

针灸 方药

合

璧

主 编 赖新生 黄 泳



人民卫生出版社

针灸方药合璧

主编 赖新生 黄泳

编委 陈俊琦 黄桂琼

廖韩波 翁茂鉴

尚如国 石娜

曾统军 邹燕齐



图书在版编目(CIP)数据

针灸方药合璧/赖新生等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2007.10

ISBN 978-7-117-09266-1

I. 针… II. 赖… III. ①常见病-针灸疗法②常见病-中西医结合疗法: 药物治疗法 IV. R246 R453

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 145493 号

针 灸 方 药 合 璧

主 编: 赖新生 黄 泳

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京智力达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32¹ 印张: 11.125

字 数: 260 千字

版 次: 2007 年 10 月第 1 版 2007 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09266-1/R·9267

定 价: 21.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

内容简介

《针灸方药合璧》一书,旨在将疾病的针灸治疗和药物治疗(中药、西药)综合起来进行介绍。希望能够对实际临床工作中具体患者、具体疾病的处理,有所帮助。

本书介绍了常见的 22 种疾病的针灸方药合璧疗法,包括中风、神经血管性头痛、血管性痴呆、失眠、抑郁症、面神经炎、三叉神经痛、颈椎病、腰椎间盘突出症、坐骨神经痛、类风湿性关节炎、过敏性鼻炎、支气管哮喘、慢性胃炎、消化性溃疡、颅脑损伤综合征、不孕症、功能性子宫出血、不育症、儿童精神发育迟滞、儿童脑性瘫痪和荨麻疹。

每一种疾病均按照概念、病因病机、诊断、辨证、治疗、按语等目次编排。概念部分包括疾病的概念、与西医学的关系;病因病机部分论述该病的发生、发展和转归;诊断部分包括该病的诊断、鉴别诊断,尽可能纳入该病的诊断标准;辨证部分尽可能纳入该病的辨证分型标准;治疗部分包括针灸和方药两种疗法的介绍,将针法、灸法、其他针灸方法、中药、中成药的内服、外用等方法有机地结合起来;疗效判定部分尽可能纳入该病的疗效判断标准;并着重介绍该病针灸方药的合璧特色,根据疾病自身的规律讨论治疗时重针、重药或针药并重、先针后药或先药后针等临床细节。

编写说明

孙思邈说过：“……针与药俱精，方为良医”。自古以来，针和药并用，造就了一代又一代的名医，为中华民族的繁衍昌盛做出了不朽的贡献。而如今，学科分化越来越细，专著专书讨论范围越来越窄，尤其表现在针灸和方药的分离方面。针灸医师专注于针灸疗法的研究和运用，忽略了必要而且是应当的方药治疗。在某些综合性医院，病人往往在针灸科接受针灸治疗，却又去另外科室接受方药治疗。

为什么当代针灸医师在针灸、方药合用方面信心不足呢？笔者认为与现代教育的侧重极有关系。首先，与院校教育的重心有关。中医药院校有专门的针灸专业，针灸专业的学生的专业课以《经络学》、《腧穴学》、《针法灸法学》、《针灸治疗学》等等学科为主，在这些课程上花费的时间和精力远远超过中药、方剂及其他临床各科。于是，院校教育就为针灸医师打下了针灸医师侧重针灸治疗方法的基础；其次，与出版物的指导方向有关。如前所述，目前的出版物多在精、尖、细的问题方面着眼较多。可以这么说，没有一部书籍明确提出针灸与方药合璧治病的思想，更缺乏针灸与方药合璧运用于临床的具体指导，因此，造成了针灸医师忽略方药运用的技能培养。

