

一 电針疗法

朱 龍 玉

前 言

电針疗法是在我們伟大祖国的宝貴医学遺產之一的針灸疗法的基礎上，和巴甫洛夫氏学說神經論的精神指导下发展出来的。由于党政的重視、关怀与指导，和領導上及其他同志們的支持和幫助，我們的工作得以順利地开展，克服了困难，得到了一点小的收获。茲簡略介紹如下，其中錯誤之处在所难免，尚請同志們予以批評和指正。

实 驗 过 程

1951年我开始对祖国的針灸疗法，发生研究兴趣，并依照其原有“穴道”进行治疗。但由于我学习的比較肤浅，技术掌握不夠，往往感到对一些慢性疾病，如神經衰弱之类，也和其他疗法一样，常常很費時間，甚而有的还不見效，后来，改用了依据神經分布行径的办法加以刺激，患者一般反映效果尚称显著。自从初步的学习了巴甫洛夫学說之后，了解了保护性阻抑发展的重要性，因而想在針刺的基础上，加以电流，希望能促进这种作用的发展。并进而加强和扩大針刺的作用范围。

在1953年二月間，我們开始以刺針通电的办法，用家兔和狗做实验，经过反复的观察，终于在动物身上获得了这样的結果：即电針在一定的强度（直流电压0.1—1.5伏特，电流0.1—1毫安。但直流电常常引起皮肤組織的损伤——燒灼，故临床上多不采用。）范围内，对动物并无任何生命的危害。经过半小时至一小时以上的刺激后，动物

往往出現疲勞狀態，在安靜的環境里，甚而有的還可以發生睡眠現象。在應用給病人治療以前，我個人先在自己身上做過實驗，感覺到電針以後，有沉重、困倦和脹滿的情況，超過了單獨針刺的作用。在某天下午六時半施行電針，歷時五分鐘，晚八時就寢，一覺醒來已是翌晨六時。由於睡眠較平時大為深熟，起床後腦子異常清晰，精神十分飽滿，似乎顯示了大腦“保護性阻抑”的優良作用。當然電針治療的作用是否就是保護性阻抑的發展，還是值得很好研究的問題。

命名的由來

電針療法所採用的治療部位，是按照神經分布的路線而命名和針刺的，並不沿用從前“穴道”的部位。譬如針刺坐骨神經上三分之一、中三分之一或下三分之一等，此外還增添了電，由於它是在我們祖先針灸療法的基礎上成長起來的，所以當時叫做“針灸電療法”。後來，在北京實驗期間，決定暫改為“電針療法”。

至於電針的有關文獻資料，由於我個人學識有限，僅在曾義宇醫師著的“針灸速成法之商榷”（北京中醫第2卷第3期第3頁1953.3.15）一文內見有“……雖然發明了電針器，但受反動政府的限制仍無發展機會！”及余平醫師著的“金針電療”（針灸醫學第14輯18頁1954.10.12）文內“針上用电，早為業針灸者所注意，或則未敢輕予試嘗，或則未得功效，或則已收功效而未公布，故至今尚未得到統一的結論和精確的方法。”由此可見，電針工作，前人做的不少，我自己在這方面還不過是一個正在學習的小學生。

電針的器械、部位、深淺、方向、方法和時間

一、器械分兩種：

（一）陝衛式電針醫療機：所謂“陝衛”式是因為電針療法的實驗開始是在陝西省西安衛生學校做的，為了紀念它而稱之為“陝衛式電針醫療機”。本電針機是通過動物實驗由簡單到複雜，由粗陋到精

