

XIAN DAI CHANG YONG
ZHEN FA JIU FA DE LIN CHUANG YING YONG

现代常用

针法灸法的临床应用

主编 朱江 李晓泓 郭长青

中国中医药出版社

现代常用针法灸法的临床应用

主编 朱 江 李晓泓 郭长青

中国中医药出版社

·北 京·

图书在版编目 (CIP) 数据

现代常用针法灸法的临床应用/朱江等主编. —北京: 中国中医药出版社, 2005.3

ISBN 7-80156-714-5

I. 现… II. 朱… III. 针灸疗法 IV. R245

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 001237 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 电话: 64405750 邮编: 100013)

(邮购联系电话: 84042153 64065413)

印刷者: 北京市卫顺印刷厂

经销者: 新华书店总店北京发行所

开本: 787 × 1092 毫米 16 开

字数: 904 千字

印张: 38.25

版次: 2005 年 3 月第 1 版

印次: 2005 年 3 月第 1 次印刷

册数: 1000

书号: ISBN 7-80156-714-5/R·714

定价: 46.00 元

如有质量问题, 请与出版社发行部调换。

HTTP: //WWW.CPTCM.COM

《现代常用针法灸法的临床应用》

编 委 会

主 编 朱 江 李晓泓 郭长青

主 审 李学武 陆寿康

编写人员 (按姓氏笔画排列)

王燕平	王朝阳	马文珠	马惠芳
马良宵	付 平	由 松	刘 峰
刘清国	乔 艳	朱 江	朱 玲
邬继红	孙阿娟	任秀君	时宇静
李晓泓	李 瑞	李玉环	李文迅
李 辉	李 淳	辛随成	张 军
张洪林	张 怡	张源根	林彩霞
杨 芳	金 凤	赵百孝	郭长青
袁 英	胡 波	费宇彤	陶晓雁
倪骏峰	程 凯	秦立新	贾宝辉
黄建军	解秸萍	梁 军	谢元华
睢明河	薛卫国	翟景慧	

前 言

针灸学是中医学的重要组成部分。针灸学科的建设在发展中医药理论、提高中医临床疗效、推动中医学走向世界的过程中有着极其重要的意义。

针灸重点学科建设的最终目标是要“以提高针灸临床疗效为核心”的。各种针灸疗法对某些病症的治疗具有明显而独特的优势，是传统中医药疗法的主要手段之一。每一个针灸治疗过程都是通过不同的刺激方式作用于不同的穴位而达到治疗目的，而具体的针法灸法在这个过程中起着不可忽视的作用。因此针法灸法的研究是针灸学学科建设中的重要环节。

我们作为重点学科的建设单位，认为学科的建设要经过规范、提高、创新三个阶段。其中针灸规范化的研究是一切研究的前提与条件，将为下一步的提高与创新奠定基础。值得欣喜的是：近年来在中医与针灸界同仁的共同努力下，针灸规范化的研究已初具规模并取得了可喜的进展。如腧穴名称和部位的规范与标准化研究，针灸临床规范化的研究，以及刚刚启动的中华人民共和国经穴穴典的研究等，所有这些无疑都对针法灸法的规范研究起到了极大的促进与推动作用。

我们认为针法灸法规范研究的第一步，应该是脚踏实地从文献角度科学地归纳、总结与评价各种针灸方法在临床应用中的价值和意义。不仅要鸟瞰当代常用的各种不同的针灸方法在临床实际应用的总体概况，更应借助文献学的理论与方法对相关资料进行科学分析与归纳，明确不同的针灸方法在不同的疾病治疗中的作用，从文献的角度初步总结和筛选针灸优势病种及其临床最佳的技术方法，并指出其发展途径和存在问题乃至今后努力的方向等。

目前关于针法灸法研究的书籍比较多，但科学系统地从文献学角度，并结合临床实际应用状况归纳与评价各种针灸方法临床价值的专著较少。所以虽然这项研究工作十分烦琐与艰难，但对整个学科发展的重要学术意义促使我们下定决心潜心地进行这项工作。《现代针法灸法临床应用》这部书正是我们对这项工作的提炼与总结。该书的学术价值体现在：可为深入研究不同的针灸方法的作用机理提供最基础的文献依据和思路；为针灸临床的科学研究及实践提供参考与指导；为针灸学科进一步的提高与创新打下基础。该书是我们为实现针灸学科长期、稳定、明确的学术发展总目标的阶段性标志。

