

治 疗 经 验

传 染 病

流行性感冒

流行性感冒，简称“流感”。中医称为“重伤风”、“时行感冒”或“时行疔气”。是由流感病毒引起的有强烈传染性和流行性的急性传染病。

流行性感冒与普通感冒相似，但起病很急，突然发冷发热，有时体温很快上升到 39°C 以上，并有剧烈头痛，四肢腰背痠痛、全身不适。本病全身性症状明显，上呼吸道症状一般较轻。在流感大流行时，人群集居处发病率高，往往造成地区性的大流行。流行季节多在秋末冬初或春季。

毫针治疗

〔选用穴位〕

主穴：大椎、曲池、合谷、足三里。

配穴：风池、列缺、内关、迎香、太阳、肺俞、丰隆。

〔针刺手法〕

早期和高热期患者用强刺激泻法。根据病情每日可针1~2次，持续捻针5~10分钟，不留针。恢复期用平补平泻手法，每日一次，留针10~15分钟。

〔经验剪辑〕

关于本病的针刺治疗，一般认为对单纯型流感效果较好。发病在6小时以内，体温在 38°C 以上的早期病人，针刺的解热作用和缓解症状的疗效尤为突出，一般在针后2小时内体温开始下降，多数在

12小时恢复正常。若发病时间超过6~8小时,体温在 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高热患者,针刺能立即解除抽搐,缓解头痛,也有一定的解热发汗作用,但一般需1~2天后开始体温下降。若发病3~4天后,高热已退,临床症状仍很明显的恢复期患者,针刺治疗能很快消除症状,促进恢复。

就不同地区用针刺治疗 957 例流感的经验体会来看,本病的治则,以疎风解表、清热解毒为主,早期或高热期取大椎、曲池、合谷,用强刺激手法,留针 5 分钟,一般针 1 次即可。有人单取大椎穴,针刺时要求针感向下传导,或施以透天凉手法,捻针 5~10 分钟。高热无汗,经针刺后 4 小时不见体温下降者,亦可在一天内进行第 2 次针刺,并加用至阳穴。若有咽喉痛和上呼吸道症状明显者,加少商、商阳穴用三棱针点刺出血。恢复期多取足三里、合谷、内关、风门、肺俞等穴,亦可配合灸法。总之,针刺治疗流感,宜早期治疗为宜。

1. 有的报道针刺治疗流感 373 例。患者主要表现为急性发热,剧烈头痛,全身痠痛无力,咽及结合膜充血。并从部分病例中分离出亚洲甲型流感病毒。针刺治疗:体温在 38.1°C 以上者,取大椎、合谷(双)、足三里(双);体温在 38°C 以下者,取大椎、合谷(双)。均用强刺激,不留针。针感要求刺大椎麻至腰部;合谷麻至肩部;足三里麻至趾部。每日针治 1 次,一般只针 1 次,少数患者针 2—3 次。全组病例于针后 24 小时退热者有 198 例,占 53.1%; 48 小时退热者有 108 例,占 29%; 72 小时退热者有 16 例,占 4.3%; 未测体温者 51 例,占 13.6%,但 24 小时后随访,均自觉症状消失,恢复正常工作。

2. 有人治疗 188 例流感患者,以流行状况及典型症状、血像等为诊断依据。所选病例均为单纯型患者,部分病例为当天发病,具有高烧症状,列为流感初期;部分患者已罹病 3—4 日,高烧已下降,但仍有明显中毒症状者,列为恢复期。针刺方法:初期患者取大椎穴,令患者侧卧,两腿屈曲,以双手抱头之枕部,使颈部和胸

部最大限度的向前弯曲。术者一手持针柄自大椎穴徐徐刺入，针尖刺透皮肤后继续与脊柱成15度角，向尾侧探进1.5~2.0厘米，然后捻转施用透天凉手法，另一手从大椎穴下方沿脊柱至尾部施以巡按法。以患者腰部或尾部产生凉感，可作为刺激正确的标志。恢复期患者：可根据临床症状分别选取足三里、内关、合谷。一般只针一侧足三里；气短者配一侧内关；咳嗽者配一侧合谷，用平补平泻法，捻针5分钟，留针10分钟。初期及恢复期均采用针刺与口服阿司匹林作对照。