基于此，笔者拟编写一部针灸方药合璧的书籍，以期为临床针灸医师提供参考。

本书的特点如下：

1. 明确定位于临床指导，各种疗法的介绍必定简单、实用、

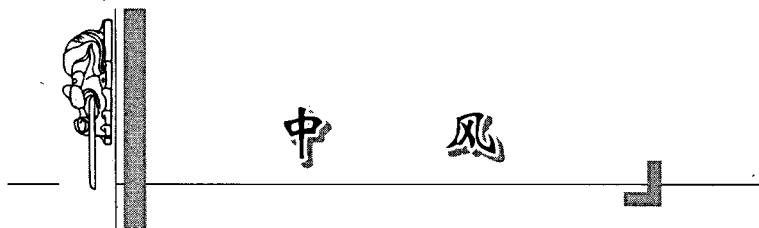
操作性强、疗效可靠、易于学习和推广。

2. 明确针灸方药合璧的理念,但不拘泥于针灸、方药的必然结合,而是根据疾病的本质和发生发展规律,有针对性的介绍针灸、方药的配合。本书绝不是单纯地将针法、灸法、中药、方剂进行逐条的罗列,而注重阐述针灸、方药之间有机的结合或不同方面的侧重,以简明的语句,突出临床的技巧和特色。

3. 注重现代针灸临床的思维、技能培养,并对针灸临床科研进行一定的指导。本书还收录有各类疾病的最新诊断、辨证分型和疗效标准,为临床医师提供参考。

目 录

中风.....	1
神经血管性头痛	21
血管性痴呆	37
失眠	54
抑郁症	66
面神经炎	82
三叉神经痛	96
颈椎病.....	110
腰椎间盘突出症.....	127
坐骨神经痛.....	144
类风湿性关节炎.....	157
过敏性鼻炎.....	178
支气管哮喘.....	191
慢性胃炎.....	208
消化性溃疡.....	224
颅脑损伤综合征.....	244
不孕症.....	257
功能性子宫出血.....	273
不育症.....	288
儿童精神发育迟滞.....	302
儿童脑性瘫痪.....	318
荨麻疹.....	334



一、概 述

中风是指由于气血逆乱，产生风、火、痰、瘀，痹阻脑脉或络破血溢，以突然昏仆，不省人事，半身不遂，口舌喎斜，言语謇涩或不语，偏身麻木；或不经昏仆而仅以喎僻不遂为主要临床表现的病证。因其起病急骤，症状多端，变化迅速，与风之善行数变之特性相似，故名中风。又称为“薄厥”、“仆击”、“偏枯”、“痺风”、“卒中”等。

本病多见于中老年人，四季皆可发病，但以冬春两季最为多见。中风严重危害着人类健康，根据流行病学资料，我国脑血管病的年发病率为 94.07/10 万，发病率居诸病之首。在本病预防、治疗和康复方面，中药、针灸具有较为显著的疗效和优势，其中尤以针灸在本病康复方面有独到之处。

中风与西医学中的脑血管病相似，主要包括缺血性和出血性两大类型，其中有脑血栓形成、脑栓塞、脑内出血、蛛网膜下腔出血等。不论是出血性还是缺血性脑血管病均可参考本节辨证论治。绝大多数急性脑血管病是由于动脉粥样硬化和小动脉硬化引起，仅有少数为其他原因，如畸形、动脉瘤、血液病、类淀粉样血管病等。中风的危险因素有高血压、心脏病、糖尿病、短暂

性脑缺血发作和稳定型中风、吸烟、饮酒、高脂血症、避孕药及肥胖等。当各种病变引起脑动脉阻断(血栓形成、栓子)、狭窄、痉挛或破裂,干扰脑的血液供应,使该动脉供血区脑组织受损而出现症状。习惯上把中风分为缺血性中风和出血性中风。

中医有关记载首见《内经》。《灵枢·刺节真邪》云:“虚邪偏客于身半,其入深,内居荣卫,荣卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯。”《素问·生气通天论》云:“阳气者,大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥。”《素问·调经论》云:“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复返则生,不返则死。”本病的发生,主要因素在虚、风、火、痰、气、血,及心、肝、肾三脏阴阳失调,加之忧思恼怒,或饮酒饱食,或房室劳累,或外因,以致气血运行受阻,肌肤筋脉失于濡养,或阴亏于下,肝阳暴张,阳化风动,形成阴阳互不维系的危急证候。

