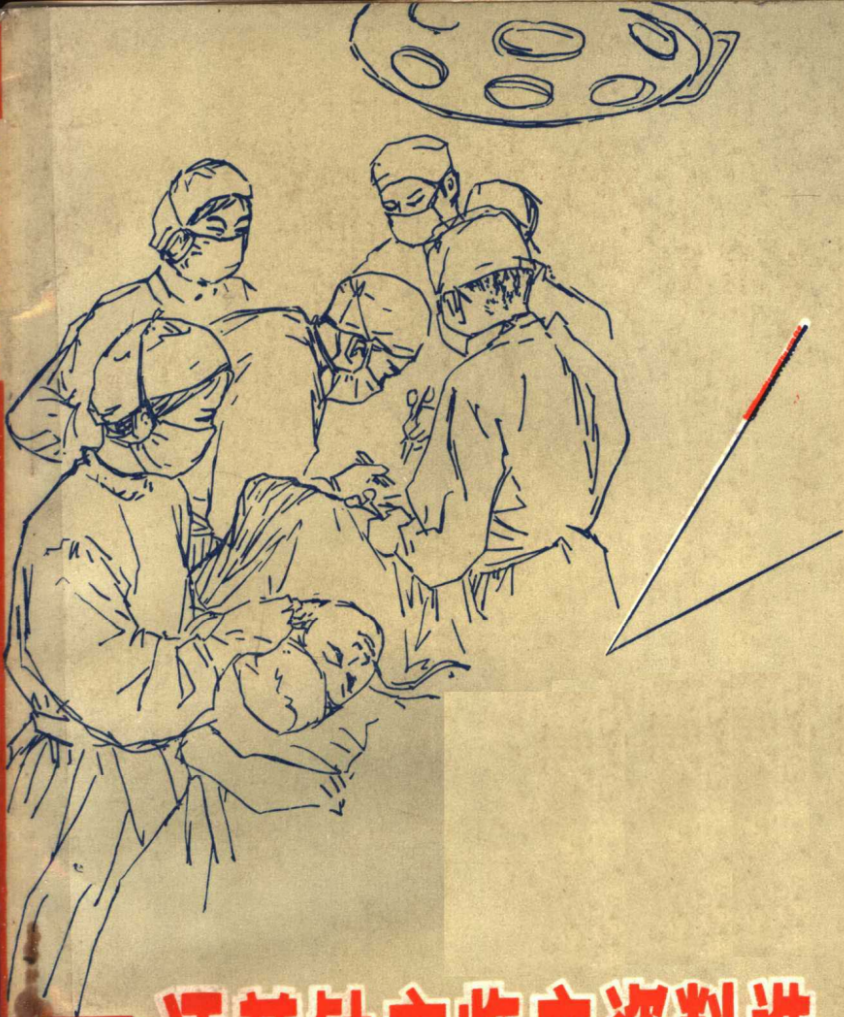




江苏针麻临床资料选

江苏人民出版社

4.4225
45

江苏针麻临床资料选

江苏针刺麻醉研究协作组编

*

江苏人民出版社出版

江苏省新华书店发行

常州人民印刷厂印刷

1973年8月第1版

1973年8月第1次印刷

印数 1—10,000册

书号14100·03 每册0.19元

(内部发行)

前 言

针刺麻醉是我国广大医务人员遵照毛主席的教导，实行中西医结合所取得的新成就，是医学科学的一项新发展。近十几年来，特别是无产阶级文化大革命以后，我省和全国各地一样，针刺麻醉得到迅速开展。从事这方面工作的同志，在临床中逐步积累了一些初步体会，需要总结、交流和提高。为了适应这种形势，进一步普及针刺麻醉，我们汇集了省内部分单位的临床体会，编成这本小册子，仅供参考。

关于针刺麻醉的理论原理和临床应用，目前国内正在进行热烈讨论，存在着各种认识，这种情况在本书的几篇文章中也有反映，我们对此没有强求统一，希望留待今后进一步的临床实践去验证、深化。

