

基 本 知 识

1. 什么叫针灸疗法？

针灸疗法是中医学中的一门独立学科，属外治法范畴。它是运用针刺、艾灸及其它工具作用于人体的经络腧穴，以调整脏腑经络和气血的功能，达到防治疾病的方法。目前，针灸疗法已广泛地应用于临床各科，发挥着治病保健的重要作用。其技术包括针法、灸法和各种腧穴特种疗法。

2. 什么叫针法？什么叫灸法？

针法即针刺技术，是运用特制的针形工具，刺入或按压机体有关腧穴，并根据“虚则补之，实则泻之”的施治原则，使用相应的补泻手法，从而达到补虚泻实、调和阴阳的一种治疗目的。灸法即施灸技术，是运用燃着的艾绒或其它可燃材料，温烤或烧灼机体有关腧穴，通过温热性刺激调整人体的阴阳平衡，以达到防治疾病的医疗目的。针法和灸法都是依据经络学说选穴施术，在临床中二者既可单独使用，也可配合运用，还可与药物贴敷、拔罐以及电、磁、激光、红外线、微波、超声波等技术结合运用，以更有效地发挥治疗作用。

3. 常见的针法有哪几种？

针法的种类主要依据针具而言，不同的针具具有不同的进出针手法及补泻方法。针具有毫针、三棱针、皮内针、皮肤针、挑针、长针、火针、钜针、铍针等。因此，常见的针法有毫针刺法、三棱针刺法、皮内针刺法、长针刺法、火针刺法、皮肤针

刺法、挑针刺法、圆利针刺法、镊针法、杵针法以及根据机体某些部位而分的头针法、耳针法、眼针法、鼻针法、唇针法、面针法、手针法、足针法、腕踝针法等。

4. 常见的灸法有哪些？

灸法的种类主要按照施灸的材料及方式区分。常见的灸法有艾炷灸、艾条灸、温针灸、灯火灸、药锭灸、温灸器灸等。

5. 腧穴特种疗法有哪些？

依据经络腧穴进行疾病治疗的方法，除针刺、艾灸法外，还有药物穴位敷贴法、穴位拔罐法、穴位注射法、穴位电疗、穴位磁疗、穴位激光照射、穴位红外线灸、穴位微波照射、穴位离子透入法、割治法、刮痧法等腧穴特种疗法。

6. 针灸的治疗原则是什么？

针灸治疗原则，是针灸临床必须遵循的基本规律。概括起来有如下几个方面。

补虚与泻实 虚实是用以概括和辨别正气强弱和邪气盛衰的两个纲领。虚证是指正气衰弱所表现的证候；实证是指邪气过甚、正气未衰、正邪交争所表现的证候。补虚即指虚证，宜用补法，所谓“虚则补之”即是此意。泻实是为实证宜用泻法，所谓“满则泄之”、“邪盛则虚之”、“菀陈则除之”均为此意。补虚与泻实，可在本经或异经之间运用“虚则补母”、“实则泻子”的方法进行操作。对于虚实相兼的证候，可运用先补后泻，或先泻后补，或补泻兼施。虚实表现不太明显的，则宜用平针法或轻补轻泻法。

清热与温寒 寒热是鉴别疾病属性的两个纲领。热证多

由外感温热之邪；或初为寒邪郁而化热；或七情过极、郁而化火；或饮食不节，积蓄成热；或房室劳倦，耗伤阴精，阴虚阳亢所致。寒证则是感受寒邪或体内阳虚所产生的证候。清热是指热性病宜用清法治疗；温寒是指寒性病宜用温法施治。历来虽有清法宜针而温法宜灸之说，但实际不论寒热均可用针，而热证却一般不灸。如对于高热，烦渴引饮，脉象洪数的实热证候，当以毫针行泻法，或用透天凉手法，或用三棱针点刺出血，以清泄热邪。对于午后低热，咽干口渴，舌红少津，脉象细数的虚热证，当以毫针酌情补泻，如补刺足少阴经穴，泻刺足厥阴经穴，以养阴清热。若出现畏寒喜暖，四肢蜷缩，吐泻物清冷，舌淡脉迟的寒证，当以毫针补法，或行烧山火手法，并可重灸或运用拔火罐等。此外，对于痈疽疮疡之初期，症虽属热证，仍可在局部施灸，以引拔热毒。

