常有感知、思维、情志、行为等多方面的障碍和精神活动的不协调，一般没有意识障碍和智能障碍，病情多迁延。其治疗方面分为药物治疗、心理治疗及其他治疗包括胰岛素昏迷治疗、电休克治疗、精神外科。我国在20世纪60和70年代曾广泛使用中药针灸治疗精神病，避免了以上疗法所带来的副作用及危险性。

【临床表现】

联想障碍；特征性妄想；情志淡漠；倒错或痴笑；特征性幻听；意志减退；被动体验；思维插入被夺或中断。

【鉴别诊断】

1. 谵妄综合征

这是一组表现为广泛的认知障碍，尤以意识障碍为主要特征的综合征。常因脑部弥漫、暂时的中毒感染或代谢紊乱等所引起。因此它往往发生于急性起病、病程短暂、病变发展迅速的中毒感染、脑外伤等病变，故又称急性脑病综合征。

2. 躁狂症

该病的核心症状是情绪高涨，还常伴有思维敏捷和言语动作增多，除非是极端严重的患者，一般的躁狂症状都可以视为正常精神活动的量的过度，与精神分裂症的质的变化不同。幻觉妄想很少见。但患者由于自负，有时可有夸大妄想的色彩；有时由于其多管闲事或轻率任性的行为受到阻挠，会产生一过性的“被迫害妄想”，这些症状常随情感症状的消失而消失。

3. 神经衰弱

本病患者以脑功能衰弱症状为主要临床表现，且有易兴奋、易疲劳、情绪症状、紧张性疼痛和睡眠障碍这5类症状中的任何3项；对工作、学习和社会交往造成了不良影响；病程在3个月以上；排除了躯体疾病或脑器质性疾病、其他神经症和精神病，便可以视为神经衰弱。

【治疗规范】

1. 治则

理气化痰，养血宁心。

2. 配方

心俞、肝俞、脾俞、巨阙、神门、太冲、丰隆、内关、中脘、三阴交。

3. 操作

以上诸穴，背俞穴多采用捻转补法，巨阙、中脘二穴用呼吸泻法；神门、内关可用平补平泻法；丰隆用捻转提插泻法；太冲可施泻法或平补平泻法，每次治疗留针20分钟。

4. 疗程

每日1次，15次为1疗程。

【配方理论】

癫证以沉默痴呆，语无伦次，静而多喜为特征。中医学认为癫证与痰密切相关，“多因痰结心胸间”，故治疗上以理气化痰，养血宁心为原则。选穴上以肝俞、太冲理气解郁，脾俞、丰隆健脾化痰；心俞、神门养血宁心，内关开窍，心俞、巨阙为心经俞募配穴法，益气养血，调理阴阳，中脘、三阴交和胃健脾，益气养阴。诸穴合用，共奏理气化痰，养血宁心，调和阴阳而止癫之功效。

附：狂证

【治疗规范】

1. 治则

泻火涤痰，醒神开窍。

2. 配方

水沟、风府、少商、大陵、曲池、丰隆、隐白、少冲、内关、神门、百会、合谷透劳宫、太冲透涌泉、少商、商阳、大敦、中冲、至阳。

3. 操作

以上诸穴，十二井穴或毫针刺或三棱针点刺放血均可，水沟以毫针进0.5寸，行雀啄泻法，其余均用提插捻转泻法。

4. 疗程

每日针1次，15次为1疗程。

【配方理论】

狂证以喧扰不宁，躁妄打骂，动而多怒为特征。中医学认为“心火旺肾阴衰乃失志而狂越”，提出狂证与痰密切相关。故临床治疗本证以泻火涤痰，醒神开窍为原则。井主心下满，是言邪盛于脏，五脏失和，神明错乱，故心及心包痰火所侵，刺十二井穴泻火清心。脑为髓海，元神之府，其俞上在于其盖，下在风府，故百会合风府配合水沟而醒神开窍。双合谷配双太冲为双四关穴，以“四关”透四心，可通关开窍，清心醒神。

【转归及预后】

针灸治疗癫狂疗效较好，如不能及时治疗病情可加重，伤及五脏；日久癫证可转为狂证，狂证亦可转为癫证。

【预防与调护】

癫狂证的病因与情志刺激有密切关系，因此调情志，减少各种精神刺激是预防癫狂的关键。

【验案举例】

案一　张某，男，24岁，工人。初诊日期：1981年4月27日。

主诉：（代述）语言错乱，躁动，哭笑无常半年。

病史：患者平素性情暴躁，易恼怒，半年前因工作调动不顺利，越发脾气暴躁，常无缘无故与人吵闹，甚则怒骂叫吼，毁物殴人，伴有头晕，耳鸣，失眠，便秘，口苦等，某精神病院诊为“精神分裂症”，予氯丙嗪等药治疗后情绪略能安稳，以后患者拒绝服药，特来我门诊接受针灸治疗。

查体：精神兴奋，表情无常，易激怒，两目无神，眼底视盘边缘清，无渗出、出血，四肢生理反射存在，病理反射未引出，无眼颤，血压120/80mmHg，舌苔黄腻，脉弦数。

印象：①中医：癫狂；②西医：精神分裂症。

辨证：因情志内伤，致肝气郁滞，气郁化火，灼津为痰，痰火搏结，上扰神明，心神被蒙则烦躁，吵闹不休，神不守舍则语言错乱，哭笑无常，肝火冲逆上扰清窍则头晕，耳鸣，口苦。苔黄腻，脉弦数为痰火内盛之象。

治则：清肝泄火，宁心安神，兼以祛痰。

选穴：肝俞、太冲、阳陵泉、大陵、巨阙、神门、心俞、丰隆。

操作：肝俞，斜向横突，进针1.5寸，施捻转泻法，令麻电感向前胸放散为度；心俞，同肝俞；太冲，直刺1寸；阳陵泉，直刺1.5寸；大陵，直刺1寸；神门，直刺0.5寸；丰隆，直刺1.5寸，均施捻转提插泻法，令局部酸胀并向四周放散为度。

治疗经过：每日针刺1次，4次后情志可安稳，数天未与人吵闹，耳鸣消失，舌苔微黄，脉滑微弦，提示肝火势减，肝阴受损，在原选穴方中加柔肝养阴之穴，补三阴交、太溪，继针6次，诸症消失，精神正常，一切恢复常态。

案二　李某，女，30岁，工人。初诊日期：2003年7月19日。门诊号：62334。

主诉：失眠、语言混乱间断发作2年余，近日加重。

病史：患者于2年前，与人争吵后失眠，躁动不安，语言混乱。曾往精神病医院诊断为精神分裂症，并住院治疗后症状好转，但于2周前，患者因心情不畅，出现失眠，语言混乱，今来我院诊治。

查体：患者精神恍惚，双目无神，心肺（－），心律齐，心率：80次/分钟，血压：120/90mmHg，四肢活动可，生理反射存在，病理反射未引出。

印象：①中医：癫狂；②西医：精神分裂症。

辨证：患者因恼怒伤肝，肝气不舒，失于条达，气郁痰凝，心火扰动。故而心失神明之主，出现语言混乱，躁动不安等症；神明被扰，故而失眠。

治则：醒神开窍，祛痰泻火。

选穴：内关、水沟、百会、四神聪、合谷、太冲、丰隆。

操作：水沟，直刺0.3寸，施雀啄泻法，令其眼球湿润或流泪为度；内关，直刺1寸，施提插捻转泻法，令酸胀感向下传导为度；百会、四神聪，向后斜刺0.5寸，捻转泻法；合谷、太冲，提插捻转泻法1分钟；丰隆，用捻转泻法1分钟。每日针1次，15次为1个疗程。

治疗经过：治疗1个疗程后，患者失眠好转，偶有语言混乱，躁扰不宁发作；休息5

天后，继续第2个疗程治疗后，患者情绪稳定，语言清晰流利，思维正常；继续巩固治疗5次后，患者基本恢复正常。

【临证提要】

癫狂是临床上较为常见的病种，也是针灸疗效显著的病种之一。尤其在调神方面，收效迅速。但临床治疗应审其病因，辨虚实，治疗上实则泻之，虚则补之。石学敏院士对本病提出："治在肝心，重在祛痰"的治疗原则。疏肝之法包括：①舒肝解郁，常用内关、太冲、期门、阳陵泉等穴；②清肝泻火，常用肝俞、太冲、阳陵泉、胆俞等穴；③平肝潜阳，常用太冲、阳辅、风池等穴；④柔肝养阴，常用三阴交、太冲、太溪、风池等穴。

治心之法包括：①宁心安神，常用大陵、神门、巨阙、心俞等穴；②开窍醒神，常用水沟、内关、神门等穴。

祛痰之法遵《内经》："其高者因而越之，其下者引而竭之，中满者泻之于内"的原则。

上述几法，孰先孰后，孰轻孰重，临床当观其脉证，灵活配佐。

四十一、郁证（抑郁性精神分裂症）

抑郁症是由于情志不舒，气机郁滞所引起的一类病证。主要表现为心情抑郁，情绪不宁，胁肋胀痛，或易怒善哭，以及咽中如有异物梗阻，失眠等各种复杂症状。中医学认为："气血冲和，万病不生，一有怫郁，百病生焉，故人身诸病，多生于郁"。西医将该病归属于情感障碍，目前治疗以三环类抗抑郁药为首选药，但有许多副作用，本文介绍以针刺治疗为主，临床收到理想的疗效。

【临床表现】

以情绪低落为主要特征，症状持续至少两周，而且至少具有下列9项表现的4项：兴趣丧失，精力减退，行为迟钝，自轻自责，思维缓慢，消极自杀，睡眠障碍，食欲不振，性欲减退。

【鉴别诊断】

抑郁症最重要的是与精神分裂症鉴别，因为二者都属于原因未明的精神病，症状有时也有交叉，因此对某些不典型的病例，诊断分歧较大，当两者都不能排除时，诊断仍采取"舍轻取重"的原则。

【治疗规范】

1. 治则

疏调气机，醒神开窍，补血安神。

2. 配方

内关、水沟、太冲、心俞、肝俞、脾俞、膈俞、百会、四神聪、足三里、三阴交。

3. 操作

内关，捻转提插泻法，进针 0.5 寸；水沟，进针 0.2～0.3 寸，雀啄泻法；太冲，捻转泻法，进针 0.5 寸；足三里、三阴交，捻转补法，进针 1 寸；四神聪，进针 0.3 寸，平补平泻法；心、膈、肝、脾俞，捻转补法，进针 0.5～1 寸。

4. 疗程

每日针 1 次，15 天为 1 疗程。

【配方理论】

中医学认为："郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先"、"凡郁病必先气病，气得流通，郁于何有？"因此疏通气机为郁证总的治则。内关为心包经之络穴，可振奋心阳，水沟为督脉，手足阳明之会穴，为人体阳经之总汇，又为诸阳之首，二穴合用可振奋人体阳气，以达醒神之功；足三里为阳明经下合穴，阳明经为多气多血之经，针之可补血安神；百会、四神聪亦可外提阳气、镇静安神；太冲为肝经原穴，可疏理气机；心俞、肝俞、脾俞、膈俞为背俞穴，针之亦可养心补血。诸穴相配以达治疗目的。

【转归及预后】

郁证初起患者，可只出现较轻的症状，但往往具有波动性，症状并不固定，若致病原因能及时解除，症状常可减轻或消失。若病程较长，情志致病因素不除者，则症状往往逐渐增多加重，此时患者常产生对疾病的紧张、恐惧，对治疗丧失信心，这些因素又会促使病情进一步加重，而使症状愈加严重和复杂，可持续多年不愈。

郁证患者的预后一般均良好。

【预防与调护】

除针灸治疗外，对患者进行精神治疗十分重要，使患者树立正确的人生观，避免情志过极，合理安排脑力及体力劳动，适当参加体育锻炼。

宜慎起居，饮食宜规律，保持心情舒畅。

【验案举例】

彭某，男，47 岁，干部。初诊日期：2003 年 2 月 24 日。门诊号：57074。

主诉：失眠、情绪低落半年余。

病史：半年前患者因情绪刺激出现失眠、心烦、情绪低落、乏力、纳呆等症，今日来我院诊治。

查体：患者神清，精神弱，情绪低落。五官对称，颈软，胸廓对称无畸形。语言清，心肺（－），心率：80 次/分钟，血压：120/82mmHg。四肢活动灵活，生理反射存在，病理反射未引出。

印象：①中医：郁证；②西医：抑郁症。

辨证：患者因情志不舒，肝气郁滞，气机不畅，故而出现情绪低落；肝血不足，虚火扰心，故而失眠、心烦，脾肾不足，故乏力、纳呆、紧张恐惧等。

治则：疏调气机，补血安神，补脾益肾。

选穴：印堂、上星、太冲、心俞、肝俞、脾俞、间使、百会、四神聪、足三里、三阴交。

操作：间使，直刺0.5寸，捻转泻法；印堂，向鼻根斜刺0.3寸，施雀啄平补平泻法；上星，向上斜刺0.5寸，捻转泻法，余穴操作同前；留针20分钟。

治疗经过：针刺治疗7天后，患者开始对生活表示有兴趣，纳食好转，夜寐安；又经过5次治疗后，患者情绪稳定，精神好，行动有力；继续针刺5次后，患者精神乐观，纳可，寐安，无紧张恐惧，二便调。临床治愈。

【临证提要】

郁证是临床较为常见的病种，也是针灸治疗效果显著的病种之一。尤其在调神方面，收效迅速。但临床上治疗应审其病因，辨虚实，实则泻之，虚则补之。

四十二、癔病性瘫痪

癔病性瘫痪属于中医学百合病范畴。中医学认为，神志内伤为重要内因。各种精神活动都与心神密切相关，同时必然影响躯体的各运动功能。《内经》："心者，生之本，神之变也。"现代医学认为系由精神刺激或不良暗示引起的一类神经精神疾患。石学敏教授在治疗本病过程中，总结出本病关键在于心窍闭阻，心神郁逆，治疗以醒脑开窍为主则，在临床上取得满意疗效。

【临床表现】

癔病性瘫痪以单瘫和截瘫多见，除少数因长期不动而致废用性萎缩外，无明显肌肉萎缩，电刺激反应正常，无二便失控。

【鉴别诊断】

本病发作时，检查瘫肢腱反射正常，肌张力正常，无锥体束征，故不难与截瘫鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

醒脑开窍，滋补肝肾，疏通经络。

2. 配方

取穴：内关、水沟、风府、上星、委中、三阴交。

3. 操作

风府，坐位低头取穴，针尖向结喉方向进针1.5～2寸，轻提插泻法，以针感向全身放窜为度，不留针；水沟，向鼻中隔下斜刺针2～3分深，然后向同一方向捻转3～4圈，再做雀啄手法，每次约15分钟；内关，针1～1.5寸，施捻转提插之泻法，针感放散到肘和手指；委中，提插泻法，以肢体抽动3次为度；上星，进针0.5～1寸，提插泻法；三阴交，沿胫骨后缘与皮肤呈45°斜刺，提插泻法，以肢体抽动3次为度。

4. 疗程

急性发作经1次治疗后，一般患者瘫痪可缓解，再治疗1周为1疗程。病程较长的患者见肢体肌肉萎缩，故除采用针灸治疗外，应配合电脉冲刺激及按摩治疗，45天为1疗程，需2~3个疗程。

【配方理论】

中医学认为，癔病性瘫痪从病机上讲，不外心神失宣，机变不行而致。《内经》中记载："心者，五脏六腑之主也，故悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇。"治疗以醒脑开窍为主则，以水沟、内关为主穴，辅以对症选穴，疗效尤佳。

水沟为督脉之会，督脉为阳经之海，主一身阳气，人体正常活动全赖阳气维持。针水沟有清心益脑、通阳疏气、调理神机之功。风府穴为督脉和膀胱经阳维脉之会，通脑府、开机窍、通达阳气，故在取水沟不宜或效微时选用。内关为手厥阴之络，有宽胸利气、开郁调神之效，或三穴合用，有开窍醒神，健脑益智，通调机体内外之作用。三阴交为足太阴、少阴、厥阴之会，针用补法，达滋补肝肾之功效。委中为足太阳膀胱经所入为合，为经气充盈，由此入进而汇合入脏腑，针委中疏经通络。

【验案举例】

案一　李某，女，49岁，服务员。入院日期：1982年2月16日。住院号：11503。

主诉：双下肢瘫痪37天。

病史：患者因工作与同事争吵后，于1982年1月1日当天出现哭笑无常，神志混乱，双下肢瘫痪，不能行走，不能翻身。被人急忙送往友谊医院就诊，考虑"癔病"，用药不详。回家后又请私人医生出诊，予针刺及中药治疗18天无明显疗效，于1月19日由救护车送来天津治疗，经我门诊收入住院。

查体：神清合作，瞳孔等大等圆，对光反射正常。心肺正常，脊柱无侧弯及压痛。双下肢无浮肿及关节畸形，不能抬举，不能站立及步行，但卧位时可屈伸活动。右膝以下感觉失常，触觉减弱，余无异常。双膝腱反射活跃对称，未引出病理反射。舌略红，苔腻，脉弦细。

印象：①中医：百合病；②西医：癔病性瘫痪。

辨证：患者素性抑郁，多疑善感，致使肝气郁结，久则化热，热盛则阴伤，故舌红，脉见弦细，今遇恼怒，肝火更盛则郁闭清窍，心阴不足又被热所扰，故失主宰，统率不行而致肢痹不仁，肢痿不用。

治则：疏肝解郁，开窍醒脑。

选穴：风府、内关、水沟、上星、委中、三阴交。

操作：同前。

治疗经过：经1次治疗后，患者感双下肢屈伸有力，精神舒畅，言语主动。经3次治疗后，下肢有力行走自如，1周后痊愈出院。

案二　张某，女，34岁，农民。入院日期：1975年11月4日。住院号：17654。

主诉：左侧肢体瘫痪18天。

病史：患者于1975年10月14日晚8点突觉头晕，而后摔倒，头部未受伤但不省人事，四肢僵硬，手足抽搐，当即被送往当地人民医院抢救，考虑左偏瘫原因待查，病毒性肝炎。经输液、抗生素等治疗后苏醒。唯左半身不能运动，于10月28日来我市总医院脑系科治疗，诊为“癔病性瘫痪”，转我院治疗。

查体：神清，瞳孔等大等圆，颅神经无异常，左前臂可屈，左腿直腿抬高15°，左肢部分触觉消失，肤温正常，肌力不准确，肌容量正常，生理反射存在，病理反射未引出，舌质暗红，脉弦细。

印象：①中医：百合病；②西医：癔病性瘫痪。

辨证：患者突受外惊，因猝然跌仆而气机逆乱，阴阳一时不相顺接故不醒昏厥，心神迷乱，阴阳失统，神明不治则官窍失约不用，故苏醒后肢体不用，痹而不仁。

治则：醒神开窍，通络养心。

选穴：内关、水沟、三阴交、环跳、委中。

操作：同前。

治疗经过：针1次后，患者左上肢即能抬举，下午即可穿衣服，针4次后可行走，肢体有力，活动自如，择期出院。

四十三、癔病性抽搐

癔病性癫痫属于中医学百合病的范畴。中医学认为：神志所伤为重要内因，各种精神活动都和心神密切相关，同时必然影响躯体的各种功能。《内经》：“心者，生之本，神之变也。”现代医学指由精神刺激或不良暗示引起的一类神经疾患。石学敏教授在治疗本病过程中，总结出本病关键在于心窍闭阻，心神郁逆。治疗以醒脑开窍为主则，在临床上取得了良好的疗效。

【临床表现】

发作时突然倒地，屏气或过度喘气，双目紧闭，面色潮红，全身僵直或四肢不规则舞动，维持几分钟至几十分钟不等。无二便失控。

【鉴别诊断】

本病发作形式特殊，发作时意识并不丧失，检查时发现眼球活动良好或似故意逃避，肌腱反射正常，无病理反射，故不难与癫痫大发作鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

醒脑开窍，镇肝熄风。

2. 配方

取穴：内关、水沟、风池、太冲、百会、阳陵泉、风府。

3. 操作

风府，坐位低头取穴，针尖向结喉方向进针 1.5～2 寸，轻提插泻法，以针感向全身放窜为度，不留针；内关，针 1～1.5 寸，施捻转提插之泻法，针感放散到肘和手指；水沟，向鼻中隔下斜刺，针 2～3 分深，然后向同一方向捻转 3～4 圈，再做雀啄手法，每次约 15 秒钟；余穴均施捻转之泻法。

4. 疗程

在急性发作期每日针 2 次，待症状减轻后继续施上述手法直至症状消失。

【配方理论】

癔病性癫痫多发于青中年女性。现代医学认为，与皮层功能衰弱有关。常发生于神经类型属于抑制性的人。多数在精神创伤下，皮层和皮层下部位相互关系发生功能障碍，使后者处于优势而发病。中医学认为，从病机上讲不外心神失宣，机变不行而致。如《内经》中记载："心者，五脏六腑之主也，故悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇。"治疗当以醒脑开窍为主则，以水沟、内关为主穴，辅以对症选穴，疗效尤佳，往往可收桴鼓之效。

水沟为督脉之会穴，督脉为阳经之海，主一身阳气，人体正常活动全赖阳气维持。针水沟有清心益脑、通阳疏气、调理神机之功。风府穴为督脉和膀胱、阳维脉之会，通脑府、开机窍、透达阳气，故在取水沟不宜或效微时选用。内关为手厥阴之络，有宽胸利气、开郁调神之效。故三穴合用，有开窍醒神，健脑益心，通调机体内外之作用。针风池、太冲有镇肝熄风之效，阳陵泉达舒筋通络之功。因此该法对癔病性抽搐可获得较为满意的疗效。

【验案举例】

张某，女，39 岁，技术员。入院日期：1981 年 12 月 21 日。住院号：11303。

主诉：肢体发作性抽搐 10 个月，近一个月加重。

病史：患者于 1981 年 2 月 23 日路遇坏人，受惊吓翌日清晨即出现抽搐。抽搐之前觉头痛，视物模糊，心中憋气，常叹息，虚汗出。发作时双目向右注视，口角向左歪，意识清楚，无咬舌及吐涎，无二便失禁，双下肢伸直，双上肢屈曲，振挛。持续 2～3 分钟后自行缓解，虽经治疗，抽搐仍不止，约隔半日即发作 1 次。4 月 20 日曾查脑电图，结果正常。4 月 18 日复经总医院脑系科检查，诊断为神经症，给予安定、谷维素、谷氨酸等药物，经半年治疗，抽搐次数减少。发病多与情绪波动，经期有关。12 月 18 日来我科门诊，查脑电图未发现异常，当时发作抽搐，经针刺内关、水沟后缓解，遂收入病房。

查体：神清合体，发育正常，营养良好，瞳孔正常，心肺（－），四肢脊柱正常，生理反射存在，病理反射未引出。舌质淡，脉弦细。

印象：①中医：百合病；②西医：癔病性抽搐。

辨证：患者突受惊恐，惊则气乱，胆气逆乱，疏泄失职，胆为中正之官，胆气不升诸阳气不得宣发，阳郁欲伸故时作抽搐。遇情志刺激，肝气横逆则抽搐发作，行经之期，因

肝藏血，体阴而用阳，故肝气升腾而诱发抽搐。

治则：醒脑开窍，疏肝理气。

选穴：风府、印堂、极泉、后溪、申脉。

操作：后溪、申脉，均施捻转泻法，做手法约1分钟。余穴同前，诸穴留针30分钟。

治疗经过：经上法治疗8次后，抽搐次数减少，发作转轻，唯右侧肢体乏力，夜寐梦多。治疗23次后，抽搐停止，肢健有力，诸症消失出院。

四十四、阳痿（性功能障碍）

阳痿是性功能障碍的一种，可分为原发性和继发性两类，按病因又分为功能性和器质性两类。本节主要介绍功能性阳痿，即性神经衰弱所致阳痿的针灸配方。功能性阳痿是指非器质性原因所致大脑皮质对性兴奋的抑制作用加强和脊髓勃起中枢兴奋性减退所致的阳痿。中医称本病为“筋痿”、“阴痿”、“阴器不用”等。中医学认为本病的形成与肾、肝、脾三脏功能失调有重要关系，主要以肾虚、宗筋失养为发病之关键。现代医学认为由于长期的精神紧张，致使大脑皮质对性兴奋的抑制作用加强，或神经系统经常处于高度兴奋状态而致衰竭，脊髓勃起中枢兴奋性减退，在一般刺激下，阴茎动脉血管不能扩张而致阳痿。针刺治疗功能性阳痿，是临床行之有效的疗法之一，治疗主要在于疏导气机，滋养肾阴，舒筋通络。石学敏教授在治疗阳痿病的过程中，十分重视精神因素在发病中的作用，性神经衰弱是其病机关键，亦即中医神气之说，故采用滋补肝肾的同时，注重调神安志，疏导气机，取得较好疗效。

【临床表现】

阳痿是指男子在有性欲和性兴奋的状态下，阴茎不能勃起，或阴茎虽能勃起，但勃而不坚，或坚而不久，以致不能插入阴道完成正常性交的一种病证。

【鉴别诊断】

性神经衰弱导致的阳痿，是阳痿病中常见的一种，占所有阳痿病例的85%～90%。临床上亦有器质性原因所致者，如内分泌代谢性疾病、血管性原因、生殖器官的疾病、手术创伤及药物所致者，因此在临床上应注意鉴别。

1. 糖尿病

糖尿病的神经病变造成支配会阴部的副交感神经受损而致阳痿；动脉血管的狭窄，影响了性兴奋时阴茎的血液供应；限制饮食，依赖药物，体力减退等造成严重的精神负担而影响性功能。糖尿病患者的阳痿常常伴有性欲减退，且有糖尿病的其他系统表现。

2. 血管性疾病

腹主动脉血管狭窄、腹主动脉瘤、动脉硬化等，使供应阴茎的动脉狭窄，致阴茎供血不足；或阴茎海绵体与龟头之间的瘘管，白膜的静脉畸形使静脉引流障碍；阴茎内血管的动、静脉瘘等使海绵体不能充盈。这些因素可致勃起的启动和维持障碍而发生阳痿，这类患者往往伴有全身性动脉硬化的其他表现。

3. 外伤与手术

如脑外伤、脊椎骨折截瘫、骨盆骨折、阴茎损伤等，膀胱或前列腺手术、直肠手术等。这些创伤与手术可损伤支配性活动的神经与血管功能，使勃起功能发生障碍，其主要鉴别在于有创伤及手术史。

4. 生殖器官局部病变

阴茎畸形、尿道上裂或下裂、鞘膜积液、精囊炎、重度精索静脉曲张、严重包茎等。这些疾病可因生殖器官的解剖异常以及心理上的原因使性功能受到影响，这类疾病都可通过生殖器官的检查，来明确诊断。

5. 神经系统疾病及精神障碍

如多发性硬化症、颅内损伤综合征、脊髓损伤、脊髓肿瘤、腰椎间盘突出症、重症肌无力、交感神经切除术等，使传导兴奋的神经发生障碍而致阳痿。此外抑郁症、躁狂症、精神分裂症等精神疾病亦可致阳痿发生。

6. 药物

患者有其他系统疾病，曾分别服用过抗高血压药、利尿药、镇静药、抗精神病等药，而导致阳痿。此外酗酒、吸毒也可导致阳痿发生。

【治疗规范】

1. 治则

以调神益志，益肾培元，振阳起痿为主，根据临床表现辨证分为四型。

命门火衰：温补下元。

心脾受损：补益心脾。

七情所伤：益肾疏肝，宁心安神。

湿热下注：清利湿热。

2. 配方

（1）经穴刺法

①主穴：中极、关元、命门、神庭、印堂。

②配穴：命门火衰：主穴加灸肾俞、太溪、三阴交。

心脾受损：脾俞、足三里、神门。

七情所伤：志室、肝俞、太溪、阳陵泉、心俞、神门。

湿热下注：肾俞、足三里、三阴交、膀胱俞、丰隆。

（2）耳针疗法：取精宫、外生殖器、睾丸、内分泌、皮质下、命门。

（3）电针疗法：取中极、次髎、命门、肾俞、太溪。

（4）穴位注射：取中极、关元、肾俞、三阴交。

（5）穴位敷贴：药物：乌附子 15g，阿片 1.5g，穿山甲 3g，土硫黄 6g，蜈虫 0.3g，敷贴神阙、曲骨。

3. 操作

（1）经穴刺法

①主穴：中极、关元直刺1.5寸，命门直刺1寸，得气后施捻转补法1分钟。关元针感达前阴。命门针感传至尾骶或会阴部，神庭沿皮斜刺0.5寸，施捻转平补平泻30秒；印堂向鼻根斜刺0.3寸，施雀啄平补平泻30秒；留针20分钟。

②辅穴

命门火衰：主穴均加灸。肾俞直刺1.5寸，太溪直刺0.8寸，三阴交直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，留针20分钟。

心脾受损：脾俞直刺1寸，足三里直刺1.5寸，神门直刺0.5寸，施捻转平补平泻1分钟，留针20分钟。

七情所伤：志室、心俞直刺1寸，施捻转补法1分钟；肝俞直刺1寸，阳陵泉直刺1.5寸，施捻转平补平泻1分钟；太溪直刺0.8寸，神门直刺0.5寸，施捻转补法1分钟；留针20分钟。

湿热下注：肾俞、膀胱俞直刺1寸，施捻转补法1分钟；足三里、三阴交直刺1.5寸，施捻转平补平泻1分钟；丰隆直刺1.5寸，用捻转泻法1分钟。

（2）耳针疗法：每次选用2~3穴，中等刺激，留针15分钟。

（3）电针疗法：中极直刺1.5寸，施捻转补法，使针感传至前阴，2~3分钟后出针。次髎直刺3~4寸，施提插补法1分钟，针感传至前阴或会阴部；余穴用捻转平补平泻，使针感向远处扩散，然后加电刺激，电极接同侧肾俞、次髎二穴，刺激量由小到大，至病人能耐受时为止，留针20分钟。

（4）穴位注射：维生素B_1 1ml或丙酸睾丸素5mg。每次选1~2穴，每穴以注射针刺，得气后推入维生素B_1 0.5ml或丙酸睾丸素2.5mg。

（5）穴位敷贴：制法先将乌附子挖去内部成一空壳，将挖出的附子末和其他3味药混合粉碎为末，过筛，填入附子壳内，用好酒250ml，放锅内，入附子加热，用文武火煎熬至酒干，将附子取出，和蜈虫混合，捣融如膏。取药膏如黄豆大一块，放穴位上，上盖纱布，胶布固定。

4. 疗程

（1）经穴刺法：每日1次，10天为疗程，连续治疗3~5疗程。

（2）耳针疗法：每日或隔日1次，或作耳穴皮内埋针，隔日更换1次。

（3）电针疗法：每日1次，10天为疗程，连续治疗3~5疗程。

（4）穴位注射：每周注射2~3次，4周为1疗程。

（5）穴位敷贴：每3日更换1次，10天为1疗程。

【配方理论】

阳痿即中医学所称“阴痿”、“筋痿”，是男科性功能障碍的常见病之一，大多数为功能性，多由大脑皮质或脊髓中枢功能紊乱，性神经衰弱所致。针灸对精神性阳痿有确实的

疗效。从文献报道资料看，有效率达90%以上，临床研究证实：针灸可以调节大脑皮质或脊髓中枢的功能，调节性神经功能，提高性神经的兴奋性，改善性神经的抑制状态。

石学敏教授依据中医学辨证论治大法，针对其病因病机，在采用益肾培元的同时，调神安志，疏导气机，并授以必要的常识，配合心理治疗。在治疗中因人而宜地进行心理调整，解除患者焦虑情绪，消除恐惧心理，使之与医生密切合作，这是治疗成功的前提。针灸配穴中取命门、关元、中极以温补肾阳，培元固本，使元气得充，肾气壮盛；心俞、神门可调神导气，令气易行，以意通经，此本于“凡刺之法，先醒其神”之理。三阴交为三阴经之会穴，可滋阴补肾，益肾填精。在施用针法时更注重针感传导及手法量化指标，在针刺关元、中极等穴时，应重视针刺手法的运用，使针感沿着经脉的循行路线达前阴、阴茎、龟头部，这是获取疗效的关键。因此，针灸治疗性神经衰弱所致阳痿有其独到之处。

【验案举例】

黄某，男，31岁，工人。初诊日期：1981年8月4日。

主诉：阳痿1年。

病史：患者婚后房事不节，欲纵过度，则经常腰酸乏力，四肢发凉，致阳痿，不能同房，自服大量补肾药物未见显效，使患者紧张不安，疑虑重重，每因同房时，阴茎不能勃起而失败，特来我门诊求治，接受针灸治疗。

查体：精神尚好，面色萎黄，时有心悸，失眠，腰酸乏力，舌质淡，苔薄白，脉沉细。心肺正常，肝脾未触及，前列腺检查正常。

印象：①中医：阳痿；②西医：性神经衰弱。

辨证：患者因房室不节，放纵无度而致肾阳不足，肾之精气衰退，表现出腰膝酸软，神疲乏力，肢冷，阳痿不举。日久用心过度，积虑成疾，暗耗心脾，乃致心脾气血虚弱，症见心悸、失眠，忧虑重重，怵惕不安。

治则：调神安志，温补肾阳。

选穴：内关、水沟、中极、三阴交、秩边透水道。

操作：内关，直刺1寸，施提插捻转泻法；水沟，斜刺3分，施雀啄泻法，令眼球湿润为度。余穴同前。

治疗经过：上穴日针1次，5次治疗阴茎即能勃起，但不能持久，继针4次后，阴茎勃起坚而有力，性交成功。改隔日1次，7次巩固治疗痊愈。

四十五、早泄（性功能障碍）

早泄是男性性功能障碍最常见的一个症状。其发病与年龄无明显关系，成年男性均有可能发生本病证。目前认为本病的发生大多数为精神因素所致，少数为器质性因素引发。本节主要介绍功能性，即精神心理因素所致者。由于精神心理因素导致射精反射失控，性交时间缩短导致早泄。中医将本病归为“鸡精”病范畴。中医学认为本病的形成主要为心、肝、肾功能失调所致，与先天不足，房事不节，情志所伤，湿热流注诸因素有关。现

代医学关于本病的形成原因，目前还不十分明确，一般认为早泄患者大多数有共同的病史，即初次性交或手淫是在极其紧张、恐惧的环境下进行的，结果建立了快速射精的习惯。以后即使在较为松弛的环境中也改变不了快速射精的习惯。针刺治疗本病主要在于补肾摄精，清利湿热。石学敏教授在治疗本病时，注重抓住本病的关键在于精神神经因素，因而在常规治疗的同时，注意疏理气机，调神安志，以增强疗效。

【临床表现】

早泄是指男女性交时，男子的阴茎尚未与女方接触；或刚接触女方外阴或阴道口；或阴茎虽进入阴道，但在很短时间内即发生射精，随后阴茎萎软，不能正常维持性生活的一种病证。

【鉴别诊断】

1. 遗精

遗精是在没有性交、手淫或其他性刺激的情况下射精，其有生理性与病理性之分。临床有时早泄与遗精并见。

2. 精浊

尿道口常有薄水样分泌物或较厚的乳白色黏液，尤以清晨明显；大便时，尿道口有白色黏液流出，此多见于慢性前列腺炎，往往同时伴有排尿异常及局部症状，放射痛及性功能障碍等。

3. 鉴别

注意精神性早泄与器质性早泄的鉴别，精神性早泄的首次性交或手淫常在仓促中完成，后者无特殊；对性的认识前者有错误的理解，后者基本正常；心理状态上前者往往有恐惧、焦虑、自卑等，后者基本正常；早泄发生的特点，前者时轻时重，随情绪及体力状态而有所变化，而后者病情逐渐加重，或从未有过正常的性生活。

【治疗规范】

1. 治则

以益肾固精，调神止泄为主。根据临床表现辨证分为四型。肾气不固型宜培补肾气。阴虚火旺型宜滋阴降火。心脾两虚型宜补益心脾。肝经湿热型宜清肝利湿。

2. 配方

（1）经穴刺法

①主穴：肾俞、关元、中极、上星、印堂。

②辅穴

肾气不固：命门、太溪、三阴交。

阴虚火旺：复溜、太溪、三阴交。

心脾两虚：心俞、脾俞、足三里、神门。

肝经湿热：三阴交、阴陵泉、丰隆、太冲。

（2）耳针疗法：取肾、精宫、神门、内分泌等。

（3）穴位注射：取穴关元、中极。

（4）按摩疗法：取穴关元、气海、中极、肾俞。

3. 操作

（1）经穴刺法

①主穴：肾俞，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，不留针；关元，直刺1.5寸，中极，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，针感向阴部放散；上星，沿皮斜刺1寸，施捻转平补平泻30秒；印堂，向鼻根斜刺0.3寸，施雀啄泻法30秒，诸穴留针20分钟。

②辅穴

肾气不固：命门，直刺1寸，施捻转补法1分钟，不留针；太溪，直刺0.8寸，三阴交，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟，加灸，或独用灸法。诸穴留针20分钟。

阴虚火旺：复溜，直刺0.8寸，太溪，直刺0.8寸，三阴交，直刺1.5寸，施捻转补法1分钟；留针20分钟。

心脾两虚：心俞，直刺1寸，脾俞，直刺1.5寸，足三里，直刺1.5寸，神门，直刺0.5寸，施捻转补法1分钟，留针20分钟。

肝经湿热：三阴交、阴陵泉，直刺1.5寸，施捻转平补平泻1分钟；丰隆，直刺1.5寸，太冲，直刺1寸，施捻转泻法1分钟；留针20分钟。

（2）耳针疗法：每次选穴2~3穴，用皮内针埋藏，或王不留行子贴压，每天按压贴压耳穴3次，每次每穴按揉30秒。

（3）穴位注射疗：用维生素B_1 50mg或黄当归注射液2mg。

（4）按摩疗法：患者每晚临睡前用手指按压关元、气海、中极、肾俞等穴，并用双手依次揉按足内、外踝下后方、足心涌泉及大趾趾，亦可按顺时针方向旋转两足大趾趾各10次。或用按摩器，或自身按摩阴茎，每次30分钟。

4. 疗程

（1）经穴刺法：每日1次，10天为1疗程，连续治疗3~5个疗程。

（2）耳针疗法：每日针1次或以王不留行子贴压，3~5天更换1次，10天为1疗程。

（3）穴位注射：隔日1次，10次为1疗程。

【配方理论】

早泄即性交时男子阴茎尚未进入女性阴道，即已经射精；或刚刚性交便发生射精。《沈氏尊生书》曰："未交即泄，或乍交即泄。"即为此意。早泄在一定时间内表现为勃起迅速，射精过早、过快，因而影响性生活，影响男女双方的性满足，有的影响生育，如果长时间得不到正确治疗，可导致阳痿。本病的发病机理多由疏泄失常，约束无能；或肾虚封藏失职，固摄无权所致，临床以肝经湿热、阴虚火旺、肾气不固、心脾虚损为常见。西医认为早泄的发生，主要与精神因素有关，如精神过度紧张，情绪过分激动，恐惧性交不能成功及身体疲劳、精力不足，或长期手淫，引起神经衰弱等，而针刺治疗本病有其明显

