

现代研究

针灸处方的发展与腧穴主对的关系

周庆辉 黄美明 吴绍德

针灸处方，即针灸临床治疗的用穴方案，包括单穴处方和配穴处方。单穴处方是指用针灸治疗疾病时，针对某一病症只用一个腧穴进行针刺或艾灸的用穴方案；配穴处方是指用针灸治疗疾病时，针对某一病症选配几个腧穴组合而成的用穴方案。针灸处方与腧穴主治是两个不同的概念。腧穴主治是指腧穴功效，即某一腧穴可以治疗某些病症，或某些病症可以用某个腧穴治疗。古代医书中，腧穴主治的著录格式有两种：①某穴或某几个穴主某某病症，即所谓“以穴统

病”；②某某病症，某穴或某几个穴主之。“主之”意即“主治之”，虽然病症在前，穴位在后，但用“主之”两字，明确指出为腧穴的主治。腧穴主治条文中所列病症一般为各种不同病症的罗列，病症之间可以没有关联。针灸处方的著录格式是病症在前，腧穴在后。所列病症或是一个独立的病或症，或是一个由相互关联的不同症状组成的证候群，所列腧穴一般须同时指出针或灸的具体方法，如针刺浅深，艾灸壮数，或补或泻等。

《甲乙经》、《千金要方》和《针灸资生经》将腧穴主治按不同病症进行了分类归纳，这些书所列腧穴主治条文中的病症虽然也是单一的，却不是针灸处方，而是腧穴主治的一种特殊的表述形式，我们把它称为腧穴主对，以示其与针灸处方及腧穴主治的区别。腧穴主对又可称为“孔穴主对”，“孔穴主对”的名称首见于《千金要方》，指腧穴和病症的主治对应关系，或一病有数十穴可治，或数病一穴主治之。本文将对针灸处方与腧穴主对进行析异，进而探讨针灸处方的发展与腧穴主对的关系。

一、《甲乙经》对腧穴主治的归类整理

《甲乙经》是现存最早的系统的针灸学著作，为晋·皇甫谧撰，乃汇集《素问》、《针经》及《明堂孔穴针灸治要》三书编撰而成。现今流传的《甲乙经》，全书共十二卷。卷七至卷十二载各种病证的腧穴治疗。一般认为《甲乙经》卷七至卷十二各篇所述各种病证的腧穴治疗是针灸处方。我们曾对其作过专门的研究，确定其并非针灸处方，乃属于腧穴主治的归类，即将腧穴依所主治的病证而进行的归类整理^[1]。

虽然《甲乙经》卷七至卷十二所载内容特别是录自《明堂

《孔穴针灸治要》的内容大多数原非针灸处方，但由于后人多误将其作为针灸处方看待，且《甲乙经》许多主治条文不止列一个腧穴，所以在客观上被认为后世配穴处方之肇始。

二、《千金要方》中的“孔穴主对”

“主”是主治的意思，“对”是对应的意思。“孔穴主对”也即孔穴主治，指腧穴与病症的对应主治关系。我们把它称为腧穴主对。《千金要方》卷三十载：“凡云孔穴主对者，穴名在上，病状在下，或一病有数十穴，或数病共一穴，皆临时斟酌，作法用之。”“孔穴主对”不是指配穴处方中腧穴的主次配合关系。《千金要方》卷三十所列“孔穴主对”条文中，很大一部分只有一个腧穴，即所谓“数病共一穴”，如“和髎主风头痛”，“神庭主风头眩，善呕烦满”。根本不存在腧穴的主次相应关系，显然仍是腧穴主治条文“以穴统证”的表达形式。至于所称“一病有数十穴”，实际上也是《甲乙经》中“以穴对证”的继续，均不存在配穴处方中主次配穴的形式。

