

第一章  
急症針灸基本知識

## 第一節 急症中醫診斷

急診的及時搶救與正確處理，取決於快捷而正確的診斷。中醫對急症的診斷，主要靠“四診”，即問、望、聞、切四種方法收集材料，再運用中醫理論，進行分析、歸納。然後，針對危重急症的主要病因、部位、性質及正邪盛衰的情況作出初步診斷，並迅速採取針灸治療。對生命垂危的病人，還可配合其他搶救措施。

急診材料的收集，最簡捷的方法，是靠醫生敏銳的視、聽、觸覺和扼要的詢問來完成。這種收集材料的方法，對應用針灸搶救危重病症尤為重要。因為，它們都特別適宜於戰地、工地，邊遠地區及山村等醫療條件較差而又不能及時進行轉移搶救的危重病人。因此，廣大針灸專業人員和其他醫務工作者，均應努力熟悉和掌握該臨床診斷方法。

### 一、問診

急症的詢問應針對急症的特殊性，不能按部就班地“一問二查三處理”。而應一面詢問，一面針對主要症狀作重點的檢查和針灸治療處理，以爭取搶救時間。對意識障礙的危重病人或嬰幼兒，應向最了解、最接近的家長或親友詢問病史，以便及時、準確地了解病情。

問診應首先詢問病人最痛苦，最主要症狀的部位、性質、

時間、特點及其伴隨的有關症狀，了解發病的原因、治療情況及過去病史等。同時針對主要病症，並結合全身狀況進行詢問。

### （一）問寒熱

惡寒、發熱是急症臨床的常見症狀，可由多種疾病引起。問寒熱，要從熱型、發熱時間以及兼證等方面詢問。以區別外感與內傷發熱，掌握病邪部位。外感病，發熱惡寒較重，少有間斷；內傷病，發熱惡寒較輕，或斷續出現。表證，發熱惡寒並見；里證，只發熱而不惡寒；半表半里證，寒熱往來。

### （二）問疼痛

疼痛是急症常見症狀之一，也是針灸治療的主要適應範圍。問疼痛，可了解病變的部位及所屬臟腑，並能判斷疾病的虛實、寒熱。胸部疼痛為心、肺；上腹部疼痛為脾、胃、肝、膽、胰；腹臍部疼痛為大、小腸；下腹部疼痛為子宮、膀胱等。熱證、實證多起病急，痛勢劇烈，拒按，煩熱，口渴欲飲；寒證、虛證多起病緩，痛勢隱隱，喜按，得熱痛減，遇冷加劇。氣滯多脹痛；濕勝多重痛；風勝多游走痛；血淤多刺痛。

### （三）問二便

詢問二便以判斷疾病的寒、熱、虛、實及其他情況。實熱證多大便燥結，小便短赤；虛寒證多大便稀溏，小便清長。大便膿血粘液，多為濕熱痢，上吐下瀉，或伴轉筋抽搐，多為腸胃濕熱穢濁，如急性胃腸炎、霍亂等。尿頻、尿急、尿痛或尿血多為膀胱濕熱，如急性泌尿系統感染；若二便失禁，為脾腎

失固，證屬嚴重。

#### (四) 問飲食

了解飲食情況，對辨別脾胃之氣的盛衰，掌握疾病的預後轉歸，有重要的臨床意義。飲食後不久，突發腹痛、嘔吐、眩暈，應考慮食物中毒的可能。若久病危殆，本不能食，但突然食量大增，此為脾胃之氣將絕之徵象。

#### (五) 問婦女病

經、帶、胎、產，為婦女特有疾病。通過詢問，以作全身疾病辨證的重要資料。問月經，經期前後腹痛，多屬痛經；停經1～2月，突然小腹疼痛，伴陰道流血，應考慮異位妊娠；無妊娠，見陰道大量出血為血崩；妊娠期陰道流血，伴腰酸腹痛多為胎氣不固，屬先兆流產。

## 二、望診

望診是運用醫生的視覺對急症病人全身各部進行觀察。尤其是觀察病人神、色、形的變化，以推斷病況，為針灸急救提供重要依據。

#### (一) 望神

可以判斷病情的輕、重、緩、急及疾病的預後。神的表現可從神態、眼睛、面色、語言、呼吸、舉動、二便等方面測知。神疲為兩目遲呆，目晦少神，精神萎靡，倦怠懶言，表情淡漠，表示正氣損傷，病情嚴重。失神為目暗睛迷，或瞳孔散大，反應遲鈍，言語錯亂；或神志昏迷，躁動，或卒倒、口開目