本书从学术价值较高的专业期刊上收集了近 20 年来的文献，并依据文献学的科学理论与方法，系统论述了内、外、妇、儿、骨科等近 50 余种针灸优势病种的现代针法灸法临床应用状况与意义。为清晰地展现书中的学术内涵，我们以各种针灸方法的常见病治疗为核心进行归类，并以每种方法为线索，依次按一定的层次展开。编写体例如下：每一种常见病均按照五部分归类。一、现代医学概述：1. 概念；2. 诊断。二、中医学概述：1. 概念；2. 辨证。三、现代常用针法灸法临床应用。常用的针法灸法包括毫针法、艾灸法、拔罐法、耳针法、头针法、电针法、三棱针法、火针法、皮肤针法、穴位注射法、穴位埋线法、穴位贴敷法、穴位割治法等等。每种方法均严格筛选出代表性文献，每篇文献又按一般资料、诊断标准、疗效标准、治疗方法、治疗效果、临床体会等几个层次进行文献收集。四、分析与评价。根据上述的文献学习与整理，进一步从中归纳、总结与揭示下面内容：1. 各种针法治疗本病的概况；2. 针灸治疗本病的疗效及安全性评价；3. 本病的针灸治疗规律；4. 今后本病的临床研究重点；五、参考资料。

由于编写时间仓促以及编写角度和编写者的水平有限，书中难免不尽人意之处，敬请广大同仁提出批评指正。

编著者
2005 春

目 录

一、支气管哮喘	(1)
二、冠心病	(18)
三、心律失常	(32)
四、高血压病	(50)
五、高脂血症	(65)
六、胃炎	(75)
七、消化性溃疡	(87)
八、胆囊炎	(99)
九、溃疡性结肠炎	(108)
十、糖尿病	(120)
十一、偏头痛	(130)
十二、三叉神经痛	(143)
十三、面瘫	(158)
十四、类风湿关节炎	(180)
十五、痛风	(195)
十六、勃起功能障碍	(208)
十七、不射精症	(232)
十八、男性不育症	(242)
十九、便秘	(249)
二十、抑郁性神经症	(264)
二十一、慢性疲劳综合征	(276)
二十二、梅尼埃病	(288)
二十三、多发性硬化症	(298)
二十四、格林巴利综合征	(305)
二十五、中风后言语障碍	(313)
二十六、老年性痴呆	(324)
二十七、放化疗后白细胞减少症	(334)
二十八、抽动秽语综合征	(348)
二十九、小儿营养不良	(358)
三十、儿童多动症	(373)
三十一、近视眼	(385)

三十二、弱视	(409)
三十三、变应性鼻炎	(414)
三十四、复发性口腔溃疡	(432)
三十五、颈椎病	(459)
三十六、肩关节周围炎	(481)
三十七、腰椎间盘突出症	(496)
三十八、坐骨神经痛	(513)
三十九、痛经	(522)
四十、月经不调	(537)
四十一、经前期紧张综合征	(549)
四十二、围绝经期综合征	(560)
四十三、急性乳房炎	(571)
四十四、戒断综合征	(583)
四十五、带状疱疹	(589)
后记	(603)

一、支气管哮喘

一、现代医学概述^[1]

1. 概念

支气管哮喘是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道慢性炎症。这种炎症使易感者对各种激发因子具有气道高反应性，并可引起气道缩窄，表现为反复发作性的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间或清晨发作、加剧，出现广泛多变的可逆性气流受限，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

全世界约有1.6亿多人罹患哮喘，近年的研究已证实，世界各地哮喘的发病率和死亡率一直呈逐年上升的趋势。各国患病率1%~13%不等，我国的患病率1%~4%。全国五大城市的资料显示13~14岁学生的哮喘发病率为3%~5%。一般认为儿童发病率高于成人，成人男女患病率大致相同，约40%的患者有家族史。发达国家高于发展中国家，城市高于农村。

2. 诊断

【诊断标准】

(1) 反复发作喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理、化学刺激、病毒性上呼吸道感染、运动有关。

(2) 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。

(3) 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

(4) 症状不典型者（如无明显喘息或体征）应至少具备以下一项试验阳性。

支气管激发试验或运动试验阳性：

①支气管扩张试验阳性 [一秒钟用力呼气容积 (FEV_1) 增加15%以上，且 FEV_1 增加绝对值 $> 200ml$];

②最大呼气流量 (PEF) 日内变异率或昼夜波动率 $\geq 20\%$ 。

(5) 除外其他疾病所引起的喘息、胸闷和咳嗽。

【分期】

根据临床表现支气管哮喘可分为急性发作期和缓解期。缓解期系指经过治疗或未经治疗症状、体征消失，肺功能恢复到急性发作前水平并维持4周以上。

二、中医学概述^[2]

