

目 录

一、腕踝针的由来和特点	1
二、腕踝针疗法	4
三、腕踝针的临床应用	20
四、对腕踝针作用原理的一些看法	36
后记	40



中研 B0011390

4000567

2408/11

一、腕踝针的由来和特点

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六个纵区，在两侧的腕部和踝部各定六个进针点，以横膈为界，按区选点，针沿皮下平刺，要求不引起酸、麻、胀、重、痛感觉。

腕踝针的由来

腕踝针是在电刺激疗法基础上，受耳针和体针的启发，通过实践、认识、再实践、再认识，逐步摸索规律而发展起来的。

一九六六年上半年，我们在学习外院应用较强电刺激疗法的经验后，治疗了一些门诊病人约 230 例，其中对神经官能症确有良好疗效，但由于当时所用电流强度较大，使应用范围受限。因此，改进治疗方法成为突出问题。一九六七年底从耳针疗法得到启发，认为既然针刺狭小的耳穴能影响全身，那么针刺腕部穴位不也可能影响全身的吗？何况体针疗法中腕部附近的常用穴合谷、内关、外关等对全身的影响已早有发现，这就促使我们进一步探索腕部同全身各部有怎样的关系，以求找出简便的治病办法来，于是减低电流强度至病人能耐受程度后，将二个电极分别放在合谷、内关或外关，发现电极放在合谷和内关时，能作用于身体腹面的一些病症；当放在合谷和外关时，能作用于身体背面的一些病症。遂将合谷作为放置固定电极的位置，而移动放在内关或外关的电极，并根据经络

学说在腕部有三条阴经和阳经的基础，结合四肢和躯干的阴阳面关系进行探索，进一步发现一定的刺激点作用于身体一定部位的关系，如当电极放在腕部内面的小指侧（手少阴心经）位上时，能对身体前中线附近的一些病症起作用；当放在桡骨缘（手阳明大肠经）位上时，能对身体阴阳面交界的一些病症起作用；当放在腕背的小指侧（手太阳小肠经）位上时，能对身体后中线附近的病症起作用。从腕部类推到踝部的六条经上，也有同样作用。同时，发现一侧腕踝部上的刺激点主要作用于同侧的身体，而身体的上下关系又可大致以横膈为界。由此在两侧腕部和踝部的六条经位置上各定出六个刺激点，并将身体两侧由前向后大致划分六个纵区。这样，六个刺激点和六个区具有对应关系，或可认为身体两侧的六个区分别投影在同侧腕踝部相应的位置上。探索出这样的关系后，于一九六八年上半年在门诊中通过 250 余例不同病种的治疗，认为基本上是可行的。这样行电刺激疗法时就比原来方便得多。由于电流强度较低，病人就比较容易接受了，这也扩大了治病范围，但缺点是在门诊条件下，病人多时就要延长等候治疗的时间。

一九七二年二月起改用针刺，针只刺在腕踝部的六个点，由于针刺面积较电刺激小得多，进一步观察到一些新的现象。开始时仿体针方法采用垂直刺，以后遇到以下一些情况：①常易出现滞针；②刺入的深度不易掌握；③接近骨面的部位难以直刺。于是试改用斜刺，不仅避免了以上一些情况，并且同样获得疗效。但斜刺时，病人常感觉针刺部位出现酸、胀、沉困等现象，这些现象的产生显然与深部组织受刺激有关，为了减轻病人痛苦，又改为沿皮下平刺，病人不仅没有不适感，疗效也同样满意。以后进一步发现针刺入皮下有关部位越表浅，

症状消失也越完全。在临床实践过程中，我们又遇到针的方向问题。一般情况下，针向朝上，但也须酌情变化。某患者上肢感觉麻木，针向朝上刺时，针刺平面以上感觉恢复，而平面以下皮肤麻木如旧，再用一针朝下刺时，感觉才恢复。在以后遇到一些病例也有类似情况，此现象提示针刺方向和症状所在部位有关，由此得出针向朝病端的原则。

