

針灸23,000病例驗方

又名爲：中國針灸驗案彙編

第一章 急救

1. 灸百會搶救嚴重休克四例 復興醫院

例一：劉×，男，20歲。因第五腰椎髓柱住院行病灶清除術，術中失血較多，於上午9時15分脈搏漸快，血壓下降至90/60毫米汞柱，到上午10時10分血壓測不到，脈搏達100次/分鐘，出冷汗、面色蒼白，經用正腎上腺素後血壓暫時回升，脈搏仍快，但很快又下降至60—70/40—50毫米汞柱，至下午三時已輸血200毫升，但血壓仍不穩定，加用針內關、少商、湧泉，灸百會，病人清醒，血壓穩定維持在100/60毫米汞柱以上，脈搏下降至110次/分鐘左右，病情顯著好轉，6時休克完全停止，送返病房。

例二：陶×，女，28歲。低部動脈瘤手術後6小時出現休克，術中、術後皆創出血，血壓80/60毫米汞柱，手腳涼、面色蒼白，查嗜伊紅細胞高達1860，予以升藥療效不穩定，施8時灸百會，血壓升至130/60毫米汞柱，脈有力，但仍不能持久，晚11時及翌晨6時再次灸百會皆收暫效，大腸應用考的松後歷時三天，始完全恢復。

例三：卞×，男。因支氣管喘息針灸治療，針胸部後心裡難受，胸悶、出冷汗、脈搏不高、血壓測不到，任院拍片有氣胸。至下午1時許灸百會後血壓升至140/？毫米汞柱。繼續予以其他抗休克治療，至晚10時許，休克完全停止，恢復正常。

例四：王×，男，58歲。因胃癌門診行剖腹探查術，切除胃、脾和胰尾，術中失血較多，血氧分一度下降，回病房後至夜10時許，血壓又下降，乃給予灸百會後病情好轉，升即由靜脈輸血400毫升，血壓穩定。

體會：（1）主穴：百會。配穴：內關、少商、湧泉。手法：在嚴重休克時，要長時間灸百會，如作灸後，病人情況惡化，仍可再灸。

（2）休克是一種現象，多出機體受強烈刺激、中樞神經表現強烈抑制狀態而發生。休克時面色蒼白、四肢冰涼、出冷汗、口渴、心悸及面弱、血壓降低，中醫稱之為厥症，是陰陽失調的一種表現。輕者四肢逆冷，重則不省人事，脈沉或伏，因內虛寒、受陽氣不能達於四肢故也。灸百會起到溫經祛風、調和氣血的作用。

摘自針灸雜誌1966年第一期

2. 電針搶救呼吸停止病人24例 廣州市中山一院

操作方法：呼吸穴即在胸膈乳突肌外緣與頸外靜脈交點下一厘米左右，向前下方進針一至三厘米，進針深度按病人胖瘦而定。常需接電機後調整針深度和方向，觀察病人的呼吸效果，至出現胸膈式呼吸爲準。雙側呼吸穴揮針，分別接上正負極，通電後用漸強波型，找到有效呼吸穴後，再調到可呼吸，頻率每分鐘2次左右。電流的強度，調節至以病人腦肌超動，達到有效強對呼吸爲宜。

我們共搶救24例可呼吸止的患者，包括 腦膜腫瘍或外傷所致的呼吸停止十三例，頸椎骨折或結核瘻後呼吸驟停三例，心房間隔缺損術後心跳呼吸停止一例，胸腺瘤術後呼吸停止一例，肋骨骨髓炎術後休克抽搦呼吸停止一例，敗血症及肺炎中毒性

休克可吸有止名一例，蛇咬傷所致可吸痲痺一例，原因不明三例。用電針刺激可吸穴一般六至三十分鐘驚醒，即能恢復自動可吸，代替人工可吸，最長維持時間約二十小時。本組二十四例，除蛇咬傷所致可吸痲痺一例外，均收到不同程度的效果，起到間歇或持續代替人工呼吸或恢復自動呼吸的作用。

例一：一個八歲女孩患心房間隔缺損，施行手術後心跳驟停。經搶救後，心跳恢復，但呼吸一直未恢復。於是用氣管插管進行人工輔助呼吸。在其停止呼吸六小時，曾試用針劑，但效果不好。由於病孩呼吸停止時間長達十二小時，心跳已漸衰弱，處於垂危狀態。於是再用針劑人中、湧泉和耳穴等，並反覆針刺尋找可吸穴，通電終於使腦間開始收縮，被動呼吸約2分鐘。停電後發現患者有度的不規則自動可吸，再過個小時恢復比較規則自動呼吸。

例二：一個股骨骨髓炎病孩，術中出現休克，處理後好轉。在術畢數小時，出現全身性抽搐呼吸停止，用各種鎮靜藥及人工呼吸未能控制抽搐。約五小時後，電針可吸穴，抽搐停止并誘發自動呼吸，以後雖出現反覆，但再用電針刺呼吸穴則好轉，後配合其它治療，康復出院。

摘自新中醫1971年第5期

3. 應用針劑急救的初步經驗

吳國森

合谷可吸困難、窒息、痰阻塞、虛脫等有更好效果；內關只有強壯作用；神門具有強大鎮靜作用；我們採取此三穴并用以急救，不但應用於錐劑反應，而且應用於其他疾病的急救上，都同樣獲得了意外的效果。

例一：楊××，女，三十三歲。主訴最近二年經常頭痛、眩暈，居住血吸虫病流行區，化驗大便，發現血吸虫卵。檢查肝脾腫大在肋下三厘米、質軟、常規化驗正常，一切均符合錐劑治療要求。在十餘年前曾患過癲呆症；曾有注射藥劑史。

治療：於二月二十三日下午，靜脈注射錐劑八分鐘之久。患者立即眩暈、出汗、心悸、呼吸困難、脈微細、顏面蒼白、口唇發紺、人事不知，進入休克狀態。立即針刺合谷、內關、神門，進行搶救；一分鐘後，患者由深深地吸氣而甦醒，以後僅微感疲乏、驚心。翌日恢復正常，無異常發現，因考慮口條由精神緊張所致，又試行再度錐劑注射，經十分鐘注射完畢，休克症狀較昨日尤甚，脈搏不能測及。當即針刺前三穴，約經三分鐘之久，患者深深吸一口氣而甦醒。因而決定放棄錐劑治療。

例二：黃×，男，二歲。母代訴出麻疹已八天，熱度不退。昨夜異常不安，發現呼吸疾速，急診入院。體檢：有極度嚴重的缺氧現象，鼻翼煽動，眼球呆滯，對光反射尚未消失。肺呼吸音粗糙，夾雜飛箭音，心搏三百多次。

治療：試行合谷、內關、神門針劑急救後，呼吸很快得到緩和，心搏減至150多次，危急狀態大大緩和；繼用補液及抗生素治療，24小時後，復行進入危險狀態，眼球上翻、抽風、顏面蒼白、呼吸困難，心搏又至三百多次。乃再刺上三穴，并兩側下針，結果兩度垂危的小兒獲得挽救，一週後出院。

例三：王×，女，二十八歲。主訴在烈日下勞動，自覺心中不適，內服十滴水無效。已有六小時不能言語，神識不清，體溫37.8°C，脈搏90次/分，呼吸30次/分。

治療：試用上述三穴，留針十分鐘，詢問患者已能回答自己的姓；二十分鐘後能回答短語；三十分鐘後能暢所欲言，敘述未針前，胸部極度發悶，欲言不能出語等情況。

例四：張×，女，十八歲。主訴：上午在烈日下勞動，中午覺頭痛，很快意識不清，不能言語，已五小時。經鄰近醫生針灸無效。檢查：顏面潮紅，體溫39°C，月經來潮一日，神志不清，呼喚不答，餘無異常發現。

治療：當予針刺三穴，立覺痛；三分鐘後能言語，訴頭痛，又給針印堂。半小時後，患者已能起坐癩癩飲茶。詢得第一位醫生針的是人中、合谷，效果不同，頗值研究。

小結：以上三穴針刺手法，均採用中等刺激，留針20至30分鐘。

摘自上海中醫藥1958年8月號

4. 針刺對藥物副作用的急救介紹 廣州市第三醫院

例一：余×，男，成人。因發熱、頭痛，經某醫生誤將 Bagnon（巴格龍）注入肺脈，患者當時昏倒在地，全身冷汗、脈維微弱、體溫降低、手腳發冷、昏迷不醒，該醫生立射棉腦水一支急救，患者仍未醒轉；經我們發現後，見其脈象微弱，急採用針刺急救。首先刺右手拇、食、中指尖端，其目的以予痛覺的興奮，喚醒大腦皮層和增強心臟之活動力，但患者毫無痛覺反應，又加刺合谷，患者就張開口，停約一分鐘時間，汗水也落了，患者漸漸清醒過來，訴說有噁心、心慌的感覺；於是又加刺間使，足三里，後給予熱茶兩杯，觀察一小時後，與其它症狀相不適應，獲得痊癒。