1. 概念

支气管哮喘相当于中医学中的“哮病”，系宿痰伏肺，因外邪、饮食、情志、劳倦等因素，致气滞痰阻，气道挛急狭窄而发病。以发作性喉中哮鸣有声，呼吸困难，甚则喘息

不得平卧为主要表现。

2. 辨证

发作期

(1) 冷哮

临床表现：喉中哮鸣有声，胸膈满闷，咳痰稀白，面色晦滞。或有恶寒、发热，头身痛。舌质淡，苔白滑，脉浮紧。

证候分析：寒痰留伏于肺，气道受阻，痰气相搏，故喘促哮鸣有声；痰为阴邪，故咳痰稀白；痰不能从咳而出，肺气阻闭，胸阳不展，故胸膈满闷、面色晦滞；恶寒发热、头身痛及舌脉，皆为风寒束肺之象。

治则：温肺散寒，豁痰利窍。

(2) 热哮

临床表现：喉中痰鸣如吼，气粗息涌，胸膈烦闷，呛咳阵作，痰黄黏稠，面红，伴有发热、心烦口渴。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

证候分析：喘息哮鸣，为痰气相搏，与冷哮无异；热邪壅肺，肺气上逆则胸高气粗，呛咳阵作；热为阳邪，炼液为痰，则稠黄胶粘，烦闷口渴；舌脉为痰热内盛之象。

治则：宣肺清热，化痰降逆。

缓解期

(1) 肺气亏虚

临床表现：平素自汗怕风，常易感冒，每因气候变化而诱发，发病前喷嚏频作，鼻塞流涕，舌苔薄白，脉濡。

证候分析：肺主气，外合皮毛，肺气虚弱，卫外不固，故多汗出而恶风；防御功能降低，易受外邪侵袭而患感冒，且每因气候变化而诱发；鼻塞喷嚏乃风寒外束之象；舌脉为肺虚之象。

治则：补益肺气，化痰止咳。

(2) 脾气亏虚

临床表现：平素痰多，倦怠无力，食少便溏，每因饮食失当而引发，舌苔薄白，脉细缓。

证候分析：脾虚气弱，健运无权，故食少便溏；水湿不运，湿聚成痰，上渍于肺则气喘，饮食不当而脾气受损，故每因饮食不当而发；中气不足，则倦怠气短；舌脉为脾虚气弱之象。

治则：健脾益气，祛痰止咳。

(3) 肾气亏虚

临床表现：平素气息短促，动则为甚。腰酸腿软，脑转耳鸣，不耐劳累，下肢欠温，小便清长，舌淡，脉搏沉细。

证候分析：久病肺虚及肾，气失摄纳，故平素气息短促、动则为甚；肾虚则腰酸腿软，脑转耳鸣，不耐劳累，下肢欠温，小便清长；舌脉亦为肾气亏虚之象。

治则：固本培元，纳气止咳。

三、现代常用针法灸法临床应用

1. 毫针

(1) 胡志光等^[3]

一般资料：61例为观察组，其中男26例，女35例；年龄7~63岁，平均28岁；病程0.5~24年，平均10.7年。28例为正常对照组，其中男10例，女18例；年龄18~61岁，平均29岁。

诊断标准：参考中华医学会《支气管哮喘的诊断、分期和疗效的评定标准》。

疗效标准：临床治愈：不需任何药物，保持无症状达1年以上；显效：偶有轻度哮喘症状，肺部偶闻轻微哮鸣音，不需用药；有效：症状及肺部哮鸣音减轻或发作次数减少，但仍需用药物治疗；无效：症状、体征无明显改变。

治疗方法：观察组患者采用针刺治疗，取大椎及定喘、风门、肺俞、足三里、三阴交、孔最或鱼际，咳嗽配天突或膻中，伴有皮肤或消化道过敏病史加血海、曲池。用28号1~2寸毫针进针，捻转补泻，得气后留针30~40min；孔最接G6805型电针治疗仪，连续波转疏密波，电流强度以患者能耐受为度。每日1次，连续10次为1疗程，治疗3个疗程。

治疗效果：观察组临床治愈10例（16.39%）；显效18例（29.51%）；有效22例（36.07%）；无效11例（18.03%）；总有效率81.97%。

临床体会：支气管哮喘是临床上常见的I型过敏反应（变态反应）性疾病，针刺治疗支气管哮喘获效的机理之一可能是使患者过低的 CD_4^+ 升高，而能有效控制合成IgE的B细胞的功能，同时使患者增大的 CD_4^+/CD_8^+ 比值减小， CD_4^+ 细胞功能相对减弱，过高的IL-4降低，最终均导致IgE的生成减少，且IgE水平降低程度与临床疗效有着更直接的关系。

