

財團法人長庚紀念醫院

針灸科手冊



長庚紀念醫院中醫針傷科編印

中華民國 96 年 12 月初版

中華民國 101 年 05 月修訂

編寫說明

- ◎ 本手冊編寫為提供長庚紀念醫院中醫針傷科內部臨床訓練參考用，多方參考學界中各種資料及各方卓見，以求臨床適用。對本手冊所引用資料之原作者，特申感謝之忱。
- ◎ 本手冊分【基本資料】、【疾病治療】、【經典選讀】三部份。
- ◎ 【基本資料】中列出學習針灸需要記憶背誦之歌訣、經絡循行等等資料，方便使用時快速查詢，平日亦能複習，希望對各位實習醫師的臨床學習或是國家考試有所裨益。
- ◎ 【疾病治療】部份選擇了本科的臨床常見疾病，病因病機部份，暫且沿襲內科病因病機論述系統。但針灸之操作本以經脈氣血為主軸，與內科用藥實有相異之處，而得另成中醫針灸特有經絡氣血診斷及病因病機辨證學。目前針灸界對此漸有共識，但仍未建立完整之論述系統，有待將來努力，也是本手冊未來增修方向。

針灸處方選擇了臨床運用較多且共識較高之處方，希望作為臨床運用參考，並藉以累積足以建立共識。但源於保留針灸臨床多樣性，因此在處方中盡量提供了不同的針灸治療方法，保留不同之針灸經驗。
- 疾病各論中增加期刊選錄，所選期刊主要摘錄自戴秋孫主編《實用針灸治療學》（人民衛生出版社）、朱江主編《現代常用針灸法的臨床應用》（中國中醫藥出版社）二書，希望將來重修手冊時，能以實證醫學文獻評讀方法，過濾更多期刊，作出『論點與實證』的成果，解決更多臨床問題。
- ◎ 【典籍選讀】選擇七篇重要的經典篇章。近年邀請大師級教授蒞院指導，在針法方面給予許多提點，於經典中反覆咀嚼、體會不盡。從《內經》出發，配合主治醫師臨床教學導讀，期待讓各位醫師一窺針灸堂奧，同時教學相長，能夠從寶山挖掘出更多珍藏。
- ◎ 本次編修內容包括：因應實習醫師護照內容修訂，刪去穴位各論；刪去主治醫師推薦期刊，並預備後續增修相關實證醫學文獻選讀；增加典籍選讀，臨床跟診時可與病人病情印證，或請主治醫師導讀。

初版主編：孫茂峰

初版副主編：薛宏昇

初版總審：張恒鴻

初版編輯群：林建雄、楊建中、林鑫烈、陳玉昇、李科宏、張晉賢、黃澤宏

賴佳君、洪金烈、蔡馥光、尤紹雯、涂俐雯、楊雲明、林煒濬、謝逸雯

統稿：洪金烈、賴佳君

修訂版

主編：薛宏昇

編輯群：林建雄、楊建中、陳玉昇、李科宏、陳怡帆、蔡馥光、唐遠雲

謝逸雯、葉柏巖、陳彥融、鄭淑臻、楊宗憲、黃新家

統稿：謝逸雯

目錄

編寫說明	1
目錄	3
基本資料	4
穴位圖	5
十二經脈穴位歌	10
五俞穴	12
郄絡募穴	13
奇經八脈	14
丹陽天星十二穴	15
九針	16
疾病治療	17
中風及其後遺症	18
腦性麻痺	28
顏面神經麻痺	33
頸部筋傷疾病	38
失眠	43
頭痛	49
單純性肥胖	55
痛經	60
典籍選讀	66
《靈樞·九鍼十二原》	67
《靈樞·小鍼解》	68
《素問·鍼解》	69
【針灸大成·《內經》補瀉】	69
【針灸大成·《難經》補瀉】	73
【針灸大成·標幽賦(楊氏注解)】	74
【針灸大成·金針賦(楊氏注解)】	82
附錄	84
NIH stroke scale 暨說明指引	85
Barthel Index	92
Brunnstrom stage	94
參考資料	98

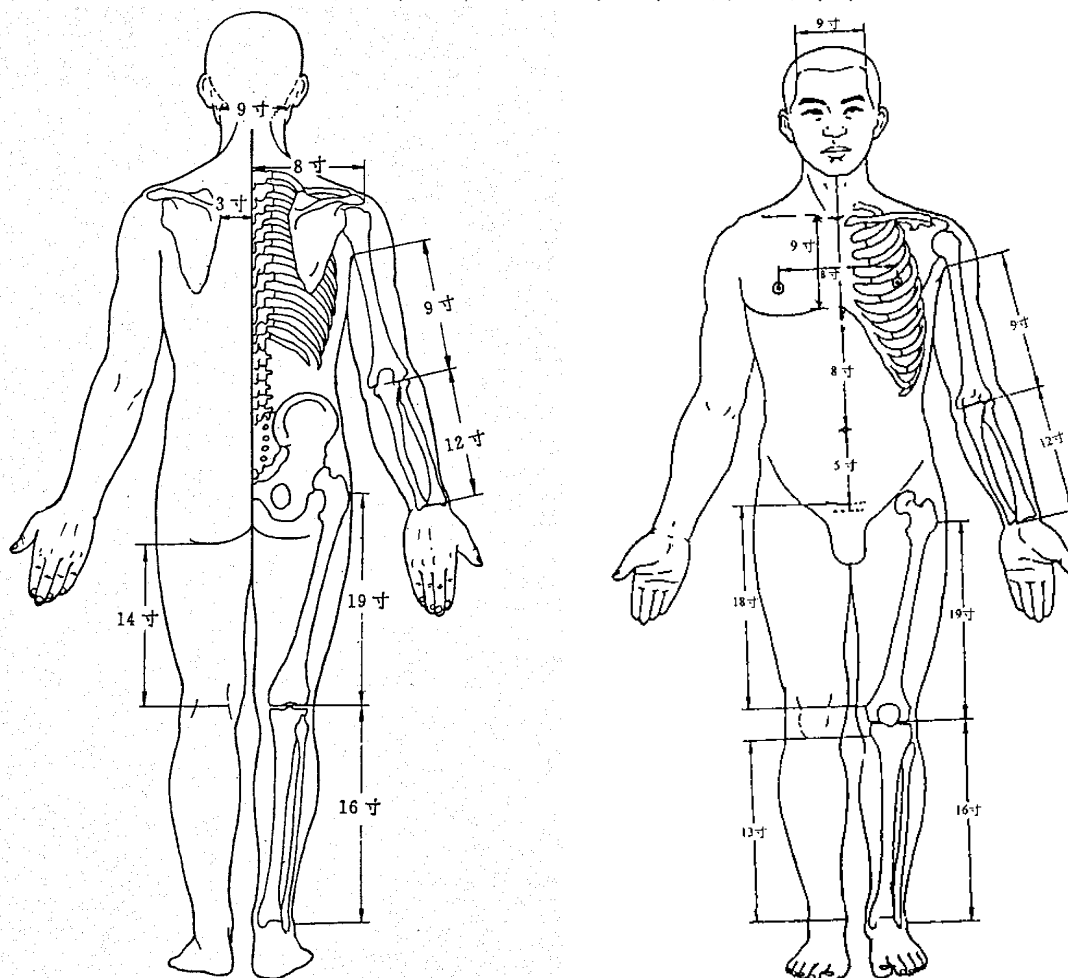
基本資料

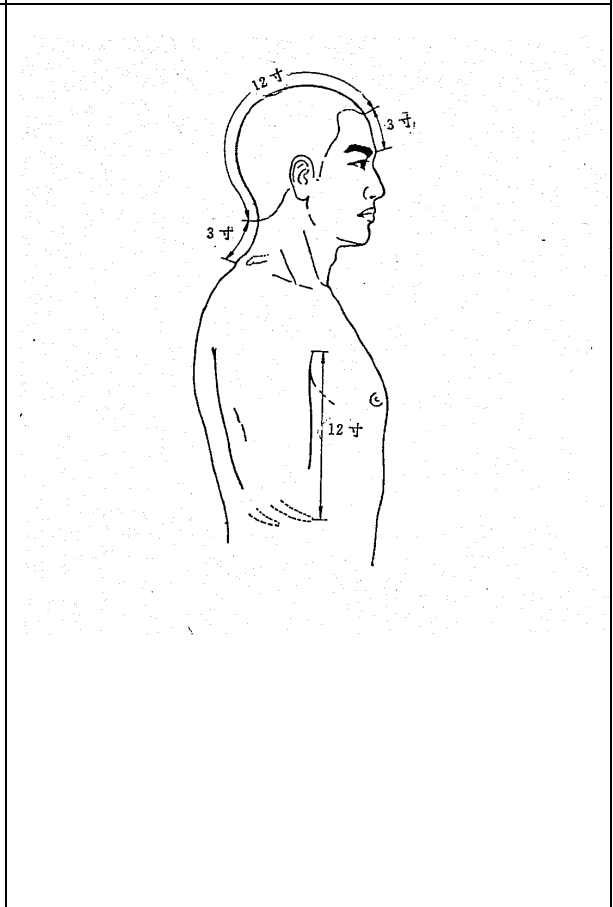
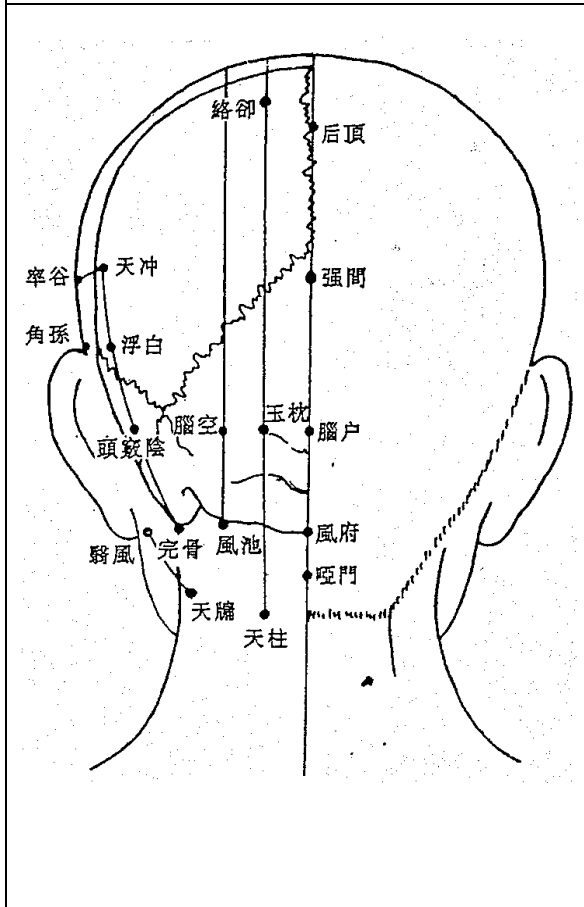
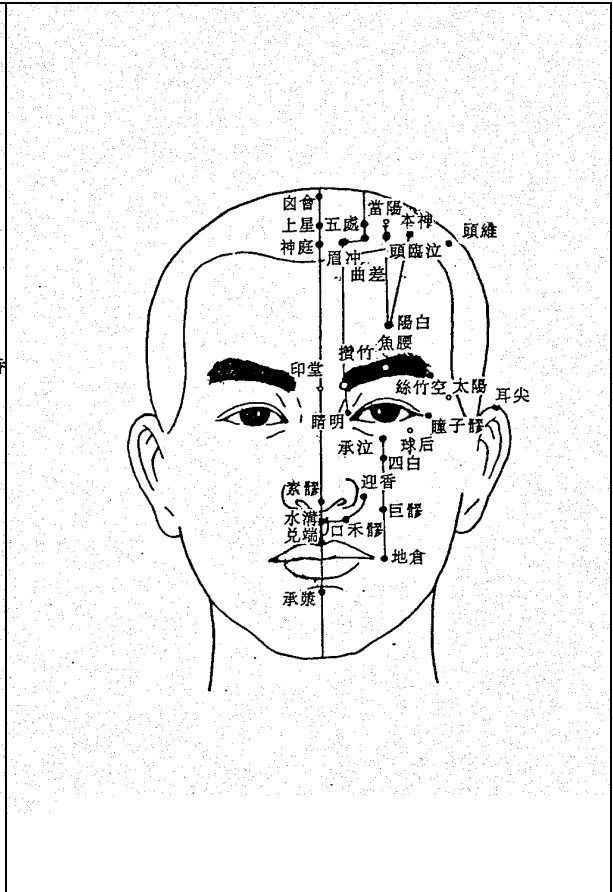
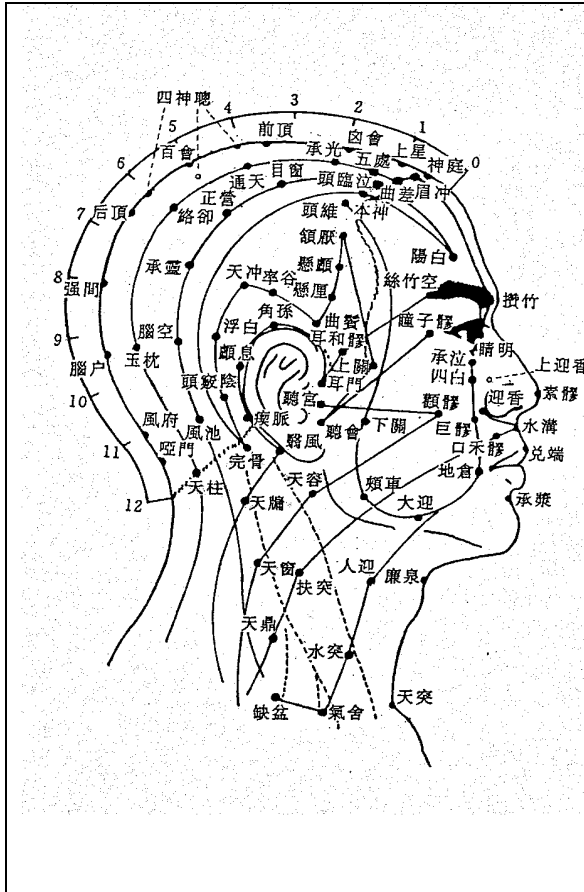
《標準穴位圖冊》之同身寸法：

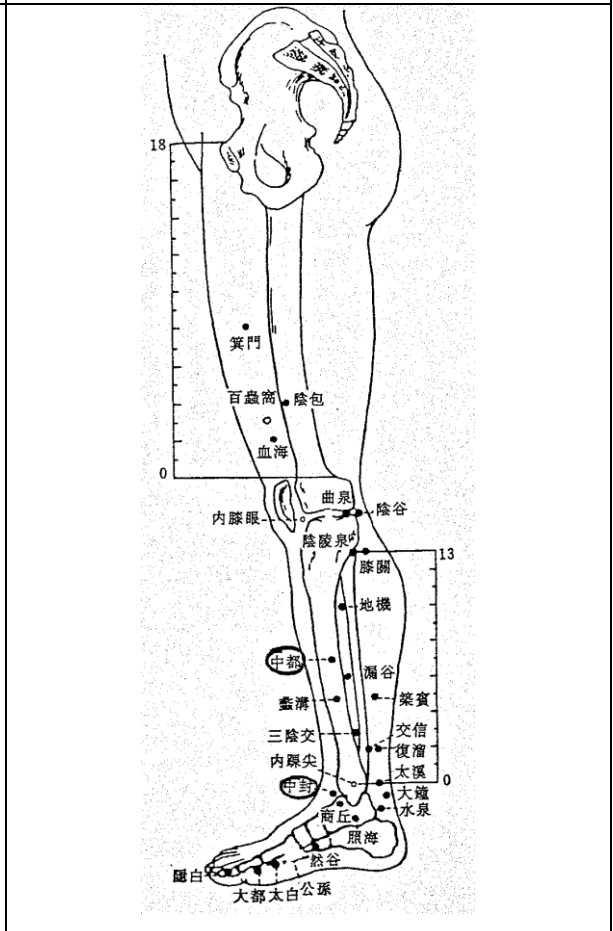
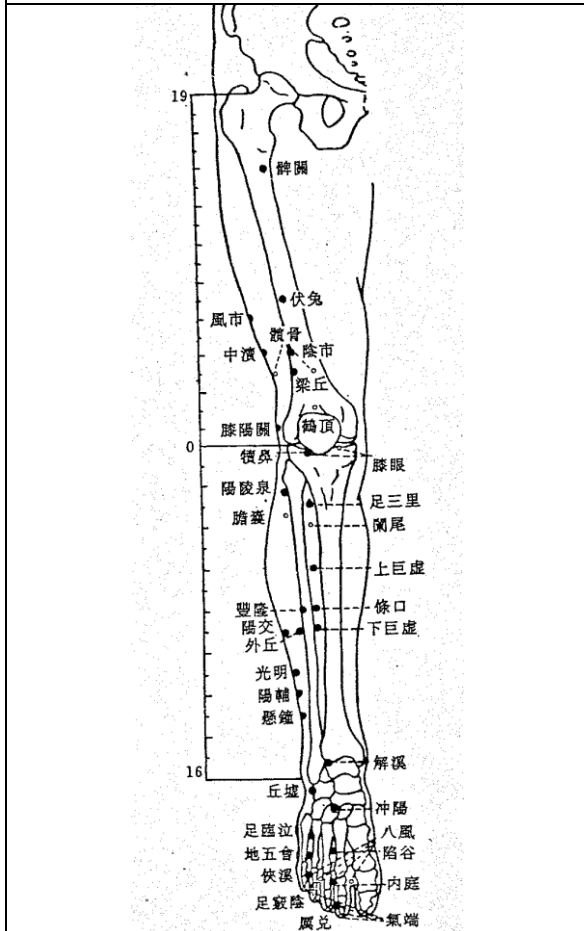
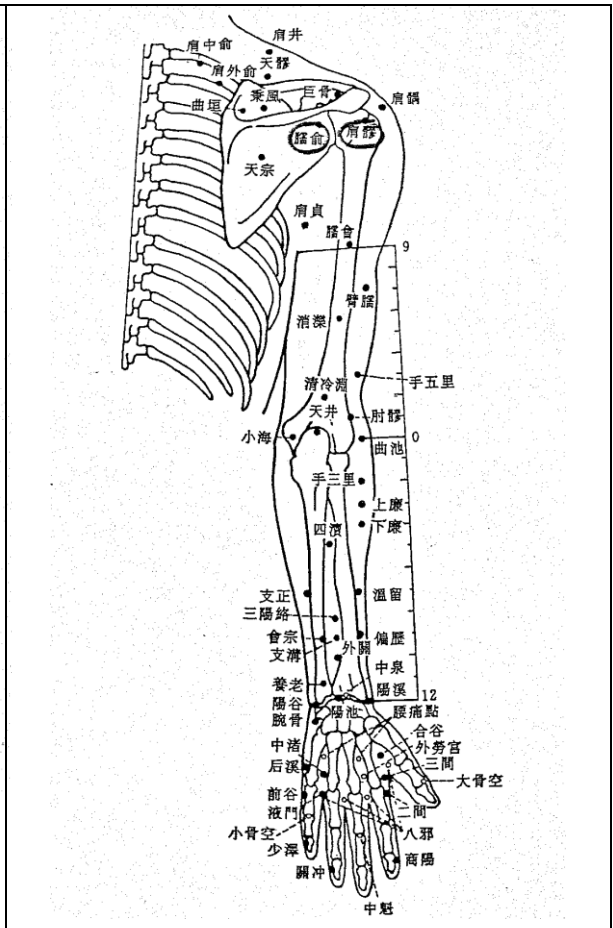
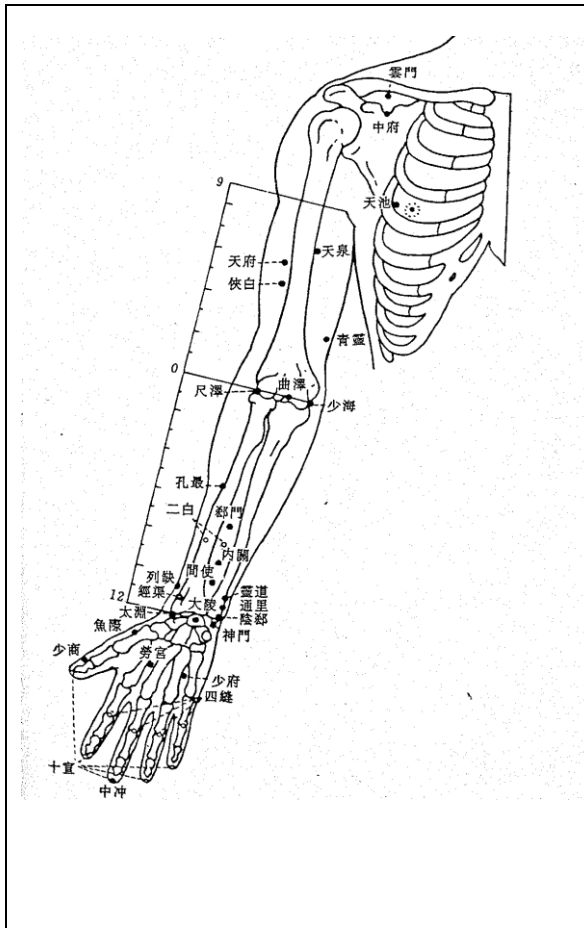
頭部	直寸	前髮際至後髮際	12寸	內經骨度		
	橫寸	兩頭維穴之距離為	9寸	甲乙經		
胸腹部	直寸	胸脅部	天突至歧骨	9寸	內經骨度	
		上腹部	歧骨至臍	8寸		
		下腹部	臍至曲骨	5寸	針灸大成	
	橫寸	軀幹部	兩乳之間	8寸	針灸大成	
	直寸	上肢	肱前面	腋窩橫紋前端至尺澤穴（肘窩橫紋）	9寸	循經考穴編
			前臂部	肘橫紋至腕橫紋	12寸	內經骨度，原係12.5寸
		下肢	足三陰經	耻骨平線至股骨內上踝	18寸	內經骨度
				股骨內下踝至內踝高點	13寸	
			足三陽經	股骨大轉子至脛橫紋	19寸	
				脛骨下緣至外踝高點	16寸	
外踝高點至足底	3寸					