优势，针刺不仅补肾固精，滋阴清热，补益心脾，清利湿热，而且可以调神定志，疏导气机，调节性神经功能，改善不良情绪，减轻心理压力，使性功能恢复正常，提高性生活质量。

四十六、石淋、血淋（肾结石）

肾和输尿管结石是常见的疾病，任何年龄均可发生，但多在20～50岁之间发病，男性多于女性。多出现突发性肾区绞痛，在疼痛发作期间或发作后出现不同程度的血尿。中医学将其归属于“淋病”范畴，并有石淋、血淋之分。一般以尿中有砂石、尿道刺痛窘迫者为石淋；以尿色紫红，甚至夹有血块，疼痛满急加剧者为血淋。本病病位在膀胱与肾，且与肝脾有关。多因湿热蕴结下焦，膀胱气化不利而致。病初多为实证，若病延日久，热郁伤阴，湿遏阳气；或阴伤及气，可导致脾肾两虚，膀胱气化无权则病证从实转虚，而见虚实夹杂。针刺治疗本症，可促进局部血液循环，缓解平滑肌、括约肌痉挛，减轻结石下移，排出体外。因此，这种治疗方法对减轻患者的痛苦，消除患者的症状有着较为积极的治疗意义，较之其他治疗方法，方便、快捷、有效，不失为治疗泌尿系结石首选的重要治疗方法之一。

【临床表现】

突发性肾区绞痛，呈刀割样痛，从腰部开始，沿输尿管向下放射至膀胱，痛呈阵发性，一般持续数分钟，亦可长达数小时，并有恶心、呕吐，有时病人面色苍白，大汗淋漓，呈虚脱状态，疼痛发作期间或发作后出现不同程度的血尿，排尿常因有砂石而中断，变换体位后排尿能畅通。舌红，苔薄黄，脉弦或弦数。

【鉴别诊断】

临床上导致腰痛的疾病很多，但肾结石所致的腰痛应注意与以下疾病相鉴别：

1. 急性或慢性肾炎

急性或慢性肾炎发作时均可以出现血尿，重者呈肉眼血尿，但无典型肾区绞痛，尿液中除红细胞外，还有蛋白质、白细胞和各种管型。并应根据病程的长短区分出急性或慢性肾炎。

2. 肾结核

少数无痛性血尿的肾结石须与肾结核相区别。二者虽只一字之差，但从症状、治法上却差之千里，特别应提起医者注意。

肾结核发病过程比较缓慢，早期常无特殊不适，只在尿常规检查时发现异常，多呈“终末血尿”，少数患者可呈大量全程血尿，血尿和尿频对本病的诊断相当重要，同时伴有不同程度的全身性中毒症状，如微热、盗汗、贫血等。

3. 肾肿瘤

少数无痛性血尿的肾结石须与肾肿瘤相区别，肾肿瘤临床上比较少见，40～60岁发病率最高，早期无特殊症状，典型症状为血尿、腰痛与腰部肿块三大主症，常以血尿为首发

症状，腰痛多为持续性钝痛，有时可因血块通过输尿管引起剧烈的肾绞痛，注意与肾、输尿管结石相区别。

4. 运动后血尿

有时健康的运动员，在剧烈运动后可以出现血尿，特点为经休息后肉眼血尿很快转为镜下血尿和恢复正常，除血尿外自觉良好，无肾脏疾病的表现。

5. 急性阑尾炎、胆石症

有时不典型的右侧肾、输尿管结石的临床表现与胆石症和急性阑尾炎相似，甚至误诊，在临床上应仔细加以区分，以明确诊断，对证治疗。

【治疗规范】

1. 治则

通淋排石，实则清利，虚则补益。

2. 配方

以足太阳膀胱经和足阳明胃经及背俞穴为主。重点取膀胱俞、肾俞、三焦俞、次髎、中极、秩边透水道等。

3. 操作

患者采取俯卧位，医者对膀胱俞、肾俞、三焦俞、次髎采取直刺针法，提插泻法。中极直刺 1 寸，提插泻法，令触电感达到前阴。秩边透水道，侧卧位进针 3～4 寸，令触电感到达前阴。留针 30～40 分钟，观察排石。

4. 疗程

每日针刺 2 次，10 次为 1 疗程；肾绞痛发作时，随时针刺，该组腧穴有很好的镇痛、排石的疗效。

【配方理论】

膀胱俞配中极为俞募配穴法，治疗膀胱本腑疾病。肾俞、次髎、三焦俞通利水道，秩边透水道通淋排石。

尿路中段结石，针肾俞、三焦俞、京门、天枢、气海，均施提插泻法。尿路中下段结石，针肾俞、次髎、膀胱俞、中极、水道，均施提插泻法。结石导致腹部急痛者，水沟用重雀啄手法，至眼睛流泪为度。

【验案举例】

张某，男，39 岁。2004 年 4 月 25 日初诊。

主诉：患者阵发性右腰腹绞疼病史半年，加重 1 个月。

病史：患者平素喜食肥甘之品。半年前突然出现右腰腹绞痛，并向少腹、阴茎放射，经 X 线检查显示：右肾区有 2 处 1cm×0.6cm 的结石阴影，曾住某院中西药治疗，效果不显，且疼痛时轻时重，发作较频繁，特来我科就医。现精神弱，面容痛苦，面色㿠白，舌质淡，苔白微腻，脉沉细。心肺正常，肝脾未触及，腹部微膨，轻度胀气，右上腹及中腹

部有轻度压痛，右肾区有轻叩痛，血压 130/80mmHg。尿常规：蛋白（+），红细胞（+），白细胞（+）。血常规：白细胞 10.2×10^{12}/L，嗜中性粒细胞 75%。X 线结果：右肾区有两处 1cm×0.6cm 结石阴影。

印象：①中医：石淋；②西医：肾结石。

辨证：患者平素喜食肥甘，酿湿生热，病延日久湿热注于下焦，膀胱气化不利，清浊不分，熬煎成石，故见小便艰涩疼痛，腹痛，舌淡苔白微腻，脉沉细。

治则：清利湿热，通淋化石。

选穴：中极、膀胱俞、关元、京门，局部围刺。

操作：中极，直刺 1.5 寸，施捻转泻法，令麻电感向会阴放散；京门，直刺 1.5 寸，施捻转平补平泻法，局部酸胀为度；关元，直刺 2 寸，施呼吸泻法，令酸胀感向少腹部放散；膀胱俞，直刺 1.5 寸，施捻转提插泻法，令过电感向前腹部放散；局部围刺，沿输尿管及结石部位围刺 5～6 针，均直刺 1 寸，施捻转平补平泻法。

治疗经过：上穴日针 1 次，留针 1 小时，中间做手法 2 次，经 4 次治疗疼痛减轻，发作次数亦减少，7 次后复查 X 线显示：结石移位至输尿管中上 1/3 处。11 次治疗后疼痛基本消失，改隔日针 1 次，7 次后尿中排出结石 2 块，直径约 0.4cm×0.8cm，表现凹凸不平，不光泽而质脆。为巩固疗效，继针 3 次，诸证消失，血尿常规复查均正常，X 线未见结石阴影，临床治愈。

四十七、遗尿（夜尿症、神经性尿失禁、尿崩症）

遗尿又称“遗溺”，包括现代医学的夜尿证，神经性尿失禁，尿崩症等。本节我们将分别介绍各自的临床症状、针灸配方。关于本病的成因，中医学认为：与先天不足、脏腑功能失调，尤其是肺、脾、肾功能失调有关。现代医学认为：夜尿症是由于神经系统发育不全或排尿训练不够，条件反射不完善所致，多为功能性改变。神经性尿失禁，是由于逼尿肌强直性痉挛，膀胱内压超过括约肌收缩所致，多见于脑血管病和脊髓损伤。尿崩症是由于抗利尿激素分泌不足或肾脏对血管加压素反应缺陷而引起的以多尿、低比重尿为特征的一组症候群。针刺在促进神经系统发育、缓解逼尿肌强直性痉挛方面效果显著，能够从根本上调整脏腑功能，促进排尿功能的恢复。

【临床表现】

夜尿症：3 岁以上儿童，入睡后不自主地排尿于床上，醒时能控制排尿。

神经性尿失禁：不自主地经常性滴尿，多继发于脊髓排尿中枢以上部位的中枢神经病变，如全阴部感觉减退，肛门括约肌松弛，反射性膀胱海绵体肌反射亢进。

尿崩症：多尿、烦渴、多饮、低比重尿和低渗尿、夜尿显著，尿量比较固定 >4l/d。

【鉴别诊断】

1. 夜尿症与尿失禁的鉴别关键在于，尿失禁的尿液失去控制，与睡眠无关。
2. 原发性多饮有时很难与尿崩症相鉴别。由于长期大量饮水，导致低渗性多尿与尿

崩混淆，不同点在于原发性多饮常无夜间多尿，可以资鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

益肾固摄。

2. 配方

肾俞、膀胱俞、关元、中极、百会、三阴交。

脑血管病所致神经性尿失禁加刺内关、水沟以醒脑开窍。脊髓损伤所致神经性尿失禁加刺华佗夹脊穴。

3. 操作

肾俞、膀胱俞，直刺 1～1.5 寸，施捻转补法 1 分钟；关元、中极，直刺 1～1.5 寸，施呼吸补法 1 分钟，令酸胀感放射至前阴，针后加灸；三阴交，直刺 1 寸，百会，斜刺 0.5 寸，施捻转补法 1 分钟，留针 20 分钟；内关，直刺 1 寸，提插捻转泻法 1 分钟；水沟，雀啄泻法，眼球湿润为度；华佗夹脊刺，在棘突旁开 5 分处进针 1～1.5 寸，施平补平泻手法。

4. 疗程

1 个月为 1 个疗程，一般治疗 1～2 个疗程。

【配方理论】

中医学对本病早有记载，如《素问·宣明五气论》："膀胱不约为遗尿"，"肝所生病者遗尿"。以后，《诸病源候论》对此又进行了较详细的阐述："遗尿者，此由膀胱虚冷不能约水故也。膀胱为足太阳，肾为足少阴，二经为表里。肾主水，肾气不通于阴，小便者水液会余也，膀胱为津液之腑，脏既虚冷阳气衰弱，不能约于水，故令遗尿也"。明·张仲景则明确指出："日睡中遗阴者，此下元虚寒，所以不固"。

石学敏教授认为：本病的发生多于脾、肾、膀胱的功能失调有关，在八纲辨证多属虚寒性病变。故在治疗中提出温补脾肾，益气固摄的原则。在针刺手法上掌握以"温补"为主，根据"任为阴脉之海，总任一身之阴"的理论，主要选用任脉和三阴经的穴位，以补元气、培肾气、益脾气，使三焦气化通调膀胱功能恢复，以达到控制尿液，约束有权的效果。

【验案举例】

刁某，女，8 岁学生。初诊日期：1981 年 3 月 1 日。

主诉：经常尿床 6 年余。

病史：自幼夜间梦中遗尿，每夜 1 次，熟睡难醒。冬天尤甚，为此晚上家长不让孩子饮水，但仍不能控制尿床，曾服用中西药无显效，故来我门诊就医。

查体：精神好，面色㿠白，两目有神，舌质淡，苔薄白，脉沉细，心肺正常，肝脾未触及，体温 36.9℃。

印象：①中医：遗尿；②西医：夜尿症。

辨证：患者幼稚之年，禀赋素弱，任督未充，又因夜卧失慎，踢被蹬褥，足心受寒，致肾阳不足，下元虚寒，使闭藏失职，膀胱约束无权，则小便自遗而不知，舌质淡，苔薄白，脉沉细为气血虚弱之象。

治则：温肾固摄，通调任督。

选穴：关元、百会、三阴交、肾俞。

操作：关元，直刺1.5寸，施呼吸补法，令酸胀感放散至前阴部，针后加灸；百会，斜刺0.5寸，施捻转平补平泻法；三阴交，直刺1.5寸，施捻转提插补法，令酸胀感向足部放散或沿经脉上行；肾俞，直刺1.5~2.5寸，施捻转补法，令酸胀感向腹部放散。诸穴均施手法1分钟。

治疗经过：上穴日针1次，2次治疗后，尿床次数减少，5次治疗后已不尿床，继针7次以巩固疗效，遗尿痊愈，半年后追访，一直未犯。

四十八、淋证（泌尿系感染、泌尿系结石、前列腺病变）

凡小便频数短涩淋沥，小腹尿道刺痛或胀痛，称为淋证。根据症状的不同，一般分为热淋、石淋、气淋、血淋、膏淋5种，相当于现代医学的泌尿系感染、泌尿系结石、肿瘤、结核、前列腺疾患及乳糜尿等病种。本节我们主要介绍泌尿系感染、泌尿系结石、前列腺病变的针灸配方。关于本病的成因，中西医的认识比较接近。中医学认为：外感湿热或脾湿郁热下注，湿热蕴结，均可致本病。现代医学认为：与泌尿系炎症或机械性刺激，造成泌尿系黏膜的直接损伤有关。针刺治疗本病具有迅速止痛、消炎、排石、止血、止淋的良好疗效。

【临床表现】

1. 泌尿系感染

小便频急不爽，量少，色黄混浊，尿路灼热刺痛，小腹坠胀疼痛或腰痛，或伴有恶寒发热。

2. 泌尿系结石

小腹及尿道胀痛刺痛，排尿常因有砂石而中断，变换体位常能畅通。尿色多无变化，如因感染或砂石刺伤络脉，则尿中带血。

3. 前列腺病变

小腹及会阴部痛胀不适，排尿乏力，小便断续甚则点滴而下，尿意频频，腰酸神疲。

【鉴别诊断】

尿频、尿急、排尿痛是淋证的特有症状，但各疾病间又有其各自的特殊症状，因此临床上应认真加以鉴别。

1. 肾结核

尿频、尿急、尿痛、血尿、腰痛、发热等症状与泌尿系感染相同，其主要鉴别点在

于，肾部X线可见结核病灶，尿结核培养及尿PCR检测常为阳性。

2. 慢性肾小球肾炎

如有浮肿、大量蛋白尿则鉴别不难。但泌尿系感染的肾盂肾炎尿蛋白量一般在1～2g/d以下，若大于3g则多数为肾小球病变。但本病与隐匿性肾炎较难鉴别，后者尿常规中有较多红细胞，而泌尿系感染则以白细胞为主。

3. 前列腺炎

50岁以上的男性因有前列腺增生，肥大，易得此病。急性前列腺炎恶寒发热伴腰及会阴部疼痛，尿频、尿痛，尿液检查有脓细胞，与急性泌尿系感染易相混淆，其鉴别点在于B超显示的前列腺改变和前列腺液检查白细胞数>10/HP。

4. 泌尿系肿瘤

其特点是无痛性血尿，无明显尿频、尿急症状。其诊断主要依靠影像学检查，如腹部X线平片，泌尿系B超，CT或核磁共振，膀胱镜和尿液细胞学检查也可以资鉴别诊断。

【治疗规范】

1. 治则

疏利膀胱，通淋止痛。

2. 配方

（1）经穴刺法

膀胱俞、肾俞、三焦俞、次髎、中极、秩边透水道。

发热加刺合谷、外关；结石加刺委阳、然谷；尿血加刺血海、三阴交；排尿困难加刺气海、关元，可针后加灸。

（2）电针疗法：于上述针刺穴位中每次选取2个穴位，进行电脉冲刺激。

（3）耳针疗法：膀胱、肾、交感、枕、肾上腺。

3. 操作

（1）经穴刺法：膀胱俞、肾俞、三焦俞、次髎，俯卧位直刺，提插泻法；中极，提插泻法，令麻电感达前阴。秩边透水道，侧卧位进针3～4寸，令麻电感到达前阴。

（2）电针疗法：每次选取2个穴位，用脉冲电针仪通电10分钟，止痛效果好。

（3）耳针疗法：用0.5～1寸毫针强刺激，每次2～4穴，留针20～30分钟，对于疼痛明显者有速效。疼痛缓解后可改用王不留行子穴位按压。

4. 疗程

针刺、电针每日2次；耳针每日1次；15天为1疗程。

症状改善后，针刺、电针可每日1次；耳针或耳压隔日1次，连续治疗1个月。

【配方理论】

淋证是临床多发病种之一，该病见于《金匮要略·消渴小便不利淋症》，其云：“淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中”。生动地描述了淋证的特征。就其病机《金匮要略·五脏内塞积聚病脉证》篇说：“热在下焦者，则溺尿血，亦令淋泌不通”。淋证

的治法古有忌补之说，如《丹溪心法》就有“气得补而愈胀，血得补而愈涩，热得补而愈盛”之戒。但石学敏教授认为：本病初起多为实热，治宜通利，忌用补法；后期多虚或虚中夹实，治宜兼用补法；若脾虚气陷应补脾益气，肾虚元衰当补肾固气，切忌大利大下。通利可局部取穴为主，配合俞募穴中极、膀胱俞以达利尿、排石、定痛、清淋之功。益气固元可用关元，针后加灸以振奋元阳，助气化利排石。总之本证病程有长有短，体质有强有弱，或泻或补，或攻补兼施，须因人而宜，因证而宜，灵活加减，方能获效。

多年的临床研究，为我们针刺治疗淋证提供了理论依据。研究发现针刺能快速解除输尿管痉挛，而缓解疼痛，能使输尿管蠕动波幅增大，随着针刺强度的增加，输尿管蠕动波幅再度增大，尿流量亦随之增多，从而达到止痛、利尿、排石作用。

【验案举例】

案一　张某，男，18岁，学生。入院日期：1982年1月29日。住院号：11459。

主诉：发热、尿痛、尿频、尿急6天。

病史：患者于1982年1月6日患感冒，身热发热，当晚即感尿痛，尿频，尿急，在卫生院予庆大霉素、四环素等药物治疗，3天后好转。于1月23日再次出现尿痛，呈烧灼样刺痛。次日到总医院就医，诊断为“膀胱炎”，仍予庆大霉素治疗，症状无好转，小便呈赤黄色，尿痛，尿急，身热，体温37.8℃，小腹疼痛，大便不爽。即到我院就诊，经门诊收住院。

查体：精神弱，面色萎黄，舌质红，苔黄微腻，脉滑数。体温37.5℃，咽无红肿，心肺正常，肝脾未触及，腹软，无压痛，肾区无叩击痛。尿常规：蛋白（－），红细胞（10～20个）。尿胆原（＋），胆红素（－），酮体（－）。血常规：白细胞：14.5×10^{12}/L。

印象：①中医：淋证；②西医：泌尿系感染。

辨证：平素喜食肥甘之品，致湿邪内生，蕴久化热，湿热下注膀胱，膀胱气化不利，热伤血络，血热妄行故小便涩痛而赤，舌红苔黄微腻，脉滑数为下焦湿热之象。

治则：清热祛湿，通利膀胱。

选穴：中极、三阴交、内关、太溪、归来、肾俞。

操作：中极，直刺3寸，施捻转泻法，令过电感放散至会阴部或尿道；三阴交，直刺1.5寸，施捻转平补平泻法，局部酸胀为度；归来，直刺1.5寸，施捻转泻法，局部酸胀为度；肾俞，直刺2寸，施提插捻转平补平泻法；太溪，直刺1寸，施捻转补法；内关，直刺1寸，施平补平泻法，均局部酸胀为度。

治疗经过：上穴日针1次，1次治疗后已无尿急现象，夜间小便2次均无疼痛。5次治疗后热退身凉，尿痛，尿频，尿急症状消失，大便通畅。尿常规：正常。1周后出院，告愈。

案二　石某，男，28岁，工人。入院日期：1981年5月6日。住院号：10379。

主诉：尿痛，尿频，尿急1天。

病史：患者于5月5日晚，自觉左腹疼痛，自行按摩后疼痛加剧，汗出，呃逆，呕

吐，随即尿急，尿痛，呕吐物为食物，急来我院就诊，拍腹平片未见异常，并留院观察，5月6日收住院治疗。

查体：精神弱，痛苦面容，舌红苔薄黄，脉弦，心肺正常，肝脾未触及，腹肌紧张，拒按，少腹有压痛，肠鸣存在。尿常规报告：蛋白（±），沉淀白细胞（3～5个），红细胞（7～10个），血常规：白细胞 15.1×10^{12}/L。

印象：①中医：淋证；②西医：急性泌尿系感染。

辨证：少壮气盛且多食肥甘，酿成湿热，注于下焦，致肾气不充，固摄无权，膀胱郁热不清，气机失于宣化，开阖无度，则小溲蓄于膀胱，腐败成疾而见腹痛，尿痛，尿急，舌红苔薄黄，脉弦为湿热内蕴之象。

治则：清热利湿，疏理气机。

选穴：中极、太溪、三阴交、肾俞。

操作：同前。

治疗经过：上穴日针1次，经1次治疗，腹痛明显减轻，3次治疗尿痛，尿急症状消失，继针3次以巩固疗效，排尿正常，腹痛消失，复查尿常规、血常规均正常。

【临证提要】

泌尿系感染多系大肠杆菌侵犯尿路引起尿道、膀胱、输尿管、肾盂和肾脏发炎所致。

中医学将本病归属于“淋证”范畴，多为肾虚湿热蕴于下焦，膀胱气化失常为主要原因，故选肾俞调解肾气，通利水道；太溪益肾水而通其源；中极以疏理膀胱气机；三阴交为足三阴经交会穴，配合诸穴，共奏理三焦，利湿，通淋之功。

四十九、癃闭（神经性尿潴留）

癃者小便不利，闭者小便不通、点滴难下，总称“癃闭”。属现代医学尿潴留范畴。多因中枢神经疾患、周围神经损伤、尿道、前列腺或肛门周围疾患、癔病、结石引起的神经性、反射性、机械性尿潴留。本节主要介绍神经性尿潴留的针灸配方。对于该病的病因，中医学认为：多由肾气虚损、真阳下竭、命火不足，气化不利或瘀血气结，致水道闭遏不通。现代医学认为：与中枢和周围神经系统损伤后，膀胱—尿道神经调节功能失调有关。针刺能够兴奋排尿中枢，而调节膀胱的排尿功能，故临床疗效显著。

【临床表现】

尿液充胀膀胱不得畅利排出，使小腹胀大，膀胱急痛，尿意急迫，坐卧不宁，寝食不安。既往排尿正常，无排尿困难的病史。

【鉴别诊断】

神经性尿潴留是尿潴留中的一种，临床上应与其他原因导致的尿潴留认真鉴别。

1. 无尿（尿闭）

不能排出尿液，似与尿潴留相似。但有急性创伤、灼伤、大手术、大出血、严重感

染、各种休克病史，尿量减少在50ml/d以下，膀胱空虚。

2. 前列腺增生

肿大的前列腺可使后尿道弯曲、受压而引起尿潴留。但其特点是多发于50岁以上的男性，症状缓慢出现，B超显示前列腺体明显增大，可以兹鉴别。

3. 膀胱或尿道肿瘤

肿瘤较大者或肿瘤坏死组织脱落均可发生排尿困难、尿潴留。与本病的鉴别点在于：无痛血尿，缓慢形成，尿液晚落，细胞学检查可发现癌细胞，尿道镜检查可以见到肿瘤组织。

4. 膀胱结石

当结石长期梗阻膀胱出口时，可引起排尿困难，尿潴留。其典型症状是：排尿时尿流突然中断，尿道剧痛，腹平片可显示结石阴影。

【治疗规范】

1. 治则

调神通闭，利尿。

2. 配方

内关、水沟、秩边透水道、中极、归来、关元。

脾肾阳虚者加刺肾俞、脾俞、三阴交；膀胱积热加刺阴陵泉、膀胱俞、复溜。横贯性脊髓损伤或不完全脊髓损伤，在损伤平面上一个椎体行夹脊刺、八髎。

3. 操作

内关，直刺，捻转提插泻法，施术1分钟；水沟，针尖方向刺向鼻中隔，施雀啄手法，以眼球湿润为度；秩边透水道，令患者侧卧位，双腿屈膝，以6寸针向秩边进针，施以迅速的提插泻法透向水道，至麻电感达到前阴及肛门会阴为度；中极、归来，令患者仰卧位，均直刺，施提插泻法，令针感向前阴部放射；关元，直刺，针后加灸，以提插补法得气后，用1寸艾炷置针柄上做温针灸，燃尽为度。

4. 疗程

每日针刺1次，10次为1疗程。

【配方理论】

癃闭又称尿潴留，该病源于《素问·宣明五气》，经曰："膀胱不利为癃，不约为遗溺"。《灵枢·本输》曰："实则闭癃，虚则遗溺，遗溺则补之，闭癃则泻之"。关于本病病机，古人多责之于膀胱，认为："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣"。膀胱气化不利，则小便不能排出。故治疗上多以通为主。多年的临床研究认为，针刺治疗癃闭的通利作用表现在：①针刺能够直接引起膀胱收缩并增加收缩力；②针刺对下丘脑后部及延髓网状结构排尿中枢有一定的影响，可引起下丘脑后部及延髓网状结构单位放电频率增加，随后发生膀胱反应，表明针效是通过排尿中枢而实现的；③针刺可使桥脑排尿中枢单位放电和膀胱压力增加，通过兴奋桥脑排尿中枢来调节膀胱的功能。

石学敏教授认为：对本病的治疗，应强调对病机的认识，不能仅仅着眼于膀胱，而是要从整体出发，从对本病起主导作用的因素出发，神不导气是本病的关键。神者，五脏六腑之大主，治癃闭当首先调神，立意在于使元神之府——脑或脊髓指挥排尿的功能恢复正常运转，主明则下安矣。故首取内关、水沟以醒脑调神。秩边透水道，取膀胱经俞穴以治本脏腑；中极、归来分别为任脉与足阳明胃经之穴，以建中州，利水，通便；关元为人身元气之根，补元气、助气化、利小便，九穴合用，标本兼治，疗效立竿见影。实践证明，针刺是治疗癃闭的快捷有效方法。

【验案举例】

案一　杨某，男，58岁，教师。初诊日期：1980年6月1日。

主诉：小便不通3天。

病史：患者有喘息性支气管炎8年余，经常服用激素类及抗生素等药，病情发作随气候变化而时轻时重，3天前突然小便不通，少腹膨胀，伴咳嗽气急。经按摩、针刺无效，某院准备行导尿术，患者执意不肯，特请我科会诊。

查体：抬入诊室，痛苦面容，呻吟不止，面色无华，呼吸气粗，舌质淡，苔薄白，脉弦滑，心脏正常，双肺呼吸音粗，可闻及干啰音，肝脾未触及，腹膨癃，轻度压痛，膀胱充盈，前列腺触诊明显增大，表面光滑，质硬，血常规：白细胞数9.2×10^{12}/L。

印象：①中医：癃闭，哮喘；②西医：前列腺肥大，支气管哮喘。

辨证：患者宿疾喘咳，日久不愈乃伤肺气，肺主宣降，为水之上源，肺气失肃，水道通调不利，治节无权致膀胱气化失调则出现小便不通。

治则：宣通肺气，通利水道。

选穴：列缺、尺泽、天突、丰隆、中极、膀胱俞。

操作：列缺，向肘斜刺1寸，尺泽，直刺1寸，均施提插捻转补法，令酸胀或放电感时向肘、臂放散为度；天突，先直刺进针0.3寸，改向下沿胸骨后缘直刺1.5寸，施捻转泻法，令咽部有胀感；丰隆，直刺1.5寸，施平补平泻法；中极，直刺1.5寸，施捻转泻法，令酸麻感向会阴部放散为度；膀胱俞，直刺1.5寸，施提插捻转泻法。

治疗经过：上穴针后，留针40分钟，其间做手法1次，1次治疗后咳喘大减，起针20分钟后小便排出，癃闭解除，巩固治疗5次诸症基本消失。

案二　钱某，男，63岁，工人。初诊日期：1981年7月4日。

主诉：小便困难3天。

病史：平素胃脘不适，纳呆，乏力，某院曾诊断为“胃黏膜脱垂”。近3天来突然小便困难，点滴而出，伴小腹坠胀，牵及腰府，经服中西药效果不显，特请针灸治疗。

查体：精神疲惫，痛苦面容，舌质淡，苔薄白，脉沉细，心肺正常，肝脾未触及，少腹膨隆，稍有压痛，指检示前列腺肥大。

印象：①中医：癃闭；②西医：前列腺肥大。

辨证：患者平日纳呆，乏力因脾气素虚而耗伤中气，中气不足脾运不健，清阳不升，

浊阴不降，气虚乏力则无力排尿，故小便不通，舌质淡，苔薄白，脉沉细为气虚之象。

治则：补中益气，通利小便。

选穴：中脘、脾俞、足三里、中极。

操作：中脘，直刺2寸，足三里，直刺2寸，均施捻转提插之补法，令酸胀感向四周扩散，施捻转补法。余穴同前。

治疗经过：上穴日针1次，留针1小时，其间行手法2次，1次针后小便出，但不畅。3次后小便正常，改隔日1次，继针5次，胃部舒适，食欲增加，精神振奋，告临床治愈。

五十、男性不育（精子异常）

凡生育年龄的夫妇，婚后同居2年以上，未采取避孕措施而未受孕，其原因属于男方者，称男性不育症。男性不育症可分为绝对不育症和相对不育症，绝对不育症指有先天或后天解剖生理缺陷；相对不育症指因某种原因使男性生育能力降低，致使女方不能受孕，但仍有受孕的可能。精子的质或量的异常是导致男性相对不育症的重要原因。

据统计，男性不育症占所有不孕症的35%～50%左右。

【临床表现】

婚后同居2年以上，未采取避孕措施而未受孕，其原因属于男方者即为男性不育症，经精液检查（宜停止性生活5～7天，再行检查），出现阳性者即为本病。其阳性表现为：

（1）无精子：经3次以上检查均未发现精子。

（2）精子稀少：经多次检查精子数均在0.6×10^{8}/ml以下。

（3）精液不液化：正常精液排出体外30分钟左右液化，若排出1小时不液化即属病态。

（4）死精子过多：死精子超过40%。

（5）精液量少：每次排精量若小于2ml，则不足以稀释阴道的酸性分泌物，可影响生育。

【鉴别诊断】

1. 男性绝对不育症

男科检查发现患者的睾丸、附睾、输精管及外生殖器有先天异常，或后天不可弥补的器质性改变，中医称作“五不男”，即为绝对不育症。

2. 可治疗的器质性不育症

如阴囊内有精索静脉曲张及鞘膜积液，或指肛检查前列腺有急慢性炎症，为可治疗的器质性不育症。与本节所论病因病机不同，治疗方法亦异，须注意鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

补肾壮阳，或滋养肾阴，或补益气血。

2. 配方

（1）补肾壮阳法：命门、关元、大赫、气海、足三里。治疗肾阳虚惫所致不育症，兼腰膝酸软、性欲低下、阳痿早泄、遗精尿频、头晕目眩、精液稀少、精子量少、活动力差，并兼见面色㿠白、畏寒肢冷、舌淡苔白、脉沉迟。

（2）滋养肾阴法：肾俞、关元、气海、精宫、三阴交、太溪。治疗肾阴虚损所致精子量少、活动力差、精液黏稠、不育、兼腰膝酸软、五心烦热、虚烦不眠、舌红少苔、脉细数。

（3）补益气血法：关元、气海、脾俞、胃俞、肾俞、足三里、三阴交。治疗气血亏虚所致面色萎黄、少气懒言、形体衰弱、心悸失眠、头目眩晕、纳呆便溏、精液量少、精子不足、活动力差、舌淡苔薄、脉沉细无力。

3. 操作

（1）补肾壮阳法：命门，直刺进针 1～2 寸，施提插补法 1 分钟；关元、大赫、气海均为腹部穴，进针 1～2 寸；足三里直刺，进针 1.5～2 寸，施捻转补法 1～2 分钟。

（2）滋养肾阴法：肾俞，向脊柱方向斜刺，进针 1～2 寸，施捻转补法 1 分钟；关元、气海，均直刺，进针约 1.5 寸，施提插补法 1 分钟；精宫，直刺进针 2 寸，施提插补法 1 分钟；三阴交、太溪，均直刺，三阴交，进针 1 寸，太溪，进针 0.5 寸，均施捻转补法 1 分钟。

（3）补益气血法：关元、气海，刺法同前；脾俞、胃俞、肾俞，均向脊柱方向斜刺，进针约 1.5 寸，施捻转补法 1 分钟；足三里、三阴交，均直刺，进针约 1～2 寸，施捻转补法 1 分钟。

4. 疗程

每日针刺 1 次，10 次为 1 疗程，一般治疗 2～3 个疗程。

【配方理论】

西医将男性不育症按病因归纳为 3 类，即性功能障碍，精液异常，先、后天器质性病变等。其中以性功能障碍和精液异常所致的男性不育症最多。故针灸所治的男性不育症多指性功能障碍及精液异常而言。中医治疗该病宜据具体情况辨证选穴，以虚证为主，一般可分为肾阳虚、肾阴虚、气血不足。肾之阴阳不足，故取命门、肾俞、关元、气海、精宫、大赫、三阴交、太溪等穴补养肾之阴阳。若气血不足，体质虚弱，后天之气亦虚者，宜取关元、气海、脾俞、胃俞、肾俞、足三里、三阴交等穴先后天同补。

五十一、针刺抢救中枢性呼吸衰竭

中枢性呼吸衰竭指因颅脑疾患或对中枢神经有影响的疾病或药物中毒等，致呼吸中枢发生功能障碍而引起的呼吸衰竭。中医学属中风“脱证”范畴，病属气脱元阳。现代医学认为其致病原因多为感染如脑炎、脑膜炎等，颅脑非感染性疾病如脑血管意外、颅脑外伤、脑瘤等可致脑水肿和脑疝的疾病。这些疾病，不同程度地损害了中脑、桥脑、延髓等

部位，从而出现呼吸衰竭的危象。石学敏教授采用针刺方法在治疗原发病的同时，改善了肺部的通气功能，临床收到了较理想的效果。

【临床表现】

神志障碍，肢体运动功能障碍，呼吸频率的改变及呼吸节律不规则。

【鉴别诊断】

由于原发病变损害的部位不同，因此其呼吸衰竭的表现形式也各不相同。

1. 干上型

系大脑和皮质—脑干束的弥漫性损害，使大脑对延髓呼吸调节功能发生障碍所致。因此临床上可出现各种类型的异常呼吸，但早期表现为均匀稍深大的过度通气后出现呼吸暂停，呈周而复始地发作，或出现潮式呼吸，此为通气量逐渐增大达到顶峰后又渐次降低，继而出现呼吸暂停。

2. 脑干型

为病变直接侵犯脑干，尤其延髓所致，使呼吸中枢受累，而出现过度呼吸、密集性呼吸、抽泣式呼吸且呼吸道分泌物一般较多。

3. 脑疝型

以呼吸多较深而慢继之呼吸骤停为特点或出现脑干型呼吸特点，并伴有一侧瞳孔的改变。

【治疗规范】

1. 治则

补气固脱。

2. 配方

气舍、内关、水沟。

3. 操作

气舍，取双侧，针 1～1.5 寸，施捻转补法，（连续做手法 3 分钟，5～20 分钟针刺 1 次）；内关，取双侧直刺 1 寸，施捻转提插泻法 1 分钟；水沟，进针 0.1 寸，采用雀啄泻法，以眼球湿润或流泪为度。

【配方理论】

脑卒中的急性期，常因并发中枢性呼吸衰竭而导致患者死亡。石学敏教授采用醒脑开窍法针刺内关、水沟治疗原发病，而气舍为气之所舍与气冲相应，是肺张气足之标界，其位置恰在膈神经上，刺后有增加肺之呼吸动度与提高肺活量之效，从而达到补气固脱的作用。

【验案举例】

高某，男，67 岁，工程师。入院日期：1987 年 2 月 24 日。住院号：21765。

主诉（家属代述）：脑出血 8 天。

病史：患者于1986年12月30日，因右半身不遂伴语言謇涩1天，住我院观察室观察。1月6日并发脑出血，经降颅压等治疗，病情趋于稳定。2月14日转入病房，行针灸等治疗。21日晚10时，精神萎顿，出现上消化道出血，22日凌晨伴发出血性休克，经予输血、升压等治疗脱险。上午8时进入昏迷状态，经脱水、升压等多方抢救至24日，病情急剧变化，呼吸50次/分钟，血压65/30mmHg，心率128次/分钟，考虑脑出血、中枢性呼吸衰竭、肺感染、贫血等，急予对症治疗和心电监护。27日出现潮式呼吸及呼吸暂停，最长呼吸间歇达25秒，继用中枢兴奋剂等维持。28日上午8时10分，呼吸完全停止，全身大汗，面色紫绀不明显，四肢厥冷，但心搏未停，血压50/30mmHg，进行紧急抢救，急行人工呼吸，并予洛贝林、碳酸氢钠、阿托品等药，未出现自主呼吸，故考虑求助于针灸。

印象：①中医：脱证（气脱，亡阳）；②西医：中枢性呼吸衰竭。

辨证：患者再发中风，阴阳叛离，虚阳散越，神失其位故昏不识人，阳虚不温，气虚不摄故呼吸微弱，良久一息，终止呼吸停止，四肢逆冷，汗出如油皆气脱亡阳亡阴候也。

治则：补气固脱。

选穴：气舍（酌情配水沟、足三里）

操作：气舍取双侧，针1～1.5寸深，施捻转补法，连续做手法至出现自主呼吸为止，然后间断运针，隔5～20分钟1次，每次3分钟。

治疗经过：8时10分开始针刺双气舍穴及足三里，均施捻转补法3分钟后，出现自主呼吸，每分钟约4～6次，继续间断运针，呼吸频率渐加快。约12时，自主呼吸完全恢复正常，抢救成功。以后对中风及其他并发症，对症治疗后，病情平稳，出院疗养。

【临证提要】

脑卒中的急性期，常因并发中枢性呼吸衰竭而导致患者死亡，中医学将其归为中风"脱证"范畴，证属气脱亡阳。目前中、西药抢救效果甚微，而我院自1985年始运用针灸抢救此种病人，初获疗效。

我们所取之气舍穴，为气之所舍，与气冲相应，是肺张气足之标界。其位置恰在膈神经上，刺后有增加肺之呼吸动度与提高肺活量之效，我们临床观察到有"恢复自主呼吸"的作用，是抢救中枢性呼吸衰竭的首要穴位。

□第九章□

外科疾病

一、腹胀（肠梗阻）

肠梗阻是临床常见的急腹症，是由多种不同疾病引起的肠道不同部位的阻塞和阻塞后引起的肠管膨胀，造成液体和电解质丧失，以及腹腔感染和全身毒血症等一系列全身性病理改变。中医学将此病归为“腹胀”、“关格”、“肠结”等范畴，病因多由于饮食不节或暴饮暴食、食物积滞于肠、阻塞肠道、腑气不通或热结于肠；热久伤津、燥屎内结、阻于肠道、肠管气机痞塞；血行瘀结、通降下行功能失常、清浊不分、滞塞上逆而发病。

石学敏教授在对肠梗阻的治疗过程中，注重针刺治疗，并特别指出特定穴配伍的重要性。采用开闭止痛，通利腑气的治疗大法。并提出应严格掌握适应证，临床密切观察病情变化，注意疾病转归，针刺应严格按照手法量学要领实施。

【临床表现】

腹痛、呕吐、腹胀为该病的主要临床表现。腹痛特点以脐周阵发性绞痛或窜痛，腹痛发作时伴有肠鸣或气过水声，有时腹壁可见肠型和肠蠕动波；反射性呕吐，梗阻部位愈高，呕吐出现的愈早、愈频繁；腹胀，腹周膨隆显著。梗阻发生后，患者排气排便消失，高位梗阻早期可有少量排便。腹部听诊对诊断有很大帮助；腹平片可见肠腔积气，积液。舌红，苔黄腻或垢，脉弦滑或紧。

【鉴别诊断】

本病为外科急腹症，有很多疾病均以腹痛为主要症状，因此，应认真进行疾病鉴别诊断。

1. 急性肠胃炎

有饮食不洁史，有腹痛、呕吐或腹泻，腹痛可为阵发性绞痛，亦可有肠鸣音活跃，肠蠕动增强。主要鉴别点：病史为饮食不洁，可见腹痛、呕吐，但无腹胀、便闭，腹平片检查无积液或积气。