例二：富××，女，二十歲，未婚。因患鼻痔經某醫生給半寧十二片（3.6gm），當天痔疾停發了，然出現頭昏、頭暈，眼花眩暈，眼睛發脹，耳鳴及噁心等副作用。試用針劑間使，患者自覺上述症狀減大半，伴稍有噁心感覺，因考慮由藥物副作用引起，不能使症狀全部立即消失，故勸患者多休息，臥水，經個小時後，症狀全部消失。

摘自廣東中醫1959年1月號

5. 針灸中藥搶救急性腦出血昏迷病人 天津中醫院

以針灸配合中藥搶救急性腦出血昏迷病人，在十六例中搶救了九例生命，死亡率降低到43.7%，超過國外文獻報告死亡率70%的水平。治療方法：先針刺人中、承漿、風府、風池諸穴，用輕而短的刺激手法，不留針，切忌重刺激；同時用安宮牛黃丸內服，打口一室門符不等，隨症狀輕重而加減，不能吞藥者用為湯法灌下。

摘自中華內科雜誌1959年1月號

6. 針刺湧泉穴救治溺水暴厥 上海吳江縣醫院

患者楊××，女，二十歲。因不慎墜水，被打捞出水後全身發軟，口、眼、耳均被泥水所塞，皮膚浮白，胸腹吸入大量河水，並不時從口角流出，脈搏完全停止，頭面四肢冰冷，呼吸停止，僅心臟尚有微弱搏動，呈腦死狀之狀態。

搶救過程：用三種針灸刺雙足湧泉及承漿、水溝、中沖、少商，同時用25號針刺內關、神門。第一次於四分鐘內操作完畢，患者依然如舊，未有一點反應；再刺湧泉等穴，如此刺至第三次發現患者雙足抽動，繼則呵欠出聲，同時發現了粗促的呼吸聲，診其脈已微搏動，心音搏動已加強。患者甦醒後，可吸粗促，連續噴出大量水分，處於十分疲乏狀態，呻吟不已，因此又給予注射葡萄糖25%、50%各二支。

摘自上海中醫藥雜誌1959年10月號

7. 針刺嚴重之心臟病復甦特效 某軍醫院

我院會收慢性肺原性心臟病發展至心臟停跳的一個急診病人，用針灸治療，居然轉危為安而痊癒。

這個病人，係姓謝的家庭婦女，因呼吸困難、心跳過快而入院。病人在十幾年前即發生慢性咳嗽，咯痰且逐年加重，進而心慌氣短，入院前，一週，即出現嘔吐、浮腫、頭暈、不能平臥，時時發作心臟過速。

體檢：體溫36°C，脈搏192次，血壓180毫米水柱，脛指而拜均浮腫，頸靜脈怒張，桶形胸，肺動脈音過度反響，有散在的乾囉音，心尖搏動不明顯，心臟音界即不清，心率快而整齊，行分鐘150次。病理反射陰性。心电图顯示心臟過速。

診斷：慢性肺原性心臟病，心力衰竭，陣發性室上性心臟過速，併發心臟性休克，明顯心臟缺血。

入院後頭一天，先後用強心、解痙、祛痰與鎮靜藥物及吸氧等處理，均無效。血壓會低到不可測量，心臟停三次停跳，三次出現酸中毒性呼吸，一次長達二日之久。最後用針灸療法，竟然獲顯著效果。

1. 針灸可使心臟復甦 病人發生三次心臟停跳，第一次我們採用吸氧，胸腔內注射腎上腺素及胸外按摩等常用措施，三分鐘後心臟復跳；第二三次，我們用針灸內關、間使、神門、通里、厥中及足三里作強刺激，兩分鐘復甦。

2. 針灸可使血壓提升 病人血壓總是太低，給予升壓藥物無效，我們針刺湧泉，留針，每十五分鐘捻轉一次，即見血壓提升10—15毫米汞柱，留針一小時出針後，血壓維持時間亦較升壓藥物為長，這與針刺湧泉治療中毒性休克的效果是一致的。

3. 對於陣發性室上性心動過速的作用，最初用藥物糾正心動過速不難糾正，但病人每次發作時發現疲憊不堪。入院後第十六天，用耳穴埋針，穴位取心、交感，配以體穴膻中、心俞、曲池等穴，使陣發性心動過速發作次數逐漸減少，三四天不再發作，經過十八天的治療，終於糾正了心力衰竭，控制了感染，糾正了陣發性心動過速，改善了心肌缺氧，恢復了正常的血壓。

見1976年十月十七日香港大公報第九版

第二章 傳染性疾病

(一) 流行性感冒

1. 灸足三里穴預防流行性感冒 裴廷輔、于錦旗等

「若要安，三里常不乾」，灸不僅能治病，也能防病。在流感流行的初期，我們在某學校裡試用灸足三里的方法預防流感，收到一定的效果。

施灸的方法：採用艾捲灸足三里穴，以溫灸的手法灸15至20分鐘。每天早晨起床前由各人自行施灸，每天灸一次，灸一側，左右輪番施灸。

觀察方法：全校學生共1055人，23個班次，我們在541人的12個班裡用了灸法，其餘皆用阿的平水溶液鼻腔滴入。前者稱灸組，後者稱對照組。兩組的人數、生活環境及當時的發病情形，皆無大別。兩組又同時做好綜合灸預防，如消毒、隔離、帶口罩等。

4月5日灸法開始，正值發病的初期階段。由於條件所限，僅按以下幾種報表加以觀察分析：(1)艾捲灸足三里穴預防流感登記表。(2)各班發病情況日報表。(3)各班發病率統計表。(4)全校每日病假統計表。報表的填寫，力求準確。觀察與治療同時進行。

效果觀察和分析：據當時流感的流行情況，到4月3日全校學生病假人數竟達407名，佔總數之38.54%。就預防效果，以四項統計材料，分別觀察分析，綜合說明之：

(一) 通過全校每日病假統計表，可以明顯看出在灸後的第三天，病假人數突減，尤其是灸組最為明顯。

(二) 由灸後第三天開始調查每天每班的新發病人數。對新發病人數，又作了對比統計：4月10日至4月17日中，灸組裡流灸者272人，發病者1人；灸組裡未灸者269人，發病者18人；對照組515人，發病者38人。可以看出灸組發病人數低於對照組。

(三) 在流感停止流行時，曾就全校各班的發病率做了調查統計。發病率最高班達97.56%，屬於對照組，最低班為30%，屬於灸組。總括起來看，灸組的發病率低於對照組。灸組裡發病率超過70%的很少，僅兩班，而對照組多在70%以上。

(四) 從灸組裡的各班的施灸平均次數來看，也說明了灸的作用是比較明顯，即灸的次數愈多，發病率愈高，相反灸的次數愈多，預防效果愈大，施灸在三次以上者，發病只有1人。

又據浙江血病醫院報告，針內關或郄門或合谷、足三里穴，也極有效。

摘自上海新中醫藥第九卷第三期

2. 應用三商穴治流感有效 河北高陽縣趙子川

三商穴，就是少商、中商和老商，又稱排行三針。大指離外側，與少商相對，稱爲老商。在少商與老商下方中間，離爪甲根一韭葉，叫中商，是張氏祖傳三代的治療喉科急症、應用不爽的經驗穴位。

主治症狀：發冷發熱、頭痛眩暈、鼻流清涕、四肢疲楚、腰背疼痛、噁心嘔吐、眼晴發紅、噴嚏咳嗽、或咽喉痛等。施針方法：先刺少商、中商、老商，中刺各雙側加入中共九針爲主，頭暈痛加印堂、太陽，噁心加太沖，以上針後擠出血。嘔吐加百會、合谷、廉泉，手法只點刺，不擠血。治療情況：在鄂蘇及雲貴兩流感疫區，分別治療三批流感患者，分別爲6例、40例、40例，共86例。均由西醫檢查診斷，老人、小兒或合併症除外，體溫在38至40°C，確定以上86例。均經在社針治一次，次日復診：第一批中？例下午就好了，4例次日痊癒。第二批中，22例痊癒，11例症狀大部分消失、體溫下降，6例在施針後不久另服藥，未作觀察。第三批中，31例痊癒，6例症狀大部分消失，仍有輕度噁心感，3例因針後不久用藥，未作觀察，療效滿意。

摘自江西中醫1959年第3期

3. 流感發病後不同時期內進行針刺的療效

廣西中醫學校溫逸林

筆者用相同的穴位和手法，在流感發病後不同時期內施行針刺治療，出現的效果也就不同，以發病後體溫未上升到高峰時立即施行，療效最佳（當然，病體輕重及體質不同，療效當有差異）。

