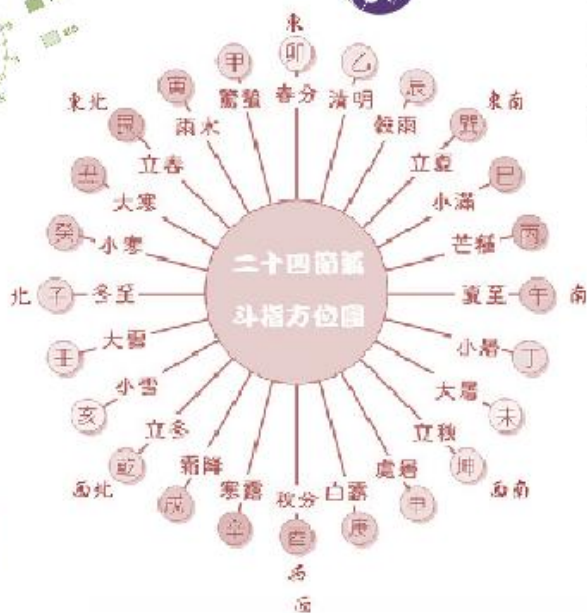
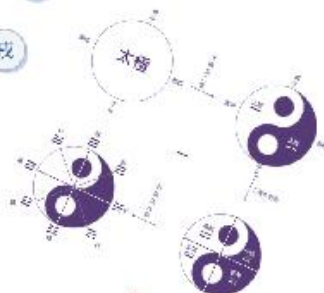


于書庄針灸醫集

作者于書庄
編校者陳永諸



永諸的靈藥秘典

目 錄

目錄	1
編者序	5
第一篇針灸理論辨析	7
一、針灸與針灸學的特點	8
二、論針灸的治療作用	11
三、影響針灸療效的因素	16
四、針灸治則研究	37
五、臨證五明	46
六、論古代取穴法的臨床應用	50
七、經絡診察法	67
八、經絡學說中三個重要問題	74
九、論《靈樞》〈經脈篇〉記載十二經脈的共性特點	82
十、辨經須知	93
十一、十四經脈循行的體表測量法	115
十二、脾胃學說在針灸臨床的應用	140
十三、針刺鎮痛與甲皺微循環關係的探討	154
十四、論膈穴	159
第二篇膈穴針灸法體驗	170

一、重視手法，究其實質	171
二、針刺法、刺血法、艾灸法、火針法的治療作用及其配合應用	179
三、徐疾補瀉手法所致涼熱針感出現率的觀察	184
四、針刺手法激發循經感傳的研究	189
五、「氣至病所」法對提高針灸療效的研究	200
六、「氣至病所」前後溫度變化的觀察	223
七、患者自努（按壓）激發「氣至病所」出現率的觀察	230
八、氣海的治療作用	233
九、中脘的臨床應用	239
十、臑中為治氣之主穴	245
十一、抗衰老除房顫功在關元	249
十二、宣降之要穴天突	257
十三、人中功在醒神開竅	260
十四、百會的臨床應用	263
十五、風府的治療作用	266
十六、疏解三陽經熱之要穴一大椎	270
十七、「四關」穴之一一合谷	274
十八、皮膚病、瘡瘍之要穴一曲池	278
十九、健脾保健穴足三里	282

第二篇 臨證治療研究

二十、婦科病要穴——三陰交 288

一、中風病因證治 294

二、瀉法在中風病急性期的應用 301

三、中風病急性期醫案 309

四、中風病氣虛證針藥並用案 314

五、中風病恢復期醫案 324

六、六十五例中風病臨床治療分析 336

七、中風病後遺症醫案 340

八、小中風（短暫性腦缺血）臨床資料分析 351

九、針灸預防中風 359

十、高血壓病因證治 365

十一、灸百會降血壓的臨床觀察 380

十二、口眼喎斜病因證治及其後遺症的形成與治療 387

十三、溫法治療口眼喎斜（寒邪偏盛證）臨床分析 393

十四、清法治療口眼喎斜（熱邪偏盛證）臨床分析 404

十五、溫法治療口眼喎斜後遺症（繼發性面肌痙攣）臨床分析 412

十六、行氣法治療面肌痙攣一百零二例臨床分析 422

十七、一百四十五例原發性面肌痙攣臨床分析 428

十八、原發性面肌痙攣醫案	437
十九、針刺治療局部凍傷一百五十例療效觀察	447
二十、足三里、四縫治療小兒疳積	455
二十一、關元、三陰交治小兒遺尿	460
二十二、一問、陷谷治療網球肘	464
二十三、放血法治療潰瘍性口腔炎	467
二十四、彈撥大腸俞治療痔瘡	470
二十五、辨經治療牙痛	472
二十六、三十九例腰痛臨床分析	476
二十七、彈撥昆侖治療功能性太陽經腰痛	485
二十八、四十九例腰腿痛臨床分析	491
二十九、四十三例漏肩風臨床分析	502
三十、針刺退熱的臨床實踐與研究	512
三十一、六種急症的針灸治療	519
三十二、四十八例頭痛臨床分析	529
三十三、疑難病案選	541

編者序

觀看坊間中醫古籍，大都以大陸出版為多，台灣所出者，甚少，而大陸自從改繁從簡後，書籍的印行，皆以簡體字為多，因而簡體書籍，充斥於書市，書中所排的版面，也都仿西式的橫書，中式的直書已不復見。雖然簡體書無妨於閱讀，但對於有心於中醫之學者，其字型構造所蘊育的內涵，已不復見，這是簡體書籍所不能勝於繁體書之處，況簡體有多字混用，如乾、干、幹，簡體字都是干，對於習於繁體字的人，實有點在別錯字的感覺。此外，在繁體字使用的地區，要閱讀書籍，還要先學會辨識簡體字，在閱讀上又多了一層阻礙，實在不利於該區域中醫知識的普及。

感恩有此能力為中醫的古籍的電子化盡一分心力，雖然從事中醫繁體古籍的電子化，首先必須找與中醫相關之人員，最好是中醫師，但畢竟不是所有的中醫師，能於診務之餘，空暇之時，願長時間犧牲，醉心於古籍，不旁涉俗務，又能精心點校，以使讀者在閱讀時，文理曉暢，無絲毫的阻礙。像這部份的工程，實在是浩大，所以常令諸多有心親為的中醫師，望而卻步。

像我，一個中醫界的後輩小生，性內向，不喜與人交遊，口中常言「君子之交淡如水」，心中所繫者，大丈夫當有所作為以利益於後生，所以對於中醫古籍的電子化，便欣然承受而有所著力焉，至於對於免費繁體電子書的編著，以供人下載閱讀，推廣中醫知識，使中醫更為世人所了解，更是醉心於此。然有諸多網

友，喜歡書本的感覺。所以現在將此古籍，經由多次校正、句讀，做成直書，不僅可以用電子書來閱讀，也可以印成書本。當然往後，也將有諸多繁體電子書籍，發布於世，敬請讀者拭目以待。

編者陳永諸敬上

第一篇針灸理論辨析

一、針灸與針灸學的特點

我於一九五九年在北京中醫學校任教期間，撰寫了一本《針灸學講義》。提出針灸具有「應用廣泛，經濟，使用方便，容易學習」等幾條特點。目前來看，這些認識顯然未講出針灸學術特點的本質，它只表述了一些表面現象，甚至有的觀點是錯誤的。如同用藥物治病，每種藥均有其適應證和禁忌證，針灸亦不例外，也有其適應證和禁忌證，故不能籠統地說「應用廣泛」。在國外，一次針灸治療費達數十美元，所以也不能一概而論地說它「經濟」。「使用方便」似乎還有些道理，因為醫生攜帶針具走到哪裡都能治病，還可免去取藥、熬藥等工作，但病人總歸要去醫院請醫生做治療，並不是每個人都能手到針來，如採囊取物那樣容易，所以也不能說那麼「方便」。尤為錯誤的是將「容易學習」作為針灸學的一個特點，因為各學科都一樣，若僅學習其一些常識，都可以說較容易，若要深造就不能說容易了。尤其是針灸治病，一根金針既無氣又無味，為什麼能治病？為什麼能治那麼多種疾病？針灸後機體都起哪些變化？它的原理是什麼？都需要我們深入研究，而要把上述問題都研究清楚，真是談何容易！目前，世界上還沒有人把這些問題都研究透，這能說容易嗎？即使在針灸學的發祥地中國，從事針灸專業幾十年的同志不計其數，哪個人能說對針灸學知識全部精通了？因此，將「容易學習」作為針灸學的特點是錯誤的，這種觀點會給初學者造成嚴重誤會，

誤認為針灸簡單易懂，容易掌握，若均如此認識，對針灸事業的發展是非常不利的，所以有必要對針灸與針灸學的特點進行再認識。

經過多年的探索和思考，我認為針灸和針灸學的特點，主要表現在以下幾個方面。

一、理論方面的特點

針灸學是中醫學的一部分，它同樣是以「陰陽五行」、「臟腑經絡」、「營衛氣血」等學說為理論基礎的，但是與針灸學最關緊要的理论是「經絡學說」。因為經絡在生理上有運行氣血、協調陰陽的功能；在病理上有抗禦病邪、反映症候的作用；在防治疾病上有傳導感應、調整虛實的效應，臨床實踐亦表明，當人體內臟有病時，病邪可通過經絡在人體相應部位出現反映，如按之有酸、痛、麻木、舒適感或有異物感等，而當施用針灸療法刺激這些反映點（穴位）時，又可通過經絡治療內臟疾病，因此「經絡學說」在針灸學中，不僅可作為生理、病理方面的指導性理論，同時也是臨床辨經、辨證、取穴、施術的準繩，所以經絡學說是針灸學的理論核心，是針灸學的精髓，也是其最主要的特點。

二、辨證方面的特點

針灸辨證的總原則與其他各科辨證相同，都是運用「四診」的方法瞭解病情；通過「八綱」綜合分析，得出「陰陽、表裡、虛實、寒熱」的概念。但在具體內容上，針灸辨證又有其獨特之處。由於經絡有反映症候的功能，所以在「四診」

中應包括「經絡診察」，在辨證中應包括「辨經」，臨症時只有辨清證屬何經，才能真正做到「循經取穴」，否則「循經取穴」只能流於形式而不能求得其實質，故而針灸辨證除「四診八綱」外，還要進行經絡診察、辨別病經，這是針灸在辨證上的主要特點。

三、治療方面的特點

（一）穴位是經絡系統的重要組成部分，既是症候的反映點，又是針灸治療的刺激點，它與經絡有不可分割的聯繫。穴位分佈在經絡線上，經絡的生理、病理功能，只有通過穴位才能具體表現出來，所以它同經絡一樣具有輸注氣血、反應病痛、防治疾病的功能。針灸治病總是在特定穴位上進行的，因此「穴位」是針灸治療起決定作用的中心點。

（二）穴位是神氣出入游行之所，但欲通過針灸使穴位起到應有的治療作用，必須根據不同病情選穴，採用不同的激發方法，如針刺法、艾灸法、刺血法、火針法、穴位貼敷法等，才能發揮穴位的補虛、瀉實、清熱、溫寒、升清降濁、祛瘀通絡等效能，因此針術和灸術則是針灸在治療方面的又一個特點。

二、論針灸的治療作用

針刺是通過機械刺激來治療疾病；艾灸，是通過溫熱刺激來治療疾病，但是針灸對人的機體到底起著什麼樣的作用，這確是針灸工作者必須回答的課題。因為只有瞭解針灸都有哪些治療作用，才能更好地發揮其應有的效能。我認為針灸的主要治療作用有：

一、調和氣血的作用

調和氣血是針灸的首要治療作用，在《靈樞》〈九針十二原〉中稱之為「調血氣」；《金針賦》稱之為「均氣血」。《素問》〈調經論〉講「氣血不和，百病乃變化而生」，針灸具有調和氣血的作用，故能治療百病。調和氣血的作用，現代醫學稱為「調整作用」，是指針灸具有矯正機體陰陽的偏盛偏衰，使失衡的陰陽趨於平衡，達到治病目的的一種作用。

大量臨床實踐和實驗研究表明，針灸的調整作用有以下幾個方面的特點。

（一）雙向調整。同一個穴位，在兩種病機完全不同的疾病中可起著不同的治療作用，這種現象在臨床治療中到處可見。例如人中穴，在患者清竅被蒙而突然昏倒、不省人事的狀態下，針此穴起著醒神開竅的作用；而在患者神明被擾、狂躁不眠的狀態時，針人中穴又能起到安神定志的作用。又如當機體陰陽失調、血壓升高時，針灸可使血壓下降；但當機體氣血衰微、血壓低下時，針灸又能使

血壓升高。升壓和降壓的範圍，又均在正常生理限度內，因此針灸的雙向調整是「良性雙向調整」，是機體的正常生理性保護性的雙向調整。

(二) 針灸的調整作用，不僅用於治療陰陽失調、氣血失和、衝任失調等原因所引起的各種功能性疾患，還可用於治療多種器質性疾病，如針灸治療子宮脫垂、胃下垂、腸麻痹、急性胃腸炎、氣管炎等。針灸不僅治療局部病變，如斑禿、股外側皮神經炎等，還可調節全身生理功能系統，既通表裡，又調臟腑，從而起到治療全身性疾病的目的。

但是，任何一種治療方法都有其局限性，針灸亦不例外，並非萬病均宜，如針灸治療膽道結石，若為泥砂樣結石則可以排出，但結石直徑如大於一公分則不能排出。

二、鎮痛的作用

針灸的第二個作用，是鎮痛作用。運用針灸治療疼痛性疾病，早在《黃帝內經》中就有多篇專載，如針灸治療頭痛、牙痛、喉痛、腰痛、腹痛、關節痛等。到了二十世紀五零年代，我國醫家又在針灸止痛的基礎上，創立了新的麻醉技術——針刺麻醉。因此說，鎮痛作用是針灸的主要治療作用之一。

臨床上用針灸治療各種疼痛性疾病，最多見的是治療邪氣痹阻經絡、氣血運行不暢的痹證，其次是治療氣機阻滯或氣滯血瘀所造成的鬱（瘀）痛證，如胃脘痛（胃痙攣）、兩脅肋痛、心絞痛、痛經等。第三是治療體內蘊熱、火熱鬱積、

外感時邪、風熱相搏而發於外的實痛證，如牙痛、咽喉腫痛、帶狀皰疹等。第四是治療由於氣血不足、筋脈失養所引起的各種虛痛證，如氣血虧虛、清竅失養的頭痛，氣血虧虛、胞宮失養的痛經等。第五是治療因受外力打擊或勞動用力不當所致的形傷腫痛，如急性腰扭傷，踝、腕、指關節等軟組織損傷等。

疼痛性疾病，是針灸臨床中的常見病，這與針灸治療痛證療效迅速可靠是密切相關的。

疼痛，是一種非常複雜的感覺，有它的特殊屬性，並具有一定生理意義。現在人們對痛覺生理以及鎮痛作用原理的研究，都應該看作是初步的探討，還有待於進一步深入。

中醫認為，經絡是人體內氣血運行的通路，在正常情況下，氣血運行通暢，所以沒有疼痛的感覺，即「通則不痛」。假若由於某種原因造成氣血運行不夠通暢，就可產生疼痛，即「不通則痛」。針灸為什麼能止痛，就是因為針灸具有「通經脈」、「調血氣」作用的緣故，但是造成氣血運行不暢的原因很多，所以針灸治療疼痛的方法（通法）也不一樣。比如風寒濕痺痛，治宜祛風、散寒、化濕。若寒邪偏盛或寒濕偏盛，則宜以溫散寒邪、溫化寒濕為法，針刺與艾灸並用，甚則用火針點刺。由於寒性凝滯，病程日久出現瘀血（血絡瘀）現象者，在溫通之中尚需配合刺血法以祛瘀，才能達到止痛的目的，所以針灸鎮痛，不能說是單純的對症治療，僅僅止痛而已，而是由於消除致痛原因的結果。

針灸的這種「通經脈」作用，在臨床上不僅用於鎮痛，還用於通經、催產、下乳，可治療閉經、產後乳汁不足、半身不遂、局部凍傷等病。

三、祛邪扶正的作用

針灸的第三種作用是祛邪扶正，《金針賦》稱之為「蠲邪扶正」。祛邪是驅除邪氣，針刺治療痢疾、瘧疾、帶狀皰疹等病，就是通過這種作用實現治療目的的扶正是扶助正氣。針灸治療虛勞、亡陰、亡陽等病，也是通過這種作用實現治療目的的，所以祛邪扶正是針灸非常重要的治療作用，同時又是治療疾病的重要法則和治病的兩個途徑。

從根本上講，任何疾病都是邪正雙方鬥爭的過程，其鬥爭的結果又決定著疾病的好轉或惡化，因此在臨床上必須根據邪正的盛衰，或給予扶正，或給予祛邪，或扶正與祛邪並用，才能收到滿意的效果。由於扶正即能祛邪，祛邪又能扶正的辨證關係，因此人們習慣將針灸的祛邪與扶正作用相提並論，在臨床應用時也常有機地將二者結合起來。如臨床上見到以正虛為主、邪氣不盛的病證，則應以扶正為主，兼以祛邪，例如治療久痹（病程長者），對年高體弱患者則選取中脘、氣海、足三里、大椎等穴，用以扶助正氣，另選取局部（關節）穴，用以散風、利濕而祛邪，這就是扶正兼以祛邪法則的具體應用。若見到以邪氣盛為主、邪正鬥爭劇烈者，則應以祛邪為主，如治療急性胃腸炎的濕熱證，取尺澤、委中放血，用以驅除邪氣，這就是祛邪扶正法則的應用。若見到邪氣留連、正氣受損者則應

扶正與祛邪兼施，如治療小兒疳積，針四縫穴放血，用以清泄滯熱、消導食積；針足三里，用以健脾胃、消食滯，這就是補瀉（扶正與祛邪）兼施的方法。

針灸的治療作用是多方面的，但歸納起來主要是上述三種，這三種治療作用，當實施於具體疾病的治療時，多交叉錯綜體現，並不是孤立分離的或單一出現的。

三、影響針灸療效的因素

大量臨床實踐表明，針灸的療效有它獨有的特性，這種特性表現為一種動態現象，即同一個穴位，使用同一種手法，用於同一種疾病或手術，只是受針的人不同、病情不同，收到的效果也不同，有的有效，有的無效，有的效果顯著，有的效果不顯著，這是為什麼？通過反復實踐，認識到針灸療效的出現是有條件的，其效果是綜合性因素作用的結果，而不是單一因素作用的結果，所以認真探討影響針灸療效的因素是非常必要的。

一、辨證與辨經

「辨」是辨別，「證」是證候。辨證即是認證，是中醫認識疾病的方法。「證」與「症」是兩個不同的概念，證是對疾病發展過程中某一階段出現的若干症狀的概括，包涵病因和病機。只有通過辨證，才能辨清病因、病變部位和性質、邪正的盛衰，用以決定針灸治療的法則。如虛則補之，實則瀉之，熱則清之，寒則溫之，菀陳則除之等，因此在臨床上必須辨證明確，因證採用適宜的治療方法（針刺、刺血、艾灸、火針等）和相應的針刺手法，才能收到良好的治療效果。反之，若辨證不明、認病不清，則無所適從而陷入盲目治療，當然收不到針灸應有的治療效果，所以說辨證是否準確是影響針灸療效的最重要的因素。

辨經是辨別病屬何經，辨經的目的，是通過循經取穴以求得對因治療。在臨床上若只進行辨證而不辨經，則針灸施術會陷於無的放矢，有可能出現虛虛實實

之弊。《靈樞》〈刺節真邪篇〉說「用針者，必先察其經絡之虛實，切而循之，按而彈之，視其應動者，乃後取之而下之」，就是講「先察後取」的原則，因此在臨床上若不進行經絡診察，不明病屬何經，只憑經驗取穴，是會影響針灸療效的，所以說「辨經」是否準確也是影響針灸療效的一個主要因素。

二、選穴與取穴

穴位分佈在十四經的循行線上，是「神氣出入遊行的處所」。經絡分別聯繫各個臟腑，穴位同樣具有相對特异性，臨症在辨經的基礎上「循經選穴」，按組配原則選兩三個穴或五六個穴位（獨取一穴施治者亦有之），若選穴適當定能收到良好的效果，若選穴不當也會影響針灸的療效。

臨症光選穴準確還不行，還要求取穴準確，不能準確取穴則治療疾病就無從談起，這個道理是顯而易見的，所以「選穴與取穴」是否準確，也是直接影響針灸療效的一個主要因素。

三、治療方法的選用

臨床上常用的治療方法有針刺法、刺灸法、艾灸法、火針法等數種，這些方法各有不同的治療作用和適應證，因此我們必須研究它、掌握它，才能運用自如。假若不瞭解各種治療方法的作用特點，在臨床上盲目使用，也會影響針灸治病的效果，所以說選用治療方法是否適當，也是影響針灸療效的因素。

四、針刺手法的選用

針刺手法一般係指毫針針刺手法。使用針刺手法的基本要求，一是因人而異、因證而異，使用不同手法，以提高針刺療效。二是減輕刺痛，針刺的深淺是根據病位的深淺來決定的，手法的選擇是根據不同的病情來決定的，均以尋找到適宜的針感、傳導方向及強度為準則。施術者若能根據不同性質的病證（寒、熱、虛、實），獲取適宜的針感（熱、涼、柔和、強烈），以及針感傳導的理想方向，即可提高針刺治病效果。若施術者不能獲得適宜的針感，當然也會影響針刺的療效，所以說，選用針刺手法是否適宜，也是影響針刺療效的一個因素。

針灸效果的優劣，直接受上述四個方面因素的影響，這四個方面的因素，都是從醫生角度出發來探討的。至於病人方面影響針灸療效的因素，主要是個體對針刺敏感程度的差異。實踐證明，針感好的療效好，針感劣的療效差，這是眾所周知的。下面舉幾組病歷，用以驗證上述諸因素對針灸療效的影響。

五、驗案舉例

一、蕁麻疹

病例一：侯○，女，十一歲。

初診日期：一九八一年八月十八日。

患者自一九七八年春因食蝦皮及跳皮筋後汗出受風，當晚後背出現大片風團，即去某醫院急診，診為蕁麻疹，給予撲爾敏及注射葡萄糖酸鈣，皮疹消退。以後連年不愈，反復發作。出疹範圍自背部發展到顏面、前胸、後項及四肢，疹色淡

紅。每遇冷風或食韭菜、牛羊肉、魚蝦等，風團出現更為明顯，甚則眼、口唇浮腫，腹痛。曾經變態反應科檢查，對下列食物過敏：大米、小麥、玉米麵、雞蛋、牛奶、牛肉、羊肉、蝦、花生、芝麻、蒜、韭菜、洋白菜、西紅柿、扁豆自一九八〇年冬至今，大便溏，日一次，遇食韭菜及不易消化之物，則大便急迫，甚則便於褲內。病後曾去幾個醫院診治，服中藥二〇餘劑，注射組織胺三〇支，長期服用克敏嗪及安得諾新治療均無效果。於一九八一年八月一八日要求針灸治療。

檢查面色黃白，體瘦，舌質淡、苔薄白，脈濡。辨證：初病時由於進食蝦皮動風之物，外因汗出受風，風寒之邪鬱於皮膚而發病。以後病程日久，患者稟賦不足，腸胃虛弱，病邪乘虛而入，由表陷裡，故對多種食物過敏，大便溏，甚則大便秘迫面黃體瘦。

治法：治宜表裡兼治，治表以益氣固表，疏散風寒，治裡宜溫補腸胃。

取穴：取穴——大椎，用熱補法（即進針得氣後要求針下出現熱感。下同）。大腸俞，用熱補法。委中，針後尋找柔和的脹感。取穴——天樞、足三里，均用熱補法。曲池，針後尋找柔和的痠脹感。兩組穴交替取用，隔日一次，每次留針十五分鐘左右，十次為一療程，針刺後停服一切藥物。

治療經過：經一次治療後，隔兩三天才出現一兩個疙瘩，大便已成形。在第一個療程中只有一次因食餃子太多，背部出現一大片風團。一個療程結束後，休息四天，進行第二個療程。由於吾出差貴陽，故第二療程只針兩次，待吾回京後，

又繼續治療六次而愈。愈後觀察五月餘，風團未復發，可隨意飲食，體質已增強，人也長胖面色亦稍見紅潤。

病例二：李○，女，三○歲。

初診日期：一九七五年九月十五日。

患者七八年來每遇冷風即感全身刺癢，繼而出現大小不等的風團，色粉白，以四肢為多，幾小時後風團逐漸消退，口不渴。曾經中醫治療無效。

檢查：其脈浮，舌體胖大，苔薄白。

辨證：證係平素體虛，衛氣不固，復感風寒，鬱於皮膚而發病。

治法：治宜益氣固表，疏散風寒。

取穴：灸大椎，以益氣固表。針曲池，以疏散風寒。針血海，以和血止癢。

治療經過：針灸三次後，再遇冷風僅感背部刺癢，已不出現風團。針灸五次後，再遇冷風已不感刺癢而愈。

按語：以上兩例均是辨證辨經準確，取穴、治法、手法適宜，故而收效顯著的驗案。二患者均為慢性蕁麻疹，但其病情不同，故其辨證、取穴、治則亦異。二者相同之處：其一兩例均為衛氣不固，復感風寒而發病，故遇冷風則風團復發，團塊粉白，口不渴，舌苔薄白，脈無力。其二，兩例均為正虛邪實，治宜補瀉兼

施。二者不同之處：其一，後者病在表，而前者是表裡同病。其二，後者僅是衛氣虛而前者腸胃亦虛，故後者只須益氣固表、疏散風寒，兩前者尚須溫補腸胃。

二、急性泛發性濕疹

病例：劉○○，女，四七歲，病歷號：六〇四七二八。

初診日期：一九七七年七月十九日。

一月前，患者於精神受到刺激後，胸腹大腿等處始出現散在紅斑、丘疹，發癢。在基層醫院內服用不少脫敏中西藥治療，症反見加重。紅斑及丘疹分佈範圍不斷擴大，劇癢，灼熱。七月十八日在北醫一院診斷為濕疹，因用西藥有噁心等副作用，故來我院門診。

檢查：整個軀幹部、臀部、陰部及小腿內外側皮膚發紅，散在大量紅色小丘疹，自芝麻粒大至高粱米粒大，胸腹腰背及大腿內側呈大片簇狀排列，邊緣不清楚，未見滲液及結痂。大便乾，小便黃，口渴思飲。舌質紅，苔黃膩，脈數。

辨證：濕熱內蘊，熱重於濕。

治法：清熱化濕。

取穴：雙側曲池、委中，三棱針放血，待血由暗紅變鮮紅色止。

治療經過：七月二十八日放血後，當日劇癢及灼熱即減輕大半。隔日一次，共放血兩次。後改成針刺大椎、曲池、合谷、三陰交、血海。四次後，大部分丘

疹消退，灼熱感消失，皮膚顏色變淺，舌象、脈象趨於正常。八月六日，全身丘疹基本消退，皮色大致正常，僅背部皮膚有時刺癢，周身皮膚遺有部分抓痕。改針大椎、肺俞、膈俞、委中，其中大椎、膈俞、委中交替放血，又治療十五次。九月十五日，一切症狀消失，臨床痊癒，共治療二十一次，間日一次，每週三次針刺治療期間停用一切藥物。一九七八年二月隨訪，濕疹未復發。

按語：這是一個較成功的病例，患者於精神刺激後，皮膚出現散在紅斑、丘疹，刺癢，且進行性加重。從症狀分析，符合急性泛發性濕疹之診斷。中醫認為濕疹的病因主要是濕熱為患，但臨證時須辨明是濕重於熱，還是熱重於濕，或是濕熱並重。本患者一派實熱證，相比之下，濕的表現不明顯，因此急宜瀉熱涼血。欲瀉熱，三棱針較毫針作用為強，而放血又較其他手法為優。太陽主一身之表，手厥陰主諸脈所生之病，故刺二經合穴委中、曲池放血，以瀉其邪熱，熱勢平穩後改針大椎、曲池、合谷清熱散風涼血，血海和血，三陰交導熱下行兼能利濕。當大部分症狀緩解，僅局部皮膚有時刺癢，說明邪熱已清，而氣血失和又成為主要矛盾，故改用肺俞、膈俞、委中宣肺理氣、和血化瘀，佐大椎兼有疏表、清熱的作用。

治療此證的體會是：第一，曲池、委中放血，對於急性泛發性濕疹屬熱重於濕者，止癢效果良好。第二，單純針刺治療本病有滿意療效且無副作用，本例臨

床治癒，五個月後隨訪未見復發或遷延，即可證明。第三，辨證選穴是治療成功的關鍵，本例每個治療階段的選穴都是在辨證施治的原則下進行的。

三、少陽風火牙痛

病例一：馮○○，女，三二歲，密雲縣人。

左牙痛一月。每遇冷熱或食酸甜均能引起牙痛發作，發作後，牙痛以夜間為甚。初痛時針刺下關、頰車、合谷，或服止痛片均能止痛。後來白齒跳痛難忍，頻含涼水以期減輕疼痛，服止痛片無效。遂去醫療隊求診，餘予針合谷、頰車，合谷捻針十分鐘，牙痛並未緩解。

檢查：經絡診察，肩井、完骨、浮白、天衝、曲鬢均有壓痛，尤以浮白、完骨壓痛明顯。

治療經過：針肩井捻針五六分鐘，牙痛僅能緩解片刻。繼而針浮白、完骨，得氣後即留針，牙痛立止。次日午後複診，自針後一夜未痛，午後又有些疼痛，繼針浮白、完骨，牙痛又止。三日後複診，針後牙痛未作，為了鞏固療效，又針上述二穴兩次，十天後隨訪，牙痛未作。

病例二：李○○，女，二八歲。密雲縣人。

一年來經常牙痛，冷熱食或吸涼風均可引起牙痛。昨夜左上磨牙持續性疼痛，牽扯左太陽部亦疼，晨起手扶面頰，痛苦面容來合作醫療就診。余針下關、合谷、內庭，合谷針後牙痛不減。

檢查：經絡診察，曲鬢、絲竹空壓痛。

治療經過：取曲鬢、絲竹空二穴，針之牙痛立止。

按語：這也是兩個較成功的案例。針對患者病情，開始時針合谷、頰車、下關、內庭有效，後來針之無效，是因初痛時病在陽明經，所以針刺陽明經穴能夠止疼，後來病程日久，火熱之邪由陽明侵入少陽，故取陽明無效，刺少陽而收功。由此可見，臨證時不僅需要辨別虛實寒熱，而且更需要辨別病在何經，按經取穴才能達到止疼的目的。

四、痛證

病例一：史○○，男，十五歲

初診日期：一九七五年八月七日。

患者因天氣炎熱，過飲冷水，隨即出現腹部劇痛，出汗，呼叫，噁心，自覺有物在嗓子裡往上頂（蛔蟲），遂急抬來就診。

檢查：面色黃白，苔薄白，脈沉伏，腹部未見外科體徵。

辨證：診斷為胃脘痛。

取穴：針內關、中脘、足三里。

治療經過：針後疼痛稍減，但未完全緩解。繼而中脘加灸，灸後疼痛立止。按語：加灸中脘後疼痛立止，為何出現這種結果呢？其原因乃是由於初時未重視病因。患者係過飲冷水、寒積於中，胃氣受寒邪阻遏，證屬寒邪犯胃。只針不灸，雖針刺亦能溫中散寒，調氣止痛，但散寒之力不足，故針後效果不著。當再審病因，糾正對本證的認識後，根據「寒則溫之」的法則，加灸中脘，由於灸法的溫中散寒作用較強，故灸後寒邪得散，胃氣得通而痛立止。

病例二：郝○○，女，七十歲。

初診日期：一九七五年九月十一日。

因與過繼兒子吵架，被兒子打了一個嘴巴，老人十分氣惱，於當晚八時許突然發生陣發性腹痛，疼痛時喊叫，以右下腹及胃脘部疼痛明顯。

檢查：面色黃，腹部平軟，按之稍現緊張，未見急腹症徵，苔白，脈沉。

辨證：證係忿怒傷肝，肝失疏泄，橫逆犯胃，氣機阻滯所引起的胃腹病。

治法：治宜疏肝理氣，和胃止痛。

取穴：先針內關，繼刺足三里，最後刺人中。

治療經過：內關，小幅度捻針十分鐘，疼痛有所緩解，但不久又痛。繼針足三里，手法同前，根本無效。最後針人中，可謂針入痛止，患者入睡。次日清晨

隨訪，病人正與家屬同桌用餐。病人說「從昨晚扎針後，一夜未痛」。查其腹，按之尚有微痛。

按語：本例並不是辨證不明，而是由於取穴不當之故，因為內關雖是手厥陰、陰維之會，陰維為病「苦心痛」，故內關是治療肝氣犯胃的要穴，但由於病情較重，針內關的力量不足，所以針後只能緩解片刻，不能治癒。足三里僅是胃之會穴，故針後毫無效果。人中是督脈、手足陽明之會穴，督脈總督六陽經，故六腑疼痛均可取用，更由於人中疏肝理氣、和胃止痛的作用強於內關，故針入痛止。

病例三：王○○，女，五十七歲

初診日期：一九七五年九月十五日。

患者一月前出現全身疼痛，近來又出現腹痛腸鳴，一日瀉十幾次，呈黃水樣便，肛門灼熱，噁心未吐。體溫三七·八度，舌苔黃膩，脈濡數。醫者不明辨證。只取天樞、足三里、曲池幾個治療腹瀉發熱的穴位進行治療，治療兩次後，雖腹瀉次數稍減，但仍腸鳴作瀉。繼而改灸關元，針足三里，治療後仍未顯效。前證均未解除，於九月十五日求治於余。

檢查：諸證同上，體溫三七·五度。

辨證：此證係外感寒濕，故病初起時有全身酸痛，繼而病邪由表及裡，寒邪化熱，故出現一派濕熱證候。

取穴：委中放血。

治療經過：隔日複診，腹瀉已止，體溫恢復正常。

按語：本例患者的治療過程，說明若臨症不明辨證，會使針灸陷入「對症治療」的困境，因而也絕不會收到好的療效，因此在臨床上必須辨證準確，在這個前提下才能恰當地選用穴位和治療方法，收到應有的療效。

病例四：田○○，男，四十一歲，病歷號：四七〇五〇六。

初診日期：一九七五年一月二十一日。

患者連續五六天右眉弓及前額脹痛，上午重，下午輕，伴有右眼流淚，右鼻流涕，微惡風寒。

檢查：面色赤，脈浮弦，苔薄白。

辨證：證係外感風熱，上擾清竅所致。

治法：治宜疏風清熱。

治療經過：針合谷、外關，針時痛止，但未起針，頭痛又作。繼而在太陽穴放血，頭痛立止。次日複診，去太陽加絲竹空穴而愈。

按語：本例雖然辨證明確，但開始選用治法不當，亦不收效。針刺合谷、外關雖有疏散風熱的作用，但其力不足，故針刺痛減，時而又作，太陽穴放血增強瀉熱之力，故針後頭痛得止。

病例五：郝○○，女，四十六歲。

初診日期：一九七五年九月四日。

患者腰痛數年，現以右側為重，活動、直立時腰痛明顯，睡眠時不能平臥，不能伸腿，腰痛與天氣變化無關，伴有納呆、頭暈、夢多、心煩。

檢查：舌質淡紅、苔白而乾，脈沉細。

治療經過：給予針刺昆侖、後谿，治療兩次後腰痛如故。經進一步問診，知其患子宮脫垂三年，子宮脫至陰道口外（一級），少腹墜脹，腰痛，夜間不能平臥。從而改變取穴，針關元、子宮（針後要求針下找到抽搖感，患者感到子宮向上抽）、三陰交。經一次治療後腰痛減輕，繼用上方加曲骨穴以增強固攝胞宮之力，針刺六次，子宮已不脫出，腰痛得到緩解，患者已能參加擔水等勞動。

按語：本例治驗說明，初診時問診不詳（當然與病人不願說出真情有關），也會造成辨證之誤。經進一步問診，方知其病之本，亦豁然明白為何站立、活動時腰痛加重的道理。子宮脫垂證係脾氣不足、胞宮失於固攝所致脾胃虛弱、運化失職，故納呆。氣血生化之源不足，不能奉養清竅，故頭昏。血虛則神不守舍，故睡眠夢多。脈沉細，舌質淡，均屬氣血不足之證。脾為後天之本，腎為先天之本，腎主藏精，脾主運化，腎藏之「精」需靠脾胃運化水穀的精微不斷補充。今脾氣虧虛、氣血生化之源不足，腎臟得不到水穀精微的補充，故腎虛，腎虛則腰痛，故脾虛是本，腎虛是標。宗「治病必求其本」的法則，改取關元、子宮、三

陰交。關元為任脈、足三陰之會，三陰交為脾、肝、腎之會穴。針此二穴，用以補益脾、腎、肝之不足，以固攝胞宮。針子宮、曲骨以增強固攝之力。由於辨證明確，取穴、手法得當，故針刺七次後，子宮已不脫出，腰痛消失，患者可參加勞動。

上述五例，均為始因辨證、治法、取穴失宜，少效或無效，經過糾正後又收到良好療效的病案。例一是辨證不清，造成治法失誤。例二、例四是辨證雖清，但前者取穴不當，後者治法失宜。例三是不懂辨證，使針灸成為「對症治療」。例五是問診不詳，造成辨證、取穴、治法、手法失宜，這些均導致針灸無效或療效不顯。通過糾正其辨證、取穴、治法、針刺手法的失誤，都收到了良好的針灸治療效果。

五、膽結石、膽囊炎

病例：王○，女，六十六歲，病歷號：六○三九七一。

初診日期：一九七六年八月二十六日。

患者右脅痛三年餘，脅痛向後背放射，常有劇烈絞痛發作，發熱，噁心嘔吐，腹瀉。曾去某醫院口服膽囊造影劑，十四小時後拍×線片，膽囊於右十二（脅）肋處，呈雞卵形顯影，其內充滿無數顆粒狀充盈缺損，漏斗部較窄，膽囊管顯影且擴大，亦有顆粒狀充盈缺損。服脂肪餐後四十分鐘拍片，膽囊無明顯縮小，顆粒狀充盈缺損仍在。診斷為膽囊結石、慢性膽囊炎、膽囊收縮功能欠佳。

檢查：望其舌質淡紅，苔黃膩，切其脈沉弦。

辨證：證係肝膽氣滯，濕熱內蘊所致。

治法：治宜疏肝理氣，清熱利濕。

取穴：（一）內關、中脘、氣海、期門、足三里、太衝。（二）膈俞、肝俞、膽俞、脾俞、胃俞。兩組穴交替使用，一週三次，十二次為一療程。

治療經過：經一個療程治療後，膽絞痛未發作，亦未發熱，大便正常，脅痛減輕，已不嘔吐，仍感後背發熱，晨起噁心。第二療程後，膽絞痛未作，大便時好時壞，右脅隱痛，間隔時間延長，噁心、後背發熱均減輕。繼而開始排石，令患者早六時服中藥排石湯一劑，八時進脂肪餐，八時半針刺陽綱透膽俞、至陽、陽陵。日一次，連續兩次。針藥後，九日大便二次，十日大便一次，十一日大便四次。排出的大便均用水沖洗，洗出大量的泥砂樣結石，但顆粒大的結石一塊也沒有。排石後，右脅下有時隱痛，後背已不發熱，大便正常，清晨仍噁心。經休養一段時間後，乃進行膽囊摘除手術治療。

按語：本例治驗表明，針灸具有疏肝理氣、清利濕熱、增強膽囊收縮排石的作用，故針灸後膽絞痛未再發作，諸症消失或減輕，排出大量泥砂樣結石。但由於膽囊的漏斗部狹窄，顆粒大的結石根本無法通過，這說明疾病的性質亦會影響到針灸的療效。

六、腰椎間盤突出

病例：薛○，男，五十八歲，病歷號：二九三。

初診日期：一九八一年七月二十一日。

右腿抽痛三個月。自當年五月左小腿發痠，半月後感左小腿外側發硬，行路時不能用力。後病情逐漸加重，痛自左腰脊向後外側下竄至足外踝，疼痛難忍，步履艱難，腰腿怕冷，仰臥及右側臥則不痛，左側臥則痛。站立時直腰、向左彎腰時則竄至左足。自病後曾經針刺、拔罐、理療、封閉及口服營養神經藥物治療均無效。

檢查：腰四左側夾脊穴，大腸俞、環跳、光明穴均有壓痛。直腿抬高試驗三十度。望其舌苔薄白，脈沉細。

辨證：證係腎虛於內，感受寒濕，痹阻經絡所致。

取穴：（一）中脘、氣海、列缺、髀關、足三里。（二）患側腰四夾脊、環跳（溫針灸）、陽陵（溫針灸）、委中、絕骨、昆侖、外關及風府。兩組穴交替取用，一週三次。

治療經過：經過一段時間治療，腿痛明顯減輕，尤以灸後疼痛減輕更為顯著。待寒濕證消失後，再繼續治療則不見效果，經過五十一次治療，腿痛者未愈而停針。在治療過程中進一步檢查，發現腰骶椎間左側叩痛，腰椎輕度左突，左腿直腿抬高六十度，雙側小腿痛覺正常，雙側跟腱反射減弱，克尼格氏徵（+），滑柱運動試驗前九十度、後二五度、左二〇度、右三〇度，診斷為腰椎間盤突出症。

按語：本例治驗表明針灸具有補益腎氣，溫寒化濕的作用，故針灸後劇痛消失，但針灸不能將脫出的椎間盤復位，所以收效有一定限度（消除寒濕為止），患者不可能通過針灸治療而完全痊癒。此種例證臨床上並不鮮見，說明針灸也有一定的適應證及其適用範圍，並非萬病皆治。

七、骨質增生

病例一：王○○，男，四十六歲，病歷號：○七五。

初診日期：一九八一年一月二十二日。

患者於一九五八年腰部扭傷，一九七八年腰痛復發，現症於三周前突然腰痛，繼而右腿亦痛。痛自腰部向右腿放射，呈針刺樣劇痛，活動嚴重受限，不能翻身，尤以夜間和午前為甚。右腿並見沉重、怕冷。曾去某醫院拍片，示腰椎二—四椎骨質增生。

檢查：腰部、髖關節壓痛明顯，腹股溝壓痛，直腿抬高十度，舌苔薄白，舌質淡邊有齒痕，脈沉緩。

辨證：證係腎氣虧虛，感受寒濕所致。

治法：治宜補益腎氣，溫化寒濕。

取穴：腰骶壓痛點、環跳（溫針灸）、腹股溝壓痛點（齊刺法）、足三里、陽陵泉、太衝。

治療經過：治療三次後，腰痛消失，疼痛已遊走至股前正中線（足陽明經），故改取髀關、伏兔、梁丘、足三里、上巨虛、下巨虛、陽陵泉、風市、絕骨。又治療三次後，腰腿痛消失。半年後隨訪，患者腰腿已不痛，僅蹲久、坐久右腿有些麻感，直腿抬高試驗（一）。取中脘、氣海、列缺、足三里以善後。

病例二：陳○○，女，七十四歲，病歷號：六〇七七〇八。

初診日期：一九七九年十二月二十五日。

一月前由於勞累生氣而引起左上肢疼痛，繼而麻木發脹，持物無力，怕冷，遇熱則舒，活動自如，與天氣變化無關。曾經中西藥物治療無效，故來我科要求針灸。

檢查：其頸椎正側位片顯示頸椎順裂正常，頸椎骨質普遍疏鬆，頸五、六、七椎前緣輕度骨質增生，前縱韌帶鈣化，頸五、六、七椎間隙變窄，餘（一）。

辨證：診為頸椎病。證係勞累傷氣，感受寒濕所致。

治法：治宜補益正氣，祛寒通絡。

取穴：（一）中脘（灸）、合谷、太衝、絕骨、後谿、足三里。合谷、太衝與絕骨、後谿交替取用。（二）頸椎五、六夾脊（輪刺法），大椎、曲池、肩髃。兩組穴交替取用，一週三次。

治療經過：經十四次治療，疼痛消失。二十次後麻木消失，繼而鞏固治療六次停針。一年後隨訪，患者情況良好，屬臨床治癒。

按語：這兩位患者均屬器質性病變，但單純的骨質增生，多不能導致疼痛，必須兼感寒濕才能發病。針灸具有驅除寒濕的作用，故可以緩解疼痛，控制病情。這兩例治驗也說明疾病性質對針灸療效會生產一定的影響。

六、討論

一、針灸療效的獲得，取決於患者當時機體機能狀態（即寒、熱、虛、實），選取不同穴位、不同治法（針刺、放血、艾灸等）及不同手法（產生不同性質的針感），其療效的優劣，直接受著上述幾方面因素的影響。在諸因素中，患者的機體機能狀態是內因，是變化的根據，起著決定性的作用。穴位、治法和手法是外因，是變化的條件。外因必須通過（符合）內因才能發揮作用，因此不能孤立地認為某個穴位具有治療某種疾病的作用，某種手法能夠起著某種治療作用。應該認識到，針灸的療效是諸因素綜合作用的結果而不是單一因素作用的結果。

二、在臨床上所以取穴不同，治法各異，手法有別，其主要根據是以患者當時機體機能狀態、證屬何經為依據。而掌握機體機能狀態的方法，則是「八綱辨證」。掌握證屬何經的方法，則是「經絡診察」。八綱辨證，是樸素唯物主義辨證法在中醫學中的具體應用，臨床必須善於運用這種辨證方法去觀察和分析各種複雜病情，並根據分析結果提出解決的辦法，因此我認為「八綱辨證」是掌握病

人機體機能狀態的科學的指導思想和方法。例如，上述諸病例，凡是辨證辨經明確，取穴恰當，治法、手法適宜的，都收到了滿意效果，反之則療效較差或根本無效，因此在臨床上不僅要重視「辨證求因」、「審因論治」，還應重視「辨別病經」，否則臨床取穴、治法、手法均會無所遵循，只能頭痛醫頭、腳疼醫腳，陷入對症治療的泥坑，當然也收不到應有的效果。

三、辨證，是研究疾病的共性，用以指導臨床治療的辨病是研究疾病的個性，用以確定針灸的適應證及其適用範圍的。例如，王○膽結石案的結果表明，針灸與中藥並用，可排出大量泥沙樣結石，但不能排出顆粒大的結石，這告示我們泥沙樣的膽結石是針灸的適應證，而顆粒大的膽結石則非針灸所能排除。但針灸有清利濕熱之功能，可減輕症狀，為手術創造良好條件，這又告訴我們不管是什麼性質的膽結石，均是針灸的適用範圍，所以說，辨證與辨病相結合，是確定針灸適應證或適用範圍的正確途徑，明確這一點，有助於我們提高臨床療效。否則碰到難治的疑難病例，就會陷入迷途，不知所措。

四、外因條件不容忽視，因為各個穴位的治療作用有相對特异性，各種治療方法及針刺手法又有各自不同的治療作用，因此對於如何選取穴位，以及選擇適宜的治療方法和針刺手法，亦必須加以重視。如郝○腹痛案，針內關，其痛緩解片刻，針足三里毫無效果，取人中針入痛止。又如史○胃痛案，針後胃疼有所減輕，但不緩解，加灸中脘後，其痛得解，因此作為針灸工作者，必須提高辨證、

辨經的水平，同時還要掌握穴位的相對特異性，以及各種治療方法和針刺手法的特性作用。對這些課題不僅要不斷總結臨床經驗，還應進行深入研究探討，才能不斷提高針灸技術水平，取得更好的療效。

四、針灸治則研究

治則是治療疾病的法則。中醫的治則，是以陰陽五行、臟象、經絡、病因病機、四診八綱為理論基礎，按疾病的起因、病變所在以及疾病發生、發展的普遍規律而確定的。古代文獻中記載的治則，內容是比較豐富的，它從整體觀念出發，因人、因地、因時制宜，以辨證求因為前提，根據疾病的標本、緩急，論述了「治病必求其本」的原則性及「急則治標」、「緩則治本」和「標本兼治」的靈活性。此外，按證候的「真」、「假」又提出了正、反、逆、從的治療原則。在具體治療中，它既重視祛邪，又注意扶正，並且把預防和早期治療放在首位。古代醫家這些正確觀點，是值得我們繼承和發揚的。

一、針灸的辨證論治

「辨證論治」是中醫學理論的重要內容之一。針灸屬外消法，藥物屬內治法，二者的治療方法、途徑不同，作用機理各異，所以辨證內容和治療法則也各有其獨特之處，不能將藥物的治療規律應用於針灸治療學。

（一）針灸辨證以辨經為要

中醫學中「證」的概念是若干症狀的綜合，它包含疾病的內在聯繫——病機。針灸辨證除運用八綱、臟腑、氣血、病因等辨證方法外，同時更需要「辨經」，這就是說針灸辨證，必須在運用其他辨證方法的同時，辨清證屬何經，然後取穴才有依據。只知胃脘痛取足三里，胸痹取內關，雖似「循經取穴」，實際上類似

對症取穴，使循經取穴徒然流於形式，知其然而不知其所以然，即《內經》所稱「粗工」治病，要想提高療效是不可能的。

例如牙痛一病，是否取合谷都能止痛？合谷雖是治療牙痛的有效穴位，但不能治癒所有性質的牙痛。究其因，合谷是手陽明之脈的原穴，故只能治因手陽明之脈發病而導致的牙痛，對於其他經脈發病引起的牙痛，針刺合谷是無效的。因此，提出針灸辨證應首先辨經，是「治病必求其本」的一個原則。

辨經的方法：首先要熟悉經絡的病候（包括十二經脈病候、奇經八脈病候、經筋病候等），然後才能在臨證時有目的地對有關經脈循行部位（皮部）和穴位進行檢查。檢查的方法，在《靈樞》〈經水篇〉記載有「審切循捫按」諸法。檢查的內容，包括疼痛部位和反映點出現的血絡、腫脹、凹陷、溫度變化，脈之盛衰，有關經穴壓痛和皮下結節、條索狀物等。在臨證時，若不進行檢查，只憑病人主訴，是不能正確判斷具體疼痛部位和證屬何經的。如病人主訴肩臂痛，若檢查其痛為「肩前臑痛」，應取手陽明經穴治療，若為「肩臑肘臂外痛」，則應取手太陽經穴治療，若為「肩臑肘臂外痛」，則應取手太陽經穴治療，若為「肩臑肘臂外痛」，則應取手少陽經穴治療。又如病人主訴腰痛，醫生除詳細檢查其具體疼痛部位外，還須檢查足太陽、足少陽下肢皮部是否出現血絡，對於出現血絡者，應予刺絡出血，效果甚佳。

再以牙痛為例來分析。《靈樞》〈經脈篇〉記載「大腸手陽明之脈：是動則病齒痛」，說明牙痛是大腸經脈病，但引起大腸經脈發生病變的機理不同，故臨

證對應該審慎鑒別。若切其大迎脈盛，則證明是足陽明胃火引發的手明經脈病變，病本在足陽明，治宜取大迎、內庭，若檢查耳門、絲竹空或曲鬢、浮白、完骨等穴出現壓痛，則證明是少陽風火引發手陽明經脈病變，病本在少陽，治宜分別取耳門絲竹空、浮白、完骨等穴。若查無上述體徵，僅症見牙隱痛，牙齒鬆動，則是足少陰虛火上炎引發大腸經脈病變，病本在足少陰，治宜取太谿。若視其齒齦腫，切其大迎脈不盛，按其耳門、浮白、完骨等穴沒有壓痛，切其陽谿脈盛或按之痛，則證明是手陽明本經發生病變，治宜取合谷。如此，才是名副其實的「循經取穴」，也可稱為「辨經取穴」。

(二) 針灸論治，法在通調

針灸論治，早在《靈樞》〈經脈篇〉中就有「盛則瀉之，虛則補之，熱則疾之，寒則留之」的記載。近代文獻如上海中醫學院編著的《針灸學》，將用於藥物治療的汗、吐、下、溫、清、和、補、消八法，也列入針灸治則來論述前者未免失之疏漏，後者則不完全符合針灸臨床實際。針灸治則是針灸治療學的重要理論內容，是指導針灸臨證治療的基本大法，筆者迫切希望全國針灸工作者展開認真的討論以冀共同提高茲陳管見，以祈引玉。

(1) 調氣

《靈樞》〈刺節真邪篇〉講「用針之類，在於調氣」。《靈樞》〈根結篇〉講「用針之要，在於知調陰與陽。調陰與陽，精神乃光，合形與氣，使神內藏」。

《素問》〈至真要大論〉講「謹察陰陽所在而調之，以平為期」。這些都說明針灸治病的基本原則是調氣，即調整失衡的陰陽、氣血，使之恢復平衡，以達到治療的目的。其具體方法有以下幾種。

①補虛：《靈樞》〈經脈篇〉云「虛則補之」，這是講補法是治療虛證的調氣法。所謂虛即氣虛、血虛、陰虛、陽虛，針灸補虛，應該從取穴、治法和針刺手法等方面來綜合考慮，因為針灸的治療作用是通過綜合不同穴位（處方）、不同治法（針刺、艾灸、放血）、不同手法，加上機體機能應答反應而產生的。如治療氣虛、陽虛證，應該用針刺熱補法或艾灸法；治療血虛、陰虛證，應該使針刺部位產生柔和的痠脹感。兩者均可選用中脘、氣海、關元、足三里等有關脾腎的穴位（脾為後天之本，腎為先天之本）。

②瀉實：《靈樞》〈經脈篇〉云「盛則瀉之」，這是講瀉法，是治療邪氣盛實的調氣法。諸如解表、通便、消導、散結、化痰、祛風、利濕等法，皆屬本法。如取合谷、復溜，治療傷寒無汗；刺四縫出血，治療小兒疳積等，皆屬瀉法的範疇。

③清熱：《針灸大成》云「熱則清之」，就是講清法是治療熱證的調氣法。如針刺合谷、內庭，尋找涼感，治療胃火牙痛；針刺合谷、太衝，針下尋找涼感，以清瀉肝火；刺金津、玉液出血，治療熱吐；刺大椎出血，針合谷、委中，治療髮際瘡等，即屬此法。

④ 溫寒：《針灸大成》云「寒則溫之」，就是說溫法是治療寒證的調氣法。如灸中脘以溫中，治療胃脘痛的寒證；針刺腎俞，針下尋找熱感，治療寒濕腰痛；灸肩髃以溫散寒濕，治療肩背痛；火針點刺足三里，治療膝關節著痹。又如《靈樞》〈經脈篇〉記載的「陷下則灸之」，《靈樞》〈經筋篇〉記載的「焮刺著，刺寒急也」，即屬此法。

⑤ 升清降濁：《素問》〈五常政大論〉說「氣反者，病在上，取之下；病在下，取之上」，就是講這種處方方式是用於治療氣機升降功能失常（氣反者）所致的疾病。因此，升清、降濁法是治療氣反者的調氣法，如取公孫、豐隆，治療濕阻中焦、清陽不升的頭昏；取中脘、天樞、關元、內關、足三里治療清濁相干、亂於腸的吐瀉；取百會升清，治療清氣在下的飧泄；取足三里降濁，治療濁氣在上的脹滿等，即屬此法。

(2) 通脈

《靈樞》〈九針十二原〉講「欲以微針，通其經脈」，就是講針灸具有通經脈的治療作用，同時也是針灸治病的法則。用於治療諸痛、半身不遂、產後乳汁不足、閉經等經脈壅塞不通的疾病。

① 祛瘀通絡：《靈樞》〈九針十二原〉云「菀陳則除之」。《素問》〈針解篇〉講「菀陳則除之者，出惡血」，這即是治療瘀血證的法則。由於形成瘀血的病因不同，病情各異，所以祛瘀通絡常用以下幾種方法：

◎刺絡祛瘀：《靈樞》〈官針篇〉說「絡刺者，刺小絡之血脈也」。《素問》〈繆刺論〉云「因視其皮部有血絡者，盡取之」。《靈樞》〈壽夭剛柔篇〉說「久痺不去身者，視其血絡，盡出其血」，這些都是這種法則的應用。

◎溫經通絡：由於血遇寒則凝泣，得溫則易行，所以治療寒凝血瘀證，宜用艾灸法以溫通。《靈樞》〈禁服篇〉說「陷下則徒灸之。陷下者，脈血結於中。中有著血，血寒故宜灸之」，即屬此法。

◎益氣通絡：氣為血之帥，氣行則血行，如若氣虛，則血液運行無力，亦能形成血瘀絡阻證，治療應該採用益氣通絡法。如取中脘、氣海、膻中、足三里，運用針刺熱補法，治療產後乳汁不足的氣血兩虛證。又如用針刺熱補法，取中脘、氣海、足三里、列缺、百會，治療氣虛絡阻的半身不遂，均屬此法。

②疏通經氣：適用於氣機阻滯證，如針刺陽陵泉、支溝，治療肝鬱氣滯的脅痛；針刺內關、公孫、人中，治療肝氣犯胃的胃脘痛等，即屬此法。

上述通調之法，彼此之間不是孤立的，而是一法之中寓有他法。例如瀉法中的祛風除濕，若風祛濕除則經氣自通，所以說瀉法之中已寓通法，其他各法亦然。通脈，除刺絡祛瘀法外，都是在調氣法原則指導下實現的。醫者在臨證立法時，必須針對具體病機，選用一法或兩法合用，才能收到良好效果。

二、針灸的標本緩急

標與本是兩個相對應的概念，有幾種不同的含義，這裡是針對疾病主次本末和病情輕重緩急的治療原則而言，如病因與症狀的標本關係，病因為本，症狀為標；人體正氣與致病邪氣的標本關係，正氣為本，邪氣為標；疾病的新舊、原發與繼發的標本關係，舊病與原發病為本，新病與繼發病為標等。一般認為，標是疾病表現於臨床的現象和所出現的證候，本是疾病發生的病機，即疾病的本質，或者是指先病的臟腑及其病理表現。

在病情變化的過程中，一般是按照「急則治其標，緩則治其本」、「間者並行，甚者獨行」的原則，進行治療的。

（一）急則治其標

急則治其標，是指在疾病的發展過程中，如果出現緊急危重的證候，影響到病人的安危時，就必須首先解決它而後再治療其本病。在《素問》〈標本病傳論〉裡論述了兩則急則治標的例證。其一是中滿，其二是大小便不利。中滿為脾胃功能失職，關係到飲食的受納、消化、吸收，影響著人體氣血精微的化生。機體失去生化之源，正氣受損，則使病程延長或加重，治療難以收效。

前後二陰乃人體排泄水分和糟粕的重要途徑，如傳導障礙，決瀆不行，大便不利，糞尿停留，則造成關格不通，此二者為危急症候，故無論什麼病人發生此症，都應採取急則治標的方法。

（二）緩則治其本

緩則治其本，是指病情變化比較緩慢，病程較長的病症或慢性病，如寒邪犯胃的胃脘痛，胃脘痛症狀為標，寒邪屬病因為本，灸中脘以溫中散寒，寒邪祛而痛止。又如治療痛證，在發作之時，應以控制其發作為當務之急，在間歇期則應依據其具體病因病機調理肝、脾、腎以治其本。

（三）間者並行，甚者獨行

間者並行，甚者獨行，是指在病情輕的情況下，可以標本同治。在病情重的情況下，則應標急治標，本急治本，切忌治不精專的弊病。如治療肝腎陰虛、肝陽上亢的頭痛眩暈，若未出現危象，則可取太衝、太谿、風池等穴以標本同治；若出現危象，則應取手十井出血，急瀉陽亢之熱以治其標。

《素問》〈標本病傳論〉記載：「病有標本，刺有逆從，奈何？：凡刺之方，必別陰陽，前後相應，逆從得施，標本相移，故曰有其在標而求之於標，有其在本而求之於本，有其在本而求之於標，有其在標而求之於本，故治有取標而得者，有取本而得者，有逆取而得者，有從取而得者，故知逆與從，正行無間，知標本者，萬舉萬當，不知標本，是謂妄行」。

三、針灸治未病的意義

中醫學的治未病有兩種意義：一是防病於未然。二是既病之後防其傳變。前者是在病前，採取各種有效的預防措施，如積極鍛煉身體，增強抗病能力，防止疾病發生。此外，如灸絕骨、足三里預防中風，針風門、足三里預防感冒，針刺

合谷、太衝、大椎預防結節性紅斑的發生等，都屬此類。後者是在已病之後，抓緊早期治療，以期防止疾病深入發展和惡化。如《素問》〈陰陽應象大論〉說「邪風之至，疾如風雨，故善治者治皮毛，其次治五臟，治五臟者，半死半生也」。《難經》〈七十七難〉說「所謂治未病者，見肝之病則知肝當傳之於脾，故先實其脾氣，無令得受肝之邪，故曰治未病焉」，這都是教導後人，在臨症時應該重視預防和早期治療。因為初病一般來說病邪尚淺，正氣未衰，故易治療，也易康復，若因循失治，病邪逐步深入，進迫五臟，往往造成正氣衰敗、生化困難而致生命危險，因此古代醫家提倡的「上工救其萌芽」的思想，是值得繼承和發揚的。

五、臨證五明

所謂「五明」，係指筆者臨證時，通過四診以及檢驗後，對五個問題要作出明確的回答，即一是明確診斷，二是明確辨證，三是明確病經，四是明確治在何經、取用何穴，五是明確施用何術（宜針宜灸等）。今分述於下。

一、明確診斷

診斷包括中醫診斷與西醫診斷。西醫診斷，是通過客觀的觀察、檢驗，明確患病的處所、原因、形態表現的結論，是對疾病的靜態觀察，反映疾病的個性（本質）。中醫診斷的精髓是「辨證」，是對疾病表現出的症狀、發生發展變化過程的動態觀察，從病理變化的機理去認識疾病的本質，反映著疾病的共性（機轉）。雖然中醫運用辨證論治的手段拯救了無數患者的疾苦和挽救了無數患者的生命，但一個病之所以區別於另一種病，是有其本質的區別的，共性並不能完全代表個性。如腰痛是常見病，但有器質性腰痛和功能性腰痛兩大類，如若只辨證不辨病，前者治療多次無效，醫者不知何故，後者彈撥昆侖一次而愈，醫者亦莫名其妙，因此筆者主張辨病應使用西醫病名，施治當宗中醫法則，取其長而補其短，是發展針灸事業的捷徑。

二、明確辨證

中醫學通過長期臨床實踐，總結了非常豐富的辨證經驗，常用的辨證方法有：

(1) 外感熱病辨證，包括六經、衛氣營血和三焦辨證。

(2) 內傷雜病辨證，包括氣血津液辨證、臟腑經絡辨證，至於八綱辨證和疾因辨證則貫穿於兩類辨證之中。

臨床辨證的程序，一般規律是以患者的主訴或最痛苦、最緊急的症狀或體徵為該病的主症，再結合同病，對病變進行定位和定性的判斷。

定位：包括證屬表屬裡，病在何臟何腑何經何絡的確定。

定性：包括寒熱虛實、陰陽氣血、風寒暑濕燥火的區分。

然後在錯綜複雜的臨床表現中，根據其病變發生、發展的變化過程，找出病患究竟在哪一臟腑，屬哪種病理生理改變（病機），按照「治病必求其本」的法則制定治療大法，才能立竿見影、準確無誤，這就是「辨證論治」的精髓。

三、明確病經

明確病經係指明確證屬何經。臨床實踐表明，病位（病變部位）與病經有的一致的，如脾胃虛弱所致的胃脘痛，病位與病經均在胃；有的是不一致的，如肝氣犯胃的胃脘痛，其病位在胃，其病經在肝，因此針灸臨症，除用八綱、臟腑、氣血、病因等辨證外，還需進行經絡檢查，根據症狀和經絡陽性反應，辨出證屬何經，然後取穴才有根據。如若不明證屬何經，只知胃脘痛取足三里，胸痹取內

關，腰痛取委中等，如此貌似「循經取穴」，實際上是「對症取穴」，因此說「針灸辨證，以辨經為要」，是針灸治病區分於藥物治病的最大特點。

四、明確治在何經，取用何穴

《靈樞》〈經脈篇〉所載病候表明，是動病候與是主病候，有的經是一致的，如肺經「是動則病喘咳」，「是主肺所生病者，喘咳」。有的經則不一致，如肝經，「是動則病腰痛，不可以俯仰」，但是主治腰痛的不是肝經，而是足太陽。這就提示，經絡檢查所發現的異常經脈，不完全是治療經脈，因此醫者還須細緻、深入地研究經脈的主治範圍，以臨床病候為線索，以經脈異常為依據，結合中醫理論及腧穴的相對特异性，才能比較準確地分析、判斷該病治在何經，取用何穴（選經配穴）。例如，患者胸悶氣短，感寒遇勞尤甚，重則氣喘，心痛時作，舌苔白，脈沉細，經絡檢查可見靈道、淵腋、丘墟壓痛（++），診斷為冠心病、心絞痛。辨證為胸陽不振，辨經為邪氣痹阻少陰、少陽之脈，治宜溫振胸陽，溫通少陰、少陽之脈。治療則灸關元，針刺中脘、氣海、靈道、丘墟（熱補法），選用關元是依據中醫「治心不治腎，非其治也」之理，灸之以補腎納氣，針中脘、氣海以補益中氣，針靈道、丘墟以溫通少陰、少陽之脈。如此取穴，就不只限於出現病變的經脈，而是依據中醫生理病理以及穴位的主治功能決定的。

五、明確施用何術

術是指治療方法（針刺法、艾灸法、火針法、放血法等），以及各種治療法的操作技術。選擇哪種治療方法更恰當，則要依據病情的虛實寒熱，以及各種治療方法和針刺手法的主要作用來決定，而不應隨意用針用灸。《靈樞》〈官針篇〉所講「九針之宜，各有所為，長短大小各有所施，不得其用，病弗能移」，就是講的這個道理。

本文首次提出的「臨證五明」，原本是筆者書寫病歷的五項要求，經過多年實踐體會到，在一個具體病歷中，凡是五項要求明確者，治療起來就得心應手，多能應針取效。凡是五項要求不明確者，治療起來就心中無數，療效亦不理想。故余認為針灸工作者，臨症時明確上述五個問題，對提高醫療水平是非常重要的。

六、論古代取穴法的臨床應用

一、以痛為輸法

「以痛為輸」取穴法，最早見於《靈樞》〈經筋篇〉，其在每一經筋病候後邊，都記載了「治在燔針劫刺，以知為數，以痛為輸」，所謂以痛為輸，即是以疼痛部位為穴。

（一）以痛為輸法的適應證

根據《靈樞》的記載，此法主要適用於治療寒邪侵襲機體所引起的轉筋、疼痛等病，如「肩不舉」（漏肩風）、「頸不可左右視」（落枕）、「卒口僻，急者目不合，熱則筋縱，目不開。頰筋有寒則急，引頰移口。有熱則筋弛縱，緩不勝收，故僻」（包括口眼喎斜及面肌痙攣），「頸筋急」（斜頸），以及諸經所屬的肌肉痙攣、疼痛、轉筋等病。

（二）以痛為輸法的現代發展

目前針灸臨床早就擴大了這種取穴法的應用範圍，主要表現在：

第一，從「以痛為輸」發展到以經絡診察中所發現的壓痛點或陽性反應物為針灸穴位（阿是穴，經穴）。

第二，從「以痛為輸」，發展到以病灶為輸。即在痛腫部位進針，以直達病所。

(三) 以為輸法的現代應用舉例

病例一：楊○，女，二十二歲。

初診日期：一九八三年一〇月二十一日。

現病史：左頸部腫物約一年，無明顯自覺症狀。

檢查：查其頸部右側有一活動腫物，約二·五×二×二公分，質中等，無壓痛。苔白，脈沉。

診斷：診為結節性甲狀腺腫。

辨證：氣鬱痰結。

治法：宜軟堅散結。

取穴：結節部刺入一針，慢提緊按二十餘次。

治療經過：針後腫物立即消散，次日又復出現，隔日針後亦消，間日又復出現，經過五次治療，腫物一次比一次小，第六次針刺時，腫物如黃豆大。針後停針觀察，一周後查其腫物消失。觀察年餘未復發。

病例二：張○，男，五十九歲，病歷號：八九五一四三。

初診日期：一九七七年二月二十二日。

現病史：右腰脅炮疹十餘天，經抗生素等藥物治療，症狀減輕，但仍局部疼痛。

檢查：查其皮損區膚色鮮紅，部分皰疹已結痂。口乾，舌苔黃，脈弦。

診斷：診為纏腰火丹（帶狀皰疹）。

辨證：肝膽熱盛，氣滯血瘀。。

治法：宜清瀉肝膽，理氣止痛。

取穴：在皮損區周圍以三棱針點刺出血，針胸椎右四、五、六夾脊穴，支溝，丘墟，膻中。

治療經過：針刺一次後痛減，繼針前穴加龍眼穴放血，共針三次而愈。

病例三：郝○，女，二十七歲，病歷號：二二四五。

初診日期：一九八四年三月六日。

現病史：兩月來口舌生瘡反復發作，經中藥治療無效。

檢查：現咽、舌邊、上唇各有一處潰瘍，大小不等，燒灼疼痛難忍。口乾渴，鼻乾，大便四五日一行，小便黃。查其舌質紅，苔白，脈數。

診斷：口腔潰瘍。

辨證：心脾積熱。

治法：宜清瀉心脾。

取穴：潰瘍面用三棱針點刺出血。

治療經過：治療一次後，灼熱劇痛明顯減輕。第二次針刺潰瘍面及金津、玉液出血而愈。觀察十個月未復發。

病例四：解○，女，四十六歲，病歷號：二九六○。

初診日期：一九八四年七月二十日。

現病史：因住寒冷潮濕房間，自一九八三年十一月起，左小腿出現蟻行感，逐漸發生膝關節腫脹疼痛，活動受限（蹲不下）。曾去某醫院針灸、按摩及服中藥，治療無效，故來我科就診。

檢查：現膝關節酸痛、腫脹、怕冷，雖時值夏天仍穿秋褲護膝，足心有抽搦感，納可，睡眠、二便均正常，左膝關節腫脹，不紅，捫之較對側熱。舌苔薄白，脈沉緩。

診斷：左膝滑膜炎。

辨證：寒濕之邪，侵襲關節。

治法：治宜溫化寒濕。

取穴：（一）以病灶為輸，在膝關節周圍用火針點刺，足三里、大椎用熱補法。（二）大椎、陽泉、透陰陵泉（用熱補法），合谷、太衝。（三）第二組穴加膝膕窩血絡放血。

治療經過：（一）組穴針刺十一次，（二）組穴針刺六次，（三）組穴針刺二次，共治療十九次，諸症消失，觀察四月未復發。

病例五：作者自我治療案例。

吾於一九八四年十一月，左足大趾下皮膚增厚堅硬，高出皮膚，尖端向下深入皮內，如綠豆大，狀如雞眼，按壓疼痛，行走不便。診為雞眼，予以三頭火針刺雞眼的中心部，共治療三次，病灶局部皮膚變軟，「雞眼」脫落，按之不痛而愈。每次治療前用熱水洗腳，剪去增厚的皮膚，然後再刺之，刺畢間隔三、四日，再用熱水洗腳，剪去增厚的皮膚，再刺之。

（四）以痛為輸法的使用方式

以痛為輸法，臨床應用很廣，其治療作用是不容忽視的。其使用方式不外以下三種：

第一，單獨使用「以痛為輸」或「以病為輸」法，如用三棱針點刺放血治療口瘡（口腔潰瘍），火針點刺治療腱鞘囊腫，針刺治療粉瘤，毫針圍刺治療皮痹（皮神經炎），火針點刺雞眼、黑痣，針刺治療甲狀腺瘤等病。

第二，以痛為輸與遠道取穴結合使用。如臨床治療纏腰火丹、丹毒、漏肩風、著痹（膝關節及肩關節滑膜炎）、癭（甲狀腺機能亢進或低下）、甲狀腺瘤等病，一般均採用這種使用方式。

第三，適用於某種病的某個階段。如治療瘰癧（淋巴結核），若硬結消散甚慢或當其欲潰時及潰破後，即可以火針點刺局部（硬結）。若針後硬結消散顯著，以痛為輸法即可不用。

（五）結語

以痛為輸取穴法是一種有效的治療方法，故自古至今廣為針灸工作者所採用。這種方法的記載，最早見於《靈樞》〈經筋篇〉，在後世文獻中，如《千金方》稱為「阿是穴」，《針方六集》稱之為「不定穴」，《醫學綱目》稱之曰「天應穴」等。這些記載雖然名稱不同，而實際意義則一也。時至今日，由於醫學的不斷進步，這種方法的使用，一方面出現了新的進展，另一方面對《靈樞》〈經筋篇〉記載的痛、癢、痙、陰器不用、息賁、伏梁、脅急吐血等病症，早已不用本法取穴治療，而是依據辨證、辨經的原則進行治療。實際上也是醫學進步的結果。

二、上病下取，下病上取法

「上病下取、下病上取」法，最早見於《內經》，如《素問》〈五常政大論〉講「氣反者，病在上，取之下；病在下，取之上。病在中，傍取之」。《靈樞》〈終始篇〉講「病在上者，下取之；病在下者，高取之。病在頭者，取之足；病在腰者，取之膕。腰以上者，手太陰陽明皆主之；腰以下者，足太陰陽明主之」。《靈樞》〈官針篇〉講「遠道刺者，病在上者，取之下，刺府腧也」，這三段經文講的都是針灸臨床取穴的一種方式，即遠道取穴法。

(一) 上病下取、下病上取法的適應證

這種取穴俞法的適應證和其他取穴法一樣，都是依據具體病因病機，結合經脈所過，以及具體穴的特殊治療作用確定的。如脫肛是下病，但卻上取百會，頭部穴位甚多，為何只取百會而不用其他穴位？究其因，脫肛是氣陷證，病勢向下，而百會具有升陽舉陷（向上）作用之故。又如眩暈是上病，取湧泉是上病下取，足部穴位亦很多，又為何只取湧泉，究其因，眩暈多由痰濕中阻，濁陰不降、清陽不升所致，而湧泉具有較強的降逆作用（向下），故取之。但眩暈的病因病機絕非僅此一種，故臨證見到眩暈，不能一概皆下取湧泉，必須根據具體病因病機選擇適宜的下部穴，這點是很易理解的。又如，漏肩風是上病，在臨床上有的下取條口，有的下取絕骨，有的下取飛揚，取此三穴皆屬下取，而又有何區別呢？細究其因，條口是足陽明經穴，用以治療手陽明經病；絕骨是足少陽經穴，用以治療手少陽經病；飛揚是足太陽經穴，用以治療手太陽經病，因此雖然皆是漏肩風，但所病經脈不同，所以下取的穴位也就不同。

(二) 上病下取、下病上取法的現代應用舉例

病例一：郝○，女，三十七歲，病歷號：四六五一五○。

初診日期：一九七三年十一月二十六日。

現病史：頭眩十餘日，發作時天旋地轉，不敢睜眼，不敢動頭，動則頭暈目眩、噁心欲吐，終日不能起床，曾服中西藥物治療無效。

檢查：面色黃白，苔白膩，脈沉緩。

辨證：係痰濕中阻，升降失常。

治法：治宜健脾化痰，升清降濁。

取穴：湧泉、足三里、中脘、內關、百會。

治療經過：針後尋找明顯的脹感，留針三十分鐘，在留針過程中，頭眩暈逐漸減輕乃致消失，僅感頭脹、耳鳴，繼用前穴加太衝、合谷，共治療六次而痊癒。停針觀察，四個月未復發。

病例二：杜○，男，五十一歲。

初診日期：一九八三年五月七日。

現病史：自一九七五年始巔頂部木感，繼兩顴發木拘緊，近三年兩太陽部拘緊，兩眼發暈，頭重如裹，陰雨天加重，夜寐不甯，易煩躁，納佳，二便調，曾去幾個醫院治療，服中藥數十劑，針刺局部多次，均無效。

檢查：舌體胖大，苔白厚，脈右濡左弦滑。公孫、陰陵、太谿壓痛。

辨證：證係濕阻經絡，濁陰不降。

治法：治宜健脾化痰，升清降濁。

取穴：公孫、豐隆雙側（熱手法）。

治療經過：治療五次後，兩太陽部拘緊感消失，僅顳部仍感拘緊。前穴加丘墟，共治療十次，頭重如裹症雖遇陰雨天亦未出現。顳部拘緊感消失，頂部拘緊感減輕，停針回原籍。

病例三：牛○，男，四十八歲，幹部，病歷號：六〇六九九二。

初診日期：一九七九年五月四日。

現病史：一月前因受冷而右腿外側脹痛，繼而右側腰胯亦痛，其痛游走，時竄至左腿。畏寒怕冷怕累，不能久坐，活動受限，動則加重。曾用強的松、消炎痛及針刺治療，均無效。

檢查：苔白膩、脈弦。直腿抬高三十度，腰四旁三寸、環跳、承山、跗陽壓痛（+）。

辨證：證係感受風寒，痹阻太陽、少陽經脈。

治法：治宜祛風散寒，通經活絡。

取穴：（一）風府（上取）、環跳、腎俞，針後加灸，委中。（二）中脘、氣海、足三里、列缺、氣衝。

治療經過：首用（一）組穴用以祛風散寒，通經活絡，治療九次後，腰腿痛減輕過半。繼用（一）、（二）組穴交替取用，前者祛邪，後者扶正，治療十七次，腿痛基本消失。共治療三十七次後停針觀察。兩年後來院復查，云自停針後

疼痛消失，曾復發一次，症狀較輕，經本廠醫務室治療數次而愈，至今（一九八一年）未復發。

病例四：韓○，女，十一歲，病歷號：六〇五四八四。

初診日期：一九七七年十月十七日。

現病史：一周前咳嗽，不燒、不流涕，曾服咳嗽合劑、非那根等藥。近三天出現喘息、胸悶、氣短、喉癢、痰多不易咯出（痰色記憶不清），寐實、納呆、二便調，溲黃。

檢查：面色黃，舌尖紅苔薄黃，脈滑數，雙肺偶聞乾鳴音，無肺結核史。

辨證：證係痰熱鬱肺，肺失肅降。

治法：治宜清熱化痰，降逆平喘。

取穴：天突、膻中、定喘、足三里、中脘。

治療經過：只治療一次，喘平症消而愈，觀察半年未復發。

病例五：焦某，男，五十八歲，住院號：一八三九〇。

入院日期：一九八五年四月八日。

現病史：四月八日晨騎車上班，到單位下車時摔倒在地，右側肢體無力，語言蹇澀，無頭痛頭暈噁心嘔吐，嗜睡，呼之能應，呵欠頻繁，口喎舌歪，夜寐不安，納可，大便兩三日未行，病後即來我院，由急診收入病房。

檢查：形體肥胖，神清，面赤，金津玉液充盈呈暗紫色，舌尖紅，苔白，脈弦滑。右眼外展不及邊，右鼻唇溝淺，左上肢肌力二級，左下肢肌力三級，雙霍夫曼徵（+）右巴氏徵（+），下頷反射（+），右側淺感覺降低，血壓二四·七、一四·三 kPa（一九〇/一一〇毫米 Hg），體溫三七·二度，腦脊液壓力三一三六 Pa（三二一〇毫米 H₂O），生化檢查（-）。

辨證：中風——中經絡（腦血栓形成——大腦中動脈左）。證屬心火熾盛，熱盛生風，風火相煽，發為中風。

治法：治宜潛陽降火，活血醒神。

取穴：當即取金津、玉液出血，針刺手足十二針（曲池、內關、合谷、陽陵泉、足三里、三陰交）。

治療經過：給予中藥一劑，次日針手十井放血，午後針刺手足十二針，針、藥後腑氣已通，風火漸熄，病勢轉危為安，急性期的病情得到控制。經過針刺中藥調理，痊癒出院。

（三）上病下取、下病上取法的使用方式

綜上所述，本法的應用有兩種形式：

第一，「上病」係指頭面、上肢部位的疾病，「下取」是指在下肢選取與「上病」有關的穴位來進行治療，如足陽明胃火牙痛取內庭，足少陰虛火牙痛取太谿，

眉棱骨痛難忍取解谿等。「下病」係指軀體下部、下肢部位的疾病，如治療腿股風（坐骨神經痛）宜根據其病屬之經，分別取用其手經（同名經）的後谿、外關、列缺，以及依據其病情的性質（行痺）取用風府（上取）進行治療，因此這種取穴方式，是根據其病變部位在上、在下的變化，相應取用其手足的本經或同名經出現反應的穴位來確立的。

第二，「上病」是指病勢向上（如肝火上炎、清竅蒙窒等）的疾病，「下取」是指取用具有降逆、降火、瀉下作用的穴位。「下病」是指病勢向下（清陽不升，氣虛下陷）的氣陷證，「上取」是指選用具有升陽舉陷作用的穴位。如此，則「上下」的意義不僅包括部位的區分，而且也包括對病因病機的定性和選取具有特殊治療作用的穴位。

（四）結語

「上病下取、下病上取」是一種取穴原則，但在臨證往往與其他取穴法混合使用。如例一患者，係痰濕中阻、升降失常所致，其症雖在上（標），而病因卻在中焦脾胃（本），選穴原則是上病下取，兼用辨證、循經加近道取穴，下取湧泉用以降逆，近取百會用以升清，辨證取中脘、足三里，以化痰降逆，內關以和胃降逆。如例三患者，證係風寒之邪痹阻太陽、少陽經。其病位在下，其痛遊走（行痺），其取穴法是以下病上取與遠道取穴、辨證取穴相結合。上取風府以祛風，近取環跳、委中以通經，辨證灸腎俞以溫寒，補中脘、氣海、足三里、列缺

以扶正。例五患者，證係心火熾盛，火盛生風，風火相煽，發為中風。其病勢（病位）向上，其病因是火。治療內生之火，法宜清降，故急取金津、玉液出血，又取手十井出血。這種上病下取，則不是根據部位確定的，而是根據病勢，取用具較強的清熱降火治療作用的穴位。

三、以右治左、以左治右法

《素問》〈陰陽應象大論〉記載「善用針者：以右治左，以左治右」，這是講針灸治病除「以痛為輸」外，還有取用病位對側穴位的方法。「以痛為輸」適用於治療病見於左，症亦見於左的疾病，而「以右治左，以左治右」，則適用於病在左而症見於右，病在右而症見於左的疾病。

（一）以右治左、以左治右法的刺法

這種取穴方法，在刺法上有兩種。一是《靈樞》〈官針篇〉記載的「巨刺者，左取右，右取左」，所謂巨刺，是刺其經取氣，用以治療經病。二是在《素問》〈繆刺論〉中，又將左取右、右取左稱為「繆刺」，所謂繆刺，是刺其絡取血，用以治療絡病，因此《黃帝內經》中所講的「左取右，右取左」，實際上包括取穴法和刺法兩個方面。

（二）以右治左、以左治右的現代應用舉例

病例一：代○○，男，三十一歲，病歷號：四七〇三七五。

初診日期：一九七五年一月四日。

現病史：七年前始發左偏頭痛，以後每因受寒或勞累過度而發作，每次持續一兩天，經注射杜冷丁或嗎啡才能緩解，此次頭痛發病已兩小時，自覺左側偏頭深部前自眼眶，後至項部劇烈鑽痛，伴有噁心嘔吐、出汗，口不渴。

檢查：面色蒼白，苔薄白，脈右浮弦。血壓一五·六／一〇·四 kPa（一一一〇／八〇毫米 Hg）。

辨證：風寒客於少陽之脈。

治法：治宗《靈樞》〈厥病篇〉「頭半寒痛，先取手少陽陽明，後取足少陽陽明」。

取穴：針右手偏頭點，行龍虎交戰法。

治療經過：針後立時痛減，在行針過程中頭痛又作，繼施前法，頭疼立即緩解。

病例二：劉○○，女，二十六歲。

初診日期：一九七四年二月十日。

現病史：一月前因外感風寒而患右肩臂疼痛，病後即到本單位醫務室診治，經穴位注射當歸液（病側）無效，故來我科治療。現右肩臂疼痛較重，夜間尤甚，活動嚴重受限，口不渴，二便正常。

檢查：舌苔薄白，左脈弦緊。

辨證：寒邪痹阻，氣血運行不暢。

取穴：《素問》《繆刺論》「左痛未已而右脈先病者，必巨刺之，必中其經，非絡脈也」，取左側曲池，要求針感先上至，後至手、後溪；條口透承山，得氣後行龍虎交戰法。

治療經過：一次治療痛解，三次治療而愈，觀察年餘未復發。

病例三：段○○，男，五十六歲，工人。病歷號：三三六八。

初診日期：一九八四年九月三十日。

現病史：素患兩膝關節痛，屈伸不利。近於九月二十六日夜雨後，突感右側腰腿痛甚，不得入睡，痛自腰部始沿大腿後外側竄至外踝及公孫穴處，腿脹痛，膝關節周圍更甚，怕冷，喜溫，遇熱則筋舒，痛少減。

檢查：直腿抬高試驗（—），雙膝窩各有十平方公分血絡，舌體胖、邊有齒痕，苔薄白，脈沉弦。沿經無壓痛，僅昆侖、公孫壓痛。

辨證：風寒之邪，痹阻太陽、太陰之脈。

取穴：宗《素問》繆刺法，針左膝膕窩血絡出血。

治療經過：針後三日餘未作痛，繼而刺右膝膕窩血絡出血，針後無效。這表明該案痼疾膝關節痛是經病，新病腰腿痛屬絡病，絡病應刺對側血絡出血才能取

效，故見明顯效果，但取右側窩血絡出血則無效。右膝痼疾為經病，故雖用繆刺法而終不得解。經治療，絡病已愈，痼疾經病未解，改用溫通經脈法，選循經取穴、輔以補益正氣法治之，共治療十六次停針觀察。一九八五年一月來科復查，腰腿痛基本痊癒，僅右膝關節微痛，屈伸不利，足趾麻。

（三）判斷經病、絡病的方法

綜上所述，臨床上使用「以右治左，以左治右」有區分。一種是巨刺法，刺經取氣以治經病。一種是繆刺法，刺絡取血以治絡病，兩者不應混淆。為了正確掌握以右治左、以左治右取穴法的兩種刺法，必須首先提高判斷經病與絡病的能力。

第一，判斷經病：《素問》〈繆刺論〉說「左痛未已而右脈先病者，如此者，必巨刺之，必中其經，非絡脈也」，這是說，假若左側肢體疼痛，如漏肩風等，雖然左側疼痛，但切其右脈弦緊，說明症狀雖見於左，而其病實屬右，這是經病，應該採取巨刺法。