2. 急性胆囊炎、胆绞痛

有反复发作史，腹痛为阵发性绞痛，主要鉴别点：疼痛以右上腹为主，向右肩部放射，呕吐但无明显腹胀，无肠鸣音亢进，B 超检查为主要依据。

3. 肾绞痛

发病急骤，腹痛。主要鉴别点：腰部绞痛牵掣于腹，大多向生殖器或大腿部放射，肉眼血尿，X 线检查可在肾区发现密度增高影像，但无肠管扩张和液平面，B 超检查可见肾结石影像或肾盂、输尿管扩张。

4. 胃十二指肠溃疡穿孔

起病突然，上腹部剧烈疼痛，很快涉及全腹。主要鉴别点：多有典型溃疡病史，腹肌紧张，腹部压痛，反跳痛，肠鸣音消失，X 线可见膈下游离气体和腹腔积液，B 超检查腹腔液性暗区，无肠管扩张。

【治疗规范】

1. 治则

开闭止痛，通利腑气。

2. 配方

（1）经穴刺法

①大肠俞、小肠俞、天枢、关元、足三里、上巨虚。

②水道（左）、归来（左）、外水道（左）、外归来（左）、丰隆，蛔虫扰动加四缝、中脘。

（2）穴位注射：新斯的明注射足三里。

（3）电针疗法：大肠俞、小肠俞、上巨虚、丰隆。

（4）耳针疗法：神门、交感、枕、便秘点、大肠、小肠、胃。

3. 操作

（1）经穴刺法：大肠俞、小肠俞，直刺 2 寸，施提插捻转泻法，针感达于骶部；天枢、关元，直刺 2 寸，施捻转泻法，针感达于小腹部；曲池、上巨虚，直刺 1.5～2 寸，施提插捻转泻法 1 分钟；水道、归来、外水道、外归来，直刺进针 2.5 寸，呼吸泻法 1 分钟；丰隆，直刺 2 寸，施提插捻转泻法 1 分钟；四缝，用三棱针点刺挤出白色黏液，不留针。其他穴位留针 30 分钟。每隔 10 分钟施手法 1 次，每次 5 分钟。

（2）穴位注射：新斯的明 0.5mg，分注于两侧足三里穴内，适用于肠麻痹患者。

（3）电针疗法：同侧大肠俞和小肠俞，上巨虚和丰隆，应用疏密波或断续波电针刺激，电流量为强刺激，以病人能耐受为度，每次 30～60 分钟，以达到腹痛、腹胀缓解。

（4）耳针疗法：先施耳穴探察，选反应明显的穴2～3个，给予强刺激，留针20分钟，每10分钟捻转1次，症状缓解后改用耳穴贴压法。

4. 疗程

每天针刺2次，配合电针、耳针，穴位注射每日1次，7天为疗程；病情稳定后，诸治疗改为每日1次，耳针改用耳穴贴压法，隔日更换1次，直至完全康复。

【配方理论】

肠梗阻为外科常见病，隶属于中医学“腹胀”、“肠结”、“关格”范畴，该病源于《内经》经曰：“饮食不下，膈塞不通，邪在胃脘”。明代《医贯》曰：“关者下不得出也，格者上不得入也”。我们通过多年临床实践认为：针刺治疗肠梗阻，可以增强胃肠蠕动功能，改善肠道血液运行，促进胃肠道吸收功能，针刺对肠梗阻止痛效果较好，针刺可以迅速达到排便排气。

石学敏教授认为：急性肠梗阻病变主要在大肠、小肠，故取大肠俞、小肠俞、天枢、关元为俞募配穴法，以通利腑气；足三里为胃经下合穴，可加强胃肠功能，以达行气、活血、止痛；上巨虚为大肠经合穴，合治内腑；中脘为腑之会穴，以达祛食滞，通腑气；石教授治疗大便闭塞不通拟定配方：丰隆、水道、归来、外水道、外归来，可达降逆攻下燥屎，清泻实热之功。临床疗效较为理想。他并指出治疗肠梗阻应严格掌握适应证。机械性、动力性、单纯性肠梗阻均为针刺治疗范围，治疗中必须分清轻重缓急，严格按照手法量学要求施术。对病情变化者，不能采取保守治疗的，应尽快手术治疗，以免贻误病机。

【转归及预后】

由于腹胀各型，证情轻重不等，因而预后情况不一样。热结一型，起病较急，病情较重，如能及时正确施治，可以胀除病愈，否则气滞血瘀，凝结不通，也可能导致病势严重，甚至出现厥脱死亡；脾虚型腹胀虽然胀满程度较轻，但由于病情迁延，正气已虚，因而恢复也较慢，假以时日，耐心调治，一般也可渐愈；其他各型腹胀治疗较易，预后良好。

【预防与调护】

本病关键是气机阻滞，郁而发胀，所以应使患者心情平静，避免各种精神刺激，以利气机调畅；同时饮食宜细软，易消化，少食或暂时禁食，以减少有形之物阻于胃肠，使腹胀易于恢复；热结型患者还应卧床休息，密切注意病情变化，以便及时采取相应处理措施。

【验案举例】

案一　范某，男，37岁，1968年发现肝脾肿大，上腹胀满，检查肝功能正常，超声波报告为“肝脏轻度损伤波型”。经保肝治疗后，胃脘及两胁仍饱胀不适，口淡食少，腹胀矢气多，大便稀，日一二次，自觉身热，但体温不高，下午即肢酸疲乏，嗜睡，尿黄略短，脉弦滑，舌边略红，苔薄白腻。辨证：肝脾不调，脾湿不化。治法：疏肝健脾，运化

水湿。处方：肝俞、太冲、内关、足三里、阳陵泉，共针5次而愈。

案二　陈某，男，1岁。初诊日期：1980年6月9日。

主诉（代述）：哭闹不安伴呕吐2小时。

病史：患儿2小时前不明原因出现突然哭闹不休，恶心，呕吐黄绿色液体，喂奶仍躁动不安，数小时未见排便，并发现腹部膨胀，遂来我院门诊。

查体：患儿发育尚可，痛苦躁动，哭闹不休；咽红，扁桃体Ⅰ度肿大，无渗出，心音清，律齐，两肺呼吸音清；腹软，脐下有一横行包块，长约8cm，质软，触之患儿明显哭闹，肠鸣音活跃 。实验室检查：白细胞8.3×10^{12}/L，嗜中性粒细胞75%。

印象：①中医：腹胀；②西医：肠套叠。

辨证：哺乳受寒，损伤中气，水湿不运，阻于肠间，腑气不得通畅，不通则腹胀痛，上逆则恶呕不止。

治则：通腑止痛。

选穴：足三里、天枢、三阴交、气海、小肠俞、大肠俞。

操作：诸穴常规取法，根据小儿骨度足三里、天枢、气海针1寸，其余腧穴针0.5寸即可，均施捻转泻法，一般不留针。

治疗经过：针刺后观察2小时，患儿由躁转安，局部肠型消失，不吐，家长携子欢喜而去。

【临证提要】

腹胀是临床较为常见病种，也是针灸效果显著的病种之一。尤其在缓解胀满方面，可说收效迅速。但临证中治疗胃脘痛应该细审其病因，因因而治。腹胀的治疗应以疏调理气为主，实者泻之；虚者补之；滞者导之；瘀者除之；寒者散之；热者清之；辨清虚实寒热，针到胀止，效如桴鼓。

二、肠痈（阑尾炎）

阑尾炎是外科常见病，在急腹症中占首位，主要是由于阑尾管腔阻塞和细菌感染引起的急性右下腹疼痛为主的疾病。中医学称为“肠痈”；为肠腑内外发生痈肿之疾患，病因多由饮食不节，劳伤过度或湿热郁结，气血凝滞肠间形成肠痈，大肠为传导之官，故以通为顺。若因恣食生冷，聚湿生热，壅塞肠道或因暴饮暴食，食后做剧烈运动伤及肠络，致血瘀停聚化热，积而成痈。石学敏教授根据病因病机，拟定治疗法则，以通腑除热，化瘀消痈，行气止痛为大法。并强调针刺治疗急性阑尾炎，应严格掌握适应证，急性单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎初起、急性阑尾炎穿孔已形成包块均属针刺治疗之列，治疗过程中要密切观察病情，特别注意特定穴配伍治疗，临床收到较好疗效。

【临床表现】

分为3期。

1. 瘀滞期（初期）

腹痛出现于上腹或脐周围数小时至一二天转于右下腹，呈持续性钝痛或胀痛，可有阵发性加剧，右下腹阑尾点有局限性压痛或轻度拒按，脘腹胀闷，嗳气纳呆，恶心欲吐，大便正常或秘结，舌苔白腻，脉弦滑。

2. 蕴热期（酿脓期）

若病情发展，腹痛加剧，右下腹明显压痛，反跳痛，右下腹可扪及包块，壮热不退，恶心呕吐，纳呆，便秘或腹泻，小便短赤，舌苔厚腻而黄，脉洪数。

3. 毒热期（溃脓期）

溃脓或不能局限者，腹痛从右下腹扩展到全腹，全腹压痛、反跳痛，腹胀、恶心呕吐，大便秘结，尿痛，舌红苔黄糙，脉洪数或弦数。

【鉴别诊断】

有很多疾病以出现腹部疼痛为主要症状，因此，应与急性出血性坏死性肠炎、胰腺炎、输尿管结石、胆囊炎等区别。

1. 急性出血性坏死性肠炎

起病多急骤，腹痛为首发症状者约占90%，脐周或中上腹阵发性绞痛，其后可转为全腹持续性疼痛，腹膜刺激征。主要鉴别点：腹痛伴有腹泻，每日数次至数十次，或果酱色便，肠鸣音亢进或减弱。

2. 急性胰腺炎

起病突然，常于饱餐和饮酒后发病，腹痛位于左上腹、中上腹或右上腹。主要鉴别点：疼痛位于左上腹，并向腰部放射，恶心呕吐。实验室检查：血尿淀粉酶升高，舌红苔黄，厚腻，脉滑数。

3. 右侧输尿管结石

结石在输尿管内下降时可引起绞痛，输尿管上段的结石疼痛常位于脊肋角、腰部或腹部，输尿管中段或下段结石沿输尿管常向下放射。主要鉴别点：下腹部疼痛伴尿频、尿急、尿痛，排尿困难，肉眼血尿，泌尿系X线检查是最主要的诊断方法。

4. 急性胆囊炎

本病多发于饱餐或进食油腻后，开始疼痛主要位于上腹部逐渐转至右上腹，主要鉴别点：右上腹疼痛可放射至右肩胛下角，胆囊区压痛明显，恶心、呕吐，大便秘结或呈灰白色，舌苔黄腻，脉弦滑数，胆囊B超对此病诊断意义大。

【治疗规范】

（一）瘀滞期（初期）

1. 治则

通腑，清热，导滞。

2. 配方

（1）经穴刺法：上巨虚、曲池、天枢、足三里、内关、中脘、合谷、丰隆、腹部压痛点。

（2）电针疗法：足三里、阑尾穴、阿是穴。

3. 操作

（1）经穴刺法：上巨虚为大肠经下合穴，曲池为大肠经合穴，合治内腑，上巨虚、曲池，直刺进针1.5～2寸，施提插捻转之泻法，施手法20分钟，留针1小时，每20分钟施手法一次；天枢为大肠经募穴，用30号毫针深刺2～2.5寸，行捻转泻法；足三里、内关，施捻转提插泻法；丰隆、合谷，施捻转泻法。中脘进针2寸，施呼吸泻法。腹部压痛点，进针1.5～2寸，施呼吸泻法。

（2）电针疗法：每次选一对穴，进针得气后分别接电针仪正负极，用可调波，强度以能耐受为度，每次20～30分钟。

（二）蕴热期（酿脓期）

1. 治则

通腑，清热，散瘀。

2. 配方

（1）经穴刺法：上巨虚、天枢、曲池、大椎、内庭、丰隆，腹部压痛点。

（2）刺络法：大椎。

3. 操作

（1）经穴刺法：上巨虚、天枢、曲池、丰隆、同上述。内庭为足阳明荥穴，进针1寸，施呼吸泻法。

（2）刺络法：大椎穴常规消毒后，用三棱针点刺3～5点，加拔火罐，出血量为5～10ml。

（三）毒热期（清脓期）

1. 治则

清热解毒，行气化瘀。

2. 配方

（1）经穴刺法：上巨虚、曲池、天枢、水沟、支沟、阴陵泉、腹部压痛点。

（2）芒针疗法：阑尾穴、天枢、气海。

3. 操作

（1）经穴刺法：上巨虚、曲池、天枢，同上述。水沟用重雀啄手法，以眼球充满泪水为度；支沟、阴陵泉，施提插泻法，行针20分钟，每5分钟施手法1次。

（2）芒针疗法：阑尾，在右侧的足三里和上巨虚之间，以压痛点为准，强刺激捻转，留针20分钟。

4. 疗程

（1）急性期（发病7天之内）：针刺每日2次，疼痛剧烈时可再加1次针刺，配合电针、芒针，治疗不可间断，手法量学必须达到要求。

（2）稳定期（发病2~4周）：针刺治疗每日1~2次。

【配方理论】

中医学将阑尾炎归属于肠痈范畴，是外科急腹症之一。《金匮要略》云："肠痈之为病，其身甲错，腹皮急，按之濡，如肿状，腹无积聚，身无热，脉数，此为肠内有痈脓"。后世医家结合临床，从病因病机，成脓后病理机转，以及治疗法则，选方用药，将本病分为大肠痈、小肠痈，我们认为急性阑尾炎似从属大肠痈范畴。

石学敏教授根据病因病机，拟定通腑除热，化瘀消痈，行气止痛为其治疗大法。临床将此病分3期治疗，并特别强调特定穴的使用，足三里为阳明经合穴，上巨虚为大肠经合穴，合治内腑达运气止痛之效，腹部压痛点具有以痛为俞的作用，内庭、曲池，一荥一合，可清肠胃积热，消痈化坚。石教授强调针刺治疗急性阑尾炎，应严格掌握适应证。治疗过程中必须密切观察病情变化，注意疾病转归，既不能放弃治疗法则，也不贻误病情，针刺治疗过程中，要按操作要领实施。针刺治疗急性阑尾炎具有止痛快、控制炎症、免受手术之苦等优点。通过临床研究证实针灸可改善阑尾的血液供应，增强机体的免疫功能，从而促使炎症吸收。针灸对治疗单纯性阑尾炎疗效较好，若症状严重，白细胞总数在2万左右，则应考虑有阑尾穿孔的可能，应转外科手术处理。

【转归及预后】

针刺治疗肠痈有一定疗效，如肠痈不及时治疗病情多加重，甚至危及生命，故临床上多配用中药同时治疗。日久不愈而未加重者可转成脾胃虚弱之证。

【预防与调护】

注意调饮食，适寒温，不要饭后剧烈运动，避免情志刺激以预防本病的发生。

【验案举例】

陈某，男，46岁，工人。入院日期：1977年11月28日。住院号：19877。

主诉：腹胀、右下腹痛3天。

病史：患者于本月25日午饭后，胃脘部不适，恶心，至夜间便6次，为稀软便，每次量不多，自觉腹胀坠感，右下腹痛甚，呕吐4次均为水样物，自测体温37.8℃，口服藿香正气水及止泻丸，症状仍未缓解。次日去单位保健站诊治，予痢特灵、阿托品、庆大霉素等，腹胀痛持续加剧，遂来我院急诊治疗，当时查白细胞13.8×10^{12}/L，针灸一次腹痛大减，带药回家。11月28日右下腹痛甚，伴发热，汗出再次来院收住院治疗。

查体：体温38.2℃；脉率84次/分钟；血压140/90mmHg；神清合作，痛苦面容，面赤汗出，呼吸平稳；瞳孔等大等圆，对光反射存在，咽微红，表浅淋巴结未触及；颈软，气管居中；胸廓对称，两肺呼吸音尚清，心尖部可闻及III级收缩期吹风样杂音，$A_2>P_2$，

心界稍向左下扩大，腹部稍膨隆，上腹胀满有压痛，右下腹麦氏点明显压痛、反跳痛，肝脾未触及，全腹叩诊呈鼓音，肠鸣音以上腹、脐周、右下腹最为活跃，腰大肌试验，闭孔内肌试验（+），类夫辛征（-），舌质紫暗，苔薄白，脉弦紧。

印象：①中医：肠痈；②西医：急性阑尾炎。

辨证：患者饮食不节，生冷不避，中州感寒，气血凝滞，胃肠传导不利，气机壅塞而成，舌脉与证相符。

治则：行气止痛，化瘀消痈。

选穴：足三里、上巨虚、腹部压痛点（麦氏点）。

加减：恶心呕吐者加内关、中脘；身热寒战者加内庭、曲池；伴大便秘结或热结旁流者加天枢、大横，左侧水道、归来、外水道、外归来（水道、归来旁开2寸）。

操作：足三里、上巨虚，进针1.5寸，施提插捻转泻法；腹部压痛点，进针1.5寸，施捻转泻法。每日针4次，每次行针1小时，中间每隔15分钟施手法1次，每次每穴施手法3分钟。其余配穴按证加减，施提插捻转之泻法。

治疗经过：入院后未服用任何中西药物，治疗1天痛减，3天后腹痛基本消失，烧退，又治疗7天临床痊愈。

【临证提要】

肠痈是临床常见病种，针灸治疗有一定疗效。但应辨其轻重缓急，治疗上实则泻之，虚则补之，滞者导之，热则清之。并可结合药物等其他疗法。

三、乳痈（急性乳腺炎）

急性乳腺炎中医称之为“乳痈”，中医学与现代医学对本病因认识较相似，中医学认为：由于乳房不清洁，毒邪外侵，邪毒由乳络进入乳房，乳汁壅滞，乳络不畅，乳管阻塞，乳汁郁阻于乳络，郁久化热而发乳痈。现代医学认为：急性乳腺炎由于乳房不清洁，乳头被婴儿咬破，以及乳腺管阻塞，排乳不畅，细菌入侵乳管，而后进入腺小叶，停留在淤积的乳汁中繁殖，乳腺组织受到破坏。针刺治疗在祛除毒邪，消炎止痛，清热排脓方面效果佳。因此，针刺是治疗急性乳腺炎的有效方法之一。尤其在急性期内，石学敏教授在治疗急性乳腺炎的过程中，认为本病应鉴别病证的初、中、后期，制定了散解，透脓，调理气血为治疗大法的针刺治疗，尤其注重火针排脓法，临床收到较为理想的效果。

【临床表现】

患者乳房肿胀疼痛，皮肤发红，皮温增高，排乳不畅，局部压痛，患处腋窝淋巴结常肿大，全身不适，可出现发热、寒战等中毒反应，患者乳房肿块增大，脓红疼痛，时时跳痛，舌红苔黄腻，脉弦滑而数。

【鉴别诊断】

有很多疾病可以以乳腺疼痛为其症状，因此，本病应与乳房结核与炎性乳癌等病进行

鉴别诊断。

1. 乳房结核

乳房结核是结核杆菌侵犯乳腺组织而引起乳房部分硬化的疾病，可使乳房发生严重变形及乳头内缩，以妊娠期和哺乳期发病率较高，乳房结核大多系结核杆菌血源性传播，原发病灶多为肺或肠系膜淋巴结核。疼痛不重，局部不红，午后低热，结核菌素试验阳性，活组织检查有助于诊断。

2. 乳房纤维腺瘤

乳房纤维腺瘤是一种生于乳房的良性肿瘤，主要鉴别点是发病年龄在30岁左右，青年妇女多见，多为单侧乳房内出现单个无痛性肿块，少数有局部微刺痛，病程一般发展缓慢，不溃破质坚韧，肿物表面色正常，多无压痛，无发热、寒战等全身中毒反应。

3. 炎性乳癌

多发生于年轻妇女，尤其在妊娠期或哺乳期，由于癌细胞侵袭乳房，因而引起局部炎症，主要鉴别点是常伴有皮肤红肿，局部温度增高，水肿等改变，同时腋下淋巴结肿大，发展快，预后差。

【治疗规范】

1. 治则

清泄肝胃郁热、疏通经络。

2. 配方

（1）经穴刺法：取肩井、膻中、乳根、少泽、足三里、合谷、足临泣、外关。

（2）火针排脓法：取患乳肿之低位，用火针穿刺排脓。

3. 操作

（1）经穴刺法：肩井，针尖向后斜刺1寸，捻转泻法1分钟，膻中向下斜刺，先向下刺1～1.5寸，捻转泻法，然后左右侧施捻转泻法，共计1分钟；乳根，向下斜刺5～8分，施捻转泻法1分钟；少泽，直刺2～3分，施捻转泻法，出针时挤压针孔，放血2滴；合谷，直刺1寸，捻转泻法1分钟；外关，直刺0.8～1寸，施捻转泻法1分钟；足三里，直刺1～1.5寸，捻转泻法1分钟；足临泣，直刺0.5～0.8寸，施捻转泻法1分钟；以上针刺施术后，留针20分钟。

（2）火针排脓法：取患乳脓肿之低位，局部皮肤酒精消毒后用2%普鲁卡因注射液局部麻醉，取三棱针用酒精灯烧红或使用电火针治疗仪接通电流，针头烧红后，迅速刺入脓腔，缓慢稍加转动退出，脓液随之而出，轻按患乳，排净脓汁，外盖敷料，每日排脓汁，更换敷料1次，直至伤口愈合。

4. 疗程

（1）急性期（发病7天之内）：针刺每日2次，2周之内不可间断治疗，2周后可针刺每日1次，乳腺炎晚期或为脓肿者，可使用火针排脓法，1周2次，预后较好。

（2）稳定期（发病1～3周）：治疗同急性期，以针刺治疗为主，无脓肿者不使用火

针排脓法，疗程延长。

【配方理论】

乳痈相当于现代医学的急性乳腺炎，是外科常见病之一。该病源于《外科证治全书》曰："所乳之子，口气燃热，含乳而肿，热气鼻风吹入乳孔，气递乳凝，遂致结肿"。我们通过临床研究认为，针刺治疗急性乳腺炎，可明显促使炎症消散，祛除毒邪，加速脓液排出。

石学敏教授认为，乳腺炎是由于乳汁瘀滞，乳络不畅，乳管阻塞，败乳蓄积，化热而成痈肿，或因情志不畅，肝气不舒，气机失于疏泄，邪热蕴蒸阳明，胃热壅滞，以致经络阻塞，气血瘀滞而成乳痈。治疗时可按病证的初、中、后期，选择散解、透脓、调理气血之大法。足阳明胃经过乳头、乳根，乳房位于肝胃经分野，故取厥阴、阳明之穴，消肿散结，调理气血；乳痈后期残余毒热，深入血络，故宜清解阳明，疏达脉络，使余邪得散，故取邻近患部为主。

石学敏教授治疗急性乳腺炎，使用火针治疗，疗效较为理想。火针源于《灵枢·官针》，其中记有："焠火卒刺者，刺燔针则取庫也"。火针引流古称燔针焠刺，是用来取脓，代替开刀的一种方法，使用火针治疗急性乳腺炎，病人痛苦小，疗程缩短，疗效良好，操作简便。火针方法创口小，不易闭塞，所以排脓是通畅的。火针疗法，关键在于引流口通畅。所以，在临床上火针疗法是治疗乳痈的常用有效方法。

【转归及预后】

1. 针灸对于本证早期，尚未破溃者有良好效果。已溃破者配合药物外治可提高疗效。

2. 如合并全身症状较重，出现高热、谵语等症，应采用综合治疗为佳。

【预防与调护】

1. 哺乳期患者应注意乳头清洁，发病期停止喂养，应及时吸乳，防止乳汁积聚。并注意保持精神愉快。

2. 患者饮食以清淡为宜，忌食辛辣、肥甘厚味、鱼腥发物等；溃后疮口久不愈合者，宜适当增加营养食物。

3. 注意休息，病情较重者应卧床休息。以三角巾或胸罩托起患乳。

4. 一般不要轻易断奶，更不要发现乳房结块就动员病人停止哺乳，应鼓励患者继续哺乳，否则会影响乳房泌乳功能，更可使乳汁淤积加重，导致新的感染发生。

【验案举例】

郑某，女，36岁，第1胎尚未满月，乳房结块，乳汁排出不畅，肿胀疼痛。伴头痛发热，心烦口苦，右侧乳房红肿且硬，触之疼痛，舌质红，苔黄，脉弦数。证属血瘀营滞型乳痛。治以清热散结，消肿止痛。取穴：肩井、期门。均施泻法，强刺激，局部放血，每日针1次，经2次治疗热退痛止，针5次而痊愈。（《针灸治验》）

【临证提要】

乳痈为外科常见病，针灸治疗在早、中期疗效较好。对于脓已成而未溃者火针疗法立竿见影。因此审其病因，辨明病机，视病情不同阶段施以不同治疗，可获事半功倍之效。综观乳痈的治疗，关键在于清热、解郁、散结。

四、红丝疔（急性淋巴管炎）

急性淋巴管炎，中医称之为“红丝疔”、“红丝疮”。本病所发是由于内有火毒凝聚，外有手足部疔疮，脚湿气糜烂，致使湿热与火毒之邪搏结于肌肤而发。或由于外伤，皮肤破损，感染毒邪，热毒郁于肌肤，客于脉络，向上走窜而成疔。现代医学认为：淋巴管炎是由链球菌、葡萄球菌或其他类球菌、杆菌感染造成淋巴管炎性改变。细菌感染的途径是由皮肤部位各种伤口、溃疡，以及非目力所能见的皮肤裂口，侵入淋巴系统，炎症沿淋巴管向近端蔓延，皮肤可出现纵行红线，硬而压痛。针刺治疗在于清热解毒、活血化瘀。石学敏教授认为治疗此病应鉴别火毒在经在腑，在表在里，以确定各期的治则，本病多属实证，针刺多用泻法，临床上除了经穴刺法外，配合刺络放血拔罐法，临床收到良好效果。

【临床表现】

分为二期。

1. 火毒在经

多发生于肌肤之中，在原发病位处红肿热痛，继之有红丝迅速呈现向心性蔓延，常在肘、腋或股内侧有硬结，按之而痛。多伴有周身不适，发热、恶寒、舌红、脉数。

2. 热毒攻里

红丝色深红而粗，内陷肉腠或沿经有条索硬结，按之剧痛。伴壮热、头痛，甚则神昏谵语。舌红绛苔黄，脉数。

【鉴别诊断】

本病应与丹毒、血栓性浅静脉炎、蜂窝组织炎进行鉴别诊断及治疗。

1. 丹毒

丹毒系急性进行性的皮肤和黏膜炎症。好发于下肢和面部，临床鉴别：本病起病急，局部皮肤出现红、肿、热、痛，高热寒战，全身不适。继而在皮肤上出现界限分明的小片红斑样或红色区，蔓延成片，燥热疼痛，压之退色，放手后又复原状，舌红、脉数。

2. 血栓性浅静脉炎

本病多发于胸壁、四肢及颈部表浅静脉，临床鉴别点：本病沿病变浅静脉及周围组织红、肿、热、痛，呈现条索状上下蔓延。红、肿、热、痛消退时，病变静脉皮肤呈现浅褐色和无痛性条索状物。常有外伤感染，静脉给药等病史。

3. 蜂窝组织炎

本病多发于皮肤的感染，临床鉴别：局部无明显红肿。剧痛，并向四周迅速扩大，病

变区与正常皮肤无明显分界，局部水肿、深部压痛。伴高热、寒战。

【治疗规范】

应鉴别火毒在腑、在表在里。

（一）火热在经

1. 治则

清热解毒，凉血行疔。

2. 配方

（1）经穴刺法：灵台、身柱、郄门、委中、曲池、合谷。

（2）放血法：委中、曲泽。

（二）热毒攻里

1. 治则

清热凉血，解毒开窍。

2. 配方

（1）经穴刺法：灵台、身柱、郄门、曲池、尺泽、十宣。

（2）刺络拔罐法：大椎，红丝沿线的起始点，淋巴管炎所属经脉的郄穴或井穴。

（3）挑刺疗法：沿红丝行走路径。

3. 操作

（1）经穴刺法：灵台属督脉，取穴时俯伏位，直刺0.5～0.8寸，捻转泻法1分钟，是治疗疔疮的有效经验穴；身柱，刺法同灵台；郄门，直刺0.8～1寸，捻转泻法1分钟；合谷直刺1寸，捻转泻法1分钟；曲池，直刺1寸，提插泻法1分钟，留针20分钟；尺泽，直刺1寸，提插泻法。红丝两旁排刺，平补平泻法。

（2）放血法：委中、曲泽，三棱针点刺放血1～2滴即可。

（3）刺络拔罐法：大椎，三棱针刺达皮下3～4处后拔罐，放血3～5ml。淋巴管炎所过所属经脉的郄穴或井穴常规消毒后，刺其出血，后加拔罐。放血1～2ml；红丝沿线的起始点，点刺放血拔罐。

（4）挑刺疗法：患部消毒，先以三棱针或粗毫针，于红丝尽处刺之，微令出血，继沿红丝行走路径，寸寸挑断，亦微令出血，泻其毒气，然后外敷金黄膏等清热解毒，消肿止痛类药膏。

4. 疗程

（1）急性期（发病3～7天之内）：每日针刺2次，不间断治疗，刺络放血拔罐法，每周3次。

（2）稳定期（发病1～3周）：治疗同急性期，主以针刺治疗为主。

【配方理论】

红丝疔相当于现代医学的急性淋巴管炎，是外科病之一。中医学对此病早有论述。

《济生方·丁肿论治》有红丝疮证及疔疮之类的记载，其疮生手足间……即有一条红丝……其红丝或生三二条者，治法以针横断红丝所至之处，刺之止使出血……我们通过临床观察，病人经过针刺及刺络拔罐疗法、挑刺法，疗效较为理想，尤其对初期轻证者可以起明显的消炎止痛作用。

石学敏教授认为此病主要由于火毒之邪，走于经络，气血凝滞而成，病因多是由于邪毒走散，流注经络发为疔疮，或因皮肤破伤、感染邪热毒气或因情志抑郁，心火内盛，血气逆行而生。本病多属于突然发病，治疗宜清热解毒，活血化瘀。治疗除经穴刺法外，石教授特别指出治疗红丝疔要配以刺络拔罐法，刺络法源于《灵枢·官针》曰："络刺者，刺小络之血脉也……始刺浅之，以逐邪而来血气"。刺络法配合拔火罐，可以达到血出邪消，血气复行。根据菀陈则除之的治疗原则采用局部排刺放血。

【转归及预后】

红丝疔若失治，会出现严重的走黄后果，若能及时阻止其发展，治疗其原发病变，预后较好。尤其是应用三棱针点刺放血疗法，可泻其毒气，阻止其发展，效果较好。

【预防与调护】

平素应少食辛辣之品，以预防血热；对于已发的疔疮等疾患应及时治疗，以免出现红丝疔，患病期间禁食海鲜及羊肉等发物之品。

【验案举例】

案一 张某，男，44岁，某县水电局干部，于1975年6月18日就诊。自述两天前因指挥水库施工，不慎被石头撞伤左跗趾，随即由工地医务人员进行包扎，注射青霉素两天，疗效不显。今晨又觉左腿内侧抽掣疼痛，细看发现从伤口至大腿内侧有一条红线向上蔓延，于是即来求治。症见：一条红丝自左跗趾外侧大敦穴处起，沿足厥阴肝经向上走窜，延伸到阴包穴上1寸处，在其尽头处压痛明显，左侧腹股沟淋巴结肿大，脉弦数，舌薄黄。归经辨证：此属足厥阴肝经病候，乃感染邪毒，走窜经脉之疔毒，治宜泄热、解毒、通瘀。遵前法，针刺一次，用强刺激泻法，留针10分钟后，其红丝逐渐消退，左腿抽痛已轻。第二天来复诊，红线全失，伤口基本痊愈，半月后随访未再复发。

案二 王某，女，51岁，1975年因蚊子叮咬后抓破上肢皮肤，致使局部红肿并有红丝一条向上蔓延，经用青霉素肌注一日两次，一次40万单位，治疗两天无效，于7月17日来诊。患者自诉头痛、全身不适、发热微恶寒。在上肢内侧近内关穴处上至肘窝有一条红丝，局部皮肤红肿，有触痛。经用三棱针挑刺放血一次，用草河车60g水煎4次，一日2次分服，第2天红丝消失。

【临证提要】

针刺治疗红丝疔有非常显著的疗效，常采用三棱针排刺放血，尽泻其毒。红丝疔是由于皮肤破损，感染毒气等，以致毒流经脉，向上走窜而继发。三棱针放血具有活血通经，泄热解毒之功。

五、丹毒（网状淋巴管炎）

丹毒，因其特点是患部皮肤或黏膜发红，状如涂丹之色而得名。大多是由乙型溶血性链球菌侵犯皮肤和黏膜的网状淋巴管及周围软组织所致急性炎症性皮肤病。主要表现为皮肤突然变赤，色如涂丹，燃热疼痛，伴发热、恶寒等全身症状。由于发生部位不同，名称各异，如生于面部，称之为“抱头火丹”；生于胁下、腰髋部，称之为“内发火丹”；生于两腿部，称之为“腿游风”；生于胫踝部，称之为“流火”；游行于周身的称之为“赤游丹毒”等等。此症最早记载见于《素问·至真要大论》称为“丹熛疮疡”。孙思邈《备急千金要方》称为“天火”。《外科大成》中说：“丹毒者为肌表突然变色，如丹涂之状也。”中医学对本病的病因、辨证、诊断与治疗都有较明确的认识和详细的论述。宋代《圣济总录》论曰：“热毒之气爆发于皮肤间，不得外泄，则蓄热为丹毒。”《医宗金鉴·外科心法要诀》中云：“丹名虽多，其理则一也……诸丹毒总属心火、三焦风邪而成，如色赤而干，发热作痒，形如云片者，即名赤游丹，属血分有火而受风也……”

【临床表现】

本病常发于春秋两季，潜伏期2~5天，发病前数小时常有周身不适感、畏寒、头痛、口渴、关节疼痛等症，在发作时体温可突然升高（39℃~41℃），严重者可有惊厥、呕吐、谵妄等，皮肤症状开始出现局部红、肿、热、痛，逐渐呈大片猩红色皮肤损害，接之退色，与正常皮肤界限清楚。向外蔓延时皮疹中央的红色逐渐消退，成棕黄色，并有轻度脱屑，有些患者受累的皮肤可发生含有浆液或脓性分泌物的水疱。严重者可迅速发生坏疽，成为坏疽性丹毒。丹毒最常发部位小腿、面部、头皮和小儿的腹部等处。

【鉴别诊断】

根据丹毒的发病特点及表现，临床诊断并不难，但需与下列疾病相鉴别：

1. 接触性皮炎

接触性皮炎有接触刺激物史而发生的皮肤炎性反应。临床特点为：接触部位出现边缘鲜明的皮损，轻者为水肿性红斑，重者有丘疹、水疱，甚至大疱。接触物较多见药物、植物类、动物皮毛、化妆品中含的香料、染料、人造纤维等。与丹毒的鉴别要点：病因常由接触外界刺激物所引起，无球菌感染史针对性发作，无潜伏期，如能及早祛除病因，正确处理，轻者可不医自愈，重者及时治疗亦不会延长病程及演变出其他皮肤病。发病部位常为暴露或接触部位，皮肤损害程度与接触物的性质、浓度、时间久暂等有关，皮肤损害边缘鲜明，隔离刺激物则不再复发。

2. 蜂窝组织炎

通常认为本病与链球菌感染有关，但葡萄球菌、流感杆菌、大肠杆菌、厌氧杆菌亦可致病，该病是一种疏松结缔组织炎症，可发生在正常皮肤，也可继发于创伤和溃疡之后。临床特点为：感染局部红、肿、热、痛，皮损色暗红，边界局限而不清楚，可沿创伤或溃疡扩散。若病变部位较浅，且组织较疏松的损害，肿胀明显而疼痛较轻。若病变部位较

深，组织致密的损害则肿胀不明显而疼痛剧烈。

3. 类丹毒

类丹毒是由猪丹毒杆菌感染引起，多发生于接触鱼肉的手部出现类似丹毒的损害，其特点以青壮年男性为多见，手指有刺伤史，皮损微高而边缘清楚，中央区为退色的紫红色斑片，局部肿胀，活动受限，常伴有低热或指关节活动障碍，个例出现败血症型红色盘型红斑或紫癜样皮疹，需根据临床症状及血培养确定诊断。

4. 癣菌疹

癣菌疹是由皮肤癣菌感染引起的，其特点：急性发作，可见发热、全身不适、厌食、全身淋巴肿大、脾肿大等症，临床分型以丹毒样型为其鉴别诊断的要点。该型发生于原发足癣病灶同侧下肢，常伴寒战、高热（达40℃），皮损为鲜红色急性红斑，边缘鲜明，比较规则，呈掌心大小多片缠连，从小腿上部发展至上股部，肿硬不著，亦无痛感。

【治疗规范】

1. 治则

清热解毒，活血通络，祛瘀生新。

2. 配方

（1）刺络法：局部刺络。分别按其发病部位，进行皮损部位中央与周围交替刺络拔罐。

（2）经穴刺法：大椎、双侧曲池；若丹毒生于面部，取双侧风池、中渚、外关；若生于胁下、腰胯部，取双侧支沟、血海、委中；若生于胫踝部，取双侧丰隆、太冲。

3. 操作

（1）刺络法：局部常规消毒，在中央部或周围部用三棱针点刺3～5点，加用闪火罐，令其出血4～5ml，以出血见赤为度，留罐时间不宜过长，5～8分钟即可。

（2）经穴刺法：大椎，直刺1寸，施捻转提插泻法1分钟；风池，向对侧眼球方向水平直刺1～1.5寸，施捻转平补平泻法1分钟；中渚，直刺0.5～1寸，施捻转泻法1分钟；外关，直刺1～1.5寸，施提插捻转泻法1分钟；支沟、血海，均直刺1～1.5寸，施捻转提插泻法1分钟；委中，可点刺放血，用三棱针在委中处点刺，医者以手加压放血，令出血2～4ml；丰隆，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟。诸穴针刺施术后，均留针20分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：每日或隔日1次，更换刺络部位。1周为1疗程。

（2）经穴刺法：每日2次，10天为1疗程。

【配方理论】

丹毒，中医学根据不同的发病部位，称之为“抱头火丹”、“内发火丹”、“流火”等，是临床较常见病之一，现代医学把它归属皮肤学科。历经多年针灸治疗该病，我们积累出临床行之有效的治疗手段——刺络疗法。石学敏教授认为：丹毒是火热毒邪郁于血分，发

于肌肤而成，临床上大多是营卫失调、气血凝滞、毒邪壅聚、蒸腾于外的表现，石教授抓住火热毒邪和气血郁滞的关键，以清热解毒、活血通络、祛瘀生新为治疗原则，运用刺络疗法及针灸配伍相结合，以达到血去邪出，祛瘀生新之目的。正如《灵枢·官针》所云："络刺者，刺小络之血脉也……始刺浅之，以逐邪而来血气。"《灵枢·小针解》篇云："满则泄诸，气口盛当泻也，菀陈则除之，去血脉也。"

石学敏教授从丹毒的病因病理转归到治疗，已整理出规范的治疗方法，强调治疗丹毒重在泄血去邪，疏经祛风，务求其尽，控制出血量是一关键，若单纯刺络不用加压火罐，往往瘀血留驻不消，贼邪伏而不退，以致"在浅不疗，遂生大病。"而刺络拔罐正是泻瘀血邪气，固守经隧的最佳方法，以"菀陈者除之"为原则告诫医者："视其血络，刺出其血，无恶血得入于经，以成其疾"。这就是石学敏教授潜心研究，把刺络疗法灵活运用的理论依据。针刺大椎、曲池以清血分毒邪壅聚。