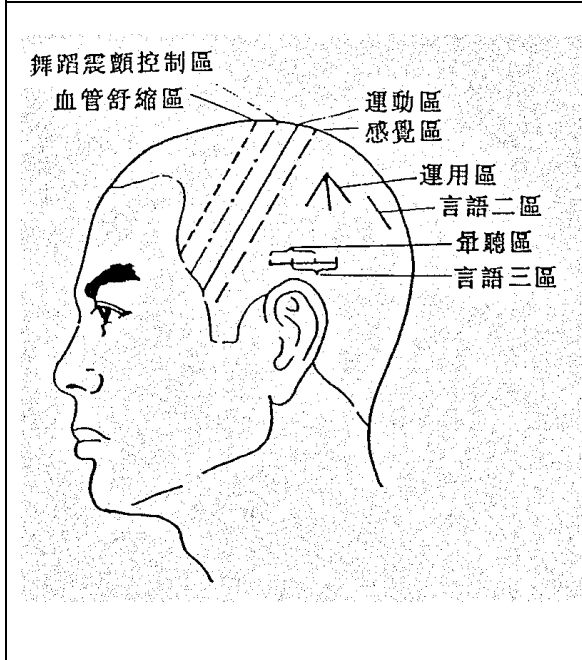
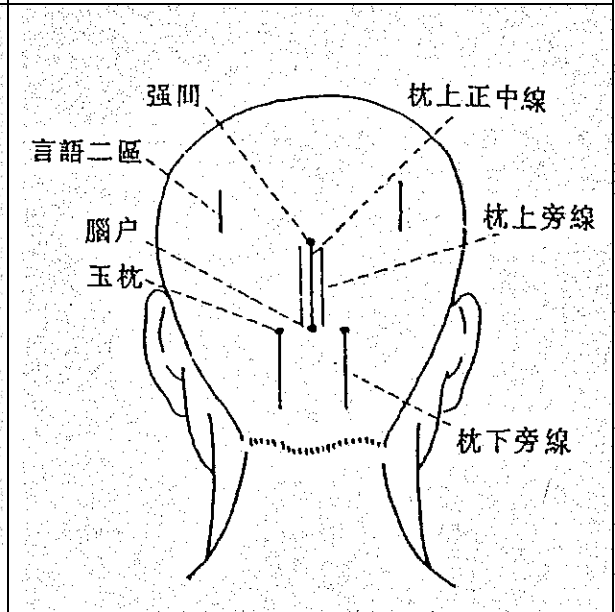
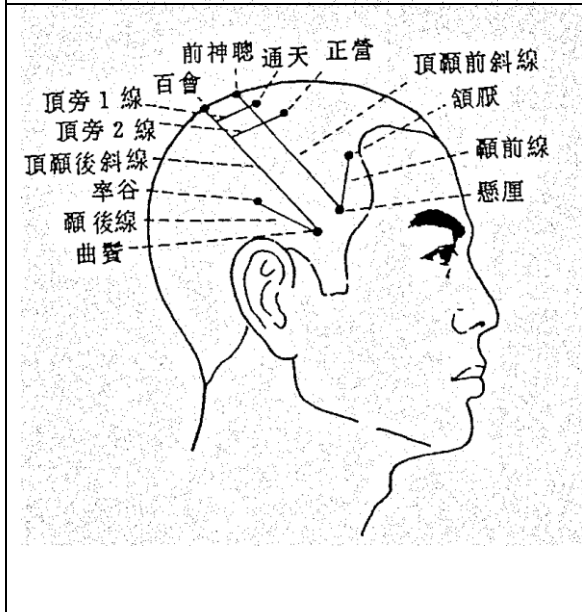
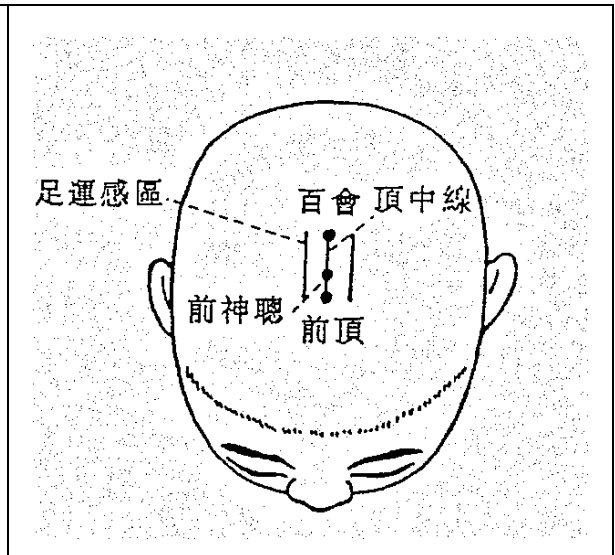
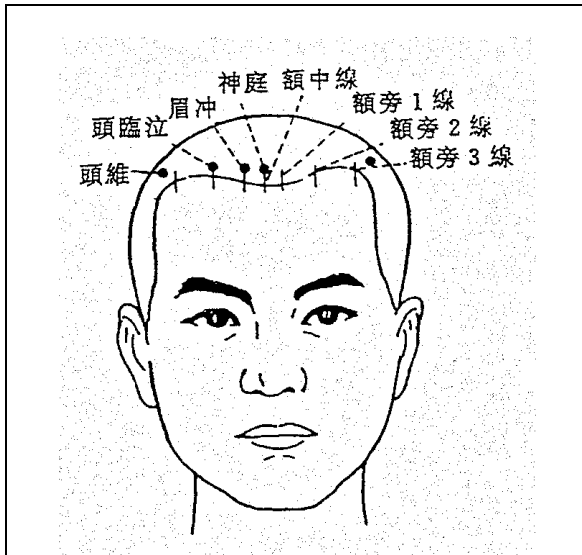
* 考同身寸之名，原自唐孫思邈《千金方》，而目前通用之同身寸法，實源於《內經·骨度篇》。

* 唐千金方始以男左女右中指第一節之長度為一寸，稱曰同身寸。









十二經脈穴位歌

一. 手太陰肺經穴歌

手太陰肺十一穴、中府雲門天府訣、俠白尺澤孔最存、列缺經渠太淵涉、魚際少商如韭葉。

二. 手陽明大腸經穴歌

手陽明穴起商陽、二間三間合谷藏、陽谿偏歷溫溜長、下廉上廉手三里、曲池肘髎五里近、臂臑肩髃巨骨當、天鼎扶突禾膠接、鼻旁五分號迎香

三. 足陽明胃經穴歌

四十五穴足陽明、頭維下關頰車停、承泣四白巨膠經、地倉大迎對人迎、水突氣舍連缺盆、氣戶庫房屋翳屯、膺窗乳中延乳根、不容承滿梁門起、關門太乙滑肉門、天樞外陵大巨存、水道歸來氣衝次、髀關伏兔走陰市、梁丘犢鼻足三里、上巨虛連條口位、下巨虛跳上豐隆、解谿衝陽陷谷中、內庭歷兌經穴終。

四. 足太陰脾經穴歌

二十一穴脾中州、隱白在足大趾頭、大都太白公孫盛、商丘三陰交可求、漏谷地機陰陵穴、血海箕門衝門開、府舍腹結大橫排、腹哀食竇連天谿、胸鄉周榮大包隨。

五. 手少陰心經穴歌

九穴午時手少陰、極泉青靈少海深、靈道通里陰郄邃、神門少府少衝尋

六. 手太陽小腸經穴歌

手太陽穴一十九、少澤前谷後谿藪、腕骨陽谷養老繩、支正小海外輔肘、肩貞臑兪接天宗、膠外秉風曲垣首、肩外兪連肩中兪、天窗乃與天容偶、銳骨之端上顙膠、聽宮耳前珠上走

七. 足太陽膀胱經穴歌

足太陽經六十七、精明目內紅肉藏、攢竹眉衝與曲差、五處上寸半承光、通天絡卻玉枕昂、天柱後際大筋外、大杼背部第二行、風門肺兪厥陰四、心兪督兪膈兪強、肝膽脾胃俱挨次、三焦腎氣海大腸、關元小腸到膀胱、中膂白環仔細量、自從大杼至白環、各各節外寸半長、上膠次膠中復下、一空二空腰髀當、會陽陰尾骨外取、附分俠脊第三行、魄戶膏肓與神堂、譙譙膈關魂門九、陽綱意舍仍胃倉、肓門志室胞肓續、二十椎下秩邊場、承扶臀橫紋中央、殷門浮郄到委陽、委中合陽承筋是、承山飛揚踝附陽、崑崙僕參連申脈、金門京骨束骨忙、通谷至陰小指旁。

八. 足少陰腎經穴歌

足少陰穴二十七、湧泉然谷太谿溢、大鍾水泉通照海、復溜交信築賓實
陰谷膝內附骨後、以上從足走至膝、橫骨大赫聯氣穴、四滿中注育俞臍
商曲石關陰都密、通谷幽門寸半辟、折量腹上分十一、步廊神封膺靈墟
神藏或中俞府畢。

九. 手厥陰心包絡經穴歌

九穴心包手厥陰、天池天泉曲澤深、郄門間使內關對、大陵勞宮中衝侵

十. 手少陽三焦經穴歌

二十三穴手少陽、關衝液門中渚旁、陽池外關支溝正、會宗三陽四瀆長
天井清冷淵消灤、臑會肩髃天膠堂、天牖翳風瘼脈青、顛息角孫絲竹張
和膠耳門聽有常。

十一. 足少陽膽經穴歌

少陽足經瞳子膠、四十四穴行迢迢、聽會上關領厭集、懸顛懸厘曲鬢翹
率谷天衝浮白次、竅陰完骨本神邀、陽白臨泣目窗闕、正營承靈腦空搖
風池肩井淵液部、輒筋日月京門標、帶脈五樞維道續、居膠環跳風市招
中瀆陽關陽陵穴、陽交外丘光明宵、陽輔懸鍾丘墟外、足臨泣地五俠谿
第四指端竅陰畢。

十二. 足厥陰肝經穴歌

一十三穴足厥陰、大敦行間太衝侵、中封蠡溝中都近、膝關曲泉陰包臨
五里陰廉羊矢穴、章門常對期門深

十三. 任脈經穴歌

任脈三八起陰會、曲骨中極關元銳、石門氣海陰交仍、神闕水分下脘配
建里中上脘相連、巨闕鳩尾蔽骨下、中庭臆中募玉堂、紫宮華蓋璇璣夜
天突結喉是廉泉、唇下宛宛承漿舍

十四. 督脈經穴歌

督脈中行二十七、長強腰俞陽關密、命門懸樞接脊中、筋縮至陽靈台逸
神道身柱陶道長、大椎平肩二十一、瘕門風府腦戶深、強間後頂百會率
前頂顛會上星圓、神庭素膠水溝窟、兌端開口唇中央、齶交唇內任督畢

五俞穴 十二經井榮俞原經合穴之穴位，均在四肢，手不過肘，足不過膝，故又稱四關俞

		陰經	陽經	四季
井	所出為井	井（木）主心下滿（肝系病）	井（金）	冬
榮	所溜為榮	榮（火）主身熱（心系病）	榮（水）	春
俞	所注為俞	俞（土）主體重節痛（脾系病）	俞（木）	夏
原	所過為原	以俞為原	原	
經	所行為經	經（金）主喘咳寒熱（肺系病）	經（火）	
合	所入為合	合（水）主逆氣而泄（腎系病）	合（土）	秋

出井溜榮注為俞，行經入合臟俞原，春宜針榮夏針俞，秋宜針合冬井間。

	井	榮	俞	原	經	合	郄	絡	募
肺	g	魚際	太淵		經渠	尺澤	孔最	列缺	中府
脾	隱白	大都	太白		商丘	陰陵泉	地機	公孫	章門
心	少衝	少府	神門		靈道	少海	陰隙	通里	巨闕
腎	湧泉	然谷	太谿		復溜	陰谷	水泉	大鐘	京門
心包	中衝	勞宮	大陵		間使	曲澤	隙門	內關	膻中
肝	大敦	行間	太衝		中封	曲泉	中都	蠡溝	期門
大腸	商陽	二間	三間	合谷	陽谿	曲池	溫溜	偏歷	天樞
胃	厲兌	內庭	陷谷	衝陽	解谿	足三里	梁丘	豐隆	中腕
小腸	少澤	前谷	後谿	腕骨	陽谷	小海	養老	支正	關元
膀胱	至陰	通谷	束骨	京骨	崑崙	委中	金門	飛揚	中極
三焦	關衝	液門	中渚	陽池	支溝	天井	會宗	外關	石門
膽	竅陰	俠谿	臨泣	丘墟	陽輔	陽陵泉	外丘	光明	日月

十二經井榮俞原經合歌

少商魚際與太淵，經渠尺澤肺相連。商陽二三間合谷，陽谿曲池大腸牽。
 隱白大都太白脾，商邱陰陵泉要知。厲兌內庭陷谷胃，衝陽解谿三里隨。
 少衝少府屬於心，神門靈道少海尋。少澤前谷後谿腕，陽谷小海小腸經。
 湧泉然谷與太谿，復溜陰谷腎所宜。至陰通谷束京骨，崑崙委中膀胱知。
 中衝勞宮心包絡，大陵間使傳曲澤。關衝液門中渚焦，陽池支溝天井索。
 大敦行間太衝看，中封曲泉屬於肝。竅陰俠谿臨泣膽，邱墟陽輔陽陵泉。

十二經表裡原絡總歌

臟腑有病均宜刺，原絡表裡相隨看，
 肺原太淵大偏歷，大肺合谷列缺端，
 脾原太白胃豐隆，胃脾衝陽公孫間，
 心原神門小支正，小心腕骨通里邊，
 腎原太谿膀胱飛陽，膀胱京骨腎大鐘，
 三焦陽池包內關，包原大陵焦外關，
 膽原丘墟肝蠡溝，肝膽太衝光明閑。

十六鄰穴、十五絡穴、募穴

	口訣	十六鄰穴	十五絡穴	募穴	俞穴
肺	孔裂中	孔最	列缺	中府（屬肺）	肺俞（屬膀胱）
大	穩扁輸	溫溜	偏歷	天樞（屬胃）	大腸俞（屬膀胱）
胃	涼風中	梁丘	豐隆	中脘（屬任）	胃俞（屬膀胱）
脾	地順莽	地機	公孫	章門（屬肝）	脾俞（屬膀胱）
心	戲同聚	陰隙	通里	巨闕（屬任）	心俞（屬膀胱）
小	老子關	養老	支正	關元（屬任）	小腸俞（屬膀胱）
膀	金飛機	金門	飛揚	中極（屬任）	膀胱俞（屬膀胱）
腎	水大驚	水泉	大鍾	京門（屬膽）	腎俞（屬膀胱）
包	門內談	隙門	內關		
焦	會外死	會宗	外關	石門（屬任）	三焦俞（屬膀胱）
膽	求明日	外丘	光明	日月（屬膽）	膽俞（屬膀胱）
肝	多離奇	中都	蠡溝	期門（屬肝）	肝俞（屬膀胱）
		(陽蹻)跗陽	(任)尾翳	※尾翳=鳩尾	
		(陰蹻)交信	(督)長強		
		(陽維)陽交	(脾大)大包		
		(陰維)築賓			

*十六鄰穴

1. 均在骨肉之交，氣血深集處，凡遇氣血不易宣通時用之，除胃經外，隙穴都在合穴之前。
2. 治療各經急性疾患：陰經隙穴多治血證；陽經隙穴多治痛證。

*十五絡穴

1. 經、絡氣相交會之樞紐，自經脈中別行，皆就其別出處之俞穴而定名，故稱絡穴。
2. 十五絡穴應用：表裡主客原絡

*募、俞穴

1. 募穴：位胸腹部臟器附近，是臟腑之氣所結聚之處
俞穴：位於背部，是臟腑之氣由內臟輸轉至背部之處
2. 募、俞穴應用：治療所屬臟腑之病候，取一臟之募、俞二穴同時針灸。

奇經八脈

奇經	循行部位	生理功能	病候	
督脈	起於下極之脛，並於脊裡，上至風府，入屬於腦	行於脊中，總督一身陽脈，故稱陽脈之海	脊強而厥	
任脈	起於中極之下，以上毛際，循腹裏，上關元，至咽喉，上頤，循面，入目，絡舌	行於胸腹，統任一身陰脈，故稱陰脈之海	其內苦結，男子七疝，女子瘕聚	
衝脈	起於氣衝，並足陽明與足少陰之經，挾臍上行，至胸中而散	統領先天之元氣與後天之穀氣，故稱經脈之海	逆氣而裡急	
帶脈	起於季脅，迴身一周	迴身一周，束之如帶，故主約束諸脈	腹滿，腰溶溶，若坐水中	
陽蹻	起於跟中，循外踝上行，入風池	屬足太陽之別脈，主一身左右之陽經	陰緩而陽急	
陰蹻	起於跟中，循內踝上行，交貫衝脈	屬足少陰之別脈，主一身左右之陰經	陽緩而陰急	
陽維	維絡於身，溢畜不能環流，灌溉諸經者也	起於諸陰交	維繫諸陽脈，主一身在表之經	苦寒熱
陰維		起於諸陽會	維繫諸陰脈，主一身在裡之經	苦心痛。陰陽不能自相維，則悵然失志，溶溶不能自收持

八脈八法穴

公孫衝脈胃心胸，內關陰維下總同，
 臨泣膽經連帶脈，陽維目銳外關逢，
 後谿督脈內眥頸，申脈陽蹻絡亦通，
 列缺任脈行肺系，陰蹻照海膈喉嚨。

八會穴

臟會章門（肝）、腑會中脘（任）、氣會膻中（任）、血會膈俞（膀胱）、筋會陽陵（膽）、
 脈會太淵（肺）、骨會大杼（膀胱）、髓會絕骨（膽）

六府合穴

手三陽：大腸上巨虛、小腸下巨虛、三焦委陽
 足三陽：胃三里、膀胱委中、膽陽陵泉

十總穴

肚腹三里留，腰背委中求，頭項尋列缺，面口合谷收。外傷陽陵泉，婦科三陰交，
 安胎公孫盛，阿是是不可缺。

馬丹陽天星十二穴

三里內庭穴，曲池合谷接，委中承山配，太衝崑崙穴。環跳與陽陵，通里並列缺。合擔用法擔，合截用法截，三百六十穴，不出十二訣，治病如神靈，渾如湯潑雪，北斗降真機，金鎖教開微，至人可傳授，匪人莫浪說。

回陽九針穴：

穴名：啞門、勞宮、三陰交、環跳、足三里、合谷、湧泉、太谿、中腕

主治：急發性之卒然昏倒、不省人事、肢冷脈伏、陽虛欲脫、口噤不開、不能言語等危證。

孫真人十三鬼穴

鬼宮 人中 3分。

鬼信 少商 3分。

鬼壘 隱白 2分。

鬼心 大陵 5分。

鬼路 申脈 3分火針。

鬼枕 風府 2分。

鬼床 頰車 5分。

鬼市 承漿 3分。

鬼窟 勞宮 2分。

鬼堂 上星 2分。

鬼藏 男會陰女玉門頭 3分。鬼腿 曲池 5分火針。

鬼封 舌下中縫，刺出血，仍橫安針一枚，就兩口吻，令舌不動，此法甚妙，更加間使、後谿二穴尤妙

***主治**常為暴亡、卒中，虛脫、癲狂如神靈所附、急救之用。

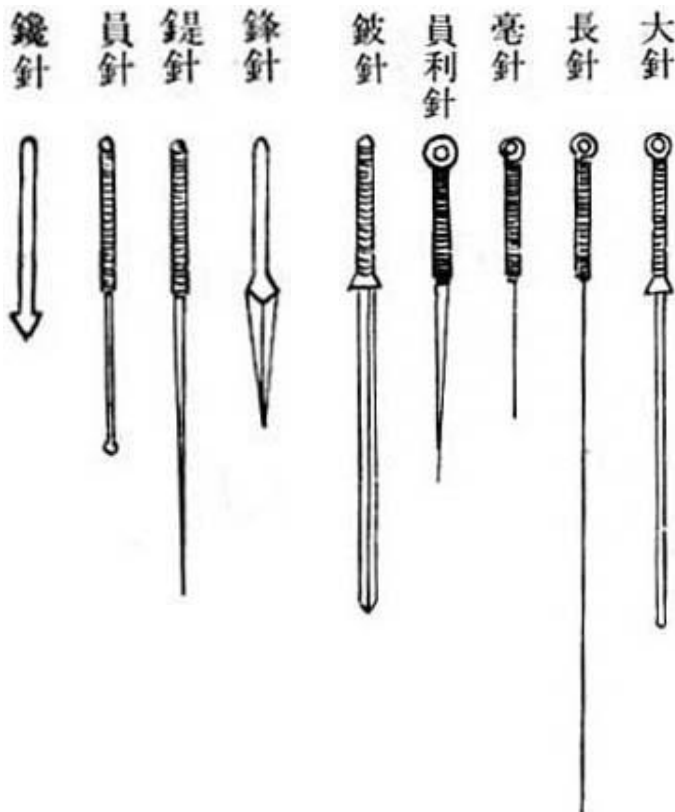
行針指要穴（九症要穴）

- 1.或針風，先向風府百會中。
- 2.或針水，水分俠臍上邊取。
- 3.或針結，針著大腸泄水穴。
- 4.或針勞，須向膏肓及百勞。
- 5.或針虛，氣海丹田委中奇。
- 6.或針氣，臆中一穴分明記。
- 7.或針嗽，肺俞風門須用灸。
- 8.或針痰，先針中腕三里間。
- 9.或針吐，中腕氣海臆中補。 翻胃吐食一般醫，針中有妙少人知。

九針

九針	鑿	員	鍤	鋒	鈹	員利	毫	長	大
天地之數	1	2	3	4	5	6	7	8	9
法	天	地	人	時	音	律	星	風	野
應	皮	肉	脈	筋	聲	陰陽	齒面目	氣	九竅 365 絡
針	皮	肉	脈	筋	骨	調陰陽	益精	除風	通九竅 除 365 節氣

九針	針灸科學主治	刺灸心法主治	
鑿	去瀉陽氣	邪熱病在頭身皮膚	今箭頭針
員	揩摩分間肉不得傷肌肉，以瀉分氣	邪在分肉之間	別名絮針
鍤	按脈勿陷以致其氣	邪在脈中	利於用補
鋒	以發痼疾	時氣溫熱瘤邪	今三稜針
鈹	取大膿	寒熱相搏癰膿	取其能用通
員利	取暴氣	虛邪客於經絡， 暴痺走注歷節痛	用其細健可稍深
毫	養以取痛痺	邪客經絡，痛痺邪輕淺	取其微細徐緩
長	取遠痺	虛邪深入，內舍於骨解 腰脊節腠之間	今環跳針
大	瀉機關之水	周身風水關節痺	古燔針



疾 病 治 療

中風及其後遺症

一、概述：

本病屬中醫學「風痲」、「中風」範疇，又稱為「卒中」。是因本病發病急驟，有漸進發展過程，與風性善行數變的特性相似，故稱為中風。病因氣血上逆，導致腦絡必阻或血溢於腦，經脈氣血運行受阻，肌膚筋脈失於濡養而發生病症。以猝然昏仆、肢麻、半身不遂、舌強語蹇為主症。多發於中老年人，且有高血壓病和動脈硬化病史者發病率較高，在氣溫驟降或寒冬季節易發，死亡、傷殘率較高。

中風之後往往存留半身不遂、口角歪斜、口角流涎、語言不利、記憶力下降，甚至痴呆、失語等後遺症，故應在辨證論治腦血栓形成、腦出血、腦血管痙攣等的基礎上，再針對其後遺症進行治療。

中風後之肢體有軟、癱、細、涼、畸五大特徵。癱瘓肢體腫脹，肌力下降（0級至4級不等），遲緩型癱瘓者肌張力減退，痙攣型癱瘓者肌張力增強。部分病例伴有肩關節脫臼、大小便失禁現象等表現。

此外，長期癱瘓失用亦可造成被動牽拉性損傷，常出現結筋病灶點並引起疼痛，加重病痛，應予針對性治療。

針灸對肢體功能的恢復具有較好作用，對痙攣癱瘓療效較差，對失語有一定作用；另外，在中風恢復期，亦有復發的危險，並且病情一次比一次為重。針灸同時兼有預防「復中」的作用。

二、分類：

中風後遺症是由中風發展而來，中風基本上分二種，缺血性中風(Ischemic stroke)及出血性中風(hemorrhage stroke)。

- (1) 缺血性中風：佔所有中風形成的80%，又可分成因血管逐漸變窄阻塞引起(Thrombi)及飄浮血塊突然塞住腦血管而引起(Emboli)的二種，一般而言，由血管阻塞而引起的中風，其症狀就是漸進式的，而由血塊栓塞而引起的中風，其症狀多是急速且明顯的。
- (2) 出血性中風：則是由於腦中的血管突然破裂而造成，佔所有中風的20%。也可因出血位置分成二大類。若發生在腦組織中，叫腦溢血(Cerebral Hemorrhage)，多是由於高血壓及腦血管硬化破裂所引起，若發生成腦外層血管所謂的蜘蛛膜層位置，則叫蜘蛛膜層出血(Subarachnoid hemorrhage)，這種出血則多由腦部的血管瘤破裂而引起，腦溢血及蜘蛛膜會出血而造成中風的比

率大概是一樣多。

三、病因病機：

中風各期之病因病機並不相同，再加上中風病往往伴有心血管之病史，因此可以說中風病是慢性病之急性發作耳。所以對其病因病機之說解，就必須先說明是在何時期論說（中風前或中風後何期）。要之不外虛（氣血陰陽）實（風火痰氣瘀等），且虛與實多本標互聯，氣血相傾。其病因病機簡述如下：

- (1) 肝陽化風：素日或因陰虛，或因氣鬱，而致肝陽偏亢，復因情志所傷，肝陽暴動，氣血上逆，上蒙元神，突發中風。
- (2) 體胖濕盛：體質肥胖，恣食甘膩，氣虛不能帥血，血行不暢，痰瘀阻滯經絡，而發中風。
- (3) 氣虛邪中：素日氣血不足，脈絡空虛，風邪乘虛入中，氣血凝滯，筋脈失養，而發中風。

四、治療：

中風後遺症之治療主要仍以強化其復元生機、疏通其氣血運行而為主軸。在此同時，阻斷其再中風之進程，時時注意調和氣血亦是治療中重要之方針。

治則：調和氣血、疏通經絡、行氣活血，以針刺為主，平補平瀉。

處方（一）

內關、極泉、尺澤、委中、三陰交、足三里（醒腦開竅法）

隨證（症）配穴：上肢不遂加肩髃、曲池、手三里、合谷；

下肢不遂加環跳、陽陵泉、陰陵泉、風市

足內翻加絕骨，糾內翻（承山穴外側旁開一寸）、丘墟透照海

足外翻加中封、太溪、糾外翻（承山穴內側旁開一寸）

足下垂加解溪、脛上；口角歪斜加頰車、地倉

喉中痰鳴加天突、豐隆

頭暈加風池、完骨、天柱

便秘加豐隆、支溝

尿失禁或尿瀦留加中極、曲骨、關元

操作方法：內關用捻轉瀉法，持續運針 1-3 分鐘；三陰交、足三里用提插補法；刺極泉時，在原穴位置下兩寸心經上取穴，避開腋毛，直刺進針，用提插瀉法，以患者上肢有麻脹和抽動感為度，尺澤、委中直刺，提插瀉法，使肢體有抽動感。