第二，判斷絡病：診斷絡病之法有二。一是《素問》〈繆刺論〉說「治諸經刺之所過者不病，則繆刺之」，還說「有痛而經不病者，繆刺之」，如何判斷「所過者不病」及「有痛而經不病」，這就需要醫者進行經絡診察。假若左肩疼痛，但通過醫者按壓診察，左肩所屬各經沒有出現壓痛，則證明病不在經而在絡，應該採用繆刺法，這是按壓診斷法。

二是《素問》〈繆刺論〉說的「因視其皮部有血絡者，盡取之，此繆刺之數也」，這是說，通過望診，視其出現血絡者為絡病，未出現血絡者為經病。

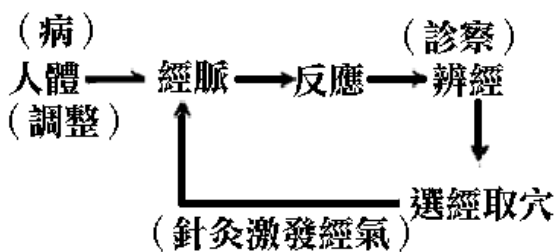
（四）結語

《素問》〈繆刺論〉記載繆刺法可治療卒心痛、喉痹、頭痛、目痛、耳聾、鼻衄、脅痛、腰痛等病。筆者在臨床上運用經絡診察法，辨別經病和絡病，分別採用巨刺或繆刺，治療偏頭痛、落枕、漏肩風、扭傷、閃挫傷、腰腿痛等病，多能取得滿意的效果。

七、經絡診察法

一、經絡診察的實踐根據和理論根據

《針灸甲乙經》講「禁服之言『凡刺之理，經脈為始，願聞其道』」。黃帝答曰「經脈者，所以決生死，處百病，調虛實，不可不通」，這是說經脈是針灸學的理論核心，是針灸學的精髓。其所以成為核心或精髓，是由於它「內屬於臟腑，外絡於肢節」的屬性，臨床實踐也證明經絡具有這種內臟與體表相關的關係。如人體內臟有病時，在其所屬的經脈循行通路上出現異常反應，人們通過診察，判斷其證屬何經，然後根據中醫理論進行選經取穴，選擇適宜的針刺或艾灸方法，激發經氣，調動機體內在的調整功能，使失衡的氣血恢復平衡，達到治病的目的（見圖）。



二、經絡診察的方法和內容

(一) 審視

一·視絡脈

《素問》〈繆刺論〉講「視其皮部有血絡者，盡取之」《靈樞》〈壽天剛柔篇〉講「久痹不去身者，視其血絡，盡出其血」，這是講，臨床治療痹證尤其是久痹，應該審視皮部是否出現血絡，對出現血絡者，應該採用刺絡出血的方法治療。

《靈樞》〈經脈篇〉說「凡診絡脈，脈色青則寒且痛；赤則有熱；其暴黑者，留久痹也；其有赤，有黑，有青者，寒熱氣也；其青短者，少氣也」，這是說對於出現的血絡，還應識別其顏色，以辨病之寒熱虛實。

《靈樞》〈血脈絡論〉記載血絡的形狀「小者如針，大者如筋」，余在臨床上對寒濕腰痛，察委中；牛皮癬、中暑、吐瀉的濕熱證，察尺澤、委中；口瘡，心火暴盛，肝陽暴張的頭痛、舌強、嘔吐，察金津、玉液，若見其怒張則採用刺絡出血法治療，這亦屬審視絡脈的範疇。

《靈樞》〈經脈篇〉說「凡此十五絡者，實則必見，虛則必下，視之不見，求之上下」，亦指此而言。

二·視穴位

《素問》〈骨空論〉說「視背俞陷者灸之」。

三·視腫脹

上齒齲腫屬足陽明，下齒齲腫屬手陽明；瘰癧生於項前屬陽明，生於頸項兩側屬少陽。對於腕、肩膝、踝腫脹者，應根據其部位分經辨證。

(二) 切動脈

《靈樞》〈經脈篇〉說「脈之卒然盛者，皆邪氣居之」，這是說凡脈卒然搏動超過平常動數，都是有邪氣（火）之故。余根據這一觀點，結合《素問》〈三部候論〉記載的診脈部位，在臨床上常用於診斷以下幾種病證：如牙痛切其陽谿脈盛，則可判斷為手陽明大腸之火；如牙痛切其大迎脈盛，則可判斷為足陽明胃火頭痛、眩暈、中風（中經，中臟腑），若切其耳門或頷厭動脈盛者，則可判斷為少陽之火，甲狀腺機能亢進；切其人迎脈盛，則可判斷為足陽明胃火，必見消穀善饑。

(三) 循按、按壓穴位

循按，是在辨證的基礎上有目的地對肘膝以下的有關經脈進行循經按壓，以尋找陽性反應點。循按的指力要均勻。

按壓，是在發現陽性反應點後進行的，以確定出現反應的部位屬何穴。陽性反應，包括酸、痛、麻、木、舒適以及卵圓形、條索狀異物等。按壓的穴位，包

括背俞、募、原、絡、五腧、郄、下合、會（八會、八脈八會）以及與本病有關的穴位。按壓後患者有舒適感，屬喜按範疇，表現為虛證；拒按者，一則表明病情較重，二則表現為實證。

（四）捫

捫其患處皮膚的溫度變化，以別寒熱。如對膝、肩等部腫脹，捫之熱則為熱證，捫之不熱則為寒證。少腹冷則可判斷為胞宮寒冷等。

（五）審察

即是對診察所見，進行分析判斷，辨清病屬何經。

審察的根據是依據經絡的循行部位，觀察病人的臨床表現，進而判斷病屬何經，如《靈樞》〈邪氣臟腑病形篇〉說「面熱者，足陽明病；魚絡血者，手陽明病，兩附之上，脈豎陷者，足陽明病，此胃脈也」，就是根據不同部位出現的異常表現，判斷病屬何經的，這種方法在床上應用很廣，如判斷頭痛、脇痛、少腹痛前陰病、漏肩風、腰疼、腿痛等，都是遵循這種方法。

對不同穴位出現陽性反應的審察，實際上也是根據這一原則，如《靈樞》〈九針十二原〉說「五臟之有疾也，應出於十二原。十二原各有所出，明知其原，睹其應，而知五臟之害也」，就是根據這一原則，審察病屬何經的典例。

三、經絡診察的三個關鍵

(一) 「先察後取」必須遵循的原則

《靈樞》〈刺節真邪篇〉說「用針者，必先察其經絡之虛實，切而循之，按而彈之，視其應動者，及後取之而下之」，就是說用針灸治病，必須首先認真、系統地對經絡進行檢查，視其反應出現於何經，然後才能確定病經，選用某經經穴進行治療，這才是真正的「循經取穴」，如《針灸聚英》記載治療喉痹的穴位有雲門、尺澤、經渠、少商、二間、三間、合谷、偏歷、復溜、曲池、天鼎、大迎、下巨虛、水突、氣舍、豐隆、通里、少澤、前谷、天容、湧泉、然谷、勞宮、關衝、翳風、瞳子膠、竅陰、完骨、足竅陰共二十九個，分佈在十條經脈上。醫者若不進行檢查，不知病屬何經，這些穴位如何取用呢？故醫者應以臨床病候為線索，以經脈異常為依據，才能比較準確地分析、判斷該病屬何經，使選經取穴具有客觀根據，如此方能真正理解喻嘉言所說的「不明臟腑經脈，開口動手便錯」的真正意義。

(二) 反應點與治療點的關係

國內有些學者認為疾病的反應點即是疾病的治療點，又有的學者認為兩者並不完全一致。我認為後者的認識是正確的，臨床實踐表明如治療風寒濕邪痺阻經絡的痺證，似乎反應點與治療點是一致的（以痛為輸），但也不完全一致，如腿股風，查其足太陽、少陽經出現壓痛反應，若病候出現慙脹疼，皮部絡脈充盈，這是寒凝血瘀證，應予足太陽、少陽井穴刺血，療效甚佳。這樣治療，兩者就不

完全一致了。又如治療臟腑病，查其太淵出現反應，若是虛證補太淵，兩者就是一致的，若是實證瀉尺澤，兩者就不一致了。因此說，經絡診察所出現的陽性反應，只能證明哪些經脈發生病變，病候屬何經，治療還要根據中醫理論進行選經配穴，否則母子穴補瀉，陰病治陽、陽病治陰，臟（陰）實瀉腑（陽）、臟虛補腑等行之有效的法則，就無法使用了。

（三）辨真偽

這是指對經絡診察出現的陽性結果「去偽存真」。經絡診察中所見的絡脈變化、動脈的盛衰，雖無客觀指標，但通過比較而得出的結果較真實，以假亂真的程度較小而對循按、按壓所得出的結果，確有辨真偽的必要。國內循按、按壓檢查法，目前分為四級，即一般壓痛（+），明顯壓痛（++），病人皺眉呼痛（+++），病人疼痛拒按（++++），但這四種陽性結果，全憑病人主觀感覺而定，尤其是一般壓痛（+）者，我認為更沒有意義。因為穴位是神氣出入遊行之所，與一般部位不同，尤其是合谷、手三里、太衝等穴，可以說按之人人都可以出現壓痛，故診察時，除要求指力均勻外，還應在健側做對照檢查，避免以假亂真。現在國內有些學者以溫度為指標，測試穴位溫度變化，這就比較客觀了。

四、結語

本文論述了經絡診察的實踐根據和理論根據，介紹了經絡診察的具體方法和內容，並指出：第一，先察後取是必須遵循的原則。第二，反應點並不完全是治

療點。第三，指出一般壓痛（+）者無臨床意義，並應注意比較病側與健側相應的敏感穴位，力求準確地獲取診察結果。

八、經絡學說中三個重要問題

經絡學說是中醫學理論體系的重要組成部分，它與陰陽五行、衛氣營血、臟腑之間有著不可分割的關係，所以說它重要，主要是因為經絡學說關係到人體機能的調節，這是一個需要繼續探索的重大理論問題。《靈樞》〈經脈篇〉記載的經脈循行路線，實質上是人體軀幹、四肢不同部位與人體不同臟器官互相聯繫的記錄，所以古人所說的「治病不明經絡臟腑，開口動手便錯」，確是一句不虛之言。下面就醫學界普遍關注的經絡學說中三個問題談談我的體驗。

一、經絡學說形成的標誌和年代

「經絡」是人體固有的。「經絡學說」是人類對經絡的認識（理論）。經絡的發現和經絡學說的形成，是通過針灸、氣功的實踐，主要依據人體的一種特殊生理現象，循經感傳路線，以及結合穴位（主要指肘膝以下穴位）的治療作用實現的。這一學說的形成經歷了漫長的年代，始則是感傳線階段（萌芽階段），現代馬王堆漢墓出土的《帛書》所載的《陰陽十一脈灸經》和《足臂十一脈灸經》，是歷史見證。以後到了《黃帝內經》成書年代，則是經絡學說形成階段。其形成的標誌是經絡和臟腑聯繫起來，構成一個完整的調整體系。這個體系的作用，可將體表刺激傳導到內臟，從而對內臟進行調整，同時內臟疾病也可通過這個體系反應到體表，在我國經絡學說形成的年代裡，國外尚無這種記載，因此說經絡學說起源於我們偉大的祖國，是我國古代醫學對於人類的一項偉大貢獻。

二、經絡的基本概念

依據實驗研究的觀察，結合對古典文獻記載的理解，我認為中醫所講經絡的基本概念有二：其一，經絡是人體的一種多性能的功能系統。其二，經絡是人體的一種特殊的調整功能系統。

(1) 多性能的功能系統

① 經絡是人體內臟與體表、臟與腑、臟腑與其他器官互相聯繫的通道。

② 經絡是人體運行氣血的通道。

③ 經絡是人體病邪傳入及傳出的通道，包括病邪由表入裡，由裡出表，以及心移熱於小腸，肝病影響脾胃，心火上炎導致口舌生瘡，腸胃蘊熱則齒齦腫痛等等，都是通過經絡這個通道傳注的。

④ 經絡是人體反映病候的通道。

⑤ 經絡是人體傳導針感的通道。

(2) 調整功能系統

《靈樞》〈本臟篇〉說「經脈者，所以行血氣而營陰陽：」，營陰陽即是指經絡系統調整陰陽的作用。《靈樞》〈經脈篇〉講「經脈者，所以決生死，處百病，調虛實，不可不通」。調虛實，也是指經絡系統特殊調整功能，臨床實踐表明，當人體陰陽失去平衡時，醫者運用針刺、艾灸的方法，即可激發經絡的調整

功能而產生治療作用。針灸的治療作用，就是在人體固有的經絡調整功能的基礎上實現的。

三、經絡與神經的區別和聯繫

古代文獻對經絡的描述，大概可分為兩個方面，一方面是從功能上講的，如上面所說的經絡是人體的一種多性能的功能系統，經絡是人體的一種特殊的調整功能系統。另一方面則是對經絡實質的描述，如《靈樞》〈經脈篇〉講「經脈十二者，伏行分肉之間，深而不見，其常見者，足太陰過於外踝之上，無所隱，故也：」，現在來看，即是指分佈在小腿內側的大隱靜脈。其他如「血絡」、「絡刺」等，講的就更明顯了。在古代文獻裡還有經絡是神經的描述，如《靈樞》〈經筋篇〉講「手太陽之筋：上循臂內廉，結於肘內銳骨之後，彈之應小指之上」，這明顯是指尺神經。又如《難經》講「督脈起於下極之俞，並於脊裡，上至風府入於腦」，這裡所講的是脊髓神經。

那麼，經絡是不是就是神經呢？通過實驗觀察以及古代文獻對經絡的全部記載，我認為經絡與神經有密切的關係，但不能說經絡就是神經。其主要區別特徵有以下幾點。

(1) 傳導路線與分佈不同

經絡和神經傳導路線不同，經絡在人體的分佈與神經分佈也不同，如足陽明胃經起於鼻，經過面、頸、胸、腹、腿，一直到足二趾，這條經脈又從鎖骨上窩

（缺盆）進入胸腔和腹腔，與脾和胃相聯繫，然後出腹腔與循行體表的經脈相合。當刺激厲兌時，循經感傳顯著者會有一種傳導性感覺，從刺激點開始，經過腿、腹、胸、頸到達面部。這種傳導路線貫穿著若干神經節段，顯然是與神經傳導路線和分佈不同的。

(2) 傳導方向不同

經絡與神經傳導方向不同。神經是單向傳導，而經絡則呈雙向傳導，如刺激經脈中段的穴位，感傳即從被刺激的穴位開始，同時向起始穴和終止穴方向行進，如果刺激經脈的起始穴，則感傳即向其終止穴的方向傳導，行經該經脈的一部分或通達其全程，反之亦然。

(3) 傳導速度不同

經絡與神經的傳導速度不同。神經的傳導速度是一百米／秒，而經絡的傳導速度卻相當緩慢，一般約一—十釐米／秒，但個體差異較大。同一體的感傳速度，雖大體上穩定，但在不同經脈，或者在同一經脈的不同部位，也常有所不同，例如針刺感傳通過關節或者某些腧穴的部位時，感傳的速度常常變慢，甚至暫時停頓。

(4) 穴位治療作用與神經分佈不同

這裡所說的不同，主要是指肘膝以下穴位治療作用與神經分佈（節段）不一致。如太淵、列缺、孔最等穴治咳嗽；內關、通里、郛門治心痛，心悸；足三里、

內庭治療消化不良、胃脘痛；陽陵泉治脅痛（膽結石、膽囊炎）；合谷治療喉痹（乳蛾）、牙痛；外關、支正治療耳鳴、耳聾；太谿、昆侖治療腰痛（腎結石）等等，均與穴位所在部位的神經分佈不同，即不可能通過這些部位的神經節段來治療上述相應的病症。

實驗證明，針刺肘膝以下穴位，待感傳循經到達相應的臟腑或五官時，可引起該器官機能活動的顯著變化，這些變化可用各項生理生化指標客觀描記出來，例如針刺足三里等穴位，當感傳上達腹部時，即出現腸鳴音的顯著改變，胃蠕動增強，胃電圖的波幅增大。針刺內關、中衝等穴位，當感傳上達胸部時，可使心臟收縮力增強，心輸出量和心臟指數顯著增加，射血前期與左心室射血時間的比值減小，左心功能明顯改善。針刺合谷等穴位，當感傳上達胸部時，哮喘患者的哮喘音隨即顯著減少，甚至消失等等。

(5) 可阻滯性不同

所謂可阻滯性，是指傳導性感覺可被某一種因素影響而停止前進，如在經脈循行線上加以一定的壓力三百—五百克（立方公分），循經感傳即可停止而神經的傳導卻不會停止。又如在身體上敷一個冰袋使經脈局部降溫，當冰袋下的組織溫度降到二一·一六度（ 14°C ·四）時，循經感傳即被阻斷而外周神經傳導要在一〇度左右才被阻斷，兩者相差一二度。

(6) 感傳阻滯後針灸效應不同

在循經感傳被阻滯而神經傳導並未阻滯的情況下，針灸效應可有明顯的改變，這又是經脈的特徵之一，也說明經絡並非就是神經，激發經絡經氣產生治療作用並不是通過神經傳導實現的。針刺時，如循經感傳受阻，針刺的各種作用均顯著降低，伴隨感傳而出現的肌電、局部血管擴張等反應，亦隨之顯著減弱，甚至消失。解除阻滯後，針灸效應又恢復，這些變化都可以客觀地記錄下來。

上述事實表明，經絡確有其與神經不同的特殊性。經絡的這些特性，說明在人體中確實存在著經絡系統。經絡的這些特性，目前用已知的知識尚難對它作出恰當的解釋。上述區別特徵並不是說經絡與神經沒有關係。

(7) 經絡與神經有密切聯繫

根據實驗和實踐證明，經絡與神經有著非常密切的關係。如我們激發合谷、列缺、外關、養老等穴治療口眼喎斜和面肌痙攣，經氣到達面部的（氣至病所）一六八六人次中，有面熱感者一四五二人次，占八六·一二%。這種熱感經過測量，針刺前與氣至病所相比 \sphericalangle 小於 \bigcirc · \bigcirc · \bigcirc · \bigcirc 一。有涼感者七 \bigcirc 人次，占四·一五%，出汗者三人次，占 \bigcirc ·一八%，流淚者二人次，占一·，，二五%，這些現象都是經氣到達面部引起植物神經功能發生變化的效果。上述針刺足三里，腸鳴音增強或減弱；針刺陽陵泉，膽汁分泌增加，膽囊收力增強；針刺內關，可使心率減慢或增快等等，也都是針刺以後引起內臟神經功能發生改變的結果，因此

經絡與神經是有區別的，但又有密切的關係。它們的這種關係（經絡與神經系統如何協同發生針刺效應）則是今後人們需要研究的重大課題。

四、結語

經絡學說是我國古代醫學家給人類遺留下來的寶貴財富，所以說它寶貴，則是指《靈樞》〈經脈篇〉記載的經脈循行，實質上是人體軀幹、四肢不同部位與人體內臟、五官等不同器官互相聯繫的記錄，如合谷治齒痛、痢疾；列缺治咳嗽、喘息；內關治心痛、心悸、胃脘痛；外關治耳聾；通里治胸悶氣短；後谿治落枕、腰背痛等等，這些對人體特殊部位與不同臟器的聯繫的認識，是非常可貴的。西方醫學界也有人注意到人體內臟有病能引起人體一定部位的皮膚過敏，這個現象是一八八九年海特氏首先發現的，所以這些過敏部位叫做海特氏帶。他認為，當內臟有病時，與這個內臟相當的脊髓所支配的皮膚區內，會出現感覺過敏，其中有些部位較為顯著，叫作「極點」。海特氏帶的這些極點，恰好與我國經絡系統中的俞穴和募穴的位置相當，比如背部的肺俞穴和胃俞穴，與海特氏帶的肺的極點和胃的極點相當，腹部的中脘穴、關元穴，以及中極、期門、京門等穴位，也與海特氏帶的胃、小腸、膀胱、肝、腎臟的極點相當，但是認識體表與內臟的關係，從時間上看，中醫學比西方醫學早一千多年；從內容上看，西方的海特氏只認識到人體軀幹部體表與內臟的關係，而中醫學不僅認識到軀幹部體表與內臟的關係，更重要的是認識到四肢體表與內臟的關係。因為被海特氏稱為極點的，可

以用脊髓神經節段進行解釋，可是四肢體表出現的敏感點，不是按照身體分節構造以體節出現的，直至目前還不能用《神經生理學》進行解釋，只能用經絡學說進行解釋，儘管經絡的實質目前還沒有研究清楚，但是人體四肢不同部位與人體不同內臟的關係是無法否認的，因此我認為經絡是客觀存在的，經絡這個千古之謎，一定會隨著自然科學的不斷發展而最終被人類認識的。

九、論《靈樞》〈經脈篇〉記載十二經脈的共性特點

《靈樞》〈經脈篇〉有關十二經脈的記載，對每一個經脈皆列有三部分內容，例如對肺經的記載，第一部分為「一起於中焦，下絡大腸，還循胃口，上膈屬肺，從肺系橫出腋下，下循臑內，從少陰心主之前，下肘中，循臂內，上骨下廉，入寸口，上魚，循魚際，出大指之端；其支者，從腕後直出次指內廉，出其端」，記載了肺經在體表和體內的循行徑路及其與內臟的聯屬關係。第二部分為「是動則病肺脹滿，膨膨而喘咳，缺盆中痛，甚則交兩手而瞀，此為臂厥。是主肺所生病者，咳，上氣喘喝，煩心胸滿，臑臂內前廉痛厥，掌中熱。氣盛有餘，則肩背痛風，汗出，小便數而欠。氣虛則肩背痛寒，少氣不足以息，溺色變」，記載了肺經發生異常所反映的病候以及肺經所屬穴位的主治病候。第三部分為「為此諸病，盛則瀉之，虛則補之，熱則疾之，寒則留之，陷下則灸之，不盛不虛，以經取之。盛者，寸口大三倍於人迎，虛者則寸口反小於人迎也」，記載了肺經病變的針灸治療原則和治療方法。各條經脈的這三部分內容，是有其共性特點需要詳加討論的，現分別論之於後。

一、經脈循行（第一部分）的共性特點

（一）經行循脈的實質

這是最重要的問題，在《經絡學說中三個重要問題》內已經詳述，在此不再重複。

(二) 經脈循行的交叉與交會

交叉、交會的名稱出於《內經》，如《靈樞》〈經脈篇〉記載的「大腸手陽明之脈交人中」，「肝足厥陰之脈與督脈會於巔」等。《內經》中所論的經脈循行的交叉與交會，特別是交點所在的穴位，後世不斷有所發現，如晉朝《針灸甲乙經》上記載有九十個會穴，到明朝《針灸大成》則記載有一百多個會穴。現將交會與交叉的定義以及形成的原因和臨床意義闡述如下。

(1) 交叉與交會的定義

所謂交叉，是指經脈在人體循行時，一經始於人體左側，終於人體右側，一經始於人體右側，終於人體左側，兩經循行到某一部位時形成「X」字形的交叉。如「大腸手陽明之脈：入下齒中，還出挾口，交人中，左之右，右之左，上挾鼻孔」。所謂交會，是指某經與另外一經或多經循行到人體一定部位時互相會合而形成「六」字形的，如任脈的中極、關元就是任脈、足三陰之會。

(2) 交叉與交會的區別

① 循行路徑不同：相交之後走向對側的叫「交叉」，相交之後走向同側的叫「交會」。

② 所涉及的經脈不同：形成交叉的經脈是本經左右相交或某經與它經相交，而交會只限於某經與它經交會，沒有本經與本經交會的。

③ 是否是穴位不同：形成交叉的部位，不一定是腧穴部位，而形成交會的部位，則皆有輸穴相應，這就是兩者的區別。

(3) 交叉、交會的形成及其實質

十二經脈在人體內的循行並不是平行一致的，而是相互交叉或交會的。這種現象的實質，表明各經主治功能的範圍不同，例如，「大腸手陽明之脈：下齒中，還出挾口，交人中，左之右，右之左」；「胃足陽明之脈：入上齒中，還出挾口環唇，下交承漿，卻循頤後下廉，出大迎，循頰車：」，這就表明陽明經肘膝以下的腧穴具有治療牙痛的作用，但手陽明以治下齒為主，上齒為次；足陽明以治上齒為主，下齒為次。相交之後，手陽明經轉移到對側，故在臨床治療牙痛時，以左病治右，右病取左為宜；而足陽明經交叉後，仍行於同側，故臨床仍以選同側穴治療牙痛為好。

(4) 交叉、交會的臨床意義

十二經脈循行交叉的客觀事實，為針灸臨床「以右治左，以左治右」奠定了理論依據，如《素問》〈陰陽應象大論〉記載「故善用針者，以右治左，以左治右」，《靈樞》〈官針篇〉記載的「巨刺」，《素問》〈繆刺論〉記載的「繆刺」，都是根據這一理論制定的。十二經脈循行交會的客觀事實，為臨床配穴指出了一條捷徑，如偏頭痛屬少陽經病，治療偏頭痛應以取少陽經穴為主，但足陽明與少陽會於頤厭懸厘懸顛；足太陽與少陽會於天衝、浮白、角孫、竅陰，所以在臨症

時對偏於顛部痛者，可以配陽明經穴，對偏於耳後痛者，則可以配太陽經穴位進行治療。

（三）經脈循行與臟腑器官的關係

人體的每一個臟腑器官，均非一經所及，而是多經所及。例如胃，不只是胃經循行到胃，脾、肝、肺、心、小腸經也都循行到胃。又如舌，也不單獨由心經所主，脾、腎、三焦、膀胱的經脈或經筋也均循行至此，其它臟腑器官亦均如此。為什麼經脈循行出現這種現象？其答案只有從生理病理以及經絡穴位的治療作用上來理解，因為事實就是如此，如胃脘痛，雖然病位在胃，但既有本腑自病，也有肝氣犯胃而病或因冠心病而引起的胃心痛，臨證選穴治療時就完全不同了。所以針灸辨證還須辨經。

通過上述事實說明，一經的循行路線，是經脈循行的縱的關係，但經脈循行還有橫的關係，所謂橫的關係，是指同各經之間或經與經之間的交叉、交會以及每一臟腑器官均由多數經脈所及，這是我們應該知道的。

二、經絡病候（第二部分）的共性特點

經絡病候是針灸理論的重要內容，與經絡循行共同組成經絡學說的理論核心。

（一）對「是動」、「所生」兩組病候的認識

對「是動」、「所生」兩組病候的理解，歷代注釋家有不同的看法。例如《難經》〈二十二難〉曰「經言脈有是動，有所生病，一脈輒變為二病者，何也？然經言是動者，氣也；所生病者，血也。邪在氣，氣為是動；邪在血，血為所生病」，又如張志聰在《黃帝內經靈樞集注》中說「病因於外為是動，病因於內為所生病」，總之，自《難經》至近代陳璧琉、鄭卓人注解的《靈樞經白話解》，無一家能夠準確地概括十二經脈病候的理論含義和臨床作用，所以歷代講授經絡病候者，只能人云亦云，莫衷一是。

近年來，王居易氏指出：是主所生病者所論述的病候，應該用「是主」二字來概括，余同意這種論點，特闡之於後。

(1) 對「是動」病候的認識

「是」為指示代詞，指某一經脈系統，如「肺手太陰之脈」。「動」為變動，異常之意。經文在「是動則病」之後，列舉了一些疾病和證候，表明經脈的異常與病候，在臨床上是相互聯繫、同時存在的，但是經脈異常與臨床病候的聯繫並不是簡單的、固定不變的，而是複雜的、不斷變化的。如脾足太陰之脈出現異常，既可能出現「舌本強」，也可能出現「胃院痛」，或出現「身體皆重」等病候，這是講任何一經的「是動」病，並不是在同一體同時出現的。

臨床上如何發現和確定經脈異常呢？這就要運用「經絡診察法」詳細推敲了。

(2) 「所生」與「是主」辨析

《靈樞》〈經脈篇〉在「是動」病候這段話之後有「是主所生病者：」一段，歷代注家用「所生」二字來概括本段病候的意義，即這些病候的發生原因。細考十二經脈的「所生」病候，主要有三類：一是經脈所連屬的本臟腑疾病，如五條陰經分別主治五臟所生的病候；六條陽經及心包經分別主治氣、血、津液、筋、骨、脈七個方面的病候。二是本經經脈循行部位的病候。三是本經脈可以調治的其它經或其它臟腑的病候。這些病候用「所生」二字是解釋不通的，例如足陽明胃經的「所生」病候，經文為「是主血所生病者，狂癡濕淫汗出，鼻衄，口喎唇胗，頸腫喉痹，大腹水腫，膝臏腫痛：」，從經文中可以看出，「血所生病者」只是足陽明胃經主治的一類病候，瘧、濕淫、汗出、口喎等，顯然不屬於「血所生病」的範圍，而是邪熱入裡、濕熱風寒客於陽明等引起的病候，但這些病候都與足陽明胃經的功能有關，都是足陽明胃經的主治範圍。

通過上述分析，「是主所生病」這段經文所描述的病候，應該用「是主」二字來概括，其含義是：本經脈（包括俞穴）主治的病候為：。在文字上與「是動」病候的經文構成排比寫法，更符合古代文章的體例，在理論上明確提出了本經脈的主治功能及範圍。

把經絡病候的內容區分為「是動」和「是主」兩部分，較好地揭示了經絡反映疾病和治療疾病的兩種作用，對多年來有關「是動」與「所生」之爭提出了一認識的途徑，對正確運用病候理論指導臨床治療也有一定意義。

(二) 六陽經及心包經「是主」辯析

《靈樞》〈經脈篇〉在經絡病候的論述中，對六陰經（除手厥陰外）皆言是主臟所生病，而對六陽經和手陰經則不言是主腑所生病，卻言是主氣血、津液、脈、筋、骨，其故何也？余認為中醫臟腑學說主要包括兩部分內容，一是臟腑器官的生理病理及其相互關係。二是精、氣、血、津液的生理病理及其與臟腑的關係。所以古人在論述五陰經時，重點突出是主五臟所生病，在論述六陽經及手厥陰經時就不講是主腑所生病，而重點突出是主氣血、津液（臟腑學說第二部分內容）以及五臟所屬的脈、筋、骨。

(1) 氣血

三焦具有主持諸氣、總司人體氣化的作用，為通行元氣的通路，所以三焦「是主氣所生病」。胃為水穀之海，脾胃為氣血生化之源，所以足陽明經「是主血所生病」。

(2) 津液

津液是人體各種正常水液的總稱，包括唾液、胃液、腸液、關節腔內的液體以及淚、涕、汗、尿等。津液來源於飲食水穀，但飲食入胃，需要小腸和大腸的

吸收，水分才能進入血液，然後經過脾、肺、三焦、腎等臟的功能，才能輸布全身，起著滋潤、濡養的作用，所以大腸「是主津所生病」，小腸「是主液所生病」。

(3) 脈

「心主血脈」。心包是心臟的外圍，有保護心臟之作用，所以手厥陰經「是主脈所生病」，這與「是主心所生病」是一致的。

(4) 「膽主骨所生病」和「膀胱主筋所生病」

這是最難理解的。因為臟象學說中講「腎主骨」、「肝主筋」，為何在病候中講「膽主骨所生病」和「膀胱主筋所生病」？通過反復思考以及結合臨床實踐，余認為臟象學說中講的「腎主骨」、「肝主筋」，是從生理方面講的。經絡病候講的「膽主骨所生病」、「膀胱主筋所生病」，是從治療方面講的。前者的「主」是主管的意思，後者的「主」是主治的意思。臨床實踐亦表明，膽和膀胱經所屬的穴位，用於治療筋骨不用之病最多，如半身不遂、小兒麻痺後遺症、腰腿痛等等，就是如此。

(三) 經脈循行與病候及腧穴主治的關係

諸經各有不同的循行通路（包括體內循行和體表循行），各經又有「是動」、「是主」兩組若干不同的病候（包括經病和臟腑病），人體的腧穴又各自聯屬在不同的經脈循行通路上，至於三者之間的關係，確是需要討論加以明確的。今以手陽明經為例，列表扼要說明如下（見下頁）：

通過下表分析可以看出：

(1) 經脈循行部位與病候的發病部位及本經所屬俞穴的主治作用，呈現著三位一體的關係。

(2) 經脈所屬病候，包括本經所屬的臟腑病和經絡病，其病候分類是根據經絡學說分類的，其基礎是建立在本經俞穴主治作用上的，與現代醫學的疾病分類法截然不同。

手陽明經循行與病候及腧穴主治的關係表

循行通路	病候	發病部位	本經腧穴主治
起於手大指 次指之端	大指、次指 不用	大指、次指	曲池、合谷：主治大指、次指 不用
上臑外前 廉上肩	肩前臑痛	肩臑	合谷、肩髃、臂臑：主治肩前 臑痛
屬大腸	是主津所生病	大腸	合谷：主治便秘腹瀉
上頸	頸腫	頸	商陽、合谷：主治頸腫
入下齒中	齒痛	牙齒	合谷、陽谿：主治牙痛
上挾鼻孔	鼻衄	鼻	合谷、迎香：主治鼻衄
上循喉嚨	喉痹 口乾	喉、口腔	商陽、合谷：主治喉痹、口乾

三、治療法則和治療方法

（第三部分）的共性特點

《靈樞》〈經脈篇〉在這部分經文中有如下記載「盛則瀉之，虛則補之」，這兩句是講針灸治病的基本大法，即瀉實、補虛。「熱則疾之，寒則留之，陷下則灸之」，這三句是講針灸治療熱證和寒證的治療方法，熱則氣血運行通暢，針刺得氣快，所以治療熱證時留針時間可以短些，因為「寒性凝滯」，氣血運行不暢，針刺得氣慢，所以治療寒證應該採用久留針的方法以候氣；「陷下則灸之」，在《靈樞》〈禁服篇〉講「陷下則徒灸之，陷下者，脈血結於中，中有著血，血寒，故宜灸之」，因此在這裡不能理解為氣陷證用灸法，而應理解為血寒證用灸法以溫通。

最難理解的是「不盛不虛，以經取之」，因為「邪之所湊，其氣必虛」，是中醫病理學的著名論斷。一般地講，盛，是指邪氣盛；虛，是指正氣虛，既然邪氣不盛，正氣不虛，為何還需要治療呢？這就要對「不盛不虛」的概念重新理解，在此所講的盛、虛不是指「邪正」的關係，而是指諸經所反映的病候，所謂「不盛不虛」不是「相乘」、「相侮」以及母病及子所致，而是本經自病，所以應「以經取之」，即取本經穴位治療。

這部分經文的最後兩句，一般是以人迎和寸口脈的盛衰來辨別病的虛實，這很容易理解的，在此不再贅述。

十、辨經須知

辨經，是指辨別病屬何經。辨經是「循經取穴」的基礎，如果醫者只知「肚腹三里留，腰背委中求，頭項尋列缺，面口合谷收」，雖似「循經取穴」，實際上肚腹病不見得病經都在胃經，成為對症取穴，使循經取穴徒然流於形式，因此欲想作到真正循經取穴，必須掌握諸經循行部位、諸經病候、經絡診察法以及中醫基本理論，才能通過症狀檢查和經絡診察依據中醫理論，辨清病經，取穴施治。

一、諸經循行部位

經絡循行部位是辨經的依據，但人體五臟、六腑、五官七竅等的經絡循行，雖有主次之分，但一般是多經共同循行的關係，今為了便於臨床應用，將《靈樞》、《難經》、《奇經八脈考》等書對臟腑器官經絡循行的記載，按臟腑器官分別歸類論述於後。

(一) 肺經

手太陰「屬肺」①。手陽明「絡肺」①。手少陰「卻上肺」①。足少陰「入肺中」①。足厥陰「上注肺」①。

手陽明之正（即經別，下同）「屬肺」②。

肺的主要功能：肺主氣，司呼吸，主宣發，外合皮毛，主肅降，通調水道，開竅於鼻。

手太陰之脈「起於中焦」①，中焦即脾胃，因此循行於肺的經脈還應考慮將脾胃兩經包括進去。

(二) 心經

手少陰「起於心中，出屬心係」①。手太陽「絡心」①。足太陰「注心中」①，足少陰「從肺出絡心」①。

足少陽之正「貫心」②。足陽明之正「上通於心」②。足太陽之正「循膂當心而散」②。

手少陰之別（即絡脈，下同）「循經入心中」①。

督脈「上貫心」③。

心的主要功能：心主血脈，其華在面，心主藏神，開竅於舌。

(三) 肝經

足厥陰「屬肝」①。足少陽「絡肝」①。足少陰「上貫肝膈」①。

足少陽之正「上肝」②

肝的主要功能：肝主疏泄（包括情志、消化兩方面）。肝藏血，肝主筋，其華在爪，開竅於目。

(四) 腎經

足少陰「屬腎」①。足太陽「絡腎」①。

足少陰之正「上至腎」②。足太陽之正「散之腎」②。督脈「絡腎」③。腎的主要功能：腎藏精，主生長發育與生殖功能，腎主水，腎主納氣，腎主骨，生髓，其華在髮，腎開竅於耳及二陰。

（五）脾經

足太陰「屬脾」①。足陽明「絡脾」①。

足陽明之正「散之脾」②。

脾的主要功能：脾主運化、升清、主統血。主肌肉，四肢。開竅於口，其華在唇。

（六）心包絡

手厥陰「屬心包絡」①。手少陽「散絡心包」①。

足少陰之別「上走心包下」。

心包有保護心臟的作用。

（七）大腸經

手陽明「屬大腸」①。手太陰「下絡大腸」①。

足太陰之別「上行網絡於腸胃」①。

大腸上接小腸，下接直腸，為傳送糟粕的通道，並吸收食物殘渣的水分而將之濃縮成糞塊。

(八) 胃經

足陽明「屬胃」①。足太陰「絡胃」①。手太陽「抵胃」①。足厥陰「挾胃」①。手太陽「還循胃口」①。

足陽明之正「屬胃」②

手太陰之筋「散貫賁」④。手厥陰之筋「結於賁」④。手少陰之筋「循賁」

④。

胃上接食道，下通小腸，其主要功能：胃主受納，腐熟水穀。

(九) 小腸經

手太陽「小腸」①。手少陰「絡小腸」①。

手太陽之正「系小腸」②。

足太陰之別「入絡腸胃」①。

小腸上接胃，下接大腸。其主要作用是接受胃內容物，化分清濁，水歸膀胱，食物糟粕輸入大腸。

(十) 膀胱經

足太陽「屬膀胱」①。足少陰「絡膀胱」①。

足太陽之正「屬於膀胱」②。

膀胱的主要作用是貯存尿液和排泄小便。

(十一) 三焦經

手少陽「屬三焦」①。手厥陰「絡三焦」①。手太陰「起於中焦」①。三焦有主持諸氣、總司人體氣化的作用，為元氣和水穀運行的道路。

(十二) 膽經

足少陽「屬膽」①。足厥陰「絡膽」①。

膽附於肝，內藏膽汁，注入腸中以助消化。膽主決斷，人的勇、怯與膽有關。

(十三) 腦

足太陽「入絡腦」①。督脈「入於腦」①。

腦為奇恒之府，為髓之海，它的主要功能與肢體運動、耳目聰明以及一切精神活動有關。

(十四) 頭

足陽明「循髮際，至額顛」①。足太陽「上額交巔」①。足少陽「上抵頭角」①。足厥陰「上出額，與督脈會於巔」①。

手少陽之正「別於巔」②。

督脈「上額交巔」②。

足陽明之別「上絡頭項」①。督脈之別「散頭上」①。

足太陽之筋「上頭」④。足少陽之筋「上額角，交巔上」④。手太陽之筋「上額，結於角」④。手少陽之筋「上乘領，結於角」④。手陽明之筋「上左角，絡頭」④。

分而言之：

頭頂（巔）：膀胱、肝、督、三焦、膽。

額角：胃、膽、小腸、三焦、大腸、膀胱、肝、督。

後頭：膀胱、督、胃。

側頭：膽、三焦、小腸。

全頭：大腸、督、胃。

頭為諸陽之會，凡五臟精華之血、六腑清陽之氣，皆上會於此。行於頭頂以肝為主，行於額（前頭）以胃為主，行於後頭以膀胱為主，行於側頭以膽為主，行於全頭以大腸為主。

（十五）面（顴、頰、頤、額、頰、頤）

足陽明「下循鼻外：下交承漿，卻循頤後下廉，出大迎，循頰車，上耳前，過客主人」①。足少陽「其支者別銳眚，下大迎，合於手少陽，抵於頤，下加頰車」①。手少陽「上頰：其支者別頰上頤出，抵鼻，至目內眚，斜絡於顴」①。

手少陽「出耳上角，以屈下頰至頤，其支者：過客主人，前交頰」①。足厥陰「下頰裡」①。手陽明「貫頰」①。足太陽「起於目內眥，上額」①。

足少陽之正「散於面」。手少陰之正「出於面」②。

任脈「上頤循面入目」③。督脈「上頤」③。

足太陽之筋「下結於頰」④。足少陽之筋「上結於頰」④。足陽明之筋「合於頰」。④手陽明之筋「上頰結於頰」④。手太陽之筋「下結於頰：上曲牙：上額」④。手少陽之筋「上曲牙」④。

心主血脈，其華在面。陽明之脈榮於面。經絡循行於面部的有手足三陽經和肝經、膽經、心經之絡脈、奇經的任脈、手足三陽經之經筋，故有「諸陽之會，皆在於面」的說法。

（十六）頸項

足陽明「下人迎，循喉嚨」①。手陽明「上頸」①。手少陰「上項」①。足少陽「循頸，行手少陽之前：下頸，合缺盆」①。手太陽「循頸上頰」①。足太陽「還出，別下項」①。

督脈「還出，別下項」③。

頸項的經絡：頸前為手足陽明；項部以督脈、足太陽為主；兩側以少陽經為主。

(十七) 肩

手太陽「上循臑外後廉，出肩解，繞肩，交肩上」①。手陽明「上臑外前廉，上肩，出髃骨之前廉，上出於柱骨之會上」①。足少陽「從臑內左右，別下貫胛」①。足少陽「循頸，行手少陽之前，至肩上，卻交出手少陽之後」①。

陽蹻「沿肋後上肩部，經手太陽臑俞，手陽明經肩髃、巨骨」⑥。陽維「過肩前，與手少陽會於臑會、天膠，卻會手足少陽、足陽明於肩中，入肩後」⑥。

手太陽之正「別於肩解」②。手陽明之正「別於肩髃，入柱骨」②。

手太陽之別「絡肩髃」①。手陽明之別「乘肩髃」①。

手太陽之筋「其支者：上繞肩胛」④。手少陽之筋「上肩走頸」④。手陽明

之筋「：繞肩胛」④。手太陰之筋「結肩前髃」④。足太陽之筋「：結於肩髃」④。

循行於肩的經脈有手三陽、足太陽、足少陽。奇經有陽蹻、陽維。經別有手太陽、手陽明。絡脈有手太陽、手陽明。經筋有手三陽、足太陽、足太陰。其中陽明行於前，太陽行於後，少陽行於中。手太陰之筋，結前肩髃。陽蹻會於手太陽、陽明。陽維會於手少陽、陽明、太陽、足少陽，故有「肩為手足三陽經交會之所，亦為肺之分域」的說法，所以《靈樞》〈周痺篇〉說「故刺痺者，必先切循其下之六經，視其虛實，及下絡之血，結而不通，及虛而脈陷空者而調之：」。

（十八）胸

足少陰「注胸中」①。手厥陰「起於胸中」①。足少陽「以下胸中」①。足陽明「從缺盆下乳內廉」①。

衝脈「至胸中而散」③。陰蹻「上循胸裡」⑦，陰維「循脅肋，會足厥陰於期門，上胸膈，挾咽」⑧。

手厥陰之正「別下淵腋三寸，入胸中」②。足少陽之正「循胸裡」②。手少陽之正「散於胸中」②。手陽明之正「循膺胸」②。

手少陰之別「注胸中」①。足太陰之別「布胸脅」①。足太陰之筋「散於胸中」④。手太陰之筋「下結胸裡」④。手厥陰之筋「散胸中」④。手少陽之筋「結於胸中」④。

胸乃心肺之境域，與太陰、少陰、厥陰、衝脈有關。

（十九）脅肋

足厥陰「布脅肋」①。足少陽「循脅裡」①。手厥陰「循胸出脅」①。

帶脈「起於季脅」⑤。陽維「循脅肋」⑧。

足少陽之正「入季脅間」②。

足太陰之大絡「布胸脅」①。

足少陽之筋「上乘眇，季脅」④。足陽明之筋「結於肋」④。足太陰之筋「結於肋」④。手厥陰之筋「下散前後挾脅」④。手太陰之筋「下抵季脇」④。雖然上述諸經均行於脅肋，但主要以肝膽經為主。《靈樞》〈五邪篇〉說「邪在肝則兩脅中痛」。《素問》〈臟器法時論〉說「肝病者，兩脅下痛引少腹，令人善怒」。

(二十) 乳

足陽明「下乳內廉」①。

手陽明之正「從手循膺乳」②。

足少陽之筋「系於膺乳」④。手少陰之筋「挾乳裡」④。

乳房屬胃，乳頭屬肝，因此乳部疾患多與肝、胃兩經有關。

(二十一)

足太陽「抵腰中」①。

督脈「挾脊抵腰中」③。帶脈「回身一周」⑤。

足少陰之別「貫腰脊」①。

腰為腎之府，與督脈、少陰、太陽有關。

(二十二) 脊背

足太陽「循肩膊內，從膊內左右，別下貫胛」①。足少陰「貫脊屬腎」①。

督脈「循肩膊內挾脊」③，「並於脊裡，上至風府」⑤。

足陽明之筋「上循脅屬脊」④。足太陰之筋「內者著於脊」④。足少陰之筋「循脊內」④。手陽明之筋「支者挾脊」④。

（二十三）腋

手太陰「橫出腋下」①。手少陰「下出腋下」①。手厥陰「上抵腋下」①。足少陽「直者，從缺盆下腋」①。

手太陽之正「入腋」②。

足太陽之筋「從腋後外廉，入腋下」④。足少陽之筋「其直者，上走腋前廉」④。手太陽之筋「入結於腋下」④。

（二十四）上肢

試以兩臂伸直，貼身下垂，手掌伸直，大指居前、小指居後的體位。

前廉屬手陽明，後廉屬手太陽，中間屬手少陽。內前廉屬手太陰，內後廉屬手少陰，中間屬手厥陰。

（二十五）下肢

足陽明行於下肢前外側，足太陽行於下肢後側，足少陽行於下肢外側。

足太陰「起於大趾之端，循趾內側赤白肉際，過核骨後，上內踝前廉，循脛骨後，交出厥陰之前，上膝股內前廉，入腹」①。足少陰「起於小趾之下，斜趨

足心，出於然谷之下，循內踝之後，別入跟中，以上膈內，出膈外廉，上股內後廉①。足厥陰「起於大趾毛際之際，上循足跗上廉，去內踝一寸，上踝八寸，交出太陰之後，上臑內廉，循陰股，入毛中」①。

（二十六）耳

手少陽「：系耳後，直上出耳上角：其支者，從耳後入耳中，出走耳前」①。手太陽「卻入耳中」①。足少陽「：其支者，從耳後入耳中，出走耳前」①。足陽明「循頰車，上耳前」①。足太陽「其支者，從巔至耳上角」①。

手陽明之別「入耳合於宗脈」①。

手厥陰之正「出耳後，合少陽完骨之下」②。

足少陽之筋「：出太陽之前，循耳後」④。足陽明之筋「其支者，從頰結於耳前」④。手太陽之筋「結於耳後完骨：其支者，入耳中，直者出耳上」④。

其他：十二經脈三百六十五絡，其別氣走於耳而為聽。足少陽之標，在窗籠者，耳也。耳為宗脈之所聚。

（二十七）目

足太陽「起於目內眦」①。足少陽「起於目銳眦」①，「其支者，：至目銳眦後」①。手太陽「至目銳眦」①，「其支者，至目內眦」①。手少陽「交頰至銳眦」。足厥陰「連目系」①。手少陰「繫目系」①。

足少陽之正「繫目系」②。足陽明之正「還繫目系」②。手太陽之正「合目內眥」②。

手少陰之別「屬目系」①。

任脈「循面入目」③。督脈「與太陽起於目內眥」③，「上係兩目之下中央」③。陽蹻「屬目內眥」③。陽蹻「至目內眥而上行」⑧。

足太陽之筋「其支者，為目上綱」④。足少陽之筋「支者，結於目外眥，為外維」④。足陽明之筋「上合於太陽，太陽為目上綱，陽明為目下綱」④。

其他：諸脈者皆屬於目。五臟六腑目為之候。五臟六腑之津液，盡上注於目。目者，宗脈之所聚也。太陽結於命門，命門者，目也。目為五臟六腑之精華所聚，肝開竅於目，神注於目。內眼與心肝腎有關，外眼（眼瞼）與太陽、陽明、少陽有關。

（二十八）鼻

手陽明「上挾鼻孔」①。足陽明「起於鼻交頰中：下循鼻外」①。手太陽「抵鼻」①。足期「上人頰額」①。

督脈「上巔循額至鼻柱」⑥。

足陽明之筋「下結於鼻」④。足太陽之筋「結於鼻」④。鼻為呼吸之門戶，肺開竅於鼻，手足陽明交於鼻旁。足厥陰行於後鼻孔。

(二十九) 咽喉

手少陰「上挾咽」①。手太陽「循咽」①。足陽明「循喉嚨」①。足少陽「循喉嚨」①。足太陰「挾咽」①。足厥陰「循喉嚨之後」①。手太陰「從肺系」①。手太陰之正「循喉嚨」②。手少陰之正「上走喉嚨」①。手厥陰之正「出循喉嚨」②。手陽明之正「上循喉嚨」②。足陽明之正「上循咽」②。足少陽之正「以上挾咽」②。

任脈「至咽喉」⑤。督脈「入喉」③。衝脈「會於咽喉」⑨。

咽喉為氣體、水穀之門戶，以手太陰、足陽明為主，少陰、任脈亦有所聯屬。

(三十) 舌

足太陰「連舌本，散舌下」①。足少陰「挾舌本」①。足少陰之正「系舌本」②。足太陰「貫舌中」②。

手少陰之別「系舌本」①

手少陽之筋「入系舌本」④。足太陽之筋「別入結於舌本」④。

舌體屬胃脾，舌根屬腎，舌兩側屬肝膽。心開竅於舌，舌與少陰、太陰、陽明關係密切。

(三十一) 口唇

手陽明「還出挾口」①。足陽明「還出挾口環唇」①。足厥陰「還唇內」①。

足陽明之正「出於口」②。
足陽明之筋「上挾口」④。
督脈「上頤環唇」⑨。衝脈「別而絡唇口」⑨。
口唇與太陰、陽明有關係。脾開竅於口，其華在唇。口唇又是督脈與任脈相交會處。

（三十二）牙齒

手陽明「入下齒中」①。足陽明「入上齒中」①。

手陽明之別「偏齒」①。

牙與陽明關係密切，但牙根骨（齒槽）又與腎有關。

（三十三）前陰（男性陰莖、睪丸。女性陰戶）

足厥陰「環陰器」①。

督脈「其絡循陰器」③。衝脈「與陽明合於宗筋」。蹻脈（陰）「入陰」⑦。

足厥陰之別「上挾，結於陰莖」①。

足陽明之筋「聚於陰器」④。足太陰之筋「聚於陰器」④。足少陰之筋「結於陰器」④。足厥陰之筋「結於陰器」④。前陰主要以足厥陰與足陽明為主，亦是衝脈、任脈、督脈的起始處。

（三十四）肛門

足太陽之正「下尻五寸，別入於肛」①。

督脈「起於下極之俞」⑤。

肛門為督脈之起始，直腸之末端，消化管之出口。

二、經絡病候

經絡病候是針灸理論的重要內容，與經絡循行共同組成經絡學說的理論核心，同時也是掌握「辨經」的基礎內容。十二經脈每經所屬病候，皆分為兩部分。一是動則病：。二是主所生病：。「是動」是言該經若發生異常變動，則可以出現某些病候。「是主」是講該經所屬穴位具有主治某些病候的治療作用，因此是動病是辨經依據，是主所生病是臨床治療應該掌握的內容，今將諸經病候錄之於後。

（一）肺經

「是動則病肺脹滿，膨膨而喘咳，缺盆中痛，甚則交兩手而瞀，此為臂厥。是主肺所生病者，咳、上氣、喘、渴、煩心、胸滿，臑臂內前廉痛厥，掌中熱。氣盛有餘則肩背痛風，汗出，小便數而欠。氣虛則肩臂痛寒，少氣不足以息，溺色變」①。

咳嗽、喘息是肺的疾患，但有「本經自病」和他經導致肺發生病變的區別，如脾胃虛弱導致肺氣虛的，叫作「土不生金」。脾失健運、聚濕成痰、上漬於肺，

則可病濕痰咳嗽。肝膽之火上炎而致肺熱咳嗽的，稱為「木火刑金」。腎陰不足，每易使虛火上炎，肺受熏灼，造成「火灼金傷」之虛損，又如腎氣不足，影響肺的吸氣功能，而病上氣（喘）的稱為「腎不納氣」。由於心火熏灼也能呈現肺熱證。至於肺與大腸相表裡，若肺失肅降，則往往導致大便不通，瀉大腸則能清肺熱等，都是肺受他經影響而發生的病症，臨床應結合具體形證、經絡診察等加以辨認。

（二）大腸經

「是動則病齒痛頸腫。是主津液所生病者，目黃，口乾，鼻衄，喉痺，肩前臄痛，大指次指痛不用。氣有餘則當脈所過者熱腫，虛則寒慄不復」①。

齒痛、頸腫是大腸經病候，同樣有「本經自病」和他經導致的大腸經病變之區分。齒痛在《針灸治則》論及，不予重複。頸腫，如胃內鬱熱，痰火積聚，必見消穀善饑（甲狀腺機能亢進），這是足陽明影響手陽明發生的病變。其他頸腫（甲狀腺炎、單純性甲狀腺腫、甲狀腺瘤、頸淋巴結核等）多與肝鬱氣滯、情志鬱結有關。

（三）胃經

「是動則病灑灑振寒，善呻數欠，顏黑，病至則惡人與火，聞木聲則惕然而驚，心欲動，獨閉戶塞牖而處，甚則欲上高而歌，棄衣而走，賁響腹脹，是為肝厥。是主血所生病者，狂、瘧、濕淫、汗出，鼻衄，口喎、唇胗，頸腫，喉痺，

大腹水腫，膝臏腫痛，循陰乳氣街，股伏兔胛外廉，足跗上皆痛，中指不用。氣盛則身以前皆熱，其有餘於胃，則消穀善饑，溺色黃。氣不足則身以前皆寒慄，胃中寒則脹滿」①。

灑灑振寒者，高熱寒戰也。善呻數欠者，陰氣鬱而欲呻之也。顏黑，陽明熱盛，氣血壅滯也。病至則惡人與火，至棄衣而走，狂證也。賁響腹脹，胃腸鳴腹脹也。胛厥，氣血滯阻也。

(四) 脾經

「是動則病舌本強，食則嘔，胃脘痛，腹脹善噫，得後與氣則快然如衰，身體皆重。是主脾所生病者，舌本痛，體不能動搖，食不下，煩心，心下急痛，溏瘕泄，水閉，黃疸，不能臥，強立，股膝內腫厥，足大指不用」①。

(五) 心經

「是動則病咽乾，心痛，渴而欲飲，是為臂厥。是主心所生病者，目黃，脅痛，臑臂內後廉痛厥，掌中熱痛」①。

(六) 小腸經

「是動則病嗌痛，頷腫，不可以顧，肩似拔，臑似折。是主液所生病者，耳聾，目黃，頰腫，頸頷肩臑肘臂外後廉痛」①。

(七) 膀胱經

「是動則病衝頭痛，目似脫，項似拔，脊痛，腰似折，髀不可以曲，臑如結，臑如裂，是為踝厥。是主筋所生病者，痔、瘡、狂、癩疾，頭凶項痛，目黃，淚出，鼻衄，項背腰尻臑臑腳皆痛，小趾不用」①。

（八）腎經

「是動則病饑不欲食，面如漆柴，咳唾則有血，喝喝而喘，坐而欲起，目眈眈如無所見，心如懸，若饑狀，氣不足則善恐，心惕惕如人將捕之，是為骨厥。是主腎所生病者，口熱，舌乾，咽腫，上氣，噤乾及痛，煩心，心痛，黃疸，腸澀，脊股內後廉痛，痿厥，嗜臥，足下熱而痛」①。

（九）心包經

「是動則病手心熱，臂肘攣急，腋腫，甚則胸脅支滿，心中憺憺大動，面赤，目黃，喜笑不休。是主脈所生病者，煩心，心痛，掌中熱」①。

（十）三焦經

「是動則病耳聾，渾渾焯焯，噤腫，喉痹，是主氣所生病者，汗出，目銳皆痛，頰腫，耳前肩臑肘臂外皆痛，小指次指不用」①。

（十一）膽經

「是動則病口苦，善太息，心脅痛，不能轉側，甚則面微有塵，體無膏澤，足外反熱，是為陽厥。是主骨所生病者，頭痛，頰痛，目銳皆痛，缺盆中腫痛，

脅下痛，馬刀俠癭，汗出振寒，瘧，胸脅肋髀膝外，至脛絕骨外踝前及諸節皆痛，小指次指不用」①。

（十二）肝經

「是動則病腰痛不可以俯仰，丈夫癩疝，婦人少腹腫，甚則嗑乾，面塵脫色。是主肝所生病者，胸滿，嘔逆，飧泄，狐疝，遺溺閉癰」。

（十三）督脈

「督之為病，脊強而厥」②。

（十四）任脈

「任之為病，其內若結，男子七疝，女子瘕聚」②。

（十五）衝脈

「衝之為病，逆氣而裡急」②。

（十六）帶脈

「帶之為病，腹滿，腰溶溶如坐水中」②。

（十七）陰維

「陰維為病，苦心痛」②。

（十八）陽維

「陽維為病，苦寒熱」②。

(十九) 陰蹻脈

「陰蹻為病，陽緩而陰急」②。

(二十) 陽蹻脈

「陽蹻為病，陰緩而陽急」②。

三、結語

上述病候涉及病證甚廣，不能一一論及，但在臨症時，大凡經絡病，如漏肩風、腰痛、腿痛、頭痛、癩癧等，通過經絡診察，應從經絡上辨。對於臟腑病以及臟腑所屬五官七竅病，通過經絡診察，應從病上辨，此其要也。如「鼻塞」(慢性鼻炎)，肺開竅於鼻；手陽明止於鼻；足陽明起於鼻；督脈上巔循額至鼻柱；足厥陰上入頰頰(後鼻孔)；足太陽起於目內眥，近頷鼻旁，故臨症治療鼻塞，雖以肺為主，實則涉及多經。鼻塞是鼻塞的主症，若鼻流清涕或水樣涕，遇冷則甚，此係肺寒證，查其肺俞(足太陽)壓痛，灸之以溫肺，若經常感冒，肺衛之氣不固，治宜灸大椎(督)，以溫補衛氣，若鼻流黃濁涕，口乾，查其合谷(手陽明)、內庭(足陽明)壓痛，針之以清肺胃之熱，若鼻孔乾、乾痛，或涕帶血絲，或呼吸氣熱，此係陽明熱盛，查其上星、凶會、前頂、百會(督脈)壓痛，刺之出血，以泄諸陽之熱，若涕倒流，病及肝膽，查其太衝(足厥陰)、風池(足少陽)壓痛，針之以清泄肝膽濕熱。此言不盡，略舉其要。

參考文獻

- ① 《靈樞》〈經脈〉
- ② 《靈樞》〈經別〉
- ③ 《素問》〈骨空論〉
- ④ 《靈樞》〈經筋〉
- ⑤ 《難經》〈二十八難〉
- ⑥ 《經絡學》天津中醫學院編著
- ⑦ 《靈樞》〈脈度〉
- ⑧ 《奇經八脈考》
- ⑨ 《靈樞》〈五音五味篇〉
- ⑩ 《素問》〈痿論〉

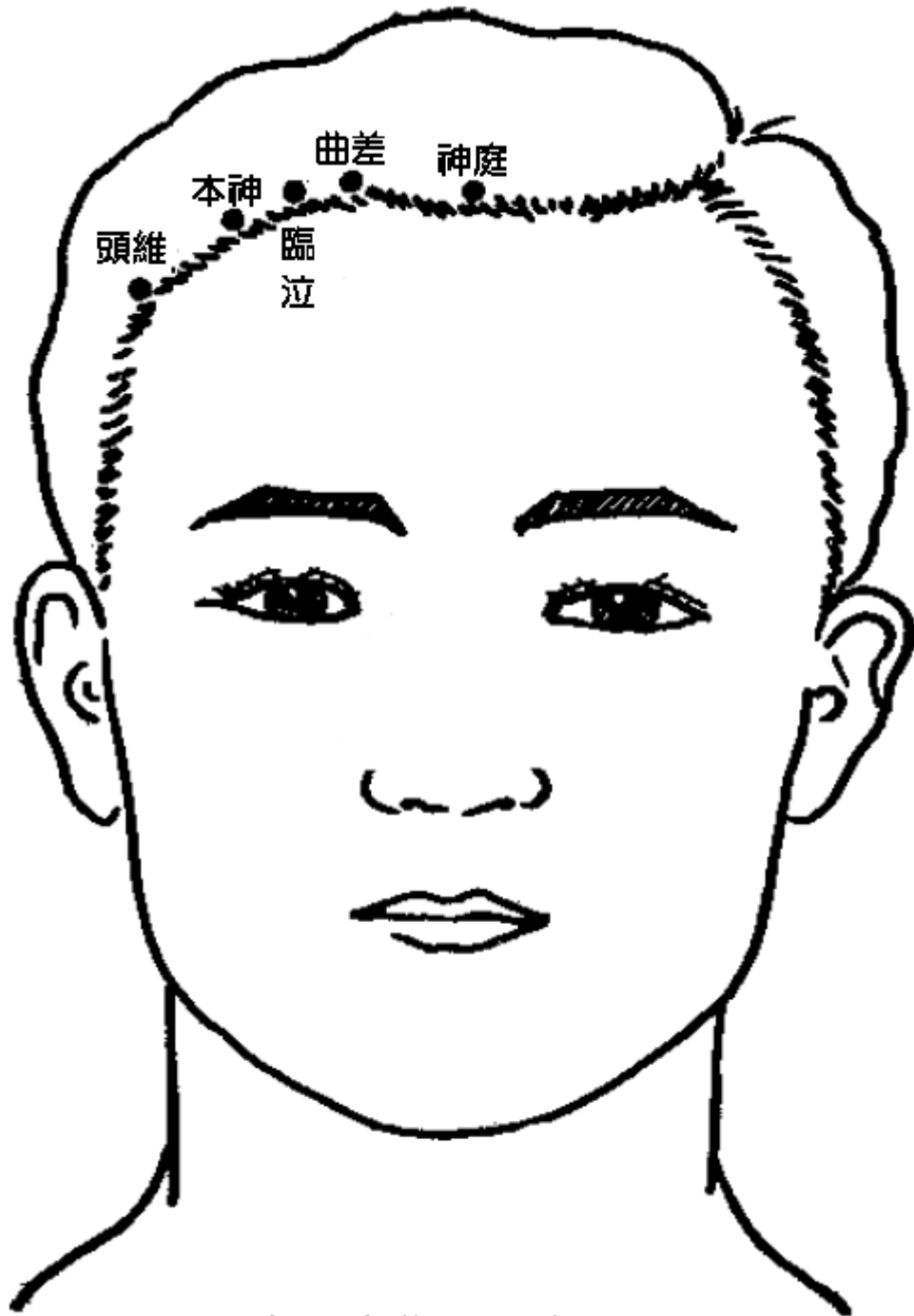
十一、十四經脈循行的體表測量法

十四經脈在人體的循行有各自的具體路徑，如何在體表準確測量其循行路徑，是針灸工作者必須掌握的基本技能。今將十四經脈循行的體表測量法，按人體部位分部介紹於下。

一、頭部

(一) 前頭部

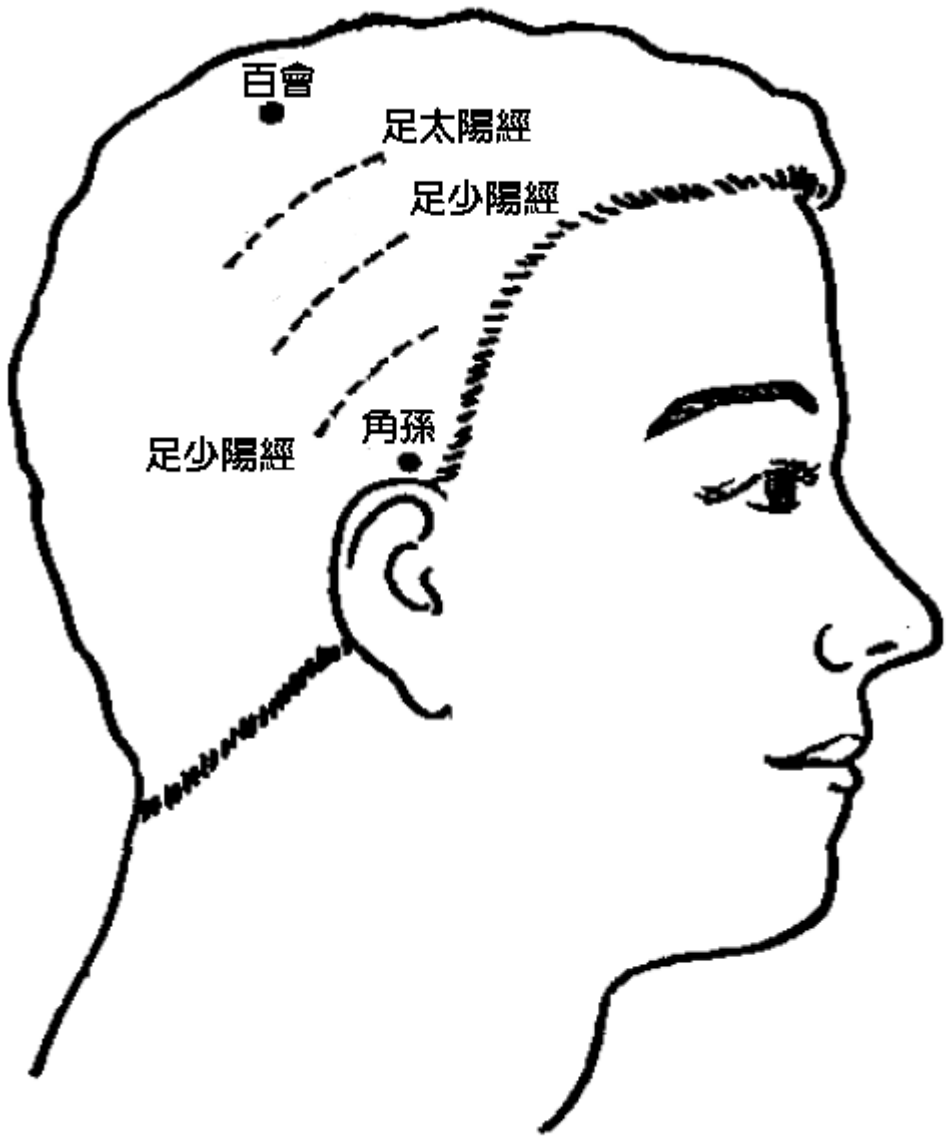
在前頭部循行的有督脈、足太陽、足少陽、足陽明四經。測量時，首先定督脈之神庭穴。神庭位於前髮際正中直上五分，其次定足陽明之頭維穴，頭維位於額部鬢角斜上五分，然後再把頭維與神庭之間折成三等分（每一等分為一寸半，為同身寸，下同），其內三分之一的折量點是曲差穴，是足太陽經循行線；外三分之一的折量點是本神穴，是足少陽在前頭循行的第一行經線；最後在曲差與本神之間定臨泣穴（頭），是足少陽在前頭循行的第二行經線（圖一）。



(圖一) 前頭部腧穴及測量

(二) 頭頂部

在頭頂循行的有督脈、足太陽、足少陽、手少陽四經。測量時首先測量督脈（督脈位於頭頂正中線）百會穴，百會位於神庭與枕後粗隆之間，頂中央旋毛中的凹陷處，其次定手少陽角孫穴，角孫位於耳尖直上髮際處，然後把督脈百會穴與手少陽角孫穴之間折成四等分（每等分為一寸半），其上四分之一的折量點（無穴）是足太陽與足少陽第一行經線之間（無穴），定足少陽第二行經線（圖二一）。

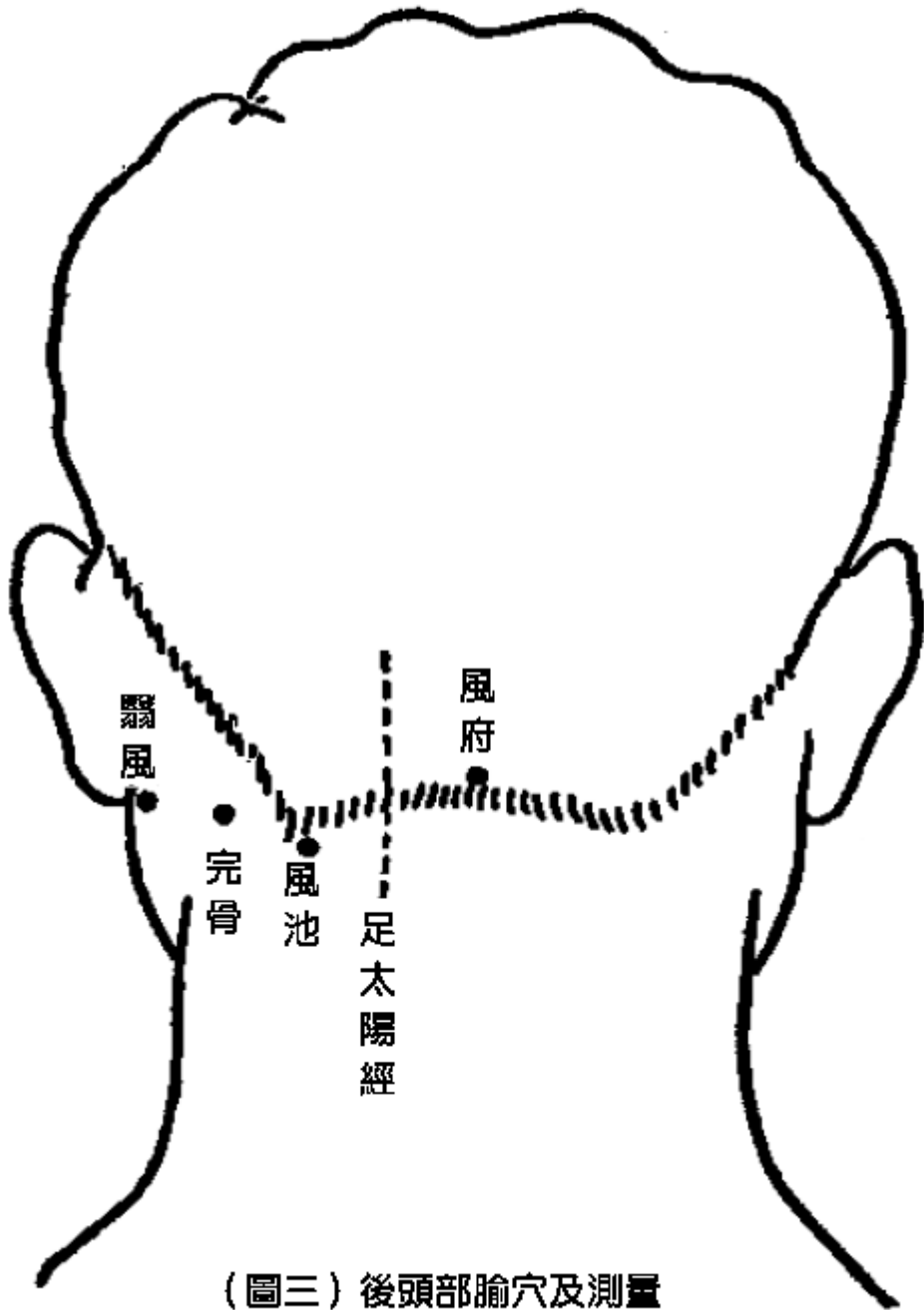


(圖二) 頭頂部膀胱穴及測量

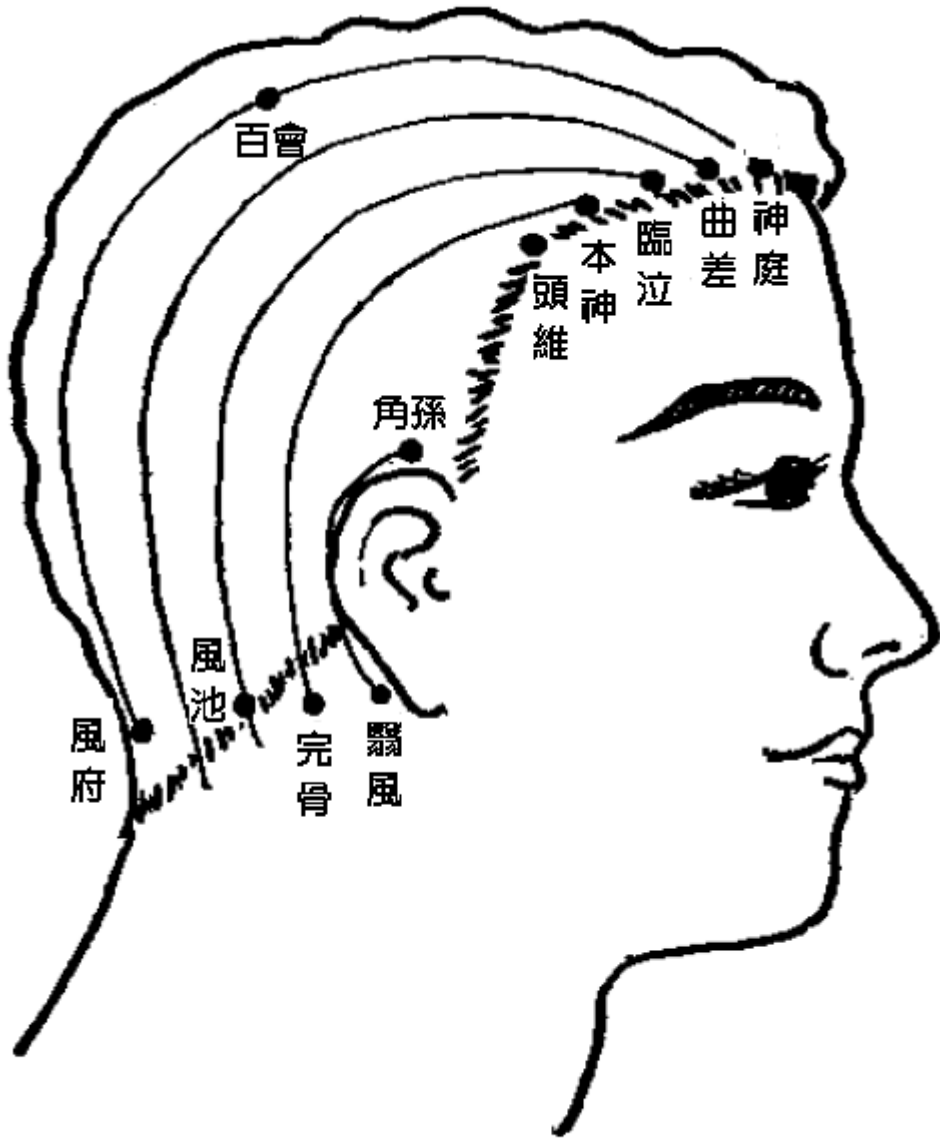
(三) 後頭部

在後頭部循行的有督脈、足太陽、足少陽、手少陽四經。

測量時首先定督脈（督脈位於後頭正中線）風府穴，風府位於項後入髮際一寸，大筋內宛宛中，其次定手少陽翳風穴，翳風位於耳後尖角陷中，然後把督脈風府穴與手少陽翳風穴之間折成四等分（每等分為一寸半），其內四分之一折量點（無穴）是足太陽循行線，外四分之一折量點完骨穴，完骨位於顛骨乳突後下方凹陷處，定足少陽第一行經線，在督脈風府穴與手少陽翳風穴之間定風池穴，風穴位於風府穴旁，當胸鎖乳突肌與斜方肌上端附著部之間凹陷中，是足少陽第二行經線（圖三）。



最後把督脈前頭部的神庭、頭頂部的百會與後頭部的風府畫一條聯線，就是督脈在頭部的循行線。把足太陽前頭部的曲差穴、頭頂部百會穴旁（無穴）的點，與後頭部風府穴旁（無穴）的點畫一條弧線，就是足太陽在頭部的循行線。把足少陽前頭部的頭臨泣穴、頭頂部百會與角孫之間的點（無穴），與後頭部的風池穴畫一條弧行線，就是足少陽在頭部的第二行經線。把足少陽前頭部的本神穴、頭頂部百會穴與角孫的下四分之一折量點（無穴），與後頭部的完骨穴畫一弧線，即是足少陽在頭部的第一行經線。角孫與翳風之間，沿耳後髮際畫一弧線，即是手少陽經線（圖四）。

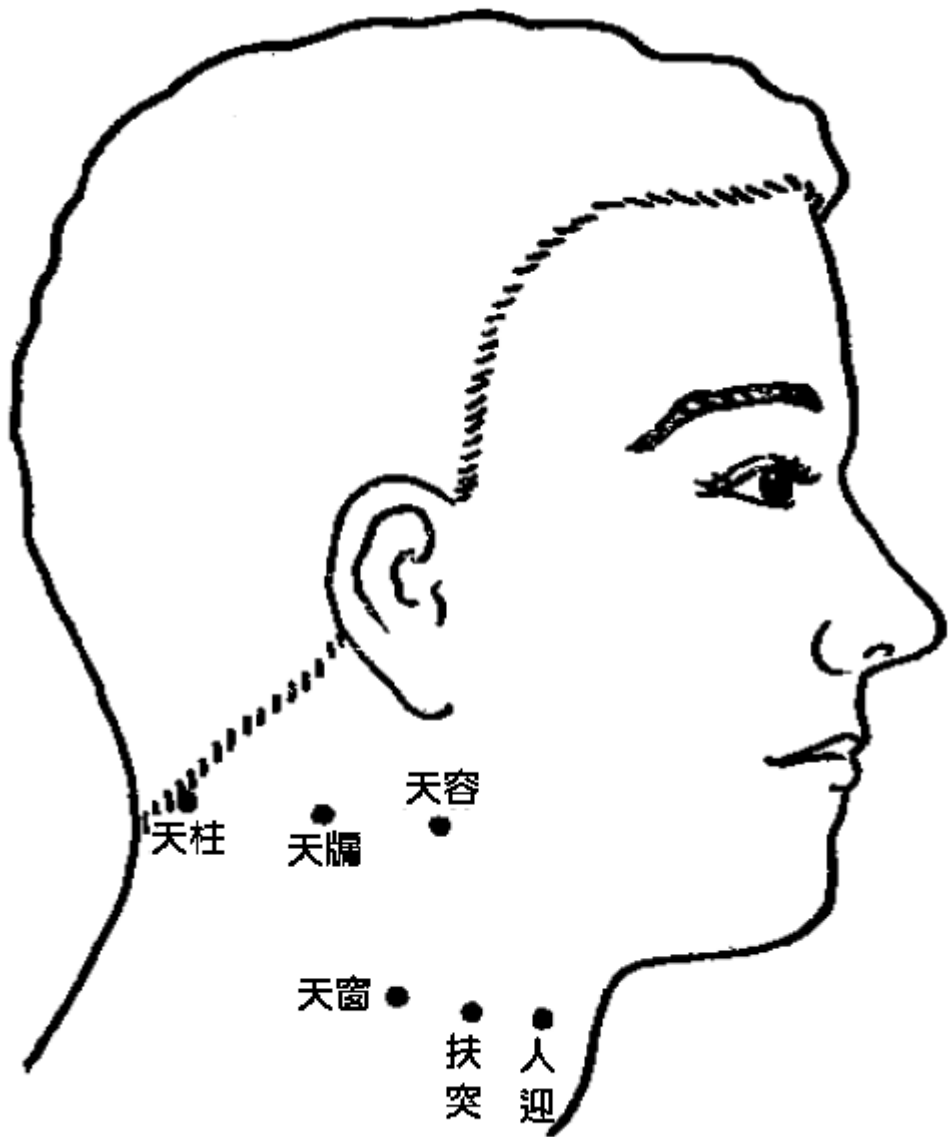


(圖四) 頭部經絡循行路線

二、頸項部

(一) 頸部

在頸部循行的有任脈、足陽明、手陽明、手太陽、手少陽五經。測量時首先定任脈，任脈位於前頸正中線，然後以喉結為標誌，向外開一寸半定人迎穴，適當頸總動脈，為足陽明循行線，自喉結向外開三寸定扶突穴，適當胸鎖乳突肌肌腹中央，是手陽明循行線，扶突外開一寸定天窗穴，適當胸鎖乳突肌後緣，是手太陽循行線，於天柱（天柱穴位於啞門穴旁開一寸三分，斜方肌外緣）與天容（天容位於平下頷角，在胸鎖乳突肌前緣）之間，乳突後下方，胸鎖乳突肌後緣定天牖穴，是手少陽循行線（圖五）。



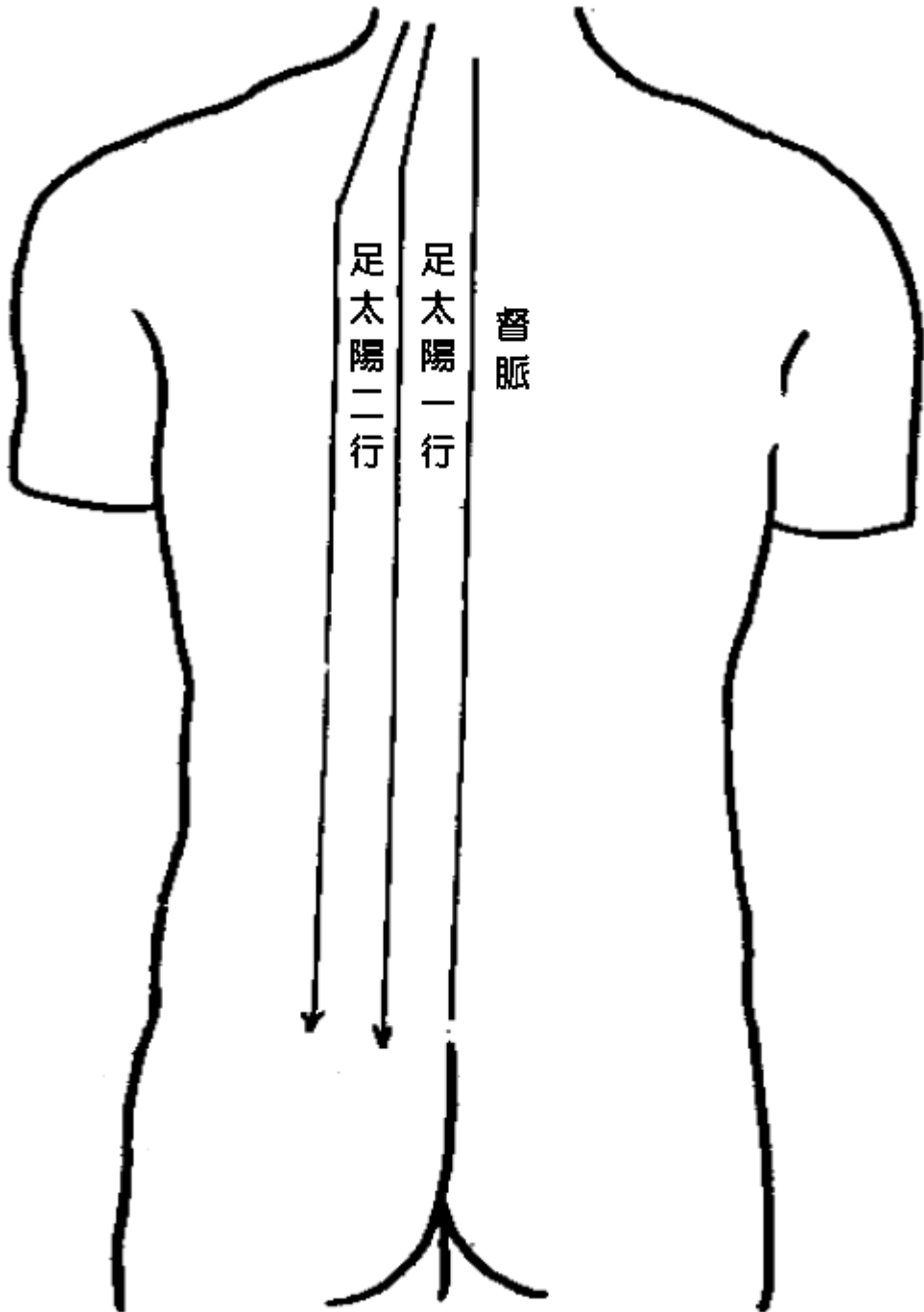
(圖五) 頸項部腧穴及測量

(二) 項部

在項都循行的有督脈、足太陽、足少陽三經，已於後頭部述及，在此不予重複。

三、腰背部

在腰背部循行的有督脈、足太陽一、二行經線。測量時首先定督脈，督脈位於腰背部正中線，其次採取正坐橫肱體位，沿著肩胛骨內緣（相當於督脈旁開三寸），定足太陽第二行經線，然後在督脈與足太陽第二行經線之間（相當於督脈旁開一寸半），定足太陽第一行經線（圖六）。