由于水平有限，加上各单位的体会也只是初步的总结，因此，缺点错误在所难免，恳切欢迎读者提出宝贵意见。

江苏针刺麻醉研究协作组

一九七三年一月

目 录

鼻针麻醉的临床应用

淮阴地区人民医院..... 1

耳针麻醉下施行850例胃大部切除术的报告

江苏新医学院第二附属医院..... 12

耳针麻醉下胃大部切除术的操作技术改进

江苏新医学院第二附属医院..... 21

人中、承浆针刺麻醉（简称唇麻）的临床应用

灌云县人民医院 灌云县妇幼保健所..... 27

华佗挟脊赤医针麻醉在胸腹部手术的应用

盱眙县人民医院..... 32

耳针麻醉在胸科手术的应用

南京市结核病防治院..... 44

针刺麻醉在耳鼻咽喉手术的应用

南京市鼓楼医院..... 52

针刺麻醉临床效果的初步观察和试验

江苏新医学院第一附属医院..... 58

面针麻醉的临床应用

涟水县人民医院..... 66

手针麻醉的临床应用

清江市人民医院..... 71

鼻针麻醉的临床应用

淮阴地区人民医院

鼻针麻醉是在鼻针疗法基础上发展起来的。据文献记载，鼻与人体脏腑、气血、四肢等都有联系。《灵枢·五色篇》说：“五色独决于明堂，明堂者鼻也。”《疮疡全书》也说：“鼻居面中，为一身之血运。”这都说明鼻针有调节人体机能的作用。

我院在1970年8月，首次运用鼻针麻醉为贫农社员谢××成功地施行了心包造口引流术。以后两年多来，在鼻针麻醉下，我们共开展头、颈、胸腹、四肢及脊柱等各部位的手术94种，821例。其中男性371例，女性304例，年龄最小的9岁，最大的73岁。手术时间最长的达8小时之久。手术结果，成功率达到96.4%。其中包括优级480例，占58.8%；良级230例，占27.9%；尚可79例，占4.7%；失败29例，占3.6%。

临床实践证明，鼻针麻醉同其他针刺麻醉一样，具有安全有效，生理扰乱少，适应症广，术后恢复快，操作简便等优点。而且鼻穴针刺疼痛感较轻，沉重、麻木、酸胀感较明显，比较容易“得气”。

一、鼻针的穴位

鼻穴循着三条线分布。第一条线起于前额正中，止于鼻

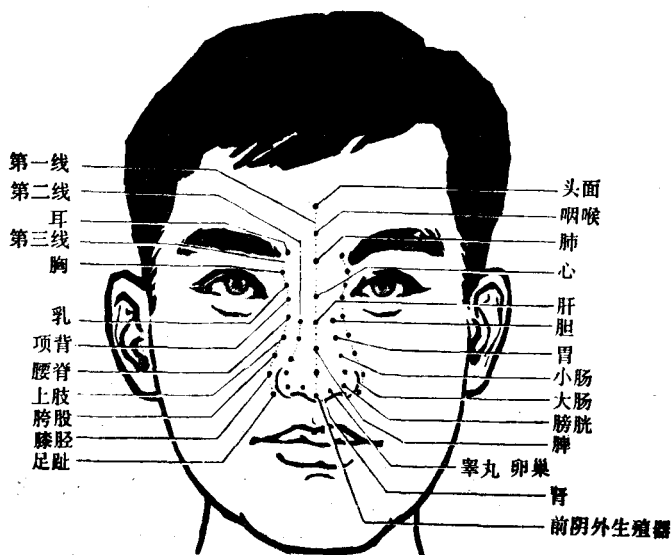
尖端，即鼻之正中线，循此线分布有10个穴位。第二条线起于肝穴相平处，紧靠鼻梁骨两侧，左右各一行，止于鼻翼壁之下端尽头，每行分布5穴，共10个穴位。第三条线起于眉内侧端，下行于第一线外方1~2分处，至鼻翼尽端为止。此线在鼻沟处呈对称，左右各一行，每行9穴，共18穴。以上总共38个穴位，其中包括15个双侧同名穴。详见下表及图。

鼻 穴 部 位 表

	穴 位 名 称	部 位	单、双穴
第 一 线	头 面	额正中处，眉心至前发际中点的连线上中心点	单 穴
	咽 喉	头面穴与肺穴之间的中心点	单 穴
	肺	两眉内侧端连线的中点（即眉心）	单 穴
	心	两目内眦连线的中点	单 穴
	肝	鼻梁最高点的下方，两颧连线与鼻正中线交叉点，心穴与脾穴连线的中点	单 穴
	脾	位于鼻正中线，心穴与前阴穴连线的中点	单 穴
	肾	位于鼻正中线，脾穴与前阴穴连线的中点	单 穴
	前 阴	鼻尖端	单 穴
	辜丸(男)卵巢(女)	鼻尖之两侧，左右各一	双 穴
第 二 线	胆	目内眦下方，肝穴之外侧	双 穴

二 线	胃	胆穴之下方，脾穴之外侧	双穴
	小 肠	胃穴之下方，鼻翼上三分之一处	双穴
	大 肠	小肠穴之下方，鼻翼之正中	双穴
	膀 胱	大肠穴之下方，鼻翼壁尽处	双穴

