

第一章 腕踝针的特点、优点及其探索史

第一节 腕踝针的特点和优点

腕踝针是一种新的针刺疗法,用来治疗全身各部位的一些常见病症。这种疗法是把病症表现的部位归纳在身体两侧的6个纵区内,在两侧的腕部和踝部各定6个进针点,以横膈为界,按区选点,针沿皮下浅刺,要求不引起酸、麻、胀、重、痛感觉。

一、腕踝针的特点

1. 身体分区: 提出把身体两侧各分6个纵区的假设,目的是为对能定位的病症,可用“区”的概念进行定位,以便按区选取进针点。

2. 进针点: 在两侧的腕部和踝部各定6个与身体分区编号相一致的进针点,只要查明病症所在区的编号就可确定进针点。所谓进针点是指针刺入皮肤的位置,因针要刺进皮下约3.5厘米,所以此点并非治疗的作用点。点的位置一般情况下不变,但不变中也可变,并不因变而影响疗效,故点与“穴”的概念不同。

3. 皮下浅刺: 腕踝针的针刺法是沿皮下浅刺,要求避免出现酸、麻、胀、重、痛感觉,并不要求以“针感”或“得气”作为针刺起作用的治疗要求。

二、腕踝针的优点

1. 简单方便：进针点少，易记易掌握。操作方法简便，甚至病人也可以给自己扎针。治疗时病人不需脱衣服，只需露出手腕和足踝，因此不受时间、地点和环境限制，随时随地都可以进行治疗。

2. 安全无痛：因针只刺在腕踝部皮下，这里没有重要器官，不会损伤大的血管和神经，所以安全，很少有晕针，也不会出现折针现象。治疗时除针尖刺过皮肤时可有轻微刺痛外，针刺在皮下要求不引起酸、麻、胀、痛等反应，病人容易接受。

3. 治疗范围广：腕踝针应用的范围广，对临床各科一些病症都会有效。对以痛为主的一些病症，如头痛、牙痛、关节痛、痛经、伤口痛等，疗效比较显著，见效也迅速；对头晕、皮肤慢性溃疡、搔痒症、冻疮、白带多、神经症及某些精神疾病疗效也比较好；对脑卒中性偏瘫、遗尿、高血压等也有一定效果。按初版时 823 例(98 种病症)统计，有效率为 89.2%。当然，腕踝针的治疗范围虽广，仍有一定限度，决不能“百病皆治”，有的效果不稳定甚至无效，但对一些常见病症确有一定疗效，已在实践中证明。

第二节 腕踝针的探索史

腕踝针的创立起源于偶然的机遇，不是一开始就有目的、有计划地进行探索的。探索大致分两个阶段，第一阶段为电刺激疗法，电流强度由强转弱。后受耳针的启发，刺激部位由不固定转到在腕踝部相对的固定；又受经络学说的启发，定出

6个电刺激点;受生物进化和脊椎动物发育史的启发,提出身体分区,病症从区定位及按区选点的方法。第二阶段为针刺疗法,在第一阶段基础上,用针刺替代电刺,针刺方法从传统的垂直刺入到沿皮下浅刺,针刺从要求得气到要求不得气。腕踝针的探索经历10年漫长蹉跎岁月的曲折过程,从失败中获取进展,逐步得以完善。

(一) 电刺激疗法(1966~1968): 从强刺激到弱刺激。

1964年作者曾应用电抽搐疗法治愈1例头部外伤后遗留聋哑达15年的病人。患者在抗美援朝战争中,掩体倒塌被埋入土中,当时意识不清,经抢救后好转,但遗留聋哑,经多种方法治疗未能奏效,复员在当地农村做出纳员。15年后来本院求医,经耳鼻喉科检查发现虽有聋哑,但咳嗽有声,声带正常,认为无局部原因,转诊至神经科,作者受诊,检查中发现病人能笔谈,全身皮肤对针刺痛觉消失,诊断为外伤性神经症性聋哑症,收治入院住精神科病房。第二天就给予电抽搐治疗,应用Litter电抽搐机,把直径约3厘米的两个圆形电极放在头部两侧的颞前部,通电1秒钟,引起全身抽搐,待病人清醒后聋哑症竟消失,皮肤感觉也恢复正常。当时只作为一般少见病例,并未引起对治疗方法的注意。