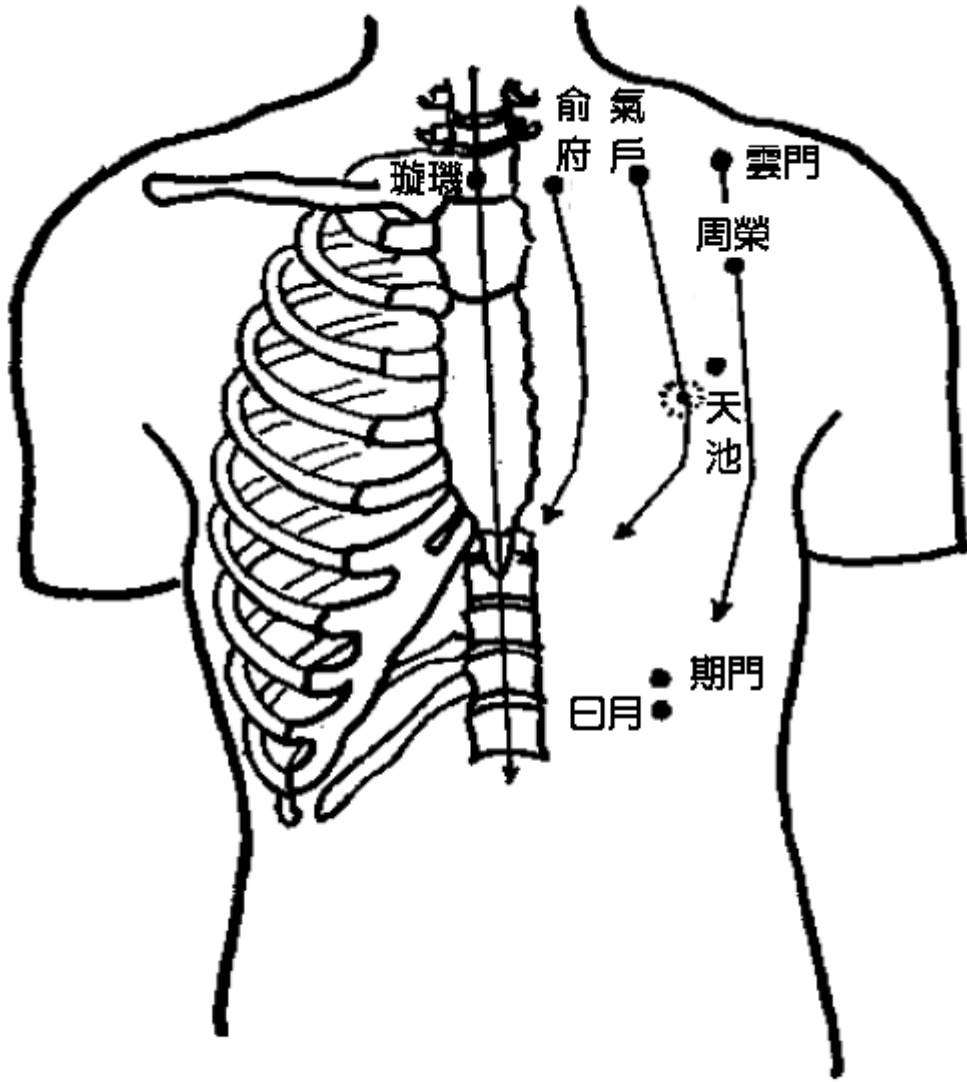


(圖六) 腰背部經脈測量

四、胸腹部

(一) 胸脅部

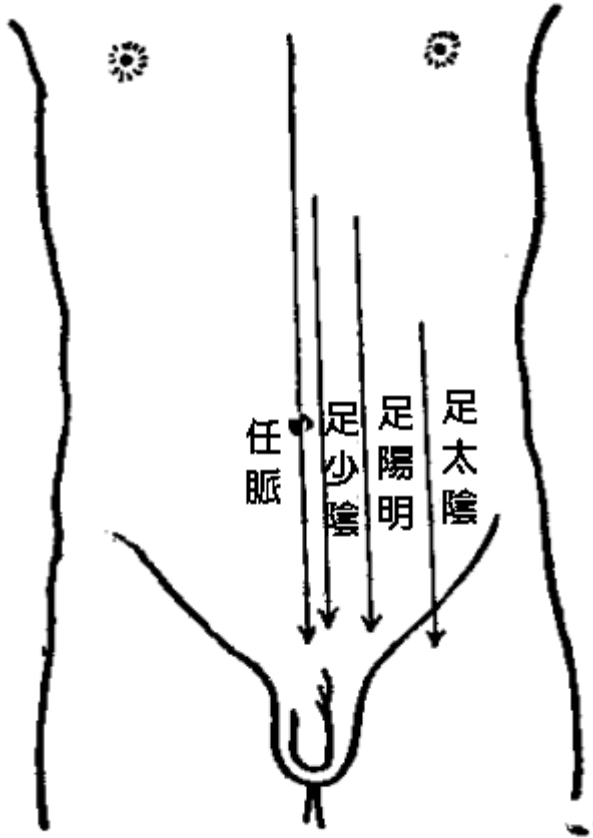
在胸部循行的有任脈、足少陰、足陽明、手太陰、足太陰、足厥陰、足少陽、手厥陰八經。測量時首先定任脈，任脈位於胸骨正中線，其次定手太陰雲門穴，雲門位於鎖骨下窩，足太陰經線相當於手太陰經線向下的延長線，再將任脈與手太陰雲門穴之間橫向折成三等分（每一等分為二寸），其外三分之一折量點（相當於乳中線）為足陽明循行線，內三分之一折量點為足少陰經循行線。手厥陰之天池穴，則從足陽明乳中穴（乳中位於乳頭當中）與足太陰天谿穴（天谿位於乳中外上方二寸）之間定之。足厥陰從乳中穴直下二肋間（期門穴）定之，足少陽從期門穴直下一肋（日月穴）定之（圖七）。



(圖七) 胸脅部腧穴及測量

(二) 腹部

在腹部循行的有任脈、足少陰、足陽明、足太陰四經。測量時首先定任脈，任脈位於腹部正中線其次定足太陰，足太陰位於任脈旁開四寸，恰當腹直肌外緣，相當於乳中線的延長線，然後從任脈與足太陰之間定足陽明循行線，相當於任脈旁開二寸，再將任脈與足陽明之間折為四等分（每等分為半寸）於內四分之一處定足少陰循行線（圖八）。



(圖八) 腹部經脈測量

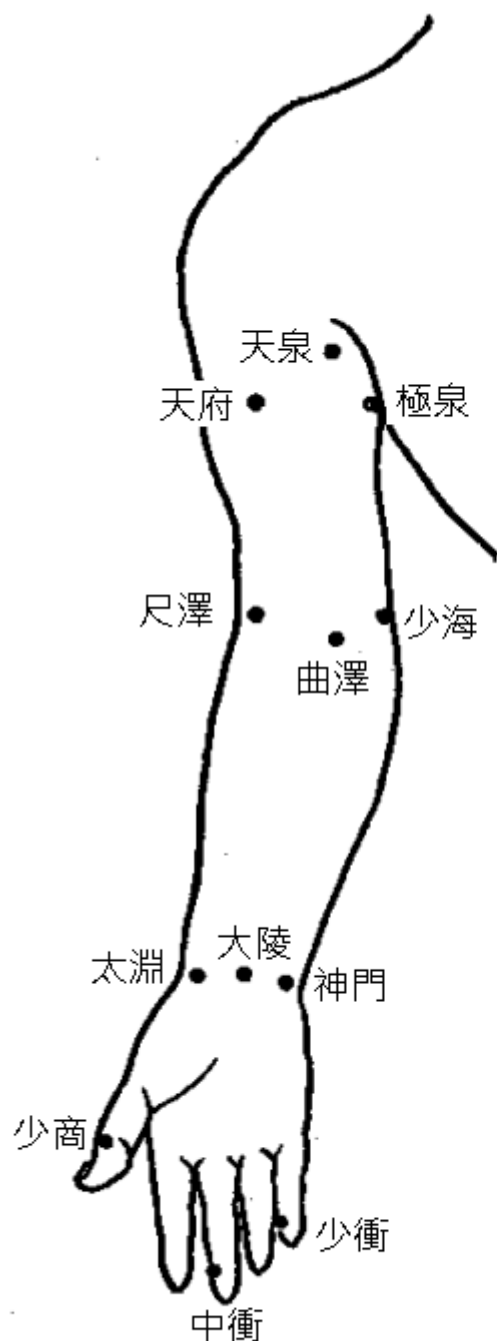
五、上肢部

(一) 上肢內側

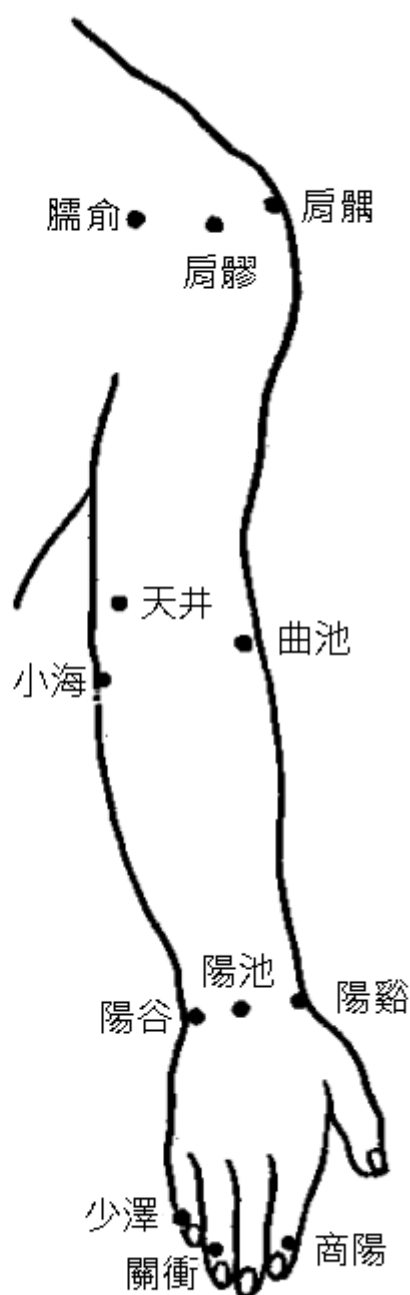
在上肢內側循行的有手太陰、手厥陰、手少陰三經，今將手三陰經在腋、肘、腕、指循行的標誌列表於下。把天府、尺澤、太淵、少商聯成一條線，就是手太陰在上肢循行的經線。將天泉、曲澤、大陵、中衝聯成一條線，就是手厥陰在上肢的循行線。將極泉、少海、神門、少衝聯成一條線，就是手少陰的循行線（圖九）。

(二) 上肢外側

在上肢外側循行的有手陽明、手少陽、手太陽三經。今將其指、腕、肘、肩部循行的標誌列表於下。把商陽、陽谿、曲池、肩髃成一條線，就是手陽明經在上肢的循行線。把關衝、陽池、天井、肩髃聯成一條線，就是手少陽在上肢的循行線。把少澤、陽谷、小海、臑俞聯成一條線，即是手太陽在上肢的循行線（圖十）。



(圖九) 上肢內側腧穴及測量



(圖十) 上肢外側腧穴及測量

六、肩部

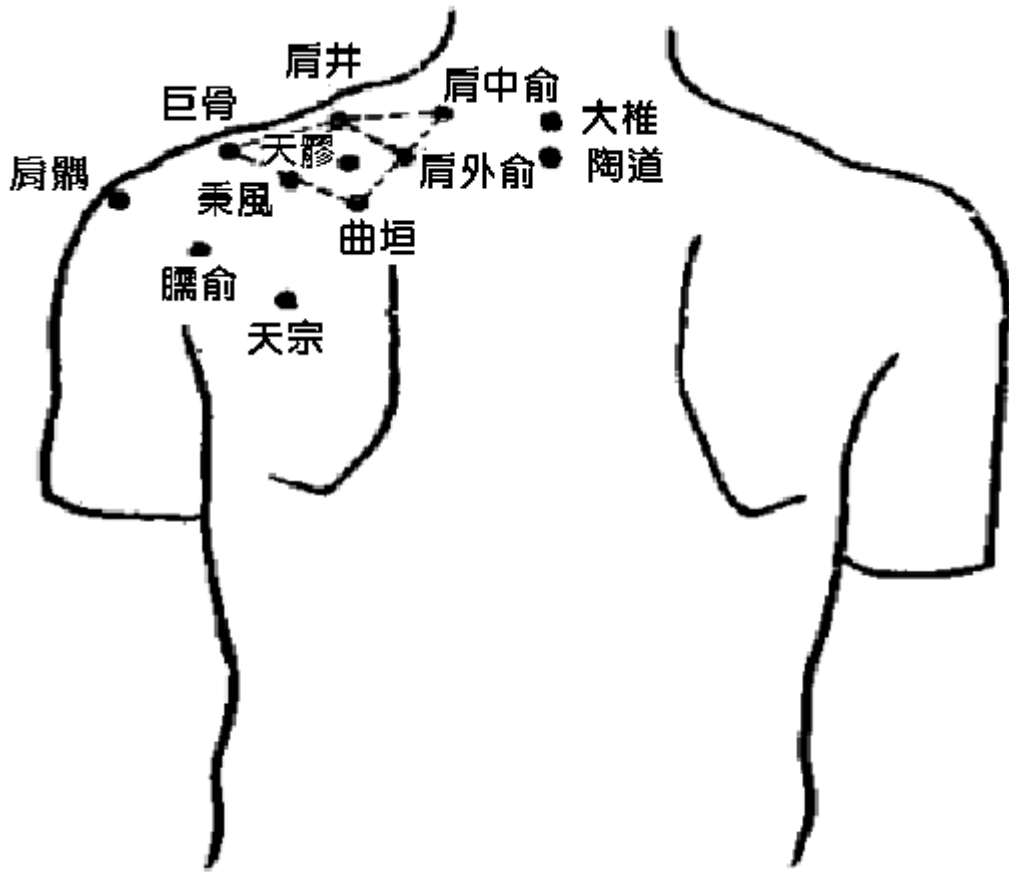
《標幽賦》曰「頭部與肩部詳分，督脈與任脈易定」，這是講分佈在頭部、肩部的穴位、經脈繁多，與循行於人體前後正中線的督脈、任脈比較，測量較為困難，今將余之測量（定）法述之於後，供同道們參考。

循行在肩端、肩胛、肩背部的有手陽明、手少陽、手太陽、足少陽四經。

測量時先定督脈大椎穴，大椎位於第七頸椎與第一胸椎之間，再定肩髃穴（手陽明），肩髃位於肩峰前下方，當上臂外展至水平位時出現兩個凹陷，肩髃位於前方的凹陷處。於大椎與肩髃之連線中點定肩井穴（足少陽），適當崗上肌與提肩胛肌之間。於肩井與大椎穴之連線中點定肩中俞（手太陽），適當大椎穴旁開二寸，於肩井與肩髃之間定巨骨穴（手陽明），適當於肩鎖關節處。

其次定督脈陶道穴，陶道位於第一胸椎下，於肩井與肩中俞劃一等邊三角，橫平陶道穴定肩外俞（手太陽），適當去陶道三寸。肩井直下一寸，平陶道穴定天膠穴（手少陽）。肩井與巨骨劃一等邊三角，平陶道穴定秉風穴（手太陽），適當肩胛崗上窩中點。

於肩井穴直下適當肩胛崗彎曲處上緣定曲垣穴（手太陽），於臑俞穴與腋縫紋頭劃一等邊三角，秉風直下定天宗穴（手太陽）（圖十一）。



(圖十一) 肩部腧穴及測量

(表一) 手三陰經在腋、肘、腕、指循行標誌表

標 誌 經脈	部位	腋	肘	腕	指
手太陰		肱二頭肌臑 橈側溝 (天府)	肱二頭肌臑 橈側 (尺澤)	外展拇長肌臑與 橈側屈腕肌之間 (太淵)	大指內側 (少商)
手厥陰		肱二頭肌長短頭 之間 (天泉)	肱二頭肌臑尺 側 (曲澤)	掌長肌臑與橈側 屈腕肌之間 (大陵)	中指端 (中衝)
手少陰		肱二頭肌尺側緣 (極泉)	屈肘肘橫紋內 側端 (少海)	尺側屈腕肌小指 側 (神門)	小指橈側 (少衝)

(表二) 手三陽在指、腕、肘、肩循行標誌表

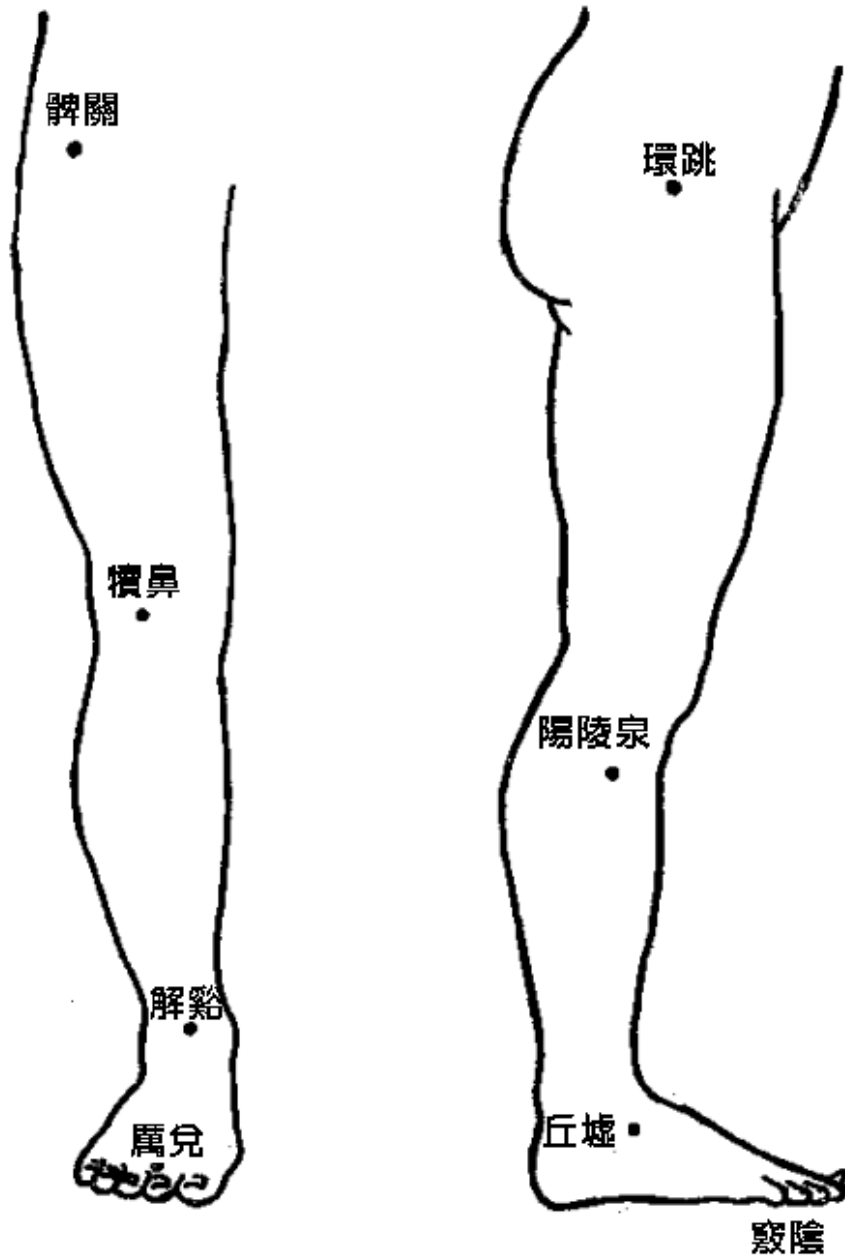
標 誌 經脈	部位	指	腕	肘	肩
手陽明		食指 (商陽)	伸拇長肌和伸 拇短肌之間 (陽谿)	肱橈肌橈側 (曲池)	三角肌中央舉 肩有空 (肩髃)
手少陽		無名指 (關衝)	伸指總肌尺側 (陽池)	肘尖直上鷹嘴 突凹陷處 (天井)	肩髃與臑會之 間 (肩髃)
手太陽		小指 (少澤)	尺骨莖突前下 方與三角骨之 間 (陽谷)	肱骨內踝和鷹 嘴突之間 (小海)	肩胛骨關節窩 後方 (臑俞)

七、下肢部

(一) 下肢外、前、後側

在下肢外側循行的是足少陽，前側是足陽明，後側是足太陽。今將其其在股、膝、踝、足延循行的標誌列表於下（見下頁）。

把髀關、犢鼻、解谿、厲兌之間聯成一條線，即是足陽明循行於下肢的經線（圖十二）。把環跳、陽陵泉、丘墟、足竅陰之間聯成一條線，即是足少陽在下肢的循行線（圖十三），將承扶、委中、昆侖、至陰之間聯成一條線，即是太陽在下肢的循行線（圖十四）。

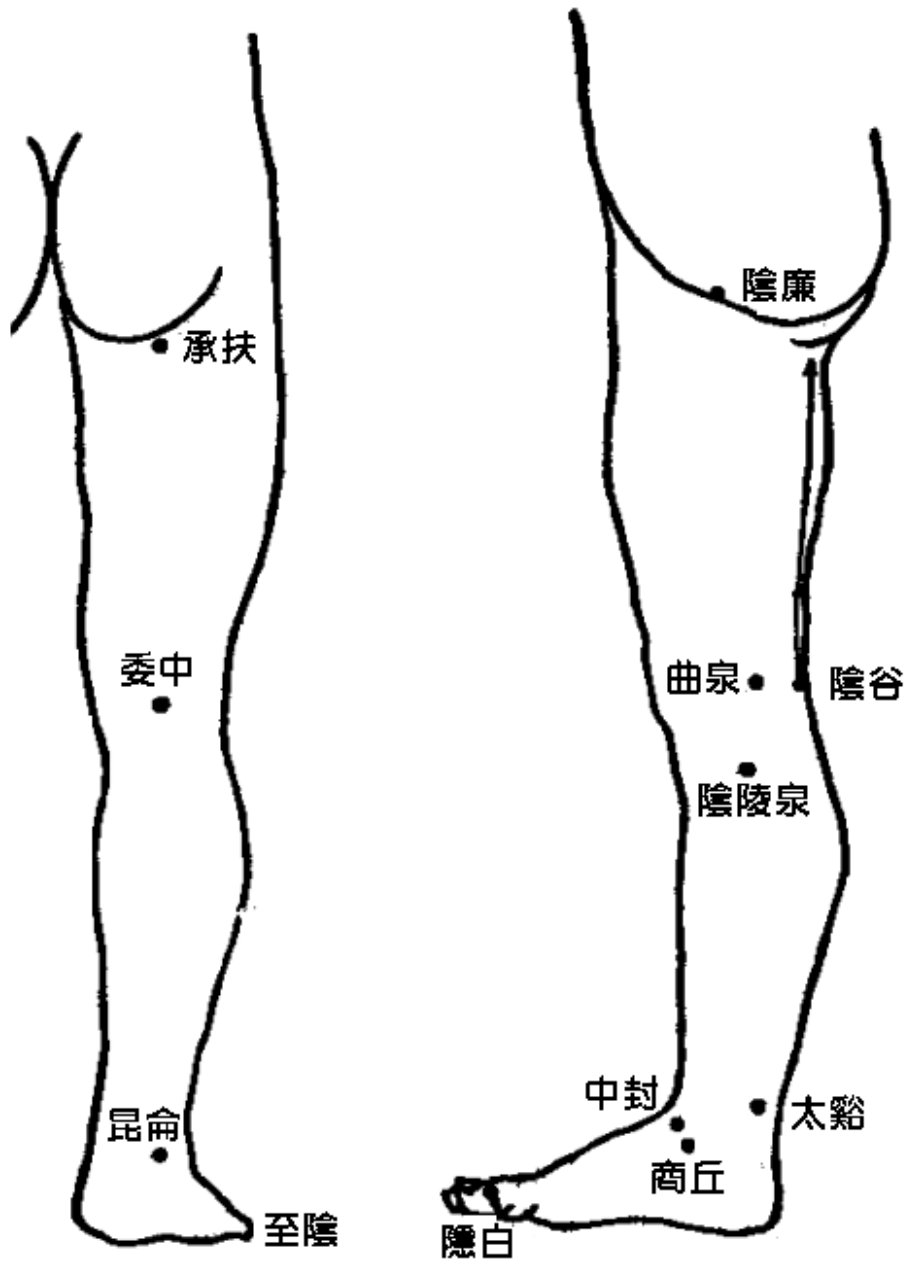


(圖十二) 下肢前側腧穴及測量 (圖十三) 下肢外側腧穴及測量

(二) 下肢內側

在下肢內側循行的經脈有足太陰、足厥陰、足少陰三經。今將其足趾、踝、膝、股循行的標誌列表於下：

將隱白、商丘、陰陵泉、衝門之間聯成一條線，即是足太陰在下肢的循行線。把大敦、中封、曲泉、陰廉之間聯成一條線，即是足厥陰循行於下肢的經線。但應注意足厥陰在足部行於足太陰前方，於內踝上八寸與足太陰相交後而行於足太陰後方。把湧泉、太谿、陰谷、長強之間聯成一條線，即是足少陰在下肢的循行線（圖十五）。



(圖十四) 下肢後側腧穴及測量 (圖十五) 下肢內側腧穴及測量

(表三) 足三陽經在股、膝、踝、趾循行標誌表

標 誌 經脈	部位	股	膝	踝	趾
足陽明	縫匠肌與闊筋膜張肌之間 (髀關)	外膝眼 (犢鼻)	伸趾長肌腱與伸拇長肌腱之間 (解谿)	次趾 (厲兌)	
足少陽	股骨大轉子與髌骨裂孔連線的外三分之一折點處 (環跳)	腓骨小頭前方 (陽陵泉)	外踝前下緣凹陷處 (丘墟)	四趾 (竅陰)	
足太陽	臀大肌下緣股二頭肌和半腱肌之間 (承扶)	膝脛窩中央 (委中)	外踝與跟腱之間 (昆侖)	小趾 (至陰)	

(表四) 足三陰經在趾、踝、膝、股循行標誌表

標 誌 經脈	部位	趾	踝	膝	股、腹股溝
足太陰	足大趾內側 (隱白)	內踝前下方凹陷處 (商丘)	脛骨內踝移行於脛骨體的拐角處 (陰陵泉)	曲骨旁開三寸半，股動脈外側 (衝門)	
足厥陰	足大趾外側 (大敦)	內踝前一寸，脛骨前肌腱內緣 (中封)	屈膝紋頭盡處，脛骨內踝之後緣 (曲泉)	氣衝穴下二寸，當長收肌外緣 (陰廉)	
足少陰	在足底第二、三跖骨間，當足趾與跟骨連線前三分之一處 (湧泉)	內踝與跟腱之間水平線中點 (太谿)	脛窩內側半腱肌和半膜肌之間 (陰谷)	肛門與尾骶骨之間 (長強)	

十二、脾胃學說在針灸臨床的應用

脾胃學說，是中醫學理論的一個重要組成部分。它源於《內經》，倡於金元時代，發揚於後世，形成獨特的學術流派，在指導臨床實踐中，始終發揮著重要的作用，多年來，本人運用脾胃學說指導針灸臨床實踐，取得了較為滿意的效果，今總結於後。

一、氣血虧虛，宜補脾胃

氣為陽，血為陰。氣與血有陰陽相隨、互為依存的關係。氣之於血，有溫煦、化生、推動、統攝的作用，故氣虛而無以生化，血必因之而虛少；氣寒而無以溫煦，血必因之而凝滯；氣衰而無以推動，血必因之而瘀阻；氣陷而失於統攝，血常因之而外溢。血之於氣，則有濡養運載的作用。血為氣之母，故血虛無以載氣，則氣亦隨之而脫，氣失血之濡養，則燥熱諸疾由之而生，尤其是血一脫失，則氣無以附，可致陽氣渙散不收而出現脫氣、亡陽等危重證，這就是氣血相互依存、互相影響的機理。臨床上運用此機理解釋一些病理生理現象是經常使用的方法，但是氣血均來源於後天的水穀精微。自然界的水穀變為人體的氣血，是要通過胃的受納、脾的運化以及中焦如漚的氣化作用共同完成的，故古人認為「脾胃為後天之本」，脾胃為「氣血生化之源」，同時還認為「脾胃之氣既傷，而元氣亦不能充，諸病之所由生也」，所以臨床治療氣虛證、氣陷證、血虛證、血溢證以及氣血兩虛等證，均應從補益脾胃入手，即遵循氣血虧虛宜補脾胃的法則。

病例一：徐○○，女，二十四歲，未婚。

初診日期：一九八二年六月五日。

現病史：陰道出血八〇天。近因工作勞累，自一九八二年三月十六日月經來潮，半月未淨，經治療月經乾淨三天，於四月初陰道再次出血，至今未止。出血量多，血色淡，有血塊，伴有頭暈眼花，全身乏力，心慌悸動等症。飲食、二便如常。自病後曾經口服求偶素、安絡血、維生素C、維生素B₆、益母膏及中藥十劑，注射甲酸雌二醇等均無效，於一九八二年六月五日要求針灸治療。

檢查：血色素九十七克升，面色黃白，脈沉細無力，舌質淡，苔薄白。

辨證：勞累傷脾，統攝無權。

治法：補脾益氣，升陽固衝。

取穴：（一）隱白（雙側）各灸三壯；百會、中脘、氣海、足三里、三陰交均用溫補法。（二）膈俞、肝俞、脾俞、腎俞均用溫補法。兩方交替使用，每日一次。

治療經過：經一次治療後，大量出血已止。進而繼續治療十七次，月經仍淋漓不斷。取穴改為：氣海、中極、三陰交、然谷、太衝，針一次後次日出血量增多，繼而出血停止。共治療十九次，歷時二十四天（六月五日至六月二十九日），

後又鞏固治療九次，停針觀察，於一九八二年七月二十日查血色素一百二十克／升，七月二十三日月經來潮，至今（一九八三年十一月）已年餘未復發。

按語：本例患者病因勞累傷脾，脾氣虛則統攝無權，衝任不固，故出血。血色淡者，虛也。有血塊者，血瘀也。氣虛瘀阻，故出血不止。出血過多，氣血虧虛，不能滋養頭目，上榮於面，故頭暈眼花、面色不榮。血不養心，故心慌悸動。血虛不能上承於舌，故舌質淡。脾氣虛，故全身乏力。氣虛則鼓動血行之力不足，故脈沉細無力。方用足太陰之根穴隱白，用灸法以益脾氣止血；健脾宜升陽，故取百會；中脘為足太陰之結穴，氣海為生氣之海，足三里為胃之合，三陰交為脾、肝、腎之會穴，均用溫補法以補益脾氣止血。膈俞為血之會穴，肝主藏血，脾主統血，腎為元陰元陽之臟，八穴合用，補益脾肝腎以固衝任。經取用一組穴治療一次後，大量出血已止，說明脾氣得充，進而繼續治療十七次，月經仍淋漓不斷，說明瘀血未除，故改用第三組穴，用以益氣祛瘀而收全功。

病例二：孫○○，女，五十四歲，工人。

初診日期：一九八三年八月十一日。

現病史：月經十日不止。腰、腹不痛，月經量多、色紅，伴有全身乏力。患者十五歲月經來潮，週期正常。自一九八〇年開始，經期不準。一九八〇年至一九八二年間，每年月經來潮一次，一九八三年六月行經一次，經期一天。

檢查：舌質淡、苔薄白，脈沉細。

辨證：脾氣虛弱，統攝無權。

治法：補益脾氣。

取穴：隱白（雙側）各灸三壯；中脘、氣海、足三里、三陰交，均用溫補法。
治療經過：經一次針灸治療後月經停止。

按語：本患者年過五旬，腎氣早衰，故自一九八〇年起，即五十一歲時月經經期不準，近因氣虛而攝血無權，故月經量多，過時不止。全身乏力乃氣虛之徵也，舌質淡、脈沉細亦皆氣虛之象，故取上穴，使脾氣得充，出血得止，一次而愈。

病例三：李〇〇，女，四十八歲，病歷號六〇七九二八。

初診日期：一九八〇年四月八日。

現病史：子宮脫垂五年，半年來加重，五年前婦科普查時發現子宮脫垂二級，當時僅下蹲時有脫垂感，未加注意。半年前因患重感冒，咳嗽劇烈，子宮脫垂加重，勞累進食後更為明顯，子宮脫出時伴有大小便困難，小便頻、淋漓不盡。月經四十一六十天一行，經期七—八天，白帶多。食欲、睡眠一般，未經任何治療。

檢查：血壓：二二·一／一一·七 kPa（一七〇／九〇毫米 Hg），舌體肥大，苔薄白，脈沉細。

辨證：中氣不足，氣虛下陷。

治法：補中益氣，升陽舉陷。

取穴：百會、中脘、氣海、曲骨、子宮、足三里、三陰交，均用熱補法。氣海、曲骨、子宮均要求針下出現子宮向上抽搐的針感。

治療經過：治療十五次後，僅於用力時子宮脫出，但能自回。治療二十次後痊癒，至今（一九八三年十一月）已觀察三年未復發。

按語：脾宜升則健，故取百會以升陽取中脘、氣海、足三里、三陰交以健脾胃，補益中氣取曲骨、子宮針後尋找子宮向上抽搐的針感以舉陷，諸穴合用收到補益中氣、升陽舉陷之效，故使多年之疾經過二十次治療而痊癒。《靈樞》〈經脈篇〉曰「陷下則灸之」，根據這一法則，治療本病應用灸法，可是為何只針不灸卻能治癒呢？其因有二：一是《靈樞》〈經脈篇〉所講的「陷下則灸之」，是指經脈或穴位若見陷下者（寒證）應該用灸法，而不是指氣虛下陷證。二是實踐證明，治療氣虛下陷的子宮脫垂，針刺優於灸治，尤其是針後出現子宮向上抽搐針感的患者療效更佳，故本人治療本病只用針刺而不用灸療。

二、扶正祛邪，宜助脾胃

扶正，是扶助正氣（增強抗病能力）；祛邪，是驅除邪氣（消除致病因素）。邪正鬥爭，實質上是機體抗病能力與致病因素的鬥爭。這種鬥爭不僅關係著疾病的發生，而且影響著疾病的發展與轉歸，所以從一定意義上講，疾病的過程也就是邪正鬥爭的過程。其結果或為正勝邪退，疾病趨於好轉而痊癒；或為邪勝正衰，

疾病趨於惡化或死亡，因此臨床治療一些慢性病，醫者必須注意扶助人體的正氣，這對於驅除病邪，使病情向好的方向轉化，以及縮短療程、提高療效均有一定的意義，但是人體正氣之盛衰與脾胃的關係最為密切，因為胃主受納，脾主運化，後天之水穀需要經過胃納脾運，才能變成精微的營養物質以充養正氣，因此針灸扶助正氣，應從補益脾胃著手。

病例一：王○○，女，四十四歲，病歷號二四九。

初診日期：一九八一年六月十六日。

現病史：兩膝痛怕冷已達三四個月，遇熱則舒，雖時值六月，仍穿毛褲，伴有全身乏力，精神不振，胃部怕冷，納呆，大便急有時不能自控，汗多，手足心熱，閉經五個月，曾服中藥半年無效。既往患風濕性關節炎七—八年。

檢查：面色黃，舌體胖大、色淡、苔白，脈沉細。

辨證：風寒痹阻，脾腎兩虛。

治法：溫散風寒，補益脾胃。

取穴：（一）大椎、陽陵、腎俞、胃俞、太谿。（二）中脘（灸）、氣海、足三里、三陰交、外關。兩組穴交替取用，均用熱手法，一週三次。經過四次治療後怕冷明顯減輕，已脫去毛褲。治療八次後，下肢怕冷基本消失，僅腳怕冷。

治療二十三次後，僅足內、外側怕冷。治療三十四次後，下肢怕冷完全消失，停針觀察至今（一九八三年十一月）未見復發。

按語：大椎為督脈與手足三陽之會，熱補大椎以助陽。陽陵為寒府，熱補以溫散風寒，經云「諸寒收引皆屬於腎」，故熱補腎俞、太谿以助腎陽。胃脘怕冷，故熱補胃俞以溫中。中脘為胃之募穴，氣海為生氣之海，足三里為胃之合土穴，三陰交為脾、肝、腎之會穴，四穴合用以補益正氣，正氣復則邪氣自除。外關為祛除風寒濕邪的要穴，故取之以祛風寒。

病例二：侯○○，女，四十歲，病歷號：二八七。

初診日期：一九八一年八月四日。

現病史：右肩臂酸痛四五年，自四五年前右肩臂痠痛、怕風，遇冷加重，痠麻感自肩部沿小腸經放射至手小指，活動自如。平素腹部怕冷，大便溏泄，納佳，寐可，經所在單位醫務室針刺治療，未見明顯效果。

檢查：舌質淡，苔薄白，舌邊有齒痕，脈沉細而緩。

辨證：風寒侵襲，痹阻經絡。

立法：溫散風寒，補益正氣。

取穴：（一）大椎、雲門，溫灸；肩髃、曲池，溫灸；後谿、飛揚。（二）中脘、天樞、氣海、足三里、養老，溫灸。兩方交替取用，一週三次。

治療經過：治療六次後，肩痛基本消失，七次後肩部怕冷明顯減輕。共治療二十一次，停針觀察至今（一九八三年十一月），未見復發。在治療過程中，火針點刺雲門、肩髃、曲池一次。患者自述認為熱手法效果好。還取用過外關等穴，使用微波治療三次。侵

按語：風寒痹阻經脈、氣血運行不暢，故肩臂痠疼；風寒之邪侵襲手太陽之經，故酸麻感自肩部沿小腸經放射手至小指。脾氣虛，故平素腹部怕冷，大便溏泄，舌有齒痕、脈沉細而緩，皆氣虛之徵也。取穴一以祛邪為主，二以扶正為主。兩組穴交替使用，共奏扶正祛邪之效，故治療二十一次而愈。

病例三：劉○○，男，五十一歲。

初診日期：一九八一年八月六日。

現病史：左腿痛三天。一九六七年秋帶學生下鄉勞動時，陰雨連綿，因住宿地潮濕而發病，經治療月餘而愈。一九六七年秋復發，因病情較輕，治療半月而愈。一九八一年北京天氣十分炎熱，時值期末考試，工作緊張，下班後每日用冷水擦澡、洗腳而發病。痛自臀部沿下肢外側直至足外側，呈持續性劇烈抽痛（如抽筋樣疼痛），活動嚴重受限，臥床不起，動則引起劇烈疼痛，臉色蒼白，出冷汗，甚則呼叫；痛時喜按，按揉則痛減，但此處痛減，彼處又痛，自覺疼痛沿左腿外側、後側和內側下竄至足。

檢查：患者側臥屈腿，實難仰臥檢查。環跳、光明、絕骨、承扶、大腸俞左壓痛。環跳壓痛點反復覆動，一在大轉子後上寸餘，一在大轉子與骶骨裂連線的內三分之一處。光明、陽輔壓痛點亦反覆移動。舌苔薄白，脈沉緊。

辨證：風寒之邪，痹阻少陽、太陽經脈。

立法：散風祛寒，通經止痛。

取穴：環跳、陽陵、委中、外關、後谿、光明、絕骨，均左側。後期改用：中腕、氣海、列缺、足三里，均為雙側。

治療經過：初起每日一次，十二次後劇痛消失，改為隔日一次，十五次後可以下床行走，痛點消失，十七次後僅左腿陣發性麻木，十九次後痊癒。停針觀察至今已兩年（一九八三年十一月），未見復發。

按語：初起寒邪偏勝，寒性凝滯，寒則收引。氣血運行不暢，故抽痛劇烈。風性遊走，風勝故壓痛點移動。經過針刺治療，風寒之邪得除，故劇痛消失。由於寒性凝滯，氣血運行不暢，筋脈失養，故劇痛消失後又呈現陣發性麻木，改用補氣養血之法而效。

三、升清降濁，宜治脾胃

升降出入，是機體氣化功能的基本形式，是臟腑經絡、陰陽氣血矛盾運動的基本過程，如肺的宣發與肅降，脾主升清與胃主降濁，心腎的陰陽相交、水火既

濟，都是氣機升降出入運動的具體體現。由於氣體的升降出入關係著臟腑經絡、氣血陰陽等各個方面的功能活動，所以升降失常即可波及五臟六腑、表裡內外，而發生多種病理變化。如肺失肅降，則病胸悶喘咳；胃失和降則病噎穢嘔惡，脾不升清，運化失職則病便溏腹瀉；清濁相干，亂於腸胃則病嘔吐泄瀉；清陽不升，濁陰不降則病眩暈；清陽不升，中氣下陷則病脫肛；陰陽氣血逆亂則病昏仆不省；腎不納氣，孤陽上越則病氣脫汗淋；心陽不足則病水氣凌心等等，都是指升降功能失常的病變而言。

氣機的升降出入，是機體各臟腑的綜合作用，但脾胃氣的升降，對整體氣機的升降出入至關重要，因為脾胃居於中焦，通連上下，是升降運動的樞紐。脾胃的升降正常，出入有序，可以維持「清陽出上竅，濁陰出下竅；清陽發腠理，濁陰走五臟；清陽實四肢，濁陰歸六腑」的各種正常生理功能。而肝之條達，肺之肅降，心火之下降，腎水之上升，肺之呼氣，腎之納氣等，也無不依賴於中焦脾胃之氣為基礎，以完成各自的生理功能。若脾胃的升降出入失常，則清陽之氣不能敷布，後天之精不能歸藏，飲食精微無從攝取，廢濁之物不能排出，繼而可發生多種病證。由此可知，脾胃升降失常對於整體機能活動的影響很大，因此治療肺失宣降、肝失條達、心腎不交等，必須抓住調理太陰、陽明的升降功能這一環節。

病例一：女，十一歲，病歷號：六〇五四八四。

初診日期：一九七七年十二月十七日。

現病史：喘息三天，一周前咳嗽，不燒不流涕，曾服咳嗽合劑、非那根、甘草合劑，症狀不減。近三天出現喘息，胸悶氣短，痰多，不易咳出，喉癢，納呆，寢實，大便調、溲黃。

檢查：面色黃，舌尖紅，苔薄白，脈弦滑數。雙肺偶聞乾鳴音，肝肋下及邊，無結核接觸史。

辨證：痰熱壅肺，肺失肅降

立法：化痰清熱，降逆平喘。

取穴：中脘、足三里、膻中、天突、定喘。

治療經過：患者經針刺一次而愈。

複診日期：一九七八年八月一日。

一九七八年五月二十六日因外感風寒，始則咳嗽喉癢，咳痰黃綠色，繼而喘息發作，伴有鼻塞流涕，納呆。於一九七八年八月一日復來門診治療，並告知一九七七年病喘息，經一次治療而愈。

檢查：舌苔薄白，脈浮滑。

辨證：外感風寒，肺失宣降。

取穴同一九九七七年方。

治療經過：針後喘息減輕過半，夜間已能入睡。次日複診，前穴加列缺，針刺用行氣法，針感到肺，自覺肺內溫熱，間日複診，喘息已愈。

按語：本患者兩次病喘，為何均用中脘、足三里進行治療呢？因為中脘為胃之募穴、脾之結穴，足三里為胃合穴。脾胃為人體升降功能的樞紐，欲降肺氣，宜先降胃氣，同時還有化痰的作用，這就是取用中脘、足三里之意。

病例二：田○○，男，五十歲，病歷號：五一一。

初診日期：一九八一年八月二十一日。

現病史：眩暈兩年，自一九七九年十月由於勞累，突然眩暈，噁心嘔吐，經治療後緩解。以後每十天左右發作一次，每次持續十天左右。平素頭沉重感，陰雨天明顯，耳如蟬鳴、重聽（左），納可，二便正常。既往患高血壓病七八年。

檢查：血壓一六·九／一〇·四 kPa（一二〇／八〇毫米Hg），舌苔薄白，脈沉滑有力。

辨證：肝陽挾痰，上擾清竅。

治法：平肝和胃，化痰降逆。

取穴：百會、中脘、氣海、足三里、內關、聽會。

治療經過：治療四次後，頭沉頭暈明顯減輕，左耳能聽到手錶聲。共治療十次，停針觀察至今，已兩年未發作。

按語：痰濁蒙蔽清陽，故頭沉。陰雨天濕邪更甚，故頭沉加重。肝陽狹痰上擾清竅，故眩暈。肝陽上擾聽竅，故耳鳴、耳聾。舌苔薄白、脈沉滑有力，均為痰濁內蘊之象。取穴足三里、中脘，用以化痰降逆；百會用以息風；久病多虛，取氣海以補氣；內關用以和胃降逆。

病例三：杜○○，男，五十一歲。

初診日期：一九八三年五月七日。

現病史：自一九七五年開始頭頂發木，繼而兩顴發木拘緊，近三年兩太陽部拘緊，兩眼發暈，持續性頭重如裹，陰雨天加重。發病原因不清。曾去幾個醫院治療，服中藥三四十劑，針刺頭部穴位，均無明顯效果。納好，夜寐不寧，二便調，性情急躁。

檢查：舌體胖大，苔白厚，脈右濡、左弦滑。

經絡檢查：公孫酸疼（+）、太谿酸疼（+）、陰陵泉酸疼（+）。

辨證：寒濕之邪，稽留陽明。

立法：健脾化濕。

取穴：公孫、陰陵、豐隆。

治療經過：一次治療後，兩顴拘緊消失，睡眠好。二次治療後，太陽部拘緊開始減輕。五次治療後，兩太陽部拘緊消失，僅顴部、頂部仍拘緊，上穴加丘墟。

九次治療後，左額顛部拘緊、沉重感消失，右顛部仍有拘緊感，共治療十次回原籍。

按語：寒濕滯留經絡，由於寒性收引，故拘緊；濕性重濁，故頭重如裹。陰雨天寒濕較甚，故頭重，拘緊感加重。納可，二便調，中焦無病也。舌體胖大，氣虛之徵，舌苔白厚，濕濁之象也。

四、結語

余在脾胃學說理論的指導下，從脾胃著手，治療崩漏、月經過時不止、陰挺、膝痛、漏肩風、腿股風、喘息、眩暈、頭重等疾患取得滿意效果，從而印證了脾胃學說的正確性，說明它在臨床上確有很好的指導作用。但是本文只是略舉一二，還不能說明其全部內容。因為脾與胃在生理上有著「運與化」、「升與降」、「燥與濕」三種重要功能，具有維持人體正常生理機能的關鍵作用，假若任何一種功能發生異常都會導致其它機制發生病理變化，由此而產生疾病，所以脾胃學說在臨床上的應用是很廣泛的，同時脾胃學說在針灸臨床的應用也是非常值得深入探討的。

十三、針刺鎮痛與甲皺微循環關係的探討

我國廣大醫學科學工作者對針刺鎮痛以及針刺麻醉原理進行了廣泛的研究；以血管容積脈搏波為指標探討針刺鎮痛原理，近年來有不少報導。為了研究針刺鎮痛與中國古典醫學提出的「痛不通，氣血壅」以及「氣為血之帥，氣行則血行，氣滯則血瘀」等論述的關係，尋找研究針刺鎮痛機理的客觀手段，從而探討針刺鎮痛、針麻原理以及經絡實質，我們以環指甲皺微循環為指標，對三十四例肩與肘疼痛的患者進行了觀察。今將其觀察結果總結報導於下。

一、方法、

觀察對象為肩痛患者（肩部軟組織疾患）三十二例，肘痛患者（網球肘）二例。其中男性二十五例，女性九例。年齡最小者三十一歲，最大者七十五歲，三一四〇歲三例，四一—五〇歲十三例，五一—六〇歲一十一例，六一歲以上者七例。

三十四例中，針前十分鐘內最少觀察二次，進針時觀察一次，留針開始後二十四分鐘內觀察四次，起針後十二分鐘內，觀察二次。

在觀察過程中，患者上肢與其心臟處於同一水平面，室溫在一八—二十五度之間，患者進入實驗室休息十五—二十分鐘。為了避免烤燈高溫使血管擴張的干擾，在觀察所用的二二〇<、八〇≦高壓汞燈，前加有隔熱玻璃一塊，水一層，並採用間歇開燈法，每次開燈不超過兩分鐘。

針刺穴位分為有條口穴位組和無條口穴位組，有條口穴位組，只取條口一穴的九例，條口配外關或中渚穴的八例，無條口穴位組所用的穴位為曲池、肩髃、外關、天宗、合谷等。採用進針得氣後，左捻九次、右捻六次（龍虎交戰法）的針刺手法，留針二十分鐘。

二、結果

（一）三十四例。肩、肘痛患者針刺前後主觀感覺（疼痛）的變化狀況

主觀感覺變化，是指在留針時和觀察結果時與針前進行的即刻比較。痛減輕係指疼痛明顯減輕和一般減輕。主訴疼痛減輕者十九例次，不明顯者十四例次，主訴不明確者一例次。

（二）三十三例（三十四例中，一例主訴不明確者除外）肩、肘痛患者針刺後主觀疼痛感覺的變化及患肢甲皺微循環的變化狀況（見表一）。

（三）三十三例。肩肘痛患者針刺療效分組

三十三例患者的取穴分為有條口穴組和無條口穴組兩組。有條口穴組十六例，針後痛減輕的十一例，減輕不明顯的五例；無條口穴組十七例，針後痛減輕的八例，減輕不明顯的九例。

針後痛減輕用條口穴組的十一例及不用條口穴組的八例，其甲皺微循環變化見表二。

(表一) 三十三例針後主、客觀的變化情況

針後甲皺微循環的變化	擴張	一過性擴張	波動	不明顯
針後痛減輕	13	1	1	4
針後痛不減輕	1	2	1	10

注：表中擴張係指毛細血管數增加，管袢變粗，顏色由暗轉紅或毛細血管管徑擴張，管身延長，充盈度好轉。

(表二) 針後痛減輕者（兩組）的甲皺微循環變化

針後甲皺微循環的變化	擴張	波動	不明顯	合計
用條口組	8	1	2	11
不用條口組	5	2	2	8

三、討論

第一，本觀察結果表明，針刺鎮痛效果明顯者，則患肢甲皺微循環多出現擴張反應；而針刺鎮痛效果不明顯者，則患肢甲皺微循環的擴張反應不明顯。由此可見，外周微循環的變化與針刺鎮痛效果有著明顯的對應關係，且與中國古典醫學「通則不痛，不通則痛」的觀點是一致的。針刺鎮痛不僅能被患者主觀感覺到，而且還可從外周微血管的變化測試到，所以進一步從外周微血管的變化研究針刺鎮痛、針麻原理是有意義的。

第二，肩部軟組織疼痛，多屬陽明經病，而針刺是在足陽明經小腿部位的條口穴（位於外踝上八寸脛骨外開一橫指處），兩者之間的距離很遠，但針刺卻能取得鎮痛效果並引起上肢甲皺微循環的變化，這與中國古典醫學認為手足陽明經的經氣相通的論述是符合的。

第三，針刺對肩部軟組織疾患具有較明顯的鎮痛效果，但取用條口穴組或不取用條口穴組，由於例數少，尚未看到明顯差異。

四、小結

本文所報導的三十四例針刺鎮痛與甲皺微循環關係的觀察表明：

（一）針刺鎮痛效果明顯者，則患肢甲皺微循環多出現擴張反應，說明外周微循環的變化與針刺鎮痛有著明顯的對應關係。

(二) 針刺條口穴而肩痛減輕及甲皺微循環的變化可能是通過經絡實現的。
(三) 通過觀察甲皺微循環的變化為指標，可能為針刺鎮痛、針麻原理以及經絡實質的研究提供一條新的途徑。

十四、論腧穴

穴位是臟腑經絡之氣輸注和聚集於體表的部位，同時它既是疾病的反應點，又是疾病的治療點。穴位在《黃帝內經》中稱之為「氣穴」、「氣府」、「骨空」、「輸」、「節」、「會」等，如《素問》〈氣穴論〉稱穴位為「氣穴」，是講「穴乃氣之所注」，《素問》〈氣府論〉稱穴位為「氣府」，是講「穴位是經脈之氣交會之府」，《素問》〈骨空論〉稱穴位為「骨空」，是講「骨必有空，空即穴也」，《靈樞》〈平輸篇〉稱穴位為「輸」，是講穴位「乃脈氣之轉輸」〈輸、腧、俞三字古代通用〉，《靈樞》〈九針十二原〉稱穴位為「節」，是講穴位「乃要之所在」，「所言節者，神氣之所遊行出入，非皮肉筋骨之謂也」。

一、穴位部位的特徵

(一) 古代文獻記載

《靈樞》〈九針十二原〉記載「節之交，三百六十五會，知其要者，一言而終，不知其要，流散無窮。所言節者，神氣之所遊行出入，非皮肉筋骨也」，這段經文是講穴位部位與非穴位部位是不同的。「節」是指穴位，穴位所以稱之為節，是古人用以說明穴位是起治療作用的重要部位。穴位之所以重要，是因為它是「神氣之所遊行出入」，而不是單純的皮、肉、筋、骨局部組織，知道這一點，就可以用一句話說清楚什麼是穴位，不知道這一點，說一千句也不會明白。

《靈樞》〈背膂篇〉講「欲得而驗之，按其處，應在中而痛解，乃其俞也」，這段經文是講驗證穴位部位與非穴位部位的方法是用手指按壓，如果按壓的部位病人有酸、痛、麻、木、舒適等感覺，同時病人原有的痛苦有所緩解，這個部位就是穴位。

通過上述論述，充分說明穴位與非穴位是不同的。

（二）臨床觀察

（1）肉眼可見

穴位多位於體表凹陷處（包括溝狀部位），靜脈側。近人統計，凹陷處與靜脈側穴位占穴位總數的三四·八%。

（2）按壓觸知

穴位多位於體表分肉之間（近人統計占總穴數的六二·五%），動脈側（占總穴數的七·二%）以及骨空部位。按壓時還經常出現酸、痛、麻、木、舒適等反應，在背部俞穴還常出現條索狀或卵圓形反應物。

總之，穴位部位有它的特徵，這種特徵在生理狀態下不很明顯，只有在病理狀態下，在其相關的穴位上，不僅按壓出現上述反應，而且其皮溫、電阻值均有變化，都與非穴位部位不同，因此穴位部位與非穴位部位是不同的。

二、穴位的作用

(一) 穴位作用的共性與特性

穴位是疾病的反應點，同時又是疾病的治療點，這就說明穴位具有反映病痛和防治疾病的作用，但人體穴位甚多，一個穴位又能主治多種疾病和證候，故學者欲掌握每一穴位的主治作用較難。通過大量臨床實踐，我對穴位的主治作用進行了廣泛比較並加以總結，發現各個穴位的主治作用有其共性和特性。其共性是：穴位都具有主治局部和鄰近病變的作用。其特性是：軀幹部穴位不但具有上述作用，又可主治相對應的臟腑器官疾病；位於肘膝以下的俞穴，不僅能主治局部病變，而且可主治本經所屬的臟腑器官病證。

(二) 穴位的作用與其在體表分佈的關係

穴位的主治作用，雖有其共性和特性，但由於人體穴位分佈的部位不同，其主治作用又有所側重。今分述於下。

(1) 手三陰與手三陽

手三陰與手三陽的上肢掌側穴，治療胸部內臟疾病效果好；其背側穴，治療頭面五官疾病及上肢病作用強。

(2) 足三陽與足三陰

足三陽的下肢穴位分佈在下肢的前後外側者，治療下肢及腰背、腹部（六腑）疾病療效好；足三陰的下肢穴位分佈在下肢內側者，對治療盆腔臟器、泌尿生殖系統疾病有效。

(3) 下合穴

手三陽經在上肢都有合穴（手陽明之合穴是曲池，手少陽之合穴是天井，手太陽之合穴是小海），為何古人在下肢又設三個合穴呢（手陽明之下合穴是上巨虛，手太陽之下合穴是下巨虛，手少陽之下合穴是委陽）？欲明其因，先從古代文獻談起，如《靈樞》〈本輸篇〉說「六府皆出足之三陽，上合於手者也」。又說「下陵膝下三寸，胫骨外三里也為合，復下三寸為巨虛上廉，復下三寸為巨虛下廉，大腸屬上，小腸屬下，足陽明胃脈也」，「三焦下俞：出於臍中外廉，名曰委陽，是太陽絡也，手少陽經也」，對於合穴的主治作用，《靈樞》〈邪氣臟腑病形篇〉說「合治內府」，《難經》〈六十八難〉說「合主逆氣而瀉」，說明合穴是治療腑病的要穴，但臨床實踐表明，上肢穴位的主治作用，主要治療橫膈以上器官疾病有效，治療橫膈以下腑病的有效穴位在下肢，看來古人對此早已認識，故古人將循行於上肢的三陽經（臟經）在下肢又設立三個合穴，循行於下肢的三陽經（腑經）則沒有另立合穴，就是這個緣故。

(4) 頭面、軀幹部穴位

頭面、軀於穴位以治療深部和鄰近器官疾病為主，而不以分經為主，如《靈樞》〈背腧篇〉記載了背部的五臟俞穴，這些穴位是治療五臟疾病的重要穴位，但未分屬各經，而是歸屬於足太陽經，尤以位於胸腹部的募穴，表現得更為突出。募穴也是治療臟腑病的重要穴位，共有十二個，但歸屬本經的只有肺募中府、肝募期門、膽募日月，其它九個皆歸屬他經而不在本經，如胃募中脘為任脈穴，雖胃經在腹部有經穴分佈，但胃募未定在本經，反而定在任脈，究其因，則是因為中脘治療胃病，比胃經分佈在腹部的穴位，其作用要強得多，其它募穴亦如此理。通過古代文獻和臨床實踐，說明分佈在頭面、軀幹部的穴位，是以治療深部和鄰近器官疾病為主，所以後世又有「四肢以分經為主，軀幹、頭面以分部為主」的認識。

(5) 四肢穴位與頭身穴位的關係

《靈樞》〈根結篇〉記載了「根結」的部位和穴位，《靈樞》〈衛氣篇〉敘述了「標本」的部位和穴位，兩篇經文中均以四肢為根、為本，頭身為結、為標。根結、標本理論闡述了經氣在內臟、頭身、四肢之間的關係，指出分佈在頭身與四肢的穴位在主治作用上有著互相影響和共同作用的內在聯繫，這對於針灸臨床取穴，有著重要的指導意義，如《素問》〈五常政大論〉說「氣反者，病在上，取之下；病在下，取之上；病在中，傍取之」，《靈樞》〈終始篇〉云「病在上

者，下取之；病在下者，高取之；病在頭者，取之足，病在腰者，取之膕」，這些取穴方法都是依據這一理論發展而來的。

（三）影響穴位主治作用的因素

俞穴的主治作用，受著患者機體機能狀態、不同穴位配伍、不同治法（針刺、放血、艾灸等）不同手法（不同性質的針感）的影響，因此筆者認為，穴位的主治作用是綜合性的，而不是單一性的。在影響穴位主治作用的諸因素中，機體機能狀態是內因，是變化的根據，而不同穴位配伍、不同治法、不同手法是外因，是變化的條件，因此臨床上必須在辨證施治理論的指導下，正確認識病機（也就是掌握患者當時機體機能狀態），並針對病機採用不同穴位配伍、不同治法、不同手法，才能發揮穴位應有的良性雙向調整作用，如果單獨強調某個穴位或某幾個穴位的特定主治作用，那是不夠全面的，更是不符合臨床實踐的。明代汪機在《針灸問對》中說「或曰『諸家言某穴治某病，其說亦可從乎』？曰『治病無定穴也：故喻用針，正如用兵，彼動則此應，或出以奇，或守以正，無有制定。醫者不究病因，不察傳變，惟守某穴主某病之說，執中無權，按譜施治，譬之狂潦泛溢，欲塞下流而獲安者，亦偶然耳。夫病變無窮，灸刺之法亦無窮，或在上，下取之；或在下，上取之，或正取之，或直取之，審經與絡，分血與氣，病隨經所在，穴隨經而取之，庶得隨機應變之理，豈可行以某穴主某病哉』」！這段論述正是闡明此理的。

三、穴位與經絡的關係

穴位是經絡的反應點，同時又是針灸治病的刺激點，經絡是人體內臟與體表互相聯繫的通路。經穴又都分佈在經絡循行線上，因此穴位與經絡之間有著不可分割的關係。

（一）穴位是形成經絡學說的基礎

一般認為，經絡學說的形成以晉·《針灸甲乙經》為標誌，雖然腧穴學的形成在經絡學說形成之後，但《黃帝內經》中所闡述的穴位是形成經絡學說的基礎，是人體認識經絡的前提。這裡所說的穴位，是指四肢肘膝以下的穴位而言，因為肘膝以下的穴位不僅能治局部病，而且還能治療遠隔的臟腑器官疾病。現在我們可以推測，當人們針刺合谷穴醫好牙痛，針刺足三里能醫治胃病時，一定迫使人們聯想到穴位與內臟之間存在著內在聯繫，否則為何針刺這裡能醫治那裡的疾病呢？通過漫長年代的反復實踐，逐漸形成經絡學，今從穴位的發展情況，進一步探討穴位與經絡的關係。

在我國現存古代醫籍中，最早記載穴位的文獻是《黃帝內經》，該書記載穴位的篇章的很多的，其中主要論述穴位內容的文章有六篇。

（1）《靈樞》〈本輸篇〉：專門論述肘膝以下的五臟五腧穴和六腑六腧穴的穴位部位、名稱、歸經，並提出井、榮、俞、原、經、合的理論。

（2）《靈樞》〈背腧篇〉：記載七對穴位的部位和名稱，其中包括五臟腧。

(3) 《靈樞》〈動輸篇〉：論述了手太陰、足少陰、足陽明位於動脈側的穴位。
(4) 《素問》〈骨空論〉：論述了位於骨空部位的穴位。
(5) 《素問》〈氣穴論〉：主要論述手三陽經與足三陽經脈氣所發的穴位，可謂是穴位歸經的初範。

(6) 《素問》〈氣府論〉：論述周身穴位。

從這六篇文章記載的穴位來看，對於頭面、軀幹部穴位的記載比較簡單，有的只記載部位而無穴名，有的有穴名而無部位，如〈氣穴論〉記載「頭上五行，行五，五五二十五穴。中膺兩旁各五，凡十穴。大椎上兩旁各一，凡二穴」等等。〈背腧篇〉記載了五臟俞，而無六腑俞。《素問》〈奇病論〉提到「膽虛，氣上溢而口為之苦，治之以膽募俞」，但未指出具體部位。其他募穴在《內經》中沒有論及，但《內經》對肘膝以下穴位的記載非常詳細，如〈本腧篇〉對「五臟五俞，五五二十五俞，六腑六俞，六六三十六俞」，不僅對這些穴位的位置、名稱都有詳細的記載，而且還將這些穴位歸屬各經，並提出井、榮、俞、原、經、合的理論。從發展的觀點來看，發現穴位的最初階段是「以痛為輸」，逐漸才進行定位、命名，最後將穴位歸經並加以理論化，這是人們對穴位的認識逐漸深化的結果，根據這一觀點，顯然肘膝以下的穴位發現在前，頭、身部穴位發現在後。《內經》中如此完整的記載肘膝以下的穴位，決不是偶然的，而是古人認識到肘

膝以下穴位可治療遠隔臟腑病的特殊功能，並結合經氣傳導路徑而逐漸形成經絡學說。

(二) 經絡是指導臨床取穴的理論工具

(1) 腧穴歸經：人體所有穴位（除經外奇穴外）皆歸屬於不同經絡，稱為「腧穴歸經」。由於具體穴位的主治性能不同，部位各異，因此有的穴位僅屬一經，有的則歸屬兩經、三經或更多的經脈，這種情況叫作「交會」，如復溜穴僅屬足少陰一經；而人中穴則歸屬督脈、手陽明兩經；三陰交歸屬脾、肝、腎三經；關元歸屬任脈、肝、脾、腎四經；大椎則歸屬督脈、手足三陽七經，等等。正因為如此，所以復溜穴在臨床上只用於治療腎經的疾病，而人中除治療督脈的角弓反張外，還用於治療陽明經的齒痛等等。俞穴歸經之後，人們就可依據經絡理論掌握穴位的主治作用，在臨床時進行「循經取穴」。

(2) 循經取穴：循經取穴是針灸臨床的取穴原則，主要是指射膝以下穴位而言。這種原則的運用不應流於形式，如胸痹取內關、胃脘痛取足三里等，而應該尋求其實質，遵照《靈樞》〈刺節真邪篇〉所講的「用針者，必先察其經絡之虛實，切而循之，按而彈之，視其應動者，乃後取之而下之」，即先察後取的原則進行。「先察」，是察明病（證）屬何經；「後取」，是循經取穴，只有先察後取，才是名副其實的循經取穴。

(三) 穴位（點）與經絡（線）的辨證關係

穴位是臟腑經絡之氣輸出或聚集於體表的部位（點），經絡是人體內臟與體表相互聯繫的通路（線），因此當人體內臟有病時，輕證則通過其所屬的經脈，在其所屬的穴位上出現反應，重證則在經脈循行通路上出現反應，如胸痹證，在病情較輕時則在通里、靈道等穴位上出現壓痛，若病情較重時則沿心經循行通路上出現疼痛或壓痛。在治療時針刺、艾灸穴位，激發經氣，通過經絡的傳導來調整內臟的虛實，因此說從現象上看，穴位與經絡之間呈現出點與線的關係，實際上穴位與經絡同屬經絡系統內容，有著不可分割的聯繫。

四、對穴位的正確位置要知常達變

穴位部位與非穴位部位是不同的，臨證取穴時部位正確與否，關係到治病效果如何，這是眾所周知的，因此歷代醫家都非常重視穴位的正確位置，古今針灸文獻都規定了每個穴位的部位和取法。《標幽賦》講「取五穴用一穴而必端」，如此是否能取準穴位呢？確是一個值得提出的問題。余通過多年臨床實踐認識到，古今文獻記載的穴位部位和取法是言其常，不然則無法寫書傳之後世，實際上，醫者還應知其變如足三里，《針灸甲乙經》記載「在膝下三寸，跗外廉」，《針灸大成》云「針下三寸，胛外廉，大筋內，宛宛中，舉足取之」，但在臨床實踐中，以文獻記載的部位為依據，在不同的患者身上用指按壓，其反應點的出現，有的病人可能偏上些，有的偏下，有的偏內，有的偏外，這種現象可稱之為「經

穴移動，針灸工作者，如只知其常而不達其變，在臨證取穴時則很難避免投針失位，對此醫者不可不明乎

第二篇 腧穴針法體驗

一、重視手法，究其實質

針刺手法（指毫針針刺手法，下同），包括基本操作手法和補瀉手法，《靈樞》〈根結篇〉說「有餘者瀉之，不足者補之，此之謂也」，這說明補以扶正，瀉以祛邪，補瀉是兩個概念。補瀉手法的操作起著兩種不同的作用，根據這種認識，補瀉手法操作必須非常嚴格，但是從歷代文獻對補瀉手法操作的記載來看，又很不嚴格，如徐疾補瀉，《靈樞》〈小針解〉說「徐內而疾出（補），疾內而徐出（瀉）」，而《素問》〈針解篇〉說「徐出針而疾按之（補），疾出針而徐按之（瀉）」，這樣豈不互相矛盾嗎？後世對「捻轉補瀉」的操作要求也莫衷一是，從《內經》至今已兩千餘年，在這漫長的年代裡，針灸工作者就是運用這種極不嚴格的補瀉手法，治療各種虛實不同的疾病，不僅沒有影響針刺的療效，而且還未發現因補瀉手法不嚴格而造成差錯事故，究其理何在，難道不應引人深思嗎？

一、針刺手法在針灸學中的地位

針灸學是由經絡、穴位、刺灸術、治療四部分組成的。針灸療效的取得是多種因素綜合作用的結果（包括不同穴位、不同治法、不同針刺手法以及機體機能應答反應），並非某一因素起主要作用，更不是無條件的。假若無針刺手法這一條件，則不能激發經氣，發揮針灸應有的調和氣血、通其經脈和祛邪扶正的治療

作用，所以說針刺手法是形成針灸學的重要組成部分，在臨床治療中佔有重要地位。

二、對古代針刺手法的剖析

（一）古人創立針刺手法和針刺補瀉的目的

《金針賦》說「觀乎針道，捷法最奇，須要明於補瀉，方可起於傾危」，《標幽賦》云「左手重而多按，欲令氣散，右手輕而徐入，不痛之因」，這說明其目的有二，一是欲提高針刺治病效果，二是欲減輕患者刺痛。歷代醫家就是在這個原則指導下，創立了多種針刺手法。

（二）古人創立針刺補瀉手法的理論根據

《金針賦》上講「針分八法，不離陰陽」，說明古人創立的各種針刺補瀉手法的操作，是以陰陽學說為其理論根據的，如左為陽，右為陰，故左捻順陽為補，右轉逆陽為瀉。又如九數屬陽，六數屬陰，故左九為補，右捻六為瀉，其他皆然。

（三）從捻轉補瀉的演變，論手法操作的不嚴格性

捻轉補瀉是最常用的一種補瀉手法，其區分補瀉的手法操作在於左轉（大指進前）、右轉（大指退後，如《標幽賦》「動退空歇，迎奪右而瀉涼，推內進搓，隨濟左而補暖」，這是依據左為陽、右為陰、順陽為補、逆陽為瀉的理論制定的。以後依據陰陽學說的推論，則捻轉補瀉的手法操作出現了互相矛盾的演變，如《金針賦》提出「男為陽，女為陰；午前為陽，午後為陰；腹為陰，腰背為陽」的理

論，所以《金針賦》提出的捻轉手法是陽性（男）、陽時午前陽位（腰以左轉為補，右轉為瀉；陰性（女）陰時（午後）陰位（胸腹）則以右轉為補，左轉為瀉從而出現了屬陰者右捻順陰為補，左捻逆陽為瀉。《南豐李氏補瀉》又提出「手為陽，足為陰」，以及「左手陽經為陽中之陽，左手陰經為陽中之陰：」的說法，由此愈分愈細，使後人無所遵循，通過對《標幽賦》、《金針賦》、《南豐李氏補瀉》對捻轉瀉手法操作的統計，以《標幽賦》左轉為補、右轉為瀉為標準，結果支持者占一半，不符合者占一半。如果左轉真的起著補的作用，右轉起著瀉的作用，則這種互相矛盾的操作是絕對不允許的。因此說，古人以左右、男女、午前午後、腰腹、手足陰陽經、左轉、右轉等來區分針刺補瀉的手法操作，對針刺治療作用的關係並不大，而捻轉提插手法操作（不分左右捻轉）才與針刺效果有直接關係。因為通過針刺捻轉提插手法激發經氣，從而調動機體本身所固有的調節功能，因此應重新探索如何結合臨床應用針刺基本操作手法，根據具體病情、具體病人，給予最佳刺激量，進一步提高針刺治病的效果。

三、論針刺手法的本質

總結古代文獻，結合個人臨床體驗，余認為：針刺手法取得治病的效果，是由不同性質的針感（氣）、針感的強度以及針刺的深度三個方面因素決定的。《靈樞》（九針十二原）提出「刺之要，氣至而有效」，實踐證明，氣（針感）的性質是多樣的，一般針感有酸、脹、痛、麻、觸電感、抽搦感、涼感、熱感等幾種，

這些不同性質的針感，可對患者產生不同的療效，因此在針刺時必須根據病情的虛實寒熱、病程的久暫、病人體質的強弱、個體對針刺的敏感程度以及根據某種病的不同時期，尋找適宜的針感，給予適當的強度，這是針刺手法取得治病效果的關鍵，所以說，具有隨意獲取各種針感以及控制針感的能力，的確是針灸醫生的一項高水平的操作技術，如何根據患者的病情、體質和疾病的不同時期選擇最佳針感，則是一項新的課題。下面僅就針感的性質、強度、針刺深度及適應證討論如後。

(一) 不同性質的針感及其適應證

(1) 脹感

這是臨床上一種最多見的針感，並且經常混合出現。柔和的脹感，適用於治療虛證（氣虛、血虛、陽虛）、慢性病以及體質虛弱的病人，運用這種針感治療虛證，針後病人反應感覺舒適良好。

(2) 麻、觸電感

這種針感比較強烈，適用於治療實證、急性病以及體質壯實的病人，例如針刺環跳尋找觸電感並感傳到足，對治療癱病性癱瘓、乾性坐骨神經痛是很適宜的。但是當坐骨神經痛劇痛消失後，僅殘留微痛或腳外側麻木者，這種針感就不適宜了。又如針刺環跳尋找針感到少腹，對治療腎絞痛及閉經的實證也是適宜的。此外，針刺環跳尋找觸電感到足，用於治療半身不遂、小兒麻痺後遺症也是適宜的。

(3) 熱感

適用於寒證，包括寒濕證、風寒證以及虛寒證，如臨床治療寒濕痺證、寒濕腹瀉、面神經麻痺後遺症的風寒證以及神經麻痺和肌肉萎縮等退行性病變，常要求針下出現熱感。

(4) 涼感

適用於治療熱證，包括風熱證、火熱證、毒熱證、燥熱證等，如治療外感風熱的感冒、咳嗽、咽喉痛；風火、胃火牙痛，肝鬱化火的高血壓、偏頭痛等熱邪偏盛的病症，常要求針下出現涼感。

(5) 抽搐感

適用於治療內臟下垂病，如胃下垂、子宮下垂等病。

(6) 痛感

在針刺四肢、軀幹部位的穴位時常出現痛感，這不是醫生主觀尋找的針感，一般針刺時遇到痛感是可以排除的，但是針刺手足部位的井穴、十宣、湧泉，面部的人中、耳朵上的穴位以及尾骶部長強穴時，其針感主要是痛感，因此痛感也屬針感之一。

另外，針感傳導的方向不同，對療效也有一定的影響。眾所周知針尖向上，針感易向上傳；針尖向下，則針感易向下傳，因此針刺方向是控制針感傳導方向

的重要手段。臨床所見，針感傳導方向可分為向心性與離心性兩種，一般以向肢端或下部傳導比較容易獲取，向上傳導則需特殊手法，雖然離心性針感可以治療多種疾病，但向心性針感（氣至病所）則更能提高臨床療效。近年來，我們治療頑固性面肌痙攣、甲狀腺腫瘤等病，就是用的這種方法。

（二）不同強度的針感及其適應證

針感的強度，是由針刺手法操作的指力、針刺的深淺、針刺手法操作持續的時間以及個體對針刺的敏感程度等決定的。一般來說，指力強，所獲得的針感亦強，但是個體對針感很敏感，針刺時指力很輕，也能獲取很強的針感，因此臨床醫生必須密切注視個體對針感的敏感程度，給予恰當的指力，以獲得適宜的針感強度，才能收到良好的治療效果。一般地講，強度大的針感，適用於治療急性病、實證和體質壯實的患者；柔和的針感，適用於治療慢性病、虛證和體質虛弱的患者，但是虛實有程度之別，有局部與全身之分，因此針感的強弱亦隨之而異，例如針刺後如患者病情緩解時間短暫，這說明針感強度不足，應當加強指力或延長手法操作時間，以提高療效。反之，如果針刺後，病者反應劇烈，過幾小時或一二天針感才逐漸減輕，這說明針感過強，應該減輕針感強度，即減輕指力或縮短操作時間。

（三）針刺的深淺及其適應證

對針刺深淺，《靈樞》〈官針〉記載「毛刺」治療浮痹（如股外側皮神經炎），「輸刺」治療骨痹（頸椎病、腰椎病等），這就是根據病位的深淺決定針刺的深淺。實踐證明，一根毫針激發經氣的部位是針尖，同時還證明針刺深，一般來說針感強；針刺淺，能夠減弱針感，所以說針刺深淺除與病變部位有關外，亦與調整針感強度有關。

（四）影響針感的幾個因素

（1）與病情的關係

實踐證明，虛寒證的患者易獲熱感；而實熱證的患者易獲涼感。

（2）與針刺部位的關係

痠脹感可見於任何部位，但尤以針尖在人部易顯酸脹感。針尖刺到運動點時，易顯抽搐感。使用搓法易顯抽搐感。麻感、觸電感是針刺入神經幹或分支時產生的。氣至病所是刺中經絡時產生的。

（3）與針刺徐疾的關係

「推而內之」，慢慢進（插）針，易獲熱感。「動而伸之」，慢慢退（提）針，易獲涼感。若使用「燒山火」、「透天涼」的操作方法亦可。

（4）與個體差異的關係

對針刺敏感者，易獲各種針感，若對針刺不敏感者，欲獲取熱感、涼感是不容易的，針對這種病人，可以使用輔助方法。欲獲熱感而不至者，可配合溫針法；欲獲涼感而不至者，可配合放血法，以達到治療的目的。

總之，「刺之要，氣至而有效」，是針刺治病的本質，但是氣的性質不同，應該依據具體病情（寒熱虛實）、具體病人以及疾病的不同時期，運用捻轉提插等手法，尋找不同性質的針感（氣）及針感強度，同時要依據具體病位決定針刺深度，這是針刺手法操作的最根本的要求。

二、針刺法、刺血法、艾灸法、火針法的治療作用及其配合應用

《靈樞》〈官針篇〉說「九針之宜，各有所為，長短大小，各有所施也。不得其用，病弗能移，疾淺針深，內傷良肉，皮膚為癰；病深針淺，病氣不瀉，支大為膿；病小針大，氣瀉太甚，疾必為害；病大針小，氣不泄瀉，亦復為敗。失針之宜，大者瀉，小者不移」，針灸的治療效果是綜合因素發生作用的結果，而不是單一因素發生作用的結果（詳見《論針灸的治療作用》），但不同的針具、不同的治療方法確有其不同的治療作用和適應證，針灸工作者對此若不進行研討和不斷地總結，掌握其應用規律，是不能收到良好的治療效果的。

一、針刺法、刺血法、艾灸法、火針法的治療作用

（一）針刺法的治療作用

針刺法，係指毫針針刺法。毫針針刺法具有補虛（補氣、補血、補陰、補陽）、瀉實（諸如解表、緩下、和解、消導、化痰、散結等）、清熱、溫寒、升清降濁、行血祛瘀、通經活絡等作用，故針刺法在針灸臨上應用最廣，是針灸治療方法的主體。

（二）刺血法的治療作用

刺血法，即絡刺法，它是以三棱針刺破人體特定部位的絡脈或穴位，放出適量的血液來達到治病目的的一種治療方法。

刺血法主要起著瀉熱降火和行血祛瘀兩大治療作用，通過瀉熱降火和行血祛瘀的作用，又相應具有退熱、止痛、解毒、止癢、消腫、治麻、止吐、止瀉、急救、熄風解痙等作用。瀉熱降火，適用於治療外感風熱、暑熱、燥熱、毒熱、熱極生風、熱深厥深、積滯化熱以及五志化火、氣火上逆的實火證。

行血祛瘀，適用於治療寒凝血瘀的痹證、氣血壅滯的腫脹、氣滯血瘀的疼痛等血液運行變阻的血瘀證。

由於刺血法的瀉熱降火和行血祛瘀的作用強於針刺法，故刺血法成為針灸治療方法的右翼。

（三）艾灸法的治療作用

艾灸法，屬溫法，它具有溫補陽氣、溫散風寒、溫化寒濕、溫散血腫以及溫通經脈的作用，適用於治療陽虛火衰、亡陽、寒濕、虛寒、寒邪偏盛的痛痹，勞損以及扭傷、挫傷的血腫等證。

由於艾灸法的助陽散寒的作用強於針刺法，故艾灸法成為針灸治療方法的左翼。

（四）火針法的治療作用

火針法，亦屬溫法，但與艾灸法尚有區別。艾灸法的治療作用如前所述，而火針法除具有溫散寒邪、溫化寒濕、溫通經脈作用，用於治療經筋病的疼痛、轉

筋的寒濕證外，還可用於治療陰疽（癰癤），以散結或排膿，以及治療髓鞘囊腫等證。其與艾灸法在臨床應用的區別是，如欲回陽固脫，宜用灸法而不用火針，如欲治療陰疽以排膿或治療髓鞘囊腫以排液，只能用火針點刺而不用灸法，這就是二者各自的獨特之處。

《針灸聚英》指出三項火針操作技術要求：

- (1) 針燒得要通紅。
- (2) 下針要準確。
- (3) 深淺要適宜。

並指出「人身諸處皆可行針，面上忌之」，余多年來實踐表明，面部穴位除睛明、承泣不能用火針外，其他穴位皆可針之，但宜直刺，針後不留任何痕跡（詳見口眼喎斜後遺症的形成和治療）。

二、針刺法、刺血法、艾灸法、火針法的配法應用

在針灸臨床上，有一法獨用者，有兩法或三法並用者。其選擇應用的原則，是根據疾病的虛實寒熱以及病情的輕重，結合不同的治療原則和不同的治療目的決定的。

（一）針刺與艾灸並用

針刺法在針灸臨床上的應用最為廣泛，但針刺法的助陽溫寒作用次於艾灸法，因此，治療一些氣虛、陽虛的輕證時，可以單獨使用針刺熱補法（燒山火），但在治療較重證時，則應針刺與艾灸並用，以增強其助陽的作用。治療寒證，寒濕證較輕者，可獨用針刺熱補法（燒山火），對於沉寒痼冷、寒凝血瘀、痰飲內停之證，則應針刺與艾灸並用，以增強其溫散寒邪、溫化痰飲、溫通經脈的作用。至於火針與艾灸的選用，火針主要用於治療寒痹（經筋病）以及消散陰疽等，而艾灸既用於治療經筋病，同時還用於治療臟腑病的虛寒證。

（二）針刺和刺血並用

針刺法的瀉熱降火、行血祛瘀的作用遜於刺血法，因此在臨床上治療熱邪或經絡瘀阻的輕者，可以獨用針刺法，若火熱、毒熱以及經路瘀阻重者，則應針刺與刺血並用，以增強瀉熱降火、行血祛瘀的作用。

刺血法適用於實火證，虛火證只宜針刺，刺血是不相宜的。

（三）針刺、刺血、艾灸三法並用

針刺、刺血、艾灸三法並用，或交替使用，在臨症時主要用於治療寒凝血瘀證，如慢性腰腿痛，若委中怒張，或出現血絡，則可刺絡出血，以行血祛瘀；灸腎俞，以溫散寒邪；針刺環跳、陽陵等穴，以溫通經脈。

火針、刺血、針刺三法並用，或交替取用亦有之，如治療漏肩風屬寒凝血瘀證，用火針點刺局部，以痛為輸，若感憋脹疼痛，可刺井穴出血以行血祛瘀，根據病屬何經，選用條口透承山、飛揚、絕骨等穴針刺之。

上述是針灸臨床常用的幾種治療方法的相互配合應用的梗概，望同道們深究之。

三、徐疾補瀉手法所致涼熱針感出現率的觀察

針刺手法是針灸學的重要組成部分，它直接關係到針刺療效，因此自古以來深受針灸界的重視。筆者根據《素問》〈針解篇〉所載「氣虛則實之者，針下熱也，氣實乃熱也；滿而泄之者，針不寒也，氣虛乃寒也」，以及《金針賦》上講的「補者直須熱至，瀉者務待寒侵」的名訓，採用「徐疾補瀉法」，尋找涼熱不同性質的針感，用以治療熱證、虛證及寒證，今將自一九七六年十一月至一九八七年八月記錄的資料，整理小結於下。

一、徐疾補瀉法的來源及經典解釋

徐疾補瀉最早見於《靈樞》〈九針十二原〉「《大要》曰『徐而疾則實，疾而徐則虛』」，所言《大要》顯然是比《黃帝內經》還要早的古醫書，可見徐疾補瀉法的來源是非常古老的。關於「徐而疾則實，疾而徐則虛」，在《黃帝內經》中有兩種解釋。一是《靈樞》〈小針解〉的解釋，曰「徐而疾則實者，言徐內而疾出也；疾而徐則虛者，言疾內而徐出也」，這一段文字的意思是緩慢進針、快速出針為補；快速進針、緩慢出針為瀉。二是《素問》〈針解篇〉的解釋，曰「徐而疾則實者，徐出針而疾按之；疾而徐則虛者，疾出針而徐按之」，據唐·王冰的注解，這一段文字的意思是：針刺「得經氣已久」再出針，並且速按針孔為補；針刺「至於經脈」就立即出針，並且慢按針孔為瀉。明代針灸大師楊繼洲也指出《黃帝內經》對徐疾補瀉有兩種解釋，「所謂徐而疾者，一作徐內而疾出，一作

徐出針而疾按之。所謂疾而徐者，一作疾內而徐出，一作疾出針而徐按之」，「蓋徐疾二字，一解作緩急之義，一解作久速之義」。「緩急」係指速度而言，要求掌握進針、出針速度的快慢，「久速」係指時間而言，要求掌握進針與出針之間及出針與按針孔之間的時間長短。楊繼洲的解釋，是與《黃帝內經》主旨相符合的。

二、徐疾補瀉法的具體操作

關於徐疾補瀉的具體操作，現代醫家有遵循《素問》〈針解篇〉的，也有遵循《靈樞》〈小針解〉的，作者臨症是按照《靈樞》〈小針解〉的記載操作的。

「徐疾」一字的意義，一是表示進針和出針的速度有快有慢（快慢是相對的）。二是包括運用指力的輕重和持續時間的長短。具體操作如下。

(1) 「徐內」，要求針刺速度慢，但下按的指力要重，達到預期深度所需的時間也就必然長（一—二分鐘）。「疾出」，要求提針的速度快，但是上提的力量要輕，由深部到退出皮膚所需要的時間必然也短，這種操作是求針下出現熱感的有效方法，故曰補法。在治療各種疾病中，作者所言針刺熱補法、針刺熱手法，皆指此法而言。

(2) 「疾內」，要求針刺速度快，下按的指力要輕，達到預期深度所需要的時間要短；「徐出」要求提針的速度慢，上提的指力要重，由深部到退出皮膚所需

要的時間要長（一——二分鐘）這樣操作是求針下出現涼感的有效方法，故曰瀉法。在治療各種疾病中，作者所言涼瀉法、針刺涼手法，皆指此法而言。

在「徐內、疾出」和「疾內、徐出」的操作過程中，是否有針的捻轉動作，作者認為「徐疾補瀉的要領是進退針分快慢，指力分輕重，時間分長短，故使用捻進或插進，捻退或提退均可，不必拘泥，更應結合具體受針者而定，若受針者敏感，進針後經氣即至，即可分別進行『徐內』和『徐出』的操作；若受針者不敏感，進針後氣未至，則必須結合捻轉、震顫法催氣，待氣至才能分別進行『徐內』或『徐出』的操作」。

三、涼、熱針感出現率的觀察

共統計九十五例，三十三個病種，每例最多統計兩次（因一次成功，則次次成功），計一百八十五穴次。其中使用補法一百七十五穴次，出現熱感者一百六十二穴次，占九十二·五%；未出現熱感者十三穴次，占七·五%。使用瀉法十穴次，出現涼感者四穴次，未出現涼感者六穴次。表明涼手法使用率及成功率皆低於熱手法。

四、出現熱針感、涼針感所需時間及範圍

一百六十六穴次（出現熱感者一百六十二穴次，出現涼感者四穴次），在施行手法二分鐘以內出現熱、涼針感的一百二十六穴次，占七十八%，在二分鐘以上

出現者，四十四穴次，占二十二%。其中，時間最短者為一分鐘，最長者為五分鐘，一般在一——二分鐘之間。

熱、涼針感出現在針下及針周圍者一百四十穴次，占八十四·三%，循經出現十一穴次，如針刺申脈沿經到肩，針刺合谷沿經到齒齦等。針感出現在局部及鄰近者十五穴次，如針翳風針感到咽、口唇等全身出現熱感者二穴次。

