

前言

在汹涌澎湃的工业标准化、风起云涌的信息化推动着世界文明滚滚向前的同时，古老的传统中医药学与针灸医学不但没有被这些浪潮所吞没，反而在世界医学的舞台上闪烁出耀眼的光芒。针灸医学正在全球范围内进入 21 世纪的主流医学。针灸治疗已经被广泛应用到了临床各科。针灸的临床与机理研究正向纵深发展。针灸教学正在进入临床分门分科、学术分派的时代。这些发展趋势都是由科学时代发展的外在要求以及针灸医学本身发展的内在逻辑推衍出来的。

《黄帝内经》、《难经》、《针灸甲乙经》、《铜人腧穴针灸经》、《针灸大成》都是针灸医学发展史上里程碑式的创举，也被广泛作为不同时期的教科书，各个时代、各个国家、各个学派的针灸学者与医生都把它们奉为经典。这些经典著作对针灸医学的发展与传承起了无可比拟的作用。从战国时期的《黄帝内经》到 20 世纪的《中国针灸学》，针灸医学总是以一书集大成的方式，包揽经络、腧穴、刺法灸法、临床治疗。全国中医院校的建立以及高等中医院校教材的编写使得针灸医学学科的建设成为可能。针灸学、腧穴学、经络学、针灸治疗学、各家针灸学说、针灸医籍选、刺灸学和实验针灸学等相继独立成为针灸课程，并被纳入中医学院的教学大纲。针灸临床的广泛应用为针灸医学的临床分科提供了前提条件。

针灸医学的发展使得针灸治疗疾病的范围不断扩大。20 世纪出版的 6 部有代表性的针灸专家著作覆盖了近 400 个病症。1954 年朱璉编著的《新针灸学》涉及 213 种病症。1957 年人民卫生出版社翻译出版的代田文志的《针灸临床治疗学》涉及病症 58 种。1986 年出版的由陈佑邦、邓良月主编的《当代中国针灸临证精要》涉及中医病症 125 种，西医病症 193 种。1988 年邱茂良主编的《中国针灸治疗学》收录了 115 个病症的针灸治疗方法。1988 年出版的王雪苔主编的《中国针灸大全》筛选了适合针灸治疗的疾病 180 种。1989 年出版的《石学敏针灸临床集验》涉及病症 138 种。到 20 世纪 90 年代末，中外文献记载的针灸治疗病症的范围已经达到 800 多种。2002 年出版的张文进等编著的《五百病症针灸辨证论治验方》

收录各科病症 548 种。

在世界范围内,针灸医学正在从以治疗疼痛症、中风、偏瘫为主导的传统中国模式转向疼痛症、慢性病、功能性病变、临床各系统疾病综合治疗的多元模式。针灸治疗适用证的范围包含了内科、外科、妇科、儿科、皮肤科、五官科、骨伤科、老年科等各科的疾病与症状,对各科疾病的体针疗法、微针疗法、电针疗法、灸疗法以及其他各种以经络和腧穴为基础的疗法已经构成一个庞大的医学体系。这正是针灸内科、针灸妇产科、针灸儿科、针灸皮肤科、针灸五官科、针灸骨伤科、针灸老年科临床学科体系建立的必要条件。针灸治疗学的这种分化又要求针灸临床家、针灸理论家、针灸实验家探索针灸对各科疾病治疗的特殊性,这些特殊性包括对经络的特别认识,以及对治疗方法和手段的挖掘。在针灸各科的领域中,针灸临床家的临床观察与提炼,针灸理论家的理论探索与提高,针灸实验家的实验研究与总结更会为针灸医学临床学科体系的建立与完善提供更丰富的内容,也会为针灸医学的全面发展带来更深刻的变化。正是在这一背景下,美国中医学院与国内权威专家组织的这套《中华针灸临床精粹系列丛书》覆盖近 700 个病种,总结古代现代临床经验,涵盖医学各科,浩浩十卷,洋洋 500 万言,是针灸医学书籍的典范。

中国正在全面融入世界,世界正在从中国传统文化与遗产中挖掘一切有用的价值成分。中国针灸医学是世界医学的一部分,并且是主要部分。中华针灸医学矗立在中华文明复兴的前沿。作为中国为世界做出的一项伟大贡献,中国针灸医学将继续为预防人类疾病,治疗人类疾病,促进人类健康起着独特而不可替代的作用。

总主编 巩昌镇 博士
美国中医学院院长

绪 论

——建立现代针灸学理论指导下的针灸治疗体系

针灸治疗方案的科学化是提高疗效的基础,针灸治疗方案的关键内容包括取穴组方、针刺时机、针刺手法、留针时间、针刺频次等几个方面,这些关键因素的确定均应遵循腧穴作用的基本规律和针刺作用的基本规律。现代针灸学研究及现代针灸学理论的建立能够为制定合理的针灸治疗方案奠定科学基础,但建立现代针灸学理论指导下的针灸治疗体系是一个逐步完善的过程,本套丛书只是这个过程的开始,所以书中提供的治疗方案需要随着现代针灸学理论的发展进一步完善。