合，手撒尿遺，此為精氣將脫，謂之“脫證”，病情危重，預後多差。

### （二）察目

可從日色、目態兩方面察看。目赤眦腫為熱或火旺，白睛黃染為濕熱內盛，多見黃疸；目眦淡白為氣血不足。目周圍晦暗無光為腎陽衰微，寒滯經絡；白睛暗濁，黑睛晦滯，精采全無，浮光暴露，為病重難治。若橫目斜視（先天者除外）多為肝風內動；目睛微定為痰熱內閉；目翻上視，瞪目直視，目睛正圓，目陷無光及目睛突起而喘息端坐，頭垂不舉等均屬臟氣衰微，病勢危急之徵。若瞳孔突然散大，左右不等，是肝腎不和、臟氣偏勝，或外傷所致；瞳孔散大，光照遲鈍，是臟腑精氣將絕；瞳孔散大，燈照不收，是腎竭不攝，原氣渙散，主死。

### （三）望面色

凡面色光澤明潤，是五臟精氣內充，為正色，雖病易治。若晦暗枯槁，天然不澤，為臟氣衰敗，病多凶險，難治。面色青黑主寒證、痛證，多見淤血性疾病；紅赤主熱證，多見於急性熱病；黃色主濕熱，多見於黃疸。白色主虛證、寒證，多見於久病、氣血兩虛或失血、大汗、大吐、大瀉等亡陰、亡陽證。

### （四）望耳

當人體某一臟腑或部位發生病變，尤其是器質性病變時，多數患者在耳廓相應部位和特定區可出現陽性反應點。其表現

爲皮膚變色、變形、充血、脫屑、丘疹等。這種陽性反應點對疾病的診治提供了參考依據，尤其爲應用耳針治療提供了最佳區域。

如點狀、片狀紅暈或充血的紅色丘疹，並有油脂及光澤者，多見於急性炎症性疾病。

點狀、片狀白色凹陷或隆起的丘疹，無油脂及光澤者，多見於慢性器質性疾病。

結節狀或點、片狀暗灰色隆起，多見於腫瘤。

糠皮樣脫屑（不易擦去），多見於各種皮膚病，感冒或吸收代償功能障礙等疾病。

線條狀或圓狀、半圓形白色或暗灰色疤痕，多見於各種手術後，潰瘍及外傷的疤痕。

#### （五）望舌

望舌之形、質、苔，可察知臟腑的寒、熱、虛、實和病邪的深淺及津液的存亡，以判斷疾病的預後轉歸。

舌形胖大爲痰飲、水濕或氣虛；青紫腫大爲中毒症；瘦薄紅絳爲陽虛、熱盛及津液耗損；裂紋伴紅絳爲熱盛；裂紋伴淡白爲陰血不足；芒刺乾燥爲熱邪亢盛（舌尖爲心火盛，舌邊爲肝膽火盛，舌中爲胃腸熱盛）；舌歪爲中風或瘟疫者；舌縮爲中風或久病肝腎陰傷之重症；舌強爲中風或熱病。舌色紅、絳屬熱證（有苔爲實熱，無苔爲虛熱）；白色屬寒證、虛證；紫色或紫絳而乾爲熱盛傷陰，病危重，淡紫或青紫濕潤，爲陰寒內盛；舌有紫斑爲血淤。舌苔薄主表，厚主裏；白苔主寒，黃

苔主熱；黑灰苔主熱證熱盛或寒證寒盛。

#### (六) 望皮膚

凡膚色潤澤、鮮明的病情較輕，枯槁暗晦，蒼白的病情較重。凡斑疹色澤紅潤、松浮、稀疏為順；紅色較淺，熱毒較淺；紅色深暗帶紫，熱毒熾盛；若一出即稠密成片、色黑晦滯，熱毒極甚，預後不良。

#### (七) 指紋

用於3歲以下小兒。鮮紅屬外感；紫紅屬熱盛；青色屬驚風、痛證。

### 三、聞診

#### (一) 聽聲音

語聲有力，或先輕後重，或謔語多為實證；語聲低微細弱，或先重後輕，或鄭聲多為虛證。呼吸氣粗聲高為實證；氣弱聲低為虛證。呃逆聲高短促有力多為實熱；聲低沈長無力多為虛寒。若久病、重病見呃逆頻頻，多屬危象。