療法：第一次：大椎（強刺激，留針5分鐘），少商、中商、老商（均雙側，用點刺出血法）；第二次：大椎、曲池雙、合谷雙（均用強刺激，留針5分鐘）。

第一種情況：行針時期爲發病後第三天，效果較差。例如患者溫祥明，男，7歲。三天前突然發熱，頭痛面赤，身痛，煩躁不安，體溫38.5°C，服銀翹散無效，體溫上升至40.5°C，並出現譫語、抽搐、咽喉疼痛等嚴重症狀。即針刺少商、中商、老商（均雙側，刺後擠出血）。繼取大椎，強刺激，留針5分鐘，加刺十宣穴（出血）。針後頭痛、抽搐即止。第六天體溫才恢復正常。

第二種情況：行針時期爲發病後6小時，效果尚好，例如患者溫冰梅，女，9歲。中午開始頭項發熱，面赤針數，下午6時，體溫升至39.8°C。即如法進行針刺治療。針後即微有汗出，2小時後，體溫即開始下降，諸症漸減。翌日中午，諸症消失，體溫即恢復正常而愈。

第三種情況：在流感初發病時即行針刺，效果顯著。例如患者王鳳寶，女，38歲。下午6時自覺困乏，遍身疼痛，頭項發熱，體溫38.2°C，脈數而弱。立即如法施行針刺治療。針刺患者有微汗出，自覺微有寒冷，欲蓋棉被，但10分鐘後全身即感溫和輕快，僅在15—20分鐘內體溫下降，逐步退至正常，諸症頓然若釋，效果頗爲顯著。

摘自上海中醫藥雜誌1960年2月號

4. 針刺後項穴對消除流感的寒顫有顯著

上海醫學院宋慶禮

我們用針刺療法治療流行性感，發現了一個新穴位，位在頸後正中線髮際下方一寸，即大椎穴直上方二寸約當第三、四頸椎之間，取穴曰「後項穴」。從臨床療效上證明此穴對消除寒顫有顯著，可以主治寒顫，頭痛，流行性感。刺入深度因各人體質而異，一般在0.5—0.7寸爲度，如針刺的方向微偏左或偏右其退寒顫作用更佳。合谷、腳關、內庭三穴的針刺有良好退熱作用。

例一：蔣姓男，44歲。全身疲倦無力，頭痛，全身發冷，四肢顫抖，流涕，食慾不振，脈弱無力，咽喉黏膜充血發赤，餘正常。診斷：流行性感。

治療：因主要症狀是寒顫，所以只取後項穴即可。針0.5寸深，有酸麻脹感向頭頂部放射，持續刺激約有一分鐘，頭痛即消失，同時患者兩側上肢有一種暖氣由上向下流

目的感覺，兩上肢由發冷轉變為溫暖，留針5分鐘等待下肢變暖後，又能將針繃繞左右旋轉上下扭轉1-2分鐘，患者自覺有暖氣流佈到下肢，繼續留針2分鐘，患者精神振奮，頭暈、寒顫等完全消失，痊癒。

例二：蔡姓男，20歲，昨突覺全身不適，頭痛，四肢酸痛無力，咳嗽，流涕，食慾不振；早晨突發高燒，症狀加劇，伴噁心嘔吐，胃痛不適，面部潮紅，咽喉粘膜發赤充血，扁桃體腫大，脈實有力，體溫39.2°C。呼吸音粗糙。診斷：流行性感冒。

治療：針合谷、肺關、行間三個穴，施強刺激手法，患者頭痛、胃痛皆有好轉，繼以交絡捻轉加強刺激，立刻發生不良的反應，全身由熱轉變為發冷、四肢顫抖、呼吸加快、口唇紫紺、面部潮紅消失等症狀。即起針，獨取後項穴，針0.7寸深，持續刺激1.5分鐘，患者自覺由冷轉變為暖，留針10分鐘，上述諸症俱除。

例三：沈姓男，36歲。四肢發冷發抖，出冷汗，全身不適，疼痛無力，頭暈，咳嗽，食慾不振，胃部疼痛伴有噁心嘔吐。面部蒼白，脈象沉弱，心跳慢而無力。支氣管部有乾羅音，胃部有壓痛。診斷：流行性感冒。

治療：取足三里、合谷，弱刺激，胃痛、噁心、頭暈消失。留針5分鐘後，四肢發冷發抖仍無好轉，起針後即獨取後項穴，刺0.7寸，施弱半分鐘，患者感到由冷轉暖，四肢發抖消失。因得時間關係，沒有留針，後隨訪得知患者起針後兩小時，全身顫抖、發冷又作，可能是沒有留針之緣故。

摘自上海中醫雜誌1966年2月號

(二) 流行性腮腺炎

1. 七星針治愈流行性腮腺炎381例

成都鐵路醫院王可祥

流行性腮腺炎，一般都有發熱、腮部腫脹、食慾不振、咽喉痛、便秘等症狀，部份還有頭痛、噁心、嘔吐等現象。以兒童發病率最高，多在冬春兩季發病。在我們治療的381例腮腺炎中，合併頸下淋巴腺炎共42例，合併腮炎1例，合併單丸炎1例。

治療方法 七星針點刺第一至第七胸椎兩側，即相當風池、天柱、新設等穴處，以及腮腺腫脹前部。若有發燒者，先施針刺療法，以翳風、頰車為主穴，合谷、風池穴為輔。手法電刺激，留針30分鐘，出針後再用七星針點刺。一般五歲以下兒童，多單採用七星針點刺。

381例流行性腮腺炎，經此法治療，效果甚好，一般經1至2天即可好轉或痊癒。平均熱日數為1.4天，消腫日數為2.05，全部治愈。

摘自上海中醫1960年2月號

2. 針刺治療小兒流行性腮腺炎27例

江西中醫藥研究所洪廣樞

作者在一年內用針刺治療小兒流行性腮腺炎27例，全部於3日內治愈，無一例併發症出現。針刺一日退熱者15例，二日退熱者10例。針刺腮腺一口服消腫者11例，二日內8例，三日內8例。27例中，腮腺雙側腫大者1例，單側腫大者11例。體溫38.5°C—40°C者25例，正熱者2例。腮囊者21例。頭痛者17例。嘔吐者15例。

方法：取穴：翳風穴（耳垂下三分）、頰車、肩井、合谷。凡雙側腮腺炎者針雙側，單側發作者針單側。以強刺激捻轉手法進針，留針15—30分鐘，每隔3—5分鐘捻轉一次。針刺深度以得氣為度。每日針一次，嚴重者兩次。

例一 余××，女，9歲。主訴：發熱兩天，煩躁口渴，大便便秘，小便赤澀，食慾不振，兩耳垂下腮腫作痛。檢查：體溫39.8°C，兩側腮腺腫大，有按痛。舌苔厚膩，脈象數。針刺第一次後痛止，體溫降至38.5°C。針刺兩次後，腫消、體溫正常。三次痊癒，一周後隨訪無復發。

例二：張××，男，8歲。主訴：惡寒發熱一天，神疲口渴，食慾減退，小便可

灼感，左耳垂下邊腫脹痛。檢查：體溫 38.5°C ，左側腮腺穴，有壓痛，舌苔黃莖，脈浮數。針刺一次後，痛止熱退，兩次痊愈。

本人在針翳風穴時，因病人咳嗽震動，針尖稍移向耳垂下方，結果發現在針刺耳垂下三分處比針翳風穴效果更佳，故名之「耳肥」穴。

又據福建中醫藥第三卷八期報告，如併發副單單炎，照上法辦法針亦可消退。

摘自針灸雜誌1966年第1期

(三) 麻 疹

1. 針灸治療麻疹 江西星子縣占成坤

立冬以來，麻疹在我縣散在性發生，我們用針灸治療12例，效果滿意，茲報告三例如下：

例一：張××，女，2歲，患兒發育正常，體溫 39.8°C ，結膜充血，咳嗽嚴重，鼻塞流涕，狀若傷風，疹子隱約皮下已兩天，滯滯不通，二便與其他正常。

治療：取風池、少商雙、合谷雙，用興奮手法，第二次來診時，傷風症狀已消失，據其母云：「針刺後的當晚夜中，疹子全部透出」，服之顏色正常，繼在上穴同法刺激，第三次來診時，疹子已在開始消退，精神食慾均佳，其他無異常。