【转归及预后】

本病系火毒侵袭所致，故治疗延误可造成严重后果，其转归为丹毒毒邪内攻，邪入营血出现壮热烦躁，神昏谵语，恶心呕吐等邪入心包之危候。如治疗及时，一般预后较好。

【预防与调护】

丹毒的病因与机体内热及破损染毒有关，因此应少食辛辣之品，注意破损部位的卫生及护理。

【验案举例】

案一　武某，男，48岁，医生。入院日期：1988年4月20日。住院号：24012。

主诉：发热，右小腿内侧肿痛3天。

病史：3天前夜间突发寒战，头痛欲裂，周身疼痛，恶心，呕吐清水2次，体温38.9℃，昨日清晨，右小腿内侧皮红、肿胀，局部肌肤热，疼痛，面积20cm×20cm，局部及踝蹊部压痛，自服螺旋霉素400mg日3次，无效。今日住院治疗。

查体：神清合作，发育正常，营养中等，皮肤巩膜无黄染，表浅淋巴结未触及，左腘窝处一肿大淋巴结1cm×1cm，右腹股沟淋巴结肿大1cm×1.5cm，右膝关节内下侧红肿范围6cm×6cm，右腹股沟内下侧红肿范围11cm×19cm，口干，厌食，寐差，大便干，小便调，舌尖红，苔薄白，脉弦滑。

印象：①中医：天火；②西医：丹毒（急性网状淋巴管炎）。

辨证：患者积年操劳，劳伤心脾，阴血亏耗，虚火内生，久燔及血，血热有余，与湿互结，蕴积于内，阳气扰动，火毒外发于肌肤，而为丹毒。

治则：清热解毒，祛瘀生新。

选穴：大椎及右腿红肿处刺络拔罐。

操作：常规消毒后在大椎及右腿红肿处用三棱针点刺5～7点，闪火法拔罐，出血量10～15ml。

治疗经过：采用本法治疗3天后，体温降至37.1℃，右腿肿痛减轻，皮肤出现皱纹，6天后，右腿红肿消退，皮色较正常部位红，触之轻度疼痛，10天后，红肿消退，皮肤瘙痒，体温正常，痊愈出院。

案二　韩某，女，53岁，工人。入院时间：1988年8月27日。住院号：24747。

主诉：左小腿红肿热痛16天，近5天加重。

病史：患者8月11日高烧39℃，经272医院查白细胞13×10^{12}/L，予“庆大霉素肌注”，回家后高热不退，并见左小腿内侧4cm×4cm红肿，扪之痛，23日下午高热39.5℃，红肿蔓及整个小腿，24日来我院就诊，诊断为“丹毒”，予中药口服，肌注“先锋Ⅳ号”、“安痛定”，体温下降，今日收入住院。

查体：神清合作，发育正常，营养良好，皮肤巩膜无黄染，左腹股沟淋巴结疼痛，左小腿前部18cm×10cm，后部10cm×10cm云状红斑，患处皮肤鲜红，灼热疼痛，按之痛甚，稍有突起，按之退色，无破烂流水。

印象：①中医：天火；②西医：丹毒，网状淋巴管炎。

辨证：患者形体肥胖，素蕴湿热，复由发热日久不退，热入血分，湿热毒邪郁于肌肤而发于丹毒。

治则：清热，祛瘀，解毒。

选穴：小腿红肿处刺络拔罐。

操作：同上。

治疗经过：采用此法治疗1日，体温降至37.8℃，2日体温降至36.8℃，3日后红肿减轻，经15天治疗，右小腿红肿热痛消失，临床治愈。

案三　武某，男，48岁。2004年10月15日初诊。

主诉：发热，右小腿内侧肿痛3天。

病史：3天前夜间突发寒战，头痛欲裂，周身疼痛，恶心，呕吐清水2次，体温38.9℃，昨日清晨，右小腿内侧皮红、肿胀，局部肌肤灼热，疼痛，面积20cm×20cm，局部及躐蹊部压痛，自服螺旋霉素400mg，无效。今日住院治疗。

查体：神清合作，发育正常，营养中等，皮肤巩膜无黄染，表浅淋巴结未触及，左腘窝处一肿大淋巴结1cm×1cm，右腹股沟淋巴结肿大1cm×1.5cm，右膝关节内下侧红肿范围6cm×6cm，右腹股沟内下侧红肿范围11cm×19cm，口干，厌食，寐差，大便干，小便调，舌尖红，苔薄白，脉弦滑。

印象：①中医：天火；②西医：丹毒，网状淋巴管炎。

辨证：患者积年操劳，劳伤心脾，阴血亏耗，虚火内生，久燔及血，血热有余，与湿互结，蕴积于内，阳气扰动，火毒外发于肌肤，而为丹毒。

治则：清热解毒，活血通络，祛瘀生新。

选穴：①刺络法：局部刺络。分别按其发病部位，进行皮损部位中央与周围交替刺络拔罐。②经穴刺法：大椎、双侧曲池；双侧风池、中渚、外关；双侧支沟、血海、委中；

双侧丰隆、太冲。

操作：①刺络法：局部常规消毒，在中央部或周围部用三棱针点刺 3～5 点，加用闪火罐，令其出血 4～5ml，以出血见赤为度，留罐时间不宜过长，5～8 分钟即可。②经穴刺法：大椎，直刺 1 寸，施捻转提插泻法 1 分钟；风池，向对侧眼球方向水平直刺 1～1.5 寸，施捻转平补平泻法 1 分钟；中渚，直刺 0.5～1 寸，施捻转泻法 1 分钟；外关，直刺 1～1.5 寸，施提插捻转泻法 1 分钟；支沟、血海，均直刺 1～1.5 寸，施捻转提插泻法 1 分钟；委中，可点刺放血，用三棱针在委中处点刺，医者以手加压放血，令出血 2～4ml；丰隆，直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟。诸穴针刺施术后，均留针 20 分钟。

治疗经过：采用本法治疗 3 天后，体温降至 37.1℃，右腿肿痛减轻，皮肤出现皱纹，6 天后，右腿红肿消退，皮色较正常部位红，触之轻度疼痛；10 天后，红肿消退，皮肤瘙痒，体温正常，痊愈出院。

【临证提要】

丹毒是临床常见的外科病种，针灸疗效较好。本病治疗根据“盛则泻之”、“菀陈则除之”的原则，多取手足阳明经及膀胱经穴，并予局部点刺出血，以热毒得除，常会收到良好的疗效。石学敏从丹毒的病因病理转归到治疗，已整理出规范的治疗方法，强调治疗丹毒重在泄血去邪，疏经祛风，务求其尽，控制出血量是一关键，若单纯刺络不用加压火罐，往往瘀血留驻不消，贼邪伏而不退，以致“在浅不疗，遂生大病。”而刺络拔罐正是泻瘀血邪气，固守经隧的最佳方法。以“菀陈者除之”为原则告诫医者：“视其血络，刺出其血，无恶血得入于经，以成其疾。”这就是石学敏潜心研究，把刺络疗法灵活运用的理论依据。针刺大椎、曲池以清血分毒邪壅聚。

六、牛皮癣（神经性皮炎）

神经性皮炎是一种最常见的神经功能障碍性皮肤病之一，又称为慢性单纯苔藓。以皮肤表面粗糙、纹理加深、瘙痒剧烈为其特点。多发于颈、肘、膝及尾骶等处。其发病与神经精神因素有重要关系。临床多数患者伴有头晕、失眠和烦躁易怒等神经衰弱的症状，而此神经衰弱的症状好转，神经性皮炎的症状有可能减轻。有些患者则有长期消化不良、胃肠功能紊乱的症状。另外内分泌的异常和感染性病灶的存在也可能成为发病因素。也有学者认为脊椎病变，致使相应的脊神经营养功能发生某些障碍，而造成其所支配的皮肤发生神经营养功能紊乱也易出现此症。中医学根据其症状如牛颈之皮，厚而且坚，称之为“牛皮癣”；根据其发病病程缓慢称之为“顽癣”；根据其好发颈项部称之为“摄颈疮”。《外科正宗》云：“牛皮癣如牛项之皮，顽硬且坚，抓之如朽木。”《诸病源候论》云：“牛癣，其状皮厚，抓之韧强而痒是也。”中医学认为发病主要由于七情内伤，耗伤阴液，营血不足，生风化燥，肌肤失养或外受风邪侵扰，以致营血失和，经脉失疏所致。采用针灸治疗在于平衡阴阳，调神养血，祛风止痒。

【临床表现】

本病好发于颈、肩、背、肘、膝和尾骶以及四肢的伸侧，往往呈对称性发病，瘙痒剧烈。多发于青壮年，老人和儿童则很少发病，病程缓慢，且易复发。

1. 局限型

初起局部皮肤瘙痒，由于搔抓或长期摩擦，出现聚集的扁平丘疹，干燥而硬实，皮色正常或呈淡褐色。日久皮疹可融合成片，皮肤增厚，纹理粗糙或加深，呈席纹状或苔藓样，有细薄的鳞屑，伴有抓痕和血痂，斑片的界限清晰，范围可大可小。

2. 播散型

皮疹泛发多处，既可有淡红色扁平丘疹，也可有大小不等的苔藓样斑片，有些皮损呈条索状排列，自觉瘙痒无度，晚间尤甚。患者常因剧烈瘙痒影响睡眠而烦躁不安。

【鉴别诊断】

根据本病皮损好发于颈、肩、肘、膝、尾骶以及四肢伸侧的部位，典型的扁平丘疹及苔藓样改变的皮疹，剧烈瘙痒的症状不难诊断，临床主要以下列病症加以鉴别：

1. 慢性湿疹

由各种内外因素如过敏体质和外在的物理化学性刺激引起的慢性皮肤病。常有皮疹发红、渗出较多等急性湿疹的病史。发病常呈对称性，可以发生在身体的任何部位。皮疹的损害多种多样，如斑丘疹、鳞屑、浸润、水疱、肥厚、色素沉着等，且呈慢性损害。

2. 扁平苔藓

典型的损害为暗红色或紫红色的扁平多角形发亮的丘疹，丘疹表面有一层光滑发亮的蜡样薄膜，并有细的白色条纹，搔抓后可出现条状损害，由远端向近心发展。损害常见于皮肤，也可见于黏膜部位。病理检查可有特异性诊断价值。

3. 原发性皮肤淀粉样变

皮肤损害好发于两小腿的伸侧及颈背部。皮疹为绿豆大小，可密集成片形成边界清楚的隆起性斑块，表面粗糙不平成疣状。常见于中年以上男性，皮疹剧痒，组织病理切片有特异性。

4. 异位性皮炎

皮疹表现多种多样，丘疹、水泡、干燥、肥厚可同时出现，且有年龄阶段性的皮疹表现和好发部位。如婴儿期多发于两颊和额部，儿童期多发于肘窝、腘窝，青少年和成人则范围广泛、反复发作、经久不愈。患者常为先天过敏体质，家族中常有哮喘、荨麻疹、过敏性鼻炎病史。由此可见本病的发生与遗传和免疫等因素有关。

【治疗规范】

1. 治则

平衡阴阳，调神养血，祛风止痒。

2. 配方

（1）刺络法：用皮肤针移动叩刺皮疹局部，或用皮肤针沿华佗夹脊叩击。

（2）经筋刺法：对局限性皮损可用毫针围刺。

（3）经穴刺法：①风热袭表：大椎、曲池、列缺、合谷；②情志内伤：神门、四神聪、上星、百会；③血虚生风：血海、三阴交、足三里、风市。

3. 操作

（1）刺络法：用皮肤针叩刺皮疹局部，采用移动叩刺法。视其皮疹损害程度而定轻重。皮疹越肥厚者，叩刺越应加重，以局部皮疹轻度出血为度；用皮肤针沿夹脊穴依次叩刺，以皮肤潮红为度。

（2）经筋刺法：用毫针将局限皮疹围刺。

（3）经穴刺法：大椎，向上斜刺0.5寸，不施手法；曲池，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；列缺，向肘部斜刺1寸，施捻转泻法1分钟；合谷，直刺1寸，施提插泻法1分钟；神门，直刺0.5寸，施捻转补法0.5分钟；四神聪、上星、百会，沿头皮向后斜刺0.5寸，施捻转手法平补平泻1分钟；血海，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟；三阴交，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；足三里，直刺1～2寸，施捻转补法1分钟；风市，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：隔日1次，10次为1个疗程。两种方法可交替使用，即1个疗程叩刺局部，1个疗程华佗夹脊叩刺。

（2）经筋刺法：每日1次，10次为1个疗程。停1周后再进行下1个疗程。

（3）经穴刺法：每日1次，10次为1个疗程。停1周后再进行下1个疗程。

【配方理论】

情绪波动、精神抑郁或长期处于紧张状态、性情急躁，这些情志变化最易内伤气血，化热生火，热伏营血则血热，日久耗伤阴液生风化燥。肌肤失去润养则皮肤干燥、粗糙，瘙痒无度。因此情志内伤、营血失和、经脉失疏是本病的内因，也是发病的关键。风邪侵扰蕴于肌肤是本病的外因。《灵枢·本脏》云："血和则经脉流行"。针刺的治疗在于改善局部血液循环，疏通经络，调和气血，养心调神。气血和则经脉通，血随气行内养脏腑、外荣肌肤以达到神清痒止。所取大椎穴有调阴阳、和气血、泻风热之功；列缺为肺之络穴，交会任脉；合谷为手阴阳经所过，有散风泻热之效，风去则痒止；神门镇静而安神，配四神聪以清脑定志；百会为督脉与足太阳经交会穴，配上星以安神定志而止痒；风市亦可祛风止痒。诸穴合用可祛风止痒，调神安志，养其阴，润其肤而使疾病得愈。

【验案举例】

予某，男，41岁，干部。初诊日期：1978年6月8日。

主诉：右侧颈后部皮癣，瘙痒难忍1年余。

病史：患者平素工作烦劳，夜寐不安，1年前左右颈部生癣如黄豆大小，痒。初未介

意，渐至瘙痒加重，遇热及夜间尤甚，搔抓后无渗液，皮肤渐增厚变硬，经用药物封闭，中药外洗等治疗，无效而就诊。

查体：右侧颈后部有2cm×3cm之皮损，呈苔藓样硬化，皮纹加深，皮肤增厚，表皮上密集粟状丘疹，呈灰白色，干燥无渗液，舌质红苔微黄，脉弦数。

印象：①中医：牛皮癣；②西医：神经性皮炎。

辨证：患者平素工作繁忙，夜寐差，时春夏之交，风热之邪侵及肌肤，留而不去，风热交阻皮部而生癣斑，经治不愈而风热俱盛，郁阻肌肤，失气血濡养故癣斑日见增大而痒甚，舌苔脉象均为风热俱盛之征。

治则：散风清热。

选穴：风池、大椎，局部梅花针叩刺。

操作：风池，直刺1~1.5寸，施捻转泻法1分钟；大椎，三棱针点刺放血见赤为度；皮癣部，梅花针叩刺出血为度。每日针1次。

治疗经过：经上法治疗4次后痒大减，丘疹明显减少，9次后大部分皮肤恢复正常，13次后皮癣消失。继续治疗3次皮肤恢复正常而痊愈。

七、隐疹（荨麻疹）

荨麻疹是一种常见的皮肤病，是由于各种原因引起的皮肤黏膜、血管扩张及渗透性增加而发生的暂时性局部水肿性损害。以皮肤出现鲜红色或苍白色风团、时隐时现、瘙痒无度，消退后不留痕迹为特点。本病发病因素比较复杂，如药物，尤其是青霉素类，磺胺类等，如食物，主要是动物蛋白食物，鱼、虾、蟹或食物添加剂等，慢性感染如咽炎、中耳炎、肠炎等也可成为发病的原因，精神紧张、内分泌的改变也可发生荨麻疹。

其发病的机制有变态反应和非变态反应两种。主要表现为真皮水肿，皮肤毛细血管及血管扩张充血。中医学称为“蕁瘤”等。认为本病的发生总由禀赋不耐，素体虚弱，卫外不固，外受虚邪贼风侵袭而致，或因食物、药物七情变化、病灶感染导致营卫失和，内不得疏，外不得泄，郁于皮毛腠理而发。针灸治疗在于清热疏风、卫外固表，提高自身免疫力，是治疗本病很好的方法之一，尤其对于慢性、顽固性荨麻疹疗效显著。

【临床表现】

皮肤常有瘙痒，迅速出现风团，呈鲜红、淡红色或苍白色，形态大小不等。有时风团表面可出现水疱，风团可以互相融合成片。数分钟或数小时后消退，消退后不留痕迹。也有少数人数天后消失，也可反复发作。皮疹可局限，也可泛及全身。如消化道受累，可出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻，如喉头和支气管受累可出现咽喉发堵、憋气、呼吸困难甚至窒息的喉头水肿的一系列症状。病程可长可短。

临床可分为以下几种类型：

1. 急性荨麻疹

常常是急性发作，有大小不等的风团发生。风团成片状、环状或地图样损害，有些风团则融合成大片。风团上可有水疱、大疱、皮疹，可骤起骤消，也可以此消彼发。全身有发热，有些伴有腹痛腹泻和喉头水肿的症状，严重者泛发全身，可有血压下降，头晕、胸闷等症状。病程可在1～2周内痊愈。

2. 慢性荨麻疹

持续1～3月以上可称为慢性荨麻疹。皮疹反复发生、瘙痒时轻时重，有些劳累或失眠后加重，由于经常搔抓，皮肤可有抓痕或色素沉着。此类病人可并发人工荨麻疹即受到钝性物刺激时，如用指甲划过，在受刺激的部位出现线状风团样损害，泛水后在接触部位出现风团。

3. 血管神经性水肿

此类损害常单发于口唇，侧面部出现正常颜色的肿胀，由于压迫皮肤浅表的毛细血管，肿胀常为白色，边界不清。又称巨大荨麻疹，瘙痒不明显，数天内可自然消失，可以反复发生，一般无全身症状。少数病人如发生在咽喉部而造成窒息，可发生危险。

4. 丘疹性荨麻疹

皮疹多为丘疹样红色风团样损害，丘疹顶端有小水疱，可散在发生，也可群集发生，数目不定，一般不融合，瘙痒较重，新旧皮疹可同时存在。儿童多发，成人也可发生。春秋季节为多发季节，许多患者与虫咬有关，皮疹10天左右可消退，退后可有短暂的色素沉着，以腰、四肢为多发部位。

【鉴别诊断】

根据本病出现的风团皮疹与迅速发生和消退的特点，不难确诊。

1. 伴有腹痛的荨麻疹与阑尾炎、胆囊炎相鉴别，阑尾炎以转移性右下腹痛、反跳痛为特点，白细胞总数和中性粒细胞增加。胆囊炎则有发热、右上腹部压痛，体位改变或呼吸时疼痛加重，常向右肩及背部放射，白细胞总数增高。

2. 血管神经性水肿应与接触性皮炎相鉴别，后者虽有肿胀，但只局限于暴露或接触部位有皮炎的改变。

3. 丘疹性荨麻疹应与水痘相鉴别，后者病程短，有发热、水疱性皮疹，主要分布在头面躯干部、口腔及咽峡部黏膜有红斑水痘样损害。

【治疗规范】

1. 治则

疏风固表，调和营卫，清营止痒。

2. 配方

（1）刺络法：沿脊椎旁开左右2寸刺络拔罐。

（2）经穴刺法①风寒型：大椎、风池、肺俞、曲池、足三里；②风热型：大椎、风池、血海、神门；③气血两虚型：曲池、血海、郄门、三阴交、气海、关元。

3. 操作

（1）刺络法：沿脊椎旁开左右2寸用三棱针点刺，出血为度，后闪火拔罐，每次左右各两罐。

（2）经穴刺法：大椎，向上斜刺0.5～1寸，不施手法；风池，针尖微下，向鼻尖斜刺0.8～1.2寸，施平补平泻法1分钟；肺俞，斜刺0.5～0.8寸，施呼吸补法1分钟；曲池，直刺0.5～1寸，施提插泻法1分钟；足三里，直刺0.5～1寸，施捻转补法1分钟；血海，直刺1～1.5寸，施提插泻法1分钟；神门，直刺0.3～0.5寸，施捻转补法0.5分钟；郄门，直刺0.8～1.2寸，施提插补法0.5分钟；三阴交，直刺1～1.5寸，施提插补法1分钟；气海，直刺1～2寸，施呼吸补法1分钟；关元，直刺1～2寸，施呼吸补法1分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：每日1次，10次为1个疗程，间隔1周后可进行下1个疗程。

（2）经穴刺法：每日2次，10次为1个疗程，1个疗程后停1周可进行下1疗程。

【配方理论】

荨麻疹是临床常见的皮肤病之一，是暂时性水肿的一种皮肤血管反应，临床呈风团样损害，急性者突然发作，时隐时现，瘙痒无度，可以迅速消退，慢性者反复发作，可达数日或数月。中医学对此病论述较多，如《金匮要略》中讲述："风气相搏，风强则为隐疹，身体发痒。"《儒门事亲·小儿疮疱丹·隐疹旧蔽》云："凡胎生血气之属，皆有蕴蓄浊恶热毒之气。有一二岁而发者，有三五岁至七八岁而作者，有老年而发丹、隐疹者。"说明了本病禀赋不足是根本的原因，加之腠理不密，卫外不固，风邪外袭，或寒，或热，或湿相兼郁于肌肤而发，故采用刺络法，刺络以祛邪拔罐以温通经络，以达疏风固表之功，经穴刺法所取大椎有调阴阳、和气血、泻热以固表，风池为足少阳胆与阳维的交会穴，有疏风清热之功，风池、肺俞、血海三穴相配可健中养血、温中实脾，尤其对气血两虚能起益阴养血、补气强身之功，郄门为手厥阴的郄穴，可清营祛风以止痒，气海、关元同属任脉，通于三阴，有补气养血、调冲任的作用。经穴刺法诸穴相合共奏疏风固表、调和营卫之功，腠理密，营卫和则风消痒止。

【转归及预后】

本病临床证型较多，表现变化多端，其转归如下：

1. 急性期

多由外邪及饮食所诱发，起病迅速，消退亦快，经过治疗，很快可愈，不留任何痕迹。

2. 慢性期

原因复杂，常反复发作，可缠绵不愈，但预后较好。

若隐疹突然出现面色紫暗，呼吸急促，喘息痰鸣，手足不温者，预示病情危急，必须积极抢救治疗。

【预防与调护】

隐疹的发病原因与外邪，饮食有关，因此饮食要有规律，忌食辛辣，鱼腥之品，适寒温，调冷暖，避免冷热刺激，加强养生锻炼，抵抗外邪侵袭是本病调护要点。

【验案举例】

案一　刘某，男，21岁，学生。初诊日期：1980年8月12日。

主诉：全身皮肤大片风团，灼热瘙痒5天。

病史：患者4年前曾因感寒突发红色疹团，初呈散在分布全身，逐渐增大并隆起融成大片伴有瘙痒。数小时后自行消退，未留疹痕。1年前又发作过1次，症情同前，仍自行缓解。本次发病于5天前因受风，风团又发，瘙痒难忍，经1日并未消退，伴胃脘不适，经服中西药物效果不显，逐日加重，遂来我科治疗。

查体：全身散在分布云片状风团块，突出皮部，色微红，搔抓后颜色变红，界线清楚，皮肤划痕试验（+），血常规检验：白细胞9.8×10^{12}/L，中性粒细胞70%，淋巴细胞24%，嗜酸性粒细胞6%，舌质红，苔薄白，脉浮缓。

印象：①中医：风疹；②西医：荨麻疹。

辨证：患者每次发病均系外感风寒所致，风寒外邪，侵袭肌肤，致营卫失合，邪结皮部而泛生风团疹块，色淡红或红，痒甚，苔薄白脉浮缓，均为营卫失和，风寒之邪搏结之征。

治则：疏风散寒，调和营卫。

选穴：曲池、血海、足三里。

操作：曲池，直刺1~1.5寸，施捻转泻法1分钟；血海，直刺1~1.5寸，施捻转泻法1分钟；足三里，直刺1~1.5寸，施平补平泻捻转手法1分钟。每日针1次，每次留针20分钟。

治疗经过：上穴第1次针后痒轻，风团部分消退，3次后疹消痒止，基本恢复正常，继针2次后痊愈，追访半年未再发作。

案二　尹某，男，29岁，干部。初诊日期：1981年3月16日。

主诉：周身起风团疹块，瘙痒难忍半年。

病史：患者初因浴后受风，旋即诱发风团疹块，色红而痒，经服中药治疗而消退，而后每遇风即发身痒，搔抓后即起风团疹块，心烦难寐，口渴微热。

查体：面色不润，四肢及躯干有成片之红色风团和搔抓痕迹，皮肤划痕试验（+），身微热，体温37.3℃，舌红苔薄黄，脉细数。

印象：①中医：隐疹；②西医：荨麻疹。

辨证：患者浴后当风，风邪乘虚而入，侵扰肌肤，而发痒疹，此后遇风则起，经治未愈，为风胜而热燥，故兼见口渴心烦，身微热，舌诊脉象皆为风胜热盛之征。

治则：疏风清热。

选穴：风池、血海、曲池。

操作：风池，向对侧眼球方向刺0.8～1寸，施捻转泻法1分钟；血海，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；曲池，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟。

治疗经过：经上法治疗3次后痒止疹消，继续治疗3次，夜寐可，烦渴亦止而痊愈。

【临证提要】

针刺治疗隐疹疗效较好，本病为一种常见的皮肤病，急性者治愈后不遗留后遗症，慢性患者缠绵难愈，临床上分为4种类型，但临床上表现变化多端，应以辨证论治为主。针刺手法应按要求达到量学标准，方能奏效。

八、湿疮（湿疹）

湿疹是一种具有多种损害的皮肤病。在急性期可出现红斑、丘疹、水疱、糜烂等炎症反应。在慢性或静止期患处皮肤干燥、鳞屑、粗糙及苔藓样改变。以对称性、复发性，慢性病程及瘙痒为其特点。发病的原因很复杂，一般认为与遗传基因过敏体质有关。这类患者除患有湿疹外，还易得哮喘，过敏性鼻炎或荨麻疹等疾病，有些患者由于精神紧张，过度疲劳而引发湿疹或使湿疹加重，尤其是慢性湿疹的患者，往往因精神创伤或自主神经紊乱时而引起皮疹剧烈瘙痒。消化功能失调造成胃肠吸收功能紊乱也常常引发湿疹，另外病灶的感染，内分泌失调和血液循环障碍都是湿疹发病的原因。

中医学称此病为湿疹、浸淫疮，也因发病部位的不同而称之为四弯风、旋耳疮、苔藓疮等。认为本病的发生主要责之于风、湿、热，而风、湿又分为内风、内湿和感受的外风和外湿。外因方面如气候的变化，风邪外袭，腠理不固，或坐卧湿地，感受雾露水浸。内因则以脾虚不运湿从内生，心主火，或由于精神紧张，情绪烦扰导致血热，湿热互结日久而发病或过食辛辣之品伤阴耗血，血虚生风，风盛则燥，燥则生风，复感风邪则皮疹瘙痒无度，用针灸治疗本病在于健脾利湿，养血润燥，祛风止痒。

【临床表现】

临床皮疹表现多种多样，可以有红斑、丘疹、水疱、糜烂、结痂、鳞屑、肥厚和皲裂等。按其病程和皮疹表现分为以下三种。

1. 急性者多为密集的丘疹或水疱、界限不清、面积大小不等，基底部潮红常因搔抓合并感染而出现渗出、糜烂，可以合并毛囊炎，疖肿及同侧的颈部、腋窝及腹股沟处的淋巴结肿大，皮疹可以发生在任何部位，亦可泛发全身，一般以四肢屈侧为多，自觉瘙痒。

2. 亚急性湿疹多由急性湿疹迁延而来。皮损以丘疹、红斑、鳞屑和结痂为主，自觉剧烈瘙痒。

3. 慢性湿疹多由急性、亚急性湿疹反复发作而成，也有少数病人开始发病即为慢性者。患处皮肤增厚，粗糙，纹理增厚，皮色呈暗红或紫褐色。常伴有抓痕、血痂，愈后常留有色素沉着。患者自觉瘙痒无度。病程很长，此慢性皮疹多见于小腿、手、足、腘窝、外阴、肛门等处。

【鉴别诊断】

本病有典型的皮疹，同时有红斑、丘疹、水疱，也可以一种损害为主。皮疹可发生在任何部位，但常呈对称性发作，界限不清，可以局部发生，也可散在或泛发全身。瘙痒因人而异，甚者因痒而失眠，一般无全身症状，据此可作诊断，应与以下几种病作以鉴别。

1. 接触性皮炎

接触性皮炎有比较明显的接触史，病变局限于接触的部位，皮疹比较单一，易起水疱，界限清楚，祛除病因，避免接触很快痊愈，且不易复发。

2. 神经性皮炎

神经性皮炎有明显的神经衰弱表现，如失眠、多梦、烦躁，皮疹好发于颈背、肘、膝、尾骶部等摩擦部位，皮疹以皮肤肥厚、粗糙和苔藓样变为多见，而一般无水疱、湿润和糜烂。

3. 手足癣

常发生在一个部位，界限清楚，指（趾）间皮肤多有浸渍、糜烂，常伴有灰指（趾）甲，夏季症多加重，实验室检查可有菌丝。

4. 多形性红斑

皮疹多发生在四肢末端的伸侧面，为水肿性的斑丘疹呈红色，或顶端为扁平的丘疹，或呈虹膜红斑，发病后可伴有发热，关节及肌肉酸痛，病程为 2 周至 1 个月，愈后不留痕迹，可以有复发。

5. 疥疮

多发于指缝，腕部的屈侧，阴部或腋窝等处，皮疹为红疱疹，晚间瘙痒加重，镜下可查到疥虫，常常全家或集体发病。

【治疗规范】

1. 治则

健脾利湿，养血祛风，安神止痒。

2. 配方

（1）*刺络法*：脊柱左右各旁开 2 寸刺络拔罐。

（2）*皮部刺法*：梅花针叩打局部皮疹。

（3）*经穴刺法*：①脾虚湿重：大椎、足三里、阴陵泉、合谷、曲池、丰隆、神门、四神聪；②血虚风燥：足三里、血海、三阴交、曲池、神门、四神聪。

3. 操作

（1）*刺络法*：脊柱左右各旁开 2 寸，用三棱针点刺以出血为度，后加闪火拔罐，每次左右各 5 罐，每罐出血 2 ~ 3ml 为宜。

（2）*皮部刺法*：用梅花针叩打慢性肥厚性皮疹，以轻度出血为度。

（3）*经穴刺法*：大椎，直刺 0.5 ~ 1 寸，施捻转泻法 1 分钟；足三里，直刺 1.5 寸，施捻转补法 1 分钟；阴陵泉、合谷、曲池、丰隆，均直刺 1 ~ 1.5 寸，施捻转泻法各 1 分

钟；神门，直刺0.3～0.5寸，施捻转补法1分钟；四神聪，沿皮向后平刺，进针0.5～1寸，施捻转平补平泻1分钟；血海，直刺1寸，施捻转泻法1分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：隔日1次，5次为1疗程。

（2）皮部刺法：每日1次，10次为1疗程。

（3）经穴刺法：每日针刺2次，10次为1疗程。

【配穴理论】

湿疹是临床常见的皮肤病之一，是一种具有多种损害性的皮肤病。临床急性期可出现红斑、丘疹、水疱、糜烂等炎症反应；慢性或静止期患侧皮肤出现干燥、鳞屑、粗糙及苔藓改变。该病以对称性、复发性、慢性病程及瘙痒为特点。发病原因很复杂，现代医学认为与遗传基因过敏体质有关，与精神紧张、过度疲劳也有关。中医学认为本病的发生主要责之于风、湿、热等。外因为外风内袭，腠理不固；内因为内伤阴耗血，血虚生风，风盛则燥，复感风邪，则皮疹瘙痒无度。本病治疗当健脾利湿，养血润燥，祛风止痒。取胃经之下合穴足三里；配脾经合穴阴陵泉。脾胃相合，纳运枢转，水湿得利。配曲池、丰隆除湿泻热，配神门、四神聪清心宁志，配血海，养血以润燥，活血。诸穴配合使用，共奏祛风、安神、止痒之功。

【验案举例】

蒋某，女，37岁。

主诉：两下肢发疹，瘙痒9天。2004年7月19日初诊。

病史：患者于10天前冒雨涉水，次日觉双下肢沉重，伴双下肢内侧皮肤瘙痒，经搔抓后局部皮肤出现粟状红色丘疹及水疱，瘙痒加剧，搔后破溃流水，逐渐蔓延至全身，因瘙痒而致寐食不安，口苦，心烦，小便短赤，大便不利。

查体：现体胖，痛苦面容，双下肢内侧可见最大3～5cm直径之红斑两处，表面渗液结痂。此外双下肢及头、面、躯干等处有散在粟状丘疹及水疱，渗出液为黄白色，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

印象：①中医：湿疮；②西医：湿疹。

辨证：体肥湿蕴热盛，又因冒雨涉水，风湿之邪外袭，内外合邪，湿热俱盛，泛溢于肌肤而发疹疱，痒而渗液；湿热内困脾阳，致口苦，心烦，小便短赤，大便不利；舌红，苔黄腻，脉滑数，均为风湿热盛之征。

治则：健脾利湿，养血祛风，安神止痒。

选穴：大椎、足三里、阴陵泉、合谷、曲池、丰隆、神门、四神聪、血海、三阴交。

操作：大椎直刺0.5～1寸，施捻转泻法1分钟；足三里直刺1.5寸，施捻转补法1分钟；阴陵泉、合谷、曲池、丰隆均直刺1～1.5寸，施捻转泻法各1分钟；神门直刺0.3～0.5寸，施捻转补法1分钟；四神聪沿皮向后平刺，进针0.5～1寸，施捻转平补平泻1分钟；血海直刺1寸，施捻转泻法1分钟。

治疗经过：经本法治疗2次后瘙痒减轻，3次后疹疱部分消退；4次后痂块脱落，9次后痒止，疹疱消失，皮肤恢复正常。

九、痒疹（顽湿结节）

对于痒疹的概念一直比较含糊，过去采用的部分痒疹的名称是痒疹的某种类型，所以名称众多，分类也不统一。目前对痒疹的认识已逐步深入。一般认为本病是一种好发于四肢伸侧的瘙痒性皮肤病，病程长久，有时数月或数年不愈。发病可以是急性，或渐渐地慢性发生。皮损大多是孤立的丘疹或结节，伴有剧烈瘙痒。愈后常留有色素沉着。一般认为本病是因过敏引起。小儿病人与异位性皮炎有关，有的先患有丘疹样荨麻疹，有些妊娠痒疹分娩后皮损消失。因此有人认为与内分泌有关，也有人认为与日光、虫咬等外来因素有关。此外与消化系统、各种化脓性感染、体内的恶性肿瘤、神经精神因素都可能与本病的发生有关。中医学称之为顽湿结节。认为与风、湿、毒、虫与血瘀等有关。风盛则痒重，湿瘀热结常凝聚于局部不愈、虫毒顽固难愈、剧痒不止，所以本病为感受风湿热毒虫，经络受阻，气血不畅，致血瘀痰凝，或忧思恼怒脾虚不运，湿阻于络而致，故针灸治疗本病在于疏通经络以祛风健脾宁心以止痒。

【临床表现】

本病主要好发于成人，以女性患者为多，大多发于四肢的伸侧，也可发生在背部和其他部位，初起为淡红色丘疹，质地比较坚硬，剧痒，可迅速变为半球形结节，呈黄豆至蚕豆大小，由于瘙痒皮损由粗糙变为疣状，损害的周围常伴有色素沉着及苔藓样变。相邻的损害可以融合成斑块。病程往往很长，可达数月或数年之久，消退后也可复发。临床可分为以下几种类型：

1. 小儿痒疹

多在儿童期发病，又称早发性痒疹。皮损初起为红色小丘疹，也可为孤立的小结节。多发于四肢伸侧，头面部和背部也可发生，瘙痒剧烈，同侧腋窝和腹股沟淋巴结可以肿大但不痛、不红也不化脓。由于瘙痒，皮疹消退后留有色素沉着。

2. 寻常痒疹

多见于成年人，以女性为多见。皮肤损害呈半球形结节，豌豆至蚕豆大小常因反复搔抓，皮肤增厚粗糙，成现疣状外观，有时可出现苔藓样变和色素沉着，也可伴有同侧的颈、腋窝和腹股沟淋巴结肿大。皮疹数月不定，反复发作，病程缓慢，或经久不愈。常发生在四肢，尤以小腿伸侧多见，也可发生于背部及其他部位。

3. 妊娠痒疹

多发于妊娠后的3～4个月，尤其是第2次妊娠的妇女，初起为淡红色或正常皮色的丘疹，或者为风团样损害。散在分布在躯干的上部及股部等处，两侧对称，瘙痒剧烈。也有在妊娠最后两个月内出现皮疹的，常在腹壁的妊娠纹处，发生皮疹，因剧烈瘙痒而搔抓后出现抓痕和血痂等继发损害。妊娠瘙痒多在分娩后自行消退，亦有持续数月或数年之

久。皮疹严重者可出现死胎。

【鉴别诊断】

根据临床皮疹多发于四肢伸侧，对称发生红斑、丘疹及结节样损害，预后留有色素沉着，伴有剧烈瘙痒的症状不难诊断。应与以下几种皮肤病相鉴别。

1. 丘疹样荨麻疹

多发于夏秋季节，皮疹为红色棱形的小风团，顶部有小疱疹，多为蚊虫叮咬后发病，病程短，亦无淋巴结肿大。

2. 扁平苔藓

钝角扁平苔藓有圆形隆起性丘疹，并伴有典型的扁平苔藓的损害，扁平苔藓表面有凹凸不平的带有糠状鳞屑的斑块，组织病理可以帮助诊断。

3. 疱疹样皮炎

皮疹损害为多形性，但以水疱和大疱为主，组织病理有特异性改变。

【治疗规范】

1. 治则

宁心止痒，除湿解毒，活血散结。

2. 配方

（1）刺络法：脊柱左右旁开 2 寸刺络拔罐。

（2）经筋刺法：皮损局部可用毫针围刺。

（3）经穴刺法：①脾虚湿盛：足三里、阴陵泉、曲池、丰隆；②心神不宁：神门、三阴交、四神聪、太冲；③瘀血阻滞：血海、膈俞、足三里、丰隆、行间。

3. 操作

（1）刺络法：沿脊柱左右旁开 2 寸用三棱针点刺出血为度，后闪火拔罐，每次左右各两罐。

（2）经筋刺法：视皮疹面积大小，沿皮疹边缘向内斜刺。

（3）经穴刺法：足三里，直刺 1 ~ 2 寸，施捻转补法 1 分钟；阴陵泉，直刺 1 ~ 1.5 寸施提插补法 1 分钟；曲池，直刺 1 ~ 1.5 寸，施提插补法 1 分钟；丰隆，直刺 1 ~ 1.5 寸，施捻转补法 1 分钟；神门，直刺 0.3 ~ 0.5 寸，施捻转补法 1 分钟；四神聪，平刺 0.5 寸，施捻转补法 1 分钟；三阴交，直刺 1 寸，施提插补法 1 分钟；太冲，直刺 0.5 ~ 0.8 寸，施提插泻法 0.5 分钟；血海，直刺 1 ~ 1.5 寸，施提插泻法 1 分钟；膈俞，斜刺 0.5 寸，不施手法；行间，斜刺 0.5 ~ 0.8 寸，施提插泻法 0.5 分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