處方（二）

體針：（1）水溝、內關；

（2.）肩隅、曲池、合谷、外關、環跳、陽陵泉、足三里、解溪、崑崙。

隨證（症）配穴：閉證取十宣、太衝

脫證取素膠、關元

腦出血（1）方加風府、啞門

腦梗塞早期用（1）方加極泉、尺澤、委中

意識障礙加百會、啞門

血壓增高加曲池、太衝

大小便障礙加秩邊、陰陵泉

半身不遂取（2）方

肘部拘攣加曲澤

腕部拘攣加大陵

膝部拘攣加曲泉

踝部拘攣加太溪

手指拘攣加八邪

足趾拘攣加八風

流涎加承漿

語言不利加廉泉、通里

口眼歪斜加地倉、下關、翳風

操作方法：

第（1）方用於腦出血或腦梗塞發病 1-4 週後，病情相對穩定的階段。先直刺雙內關深約 2-3 公分，施提插結合捻轉瀉法，運針 1 分鐘；再刺水溝，向鼻中膈下斜刺約一公分，用雀啄（震顫）法，至流淚或眼球濕潤為度。直刺極泉，進針 1.5-3.5 公分，用提插瀉法，至上肢連續抽動三次為佳。尺澤針深約 2.5 公分。委中以仰臥抬腿取穴，進針 1.5-3.5 公分，採用提插瀉法，以下肢抽動三次為度。針風池穴，針尖向結喉，進針 2-3.2 公分，採用快速捻轉手法進針。合谷進針斜向三間，採用提插瀉法，每日針 1-2 次，五天後改隔日一次。

第（2）方用於發病後期的半身不遂，按常規刺法，隔日一次，十次為一療程。

電針：凡半身不遂，舌強語蹇，口角歪斜，均可用電針配合體針或頭針治療，以加強針刺療效，在主要穴位接通脈衝電刺激，電流強度以通電側肢體出現輕度節律性收縮為度，每次 30 分鐘左右。

處方（三）對症治療

（1）半身不遂：

治法：疏通經絡，取手足陽明經穴為主。

處方：極泉、曲池、外關、合谷、後溪、環跳、足三里、陽輔、俠溪、太衝。

方義：風病多在陽經，陽明為多氣多血之經，陽經主動，循經取穴調和經氣，而奏熄風治癱之功。

操作：極泉在原穴下一寸處進針，施提插瀉法，以得氣為度，針環跳時針尖刺向外陰方向，以得氣為度。餘穴均用提插捻轉瀉法，以得氣為止。每次留針三十分鐘，每日一次，十次為一療程，休息三天。

(2) 口角歪斜：

治法：通絡熄風，取手足陽明經穴為主。

處方：翳風、地倉、頰車、合谷、太衝。

方義：手足陽明經，足厥陰肝經均上達面頰部，合谷、太衝遠部取穴以疏通本經氣血，翳風、地倉、頰車近部取穴，疏經通絡熄風。

操作：面頰部穴均平刺，用捻轉瀉法，遠部穴用捻轉瀉法，使針感上傳。每日一次，十次為一療程，休息三天。

(3) 失語：(包括運動性失語、感覺性失語、命名性失語)

治法：調神開竅，以頭部穴位為主。

處方：1.懸顱透懸厘、風池、啞門、通里。

2.天衝、浮白、風池、啞門、通里。

3.承靈、風池、啞門、通里。

方義：頭為元神之府，失神則竅閉不能言，故取頭部穴位為主，調神開竅。風池平肝熄風，通里通手少陰心經，配啞門專治不語。

操作：頭部穴位均用平刺、捻轉瀉法；風池、啞門進針時針尖向下深刺，通里用捻轉瀉法，每日一次，十次為一療程，休息三天。

(4) 發音不清、吞嚥困難：

治法：利咽開竅，以頸項部穴位為主。

處方：風池、治瘡（風池下 1.5 寸）、翳明、廉泉、外金津玉液。

方義：諸穴均為近部取穴，以利咽喉，通舌本，通調氣機。

操作：風池、治瘡、翳明進針時針尖向下內方向，可深達 1-1.5 寸，廉泉、外金津玉液刺向舌根，深達 1.5 寸，有麻、脹、熱感時出針。每日一次，十次為一療程，休息三天。

(5) 哭笑不止：

治法：醒神開竅，以頭部穴位為主。

處方：曲差透本神，四神聰，風池。

方義：風池益腦醒神，曲差、本神、四神聰醒神開竅，益智復聰。

操作：風池進針時針尖向下內方向，可深達 1-1.5 寸，餘穴均平刺，捻轉瀉法。每日一次，十次為一療程，休息三天。

(6) 小便不禁：

治法：溫腎止遺，取任脈、足少陰經穴為主。

處方：關元、三陰交、太溪、四神聰。

方義：三陰交、太溪補腎固澀，關元益陰壯陽升陷，四神聰調神益腦，統攝水液而止遺。

操作：關元針感向外陰方向傳，三陰交、太溪針感向上傳，四神聰平刺，各穴均用捻轉補法，每日一次，十次為一療程，休息三天。

(7) 手指屈伸不能：

治法：疏通經絡，以手部穴位為主。

處方：手指拘攣：內八邪（掌指關節後緣）、後溪、合谷；不能握拳：十宣。

方義：近部取穴，疏通病變部位經氣通則利。

操作：先針後溪、合谷待手指伸開後，再針內八邪，捻轉瀉法，每次捻轉一分鐘，休息五分鐘，五次後出針。十宣穴點刺。每日一次，十次為一療程，休息三天。

(8) 足內翻：

治法：疏通經絡，以下肢穴位為主。

處方：丘墟、懸鐘、糾內翻。

方義：病因陽緩而陰急，近部取穴針之以強陽緩急，疏脈柔筋

操作：丘墟穴由前向後平刺，餘穴均直刺，捻轉瀉法。每日一次，十次為一療程，休息三天。

(9) 肩痛：

治法：疏筋止痛，遠端取穴，動法治療。

處方：後溪或合谷。

方義：針刺得氣後，行捻轉補法，使針感上傳，同時主動或被動活動肩關節，做前後外展、摸頭活動，十分鐘後再行針，反覆三次後出針。每日一次，十次為一療程，休息三天。

(10) 褥瘡：

治法：活血生新。

處方：阿是穴。

方義：在病變部位，用艾條灸之可以益氣活血，祛腐生新。

操作：用艾條溫和灸，使病變部位微紅，每次施灸十分鐘，褥瘡表面敷雙料喉風散或生肌玉紅膏，瘡面用無菌紙敷蓋，每日一次。

處方（四）

上肢取肩俞、曲池、外關、合谷

下肢取環跳、陽陵泉、足三里、絕骨、崑崙

口眼歪斜取風池、頰車、地倉、水溝、外關

失語取風池、廉泉

高血壓眩暈取太衝、湧泉

腰無力取腎俞、足三里。

操作方法：進針得氣後用較強刺激，

處方（五）頭針療法

頭穴：運動區、感覺區、足運感區、語言二區、語言三區、運用區、血管舒縮區。

頭皮針：

- (1) 選用病變對側相應區治療，如癱瘓選用對側運動區，上肢功能障礙為主則以對側運動區中 2/5；命名失語用言語二區，感覺性失語用言語三區，失用症選用運用區，偏癱側肢體浮腫者用對側血管舒縮區。選用 2 寸毫針，將針刺入帽狀腱膜下，橫臥針身，快速捻針，並在留針過程中間歇行針，或通以電針脈衝電流。每次三十分鐘，隔日一次。三十次為一療程，適用於恢復期或後遺症期。
- (2) 病變以偏癱為主，取對側運動區，下肢癱取對側運動區上 1/5、足運感區；上肢癱取對側運動區中 2/5；面舌癱、運動性失語，取對側運動區下 2/5，偏身感覺障礙，取對側感覺區、下肢感覺障礙，取對側感覺區上 1/5、對側足運感區，上肢感覺障礙取對側感覺區中 2/5，面部感覺障礙取對側感覺區下 2/5，感覺性失語曲主側言語三區，命名性失語取言語二區，精神障礙、強哭強笑選情感區（髮際上 2 釐米，正中線旁開 1.5 釐米）

操作：選 28 號 1.5 寸針，平刺入皮下，快速捻轉每分鐘 200 轉，持續 2-3 分鐘，休息 8-10 分鐘，反覆三次後出針。

本法對中臟腑搶救後的恢復期及中風中經絡型可單獨或配合體針，早期療效較好，以腦梗塞為著，每日一次，十次為療程，休息兩天。

五、期刊選錄：

(1) 應用「醒腦開竅法」針刺治療 279 例中風患者臨床觀察

在 279 例患者中，發病多因勞累、情緒波動或嗜酒、房室等發病。279 例中均有高血壓病史。採用「醒腦開竅」針刺手法，以醒腦開竅，疏通經絡，滋補肝腎”為治療原則，並強調針刺法法和量學觀。

主穴：內關、人中、三陰交。副穴：極泉、尺澤、委中。配穴：吞嚥困難加風池、翳風；手指不能屈伸加合谷；失語配金津、玉液。

操作方法：先刺雙側內關（雙手進針），直刺 0.8-1 寸，採用提插瀉法，使針感直達指端，可施手法一分鐘，繼刺人中，向鼻中膈方向斜刺 0.3-0.5 寸，用雀啄手法（瀉法），以流淚或眼球濕潤為度，三陰交在內踝上三寸，沿脛骨後緣與皮膚呈四十五度角，針尖向後斜刺進針 1-1.5 寸，採用提插補法，使下肢抽動三次。抬臂取極泉，直刺 1-1.5 寸，用提插瀉法，以上肢抽動三次為宜，讓患者上肢屈肘呈一百二十度角，取尺澤進針 0.8-1 寸，餘同極泉，委中宜仰臥屈膝直腿取穴，進針 0.5-1 寸，採用提插瀉法，使下肢抽動三次即可。風池、翳風均向喉結方向深刺，進針 2-2.5

寸，採用小幅度、高頻率捻轉（補法）。每穴施手法一分鐘，針刺合谷，向第二掌指關節基底部即三間穴處進針，採用提插瀉法，使食指抽動。金津、玉液用三棱針點刺放血，三至五天一次。

治療時間：一日針兩次，十天為一療程。

治療效果：279 例患者平均治療天數為 53 天，治癒率達 61%，總有效率達 98%。

（翟義德，「醒腦開竅法」針刺治療 279 例中風患者臨床觀察，中國針灸，1988 年第 5 期，頁 10-）

（2）針刺啞門為主治療中風失語 60 例

治療方法：主穴啞門，輔穴廉泉、通里（癱側）；舌體僵硬加金津、玉液點刺放血。

針刺操作：針刺啞門穴時，患者取坐位或側臥位，失針者以左手固定患者頭部並使之微前屈（這樣患者第一、二頸椎間隙增大有利進針），右手持 28 號 3 寸毫針於第一頸椎和第二頸椎間（枕外隆凸下方的凹現正中）進針，針尖向患者口唇方向直刺，針尖依次通過皮膚、皮下組織、項韌帶、棘間韌帶、黃韌帶達硬脊膜表面，進針後當針下遇有堅韌而有彈性的阻力時，說明針尖達項韌帶，這時應緩慢進針，如繼續進針尖遇到頸椎應退針少許，上下變動針尖方向（切不可左右變動方向，因頸椎左右橫突孔內有椎動脈走行），當針尖達硬脊膜時，患者可有酸、脹、麻等不同針感放射到頭部、上肢或下肢，這時應緩慢退針，且不可繼續進針，以免損傷脊髓。針刺廉泉、通里穴，進針得氣後留針 20 分鐘。每天上午針刺一次，針刺六天休息一天。

治療效果：本組經 3-8 週針刺治療，治癒 27 例（45%），顯效 21 例，好轉 9 例，無效 2 例。期中治癒率為 45%，總有效率為 96.67%。

（晏義平，針刺啞門為主治療中風失語 60 例小結，安徽中醫學院學報，1991 年第 1 期，頁 6-）

（3）頭針治療腦血管意外後遺症 113 例

診為腦血栓形成者 109 例，腦栓塞 4 例。

治療方法：選健側頭部運動區、感覺區配雙側足運感區，有語言障礙者加語言 I、II、III 區，用 1.5-2 寸毫針沿皮分段快速刺入，進針 1-1.5 寸，每分鐘 200 次的速度捻轉五分鐘後休息十分鐘，再捻轉五分鐘，重複三次後起針，每日一次，十次為一療程。

治療結果：113 例中基本痊癒 43 例，顯效 31 例，好轉 33 例，無效 6 例，總有效率 94.7%。

（孟慶良，頭針治療腦血管意外後遺症 113 例，中國針灸，1989 年第 3 期，頁 36-）

（4）頭針為主治療腦血管病失語症 50 例療效觀察

臨床資料 50 例中，男 35 例，女 15 例，年齡最小 50 歲，最大 74 歲，病程最短

半年，最長三年。臨床症狀結合 CT 確診，其中腦出血 13 例，腦血栓形成 37 例，其中運動性失語 33 例，混合性失語 17 例。初發病者 45 例，復發病者 5 例。

治療方法：予以頭針加體針治療，配合語言訓練。針刺第一組取穴頭針言語一區、言語二區，體針百會、四神聰、增音（在甲狀軟骨兩側凹陷處）；第二組穴取頭針言語一區、言語三區、精神情感區，體針廉泉。

操作方法：頭針，針與頭皮成 15 度角的方向刺入頭皮下 3-4 釐米，以約 240 次/分的捻針速度，連續捻轉五分鐘，然後休息五分鐘，重複三次。體針：平補平瀉，留針 20-30 分鐘。隔日針刺一次，三個月為一個療程。每月更換一組穴位。療程間休息兩週。語言訓練：每次針刺後、訓練便人練習發音三十分鐘。

治療結果：在 50 例病患中，顯效 4 例（8%），有效 35 例（70%），無效 11 例（22%），總有效率 78%。經分析療效與初發病者、療程、病程及年齡有一定關係。發現治療時間越長療效越好。年紀越輕療效越高。病程越短療效越好。初發病者療效高於復發病者。疾病性質不同與療效無明顯關係。失語的性質與療效也無明顯關係。

（馮秀娥，頭針為主治療腦血管病失語症 50 例療效觀察，中國針灸，1996 年第 8 期，頁 53-）

六、按語：

- (1) 中風的針灸治療時機，一般腦梗塞患者在意識障礙、無顱壓高時，即可進行針刺治療，有顱壓高者經腦水腫治療後再行針刺治療。腦出血患者多在 2-3 週後進行針刺治療，近年來有的學者報導腦出血急性期針刺治療有利於意識障礙的恢復，但應注意防止加重或再次出血。
- (2) 針刺治療腦出血的研究：治療組從發作入院即開始針刺風府、啞門穴，同時加刺對證輔穴。對照組除不針刺該二穴外，其餘療法同治療組。結果：治療組 46 例，痊癒 15 例，基本痊癒 8 例；對照組 46 例，痊癒 2 例，基本痊癒 7 例，表明針刺風府、啞門治療腦出血確有顯著療效，早期針刺該二穴之療效有其值得探究之必要。
- (3) 中風之中經絡較為輕緩，若治療及時得當，一般預後較好，這是針灸主要治療範圍。中臟腑較為危篤，若搶救不及時，病勢加重，或惡化，預後較差，有的在數小時內就可死亡；若經搶救後，神智漸清，病情好轉，病由中臟腑轉為中經絡，預後較好。針灸參與搶救不僅能夠降低死亡率，而對後遺症的治療也有幫助。總的來看，比大腦前動脈和大腦中動脈梗塞者的針灸療效較好，椎基底動脈血栓形成的效果較差。
- (4) 針刺治療中風應根據病情來辨證施治，如病變早期肢體軟癱，可應用電針治療，使肢體出現結律性抽動，以促進肌力、肌張力的恢復。病變後期肢體呈硬癱，應以遠端的手、足太陽、少陽經穴，既可減緩上肢屈肌、下肢內側伸肌張力增高，又可活動肘、膝等大關節。

- (5) 過去很多學者運用肩三針治療中風後肩痛或抬肩不能，實踐證明，現在多採取遠端取穴，動氣療法治療肩部病變療效高於前者。
- (6) 針刺治療腦梗死有許多現代研究的報導，所選穴位主要有：百會、風府、風池、陽陵泉、曲池、豐隆、天鼎、環跳等，在配合辨證酌加穴位。
現代研究證實：針刺可明顯促進腦部血液循環，增加腦灌注量和血管彈性，促進神經組織代謝和修復，進而改善大腦生理功能；針刺能改善血液的黏、聚、凝狀態，增強並改善膽固醇和血脂的代謝，使纖凝系統趨向穩定，從而促進腦梗死的康復和預防腦梗死的復發；針刺能使缺血性腦血管病患者血漿亮氨酸、腦內啡物質水平明顯下降，減輕缺血性腦損傷的病理過程。
- (7) 針刺治療腦出血有許多現代研究的報導，所選穴位主要有內關、人中、三陰交、極泉、尺澤、委中等，再配合辨證酌加穴位。
現代研究證實，針刺有鎮靜、解痙、改善腦供血的作用，天津中醫學院第一附屬醫院通過對 879 例腦出血患者針刺前後頭顱 CT 觀察，證實醒腦開竅針法有促進腦出血吸收的效果。
- (8) 山東醫科大學生理教研室研究證實，針刺人中對呼吸停止的動物有呼吸啟動效應，對呼吸節律紊亂的動物有節律恢復作用。故腦出血合併呼吸障礙者針之有效。
- (9) 針灸治療中風提倡盡早介入，積極參與搶救和治療。中風初起的治療，強調用穴少、手法輕。腦出血的手法操作，要求輕捷熟練，用弱刺激；病情穩定，情況較好的病人可酌用中強度刺激或高強度刺激。除極少數穴位外，均不留針，在治療過程中，要隨時測量血壓，應指導患者及時進行肢體功能鍛鍊和語言練習。凡老年形盛氣虛，或肝陽亢逆，自覺頭暈指麻，偶有語澀者，可能是中風的預兆。宜保持情志平靜，飲食清淡，起居有常，並針灸風市、足三里等穴預防發生中風。
- (10) 本科林建雄醫師以顱三針治療中風後意識不佳；項叢刺治療失語及神志不清；『開四關』治療中風患者血壓升高；針上灸氣海、關元、中極治療中風後小便不利；針天樞、大橫、足三里、上巨虛、下巨虛治療中風後便秘…，除了臨床效果良好外，更逐漸建立中風治療之模式。

【附錄】中風的診斷依據、證候分類、療效評定

一、定義

中風是由於氣血逆亂，導致腦脈閉阻或血溢於腦。以昏仆、半身不遂、肢麻、舌蹇等為主要臨床表現。屬於腦血管病範圍。

二、診斷依據

- (1) 以半身不遂，口舌歪斜，舌強言蹇，偏身麻木，甚則神智恍惚、迷蒙

神昏、昏憤為主症。

- (2) 發病急驟，有漸進發展過程。病前多有頭暈頭痛，肢體麻木等先兆。
- (3) 常有年老體衰，勞倦內傷嗜好菸酒，膏粱厚味等因素。每因惱怒、勞累、酗酒、感寒等誘發。
- (4) 做血壓、神經系統、腦脊液及血常規、眼底等檢查。有條件做 CT、磁共振檢查，可有異常表現。
- (5) 應注意與癲病、厥證、瘧病等鑒別。

三、證候分類

中經絡

- (1) 肝陽暴亢：半身不遂、舌強語蹇，口舌歪斜，眩暈頭痛、面紅目赤，心煩易怒，口苦咽乾，便秘尿黃，舌紅或絳，苔黃或燥，脈弦有力。
- (2) 風痰阻絡：半身不遂，口舌歪斜，舌強語蹇，肢體麻木或手足拘急，頭暈目眩。舌苔白膩或黃膩，脈弦滑。
- (3) 痰熱腑實：半身不遂，舌強不語，口舌歪斜，口粘痰多，腹脹便秘，午後面紅煩熱。舌紅，苔黃膩或灰黑，脈弦滑大。
- (4) 氣虛血瘀：半身不遂，肢體軟弱，偏身麻木，舌歪語蹇，手足腫脹，面色淡白，氣短乏力。心悸自汗。舌質暗淡，苔薄白或白膩，脈細緩或細澀。
- (5) 陰虛風動：半身不遂，肢體麻木，舌強語蹇，心煩失眠，眩暈耳鳴，手足拘攣或蠕動。舌紅或暗淡，苔少或光剝，脈細弦或數。

中臟腑：

- (1) 風火蔽竅：突然昏倒，不省人事，兩目斜視或直視。面紅目赤，肢體強直，口噤，項強，兩手握緊拘急，甚則抽搐，角弓反張。舌紅或絳，苔黃而燥或焦黑，脈弦數。
- (2) 痰火閉竅：突然昏倒，昏憤不語，躁擾不寧，肢體強直。痰多息促，兩目直視，鼻鼾身熱，大便秘結，苔黃厚膩，脈滑數有力。
- (3) 痰濕蒙竅：突然神昏迷睡，半身不遂，肢體癱瘓不收。面色晦垢，痰涎雍盛，四肢逆冷。舌質暗淡，苔白膩，脈弦滑或緩。
- (4) 元氣衰敗：神昏，面色蒼白，瞳神散大，手撒肢逆，二便失禁，氣息短促，多汗膚涼。舌淡紫或萎縮，苔白膩，脈散或微。

四、療效評定

治癒：症狀及體徵消失，基本能獨立生活。

好轉：症狀及體徵好轉，能扶杖行動，或基本生活能自理。

未癒：症狀及體徵無變化。

腦性麻痺(cerebral palsy)

一、概述：

腦性麻痺屬於中醫學五遲、五軟、五硬、痿證的範疇。是指大腦中的中樞神經系統，在發育成熟之前受到損傷或受到損傷或發生病變，而導致其運動機能發生障礙，可伴隨有智力低下、驚厥、聽覺與視覺障礙及學習困難等。主要由圍產期和出生前各種原因引起顱內缺氧、出血等導致，如母孕期感染、胎兒窘迫、新生兒窒息、早產、腦血管疾病或全身出血性疾病等。

發生的時間通常在出生之前或出生不久，也就是還在發育中的大腦，其控制運動方面的細胞受到傷害，使的肌肉控制方面發生障礙，所以腦性麻痺病人一般來說會有無力或是僵硬的情形發生。不過腦性麻痺和小兒麻痺並不相同，腦性麻痺患者的肌肉通常不是完全癱瘓，但其傷害可能會影響動作以外的其他腦部區域，因此使腦性麻痺兒童可能同時有視覺、聽覺、語言或學習上的障礙，是屬於多重障礙類別。

在各種治療方案中，針灸是重要的方法之一。針灸治療小兒腦癱的療效與病情輕重有關，一般癱瘓程度清或單純下肢癱瘓易於治療，產傷比先天發育不良、核黃疸後遺症療效好。臨床觀察發現，在兩歲以前，肢體無畸形改變時及早治療，有利於患兒康復。

二、分類：

(一) 運動障礙

(1) 痙攣形(Spastic)：肌肉拉緊，引致姿勢畸形，行動困難。是最常見的一種腦性麻痺。患者手腳的屈曲肌(flexors)，髖內收肌(hip adductors)及小腿後肌(plantarflexors)通常較會較受痙攣的影響而引致張力上升。病人會因不同肌肉受痙攣影響的程度而有個別不正常姿勢。肌肉在長期張力上升的情況下會收短及引起攣縮(contracture)。嚴重的攣縮會引致骨格變形痙攣及張力上升又會令活動變得僵硬及不流暢。

半身麻痺 (hemiplegia) -即半邊身體受到影響。

雙邊麻痺 (diplegia) -四肢都受到影響，但雙腳的影響較為嚴重。

三肢麻痺 (triplegia) -常見是雙腳及一隻手受到影響。

四肢麻痺 (quadriplegia) -全身都受到影響。

(2) 運動障礙形(Dyskinetic)：全身會受到不自主的張力(Dystonia)及動作影響；患者會不斷及不自主的轉變姿勢及舞動四肢(choreo-athetosis)。

(3) 協調不良形(Ataxic)：活動的協調有困難，導致如寫字、扣鈕、繫鞋帶等需要

協調的動作十分緩慢。

(4) 混合形(Mixed)：任何上述形態的混合。常見是痙攣及運動障礙的混合形。

因為這些不自主的姿勢與動作，病者的外觀會很不自然。這些不自主的姿勢與動作又會病者的活動有困難。因為喉部控制困難，說話亦會變得不清楚。其實很多病人的智力都比他們的外表聰明。透過適當的協助，他們可以與人溝通、讀書、工作。

(二) 智力障礙：

一般人都誤解腦性病患都是智能不足，但事實上並非所有的腦性麻痺病患都會有智能不足的症狀，在所有的腦性麻痺病患之中，約有75%的人會有智能不足的症狀，換句話說有四分之一的人智力正常，甚至有些還比一般人高。

(三) 癲癇：

大約有40%的腦性麻痺病人會有癲癇症狀的產生，若是沒有將癲癇控制好，癲癇會對腦部造成再次的傷害，影響以後的學習。因此癲癇的控制十分重要，有癲癇症狀時，應該遵照醫師指示服用抗癲癇藥物，以控制癲癇。

