

第一章 常见中医病症

发 热

发热即体温升高，是临床常见的急症之一，一般认为是由感染、过敏或变态反应、结缔组织疾病、血液系统疾病、组织坏死与血液分解产物的吸收、物理及化学因素、恶性肿瘤等引起。中医称之为“壮热”、“内热”、“日晡潮热”，可分为外感发热、肺胃实热、阴虚内热三种。

【诊断要点】

- 一、有外感病因或有传染病接触史。
- 二、体温高于人体正常体温。
- 三、理化和特殊检查（如胸透、血尿常规、血尿淀粉酶、尿三胆、肝功、肥达氏反应、B超、腰穿、CT扫描等）有助于病因诊断。

【疗法集粹】

一、体针：

（一）取穴：风池、大椎（均先刺），曲池、合谷。壮热配十宣、耳尖（均用三棱针放血4~5滴）；惊厥配百会、印堂；呕吐配中脘、天枢、气海、上巨虚；咽痛配少商、哑门；喘咳痰饮配肺俞、天突、尺泽、丰隆；百日咳配肺俞、四缝、太渊；腮腺炎配角孙、阿是穴；神倦体虚配关元、足三里。

（二）针法：用约22号针速刺，得气后出针，摇动针孔，

任其出血，不出血者加压挤血2~3滴，除主穴外，再刺配穴2~3穴，日2次。

(三) 疗效：治疗100例小儿高热患者，均在2天内退热。平均治疗2.32次。

〔郑怀岳。针刺放血治疗小儿高热100例临床小结。新中医 1986; (10):32。〕

二、体针：

(一) 取穴：四缝。

(二) 针法：用28号0.5寸毫针，持针体使针尖露出5分，对准穴位快速直刺1~1.5分，捻转3~5次并快速出针，以见黄白色油珠样液体或略加挤压至有液体冒出为准。每日针刺1~2次，3~7天为1疗程。

(三) 疗效：治疗小儿低热120例，神经性低热57例，有效55例；呼吸道炎症性低热27例，有效24例；消化道炎症性低热36例，有效35例。总有效率为95%。

〔郭佳士。等。针刺四缝治疗小儿低热120例疗效观察。福建中医药 1988; 19(3):9。〕

三、体针：

(一) 取穴：少商、大椎。咽痛加二间；鼻塞加迎香；头痛加合谷。

(二) 针法：点刺少商、大椎穴，挤出黯红色血或带有黄色点血。

(三) 疗效：治疗16例小儿高热患者，痊愈8例，好转5例，无效3例。

〔吕肖均。穴位点刺法治疗小儿高热。四川中医 1985; 3(6):49。〕

四、放血

(一) 取穴：百会、攒竹、太阳、耳尖、人中、十二井点刺出血；尺泽、委中锥刺放血；大椎至长强每节宜刺之。

(二) 方法：点刺术：用三棱针或粗毫针对准应刺部位，以稳、准、快的手法刺破皮肤，深约半分至1分，挤出血液0.5~1毫升，重者可出血2~3毫升，锥刺术：用三棱针或粗毫针直入直出，深约半寸，主要用于病灶较深或肌肉丰厚处穴位放血，出血1毫升左右。

(三) 适应症：主要用于气管高热，一般每刺必效。这是杨介宾名老中医的临证经验。

五、推拿

具体操作：1. 外感发热：推攒竹、坎宫，揉太阳，清天河水、肺经。风寒者加推三关，掐揉三扇门，拿风池；风热者加推脊。

2. 阴虚内热：补脾经、肺经，揉上马，清天河水，推涌泉，按揉足三里，运内劳宫。

3. 肺胃实热：清大肠、胃经、肺经，揉板门，运内八卦，清天河水，退六腑，揉天枢。

〔俞大方《推拿学》〕

【综合评估】

一、针灸推拿治疗本病疗效较好，尤其对小儿发热，疗效更佳。据小儿发热419例针灸临床报道，有效384例，占91.65%，无效35例，占3.85%。

二、针灸推拿治疗的同时，必须进行全面细致的诊查，寻找病因，尤其对长期低热患者，更应注意，排除癌肿及其它慢性疾患的可能。热退后，须对因治疗。

三、针灸推拿效果不佳时，可采用中西医综合治疗。

四、对高热患者，针刺治疗时均可捣大其孔，或以粗针

针刺放血，加强退热降温的效果。

中 暑

中暑是发生在夏季或高温作业下的一种急性病。在夏令暑热环境下，人体处于劳倦或饥饿状态时，元气亏虚，暑热乘虚而入，或燔灼阳明，或触犯心包，甚至导致阴阳离决。临床以壮热、烦渴、汗出、昏迷、肢厥为特征。