例二：張××，男，2歲，麻後八天，發熱為 38.6°C ，咳嗽劇烈，煩躁不安，叮咬急促，結膜極度充血，兩肺有濕性囉音。

治療：取風池、少商雙、合谷雙，用抑制手法。第二次覆診時，症狀大為減輕，再在以上三個刺激點用抑制手法，共針四次痊愈。

例三：張××，女，8歲，麻後七天，陣發性腹痛，一天廿餘次，痛苦異常，咳嗽頻發，微熱不退，有時煩躁不安，神倦，少食。

治療：取足三里雙，針後加灸，配風池、少商雙、合谷雙，均用抑制手法。第二次來診時，腹痛已完全消失，其他症狀大為減輕，針治三次痊愈。

摘自江西中醫1959年第3期

(四) 傳染性肝炎

1. 針刺治療傳染性肝炎43例 廣州市兒童醫院

傳染性肝炎，我們採用針灸療法，成績相當顯著，療程大為縮短，現報告如下：

本組病例共43人，同在一幼兒園，年齡在4—7歲，有接觸史。臨床上均有黃疸，肝腫大，有肝壓痛者35.3%，絕大多數有疲倦、厭食、發熱、嘔吐等前驅症狀，並輕微血及小便三色素檢查，證明都符合傳染性肝炎所引起的肝功能損害。

治療：除兩例外，均於發病後即用針灸治療，按照一般常規，給予臥床休息，低脂肪營養，並每日口服維生素C及B件片，每天針一次，15—20次為一療程。取穴及手法：第一天肝俞雙、胆俞雙，抑制手法，留針10—20分鐘；第二天足三里雙、內關雙，中等刺激；第三天肝俞雙、脾俞雙，抑制手法，留針10—20分鐘；第四天足三里雙、內庭雙，中等刺激。針刺3—5次覆查第二次肝功能，針至第10—12次，覆查第三次肝功能，以後每十天覆查一次，至正常為止。療效：本組病例已完成療程者26例，全部痊癒，未有復發現象；尚有5例未完全療程，但已顯著好轉。本組療效的特點是在發病時間縮短，肝功能恢復迅速，我們原計劃15—20次為一療程，但大多數病例未達到20次已經痊癒，其中最快者僅針4次肝功能已趨正常。平均治療天數為15天，黃疸消退平均7.7天（四例針3次即消失），肝腫痛消失平均為2天，肝臟縮小平均為7.3天。

摘自廣東中醫1959年第7期

(五) 小兒麻痺症

1. 小兒麻痺症815例的針灸治療

兒童醫院

五年來，本院應用針灸治療小兒麻痺症及其後遺症以來，全部治療已結束及治療已達一個療程以上之患兒共815例。治療痊癒達231例，係指前痺已完全恢復者。例如下肢麻痺患兒經針灸治療後，不但已能自己獨立行走，而且能走很快很遠很好，反射已恢復者。近癱81例，係指患兒於治療後已視近痊癒者，例如下肢麻痺患兒已能獨立行走，而且走得很快很遠很好者。頑著釘轉305例，係指患兒於治療後麻痺已顯著好轉者，例如下肢麻痺患兒已能單自行走者。痊癒、近癒及顯著好轉率達77.2%。進步184例，係指針灸後，麻痺程度已經減輕者。

(一)及早治療，效果較好。麻痺後一年內開始針灸者711例，其中痊癒231例，近癒82例，顯著好轉266例，共達82.3%。餘下126例均為進步。

例一：陳姓男孩，1.5歲，主訴患兒一週前開始發熱，連燒七天，自前一天始不會站與走，連自己坐爬也不會了。檢查發現兩下肢呈弛緩性麻痺，尤其以右下肢嚴重。兩側膝反射、跟反射均消失。診斷為小兒麻痺症。經針灸5次後已會爬會坐會站，並已能走好幾步。針灸治療10次後，患兒已能自行行走很快很好很遠，而且會跑。檢查見兩下肢有力，動作自如，兩側膝反射及跟反射恢復正常。針灸取穴：梁邱、風市、陽陵泉、足三里、三陰交、委中、大腸俞。除針灸外，並曾用超短波療法交替間與會同。結果：患兒迅速痊癒。

(二)麻痺已一兩年以上的患兒，多半已有嚴重的畸形與肌肉萎縮，應用針灸治療亦難以痊癒，但仍有進步，甚或能顯著好轉，有61例麻痺已兩三年以上開始針灸之後痊癒。

例如時姓男孩，4歲，兩下肢已癱瘓兩年零七個月。因發燒五天後兩下肢出現弛緩性麻痺，尤以左下肢嚴重。兩下肢有嚴重的畸形。兩腳呈下垂內翻狀，肌肉萎縮，左下肢尤甚，膝反射與跟反射均消失。診斷為小兒麻痺後遺症。經用針灸治療後，竟出意外的效果：針灸三次後，扶着會站了；針灸六次後，扶着會蹲，且會爬幾步；針灸九次後，扶着能走幾步；針灸七次後，已能手持手杖走很遠，不用手杖自己也能走三至四步，針灸10次後，此曾經終日癱瘓於床上已兩年七個月的患兒竟能獨自行走很遠了。對治取穴：梁邱、風市、血海、陽陵泉、足三里、陽輔、三陰交、委中、腎俞。除針灸外，並曾用超短波療法交替間及陽關穴。

(三)通過臨床實踐，體會到下列各穴是針灸小兒麻痺的有效穴。

(1) 下肢取穴，主穴：梁邱、血海、陽陵泉、足三里、陽輔、解鬱、三陰交、股門、腎俞、大腸俞。備穴：伏兔、陰市、風市、箕門、陰陵泉、上巨虛、下巨虛、光明、懸鐘、邱墟、商丘、太沖、中封、環跳、承扶、承山、崑崙、太谿、交信、三焦俞、氣海俞、關元俞及八髎。

(2) 上肢取穴，主穴：肩髃、肩井、肩貞、曲池、支溝、合谷、大椎及椎旁（即大椎穴旁開1.5寸處，針深約1分左右，為筆者經驗穴）。備穴：臂臑、尺澤、手三里、間使、內關、靈道、肘門、外關、陶道、大杼、風門。

(3) 顏面取穴，主穴：絲竹空、睛子髎、聰會、地庫、頰車、下關、合谷。備穴：陽白、睛風、迎香、人中、承漿、列缺。

(4) 腦筋痙攣取穴，主穴：足三里。備穴：合谷、大腸俞。

(5) 尿澀留滯及尿失禁取穴，主穴：三陰交。備穴：陰陵泉。

筆者遠穴經驗，顏面取地倉、頰車及下關；上肢取合谷、曲池及肩髃；下肢取梁邱、足三里及陽陵泉；腕下垂取支溝與合谷；足下垂取陽陵泉、足三里、陽輔與解鬱；尾內翻取足三里、陽輔及崑崙；足外翻取三陰交、委中、太谿；仰趾取三陰交與委中；

膝反屈取針股門，療效更著。

(四)筆者認為小兒麻痺係屬於虛症，故應虛則補之，應給予補的手法，即捻轉進針，待氣至後，再微捻數下，即捻轉退針。

(五)少數患兒，曾用小兒皮膚針針治，作為補助療法。下肢應用三焦俞、腎俞、氣海俞、大腸俞、關元俞等。上肢應用椎旁、大杼與風門等。手持小兒皮膚針柄，僅隨力輕微的滾動皮膚，好像鳥兒啄食。

(六)灸治取穴，下肢取中樞、椎間(12椎下)、命門、下極之俞或陽關，亦可取梁邱、陽樓、足三里、陽輔及三陰交等穴。上肢取椎頂或大椎，亦可取肩髃、曲池、合谷等穴。腸腑宜灸關元，尿瀦瀦及尿失禁宜灸關元或中樞，顏面部取聽會或頰車。宜用艾卷灸，難灸，不斷地緩慢地小的迴旋動作。每次灸二至三分鐘，灸至皮膚潮紅為度。

(七)患兒每星期針治三次，每隔1至2天針治一次。3個月為一療程，中間可休息一至二星期，輕症可治一箇療程，重症可治二至四個療程，特別嚴重可治四至八個療程以上。

摘自中醫雜誌1958年第12號

2. 針灸預防嬰兒癱2039例又2044例 濟南中醫學院及第二醫院

嬰兒癱即脊髓灰白質炎，在本市流行，發病率逐漸上升。為了預防蔓延，我院用針灸共防治了六個月至七歲兒童2197例，經針灸後不僅沒有再發現，而且連者切接觸的兒童亦未發病，效果滿意。

治則：針灸激發兒童體內增加抵抗力，達到預防目的。取穴得 大椎、風池、委中、足三里。

施針：均用提刺法，每天針一次，連續三天，休息三天，再連續針三天，前後六次為一療程。

又濟南市第二醫院所負責地段，在未針灸前發病人數10名，與患兒有密切接觸人數95名，一般接觸人數164名，非接觸人數1781名。以上2044名兒童，均為四個月至七歲，經過針灸預防後四個月內均未發病，效果滿意。