細，逐步加以改进，因限于人力、物力尙不能令人滿意。茲就目前臨証上应用者按其电的性質不同分为五型，簡畧介紹如下：

1.低周率振盪式：系用每秒幾兩萬周的頻率电流刺激，电源为220伏特或110伏特电；輸出压为0.01—40伏特，負荷电流为0.01—3毫安。

2.脈动直流式：电源系1.5—3伏特的直流电，輸出电压为0.01—0.6伏特，負荷电流为0.001—0.05毫安。

3.交流式：电源系市电，輸出电压为0.1—25伏特，負荷电流为0.001—0.05毫安。

4.感应式：电流、电压及电源均同脈动直流。

5.功率放大式：系將脈动直流或感应电流通过扩大器以扩大原来电功率的倍数。

(二)毫針：所用的針是以鋼絲所作的毫針。針分針柄、針体及針尖，由于长短及直径的不同，又分下列数种：

1.針长4.5厘米，直径0.2毫米，用于表浅或較深組織的部位，如顙頂和前臂各部。

2.針长9厘米，直径0.3毫米，用于更深組織的部位，如臀部和大腿等处。

3.針长12厘米，直径0.3毫米，用于最深部位的治疗，如腰腹等部位。

二、部位、深浅和方向：

一般分局部和全身的部位两种，所謂局部的部位，就是在患处予以电針，多用于局部症状明显者。譬如，面神经麻痺症，经常采取面神经的分枝，如顙枝、顙枝、上頰枝、下頰枝、下頰緣枝等，在面部即局部予以治疗。所謂全身的部位，就是在四肢、軀干或头頸采取适当的刺激点，这种刺激点完全要依据神经分布的路綫加以决定。譬如前臂的正中神经，位于浅深屈指肌之間，約当前臂掌面的中央，由肘

离中央与手腕中部划一连线，沿该线向深部刺激，即可达到目的。通常将该线分做上、中、下三段，各别为前臂正中神经线上三分之一、中三分之一及下三分之一。其所以这样区分的理由，是为了观察和记载部位不同，作用是否就有区别。全身的部位多用于诱发全身症状或仅有全身症状者如肺结核、神经衰弱等。局部与全身的部位一般互相配合，同时使用。至于甲部位治疗甲疾病，乙部位治疗乙疾病，可能与感受器的种别性和神经分布的区域不同，所引起的反射亦异有关，但感受器种别性的范围，在临床上观察并非截然划分。例如，同一部位往往能治疗好多种疾病；好多部位；也能治疗同一种疾病。

针刺的深浅一般以刺中神经干或其近旁为标准，要达到这种标准，就得依靠病人感觉的情况来作决定（神经麻痺者例外）。譬如针刺脛神经（小腿后面）是要麻到脚底，前臂正中神经（前臂掌面）要麻到手掌，发麻的区域大都是根据神经分布的区域而定。皮神经发麻的范围一般较神经干者为小，若针刺皮神经时，普通斜刺于浅筋膜内即可。

针刺的方向有斜、横、直三种，其目的皆以刺中神经为准，因此可取便于术者。如顳頂多斜刺，四肢多直刺。针刺的部位、深浅和方向，每以患者的年龄、胖瘦不同而异。兹列表概述其约情况于下（表一）。

表一 电针部位、深度和方向

顳 頂	顳前部 顳后部 顳側部	斜或横刺1.5—3厘米
面	三叉神经	第一枝 第二枝 第三枝 { { { { { { { { {

部	面神經	根部 (即顴爪部) 一直刺3—4厘米 顳枝 額枝 頰枝 下頷枝	斜或橫刺1.5—3厘米
項部	鎖骨上神經 頭皮神經 耳大神經 枕小神經		斜或橫刺2—3厘米
項部	枕大神經 第三頸神經后枝		斜或直刺2—5厘米
軀干	胸神經后枝 肋間神經 腰 丛		一直刺1—3厘米 斜或橫刺 2厘米 一直刺4—8厘米
上肢	上臂 { 正中神經綫 (各分上、中、下三分之一) 橈神經綫 (各分上、中、下三分之一) 尺神經綫 (各分上、中、下三分之一) 前臂 { 正中神經綫 (各分上、中、下三分之一) 橈神經綫 (淺枝 (各分上、中、下三分之一) 深枝 (又名骨間背側神經) 各分上、中、下三分之一) 尺神經綫 (各分上、中、下三分之一)		直或斜刺 2.5—4厘米
下肢	坐骨神經綫 (各分上、中、下三分之一) — 一直刺4—9厘米 脛神經綫 (各分上、中、下三分之一) } 直或橫刺3—6厘米 腓神經綫 (各分上、中、下三分之一) } 閉孔神經綫 — 直或橫刺3—5厘米 腓深神經綫 (各分上、中、下三分之一) — 一直刺3—4厘米 足背內側皮神經 } 斜刺: 2.5厘米 足背中間皮神經 } 足背外側皮神經 } 足底內側神經 } 直或斜刺1—3厘米 足底外側神經 }		