现代针灸学体系完全不同于传统针灸学。首先,现代针灸学的理论基础不同于传统针灸学,前者是以运用现代科学技术、方法对相关问题的研究所获取的现代科学意义上的规律作为指导理论,机理的阐明完全立足于现代科学意义的相关知识体系,并以神经-内分泌-免疫网络学说及腧穴作用规律、针刺作用的四大规律为该体系的理论核心;而传统针灸学则是以阴阳五行学说、脏腑气血学说、经络学说等为基本理论。其次,在临床上,现代针灸学充分利用现代诊疗技术和方法,以辨病为主导,针刺手法注重的是强弱刺激与针刺效应的关系,而传统针灸学则借助四诊八纲以辨证为主导,针刺手法强调的是补泻^[1-4]。

1. 腧穴作用的基本规律与临床取穴组方

针灸治疗方案涉及的取穴组方应当遵循腧穴作用的基本规律,或者说取穴组方应当以腧穴作用的基本规律为指导。

最近 50 年的大量研究证实,腧穴作用的基本规律与神经的节段性支配密切相关,即某一腧穴的主要作用范围取决于与之相同或相近的神经节段的支配空间,也就是说处在相同或相近的神经节段支配区内的腧穴具有类同的调节作用。根据这些研究,我们将腧穴的特异性定义为:处在相同或相近的神经节段支配区内的腧穴在治疗或调节作用上与较远的神经节段支配区的腧穴的差异性。大量研究表明,针刺某一腧穴所产生的主要调节作用的范围都是由与之相关的神经节段的支配空间所决定的。事实上,如果把十四正经上的各个腧穴按文献记载的主治作用逐一与神经节段性支配关系进行核查时,从总体上来看,大多数腧穴的主治病症与神经节段性支配关系相吻合,这一

规律位于躯干部的腧穴尤为典型。位于四肢的少部分腧穴除了能够治疗与之相关神经节段支配区内的病症之外,还可以治疗与之相距较远神经节段支配区的疾病,这种情况主要是由超分节结构的高位中枢所决定的。这就是说现代针灸学在总结腧穴作用规律时,也注意到了由超分节结构的高位中枢所决定的个别腧穴的某些特殊作用,但这些特殊作用的存在并不是否定腧穴作用基本规律的依据,而是这一基本规律的补充^[2,3,5]。

针刺腧穴所产生的调节作用虽然十分复杂,但从针刺腧穴所产生的作用范围来讲,可将针刺效应概括为两大主要类别:一类是节段性效应,另一类是整体性效应。针刺任何一个传统腧穴,这两类效应均同时产生,区别只是二者的范围、强度有所差异。针刺某一腧穴时,分布于相关神经节段支配区内的器官系统所受到的影响,往往是节段性效应与整体性效应的叠加;而分布于与该穴相距较远的神经节段(非相关的神经节段)支配区内的器官系统所受到的影响,往往只有整体性效应。腧穴作用的这一基本规律是腧穴特异性的本质反映,因而此规律决定了现代针灸临床的基本取穴原则,即临床上应当取用与发病器官系统处在相关神经节段支配区内的腧穴。当然,这一取穴原则并不适用于另外一类穴位,即耳穴等全息穴位。腧穴包括两个系统:一个是传统经穴系统,另一个是全息穴位系统。全息穴位系统在临床上的运用遵循着全息生物医学的有关理论。全息生物医学是一门介于传统中医学、针灸学及现代生物学、现代医学之间的边缘学科^[3,6]。

对穴位作用规律的研究,不但要弄清楚作用于每个器官系统的穴位分别是哪些,还要弄清楚作用于各器官系统的穴位的作用强度,并依据穴位作用强度的大小及安全风险或操作的方便与否,将作用于各器官系统的穴位区分为第一线穴位、第二线穴位乃至第三线穴位(或只分为第一线穴位、第二线穴位两类),第一线穴位是临床治疗中的首选穴位,第二线穴位和第三线穴位则属于备选穴位^[5]。

另外,中药组方讲究君、臣、佐、使,即不同的中药在同一个组方中所起的作用是不同的。针灸处方也应当注意这个问题,由于穴位组合在一起的联合作用比较复杂,在没有弄清是发挥协同作用还是拮抗作用的情况下,我们主张选用的穴位越少越好,无论是一线穴位,还是备选穴位均要少而精^[5]。

2. 针刺作用的基本规律与针灸治疗方案中的关键因素

针灸治疗方案涉及的针刺时机、针刺手法、留针时间、针刺频次等关键因素的确定均应当以针刺作用的基本规律为指导。

2.1 针刺的双向调节规律

传统针灸学认为针刺疗法既有“补”的作用,也有“泻”的作用。最近 50 年

的大量研究表明,针刺效应的产生主要取决于机体的机能状态。如果针刺某一腧穴能够对某一器官的机能产生影响,在一般刺激量的情况下,这种作用是兴奋性的还是抑制性的,最主要的是由该器官所处的机能状态所决定的。如果该器官的机能处于亢奋状态,那么针刺效应多是抑制性的;如果该器官的机能处于低下状态,那么针刺效应多是兴奋性的;如果该器官的机能处在正常稳定状态,则针刺效应往往既不呈现出明显的抑制,也不呈现出明显的兴奋,但具有稳定该器官机能、增强该器官抗扰动的作用。这就是针刺的双向调节规律,此可谓针刺作用的第一定律。我们的研究还表明,不但针刺效应的性质主要取决于机体的机能状态,而且针刺效应的强度也与机体的机能状态具有一定的相关规律性,也就是说,在一定范围之内,针刺效应的强度与机能状态偏离正常水平的程度呈现出正相关关系^[7-9]。