但《千金翼方》卷二十六所载内容则与《千金要方》卷三十不同。《千金翼方》卷二十六除少数几条为腧穴主治条文外，大多为针灸处方。其行文格式为：先言病证，次言腧穴，再详述腧穴的具体刺灸方法。《千金翼方》卷二十六将各种病症分为妇人、小儿惊痫、鼻病、舌病、脚气等二十七篇，每篇篇首题“法××首”，如“妇人第二法四十五首”，下列四十五则针灸处方。将《千金翼方》与《千金要方》两书对照阅读，不难发现《千金翼方》卷二十六中的针灸处方乃是对散载于《千金要方》卷二十九及卷三十之外各卷中的针灸处方的收集整理。

据统计,《千金要方》卷三十孔穴主对的条文数,单穴条文608条,多穴条文378条。然而《千金翼方》卷二十六所载的针灸处方中却很少见到多个腧穴组合使用的配穴处方。“孔穴主对”篇中的某些条文穴多达一二十个,显然不是针灸处方。如“头面第一”载:“消冻、本神、通天、强间、风府、哑门、天柱、风池、龈交、天冲、陶道、外丘、通谷、玉枕主项如拔不可左右顾。”及“肾俞、内关、心俞、复溜、大泉、腕骨、中渚、攒竹、睛明、百会、委中、昆仑、天柱、本神、大杼、颌厌、通谷、曲泉、后顶、丝竹空、胃俞主目眵眵不明,恶风寒。”“孔穴主对”乃孙思邈将前人方书中的针灸内容及前代明堂中所记载的腧穴主治内容加以归纳,分类整理编次而成。《千金要方》“孔穴主对”篇的条文格式是“某穴主某病”或“某穴、某穴……主某病”对照《外台秘要》腧穴主治内容来分析这些条文,发现上述条文中所列的每一个穴都分别有主治该条文中所列病症中的功效,某些腧穴有主治该条文中所列病症中的某一病症的功效,孙思邈仅不过将其归纳于同一条文中而已。

根据以上分析可知,《千金要方》“孔穴主对”并非针灸处方,同《甲乙经》一样,仍然是对腧穴主治的归纳。与《甲乙经》不同的是,《甲乙经》病状在上,穴名在下,而《千金要方》的“孔穴主对”则是穴名在上,病状在下。不过是排列形式的变化,没有显著的区别。但《千金要方》的组穴条文比《甲乙经》明显增多,为后来针灸组穴配方的发展进一步奠定了基础。

三、《针灸资生经》中的腧穴主对

《针灸资生经》也是一部类纂性著作,其写作体例仿《甲

乙经》。本书卷三至卷七叙述内外妇儿各科病证的治疗，虽然其中记载了不少作者平日的临床经验心得，但主要内容乃引自许多其它典籍和方书。根据书中所注文献出处来看，主要引文来自《千金要方》、《铜人腧穴针灸图经》、《甲乙经》、《明堂上经》、《明堂下经》、《千金翼方》，《千金要方》“孔穴主对”篇的部分内容也被收入。《铜人腧穴针灸图经》、《甲乙经》、《明堂上经》、《明堂下经》记载的均为腧穴主治并非针灸处方，所以本书并非针灸处方集，而是一部分类编载腧穴主治的类纂性著作。本书在行文上兼采了《甲乙经》和《千金要方》的著录格式，既有穴名在上，病状在下者，又有病状在上，穴名在下者。但总的体例，正如徐正卿序文中所称，仍为“以穴对病”。可知其仍属于腧穴主对的范畴，还未提升到针灸处方的阶段。

虽然本书非针灸处方集，但却是一本因病选穴，罗列详悉，内容丰富的类纂性针灸专著，在针灸处方的发展过程中起了基石的作用。

四、腧穴主对向配穴处方的发展

腧穴主对虽然不是针灸处方，但它是针灸配穴处方发展的基础。《甲乙经》、《千金要方》、《针灸资生经》记载了大量的腧穴主对条文，其中有不少组穴条文，但仍以单穴条文为主。而到《神应经》便发展到以组穴条文为主。

《神应经》为明·陈会撰。本书诸疾部所载针灸治疗内容多为《甲乙经》、《千金要方》、《针灸资生经》所未载。所载五百四十八证，著录格式与《千金要方》和《针灸资生经》腧穴主对类似，但组穴条文明显多于单穴条文，单穴条文只有180条。显示了腧穴主对向配穴处方发展的趋势。尽管《神应经》