五、病種及使用的穴位

使用補法尋求熱感者，用以治療虛證及寒證，如腰腿痛、關節痛、面癱、面癱後遺症、近視、半身不遂、冠心病等二十九個病種。使用瀉法尋求涼感者，用以治療熱證，如胃火牙痛、風熱頭痛等四個病種。

使用的穴位及次數：翳風二十八次，氣海二十六次，睛明十四次，大椎十一次，風池七次，合谷五次，天柱四次，腎俞三次，共五十二個穴位。

六、討論

古今補瀉手法和方法種類很多，如古有徐疾、迎隨、呼吸、開合；近有捻轉、提插等單式補瀉及燒山火、透天涼等複合式補瀉等，這些補瀉手法及方法中，只有徐疾補瀉及燒山火、透天涼手法要求針下出現熱、涼針感，這種針感雖然還是以受針者主觀感覺為主，但總比迎隨、開合、捻轉法客觀些。尤其是近年來人們通過大量的實驗研究，證明徐疾補瀉的補法和瀉法對皮膚溫度及微循環均有一定良性影響，對接受抗痛化學藥物治療的病人有延緩白細胞總數下降的作用，對高

血壓病人有降壓作用，對術後發熱者有退熱作用，其效應確有明顯之不同，證明針刺效應同機體的功能狀態及針刺手法有關。不論補法或瀉法乃至平補平瀉法，均對機體有調整作用，不過作用有大小之別。補法對於虛證，瀉法對於實證，針對性強，作用大；反之，則針對性差，作用小（陳克彥等，〈針刺補瀉手法的實驗觀察與臨床應用〉（內部資料）一九八六），所以針灸臨床應重視補瀉手法，故余用徐疾補瀉手法尋求涼熱不同性質的針感，用以治療虛證、寒證和熱證。

四、針刺手法激發循經感傳的研究

「氣至病所」是提高針灸治病和針麻臨床效果的重要條件之一。顯性感傳的出現是研究循經感傳規律性的基礎，因此如何使感傳顯現出來，如何使氣至病所，則成為當前研究循經感傳，提高針灸、針麻臨床效果的主要課題。我們在研究「隱性感傳」的基礎上，結合針刺治病，於一九七七年—一九七八年間，對針刺手法激發感傳，促使隱性感傳轉化為顯性感傳，進行了研究。今將其結果總結報導於下。

一、方法

（一）激發對象

為針灸門診中面肌痙攣病人。性別、年齡不限。

（二）激發的穴位和例數

共激發四十五例（原發性面肌痙攣三十八例，繼發性者七例），一千六百四十一人次。激發的穴位為合谷、列缺、外關、養老等一一個穴位。四十五例中，男性二十一例，女性二十四例，年齡最小者七歲，最大者六五歲，其中三十五十歲者三十四例，占七十五·五%。曾對部分病例在激發前測試循經感傳，其中大多數人感傳不顯著，但感傳不顯著者中，又大多可出現隱性感傳。

（三）激發的方法

我們運用傳統的針刺手法，包括小幅度捻轉、震顫、循攝等法，以達到催氣、得氣、行氣的目的。在操作過程中，要注意以下事項：

(1) 環境宜安靜，患者要寬衣解帶，閉目調息，身心放鬆，精神集中，仔細體察針感，隨時回答術者的問話；術者要聚精會神，認真操作。

(2) 針下得氣要以輕度或中度得氣為宜。重度得氣對行氣法是不相宜的，所謂輕度得氣，即患者自覺針下酸、麻、脹；術者手下並不感覺沉緊。中度得氣，患者自覺針下酸、麻、脹感明顯；術者手下感到沉緊。重度得氣，患者不僅感到針下酸、麻、脹感明顯，而且感到針的周圍肌肉抽動；術者不僅感到針下沉緊，而且可以看到針附近的肌肉抽動或沿經的肌肉跳動。《難經》所云「其氣之來，如動脈之狀」，就是形容這種得氣的表現。

(3) 得氣之後要察氣，如針刺合谷，患者感覺疼痛，或針感到食指、大指、手心或小指等，都應從針刺的深淺、方向等方面進行調整，直至患者僅感針下酸、麻、脹、熱或針感沿經上行時，再繼續捻轉、震顫三十分鐘，則經氣易至病所。

(4) 對於氣至關節，不能通過時，首先採用繼續激發的方法，繼而採用循經攝切的方法，往往可以幫經氣通過關節。

二、結果

(一) 激發前後的感傳情況

四十五例中，運用一般針刺手法進針得氣後，針感限於局部者四十三例，占九十五·五%；感傳到達肩部者僅二例，占四·五%。經過激發性刺激三十分鐘後，針感限於局部者十例，占二十二·二%出現不同程度感傳者三十五例，占七十七·八%（見表一）。

(表一) 激發前後的感傳出現情況

	95% 置信區間 (%)				
	局部	腕關節	肘關節	肩關節	全經
激發前	86~100 (43)	0~7 (0)	0~7 (0)	0~14 (2)	0~7 (0)
激發30分鐘	12~36 (10)	1~17 (3)	23~50 (16)	10~34 (9)	7~29 (7)

(注) 括號內數字為例數

(二) 激發次數與結果的關係

由於治療期長短不一，激發次數多少亦不同，激發次數最少者五次，最多者一百二十九次，平均為三十六·四次，隨著激發次數的增多，顯性感傳的出現率也增高，傳程越來越長。今將首次激發、治療期中及治療期末的情況列於(表二)。

(表二) 激發次數與感傳出現情況的關係

	95% 置信區間 (%)				
	局部	腕關節	肘關節	肩關節	全經
首次激發	12~36 (10)	1~17 (3)	23~50 (16)	10~34 (9)	7~29 (7)
期中激發	5~24 (5)	0~11 (1)	10~34 (9)	13~38 (11)	28~57 (19)
期末激發	2~19 (4)	0~7 (0)	2~19 (4)	15~41 (12)	41~70 (25)

注：首次激發：係指第一次激發30分鐘後的結果。
 期中激發：係指激發全程中的中間一次激發結果。
 期末激發：係指激發全程中的最後一次激發結果。
 括號內數字為例數。

(三) 顯性感傳的傳程與針刺療效的關係

四十五例中，病程在半年以內的十四例，其餘的三十一例病程在六個月至六年之間。這些病人均為久經一般針刺、電針、維生素B₁₂穴位注射以及中西藥物治療無效者。三十一例中應用本法取得比較滿意效果者占六十八%，總有效率為八十三·八%，其激發後出現感傳的傳程與臨床療效的情況詳見（表三）。

(表三) 三十一例感傳傳程與療效關係

感傳傳程	近控	顯效	好轉	無效
局部				2
腕關節			1	1
肘關節		1	2	
肩關節	2	1	1	
全經	6	9	3	2

療效判斷標準：

- ①近控，平靜狀態及誘發因素存在時面部痙攣消失或基本消失。
- ②顯效：平靜狀態下面部痙攣不發作；在誘因存在時仍有發作，但發作次數、肌肉抽動範圍及抽動振幅均明顯縮減。
- ③好轉：平靜狀態下，面部痙攣發作明顯減輕，在誘因存在時，發作的次數、肌肉抽動振幅縮減，肌肉抽動範圍縮小或不縮小。

(四) 循經感傳的穩定性

激發過程中，循經感傳的情況是不同的，曾分析其中二十八例的特點，可分為以下兩大類

(1) 重複性強，傳導速度徐緩，經氣不易丟失者。這種感傳稱之曰「穩定性循經感傳」。二十八例中有二十四例，占八十五·七%。

(2) 重複性差，傳導速度快，經氣易丟失者。這種感傳稱之曰「不穩定性感傳」。二十八例中有四例，占十四·三%。《素問》〈針解篇〉上說「經氣已至，慎守勿失」，就懸這種感傳而言

三、討論

運用本法，由於注意「治神」和採用柔和、持久、多次激發的操作方法，故顯性感傳的出現率達八十二·一%，穩定型循經感傳者達八十五·七%，提高了對頑固性面肌痙攣的臨床效果，今將研究所得分別討論於下。

(一) 「治神」是促使經氣運行的重要因素

《素問》〈寶命全形論〉記載「凡刺之真，必先治神」，就是講在針刺之前，必須首先治理術者和病人的神氣，這是針刺取效的重要條件。

治神的目的，《素問》〈針解篇〉上說「制其神，令氣易行」，治神的方法，書中記載很多，歸納起來，主要是要求術者和病人都要聚精會神、專心一意地進

行手法操作和體察針感。《素問》〈針解篇〉對術者在針刺過程的要求是「如臨深淵者，不敢墜也。手如握虎者，欲其壯也。神無營於眾物者，靜志觀病人，無左右視也」，要求術者制約病人神氣的方法是「必正其神者，欲瞻病人目，制其神，令氣易行也」。另外，安靜的環境對於治神也是一個應該注意的重要條件。

(二) 柔和、持久、多次的刺激是行氣法的特徵

行氣法是使經氣從刺激點開始沿經到達病所的一種針刺方法，這種手法與一般臨床治療的手法不同，它是以柔和、持久、多次激發、針後患者感到舒適為特徵的一種手法。柔和是指在催氣、得氣、行氣或氣至病所時，術者的操作都需要柔和，使患者不感覺針刺局部有任何不適感。典型患者主訴，當針刺局部感覺適宜時，病變部位感覺則明顯；當針刺局部感覺重時，病變部位感覺反而減弱或消失。持久是指捻轉或震顫的時間要長，一般以三十分鐘為宜。多次是指循經感傳的出現，有的須多次激發才能出現，因此在臨床上對於首次激發三十分鐘後仍未出現感傳者，則應再次或多次激發。

(三) 「氣至而有效」是一個客觀規律

「氣至而有效」是《內經》對針刺治病的總結，其指導臨床實踐的意義，越來越引起人們的重視，本文所討論的四十五例面肌痙攣病人，其中病程在半年以內的十四例除外，其餘三十一例病程均在半年以上至十六年之間，都是久經一般針刺及中西藥物治療無效者，對於這種頑固性疾病，應用本法取得了近控八例，

占二十五·八%，顯效十一例，占三十五·五%，好轉七例，占二十二·六%，無效五例，占十六·一%，總的有效率為八十三·八%。從而看出有如下趨勢，通過激發產生感傳的行氣法優於一般針刺手法，這與《內經》所說「氣至而有效」這一論點是一致的。

四、小結

本文報導的四十五例、一千六百四十一人次針刺手法激發經絡感傳的結果表明，經過不同次數的激發，有四十一例出現不同傳程的循經感傳，其中超過三個關節者占八十二·一%，從而說明循經感傳具有可激性，並且說明：

- (一) 治神是促使經氣運行的重要因素。
- (二) 柔和、持久、多次激發以及針後患者感覺舒適是行氣法的特徵。
- (三) 對三十一例久治不愈的面肌痙攣病人取得八十三·八%的有效率，可以看出行氣法優於一般針刺手法的趨勢，同時也支持了「氣至而有效」的這一著名論點。

五、「氣至病所」法對提高針灸療效的研究

「氣至病所」是指經氣自激發點（肘膝以下穴位）開始沿經到達病所的一種針刺療法。這種方法自明朝以後，許多針灸書籍均無記載，直至二十世紀八〇年代，人們研究針灸針麻原理過程中，才認識到「氣至病所」是提高針灸療效和針麻效果的重要因素之一，是研究循經感傳的基礎，從而引起人們的重視。我們自一九七七一—一九八四年，對激發經氣的方法、提高針灸治病效果、氣至病所後的病所效應及其客觀指標，以及影響經氣傳導的因素、隱性與顯性感傳轉化的關係等進行了觀察，今總結報導於下。

一、激發方法的研究和演進

（一）觀察對象

在針灸門診中隨機選擇面肌痙攣、周圍性面神經麻痺等十三個病種的患者，共對二百六十例進行了觀察，性別、年齡不限。

（二）激發的穴位及次數

合谷一千六百九十三人次，外關四百六十九人次，列缺二百二十三人次，養老一百五十四人次，共十五個穴位，二千五百七十三人次。

（三）激發的方法

始則採用「捻轉」、「震顫」、「循攝」法，繼而採用按壓法。從術者激發到機械激發，從術者按壓激發到患者按壓激發。激發時間，始則六十分鐘，繼而改為三十分鐘以及十五分鐘左右。

(1) 捻轉、震顫、循攝法

其操作要點為：醫、患雙方採取適宜體位，令患者寬衣解帶，閉目調息，精神集中，仔細體察經氣傳導的情況；術者要聚精會神地認真操作，進針得氣以中度或輕度為宜，重度得氣是不相宜的。得氣後要排除非應至之氣，然後繼續使用捻轉、震顫法以行氣，若氣不過關節，始則等候片刻，繼而予以循經攝切，往往可幫助氣過關節。激發時間，始則六十分鐘，繼而改為三十分鐘。

本法共激發一千五百五十八人次，經氣傳導總出現率為九十·八一%，氣至病所率為五十六·四%。

(2) 針刺手法儀

本儀器由北京市無線電研究所、北京市醫療器械研究所研製，它將電能轉換成機械能，模擬震顫手法，頻率為八十一—一百二十次／分。其操作程序同上，待進針催氣、得氣、察氣後，將機械手挾在針柄上，激發時間為三十分鐘。

本法共激發一百九十五人次，經氣傳導的總出現率為六十六·七%，氣至病所率為四·一%。

(3) 按壓激發

按壓激發的操作程序同上。待進針催氣、得氣、察氣後，術者將中指、無名指放在針柄下，食指放在針柄上按壓，按壓的力量根據受針者敏感程度而定。

採用本法，術者按壓激發五百一十六人次，經氣傳導總出現率為九十九·六八%，氣至病所率為五十五·一〇%。病人自己按壓激發三百零四人次，經氣傳導總出現率為八十九%，氣至病所率為五十一·六%。

二、病所反應及客觀指標的研究

在臨床過程中觀察到氣至病所（面部）後，多數患者自覺面部發熱。術者可以看到患者面部發紅、流淚等現象，為了證實氣至病所的客觀性，我們以皮膚溫度為指標進行了兩種方法的測試，其結果如下。

（一）多穴法

共測試治療組和對照組共三十六例，五十五人次，觀察方法的要點如下：對照組十例不予扎針，治療組二十六例除選取足三里、陽陵泉、三陰交、百會、風府外，一律取合谷施以行氣法後，測試迎香、足三里穴皮膚溫度變化。行氣法的操作，採用捻轉、震顫、循攝法。

(1) 實驗條件

受試者進入實驗室一律休息十五—二十分鐘，室溫維持在二十一—二十二度之間，然後安靜臥床，用天津產半導體點溫計測試對側迎香溫度及足三里的溫度，將其作為基礎溫度，以後隔十五分鐘、三十分鐘各測試一次溫度，並求出其溫度差記錄之。

(2) 實驗結果

兩組相比，針刺迎香穴十五分鐘後，對照組的溫度是下降的，行氣法組是升高的， \bar{u} 小於 \bar{o} 。○○五，三十分鐘後相比， \bar{u} 小於 \bar{o} 。○○一，兩組有非常顯著的差異，針足三里穴十五分鐘後，對照組平均下降一·二度，行氣法組平均下降為○·二三度， \bar{u} 小於 \bar{o} 。○○一，三十鐘後，對照組平均下降一·八六度，行氣組平均下降○·六五度， \bar{u} 小於 \bar{o} 。○○一，兩組同樣有非常顯著的差異。

(二) 一穴法

測試治療組和對照組三十例，三十人次。觀察方法要點如下，對照組十例不予扎針，治療組二十例只取合谷一穴，施以行氣法後，測試病所及病所對側（左右口角旁三公分處）曲池及曲池內側一·五公分處的溫度。

(1) 實驗條件

實驗室設有空調設備，控制各次實驗的實驗室溫差不得超過○·五度；受試者進入實驗室，在夏、冬季節休息三十—四十分鐘，秋、春季節休息十五分鐘左右。休息後測試腋下體溫，然後安靜臥床，用天津半導體點溫計測試病所及病所

對側，曲池及其內側一·五公分處的溫度，作為基礎溫度，各點測試一分鐘以後，待氣至病所後，以及起針二十分鐘時，各測試一次溫度，並求出溫度差記錄之。再測試體溫。三十例共測試三百六十點次。

(2) 實驗結果

針前與氣至病所後相比，病所溫度升高， \bar{t} 小於 0.001 ，起針後二十分鐘溫度仍高， \bar{t} 小於 0.01 ，兩者都有顯著差異，而對照組的溫度變化沒有意義， \bar{t} 大於 0.1 。

針前與氣至病所後相比，病所對側的溫度亦升高， \bar{t} 小於 0.01 ，起針後二十分鐘溫度仍高， \bar{t} 小於 0.05 ，兩者亦有顯著差異，對照組病所對側的溫度變化沒有意義， \bar{t} 大於 0.1 。

針前與氣至病所後、起針後二十分鐘相比，曲池穴溫度下降，但沒有統計學意義， \bar{t} 大於 0.05 ，對照組的溫度亦下降，同樣沒有意義， \bar{t} 大於 0.1 和 \bar{t} 大於 0.05 。只有曲池穴內側一·五公分處，氣至病所後溫度下降， \bar{t} 小於 0.05 ，起針後二十分鐘，溫度變化無意義， \bar{t} 大於 0.05 。對照組的溫度沒有意義， \bar{t} 大於 0.1 和 \bar{t} 大於 0.1 。

針前測試體溫二十例，測試二十人次，針前體溫平均為 36.35 度，起針後測試體溫二十例，測試二十人次，起針後溫平均為 36.42 度，兩者相比， \bar{t} 大於 0.05 。上述結果表明，激發經氣、氣至病所的溫度變化是循經性的，對

於整體的溫度變化未見有明顯影響。同時表明，治療面部疾病取用左、右側合谷，皆有治療意義。

三、提高針灸治療效果的觀察

我們於一九七七一—一九八一年運用行氣法治療面肌痙攣九十九例，並以中藥、西藥、針灸治療的四十三例作為對照組。

(一) 觀察方法要點

在針灸門診中隨機選擇面肌痙攣者九十九例，根據其臨床證候分為四證，並依據其辨證、立法、取穴，每次治療均用行氣法激發一穴，為合谷、列缺、外關、養老等。對照組患者，在初診時均詳細詢問以往接受何種治療、治療時間以及治療效果，詳細記錄作為對照。

(二) 結果

(1) 近期療效：見表一。

(2) 遠期療效：本組九十九例病人中，停止治療一個月至二年半，通過去信隨訪，回信者三十二例，其中復發者二例，復發率為六·三%，其餘三十例均維持在停止治療時的水平。對照組的四十三例中有三十五例復發，復發率為八十一·四%。

上述結果表明，無論近期療效還是遠期療效，兩者相比有著差異。

(表一) 近期療效對照

療 法 \n效 果	控制	顯效	好轉	無效	有效率
行氣組	15	26	41	17	82.8%
對照組	2	0	8	33	23.2%

四、隱性感傳與顯性感傳的關係

我們於一九七七—一九八一年，在針灸門診中隨機選擇面肌痙攣、甲狀腺機能亢進、甲狀腺瘤一百零七例，對隱性感傳與顯性感傳的關係以及行氣法的激發轉化進行了觀察。觀察方法要點為：用北航五十七—六型電脈衝刺激器激發井穴商陽，頻率為十次／秒，刺激強度逐漸增加，以受試者感到顯著麻脹而無疼痛為度，刺激五分鐘後，記錄其循經感傳顯著程度，若受試者僅感刺激局部麻而無傳導性感覺者，為循經感傳不顯著者，若傳導性感覺超過腕、肘、肩者，分別屬於稍著、較著、顯著三種。在一百零七例中，出現不同傳程者十八例，予以除外。屬循經感傳不顯著者八十九例，在激發井穴五分鐘後測試其隱性感傳的情況，然後進行行針刺手法激發，其結果見表二。

上述結果表明：

(一) 八十九例循經感傳不顯著者，通過行氣法激發，八十六例出現顯性循經感傳現象(占九十三·三%)，而這條線恰與隱性感傳線一致，故而表明隱性感傳是能轉化為顯性感傳的，針刺手法激發確是促使其顯現的重要外界條件。

(二) 以脈衝電激發商陽一百零七例，觀察其一次激發經氣傳導的出現率，結果有十八例出現不同傳程的經氣傳導，為十六·八%其餘的八十九例，運用捻轉、震顫、循攝法激發，觀察其一次激發經氣傳導的出現率，結果有六十一例出現不同傳程的經氣傳導，占八十九例的六八·五%。兩者相比，有著非常顯著的

差異，究其原因，針刺手法可根據具體情況調整針刺深淺和針刺方向，尋找其出現經氣傳導的部位，並根據個體對針刺的敏感性，採用輕重適宜的手法，而脈衝電激發，只能調整刺激參數，無法從深淺、方向方面進行調整，因此兩者有著質的區別。

(表二) 激發感傳與隱性感傳的關係

激發前隱性感傳		激發後顯性感傳					肘以上
部位	例數	局部	腕部	肘部	肩部	面部	出現率
局部	29	2	1	8	11	7	89.7%
腕部	12	0	2	1	5	4	83.3%
肘部	22	1	0	4	7	10	95.5%
肩部	9	0	0	1	7	1	100%
面部	17	0	0	1	8	8	100%
總數	89	3	3	15	38	30	93.3%

(三)八十九例患者通過多次激發經氣傳導的出現率為九十三·三%從而證明顯性感傳的普遍性。

五、影響經氣傳導的因素

我們統計了一九八二—一九八四年治療的面神經麻痺和面肌痙攣病人一百十四例，其結果見表三。

(一) 個體差異性對經氣傳導的影響

本組一百一十四例，均由操作熟練的術者激發操作，故而表明個體差異性是影響經氣傳導的重要內在因素，《靈樞》〈行針〉記載「陽明和調，而血氣澤淖滑利，故針入而氣出疾，而相逢也」，又說「重陽之人，其神易動，其氣易往」，還說「此人之多陰而少陽，其氣沉而氣往難，故數刺乃知也」，這段經文即是古代醫家對個體差異的認識。

(二) 機械壓迫對經氣傳導的影響

(1) 顯性感傳

我們選擇十例氣至病所的病人進行壓迫阻滯，每例均分三個實驗日進行。每個實驗日均用常規手法針刺，待經氣傳導到病所後，用檢查隱性感傳線的方法扣擊，確定其傳導的確切位置，然後用帶有刻度的彈簧壓力棒在經氣傳導的路線上加壓，觀察壓迫的效果，記錄壓迫的數值。彈簧棒與體表接觸部分的直徑為一·

二公分，計算壓力則按克²平方公分計算，同時用秒表記錄開始加壓到傳導被阻滯所需的時間，以及解除壓迫後經氣傳導恢復的時間。在三個實驗日中，均以按壓經內外二公分處作為對照，其結果見表四。

(表三) 114例經氣傳導出現情況

出現情況	不出現	數次後出現	先短後長或 先長後短	時有時無	針後即現
例數	1	4	42	5	62

(表四) 機械壓迫對經氣傳導的影響

壓迫結果	感傳線上	感傳線內	感傳線外
完全阻滯	49	6	12
不完全阻滯	7	15	14
不能阻滯	0	15	14
完全阻滯率	87.5%	16.5%	30%

(2) 隱性感傳

我們選擇十例隱性感傳顯著者進行機械壓迫阻滯實驗，其要點為：以適當強度的電脈衝（每秒十次刺激商陽穴，五分鐘後測出隱性感傳線，用帶有橡皮塞套頭（直徑一公分）的彈簧壓力計在沿經的一定部位（如溫溜穴）的皮膚上施加壓力，在壓迫部位的遠端用小型叩診錘叩擊該經多水平垂直線時，觀察隱性感傳陽性反應點的感覺變化，再以同樣重量的壓力施於隱性感傳線兩側二—三公分部位，進行對比，其結果見表五。

在部分實驗中觀察了不同重量壓迫對感傳的影響，結果表明，產生阻滯發生的壓力閾值在一百五十二百五十克，低於一百五十克，只能產生部分阻滯。兩個實驗例結果表明，在從五十克到一百五十克的逐漸加壓過程中，阻滯發生從不完全到完全，而在減壓過程中，阻滯從完全到解除。

通過顯性感傳（顯性氣至病所）和隱性感傳（隱性氣至病所）的實驗結果表明，機械壓力是能夠阻滯經氣運行的，同國內報導的經氣傳導被阻滯、臨床效果即減弱或消失的結論是一致的，因此在臨床針刺時，必須要求患者寬衣解帶，就是這個道理。

(表五) 隱性感傳壓迫阻滯結果

效果	完全阻滯		不完全阻滯		無影響	
	次數	%	次數	%	次數	%
經線上	104	70.0	36	24.0	9	6.0
經外2~3公分	11	11.3	43	44.3	43	44.2
經內2~3公分	0	0	6	46.0	7	54.0

(三) 術者操作熟練程度對經氣傳導的影響

我們自一九七七一—一九八四年共激發三千八百人次，由於術者掌握操作熟練程度不同，其結果見表六。

表六的結果表明，術者操作熟練程度是經氣傳導的外在因素之一。

(表六) 術者情況對經氣傳導的影響

時間	術者情況	激發次數	總出現率	氣至病所率
1977	認真、熟練	387	93.9%	56.6%
1978	認真、熟練	982	85.94%	54.4%
1979	認真、不熟練	1135	83.62%	31.8%
1980	認真、不熟練	491	82.3%	11.4%
1981	認真、熟練	189	92.6%	58.2%
1982	認真、熟練	326	99.78%	50.6%
1983	認真、熟練	290	99.58%	59.6%

(四) 針刺深度對經氣傳導的影響

我們在激發經氣過程中共測試二十例、一百零四次外關穴的針刺深度。其要點為：選擇循經感傳不顯著者，運用捻轉、震顫激發經氣三十分鐘，記錄循經感傳出現的距離，同時以普通繪圖尺測量傳程最遠時的針刺深度。即針前測量針體長度，再測定傳程最遠時的針體外露部分，最後以針體長度減去外露部分，即為欲測的針刺深度。

結果：二十例、一百零四次實驗中，測得針刺外關深度的總和為一百三十八·一公分，其中出現感傳的最大深度為三·一四公分，最淺為〇·三公分，一般最容易出現感傳的深度為一·〇——一·七公分，平均為一·三公分，相當外關穴平均厚度的一四（外關穴位區總周長為三百四十六·五公分，平均為十六·五公分，平均厚度為五·二公分）。

上述結果表明，在臨床治療中，人體的大、小、胖、瘦不一，一年四季經氣浮沉各異，因此穴位深度也不能確定出一個固定標準，也就是說要求有一個絕對的定量標準是不現實的，但是通過臨床實踐及我們的實驗可以看出，穴位的深度與穴位區的厚度確有明顯的正相關關係。

六、病所效應與植物神經的關係

我們自一九七七——一九八四年在激發過程中病所出現效應者一千六百八十六人次，其效應的性質、次數見表七。

另外，表七的結果表明，經氣到達病所及病所產生的效應，主要與植物神經有關，另外還與軀體神經有關，這就為今後研究經絡與神經的關係提供了客觀依據。

(表七) 病所效應的種類及次數

種類	熱	涼	出汗	流淚	蟻行感	麻	酸	脹	癢	輕鬆 (鬆弛)	持續 痙攣	總計
次數	1452	70	3	21	12	54	14	30	2	26	2	1686
%	86.12	4.15	0.18	1.25	0.71	3.2	0.93	1.78	0.12	1.54	0.12	100

七、結語

本文報導的我們自一九七七一—一九八四年通過二百六十例、二千五百七十三人次的實驗，對「氣至病所」進行的多方面研究，可得出以下結論：

(一) 對於多種激發方法進行了比較，找到了既能達到氣至病所、提高針刺治病效果的目的，又節省人力的方法——患者自己按壓激發法，這種方法便於推廣應用。

(二) 經氣傳導出現率達九十三·三%，從而表明：

(1) 隱性感傳是能夠轉化為顯性感傳的。

(2) 針刺手法是促進其轉化的重要的外界條件。

(3) 證明顯性感傳的普遍性。

(三) 以皮膚溫度為指標，表明激發合谷前後病所（面）溫度升高（ $P < 0.001$ ）、病所對側溫度亦升高（ $P < 0.001$ ），沿經溫度下降（ $P < 0.005$ ），體溫無明顯變化，從而表明：

(1) 氣至病所的客觀性及其溫度變化是循經性的。

(2) 表明治療面部疾患取用左右合谷穴均有治療意義。

(四) 運用本法治療面肌痙攣九十九例與針刺、中藥、西藥治療對照組相比（本法取得遠期療效八十二·八%，遠期復發率為六·三%，對照組四十三例，遠期療效二十三·二%，遠期復發率為八十一·四%），本法明顯優於對照組。

(五) 指出影響經氣傳導的因素是：

(1) 個體差異是內因。

(2) 機械壓迫、術者技術、針刺深度是外因。

(六) 指出病所效應主要與植物神經有關，為今後研究經絡與神經的關係提供了客觀的依據。

參考文獻

(一) 于書莊等，針刺手法對循經感傳激發的研究中醫雜誌六，一九八〇。

(二) 于書莊等，患者自按激發氣至病所出現率的觀察。待發表。

(三) 北京中醫醫院等，一種隱性的經絡感傳現象。針刺麻醉二，一九七八。

(四) 張如心等，「氣至病所」與穴位溫度變化的觀察。上海針灸雜誌二，一九八二。

(五) 于書莊等，氣至病所前後病所溫度變化的觀察。待發表。

(六) 于書莊等，行氣法治療面肌痙攣一百零二例臨床分析。中國針灸四，一九八二年。

(七) 張如心等，機械壓力對隱性循經感傳的影響。第三次全國經絡現象經穴—臟腑相關研究專題座談會論文選編，一九八〇（內部資料）。

(八) 于書莊等，外關穴深度的測度。一九八〇。（內部資料）

(九) 福建省醫藥研究所針麻原理研究組等，經絡阻現象的探討（三）—感傳阻滯對針痛作用的影響，經絡敏感人，人民衛生出版社，一九七九。

六、「氣至病所」前後溫度變化的觀察

「氣至病所」已被我們及國內各兄弟單位的實驗所證實，為進一步證實氣至病所後病所出現的反應的客觀性，我們於一九八三年以皮膚溫度、皮膚電阻為指標，對病所、沿經、經線內外的皮膚溫度以及經線上皮膚電阻的變化進行了觀察，今總結報導於下。

一、臨床資料

(一) 對象

在針灸門診中隨機選擇周圍性面神經麻痺者十七例，面肌痙攣者十三例。其中，男、女各十五例，年齡最小者二十四歲，最大者七十四歲，三十一至六十歲者二十五例。

(二) 方法

對照組十例不予扎針。治療組二十例施以行氣法，只取合谷一穴（病側）。

(三) 行氣法操作要點

進針前，要求病人在行氣法操作過程中身體放鬆，精神集中，仔細體察針感，隨時回答術者的問話。進針後，稍停片刻，然後採用小幅度捻轉、震顫法催氣，得氣後，要排除非應至之氣，得氣以輕度或中度為宜。然後採用按壓的方法行氣，（術者以中指、無名指放在合谷穴的針柄下，食指放在針柄上輕輕按壓）。手法

操作持續二十分鐘左右，若氣至關節不能通過時，首先採用繼續按壓激發等候片刻的方法，繼而採用沿經叩擊的方法，常可幫助氣過關節。

(四) 觀測

(1) 體溫變化的測定

實驗室設有空調設備，將各次實驗的室溫控制在相差不超過 0.5 度。受試者進入試驗室，在室溫與氣溫相差懸殊的冬夏季節休息四十分鐘，春、秋季休息十五分鐘，休息後測試腋下體溫，然後安靜仰臥，用天津產點溫計（半導體點溫計）測試病所、病所對側（左右口角旁三公分處）、曲池及曲池內側一、五公分處的溫度，每點測試一分鐘作為基礎溫度。以後待氣至病所後以及起針後二十分鐘各測試一次溫度，並求出溫度差記錄之三十例，共測試三百六十點次。

(2) 皮膚阻抗的測定

隱性感傳皮膚阻抗的測定，係用本協作組自己設計的 ≤ 6.530 型低頻脈衝皮膚阻抗測試儀，其工作脈衝電壓為五十至二百 \leq ，頻率為三十赫茲。測定時受試者被激發的對側手握參考電極，主試者手持探測電極沿隱性循經感傳線的垂直線，以均勻速度和壓力掃描探測，脈衝電壓從五十伏特逐漸上升，直到掃描線出現低阻抗點為止，低阻抗點在微安表上顯示。在治療組中，測試了十例次，每例均於激發前、氣至病所後起針後二十分鐘各測試一次。其結果表明：絕大多數低阻抗點與隱性感傳線和激發感傳線一致。

二、結果

(一) 病所溫度變化的結果見表一。

(二) 病所對側溫度變化的結果見表二。

(三) 同側曲池穴溫度變化的結果見表三。

(四) 同側曲池內側一·五公分處溫度變化的結果見表四。

(五) 測試合谷穴針刺前病所溫度三十例，測試三十人次，針前溫度平均為三十三·八五度，測試病所對側溫度三十例，測試三十人次，針前溫度平均為三十三·七度，測試病側曲池穴溫度三十例，測試三十人次，針前溫度平均為三十三；測試曲池內側一·五公分處溫度三十例，測試三十人次，針前溫度平均為三十三·八三度。

(六) 腋下體溫變化的結果：測試合谷穴針前體溫二十例，測試二十人次，針前溫度平均為三十六·三四五度，測試起針後二十分鐘體溫二十例，測試二十人次，起針後溫度平均為三十六·四一五兩者相比，經統計學處理為 \square 大於 \circ 。

(表一) 病所溫度變化

時間	溫度變化	氣至病所組				對照組			
		例數	溫度	平均	統計學處理	例數	溫度	平均	統計學處理
氣至病所後	無變化	2	0	升高 0.55°C	P < 0.001	4	0	降低 0.08°C	P > 0.1
	升高	17	11.4°C			1	1.0°C		
	降低	1	0.4°C			5	1.8°C		
起針後20分鐘	無變化	2	0	升高 0.88°C	P < 0.01	1	0	降低 0.07°C	P > 0.1
	升高	14	19°C			3	0.8°C		
	降低	4	1.4°C			6	1.5°C		

(表二) 病所對側溫度變化

時間	溫度變化	氣至病所組				對照組			
		例數	溫度	平均	統計學處理	例數	溫度	平均	統計學處理
氣至病所後	無變化	4	0	升高 0.41°C	P < 0.01	3	0	升高 0.08°C	P > 0.1
	升高	13	8.8°C			4	2.0°C		
	降低	3	0.6°C			3	1.2°C		
起針後20分鐘	無變化	1	0	升高 0.70°C	P < 0.05	1	0	升高 0.14°C	P > 0.1
	升高	14	16.8°C			5	2.8°C		
	降低	5	2.7°C			4	1.4°C		

(表三) 曲池穴溫度變化

時間	溫度變化	氣至病所組				對照組			
		例數	溫度	平均	統計學處理	例數	溫度	平均	統計學處理
氣至病所後	無變化	1	0	降低 0.44°C	P > 0.05	1	0	降低 0.30°C	P > 0.1
	升高	7	3.7°C			2	1.7°C		
	降低	12	12.4°C			7	4.7°C		
起針後20分鐘	無變化	7	0	降低 0.9°C	P > 0.05	1	0	降低 0.51°C	P > 0.05
	升高	4	5.2°C			2	1.1°C		
	降低	9	7.0°C			7	6.2°C		

(表四) 曲池內側1.5公分處溫度變化

時間	溫度變化	氣至病所組				對照組			
		例數	溫度	平均	統計學處理	例數	溫度	平均	統計學處理
氣至病所後	無變化	2	0	降低 0.38°C	P < 0.05	0	0	降低 0.32°C	P > 0.1
	升高	5	1.8°C			4	1.0°C		
	降低	13	9.7°C			6	4.2°C		
起針後20分鐘	無變化	4	0	降低 0.09°C	P > 0.05	1	0	降低 0.46°C	P > 0.01
	升高	3	5.0°C			1	0.4°C		
	降低	13	6.8°C			8	5.1°C		

三、討論

針前與氣至病所後相比，病所的溫度變化 ψ 小於 $0 \cdot 001$ ，有顯著差異，起針後二十分鐘與針前相比，病所的溫度變化 ψ 小於 $0 \cdot 005$ ，亦有顯著差異。而對照組的病所溫度變化是下降的， ψ 大於 $0 \cdot 005$ ，從而說明：

(一)非針刺狀態下與針刺(氣至病所)狀態下，人體的溫度變化不一樣。周圍性面神經麻痺及面肌痙攣患者，針刺合谷穴氣至病所後，病所的溫度是升高的。

(二)手陽明之脈起於食指之端，終於鼻旁。除臨床治療證明外，尚無客觀指標加以證實。本文以針刺前後的溫度對比，表明氣至病所後病所溫度是升高的，合谷與面部之間是有經絡相聯繫的，因此病所溫度變化是「氣至病所」的一個客觀指標。

(三)《素問》〈針解〉講「補則實之者，針下熱也，氣實乃熱也。滿而泄之者，針下寒也，氣虛乃寒也」，這說明可通過針刺尋找針下熱感和寒感用以治療虛實不同性質的疾病，同時說明本法操作屬補法範疇。古典醫學還記載「氣主煦之」，煦即熱的意思。本文激發合谷，測試病所溫度升高，因此也揭示了「溫度」是中醫基礎理論「氣」的實質的一部分。

針前與氣至病所後相比，病所對側的溫度變化 ψ 小於 $0 \cdot 001$ ；起針後二十分鐘與針前相比，病所對側的溫度變化 ψ 小於 $0 \cdot 005$ ，從而說明：

(一)《靈樞》〈經脈篇〉記載的「大腸手陽明之脈，起於大指次指之端：還出挾口，交人中，左之右，右之左」是有客觀根據的。

(二)臨床治療周圍性面神經麻痺、面肌痙攣，取用病側或對側合谷都是有
效的。

針前與氣至病所後相比，病所的溫度是上升的， \cup 小於 \circ · \circ —，曲池穴的溫度是下降的，尤其是曲池內側—·五公分處的溫度下降是有意義的， \cup 小於 \circ · \circ 五，這是否由於「氣為血之帥，氣行則血行」，因而氣至病所後病所溫度上升，沿經的曲池穴溫度反而下降，尚有待於今後進一步觀察。

上述結果表明，針刺合谷施以行氣法，待氣至病所後，病所及病所對側的溫度是升高的，沿經的溫度是下降的，對於體溫是沒有影響的。從而表明，氣至病所的溫度變化具有循經性。

參考文獻

祝總驥《大腸經隱性循經感傳線皮膚等電性的研究》(《針刺研究》五，四，三〇八，一九七九年，一九八〇年)。

七、患者自努（按壓）激發「氣至病所」出現率的觀察

我們以前的工作表明，「氣至病所」是能夠提高針刺療效的。我們於一九七七年合肥會議後，始則採用傳統的針刺捻轉、震顫、循攝法激發經氣，使之達到氣至病所，自一九八一年貴陽會議後改用自努（按壓）法激發經氣。但兩法均需術者持續操作三十至六十分鐘，故無法在門診應用。為解決此問題，幾年來曾用過機械手法儀，但效果不理想，至一九八三年開始指導病人自（按壓）激發，初步解決了這個問題，今介紹於下：

一、臨床資料

（一）觀察對象

針灸門診病人，口眼喎斜者（周圍性面神經麻痺）二十三例，目瞤動者（面肌痙攣）十八例。性別、年齡不限。

（二）激發的穴位及次數

合谷二百五十六次，外關二十九次，列缺四次，養老一次，共二百九十次。

（三）激發方法

與術者激發一樣，在證論治的原則指導下，對具體病人選擇適宜的穴位，待進針得氣後令患者雙前臂屈曲，用對中指、無名指放在欲激發穴位（合谷或外關）的針柄下，食指放在針柄上輕輕按壓，持續十至二十分鐘。在按壓過程中，術者

經常瞭解經氣傳導情況，如傳導不能通過關節，術者給予沿經叩擊以激發經氣；如傳導感仍未出現，術者應注意是否針刺過深過淺，及時調整。

本組病例，每例最多連續記錄十次。

二、結果

共測試四一例、二百九十次，出現經氣傳導者二百五十八次，占八十八·七%，未出現氣傳導者三十二次，占十一·三%；經氣傳導到面者一百五十四次，占五十三·一%，達肩者八十三次，占二十八·六%，過肘者二十次，占六·九%；至腕者一次，占〇·三%，局限於針下者三十二次，占十一·三%。

病所反應有熱感者二百一十三次，占七十三·四%；有舒服感者十三次，占四·五%，起針後有熱感者五次，占一·七%。計出現反應者二百三十一次，占七十九·六%，未出現反應者五十九次，占二十·三%。

四十一例中，四例至第十次未出現經氣傳導，四例首次激發不出現，經過一至三次激發才出現。出現經氣傳導的時間一般在激發後的三至五分鐘。

一九八三年術者採用激發經氣法，治療面神經麻痺二十例，面肌痙攣十四例，共二百三十一例，此結果與病人自發激發結果比較：前者的出現率為九十六·五%，後者的出現率為八十八·七%；病所反應率前者為六十一·四%，後者為七十九·六%。

三、體會

上述結果表明，病人自努（按壓）是可以代替術著激發經氣的。此法既能達到治療目的，又能節約人力，便於臨床推廣使用，但只能激發上肢穴位，限於治療頭面、五官頸項部疾患。

本法的經氣傳導率略高於術者激發的經氣傳導率，這是由於四十一例中有六例是經過術者激發成功後再重複觀察的。我們從實踐中體會到，經氣傳導一經出現，基本上是每次激發都可以重現。

參考文獻

- （一）于書莊等：「行氣法」治療面肌痙攣一百零二例臨床分析，中國針灸（四），一七，一九八二。
- （二）于書莊等：針刺手法對循經感傳激發的研究，中醫雜誌，（六），四一，一九八〇。

八、氣海的治療作用

氣海，又名臍腴、下育、丹田。位於臍下一寸五分。

一、俞穴特性

「氣海者，元氣之海也，男子以藏精，女子以藏血」，「諸般氣病從何治，氣海針之灸亦宜（十二）」，說明氣海具有補益元氣，升陽舉陷，行氣降逆，益氣回陽的作用，是治療氣虛、氣陷、氣逆、氣滯諸證的要穴。

二、主治

（一）治療氣病的要穴

（1）氣虛證

「治臟氣虛憊，真氣不足（九）」，「：人以元氣為本，元氣不傷，雖疾不害，一傷元氣，無疾而死矣，宜頻灸此穴以壯元陽，若必待疾作而後灸，恐失之晚也」。柳公度，年八十餘，身體健康，自己介紹攝生經驗說：「余舊多疾，常苦短氣，醫者教灸氣海，氣遂不促，自是每歲一二次灸之，以救氣故也（一〇）」。

余臨證取氣海以扶正，用以治療氣虛絡阻的中風（半身不遂）、風寒濕邪痹阻經絡、肺氣虛的喘促短氣、氣血虧虛的頭痛、眩暈等氣虛證。

（2）氣陷證

這是氣虛病變的一種，以氣無力升舉為其主要特徵。臨床表現為少氣倦怠、頭目昏花、腹部有墜脹感、脫肛或子宮脫垂等，患者舌質淡、脈弱，治宜益氣升提。氣海為元氣之海，故氣虛機能減退者，少氣倦怠，清陽之氣不能升舉者，頭目昏花，氣陷於下，諸臟氣失其升舉之力者，腹部墜脹、脫肛、子宮下垂、胃下垂、心臟瓣膜下垂病等，均應以灸氣海為主。

(3) 氣逆證

氣逆是指氣機升降失常、氣上逆不順，一般多指肺胃之氣上逆以及肝氣升發太過所致的肝氣上逆的病理變化。如獨取氣海治療脾胃陽虛的呃逆，灸氣海治療奔豚、氣喘等症。

(4) 氣滯證

這是指人體某一部分或某一臟腑氣機阻滯的表現的證候。氣滯常因情志不舒、飲食失調、感受外邪或用力努傷、閃挫等因素引起。其臨床表現，常因氣機阻滯的部位不同而引起局部悶脹、疼痛。脹痛發作時輕時重，部位常不固定，表現為竄動作痛，且每在噁氣或矢氣後減輕，並常與精神因素有關。氣海可用於治療肝鬱氣滯的脅痛，閃挫腰痛等病。

(二) 治療婦科疾病的要穴

氣為陽，血為陰，氣與血有陰陽相隨、互相依存的關係。因此，婦女雖以血為本，但賴氣生又賴氣行，故凡由於氣病而影響血病的，均應取氣海治療。如脾

氣虛衰、不能統血的崩漏，取氣海以益氣攝血。氣血兩虧、無血以行的月經後期，氣血兩虧、胞宮失養的痛經，均宜補氣海以補氣養血。由於氣滯而造成血瘀的痛經、月經不調，取氣海以行氣活血。

三、古代文獻選錄

「水腫水分兼氣海（十三）」，「治小兒遺尿，灸氣海隨年壯（六）」，「針三陰於氣海，專司白濁與遺精（二十三）」，「氣海與足三里合用，治療大便閉（七）」，「中寒陰證神法，但手足溫暖脈至知人事，無汗要有汗即生，不暖不醒者死，氣海、石門、關元，艾灸三七壯（十四）」，「或時鄭聲，指甲面色青黑，六脈沉細而疾，一息七至以來，有此證者速於氣海或關元二穴，灸二三百壯，以手足溫和為效（一五）」，「氣海一穴：治陰厥脈微欲絕者（十八）」，「冷病面赤：四肢厥冷：陰症卵縮（十七）」，「氣喘急急不得眠，何當日夜苦憂煎，若得璇璣針瀉動，更取氣海自然安（十八）」，「或針吐，中脘、氣海、膻中補，翻胃吐食一般醫，針中有妙少人知（十九）」，「治呃逆咳逆方，灸氣海三五壯（十八）」，「治關格證，吐逆而小便不利，急宜先灸氣海、天樞等穴，各三七壯，其吐必止（二〇）」，「奔豚灸氣海百壯（五）」，「關元治「赤白帶下：產後惡露不止（一七）」，「治婦人瀉痢方，灸氣海穴百壯三報（八）」，「氣海主「繞臍癆痛（九）」，「氣海主小腹疝氣，遊走五臟，腹中切痛（六）」，「若是七疝小腹痛，照海、陰交、曲泉針，又不應時求氣海，關元同瀉效如神（十三）」，

「氣海專能治五淋（十八）」，「氣海、血海療五淋（二十一）」，「氣海偏能治五淋，若補三里效如神，冷熱兩般皆治得，便濁病疾可除根（二十二）」。

四、經絡檢查

氣虛證，按壓氣海穴多現陷下感或壓痛，夏壽人氏將膻中、期門（雙側）、氣海四穴出現壓痛稱為菱形三角，可以判斷肝鬱氣滯證。

五、病案舉例

例一周○○，女，三十三歲，於一九八四年九月十五日初診。

現病史：五個月前流產後，因鬱怒而引起胸悶憋氣，納呆，口乾，嚴重時噁心欲吐。曾服中藥五十至六十劑，在我科針刺膻中、中脘、內關、足三里、三陰交十次，無明顯效果。

檢查：舌質淡，苔白，脈沉，氣海壓痛向上竄感。

辨證：肝鬱氣滯，橫逆犯胃。

治法：治以理氣和胃。

治療經過：始則灸中脘兩次，灸後腹部作響，但仍胸悶憋氣，進而進行經絡檢查，氣海壓痛（++），按壓時氣往上頂，故改用氣海一穴，針後症狀減輕，二次後明顯減輕，三次症狀消失。觀察三月未復發。

數月之疾，一針氣海而愈，可見取穴不在多而在精，針數和療效不是一加一等於二的關係。

例二：鄭○○，男，六〇歲，於一九七九年七月二十日初診。

現病史：一九七四年患坐骨神經痛，經針刺治療已愈。近因感受風寒復發，現自髀樞沿大腿後側、小腿外側到足跟痛，午後明顯。

檢查：舌質暗，脈弦細。

辨證：證係風寒痹阻太陽、少陽之脈

治法：患者年歲已高，故用益氣通絡法治之。

取穴：氣海（熱補法）、中脘、列缺、足三里。

治療經過：經過三次治療，腿痛消失。於一九八一年七月復因夜間受風，右腿作痛，於一九八一年七月十七日來診，繼用前方治療八次而愈。

例三：宋○○，男，六一歲，於一九八七年三月二十八日初診。

現病史：呃逆二天。自前天晚飯後呃逆不止，聲音低微，無噁心嘔吐，兩脅脹滿，胸悶不舒，不欲飲食，夜寐安，二便調。

檢查：舌質暗紅，薄白苔而滑，脈沉滑。

辨證：證係脾胃虛弱，胃氣上逆。

治法：治宜補益脾胃，降逆止呃。

取穴：氣海（熱補法）。針後呃逆即止。觀察半年餘未犯。

九、中腕的臨床應用

中腕，一名太倉。腧肝至臍八寸，太倉居其中，為臍上四寸。

一、俞穴特性

中腕，腑之會穴，胃之募穴，脾之結穴，手太陽、少陽、足陽明所生，任脈之會。

二、主治

（一）治療脾胃虛弱、寒邪傷中、氣血虧損及久病正不勝邪之要穴。

《針灸資生經》說「初不知灸中腕等穴以壯脾胃，亦感之甚也」，《循經考穴篇》說「一切脾胃之疾，無所不療」。結合臨床實踐，灸中腕、熱補中腕，起著溫補脾胃、溫中散寒、補益氣血、扶正祛邪的作用，故中腕是治療脾胃虛弱、寒邪傷中、氣血虧損以及久病正不勝邪的要穴。如灸中腕以溫中，治療寒邪傷中的急性胃脘痛；灸中腕以益中氣，治療虛性老年性高血壓病以及氣虛絡阻的小中風（短暫性腦缺血）；熱補中腕、氣海、足三里、大椎以補益中氣、扶正祛邪，用以治療久痹，如關節痛、腿股風（坐骨神經痛）、漏肩風等病，此法對於年老體弱或針刺局部穴治療數次而效果不顯著者，尤為適宜。

（二）治療肝失疏泄、肺失肅降、心腎不能相交之證。

脾胃居於中焦，通連上下，是人體升降運動的樞紐，因此在臨床取中脘，不僅可治療脾胃升降功能失常的疾病，具有升降清濁的功效，而且對於肝失疏泄、肺失肅降、心腎不能相交之證，亦需取中脘進行治療。如獨取中脘（灸）以理氣寬中，治療鬱證及氣厥非常有效。取中脘以降逆，治療嘔吐、呃逆、妊娠惡阻以及喘息等病。

（三）治療氣鬱痰結，蒙蔽神明之癲疾和風痰上擾、心神被蒙的痛證。

古有「脾為生痰之源」以及「治痰不理脾胃，非其治也」的論述，故臨症取中脘以化痰，治療氣鬱痰結、蒙蔽神明的癲疾，風痰上擾、心神被蒙的痛證，以及濕痰咳嗽和痰濁壅肺的哮喘等病。

三、古代文獻選錄

「脹滿中脘、三里揣（三十）」，「主中土停寒，腹痛腹脹：吞酸吐酸：面色萎黃，飲食難化（十一）」，「若脾虛發搖，或吐瀉後發搖，乃慢驚風也，灸中脘五十壯（二）」，「產後血暈，灸中脘五十壯（二）」，「治小兒癖氣久不瘥，中脘、章門各灸七壯，臍後脊中灸二十壯（十）」，「灸疔瘦法，中脘、章門各灸七壯，脾俞七壯，命門二七壯（三十五）」，中脘「為胃腸病及子宮病之要穴，胃痙攣、胃加答兒、胃下垂均須灸此穴。子宮前後屈、子宮左屈：均宜灸此穴，與手陽池同灸。胃擴張、胃下垂、子宮後屈，灸中脘即愈（二）」，「霍亂吐瀉，乃冷物所傷，灸中脘五十壯（二）」，「霍亂中脘可入深（三十）」，

「水痢不止，中脘針神效（二十七）」，「瀉瀉，中脘針，三陰交、脾俞各三壯至三七壯（二十七）」，「或針吐，中脘、氣海、臍中補（十九）」，「嘔吐不食，灸中脘五十壯（二）」，「懷孕的人不能灸腹部，是古書上所載，但中脘卻是必要的位置，因為中脘能減輕惡阻，常灸可使生產順利（三）」，「將中脘、巨闕、下脘、梁門稱為中五柱。中脘、建里、陰部為小五柱。中脘、期門、大巨為大五柱，治療心悸亢進、呼吸困難、呼吸器病，能止咳嗽頻發及治氣喘（三）」，或針痰，先針中脘、三里間（十九）」，「有氣癰者，惱怒思慮而成，須灸中脘穴而愈（二）」，「一婦人病癰已十年，亦灸中脘五十壯愈，凡人有此疾，惟灸法取效最速，藥不及也（二）」，「婦人無故風搖發昏，灸中脘五十壯（二）」，「尸厥不省人事，又名氣厥，灸中脘五十壯（二）」，「婦人卒厥，凡無故昏倒，乃胃氣閉也，灸中脘即愈（二）」，「氣滯鬱而不伸，針中脘、陰部、梁門（四三）」，「傷憂思氣積，中脘主之（五）」，「中脘、下脘主腹堅（二一）」，「九種心痛及脾痛，上脘穴內用針明，若還脾敗中脘補，兩針神效免災侵（八）」，「脾家之病有多般，致成翻胃吐食難，黃疸亦須尋腕骨，金針必定奪中脘（十八）」，「中脘主心痛、伏梁（十一）」，「五噎、五膈（三）」。

四、經絡檢查

《穴位診斷法》記載「胃炎、胃竇炎、胃痙攣、胃酸過多、胃神經痛、胃潰瘍、十二指腸炎、十二指腸球部潰瘍、急性胃腸炎、膈肌痙攣、消化不良、食物中毒、消化道出血、過敏性結腸炎，中脘穴均出現壓痛反應」

代田文志說「中脘有壓痛，多為胃疾病，但子宮後屈的人亦常有壓痛，喘息或肺疾病，也有現壓痛的時候」，「中脘有壓痛時，大抵足三里或上巨虛有反應」，「癲癇，半身不遂，坐骨神經痛，上肢痛亦常顯現壓痛或陷下感反應」。

五、病案舉例

例一：田○，女，十二歲，病歷號：二四八○，於一九八三年九月六日初診。

現病史：自一九八二年九月一日晨四時突然拍搖，口吐白沫，一小時後清醒，當即去某院急診，查其腦電圖「大腦中度廣泛異常」，診為「癲癇」，以後每兩個月大發作一次，間有小發作，每次發病前自覺手發厚，隨即發作，喉中痰鳴，口吐白沫，四肢抽搐，大發作十五至六十分鐘緩解，小發作一至十分鐘緩解，醒後心悸，全身乏力，精神不振，小便時感困難，飲食、睡眠、大便均正常。自病後服苯妥英鈉、維生素B₁、谷氨酸，年餘未能控制。於一九八三年九月六日來我科就診。查：舌質紅，苔白，脈數大。給予針刺中脘、豐隆、內關、公孫；中脘、氣海、關元；內關、豐隆、太谿、照海六十次，至一九八四年六月十日，九個月癲癇未作。於一九八四年六月十一日晚，癲癇又作，醫者繼針中脘、豐隆、公孫、內關、大椎、後谿、申脈；中脘、豐隆；內關、蠡溝、三陰交、瘰脈、人

中等三組穴五十三次，自針後至當年十二月二十八日，歷時六個月發作七次，每次持續五至二十分鐘不等，於一九八五年一月四日來我診室診治，余按照前醫針刺內關、公孫、蠡溝、三陰交，治療四次後，小發作一次。詢其發作多於經期前後。

檢查：臍中、中脘、氣海壓痛，苔白、厚膩，脈沉細。

辨證：證係脾胃虛弱，痰濁蒙閉心竅。

治法：治宜健脾化濁。

治療經過：隔薑灸七壯，十次為一療程。在第一療程中，小發作兩次，第二療程至今（一九八五年九月二十七日）未再發作。

例二：劉○○，女，二十七歲，於一九八四年六月九日初診。

現病史：產後一月，因嬰兒死亡，精神抑鬱，遂出現突然暈厥，一周發作三次，發作時自覺胸中悶，兩目昏黑，遂即倒地，不省人事，手足不溫，冷汗自溢，醒後神清。平素喜笑，病後未服他藥。

檢查：舌質稍紅，苔滿布白膩，脈兩關濡滑。

辨證：證係胃氣閉。

治法：治以開閉。

治療經過：艾條灸中脘十五分鐘，三日後複診，灸後三日來，胸悶舒，頭昏解，病未犯，繼灸中脘以資前效，觀察兩月餘未發作。

例三：范桂華，女，三十四歲，一九八七年九月十五日初診。

現病史：患者於一九八一年懷孕時，因鬱怒而病眼發黑、心慌，但發作不頻繁，產後上述症狀仍然存在。近一年來，病情加重，每日上午發作，午後如常人，發作時心中煩悶，後枕部昏沉，無食欲，口淡無味，口乾苦，咽不欲飲，胃中如有異物，欲吐不出，膽怯，喜笑，善太息，夜臥不安，眠差，大便正常。病後曾多方治療未效。

檢查：舌體胖，質淡，苔薄白，脈沉細無力，面色如常。

辨證：證係肝鬱乘脾，脾失健運，繼而脾為濕困，脾陽不振。

治法：治宜溫陽化濕。

治療經過：灸中脘十壯。間日複診，自灸後未發作，繼灸中脘十壯。九月二十四日三診，自灸後一直未發作，現夜寐夢多，心煩起急，納可，時有口乾苦，枕部昏沉減輕。繼灸中脘十壯，針隱白、厲兌，停針觀察兩周末發作。

十、膻中為治氣之主穴

膻中，一名上氣海，位於玉堂下一寸六分，陷者中，仰而取之，橫直兩乳間。

一、俞穴特性

膻中為氣之會穴。足太陰、少陰、手太陽、少陽、任脈之會。

二、主治

《循經考穴編》說「膻中：是為上焦主氣，以分佈陰陽，為臣使之官」。《難經》曰「氣會膻中」，疏曰「氣病治此」，說明膻中亦是治療氣病的要穴，用於治療氣逆、氣滯以及氣虛證。

（一）氣逆證

用於痰濁壅肺、氣鬱傷肺的哮喘實證以及濕痰咳嗽，具有化痰降逆、止嗽平喘之功效。實踐表明，膻中對單純性支氣管哮喘療效佳，對於合併肺氣腫及肺源性心臟病者療效差。

（二）氣滯證

用於治療肝鬱氣滯所致的產後乳汁不足，起著通調氣機、疏肝通乳之作用。實踐表明：針刺下乳，以患者年輕體壯產後時間短（一個月以內）、胎次少者效果佳。由於針刺膻中有明顯的排乳作用，故還用於治療乳癰（乳腺炎）。

（三）氣虛證

古代文獻雖有「上氣咳逆短氣，灸膻中百壯（六）」、「胸痹心痛，灸膻中百壯（六）」的記載，但實踐中體會，膻中用於治療心臟病（冠心病），是用於虛中夾實證，如情志所傷、氣機鬱結、氣滯日久、血流不暢的氣滯血瘀證，針刺中確有調整氣機升降之功效。

三、古代文獻選錄

「哮喘之證最難當，夜間不睡氣遑遑，天突妙穴宜尋得，膻中著艾便安康（十八）」，「哮喘神法，胸中兩邊，名彘中、膻中、百會一穴，用艾灸之立已（十四）」，「治肺氣咳嗽（九）」，「或針吐，中腕、氣海、膻中補，翻胃吐食一般醫，針中有妙少人知（十九）」，「膻中、乳根、少澤治乳少（一七）」，「瘦惡氣方，灸胸堂百壯（六）」，「翻胃噎膈，膻中七壯，足三里七壯，膏育百壯（十四）」。

四、經絡檢查

咳嗽輕重與膻中穴壓痛輕重成正比，咳嗽愈重，膻中壓痛愈明顯。若紫宮、華蓋、璇璣都有壓痛，多為久病。乳房痛，肝鬱氣滯者，膻中也可出現壓痛。

五、醫案舉例

例一：張○○，女（寡），四十五歲，於一九八一年十月七月初診。

現病史：兩乳脹痛多年，以經期前明顯。近一月由於鬱怒以致兩乳脹痛加重，牽扯腋下作痛，站立、行走疼痛明顯，口苦，易怒，白帶多，閉經一年。曾去某醫院，診為乳腺增生、慢性盆腔炎，給予舒肝理氣、活血通經之劑，無效。

檢查：兩乳各有六×十釐米腫塊，質硬，邊緣整齊，按之疼痛。右側少腹按之疼，苔薄白，脈沉弦。

辨證：證係肝鬱氣結、胞脈閉阻。

治法：始則仍予以舒肝理氣、活血通經劑治之，服八劑後兩乳脹痛不但不減，反而脹刺痛加重。查其兩乳腫塊增大（八×十二釐米），繼服兩劑仍無效，遂進行經絡診查，膻中壓痛（++）、期門（++）、氣海（++），停服中藥，針刺氣海，針感向下放射，針刺膻中、合谷、三陰交，針後尋找酸脹感，針兩次後月經來潮，經期五天，經後兩乳脹痛逐漸緩解，腫塊逐漸消失，觀察三年未復發。

例二：仇○○，女，四十九歲，病歷號：四一八（廣安門內居民醫院），於一九六四年一月十一日初診。

現病史：半年前因生氣著急出現心口堵悶，兩脅脹滿，不思食，飯後心口刺痛，打嗝，時有嘔吐、吞酸，大便乾，二至三天一次，睡眠、小便如常。

檢查：舌苔薄白，舌質淡邊有齒痕，脈沉細。膻中、中脘、天樞、氣海壓痛。
辨證：證係肝氣犯胃，胃失和降。

治法：治宜疏肝理氣，和胃降逆。

治療經過：取穴中脘、天樞、氣海、期門、足三里。針後諸症減輕，前穴加膻中，在刺膻中的過程中，當針刺入後稍加捻轉。當即聽到腸胃蠕動的聲音。三診諸症消失，繼針前穴，鞏固療效。

按語：膻中為上氣海，中脘為中氣海，氣海為下氣海，說明此三穴均為治療氣病之要穴。但膻中為氣之會穴，位於上焦；中脘位於中焦，「營出中焦」，為人體氣機升降之樞紐；氣海位於下焦，「衛出下焦」，為生氣之海，故其治療作用尚有差異。如治療氣血虧虛、正氣不足、氣虛下陷等證，諸家皆取中脘、氣海而不用膻中，即是例證。膻中雖然用於治療上氣短氣有「心臟穴位」之稱，但其適應證主要為虛中挾實證，欲補其虛，還是以補中脘、氣海為宜。因此說，三穴相比，氣海偏於補，治療氣虛、氣陷證；膻中偏於瀉（宣降），治療氣逆、氣滯證；中脘既有補益中氣之功，治療中氣不足之證，又有理氣寬中、化痰開鬱之效，治療氣鬱痰結之證。對此三穴不可不辨也。

十一、抗衰老除房顛功在關元

關元，又名下紀、次門、丹田。位於臍下三寸。

一、俞穴特性

關元為人體元陽元陰交關之處，為養生家聚氣凝神之所。其穴性為小腸之募，足三陰、任脈之會穴。

二、主治

(一) 抗衰老

人之衰老，主要原因是腎氣（陽）逐漸衰竭，如人到老年，性欲和生殖能力隨之減退或消失，聽力、視力下降，髮白、齒脫，體力、精力下降等，都是腎氣不足表現。關元為補益腎氣之要穴，故人過五十，可兩年一灸關元；人過六十，可每年自立冬日起，至立春日止灸關元百日，每日雀啄灸十壯，可以補益腎氣，益壽延年。

(二) 預防中風

中風病，從本質上講是一種本虛標實之病，本虛係指腎虛、氣虛而言，標實指急性心肝火亢，恢復期瘀血阻絡。腎虛則水不涵木，肝陽上亢，腎虛則推動血液運行之力不足。人之血液運行首先要靠宗氣之推動，但宗氣又需依賴人體生命活動的根本動力——腎間動氣的鼓動，故灸關元補益腎氣，可預防中風。

(三) 預防骨質增生

腎主骨，人到老年腎氣漸衰，腎虛則骨失所主，骨骼出現退行性變（骨質增生）。灸關元具有補益腎氣之功效，故灸關元對於預防和治療骨質增生是有益的。

(四) 多用於治療虛證

如關元百日灸，治療反復發作的腎虛腰痛。灸關元以補腎氣，灸食竇以補脾氣，灸通里、內關各十壯以補心氣，治療心氣不足的心房纖顫。灸關元、食竇治療腎不納氣的虛喘，如心臟病的氣短，灸之甚佳。灸關元以溫補脾腎，治療脾陽不振及腎陽衰微的水腫。灸關元補益腎氣，治療下元不足、膀胱失約的遺尿（小兒夜尿）、夜尿頻以及小便失禁。灸關元以補脾腎，治療虛性老年性高血壓。灸關元溫經散寒、行血止痛，治療寒凝血瘀的痛經以及遺精、陽痿等病。

三、古代文獻選錄

陳修園曰「灸關元一穴，以助元陽之氣，益火之源，以消陰翳」。朱丹溪曰「大病虛脫，本是陰虛，用艾灸丹田者，所以補陽，陽生陰長故也」。竇材說「陽精若壯千年壽」，「陽精若在必長生」，提倡人在無病之時常灸關元、氣海以補腎氣，灸中脘、食竇以補脾氣，認為這樣作「雖不得長生，亦可保百年壽矣」。可見古代醫家認為關元是治療腎病的要穴，起著補益腎陽和腎陰的作用，故有「關元為元陽元陰交關之所」的說法。

「老人氣喘，乃腎虛不歸海，灸關元」，「中風半身不遂，語言蹇澀，乃腎氣虛損也，灸關元」，「中年以上之人，腰腿骨節作疼，乃腎氣虛憊也，風邪所乘之證，灸關元」，「四肢為諸陽之本，陽氣盛則四肢實，實則四肢輕便，若手足顫搖不能持物者，乃真元虛損也；若灸關元三百壯則病根永去矣」，「腎氣不足，氣逆上行，頭痛不可忍，謂之腎厥，其脈舉之則弦，按之石堅；更灸關元百壯」，「元氣將脫，：須灸氣海、丹田、關元：固其脾腎。夫脾為五臟之母，腎為一身之根」，「霍亂吐瀉，乃冷物傷胃，灸中脘五十壯，若四肢厥冷，六脈微細者，其陽欲脫也，急灸關元」，「凡大病宜灸臍下五百壯，補接真氣」，「六脈沉細，一息二三至，灸氣海，關元」，「老人大便不禁，乃脾腎氣衰，灸左命關（食竇）、關元」，「水腫臖脹，小便不通，氣喘不臥，此乃脾氣大損也，急灸命關二百壯，以救脾氣；再灸關元三百壯以扶腎水，自運消矣」，「休息痢下五色膿者，乃脾氣損也，半月間則損人性命，亦灸命關、關元」，「中消病多食而四肢羸瘦，困倦無力，乃脾胃腎虛也，當灸關元」，「上消病，日飲水三五升，乃心肺塞熱，又吃冷物，傷肺腎之氣，灸關元百壯，可以免死，或春灸氣海，秋灸關元三百壯，口生津液」，「氣癰尿黃，關元及陰陵泉主之」，「砂石淋，諸藥不效，乃腎家虛火所凝也，灸關元」，「氣淋，灸關元五十壯」，「治呃逆，於臍下關元穴灸七壯，立愈，累驗」，「若是七疝小腹痛，照海、陰交、曲泉針，

又不應時求氣海，關元同瀉效如神」，「經水不通，：或血冷月經斷絕」，關元主之。瀉關元清瀉小腸之火，治療「小便赤澀：小便處痛，狀如散火溺血」。

四、經絡診察

婦科病、淋病、膀胱炎的患者，其關元穴可出現壓痛。

五、灸關元降血壓案

例一：唐○○，男，七十歲，病歷號：四六五一六六，一九七三年十二月十四日初診。

現病史：患者既往血壓高十五年。於一九七三年十二月十四日無明顯誘因，突然四肢不能動，左側較重，麻木，頭暈，納差，口乾不欲飲，心煩急，小便頻數，大便急，病後即來我院門診。

檢查：面色紅，舌質紅，苔薄黃，脈弦滑而勁，血壓三十六·四十六·九 kPa（二百八十一百三十毫米汞柱）。

辨證：證係陰陽兩虛，肝陽暴張，頗有中風之勢。

治法：宗急則治標、緩則治本的原則先刺金津、玉液出血，以清心肝之熱。

治療經過：針後休息十五分鐘，血壓下降至二八·六—二四·三 kPa（二百二十一—一百一十毫米汞柱），繼針曲池、合谷以平肝，針內關以清心安神，補足三里、三陰交、陽陵以補益肝腎。給予平肝潛陽、滋補肝腎之劑兩副。

次日複診：血壓三十一·二／十四·三 kPa（一百四十／一百一十毫米汞柱），口不渴，全身軟弱無力，左半身麻木，活動尚可，納食漸增，尿頻急，夜尿頻而影響睡眠，脈弦滑有力，舌苔薄白。治宜培補肝腎以治本，溫灸關元，灸後休息二十分鐘，血壓降至二十四·七／十四·三 kPa（一百九十一／一百一十毫米汞柱）。針曲池以平肝，針中腕、氣海、陽陵以補益肝腎。給予地黃飲子五劑。

三診：血壓二十四·七／十三·四 kPa（一百九十一／一百一零四毫米汞柱），尿頻好轉，全身漸有力，繼用上法治療三次（共五次），諸症消失，血壓維持在二十七·三至二十四·七／十三至十四·七 kPa（二百一十至一百九十一／一百至一百一十毫米汞柱）之間，停止治療。

例二：吳○○，女，七十八歲，病歷號：五五一七，一九八六年四月三月初診。

現病史：高血壓史半年，血壓波動在二十四·七至十八·二／十五·六至十四 kPa（一百九十至一百四十一／一百二十至八十毫米汞柱）之間。於一九八六年三月初無明顯誘因，出現右半身無力，右腿無力較右上肢重，頭暈，時有頭痛，語言不利，大便乾，小便黃，納可，寐佳。

檢查：舌質紅、苔黃膩，脈沉細。血壓十三／九·一 kPa（一百／七十毫米汞柱），其血壓正常是晨起服降壓藥之故。

辨證：證係陰虛陽亢，風中經絡。

治法：在治療過程中，血壓三次升高，採用隔姜灸關元七壯法進行治療。

治療經過：第一次灸前血壓二十三·四\十五·六 kPa（一百八十一\一百二十毫米汞柱），灸後降至十九·五\十三 kPa（一百五十一\一百毫米汞柱）。第二次血壓二十四·七\十三 kPa（一百九十一\一百毫米汞柱），灸後降至二十·八\十一·七 kPa（一百六十一\九十毫米汞柱）。第三次血壓二十四·七\十四·三 kPa（一百九十一\一百一十毫米汞柱），灸後降至二十二·一\十三 kPa（一百七十一\一百毫米汞柱）。

例三：高○○○，男，四十八歲，病歷號：二九六八，一九八六年九月二十四日初診。

現病史：左半身不遂年餘，幾經治療，現生活基本自理。左半身無力，語言蹇澀，頭昏，小便頻，神情呆滯，行動遲緩，飲食、大便、睡眠均調，每日服複方降壓片三次，每次二片。既往患高血壓十餘年，血壓波動於二十三·四至十六·九\十五·六至十一·七 kPa（一百八十至一百三十一\一百二十至九十毫米汞柱）之間。

檢查：面色黃，舌質紅，苔白，脈弦滑。舌伸不過唇，右上肢肌力五級，下肢肌力四級，右腱反射大於左，右巴氏徵（+）。

治法：在治療過程中，曾有意識地灸關元，觀察其血壓即刻變化（見下表）。

溫灸關元血壓即刻變化表

時間	穴位	治療前		治療後	
		收縮壓	舒張壓	收縮壓	舒張壓
1986年1月27日	灸關元，補湧泉	152	110	148	102
1986年2月24日	灸關元七壯	156	110	130	104
1986年3月5日	灸關元，補太谿	148	110	145	104
1986年3月8日	補關元，補太谿	144	104	154	102
1986年3月17日	灸關元	150	110	150	110
1986年3月27日	補關元，補太谿	150	110	150	110
1986年3月31日	補關元，補太谿	160	110	150	100

按語：上述三例患者，皆屬高血壓三期病人。從辨證觀點講，皆屬虛性高血壓，因此灸關元、熱補關元均有降低血壓的作用。但例一、例二降壓效果比較明顯，例三則不甚明顯，這是由於前者在治療前血壓比較高，後者在治療前血壓不甚高之故，所以說虛性高血壓是可以灸法治療的。

十二、宣降之要穴天突

天突，又名玉戶、天瞿。位於頸結喉下二寸，中央宛宛中低頭取之。低頭則咽喉沉，針刺無害，不可不知。針刺時令患者採取坐位，稍低頭，將針直刺入三至四分深，然後將針豎起，針尖沿胸骨柄後面刺入一寸，施術後將針退出。

一、俞穴特性

陰維、任脈之會。

二、主治

咳嗽、哮喘、暴瘡、喉痹、嘔吐，噎膈，癭瘤。

天突位於人體上部，深部有氣管，起著宜通肺氣、化痰降逆之功效，主要適用於治療外邪束表、肺氣不宣的外感咳嗽，內傷咳嗽非其所宜。若見咳嗽喉癢，針刺得氣後宜捻轉二十次為佳。天突還可治療小兒痰阻氣逆的頓咳，外邪（風寒、風熱）痰濁、肝鬱氣逆等壅塞阻肺氣的實喘以及哮喘的發作期者。天突的深部有「會厭」，會厭係指聲帶而言。針天突起著利開闔、開音竅的作用，適用於治療憂慮忿怒、肺氣不利、會厭開闔不利的暴瘡。治此者，針刺得氣後持續捻針，令患者隨術者練習發音，快者一至二分鐘，慢者五至六分鐘，發音即可由小而大恢復正常。喉痹包括兩類疾病，如《針灸聚英》記載「《原病式》曰『痺，不仁也』。俗作閉，閉壅也。火主腫脹，故熱客上焦而咽隘腫脹也。張戴人曰『手少陰、少

陽二脈並於喉，氣熱則內結腫脹，痺而不通則死」。不仁，屬於麻痺性疾病，如咽喉痺、中風病的假性球麻痺等；腫脹屬於炎性疾病，如白喉、扁桃腺炎等病。這兩類疾病均可取用天突，起著通經活絡、清熱消腫之功效，但都不是獨取天突，而是配合主病所取之穴同用。天突的深部有食道，起著降逆、化痰、行瘀之功效，用於治療邪氣犯胃、濁氣上逆的嘔吐以及瘀血、頑痰、逆氣、阻隔胃氣的噎膈。天突的鄰近有甲狀腺，具有軟堅散結之作用，用於治療情志鬱結、氣機不暢的癭瘤。

三、古代文獻選錄

「咳嗽連聲，肺俞須迎天突穴」，「若是痰涎並咳嗽，治卻須當灸肺俞，更有天突與筋縮，小兒吼閉自然疏」，「治嗽，灸天突、肺俞二穴，瀉火熱，瀉肺氣」。「咳嗽病，因形寒飲冷，冰消肺氣，灸天突五十壯」，「哮喘之症最難當，夜間不睡氣遑遑，天突妙穴宜尋得，膻中著艾便安康」，「哮喘灸天突五十壯，重者灸中脘五十壯」，「天突宛中治喘痰」，「天突、華蓋治咳逆上氣暴喘」，「暴瘖不能言」，「咽腫暴瘖身寒熱」，「五噎」，「喉痛：天突主之」，「喉風，灸天瞿五十壯」，「喉中生瘡，不得下食」，「誰知天突治喉風，一婦人患喉痺，痰氣上攻，咽喉閉塞，灸天突五十壯，即可進粥：」，「天突治一切癭瘤，初起灸之妙」。

四、經絡檢查

咳嗽痰不易出。

五、醫案舉例

病例王○○，女，三十二歲，於一九五八年九月十六日初診。

現病史：病因忿怒而病暴瘖兩天。

檢查：體健，舌苔薄白，脈沉。

治法：治以通肺氣，開竅利音。獨取天突，待得氣後持續捻轉，令其發音（呵），一次而愈。

按語：臨床實踐表明，天突用於治療痰濁阻肺的實喘，具有較強的宣降作用。關元用於治療腎不納氣之虛喘，起著補腎納氣之效。雖說針灸具有「雙向調節作用」，但也不盡然，醫者不可不辨也。

十三、人中功在醒神開竅

人中，又名水溝、鬼宮、鬼客廳，位於鼻柱下。人中，直唇取之。

一、俞穴特性

人中屬督脈，手足陽明之會。

二、主治

(一) 醒神開竅

人中為急救之要穴。治療煤氣中毒、癲癇發作、出血性休克、中毒性休克、過敏性休克、中暑不省人事、中風閉證（脫證宜固，非刺人所宜）、暈厥等病。

(二) 安神定志

治療癲證、狂證以及徹夜不眠。

(三) 行氣止痛

治療腰脊強痛、腹痛（胃腸痙攣）。

(四) 清瀉陽熱

治療上消多飲、牙痛。

(五) 助陽行水

治水腫。

(六) 開噤

治牙關不開。

(七) 通經活絡

三、古代文獻選錄

「救卒死方，令爪其人中取醒：又方灸人中三壯」，「癲癩卒仆」，「中風之病症非輕，中衝二穴可安寧，先補後瀉如無應，再刺人中立便輕」，「瀉卻人中及頰車；治療中風口吐沫」，「中風口噤：卒中惡，鬼擊、不省人事」，「小兒驚風少商穴，人中、湧泉瀉莫深」，「中暑，不省人事，人中、合谷、內庭、百會、中極、氣海。：復刺後穴，中衝、曲池、少澤」，「水溝、間使治邪癲」，「人中主「失笑無時，癲癩語不識尊卑，乍喜乍哭」，「十三鬼穴治百邪癲狂，第一針鬼宮，即人中」，「強痛脊背瀉人中，挫閃腰痛亦可攻，更有委中之一穴，腰間諸疾任君攻」，「人中除脊膂之強痛」，人中「治消渴，飲水無度」，「消渴引飲」，「消渴多飲」，「水腫，人中盡滿，唇反者死，水溝主之」，人中主「水氣偏身腫」，「原夫面腫虛浮，須仗水溝前頂」，「牙關不開」，「口不能飲水漿，喎僻，水溝主之」，「鼻鼽不得息，不收涕，不知香臭，水溝主之」，「治涕出不止方，灸鼻兩孔與柱齊七壯」，「口臭之疾最可憎，勞心只為苦多情，大陵穴內人中瀉，心得清涼氣自平」。

四、醫案舉例

病例：郝○○，女，七四歲，於一九七五年九月十一日夜診。

現病史：與兒子吵架，被兒子打了一個嘴巴，十分忿怒，於當日晚八時許突然發生陣發性腹痛，痛時喊叫，輾轉不寧，以右下腹及胃脘部疼痛明顯。

檢查：面色黃，視其腹部平坦，按之則現緊張，未見外科體徵；苔白，脈沉。辨證：證係忿怒傷肝，肝失疏泄，橫逆犯胃，氣機阻滯所致。

治法：治以疏肝理氣，和胃止痛。

治療經過：取穴內關，小幅度捻轉十分鐘，疼痛有所緩解，但不久又作，繼針足三里，手法同前，根本無效，最後針人中，可謂針入痛止，患者入睡。次日清晨隨訪，病人正與家屬同桌用餐，說「從昨晚扎針後一夜未痛」。查其腹按之尚有微痛。

按語：《玉龍歌》記載「腹中氣塊疼難當，穴法宜向內關防，八法有名陰維穴，腹中之疾永康」，《四總穴歌》記載「肚腹三里留」，說明內關和足三里是治療腹痛的要穴，但為何本病針後無效，而取人中收功呢？余認為人中治療腹痛的作用比內關、足三里強，因為人中是督脈穴，督脈總督諸陽（六陽經皆屬腑），而且人中又是手足陽明之會，故人中是治療胃腸氣痛的要穴。本患者因忿怒傷肝、肝氣犯胃，其病位在胃腸，其病本在肝，肝氣犯胃，證屬實證，臟實宜瀉腑，陰病治陽，故取人中，氣行而痛立止。

十四、百會的臨床應用

百會，又名三陽五會、巔上、天滿。位於前頂後一寸五分，頂中央旋毛中，陷可容指。自腦戶至神庭中間凹陷中取之。兩耳尖直上取百會之法不準也。

一、俞穴特性

百會為手足三陽、督脈之會。

二、主治

(一) 升陽舉陷

《類經圖翼》云「灸百會三壯，此穴屬督脈，居巔頂，為陽脈之海，統一身之陽氣。凡脫肛者，皆因陽氣下陷。經曰『下者舉之』，故當藉火力以提下陷之氣，則脾氣可升而門戶固矣」，治療氣虛下陷的脫肛、胃下垂、子宮下脫及心臟瓣膜下垂，脾胃虛弱的久瀉不止、小兒慢驚風、慢脾風，清陽不升的頭暈頭痛，以及虛性老年性高血壓，灸之有卓效。脾氣主升，健脾必須升陽，故百會穴是治療脾虛證之要穴。

(二) 清瀉陽熱

《針灸集成》記載「欲瀉清陽之氣，先刺百會，次引清陽熱氣使之下行，比之如開硯滴之上孔也。若熱極不能下氣者，以紬繫頸則頭額太陽及當陽血絡自現，

即以三棱針貫刺其血絡，棄血如糞，神效」，治療中風病實火證之頭痛頭暈明顯者，百會放血，亦可治療目暴赤腫。

(三) 安神定志

治療癲證、狂證、小兒夜啼、中風病哭笑不休者。

(四) 醒神開竅

治療屍厥，休克。

(五) 補益腦髓

《靈樞》〈海論〉云「腦為髓之海，其輸上在於其蓋（百會），下在風府；髓海有餘，則輕勁多力，自過其度；髓海不足，則腦轉耳鳴，脛酸眩冒，目無所見，懈怠安臥」，主治腎虛頭暈、耳鳴、失眠、健忘。

(六) 通經活絡

主治中風半身不遂、語言蹇澀。

三、古代文獻選錄

「治脫肛取百會、長強、神闕」，或「百會、長強、大腸俞」，治脫肛「百會、孔最」，「泄瀉三五年不愈者，灸百會五七壯即愈」，「小兒慢驚、慢脾危症，藥力不到者：即灸百會穴：艾如小麥許：三五壯而止」，「頭痛眩暈百會好」，「高宗苦風眩頭重，目不能視，侍醫秦鳴鶴曰『風毒上攻，若刺頭出少血即愈』」，

天後自簾後怒曰此可斬也，天子頭上，豈是試出血處耶？上曰「醫之議病，理不加罪，且吾頭重悶，殆不能忍，出血未必不佳」，命刺之，鳴鶴刺百會及腦戶出血。上曰「吾眼明矣」。言未畢，後自簾中頂禮拜謝之曰「此天賜我師也」，躬負繒寶以遺鳴鶴，「人年四十、五十，不問男女，目暴赤腫，癰澀難開者，以三稜針刺前頂、百會出血大妙」，「咽喉最急先百會，太衝照海及陰交」，「癩疾不吐沫，百會主之」，「夜啼灸百會三壯」，「許多癩病患者，只要百會一穴，就可以治癒頭重，因為百會是一切經脈聚集的地方」，「百會、人中治喜笑」，「虢太子尺厥，扁鵲取三陽五會，有間太子蘇」，「凡屍厥而死，脈動如故，此陽脈下墜，陰脈上爭，氣閉故也，針百會三分補之」，「屍厥百會一穴善，更針隱白效昭昭」，百會「主一切僵仆不省人事」，「或針風，先針風府、百會中」，百會「主中風，言語蹇澀，口噤不開」，「中風不語最難醫，髮際、頂門穴要知，更向百會明補瀉，即時蘇醒免災危」，「陰核發來如斗大，百會妙穴真可驗」，百會主「腦漏鼻塞之症」。

四、經絡檢查

百會為高血壓反應點，血壓高者百會必現壓痛。失眠、子宮下垂、耳源性眩暈者多現壓痛。

五、醫案舉例

見《灸百會降血壓的東床觀察》（第二百九十八頁）。

十五、風府的治療作用

風府，又名舌本、鬼枕、鬼穴。位於項上入髮際一寸，大筋內宛宛中。

一、俞穴特性

風府為督脈、陽維之會。

二、針刺法

風府深部為枕寰間隙的延髓和脊髓的交界處，因此針刺風府有其危險性，應該掌握正確的針刺法，以免發生事故。正確針刺法是：針刺時令患者採取坐位，術者站在病人對面，令患者低頭頂在術者胸前，術者用手指由上向下推尋找第二頸椎（啞門），在啞門上五分處即是風府穴，針刺方向朝向被刺者結喉，得氣後緩緩按壓將針刺入一寸至一寸五深，針刺時避免針刺改道，以免將針誤入枕骨大孔。這樣操作是很安全的。針刺成人刺入硬脊膜的深度，依據人體的胖瘦以不超過三·五至八釐米為宜，若採取臥位針刺，亦應令患者低頭面對術者，針刺方向朝向病人結喉為妥。如針刺入並不深（半寸至一寸），而患者出現針感沿經或向下肢傳導的感覺，這是刺中經脈（督脈）出現的反應，若針刺深而出現觸電樣針感向上肢或向下肢傳導，這是刺中硬脊膜的表現，此時則不應再將針深入，亦不要提插，而應左手按壓針孔，右手緩緩將針退出。

《第二屆全國針灸針麻學術討論會論文摘要》刊登的《山西省中醫研究所對五十二例成人屍體進行風府穴針刺深度的觀察和測量》一文說：「風府穴的針刺深度（毫米）：(1) 男性均值為三十六·八三⁺六·七八；女性均值為三十·九六⁺七·五六。男性與女性風府穴針刺深度有顯著差異（ χ^2 小於 0·05）。(2) 針向鼻尖：男性均值为四十二·二⁺四·三三，女性均值为四十·九⁺〇⁺六·二二。針向口：男性均值为四十四·四⁺三⁺四·四七，女性均值为四十四·四⁺六⁺五·二六。當針向鼻或向口時，性別沒有顯著差異（ χ^2 大於 0·05）」。