（2）经筋刺法：每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

（3）经穴刺法：每日 1 ~ 2 次，10 次为 1 个疗程。1 个疗程后间隔 1 周进行下 1 疗程。

【配方理论】

现代医学认为本病属于神经功能障碍性皮肤病，与变态反应有关。有些学者认为与内分泌的改变、消化功能障碍、体内的恶性肿瘤、神经精神等因素有关。临床上本病多发于成人女性。多由脾虚湿盛，复感外界风毒虫咬。湿邪风毒凝聚，经络阻隔，气血凝滞形成硬结而痒。湿为重浊之邪，故发病往往先发于下肢，又湿性黏腻，故缠绵不愈，所以治疗本病当先健脾，脾运湿消。取足阳明经下合穴的足三里配以足太阴脾经合穴的阴陵泉穴，脾胃相合，一纳一运，水湿得运。配曲池、丰隆除湿泻热，湿消聚散而痒止。也有由于痒甚不得眠，日久生烦者，临床表现剧痒，当给予宁心安神。配神门、四神聪、太冲清心宁志，三阴交、神门相配又可养血安神，再配丰隆和足三里可健脾利湿而除烦止痒。由于湿邪黏腻与风毒凝滞，阻隔经络，日久气血凝滞形成结节，配血海、膈俞、行间养血以润燥，活血以散结。诸穴配合使用，共奏宁心止痒，除湿解毒，活血散结之功。

【验案举例】

案一　田某，男，27岁，2001年9月3日初诊。

主诉：患者全身瘙痒3个月。

病史：平素纳差，近半年来食量大减，体倦神疲，大便时而溏薄，未经注意，3个月前突发皮肤瘙痒，遇风吹日晒均觉瘙痒难忍，夜寐脱衣则瘙痒亦作。曾用药物治疗效果不显。

查体：面黄无华，全身皮肤无原发疹斑，皮肤干燥欠润泽，散在有搔抓之痕及部分结痂。肝脾未扪及；舌质淡，苔薄白；脉弦细。

印象：①中医：痒疹；②西医：顽湿结节。

辨证：患者脾虚生血不足，血虚生风，脾失运化，气滞血结而成。

治则：宁心止痒，除湿解毒，活血散结。

选穴：足三里、阴陵泉、曲池、丰隆、神门、三阴交、四神聪、太冲、血海、膈俞、行间。

操作：足三里，直刺1～2寸，施捻转补法1分钟；阴陵泉，直刺1～1.5寸，施提插补法1分钟；曲池，直刺1～1.5寸，施提插补法1分钟；丰隆，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟；神门，直刺0.3～0.5寸，施捻转补法1分钟；四神聪，平刺0.5寸，施捻转补法1分钟；三阴交，直刺1寸，施提插补法1分钟；太冲，直刺0.5～0.8寸，施提插泻法0.5分钟；血海，直刺1～1.5寸，施提插泻法1分钟；膈俞，斜刺0.5寸，不施手法；行间，斜刺0.5～0.8寸，施提插泻法0.5分钟。

治疗经过：经上法治疗，3次后瘙痒减轻，继续治疗3次瘙痒消失，食欲增加，体力有所恢复，追访半年瘙痒未犯。

案二　田某，男，27岁，医生。初诊日期：1981年9月3日。

主诉：全身瘙痒3个月。

病史：患者平素脾胃虚弱，纳差，近半年来食量大减，体倦神疲，大便时而溏薄，未

经注意，3个月前突发皮肤瘙痒，遇风吹日晒均觉瘙痒难忍，夜寐脱衣则瘙痒亦作。曾用药物治疗效果不显。

查体：面黄无华，全身皮肤无原发疹斑，皮肤干燥欠润泽，散在有搔抓之痕及部分结痂，肝脾未触及，舌质淡，苔薄白，脉弦细。

印象：①中医：痒疹；②西医：顽湿结节。

辨证：患者素体脾胃虚弱故纳少，便溏，脾胃气虚，摄纳失司，气血乏源，故体倦而神疲，肌肤失养而欠泽，脾胃不健，气虚血亦虚，血虚则生风，风行则痒生。

治则：健脾养血，熄风止痒。

选穴：足三里、三阴交、曲池、风门。

操作：足三里，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟；三阴交，直刺1寸，施捻转补法1分钟；曲池，直刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；风门，向脊柱方向斜刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟。每日1次，每次留针20分钟。

治疗经过：经上法治疗，3次后瘙痒减轻，继续治疗3次瘙痒消失，食欲增加，体力有所恢复，追访半年瘙痒未犯。

【临证提要】

中医学称之为顽湿结节。认为与风、湿、毒、虫与血瘀等有关。风盛则痒重，湿瘀热结常凝聚于局部不愈、虫毒顽固难愈、剧痒不止，所以本病为感受风湿热毒虫，经络受阻，气血不畅，致血瘀痰凝，或忧思恼怒脾虚不运，湿阻于络而致，故针灸治疗本病在于疏通经络以祛风健脾宁心以止痒。多由脾虚湿盛，复感外界风毒虫咬。湿邪风毒凝聚，经络阻隔，气血凝滞形成硬结而痒。湿为重浊之邪，故发病往往先发于下肢，又湿性黏腻，故缠绵不愈，所以治疗本病当先健脾，脾运湿消。取足阳明经下合穴的足三里配以足太阴脾经合穴的阴陵泉穴，脾胃相合，一纳一运，水湿得运。配曲池、丰隆除湿泻热，湿消聚散而痒止。也有由于痒甚不得眠，日久生烦者，临床表现剧痒，当给予宁心安神。配神门、四神聪、太冲清心宁志，三阴交、神门相配又可养血安神，再配丰隆和足三里可健脾利湿而除烦止痒。由于湿邪黏腻与风毒凝滞，阻隔经络，日久气血凝滞形成结节，配血海、膈俞、行间养血以润燥，活血以散结。诸穴配合使用，共奏宁心止痒，除湿解毒，活血散结之功。患者素体脾胃虚弱故纳少，便溏，脾胃之虚，摄纳失司，气血乏源，故体倦而神疲，肌肤失养而欠泽，脾胃不健，气虚血亦虚，血虚则生风，风行则痒生。

十、缠腰火丹（带状疱疹）

缠腰火丹系指发生在腰胁部、大小不等的水疱，古医籍中名称不一，《外科大成》称“缠腰火丹”，《外科启玄》称“蜘蛛疱”，后世称之为“串腰龙”。现代医学称之为“带状疱疹”。是由水痘—带状疱疹病毒感染而引起的急性疱疹性皮肤病，其主要临床特点：在发疹部位往往先有神经痛或发痒或皮肤感觉过敏，而神经痛最为突出，疱疹是粟粒状，绿豆大小，疱液澄清，疱壁紧张发亮，周围有红晕，数片成群出现。古人对缠腰火丹从病

名、症状到病机病位都有精湛的论述。《医宗金鉴·外科心法要诀》中曰："缠腰火丹蛇串名，干湿红黄似珠形，肝心脾肺风热湿，缠腰已遍不能坐。"针对带状疱疹分布特点，现代医学认为是沿一侧周围神经作带状分布，常伴有神经痛和局部淋巴结肿，愈后复发率极低。

【临床表现】

本病初起，局部皮肤有烧灼或刺痛感，皮肤感觉过敏，其中绝大多数于刺痛后1～4天出现皮疹，极少数患者无前驱症状即发疹。常有轻度全身症状，如低热、食欲不振、周身不舒等。疱疹呈粟粒状，绿豆大的水疱，累累如串珠，常呈条带状排列，疱液先为透明，后转混浊。各簇水疱群之间隔处皮肤正常。有时可相互融合成为弥漫的一大片损害，附近淋巴结常肿痛，数日后水疱可混浊化脓，或部分破裂，露出糜烂面，最后干燥结痂，痂皮脱落后，遗留暂时性淡红色斑或色素沉着，若无继发感染，愈后不留疤痕，病程约2～4周。

【鉴别诊断】

1. 单纯疱疹

本病是因感染单纯疱疹病毒引起的，常围绕口、鼻腔及生殖器分布的群集性疱疹，故亦称面部疱疹、唇疱疹、生殖器疱疹、冷疱、水疱热。其临床表现根据疱疹发生部位不同症状各异，疱疹发生在口唇、颊黏膜、上腭等部位，多见1～5岁儿童，水疱较小，局部炎症显著，有流涎、呼吸时口臭，可伴发热、倦怠、食欲不振等全身症状。疱疹发生在生殖器部位较少见，多由性交感染引起。疱疹发生在角膜易引起角膜穿孔、前房积脓等症，可导致失明。总之单纯疱疹好发于皮肤与黏膜交界处，分布无一定规律，水疱较小易破，疼痛不显著，常易复发。

2. 接触性皮炎

由于接触外界物质而发生的皮肤炎性反应，其临床特点为在接触部位发生，边缘鲜明，有皮肤损害，轻者为水肿性红斑，重者可见丘疹、水疱、大疱、表皮松懈，甚至坏死，形态比较一致，瘙痒但痛不明显。

【治疗规范】

1. 治则

祛湿清热，消疹止痛。

2. 配方

（1）刺络法：在疱疹发生部位，选择2～3处刺络拔罐。

（2）经穴刺法：选双侧丰隆、阴陵泉。

3. 操作

（1）刺络法：局部皮肤常规消毒，以三棱针点刺在疱疹间隙处（轻者皮内，重者皮下），刺4～5点，加以闪火罐放血5～10ml，注意不要点在疱疹上，拔罐部位应交替进行，

留罐时间不得超过8分钟。

（2）经穴刺法：丰隆直刺进针1～1.5寸，施捻转提插泻法1分钟；阴陵泉直刺1～1.5寸，施捻转平补平泻法1分钟，二穴施术后均留针20分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：每日或隔日1次，7次为1疗程。

（2）经穴刺法：每日2次，10天为1疗程，疗程中不得中断治疗。

【配方理论】

缠腰火丹现代医学称之为带状疱疹。多因脾胃运化失常，水湿停滞，久而化热；或肝胆湿热，郁而化火；或湿热毒邪侵及经脉；湿热内蕴，壅阻脉络，发于腠理，外达皮部，故见疱疹簇生瘙痒而痛甚。治疗上常以清热泻火，解毒利湿为法。石学敏教授运用刺络疗法配合针灸，有卓著疗效，且取效快，不使用任何药物可治愈。石教授认为刺络拔罐具有促进血液循环，增强代谢，以改善局部免疫状态的功能，从而起到杀灭病毒，抑制细菌的继发感染，加速带状疱疹痊愈的作用。临床积累了数百例病例，与普通针刺方法比较疗效显著，有立即止痛消疹之功。基于中医理论，究其病因病机，邪阻经脉，壅结于皮部，而皮部者以“经脉为纪”，循其皮部发病部位，刺之于血即可通过皮部以疏调本经气血，引邪外出。再配合针刺丰隆、阴陵泉祛湿清热、通调经脉瘀阻，正如“菀陈则除之，去血脉也。”

【转归及预后】

带状疱疹属自限性疾病，其自然病程通常2～4周，而皮肤结痂、疼痛缓解越早，患者所受的痛苦就越少。针灸治疗带状疱疹镇痛效果明显，一般在1～3次针灸治疗后，即会有显著的改善。部分患者常在皮损消退后遗留有后遗神经痛。故针灸治疗带状疱疹疗程需长些，尤其是老年人，在疱疹结痂后要针灸1～2疗程，对于缩短病程、缓解疼痛、预防后遗神经痛的发生，提高生活质量尤为重要。采用针灸法治疗本病见效快、疗程短、止痛效果好，无感染，无后遗症。

【验案举例】

案一　陈某，男，47岁。2004年3月24日初诊。

主诉：患者左侧胸胁部起斑疹疱伴局部刺痛3天。

病史：患者有心脏病史，素体虚弱，于3天前外出就诊返家后，突感左侧胸胁部轻度瘙痒，搔抓后发现局部有红色丘疹，疹上少许水疱，第2日皮肤刺痛而痒、丘疹簇生间隔分布如带状，刺痛阵发，服止痛药物无效，遂赴西医院诊治，予注射度冷丁50mg，注射后疼痛仍不缓解，心烦不安，不能入睡。

查体：现慢性痛苦病容，面白无华，左侧胸胁部有3处簇生丘疹，上有水疱，疱内液呈白色，有搔抓破溃之结痂处，舌淡苔白，脉弦数。

印象：①中医：缠腰火丹；②西医：带状疱疹。

辨证：患者久病体虚，血虚气衰，卫外不固，外出感受时邪，郁结于胸胁，发为火丹，邪不得解，郁阻经脉，致气血不通，痒痛剧甚，舌脉均为正虚邪实之征。

治则：祛邪通络，活血止痛。

选穴：疱疹间隙刺络。

操作：局部皮肤消毒，以三棱针点刺疱疹间隙3～4点，加以火罐放血4～5ml，注意不要点刺在水疱上，每日1次。

治疗经过：经1次治疗后，刺痛减轻，丘疹减少，复诊1次后痛止，疹消而愈。

案二　康某，男，25岁，干部。初诊日期：1986年4月6日。

主诉：右上额及上眼睑，右面颊丘疹，刺痛2天。

病史：患者3天前自觉右眼不适，以手揉摸后右眼白睛发红，次日晨起，右上额及上眼睑及右面颊部刺痒，搔后皮肤发红并起丘疹，午后丘疹上起水疱，搔破后有白色渗液，刺痛加剧，目不能睁，经口服病毒灵，外用疱疹灵眼药水均不显效而来就诊。

查体：痛苦病容，右眼上睑内缘充血，球结膜充血，右上额密集簇生红色丘疹，右面颊亦有一处簇生丘疹上有小水疱，舌红，苔薄黄，脉浮数。

印象：①中医：抱头火丹；②西医：带状疱疹。

辨证：疱疹部位，系阳明经所过，故为阳明热盛，外感风邪，风热相搏，郁结皮部所致，舌脉为风热俱盛之征。

治则：清热解毒，疏风止痛。

选穴：阳白、太阳、四白。

操作：上穴为疱疹所发部位，以三棱针点刺2～3点，加以火罐，放血2～3ml，每日1次。

治疗经过：治疗1次后，痛减，2次后疹稍退但未全消，痛已止，3次后疹全消而愈。

【临证提要】

带状疱疹是皮肤科的常见病证，它是一种病毒性疾病，所以以抗病毒为主的治疗在临床上取得了良好的疗效，但带状疱疹相关疼痛的病理改变目前尚未完全明了，西医采用外用收敛药物擦敷，内服抗病毒类药、镇痛药及维生素类药物的现代医学治疗方案，但疗效不满意，尤其对于后遗神经痛无理想药物。针灸治疗这一有效、实用、简便的方法不仅可以缩短病程，而且对后遗神经痛的发生有明确的预防作用。研究证明针灸这一传统治疗方法对改善带状疱疹发作期疼痛及后遗神经痛的疗效明显优于中西药物对照组，据报道分析针灸治疗该病的有效率为90.47%～96.7%，后遗神经痛有效率为90.5%～100%。

十一、粉刺（寻常痤疮）

寻常痤疮是一种常见的毛囊皮脂腺炎症性的皮肤病，主要发生于青年男女，发育期后大部分病人可以逐渐自愈或减轻。好发于面部、胸背部，皮肤损害的特点为丘疹、脓疱、结节、囊肿与瘢痕，常伴有皮脂溢出。痤疮的发病率很高，是一种多因素的疾病，一般认

为本病的发生和内分泌有关。当雄性激素分泌增多时，则使皮脂腺肥大，皮脂分泌增多，皮脂腺管与毛孔堵塞，致使皮脂外流不畅而生粉刺。其他如遗传、精神紧张、饮食习惯、化学刺激都可能与本病有关。中医称之为肺风粉刺、面疱、酒刺等。《肘后备急方》一书中有“年少气充，面生疱疮”的记载。指出了年轻生机旺盛之际，营血偏热，脉络充盈，气血郁滞而发病，或过食肥甘油腻之品，中焦运化不利，日久化生火热，亦有感受风热之邪及不洁尘埃附着出现黑头，日久不愈使气血瘀滞，经脉失畅，肺胃积热，化湿生痰，使病情加重且顽固。针灸治疗可泻肺清胃，凉血解毒，以疏通经脉，气行瘀消。

【临床表现】

好发于青壮年，损害主要在面部，也可见于胸背部及肩部，偶尔发生于其他部位，大部分病人皮损处油脂较多，可以有丘疹、脓疱，严重者可发生脓肿，症状时轻时重，女性患者经期前后皮损可增多或减少，病程很长，有些到达中年时期，病情才逐渐缓解或消失，或多或少地留下萎缩性瘢痕或瘢痕疙瘩样损害。大部分病人只有轻微瘙痒。炎症剧烈时可以引起触痛及疼痛，由于每个人的皮损种类不同，可分为以下几种类型：

1. 丘疹性痤疮

主要在面部、胸、背、肩等处，有炎性小丘疹，呈淡红或紫红色，丘疹中央有皮脂角粒，初发和症状较轻的病人常只有这一种损害。

2. 脓疱性痤疮

丘疹因继发感染而形成脓疱，顶端破溃后可有脓疱，结痂后一般不留瘢痕，但较深的脓疱性损害，痊愈后可留浅瘢痕。

3. 结节性痤疮

当皮损炎症部位较深时，脓疱性痤疮可以逐渐发展成壁厚的结节，大小不等，一般呈淡红色和暗红色，有的破溃后可留瘢痕，有些皮损可慢慢吸收，不留瘢痕，有少数病人在鼻尖部反复出现米粒至豌豆大小的结节，红肿而疼痛。经过治疗可以慢慢吸收痊愈，少数也可破溃留下浅瘢痕，此类症状易在中年或老年人患有糖尿病病人中发生。

4. 萎缩性痤疮

由于丘疹或脓疱的损害破坏腺体，引起凹坑状萎缩性瘢痕，溃破的脓疱或是自然吸收的丘疹及脓疱都可以引起纤维性变及萎缩。

5. 囊肿性痤疮

这类皮损主要在面部及前胸、后背发生深部的脓肿，这些囊肿一般红肿，炎症反应不明显，病程较慢。这类损害可发生在各类痤疮的病人，往往形成很明显的瘢痕或瘢痕疙瘩。

6. 聚合性痤疮

本病是痤疮中损害最严重的一种。皮损呈多形，有粉刺、丘疹、脓疱、脓肿、囊肿、窦道、瘢痕和瘢痕疙瘩，相互融合、破溃，病程缓慢。此类症状常发生在有病灶感染或慢性消耗性疾病的病人身上。

7. 恶病质性痤疮

损害的特点为小米至蚕豆大的青红色或紫红色丘疹、脓疱或结节，较柔软，并且含有脓液及血液，长久不愈，也不疼痛，浸润也很少。病程缓慢，可能与慢性消耗疾病身体虚弱的病人有关。

【鉴别诊断】

根据患者多为青壮年，好发于面部及上胸背处，有黑头粉刺的损害可以诊断。应与下列疾病鉴别。

1. 药物引起的痤疮样药疹

溴化物及碘化物及长期服用皮质激素所致的痤疮，一般有服药史而无年龄限制，没有典型的黑头粉刺，皮疹一般为全身性。

2. 职业性痤疮

有接触煤焦油、石油产品、机器油和氯萘等化合物的病史，皮损一般多发生于接触过这些物质的部位。皮损很密，同工种的人员中有相同的损害，也无年龄限制。

3. 颜面播散性粟粒狼疮

本病损害多为暗红色或棕黄色的丘疹及小结节，在眼睑下缘皮损呈堤状排列，用玻璃片压诊可见苹果酱色的改变，损害与毛囊不一致。

【治疗规范】

1. 治则

疏风通络，泻肺清胃，凉血解毒。

2. 配方

（1）刺络法：沿华佗夹脊用三棱针挑刺放血，脊柱左右旁开 2 寸刺络拔罐。

（2）经穴刺法：①肺胃蕴热：尺泽、列缺、太渊、大椎；②气血郁滞：少商、尺泽、太白、足三里；③痰瘀结聚：血海、曲池、足三里、太溪。

3. 操作

（1）刺络法：华佗夹脊每隔 1 寸用三棱针挑刺放血 1 滴即可，脊柱左右旁开 2 寸，用三棱针点刺以出血为度，后加闪火拔罐，每次左右各 5 罐，每罐出血 2～3ml 为宜。

（2）经穴刺法：大椎，向上斜刺 0.5 寸，不施手法；尺泽，直刺 0.8～1.2 寸，或点刺放血，直刺时施提插泻法半分钟；列缺，向上斜刺 0.3～0.5 寸，施提插泻法半分钟；太渊，直刺 0.3～0.5 寸，施捻转泻法半分钟；少商，浅刺 0.1 寸，或点刺放血，不施手法；太白，直刺 0.5～0.8 寸，不施手法；足三里，直刺 1～2 寸，施捻转补法 1 分钟；血海，直刺 1～1.5 寸，施提插泻法 1 分钟；曲池，直刺 1～1.5 寸，施提插泻法 1 分钟；太溪，直刺 1～1.5 寸，施提插泻法 1 分钟。

4. 疗程

（1）刺络法：每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

（2）经穴刺法：每日 1～2 次，10 次为 1 个疗程。

【配方理论】

由于过食辛辣油腻之品，中焦运化不周，积久化湿生热，湿热循经熏蒸，蕴阻于面，加之青少年生机旺盛，阳热偏盛，血热外壅，络脉充盈血随热行，上壅于面，因此皮疹多发于颜面及胸背。日久不愈，使气血郁滞，络脉壅阻，或肺胃积热日久，化湿生痰，痰热互结，致使皮疹日久不消，或出现囊肿。由此可见，素体的血热是发病的根本。过食腥发肥甘之品，血瘀痰结是本病的病机变化。《医宗金鉴》提出："此证由肺经血热而成，"针刺的治疗在于疏通经脉，经脉通则气行瘀消，泻肺清胃，痰消结散，瘀消而面清。肺胃蕴热所取大椎穴为手、足三阳经、督脉之会，有清热、散风、通阳之功；尺泽为手太阴经之合穴，列缺为手太阴经络穴，太渊为肺经之原穴，三穴同用泻热肃肺而消痰化热。气血郁滞型所取少商、太白两穴，一为手太阴经所出为"井"，一为足太阴经所注为"输"，活血行滞；尺泽、足三里健脾疏络、行气活血。痰瘀结聚所取足三里、太溪可温阳助气、消痰化湿而散结；曲池、血海二穴并用具有散风活血、消瘀除斑之功。

【验案举例】

刘某，男，21岁，学生。初诊日期：1980年8月8日。

主诉：面部多发丘疹2年。

病史：患者于2年前开始，面颊、前额等处多发小丘疹不痒，丘疹顶端呈黑色小点，挤压之有白色油脂状物排出，平素皮肤油脂较多，有习惯性便秘史，曾内服药物及外敷药膏均无效，而来就诊。

查体：面部散在分布黍米状丘疹，色红，丘疹顶端有黑褐色小点，面部毛孔扩张，少数丘疹有脓疱，皮肤油脂较多，舌红苔黄，脉数。

印象：①中医：肺风疮（面皰）；②西医：寻常痤疮。

辨证：患者平素便秘，因肺热津少不能通调大肠所致，久之肺肠积热，熏蒸于面，热结肌肤，感受风邪，风热交阻而发本病，舌脉均为肺肠积热之征。

治则：宣肺理气，清热解毒。

选穴：大椎以下，至阳以上，脊柱左右旁开各3寸，皮肤异常点。

操作：局部皮肤消毒，以三棱针挑刺放血，隔日1次。

治疗经过：经挑刺疗法5次后，丘疹有些消退，部分变平，未见新丘疹发出，继续治疗10次后，面部丘疹全部消失，巩固治疗3次后面部皮肤正常未留斑痕而愈。

□第十章□

五官科疾病

一、伤风鼻塞（急性鼻炎）

伤风鼻塞即外感风邪而致鼻塞，且伴有流涕、鼻痒、喷嚏的病证。本病常具流行性与传染性。其病程较短，一般数日可愈。但反复发作者，则易致鼻窒、鼻渊等疾病。本病相当于现代医学的急性鼻炎。急性鼻炎是鼻黏膜的急性炎症。是一种具有传染性的急性病。其发病原因为先由病毒感染，然后鼻腔和咽部的细菌乘机侵入鼻黏膜，鼻黏膜充血、水肿而发病。中医学认为本证之主要病因病机为正气虚弱，肺卫不固，以致风寒或风热之邪侵犯鼻窍，肺失宣降而致鼻塞、流涕等证，治疗当以祛邪通窍为法。

【临床表现】

突发鼻塞、流涕、鼻痒、喷嚏，伴发热、恶寒、头痛等全身症状。

【鉴别诊断】

1. 过敏性鼻炎

虽然症见鼻塞、流涕，但常反复发作，且以喷嚏、流稀涕为主，鼻黏膜苍白水肿。

2. 慢性鼻炎

以鼻塞时轻时重，或双侧鼻窍交替堵塞，反复发作，经久不愈，甚至嗅觉失灵为特征，以鼻塞为主症。鼻黏膜慢性充血、肿胀。

【治疗规范】

1. 治则

祛风，宣肺，通窍。

2. 配方

大椎、肺俞、风池、迎香。

3. 操作

大椎穴消毒后用三棱针点刺 3～5 点，再用闪火法拔罐，令出血 5～10ml；肺俞进针 0.5 寸，施捻转补法；风池向对侧眼球方向斜刺 1～1.5 寸，施捻转泻法；迎香向内斜刺 0.3～0.5 寸，施捻转泻法。以上穴位施手法 1 分钟后，再留针 20 分钟。

4. 疗程

每日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

【配方理论】

伤风鼻塞即急性鼻炎，其发病常在正气虚弱即机体免疫力低下时，感受风邪，即病毒侵犯人体，使肺卫失宣，肺开窍于鼻，肺窍闭塞而发病。故治疗以祛邪通窍为主。正如《医学入门·窒塞》指出："新者偶感风寒，鼻塞声重，流涕喷嚏，宣以风寒治之。久则略感风寒，鼻塞等症便发，乃肺伏火邪，郁甚则喜热恶寒，故略感冒而内火便发，宜清金降火兼通气之剂。"大椎穴为手足三阳经与督脉之会，督脉主一身之阳，具有扶正、清热之功。现代研究表明针刺大椎穴可提高机体的免疫力，增强白细胞对病菌的吞噬能力；风池为足少阳经与阳维脉之会，有疏风解表祛邪利窍之功；肺俞居足太阳膀胱经，主一身之表，具有宣肺之功；迎香夹鼻，为通鼻窍之效穴。本法治疗急性鼻炎迅速有效。

二、鼻鼽（过敏性鼻炎）

鼻鼽是以突然和反复发作鼻塞、鼻痒、喷嚏、鼻流清涕为特征的疾患。鼽，即鼻出清涕之意。本病为鼻科常见病、多发病之一。可为长年性，也可为季节性，或在气候突变或邪毒、异气刺激时发作。本病以突然发作鼻塞、鼻痒、喷嚏、流大量清涕，鼻黏膜苍白水肿为特征，现代医学的过敏性鼻炎属于本病范畴。现代医学认为本病属于变态反应性疾病，与变态反应体质、精神因素、内分泌失调有关。由于鼻黏膜有了特殊敏感反应，当有外界各种致敏源，如冷热变化、化学气体、刺激性气味、烟尘、花粉等刺激时即引起发作。主要病理变化为鼻黏膜水肿及嗜酸性粒细胞浸润。中医学认为肺气虚弱，感受风寒是本病的主要原因。由于脾气虚弱，可使肺气虚弱，肾气虚可使肺失温煦而导致鼻鼽的发生。故其病主要在肺，其本在脾、肾。治疗主要以温补肺、脾、肾，祛风散邪为法。

【临床表现】

本病呈阵发性发作，先有鼻腔发痒，随即胀闷，喷嚏频作，鼻塞，流大量清鼻涕。其发病迅速，消失也快，症状消失后，则如常态。可伴头痛、耳鸣、听力障碍等症状。检查见鼻黏膜淡白或暗灰色。呈水肿样，鼻甲肿大。因此，该病的主要临床表现为：突然和反复发作的鼻塞、鼻痒、喷嚏、鼻流清涕。

【鉴别诊断】

1. 急性鼻炎

由于外感引起鼻塞、流涕、喷嚏，伴恶寒、发热、头痛等全身症状。鼻黏膜充血、水肿。

2. 急性鼻窦炎

鼻塞、鼻流腥臭脓涕、嗅觉减退为主症。

【治疗规范】

1. 治则

宣肺益气，固表止鼽。

2. 配方

迎香、合谷、列缺。

3. 操作

迎香，向内斜刺0.3～0.5寸，施捻转补法1分钟；合谷，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟；列缺，斜刺0.5～0.8寸，施捻转泻法1分钟，留针15分钟。

4. 疗程

过敏性鼻炎是一种疑难病证，常反复发作。其治疗每日针刺2次，12次为1疗程，一般常要治疗2～3个疗程。

【配方理论】

鼻鼽一证历代医家从不同方面论述了其病因病机、治疗原则和方法。《济生方·鼻门》说："风寒乘之，阳经不利，则为壅塞，或为清涕。"《素问玄机原病式·六气为病》说："嚏，鼻中因痒而气喷作于声也，鼻为肺窍，痒为火化，必火邪热于阳明，发于鼻，而痒则嚏也。"综上所述，鼻鼽为本虚标实之证。本虚或为肺虚或为肾虚或为脾虚，标实为风寒之邪。故治疗当补肺、益肾、温脾为法。列缺穴为手太阴肺经络穴，施捻转泻法可宣肺而通鼻窍。合谷为手阳明大肠经之原穴，肺与大肠相表里，补合谷而达到补肺气的目的。迎香为手足阳明经之会，主治鼻塞不通，不闻香臭，三穴合用共奏宣肺、益气通窍之功。

【验案举例】

胡某，男，17岁，学生。初诊日期：1985年6月9日。

主诉：鼻流清涕不止2年。

病史：患者于2年前偶感风寒，鼻塞流涕经治好转，后每遇风、冷、烟雾、异味粉尘等刺激而嚏喷不止，经常鼻流清涕不能自控，纳可，便调。经治无效来诊。

查体：发育中等，面色少华，鼻有清涕，无臭味。呼吸正常。舌红苔薄，脉弦数。

印象：①中医：鼻鼽；②西医：过敏性鼻炎。

辨证：风寒袭肺，风寒束肺，肺失清肃，津液上溢而清涕不止，久之肺卫不固，遇冷、风、烟雾、异味等诱发清涕频流而成鼻鼽。

治则：宣肺益气，固表止鼽。

选穴：迎香、合谷、列缺。

操作：迎香，向内斜刺0.3～0.5分，施捻转补法1分钟；合谷，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟；列缺，斜刺0.5～0.8寸，施捻转泻法1分钟，每日1次，每次留针15分钟。

治疗经过：经治疗2次后涕止，继治5次后遇冷风等不再诱发，巩固治疗3次而愈。追访半年无复发作。

三、鼻渊（急慢性鼻窦炎）

鼻渊是以鼻流浊涕不止为特征的疾病。因涕下长流不止，状如水泉，故名鼻渊。鼻渊又名脑漏、脑泻，为鼻科常见病、多发病之一。本病之发生无季节性，不分男女老幼，但以青少年多见。鼻渊有急性与慢性之分。急性鼻渊多为实证，起病急，病程短，其病机为火热上亢，以肺、胆、脾三经热盛为主；慢性鼻渊多属虚证，或虚实夹杂之证，病程长，缠绵难愈，其病机以脏腑虚损为主。因此鼻渊的治疗，依虚实的不同而有补虚、清热之异。现代医学的急、慢性鼻窦炎与本病相似，其病因是多方面的，当机体防御功能下降，如受凉受湿、过度疲劳、烟酒过度而引起的鼻腔急性炎症或邻近组织炎症引起鼻窦开口黏膜肿胀，影响窦腔引流通气而发病。西医治疗以抗炎及改善鼻腔通气为原则。

【临床表现】

鼻流大量浊涕；伴有头痛、鼻塞、嗅觉减退。

【鉴别诊断】

1. 急、慢性鼻炎

鼻塞、喷嚏、鼻痒、流涕，其以流清涕为特点。

2. 过敏性鼻炎

突然发作鼻痒、喷嚏、流清涕，反复发作。

【治疗规范】

1. 治则

清泄肝胆，通利清窍。

2. 配方

风池、迎香、合谷、行间。

3. 操作

风池，向对侧眼球方向斜刺1～1.5寸，针感循头至额中，施捻转泻法1分钟；迎香，向内斜刺0.3～0.5寸，施捻转泻法1分钟；合谷，直刺1寸，施捻转泻法1分钟；行间，直刺0.5～0.8寸，施捻转泻法1分钟。留针20分钟。

4. 疗程

15 次为 1 疗程。久病不愈者可酌用小艾炷灸印堂、百会、上星、迎香等穴。

【配方理论】

鼻渊一证的发生，历代医家论述颇多。有因风寒袭肺、蕴而化热、肺失宣肃，肺开窍于鼻而致鼻塞；或因肝胆火盛、上犯清窍所致者。故方用风池，风池为胆经与阳维之会，有疏风清热、清泄肝胆之功；迎香为阳明经穴，阳明经与太阳经互为表里，二经循行皆上夹鼻孔，可疏调阳明经气，宣泄肺热而通鼻窍，为治鼻渊的要穴；合谷为手阳明大肠经之原穴，配迎香可共奏泄热之功；行间为足厥阴肝经的荥穴，有清泄肝经实热之功。诸穴配用共奏清热泄肝通窍之功。

【验案举例】

史某，男，37 岁，工人。初诊日期：1984 年 8 月 12 日。

主诉：鼻流脓涕 3 年。

病史：患者嗜烟酒，辛辣之品，性情急躁易怒，3 年前因感冒后遗有流涕，渐至加重，时有鼻塞不通，涕流黏稠，色黄兼脓，腥秽难闻，伴头痛，口苦胁痛，经服消炎解毒等中西药物治疗不愈，来针灸治疗。

查体：鼻颏部有压痛，语带鼻音稍重浊，涕浊色黄，有秽气，舌红苔黄，脉弦数。

印象：①中医：鼻渊；②西医：慢性鼻窦炎。

辨证：患者嗜烟酒，秉体素热，性情急躁，忿怒无度，肝胆火盛，肝胆二经皆上循头颠，联于足太阳及督脉以通于鼻窍，故肝胆火盛，热势上炎而成鼻渊。

治则：清泄肝胆，通利清窍。

选穴：风池、迎香、合谷、行间。

操作：风池，向对侧眼球方向斜刺 1 ~ 1.5 寸，针感循头至额中，施捻转泻法 1 分钟；迎香，向内斜刺 0.3 ~ 0.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；合谷，直刺 1 寸，施捻转泻法 1 分钟；行间直刺 0.5 ~ 0.8 寸，施捻转泻法 1 分钟。每日 1 次，每次留针 20 分钟。

治疗经过：经针刺 2 次后涕减，变稀薄，4 次后涕清色白，涕量减少，鼻可嗅味，头痛止，针 10 次后，诸症消失，痊愈。

四、鼻窒（慢性鼻炎）

鼻窒即鼻塞，是以鼻塞时轻时重，或双侧鼻窍交替堵塞，反复发作，经久不愈，甚则嗅觉失灵为特征的一种病证。其发病无季节性和地区性，多在受湿着凉后加重。其病因病机为伤风鼻塞反复发作或饥饱劳倦、肺脾气虚，以致余邪滞留鼻窍而成。治疗上以补益肺脾，行气化瘀，祛邪通窍为主要大法。现代医学的慢性鼻炎相当于本病。其病理改变为鼻腔黏膜的慢性炎症。多由急性鼻炎反复发作或经久不愈，或受邻近器官（副鼻窦、腺样体、扁桃体等）炎症涉及所引起鼻黏膜慢性充血肿胀。

【临床表现】

鼻窒时轻时重、反复发作、经久不愈；甚则嗅觉失灵。

【鉴别诊断】

1. 急性鼻炎

突发鼻塞、流涕、喷嚏、鼻痒，伴恶寒、发热、头痛等全身症状。鼻黏膜充血、水肿。

2. 过敏性鼻炎

鼻塞、喷嚏、流涕反复发作为其特点，以喷嚏、流稀涕为主症，鼻黏膜苍白水肿。

【治疗规范】

1. 治则

疏风清热，宣肺通窍。

2. 配方

攒竹、迎香、合谷、大椎。

3. 操作

攒竹，向下斜刺0.3～0.5寸，施捻转泻法1分钟；迎香，向内斜刺0.3～0.5寸，施捻转泻法1分钟；合谷，直刺1寸，施捻转泻法1分钟；大椎，三棱针点刺放血。

4. 疗程

本证治疗1次可见效，但需每日针刺2次，连续治疗15次为1疗程，方可巩固疗效。

【配方理论】

鼻窒即鼻塞，早在《灵枢·本神》中说："肺气虚，则鼻塞不利少气。"阐述了鼻窒的病因病机。明代王肯堂在《证治准绳·杂病一》进一步论述："若因饥饱劳役所伤，脾胃发生之气不能上升，邪害空窍，故不利而不闻香臭。"阐述了鼻窒的主要病因病机。由此可见鼻窒一证实为本虚标实之证。肺脾气虚为本，邪留鼻窍，阻塞不通为标。风邪袭肺，肺气不宣，肺窍不利。风邪客久化热，而阻塞孔窍，窒而不通而发为本病。故治疗以宣肺、散邪、通窍为法。攒竹穴为足太阳膀胱经之穴，居鼻窍上方，足太阳经主一身之表，施捻转泻法可散邪通鼻窍；配手足阳明经交会穴迎香，其当鼻唇沟中，夹鼻窍，具有通鼻窍之功，为治鼻塞之效穴；合谷为手阳明经之原穴，手阳明与手太阴相为表里，其脉又上夹鼻孔，合谷、迎香可疏调手阳明经气，清泄肺热而通窍；大椎为手足三阳与督脉之会，主一身之表，主一身之阳，点刺放血而达泄热益气之功。四穴相伍共奏泄热、散邪、通窍之功，而使鼻塞治愈。

【验案举例】

齐某，男，48岁，干部。初诊日期：1983年7月15日。

主诉：鼻塞不通5年。

病史：患者5年前感冒后遗留鼻塞，自觉鼻孔不通气，经常用口呼吸，平时使用滴鼻

净、鼻通、麻黄素等药物滴用，暂缓一时，经久未愈，而来请针灸治疗。

查体：形体如常，鼻腔黏膜轻度充血，分泌物少，黏膜干燥，舌红苔薄，脉弦细而数。

印象：①中医：鼻窒；②西医：慢性鼻炎。

辨证：风邪袭肺，肺气不宣，肺窍不通，风邪客久化热，而阻塞孔窍，窒而不通，津液不得上布，故鼻干无涕。

治则：疏风清热，宣肺通窍。

选穴：攒竹、迎香、合谷、大椎。

操作：攒竹，向下斜刺0.3～0.5寸，施捻转泻法1分钟；迎香，向内斜刺0.3～0.5寸，施捻转泻法1分钟；合谷，直刺1寸，施捻转泻法1分钟；大椎，三棱针点刺放血。每日1次。

治疗经过：经针1次后，觉鼻已通气，但数小时后如故，继续治疗5次后，鼻窍已通，可闻气味，不用口呼吸，但有短暂不通现象。针15次后；鼻气已通，鼻腔潮润，诸证消失而愈。