治标与治本 标与本是一个相对的概念，可用以说明疾病过程中各种矛盾的主次关系。以邪正而言，正气为本，邪气为标；从病因与症状来说，病因为本，症状为标；以发病先后来说，则先病为本，后病为标；从疾病部位来说，则病在内为本，在外为标；以疾病新旧来说，则旧病为本，新病为标。由于有标本主次的不同，因而在治疗上就有先后缓急之分，具体可归纳以下三法。即急则治标、缓则治本和标本兼治。急则治标是指标病严重危急，如不及时治疗，可转为危重病证。例如大出血病人，治疗时首先应急予止血，待出血缓解后再根据病情进行调治以治其本。缓则治本是指由于某种疾病而引起其它病变，但又无危急症状时应当治疗其原发疾病。治愈了本病，由其所影响而产生的病证，亦可迎刃而解。如脾胃阳虚，运化无权而产生脘腹胀满、纳呆、大便溏薄等证候，只需温运脾胃，中阳振作，诸症皆愈。标本兼治是指病轻浅或标本都急的情况下，可

采用标本同治的方法。此法临床上应用较多,对一般病症均可采用。

同病异治与异病同治 主要是根据病机与病证的表现而定。同病异治,是指同一疾病,由于发病原因、病变性质、部位不同,以及病人的体质、治疗的时机不同,因而不能用同一方法治疗。如同属慢性泄泻,由脾气虚弱、运化失司引起,则宜选用脾胃经穴针灸并施,以温补脾胃;因肝郁气滞引起,则宜选用肝胃经穴,以疏肝和胃;若属肾虚泄泻,则宜取肾经腧穴并重用温灸以调补肾阳。另外,同一疾病,治疗时机不同,其治法亦当有所区别。异病同治,是指不同疾病,由于疾病过程中出现了相同的病机,因而可采用同样的方法治疗。如胁胀痛、胃脘胀痛和少腹疼痛,虽然疾病部位不同,若病机均为肝郁气滞时,则均可选用肝经腧穴以疏肝理气。同病异治与异病同治体现了具体情况具体分析的辨证观。

7. 针灸的治疗作用是什么?

针灸的治疗作用,是指针灸等穴位刺激通过经络系统对机体所发生的影响。古代有关针灸的治疗作用论述很多,可概括为如下三个方面,即调和阴阳、疏通经络、扶正祛邪。现代针灸工作者运用科学技术的手段对此进行了深入的研究,其结果表明,古今对针灸治疗作用的认识是一致的,认为针灸具有镇痛、调整机体各系统的功能,增强机体防御免疫的能力,以及促进组织修复等作用。其中调整作用占主导地位,其他作用也是以调整作用为基础的。

8. 如何进行针灸临床辨证?

针灸临床辨证是综合运用望、闻、问、切四诊和经络诊断等手段,在八纲辨证和脏腑经络辨证等理论指导下,对疾病的性质和部位等做出正确的判断,从而为针灸治疗提供可靠的依据。如何进行针灸临床辨证呢?第一,必须正确运用四诊手段,结合经络诊断和必要的理化检查方法,广泛地收集临床资料。第二,运用八纲辨证对临床资料进行分析、归纳,确定其阴、阳、表、里、寒、热、虚、实的基本属性。第三,运用脏腑经络辨证对临床资料作进一步的分析和综合,以明确疾病的部位,为论治提供依据。辨证是论治的基础,辨证正确与否,直接关系到治疗措施得当与否,疗效是否满意,因而掌握辨证手段与方法,意义十分重要。

9. 怎样进行常见部位的临床检查?