施針穴位為肝俞、曲池、足三里、委中。雙側部針，經刺激，不留針，每週一次，共針三次。

摘自山東醫刊1959年2月號

(六) 流行性乙型腦炎

1. 針刺治療20例流行性乙型腦炎後遺症 李志明等

治療對象：20例均系乙型腦炎患者，男性14例，女性6例，年齡介於1至16歲之間，入院後均經中西醫臨床後給予中醫治療，在治療中發生後遺症時先用中藥治療數日或數十日後效果不著或無效者即改用鍼灸治療，鍼灸主要是治療後遺症，如吞嚥困難、失語、抽搐、四肢運動障礙、意識障礙、流涎、項背強直等十餘種症候。

治療方法：每日施鍼一次，一般系統6次休息一日，只針不灸，採用爪切速刺透針法，一般少留針。

吞嚥困難：採用①承晨、足三里雙（不留針）。②中脘、氣海、三陰交雙（不留針）。③大椎、天柱、合谷（不留針）。④頰車、地倉、內庭雙（留針5—10分鐘）。⑤金津、玉液（不留針）。手法用補或平補平瀉。

失語症：採用①虛門、聽會雙、合谷雙（後兩穴留針5—10分鐘）。②天突、中脘、外關左、足三里右（不留針）。③百會、風池、大椎（不留針）。④風府、間使左、三陰交（不留針）。手法用瀉或平補平瀉。

抽搐：採用①頰雙、尺澤雙（不留針）。②陽盛泉雙、委中雙（不留針）。③外關、風池、後巖、申詠（不留針）。④肝俞、行間（不留針）。⑤中脘、足三里（不留針）。手法用瀉或平補平瀉。

流涎：①承漿、合谷左、內庭右（不留針）。②金津、玉液（不留針）。③風池、大椎、頰車、足三里（不留針）。手法平補平瀉。

煩躁不安：①風池、大椎、陽陵泉左、行間右（不留針）。②百會、內關左、神門右（不留針）。③中脘、氣海、足三里（不留針）。④肝俞、腎俞（不留針）。手法瀉或平補平瀉。

牙關緊閉 ①風池、大椎、下關、合谷（不留針）。②翳風、足三里雙（不留針）。③頰車、地倉（不留針）。手法瀉或平補平瀉。

項背痠直：①百會、大椎、風池（不留針）。②風門、委中（留針5—10分鐘）。③肝俞、腎俞、合谷（不留針）。手法瀉或平補平瀉。

四肢運動障礙：①肩髃、曲池（不留針）②環跳、髕髌泉（不留針）。③百會、後軀、中脘（不留針）。手法補或平補平瀉。

意識障礙：①合谷、人中（不留針）。②中脘、足三里左、三陰交右（不留針）。③少商、百會（出血）。手法補或平補平瀉。

吐舌及舌強：①天突、中沖雙（不留針）。②百會、然谷、魚際（不留針）。③大椎、陰谷、合谷（不留針）。手法平補平瀉。

以上配穴處方每次用一組，必要時幾組輪流施用。

20例腦炎後遺症，最多針54次，少者針刺5次即治癒出院。大多數患者療效良好，如20例中發生吞嚥困難症者17例，經治療後有12例完全恢復正常，4例減輕，1例無效。抽搐症14例，治癒者9例，減輕者4例，無效者1例。四肢運動障礙14例，治癒者6例，進步者7例，無效者1例。總括統計20例乙型腦炎病人，痊癒者5例，顯效者6例，進步者8例，共計有效者19例，無效者一例。

例一：周××，男，4歲。因高燒昏迷而入院，診斷為乙型腦炎，使用中藥治療，經治療後退熱，但于第12天晚發生四肢抽搐十次並現時志痴呆、失語、左上肢不能運動，大便燥結，翌日開始鍼刺治療遺症，第一次鍼合谷左，風池右，針後抽搐好轉，第二、三次取穴，曲池、合谷、陽陵泉、後髕、申脈等穴，針後右上肢能動，神志清醒，取上穴鍼刺至第八次，又增加風池、翳風、瘡門、天突、百會、外關、大椎等穴（輪換使用）後，患者開始能講單語，經針刺至第十次，取穴風池、瘡門、合谷後，患者精神活躍，面有笑容，能說話、飲食正常，右上肢活動如常，僅右手握力稍差。後繼續針治至第十五次，患者說話聲音變响亮，大小便正常，患者家屬要求出院，經中西醫檢查該患者後遺症完全恢復即同意出院。

例二：顧××，男，二歲。因高燒診斷為乙型腦炎而住院，經中醫治療後，燒退各種症均漸消失，但該患者仍現吞嚥困難、失語、煩躁不安、便秘及雙上肢運動障礙，用針灸治療，取穴：大椎、肩髃、曲池、尺澤、風池、合谷、瘡門、天突、行間等穴，更換使用，共針15次即18天後以上各症均恢復正常，痊癒出院。兩個月後隨訪，患兒一切正常。
摘自中醫雜誌1958年第6號

2. 針灸治療乙型腦炎後遺症咽下困難

青島傳染病院

患者王××，女，16歲，因患流行性乙型腦炎合併肺炎、高熱、昏迷、抽搐而入院，經中西藥一週治療後，已轉清醒，但仍不能下咽，并失語，左上下肢癱瘓症狀直至九個月後，經常須用鼻飼，其間有時只能下咽1至2口，再多不能。

治療：每星期針治二次，施行1月餘，共針15次，取大椎、肩髃、大柎、崇福、肩髃、百會、曲池、足三里、合谷、上廉泉等穴。針後即下咽通暢，進食完全恢復正常。此後再未用鼻飼，上下肢癱瘓好轉，惟失語尚未見佳。

摘自山東醫刊1958年第3期

(七) 腦 炎

1. 針灸配合中藥治療嚴重的腦炎後遺症

常納麻中醫院

患者周××，女，7歲。一個多月前患腦炎，病癒後有後遺症，神智昏迷，伴有陣發性驚厥，四肢抽搐，經治未效。檢查：患者神智昏迷、角弓反張、四肢攣伸強硬、肌肉顯著萎縮、痙攣消失、強口困難，飲食、服藥皆用鼻何法，不能說話。

經針灸配合中藥治療30餘次，服中藥20餘劑，症狀全部消失，恢復正常。

中藥處方：以督脈經椎穴（即脊樑下之各穴）和足三里、合谷、三陰交、曲池、大椎、腦戶為主穴；以關元、氣海、外關、風池、脾俞、頰車、地倉為輔穴。手法：督脈經椎穴皆用短促的刺電，不留針；其它各穴，均用平補平瀉手法，留針10分鐘。

針灸處方：(1)小生石膏兩，黑元參三錢，細生地三錢，磁石五錢，陳胆星八分，竺黃二錢，生牡蠣兩，生決明兩，鉤藤三錢，鹽水炒川連兩。另羚羊粉三分，紫雪丹三分。(2)銀花三錢，辰連蠶三錢，生玉果（生於玉石間之泉水）兩，鮮菖蒲三錢，池菊二錢，黑元參三錢，細生地三錢，珍珠母二兩，狗屯一錢，北沙參三錢，另：羚羊粉三分，珠珀二分。

以後處方專用養血育陰、宣竅清陽熄風之劑，加減收功。

摘自江蘇中醫1959年7月號

(八) 白 喉

1. 針灸配合其他療法治療23例白喉

蘇北醫院

我們用針灸治療了23例白喉患者，年齡在3至18歲，屬於咽白喉者16例，咽喉白喉者7例。有19例一律配合青霉素注射，每日四次，每次10萬單位；有3例因假膜消失慢，又合併應用抗毒素，每人2萬單位；每個患者均採用錫類散，由珍珠、西葯、人指甲（炒）、象牙屑、青黛、壁錢（焙），梅片混合研末，每隔2至8小時次入假膜部一次，每次1.5厘至2厘。

治療結果：在23例中，2例轉科治療。①用針灸配合噴用錫類散治療3例，均告痊癒。②用針灸並配合青霉素治療15例，其中2例死亡，13例痊癒。③用針灸治療並配合抗毒素治療3例，均告痊癒。

例一：王姓女，10歲。咳嗽，喉痛4天，患兒入院前四天有輕度咳嗽、喉痛、飲食照常，伴有微熱37.5°C。檢查：兩側扁桃腺中腫脹，右側披有白色假膜不易剝離，咽後壁充血，頸下淋巴結腫大，肺部兩側呼吸音粗糙，其他無異常發現。化驗室：白血球21700，中性76%，淋巴球24%，白喉桿菌培養呈陽性。

