

# 中国针灸源流考

中医研究院针灸研究所 王雪苔

原载《中医杂志》，(8):59, 1979. 又载 American Journal of acupuncture, Vol. 7, No. 4, 1979.

针灸是中华民族的一项重大发明。最初，它只是古代医学的一个重要医疗手段，后来逐渐发展成为一个专门学科，包含以经络学说为主要内容的基础理论，多种多样的操作方法，丰富的辨证论治经验。它是中国医药学这座伟大宝库的重要组成部分，今天已成为世界各国人民共同的医学财富。

## 一、针灸的起源

在中国的大地上，一百七十万年前就有了人类，六十万年前的北京猿人已经使用石器和火。从远古到公元前二十一世纪，我们的祖先经历了原始社会的各个阶段，创造了原始的农业、畜牧业、手工业和原始的文化艺术。针灸就是起源于这个时期。

### (一) 针法的原始工具——砭石

公元前六世纪至公元一世纪的古书，如《左传》、《山海经》、《管子》、《战国策》、《韩非子》、《素问》、《灵枢》、《史记》、《汉书》、《淮南子》、《说苑》、《韩诗外传》、《盐铁论》，以及1974年从湖南省长沙马王堆汉墓出土的帛书《脉法》<sup>(1)</sup>、《五十二病方》<sup>(2)</sup>等，都记载古代曾用石器治疗疾病。近年来考古所见的实物证明，古代的医用石器，包括热熨、按摩、叩击体表、割刺脓疡、放血等不同用途的工具<sup>(3)</sup>。其中，能够刺入软组织的石器叫做砭石。如二世纪之初的《说文解字》云：“砭，以石刺病也”。《素问·异法方宜论》叙述砭石的由来时提到：“东方之域……，其病皆为痈疡，其治宜砭石”，证明最初的砭石乃是切开疮疡痈肿的工具，后来才逐渐发展成为石针，用做针刺治疗。五、六世纪之际的王僧孺指出：“古人当以石为针，必不用铁”<sup>(4)</sup>。同时期的全元起也说：“砭石者，是古外治之法，有三名：一针石，二砭石，三铍石，其实一也。古来未能铸铁，故用石为针。”<sup>(5)</sup>这些论断，都表明砭石治病是起源于石器时代。

在旧石器时代（远古至一万年前），还没有专用的医疗工具。刮削器、尖状器等既是生产工具，又可以用来切开痈肿，排脓放血，它们是砭石的前身。到了新石器时代（距今一万年至四千年前），由于制造石器技术的进步，先民能够根据不同用途而制造不同形状的石器，于是才有了具备特定形状用于医疗的砭石。新中国成立以来，考古发现的砭石实物，多数出于新石器时代到春秋战国时代（公元前770~221年）<sup>(6)</sup>。这些砭石，显然是后来的金属针的渊源。例如，1963年在内蒙多伦旗头道洼新石器时代遗址出土的一枚砭石，长4.5厘米，一端扁平有半圆形刃，可用以切开痈肿，另一端呈锥形，可作针刺之用，中间的手持处为四棱形<sup>(7)</sup>。这枚砭石的形状大小同内蒙发现的古青铜砭针极为相似<sup>(8)</sup>，与河北满城汉墓出土的金针具有共同的方柄特征。再如，1972年在河南新郑县郑韩故城遗址发现的一枚砭石，一端卵圆，可用于按摩，另一端呈三棱锥形，可用于放血，很像《黄帝内经》所说的圆针和锋针<sup>(9)</sup>。

## （二）古书关于针法起源的记载

三世纪皇甫谧编纂《帝王世纪》提到：伏羲氏“尝味百草而制九针”<sup>〔10〕</sup>。他在《针灸甲乙经·序》里又说：“黄帝咨访歧伯、伯高、少俞之徒……，而针道生焉”。七世纪孙思邈的《千金要方·序》也说：“黄帝受命，创制九针”。十二世纪罗泌编的《路史》，以大量保存古代传说著称，其中提到：太昊伏羲氏“尝草治砭，以制民疾”。太昊就是太皞。这些古书记载的关于针法起源的传说，所指年代都是原始社会时期。

伏羲和太皞向来被当作一个人的称号，也有人认为不是。太皞是原始社会居住在我国东部山东一带夷族当中一个著名酋长<sup>〔11〕</sup>。《素问·异法方宜论》说：“砭石者，亦从东方来”，《山海经·东山经》记载：“高氏之山，其上多玉，其下多箴石”（晋郭璞注云：可以为砭针<sup>〔12〕</sup>），所指的地域都在我国东部，同太皞治砭的传说完全一致。近年来，山东省微山县两城山出土了四块雕刻针灸行医图的汉代画像石，刻着一个半人半鸟的神物，手握粗针刺向病人身体<sup>〔13〕</sup>，显然它是来源于原始社会图腾崇拜的神话传说。这个发现，进一步证明了砭石治病大约是起于我国东部的山东一带，后来传播到其它地区。

## （三）灸法的起源

《素问·异法方宜论》讲到灸法的由来时指出：“北方者，天地所闭藏之域也，其地高陵居，风寒冰冽，其民乐野处而乳食，藏寒生满病，其治宜灸焫。故灸焫者，亦从北方来。”这段记载，说明灸法的发现同寒冷环境的生活有密切关系。原始社会的人们在烤火取暖中，发现热熨或者烧灼腹部可以缓解腹痛、胀满等症状，在这个基础上，逐渐发展为熨法和灸法，用来治疗更多的病痛，是合乎规律的。据唐代王冰给《素问·异法方宜论》作的注解，直到八世纪时，依然是“北人正行其法”。

# 二、针灸学理论体系的形成

自公元前二十一世纪，我们的祖先进入奴隶社会。脑力劳动与体力劳动的分工，青铜器的制造和应用，甲骨文字的问世及其发展，天文、历法的进步，都为医药学的发展提供了有利条件。到了春秋（公元前770～476年）和战国时代（公元前475～221年），我国社会由奴隶制度转变为封建制度，社会的大变革，促进了医药学飞跃发展。

战国时代，我国医药学经历了一次大总结，从战国时代直到公元前一世纪逐渐成书的《黄帝内经》就是这次总结的代表著作。这部书包括《素问》和《灵枢》两个部分，它以阴阳、五行、脏腑、经络、精神、气血等学说为主要内容，用整体观点，发展变化的观点，人体与自然界相适应的观点，论述了人体的生理、病理，以及诊断要领和防病治病原则，奠定了中国医药学包括针灸学的理论基础。

汉代（公元前206～公元220年）到三国（公元220～265年），我国医药学又得到了进一步的总结，理论体系日益完备。皇甫谧在256～260年之间，对针灸学进行了一次总结。他将《黄帝内经》、《明堂孔穴针灸治要》等古医书的针灸内容汇集起来，按照脏腑、气血、经络、穴位、脉诊、刺灸方法、临床各科的次序加以编纂，写成《针灸甲乙经》，成为体系比较完整的现存最古的针灸专著。

## （一）促进针灸学理论体系形成的主要因素

春秋时代，随着奴隶制度的崩溃，医药学摆脱了奴隶主阶级里巫的那套宗教迷信的束

缚，赢得了独立地位，出现了专业医生。这是加快医药学发展提高的首要因素。《左传》记载，医缓就是春秋时代的一名医。他在公元前581年为晋景公诊病，指出病的部位“在肓之上，膏之下，攻之不可，达之不及，药不至焉，不可为也”。据汉、晋人的解释，攻是指的灸法，达是指的针法<sup>(14)(15)</sup>。此后，公元前四、五世纪的秦越人（号扁鹊），公元前二世纪的淳于意，公元一世纪的涪翁、郭玉，二、三世纪的华佗、张仲景、皇甫谧等，都是历史上有名的针药并用的医生，其中多数人对针灸学的发展有重大贡献。