2.2 针刺手法的基本作用规律

传统针灸学强调针刺手法的补泻。现代研究证实,生物体对刺激的反应有两种形式,即兴奋与抑制,而反应性质是兴奋性的还是抑制性的主要取决于生物体的机能状态,其次取决于刺激量的大小,较强的刺激往往产生抑制性反应,较弱的刺激往往产生兴奋性反应。针刺腧穴也是一种刺激,这种刺激作用到机体所产生的反应性质与刺激量之间也呈现出类同的关系,一般说来,机能低下的疾病宜用较弱的刺激手法,使用较弱的刺激手法多产生兴奋性效应;机能亢进的疾病宜用较强的刺激手法,使用较强的刺激手法多产生抑制性效应。这一基本规律已被许多实验所证实。不过针刺手法的作用是一个较为复杂的问题,因为个体差异较大,针刺刺激的强弱只是相对而言,很难找到一个划分的基准,至少目前还无法做到这一点,临床上也只是依靠患者的主观感觉和医生本人的经验而定^[2]。

2.3 针刺时间的基本作用规律

针刺时间的基本作用规律也就是针刺的时间生物学效应产生的基本规律,也可称之为针刺时机的基本规律、针刺时间与针刺效应的相关规律。传统针灸学十分重视针刺疗效与施术时间的关系,并形成了一门独具特色的,以子午流注法、灵龟八法、飞腾八法等针刺疗法为主要构成的针灸学分支——时辰针灸疗法。大量研究表明,针刺疗效与针刺时间之间的确具有极为密切的关系。另外,生理学、生物化学的研究已经证实,机体的各种生理机能在同一天不同时间内的状态是不一样的,并且这种差异遵循着一定的模式,也就是说各种生理机能在一天之内的变化各自遵循着一定的节律性。我们的工作表明,如果需要增强或提高某种低下状态的生理机能就应在该机能的谷值期内进行针刺,在谷值期内针刺往往能够获得更好的兴奋性效应;如果需要抑

制某一亢奋状态的生理机能就应在该机能的峰值期内进行针刺,在峰值期内针刺往往能够获得更好的抑制性效应。这便是针刺的时间生物学效应产生的基本规律。对针刺效应与针刺时间的相关规律性的研究已形成了一门现代科学意义上的边缘学科——现代时间针灸学。现代时间针灸学在临床上运用的关键,首先是要弄清楚所要调节的生理机能的昼夜节律模式,找出其谷值时相和峰值时相^[10,11]。

2.4 针刺作用的时效规律

所谓针刺作用的时效规律也就是针刺作用的时效关系,是指针刺作用或针刺效应随时间变化的规律,可以用时效关系曲线来表达针刺作用的显现、消逝过程。弄清针刺作用时效关系,对于指导制定临床治疗方案,提高针刺治疗的效果具有重要意义。针刺的留针时间、针刺的频次是针刺治疗方案的重要内容,也是影响针刺疗效的关键共性因素。我们认为留针时间、针刺频次的确定均应以针刺作用时效关系研究为主要依据,前两者对后者具有不可分割的依赖关系。在没有弄清针刺作用时效关系之前,对针刺的留针时间、针刺频次的任何选择都有很大的盲目性,或者说缺乏足够的科学依据^[12]。

我们根据有关文献所提供的信息来分析,针刺的最佳诱导期(最佳留针时间)主要取决于所观察的指标和选取的穴位,在选取的穴位与观察指标密切相关的情况下,最佳诱导期多在 10~60 分钟之间,一般情况下,观察指标的反应性越敏感,针刺的最佳诱导期、半衰期也就越短;反之,针刺的最佳诱导期、半衰期也就越长。直接作用于神经系统、平滑肌系统的穴位,最佳诱导期较短,其针刺作用的半衰期也相对较短;而对于内分泌系统、免疫系统、血液系统或其他生化指标来讲,其最佳诱导期、针刺作用的半衰期相对较长,但半衰期似乎多在 2 小时之内。根据这样的基本结论,我们认为从获取最佳疗效的角度来讲,将针刺频次确定为每天 1 次并不是最合理的选择,而每天针刺 2 次比每天针刺 1 次则更具有科学性。需要指出的是针刺频次的增加,随之出现的问题是穴位的疲劳性也相应的增加,为了克服这个问题,我们主张临床取穴实行分组(2~4 组)的方法,几组穴位交替使用,确保同一组穴位在 1~2 天内只取用 1 次。另外,为了解决针刺频次与穴位的疲劳性问题,亦可将体针疗法与耳穴贴压疗法相结合,耳穴的贴压也是左右交替^[12]。

留针时间的长短应当以最佳诱导期为依据,如果留针时间明显短于最佳诱导期,则达不到最佳治疗作用;如果留针时间明显长于最佳诱导期,不但不能增强疗效,反而使穴位容易产生疲劳而降低疗效,特别是使用电针疗法时更容易产生这样的问题^[12]。

3. 针灸治病的生理学机制

针灸治病不同于服药疗法,并没有外来化学成分干预,而是通过调动自身调节系统的功能发挥纠正偏差的作用。针刺治病或针灸治病是通过神经-内分泌-免疫网络系统实现的,由于穴位的特异性问题,针灸不同的穴位所通过的调节途径也有不同,有的穴位主要通过神经系统发挥调节作用,有的穴位主要通过神经-内分泌系统发挥调节作用,有的穴位主要通过神经-内分泌-免疫网络系统发挥调节作用。