治療：針灸治療，每日兩次，取風府、頸四（雙）、天容（雙）、少商（雙）、大椎、天柱、天膠、合谷，此外咽喉部用錫類散噴射假膜每4小時一次，及服用維生素C及B₁。次日喉痛已減，體溫正常，但假膜仍存，上午針刺同昨日，但減頸四雙，下午僅刺合谷雙。第三日咽喉已不痛，咳嗽亦癒，假膜已部分剝離。第五天，即針灸8次後，假膜已脫落，白喉桿菌培養陰性。針刺上午取風池雙、大椎、合谷雙、下午取風、頸四雙、天膠雙、中渚雙。第七天再作細菌培養轉陰性，咽部已無充血，僅針一次，取少商雙。第八天作第三次細菌培養，仍是陰性，針刺畢。第九天痊癒出院，共施針16次。

例二：金姓女，6歲。咳嗽，氣喘，患兒一週前有惡寒發熱，並未治療，隨之發生咳嗽，聲嘶啞啞，呼吸亦極趨急促，在入院前二天更加厲害，才用過青霉素，呼吸急促并未好轉。檢查：呼吸困難，有喘鳴，吸氣時胸骨上窩、鎖骨上窩內陷，咽部輕度充血，扁桃腺腫度腫大，兩側扁桃腺均有白色假膜存在，肺呼吸音粗糙。體溫38.1°C，脈搏126次，白喉桿菌培養呈陽性。

治療：配合使用青霉素，錫類散吹喉每2小時一次，呼吸困難，給以氧氣吸入，並隔2小時給以強心劑注射。針刺少商出血、風府、天膠、膻中、天柱雙、天容、合谷，

達針二次後，呼吸好轉，體溫下降呈正常。第二天呼吸困難現象已消失。第三天咳嗽、喉痛已消失。第五天細菌培養呈陰性。第六天再次細菌培養成陰性，假膜已脫落。第七天假膜脫落，痊癒出院。

討論：①我們未遇喉嚨阻塞以及有嚴重毒血症狀的患者，作針灸治療對象。②選配穴位方法：即每次在後頸中行穴位取一個，如風府、隆門、大椎；後頸側線取兩個，如風池、天柱、頸四；頸前區、頭面區取兩個，如天容、頰車、天鼎；上肢取兩個如合谷、少商、液門；有時再在下肢取兩個，如然谷、照海、內庭。一般每次用6至7針，初期為增加療效才用下肢穴，症狀減輕後即不用了。到細菌培養已成陰性觀察期間，每次只針兩三針。③在針後頸部用強刺激手法，即得氣後繼續捻轉，使患者感到極度疲乏程度。其餘用中等刺激，得氣即止。而少商多用三棱針放血，即使用毫針，針後也輕擠出些血來。病情嚴重者，關冲、委中、曲池、湧泉、十井也放了血。④從臨床分析，23例中平均住院日數6.5天，治療次數為11.6次。 摘自上海中醫藥雜誌1956年9月號

2.20例白喉併發喉肌麻痺及4例氣管切開後癒合

困難的針刺治療

曹田縣醫院

針刺穴位：主穴：廉泉、天突、少商。配穴：水突、扶突、天容、天窗、天謫、肺俞、雲門、合谷。

手法：應用補法（中興與舊）。先針廉泉，後針天突，最後刺少商出血。選用犯穴時，可依穴位而結合主穴自上而下進行施針，主穴要捻轉30—40下，配穴捻轉20—30下，然後出針，一般不留針。

體位：把病兒仰臥床上，頭向床邊外側，頸部靠在床緣，助手扶住病兒頭部（在針廉泉、天突時，助手應把頭部喜向下垂，以鬆露穴部，在針刺其他穴位時，應隨時變其體位），另一助手把病人的手固定，以便術者的操作。

注意事項：針天突時，針尖應從胸骨柄後與氣管前的中間垂直刺下約三分許，不得過深，也不可橫刺，以防刺傷縱膈和氣管；在針廉泉時，針尖應在舌下與喉結軟骨肌肉之間，不得太深而刺通喉部；針水突、人迎時，應用左手手指端掩蔽頸動脈，以防刺傷。已輕氣管切開者，切忌用楊梅布施針；如插管尚未拔除，注意加以防護。

療效：喉肌麻痺者，痊癒者佔75%，進步者佔25%；氣管切開者因困難者，治愈率100%，有的僅需針一次。

例一：李文遠，男，2歲。患兒多天來食慾不振、咳嗽、流涎。繼而聲音嘶啞，呼吸困難。體溫37.8°C，脈搏120，呼吸37。扁桃體腫大，與咽後部均披白膜，頸淋巴腫大，咽分泌物找到白喉桿菌。

治療：當日即予白喉抗毒素、青霉素注射。各症減輕，惟咳嗽、音啞仍在，且吞嚥困難。診斷為白喉併發喉肌麻痺，經針廉泉、天突、少商兩次後，飲食已順利，咳嗽亦除。

例二：陳珍妹，女，2歲。患兒三天前見流涎，繼而發熱咳嗽，呼吸吞嚥困難，唇紺臉白，聲沙煩躁，吸氣時胸骨重度凹陷。體溫39.3°C，脈搏145，呼吸51。扁桃體腫大有白膜，塗片找到白喉桿菌。

治療：病情危急，注射可拉明及白喉抗毒素後，立即進行氣管切開，後又注射青霉素，各症漸除，切口癒合良好，惟在飲食時，則發生噎逆咳嗽，飲料從鼻腔流出，經針廉泉、天突、天容兩次，痊癒出院。

例三：陳玉清，女，2歲。患兒六天前始流涎，咳嗽呈哮喘，繼而聲嘶，呼吸困難，唇紺臉白，煩躁不安。體溫39.2°C，脈搏160，呼吸50；咽喉垂及咽後壁均披白膜，左頸淋巴結腫大，塗片找到白喉桿菌。

治療：入院後即予白喉抗毒素及青霉素。第三天氣管呈阻塞狀態，注射腎上腺素後，即行氣管切開，其後各症漸除。四天後拔出插管，但切口癒合困難，在呼吸及飲食

時，氣體痰涎食物從切口回流出來，經針廉泉、天突、扶突、天容後，切口愈合，痊癒出院。
摘自福建中醫藥第三卷第四期

(九) 百日咳

1. 針刺治療23例百日咳 無錫第四醫院

診斷依據：23例患者，大都經過其它醫療單位診斷和治療，來院時均出現陣咳症狀，並與百日咳患者有接觸史。

針刺取尺澤、合谷。捻轉進針達一定深度，輕度捻轉及上下提插 2 至 3 次即出針。隔日針一次，5 次為一療程。

臨床觀察：23例中，年齡 1 至 2 歲 11 例，3 至 5 歲 10 例，6 至 8 歲 2 例。大都經過抗菌素和其它方法治療，效果不顯著。經針刺後，症狀很快顯著減輕或逐步消失。其中治愈者 21 例，無效者 2 例，治愈率達 91%。針治 1 至 3 次者 14 例，4 次以上者 9 例，平均針治 3.7 次。

病例：姚姓男兒，1 歲。患兒咳嗽將一月，曾用抗生素治療，咳嗽仍然頻發，陣發性咳嗽甚劇，甚則嘔吐出汗，面色青紫，夜間為甚，日發 10 至 20 次，體弱。白血球 27200，中性 45%，淋巴球 53%。診斷為百日咳。

治療：針刺尺澤、合谷一次，夜間咳嗽減輕，連針 5 次，咳嗽及其他症狀基本消失而痊癒。
摘自上海中醫 1960 年 4 月號

2. 針刺治療48例百日咳 上海第四門診部

我們近來用針灸療法治療 48 例百日咳患兒，起病在 7 天—1 個月內為最多。有效率達 88%，其中痊癒 9 例，占 19%；顯著進步 22 例，占 46%；進步 11 例，占 23%。有效病例除 1 例經針治 10 次見效者外，其餘 41 例經 1—6 次針治後即見效果。療效標準：以咳嗽完全停止，症狀消失為痊癒；其他症狀消失，微有咳嗽為顯著進步；治療後症狀減輕，仍有 1—2 次陣咳者為進步；症狀畧減，復用藥物治療者為無效。針刺治療本病，經咳期療效比卡他期較著。

我們採用隨經穴位之肺俞以達肺臟，去邪止咳而化痰熱；以大椎、合谷合用，鎮靜解熱，清熱退熱，此三穴均為主穴，每次必用。再佐以風池、風門、風府，輔治內外風熱，加強療效。以左右捻轉手法，輕度刺入，每次捻轉約一分鐘即起針，每天或隔天針治一次。