(2) 马文珠等^[4]

一般资料：共观察47例，男29例，女18例；年龄最小3岁，最大81岁，平均45.23岁；病程最短1月，最长55年，平均17.39年。

诊断标准：根据《中华结核和呼吸杂志》1993年哮喘增刊所载《支气管哮喘的诊断标准（修正方案）》而定。

疗效标准：根据《中华结核和呼吸杂志》1993年哮喘增刊所载《支气管哮喘的疗效标准（修正方案）》而定。

治疗方法：将患者随机分为3组，针刺组16例，穴位贴敷组16例，药物组15例。针刺组取膻中、定喘、肺俞、中脘、足三里。操作：定喘直刺，泻法；膻中散刺，分别向上、下、左、右强刺激；肺俞斜刺，补法；中脘直刺，泻法，针尖稍向上。以上腧穴均要求使针感向胸廓两侧放散。足三里直刺，补法。每穴留针20~30分钟，隔日针1次，每周3次，共治疗10次。穴位贴敷组取肺俞、大椎、命门、章门、足三里。药物：由白芥子、苏子、甘遂、莱菔子等药物组成。取药膏如蚕豆大，贴于穴位，用纱布敷盖，胶布固定，每次贴敷24小时，隔日换药1次，每周3次，共治疗10次。药物组不针刺，不穴贴，仅用平喘药或激素类药物对症治疗。

治疗效果：针刺组、穴位贴敷组、药物组的有效率分别为 75.0%、75.0%、80.0%，临床控制率分别为 37.5%、31.2%、40.0%。3 组间有效率、临床控制率差异无显著意义。

临床体会：针刺治疗哮喘虽然在穴位选择上不同，但其平喘作用已经肯定。穴位贴敷疗法治疗哮喘具有悠久的历史，它可以改善肺功能，增加肺通气量，改善微循环，提高机体免疫力。

2. 灸法

(1) 吴炳煌等^[5] (隔姜灸)

一般资料：27 例中男 11 例，女 16 例；年龄 15 岁以下 1 例，16~30 岁 1 例，31~50 岁 15 例，51~60 岁 4 例，61 岁以上 6 例；病程 5 年以内者 7 例，5~10 年者 13 例，11~20 年 4 例，21~30 年者 2 例，30 年以上 1 例。

诊断标准：1988 年中华全国中医学会内科学会修订的标准。

疗效标准：临床治愈：哮喘停止发作，免疫功能显著改善，随访 1 年未复发者；显效：哮喘症状、体征及免疫功能明显改善，基本不发作；好转：哮喘症状及体征减轻；发作次数减少，免疫功能有一定改善者；无效：哮喘症状及体征无改善，发作仍频繁、免疫功能无变化者。

治疗方法：取神阙穴。在神阙穴上放置约 2.5×3cm 大小、厚约 0.2cm、扎数个小洞的鲜姜片，然后在姜片上放置底面直径约 1cm 的圆锥形艾炷（约 1.5~2g 艾绒）。连续灸 3 壮，以病人感到一股热气向脐眼内渗透、局部皮肤潮红为度。每天灸 1 次，15 次为 1 疗程。2 疗程后评定疗效。

治疗效果：临床治愈 5 例，显效 13 例，好转 6 例，无效 3 例。总有效率 88.9%。

临床体会：因神阙属任脉穴位，是生命之根蒂、真气之所系、生气之源，具有健脾温肾壮阳、培补元气的作用，故灸之可达到温阳补肾、散寒平喘、扶正驱邪之效。

(2) 岳鑫凤^[6] (隔姜灸)

一般资料：130 例中男 78 例，女 52 例；年龄最小的 12 岁，最大的 76 岁；病程最短的 3 年，最长的 20 年。

诊断标准：按照哮喘诊断治疗标准（不详）。

疗效标准：显效：续治疗 3 年，至第 4 年冬春观察，症状完全控制；有效：症状改善，有时需少量辅助用药；无效：症状无明显改善，或不能停辅助用药（1993 年哮喘诊断治疗标准，部门不详）。

治疗方法：主穴：肺俞；配穴：病程较长，痰多气短明显者加用脾俞、肾俞。灸法：将鲜生姜切成厚约 2mm 的薄片，直径约 1.5~2.0cm 为宜，在姜片中心处用三棱针刺数个小孔，置于穴位上；将艾绒自制成花生米大小的圆锥形艾炷置姜片中心，从上端点燃，燃至以不能耐受的热度时，更换新艾炷续灸，以局部皮肤潮红为宜。温热感达到胸部，胸中气息畅通；温热感达到四肢，足底出冷汗，即达到目的。隔日 1 次，连续灸治 3 个三伏天。