金属医针的推广使用，也是促使针灸学术从经验阶段向理论阶段飞跃的重要因素。在青铜器时代使用过铜质医针，但因应用不广，所以不见于文献。1978年，陕西中医学院曾在内蒙达拉特旗树林召公社从一批古铜器中发现一枚青铜砭针，长4.6厘米，形状很像头道洼新石器时代遗址的砭石，据考证，是战国到西汉时的器物<sup>(16)</sup>。这是首次发现青铜砭针实物。文献中确切记载用金属针治病，是在战国初期，如扁鹊治病“厉针砥石”<sup>(17)</sup>，分明是针砭并用。这个时期正是我国进入铁器时代的开始，可见金属医针得以推广应用同冶炼技术的进步有直接关系。《黄帝内经》记载的金属医针共有九种，包括切割脓肿用的铍针，泻热用的铤针，放血用的锋针，按摩用的圆针，按压穴位用的鍉针，以及针刺治疗用的大针、长针、圆利针、毫针。1968年在河北省满城县的一座公元前113年的古墓中，出土过四枚锐利如新的金针和五枚残损的银针，给我们展示了古代圆利针、毫针、鍉针、锋针的原形<sup>(18)</sup>。九针的出现，扩大了针灸医疗的实线范围，使人们对针灸理论的认识更加深化。

自春秋时代以来，作为古代哲学的阴阳五行学说，被广泛地用来考察和解释各种自然现象。这个学说引导人们用对立统一的观点，变化的观点，相互联系的观点，去考察客观事物的规律性，它有助于针灸理论的总结，并且使这些理论知识构成体系。

## （二）针灸理论的核心——经络学说

针灸理论是中医理论的组成部分，经络学说是针灸理论的核心

经络和穴位是在长期医疗实践中逐渐发现的，到战国时代形成了经络学说。战国初期，扁鹊提到了“经”和“络”，“阴脉”和“阳脉”，并且刺“三阳五输”<sup>(19)(20)</sup>以抢救虢太子的尸厥。“输”就是穴位。马王堆三号汉墓出土的帛书《经脉》，是早于《黄帝内经》的著作，它记载了十一条经脉的粗略循行路线和证候<sup>(21)</sup>，反映了经络学说的早期面貌，迨至《黄帝内经》，经络学说则已基本完备。据《黄帝内经》记载，经络“内属于府藏，外络于肢节”<sup>(22)</sup>，它是运行气血，濡养周身，维持身体上下、左右、内外联系的通道，每一条经脉和大络都有一定的循行路线，联系着相应的穴位，发生故障时表现出特有的证候。

最初，人们并不知道穴位。在用砭石割刺痈肿脓疡的经验基础上，逐渐扩展到“以痛为输”<sup>(23)</sup>，哪里有病痛就在哪里刺灸或放血。后来，又进一步懂得了寻找压痛点，在压痛点上刺灸。这种古老的治疗方法，直到七世纪在我国江苏、四川等地的民间还在流传着<sup>(24)</sup>。在寻找压痛点的反复实践过程中，逐渐发现包括压痛点在内的各体表反应点，同躯体或内脏的疾病有特定联系，从而初步形成了穴位的概念。《灵枢》讲到穴位，有些就是指的反应点。如讲到十二原穴时指出：“五藏有疾也，应出十二原”<sup>(25)</sup>，讲到背腧穴时指出：“欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其腧也”<sup>(26)</sup>。除了体表反应点以

外,古人发现的有效放血部位和其它有效刺激点,也都是穴位的来源。

自从发现穴位和其它部位的联系,联系途径问题处就随之而来。人们观察疾病的放散性疼痛、感觉异常、感觉障碍、运动障碍等症状,虽然可以了解一些部位之间的联系,但还不能构成细致的经络循行路线。经络循行路线的确定,同针灸、导引中发现的循经感传现象有密切关系。古人早已注意针灸时会出现循经感传。如二世纪的名医华佗,针刺之前先指出:“当引某许”,“病者言已到,应便拔针”<sup>(27)</sup>;十三世纪的《备急灸法》一书,记载灸背部时,热气可以达到尾骶、睾丸,再流注到涌泉穴。《黄帝内经》把循经感传做为得气的一种表现。据该书记载,针刺时,有的“气滑”,有的“气涩”<sup>(28)</sup>;施行补法时,“近气不失,远气乃来”<sup>(29)</sup>;并且由于“百姓之血气,各不同形”,而有“或神动而气先针行,或气与针相逢,或针已出而气独行”等现象<sup>(30)</sup>。近年来,我国科研人员从多方面研究了这种循经感传现象,证明感传路线与古典经络循行路线基本符合。循经感传速度因人、因经、因时而异,由每秒半个厘米至十几厘米不等,多数是每秒几个厘米。这种速度同《黄帝内经》记载的“呼吸定息,气行六寸”<sup>(31)</sup>也基本一致。此外,古代的导引(气功的前身)和今天的气功,在练功当中有的人也会出现循经感传。这种现象不但见于古代文献,而且也被近代实践所证实<sup>(32)</sup>。导引术起源也很古老,到春秋战国时期已很盛行。《庄子》和《黄帝内经》都提到过导引,《庄子·养生主》还用“缘督以为经”来说明自己的养生哲学。马王堆三号汉墓出土的帛书,有一幅帛把《经脉》摆在《却谷食气》篇和导引图之间<sup>(33)</sup>。这些都证明古人早已在导引中注意到经络现象。

古人在发现经络循行路线的过程中,不能不探求这个路线的物质基础。春秋战国以来,医学家很留意于人体解剖,如《灵枢·经水》云:“若夫八尺之士,皮肉在此,外可度量切循而得之,其死可解剖而视之。”通过解剖,人们发现血脉具有沟通人体各部的特点,它的分布又同循经感传有某些对应关系,加上脉诊的进步,知道脉搏的变化可以反映内脏疾病,于是便认为血脉是经络的实体。所以古代把经络叫做“脉”。

如上所述,针灸治疗中发现的穴位及其主治证候,针刺和导引中发现的循经感传现象,诊病中见到的循经各种症状,解剖中见到的血脉,这些不同角度发现的东西互相之间有某些关联。经络学说就是对这些重要发现的全面总结。

### 三、针灸学的发展

从三世纪中叶《针灸甲乙经》问世,到1840年鸦片战争以前,中国针灸学循着已建立的理论体系继续向前发展,治病经验日益丰富,操作技术更加精细,理论知识更加充实。

#### (一)穴位的增订

穴位分为经穴和经外奇穴两大类。经穴是循经配布的穴位,《针灸甲乙经》收录的经穴共有349个(以穴名计算),到1817年李学川《针灸逢源》,达到361个。历代在经穴以外不断发现的用之有效的穴位,称为经外奇穴,其数目远远超过经穴<sup>(34)</sup>。

在针灸学的发展过程中,由于针灸流派增多,各有自己的经验和见解,造成了穴位名称和位置的混乱。举心俞穴为例,在唐代以前,就有在第三椎、第五椎、第六椎、第七椎等多种说法,使人莫知所从<sup>(35)</sup>。为了解决这种混乱状况,唐政府于贞观年间(627~649年),组织名医甄权等四人进行了考订穴位,校定针灸图书的工作<sup>(36)</sup>。将近四百年以

后，宋政府又敕令王惟一订正穴位的位置，增补穴位的主治病症，于1026年写出《铜人腧穴针灸图经》一书，由政府颁行<sup>(37)</sup>。这两次由政府组织的考订穴位工作，有力地促进了针灸穴位的统一。

## （二）针法的发展

《针灸甲乙经》问世以后，针灸逐渐走向专科化，到了七世纪则明确为一科。

随着医学分科越来越细，九针也就按其不同的用途而分化，铍针归于外科，圆针归于按摩科。在针灸专用的工具里，毫针越来越被人重视，针刺技术也越来越复杂。

早在《黄帝内经》和《难经》里，已经很讲究针刺技术，包括针刺的方向，刺入的深浅，进退的快慢，留针与不留针，左手的配合以及补泻操作等。后世在此基础上进一步发展了毫针刺法，十三至十六世纪时达到了极其细致的程度。《针经指南》（1232年）、《针灸大全》（1430年）、《针灸问对》（1530年）、《古今医统》（1556年）、《针灸大成》（1601年）等书所载的针刺手法，包括十几种基本手法，二十多种综合手法，还有七八种指压辅助方法。这些手法，主要使用于进针、出针、得气、飞经走气（激发循经感传）和补泻。补泻方法有提插补泻、捻转补泻、开合补泻、呼吸补泻、迎随补泻、疾徐补泻等很多种。