例一：毛君穆，男，4 歲。代訴陣發性咳嗽 2 個月，咳時嘔吐，曾在其他醫院診斷為百日咳，經西藥治療，效果不顯。

治療：取大椎、肺俞雙、風池雙、合谷雙。左右捻轉進針，每次約一分鐘即起針，隔天一次。此針 6 次痊癒，至今七個月未發。

例二：耿愛國，男，6 歲。代訴咳嗽三週，夜間尤甚，咳時嘔吐、流涕、納呆，曾在某醫院診斷為百日咳，經西藥治療，效果不顯。

檢查：右肺聽診聞濕性囉音。白血球 28,000，中性 33%，淋巴 66%，大單核 1%。

治療：取穴和手法同上例，共針治 6 次痊癒，後未復發。

摘自上海中醫藥雜誌 1960 年 4 月號

3. 針刺治療百日咳引起腦病變有卓效 上海第一醫院

我們曾對因百日咳而引起驚厥的兩個病兒用針刺治療，針後能驚厥停止。

病例：蔡姓，女，2 歲，去年 11 月因百日咳肺炎入院。次日發生驚厥。經針刺合谷、少沖、少澤、中沖、內關、陽白、太淵、湧泉等穴位後，驚厥停止。翌日又發作，又針百會、風池、印堂、人中、合谷、太淵、十宣等穴後，驚厥又止，以後一直未發。

(十) 傷 寒

1. 灸神關穴治少陰傷寒

劉文浦

患者王相宗，男，40歲。主症：因受寒涼，四五天來精神不振，四肢無力，食慾減少。昨晚行房時亦受涼，睡醒後即感身體不適，今晨進早餐後不久，覺周身痠痛，腹中痞痛，吐瀉交作兩三次。

檢查：腹部柔軟，無硬結，脈微細，舌苔白膩，面色就白，手足厥冷，痛苦面容。

診斷：少陰傷寒。

治療：先取四溫散（肉桂、細辛、干姜、公丁香）置於神關穴（臍中），上蓋姜片，燻以艾柱五壯。觀察一小時許，未見吐瀉。為防止復發，予內服中藥：麻黃一錢，生附子三錢，細辛八分，炙肉四錢，干姜錢半，公丁香一錢，炒白術三錢，煎湯兩碗，分兩次溫服，取汗，勿令過度。服藥後患者諸證皆除，談笑如常。

摘自江蘇中醫1958年第四期

(十一) 食物中毒

1. 針灸治療金黃色葡萄球菌所致食物中毒37例

山東醫學院

我院在今年一年內，用針灸療法搶救了37例暴發的食物中毒病人，未使用磺胺藥、抗菌素及其他藥物，結果全部轉危為安，痊癒率達100%，證明針灸對食物中毒有顯著療效。這批病例來自同一托兒所食堂，他們吃熟雞肉後2—4小時，便先後發病，以嘔吐為主，其次有腹痛、惡心、腹瀉、頭暈、乏力及四肢厥冷等症狀，前來急診。經檢驗，雞肉、嘔吐物和大便中均培養出金黃色葡萄球菌。

處理方法：凡有腹痛者，針中脘、足三里；有腹瀉者針關元、天樞；有嘔吐者針內關。凡針10—20分鐘，用高法（強刺激）。有血壓降低，四肢厥冷者，用艾條直接灸神關，可酌情灸15分鐘—2小時。本組有29例在針後10—20分鐘即停止惡心嘔吐，腹痛明顯減輕。除2例恢復較慢外，其餘均停止腹瀉。血壓過低者，灸神關後血壓明顯上升。其中5例，因失水嚴重，便配合輸液治療。

例一：男性，13歲。吃雞肉四兩後約2小時半便發生明顯腹痛，持續嘔吐，大便稀薄，頭昏乏力，手足厥冷，乃來急診。檢查見明顯失水貌，血壓50/25，脈搏28次，細弱，遂針刺中脘、天樞、內關、足三里及關元等，灸神關。2小時後血壓回升至100/70，手足恢復溫暖，脈搏有力，精神轉好。

例二：女性，32歲。吃雞肉二兩後約4小時即感腹痛，嘔吐，但未高，來急診。當時患者呈痛苦面容，頻頻嘔吐，喪失水徵，血壓及脈搏正常。即針刺中脘、天樞、內關、足三里及關元等。10分鐘後，嘔吐停止，腹痛減輕，2小時後即回家休息。

摘自山東醫刊1959年第2期

(十二) 細菌性病疾

1. 針刺治療86例細菌性病疾

武漢鋼鐵公司第二醫院

86例病疾患者，16至70歲不等，除6名女性外，全是男性。診斷標準以突然發熱、惡寒、高熱、小便次數增多、伴有裡急後重，為膿血樣便，鏡檢照阿米巴原蟲，有大量

膿血，培養有弗氏痢疾桿菌生長等。發病日期，1至32天不等。

治療以中脘、天樞、關元、足三里為常規穴，高熱配合谷、曲池；中等發熱加合谷；有裡急後重加大沖；鞏固療效用天樞、關元、足三里。除中脘、足三里針深2寸外，餘針深1寸。進針後取針感時施強刺激，留針30分鐘。經針刺治療後，86例全部治癒。體溫在1至3天內正常者，佔79%，大便平均在3至5日正常，腹痛平均1至4天停止。所有病人均在鏡檢陰性、症狀消失、兩次大便培養均為陰性才出院。在治療中，無任何不良反應。

例一：馬××，男，23歲。患者發熱、腹痛已兩天，頭暈眼花、四肢無力，噁心未吐，胃納不佳。每天大便30次左右，呈黃色稀便帶紅白凍，大便時腹痛厲害，體溫38.5°C。大便培養：弗氏痢疾桿菌生長。大便檢查：粘液便，鏡檢膿球（+），紅血球（+）。診斷：細菌性痢疾。

治療：按內科常規護理。針治取中脘、天樞、關元、足三里、太沖等穴為主，配合谷、曲池。次日發熱較退，大便次數亦減，但仍有腹痛，上方去中脘及曲池。第三日熱退清，大便次數減為20餘次，腹痛已止，取穴同昨日。第四日大便僅1次，帶白色粘液，無腹痛，食慾佳，僅取天樞、關元、足三里、太沖四穴。第五日大便正常、無痛，次日停針觀察，大便培養陰性，鏡檢（-）。住院7天，痊癒出院。

例二：裴××，男，24歲。患者發熱、腹痛已6天。噁心、嘔吐，納差，左下腹痛，裡急後重，腹痛每天30餘次，曾服多種抗生素未愈。大便鏡檢：粘液膿樣便，紅血球少許，膿球卅，大便培養陰性，體溫36.5°C。

治療：針治取中脘、天樞、關元、足三里為主，鏢針灸後，大便僅一次，為白色粘液便，無裡急後重，另有腹痛。次日，腹痛已止，症狀消失，停針觀察。第三日解一次黃色稀便，大便培養陰性、痊癒。

體會：針刺後，患者的腹痛、裡急後重、大便頻數逐漸減少，以至消失。加一例，入院時大便每天80多次，針刺後不斷加強捻轉刺激，留針達4小時中未大便一次。

又廣東中醫1959年第七期載廣東新豐江水電站醫院，取穴天樞、關元、足三里為主，如發高熱者，加針內關、曲池、少沖穴以降溫，治療23例痢疾，均獲痊癒。

摘自上海中醫1969年6月號

（十三）布魯氏菌病

1. 針灸治療布氏桿菌病21例

袁廷輔等

布氏桿菌病又稱布魯氏菌病、波狀熱等，是動物（主要是家畜）和人的全身性傳染病，經過緩慢。主要症狀是游走性關節痛、發熱、多汗、眩暈、鼻頻、性慾低下、舌苔白潤、肝脾腫、腎丸腫。特異血清凝集試驗（Wright氏反應）陽性，皮內試驗陽性。在治療上，目前使用抗生素及化學療法，可以收到一定的效果，但易復發；用針灸療法，文獻上尚未見到有正式報導。我們兩年內分批試用針灸療法治療本病21例，均收到一定的效果，尤其對疼痛與發熱效果更為顯著。初步報告如下

以大椎、有官、曲池、羣門、氣海、足三里等穴為主，以膈俞、肝俞、至陽、合谷、環跳、三陰交、天應穴等為輔，輪番使用。主要用強刺激，留針20—30分鐘。針灸並用，以針上加灸、針後灸和自灸等形式。用艾卷灸。每日針灸一次，10天為一療程，休息5天，對頑固性關節痛，施用附近穴長時間留針和劇頭動顫震，效果良好。對羣丸腫與陰囊涼，施用局部點灸，同時以中等刺激手法針雲門或氣沖穴。治療結果：平均住院日數為50天，針灸35次；痊癒者12例，佔57%；大部份症狀消失，但有部份後遺症狀者6例，後因某種原因轉中藥組者3例。其中17例半年後復查兩次，結果2例復發，部份後遺症狀加重者2例，痊癒並能參加勞動者4例，其餘均能參加程度不等的輕度勞動。