治疗效果：显效 49 例，占 37.69%；有效 71 例，占 54.62%；无效 10 例，占 7.69%。总有效率为 92.31%。

临床体会：本病初期病在肺，但若长期反复发作，导致肺气日益耗散，必然累及脾

肾。故对于病程较长者，要加用脾俞以扶后天之本，肾俞以培先天之本。

3. 穴位贴敷

(1) 袁华英等^[7]

一般资料：128例患者为慢支者53例，哮喘75例。其中男65例，女63例；年龄最小1岁，最大43岁，1~15岁120例，16~43岁8例；病程最短1个月，最长20年。

诊断标准：按全国统一诊断标准确诊。

疗效标准：显效：咳、痰、喘症状好转六成以上，或症状明显好转；好转：咳、痰、喘症状好转三成以上，或症状有好转；无效：症状无改善，或好转不足三成者（全国慢性支气管炎临床专业会议单项症状疗效判断标准）。

治疗方法：药物麝香保心丸，急性期加常规治疗（如抗感染、解痉、平喘、抗过敏等）。临床发作期痰热壅肺型，以宣通肺气、退热止咳、平喘为主，耳穴取肺、气管、平喘、肾上腺、神门、耳尖、内分泌，体穴取大椎、肺俞、膻中、丰隆。临床缓解期肺脾肾虚型，以补肾健脾化湿、宽胸理气为主，耳穴取交感、气管、肾、皮质下、神门，体穴取肾俞、膻中、中脘、足三里。用酒精棉球清洗耳廓，去除油脂。用上海中药制药一厂生产的上药牌麝香保心丸，以每穴半粒或1粒，耳穴用伤湿止痛膏0.5cm×0.5cm固定，体穴用1.0cm×1.0cm伤湿止痛膏固定。贴敷后加压刺激，使局部轻度疼痛、热胀、红润即可。并嘱病人每天加压刺激穴位3次。保留5天为1次，4次为1疗程。个别患者局部皮肤会出现痒痛或小水泡，停止贴敷后能恢复正常。

治疗效果：急性期加常规治疗，治疗1.5疗程统计疗效，显效32例，占25%；好转82例，占64%；无效14例，占11%。有效率89%。

临床体会：麝香保心丸是临床口服治疗心绞痛、胸闷及心肌损害的一种应急药物。其原料有蟾酥、苏合香、人参、麝香等成分，具有芳香温通、益气强心等作用。根据麝香保心丸的作用原理，加上此丸硬度强于中药粉或中药饼，用它行穴位贴敷，能对穴位局部皮肤起到留针样长期刺激作用。另外选择的耳穴、体穴本身具有抗炎、定喘、止咳、止痰、抗过敏等特点。采用药物穴位敷贴，以疏通经络、调和气血、宣肺化痰、宽胸理气，促进人体神经体液调节，改善各组织器的功能活动，提高机体防御免疫功能，增强机体抗病能力，从而起到了治病防病的作用。该方法简便易行，具有价廉、疗效好、痛苦小、老幼均易接受等特点。

(2) 吴爱莉等^[8]

一般资料：200例病人，男108例，女92例；年龄最小2岁，最大85岁；病程最短半年，最长40年。支气管哮喘100例，慢性支气管炎100例。其中伴肺气肿58例，支气管扩张3例，肺结核2例，肺心病7例。

诊断标准：经X线检查，结合临床表现、病史，诊断。

疗效标准：痊愈：临床症状完全消失，1年内未复发；显效：临床症状改善7成以上，或半年内未复发；好转：发作次数减少，症状改善3成以上；无效：病情无明显变化。

治疗方法：第1次取大杼、肺俞、心俞穴；第2次取天突、膻中、大椎、定喘穴；第3次取风门、厥阴俞、督俞穴。仅有咳嗽而无气急者去定喘穴。用一块小胶布中间剪一小

洞，直径约 1.5cm，以小洞对着所取穴位皮肤贴上，在穴位上涂少量复方斑蝥膏，再以一块略大一点的胶布固定。以局部起小水泡为度，创面无需特殊处理，10 天内愈合。每年的初伏、中伏、末伏各敷贴 1 次，可略提前或延后数天。3 次为 1 疗程。

治疗效果：200 例中痊愈 65 例，占 32.5%；显效 63 例，占 31.5%；好转 62 例，占 31.0%；无效 10 例，占 5.0%。有效率 95.0%。疗效与年龄有关，老年组疗效最差，成人组疗效最好。疗效与病程长短无关。

临床体会：复方斑蝥膏以斑蝥为主，配以芳香走窜类中药，具有发泡浅、不损真皮、不留瘢痕、易操作、无痛苦、刺激时间长的特点。本法不仅能有效地改善临床症状，也能改善客观体征。