二、病因病机

1. 积损正衰 “年四十而阴气自半,起居衰矣”。年老体衰,或久病耗伤气血,阴阳失调,气虚则运血无力,血流不畅,而致脑脉瘀滞不通;阴血亏虚则阴不制阳,内风动越,兼夹痰浊、瘀血上扰清窍,突发本病。正如《景岳全书·非风》说:“卒倒多由昏愤,本皆内伤积损颓败而然。”

2. 劳倦内伤 “阳气者,烦劳则张”。烦劳过度,易损耗阴血,阴不制阳,使阳气升张,风阳旋动,则气火俱浮,或兼夹痰浊、瘀血上冲清窍脉络,或因肝阳暴张,血气骤然上涌而中风。

3. 脾湿痰凝 过食醇酒肥甘,使脾胃受伤,脾失运化,不能运化水湿,则痰浊内生,郁久化热,痰热互结,壅滞经脉,上蒙清窍;或素体肝旺,克伐脾土,痰浊内生;或肝郁化火,炼津成痰,痰郁互结,夹风阳之邪,窜扰经脉,发为本病。此即《丹溪心法·中

风》所谓“湿土生痰，痰生热，热生风也”。

4. 情志所伤 情志不畅，肝失条达，气机郁滞，血行不畅，闭塞清窍；或暴怒伤肝，则肝阳暴张，或心火暴盛，风火相煽，血随气逆，上冲清窍。

另外，部分学者认为中风有因外邪侵袭而引发者。如正气不足，风邪乘虚入中经络，气血痹阻，肌肉筋脉失于濡养；或外因引动痰湿，痹阻经络，而致喎僻不遂，此即古人所谓“真中”，但临床见之甚少。

总之，本病的病因是脏腑功能失调，或气血素虚，加之劳倦内伤、忧思恼怒、饮酒饱食、用力过度，而致气滞血瘀、痰热内蕴，或阳化风动、血随气逆，痹阻脑脉或络破血溢，引起昏仆不遂，发为中风。其病位在脑，与心、肾、肝、脾密切相关。病性多为本虚标实，上盛下虚。本虚为肝肾阴亏，气血衰少，标实为风火相煽，痰湿壅盛，瘀血阻滞，气血逆乱。而其基本病机为气血逆乱，上犯清窍。本病常因气候骤变，烦劳过度，情绪激动，跌仆等诱发。

三、诊断要点

1. 以突然昏仆，不省人事，半身不遂，口舌喎斜，言语謇涩或不语，偏身麻木；或不经昏仆而仅以喎僻不遂为主要临床表现。

2. 多急性起病。

3. 病发多有情绪激动、过劳等诱因，病前常有头晕，头痛，一侧肢体麻木，语言欠流利，口角流涎，力弱等先兆症状。（中风先兆）

4. 发病年龄以 40 岁以上为多见。

5. 患侧病理反射存在（巴彬斯基征、霍夫曼征等阳性），生理反射增强或减弱，肌张力增强或减弱，肌力下降。

6. 脑脊液检查、眼底检查、颅脑 CT、MRI 等检查,有助于诊断。

四、辨证分型

本病多发于中老年人,平素体质虚衰,或肝阳偏亢,常有发作性头晕头痛、一侧肢麻、语言欠流利、口角流涎、力弱等先兆症状,常急性起病。

中风病性为本虚标实,急性期多以标实证候为主。若素有头痛、眩晕等症,突然出现半身不遂,甚或神昏、抽搐、肢体强痉拘急,属内风动越;若咳痰较多或神昏,喉中痰鸣,舌苔白腻,属痰浊壅盛;若面红目赤,口干口苦,甚或项背身热,躁扰不宁,便秘溲赤,则以痰热为主;若肢体松懈瘫软而舌质紫暗,说明阳气不足,瘀血较甚。恢复期及后遗症期,多表现为气阴不足,阳气虚衰。如半身不遂,手足肿胀,口角流涎,气短自汗,多属气虚;若兼有畏寒肢冷,为阳气虚衰的表现;若兼有少寐心烦,口燥咽干,手足心热,舌红少苔,多属阴虚内热。