1965年神经科病房收进一位年青病人,两下肢运动障碍,经检查为神经症性双下肢不全瘫痪。当时有一位外院进修生介绍了他所在医院用电刺激疗法治疗神经症性肢瘫的经验,主张用电抽搐机作强的电刺激,一次即可治愈。于是请他为这位病人作治疗,他将电极放在瘫肢两侧,数人帮助扶住病人双下肢,连续几次通电,病人痛得大叫,治疗后竟立即能独自行走了,这引起作者对此项治疗的注意,认为病人虽受短暂痛苦,

病却治好了。以后又遇见几例脑外伤后神经症性肢瘫的病人，病期在 5~20 年以上，也同样用强刺激，经一次治疗使症状消失而痊愈。几次治疗的成功，引起对该项疗法的兴趣，认为在 1 秒钟内即可解除多年的病痛，病人虽受些痛苦也是值得的。1966 年起在神经科几位医生和护士协助下继续为病人治疗。在治疗中观察到病人除瘫肢恢复外，原有的关节痛及皮肤感觉麻木也随之消失。但神经症性肢瘫在门诊中并不多见，关节痛及皮肤感觉障碍却是常见，能否用同样办法试治于这些病人？先决条件必须将电流强度减低才能使病人接受，否则那么强的电流病人是不能接受的，也就失去应用的意义。但若电流强度减低是否能获得疗效？究竟要低到多少？在当时都是未知数。推测减低电流强度又能保持疗效的设想或许是可能的，当用强电流（60 毫安）刺激时，两个电极放在瘫肢两侧，通电时，电流在电场中的走向与肢体内神经、肌肉等软组织的纵行走向呈直角，接触面小，刺激强度也就小，以致电流强度要大才能产生疗效。从接触面与电刺激强度的关系来看，若将两个电极距离拉长，即沿肢体的纵轴放，使电流与组织的走向一致，刺激面也就会增大，虽用较小的电流量，仍有可能收到疗效。于是将电流强度降低至 40 毫安，通电时间仍为 1 秒，对门诊中常见的关节痛、大腿局限性皮肤感觉麻木（股外侧皮神经炎）作为初选的治疗对象进行治疗。治疗上肢疾患时两个电极放在针刺常用穴“合谷”和“内关”部位，治疗下肢疾患时电极放在膝关节上下的“梁丘”和“足三里”。1966 年 1~6 月共治疗 231 例，其中有各型感觉障碍（176 例）、头痛（5 例）、脑震荡后遗症（6 例）、三叉神经痛（5 例）、坐骨神经痛（19 例）、肢颤（2 例）、搔痒症（5 例）、下颌关节痉挛（1 例）、癔症性木僵

(2例)、频咳、呃逆、神经症性呕吐(各2例)等,有效206例(89%),其中显效与痊愈139例(60.1%)、好转67例(28.9%)、无效25例(11%)。通过治疗提示:(1)改变电极位置,即使用较低的电流强度给予刺激,仍可获得疗效;(2)治疗不仅对神经性肢瘫有效,对感觉障碍、关节痛及其他一些症状也有效;(3)局部电刺激不仅对邻近的症状有效,对远处的症状也可有效;(4)由于电刺激强度减弱,病人较能耐受,就有条件扩大应用范围。在半年的治疗过程中,根据各病人对电刺激强度不同的反应,电流从40毫安逐步减少至20~15毫安,通电时间仍限在1秒钟,以一次治疗观察疗效反应。但当电流强度降低至10毫安以下,病人反应虽轻,疗效也随之降低。分析其原因可能与电刺激时间过短及电刺激部位离病症部位的距离过远有关。于是在以后的探索中试将电极放在病症的附近,通电时间延长至10~20分钟,发现电流强度降至2毫安以下也有效,但这样的方法的缺点是:(1)应用不方便,病人需要脱衣服;(2)电极位置零乱,以后归纳总结困难;(3)只能用于局部的病症,对范围较广的病症就不能使用;(4)对头部或心区附近的病症不便使用,以免引起头昏,影响心脏搏动等不良反应。所以认为将电极放在病症附近并不是理想的部位。理想的部位应是使用方便,能对远处的病症起作用,并能找出简便的规律来,只要掌握这样的规律应用时就方便了。但到何处去找这样的部位?又能找出什么样的简便规律来呢?在当时成为思考的中心。