## （三）灸法的发展

早在三世纪就有了灸法专书《曹氏灸方》<sup>(38)</sup>。四世纪的鲍姑，是名医葛洪妻子，以擅长灸法而闻名。七世纪以后，灸法更加盛行，不但有了专业的灸师，而且有了专门化的灸法著作，如唐有《骨蒸病灸方》，宋有《外科灸法论粹新书》、《膏肓腧穴灸法》、《备急灸法》等。

施灸用的材料越来越多样化，除用艾以外，逐渐又有了用硫黄、灯火、桑枝、桃枝、黄蜡、药锭等来施灸的。灸的操作方法也越来越丰富，从着肤灸发展到隔物灸，所隔的东西又因病而异，有蒜、姜、薤、葱、韭、豆豉、川椒、附子、葶苈子、商陆、巴豆、皂角、盐、酱、黄土、蚯蚓泥、蛴螬、蟾蜍等多种多样<sup>(39)</sup>。

古代盛行烧灼灸法，为了防止烧灼痛，《扁鹊心书》（1146年）用山茄花等进行全身麻醉，《古今医鉴》（1589）年则“用药制过纸擦之，使皮肉麻木”。

艾卷灸法最早见于十四世纪的《寿域神方》。后来发展为在艾绒内加进药物，再用纸卷成卷以施灸，名为“雷火神针”或“太乙神针”。

## （四）针灸理论的充实

对于经络学说，历代医家在《黄帝内经》和《难经》的基础上，做了不少整理阐述工作，并且逐步明确了361个穴位的归经和排列问题。《针灸甲乙经》是按照身体部位分区划线排列穴位的，虽然已指明了绝大多数穴位的归经问题，但还有一部分不明确。七世纪初杨上善撰《黄帝内经明堂类成》，“以十二经脉各为一卷，奇经八脉更为一卷”<sup>(40)</sup>，开创了按经脉排列穴位的先例，可是由于该书已大部佚失，无从窥见全貌。752年王焘撰的《外台秘要》，按照脏腑划分为十二人形来排列穴位，穴位的归经与后世颇有出入。1026年的《铜人腧穴针灸图经》，则明确地按十二经脉和任脉、督脉排列穴位。1341年滑寿撰的《十四经发挥》进一步发展了穴位按经脉排列，并且把这些经脉总称为“十四经”。

关于针刺补泻的道理，宋代以后有了进一步的发挥。如十一世纪的大文学家苏轼指

出：“针头如麦芒，气出如车轴”<sup>(41)</sup>。十六世纪的针灸家高武解释针刺补泻的道理说道：“如气球然，方其未有气也，则匾塌不堪蹴踢，及从窍吹之，则气满起胖，此虚则补之之义也；去其窍之所塞，则气从窍出，复匾塌矣，此实则泻之义也”。<sup>(42)</sup>

#### (五) 针灸教育的进步

古代针灸教育的主要形式是师徒授受与家传。七世纪时，唐王朝创立太医署，是一所规模相当大的医学院，其中包括针灸专业，设“针博士一人，针助教一人，针师十人，针工二十人，针生二十人。针博士掌教针生以经脉孔穴，使识浮沉涩滑之候，又以九针为补泻之法”<sup>(43)</sup>。

十一世纪，宋太医局设九个科，也包括针灸专业。为了教授脏腑、经络、穴位等知识，王惟一在1027年设计铸造了两具铜人模型，内分脏腑，外刻经络、穴位<sup>(44)</sup>。当时，还将《铜人腧穴针灸图经》刻到石碑上，以广流传，前几年在北京发现过五块这个石碑的残石<sup>(45)</sup>。明、清两代也铸过一些针灸铜人模型。

#### (六) 针灸图书的编著流传

继《针灸甲乙经》之后，针灸专书越来越多，特别是发明了印刷术，更加扩大了针灸书的流传。现在所知最早刻本的针灸书，是公元862年以前刻印的《新集备急灸经》<sup>(46)</sup>。据笔者统计，见于历史文献和图书目录的针灸书，到清末（1911年）已达三百种。有些书的学术价值比较大，如1601年以杨继洲著作为基础编辑的《针灸大成》，把历代针灸成就汇集到一起，内容极为丰富，对后世影响很大。

除针灸书外，在四世纪就有了绘着经络穴位的《偃侧图》<sup>(47)</sup>。七世纪时，孙思邈绘制《明堂三人图》，“其十二经脉五色作之，奇经八脉以绿色为之，三人孔穴共六百五十六”<sup>(48)</sup>，成为历史上最早的彩色经络穴位图。十七世纪，赵文炳、林起龙等人先后请人雕印了四幅《铜人明堂图》，是印刷经络穴位图的开端。

十一世纪，何若愚撰《流注指微赋》。从此以后，不断有人将针灸内容编成歌诀。十八世纪的《医宗金鉴·刺灸心法要诀》一书，大部内容都是用歌诀和插图来表达的。

### 四、针灸学从衰落到复兴

十九世纪初，我国的封建社会危机四伏，清王朝更加腐朽有落。1822年，清王朝竟以“针刺火灸，究非奉君之所宜”为理由，命令将太医院针灸科永远停止<sup>(49)</sup>，这是针灸学受排斥的开始。1840年鸦片战争以后，中国沦为半殖民地半封建的社会，广大人民陷入深重灾难之中，针灸学术也遭受到严重摧残。

西方医学传入我国，本来是一件好事，但是帝国主义者却把它当作侵略手段，公然声称：“医药是基督教的先锋，而基督教又是推销商品的先锋”<sup>(50)</sup>。为此目的，帝国主义者竭力排斥、攻击中国医药学，有人甚至污蔑针灸是“医疗上的折磨”，把医针叫做“致死的针”<sup>(51)</sup>。国内的反动政府，从1914年以后，也不断地叫嚷废止中医，并且采取了一系列限制中医的反动措施，造成了中医事业包括针灸学的衰落。

许多针灸医生，为了保存和发展这份宝贵的医学遗产，进行了不懈的努力。他们成立针灸学社，出版针灸书刊，开展函授教育，并且力图用现代科学解释针灸学理。1899年刘锺衡撰《中西汇参铜人图说》一书，在我国针灸学史上开创了中西参照的先例。1934年唐

世丞等发表《电针手术及学理》<sup>(52)</sup>、《电针学之研究》<sup>(53)</sup>，是我国应用电针的开始。

1949年中华人民共和国成立，中国针灸学获得了新生。中国共产党和人民政府把“团结中西医”作为一项重要政策，号召西医学习中医。自1951年开始设立专门机构研究针灸，从中央到各省、市的中医研究机构和中医学院也大力开展了针灸的科研、医疗、教学工作，带来了针灸学的复兴。广大中西医响应毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”的号召，用现代科学方法整理研究针灸学术，做了大量工作。从1949年到1977年，在各种报刊上登载的针灸文章已达8000篇，等于全国解放前四十年针灸文章总数（300篇）的27倍<sup>(54)(55)(56)</sup>。针灸操作方法丰富多采，有古传的火针、温针、皮肤针、镵针、指针、放血疗法和各种灸法，有从民间发掘的芒针、针挑、割治疗法，有新创用的头针、水针、穴位埋线、穴位结扎、穴位照射、穴位电兴奋疗法，还有在继承我国古代成就和学习国外经验基础上开展起来的电针、耳针、磁穴疗法等<sup>(57)(58)</sup>。针灸治疗的病症已达三百种左右，其中约一百种病症应用针灸治疗效果比较显著<sup>(59)</sup>。在针刺止痛基础上发展起来的针刺麻醉，现在有单纯针刺麻醉、电针麻醉、水针麻醉、指压麻醉等多种方法。早在十七世纪初的《寿世保元》一书就曾提到用“预先以手指紧罩其穴处”的方法，抑制艾火烧灼痛<sup>(60)</sup>，是指压麻醉的最早文献记录。

