

第一篇 内 科 疾 病

上呼吸道感染

概说

凡鼻腔、咽喉部受病原微生物感染引起的黏膜急性炎症，称上呼吸道感染。其中病毒引起者占90%以上，常伴细菌感染。主要临床表现为鼻塞流涕、喷嚏、咽喉部干痒疼痛、咳嗽音哑等上呼吸道感染症状。婴幼儿可有发热吐泻甚至发生高热惊厥，且容易并发支气管炎和肺炎。本病在中医文献中概称为“感冒”或“伤风”。多由外感风邪、起居失宜、寒温失调而发病。

一、体针疗法(一)

取穴：下都

操作：患者自然握拳，掌心向下，于其手背第四、五指缝尖上方5分处，避开浅静脉，用毫针顺掌骨间隙刺入0.5~1寸，左右捻转，局部可有酸胀麻电感，向指和臂肘放射。一般取单侧即可，如10分钟后效果不好，可加刺对侧。留针15~30分钟，每10分钟运针1次。

疗效评价：治疗394例上呼吸道感染患者，症状全部消失者247例(63%)；基本消失82例(21%)；明显改善36例(9%)；好转20例(5%)；无效9例(2%)。总有效率为98%。

资料来源：申健·感冒一针灵。河南中医，1986；(4)·

二、体针疗法(二)

取穴：大椎 风池 曲池

操作：取正坐位，垂肩，头微低，大椎针0.8~1.2寸，行提插手手法，短促行针，余穴均用捻转手法，留针1~2小时，每10~15分钟行针1次，日针1次。

疗效评价：针后1小时体温开始下降，2小时后可下降0.5℃~2℃，一般针1~3次即愈。

资料来源：孙学全·针灸临证集验。第一版，济南：山东科学技术出版社，1980:3。

三、体针疗法(三)

取穴：合谷 复溜

操作：①无汗补合谷泻复溜，针合谷时双手各持30号1寸毫针，右手刺患者左手，左手刺患者右手。均以食指向前着力，拇指向后配合，以45度~90度捻转进针，然后针尖随着向前捻转逐渐插入，深约0.5寸，得气后继续如法捻转9次，向前捻转的同时按压针柄，使针下实，但保持针尖深度不变。复溜用泻法，双手各持30号1寸毫针，右手刺患者左足，左手刺患者右足。均以拇指向前着力，食指向后配合，以180度~360度捻转进针，然后针柄退回原处，针尖随着向前捻转逐渐插入，深约0.5寸，得气后继续如前法捻转6次，向前捻转的同时提起针柄，使针下空虚，但保持针尖深度不变。各留针30分钟左右，留针时如患者尚未能安静，每隔5~10分钟如法间歇行针1次。

②多汗泻合谷，操作与上述同侧复溜相同，复溜用补法，操作与上述同侧合谷相同，各留针30分钟左右，如法间歇行针1～3次。

资料来源：胡熙明·针灸临证指南。第一版，北京：人民卫生出版社，1991:97。

四、脚踝针疗法

取穴：上1双侧

操作：每日1～2次，每次留针20～30分钟。

资料来源：上海六·二六新针疗法门诊部·针刺疗法。第一版，上海人民出版社，1977:251。

特殊穴释：上1——位于腕横纹上二横指，小指侧的尺骨缘前方，用拇指按压的最凹陷处。

五、艾灸疗法

取穴：大椎

操作：患者俯卧或端坐低头，用艾条温和灸其大椎穴，每次20分钟，或用隔姜灸，每次3～5壮，每日2～3次，均防皮肤灼伤。

疗效评价：治疗21例上呼吸道感染患者，均获显效。

资料来源：曹仁和·流感独灸大椎治疗21例。江苏中医杂志，1986，7(5):33。

六、灯火灸疗法

取穴：选用前胸后背反应点，形状呈丘疹，稍突出皮肤表面，呈暗红色、浅红色或灰暗色，压之不褪色。

操作：用酒精棉球消毒前胸后背反应点，先将香油或豆油放在小盘内，选用针柄压丘疹上，使丘疹凹陷不起，然后用2～3寸灯心草向小盘内蘸油，燃着后对准丘疹处，迅速点丘疹上，随即离开，火即灭，点处有粟米状伤痕，点后不要洗澡，防止感染。