典型病例：李×，男，49歲。兩個月前突覺冷熱交加，全身骨痛伴浮腫、多汗，午後發熱，近20天又有發熱、膝關節劇痛，便秘。本村有十多人患過波伏熱，患者抱過小羊，吃過病死羊肉。

檢查：體溫38.8°C，脈搏108次。肺上部有局限性中等度水泡音，心尖區可聞二級收縮期雜音，心律不整。肝區有壓痛，腫約一橫指，脾未觸及。右膝關節紅腫劇痛，運動障礙。肺門陰影增強，肺紋理增粗。白血球3,700，中性45%，淋巴54%，血沉78毫米（兩小時的平均值），尿蛋白陽性，高田、荒氏試驗（++）。Wnight氏試驗160倍。皮內試驗呈強陽性反應（5×8厘米）。

診斷：布魯氏菌病。

治療：方法如上。經71天住院治療臨床症狀完全消失。白血球6,800，中性66%，淋巴27%，血沉10毫米，尿蛋白陰性，高田、荒氏試驗（+），Wnight氏試驗20倍，呈陰性反應。追蹤半年未復發，現已參加勞動。 摘自江西中醫藥1958年第7期

（十四） 破傷風

1. 用針刺配合中藥治療破傷風多例 永定縣醫院

據福建中醫藥雜誌1957年10月號載：患者沈聚英，女，41歲。因在山上牧羊不慎足部受傷，在踝骨部有創口約六公分大，但流血不多，經外科醫師處理後十天未見有何變化。突於受傷後12日患者感覺張口障礙，翌日即牙關緊閉，不能開關，經針百會、人中、頰車、合谷約留針30分鐘，針後無效。後又經某醫院診斷為破傷風，並注射大量破傷風抗毒素，五天後仍不效，於是轉來我院診治。經檢查見牙關緊閉，嘴唇左角稍歪斜，面肌緊張，呈苦笑面容，神志清醒，全身皮膚乾燥，足部創口見有血水流出。治療：每日早晚各行針刺一次，早針百會、人中、合谷、頰車、耳門、魚腰；晚針翳風、地倉、顴白、絲竹空、下關，每次均留針20—30分鐘，內服玉真散（天麻二錢，白附一錢，兩星一錢，防風三錢，羌活錢半，白芷二錢）加蜈蚣16隻，蜈蚣一條，用水二碗煎至一碗，另加黃酒一食匙，於晚上服，每日一劑。在開始治療的翌日，嘴巴即能張開少許，第三天則有顯著進步，面容亦有改變，第六天牙關緊閉現象消失，至治療至第十天後諸症全部痊癒。

又福建中醫藥1958年8月號載：一婦人患破傷風病，牙關緊閉，角弓反張，四肢僵硬，斷症為破傷風。為針下關、頰車、曲池、外關、合谷、陽陵、足三里、翳風、內庭，並照一方與之；方用蜈蚣研末一兩，以黃酒半斤煎服。次日患者稍輕鬆，仍依前法治之，計針三次，服藥三劑，病漸向愈。後病人中斷服藥，有人救之服色蕉根而獲痊癒。

據中醫藥雜誌1956年8月號載：患者王××，因脚掌不幸將左手拇指刺傷，感染破傷風，馬身不適，項背緊張，張口困難住本院會注射大量破傷風抗毒素，內服鎮靜劑，輸林格爾液無效，其肌肉僵硬、神經緊張、角弓反張、面部帶有破傷風特有的苦笑面容，腹如舟狀，脊柱彎成椅狀，膝關節疼痛，即改用針灸療法。先刺大椎，進針後患者即有酸麻感，放散到後頸部及尾骶部，經施以鎮靜手法後痙攣停止後頭鬆緩，繼針風府、新建、下關等穴，留針三小時，當夜安眠，痙攣症狀完全消失。第二次加針陽白、頰車、地倉穴後，面部肌肉恢復正常，嘴嚼靈活。第三次針後即能坐起離身，伸屈四肢完全自如。針六次後即下床活動如常人，針十次（即十天）後痊癒出院。

又據江蘇中醫雜誌1958年6月號載：患者張因華，女，15歲。主症：牙關緊閉已九天，有陣發性抽搐，兼以腰背疼痛強直，翻身不便，吞嚥困難。左手食指曾被割傷。檢查：苦笑面容，角弓反張，牙關緊閉，精神不安，舌苔白，舌尖發炎，腫口不對稱，頸項強直。紅血球427萬，白血球12,700，中性多核56%，淋巴球38%，嗜伊紅6%。

印象：破傷風。治療：即注射破傷風血清等。先針風府、長強（強刺激，留針）；後針百會、強間。配合下關、頰車、合谷、足三里。針後牙關得鬆，張口較大。翌日加

針身柱、承漿。候後以長強穴為主，輪迴配用，共針五次痊愈。

(十五) 麻風病

1. 針灸治療麻風病

南通中醫專科學校

我們曾先後用針灸治療麻風病十例，一般療效很好，有兩例效果顯著。

例一：陳××，女，25歲。

症狀：兩眉脫落，面部有散在性結節狀，肢體癢癢出現紫斑塊。

治療：起初每間二日針一次。取合谷、曲池、環跳、關謫泉、桡骨、心俞、肝俞、脾俞、肺俞、腎俞均針後加灸，並於結節部以三棗針亂刺出血。因其眉毛脫落，加針魚腰。約兩月以後，面部結節減少，治療穴位亦酌減，只針環跳、關謫泉、合谷、曲池、魚腰、脾俞、肺俞、肝俞，委中放血，結節仍用三棗針亂刺放血。每5或7日針治一次。約三個月，漸見眉毛生長，面部結節逐漸消失。以後每半月左右針一次，取穴如前。又經兩月多，眉毛全生，身上尚有少數紫塊。前後經過九個月的治療，紫塊全部消失，恢復健康。

例二：張××，男，14歲。患者面部頰漫性浮腫。左手腕關節筋脈弛緩，五指舉動。左足跗關節不能自主，體表發現紫斑，兩眼淌淚。

治療：起初間三日針一次，取穴如上，委中放血，紫斑上亦用三棗針刺出血。約三月左右，兩目流淚愈，面部浮腫消失。以後減少穴位，只取五臟俞及合谷、曲池、桡骨、環跳等，委中仍放血。一星期針灸一次。約經四個月左右，手指舉動已好，皮膚敏感度增加。後又改爲一月左右針灸一次，治療方法仍同前，前後針治一年時間，痊愈。

摘自江蘇中醫1959年第2期

2. 針灸治療麻風鷹爪手

四川甘孜醫院

一、取穴：合谷、曲池、少海、治癩、內關、外關、肩貞等穴。

二、操作步驟：根據患者具體情況選取以上穴位，作穴位強刺激，每次1—2穴，每10—15天一次。

三、輔助療法：每次穴位刺激後，可配新針、水針治療，根據爪手情況酌情取穴。並鼓勵病人勤鍛煉。個別患者加小竹筒、小夾板固定患指。

46隻鷹爪手治療後完全恢復正常者10隻(21.7%)，基本恢復正常者10隻(21.7%)，好轉者21隻(45.7%)，無效者5隻(10.9%)，總共有效率為89.1%。有43.4%鷹爪手的畸形得到完全或基本恢復正常。恢復後經數月至一年多的觀察，療效鞏固，未見一例有反復或惡化者。

例一：張××，男，49歲。患者因四肢麻木閉汗，雙肘外1/3稀脫兩年，於1966年診斷為癩形麻風入院。經口服藥一年後，先後出現兩次右尺神經劇烈疼痛，徹夜不眠，一般藥物不能控制，唯有注射酒精後方可緩解4—5天。隨之出現右小指及無名指屈曲，大小魚際肌、骨間肌萎縮，掌骨顯露，尺神經腫大，壓痛明顯。右手握物無力，不能使用筷子而改用湯匙吃飯。1969年右尺神經疼痛增劇，如鉛筆桿粗。右手小指極度屈曲，僅能伸至20度，不能內收，無名指亦僅能伸展至70度，中指屈曲，功能受限。左尺神經於1967年起覺隱痛，並逐漸加劇。

患者於1970年3月接受新醫療法治療，經雙少海穴位刺激之後，雙尺神經疼痛旋即緩解，麻木閉汗逐漸恢復，右手大小魚際肌逐漸豐滿，手指伸屈，鷹爪手恢復正常，尺神經大小正常。

例二：謝××，男，26歲。患者1966年覺左膝外上側有一豌豆大小的癢腫處。1969年發現雙肘稀脫，診斷為癩形麻風，於同年12月送來本院治療。入院後口服葯類藥物8個月左右，出現左尺神經疼痛，神經增粗如筷子大小，壓痛明顯，且左手2—5