耳针的启示:问题既然提出,就产生是先解决使用方便的部位并从中找出简便规律来呢?还是先找出可循的规律来,然后再确定部位?经过反复思考,认为应该先从解决部位入手。

当思考集中到一点时,产生各种联想。于是想到耳针,在耳郭那么狭小的部位,身体各部分都在这里投影,针刺不同的反应点,能对远处不同的疾病起治疗作用。但耳郭那么狭小,反应点又那么密集,可以针刺但放不下电极,使用也不方便。因此,认为耳郭不是理想的部位,不过狭小的区域能与身体各部位发生联系,这是一个启发。那么除耳郭之外还有何处具有使用方便的狭小部位呢?于是联想到手腕和足踝这两个狭小部位。选择腕和踝的有利点是:(1)应用方便,只要露出手和脚就可,不必脱衣服,天冷也没有关系;(2)表面平坦可以放电极;(3)最初阶段已经有过利用腕部的“合谷”、“内关”穴的治疗经验;(4)根据经络学说腕和踝都有3条阴经和阳经通过,可以作用于远处病症。于是决定选择腕部和踝部。在腕部电极仍放在“合谷”和“内关”;下肢与上肢相仿,电极的位置就不能在原来的“梁丘”和“足三里”,而在与“合谷”和“内关”相当在第一、二趾间的“行间”穴和小腿内侧下端的“三阴交”。开始时只刻板地将两个直径为3厘米的圆形电极放在以上两对固定位置上,有一次遇到1例臂外侧感觉麻木的患者,当电极放在“合谷”与“内关”通电治疗时,麻木无改变,将电极移至与感觉麻木部位相当的腕部外侧的“外关”时,麻木竟立即消失。由此可见,当两个电极同时作用时,只有一个电极对症状起作用,另一电极不起作用。从而把移动于“内关”和“外关”的电极当作作用电极,把不移动的固定在“合谷”的电极当作无作用电极;踝部的电极与腕部相仿,将在“三阴交”的电极定为作用电极,在“行间”的电极作为无作用电极。既然根据上肢皮肤感觉麻木症状所处部位,需要在腕的内外侧改变电极位置才有效,那么在腕部内侧或外侧的同一平面上是否也有

不同作用呢?推测根据经络学说其作用应该有所不同,但经络的走向弯曲,不易记忆,电刺的作用与针刺可能有区别,这一区别用直径为3厘米的圆形电极是无法探索的。于是试将电极缩小,用直径约1厘米的塑料瓶盖做成电极。在腕部将作用电极移动于内外关一圈的皮肤上,观察不同部位对病症的疗效,发现刺激腕部,只对上半身的病症起作用,颞前部头痛,作用电极要放在掌面中央(当相于“内关”)才有效;头痛若在前额部,作用电极移至掌面小指侧才有作用。在下肢也观察到类似情况。有一病人既有上腹痛,也诉腰椎附近背痛。将作用电极放在踝部内侧面的中央(三阴交),对腹痛无影响,当电极移至跟腱内缘时,上腹痛即消失,但腰背痛仍存在,将电极移至跟腱外缘时,腰痛即消失。由于电流强度减低至2毫安以下,病人完全能耐受,通电时间可延长,就有可能观察电刺激点与症状部位的关系,并详细记录对症状的疗效反应。多次的反复观察及对资料的整理,发现尽管病症表现各不相同,凡近前中线的症状,如前额痛、鼻塞、咽痛、上腹痛、痛经等,将电极放在腕部掌面的小指侧、跟腱内缘时,能出现疗效;同样,近后中线的症状,如后头痛、腰痛、坐骨神经痛时,电极要放在腕背的小指侧、跟腱外缘。头痛位在头顶时,电极要移至腕部内外面交界的桡骨缘上时才出现疗效。对以上现象用神经解剖学观点不能解释,与经络学说中的经络走向也不完全符合。如何推测这种现象呢?困难中想到身体分阴阳面,上下肢和躯干的从属关系。由此联系到从脊椎动物的生物进化和胚胎发育过程求解释。人在胚胎发育期重复着生物进化的历史演变,脊椎动物的生长是由受精卵分化成圆形的细胞球后,在成长过程中向纵的方向延伸,并发展成左右两半合拢的圆锥体。四

