

腕 踝 针 疗 法

张心曙 著

内 容 提 要

腕踝针疗法是著者首创的一种简明易学、安全方便、应用范围较广的针刺疗法。本疗法的特点是将身体分成6个纵区,在手腕和足踝部各定6个相应的进针点,根据病症表现部位按区选点,进行皮下浅刺。本书是著者20余年来临床应用经验的总结,详细介绍了腕踝针的探索史、针刺方法和应用范围。可供医院各科医生、医学生和基层医务工作者阅读。

腕 踝 针 疗 法

张心曙 著

*

人民军医出版社出版

(北京市复兴路22号甲3号)

(邮 政 编 码: 100842)

第二军医大学学报编辑部电脑室排版

上海法律印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

*

开本: 787×1092毫米 1/32 · 印张: 3.25 · 字数: 68千字

1978年8月第1版 1978年8月第1次印刷

1990年4月第2版 1990年4月(上海)第1次印刷

印数: 1-3,000 定价: 3.20元

ISBN 7-80020-173-2/R · 151

前 言

本书是著者创立的腕踝针在临床应用的经验总结。原名《腕踝针》于1978年出版。现经充实内容改名《腕踝针疗法》重新出版，因此，实为《腕踝针》第二版。

腕踝针的探索初期，正值“文革”动乱时代，受当时环境及条件的影响，使探索工作旷日持久未能总结。1972年重新工作之后，著者整理了历年珍藏的原始资料，并继续探索，匆匆汇集成册，于1978年出版，受到国内外读者的欢迎与重视。1979年3月日本现代中国医疗协会理事长杉充胤将本书译成日文，至1987年3月先后出版发行4次。

10多年来，著者仍在继续探索，进一步完善操作方法，积累了大量病例资料，按类归纳进行统计分析。为了使这种简便的疗法得以推广应用，在原《腕踝针》的基础上全面改写成本书，以飨读者。

著者以精神医学为专业曾在神经科工作，故腕踝针的临床应用范围以精神神经疾病为主，旁及临床各科病症。书中所引用的资料，绝大多数是著者本人20多年来亲自诊治的病例，少数由他人提供。为便于普及，数据统计仅采用百分比法，文字也力求通俗。

腕踝针虽是受经络学说及传统针刺疗法的启发演变而成，但著者不是针灸医生，对传统的针刺疗法未深入钻研，书中仅就腕踝针的探索过程、操作方法、应用范围等进行叙述，无意与其他针刺疗法相提并论。

本书的编写,吸收了国内外读者来信所提宝贵意见,特此
鸣谢。

著 者
一九九〇年二月
于上海长海医院

第一版 后 记

著者在中医经络学说启发下,总结西医电刺激疗法和传统针刺疗法经验,自1966年起经过反复实践,于1972年摸索出只在腕部和踝部6个点作皮下浅刺,用以治疗身体各部某些病症的一种新的针刺疗法,1975年定名“腕踝针”。

腕踝针最初是在门诊和急诊条件下探索出来的,原先应用于神经科和其他临床科的一些病,1975年起在学校和医院领导下逐步推广,在开门办学、医疗队下乡的实践过程中,受到医务人员和病员的欢迎。现将几年来所积累的资料加以整理,供读者参考。

腕踝针的出现目前仍处于萌芽状态,还存在许多需要改正的地方,方法需要进一步完善,治病范围尚需继续探索,针刺原理尤其值得研究。由于成稿时间短促,书中内容难免存在缺点和不足,请读者批评指正,以便再版时更改提高。

著 者

一九七八年三月

目 录

第一章 腕踝针的特点、优点及其探索史	(1)
第一节 腕踝针的特点和优点	(1)
第二节 腕踝针的探索史	(2)
第二章 腕踝针的治疗方法	(12)
第一节 症状定位(区)	(12)
第二节 进针点位置和选点方法	(18)
第三节 针刺法	(24)
第三章 腕踝针的临床应用	(32)
第一节 精神疾病	(32)
一、神经症	(32)
(一) 神经症状	(33)
(二) 神经症状	(37)
(三) 躯体症状	(39)
二、躁郁症	(41)
三、偏执状态	(41)
四、更年期综合征	(42)
五、儿童精神疾病	(42)
(一) 抽动症	(42)
(二) 多种抽动综合征	(43)
(三) 多动综合征	(44)
(四) 立行不能	(44)
(五) 流涎	(44)