#### (二) 嗅氣味

一般氣味重的偏實熱證；無氣味或稍有氣味的偏虛寒。如咳痰腥臭多為肺痛，口氣臭穢多為胃熱。昏迷病人若呼氣中帶杏仁味，應考慮氰化物中毒。昏迷而呼氣有蘋果味，多屬肝昏迷。如昏迷而皮膚或呼出氣、嘔吐物有蒜臭味，當懷疑有無有機磷農藥中毒。如嘔吐物有特殊的芳香臭味，則多系敵敵畏、敵百蟲等中毒。而口有尿味的當想到尿毒症。

## 四、切診

切診包括脈診和觸診。通過脈診以了解機體臟腑、氣血的虛實、寒熱，以及心臟搏動情況。觸診可了解腹內臟器病變，尤其是急腹症的診斷。在針灸治療上，通過經絡觸診，可測知病變部位和取穴治療的依據。

### （一）脈診

脈象種類繁多，為便於對急症迅速作出準確的判斷，爭取搶救時機，在問、望、聞三診的基礎上，將脈象歸為浮、沈、遲、數、虛、實六類，以辨病證的表、裏、寒、熱、虛、實。急症脈診應識別脈象的一般主證與特殊變化，把脈象和證候聯繫起來，互相參照。

#### 1. 浮脈 輕手可得，舉之有餘，按之不足。

主病：表證。有力為表實證，無力為表虛證。

兼脈兼證：浮大有力為洪脈，主陽盛火亢。浮大無力為散脈，主腎氣衰敗，屬危脈。浮小無力為濡脈，濡甚為微脈，主陰虛精傷或濕邪；微主氣血大虛、亡陽之重症。浮大中孔而軟為芤脈，主大失血。如按絲弦為弦脈，主肝病、疼痛。浮大虛弦為革脈，主寒盛中虛、崩漏。

#### 2. 沈脈 輕舉不見，重按乃得，舉之不足，按之有餘。

主病：裏證，重症。有力為裏實證，無力為裏虛證或血虛證。

兼脈兼證：沈大弦長為牢脈，主寒極腹痛，積聚。沈甚，



重按著骨乃得爲伏脈，主陰邪伏裏或痛極。沈細如線爲細脈，主氣血虛、肝腎虧。沈緊主傷食或內寒冷痛（心腹痛）。沈澀爲裏虛主血少精傷、氣滯血淤。沈數有力爲內熱；沈數無力爲虛熱。沈遲爲裏寒或洞冷。

3 遲脈 來去皆遲，一息三至。心電圖爲竇性心動過緩。

主病：寒證，氣血凝滯。有力爲積寒，無力爲虛寒或陽氣不足。

兼脈兼證：遲而滯爲澀脈，主血少氣滯。遲而休止復來爲結脈；遲而休止不能自還，有定數爲代脈。結代二脈主積滯內凝、臟氣衰微，或風證、痛證，或七情驚恐、跌仆損傷。

4 數脈 脈整而快，一息六、七至。七至以上爲疾脈。心電圖爲竇性心動過速。

主病：熱證。有力爲實熱；無力爲虛熱或陰虛。

兼脈兼證：數而流利爲滑脈，主實熱。數硬而滑如豆爲動脈，主痛主驚，崩中脫血。數而不整時有休止爲促脈，主痛腫及火證氣阻。細數爲陰虛內熱。數弦爲肝火；洪數爲膿已成或腑熱。

## （二）觸診

四肢厥冷，脈細弱，見於亡陽、厥脫。手足冷、無汗，目赤，舌紅苔粗，脈沈伏，屬熱厥內閉。

1. 經穴壓痛 胃疾患常有胃、脾俞、中脘、下脘、至陽及足三里等穴壓痛。肝膽疾患常有右肝、膽俞、右期門、陽陵泉等穴壓痛。闌尾炎常有闌尾穴壓痛。腸蛔蟲症常有血海、百蟲

窩等穴壓痛。腎疾患常有腎俞、三焦俞等穴壓痛。急慢性腹瀉常有陰陵泉穴壓痛。婦科病常有三陰交穴壓痛等。

2. 腹部 腹痛喜按屬虛證。腹痛拒按屬實證。腹滿，按之即起。叩之如鼓，小便自利多為氣脹。腹滿，重按有陷，如囊裏水，叩之音濁，小便不利多為水臌。推之不移，痛有定處為症積、血淤。腫塊時聚時散，按之無形，痛無定處為癥聚、氣滯。