三、主治

風府是風邪聚集之所。《循經考穴編》曰「風府主一切風疾、風痺」。

(一) 外風證

《素問》〈骨空論〉云「黃帝問曰『余聞風為百病之始也，以針治之奈何？』岐伯對曰『風從外人，令人振寒，汗出頭痛，身重惡寒，治在風府，調其陰陽，不足則補，有餘則瀉』。《針灸資生經》曰「風府者，傷寒所自起，古人每護之」，針風府起著散風寒的作用，可治療風寒感冒、風寒頭痛、風痺、腿股風（坐骨神經痛）、風證、落枕以及與天氣變化有關的疾病，如口眼喎斜、三叉神經痛變天加重等病。風府還有疏風清熱之功效，主治外感風熱、咽喉腫、肺胃蘊熱的鼻出血。

(二) 內風證

主治眩暈（耳源性、椎基底動脈供血不足）、中風舌緩不語，是治療半身不遂恢復期患者的要穴，還可治療原發性面肌痙攣。

（三）安神定志

主治癲證、狂證、目妄視。

四、古代文獻選錄

風府「治感冒風寒嘔吐不止」，「腿腳有疾風府尋」，「風池、風府尋得到，傷寒百病一時消」，「鶴膝腫勞難移步，尺澤能舒筋骨疼，更有一穴曲池妙，根源源流可調停，其患若要便安康，加以風府可用針」，「風傷項急，始求於風府」，「頭項強痛難回顧，牙疼並作一般看，先向承漿明補瀉，後針風府即時安」，風府「主治傷風：頭中風，頭風偏正」，東垣曰「少陽頭痛，治在風池、風府」，「咽喉腫痛」，風府主之，「昔治一人頭風，發則旋暈嘔吐，數日不食，為針風府穴向右耳入三寸，去來留十三呼，病人頭內覺麻熱，才令吸氣出針，服附子半夏湯，永不復發。華陀針曹操頭風，亦針此穴立愈，但此穴入針，人即昏倒，其法向右耳入三寸，則不傷大筋而無，乃千金妙法也」，風府治「偏風半身不遂：主中風舌緩不語」，「中風舌緩，暴瘖不語」，「狂走目妄視」，「邪病臥冥冥不自知，風府主之」，「十三鬼穴治百邪癲狂，當在第六節下針」，「狂走欲自殺，目妄視」，風府主之，風府「主鼻衄」、「暴瘖氣梗，刺扶突與舌本出血」。

五、醫案舉例

見《疑難病案選》郭○○案（第四三三頁）。

十六、疏解三陽經熱之要穴——大椎

大椎，一名百勞。位於第一推上，陷者中。患者坐位低頭，於第七頸椎與第一胸椎之間取之。

一、俞穴特性

大椎為三陽、督脈之會。

二、主治

(一) 解表邪

大椎為三陽、督脈之會，屬陽主表，故對外感六淫之邪在表者，皆能疏解，具有解熱退燒之功效。治療感冒、單純型流行性感冒，捻針五分鐘，效果顯著；治療疔腮，獨取大椎以三棱針點刺出血有卓效；治療瘧疾，以灸大椎效果為佳。

(二) 清瀉毒熱

大椎點刺出血，治療疔瘡生於督脈者，大椎、委中（放血）、與合谷合用，治療髮際瘡甚效。

(三) 清瀉陽熱

治療甲狀腺機能亢進，以出現中消症（消穀善饑）者，效果為佳

(四) 補陽益氣

主治冷哮，在緩解期灸之可以防止發作。防治蕁麻疹的風寒證，止虛汗，主治久發氣虛的癩癩，以及氣短不語、諸虛百損等證。

（五）補陽益氣、疏風散寒

大椎與合谷、太衝同用，治療風寒濕邪痹阻經絡的全身關節痛。

（六）益氣通絡

主治半身不遂、患肢欠溫者，小兒麻痺（上肢、下肢，皆可取用）、漏肩風、肩關節肌肉萎縮者。

三、古代文獻選錄

「傷寒熱盛煩嘔，大椎主之」，「灸寒熱之法，先取項大椎，以年為壯數」，「諸煩熱時氣溫病，灸大椎百壯，刺三分瀉之」，「大椎主寒熱咳嗽」，「風瘧有久不瘥者，從未發前灸大椎至發時滿百壯，無不瘥」，「瘧疾寒熱真可畏，須知虛實可用意，間使宜透支溝中，大椎七壯如聖治」，大椎「能瀉胸中之熱及諸熱氣」，《治療匯要》記載「如疔生於督脈經行之地，若後項之對口，頭頂下之天庭，眉心中之印堂，鼻柱下之人中等處，最好刺百勞穴以瀉毒，生頭面者俱可刺，如患對口、項強不能轉側，刺後片時，即能活動，再刺委中，毒必解而轉輕，刺法用三棱針點刺擠出紫血：俾毒可透瀉」，「又治頸癭，灸百壯，及大椎兩旁相去各一寸半垂下，各三十壯」，「百勞止虛汗」，「主五七傷，諸虛百損，骨蒸盜汗」，「治氣短不語」，「或針勞，須向膏肓及百勞」，「一切項背強，肩

膊急，百節酸痛」，「霍亂，諸法不效者，灸大椎，又以鹽納臍中灸二十壯立蘇」，「水漬入胃名曰溢飲，滑泄渴能飲水，水下復瀉，瀉而大渴，此無藥證，當灸大椎，以年為壯」。

四、醫案舉例（防治硬結性紅斑案）

病例楊○○，女，三十五歲，於一九八一年八月十四日初診。

現病史：自一九七九年秋冬交季之時，從腳開始起泡，此消彼起，影響活動，病情日漸加重，病後曾去某院診治，認為有風濕和結核兩種可能，進行胸透和驗血，均正常。給予激素治療，患者拒服。此時腳已腫起，自覺腳和小腿血液似不流通樣腫脹，隨另去某院，診為硬結性紅斑，口服消炎痛，注射中藥針劑（藥物不詳），效果明顯，三天後消腫一周後基本痊癒。但停止治療即腫，治療即消，以後治療則效果不顯，隨著天氣漸暖，病情逐漸減輕，到了夏天病情不治而愈。一九八〇年秋季又作，但不起泡，而是出現很硬很長的硬結，從腳發展到腳腕上部，再用前藥治療無效，硬結此消彼起，影響活動，稍多走路則病情加重，一直到天氣變暖，硬結才自然消退。一九八一年八月聽說針灸可以防治本病，患者懷著緊張的心情就診。

檢查：舌質紅，苔薄白，脈沉緩。

辨證：每年秋冬發作，春夏消退，寒證也。腳部起泡，濕象也。初因寒濕痹阻，繼而寒凝血瘀，氣機阻滯，故出現硬結，疼痛，以及自覺腳、小腿似血液不通樣腫脹。

治法：治宜溫寒開痹，行氣活血以及補益正氣法治之。溫寒開痹，行氣活血取大椎、合谷、太衝（均施以針刺熱手法），補益正氣取中脘、氣海、足三里（均施熱手法），兩組穴交替使用。

治療經過：共治療十四次，停針觀察。一九八二年二月隨訪，患者說「去年秋季天冷後，腳部有二三起結的預感，但終於沒有發作，我歷時兩年的病就這樣好了，心情無比喜悅：我也從內心為我國的傳統醫學感到驕傲」，觀察至今（一九八四年）未復發。

十七、「四關」穴之一——合谷

合谷，一名虎口，位於大指次指間，手側伸，大指食指伸張，於第一掌骨基底部分與第二掌指關節之間，歧骨前微陷處取之。

一、俞穴特性

手陽明大腸脈所過「為原」，回陽九針之一。

二、主治

《玉龍歌》曰「頭面縱有諸般證，一針合谷效如神」。《雜病穴法歌》云「頭面耳目口鼻病，曲池、合谷為之主」，這是古代醫家對合谷穴主治範圍的認識。實踐表明，合谷不僅是治療頭面五官疾病的要穴，而且它的治療作用和範圍是比較廣泛的，今論之於後。

（一）鎮痛

合谷為全身鎮痛的要穴，主治偏正頭痛、頭風（主要用於實證），大腸火熱所致的牙痛面腫，肺胃蘊熱、外感時邪所致的乳蛾、咽痛。治療咽痛時，進針得氣後，施以徐疾瀉法，咽痛則立即減輕或消失，還可治療目赤腫痛、腰脊內引痛。合谷與太衝同用，治療頸椎病的上肢痛以及熱痺、寒濕痺的全身關節痛等病。

（二）疏風清熱

主治外感發熱的表證以及外感兼有裡熱者，風疹。

(三) 清陽明熱

主治濕熱痢疾、肺胃蘊熱所致的鼻衄、風熱邪毒所致的目赤腫痛、翳障等症。

(四) 活血通經

具有催生作用，用於難產及死胎。實踐表明，針刺引產，妊娠末期者比妊娠初期者療效好。

(五) 舒筋活絡

合谷透勞宮用搓針法，主治半身不遂的手攣急。合谷與頰車合用，主治口噤不開。

三、古代文獻選錄

「偏正頭風有兩般，有無痰飲細推觀，若然痰飲風池刺，倘無痰飲合谷安」，「牙風面腫頰車神，合谷臨泣（足）瀉不數」，「齒痛惡清飲，取手陽明」，「寒熱痺痛，開四關而已之」，「手連肩臂痛難忍，合谷針時要太衝」，「手指連肩相引痛，合谷太衝能救苦」，「兩手酸痛難持物，曲池合谷並肩髃」，「腰脊內引痛」，合谷主之，「天府合谷，鼻中衄血宜追」，「合谷治陽明熱鬱，赤腫翳障，或迎風流淚，灸七壯，大抵目疾多宜灸此，水不再發也，亦可針」，「赤眼迎香出血奇，臨泣太衝合谷侶」，「聾而痛者，取手陽明」，「耳聾臨泣與金門；合谷針後聽人語」，「痢疾合谷三里宜」，「主傷寒大渴，脈浮在表，發熱惡寒，

頭痛脊強，無汗，寒瘧：熱病汗不出」，「無汗傷寒瀉復溜，汗多宜將合谷收」，「傷寒不汗合谷瀉」，「催生難產及死胎，補合谷瀉三陰交」，「口噤眼合藥不下，合谷一針效甚奇」，「小兒雀目難痊者，灸合谷五壯，疳眼亦妙也」。

四、經絡檢查

痔瘡者，合谷可現卵圓形陽性物；頸椎病者，合谷可現壓痛；潰瘍病者，按壓合谷，其痛可沿經放射過腕（++）或過肘（+++）。

五、醫案舉例

初診。例一趙○○，女，五十八歲，病歷號六〇二六一一，一九七九年七月十三日

現病史：十餘年前因跌傷引起兩足趾、足背疼痛，經藥物及按摩治療，疼痛不休。現兩足趾疼痛走路加重，兩足欠溫，冬季則沿小腿前外側（足陽明經）至臀部發冷，膝關節、指關節疼痛，夢多寐差，納可，二便調，頭痛。有青光眼、散光史。

右重。檢查：舌苔薄白，脈沉細尺弱，雙足第三趾、第一關節底面感覺消失，左輕。

辨證：證係寒痹日久、氣血凝滯。

治法：治宜開痹通絡。

治療經過：前曾先後取用厲兌、頭維（根結）、解谿、行間、內庭、湧泉、陽陵，治療五次未效。又予足十二井放血，足三趾局部放血，足臨泣放血，共治療八次仍無效，余閱其病歷察其病情，給予針刺合谷、太衝（開四關），有趣的是前醫刺足井穴則血不出，待刺四關後，再刺井穴則血出已。治療六次後加大椎以助陽，九次後疼痛明顯減輕，足趾屈伸功能逐漸恢復，十二次後疼痛基本消失，十六次後足感覺恢復，共治療二十次痊癒。觀察三年未見復發。

例二：楊○○，男，四十六歲，病歷號：二〇九九，一九八三年四月二十八日初診。

現病史：自三月四日夜突然左臂疼痛，從睡中痛醒，經過理療、服藥（藥物不詳），疼痛有所減輕。現仍左臂酸痛、沉重，肩前麻木，頭向右轉或臥位時均加重活動受限，陰雨天明顯。

檢查：舌苔薄白，脈沉緊。四月八日拍片示：頸推五、六椎間孔變形、變小，前後緣上下有不同程度骨質增生。太衝壓痛（++）。

辨證：證係寒濕痹阻手陽明之筋。

治法：治宜溫化寒濕，開痹通絡。

治療經過：取穴合谷、太衝（熱手法），頸椎五、六夾脊（輪刺法），左手三里、少海，治療兩次後疼痛減輕過半，七次後疼痛基本消失，麻木如故，十一次後休息月餘，又來治療四次，停針觀察至今已三年，未復發。

十八、皮膚病、瘡瘍之要穴——曲池

曲池，一名鬼臣。位於肘外輔骨肘骨之中以手按胸取之。

一、俞穴特性

曲池者，土也。手陽明脈之所生，為合。

二、主治

(一) 疏風清熱、解毒消腫和止癢

曲池具有疏風清熱、解毒消腫、止癢等作用，故而成為治療皮膚病、瘡瘍癰腫之要穴。臨床治療風疹塊（主要適用於風熱證）、皮膚瘙癢、帶狀皰疹，以及與合谷、足三里、委中合用，治療瘡癤癰腫等病。

(二) 清熱退燒

主治外感發熱病以及熱退餘熱不清；肺胃蘊熱、外感時邪的喉痹；陽明火熱上攻的齒齦出血；風池、通天（依據壓痛點選用）、曲池與合谷交替取用，足三里，治療外感風寒、寒邪化熱、肺失宣降的鼻淵。

(三) 止痛

主治漏肩風、久病痛重、肩臂不舉，針曲池，左病取右，右病取左，刺時針尖首先朝向遠心端，待針感（經氣）傳至手時，將針提至皮下，再將針尖朝向近心端，使針感傳至肩，針後多數患者能立即抬起痛臂。治療膝痛亦左取右，右取

左。還可治療腰背痛（腰肌緊張者）。古代文獻多言曲池主治肘痛，實踐證明，肘痛（網球肘）取曲池不如取二間、陷谷效果為佳。

（四）通經活絡

曲池是治療半身不遂之要穴。曲池與豐隆同用，具有降低血壓之功效，曲池深刺透少海，可緩解半身不遂的肘臂拘急。

（五）其他

曲池與合谷交替取用，風池與迎香交替取用，足三里，治療過敏性鼻炎。曲池獨取可預防痢疾。

三、古代文獻選錄

「治皮膚中毒風法，毒風之病，其候忽然遍體痛，癢如齒齧，癢極搔之，皮便脫落，爛壞作瘡，凡有此患，急灸兩臂屈肘曲骨間，各二十一壯」，「肩髃、曲池，此二穴乃治癰秘法也」，曲池主「風癰疹：皮膚乾燥，舉體痛癢如蟲齧，皮膚作瘡，皮膚痂疥」，「傷寒餘熱不盡」，「餘熱不盡先曲池，次及三里與合谷，二穴治之餘熱除」，「曲池治喉痹促欲死，發熱更無休」，「發熱仗少衝、曲池之津」，曲池「善療肘中痛」，「肘膝疼時刺曲池，進針一寸最相宜，左病針右，右病左，依此三分瀉氣奇」，「腰背若患攣急風，曲池一寸五分攻」，「半身不遂，陽陵遠達於曲池」。

四、醫案舉例

例一：陳○，女，五十一歲，病歷號：六五四，一九八四年八月一日初診。

現病史：全身關節痛五年餘，曾多次發作，經服中藥、西藥和針灸治療疼痛好轉，近因勞累鬱怒，全身關節疼痛又作，疼痛與天氣變化有關，每遇陰寒關節疼痛加重，頭痛沉重，納呆，眠差，二便正常。有腎盂腎炎史。

檢查：舌質淡紅，苔白，脈沉數。視其關節無明顯紅腫，血沉六十九毫米／小時。

辨證：證係寒濕之邪痹阻關節，濕阻中焦。

治法：治宜溫寒化濕，以通經絡。針曲池、外關、陽陵、三陰交、大椎（熱手法）。

治療經過：治療十次後血沉降至五十毫米／小時，二十二次後血沉轉為正常（十八毫米／小時）。在治療過程中曾取用血海二次，足三里二次。

例二：汪○，女，十二歲，治療手冊，一九八七年八月十八日初診。

現病史：鼻塞頭痛二月餘，病後曾去某醫院耳鼻喉科治療，診為兩上頰鼻竇炎。現鼻塞流涕，色白稀，頭痛，納可，二便調。既往易患感冒、易疲勞。

檢查：舌質淡、舌邊尖紅，苔白，脈沉細。風池壓痛（++），上星壓痛（++）。辨證：證係風寒化熱，肺失宣降。

治法：治宜疏風清熱，宣通肺竅。

取穴：風池，合谷與曲池交替取用，足三里。

治療經過：治療三次後，鼻塞明顯減輕，繼針前穴，加上星五次，流涕、頭痛逐漸減輕而消失。觀察三月餘，未見復發。

十九、健脾保健穴足三里

足三里，又名下陵、鬼邪。位於膝下三寸，跗外廉。在膝下三寸，脛骨外廉兩筋間（脛骨前肌與趾長伸肌）取之。

一、俞穴特性

足三里，土也。足陽明脈氣所入為合。

二、主治

足三里主治範圍很廣，但以脾胃疾病為主，因脾與胃相表裡，在生理上脾主運化，胃主受納；脾喜燥惡濕，胃喜濕惡燥；脾氣主升，胃氣主降，兩者共同完成飲食食物的消化、吸收以及水穀精氣的輸布，因此在病理上，脾胃自病會影響他臟（如土不生金），他臟有病也會影響脾胃（如肝木克土），結果二者均能導致氣血生化之源不足、元氣不充，從而除易病內傷諸症外，還易感受外邪而發病。在治療上，健脾益胃不僅適用於治療脾胃虛弱病證，而且還有治療某些肺、心、肝、腎諸證的功能。補足三里，既能益氣、補血、攝精，又能制濕、化痰、消水，因此足三里是治療內傷病之要穴，也是治療各種慢性虛弱病之要穴，故古代醫家有「諸病皆治」之論。

（一）保健要穴

灸足三里有「保健灸」、「長壽灸」之稱。用於預防中風，具有降低血壓、降低血液凝聚病理性增強的作用，預防痢疾、感冒（包括流行性感冒）有良效。

（二）健脾化痰

治療濕痰咳嗽，以及癲證、癲癇、狂證等。

（三）健脾消導

足三里與四縫合用，治療小兒疳積。

（四）健脾消脹

主治脾虛腹脹以及術後腸麻痹。

（五）益氣補血

主治肝血虛損所致的目昏花，腎虛腰痛、耳鳴，產後血暈以及由於胃腸機能障礙所致的營養缺乏性多發性神經炎（上下肢麻木）。

（六）善治鼻病

足陽明之脈起於鼻，故足三里是治鼻病之要穴，如鼻淵（鼻竇炎）、萎縮性鼻炎等。

（七）升清降濁

脾胃居於中州，脾氣主升，胃氣主降，脾胃是人體升降功能之樞紐，故足三里廣泛用於治療升降失常之疾病，具有較強的降濁作用。如急性胃腸炎中，寒濕證及濕熱證的善後調理，治療呃逆、喘息、嘔吐以及久瀉、胃下垂等病。

（八）清瀉胃熱

主治乳腫痛、中消（消穀善饑）。

（九）行氣止痛

主治胃脘痛、潰瘍病穿孔。

（十）溫化寒濕

火針點刺足三里，以溫化寒濕，治療著痹膝腫。

（十）通經活絡

主治口眼喎斜、半身不遂、小兒麻痺後遺症、喉痹（痹，不仁也）。

三、古代文獻選錄

《四總穴》云「肚腹三里留」，《千金方》曰「三里、內庭，治肚腹之病妙」，足三里「主五勞羸瘦，七傷虛乏」，「臟氣虛憊，真氣不足」，東垣曰「飲食失節，及勞役形質，陰火乘於坤土之中，致穀氣、營氣、清氣、胃氣、元氣不得滋於六腑之陽氣，是五陽之氣先絕於外，外者天也，下流伏於坤土陰火之中，皆先由喜怒悲優為五賊所傷，而後胃氣不行，繼之則元氣乃傷，當從胃合三里穴中推

而揚之以伸元氣」，南宋張杲在《醫說》中說「若要安，三里莫要乾」，「中風但未中風時，一兩月前或三四個月前，不時足脛上發痠重麻，良久方解，此將中風之候也，便宜灸三里、絕骨四處，各三壯」，「水病之疾最難熬，腹滿虛脹不肯消，先灸水分並水道，後針三里及陰交」，「或針痰，先針中脘、三里間」，「手足上下針三里，食癖氣塊憑此取」，「胃中有積刺璇璣，三里功多人不知」，若是胃中停宿食，後尋三里起璇璣」，三里「能通心腹脹，善治胃中寒」，「脹滿中脘、三里揣」，「脹滿三里、內庭中」，「患風疾人，宜灸三里者，五臟六腑之溝渠也，常欲宜通，即無風疾」，「大便虛閉補支溝，瀉足三里效可擬」，「肝家血少目昏花，宜補肝俞力便加，更把三里頻瀉動，還先益血自無差」，「足三里治兩目眩暈，不能遠視：此證須灸中脘，臍下待灸瘡發過，方灸此穴以出熱氣自愈」，「耳內蟬鳴腰似折，膝下明存三里穴」，「三里、至陰催孕」，「此穴降請上逆之濁氣，升下陷之清氣，故所治之諸病，皆是濁氣上塞之症也。上膏肓穴，升下陷清陽之氣，而清氣升則濁氣降。此三里穴，降上逆之濁氣，而濁氣降則清氣升。陰陽升降，互濟其用，以收同等之效，故今灸膏肓者，後日必灸三里，以宜治之者也」，「治氣上壅足三里」，「霍亂中脘可入深，三里、內庭瀉幾許」，「泄瀉肚腹諸般疾，三里、內庭功無比」，「喘急列缺、足三里」，「虛喘須尋三里中」，「忽然氣喘攻胸膈，三里瀉多須用心」，「治乳癰腫痛，諸藥不能止痛者，三里穴針入五分，其痛立止如神」，「針灸消中，皆取於胃，經云

邪在脾胃，陽氣有餘，陰氣不足，則熱中善饑，取三里灸之」，「著痺不去，久寒不已，卒取三里」，「兩膝無端腫如斗，膝眼、三里艾當施」，「腰連腿痛腕骨升，三里降下隨拜跪」，「冷風濕痺針環跳，陽陵、三里燒針尾」，「氣海專治五般淋，更針三里隨呼吸」，「小便不利陰陵泉，三里瀉下溺如注」。

足三里常用配使主治一覽表

主 配 伍 穴	經脈	穴位	主 治
足 三 里	肺	列缺	喘急
	大腸	合谷	痢疾
		手三里	食癖氣塊
	胃	內庭	瀉泄、肚腹諸般疾
	脾	陰陵	小便不通
	小腸	腕骨	腰腿痛
	膀胱	至陰	催產
		肝俞	目昏花
		大腸俞	預防、治療痢疾
	三焦	支溝	大便虛閉
	膽	絕骨	預防中風、高血壓
		環跳、陽陵	冷風濕痺
	任	中脘	痰、腹脹滿
		氣海	五淋
		璇璣	胃中有積
任、胃	中脘、內庭	霍亂	

二十、婦科病要穴—三陰交

三陰交，又名承命、太陰。位於內踝上三寸，骨下陷者中。於脛骨後緣與跟腱前緣之中間（比目魚肌與屈趾前肌之間）取之。

一、俞穴特性

三陰交為足三陰之會穴。

二、主治

（一）治療婦科疾病之要穴

因脾主運化、統血，若因飲食勞倦，憂思傷脾，生化之源不足，血海空虛，則見月經後期、過少或閉經；若中氣虧損，統血失司，則見月經過多或崩漏；若脾陽不運，濕濁下注，則見帶下等症。肝藏血，若肝氣鬱結，血為氣滯，則見月經後期、痛經、閉經等症；若肝血不足，肝陽偏亢，則見妊娠癩症、產後發瘧等；若暴怒傷肝，則引起月經過多等肝不藏血症。腎藏精，腎氣充則月事正常，若房事不節，精血雙虧，則見月經不調、痛經、崩漏等病。三陰交是三陰經之交會穴，故為治療婦科血症之要穴。

（二）健脾益氣

治療脾胃虛弱證，如心腹脹滿、不思飲食、脾病身重、四肢乏力、腹脹腸鳴、溏瀉食不化，以及心脾兩虛的失眠。

(三) 補腎、清相火

主治小兒尿床、勞淋(前列腺炎)、夢遺、滑精，以及陰莖痛。

(四) 溫肝、開閉

用於癱閉、疝氣、小兒偏墜。

(五) 活血

主治瘡瘍癰疹。

三、古代文獻選錄

「如經脈閉塞不通，瀉之立通，經脈虛耗不行者，補之經脈益盛則通」，「女人漏下赤白及血，灸三陰交五十壯」，「產後血塊痛，三陰交、氣海宜灸之」，「脾病血氣先合谷，後刺三陰交莫遲」，「治霍亂手足逆冷者，灸三陰交各七壯，不愈加數」，「食後吐水，灸三陰交隨年壯」，「夢遺精，灸三陰交三七壯，夢斷神良」，「針三陰交於氣海，專司白濁久遺精」，「咳嗽先宜補合谷，都須針瀉三陰交」，「咳嗽，一法灸，但可一邊眠者，可左側者灸右足三陰交，可右側者灸左足三陰交，立安」，「上瞼低垂輕證者，灸三陰交」，「三陰交主髀中痛，不得行，足外皮寒」，「膝內廉痛，足痿不能行」，「腳痛膝腫針三里、懸鐘、二陵、三陰交」。

四、經絡檢查

痛經有明顯壓痛，月經期前後三陰交多出現反應，生產後腹痛者可出現反應，雙側三陰交、血海有壓痛，已婚婦閉經一月以上者為妊娠。腹股溝疝多在同側出現反應。急性食物中毒，可在三陰交上方觸及條索狀物。

參考文獻

- (一) 唐容川著中西匯通醫經精義，上海中國文學書局印行。
- (二) 竇材著扁鵲心書，王琦重予校刊。
- (三) 代田文志著針灸真髓，江蘇人民出版社。
- (四) 高武纂集針灸聚英，上海科學技術出版社，一九六一。
- (五) 皇甫著針灸甲乙經，人民衛生出版社，一九七九。
- (六) 孫思邈著備急千金要方，人民衛生出版社，一九八二。
- (七) 樓英撰醫學綱目。
- (八) 張介賓類經圖翼，人民衛生出版社影印，一九五八。
- (九) 王惟一著銅人腧穴針灸圖經，人民衛生出版社，一九五七。
- (一〇) 王執中著針灸資生經，上海科學出版社，一九五九。
- (一一) 范行準主編循經考穴編，群眾出版社，一九五五。
- (一二) 勝玉歌，見針灸大成。
- (一三) 席弘賦，見針灸大成。

- (一四) 龔廷賢著壽世保元，上海科學出版社，一九五九。
- (一五) 王好古撰陰證略例。
- (一六) 徐用誠撰玉機微義。
- (一七) 楊繼洲著針灸大成，人民衛生出版社，一九五九。
- (一八) 玉龍歌，見針灸大成。
- (一九) 行針指要歌，見針灸大成。
- (二〇) 皇甫謐著針灸甲乙經，人民衛生出版社，一九七九。
- (二一) 靈光賦，見針灸大成。
- (二二) 天元太乙歌，見針灸大成。
- (二三) 百症賦，見針灸大成。
- (二四) 朱亨著丹溪心法，上海科學技術出版社，一九五九。
- (二五) 慕洪撰葛洪時後備急方，人民衛生出版社，一九八三。
- (二六) 通玄指要賦，見針灸大成。
- (二七) 廖潤鴻著針灸集成，人民衛生出版社，一九五六。
- (二八) 張杲醫說，上海科學出版社，一九八四。
- (二九) 張子和撰儒門事親，上海衛生出版社，一九五八。

年。

- (三〇) 雜病穴法歌，見針灸大成。
- (三一) 馬元台、張隱庵合注素問靈樞（靈樞），錦章書局印行，民國十五年。
- (三二) 肘後歌，見針灸大成。
- (三三) 徐風著針灸大全，人民衛生出版社，一九五八。
- (三四) 玉龍賦，見針灸大成。
- (三五) 羅天益撰衛生寶鑒，商務印書館出版，一九五九。
- (三六) 標幽賦，見針灸大成。
- (三七) 傅仁宇撰科審視瑤函。
- (三八) 聞人耆年著備急灸法，人民衛生出版社影印，一九五七。
- (三九) 馬丹陽天星十二穴，見針灸大成。
- (四〇) 雜病十一穴歌，見針灸大成。
- (四一) 李東垣脾胃論注釋，人民衛生出版社，一九七五。
- (四二) 長桑君天星秘訣歌，見針灸大成。
- (四三) 湯本求真皇漢醫學針灸學綱要，人民衛生出版社，一九五六。

第三篇 臨證治療研究

一、中風病病因證治

中風病屬腦血管病範疇。但中風病並不能包括所有的腦血管病，如椎基底動脈供血不足則屬中醫學的「眩暈」，假性球麻痹則屬「喉痹」，項強、四肢抽搐則屬「痙」，其他與腦血管病相關的發熱、真心痛、嘔血、癱閉、消渴等病，中醫學亦不在中風病內論述。此外，中風病還包括腦血管病以外的疾病，如口眼喎斜（周圍性面癱），以及顱腦占位性病變所致的半身不遂等。因此，治療中風病不僅要研究由於中風所致的神昏、偏癱、口喎舌歪、語言蹇澀，同時還應研究中風相關的疾病在治療上的特殊性。

一、病因病機

誘發本病的原因，一是「火」，二是「虛」。因為火盛傷陰（津液），陰傷則血液黏稠度增加，血流鬱滯，故而形成血栓。火盛迫血妄行，故而引起出血。「虛」指氣虛而言，因為氣有推動作用，若人體氣虛，推動血液運行之力不足，血流緩慢，故而在休息（睡眠）時形成血栓。氣有固攝作用，氣虛則血失固攝，故而引起出血。「火」與「虛」二者引發之病皆形成血瘀，出現由於血瘀痹阻不同經脈而致的肢體運動功能、感覺功能、語言的障礙等不同症狀。

上述二因是在平素肝腎陰虛或氣血虧虛、血府失濡（血管壁受損、管腔狹窄）的病理狀態下發生作用的，故稱「火」和「虛」為誘因。

風、痰不是直接誘發本病的原因，因為火盛則生風，故曰風是火派生的。痰，常人則無，因為飲食入胃生津化液，灌溉周身，故無痰也。痰之生成，一因五志化火，水穀精微為火煎灼，煉灼成痰；二因脾失健運，瘀而成痰，故有「治痰不理脾胃，非其治也」的論斷，所以說風、痰是由火、虛派生的，而不是誘發本病的直接誘因。

二、急性期的辨證施治

急性期，即由發病至病情穩定這段期間，此期是治療本病的關鍵，因為此期若治療得當，急性期可以縮短，急性期愈短則病情愈輕，故而預後愈良。反之，若治療失宜，此期可以延長，此期愈長則病情愈重，故而預後愈劣，因此醫者必須遵循「急則治其標」的原則，辨證求因（誘因），集中力量消除其發病誘因，控制病情發展，這是急性期辨證施治的首要任務。

（一）火證

主證：除見不同程度的半身不遂、口喎舌歪、語言不利外，必見面潮紅，目赤，唇紅而乾，躁動不安，頭痛眩暈，噁心嘔吐，大便乾，口臭、口苦，舌乾、舌燥，口噤、舌強，舌質絳紅、苔黃乾或黃膩，脈弦滑或弦數有力。

分析：火為陽邪，其性上炎，故見面潮紅、目赤、唇紅。火擾神明，故躁動不安。火盛生風，故頭痛眩暈。氣機升降失常，故噁心嘔吐。火盛傷陰，故見大便乾、唇乾、苔黃乾、舌燥口乾。口噤、舌強，火盛生風之徵也。其舌質、舌苔、

脈象皆火熱之象也。若大便乾、口臭、苔黃乾者，為足陽明胃火；頭痛、眩暈、目赤、口苦，切其耳門、頤厭脈盛者，為肝膽之火；口噤、項強、頭痛眩暈者，為肝火（陽）化風；舌強語蹇，視其舌下靜脈充盈者，為心火。若見神昏，則屬閉證。

治法：潛陽降火、育陰順氣。治療血栓，則加以活血化瘀；治療出血，則佐以涼血止血。若見喉中痰鳴，則佐以清熱化痰；若見風證，則加以熄風。

針刺放血：①手十井（少商、商陽、中衝、關衝、少澤）。②手十宣。均用三棱針點刺放血，每日一次，兩組穴交替取用。頭痛眩暈甚者，百會、太陽交替取用，三棱針點刺放血。舌強、嘔惡者，金津、玉液點刺放血。

針刺取穴：手足十二針（曲池、內關、合谷、陽陵、足三里、三陰交），均取雙側，進針得氣後，尋找較強的痠脹感。口噤，取頰車。喉痹，取翳風、完骨、風池，均取雙側，針尖向結喉深刺四十五至六十毫米（一·五寸至二·〇寸，每穴捻針一至二分鐘）。

實踐表明，放血法不僅適用於治療中臟腑的閉證，治療中經絡的實火證也確有卓效，起著瀉熱降火的作用。急性期者每日應該針刺兩次，一次放血，一次針刺，一般放血兩次（兩天）。待火熱漸熄，病勢轉危為安，即可停止放血，改為一日針刺兩次。

中藥治療：

潛陽方：生石決、生龍骨、生牡蠣、珍珠母、紫貝齒、生赭石等，用量宜重，每味不少於三十克，先煎二十分鐘。

降火（陽明胃火）方一：大黃麵、元明粉、甘草各十克，共研細末，分兩次沖服，服一次後，若腑氣已通，大便已行，即可停服。

降火（肝膽火盛）方二：龍膽瀉肝丸十二克包煎。

降火（心火盛）方三：大黃、川連各十克煎服。

育陰方：生地、寸冬、元參、白芍之類。

順氣方：枳殼。

化痰方：蛤殼、膽星、天竺黃、條芩之類。

熄風方：天麻、菊花、夏枯草、羚羊角、僵蠶、全蟲之類。

治療血栓，活血化癥方：桃仁、紅花、益母草。

治療出血，涼血止血方：三七、大小薊、白茅根、側柏炭之類。

若出血、缺血未確診時，則暫時不用活血化癥及涼血止血藥，稱曰中性治療。

上述諸藥應結合具體病情選擇應用。

放血、針刺和潛陽降火、育陰順氣之藥合用，可使火熱之勢速平，實為縮短急性期，控制病情發展之要法。

（二）虛證

主證：除見不同程度的半身不遂、口喎舌歪、語言蹇澀外，必見神疲懶言、氣短乏力、語聲低怯，或自汗，或四肢欠溫，或納呆，或尿頻，或大便無力，或大便溏，或心悸失眠、面色黃或晄白、舌體胖大、舌質淡、苔薄白、脈細弱或結代。若見神昏，多為脫證。

分析：虛，指氣虛。氣虛則見臟腑功能衰退的證候。治法補益正氣。治療血栓，加以活血化癥；治療出血，佐以止血。

針灸治療：百會、人中、中脘、氣海、足三里、內關、三陰交（雙側）。氣海針後加灸，手法用熱補法（即得氣後，用力緩緩壓針一至二分鐘，將針刺入應刺的深度）。

喉痹治法：取翳風、完骨、風池，手法同前。

急性期一日針灸兩次，喉痹則上述兩組穴交替取用。

中藥治療：治療血栓，法以益氣活血，方用補陽還五湯：黃芪、赤芍、川芎、歸尾、地龍、桃仁、紅花，甚者加人參。治療出血，法以益氣止血、方用人參歸脾湯：人參、白朮、黃芪、當歸、甘草、茯苓、遠志、棗仁、木香、龍眼肉、生薑、大棗，加三七，或減去桃仁、紅花、三七。二方均屬中性治療方。

（三）虛火證

主證：除見不同程度的半身不遂、口喎舌歪、語言不利外，伴有面色黃或萎黃或淡紅，語聲低微，神疲嗜睡，頭痛頭暈，小便頻或失禁，大便乾或排便無力，煩躁易怒，失眠多夢，心悸，肢麻，流涎，舌質紅絳，舌質紅或暗紅或嫩紅，或見中裂，或見舌體瘦小，少苔、苔薄黃或見黃厚、黃厚膩，或見少津，脈弦或弦滑、弦細、弦細數。若見神昏，多為閉脫並見證。

既往史：經常有頭暈頭痛、耳鳴目糊、腰酸腿軟、失眠多夢等症狀。

分析：虛，指氣虛、氣陰兩虛、肝腎陰虛、腎氣虛而言，故本證除見臟功能不足症狀外，其舌質紅或紅絳，舌苔黃或黃乾，脈弦滑，均是火熱之特徵，也是診斷虛火證的根據。本證多因過勞以及鬱怒、情緒激動等兩種誘因作用下發病，且多於活動時發病。

治法：益氣降火。治療血栓，加以活血化癥；治療出血，加以涼血止血。

針刺治療：曲池、陽陵（均雙側），內關、合谷、足三里、三陰交（均病側），得氣後取較強痠脹針感。偏於氣虛、氣陰兩虛者，加中脘、氣海（熱補法）；偏於肝腎陰虛、腎氣虛者，加關元（熱補法）。頭痛頭暈明顯者，取百會、風池。火邪盛者，手十井放血。

中藥治療：治療血栓，補陽還五湯加生地、丹皮、白芍、元參之類。治療出血，歸脾湯加三七、生地、丹皮、白芍、阿膠之類。

預期效果。護理工作十分重要，醫者必須予以高度重視，只有醫護互相配合，才能收到

二、瀉法在中風病急性期的應用

一九八五年二至六月，我院針灸科病房收治中風病人五十一例，其中使用瀉法的十一例，占總比例數的二十一·五七%。由於中風病發病急，變化快，故如何控制其發展，縮短急性期，與病之預後有著非常密切的關係。為此，我們從中風病的病因病機入手，對於中風病人的實火證者，根據「實則瀉之」、「熱則清之」、「上病下取」的法則，使用瀉法取得了良好效果，現報導於下。

一、臨床資料

十一例患者中，男五人，女六人，四十一至五十歲一人，五十一至六十歲五人，六十一至七十歲五人；腦出血者三例，腦血栓形成者一，頸內動脈係七例，椎基底動脈供血不足者一例；合併高血壓病者十例，合併糖尿病者一例，首次發病者六例，第二次發病者五例，發病數小時至三天者七例，五至八天者三例，十五天者一例。

二、瀉法的指徵及化裁

瀉法具有蕩滌腸胃積滯、清降火熱的作用，但用之不當則易傷人之胃氣及正氣，故使用時應該嚴格掌握其適應證。使用瀉法的主要指徵是：便秘，大便數日不行，伴有口臭或口乾舌燥，煩躁不安或嗜睡，或頭痛頭暈，面赤面黃，舌苔黃乾、黃厚或白厚，脈弦滑或弦數。若症見腑實證，患者精神弱，面色黃，脈弦細或細數者，則宜佐以益氣、育陰之法。

三、瀉法的具體應用

(一) 運用針刺治療

手十井（商陽、少商、中衝、關衝、少澤）、手十宣放血。每日一次，兩組穴交替使用。頭痛眩暈明顯者或耳門動脈搏動明顯者，加刺百會、太陽放血。舌強、噁心或嘔吐者，加刺金津、玉液放血。針刺取穴：手足十二針（曲池、內關、合谷、陽陵、足三里、三陰交之雙側），得氣後尋找較強的痠脹針感。

井穴放血不僅用於治療中臟腑的閉證，而且可治療中經絡的實火證，起著清熱降火（瀉法）的作用。急性期日針兩次，一次放血，一次針刺手足十二針。一般放血兩次（兩天），待風火之勢漸平，病情穩定，即可停止放血，改為一日針刺兩次，一次取手足十二針，一次隨症取穴，如喉痹取翳風、完骨、風池等。

(二) 運用中藥治療

降火以大黃粉十克、元明粉十克、甘草粉十克，分兩次開水沖服。中病即止，若不應加枳實十克。降火藥多與下述幾法合用：①潛陽，常用生石決、生龍牡、紫貝齒、玳瑁、生赭石等。②育陰，常用生地、元參、麥冬等。③熄風，常用天麻、菊花、全蟲、僵蠶、鉤藤等。④化痰，常用天竺黃、膽星、竹瀝水等。⑤順氣，常用枳殼等。⑥出血性中風加三七、大小薊、側柏炭、茅根等。缺血性中風，加紅花、桃仁、益母草等。

四、治療效果

十一例中，除一例入院時病情已穩定，不予統計外，其餘十例治療效果一般在二至三天，最長不超過七天顯現，即指患者病情穩定，由急性期轉入恢復期。病情穩定，係指使用瀉法後患者精神好轉，眩暈、煩躁不安減輕，語言或肌力開始恢復，血壓平穩者。

五、病案舉例

病例一（椎一基底動脈供血不足）

王○，男，六十三歲，工人，住院號一八四五一。

患者於八天前午後出現頭暈、噁心，嘔吐一次，當時血壓二十三·四、十四·三 kPa（一八〇/一一〇毫米 Hg），自服降壓藥，嘔吐消失，兩天前頭暈加重，視一為二，語言不清，雙下肢無力，行路困難，服安宮牛黃丸三丸未效，於一九八五年四月十三日入院。既往患高血壓二十餘年，冠心病十餘年。

檢查：形體較胖，面色紅潤，舌苔黃厚少津，脈弦滑。血壓十九·五、十三 kPa（一五〇/一〇〇毫米 Hg），右鼻唇溝淺，右指鼻試驗（+）。

辨證：肝陽上亢。

立法：平肝潛陽。

治療經過：針刺風池、完骨、天柱、廉泉、合谷、通里、照海穴，金津、玉液放血。四月十六日上午針中衝放血，針風池、完骨、通里、照海一次。

中藥：生石決二十克，生赭石二十克，玳瑁十克，白芍十克，菊花十克，半夏十克，天麻六克，白朮十克，水煎二次服，日一劑。消栓再造丸，一九日二服。

西藥：腸溶阿斯匹林○·三克，一日三次經過上述治療病情未得控制，於四月十六日下午病情加重。余閱其病歷，察其病人，當時眩暈明顯，煩躁不安，舌強語蹇，複視，面赤，眼球水平、垂直震顫，苔黃乾，脈滑。證係眩暈（實火證）治宜潛陽降火。即刺百會、手十井出血。

次日（十七日）查房，自述昨日針刺後眩暈明顯減輕，夜寐安，今晨未大便（火盛傷津之徵），苔黃乾，脈弦滑血壓二二·一〇一四·三kPa（一七〇/一一〇毫米Hg），針太陽、手十宣放血，針刺後血壓一九·五〇一三kPa（一五〇/一一〇毫米Hg）。

中藥：大黃粉十克，元明粉十克，甘草粉十克，分二次沖服，停用腸溶阿斯匹林及消栓再造丸。經過上述治療，病情得到控制。自四月十八日後，針刺改為風池、完骨、曲池、合谷、陽陵、足三里等穴，中藥改為潛陽清熱，活血育陰之劑。住院一百天，諸症消失，痊癒出院。

病例二（腦血栓形成一左大腦中動脈）

焦○，男，五十八歲，幹部，住院號：一八三九○。四月八日晨騎車上班摔倒後，右側肢體無力，語言蹇澀，不頭痛頭暈，不噁心嘔吐，嗜睡，呼之能應，

呵欠頻繁，口喎舌歪，夜寐安，納可，大便二至三日未行，病後即入院。既往患高血壓兩年。

檢查：體胖，面赤，舌下靜脈充盈色紫暗，舌尖紅，苔白，脈弦滑。右眼外展不及邊，右鼻唇溝淺，舌右偏，右上肢肌力二級，下肢肌力三級，雙霍夫曼徵(+)，右巴氏徵(+)，下頷反射(+)，右側肢體感覺減弱，餘正常。血壓二四·七/一四·三kPa(一九〇/一一〇毫米Hg)。腦脊液檢查；壓力三一三六Pa，餘正常。

辨證：中風病(實火證)。

立法：治宜潛陽降火，活血醒神。

治療經過：當日針刺金津、玉液出血，針手足十二針，得氣後尋找較強酸脹感。

中藥：生石決、生龍牡各三十克(先煎)，大黃十克(後下)，元明粉十克(分二次沖)，益母草十克，紅花三克，桃仁三克，川連六克，遠志十克，菖蒲六克，一劑水煎二次服。

次日手十井放血，下午針手足十二針。針藥後腑氣已通，風火漸熄而病勢轉安，急性期得到控制，查其右上肢肌力三級，下肢肌力四級，五日後血壓平穩一九·五/一一·七kPa(一五〇/九〇毫米Hg)，十六日後上下肢肌力五級。治療

期間未用西藥。待風火平熄後，中藥減去元明粉，十二日後停服湯藥，改用消栓再造丸，針刺取穴改為曲池、內關、合谷、陽陵，補申脈，瀉照海。

出院檢查：語言清晰，伸舌居中，右上下肢肌力五級，血壓穩定在一九·五—二一·七 kPa (一五〇/九〇毫米 Hg)，住院八十二天，痊癒出院。

病例三（腦出血—右大腦半球）

劉○，男，五十七歲，工人，住院號：一八三五八。

五日前早六時大便後，突然左半身無力摔倒，當時無頭痛，不吐，自行爬起，步行不遠後復坐在地，隨即神志不清，送某醫院急診，腰穿為血性腦脊液，壓力一二七四 Pa，第三天神志轉清，第五天轉入我院。患者精神呆滯，目不欲睜，左側肢癱，時有兩顳疼痛，頭暈耳鳴，納呆，進食時噎咳，口乾欲飲，煩躁不安，夜寐不安，語言不清。既往患高血壓十餘年。

檢查：體壯，面赤，口臭，舌左偏，伸舌不靈，舌苔黃、厚膩，脈弦滑。血壓二四·七—二四·三 kPa (一八〇/一一〇毫米 Hg)，左鼻唇溝淺，左上下肢肌力〇級，左巴氏徵(+)，頸抵抗(+)，頰胸距四橫指，克氏徵(+)，左半身感覺下降。

辨證：肝鬱化火，火盛生風，風火相煽，迫血妄行。

治則：潛陽降火，育陰止血。

治療經過

針刺：第一日上午針十宣放血。下午針合谷、太衝、湧泉。第二日上午針手十井放血，下午針合谷、太衝、湧泉。治療兩天後改針手足十二針加太衝。

中藥：生石決三十克（先煎）生龍牡各三十克（先煎）、大黃十克（後下），元明粉十克（分二次沖），甘草六克，大小蘗三十克，側柏炭十克，桔梗十克，枳殼十克，生地三十克，元參十五克，寸冬十克，日一劑水煎二次服。大便通後減元明粉，大黃隨群藥煎。

西藥：輸液，加入止血敏五百毫克，安絡血十毫克。復降片一片，蘆丁二十毫克，維生素〇〇·二，日三服。

經針刺兩次，服中藥四劑，患者神清，血壓平穩，語言清楚，煩躁不安消失，肌力上肢一級，下肢二級，頸強，胸頰距三指，舌質紅苔薄黃，脈弦滑。證係風火平熄，治宜活血化瘀，育陰通絡。停西藥治療。針刺改為左肩髃、曲池、內關、合谷、足三里、陽陵泉、三陰交、委中等。中藥改為桃紅四物湯加寸冬、元參、丹參、雞血藤、地龍。大黃蟲丸一九日二服。治療五十天後，上肢肌力三級，下肢肌力四級，左側肢體肌張力高，住院一百二十六天，好轉出院。

六、討論

實踐表明，瀉法對控制急性期病情的發展有較好的療效。但它只適用於病因五志過極、心火暴盛、暴怒傷肝、肝陽暴張，引動心火者；或飲食不節，飲酒過

度，脾失健運，聚濕生痰，痰鬱化火者。火盛生風，風火相煽，氣熱鬱逆，氣血並走於上，發為中風病的實火證。治火之法，外感之火，當先治風，風散而火自息，宜升散，不宜清降。內生之火，當先治火，火滅而風自清，宜清降，不宜升散，此乃治火之大法。中風病是屬內生之火，瀉法具有清降火熱之作用，同時還有「上病下取」之意，故而瀉法對控制中風病實火證（急性期）有卓效。

三、中風病急性期醫案

一、中風病繼發下肢動脈血栓案

吳○○，女，七十八歲，病歷號：五五一七，一九八六年四月三日初診。

現病史：有高血壓病史半年。於一九八六年三月初，無明顯誘因，出現右半身無力，上肢輕下肢重，語言不利，伴有頭暈，時頭痛，納可、寐佳，大便乾，小便黃，舌質紅苔黃膩，脈沉細，血壓二三·四—五·六kPa（一八〇—一二〇毫米汞柱，當時辨證為陰虛陽亢。給予針刺及中藥治療。二十天後走路時右膝痛，右足背色紅，足拇趾紫疔疼痛，夜間拘緊。查其舌質紅，脈弦細數，右太谿脈搏動消失，血壓二二·一—三kPa（一七〇—一〇〇毫米汞柱）。

辨證：證係陰虛陽亢，熱盛傷津，血瘀脈阻（虛火證）。

立法：治宜補陰清熱，活血化瘀，通經活絡。

主要取穴：百會、曲池與合谷交替取用，內關、豐隆與足三里交替取用（雙側），上穴皆取較強針感。三陰交、太谿、太衝與行間交替取用（右側），取柔和痠脹針感。

· 治療經過：自針後右足紫紺色逐漸變淺。治療十一次後，右足微紅，太谿脈復，右半身仍感力弱，多言尚感不利，足及大趾痛。巴氏徵（+），舌質嫩紅，脈弦細。在治療中，血壓高時，分別灸百會七壯、關元七壯、湧泉七壯，灸後血

壓均能下降。曾服補陽還五湯加丹參、牛膝、菊花、生龍牡十一劑。以後繼續治療右膝痛、足趾痛及高血壓病二十四次，由於遷居停針。

按語：

(一) 血栓形成不僅見於腦部，還可以見於下肢動脈。

(二) 本案證屬虛火證，但始則清瀉內熱之力不足，熱邪未清，熱盛傷津，血液黏稠度增高，血流鬱滯，故而繼發下肢動脈血栓。

(三) 本案取用病側三陰交、太谿、太衝、血海等穴，治療下肢動脈血栓是很有效的。

二、中風喉痹案

石○○，男，四十八歲，住院號：一七七五一，一九八五年一月三十日入院。現病史：高血壓病史數年。於昨日上午在活動中出現左半身不遂，步態蹣跚不穩，流涎，語言蹇澀，吞嚥反噎，不頭痛頭暈，近日來夜寐不安，心煩急躁，汗多，手心熱，口臭，大便日一行。

檢查：體胖，面紅，咽紅，舌質紅，苔黃厚，伸舌左偏，脈沉弦滑，血壓二三·四/一三 kPa (一八〇/一〇〇毫米汞柱)。左鼻唇溝淺，左上下肢肌力四級，下頷反射(+)，腰穿診斷為腦血栓形成，高血壓病Ⅲ期。

辨證：肝風內動，經脈失暢，痰濁內阻。

立法：疏風化痰，活血通絡。

針刺：四神聰，風池，豐隆，曲池，行間，足三里，瀉法，日一次。

中藥：半夏十克，天麻十克，茯苓十克，南星十克，竹茹十克，川芎十克，赤芍十克，丹參十克，菖蒲十克，鬱金十克，三劑，日一劑。消栓再造丸一九，日二次（一·三〇至二·七），牛黃清心丸一九，日二次（一·三〇至二·七）。復降片一片，日三次（一·三〇至二·一四）。經過上述治療至二月七日病情未見好轉，又給予低分子右旋糖酐五百毫升，複方丹參注射液八毫升。至二月十三日，病人急躁不安，吞嚥反噎明顯，左上肢肌力三級，下肢肌力四級，左霍夫曼（+），血壓一六·九／一一·七 kPa（一三〇／九〇毫米汞柱），大便四日未行，余查其舌質紅，苔厚，脈沉滑。

辨證：證係火熱未清，瘀阻經脈。

立法處方：急用通腑瀉熱之劑，大黃粉六克，甘草粉六克，元明粉四克，分二次沖服。針刺風池、完骨、翳風之雙側。

治療經過：針藥後腑氣已通，火熱得清，吞嚥反噎好轉，病情穩定。至二月二十六日反噎消失，改針手足十二針。至三月二十五，諸症消失，血壓一九·五／一一·七 kPa（一五〇／九〇毫米汞柱），肢體肌力五級，痊癒出院。

按語：本案患者於活動中發病，患者心煩急躁，汗多，口臭，面紅，舌質紅，苔黃厚，皆屬實火證，經治醫生辨證為肝風內動、經脈失暢、痰濁內阻者，誤也。

辨證既誤，故而使用法夏、茯苓、川芎等藥皆失宜。所以治療十餘日火熱未清，病情未減。余用調胃承氣清瀉火熱，針刺風池、完骨、翳風以通經脈，故而火熱得清，經脈得通而愈。消栓再造丸為恢復期用藥，急性期用之不宜。

三、中風氣虛證

劉○○，男，五十八歲，住院號：九二〇四，一九八二年七月十二日入院。

現病史：無高血壓病史。於三天前上午拉貨汗出，後頸部發緊，午休醒後左半身無力，說話不清，神志清，不頭疼，不噁心嘔吐，自去縣醫院就診，當時血壓偏高（數值不詳），給予中藥三劑（藥物不詳），自服安宮牛黃丸六丸，次日病情加重，在人攙扶下勉強走到醫院，第三天症狀更重，站立不穩，左手不會動，來我院急診入院。

檢查：體瘦，精神不振，語聲低怯，舌胖淡，苔白厚，脈滑略弦。血壓一六·九二〇。四 kPa（一三〇／八〇毫米汞柱），瞳孔右小於左，左鼻唇溝淺，伸舌左偏，左上下肢肌力三級，肌張力不高，腱反射亢進，巴氏徵（+），雙掌頷反射（+）。

辨證：氣虛絡阻。

立法：益氣通絡。

取穴：（一）中腕、氣海、內關、足三里、三陰交、百會，熱補法。（二）百會、風府、曲池、內關、合谷、環跳、陽陵、絕骨（病側），環跳取觸電感。曲池、陽陵熱補法。

治療經過：兩組穴交替取用。經過七天治療病情逐漸加重，左上肢肌力零級，下肢肌力三級，十天後病情穩定，十三天後病人精神好轉，語言較前清楚，左上肢肌力三至四級，小關節肌力零級，腱反射亢進，左錐體束徵（+）。四十三天後，左上肢肌力四級，下肢肌力四至五級，腕指關節肌力約一至二級，顯效出院。

按語：（一）本案患者平素血壓不高，患者於休息時發病，病後精神不振，語聲低怯，舌胖淡，苔白厚，雖脈象滑而略弦，辨為氣虛證可也。（二）本案患者入院後十天急性期病程才得以控制，長也。若配合補陽還五湯預計可以縮短急性期病程。由此可見，在急性期針藥並用是非常必要的。

四、中風病氣虛證針藥並用案

張○○，男，六十七歲，家庭病房，一九八六年十月二日初診。

現病史：有高血壓病史多年，一九八〇年曾病中風。一九八六年九月中旬出現右半身不遂，病後即去某院診治，經靜脈輸液、服藥（藥物不詳），病情逐漸加重，隨來我科就診。現右半身不遂兩周，語言不利，飲水噎，不自主哭笑。

檢查：患者精神不振，面色黃，舌質淡，苔白，脈沉細數，氣海壓痛（++），血壓一六·九—二〇·四 kPa（一三〇／八〇毫米汞柱）。右上下肢肌力三級，腱反射亢進，左下頷反射（+），巴氏徵雙側（+）。

辨證：氣虛絡阻，髓海失養。

立法：治宜益氣通絡，補益腦髓。

取穴：人中、百會、風府、內關、足三里、中脘、氣海，熱補法。補陽還五湯三劑，兩日服完。針藥並施後，病情得到控制，精神好轉，飲水噎減輕，不自主哭笑亦好轉。

按語：本案亦屬氣虛絡阻證。經某院治療兩周而急性期病程未能控制。余針刺與中藥並用，使患者病情穩定，從而說明針藥並用對於控制中風病急性期病程是非常重要的。

五、中風病虛火證

病例一：王○○，女，六十二歲，一九八一年九月十一日初診。

現病史：高血壓病十餘年。平素心煩易怒，經常失眠。七天前因鬱怒，出現頭暈頭脹發沉，全身無力。四天前晨起口舌發木、口乾、口苦，漱口時口角漏水，喝水噎，當日去某院診治，血壓二九·九／一三 kPa（二二〇／一〇〇毫米汞柱），服降壓藥血壓不降，次日服牛黃降壓丸，血壓降至一八·二／一一·七 kPa（一四〇／九〇毫米汞柱），左半身麻木無力，手握不緊，走路腿軟，舌根發僵，語言蹇澀，大便三日未行。

檢查：面紅、舌質紅絳少苔，舌體胖、邊有齒痕，脈沉細，血壓一九·四／一一·七 kPa（一四〇／九〇毫米汞柱）。

辨證：素體氣虛，近因肝鬱化火，血流鬱滯，發為中風。

立法：治宜清補兼施。

取穴：中脘、氣海（熱補法），天樞取較強痠脹針感，曲池、陽陵、內關、足三里雙側（熱補法）。

中藥：補陽還五湯加黃芩六克，大黃五克（後下），二劑。

治療經過：針藥後大便已通，火熱勢減，病情穩定。針刺改為：（一）人中、翳風、內關、復溜、曲池、陽陵。（二）風池、陽陵、合谷、太衝、太谿。中藥

改為補陽還五湯加黃芩六克，五劑。治療十次肢體功能基本恢復，患者能乘公共汽車來科就診。

按語：本案患者乃肝鬱化火、火性上炎，故面紅。火盛生風，故頭暈頭脹。火擾心神，故心煩易怒。火熱傷陰，故口乾、口苦，大便乾。舌質紅絳少苔，火熱之徵也。但患者舌體胖、邊見齒痕，脈沉細又為氣虛之象也。故該案辨為虛火證，治取清補兼施，從而收到滿意的效果。

病例二：張○○，女，六十七歲，一九八六年十月五月初診。

現病史：既往無高血壓史。平日勞累過度，於九月三十日夜頭旋嘔吐數次，不敢睜眼，出汗，口中木感，病後即赴某院，當時血壓二八·六一九·五kPa（二二〇／一二五〇毫米汞柱），注射硫酸鎂，血壓降至二三·四／一四·三kPa（一八〇／一一〇毫米汞柱），病情有好轉，但動則嘔吐，視一為二。現仍頭旋不敢睜眼，不敢動頭，噁心，複視，走路不穩，右半身無力。

檢查：面色黃，舌質深紅中裂少苔，脈沉細無力，血壓一八·二／一〇·四kPa（一四〇／八〇毫米汞柱），右指鼻試驗（+），霍夫曼（+），右掌頷反射（+）。西醫診斷為椎基底動脈供血不足。

辨證：氣陰兩虛，風陽上擾（虛火證）。

立法：治宜益氣養陰，降逆熄風。

取穴：手十宣與手十井交替點刺放血。

中藥：補陽還五湯加生地、丹皮、天麻。

治療經過：治療兩次後，頭左右旋轉已不暈，眼能睜開，手能端碗，自己能穿鞋，起坐較前靈便。昨晚、今晨吐兩次，舌質嫩紅少苔，脈弦細數。證係風火漸熄，虛象畢露，針刺改為百會、完骨、內關、中腕、足三里、湧泉。中藥改為補陽還五湯加法夏、生薑、天麻。調理兩旬而愈。

按語：上述兩案患者皆屬虛火證。但前者熱入陽明，治宜清瀉腑熱，後者熱屬少陽，治宜清熱熄風。

四、中風病恢復期證治

中風病的恢復期，係自患者病情穩定後，經過適當治療而機體功能恢復較慢且留有不同程度後遺症的階段，一般約歷時六個月左右。此期患者雖然臨床症狀不同，如半身不遂、半身麻木、語言蹇澀、舌歪口喎、吞嚥困難等（這是由於出血部位及血栓形成部位不同，損害不同經絡之故），但其本質，無論是出血性中風（離經之血），還是缺血性中風（脈內血栓）皆形成血瘀絡阻的病理改變。因此，治療中風病恢復期患者，應以活血化瘀（包括破瘀）、通經活絡為首要大法。中風病是一種本虛標實之病，本虛係指氣虛、體弱、陰虛、陽虛；標實是指急性期的症狀表現，如神昏、語澀、面赤、氣促、便結等心、肝火熱亢盛的症狀。恢

復期的治療還須結合兼症以辨證施治，補其虛以培其本（補氣、補陰、補陽），辨其經以通其絡。

(1) 辨證施治

① 餘熱未清，血瘀絡阻證。

主證：半身不遂、口喎舌歪、語言蹇澀，伴有面紅、目赤、頭痛頭暈、口苦、煩躁易怒，或大便乾，或手足麻木。舌苔黃乾或黃膩，舌質紅或紅絳，脈弦滑或弦數。

治法：活血化瘀，育陰清熱。

取穴：手足十二針（曲池、內關、合谷、陽陵、足三里、三陰交均兩側），進針得氣後取較強酸脹針感。

② 氣虛絡阻證

主證：半身不遂、口喎舌歪、語言蹇澀，伴有神疲氣短、肢軟無力、納呆，或大便無力，或嗜睡，或患肢欠溫、手足浮腫，肩、臂、下肢痛（與天氣變化無關），或小便頻、面色黃，舌質淡或嫩紅，舌質紫暗或見瘀斑，舌體胖大、邊有齒痕，舌苔薄白，脈沉細、虛弱、細澀或結代。

治法：益氣活血，通經活絡。

取穴：百會、風府、人中、中脘、氣海、內關、足三里、三陰交，均雙側。氣海、內關使用針刺熱補法，其他穴位取柔和痠脹針感。

在治療過程中，上述兩證除取主穴外，均與下列穴組交替取用：百會、風府、肩髃、曲池、內關、合谷、環跳、陽陵、委中、足三里、絕骨，均針病側。

③ 風動筋急證

主證：半身不遂，伴有腱反射亢進、肌張力高，甚則手足拘急、足內翻。
治法：舒筋活絡。

取穴：（一）百會、風府、大椎（熱補法）、身柱、神道、至陽、筋縮、脊中、命門、陽關（熱補法）、腰俞，得氣後取柔和痠脹針感。（二）百會、風府、曲池透少海、內關透外關、合谷透勞宮、環跳（取觸電樣針感）、風市、陽陵透陰陵、絕骨透三陰交、丘墟透照海，得氣後取較強痠脹針感。上述兩組穴交替取用，若無手足拘急，則深刺而不用透穴。

(2) 隨症治療

① 血壓高

血壓高影響肢體功能恢復，故應予以處理（詳見高血壓病因證治）。

陰虛陽亢證：針手足十二針，取較強痠脹針感，以補陰平肝。頭痛頭暈甚者，刺百會、太陽出血，以瀉陽亢之熱。

氣虛證：面色黃，舌質淡，舌體胖大，脈沉細。隔薑灸中脘五至七壯，或用雀啄灸法灸十壯，以補益中氣。

腎虛證：夜尿頻，面色晦暗，神志呆滯，舌紅少苔，脈弦細數。灸關元（隔薑）五至七壯或灸湧泉（隔薑）五至七壯，以補腎氣。用雀啄灸法灸十壯亦可。血壓波動者：針肺俞、心俞、膈俞、肝俞、脾俞、腎俞。得氣後取柔和酸脹針感，以調和五臟。

② 喉痹

吞嚥困難（噎食），針風池、完骨、翳風，均雙側。針尖刺向結喉四·五至六釐米（一·五至二·〇寸），小幅度捻轉，每次針一至二分鐘，以通陽利咽。

③ 不自主哭笑

熱擾神明：症見面赤，易激動，取四神聰透百會、人中、風府、內關、中脘，足三里，得氣後取較強的酸脹針感，以清熱（心熱）安神。

髓海不足、神失所主（腦軟化）：取督脈十一針（見風動筋急），以益髓安神。

④ 語言蹇澀

若見唇緩、流涎者，病屬心脾，取通里、商丘。若見夜尿頻，病屬心腎，取通里、照海。若見舌強，針風府，查其金津、玉液充盈者，刺之出血。舌緩者，針啞門。

⑤ 患肢欠溫

患肢欠溫乃陽虛也，火針點刺上肢曲池、外關、合谷等穴，下肢環跳、風市、陽陵、足三里、絕骨等穴以溫通陽氣。

⑥ 肩臂痛、腿痛

這種痛證非痹證，與天氣變化無關，上肢針大椎，下肢針腰陽關，均用熱補手法。

⑦ 手足浮腫

手足浮腫乃脾陽虛也。灸氣海，針足三里、陽陵泉，以補陽氣助行水。患肢欠溫、疼痛、手足浮腫，多在同一患體上出現，其程序是先見患肢欠溫，繼而疼痛，然後浮腫，故其治療均宜溫補陽氣。

⑧ 流涎

流涎乃氣虛不固也，治宜益氣固津。灸氣海，補足三里、中脘、地倉透頰車。

⑨ 哈欠頻頻

腎主欠，故瀉照海，補申脈。

⑩ 腕下垂

針陽谿、陽谷、陽池。

㊦ 脫臼（病理性脫臼）

本證無特殊治法，不需手法復位，但可適當功能位固定。

㊧ 手指屈伸不利

針中渚、八邪。

㊨ 足內翻

針丘墟透照海。

㊩ 足趾伸屈不利

針八風。

(3) 中藥治療

中藥治療常用以下方劑

① 補陽還五湯

氣虛甚者加人參，破瘀加水蛭、蟻蟲，舌質紅或紅絳者加生地、丹皮、元參、白芍之類。

② 地黃飲子

應用時可隨症加減，但應該加入活血化瘀之藥，如桃仁、紅花、坤草等。

③ 大黃蟪蟲丸

一丸，一日二次，適用於出血性中風。

(四) 偏癱復原丸、消栓再造丸

一丸日二服，適用於缺血性中風。

中風病是一種病因、病機非常複雜的疾病，其患者運動、感覺功能的恢復，除直接治療的影響外，尚與其他因素有關，如腦出血患者的恢復遠比腦血栓患者為佳，這可能是因為離經之血易於吸收之故。左半身不遂者一般沒有語言障礙，故較右半身不遂者易治。初病易治，再病（多見吞嚥困難）難醫。脫臼、上肢拘急（胳膊曲而搬不直）、足內翻（外踝向外倒）、失語不能言、肌肉萎縮（偏枯）者皆難愈。總之，病灶大、梗塞完全者難治，病灶小、梗塞不完全者易治。

五、中風病恢復期醫案

一、腦出血恢復期案

病例一：朱○○，男，六十一歲，病歷號：五四九五，一九八六年三月二十四日初診。

現病史：患高血壓十餘年。於一九八六年二月二十四日突然左半身不遂。病後即赴某院，診為腦出血，治療二十天好轉出院。現左半身不遂，語言蹇澀，全身畏寒，流涎，納差，嗜睡，小便調，大便費力。

檢查：口角歪向右側，左鼻唇溝淺，舌伸不過唇，左上下肢肌力四級，左手足欠溫，巴氏徵（—），血壓一八·二／一一·七 kPa（一四〇／九〇毫米汞柱），舌紅少苔、脈沉弦細。

辨證：證係陰虛內熱、瘀血阻絡。

治法：補陰清熱，化瘀通經。

取穴：（一）手足十二針。（二）肩髃、曲池、內關、合谷、環跳、風市、委中、陽陵、絕骨（病側）。

治療經過：治療兩次後，肢體功能明顯恢復，可自乘車，手能剝雞蛋。治療九次後，生活自理，左上下肢各關節活動自如，肌力五級，在此期間曾火針點刺患肢兩次，患肢復溫，唯感氣短乏力，精神疲倦，嗜睡，左肩胛痛但與天氣變化

無關，舌紅少苔，脈沉弦無力。證係氣陰兩虛，瘀血阻絡，故改灸氣海，針中腕、百會、通里、大鐘（施補法），十一次。在此期間，治口喎取地倉透人中，左肩痛曾火針點刺肩髃、肩井、天宗，一次而愈。兩月後復查，口喎向右，伸舌居中，四肢肌張力不高，左上下肢肌力五級，巴氏徵（+）。在全部治療中，始則給桃紅四物湯加黃芪、黨參、地龍、川連十五劑。大黃蟻蟲丸二十九，一九日二服。待肢體功能恢復後改為六味地黃丸四十九，二九日一服補中益氣丸五袋，六克日一服。

病例二：董○○，女，五十五歲，病歷號：四二一〇，一九八五年八月二十八日初診。

現病史：患高血壓多年。於二十多天前因著急生氣，突然左半身不遂，神清，病後即赴某院，診為腦出血，治療十餘日好轉出院。

檢查：神清，左口角下垂，舌歪向左，左上肢肌力二級，下肢肌力二級，左膝腱反射亢進。巴氏徵（+），霍夫曼徵（+），舌質絳紫，少苔質滑，脈沉滑，血壓一八·二／一一·七kPa（一四〇／九〇毫米汞柱）。淵液、食竇、通里、內關壓痛（++）。

辨證：證係瘀血阻絡，陰虛內熱。

治法：活血化瘀，補虛清熱。

取穴：（一）針手足十二，針五次，以活血化瘀，補虛清熱。（二）百會、風府、肩髃、曲池、合谷、環跳、陽陵、委中、丘墟透照海，針十一次，以化瘀通絡，取丘墟目的是治療和預防足內翻。（三）針五臟俞加膈俞五次，以補虛化瘀。（四）針百會、中脘、氣海、內關、足三里、三陰交七次，以補虛。

治療經過：治療四次後，上肢肌力四級，下肢肌力三級。治療十四次後，左上下肢肌力五級，但較右側力弱，治療十八次後，舌質淡紅，苔薄白，脈沉細。治療二十八次後，左上下肢肌力五級，肘、指關節活動自如，左足出現輕度內翻，巴氏徵（+）。共治療三十一一次，歷時四月餘，停針觀察。在治療期間，九月十六日測血壓二四·七—一四·三kPa（一九〇/一一〇毫米汞柱），針金津、玉液放血，手足十二針，針畢血壓降至一八·四—一一·七kPa（一四四/九九〇毫米汞柱）。始則給予桃紅四物湯加味二十六劑，補陽還五湯加味十劑，大黃蟪蟲丸十九丸，一丸日二服。以後給予冠心病生脈丸三十九丸，養血榮筋丸九十九丸。

按語：（一）通過兩案治療，說明針刺對血腫的吸收有較快較好的療效。（二）案一患者病情較輕，經治患肢功能完全恢復而愈。案二患者病情較重，經治患肢肌力雖達五級，但左足出現輕度內翻。（三）上述兩案患者的血壓均有波動，要注意預防。

二、腦血栓形成恢復期案

病例一：李○○，女，四十六歲，病歷號：二五六，一九八一年六月二十五日初診。

現病史：高血壓十餘年。一九八一年五月因過勞著急，於夜間睡覺時先發現口喎及左半身無力，繼而頭皮癢，右前額痛，無噁心嘔吐，病後即去某院，診為腦血栓形成，經治好轉出院。現左半身不遂已四十多天，手不能梳頭，無力，抬臂時肩痛，下肢痿軟，扶物能走，不能下蹲，蹲則足背痛，抬腿時腹股溝痛，語言不利。

檢查：伸舌稍左偏，左上下肢活動均可，力弱，肌張力正常，腱反射左上肢高於右側，左上下肢錐體徵（+），血壓一八·二／一一·七kPa（一四〇／九〇毫米汞柱），舌質淡，苔白，脈沉無力。

取穴：（一）中腕，灸氣海、內關、陽陵、三陰交（雙側），肩痛加肩髃，腹股溝痛取痛點，足背痛取解谿。（二）肩髃、曲池、外關、合谷、環跳、足三里、絕骨，足內踝針丘墟透照海，足大趾背曲取太衝（均病側）。

治療經過：一組穴針十三次，二組穴針二十三次，歷時五個月。經治八次後，手能解扣、束腰帶，能上下樓，但感力弱，足內翻。治療二十四次後，肢體功能已復，腱反射對稱。治療三十次時出現左足大趾背曲。治療三十六次後，諸症消失，僅患肢仍欠溫。停針觀察。一九八三年二月三日復查，血壓一九·五／一一·七kPa（一五〇／九〇毫米汞柱），舌質淡，苔薄白，脈沉細，左上下肢仍欠溫。

在治療期間服補陽還五湯加味三十一劑，後期以補陽還五湯加附子、桂枝，水丸，每服六克，日一至二服。

病例二：順○○，男，七十歲，病歷號：三九三八，一九八五年一月十二日初診。

現病史：血壓高三十餘年，冠心病五至六年。一九八四年十二月二十二日晨起發現左手不能動，口喎，下肢活動正常，病後即去某院診為腦血栓、高血壓病。目前、腦動脈硬化。輸入丹參注射液，注射維腦路通等好轉出院（住院二十一天）現瞳孔右小於左，眼裂右小於左，右臉汗多，口角歪向右，左手肌力四級，握物不穩，左上肢肌力正常，左上肢錐體徵（+），左下肢肌力正常，腱反射左上下肢略高於右側，無感覺障礙。血壓一八·二／一〇·四 kPa（一四〇／八〇毫米汞柱），舌質淡紅，苔薄白，脈弦。

辨證：證係氣虛絡阻。

治法：益氣通絡。

取穴：百會、風府（熱補法）、中脘、氣海（熱補法）、內關、足三里。得氣後尋找柔和酸脹針感。

治療經過：治療二次後，兩側瞳孔基本等大，四次後左手能持筆，九次後右臉多汗消失，十四次後眼裂基本相等，十六次後左手有力，可以做精細動作，手

基本不抖，共治療二十五次。一九八六年十二月隨訪，無後遺症，行動自如。在治療過程中，取陽白、四白、太陽、地倉一次，服補陽還五湯六劑。

診。
病例三：張○○，女四十七歲，病歷號五二○○，一九八五年八月十三日初

現病史：高血壓五年，一九八五年七月十二日患小中風。七月二十二日晨，出現語言蹇澀、舌強，四肢活動自如，病後即赴某院，診為腦血栓，用藥不詳，好轉出院。現仍語言蹇澀，舌不靈活，喉中有痰。

檢查：上下肢肌力正常，巴氏徵（—），金津、玉液充盈，舌質偏紅，苔薄白，脈沉弦。

辨證：證係氣虛血瘀，痹阻心脾。

治法：益氣活血。

取穴：啞門與風府交替使用，天突與廉泉交替取用；通里、照海、中脘、足三里。金津、玉液放血二次。

治療經過：治療二次後，語言明顯清晰，血壓一四·三／九·一 kPa（一一〇／七〇毫米汞柱）。七次後僅著急時尚感語言不利，舌質淡紅，苔薄白，脈弦細。共治療八次，停止治療。

按語：上述三例患者，皆屬氣虛絡阻證。判斷本證的主要依據是：（一）安靜時發病（睡眠時或晨起時發病）。（二）舌質淡，苔薄白。其他如面黃、神疲、氣短乏力、大便無力、脈沉細等，雖然也是氣虛的體徵，但不如上述二者更客觀。氣有推動血液運行的作用。患者氣虛，則推動血液運行之力不足，血流緩慢，故而在休息時，人體各種功能低下的狀態時發病。舌質淡，苔薄白，證明機體無熱。因為火熱之邪亦是發生中風的另一種誘因，必須排除，故在臨床上症見面黃、體弱等虛象，但舌質紅絳，則應判斷其為虛火證。今見舌質淡，苔薄白，故可以判斷本證屬於氣虛絡阻證。三例患者臨床症狀雖各不相同，但其病機——氣虛瘀血阻絡則一也。因此，治療本病應以益氣活血、化瘀通絡為根本大法，由瘀阻的部位不同，損傷的經絡各異，故而在臨床上出現不同症狀（定位性症狀），在治療時尚需辨證屬何經，選經取穴進行治療。

三、高血壓腦病案

陳○○，女，五十歲，病歷號：四〇六六，一九八五年二月十六日初診。

現病史：其父有高血壓史。本人血壓高兩年。十天來因生氣而感右半身麻木，無力，活動自如，語言欠流暢，頭暈，心慌，心煩起急，記憶力減退，夜寐不安，納可，時腹脹，二便調。

檢查：舌質暗，唇紫，苔黃，脈弦。血壓二六〇／一四〇・三kPa（二〇〇／一〇〇毫米汞柱）。右手握力稍差，右上肢反射低於左側，右下肢反射高於左側，雙上肢霍夫曼徵（+），巴氏徵（-）心電圖顯示ST-T改變。

辨證：肝鬱化火，瘀血阻絡（虛火證）。

治法：平肝清熱，化瘀通絡。

取穴：（一）曲池、太谿、太衝（雙側）；太谿取柔和針感，曲池、太衝取較強酸脹針感。（二）百會、足三里取柔和針感，曲池、陽陵取較強針感（均雙側）。

治療經過：一組穴針二次後舌質暗，苔白滿布，六次後血壓一九・五／一一・八kPa（一五〇／九二毫米汞柱），舌質紅，患肢欠溫。二組穴針七次後，舌質淡紅，苔薄白，脈細弱，半身麻木減輕，但頭暈，心慌。證係火熱已清，心脾不足，瘀血阻絡。

治法：益氣通絡。

取穴：中脘、氣海、百會、風府，足三里、三陰交、內關（雙側），施以熱補法。治療七次，頭暈、走路無力、說話均明顯好轉。治療十次，右側肢體無力已明顯好轉，說話亦較流利，血壓二〇・八／一一・七kPa（一六〇／九〇毫米汞柱）共治療二十六次。在治療中，曾於金津、玉液放血一次。熱清後給補陽還五瀝加味十劑。

四、腦供血不足案

錢○○，男，四十九歲，病歷號：一〇七，一九八一年二月十六日初診。

現病史：一月二十二日工作時，突然語言不利，頭暈。病後即赴某院靜脈輸川芎液，口服複方降壓片等藥。現語言仍感不利，頭暈，左手麻、右足麻，睡眠、飲食尚可。

檢查：發病時血壓一八·二／一二·八 kPa（一四〇／一〇六毫米汞柱），現在血壓一六·九／一一·七 kPa（一二〇／九〇毫米汞柱）。舌質紅少苔，舌體胖，脈沉數力弱。血黏稠度高於正常值。

辨證：素體氣虛，心火亢盛，瘀血絡阻（虛火證）。

治法：首宜清降火熱，活血化瘀，繼而益氣活血。

取穴：首取百會、風府、啞門、中脘、氣海、內關、曲池、合谷、陽陵、足三里，交替取用，每次取八至十針。

治療經過：治療五次後，語言明顯進步，手麻亦減，頭暈如故，出現薄白苔。治療十一次後，手麻明顯減輕，舌質嫩紅，舌體胖、有齒痕，脈弦細，表明氣陰兩虛、火熱已清。

治法：補益氣陰，化瘀通絡。

取穴：百會、風府、啞門、廉泉、中脘、氣海、內關、足三里、三陰交，交替取用，每次取八至十針，補法。治療二十一次後，因工作緊張，停止治療。停診兩月，六月十六日複診，又感頭暈，後頭發麻，語言又感困難，舌質淡紅，苔薄白，脈緩。證係氣虛絡阻。

治法：益氣通絡。

取穴：四神聰、中脘、氣海（熱補法），內關、足三里取柔和酸脹感。治療六次後，出現左偏頭跳動，間歇性發作，舌質紅少苔，脈弦細。證係少陽風火上擾清空，故改刺太陽、百會出血。放血兩次後，頭疼頭暈明顯減輕。共治療十一次，頭暈、說話不流利均有好轉，但未完全解除。一九八六年十二月十二日隨訪，停針後逐漸恢復正常工作。一九八三年復發，經治已愈。

五、腦動脈硬化案

于○○，男，六十七歲，病歷號：三二一一，一九八四年十一月十七日初診。現病史：高血壓十餘年，最高二四·六／一四·三kPa（二二〇／一一〇毫米汞柱），平時二四·七至二三·四／一二kPa（一九〇至一八〇／一一〇毫米汞柱），十個月前因生氣，次日說不出話來，喝水噎，行走如前，只感腿軟，握物如常，無頭暈頭疼，眠佳，大便乾燥，日一次；小便如常。經中西醫治療（藥物不詳）稍效。

檢查：血壓二四·六／一四·三 kPa (一一一〇／一一〇毫米汞柱)，舌尖稍紅，苔黃，脈弦滑數。

辨證：證係髓海不足，心脾受損。

治法：始則清降心火，繼而補腎益髓。

取穴：金津、玉液放血，針曲池、豐隆，風池刺向結猴方向，均取較強酸脹針感。第一次針後血壓二二·一九·一 kPa (一七〇／七〇毫米汞柱)，第二次針後血壓二〇·八／七·八 kPa (一六〇／六〇毫米汞柱)。待血壓下降後，取穴改為：(一)風池、完骨、翳風(雙側)針尖刺向結喉深四·五至六釐米(一·五至二·〇寸)，每穴捻針一至二分鐘。(二)風府與啞門交替取用(熱手法)，腎俞、環跳、陽陵、絕骨(左)，兩組穴位交替取用。

治療經過：治療十八次，飲食嗆明顯改善，語言亦有進步，左腿無力。患者突然頭暈，腰腿乏力，血壓二三·四／一〇·四 kPa (一八〇／八〇毫米汞柱)，舌質紅，苔白，脈沉滑，針刺改為金津、玉液放血，曲池、豐隆、太谿，治療二次後，血壓二〇·八／一一·七 kPa (一六〇／九〇毫米汞柱)，腰腿乏力消失，針刺改為(一)(二)組穴交替取用，治療十二次，停止治療，共治療三十四次。一九八六年十二月十一日復查，停針後喝水已不嗆，仍有語言不利、腰腿無力，血壓一九·五／九·一 kPa (一五〇／七〇毫米汞柱)。腱反射右側高於左側，右下肢巴氏徵(+)，餘正常。令灸關元百日以固本。

按語：（一）動屬陽，靜屬陰。故動中發病是判斷火證（實火、虛火）的依據，靜中發病是判斷氣虛證的依據。（二）舌質的顏色是鑒別火證、氣虛的重要依據。如舌質淡，氣虛無疑；舌質紅，火熱無慮；舌質愈紅，火邪愈深。今後應該觀察舌質紅與血液黏稠度的關係，舌質淡與血液動力學的關係，這是十分重要的。（三）《針灸大成》將肌張力高列為「陰症」，將肌張力不高列為「中風陽症」。實踐表明，陰症難醫，錐體束受損重也；陽症易治，錐體束受損輕也。（四）《金匱要略》云「邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝」，肌膚不仁，感覺病也，即重不勝，運動病也，因此不能以麻木和不用鑒別病之輕重。（五）腦血栓形成案之例一李○○，治療三十六次，雖用補陽還五湯加附子、桂枝，觀察兩年，但患肢仍欠溫，是因未用火針之故也，若用火針溫通，患肢欠溫可能消失。

六、六十五例中風病臨床治療分析

中風病為常見病、多發病，因此探討其治療規律，提高療效，具有十分重要的臨床意義。現對一九八一至一九八六年在針灸門診治療六十五例中風病的臨床資料，小結、分析於下。

一、一般資料

六十五例中，男三十九人，女二十六人。年齡，四十至五十歲者十四人，五十一至六十歲者二十九人，六十一至七十八歲者二十二人。病程，一至十天者十九人，十一至三十天者十二人，一至三月者十二人，四至六月者八人，七至十二月者六人，二至三年者六人，八至十年者二人。

二、病情分析

(1) 六十五例中，腦血栓形成四十一例（急性期十四例，恢復期十八例，後遺症九例），腦出血七例（恢復期六例，後遺症一例），腦栓塞二例，小中風二例，腦供血不足八例，高血壓腦病三例，腦動脈硬化二例。

(2) 六十五例中，首次發病者五十五例，占八十四·六%，再病者十例（其中一例發病四次），占十五·三%。說明醫者臨症不僅需要提高治療水平，而且還需注意中風病的再發。

(3) 六十五例中，有高血壓病史者五十二例（其中一例合併糖尿病，一例合併高血壓），占總例數的八十%。記錄不詳（病後血壓高）四例，占六·一%，血壓偏低者二例占三%，無高血壓病史者七例（其中風濕性心臟病者二例，糖尿病者二例，高血脂者一例），占十·七%，說明高血壓病、血壓偏低、糖尿病、高血脂、風濕性心臟病，皆是發生中風病的潛在因素。

有高血壓病史和記錄不詳者五十六例，發病後血壓仍高者二十九例，占五十六例的五十一·七%，病後血壓不高者二十七例，占四十八·三%，病後血壓為何不高的機理，目前尚不能作出滿意的解釋。

(4) 六十五例中，屬氣虛絡阻證者四十六例（其中包括氣陰兩虛六例，偏於腎氣虛二例，兼痰濕者三例），占總例數的七十·八%；屬於陰虛陽亢、血瘀絡阻證（虛火證）者十六例，占二十六%；風動筋急證一例，髓海不足證二例。

- (5) 六十五例中，出現肢體麻木及口周麻木者二十五例，占三十八·四%。
- (6) 六十五例中流涎者十五例，占二十三%。
- (7) 六十五例中，不自主哭笑者七例，占十·七%。
- (8) 六十五例中，語言蹇澀者三十九例，占六十%。
- (9) 六十五例中，吞嚥困難者十一例，占十六·九%。

(10) 在腦血栓形成及腦出血、腦栓塞的五十例中，出現痛證（肩、腕、指、上肢、半身等疼痛）者十八例，占五十例的三十六%。出現浮腫（手、足、手腕）者十例，占二十%。出現患肢欠溫者十四例，占二十八%。出現足內翻者五例，占二十%。出現腕下垂者二例，占四·〇%。出現肩關節病理性脫臼者二例，占四%。患肢肌張力不高（弛緩）和腱反射亢進不明顯者三十四例，占六十八%。肌張力高、腱反射亢進、患肢拘急者十六例，占三十二%。

三 治療方法

(1) 辨證、取穴治療見《中風病恢復期證治》。

(2) 六十五例中，除針灸治療外，給于補陽還五湯三十一例。給于地黃飲子加桃仁紅花者五例，給于桃紅四物湯者二例，給于大黃蠱蟲丸者三例

(3) 療效標準；思維正常，語言清楚，肢體功能恢復或基本恢復，生活自理者為臨床治癒；思維正常，上肢或下肢、語言有一項恢復不完全者為顯效；病情有好轉，意識清，語言及肢體功能部分恢復者為好轉；治療前後無明顯變化者為無效。