三、方法:

(一) 治疗前的准备:

1. 检查电针机是否正常, 先要拨开开关, 指示灯发亮或有振盪声时即表示通电 (指示灯损坏者例外), 然后把出力放在舌尖上, 以轻度发麻而能接受时为准, 电力过大则不能接受, 过小则感觉不太明显, 此时拨轉螺旋以調整之。所以舌尖通常可作为电针机的安全“测

量儀”。倘電針機發生故障，當即設法修理，務須謹慎使用。

2. 檢查毫針是否生鏽或缺損：鋼制毫針易于生鏽，且常屈曲，間或有缺損。生鏽應以砂紙擦淨，屈曲時以手指捻直，但缺損者必須廢棄。然後按部位不同，备好長短各種毫針。

3. 向病人耐心解釋電針的性質，說明無危險性，和治療時的感覺（困倦、沉重、麻木、燒灼、傳導或脹滿等），以免患者精神恐懼發生暈厥。

4. 按照治療的部位，使患者仰臥、俯臥或側臥，務要舒適，以免發生動搖，影響治療。

5. 在治療部位上，先用2.5%碘酒，次用70%酒精消毒。

（二）進針與通電：

把針刺入組織的方法，就叫進針或下針。方法有捻轉直刺兩種：捻轉法是手持針柄慢慢的捻轉進入組織，針長時用左手拇、食、中三指，挾持針體（即所謂押手），慢慢捻轉而刺入。直刺法是右手執針柄如執毛筆狀，藉押手之助，直接刺入組織。但挾持針體的指端，務宜消毒嚴密。

針既刺入組織到達目的地後，即將電針機的出力分別接于針柄，就叫通電。通電是要由無到有，由小到大；切忌由大到小，引起患者不安。一般至少須刺兩針，倘刺針在兩個以上，接在毫針上的出力，可交替輪換，不必拘于一針，或用導線連以分流。所謂分流就是于通電針與未通電針間加以導線。

在治療過程中，應多行針（一般每半小時1—3次）。來回捻動針柄就叫行針，行針是為了增強刺激，提高療效，但應視病人感覺、病況而靈活運用。當針觸到神經或其近旁時，就有痠困、沉重、觸電、顫動、麻木或上下傳導等感覺，否則療效不大。

（三）啟針與斷電：

將刺入組織內的針退出。就叫啟針或出針。啟針分捻動及直接退

出兩種，启針与进針的数目务要相等。启針后以搽干的酒精棉球在針刺处，稍稍用力揉搓。启針之前先行断电，断电的次序是关闭电源后，再由針柄除去出力；或先由大到小的拨轉螺旋，使电压电流降至刻度零时，再由針柄除去出力，繼而关闭电源。后者一般較前者为佳。

四、時間：

电針的时间，对于普通疾患如神經官能症、癲癇等，往往采取20—40分鐘的治疗時間；对于精神分裂症，則施用一小时以上的治疗時間；对于體質孱弱或神经过敏的病人，則采取几分鐘的短時間治疗。一般說来長時間較短時間的治疗效果为佳。术者应根据患者的體質以及疾病的种类，灵活掌握，能适当的掌握時間，对于疾病的治癒是有着一定的重要意义的。

疗程与适应症

电針疗法在作动物試驗时，每每发生适应状态，譬如在呼吸实验时，当刺激加强，起初呼吸迫促，动物大叫，漸漸呼吸接近正常，如此反复实验，情形皆同。

临床上有一些患者，累經治疗效力不大，倘停止治疗一相当時間（二周左右），反覺效力显著；以后再行治疗效力更佳。这种情况和动物实验时大畧相同，即机体对外界刺激发生适应状态。为了避免此种情况，拟暫定每周治疗2—3次，6次为一疗程，中間休息1—2周，反复治疗以視后果。但必須灵活掌握，絕非一成不变。

电針疗法治疗范围較广，可是它还处在初步的研究阶段，为了慎重起見，姑且对于目前治疗的几种疾病，如精神分裂症、癲癇、神經衰弱症、癲癇、消化性潰瘍、风湿症、坐骨神經痛、三叉神經痛、面神經麻痺、半身不遂、夜尿症等作为适应症，而以精神分裂症作为目前主要研究对象。

临 牀 觀 察

1. 精神分裂症 (表二)