## 第二節 神經系統簡易定位診斷

### 一、反射

#### (一) 淺反射(皮膚、粘膜反射)

常用淺反射的檢查方法、反應和定位見下頁表。

淺反射減退或消失可見於深睡、昏迷、麻醉、半歲至1歲的正常嬰兒，以及個別正常人。

此外，反射弧的任何部分損害均可發生淺反射減退或消失。

反 射	檢 查 方 法	反 應	肌 肉	神 經	節 段 定 位
角膜反射	輕觸角膜	閉眼瞼	眼輪匝肌	三叉、面神經	腦 橋
咽反射	輕觸咽後壁	軟腭上舉 嘔吐	諸咽縮肌	舌咽、迷走神經	延 腦
上腹壁反射	劃過腹上部皮膚	上腹壁收縮	腹橫肌	肋間神經	胸 7 ~ 8
中腹壁反射	劃過腹中部皮膚	中腹壁收縮	腹斜肌	肋間神經	胸 9 ~ 10
下腹壁反射	劃過腹下部皮膚	下腹壁收縮	腹直肌	肋間神經	胸 11 ~ 12
提睪反射	刺激股上部內側皮膚	睪丸上舉	提睪肌	生殖股神經	腰 1 ~ 2
跖反射	輕劃足底外側	足趾及足向跖面屈曲	屈趾肌等	坐骨神經	骶 2 ~ 腰 5
肛門反射	輕劃或針刺肛門附近	外括約肌收縮	肛門括約肌	肛尾神經	骶 4 ~ 5

(二) 深反射 ( 腱反射、骨膜反射 )

常用深反射的檢查方法、反應和定位見下表：

反 射	檢 查 方 法	反 應	肌 肉	神 經	節 段 定 位
肱二頭肌	叩擊置於肱二頭肌肌腱上的檢查者手指	肘關節屈曲	肱二頭肌	肌皮神經	頸 5 ~ 6
肱三頭肌	叩擊鷹咀上方肱三頭肌肌腱	肘關節伸直	肱三頭肌	橈神經	頸 6 ~ 7
橈骨膜	叩擊橈骨莖突	肘關節屈曲、旋前，手指屈曲	肱二頭肌、肱橈肌、旋前肌、肱三頭肌	正中、橈、肌皮神經	頸 5 ~ 8
膝反射	叩擊膝蓋下髌韌帶	膝關節伸直	肌四頭肌	股神經	腰 2 ~ 4
踝反射	叩擊跟腱	足向跖面屈曲	腓腸肌	坐骨神經	骶 1 ~ 2

深反射的異常表現為減退、消失或亢進。減退和消失一般系反射弧傳導發生障礙或者中斷。常見於神經根炎，運動神經病變及效應肌肉的病變。亢進一般臨床認為係由錐體束損害的結果，也就是指從大腦運動皮層到相應節段前角細胞前錐體損