(3) 吴鉴明等^[9]

一般资料：260 例中男 148 例，女 112 例；年龄最小 6 岁，最大 75 岁；病程最短 0.5 年，最长 60 年，平均 12.9 ± 10.4 年。兼有过敏性鼻炎 54 例，兼有慢性支气管炎 40 例，无兼症 166 例。

诊断标准：经抗原皮内试验及鼻黏膜激发试验（鼻内抗原滴入法），至少有一项试验结果为阳性。寒型：哮喘胸闷，鼻塞喷嚏，咯痰，流涕清稀，口不渴，舌淡苔白，脉弦紧或浮紧，感寒易发。热型：哮喘气粗息促，咯痰（或流涕）黄稠，烦热口渴，舌红苔微黄或腻，脉滑数或弦滑，好发于夏秋季节。不定型：哮喘或伴咳嗽、喷嚏，四诊无明显寒热征象，发作多不定期。

疗效标准：痊愈：咳、痰、哮症状完全消失，随访 3 年以上不发病；显效：咳、痰、哮症状轻微，发作次数极少或较治疗前减少 2/3 以上；好转：咳、痰、哮症状有所减轻，发作次数减少 1/3 ~ 1/2；无效：咳、痰、哮症状未减轻，发作次数无减少。

治疗方法：“截喘膏”以玄胡索、细辛、甘遂、白芥子、防风、白蚤休等共研细末，姜汁调制成直径约 2cm 的丸状。贴敷于大椎、肺俞、膈俞、肾俞、天突、膻中、涌泉穴位，贴敷 4~6 小时揭去，于夏季初伏日贴第 1 次，以后隔 10 天贴 1 次，3 次为 1 疗程。

治疗效果：260 例患者痊愈 42 例，占 16.2%；显效 86 例，占 33.1%；好转 94 例，占 36.1%；无效 38 例，占 14.6%。有效率为 85.4%。寒型及冬季发病者疗效最好，不定型及不定期发病者次之，热型及夏季发病者较差。总有效率在 1~3 疗程逐步上升，在 4~5 疗程又趋回落，总体差异无显著性意义，说明疗效与疗程数没有必然的平行关系。疗效与病程无关

临床体会：“截喘膏”有利气豁痰、散寒逐饮、活血祛风、清解郁热的作用，灸贴于脏腑之气输注的背俞三穴及会聚于胸部的膻中等穴位，通过皮肤吸收，药力直达病所，协同经络的生理调节机制，调整脏腑功能，提高人体非特异性免疫力，抑制气道炎症而降低气道高反应性，达到长期缓解乃至消除症状的目的。

(4) 戴文军等^[10]

一般资料：共治疗 52 例，随机分为天灸组和针刺组，其中天灸组 27 例，男 16 例，女 11 例；年龄 7~72 岁；平均病程 10.6 年；针刺组 25 例，男 13 例，女 12 例，年龄 8~70 岁，平均病程 11 年。两组患者年龄、病程、性别经统计学处理无显著差异（ $P > 0.05$ ）。

诊断标准：参照中华医学会在 1997 年第二届全国哮喘会议修订的《支气管哮喘的定

义、诊断、治疗、疗效判定标准及教育和管理方案》。

疗效标准：参照中华医学会在1997年第二届全国哮喘会议修订的《支气管哮喘的定义、诊断、治疗、疗效判定标准及教育和管理方案》。

治疗方法：天灸组采用麻黄、细辛、甘遂、延胡、白芥子（生），各药按比例研成细粉末，用时以生姜汁调成膏状，然后切成1cm×1cm大小的方块状，在药块中央挖小孔加入麝香适量。发作期选肺俞、定喘、风门、大椎；缓解期选肺俞、膏肓俞、膈俞、肾俞。贴药时间在当年的初伏、中伏和末伏。于每伏各贴1次，双侧取穴，用胶布将药膏贴于穴位上。贴药后皮肤有热感，根据个体皮肤的耐受程度不同成人一般贴药3~4小时，小儿时间酌减，约1~2小时，以皮肤感觉和耐受情况为观察指标，避免灼伤皮肤。针刺组取穴同上，用28号1.5寸毫针刺入0.8~1.5寸（小儿不宜过深），得气后用平补平泻手法。留针30分钟，中间行针2~3次，从初伏开始，隔天针刺1次，至末伏止。

治疗效果：天灸组临床控制6例，显效9例，有效8例，无效4例，临床控制22.2%，有效85.2%；针刺组临床控制3例，显效8例，有效8例，无效6例，临床控制12%，有效率达76%。临床控制率和有效率两组比较无显著性差异（ $P>0.05$ ）。