(四) 視力缺損：

約有25%的腦性麻痺病人會有斜視的症狀，不過隨著小孩子長大，此現象會漸漸消失。但是如果當孩子大於六個月時仍有此症狀，則應找眼科醫師加以矯正，以免小孩習慣以一隻眼看東西，造成另一隻眼弱視。

(五) 聽力障礙：

約有20%的腦性麻痺病人會有聽覺障礙，聽覺障礙會影響病人的語言學習。

(六) 語言障礙：

大約有70%~75%的腦性麻痺病患會有語言障礙，主要原因是腦傷使得口部肌肉的控制產生問題，而說話是依賴嘴唇、舌頭、與喉嚨肌肉的控制，因此口部肌肉控制有問題，說話當然也就有問題了。

(七) 發育障礙：

造成發育不良的原因有二：一為有些腦性麻痺病人有進食困難，因此營養吸收不足，發育較差；另一方面是因為腦性麻痺病人可能動的較少，因而肌肉較少使用，因而較不發達。

(八) 情緒障礙：

一般來說，痙攣型的小孩較為內向、畏縮與緊張；徐動型的小孩較為外向與，情緒是以爆發的方式發洩出來，因此，面對不同的腦性麻痺病患，我們應給予不同方式來疏導他們的情緒。

三、病因病機：

本病發生在出生之前或之後不久，常被認為與先天稟賦相關，小兒腦性麻痺屬中醫學、五遲、五軟、五硬、痿証、急慢驚風等範疇。主要由於先天胎稟不足；肝腎虧損；後天失養；真氣虛弱或受寒；陰精不足，筋骨肌膚失其溫煦等因素所致。根據小兒腦性麻痺病機及相關臨床表現一般可分為五型（1）精氣不足型（2）血虛生風型（3）肝強脾弱型（4）肝腎虛弱型（5）陰虛風動型

四、治療：

本病之治療以取脾、胃、腎、督經為主，因四經與原氣相關之生成及補給相關。又因背俞主五臟之氣，故亦多取之。除此之外，針灸在治療本病時，多取頭針及醒腦開竅與治神之穴，如風府、百會、神庭等。而本病造成之肢體癱瘓，則往往分經而治之。

治則：補益肝腎，益氣養血，疏通經絡，強筋壯骨。

處方（一）

（1）體針：大椎、身柱、風府、四神聰、懸鐘、陽陵泉。

隨證（症）配穴：肝腎不足加肝俞、腎俞、太溪、三陰交補養肝腎；脾胃虛弱加中脘、脾俞、足三里健運脾胃；上、下肢癱瘓分別加曲池、手三里、合谷、外關、伏兔、環跳、風市、委中、承山、豐隆等疏通肢體經氣。

操作方法：風府朝鼻尖以下方向針刺一寸左右，切勿向上深刺，以免誤入枕骨大孔，四神聰分別從四個不同方位刺向百會穴，背俞穴宜斜刺、淺刺；其餘穴位常規針刺。

（2）頭皮針：取頂顳前斜線、頂旁一線、頂旁二線、顳前線、枕下旁線。毫針刺激，留針1-4小時，每日一次。

處方（二）

（1）體針基本方：百會、四神聰、大椎、合谷、足三里、懸鐘；

備用穴：風池、啞門、曲池、陽陵泉、崑崙

隨證（症）配穴：腎精虧虛加腎俞、志室、太溪

痰瘀阻絡加委中、曲澤刺血，膈俞、血海。

（2）耳穴：枕、皮質下、心、腎、肝、脾、神門。

(3) 頭皮針：額中線、頂顳前斜線、頂旁一線、頂旁二線、頂中線、頂後線、枕下旁線；運動區、足運感區、平衡區。

操作方法：百會、四神聰針後可留針 1-2 小時，並可與頭皮針同時運。

餘穴一般用補法，可以配合電針使用。如患兒難以合作，除頭部穴位外，在提插捻轉後不做留針，隔日一次，三各月為一個療程，療程間休息一週。耳針則每次選用 2-4 穴，毫針刺用弱刺激，留針 30 分鐘，隔日一次，三十次為一療程，也可用磁珠貼壓。

頭皮針：局部消毒後，用 0.5-1 寸毫針迅速刺入皮下，深度在帽狀腱膜下，將體針與頭皮平行，推送至一定深度的刺激區後，留針 1-2 小時，留針其間可以自由活動。

五、期刊選錄

(1) 針刺治療本病 122 例，取百會、大椎、四神聰、懸鐘、足三里；語言障礙加啞門、通里、廉泉；智力低下加通里、心俞、腎俞；上肢癱加肩俞、曲池、外關、頸夾脊；下肢癱加環跳、陽陵泉、髀關、腰夾脊；關節屈曲拘攣在肩部加肩膠；肘部加曲澤；腕部加大陵；腕部加風市；膝部加曲泉；踝部加太溪等。毫針平補平瀉，留針 20-30 分鐘，每日一次，同時進行功能訓練，十次為一療程。另外，單用功能訓練治療 94 例。結果：兩組治療後綜合發育商數和動作發育商數均有明顯提高，與治療前比較均有顯著性差異，而針灸治療組較功能訓練組的改變幅度更為明顯。

(曹建國等，針刺治療小兒痙攣性腦癱，中國康復，2000 年第 4 期，頁 196-197)

六、按語：

(1) 臨床治療以督脈經穴為主，尤其是頭枕部腧穴，如百會、啞門、風池、大椎等，不僅能醒腦開竅，還可以調理周身氣血，增強體質。因此，在安全條件下，採用針刺、灸法或穴位注射等能夠取得較好的效果。針刺手足陽明經穴主要目的是改善肢體的功能狀況，至於關節畸形如指屈曲、肘關節內旋、腕下垂、足內翻、外翻、踝關節下垂、剪刀步態、腰軟等皆以局部配穴為主。本病治療療程一般需要 1-2 年，長期治療應考慮數組處方輪流交替使用，並根據患者不同臨床表現隨證選穴。

(2) 本科孫茂峰醫師治療本病主要採取靳三針方：智三針、四神針、腦三針、顳三針等，並因應各兼症而採體針半刺法，經過一段時間治療，在肢體動作及語言、情緒上，有一定程度之助益。

◎體針半刺法

上肢癱瘓：肩髃、肩膠、曲池、手三里、支溝、外關、合谷

下肢癱瘓：秩邊、環跳、陽陵泉、足三里、懸鐘、三陰交、丘墟、委中、太沖、足臨泣

語言障礙：風府、啞門
口角流涎：上廉泉、地倉、承漿、人中
吞咽困難：上廉泉、天突
頸軟：天柱、大椎
腰軟：命門、腰陽關、腎俞、脾俞、腰夾脊穴
二便失禁：上膠、次膠、中極、關元
眼球內斜視：太陽、絲竹空
聽力障礙：翳風、聽宮、聽會、腎俞、太溪、命門
剪刀步：風市、髀關、解溪
尖足：解溪、昆侖
足外翻：三陰交、太溪
足內翻：絕骨、昆侖

顏面神經麻痺

一、概述

顏面神經麻痺（面癱），在中醫上又稱作「口僻」、「口喎」、「口眼歪斜」、「吊線風」、「歪嘴風」等，主要是指嘴歪、眼皮不能閉合、流眼淚、味覺障礙、食物在口內有停滯感、喝水會流出來等一系列症狀表現。

本病發病急速，以一側面部發病為多，罹患率並無男女性別年齡差別，不過以十五至四十五歲發生的較多見。好發月份，在台灣以每年季節交替時期，四、五、十一、十二月，或是多變的氣候最為常見。一般預後不錯，平均約七至八成病患可完全恢復。恢復時間約須三至六周，這是因為神經纖維的復原須要一定的時間所致。有些因素會影響恢復快慢與程度，如高齡，抽煙，喝酒，熬夜，或血管硬化及高血壓、糖尿病等。

二、分類

顏面神經麻痺通常可分為(1)中樞性顏面神經麻痺及(2)末梢性顏面神經麻痺兩種。前者常見於腦出血、腦血管栓塞或腦腫瘤等嚴重的腦疾病，顏面神經麻痺只是這些疾病的附帶症狀而已，麻痺本身並非這些疾病的治療對象。中央性病變侵犯腦幹神經核以上的神經纖維，並不會影響到前額的肌肉。

而後者麻痺則是其主要症狀，所以治療的第一目標是麻痺的處理。引起顏面神經麻痺的原因有數種，但代表性的是亨特氏症候群（Hunt's syndrome）及貝爾氏麻痺（Bell's palsy）。其他造成顏面神經麻痺的原因，還有外傷或腫瘤、中耳炎手術的後遺症等等。

所謂貝爾氏麻痺被認為是原因不明或病毒的感染等，使供給顏面神經營養的血管中之血流惡化，導致顏面神經功能失調而引起麻痺。大部份的顏面神經麻痺都是屬於這類麻痺。相反的亨特氏症候群是因為水痘、帶狀皰疹病毒引起顏面神經發炎而導致的麻痺，這情形在發覺顏面神經麻痺之前，耳朵的周圍或後腦部會產生疼痛，且耳朵一帶長出水泡，部份會有劇烈的疼痛，同時身體會搖搖晃晃無法行走（失去平衡感），顏面的症狀以外也會出現流淚困難，或相反的流太多眼淚而困擾，失去味覺，小小的聲音在腦中大聲鳴響等的症狀，是否為亨特氏症候群，通常可從症狀判斷出來，但如有疑問，可抽血檢查對病毒的抗體值就做確定診斷。

三、病因病機：

中醫學認為，勞作過度，機體正氣不足，脈絡空虛，衛外不固，風邪乘虛入中

面部經絡，致氣血痺阻，不能濡養經絡，經筋功能失調，筋肉失於約束，出現喎僻。周圍性面癱包括眼部和口頰部肌肉筋肉症狀，由於足太陽經筋為「目上綱」，足陽明經筋為「目下綱」，故眼瞼不能閉合為足太陽和足陽明經筋功能失調所致；口頰目部主要為手太陽和手、足陽明經筋所主，因此，口歪主要係該三條經筋功能失調所致；而側邊之麻痺或牽引耳部之疼痛則主要與手足少陽經筋之關係較為密切。

風邪為六淫之首、百病之長，風邪入中經絡，每與寒、熱、痰等邪兼夾為患，導致一側面部氣血不和，經絡失養，肌肉弛緩不收，面部兩側經絡氣血失去相對平衡，使病側面肌歪向健側，形成口眼喎邪。且邪氣鬱久成瘀，或煉津為痰，痰瘀阻滯，絡道不利，則病更深一層。

總之，風痰瘀血阻滯經脈，是其機本病機。不過，臨床所見，風熱所致者，常繼發於風熱感冒，風火牙痛、中耳炎或面部疱疹之後，故其病機演變往往又夾熱邪為患。

四、治療

處理本病有幾個原則，一是在位置上需辨析出與何條經筋相關，選擇本經筋之相關經脈穴位與其經筋牽引部位之阿是穴治療；二是在邪氣種類上選擇祛風為主之穴位；三是在穴位選擇上要兼顧避免瘀痰肝風等之相助為患。

治則：以手足陽明經為主，手足少陽為輔，採取『局部近取』與『脈引筋氣』『循經遠取』相結合的方法。初起宜淺刺，一週後酌予平刺透穴或斜刺。

處方：

風池、翳風、頰車、地倉、合谷、太沖。

方義：本病為風邪侵襲面部陽明、少陽脈絡，故取風池、翳風，有疏散風邪之效，其中翳風可祛風止痛，適用於初病耳後乳突痛；頰車、地倉同屬陽明，平刺透穴以推動經氣；合谷、太沖為循經遠取法，合谷善治頭面諸疾，太沖用瀉法治唇吻喎斜最為有效。

隨證（症）配穴：鼻唇溝平坦：迎香、禾膠

鼻中溝歪斜：水溝

頰唇溝歪斜：承漿

目不能合：陽白、攢竹或申脈、照海

面頰板滯：四白、巨膠

抬眉困難加攢竹

風寒證加風池，祛風散寒

風熱證加曲池，疏風瀉熱；

恢復期加足三里，補益氣血、濡養經筋。

以上隨證（症）配穴需根據麻痺部位，選取適當穴位分組輪換治療。

操作方法：面部腧穴均行平補平瀉法，恢復期可加灸法；在急性期，面部

穴位手法不宜過重，肢體遠端的腧穴行瀉法且手法宜重；在恢復期，合谷行平補平瀉法，足三里施行補法。

五、期刊選錄

(1) 本次研究從 1997 年 10 月至 2000 年 12 月，共收集病例 80 例，均為四川大學華西醫院針灸科門診及住院患者，隨機將患者分為「早期針刺組」40 例、「早期不針刺組」40 例。

早期針刺組患者就診時即採用毫針針刺法，均選取患側穴位風池（或翳風）、地倉、頰車、聽會（或下關）、迎香、頭維、承光、合谷、足三里、三陰交（或太沖）等穴，針直刺或橫刺入皮膚 0.5~1cm 左右，採用平補平瀉手法，以患者有脹或酸痛感為度，留針 30 分鐘，留針期間行針 3~4 次。

早期不針刺組患者就診時給予西藥強的松及維生素 C、複合維生素 B 等治療。強的松用法如下：發病初期五天 60mg/d，分早晚兩次服用；第六、七天 30mg/d，分早晚兩次服用；第八天 10mg，分早晚兩次服用；第九天 5mg，早晚頓服。一共用藥九天。急性期 10 天過後，採用與患側面部針刺組一樣的針刺治療方法治療。

針灸治療時間與療程：每天治療一次，每次四十分鐘左右，其中十分鐘為開始和結束，三十分鐘為留針、行針時間，逢週末休息，治療至患者臨床痊癒為止；治療經兩個月後，如未治癒者繼續針灸治療，改每週三次，一個月為一個療程，治療兩個月；治療或隨訪共四個月。

本次研究結果提示：急性期針刺與不針刺治療，兩組患者的臨床痊癒率，平均臨床痊癒時間經比較（ $P>0.05$ ）無顯著差別，針刺組的不完全性面癱患者在急性期治療中有 18 例發展成為完全性面癱，非針刺組則有 21 例發展成為完全性面癱，兩組經比較（ $P>0.05$ ）無顯著差別；但兩組發展成為完全性面癱的患者經治療而臨床痊癒時間不同，針刺組明顯少於非針刺組，經統計比較 $P<0.05$ ，有統計意義。此外，作為本病的主要伴隨症狀：“流淚”，早期通過對“承光”穴位的針灸治療能有效消除本症狀（ $P<0.05$ ）。同時，大量實驗研究證實的針刺鎮痛作用，在本病的早期針灸治療中也得到驗證（ $P<0.05$ ）。所以，結合經驗及本次研究結果我們認為，面癱的針灸治療最佳介入時間應是發病的早期，及急性期（發病的七日內），以盡早消除，以盡早消除伴隨症狀及縮短完全性面癱患者的臨床痊癒時間，促進疾病的早日痊癒。

（李寧、田豐偉、吳濱等，Bell's 面癱急性期的針灸治療臨床觀察，北京中醫藥大學學報，2002 年第 2 期，頁 66-68）

(2) 割治療法“耳背放血”，治療面神經麻痺 160 例，其中 154 例經放血治療恢復了健康。

操作方法：選病者患側耳背近耳輪處明顯的血管一根，搓揉數分鐘，使其充血。按常規消毒後，用左手拇、食指將耳背拉平，中指頂於下；右手持刮臉刀片，用刀尖劃破血管；流血二至三毫升即可。然後擦去血跡，蓋上敷料，敷上膠布。病情較

輕、病程較短者，放血一次可癒；病情較重、病程較長者，可放 2-4 次。重複進行時，可在上次手術之耳背，另選一根血管放血。

(王建閣，耳背放血治面神經麻痺，中國針灸，1985 年第 3 期，頁 45-)

(3) 以翳風穴為主，診治周圍性面癱 32 例

治療方法：

取穴：以翳風為主，配以頰車、地倉、人中、承漿、攢竹、四白、合谷，體弱者可配足三里穴。

具體操作：

對翳風穴的刺法及其觸診：面癱患者多在翳風穴有壓痛、若觸診翳風穴似有物堵塞感時，則提示病情趨向加重。伴隨治療，翳風穴壓痛逐次減輕，局部觸診鬆軟，則面癱也有好轉或接近痊癒。針刺翳風穴時，針尖需向鼻尖方向進針，針到 1.0~1.5 寸深時，使患者有酸麻脹感擴散到面部為度，主要用瀉法。

針刺配穴時主要用平補平瀉法，刺後對於患側（如眼瞼周圍、唇角、眉頭眉梢、額頰部）使患者自行按摩，務期使各部皮膚發熱。每日針刺一次，10 次為一個療程。

治療結果：

本組 32 例，經用上法治療，痊癒 31 例，顯效 1 例，有效率為 100%，療程最短一個，最長兩個。

(金伯華，翳風穴為主診治周圍性面癱 32 例，中國針灸，1986 年第 3 期，頁 3-)

(4) 穴位敷貼：

治療組患者 38 例，其中男 20 例，女 18 例；年齡最小 2 歲，最大 76 歲，平均年齡 40.5 歲；左側面癱 21 例，右側面癱 17 例；病程在 0-7 天者 30 例，7-15 天內 5 例，40 天 1 例，三個月 1 例，六個月以上 1 例。

治療組藥物製備，將天南星、防風、全蠍、川芎、白芨各 10g 研細粉，用生薑汁調糊備用。取太陽、下關、頰車、地倉、顴膠、四白穴，每次選 2 穴，先用棉球蘸薑汁反覆擦穴位處皮膚至紅，再塗以上述糊劑，其直徑約 2cm，厚約 3mm，外貼三層紗布，糊劑將乾時不斷從紗布外滴加薑汁，保持糊劑濕潤，每日換藥一次。

治療組七日內治癒 30 例，治癒最快為 4 天；7-10 天內治癒 4 例；11 天治癒 2 例；2 例分別治療 2、3 天無效，後改去他處治療。治癒率 94.7%。加之從紗布外不定時地補充薑汁，使血藥濃度保持高效，從而達到事半功倍的效果，這也是本組病例能在短期內治癒的原因。

(馬海明等，中藥穴位敷貼治療貝爾氏面癱 38 例，武警醫學，1999 年第 12 期，頁 7-10)

六、按語

(1) 研究表明，面癱的針灸治療最佳介入時間是發病的早期，及急性期（發病

的七日內)，可盡早消除伴隨症狀及縮短完全性面癱的患者的臨床痊癒時間，促進疾病的早日痊癒。對周圍性面癱的神經定位與單純用針刺治療面癱的療效相關性進行了研究，發現其相關規律是單純性面神經炎的療效優於 Bell 氏面癱，Bell 氏面癱的療效優於 Hunt 氏面癱，面神經損傷平面越高療效越差，反之則療效越好。

- (2) 一般認為面癱可分為三個階段，第一階段為發展期（1-7 天），第二階段為靜止期（7-20 天），第三階段為恢復期（20 天後）。在發展期多取健側面部穴位或患側局部穴位及遠道配穴治療，大多數患者病情可迅速控制，但刺激強度不宜過大，應以毫針淺刺為主，留針時間不宜過常，否則易加重病情；靜止期可深刺透穴，中等刺激，可加灸、電針以低頻疏密波和連續波交替使用為宜；恢復期可加大刺激量，透穴為主，電針可高頻疏密波與連續波交替使用，灸法、穴位注射及綜合療法等均可選擇使用。
- (3) 對於顏面神經麻痺的病人而言，最要緊的是，就是簡易的自我保護與復健。因為眼皮常無法閉攏，故容易造成眼角膜的乾燥，甚至於破皮、缺損，所以平時可以人工淚液加強保濕，在睡覺時要以乾淨的紗布把眼睛蓋住，或以膠布把眼睛閉上固定，其他如嚼口香糖，面部肌肉的按摩等，都可對顏面神經麻痺的運動功能復健提供幫助。
- (4) 一般而言，單純顏面神經麻痺的病人中，有 80% 在數週到一、兩個月內會漸漸回復，在少數較嚴重的病人身上，回復的時間可能會長達 1-2 年。通常這些回復較慢的病人，其顏面神經麻痺回復的情形也不完全。但儘管本病在發病 1-2 個月內有一定的自然恢復傾向，但針灸具有提高痊癒率，縮短恢復期及防治後遺症的作用。
- (5) 本病因與經筋病關係密切，因此局部取穴有其重要地位，且多採用刺經筋法。面部經筋的透刺、排刺法及取穴治療皆在疏調陽經經筋。
- (6) 本科林鑫烈醫師習以董氏奇穴治療本病，一般選側三里、側下三里與足九里治療，久病則每多配伍腎關使用，療效頗佳。

頸部筋傷疾病

一、概述

頸部活動範圍廣泛而軟組織及頸椎損傷的機會較多，且傷筋疾病多有內因，頸部筋傷疾病也不例外。或因身體素質較差，或過度勞累致使氣血虧損，營衛失和，氣血循行不暢；一但遭受直接或間接外力，如跌仆、碰撞、墜摔、扭轉、打壓等，便易使局部氣滯血瘀，經絡阻滯，導致頸部疼痛。另有因長期低頭伏案工作或睡眠姿勢不良，或頭頸部過度偏轉，復感風寒濕邪，使頸部氣滯血瘀，經絡不通，而發本病。

臨床常見損傷部位多在手足三陽經，肌肉分布上多集中在胸鎖乳突肌、斜方肌上部、頭半棘肌、頸夾肌和肩胛提肌等，尤其以胸鎖乳突肌及斜方肌上部多見，青壯年發病率較高。

屬於扭傷者頸部多出現一側疼痛，頭偏向患側，頸部功能活動受限，損傷處可觸及肌肉痙攣，挫傷局部可有輕度腫脹，壓痛明顯。損傷後波及到頸神經根時，可出現手臂麻木、疼痛等。如引起頸椎小關節錯縫時，可在患椎脊突旁有明顯壓痛點或脊突偏歪。

針灸治療具有即時性消腫止痛效果，對慢性損傷能夠使症狀得到明顯的改善，並且使局部組織的病理狀況產生良性轉變。

二、分類

- (1) 睡眠時姿勢不正、枕頭過高或過低、頸部肌肉長時間過份牽拉，或風寒之邪侵襲項背，導致頸項局部經筋發生痙攣，習稱落枕，是較為常見之頸部肌肉筋膜炎。多在起床後，自覺一側項背發生牽拉痛，甚至向同側肩胛及上臂擴散、頸項活動受限、不能前後俯仰、左右回顧、扭向健側痛甚，頭常向患側傾斜，局部壓痛明顯。
- (2) 頸項部肌肉筋膜炎無菌性炎症稱頸部肌肉筋膜炎。
- (3) 頸項韌帶非正常鈣化稱頸項韌帶鈣化症。
- (4) 因頸椎間盤、關節、韌帶的退行性改變，引起頸椎的內外平衡失調，刺激或壓迫頸部血管、神經、脊髓而產生的一系列症狀稱頸椎病。
- (5) 因頸椎周圍經筋（軟組織）損傷，引發受損肌肉保護痙攣，從而牽拉頸椎，使其生理曲度改變，壓迫刺激頸部血管、神經等組織，引起類似頸椎病一組症狀稱頸椎症候群。

三、病因病機

本類疾病之病機為氣滯血瘀，筋失其位，經絡閉阻。但由病因至病機之間的關

係多端，其直接之病因病機可分為：

- (1) 外感風寒：風寒侵襲，首犯太陽，經絡氣血凝滯而成枕項強痛。多發病較快，惡風寒，筋肉痙攣，舌淡苔白，脈弦緊。
- (2) 腎虛骨變：年老腎氣虛憊，或久病腎虧，勞慾過度，精血不足，骨失所養而退變，壓迫經絡，筋肉失養而疼痛。多發病慢，痛勢綿綿，可有頭暈、耳鳴、眩暈發作等表現，一般舌淡苔白，脈細澀。
- (3) 外傷勞損：跌仆外傷，或睡眠姿勢不當，勞作姿勢過久，以致頸部骨節筋肉受損，筋肉拘急而發疼痛，枕項部多有外傷史。

此外，肝主筋，脾主肉，心主血，肺主氣；五臟及其協調性皆與本病相關，也都可為本病之內在病因。

四、治療

針灸臨床結合經脈分佈，主要分為太陽經型和少陽經型兩類。前者以痛在項背、頸項前俯後仰受限為主，後者以痛在頸臂、頸項左顧右盼受限或不能向兩側偏斜為主。《靈樞·雜病》：「項痛不可俯仰刺足太陽，不可以顧刺手太陽也」可做為臨床參考。

此外若病在足太陽經筋，表現為「項筋急、肩不舉腋支，缺盆紐痛，不可左右搖」。由於足少陰經筋上至項，結於枕骨，與足太陽經筋相結合，且腎主骨，提示臨症從除足太陽外，也需結合足少陰經筋進行診治。