五、鼻衄（鼻出血）

鼻衄是指鼻中出血的病证。鼻衄属血证范畴。血液生化于脾，藏受于肝，总统于心，输布于肺，化精于肾，运行于脉。当各种原因导致脉络损伤或血液妄行时，血液不循常道，上溢鼻窍，渗于血络外，谓之鼻衄。一般以小量出血称鼻衄；严重出血不止称鼻洪。究其病机，肺气通于鼻，足阳明之脉起于鼻之交頞中，风热袭肺，或风寒化热伤肺，或饮食所伤、胃火炽盛均可致血热妄行，或肝肾阴虚，虚火上炎，血随火升，从清窍溢出而病。故治疗以泻肺胃之热、滋阴降火、和血止血为基本大法。现代医学的多种疾病均可出现鼻出血的症状。如高血压、动脉硬化、血小板减少、血友病、白血病、严重的肝肾疾病、维生素K与C缺乏等。鼻出血是多种疾病的一种症状，找出病因，积极治疗原发病是关键。

【临床表现】

鼻腔出血反复发作，伴全身不同的症状。

【鉴别诊断】

鼻出血是多种疾病的症状之一，因此对鼻腔出血的患者应根据其伴有的不同症状及体征认真加以鉴别。临床常见的疾病如下：

1. 萎缩性鼻炎

鼻内干燥，灼热，鼻塞，鼻涕浊秽，呈现黄绿色或黑褐痂皮，鼻气腥臭；鼻黏膜及鼻甲萎缩。鼻涕中有血丝为其鼻出血的特点。

2. 血小板减少性紫癜

全身皮肤瘀点或瘀斑，鼻、口腔等黏膜及内脏出血。实验室检查血小板减少、出血时

间延长、毛细血管脆性试验阳性。

3. 白血病

发热，进行性贫血，皮肤、黏膜、内脏出血，肝、脾、淋巴结肿大。实验室检查骨髓象及周围血象中发现“幼稚型”白细胞为诊断该病的重要依据。

4. 肝硬化

病人常有肝炎病史或长期饮酒或长期营养不良史，出现水肿、腹水、齿龈与鼻腔出血、皮肤与黏膜出血、肝、脾肿大等证候。实验室检查见肝功能异常。

5. 血友病

病人常有终身轻微损伤后的严重出血现象。化验检查提示凝血时间延长，某种凝血因子缺乏。

6. 高血压病

病人血压超过160/90mmHg，可出现鼻腔、眼底甚颅内出血，伴头痛、眩晕或神经系统定位症状与体征。

【治疗规范】

1. 治则

益气，统血，止衄。

2. 配方

风池。

3. 操作

双侧风池穴，均向对侧眼球方向刺入1～1.5寸，施捻转补法，使针感达鼻咽部，患者鼻咽部有堵胀不适感，至鼻出血止后再继续捻转1分钟，留针20分钟。

4. 疗程

采用本法治疗可取得立即止血的效果。对于反复发作者可坚持每日治疗1次，10次为1疗程，以巩固疗效。应该指出的是必须查明出血原因，积极治疗原发病。

【配方理论】

鼻衄一证为多种疾病的一种症状。《针灸大成》指出：“鼻衄不止：合谷、上星、百劳、风府。问曰：此症缘何而得？出血不止。答曰：血气止壅，阴阳不能升降，血不宿肝，肝主藏血。血热妄行，故血气不顺也……”可见其病机为血不循经、溢于鼻窍。故治宜理血止血。风池穴为足少阳胆经与阳维脉之交会穴，而阳维脉又合于督脉，督脉循于鼻，针风池穴使针感达病所，施以补法而达到益气摄血止血的作用。

【验案举例】

沈某，女，50岁，会计，未婚。住院日期：1982年11月25日。住院号：11087。

主诉：鼻出血4天。

病史：患者未婚，患有甲状腺功能亢进。性情急躁，心悸，4天前夜间突然鼻出血，

量多不止，急到津医大附院就诊，于鼻腔填塞纱条止血，返家后2小时，血自口内溢出不止，又到部队医院就诊，考虑后鼻道出血，仍予肾上腺素纱条填塞，注射止血药物，返家后仍间断出血，收入我院内科病房，次日夜间，纱条脱出，鼻腔大量出血，滴药止血不住，服清热凉血中药无效，请我科会诊。

查体：面黄无华，焦急病容，鼻血色红，量多，无凝块，出血时如泉涌，舌淡，脉芤。

印象：①中医：鼻衄；②西医：鼻出血。

辨证：患者有宿疾“甲亢”，平时多虑善怒，气机冲逆，统藏失司，迫血妄行，逆从鼻出，衄而不止。

治则：益气，统血，止衄。

选穴：风池（双侧）。

操作：风池，向对侧眼球方向刺1～1.5寸，施捻转之补法，针感鼻咽部有堵闷感，捻转至血止为度。

治疗经过：出血当时，予针风池，随捻转针感达鼻咽部，渐渐血止，继续捻1分钟，当未再出血时，取出纱条，次日仍未出血又针1次捻转1分钟，此后未再出血而愈。追访1年未再发作。

六、乳蛾（急性扁桃体炎）

咽喉痛或称喉咙痛、咽溢痛，是指咽喉部位的疼痛而言。喉核即腭扁桃体，位于喉关两侧。由于毒邪侵犯，发生病变，以致红肿胀大，形似蚕蛾，故名乳蛾或喉蛾。现代医学的急性扁桃体炎属于本病范畴。其以咽喉疼痛、乳核红肿、突出或陷匿于两侧，形似乳头或蚕蛾为特征的一种疾病。其病因多为溶血性链球菌、肺炎双球菌感染，引起咽充血，扁桃体肿大、充血、白色或黄色假膜。中医学认为其主要病因病机为先天禀赋不足，外邪侵袭，饮食所伤及脏腑虚损，以致邪热上灼喉核为病。故古人有“咽喉诸病皆属于火”之说，故治疗以清热泻火为大法。

【临床表现】

起病急，突发咽喉疼痛，乳核红肿，伴恶寒、发热38℃～40℃等全身症状。

【鉴别诊断】

1. 咽白喉

起病较缓，发热37.5℃～38.5℃，有并发症时可有高热，热度与症状不成正比，咽痛较轻，面色苍白。咽部稍充血，假膜灰白或奶油样，白膜坚韧厚，不易擦去，勉强除去后易出血。

2. 急性咽炎

起病急，咽部红肿、疼痛，咽痒不适，吞咽困难。咽部及喉核红肿、悬雍垂肿胀，咽后壁淋巴滤泡肿大，颌下淋巴结肿大。

【治疗规范】

1. 治则

消热泻火，消肿利咽。

2. 配方

（1）经穴刺法：少商、商阳、曲池、合谷、天容。

（2）耳针疗法：耳屏区、咽喉区、耳舟下段的敏感压痛点。

3. 操作

（1）经穴刺法：少商、商阳，局部消毒后，用三棱针点刺一下，挤出血液 7～10 滴；曲池，直刺，进针 1.5 寸，施捻转提插泻法 1 分钟；合谷，直刺 1 寸，施捻转提插泻法 1 分钟；天容，进针 0.5 寸，针尖向咽喉方向，施捻转泻法 1 分钟。留针 20 分钟。

（2）耳针疗法：取耳屏区、咽喉区、耳舟下段的敏感压痛点，以及耳轮三穴，皆用强刺激捻转手法，留针 30 分钟，甚几小时。配合耳背静脉点刺放血，即用毫针在静脉怒张处点刺 1～2 针，放血 2～3 滴。

4. 疗程

每日 1 次，5 次为 1 疗程。

【配方理论】

急性扁桃体炎以咽喉肿痛为主要临床表现，属中医“乳蛾”范畴。喉为肺系，外通口鼻，故易受外邪侵扰。风热之邪侵犯，循口鼻而入，先犯肺系，邪热壅结喉核，脉络瘀阻，肌膜受灼而致本病。另咽通胃气，热邪犯胃，脾胃运化失职，积热壅于阳明之络，上攻咽喉，亦可致喉核红肿、溃烂发为本病。故取手太阴经与手阳明大肠经之井穴少商、商阳，点刺放血，以清热泻火；合谷为手阳明经大肠经原穴，可镇痛通络、疏风清热；曲池为手阳明大肠经的合穴，合治内腑，有消除胃火，泻火解毒之功；以上诸穴为清泄肺胃的有效配方。佐以天容穴泻小肠热，引火下行，可清热消肿利咽，是治疗咽喉痛实热证的验穴。采用本法治疗立竿见影，疗效显著。现代研究表明针刺与刺络治疗可提高机体免疫力，促进炎症吸收。

【验案举例】

靳某，女，17 岁，学生。初诊日期：1985 年 3 月 17 日。

主诉：咽喉肿痛 3 天。

病史：素有内热，3 天前，感受风邪，畏寒恶风，身微热，咽喉肿痛，吞咽痛甚，口苦便干，尿黄，经服中成药无效。

查体：体温 37.5℃，双侧扁桃体肿大，充血，无化脓，舌红苔薄黄，脉数。

印象：①中医：乳蛾；②西医：扁桃体炎。

辨证：素有内热，外感风邪，风热相搏，上蒸咽喉而发乳蛾。

治则：清热散风，通利咽喉。

选穴：少商、商阳、曲池。

操作：少商、商阳，三棱针点刺放血；曲池，直刺 1～1.5 寸，施呼吸泻法，针感达咽喉，有清凉感，施术 1 分钟。

治疗经过：针 1 次后痛减，吞咽顺利，2 次后肿消痛止，身不热，痊愈。

七、喉痹（急慢性咽炎）

咽喉肿痛指咽喉部红肿疼痛的症状。在多种外感及咽喉部的疾病中可出现此症。现代医学的急、慢性咽炎属于其中一种，中医称之为“喉痹”。喉痛是以咽部红肿、疼痛或微红，咽中不适为特征的咽部疾病。古人根据临床表现的不同，又有“喉闭”、“嗌痛”、“风热喉痹”、“阴虚喉痹”等不同的称谓。本病常年发病，以秋、冬、春季多见，多发于成年人。其发病多因外邪侵袭、饮食失调、情志所伤、环境污染及粉尘刺激，而使火热之邪壅滞咽部，灼伤肌膜所致。古人将“喉风”、“喉痛”、“乳蛾”为等病统称“喉痹”。在此专指咽部红肿、咽中不适的咽病，即咽部黏膜与黏膜下组织的急、慢性炎症。临床上根据虚实的不同，而施以散风清热、泻火解毒、滋阴降火之法。

【临床表现】

咽部微红、微肿、微痛，吞咽不利或困难，伴发热、恶寒、咳嗽、咯痰等症，此为实热之证。迁延日久或长期烟酒刺激或用嗓过度则形成虚热之证，症见咽中不适、微痛、干痒、灼热感、异物感。

【鉴别诊断】

1. 急性扁桃体炎

起病急、咽部疼痛剧烈，喉核红肿，连及周围咽部，伴发热、恶寒等全身症状。

2. 慢性扁桃体炎

反复发作咽部干燥不适，微痛，微痒，干咳，咽喉哽哽然，喉核肥大或缩小，压之可有黄白色脓样液溢出。

【治疗规范】

（一）急性咽炎

1. 治则

疏风清热，解毒利咽。

2. 配方

风池、曲池、合谷、天突、廉泉、少商、商阳。

3. 操作

风池，向对侧眼方向斜刺，进针 1.5 寸，天突，直刺 0.2～0.3 寸，然后沿胸骨柄后缘、气管前缘缓慢向下刺入0.5～1 寸，以上诸穴均施提插捻转泻法 1 分钟；廉泉，直刺进针 1 寸，施提插泻法 1 分钟，留针 20 分钟。少商、商阳，用消毒三棱针迅速点刺一下，

放血5～10滴。

4. 疗程

每日针刺2次，5次为1疗程。

（二）慢性咽炎

1. 治则

滋阴，降火，利咽。

2. 配方

列缺、照海、太溪、三阴交、廉泉。

3. 操作

列缺，仰掌取穴，向肘部斜刺0.5寸，施迎随捻转泻法1分钟；照海、太溪、三阴交，直刺0.5～1寸，施捻转补法1分钟，令针感沿其经脉传导；廉泉，当舌骨的下缘凹陷处进针，直刺0.5～1寸，施提插捻转泻法1分钟。留针20分钟。

4. 疗程

每日针刺2次，10次为1疗程。

【配方理论】

急、慢性咽炎属中医“喉痹”范畴，本病发生的原因，早在《素问·阴阳别论》即有：“一阴一阳结，谓之喉痹”的记载。“痹”指闭塞不通，一阴指少阴，一阳指少阳，此为喉痹的脏腑经络辨证的梗概。喉痹多属火热，有实火、虚火之分。治疗应辨明虚实，确立补泻大法。急性咽炎起病急，红肿疼痛明显，故属实证，当以泻火为主。风池为足少阳与阳维脉之交会穴，有疏风清热之功；配手阳明大肠经之曲池、合谷穴清泄肠胃之火；少商、商阳点刺放血，增强泻火解毒之力；廉泉、天突穴均为阴维与任脉之会穴，有清利咽喉之效。以上诸穴配伍泻火利咽之效显著，为治疗急性咽炎的验方。慢性咽炎为久病渐起，反复发作，红肿疼痛微轻，且日久难消，故属虚证，治疗以降火为法。列缺、照海为八脉交会穴中的一对，二穴相伍可滋补肺肾之阴，清降虚浮之相火；三阴交为三阴经之会，太溪为足少阴肾经之原穴，二穴施以补法可滋补阴精、引虚火下行；廉泉有利咽消肿之功，以上配方实为治疗慢性咽炎之良方。临床对于急、慢性咽炎采用上述方法治疗，疗效肯定，简单易行。

【验案举例】

马某，女，29岁，歌唱演员。初诊日期：1982年4月28日。

主诉：咽干而痛半月。

病史：患者经常反复发作，咽干而痛，虽经中西药物治疗，不能痊愈，时轻时重，过累或感寒则加剧，本次发病半月，经治不愈，而来就诊。

查体：咽红，咽后壁有点状小充血点，无化脓，扁桃体略大，舌红少苔不润，脉细数。

印象：①中医：喉痹；②西医：咽炎。

辨证：患者经常演出，耗伤气阴，津液枯竭，不得滋润咽喉，阴虚津枯而生火，虚火上炎而发喉痹。

治则：滋阴降火，生津润燥。

选穴：列缺、照海、曲池。

操作：列缺，曲腕，斜刺0.5～0.8寸施捻泻法1分钟；照海直刺0.5寸，施捻转补法1分钟；曲池，直刺1寸，施呼吸之泻法1分钟。每日1次，每次留针15分钟。

治疗经过：经上法治疗1次后咽痛减，3次后咽干而痛缓解，7次后症状消失，查咽部不红，咽后壁充血点消失，继治5次后痊愈，经追访未复发作。

八、牙痛

牙痛是常见的口腔病证，中医辨证分为3种类型：风热牙痛、胃火牙痛、虚火牙痛，虽有虚实之别、内外之别，但病机总不离“火热”二字。现代医学则主要按解剖位置归属为急性及亚急性牙髓炎、冠周炎、牙周炎、急性根尖周围炎和牙本质过敏等所致的症状，小儿则常见龋齿疼痛。其发病机理主要是各种炎症因子侵及牙髓的神经组织，引发剧痛。针刺对于消除和缓解牙痛症状效果颇佳，常有立竿见影之效。石学敏教授认为治病必求其本，纠正患者的不良用齿习惯，使其积极护齿，从而预防复发或加重才是最重要的，医者绝不能满足于针到标除。

【临床表现】

1. 风热牙痛

牙龈红肿，患处受热痛剧，得冷痛减，可伴全身症状，如恶寒发热，口渴，舌红苔白，脉浮数。

2. 胃火牙痛

牙龈红肿较甚，或有痈肿，溢脓（又称牙痈，为外科适应证，针刺可辅助消炎止痛），疼痛剧烈，可有颊肿、头痛，伴口渴、口臭、大便秘结，舌赤苔黄厚，脉洪数。

3. 虚火牙痛

牙龈稍红肿，或见萎缩，牙痛隐隐，咬物无力，全身可伴有腰酸膝软，口干不欲饮，舌红少苔，脉细数。

【鉴别诊断】

牙痛为一症状，凡以牙痛为主要症状者，均可诊为牙痛。这里主要介绍与头痛、面痛的鉴别：

1. 头痛

有器质性头痛与功能性头痛之分，前者凭MRI、CT、EEG多可明确诊断，后者多有精神诱因。由于牙痛特别是风火牙痛也可引发头痛，所以需与偏头痛等鉴别，主要鉴别点：牙痛以牙龈红肿在先，头痛在后，常有口腔不洁史及病程短为特点，头痛则多无牙龈

红肿，病程可持久转为慢性。

2. 面痛

面痛与现代医学中的三叉神经痛基本吻合，其主症为面颊抽掣疼痛。三叉神经在面部分为3支：眼支，上颌支，下颌支。疼痛部位主要在后两支分布区为多。三叉神经痛可由炎症浸润或肿瘤压迫引起，特点是：①突然发作，呈阵发性放射性电击样剧痛；②每次疼痛时间很短，数秒或数分钟后自行缓解；③易复发，病程较长；④常有“扳机点”，可因吹风、洗脸、说话、吃饭等刺激此点而发作。由于上颌神经、下颌神经的感觉纤维在上、下颌齿龈处各有分布，所以常应分清牙痛由何而起。以上4个特点可资鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

清热止痛。

2. 配方

（1）主穴：合谷、下关、颊车。

（2）配穴：①风热牙痛：风池、外关；②胃火牙痛：内庭、足三里；③虚火牙痛：太溪、三阴交。

3. 操作

（1）除太溪、三阴交采用捻转补法外，余穴均采用捻转泻法，要达到一定的刺激量。

（2）下关穴可深刺1.5～2寸，此时针感向牙龈放射，患者常感强烈的酸胀感。

（3）合谷穴取对侧。

（4）痛证宜较长时间留针（40～60分钟）。

4. 疗程

风热牙痛1～2次即可；胃火牙痛依据苔、便改善情况决定，多在2～6次治疗后痊愈；虚火牙痛也依据全身症状改善情况而定，时间长短不一。针刺间隔：每日1～2次，随症决定。

【配方理论】

石学敏教授结合循经取穴与局部取穴的原则，认为无论何型牙痛，均宜取主穴合谷、下关、颊车，因为手阳明大肠经入下齿中（足阳明胃经入上齿中），故取合谷，下关、颊车不仅隶属阳明经，更是局部常用穴。风热毒邪侵袭牙体，邪聚不散，气血滞络，不通则痛，故当以祛风散邪，风池祛风较好，手法得当时针感可传至局部，外关是宣散风热常用穴，为远端取穴。胃火素盛，又嗜食辣醇，或风热邪毒外犯，引动胃火上蒸牙床，故牙龈肿痛，火热郁久可成痈化肿，引起剧痛，内庭为胃经荥穴，“荥主身热”，故可引热下行；足三里用泻法亦能调理中焦，助火热从二便排出。肾主骨，齿为骨之余，肾阴亏损，虚火上炎，灼伤牙龈，则发为痛，但由于本虚标实，痛轻齿松，所以宜滋肾阴，清虚火，太溪为肾经原穴，三阴交为肝、脾、肾三经所交会之穴，二者均为补肾阴常用穴。总之，只要辨证得当，多数牙痛皆可很快治愈，我们认为治疗牙痛的石氏配方不仅在临床上效如桴

鼓，而且在理论上综古之长。针刺治疗可以改善局部神经水肿、缺血、缺氧的病理状态，抑制神经的过度兴奋状态，所以，不仅牙痛，大多数痛证都宜及早采取针刺治疗。

【验案举例】

案一　袁某，男，33岁，技术员。初诊日期：1986年11月27日。

主诉：右上第2臼齿疼痛4天。

病史：右上第2臼齿有龋洞且痛，口腔科予以钻空修补，但疼痛不止，且不能进食及咀嚼，吸气亦痛，冷热俱痛，服止痛药物不能缓解，影响睡眠，请求针刺治疗。

查体：倦怠痛苦面容，右侧面颊稍肿，右上第2臼齿有龋洞。舌淡苔薄白，脉弦数。

印象：①中医：牙痛；②西医：龋齿。

辨证：患者素体脾胃虚弱，脾胃积滞，虚火上炎，而致颊肿齿痛。

治则：清热降火。

选穴：颧髎、下关、内庭。

操作：颧髎，直刺1～1.5寸刺入眶下孔；下关向下斜刺1～1.5寸；内庭，直刺0.5寸，均施捻转泻法，留针，痛止起针，每日1次。

治疗经过：经上法治疗1次后，痛止，晚间能进食，第2天继针1次，痛止肿消，饮食睡眠正常而愈。

案二　栾某，男，35，工人。初诊日期：2003年11月10日。门诊号：66184。

主诉：拔牙后头面、牙龈疼痛1周。

病史：患者1周前因龋齿拔牙，术后出现头面、牙龈疼痛，服药无效，今日来我科就诊。

查体：神志清楚，语言清晰，颅神经（－），左侧面颊略肿胀，牙龈色红。舌淡苔白，脉滑数。

印象：①中医：颊痛，牙痛；②西医：拔牙后疼痛。

辨证：患者处于而立之年，身强力壮，脾胃蕴热，循经上炎，上蒸牙床，故牙龈肿痛，拔牙后火热未得泻尽，遗留残邪，致使头面、牙龈作痛。

治则：清热降火止痛。

选穴：合谷、下关、颊车、内庭、足三里。

操作：颊车、内庭、足三里，均采用捻转泻法，要达到一定的刺激量；下关，可深刺1.5～2寸，此时针感向牙龈放射，患者常感强烈的酸胀感；合谷，取患部对侧，采用捻转泻法；长时间留针50分钟。

治疗经过：经上法治疗2次后，疼痛明显减轻，继针2次，痛止肿消，饮食睡眠正常而愈。

九、耳鸣、耳聋（神经性耳鸣、神经性耳聋）

耳聋是各种听力减退症状的总称。分为传音性聋、感音性聋和混合性聋。传音性耳聋

由外耳与中耳病变阻挡声音传入内耳所引起。感音性耳聋则为耳蜗及蜗后病变致使不能或难以感觉声音。混合性耳聋即是上述两种因素同时出现。感音性耳聋又称神经性耳聋。神经性耳聋包括病毒性聋、突发性聋、中毒性聋、老年性聋、噪音性聋。中医学把本病的发生责之于肝火上炎、肾气亏虚、脾胃虚弱。石学敏教授采用针灸疗法治疗本病，注重标本兼治，局部取穴与远端取穴相配合，临床疗效满意。

【临床表现】

耳聋发作前多无先兆，少数有轻度感冒、疲劳或情绪激动史，耳聋发生突然，多为单侧，双侧者耳聋程度不一。此外，可伴有耳闷、胀感及耳鸣、眩晕、头痛等症状。检查时在外耳道、鼓膜、咽鼓管各处常无明显病变可见，音叉检查属感音性聋。听力计检查结果显示气导和骨导均下降，以高频区下降或高、低频区同时下降者最多，语音频率区听阈平均提高 50 分贝左右，复响实验约半数（59%）阳性，部分病人有病理性适应。前庭功能检查：部分病例前庭反应减退或消失。

【鉴别诊断】

耳聋需辨明传音性聋或感音性聋，根据临床症状及检查，一般可明确诊断。传音性聋听力检查为气导下降、骨导正常，外耳及鼓膜、中耳检查异常。感音性聋随各种耳聋而各具特点：

1. 病毒性聋

有发热、上呼吸道感染或胃肠道等病史或症状，听力减退常突然发生。听力为高频损失最重，前庭功能减退。

2. 药物中毒性聋

除有用药史外，可出现眩晕，耳鸣，口周及四肢麻木，听力为双侧对称性下降。

3. 噪音性聋

有长期噪声接触史，有明显的高调耳鸣，并有头晕、头痛、失眠等症状，听力曲线上 4000Hz 处有切迹。

4. 老年性聋

多为双侧渐聋，发展缓慢，鼓膜可见混浊，辨音能力差。

【治疗规范】

1. 治则

开窍通络。

2. 配方

（1）主穴：风池、翳风、听宫、三阴交。

（2）辅穴：①肝胆火盛加太冲、中渚；②痰火郁结加丰隆。③肾精亏虚加太溪、关元；④脾胃虚弱加足三里、脾俞、胃俞。

3. 操作

风池，向外耳道方向斜刺 1 ~ 1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；翳风，张口取穴，斜刺向耳前方向，进针 1 ~ 1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；听宫，张口取穴，直刺 0.8 ~ 1 寸，施捻转泻法 1 分钟，令耳内重胀感；三阴交，直刺 1 寸，捻转补法 1 分钟；太冲，直刺 0.5 ~ 1 寸，捻转泻法 1 分钟；中渚，直刺 0.5 寸，捻转泻法 1 分钟；丰隆，直刺 1 ~ 1.5 寸，捻转泻法 1 分钟；太溪，直刺 0.5 寸，捻转补法 1 分钟；关元，直刺 1 ~ 2 寸，呼吸补法 1 分钟；足三里，直刺 2 寸，捻转补法 1 分钟；脾俞、胃俞，直刺 1 寸，捻转补法 1 分钟。

4. 疗程

每日针刺 1 次，15 次为 1 疗程，一般需 2 ~ 3 个疗程。

【配方理论】

本病在《内经》中早有论述，如《灵枢·脉度》："肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣"。《灵枢·海论》："髓海不足则脑转耳鸣。"《灵枢·决气》："精脱者，耳聋……液脱者……耳数鸣。"《灵枢·口问》："故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣"，"耳者，宗脉之所聚也，故胃中空则宗脉虚，虚则下溜，脉有所竭者，故耳鸣。"《外台秘要·风聋方》："病源足少阴之经，宗气之所聚，其气通于耳，其经脉虚，风邪乘之，风如于耳之脉，使经气痞塞不宣，故为风聋。"《仁斋直指附遗方论·耳》："肾通乎耳，所主者精，精气调和，肾气充足则耳闻而聪。如劳伤气血，风邪乘虚，使精脱肾惫则耳转而聋。"皆认为耳鸣、耳聋是肾精亏虚，脾胃虚弱，肝火、痰浊上蒙，以及风邪上袭耳窍所致。因此治疗上拟开窍通络为大法，取风池、翳风、听宫 3 穴。风池可疏风通络，翳风、听宫为局部取穴，可开窍利机关。再结合脉证，进行辨证论治。肝胆火盛加太冲、中渚可清泻肝胆之热。痰火郁结泻丰隆可燥湿化痰。补太溪、关元可补肾精壮元阳。脾胃虚弱则补足三里、脾俞、胃俞，可补益后天之本。治疗本病当辨虚实，清·张三锡《医学准绳六要·治法汇》："耳聋、耳鸣，须分新久虚实。"《景岳全书·耳证》："凡暴鸣而声大者多实，渐鸣而声细者多虚，少壮热盛者多实，中衰无火者多虚，饮酒厚味素多痰火者多实，质清脉细素多劳倦者多虚。"但病因不论内外，多与精气不足有关，正如《济生方·耳论治》所云："疲劳过度，精气先虚，于是乎风寒暑湿得以从外入，喜怒忧思得以内伤，遂致聋聩耳鸣。"所以劳伤精气是本病的根本原因之一，故取三阴交穴补三阴经之经气。

【验案举例】

案一　诸葛某，女，42 岁，干部。初诊日期：1981 年 3 月 9 日。

主诉：左耳鸣、耳聋 4 个月。

病史：高血压病史，血压经常波动在 160 ~ 180/90 ~ 110mmHg 之间，头晕，烦躁易怒，夜寐不安，4 个月前因家事不和，而情志不舒，左侧耳鸣如蝉声，听力减退，经中医药物治疗效果不显，请求针灸治疗。

查体：体胖，血压 165/115mmHg；耳鼻喉科检查：两耳鼓膜正常，音叉试验：A > BC，听力检查：左耳导 1000 ~ 4000Hz，4000 ~ 10000Hz，高音阈全部消失；骨导 500 ~

1000Hz，2000～4000Hz，全部消失，舌质红，脉弦细。

印象：①中医：耳鸣，耳聋；②西医：神经性耳聋。

辨证：体胖湿浊内蕴，阴虚阳亢之体，怒恼伤肝，肝阳暴涨，挟痰上蒙清窍，致耳内蝉鸣，失眠不寐，渐至失聪。

治则：平肝潜阳，开窍通络。

选穴：左侧：风池、听宫、翳风、中渚。

操作：风池，向外耳道方向斜刺1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；听宫，张口取穴，直刺0.8～1寸，施捻转泻法1分钟；翳风，张口取穴斜刺向耳前方向1～1.5寸，施捻转泻法1分钟；中渚，直刺0.5～0.8寸，施捻转泻法1分钟。

治疗经过：每日1次，4次后头晕减轻，7次后耳鸣声低，有间歇，14次后耳鸣消失，听力基本恢复；电测听复查：左耳气导1000～4000Hz，骨导2000～4000Hz，后又巩固治疗5次，追访半年听力无下降。

案二　倪某，女，73岁，无业。初诊日期：2002年11月8日。门诊号：53454。

主诉：突发性耳聋伴眩晕1周。

病史：患者11月1日起突发视物旋转，伴恶心呕吐，食入即吐，伴右耳聋、耳鸣，听力下降，经第二附属医院诊断为“突发性耳聋”，予达纳康等输液治疗，现眩晕略减轻，可少量进食，睡眠差，大便不畅。发病前时有手麻。

查体：神清合作，语言清楚，无自发性眼颤。五官检查：外耳道通畅，鼓膜完整，WT偏左，1256Hz，512Hz，RT左＞Be右之。血压：120/70mmHg，心率：76次/分钟。舌质淡，苔薄白，脉沉细，重按无力。

印象：①中医：耳聋，眩晕（肝肾阴虚，肝阳上亢）；②西医：突发性耳聋。

辨证：患者年过七旬，真阴亏耗，肝肾同源，阴虚不能敛阳，肝阳上亢，挟痰火上蒙清窍，故而清窍失聪，耳聋、眩晕。

治则：滋补肝肾，平肝潜阳。

选穴：百会、四神聪、上星、印堂、风池、瘛脉、合谷、中渚、太溪、三阴交、太冲、临泣、大椎。

操作：印堂，向鼻根部斜刺0.5寸，施雀啄法；瘛脉，斜刺0.5寸，捻转泻法；合谷，直刺0.8寸，捻转泻法；三阴交，沿胫骨内侧面后缘进针1～1.5寸，捻转补法；余穴操作同前。大椎刺络拔罐。

治疗经过：针刺治疗1次后，患者眩晕明显减轻；继续治疗5次后，眩晕消失，耳聋明显好转，听力较前有所恢复；又治疗7次，患者症状消失。随访1月，未再发作。

□第十一章□

妇科疾病

一、月经失调

正常月经是女性青春期以后子宫的周期性出血，是通过神经体液来进行调整的。性腺受下丘脑－垂体的支配并相互制约，故任何因素导致这一系统功能异常均可以影响性腺内分泌的靶器官——子宫内膜而致月经失调。月经失调是妇科常见病，包括月经周期、经期、经量、经质的改变。本病属西医有排卵性功能性子宫出血范畴。由于神经内分泌系统功能障碍，发生异常子宫出血，称功能性子宫出血（简称功血）。有排卵型功能性子宫出血大多数为育龄期功血，可能是因为黄体生成素（LH）分泌相对不足或持久分泌，引起黄体发育不全或萎缩不全所致。此外，西医也注意到很多其他因素及全身性疾病如血液系统疾病（血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病等），肝硬变，慢性肾炎，糖尿病以及部分胶原性疾病亦能导致月经失调的发生。中医历代妇科医籍对该病均十分重视，认为调整月经失调是治疗多种妇产科疾病最根本的方法之一。宋代陈素庵说："妇人诸病多由经水不调。调经，然后可以孕子，然后可以却疾，故以调经为首……既名月经，自应三旬一下，多则病，少则亦病，先期则病，后期则病，淋沥不止则病，瘀滞不通则病。故治疗妇人之病，总以调经为第一"。

【临床表现】

月经失调为月经周期或经质、经量的改变，一般包括经行先期、经行后期、经行先后不定期、经量过多、经量过少诸证。关于月经周期失常的概念，是指每次月经来潮比上次月经周期提前或错后1周以上，甚或一月两至，或二三月一至，且连续3个以上月经周期者，即称经行先期或后期。若月经时而提前，时而错后，不按经期来潮连续3次以上者，

称为经行先后不定期，中医又称经乱。若女性月经虽按期而至，但血量明显超过正常，或经行时间延长，血量亦随之增多，称经量过多。相反，血量明显少于正常或经行时间过短，量亦极少，甚至点滴即净，为月经过少。均属月经失调范畴。

【鉴别诊断】

1. 生理性周期失常

女性每次经期并非28日来潮1次，但仅提前或错后3～5日，且无其他异常表现者属正常范畴。亦有因情绪波动、气候骤变或其他原因影响，偶尔出现1～2次月经周期异常，或经量偏多、偏少，均为生理性月经周期失常，不可作月经失调论，应注意鉴别。

2. 无排卵性功能性子宫出血

无排卵性功能性子宫出血约占全部功血的70%，多发于青春期及更年期妇女。青春期雌激素水平低下，或雌激素分泌不稳定，或雌激素水平持续缓慢升高，内膜生长速度超过血液供应而致坏死脱落，形成淋沥出血或突破性出血。更年期卵巢功能逐渐衰竭，卵泡雌激素水平长期增高，内膜不断增殖，经期每见后延，当持续增生的内膜血供不足时，即开始脱落，发生子宫大量出血及周期严重不规则。无排卵性功能性子宫出血中医称为崩漏。崩，指经血非时暴下不止，又称经崩或崩中；漏，指经血淋沥不尽，又有漏下或经漏之称。但二者常交替出现，故概称为崩漏。崩漏是中医妇科的疑难重证，早在《内经》中就有“阴虚阳搏谓之崩”的论述，《诸病源候论》中专立“崩中漏下候”，指出“冲任之脉虚损，不能制约其经血，故血非时而下”。有排卵性功血即月经失调，与无排卵性功能性子宫出血不同，多见于育龄期妇女，一般仅表现为经量的改变或经期的波动，症状相对较轻。

【治疗规范】

1. 治则

补脾益肾，养血调经；或补气养血，调补冲任；或散寒暖宫，温通经脉；或清热养阴，凉血调经；或疏肝解郁，理气调经；或活血化瘀，理血调经；或利湿化浊，祛痰通经。

2. 配方

（1）取穴1：关元、气海、足三里、气穴、三阴交。用于辨证属于脾肾不足的月经失调患者，其证为经行先期或先后无定期，经血量多色淡质稀，神疲肢倦。或兼纳少便溏，或腰膝酸软，头晕耳鸣。舌淡苔白，边有齿痕，脉细而弱。

（2）取穴2：膈俞、脾俞、气海、足三里、三阴交。用于辨证为阴血不足的患者，临床表现为经行后期，量少色淡质薄，行经时或经后少腹疼痛，头晕眼花，面色萎黄，心悸少寐。舌淡苔薄白，脉沉细弱。

（3）取穴3：气海、大赫、子宫、三阴交。用于辨证属寒凝经脉之患者，其证为经行后期，经量减少，小腹隐痛或冷痛，喜热或得热痛减，腰酸痛，大便溏薄，小便清长。舌淡苔白，脉沉迟。

（4）取穴4：气穴、气海、血海、三阴交。用于血热妄行而致的月经先期而至，量多色赤，口干口苦，心烦意乱，小便短赤，大便燥结，或伴有颧红，五心烦热。舌红苔黄，或光红无苔，脉数或细数。

（5）取穴5：肝俞、期门、中极、行间、蠡沟、三阴交。用于辨证为肝郁气滞而致经行后期或先后无定期，经血不畅，色深红兼夹小血块，平时即有肝经所过部位如少腹、胁肋、乳房等处胀痛，经期疼痛尤甚，纳呆食减，食后作胀，频频嗳气叹息。舌淡红或边尖赤，苔白，脉弦。

（6）取穴6：合谷、三阴交、血海、太冲。用于瘀血内停而致经量减少，甚至点滴即止；瘀血内着，新血不循故道者或可出现经量大增。月经色黯有瘀块，小腹疼痛拒按，瘀血下行后则疼痛缓解。或兼有小腹部癥瘕痞块。舌紫黯有瘀斑，脉弦或涩。

（7）取穴7：中极、白环俞、中脘、足三里、阴陵泉。用于痰湿阻滞而致经血量少，点滴即止，经色淡红，血质黏稠，形体丰肥，浮肿痰多，胸闷呕恶，白带量多，舌淡苔白滑腻，脉滑或沉缓。

3. 操作

（1）取穴1：关元、气海，均直刺约1～1.5寸，使局部有酸胀感或向耻骨联合方向传导，气穴，直刺1寸，均施提插补法；足三里直刺，进针1～1.5寸，三阴交，沿胫骨后缘直刺，进针0.8～1寸，均施捻转补法。

（2）取穴2：气海，直刺或稍向下斜刺，进针1～1.5寸，施提插补法，使脐上下有酸重感为佳；膈俞、脾俞，均呈45°角斜向督脉进针，针深约1寸，施捻转补法；足三里、三阴交，刺法同前。诸穴均可采用温针灸法。

（3）取穴3：气海，直刺，进针1～1.5寸，大赫稍向任脉斜刺，针深1～1.5寸；子宫，直刺或稍斜向任脉进针，深1～1.5寸，诸穴均施捻转补法；三阴交，直刺约1寸，施提插之平补平泻法。腹部穴均宜并用灸法。

（4）取穴4：气穴、气海，均直刺，进针0.8～1.2寸，施捻转平补平泻法；血海，直刺1～1.5寸，施提插捻转泻法；三阴交，沿胫骨后缘直刺，进针约1寸，施捻转补法。

（5）取穴5：肝俞，向督脉方向斜刺，进针0.8～1.2寸，施捻转泻法；期门，斜刺或平刺，进针0.5～1寸，施捻转泻法；行间，直刺或稍向上斜刺，进针0.5～1寸，施捻转泻法；蠡沟，直刺约1～1.5寸，施提插泻法；三阴交刺法同前。

（6）取穴6：合谷，向第2掌骨后缘直刺，进针约1寸，施捻转补法；三阴交，向胫骨后缘直刺，施提插泻法；血海，直刺，进针1～1.5寸，施提插泻法；太冲，直刺0.5～1寸，施提插泻法。

（7）取穴7：中极，直刺，进针1～1.5寸，施提插泻法；白环俞，直刺约1寸，施提插泻法；中脘，直刺，进针1.5～2.5寸，施提插或捻转泻法；足三里、阴陵泉，均直刺1～1.5寸，施提插泻法。