资料来源：胡熙明·针灸临证指南。第一版，北京：人民卫生出版社，1991：95～96。

七、拔罐疗法

操作：患者取坐位，头前倾，用手支撑床沿或椅背，裸露脊背部，在背部督脉和足太阳膀胱经循行部位，涂一层薄薄的石蜡油。采用闪火法拔罐，先吸拔背部大椎穴区，然后手扶罐体沿督脉循行路线慢慢向下推移到至阳穴处，再向上推移至大椎穴区。如此反复推移6～8次，使局部皮肤潮红或瘀血，留罐于大椎穴区。用上述同样方法，将火罐吸拔背部大抒穴区。沿膀胱经循行路线将火罐往返推移于大抒穴与膈俞穴区间，留罐于风门穴区。如伴咳嗽，可加拔两侧肺俞区。留罐均为3～5分钟，每日或隔日治疗1次。

疗效评价：治疗41例上呼吸道感染患者，治愈率70.73%，总有效率95.12%，治疗次数均在1～4次之间。

资料来源：吴漱玉等·推罐治疗感冒介绍，江苏中医杂志，1985；(11):37。

八、刺血疗法

取穴：少商 中商 老商

操作：“三商穴”用三棱针点刺微出血，日针一次。

资料来源：孙学全·针灸临证集验。第一版，济南：山东科学技术出版社，1980：4。

九、穴位注射疗法

取穴：肺俞 天突 定喘

操作：取硫酸链霉素 1 克，用 5 毫升注射用水稀释，以 5 毫升针筒、6.5 针头吸入链霉素药液 3 毫升，分注上穴（儿童减量）。肺俞、定喘取单侧，左右交叉，天突穴进针时，先直刺 2 分深，再沿胸骨柄后缘进入 1 寸左右，上下提插，得气后缓缓注入药液。

资料来源：张翠莉·穴位注射治疗顽固性咳嗽。江苏中医杂志，1987；（8）：21。

流行性腮腺炎

概说：

流行性腮腺炎，是由流行性腮腺炎病毒所致的急性呼吸道传染病，以发热、耳下腮腺非化脓性肿胀、疼痛为特征，青春期可并发睾丸炎或卵巢炎，且具有流行发病的特点。中医称本病为“痄腮”、“蛤蟆瘟”，认为由外感风温时毒，内动脏腑伏热，热毒壅阻少阳胆脉，郁而不散，结于腮颊而发病。

一、体针疗法(一)

取穴：率谷 合谷

操作：取率谷穴，进针1.5寸深，向耳尖部直刺（沿皮刺），使针感直达患部。合谷进针1寸深，针感向上传，效果更佳。一般用平补平泻手法，留针10分钟，每日1次，5次为1疗程。

疗效评价：治疗50例流行性腮腺炎患者，痊愈45例，好转4例，无效1例。

资料来源：杨兆勤·针刺治疗流行性腮腺炎50例疗效观察。河南中医，1986，(1):35。

二、体针疗法(二)

取穴：翳风 颊车 合谷

操作：采用泻法快速进针，得气后立即摇其针孔而出针，并使其出血少量。每日1次，连针3次。治疗期间忌食辛辣、鱼虾等。发热加曲池，肿痛加刺少商出血，睾丸肿痛加太冲、三阴交。

疗效评价：治疗23例流行性腮腺炎患者，痊愈21例，好转1例，无效1例。有效率95.6%。

资料来源：彭相体·针刺治疗流行性腮腺炎23例。江西中医药，1984，(5):53。

三、体针疗法(三)