表 二

总 例	痊 癒	大 有 进 步	进 步	无 效
91 例	34 例	4 例	33 例	20 例
备 註	痊癒系指恢复正常並已参加工作。 大有进步系指症状基本消失，並可做部分工作。 进步者系指部分症状消失。			

病例一、患者：袁××、男性、20岁、已婚、学生，体格尚健壮。患者系医科学生，个性多疑与过敏，每讲到一些疾病时，常与自己联系，常不安心求学、苦悶，对繼母和自己婚姻問題不滿，常有失眠。于1954年2月下旬表現时哭时笑，問話不答，亦不上課；至3月某夜突然起床狂笑不止、时而歌唱、时而舞蹈，思想散漫，語无倫次，好作鬼脸，整夜不眠，破坏物件，不講卫生。于同年4月1日电針，电針部位为：顳前部、顳深神經、前臂正中神經綫、腓深神經綫、脛神經綫等。每次治疗時間为一小时至一小时半，每次8—12針，共治5次痊癒。

病例二、患者：姚××、男性、34岁、軍人、已婚。一向情感淡薄，对现实情况不感兴趣，学习文化时觉得头痛，怕見人，不出房子，有自卑心，并說自己处于黑暗境地，整日以被蒙头、不說話、不下床；有时罵人，有时外逃，有时企图自杀；有欺騙行为，如按电鈴当护理人员来时，則不說話，护理人员走后則又喊要大便或小便。病期約4个月，由某医院送来治疗，电針部位同前，經电針10次后即痊癒出院。

2. 癔病 (表三)

表 三

总 例	痊 癒	大有进步	进 步	无 效	不 明
9 人	5 人	2	1		1

病例一、患者：王××、女性、22岁、已婚、学生。曾于1952年因兴奋过度，回家后即不进饮食，夜不入眠，极易发燥，见人冷笑，数月以后逐渐痊愈。1953年3月，偶因汽车猛叫，顿时将手中盆子抛掷于地，当夜不能入眠，日久影响学习，学校嘱退学休养。患者在该校教务主任面前大哭，回家后昏迷不醒，意识不清，数日不进饮食，视而不見，听若罔闻，表情痴呆。不时哭笑，语不成声，自觉毫无力气。电针部位：顳侧部、耳颞神经、前臂正中神经线、脛神经线、腓深神经线等，每次8—12针，每次半小时。治疗6次后即癒。

病例二、患者：宋××、女性、22岁、已婚、陕西人。于1953年8月突然发病。主要症状为：全身发麻，不自主地哭笑和咬牙，关节疼痛，肌肉震颤，恶心呕吐，每次约半小时之久，每天发作一次或二次。电针部位为：顳深神经、前臂正中神经线中三分之一、腓深神经线上三分之一，共六针，时间10分钟（因患者神经过敏，时间缩短）。治疗一次后痊愈。

3. 癲癇 (表四)

表 四

总 例	痊 癒	大有进步	进 步 者	无 效 者
114人	41	33	34	6
备 注	痊愈者系指治疗后超过原间隔最长的时间尚未发作者。 大有进步者系指发作次数减少，间隔时间延长，且发作时症状减轻者。 进步者系指发作时症状减轻者。			

病例一、患者：楊××、男性、15岁、湖北人、学生。于1953年6月某夜突然晕倒，头与颈部往后扭转，口角歪斜，呼吸暂时停

止，四肢痙攣抽動，面部和唇部青紫，口吐白沫，全身出汗，小便失禁，發作時間約持續30分鐘，旋即昏睡。發作多在半夜間，其次數一個月、兩周或一天一次不等。電針部位為：顱側部、枕大神經、腰叢、坐骨神經綫、脛神經綫、前臂尺神經綫、每次6—8針，時間為半小時，治療23次，現已九個多月未曾發作。

病例二、患者：賀××、男性、25岁、干部。于七岁时突然暈倒，四肢抽搐，口吐白沫，失去知觉，此后每1—2年发作1次。1952年則变为每晚发作，发作前自感不舒服，脸发麻，胸部有压痛，繼則四肢抽搐，失去知觉，眼球直瞪，口吐白沫，出汗。电針部位基本同前，有时另加前臂正中神经綫。治疗7次，至今一年多未曾发作。