4. 疗程

每日针刺1次，30次为1疗程，连续观察3～5个疗程。

【配方理论】

本病病因病机较为复杂，临床兼证亦较多，故辨证选穴即显得十分重要。脾肾气虚者气海与关元相配，共奏调补冲任之功；气为血之帅，气充则血足，足三里为补气强身之要穴，补之可收益气养血之效；三阴交能调整三阴经脉，又为妇科调经之要穴。脾气虚弱者加脾俞以补脾摄血，肾气虚弱兼刺肾俞，配合关元、气海，以补养肾气。阴血不足者用气海能峻补中下二焦气虚，调养冲任；膈俞为八会穴之一，乃血会，能治血虚、出血诸证，证之临床，尤以补血见长；脾俞补脾，配以足三里、三阴交，共收补益中气、生血补血之效。寒凝经脉者用气海为补气要穴，配以大赫温肾壮阳，子宫穴温养子宫，三阴交调经活血止痛，共收补气壮阳通经之效。寒自外侵、凝于经脉，兼用天枢、归来施灸，针刺地机以散寒活血；肾阳不足、虚寒内生，加灸命门、关元以助命火。血分蕴热应重在调理冲任，凉血养阴。气穴为肾经要穴，又为足少阴经与冲脉之会，能养阴固冲；气海为任脉穴，与气穴配合能调整冲任；血海能凉血止血，三阴交则养阴清热。血热实证，热邪迫血妄行，加太冲、行间以清肝凉血；肾水不足，阴虚内热，则加然谷、太溪以滋养肾水。因肝气之郁而致月经失调，用俞募配穴法，取肝俞配肝之募穴期门，共奏疏肝解郁之效；行间为肝经荥穴，主理气泄肝；蠡沟为肝之络穴，疏泄肝气为其所长；中极为任脉要穴，能和冲任以调经，三阴交为三阴之会。诸穴合用，肝郁平复，气机条达，冲任和调，经水才能应时而下。瘀血内停用合谷，为手阳明之原穴，有化瘀破血之功，配三阴交，可活血化瘀，逐下胞宫有形积滞；太冲为足厥阴之原输穴，理气活血为其所长；血海亦为活血调经之要穴。小腹部可扪及有形癥积者，加泻子宫、中极、气穴、气门等局部穴。下焦湿痰阻络者用中极为任脉要穴，可调整冲任，疏理下焦，和血调经；白环俞既可调经化瘀，又能清下焦湿浊；中脘和中理气，为利湿祛痰之要穴；足三里为足阳明之合，阴陵泉为足太阴之合，二穴相配，共施培补中土，利湿化浊，止带调经之功。

【转归及预后】

针灸对月经失调有很好的疗效。经行先期、经行后期、经行先后无定期、经量过多及经量过少等临床表现，经针刺治疗后常会在针刺治疗当月即可好转，但要坚持3～4个月经周期的治疗，才能取得较好的远期效果。

【预防与调护】

本病之治疗原则，应重视精神情感创伤的修复，强调整体治疗，促进性腺轴相互依赖、相互制约的动态调节，这是治疗功血的关键所在。另外，有排卵性功能性子宫出血的治疗应以止血及调整周期为主。

经行期间要注意调养，适当休息，避寒冷，避水湿，禁房事，禁剧烈活动。经期宜保持精神愉快，尽量避免恼怒、悲哀、惊恐。饮食富于营养而易于消化吸收。经血量过多时

以卧床休息为宜。

【验案举例】

案一　陈某，女，44岁，工人。初诊日期：2003年1月4日。门诊号：53804。

主诉：闭经2个月。

病史：患者1年来月经不调，曾服市售通经减肥诸药品无效，反使月经不潮。患者时有少腹隐痛，便秘。今日求诊于我院。

查体：发育正常，面色略红，心肺（－），腹部无压痛。舌暗红，苔黄腻，脉弦细而涩。腹部B超示：未见异常。

印象：①中医：月经失调；②西医：月经不调。

辨证：患者服药不当，反使体内阴阳失调，内生痰热，阻滞胞脉，而使月水失信，形成经闭。

治则：通经，泻热，通便。

选穴：合谷、三阴交。

操作：合谷，直刺0.8寸，捻转泻法1.5分钟；三阴交，向胫骨后缘直刺，进针0.8～1.2寸，施捻转补法2分钟。同时服用中药汤剂桃核承气汤3剂。

治疗经过：治疗1次后，月经至，经血有瘀块，大便通畅；治疗3次后，月经色、量正常。巩固治疗5次，随访下次月经，已转正常。

案二　患者，女，27岁。1971年8月11日就诊。

主诉（翻译代诉）：月经错后，半年来潮一次。

病史：3年前，每次行经错后，精神郁闷，量少色淡，半年一行。经前乳房发胀，小腹坠痛，两胁满闷不适，嗳气稍畅，腹胀纳差，腰部酸困，经水完后上述症状逐渐好转。

查体：舌苔薄白，脉弦细而涩。

印象：月经后期。

辨证：肝郁气滞，血瘀肾虚。

治则：疏肝解郁，活血益肾。

选穴：三阴交、中极、太冲、气海。

操作：上穴均以泻法施针刺术，每次留针30分钟，起针后，在气海施艾灸50壮。

治疗经过：经连续施术治疗第7次后，月经来潮，经血量增，色转红，胁胀、小腹痛亦减轻，唯腰部仍酸困不适。宗上方，加肾俞穴，以平补平泻手法施针刺之，每次留针30分钟，起针后，气海穴施艾灸30壮。又经连续施术治疗5次后，诸上症状基本消失，第29天月经来潮，持续5天停止。（《中国针灸急症验案》）

案三　李某，女，20岁。15岁经初潮，至今经期不准，时而一月经行两次，时而两月行经一次，月经期间头晕乏力，腰酸腹痛，1～2天干净，血色黯，血量少。经妇科检查，诊断为子宫发育不良。针刺：肾俞、气海、关元、三阴交穴。中等刺激。隔日1次，10次为1个疗程。共针治3个疗程，经期约为28～32天，行经期2～3天。自觉症状消

失。(《中国针术临床实践》)

案四 吴某，女，29岁。1年前因不完全性流产出血较多，经清宫术后血止，但常感疲倦，四肢无力，心慌，不思饮食。月经周期紊乱，有时停经二三个月。月经来时量多、色淡、少腹隐痛，曾服中药数十剂，效果不显著。最近一次月经来潮，量多色淡，10日方尽，舌质淡、苔白，脉沉细。辨证属冲任受损，脾胃虚弱，不能摄血。取穴：①隐白、地机、血海；②足三里、气海、公孙。二组交替使用，行捻转补法，针后加灸。经治疗4个疗程后，患者精神食欲好转，月经每月按时来潮，经色、血量正常。嘱每日灸足三里、隐白各1次，每次20分钟，以巩固疗效。(《针灸临证指南》)

案五 张某，女，18岁，高中学生。15岁月经初潮，每月1次，经量正常，每次约60~100ml。近半年来，月经虽应时而至，但经量骤减，每次点滴即止。自觉纳呆食减，多食则消化不良，形体较前消瘦，四肢倦呆，时觉头晕，偶有腹痛，喜温喜按，带下量多色淡质稀，舌淡苔白，脉沉细弱。妇科一般体检无异常。诊为月经过少，属阴血不足型。予针刺治疗，取穴：关元、大赫、子宫、脾俞、三阴交、足三里。诸穴均用捻转补法。每月于排卵期前后及经前3天针刺，连续针治3天，经2个月经周期之治疗，经量大增，每次经量可达50~100ml，所兼见诸证亦减。追访2年，经期经量始终正常。

【临证提要】

针灸治疗月经失调有极佳的临床疗效。治疗中宜采取阶段性治疗，即每一月经周期针刺2个疗程，每疗程针刺3~6天，第1疗程可于每次月经来潮的前3~4天开始针刺，至经净为止，第2疗程于经间期（排卵期）针刺2~3天以加强疗效。

二、闭经（继发性闭经）

温带地区，女性年逾18岁未行经者，称原发性闭经；而在初潮后的任何时期，月经闭止超过3个月经周期者，均称为继发性闭经。二者统称为闭经。严格地讲，闭经仅是一种症状，能够导致闭经的病因病理甚为复杂，涉及的范围亦较广，故必须根据每个患者的不同情况，寻找出其确切病因，方可有的放矢地进行治疗。

闭经中医又称经闭、女子不月、月事不来。早在中医典籍《内经》中即有载述，兹后历代医家对本病论述颇多。明·张介宾《景岳全书·妇人规》中以“血扰”、“血隔”分虚实立论，语颇精深。针灸治疗本病，主要针对功能改变者，对宫腔粘连、子宫内膜缺如、卵巢肿瘤等器质改变所致闭经无效。同时应详察虚实辨证予以选穴配穴，才能达到良好的治疗效果。

【临床表现】

女性在月经初潮后的任何时期，月经闭止超过3个月经周期者，均称为继发性闭经。

根据病变解剖部位的不同，闭经又可分为子宫性、卵巢性、垂体性及下丘脑性等4种。子宫性闭经常见于子宫发育不良、子宫内膜结核、宫腔粘连、内膜缺如。卵巢性闭经常因性染色体异常致卵巢发育不全和卵巢早衰，卵巢肿瘤等所致。垂体性闭经见于脑垂体

功能减退症（Sheehan 症）及垂体肿瘤。下丘脑性闭经可由多种原因如环境改变、精神创伤、哺乳期过长及长期应用激素类药物致下丘脑抑制，黄体生成激素释放激素、促性腺激素释放激素等分泌减少所致。

对本病的诊断除详细询问病史、进行全身及妇科体格检查外，还需辅以必要的实验室检查，如阴道脱落细胞学及宫颈黏液结晶检查、子宫内膜活检、性激素测定、垂体促性腺激素排泄量测定、染色体检查等，以资明确诊断。

【鉴别诊断】

1. 生理性闭经

青春期前、妊娠期、哺乳期以及绝经期后，闭经均属生理现象。应与病理性闭经相鉴别。

2. 假性闭经

病理性闭经又可分为真性闭经和假性闭经。生殖道下段包括处女膜、阴道、宫颈等的先天性粘连或闭锁，以致虽有经血，但不能流出体外，称假性闭经，一般所论闭经，均不包括假性闭经。

3. 继发性闭经

口服西药避孕药后偶有发生继发性闭经者。目前尚不能预知哪些妇女口服避孕药后易出现经闭，一般认为服药前有月经不调，或服药后经量明显减少者，可能容易继发闭经。故恰当指导和合理使用避孕药，也是预防闭经的一个方面。

4. 妊娠闭经

注意与妊娠闭经相鉴别，育龄期妇女闭经应与早期妊娠相鉴别；在病史方面，闭经病多由经行后期量渐少而终至闭经，或曾有月经乖常史；早孕则月经多由正常而突然停止。在兼证方面，闭经常据虚实不同兼有肝肾亏虚、阴血不足、肝郁气滞、血瘀及痰湿中阻之表现；妊娠则伴有厌食、择食、呕吐、恶心、喜食酸味等早孕证候。在脉象上，闭经患者为病脉，如脉见沉涩、弦涩、虚细而弱等，妊娠则见孕脉，如滑而应指流利、两尺重按不绝等。且早孕妇科查体有妊娠体征，尿妊娠试验为阳性等均可资鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

补益气血，调养冲任；或理气活血，祛痰通经。

2. 配方

（1）补益气血：膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、关元、气海、足三里。治疗气虚血少，血枯经闭其症见经期后至量少而渐至经闭。或兼见面色㿠白，形体消瘦；或兼见头晕耳鸣，腰膝酸痛，五心烦热，盗汗；或兼有神疲气短，心悸怔忡，纳少便溏诸证。舌淡苔白薄，脉沉细数或弱无力。

（2）理气活血：中极、血海、三阴交、合谷、太冲、丰隆。用于气滞血瘀，痰阻胞门，患者症见既往经行正常而突然闭止，兼有烦躁易怒，胸胁胀满，小腹胀痛拒按诸证，

舌红瘀斑，苔白，脉沉弦或涩。或见胸闷呕恶，神疲倦怠，带下量多色白诸证，舌淡胖大，边有齿痕，脉沉弦滑。

3. 操作

（1）补益气血：取背俞穴，针尖朝督脉方向斜刺，进针约1寸，施捻转补法；关元，向下斜刺，深约1.5寸，气海，略向下斜刺，深1～1.5寸，二穴均施提插补法；足三里，直刺，施捻转补法。诸穴均可施用灸法，或针后加灸。

（2）理气活血：中极，向耻骨联合方向斜刺，进针1～1.5寸，使针感传至会阴部，施提插泻法；血海、三阴交，均直刺，进针1.5寸，施提插泻法；合谷、太冲，均直刺，施提插泻法；丰隆，直刺，进针1.5～2寸，用捻转泻法。

4. 疗程

每日针刺1次，30次为1疗程，连续观察3～5疗程。

【配方理论】

气血不足者以补益气血调整冲任为首务。膈俞为血之会，肝为藏血之脏，故取膈俞、肝俞以补阴血。肾为先天之根，肾气充则太冲脉盛，月经应时而下，故取肾俞合任脉穴气海、关元峻补肾气。脾胃为后天之本、气血生化之源，故取脾俞、足三里以健运后天之气，脾气充、化源足，则经自通。相反，血滞宜通，通则经水可调。中极为任脉穴，能理冲任，合血海以化瘀通经。太冲、合谷二穴《针灸大成》称为“四关”，功擅舒肝理气，调经活血。三阴交为脾经穴，既可调经活血，又能健脾祛湿化痰。且三阴交与合谷亦为对穴，常配合用于血瘀不行之证，《杂病穴法歌》说：“脾病血气先合谷，后刺三阴交莫迟。”丰隆功专祛湿化痰。

胸胁胀满者加支沟、期门，小腹胀满疼痛加水道、归来；胸闷呕恶配内关；神疲倦怠者配足三里。

【转归及预后】

针灸对闭经有较好疗效。经过治疗经血复通后仍需坚持治疗，以巩固疗效。

【预防与调护】

应根据闭经致病因素的不同予以调养。凡气血不足、冲任空虚所致经闭，要注意后天之本脾胃的调养，因脾胃虚弱，后天失养是导致气血不足的重要因素。因此注意饮食营养，水谷精微的摄入，对血枯经闭的治疗是不可忽视的一环。现代医学也认为，营养不良对人类性周期能产生重要影响，通过临床和实验室观察，发现长期营养缺乏、慢性消耗性疾病或在机体对营养物质的需要量相对增加而摄入量不足时，都可导致一系列内分泌系统的功能障碍而引起闭经。故增强脾胃纳食功能，注意谷肉果菜的摄入，饮食中增加蛋白质及各种维生素，常可使闭经患者冲任充盛、血海满溢而致月经来潮。

由于七情内伤，郁怒伤肝或忧思伤脾致气结血瘀，是导致闭经的重要原因，甚至畏惧妊娠或盼子心切都可导致闭经。有人曾对246例闭经患者的发病因素进行分析，其中直接

申诉七情内伤的约占1/3（32.5%）。因此注意七情调护，避免恼怒、惊恐、忧伤等情志改变，对预防和缓解经闭是极有意义的。

经期应避免过度劳累，恣食生冷，淋雨涉水等。

口服西药避孕药后偶有发生继发性闭经者。目前尚不能预知哪些妇女口服避孕药后易出现经闭，一般认为服药前有月经不调，或服药后经量明显减少者，可能容易继发闭经。故恰当指导和合理使用避孕药，也是预防闭经的一个方面。

【验案举例】

案一　针某，女，31岁，已婚，工人。初诊日期：1981年7月6日。

主诉：月经不潮3年。

病史：患者于1977年正常分娩后，哺乳1年余，曾经行3个月，以后开始闭经，每次行经需注射黄体酮，妇科检查无阳性发现，自觉头晕，心烦，神怠体倦，纳食差，便燥。

查体：形体较瘦，肌肤不润，面色不荣，神倦，腹软无压痛，无癥瘕痞块，舌绛苔剥，脉细弱。

印象：①中医：经闭；②西医：继发性闭经。

辨证：患者产后，哺乳，耗伤精血，致阴虚发热，热烁血枯，经水不行。

治则：滋阴清热，益气养血。

选穴：归来、关元、三阴交、肝俞、脾俞、膈俞、血海。

操作：归来，向内斜刺2～2.5寸，施提插补法1分钟；关元，直刺1～1.5寸，施提插补法1分钟；三阴交，直刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟；肝俞、脾俞、膈俞，均向脊柱方向斜刺1～1.5寸，施捻转补法1分钟；血海，直刺1～1.5寸，施先补后泻手法1分钟。每日1次，留针20分。

治疗经过：针3次后月经来潮，量少色粉红；10次后头晕，腰酸等证减轻，20次后月经正常来潮。继针5次以巩固疗效，追访半年，月经正常。

案二　周某，女，24岁，工人。初诊日期：1980年10月6日。

主诉：闭经5个多月。

病史：患者14岁初潮，开始经期正常，一年前经期2～3个月一潮，量少，5个月前闭经，少腹胀痛，胸满胁痛，嗳气食少，腰酸，经西药黄体酮注射仍不效，而来就医。

查体：妇科检查无异常，腹部轻度胀气，无压痛，阴道少量白色黏液。舌红，苔薄，脉弦。

印象：①中医：经闭；②西医：继发性闭经。

辨证：腹胀胸满，胁痛，嗳气食少，均为气机不畅，血脉凝滞；胞宫受阻，经血不行。

治则：行气活血，祛瘀通经。

选穴：归来、地机、行间、血海。

操作：归来，向内斜刺1～2寸，施提插泻法1分钟；地机，直刺1～1.5寸，施提插泻法1分钟；行间，直刺0.5～0.8寸，施提插泻法1分钟；血海，直刺1～1.5寸，施提插泻法1分钟。

治疗经过：每日1次，经治疗12次后，月经来潮，但量少色淡两日止；继针14次后，自觉头晕、胸闷等症状消失，后改隔日1次治疗，9次后，月经正常来潮，而后痊愈，追访8个月未复发。

【临证提要】

闭经是妇产科常见疾病，针灸治疗有很好的疗效。但本病病因病机不同，临床兼证各异，因而辨证取穴亦迥然不同。临床上要合理辨证，才能达到最佳治疗效果。

三、痛经（原发性痛经）

凡在行经当中或经期前后发生下腹部疼痛，以致影响正常生活及工作者，称为痛经。痛经，中医妇科又称经行腹痛，为常见病之一，尤以青年女性为多见。本证早在东汉·张机所著《金匮要略·妇人杂病脉证并治》中即有载述。历代医家对该病的病机辨证已有了相当的了解，认为多由劳伤气血，体质虚弱，气滞血瘀，或风寒之气外袭，伤及冲任等所致。明代张介宾在所著《景岳全书·妇人规》中指出："凡妇人经行作痛，夹虚者多，全实者少，即如以可按拒按及经前经后辨虚实，固其大法也，然有气血本虚而血未得行者亦每拒按，故于经前亦常有此证，此以气虚血滞无以流通而然。"对痛经病的虚实辨证有了深入的认识，至今仍对临床有指导意义。针灸辨证论治对本病有较好疗效。

【临床表现】

痛经常表现为阵发性疼痛或持续性疼痛阵发性加剧。疼痛部位除下腹部外，还常兼有腰骶部酸痛。严重时伴有面色苍白，冷汗淋漓，四肢逆冷，恶心呕吐，甚至昏厥等症状。

【鉴别诊断】

痛经分为原发性和继发性两种，原发性痛经指患者无生殖器官器质性改变，常于月经初潮即出现的痛经，多见于身体虚弱、患有全身性慢性疾病、精神过于紧张及感觉异常过敏的妇女。继发性痛经除有痛经症状之外，并有明显的生殖器官器质性病变，如盆腔炎、子宫内膜异位症、女性内生殖器肿瘤等，多为月经初潮以后尚无痛经，伴随原发病灶的形成而出现痛经。本节所述均为原发性痛经。

痛经还应与一些以腹痛为主要临床表现的内外科疾病进行鉴别，如急慢性阑尾炎、急慢性肠炎、胃肠道痉挛等，可以从是否经期、临床兼证、全身表现等方面区分，一般不难鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

理气化瘀，活血止痛；或温经散寒，除湿止痛；或益气补血，滋养胞脉。

2. 配方

（1）配方1：气海、气穴、合谷、三阴交、太冲。用于中医辨证属于气滞血瘀之痛经。症见经行之先，或经行当中小腹胀痛，拒按，甚则牵及腰骶部酸胀难忍，当经血畅行或逐下瘀块后，疼痛可减轻。常伴有经前乳房胁肋胀痛，烦躁不安，急躁易怒等肝郁表现。舌黯有瘀斑，苔白或微黄，脉沉弦。

（2）配方2：中极、水道、命门、阴陵泉。用于寒湿凝滞而致经期或经前小腹冷痛，拒按，喜热，得热痛可稍减，经迟量少、色黯而不畅；常面色晦黯，食欲不振，口淡无味。舌边紫暗，苔白微腻，脉沉紧或沉迟。

（3）配方3：气海、关元、肾俞、足三里。用于气血虚弱致经期或经后小腹隐痛，喜揉喜按，月经量少，色淡质稀，或腰骶酸痛，肢体乏力。舌淡苔薄白，脉沉细弱。

3. 操作

（1）配方1：气海，直刺，进针1.5寸，施提插泻法，使脐上下至耻骨联合均出现酸重感为佳；气穴，直刺0.5～1寸，施提插泻法；合谷，向第2掌骨后进针1～1.5寸，施捻转补法；三阴交，向胫骨后缘直刺，进针0.8～1.2寸，施捻转泻法；太冲，直刺或稍向上斜刺，进针0.5～1寸，施捻转泻法。

（2）配方2：中极，直刺，进针1～1.5寸，施提插补法，使针感传至外阴部为佳；水道，直刺，进针1寸左右，施提插平补平泻法；命门，沿棘突向上斜刺，针深1～1.5寸，施捻转补法；以上三穴均可在针刺的同时于针柄施灸，或起针后艾条悬灸每次每穴20分钟。阴陵泉直刺，进针1～1.5寸，施捻转补法。

（3）配方3：气海、关元，均直刺，进针1～1.5寸，施捻转补法；肾俞，直刺或向督脉方向斜刺，进针1寸，施捻转补法；足三里，直刺，进针1寸，施捻转补法。诸穴均宜并用灸法，行经之后仍须坚持灸疗至下一次月经来潮。

4. 疗程

每日针刺1次，15次为1疗程。

【配方理论】

本病应辨证选穴，其中气海穴的应用较为广泛。气滞血瘀用气海配气穴，调整下焦气分，使冲任之气调畅，气行则血行，经血自能畅行无阻，即所谓通则不痛之理；太冲为肝经原穴，可疏理肝气，活血化瘀；合谷配三阴交，为促进子宫收缩，化瘀通经之经验配穴。寒湿凝滞者用中极，中极为任脉穴，任脉主胞胎，补之可暖胞宫、调任脉；水道属足阳明，为利水除湿要穴，兼具活血止痛之功；命门温暖下元以散寒邪；阴陵泉为脾经合穴，健脾渗湿为其所长。若胞脉失养应以补养先后天之气为主。肾俞虽为膀胱经穴，实为肾脏经气转输之所，能补养先天之气；气海、关元均为全身强壮穴，通过补养肾气达到强壮作用，且二穴均属任脉，可调补冲任，调经养血；足三里为阳明经之合，具有肯定的全身强壮作用，针用补法或坚持用灸均有补气养血之功。诸穴配合，先后天同补，气足血充，自无痛经之虞。

【转归及预后】

本病针灸治疗有很好的止痛效果，但为取得很好的远期疗效，需嘱患者坚持3～6个月经周期的针灸治疗，才能达到预防痛经发作的效果。

【预防与调养】

由于原发性痛经多发生于青春期少女，因此对她们进行月经生理教育是十分重要的，以消除对月经的焦虑、恐惧等精神负担，加强身体锻炼，坚持健美体操，多数可使痛经的症状缓解，进而达到治愈的目的。

注意营养和经期卫生，经期宜保暖，忌食生冷及冒雨涉水，并需注意避免过度劳累。寒湿凝滞者可服生姜赤砂糖水，局部热敷及温水淋浴亦可暂时缓解疼痛。

【验案举例】

史某，女，23岁。2005年10月11日初诊。

主诉：患者经期腹痛8个月。

病史：患者13岁初潮，色、量、周期均正常。8个月前因工作与同事争吵，情志不舒，后经行则腹痛，月经量少，色暗，服中药治疗略见好转，但经期仍有腹痛，特来针灸治疗。

查体：现形体如常，两乳胀而触痛，面色少华，腹软无压痛，舌红，苔薄，脉弦。

印象：①中医：痛经；②西医：原发性痛经。

辨证：患者因情志不舒，肝气郁结，致肝脾失和，气滞不宣，血行不畅而痛。

治则：理气化瘀，活血止痛。

选穴：气海、气穴、合谷、三阴交、太冲。

操作：气海，直刺，进针1.5寸，施提插泻法，使脐上下至耻骨联合均出现酸重感为佳；气穴，直刺0.5～1寸，施提插泻法；合谷，向第2掌骨后进针1～1.5寸，施捻转补法；三阴交，向胫骨后缘直刺，进针0.8～1.2寸，施捻转泻法；太冲，直刺或稍向上斜刺，进针0.5～1寸，施捻转泻法。

治疗经过：针1次后，腹前止，经行转畅，经色变红；3次后血块消失；5次后经水净，自觉精神好转。观察3个月，经期正常，无腹痛发作，痊愈。追访半年仍未复发。

【临证提要】

痛经，特别是原发性痛经，是妇科常见病，青春期少女尤为多见。本病针灸治疗有极佳的效果。痛经发作时，经针刺治疗后可迅速缓解，若坚持针刺治疗远期效果亦很好。

四、阴挺（子宫脱垂）

子宫颈外口沿阴道方向下降至坐骨棘水平以下时称子宫脱垂。产伤、生育过多、年老或先天性盆底组织松弛，张力下降，如再加上突然腹压增高或长期蹲式劳动、咳嗽等，可使脱垂程度加重并出现症状。中医学将子宫脱垂称为阴挺，又名阴突、阴茄、鸡冠疮等。

因本病多发生于产后，故又有产肠不收之名。并认为本病由中气不足、气虚下陷或肾气不足、失于固摄，子宫筋脉损伤，不能提摄子宫而成。补中益气、补肾升阳及提摄子宫为治疗大法。

【临床表现】

患者自觉下腹、阴道、外阴坠胀及腰背酸痛，站立及劳动时加剧。自觉有肿物向阴部脱出，轻者平卧时可自行回复，重者不能自行回复，行走亦感困难。并可能出现尿频、排尿及大便困难等证。

根据子宫下垂程度，本病可分为三度：

Ⅰ度：子宫沿阴道轴下降，宫颈口在坐骨棘水平以下或距阴道口 4cm 以内。最低达处女膜边缘。

Ⅱ度：部分子宫颈或部分子宫体已脱出阴道口外。

Ⅲ度：整个宫颈与宫体全部脱出阴道口外。

【鉴别诊断】

1. 直肠或膀胱膨出

患者可有相似的感觉，通过妇科查体时能明确予以区别。

2. 阴道壁囊肿

一般囊肿边缘分界清楚，紧张而有囊性感。

3. 子宫黏膜下蒂性肌瘤

可自宫颈口脱出下降到阴道内，但子宫颈位置正常。

【治疗规范】

1. 治则

补气升阳，提摄子宫；或补益肾气，升提子宫。

2. 配方

（1）中气下陷：百会、气海、关元、维胞、足三里。治疗由中气下陷所致的子宫脱垂，小腹下坠，四肢无力，少气懒言，面色少华，小便频多，带下量多，色白质稀，舌淡苔白，脉虚细无力。

（2）肾气不固：关元、大赫、照海、维胞。治疗子宫下垂，腰酸腿软，小腹下坠，小便频数，夜间尤甚，头晕耳鸣，舌淡苔白，脉沉弱无力。

（3）芒针疗法：维道、维胞、维宫。三穴交替使用，每次 1 穴。

3. 操作

（1）中气下陷：百会，针尖朝前沿皮平刺，进针约 1 寸，施捻转补法；或仅用艾条悬灸；气海、关元，针尖朝下斜刺，针深 1～1.5 寸，施提插捻转补法；足三里，直刺，进针 1～1.5 寸，施提插补法。以上各穴均可针后施灸。维胞，进针 1.5～2 寸，施捻搓补法，使受术者腹部有抽动感为佳。

（2）肾气不固：维胞，操作同前；关元，针尖略朝下，进针约1～1.5寸，施捻转补法；大赫，直刺，进针约1～1.5寸，施提插或捻转补法。以上各穴均可针后加灸。照海，进针0.5～1寸，施捻转补法。

（3）芒针疗法：针刺时针尖朝耻骨联合方向，深达脂肪下层，行强刺激手法，使会阴部和小腹部有明显的抽动感。

4. 疗程

每日1次，10～15次为1疗程。

【配方理论】

百会为督脉穴，督脉总督一身阳气，取之可收升阳举陷之功。气海、关元为任脉穴，可通冲任而补下焦阳气。足三里为足阳明之合穴，又为全身强壮要穴，可补中益气。维胞为经外奇穴，穴下解剖为子宫阔韧带，故有提摄子宫之作用。关元与大赫、照海相配合，能补益肾气，升阳举陷。维胞为经外奇穴，为治子宫脱垂的经验效穴。

【转归及预后】

针灸治疗本病有较好的效果。病程较短者，经1～2个疗程的治疗，可基本恢复子宫位置。若病程较长，则应坚持治疗，一般约需3个月的治疗方可收功。

【预防与调护】

应向产妇宣传产褥期摄养，在产后3个月内特别注意充分休息，不作久蹲、担、提等重体力劳动。注意大小便通畅，及时治疗慢性气管炎、腹泻等增加腹压的疾病。哺乳期不应超过2年，以免子宫及其支持组织萎缩，导致子宫脱垂发生。宜根据妇女生理特点、体质、年龄等具体情况合理安排和使用妇女劳动力。对已发生子宫脱垂者应及时注意局部卫生，防止继发感染。对严重的子宫脱垂，在针灸治疗的同时，可配合放置子宫托，或盆底肌肉收缩运动、腹直肌运动等体育疗法。

【验案举例】

案一　邓某，女，64岁。1973年2月29日初诊。

主诉：腰部酸痛，小腹下坠已月余。

病史：纳食尚可，睡眠一般，二便正常，带下量多。经某医院检查，诊为子宫脱垂Ⅲ度，经服中药未效。

查体：面黄体瘦，舌苔薄白，脉象沉弦。

印象：①中医：阴挺；②西医：子宫脱垂。

辨证：气虚下陷，发为阴挺。

治则：补中益气，升阳举陷。

选穴：①肾俞加灸，环跳；②上脘、中脘、下脘、气海、天枢、足三里。

操作：补法。

治疗经过：经过针灸治疗2次，腰痛腹坠减轻；针灸5次，子宫位置有所上升，自己

已触不到；继按原方治疗2次，诸症消失。经某医院复查，子宫已恢复正常。

案二 伊某，女，56岁，2005年1月1日初诊。

主诉：患者子宫下垂20年，加重10天。

病史：患者于1985年被诊为子宫轻度下垂，此后一直有腹坠，阴道自觉有物堵塞，劳累则加重。患者经常服补中益气丸及益肾丸，于2001年5月14日在本市中心妇产科查体示：子宫Ⅱ度脱垂。做曼氏手术（子宫韧带、宫颈修补术），术后维持较好状况1年余。10天前因天冷、劳累，复觉腰腹下坠，阴道有物下垂堵塞，小腹坠胀，经卧床休息无明显缓解。现患者多汗、纳差、二便可，下肢静脉曲张，站立不能，行走困难。患者自幼体弱。

查体：现神清合作，痛苦面容，下肢静脉曲张，站立不能，行走困难。子宫下垂Ⅱ度，血压：120/60mmHg，心率：80次/分钟。舌暗，苔白，脉弦。

印象：①中医：阴挺；②西医：子宫脱垂。

辨证：此由患者素体虚弱，中气不足并肾气不足，因而失于固摄；复因天冷劳累诱发。子宫筋脉损伤，不能提摄子宫，故成阴挺。

治则：补益中气，温阳升举。

选穴：百会、四神聪、中极、关元、子宫、中膂俞、白环俞、足三里、三阴交、中脘、天枢、肾俞、大肠俞。

操作：百会，顺经斜刺0.3～0.5寸，施捻转补法1分钟；关元，向上斜刺1～2寸，施提插补法1分钟，针感上达剑突；三阴交，直刺1寸，施提插补法1分钟。每日1次，每次留针20分钟。四神聪，斜刺0.4寸，捻转补法；中极直刺1.5～2寸，施提插补法，令胀感传至会阴；子宫，进针1.5～2寸，施捻搓补法，使受术者腹部有抽动感为佳；足三里，直刺1寸，捻转补法；中脘、天枢，直刺2寸，施呼吸补法1分钟；中膂俞、白环俞、肾俞、大肠俞，直刺1～1.5寸，施捻转补法。

治疗经过：针刺治疗5次后，患者即感到腰腹下坠感缓解；治疗12次后，患者阴道堵塞感消失；继续治疗10次，症状基本消失。随访5个月，未再复发。

【临证提要】

本病针灸治疗有效。但疗程宜长，应嘱患者耐心坚持治疗，否则效差。百会为督脉穴，督脉总督一身阳气，取之可收升阳举陷之功。足三里为足阳明之合穴，又为全身强壮要穴，可补中益气。关元为任脉穴，若配气海，可通冲任而补下焦阳气；配大赫、照海，能补益肾气，升阳举陷。此外，石学敏治疗本病，还常取维胞，维胞为经外奇穴，穴下解剖为子宫阔韧带，故有提摄子宫之作用，为治子宫脱垂的经验效穴。

五、女性不孕（无卵月经）

（一）输卵管阻塞

女子婚后，配偶生殖功能正常，夫妇同居3年以上未避孕而不怀孕者，称原发性不

孕；曾孕育过，并未采取避孕措施，又间隔3年以上未再孕者，称继发性不孕。统称不孕症。

中医对本病的研究较为深入，认为本病病因病机较复杂，因虚因实均可致病。病机主要与肾及冲任二脉有关，因肾主藏精，为先天元气之本，主生殖；冲为血海，任主胞胎。故肾精肾气虚弱，或冲、任失调，或痰湿阻胞，或气滞血瘀，均可致不孕症。本证治疗应以调经为主，并宜根据虚、实之异，分别配合补气、滋阴、祛湿、理气、化瘀诸法。

【临床表现】

受孕的条件，必须有正常发育的卵子和精子，且精子和卵子能在输卵管内相遇而受精，受精卵能及时种植于子宫内膜中，并有正常的内分泌以维持胚胎的发育。因此就女方而言，不孕症的出现主要由卵巢内分泌失调及卵子生成异常，精子、卵子结合通路受阻以及孕卵着床障碍等3方面因素所导致，输卵管阻塞则属通路方面的问题。

输卵管阻塞患者输卵管通畅试验为阳性。可采用输卵管通气术、通液术和子宫输卵管碘油照影术等试验来检查输卵管通畅情况。

【鉴别诊断】

1. 先天生理及解剖缺陷所致不孕

不孕有因女子先天生理或解剖缺陷导致者，如阴道狭窄、处女膜肥厚、阴道有横隔等而致不孕者，古人称为“五不女”，应予手术治疗。

2. 子宫内膜异位症所致不孕

本病是指子宫内膜生长在子宫腔以外的组织。这种异位的内膜随着卵巢激素的周期性变化而发生增殖、分泌与出血。临床分两种类型，即外在型与内在型。外在型指子宫内膜异位在子宫以外的组织内，最常见的部位是卵巢，其次为子宫直肠窝及子宫骶骨韧带。在卵巢内可随月经周期变化而逐渐增大，形成囊肿，又称巧克力囊肿。在子宫直肠窝的病灶则可形成致密粘连硬结，有时可侵犯直肠或膀胱。内在型指子宫内膜样组织出现在子宫肌层，呈弥散性分布者称子宫肌腺病，亦有局限性分布呈肿瘤样，称子宫肌腺瘤。子宫内膜异位证可导致不孕，宜通过输卵管通畅试验、盆腔脏器B型超声波检查予以确诊。

【治疗规范】

1. 治则

疏肝解郁，调经种子；或祛湿化痰，理气启宫；或活血化瘀，理气调经。

2. 配方

（1）*疏肝解郁*：中极、四满、太冲、三阴交，用于肝郁气滞所致多年不孕。经期先后不定、经行腹痛、血行不畅、量少色黯、有小血块、经前乳房胀痛、精神抑郁、烦躁易怒、舌红苔白、脉弦。

（2）*祛痰化湿*：中极、气冲、丰隆、三阴交、阴陵泉；用于痰湿阻滞所致婚后多年不孕、形体丰肥、带下量多质黏、面色㿠白、心悸头晕、胸闷呕恶、舌淡胖嫩、边有齿痕、

苔白厚腻、脉滑。

（3）活血祛瘀：中极、归来、子宫、气穴、三阴交；用于血瘀胞脉而致婚后久不孕育、经行后期、量少色黯、夹有血块；或经行腹痛；或非经期少腹时痛时止；舌质紫黯，脉弦细或涩。

3. 操作

（1）疏肝解郁：中极，向曲骨方向斜刺，针深1～1.5寸，施提插泻法，以针感向会阴传导为佳；四满，直刺进针1～1.5寸，施捻转平补平泻法；三阴交，直刺进针1寸；太冲，直刺进针0.5～0.8寸，均施捻转泻法。

（2）祛痰化湿：中极，直刺进针1～1.5寸，施提插捻转泻法；气冲，直刺或稍向上斜刺，进针0.5～1寸，施捻转泻法；丰隆，直刺进针1～1.5寸，施提插泻法。阴陵泉、三阴交，直刺进针1～1.5寸，施捻转平补平泻法。

（3）活血祛瘀：中极、归来、气穴、子宫，均直刺，可刺1～2寸，施捻转泻法；三阴交，直刺进针1～1.5寸，施提插捻转泻法。

4. 疗程

每日针刺1次，一般30天为1疗程。

【配方理论】

本证多为实证，部分为本虚标实证，临床应以辨证为准。疏肝解郁法中取中极为任脉要穴，功通冲任，四满为肾经穴，与中极相合能理气通经。太冲为足厥阴肝经原穴，可疏肝解郁，配三阴交可养血调经。祛痰化湿法取气冲虽为足阳明经穴，然冲脉起于气冲，又为水谷之海的上输穴，与中极相配，可调理冲任，理气调经，丰隆为足阳明之络穴，阴陵泉为足太阴之合穴，均为祛湿化痰之要穴。配三阴交可调理三阴，理气和血。诸穴相合，共收理气化痰、调经种子之效。活血祛瘀法用中极能助气化，理冲任，调胞宫，化瘀通经。归来具有活血化瘀之功。配三阴交可和血调经。子宫、气穴均为治疗不孕症的经验穴。

（二）子宫内膜异位症

子宫内膜异位症是指子宫内膜生长在子宫腔以外的组织。这种异位的内膜在组织学上不仅有内膜的腺体，而且有间质的围绕，在功能上随着卵巢激素的周期性变化而发生增殖、分泌与出血。临床分两种类型，即外在型与内在型。外在型指子宫内膜异位在子宫以外的组织内，最常见的部位是卵巢，约占80%，其次为子宫直肠窝及子宫骶骨韧带。在卵巢内可随月经周期变化而逐渐增大，形成囊肿，又称巧克力囊肿。在子宫直肠窝的病灶则可形成致密粘连硬结，有时可侵犯直肠或膀胱，虽非恶性肿瘤而有恶性生长行为。内在型指子宫内膜样组织出现在子宫肌层，呈弥散性分布者称子宫肌腺病，亦有局限性分布呈肿瘤样，称子宫肌腺瘤。

中医学无子宫内膜异位症病名，据其临床表现，属于中医学不孕症或痛经及妇科癥瘕

范畴。针灸对子宫内膜异位症所导致的女性不孕有治疗作用，是非手术治疗本病的有效方法之一。

【临床表现】

女子婚后，配偶生殖功能正常，夫妇同居2年以上未避孕而不怀孕；或曾孕育过，并未采取避孕措施，又间隔2年以上未再孕者，经妇科查体或B型超声波检查确诊患有子宫内膜异位症。