当前，全国从事针灸科研、医疗、教学的人员，决心继续坚持走中西医结合的道路，为创造我国新医学作出更多的贡献。

### 参 考 文 献

- (1)、(21) 马王堆汉墓帛书整理小组：马王堆汉墓出土医书释文（一），文物，（6）：1～6，1975。
- (2) 马王堆汉墓帛书整理小组：马王堆汉墓出土医书释文（二），文物，（9）：35～48，1975。
- (3)、(6) 马继兴等：考古发掘中所见砭石的初步探讨，文物，（11）：80～82，1978。
- (4)、(12) 李延寿：南史·王僧孺传。
- (5) 素问·宝命全形论，新校正引全元起旧注。
- (7) 耿鉴庭：学术资料（手稿）。
- (8)、(16) 张厚璜：关于内蒙古地区医学史中几个问题的考察，陕西中医学院资料，1979。
- (9) 永寿：郑韩故城出土的石针，新中医，（2）：59，1976。
- (10) 李昉等：太平御览，卷七二一。
- (11) 范文澜：中国通史简编，修订本第一编第一章，人民出版社，1964。
- (13) 刘敦愿：汉画像石上的针灸图，文物，（6）：47～51，1972。
- (14) 荀悦：申鉴。
- (15) 干宝搜神记。
- (17)、(19) 司马迁：史记·扁鹊仓公列传。
- (18) 钟依研：西汉刘胜墓出土的医疗器具，考古（3）：49～53，1972。
- (20) 刘向：说苑·辨物。
- (22) 灵枢·海论。
- (23) 灵枢·经筋。
- (24) 孙思邈：千金要方卷二十九，灸例。
- (25) 灵枢·九针十二原。
- (26) 灵枢·背腧。



- (27) 陈寿：三国志·华佗传。
- (28) 灵枢·根结。
- (29) 素问·调经论。
- (30) 灵枢·行针。
- (31) 灵枢·五十营。
- (32) 上海气功疗养所：气功疗法的疗效和理论的探讨，全国中医经络针灸学术座谈会资料选编，1959。
- (33) 唐兰：马王堆帛书（却谷食气篇）考，文物，（6）：14~15，1975。
- (34) 郝金凯：针灸经外奇穴图谱，1963。
- (35) 丹波康赖：医心方，卷二，诸家取背腧法。
- (36) 孙思邈：千金翼方，卷二十六，取孔穴法。
- (37)、(44) 夏竦：铜人腧穴针灸图·序。
- (38) 尹继善等：江南通志，卷一九二，艺文志。
- (39) 王雪苔：古代灸法操作丛考，黑龙江中医药研究资料汇刊，（1）21~33，1964。
- (40) 黄帝内经明堂类成·杨上善自序。
- (41) 苏轼：东坡集，卷十五，赠眼医王生彦若。
- (42) 高武：针灸聚英·附辨。
- (43) 刘昉：唐书·职官志。
- (45) 于柯：宋（新铸铜人腧穴针灸图经）残石的发现，考古，（6）：18~24，1972。
- (46) 姜亮夫：敦煌，1956。
- (47) 葛洪：抱朴子内篇·杂应。
- (48) 孙思邈：千金要方，卷二十九，明堂三人图。
- (49) 任锡庚：太医院志。
- (50) 王吉民：伯驾利用医药侵华史实，医史杂志，（3）：1~6，1951。
- (51) W.H.Jefferys & J.L.Maxwell: Diseases of china (华人病证篇)，philadelphia, 1910。
- (52) 重庆科学针灸研究所：针灸研究所概况，1934。
- (53)、(54) 李善初等：五十年来针灸文献（中文）索引，上海科学技术出版社，1960。
- (55) 上海中医学院医史博物馆：针灸文献索引，1966。
- (56) 中医研究院针灸研究所：针灸针麻题目索引（未发表稿）。
- (57) 王雪苔：针灸学手册（修订第二版），人民卫生出版社，1965。
- (58) 上海中医学院：针灸学，人民卫生出版社，1974。
- (59) 焦国瑞：针灸临床经验辑要（未发表稿）。
- (60) 龚廷贤：寿世保元第十卷。

## 我国三十年的针灸研究概况

王雪苔\* 焦国瑞\* 魏稼\*\* 张缙\*\*\*

原载《中医杂志》1980年第1、2、3期。又载《中医临床（日文）》第2、3、4号，1980~1981。

具有悠久历史的中国针灸学，伴随着中华人民共和国的成立而获得新的生命，已经三十年了。三十年来，由于毛主席为全党制订了正确地对待中医的政策，由于党和政府采取

\* 中医研究院针灸研究所    \*\* 江西中医学院    \*\*\* 黑龙江省祖国医药研究所



一系列措施发展中医事业,使我国针灸得到了前所未有的普及与提高。

1950~1951年,朱德、董必武、邓小平、刘伯承等领导同志分别为当时出版的针灸书题词<sup>(1、2)</sup>,引起社会上对针灸的广泛注意,给从事针灸工作的中西医以很大鼓励。1951年3月,《人民日报》发表题为《群众迫切需要推广针灸疗法》的评论,更加促进了针灸工作的开展。同年7月,卫生部直属的针灸疗法实验所成立,这个所到1955年成为中医研究院针灸研究所。继而一些省、市成立的中医药研究机构设置了针灸研究室,中医学院设置了针灸教学研究室,许多医院开设了针灸科,不少西医院校也注意了针灸的研究和应用,针灸研究、教学、医疗工作在全国广泛开展起来。

三十年来,我国的针灸研究工作大体可分为三个阶段:五十年代前期,主要是整理针灸学基础知识,一般地总结针灸临床经验;五十年代后期到六十年代,比较广泛地一种病一种病的进行针灸临床(包括针麻临床)研究,并且开展实验研究,观察针灸对各器官功能的影响;七十年代以来,广泛而深入地进行了针麻临床和针刺镇痛机理的研究,并且做了大量的工作来研究经络现象及其实质。

1979年6月上旬在北京召开的全国针灸针麻学术讨论会,是我国针灸针麻研究工作的一次空前盛会,除有国内学者三百余人出席以外,还邀请了31个国家的一百多位外国学者参加会议。会议印发的534篇论文摘要和300篇论文题录,代表了我国针灸针麻研究的新进展<sup>(3)</sup>。

三十年来,在各种书刊上发表的针灸文章已达9000多篇,这些文章基本上反映了我国三十年来的针灸研究成就。本文仅对这些成就加以概括介绍。

## 一、针灸史与针灸文献的研究

三十年来关于针灸史的研究,涉及针灸的起源、针灸的沿革、针灸传出国外、针灸理论、针灸著作、针灸学派、针灸人物、针灸器具等等。通过这些研究,基本上可以勾划出我国针灸发展历史概貌。特别是近年来在考古工作中发现了许多针灸文物,更为针灸史提供了实物证据。

1963年在内蒙古多伦旗头道洼新石器时代遗址出土的砭石,具有切割痈疡和针刺两种用途,是我国发现的最早的砭石,它有力地证明了针砭起源于原始社会<sup>(4、5)</sup>。1972年在河南新郑县郑韩故城遗址出土的战国以前的砭石,两端具有锋针和圆针的形状<sup>(6)</sup>。1974年在云南省的一座故大理国塔基内发现一枚长4.7厘米的石铍,同许多中草药装在一起,有人认为也是砭石<sup>(7)</sup>,但考古工作者还有不同看法。

在针灸发展过程中是否使用过青铜针,过去只限于推论。1978年在内蒙古达拉特旗树林召公社首次发现了一枚出于战国到西汉时期的青铜针,形状与头道洼新石器时代遗址的砭石几乎完全相同<sup>(8)</sup>。1968年在河北省满城县西汉刘胜墓出土了四根金针、五根银针,还有刻着“医工”二字的铜盆及其他医疗器具<sup>(8)</sup>,引起了医药界很大兴趣。山东省微山县两城山出土过几块东汉画像石,刻着半人半鸟的神物为病人针砭,对于考察针砭起源和“扁鹊”称号的由来,颇有参考价值<sup>(9)</sup>。