3.1 针感产生(得气)及其外周传入的生理学基础

得气是产生针刺疗效的重要基础。大量研究发现,体穴针感的产生基础主要是深部感受器,深部感受器基本上有五种类别:肌梭、腱器官、环层小体、关节感受器及游离神经末梢。这几类感受器在不同部位体穴处的分布有所不同,也就是说不同处的体穴各有其为主的感受器,一般说来,肌肉丰厚处的腧穴,其针感感受器以肌梭为主;在肌肉与肌腱接头处的腧穴,其针感感受器以腱器官为主;在肌膜处的腧穴,其针感感受器主要是环层小体;在关节囊处的腧穴,其针感感受器主要是关节感受器;在头皮处的腧穴,其针感感受器以游离神经末梢为主。腧穴处的感受器受到针刺刺激所产生的信号传入中枢之后才能产生调节作用,大量研究证实,针刺信号的外周传入的主要通路是支配腧穴的躯体感受神经,其中中等粗的Ⅱ、Ⅲ类纤维在针刺信号的传入中起决定作用,特别是刺激强度引起Ⅲ类纤维的兴奋时,可产生良好的针刺镇痛效应^[13]。另外,近些年的研究还发现了背根节分叉传入系统在针刺调节中具有重要作用。

3.2 针刺信号传导的中枢机制及针刺治病的中枢原理

针刺信号传入脊髓之后,在脊髓水平就已与病灶部位传入的疼痛信号发生相互作用。根据生理学的研究,在Rexed分层中,Ⅰ层只有对疼痛刺激反应的神经元,在Ⅴ层有一种细胞,对于触、压、温及伤害性刺激等多种刺激都能发生反应,并且对伤害性刺激的反应呈现为高频持续放电,这种细胞被称为广动力型细胞。研究发现,针刺腧穴或重复刺激Ⅱ、Ⅲ类传入纤维,对于细胞体大部分位于背角第Ⅳ、Ⅴ层的脊髓束或背外侧纤维的单位电反应,具有显著抑制作用。能使74%的背角Ⅴ层神经元,对伤害性热刺激的反应减少一半以上。针刺效应在脊椎动物的另一个特点,是针刺的节段性效应比已观察过的高位中枢部位所产生的效应要明显得多。针刺的腧穴和病灶处在相同或相近节段的情况下,针刺效应相对于二者远属节段情况下的效果要明显得多,这就是说针刺的节段性效应是一种最基本的效应^[2,14]。

针刺信号虽然是由较粗的纤维传入脊髓,但研究表明,针刺信号在脊髓

内的上行传导并不是通过背索,而是作用于脊髓背角,并经腹外侧索传向高位中枢的。研究表明,针刺对内脏躯体反射的抑制效应,在切断双侧腹外侧索后才完全消失。如果只损毁单侧腹外侧索,只能取消对侧后肢的针刺效应,而同侧后肢的针刺效应仍然能够保持,只有切断双侧腹外侧索,才能完全取消针刺镇痛效应。这些实验结果与神经科在临床上的观察结果是一致的。总之,多种实验表明,针刺信号进入脊髓就地与病理信号相互作用之后,是经过前联合交叉到对侧,然后沿外侧(主要是前外侧索)向上传导的。前外侧索的上行纤维主要有旧脊丘束、脊网束、脊顶盖束等^[13]。

针刺信号在脊髓内与病理信号相互作用之后继续上行抵达脑干。研究表明,针刺腧穴对高位中枢痛敏神经元抑制的重要途径就是通过脑干网状结构。在高位中枢,丘脑是感觉上升到意识之前的一个整合中枢,痛觉信号进入意识领域,必须经过丘脑。丘脑中与痛觉有关的神经元主要位于内髓板核群,特别是束旁核、中央外侧核一带。这些细胞对伤害性刺激引起持续的长时间放电,且潜伏期较长。除了丘脑,中脑内侧网状结构上也有类似的神经元,针刺腧穴可以有效地抑制这类痛敏神经元的放电,其中 II、III 类传入纤维 - 延髓巨细胞核 - 丘脑中央中核 - 束旁核便是针刺效应产生的重要中枢通路之一,该通路的兴奋可明显抑制丘脑束旁核的痛敏放电。除了延髓巨细胞核外,在脑干水平,针刺信号还可到达脑干网状结构、中缝核、中央灰质、中央被盖束。运用放射自显影技术追踪中缝核的纤维走向,可以看到中脑中缝背核的一部分纤维投射到丘脑束旁核,表明中缝核 - 束旁核是针刺效应产生的另一条中枢通路。另外,尾核是与痛觉调节有关的另一个结构,该结构在针刺效应的产生过程中也有重要作用。用辣根过氧化酶和 Nauta 纤维变性法,观察到尾核与中缝核之间存在着双向纤维联系,表明中缝核 - 尾核也是针刺作用的重要环路^[13,15]。

针刺信号在脑干内经过加工后上传到丘脑,其传导途径是中央被盖束,即巨细胞核 - 中央被盖束 - 丘脑中央中核。因中央中核紧靠束旁核,但中央中核对束旁核的抑制却需要一个较长的潜伏期,表明中央中核可能是通过包括前间脑在内的一个回路对束旁核发生抑制的,并且尾核、丘脑后核群等部位亦可观察到电针腧穴的诱发反应和(或)电针抑制效应^[16]。

