

1. 颜面神经麻痹的金针疗法*

一、解 剖

颜面神经是 12 对脑神经之一,列为第 7 对,本文为了有系统的说明,爰分为一般介绍、分布途径及分枝等 3 项,加以分别介绍。

1. 一般介绍:颜面神经是一对混合神经,由运动神经纤维及感觉神经纤维组成。其运动神经部分支配面部、头皮部和耳部之肌肉,且管理颈阔肌、颊肌、二腹肌后腹、镫肌、茎舌骨肌等。面部主要为眼轮匝肌、皱眉肌及额肌。其感觉神经部分,借鼓索传导舌前 2/3 的味觉。

2. 分布途径:其运动及感觉神经枝,出现在脑桥之下缘,行于橄榄体与绳状体之间,运动枝在内侧,感觉枝在外侧,再外侧为听神经。当二枝神经出脑后即偕听神经向前向外同入内耳道,由内耳道底入面神经管,循该管迂曲之路出茎乳孔,初向外过前庭至鼓上隐窝之内壁,由此忽旋向后,再旋向下,过鼓室之后,达至茎乳孔,其旋向后处名膝,在此有一节名膝状节。出茎乳孔后,则在腮腺中前行,过颈外动脉浅面而分多数枝,布于头侧、面及头之诸浅肌。

3. 分枝:

甲、交通枝

(1) 在内耳道内通听神经。

(2) 在膝状节——借岩大浅神经通蝶腭节。借一枝至岩小浅

* 本文发表于《新中医药》杂志,1952年第11期,又曾出版单行本。

神经以通耳节。通绕脑膜中动脉之交感神经丛。

(3) 在面神经管内通迷走神经。

(4) 其他在茎乳孔、耳、面、颈部通第五、第九、第十等脑神经及颈皮神经。

乙、分布枝

(1) 在面神经管

子、镫肌枝——布于中耳之镫肌。

丑、鼓索——支配颌下舌下二唾液腺及舌前2/3的味觉。

(2) 初出茎乳孔

子、耳后枝——布于耳后肌，耳廓周围之固有肌及枕肌。

丑、二腹肌枝——布于二腹肌之后腹。

寅、茎舌骨肌枝——布于茎舌骨肌。

(3) 在面部——出茎乳孔后，过腮腺在面部成掌状分枝。

子、额颞枝——布于耳上耳前二肌及耳廓外面之固有肌，其较前之枝亦布于额肌、眼轮匝肌、皱眉肌等。

丑、颞骨枝——布于眼轮匝肌，且与上颌神经之泪腺及颞面二枝相连。

寅、颊枝——浅枝至面诸浅肌。深枝过颞肌及上唇方肌之深部，布于该二肌且与眶下神经之上唇枝成眶下丛，亦布于颊肌及口轮匝肌，与颊神经相连。

卯、下颌枝——分布于下唇诸肌。

辰、颈枝——布于颈阔肌，且与颈皮神经相连。

二、病因

1. 由于脑底疾病而发生，如脑膜炎、脑梅毒、脑瘤肿等。

2. 由于岩样部骨疽，化脓性中耳炎，耳科手术，及骨盖底骨折，致神经受伤而发生。

3. 由于外伤，腮腺炎，颈部淋巴腺肿等，侵及颜面神经而发

生。

4. 由于感冒而发生的最多，如睡眠时直对开启的窗门，或旅途上直对开启的车窗，因遭受风寒侵袭，而发生麻痹。

5. 由于多发性神经炎，亦丁侵及颜面神经发生麻痹。

6. 由于脑溢血而引起中枢性神经麻痹。

7. 由于高血压而发生。

三、症 状

急性发生，也有已经发生几天，而病势仍旧继续进展的。大多是发生在一侧，患侧的颜面皮肤平滑，失去皱纹，半个面庞斜牵倾向于健康的一侧，患侧不能随意运动，如果运动哭笑、饮食时，斜牵得更厉害。