(4) 結果分析：六十五例中，臨床治癒者二十九例，占四十五·三%，顯效者十七例，占二十六·五%，好轉者十一例，占二十五%，無效者八例，占十二·五%。

- (5) 病程與療效的關係：病程在六個月以內者五十一例，治癒二十六例，占五十一·九%；病程在六個月以上者十四例，治癒三例，占二十一·四%。病程的長短與治癒效果成反比。
- (6) 治次與療效的關係：從治癒的二十九例分析，治次最少者五次，最多者一百一十五次，平均四十三·二次。最少治次與最多治次之間有很大差距。
- (7) 遠期療效：六十五例中，回科複診及去信隨訪者二十四例，二十四例中，復發三例，復發率占十二·五%。觀察時間：最長者五年以上，最短者四個月。

七、中風病後遺症醫案

病例一：劉○，四十三歲，病歷號四〇〇四，一九八五年七月二十七日初診。
現病史：無高血壓史。六個月前開車後，自覺頭暈頭脹、噁心，右半身麻木無力，行走不便。病後即赴當地醫院，診為「腦梗塞」、「高血脂」。給予煙酸肌醇酯、丹參注射液、大活絡丹等藥治療，半年後來京。現右半身力弱，語言正常，右耳後麻木，口苦，飯後矢氣頻頻、臭甚，腹脹。

檢查：舌質淡紅，舌體胖大，舌苔中心黃乾，脈沉細。右上下肢肌力四級(+)，右足二至五趾活動不靈，血壓一八·二/一一·七 kPa (一四〇/九〇毫米汞柱)，體重七十八公斤， α 脂蛋白一四六二 $\text{mg}\%$ ，甘油三脂三八五 $\text{mg}\%$ ，膽固醇一六二 $\text{mg}\%$ ，肝右肋下兩橫指 (西醫診為高血脂)。

辨證：脾虛失運，食滯化熱，氣虛絡阻。

治法：健脾益氣，消導通絡。

治療第一階段：針百會、風府、內關、中脘、氣海 (熱手法)，天樞、內庭取較強酸脹針感，二十一次；針膈俞、脾俞、大腸俞、胃俞取柔和針感，四次；針肩髃、曲池 (熱手法)、內關、合谷、環跳、陽陵 (熱手法)，委中、內庭之右側，取較強針感，四次。

中藥：補陽還五湯加炒三仙、雞內金、青陳皮、香附、川樸之類，三十九劑。針藥並施後，舌體胖大、舌苔薄白、脈沉細，體重減輕八公斤，右上下肢肌力五級，足活動自如，腹脹矢氣消失，血脂下降（見表一），但右肋下時竄痛，食欲正常，不厭油膩，大便微溏，耳後麻，右手指、小腿麻，活動後減輕。穀丙轉氨酶二一〇單位，麩香草酚度試驗九·五單位，麩香草粉絮狀試驗（—）。超聲斷層檢查：肝、膽、脾正常範圍，有膽囊炎史。

辨證：肝鬱脾虛，氣虛絡阻。

治法：疏肝健脾，益氣通絡。

治療第二階段：針百會、風府、足三里（熱手法）、中脘、氣海、內關、列缺、太衝（曾取用支溝、陽陵），取較強針感，一五次；針膈俞、肝俞、膽俞、脾前、胃俞，取柔和針感，五次。二十次後出現腹脹腸鳴，大便不調，矢氣味臭，納可，查太白穴麻竄至足趾（+++），丘墟（+++），蠡溝（+++）針刺改為內關、中脘、天樞、氣海、期門、太白、右豐隆、丘墟、蠡溝（左）。治療九次後，腸鳴腹脹、矢氣均消失，血脂正常（見表一）。僅右肋下膽囊區隱痛不消。在此期間服補陽還五湯加柴胡、川棟子、茵陳、元胡、甘草四十一劑，後改用加味道遙丸、保和丸。休息五十天，進行第三階段治療。

表（一）治療前後血脂變化

	時間	總膽固醇	三酸甘油脂	β-脂蛋白
治療前	6月	162mg%	385mg%	1462mg%
治療後	8月17日	196mg%	414.2mg%	1252mg%
	10月26日	190.9mg%	419.1mg%	1052mg%
	86年1月6日	194.1mg%	598.6mg%	980mg%
	2月24日	178.7mg%	185mg%	495mg%

右脅脹痛，時竄至腰部，右肩背痛沉重，右手指、足掌、耳後麻，大便溏，納可，舌體胖大，舌質淡、苔白，脈沉細。查肝功正常。

辨證：肝鬱脾虛，氣虛絡阻。

治法：疏肝健脾，益氣通絡。

治療第三階段：針中腕、氣海、足三里、三陰交（熱補法）、內關、期門（曾取支溝、陽陵），取較強針感。五臟俞加膈俞，交替取用十三次，服加味逍遙丸、保和丸等，後因余出差轉他人治療。

按語：本案患者中風，內因為高血脂，誘因為勞累。針刺降血質，近年國內雖有報導，但病歷少，尚不能講出規律性的取穴和治法。本案是通過疏肝健脾，針刺中腕、天樞、氣海、期門、太白、豐隆（右）、丘墟、蠡溝（左）而下降的。但維持時間不久（一個月），血脂又復升高（比以前低），後經他醫治療三十餘次，一九八六年十月七日，總膽固醇一八〇 $\text{mg}\%$ ，三酸甘油酯三六二·五 $\text{mg}\%$ ， β -脂蛋白九四四 $\text{mg}\%$ 。停止治療，回原籍。

病例二：王〇〇，男，六十歲，病歷號：五七五五，一九八六年六月二十三日初診。

現病史：高血壓二十餘年。一九八五年十二月因勞累過度，工作中突然左半身不遂，病後即赴某院治療，六個月好轉出院。現左半身不遂，手不能解扣、束腰帶，左肩痛、活動受限，下肢能行走，走不到一里路，哭笑不自主，飲水噎。

檢查：CT檢查為腦血栓形成，血小板高於正常值。左上下肢肌力三級，腱反射亢進，肌張力高，左霍夫曼徵(+)，左領反射(+)，巴氏徵未引出，血壓一八·二/一〇·四 kPa (一四〇/八〇毫米汞柱)，舌質偏紅，苔白，舌邊有齒痕，面紅，脈沉滑數。

西醫診斷：(一) 血栓後遺症。(二) 高血壓Ⅲ期。(三) 假性球麻痺。

辨證：陰虛陽亢，血瘀絡阻。

治法：補陰瀉陽，化瘀通絡。

取穴及治療經過：針手足十二針九次，患肢肌力增強，手指較前靈活。近日血壓波動，頭暈、噁心，針風池、條口透承山、陽谿(雙側)、關元，治療三次，休息一周，休息後查下肢肌力三級(+)，精神易激動及夜尿多均有好轉，緩慢飲食則不噎，血小板值正常。左肩痛，某院診為「肩周炎」，給予強的松等藥，均無效。先針大椎(針尖刺向病側，熱手法)、手足十二針，兩次後血壓平穩。再以通陽治療肩痛。針四神聰透百會、內關、中腕、足三里以化痰安神，治療不自主哭笑。治療四次後，肩痛緩解，不自主哭笑消失。針大椎，刺法同上。針雙側翳風、完骨，針翳風時針尖刺向結喉，深四·五至六·〇釐米(一·五至二·〇寸)，各捻轉一分鐘，治療四次後飲水噎消失。休息一周後復查，血壓平穩，左半身尚感乏力，左上肢不能後背，肘前痛，走路時左腳抬不高，語言尚感不利仍針大椎，刺法同上。針啞門、肩髃、曲池、內關、合谷、環跳、陽陵、足三里、

湧泉（均單側）九次。啞門、通里、照海均取雙側三次，兩組穴交替使用，治療一二次後，休息一周復查，左肩臂痛消失，已能抬臂過頭，後背兩側相等，可步行二至二·五公里，足仍不高，上肢肌力三級（+），下肢肌為四（+），語言欠清，血壓平穩，治療十二次後，改為灸關元百日。一九八七年一月隨坊，灸後效果良好，一冬未感冒。

病例三：劉○○，女，五十三歲，病歷號：二三一九，一九八三年六月十六日初診。

現病史：患高血壓二十多年。三年前冬天洗頭時，突然感覺右臉及右上肢麻木，數小時後，右下肢麻木無力，隨赴某院，診為「半身不遂先兆」，經服中藥、針灸、理療、局都注射維生素B₁、B₁₂等，三年半效果不著。現覺口角四周麻木，畏風，吹風尤甚，右側牙齒感覺過敏，牙齒酸楚，畏風怕涼，右手一至四指麻木，右下肢沉軟無力，飲食、睡眠、二便均可。項部酸疼，活動受限。

檢查：四肢功能正常，右臉肌肉輕度萎縮，舌淡、苔薄白，脈沉弱

辨證：氣虛感寒，瘀阻陽明。

治法：益氣溫寒，化瘀通絡。

取穴及治療經過：經火針點刺地倉、禾膠、挾承漿、下關、顴膠、大迎、針刺中腕、氣海（熱補法），內關、足三里、三陰交均取雙側三次，針風府、後谿、申脈（熱手法）二次後，項部酸疼消失，活動自如，其他如故。查其唇內靜脈（絡

脈)充盈，乃寒凝血瘀證，取穴改為口周及唇內靜脈交替放血，針中腕、氣海(熱補法)、合谷、列缺、足三里、三陰交，經治八次後，口周麻木明顯減輕，右半身有力繼續治療一五次，咀嚼時拘緊感消失，自覺口腔內充盈的靜脈消失，口周麻木範圍縮小，畏風感消失，口角已無冷酸感。繼續治療八次，停針休息。兩月後復查，口周約五×五釐米處(右)麻木；牙齒仍有輕微鑽風感，牙齦麻木感。近日張口困難，右下頷關節處按之酸痛，食欲佳，全身有力，食指、大指尖麻木。取穴改為：(一)口角放血(上唇緣、下唇緣)，中腕、氣海、少商、商陽(右)(二)口周放血，下關、合谷、足三里，繼續治療十九次，共五十五次，口周異常感範圍縮小，食指麻木明顯減輕，停止治療。

病例四：金○○，女，七十二歲，病歷號：五一六四，一九八五年八月五日初診。

現病史：血壓高四至五年。於一九八五年一月五日，突然半不遂，語言蹇澀，病後即去某院，診為腦出血，經治好轉出。現左半身不遂已七個月，上肢拘攣，肘屈曲不伸，腕指亦屈曲不伸，左腳內翻，走路時足跟不能落地。

檢查：上肢肌力○級，上肢肌肉拘攣，下肢肌力四級，足內翻，肌張力高，腱反射亢進，巴氏徵(+)，血壓一六·九八·八kPa(一二〇/六〇毫米汞柱)。舌淡紅、苔白，脈弦細。

辨證：證係風動筋急。

治法：舒筋活絡。

取穴：（一）針督脈十一針（百會、風府、大椎、身柱、神道、至陽、筋縮、脊中、命門、陽關、腰俞）。（二）肩髃，曲池透少海，內關透外關，合谷透勞宮，環跳，陽陵透陰陵，絕骨透三陰交，丘墟透照海，太衝透湧泉。（三）百會、風府、中腕、氣海、內關，中渚透陽池，陽陵透陰陵，丘墟透照海。

治療經過：自一九八五年七月二十九日至一九八六年七月三十日；以（一）、（二）組穴為主，共治療六十七次，每針合谷透勞宮，或中渚透陽池，或大陵透勞宮，手指均能伸開；針丘墟透照海，足內翻亦能矯正，但只維持半日又恢復原狀。一九八六年十二月隨訪，病情如故。

病例五：趙○○，男，五十七歲，病歷號五一九，一九八一年八月二十九日初診。

現病史：有高血壓史。一九八〇年九月二十四日突然昏迷，語言不利，右半身不遂，經治五天後神志清醒，語言逐漸清楚。現已十一個月，右手腫，手指不能屈伸，抬舉平肩，扶棍能行走，大便乾。

檢查：舌體胖大，苔薄白，脈沉弦細。腱反射右側高於左側，肌張力高，肩關節脫白，足內翻，右巴氏徵（+）

西醫診斷：腦血管病後遺症。

辨證：氣虛絡阻，風動筋急。

治法：益氣通絡，舒筋熄風。

取穴：（一）曲池（雙）、合谷透勞宮（右），得氣取較強針感，中腕、氣海、天樞、足三里、陽陵（雙）、照海（右）。（二）環跳、風市、陽陵、委中、絕骨、肩髃、曲池、內關、合谷（病側）。（三）督脈十一針。三組穴位交替取用。

治療經過：共治療二十八次，停針觀察。一九八六年十二月十一日復查，自治療後血壓一直不高，維持在一六·九至一九·五—二一·七至二四·二kPa（一三〇至一五〇／九〇至一二〇五毫米汞柱）之間。語言稍欠流利，右肩關節脫臼，肌肉萎縮，右上肢肌力、肩、肘關節肌力均三級，腕、指關節肌力〇級，右下肢肌力，髖、膝關節肌力三級（+），踝、趾關節肌力均〇級，右上肢肌張力高，右手指呈內收屈曲狀，生理反射右側高於左側，右上肢病理徵（+），右下肢未引出病理徵。無效停針。

病例六：高〇〇，女，四十五歲，病歷號：二二二二，一九八一年六月六日初診。

現病史：患風濕性心臟病二十餘年。一九七八年十二月首發中風，手不能動，口喎，經治療康復。一九七九年十一月再發中風，失語，右手不能動，經一年半治

療（方法不詳），現仍完全性失語，張口度小，舌伸不過唇，吞嚥困難，流涎，右手不能解扣，四肢不溫，性情急躁，睡眠、二便如常。

檢查：面色黃，舌質紅，苔滑，脈沉遲、結代。

西醫診斷：腦栓塞，風濕性心臟病。

辨證：陽虛絡阻。

治法：助陽溫絡。

取穴：（一）灸關元，針啞門、廉泉、合谷、頰車、陽陵，補法。（二）百會、風府、大椎、身柱、神道、至陽、筋縮、脊中、命門、陽關、腰俞，補法。（三）承漿、廉泉、膻中、上腕、中腕、下腕、氣海、關元、中極，補法。

治療經過：共治療五十四次。在治療中，曾取用地倉治流涎，天樞治便秘，語言區治失語，通里治失語，地黃飲子加減二十劑，雖然舌體活動、流涎、吞嚥困難及肢體溫有所好轉，但始終未見明顯效果。

按語：（一）六例中，例四患者上肢拘攣，手不能伸，足內翻經治無效。例五患者患肢肌張力高，肩關節脫臼，經治也無效。例六患者完全性失語，經治亦無效。證明王清任在《醫林改錯》補陽還五湯中所說的「此法雖良善之方，然病久氣太虧，肩膀脫臼二三指縫，胳膊曲而搬不直，腳孤拐骨向外倒，啞不能言一字，皆不能愈之症：」，確是經驗之言。（二）六例中，有二例患者出現肩關節

病理性脫白，其肌張力皆高，尚不能作出合理解釋。(三)六例中，四例患者有高血壓史，一例患者有高血脂，一例患者患風濕性心臟病，因此說高血壓、高血脂、風濕性心臟病皆是發生中風的潛在因素。(四)例二患者面紅，舌質偏紅，脈滑數，查其血小板高於正常值，進一步表明火熱證與血液凝聚病理性增高有著密切關係。(五)例二治驗表明，肌張力雖高但不拘攣者，治療尚能有效，例四患者雖病屬中絡，但並不易治。

八、小中風（短暫性腦缺血）臨床資料分析

小中風，以突然半身不遂或麻木、語言蹇澀持續數分鐘或數小時自行緩解而反復發作為特徵。自一九七三至一九八五年，在針灸門診以灸中脘及灸關元為主的方法，治療小中風十例，收到滿意效果，今小結於下。

一、一般資料

十例中，男五人，女五人。三十六至五十歲，三人，五十一至八十歲，七人；發病三十分鐘至二天，六人，五至十天，四人。就診時血壓高者四人，血壓偏低者一人，血壓正常者五人。

二、辨證

若伴有頭暈、神疲、氣短、流涎、排便無力、面色黃或萎黃、舌質淡或舌體胖大、苔薄白或白滑者，屬氣虛絡阻證。

若伴有腰酸腿軟、夜尿頻，或下肢欠溫，或面赤如妝，舌質紅少苔、脈弦細或弦細數者，屬陰陽兩虛、絡脈痹阻證。若伴有頭暈、口苦、起急煩躁、舌紅少苔、脈弦數者，屬陰虛陽亢，絡脈痹阻證。

三、治法

氣虛絡阻證：治宜益氣通絡。灸中脘，針氣海、百會、內關、足三里、三陰交（雙側），針刺熱補法。

陰陽兩虛，絡脈痹阻證：治宜溫陽通絡。灸關元，針中脘、內關、足三里、三陰交（均雙側）、百會、風府，針刺熱補法。

陰虛陽亢、絡脈痹阻證：治宜補陰平肝。針百會、曲池、合谷、陽陵、三陰交（均雙側），得氣後尋找較強酸脹針感。

四、治療效果

痊癒十例。治療一次停止發作者四例，二次二例，三次二例，四次二例。為了鞏固療效，十例共治療五十四次，平均治療五·四次。

五、病案舉例

病例一：武○，男，五十歲，病歷號：六〇四四七二，一九七七年四月二十六日初診。

現病史：患高血壓病已十年。於一九七七年四月二十五日清三時許，睡醒後發現左半身軟弱無力，左面部麻木，隨即去某醫院急診，經藥物靜脈點滴後好轉（藥物不詳），繼而又類似發作多次。

檢查：診見左半身無力麻木，左面部發緊，伴有頭暈、煩躁，困倦、便秘，舌體胖大、苔白滑，脈沉弦而細，血壓二二·一—一四·九 kPa（一七〇—一四四毫米柱）。

辨證：證屬氣虛絡阻。

治法：治宜益氣通絡。

取穴：灸中腕，針足三里、三陰交、曲池、百會。

治療經過：針灸一次後，頭暈即刻消失，次日半身無力麻木及左面發緊均緩解。繼用前穴鞏固治療兩次，停針觀察兩周，未再發作而愈。

病例二：張○，男，七十三歲，病歷號：八七六二一八，一九七四年九月十六日初診。

現病史：一九七四年九月十四日上午九時突然出現左半身不靈活，語言不利，到十一時自行緩解。九月十五日半夜又發作一次，未經任何治療。

檢查：其脈弦細，舌體胖大，舌質淡，苔薄白，血壓一八·二／一一·七 kPa（一四〇／九〇毫米汞柱）。

辨證：證屬氣虛絡阻。

治法：治宜益氣通絡。

取穴：灸中腕，針氣海、內關、足三里、三陰交、百會。

治療經過：經針灸一次後，未再發作，繼續鞏固治療兩次，停針觀察兩周而愈。

病例三：王○，女，四十七歲，病歷號：四〇七六三，一九八二年一月十九日初診。

現病史：患高血壓病多年。一九八〇年曾患右半身不遂（腦血栓形成），經余針灸治療而愈。近因工作勞累於一月十九日上午十一時許，突感自後背中線向上肢，繼而向下肢的似觸電感，隨即左半身不能動，約十五分鐘後緩解。伴有面部浮腫，尤以眼胞腫明顯，今年冬天特別怕冷。

檢查：其面色紅，舌質紅，苔少，脈沉弦細。

辨證：證屬氣陰虧虛，絡脈痹阻。

治法，治宜補益氣陰，以通經絡。

治療經過：由於余未帶針具，給予中藥一劑（補陽還五湯），藥後次日又發作一次，持續約十分鐘後緩解。繼用灸關元，針百會、風府、內關、陽陵泉，針灸後未再發作。繼續鞏固治療八次，怕冷，面腫均明顯好轉，血壓波動在一八至一九·六—二一·六至—三一·一 kPa（一三八至—一五二—八八至—一〇二毫米柱）之間。觀察至今已十個月未見復發。

病例四：姜某，五十七歲，病歷號：四六五一七六，一九七三年一月七月初診。

現病史：患高血壓、冠心病多年。近一周來出現陣發性右半身不靈活，流涎，每日發作二至三次，每次持續半小時左右自行緩解。發作時每遇噯氣或咳嗽均能緩解。伴有頭暈耳鳴，腰酸腿冷，胸悶氣短，心慌，困倦，寤而不寐，饑不欲食，食後腕脹，小便頻，大便如常。

檢查：面赤如妝，脈沉弦而細，舌質淡，苔薄白，血壓一八·二／一三 kPa
(一四〇／一〇〇毫米汞柱)。

辨證：證屬陽虛絡阻。

治法：治宜溫陽通絡。

取穴：灸關元，針中脘、足三里、三陰交、百會、內關、曲池。

治療經過：經針灸一次後，患者停止發作。繼用前穴鞏固治療五次。以後改為針治冠心病兩個療程(二月餘)，在此期間小中風未見發作。

病例五：王〇〇，男，五十七歲，治療手冊，一九八〇年五月九日初診。

現病史：自一九八〇年四月二十九日突然右半身不靈活，少時即復，五月七日又發作數次，最長持續一小時，伴有頭昏、耳聾、痰多、小便多、夜尿頻，每夜三至四次。

檢查：舌苔白厚，脈弦細，血壓一九·五／一一·一一 kPa (一五〇／八四毫米汞柱)。

辨證：證屬痰濁中阻，清陽不升。

治法：治宜化痰升清。

取穴：百會、風府，灸中脘、關元、內關、足三里、三陰交。

治療經過：治療四次後，仍反復發作。隨用中藥治療：法半夏十克，茯苓十克，陳皮十克，竹茹十克，黨參十克，黃芪三十克，當歸十克，紅花十克，桃仁十克，三劑。服藥後停止發作，三劑服完而愈。

病例六：羅○○，女，三十六歲，住院號：一七九七七，一九八五年二月二十四日入院。

現病史：患高血壓十餘年。一九八五年二月二十四日晨四時許起床小便時，自覺左半身不靈活，不能行走，大約三小時後，肢體活動較前好轉，可以下地行走，但仍左半身無力，語言蹇澀，頭暈頭脹，噁心未吐，神疲倦怠，大便乾，小便頻，病後即來我院急診入院。

檢查：面紅，舌質紅，苔白膩，脈弦滑數，左上下肢肌力五級，腱反射偏低，血壓一八·二／一〇·四 kPa（一四〇／八〇毫米汞柱）。

辨證：為痰濁阻絡，氣血運行不暢。

治法：滌痰通絡、健脾。

取穴：中腕、足三里、豐隆、曲池，日一次。

西藥：低分子右旋糖酐五百毫升，丹參注射液八毫升，復降片一片，日二服，維生素C〇·二g，日三服。經上述治療，病情未能控制。

三月一日查房，余閱其病歷，查其病人患者頭暈，左半身無力，語言蹇澀，排便無力，小便頻，舌質淡，脈沉細無力。

辨證：證屬氣虛絡阻。

治法：治宜益氣通絡，停西藥。

取穴：灸中脘，針氣海、百會、足三里、三陰交、內關。

治療經過：通過三天治療，頭暈已愈，語清，二便調，納可，舌質淡紅，苔薄白，能自己行走，左半身無不適感。神經系統檢查均正常。以後治療腎盂腎炎。四月十一日出院。

六、討論

小中風的發病，多因於虛。由於虛，故一時性形成血瘀絡阻，陽氣不能達於半身而發病，待正氣漸復，病方得緩解。本組病例中，屬於氣虛者七例（其中一例兼濁中阻），屬於陰陽兩虛，虛陽上越證一例，屬於陰虛陽亢、虛火證二例，故治療本病以補虛通絡為其大法。偏於氣虛者，以益氣通絡，灸中脘為主。偏於陰陽兩虛或陰虛陽亢者，以補益腎陰腎陽，通絡，灸關元為主。醫者不能認為小中風易治而掉以輕心，使小中風不得控制而發為中風。

本組病例中，有的經一次治療而愈，有的經四次治療而愈。除表明病情輕重不同外，更重要的是說明病情不同，治宜辨證。如例三王○，服中藥（補陽還五

湯）未效，灸關元而愈。例五王○○，針灸未能控制，服中藥（補陽還五湯、二陳湯）而愈。例六羅○○，用西藥未效，灸中脘為主而愈，說明「辨證論治」的重要性。

九、針灸預防中風

「中風病」是中醫學對腦血管病的總稱。它包括腦出血、蛛網膜下腔出血、腦血栓、腦栓塞、腦供血不足等幾種疾病。中風病是以突然昏倒、不省人事，同時伴有口喎舌歪、語言蹇澀、半身不遂，或不經昏倒而僅見半身不遂、口喎舌歪、語言不利為特徵。由於這種病發病急，病後變化快，故名曰中風。

中風病是人類死亡的一個重要原因。人們一經發病，重者死於頃刻，有的雖經搶救挽救了生命，但亦難免遺留後遺症，部分或全部喪失工作與生活能力，給個人和家庭帶來很大的痛苦和困難，因此如何預防中風，愈來愈引起人們的重視。

根據一九八〇至一九八六年在門診治療的六十一例中風病病例的統計，發病年齡在五十七歲以上者四十七例，占總例數的七十七%，說明中風病多見於五十歲以上的老年人。患高血壓患者五十三例，占總例數的八十三%。患糖尿病者三例，高血脂者二例，低血壓者二例，說明高血壓是發生中風病最危險的潛在因素。六十一例患者中，首次發病者五十一例，再次發病者十例（其中一例發病四次），復發率達十六·四%。說明中風病人不僅需要治療，同時還要注意預防。

一、針灸預防中風的方法

針灸預防中風有以下兩法。

(一) 關元百日灸

人至五十歲後，每年從立冬日起灸至立春（一百天），每次溫和灸十五分鐘左右，以灸至局部紅潤為度，或用雀啄灸法，每雀啄灸一次，以灸處感覺燙（痛）為一壯，每日可灸十壯，此法點燃時間短，對減少室內空氣污染有好處。

關元位於臍下三寸，為任脈、肝、脾、腎之會穴。灸關元起著補益肝腎、健脾之作用，故有降血壓、預防中風以及抗衰老的功效。唐容川說「關元為元陽元陰交關之所」。朱丹溪說「大病虛脫，本是陰虛，用艾灸丹田者，所以補陽，陽生陰長故也」。竇材在《扁鵲心書》中說「陽精若壯，千年壽」，「陽精若在，必長生」。竇氏在這一理論指導下，指出人之所以衰老，主要是因腎氣（腎陽）逐漸衰竭之故。比如人到五十歲以後，性欲和生殖能力減退或消失，聽力、視力下降，髮白齒脫，精力、體力下降等等，都是腎氣不足的表现，故竇氏提倡人在無病時常灸關元、氣海，以補腎氣，灸中脘、食竇，以補脾氣。認為這樣作「雖未得長生，亦可保百年壽矣」。對於灸的壯數與年齡的關係，「人至：五十可二年一灸臍下三百壯，六十可一年一灸臍下三百壯，令人長生不老」，還說「余年五十，常灸關元五百壯：漸至身體輕健，羨進飲食」。

(二) 灸足三里、絕骨、湧泉

灸足三里、絕骨（均雙側）預防中風，在《針灸大成》中就有記載。為探討其作用機理，蔣幼光等以血漿纖維蛋白原和纖維蛋白降解產物為指標，對三期高

血壓病合併腦血栓形成恢復期病人進行艾灸前後的比較觀察。其方法是：雙側足三里溫和灸，每次灸二十分鐘，每週二至三次，共十次。

觀察結果：檢查五十六例血漿蛋白原，其中二十五例高於正常（ $4.0 \sim 0.5$ 毫克以上），占四十四·六%，艾灸以後下降非常顯著（ $P < 0.01$ ）。而正常範圍的三十一例，艾灸以後變化不顯著（ $P > 0.05$ ）。檢查六十例纖維蛋白降解產物，其中高於正常（二十毫升或以上）者占六十六·七%，艾灸後顯著下降（ $P < 0.05$ ），其中二十例半年後復查，與艾灸前比較仍有顯著下降（ $P < 0.01$ ）。初步說明三期高血壓病合併腦血栓形成恢復期部分病人，血液凝聚病理性增強，而艾灸可使其明顯下降，從而有預防腦血栓形成的作用，其中纖維蛋白降解產物半年後還保持下降趨勢，說明艾灸預防腦血栓形成具有遠期療效。

足三里、絕骨、湧泉六穴，每日灸一穴，每次灸十五分鐘，或用雀啄灸十壯。六穴灸畢，休息三至七日再灸第二療程，直至症狀消失為止。此法適用於年過四○歲經常出現頭痛頭暈、半身麻木，或手指麻木、肌肉跳動，或出現一時性說話不利落等「中風先兆」症狀者。

二、預防中風的注意事項

預防中風的發病以及預防中風病再發，還應該注意以下事項：

（一）調情志

七情之中，以「怒」對誘發中風病的關係最為密切。因為平素血壓高或出現中風先兆之人，肝腎之陰早已虧虛，水不涵木，若再精神激動（鬱怒），怒則氣上，鬱則化火，火盛則傷陰，肝陰愈虧，肝陽愈亢，故而在臨床上經常見精神激動之後發生中風者，所以血壓高以及出現中風先兆之人，必須避免精神緊張和情緒激動，這時預防中風病的發作的確是非常重要的。

（二）慎勞逸

注意勞逸適度，不要過勞，這對年老體虛或患有血壓的人更為重要。在臨床上常見到勞累過度之後發生中風的病例。過勞則傷氣（正氣），正氣被傷，加之平素血壓高之人本身調節血壓的功能不足，血壓突然升高即可發生中風。平素血壓不高者（或低者），正氣被傷則推動血液運行之力不足，血流緩慢，這也是形成中風病的重要原因，所以年老體虛之人多在過度勞累之後，熟睡一夜，晨起發生半身不遂。

在此值得提出的是，血壓高者，最好運用針灸降壓（見灸百會降血壓）。針灸具有調整作用，血壓高者針灸後血壓下降，血壓低者升高。血壓降低、升高緩和，而且都是在生理範圍之內。若服用降壓藥，則應經常測量血壓，待血壓降至正常值。對有高血壓史病人，血壓降至正常值與最高值之間即應適當減量，以免血壓過低發生意外。對於年老體虛、血壓時高時低之人，除經常測量血壓外，更不可在睡覺前服用降壓藥。睡覺時人體各種功能低下，當然血壓亦下降，若再服

降壓藥，則使血壓過低，血流緩慢而發生意外，這是老年人服用降壓藥非常值得注意的問題。

（三）遠房事

要節制性生活。腎水虧虛（水不涵木）是發生中風的根本原因，所以節制性生活，保護腎精，對於預防中風十分重要。

（四）節飲食

要注意飲食，少吃或不吃肥肉、辣椒、生蔥、生蒜等高脂肪和刺激性食物。不要吃得過鹹、過飽，尤其晚飯更不要吃得過飽。多吃水果、蔬菜，能夠戒除煙酒更好。尤其是喝酒面白（外周血管收縮）之人，更不應該喝酒。

（五）保持大便通暢

因為大便秘結，排便時用力，會使血壓突然升高而發生中風，所以長期患高血壓或出現中風先兆之人，應多吃些蔬菜、水果，或食些蜂蜜。另外，還有一種揉神闕的方法，即每日入睡前仰臥，右手心置於肚臍上，左手心放在右手背上，從右向左揉腹，也就是沿升結腸、橫結腸、降結腸的方向揉動，揉一圈為一次，每日揉九十九次，可以促進大腸蠕動，保持大便通暢。

（六）進行適當的體育鍛煉

平，這也是值得提倡的。太極拳和氣功療法等，可以增強人體的消化功能和減肥，提高全身的健康水

十、高血壓病病因證治

高血壓病，是以動脈血壓升高，尤其是舒張壓持續升高為特點的全身性慢性血管疾病。以頭暈、頭痛，乏力為其常見的一般症狀。晚期病人常因心、腎、腦等臟器出現不同程度的器質性損害而危及生命。根據本病的臨床表現可歸屬中醫學的眩暈、頭痛等病範疇。其發病機制與肝腎二臟的氣血陰陽失調或不足有關，尤以虛性的或老年性的高血壓（口、目期）與肝、脾、腎的關係更為密切。

一、病因病機

本病多與七情所傷、內傷虛損、憂思勞倦等因素有關，具有陰陽失調、升降失常的病機變化。其證候反應主要表现在肝脾，其次是心腎。其病機，如長期精神緊張或惱怒憂思，常可引起五志過極，肝鬱化火，火盛生風，火性上炎，以致肝陽上亢。勞傷過度或年老腎虧，過勞則傷氣，氣虛則協調陰陽失權。陽主動，陰主靜，以致陽亢於上，腎虧則肝失所養，陰不斂陽，以致肝陽上亢。恣食肥甘或飲酒過度，損傷脾胃，脾胃屬於中州，為人體氣機升降之樞紐，故脾胃受損則易導致氣機升降失常。脾胃為後天之本，氣血生化之源，氣虛則協調陰陽無權，血虛則無以補充肝血和腎精，以致肝腎虧虛。脾主運化，脾損則健運失司，濕濁壅遏，氣機升降失調，故脾胃對本病的影響亦不容忽視。

在上述各種因素的相互作用下，使人體陰陽失調，升降失常，形成下虛上實的病理表現，如頭暈、頭痛、耳鳴等症。脾虛則血不養心，腎陰虧損則不能滋養

於心，故見心悸、健忘、不寐。陽盛可化火生風，風火相煽，氣血並走於上則發生中風、昏厥等嚴重後果。

二、辨證施治要點

本病早期以肝陽亢盛或肝火上升者為常見，此屬火熱上擾，多為實證。但到中晚期，若在強烈精神因素作用下，可使心火暴盛，或使肝陽暴張，此在中風病急性期者為常見，亦屬實火證。中晚期者肝陽偏亢，又多與陰精血氣虧虛有關，故多為虛證，或虛實夾雜證。虛者宜補，虛實夾雜者宜補瀉兼施，中風病急性期血壓高者，待風火平熄後，其治則亦然。

三、證候分治

高血壓病的發病機制較為複雜，分證較多。余將臨症高血壓病常見的證候歸納為以下三證。

（一）肝火上升證

〔主證〕眩暈，頭痛而脹，面紅目赤，煩躁不安，或伴有耳鳴，或口苦、便秘、尿赤，舌質紅，苔黃，脈弦數或弦滑有力。

〔辨證〕肝鬱化火，肝陽上亢，為高血壓病之實火證。

〔治法〕清瀉肝火

〔取穴〕(1)少商、商陽、中衝、關衝、少澤，均取雙側，用三棱針點刺出血。
(2)手十宣穴亦用三棱針點刺出血。兩組穴交替取用，日針一次。眩暈、頭痛明顯者加百會太陽放血。舌強、嘔惡者金津玉液放血。

〔二〕陰虛陽亢證

〔主證〕頭暈，頭痛，煩躁易怒，乏力，或伴有耳鳴、失眠、腰膝酸軟、心悸健忘，舌質紅，苔薄黃或薄白，脈弦細而數。

〔辨證〕肝腎陰虛，肝陽上亢，為高血壓病之虛實夾雜證。

〔治法〕補陰瀉陽。

〔取穴〕曲池、合谷、陽陵、足三里，均取雙側，進針得氣後取較強酸脹針感。內關、三陰交，均取雙側，進針得氣後取柔和酸脹針感。本組穴位治療高血壓、半身不遂尤為適宜。若未患半身不遂而血壓高者可取曲池、豐隆，均取雙側，得氣後取較強酸脹針感。若血壓波動，則取五臟俞加膈俞，取柔和酸脹針感。

〔三〕脾腎氣虛證

〔主證〕頭暈，腰膝酸軟，神疲乏力，心悸失眠，舌質淡，苔薄白，偏於中氣虛者則見舌體胖大，邊有齒痕，偏於腎氣虛者則見夜尿頻或大便急，脈沉細或弦細。

〔辨證〕脾虛則清陽不升，腎虛則髓海不足，為高血壓之虛證。

〔治法〕脾虛者益氣升陽，腎虛者補腎益髓。

〔取穴〕

脾虛者：(1)灸中脘。(2)灸足三里。(3)灸百會，各灸十壯。每次任取一至二穴。
腎虛者：(1)灸關元。(2)灸湧泉。(3)灸百會，各灸十壯，每次任取二穴。

余用灸法治療虛性高血壓病，始則採用艾柱隔薑灸，繼而改用艾條雀啄灸，因為隔薑灸的每一壯，自點燃至燃畢，僅是燒到艾柱的底部患者才有熱感，尖部和中部沒有熱感，說明艾灸的有效部分是艾柱的底端，尖端和中部是無效的。因此，改用艾條灸，採用雀啄灸法，當患者感覺燙算一壯，如此即可達到治療目的，又節省人力，是治療高血壓病的好方法。

四、灸治高血壓的注意事項

(一)取穴要準，尤其是取百會穴。一般人取百會皆從兩耳尖直上取之，此法不準，應從入前髮際五分神庭穴至枕後粗隆連線中點凹陷處取穴。尤其重要的是百會是高血壓病的反應點，按之必痛。因此，凹陷中按之痛才是百會穴。

(二)火力要適宜，兩壯之間要間隔片刻。火力大效果好，但易燙泡，灸後需過一至二小時血壓才能下降；火力適宜則灸畢血壓即降（指口、目期高血壓病人），這是屢試屢驗的。

高血壓病是引起中風病非常危險的潛在因素，中風發病後若血壓仍高，對肢體功能的恢復亦非常不利，因此，對於高血壓病的防治，應引起人們的重視。余在臨證時，對於中風病或高血壓病人，絕大多數只是治療前測量血壓，故無法統計。今僅將治療後測量血壓而病歷中有紀錄的列表於下（見下頁）。

不同穴位、不同治療方法對血壓的影響

例數	穴位治療方法	治療前				治療後				治療效果				說明
		收縮壓	平均	舒張壓	平均	收縮壓	平均	舒張壓	平均	收縮壓	平均	舒張壓	平均	
1033	灸百會10壯	5434	164.6	3456	104.7	4874	147.7	3123	94.6	共降560	16.9	共降333	10.1	最高180/120,灸后140/100,有4人次灸后當時未降
19	曲池、丰隆、曾配取①气海、②公孙、③百会、中脘、④合谷、⑤风池、⑥内关、玉液放血、⑦内关、⑧关元、⑨风池	3490	183.6	2158	114	3104	163	1895	99.7	385	20.3	263	13.8	19人次中,最高230/120,灸后160/110,没有一例灸后血压不降者
315	灸关元	2500	166.6	1644	109.6	2317	154.4	1522	101.5	183	12.2	122	8.1	15人次中,最高190/110,灸后170/100,四人次未降
2	五脏俞加膻俞(针)	370	185	170	85	340	170	180	90	30	15	升高10	升高5	
1	灸足三里	220	220	120	120	180	180	100	100	40	40	20	20	
1	灸中脘	340	170	200	100	270	135	160	80	70	35	40	20	
2	灸涌泉	674	168.5	430	107.5	630	157.5	406	101.5	44	11	24	6	4人次均下降
2	手足十二针	400	200	240	120	344	172	220	110	56	28	20	10	2人次均下降
1	金津、玉液放血	280	280	130	130	220	220	110	110	60	60	20	20	
2	①手十井放血 ②手十宣放血	720	180	440	110	600	150	380	95	120	30	60	15	针后二例住院2~3月血压一直维持正常

五、手足十二針降血壓案

病例一：董○○，女，五十五歲，病歷號：四二一〇，於一九八五年八月二十八日初診。

現病史：高血壓病史不詳。一九八五年八月初，因著急生氣，突然而病左半身不遂，神清，病後即赴某院，診為腦出血，住院十餘日。現左上肢肌力三級，下肢肌力三級+，巴氏徵(+)，霍夫曼氏徵(+)，舌質絳紫，少苔而滑，脈沉滑。自病後血壓不高，經治七次後，於一九八六年九月十六日自述近日時感頭暈，患肢麻木、沉重，有時心慌。

檢查：舌質紅，苔黃膩，脈弦細，血壓二四·七—一四·三kPa(一九〇—一〇毫米汞柱)，左上肢肌力三級(+)。

辨證：證係陰虛陽亢證(虛實夾雜)，日期高血壓病。

治療：針手足十二針(曲池、內關、合谷、陽陵泉、足三里、三陰交，均雙側)。金津、玉液放血。針後血壓降至一八·二—一一·七kPa(一四〇—九〇毫米汞柱)。共治三十一次，左下肢肌力均五級，血壓一直維持在正常水平。

病例二：王○○，女，四十五歲，病歷號：六〇七六七三，於一九七九年十月八日初診。

現病史：患高血壓病、冠心病多年。一九七九年十月八日上午工作中突發噁心，未嘔，語言不利，繼而右半身不遂，不頭暈，性情急躁。

檢查：神清，面紅目赤，舌質紅，脈弦細，血壓二七·三／一六·九 kPa（二〇〇／一二三〇毫米汞柱），右上下肢肌力減弱，巴氏徵（+）。

辨證：係陰虛陽亢證，陽盛則傷陰（津），陰傷則血流鬱滯而發為中風。高血壓病初期，腦血栓形成。

治療：針手足十二針，金津、玉液放血，針後血壓降至二六／一六·九 kPa（二〇〇／一二三〇毫米汞柱），次日血壓降至二四·七／一五·六 kPa（一九〇／一二〇毫米汞柱）。

六、灸足三里降血壓案

病例：朱〇〇，女，六十一歲，一九八六年八月十四日初診。

現病史：高血壓病史七至八年，平素血壓二二·一至二三·四／一八 kPa（一七〇至一八〇／一二〇〇毫米汞柱），近十天來血壓升高頭脹，頭重足輕，右足心麻感，自服牛黃降壓丸、牛黃清心丸、複方降壓片等藥，血壓不降。

檢查：舌紅少苔，面不紅，脈沉弦，血壓二八·六／一五·六 kPa（二二〇／一二〇〇毫米汞柱）。

辨證：係陰虛陽亢證（虛實夾雜）。高血壓病中期。

治療：灸足三里（雙側），灸後血壓降至二二·四／一三 kPa（一八〇／一〇〇毫米汞柱），數日後血壓二六／一三 kPa（二〇〇／一〇〇毫米汞柱），由於足三里灸起泡，改針曲池、豐隆，均雙側，針後血壓降至二三·四一一·七 kPa（一八〇／九〇毫米汞柱）。八月二四日檢查血壓仍穩定於二三·四／一一·七 kPa（一八〇／九〇毫米汞柱），故停針。

七、灸湧泉降血壓案

病例吳〇〇，七十八歲，於一九八六年四月三日初診。

現病史：高血壓病史半年，於當年三月初出現右半身無力，伴有頭暈，時有頭痛、語言不利，納可，寐佳，大便乾，尿黃，每日服複方降壓片一片。

檢查：面色不紅，舌質紅，苔黃膩，脈沉細。

治療：經治十八次後，於五月二十四日就診時，血壓二三·四／一四·三 kPa（一八〇／一一〇毫米汞柱），隔薑灸湧泉七壯，灸後血壓二三·四／一三 kPa（一八〇／一〇〇毫米汞柱）。

複診：血壓二四·七／一三 kPa（一九〇／一〇〇毫米汞柱），灸湧泉七壯後，血壓二二·一／一三 kPa（一七〇／九〇毫米汞柱）。該患者年事已高，腎脾早衰，腎虛則陰不斂陽，陽亢於上；脾虛則失健運，痰濁內生，濕鬱日久化熱，清陽不升，故而血壓升高。本案除灸湧泉外，曾灸關元，灸百會，針曲池、豐隆，針五臟俞加膈俞，均收到不同程度的即刻降壓效果。

八、針五臟俞加膈俞降血壓案

病例王○，女，六十二歲。病歷號：五三〇。於一九八一年九月十一日初診。現病史：高血壓病史十餘年。平素心煩易怒，夜寐難，近七天前因生氣而病，頭暈頭脹且沉，全身乏力，頸部熱感。四天前出現口舌發木，口乾口苦，漱口時漏水。病後即赴某院，血壓二九·九—一三kPa（二三〇—一〇〇毫米汞柱），給予西藥降壓（藥物不詳）。經治血壓不降，次日自服牛黃降壓丸，血壓降至一七·二—一一·七kPa（一四〇—九〇毫米汞柱），但半身麻木無力，手握不緊，行步腿軟，舌強，語言不利，大便三日未行。

檢查：面色紅，舌質絳少苔，舌邊有齒痕，脈沉細，血壓二七·三—一一·七kPa（一四五—九〇毫米汞柱）。

辨證：證係平素氣陰虧虛，近因肝鬱化火，火盛傷陰（津），火盛生風，風火相煽而發病。

治療經過：經治十五次，歷時二十三天，血壓再次升高二六—一一·七kPa（二〇〇—九〇毫米汞柱），舌質微紅，邊有齒痕，脈沉細。伴有氣短、頭昏等症。針五臟俞（心俞、肺俞、肝俞、脾俞、腎俞）加膈俞，進針取柔和酸脹針感，針後血壓二四·七—一一·七kPa（一九〇—九〇毫米汞柱）。三日後複診，血壓二三·四—一〇·四kPa（一八〇—八〇毫米汞柱），繼針五臟俞加膈俞，針後血壓未測。

九、針曲池、豐隆等穴降血壓案

病例一：于○○，男，六十七歲。病歷號三二一一。一九八四年十一月十七日初診。

現病史：高血壓病史十餘年，血壓最高二八·六 \diagdown 一四·三kPa（二二〇 \diagdown 一一〇毫米汞柱），一般為二三·四至二四·七 \diagdown 一三kPa（一八〇至一九〇 \diagdown 一〇〇毫米汞柱），語言蹇澀，飲水噎十個月。於一九八四年一月二日因生氣而發病，現伴有左腿酸軟乏力，左手握物如常，無頭痛頭暈，寐佳，大便乾，日行一次，小便如常。

檢查：舌尖稍紅，苔黃，脈弦滑數，血壓二八·六 \diagdown 一四·三kPa（二二〇 \diagdown 一一〇毫米汞柱）。

辨證：證係髓海不足，心火亢盛（虛實夾雜，目期高血壓病）。

治療經過：針曲池、豐隆、風池，均雙側，金津、玉液放血。針後血壓二二·一 \diagdown 九·一kPa（一七〇 \diagdown 七〇毫米汞柱），三日後複診血壓二三·四 \diagdown 一〇·四kPa（一八〇 \diagdown 八〇毫米汞柱）。

病例二：高○○，男，五十五歲，病歷號四〇一六。於一九八五年一月三十一日初診。

現病史：高血壓病史多年，於一周前起床後發現左半身麻木無力病後即赴某院診治，病情逐漸加重。

檢查：左上肢肌力○級，下肢肌力一級，巴氏徵未引出。舌體胖大有齒痕，苔薄白，脈沉細數。血壓一九·五〇—二〇·七 kPa（一五〇—九〇毫米汞柱）。經益氣活血法治療十四次後，於二月十五日血壓二四·七—一八·二 kPa（一九〇—一四〇毫米汞柱）。

治療經過：針曲池、豐隆後，血壓二二·一—一五·六 kPa（一七〇—一一〇毫米汞柱）。次日複診，血壓一九·五—一六·九 kPa（一五〇—一三〇毫米汞柱），針曲池、豐隆、合谷、外關、陽陵、三陰交，血壓降至一六·九—一三·六 kPa（一三〇—一〇〇毫米汞柱），隔日三診，血壓一六·九—一一·七 kPa（一二〇—九〇毫米汞柱）。

病例三、王〇〇，男，五十五歲，病歷號：二九二四一九八四年五月八日初診。

現病史：有高血壓病史，左身不遂二年。現左下肢無力尚能行走，左手握物差，語言蹇澀，流涎，大便乾。

檢查：舌質偏紅少苔，左脈弦細，右弦滑，血壓二二·一—一三 kPa（一七〇—一〇〇毫米汞柱），於五月二十一日自服複方降壓片後就診血壓二六·七—一五·六 kPa（二〇〇—一二〇毫米汞柱），自覺頭，腿軟，氣短，易激動。

治療經過：針曲池、豐隆、內關，針後血壓降至二〇·八／一四·三 kPa（一六〇／一一〇毫米汞柱）。六月二十一日血壓二九·九／一五·六 kPa（二三〇／一一〇毫米汞柱），針曲池、豐隆，血壓降至二四·七／一四·三 kPa（一九〇／一一〇毫米汞柱）。

十、討論

（一）高血壓病的治則

臨證對高血壓病的中醫診斷可以總括為實火證（肝火上升）、虛證（中氣虛、腎氣虛）以及虛實夾雜證（陰虛陽亢、氣虛痰阻）三類。由於高血壓病的發病機制是以內因為主，其病變有三。

（1）實火證主要表現為肝火、心火，因此清熱瀉火是治療肝火上升或心火暴盛的大法。

（2）虛證病變主要在脾腎，脾氣虛者，治以益氣升清；腎氣虛者，治以補腎益髓。切不可一見血壓偏高，不辨虛實即用瀉法，這一點對老年性高血壓病患者尤為重要。

（3）虛實夾雜證，病情比較複雜，臨證時宜詳辨。其中虛火證，治宜先瀉其火，後補其虛，以善其後。對於氣虛痰阻者，其病變主要在脾，治宜健脾化痰，升清降濁，若蘊久化熱，則宜佐以清熱。

(二) 針灸降壓穴及治療方法的選用

穴位有其相對特异性，不同治療方法又各有不同的治療作用，兩者在臨證時均應以辨證為根據選擇應用，而不應一見血壓偏高，不明病之虛實寒熱，統統歸屬「肝陽上亢」或「陰虛陽亢」，予以針刺瀉陽，而對溫補（艾柱灸）之法畏而不用。

井穴、十宣為十二經之根，陰陽交接之所。井穴、十宣放血，具有開閉瀉火之功，適用於肝火上升、肝陽暴張、心火暴盛的實火證。百會為督脈、足太陽之會，灸之則益氣升清、補益腦髓，適用於中、末期的虛證。百會放血，清瀉陽亢之熱，故亦用於實火證之頭痛、眩暈明顯者。太陽是經外奇穴，但位於少陽之脈所過之處，太陽刺血可以與百會交替使用，用於頭痛眩暈明顯者。中腕為胃之募穴，脾之結穴，灸之具有益氣化痰、寬中理氣、升清降濁之效，適用於脾虛（肝血虛，腎虛）以及肝鬱氣滯而血壓突然升高者。足三里為胃之合穴，灸之有健脾益氣、化痰降濁之效，適用於氣虛痰阻證以及預防中風。關元為任脈、肝、脾、腎之會穴，灸之具有補腎益髓、引火歸原、健脾柔肝之功，適用於腎氣虛及陰虛陽亢證。五臟俞加膈俞，針刺取柔和針感，用以調和氣血，扶正固本，適用於虛證、虛實夾雜證的血壓波動者。湧泉為腎之井穴、根穴，位於人體的最下部，灸之具有補腎、引火下行之效，適用於腎虛及陰虛陽亢證。手足十二針，針刺陽經

穴，取較強的酸脹針感以瀉陽，針刺陰經穴取柔和針感以補陰，適用於陰虛陽亢證及合併半身不遂者。若僅有高血壓病，則可取曲池、豐隆。

總之，應用針灸降壓，必須以中醫理論為指導，真正做到「辨證施治」才能收到應有的治療效果。

十一、灸百會降血壓的臨床觀察

針灸具有降低動脈血壓的治療作用是眾所周知的，但這些方法均需患者來院治療，不像應用藥物那樣方便，患者可以自己服用，從而給針灸治療高血壓病造成一定障礙。為了解決此問題，筆者多年來探索使用艾條雀啄灸法治療單純高血壓病者，以便患者在家自灸，通過實踐，初步取得較為滿意的效果。

一、一般資料及灸治方法

(一) 一般資料

本組十例中，男性五人，女性五人；四十一至五十歲者一人，五十一至六十歲者六人，六十一至七十歲者二人，七十一至八十歲者一人。病程一年以內者一人，三至八年者三人，十至二十年者六人。☐期病者一人，☷期病者九人。合併半身不遂者七人，合併冠心病者三人，合併腦動脈硬化者一人。

(二) 百會穴定位

《甲乙經》云「在前頂後一寸五分，頂中央旋毛中，陷可容指」。《針灸大成》云「前頂後一寸五分，頂中央旋毛中，可容豆，直兩耳尖」，即從入前髮際五分神庭穴至枕後粗隆腦戶穴之間，凹陷處按之痛是穴。百會是高血壓病反應點，故高血壓病患者百會按之必痛。按之不痛非穴也。

(三) 灸法

始則採用隔薑灸法，在灸治過程中，觀察到艾柱只有點燃至底部病人才有熱感，從而提示艾柱灸從尖部至中部是無效的，有效部分是底端，故改用艾條雀啄灸法，即將點燃的艾條從遠處向百會穴逐漸移動，當患者感覺燙為一壯，然後將艾條提起，再從遠端向百會穴逐漸移動，同樣以患者感覺燙為一壯，如此反復操作十次為十壯。兩壯之間應間隔片刻，以免患者皮膚起泡。灸後宜根據血壓變動情況，可日灸一次，間日一次，或待血壓升高時再灸。對於就診目的只為治療高血壓病者，可將此法教給病人自己灸治，定期來院復查。

（四）適應證

灸百會適用於治療虛性口、目期高血壓病。肝火上升證禁用。

（1）虛證：頭暈頭痛，腰膝痠軟，神疲乏力，心悸失眠，舌質淡，苔薄白，脈沉細或弦細。若偏於中氣虛者則見舌體胖大，邊有齒痕。偏於腎氣虛者則見夜尿頻，便秘。若偏於陰虛陽亢者，則見煩躁而怒，舌質紅，苔薄黃，脈弦細數。

（2）實證：眩暈，頭痛而脹，面紅目赤，躁動不安，口苦，便秘，尿赤，舌質紅絳，苔黃，脈弦數或弦滑有力。

二、治療效果

本組十例，三十三人次中，皆為即刻效果。因現代降壓藥物甚多，很難控制患者不用藥。再者，來科就診者多為半身不遂、高血壓病，灸百會後尚需針刺其

它的降壓結果列表如下。它穴位，故不易觀察遠期效果，今將門診病歷中灸後有記錄者十例，三十三人次

10例、33人次灸百會前後血壓變化情況

血壓		灸前	灸後	效果
收縮壓	共計	5434	4874	560
	平均	164.6	147.7	16.9
舒張壓	共計	3456	3123	333
	平均	104.7	94.6	10.1

灸百會前後血壓比較

	$\bar{X} \pm S$	T值	P值	意義
收縮壓	17.58 ± 11.34	8.88	P < 0.001	有極顯著意義
舒張壓	9.64 ± 9.08	5.73	P < 0.001	有極顯著意義

注：收縮壓、舒張壓單位為毫米汞柱。

三、病案舉例

病例一、王○○，女，六十二歲，於一九八七年一月二十三日初診。

現病史：高血壓病史八年，冠心病史六年。現頭暈，後項及兩肩酸沉不適，腰膝酸軟乏力，心悸，夜尿頻，每於春秋季節血壓升高。

檢查：面色一般，舌質淡紅，苔薄白，脈弦細，血壓二二·一／一二 kPa（一七〇／一〇〇毫米汞柱）。

辨證：證係虛性高血壓病（腎氣虛）。

治療過程：灸百會十壯，灸後由於患者緊張血壓未降，一小時後血壓降至一六·九／七·八 kPa（一三〇／六〇毫米柱），停服一切降壓藥物。自一月二十三日灸一次後，至五月二十八日前，共檢查三次，血壓維持在一九·五／一〇·四至一一·七 kPa（一五〇／八至九〇毫米汞柱）。五月二十八日血壓升高至二二·一／一一·七 kPa（一七〇／九毫米汞柱），繼灸百會十壯，二小時後血壓降至一九·五／一一·七 kPa（一五〇／九〇毫米汞柱）。觀察至六月二十一日血壓維持正常。

病例二：馬○○，男，六十歲，於一九八七年二月二日初診。

現病史：高血壓病史三至四年，腦血栓病史年餘。現病震顫麻痺來我院就診。伴有急躁易怒，口苦，腰膝酸軟乏力。

檢查：面色紅，舌質紅，苔薄白，脈弦細，血壓二三·四／一四·三 kPa（一八〇／一二〇毫米汞柱）。

辨證：證係陰虛陽亢證（虛中夾實）高血壓Ⅲ期。

治療經過：灸百會三十壯，灸後血壓一九·五／一三 kPa（一五〇／一〇〇毫米汞柱），自灸治停服一切降壓藥，每週灸三次，灸至十次，血壓波動於一九·五至二二·一／一一一至一二 kPa（一五〇至一七〇／八四至一〇〇毫米汞柱）。灸至二十四次血壓波動仍維持上述水平。停灸觀察。

病例三：趙〇〇，女，五十五歲，病歷號：五八一五，於一九八六年十一月十五日初診。

現病史：高血壓病史十餘年，血壓最高二二·一／一五·六 kPa（一七〇／一一〇毫米汞柱）。一般一八·二／一一 kPa（一四〇／一〇〇毫米汞柱）。因周圍性面神經麻痺來我科就診。

檢查：於十二月十二日血壓二二·一／一四·三 kPa（一七〇／一一〇毫米汞柱），舌質淡，苔白，脈沉細，頭暈。

治療過程：灸百會十壯，灸後血壓降至一八·二／一三 kPa（一四〇／一〇〇毫米汞柱）。十二月十五日複診，血壓一九·五／一四·三 kPa（一五〇／一一〇毫米汞柱），灸後未降。十二月二十六日，血壓二〇·八／一四·三 kPa（一六〇／

一一〇毫米汞柱），灸百會十壯後，血壓降至一九·五—二一·六 kPa（一五〇—九五毫米汞柱）。每次灸後自覺頭腦特別清醒。

病例四：劉〇〇，女，五十三歲，於一九八七年三月二十六日初診。

現病史：高血壓病二十年，半身不遂年餘。現頭痛頭暈，耳鳴、神疲乏力，夜尿頻。服任何降壓藥血壓均不降。

檢查：面色不紅，體胖，舌質紅，苔薄白，脈沉細。血壓二〇·八—二三 kPa（一六〇—二〇〇毫米汞柱）。

治療過程：灸百會十壯，關元三十壯，灸後血壓降至一六·九—一一·七 kPa（一三〇—九〇毫米汞柱），並令患者家屬每日灸其百會十壯、關元三十壯，血壓穩定五〇天。於五月十四日複診，血壓升高二三·四—一四·三 kPa（一八〇—一一〇毫米汞柱）。由於患者自灸百會、關元，故改針太衝、太谿雙側，針後血壓二二·一—二三 kPa（一七〇—一〇〇毫米汞柱）。仍令患者自灸百會、關元。今已六月中旬，患者未來就診。

四、討論

中醫對高血壓病的主證論述頗多，如《素問》〈至真要大論〉云「諸風掉眩，皆屬於肝」，《靈樞》〈海論〉云「髓海不足，則腦轉耳鳴，脛酸眩冒」，《靈樞》〈口問篇〉云「上氣不足，腦為之不滿：頭為之苦傾，目為之眩」，後世醫家劉河間認為上證是「風火」。朱丹溪指出「無痰不作眩」。張景岳指出「無虛

不作眩」，根據先賢之論述，結合臨證分析，余認為該病之證候主要表現在肝脾，其次是心腎。陰陽失調，升降失常為其病機變化。肝為剛臟，靠腎水以滋養，主藏血，主升主動，體陰而用陽，即以氣為用，以血為體。脾居中州，為人體氣機升降之樞紐。脾為後天之本，氣血生化之源，脾虛則氣血生化之源不足，氣虛則協調陰陽失司，血虛則肝無以藏血，血虛則腎藏之精無以補充。脾虛則健運失司，濕聚成痰，痰阻中焦，影響氣機升降，故脾以升為健。百會為督脈、足厥陰之會，具有升降清濁、益髓熄風等功效，故灸百會適用於虛性口、目期高血壓病。

十例、三十三人次中有四人次灸後當時血壓未降，其中二次是灸後一至二小時下降，一次是五小時後下降的。

十二、口眼喎斜病因證治及其後遺症的形成與治療

口眼喎斜（周圍性面神經麻痺，簡稱面癱，下同）屬於中醫學中風病範疇。其病因有外因與內因之分，其病證有單純性面癱和面癱與卒中半身不遂合併出現（中樞性面癱）兩大類。實踐表明，外風證中有的治療數次可愈，有的治療多次不愈而遺留後遺症，其故何在，論之於後。

一、病因病機

本病多因絡脈空虛，或開窗睡覺，或乘車受風，尤其是耳孔受風，風寒之邪侵入陽明、少陽之絡，以致經氣阻滯、經筋弛縱、緩不勝收而發病（外傷者除外）。由於人體感受風寒的程度不同，素質各異，故病後除見不同程度的蹙額、皺眉、聳鼻、閉目、露齒、吹口哨障礙等口眼喎斜的症狀外，臨床根據不同證候，辨證如下。

（一）寒盛證

由於寒性凝滯、氣血運行不暢，故患者於發病前二至七天多有耳後痛或偏頭痛，口眼喎斜發生後疼痛尤甚，嚴重時妨礙睡眠，此為發病初期的表現。若病程日久，則易形成寒凝血瘀、經筋失養，寒凝血瘀則見面肌僵硬，經筋失養則見面肌萎縮。若目失血養則見視物不明。「寒性收引」，初病可見面部拘緊，若病程日久，寒邪不去，則現經筋收引之症，如病側眼裂小於對側，人中溝反而喎向病側（倒錯），面肌抽搐，或見聯動運動（當病人瞬目時，上唇顫動，露齒時眼睛

不自主閉合等動作）。由於寒盛則傷陽（陰盛則陽病），陽傷則溫煦作用不足，故見病側面部畏寒喜暖，變天遇寒則收引症狀加劇。陽傷則氣化失司、水液停留、攝控無權，故流淚、流涎。舌質淡、苔白，脈浮弦，晚期可見平脈。翳風、完骨、陽白、顴膠等穴處可現壓痛。此證屬面癱的中等症。

（二）熱盛證

患者平素陽盛，感受風寒之後，則易寒邪化熱，出現熱證。由於初感風寒，故患者於發病前二至七天出現耳後輕痛，或全身不適。待寒邪化熱，疼痛很快消失。「熱性弛緩」，故發病後症見額紋平坦光亮，上眼瞼下垂，病側眉低於對側，上唇下垂，人中溝初病、久病皆喎向對側，面肌鬆弛（典型病人形容臉似門簾一樣，呼扇呼扇的），此為初病之表現。若病久熱盛傷陰則眼乾，陰傷則經筋失濡而見面肌不自主瞤動。伴有性情急躁，口乾思飲，大便乾，舌質紅，苔黃，脈滑數。翳風、顴膠等穴無壓痛或輕痛。此證屬面癱之重症。

（三）寒熱並見證

此證有兩種表現：(1)面肌表現一派寒證，如拘緊、疼捕、抽搐、僵硬等，同時伴有性情急躁、口乾口苦或口鼻起泡、大便乾、舌質紅、苔黃、脈滑數等熱證。(2)面肌主要表現為寒象，惟額紋平坦光亮，苔黃，脈滑數，亦為寒熱並見證。此證屬面癱之重症。

（四）風寒證

由於感受寒邪不重，寒邪亦未化熱，故發病前多無前驅症，發病後可見面肌拘緊，但無疼痛（耳後、偏頭）及面肌鬆弛之症，舌質淡，苔白，脈浮緩，翳風無壓痛。此證屬面癱之輕症。

二、面癱後遺症形成的原因

上述四證中，風寒證最輕，經治十次左右即可痊癒，故不會遺留任何後遺症。此證在五十八例中有十一例，占十九%。熱盛證最重，但「熱性弛緩」，症見面肌鬆弛，故此證若未治癒，亦僅遺留面肌功能不全，而不會出現人中溝倒錯、面肌抽搐等後遺症。此證在五十八例中有九例，占十五·五%。所以出現後遺症的只有寒盛證及寒熱並見（經寒裡熱）證。因為「寒性收引」，故寒證治法宜溫散、溫通。若醫者不辨證施治，對於在何性質的面癱一律使用一種治法——針刺，則寒邪不得消散，寒邪不除，經筋收引，焉有不出現人中溝倒錯、面肌抽搐、痛側眼裂小於對側、聯動運動等後遺症之理。所以說，面癱後遺症的形成，絕不是初病時醫生取穴多少、針刺手法輕重、針刺深淺以及使用電刺激之故，實因術者未辨證施治，寒邪日久未除之害。寒證及寒熱並見證在五十八例中有三十八例，占六十五·五%。

三、治法

（一）寒盛證

根據「寒則溫之」的法則，無論初病或久病均宜治以溫法，以溫散風寒，溫通氣血。溫法中包括：

(1) 針刺熱手法：即進針得氣後，用力徐徐壓針一至二分鐘，將針刺入應刺的深度，使針下或沿經出現熱感。用的穴位有翳風、完骨、風池（病側），每次取一穴。

(2) 艾灸法是以艾卷溫和灸病側頰車、翳風，此法可病人自灸，日一次，每次灸十至十五分鐘，灸至局部紅潤為度。灸法對於消散面肌僵硬有卓效。

(3) 穴位貼敷法：即將鮮薑搗成泥，用三棱針點刺穴位出血後，以薑泥敷之，大約十分鐘左右，病人感覺面部發熱，即可除去薑泥，常用的穴位有印堂、翳風、顴膠等，每次一至三個穴。

(4) 火針法：常用的穴位有陽白、四白、攢竹、太陽、顴膠、地倉、頰車、翳風、完骨等，這些穴位是根據面部功能不全的症狀，每次選用四至六穴。《針灸聚英》、《針灸大成》皆言面部忌用火針，這是所用火具不同之故，筆者使用火針點刺面部穴位已十餘年，從未給病人遺留任何痕跡。但宜直刺，切忌傾斜。

上述四法的應用，艾灸法日一次。針刺熱手法，若翳風、完骨不用火針點刺，則每週三次，每次取一穴。火針法若針後針孔不紅，則每週兩次，若一周內用兩

次火針，則不必再用穴位貼敷法。若火針點刺後針孔發紅，或病人懼怕火針，則採用穴位貼敷鮮薑泥法，一周兩次。

（二）熱盛證

根據「熱則清之」的法則，治以清熱疏風。針刺有三組穴：

- （1）陽白、四白、太陽。
- （2）下關、顴膠、迎香。
- （3）頰車、大迎、地倉、上唇緣（赤白肉際處）。

上述穴位，均取病側，每次一組，以三棱針輪流點刺放血。初病者日一次，十次為一療程，休息後若熱邪未清繼續使用此法，若血色由深變淺，則改針刺面部穴位，間斷使用放血法。針刺合谷、內庭以清裡熱，若大便乾者加天樞，甚者佐以中藥，如膽草、條芩、大黃、元明粉、甘草等，以蕩滌裡熱。熱邪得清是控制病勢發展、縮短療程，提高療效的途徑。

（三）寒熱並見證

治以溫清並用。溫法取穴同寒盛證，但以穴位貼敷法為主，因此法內寓兩法，其中刺血具有祛瘀清熱之功，敷薑起著溫散風寒之效，故宜多用。清法，針合谷、內庭，大便乾者加天樞，大便數日不行者佐以中藥，同熱盛證。

（四）風寒證

下：

治以疏散風寒。此證最輕，使用針刺法治療十次左右即可獲效。其取穴法如

(1) 遠道穴。因本病以陽明經病為主，故取合谷、足三里。若見取後痛（包括翳風壓痛）、偏頭痛、耳鳴、重聽或聽覺過敏，應屬陽明、少陽經病，加取外關、陽陵泉。合谷、外關交替使用行氣法。

(2) 面部穴位。面部穴位的取用，應根據面部功能而定。如額紋淺，針陽白透魚腰；若額紋上部未現，針陽白透臨泣，病久者加取正營；眼閉合不全，針陽白透魚腰或睛明；流淚針睛明或頭維、頭臨泣；皺眉無力針攢竹；聳鼻無力針地倉透睛明；鼓腮漏氣針地倉透頰車、顴膠；上唇低下針地倉透人中，下唇拘緊針俠承漿等。臨證時應隨檢查患者面部功能，每次選用三至四穴。

四、注意事項及輔助治療

- (1) 火針、放血後當日，患者勿洗臉，以防感染。
- (2) 寒證者面部宜保暖。
- (3) 患者可自己按摩陽白、頰車、翳風等穴。
- (4) 待面部功能有所恢復時，即可進行功能鍛煉。

十三、溫法治療口眼喎斜（寒邪偏盛證）臨床分析

自一九七九年至一九八六年，筆者在針灸門診隨機治療口眼喎斜中屬寒邪偏盛證二十九例，今小結分析於下：

一、一般資料

二十九例中，男十五人，女十四人；十四至三十歲者十人，三十一至五十歲者十人，五十一至六十三歲者九人；發病部位，左側十三人，右側十六人；初病者二十六人，第二次發病者二人，第三次發病者一人；病程一至七天者十九人，二十一至六十天者十人；寒邪偏盛證二十二人，經寒裡熱證七人。二十九例中，一例因腮腺氣漏手術所致；一例在治療前作電興奮性檢查，屬不完全性面神經變性。

二、病情分析

（一）症狀分析

二十九例中，除一例因手術所致不予統計外，其餘二十八例中，發病前二至六天出現前驅症狀者二十三例，占八十二·一%，未出現前驅症狀者五例。前驅症狀主要表現為耳後痛、偏頭痛、後頭痛、流淚、臉麻、眼跳、舌頭麻木、味覺障礙、顳部痛、頸項強痛、性情急躁以及全身不適（類似感冒）等。發病後除見不同程度的蹙額、皺眉、閉目、聳鼻、露齒、鼓腮功能不全外，二十九例中伴有

面部拘緊者二十四人（健側一人），耳後、偏頭痛者二十四人，耳鳴者三人，耳脹者一人，聽覺過敏者（同時伴有味覺障礙）一人，耳重聽者（伴有眼瞼跳動）一人，流淚者十人，視物不明者一人，複視者一人，眼跳者二人（均係病側），味覺障礙者三人。

（二）辨證依據

面部拘緊、耳後痛、偏頭痛以及翳風、完骨、顴髎等穴壓痛，是判斷寒邪偏盛證的依據。若見面部拘緊而無疼痛（包括自覺和按壓痛）者，是判斷風寒輕證的依據。若見面部拘緊、耳後痛、偏頭痛，查其舌質紅、苔黃，伴有大便乾，或口乾舌燥，或口乾喜飲，性情急躁者，是判斷經寒裡熱證的依據。

（三）辨經依據

《靈樞》〈經脈〉云「足陽明之脈：是動則病口喎：」，《靈樞》〈經筋〉云「足之陽明，手之太陽，筋急則口目為噤」。臨床實踐表明，本病不僅屬足陽明、手太陽經筋病，其耳後痛、偏頭痛、耳鳴、聽覺障礙應屬少陽經病，流淚、視物不明、複視應屬足厥陰經病，味覺障礙應屬手少陰經病。

三、治療結果

（一）療效標準

- （1）症狀消失，檢查無任何異常表現者為痊癒。

- (2) 症狀基本消失，外觀大致正常，但檢查時仍有某些功能不全者為顯效。
- (3) 症狀減輕，外觀輕度改善者為好轉。
- (4) 無效，症狀、體徵無改善，外觀不正常者。

(二) 結果分析

二十九例中，治癒十五例，占五十一·七%，顯效六例，占二十·七%，好轉六例，無效二例，總有效率九十六·五%。

(三) 療次與療效的關係

治癒十五例，共針二百六十七次，平均每例十七·八次；顯效六例，共針一百二十三次，平均每例三十九次；好轉六例，共針一百二十三次，平均每例三十九次；無效二例，共針九十六次，平均每例四十八次。可見療次與療效的關係不成正比。

(四) 證型與療效的關係（見下表）

證型與療效關係表

證型	痊癒例數	顯效例數	好轉例數	無效例數	合計
寒邪偏盛證	12	6	4	0	22
經寒裏熱證	3	0	2	2	7

(五) 上述結果表明，單純寒邪偏盛證易治，經寒裡熱證病情比較複雜，難醫。

一九八六年十二月去信隨訪，來科復查者十一人，占二十九例的三十八%。十一例中，痊癒九人，顯效二人。顯效例由於面部功能未全恢復，故而出現抽搐、聯動運動等後遺症。

四、寒邪偏盛證醫案舉例

病例一：時○○，男，四十八歲，病歷號：六〇七八一四，一九八〇年二月二十五日初診。

現病史：三天前，午睡後自覺左臉不適，當晚發現口眼喎斜，漱口時漏水，耳後頭項疼痛，塞飯，流淚，左臉發緊、麻木，飲食二便如常，口乾雖飲水而不解。

檢查：左額紋變淺，皺眉力弱，眼閉合不全，不能聳鼻，鼓腮漏氣，示齒不對稱，口歪向右，苔白厚略黃，脈沉滑。

辨證：證屬陽明、太陽、少陽、足厥陰。

治療經過：取穴：（一）陽白、四白、人中、承漿、下關、地倉透頰車，完骨（熱手法）、合谷、外關（行氣法），治療七次。（二）前組穴去四白、承漿，加太陽、迎香、足三里，治療六次。（三）陽白透魚腰，迎香，顴髎，地倉透頰車，完骨（熱手法），合谷（行氣法），治療八次。共治療二十一次。一九八三年二月隨訪病癒。

按：本案患者自一九八〇年二月二十二日發病，前驅期五至六小時，至三四日病情穩定，急性期十天，四月三日面部功能基本恢復，只鼓腮稍差，四月十日停止治療。在治療過程中，眼仍流淚，故在三組穴中加取睛明（病側熱手法，要求眼內有熱感）與頭維、頭臨泣交替取用，治療五次，流淚消失。

病例二：王〇〇，男，四十歲，病歷號：二八九，一九八一年八月六日初診。現病史：近日來性急善怒，右偏頭痛，昨日午休臉吹風（電扇）後，感覺右臉發緊，繼而出現口眼喎斜，舌麻無味覺，塞飯，流淚。

檢查：右額紋消失，皺眉、聳鼻、閉目無力，鼓腮漏氣，人中溝歪向左側，右鼻唇溝變淺，苔薄白，脈弦細。

辨證：證屬陽明、少陽、厥陰、少陰。

治療經過：取穴：（一）陽白、四白、地倉透頰車，下關、完骨（熱手法），合谷（行氣法）。（二）攢竹、太陽、顴膠、外關、合谷（行氣法）。兩組穴交替使用，均取病例。治療一次後病情穩定（係指病情不再發展），急性期二天治療五次後，面部功能開始恢復；治療十次後味覺恢復，面部功能僅聳鼻力弱，人中溝歪向左側，針刺改為地倉透睛明，外關、合谷（行氣法），治療二次聳鼻正常，僅人中溝歪向左，針刺改為人中透巨膠，地倉透頰車、完骨（熱手法），外關、合谷（行氣法）。又治療二次，共十四次，停針觀察。一九八三年二月復查，面部功能正常。

病例三：蘆○○，女，四十四歲，病歷號：一七九五，一九八五年二月十二日初診。

現病史：發病前眉棱骨痛五至六天，三天前出現口眼喎斜、流淚、眼跳，無塞飯、漏水、耳聾等症狀，味覺正常。

檢查：右額紋變淺，不能皺眉，閉目無力，不能聳鼻，鼓腮漏氣，右鼻唇溝淺，人中溝歪向左，口歪明顯，完骨壓痛（++），苔薄白，脈浮弦。

辨證：證屬陽明、少陽。

治療經過：取穴陽白、四白、地倉透頰車，翳風與完骨交替取用（熱手法），合谷與外關交替使用行氣法。共治療十次，其中火針與針刺並用四次，單純針刺六次。火針點刺穴位陽白、完骨、顴膠、太陽、下關、頰車，每次點刺三至五針。

按：本案患者自一九八三年二月九日發病，二月十七日病情繼續加重，出現食物滯留前額痛，急性期八天，二月二十一日開始出現額紋，二月二十六日面部功能僅人中溝稍偏向左，示齒基本對稱。二月二十四日出現耳重聽，故針穴改為人中，地倉透頰車，翳風與完骨交替使用（熱手法，針翳風要求耳內有熱感），下關（熱手法）、合谷、外關交替使用（行氣法），三月三日聽力恢復。停針觀察年餘而愈。

病例四：尹○○，女，四十歲，病歷號六〇六九三三，一九七九年四月七日初診。

現病史：右口眼喎斜一月。自三月五日始則右眼視物不適、流淚，繼而口眼喎斜，病後即赴某院針灸治療二十多天未效，故來我院就診。

檢查：其右側額紋仍淺，右眼不能閉合，眼裂約○·五釐米，皺眉、聳鼻力弱，鼓腮漏氣，食物滯留，口歪明顯，人中溝歪向左，右耳周圍疼痛，苔薄白，脈沉細。

辨證：證屬陽明、少陽經。

治療經過：共治療七次，其中印堂、陽白交替放血二次，印堂與完骨交替刺血敷薑四次。治療十四天而愈。

按：本案患者係單純寒證，病程一月，由於「寒性凝滯」容易形成瘀血，故給予放血，用以祛瘀行血。薑性溫散，刺血敷薑，具有祛瘀、溫散寒邪之雙重用，如此療法寒除故病得愈。本案只言主要取穴及治療方法，其他常用穴位及針刺手法，未言及也。

五、經寒裡熱證醫案舉例

病例一：劉○○女，二十一歲，病歷號○七○；一九八一年一月二十一日初診。

現病史：右口眼喝斜兩月，兩月前洗澡後開窗受風，次日即感右側面部不適，漱口時漏水，食物滯留，兩周後右耳後開始疼痛。病後即用針灸、中藥治療，未效。現右耳後輕度疼痛，右臉拘緊，流淚，大便乾，二至三日一行。

檢查：右額紋消失，眼閉合差，眼裂約四至五釐米，皺眉、聳鼻力弱，鼓腮漏氣，口歪明顯，舌質紅，苔薄黃，脈沉細緊。

治療經過：共治療五十四次，歷時十個月而愈。五十四次中，完骨與風池交替取用（熱手法），陽白、顴膠、下關等穴刺血敷薑四次，陽白放血一次，合谷與外關交替使用行氣法。

按：本案療程如此之長，實因辨證有誤（當時辨為「寒邪偏盛證」）、治療失當（未清裡熱也）。其耳後痛、面部拘緊乃寒證也（經寒），但其舌質紅、苔薄黃，大便乾，二至三日一行，裡熱也。本病明為經寒裡熱、寒熱並重證，但當時只知其寒，未明其熱。由於證有誤，故治療只用溫法而未用清法，假若當時加刺天樞、內庭以清瀉裡熱，或用元明粉、大黃、甘草等藥以蕩滌腑熱，如此使寒邪得除、熱邪得清，則病可早日得愈。

病例二：王○，女，二十四歲，病歷號三四〇八，於一九八四年十月六日初診。

現病史：右口眼喝斜二月。兩月前始則性情急躁，二天後右臉腫，當日下午舌扭轉，說不出話，口眼喝斜，流涎，塞飯，面部拘緊，複視，次日耳後疼並向

面部放散，持續二十天，病後即赴某院診治。近一周來臉腫消失，食欲佳，口乾思飲，口鼻經常起泡，性情急，大便七日一行。

檢查：其右額紋消失，不能皺眉、聳鼻，眼閉合不全，眼裂約○·八釐米，鼓腮漏氣，口歪明顯（向左），右鼻唇溝變淺。舌質紅，苔黃厚，脈沉。

治療經過：共治療九十次，歷時十個月。九十次中，火針點刺六次，分別點刺四白、太陽、顴膠、大迎、地倉、迎香，每次三至四針。放血六次，分別取用陽白、四白、太陽、顴膠、頰車、地倉、攢竹等穴，每次取三穴。刺血敷薑四次，分別取用印堂、顴膠、翳風、迎香，每次取二至三穴。行氣法十五次，分別取用合谷、外關。在治療過程中，右側額紋大致正常，皺眉、閉目、聳鼻、示齒均明顯好轉。但兩個月後出現右側面肌抽搐，四個月後出現右側面肌萎縮，上眼瞼鬆弛等後遺症。

按：本案面部拘緊、耳後痛持續二十天，並向面部放射，後期面肌抽搐、面肌萎縮均為寒證，但始則性情急躁，以後口乾思飲，口鼻經常起泡，大便乾七日一行，舌質紅，苔黃厚，皆屬熱證。本病實屬經寒裡熱、熱重於寒證，但始則辨為「寒邪偏盛證」，誤也，後雖辨為「內有蘊熱，外受風寒」，但治療不力，亦誤也。本病雖然病情重而複雜，若辨證施治得當，一定會左右病之轉歸。因此，醫者雖自認終日認真負責地對待病人，實際上常不自覺地在辨證、治療上有失誤；病之不愈，雖不能完全歸罪於醫者，實亦有醫者之過也。

六、討論

(1) 針灸治療口眼喎斜的方法很多，筆者根據「辨證論治」的原則，將口眼喎斜分為風寒證、寒邪偏盛證、熱邪偏盛證三型。風寒證最輕，治療十次左右可愈，故未統計。本文對「寒邪偏盛證」（中等型），根據「寒則溫之」的法則，運用溫法治療二十九例，取得五十一·七%的治癒率。在實踐中，進一步認識到寒邪偏盛證包括「經寒裡熱證」。實踐表明，單純寒證，運用溫法可以取得滿意效果，對於經寒裡熱證，還須溫清並用，才能收效。

(2) 在取穴方面值得提出的是，刺睛明治流淚，要求眼內熱感；刺翳風治耳鳴及聽覺障礙（重聽、聽覺過敏），要求耳內熱感；深刺完骨、翳風一·五寸，治味覺障礙，也要求針下有熱感。在治療方法方面，治療寒證，尤其病程日久（一月以上）者，放血法的使用亦不容忽視，因寒證易形成寒凝血瘀證，放血法具有祛瘀行血之效，瘀祛新生則病易愈。

(3) 在治療過程中應該經常檢查病人面部功能恢復情況，採取相應治療措施，如聳鼻力弱，則取地倉透睛明，若上唇低下，則取地倉透人中，以免因某一功能未恢復而延長治療時間，這是一個值得注意的問題。

十四、清法治療口眼喎斜（熱邪偏盛證）臨床分析

熱邪偏盛證（簡稱熱證，下同），在口眼喎斜病中屬重型難治之證。自一九八二年至一九八五年，筆者在治療口眼喎斜病歷中屬此證者二十一例，今小結分析於下。

一、一般資料

二十一例中，男十三人，女八人十四至四十歲者八人，四十一至五十歲者九人，五十一至六十四歲者四人；病程在一至二十一天者二十人，一至三月者六人，一至五年者三人，十至二十年者二人；發病部位在左側者八人，右側者十三人。二十一例中，首次發病者十九人，二次發病者一人，三次發病者一人。二十一例中，有一例曾做電興奮檢查，表明面神經八十%壞死。

二、病情分析

（一）症狀分析

二十一例中，發病前至七天出現前驅症狀者十四例，占總例數的六十六·六%，未出現或記憶不清者七例。前驅症狀主要表現為耳後痛、後頭痛及偏頭痛者五例，耳鳴者二例，聽覺及味覺障礙者一例，流淚者一例，眼跳者一例，臉腫脹者一例，臉麻者二例，全身不適（類似感冒）者二例。發病後，除見嚴重的蹙額、皺眉、閉目、聳鼻、鼓腮、示齒功能不全或消失外，出現耳鳴者四例，重聽者二

例，耳後翳風壓痛（+）者六例，流淚者八例，味覺障礙者三例，味覺障礙與聽覺過敏同時出現者一例，臉麻木者二例，眼乾者一例。

（二）辨證依據

熱證的主要特徵為額紋平坦光亮，上眼瞼下垂，甚則影響視力，上唇下垂，面肌鬆弛（典型病人形容面肌鬆弛說，我的臉像門簾一樣，呼扇呼扇的），人中溝始終歪向健側，伴有口苦口乾，大便乾，舌質紅，苔黃，脈弦滑。病程日久，由於熱盛傷陰（津），故見眼乾，陰傷則經筋失濡，故面肌不自覺瞤動。

若病程日久，除見上述熱證特徵外，出現不同部位拘緊，或眼裂小於對側，或聯動運動者為寒熱夾雜證。二十一例中，出現不同部位拘緊者三例，眼裂小於對側者一例，聯動運動者三例。

（三）辨經依據

見《溫法治療口眼喎斜（寒邪偏盛證）臨床分析》。

三、治療結果

（一）療效標準

見《溫法治療口眼喎斜（寒邪偏盛證）臨床分析》。

（二）結果分析

二十一例中，除一例治療九次不予統計外，其餘二十例中治癒四例，占百分之顯效六例，占三十%；好轉九例，占四十五%，無效一例，占五%，總有效率為九五%。

(三) 療次與療效的關係

治癒者四例，平均每例治療三十一·五次；顯效者六例，平均每例治療三十八·六次好轉者九例，平均每例治療五十六·六次；無效者一例，治療十七次。可見療次與療效不成正比關係。

(四) 療程與療效的關係

治癒者四例，平均每例病程為五·五天；顯效者六例，平均每例病程為二十四·三天；好轉者九例，平均每例病程為一百八十三天；無效者一例，病程為九十天。可見病程短者療效較佳，但又不是決定因素，如無效的一例，曾做電興奮檢查，其結果表明面神經八十%壞死，因此，病情輕重是左右病程長短和療效的關鍵。

(五) 遠期療效

一九八六年十二月隨訪，二十一例中有七例回科復查，占總例數的三十三·三%。七例中，痊癒二例，未見復發顯效一例，維持停止治療水平好轉四例，除見不同程度面部功能不全外，皆出現聯動運動，其中一例出現眼裂小於對側，除拘緊，怕風寒，不自主抽搖，翳風、頰車、顴髎、太陽、四白、合谷有明顯壓痛