所载的内容有些并非针灸处方，如“汗部”之“无汗”：上星、哑门、风府、风池、支沟、经渠、大陵、阳谷、腕骨、前谷、中渚、液门、鱼际、合谷、中冲、少商、商阳、大都、委中、陷谷、厉兑、侠溪。列腧穴22个，且多为集中于同一部位的腧穴，显然不是一条针灸处方。但在针灸处方从腧穴主治的归纳向配穴处方发展的过程中，〈神应经〉配穴处方的形式已基本形成。

〈针灸大成·治症总要〉载151症，体例与〈神应经〉相同，但全部为组穴，已是针灸配穴处方的完整形式。

通过本文的分析可知，从晋·皇甫谧〈针灸甲乙经〉到明·杨继洲〈针灸大成〉，针灸处方在理论上经历了一个由腧穴主对到配穴处方的归纳发展过程。同时，我们对以上诸书中的腧穴主对及配穴处方条文中的腧穴数目进行了统计分析，发现从处方的组成来看，有由2~6个腧穴组成配穴处方的集中趋势。我们曾对明以前历代医书中的针灸处方作过系统的整理研究，发现针灸处方经历了一个由单穴处方到配穴处方的发展过程，明代是配穴处方的发展与针灸处方的成熟时期，同本文的研究结果一致。

周庆辉 中国人民解放军第二军医大学附属长海医院中医科主治医师。(200433)

黄晓明 吴绍德 上海市针灸经络研究所(200030)

注：本书中作者单位之后括弧中数字均系邮政编码。

络脉之研究

于书庄

“经络”包括经脉和络脉两部份。多年来国内外医学科学工作者，对于经络的研究，做了大量工作，取得了举世瞩目的成就。但其研究皆属“经脉”范围，从未见到“络脉”研究之报道。作者自1983年6月至1984年12月，在针灸门诊中观察络脉中之“血络”40余例，其中资料完整者32例，今总结报道于下，以祈引起经络研究工作者之重视。

一、观察对象和内容

观察对象：在门诊治疗痹证中，凡发现血络者即做为观察对象共28例，另有4例无病血络者亦列入观察之列。

本组共32例，其中男性6人，女性26人。年龄36~50岁9人，51~60岁16人，61~80岁7人。职业：工人21人，干部4人，职员3人，家庭妇女4人。28例痹证中膝关节肿痛13人，腰腿痛、麻木13人，皮痹2人。出现血络时间1~4年7人，5~10年10人，11~15年2人，21~30年4人，不详9人。

观察内容：血络形成的原因，血络与疼痛的关系，血络的形态及刺络治疗后疼痛改变与血络的变化情况等。

二、观察结果

(一) 血络形成的原因患者自述感寒受凉19人，久站劳累13人，妊娠3人，病后1人，扭伤1人，不详1人。其中6例是感寒与久站两种因素形成。

从资料分析看，本组病例以女性居多，高达81.3%，与自述中的妊娠引起血络相符。51~60岁出现血络者占总数50.0%，这可能与入过五旬气血渐衰，血运乏力，兼感寒邪或积劳成疾有关。从职业看本组工人占总数65.6%，可能因工作需要久站、劳碌及感寒的机会较多之故。

(二) 血络与疼痛的关系

1. 部位方面的关系：疼痛部位与出现血络部位一致者20例，两者不一致者8例（一侧痛、麻木，两侧出现血络者7人，两侧痛一侧出现血络者1人）。

无病者4人，两下肢出现血络者3人，一侧下肢出现血络者1人。

2. 时间方面的关系：先疼痛、麻木，后出现血络者5人；先出现血络后疼痛者18人，18人出现血络时间，平均每例为8年4个月；疼痛出现时间，平均每例为2年1个月。不详者5人。

对于先出现血络后疼痛，对血络的影响，本文只观察4例，其中2例痛后血络加重，2例血络无改变。

3. 血络出现的范围、形态、颜色：范围局限10例，散者8例，混合14例。形态：小者如针，大者如筋。颜色：细者色多紫红，中者色多青紫、紫暗、青，粗者色多青紫、青兰、紫黑、青黑。