初期患者当针刺大椎出现腰骶部凉感后，患者即述热感消失，但此时体温并未下降，其他症状相继消失。体温一般针后1小时开始下降。全部针刺患者均于6~20小时后恢复健康。治疗过程中发现4例经针治后发烧不退，临床症状无明显减轻，经临床继续观察，证明均有合并症存在。以复方阿司匹林治疗者，症状消失慢。针刺对迅速解除患者痛苦方面较阿司匹林为好。恢复期患者经针刺足三里、或配合谷、内关等穴位后，如食欲不振、全身无力、气短、咳嗽等症均能很快好转和消失。而口服复方阿司匹林对上述症状则无明显效果。

穴位贴敷治疗

葱豉糊

〔药物组成〕

生姜60克 豆豉30克 食盐30克 葱白（适量）

〔制作方法〕

将诸药捣碎成糊状。

〔选用穴位〕

神阙（脐眼）

〔贴治方法〕

将新捣制的药糊半量贴于脐上，先用塑料薄膜覆盖，垫纱布橡

皮膏固定，最后用热水袋敷其上。每天贴敷2次。

〔经验剪辑〕

用此法治疗流感流行期发病的患者52例，全部为早期病人，发烧在39℃以上，伴有头痛、无汗，全身痠痛，鼻塞流涕等症。贴药后24小时内体温降至正常者50例，占96%（其中4小时以内正常者12例，12小时以内正常者26例，24小时以内正常者12例），2例病人体温虽有下降，但仍在37.5~38℃之间。贴药后全部患者皆可在1小时内发汗。随着体温的下降全身症状也逐渐好转。本法对流感发热不退，小便赤少，大便不通者效果好。若头痛明显可配合用葱汁涂双侧太阳穴，每日涂2—3次。

附：预防流感

为控制流感的流行，必须重视本病的预防和早期治疗，从文献记载和临床治疗看出，针灸医学不仅是治疗流感有很高的疗效，而且用针灸医学预防流感，也取得了满意的作用。

毫针治疗

〔选用穴位〕

足三里，或大椎、膏肓。

〔针刺手法〕

用弱刺激或补法，留针5~15分钟。每日1次，一般只针1次或连续针3次。

〔经验剪辑〕

有人用针刺预防流感818例均为流感区健康人，针刺一侧足三里穴，施用补法，待酸、麻感达于足背时即行起针。每人只针1次。经针刺后均未发病。

又有人用针刺预防流感1090例取足三里（双），进针2.5寸，手法用弱刺激，留针15分钟，针感要求达到足趾部。每人只针1次。针后发病者39例，发病率为3.6%。未作预防的1449人中，发病率为23.4%。同时用2%阿的平溶液喷鼻预防组共1339例，发病率为8.06%。初步说明，两种预防方法都有一定的作用，且以针刺足三里的预防效果较好。

灸法治疗

艾卷温和灸。

〔选用穴位〕

（1）组：足三里。

（2）组：大椎。

〔灸治方法〕

按照艾卷温和灸法操作，以施灸部位有温热舒适感觉为度。预防组分为两组，1组为大椎，1组为足三里（两侧穴位同时施灸），每天灸一次，每次20分钟，连续灸治3天。

〔经验剪辑〕

按上法预防流行性感胃618例。（观察对象均为流感流行期间生活在流行团体之健康人），其中足三里预防组402例，大椎预防组216例。通过10天观察，足三里组灸后发病者15例，发病率为3.7%；大椎组灸后发病者13例，发病率为6%；未作艾灸的对照组524例，在同一时期发病者145例，发病率为27.6%。可见艾灸足三里和大椎对预防流行性感胃具有一定的预防作用。