如颜面神经颞颥枝；上眼窝神经及额肌、眉肌麻痹的，就会形成患侧前额的发际高而眉毛低，眉毛不能随意运动。

如三叉神经之第一枝；颜面神经之颞骨枝与眼轮匝肌麻痹的，就会形成患侧上眼睑比健侧狭小，下眼睑下垂，眼球微向前突，睑裂开大，眼睑不能瞑紧。如试闭患者强闭麻痹的眼睑，则白色角膜(眼白)与彩虹轮(眼黑)的下缘，微露于睑裂间，其眼轮匝肌麻痹严重的，有大半个彩虹轮，可以露于睑裂间。

如颜面神经颌枝下颌枝麻痹及颊肌嚼肌口轮匝肌麻痹的，就会形成鼻尖倾向于健康的一侧，鼻孔狭小，鼻唇沟牵向于健康的一侧，或甚至消失，嘴唇亦牵向健康的一侧。麻痹的一侧，口角下垂，不能闭紧，运动迟缓，唾液外流，说话不便，发音不准，不能随意吐唾沫，食时积滞食物在齿龈和颊部。

如因鼓索神经及经行于颜面神经内之舌下神经受到侵害时，就会形成味觉的障碍，及唾液分泌的特殊亢进，或特殊减少。

如镫骨肌麻痹时，就会形成听觉过敏或迟钝。

反射运动大多迟缓，患侧之皮肤触觉，或比较减退，或轻微的

感到疼痛。如中枢性麻痹的，麻痹的一侧，大多有肢体瘫痪的并发症。如因遭受风寒侵袭而发生麻痹的，很多有颈项强痛的症状。

四、检查与诊断

根据上节所述症状，再进行下述一系列的检查。

1. 查问患者个人生活史、病史及家族史。
2. 检查得病的原因；病原的治疗经过；致病的原因，有否消除。
3. 检查血压。
4. 检查华氏康氏反应。
5. 检查疾患部分的范围，及麻痹程度。
6. 检查除颜面神经麻痹之外，有无其他附带的并发症。

经过上述检查过程，即可得出其疾患的诊断结果，确定是末梢性的颜面神经麻痹或中枢性的颜面神经麻痹，一般说来，末梢性占大多数，中枢性比较少见。

五、金 针 疗 法

（一）治疗原理

金针疗法的治疗作用，是通过金针刺激经穴，由这些刺激引起神经系统的反射作用来完成的。神经反射作用的活动过程，就是兴奋作用与抑制作用的两种基本功能的活动过程。当用针刺入经穴时，首先出现的是神经反射活动的兴奋作用，经过这个短短的时间以后，加强了这种兴奋作用，以后就逐渐转入抑制作用的状态，这是用留针时间来达到兴奋作用与抑制作用的一个经验。金针治疗疾病，通常有两种方法：一种是局部疗法，选穴多在患部及其邻近，一种是诱导疗法，选穴多在患部远隔的经络上。在

施行治疗时，采用前者或后者，或两者混合使用，都须根据疾病的具体情况来决定的。

颜面神经的麻痹，病因既如第二节所述，可知它是由于外在条件的刺激，和体内其他组织机能的异常，因而引起神经机能的障碍，致成麻痹现象。治疗这种疾病，所当采用的治疗原则，应该是运用神经反射活动的兴奋作用，以修复麻痹的神经机能。因此采用治疗的方式，多是局部疗法，用金针刺入患部适当的经穴，留针的时间约在 20 分钟左右，使其达到加强兴奋的作用，并使这种兴奋作用逐步扩散，使麻痹部分的神经逐渐得到修复而新生。