中风的急性期是指发病后两周以内;中脏腑类最长病期可至 1 个月;恢复期是发病两周或 1 个月至半年以内;后遗症期系发病半年以上者。

临床常将中风分为中经络与中脏腑,中经络者,病位较浅,病情较轻,一般无神志改变,仅表现为半身不遂,口舌喎斜,语言不利;中脏腑者,病位较深,病情较重,主要表现为昏仆不省人事。且有喎僻不遂的症状。而根据临床表现中脏腑又分为闭证、脱证。闭者,邪气内闭清窍,症见神昏,口噤不开,肢体强痉,属实证。根据有无热象,又有阳闭、阴闭之分。阳闭为痰热闭郁清窍,症见面赤身热,气粗口臭,躁扰不宁,舌苔黄腻,脉象弦滑数;阴闭为湿痰内闭清窍,症见面白唇暗,静卧不烦,四肢不温,

痰涎壅盛，舌苔白腻，脉象沉滑或缓。阳闭和阴闭可相互转化，当依据舌象、脉象结合症状的变化来判断。脱证是五脏真阳散脱于外，症见昏愤无知，目合口开，手撒肢冷，汗出如油，二便自遗，鼻息低微，乃为中风危候。另外，临床上尚有内闭清窍未开而外脱虚象已露，即所谓“内闭外脱”者，此时往往是疾病安危演变的关键时机，应引起高度重视。

中风急性期标实症状突出，急则治其标，治疗当以祛邪为主，常用平肝熄风，清化痰热，化痰通腑，活血通络，醒神开窍等治疗方法。闭、脱二证当分别治以开窍醒神和扶正固脱。所谓“内闭外脱”，醒神开窍与扶正固本可以兼用。在恢复期及后遗症期，多为虚实夹杂，邪实未清而正虚已现，治宜扶正祛邪，常用育阴熄风、益气活血等法。

（一）急性期

1. 阳闭 突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，面赤身热，口臭气粗，二便秘塞，躁扰不宁，苔黄腻，脉弦或滑数。

2. 阴闭 突然昏仆，不省人事，口噤不开，面白唇暗，静卧不烦，四肢不温，痰涎壅盛，二便自遗，苔白腻，脉滑缓。

3. 脱证 突然昏仆，不省人事，目合口张，手撒遗尿，鼻鼾息微，面赤如妆，甚则冷汗如油，脉微欲绝。

（二）恢复期

1. 脉络空虚，风邪入中 手足麻木，肌肤不仁或口眼喎斜，语言不利，口角流涎，甚则半身不遂或兼见恶寒发热，肢体拘急，关节酸痛，舌苔薄白，脉浮弦或弦细。

2. 肝肾阴虚，风阳上扰 平素头晕头痛，耳鸣目眩，多梦少寐，腰酸腿软，急性期过后留有口眼喎斜，舌强语謇，或手脚不利，甚则半身不遂，舌红，苔黄，脉弦细数或弦。

3. 痰热腑实,风痰上扰 偏身麻木,口眼喎斜,半身不遂,腹满便秘,或见腹胀,头晕,或舌謇多痰,舌苔黄腻,脉弦滑。

4. 风痰阻络 平素有头目昏沉或形体偏胖,而发生半身不遂,口眼喎斜,舌强语謇,偏身麻木沉重,纳差,舌质暗淡,苔薄白或白腻,脉弦或滑。

5. 气虚血瘀,脉络闭塞 起病缓慢,多在休息或睡眠时发病,偏身或四肢麻木,口舌喎斜,语言不利,半身不遂,舌淡紫,脉细弱或弦细,多兼有面色㿔白,气短乏力,自汗,心悸,便溏。