肢的发展是生物进化至后阶段的发展中出现的,如同蝌蚪或其他长出四肢的动物那样,四肢的出现是生物进化的需要,是躯体的延伸,也是躯体的一部分,任何脊椎动物都有向阳的阳面和背阳的阴面。四肢作为躯干的延伸,也同样具有阴面和阳面。随着生物的进化,四肢要着地爬行,其阴阳面发生转向,即阳面向外,阴面向内。但当由动物进化至能直立的人时,两上肢在躯干上端两旁,两下肢拼拢时,很明显可看成是躯干的延伸了。若当上下肢处在内侧面向前与躯干的阴阳面保持同一方向,而两上肢如同两下肢一样能合併靠拢时,人体又恢复了圆锥体形。因此,不妨看作在机能上四肢与躯干保持着密切关系,或者说躯干对各自一侧的上下肢有投影,尤其明显的表现在皮肤上,这可能与胚胎发育过程中神经与皮肤共同起源于外胚层有关。神经系在体内的发育虽然弯曲复杂,皮肤在外层变化较少,但仍保持着机能上向纵延伸的对应关系。从身体的阴阳关系来看,躯干和四肢都有内、中、外之分。这种概念在四肢部分与经络学说中上、下肢都有3条阴经和3条阳经通过的见解完全一致。因此,认为在试探中不妨凭借三阴、三阳之说。既然把人体看作圆锥形,身体前后两侧按阴阳关系各分成内、中、外的纵行带,简称“纵区”。这样,头、颈、躯干和四肢,左右两侧均可分成前后各3个区,也就是6个纵区。为临床应用记录方便起见用数字1~6标记6个区,由前向后环体排列。四肢分区与躯干相一致,编号相同。躯干各区既与上下肢的同名区相对应,也就是刺激腕部或踝部某个区的皮肤,就能对同名区内的病症起反应。这样,只要确定身体各部分病症所在的区,即可在腕踝部确定同一编号的刺激点。找出这样的规律,应用时就方便多了。多次的实践证明,病症在横膈以上,取

腕部刺激点为好;在横膈以下,取踝部刺激点为好。

以上的推测仅仅是设想,是否适合临床应用,需通过多次验证。例如,哮喘属肺的病症,肺在胸的两旁,属2区,若将电极放在腕部的2区给予电刺激时,应对哮喘起作用。有一次在急诊时遇到一哮喘患儿,胸闷、气急、两肺明显哮鸣音,电极放在腕部的2区时,立即感到轻松,胸闷减轻,右肺哮鸣音减少,而左侧肺部的症状仍存在,将电极移至左腕的2区时,该侧肺部症状也随之减轻,并逐渐消失,但放在其他位置时,症状无改变。这一病例初步说明躯体和四肢按纵区关系相对应的设想有可能存在,而且一侧腕部的刺激,只对同侧身体的症状起作用。如此,通过250例各种病症的治疗验证,初步认为躯干和四肢分纵区相对应的设想具有指导临床实践的意义。方法简便,合乎原来理想要求的部位和规律终于找到了。时间是1968年底。