颈部的检查

一般检查 首先应注意观察头部的位置和姿势,颈部有无斜颈、后突、短缩等畸形。斜颈患者头往往向一侧倾斜,一侧胸锁乳突肌明显隆起。其次须注意颈部触诊,颈部前区:侧方是胸锁乳突肌,上方是下颌骨,下方的胸骨上切迹,主要结构有胸锁乳突肌、甲状腺、淋巴结链等,触诊时应注意这些结构是否有肿块及肌挛缩。颈部后区:斜方肌从枕外粗隆到第十二胸椎棘突,附着于锁骨、肩峰和肩胛骨的脊柱缘,在颈椎屈曲性损伤、肌纤维组织炎时,此区常有触痛,落枕时常在该肌中有压痛及肌紧张;淋巴结位于斜方肌前方,在周围组织及淋巴结有感染的情况下可触及肿大;项韧带起自颅底部的枕外粗隆,向下延伸到第七颈椎棘突,当颈椎有屈曲性损伤或该韧带病变时,可有触痛,颈椎病或颈椎间盘脱出症患者,于棘突

旁叩击时,可有上肢放射痛。第三,还应注意颈部活动度,正常前屈时下颌部可触到胸部,后伸可看到头顶上的天花板,侧弯耳朵可靠近肩部,旋转下颌部几乎可以碰到肩部。活动范围:前屈 $35^{\circ} \sim 45^{\circ}$,后伸 $35^{\circ} \sim 45^{\circ}$,左右侧屈各 45° ,左右各旋转 $60^{\circ} \sim 80^{\circ}$ 。

特殊检查

压顶叩击试验 患者坐位,头向患侧屈曲,检查者立于患者后方,双手合拢从头顶向下逐渐按压,如患者感到疼痛,并向上肢产生放射痛者为阳性。如一手放于患者头顶,另一手握拳叩击,患者也有疼痛并向上肢放射者也为阳性,称叩击试验。多见于颈椎病。

分离试验 患者坐位,检查者一手掌张开放在病人颌下,另一手放在枕部,然后逐渐向上牵引头部,如疼痛减轻者为阳性。常见于颈椎病。

臂丛牵拉试验 检查者一手将患者头部推向健侧,另一手握其腕部向外下方牵引,如能诱发上肢放射痛或麻木感即为阳性。多见于颈椎病。

深呼吸试验 患者坐位,头稍向后仰,将下颌转向患侧,深吸气后屏气,检查者一手抵住患侧下颌,给以阻力,一手摸患侧桡动脉,如有动脉搏动减弱或消失,即为阳性。多见于前斜角肌综合征。

仰头挺胸试验 患者坐位或立位,挺胸,两臂后伸,如手麻木或疼痛,桡动脉搏动减弱或消失,即为阳性。多见于前斜角肌综合征。

肩关节部位的检查

一般检查 肩部包括锁骨、肩胛骨和肱骨上端及附着的韧带和肌肉。检查时首先,应注意察看局部的擦伤及外形等。

正常肩关节外形为圆弧状。肩关节脱位、三角肌萎缩或麻痹可出现方肩畸形,斜方肌、菱形肌麻痹可出现肩下垂,前锯肌瘫痪向前平举上肢时可出现“翼状肩胛”。第二,依次按压胸骨上切迹、胸锁关节、锁骨、喙突、肩锁关节、肩峰、肱骨大结节等,肩峰下滑囊炎压痛点主要在肩关节、肩峰下、大结节等处;肱二头肌长头腱鞘炎压痛点在结节间沟;肱二头肌长头腱滑脱时,将肘关节屈曲,肩关节外旋,可在结节间沟处触及肌腱的弹跳。第二,注意检查肩关节的活动度。肩关节的活动范围:外展 90° ,内收 45° ,前屈 90° ,后伸 45° ,内旋 80° ,外旋 30° ,上举 180° 。检查外展与外旋时,让病人把手伸到头后部,触到对侧肩胛骨的内侧角,肩周炎病人外展受限,滑囊炎病人则外旋受限。检查内旋与内收时,让病人把手伸到头部前面对侧肩峰,进一步将手伸到背后摸到对侧肩胛骨下角,滑囊炎或冈上肌撕裂时,内收可能受限。