腕踝针的特点

(一)简单方便：它的进针点少，好记，较易掌握，操作方法简单，甚至病人也可以给自己扎针。这种疗法方便病人，不需要脱衣服，治疗不受时间、地点和环境的限制，随时随地都可以进行。

(二)安全无痛：因针只刺在腕踝部皮下，这里没有重要的器官，也不会损伤大的血管和神经，所以没有危险，也很少出现晕针现象。治疗时除针尖刺过皮肤时可有轻微刺痛外，针刺在皮下没有痛苦，病人容易接受。

(三)适用范围广：它对以痛为主的一些病症，如血管性头痛、牙痛、关节痛、神经痛、痛经、外科手术后伤口痛等，疗效比较显著，见效也迅速；对鼻塞、流口水、哮喘、皮肤搔痒症、冻疮、白带多、瘰疬等疗效也比较好；对高血压、中风偏瘫、遗尿、失眠等也有一定效果。据我院门诊 823 例（98 种病症）的统计，有效率为 89.2%。当然，腕踝针决不能“百病皆治”，有的效果不稳定甚至无效，但对一些常见病症有一定疗效，这是已在实践中证明了的。

二、腕踝针疗法

腕踝针疗法可概括为：查区、选点和针法三个主要步骤。“查区”，就是首先要查明病症所在的区；“选点”，就是按病症所在的区在腕部或踝部选取进针点；“针法”，就是针刺的方法要沿皮下平刺，要表浅，要不引起酸、麻、胀、痛感觉。

（一）查 区

查区的目的是为了正确选取进针点。查区如果不准确，常会影响治疗效果。绝大部分的病症在身体上能够确定表现部位的，譬如：头痛、关节痛、神经痛、哮喘、遗尿等等，这些病症都可以归纳在身体两侧六个纵区范围内。为了要查明病症在身体各区的位置，先要明了身体分区的情况。

按照祖国医学的观点，身体可有阴面与阳面之分，头、颈和躯干的腹面属阴，背面属阳；而四肢的内面属阴，外面属阳。通过长期临床实践的观察，感到必须首先掌握头、颈和躯干的分区，因为了解这一部分的分区情况后，四肢的分区就可依此类推。