【诊断要点】

一、多发生于夏季或高温作业时。

二、突然昏厥、壮热、烦渴、汗出。

轻症：身热少汗、头晕、头痛、胸闷、恶心、烦渴、倦怠思睡，舌苔白腻，脉濡数。

重症：暑热蒙心，证见壮热、口渴引饮、口唇干燥、肌肤灼热、烦躁神昏，甚至转筋、抽搐，苔黄、舌质红，脉洪数；气阴两脱，则见面色苍白、汗出气短、血压下降、四肢厥冷、神志不清，舌质淡、脉细数。

【疗法集粹】

一、体针：

(一) 取穴：轻症：大椎、曲池、合谷、内关。重症：百会、人中、十宣、曲泽、委中、阳陵泉、承山、神阙、关元。

(二) 针法：轻症用泻法，重症属暑热蒙心者用泻法，气阳两脱者宜用灸治。

〔南京中医学院编《针灸学》〕

二、体针：

(一) 取穴：人中。

(二) 针法：治疗1例中暑患者，1分钟后神清意明。

〔陆德树。针刺治疗急症两例。江苏中医杂志 1985；6 (9)：25。〕

三、耳针

(一) 取穴：皮质下、心、肾上腺、枕。

(二) 针法：强刺激，捻转5分钟，留针30分钟。并可根
据症状酌加对症穴位，也可采取耳尖放血法。

〔南京中医学院《针灸学》〕

四、刮痧

(一) 部位：背脊两侧、颈部、胸肋间隙、肩臂、肘窝及
腘窝等处。

(二) 操作：在上述部位，用光滑平整的汤匙蘸油或清水
刮至皮肤出现紫红色为度。

(三) 适应症：中暑轻症。

〔南京中医学院编《针灸学》〕

【综合评估】

一、针灸治疗本症具有良好的效果，个例报道甚多，轻
症一般每治必效。推拿治疗本症的临床报道较为少见。

二、及时采取防暑降温措施。

三、中暑发生后，迅速将病员转移至通风处，并采取冷
湿敷、酒精擦浴、打扇、冷饮等措施。

四、重症中暑出现循环衰竭、脱水昏迷等严重病情时，
应争取时间采取中西医结合抢救。

五、中暑昏迷者，须注意与流行性乙型脑炎、脑型疟疾
等相鉴别。

痉 证

痉，以项背强急，口噤不开，甚至角弓反张、神志不清为主症。病在筋脉。外因是风寒热湿合邪而致，其中有些是时令病、流行性传染性疾病；内因是肾阴下亏及津血虚亏而致。其发病特点，病势突然，来势危险，变化迅速。相当于西医的各种原因的高热惊厥、颅内感染性疾病、脑血管意外、颅内占位性病变、流脑等。

【诊断要点】

一、发热或不发热或恶寒。

二、具备下列主症中之三项者：(1)突然发病；(2)项背强急；(3)口噤不开；(4)角弓反张；(5)不省人事；(6)手足蠕动。

三、素有阴虚阳亢史。

四、腰穿或CT检查有助于病因诊断。

【疗法集粹】

一、体针：

(一)取穴：大椎、身柱、风池、上关、下关、颊车、合谷、曲池、阳陵泉、太冲。

(二)针法：针刺得气后留针30~60分钟。每天针1次，10天为1疗程，休息3天，继续针刺到症状消失。每次取3~4穴。

(三)疗效：治疗破伤风后遗症62例，痊愈50例，占80.6%；显效9例，占14.6%；死亡3例，占4.8%。总有效率为95.2%。

〔高琪瑜整理。针刺治疗62例破伤风后遗症。中国针灸1985；(1):7.〕

二、针体:

(一) 取穴: 曲池(双)、合谷(双)、印堂,人中可作配穴。

(二) 方法: 曲池、合谷针用泻法,强刺激不留针。印堂用三棱针放血。

(三) 疗效: 治疗高热惊厥14例,均针1次,痊愈10例,显效3例,无效1例。

〔彭相华. 急惊风针刺治验. 江西中医药1983; (2): 9.〕

三、体针:

(一) 取穴: 后溪透劳宫穴、足三里。

(二) 手法: 均用强刺激,得气后即出针。对顽固性、持续性的惊厥,可予留针。

(三) 疗效: 治疗惊厥65例,立止者61例,仅次数减少和症状减轻者4例。

〔钱起端. 针刺后溪透劳宫穴治疗惊厥的体会. 中医杂志 1982; (23): 76.〕

四、针刺加按摩

(一) 取穴: 急惊风取穴: 主穴: 十宣、十趾趾、百会、印堂、大椎、地仓、迎香、攒竹,点刺出血; 曲池、合谷,均用泻法。配穴: 痰浊神蒙, 劳宫、丰隆; 口噤项强、哭不出声, 风府、哑门、廉泉(平补平泻),不留针; 手足抽搐泻行间、四关(双内关、双太冲)、照海、阳陵泉; 高热不退, 肝俞、外关、膻中,用泻法。慢惊风取穴: 主穴: 十宣、四缝,点刺出血; 脾俞、肾俞、足三里,用补法。配穴: 发热, 大椎、曲池,点刺出血,泻外关; 昏睡, 大陵、神门,用补法; 痰厥, 肝俞、太冲,用泻法。

(二) 按摩: 在臂臑和肩髃穴的中间,任脉的膻中和身

柱，筋缩穴旁开2寸左右范围内作轻微的按摩。

(三) 疗效：治疗婴儿惊风34例，痊愈33例，死亡1例。

〔曹志珍。针刺加按摩治疗婴儿惊风34例。中国针灸1984；4(6)：10。〕

【综合评估】

一、针灸用于痉证效果颇佳，据6篇146例破伤风临床报道，治愈133例，占91.1%，无效死亡13例，占8.9%。推拿治疗本证尚未见报道。

二、本证病情较为危急，因而在针灸治疗未见效时，应争取时间进行中西医结合综合抢救，待病情稳定后再予以针灸治疗。

三、针灸治疗时，要求必须快速进针，作大幅度捻转式提插，使针感立至而且强烈；用强刺激手法，取穴要多，留针时间较长（有的甚至长达72小时），并配用镇静药。

四、在针灸治疗时，切须注意呼吸道通畅。

五、本病均由大脑皮层受刺激而起，因而要注意解除各种刺激或诱发因素。对颅内器质性病变引起的痉证，必须根据病因进行治疗。

厥 脱

厥脱是以突然昏倒，不省人事，面色苍白，四肢厥冷，移时逐渐苏醒，不留后遗症为主要特征的一种疾病。本病起病急骤，病情危重，变化迅速，甚则危及生命。包括西医的休克、虚脱、昏厥、中暑、低血糖昏迷以及精神性疾病（如癔病性昏迷）等。

【诊断要点】

一、突然晕厥或昏扑，不省人事，面色苍白，四肢厥冷。

二、厥证往往有情志刺激，暴饮暴食，暑热劳作，创伤出血等诱因而突然发病。

三、起病急暴，病情危重。

四、血压、血糖、神经系统检查有助于诊断。

【疗法集粹】

一、体针₁

(一) 取穴：人中、内关、曲池、昆仑、太冲，足三里、涌泉。

(二) 针法：用粗圆针30~60分钟。粗圆针规格：Ⅰ号针，直径0.5毫米，长度为1寸针；Ⅱ号针，直径0.85毫米，长度1~3寸针。体壮者用泻法，弱者用补法，或先补后泻法。