取穴 阿是穴

操作：用圆形刺法，先在肿块顶端向其中心刺1针，再

， 8 ，

根据肿块大小，在肿块周围基底部向对侧刺3~5针，针夹刺至对侧皮下，均用提插捻转手法，留针30~60分，10分钟行针1次、日针1次。

疗效评价：临床治疗71例病人均获痊愈，治疗次数最少者1次，最多者7次，一般2~4次。

资料来源：孙学全·针灸临证集验。第1版，济南：山东科学技术出版社，1980:143。

四、艾灸疗法(一)

取穴：列缺

操作：小艾条一端蘸桐油少许，点燃后对准患侧列缺穴迅速点灸，一触即起。此时该穴处可发出清脆的“噎”一声响，则为操作成功。点灸后局部起小水泡，数日后结痂自愈。如两侧腮腺炎同病，双侧列缺同灸。点灸1次后，痛即缓解，腮腺部位逐渐消肿。

疗效评价：治疗86例流行性腮腺炎患者，除并发睾丸炎1例、颌下腺炎1例加用抗生素外，其余全部灸愈。

资料来源：杨兆惠·灯火灸列缺穴治疗流行性腮腺炎。湖南中医杂志，1988，(6):26。

五、艾灸疗法(二)

取穴：角孙

操作：令患者坐位，取其患侧角孙穴，以右手握、食指持一根火柴，棒头对准暴露的穴位(局部有头发应剪掉)，擦燃后(勿使棒头火旺)立即快速点燃穴位皮肤，一点即起，以发出清脆的“噎”声为准。如不成功则再点烧一次。若两侧腮

腺发病则两侧穴位均点灸。一般点灸后次日即愈。一次未愈者，可在原穴上再点灸一次，点灸时患者只感到一过性疼痛，局部皮肤有轻度烧伤，不必作任何处理，亦无任何副作用。个别患者如烧伤处有感染，涂点龙胆紫药水即可。

疗效评价：治疗210例流行性腮腺炎患者，除2例并发睾丸炎配合体针治疗痊愈外，其余均用本法治疗1~2次痊愈，无1例不良反应。

资料来源：王松等·火柴棒灸角孙穴治疗疟腮210例。辽宁中医杂志，1987，11(6):26。

六、刺血疗法(一)

取穴：耳部无名穴 少商

操作：用三棱针点刺耳部无名穴二、三分深，出血，然后再刺少商穴。患部在右边，刺左侧；患部在左边，刺右侧。

疗效评价：一般二至三次即愈。

资料来源：河北省中医研究院·十万金方。第一版，石家庄：河北人民出版社，1960:30。

特殊穴释：耳部无名穴：耳壳外缘，用手摸有小疙瘩的部位。

七、刺血疗法(二)

取穴：角孙

操作：常规消毒，用三棱针挑刺1~3下，轻挤微出血，每日1次，左患刺右，右患刺左，双侧患刺双侧。一般1~3次肿痛止。

疗效评价：治愈600余例，无一例化脓溃破。

资料来源：张道廉·简法治疗腮腺炎。1982，(8):40。

八、刺血疗法(三)

取穴：少商 合谷

操作：将少商穴严格消毒，用三棱针点刺挤出3～6滴血。再配合针刺合谷，施平补平泻，不留针，每日1次。

资料来源：南正九·针灸三法的应用。第一版，兰州：甘肃科学技术出版社，1990：91。

流行性乙型脑炎

概说：

流行性乙型脑炎是由乙脑病毒所引起的急性中枢神经系统传染病，通过蚊虫传播，多发生于儿童，流行于夏秋季。临床以高热、意识障碍、抽搐、脑膜刺激征等为特征。重症常发生呼吸衰竭，并可留有神经系统后遗症。本病属中医“暑温”、“伏暑”等病症范畴，因感暑热疫毒，热毒壅盛，上攻于脑而发病。