五、急性期中医治疗

(一) 针灸疗法

1. 针刺疗法

(1) 闭证

【治则】 清热,豁痰,启闭,熄风。

【取穴】 水沟,十二井,太冲,合谷,丰隆,内关。

【操作】 水沟向后上方刺用泻法,十二井点刺出血,其余诸穴均用泻法。若重症可一日针刺两次。

(2) 脱证

【治则】 回阳,救逆,固脱。

【取穴】 神阙,关元。

【操作】 神阙隔盐灸,关元隔姜灸。

(二) 辨证论治

本病的发生,病情有急且重者,属于中脏腑,根据“急则治其标,缓则治其本”的原则,常以醒脑开窍、通腑泻热、清化痰热等方法,对元气脱衰者,佐以温阳固气。

1. 闭证

(1) 阳闭

【治则】醒脑开窍，通腑泻热。

【方药】先用安宫牛黄丸或至宝丹灌服或鼻饲，后并用羚羊钩藤汤加減灌服或鼻饲：羚羊角 3g(冲服)，龟板 15g(先煎)，钩藤 10g(后下)，生地 12g，丹皮 10g，白芍 12g，夏枯草 15g，蝉衣 6g，菊花 12g，石决明 30g。

【加減】抽搐者，加僵蚕、全蝎、蜈蚣；痰多者，加胆南星、天竺黄、竹沥；二便闭结者，加大黄、芒硝；高热者，加石膏、知母、连翘等。

(2) 阴闭

【治则】豁痰熄风，辛温开窍。

【方药】先用苏合香丸灌服或鼻饲，后以涤痰汤加減灌服或鼻饲：半夏 12g，橘红 12g，茯苓 10g，竹茹 10g，菖蒲 10g，胆南星 10g，枳实 10g，生姜 10g，甘草 6g。

【加減】若痰涎壅盛，可加蛇胆、陈皮末、皂角炭以加强化痰之力，若风盛，加天麻、钩藤、僵蚕以平肝熄风。

2. 脱证

【治则】回阳固脱

【方药】参附汤加減：人参 60g，制附子 10g，干姜 15g，大枣 10 枚。

【加減】汗多不止，加黄芪、山萸肉、龙骨、牡蛎；冷汗如油，加麦冬、五味子。

【临证事宜】脱证出现后宜分清是阳脱，还是阴竭，还是阴阳俱脱。阳脱以参附汤为主，阴竭以地黄饮子滋养真阴为主。阴阳俱脱则以参附汤酌配生脉饮为主。

(三) 外治法

1. 中风闭证，可用安宫牛黄丸混悬液灌肠，或用栓剂塞肛。
2. 卒然倒仆，痰涎壅盛，难辨虚实，用炭火一盆，将米醋洒

上,使醋气上冲病人口鼻。

3. 暗风卒倒,不省人事,细辛为末,吹入鼻中。

4. 中风神昏,便秘者,可用大黄(后下)、芒硝(冲入)、菖蒲、郁金、枳实、厚朴、陈皮、甘草,水煎,待药物冷却至微温后灌肠。

5. 半身不遂

(1)用熏脐灸条熏脐:银珠 10g、枯矾 12g、降香 3g、艾绒 60g 共研细末,用皮纸制灸条,早晚熏灸脐部,盖被微汗。

(2)驱风膏外敷:红海蛤取如棋子大,生川乌(去皮)60g、炙山甲 60g、伸筋草 30g,将上药共为细末,每料用 15g,捣葱汁调成厚饼状,约半寸,贴敷患肢脚心或手心,缚定,避风。若上肢活动差,加桑枝 30g;下肢较甚加独活 30g,隔 3 日 1 次,5 次为 1 疗程。

6. 手足挛缩 用伸筋草、川芎、红花、川椒、川乌、麻黄、松节、透骨草、丝瓜络,将上药装入布袋中,置盆内煮沸后,将患肢放于盆上熏蒸 15 分钟,待药液温度下降后浸泡患肢,药液凉后再加热,可反复用多次。