1973年末,在长沙市马王堆三号汉墓出土的帛书中有两种古代经脉著作,医学界公认它早于《黄帝内经》,对于研究经络学说的形成过程极为重要。当时“参加整理的同志对

如何定名,意见也没有完全一致”,只是由整理者暂拟名为《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》<sup>(10)</sup>。在中医药界,有的认为应定名为《帛书〈经脉〉篇》<sup>(11)</sup>。

近几年,一些研究者探讨了经络学说的起源。有的认为“人体穴位的发现是先于经络的发现的”<sup>(12)</sup>,即“由点连线,同类归经,经上布点”<sup>(13)</sup>;有的考察马王堆帛书经脉文献,认为“先有经,后有穴”<sup>(14)</sup>。关于经脉的循行路线,多数古人认为是依据针灸或气功时出现的循经感传而划定的。此外,古人对于循经症候、体表反应点、穴位主治性能、解剖生理现象的观察与总结,也是重要依据<sup>(4、14-18)</sup>。关于经络学说的形成,公认应以《黄帝内经》的成书作为标志,但对于《黄帝内经》的成书年代看法分歧较大,或认为成书于战国,或认为成书于西汉,或认为成书于东汉。

在针灸文献的研究方面,一些单位对《灵枢》、《针灸甲乙经》、《针灸大成》进行了校勘和注释。此外,还有不少人做过专题文献整理。例如,有的著作将历代的经外奇穴和现代的新穴汇集起来,总数达1595个,其中绝大多数是新穴<sup>(19、20)</sup>。对于近些年出现的大量新穴,针灸界颇有看法,认为有不少缺乏科学根据,甚至是“庸俗命名”,“文字游戏”,穴位无止境的增加,人身处处都有穴,实际是“无经无穴论”<sup>(21)</sup>。有的文章对古代灸法进行了考证,由于施灸材料不同,艾炷或艾卷的形式不同,隔物灸法所隔物品不同,施加温度 and 操作方法不同,而有五十多种灸法<sup>(22)</sup>。此外,对于古代刺法、补泻手法、得气、刺禁、经穴、穴名、配穴、经脉、络脉等,也都有人进行过专题整理研究。

关于针灸图书,有人统计我国清朝以前编著的约有300种左右,可惜大部分都已亡佚<sup>(4、23)</sup>。1961年,中医研究院和北京图书馆合编《中医图书联合目录》,收录现存针灸图书404种,括括清以前编著的126种,全国解放前编著的113种,解放后编著的115种,国外的50种。近来,中医研究院图书馆又在整理续增的针灸书目,解放后编著的已达171种。

## 二、针灸治疗方法的研究

三十年来,在继承古代针灸治疗方法的基础上,又创用了许多新的方法,可谓丰富多采。在针法中,主要有毫针、电针、水针(小剂量药物穴位注射)、火针、温针、镊针、指针、芒针、巨针(赤医针)、皮肤针(包括梅花针)、皮内针、耳针、头针、腕踝针,以及针挑疗法、刺血疗法等。在灸法中,主要有艾炷和艾卷的温和灸、艾炷烧灼灸、艾炷隔物灸、温筒灸、电热灸和天灸(发泡疗法)等。还有将其他性质的刺激施用在穴位上的治疗方法,如穴位埋藏、穴位结扎、穴位割治、穴位照射、穴位离子透入、穴位电刺激、穴位微波刺激、穴位激光刺激、穴位超声波刺激、穴位药物贴敷和穴位磁疗等。

上列各种治疗方法相互结合,交错运用,又形成了一些新的方法。

除此之外,还有面针、鼻针、唇针、口针、舌针、眼针、手针、足针、气针、刺淋巴结疗法、刺神经干疗法等等。针灸界还有不同意见,有待于研究。

三十年来,中西医结合,学习传统的针灸理论与经验,运用现代科学仪器与方法,对各种针灸治疗方法进行了大量的临床观察与实验研究。

毫针刺法:近三十年来对手法补泻的研究较多,有的报告以皮肤温度和血管容积为指标对热凉手法进行研究,热补手法使皮肤温度升高者为多,凉泻手法使皮肤温度降低者为多,与平补平泻法和对照组作比较,经统计学处理有非常显著的差别,热补手法针刺合谷

穴能引起血管舒张反应，凉泻手法针刺合谷穴则出现收缩反应，两种手法对血管收缩及舒张反应与平补平泻法比较，经统计学处理也有非常显著的差别<sup>(24)</sup>。另有报告，在健康人和病人身上对烧山火、透天凉、捻转提插和平补平泻法进行的800余次的观察中发现：施用补法针下出现温热的同时伴有肢体容积曲线上升和脉搏速度减慢的现象，提示出现血管舒张反应；反之，施用泻法针下出现寒凉感的同时，肢体容积曲线下降和脉搏传播速度加快的现象，提示出现血管收缩反应。在同一实验过程中，先施补法，后施泻法，即出现相应的先舒张、后收缩的血管反应；反之，则出现先收缩、后舒张的反应。分析结果，认为针刺补泻作用下出现的血管舒缩反应不是针下温度感的继发反应，而是针刺补泻作用所固有的结果。在观察中还发现针刺补泻作用的效应与机体的虚实状态有关。显著虚症的患者，对补泻法的反应就不明显，甚或不出现反应；实证显著的患者，对针刺补泻作用的反应就不符合一般的规律性，补法的反应不明显或无反应，泻法则引起血管舒张反应，或使补法作用下所引起的血管舒张反应加强。针刺补泻手法的效应不仅决定于补和泻及补泻手法的类型，而且也决定于病症、虚实以及虚实的程度<sup>(25)</sup>。有的单位在以皮肤温度为指标避免任何暗示的情况下，对烧山火、透天凉手法的观察中，发现在作了热凉两种手法以后，皮肤温度有升高也有降低，而升高者比降低者为多。透天凉手法使皮肤温度降低者似乎比烧山火手法降低者为多。但手法对皮肤温度的影响不及手法前原来的温度对它的影响大。认为这是一种调整作用，与祖国医学理论“针灸能调和阴阳”的说法是一致的<sup>(26)</sup>。

电针疗法：是在毫针刺法的基础上与电刺激相结合的一种针法，目前已有多种形式的电针治疗机供临床使用。一般认为，交流电针机适用于一般患者，较直流电针机为好，感应断续脉冲电针机，无不良反应；低频振荡器电针机，性质较温和，亦可使用；非纯音、音频电流电针机，由于电流的幅度、频率时刻变化，有避免产生适应性的优点<sup>(27)</sup>。电针法已广泛应用于临床各科，对神经、消化、泌尿、心血管、五官以及皮肤科等100余种疾病<sup>(28)</sup>，如关节痛、头痛、牙痛、胸痛、胃痛、月经痛、三叉神经痛、坐骨神经痛等各种痛症，以及多种慢性病如偏瘫、慢性腰腿痛、胃下垂、胃及十二指肠溃疡等，都有一定的效果<sup>(29、30)</sup>。电针麻醉应用于多种手术也获得了较好的效果<sup>(31)</sup>。

水针疗法：也叫穴位注射法，如果在穴位上注射小剂量药物就叫穴位小剂量药物注射法。它的特点是把针刺、穴位和药物三者的作用结合起来以提高治病的效果。目前在临床上已应用的注射液有当归注射液、川芎注射液、红花注射液、灭菌蒸馏水、维生素B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>、盐酸普鲁卡因、咖啡因、氨茶碱、冬眠灵、杜冷丁和各种组织液等。据临床报告，这种方法应用药物剂量虽小，但可收到大剂量的效果。例如，在规定的穴位上注射1~5毫克杜冷丁，即可出现相当于肌肉注射100毫克的效果<sup>(32)</sup>。穴位注射不仅为针灸治病提供了多种有效的特异性的穴位刺激物，而且也为药物提供了有相对特异性的给药途径，这是很值得重视的。此法已广泛地应用于各科疾病的治疗上，对大叶肺炎和各种类型的神经痛、神经麻痹、关节与肌肉的风湿痛、软组织扭挫伤、腰肌劳损、高血压、溃疡病、胆绞痛等都有较好的效果。在水针对266例产程影响的观察中，证明水针不仅对加强宫缩、缩短产程有相当效果，而且还可提高无痛分娩的成功率，同时水针后还不致引起宫缩无力，不增加产后出血，对胎儿和母体均无不良影响<sup>(33)</sup>。