本法对预防流感简便而有效，足三里可以本人自灸。若施灸过程不慎，烫伤皮肤，局部起泡，可停止灸治，一般局部不作处理。这种现象对预防作用更好。

梅花针治疗

〔选用部位〕

取颈部前后及鼻翼部，配合前额及颞部。

〔刺激方法〕

采用双侧刺法，每侧3~4行，每行隔1厘米。前额部及颞区用轻刺激，颈部前后用重刺激，鼻翼部用中等刺激。刺激时要分清部位界限。

〔经验剪辑〕

用梅花针预防流感60例，观察对象为小学生，共300余人。其中三年级学生共60人，大多数学生住在附近感冒流行较重的地区。在作预防以前，已有2人患感冒，其他各班尚未发现患者。因此以该班为对象，用梅花针进行预防，并对2名患者用梅花针治疗，经2次便治愈。观察方法：第1组35人，每人刺激1次。第2组10人，每天1次。连续两天。第3组15人，每天1次，连续三天。其他各班不作梅花针刺激预防，以作对照。

观察结果：预防组60人，通过半个月观察，发病者有3例，发病率为5%（发病轻微，1~2日即愈）。未作梅花针刺激的各班，在同一时期的发病率达30%以上。

穴位贴敷治疗

避瘟散。

〔药物组成〕

绿豆粉300克 白芷30克 生石膏300克 滑石30克 麝香0.3克
甘油45克 冰片24克 薄荷冰36克

〔制作方法〕

将前四味药共研极细末，再兑入后四味药，调研均匀，密贮备

用。

〔选用穴位〕

颧会、太阳(双)、鼻孔内。

〔贴治方法〕

取0.2克药粉用绢包塞入鼻腔，左右交替，一天2次。或取1克药粉用冷水或白酒调膏，分别贴敷颧会、太阳穴处，用橡皮膏固定，每天换贴1次，连贴3天。

〔经验剪辑〕

本方在流感流行季节闻鼻或贴敷有预防发病的作用。有人曾对1024人进行了预防作用的对比观察，预防组524人用避瘟散绢包纳鼻腔，每日换药2次，连续3天，观察一周内发病率。524人中发病者9人，发病率为1.71%，对照组500人发病者34人，发病率为6.8%，两组有显著差别，说明避瘟散有较好的预防作用。

补充说明

1. 单纯型流感是穴位治疗的主要适应症，早期治疗效果很好，除上述几种方法外，电针、耳针、指针等也有效，可随症选用。肺炎型和中毒型患者，亦可配合选用穴位注射、毫针、刺血等疗法，在缓解症状方面能起到辅助作用。

2. 由于本病起病急骤，全身中毒症状较



图1—1 流行性感冒常用穴图

1.太阳 2.迎香 3.风池 4.大椎 5.风门 6.肺俞 7.至阳 8.膏肓 9.少商 10.商阳 11.合谷 12.列缺 13.曲池 14.足三里 15.三阴交

重，对婴幼儿、老年人和慢性病身体虚弱者容易发生肺炎等合并症，故加强预防和早期治疗非常重要，针法、灸法、梅花针和穴位贴敷等，都有较好的效果。预防接种虽然是一种有效的办法，但因病毒株的变异，很难作到迅速准确的接种，而灸法和穴位贴药等能提高机体的免疫功能，且方法简便，未发现适应性，适于大面积预防。

急性传染性肝炎

急性传染性肝炎是由肝炎病毒引起的一种消化道急性传染病。根据临床表现一般分为急性黄疸型传染性肝炎和急性无黄疸型传染性肝炎两种，也有分为甲型、乙型和非甲乙型者。本病临床上以食欲不振、乏力、肝区痛、腹胀、恶心，大便不成形、低烧等为主要症状，部分病人可有黄疸和发热。肝脏多肿大，且有压痛，并伴有不同程度的肝功能损害。急性传染性肝炎绝大多数可以治愈，少数可发展为慢性肝炎。