(六) 遗尿	(45)
第二节 神经疾病	(45)
一、头痛	(45)
(一) 心因性头痛	(46)
(二) 血管性头痛	(46)
(三) 肌紧张性头痛	(48)
(四) 感染性头痛	(49)
(五) 家族性头痛	(50)
(六) 外伤性头痛	(50)
二、眩晕与头昏	(50)
(一) 眩晕	(51)
(二) 头昏	(51)
(三) 头昏伴头痛	(52)
(四) 精神性头昏	(52)
(五) 脑外伤后头昏	(52)
三、脑卒中性偏瘫	(52)
四、肢瘫	(53)
五、癫痫	(54)
六、震颤	(55)
七、帕金森病(震颤麻痹)	(56)
八、帕金森综合征	(56)
九、类舞蹈症	(57)
十、书写痉挛	(58)
十一、神经炎和神经痛	(59)
(一) 三叉神经痛	(59)
(二) 面神经炎	(60)

(三) 面肌痉挛	·····	(61)
(四) 桡神经麻痹	·····	(61)
(五) 股外侧皮神经炎	·····	(61)
(六) 颈肩腕综合征	·····	(62)
(七) 坐骨神经痛	·····	(63)
(八) 多发性末梢神经炎	·····	(64)
(九) 糖尿病性神经痛	·····	(66)
(十) 带状疱疹性神经痛	·····	(67)
第三节 内科疾病	·····	(68)
一、感冒	·····	(68)
二、咽炎及扁桃体炎	·····	(69)
三、气管炎	·····	(70)
四、哮喘	·····	(70)
五、高血压	·····	(71)
六、甲状腺肿 (甲亢)	·····	(72)
七、淋巴结炎及淋巴管炎	·····	(72)
第四节 外科疾病	·····	(73)
一、关节痛	·····	(73)
(一) 颞颌关节痛	·····	(73)
(二) 胸肋关节痛	·····	(73)
(三) 肩关节痛	·····	(74)
(四) 肘关节痛	·····	(74)
(五) 腕和指关节痛	·····	(74)
(六) 腰痛	·····	(75)
(七) 膝关节痛	·····	(75)
(八) 踝和趾关节痛	·····	(75)

(九) 足底痛	(75)
二、肌痛	(75)
(一) 嚼肌痛	(75)
(二) 背肌痛	(76)
(三) 股四头肌痛	(76)
(四) 腓肠肌痛	(76)
(五) 腓肠肌痉挛	(76)
三、创伤镇痛和促进伤口愈合	(77)
(一) 创伤镇痛	(77)
(二) 促进伤口愈合	(78)
第五节 眼科疾病	(79)
一、眼球痛	(79)
二、复视	(80)
三、瞳孔障碍	(81)
四、视力障碍	(82)
五、麦粒肿	(84)
六、眼型重症肌无力	(84)
七、眼睑肌痉挛	(85)
第六节 耳鼻喉和口腔科疾病	(85)
一、耳鸣	(85)
二、听觉过敏	(85)
三、耳聋	(86)
四、咽鼓管阻塞	(86)
五、耳痛	(86)
六、鼻炎	(87)
七、鱼刺卡喉	(87)

八、牙痛·····	(87)
第七节 皮肤科疾病·····	(88)
一、瘙痒症·····	(88)
二、荨麻疹·····	(89)
三、过敏性皮炎·····	(89)
第八节 妇科疾病·····	(90)
一、白带多·····	(90)
二、痛经·····	(90)
三、乳房胀痛·····	(91)

第一章 腕踝针的特点、优点及其探索史

第一节 腕踝针的特点和优点

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6个纵区内,在两侧的腕部和踝部各定6个进针点,以横膈为界,按区选点,针沿皮下浅刺,要求不引起酸、麻、胀、重、痛感觉。