一、体针疗法

取穴：合谷 百会 尺泽

操作：先用毫针刺百会，向后斜刺四、五分，再直刺唇谷一寸五分。二穴均捻转进针，用泻法，留针40分钟。尺泽

用三棱针放血10毫升左右。

资料来源：河北省中医研究院·十万金方。第一版，石家庄：河北人民出版社，1960：4。

二、穴位注射疗法

取穴：八华 身柱

操作：每次选八华穴一对，身柱一穴，注射用水每穴注入2毫米或维丁钙注射液0.5~1毫升，每日1次。

疗效评价：治疗156例流行性乙型脑炎患者，平均有效率为92%。

资料来源：康桂文等·八华穴注射维丁钙防治哮喘。天津医药，1977：600。

三、穴位割治疗法

取穴：膻中 肺俞 定喘

操作：每次取一穴，作常规消毒，局部浸润麻醉，用手术刀作纵形切口，长约0.5~0.8厘米，深达皮下(不宜过深)，以直血管钳分离切口，暴露脂肪组织，并摘去黄豆至蚕豆大皮下组织之后，血管钳深入切口略施刺激至患者有明显酸胀或沉重感后取出，不作缝合，以消毒纱布覆盖，两次割治间隔7~10天左右，3次为1疗程。

疗效评价：单纯割治法治疗116例流行性乙型脑炎患者，有效率79.31%。

资料来源：张仁·急症针灸。北京：人民卫生出版社，1988：172。

病毒性肝炎

概说：

病毒性肝炎是由肝炎病毒引起的消化道传染病。主要病变为肝细胞变性、坏死及肝脏间质性浸润，常见临床表现有食欲减退、恶心呕吐、腹胀、发热、黄疸、肝区疼痛、肝大压痛及肝功能不同程度损害等。由于致病病毒不同，临床有甲型、乙型、非甲非乙型肝炎之分。此外，依据病理、病程，本病又有急、慢性之别。本病相当于中医的“黄疸”、“胁痛”、“郁症”等范畴。中医认为本病是由于饮食不节、嗜食肥甘，致使湿热内生，复加外感湿热疫毒，内外之邪阻于中焦而发病，其病程属湿热交蒸，脾胃升降失职，肝胆疏泄失常。

一、针灸疗法(一)

取穴：阳陵泉透阴陵泉 足三里 太冲

操作：平补平泻，进针快，留针15分钟，留针期间捻针6~7次，10天为1疗程。针至黄疸消退，症状体征完全消失，肝功能检验、肝脏超声波复查正常为止。腹胀纳差配中脘，恶心呕吐配内关，胁痛配章门。针刺期间不另投中西药物。

疗效评价：治疗53例病毒性肝炎患者，治愈48例，好转5例。有效率100%。

资料来源：冀文国·针刺治疗阳黄证53例。河南中医，1990，(5):33。

二、体针疗法(二)

取穴：黄疸期：①足三里 至阳 胆俞 ②阳陵泉 蠡沟 肝俞

黄疸消退期：①足三里 三阴交 肝俞 ②三阴交 阴陵泉 脾俞

操作：针具严格消毒，防止交叉感染，每日针刺1次，每次留针15~30分钟，隔5~10分钟行针1次（小儿不留针），每组穴位隔日交替使用，7~10天为一疗程。每疗程间休息2天。黄疸期第一组穴可配大椎、太冲，疗效较好。发热配合谷、曲池；腹痛、腹泻配天枢、公孙；腹胀、食欲不振配中脘；恶心呕吐配内关；肝郁不舒配章门；胁痛配期门。另外，三阴交穴常规消毒，针刺1.5厘米左右，得气后缓慢注射维生素B₁₂，每侧0.1~1毫升，每日注射1次，可大大提高疗效。

疗效评价：共治135例病毒性黄疸型肝炎患者，其中84例单纯针刺治疗，痊愈77例，好转3例，无效4例。总有效率95.2%，治愈率91.7%。另51例针刺加穴位注射，痊愈49例，好转1例，无效1例。总有效率98%。