從部位來看，枕部疼痛者常在天柱、風池穴有壓痛，頸部疼痛者相應夾脊穴有壓痛，壓痛點皆可做阿是穴使用。

治則：祛風散邪，舒筋活絡，針與灸並用，主要行瀉法。

處方（一）

基本方：阿是穴、天柱

備用穴：風池、大椎、肩外俞、後溪、外關。

隨證（症）配穴：不能前俯後仰加飛揚、崑崙

不能左右顧加支正、束骨。

操作方法：阿是穴多處於頸夾脊附近，用強刺激手法；天柱直刺約二公分，施捻轉法 3-5 分鐘，不留針，根據損傷部位選擇配穴，疼痛減緩後，針刺一側或雙側飛揚穴，囑咐病人做頸部活動。慢性損傷可留針 20-30 分鐘。

處方（二）

大椎、天柱、肩外俞、懸鐘、後溪

隨證（症）配穴：如不能前後俯仰，可配崑崙、列缺

不能左右回顧，加取支正以疏導太陽經氣。

操作方法：針用瀉法，針後加灸，以達祛風散寒、疏經活絡之功，並可在患部附近穴位上，施用火罐，此外還可配用落枕穴。

處方（三）

天柱、風池、大椎、肩頸、後溪、崑崙、絕骨、落枕穴

隨證（症）配穴：病及太陽經可加肩中俞、肩外俞、申脈

病及少陽經者可加外關、足臨泣

向肩胛區放射痛加天宗、秉風等

操作方法：諸穴均常規針刺，同時囑咐患者在局部腧穴取針後遠端穴位行針時向前後左右活動頸項部：由風寒所致者，局部加灸。

處方（四）

（1）天柱、頸二、三夾脊、風池、阿是穴

（1）頸二、三、四夾脊、後溪、阿是穴

處方（1）適用於枕區痛；處方（2）適用於項部痛。

操作方法：天柱、夾脊進針時針尖稍向內，風池穴進針時針尖向下方斜刺。

處方（2）夾脊產生針感後出針，再針後溪，使針感上傳，同時活動頸部，實證用捻轉瀉法，虛證用捻轉補法，每日一次，六次為一療程，休息兩天。

處方（五）

健側中平穴（足三里下一寸），為經驗特效穴

五、期刊選錄

（1）獨針八脈交會穴治療落枕 167 例

治療方法：頭頸不能左右活動者取後溪，不能前俯後仰者取申脈，所上下左右活動均受限者同時取後溪、申脈。均施捻轉手法，同時令患者活動頸部。

治療結果：痊癒 139 例，好轉 28 例，總有效率 100%。

（蔡曉剛，獨針八脈交會穴治療落枕 167 例，上海針灸雜誌，2000 年第 1 期，頁 48）

（2）指針治療落枕 260 例

治療方法：患者取坐位，醫生站在其患側後方，拇、食指尖輕按頸部查找痛點，在痛點下兩寸處找一配穴，天宗穴外下方找第二配穴。醫生雙手指分別按以上三個穴位，用指尖端按捏施以抑制法，每 2-3 分鐘抬手，同時囑咐患者前後左右活動頸部，如此反覆 2-3 次，每日一次，以三次評定療效。

治療結果：本組經治一次痛止 183 例，二次痛止 77 例，總有效率 100%。

（賈銳，指針治療落枕 260 例，中國針灸，1988 年第 4 期，頁 43-）

(3) 一針治療落枕 100 例

治療方法：患者取坐位，醫者站在患者後方。在頸部找出壓痛點明顯處，壓痛點明顯處在手陽明大腸經上取合谷穴，在手少陽三焦經上取外關穴，在手太陽小腸經上取後溪穴，在足少陽膽經上取足臨泣穴，用 2 寸毫針在選定的穴位上，進針 1.0-1.5 寸，以每分鐘 200 次的頻率快速捻轉，隔十分鐘捻轉一次，留針三十分鐘，在捻針過程中囑咐患者活動頸部。

治療結果：100 例患者全部治癒，其中一次治癒 42 例，2-3 次治癒 56 例，5 次治癒 2 例。

(王玉草，一針治療落枕 100 例，中國針灸，1992 年第 4 期，頁 52-)

(4) 刮痧治療落枕 20 例

治療方法：採用水牛角長方形刮板及特殊配方的中藥活血劑，病人姿勢採用騎馬勢坐於靠背凳上醫生一般站在病人左側，左手持刮板，在需刮的部位，塗上少許活血劑，刮板向下斜 45 度，從髮際到大椎下方，從上而下來回刮，待所刮部位出痧即可。然後刮患側頸肩部、肩井穴加強刮、再刮健側。在治療過程中患病處均可出紫紅色皮下瘀痧，嚴重者呈紫黑色。大部分病人刮痧後症狀均可消失，頸部活動自如，無牽拉感，無疼痛感。如個別病人仍有些症狀，加刮雙側外關穴，同時囑咐患者慢慢轉動頸部。治療結束後，局部避風。

治療結果：20 例病人經治療，頸部轉動自如局部疼痛立即消失者 12 例，疼痛在一小時內消失者 4 例，另 4 例也在 2-3 小時內消失。

(顧林勛，刮痧治療落枕 20 例，上海針灸雜誌，1995 年第 6 期，頁 263-)

(5) 針刺落枕穴治癒落枕 30 例

治療方法：針刺雙側落枕穴約 0.5 寸深，患者有針感後，將針柄連接電針儀導線上，調以間斷波，其強度以病人能耐受為度，同時囑咐患者做前屈、後伸、左右擺動動作，留針 15-20 分鐘，一日一次，一般不超過三次，若連及背痛加大椎穴，若向肩部擴散加肩井穴。

治療結果：針一次的治癒 17 例，針二次的治癒 9 例，針三次而癒的 4 例，全部治癒。

(張淑敏，全國針灸臨床經驗交流研討會論文集，1991 年，頁 153-)

(6) 針刺大杼穴治療頸椎病 100 例

治療方法：以大杼穴為主，配頸部壓痛點、天宗、外關穴，針刺用瀉法。

治療結果：100 例治癒 62 例，顯效 29 例，有效 9 例。

(焦念學，全國針灸臨床經驗交流研討會論文集，1991 年，頁 433-)

六、按語

- (1) 運用針灸方法治療，在目前非手術治療頸椎病症的方法中安全性都是較高的。但針灸治療頸椎病仍要注意安全操作：
在頸部下端或肩背與肺臟相鄰穴位不宜深刺直刺；患者患有嚴重心臟病、高血壓、尿毒症等疾病不宜深刺；在對風府、啞門等穴位時，嚴禁向上深刺、直刺，以免傷及深部脊髓。在應用推拿或牽引配合治療本病時，應注意施術力量，以免造成新的損傷。
- (2) 急性頸部損傷以遠道取穴為主，對緩解疼痛有一定幫助。一般損傷當日，局部不宜做灸法等熱治療，局部痙攣，針刺手法宜輕。
- (3) 頸椎筋傷疾病可見於各種原因，針灸可改善症狀，症狀嚴重或久治不癒的患者仍須配合影像學及神經、骨學檢查以找出病因，進行治療。
- (4) 若見有軟組織及微小關節易位者，傷科之整復仍為不可缺少之優先選擇。

失眠

一、概述

失眠是一種持續時間較長的睡眠『質量』或『數量』不能達到正常人體生理需要的異常狀態（睡眠的質量比睡眠的數量更為重要）。包括睡眠時間、深度及體力恢復的不足。表現為入睡困難、頻繁醒轉、早醒及睡眠多夢等形式。失眠患者白天出現精神不振、疲乏、易激怒、困倦、焦慮和抑鬱等。Morroe 於 1967 年提出睡眠不良的標準為：入睡困難：入睡時間長達 30-60 分鐘以上；睡眠中至少覺醒一次以上；清醒以後有倦怠、昏沈之感。

失眠是一種症狀，而不是一種疾病，就像是發燒或腹痛一樣，只是一種疾病的象徵，必需找出潛在的病因加以治療，不應只是治療失眠的症狀而已。除此之外，造成失眠的原因很多。精神緊張、興奮、抑鬱、恐懼、焦慮、煩悶等精神因素常可引起失眠；工作和學習壓力過重、環境改變、噪音、光和空氣污染等社會環境因素是另一重要原因；晚餐過飽、睡前飲茶和咖啡這些不良生活習慣也會造成失眠。

二、分類

在 1984 年，美國國家健康組織（National Institute of Health）把失眠症依病程時間的長短分為短暫性失眠（短於 1 星期）、短期性失眠（1-3 星期）及長期性失眠（長於 3 星期），此種分類方法沿至今。雖然美國睡眠醫學會對其時間的長短有所更改，但其基本的精神不變。

1. 短暫性失眠（transient insomnia）：此類失眠，幾乎每個人都有經驗，當你遇到重大的壓力（如考試或會議）、情緒上的激動（如興奮或憤怒的事物）都可能造成你當天晚上有失眠的困擾。此外跨越多個時區的旅行，造成的時差反應（jet lag），也會對你到達目的地的前幾晚睡眠有所影響。

2. 短期性失眠（short term insomnia）此類失眠的病因和短暫性失眠有所重疊，只是時間較長。如喪偶、離婚、男女朋友分手等，此類問題皆會造成一時情緒上的衝擊，其平復所需的時間，往往需要數星期。

3. 長期性失眠（long term insomnia）是患者至失眠門診求診中，最常遇到的疾病類型，其病史有些達數年或數十年，必須找出其潛在病因，才有痊癒的希望。

三、病因病機

本症屬於中醫的”不寐”、古代文獻稱為”不得眠”、”不得臥”、”目不瞑”、”少寐”等。多因邪氣擾動或正虛失養，陰陽失衡，導致神不守舍，臨床以經常不能獲得正常睡眠為特徵的一種病症。

其病因病機如下：

(1) 七情所傷：過喜傷心，導致心神不寧而不寐。大怒傷肝，肝氣橫逆，化火上炎，擾亂心神而不寐。思慮過度則傷脾，脾氣虛則運化無權，氣血化源不足，心神失養而成本證。悲憂傷肺，肺氣傷則魄不能安，亦可發為本證。驚恐做腎，腎之陰精虧於下，心火炎於上，心腎不交，亦可導致本證。

(2) 飲食不節，損傷脾胃：脾胃運化失和，氣機升降逆亂，且濕盛生痰，痰鬱熱生，上擾神明而致不寐。

(3) 勞逸過度：或大病、久病耗氣傷血而致氣血兩虛，心神失養，而致本病。

(4) 房室過度：或先天不足腎精虧虛，腎陰虛不養心陰，心陰不足則心陽上亢而致心腎不交，發為本證。

(5) 外感時邪：如風、寒、火、熱、燥等，邪氣侵擾，神志不安發為本證。

四、治療

本症之治療首先要明確本病主要特徵為入寐艱難，其次要分清虛實。

虛證多屬陰血不足，責在心脾肝腎。實證多因肝鬱化火，食滯痰濁，胃腑不和、外感時邪不癒。在治療上當發補虛瀉實，調整陰陽為原則。虛者宜補其不足，益氣養血，滋補肝腎；實者宜瀉其有餘，或消導和中，或清火化痰，或散表除邪。

實證日久，氣血耗傷，亦可轉為虛證。虛實夾雜者，應補瀉兼顧為宜。

從經脈特質而言，足陽明、足太陰、足少陰經氣不和及陰蹻脈虛均可導致失眠，另外，氣血不足時又有「善驚」、「多夢」等臨床表現。

治則：寧心安神、清心除煩。

心脾兩虛者，補益心脾，心虛膽怯者補心壯膽，均針與灸並用，多行補法；陰虛火旺者育陰潛陽，往往只針不灸，多行平補平瀉法；肝鬱化火者宜平肝降火，痰熱內擾者宜清熱化痰，往往只針不灸，多行瀉法。

處方（一）

神門、內關、百會、安眠。

隨證（症）配穴：心脾兩虛加心俞、脾俞、三陰交補益心脾、益氣養血
心虛膽怯加心俞、膽俞、丘墟補心壯膽、安神定志
陰虛火旺加太溪、太衝、湧泉滋陰降火、寧心安神
肝鬱化火加行間、太衝、風池平肝降火、解鬱安神
痰熱內擾加中脘、豐隆、內庭清熱化痰、和胃安神。

操作方法：背俞穴注意針刺方向、角度和深度。以睡前兩小時、病人處於安靜狀態下治療為佳。

可配用耳針：取心、脾、神門、皮質下、交感。每次選 2-3 穴，時時輕刺激，留針一至二天。

處方（二）

（1）體針基本穴：百會、四神聰、安眠、神門、三陰交。

備用穴：金鐘（素膠穴下 3 分左右，平鼻口上弧，鼻柱正中）、虎邊（合谷與三間之間）、照海。

隨證（症）配穴：入睡難加本神、神庭
易覺醒加印堂、太陽
煩躁加內關
多夢加魄戶
夢驚加大鐘
夢魘加歷兌、隱白

（2）耳穴：神門、心、皮質下、枕。

操作方法：治療初期以頭部穴不做強刺激，隨療程進展加重手法刺激，也可用百會透後頂。餘穴以得氣為度，針感宜漸加重。治療一週後效果不明顯時加虎邊穴，用強刺激；也可在頭部穴位加用電針，症狀反覆或加重時可去三陰交，加金鐘、照海等，針刺金鐘以患者雙眼出現淚水為佳。留針 30-60 分鐘。隔日治療一次，十次為一療程。

可根據病情，屬虛寒及下焦虛者可配用灸法：取湧泉、百會、足三里。用麥粒灸法，每穴五壯，也可每日睡前一小時按各穴順序用艾條溫和灸十分鐘。具有改善和預防失眠的作用。

處方（三）

內關、神門、三陰交、安眠。

隨證（症）配穴：肝火上擾：行間、風池
痰熱內擾：豐隆、內庭
陰虛火旺：太溪、大陵
心脾兩虛：脾俞、心俞
心膽氣虛：足臨泣，膽俞

五、期刊選錄

（1）針灸神門為主治療失眠症 2485 例

2485 例中其中 217 例為單純性失眠，伴有高血壓症 352 例，精神分裂症 28 例，

眩暈症 146 例，頭腦疾患 213 例，神經官能症 1529 例。按中醫辨證分為心脾虧損，心膽氣虛，腎虛、胃中不和、肝陽上擾五型。

治療方法：以神門為主，佐以完骨、足三里。心脾虧損，加大陵、三陰交；心膽氣虛，加丘墟、百會；腎虛，加照海、太溪；胃中不和，加中脘、內關；情志抑鬱、肝陽上擾，加行間、肝俞、百會。一般留針 20-40 分鐘出針，每日施針一次，12-15 次為一療程。對部分久病體虛患者，以艾灸神門或百會 20 分鐘。對入睡難者，睡前溫灸獲效尤佳。

治療結果：2458 例中，痊癒 1096 例，進步 1362 例，無效 27 例，有效率 98.9%，治癒率 44.1%。

(程隆光，針灸神門為主治療失眠 2485 例，中國針灸，1986 年第 6 期，頁 18-)

(2) 針刺四神聰治療失眠 110 例

治療方法：患者取坐位，頭皮局部常規消毒後，取 0.35-0.38mm x 40mm (28 號 1.5 寸針) 不鏽鋼針灸針，針尖向百會沿皮刺入，進針寸許，稍加捻轉，帶針下有緊澀感 (或有重脹感) 便可停下，若針下滑利，可調整針刺角度，重新進針。留針 40-60 分鐘，期間可捻轉數次，以增加緊澀感，十天為一療程，休息兩天，可繼續第二療程。

治療結果：治癒 68 例 (62%)，顯效 35 例 (32%)，無效 7 例 (6%)。

(張濱農，針刺四神聰治療失眠 110 例，上海針灸雜誌，1994 年第 2 期，頁 64-)

(3) 艾灸治療失眠 38 例

治療方法：取湧泉穴，於每晚睡前施行溫和灸，以患者感覺溫熱舒適不燙為度，雙穴同用，每穴各灸 5-15 分鐘。每日治療一次，七次為一療程，治療期間不用任何藥物。

治療結果：經治療兩個療程，痊癒 21 例，有效 17 例。

(任建軍，艾灸湧泉穴治療失眠症 38 例，中國針灸，2000 年第 2 期，頁 90)

(4) 耳穴壓丸法治療頑固性失眠 100 例

治療方法：患者病程最長為 20 年，最短為 7-8 天，以三年以上為多。100 例均接受過中西醫治療未取得滿意療效。治療取神門、皮質下、枕、垂前、失眠，配心、脾、肝、腎、膽、胃。取王不留行籽用膠布固定在耳穴上，手指按壓每日 3-5 次，每次三分鐘，貼敷一次持續 3-5 天。

療效標準：恢復正常睡眠為痊癒，一般能正常睡眠，偶遇驚恐及難眠或易醒為顯效，耳壓後睡眠較前好轉為好轉，治療後無好轉為無效。

治療結果：100 例中，耳壓次數最多的五次，最少的一次，其中痊癒 54 例，顯效 40 例，好轉 4 例，無效 2 例，總有效率 98%。

(閻秀蓮，耳穴壓丸法治療頑固性失眠 100 例，中醫雜誌，1990 年第 10 期，頁 46-)

(5) 皮膚針治療 76 例

治療方法：雙肩胛部和膀胱經在背腰部第一側線，重點叩刺敏感點、結節和條鎖狀物。每次五分鐘，以皮膚潮紅為度，對實證可叩至皮膚微出血。每天一次，十次為一療程，

治療結果：經治療兩個療程，痊癒 54 例，有效 22 例。

（秦愛國，梅花針叩刺治療不寐 76 例，中國針灸，1996 年第 12 期，頁 46-47）

六、按語

- (1) 針灸治療各種類型的不寐均有較好效果，主要將入眠時間縮短，覺醒度改善，同時也能減少各種不適表現，如入睡煩躁，經常轉換姿勢、夢驚、皮膚反應、排尿多等。
- (2) 針灸對早醒狀態效果一般。療效大約在一週左右產生，一週內部分患者出現乏力和頭部不清醒感覺，隨著治療而減輕直至消失。療效與病程有關，病程越短療效出現時間越早、越好。
- (3) 針灸治療無「宿醉」現象，與多數安眠藥物有協同和增效作用。
- (4) 耳針神門穴對失眠有一定療效，本科楊建中醫師收治住院之中風病人若有失眠者，多以耳針針本穴（留針 1-2 天）輔助睡眠，療效甚佳。
- (5) 本科陳玉昇醫師擅用『陰陽五穴灸』處理失眠問題，該法由孫真人十三鬼穴（扁鵲所傳）中化出，能鎮靜安神、守魂定魄，療效確實不凡。

【附錄】失眠診斷依據、證候分類、療效評定

一、定義

不寐是指臟腑機能紊亂、氣血虧虛、陰陽失調，導致不能獲得正常睡眠。

二、診斷依據：

- (1) 輕者入寐困難或寐而易醒，醒後不寐，重者徹夜難眠。
- (2) 常伴有頭痛、頭昏、心悸、健忘、多夢等。
- (3) 經各系統和實驗室檢查未發現異常。

三、證候分類：

- (1) 肝鬱化火：心煩不能入睡，煩躁易怒、胸悶脅痛，頭痛面紅，目赤、口苦、便秘尿黃，舌紅，苔黃，脈弦數。
- (2) 痰熱內擾：睡眠不安，心煩懊惱，胸悶脘痞，口苦痰多，頭暈目眩。舌紅、苔黃膩，脈滑或滑數。
- (3) 陰虛火旺：心煩不寐，或時寐時醒，手足心熱，頭暈耳鳴，心悸、健忘，顴紅潮熱，口乾少津，舌紅、苔少，脈細數。
- (4) 心脾兩虛：多夢易醒，或朦朧不實，心悸，健忘，頭暈目眩，神疲乏力，面色不華。舌淡，苔薄，脈細弱。
- (5) 心虛膽怯：夜寐多夢易驚，心悸膽怯。舌淡、苔薄、脈弦細。

四、療效評定：

治癒：睡眠正常，伴有症狀消失。

好轉：睡眠時間延長，伴有症狀改善。

未癒：症狀無改變。

頭痛

一、概述

頭痛又稱頭風、首風、腦風，是指頭顱穹窿區的疼痛感，是一種症狀表現。頭痛的部位多在前額、巔頂、一側額顳，或左或右或呈全頭痛而輾轉發作。疼痛的性質可以是頭昏、隱痛、脹痛、跳痛、刺痛或頭痛如裂。

就發病頻度言，神經性頭痛、偏頭痛最為常見，由於血管性頭痛和神經性頭痛，外傷性頭痛等都具有病程長及反覆發作的特點，故常將他們歸於「血管神經性頭痛」一類，這也是臨床常見的情形。而大部分頭痛或併發顱外軟組織、肌筋膜損傷，壓迫經脈或血管神經，致使氣血不通，不通則痛。

針灸療效與引起頭痛的病因關係密切，其中以非器質性頭痛的療效較好，針灸治療頭痛，最常見除外感發熱的頭痛，還有血管性、神經性和肌收縮性頭痛，至於高血壓、青光眼、額竇炎、三叉神經痛等引發的頭痛，是在治療原發病的基礎上獲得緩解，針刺能使大部分患者頭痛的發作次數減少和嚴重程度減輕。針灸效果除了頭痛緩解外，還表現在食慾、睡眠、體力，情緒控制和精神緊張方面都有明顯的改善。另外，還顯示出一定的遠期療效。

二、分類

頭痛既可出現於顱內外疾患，又可發生於軀體或內臟疾患；既可是神經功能性的，又可是器質病變引起的；既可作為某些疾病的兼證，又可作為某些疾病的主症。各種原因如炎症、損傷、腫瘤、壓迫、牽引、推移、擴張等使痛覺敏感結構受刺激，都可出現頭痛。

按照頭痛的發病原因，大致可以將其歸納為：血管性頭痛、神經性頭痛、顱內壓改變性頭痛、顱內佔位性病變引起的頭痛，外傷性頭痛等。

三、病因病機

本病之病因病機主要分外感與內傷兩類論述，外感有六淫之別，內傷則有虛實之分。而針灸則更強調頭部之分經辨證：

- (1) 外感頭痛：風邪挾寒、挾濕、挾熱，自表侵襲於經絡，上犯頭部，清陽之氣受阻，而致頭痛。
- (2) 腎虛頭痛：先天不足、老年腎虧、久病傷腎或房勞過度而腎精虧耗，不能生髓，髓海空虛，腦失所養而發頭痛。
- (3) 氣血虧虛：久病體虛或失血之後，或脾胃虛弱，不能化生氣血，腦髓失養而發生頭痛。

- (4) 肝陽頭痛：肝喜條達，如因情志波動，則肝膽之火循經上擾清空而致頭痛。
- (5) 痰濁頭痛：平素濕盛之體，因勞倦、嗜酒、受潮而痰濕內生，上蒙清竅，阻遏清陽而致頭痛。
- (6) 血瘀頭痛：頭痛日久，久痛入絡，絡脈瘀滯，或因跌仆損傷，氣血運行不暢，腦髓受損，均可形成瘀血頭痛。

四、治療

臨床治療不外乎分辨外感、內傷兩類頭痛。同時，還需要分辨疼痛部位與經絡循行分佈的關係。要特別強調先判斷有無外感而治之，再治內傷。切勿只以頭痛之病程便決定外感內傷之別。