（二）治疗准备

既经诊断确定后，就向病人说明简要的治疗过程，及预后情况，使病人对金针治疗，有简括的概念，然后，使病人坐在靠背的椅子上、或仰卧在床铺上，目的是使病人精神舒适地接受针治，避免神经紧张，而发生晕针（休克）。用蘸有 75 % 的酒精棉花球，施行局部消毒，和医生的手指消毒，然后以左手拇指按定应针的部位，右手持已经消毒的金针，循左手拇指指甲的正中线，按照准确的位置，择定应针的针穴，逐一将针刺入，刺入的深浅，各穴不同，请查阅本节表中所述图，可供参考，针刺入后，即询问病人的感觉与反应，很多有局部发热的感觉，或皮肤内如蚁行的感觉等，医生可事先通知病人，如有异常感觉时，随时反应感觉情况，以便作适当的处理，留针时间约 20 分钟左右。

（三）治疗方法

1. 如颜面神经颞颥枝、上眼窝神经及额肌、眉肌麻痹的，可以针头维穴、攒竹穴、丝竹空穴。
2. 如三叉神经之第一枝、颜面神经之颞颥枝与颞颥枝与眼轮匝肌麻痹的，可以针睛明穴、瞳子髎穴。
3. 如颜面神经颌枝下颌枝麻痹及颊肌嚼肌口轮匝肌麻痹的，可以针颊车穴、地仓穴。

4. 如鼓索神经及经行于颜面神经内之舌下神经麻痹的,可以针听官穴。

5. 如患者面部具有各种病态时,可以同时针瞳子髎穴、颊车穴、地仓穴。如有颈项强痛症状的,可以加针风池穴。

6. 如依照第5条方法,连续针治几次后,关于“眼”的部分,眼睑开裂,虽然比较有进步,但是非常迟缓的,除去仍继续针瞳子髎穴外,可以加针睛明穴。

7. 如依照第5条方法,连续针治几次后,关于“眉”的部分,眉肌运动,虽然比较进步,但是非常迟缓的,可以加针攒竹穴。

8. 如依照第5条方法,连续针治几次后,关于“额”的部分,

穴名	部 位	解 剖			手 术
		神 经	肌 肉	血 管	
头 维	额角发际	颜面神经颞颥枝	额 肌	上眼窝动脉及颞颥动脉之前枝	针一分深
攒 竹	眉弓之内梢	上眼窝神经	眉 肌		针二分深
丝竹空	眉弓之外梢	颜面神经颞颥枝	额 肌	浅颞颥动脉	针二分深
睛 明	上下眼睑交界之内侧约一分	三叉神经之第一枝	眼轮匝肌		针一分深
瞳子髎	上下眼睑交界之外侧约四分	颜面神经之颞骨枝与颞颥枝	眼轮匝肌	颞骨眼窝动脉	针三分深
听 官	耳前小尖瓣下角端	颜面神经分枝	嚼 肌	耳前动脉	针二分深
颊 车	下颞骨隅角之前方	颜面神经下颌枝	嚼 肌		针三分深
地 仓	口角之外侧约四分	颜面神经颊枝	口轮匝肌	上下唇动脉	针三分深
风 池	在枕骨之下缘外侧发际陷中	颈椎神经后枝	胸锁乳突肌		针一寸至二寸深

额肌运动，虽然比较进步，但是非常迟缓的，可以加针头维穴，或丝竹空穴。

9. 如味觉障碍与唾液分泌特殊亢进或特殊减少者，可以针听宫穴。

(四) 针穴的部位、解剖与手术

(五) 护理

1. 禁忌：甲、禁忌冷水洗面及冷风直吹面部。乙、禁食酒和刺激性的辣、酸食物等。丙、不宜过份劳累。

2. 补充：甲、除去中枢性麻痹，有脑病的并发症者外，其余都可用热敷法，用热水袋放在患侧的面部，每日2~3次，每次约10分钟。乙、适当的休息。丙、以硼酸水洗眼，晚间以消毒纱布盖眼部。

(六) 预后

在发病后，一星期内就用金针治疗的，其预后大多良好，大概在2~3星期就可以全好。如发病后3~4星期，再施行金针治疗的，其预后虽好，但治疗过程将要比较延长。如在发病2个月，还未施用金针治疗，或虽有其他治疗方法，而无显著成绩的，那就不容易全好。