但用笨重的电抽搐机进行治疗逐渐暴露出缺点:(1)携带不便;(2)每次只能治疗1人,时间要20分钟,病人多时等候治疗的时间过长。曾想要是能设计出轻便可携带的治疗仪就好了,但限于当时条件和原因,探索工作未能继续,设想未能成为事实。

(二) 针刺疗法(1972~1975): 从垂直刺法到沿皮下浅刺。

4年以后,1972年2月起改用针刺。发现在腕踝部原来放电极处用针刺能达到电刺激所预期的疗效。由于针刺面积较电刺激小得多,进一步观察到一些新的问题。更主要的是因以前对针刺疗法只有一些肤浅的知识,不知道该如何持针和刺针。

开始时仿传统的垂直刺针法,针垂直深刺至病人感到出现

酸、麻、胀、重的“得气”感，达到所谓“气至而有效”要求。但多用后发现以下缺点：① 与骨面接近的部位，如腕部桡骨的刺激点 3、4 和踝部胫骨的刺激点 3，就不能垂直刺针，要用这些点时就只得放弃，从而缩小了治病范围；② 刺入的深度不易掌握，担心刺伤深层的神经和血管；③ 更常遇到的困难是，留针后常发生滞针现象，针不易拔出，用力拔出时针体弯了，病人有痛感；④ 病人对深刺法所出现的“得气”感常发生恐惧，往往拒绝接受治疗。

对滞针现象虽用了多种措施仍未能避免。分析发生滞针原因，可能是因深层纵行的各种软组织，尤其肌膜与肌纤维，与垂直刺入的针体发生缠绕所致。要是将针呈 45 度角斜刺，使针体与深层纵行组织大致平行，滞针现象或许可以避免，即使发生，拔针也会比较容易。试用斜刺法，果然避免了滞针现象，并仍可取得疗效。但以后又注意到斜刺时病人常体验“得气”感，仍对针刺有恐惧心理。按照传统针刺不仅要“气至”，并越强越好。当时想针刺既能治病，要是不引起使病人感到恐惧的“得气”感又能出现疗效就好了。但“得气”感是传统的、自古以来的要求，是数千年来的经验，这种经验能否改变，改变了是否会影响疗效，这是关键问题，也就是说要解决“得气”和疗效二者之间是否存在必然联系的问题。分析针刺“得气”与刺入深部组织有关。要是不深刺就不致引起“得气”。换言之，浅刺就不会引起“得气”感。但浅刺要浅到什么程度？把长的针刺入皮内是不可能的，只有刺至皮下。多年来观察到针刺是否出现疗效，最好从对痛的观察入手。痛是门诊中最常见的症状，对疼痛的观察，除病人主诉外，还可从对指压的反应进行判断，并从反应的强弱，以“+”分为 4 级。有一次遇到一位患

关节痛的病人,指压痛点,病人叫痛并出现避痛反应,在征得同意并愿配合之后,小心地将针尖先刺过皮肤,随后将针缓慢沿皮下刺入,病人没有体验到酸、麻、胀、重等感觉,关节疼痛及压痛竟也消失了。这一成功的开端说明,应用皮下针刺法,即使不达到“得气”感也可产生疗效,“得气”并非获得疗效的必然条件。此后多次实践,继续得到证实,并在不断探索中进一步发现针刺入皮下越表浅,产生镇痛的疗效越完全。随着浅刺,又出现对针体粗细的要求问题。针体较粗,如 26 号或 28 号针,质地较硬,过皮时易引起痛,且不易浅刺;针体过细,如 34 号针,质地过软,不易掌握。故以 30 号或 32 号针为宜。针的长度以 4 厘米较适度,过短不能达到疗效,过长并不能增加疗效,且容易刺至肌层或血管,反而不能达到浅刺目的。

针沿皮下浅刺,接着就产生针刺的方向问题。原来刺针时都是针尖沿纵轴朝向心端。有一次遇到一病人患上肢感觉麻木,针朝向心端刺入,发现针刺点以上的感觉恢复,针刺点以下的手部感觉仍麻木,再用一针朝离心端的手部方向刺,麻木才消失。以后也常遇到类似情况。此现象提示针刺的作用有时与针刺的方向有关。