(四) 点舌疗法

主要用于中风昏迷病人的救治,将紫雪丹、至宝丹,或安宫牛黄丸、苏合香丸用水化后,用消毒棉签蘸药液不停地点舌。通过点舌,使药物从舌上吸收,起到治疗作用。

六、急性期西医治疗

(一) 一般治疗

1. 保持安静,避免搬动病人,绝对卧床。

2. 保持呼吸道通畅,有意识障碍时,应采取侧卧位,头部抬高,及时吸痰,必要时做气管插管或气管切开,并给予间歇或持续低流量吸氧,以减轻脑缺氧。

3. 头置冰帽及两侧颈动脉处放置冰袋,使头部降温,减少耗氧量,有利于减轻脑水肿及促使脑细胞功能恢复。

4. 保持大便通畅,避免排使用力,剧烈咳嗽和呛咳等。

5. 预防并发症,如褥疮、静脉炎、口腔霉菌感染、泌尿系感染、呼吸系感染、上消化道出血、急性肺水肿、肾功能衰竭、脑-心综合征、癫痫等。

6. 保持营养及水电解质平衡,适当静脉输液。48 小时后如意识障碍好转,且吞咽无障碍可试进流质,少量多餐,否则应下胃管维持营养,及时进行血钾、钠、氯及二氧化碳结合力的检查,以供维持或纠正水、电解质平衡的参考。

(二) 药物治疗

1. 脑梗死 其主要治疗原则是调节脑代谢,溶栓、抗凝、降压、脱水等对症支持治疗。

(1) 缓减脑缺血性损害:局部脑血流减低至每分钟 10ml/100g,大量钙离子开始进入神经元,最终导致脑组织死亡,任何治疗均不能奏效。目前认为,在脑梗死灶周围可能存在一个范围不定的“缺血半影区”,其脑血流供应已减少到不能维持神经细胞的正常电活动,但暂时尚能维持细胞的生存。进一步推测,若适时改善半影区的血流灌注,阻断钙离子进入神经细胞,增强细胞对神经营养因子的反应或减轻内源性神经毒素对细胞的损害,就可能使脑细胞不进展至死亡而恢复正常功能。

(2) 血管活性物质:脑缺血破坏脑血管的自动调节,局部小动脉极度扩张。任何血管扩张剂已不能使缺血区小动脉进一步扩张,但正常区小动脉则可扩张。这样就有可能使脑血流从缺血区引向正常脑区——脑内偷漏。

(3) 抗脑水肿:脱水剂和类固醇都无助于减轻脑梗死病人的脑水肿,甚或有害。给予脱水剂后,血浆渗透压提高而使血-脑

脊液屏障完整的正常脑区发生脱水。在血-脑脊液屏障破坏的脑梗死区,脱水剂从血管内流散至病区脑组织内,就只能加重缺血区脑水肿。当病人因严重脑水肿而出现意识障碍或脑疝迹象时,可作为经验治疗而给予短程积极脱水药物。以 20%甘露醇 250ml 快速静脉滴注,密切观察下调节给药次数,但应补充利尿所损失的液体和电解质。因小脑大块梗死出现脑内积水、枕大孔疝迹象者,应作脑室引流、手术减压。

(4)尼莫地平:为钙离子阻断剂,疗效尚未肯定。可试用于起病不久的脑梗死,30mg,每 6 小时 1 次。

(5)低分子右旋糖酐:为血管扩容剂。对纤溶、血黏度和血小板功能都有影响。适用于腔隙梗死,因血流动力学因素引起的脑梗死和血黏度增高的病人。对伴发于颅内外大动脉狭窄的脑梗死并不适用。每日 500ml 静脉滴注,短程应用。有增加血浆黏度和红细胞聚集的缺点,并可产生过敏反应、急性肺水肿、肾功能衰竭等。

(6)血液稀释疗法:能减低血黏度以改善脑血流。适应证同低分子右旋糖酐。不适用于明显脑水肿、急性心肌梗死、充血性心力衰竭、心律失常、严重高血压和血细胞比容不高($<36\%$)的病人。等容血液稀释疗法已被证明无效,高容血液稀释疗法的效果尚在研究中。

(7)链激酶和尿激酶:在脑梗死的应用未被证实,组织纤维蛋白溶酶原激活剂刚进入临床试用阶段。应争取在起病 1.5~6 小时内开始试治。对颅内出血可疑、有出血性疾病史和持续原发性高血压病人禁用。为避免再形成血栓可与抗凝剂合用。

(8)抗凝:抗凝剂在恶化型中风的疗效并不肯定。在有经验和条件的单位,对于因多次血栓-栓塞或血栓形成扩展而病情逐步恶化的病人,排除颅内出血和其他禁忌证后,可慎重给予肝素