特殊检查

搭肩试验 患肘关节屈曲,手放至对侧肩前,如肘关节不能与胸壁紧贴为阳性。表示肩关节脱位。

肱二头肌长头紧张试验 患者肘关节屈曲而前臂旋后,并抗阻力前屈肩关节时,可引起结节间沟疼痛为阳性。多见于肱二头肌长头腱鞘炎。

直尺试验 用直尺边缘贴在上臂外侧,一端靠近肱骨外上髁,另一端如能与肩峰接触,则为阳性。表示肩关节脱位或三角肌萎缩。

落臂试验 首先,嘱病人的臂部充分外展,然后嘱其慢慢地放下,如果有旋肌袖撕裂,尤其是冈上肌撕裂,病人上肢就会从外展 90° 的位置落到体侧,而不能慢慢地放下。

肩弧痛试验 嘱肩关节外展 $0\sim 60^{\circ}$ 时,患者无疼痛,继

续外展 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 时, 患者疼痛显著, 超过 120° 上举时, 可以又无疼痛。同样下垂至 $120^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 时有疼痛, 至 60° 以下, 上肢突然下垂至身旁而无痛。见于冈上肌腱炎及冈上肌腱损伤。

肘关节部位的检查

一般检查 注意观察肘关节的外形有无畸形、肿胀; 仔细触按肘关节周围有无压痛点; 注意检查肘关节的活动度, 正常活动范围: 屈曲 140° , 过伸 10° , 旋前 $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$, 旋后 $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$, 屈曲肘关节手能触到肩部。

特殊检查

网球肘试验 检查者一手固定住病人的前臂, 嘱其握拳并伸腕。检查者另一手在病人拳头的背侧, 施以压力, 试图使其腕部屈曲, 如果患“网球肘”(肘骨外上髁炎), 病人会突然感到在外上髁伸腕肌起点的部位有剧痛。

肘后三角检查 正常的肘关节完全伸直时, 肱骨外上髁、内上髁和鹰嘴突三个骨突, 在一条直线上; 肘关节完全屈曲时, 三个骨突构成一等腰三角形。在肱骨髁上骨折, 这三点关系并无改变, 但在肘关节脱位, 内上髁和外上髁骨折时, 此三角不成等腰三角形。

腕关节与手部位的检查

一般检查 注意观察腕关节与手的外形: 科雷氏骨折呈餐叉样畸形; 腕关节结核和类风湿性关节炎表现为整个腕关节肿胀, 后者常同时伴有手指关节肿胀和畸形, 并为双侧; 并指和多指是先天性畸形; 巨指可由脂肪瘤、淋巴瘤、血管瘤引起; 杵状指为慢性心、肺疾患的表现; 梭状指大多为指骨结核或内生软骨瘤引起; 爪形手为前臂屈肌群的缺血挛缩或尺神经损伤; 平手为正中神经损伤。触诊: 自尺桡骨远端向指骨方向依次检查腕及手部的压痛点, 是否伴有肿胀、放射痛、异常

感觉等。腕背中央区压痛,多属月骨病变或损伤;桡骨茎突部位压痛明显多为狭窄性腱鞘炎;腕掌侧韧带轻轻叩击产生正中神经区疼痛,多为腕管综合征;前臂旋转时,远端尺桡关节发生弹响伴触痛,常为三角软骨盘损伤;尺骨茎突部有触痛,可能为茎突病变或为 Colles'骨折伴尺骨远端骨折;类风湿性关节炎时,则可出现腕关节和指关节疼痛、肿胀、畸形;沿掌骨纵轴方向叩击第二掌骨头引起腕痛则疑有舟骨骨折;叩击第三掌骨头引起腕痛则疑有月骨骨折或脱位。检查腕和指关节的活动度,并注意两侧对比,腕关节的正掌范围:掌屈 70° ,背伸 60° ,桡倾 $25\sim 30^{\circ}$,尺倾 $30\sim 40^{\circ}$ 。手指关节:完全伸直为 0° ,屈的范围为掌指关节 90° ,近端指间关节 100° ,远端指间关节 60° 。外展 30° ,内收 0° 。拇指为外展 70° ,掌指关节屈曲 50° ,指间关节屈曲 90° 。

特殊检查

握拳尺屈试验 患者拇指握在其余手指之内,使腕关节做被动尺偏,桡骨茎突处疼痛明显者表明桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎。