头、颈和躯干的分区 在身体前面和后面的正中各划一条中线，称前中线和后中线，中线将身体分成左右两侧，每侧由前向后分六个纵区，用数字表示（参见图1~3）。

- 1 区 沿前中线两侧。包括：额、眼、鼻及鼻旁、口唇、前牙、舌、咽喉、气管、食管、心、上腹部、脐部、下腹部和会阴部。属1区的病症最多，如前头部痛、眼

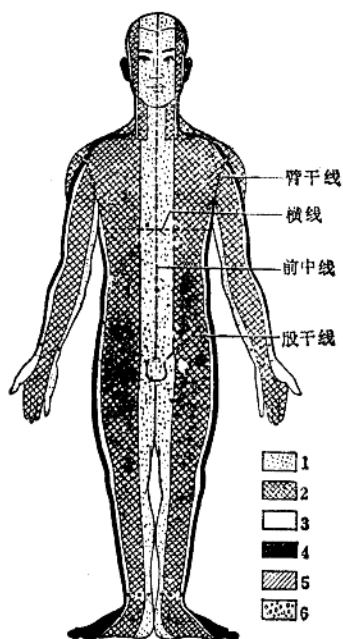


图 1 身体前面划区图

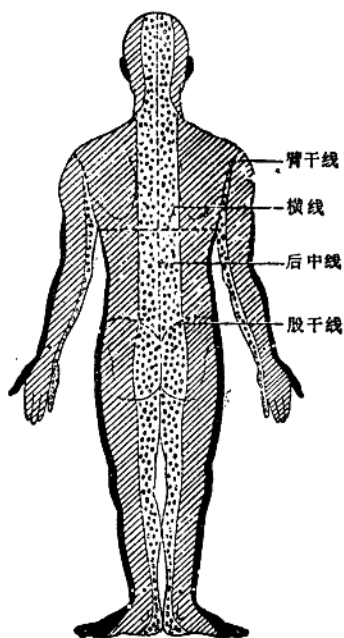


图 2 身体后面划区图

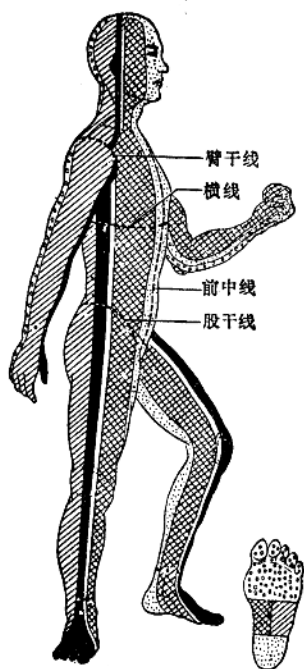


图 3 身体侧面划区图

疾、鼻炎、三叉神经痛、前牙痛、咽炎、气管炎、胃痛、胆道蛔虫症、遗尿、痛经、白带多等。

- 2 区 身前的两旁。包括：颞前部、面颊、后牙、颌下部、甲状腺、锁骨上窝、乳部、肺、肝胆(右)和侧腹部。病症：颞前部头痛、后牙痛、乳房胀痛、胸痛、哮喘、肝胆痛、侧腹部痛等。
- 3 区 前面的外缘。包括沿耳廓前缘和腋前缘的狭小垂直区域。症状出现在 3 区的较少，有如：颞浅动脉痛、沿腋前缘的胸痛或腹痛等，故 3 区在临床应用上不多。
- 4 区 前后(阴阳)面交界处。包括：头顶(百会)至耳垂直向下的区域，肩部的斜方肌缘，胸腹部的腋窝顶至腋前上棘间的垂直区域。病症：头顶痛、耳痛、耳鸣、下颌关节紊乱症、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、自肩胛区向下的区域。病症：颞后部头痛、落枕、肩胛部痛、腰椎横突综合症等。
- 6 区 沿后中线两侧，与前面的 1 区相对。包括：后头部、脊柱与椎旁、肛门。病症：后头部痛、项痛、腰痛等。

概括这六个区，可以记作：沿中线的两侧，前面 1 区，后面 6 区；两旁的，前面 2 区，后面 5 区；前后(阴阳)面交界处为 4 区，前面的外缘为 3 区。

另外，以胸骨末端和两侧肋弓的交接处为中心，划一条环绕身体的水平线称横线，代表横膈。横线将身体两侧的六个区分成上下两半。横线以上各区分别叫做：上 1 区、上 2 区、上 3 区、上 4 区、上 5 区、上 6 区；横线以下的各区叫：下 1

区、下2区、下3区、下4区、下5区、下6区。为标明症状在左侧还是右侧,又可记作:右上1区或左下6区等。

四肢的分区 以臂干线和股干线为四肢和躯干的分界。臂干线(环绕肩部三角肌附着缘至腋窝)作为上肢与躯干的分界,股干线(腹股沟至髂嵴)为下肢与躯干的分界。当两侧的上下肢处于内面向前的外旋位置,也就是使四肢的阴阳面和躯干的阴阳面处在同一方向并互相靠拢时,以靠拢处出现的缝为分界,在前面的相当于前中线,在后面的相当于后中线,这样四肢的分区就可按躯干的分区类推。

(二) 选 点

点,系指进针点,就是针尖刺入皮肤的位置。进针点位置一般情况下不变,但须注意避开血管而移位,所以同固定位置的“穴”有所区别。

在谈选点之前,先认识各进针点位置。

左右两侧腕部和踝部的进针点各六个,也用数字标明,次序和四肢各区的编号相一致。

腕部进针点 大致取在离腕横纹上二横指环绕腕部的一圈处。各点记作,上1、上2、上3、上4、上5、上6。其中上1、上2、上3在掌面,上4在内外(阴阳)面交界的桡骨缘上,上5、上6在掌背。各点位置和邻近的解剖关系如下(图4、5):