一、腕踝针的特点

1. 身体分区: 提出把身体两侧各分6个纵区的假设,目的是为对能定位的病症,可用“区”的概念进行定位,以便按区选取进针点。

2. 进针点: 在两侧的腕部和踝部各定6个与身体分区编号相一致的进针点,只要查明病症所在区的编号就可确定进针点。所谓进针点是指针刺入皮肤的位置,因针要刺进皮下约3.5厘米,所以此点并非治疗的作用点。点的位置一般情况下不变,但不变中也可变,并不因变而影响疗效,故点与“穴”的概念不同。

3. 皮下浅刺: 腕踝针的针刺法是沿皮下浅刺,要求避免出现酸、麻、胀、重、痛感觉,并不要求以“针感”或“得气”作为针刺起作用的治疗要求。

二、腕踝针的优点

1. 简单方便：进针点少，易记易掌握。操作方法简便，甚至病人也可以给自己扎针。治疗时病人不需脱衣服，只需露出手腕和足踝，因此不受时间、地点和环境限制，随时随地都可以进行治疗。

2. 安全无痛：因针只刺在腕踝部皮下，这里没有重要器官，不会损伤大的血管和神经，所以安全，很少有晕针，也不会出现折针现象。治疗时除针尖刺过皮肤时可有轻微刺痛外，针刺在皮下要求不引起酸、麻、胀、痛等反应，病人容易接受。

3. 治疗范围广：腕踝针应用的范围广，对临床各科一些病症都会有效。对以痛为主的一些病症，如头痛、牙痛、关节痛、痛经、伤口痛等，疗效比较显著，见效也迅速；对头晕、皮肤慢性溃疡、瘙痒症、冻疮、白带多、神经症及某些精神疾病疗效也比较好；对脑卒中性偏瘫、遗尿、高血压等也有一定效果。按初版时 823 例(98 种病症)统计，有效率为 89.2%。当然，腕踝针的治疗范围虽广，仍有一定限度，决不能“百病皆治”，有的效果不稳定甚至无效，但对一些常见病症确有一定疗效，已在实践中证明。

第二节 腕踝针的探索史

腕踝针的创立起源于偶然的机遇，不是一开始就有目的、有计划地进行探索的。探索大致分两个阶段，第一阶段为电刺激疗法，电流强度由强转弱。后受耳针的启发，刺激部位由不固定转到在腕踝部相对的固定；又受经络学说的启发，定出

6个电刺激点;受生物进化和脊椎动物发育史的启发,提出身体分区,病症从区定位及按区选点的方法。第二阶段为针刺疗法,在第一阶段基础上,用针刺替代电刺,针刺方法从传统的垂直刺入到沿皮下浅刺,针刺从要求得气到要求不得气。腕踝针的探索经历10年漫长蹉跎岁月的曲折过程,从失败中获取进展,逐步得以完善。

(一) 电刺激疗法(1966~1968): 从强刺激到弱刺激。

1964年作者曾应用电抽搐疗法治愈1例头部外伤后遗留聋哑达15年的病人。患者在抗美援朝战争中,掩体倒塌被埋入土中,当时意识不清,经抢救后好转,但遗留聋哑,经多种方法治疗未能奏效,复员在当地农村做出纳员。15年后本院求医,经耳鼻喉科检查发现虽有聋哑,但咳嗽有声,声带正常,认为无局部原因,转诊至神经科,作者受诊,检查中发现病人能笔谈,全身皮肤对针刺痛觉消失,诊断为外伤性神经症性聋哑症,收治入院住精神科病房。第二天就给予电抽搐治疗,应用Litter电抽搐机,把直径约3厘米的两个圆形电极放在头部两侧的颞前部,通电1秒钟,引起全身抽搐,待病人清醒后聋哑症竟消失,皮肤感觉也恢复正常。当时只作为一般少见病例,并未引起对治疗方法的注意。

1965年神经科病房收进一位年青病人,两下肢运动障碍,经检查为神经症性双下肢不全瘫痪。当时有一位外院进修生介绍了他所在医院用电刺激疗法治疗神经症性肢瘫的经验,主张用电抽搐机作强的电刺激,一次即可治愈。于是请他为这位病人作治疗,他将电极放在瘫肢两侧,数人帮助扶住病人双下肢,连续几次通电,病人痛得大叫,治疗后竟立即能独自行走了,这引起作者对此项治疗的注意,认为病人虽受短暂痛苦,