(三) 刺络治疗对疼痛与血络的影响

32例中，17例采用刺络出血治疗共35次，最少者1次，多者5次，平均每例2次。其结果疼痛减轻或消失者15例，疼痛无变化者2例。血络范围缩小、管腔变细，颜色变浅者14例，血络无变化者3例。

三、讨 论

(一) 据《内经》所载，络脉是可见的，而且对络脉的不同名称、形态、颜色，以及用于临床辨证、治疗都有详细论述。

1. 络脉的可见性：《灵枢·经脉篇》说：“经脉十二者，伏行分肉之间，深而不见……诸脉之浮而常见者，皆络脉也”。

2. 络脉的不同名称：《灵枢·脉度篇》曰：“经脉为里，支而横者为络，络之别者为孙络”。《素问·皮部论》曰：“视其部中有浮络者”。孙络分布在皮肤者叫“浮络”。又说：“盛而血者”叫“血络”。

3. 血络的形态：《灵枢·血络论》曰：“盛坚横以赤，上下无常处，小者如针，大者如筋”。

4. 血络的颜色、辨证：《灵枢·经脉篇》曰：“凡诊络脉，脉色青则寒且痛，赤则有热，胃中寒手足鱼之络多青矣，胃中有热，鱼际络赤，其暴黑者，留久痹也，其有赤有黑有青者，寒热气也，其青短者少气也。”

5. 治疗：刺络的具体方法，《灵枢·经脉篇》曰：“故诸刺络脉者，必刺其结上甚血者，虽无结，急取之，以泻其邪而出其血。留之发为痹也”。刺络的适应证，在《灵枢·寿夭刚柔篇》曰：“久痹不去身者，视其血络尽出其血”。《灵枢·经脉篇》曰：凡刺寒热者，皆多血络，必间日而一取

之，血尽乃止”。

(二) 通过32例血络的观察，其形态、颜色与古典文献所描述的一致，临床刺络更是如此，故而可以肯定，络脉中之血络是客观存在的，可见的。血络的实质是“血管”。

(三) 本文所观察的32例血络皆出现在下肢，其形成的原因，主要是感寒，其次是以久站劳碌和妊娠，表明寒性凝滞，气血运行不畅；久站劳碌，气血回流不利；妊娠压迫血脉，气血回流受阻是形成血络的主要原因。

(四) 血络是一种瘀血现象，由于例数少，血络与痹证的关系，尚待进一步观察。

(五) 今后尚待观察：1. 痹证患者血络的出现率是多少。2. 先出现血络后痛者对血络的影响是什么。3. 血络的颜色是与络脉粗细有关，还是与寒热虚实有关。4. 本文32例中，除4例无病者外，余皆属痹证范畴，对于热证出现血络的情况尚待观察。

于书庄 北京中医医院针灸科 (100010)

针灸治疗神经系统疾病近况

刘家瑛 杨德利

近年来，随着针刺临床研究的大力开展，国内针刺治疗神经系统疾病的文献报道颇多，本文仅将1987~1991年间文献中部分常见病症的治疗方法概述如下（因中风及其后遗症已有专文论述，故本文略而不谈）。

一、面神经麻痹

王氏^[1]针刺治疗面瘫200例。主穴取阳白、鱼腰、四白、颧髎、迎香、地仓、颊车、合谷，配穴取翳风、太阳、风池、太冲、足临泣，随症选用，面部穴位多取透刺法。有效率80%。钱氏^[2]采用竖刺法治疗86例。方法是顺肌肉纤维走向进行针刺，针刺部位分口轮匝肌、上唇方肌、颧肌、额肌、眼轮匝肌等组。每次选用2~4组，除常规针法外，均配用针灸治疗仪，取疏密波及适当强度，经15~50天治疗后，治愈率达83.7%。王氏^[3]针刺配合面瘫康复操治疗40例。取①阳白、太阳、翳风、地仓透颊车，②攒竹、四白、牵正、颧髎透迎香。两组交替使用，用平补平泻手法。针刺后医生教患者做提眉、闭目、鼓腮、努嘴康复操。日1次，10次后改为隔日1次。总有效率100%。刘氏^[4]对87例