4. 神經衰弱 (表五)

表 五

总 例	痊 癒	大有进步	进 步	无 效	不 明
150人	47	46	44	11	2

病例一、患者：康××、男性、41岁、江苏人、教育工作者。过去每日经常做10小时以上的工作，且不善于活动。以后倘做报告3小时，則口唇发麻、四肢倦怠无力、头昏、胀悶、眼跳、肉顫、耳鳴、心慌，精神萎靡，夜間失眠，意志不能集中，約五年之久。电針部位為：顱前部、顱側部、上臂及前臂尺神經綫、正中神經綫、腓深神經綫、脛神經綫等，每次4—8針，時間半小時，共治8次而癒。

病例二、患者：徐××、女性、30岁，已婚。1934年在干部訓練班学习，因为过于紧张，夜間不能入眠；1954年5月生一小孩，一月后即心慌、失眠，不敢多說話，易于兴奋、头昏、煩躁，不能看书，思想不集中，身体有异常感觉，有时夜有盜汗。电針部位和時間同前，治疗12次痊癒。

5. 風濕症 (表六)

表 六

总 例	痊 癒	大有进步	进 步	无 效
192人	91 人	73 人	20 人	8人
备 註	痊愈系指症状完全消失，个别患者稍有困惑。 大有进步者系指症状基本消失，或疼痛大为减轻。 进步者系指症状减轻，天变时仍有发病可能。			

病例一、患者：王××、女性、22岁、教员。1949年10月曾在潮湿环境居留，初发高烧，四肢关节肿胀，继而疼痛困倦，逐渐两臂活动困难，手指不能伸直，一腿难以弯曲，行走困难；另一腿虽能弯曲，但疼痛异常，不能端坐。电针部位为：上臂及前臂正中神经线、尺神经线、桡神经线、上肢坐骨神经线、股神经线等，每次6—8针，时间半小时，治疗4次后，一切症状消失，恢复正常。

病例二、患者：王××、男性、32岁、教员、已婚、陕西人。由1941年开始腰痛，至今约14年之久，每逢天阴天冷则疼痛异常，久坐痛苦难支，行走腰向前屈，活动困难，局部无他觉症状，四肢亦无类似情形。电针部位为：腰丛、坐骨神经线、胫神经线，每次4—6针，时间半小时，治疗8次后，疼痛消失，活动正常，能打篮球，能骑自行车远行。

6.坐骨神经痛（表七）

表 七

总 例	痊 癒	大有进步	进 步
17 人	8	7	2
备 註	痊愈系指恢复正常。 大有进步系指局部麻木，沉困等感觉。 进步者系指疼痛大部分消失，但每因过劳仍有部分症状出现者。		

病例一、患者：李××、男性、35岁、干部、已婚、西安市人。患右侧下肢疼痛一年余，上起臀部、下达足踝外侧，并时有麻木感

觉，痛为持续性；倘因咳嗽、大便用力或屈曲时辄加剧，患肢屈曲不便，常致足跟不能着地，夜间往往严重影响安眠。检查为拉塞格（Lasegue）氏徵阳性。电针部位为：右侧坐骨神经线、脛神经线、腰丛，每次4针，时间半小时，治疗4次即痊愈。

病例二、患者：李××、男性、34岁、馬車夫、已婚、陕西人。患左侧臀部、腰部、股后侧直至足跟疼痛，已九个月之久，每在夜间则疼痛加重，咳嗽时亦牵引疼痛，左足不敢用力着地，腰向右侧弯曲不敢挺直。经检查为拉塞格氏徵阳性。电针部位为：腰丛、左坐骨神经线、左脛神经线、左腓深神经线，每次4—6针，时间半小时，治疗30次而愈。

7. 消化性潰瘍（表八）

表 八

总 例	痊 癒	大有进步	进 步	无 效
16人	6	3	6	1

病例一、患者：蔡××、男性、31岁、干部。经常口吐酸水，晨起空腹时疼痛加重，上腹部有压痛点，自感胃部胀满，消化不良，查大便有隐血，病期约10年多。电针部位为：脛神经线、腓深神经线、前臂正中神经线、頸段迷走神经，每次4—6针，时间半小时，治疗4次即愈。