治則：疏經活絡、通行氣血，以針為主，虛補實瀉。治療上往往局部取穴配合循經遠端取穴，並按頭痛部位分經取穴與按病因辨證取穴相結合。

處方（一）

陽明頭痛：印堂、上星、陽白、攢竹透魚腰及絲竹空、合谷、內庭。

少陽頭痛：太陽、絲竹空、角孫、率谷、風池、外關、足臨泣。

太陽頭痛：天柱、風池、後溪、申脈、崑崙、風池。

厥陰頭痛：百會、通天、太衝、行間、太溪、湧泉。

偏正頭痛：印堂、太陽、頭維、陽白、合谷、內庭、外關、足臨泣。

全頭痛：百會、印堂、太陽、頭維、陽白、風池、合谷、外關。

隨證（症）配穴：外感風邪加風池、風門

風寒加灸大椎，風熱針瀉曲池

風濕針瀉三陰交，宣散風邪、清利頭目

痰濁上擾加豐隆、足三里化痰降濁、通絡止痛

氣滯血瘀加合谷、太衝、膈俞行氣活血、化痰止痛

氣血不足加氣海、血海、足三里益氣養血、補虛止痛

肝陽上亢治同厥陰頭痛

各部頭痛均可加阿是穴。

處方（二）

（1）外感頭痛：

巔頂部：百會、通天、行間。

前頭部：上星、頭維、內庭。

後頭部：後頂、天柱、崑崙。

側頭部：風池、太陽、俠溪。

風寒型：風門、外關。

風熱型：大椎、風池。

風濕型：風門、豐隆。

(2) 腎虛頭痛：

治法：補腎益精，取足少陰、足太陽經穴。

處方：太溪、三陰交、天柱、腎俞。

(3) 氣血虧虛：

治法：補益氣血，取任督、足陽明、足太陰經穴。

處方：三陰交、足三里、氣海、百會。

(4) 肝陽頭痛：

治法：平肝潛陽，取足厥陰、足少陽經穴。

處方：懸顛，百會、行間、俠溪。

(5) 痰濁頭痛：

治法：化痰降濁，取督脈，足陽明、足太陰經穴。

處方：百會、太陽、豐隆、三陰交。

(6) 血瘀頭痛：

治法：活血止痛，取手足陽明經穴。

處方：合谷、太衝、血海、百會、風府、太陽

操作方法：頭部穴位均用捻轉瀉法，遠部穴位均用提插捻轉瀉法，使針感向下傳導。每一次或疼痛發作時針之，六次為一療程，休息一天。

亦可用三棱針在百會、風府、太陽穴放血，乃血實者決之。每日一次或發作時針之。

處方（三）

頭針療法：

前額痛：對側感覺區下 2/5。

後頭痛：對側感覺區下 1/5。

以上皆配運動區、足運感區。

操作方法：用 30 號毫針平刺後每穴捻轉一分鐘。

處方（四）

刺絡療法：

取穴：太陽、曲澤、尺澤、魚尾。

操作：用三棱針點刺諸穴出血數滴，以癒為期。

五、期刊選錄

(1) 針刺治療偏頭痛 150 例的臨床觀察及實驗研究

治療方法：取雙側翳風穴。

操作方法：先將穴位局部常規消毒後，右手持針沿下頷角與乳突之間進針，向對側乳突深刺 1.5-2 英寸，用少提插、多捻轉的基本手法。患者應有明確的酸、麻、重、脹感，絕大多數患者針感可放散至咽喉或舌根部，表示針刺深度與角度得當。留針 20 分鐘，其間行針兩次，若極少數患者針感不明顯，或未放散至咽喉或舌根部，再留針 20 分鐘後取針。

治療效果：150 例中，痊癒 76 例（50.67%），顯效 56 例（37.33%），有效 14 例（9.33%），無效 4 例（2.67%），總有效率為 97.33%。

（魏鳳波，針刺治療偏頭痛 150 例的臨床觀察及實驗研究，中國針灸，1988 年第 5 期，頁 27-）

（2）針刺四關穴為主治療頭痛 391 例

治療方法：取穴：四關穴（合谷雙、太衝雙），陽明頭痛配印堂（或印堂透攢竹），少陽頭痛配太陽（或太陽透率谷），厥陰頭痛配百會，太陽頭痛配風池（或透刺風池），全頭痛則加刺印堂、風池；兩個部位併發者，則同時針刺相應部位的穴位。方法：患者取仰臥位，將穴位常規消毒，先用 26 號 2 寸毫針，快速垂直刺入四關穴皮下，得氣後，行提插捻轉手法，使針感向四周擴散或沿經傳導，強度和頻率以患者能耐受為度。再選 26 號 1.0-2.5 寸毫針針刺配穴，得氣後，行捻轉術使局部產生明顯的酸、麻、脹或向周圍擴散等針感。留針 25 分鐘，其間用雙手如上法循環行針一次，每日治療一次，十次為一療程。

治療結果：痊癒 293 例（74.94%），顯效 67 例（17.14%），好轉 23 例（5.88%），無效 8 例（2.05%），總有效率為 97.95%。

（王玉明，針刺四關穴為主治療頭痛 391 例，中國針灸，1992 年第 12 期，頁 20-）

（3）點穴針刺結合治療頸源性頭痛 60 例

治療方法：採取點穴加針刺的方法。患者取正坐位，頭稍向前屈，醫者站於患者左後方，左手固定其頭部，右手拇、中指沿手少陽三焦經在頸項段的循行路線上左右對照查找壓痛點及條索狀硬結，一般都在乳突後下方，胸鎖乳突肌後緣附近的風池、天牖、天容及肩井穴有壓痛點。施治時先在三焦經頸項段輕輕推拿，鬆解局部肌肉，然後用拇指尖對準以上四穴依次點壓，針刺百會、上星、大椎、合谷穴，手法分強、中、弱三種，因人體質而異，上述治療隔日一次，一週為一療程，一般治療一療程即可。

（張濤，點穴針刺結合治療頸源性頭痛 60 例，中國針灸，1994 年第 2 期，頁 22-）

（4）耳背靜脈放血治療血管神經性頭痛 120 例

120 例患者中，偏頭痛 86 例，全頭痛或後頭痛 34 例。

治療方法：刺血部位，於患者耳背上 1/3 近耳根部顯露的血管（多見三條），以中間一條為最佳刺血部位，單側頭痛刺同側耳背，雙側及全頭或後頭痛者，刺雙

側耳背。刺血工具：三棱針或手術刀片。

操作方法：患者取坐位，術者先以拇食指指腹在待刺耳朵局部輕揉片刻，待局部充血，血管顯露後，選準刺血點，做局部常規消毒，左手穩住患者待刺耳朵，右手持針，迅速刺破靜脈血管，任血自流。一般放血量為五毫升左右，但須根據病情輕重而定，輕則少放，重則多放，如出血量不夠病情需要則輕擠局部，加速出血，出血不止則以消毒紗布按壓出血，術後擦去局部血跡，以酒精棉球按住瘡口，用膠布做十字固定，以防感染。

治療結果：120 例中，治癒 74 例，顯效 32 例，好轉 9 例，無效 5 例，總有效率 95.8%。

（孫秀本，耳背靜脈放血治療血管神經性頭痛 120 例，上海針灸雜誌，1988 年第 1 期，頁 17-）

六、按語

- （1）頭痛成因複雜，針灸多次無效或頭痛繼續加重者，應考慮某些顱腦病變，需查明原因及時採取綜合治療措施，如出現兩側瞳孔大小不等、項強、神智不清，應警惕腦瘤及蜘蛛網膜下腔出血等重症。對高血壓病的頭痛，應慎用強刺激，電針也應使用弱小電流。
- （2）臨床經驗表明，全頭痛尤其是脹痛，以取遠道穴位為好，如頭痛劇烈且集中於某區域者，則取局部穴位為宜。推拿療法對急慢性頭痛亦有一定效果，可配合使用。
- （3）本科薛宏昇醫師治療頭痛重分經，遠端局部取穴並用。針法上強調補瀉之運用，在得氣現象後重視氣行之感傳，務使經脈流通，臨床療效提升不少。

【附錄】 頭痛的診斷依據、證候分類、療效評定

一、定義

頭痛由肝陽上亢、痰瘀互結而至清陽不升，或濁邪上犯，清竅失養，以頭部疼痛為主要表現的病症。主要指血管神經性頭痛及高血壓病、腦動脈硬化等。

二、診斷依據

- (1) 頭痛部位多在頭部一側額顳、前額、顳頂或左或有輻轉發作，或呈全頭痛。頭痛的性質多為跳痛、刺痛、脹痛、昏痛、隱痛、或頭痛如裂等。頭痛每次發作可持續數分鐘、數小時、數天，也有持續數週者。
- (2) 隱襲起病，逐漸加重或反覆發作。
- (3) 應查血液常規，測血壓，必要時做腰穿、骨穿、腦電圖。有條件時做經顳都卜勒、CT、磁共振等檢查，以明確頭痛的病因，排除器質性疾病。

三、證候分類

- (1) 肝陽上亢：頭痛而脹，或抽掣而痛。痛時常有烘熱，面紅目赤，耳鳴如蟬，心煩口乾，舌紅，苔薄黃、脈弦。
- (2) 痰濁上擾：頭痛脹痛，或兼目眩。胸悶脘脹，噁心食少，痰多黏白。舌苔白膩，脈弦滑。
- (3) 瘀阻腦絡：頭痛反覆，經久不癒，痛處固定，痛如錐刺。舌紫暗或有瘀斑，苔薄白，脈細弦或細澀。
- (4) 氣血虧虛：頭痛綿綿，兩目畏光，午後更甚，神疲乏力，面色光白，心悸寐少。舌淡、苔薄、脈弱。
- (5) 肝腎陰虛：頭痛眩暈，時輕時重。視物模糊，五心煩熱，口乾，腰酸腿軟，舌紅少苔，脈細弦。

四、療效評定

治癒：頭痛消失，各項實驗室檢查正常。

好轉：頭痛減輕，發作時間縮短或週期延長，實驗室檢查有改善。

未癒：頭痛症狀及血壓等無變化。

單純性肥胖症

一、 概述

減肥與減重並不是一個相同的概念，肥胖的診斷必須以體脂超常作為依據。肥胖是指體內有過多的脂肪，醫學界建立了許多方法來估計身體脂肪的分佈與含量，為了方便臨床使用，目前世界衛生組織建議使用「身體質量指數」(body mass index, 簡稱 BMI, 單位為 kg/m^2)來界定肥胖。雖然，亞太地區由其現的人體組成分析、糖尿病及流行病學等研究發現，應有不同的肥胖界定標準，以符合實際的需要，但目前的共識為：(1)肥胖：BMI \geq 25；(2)過重：23.0-24.9；(3)理想：18.5-22.9；而男性腰圍如果大於 90 公分，女性大於 80 公分，其健康危險性也增加。在台灣衛生署則公佈：(1) 肥胖：BMI \geq 27；(2) 過重：24.0-26.9；(3) 理想：18.5-23.9；腰圍則採用亞太地區公佈的數值。

國人沿用的這一套標準，造成國人疏於意識體重超重與罹患肥胖相關疾病。根據行政院衛生署的資料，台灣19歲以上的男性，BMI平均數為23.1，女性則是23.8，原本都屬標準的BMI，但是事實上，根據亞洲的黃金標準上限（BMI不超過23），數值已經偏高。台灣目前40歲以上約有60萬人罹患糖尿病，而這些病人當中60%都是肥胖的人。

肥胖會增加患上某些疾病的風險，包括高血壓、缺血性心臟病、高膽固醇、糖尿病、腦血管病、膽囊病、骨關節炎、睡眠窒息症和部分癌症(乳癌、前列腺癌、結腸癌及子宮內膜癌)。降低BMI的數值，風險都會相對減少。

二、 分類

肥胖症可分為單純性(Adiposis)(原發性)及繼發性，前者是指找不到基本病因的肥胖症。繼發性肥胖則多因患內分泌疾病(如甲狀腺機能低下症、庫欣氏症候群、胰島素瘤、及下視丘的異常等)所引起的肥胖，這類肥胖者在進行減肥治療時，必須結合其病情，根據其不同的病因進行治療。

單純性肥胖往往無明顯內分泌、代謝病病因可尋。根據發病年齡及脂肪組病理又可分為體質性肥胖(幼年起病型肥胖症)與獲得性肥胖(成年起病型肥胖症)：

- (1) 體質性肥胖：主要與遺傳有關，即其父母都是肥胖的，並在幼年時就表現出肥胖，這類肥胖者不僅脂肪細胞比正常人大，而且脂肪細胞數量也比正常人多。體質性肥胖症的特點是：(a)有肥胖家族史；(b)自幼肥胖，一般從出後至半歲左右起由於營養過度而肥胖直至成年；(c)呈全身性分佈，脂肪細胞呈增生肥大；(d)限制飲食及加強運動療效差，對胰島素較不敏感
- (2) 獲得性肥胖：是指從成年或中年後因年齡而發胖者，這類肥胖者主要由於其體內脂肪細胞體積的增大引起，因此，獲得性肥胖者採用飲食控制、按

摩、藥物等各種減肥方法，效果較理想。獲得性肥胖症的特點是：(a) 起病於20~25歲，由於營養過度及遺傳因素而肥胖；(b)以四肢肥胖為主，脂肪細胞單純肥大而無增生；(c)飲食控制和運動的療效較好，對胰島素敏感，經治療可恢復正常。

三、病因病機

《靈樞·順逆肥瘦篇》已有「廣肩、廣腋、廣項、多脂、厚皮」的描述，並分膏、脂、肉三型。中醫認為本病的主要原因，是貪於飲食，過於肥甘所致，如《靈樞·順逆肥瘦篇》說：「肥人...其為人也，貪於取與」。《素問·異法方宜論》說：「西方者，金玉之域，...其民華食而脂肥」。

本病的發生與脾、胃、腎三臟功能失調有關。脾胃虛弱則水濕不化，釀生痰濁；胃腸腑熱則食慾偏旺，水穀精微反被煉成濁脂；真元不足則氣不行水，凝津成痰，遂致痰濕濁脂滯留肌膚而形成肥胖。由於體內長期為膏脂、痰濁、水濕所阻，易致氣機失暢，脈道不利，進而出現氣滯血瘀，或者痰濕鬱久，化熱化燥，故常見並見胸痺、心痛、眩暈、消渴等病症。

一般可分為下列證型：

- (1) 胃腸腑熱：體質肥胖，上下勻稱，按之結實，消穀善飢，食慾亢進，口甘欲飲，怕熱多汗，急躁易怒，腹脹便秘，小便短黃，舌質紅、苔黃膩、脈滑有利。
- (2) 脾胃虛弱：肥胖以面、頸部為甚，按之鬆弛，食慾不振，神疲乏力，心悸氣短，嗜睡懶言，面唇少華，大便溏薄，小便如常或尿少，身腫、舌淡、邊有齒印、苔薄白，脈細緩無力或沈遲。
- (3) 真元不足：肥胖以臀部、下肢為甚，肌膚鬆弛，神疲乏力，喜靜惡動，動則汗出，畏寒怕冷，頭暈腰酸，女子月經不調，男子陽痿、早泄，面色淡白，舌質淡嫩、邊有齒痕、苔薄白，脈沈細遲緩。

三、治療

本病以濕、痰、鬱、熱、瘀為標，而以脾腎氣虛為本。臨證多表現為本虛標實證，治療主要以任脈、足太陰、足陽明經腧穴及背俞穴為主。

治則：胃腸腑熱清胃瀉火、通利腸腑，只針不灸，瀉法；脾胃虛弱益氣健脾，祛痰利濕；真元不足溫補腎陽、通陽化氣，均針灸並用，補法。

處方（一）

中脘、關元、水分、天樞、水道、大橫、曲池、支溝、內庭、豐隆、上巨虛、陰陵泉（可分組輪流選用）

方義：肥胖之症，多責之脾胃臟腑。中脘乃胃募、腑會，曲池為手陽明大腸經

的合穴，天樞為手陽明大腸經的募穴，上巨虛為手陽明大腸經的下合穴，四穴合用可通利腸腑，降濁消脂，大橫、關元健脾益腎、助運水濕；水分、水道、豐隆、陰陵泉分利水濕、鷓化痰濁；支溝疏調三焦；內庭清瀉胃腑；諸穴共用可收健脾胃、利腸腑、化痰濁、消濁脂之功。

隨證（症）配穴：胃腸腑熱加合谷清瀉胃腸

脾胃虛弱加脾俞、足三里健脾利濕

真元不足加腎俞、命門益腎培元

少氣懶言加太白、氣海補中益氣

心悸加神門、心俞寧心安神

胸悶加膻中、內關寬胸理氣

嗜睡加照海、申脈調理陰陽。

操作方法：體針：心俞、脾俞、三焦俞、腎俞不可直刺、深刺，以免傷及內臟；脾胃虛弱、真元不足者可灸天樞、上巨虛、陰陵泉、三陰交、氣海、關元、脾俞、足三里、腎俞等穴；其它腧穴視患者肥胖程度及取穴部位的不同而比常規刺深 0.5-1.5 寸。

電針：按針灸主方及加減選穴，針刺得氣後接電針儀，用疏密波強刺激 30-40 分鐘，2 日一次。

處方（二）

（1）體針：曲池、天樞、陰陵泉、豐隆、太衝

隨證（症）配穴：易酣睡加合谷、內庭

下肢浮腫加三陰交、陰陵泉、太白

胸悶氣促加太淵、足三里、肺俞、脾俞

畏熱多汗、易於疲勞加氣海、腎俞、太溪、照海

腹部肥胖加腹結

腰部肥胖加帶脈

臀部肥胖加居膠、承扶

上臂肥胖加肩貞、臂臑。

操作方法：體針根據虛實施以補瀉手法，注意隨證配穴。局部肥胖可採用 2 寸長毫針斜刺進脂肪層，得氣後加電針。留針 30 分鐘，每日或隔日一次，15 次為一療程。

（2）耳穴：口、肺、胃、脾、緣中、三焦、神門、內分泌

選用或配合下列方法：

電針：每次選用 2-3 對穴，用疏密波刺激 30 分鐘，宜逐漸加大電流強度，患者感覺局部發熱為佳，每週治療兩次。

耳針：每次選用 2-4 穴。兩耳交替使用，用壓丸法，每日按壓五次，每次每穴按壓 2 分鐘。於餐前或飢餓時在穴位上按壓，以加強針感，減少或推遲進食。

處方（三）

耳針：口、胃、脾、肺、三焦、飢點、內分泌、神門、皮質下等穴

操作方法：每次選 3-5 穴，毫針淺刺，中強刺激，留針 30 分鐘，每日或隔日一次；或用埋針法、藥丸貼壓法，留置和更換時間視季節而定，其間囑咐患者餐前或有飢餓感時，自行按壓穴位 2-3 分鐘，以增強刺激。

五、期刊選錄

（1）耳穴埋壓治療肥胖症 567 例臨床觀察

治療方法：1.取穴：內分泌、丘腦、卵巢、腦點、飢點、渴點、神門、脾、胃，均雙；2.方法：採用耳穴壓丸法。取加工好的米粒綠豆壓在以上穴位上，根據病情選穴。如內分泌紊亂取內分泌、丘腦、卵巢、腦點；食慾過盛取飢點、渴點、脾、胃；嗜睡加丘腦、神門。每次取 4-6 穴，每週 1 次，5 次為一療程，一療程結束休息一週再進行第二療程。

治療結果：567 例中，顯效 84 例，佔 15%；有效 385 例，佔 68%；無效 98 例，佔 17%。總有效率為 83%。

（劉杭華，耳穴埋壓治療肥胖症 567 例臨床觀察，上海針灸雜誌，1986 年第 4 期，頁 22-）

（2）刺拔罐治療單純性肥胖症 80 例臨床觀察

治療方法：（a）治則：調整脾胃、抑制食慾、利濕祛痰，以脾胃及任脈經穴為主。處方：第一組取中脘、天樞、關元、足三里、陰陵泉；第二組取巨闕、大橫、豐隆、三陰交。以上足三里、陰陵泉、豐隆、三陰交穴只針，其餘穴針刺加拔罐。兩組穴交替靈活使用，另外對少數病例大腿圍、臀圍較大的患者，也可配合期門、脾關穴

。操作方法：用瀉法，針刺得氣後反覆輕插重提，大幅度、快頻率捻轉，產生較強烈的針感，留針 30 分鐘，起針後，腹部穴位拔罐 15 分鐘，每日針拔一次，十次為一療程，休息三天後進行第二療程。

治療結果：近期臨床痊癒者 24 例，佔 30%；顯效 14 例，佔 17.5%；有效 31 例，佔 38.75%；無效 11 例，佔 13.75%。總有效率 86.25%。

（李明高等，刺拔罐治療單純性肥胖症 80 例臨床觀察，中國針灸，1991 年第 6 期，頁 27-）

（3）針刺治療單純性肥胖症 268 例遠期療效觀察

治療方法：取天樞、滑肉門、石門、大巨、足三里、豐隆、梁丘、公孫穴，提插瀉法，留針 30 分鐘，每日一次，30 次為一療程

治療結果：二療程後顯效 113 例，好轉 130 例，無效 25 例，總有效率 90.67%。

(方桂梅等，針刺治療單純性肥胖症 268 例遠期療效觀察，中醫雜誌，2001 年第 1 期，頁 23-)

六、按語

- (1) 臨床多用體針減肥，配合耳穴貼壓治療可囑咐患者在飯前按壓數分鐘，食慾過強者能起到抑制食慾的作用，將耳針與體針配合運用，以進一步提高療效。針灸減肥的同時應加強運動，注意合理飲食，適當控制飲食，少食高脂、高糖、高熱量的食物，不宜盲目節食，調整生活規律，保持足夠的睡眠時間，循序漸進，達到減肥的目的。
- (2) 體針從調整各系統功能著手，常用穴位有內關、豐隆、梁丘、曲池、合谷、三陰交、足三里等；若從脂肪堆積過多的局部入手，則常選天樞、水道、期門、上風市、環中、腎俞等。一般為隔日一次，每次留針 30 分鐘，15-20 天為一療程，療程間隔 3-5 天，需 2-4 個療程以上。針刺治療有效率在 62.5-73.8% 左右。
- (3) 耳針治療以飢點與三焦點對肥胖症最為有效，其次是食道、胃、贛門、肺、脾、神門、內分泌等穴，每次可選 1-3 對，埋針治療。或選王不留行籽、白芥子、萊菔子、磁珠、其它小藥丸之任何一種做貼壓治療，一般每週一次，五次為一個療程，療程間隔一週，需 1-3 療程以上，據統計耳穴針刺或壓丸法有效率為 75.3-89%。
- (4) 過濾 1994 年到 2002 年間 74 篇臨床研究期刊，針灸減肥的主穴是足三里、三陰交、上巨虛、天樞、關元、脾俞等 6 穴，輔穴是曲池、公孫、豐隆、中脘、支溝、氣海、肝俞等 7 個；針灸減肥主要取胃經、脾經和膀胱經的背俞穴等穴位。
- (5) 針刺減肥過程中，體重的變化與藥物減肥並不一致，初步分為 3 個階段：快速減重期 (1~4 周)；平臺調整期 (4~12 周)；穩定緩慢減重期 (12 周以後)
- (6) 單純性肥胖中的獲得性肥胖才是針刺減肥有效的主要人群。針刺對正常重者和繼發於下丘腦病、垂體病、胰島病、甲狀腺功能減退症、腎上腺皮質功能亢進症等疾病的患者療效較差。

痛經

一、概述

痛經又稱「經前腹痛」、「經行腹痛」、「月水來腹痛」、「經後腹痛」等。月經時由於盆腔充血，有少腹部輕度墜脹感，本屬正常現象。而痛經則表現為行經一、二天中或經前一、二日的小腹疼痛。尤其多在月經來潮前數小時即感下腹疼痛，經潮開始其痛加劇，歷時數小時或數天不等。每隨月經週期發作，也有些個案延至經淨後才痛經。若經淨後始發病的，亦在一、二日內痛可自止。

疼痛部位多在於下腹部，也可掣及全腹或腰骶，或伴有外陰、肛門墜痛，或伴有噁心、嘔吐、尿頻、便秘或腹瀉等症狀。劇烈腹痛大多於月經來潮即開始，常為陣發性絞痛，患者出現面色蒼白、冷汗淋漓、手足厥冷甚至暈厥、虛脫等症狀。

針灸主要用於原發性痛經，對重度或中度疼痛具有顯止痛作用，治療後也會使下個月經週期的疼痛發作減輕，經過 3-4 個月經週期的治療，許多病例能夠痊癒，針灸對少數繼發性痛經在配合治療原發病的同時，也能夠使疼痛得到適當緩解。

二、分類

現代醫學將痛經分為生殖器官無明顯異常的原發性痛經或功能性痛經，以及生殖器官存在子宮內膜異位症、盆腔炎及子宮頸管狹窄等病變的繼發性痛經。本章所述主要為原發性痛經，常見於月經初潮後或未孕年輕婦女，婚後或分娩後多可自行消失。發病原因，常與生殖器局部病變、內分泌、神經、精神因素等有關。

三、病因病機

月經與氣血之運行相關，在臟腑經絡上則強調肝、脾、腎及衝、任之角色。氣血在經脈中運行，有臟腑生化之足與不足；運行之暢與不暢之不同，因此因虛因實，皆可致經痛。原發性痛經的病因病機可歸納為下列幾點

- (1) 氣血虛弱：平素氣血不足，或大病久病之後，氣血兩虧，行經以後，血海空虛，胞脈失養，而致疼痛，或體虛陽氣不振，運血無力，經行滯而不暢，導滯痛經。
- (2) 肝腎虧損：素體虛弱，肝腎本虛，或因多產房勞，以致精虧血少，衝任不足，經行之後，血海空虛，不能滋養胞脈，故使小腹虛痛。
- (3) 氣滯血瘀：多由於情志不舒，肝鬱氣滯，氣機不利，不能運血暢行，血行受阻，衝任經脈不利，經血滯於胞中而作痛。
- (4) 寒濕凝滯：經期冒雨涉水、游泳，感寒飲冷，或坐臥濕地，寒濕傷於下焦，客於胞宮，經血為寒濕所凝，運行不暢，滯而作痛。

四、治療

臨床有虛實之分，實痛常在經前或經期小腹脹痛，甚則痛連腰脊，經行不暢，月經量少或有血塊，或色紫黑，或伴有胸脅乳房脹痛，脈弦或細緊。

虛痛在經期或經後小腹綿綿作痛，按之痛減，月經量少，色淡質薄，或頭暈目眩，或腰膝酸軟，舌質淡、脈細弱。

針灸治療更為重視其經絡症候特徵。就足三陰而言，屬肝經者多連及少腹、外陰；屬腎者多致腰痛足軟；屬脾者多兼噁心、嘔吐、腹瀉等消化道症。

治則：寒濕凝滯、氣滯血瘀者溫經散寒、化瘀止痛，針與灸並用，多行瀉法；氣血不足者益氣養血，調補衝任，針與灸並用，多用補法。取任脈，足三陰經穴為主，衝脈因在腹與陽明並行，故亦多取足陽明。