上1 在小指侧的(尺)骨缘与(尺侧屈腕)肌腱之间。术者用一手的拇指端摸到小指侧的骨缘后,向前轻推,点的位置在靠肌腱内侧的凹陷处。上1系较常用的进针点。

上2 在腕部中央,二条最明显肌腱(掌长肌腱和桡侧屈腕肌腱)之间。如难以识别则嘱病员握拳,以摸清

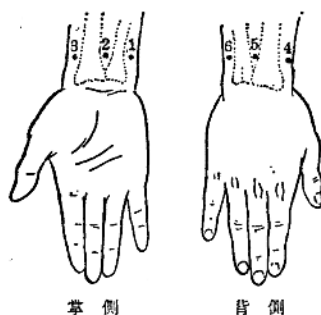


图4 腕部进针点位置

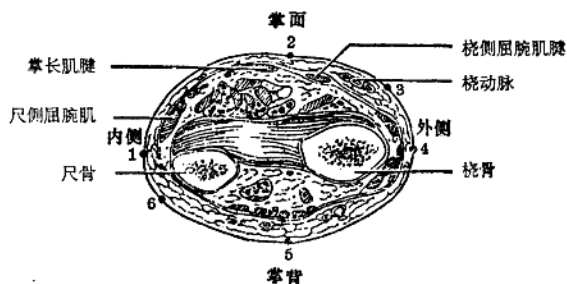


图5 右侧腕部横断面，示腕部进针点与解剖关系

二条肌腱，取其中间点。注意：有时这二条肌腱的位置不一定在中央，而是偏向拇指侧（桡侧），应在摸清肌腱的位置后再定点；二肌腱之间还往往会有一条纵行的小血管，此时进针点位置要适当向上移位。

上3 靠桡动脉外侧。术者用分开的食指和中指摸清桡

动脉的走向，然后定点的位置。

取以上各点时掌心朝上。

- 上4 在拇指侧的桡骨缘上。掌心向内手竖放，术者用二手的食指夹桡骨缘的两侧，取其中间点。此处若遇有较粗的血管时，进针点要向上适当移位。
- 上5 在背面的中央。掌心向下手平放，术者用两手食指夹腕部两侧的骨缘，取其中间点。
- 上6 小指侧的(尺)骨缘背。掌心向下手平放，术者用一手的食指贴近小指侧的骨缘，点取在靠近骨缘的背侧，此处因有隆起的尺骨小头，针刺时点的位置也要适当上移。

踝部进针点 大致取在离内踝或外踝隆起部最高点以上三横指环绕踝部的一圈处。各点记作：下1、下2、下3、下4、下5、下6。其中下1、下2、下3在内侧面，下4在胫前，下5、下6在外侧面。各点位置与邻近的解剖关系如下(图6、7)：

下1 靠跟腱内缘。

下2 内侧面中央，靠胫骨内侧缘。术者用指由跟腱向前摸到胫骨缘处即是。

下3 胫骨前嵴向内一厘米。

下4 在胫骨前嵴和腓骨前嵴的中间点。术者分别用两手的拇指端摸清胫骨和腓骨的前嵴，取其中间点。

下5 外侧面中央，靠腓骨外嵴，在骨嵴和邻近的(腓骨长肌)肌腱所形成的浅沟处。

下6 靠跟腱外缘。

这样，腕踝部六个进针点排列的位置和身体六个区相同，即1和6相对，2和5相对，4在内外侧面的交界，3在内侧面的外方较少用，所以，常用的进针点腕踝部各五个。



图 6 踝部进针点位置

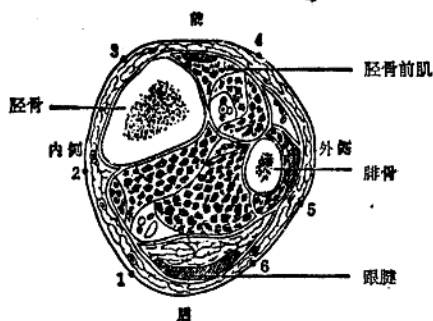


图 7 右侧踝部横断面,示踝部进针点与解剖关系

选点方法：进针点的编号和身体各区的编号是一致的，所以只要查明病症所在的区后，就可按区选取同一编号的进针点，例如：1区的病症针1，2区的病症针2，余类推；上下之区亦当分别进针。至于各区的具体病症则再作进一步归类。下述各项可作选点时依据：