病例二、患者：刘××、男性、43岁、干部。患伤寒病后，饮食屡不适当，致日久消化不良，食后胃痛、呃气，上腹部有压痛点，每遇生气时则加重，病期约20年之久，近五年内且伴有失眠。电针部位为：顳侧部、顳深神经、胃壁（迷走神经之胃前、后丛）、脛神经线等，每次4—6针，治疗7次，一切症状消失。

8. 顏面神经麻痺（表九）

表 九

总 例	痊 癒	大有进步	进 步
7 人	5	1	1

病例一、患者：楊××、男性、32岁、干部、甘肃人。患者偶于某晨发现左面部不灵活，嗽口漏水，左前额皱纹消失，眼裂增大，鼻唇沟消失，口角下降，患侧不能皱眉、闭眼、鼓气、吹哨等。电针部位为：左面部之眶上神经、眶下神经、颊神经、颞神经、颧神经、面神经根部（即鹅爪部）及面神经所分之颞枝、颧枝、颊枝等，此外尚配合前臂正中神经线，每次4—6针，时间半小时，治疗8次后痊愈。

9. 兹将其他未摘录病历列表于下（表十）：

表 十

疾病类别	总人数	痊愈	大有进步	进步	无效	电 针 部 位
三叉神经痛	2	2				三叉神经分枝、面神经分枝（见前表） 腰丛、前臂正中神经线、下肢胫神经线。
肋间神经痛	1	1				局部肋间神经、前臂正中神经线。
夜尿症	3	3				腰丛、坐骨神经线、胫神经线。
高 血 压	34	6	15	11	2	额前、后、侧部颞深神经、上肢正中神经线、 尺神经线、桡神经线、下肢坐骨神经线、 胫神经线、腓深神经线以及腰丛等。
备 註	表内高血压项：痊愈者系指自觉症状消失，血压降至正常。大有进步者系指自觉症状消失，血压虽下降若干度，但不稳定。进步者系指自觉症状减轻血压依然不变。					

讨 論

（一）电针疗法所用的工具是针和电，针是机械的刺激，电是电流的刺激，二者相合发挥其综合的作用。此种刺激是施于机体一处通

过反射的途径，而引起治疗的效能。例如对消化性溃疡的患者，我们常采取下肢的部位（胫神经），经过数次治疗，大多数患者的症状就会消失，逐渐痊愈。在动物实验上也可以看到类似的情形，即刺激动物的下肢神经干，会引起肠蠕动显著的增加，即肠蠕动的增加是通过反射的途径而来的。

临証上使用的电针机，按照陕卫式电针医疗机的规格制作，在目前观察，并不损伤组织，也无不良反应。根据上述，电针疗法是一种良性刺激，引起反射性调整机制的理学疗法。前述五型电针机，对目前所治疾病均有疗效，唯低周率振荡式对于风湿症；功率放大式对于癫痫症效果较好。若能五型参合应用，一般比较单独者效果更佳。此系单纯一种刺激容易引起适应状态的缘故。

（二）针刺的强度虽可掌握，但精确度确难测知；而电的强度、时间及缓骤则完全可以控制约束，即能够根据机体的具体情况或接受刺激的强弱程度，可以应用自如。

（三）一般电刺激的强度，随电的性质及电针机的种类而不同，即在同种电针机的一定范围内，各人亦有差别，例如有的患者用脉动直流电压0.01伏特左右即不能忍受；而有的人则虽增至0.6伏特尚嫌不足。因此电流的强度，应依据患者接受程度的不同，由小到大的加以调节，普通以舒适而无任何痛苦感者为宜。但对精神病者及过敏体质者，得酌情予以增减。

（四）技术熟练者对一般患者无任何不快感，倘刺中神经干则反射的范围较广，如针刺前臂正中神经则整个手掌发麻，且电量虽小感觉亦很明显；反之，反射范围限于局部，电量虽大，感觉亦不甚明显。因而前者的疗效，往往倍于后者。长时间如半小时或超过半小时以上的治疗，且电针机输出电量节奏均匀者，一般较数分钟的短时间治疗且电量不均匀者效果良好。由此可见电针的技术、部位、时间与用电的均匀度等，对于治疗是起着重要的作用。