耳针疗法：目前，在耳部治病的穴位已发展到200多个，治疗的病种达200种左右，效

果显著的有40多种。耳针不仅应用于临床各种疾病的治疗,而且还可以用来辅助诊断某些疾病;用耳针麻醉也有较好的效果。耳穴刺法,已由单纯针刺发展为埋针、温针、电针、水针、割治、艾灸、磁疗、穴位离子透入等多种方法。耳穴用于诊断方面,有望诊(变色、变形、丘疹、皮屑、油垢等)、触诊(探触痛点等)和电阻测定等多种方法。在耳廓痛点的观察中,发现在一般情况下,双耳均有痛点反应,但以患侧较为明显,对侧较为明显者只约占12%,极少数者则只见于对侧(约占2%)。痛点的出现与消失和疾病的消长也有一定关系。在一般情况下,病情轻者痛点反应也轻或痛点数目较少;病情重者痛点反应也重或痛点数目较多;病愈后痛点也随之消失或逐步消失;疾病转移时,痛点也相应地转移。痛点的出现除反应病理变化外,尚有脏象经络方面的意义,如针刺耳廓坐骨神经穴时出现胆经循经感传现象等<sup>(34、35)</sup>。在耳穴用于辅助诊断的观察中,通过344例癌肿患者和292例健康人的分析,癌肿患者的耳廓反应物(软骨增生)显著大于健康人<sup>(36)</sup>。

头针疗法:是针刺头皮一些部位治疗全身性疾病的方法。适应症较广,特别是对神经系统的某些病症,如偏瘫、神经官能症等有较好的效果;对冠心病、高血压、急性腰扭伤、功能性子宫出血、近视眼、耳鸣、荨麻疹等也有一定的效果<sup>(37-40)</sup>。例如,在34个单位治疗2917例偏瘫的临床报告中,有效率为94.5%,显效率为58.9%<sup>(37)</sup>。头针的刺激部位,有的是划分为若干刺激区,据观察,这些区域有相对特异性;有的按头部经络循行方向针刺,也收到治疗瘫痪的效果<sup>(41)</sup>。对于头针刺激区的名称,有的单位将运动区上1/5改为百会穴,中2/5改为正营穴,下2/5改为头维穴。有的称运动区为百阳穴(百会透太阳)<sup>(42)</sup>,称感觉区为后颞顶区、胃区为通额区<sup>(43)</sup>。另外,对头针的定位也有不同意见,这些,都有待于在今后的实践中作进一步的研究。在机制研究方面,据观察头针可使脑电 $\alpha$ 波指数和电压上升,并可改善其不对称性,提示头针对皮层功能有调节作用和改变病理状态的作用<sup>(44、45)</sup>。在用头针治疗冠心病患者的观察中,针治后,心电图有一定的改善,可调整心率及电压,对T波平坦者可有不同程度的提高<sup>(44、46)</sup>。头针对周围神经损伤、肌源性神经损伤、前角细胞损伤病人的肌电影响,针后可以见到电压升高、频率加快,对因周围神经损伤而电压降低、波形稀疏者有改善作用<sup>(44)</sup>。观察头针治疗瘫痪病人时脑血流图的变化,可见到主峰角减少、峰谷加深、波幅升高、波率减少的现象,提示头针有舒缓血管、改善血管弹性、加强心脏收缩力、增加脑血流量的作用<sup>(47)</sup>。

腕踝针法:是从腕部和踝部选取相应的穴点进行皮下针刺,以治疗身体不同部位疾病的方法。这种针法对头痛、牙痛、神经痛、关节痛、腰腿痛、痛经等以疼痛为主的病症疗效比较显著;对鼻塞、流涎、遗尿、带症、皮肤瘙痒、过敏性皮炎等疗效也较好;对高血压、中风偏瘫、感觉麻木、哮喘以及某些精神病也有一定疗效。据2198例临床统计,有效率为88~89%<sup>(48)</sup>。

穴位电刺激法:是在穴位皮肤表面给予一定强度的电流刺激以治疗某些疾病的方法。目前在临床上应用的有穴位低频电疗、导平治疗和电兴奋等方法。此法在临床上已应用于多种疾病的治疗,仅穴位低频电疗即已用于90多种疾病<sup>(49)</sup>,对大脑发育不全、脊髓空洞症、脊椎裂性尿便失禁、硬皮病、一氧化碳中毒、麻醉药中毒、脑膜炎、脑震荡等病的后遗症,以及糖尿病、子宫脱垂、前列腺炎等,都取得了不同程度的疗效,在9581例各种病症的临床统计中,有效率为94.5%,显效率以上为71.8%<sup>(50)</sup>。其中对慢性支气管炎665

例的观察中,按全国统一规定疗效标准分析,达到临控标准者为30.83%,显效者为30.53%,总有效率为93.8%,显效率以上为61.36%<sup>(51)</sup>。

穴位激光刺激法:是利用激光照射穴位以治病的方法,简称激光针。有人报告,以脑血流图和皮肤温度为指标,对近视眼和高血压病人进行激光穴位刺激观察,发现穴位激光照射确实有针刺样作用,并有改善脑循环和提高皮肤温度的作用。激光穴位刺激后,脑血流图波幅升高,上升时间缩短,流入容积速度加快,上升角加大,均有统计学意义。与电针麻醉前后作比较,激光穴位刺激似优于电针。在皮肤温度的观察中,激光穴位照射后,有77.5%的穴位皮温升高,与电针效果相似<sup>(52)</sup>。根据临床观察,穴位激光照射具有无痛、无菌、简便、安全、强度可调和应用范围广等特点<sup>(53)</sup>。

穴位磁疗法:是在针灸和磁石治病的基础上发展起来的。早在《本草纲目》中就有用穴位贴敷磁石治病的记载。目前在临床上应用的磁体,有钕铁氧体、锶铁氧体、铈钴铜永磁和钐钴永磁等<sup>(54)</sup>。穴位磁疗的方法,有贴敷法、磁电法、旋磁法和磁电针等<sup>(55)</sup>。几年来的实践证明,穴位磁疗对急性扭挫伤、腰肌劳损、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨性关节炎、高血压、神经性头痛、腹泻、痛症、胆道疾患和肛门疾患等有较好的疗效<sup>(54、56、57)</sup>。

目前在临床上常用的灸法有艾炷或艾卷温和灸法、温筒灸法,有时也应用烧灼灸法。许多文章指出,灸法对一般常见病特别是虚寒证有较好的疗效。例如,灸治对单纯性腹泻、慢性胃肠炎、溃疡病、支气管哮喘、肌肉与关节的风湿症、神经衰弱、高血压、婴儿腹泻、月经不调、慢性盆腔炎、更年期综合征等都有较好的效果,艾灸治疗血吸虫病肝硬化<sup>(58)</sup>、肺结核<sup>(59)</sup>、血栓闭塞性脉管炎<sup>(62)</sup>等也收到了一定的效果。例如,有人用疤痕灸法防治高血压病,发现此法不仅有明显的降压作用,而且还有改善血液粘稠度和对大小血管的扩张作用,因而认为在获得降低血压的基础上有减少暴发中风症的机会。经过17年的观察,在54例高血压病人经过疤痕灸治疗后,仅有5例暴发了“中风”危症,而对照组的12例病人中即有4例得了中风病,认为疤痕灸法对防治高血压病和预防中风有一定作用<sup>(60)</sup>。另外,关于灸法的保健作用,在近年来的临床观察和实验研究中也得到进一步的验证。例如,在用化脓灸法治疗哮喘病299例的观察中,在获得临床疗效的基础上(有效率为70.6%,显效率为29.1%),还观察到在灸治前20例血白细胞数低于或高于正常值者,灸治后有19例调节至正常范围,但对86例血白细胞数属于正常值者,灸后虽有升高之波动,但无统计学意义。对42例病人,在灸后2月,测淋巴细胞转化率和玫瑰花环试验,原低于正常值者,其提高均属显著,原为正常者,虽有下降,但无统计学意义<sup>(61)</sup>。此外,在动物实验中证实,灸法对增强机体的免疫防御机能有明显作用。但是,应该指出,灸法虽然在临床中被广泛应用,可是对它的研究却远远不如针法,今后应给以更多的重视。