(七) 临床报告

这一类的病例很多，本篇所载是在1951年4~11月间，病因完全不同的七个典型性病例。其他非单纯性病因的，概不重复列入。

第一例

沈××，男性，52岁，已婚，店员。于1951年10月4日初诊，主诉为左侧颜面不能运动，面部形状失常，及患侧强烈头

痛。

病史：患者自幼患慢性中耳炎，经常浓液外流，若干年未能根治。于1949年6月，投上海同济医院门诊20余次，经X光摄影检查，认为有生瘤之可能。至1951年2月经邹仲医师X光检查及同济医院第二次检查，诊断确定为恶性瘤肿。当时同济医院乃介绍至镭锭医院就诊，复经该院检查诊断为癌症。至1951年4月在该院施行X光放射治疗，连续30次，耳内浓液即止。当时红血球计数低至250万，体力迅速减退，在施行X光治疗至第三次时，开始感到患侧颈部疼痛。据当时主治医师认为施行X光放射治疗之反应，每日给以0.5~1.0克之止痛剂连续约1个月后，疼痛即自行停止。在最近2个月内又发现头痛，其疼痛情况，与施行X光放射治疗时相仿。

在施行X光放射治疗至第五次后，开始发现左侧颜面神经麻痹，当时患侧牵向健侧甚剧，至施行X光放射治疗至2次以上时，渐有好转，当时并未给予任何治疗。

现状：眼睑开裂，眉肌不能运动，鼻尖倾向健侧，口角下垂，口裂微开，漱口时，液体外流，不能自制，左耳听觉减退，并且胀痛，患侧头部剧痛，夜卧不安，入睡前，必需服1克止痛剂。

检查：血压116/80mmHg^{*}，华氏及康氏检查，反应为阴性。

诊断：由于患者原来面部表情运动的失去常态，发生上面所述若干症状，已经可以诊断为颜面神经麻痹，又由于患者患中耳炎，可知其得病原因，为颜面神经受中耳炎影响所致。

应用针穴：头维穴、瞳子髎穴、颊车穴、地仓穴、听宫穴。结果：针治6天，共计6次。颜面神经麻痹完全康复。

第二例

庄××，女性，52岁，已婚，家庭妇女。于1951年11月4日

* 法定计量单位的换算值： $1\text{mmHg}=133.322\text{Pa}=0.133\text{kPa}$ ，本书因系过去论文转载，某些内容仍保留原文采用的习惯计量单位。

初诊，主诉为头晕，右眼不能瞑目，面庞知觉麻木。

病史：患者于本日晨起，发现左侧颜面神经麻痹。

检查：血压左侧 198/82mmHg，右侧 210/90mmHg，华氏反应：阳性，康氏反应：阳性。

现状：患侧眼睑开裂，眉肌不能运动，口角下垂，流涎，颜面肌肉麻痹，头晕，面色红赤。

诊断：由于患者检验血液所得之阳性反应，及面部运动之失去正常，已可诊断其颜面神经麻痹之病因，由于梅毒而引起。

应用针穴：瞳子髎穴、颊车穴、地仓穴。

结果：连续针治 6 次，计 6 天，明显好转，停止 4 天后又续针 4 次，完全恢复。

第三例

项××，男性，64岁，已婚，鱼贩。于 1951 年 7 月 11 日初诊，主诉为左眼流泪不止，不能瞑目、羞明、流涎，整个患侧面庞倾斜。骨盆两侧疼痛。

病史：患者于本年 6 月 28 日，被车辆撞伤，当时投送中国红十字会医院，检定为震伤脑部。第三天即发现左侧颜面神经麻痹，经该院治疗，并无进步，现在症状已较初病时加重。