腕踝针的皮下针刺法,因针刺部位只限在腕部和踝部并具有其特点,1975 年定名“腕踝针”公开发表。回顾自 1966 年以强电刺激疗法开始至腕踝针发表,历时整 10 年。

第二章 腕踝针的治疗方法

腕踝针是根据身体病症表现的部位,在腕踝部选择相应的进针点,行皮下浅刺的一种针刺疗法。治疗方法可概括为:症状定位(区),进针点选择和针刺法 3 个步骤。

第一节 症状定位(区)

腕踝针的治疗方法,首先要确定疾病的症状在身体的所在部位,然后才能确定进针点。通常身体疾病的症状表现,可分两大类,一类能定位,最多见,诸如各种痛症、麻木、瘫痪、肢颤、咳嗽等。所谓症状定位,主要是指这一类。另一类不能定位,指症状遍及全身,如皮肤搔痒症等;或症状无法定位,如高血压、某些精神症状、盗汗等。症状定位的目的是为确定进针点位置,定位若不准确,就会影响进针点的选择,从而也影响治疗效果。

症状的定位:症状的定位主要依靠观察疾病在体表的位置,如舌苔、面瘫、鼻塞、牙痛、表浅的皮肤溃疡、冻疮、烫伤等;较深部的症状要靠触诊,尤其要注意压痛点位置,多数的病症都会出现压痛点,故要仔细探查、仔细摸索;肺部症状如哮喘要靠听诊。

身体的分区:腕踝针的特点之一是提出一个身体分区的假设,以帮助症状定位。实际上这样的分区定位法既不符合神经的解剖分布,也与经络走向不相一致,但自提出身体分区的

设想(1968年)以来,经多年来临床反复验证,证明这样的分区方法有临床实用意义,有助于进针点的确定。

身体的头、颈、躯干的两侧以及各自一侧的上下肢各可分6个纵区,为记录方便,用1~6表示各个区的位置。若用阴阳的观点将身体分为阴阳两面,前面为阴面,后面为阳面,则1、2、3区在头、颈、躯干和上下肢的阴面;4、5、6区在其阳面。

头、颈和躯干的分区:在身体前面和后面的正中,即前面沿前额中央、眉间、鼻尖、甲状软骨、喉结、胸骨中央、经脐至耻骨连合,划一条纵线称前中线;在身体后面,沿枕骨粗隆、脊椎棘突划一条纵线称后中线,前后两条中线将身体分左右两侧,每侧由前向后分6个纵区(见图1~3)。各区范围如下:

1区:沿前中线两侧。包括:额、眼、鼻、口、前牙、舌、咽喉,即在头部为中线至眼眶外缘垂线的范围;颈胸部之气管、食管、心;腹之上腹、脐、下腹、子宫、膀胱和会阴部。属1区的病症最多,诸如前头部痛、眼疾、鼻塞、三叉神经痛、前牙痛、舌苔厚、咽炎、气管炎、胃痛、痛经、白带多、遗尿等。

2区:前面的两旁。包括:额前部、面颊、后牙、颌下部、甲状腺、沿锁骨中线及附近的区域,如锁骨上窝、乳房、肺、季肋部和侧腹部。常见的病症如额前部头痛、后牙痛、乳房胀痛、胸痛、哮喘、肝区痛、侧腹痛等。

3区:前面的外缘。包括沿耳郭前缘和腋前缘的狭小垂直区域。病症出现在此区较少,如:额浅动脉痛、沿腋前缘的胸痛等。

4区:前后(阴阳)面交界。包括头顶(“百会”穴)至耳垂直向下的区域,肩部的斜方肌缘,胸腹部的腋窝顶至髂骨前上棘间的垂直区域。病症如:头顶痛、耳痛、耳鸣、颞颌关节痛、