均为单侧周围性面瘫患者进行了经络平衡与面瘫针刺治疗的观察。发现有感传的患者疗效明显优于无感传者($P < 0.001$)，单侧面瘫患者患侧的经络传导时间明显延长，与健侧对比有显著差异($P < 0.05$ 及 $P < 0.001$)，此时间差值治疗后逐渐缩小趋向于零。提示左右经络失衡能导致本病发生，针刺能促进经络平衡治愈疾病。王氏^[5]施用针刺与外敷中药治疗226例全部有效。风寒闭阻经络型以针刺合谷、地仓、承浆等为主穴；风热闭阻经络型以外关、人中等为主穴；肝肾阴虚、风痰阻络型以地仓、颊车、太冲等为主穴；配穴随症选用。先针健侧，后针患侧，健侧施泻法。留针20分钟，日1次，治疗中外敷中药。刘氏^[6]用透刺放血治疗108例。主穴选地仓透颊车、下关透牵正、人中透迎香，配穴取合谷、太冲、太阳、风池等。进针得气后接电针仪治疗20分钟，起针后在患部穴位挤压放血，同时在患侧口腔内颊部用三棱针点刺放血(勿伤腮腺)。治疗评价有效率为96.3%。梁氏^[7]取纠正穴，轻握拳至半横位，从外侧沿掌骨前向内刺入透至合谷穴。双侧手三里穴注射维生素B₁或5%当归液(每穴2毫升)。结果共治155例，痊愈125例，显效14例，进步11例，无效5例。韩氏^[8]选患者耳背近耳轮处，以消毒刀片划破血管，放血3~5毫升，而后包扎。放血30分钟后再针刺阳白、地仓、风池等8穴，配穴按症选取，日1次，7日为一疗程。有效率为97.5%。张氏^[9]使用红外热像方法，对面瘫患者进行了针刺合谷穴前后的面部温度变化观察。其结果表明此疗法对病患部具有疏通经络，改善气血运行，促进功能恢复的作用。肖氏^[10]采用电针加TDP治疗面瘫72例。电针取穴下关配阳白透鱼腰，牵正配地仓透颊车。针后用TDP直接辐射患部，辐射时间早期20分钟，中后期30~50分钟，隔

日1次，10次为一疗程，疗程间隔3~5日。总有效率100%。黎氏[11]用四根针治疗348例，总有效率为99%。方法是：第一进针点取患侧耳轮尖水平向前0.8厘米处，将针迅速刺入皮肤后以10~20度角向下捻转刺入，使针从颞浅动静脉下透过，进针2.5~3寸使针尖达咬肌。第二点取患侧耳垂下，刺入皮肤后以10~15度角斜向前上方透刺，进针2.5~3寸使针尖达翼外肌。第三点取患侧鼻唇沟下1/3处，刺入皮肤后以10~15度角斜向后下方捻转透刺，进针2.5~3寸使针尖达下颌角处。第四点取患侧眉梢外侧凹陷处，刺入皮肤后以10~15度角向下透刺，进针2.5~3寸。留针30分钟，每日1次，6日为一疗程，疗程间隔3日。

二、坐骨神经痛

管氏[12]根据现代理论采用热针综合疗法治疗208例取得明显疗效。热针取脊椎九宫穴，针刺取大肠俞、环跳等穴，针刺后随症施用穴位注射、按摩及内服中药汤剂等。杨氏[13]取双侧手背侧坐骨神经痛点，采用直刺、强刺激手法治疗100例。其结果有效率达90%。陈氏[14]用芒针治疗114例，根性坐骨神经痛取腰三针（腰3、4、5华佗夹脊穴），臀三针（秩边、环跳、新设），干性坐骨神经痛取臀三针，随症配穴，总有效率为93.9%。王氏[15]施长针透刺四花穴，再随症配穴，疗效显著。作者认为，病程6月以内者疗效最好。甘氏[16]取四腰穴针刺加拔罐治疗50例。四腰穴位于第四腰椎棘突水平旁开2寸处。取患侧穴位，针感由强渐弱，持续数分钟出针，即拔罐10~15分钟。每日1次，12次为一疗程。本法对坐骨神经炎和增生性脊椎炎效果较佳。汤氏[17]叩针拔罐治疗206例。主穴取①大肠俞、环跳、股门；