第 三 线	耳	眉之内侧端处	双穴
	胸	眉棱骨之下，目窝内上	双穴
	乳	睛明穴之上方	双穴
	项 背	睛明穴之下方	双穴
	腰 脊	两颧骨之内侧，与肝穴相平	双穴
	肩臂肘手(上肢)	腰脊穴之下方，与脾穴相平	双穴
	胯 股	上肢穴之下方，与鼻翼上部相平	双穴
	膝 胫	胯股之下方	双穴
	足 趾	膝胫穴之下方，与膀胱穴相平	双穴



鼻针麻醉穴位图

二、常用手术针麻处方举例①

根据中医“肺主皮毛”的理论，鼻针麻醉的处方是以“肺”穴为基本穴位，同时按照不同手术和不同的手术部位，加用其它相应穴位。现将常用的手术处方举例如下：

(一) 头面部手术

腮腺混合瘤摘除术：肺、头面。

头部脂肪瘤切除术：肺、头面。

(二) 颈部手术

① 处方中除注明双穴者外，均为单穴。

甲状腺大部切除术：肺、咽喉。

甲状舌骨瘻切除术：肺、咽喉。

(三)胸部手术

单纯乳腺癌根治术：肺、胸透乳。

胸椎结核病灶清除术：肺、胸、项背。

心包造口引流术：肺、心。

动脉导管切断缝扎术：肺、心。

二尖瓣狭窄分离术：肺、心。

肺叶(段)切除术：肺、胸。

食管癌切除术：肺、胸。

(四)腹部手术

阑尾切除术：肺，小肠透大肠(双穴)。

疝修补术：肺、小肠透大肠(双穴)。

胃大部切除术：肺、胃(双穴)。

脾切除术：肺、脾。

胆囊切除术：肺、胆(双穴)。

肠切除后吻合术：肺、小肠透大肠(双穴)。

鞘膜翻转术：肺，前阴，睾丸。

膀胱切开取石术：肺，前阴、膀胱。

输卵管结扎术：肺、前阴、卵巢。

子宫切除术：肺、前阴、卵巢。

剖腹产术：肺、前阴、卵巢。

(五)四肢及骨科手术

下肢截肢术：肺、胯股。

上肢截肢术：肺、上肢。

股骨骨折开放复位术：肺、胯股。

尺桡骨取除钢板术：肺、上肢。

下肢巨大橡皮肿切除术：肺、膝胫透足趾。

三、鼻针麻醉方法

(一)术前准备

1.做好病员的思想工作。医务人员要向病员耐心地介绍鼻麻方法、效果和特点，解除不必要的顾虑。对鼻麻目前存在的不足之处及手术过程中可能出现的不适感，也要向病员讲清楚，并说明出现这些情况时应如何配合。在必要时，有的还要进行术前练习，如练习腹式呼吸和气功等。

2.试针。术前可选一、二个穴位给病员试针。通过试针能了解病员对针刺的反应及“得气”情况。试针可结合治疗进行，刺激量不宜过大，应以病员易于接受的电量为宜，否则反而造成恶性刺激。对已有针刺体会的病员或急诊手术者，应从实际情况出发，不强求一律试针。

(二)操作步骤

1.扎针前准备。做好常规工作。例如测定血压和脉搏，进行静脉输液，放置好手术体位等。

2.进针

(1)消毒后以30—32号一寸长的不锈钢毫针直立刺入皮下，用轻缓手法捻转，再斜刺(或透穴)入所选穴位。因鼻部肌肉薄，感觉灵敏，容易“得气”，故不需要深刺、强刺。

(2)第一线穴位进针方向，一般是由上向下斜刺，但“肾”穴和“前阴”穴须直刺。“举丸”穴或“卵巢”穴则要向“膀胱”穴方向斜刺。

(3)第二线穴位进针，应向第三线方向斜刺。

(4)第三线穴位进针的方向是，“耳”穴向“心”穴方

向斜刺；“胸”穴向“乳”穴方向斜刺；其他穴位均沿鼻沟向下斜刺。

(5)进针深度一般以1—1.5厘米为宜，不能刺在骨膜或软骨上，亦不能刺通。

3. 诱导

(1)诱导时间：15—30分钟。

(2)刺激量：一般从最小刺激量开始，以后由弱到强逐渐增大，直到病员能够接受的最大酸、麻、胀、重感觉为止。

4. 术中刺激量的掌握。在手术的各个操作步骤中，针麻人员要密切观察病员的反应，及时按照需要调节刺激强度。病员安静、无不适感觉时，刺激量宜弱；而在切皮、切腹膜、探查、牵拉内脏时，刺激量则宜强。