针刺信号在丘脑经过加工后可进一步抵达边缘系统。痛觉生理学研究表明,痛觉冲动可以传送到边缘系统的不同部位,边缘系统也参与了针刺镇痛的调制,假如损毁扣带、海马、下丘脑的某些核,均对针刺效应产生一定影响。由此可见,可能存在着丘脑、前间脑的一个重要通路:丘脑中央中核 - 大脑皮层 - 尾核 - 束旁核疼痛抑制通路,该通路在针刺效应的产生方面具有重要

作用^[13]。

另外,自从 Hagbarth 与 Kerr 发现体感觉传入冲动的下行抑制通路以来,已有许多研究表明,该下行抑制系统在针刺效应的产生过程中起重要作用。研究证实,存在一个以中缝大核为主的下行抑制系统,通过背外侧索下行,对脊髓背角的有关神经元进行突触前抑制。进一步运用辣根过氧化酶逆行传输和放射自显影技术研究发现,中缝大核下行到脊髓背角的第 I~V 层,其纤维有节段分布关系,即靠近中缝大核头侧的细胞投射到颈髓,靠尾侧的细胞投射到腰髓。还有一些研究提示,边缘系统及其他高级部位的活动,都有可能通过中缝大核对脊髓痛觉冲动的传递产生影响^[17]。近些年的研究还发现,脊孤背索突触后双投射系统在针刺效应的产生过程中发挥作用。

除了上述谈到的之外,许多中枢神经介质和生物活性物质也广泛参入了针刺效应的产生过程。目前已有丰富的资料表明:中枢内 5-羟色胺有加强针刺镇痛的作用,针刺可增加中枢内 5-羟色胺的含量;儿茶酚胺有对抗针刺镇痛的作用,针刺可降低中枢内某些部位的儿茶酚胺的含量;阻断中枢乙酰胆碱的合成或胆碱能受体,都可降低针刺镇痛的效果,针刺可增加中枢内乙酰胆碱的含量;针刺可使脑的内啡肽含量显著增加,且与针刺效应密切相关;研究还表明,P 物质、环核苷酸的浓度高低也与针刺镇痛的效果有一定关系。

3.3 针刺效应的外周传出通路

针刺腧穴能够控制疼痛反应或产生其他调节作用,尚需通过相应的传出通路才能实现,外围传出途径主要是植物神经或神经-内分泌-免疫网络,如针刺某些穴位可激活下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统的功能,从而可产生广泛的调节作用。

4. 小结

总之,现代针灸学体系以神经-内分泌-免疫网络学说及腧穴作用规律、针刺作用的四大规律为该体系的理论核心。现代针灸学理论要求针灸治疗方案的科学化,即取穴组方及针刺时机、针刺手法、留针时间、针刺频次的确定,要以腧穴作用规律及针刺作用的四大规律为指导。当然,由于腧穴作用规律及针刺作用的四大规律,特别是针刺作用的时效规律尚需做进一步研究,因此每个具体的针灸治疗方案涉及的取穴组方及针刺时机、针刺手法、留针时间、针刺频次的确定也要有一个逐步完善的过程,本套丛书只是这个过程的开始。也就是说建立现代针灸学理论指导下的针灸治疗体系是一个逐步完善的过程,所以书中所提供的治疗方案需要随着现代针灸学理论的发展而逐步完善,毕竟这是一项具有里程碑意义的工作,不可能一蹴而就。

目 录

绪论	i ~viii	第八节 声带瘫痪	125
第一章 耳科疾病针灸治疗	1	第四章 眼科疾病的治疗	133
第一节 分泌性中耳炎	1	第一节 近视	133
第二节 急性化脓性中耳炎	7	第二节 远视	140
第三节 慢性化脓性中耳炎	12	第三节 结膜炎	144
第四节 梅尼埃综合征	19	第四节 巩膜炎	151
第五节 聋哑	26	第五节 睑缘炎	158
第六节 耳聋	30	第六节 麦粒肿	163
第七节 耳郭冻伤	35	第七节 霰粒肿	169
第八节 耳疔	36	第八节 溢泪症	174
第九节 耳部湿疹	39	第九节 慢性泪囊炎	178
第十节 耳郭软骨膜炎	41	第十节 急性泪囊炎	183
第十一节 外耳道异物	44	第十一节 视神经炎	187
第二章 鼻科疾病的治疗	47	第十二节 视神经萎缩	193
第一节 急性性鼻炎	47	第十三节 放射性眼损伤	199
第二节 萎缩性鼻炎	51	第十四节 单纯疱疹病毒性角膜 炎	202
第三节 过敏性鼻炎	56	第十五节 细菌性角膜溃疡	209
第四节 鼻窦炎	62	第十六节 慢性单纯性青光眼	214
第五节 鼻出血	68	第十七节 急性充血性青光眼	220
第六节 鼻息肉	75	第十八节 慢性充血性青光眼	227
第七节 鼻部疖肿	78	第十九节 视网膜动脉阻塞	232
第三章 咽喉科疾病的治疗	85	第二十节 视网膜静脉阻塞	236
第一节 急性扁桃体炎	85	第二十一节 原发性视网膜色素 变性	241
第二节 慢性扁桃体炎	91	第二十二节 中心性浆液性视网膜 脉络膜病变	244
第三节 急性咽炎	97	第二十三节 虹膜睫状体炎	249
第四节 慢性咽炎	102	第二十四节 上睑下垂	255
第五节 急性喉炎	109		
第六节 慢性喉炎	115		
第七节 急性会厌炎	121		