现状：眉肌麻痹，不能运动，眼睑开裂，1/2 的彩虹轮露于睑裂间，泪分泌特多，羞明，鼻唇沟消失，鼻尖倾向健侧，患侧口角下垂，不能闭合，唾液外流，不能自控，两耳听觉减退。骨盆两侧疼痛。

检查：血压 160/92mmHg，华氏及康氏检查，反应为阴性。

诊断：患者于颜面神经麻痹之前 2 日，为车辆撞伤，并由红十字会医院检定为震伤脑部，可以确定其麻痹病因，是由于震伤所致。

应用针穴：头维穴、瞳子髎穴、睛明穴、听宫穴、颊车穴、地仓穴(骨盆两侧，因伤疼痛之针治方法，不在本文范围以内，概不列入)。

结果：针治17次计21天，颜面神经麻痹完全康复。针治14次计15天，两侧骨盆疼痛全愈。

第四例

魏××，女性，29岁，未婚，于1951年10月27日初诊，主诉为左眼不能瞑目，两眼流泪，舌部麻木，耳鸣。

病史：患者素患肺结核病及结核性颈淋巴腺炎。患者于本月24日先感右眼眼睑沉重，不能自动抬起，当天下午即感舌部左侧麻木，至26日下午患侧口角流涎，两眼泪水外溢，如以手指覆眼睑即止，患侧耳鸣，下颌运动困难，患侧嘴唇痉挛。

检查：颈部淋巴腺肿大。

现状：患侧眉肌不能运动，眼睑开裂，两眼泪水外溢，患侧口角下垂，鼻唇沟倾向健侧，舌部麻木，口角流涎，患侧嘴唇痉挛，患侧耳鸣，下颌关节开关不便，以致口部运动困难。

诊断：由于患者颈部淋巴腺肿大及患侧颜面麻痹，可知运动失常之病态，系患侧之颜面神经受淋巴腺肿大之压迫所致。

应用针穴：头维穴、瞳子髎穴、颊车穴、地仓穴。

结果：针治6次后，口部及鼻唇沟恢复正常，口部运动恢复，11次后，眉肌运动恢复，至26次后，完全恢复正常。

第五例

王××，男性，30岁，已婚，理发工人，于1951年6月27日初诊，主诉为左侧面庞麻木，不能运动，左眼不能瞑目。

病史：患者于本月20日遭受风寒，引起感冒。至次日晨起先感颈项强痛，继于刷牙时，感到口部不能自由运动，唾液自动外流，不能控制，揽镜自照，始发现患侧口眼歪斜。当时患者并未重视，仍继续工作。至当天晚间，乃觉病势加重，次日即停止工作，三四天内病势继续增剧。至初诊时已7天，并未投医求治。

现状：整个患侧脸庞倾向健侧，并下垂，完全不能运动，知觉非常迟钝，颈项强痛，眼睑裂缝巨大，2/3 彩虹轮露于脸裂间，泪水分泌特多，羞明，眼球运动呆滞，鼻尖倾向健侧，鼻唇沟消失，口角牵向健侧，并下垂，患侧嘴唇比健侧厚大，口裂开大，不能鼓气，患侧嘴唇完全不能运动，唾液外流，吐涎不能自主，食时食物积滞于牙龈部及颊部，味觉减退。

检查：血压 124/92mmHg，华氏及康氏反应为阴性。

诊断：由于患者于颜面麻痹之前一日已经患有感冒，同时又感颈项强痛，如此不仅颜面神经因受风寒侵袭而致麻痹，即胸锁乳突肌，亦感受风寒，引起强痛，此病因受感冒而致，可以明确诊断。

应用针穴：风池穴、头维穴、攒竹穴、丝竹空穴、瞳子髎穴、听宫穴、颊车穴、地仓穴。

结果：针治17次计20天，完全恢复。初诊时，麻痹情形，颇为严重，连续针治5次后，病情大为好转，惟因患者迫于生计，迅即恢复工作，又因其工作上必需长时间注目，致工作2天后，病情竟无继续进展，乃即停止工作，针治至11次后，病势已去7/10，乃恢复工作，继续治疗至17次后，一切病态完全消失，恢复其本来面目。