②新环跳（尾骨尖端旁开3寸处）、秩边，殷下。配穴随症加减，两组交替使用。在主穴叩针拔罐10~15分钟，每日1次，6次为一疗程。总有效率为97.54%。此外，王氏[18]用针刺与穴注的方法治疗坐骨神经痛也取得一定疗效。

三、三叉神经痛

周氏[19]以深刺下关穴为主治疗原发性三叉神经痛32例，如第一分支痛加阳白、攒竹、鱼腰，第二分支痛加阳白、迎香、禾髎，第三分支痛加承浆、颊车、翳风。留针30~60分钟，每日1次，10次为一疗程，疗程间隔一周。结果痊愈15例，好转16例，无效1例。张氏[20]沿疼痛的三叉神经根干寻找最痛点，用0.5~1.5寸毫针缓缓向下直刺，得气后在该痛点之前后左右相距0.5~1厘米处依法各刺1针，留针90分钟，每20分钟捻转一次，平补平泻。每日1次，10次为一疗程，疗程间隔4~5日，经2~5个疗程后均获得满意疗效。胡氏[21]采用G6805针麻仪治疗33例，按支选穴，取患侧。有时配远端穴。通电40~60分钟，每日1次，10次为一疗程，疗程间隔3~4天，获得良效。朱氏[22]针刺治疗150例。I支痛取眶上孔，II支痛取颞下凹，III支痛取颞下凹，颞孔，留针30~60分钟，1~2日1次。结果治愈67例，显效57例，好转24例，无效2例。袁氏[23]针刺止痛灵穴为主治疗原发性三叉神经痛28例，总有效率为96.4%。

四、头痛

沈氏[24]取耳穴神门、额、枕等相应部位，按脏腑辨证选用配穴，有效率达96.7%。马氏[25]对102例头痛患者进行了手针治疗。阳明头痛取印堂、前头点，少阳头痛取太阳、

偏头点；厥阴头痛取百会、头顶点；太阳头痛取风池、后头点。留针30分钟，每日1次，10日为一疗程。结果疗效显著。赵氏[26]用偏三针治疗34例。取患侧太阳、太冲及健侧合谷穴，病程较长，痛势较剧者加刺患侧风池、率谷。治疗1~3次后均获愈。盛氏[27]用头针治疗血管性头痛34例获得疗效，取安神穴（双）及感觉区下2/3（双），用捻转补法，留针15分钟，隔日1次，7次为一疗程。乔氏[28]针刺全息头穴治疗偏头痛104例。患者取坐位或平卧位，双手虎口朝上如松握鸡卵状，肌肉自然放松，医者以左手拇指尖于患者右手第二掌骨拇指侧头穴区寻找压痛点，常规消毒后，以16号1寸毫针沿第二掌骨轴垂直方向快速刺入1.5~2cm，行提插捻转手法，得气后留针30分钟，5分钟行针1次。隔日针治1次，6次为一疗程。总有效率99.04%。宋氏[29]临床针刺结合推拿治疗偏头痛38例，痊愈30例，好转8例。曾氏[30]针药结合治愈偏头痛67例。针刺取列缺、阳陵泉、头维、太阳、合谷，用泻法，配穴按证选取，并适加中药。随访多年未见复发。张氏[31]认为，采用头痛新穴I、II号治疗偏头痛也能获效。

五、带状疱疹

王氏[32]辨证分型配取痛点或邻近穴位治疗带状疱疹50例。外感风热型取曲池、风池、合谷、外关、阳陵泉、血海，泻法。热毒内蕴型取阿是穴，华佗夹脊为主，辅以曲池、外关，泻法。脾虚湿盛型取足三里、期门、渊液、丰隆、支沟、阿是穴，平补平泻。气滞血瘀型取章门、翳风、支沟、阳陵泉，平补平泻。结果痊愈38例，有效12例。于氏[33]用电磁经络仪治疗带状疱疹，循经取穴，局部与远端