中医认为本病多因饮食不节，湿浊内生，湿热之邪郁结肝胆所引起。有阳黄与阴黄之分，湿与热结为阳黄，湿从寒化为阴黄。针灸治疗则以清利脾胃湿热，疏导肝胆郁滞为主。

毫针治疗

〔选用穴位〕

主穴：合谷、外关、阳陵泉、足三里、中封、阴陵泉。

配穴：后谿、太冲、期门、章门、三阴交、大椎、至阳、肝俞、胆俞。

〔针刺方法〕

1. 辨证施治：（1）湿热并重型用迎随、徐疾手法的泻法，留

针15分钟；（2）热重湿轻型用徐疾手法的泻法，留针15分钟；

（3）湿重热轻型用徐疾、提插手法的泻法，留针15分钟。

2. 运用复式泻法：即针尖取逆经方向一进三退，留针20分钟，起针时不闭其孔。

3. 透刺法：即用后溪透劳宫或合谷透劳宫。每日一次，每次针一侧穴，左右交替。留针20～30分钟，两周为一疗程。

4. 用提插补泻法，先泻后补。行强刺激，每次留针30分钟，隔10分钟捻转1次，每日针治一次，两周为一疗程，必要时可再继续治疗一疗程。

〔经验剪辑〕

近几年来，我国很多地区采用针刺治疗本病，其中大多数是急性黄疸型肝炎，有些单位还与中西医药物治疗作了对比观察，证明针刺疗效优于药物治疗。

病例的选择，各地基本相同，都采用了现代科学检查方法，诊断是确切的，病程多在两周以内，疗效判断标准亦基本相同。针刺取穴以肝、胆、脾、胃经为主，手法多用泻法或强刺激。每日治疗1次，6次为一疗程。第二疗程开始隔日治疗1次，一般治疗10～14次，平均治疗20天。多数留针15～30分钟，也有留针1小时者，个别地区报告有得气后起针者。各地有关治疗效果的报道：如临床主要症状的改善平均为3～5天。黄疸消退平均为8～11天；肝功能恢复正常时间，儿童平均为18～21天。成年人平均为28～33天。还有的将115例急性黄疸型肝炎，分针刺组、西药组和中西药综合组进行了对照观察。主要症状的消失时间：针刺组为6～7天，西药组为10～12天，中西药综合组为10～11天。肝功能恢复正常时间：针刺组为33天，其余两组为45天。治疗结果痊愈者，针刺组为97.5%，西药组为88.6%，中西药综合组为90%，均以针刺组效果为好。针刺治疗本病，治愈率皆在90%以上。不少地区和单位还作了远期疗效的随访观察，证实针刺治疗本病，不但近期疗效显著，而远期疗效亦非常稳定。

1. 据报道临床治疗本病206例。男109例,女97例。年龄以3~30岁者为最多,其中儿童125例,成人81例。在症状与体征方面以消化系统症状占多数。全组均作了肝功能试验。所有病人均于黄疸出现后10天内开始针刺治疗,故不包括无黄疸型、迁延型、慢性型以及肝昏迷前期或肝昏迷的病例。

针刺取穴分三组,第一组以中封为主穴、后溪、合谷、足三里为配穴。第二组取中封、后溪。第三组取中封。

针刺操作一般采用泻法。在全部操作过程中,特别运用了复式泻法,起针时不闭其孔。针刺后溪穴时,深刺达劳宫;针合谷穴时,可以合谷透劳宫。每日取单侧穴位治疗,左右交替使用。两周为1疗程;必要时可再继续治疗1疗程。206例患者住院后的饮食情况基本是一致的,每日总热量在2000~3000卡之间。对较重的病人,要求卧床休养;对轻症病人,允许在病区内走动。所有病例,开始时均采用第一组穴位针刺,至黄疸消退后,则仅用第三组穴位针刺。在治疗过程中,除因营养不良或其它情况给予支持疗法外,其余都未用任何药物。住院期间每日进行临床体检,每周作肝功能测定,直至出院。