處方（一）：

（1）體針基本方：關元、中極、次膠、地機、血海；

備用穴：氣海、歸來、陰陵泉、行間。

方義：以小腹部經穴為主，關元、中極為任脈經穴，可通調衝任，地機是脾經的郄穴，有行氣利濕、調經止痛的功效；次膠為治療痛經的要穴，可通理下焦；血海可活血調經。合為主方以調理經氣，再根據症狀配穴，痛經可癒，備選穴可與主方整體或某些穴互換使用，氣海善行氣止痛，歸來治陰中寒引起的疼痛，遠取陰陵泉、行間以疏通經氣。

隨證（症）配穴：月經量少加中膠

痛連腰骶加氣穴、下膠

頭暈目眩加脾俞、足三里

疼痛劇烈虛脫者先取水溝、內關等以回陽救逆

實痛加水道、大赫

虛痛加腎俞、三陰交

操作方法：經前一週開始治療，每次選用 3-4 穴，腹部穴要使針感向下傳導，次膠稍斜向脊柱，深約 4-5 公分，反覆捻轉行針。餘穴按常規針刺。留針 20-30 分鐘，每日一次，疼痛劇烈者可每日兩次，並可適當延長留針時間，七次為一療程。

（2）耳穴：內生殖器、內分泌、神門、腎、皮質下、交感。

操作方法：經前取雙耳一對或兩對穴

處方（二）：

關元、三陰交、地機、十七椎下。

隨證（症）配穴：寒濕凝滯加灸水道溫經止痛

氣血瘀滯加合谷、太衝、次膠調氣活血

氣血不足加血海、脾俞、足三里益氣養血止痛。

說明：十七椎下是經外奇穴，位于脊柱正中，第5腰椎棘突下

操作方法：針刺關元，宜用連續捻轉手法，使針感向下傳導，寒凝血瘀者，針後在小腹部穴位加灸，月經來潮前三天開始治療。發作期每日治療1-2次，非發作期可隔日一次。

處方（三）

太衝、三陰交、會陽、氣海。

隨證（症）配穴：氣滯血瘀：曲泉、血海

寒濕凝滯：命門、膈俞

氣血虛弱：足三里、血海

肝腎虧虛：肝俞、腎俞

操作方法：上四穴均直刺。施捻轉或提插瀉法，每日一次，六次為一療程，休息一天。

處方（四）

耳針療法：

子宮、卵巢、盆腔、內分泌、皮質下、肝、腎、脾。

操作方法：每次取3-5穴，毫針刺，中強度刺激，每日一次，留針15-20分鐘。或用耳壓方法，每日按壓2-3次，留針3-5日。

處方（五）

刺絡療法：

取穴：血海、委中、三陰交、太衝。

操作：常規消毒後，以三稜針點刺，出血為度。

處方（六）穴位敷貼法經

藥物：山楂100克，葛根100克，乳香100克，沒藥100克，山甲100克，川朴100克，白芍150克，甘草30克，桂枝30克，細辛揮發油，冰片各適量。

製法：先將山楂、葛根、白芍、甘草共煎兩次，煎液濃縮成稠膏，混入溶於適量95%乙醇的乳香、沒藥，烘乾後與山甲、川朴、桂枝共研細末，再加適量的細辛揮發油、雞血藤揮發油和冰片，充分混合過100目篩，貯瓶備用。

取穴：神闕。

操作方法：月經前3-5天，用溫水洗淨臍部後，取上藥0.2-0.25克，氣滯血瘀型用食醋調糊；寒濕凝滯型用薑汁或酒調糊，敷於臍中，外用橡皮膏固定，待經痛止或經期第三天去藥。

處方（七）發泡灸法

治療方法：以底徑約一釐米的艾炷一枚置附片中心，點燃後安於中極穴上，艾炷燃盡更換，如熱使患者難以忍受時，可將附片提起數秒鐘後再放下，至灸處皮膚紅暈直徑達五釐米以上，中央微現泛白透明時停用，覆以消毒敷料，膠布固定。數小時後灸處即起水泡，由小而大，直徑可達1-2釐米，水泡待自行吸收，

說明：本法對虛性、寒性痛經療效較好。治療時間在經前10天左右為宜。

五、期刊選錄

（1）針刺治療痛經 154 例

治療方法：取上膠、中膠為主穴，寒濕凝滯加地機，肝鬱氣滯加太衝，肝腎虧損加關元。使針感傳至小腹或前陰為佳，留針40分鐘。每日一次，七次為一療程。

治療效果：經治療兩個療程，痊癒60.4%，顯效38.3%，無效1.3%，總有效率為98.7%。

（田成舉等，[針刺治療痛經](#)，中國針灸，1994年第2期，頁30）

（2）針刺治療痛經 120 例

治療方法：痛經發作時獨取三陰交一穴。針尖略順經向上斜刺，得氣後行針2分鐘，動留針30分鐘。設44例口服西藥止痛藥片做對照組，在針刺和服藥30分鐘後評判療效。

治療結果：針刺組30分鐘見效105例（87.5%），一小時生效11例，無效4例，總有效率為96.7%，藥物組30分鐘見效14例（31.8%），一小時生效19例，無效11例，有效率為75%，兩者差異十分顯著。

（史曉林等，[針刺三陰交治療原發性痛經 120 例](#)，中國針灸，1994年第5期，頁17-18）

（3）梅花針治療痛經 106 例

治療方法：治療取行間、隱白、公孫、太衝、三陰交、關元穴，以梅花針彈刺，每分鐘叩刺70-90次，每次月經前3日開始治療，每日一次，觀察治療三個月。

治療結果：106例中，叩刺三次後，行經三月無任何不適者30例，叩刺三次後，第一月行經略有微痛者39例，叩刺六次後，自第三月起行經不痛者25例，無效12例，總有效率為88.7%。

（梁淑娟，[梅花針治療痛經 106 例](#)，中國針灸，1987年第4期，頁26-）

六、按語

- (1) 針灸治療痛經有以下規律及特點：
- 治療大法：無論是實證還是虛證痛經，均離不開「不通則痛」的病機，因此針灸治療大法也不離「通則不痛」的原則。
- 用穴特點：主穴即治療痛經效果較好的穴位，多選用其所處部位的神經節段與支配子宮神經節段相同的穴位，如三陰交，下腹部的中極、關元，腰骶部的關元俞、次膠等。在選用以上主穴的基礎上，辨證選取全身性穴位也很重要。實證多用地機、太衝、歸來、天樞等，虛證多用血海、太溪、足三里、肝俞、腎俞等。
- (2) 針灸治療痛經雖可收即刻止痛之效，但須注意經後繼續針治，一般需經 2-4 個月經週期的針灸治療，療效較為穩固。
- (3) 痛經的治療宜在經前 3-5 天開始，可起到預防作用。臨床應注意婦科檢查以排除生殖器器質性病變。月經期應避免過度勞累及精神刺激，宜保暖，忌吃生冷食物。
- (4) 經期腹痛劇烈難忍，兼見肢冷、汗出、面色晦暗諸證，需防昏厥之變，應注意觀察並及時救治
- (5) 注意經期攝養，月經期應避免劇烈運動及過度勞累，應避免生冷及不易消化飲食，避免冒雨涉水或在水中工作，忌用冷水洗浴。

【附錄】痛經的診斷依據、證候分類、療效評定

一、定義

痛經係由情志所傷，六淫為害，導致衝任受阻，或因素體不足，胞宮失于濡養，致使經期或經行前後呈週期性小腹疼痛的月經病。

二、診斷依據

- (1) 經期或經行前後小腹疼痛，痛及腰骶，甚則昏厥，呈週期性發作。
- (2) 好發於青年未婚女子。
- (3) 排除盆腔器質性疾病所致腹痛。

三、證候分類

- (1) 氣血瘀滯：經前或經期小腹脹痛拒按，或伴有乳房脹痛，經行量少不暢，色紫黑有塊，塊下痛減。舌質紫暗或有瘀點，脈沈弦或澀。
- (2) 寒濕凝滯：經行小腹冷痛，得熱則舒，經量少，色紫暗有塊，伴形寒肢冷，小便清長，苔白，脈細或沈緊。
- (3) 肝鬱濕熱：經前或經期小腹疼痛，或痛及腰骶，或感腹內灼熱。經行量多質稠，色鮮或紫，有小血塊，時伴乳房脹痛，大便乾結，小便短赤，平素帶下黃稠。舌質紅，苔黃膩，脈弦數。
- (4) 氣血虧虛：經期或經後小腹隱痛喜按，經行量少質稀。形寒肢疲，頭暈目花，心悸氣短，舌質淡，苔薄，脈細弦。
- (5) 肝腎虧損：經期或經後小腹綿綿做痛，經行量少，色紅無塊，腰膝酸軟，頭暈耳鳴。舌淡紅，苔薄，脈細弦。

四、療效評定

治癒：疼痛消失，連續三個月月經週期未見復發。

好轉：疼痛減輕或疼痛消失，但不能維持三個月以上。

未癒：疼痛未見改善。

典籍選讀

《靈樞·九鍼十二原》

黃帝問於岐伯曰：余子萬民，養百姓而收其租稅；余哀其不給而屬有疾病。余欲勿使被毒藥，無用砭石，欲以微鍼通其經脈，調其血氣，榮其逆順出入之會。令可傳於後世，必明為之法，令終而不滅，久而不絕，易用難忘，為之經紀，異其章，別其表裏，為之終始。令各有形，先立鍼經。願聞其情。

岐伯答曰：臣請推而次之，令有綱紀，始於一，終於九焉。請言其道！小鍼之要，易陳而難入。麤守形，上守神。神乎神，客在門。未緒其疾，惡知其原？刺之微在速遲。麤守關，上守機，機之動，不離其空。空中之機，清靜而微。其來不可逢，其往不可追。知機之道者，不可掛以發。不知機道，扣之不發。知其往來，要與之期。麤之聞乎，妙哉，工獨有之。往者為逆，來者為順，明知逆順，正行無問。迎而奪之，惡得無虛？追而濟之，惡得無實？迎之隨之，以意和之，鍼道畢矣。

凡用鍼者，虛則實之，滿則泄之，宛陳則除之，邪勝則虛之。大要曰：徐而疾則實，疾而徐則虛。言實與虛，若有若無。察後與先。若存若亡。為虛與實，若得若失。虛實之要，九鍼最妙，補寫之時，以鍼為之。寫曰，必持內之，放而出之，排陽得鍼，邪氣得泄。按而引鍼，是謂內溫，血不得散，氣不得出也。補曰，隨之隨之，意若妄之。若行若按，如蚊虻止，如留如還，去如弦絕，令左屬右，其氣故止，外門已閉，中氣乃實，必無留血，急取誅之。

持鍼之道，堅者為寶。正指直刺，無鍼左右。神在秋毫，屬意病者。審視血脈者，刺之無殆。方刺之時，必在懸陽，及與兩衛。神屬勿去，知病存亡。血脈者在俞橫居，視之獨澄，切之獨堅。

九鍼之名，各不同形。一曰鑱鍼，長一寸六分；二曰員鍼，長一寸六分；三曰鍤鍼，長三寸半；四曰鋒鍼，長一寸六分；五曰鈹鍼，長四寸，廣二分半；六曰員利鍼，長一寸六分；七曰毫鍼，長三寸六分；八曰長鍼，長七寸；九曰大鍼，長四寸。鑱鍼者，頭大末銳，去寫陽氣；員鍼者，鍼如卵形，揩摩分間，不得傷肌肉，以寫分氣；鍤鍼者，鋒如黍粟之銳，主按脈勿陷，以致其氣；鋒鍼者，刀三隅以發痼疾，鈹鍼者，末如劍鋒，以取大膿；員利鍼者，大如釐，且員且銳，中身微大，以取暴氣；毫鍼者，尖如蚊虻喙，靜以徐往，微以久留之而養，以取痛痺；長鍼者，鋒利身薄，可以取遠痺；大鍼者，尖如挺，其鋒微員，以寫機關之水也。九鍼畢矣。

夫氣之在脈也，邪氣在上，濁氣在中，清氣在下。故鍼陷脈則邪氣出，鍼中脈則濁氣出，鍼太深則邪氣反沉、病益。故曰：皮肉筋脈，各有所處。病各有所宜。各不同形，各以任其所宜，無實無虛。損不足而益有餘，是謂甚病。病益甚，取五脈者死，取三脈者恆；奪陰者死，奪陽者狂，鍼害畢矣。

刺之而氣不至，無問其數。刺之而氣至，乃去之，勿復鍼。鍼各有所宜，各不同形，各任其所，為刺之要。氣至而有效，效之信，若風之吹云，明乎若見蒼天，刺之道畢矣。

黃帝曰：願聞五藏六府所出之處。岐伯曰：五藏五俞，五五二十五俞，六府六俞，六六三十六俞，經脈十二，絡脈十五，凡二十七氣，以上下。所出為井，所溜為榮，所注為俞，所行為經，所入為合，二十七氣所行，皆在五俞也。

節之交，三百六十五會，知其要者，一言而終，不知其要，流散無窮。所言節者，神氣之所遊行出入也。非皮肉筋骨也。

觀其色，察其目，知其散復。一其形，聽其動靜，知其邪正，右主推之，左持而御之，氣至而去之。

凡將用鍼，必先診脈，視氣之劇易，乃可以治也。五藏之氣，已絕於內，而用鍼者反實其外，是謂重竭。重竭必死，其死也靜。治之者輒反其氣，取腋與膺。五藏之氣，已絕於外，而用鍼者反實其內，是謂逆厥。逆厥則必死，其死也躁。治之者反

取四末。刺之害中而不去，則精泄；害中而去，則致氣。精泄則病益甚而恆，致氣則生為癰瘍。

五藏有六府，六府有十二原，十二原出於四關，四關主治五藏。五藏有疾，當取之十二原。十二原者，五藏之所以稟三百六十五節氣味也。五藏有疾也，應出十二原。十二原各有所出。明知其原，睹其應，而知五藏之害矣。陽中之少陰，肺也，其原出於太淵，太淵二。陽中之太陽，心也，其原出於大陵，大陵二。陰中之少陽，肝也，其原出於太沖，太沖二。陰中之至陰，脾也，其原出於太白，太白二。陰中之太陰，腎也，其原出於太溪，太溪二。膏之原，出於鳩尾，鳩尾一。育之原，出於臍，臍一。凡此十二原者，主治五藏六府之有疾者也。

《靈樞·小鍼解》

所謂易陳者，易言也。難入者，難著于人也。麤守形者，守刺法也。上守神者，守人之血氣有餘不足可補寫也。神客者，正邪共會也。神者，正氣也，客者邪氣也。在門者，邪循正氣之所出入也。未睹其疾者，先知邪正何經之疾也。惡知其原者，先知何經之病所取之處也。

刺之微在數遲者，徐疾之意也。麤守關者，守四肢而不知血氣正邪之往來也。上守機者，知守氣也。機之動不離其空中者，知氣之虛實，用鍼之徐疾也。空中之機，清淨以微者，鍼以得氣，密意守氣勿失也。其來不可逢者，氣盛不可補也。其往不可追者，氣虛不可寫也。不可掛以髮者，言氣易失也。扣之不發者，言不知補寫之意也。血氣已盡而氣不下也。

知其往來者，知氣之逆順盛虛也。要與之期者，知氣之可取之時也。麤之闇者，冥冥不知氣之微密也。妙哉！工獨有之者，盡知鍼意也。往者為逆者，言氣之虛而小，小者逆也。來者為順者，言形氣之平，平者順也。明知逆順正行無間者，言知所取之處也。迎而奪之者，寫也；追而濟之者，補也。

所謂虛則實之者，氣口虛而當補之也。滿則泄之者，氣口盛而當寫之也。宛陳則除之者，去血脈也。邪勝則虛之者，言諸經有盛者，皆寫其邪也。徐而疾則實者，言徐內而疾出也。疾而徐則虛者，言疾內而徐出也。言實與虛若有若無者，言實者有氣，虛者無氣也。察後與先若亡若存者，言氣之虛實，補寫之先後也，察其氣之已下與常存也。為虛為實，若得若失者，言補者必然若有得也，寫則恍然若有失也。夫氣之在脈也，邪氣在上者，言邪氣之中人也高，故邪氣在上也。濁氣在中者，言水穀皆入于胃，其精氣上注于肺，濁溜于腸胃，言寒溫不適，飲食不節，而病生于腸胃，故命曰濁氣在中也。清氣在下者，言清濕地氣之中人也，必從足始，故曰清氣在下也。鍼陷脈，則邪氣出者取之上，鍼中脈則濁氣出者，取之陽明合也。鍼太深則邪氣反沉者，言淺浮之病，不欲深刺也。深則邪氣從之入，故曰反沉也。皮肉筋脈各有所處者，言經絡各有所主也。取五脈者死，言病在中氣不足，但用鍼盡大寫其諸陰之脈也。取三陽之脈者，唯言盡寫三陽之氣，令病人恆然不復也。奪陰者死，言取尺之五裏五往者也。奪陽者狂，正言也。

睹其色，察其目，知其散復，一其形，聽其動靜者，言上工知相五色於目。有知調尺寸小大緩急滑澀以言所病也。知其邪正者，知論虛邪與正邪之風也。右主推之，左持而御之者，言持鍼而出入也。氣至而去之者，言補寫氣調而去之也。調氣在于終始一者，持心也。節之交三百六十五會者，絡脈之滲灌諸節者也。

所謂五藏之氣，已絕于內者，脈口氣內絕不至，反取其外之病處，與陽經之合，有留鍼以致陽氣，陽氣至則內重竭，重竭則死矣。其死也，無氣以動，故靜。所謂五藏之氣，已絕于外者，脈口氣外絕不至，反取其四末之輸，有留鍼以致其陰氣，陰氣至則陽氣反入，入則逆，逆則死矣。其死也，陰氣有餘，故躁。

所以察其目者，五藏使五色循明。循明則聲章。聲章者，則言聲與平生異也。

《素問·鍼解》

黃帝問曰：願聞九鍼之解，虛實之道。岐伯對曰：刺虛則實之者，鍼下熱也，氣實乃熱也。滿而泄之者，鍼下寒也，氣虛乃寒也。菀陳則除之者，出惡血也。邪勝則虛之者，出鍼勿按。徐而疾則實者，徐出鍼而疾按之。疾而徐則虛者，疾出鍼而徐按之。言實與虛者，寒溫氣多少也。若無若有者，疾不可知也。察後與先者，知病先後也。為虛與實者，工勿失其法。若得若失者，離其法也。虛實之要，九鍼最妙者，為其各有所宜也。補瀉之時者，與氣開闔相合也。九鍼之名，各不同形者，鍼窮其所當補瀉也。

刺實須其虛者，留鍼陰氣隆至，乃去鍼也。刺虛須其實者，陽氣隆至，鍼下熱乃去鍼也。經氣已至，慎守勿失者，勿變更也。深淺在志者，知病之內外也。近遠如一者，深淺其候等也。如臨深淵者，不敢墮也。手如握虎者，欲其壯也。神無營於眾物者，靜志觀病人無左右視也。義無邪下者，欲端以正也。必正其神者，欲瞻病人目制其神，令氣易行也。

所謂三里者，下膝三寸也。所謂跗之者，舉膝分易見也。巨虛者躄足，獨陷者。下廉者，陷下者也。

帝曰：余聞九鍼，上應天地四時陰陽，願聞其方，今可傳於後世以為常也。岐伯曰：夫一天二地三人四時五音六律七星八風九野，身形亦應之，鍼各有所宜，故曰九鍼。人皮應天，人肉應地，人脈應人，人筋應時，人聲應音，人陰陽合氣應律，人齒面目應星，人出入氣應風，人九竅三百六十五絡應野。故一鍼皮，二鍼肉，三鍼脈，四鍼筋，五鍼骨，六鍼調陰陽，七鍼益精，八鍼除風，九鍼通九竅，除三百六十五節氣，此之謂各有所主也。

人心意應八風，人氣應天，人髮齒耳目五聲，應五音六律，人陰陽脈血氣應地，人肝目應之九，九竅三百六十五。人一以觀動靜天二以候五色七星應之以候髮母澤五音一以候宮商角徵羽六律有餘不足應之二地一以候高下有餘九野一節俞應之以候閉節三人變一分人候齒泄多血少十分角之變五分以候緩急六分不足三分寒關節第九分四時人寒溫燥濕四時一應之以候相反一四方各作解。

【針灸大成·《內經》補瀉】

帝曰：『余聞刺法，有餘者瀉之，不足者補之。』

岐伯曰：『百病之生，皆有虛實，而補瀉行焉。瀉虛補實，神去其室，致邪失正，真不可定，粗之所敗，謂之天命。補虛瀉實，神歸其室，久塞其空，謂之良工。』

凡用針者，隨而濟之，迎而奪之，虛則實之，滿則瀉之，菀陳則除之，邪盛則虛之。徐而疾則實，疾而徐則虛。言實與虛，若有若無。察後與先，若存若亡。為虛與實，若得若失。虛實之要，九針最妙。補瀉之時，以針為之。瀉曰迎之，必持內之，放而出之，排陽得針，邪氣得泄。按而引針，是謂內溫，血不得散，氣不得出也。補曰隨之，隨之意若妄之。若行若按，如蚊虻止，如留如還，去如弦絕，令左屬右，其氣故止。外門已閉，中氣乃實，必無留血，急取誅之。

刺之而氣不至，無問其數，刺之而氣至，乃去之，勿復針。針有懸布天下者五：一曰治神，二曰知養身，三曰知毒藥，四曰制砭石大小，五曰知腑臟血氣之診。五法俱立，各有所先。今末世之刺也，虛者實之，滿者泄之，此皆眾工所共知也。若夫法天則地隨應而動，和之者若響，隨之者若影，道無鬼神，獨來獨往。』

帝曰：『願聞其道？』岐伯曰：『凡刺之真，必先治神，五臟已定，九候已備，後乃存針。眾脈不見，眾凶弗聞，外內相得，無以形先，可玩往來，乃施於人；人有虛實，五虛勿近，五實勿遠。至其當發，間不容瞬。手動若務，針耀而勻，靜意視義，觀適之變，是謂冥冥，莫知其形。見其烏烏，見其稷稷，從見其飛，不知其誰？伏如橫弩，起如發機。』

帝曰：『何如而虛？何如而實？』

岐伯曰：『刺虛者須其實，刺實者須其虛，經氣已至，慎守勿失，淺深在志，遠近若一，如臨深淵，手如握虎，神無營於眾物，義無邪下，必正其神。小針之要，易陳而難入。粗守形，上守神，神乎神，客在門。未睹其疾，惡知其原？刺之微，在速遲。粗守關，上守機，機之動，不離其空。空中之機，清淨而微。其來不可逢，其往不可追。知機之道者，不可掛以髮。不知機道，扣之不發。知其往來，要與之期。粗之暗乎。妙哉，工獨有之。往者為逆，來者為順，明知逆順，正行無問，迎而奪之，惡得無虛？隨而濟之，惡得無實？迎之隨之，以意和之，針道畢矣。

凡用針者，虛則實之，滿則泄之，菀陳則除之，邪盛則虛之。大要曰：「持針之道，堅者為實。」正指直刺，無針左右。神在秋毫，屬意病者。審視血脈，刺之無殆。方刺之時，必在懸陽，及與兩衛。神屬勿去，知病存亡。血脈者在膺橫居，視之獨澄，切之獨堅。

刺虛則實之者，針下熱也，氣實乃熱也。滿則泄之者，針下寒也。菀陳則除之者，出惡血也。邪盛則虛之者，出針勿按也。徐而疾則實者，徐出針而疾按之也。疾而徐則虛者，疾出針而徐按之也。言實與虛者，察血氣多少也。若有若無者，疾不可知也。察後與先者，知病先後也。若存若亡者，脈時有無也。為虛與實者，工勿失其法也。若得若失者，離其法也。虛實之要，九針最妙者，謂其各有所宜也。補瀉之時者，與氣開闔相合也。九針之名各有不同形者，針窮其所當補瀉也。刺實須其虛者，留針陰氣隆至，乃去針也。刺虛須其實者，陽氣隆至，針下熱，乃去針也。經氣已至慎守勿失者，勿變更也。淺深在志者，知病之內外也。遠近如一者，淺深其候等也。如臨深淵者，不敢墮也。手如握虎者，欲其壯也。神無營於眾物者，靜志觀病人，無左右視也。義無邪下者，欲端以正也。必正其神者，欲瞻病人，自制其神，令氣易行也。