（皆病側）等寒象。從而表明，熱證是口眼喎斜病之重證，但寒熱夾錯證是重證中的重證。

四、醫案舉例

病例一：高○○，四十六歲，病歷六〇七一二四，於一九七九年六月十五日初診。

現病史：口眼喎斜五天，患者於六月十日上午自覺左側部活動不便，當晚左眼閉合不全，漱口時漏水，塞飯，耳鳴，睡眠、飲食、二便均可。

檢查：不能抬眉、皺眉、聳鼻，眼裂約○·二釐米，鼓腮漏氣，左鼻唇溝消失，人中溝喎向右，上眼瞼和上唇下垂，面肌鬆弛，舌質紅、苔薄白，脈弦。

辨證：熱邪偏盛證，證屬陽明，少陽經。治以疏風清熱。

治療經過：取穴：（一）陽白、四白、太陽；（二）迎香、顴膠、下關。（三）地倉、頰車、大迎。均取病側。三組穴輪流使用三棱針點刺放血。針合谷與外關，交替使用行氣法；足三里與陽陵泉交替取用，進針得氣後取較強針感，治療九次，血色由深紅變為淺紅。休息一周後，已不塞飯，皺眉、聳鼻、鼓腮力弱，左臉仍感鬆弛。針刺面部穴改為陽白透魚腰，額紋上部未現時，陽白透頭臨泣，聳鼻力弱，取迎香透精明；上唇下垂，取人中透顴膠與上唇緣放血（赤白肉際）交替取用。經治十次，休息一周後，查額紋、皺眉兩側相等，人中溝基本居中，耳鳴減輕，聳鼻、示齒力弱，針刺面部穴改為四白透精明，地倉透迎香，人中透巨膠，

翳風與完骨交替取用。治療十次，休息一周後，查示齒兩側相等，耳鳴輕微，鼓腰已不漏氣，僅上唇稍低。繼續治療四次，共治療三十三，停針觀察。一九八六年隨訪，除「左眼啟閉稍差，如遇大風易眯眼」外，餘無不適。

病例二：何○○，男，四十歲，病歷號：五一二四，於一九八五年七月十五日初診。

現病史：左口眼喎斜三十八天。患者發病前無不適，口眼喎斜後，耳後痛，味覺、聽覺均有障礙，病後曾經針灸等法治療未效。現耳後疼消失，塞飯，味覺障礙。

檢查：左側額紋平坦光亮，左眉低於右眉，不能皺眉，眼閉合不全，眼裂約○·四至○·五釐米，上眼瞼下垂，不能聳鼻，鼓腮漏氣，示齒（左露第一門齒），人中溝喎向右，左鼻唇溝淺，翳風等穴無壓痛。舌光紅，脈浮弦。

辨證：寒邪化熱，熱邪偏盛證。證屬陽明、少陽、少陰經。治以清熱疏風。

治療經過：取穴：（一）陽白、四白、太陽。（二）下關、顴膠、迎香。（三）頰車、大迎、地倉。以上三組穴均取病側，用三棱針輪流點刺放血。針翳風與完骨交替取用，合谷與外關交替使用行氣法，足三里之雙側均取較強脹感。經治十次，休息五天後，查左額紋未現，不能皺眉、聳鼻，眼裂約○·三釐米，示齒、人中溝、鼓腮無變化，舌質紅，苔白，脈沉。證係熱邪見輕。繼用前法治之，針刺改為放血與針刺交替取用，放血取穴同前，上唇下垂加刺上唇緣點刺放血。針

刺，額紋平坦、眼閉合不全取陽白透魚腰，四白透精明；流淚取頭維、頭臨泣；不能皺眉取攢竹；不能聳鼻取地倉透精明；鼓腮漏氣取顴顴，地倉透頰車。耳後翳風與完骨交替取用，合谷與外關交替使用行氣法，足三里與陽陵泉交替取用。每次針刺七至八針。經治二十四次後，左眼閉合較前進步，眼裂約○·二釐米，若按面部功能開始恢復計算急性期，本病歷時八十八天。經治三十次後，左額紋漸恢復，可皺眉，眼裂約○·一釐米，聳鼻左低，示齒（左露齒三）。經治五十一次後，查額紋基本對稱，皺眉、閉目、聳鼻力弱，示齒兩側對稱，鼓腮不漏氣，人中溝居中。共治療五十四次，歷時七月餘。一九八六年十二月隨訪，患者來科復查，外觀正常，檢查時仍有功能不全（皺眉、閉目、聳鼻力弱）。

病例三：武○○，男，六十四歲，病歷號：二八六七，於一九八四年五月二十四日初診。

現病史：左口眼喎斜九天。患者於一周前感冒，兩耳鳴（前驅症狀），十六日晨起發現左側口眼喎斜，病後即來我科治療五次。

檢查：不能蹙額、皺眉、聳鼻，閉目不全，眼裂約○·二釐米，鼓腮漏氣，示齒左側不見齒，上眼瞼和上唇下垂，人中溝喎向右，自覺面肌鬆弛。舌質淡，苔黃膩，脈滑數。

辨證：熱邪偏盛證，證屬陽明，少陽經。治以疏風清熱。

治療經過：取穴：（一）陽白、四白、太陽。（二）下關、顴膠、迎香。（三）地倉、大迎、頰車、上唇緣。三組穴均取病側，輪流用三棱針點刺放血。針翳風與完骨交替取用，合谷、外關交替使用行氣法，足三里（雙側）得氣後均取較強酸脹針感。經治九次後，面部功能開始恢復，急性期十二天，共治療二十七次，查其面部功能均恢復正常。二十七次中，放血二十二次。

五、討論

（一）關於面神經麻痺之分型

趙師震在《近世內科學》中將面神經麻痺分為三型。其分型根據為面神經及麻痺肌之電興奮反應，如面神經及麻痺肌之電興奮與常態無異者為輕症；出現不完全性變性反應者為中等型；出現完全性變性反應者為重症。

筆者在臨證時亦將本病分為三型，其根據是：（一）風寒證多無前驅症狀，發病後伴有面部拘緊但無疼痛（包括翳風壓痛）及面肌鬆弛等症，舌質淡、苔薄白者為輕症。（二）寒邪偏盛證多有前驅症狀，如耳後痛、偏頭痛、耳鳴、面拘緊等，發病後上述症狀更加明顯，或見味覺及聽覺障礙，病久則見病側眼裂小於對側，人中溝嚙向病側，或面肌僵硬或面肌萎縮，病側怕冷喜暖，翳風等穴壓痛，舌質淡、苔薄白者為中等症。（三）熱邪偏盛證多見前驅症狀，如耳後痛（輕），偏頭或臉有木感，眼跳、複視等，發病後疼痛很快消失，症見額紋平坦光亮，上眼瞼、上唇下垂，面肌鬆弛，甚則頸肌亦鬆弛，人中溝始終嚙向健側，伴有口苦、

口乾，大便乾，或性情急躁等症，久病可見眼乾，或不自覺面肌瞶動者為重症。寒熱並見者，如面部見寒證，但伴有口苦、口乾、大便乾，舌質紅、苔黃者，或面部有的部位拘緊，有的部位鬆弛，伴有口苦、口乾、大便乾，舌質紅、苔黃者均為重症中的重症。

（二）針治面神經麻痹之我見

面神經麻痹是針灸臨床常見病之一，故諸家治驗報導甚多。其中對於面癱輕症，早已無探討之必要，今後需要進一步探討並提高療效的是中等型者和重型者。筆者經過多年臨床實踐，對於單純寒證，包括內熱不重者（口苦、苔黃，但大便不乾），使用溫法可以取得五十一·七%治癒率；單純熱證，使用清法取得七十%治癒率。今後應該結合電興奮檢查，對於不完全變性及完全變性者，以辨證為依據，熱證可以多採用放血法，甚則使用中藥（條芩、膽草、大黃、元明粉、甘草等），使熱邪早日清除，可能是控制其急性期、縮短療程的有效途徑。

十五、溫法治療口眼喎斜後遺症（繼發性面肌痙攣）臨床分析

自一九七七至一九八六年，筆者在針灸門診治療口眼喎斜後遺症的病歷中屬於繼發性面肌痙攣者三十四例，今小結分析如下。

一、一般資料

三十四例中，男十七人，女十七人；十一至二十歲者三人，二十一至三十歲者十人，三十一至四十歲者四人，四十一至五十歲者七人，五十一至六十歲者七人，六十一歲以上者三人，以青壯年患者為多；病程六月至一年者十八人，一·五至三年者九人，五至十年者五人，十九至二十年者二人；發病部位左側者十七人，右側者十七人。三十四例中，有二例在治療前做電興奮檢查，皆屬面神經不完全變性。

二、病情分析

（一）面部功能

面部功能包括蹙額、皺眉、閉目、聳鼻、鼓腮、示齒六項。三十四例中，面部功能基本恢復者十人，一項功能明顯不全者八人，二項功能不全者七人，三項功能明顯不全者一人，四項功能明顯不全者七人，記錄不詳者一人。

（二）後遺症的表現及例數

病側眼裂小於健側者十人，人中溝歪向病側（倒錯）者十七人，面肌抽搐者三十四人，聯動運動者七人，面肌萎縮著八人，流淚者八人，面肌僵硬者一人，耳後痛者八人，面部拘緊、怕冷、變天加重者二十八人，耳鳴者四人，目系痛者一人，面部浮腫者一人。

（三）辨證依據

病側眼裂小於健側，人中溝歪向病側，面部拘緊、怕冷，遇熱則適，耳後痛，抽搐、僵硬、萎縮等，為判斷風寒稽留、經筋收引證的依據。

（四）辨經依據

見《溫法治療口眼斜（寒邪偏盛證）臨床分析》。

三、治療結果

（一）療效標準

面部功能恢復，平時和誘因存在時痙攣消失，或偶見抽動者為基本痊癒。面部功能大部分恢復，痙攣明顯減輕者為顯效。面部功能部分恢復，痙攣減輕者為好轉。面部功能和痙攣無明顯改善者為無效。

（二）結果分析

三十四例中，基本痊癒者十四例，占四十一·一七%，顯效者七例，占二十·五八%，好轉者八例，占二十三·五二%，無效者五例，占十四·七%，總有效率為八十五·三%。

（三）療次與療效的關係

基本痊癒者十四例，共治療四百六十九次，平均每例治療三十三·五次；顯效者七例，共治一百二十一次，平均每例治療十七次；好轉者八例，共治一百四十五次，平均每例治療十八次；無效者五例，共治一百三十六次，平均每例治療二十七次。可見治療口眼喎斜後遺症，療次與療效成正比關係。

（四）病程與療效的關係

以基本痊癒的十四例為例：病程六月至一年者十八例，其中基本痊癒者九例，占十八例的五十·〇%，病程一·五至三年者九例，其中基本痊癒者四例，占九例的四十四·四%，病程五至十年者五例，其中基本痊癒者一例，占五例的二十%；病程十九至二十年者二例，其中無基本痊癒例。

上述結果表明：（一）口眼喎斜（中等型）並不是不治自愈。（二）俗曰病程長者難治，實為難治（病重）才病程長。（三）口眼喎斜後遺症，經過溫法治療亦能收到一定效果。

（五）遠期療效

三十四例中，通過去信隨訪，來科復查及回信者十四例，占三十四例的四十五·一%。

觀察時間：五月至一年者八例，一·五至二年者三例，五至七年者三例。

結果：維持在停針水平者十例，二例由停針時顯效轉為基本痊癒；二例復發（一例一年後復發，但較前明顯減輕，一例二年後復發，來科治療二次痊癒即行緩解）。復發率為十四·二%。說明溫法治療本證（病）的遠期療效亦是滿意的。

四、醫案舉例

病例一：張○○，女，四十八歲，病歷號：六〇六二六〇，於一九七八年八月十四日初診。

現病史：兩年前始則左眼跳動、抽搐，繼而口眼喎斜，鼓腮漏氣，塞飯，人中溝歪向右，左耳後痛，經治療（方法不詳），病情有所好轉。現左眼、面肌、口角抽搐，日十次左右，每次抽動次數無法記錄，伴有頭暈、心煩、噁心，四肢麻木，飲食增加，善饑，小便次數和尿量增多。既往患高血壓病十五年，糖尿病十二年。

檢查：左眼裂小於右側，人中溝歪向左（倒錯），面部持續抽搐，陣發性加重，血壓二九·九／一六·九 kPa（一二三〇／一三〇毫米汞柱），舌質紅，舌微顫，脈弦細。

辨證：證係胃火熾盛，腎陰虧虛，風寒稽留，經筋收引。

治法：始宜清瀉胃火、補益腎陰，繼而溫散風寒、熄風解痙。

治療經過：首取手足十二針（曲池、內關、合谷、陽泉、足三里、三陰交）十四次，進針得氣後，陰經穴取柔和酸脹針感，陽經穴取較強酸脹針感。繼取五臟俞（心俞、肺俞、肝俞、脾俞、腎俞之雙側）六次，皆取柔和針感，其中曾金津、玉液與百會交替放血六次。經過上述治療，飲食減少，小便次數減少，頭暈減輕，胸憋緩解，血壓維持在二二·四至二六·一五。六至一六·九kPa（一八〇至二〇〇—二二〇至二三〇毫米汞柱）之間。繼而改用溫散風寒、熄風解痙法。

取穴：完骨與風池交替取用（熱手法）；合谷與外關交替取用（行氣法）；陽白、四白與顴髎、地倉交替取用，火針點刺；足三里之雙側（徐內疾出）。治療二十四次。兩側眼裂等大，面部拘緊減輕，抽搐緩解過半（七十%），但遇精神緊張、天冷時抽搐仍作。於一九七九年二月六日停針。一九八六年十一月五日復查，兩側額紋、皺眉、閉目、聳鼻相等，示齒時人中溝稍偏向左，抽搐緩解，耳後不疼，血壓一九·五—二四·二kPa（一五〇—一〇〇毫米汞柱）。令其灸關元百日，以補腎氣。

病例二：王〇〇，男，七十四歲，病歷號：二四八六，於一九八三年九月八日初診。

現病史：右臉抽動九年。九年前因開窗睡覺出現右偏頭痛，四至五天後口眼喎斜，病後經多方治療未愈，現右臉抽動頻繁，抽動時耳聞聲如鼓，看書、迎風、吃飯時流眼淚，病側面部怕冷，陰天抽動明顯，時頭痛。

檢查：右眼裂小於左側，人中溝歪向右側（倒錯），翳風明顯壓痛，舌質紅，苔白，脈浮弦。

辨證：證係風寒稽留，經筋收引。病屬陽明、少陽、厥陰，治以溫散風寒，舒筋解痙。

治療經過：始則火針點刺四白、顴膠、地倉、大迎、翳風、完骨、頰車（病側），每次四至五針，以溫散風寒；針足三里、中腕、氣海（熱補法），以補益正氣；合谷與外關交替使用行氣法，要求氣至病所時面部有熱感，以溫經散寒。火針點刺六次，扶助正氣三次，右臉抽動次數減少一半，力量減輕一半，面部仍感怕冷。第二療程；針翳風、完骨、風池（病側），每次取一穴（熱手法），合谷與外關交替使用行氣法，眼睛周圍拘緊取陽白、四白、養老，治療十四次，抽動減輕過半（約七十%）。第三療程：病側翳風、完骨，每次取一穴，三棱針刺出血敷鮮薑泥，合谷與外關（左右均可）交替使用行氣法，病側四白、顴膠，足三里（熱手法），治療五次後，聯動運動緩解，翳風壓痛、耳鳴消失，繼續使用此法治療十三次，抽動基本控制（約九十%）。第四療程：翳風壓痛消失後，再敷薑無效，故改針完骨、足三里（熱手法），列缺行氣法，顴膠點刺出血敷薑。

治療三次後，抽動控制九十%以上。共治療四十四次，停針觀察。一九八五年十二月去信隨訪，患者來科復查，病情穩定，僅偶爾跳動一下。一九八八年六月二日抽動復發，右眼耳後跳動牽扯口角，給予翳風、印堂敷薑，針刺外關、足三里兩次，抽動緩解。一九八七年六月復查，病情穩定，偶有跳動。

病例三：王○○，女，四十三歲，病歷號：六〇八八五三，於一九七九年二月七日初診。

現病史：十個月前無明顯誘因發現口眼喎斜，經針灸、穴位注射及口服維生素B₆、B₁等治療，病情好轉。四個月前右下眼瞼、面部、口角跳動，次數頻繁，尤以說話時為甚，右側面部拘緊，眠差夢多，納可、便調。

檢查：其右側眼裂縮小，不能鼓腮，示齒時口角向右歪，右面肌萎縮，額紋存在，閉目尚可。舌質紅，苔薄黃，脈沉細。

辨證：證係風寒稽留，經筋收引。證屬陽明，治以溫散風寒、舒筋解痙。

治療經過：針完骨（病側）、足三里（雙側、熱手法）、外關（行氣法），火針點刺病側四白、顴膠。共治療三十四次。三十四次中完骨易風池一次、風府二次，外關易合谷三次，足三里易三陰交一次。火針點刺九次，印堂敷薑一次。經治十八次後，抽動明顯減輕，三十次後變天時病情亦不加重，病情好轉八十至九十%，停針觀察。一九八〇年一月去信隨訪，觀察八個月，病情由顯效轉為痊癒。

病例四：劉○○，女，二十九歲，病歷號：六〇五一五一，於一九七七年十月十一日初診。

現病史：左口眼喎斜三年十個月，左臉抽動二年七個月。患者自一九七三年口眼喎斜後，經針灸治療數月未愈。現左面拘緊，眼瞼、口角抽動，流淚，耳鳴，納可，睡眠多夢，二便調，月經正常。

檢查：兩側額紋相等，皺眉、閉目、聳鼻力弱，鼓腮漏氣，左上唇低下，人中溝歪向左（倒錯），閉日時口唇動，舌質淡、蒼白，脈弦細數，電興奮檢查表明面神經不完全變性。

辨證：證係風寒稽留，經筋收引。證屬陽明、少陽、厥陰。治以溫散風寒，舒筋解痙。

治療經過：針完骨、翳風、風池，每次取一穴熱手法，外關與合谷交替使用行氣法，氣至病所後要求面部有熱感，印堂刺血敷薑，下唇緊取俠承漿刺血敷薑。共治療三十八次，其中印堂、俠承漿刺血敷薑三次。經治二十次後，抽動、拘緊、流淚明顯減輕，二十八次後抽動減輕八十%，三十七次後查額紋、皺眉、聳鼻兩側相等，僅鼓腮、示齒稍差，尚眼酸流淚，偶爾鼻翼抽動一下。一九七八年十一月（七個月後）隨訪，患者來科復查，病情穩定，因懷孕停止治療。

病例五：蘆○○，男，二十六歲，病歷號：五四一八，於一九八六年一月十三日初診

現病史：半年前洗澡後受風，始則左眼迎風流淚，繼而口眼喎斜，經電針治療兩周後出現痙攣，遂即理療（紅外線），口眼喎斜好轉，痙攣仍未解除。現左臉拘緊、抽動、四肢欠溫。

檢查：人中溝偏左，鼻唇溝稍淺，耳後痛，舌質淡紅，苔薄白，脈沉弱。
辨證：證係風寒稽留，經筋收引。證屬陽明、少陽。治以溫散風寒，舒筋解痙。

治療經過：陽白、四白、顴膠、地倉、翳風、禾膠、俠承漿，火針點刺，每次取三至五穴；地倉、翳風、顴膠、印堂、禾膠、俠承漿，刺血敷薑，每次取二次。合谷與外關交替使用行氣法，足三里與陽陵泉交替使用（熱手法）。共治療十三次，其中火針點刺七次，穴位貼敷薑泥六次，上下唇緣放血一次。治療四次後，耳後痛消失；治療六次後，人中溝居中，鼻唇溝對稱，抽動基本消失；治療十二次後，抽動緩解，面部稍感拘緊，停針觀察。一九八六年十一月十二日復查，自停針後左臉基本不抽，體力恢復，僅於過勞時左眼下發緊，口角怕風。

五、討論

（一）溫法使用的指徵是在有口眼喎斜病史，同時還有「凝滯收引」所表現的疼痛、僵硬、面部拘緊、抽搐、人中溝倒錯、眼裂小等症狀，才可使用溫法。臨症若見舌質紅苔薄黃的熱象，而未見大便乾之裡熱不盛者，仍可使用溫法，而不須用藥（清瀉藥），即可收效。

(二)本組三十四例均接受過各種治療方法，如針灸，電針，中藥(湯藥)，按摩，穴位注射維生素B₁₂，口服維生素B₆、B₁以及芥子末敷、鱧魚血塗抹等，面部功能基本恢復者十六例，面部功能未恢復者十八例。但三十四例皆出現面肌痙攣等後遺症，通過溫法治療，取得八十五·二九%的療效，表明溫法治療本病優於其他療法，說明本證辨為「寒證」是符合客觀事實的，也進一步證明「辨證論治」的優越性。

(三)溫法治療的效果是在面部功能恢復的基礎上實現的。因此，面部功能基本恢復者易治，面部功能未恢復者難治，療程要長。出現面肌萎縮者，多與鼓腮功能不全有關。

(四)在此值得提出的還有：(1)抽搐或跳動不僅見於後遺症，個別病例初期亦見此症。(2)使用溫法時要注意個體對每種溫法的敏感性，如敷薑效果好，即應多用此法等。

十六、行氣法治療面肌痙攣一百零二例臨床分析

面肌痙攣是一種以陣發性面肌抽搐或痙攣為主要表現的頑固性疾病，現將自一九七七至一九七九年在針灸門診運用「行氣法」（係指運用手法激發經氣，使經氣由刺激點開始，沿著所激發的經絡到達「病所」的一種針刺手法）治療一百零二例面肌痙攣的近期療效及遠期療效總結如下。

一、一般資料

本組一百零二例中，男性四十九例，女性五十三例；十五歲以下者一人，十六至三十五歲者三十人，三十六至五十五歲者六十人，五十六歲以上者八人，其餘為記載不清者；發病部位於左側者四十三人，右側者五十五人，雙側者四人；病程一個月以下者十七例，兩個月到半年者三十三例，六至十年者十一例，十一年以上者七例，其中最長者三十年，最短者一天。

病因：原因不清者四十一例，面神經麻痺後遺症引起者二十四例，各種精神因素引起者二十三例，因勞累過度者五例，感風寒者三例，其它如拔牙、產後發燒、更年期症候群等因素而引起者六例。

按中醫辨證分型，風寒稽留型二十二例，氣血兩虧型四十五例，陰虛陽亢型十九例，肝腎陰虛型七例，其它如脾虛濕重、腎陽不振及痰火內盛等九例。

二、辨證施治

(一) 風寒稽留型

此型患者多繼發於面神經麻痺後，臨床初期常見到耳後疼痛，繼而口眼歪斜，隨口眼歪斜的逐漸恢復，同時出現眼瞼痙攣或口角牽動、面部拘緊或有壓痛。舌苔薄白，脈平或沉細，治宜驅風散寒，通經活絡，取完骨用燒山火刺法，外關用行氣法，並針足三里。

(二) 氣血兩虧型

患者面部肌肉跳動或抽動，伴有氣短乏力、自汗、納呆、便溏、頭暈、多寐、肢體麻木、面色不華、舌質淡，舌體胖大，邊有齒痕，脈虛弱。治宜補氣養血、熄風，取百會、中脘、氣海、關元、足三里，於合谷用行氣法。

(三) 肝腎陰虛型

患者面部抽動或跳動，伴有頭暈耳鳴、急躁易怒、月經不調，肌肉抽動與情緒變化有關。舌紅少津，脈弦細而數。治宜滋補肝腎，解痙熄風。取百會、風池、太谿、太衝、人中，於內關、合谷、列缺用行氣法。

(四) 陰虛陽亢型

患者面部抽動或跳動，常伴有頭暈頭痛、失眠多夢、煩躁易怒、便乾溲赤、口苦、兩脅脹痛。舌紅苔黃，舌中裂，脈弦數。治宜滋陰潛陽，平肝熄風。取百會、風府、內關、太衝、人中，於合谷、內關或外關用行氣法。

(五) 脾虛濕盛者
此型患者宜健脾益氣、熄風。取百會、中脘、章門、陰陵泉、足三里、三陰交，於內關用行氣法。

(六) 腎陽不攝者
此型患者取督脈穴為主，可選用百會、風府、啞門、大椎、身柱、神道、至陽、筋縮、脊中、懸樞、命門、陽關、長強等穴，同時於後谿用行氣法。

(七) 痰火內盛者
此型患者宜化痰清熱、熄風。取人中、膻中、中脘、陽陵泉、豐隆，於內關、合谷用行氣法。

三、治療結果

(一) 療效標準

- (1) 控制：在平靜狀態及誘因存在的情況下，面部痙攣消失。
- (2) 顯效：在平靜狀態下，面部痙攣不發作；有誘因存在時，僅表現輕微跳動，但次數明顯減少，力量減弱，範圍縮小。
- (3) 好轉：在平靜狀態下痙攣不明顯，誘因存在時痙攣即出現，但比較劇烈的陣發性痙攣減少，力量減弱。
- (4) 無效：經過針刺治療達十次而面部肌肉痙攣無明顯改善者。

(二) 療效判定

一百零二例患者中除三例只治療一次不予統計療效外，其餘九十九例的有效率為八十二·八%。而應用一般方法（中藥、西藥、理療、封閉及普通針灸等）治療的四十三例，有效率僅為二十三·二%，可見兩法的療效是有顯著差異的（見下表）。

(三) 激發次數與感傳距離的關係

在運用行氣法治療過程中，我們曾對九十四例患者進行反復多次的激發，結果表明，激發次數越多，感傳的距離越長，甚至可一直到達面部。

(四) 感傳距離與療效的關係

通過激發治療我們發現：傳程愈長者，療效愈好，感傳不明顯者，療效則較差，詳見下頁表。

(五) 療效與病程及病情的關係

通過一百零二例面肌痙攣的臨床分析可以看出，病程愈短，痙攣範圍越小，治療效果愈佳；痙攣時間較長，範圍較廣，治療效果則較差。如輕度痙攣及病程在半年以內者，有效率為九十一·二%，治癒率可達三十二·四%。而病程超過半年者，有效率為八十·二%，治癒率僅為六·五%

(六) 遠期療效

通過三十二例患者一個月至兩年半的隨訪，其中只有二例復發，復發率為六·三%。可見行氣法治療面肌痙攣的遠期療效也是比較可靠的。

四、討論

(1) 面肌痙攣是一種比較頑固的疾病，古今文獻對本病均缺少系統完整的記載，更少見行之有效的治療措施。試用行氣法治療本病，不僅取得了較為滿意的近期療效（有效率為八十二·八%），且取得較穩定的遠期療效（有效率為七十六·三%），而用其他方法對照治療的近期療效僅為二十三·二%，遠期有效率為十八·八%。可見行氣法治療面肌痙攣的優越性，同時也有力地支持了古人所謂「氣至病所、氣至而有效」這一正確論斷。

(2) 行氣法即古人所謂運氣法，也就是我們所說的手法激發。施行這一手法必須保持環境安靜，溫度適宜（二十度至二十五度），醫患雙方均須保持寧靜狀態，然後術者進行輕微的捻轉或震顫，使患者得到一種柔和持久的刺激。此外，還須囑患者寬衣解帶，以保證感傳的順利進行；若遇有經氣偏離現象，應隨時調整進針的深度與方向，等候片刻，或使用循經按切的方法，幫助經氣通過關節而到達病所。

(3) 肌肉抽搐或痙攣，全身各部均可出現，而以頭面部最為常見，蓋因頭為諸陽之會，風為陽邪，陽主動，風陽上干，因而頭面部容易發生痙攣。本病也多因

氣血虧虛、血不榮筋所致，本文一百零二例中，四十五例為氣血虧虛型，占總數的四十四，一%。

(4)從臨床分析可以看出，感傳的距離與激發的次數有很大關係，激發次數愈多，感傳愈遠，療效越好。通過手法激發，使感傳到肩以上的療效可達九十一·四%，而僅僅表現局部麻脹或感傳僅達腕部的，有效率為八十%。因此，施行認真的、反復多次的手法激發，在治療中佔有重要位置。

五·行氣法除治療面肌痙攣有效外，目前我們正在運用此法治療其他部位的肌肉痙攣，如三叉神經痛、甲狀腺機能亢進、甲狀腺囊腫及甲狀腺瘤等病，都收到一定效果。今後，我們將繼續摸索應用行氣法，擴大臨床治療範圍，以期解除更多患者的疾苦。

十七、一百四十五例原發性面肌痙攣臨床分析

以前工作表明，行氣法治療面肌痙攣的療效優於非行氣法，但仍存在治癒率低、療程長的不足，為提高對本病的認識，探索其治療規律，今將一九七七至一九八五年治療的一百四十五例面肌痙攣總結分析於下：

一、臨床資料

本組一百四十五例中，男七十一人，女七十四人；三十歲以內者十七人，三十一至四十歲者二十六人，四十一至五十歲者五十六人，五十一至六十歲者三十人，六十一歲以上者十二人，記錄不詳者二人；發病部位在左側者六十八人，右側者七十三人，雙側者四人；病程在三十天以內者二十一人，二至六月者二十七人，八至十二月者三十一人，一·五至三年者三十一人，四至十年者二十九人，十一至二十五年者六人，其中病程最短期一天，最長者二十五年。

二、病情分析

(一) 發病原因

各種精神因素引起者三十三例，勞果過度誘發者八例，感受風寒所致十例，拔牙引起者六例，精神因素兼感寒或勞累者四例，其他如腹瀉後、產後發熱及更年期症候群等因素引起者五例，原因不明者七十九例。

(二) 病情輕重標準及例數

(1) 輕型：上下眼瞼跳動或抽動，三例。
(2) 中等型：眼瞼、面肌抽動，時牽動口角一百十三例。
(3) 重型：眼瞼、面、口角抽動，同時波及頭皮抽動，或耳抽動，或頸部抽動，或頸項抽動，二十九例。二十九例中，波及耳者二例，頸者十八例，頸項者一例，前頭者四例，一側上下肢者三例，全身者一例。

(三) 辨證依據

本病以面部肌肉跳動或抽動為特徵。依據其兼證不同，常見的有以下幾證：
(1) 氣血虧虛證：氣短乏力，心悸，納呆，便溏，小便頻，頭暈，失眠多夢，勞累失眠後抽動加重，舌質淡，舌體胖邊有齒痕，脈虛弱。偏於氣虛（氣寒）則見面部拘緊，晨起加重，日重夜輕。偏於血虛則見面色不華，面、舌、偏頭、耳周麻木，或肢體麻木，夜間重，睡眠仍抽，久視抽動加重，晨起減輕。

(2) 肝腎陰虛證：頭暈耳鳴，急躁易怒，或視物模糊，或眼乾澀，抽動與情緒變化有關，舌質紅少苔或中裂，脈弦細數。

(3) 陰虛陽亢，肝陽化風證：頭暈頭痛，失眠多夢，煩躁易怒，便乾溲赤，口苦，面紅，抽動與情志變化有關，舌質紅絳，舌中裂，脈弦數。

(4) 外風引動內風證：病側怕冷喜暖，變天時加重，或冬天復發、夏天緩解，面部緊皺、僵硬，面部穴位出現壓痛，舌質淡紅，苔薄白，脈弦或緊。本證多與氣血虧虛或肝腎陰虛證並見。

(四) 辨經依據

- (1) 陽明經：抽動以下眼瞼面、口角、頸部為主，咀嚼時抽動更加明顯。或面肌萎縮，或睜眼可引起發作。
 - (2) 少陽經：抽動時耳鳴，耳鳴與抽動有密切關係。或抽動牽扯偏頭木感或偏頭痛，或耳抽動，或耳周麻木，或耳後酸痛，或目向外上方斜視時抽動加重。
 - (3) 太陽經：抽動以上眼瞼、顴骨處、後頸部為主，或伴有後背顫動，或閉目可引起發作。
 - (4) 太陰經：面部抽動伴有手魚際跳動。
 - (5) 少陰經：面部抽動伴有心跳加快，或經期前後抽動加重。
 - (6) 厥陰經：面部抽動時看書感覺字在跳，或感覺眼球亦抽，轉動不靈。
- 一百四十五例中，屬陽明經病者三十一例，屬陽明、少陽經病者十三例，屬陽明、太陽經病者七十例，屬陽明、少陽、太陽經病者二十四例，屬陽明、太陽、

厥陰經病者二例，屬陽明、太陰經病者一例，屬陽明、少陰經病者一例，屬陽明、太陽、少陰經病者三例。

三、治療方法

(一) 辨證取穴

(1) 氣血虧虛證：治以補益氣血，熄風解痙。針百會、風府或風池、中脘、氣海、足三里、三陰交（雙側，熱補法），合谷行氣法。氣陰兩虛證：合谷、三陰交列缺、照海。列缺行氣法。說話、精神緊張加重者加啞門。面部拘緊（氣寒）者，火針點刺面部穴位。

(2) 肝腎陰虛證：治以補益肝腎，熄風解痙，針百會、風府、太衝、太谿（雙側），合谷行氣法。或太衝、太谿易足三里、三陰交。

(3) 肝陽化風證：治以平肝熄風，針百會，風池、陽陵、太衝、太谿（雙側），合谷行氣法。

(4) 外風引動內風證：治以疏風散寒。針風府、風池，外關行氣法。火針點刺面部穴位。

(二) 辨經取穴

陽明經病，取厲兌、頭維，頸部肌肉抽動者加扶突，合谷或列缺行氣法。少陽經病，取竅陰、聽會，翳風與完骨交替取用，深刺一·五寸。太陽經病，取至陰、睛明，後頸部抽動者加後谿行氣法，若僅眼瞼抽動則取攢竹、養老行氣法。

一百四十五例中，常出現壓痛反應的穴位有膈俞、天宗，丘墟、蠡溝，以及翳風、完骨、風府、合谷等。按之有舒適反應的穴位有風池、四白、太陽、地倉、禾膠、耳門、迎香等。按之抽動緩解者有大迎、扶突、曲鬢、頰車、頭維等。上述穴位是與辨經取穴一致的。臨證時可依據病屬何經選擇取用。如膈俞、天宗為太陽經穴，膈俞又是血之會穴，針之則有活血熄風之效。丘墟、蠡溝為膽肝之原絡穴，針之以平肝熄風等。

(三) 施術原則

(1) 行氣法：治療本病用行氣法的效果優於一般針刺法，故宜使用，其常用的穴位有合谷、列缺、養老、外關、後谿，每次用一穴。

(2) 火針法：適用於氣寒證及外風證，指徵如面部緊皺，面肌萎縮、僵硬、怕冷等症狀。常用的穴位有顴膠、地倉、頰車、翳風、完骨等，可結合病位選用。《針灸聚英》等書皆言面部忌用火針，此因古今所用火針不同之故。余用火針已十餘年，從未給病人遺留任何痕跡，故不必禁忌。但宜直刺，切忌傾斜。

(3) 放血法天津石學敏氏介紹針刺太陽、顴膠、下關，每穴出血五毫升，治療面肌痙攣，余亦用之，發現有的有效，有的僅一至二次有效，再用則無效，可能因出血量少之故，今後應進一步觀察使用放血法的體徵。

總之，本病是一種較難治療的頑固性疾病，尚需進一步探索完善治法。一般常規是一周針二至三次。其取穴由辨證取穴和循經取穴組成。若針後抽動減輕或加劇，均可守法針治，若針後無效則應從辨證、辨經、選穴、施術等方面進行斟酌；若初治時有效，以後無效或效果不顯，則應休息二至三周再治，往往收到效果。

四、治療結果

(一) 療效標準

見《行氣法治療面肌痙攣一百零二例臨床分析》。

(二) 療效分析

一百四十五例中，除十六例因治療不滿十次不予統計外，其餘一百二十九例中，病情得到控制者十六例，占十二·四%，顯效者四十例，占三十一%，好轉者五十七例，占四十四·一%，無效者十六例，占十二·一%。

(三) 病程與療效的關係（見下表頁）

從下表可以看出，病程短者的療效優於病程長者。提示本病應該早期治療。

(四) 病情與療效的關係

病程與療效的關係表

病程 效果	半年以內	8-12月	1.5-3年	4-10年	11-25年	例數
控制	13	1	0	2	0	16
顯效	13	1	7	6	0	40
好轉	11	9	19	15	3	57
無效	4	5	4	1	2	16

從好轉的一百二十九例中分析，輕型三例，控制二例，佔六十六·六%，中等型九十八例，控制十三例，佔十三·二%，重型二十八例，控制一例，佔三·五七%。從而可見病情輕者易治，重者難醫。

（五）遠期療效

一百二十九例中，通過三次隨訪（一九八〇年、一九八二年、一九八七年），來科復查或回信者三十五人。三十五人中，觀察一年以內者十九例，一至十年者十六例。療效維持停針時水平者二十六例，停針後繼續好轉者四例，停針後抽動加重，但較治療前輕者一例，復發者四例，復發率為十一·四%。

五、討論

（一）病因病機

《素問》〈陰陽應象大論〉曰「風勝則動」。《素問》〈至真要大論〉云「諸風掉眩，皆屬於肝」，「諸寒收引，皆屬於腎」。《靈樞》〈經筋〉篇云「頰筋有寒則急，引頰移口」，本病以抽動、收引為特徵，故屬風證和寒證，病位主要在陽明經。通過一百四十五例臨床分析，認為引起本病的原因大體可分為三類，即一是七情所傷（鬱怒、精神刺激、精神緊張、憂愁等），肝陰暗耗，或因產後高燒、腹瀉及更年期症候群等肝腎陰虛，以致肝風內動。二是感受外寒，或因拔牙後受風，寒邪稽留、經筋收引所致。三是勞累過度，耗傷氣血，血不榮筋，以致肝風內動。三種因素並不是彼此孤立的，而是互相聯繫、互相影響的，其中尤

以氣血虧虛為多見。另外病人的心理因素和發病與否、病情輕重亦有很大關係，如某些病人不想抽就不抽，越怕抽越抽。還有的人在家不抽，來醫院看到別人抽則他也跟著抽等。

(二) 治則

辨證時值得注意的事項有三：一是上述證型是依據一百四十五例的病案記載整理的，而不是同一體同時出現的，故不必悉具。二是本病病程長，又多發於四十一歲以上之人（占六十九%），難免患有他病，故應注意他病與本病有無直接關係。三要「辨證求因，審因論治」，這是中醫臨症之準繩。但本病之初，審因論治則易收效，久病後有的病因早已消失（如因肝鬱氣滯），故不必拘泥於「求因」，而應根據具體病情施治，這是治療慢性病的特殊性。

施治時值得提出的亦有三事：一要先辨證取穴，治療三至四次後再辨經取穴，或者兩者混合應用。二是一般初病取局部穴可愈，久病則應既取局部穴又取遠端穴，其取捨依據臨床療效而定。三是復發者，一般針治數次又可獲效。

十八、原發性面肌痙攣醫案

病例一：周○○，女，四十四歲，辦事員，病歷號：六〇五〇二八，於一九七七年十一月二十一日初診

現病史：右側面肌痙攣八年，患者自一九七〇年五月因著急而病前額劇烈疼痛，頭暈噁心。當時自用毛巾冷敷，服止痛藥後頭痛好轉，一個月後出現面肌抽動，始則一日抽動一至二次，以後病情逐漸發展為終日抽動，毫無間歇，甚則出現長時間緊抽（強直性），使患者不能睜眼，夜間醒後亦抽。看書、講話、經期抽動明顯，冬天重於夏天。曾先後去五個醫院治療，接受中藥、西藥、電針和維生素B₁₂等穴位注射。在這些治療過程中，最短堅持二至三月，長則八至九個月，但均未能收效。睡眠、飲食、二便均正常，月經週期二十六至二十八天，帶經日期五天，經血量多。

檢查：舌質淡，舌體胖大邊有齒痕，中有裂紋，脈沉細而弦，面部呈現一種異樣怪形。

辨證：證屬氣血兩虛、肝風內動。病屬陽明、太陽經病。

治法：治以補益氣血，熄風解痙。

治療經過：針陽陵泉、足三里、百會、合谷行氣法。治療二十四次後，痙攣明顯減輕，夜間醒後已不抽，痙攣次數、範圍均減，持續時間縮短，每日口角抽

動僅出現一至二次。前穴加啞門，經四十二次治療，症狀基本消失，出現四十八小時未抽，平素僅偶而口角抽動一下，看書、看電影時間長，說話時抽一下。前穴加啞門、風府交替使用，治療四十八次後，體質增強，能騎車來科就診（往返騎車二小時）。前穴合谷、列缺交替使用，經五十八次治療，痙攣停止，經期、陰雨天僅有面部發緊。共治療七十一次，歷時一年。一九七九年二月隨訪，僅情緒非常激動時偶有右側面部發緊的感覺，有時抽動一下即止。

按語：本案患者病因著急，陰血暗耗，筋經失養，冷敷感寒，寒性收引，故而肝風內動。陰血虛故夜間醒後抽動，看書、講話、經期抽動明顯。寒邪未除，冬季寒冷，故冬重於夏。經血量多，舌體胖大、邊有齒痕，此氣虛之徵。舌質淡，中有裂紋，乃陰血不足之象。脈沉弦細，實由肝血虛所致。穴中足三里用以補益氣血，百會、陽陵、合谷用以熄風解痙。說話時發作，故取啞門，寒邪未除，故取風府。列缺與合谷為原絡穴，用意與合谷同。

病例二：霍○○，男，五十歲，幹部，病歷號：六〇七三〇〇，於一九七九年九月八日初診。

現病史：左側面肌痙攣七年。患者於一九七二年冬因精神刺激而病眼瞼痙攣。半年後病情加重，終日頻繁抽動，呈陣發性發作，每次持續三至四分鐘，抽動範圍包括上下眼瞼、面及口角，每遇情緒刺激抽動明顯。病後曾去十幾家醫院診治，但始終無效。伴有全身乏力，飲食，二便如常，有時失眠。

檢查：舌質淡，苔薄白，脈弦細數。

辨證：證係氣血虧虛，虛風內動。病屬陽明、太陽經病。

治法：治以補益氣血，熄風解痙。

治療經過：針中脘、氣海、足三里、三陰交、百會、風池、陽陵泉，合谷行氣法。治療二次後，抽動變為跳動，間歇時間明顯延長，持續時間縮短。治療五次後，每日只跳動四至五次，跳動的力量、時間均減。治療八次後，痙攣緩解。於當月二十七日回原籍工作，一九七九年十二月去信隨訪，患者曰「我為了治病花了不只幾百元，沒想到你們只針治七至八次，針灸費不足三元，就治好這久治不愈之症」。患者回單位後，由於連續處理兩起人身傷亡事故，勞累過度，又遇兒子雙眼嚴重燒傷，精神受到刺激，從而使舊病復發。患者於一九八一年十月十九日來京複診。下眼瞼、口角抽動，發作頻繁，力量較輕，伴有面部拘緊，有時後頭疼，全身乏力，其他如常。舌質淡，邊有齒痕，少苔，脈弦細數。證係氣虛風動。病屬陽明經，治以益氣熄風。火針點刺患側四白、顴膠、大迎，灸氣海、完骨（患側熱手法），合谷行氣法。治療一次後，當日上午未抽，下午至晚上抽兩次。次日清晨抽動次數有所增加，但自己可以控制。針灸同上，停火針改為毛刺。共治療三次，觀察至今（一九八七年）未見復發。

按語：本案患者因精神刺激，陰血暗耗，故而肝風內動。情緒變化更使陰血耗傷，故抽動加重。全身乏力，乃氣虛之徵。舌質淡，有時失眠，脈弦細數，血

虛之象。穴中中腕、氣海、足三里、三陰交，用以補益氣血，百會、風池、陽陵、合谷熄風解痙。由於治療後未予鞏固治療，又遇勞累過度、精神刺激，故舊疾復發。但其病情較輕，偏於氣虛。氣主煦之，氣虛則溫煦不足，故面緊。治療中以火針點刺，完骨熱手法用以溫陽，灸氣海以益氣，故治療數次痙攣緩解而愈。從而提示：第一，治療本病，愈後應鞏固治療。第二，在護理上應「調情志」、「慎勞逸」，以免痙疾復發。

病例三：陳○○，男，五十歲，幹部，病歷號：六〇六一七四，於一九七八年七月二十二日初診

現病史：左側面肌痙攣四個月。患者四個月前由於生氣而病上下眼瞼、口角抽動，每小時發作五至六次，每次抽動半分鐘左右即自行緩解，晨起、夜間、吃飯、說話、閉眼、回頭時抽動明顯，睡眠時患側不能觸枕，顴首部木感，面部輕微發緊，病後曾去幾家醫院接受中藥、西藥、針灸、磁療等法治療，但均未見效。伴有全身倦怠，飲食、二便、睡眠均如常。

檢查：舌苔微黃膩，中有裂紋，脈弦細。

辨證：證係氣血虧虛，濕熱內蘊，經筋失養，肝風內動。病屬太陽、陽明經。

治法：治以補益氣血，清利濕熱，熄風解痙。

治療經過：針百會、風池與風府交替取用，足三里、三陰交、太衝，合谷與列缺交替取用，行氣法。治療十二次後，每日抽動四至五次。又治療十次後，療

效停頓，令患者休息。休息後，患者僅於閉眼、吃飯、說話時抽動明顯。取穴改為：百會、完骨熱手法，足三里、三陰交、養老與合谷交替取用，行氣法。治療三十三次後，白天基本不抽，治療四十次後，僅吃飯或飲水過冷過熱輕微跳一下。停針。

一九七九年八月二十八日複診：患者自訴：自停針後抽動完全緩解。半年後因睡眠不好、工作勞累於七月二十日後復發。現左上下眼瞼、口角抽動，抽動次數及力量均較前輕，說話、睡眠、晨起、閉眼時明顯。查其舌質淡，邊見齒痕，苔薄白，脈沉細。證係氣血虧虛，經筋失養。病屬陽明、太陽。治以補益氣血，熄風解痙。針百會、完骨、足三里、三陰交合谷行氣法，治療二十次，痙攣緩解而停針。在治療過程中，曾取用氣海、陽陵泉，以及淺刺四白、攢竹、顴膠。

患者於一九八七年四月十四日來科復查，自訴停針後（指一九七九年）痙攣緩解。一九八〇年、一九八四年及一九八六年底三次復發。一九八〇年復發經半個月治療緩解，一九八四年復發經一個半月治療緩解，一九八六年復經兩個半月治療緩解。現不說話不抽動，說話時少許抽動。查其舌質淡、舌體胖、苔薄白，脈沉細。證係氣血虧虛，病屬陽明。針頭維、厲兌一次。

按語：本案治療過程說明，第一，本病是一種經常反復發作難以治癒的疾病。第二，凡使用行氣法得到控制的病例，若復發皆較易治。第三，本病誘發因素十分複雜，應從病因病機以及病屬何經兩方面去理解。

病例四：王○○，女，五十三歲，幹部，病歷號：六〇七一六〇，於一九七九年六月二十五日初診。

現病史：右眼瞼跳動月餘。患者於一月前因鬱怒著急而病眼瞼跳動，未曾治療。現右眼瞼跳動，持續性發作，日重夜輕，晨起減輕，伴有全身不時跳動，背顫動，失眠，納可，二便調。

檢查：面色黃，苔白厚，舌尖紅，脈沉細。

辨證：證系氣血虧虛，偏於氣虛。病屬陽明、太陽。

治法：治以益氣熄風。

治療經過：針中脘、氣海、足三里、三陰交、百會、風府，合谷行氣法。治療五次後跳動次數及力量明顯減輕。前穴去風府加陽陵泉。共治療十次，全身及後背跳動消失，僅眼瞼微微跳動而停針觀察。

通過一九七九年、一九八〇年及一九八七年隨訪，患者回信曰「自停針後緩解一個時期，後因情緒波動又出現輕微跳動，一個月後自行緩解。今已七年未見復發」。

按語：本案治驗表明：第一，面肌痙攣在局部性痙攣病中最为多見，但人體其他部位亦可為病。第二，經治停針後，有的慢慢緩解，有的維持保持停止治療時的水平，有的復發。這就是本病的治療轉歸。

病例五：于○○，女，三十三歲，病歷號：五四七五。於一九八六年二月二十七日初診。

現病史：左側面肌痙攣二年，加重一年。患者自兩年前因著急緊張而病上下臉跳動，病情逐漸加重，波及左面及口角。遇冷熱刺激，或觸摩、看書、向上視、情緒變化、吃飯均使抽動加重。自己按揉面部穴位，或轉動眼球可使抽動緩解。病後曾服中藥七十至八十劑，針灸、電針、耳針以及西藥等法治療，經治後痙攣減輕，但上眼瞼無力，睜眼困難而停藥。伴有耳鳴、聽力下降、全身無力、多夢心煩、大便不調，納可。

檢查：左側面肌輕度萎縮。舌質嫩紅。苔白膩，脈沉細。左翳風（++）、聽會（++）、中脘（++）、左丘墟（++）。

辨證：證係氣血兩虛，肝風內動。病屬陽明、少陽、太陽經。

治法：治以補益氣血，熄風解痙。

治療經過：針中脘、氣海、丘墟、蠡溝（雙側），列缺（左），行氣法。治療七次後（包括火針點刺四白、顴膠、大迎四次，翳風刺血敷鮮薑泥二次），痙攣明顯減輕。取穴改為中脘、氣海、丘墟、蠡溝、聽會，合谷與列缺交替取用，施用行氣法。治療十次後，平靜狀態時痙攣消失，聽力提高，吃飯時眼瞼跳動，頭沉。針左翳風、右丘墟、蠡溝、左公孫、豐隆，合谷行氣法，治療十二次後頭沉減，合谷易養老用行氣法。共治療十七次，諸症消失，停針觀察。

一九八七年去信隨訪，患者於四月二十一日來科復查，自訴停針兩月後，跳動復發，一般限於上下眼瞼，著急時波及面部，日數次。查其舌質淡，苔白，脈弦細。翳風（++）。病屬太陽、陽明、少陽。針至陰、睛明（雙側）；竅陰、聽會（雙側），右外關行氣法。兩組交替取用，共治療五次，痙攣緩解，停止觀察。

按語：著急緊張，陰血暗耗，經筋失養，故而肝風內動。陰血虛，故看書、情緒變化明顯，經筋失濡，故面肌萎縮，病在太陽，故向上視明顯；病在陽明，故吃飯、面部遇冷熱刺激、觸摩明顯；病在少陽，故耳鳴、聽力下降、全身無力、失眠多夢，大便不調，舌質嫩紅，苔白，脈沉細，皆氣血不足之徵。虛證喜按，故按揉面部穴位可緩解。唯轉動眼球為何能緩解痙攣，尚不能作出合理解釋。翳風、聽會、丘墟出現壓痛，表現少陽經脈發生異常變動，中腕壓痛仍中氣不足之徵。穴中，中腕、氣海用以補益氣血，丘墟、蠡溝用以熄風解痙，列缺益氣熄風。火針點刺面部穴位以及翳風敷薑，用以溫陽。取公孫、豐隆以健脾利濕，用以治療濕阻經絡之頭沉。待抽動僅限於眼瞼時，故改取養老以熄風。

本案患者病程兩年，經治十七次痙攣緩解，其復發是由於鞏固治療不足之故。因此，對於久病，尤其對於頑固性疾病，經治緩解後，必須進行鞏固治療一個療程，否則易復發。

病例六：盧○○，男，四十七歲，病歷號：六〇五〇一二，於一九七七年九月十月初診。

現病史：左側面肌痙攣三年。患者於一九七五年原因不明而病眼瞼痙攣，始則每月六至七次。一年後痙攣次數增加，且逐漸累及下部面肌，兩年後累及全部面肌，抽動日數十次。自病情加重後曾接受中藥、西藥、針灸（多在局部取穴）治療及經絡療法治療，均未見效。勞累、生氣以及天氣變化時抽動加重。納可，口乾不欲飲，大便乾，溲黃，寐時好時壞。

檢查：舌質淡、舌體胖，苔薄色淡黃，脈沉細，左側面肌萎縮，眼裂小於對側。

辨證：證係氣血虧虛，兼感外風所致。病屬陽明、太陽經。

治法：治以補益氣血，疏風解痙。

治療經過：針風池，灸中腕，針足三里，右合谷行氣法。治療二十七次後，抽動次數減少，食欲增加，體力增強。前穴合谷易養老用行氣法，治療三十七次後，抽動明顯減輕。前穴加啞門，治療四十七次後，工作緊張抽動未作，面肌縮未復。前穴加顴膠，兼刺血敷鮮薑泥，啞門與風府交替取用，治療五十四次，抽動基本控制而停針觀察。一九八〇年隨訪，患者來科復查，患者在平靜狀態下痙攣消失；在天氣變化或睡眠不好時，上眼瞼還出現輕微抽動，一般持續五至十分鐘即行緩解。

按語：本案患者無明顯誘因，宜宗「審證求因」的原則論治。勞累則傷氣，生氣則傷血，氣血被傷，經筋失濡，故抽動加重。舌質淡、體胖，脈沉細，皆氣

血虧虛之徵，是屬內因之病。陰天加重、面肌萎縮、眼裂小，均為風寒之象，是屬外因病也。便乾溲赤，一時熱象也。本病患者面肌萎縮、眼裂小是因寒邪未除之故。因寒性凝滯，氣血運行不暢，以致經筋失養、寒凝血瘀，故面肌萎縮。寒性收引，故眼裂小。取顴膠刺血敷鮮薑泥，目的在於祛瘀行血、溫散風寒。經治數次，瘀祛寒除，故面肌逐漸豐滿。

十九、針刺治療局部凍傷一百五十例療效觀察

一九七七年冬季，我們對北京市〇〇中學三個年級的一千零五十六名學生進行凍傷普查，發現既往和現在患凍傷者二百九十二人（男生一百四十二人，女生一百五十人），發病率達二十七·七%。二百九十二人中願意接受針刺治療者一百五十人。我們將這一百五十人中已發生凍傷的一百二十六人作為治療組，尚未發生凍傷的二十四人作為預防組進行防治，收到較好效果。

在一百五十人中，既往和現在患一度凍傷者一百四十人，二度凍傷者十人。其中連續一至三年冬季均發病者一百零二人，連續四至五年冬季均發病者二十八人，連續五年以上冬季均發病者二十人。

一、診斷分型

一度凍傷：受凍皮膚紅腫充血，並有瘙癢、灼痛感。

二度凍傷：局部皮膚紅腫，並出現大小不等的水泡，劇烈疼痛，對針刺和冷熱的感覺消失。

注：既往和現在患凍傷的診斷分型均按此標準。

二、防治方法

（一）穴位

(1) 腳凍傷取穴：第一組足三里、三陰交；第二組：陽陵泉、太衝；第三組：委中、太谿。

(2) 手凍傷取穴：第一組：曲池、合谷；第二組：大椎、外關；第三組：支正、內關。

(3) 耳凍傷取穴：第一組：大椎、外關；第二組：合谷、心（耳穴）。

以上各組穴位輪流取用，每次按凍傷部位取其中一組即可。一側病取病側穴位，兩側病取兩側穴位。

（二）針刺手法

先淺後深，三進一退，行九陽數。即針刺時分三部進針，各採用捻轉、震顫法催氣，得氣後用拇指向前搓針九次，搓針強度依患者對針刺敏感程度（耐受程度）而定，不留針。

不論治療還是預防，均隔日針刺一次。用於預防和治療一度凍傷時共針刺三次，用於治療二度凍傷時共針刺五次。

三、防治結果

（一）治療組

(1) 近期療效：針刺停止三至四日後進行觀察，結果見表一。

治療組近期療效判定標準：

常。

痊癒：紅腫消退，水泡消失，痂皮脫落，不癢，不痛，皮色和感覺均恢復正

顯效：水泡消失，紅腫明顯減輕，痛癢減輕。

進步：紅腫痛癢減輕，水泡存在，局部痛溫覺有輕度改善。

無效：症狀無改善，或輕微改善者。

(表一) 治療組近期療效觀察

療效 例數	痊癒	顯效	進步	無效	合計
	例數	58	42	7	19
%	46	33	6	15	100

(2) 遠期療效；於停止治療四至五個月後對接受針刺治療凍傷的學生進行隨訪。由於轉學等原因，接受針刺治療的一百二十六人中復查了一百零五人，復查結果如表二。

治療組遠期療效判定標準：

痊癒：經針刺治療痊癒後，未再復發。

顯效：經針刺治療痊癒後，雖復發但症狀較前明顯減輕。

因，接受針刺預防的二十四人中，復查二十三人，結果如表三。

，停止針刺四至五月後，對接受針刺預防凍傷的學生進行走訪。由於轉學等原

(二) 預防組

(表二) 治療組遠期療效觀察

療效	痊癒	顯效	無效	合計
例數	63	14	28	105
%	60	13	27	100

四、討論

(表三) 預防組療效觀察

療效 例數	未復發	復發	合計
例數	19	4	23
%	83	17	100

復發四例，其中的一例雖復發，但症狀較每年冬季輕。

在普查的學生中，其生活條件基本相似，但發生局部凍傷者僅占二十七·七%，大多數學生未發病，這就證明形成局部凍傷的原因除氣候寒冷外，更主要的是患者氣血虛弱、脾陽不振，不能溫煦四肢末梢所致。凍傷屬寒證，故治宜溫通經脈，行氣活血。針刺具有良好的「通經脈、調氣血」的作用，故在防治局部凍傷中，可取得比較滿意的效果。

在針刺防治中，一則需要醫生取穴準確，二則需要認真進行手法操作。本文所採用的手法是「燒山火」手法。操作畢，有條件者可留針十五至二十分鐘，沒有條件者可不留針。患者若感針下溫熱則效果更佳。

在治療過程中，還需改善禦寒設備，如出門戴手套，棉衣袖不能太短，棉鞋不要過小，要注意保持乾燥等。對於氣血虛弱者，還需進行整體治療，取中脘、氣海等穴補益氣血。

二十、足三里、四縫治療小兒疳積

疳積是小兒常見病之一。疳積包括積滯和疳證。積滯也叫食滯或食積、停食，是指飲食失節、停滯不化，造成脾胃運化失常所致，疳證是積滯日久、耗傷正氣致使患者日漸消瘦，虛證畢見，故積滯是疳證的早期，疳證是疳積的後期，是積滯發展的後果。一九七五年八至九月，筆者在農村採用針刺足三里、四縫治療小兒疳積二十七例，不僅收到滿意的效果，同時還有增強兒童體質，起到防病保健的積極意義，現總結於下。

一、一般資料

二十七例中，男十三人，女十四人；一歲以內者十一人，一歲四個月至二歲者八人，三至七歲者八人；病程一至十五天者十二人，一至三月三人，四月以上者十二人，病程最短期一天，最長者十月。二十七例中，合併感冒者一人，合併五遲（營養不良）者二人，既往易患感冒者七人，易生口瘡者二人。

二、治療方法

（一）辨證

（1）乳食停滯、脾失健運證：症見食欲不振、面黃、好哭、頭髮稀疏、腹脹、腹泄或完穀不化，大便中多見不消化食物殘渣，或便溏、身瘦，苔多白膩，脈沉滑。本證患兒共十三例。

(2) 積滯生熱、脾失健運證：症見食欲不振、面黃、腹脹、大便不調，或見腹泄、完穀不化，或大便乾燥、頭髮稀疏、手足心熱、口乾口渴、好哭、身瘦、嘔吐或飲食不化（嘔吐未消化的食物），苔白厚膩，脈沉滑數。屬本證者十四例。

（二）治則

- (1) 乳食停滯、脾失健運證：治宜消食導滯，健脾和胃。
(2) 積滯生熱、脾失健運證：治宜清瀉滯熱，健脾和胃。

（三）取穴

針足三里、四縫。腹瀉、腹脹或大便不調者，加天樞；腹瀉日久、完穀不化者，灸神闕；嘔吐或食入反出者，加中脘。

（四）手法

足三里、天樞、中脘，進針得氣後按壓一分鐘，四縫用粗針點刺出血或刺出黏液，一般間日一次。

（五）注意事項

- (1) 節飲食。
(2) 腹部保暖。
(3) 按摩腹部（用手掌放在患兒神闕部位，從右下向左按揉數次）。

(4) 背部捏脊，沿脊柱向上提控到頸部，往返操作三至五次，命門處揪提三次。

三、結果分析

(一) 結果

二十七例中，共治療八十人次，平均每例治療二·八次，最少者一次，最多者七次。足三里取用七十一人次，四縫四十三人次；灸神闕十二次，天樞十二次，中脘五次；合併感冒者曾用風池三人次，合谷四人次，列缺一人次。療效除一例中斷治療，一例不詳外，其餘二十五例，治癒二十一例，占八十四%，好轉四例，占十六%。

(二) 療效判斷標準

- (1) 痊癒：臨床症狀全部消失。
- (2) 好轉：臨床症狀部分消失。

四、醫案舉例

病例一：李○○，男，一歲半，初診日期一九七五年九月二日。

現病史：自今年夏天開始不思飲食，手足心熱，面黃身瘦，平時易感冒。

檢查：舌苔厚膩，脈沉滑而數。

辨證：證係積滯生熱，脾失健運。

治法：治宜清瀉滯熱，健脾和胃。

治療經過：取穴：足三里、四縫。共治療二次。二月後隨訪，患兒食欲增加，諸症消失。

病例二：李○○，女，一歲四個月，初診日期：一九七五年九月一日。

現病史：近日來流涎，不思飲食，面黃，腹瀉日三次，內有不消化乳塊，頭髮稀疏，精神疲憊，易煩急。

檢查：舌苔白厚，脈沉滑。

辨證：證係乳食停滯，脾失健運。

治法：治宜消導食滯，健脾胃。

治療經過：取穴：針四縫四次，足三里三次，諸症消失，臨床治癒。

病例三：史○○，男，八個半月，初診日期：一九七五年九月三日。

現病史：自生後即腹瀉，日一至三次，乳食不化，腹痛，喜俯臥，面黃無華，頭髮稀疏。

檢查：舌質淡、苔薄白，脈沉無力。

辨證：證係脾胃虛弱，乳食不化。

治法：治宜溫中健脾，消食導滯。

治療經過：灸神闕，針足三里、四縫。治療三次病情好轉，中斷治療

五、討論

(1) 小兒臟腑嬌嫩，脾胃功能薄弱，再加上不知饑飽，飲食不節，尤其是過食生冷、油膩和甜食，致食滯中焦、脾胃運化功能受損，升降失調，故而產生食欲不振、噁心嘔吐、腹脹腹瀉等症狀。如食滯日久未消，食滯生熱，則除上述症狀外，又添煩躁、口渴、啼鬧、好哭、手足心熱、日晡發熱、皮毛憔悴、髮枯豎直、腹脹便秘、尿赤或尿如米泔等症狀。若再遷延不愈，則積滯不除，元氣受損，熱久傷津，脾胃功能進一步損傷，造成氣血生化之機不充，不僅妨礙幼兒的生長發育，而使正氣耗傷，百病叢生，即屬疳症。疳症，古代醫家視為「惡候」，列為兒科四大要證之一，就是這個道理。因此，治療小兒疳積，對維護兒童身體健康有著非常重要的意義。

(2) 足三里，有健脾胃、消食滯、益氣養血的功效，故適用於本病的早期（積滯、積滯生熱證）以及晚期（疳證）。四縫，不僅能消食滯，且可清泄滯熱，故該穴不僅用於治療積滯，尤其對積滯生熱證更為適用。實踐（個人和他人）充分說明足三里、四縫是治療小兒疳積的特效穴。

二十一、關元、三陰交治小兒遺尿

遺尿（或稱尿床）是兒科常見病之一，三歲以內小兒遺尿不屬病態，若三歲以上仍有睡中尿床，而經常發生，則屬病態。余於一九七五年在農村醫療隊共治療九例小兒及成年人遺尿症，現總結於下。

一、一般資料

九例中，男八人女一人；二至十歲者三人，十一至十五歲者三人，十七至二十歲者三人，病程最短者九個月，最長者十七年，其中五至十年者六人，十四年者一人；治療次數，最少者一次，最多者六次，共治療三十一次，平均每例三四次。

療效判斷標準及例數：針後在睡覺時有尿能自動醒來排尿者六例，針灸後平時睡覺能自動醒來排尿，但遇勞累仍尿床者二人，中斷治療者一人。

二、治療方法

（一）辨證

九例中除一例是初病者外，其餘八例皆自幼一直尿床，有的一夜尿一至二次，有的一夜尿數次，有的時好時犯，若症見面色黃白、手足發冷、遇冷尿床加重，舌質淡，脈沉細緩者，為腎氣不足、下元虛冷證，治以溫補下元，若症見面色黃白、四肢無力，或常自汗出，納呆，遇勞則尿床甚，舌質淡、苔薄白，脈細弱者，

為脾肺氣虛、攝納無權，治以補益脾肺。若遇勞或寒冷尿床甚者，為脾腎兩虛證，治以溫補脾腎。

(二) 施治

本病以虛證為主，故治以溫補。關元穴針灸並用，針三陰交（雙側）。遇寒則甚者，灸關元尤為重要；遇勞則甚者，加足三里以補脾氣；納呆者加中脘、足三里以補脾益氣，開胃進食，尿後不醒者加神門穴以醒神。

三、醫案舉例

病例一：史○○，男，十八歲，於一九七五年九月十五日初診。

現病史：尿床十五年。一夜數次，天冷勞累尤甚，睡眠深沉，但尿後尚能醒轉。

檢查：舌質淡，苔白，脈沉。

辨證：證係下元虛冷、中氣不足。

治法：治以溫補脾腎。

治療經過：關元，針加灸；針足三里、三陰交（雙側）用熱補法（即進針得氣一至二分鐘後徐徐將針刺入應刺的深度）。間日一次，共治療四次。當年十一月六日隨訪，自針灸後未尿床。

病例二：李○○，男，八歲，於一九七五年九月十一日初診。

現病史：自今年春節開始尿床，每夜一次，尿後不醒。

檢查：舌質淡、苔白，脈沉細。

辨證：證係下元不足，膀胱失約。

治法：治以溫腎醒神。

治療經過：關元，針後加灸，三陰交、神門（雙側）共治療三次，於十月二十一日隨訪，自針灸後已月餘未尿床。

病例三：魏○○，女，十一歲，於一九七五年十月二十七日初診。

現病史：尿床八年，時好時犯。近來天天尿床，尿後不醒，食欲不振。

檢查：舌質淡、苔白滑，脈沉。

辨證：證係脾肺氣虛，攝納無權。

治法：治以補益脾肺，溫補下元。

治療經過：關元，針加灸；針三陰交、足三里（雙側）用熱補法；針中脘。共治療四次，停針觀察月餘未尿床。

四、討論

本病是兒科常見病，除因脊柱裂所致的遺尿症外，一般功能性遺尿者，尿後能清醒者病情輕，尿後不者病情重。輕者一般治療三次左右可愈，重者須治療六次左右可痊。

《針灸聚英》記載主治遺尿的穴位有：太淵、尺澤主「卒遺失無度」，列缺主「小便遺」，三陰交主「小便遺失」，陰陵泉主「遺尿失禁不自知」，箕門主「遺溺」，通里、神門、少府主「遺溺」，小腸俞主「淋漓遺尿」，膀胱俞、委中主「遺溺」，大敦主「小便數遺不禁」，陰包主「遺溺」，氣海主「小兒遺尿」，供同道們臨床選用。

二十二、一間、陷谷治療網球肘

網球肘即肱骨外上髁炎，又名肱橈滑囊炎，是指肱骨上髁、橈骨頭、肱橈關節滑囊處無菌性炎症而言。中醫學稱之曰「肘痛」。

本病多因前臂旋轉用力不當，或腕部過份屈伸，或長期端提重物，以致勞傷氣血、經筋受損所致。

一、診治分析

(一) 臨床表現

腕關節無力，肘關節外側酸痛，部分病例或見肘部微腫，酸痛可放射至前臂、腕部或上臂。用力握拳及前臂做旋轉動作（如擰毛巾）時疼痛加重。

(二) 檢查

曲池外側，即肱骨外上髁，環狀韌帶或肱橈關節間隙處出現壓痛。屬陽明病。

(三) 治法

取一間穴（位於食指第一指骨與第二指骨之間關節處，屈指橈側紋頭處取之，奇穴）。針法：毫針直刺四至五分深，得氣後按壓一至二分鐘，待氣至病所。若氣不至病所者，行龍虎交戰法（左捻九右捻六）兩次，一般針一次即愈。若不愈或氣不至病所者加陷谷穴（雙側）。陷谷為足陽明俞穴，是網球肘的反應點。

二、醫案舉例

病例一：馮○○，女，三十九歲，一九八五年九月十四日初診。

現病史：右肘外側痠痛半年餘。腕關節無力，擰毛巾等動作疼痛加劇，痛後曾局部封閉數次未效。

檢查：肘外側肱骨外上髁壓痛，病屬陽明經。

治療經過：針一間穴（病側），行龍虎交戰法（左捻九右捻六），針後肘痛明顯減輕。隔日針一間、陷谷（雙側），肘痛消失。觀察年餘，未見復發。

病例二：孟○○，女，六十歲，病歷號：五九三二，於一九八七年三月十三日初診。

現病史：自一九八六年八月左肘外側痛，放射至前臂，用力握拳及前臂旋轉時疼痛加重，病後曾針灸局部多次未效。

檢查：左肘外側肱骨外上髁壓痛。病屬陽明經。

治療經過：針一間穴（病側），得氣後按壓一至二分鐘，經氣傳至病所（熱感），肘痛立即減輕而消失。觀察五月餘，未見復發。

病例三：邢○○，女，四十七歲，於一九八七年四月九日初診。

現病史：右肘酸痛近一年，向上臂及下臂放射，腕關節無力，病後曾接受穴位封閉六次，電興奮五次，理療一個療程，均未效。

檢查：肱骨外上髁壓痛。

治療經過：針一間穴，行龍虎交戰手法。針後當時痛減，當日夜間疼痛又作。五日後複診，針一間、陷谷穴，針後痛減而消失。觀察四個月未見復發。

三、討論

一間，屬「奇穴」，是王惠年氏治療本病摸索出來的有效穴位。王氏治療本病幾十例未發表。余在王氏思想啟發下，治療本病除取一間穴外，在足陽明查出反應點即陷谷穴。一間位於食指橈側手陽明經線上，陷谷為足陽明俞穴，「俞主體重節痛」，手足陽明經氣相通。本病屬手陽明經筋病，取此二穴為「上病下取」，具有疏通經氣、溫煦經筋之效，故取之多能奏效。

二十三、放血法治療潰瘍性口腔炎

潰瘍性口腔炎，中醫稱之為「口瘡」。為心脾熱盛、薰蒸於口所致。如《素問》〈至真要大論〉講「諸痛癢瘡，皆屬心」，說明本病以心火熾盛為主，治以清瀉心火為法。心主血脈，脾脈連舌本，散舌下，刺絡出血有清瀉心熱之功，故放血法是治療急性潰瘍性口腔炎的有效方法。

一、診治分析

(一) 臨證表現

口舌生瘡，甚致糜爛出血，流涎拒食，灼痛，心煩急躁，夜眠不實，尿黃便乾，舌紅少苔，脈滑數。

(二) 治法

治以清瀉心脾。取穴：(1)潰瘍面用三棱針點刺出血。(2)金津、玉液放血。兩組穴可以交替取用。

二、醫案舉例

病例一：郝○○，女，二十七歲，病歷號：二二四五，於一九八四年三月六日初診。

現病史：兩月來口舌生瘡反復發作，經服中藥（藥物不詳）治療未愈。現咽、舌邊、上唇各有一處潰瘍，呈燒灼樣疼痛，口乾渴，鼻乾，大便四至五日一行，小便赤。

檢查：舌質紅、苔白，脈沉數。

辨證：證係心脾熾熱，薰蒸於口所致。

治法：治以清瀉心脾。

治療經過：首則刺潰瘍面出血，放血後灼熱樣疼痛明顯減輕；給予大黃、元明粉、甘草等中藥一劑，以通其便，清瀉腑熱。隔日複診，大便已行，針潰瘍面及金津、玉液出血，共針兩次而愈。觀察十月未復發。

病例二：吳○○，女，四十四歲，於一九七六年四月二十二日初診。現病史：兩天來左側舌緣生瘡，如黃豆大橢圓形潰瘍一塊，鼻翼上兩塊，瘡面周圍紅潤，呈火燒樣灼痛，痛苦難忍。

檢查：舌質紅，苔白，脈滑數，頸淋巴結腫大。

治療經過：針金津、玉液出血，針後出血較多，灼痛立即明顯減輕。次日複診，針潰瘍面出血。經隨訪，針兩次而愈，未服任何藥物。觀察年餘未復發。

病例三：王○○，男，五十九歲，病歷號：二三八，於一九八一年六月十二日初診。

現病史：患者因病面癱來我科就診。於六月十七日，舌邊、舌面出現三個潰瘍，潰瘍周圍紅潤，呈燒灼樣疼痛，左上牙齦腫痛。

檢查：舌質紅，苔白，脈滑數。

治療經過：針潰瘍面出血，針顴膠、合谷、內庭（得氣後取較強酸脹針感），六月二十二日複診，潰瘍面癒合，牙痛消失。繼續治療面癱。

三、討論

本法適用於治療潰瘍性口腔炎的實火證。即潰瘍面周圍紅潤，燒灼樣疼痛為使用本法的主要體徵。對於久病、潰瘍面周圍色淡紅、其痛隱隱的虛火證，非本法所宜也。例一，不僅心脾經火熱熾盛，而且陽明腑熱，故除用針刺放血法外，又予以清瀉腑熱之藥。例二、例三只見經熱，未見腑熱證，故只針刺放血，不用中藥而愈。

二十四、彈撥大腸俞治療痔瘡

歷代文獻記載針灸治療痔瘡的穴位甚多。筆者用「針刺彈撥法」，獨取大腸俞治療內痔出血及血栓外痔和炎性外痔，取得較為滿意的效果，今介紹於下。

一、大腸俞定位

《甲乙經》云：「大腸俞，在第十六推下，兩旁各一寸五分」，即與髂骨脊相平，於第四與第五腰椎之間陽關穴旁開一寸五分處取之。《針灸大成》說「東垣云：中燥治在大腸俞」。

二、彈撥方法

令患者俯臥，皮膚消毒後，用圓利針或細三棱針，採用注射法進針，將針送入五至六分深，術者右手大指、食指持針柄，中指扶持針體，向左右彈撥五至六下即可。彈撥時術者指下感覺針尖撥動肌肉纖維為準。

三、醫案舉例

病例一：李○○，男，二十八歲，於一九七五年十一月四日初診。

現病史：三天前因食辣椒，肛門旁生一腫物，大如紅棗，不出血，疼痛劇烈，行動不便。

檢查：核如棗大。舌質紅，苔黃厚，脈弦數。

辨證：證係陽明燥熱，血瘀絡阻。

治法：治以清熱化瘀。

治療經過：彈撥大腸俞（雙側），彈撥後疼痛明顯減輕，次日即可參加田間勞動。

病例二：王○○，男，六十二歲，於一九八七年五月二十一日初診。

現病史：因病面部麻木來我科就診。於六月四日感覺腰痛，大便帶鮮血。

檢查：內痔Ⅰ期，承山壓痛明顯（++），舌質紅，苔白，脈弦滑。

辨證：證係大腸蘊熱，熱傷血絡。

治法：治以清熱止血。

治療經過：彈撥雙側大腸俞。彈撥後次日大便無血。

三、討論

本法適用於Ⅰ、Ⅱ期內痔以及血栓外痔、炎性外痔。對於Ⅲ期內痔以及靜脈曲張，外痔、結締組織外痔，均須採用結紮手術治療，非本法所宜也。

二十五、辨經治療牙痛

牙痛是針灸臨床常見病之一，多為陽明實火、少陽風火或少陰虛火所致，也有因「蟲蛀」所致者。它包括急性齒髓炎、慢性齒髓炎、牙齦膿腫等病。

一、病因病機

腎主骨，齒為骨之餘。上齒齦屬足陽明，下齒齦屬手陽明，少陽之脈行於頤（頤）、大迎、頰車、耳前後。故素嗜辛辣肥甘飲食者，胃腸火熱熾盛，循經上炎以致牙痛。或因素體火盛，復感風邪，風火鬱於少陽，或牙痛日久，陽明之火傳入少陽所致，或因腎水不足，虛火上炎，以致牙痛，或因多食甘酸食物，或口齒不潔，食物殘渣鬱久生腐，致齒部剝蝕或齒生孔洞或全部脫落，僅留殘根而作痛。

二、辨證與治則

（一）實火證

牙齦紅腫，疼痛劇烈或跳痛，夜間尤甚，遇冷痛減，或有溢膿、口臭、便秘、尿黃赤，舌質紅，苔黃，脈滑數者為陽明胃火證，治以清瀉陽明。若牙痛牽扯太陽部或偏頭痛、肩作痛或伴有發熱，惡風等症，苔薄白，脈浮數者為少陽風火證，治以疏風清熱。

（二）虛火證

牙捕隱隱，時作時止，牙齒鬆動或浮長感，口不臭，齒齦不紅腫，舌紅少苔，脈細數者為少陰虛火證，治以補陰清熱。

三、辨經與取穴

針灸取穴是在辨清病屬何經的基礎上進行的。如同是劇烈牙痛，若按其大迎脈盛或上齒疼、腫脹，病屬足陽明經，宜取大迎（齊刺法，即在大迎穴針三針）、內庭。對於齒齦腫痛，無論膿成與否，均宜用三棱針刺破出膿血，針刺出膿血對於清散氣血壅滯有卓效。若按某大迎脈不盛，而陽谿脈盛，或合谷壓痛，或下齒痛、腫脹，病屬陽明，宜取合谷。若按其大迎脈、陽谿脈均不盛，而按其耳門、絲竹空或曲鬢、浮白、完骨、竅陰、肩井等穴壓痛；病在少陽經，應根據其壓痛明顯程度，分別取耳門、絲竹空或浮白、完骨、肩井等穴。

針刺實火牙痛，針感宜強些，即進針得氣後取較強酸脹針感，出現涼感更好，留針時間宜長，可日針一至二次。對於隱隱牙痛者，查無上述體徵，而按其太谿穴壓痛者，病屬少陰經，宜取太谿穴。針刺虛火牙痛，宜取柔和酸脹針感，留針時間可短些，每日治療一次。

近端取穴，宜根據牙痛具體部位選用，如上齒列的後牙痛，取下關，門牙痛取人中，二者之間的取顴膠；下齒列的後牙痛取頰車，門牙痛取承漿，二者之間取大迎。這就是針灸治療牙痛用穴施術的梗概。

保持口腔衛生，預防齲齒，是預防牙痛的關鍵，應做好宣傳工作。

四、醫案舉例

病例一：高○○，女，六十八歲，於一九八七年六月四日初診。

現病史：牙痛、頭痛一周。口乾夜甚，納可，寐佳，二便正常。平時腰膝酸痛，自覺睜眼困難。

檢查：牙齒部分脫落，滿口牙痛，左側明顯，舌質略暗，苔黃，脈沉數。

辨證：證係少陽風火牙痛，病屬少陽經。

治療經過：針左浮白、完骨，針後牙痛頭痛明顯減輕。隔日複診，前穴加耳門、絲竹空，疼痛繼續減輕。三診，針左耳門、絲竹空、肩井（雙側）。針後牙痛消失。觀察月餘，牙痛未作。

病例二：李○○，男，四十二歲，於一九八七年六月初診。

現病史：牙痛兩天。病後曾去某院診治，給予止痛及消炎藥治療，牙痛不止。

檢查：大迎脈不盛，左合谷壓痛（++），左上第四個牙痛，牙齦不紅腫。

辨證：證係陽明牙痛，病屬手陽明經。

治療經過：針左顴膠（涼手法，即進針得氣後，徐徐提針一至二分鐘），合谷行氣法，針感（經氣）傳至肩，針後痛止，觀察月餘，牙痛未作。

病例三：孫○，男，二十六歲，於一九八三年九月十二日初診。

現病史：牙痛三天，夜間尤甚。

檢查：右下齒齦腫，痛苦面容，大迎脈不盛，陽谿脈盛。
辨證：證係陽明牙痛，病屬於陽明經。

治療經過：針右合谷，施行氣法十分鐘後，用三棱針刺出膿血，針右頰車（涼手法），針後腫消痛止。觀察兩周，牙痛未作。

病例四：李○○，女，二十八歲，於一九七五年八月十四日初診。

現病史：一年來經常牙痛，每遇冷熱或吸冷風均引起牙痛發作。昨夜左上牙持續性劇痛，牽扯左顳部亦痛，手扶面頰來就診。

檢查：左上第七齒有齲洞，不紅腫，痛苦面容，未作經絡檢查。

治療經過：針左下關、合谷、內庭（雙側），合谷捻針數分鐘，牙痛未止。繼而改針曲鬢、絲竹空，牙痛緩解。九月十五日隨訪，針後牙痛未作。

按語：本案病程日久，病由陽明傳入少陽，牽扯左顳部痛，故針陽明合谷、內庭穴無效。病在少陽，故針曲鬢、絲竹空，牙痛緩解。從而可見，針刺治療牙痛，不辨經可乎？

二十六、三十九例腰痛臨床分析

腰痛是常見病。為提高療效，尋找治療規律，今將一九七四至一九八六年筆者在針灸門診治療的三十九例腰痛小結分析於下。

一、臨床資料

三十九例中，男十九人，女二十人，年齡最大者七十四歲，最小者二十歲，以三十一至五十歲者居多（占總例數的五十九%），發病部位於左側者四人，右側者七人，雙側者二十七人，中行者一人；病程最短者一天，最長者二十年，以三十天以內者為多。

上述資料說明本病多發生於壯年人，兩側發病者居多。

二、病情分析

（一）腰痛分類

三十九例中，屬於功能性腰痛者三十六例，其中包括感寒者六例、扭傷者九例（包括外傷一例）、勞累者七例、鬱怒者三例、原因不明者十一例，屬於症狀性腰痛者三例，其中子宮下垂者一例，腎下垂者一例，慢性腎盂炎者一例。

（二）辨證依據

（1）寒濕腰痛者：主證是腰部冷痛重著，夜間尤甚，陰雨遇寒加重。若寒濕鬱久化熱，則腰痛伴有熱感（或灼熱），喜寒惡熱者為濕熱腰痛。

(2) 腎虛腰痛者；腰痛以酸軟為主，喜揉喜按，遇勞則甚，常反復發作。

(3) 氣滯血瘀腰痛者：主證是腰痛如刺，痛有定處，痛處拒按，或膝膕窩出現血絡。若偏於氣滯者，腰部脹痛，或兩脅脹，走注刺痛。

三十九例中，屬於寒濕證者八例，濕熱證者一例，腎虛證者十二例，氣滯血瘀證者十八例。

(三) 辨經依據

腰椎及骶椎兩側疼痛及壓痛者為太陽經病。腰骶椎中行疼痛及壓痛者為督脈病。腰痛向前陰放射者為厥陰經病。腰痛伴兩脅脹者為少陽經病。

三十九例中，屬於太陽經病者三十一例，太陽兼督脈病者三例，太陽兼厥陰病者二例，太陽兼少陽病者一例，督脈病者二例。

三、治療方法

(一) 治法

寒濕證：治以溫化寒濕，使用燒山火手法，多用灸法。對於腰部肌肉拘緊或日久不愈者，採用火針點刺，一周兩次。

濕熱證：治以清化濕熱，採用針刺法（即進針得氣後尋找較強的酸脹針感），重者配合放血，一週二次。

腎虛證：偏陽虛者，宜補腎陽，針刺熱補法，重用灸法。偏陰虛者，宜補腎陰，使用針刺尋找柔和酸脹針感。

氣滯血瘀證：治以行氣活血，祛瘀止痛。外傷所致者，治以針刺，寒凝血瘀者，治以針刺、放血、艾灸並用。

（二）取穴原則

（1）近端取穴（局部）：①按腰痛性質取穴。腎虛腰痛者，取腎俞、命門等，寒濕或濕熱腰痛者，選次膠、大腸俞等。②按疼痛部位取穴。如腰部兩側痛，選腎俞、大腸俞等，骶部痛取八膠等。③結合兼證取穴。如腰痛兼大便乾或大便溏，則取大腸俞、腎俞；小便黃赤則取膀胱俞；腰肌拘急取中膺俞等。

腰痛亦有不取近端穴的。如氣滯腰痛取氣海，扭傷腰痛取人中、委中，以及筆者獨取昆侖治療功能性太陽經腰痛等。

（2）循經取穴：這是根據病屬何經取穴。如痛在腰骶兩側，屬太陽經，取委中、昆侖、後谿；痛在中線屬督脈，寒濕證取大椎，扭傷者取人中；若腰痛筋脈拘急或向前陰放射者屬厥陰，取中都或蠡溝等；若腰痛兩脅脹者屬少陽，取陽陵。此外，足太陽、足少陽下肢皮部出現血絡者，應刺絡出血。

（3）症狀性腰痛（器質性）：這類腰痛應根據不同器質性疾病來辨證取穴，如子宮下垂出現的腰痛，應取中脘、氣海、百會、維道、三陰交等穴治療。

四、治療結果

(一) 療效標準

腰痛消失，完全恢復正常者為痊癒；腰痛明顯減輕者為顯效。腰痛減輕者為好轉；腰痛無改善者為無效。

(二) 結果分析

三十九例中，治愈者二十七例，佔八十九·二%，顯效九例，佔二十三·一%；好轉者一例，佔二·五六%，無效者二例，佔五·一%，總有效率為九十四·九%。

(三) 病程與療效的關係

從治愈的二十七例中分析，發病三十天以內者，治愈十八例；病程二至三個月者，治愈二例；病程一至五年者，治愈五例；病程十五至二十年者，治愈二例。可見病程長短不是決定治療效果的關鍵。

(四) 療次與療效的關係

從治愈的二十七例及無效的二例中分析，治愈的二十七例，平均每例治療三·一八次，無效的二例，平均每例治療二五·五次，可見療次與療效不成正比關係。

(五) 病種與療效的關係

從治癒的二十七例中分析，屬於功能性者二十六例，器質性者一例（腰痛消失三個月後又復發）。可見功能性腰痛是針灸適應證，可以取得較好的療效。

（六）遠期療效

三十九例中，隨訪復查十五例，占總例數的三十八·五%。觀察時間最長者六年，最短者月餘。十五例中，一例腰痛消失，三個月後因勞累復發，其他十四例維持原水平。復發率為六·二%。

五、醫案舉例

病例一：李○○，男，四十歲，於一九七二年十月十二日初診。

現病史：腰骶部劇痛二月餘。病因當年暑假出差山東，時值氣候炎熱，每日用冷水淋浴而發病。當時腰骶部劇烈疼痛，並向前陰放射，尤以夜間為甚，腰骶部怕冷，活動嚴重受限，每次翻身都因痛而出一身汗，面色黃白，脈弦緊，舌苔薄白，病後即去某院，診為腰骶神經根炎，給予針刺及口服和肌注中西藥（藥物不詳）治療，效果不顯。