用上法治疗后,(1)近期疗效:显著满意和满意的百分率,成人组95.3%,儿童组为92.7%,(2)远期疗效:显著满意和满意的百分率,成人组增加为96%,儿童组增加为98.9%,(3)主要症状的消失:发热消失天数成人平均为4.2天、儿童为2.9天;纳呆消失天数成人平均为3.8天、儿童为3.2天;乏力消失天数成人平均为4.5天、儿童为3.5天;肝区痛消失天数成人平均为3.5天、儿童为4.2天;(4)黄疸:近90%左右的病例,黄疸在半月内消失,成人组平均为10.1天,儿童组平均8.9天,比黄疸自然消退天数(25~30天)显著缩短;(5)肝肿消退情况:针刺前肝脏未能触及者为30例,肝肿大在3厘米以上者有41例;针刺后未能触及者增加到177例,肿大3厘米以上者则下降至零。说明针刺对缩小肝脏有一定疗效;(6)肝功能恢复情况:血清胆红素测定,在针刺一

周后恢复者，成人组为48.2%，儿童组为60.8%；恢复正常平均周数成人组为1.8周，儿童组为1.6周。麝香草酚浊度试验，在两周内恢复正常者两组均为60%左右，也有一部分长达4周以上才恢复正常的。脑磷脂胆固醇絮状试验，在4周内恢复正常者，成人组为86.1%，儿童组为94.4%。硫酸锌浊度试验与前两项相仿。血清谷氨酸——丙酮酸转氨酶的恢复亦很显著，其中尤以儿童组更为突出，2周即达正常者有63.2%，成人组略差；（7）随访情况：原定在患者出院后每隔1个月、3个月、6个月及一年各复查一次。但因间隔时间较长，仅复查208人次，结果无1例再度有黄疸出现，肝脏比出院时增大者仅儿童组有1例。于出院时尚未恢复正常的病例，均有不同程度的缩小。脾脏保持正常，肝功能仅有少数病例尚未恢复正常，症状方面只有个别病例有乏力或食欲不振。

2. 有人临床治疗100例急性传染性肝炎，病程皆在两周以内，并剔出胆道疾患、肝硬化、慢性肝炎、血吸虫肝病、胰腺头癌、传染性单核细胞增多症等患者。

全部患者采用住院隔离治疗，按传染性肝炎护理常规执行护理。除针刺外，第一组酌予口服维生素B、C，第二组每日口服茵陈1两（煎剂），其他药物均不予使用；对重危病例采用中西综合疗法抢救，不单纯使用一种疗法。

针刺治疗分两组进行，即单纯针刺对照组和针刺辨证施治组。第一组50例为单纯针刺对照组，（1）取穴：大椎、至阳、肝俞、胆俞、脾俞。均用泻法，采用迎随、徐疾法，留针15分钟（在第一疗程采用）；（2）取穴：阳陵泉、足三里。均用泻法，采用提插、徐疾法，留针15分钟（在第二疗程时采用）；第二组50例，为针刺辨证施治组：（1）湿热并重型：大椎、至阳、肝俞、脾俞。均用泻法，采用迎随、徐疾法留针15分钟；（2）热重湿轻型：至阳、涌泉。均用泻法，采用徐疾法，留针15分钟；（3）湿重热轻型：阳陵泉、足三里。均用泻法，采用徐疾、提插法，留针15分钟。6次为一疗程，第一疗程每日针刺1次，第二疗程隔日针刺1次。一般以

12次为一观察单位。因按隔离规定，平均治疗日为20天左右。

用上述治疗后，第一组50例中，痊愈者22例，基本痊愈者24例，无效者4例。第二组50例中，痊愈者26例，基本痊愈者21例，无效者3例。

3. 又有人治疗63例均系确诊为本病的住院病例。男53例，女10例。年龄在15~40岁之间，其中15~30岁者58例。在症状和体征方面：63例均有巩膜黄染、有乏力者62人，有肝区压痛者61人，有食欲不振者33人，肝大1~4厘米者53人，有发烧者49人，有腹胀者45人，有畏寒者38人。在肝功能测定方面：全组病例均作了黄疸指数，凡登白试验，胆红质总量测定，麝香草酚浊度试验，脑磷脂胆固醇絮状试验。