临床体会：天灸疗法是根据“冬病夏治”的治疗原则，采用药性辛温的药物作穴位敷贴，在夏季三伏天应用与气候的炎热相结合，使药物辛温宣肺之力得到更好的发挥。同时，由于天气炎热，人体腠理疏松，经络气血流通，有利于药物的渗透和吸收。

(5) 樊学忠等^[11]

一般资料：共356例，分为夏季组（夏季三伏）和冬季组（春、秋、冬）。其中夏季组213例，男108例，女105例；年龄5~65岁；病程1~26年；病情属轻度82例，中度76例，重度55例。冬季组143例，男75例，女68例；年龄6~64岁；病程1~25年；病情属轻度59例，中度48例，重度36例。

中医辨证分型：夏季组肺热型39例，肺寒型47例，肺气虚型46例，肾阴虚型45例，肾阳虚型36例；冬季组肺热型28例，肺寒型34例，肺气虚型32例，肾阴虚型30例，肾阳虚型19例。

诊断标准：根据中华医学会1992年制定的《支气管哮喘的定义、诊断、严重度分级及疗效判断标准》（修正方案）。

疗效标准：根据中华医学会1992年制定的《支气管哮喘的定义、诊断、严重度分级及疗效判断标准》（修正方案）。

治疗方法：取胸及背部两侧对称的心俞、肺俞、膈俞、肾俞、脾俞及风门、大椎、定喘、天突、膻中等穴交替使用。药物用麻黄20g、白芥子20g、元胡18g、细辛10g、甘遂20g、麝香少许。将有效成分按现代技术精制成膏药类剂型，规格为3.5cm×3.5cm一贴，含生药1.5g，进行敷贴治疗。贴药时间夏季组在初、中、末伏的第1天各贴1次；冬季组在任何时间均可贴治，10天1次。贴3次为1疗程，每次根据病人耐受程度贴药3~8小时，每穴1贴。冬季注意保暖，防止治疗期间感冒而使哮喘发作加重。连续治疗3个疗程后统计分析疗效。

治疗效果：近期疗效（指1个疗程以上）夏季组临床控制73例，显效86例，好转32例，无效22例，总有效率89.7%；冬季组临床控制38例，显效45例，好转26例，无效

34例,总有效率76.2%。两组总有效率及辨证分型各型比较,夏季组均优于冬季组。远期疗效(指3个疗程以上)夏季组共观察192例,临床控制39例,显效45例,好转47例,无效61例,总有效率68.2%;冬季组共观察118例,临床控制19例,显效22例,好转23例,无效54例,总有效率54.2%。两组比较夏季组优于冬季组。

临床体会:穴位贴敷的作用机理是采用穴位给药,并通过皮肤渗透沿经络的循行路线直达病所,能起到针药并用的作用。哮喘病人大多不在夏天发作,而多在春冬发病。根据中医缓则治其本、标本兼治等理论,坚持连续治疗数年,能够取得远期疗效。

4. 耳针

(1) 李克刚^[12] (耳穴贴压)

一般资料:共治疗58例,男32例,女26例;年龄最小15岁,最大65岁;病程最短2年,最长15年。

诊断标准:根据中华医学会有关支气管哮喘的诊断标准。

疗效标准:临床控制:经治疗哮喘症状消失,第1秒用力呼气容积(FEV_1)或最大呼气流速(PEF)增值在35%以上;显效:经治疗后症状消失, FEV_1 或PEF增值在25%以上;有效:哮喘症状减轻达60%以上, FEV_1 或PEF增值在15%以上;无效:哮喘症状减轻不足30%, FEV_1 或PEF测定值无改善。

治疗方法:以肺、肾上腺、支气管、平喘为1组;以脾、内分泌、神门、止喘为1组;以肾、皮质下、脑干、交感为1组。每次取1组穴位,3组穴位交替使用。取大粒白芥子,用75%酒精浸泡10分钟后贴压双侧耳穴,胶布固定。嘱患者每日3次自行按压所贴耳穴,每次10分钟。每周贴1次,每次5天,休息2天再行下次贴压,6次为1疗程。治疗6个疗程后统计疗效。

治疗效果:58例病人,临床控制35例,显效10例,好转7例,无效6例,有效率达89.7%。

临床体会:耳廓与十四经脉有着直接或间接的关系,药物敷贴刺激耳穴,通过经络感传以调整脏腑功能。临床发现贴压耳穴后,血清皮质醇含量显著地增加,从而促进嗜酸性粒细胞致敏,然后被单核-巨噬细胞系统破坏,使患者自身免疫功能提高,从而达到治疗目的。