(三)辅助用药

1. 术前辅助用药

(1)术前半小时肌注鲁米那钠0.1克，硫酸阿托品0.5毫克。

(2)术前10分钟静脉缓注杜冷丁50—75毫克。

2. 术中辅助用药。术中病人反应不佳，可酌情追加杜冷丁或异丙嗪等辅助药物。对刺激大的手术步骤，如缝合皮肤、剥离骨膜、探查等，估计有的病人可能出现疼痛反应，则也可以预先给药。如手术进行有困难，可使用少量局部麻醉药物。

四、典型病例介绍

(一)熊××，女，44岁。病案号：721602

诊断：左小腿橡皮肿。

手术名称：橡皮肿切除植皮术。

取穴：肺、膝胫（双）。

诱导时间：25分钟。

辅助用药：术前30分钟肌注苯巴比妥钠0.1克，阿托品0.5毫克。切皮前15分钟静脉缓注杜冷丁75毫克。

术中反应：切皮前，于左大腿中部上止血带（压力约300毫米汞柱），有局部酸胀感。切皮后，分离皮下肿胀组织时有微痛。切除皮肿组织，则无任何不适。术中松止血带时，血压自150/100毫米汞柱降至120/90毫米汞柱，经输血300毫升后，恢复至原来水平。手术历时1小时35分钟，经过顺利，术后恢复良好。

麻醉效果评定：优。

（二）倪××，女，50岁。病案号：721462

诊断：子宫肌瘤。

手术名称：子宫切除术。

取穴：肺、前阴、卵巢。

诱导时间：14分钟。

辅助用药：术前30分钟肌注苯巴比妥钠0.1克，阿托品0.5毫克。切皮前12分钟静脉缓注杜冷丁70毫克。术中牵拉子宫时，加用杜冷丁30毫克作静脉缓慢注射。

术中反应：术中切腹膜时有不适感，探查和牵拉子宫时有微痛，其他手术过程无不适。术中血压、脉搏、呼吸平稳。手术历时1小时31分钟，经过顺利，术后恢复良好。

麻醉效果评定：优。

五、几点体会

（一）思想工作对针麻效果的影响

根据临床体会和资料分析，非急症手术病人，由于术前思想工作比较充分，鼻麻效果一般比急诊手术病人好。此可说明，术前做好病员思想工作，使他们具有积极的精神状态和稳定的思想情绪，有助于痛阈的提高。

(二)手术部位与针麻效果的关系

总的看来，头颈部手术针麻效果较好，胸部手术次之，腹部手术和四肢骨科手术效果较差，这与腹部手术存在的内脏牵拉、肌肉紧张以及骨科手术刺激较强等因素有关。

(三)年龄与针麻效果的关系

根据我们初步体会和部分资料统计，20岁以下的病员针麻效果似较差，这可能与青少年的思想情绪不太容易稳定等因素有关。

(四)性别与针麻效果的关系

从我院1971年针麻效果的分类统计来看，性别对针麻效果的影响不明显（见下表）。

性 别	总 数	优 良 级		大 佳 级		失 败	
		例 数	百 分 数	例 数	百 分 数	例 数	百 分 数
男	96	93	96.9%	2	2.1%	1	1%
女	60	58	96.7%	2	3.3%	0	0

(五)辅助药物的用量

辅助药物的用量要适当。若辅助药物用量过大，使病员处于催眠状态，则不仅影响病员的配合作用，而且也影响病员经络系统和神经系统的机能状态，反而会削弱针麻效果。

(六)针麻的诱导时间

鼻针麻醉和其他针刺麻醉一样，都需要适当的诱导时

间,诱导时间过短,则刺激量的积累不能达到保证手术进行的程度,即针刺穴位所引起的脑部诱发电位还不能压抑手术刺激所引起的诱发电位;反之,诱导时间过长,导致病员对这一刺激产生适应状态,也会降低针麻效果。根据我们体会,诱导时间一般以15—30分钟为宜。