病却治好了。以后又遇见几例脑外伤后神经症性肢瘫的病人，病期在5~20年以上，也同样用强刺激，经一次治疗使症状消失而痊愈。几次治疗的成功，引起对该项疗法的兴趣，认为在1秒钟内即可解除多年的病痛，病人虽受些痛苦也是值得的。1966年起在神经科几位医生和护士协助下继续为病人治疗。在治疗中观察到病人除瘫肢恢复外，原有的关节痛及皮肤感觉麻木也随之消失。但神经症性肢瘫在门诊中并不多见，关节痛及皮肤感觉障碍却是常见，能否用同样办法试治于这些病人？先决条件必须将电流强度减低才能使病人接受，否则那么强的电流病人是不能接受的，也就失去应用的意义。但若电流强度减低是否能获得疗效？究竟要低到多少？在当时都是未知数。推测减低电流强度又能保持疗效的设想或许是可能的，当用强电流（60毫安）刺激时，两个电极放在瘫肢两侧，通电时，电流在电场中的走向与肢体内神经、肌肉等软组织的纵行走向呈直角，接触面小，刺激强度也就小，以致电流强度要大才能产生疗效。从接触面与电刺激强度的关系来看，若将两个电极距离拉长，即沿肢体的纵轴放，使电流与组织的走向一致，刺激面也就会增大，虽用较小的电流量，仍有可能收到疗效。于是将电流强度降低至40毫安，通电时间仍为1秒，对门诊中常见的关节痛、大腿局限性皮肤感觉麻木（股外侧皮神经炎）作为初选的治疗对象进行治疗。治疗上肢疾患时两个电极放在针刺常用穴“合谷”和“内关”部位，治疗下肢疾患时电极放在膝关节上下的“梁丘”和“足三里”。1966年1~6月共治疗231例，其中有各型感觉障碍（176例）、头痛（5例）、脑震荡后遗症（6例）、三叉神经痛（5例）、坐骨神经痛（19例）、肢颤（2例）、搔痒症（5例）、下颌关节痉挛（1例）、癔症性木僵

(2例)、频咳、呃逆、神经症性呕吐(各2例)等,有效206例(89%),其中显效与痊愈139例(60.1%)、好转67例(28.9%)、无效25例(11%)。通过治疗提示:(1)改变电极位置,即使用较低的电流强度给予刺激,仍可获得疗效;(2)治疗不仅对神经症性肢瘫有效,对感觉障碍、关节痛及其他一些症状也有效;(3)局部电刺激不仅对邻近的症状有效,对远处的症状也可有效;(4)由于电刺激强度减弱,病人较能耐受,就有条件扩大应用范围。在半年的治疗过程中,根据各病人对电刺激强度不同的反应,电流从40毫安逐步减少至20~15毫安,通电时间仍限在1秒钟,以一次治疗观察疗效反应。但当电流强度降低至10毫安以下,病人反应虽轻,疗效也随之降低。分析其原因可能与电刺激时间过短及电刺激部位离病症部位的距离过远有关。于是在以后的探索中试将电极放在病症的附近,通电时间延长至10~20分钟,发现电流强度降至2毫安以下也有效,但这样的方法的缺点是:(1)应用不方便,病人需要脱衣服;(2)电极位置零乱,以后归纳总结困难;(3)只能用于局部的病症,对范围较广的病症就不能使用;(4)对头部或心区附近的病症不便使用,以免引起头昏,影响心脏搏动等不良反应。所以认为将电极放在病症附近并不是理想的部位。理想的部位应是使用方便,能对远处的病症起作用,并能找出简便的规律来,只要掌握这样的规律应用时就方便了。但到何处去找这样的部位?又能找出什么样的简便规律来呢?在当时成为思考的中心。