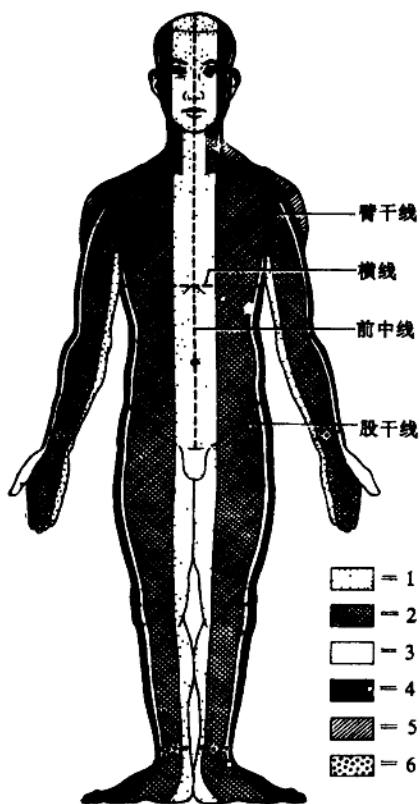


图1 身体前面分区图



图2 身体侧面分区图

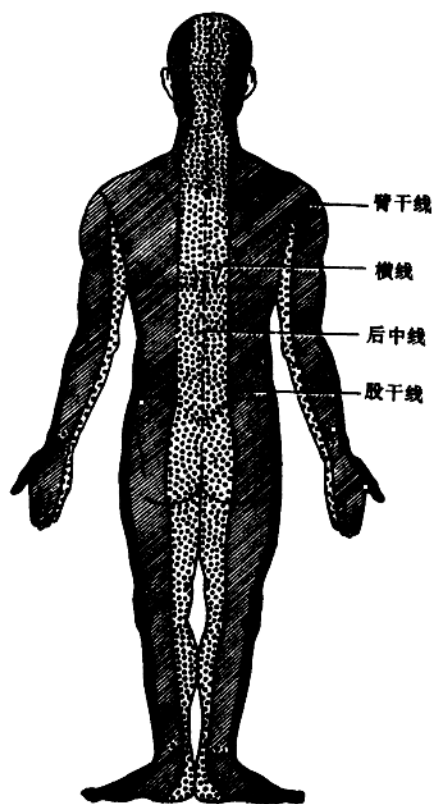


图3 身体后面分区图

腋中线部位胸痛等。

5区：后面的两旁，与前面的2区相对。包括：颞后部，颈后外侧部，自肩胛中线向下的区域，背部及腰部。病症如：颞后部头痛、肩胛部痛、腰椎横突综合征等。

6区：沿后中线两侧，与前面的1区相对。包括：后头部、沿脊柱与椎旁、肛门。病症如：后头部痛、项痛、腰痛、脱肛、痔等。

概括这6个区，可以记作：沿中线的两侧、前面是1区，后面6区；前后（阴阳）面交界为4区，紧靠4区的前面是3区；两旁的，前面在1区与4区的中间是2区，后面在4区与6区的中间是5区。

另外，从胸骨下端和两侧肋缘所形成的三角顶为基准，划一条环绕躯干的横线，代表横膈。横线将身体两侧的6个纵区分成上下两半，则横线以上各区分别记作：上1区、上2区、上3区、上4区、上5区、上6区；横线以下各区分别记作：下1区、下2区、下3区、下4区、下5区、下6区。为标明病症在身体右侧还是左侧，又可记作如：右上1区、左下6区等。

四肢的分区：划臂干线和股干线作为上下肢和躯干的分界。臂干线环绕上臂三角肌附着缘至腋窝，作为上肢与躯干分界；股干线以前面的腹股沟至后面髂骨嵴为下肢与躯干分界。这样，当两侧上下肢处于内侧面向前的外旋位置时，也就是使上下肢的阴阳面和躯干的阴阳面处在同一方向，并将其互相靠拢时，以靠拢处出现的缝作为两侧的分界线，即在前面的缝相当于前中线，后面的缝相当于后中线，则上下肢的分区法与躯干相同。