63例均属中医的“阳黄”症，治法以清热除湿，利胆消黄为主。

针刺取穴：（1）主穴：肝俞、胆俞、足三里、太冲；（2）随症配穴：发热加合谷，咳嗽加列缺、肺俞，肋痛加期门，腹痛加天枢，便秘加大肠俞，失眠加三阴交，腹胀加中脘。

针刺操作：用复式泻法，即针尖取逆经方面，一进三退，紧提慢按，留针20~30分钟。医针使用前后必须煮沸30分钟以上，以免交叉感染。除较重病例卧床休息外，一般病人均可在病区内走动。针刺治疗的病例，一律未用任何药物。每日进行临床体检，每7~10天作肝功能检查，直至临床症状消失，肝功测定恢复正常或基本正常，自发病日起隔离超过30日以上者，即达出院标准，出院后随访观察远期疗效。

用上述治疗后全组病例符合出院标准者有56例。其余7例未达到出院标准，改用药物或综合疗法，痊愈出院。56例痊愈出院，住院日数最短者8天，最长者39天，平均21.6天。黄疸消退日数，最短者3天，最长者25天，平均10.9天。肝功恢复正常天数，最短者5天，最长者32天，平均17.4天。肝区压痛消失天数，最短3天，最长30天，平均8.1天。远期疗效，经二年零月二个的随访，肝脏无1例比出院

时增大，亦未再出现黄疸，除个别病例有饮食稍差，身体乏力外，余无其他不适。对食欲差和乏力的病人，复查肝功时均属正常。

4. 有单位治疗本病 115 例，病程均在半月以内。全组病例按相似条件，分成针刺组 40 例，西药组 35 例，中西药综合组 40 例，进行分组治疗：（1）针刺组：取穴为中封、后溪、合谷、足三里。每日取单侧穴位针刺，左右交替使用。针刺操作提插补泻法，前 3 穴用泻法，足三里用补法，留针 20 分钟，共针 14 天；（2）西药组：除口服维生素 B、C 外，另加 1~2 种保肝药；（3）中西药综合组：用茵陈蒿汤加西药组药物。

用上述治疗后，针刺组治愈率为 97.5%，西药组为 88.6%；中西药综合组为 90%。针刺组病人的主要症状于 7 日后消失，肝肿一般在 30 天左右消失，黄疸在治疗后 12 天消退，肝功能一般在 33 天恢复正常。平均治疗日数较其他两组为短。

5. 又有单位临床治疗急性病毒性黄疸型肝炎 100 例，绝大多数为青年患者，临床症状大都表现有消化道症状和全身症状，其中食欲减退者 84 例，腹胀者 94 例，疲乏者 52 例，右肋痛者 28 例。体征：肝肿大（肋下 1.5 厘米以上）27 例，脾肿大 4 例。肝功检查：黄疸指数增高（10 单位以上）100 例，谷丙转氨酶增高（100 单位以上）95 例，麝絮阳性（+++ 以上）58 例，麝浊（8 单位以上）28 例。全组病例均有不同程度的肝功能损害。

针刺取穴：足三里、合谷、三阴交（或中封），左右交替使用。

针刺操作：行强刺激，每次留针 30 分钟，隔 10 分钟捻针 1 次，每日针刺 1 次，食欲恢复后停用合谷。10 天为一疗程，每疗程间休息 3 天，未愈者继续第二疗程。第三疗程未愈者改用其他方法。所有病例常规服用酵母片和维生素 C。

100 例中，治愈者 96 例。平均治愈天数为 25.5 天。一个疗程的治愈率为 11%，两个疗程的治愈率为 66%，三个疗程者为 96%。治愈

标准为临床症状消失，肝在肋弓下1.5厘米以内，肝功检查正常。黄疸指数平均恢复正常天数为12.2天，最短者3天，最长者53天。谷丙转氨酶降至正常的平均天数为20.1天，最短者5天，最长者43天。瘀浊和麝絮恢复正常的平均天数，分别为23.1天和22.4天。认为针刺对本病的使用还只限于一般的轻型病例，对于病情较重者，还须强调综合治疗。