辨證：證係感受寒濕，痹阻太陽、厥陰之脈。

治法：治以溫化寒濕，溫通經脈。

治療經過：灸八膠以溫化寒濕，針大椎（熱手法）以助陽，針合谷、太衝以開痹。針灸後痛減，連治十次，病衰大半。

病例二：左○○，女，四十九歲，病歷號六〇六九〇五，於一九八一年八月二十一日初診。

現病史：右腰胯痛兩天。兩天前腰部砸傷，以致腰胯部如針刺樣劇烈疼痛，活動嚴重受限，動則刺痛難忍。

檢查：腰胯無紅腫，右側腰二旁壓痛，舌質淡紅，脈沉。

辨證：證係瘀血腰痛，病屬太陽，少陽經。

治法：治以活血化瘀，行氣止痛。

治療經過：針刺陽陵泉、支溝、腰二夾脊穴，針後取較強酸脹針感。治療兩次後，劇痛消失，五次後腰胯痛消失，僅腰椎旁肌肉痛，拘緊。針刺改為後谿、委中、腰椎二及四夾脊穴，針刺尋找較強酸脹針感，共治療八次而愈。觀察四十日未見復發。

病例三：于○○，男，二十四歲，於一九八〇年四月十六日初診。

現病史：左側腰痛三年。因開大型客車而病，左側腰部酸痛，勞累後加重，甚則影響睡眠，直腰痛，彎腰不痛。

檢查：脈沉細，舌質淡，苔薄白。

辨證：證係勞役傷腎，腎府失養。

治法：治以補益腎氣。

治療經過：針左腎俞（熱補法，針後腰部熱感）、左養老，取柔和酸脹針感，共治療三次，腰痛消失。觀察七年未復發（改開小車）。

病例四：王○○，男，七十四歲，病歷號：六〇四一四一，於一九七六年十月十七日初診。

現病史：右腰痛三天。自本月四日因腰部用力不當，出現右側腰痛，以後逐漸加重，牽扯右腿亦酸痛不怕冷，腰部活動受限。近一周左下牙痛。

檢查：舌質淡，苔白，脈沉弦。

辨證：證係氣滯血瘀（閃腰）。

治法：治以行氣活血。

治療經過：針左手腰痛點（位於第二、三及四、五掌骨之間）。在留針過程中，行左捻九右捻六法兩次。針合谷、足三里以清陽明之熱。針後腰腿痛立即緩解，次日又有些痛，繼針前穴而愈。

病例五：李○，男，六十二歲；病歷號：六〇四六七七，於一九七七年七月十一日初診。

現病史：自一九六〇年病腰痛，病後曾經中西醫治療（治療方法不詳），診為腰肌纖維組織炎，曾先後復發七至八次。近兩周腰痛又作，右側酸痛明顯，右腿酸脹，腰部怕冷喜暖，陰雨天疼痛明顯，彎腰受限。

檢查：苔薄白、中心黃膩，脈沉弦而數。

辨證：證係寒濕痹阻，有化熱之勢。

治法：治以溫清並用。

治療經過：針腎俞，灸次膠，針環跳、委中。治療三次。腰痛基本消失，又鞏固治療二次。於一九八〇年六月來科治療肩痛，言其腰痛至今未犯。

六、討論

腰痛，分為器質性的和功能性的兩大類。由於器質性腰痛的腰痛只是疾病的症狀之一，治療時必須治療引起腰痛的原發疾病，腰痛才能治癒。在此不予討論。引起功能性腰痛的原因，常見的有三種，即感受寒濕，腎虧勞損，跌仆外傷。三種因素並不是孤立的，而是互相關聯、互相影響的。在一個具體病人身上可能以某一種因素為主，也可能三種因素同時存在。外因是變化的條件，內因是變化的根據，外因必須通過內因起作用。因此，歷代醫家認為腎虛是引起本病的關鍵，感受寒濕常通過腎氣虛而起作用，若無腎虛，雖感寒濕，亦不致出現腰痛。跌仆外傷雖是外因病，但經筋受損後，又易感受外邪。

寒性凝滯收引，濕性重著，故感受寒邪則腰痛劇烈，腰肌拘緊。感受濕邪則腰部重著。寒濕皆為陰邪，陰盛則傷陽，陽傷則溫煦作用不足，故腰部怕冷喜暖。夜間和陰雨天陰寒較甚，故腰痛加重。寒性凝滯、氣血運行不暢，故日久易現寒

凝血瘀證，委中絡脈或下肢皮部出現血絡。濕性黏滯，故日久易從熱化，出現腰部怕熱喜冷等症。虛，指腎虛。腎虛則腎府失養，故虛證則見腰痛以酸軟為主，喜按喜揉，勞則傷氣，故遇勞更甚。跌仆外傷，經筋受損，以致氣血阻滯不通，故見腰部刺痛，痛有定處等瘀血特徵。若偏於氣滯，則見脹痛，或見攻痛、竄痛等症。

腰痛辨證施治，宜別寒熱虛實。大抵外邪所致者，多屬實證，發病多急，治宜祛邪通絡，同時根據寒濕、濕熱的不同分別處理。因腎虛，勞損所致者，屬虛證，多見慢性反復發作；因勞累過度所致者，若不改變工作條件，尤易復發。氣滯血瘀證，其證多屬虛實並見，急性者多屬實證，治以行氣活血；慢性者多屬虛證，還須強腰固腎。《針灸甲乙經》記載的三十四個治療腰痛的穴位及血絡，是辨經取穴的典範，直至今日仍是臨證的重要參考文獻。

二十七、彈撥昆侖治療功能性太陽經腰痛

腰痛是常見病，具有治療腰痛的方法和穴位甚多。余用「彈經撥絡法」，獨取昆侖治療功能性太陽經腰痛，取得滿意效果。今將其彈撥方法及其適應證介紹於下。

一、一般資料

彈撥昆侖治療腰痛有病歷記載的共十六例。十六例中，男六例，女十例；年齡最大者六十九歲，最小者二十歲，以三十一至五十歲者居多；發病部位為單側及中線者四例，雙側者十二例；發病原因，扭傷引起者四例，情緒刺激引起者二例，過勞引起者二例，因受風寒引起者一例，原因不明者七例；病程最長者五年，最短者半日。

十六例中，腰部酸痛、鈍痛但能堅持工作者十二例；腰部劇痛、活動嚴重受限、不能行動者四例。

辨證及辨經依據見《三十九例腰痛臨床分析》。十六例中，屬氣滯血瘀證者十一例，腎虛證者四例，寒證者一例。十六例中，屬太陽經病者十一例，太陽兼督脈病者四例，督脈病者一例。

十六例中，一次治癒者十二例，一次顯效者三例，二次治癒者一例。療效標準見《三十九例腰痛臨床分析》。

二、診治方法

(一) 昆侖穴定位

《甲乙經》曰「昆侖，火也。在足外踝後，跟骨上陷中，細脈動應手，足太陽脈之所行也，為經」。《針灸大成》云昆侖「主腰尻腳氣足腫不得履地：癰如結，踝如裂：肩背拘急：腰脊內引痛」。

(二) 彈撥方法

令患者仰臥，術者立於患者足下，彈撥左昆侖用右食指，彈撥右昆侖以左食指；術者將食指尖放在昆侖穴位上（即跟腱前緣凹陷處），首先用力向下壓，然後向外踝方向滑動，彈撥時術者感覺指下有一跟筋滾動，患者感覺痛、麻或觸電感向足心放射，無論雙側或單側腰痛，左右昆侖皆各彈撥三下。

三、醫案舉例

病例一：趙○○，女，六十九歲，於一九七四年二月九日夜診。

現病史：因昨晚著急生氣，今晨突然腰骶部脹痛，彎腰、臥床不痛，直腰、翻身起床、走路則左腰痛重。病後曾自行拔罐、貼膏藥均未能止痛，於當日夜來我科就診。

檢查：左大腸俞壓痛，直腿抬高試驗陰性，舌苔薄白，脈沉弦。

辨證：證係氣滯太陽之脈。

治療經過：彈撥昆侖（雙側）。彈撥後令患者起床下地，走路疼痛消失，僅感腰骶部發板，輕微疼痛。在病人要求下，又針刺雙側昆侖，針後諸症消失。

病例二：劉○○，女，三十二歲，於一九八六年五月初診。

現病史：腰痛一天。自一九八六年四月二十二日行人工流產術，術後勞累過度（洗衣服），次日（五月二日）突然出現腰痛，不能轉側。

檢查：其骶部中行及兩側壓痛，氣海壓痛，直腿抬高試驗陰性，舌苔薄白，脈沉弦，痛苦面容。

辨證：證係勞累過度，腎府失養。病屬太陽兼督脈經。

治療經過：彈撥左右昆侖各三下。彈撥後令其起床下地，活動自如。次日相遇，患者正在看護小孩，說「您真是手到病除呵」！觀察年餘，未見復發。

病例三：薛○○，男，六十四歲，病歷號：二九三，於一九八七年四月初診。

現病史：既往患腰椎間盤突出症六年，已愈。近兩月來無明顯誘因而病右側腰部酸痛，不能俯仰，咳嗽加重，遇寒痛甚。

檢查：其右骶髂關節處壓痛。

辨證：證係寒邪痹阻太陽經脈。

治療經過：彈撥左右昆侖各三下。彈撥後即下床活動，腰痛消失。觀察二月未見復發。

病例四：王○○，女，三十二歲，於一九八六年十月十九日初診。

現病史：一月前因搬車不慎而病右腰腿痛，夜間尤甚，轉側困難，病後即行按摩、服中藥，治療月餘未效，故延余出診。

檢查：其腰骶椎、夾脊無壓痛，環跳、承扶、殷門無壓痛，右骶髂關節壓痛明顯（+++），委中壓痛（++），承山壓痛（+++），右小腿外側感覺遲鈍，右跟腱反射減弱，直腿抬高試驗四五度，痛苦面容。

辨證：證係氣滯太陽經脈。

治療經過：彈撥昆侖雙側各三下。彈畢令其起床下地，患者半信半疑地試著起床下地，走了幾步說「這是怎麼回事，我的腰怎麼不痛了」。我說「這是一把鑰匙開一把鎖」，全家人哈哈大笑。患者尚感小腿肚發板，又給予右側昆侖彈撥三下。腰痛消失，以後繼續針刺昆侖、承山數次以治療腿痛。觀察近半年，未見復發。

四、討論

(1) 腰痛，從醫學的觀點來講，並不是一種獨立的疾病，而是一組症狀。引起腰痛的原因錯綜複雜，但是總括起來，可以把引起腰痛的各種疾病分

(2)

為兩大類：一類是能造成腰椎骨關節發炎或損傷的，稱為器質性腰痛，如腰椎骨結核、骨腫瘤等，但此類疾病在腰痛患者中只占少數。它也包括一些由於某個內臟器官疾病而引起的腰痛，由於它只是這些疾病的症狀之一，所以又叫症狀性腰痛（器質性腰痛）。另一類是由於受寒、外傷（閃腰、岔氣）、勞累引起骨關節周圍的韌帶、筋膜發炎或損傷，而不造成骨關節破壞的，叫作功能性腰痛。在臨床上絕大多數病人的腰痛屬這一類。彈撥昆侖對治療功能性腰痛有效，對於器質性腰痛是無效的。

《靈樞》〈經脈〉云「肝，足厥陰之脈：是動則病腰痛，不可以俯仰」，說明腰痛是肝經經脈發生變動。《靈樞》〈經脈〉又說「膀胱，足太陽之脈：是主筋所生病者：項背腰尻膕腓部皆痛」。說明足太陽是主治腰痛的經脈。但《素問》〈刺腰痛〉及《針灸甲乙經》〈腎小腸受病發腹脹腰痛引背少腹控臑第八〉記載十四經皆有腰痛而且治療取穴亦各不相同。這說明引起足厥陰肝經發生變動，而病腰痛的不只是某一經，而是諸經都能引起肝經發生變動而病腰痛，因此臨證時必須辨清病屬何經，然後按經取穴，才能收效。本文報導的病例，皆屬足太陽經病或以足太陽經病為主所致的腰痛，故取昆侖收到滿意效果。因此，彈撥昆侖可治療功能性太陽經腰痛。其他經腰痛獨取昆侖是否有效，尚待進一步觀察。

(3)

本法適用於功能性太陽經腰痛，無論急性者或慢性者均能收效。但彈撥時必須以出現麻、觸電感，且向足心放射為準，若患者只感覺痛而未出現麻、觸電感者，腰痛雖可減輕，但不易痊癒，必須如法再彈。

二十八、四十九例腰腿痛臨床分析

腰腿痛是臨床常見病。現將一九七四至一九八五年筆者在針灸門診治療的四十九例腰腿痛小結分析於下。

一、臨床資料

四十九例中，男二十四人，女二十五人；二十一至三十歲者四人；三十一至四十歲者五人，四十一至五十歲者十七人，五十一至六十歲者十九人，六十一至七十六歲者四人，發病部位為左側者二十二人，右側者二十一人，雙側者六人；病程為三至三十天者十九人，二至九月十六人，一至三年六人，七至十年七人，二十年一人；第一次發病者三十九例，二次發病者四例，三次發病者三例，五次發病者一例，經常反復發作者二例。上述資料說明四十一至六十歲者發病居多，占總例數的七十三·四％。

二、病情分析

四十九例中，屬腰椎病變者十七例（包括腰椎骨質增生、椎間隙變窄、椎間盤突出、腰椎肥大性關節炎、隱性脊柱裂、脊椎炎、第四腰椎滑脫）。四十九例中，有明顯發病誘因的二十六例（包括勞累五例，受寒八例，扭傷十例，分娩後一例，腎虧體虛一例，氣滯一例），原因不明者二十三例。

（一）辨證依據

證五例，氣滯證一例。

- (1) 寒證：疼痛劇烈，夜間尤甚，抽痛或拘緊，腰腿欠溫，怕冷喜暖，遇寒則甚，苔薄白，脈沉緊或弦緊。
- (2) 濕證：其痛重著，麻木，陰雨天加重。
- (3) 風證：走注竄痛。
- (4) 瘀證：病久寒凝血瘀，則見刺痛或憋脹痛，或下肢皮部出現血絡。
- (5) 濕熱證：腰腿灼痛，遇熱及陰雨天加重。
- (6) 虛證：喜揉喜按，易反復發作。

四十九例中，寒證十五例，寒濕證十五例，風寒證十二例，熱證一例，腎虛證五例，氣滯證一例。

(二) 辨經依據

- (1) 腰骶椎中行及夾脊壓痛或疼痛者為督脈病。
- (2) 腰骶椎兩側及大、小腿後側疼痛或壓痛，或出現血絡，或委中絡脈充盈者為太陽經病。
- (3) 髀樞、小腿外側痛或壓痛，或出現血絡者為少陽經病。
- (4) 下肢肌肉萎縮，或自髀關至梁丘壓痛者為陽明經病。
- (5) 腹股溝或陰廉、五里壓痛者為厥陰經病。

四十九例中，屬太陽經病五例；太陽、少陽經病二十二例；太陽、少陽、陽明經病二例；太陽、督脈病九例；太陽、陽明經病一例；少陽、陽明經病一例；太陽、少陽、厥陰經病一例；督脈、陽明經病一例，督脈、太陽、厥陰經病一例；督脈、太陽、少陽經病二例；太陽、陽明、厥陰經病一例。

說明腿痛以太陽、少陽經病為多。

三、治療方法

(一) 治則。

見《三十九例腰痛臨床分析》。

(二) 取穴

- 治療腰痛取穴見《三十九例腰痛臨床分析》。治療腿痛取穴應根據以下原則：
- (1) 辨證取穴：如風證和濕證，取風府、外關或風市等。血瘀（憋脹痛）證，取委中、血絡或井穴放血。
 - (2) 循經取穴：太陽經病，取秩邊、委中、後谿（腕骨）。少陽經病，取環跳、陽陵、外關等。陽明經病，取中腕、氣街、足三里等。
 - (3) 結合壓痛點取穴，如承扶、殷門、承山、昆侖、光明、絕骨以及瞳子膠等。

(4) 腰腿痛反復發作者，每年自立冬日起至立春日止，灸關元一百天（次）。體弱、久病以及劇痛消失後，僅有微痛或麻木者，取中脘、氣海、足三里、列缺（熱補法）。

四、治療結果

（一）療效標準

見《三十九例腰痛臨床分析》。

（二）結果分析

四十九例中，除三例因治療一至二次，療效記錄不詳，不予統計外，其餘四十六例中，痊癒者二十五例，占五十三·三%，顯效者十五例，占三十·六一%；好轉者五例，占十一·一%，無效者一例，占二%。

（三）療次與療效的關係

從治癒的二十五例及無效的一例分析，治癒的二十五例平均每例治療十四·四次，最少者五次，最多者四十三次；無效的一例治療四十六次，可見療次與療效不成正比關係。

（四）病程與療效的關係

從治癒的二十五例分析，發病在一月以內者十三例，二至九月者八例，一至三年者一例，七至十年者三例。可見病程長短皆有治癒病例。

(五) 選期療效

四十六例中，去信追訪回科復查者二十五例，觀察時間最短的二月，最長的十年，二至六年者居多（十一例）。二十五例中，復發者一例，復發率為四%。

五、醫案舉例

病例一：傅○○，男，六十九歲，於一九六三年九月十五日初診。

現病史：左腿劇痛三周。病因騎車出城遇雨，天晚趕路過勞，回家後脫衣乘涼而發病。始則痛輕，繼而逐漸加重。現左腿胯及外踝疼痛劇烈，痛如錐刺，不能轉側，動則呼叫。病後曾接受針刺、拔竹罐及中西藥物治療（藥物不詳），未見效果。

檢查：痛苦病容，苔薄白，脈弦緊，胯部出現壓痛點三個，外踝二個。

辨證：證係寒濕之邪痹阻太陽、少陽經脈。

治法：治以溫散寒邪，溫通經脈。

治療經過：針刺後谿（右）、環跳、陽陵泉、昆侖（左），尋找較強酸脹針感。環跳取觸電感。在留針過程中，以米粒大艾柱炎壓痛點五處。每處灸十至十五壯，以灸至壓痛消失為度。針灸畢一至二小時後，患者突然感覺腿已完全不痛，病已豁然痊癒。觀察十餘年未復發。

按語：此例收效之速，灸之功也。《千金方》上說「治歷節，但於痛處灸三七壯佳」。《扁鵲心書》說「行路忽上膝及腿如錐，乃風濕所襲，於痛處灸三十壯」。本例即是用此法治癒的。

病例二：劉○○，男，五十一歲，於一九八一年七月十七日初診。

現病史：一九六七年秋帶學生下鄉勞動，因陰雨連綿，住宿處潮濕而病腿痛，病後經治月餘而愈。一九七六年秋復發，病情較輕，治療半月而愈。一九八一年北京天氣十分炎熱，同時期末考試工作緊張，下班後洗冷水浴，腿痛復發。痛自臀部沿大腿、小腿後側、外側、內側竄至足，呈持續性劇烈抽痛（恰如抽筋樣痛），活動嚴重受限，臥床不起，動則引起劇痛，臉色蒼白，出冷汗，呼叫，痛時喜按。按揉則痛減，但此處痛減彼處又痛。

檢查：患者側臥曲腿，實難仰臥檢查，環跳穴出現兩個壓痛點，一個在大轉子後上方寸餘，一個在大轉子與髌骨裂連線的內一二三處，光明、陽輔壓痛反復移動，承扶、大腸俞左側壓痛，舌苔薄白，脈沉緊。

辨證：證係風寒之邪阻太陽、少陽、厥陰經脈。

治法：治以祛風散寒，通經止痛。

治療經過：針刺風府，後谿與外關交替取用，環跳（觸電針感）、陽陵、委中，光明與絕骨交替取用。待劇痛消失後，針刺改為中腕、氣海、列缺、足三里（雙側）。始則每日一次，十二次後劇痛消失，改為隔日一次。十五次後可自己

行走，痛點消失。十七次後僅左腿陣發性麻木，共治療十九次，停針觀察四月餘未見復發。

按：抽痛劇烈，寒證也，其痛遊走，風證也，故始則治以祛邪為主。待劇痛消失，僅感麻木時，乃已轉化為經筋失濡之證，故治以扶正而收功。

病例三：王○○，男，四十六歲，於一九八一年一月二十二日初診。

現病史：一九五八年腰扭傷，一九七八年腰痛復發。近三周前突然腰痛，繼而右腿亦痛，痛自腰部向右腿走竄，呈針刺樣劇痛，活動嚴重受限，不能翻身，尤以午前和夜間為甚；右腿沉重，怕冷。病後曾去某院治療未效。

檢查：腰部壓痛（++），腰推二至四節骨質增生，苔薄白，舌邊有齒痕，脈沉緩。

辨證：證係風寒濕邪痹阻太陽、陽明經。

治法：治宜化濕溫寒，散風通絡。

治療經過：針刺取穴為腰骶壓痛點、環跳（溫針灸）、腹股溝壓痛點（齊刺法）、陽陵泉、足三里（熱手法）。治療三次後，腰骶部壓痛已不明顯，腿痛沿足陽明經竄痛，乃改為髀關、伏兔、梁丘、足三里、上巨虛、陽陵泉、風市。繼針三次，腿痛緩解。半年後患者來科復查，腰腿已不痛，僅蹲久或坐久右腿麻，無其它不適。針中腕、氣海、列缺、足三里一次。

按語：齊刺法見於《靈樞》〈官針〉「齊刺者，直入一，旁入二，以治寒氣小深者。或曰三刺，三刺者，治痺氣小深者也」。本例腹股溝處壓痛範圍小而深，故以齊刺法治之。

病例四：許○○，女，五十七歲，病歷號四七〇七八九，於一九七五年四月十六日初診。

現病史：右腿痛半年餘。自一九七四年十月無明顯誘因而病右腿痛，繼而腰痛。始則痛自臀部沿大腿後側、小腿後側竄至足外側，針刺樣疼痛，足趾麻，進而從腰部竄至兩腿，右腿重，兩足跟痛，左足踝痛。

檢查：左踝關節畸形（外傷骨折後），腰椎X片顯示骨質增生，兩跟骨骨刺，腰二、承山、委中壓痛明顯，跗陽、昆侖壓痛，舌質淡紅，邊有齒痕，苔薄白，脈弦滑，直腿抬高試驗（—）。

辨證：證係骨失所主感受風寒，痺阻太陽、督脈。

治法：治以補腎，祛風散寒。

治療經過：針刺(1)腎俞夾脊、後谿、環跳、承山、昆侖。(2)風府、外關、環跳、委中、風市、腰陽關。兩組穴交替取用，治療十次腿痛明顯減輕，十九次腿痛消失。自一九七六年至一九七九年九月共復發五次，隨令其自立冬日起至立春日止，灸關元一百天。一九八一年八月隨訪，患者曰「自一九七九至一九八〇年，連續灸關元兩年，腿痛未復發，健康狀況也較前進步，一冬未感冒」。

按語：患者所以反復發作，腎氣虛也。關元為元陰元陽之所，灸關元有補腎之功效，故灸後腎氣得充，腰腿痛未再復發。

病例五：鄭○○，男，六十歲，於一九七九年七月二十日初診。

現病史：左腿痛復發一周。患者於一九七四年曾坐骨神經，經針刺已治愈。近因感受風寒復發，現自髀樞沿大腿後側、小腿外側痛至足跟，午後明顯。

檢查：直腿抬高七十度，舌質紫暗，脈弦細。

辨證：證係風寒痹阻太陽、少陽之脈。

治法：治以扶正祛邪。

治療經過：針刺中脘、氣海、足三里、列缺（雙側，熱補法）。治療三次腿痛消失。至一九八一年七月十六日夜間受寒腿痛復發，繼用前穴治療八次而愈。

按語：患者年至六旬，腎氣已衰，腿痛不重，說明寒邪不甚，故用扶正之法而收效。

病例六：李○，女，四十一歲，病歷號四五六四六六，於一九七五年三月四日初診。

現病史：左腰腿痛十年。患者於十年前無明顯誘因而病左小腿痛及足背一、二趾麻。近五年經常腰痛。現彎腰、直腰受限，小腿抽痛，臀部絞痛，走路、經

期、陰雨天腰腿痛明顯，步履艱難。病後曾去數家醫院，診為椎間盤突出後腰神經根病變，接受電針、按摩及肌肉注射維生素B₁、B₁₂，未見好轉。

檢查：左跟腱反射低，左腰四及五、棘突、臀、膝膕窩、足外踝壓痛。舌質淡紅，苔薄白，脈弦無力。

辨證：證係寒濕痹阻太陽、督脈。

治法：治以溫化寒濕，疏導太陽、督脈經氣。

治療經過：針刺大椎、委中、腰陽關、夾脊，針後加罐。治療一療程，腰痛、腿麻減輕，仍用前穴加環跳（雙側），繼針兩療程，腰已基本不痛，小腿麻木消失，夜間腿痛已無。繼針前穴三個療程後，經期腰痛亦未發，已能步行二至三里，能上班工作。為鞏固療效，仍宗上穴去環跳加左三焦（壓痛點），共治四個療程（四十一次），完全痊癒，停針觀察，於一九七六年一月三日來科復查，腰腿痛消失，上班工作已半多。

病例七：高○○，男，四十二歲，病歷號三六五二，於一九八四年十一月十三日初診。

現病史：右腰腿痛一年，加重九個月。患者於一年前因鋸木頭扭腰，左髖骨痛並向小腿放射至足背。九個月前練氣功後疼痛加重，不能站立，怕冷。病後曾接受按摩、服中藥（藥物不詳）、消炎痛等治療，均未見好轉。

檢查：苔白，舌體腫大，邊有齒痕，脈細。右腿屈伸不利，腰陽關壓痛（+），秩邊、環跳壓痛（++），右膝膕窩及外側出現血絡。

辨證：證係風寒痹阻督脈和太陽經。

治法：治以溫散風寒，祛瘀通絡。

治療經過：針大椎、腰陽關（熱手法），環跳、委中、後谿，血絡及委中放血。治療一次後，患肢反溫；治療七次（放血二次），僅腳外踝、足背麻，微痛；針穴政為中脘、氣海、氣街、足三里、列缺。共治療十一次，停針觀察。兩月後隨訪，腰腿痛基本痊癒。

按語：《素問》〈繆刺論〉「視其血絡盡出其血」。《靈樞》〈壽夭剛柔〉曰「久痺不去身者，視其血絡盡出其血」，說明古代醫家認為凡見到血絡即應刺絡出血（菀陳則除之）。但筆者觀察五十餘例有血絡的患者，發現一是有血絡者並未病痺證；二是患痺證者在未病之時即有血絡；三是患痺證後出現血絡。形成血絡的原因有三：一為懷孕，二為久立（紡織工人等），三為感受寒邪，從而說明，血絡雖然是血瘀徵象，但出現血絡者並不都與痺證有直接關係。因此，刺絡出血適用於感受寒邪的「寒凝血瘀證」，對於與痺證無直接關係者，可以不盡出其血。

二十九、四十三例漏肩風臨床分析

漏肩風（肩周炎）為中老年人的常見病。臨床以肩部筋肉疼痛、日輕夜重、屈伸不利為特徵。為了探討其治療規律，提高療效，今將門診治療的四十三例臨床資料分析於下

一、一般資料

四十三例中，男十六人，女二十七人；二十一至四十歲者八人，四十一至五十歲者十三人，五十一至六十歲者十八人，六一至七十歲者四人；病程在一至六個月者三十三人，七至十二個月者二人，四至五年者六人，六至八年者二人；發病部位在右側者二十九人，左側者八人，兩肩（右重）者六人。

上述資料說明：（一）本病女子罹病多於男子。（二）五十歲左右者共三十一例，占總例數的七十二·一%。（三）右肩發病者居多。

二、病情分析

（一）病因分析

四十三例中，有明顯扭傷史者二人，其他皆因氣虛過勞、感受外邪所致。

（二）

本病以寒證為主。臨床所見為肩部酸痛，日輕夜重，嚴重者不能入睡，晨起肩部稍事活動後痛減，肩部怕冷，活動受限（穿脫衣服困難）。苔薄白，脈弦緊

者為寒證。若伴有沉重感，陰雨天加重，或肩部腫脹者為寒濕證。若肩痛向前臂放射者為風證。若肩臂憋脹痛，或出現血絡者為寒凝血瘀證；若肩中熱或灼痛者為寒邪化熱證。

四十三例中，寒證二十六例，寒濕證十二例，風寒證四例，熱證一例。

（三）辨經依據

肩痛以「肩前臑痛」為主，壓痛以肩髃、巨骨、曲池、陽谿、條口等穴明顯者，為陽明經病。若肩痛以「肩臑肘臂外後廉痛」為主，壓痛以天宗、曲垣、肩中俞、肩貞、養老、飛揚穴等明顯者，為太陽經病。若肩痛以「肩臑肘臂外皆痛」為主，壓痛以肩髃、臑俞、絕骨等穴明顯，或外關絡脈見者，為少陽經病。若肩痛，痛引頸項，抬舉時痛引脅肋者，為陽蹻脈病。臨證時，有的病在一經，但多數是病在多經。

四十三例中，陽明經病者十八例，其他二十五例則是兩經或三經同病。

三、治療方法

（一）治則

根據「寒則溫之」的原則，治療本病應以溫散風寒、溫化寒濕、溫通經脈為法。對病程短或疼痛較輕者，可選用重點穴位一至二個，使用針刺熱手法；若針後未出現熱感，可加用溫針灸（即將一·五釐米長艾卷放在針柄上點燃）。對於

寒邪偏盛、疼痛較重，或病程日久、功能嚴重障礙者（黏連），或局部肌肉萎縮者，宜用火針點刺肩部，一般一周二至三次，每次點刺數針。若見瘀血，則宜刺病經井穴，以行其瘀。對於熱證，宜用針刺，並於井穴刺血，以清其熱。對於寒證或寒濕證，予肩部拔罐，亦是有效治療方法。

（二）取穴

陽明經病取陽谿、條口透承山；太陽經病取養老、飛揚；少陽經病取中渚、絕骨；太陰經病取太淵、條口透承山；陽蹻脈病取申脈、後谿。肩部穴位的取用，宜根據壓痛點的出現，選用肩髃、天宗、肩井、臂臑以及「以痛為輸」。對於年老體弱、正氣不足者，取中脘、氣海、足三里，以補益正氣。對於左肩痛而右脈弦緊，或取病側穴位治療多次無效者，可用巨刺法（即左病取右，右病取左）；取曲池、後谿、條口透承山。

（三）配合活動

採用巨刺法，或只取下肢穴位，病肩未針時，可令患者在行針過程中活動病肩，可增強療效。

四、結果分析

（一）療效標準

疼痛消失，肩關節功能恢復正常者為痊癒。肩痛明顯減輕，肩關節功能明顯改善者（上舉一百五十度以上）為顯效。肩痛減輕，肩關節功能障礙改善不明顯者為好轉。疼痛和肩功能障礙均未見好轉者為無效。

（二）療效分析

四十三例中，痊愈二十二例，顯效者十二例，好轉者九例。

（三）療次與療效的關係

治癒的二十二例中，治療次數最少者三次，最多者二十九次，平均每例十四次。可見療次與療效的關係不成正比。

（四）病程與療效的關係

從治癒的二十二例分析，發病在六個月以內的三十三例，治癒者十八例，占五十四·五%，發病在六個月以上的九例，治癒者四例，占四十四·四%。可見病程的長短與治癒效果的關係成反比。

（五）遠期療效

四十三例通過去信隨訪，回科復查者十二例，其中觀察時間最短者一個月，最長者四年。十二例皆未見復發。

五、討論

漏肩風屬痺證范疇，但本病是一種退行性、炎症性疾病，女性罹病多於男性，以五十歲左右為多見（俗稱五十肩），以右肩（勞動）發病為多，這是本病的一特點。

（一）病因病機

本病多因正氣虛弱，或過度疲勞，或挾損傷，風寒濕邪乘人睡眠之時侵入肩部，致使經絡阻滯、氣血運行不暢，經筋運轉失常，從而引起寒、痰、濕、熱等一系列病理變化。寒性凝滯，氣血運行不暢，故而產生疼痛，寒性屬陰，夜間亦屬陰，故夜間痛甚。若病程日久，則易現寒凝血瘀證。寒性收引，故肩部屈伸不利，活動受限。若寒邪日久不除，則活動受限更為明顯。濕性重著滯膩，故兼濕邪者則肩部沉重。寒凝皆為陰邪，陰盛則傷陽，陽氣受損，溫煦作用不足，故肩部怕冷。若素有內熱，則寒從熱化，故肩中熱痛或灼痛。

（二）辨證施治

治療本病，首應辨證。辨證的目的是為了決定治則，如「寒則溫之」、「虛則補之」、「瘀則除之」等。還需辨經，辨經的目的是為了取穴，如陽明經病取條口透承山，太陽經病取飛揚，少陽經病取絕骨等。若不辨經則使取穴陷入盲目，針不到病經，影響治療效果。在此值得提出的是：第一，有人認為本病到了晚期，肩部黏連形成，引起肩關節僵硬，殊不知此乃寒邪滯留未除之故，寒為陰邪，其性凝滯收引，若寒邪日久不除，經筋收引，故肩部功能嚴重障礙，治宜火針點刺，

溫散寒邪，寒邪得除，黏連可得緩解。第二，臨證應用巨刺法時，巨刺曲池，先使針感向手放散，然後將針提起使針尖向上，針感向肩部放散，可使嚴重功能障礙患者的手臂立即舉起。巨刺曲池、後谿、條口透承山，使劇烈肩痛立即緩解，是屢見不鮮之事。應用巨刺法的根據是：脈象，如左肩痛而右脈弦緊者；疼痛劇烈或使用同側穴位效果不明顯者，即可使用巨刺法。

六、醫案舉例

病例一：遲○○，男，六十歲，病歷號二四〇七於一九八三年七月十七日初診。

現病史：兩肩痛六個月。患者由於受寒引起兩肩酸痛，以左肩疼痛明顯，夜間痛甚，肩部怕冷，陰雨天疼痛加重，活動受限。病後曾去某院接受電針、拔罐、封閉等法治療，無明顯效果，診斷為「肩關節周組織黏連」。

檢查：抬舉九十度，後背至尾骨，內收觸對肩。天宗、肩髃、陽谿等穴壓痛明顯。舌質暗，苔白滑，脈弦細。

辨證：證係寒濕之邪痹阻陽明、太陽經筋。

治法：治以溫化寒濕，溫通氣血。

治療經過：火針點刺，以痛為輸二十九次。每側每次點刺五至六針，每週三次。針刺中腕、足三里、陽谿一次，用以扶助正氣。針刺肩髃、肩髃、天宗、天

并一次，用以疏通氣血。自火針治療後，肩痛逐漸減輕，活動範圍逐漸擴大，治療十六次後，抬舉一百六十度，後背至命門穴，內收手觸及對側肩崗。十九次後，肩部活動基本正常。鞏固治療十次，歷時三個月，去信隨訪，患者當年十一月二十三日回科復查，肩痛消失，活動範圍正常，未見復發。

按語：肩部活動受限，實因寒性收引之故，寒為病因，火針溫寒為病因治療。「黏連」是病理改變的詞匯，是現象，解除黏連仍需針對病因。此病例主要是火針治療之功效。其中針刺則屬於輔助治療。

初診
病例二：盛○○，女，五十八歲，病歷號二八六二，於一九八四年五月八日

現病史：右肩痛六月餘。夜間痛甚，肩部怕冷，活動受限，穿脫衣服困難。
檢查：天宗壓痛（++），肩髃（++），曲池（++）。舌質淡紅，苔白，脈沉細。

辨證：證係氣虛過勞，感受寒邪所致。病屬陽明、太陽經。

治療經過：火針點刺肩髃、曲池、天宗四次後，肩痛減輕。針刺天宗、肩髃（熱手法）、條口透承山（龍虎交戰法）四次，肩痛消失，肩關節活動恢復正常。半年後復查，未見復發。

按：此係輕證，故治療數次而愈。

病例三·劉○○女，二十六歲，於一九七四年四月十日初診。

現病史：右肩痛月餘。患者於一個月前因受寒而病右肩臂痠痛。病後曾在本單位醫務室接受針刺及當歸液穴位注射（均病側），無效。經我院職工介紹來我科就診。現在肩臂疼痛劇烈，夜間尤甚，肩部怕冷，活動嚴重受限。

檢查：舌質淡紅，苔薄白，左脈弦緊

辨證：證係感受寒邪，痹阻經脈所致。

治療經過：根據前醫針刺病側穴位月餘未效，故採用巨刺法，針左側曲池、後谿、條口透承山，行龍虎交戰手法，經一次治療，疼痛明顯減輕，三次治療而愈。觀察年餘，未見復發。

按語：本案患者肩臂痛重，寒盛也。此痛雖在右肩，但左脈現弦緊，故取痛側穴位無效，取對側穴位反而收功。

病例四：崔○○，男，四十八歲，病歷號三九四○，於一九八五年一月十二日初診。

現病史：左肩臂痛七天。患者於七天前無明顯誘因，出現左肩臂痛，疼痛逐漸加重。痛自左肩胛沿腋下至肘脹痛，頸部肌肉亦痛，肩臂和頭部活動受限，不怕冷。病後曾在我科針刺數次無效。既往有腦血栓病史。一九八一年患頸椎病。

檢查：面紅，舌尖紅，苔白滑，左脈沉細，右脈沉弦。左上肢抬舉八十度，後背過腋中線，風池、天柱、肩井壓痛（++）。

辨證：證係寒邪痹阻少陽、太陽、陽蹻脈。

治法：治宜溫散寒邪，溫通經脈。

治療經過：針刺對側曲池、後谿、絕骨（行龍虎交戰法）。經一次治療，疼痛明顯減輕，抬舉一百七十度，二次治療後壓點消失。六次後疼痛基本消失，活動範圍正常，僅沿左膈後廉痛麻至手腕，此頸椎病也。改用中脘、氣海、足三里、合谷、太衝進行治療。

按語：此案患者是左肩痛而右脈沉弦，故取病側穴位治療無效，取對側穴位治療而收功。

病例五：曲○○，男，四十九歲，病歷號五八三三。於一九八七年五月十二日初診。

現病史：患者於一九八六年十月二十二日因患腦血栓來我科就診。經治療，肢體、語言功能基本恢復，於一九八七年一月二十八日停針。自停針後，在工作勞累時血壓波動，右手寫字多時尚感無力，語言亦感不利。因乘電車扭傷右肩，以致右肩部疼痛，抬舉受限。

檢查：右肩抬舉一百三十度，舌質淡，舌體腫大，苔白，脈弦細，血壓一五·六／一一·三kPa（一二〇／八五毫米汞柱）。陽谿壓痛。

治療經過：針陽谿（雙側）。複診加肩髃，經針兩次後肩痛如故。查兩側條口壓痛（++）。針條口透承山，行龍虎交戰手法。針後當時肩痛明顯減輕，共針三次，肩痛消失，活動範圍正常。觀察兩月餘，未見復發。

三十、針刺退熱的臨床實踐與研究

一九七五年八至十月間，余在密雲縣新城子地區運用針刺治療外感發熱病取得了一定的效果。今將通過隨訪的二十三例治驗總結於下。

一、一般資料

二十三例中，男十一例，女十二例；不滿周歲者一例，一至十二歲者十六例，十七至二十歲者二例，三十一至四十歲者一例，四十一至五十歲者一例，五十一至六十歲者一例，七十五歲者一例。兒童占七十三%以上。

二十三例中，感冒者九例，嬰兒腹泄者三例，急性胃腸炎者四例，瘧疾者一例，急性氣管炎者一例，膽道蛔蟲繼發感染者一例，急性扁桃腺炎者二例，急性細菌性痢疾者二例，急性病毒性肝炎者一例。

二十三例中，病程不足一天者十三例，二天者四例，三天者一例，四天者一例，五天者一例，六天者一例，十天者二例；二十三例中，針前體溫三十七至三十八度者七例，三十八·一至三十九度者十例，三十九·一至三十九·九度者四例。

二十三例中，單純針刺者九例，針刺合併放血者十二例，針刺合併用藥者二例，單純針刺用於體溫在三十八度以內者。針刺合併放血用於體溫在三十八度以上者。針刺合併用藥用於高熱持續不退者。

二、辨證取穴

(一) 感冒取穴

風池，用於發熱、頭疼頭暈、鼻塞流涕等症者，起到疏風解表、止癢、宣通鼻竅的作用。足三里、曲池，用於發熱，同時伴有食欲不振、嘔吐、便秘或腹泄等併發胃腸症狀者。曲池還可治療後期的低熱不退。大椎，適用於三陽經發熱，有清太陽經之表邪及和解少陽的作用。少商、關衝放血，用於高熱（體溫在三十九度以下可用一個井穴，三九度以上可用二個井穴）或伴有咽痛者，具有清泄肺胃及三焦鬱熱之效。外關，適用於發熱惡寒的風寒證。四縫，適用於素有積滯或積滯化熱證，具有清熱消導作用。

(二) 消化不良（嬰兒腹泄）取穴

合谷、足三里，適用於消化不良伴有發熱者，具有清熱消導、利濕止瀉的作用。長強，適用於腹瀉數十次者，具有較強的分利止泄的作用。天樞、大腸俞、承山，用於腹泄、腹痛、腹脹等症。天樞、大腸俞、足三里，適用於病後調理。長強常與承山配合使用。每次取四至六針，日針二次。

(三) 急性支氣管炎取穴

風門、肺俞、列缺，具有疏風解表、宣肺止咳的作用。

(四) 急性胃腸炎取穴

嘔吐取尺澤放血，腹泄取委中放血，此方適用於暑濕壅遏、傳導失常證以及寒濕證。對於亡陰亡陽證者禁用。病後調治，可針內關、中脘、天樞、足三里。

(五) 膽道蛔蟲繼發感染證取穴

合谷、足三里、曲池、外關、少商放血，用以清熱利膽。

(六) 急性扁桃腺炎取穴

少商放血，用以清泄肺熱。大椎、風池、合谷用以清熱解表止疼。熱退後，可取液門、魚際以清理肺、三焦之熱。

(七) 急性細菌性痢疾取穴

合谷、足三里或上巨虛、曲池，適用於濕熱痢並伴有發熱惡寒等表證，起著清熱解表、化濕止痢的作用。中膺俞適用於裡急後重明顯者，具有理氣止痢的作用。商陽、關衝放血，用於高燒以解熱。

(八) 瘧疾取穴

大椎、間使、合谷，具有和解少陽、止瘧的作用。

(九) 急性病毒性肝炎取穴

用少商放血，針曲池、大椎，用於高燒證，具有解熱的作用。合谷、足三里、中脘、太衝，用於治療食欲不振、腹脹、大便乾燥或便溏等證，起著清利濕熱、疏肝理氣的作用。

- 三、結果分析
- 一、疾、急性病毒性肝炎各一例，配合中藥治療後體溫恢復正常。另外，急性細菌性痢疾、急性病毒性肝炎各一例，配合中藥治療後體溫恢復正常。退燒所需針次見表。

(表一) 遺精所需針次

病種	例數	針刺總數	平均針刺數
感冒	9	11	1.2
瘧疾	1	2	2
中毒性消化不良	3	10	3.3
急性氣管炎	1	1	1
急性胃腸炎	3	8	2.6
膽道蛔蟲繼發感染	1	3	3
急性扁桃腺炎	2	3	1.5
急性細菌性痢疾	2	6	3
急性病毒性肝炎	1	6	6

(表二) 恢復到正常體溫所需時間表

時間	一日	二日	三日	四日	五日
例數	15	4	2	1	1

退燒所需時間：針後十分鐘的退熱效果共測試了三例，體溫分別下降○·五度、○·六度、○·九度，說明針刺十分鐘後體溫已開始下降。恢復到正常體溫所需的時間長短不一，見表二。

臨床實踐表明，針刺退熱是有效的。正如《針刺麻醉資料綜述》上所說的「據多數報導，在針治某些傳染病或炎性疾患時，伴同針後症狀的改善，體溫也多由高燒恢復正常」，其退熱的機理，不是由於針刺引起疼痛和精神緊張而出汗所致，而是由於消除致熱原因的緣故。若致熱原因不能消除，則針刺效應消失後，體溫仍將回升。如急性病毒性肝炎例，針後體溫下降 0.9 度，以後體溫又回升。

針刺、放血退熱的特點是針後體溫呈階梯狀緩慢下降，而無大汗淋漓之慮。如李 00 （患感冒），第一次針後十分鐘，體溫由 39.4 度下降至 38.8 度，八小時後體溫降至 37.3 度，十三小時恢復常溫 36.3 度。又如李 00 （患痢疾），針刺三次熱退（一日內），體溫針後六小時下降 0.7 度，針後十小時下降 1.0 度，二十四小時後降至常溫。

臨床實踐表明：針刺退熱，對感冒初期風寒證或風熱證收效較快，如感冒、急性氣管炎、急性扁桃腺炎等。對於病邪逐漸傳裡和濕熱證則收效較慢，如急性傳染性肝炎等即如是。這可能與病程長短、正邪盛衰、病邪在臟在腑有關。

二十三例中，兒童十七例，占總例數的 73% 。這是由於小兒形氣不足，衛外不固，易受外感侵襲之故。又因小兒陽氣偏盛，故感受外邪後極易化熱，故小兒感受外邪後體溫比成年人為高。但小兒生機旺盛，又有易於康復的特點，故十七例中，一次治癒的就有八例，二次治癒者三例，兩者占總例數的 64% 強，充分證明兒童的生理、病理特點。

三十一、六種急症的針灸治療

一、膽道蛔蟲症（虻厥）

病例一：李○○，女，三十八歲，於一九六五年十一月四日初診。

現病史：患者於一九六五年十一月四日在田間勞動時，突然右上腹劇烈疼痛，疼痛向右肩放射，四肢逆冷全身哆嗦，滿頭大汗，躺在地上翻滾。

檢查：按其上腹部及右肋下明顯壓痛，未見外科體徵，下唇內有粟粒狀小點，六脈沉伏。既往排過蛔蟲。

辨證：證係蛔蟲上擾，中焦氣結。

治法：治宜理氣止痛。

治療經過：針刺右期門、上腕、中腕、下腕，當針刺下腕時，患者說「不痛了」。為了加強療效，繼針支溝、陽陵（雙側），得氣後取較強酸脹針感，留針三十分鐘，起針後與其家屬走回家去。

當日晚隨訪，患者右上腹有時還有微痛，頭痛項強，全身酸痛無力，發熱無汗而喘。

檢查：舌質淡紅，苔薄白，脈浮緊，體溫三十八·四度，證係外感風寒，肺衛不宣，治以溫散風寒，宣肺解表。針大椎、合谷、復溜。

十一月五日復診：發熱已退，其他如前。給予葛根湯加黨參一劑。

十一月六日複診：服藥後諸症消失。給予驅蛔靈十片，令其次日早晨空腹頓服。服藥後排出蛔蟲十餘條。

十一月十一日夜腹痛又作，有鑽頂感，並向肩背放射，輾轉不安，滿頭大汗。針穴同前，給予烏梅十克，川椒三克，乾薑三克，細辛一克，黃柏三克，當歸六克，黨參六克，附子三克，桂枝五克。一劑，水煎兩次服。十一月二十日隨訪，自針、藥後病未復發。

病例二：李○○，男，七歲，於一九七五年九月六日初診。

現病史：患者於一九七五年九月六日晨，突然右上腹劇痛，輾轉不安，叫喊、出汗，面色黃，嘔吐。

檢查：右上腹壓痛，未見外科體徵，下唇內有蛔蟲點，脈沉伏。

辨證：證係蛔蟲上擾，中焦氣結。

治法：治以理氣止痛。

治療經過：針刺支溝、中脘、陽陵泉（雙側），得氣後取較強酸脹針感，留針三十分鐘。針後痛緩如常人。次日複診，僅感劍突下悶脹，針穴同前而愈。

按語：膽道蛔蟲症，屬中醫學「蚘厥」範圍。為腸道蛔蟲症最常見的併發症之一。多見於農村的兒童及青壯年，查其下唇內黏膜有粒狀小點，舌質上可見紅點（紅花舌），面部有白色蟲斑。腹部檢查劍突下有深壓痛及輕度反跳痛。故「症

狀嚴重，體徵輕微」為本病的特點。若膽道有多條蛔蟲，則上腹壓痛範圍廣泛而劇烈。腹痛多呈持續性脹痛，而陣發性痛較輕，可出現輕度黃疸。

膽屬腑、中脘為腑之會穴，故六腑有病皆可取之。本病屬少陽腑病，支溝為手少陽經穴，陽陵泉為足少陽合穴。三穴合用共奏疏導少陽、理氣止痛之效。余在農村醫療隊治療多例蛔厥，皆用此三穴取效。

二、急性胃腸炎（嘔吐、腹瀉）

病例一：馮○○，男，五十七歲，於一九八六年七月十五月初診。

現病史：晨起吃兩個涼包子，中午喝啤酒吃驢肉（外購），食後噁心嘔吐，腹瀉十餘次，初起便下稀糞，繼而下利清稀，不甚臭穢，腹微痛，全身大汗，怕冷，病後即赴某院，診為急性胃腸炎，給予西藥治療（藥物不詳），服後即噁心嘔吐，於當日晚十時延余出診。

檢查：面色黃，脈微弱，出汗，血壓聽不清。

辨證：證係飲食不潔，損傷腸胃，中陽不振，脾胃虛寒。

治療經過：針刺人中、小幅度捻針二至三分鐘，補氣海，灸雙側內關，以回陽復脈，針足三里以調理脾胃。待脈起，血壓一五·六八·一二〇/七〇毫米汞柱），繼針十宣微出血以升清降濁。在針刺過程中，患者嘔吐一次，自針

十宣後，患者自覺全身輕鬆，自行坐起，頻頻飲水，吐瀉緩解。次日飲食調理而愈。

病例二：李○○，女，十七歲，於一九七五年八月十二日初診。

現病史：患者於一九七五年八月十一日夜開始嘔吐，至清晨嘔吐五次，初起嘔吐食物，繼而嘔吐酸腐黃水，頭暈，發熱，口渴。

檢查：體溫三十八·五度，舌苔黃膩，脈滑數。

辨證：證係暑濕穢濁，阻滯中焦。

治法：治以清熱和中。

治療經過：針刺雙側尺澤出血。當日晚隨訪，中午其母給一碗麵片湯，食後嘔吐兩次，體溫三十七·一度。針內關、中腕、足三里以調理中焦。次日複診，體溫正常，自昨晚針後未吐，飲食調理而愈。

病例三：李○○，女，十一歲，於一九七五年九月六日初診。

現病史：嘔吐腹瀉半日。患者於昨日夜開始腹痛，腹瀉一次，嘔吐七次，初起嘔吐食物，繼而嘔吐黃水，不甚酸腐，四肢欠溫。

檢查：苔白膩，脈濡弱。

辨證：證係寒濕穢濁，阻滯中焦

治法：治以調理中焦，溫化寒濕。

治療經過：灸神闕，針內關、足三里。當日晚隨訪，患者中午吃一碗麵片湯，故而嘔吐四次。針灸穴位同前。令其改食稀粥。次日隨訪，嘔吐、腹瀉消失。臨床治癒。

按語：本病屬於中醫學「嘔吐、泄瀉、霍亂」範圍。多見於夏秋季節，以頻繁的上吐下瀉、腹痛為特徵。本病多因飲食不節、偏嗜生冷，或吃腐敗變質和不潔淨的食物，傷害脾胃；也有感受外邪、寒濕或濕熱阻滯中焦，脾失健運，胃失和降，清濁相干亂於腸胃而發生本病的。臨床表現輕重不一，重者可因吐瀉過多而傷陰亡陽。

針灸治療本病以放血法收效最捷。尺澤放血可以止吐，委中放血用以止瀉，並可退燒，十宣放血亦然。放血法不僅適用於熱證，寒證亦可用之，唯有亡陽證忌之。在治療過程中，患者應多飲水，以補充體液，改食流食，待吐瀉消失一至二日後，可用普食，這是應該告知病人的。

三、抽風

病例一：楊○○，女，三十九歲，於一九七四年一月十九日初診。

現病史：患者於四個月前因與領導爭吵而病四肢抽動，尤以咀嚼肌抽動明顯，病後曾去幾家醫院治療多次，醫生除給一些鎮靜劑外，曾多次針刺合谷、頰車、太衝等穴，初起還有即刻效果，以後則效果全無。醫生雖一再延長刺激時間，用

電針加強刺激，甚至於彈撥合谷，但仍不能控制其發作。患者於一九七四年一月十九日晚來我院就診。當時病情已發作一天多。

檢查：面色黃白，氣短無力，手足發冷，脈沉細。

辨證：證係初病時肝鬱不舒，肝風內動。以後由於病程日久，肝鬱乘脾，不思飲食，氣血生化之源不足，因此導致肝鬱脾虛，肝風內動。

治法：給予灸中脘以補益中氣，寬中解鬱，針啞門以回陽，針合谷、太衝、頰車以熄風。

治療經過：由於證屬虛風，故針刺得氣後即停針，留針二十分鐘。在留針過程中，抽動逐漸減輕而停止。繼用此法，共治療四次而愈。

病例二：于○○，男，十九歲，於一九七四年五月十六日初診。

現病史：患者高燒抽風四至五天。病後曾針刺數次，都是針後痙攣緩解，起針不久又抽。問其針刺何穴，病人所指之處是合谷、太衝、陽陵泉等穴。

檢查：當時高燒未退，體溫三十九·五度，四肢呈強直性痙攣，手呈雞爪狀，足趾背曲，面紅，舌苔白乾，脈滑數有力。

辨證：證係熱極生風。

治療經過：給予少商、商陽、中衝放血以泄熱，再針合谷、太衝、陽陵泉以熄風。次日隨訪，針後痙攣緩解，高燒已退而愈。

按語：上述兩例雖然都是抽風病人，但引起肝風內動的原因不同，所以治療方法各異。前者證係虛風，初病時體質尚壯，重刺激還有即刻效果，以後體質逐漸虛弱，故重刺激根本無效。余採用補虛熄風的方法而收功。後者證係熱極生風，只刺合谷、太衝等穴，瀉熱的力量不足，故針後僅收暫時效果，配合放血法，增強瀉熱的作用，再刺合谷、太衝等穴而取效。臨症時，所以取穴配伍不同，治療方法各異，針刺手法有別，其主要依據是「辨證」，辨證明確，取穴治法適宜，才能取得針灸應有的效果。

四、胃脘痛

病例一：李○○，女，十九歲，於一九六六年一月三十一日初診。

現病史：心口痛半小時。患者因喝涼水，吃生蘿蔔而病胃脘痛，痛的滿炕翻滾，滿頭大汗，呼叫不寧。

檢查：胃脘部壓痛，未見外科體徵，舌苔白，脈沉。

辨證：證係寒邪犯胃。

治法：治宜溫中散寒。

治療經過：灸中脘；針足三里（雙側），得氣後取較強酸脹針感。當灸至五分鐘後，胃痛緩解而愈。

五、眩暈

病例一：史○○，男，四十二歲，於一九七五年九月二十三日初診。

現病史：頭旋一天。患者於昨日上午在田間勞動時，覺得頭旋，天地轉動，摔倒在地，不敢睜眼，伴有噁心，未吐，大便乾。

檢查：血壓不高，左翳風壓痛（++），舌質紅，苔薄白，脈弦滑。

辨證：證係風痰上擾。

治法：治以熄風化痰，降逆和中。

治療經過：針百會以熄風，針湧泉以引氣下行（上病下取），針足三里以化痰降濁，針內關以和中止嘔。兩周後隨訪，經一次治療，眩暈消失。

病例二：劉○○，女，五十二歲，病歷號：四六五一五五，於一九七三年十月二日初診。

現病史：頭旋七天。患者於七天前病頭旋，天旋地轉，不敢睜眼，不敢動頭，甚至眼珠也不敢動，動則眩暈加重，噁心，自病後每日發作一至二次，每次持續六至七小時。

檢查：翳風壓痛（++），舌苔白滑，脈弦滑。

辨證：證係風痰上擾。

治法：治以熄風化痰，降濁和中。

治療經過：針百會、中脘、內關、足三里、湧泉（雙側）。得氣後取較強酸脹針感。在留針過程中，頭旋逐漸減輕而緩解。自針後頭旋未作，共治療四次，臨床治癒。

按語：上述醫案，皆為耳源性眩暈，余用此組穴治療多例，皆能立即收效。在此組穴中，余認為湧泉穴是最重要的穴位，因湧泉位於人體的最下部，為腎經之井穴，具有引氣下行、熄風定眩之功效。

六、暈厥

病例一：朱○○，女，十八歲，於一九八六年八月十六日初診。

現病史：病因來京旅遊過度疲勞，於當日在景山遊覽時，突然感覺眼前發黑而跌倒，面色白，出汗噁心，病後即來我科就診。

檢查：八·一六·五 KPa（血壓七〇/五〇毫米汞柱），脈細弱。

辨證：證係勞傷氣血，清竅失養。

治療經過：針刺內關（雙側），得氣取柔和酸脹針感。針後片刻諸症消失，起針後與同學們說笑而去。

按語：暈厥為一種臨床症狀，多是由精神刺激或身體疲勞等因素導致人體升降功能失常，一時性心神失養所引起的短暫的意識喪失。治宜升陽復脈。令患者

仰臥，頭部放低，一般片刻即蘇。內關為手厥陰之絡穴，手陰是主脈所生病，故針內關治暈厥可以收效。

三十二、四十八例頭痛臨床分析

自一九七五至一九八六年，筆者在針灸門診治療頭痛病人四十八例，今總結分析於下。

一、一般資料

四十八例中，男二十二例，女二十六例；最小者六歲，最大者六十二歲，三十一至五十歲者二十七例，占總例數的百分之五十六·二；病程在一個月以內者二十一人，四至六月者二人，一至五年者十一人，七至十年者十一人，十五至二十年者三人；發病部位，全頭痛者十四例，左偏頭痛者十例，右偏頭痛者八例，左右交替發作者六人，兩側太陽痛者三人，前額痛者四人，後頭痛者二人，頭頂痛者一人。

二、病情分析

(一) 頭痛分類

四十八例中，屬外感頭痛者二十四例，內傷頭痛者二十三例，外傷頭痛者一例。四十八例中，頭痛時輕時重、反復發作（頭風）者二十六例；首次發作（頭痛）者二十二例。

(二) 辨證依據

(1) 外感頭痛：

① 風寒證：頭痛，惡風畏寒，遇風寒頭痛加劇，常喜裹頭，苔薄白，脈浮。
② 風熱證：頭脹痛或跳痛，甚則頭痛如裂，遇熱或日曬則發作，面紅目赤，便秘溲黃。

③ 風濕頭痛：納呆胸悶，或大便溏，苔白膩，脈濡。

(2) 內傷頭痛：

① 肝陽頭痛：頭痛而眩或跳痛，精神刺激則發病，心煩易怒，睡眠不寧，面紅目赤，口苦，舌質紅，苔薄黃，脈弦數。

② 腎虛頭痛：頭空痛，每兼眩暈，腰痛酸軟，神疲乏力，遺精帶下，耳鳴失眠，舌質紅，少苔，脈細。

③ 氣血虧虛頭痛：頭痛頭暈，遇勞則甚，神疲乏力，心悸怔忡，納呆，面色白，勞累或睡眠不足則發病，舌質淡，苔薄白，脈細弱無力。

④ 痰濁頭痛：頭痛昏蒙，胸脘滿悶，嘔惡痰涎，苔白膩，脈滑或弦滑。

⑤ 瘀血頭痛：頭痛經久不愈，痛處固定不移，痛如錐刺，或有頭部外傷史，舌質紫，脈細或細澀。

四十八例中，屬外感頭痛者二十四例（風寒七例，風熱十六例，寒濕一例），屬內傷頭痛者二十四例（陰虛陽亢及肝鬱化火九例，氣血兩虛十二例，腎虛二例，瘀血一例）。

(三) 辨經依據

頭痛屬太陽者，痛自腦後上至巔頂，其痛連項；屬陽明者，其痛上連目珠，痛在額前；屬少陽者，其痛上至兩鬢，痛在鬢；屬厥陰者，痛在巔頂；屬三陽者，全頭痛。

四十八例中，屬少陽經者十七例，陽明經者七例，太陽經者一例，厥陰經者一例。太陽、少陽經者七例，太陽、陽明經者三例，陽明、少陽經者四例，三陽經者八例。

三、治療方法

(一) 治療法則及辨證取穴

(1) 風寒頭痛：治宜疏散風寒，採用針刺熱手法，不效者施以雀啄灸法（頭部穴位），用以溫散風寒，常用的穴位有風府、風池、外關等。

(2) 風熱頭痛：治宜疏風清熱，針刺得氣後取較強酸脹針感。頭部熱感者施以針刺涼手法。跳痛者，太陽放血。常用穴位有風池、風府、合谷等。

(3) 風濕頭痛：治以祛風化濕，針刺得氣後取較強酸脹針感。常用穴位有風府、風池、外關等。

(4) 肝陽頭痛：治宜清瀉肝火，針刺取較強酸脹針感。常用穴位有風池、合谷、太衝，跳痛者取太陽或百會放血。

(5) 腎虛頭痛：治宜補腎益髓，針刺熱補法。常用穴位有百會、風府、中脘、關元、足三里、太谿等。

(6) 氣血虧虛頭痛：針刺熱補法。常用穴位有中脘、氣海、足三里、三陰交、內關、百會。

(7) 痰濁頭痛：治以化痰降濁，針刺取較強酸脹針感。常用穴位有強間、豐隆、中脘、內關、公孫。

(8) 瘀血頭痛：治以活血化瘀，針刺取較強酸脹針感。常用穴位有膈俞、委中。

(二) 辨經取穴

(1) 陽明經頭痛：取合谷、足三里，以及前頭部的頭維、前頂、上星，或手食指的前頭痛點。

(2) 少陽經頭痛：取中渚、足臨泣、風池、絲竹空透率谷，或手四指的偏頭痛點。

(3) 太陽經頭痛：取後谿、至陰以及後頭部的天柱、後頂，或手小指的後頭痛點。

(4) 厥陰頭痛：取太衝、內關、百會、四神聰等。

針灸治療頭痛的取穴，就是根據上述兩種取穴原則確定的。

四、結果分析

(一) 療效標準

頭痛消失，其伴隨症狀消失或基本消失者為治癒。頭痛及伴隨症狀顯著減輕者為顯效。頭痛減輕，伴隨症狀有不同程度減輕者為有效。頭痛未減輕者為無效。

(二) 療效分析

四十八例中，治癒者三十一例，占六十四·六%，顯效者九例，占十八·七五%，好轉者五例，占十·四%，無效者三例，占六·二五%。

(三) 病程與療效的關係

從治癒的三十一例分析，病程在一月以內者十七例，病程在四至六月者一例，一至五年者十例，七至十年一例，十五至二十年者二例。

(四) 療次與療效的關係

從治癒的三十一例分析，治療次數最少者一次，最多者十八次，平均每例治療四次，可見療次與療效不成正比關係。

五、醫案舉例

病例一：王○○，男，四十，病歷號：八七六二一六，於一九七四年十月十四日初診。

現病史：左偏頭痛一年。患者一年前因睡眠不足、腦力勞動過度而病頭痛。初起左側刺痛，以後脹痛，自覺手足發冷，全身無力，足跟麻，每遇睡眠不足時發作。病後曾接受安定、組織胺治療無效。

檢查：血壓一一·七/九·一 kPa (九〇/七〇毫米汞柱)，苔薄白，脈浮弦。

辨證：證係氣血兩虛。

治法：治宜補益氣血。

治療經過：針中脘、氣海、足三里，熱補法；針風池、百會，得氣後取較強酸脹針感。針一次痛止，針三次睡眠轉佳。隔兩周後頭痛又作，繼針前穴一次。停針觀察。

半年後隨訪，頭痛未作，睡眠佳，麻木感消失，唯左頭面出汗多未除。查其苔薄白，脈弦細。證係營衛不固。治以調和營衛。針大椎、合谷、復溜。共針五次，兩側出汗相等。停針觀察。

按語：本例患者從病因、體徵、兼證以及發病誘因分析，診斷為氣血兩虛證無疑。惟有初起症見刺痛，以後脹痛，似乎與虛證不符。刺痛為瘀血特徵，脹痛為熱證特徵，為何虛證出現刺痛和脹痛？因氣有推動血液運行之作用，氣虛則推動力不足，血運自然會發生壅滯或瘀阻，病因既屬正虛，故取中脘、氣海、足三里以補氣益血，針風池、百會以升陽止痛而收效。

病例二：李○○，男，五十四歲，病歷號：八七六一五，於一九七四年九月十日初診。

現病史：左偏頭痛四至五年，時發時止，近三至四月發作頻繁，發作時左偏頭脹痛，頭暈，怕熱。早晨明顯，大便偏乾，每遇勞累或睡眠不足而誘發。病後曾接受中西藥物（藥物不詳）治療無效。

檢查：血壓二二·一／一二·九 kPa（一七〇／九八毫米汞柱），苔黃，脈弦細。

辨證：證係陰虛陽亢。

治法：治宜清補兼施（補陰瀉陽）。

治療經過：針刺太陽出血，針中脘、氣海、足三里（補法）。經治一次後，血壓降至一八·二／一一·七 Pa（一四〇／九〇毫米汞柱），頭痛減輕，三次後頭已不痛，僅有麻木感，睡眠欠佳，前穴加神門。共治療五次，停針觀察，年餘而愈。

按語：本案患者偏頭脹痛，頭暈，怕熱，大便偏乾，火熱之徵也。每遇勞累或睡眠不足而發病，氣血（陰血）不足之象。其本虛標實，故用太陽放血以清熱治其標，針中脘、氣海、足三里以補虛治其本。標本兼治故收效。

病例三：代○○，男，三十九歲，病歷號：四七〇三七五，於一九七五年一月四日初診。

現病史：左偏頭痛二小時。患者於七年前始病左偏頭痛，以後每隔四至六月因受寒或疲勞而誘發，每次持續一至二天，注射杜冷丁、嗎啡才能緩解。現因感冒自今晨頭痛發作，左側深部（前自眼眶，後至頂部）劇烈鑽痛，同時伴有噁心嘔吐，面色蒼白，出汗。

檢查：血壓一五·六一〇·四 kPa（一二〇/八〇毫米汞柱），舌質紅，苔薄白，脈弦滑。

辨證：證係風痰上擾少陽、陽明之脈。

治法：宗急則治標之法。

治療經過：針右偏頭痛點，得氣後行左捻九右捻六法，偏頭痛減，不久又作，繼施左捻九右捻六法，偏頭痛緩解。

按語：手上有前頭痛點、後頭痛點、偏頭痛點，這幾個穴位屬「奇穴」，對於急性劇烈性頭痛患者，採用巨刺法（左取右，右取左），多能立即取效。

病例四：王○○，男，二十五歲，於一九八七年七月十四日初診。

現病史：左偏頭痛年餘。患者於一九八七年三月，因洗澡後夜間打牌受寒，以致當夜睡覺時因頭痛痛醒，病後即赴某院，診為「神經性偏頭痛」，給予止痛

片、穀維素、天麻片治療二月，因效果不顯而轉院。經查腦電圖正常，診為「枕後神經痛」，給予天麻素，維生素B₁₂注射，口服藥如前。經治數月，頭痛發作次數減少，已上班工作。但左偏頭發緊麻木，有沉重感，眼瞼跳動，偏頭發緊時牽扯眼眶亦緊，於一九八七年七月要求針灸治療。

檢查：舌質淡，苔薄白，脈浮弦。

辨證：證係風寒客於陽明、少陽，經筋收引（肌收縮性頭痛）。

治法：治宜溫散寒邪，熄風解痙。

治療經過：針風池、頭臨泣、合谷（病側）、足三里（雙側），施行氣法，經氣沿經到達頭面，偏頭緊皺立即緩解，但起針不久，偏頭緊皺又作。繼而針風池、頭臨泣、率谷、中渚（病側）、足臨泣（雙側），施行氣法，經氣沿經到達頭面，偏頭緊皺立即緩解，患者因感覺舒適而不願起針（行針一至二小時）。經治十餘次皆如此。表明針之溫散不足也，故而改用雀啄灸法，灸頭臨泣十壯。灸後效果明顯，間日灸壓痛點（通天穴旁）十壯，偏頭緊皺緩解。觀察月餘頭痛未作。

按語：本病係因感受寒邪，以致額肌、顳肌、枕肌等收引所致。非「神經性偏頭痛」及「枕神經痛」也。寒則溫之，針法溫寒力弱，效果短暫，艾灸溫陽力強，故而灸後寒邪得除，收引（痙攣）緩解而愈。

病例五：史○○，男，三十歲，於一九七五年八月三十一日初診。

現病史：四至五天來發熱發冷，頭痛以前額部明顯，怕熱，後項部亦痛，咽微乾，食欲尚可，睡眠、二便均正常。

檢查：舌質淡，苔薄白，脈浮數。

辨證：證係外感風熱，上擾清空。病屬陽明、太陽經。

治法：治宜疏風清熱。

治療經過：針風池、外關、足三里。間日複診，針後頭痛減輕，太陽部仍痛。針太陽放血，風池、合谷針後頭痛顯著減輕，太陽部微痛，後項部微痛，頭昏。針穴同上，數日後複診，頭痛消失，有時頭暈。針百會、太陽、合谷，共治療四次。十日後隨訪，臨床治癒。

按語：患者係外感風熱頭痛，單純針刺清熱力量不足，太陽放血增強清熱作用，故針後頭痛明顯減輕。

病例六：田○○，女，五十七歲，於一九七五年八月三十一日初診。

現病史：頭昏頭痛七至八天，自一九七四年開始頭昏頭痛，時愈時犯。近七至八天來頭痛頭昏發作，動則加重，全身無力，氣短。

檢查：面色黃，舌質淡，苔薄白，脈沉細。

辨證：證係氣血虧虛，清竅失養。

治法：治宜補益氣血，以奉清竅。

治療經過：針百會、氣海、足三里（補法），灸中脘。共治療二次，九月八日隨訪，患者頭痛頭昏消失。

按語：該地區群眾生活艱苦，婦女多節衣縮食，又加上負擔家務及農田勞動，易致氣血不足、清竅失養，故該地區婦女罹此病者甚多。針灸治療本病，經治後可收效，但不能根除，原因不解之故也。

六、討論

頭痛，是臨床上常見的一種自覺症狀，許多種急慢性疾病患者均可出現。因此，頭痛在臨床上有的是兼證，有的是主證。本文只論及以頭痛為主要症狀的頭痛。

頭痛在中醫學中分為兩種：突然得病，容易治好的叫「頭痛」；時好時壞，容易復發的叫「頭風」。另外，按病因的不同，頭痛又分為內傷與外感兩大類。臨床所見的頭痛病人雖然多數呈良性經過，但有部分病例卻是由於嚴重的疾病所引起。因此，醫者除辨證、辨經治療外，還應注意辨病。辨病，一則可以提高治療效果，如有的患者頭痛，其特點與使用目力有關，看書時間越長，頭痛越重，休息後頭痛可以減輕或消失，這種頭痛是因屈光不正及調節異常引起的，雖然針灸可以減輕症狀，但欲根治，則應驗光配鏡。辨病，二則可以避免貽誤病情，如有的患者頭痛伴有鼻塞、鼻衄、聽力減退、耳鳴、頸淋巴結腫大等症狀時，即應警惕鼻咽部惡性腫瘤的可能。

總之，頭痛是一個症狀，並不是一個獨立的疾病。引起頭痛的病因性疾病非常多，不但頭面部各種組織結構患病時能引起頭痛，就是人體其它部位患病時，也能引起頭痛。因此辨證、辨經再結合辨病，是治療頭痛提高療效的有效途徑。

三十三、疑難病案選

一、癭瘤案

病例一：馬○○，女，三十三歲，病歷號：六〇七〇二六，於一九七九年五月十四日初診。

現病史：頸部腫物三月餘。伴有心慌心悸，胸悶氣短，失眠多夢，周身腫脹感，腫物於月經期明顯增大，納可，二便調。病後曾去某院檢查，診為「甲狀腺瘤，冷結節」，服中藥治療未見明顯效果。

檢查：頸部腫物四×四釐米，質硬，隨吞嚥上下移動，舌質淡，脈沉細。
辨證：證係肝鬱氣滯，痰濕凝聚，結於頸部發為癭瘤。

治法：治以疏肝理氣，散結消腫。

治療經過：腫瘤旁針刺，大椎、臈中、合谷、足三里，每週一至二次，留針三十分鐘。手法：腫瘤旁針刺，即腫瘤旁刺入，深度為腫物的一半，稍停片刻，施慢提緊按法三十至五十次，提插畢即起針。針後腫物當即變軟，如若消失，待二至三天後氣癭又凝聚，但隨著針刺次數增加，腫物逐漸縮小而消失。合谷施行氣法，針入一至三分深，輕輕捻針，針感即沿經到達大椎，再由大椎到頸部腫物，到達後患者自覺腫物內熱感。此法到了腫物摸不清時尤為重要，因為此時針刺局部有刺傷內臟之患，故局部停針而只針合谷。經治二十六次後，腫物縮小為二×

二釐米，三十三次後為一·五×一·五釐米，三十五次腫物消失，共治療三十八次，諸症消失。經掃描復查，右肺下部結節處放射性缺損區消失。

按語：穴中，膻中可疏肝理氣，足三里健脾化痰，合谷、大椎、腫瘤旁針刺，用以散結消腫。

二、中消合併癭瘤案

病例一：彭○○，女，三十二歲，病歷號：六〇五九七〇，於一九七八年五月初診。

現病史：多食善饑，全身無力十一個月。患者於一九七七年八月發現多食易饑（日食量達一·七五千克），形體消瘦，全身無力，頭昏氣短，心悸多汗，心煩易怒，失眠健忘，神疲，大便日四至五次。病後即到當地醫院，醫生診為「氣血兩虛」，給予補氣養血之劑，經服一月後病情加重，出現頸腫和呼吸、吞嚥不利。當年十二月去縣醫院檢查，基礎代謝率增九十八%，診為甲狀腺機能亢進，服他巴唑、心得安等藥，病情減輕，但停藥後病情又逐漸加重，醫生欲予手術治療，因患者怕手術，於一九七八年來我科就診。

檢查：頸腫眼突，面色黃白，舌質偏紅，苔薄白。脈弦細數，血壓一六·九／一一·七 kPa（一三〇／九〇毫米汞柱）。

辨證：證係肝鬱化火，氣陰兩傷。

治法：首宜清降邪火，繼而補益氣陰。

治療經過：取穴：扶突透天突（慢提緊按三十二次），大椎、合谷、絕骨、內關，得氣後取較強酸脹針感，留針三十分鐘。治療四次後，食量、出汗減少。八次後頸腫消散，呼吸、吞嚥不利緩解，胸悶明顯減輕，基礎代謝率增十九%。治療十五次後，心悸消失，基礎代謝率減六%，但餓時仍感全身顫動，氣短。共治療二十四次，諸症消失，經隨訪已恢復正常工作。

按語：本病屬中醫學「中消」和「瘦瘤」範疇。病因肝鬱氣滯，肝鬱氣結則頸腫、眼突。肝鬱化火，火在中焦則多食善饑。火迫津液外泄，故多汗。火擾心神，故失眠多夢，心煩易怒。邪火盛耗傷人體正氣，故基礎代謝率高並出現形體消瘦、全身無力、氣短等氣虛證候。血為氣之母，正氣耗傷進而損及於血，故見頭昏、神疲、面色白、手顫等氣血兩虛證。邪火傷氣，但亦灼陰，陰液被傷，水不制火，故心悸。《素問》〈陰陽應象大論〉記載「壯火之氣衰，少火之氣壯，壯火食氣，氣食少火。壯火散氣，少火生氣」。這段講的火分為病理性邪火和生理性少火兩種。壯火是邪火，能夠耗散人體正氣。少火是真火，真火是一種溫和之火，能令人身體強壯。本病係邪火熾盛，耗傷氣陰，故出現一系列虛證（真實假虛）。前醫不見其火，只見其虛，不知本病之虛是因邪火過盛所致。所以不用清降邪火之法，反而給予補氣養血之劑助桀為虐。「氣有餘便是火」，病本邪火過盛，反補其氣，故治療一個月不僅無效，反而病情逐漸加重。治邪火應別陰陽，

發於陽的，邪從外來，治宜升散；發於陰的，邪從內生（五志之火），治宜清降。這是治療邪火的法則。

大椎為督脈手足三陽之會，有清降諸陽之熱的功效。合谷為大腸原穴，有清泄陽明之火的作用。絕骨清泄肝膽之火，內關泄心火。扶突透天突以散結消腫。待火邪已清，則佐以補益氣陰，前穴去大椎、絕骨，加氣海、復溜、足三里，如此則邪火得清，氣陰得復，故諸症皆除。

三、癔病性失語反復發作案

病例一：胡○○，女，二十六歲，住院號：一四七七三，於一九八四年五月九日會診。

現病史：因葡萄胎刮宮術後四個月，陰道不規則出血，淋漓不斷，於一九八四年二月二十九日住婦科病房。先後於一九八四年三月六日至五月八日，接受三個療程化療（5FU+KSM）。在第三療程第五天，因同室病人哭鬧受驚，突然出現語言不利，病後經神經內科會診，未見器質性病變，診為功能性反應性失語。給予針刺人中、內關，針後語言恢復。次日（五月九日）又發作，繼針前穴無效。隨請我科醫生會診，針刺廉泉、合谷、太衝、啞門，針後未效。當日上午十時延余會診。

檢查：患者神志發呆，形體瘦弱，張口困難，伸舌不過齒，脈沉細無力，苔未見。

辨證：證係驚嚇傷腎，心陽被阻。

治法：治以補腎通陽，以開心竅。

治療經過：針啞門（熱手法），針合谷、頰車、湧泉，取柔和酸脹針感，留針十五分鐘，起針後一小時許，患者語言恢復。當日下午因患者悲哭，失語又作，科內醫生針刺前穴二次未效。十日延余會診，給予中腕、氣海、湧泉小艾柱直接灸各五壯，針啞門（熱手法），針灸後語言逐漸恢復。五月十一日會診，失語未復發，說話伸舌露齒均正常，給予灸中腕五壯，鞏固療效。

按語：癔病雖然易治，但應根據患者體質之強弱、病情之虛實，採用不同的針刺手法和治療方法方能收效。本案患者，以針刺論，余用柔和持久的針刺熱補法，所以取效。但針刺與艾灸相比，針刺法效果不鞏固，艾灸法效果鞏固，醫者能不講究針刺手法和不同的治療方法乎？

四、頑固性三叉神經痛案

病例一：郭○○，男，五十七歲，病歷號：六〇四三六一，於一九七七年六月七月初診。

現病史：右側面頰部陣發性疼痛，反復發作十四年。患者於一九六二年春在野外工作，夜宿條件惡劣，一月後發現漱口時右側舌根、舌邊疼痛。同年冬季疼痛次數日漸頻繁，疼痛範圍逐漸擴大。自一九六三至一九七六年，曾先後兩次住院治療，接受針刺數百次，服中藥近千劑，雖然疼痛緩解四次，但皆於天氣變化

時復發。最後於一九七六年八月復發，這次發作疼痛更加劇烈。經當地醫院百般醫治未效，一九七七年來京就醫。

現右側面頰、口唇周圍呈陣發性劇烈疼痛。發作時呈閃電樣、錐刺樣灼痛，每隔一至二分鐘發作一次，影響睡眠，說話、咀嚼均能引起發作，病人不敢說話、洗臉、刷牙、漱口、吃飯、刮臉，冷風吹面及天氣變化則疼痛更為明顯。右耳鳴，聽力下降至聽不到自己腳步聲，飲食、二便均正常。

檢查：血壓一九·五—二三kPa（一五〇—一〇〇毫米汞柱），苔白滑，脈弦滑。觸痛點：右後上下臼齒、口唇、右鼻翼旁。

辨證：證係風寒之邪痹阻陽明。

治法：治以疏風散寒，通經止痛。

治療經過：主要取穴為合谷、足三里、然谷（雙側），每次用脈衝電刺激一至二小時。治療三次後，劇痛消失，已不影響睡眠。八次後間歇時間延長，十分鐘左右發作一次。十八次後痛減過半。二十五次後血壓一六·五—一〇·四kPa（一三〇—八〇毫米汞柱），洗臉已不疼，聽力提高到能聽到自己腳步聲。二十九次後一日僅發作幾次。三十三次後僅舌根、舌邊跳兩下，有微痛。四十七次後因感冒口唇及大迎部位出現微痛。共治療六十一次，僅右鼻唇溝觸之微痛，於一九七七年九月回原籍休養。在此期間，曾取用金津、玉液放血兩次，針刺絕骨、三陰交、太谿、內庭等穴。

休息七個月後，於一九七八年五月十一日複診。在休息時期維持停針時效果，現每晨起或吃飯，由鼻唇溝至口外角、舌尖麻木抽痛一至二次，持續一至二分鐘，平時右鼻旁隱約脹痛或跳動，飲食、二便如常。檢查：舌質紅、苔薄白，脈沉弦。證係風寒未盡。繼用前法。主要取穴：（一）合谷行氣法，足三里、三陰交（雙側）。（二）合谷行氣法，足三里、然谷（雙側）。共治療四十八次，病情無明顯進步，僅是今日刷牙、漱口不痛，明日又痛。在此期間曾三次天氣變化，疼痛發作均明顯增加，從而提示只用上述穴位不能收效，故加取風府、風池兩穴，經治十二次後，疼痛全部消失，天氣變化亦未發作。為了鞏固療效，針刺五次（共六十五次）而停針。

一年後，一九八〇年三月隨訪。患者於一九七九年三月恢復工作。僅於當年十月由於感冒發作一次，疼十幾天自行緩解。一般在天氣好時沒有任何感覺，天氣變化時，右下唇、舌根、舌邊、齒齦輪流出現微痛。

按語：

(1) 三叉神經痛並非皆為「火證」，《中國醫學大辭典》上說「面為陽明部分，面痛皆因於火，而有虛實之殊」，但本例因在野外工作，夜宿簡易棚，一月後發病，病因感受風寒明矣。發病後每到冬季或天氣變化時病情加重或復發，冷風吹面痛重，苔白滑，脈弦滑，皆寒證之徵，從而有力地支持寒證的診斷。寒邪偏盛，其性凝滯，氣血運行不暢，故遇寒冷則疼痛加劇或復發。正邪相爭，故見陣發性

疼痛。寒凝血瘀，故見瘀血性錐刺樣疼痛。寒極生熱，故反有灼熱感。寒邪凝聚，故見觸痛點。由於說話，漱口等動作均能影響氣血運行，故疼痛發作。

(2) 自我檢查：本案共治療一百二十六次，從全部治療過程明顯看出，開始治療的三十三次，以及最後治療的十七次，是有效的治療，中間治療的七十六次，可謂無效治療。究其因，是醫者死守前穴，不知久病宜治奇經之故。治療此案患者若能早日加取風府、風池二穴，病可早日得愈。因此，醫者不能滿足於態度和藹，即是認真負責地為病人服務，豈不知延長治療時間亦醫之過也。

(3) 影響療效的兩個因素；從全部針刺過程來看，影響針效果的還有以下兩個因素：第一，局部穴與循經遠端穴的應用，本例患者在一九六四年曾針刺半年，疼捕減輕，數月後復發，再針刺一百多次無效。一九七七年來我科針刺三十三次劇痛消失，僅留觸疼點輕痛。這一事實表明，本病雖然痛在面部，但與全身尤其是與其所屬經脈有著密切關係。因此初病邪居淺，局部刺可愈，久病邪居深，局部刺根本無效，只有循經遠端取穴才能收功。這就是局部與整體的關係，醫者不可忽視。第二，長時間的激發，經云「久病者邪居深也，深刺久留之」，余宗此法，始則採用電刺激，二十幾次後改用行氣法，經過十幾次的激發，使患者由循經感傳不顯著者，變為循經感傳顯著者。從而增強了針刺「通經絡、調血氣」的作用，提高了治療效果。

五、灸法治療慢性胰腺炎案

病例一：王○○，女，四十歲，病歷號：六〇三八七九，於一九七六年七月十五月初診。

現病史：左上腹痛，反復發作十五年。患者於一九六一年因飲食不節而病左上腹痛，初起偶爾發作，繼而發作頻繁於一九七五年病情加重，每飯後上腹皆痛，甚則疼痛難忍，並向左肩背放射，夜間疼痛尤甚，腹脹喜按，喜熱飲，納呆，不敢吃油膩、韭菜等食物，大便溏泄，全身乏力，肢寒畏冷，形瘦（體重五十一公斤），易感冒。病後曾接受中西醫藥多次治療。

檢查：舌質淡，苔薄白，脈沉細，面色黃白，左上腹壓痛並觸及包塊。

辨證：證係脾胃虛寒，氣血虧虛。

治法：治宜健脾溫中，補氣養血。

治療經過：主要取穴：（一）中脘（針灸並用）、氣海、左期門、內關、足三里、三陰交（雙側）。（二）至陽、膈俞、八俞（第八胸椎下旁開一·五寸）、肝俞、脾俞（均雙側）。以上兩組穴位，交替取用，每週三次，得氣後取柔和酸脹針感，留針一五分鐘左右，不針刺日自灸中脘、氣海、足三里，每次灸一個穴位，灸十五分鐘左右。經治十次後，左上腹及肩背痛開始減輕，三十三次後明顯減輕，針灸六十七次後，兩周左上腹未痛，為了鞏固療效，按上法繼續針灸十八次，共八十五次。歷時一年五個月，臨床治癒。兩年後隨訪（一九八〇年五月），

自停針後至今左上腹痛未發作，食欲增加，體重增加三·五公斤，包塊消失，已正常工作。

在治療過程中，為了預防感冒，針刺風門、足三里三次。針後在全部治療過程中未患感冒。病痢疾一次，針中脘、天樞、關元、合谷、足三里二次愈。慢性闌尾炎復發一次，針內關、中脘、氣海、馬氏點、闌尾穴五次愈，病腹瀉一次，針中脘、氣海、足三里、三陰交，灸天樞，三次愈。

按語：

一·本病的特點為慢性左上腹痛反復發作，左上腹壓痛並有包塊，符合慢性胰腺炎的診斷，屬中醫學「胃脘痛」、「癥瘕」等證候範圍。

二·病因飲食不節損傷脾胃，脾失健運，氣血生化之源不足，故見一系列脾胃虛寒、氣血虧虛證候。脾氣虛則推動血液運行之力不足，寒則凝滯，故見瘀血凝聚的癥塊，癥塊阻滯氣血之運行，故痛引肩背。證屬虛寒，治宜溫散，故本例重用灸法配合針刺，歷時年餘，使病史十五年久經中西醫藥治療無效的慢性炎症患者得以康復。