(三) 疗效：治疗10例厥脱者，均好转或治愈。

〔白凤刚，厥脱粗圆针治验。白求恩医科大学学报 1983；9(3):79, 75.〕

二、体针₂

(一) 取穴：内关。

(二) 针法：用1.5寸长30号毫针刺左侧内关(60岁以上取双侧内关穴)2~3分，轻微捻转和震颤交替使用，不留针。

(三) 疗效：治疗昏厥33例，除1例5分钟后苏醒外，余均在1分钟苏醒。

〔韩社濂，针刺内关治疗昏厥33例。浙江中医杂志 1980；21(11):511.〕

三、针灸

(一) 气厥：患者因惊悉夫死，突然昏倒。治宜宣窍醒神、刺人中（泻）、十宣（出血）、双合谷、双太冲（均泻），捻转运针8分钟后，神志恢复。

(二) 蛔厥：女，23岁，腹痛如绞，泛吐黄绿水夹蛔虫，面白肢冷，神昏。以艾条悬灸百会、神阙、关元，20分钟后肢温神清，再针内关透外关、足三里、梁门（均双侧），平补平泻，留针30分钟而愈。

(三) 暑厥：男，26岁，于烈日下劳动多时，猝然昏厥。针人中（泻），点刺十宣出血，神志稍醒，复点刺曲泽、委中浮络出血，针内关而愈。

(四) 食厥：女，8岁，因中餐过食，脘腹胀痛、嗳气、突然昏迷不醒。针商阳、十宣出血、神志恢复。

(五) 痰厥：女，4岁，素有哮喘，半夜突然喉中痰鸣、昏厥不醒。针人中（泻），点刺十宣出血，神识不醒，再针内关、神门、丰隆，均双侧泻法，40分钟后痊愈。

〔蒋炳珊。针灸治厥。浙江中医杂志 1985;20(11、12):518。〕

四、推拿

(一) 取穴：天突

(二) 方法：针刺人中、内关，强刺激，不见效，改点按天突穴2分钟，吐出粘痰数口而愈。

〔符世纯。点压天突穴治愈痰厥。河南中医 1984;(2):43。〕

【综合评估】

一、针灸治疗厥脱屡见报道，疗效尚满意。据333例休克临床报道，有效288例，占86.5%，无效45例，占13.5%。

推拿治疗本病的临床报道较少。

二、厥脱症病情危重，在针灸治疗无效时，应立即采取措施，进行中西医结合综合抢救。

三、针刺治疗时，以中、强刺激为主。观察结果表明，以针刺人中、承浆穴疗效为佳；灸治时，与所取膻穴关系并不密切，而与灸治时的温热度有着密切的关系。

四、积极寻找发病原因，厥脱抢救成功后，应针对病因治疗，以防止厥脱的再次发生。

五、注意避免情志刺激、暴饮暴食、暑热劳作等各种诱发因素。

昏 迷

昏迷系指生命指征存在而意识丧失，并对环境刺激缺乏反应的精神状态。发病突然，病情危重，甚则造成死亡。中医可分为闭证和脱证。闭证是由热入脏腑、痰浊内蒙而起；脱证是由亡阴、亡阳所致。西医认为，大都由感染、颅内病变、代谢障碍以及药物或化学品中毒而致。

【诊断要点】

一、发热或不发热或四肢厥冷。

二、意识丧失，但生命指征存在。

三、闭证：牙关紧闭、两手握固、面赤气粗、喉间痰鸣。

脱证：四肢厥冷、汗出口开、手撒遗尿。

四、腰穿、CT 以及血液检查有助于病因诊断。

【疗法集粹】

一、体针：

(一) 取穴：基础方：手十二井穴、百会、水沟（人中）、

涌泉、承浆、神阙、关元、四神聪；配穴：足三里、丰隆、天突、上巨虚、下巨虚。

（二）治法：

1. 亡阴证：基础方减神阙，着重补涌泉、关元、绝骨，其余诸穴平补平泻；阴阳具亡，则用凉泻法针涌泉，加灸神阙。

2. 亡阳证：重灸神阙，温针关元，用烧山火针涌泉、足三里，余穴平补平泻。

3. 厥证：基础方减神阙，侧重刺十二井穴出血，针人中、承浆；气虚而厥，温针足三里，并灸神厥、关元；气实而厥，刺十二井穴放血，凉泻法针足三里、丰隆；夹痰者，泻天突、丰隆；伤食者，针足三里及上、下巨虚；阳热明显者，重在十二井穴、百会、涌泉放血；阴寒盛者，平补平泻人中、承浆、十二井穴，其余各穴均灸或温针。