屈腕试验 患者两肘搁于桌上,前臂与桌面垂直,两腕自然掌屈。正常时,要过一定时间后才会出现正中神经支配区的麻感和刺痛。若患有腕管综合征者,疼痛很快加重,即为阳性。

伸腕试验 与屈腕试验相反,维持腕于过伸位,患有腕管综合征者,很快出现疼痛加重。

腰背部检查

一般检查 应注意观察患者步态有无异常,坐立、起卧时腰背部有无姿势改变,改变体位畸形能否自行纠正。侧面观察有无圆弧形驼背、角状驼背、腰前凸增大、变平或后突。角状驼背常见于结核、骨折、肿瘤;圆弧形驼背常见于类风湿性关节

炎、佝偻病、姿势性驼背、青年性驼背等；脊柱侧弯常见于原发性脊柱侧弯、脊髓灰质炎后遗症、椎间盘脱出症等。按压腰部的常见压痛点为：棘突上压痛多见于棘上韧带损伤、棘突滑囊炎、棘突骨折；棘间韧带压痛常见于棘间韧带劳损；脊肋角压痛见于肾脏疾患，腰1横突骨折；腰背肌压痛，在骶棘肌二侧局限性或散在性压痛，见于腰肌劳损；棘突旁压痛，位置在下腰椎棘突旁开1~1.5厘米处，并有向患肢放射感，见于腰椎间盘突出症；髂后上棘压痛，见于肌肉劳损；髂嵴压痛，见于髂肋肌劳损或肌筋膜纤维组织炎；骶髂关节压痛，见于骶髂后韧带劳损、关节结核或强直性脊柱炎；骶尾交界处压痛，见于骶尾部韧带劳损；梨状肌部位压痛、硬块为梨状肌损伤。检查活动度：腰椎活动范围为前屈90°，后伸30°，侧屈左右各30°。

特殊检查

摇摆试验 患者仰卧位，双髋双膝关节极度屈曲，双手抱于膝前，检查者一手扶助双膝，一手从下面托起患者臀部，使腰部做被动屈曲及摇摆活动。如有腰部疼痛为阳性。见于下腰部软组织劳损或腰骶部病变。

直腿抬高试验 患者仰卧位，两腿伸直，检查者一手扶踝，膝伸直位，屈髋至一定角度，引起腿放射痛者为阳性。在直腿抬高刚出现阳性征时，用右手使踝关节背屈致疼痛加重称为踝背屈加强试验阳性。见于腰椎间盘突出症。

“4”字试验 患者仰卧位，患侧屈髋屈膝，大腿外展外旋，并将患侧小腿放在对侧大腿的前面，使两下肢形成“4”字。检查者一手固定骨盆，一手在屈曲膝关节内侧向下压，患侧骶髂关节或髋关节有病变时可出现疼痛。

梨状肌紧张试验 患者俯卧位，检查者一手按着臀部，另一手握踝，屈膝关节至90°，并将髋关节极度内旋，引起腿放射

痛者为阳性。

床边试验 患者仰卧位，患侧臀部靠床边，对侧下肢屈髋、屈膝、双手抱于膝前。检查者将其患肢移至床外，并尽量后伸，如髋髂关节处疼痛为阳性。

唧筒柄试验 患者仰卧位，一手握住小腿，将膝与髋充分屈曲，另手按住同侧肩部，再把大腿与骨盆向对侧推送。髋髂关节发生疼痛时可能有病变。

骨盆挤压及分离试验 患者仰卧位，检查者用两手分别压在两侧髂嵴上，用力向外下方按压，称为骨盆分离试验。反之，双手将两侧髂骨翼向中心相对挤压，称为骨盆挤压试验。能诱发疼痛者为阳性。见于骨盆骨折。

髋关节部位检查

一般检查 注意观察髋部的前、后侧有无肿胀和畸形，下肢有无肌肉萎缩和缩短畸形。臀部肌肉萎缩，可见于脊髓灰质炎；大腿皮肤皱折加深或不对称，可反映先天性髋关节脱位；髋关节外下方及大腿内上方肿胀，多见于流注脓肿或大转子病变。触诊方面须注意检查痛点和肿块。大粗隆部滑囊炎可在大粗隆部有触痛；患肢伸直位，沿肢体纵轴叩击其足跟，髋部产生疼痛者见于髋部骨折或炎症。检查活动度，髋关节活动范围：伸直 0° ，过伸 15° ，屈曲 130° ，内收 30° ，外展 45° ，内旋 40° ，外旋 40° 。测量下肢的长度，并注意两侧对比，方法为：患者平卧，由髂前上棘通过髌骨中点至内踝尖部。