### 三、针灸临床研究

三十年来国内发表的大量针灸论文资料,约有80%以上是临床报告。这些临床报告表明,针灸对300多种病症的治疗有不同程度的效果,对其中100种左右病症有较好的疗效,有时把它用作预防或诊断疾病的措施和手段,也获得了一定的成效。

(一) 传染病 针灸治疗传染病,目前已遍及病毒、细菌、螺旋体、原虫、蠕虫、等

引起的多种疾病。

在病毒性传染病中，对急性黄疸型传染性肝炎的观察较为深入细致。各地报道本病轻中型患者的针刺治愈率在80%左右。一般取足三里、阳陵泉、太冲、至阳、肝俞等，每次针二穴，用较强刺激，每日针1~2次。症状与体征消失平均天数，如发热、肝区痛、食减、恶心、上腹不适等多在10天内消失，谷丙转氨酶、麝浊试验等于1个月左右恢复正常，儿童患者较成年患者恢复快。出院随访3个月至2年者200例，未见复发<sup>(63)</sup>。其次是流行性感冒，针大椎等穴，多于6~8小时退热，6~12小时其他症状也相继消失。在流行区针健康人是三里预防本病，发病率显著减少<sup>(64)</sup>。此外，针灸治疗流行性腮腺炎也卓有成效；治疗流行性乙型脑炎、麻疹等亦有报道。

细菌性传染病，以针刺治疗急性菌痢的研究工作较为突出。有报告对645例大便培养阳性患者针气海、天枢、上巨虚等穴，治愈率高达92.4%。其主要症状如发热、腹痛、里急后重于2天左右消失，大便镜检平均于3.74天转阴，大便培养平均5.05天转阴。6个月后随访268例，复发者仅33例<sup>(65)</sup>。针灸治疗百日咳的报道颇多，治疗方法有毫针疗法、耳针疗法、皮肤针疗法、穴位小剂量药物注射疗法等，疗效也很可观<sup>(66)</sup>。其他如流行性脑脊髓膜炎、猩红热、伤寒、肺结核等用针灸治疗也有一定疗效。

钩端螺旋体病，用肌注青霉素治疗的1/10剂量作内关、足三里等穴位注射，适当配合单纯针刺，也获得了同样效果<sup>(67)</sup>。疟疾用针灸治疗积累了较多的资料，一致表明多数患者经针灸治疗后都停止了发作。有报告75例，治愈率为85.3%。愈后血检连续三次转阴者，分别于3~5个月后复查，均无复发。并认为恶性疟比间日疟的疗效较差，疟原虫数量多的患者效果较差<sup>(68)</sup>。在高疟区观察研究，发现当地人群各型疟疾的针治疗效均较外来人口为高<sup>(69)</sup>。肠道蛔虫病，近年来大量病例统计表明，针刺疗法有30~50%的驱蛔率，否定了针灸不能驱虫的说法。其治疗方法，多是针大横、足三里等，一般只针1~3次<sup>(70)</sup>。

不少单位对针灸治疗传染病的机理进行了实验研究。大量实验表明，针灸确能提高机体本身的多种免疫功能。这正说明了针灸治疗传染病的范围为什么如此广泛。

**(二) 理化、生物因素、营养性、变态反应性疾病** 放射性反应疾病，如由放射治疗引起的白细胞减少症，针足三里、血海、三阴交、脾俞、膈俞等穴，多能使之增加，有的恢复了正常<sup>(71)</sup>。对放射治疗后引起的消化系统、神经系统症状，针灸同样有效。

各种药物的毒性反应和过敏反应应用针灸治疗的病例不少。如用针刺防治酒石酸锑钾的反应；治疗海群生、四氯乙烯、异烟肼、氯普马嗪等的中毒症状以及青霉素的过敏反应等，都有一定的成效。

对一氧化碳中毒、慢性苯中毒、农药中毒、食物中毒、亚硝酸盐中毒亦有针灸治疗报道。如有的单位抢救金黄色葡萄球菌所致食物中毒37例，针内关、中脘、足三里，灸神阙等穴，全部治愈。其中29例于针灸后10~20分钟即停止恶心呕吐，腹痛也明显减轻<sup>(72)</sup>。

冻疮用针灸治疗的效果是较为满意的。按所患部位循经取穴，治疗1~3次，多能使红肿消退，疼痛消失，破溃愈合<sup>(73)</sup>。对中暑，针灸有良好的退热、镇静、强心等作用。虽然病例报告不多，但疗效是很好的。

营养缺乏之由于肠胃机能障碍引起的多发性神经炎，针足三里、气海为主，适当配

穴，着重调整其消化吸收机能。治疗1~6次后，29例中有24例获得痊愈，3例好转，2例无效<sup>(74)</sup>。

荨麻疹，针灸治疗报道甚多。急性患者的疗效优于慢性患者。有的是针刺曲池、外关、阳陵泉等穴；有的则专用隔姜灸阳池、行间等。近期治愈率约在30%左右。但复发率颇高，远期疗效仍需进一步观察<sup>(75、76)</sup>。

此外，对类风湿性关节炎、糖尿病、痛风、克山病，以及某些地方病如大骨节病等，针灸治疗报道虽然不多，但也有一些疗效。

**(三) 呼吸、循环系统疾病** 支气管哮喘，针灸治疗较多。治疗方法，有单纯针刺、穴位埋线、穴位割治、紫外线穴位照射；于肺俞、定喘、膏肓、膻中等穴施行烧灼灸使之起泡化脓，则者较常用的方法之一。由于疗效与病程、疾病的轻重、有无合并症，以及患者的体质年龄等多方面因素，故各地报道疗效不一。不过都倾向于认为病程短、病情轻、无合并症和体质较壮实的患者疗效较好。但缺乏时间较长的远期疗效观察，则是当前存在的普遍性问题。用电针抢救呼吸衰竭，这是近年来人们探索的新课题。有人报道60余例，中枢性患者针素髁、太冲、内关等穴；外周性者去太冲加天突；呼吸骤停加膈神经刺激点。经针后呼吸频率、节律、各种异常呼吸多能获得改善。但体弱而呼吸中枢有严重损害，自动呼吸停止者多无效<sup>(77)</sup>。对大叶性肺炎、支气管肺炎用小剂量青霉素等作穴位注射，与用相同药物常规剂量作肌肉注射对照，疗效相仿，大大节省了药物的消耗。

休克用针刺治疗有较好的升高血压作用。对各种类型的休克进行观察，针刺素髁、内关等穴，强刺激，久留针，间歇运针。一般于针后半小时出现血压上升。其原收缩压高于40毫米汞柱以上者疗效更佳<sup>(78)</sup>。

心律失常，各地报道倾向于认为属于激动起源失常者效果较好，属于激动传导失常者有效率较低。针刺取穴多为内关、心俞等<sup>(79、80)</sup>。

冠心病，近年来许多单位进行了较深入的研究，取得了较突出的成就。针膻中、内关、足三里等穴，在600多病例中，心绞痛有效率89.2%；心电图有效率为53.2%。100例超声心动图观察说明可改善左室功能；50例脑血流图观察说明可改善脑循环<sup>(81)</sup>。

多发性大动脉炎（无脉症），针灸治疗的零星报道不少，一致认为有较好的疗效。主要方法是针刺内关、太渊等穴<sup>(82)</sup>。

还有风湿性心脏病，用针灸可以改善心功能；高血压病用针灸可以降压；不明原因的低血压症又可使其血压上升；对血栓闭塞性脉管炎有止痛和促进疮面愈合的作用等，都已为不少的临床报告所证实。

**(四) 消化、泌尿、生殖、造血、内分泌系统疾病** 消化性溃疡病，针灸近期治愈率颇高，不但可使症状消失，且可使大部分患者龛影消失。可是，愈后的复发率也是比较高的。故如何巩固疗效，防止和减少复发，是今后必须注意研究的重要课题。治疗方法很多，有的用单纯针刺，有的用药物穴位注射，有的用埋线疗法等<sup>(83)</sup>。看来埋线疗法有疗效确实、使用简便等特点。