相结合。每次5~15分钟，日1次，结果疗效显著。汪氏[34]用氩-氦激光针刺治疗带状疱疹415例。照射部位为脊髓后根、神经节或相应的感觉神经。治疗后痊愈300例，显效48例，好转40例，无效7例。高氏[35]以梅花针刺为主治疗102例。先用梅花针叩刺疱疹及其边缘皮肤，以微出血为宜，然后局部拔火罐，留罐5~10分钟。起罐后用红外线照射20分钟，并加刺患侧内关、曲池、太冲和阳陵泉穴，用捻转提插泻法。留针20分钟，日1次，总有效率为98.1%。董氏[36]取2支艾条在皮损部位及其周围皮肤处作广泛性回旋灸，以患者感觉灼热但能耐受为度，每次灸30分钟。日1次，经7次治疗后，痊愈17例，显效、好转各4例，无效5例。治疗中对其中21例于治疗前和治疗3次后作末梢白血细胞总数和淋巴细胞测定，结果治疗后均有增加，治疗前后比较有显著差异($P < 0.05$)。对其中22例前臂内侧皮下注射植物血凝素，结果治疗后红晕反应区大于治疗前($P < 0.05$)。认为本病的发病机理与免疫抑制相关，病情轻重与免疫抑制的程度相关，灸治机理与免疫增强有关。李氏[37]按子午流注纳子法在不同时辰针刺不同耳穴治疗带状疱疹疼痛。结果3分钟内止痛者33例，自觉痛止但仍有触痛者24例，疼痛减轻但须配合其他治疗者4例。本法止痛作用可保持4~18小时。此外，李氏[38]用棉花灸治疗该病也获得疗效。

六、癰 癩

彭氏[39]针刺治疗54例。主穴取鸠尾、筋缩、腰奇、间使、丰隆。痰热较盛加太渊，肝热加太冲，体弱加足三里。平补平泻法。每次选4~6穴，隔日1次，10次为一疗程。全部获效。许氏[40]取大椎透灵台、至阳透筋缩、脊中透命门、

腰奇透长强、神庭透百会、囟会透后顶、璇玑透膻中、鸠尾透中脘、内关（双）、丰隆、太冲，再加用双侧顶颞前斜线。共治运动性癫痫102例，显效54例，有效25例，无效13例。申氏[41]用电头针治疗240例取得良效。取癫痫穴通电，以针感达前额为好，留针30分钟以上。并配合针刺顶中线、颞后斜线、额中线，5分钟行针1次。李氏[42]取百会、神庭、筋缩、足三里、太溪、关元，通过脑电图定位，额区取本神透阳白，顶区取承光透通天，颞区取率谷向前刺1.5寸，枕区取玉枕向下刺1.5寸，针刺得气后接G6805治疗仪，强度以患者能忍耐为度，每次30分钟。日1次，7日为一疗程。结果总有效率为70.6%。陈氏[43]用芒针法治疗70例。主穴取背三针，配穴取额三针，循督脉透刺。此法旨在透达督脉及膀胱经经气，疏通脑络，宣达阳气。治疗后有效率达92.8%。张氏[44]用治脑三穴诊治62例。治脑三穴位于颈椎2~5各棘突间。垂直进针，3针连成一线，不过度提插，留针15~20分钟。结果显效19例，有效41例，无效2例。张氏[45]认为，运用意气行针法治疗本病也可取得一定疗效。

七、结 语

根据以上综述，充分说明针刺疗法是神经系统疾病的有效方法之一。除适用于上述病症外，临床上还可治疗神经损伤[46]、神经痛[47]、震颤麻痹[48]、神经衰弱[49、50]等多种疾患。然而，要想进一步提高疗效，还必须在改善临床症状，促使神经纤维再生、功能的恢复上下功夫。另外，探讨病因、病机，采取根本的防治手段，也是今后应该努力的方向。