特殊检查

髋关节屈曲畸形试验 患者仰卧，将健侧髋、膝极度屈曲，用双手抱住膝部，使腰部平贴床面，患髋表现为屈曲畸形，大腿与床面形成夹角即为畸形角度。用于检查屈曲挛缩，常见于髋关节僵硬、强直或髂腰肌痉挛。

滚动试验 患者仰卧，下肢伸直，检查者用一手横放在患侧大腿前侧，轻轻在内、外方向滚动大腿。在急性髌关节炎时，轻微的滚动即可引起疼痛，并有活动障碍。小儿髌关节结核早期即可出现旋转运动受限。

屈髌屈膝分腿试验 正常新生儿或婴儿的两髌和两膝各屈至 90° ，两髌很容易同时外展至 90° ，即两膝外展可平置于检查台上。若不能达到上述外展度，应疑有先天性髌脱位；若听到弹响后，髌才能外展至 90° 者，则表示脱位已复位。

髌关节过伸试验 病人俯卧，两下肢伸直，检查者一手压住其骶部固定骨盆，另一手提起患侧小腿，使患侧髌关节过伸，如有腰大肌痉挛，则不能后伸。如用力后伸，则骨盆也随之提高，臀部疼痛，即为阳性，说明患侧髌关节或髋髂关节有病变。

膝关节部位检查

一般检查 首先让病人站立，膝关节完全伸直，观察两侧髌骨是否对称，是否在同一水平。注意观察膝关节有无内、外翻，屈曲与反屈畸形。过度的外翻（两内踝不能相碰）或内翻（两膝不能相碰）是两种常见的膝关节畸形。注意比较两侧股四头肌，特别是股四头肌内侧头有无萎缩，判断股四头肌萎缩的方法，是在膝关节上方约 10 厘米处，测量两侧大腿的周径，若两侧不等，则有临床意义。膝关节屈曲时，髌韧带两侧“膝眼”消失，表示关节肿胀。触诊方面须注意触按膝部的痛点，检查者把两手放在膝关节上，以四指握住腘后部，拇指放在膝前髌韧带两侧，将软组织向内压成一个凹陷，从凹陷处向内压迫时，可以准确地检查股骨和胫骨间的关节间隙。内、外侧间隙有压痛，可能是半月板损伤。内侧副韧带在内上髌处撕裂，可在起点处有触痛；若中点处断裂，可在关节水平线上有触痛。

髌韧带在胫骨结节处有明显触痛,多见于胫骨结节骨软骨病。
膝关节活动度:伸直 0° ,过伸 $5\sim 10^{\circ}$,屈曲 $120\sim 145^{\circ}$ 。

特殊检查

浮髌试验 病人仰卧,膝伸直,放松股四头肌,检查者一手放在髌骨近侧,施以轻压,将髌上囊中的液体挤入关节腔。另一手食、中指将髌骨向下挤压并迅速放开,可感到髌骨碰击股骨髌或髌骨活动,即为阳性。见于膝关节肿胀。

过伸和全屈试验 将膝关节作极度伸直和极度屈曲,在过伸或全屈位时引起膝关节疼痛者为阳性。常为半月板损伤、髌下脂肪垫肥厚或损伤、股骨髌软骨损伤。

侧方挤压试验 患侧膝关节轻度屈曲位,作内翻或外翻活动,引起同侧关节痛时,即内翻时内侧痛,外翻时外侧痛,多为半月板损伤;引起另侧痛时,即内翻时外侧痛,外翻时内侧痛,常为侧副韧带损伤。

半月板弹响试验 仰卧,患肢放松,检查者一手按膝部,另手握足跟部,先使膝关节极度屈曲,当小腿于内收、外旋位,同时伸屈膝关节,如有弹响或疼痛,说明内侧半月板有病变。反之小腿外展、内旋,同时伸屈膝关节,如有弹响或疼痛,说明外侧半月板有病变。