6. 针灸治疗本病55例。其中急性黄胆型肝炎30例（甲型26例，乙型4例）。无黄疸型肝炎25例（甲型16例，乙型9例）。

针灸治疗黄疸型（甲乙型）取穴足三里（针3寸深），阳陵泉透阴陵泉。无黄疸型（甲乙型）取穴足三里（针3寸深，加灸15～20分钟）。阴陵泉（针3寸）、三阴交（针2寸）。全组55例均取快速进针，得气后强刺激留针30～40分钟，每隔15分钟捻转1次，每日1次，直至痊愈。另外每天口服酵母片3次、每次0.6克做为安慰剂，使病人易于接受针灸治疗。治疗结果痊愈51例，治愈率为92.7%。作者体会治疗本病深刺较浅刺的作用强，强刺激比弱刺激效果好。

7. 针灸治疗32例无黄疸型病毒性肝炎，其中甲型肝炎10例，乙型肝炎22例。观察方法：以肝功能检查结合症状及体征的变化情况进行治疗前后对比观察。乙型肝炎者，除上述方法外，还要观察乙型肝炎表面抗原（HBSAG）或称乙型肝炎协同抗原（HAA）以及肝功能有无损害。针刺用缓慢捻进法进针，取穴足三里、阳陵泉、支沟、肝俞、胆俞、肩井、三阴交、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、中脘、建里、气海、关元、太冲、曲池透少海等穴。每次取用其中的1～2个穴位，用抑制手法进行操作，或单针或针与灸、针与拔罐配合，每日一次，10次为一疗程。

32例无黄胆型病毒性肝炎，经针灸治疗后，甲型肝炎10例中，痊愈4例，显效5例，好转1例；乙型肝炎22例中，痊愈4例，显著效果2例，好转12例，效果不明显者2例，无效2例。有效率达81.8%。作者认为，目前对无黄疸型病毒性肝炎，尤其是对乙型肝炎的治

疗，有效的方法还不多，本组病例曾作过多种治疗，效果不佳后才转用针灸治疗，从疗效分析的情况看，近期效果是比较满意的。

电针治疗

〔选用穴位〕

肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、阳陵泉、足三里、太冲、至阳。

如黄疸较重，以背部俞穴为主或取阳陵泉，消化道症状较重取足三里、太冲或配天枢、支沟；肝功能损伤者以肝俞、胆俞、至阳、足三里、太冲为主，肝区痛可配期门、章门，仅转氨酶高者，以至阳、大椎、足三里、阳陵泉为主，或配行间，发热配大椎、合谷，恶心呕吐配内关、中脘；失眠配神门等。

〔操作方法〕

选用疏密波或疏波，频率40~60次/分，输出电量为中等度刺激，每日一次，每次15~30分钟，10次为一疗程，疗程间隔休息3~5天。

〔经验剪辑〕

近年来，不少地区采用电针治疗该病，取得了良好的效果。据报道，以太冲透涌泉和足三里为主穴，黄疸较深者配阳陵泉或至阳，发热者配合谷，恶心呕吐配内关。分别以手捻针和电针治疗，治疗机用6805型或62型，两极导线，分别接于针刺主穴上，用疏密波，通电30分钟，以病人有酸、麻、胀感或肌肉颤动并能耐受为度。每日治疗一次，左右侧隔日交替取穴，每7~10天查一次肝功能。临床治疗212例（其中成人160例，儿童52例），巩膜黄染消退时间成人为12.95天，儿童为6.9天；黄疸指数恢复正常时间，成人平均为28.8天，儿童为21.3天。治疗后临床症状改善较快，如恶心呕吐，多数病人经治疗1~2天很快消失，因此病人食欲迅速好转。