第六例

A. C. Mack，英国籍，男性，70岁，已婚。于1951年8月4日初诊，主诉为左侧肢体运动不便，及患侧口角下垂流涎，颜面肌肉麻痹痉挛。

病史：患者于本年3月20日患脑溢血，左侧肢体麻痹，颜面神经麻痹及痉挛。

检查：血压 196/112mmHg，康氏及华氏反应为阴性。

现状：肢体部分，已较初起时进步，腿部可以运动，如有人在左边扶持，患者右手利用手杖，可以行走数步，左臂可以高举及肩，左手不能握物。

颜面神经之麻痹状态，为颜面肌肉麻痹并痉挛，口角下垂，牵向健侧，唾液外流，面色红赤。

诊断：患者既已患有脑溢血之肢体麻痹病态，其属于中枢性之颜面神经麻痹，已无可疑议。

应用针穴：颊车穴，地仓穴（脑溢血肢体麻痹之针治方法，不在本文范围以内，概不列入）。

结果：连续针治7次后，颇有进步，嗣因无人陪伴患者就医而中辍。24天后，又来继续针治5天，连前共12次，颜面神经麻痹及痉挛之病态，完全消失，肢体动作亦多恢复。

第七例

樊××，男性，66岁。于1951年7月24日初诊，主诉为左眼不能瞑目，口部不能闭合，面部知觉减退。

病史：患者于本月14日忽感患侧眼泪分泌特别多，继之患侧口角下垂，不能闭合，至初诊时已10天，并未投医求治。

检查：血压左侧238/132mmHg，右侧212/128mmHg，康氏及华氏反应为阴性。

现状：眉肌不能运动，眼睑开裂，眼泪分泌特多，口角下垂，不能闭合，整个颜面知觉减退，患侧舌部麻木，食物滞积齿龈间。

诊断：由于患者血压特别增高，面貌表情失去常态，可以诊断其颜面神经之麻痹，系由于高血压所致。

应用针穴：头维穴，瞳子髎穴，颊车穴，地仓穴。

结果：针治3次眼泪分泌停止，7次完全恢复。

2. 论晕针及其防止与处理方法*

在本刊第2卷第2期上,我曾写过一篇短文,讨论关于晕针的问题。最近看到徐鉴泉先生写的“针灸疗法在武汉”一文,内有这样的记述:“……在最近半年中,本市针灸界多次发生严重医疗事故,两起当场致死,一起针折体内,一起出血不止。……”等语(见《新中医药》5卷1期)徐先生并没有说明二起致死的原因,但照我个人的估计,可能是晕针所致。因为晕针如果处理不当,有可能造成当场致死的医疗事故。现在人民政府正在发挥中医的潜在力量,大力推广针灸疗法;如果在推广发展中,各地时常发生严重的针灸医疗事故,就会对针灸疗法的发展造成不良影响。因此,我想重新提出晕针问题来加以讨论。

一、晕针发生的机理

过去我们对于晕针的认识,认为它是一时性的脑贫血现象,而不能了解其本质。自从我们接受了伟大生理学家巴甫洛夫的高级神经活动学说以后,不仅逐步纠正了过去不正确的认识,同时也有可能来探索晕针的本质了。

晕针可以认为是一种外伤性神经性的休克。用金针刺入人体的肌肉,只是一种极轻微的外伤,既不出血,又不损伤身体,原是不可能引起外伤性休克的,但是针刺的经穴,处在人体神经系统的特殊地位上,特别敏感,有若干经穴,大脑皮质具有特别强烈的感应力,因此,如果金针刺入人体某些经穴并超过一定的刺激量时,引起休克,是有其可能的。所以晕针是外伤性而又是神