研磨试验 病人俯卧位,膝屈至 90° ,将小腿向下压,作内旋和外旋活动,若膝关节内、外侧疼痛,表明内外侧半月板损伤;将小腿上提,再作内旋和外旋活动,如引起内侧疼痛,表明内侧副韧带损伤。如引起外侧疼痛,则表明外侧副韧带损伤。

抽屉试验 病人仰卧位,患膝屈曲 90° ,检查时固定其足不使移动,将小腿向前拉和向后推。如小腿上端能向前拉动,即为前抽屉征阳性,表明前交叉韧带断裂;如小腿上端能向后

推移,即为后抽屉征阳性,表明后交叉韧带断裂。

单侧半蹲支撑试验 病人以患足站立并逐渐下蹲,提起健侧下肢,可因痛而不能维持半蹲位。见于髌骨软骨病。

伸膝抗阻试验 检查时将髌骨向远侧推挤,同时嘱病人伸直膝关节(收缩股四头肌),若髌骨出现剧痛即为阳性。见于髌骨软化症。

膝腱反射 患者仰卧,检查者托其腘窝使其屈曲成 120° ,叩击髌骨下方股四头肌腱处,股四头肌收缩,出现小腿伸展(股神经,节段定位在腰椎2~4)。

踝关节与足部的检查

一般检查 首先,注意观察踝部有无肿胀、足部是否畸形。踝部局限性肿胀多见于扭伤;双侧足踝部肿胀可能是心脏或淋巴系统病变,或为较严重的创伤;足后跟部局限性肿胀多属跟腱炎、滑囊炎、骨质增生等。足部常见的畸形有:下垂足,先天性马蹄内翻足,外翻足,高弓足,扁平足,拇外翻,锤状趾,先天性多趾等。触诊方面,须着重寻找足踝部的压痛点。踝部内、外侧副韧带损伤时,在内、外踝下方有触痛;滑囊炎时于内踝后方有压痛;跟骨跖面内侧压痛常为跟骨骨刺;跟骨外侧变厚并以触痛,多为狭窄性腱鞘炎;跖骨粗隆部压痛,常为踝关节扭伤,或粗隆滑囊炎。踝关节的活动度,正常范围:背屈 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$,跖屈 $40^{\circ}\sim 50^{\circ}$,内翻 30° ,外翻 15° 。

特殊检查

捏小腿三头肌试验 患者俯卧,足垂床缘下,检查者捏患者小腿三头肌肌腹,正常时可产生足跖屈,若跟腱断裂则无跖屈动作。

足内、外翻试验 检查者一手固定小腿,另手握足,作极度内翻或外翻活动,引起同侧疼痛则表明内或外踝骨折,若引

起对侧疼痛则提示副韧带损伤。

跟腱反射检查 患者下肢半屈曲且外展,托其足底使肘后肌群维持一定张力,然后轻叩跟腱,腓肠肌收缩,出现足跖屈。

10. 怎样进行针灸配穴处方?

针灸治病,是通过取用一定的穴位来进行的,为了提高针灸的治疗效果,须按照辨证的结果对腧穴进行配伍,并选择适宜的刺激方式与治疗时机。常见的配穴方法有如下几种。

远近配穴法 所谓近部选穴,是指根据病变处所,选用其局部或邻近部腧穴;远部选穴,是指在距病所较远处选穴。远近配穴法,则是指将远部选穴与近部选穴结合起来的方法。此法临床最为常用。如偏头痛选风池、外关、丘墟;胁痛选日月、支沟、阳陵泉;急性肠炎选天枢、足三里、合谷等。

俞募配穴法 选用各脏腑背俞穴和募穴配伍的方法。由于背俞穴分布于人体的后面而募穴分布于前面,故又称前后配穴法。如肝病选肝俞、期门,小肠病选小肠俞、关元等。

原络配穴法 是将原穴与络穴配伍使用的方法,亦称主客配穴法,即取本经的原穴为主,以其表里经的络穴为客。如心包病取该经原穴大陵为主,配三焦经的络穴外关为客。

交经八穴配穴法 根据奇经八脉与十二经脉交会的理论,选其二穴为一组的配穴方法。如公孙配内关治疗胃、心、胸部疾病;后溪配申脉治疗内眼角、耳、项、肩胛部病变及发热恶寒等表证;外关配足临泣治疗外眼角、耳、颊、颈、肩部病及寒热往来证;列缺配照海治疗咽喉、胸膈、肺病及阴虚内热等。