第二十五节 斜视	260	第七节 复发性口疮	324
第二十六节 老年性白内障	268	第八节 鹅口疮	329
第二十七节 癔病性黑盲	274	第九节 冠周炎	332
第二十八节 夜盲症	278	第十节 流行性腮腺炎	334
第二十九节 色觉障碍	284	第十一节 化脓性腮腺炎	341
第三十节 眼轮匝肌痉挛	290	第十二节 酒渣鼻	346
第五章 口腔科及面部疾病的治疗 ...	295	第十三节 痤疮	351
第一节 龋齿	295	第十四节 三叉神经痛	357
第二节 牙髓炎	300	第十五节 周围性面神经麻痹 ...	362
第三节 牙龈炎	304	第十六节 面肌痉挛	369
第四节 牙周炎	309	第十七节 面部扁平疣	374
第五节 颞下颌关节功能紊乱 ...	314	第十八节 丹毒	378
第六节 带状疱疹	319		

第一章 耳科疾病针灸治疗

第一节 分泌性中耳炎

分泌性中耳炎,又称卡他性中耳炎、非化脓性中耳炎等。本病病因还不十分明确,目前认为主要原因与咽鼓管功能障碍、感染及变态反应等有关。临床上可分为急性和慢性两种类型。此病可见于各种年龄,性别差异不明显,冬春两季患病者较多。

分泌性中耳炎属于中医学的“耳胀”、“耳闭”范畴。

▶ 诊断要点

一、临床表现

1. 急性分泌性中耳炎在发病前多有感冒病史,耳内胀满堵塞感较强,由于耳内胀感较强,患者常常自行按压耳屏来减轻这种胀感。患者也可伴有听力下降,听力虽然下降但是患者自听感往往加强。听力与头部体位有关,当头部前倾或偏向患侧时,听力可暂时得到改善。也有患者有耳鸣症状,当头部运动或打哈欠或擤鼻涕时耳内有气过水声。在急性期,少数患者有耳内轻微疼痛,在慢性期则疼痛不甚明显。

2. 耳部检查可见鼓室内陷,无光泽,表现为光锥缩短、变形或消失;锤骨柄向后上移位,锤骨短突明显外凸。可见到鼓室积液征,即透过鼓膜见到一个液平面,表明鼓室有积液;若经过咽鼓管有少量空气进入鼓室,则透过鼓膜可见到一些小水泡。积液多时,鼓膜向外隆凸,鼓膜活动度受限。

3. 本病应与鼻咽部肿瘤、化脓性中耳炎、特发性血鼓室、鼓室硬化等相鉴别。

二、实验室检查

听力检查、音叉试验和纯音听阈测试结果为传导性耳聋。

▶▶ 辨证分型

一、风邪犯肺型

耳内作胀或微痛,伴有听力不同程度的减退,但听自己说话声音大于平时,时有耳鸣如有风声。患者常以手按压耳屏前部,以减轻耳部胀感及不适。患者可伴有头痛、鼻塞、流涕、咽喉疼痛及发热、恶寒等表现。舌边尖红,脉浮数。

二、气滞血瘀型

耳内胀闷、闭塞不舒,日久不愈,甚者如有物阻。听力逐渐减退并日益加重。耳鸣如蝉或声音嘈杂。舌质紫暗,苔薄白,脉弦涩。

▶▶ 治疗

一、辨证治疗

1. 治疗原则:早期宜祛风散邪,通利耳窍;中后期宜活血化瘀,疏肝通络,清利耳窍。

2. 处方

(1)主穴:耳门、听宫、听会、翳风、合谷、外关。取耳门、听宫、听会、翳风四个穴位时,一侧患病取患侧,双侧患病取双侧。合谷、内关两个穴位取双侧。

(2)配穴:风邪犯肺型配风池、风门、肺俞;气滞血瘀型分两组,第一组取穴为肝俞、膈俞;第二组取穴为阳陵泉、行间。

两组配穴均可与主穴相配,但是要交替使用。

3. 操作方法

(1)主穴:常规消毒后,选用28~30号毫针,张口时进针,略向下后方斜刺耳门、听宫、听会三穴 0.8 ± 0.2 寸(说明:标准体重患者刺入0.8寸,明显偏瘦患者刺入0.6寸,明显偏胖患者刺入1.0寸。根据患者的体重情况每个穴位的针刺深度可分为这三种情况);翳风穴直刺0.8寸~1.2寸,或向前内下方斜刺1.0~1.5寸;合谷穴直刺 1.0 ± 0.2 寸,外关穴直刺 1.2 ± 0.2 寸。

(2)辨证配穴:常规消毒后,选用28~30号毫针,直刺外关 1.2 ± 0.2 寸,向鼻尖方向斜刺风池穴 1.0 ± 0.2 寸,向下或向脊椎方向呈 45° 角斜刺风门、肺俞、肝俞、膈俞穴 0.6 ± 0.2 寸,直刺阳陵泉穴 1.5 ± 0.5 寸,向后斜刺行间穴 0.8 ± 0.2 寸。