(五) 电針疗法对于正常人使用时既无显著的良好作用，亦无任何不良反应。但一般多能加深其生理性的睡眠，对于疾病患者，則往往能發揮其治疗作用。

(六) 电針刺激的强度对面神經麻痺（需要兴奋）与神經痛（需要鎮靜）的病人虽往往相同，但均能收到其治疗的效果。由此可見忽視神經系統的主导作用，即神經需要兴奋时，則易发生兴奋作用，需要阻抑时，則易发生阻抑作用。而單純強調所謂“弱刺激引起兴奋作用，重刺激引起鎮靜作用”的說法，似乎是值得重新加以考虑的。

(七) 一般患者感觉刺激較强而能接受者，效力最佳，但亦有少数患者以微弱的刺激为合适。多数患者经治疗后即見症状消退，亦有一时性的症状加重，数日以后頓見減輕者，这可能与体質不同，接受刺激轻重及反应的情况有关。对于同一病人治疗時間的不同，及病人配合的良好与否，效果往往不同，例如有的失眠患者，临睡前治疗的效果，較其他治疗時間要好；而治疗后处于紧张状态者，效果則差，这可能与机体的机能状态有关。

(八) 电針的部位可以相同，而所治疗的疾病往往不一，如坐骨神經痛，常常沿坐骨神經及脛神經的行径加以刺激。而风湿症、月經痛，同样采取上述部位，亦能收到疗效。如高血压患者严××，当血压下降时，其腰部染有20年之久的牛皮癬亦同时治癒。又如高血压患者姚××，当经电針治疗血压降低时，其多年之遺尿症亦告痊癒。再如风湿患者姜××，当风湿症治癒时，其条件性的遺尿症，即聞雨滴声，自来水声，見泼水及于杯中傾注开水或类似此种情况时，便不自禁的撒尿症状，亦随同告癒。此种相同部位治癒不同疾病的机轉，我想这主要是通过神經系統，引起机体全身性反应的一种表现。

小 結

(一) 在我們祖先遺留的“針灸疗法”的基础上和伟大的巴甫洛

夫学說的理論指导下所实验出来的“电針疗法”，它不仅部位是采用神經路綫，而且还增添了电力，在目前的治疗效果看来，确有其一定的疗效，并能克服临床上有关某些不能解决的問題。

(二) 电針疗法是局部刺激，引起全身反射性的一种疗法，它充分地闡明了机体的統一性，即符合巴甫洛夫的反射論原則，同时又給魏尔嘯及其学派們所认为的“刺激直接作用于細胞”的反动学說一个彻底的推翻。

(三) 电針疗法的治疗范围较为广泛，倘能繼續研究，其治疗范围及效能将会逐步扩大与提高。若应用于兽医学的治疗上，也可能有相当显著的效果。

(四) 应用“电針疗法”直到目前为止，除偶有一时性的过敏反应外，尙无其他副作用。根据 636 例分析，計痊愈者 249 人，大有进步者 184 人，进步者 152 人，无效者 48 人，不明者 3 人。

(原載中华医学雜誌 1955 年 5 月号)

二 临床医学

电針療法治療流行性“乙型”腦炎36例初步报告

中國醫科學院陝西分院針灸研究所

流行性“乙型”腦炎是一种急性傳染病，每年感染的人为数不少，尤以兒童为甚，死亡率很高，約达35—50%左右，严重的威胁着我国人民的生命安全。解放后，由于党的重視和正确的領導，在医护工作上都有了显著的改进，尤其是全民爱国卫生运动的开展，大大地降低了发病率和死亡率。

在伟大祖国医学之一的針灸疗法的基础上发展起来的电針疗法，对許多慢性疾病效果良好，已是众所周知的事了，但对急性病如电針治疗流行性“乙型”腦炎，当时还存在着严重的保守思想，认为理論上根据不足，能否影响疾病的恶化等。今年（1958年）在党提出“敢想、敢说、敢干”的伟大口号鼓舞下，我們大胆的提出了“电針疗法試治流行性“乙型”腦炎工作方案”，在西安市傳染病院党政的重視支持和領導及全体医护人员的大力配合下，对流行性“乙型”腦炎进行了临床观察，現已取得卓效，为了集思广益，交流經驗起見，茲介紹如下。

一 临床病例分析

我們由1958年8月24日至10月2日，共收治了36例，都是根据临床症状，神經系統物理检查，血液化验，腦脊髓液检查而确诊的。

1. 症状与体征：