（三）疗效：治疗昏迷42例（包括中毒性痢疾、肺炎、高血压脑病、肝病综合症等）经中医或西医救治无效者。结果28例（66.7%）停用一切药物，神志清醒，血压脉象正常稳定；4例（9.5%）停用部分药物，神志渐清，血压脉搏稳定；2例（4.8%）未停原用药，神志渐清，血压脉搏不稳定；8例（19%）无效死亡。

〔邓世发. 针灸对昏迷病人的辨证施治（附42例临床分析）. 新中医 1981; 5(8): 32.〕

二、体针₂

（一）取穴：“六警钟”（即金钟：鼻中隔正中；龙池：后发际下5分，左右旁开5分；金鼎：尺泽与曲池之间下3分；阳溜：足三里下1.5寸，外开1寸；上丘：足外踝上前边缘处；四精：腹股沟内侧端横纹尽处下四横指，大腿内侧两大

筋间)。

(二) 针法：用强刺激泻法。

(三) 疗效：有抢救昏迷验案3例。

〔重庆市中医研究所。老中医万里程用经外奇穴抢救昏迷病人的经验。中国针灸 1983;3(1):41.〕

三、体针。

(一) 取穴：1. 吞咽困难：哑门、风府、上廉泉、通里透神门、人中、心俞、肝俞、阳陵泉。2. 中枢性高热和脑水肿：大椎、百会透四神聪、合谷透劳宫、内关、神门、曲池、三阴交。3. 昏迷和抽风：人中、合谷透劳宫、大椎、内关、神门、行间。4. 视神经萎缩：球后。

(二) 针法：中枢性高热和脑水肿除针刺外，配合服用安宫牛黄丸10丸。昏迷和抽风，同时用药物作其他穴位注射，并服用中药。视神经萎缩，以球后作穴位注射为主配合中药内服。

(三) 疗效：5岁男性儿童，因右手四指烧伤挛缩性疤痕，于乙醚气管内麻醉下做矫形手术。术中心跳骤停9分钟，经急救，心脏复搏，但病儿处于深昏迷，合并严重并发症。治疗后，经过14年观察随访，患儿神经系统恢复良好，无后遗症。

〔朱乃理。针刺为主治愈麻醉意外心跳骤停复苏后昏迷70天一例报告。新中医 1985;17(9):33.〕

【综合评估】

一、据5篇80例昏迷的临床报道，其中8例无效死亡外，余均苏醒或痊愈，有效率为90%。推拿治疗本病的临床报道较少。

二、因本症病情较急，甚则可危及生命，在针灸推拿不

能即时复苏时，应争取时间采取中西医综合抢救，并查明原因，进行对因治疗。

三、针灸治疗时，均以强刺激重手法为主，同时可配合泻实补虚手法。但球后穴位注射时，手法宜轻柔，不可大幅度提插捻转。

四、昏迷苏醒后，根据病情可予内服之汤剂。

五、对颅内病变引起反复发作者，应行手术治疗。

鼻 衄

鼻衄即鼻出血，鼻液不循常道，上溢鼻窍，渗于血络外。各种年龄及季节均可发病。鼻衄多由火热迫血妄行所致，其中尤以肺热、胃热、肝火为常见。分为虚、实两类，实者可因血热或气逆；虚者可因血虚或气虚引起。可见于多种疾病，如血液病、替代性月经、某些传染病、高血压、鼻咽部肿瘤、以及各种鼻病。