耳针的启示:问题既然提出,就产生是先解决使用方便的部位并从中找出简便规律来呢?还是先找出可循的规律来,然后再确定部位?经过反复思考,认为应该先从解决部位入手。

当思考集中到一点时,产生各种联想。于是想到耳针,在耳郭那么狭小的部位,身体各部分都在这里投影,针刺不同的反应点,能对远处不同的疾病起治疗作用。但耳郭那么狭小,反应点又那么密集,可以针刺但放不下电极,使用也不方便。因此,认为耳郭不是理想的部位,不过狭小的区域能与身体各部位发生联系,这是一个启发。那么除耳郭之外还有何处具有使用方便的狭小部位呢?于是联想到手腕和足踝这两个狭小部位。选择腕和踝的有利点是:(1)应用方便,只要露出手和脚就可,不必脱衣服,天冷也没有关系;(2)表面平坦可以放电极;(3)最初阶段已经有过利用腕部的“合谷”、“内关”穴的治疗经验;(4)根据经络学说腕和踝都有3条阴经和阳经通过,可以作用于远处病症。于是决定选择腕部和踝部。在腕部电极仍放在“合谷”和“内关”;下肢与上肢相仿,电极的位置就不能在原来的“梁丘”和“足三里”,而在与“合谷”和“内关”相当在第一、二趾间的“行间”穴和小腿内侧下端的“三阴交”。开始时只刻板地将两个直径为3厘米的圆形电极放在以上两对固定位置上,有一次遇到1例臂外侧感觉麻木的患者,当电极放在“合谷”与“内关”通电治疗时,麻木无改变,将电极移至与感觉麻木部位相当的腕部外侧的“外关”时,麻木竟立即消失。由此可见,当两个电极同时作用时,只有一个电极对症状起作用,另一电极不起作用。从而把移动于“内关”和“外关”的电极当作作用电极,把不移动的固定在“合谷”的电极当作无作用电极;踝部的电极与腕部相仿,将在“三阴交”的电极定为作用电极,在“行间”的电极无作用电极。既然根据上肢皮肤感觉麻木症状所处部位,需要在腕的内外侧改变电极位置才有效,那么在腕部内侧或外侧的同一平面上是否也有

不同作用呢?推测根据经络学说其间作用应该有所不同,但经络的走向弯曲,不易记忆,电刺的作用与针刺可能有区别,这一区别用直径为3厘米的圆形电极是无法探索的。于是试将电极缩小,用直径约1厘米的塑料瓶盖做成电极。在腕部将作用电极移动于内外关一圈的皮肤上,观察不同部位对病症的疗效,发现刺激腕部,只对上半身的病症起作用,颞前部头痛,作用电极要放在掌面中央(当相于“内关”)才有效;头痛若在前额部,作用电极移至掌面小指侧才有作用。在下肢也观察到类似情况。有一病人既有上腹痛,也诉腰椎附近背痛。将作用电极放在踝部内侧面的中央(三阴交),对腹痛无影响,当电极移至靠跟腱内缘时,上腹痛即消失,但腰背痛仍存在,将电极移至跟腱外缘时,腰痛即消失。由于电流强度减低至2毫安以下,病人完全能耐受,通电时间可延长,就有可能观察电刺激点与症状部位的关系,并详细记录对症状的疗效反应。多次的反复观察及对资料的整理,发现尽管病症表现各不相同,凡近前中线的症状,如前额痛、鼻塞、咽痛、上腹痛、痛经等,将电极放在腕部掌面的小指侧、跟腱内缘时,能出现疗效;同样,近后中线的症状,如后头痛、腰痛、坐骨神经痛时,电极要放在腕背的小指侧、跟腱外缘。头痛位在头顶时,电极要移至腕部内外面交界的桡骨缘上时才出现疗效。对以上现象用神经解剖学观点不能解释,与经络学说中的经络走向也不完全符合。如何推测这种现象呢?困难中想到身体分阴阳面,上下肢和躯干的从属关系。由此联系到从脊椎动物的生物进化和胚胎发育过程求解释。人在胚胎发育期重复着生物进化的历史演变,脊椎动物的生长是由受精卵分化成圆形的细胞球后,在成长过程中向纵的方向延伸,并发展成左右两半合拢的圆锥体。四