1. 以中线为界,进针点取在与病症同侧。
2. 以横线为界,上半身病症针腕部,下半身病症针踝部。
3. 若病症恰位在中线,要针两侧,如气管炎应针两上1。
4. 有几种症状同时存在时,要分析症状的主次,如症状中有痛,首先按痛所在区选点。
5. 四肢有运动障碍,如瘫痪、震颤,发生在上肢的针上5,下肢的针下4。

6. 全身或不能定位的病症,如全身瘙痒症、荨麻疹、盗汗、失眠或某些精神症状等,都可针两上1。

进针点与主治病症 下面所列各进针点的一些主治病症是在长期实践的基础上按区归纳的,供参考(见表1)。

表1 各区病症与进针点

分区及进针点	主 治 病 症
上1	前额痛、眼睑肌痉挛、麦粒肿、结膜炎、流泪、眼球胀痛、视力模糊、视力减退、鼻塞、流涕、嗅觉丧失、三叉神经痛、前牙痛、舌苔厚、流涎、咽炎、气管炎、恶心、呕吐、烦渴、心绞痛、心动过速。 不能定位病症: 高血压, 一侧或全身皮肤感觉麻木、全身皮肤瘙痒症、荨麻疹、眩晕、盗汗、寒颤、失眠、惊梦、夜游症、癫痫、癫痫后朦胧状态、癔症性精神病等。
上2	额前部痛、腮腺炎、后牙痛、颌下淋巴结痛、带状疱疹、胸痛、胸闷、回乳、哮喘、手掌痛、指端麻(+)等。
上3	颞浅动脉痛、胸痛(腋前线部位)、高血压。
上4	头顶部痛、耳痛、耳鸣、耳聋、下颌关节功能紊乱症、肩周炎(三角肌前缘处痛)、胸痛(腋中线部位)、拇指关节扭伤(+)等。
上5	颈后部痛、落枕、肩痛、肩周炎(三角肌中点痛)、上肢感觉障碍、上肢运动障碍(瘫痪、肢颤、指颤、舞蹈症)、肘关节痛、腕关节扭伤、指关节痛、冻疮(手背部)(+)等。
上6	后头颈部、颈胸椎与椎旁痛、肩周炎(三角肌后缘处痛)等。

(续上表)

下1	上腹部胀、痛,胆道蛔虫症、脐周痛、急性肠炎、遗尿、尿滞留、痛经、白带多、阴部瘙痒症、月经量过多、腓肠肌(内侧)痛,脚跟痛(↓)等。
下2	肝区痛、胆囊痛、侧腹痛、腹股沟淋巴结痛、膝关节内侧痛等。
下3	膝盖(内缘)痛等。
下4	股外侧皮神经炎、膝关节炎、下肢感觉障碍、下肢运动障碍(瘫痪、肢颤、舞蹈症)、脚背痛、趾间湿疹(↓)等。
下5	髌关节炎、腓外侧痛、踝关节扭伤(↓)等。
下6	腰椎棘突与椎旁痛、腰扭伤、髋髂关节痛、坐骨神经痛、腓肠肌(外侧)痛、脚前掌痛(↓)等。