(七)鼻针麻醉下的手术操作

针麻效果的提高与手术操作的熟练程度有密切关系,必须互相配合。手术操作要求做到“稳、准、轻、快、细”,避免重复操作,并要尽量减少对疼痛敏感部位的刺激。

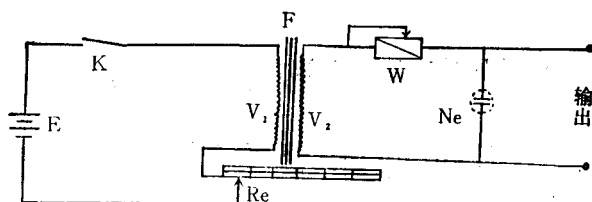
(八)对克服针麻“三关”问题的一点想法

鼻针麻醉仍然存在着“三关”问题。我们认为“三关”中的主要矛盾是镇痛不全。肌肉紧张和内脏牵拉反应主要是由于镇痛不全所引起的,所以攻克“三关”应主要从攻克镇痛不全“关”着手。我们在鼻针麻醉的实践中,配合应用电极板或切口针,曾在一定程度上阻断了手术区域(尤其是腹壁)的神经传导,增强了局部镇痛作用,减轻了由于疼痛反应所引起的肌肉紧张,这种方法看来能够提高针麻的效果。

附:我院自制的电针麻醉机介绍

目前我院使用的电针麻醉机,是蜂鸣式电兴奋机的一种,结构简单,容易掌握和自行制造。其输出为不规则散波,即输出电波形是不稳定的断续尖波。此尖波的持续时间、周期和波宽均不相等,呈无序状态,波形的峰值也高低不一(即幅度的大小不等)。实践证明,这样无序不稳定的波形电流,最有刺激作用,以这样的波性来刺激穴位,可使之不容易适应,有助于克服手术中的困难。

蜂鸣式电兴奋机的电路结构如下图,



E: 电源。用1.5伏干电池两节。

K: 电源开关。

V₂: 线圈。为2400圈(线径0.21毫米)。

V₁: 线圈。为700圈(线径0.31毫米)。

W: 20K Ω 可变电阻。

F: 铁芯。

R_e: 接触点。

N_e: 氖泡(可以一般测电笔的氖泡代用)。

耳针麻醉下施行850例胃 大部切除术的报告^①

江苏新医学院第二附属医院

我院自1966年至1972年上半年,应用耳针麻醉施行胃大部切除术共850例,成功率达到94.6%,其中一、二级共636例,占74.8%。

一、耳针麻醉方法

(一)病例选择

凡符合手术指征的胃、十二指肠溃疡及胃癌,包括并发溃疡穿孔、出血、幽门梗阻及溃疡穿孔修补术后第二次手术的病员,只要愿接受耳麻手术,均可在耳麻下行胃大部切除术。

(二)耳麻取穴

我们先后选用了神门、肺、交感、胃、肝、胆、脾、子宫、心、口、内分泌、三焦、胸、膈、上下耳根、耳迷根、内鼻、肩关节、耳尖等41个耳穴,配成77个处方。

(三)刺激方法

主要采用手法捻针和电针。手法捻针只用小幅度捻转不

^① 本文由三个阶段即第一阶段265例、第二阶段426例和第三阶段850例三份小结综合写成。文中各统计数字,均以实际有记录者为准,不是抽样数。

加提插，捻针时不改变针的方向，以免引起疼痛。电针主要采用南京电子管厂生产的DY—30型综合医疗仪，频率一般为100—180次/分，电流强度逐渐加大，以能耐受为度。

(四)辅助用药

术前一小时肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，皮下注射阿托品0.5毫克，术前10—15分钟再静脉滴注杜冷丁50毫克。术中在处理胃的主要血管时，有时局部注射少量1%普鲁卡因。此外根据术中病员的具体情况酌加镇静、镇痛药。曾有二例在术前、术中均未使用任何镇痛药和局部麻醉药，全部在耳麻下完成手术，效果良好。

二、临床资料分析

(一)术中临床观察

1. 血压脉搏：手术过程中，血压脉搏一般均较平稳。大部分病员只在消毒皮肤、进腹腔后牵拉内脏时有轻度上升。只有二例在内脏操作时血压一度显著下降。

2. 内脏反应：第一阶段小结中，有62.6%的患者出现不同程度的牵引痛，主要出现在探查、分离胃小弯和提取空肠的过程中，其中恶心者占31.1%。另50%的病员在打开腹腔后有重压、闷胀、吸气困难感觉，但均能逐渐适应。

3. 出汗和睡眠：第一阶段265例中，出汗者占38.1%。睡眠者占10.5%，其中有1.8%的患者在整个术中处于浅睡甚至深睡状态，睡眠时间达二小时以上。

4. 术中用药：第二阶段有记录的406例，平均每例应用1%普鲁卡因12.8毫升，杜冷丁29.6毫克，非乃更6.3毫克。

5. 其它：手术前后及术中，对11例病员作了心电图，周