* 本文发表于《新中医药》杂志,1954年第5期。此次收入本书时另作补充。

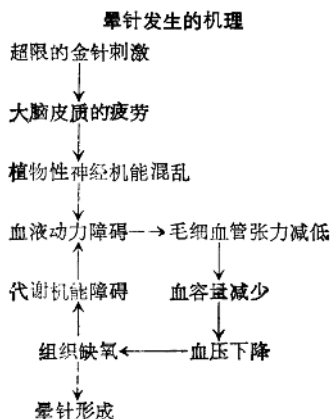
经性的休克。晕针的发生，通常须在两种不同的情况下才有可能，因此可把晕针分为两种：

第一、心理性的晕针——如果某一病人是神经过敏性的体质，对外界刺激异常敏感，这种病人就容易有晕针的可能。假如这种病人来治疗时，对针灸疗法既不认识，又无经验，怀着极大的恐惧心理，精神十分紧张；或者是虽然对针灸疗法有相当认识，无所恐惧，而因其他的私人问题，处在精神不安定的状态中，此时如果施行针治，就容易引起晕针。因这种原因所引起的晕针，叫做心理性的晕针。

第二、生理性的晕针——病人的身体十分虚弱，也有引起晕针的可能。不论是先天性的虚弱，或是由于长期慢性病折磨而成的虚弱，因此而发生的晕针，叫做生理性的晕针，或虚弱性晕针。

晕针虽然可分心理性与生理性两种条件，但它们的发生机理是相同的，苏联阿斯腊红教授指出：大脑皮质的抑制，是休克状态发生的主导因素，必须用大脑皮质与内脏相关的观点，才能认识休克问题的本质。晕针也是一种休克状态，我们当然也要用这样的观点来研究，才能得到正确的认识。人体神经系统对于内外刺激的耐受力是有一定限度的，任何刺激超过了这种限度时，就要引起神经系统机能的混乱。当金针刺入人体经穴时，这种刺激立即传达到大脑皮质，倘若神经机能不安定，或是身体过份虚弱，或是刺激本身过于强烈等，使大脑皮质超过了耐受该项刺激的限度，迅速发生疲劳，致使保护性抑制过程剧变，大脑皮质就会丧失对皮质下的调节作用，此时就会发生头目晕眩、脉率加速的现象，这就是晕针的开始。接着引起许多植物性神经机能的混乱，造成血液动力的障碍，先是毛细血管张力的减低，循环血液的容量因此逐渐减少，此时的症状是脸色与嘴唇苍白，口渴出汗，四肢发冷，脉搏增速，血压下降，这就是晕针的形成。各组织因得不到充足的血运，发生缺氧现象，全身的毛细管也因缺氧而舒张，因而更进一步造成全身性血容量减少，如此造成一个恶性循环；同时，组织缺氧影响了代谢机能，代谢的障碍又作用于中枢神经系统，

进一步抑制了中枢神经系统，于是构成另一个恶性循环，使晕针逐渐加剧。这时的现象是皮肤冰凉，皮肤由苍白而渐变青紫，神志由清晰而逐渐模糊，脉搏由急速而转为细弱，甚至无法计数，静脉不显，心音微弱，血压继续降低，呼吸急促，听觉与视觉减退，这是晕针的严重阶段。此时如不加以急救，或是处理不当，就有造成当场致死的危险。兹将晕针发生的机理列表如下：



在晕针过程中，曾经有个别的疾病经过晕针，而速愈的事例，我国北部就有“十针不如一晕”的传说，朱璉先生在新针灸学中也曾说到过这些事实，更证明了晕针是由于大脑皮质超过了耐受金针刺刺激的限度，引起保护性抑制过程剧变的理论；因有大脑皮质的保护性抑制的作用，使疾病获得了修复的转机，因而得到速愈。虽然如此，晕针毕竟是危险的，如果希望逼过晕针，而使疾病速愈，无论如何，是不足为训的。