害所致。常見有中風或其他大腦或脊髓的占位性病變。

### (三) 病理反射

正常人一般不應該出現病理反射，當損傷錐體束時可出現。見於昏迷、深度麻醉、癲癇大發作之後、大腦皮質運動區上部及錐體束的損害疾患。

巴彬斯基 ( Babinski ) 氏徵：用尖鈍物從足跟外側向前劃足底外緣。出現拇趾背屈、餘四趾蹠屈，或拇趾背屈，餘四趾分開均為陽性。

霍夫曼 ( Hoffman ) 氏徵：用手指持住病人中指並令其放鬆，檢查者用拇指迅速刮彈病人中指指甲，如出現餘拇指、食指、無名指同時屈曲為陽性。

### (四) 腦膜刺激徵

當頸部腦膜神經根受到刺激時出現，如腦膜炎、蛛網膜下腔出血、腦炎等病時可出現陽性反應。表現為頸強，有明顯抵抗力。

布魯金斯基 ( Brudzinski ) 氏徵：病人前屈頭頸時兩下肢自動屈曲為陽性。

克尼格 ( Kernig ) 氏徵，屈病人髖、膝成直角，以後伸直小腿，如不能超過  $135^{\circ}$  為陽性，或頸部出現疼痛為陽性。

## 二、感覺

### (一) 淺感覺

淺感覺改變常提示周圍神經病變、肌炎、或脊髓病變。

## • 14 • 針灸急症手冊

痛覺：一般用針尖刺皮膚，上、下、左、右仔細對比。

溫度覺：用試管分盛冷、熱水，刺激皮膚，令病人辨別。

### (二) 深感覺

深感覺改變常提示脊髓後束、及各上行傳導束的病變。

位置覺：病人閉目，檢查者將病人指（趾）、腕、踝、膝肘等關節作向上向下運動，看病人能否正確辨認。

振動覺：用震動的音叉，置於骨突部看病人能否辨認此感

。

壓痛覺：按壓肌肉，跟腱看是否有壓痛。

### (三) 皮層感覺

皮層感覺障礙時提示丘腦以上，特別是頂葉的損害。

實體覺：用不同形狀物體（圓、長、方），置於病人手中看其能否分辨。

兩點分辨覺：指端應 $< 0.5$ 厘米，手掌應 $< 0.7$ 厘米，手背應 $< 3$ 厘米。

圖形覺：在病人皮膚上劃“ $\Delta$ ”“ $\circ$ ”等形狀，看其能否辨認。

定位覺：刺激病人不同部位皮膚，觀察其能否辨認刺激部位。

## 三、上、下運動神經之癱瘓的鑒別

### (一) 上運動神經元（中樞性）癱瘓

肌張力增強，呈痙攣性癱瘓、腱反射亢進，病理反射陽性。

## (二) 下運動神經元(周圍性)癱瘓

肌張力降低，呈弛緩性癱瘓，腱反射減弱或消失，無病理反射，肌肉癱瘓、萎縮。

## (三) 肌力、肌張力和肌容積的判斷

### 1. 肌力：指肌肉收縮力，分 0～V 度，共 6 級。

0 度：完全沒有肌肉收縮動作。

I 度：僅有肌肉收縮而無肢體運動。

II 度：能在沒有地球引力作用情況下運動。

III 度：能抗地球引力動作，但不能抗阻力。

IV 度：能抗阻力運動，但較正常肌力為差。

V 度：正常肌力。

2. 肌張力：指肢體靜止時肌肉所處的張力狀態。肌張力降低為周圍性病損，或肌病、小腦病變等。肌張力增高為中樞性病損。

3. 肌容積：仔細觀察有否肌肉萎縮和肥大，必要時用尺測量。肌萎縮常見於周圍性損傷、肌病等。假性肥大見於進行性肌營養不良症。

## 四、共濟運動

一羣肌肉在運動中的協調動作，及管理肌體的平衡動作稱為共濟運動。共濟失調可因周圍神經、脊神經後根、脊髓後角及丘腦病變引起。也可以因小腦及其聯繫的神經系統病變引起。或者因大腦皮質運動區或基底節病變時引起。或因內耳前庭

或半規管病變所致。

(一) 指鼻試驗

令病人用一手食指在正前方指自己的鼻尖。

(二) 踵擦脛試驗

病人仰臥，上舉一側下肢，將足跟放在對側下肢膝蓋內下方，然後，沿脛骨迅速滑下，完不成者為陽性。

(三) 直線行走試驗

能否沿指定直線行走，不能者為陽性。

(四) 閉目難立徵 ( Romberg ) 試驗

令患者雙腳並攏直立，看能否站穩；然後閉目，看能否站穩。如閉目不能站穩，為感覺性共濟失調；小腦共濟失調，兩者均不能完成。

(五) 不自主運動

指病人無意識的而又無法控制的動作。可有：

1. 痙攣：肌肉不隨意地收縮。可見於破傷風、手足抽搐徵、狂犬病、眼危象、熱痙攣、面肌痙攣等。
2. 震顫：關節、肌肉不自主的節律性運動。可見於震顫麻痺症、肝昏迷或肝豆狀核變性、小腦疾患、酒精中毒、甲亢等。
3. 舞蹈樣動作：突發性的不規則，無目的的急促運動。可見於舞蹈病、風濕熱等。



## 五、脊髓橫貫性損害定位

### (一) 高頸髓(頸<sub>1</sub>~4)損害

膈麻痺，四肢呈中樞性癱瘓，損害水平以下全部感覺喪失。

### (二) 頸膨大(頸<sub>5</sub>~胸<sub>2</sub>)損害

上肢呈周圍性癱瘓，下肢呈中樞性癱瘓，感覺障礙與脊髓受損平面一致，可出現頸交感神經麻痺症羣。

### (三) 胸椎(胸<sub>3</sub>~12)損害

下肢呈中樞性癱瘓，受損平面以下全部感覺喪失。

### (四) 腰膨大(腰<sub>1</sub>~骶<sub>2</sub>)損害

下肢呈周圍性癱瘓，下肢及會陰部感覺障礙。

以上各部損害均出現中樞性排尿障礙(尿潴留、間歇性尿失禁)。

### (五) 圓錐部(骶<sub>3</sub>~5)損害

一般無癱瘓，會陰部感覺障礙，周圍性排尿障礙(真性尿失禁)。

### (六) 馬尾損傷

和腰膨大、圓錐部損害的症狀極相似，在早期或不完全損傷時，下肢都有劇烈的神經根痛。

### (七) 脊髓半橫斷損害

病竈側肢體呈中樞性癱瘓及深感覺缺失，對側軀體痛溫覺消失。