【鉴别诊断】

1. 先天生理及解剖缺陷所致不孕症

不孕有因女子先天生理或解剖缺陷导致者，如阴道狭窄、处女膜肥厚、阴道有横隔等而致不孕者，古人称为“五不女”，应予手术治疗。

2. 内分泌失调所致不孕症

受孕的条件，必须有正常发育的卵子和精子，且精子和卵子能在输卵管内相遇而受精，受精卵能及时种植于子宫内膜中，并有正常的内分泌以维持胚胎的发育。因此卵巢内分泌失调及卵子生成异常，均可导致不孕症。可通过各种内分泌检查及B型超声波检查予以鉴别。

3. 精子、卵子结合通路受阻所致不孕症

输卵管阻塞而致通路障碍所致不孕症与子宫内膜异位症之鉴别应借助实验室诊断。可采用输卵管通气术、通液术和子宫输卵管碘油造影术等试验来检查输卵管通畅情况。

【治疗规范】

1. 治则

理气活血，通经止痛；或活血通络，消癥破积。

2. 配方

（1）*理气活血*：中极、气海、子宫、血海、三阴交、太冲。用于气滞血瘀，经脉闭阻所致的女性不孕症，常兼经期腹痛难忍，痛经呈进行性加重。可发生在行经前、行经中及经后。内在型子宫内膜异位症痛在小腹当中，外在型子宫内膜异位症多痛在少腹两侧，兼及腰骶部疼痛。舌暗红苔薄白或薄黄，脉沉弦或沉紧。

（2）*消癥破积*：中极、气穴、气海、气门、三阴交、行间，少腹积块痛连骶部加秩边、次髎 、中髎 。用于胞脉损伤，癥瘕内存所形成的不孕症，常兼见小腹中间或少腹两侧有形积块，推之不移，压痛明显。病变累及子宫直肠窝则压痛波及腰骶部，并兼见性交疼痛，排便时疼痛及肛门重坠感。舌暗红，边尖有瘀斑，脉沉紧或涩。

3. 操作

（1）*理气活血*：中极，直刺，深1寸左右，施捻转泻法；气海，直刺或呈60°角向下斜刺，进针1～1.5寸，施提插泻法；子宫，直刺，进针1.5～2寸，施捻转泻法；血海、三阴交均直刺，进针1～2寸，施提插兼捻转之泻法；太冲，直刺或稍向上斜刺，进针1

寸，施提插泻法。

（2）消癥破积：中极、气海，刺法同前；气门，为经外奇穴，在子宫穴上1寸，直刺，进针1.5~3寸，施提插泻法；三阴交，直刺，进针1~2寸，施捻转泻法；行间，直刺或稍向上斜刺，进针0.7~1寸，施提插泻法；气穴，直刺，深约0.5~1寸，施捻转泻法。腹部穴可配合灸治。

4. 疗程

每日针刺1次，一般30天为1疗程。

【配方理论】

本病治疗宜分步进行。不孕症缘于子宫内膜异位症，所致患者行经过程中主要表现为严重的痛经，此时应以止痛为首要治疗目的。经间期虽无明显症状，但癥瘕内存，应结合腹腔积块的不同位置选穴配穴，以理气活血、消癥化积为治疗原则，并应坚持较长疗程的施治，才能从根本上达到治疗不孕症的目的。经期用中极、气海为局部取穴，有理气降逆止痛作用。子宫穴位于卵巢的体表投影，能调整卵巢内分泌功能。血海能活血化瘀，太冲能疏肝止痛，三阴交为调经活血止痛第一要穴。诸穴同用，共奏活血止痛之效。欲消癥破积，针刺宜以局部穴为主，故取中极配气穴、气海、气门以理气通络，消散癥结。行间为足厥阴肝经荥穴，更具活血下瘀之功。三阴交亦为调经止痛、止血散瘀的常用穴位。

【转归及预后】

针灸对本证有较好疗效。但对古人称为“五不女”即“螺，纹，鼓，角，脉五种”非针灸治疗所能奏效。

【预防与调护】

须注意起居房事有节，以保养肾精，宜情志舒畅，“子不可以强求也，求子之心愈切而得之愈难”。另外辛辣之品能助热，寒冷之品能导致宫寒，故需忌食。

【验案举例】

案一　于某，女，31岁。2001年12月25日初诊。

主诉：患者少腹疼痛6天。

病史：患者于10年前每遇月经期即少腹疼痛，难以忍受。近日月经来潮，复又少腹疼痛，自服止痛药，外用周林频谱仪等治疗效果不明显，遂来我科就诊。

查体：少腹疼痛，苦按，时有恶心欲吐，纳食欠佳，大便4日未行，小便可。月经15岁来潮，经期4~6天，周期为28~30天，量少，色暗，有瘀块，已生1胎。既往有子宫内膜异位症，巧克力囊肿。现神清，精神欠佳，扶入病室，痛苦面容。面色苍白，冷汗出，心肺（-），腹软，肝脾肋下未触及，小腹部压痛（+），腹部见一6cm长疤痕（曾做剖腹产手术），双下肢无浮肿，生理反射存在，病理反射未引出。二阴未查。舌质淡，苔黄，脉弦。

印象：①中医：不孕；②西医：子宫内膜异位症。

辨证：患者曾做剖腹产手术，已损伤冲任二脉，气血因而瘀滞络脉，久而不去，形成癥瘕，故经期疼痛。

治则：活血化瘀，调神通经，补益冲任。

选穴：三阴交、支沟、上星、百会、阴陵泉、血海、丰隆、足三里。

耳针疗法：胃、神门、内分泌。

操作：三阴交，直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法 1 分钟；支沟、阴陵泉，直刺 1～1.5 寸，施提插泻法；上星、百合，沿头皮向后斜刺 0.5 寸，施捻转手法平补平泻 1 分钟；血海，直刺 1～1.5 寸，施捻转补法 1 分钟；足三里，直刺 1～2 寸，施捻转补法 1 分钟；丰隆，直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法各 1 分钟；耳针：胃、神门、内分泌直刺 0.1 寸。

治疗经过：治疗 3 次后，腹痛减轻，恶心缓解；治疗 5 次后，疼痛停止；继续治疗 10 次，停止针刺治疗。下个月月经来潮前针刺治疗 5 次，观察无月经期疼痛。以后每次月经来潮前针刺治疗 5 次，连续 5 个月，月经时无疼痛。

案二　吴某，女，34 岁，2003 年 9 月 12 日初诊。

主诉：患者婚后 10 年，仅于 8 年前人流 1 次，再未受孕。

病史：患者婚后第 2 年本已怀孕，因工作繁忙于胎儿 50 天行人流。自此虽未避孕，而再难于孕育子嗣，心情焦急，今来就诊。月经 14 岁来潮，经期 3 天，周期为 24 天，量少，色鲜红而淡。

查体：现形体消瘦，面色晦暗少泽，发育正常。心肺（－）。舌红，苔少，脉弦，尺细。B 超示：腹部生殖系统未见阳性体征。

印象：①中医：不孕；②西医：不孕症。

辨证：患者不孕，且体虚消瘦，系人流术后气血受损，又兼调养不当，阴血之源不足，而使肾精、肾气虚弱，冲任失调，气虚血少所致。

治则：滋阴养血调经。

选穴：合谷、三阴交、神门、太溪。

操作：合谷，直刺 0.8 寸，捻转泻法 1 分钟；三阴交，直刺 0.5～1 寸，捻转补法；神门，直刺 0.5 寸，捻转补法；太溪，直刺 0.5～0.8 寸，提插补法。间日 1 次，2 周为 1 疗程。

治疗经过：针刺治疗的同时，于每次月经后服用丹地四物汤加减，日 1 剂，连服 10 剂。并嘱患者劳逸适度，养心安神。治疗两个疗程后，月经来潮时，色、量正常；又继续针刺 3 个疗程后，停止治疗。观察半年后来我院复诊，述已怀孕。

【临证提要】

针灸治疗不孕症有一定疗效，但治疗时应分清虚实，辨证施治，方能取得良好效果。本病多为实证，部分为本虚标实证，临床应以辨证为准。疏肝解郁法中取中极，其为任脉要穴，通冲任；四满为肾经穴，与中极相合能理气通经。太冲为足厥阴肝经原穴，可疏肝解郁，配三阴交可养血调经。祛痰化湿法，常取气冲；然气冲虽为足阳明经穴，因冲脉起

于气冲，又为水谷之海的上输穴，故若与中极相配，还可调理冲任，理气调经。丰隆为足阳明之络穴，阴陵泉为足太阴之合穴，均为祛湿化痰之要穴。配三阴交可调理三阴，理气和血。诸穴相合，每收理气化痰、调经种子之效。活血祛瘀法用中极能助气化，理冲任，调胞宫，化瘀通经。归来具有活血化瘀之功。配三阴交可和血调经。另外，子宫、气穴均为治疗不孕症的经验穴。

□第十二章□

眼科疾病

一、近视

近视是以视远不清而视近清晰为主要临床表现的眼病。古称“能近怯远”，至《目经大成》始称“近视”，与现代医学所称“近视眼”同。中医对本病的认识受“阳气发越于外，阴精收敛于内”的影响，认为本病乃阳气虚所致，亦有认为“不能远视，责其无火，法当补心”者（《此事难知》）。临床常见之近视，分为病理性近视及单纯性近视，后者若发病时间不长、程度不深，患者年龄较小时，针刺每可获得良好增视效果，否则，应采用配镜或手术治疗。

【临床表现】

一般双眼外观无异，近视力良好，远视力减退。常喜眯眼视物，或伴双眼酸胀、干涩；偶有视物稍久即眼痛头痛者。

【鉴别诊断】

对近视眼患者除进行远、近视力检查外，还应进行验光、眼底等多项检查，以防误诊。

1. 高度近视眼

高度近视眼患者视远视近皆不清晰，因视力低下而常喜将物体移至眼前观看。从现象看，易被误为近视。进行验光检查可发现其远视屈光状态。

2. 某些白内障

在一些白内障之膨胀期，特别是糖尿病性白内障，由于晶体肿胀，表现为一种近视的屈光状态。视近清楚、视远模糊，此为暂时现象，待白内障发展时，则近视状态消失。行

散瞳后裂隙灯检查并结合病史即可鉴别。

【治疗规范】

1. 治则

益气活血，增视明目。

2. 配方

双侧太阳、攒竹、四白、手三里、百会；病眼加睛明。

3. 操作

太阳，向眼球方向斜刺 0.5 寸，施捻转之平补平泻法 1 分钟；攒竹，向下斜刺 0.3 寸，不施手法；四白，向下斜刺 0.3 ~ 0.5 寸，施捻转之平补平泻法 1 分钟；手三里，直刺 0.5 寸，施平补平泻法 1 分钟；百会，向后平刺 0.3 寸，不施手法。施捻转手法诸穴，以患者有明显针感为度，后留针 20 分钟。

4. 疗程

每日针 1 次，10 天为 1 疗程，疗程间隔 3 天，连续 3 个疗程后若无效即停止治疗。有效者改为隔日 1 次，巩固疗效。同时嘱患者注意用眼卫生。

【配方理论】

古代中医有“能近怯远阳气虚”之说。但近代研究表明，近视眼除先天遗传因素外，与后天用眼过度、调节紧张、睫状肌疲劳有密切关系。石学敏教授认为，近视眼患者长期过度用眼，局部气虚血乏，且络阻血瘀，治疗当调补气血、通络明目。故取眼周局部穴位，以捻转之手法，活血通络。取百会意在引气血上行于目；手三里为治疗近视之验穴，手法适当常有立竿见影的增视效果。

【验案举例】

张某，男，19 岁，学生。初诊日期：2003 年 4 月 10 日。

主诉：视物不清，头昏 1 周。

病史：患者因高考临近，学习紧张，每日读书近 12 个小时，1 周来感到视物不清，头昏，双眼酸胀、干涩，视物稍久即眼痛头痛。为缓解疲劳，减轻症状，患者特来我院针灸科就诊。

查体：患者神清，发育正常，营养中等，皮肤巩膜无黄染，表浅淋巴结未触及。双眼外观无异常，双瞳孔等大等圆，光反射存在，眼球无震颤，眼底检查无异常。双视力为 0.5。心肺（－），肝脾无肿大，四肢肌力均 V 级，生理反射存在，病理反射未引出，血压 110/70mmHg。

印象：①中医：近视；②西医：近视眼。

辨证：患者近日劳逸失调，用眼过度，肝血亏耗，不能上荣于目，眼部气虚血乏，故而视物不清，双眼酸胀、干涩；血不上荣于脑，故而头昏、头痛。

治则：益气活血，增视明目。

选穴：双侧太阳、攒竹、四白、手三里、百会、风池。

操作：太阳，向眼球方向斜刺0.5寸，施捻转之平补平泻法1分钟；攒竹，向下斜刺0.3寸，不施手法；四白，向下斜刺0.3~0.5寸，施捻转之平补平泻法1分钟；手三里，直刺0.5寸，施平补平泻法1分钟；百会，向后平刺0.3寸，不施手法；风池，施捻转补法2分钟。以患者有明显针感为度，留针20分钟。

治疗经过：针刺治疗3次后，患者感到眼睛较前舒服，无酸胀、干涩，头昏减轻。针刺6次后患者头昏、头痛消失，眼睛视物明显清楚。继续治疗5次，患者视力达到1.0，症状消失，因高考停止治疗。

二、视一为二（麻痹性斜视）

“视一为二”又称“风牵偏视”、“视歧”、“目偏视”等，其中下斜视又称“坠睛”，偏视较甚者又称“神珠将反”，是以眼球偏视突然发作，转动受限，视一物成二物为主要表现的眼病。相当于现代医学之麻痹性斜视。本病自《内经》起即有记载，历代医家多从外风、内风论论治，近代以来尤重内风。现代医学认为，本病多因外伤、颅内占位病变、脑出血病、内分泌疾病（如糖尿病）等引起，以眼位偏斜、运动受限、代偿头位、复视、眩晕为特点。针刺治疗本病有良好疗效。

【临床表现】

卒然一眼偏斜于某侧，转动受限，视一为二，或伴上睑下垂。常有恶心、呕吐、步态不稳等症，遮盖一眼则诸症消失。

【鉴别诊断】

对本病患者应行系统眼肌学检查，如复视像、斜角、同视机等。

共同性斜视

共同性斜视常见于儿童，其眼位偏斜与麻痹性斜视易混淆，但无“视一为二”现象，且非“卒然”发病。如行同视机及其他眼肌学检查则易于区别。

【治疗规范】

1. 治则

除风解痉，通络牵正。

2. 配方

（1）经穴刺法：患侧风池、翳风、太阳、头维、睛明、承泣、外关。

（2）麻痹眼肌直刺法：判断准确为某条眼外肌麻痹后，直刺眼球附着点之肌腹。

3. 操作

（1）经穴刺法：本病一般为单眼发病，故只取患侧。风池与翳风，皆向眼球方向斜刺0.5寸，施捻转之施提插平补平泻手法1分钟；太阳，向下斜刺0.5寸，施捻转之平补平泻手法1分钟；诸穴施术后留针20分钟。睛明，直刺0.5寸，不施手法；承泣，直刺

0.5～1寸，不施手法；外关，直刺0.5寸，施捻转之平补平泻手法1分钟。

（2）麻痹眼肌直刺法：点用局部麻醉剂后，以毫针直刺相应眼肌附着点后约5mm处之肌腹，并向眼球后方轻轻推按，带动眼珠轻轻转动20～30次。刺后点抗生素眼药水1滴。

4. 疗程

（1）经穴刺法：每日2次，10日为1疗程，疗程间隔3天。直至恢复后，改为隔日针1次，连续10次（20日）后停止治疗

（2）麻痹眼肌直刺法：隔日施针1次；若局部结膜下有出血时，隔3～5日1次。一般于病初起症状明显时施用。病情有所好转后停用。

【配方理论】

风牵偏视乃由多种病因导致目珠一侧经络气血不行，邪风入客，筋肉失用，弛缓不收；而健侧筋肉如常，遂致牵引睛珠偏向健侧。石学敏教授认为，本病病因虽多，但一经发病则治疗应重在祛邪（风）通络，促使气血运行复常，筋肉弛缓有度而使目珠正常转动。故取祛风通络要穴风池、翳风为主穴以散风邪、行气血、通目络；睛明、承泣位近眼球，可活气血而振奋筋肉功能；太阳助诸穴活血明目；外关乃八脉交会穴之一，联络阳维脉而交于目锐眦，起平衡眼球内外转动之特殊功效。诸穴合用则气血流畅于眼目，筋肉功能恢复，偏斜复正，诸证得除。

【验案举例】

赵某，女，54岁，工人。入院时间：1989年5月11日。住院号：26112。

主诉：右眼内斜，右上肢麻木1月余。

病史：高血压20余年，1989年初发作左半身活动欠灵活已愈，1989年3月右上肢麻木，服“大活络丹”无效，1989年4月右眼内斜视，伴头痛，复视，右侧尤甚。总医院查脑CT示“腔隙性脑梗死”。眼科诊断：“外展神经麻痹”。治疗效果不显著，来我科求治，收入住院。

查体：神清合作，发育正常，营养中等，皮肤巩膜无黄染，表浅淋巴结未触及，双瞳孔等大等圆，光反射存在，双眼同向运动正常，右眼外展时复视，眼睑无下垂，眼球无震颤，心肺（－），肝脾无肿大，四肢肌力均Ⅴ级，生理反射存在，病理反射未引出，血压120/70mmHg。

印象：①中医：中风（视一为二）；②西医：腔隙性脑梗死（麻痹性斜视）。

辨证：患者高血压病20年，肝阳偏亢，肝阴不足，虚阳上越，上冲于脑，发为头痛，肝主筋，肝阴不足，血不荣筋，故肢体麻木，肝开窍于目，肝不藏血，目失所养，发为复视。

治则：醒脑开窍，滋补肝肾，疏通经络。

选穴：内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、合谷、风池、完骨、天柱、攒竹、睛明、鱼腰。

操作：攒竹，施捻转泻法；鱼腰，施捻转泻法；睛明，用32号针进针1寸，捻转补法。余穴同前（见醒脑开窍针刺法）。

治疗经过：采用上法1周，右上肢麻木减轻，2周后，右上肢麻木明显减轻，头痛减轻，3周后，右眼复视范围缩小，4周后，外展复视明显减轻，经6周治疗，患者视物如常，右上肢麻木缓解，无头痛，临床治愈。

三、上睑下垂

上睑下垂亦称上胞下垂、睢目、睑废、睑皮重缓等。临床上以上睑不能提起，掩盖部分或全部瞳仁而影响视力为特征。本病是由多种原因引起的提上睑肌功能不全或丧失。按病因分类可分为先天性上睑下垂等。提上睑肌运动由动眼神经支配，动眼神经核或周围神经纤维受损害时，表现为上睑下垂。肌源性上睑下垂多见于重症肌无力的病人。中医学则认为风邪外袭筋脉，筋脉弛缓，或脾虚气弱，气血不足，血不荣筋，筋肉失养，弛缓不用，以致上胞升举无力。先天性上睑下垂，多为双侧，与生俱来，或伴有其他先天异常存在。针刺治疗麻痹性上睑下垂及肌源性上睑下垂为有效疗法之一。

【临床表现】

上睑不能上举或力量不足，常单眼或双眼受累，表现为自然平视时；上睑覆盖角膜上缘2mm以上，更甚者遮盖部分或全部瞳仁，患眼上睑沟消失，睁眼时抬眉、皱额，双侧上睑下垂有仰视现象，属动眼神经麻痹，可合并动眼神经所支配的其他眼外肌或眼内肌麻痹。属重症肌无力者，晨起时好转或正常，下午即变重或完全下垂。

【鉴别诊断】

1. 老年性上睑下垂

下垂程度一般较轻，为双侧。因老年眶脂肪萎缩、吸收，眼球内陷，肌纤维发生萎缩所致。

2. 眼肌炎

眼肌炎的上睑下垂，发病较急。触及眼肌部位有肿块或条索，还有痛感。B超扫描或CT检查有助诊断。

3. 眼眶眼睑病的症状性上睑下垂

眼眶内肿瘤、慢性炎症，眶尖综合征，球后药物注射、睑板炎、沙眼、眼睑肿瘤等因重力压迫或病变损害，均可致上睑下垂，解除原发病后，下垂多可消失或减轻。

【治疗规范】

1. 治则

祛风通络，补脾益气。

2. 配方

（1）经穴刺法：以阳明经穴为主。风邪伤络取攒竹、阳白、丝竹空、百会、风池、合

谷、阳白透刺鱼腰，阳白透刺攒竹。脾虚气弱取攒竹、阳白、丝竹空、足三里、三阴交。

（2）皮肤针疗法：取患侧头部足太阳经、足少阳经及眼部周围区域。

（3）穴位注射：取阳白、鱼腰、攒竹、丝竹空。

3. 操作

（1）经穴刺法：取患侧阳白透鱼腰、阳白透攒竹，风邪伤络，施捻转泻法 1 分钟；中气不足，施捻转补法 1 分钟。丝竹空，向鱼腰方向横刺；风池，斜刺向对侧眼角进针 1～1.5 寸，施术同前；合谷直刺 1.5 寸，施术同前；足三里，直刺 1.5 寸，施术同前；三阴交，直刺 1.5 寸，施术同前。

（2）皮肤针疗法：采用循经叩刺，眼轮匝肌部位则由上而下，由内而外轻度叩刺，以皮肤潮红、不出血为度，每次 5 分钟。

（3）穴位注射：药用维生素 B_1 注射液 2ml，每穴注射 0.3ml，

4. 疗程

各种针法每日 1 次，12 次为 1 疗程。

【配方理论】

上睑下垂为临床常见病之一，《诸病源候论》记载，因本病常借助仰首使瞳孔显露，以便视物，故称睢目。该书还因其多由风邪客于胞睑引起，而称侵风。上睑下垂之垂症，正如《目经大成》所云："视目内如常，自觉亦无恙，只上下左右两睑，日夜长闭而不能开，攀开而不能眨……以手指抬起眼皮，方能视。"故又称睑废。

《灵枢·经筋》云："太阳为目上网，阳明为目下网。"《类经》又云："网，网维也，所以约束目睫，司开合者也。"中医学经络学说认为上下眼睑为太阳、阳明所属，与足少阳之经筋关系密切。太阳、阳明、少阳之筋网维结聚于眼及其四周，共同作用，支配着眼睑的开合。在五轮学说中，眼睑又统属于脾，如劳汗当风，风邪外袭，筋脉失和或脾虚气弱，不能统摄，肌肉弛纵，则上胞下垂。根据石学敏教授多年经验，本病治则以益气疏风为主，局部与整体结合，配合捻转补泻手法，虚则补，实则泻。一则近取眼周穴如攒竹、丝竹空、阳白等以疏通眼部经气；二则远取足三里、三阴交培补后天之本，升提眼肌。在经穴治疗的基础上，辅以皮肤针疏导风邪结聚，皮肤针叩刺疗法对眼睑局部的皮部行良性持久刺激，以达到鼓动卫气、疏通经络，调整脏腑功能活动，增强眼睑肌肉的兴奋，达到治疗目的。

【验案举例】

罗某，男，7 岁，学生。初诊日期：1983 年 2 月 25 日。

主诉：右上睑下垂 7 年。

病史：患者其母体弱多病，患儿系不足月产，出生后人工哺养不当，经常溢乳，腹胀夜啼，半周岁后逐渐发现右上睑下垂，因幼小未予治疗，5 岁后经用六味地黄汤及人参健脾汤交替服用仍无效，曾经眼科医院诊治予维生素 B_1、维生素 B_2 内服及注射，仍无效，患儿平素消化不良，经介绍来我科治疗。

查体：患儿形体瘦弱，面白无华，右上眼睑下垂，无力睁开，眼球转动尚灵活，舌淡红苔薄白，脉沉细。

印象：①中医：上胞下垂；②西医：先天性上睑下垂。

辨证：患儿不足月产，先天秉赋不足，肾精不充，后天喂养失调，脾胃虚弱，脾肾两虚，气血不和，脉络失养，血不荣筋，而致上胞下垂。

治则：益肾健脾，活血通络。

选穴：攒竹、阳白、太阳、养老、商丘、太溪。

操作：攒竹、阳白、太阳，斜刺0.3寸，施捻转补法1分钟；养老，斜刺0.3寸，施捻转补法1分钟；商丘，斜刺0.3寸，施捻转补法1分钟；太溪，直刺0.3寸，施捻转补法1分钟，均不留针，每日1次。

治疗经过：经治疗7次后，右上眼睑可用力睁开，微露睛，12次后右上睑可上抬，并有眨眼动作，20次后，右眼睁开略小于左眼，30次后恢复正常，临床治愈，经追访5年未发作。

四、青盲（视神经萎缩）

青盲指眼外观良好，一如常人，视力缓慢下降而致人物不辨者。现代医学的视神经萎缩属本病范畴。视神经萎缩是指视神经发生退行性病变，视神经乳头颜色变为苍白，视力下降的一种严重疾病。根据病因及视乳的形态，视神经萎缩可分为原发性视神经萎缩和继发性视神经萎缩两类。原发性者病变位于球后，萎缩过程是下行性的，如脊髓痨、外伤、球后视神经炎、眶内压迫及遗传性等。继发性者其原发病变在视乳头、视网膜或脉络膜，萎缩过程是上行性的，如视神经乳头炎、视神经乳头水肿、脉络膜视网膜炎、视网膜色素变性等。中医学认为本病多因久病体虚，肝肾阴亏，精血不足或七情郁结、头眼外伤以致目失濡养，光华不能发越而致。针刺治疗视神经萎缩，在增进视力，改善视功能方面有一定疗效。

【临床表现】

视力显著减退，可进行至完全失明。视野多呈向心性收缩，也可出现中心暗点，扇形缺损和偏盲等。色觉减退，先红后绿。视野改变与视力减退同时进行，瞳孔对光反射迟缓或消失。检眼镜下，原发性者视神经乳头颜色苍白，边缘清晰，筛板清楚可见，视网膜血管晚期稍细。继发性者，视神经乳头颜色青灰、污秽、边缘模糊、筛板不清，视神经乳头附近血管常伴白鞘。

【鉴别诊断】

1. 家族遗传性视神经萎缩（leber病）

多为男性发病，女性为遗传因子携带者，发病急、视力迅速降低，但可有一定恢复，也有逐渐恶化者。

2. 幼年型视神经萎缩

本病为遗传性疾病，视力低，视野向心性缩小，蓝黄色尤甚。

3. 伴有糖尿病的幼年型视神经萎缩

本病可伴有或不伴有耳聋，多为进行性。

【治疗规范】

1. 治则

补气血，益肝肾，通络明目。

2. 配方

（1）经穴刺法：以足三阳经及太阴经穴为主。取患侧睛明、球后、承泣、风池、合谷；双侧足三里、三阴交、肝俞、肾俞。

（2）耳针疗法：取双侧眼、目1、目2、皮质下、枕区。

（3）穴位注射：取患侧风池、太阳、球后，药物为复方丹参注射液。

3. 操作

（1）经穴刺法：患眼睛明，直刺0.5～1寸，缓慢进针，施提插平补平泻法，酸胀为度；球后，沿眼眶下缘中、外1/3交界处缓慢进针，针尖斜向内上，进针深度1～1.5寸，施术同前，以眼胀、泪出为度；睛明、球后穴不可大幅度提插捻转；承泣，斜刺0.5～1寸，捻转平补平泻1分钟；风池，向对侧眼角斜刺，进针1～1.5寸，施术同前；合谷，直刺1.5寸，施术同前；足三里、三阴交，直刺1.5～2寸，施捻转补法1分钟；肝俞，斜刺0.5～0.8寸；肾俞，直刺0.8～1寸，施捻转补法。诸穴施术后均留针20分钟。

（2）耳针疗法：双侧眼、目1、目2、皮质下、枕区中等刺激，留针20分钟，间断捻转施术。

（3）穴位注射：患侧风池、太阳、球后，药用复方丹参注射液，每次0.2～0.5ml。

4. 疗程

（1）经穴刺法：每日针刺1次，12次为1疗程，1疗程结束后，休息2～3天，再行第2疗程，治疗3～4疗程后，可改隔日1次，间断治疗。

（2）耳针疗法：每日针刺1次，12次为1疗程，治疗2个疗程后，改用耳穴贴压法治疗，以王不留行子贴压耳穴，自行按压，每日3～4次，每次20～30秒，耳穴贴压隔日更换1次。

（3）穴位注射：隔日1次，5～10次为1疗程。

【配方理论】

青盲一词首见于《诸病源候论》："青盲者，谓眼本无异，瞳子黑白分明，直不见物耳。"《证治准绳·七窍门》云："目内外并无障翳气色等病，只自不见者是……失青盲者，瞳神不大不小，无缺无损，仔细视之，瞳神内并无些别样气色，俨然与好人一般，只是自看不见。"现代医学视神经萎缩属青盲范畴。石学敏教授认为视神经萎缩为多种原因导致气血不足、肝肾亏虚、精气不能通达上荣，以致神光耗散而致。因此疏通三阳经穴为

首要，睛明为手足太阳、足阳明之会穴，球后为经外奇穴，具有疏结、通络、明目之功效；承泣为足阳明经、阳跷与任脉之会穴；风池为手足少阳与阳维之会穴，肝俞、肾俞可加灸，滋养肝肾、调肝明目。临证可加耳针、穴位注射及其他配穴，在增进视力、改善视野方面，取得良好疗效。

【验案举例】

赵某，男，41岁，工人。初诊日期：2000年2月18日。

主诉：双目视物不清4月余。

病史：患者4个月前突发视物不清，视力迅速下降，因劳累及情绪急躁则甚，遂于附近医院诊为“球后视神经炎”，查双眼视力为0.9，发病1周后，视力继续下降。查脑CT未见异常，予能量合剂及眼内注射激素治疗无效，于4月19日来我院诊治。现症：双目仅存光感，视物不清，在强光下，视物可见轮廓，纳可，寐欠安，二便调。

查体：神清合作，五官端正，心肺（-），生理反射存在，病理反射未引出。眼底视神经乳头颜色变浅。舌红，苔薄白，脉滑。

印象：①中医：青盲（肝肾阴虚，肝阳上亢）；②西医：视神经萎缩。

辨证：患者年过40，阴气自半，加之平素忧思过度，暗耗阴血，必致肝肾之阴亏于下，阴虚阳亢，肝阳上亢则易急躁，又逢患者近日情绪暴躁，以致肝阳上亢，更损肝阴。“肝开窍于目”，肝之经脉系于目，故肝阴虚，血不上承于目而致突然视物不清。

治则：滋补肝肾，活血明目。

选穴：球后、阳白、攒竹、睛明、四白、百会、风池、太阳、阳陵泉、光明。

操作：球后，沿眶下缘外1/3处，眼眶与眼球之间直刺1.5寸时可直达视神经，以捻转缓进法进针，其中睛明穴贴眼球侧缘深刺1.5寸，不留针；风池，刺向对侧眼眶下缘；阳陵泉，深刺1.5寸。余穴均捻转浅刺，其中百会、太阳、阳陵泉用补法，风池用泻法，余穴平补平泻，留针20分钟。

治疗经过：每日针刺1次，15次为1疗程，本例患者经1个疗程治疗后，自觉双眼视物较前明显改善，要求继续治疗，又针刺1疗程后，患者已能从事正常的工作、学习，遂告痊愈。

五、目瞤

目瞤，即眼睑干涩不适，频频眨动，不能自主。本证常为多种眼病中出现的主要症状，如沙眼、慢性结膜炎、浅层点状角膜炎、角结膜干燥症、角膜软化、暴露性角膜炎、眼轮匝肌痉挛等。中医学对本病的记载首见于《审视瑶函》，认为系由肝风入目所致，将临床常见之目瞤分为四类；胆经风热欲作肝疳之目瞤、受惊之目瞤。临床上应针对原发病积极治疗，同时以针刺治疗频繁眨眼之症状，除角膜软化症、干燥症、眼睑痉挛外，大多疗效良好。

【临床表现】

双睑频频眨动，眼干涩，常喜揉拭。或有畏光、流泪眼痛；或形体消瘦，烦躁善怒，饮食偏嗜；或黑睛生翳，白睛混赤，视力下降。

【鉴别诊断】

对患目瞤者应进行详细的眼科检查，以区别原发病症，分别予以治疗。

1. 沙眼

由沙眼衣原体感染而致。特征为眼睑内颗粒累累，状如花椒，色红，以上睑内为明显。常有分泌物。其所致目瞤随沙眼本身程度轻重而变化。轻时可仅有干涩而无目瞤，重时沙涩难忍，目瞤频频。

2. 浅层点状角膜炎

为病毒感染而致，常在感冒等病毒感染性疾病后发生。自觉双眼干涩，轻度畏光，频频瞤目，白睛微红或不红。行结膜囊染色后裂隙检查，可见角膜表面弥散分布点状上皮浸润。

3. 角结膜干燥症

可为干燥综合征的眼部表现或沙眼、眼烧伤等的并发症。眼干涩明显，除频频眨动外，常伴挤眼动作。行泪液学检查可见泪液分泌量减少、泪膜破裂时间缩短，结膜干燥及角膜损伤等。

4. 角膜软化症

常见于营养不良之小儿，先有夜盲，继则畏光、眼干、频频眨眼。白睛灰益，出现干燥斑，黑睛失润，先有点状，片状浸润，继则溃疡、变性，甚则全部黑睛灰白呈毛玻璃样，最终失明。全身有形体消瘦，偏食厌食，大便秘等消化不良表现。

5. 眼睑痉挛

病因不明。可能与紧张，用眼过度及精神因素有关，眼睑不自主抽动，可一眼或双眼；检视眼部，大多无明显异常，或仅有慢性结膜炎症。

【治疗规范】

1. 治则

活血通络，祛风止痉。

2. 配方

（1）*经穴刺法*：取双侧风池、太阳、阳白、攒竹、四白、合谷。

（2）*梅花针刺法*：眼周皮肤。

3. 操作

（1）*经穴刺法*：双侧风池，向对侧眼球斜刺，进针约1.5寸，施捻转平补平泻法1分钟；太阳、阳白、四白诸穴，均向眼球方向平刺0.3～0.5寸，施捻转平补平泻法1分钟；攒竹，向下斜刺0.3寸，不施手法；合谷，直刺0.5寸，施捻转平补平泻法1分钟。诸穴

捻转至有明显酸、胀、痛等感觉后留针20分钟。

（2）梅花针刺法：嘱患者闭眼，沿双眼眶缘外0.5寸范围，依上、内、下、外顺序呈环状叩刺　每眼叩刺20周，以皮肤潮红，有微小出血点为度。注意用力均匀轻柔，勿叩触至眼睑上。

4. 疗程

每日1次，10日为1疗程，间隔1～3日可行下1疗程。症状明显好转后可改为隔日针1次。

【配方理论】

目劄证临床多系外感风邪，引动内风，客于眼目所致；又“久病入络”，故常伴局部目络瘀阻，气血不和。故治疗当以祛风通络为主。风池为治疗头面之风之要穴，刺之散风疏通目系，配以局部诸穴通目络，散风邪；合谷乃多气多血之阳明经要穴，素有“面口合谷收”之称，刺之引血上行于面，有助于调和气血、止痉明目，加强局部诸穴的作用。

[General Information]
书名=石学敏实用针灸学
作者=石学敏主编
页数=553
SS号=12452712
出版日期=2009.10

封面
前言
目录
上篇　经络与腧穴
第一章　总论
第一节　经络学说概论
第二节　腧穴概论
第二章　经络各论
第一节　十二正经经脉
第二节　奇经八脉经脉
第三章　腧穴各论
第一节　十二正经腧穴
第二节　奇经八脉腧穴
第三节　常用奇穴
中篇　刺灸法
概述
第四章　现代常用针刺法
第一节　毫针刺法
第二节　耳针疗法
第三节　电针疗法
第四节　火针疗法
第五节　芒针疗法
第六节　皮肤针疗法
第七节　皮内针疗法
第八节　三棱针疗法
第九节　水针疗法
第十节　头针疗法
第十一节　腕踝针疗法
第五章　灸法学
第一节　材料的制作方法
第二节　施灸方法
第六章　石氏针刺手法
第一节　针刺手法量学
第二节　刺络拔罐疗法
第三节　经筋刺法
第四节　针刺治神
第七章　针灸处方
第一节　针灸治疗原则
第二节　针灸治疗作用
第三节　针灸配穴处方
第四节　特定穴的应用

第五节　醒脑开窍法
下篇　疾病各论
第八章　内科疾病
一、高热（外感性高热）
二、中风（脑卒中）
三、呆傻（老年性痴呆症）
四、消渴（糖尿病）
五、心悸
六、胸痹（心绞痛）
七、哮喘（支气管哮喘）
八、咳嗽
九、眩晕
十、厥证（一过性昏厥）
十一、头痛
十二、痿证（截瘫）
十三、口眼㖞斜（面神经麻痹）
十四、痹证（风湿性、类风湿性关节炎）
十五、脉痹（雷诺综合征）
十六、臂厥、骭厥（多发性大动脉炎）
十七、面颊痛（三叉神经痛）
十八、颈痛（颈椎病）
十九、脊痛（退行性脊柱炎）
二十、肩臂痛（臂丛神经痛）
二十一、肩凝症（肩关节周围炎）
二十二、肘劳（肱骨外上髁炎）
二十三、膝痛（膝关节骨关节炎）
二十四、腰痛
二十五、腰腿痛（坐骨神经痛）
二十六、呃逆（膈肌痉挛）
二十七、呕吐、恶心（胃肠功能紊乱）
二十八、腹胀（胃下垂）
二十九、胃脘痛（慢性胃炎）
三十、胁肋痛（胆囊炎、胆石症）
三十一、食积（消化不良）
三十二、泄泻
三十三、便秘（习惯性便秘）
三十四、瘛疭
三十五、痉证（一氧化碳中毒后遗症）
三十六、痫证（癫痫）
三十七、百合病（癔病）
三十八、不寐（神经衰弱）

三十九、脏躁（更年期综合征）
四十、癫狂（狂躁性精神分裂症）
四十一、郁证（抑郁性精神分裂症）
四十二、癔病性瘫痪
四十三、癔病性抽搐
四十四、阳痿（性功能障碍）
四十五、早泄（性功能障碍）
四十六、石淋、血淋（肾结石）
四十七、遗尿（夜尿症、神经性尿失禁、尿崩症）
四十八、淋证（泌尿系感染、泌尿系结石、前列腺病变）
四十九、癃闭（神经性尿潴留）
五十、男性不育（精子异常）
五十一、针刺抢救中枢性呼吸衰竭
第九章　外科疾病
一、腹胀（肠梗阻）
二、肠痈（阑尾炎）
三、乳痈（急性乳腺炎）
四、红丝疔（急性淋巴管炎）
五、丹毒（网状淋巴管炎）
六、牛皮癣（神经性皮炎）
七、隐疹（荨麻疹）
八、湿疮（湿疹）
九、痒疹（顽湿结节）
十、缠腰火丹（带状疱疹）
十一、粉刺（寻常痤疮）
第十章　五官科疾病
一、伤风鼻塞（急性鼻炎）
二、鼻鼽（过敏性鼻炎）
三、鼻渊（急慢性鼻窦炎）
四、鼻窒（慢性鼻炎）
五、鼻衄（鼻出血）
六、乳蛾（急性扁桃体炎）
七、喉痹（急慢性咽炎）
八、牙痛
九、耳鸣、耳聋（神经性耳鸣、神经性耳聋）
第十一章　妇科疾病
一、月经失调
二、闭经（继发性闭经）
三、痛经（原发性痛经）
四、阴挺（子宫脱垂）
五、女性不孕（无卵月经）

第十二章　眼科疾病

一、近视

二、视一为二（麻痹性斜视）

三、上睑下垂

四、青盲（视神经萎缩）

五、目劄