二、晕针的防止方法

“预防为主”的原则，不仅应用于疾病的预防上，而且应当广泛应用于治疗工作上，所以对于针灸疗法中的晕针问题，事先注

意预防，是完全必要的。晕针是可以防止的，防止的方法必须从发生晕针的条件上着手。兹提出注意事项如下：

第一、注意病人的神经素质。当检查病人的疾病时，要从病人的主诉中与行动外貌上，了解病人的神经素质，如果病人对内在的或外在的细微刺激都能历历如绘，在言行上充分显出敏感的态度。这种神经敏感的病人，比一般人容易引起晕针，一开始就须注意防止晕针的许多问题。

第二、注意病人的生理状态。凡身体虚弱的病人，就容易晕针，也就要注意到防止晕针的问题。

第三、注意病人当时的情绪。病人对于针灸疗法有没有认识？有没有经验？有没有恐惧心理？以及病人有否因私人问题而处于精神不安定的状态中？这些问题都与晕针有关，都应在检查病人的疾病时，同时予以适当的注意。

经过上述一系列的注意，发现病人具备了有引起晕针的可能时，就要采取一些防止的措施。其方法如下：

第一、向病人说明针灸疗法的作用。最好引用现场临床实例，解释针灸疗法的道理，消除病人的恐惧心理；如果病人是知识分子，还可引用书报上的记载，以加强和坚定他的信心。待病人心理安定后，然后进一步说明治疗时应该注意的事项，使病人安心接受治疗。

第二、尽可能采用卧位。根据一般的经验，晕针往往是在坐着施针时发生的。如果采取卧位，病人全身都放松了，不仅进针比较容易，晕针也就可以减少了。

第三、首次施针，应该少针一些。对容易晕针的病人，第一次施行治疗时，针的量应该减少些，而且最好先针四肢，使首次刺激的量，不超过病人的耐受力；到第二、第三次施治时才逐步增加，这样就比较安全。

第四、使用无痛进针法。所谓无痛进针法，就是选定穴位，经过酒精消毒后，先用左手拇指的指甲，将穴位切定，稍加压力，使该部知觉神经麻痹，然后右手用针较快刺入，以减轻病人的刺

激。

第五、随时询问和注意病人的反应。施针后，随时询问病人的反应，一方面可以预知有否发生晕针的可能，另一方面医生对于病人的热忱与关心，能够使病人起依赖的信仰，而心理安定。

注意与进行了这些措施后，就是容易晕针的病人，也就可能避免发生晕针事故了。

三、晕针的处理方法

晕针虽然可以防止，但在某些特殊情况下，还是可能发生的，因此处理晕针的急救方法，也还是重要的。

处理晕针的首要问题是在争取时间，愈早愈好。起死回生术的创造者苏联爱高夫斯基教授总结卫国战争时期施用起死回生术的经验说：“起死回生的成功与失败，事实上决定于中枢神经的变化，它是生命不可缺少的最重要的机构，而忍耐贫血的程度，最长不能超过6分钟。”这个经验说明：一个病人从呼吸停止时开始，最长经过6分钟，中枢神经系统的细胞因为不能耐受贫血，就要坏死变质，生命就再也无法挽救了。因此我们处理晕针，就必需要重视时间，争取时间，所以一定要在晕针一开始，或晕针形成时，立刻进行处理，如果到了晕针的严重阶段，就有若干危险了。兹将处理晕针的急救方法，介绍于下：

第一、如果病人主诉难过，又发现脉率增加时，就是晕针的开端，应该立刻将针取出，这样很能够避免晕针的形成。

有些同志们的意见，认为当晕针形成后，仍应该取出原针，去除其足以致晕的原因，比较安全，而且恢复也快。但是据家父（方慎齋中医师）讲：当病人已经形成晕针，失去知觉后，原针可不动，另进解救的针，待病人醒后，再取出原针。这一点同朱璉先生所说：“……如脉搏没有表现极度细微，针可不动……病人醒后，再把原针退出……。”是符合的。本人在日常操作上，运用的也是这个方法，但在理论上讲起来，似乎有些矛盾。同时由于本