资料来源：刘汉城等·针刺治疗急性病毒性黄疸型肝炎——附135例临床观察。湖南中医杂志，1988，(6):21~23。

三、体针疗法(三)

取穴：曲池 照海 丘墟

操作：针刺曲池，丘墟透照海，若黄疸加腕骨，至阳。

资料来源：贺普仁·针灸治痛。第一版，北京：科学技术文献出版社，1990:96。

四、激光针刺疗法

取穴：足三里 肝俞

操作：用氦氖激光双管治疗机，波长为6328埃，输出功率为10毫瓦，光斑直径1.5厘米，照射距离为10厘米左右，每日照射1次，每次每穴照射15分钟，20次为1疗程。

疗效评价：共治疗78例急性病毒性黄疸性肝炎患者，近期治愈73例，好转2例，无效3例，总有效率96.2%。

资料来源：王富龙等·激光针刺治疗急性病毒性黄疸性肝炎78例疗效观察。黑龙江中医药，1990，(6):39。

五、穴位封闭疗法

取穴：足三里

操作：用维生素B₁₂100ug进行三阴交穴位封闭，每日一次(一个穴位)。

疗效评价：(一)临床症状改善：绝大多数在5天内消失。(二)主要体征的缓解：皮肤巩膜黄染绝大多数在2周内完全消退。(三)肝功恢复情况：GPT恢复正常第一、二、三周分别为11、19、6例，I.I恢复正常第一、二、三周分别为8、21、7例；TTT恢复正常第一、二、三周分别为6、20、10例。(四)远期疗效：出院随访半年，无一例肝功出现异常。(五)HBsAg转阴问题：21例HBsAg阳性病人，共转阴13例。

资料来源：张凤文·穴位封闭治疗急性黄疸性肝炎36例疗效分析。黑龙江中医药，1989，(4):39。

细菌性痢疾

概说：

细菌性痢疾是由痢疾杆菌引起的一种常见肠道传染病，以结肠化脓性炎症、弥漫性溃疡为主要病理变化。主要临床表现为畏寒发热、腹痛、腹泻、排脓血便及里急后重，一般分为急性和慢性两种，本病中医亦称痢疾，病因多为外受湿热、疫毒之气，内伤饮食生冷，损伤肠胃而成，病机为湿热、疫毒、寒湿之邪壅塞肠中，气血与之搏结，气滞血凝，腐败化为脓血而下利赤白。

一、体针疗法(一)

取穴：天枢 上巨虚 足三里

操作：以泻法为主，针刺得气后，紧提慢按结合捻转反复运针，刺激强度可适当增大，留针30~60分钟，留针期间宜多次运针，增强针感。

疗效评价：急性菌痢临床治愈标准：① 临床自觉症状消失，大便成形。② 大便镜检三次阴性。③ 细菌培养阴性，针灸治愈率90%以上。

资料来源：张仁·急症针灸。北京：人民卫生出版社，

二、体针疗法(二)

取穴：尺泽 合谷 足三里

操作：先用三棱针刺尺泽，出血二至三毫升，再以毫针刺合谷、足三里各3分。合谷用补法，足三里用泻法，留针1小时。

疗效评价：一次即痊愈。

资料来源：河北省中医研究院·十万金方。第一版，石家庄：河北人民出版社，1960:11。

三、艾灸疗法

取穴：神阙

操作：取仰卧位，医者手持点燃艾条，用回旋移动法灸烤神阙部位，灸至腹内温热，腹痛症状减轻或消失为度。

疗效评价：针灸治疗菌痢之近期及远期疗效均很满意，有灭菌作用。

资料来源：孙学全·针灸临证集验。第一版，济南：山东科学技术出版社，1980:141。

四、穴位注射疗法

取穴：脾俞 大肠俞 足三里

操作：每次选2~3穴，每穴注射药液（维生素B₁₂10毫克/毫升（或维生素B₁₂（15毫升）0.5~1毫升，隔日1次。

资料来源：陈积祥·针术临床实践。第一版，西安：陕西科学技术出版社，1984:112。