注: (↓)表示针尖方向朝指(趾)端病症处刺。

(三) 针 法

通常采用 30 号的 1.5 寸不锈钢毫针较好。病人体位不限,但针刺部时最好取卧位,针刺部位肌肉尽量放松。

首先通过了解病情和查体,确定病症所在的区。如病人的主诉中有痛,要进一步检查有无压痛点,它的位置和对指压的反应(“+”只诉痛,“++”有皱眉,“+++”局部肌肉或肢体收缩,“++++”叫痛并有全身躲避反应)。然后即可确定针刺方向和进针点位置。针刺方向以针尖朝病端为原则,一般朝头端,若症状在手脚部位(腕或踝关节扭伤、手或脚背冻疮等),针朝向指端。进针点位置一般不变,如遇下列三种情况,可考虑适当移位:①针要刺过的皮下有较粗的血管;②针尖刺入皮肤处有显著刺痛;③针朝指端刺等情况,进针点就要沿纵线方向适当移位,但勿向旁移位(离点不离线),在这种情况下点的位置虽移动,取点的方法仍然不变。而后用 75% 酒精棉球将针体与皮肤消毒,已消毒过的针体勿再用手接

触，皮肤的消毒区域应稍大，以免针体贴近皮肤表面时受感染。

针刺步骤：有进针、调针、留针和拔针。

1. 进针：用指持针柄时，食指和中指末节的中部在柄上，拇指关节微屈置指端于柄下，无名指在中指下夹住针柄，小指置在无名指下。用另一手之拇指拉紧皮肤。针尖刺入皮肤时，使针体与皮肤呈 30° 角(图 8)。用拇指端轻旋针柄，食指和中指不动，以免因针体摆动影响角度造成针尖刺过皮肤困难。为了使针体刺在皮下的位置尽可能紧贴真皮下(见图 9)，针尖刺入皮下的深度须掌握好。有三个标志可供判断：①针尖刺入皮层

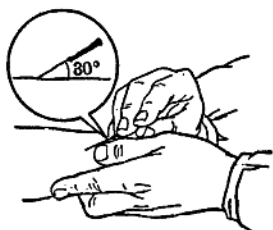


图 8 针尖刺入皮肤手势示意图

时可能轻微刺痛，但痛感消

失较快；②针尖阻力由紧转松；③在估计针尖已刺过皮肤后即可放开持针的手指，要求针自然垂倒并贴近皮肤表面，针尖将皮肤挑起约 0.2 厘米大小皮丘，如针尖刺



图 9 针体紧贴真皮下示意图

入皮下过深，应将针轻轻后退并再观察是否能完全卧倒。三个标志中③是主要的。然后将针循纵线沿皮下平刺插入，但针 1 或 6 点时，要使针体与腕部或踝部的边缘平行，才能保持针刺在皮下。进针求快，而推针要慢，不必捻针，注意要表浅，要松，要不引起酸、麻、胀、重、痛感觉，若有阻力或如上感觉都表示针刺入较深，可退针后提表浅插入。针推进皮

下的长度一般约 1.4 寸。留针片刻后,可观察原有痛、痒以及某些功能受阻症状(例如坐骨神经痛时腿上抬受限)的消失与变化情况如何,以便酌情考虑是否予以调针。各点进针后针的位置(见图 10~11)。

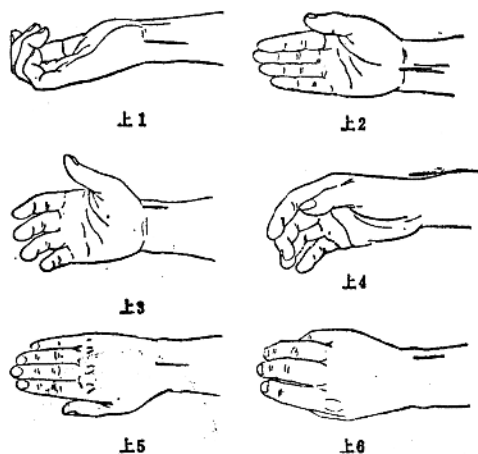


图 10 腕部各点进针后针位示意图

2. 调针: 这是操作方法中常能影响疗效的一个步骤。应用调针只是在针刺的当时就能判断疗效欠佳的那些情况下施行;对于一时无法判断疗效的一些症状,如失眠、遗尿、白带多等,就毋庸调针。进针后若原有的一些症状未能消除,在方法上可能有以下原因:

(1) 针不够表浅 这种情况比较多见。因针刺的部位实际上在前臂和小腿的远端,这里上端粗下端细,进针时虽然力