每一处方的用穴数量不定,一般以 3~5 穴为宜,有时仅需 1~2 个腧穴即可,必要时也可用 8~9 个穴位,主要取决于

病情与患者的具体情况。

11. 如何掌握针灸的治疗时机与疗程?

正确掌握针灸的治疗时机与疗程,也是提高针灸治疗效果的重要因素,《灵枢·卫气行》:“谨候其时,病可与期”。某些疾病由于其发展有一定的阶段性和特点,因而必须根据疾病的不同阶段和特点把握好针灸治疗时机。例如疟疾,一般在发作前2~3小时针刺效果较好。失眠症,宜在睡觉前1小时内施术。痛经,最好在月经来潮前几天开始针灸,至月经过去为止。女性不孕症,最好在排卵期前后几天连续针灸。许多疾病,早期治疗与晚期治疗其疗效也大不相同,如中风后遗症,如能在发病后及早针灸治疗,则疗效很高,反之则疗效大大降低。疗程与间隔时间也是必须考虑的问题。慢性病,久治不愈者,则需疗程较长。急性病,疗程较短,每日可施术2~3次,以求速效。急性病,一般连续治疗。慢性病,每疗程可间隔数日。

12. 针灸临床上应注意哪些问题?

针灸临床上应注意如下几个方面。

(1)医者务须精力集中,严肃认真,一丝不苟。《素问·宝命全形论》:“如临深渊,手如握虎,神无营于众物。”针刺治病是将针刺入患者体内,瞬息疏忽,就有刺伤脏器的可能;针刺手法是获得疗效的重要手段,只有认真操作,才能充分发挥手法的作用。

(2)对病人态度和蔼可亲,根据病人的不同心理做好疏导工作,并耐心地回答病人所提出的各种问题。

(3)注重无菌操作,针具必须严格消毒,施穴部位须按常规消毒处理,医者的手指尽量避免接触针体。

(4)遵守针灸操作规程,杜绝针灸事故的发生。

(5)重视针灸与其它疗法的综合运用。

13. 提高针灸疗效的主要手段有哪些?

提高针灸疗效的方法是复杂的,多方面的,以下从临床角度探讨几个提高针灸疗效的主要方法。

(1)掌握经络辨证。针灸疗法以经络系统为核心,经络具有运行气血,联系脏腑肢节,沟通表里上下的作用。明辨经络证候,可以正确地了解疾病的部位、性质及其脏腑之间的联系,从而有效地选择穴位与刺激方法。如头痛一证,根据疼痛的部位和经络循行所过的不同,可分为少阳头痛、阳明头痛、太阳头痛、厥阴头痛。根据头痛的经属选用相应经脉上远端的和局部的腧穴治疗,方能取得较好疗效。

(2)注意寻找阳性反应点。不管是什么样的疾病都会或多或少、或隐或现地在体表某个或某几个穴位上反映出一定的变化,表现为压痛敏感、皮肤脱屑变色、硬结、电阻值变化等阳性改变,这些阳性反应点有时在病变所属的经络穴位上,有时则没有一定的规律。由于这些反应部位与疾病之间有着某种最直接的联系,针灸这些部位(穴位)常常能取得更好的疗效。因此,临床上必须注意认真寻找。

(3)注重调神。《灵枢·本神》:“凡刺之法,必先本于神。”《素问·宝命全形》:“凡刺之真,必先治神。”所谓治神,一是指调治患者之神,二是指调整医者之神。对于患者,首先,要安定其神志,解除畏针心理,使之乐于接受针灸治疗。其次,应让患者处于安静的场合下针灸,患者也应心平气和,进入类似气功样的“入静”状态。另外,许多疾病是由心理因素造成的,因而必须注重心理治疗,使患者保持健康乐观的情绪。对于医生方