针刺远端穴位时使针感尽量向患侧耳部传导可提高疗效,在风门、肺俞针刺后拔罐可加强祛风邪宣肺气之功能。在肝俞和膈俞起针后可配合拔罐以

提高疏肝理气、活血化瘀的作用。

每天治疗一次,重症患者可每天治疗两次。每次留针20~30分钟,留针期间行针2~3次。主穴均用中度刺激手法行针,捻转幅度为2~3圈,捻转频率为每秒2~4个往复,每次行针5~10秒钟。配穴的针刺手法、留针时间、行针次数均与主穴相同。

4. 方义:卫外不固、风邪犯肺导致耳部经脉气血不利,故取翳风穴可驱除耳部之风邪,风池穴为驱除头面部风邪侵袭之重要穴位。与肺俞、风门相配伍更加强了祛风邪、固卫气的作用。耳门、听宫、听会为局部取穴法,可通利耳部气血,使局部气血调畅。外关穴为少阳三焦经穴位,耳部为少阳经经过之地,取外关穴可直接疏通耳部气血,与局部穴位相配伍,加强通经活络、调畅气血作用。对于气滞血瘀型取肝俞可调理肝经功能,祛除肝经之湿热;配合血之会穴膈俞可调理血分功能而活血化瘀;远端取阳陵泉穴,该穴位为少阳胆经之合穴,并为治疗头部少阳经部位病变的常用穴。行间穴为肝经之荥穴,具有清肝经湿热的作用,取该穴可清耳部湿热之邪气而通利耳窍。

二、辨病治疗

(一)体针疗法

1. 处方

(1)主穴:耳门、听宫、听会、翳风、合谷。除合谷穴双取外,其他穴位均取患侧。

(2)配穴:伴发热者加大椎、曲池,伴头痛鼻塞流涕症状较重者,配迎香、通天、风池,伴有咽喉部痛者加双侧少商、耳尖放血。

2. 操作方法

(1)主穴:常规消毒后,选用28~30号毫针,张口时进针,略向下后方斜刺耳门、听宫、听会三穴 0.8 ± 0.2 寸,翳风穴直刺0.8寸~1.2寸,或向前内下方斜刺1.0~1.5寸,合谷穴直刺 1.0 ± 0.2 寸。

(2)配穴:常规消毒后,选用28~30号毫针,向鼻尖方向斜刺风池 1.0 ± 0.2 寸,斜刺迎香穴 0.4 ± 0.1 寸,通天穴平刺 0.6 ± 0.1 寸,直刺曲池穴 1.3 ± 0.2 寸,大椎穴、耳尖及少商穴用三棱针点刺放血3~5滴。

每天治疗1次,重者每天治疗2次,每次治疗留针20分钟,留针期间行针2~3次。均用中等强度刺激手法,捻转幅度为2~3圈,捻转频率为每秒2~4个往复,每次行针5~10秒钟。

3. 按语:现代研究认为听宫穴可治疗神经性耳聋、聋哑、梅尼埃综合征、中耳炎、面神经麻痹、下颌关节炎、下颌关节功能紊乱。《现代针灸学理论与临

床应用》认为听会穴与耳门穴、翳风穴可治疗面部与该穴处在相关神经支配区内的组织器官疾病,故取耳门、听会、翳风可治疗耳部疾患。迎香、风池、通天对于解除鼻腔黏膜充血、水肿具有良好作用。合谷对缓解头痛有良好的作用,而少商穴可治疗急性咽喉炎、扁桃体炎等。大椎、曲池对退热有较好的疗效。

(二)灸法

1. 处方:患侧翳风穴。

2. 操作方法:以艾卷之燃烧端距离穴位皮肤约1寸的高度进行熏灸,一般以灸至局部皮肤红润、有烙热感即止。在施灸前应先用消毒棉签拭清外耳道脓液,滴入双氧水洗濯之,再以消毒棉签将外耳道拭净,然后艾灸,灸毕放以引流条,以利排脓。每日灸治一次,每次施灸时间,一般为1分钟左右。

(三)氦-氖激光穴位照射疗法

1. 处方

(1)主穴:取患侧听会、翳风、足三里、丘墟。

(2)配穴:耳门、曲池、太溪及患侧耳孔。

2. 操作方法:每次2~4穴,先用2%双氧水清洗耳内脓水,然后用795-B型氦-氖激光双管治疗机进行照射,波长632.8nm,输出功率10mV,光斑直径1.5mm,距离穴位20cm,照射耳孔部需配光导纤维,每穴照射5分钟,每日治疗1次,10次为1个疗程。

(四)穴位注射疗法

1. 处方:翳风、耳门、听宫、外关、太阳、风池。

2. 操作方法:对患者进行普鲁卡因皮试,显示为(-)后,抽取0.5%盐酸普鲁卡因注射液1mL。穴位常规消毒后,使患者张口略向下后方斜刺耳门穴或听宫穴 0.8 ± 0.2 寸,直刺翳风穴 1.0 ± 0.2 寸,直刺外关穴 1.0 ± 0.2 寸,风池穴宜向鼻尖方向斜刺 1.0 ± 0.2 寸。太阳穴宜向下斜刺 1.5 ± 0.5 寸。每次选上述腧穴1~2穴,将针头刺入穴位回抽无血后方可将药液缓缓刺入。(标准体重患者注入0.4mL,明显偏瘦患者注入0.3mL,明显超重患者注入0.5mL。根据患者是否明显超重,将每个穴位注入的药量分为三种情况)