【诊断要点】

一、鼻腔出血。一侧鼻腔出血为多见，大多数出血点在鼻中隔的出血区域。

二、本病可分肺、胃、肝。

肺热：鼻出血，伴有发热、咳嗽。

胃热：鼻出血，兼有口渴、烦热、便秘。

肝火：鼻出血，伴有头痛头晕、口苦咽干。

【疗法集粹】

一、体针：

(一)取穴：主穴：上星、合谷、迎香；配穴：风池、风府、足三里、印堂、内庭。

(二) 针法：针刺头面部用轻刺激，四肢穴可用泻法重刺激，留针10分钟。

(三) 疗效：治疗15例，均1次而愈，能即刻止血，观察1周未见复发。

〔田丛谿《针灸医学验集》〕

二、体针₂

(一) 取穴：上星透囟会。

(二) 针法：用28号2寸毫针，在上星穴进针后，向囟会方向进针1.5寸，用透天凉手法，待血止后留针20分钟，起针后观察20分钟，以观有无复发。

(三) 疗效：本组17例，16例用本法1次止血，占95.3%。平均止血时间为1.5分钟。1例5分钟内血未止，后加双合谷穴，针刺后行透天凉手法，1分钟后血止。

〔李红岩。上星透囟会治疗鼻衄。中国针灸1990；(2)：52。〕

三、体针₃

(一) 取穴：迎香。

(二) 针法：针刺进皮后，针尖向内上方斜刺3~5分深，留针15分钟（大量出血者，可留针30分钟）。一般刺患侧迎香穴，即可取效。疗效欠佳时，可加刺健侧迎香穴。

(三) 疗效：治疗50例，痊愈45例，治愈率为90%。

〔吴成善。针刺迎香穴治疗鼻衄。四川中医1985；(2)：35。〕

四、耳针

(一) 取穴：内鼻、外鼻、肺、脾为主穴，再结合病症选相应耳穴。

(二) 针法：用胶布把王不留行籽贴压于耳穴上，以手按

压3~5分钟。

(三) 疗效：治疗7例，全部获效。

〔陈学农。耳穴贴压治愈鼻衄7例。中国针灸 1989；(1):49.〕

五、艾灸

(一) 取穴：风府

(二) 灸法：用艾条温和灸法。

(三) 疗法：治疗1例，灸治35分钟后，出血逐渐好转，一次即愈。

〔田丛馨《针灸医学验集》〕

【综合评估】

一、针灸对鼻衄的止血效果较好，大都能立即止血，但临床报道较少，尤其是推拿治疗本症。

二、鼻衄的应急方法是鼻腔填塞压迫止血。一般常用肾上腺素注射液液纱布条，填塞鼻腔压迫血管达到止血。但有时仍有不止者，采用针灸疗法能取得很好疗效。民间尚有以蒜泥贴敷涌泉（双）而治鼻衄之疗法。

三、针灸治疗鼻衄贵在速效以应急止血，但要求得久效，又须标本同治。

四、鼻衄止后，应进一步检查病因，尤其中老年人更应注意。有的鼻衄病人病情甚为严重，甚则可引起生命危险。如由血液病引起者，应禁用针刺和刺血法，可用灸法、药物穴位贴敷等法治疗。

呃 逆

呃逆是指气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，令人不

能自制的一种病症。古称“哕”，又称“哕逆”。本病如为偶然发作，大多轻微，可以不药自愈；若持续不断，或反复发作，每为病势危重的征兆。呃逆多为中上二焦病，分为虚寒、虚热、实热三种类型。主要由于饮食不节，情志不和，正气亏虚，导致胃气上逆动膈而成。胃神经官能症、膈肌痉挛可出现呃逆。

【诊断要点】

一、呃声频频，连续或间断发作，不能自制。

二、呃逆常见三种类型：(1)虚寒：呃声沉缓有力，或气不接续，胃脘不舒，得热则减，得寒则甚，手足不温，面色苍白，食少困倦，大便溏。(2)虚热：呃声气促而不连续，口舌干燥，烦渴不安。(3)实热：呃声洪亮，冲逆而出，口臭烦渴，小便短赤，大便秘。

三、各种理化检查未见异常。

【疗法集粹】

一、体针：

(一)取穴：天鼎。

(二)针法：患者仰卧，消毒后用2寸28号针直刺天鼎穴5分左右，然后向天突穴方向斜透，当毫针刺入一定深度，触及膈神经时，病人可出现反射性膈肌收缩现象，再用电麻仪接通电源，加强刺激数秒至1分钟，呃逆则可立即控制。

(三)疗效：治疗顽固性呃逆30例，均1次控制，其中个别复发者，原法治疗仍可立即收效。

〔朱复林，等。针刺治疗顽固性呃逆30例，江苏中医杂志1983；4(1):46。〕

二、体针：

(一)取穴：主穴：膻中、列缺(双)；配穴：内关、足三