胃下垂，近年来报告较多，针后在钡餐透视下可见胃有明显上升的即时效应。X线摄片证明，针刺有促进胃紧张力的作用。近期治愈率约为20~35%。有人对11例治愈者作5年以上随访，其中5例又发生了轻度下垂，故远期疗效也是问题<sup>(84、85)</sup>。

针灸对急性肠胃炎的治疗有良效。止泻、止吐、止痛作用均较快，取穴多为天枢、足三里、内关等。有报告87例，多在治疗1~2次后获得痊愈<sup>(86)</sup>。

尿潴留，可由多种原因引起。但针灸治疗以流脑、产后、手术后、精神因素等引起者效果较佳。大多只治1~3次即可。取穴以下腹部任脉穴为主，有的加阴陵泉、三阴交等<sup>(87)</sup>。

泌尿系结石，用针刺有一定的排石作用，但以下段结石、绿豆形、光滑、单个和较小结石效果较好，各地报道排石率在40%左右。取穴以肾俞、京门、关元、阴陵泉等为主<sup>(88)</sup>。

急性睾丸炎、副睾炎针灸效果很好，一般只需5次左右，即可治愈。

针刺预防和治疗输血引起的反应，有些单位用刺激耳穴法取得了一定的效果。

对地方性甲状腺肿，突眼性甲状腺机能亢进，更年期综合征以及遗精、阳痿等，针灸治疗也都有程度不同的疗效。

**(五) 神经精神病** 原发性三叉神经痛，针刺有一定的近期止痛作用。刺激部位以受累的神经枝为主，如第一枝痛取眶上孔，第二枝痛取眶下孔，第三枝痛取颞孔，当针感到达痛处时则立时止痛作用较好。有人对针治已止痛的75例随访半年以上，有15例在治疗2个月后复发，但继续针刺仍多有效<sup>(89、90)</sup>。

周围性面神经麻痹，近有人以肌电图作为指标观察治疗46例，针14~21次后，痊愈者有30例<sup>(91)</sup>。用电兴奋性检查能较准确地预测针灸疗效，即无变性者多能治愈，疗程也短；部分变性者约23%能治愈，疗程较长；完全变性者多无效，即使个别能治好，需时也甚长<sup>(92)</sup>。

近年来有的单位专门观察了腰骶椎裂引起尿便失禁的针刺疗效。针中极、横骨、夹脊、长强等穴，日1次，治50~60次。在500例中，疗效优良（即具有以下四项指标中之三项者：①有尿意；②不滴尿；③不遗尿；④大便基本能控制）者有97例。出院1~3年的有效病例234例中，疗效仍保持者91例，减退者70例，消退者67例，死亡6例<sup>(93)</sup>。

脑血管意外的恢复期应用针治的临床报告很多，特别是近年来应用头皮针治疗，各地对本病的疗效都作了大量观察。一般疗程为1个月左右，治愈率大约为30%，有的不到20%。对脑血栓形成、年龄较轻、病情不大重、病程较短、无并发症而针感较好者效果较佳。脑血流图及肌电图观察，针刺可使瘫痪病人脑血流量增加，外周阻力减少；可使肌电幅度升高<sup>(94)</sup>。

红斑性肢痛针灸近期治愈率可达90%以上。按常规取穴，有的用毫针，有的用温针，有的用电针。疗程数次至20余次不等。有人对已治愈的5例作了8~10年随访，有3例未复发<sup>(95)</sup>。

针灸疗法在神经精神科的应用是很广泛的。以上仅仅是其中几个主要病症。众所周知的针刺治疗坐骨神经痛、癱病瘫痪、癱症性失语等临床报道也很多，对不少病例的疗效也是很满意的。此外，还有精神分裂症、癫痫、神经衰弱、舞蹈病、脑积水、智能发育不全、脑炎后遗症、肋间神经痛等等，均有一定疗效。

**(六) 外科疾病** 针灸的抗炎抗感染作用，已为大量临床研究和实验研究所证实。各种软组织炎症，如蜂窝组织炎、丹毒、淋巴管炎、淋巴结炎、血栓性静脉炎、多发性毛囊



炎等，针灸后多能很快得到控制甚至治愈。刺激点以病灶附近穴为主，配以必要的循经远隔取穴。刺激方法，有的是单纯针刺，亦有用挑刺法者，还有的是用隔蒜灸法。对外科、骨伤科、妇产科手术后防感染或治疗感染，各地也做了大量的工作，收到了满意的疗效，节省了不少药品。有的单位在动物实验中也多次观察到，针刺确有良好的抗炎作用<sup>(96-98)</sup>。

胃十二指肠溃疡病急性穿孔，近万例证明有60~70%的近期疗效。有的报告电针足三里、中脘、梁门等穴，4小时1次。在41例中，经过1~2次针刺后，腹痛明显缓解、压痛局限、腹壁松软、肠鸣恢复、穿孔闭合者有26例<sup>(99)</sup>。有的单位用家兔造成人工胃穿孔，针后胃壁创面被大网膜包裹及轻度炎症反应者较多。说明针刺加强了消炎、修复病损的防御代偿机能<sup>(100)</sup>。

对肠套叠、肠扭转、阑尾蛔虫穿孔、先天畸形或肿瘤压迫以外的急性肠梗阻，针灸多能解除。对单纯性、机械性、腹腔结核和蛔虫及粪块堵塞性、动力性肠梗阻，针治疗效较好。一般针刺后数分钟有肠蠕动，20~24小时解除梗阻。治疗方法主要是针刺大横、天枢、足三里穴等<sup>(101、102)</sup>。

针治急性阑尾炎，在五十年代末至六十年代初进行了大量的临床观察。上海20多个单位统计，其中成人1426例，治愈率为84.2%；小儿116例，治愈率为66.3%。以单纯型者疗效最优。失败病例多为阑尾腔粪石梗阻、阑尾粘连扭曲等。关于远期疗效，复发率颇高。有人随访已治愈5年的174个病例，有65例出现轻度慢性阑尾炎症状，还有57例急性复发<sup>(103、104)</sup>。

胆管结石，电针右侧期门、日月。起针后加服50%硫酸镁40毫升，日1次，疗程约1周。500余例中，排石率达78.4%。其中以急性发作型疗效最佳，排石率有89.7%。与单给硫酸镁不予针刺的急性发作型70余例对照观察，其排石率仅为27.4%。对针刺排石后61例患者造影复查，只有23例结石已排净，故排净率只37.7%。失败病例为胆管壁水肿、增厚，胆管内积脓，胆总管下段周围纤维化，狭窄、瘢痕、憩室，巨大结石等<sup>(105)</sup>。

针灸在外科领域里治疗的病种还很多，如血管瘤，颈淋巴结结核，胆道蛔虫症，腹股沟嵌顿疝，精索囊肿，痔疮，腱鞘囊肿，腱鞘炎等，都有报道，临床上取得了一定的成果。

**(七) 骨伤科、皮肤科疾病** 各种扭伤挫伤，针灸有良好的消肿止痛作用。现今都比较常用在手背部（具体刺激点各地报道不一）进行透刺，同时嘱患者活动患部，用较重手法持续捻针以治疗腰部或颈项部扭伤痛，多能收到即时止痛效果。

肱骨上髁炎，针曲池、外关透内关、少海等穴，每次2个，重刺激。平均治4次。92例中，88例获得痊愈。全部随访2~4年未复发<sup>(106)</sup>。

有报告灸治蛇咬伤有良效。其法，于奇穴中泉施艾炷灸3~8壮，由痛灸至不痛，再灸数十壮后又出现灼痛为止。对银环蛇、眼镜蛇咬伤后2小时内就诊者多能治愈。值得进一步研究<sup>(107)</sup>。

骨刺、肘关节强直、腰椎间盘突出、外伤性截瘫等的针灸治疗，也屡见报道。有的单位还观察到针刺有良好的促进骨折愈合作用。

针灸能治疗多种皮肤病。治疗方法，多重视耳针、梅花针的运用。

带状疱疹的治愈率颇高，疗程1周左右。急性期患者止痛快，治愈后多无神经痛等后