5. 头针

张学鉴等^[13]

一般资料:共治疗34例,其中男16例,女18例;年龄13~67岁;病程3天~8年。

诊断标准:中华医学会呼吸病学会1984年制定的哮喘诊断标准。

疗效标准:显效:30分钟内呼吸困难基本消失,双肺哮鸣音消失或明显减少,停止针刺治疗无复发者;有效:治疗时呼吸困难基本消失,针刺后复发或双肺哮鸣音有明显减少;无效:无明显改善或加重者。

治疗方法:在额部正中线的两侧直对目内眦角,自发际上下各引2cm直线为胸腔区。在头部选择好刺激区后,常规消毒,将两根2寸毫针(28号)分别斜刺入双侧胸腔区皮下,针体在帽状腱膜下层易于操作,当达到所需深度时接通电针治疗仪(G6805型),调至最大频率,电流强度增加至病人能耐受止,一般情况下刺激量越大疗效越显著。每次电

针 30 分钟，每日 2 次，7 天为 1 疗程。

治疗效果：本组 34 例中，显效 30 例，占 88.26%；有效 2 例，占 5.87%；无效 2 例，占 5.87%。其中有 23 例患者在针刺 10 分钟内自感胸腔部灼热感，呼吸困难消失，听诊双肺哮鸣音消失。

临床体会：头针胸腔区可主治上焦病症。其现代机理尚需进一步研究探讨。

6. 梅花针

张治国等^[14]

一般资料：125 例门诊患者，其中男 48 例，女 77 例；年龄最小 6 岁，最大 62 岁；病程最短半年，最长 34 年。

诊断标准：呼吸急促，喉间哮鸣音，甚则张口抬肩，或兼见咳嗽、咯痰、胸闷；或声低气短，动则汗出，肢冷神疲，二便不调。两肺呼吸音粗，可闻及哮鸣音及干湿啰音。面色青暗或兼见唇绀，舌质紫暗或淡，苔白或黄，脉细。X 线胸透可见两肺纹理增粗。

疗效标准：显效：症状和体征完全消失，一年中不发作或偶有发作但症状轻微者；有效：咳嗽喘等症状明显减轻，咯痰量明显减少，肺部听诊呼吸音略粗，有散在干湿啰音，一年中发作次数较前明显减少；无效：连续治疗 2 个疗程，症状体征无明显改善，或虽有缓解但旋即复发者。

治疗方法：先让患者仰卧，用梅花针叩刺胸部，沿胸正中线从天突叩至鸠尾穴，然后在胸正中线至两侧腋前线之间的肋间隙进行均匀叩刺，程序为沿肋间隙从中间到两边，从上到下。之后在叩刺部位拔火罐，具体为天突穴下至鸠尾穴上拔 3 个中号玻璃火罐，两旁锁骨中线上各拔 4 个火罐，两旁腋前线各拔 4 个火罐，时间为 10~20 分钟。去罐后再让患者俯卧，先用梅花针沿后正中线叩刺，上起大椎穴，下至筋缩穴，然后在与胸部相对应的部位上拔火罐，时间为 10~20 分钟。隔日治疗 1 次，连续 10 次为 1 疗程，休息 3 天后再作第 2 疗程，共治疗 2 个疗程，治疗期间停用一切药物。

治疗效果：125 例中，显效 71 例，占 56.8%；有效 49 例，占 39.2%；无效 5 例，占 4.0%；总有效率为 96.0%。

临床体会：采用梅花针叩刺胸背部可疏通经络之气，祛风除湿化痰，活血行气，清利上焦郁滞；火罐能温通经络，祛除风寒湿之邪。胸背部为心肺所居，在此部位施治有利于直达病所，且该部诸多穴位如大椎、中府、膻中等大多可顺气化痰、止咳平喘。通过梅花针及火罐直接或间接地刺激植物神经，调整内脏功能，有助于提高机体调节机能，促进血液循环和新陈代谢。

7. 穴位注射

(1) 老昌辉等^[15]

一般资料：共 26 例，其中男 11 例，女 15 例；年龄最小者 7 岁，最大者 67，平均年龄 34.9 岁；病程最短者半年，最长者 40 年。

诊断标准：1984 年第 7 期《中华结核与呼吸系杂志》所刊登的支气管哮喘诊断标准。

疗效标准：临床控制：治疗后症状消失；显效：治疗后症状有较大改善；好转：治疗后症状有所好转；无效：治疗后症状未见改善。

治疗方法：主穴为定喘、肺俞、风门、大杼。配穴为足三里、曲池、脾俞、肾俞、丰