(五)耳针疗法

1. 处方

(1)主穴:耳尖、神门、肾上腺、肾、内耳。双侧耳穴交替使用。

(2)配穴:伴头痛鼻塞者加太阳、内鼻;伴咽喉痛者,加咽喉、肺。双侧配穴交替使用。

2. 操作方法

(1)主穴:常规消毒后,选用28号0.5~1寸毫针,左手托住耳背,右手持针

针刺,采用浅刺、斜刺法,留针20分钟,留针期间行针2~3次。均用中等强度刺激手法,捻转幅度为2~3圈,捻转频率为每秒2~4个往复,每次行针5~10秒钟。双侧耳穴交替针刺。

(2)操作方法、留针时间、行针幅度及频率均同主穴。

3. 按语:双侧耳穴交替使用,取一侧主穴时,可取另一侧配穴,这样可避免取一侧耳穴太多而不方便,另外这样做的目的还在于防止穴位的疲劳和产生耐受性。耳穴咽喉穴对缓解咽喉痛有较好的效果,而内鼻穴、肺穴对鼻渊流涕症状有较好疗效。

(六)耳穴贴压疗法

1. 处方

(1)主穴:分为两组,第一组取一侧的神门、内耳、皮质下;第二组取另一侧的肝、胆、肾。两组耳穴同时取用,但不同侧取用。双侧耳穴交替使用。

(2)配穴:初期鼻渊流涕者配肺、内鼻;头痛者配太阳;咽喉痛者取咽喉穴、耳尖穴、扁桃体穴。双侧配穴交替使用。

2. 操作方法

(1)主穴:用王不留行子进行贴压。常规消毒后,用5mm×5mm医用胶布将王不留行子固定于选用的穴位,每穴固定1粒。让患者每天自行按压3~5次,每个穴位每次按压2~3分钟,按压的力量以有明显痛感但又不过分强烈为度。隔日更换1次,双侧耳穴交替使用。

(2)配穴:除耳尖穴、扁桃体穴外,其他穴位操作同主穴。耳尖穴用点刺放血法。操作:常规消毒后,用双手拇指、食指挤压耳尖穴,使之充血,然后左手固定穴位,右手持三棱针快速点刺耳尖穴2~3次,深度为0.1~0.2寸。然后双手拇指、食指配合用力挤压穴位使出血数滴。扁桃体穴操作同耳尖穴。每周治疗2~3次,两侧耳郭交替使用。

(七)点刺放血加拔罐疗法

1. 处方:大椎、肝俞、肺俞。

2. 操作方法:选好穴位然后将穴位常规消毒,最好选取有压痛点处,并用双手拇指、食指挤压所选穴位,使之充血,然后用右手持三棱针左手固定好所选的穴位,快速点刺所选穴位3~7次,深度为0.2~0.4寸,然后在点刺放血处拔罐10分钟左右,将拔出的瘀血用消毒干棉球擦拭干净。

(八)按摩疗法

耳膜按摩,其法如《景岳全书卷二十七》所说:“以手中指于耳窍中轻轻按捺,随捺随放,随放随捺。或轻轻摇动,以引其气,捺之数次,其气必至,气至则窍自通矣。”



古代成方举例

1. 夫发蒙者,耳无所闻,目无所见……刺此者,必于日中,刺其听宫,中其眸子,声闻于耳,此其输也。(《灵枢》)
2. 耳聋填填如无闻,啾啾嘈嘈若蝉鸣,颌颊鸣,听宫主之,下颊取之,譬如破声。(《甲乙经》)
3. 听会主耳鸣耳聋,牙车脱臼……(《针灸大成》)
4. 听会治耳聋,耳中状如蝉鸣通耳食,牙车脱臼相离一二寸。(《铜人》)
5. 翳风主耳鸣、耳聋,口眼喎斜。(《针灸大成》)



文献摘要



激光疗法

王静文用JG2-1型氦-氖激光机,输出功率1mW,工作电流3~5mA,直接照射耳腔内10分钟,听宫、后官穴各5分钟,照距30~40cm。或用795-B型氦-氖激光照射,输出功率10mW,工作电流8~12mA,光纤直径4~5mm。照射耳腔10分钟,听宫、后官穴各5分钟,均每日1次,10次为1个疗程。结果:治愈81例,好转53例,无效6例。[中华理疗杂志,1987;10(3)]



医案举例

医案 穴位注射疗法治验

袁×,女,48岁。右耳闷塞伴耳鸣4个月。耳鸣呈低频率,外院治疗效果欠佳,平素时常鼻塞不通,外院电测听检查示:右耳气导下降35dB,气骨导差10dB;声阻抗示:右耳成“B”型图,镫骨肌反射未引出来。来诊时检查右耳骨膜内陷,舌暗脉濡。诊断:渗出性中耳炎(右),拟利水消肿,开闭通窍,予以翳风穴注射山莨菪碱10mg加地塞米松注射液5mg。1周注射1次。2周后复诊,耳闷、耳鸣已解。[江洁. 上海中医杂志,2003;(11)]



按语

1. 针灸疗法对治疗分泌性中耳炎具有较好疗效,治疗越早越好,早期疼痛较重者可每日治疗2次。
2. 对上述几种治疗方法,可单独使用,对重症患者也可选择其中2~3种治疗方法结合使用。
3. 发病后应立即进行治疗,嘱患者不能用手经常触摸。如耳内液体较多时,可施穿刺抽液然后配以针灸疗法,穿刺抽液时要严格消毒,避免感染。