所謂易陳者，易言也。難入者，難著於人也。粗守形者，守刺法也。上守神者，守人之血氣有餘不足，可補瀉也。神客者，正邪共會也。神者，正氣也。客者，邪氣也。在門者，邪循正氣之所出入也。未睹其疾者，先知邪正何經之疾也。惡知其原者，先知何經之病，所取之處也。刺之微在速遲者，徐疾之意也。粗守關者，守四肢而不知血氣正邪之往來也。上守機者，知守氣也。機之動不離其空中者，知氣之虛實，用針之徐疾也。空中之機清淨而微者，針以得氣，密意守氣勿失也。其來不可逢者，氣盛不可補也。其往不可追者，氣虛不可瀉也。不可掛以髮者，言氣易失也。扣之不發者，言不知補瀉之意也。血氣已盡，而氣不下也。知其往來者，知氣之逆順盛虛也。要與之期者，知氣之可取之時也。粗之暗者，冥冥不知氣之微密也。妙哉，工獨有之者，盡知針意也。往者為逆者，言氣之虛而小，小者逆也。來者為順者，言形氣之平，平者順也。明知逆順正行無問者，言知所取之處也。逆而奪之者，瀉也。隨而濟之者，補也。所謂虛則實之者，氣口虛而當補之也。滿則泄之者，氣口盛而當瀉之也。菀陳則除之者，去血脈也。邪盛則虛之者，言諸經有盛者，皆瀉其邪也。徐而疾則實者，言徐內而疾出也。疾而徐則虛者，言疾內而徐出也。言實與虛，若有若無者，言實者有氣，虛者無氣也。察後與先，若存若亡者，言氣之虛實，補瀉之先後，察其氣之以下與常存也。為虛與實，若得若失者，言補者，超然若有所得也，瀉者，恍然若有所失也。

是故工之用針也，知氣之所在，而守其門戶，明於調氣補瀉所在，徐疾之意，所取之處。瀉必用圓，切而轉之，其氣乃行，疾而徐出，邪氣乃出，伸而逆之，搖大其穴，氣出乃疾。補必用方，外引其皮，令當其門，左引其樞，右推其膚，微旋而徐

推之，必端以正，安以靜，堅心無解，欲微以留氣，氣下而疾出之，推其皮，蓋其外門，神氣乃存，用針之要，無忘其神。

瀉必用方者，以氣方盛也，以月方滿也，以日方溫也，以身方定也，以息方吸而內針；乃復候其方吸而轉針，乃復候其方呼而徐引針，故曰瀉必用方，其氣而行焉。補必用圓者，圓者行也；行者移也。刺必中其榮，復以吸排針也，故圓與方非針也。瀉實者，氣盛乃內針，針與氣俱內，以開其門，如利其戶，針與氣俱出，精氣不傷，邪氣乃下，外門不閉，以出其實，搖大其道，如利其路，是謂大瀉。必切而出，大氣乃出，持針勿置，以定其意，候呼內針，氣出針入，針孔四塞，精無從出，方實而疾出針，氣入針出，熱不得還，閉塞其門，邪氣布散，精氣乃得存，動氣候時，近氣不失，遠氣乃來，是謂追之。

吸則內針，無令氣忤，靜以久留，無令邪布。吸則轉針，以得氣為故，候呼引針，呼盡乃去，大氣皆出，故命曰瀉。捫而循之，切而散之，推而按之，彈而努之，爪而下之，通而取之，外引其門，以閉其神，呼盡內針，靜以久留，以氣至為故，如待所貴，不知日暮，其氣已至，適而自護，候吸引針，氣不得出，各在所處，推闔其門，令神氣存，大氣留止，故命曰補。補瀉弗失，與天地一。經氣已至，慎守勿失，淺深在志，遠近如一，如臨深淵，手如握虎，神無營於眾物。持針之道，欲端以正，安以靜，先知虛實，而行疾徐，左手執骨，右手循之，無與肉裏。瀉欲端以正，補必閉膚，輔針導氣，邪得淫泆，真氣得居。』

帝曰：『捍皮開腠理奈何？』

岐伯曰：『因其分肉，左別其膚，微內而徐端之，適神不散，邪氣得去。知其氣所在，先得其道，稀而疏之，稍深以留，故能徐入之。大熱在上，推而下之，從上下者引而去之，視先痛者常先取之。大寒在外，留而補之。入於中者，從合瀉之。上氣不足，推而揚之。下氣不足，積而從之。寒入於中，推而行之。

夫實者，氣入也。虛者，氣出也。氣實者，熱也。氣虛者，寒也。入實者，左手開針孔也。入虛者，右手閉針孔也。形氣不足，病氣有餘，是邪盛也，急瀉之。形氣有餘，病氣不足，此陰陽俱不足也，不可刺；刺之則重不足，重不足則陰陽俱竭，血氣皆盡，五臟空虛，筋骨髓枯，老者絕滅，壯者不復矣。形氣有餘，病氣有餘，此謂陰陽俱有餘也，急瀉其邪，調其虛實。故曰有餘者瀉之，不足者補之，此之謂也。故曰刺不知逆順，真邪相搏，滿而補之，則陰陽四溢，腸胃充郭，肝肺內，陰陽相錯；虛而瀉之，則經脈空虛，血氣竭枯，腸胃辟，皮膚薄者，毛腠夭焦，子知死期。

凡用針之類，在於調氣。氣積於胃，以通榮衛，各行其道，宗氣留於海。其下者，注於氣衝，其直者，走於息道。故厥在於足，宗氣不下，脈中之血，凝而留止，弗之火調，弗能取之。散氣可收，聚氣可布，深居靜處，占神往來，閉戶塞牖，魂魄不散，專意一神，精氣之分，毋聞人聲，以收其精，必一其神，令志在針。淺而留之，微而浮之，以移其神，氣至乃休。男內女外，堅拒勿出，謹守勿內，是謂得氣。刺之而氣不至，無問其數，刺之而氣至，乃去之，勿復針。針各有所宜，各不同形，各任其所，為刺之要。氣至而有效，效之信，若風之吹雲明乎若見蒼天，刺之道畢矣。

用針者，必先察其經絡之虛實，切而循之，按而彈之，視其應動者，乃復取之而下之。六經調者謂之不病，雖病謂之自己，一經上實下虛而不通者，此必有橫絡盛加於大經，令之不通，視而瀉之，此所謂解結也。上寒下熱，先刺其項太陽久留之，已刺即熨項與肩胛令熱下合乃止，此所謂推而上之者也。上熱下寒，視其脈虛而陷之於經絡者取之，氣下乃止，此所謂引而下之者也。大熱遍身，狂而妄見、妄聞、妄語，視足陽明及大絡取之，虛者補之，血而實者瀉之。因其偃臥，居其頭前，以兩手四指俠按頸動脈，久持之，卷而切推，下至缺盆中而復止如前，熱去乃止，此所謂推而散之者也。

帝曰：『余聞刺法言曰：「有餘者瀉之，不足者補之。」何謂有餘？何謂不足？』

岐伯曰：『有餘有五，不足亦有五，帝欲何問？』

帝曰：『願盡聞之。』

岐伯曰：『神有有餘，有不足，氣有有餘有不足，血有有餘有不足，形有有餘有不足，志有有餘有不足，凡此十者，其氣不等也。』

帝曰：『人有精氣津液，四肢九竅，五臟十六部，三百六十五節，乃生百病，百病之生，皆有虛實。今夫子乃言有餘有五，不足亦有五，何以生之乎？』

岐伯曰：『皆生於五臟也。夫心藏神，肺藏氣，肝藏血，脾藏肉，腎藏志，而此成形。志意通，內連骨髓而成形五臟。五臟之道，皆出於經隧，以行血氣。血氣不和，百病乃變化而生，是故守經隧焉。』

帝曰：『神有餘不足何如？』

岐伯曰：『神有餘則笑不休，神不足則悲。血氣未並，五臟安定，邪客於形，洒淅起於毫毛，未入於經絡也。故命曰神之微。』

帝曰：『補瀉奈何？』

岐伯曰：『神有餘則瀉其小絡之穴出血，勿之深斥，無中其大經，神氣乃平。神不足者，視其虛絡，按而致之，刺而利之，無出其血，無泄其氣，以通其經，神氣乃平。』

帝曰：『刺微奈何？』 岐伯曰：『按摩勿釋，著針勿斥，移氣於不足，神氣乃得復。』

帝曰：『氣有餘不足奈何？』

岐伯曰：『氣有餘則喘咳上氣，不足則息利少氣，血氣未並，五臟安定，皮膚微病，命曰白氣微泄。』

帝曰：『補瀉奈何？』

岐伯曰：『氣有餘則瀉其經隧，無傷其經，無出其血，無泄其氣。不足則補其經隧，無出其氣。』

帝曰：『刺微奈何？』

岐伯曰：『按摩勿釋，出針視之，曰：「我將深之。」適人必革，精氣自伏，邪氣散亂，無所休息，氣泄腠理，真氣乃相得。』

帝曰：『血有餘不足奈何？』

岐伯曰：『血有餘則怒，不足則恐，血氣未並，五臟安定，孫絡水溢，則經有留血。』

帝曰：『補瀉奈何？』

岐伯曰：『血有餘則瀉其盛經，出其血；不足則補其虛經，內針其脈中，久留而視，脈大疾出其針，無令血泄。』

帝曰：『刺留血奈何？』

岐伯曰：『視其血絡，刺出其血，無令惡血得入於經，以成其疾。』

帝曰：『形有餘不足奈何？』

岐伯曰：『形有餘則腹脹，溼澀不利；不足則四肢不用，血氣未並，五臟安定，肌肉蠕動，命曰微風。』

帝曰：『補瀉奈何？』

岐伯曰：『形有餘則瀉其陽經，不足則補其陽絡。』

帝曰：『刺微奈何？』

岐伯曰：『取分肉間，無中其經，無傷其絡，衛氣得復，邪氣乃索。』

帝曰：『志有餘不足奈何？』

岐伯曰：『志有餘則腹脹飧泄，不足則厥，血氣未並，五臟安定，骨節有動。』

帝曰：『補瀉奈何？』

岐伯曰：『志有餘則瀉然骨之前出血，不足則補其復溜。』

帝曰：『刺未並奈何？』

岐伯曰：『即取之，無中其經，邪乃立虛。』

血清氣滑，疾瀉之則氣易竭；血濁氣澀，疾瀉之則經可通。

【針灸大成·《難經》補瀉】

經言：『虛者補之，實者瀉之，不虛不實，以經取之，何謂也？』

然，虛者補其母，實者瀉其子，當先補之，然後瀉之。不虛不實，以經取之者，是正經自生病，不中他邪也，當自取其經，故言以經取之。

經言：『春夏刺淺，秋冬刺深者，何謂也？』

然，春夏者，陽氣在上，人氣亦在上，故當淺取之。秋冬者，陽氣在下，人氣亦在下，故當深取之。

春夏各致一陰，秋冬各致一陽者，何謂也？

然，春夏溫，必致一陰者，初下針，沉之至腎肝之部，得氣引持之陰也。秋冬寒，必致一陽者，初內針淺而浮之，至心肺之部，得氣推內之陽也。是謂春夏必致一陰，秋冬必致一陽。

經言：『刺榮無傷衛，刺衛無傷榮，何謂也？』

然，刺陽者，臥針而刺之；刺陰者，先以左手攝按所針榮俞之處，氣散乃內針，是謂刺榮無傷衛，刺衛無傷榮也。

經言：『能知迎隨之氣，可令調之，調氣之方，必在陰陽，何謂也？』

然，所謂迎隨者，知榮衛之流行，經脈之往來也，隨其逆順而取之，故曰迎隨。調氣之方，必在陰陽者，知其內外表裡，隨其陰陽而調之，故曰調氣之方，必在陰陽。諸井者，肌肉淺薄，氣少不足使也。刺之奈何？

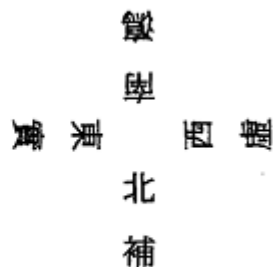
然，諸井者木也，榮者火也。火者木之子，當刺井者，以榮瀉之。故經言補者，不可以為瀉；瀉者，不可以為補。此之謂也。

經言：『東方實，西方虛，瀉南方，補北方，何謂也？』

然，金木水火土，當更相平。東方木也，西方金也，木欲實，金當平之。水欲實，土當平之。東方肝也，則知肝實。西方肺也，則知肺虛。瀉南方火，補北方水，南方火，火者木之子也。北方水，水者木之母也。水勝火，子能令母實，母能令子虛，故瀉火補水，欲令金不得平木也。經曰：『不能治其虛，何問其餘。』此之謂也。

金不得“不”字疑衍。謂瀉火以抑木、補水以濟金，欲令金得平木。一云：『瀉火補水，而旁治之，不得徑以金平木。』火者木之子，子能令母實，謂子有餘，則不食於母。今瀉南方者，奪子之氣，使之食其母也。金者水之母，母能令子虛，謂母不足則不能蔭其子。今補北方者，益子之氣，則不至食其母也。此與《八十一難》義正相發。其曰：『不能治其虛，安問其餘，則隱然實實虛虛之意也。』

◎補水瀉火之圖：

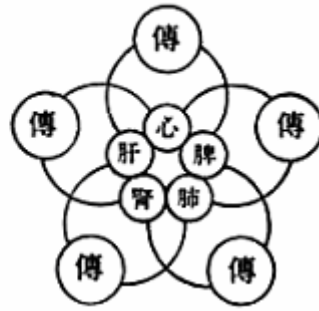


補水瀉火之圖

經言：『上工治未病，中工治已病，何謂也？』

然，所謂治未病者，見肝之病，則知肝當傳之於脾，故先實其脾氣，無令得受肝之邪，故曰治未病焉。中工見肝之病，不曉相傳，但一心治肝，故曰治已病也。

◎五臟傳病之圖：



心病傳肺，肺傳肝，肝傳脾，脾傳腎，腎傳心，心復傳肺，七傳者死，謂傳其所勝也。心病傳脾，脾傳肺，肺傳腎，腎傳肝，肝傳心，間臟者生，謂傳其子也。

何謂補瀉？當補之時，何所取氣？當瀉之時，何所置氣？

然，當補之時，從衛取氣，當瀉之時，從榮置氣。其陽氣不足，陰氣有餘，當先補其陽，而後瀉其陰。陰氣不足，陽氣有餘，當先補其陰，而後瀉其陽。榮衛通行，此其要也。

針有補瀉，何謂也？

然，補瀉之法，非必呼吸出內針也。然，知為針者信其左，不知為針者信其右。當刺之時，必先以左手壓按所針榮俞之處，彈而努之，爪而下之，其氣之來，如動脈之狀，順針而刺之，得氣因推而內之是謂補。動而伸之是謂瀉。不得氣，乃與男外女內，不得氣，是謂十死不治也。

信其左，謂善針者，信用左手，不知針法者，自右手起也。

經言：『迎而奪之，惡得無虛？隨而濟之，惡得無實？虛之與實，若得若失。實之與虛，若有若無，何謂也？』

然，迎而奪之者，瀉其子也。隨而濟之者，補其母也。假令心病瀉手心主俞，是謂迎而奪之者也。補手心主井，是謂隨而濟之者也。所謂實之與虛者，牢濡之意也。氣來實牢者為得，濡虛者為失，故曰若得若失也。

經言：『有見如入，有見如出者，何謂也？』

然，所謂有見如入者，謂左手見氣來至，乃內針；針入見氣盡乃出針，是謂有見如入，有見如出也。

經言：『無實實虛虛，損不足而益有餘。是寸口脈耶？將病自有虛實耶？其損益奈何？』

然，是病非謂寸口脈也，謂病自有虛實也。假令肝實而肺虛，肝者木也，肺者金也，金木當更相平，當知金平木，假令肺實而肝虛微少氣，用針不補其肝，而反重實其肺，故曰實實虛虛，損不足而益有餘，此者中工之所害也。

【針灸大成·標幽賦（楊氏注解）】

拯救之法，妙用者針。

劫病之功，莫捷於針灸。故《素問》諸書，為之首載，緩、和、扁、華，俱以此稱神醫。蓋一針中穴，病者應手而起，誠醫家之所先也。近世此科幾於絕傳，良為可嘆！經云：『拘於鬼神者，不可與言至德；惡於砭石者，不可與言至巧。』此之謂也。又語云：『一針、二灸、三服藥。』則針灸為妙用可知。業醫者，奈之何不亟講乎？

察歲時於天道，定形氣於余心。

夫人身十二經，三百六十節，以應一歲十二月，三百六十日。歲時者，春暖、夏熱、秋涼、冬寒，此四時之正氣。苟或春應暖而反寒，夏應熱而反涼，秋應涼而反熱，冬應寒而反暖，是故冬傷於寒，春必溫病；春傷於風，夏必飧泄；夏傷於暑，秋必痲瘧；秋傷於濕，上逆而咳。岐伯曰：『凡刺之法，必候日月星辰四時八正之氣，氣定乃刺焉。是故天溫日陽，則人血淖液而衛氣浮，故血易瀉，氣易行；天寒日陰，則人血凝泣而衛氣沉。月始生，則氣血始清，衛氣始行；月廓滿，則氣血實，肌肉堅；月廓空，則肌肉減，經絡虛，衛氣去，形獨居。是以因天時而調血氣也。天寒無刺，天溫無灸，月生無瀉，月滿無補，月廓空無治，是謂得天時而調之。若月生而瀉，是謂臟虛；月滿而補，血氣洋溢；絡有留血，名曰重實。月廓空而治，是謂亂經。陰陽相錯，真邪不別，沉以留止，外虛內亂，淫邪乃起。』又曰：『天有五運，金水木火土也；地有六氣，風寒暑濕燥熱也。』

經云：『凡用針者，必先度其形之肥瘦，以調其氣之虛實，實則瀉之，虛則補之，必先定其血脈，而後調之。形盛脈細，少氣不足以息者危。形瘦脈大，胸中多氣者死。形氣相得者生，不調者病，相失者死。』是故色脈不順而莫針。戒之戒之！

春夏瘦而刺淺，秋冬肥而刺深。

經云：『病有沉浮，刺有淺深，各至其理，無過其道，過之則內傷，不及則外壅，壅則賊邪從之，淺深不得，反為大賊。內傷五臟，後生大病。』故曰：『春病在毫毛腠理，夏病在皮膚。故春夏之人，陽氣輕浮，肌肉瘦薄，血氣未盛宜刺之淺；秋病在肉脈，冬病在筋骨，秋冬則陽氣收藏，肌肉肥厚，血氣充滿，刺之宜深。』又云：『春刺十二井，夏刺十二榮，季夏刺十二俞，秋刺十二經，冬刺十二合。』以配木火土金水，理見子午流注。不窮經絡陰陽，多逢刺禁。

經有十二，手太陰肺，少陰心，厥陰心包絡，太陽小腸，少陽三焦，陽明大腸，足太陰脾，少陰腎，厥陰肝，太陽膀胱，少陽膽，陽明胃也。絡有十五，肺絡列缺，心絡通里，心包絡內關，小腸絡支正，三焦絡外關，大腸絡偏歷，脾絡公孫，腎絡大鐘，肝絡蠡溝，膀胱絡飛揚，膽絡光明，胃絡豐隆，陰蹻絡照海，陽蹻絡申脈，脾之大絡大包，督脈絡長強，任脈絡尾翳也。陰陽者，天之陰陽，平旦至日中，天之陽，陽中之陽也。日中至黃昏，天之陽，陽中之陰也。合夜至雞鳴，天之陰，陰中之陰也。雞鳴至平旦，天之陰，陰中之陽也。故人亦應之。至於人身，外為陽，內為陰，背為陽，腹為陰，手足皆以赤白肉分之。五臟為陰，六腑為陽，春夏之病在陽，秋冬之病在陰。背固為陽，陽中之陽，心也；陽中之陰，肺也。腹固為陰，陰中之陰，腎也；陰中之陽，肝也；陰中之至陰，脾也。此皆陰陽表裏，內外雌雄，相輸應也，是以應天之陰陽。學者苟不明此經絡，陰陽升降，左右不同之理，如病在陽明，反攻厥陰，病在太陽，反攻太陰，遂致賊邪未除，本氣受蔽，則有勞無功，反犯禁刺。

既論臟腑虛實，須向經尋。

欲知臟腑之虛實，必先診其脈之盛衰，既知脈之盛衰，又必辨其經脈之上下。臟者，心、肝、脾、肺、腎也。腑者，膽、胃、大小腸、三焦、膀胱也。如脈之衰弱者，其氣多虛，為癢為麻也。脈之盛大者，其血多實，為腫為痛也。然臟腑居位乎內，而經絡播行乎外，虛則補其母也，實則瀉其子也。若心病，虛則補肝木也，實則瀉脾土也。至於本經之中，而亦有子母焉。假如心之虛者，取本經少衝以補之，少衝者井木也，木能生火也；實取神門以瀉之，神門者俞土也，火能生土也。諸經莫不皆然，要之不離乎五行相生之理，當細思之！

原夫起自中焦，水初下漏，太陰為始，至厥陰而方終；穴出雲門，抵期門而最後。

此言人之氣脈，行於十二經為一周，除任、督之外，計三百九十三穴。一日一夜有百刻，分於十二時，每一時有八刻二分，每一刻計六十分，一時共計五百分。每日寅時，手太陰肺經生自中焦中府穴，出於雲門起，至少商穴止；卯時手陽明大腸經，自商陽起至迎香止；辰時足陽明胃經，自頭維至厲兌；巳時足太陰脾經，自隱白至大包；午時手太陰心經，自極泉至少衝；未時手太陽小腸經，自少澤至聽宮；

申時足太陽膀胱經，自睛明至至陰；酉時足少陰腎經，自湧泉至俞府；戌時手厥陰心包絡經，自天池至中衝；亥時手少陽三焦經，自關衝至耳門；子時足少陽膽經，自瞳子至竅陰；丑時足厥陰肝經，自大敦至期門而終。周而復始，與滴漏無差也。**正經十二，別絡走三百餘支；**

十二經者，即手足三陰、三陽之正經也。別絡者，除十五絡，又有橫絡、孫絡，不知其紀，散走於三百餘支脈也。

正側仰伏，氣血有六百餘候。

此言經絡，或正或側，或仰或伏，而氣血循行孔穴，一周於身，榮行脈中三百餘候，衛行脈外三百餘候。

手足三陽，手走頭而頭走足；手足三陰，足走腹而胸走手。

此言經絡，陰升陽降，氣血出入之機，男女無以異。

要識迎隨，須明逆順。

迎隨者，要知榮衛之流注，經脈之往來也。明其陰陽之經，逆順而取之。迎者以針頭朝其源而逆之，隨者以針頭從其流而順之。是故逆之者為瀉、為迎，順之者為補、為隨。若能知迎知隨，令氣必和，和氣之方，必在陰陽，升降上下，源流往來，逆順之道明矣。

況夫陰陽，氣血多少為最。厥陰、太陽，少氣多血；太陰、少陰，少血多氣；而又氣多血少者，少陽之分；氣盛血多者，陽明之位。

此言三陰、三陽，氣血多少之不同，取之必記為最要也。

先詳多少之宜，次察應至之氣。

凡用針者，先明上文氣血之多少，次觀針氣之來應。

輕滑慢而未來，沉澀緊而已至。

輕浮、滑虛、慢遲，入針之後值此三者，乃真氣之未到；沉重、澀滯、緊實，入針之後值此三者，是正氣之已來。

既至也，量寒熱而留疾；未至也，據虛實而候氣。

留，住也；疾，速也。此言正氣既至，必審寒熱而施之。故經云：『刺熱須至寒者，必留針，陰氣隆至，乃呼之，去徐，其穴不閉；刺寒須至熱者，陽氣隆至，針氣必熱，乃吸之，去疾，其穴急捫之。』

氣之未至，或進或退，或按或提，導之引之，候氣至穴而方行補瀉。經曰：『虛則推內進搓，以補其氣；實則循捫彈努，以引其氣。』

氣之至也，如魚吞鉤餌之沉浮；氣未至也，如閑處幽堂之深邃。

氣既至，則針有澀緊，似魚吞鉤，或沉或浮而動；其氣不來，針自輕滑，如閑居靜室之中，寂然無所聞也。

氣速至而速效，氣遲至而不治。

言下針若得氣來速，則病易痊，而效亦速也。氣若來遲，則病難愈，而有不治之憂。故賦云：『氣速效速，氣遲效遲，候之不至，必死無疑矣。』

觀夫九針之法，毫針最微，七星上應，眾穴主持。

言九針之妙，毫針最精，上應七星，又為三百六十穴之針。

本形金也，有蠲邪扶正之道；短長水也，有決凝開滯之機。

本形，言針也。針本出於金，古人以砭石，今人以鐵代之。蠲，除也。邪氣盛，針能除之。扶，輔也。正氣衰，針能輔之。

此言針有長短，猶水之長短，人之氣血凝滯而不通，猶水之凝滯而不通也。水之不通，決之使流於湖海，氣血不通，針之使周於經脈，故言針應水也。

定刺象木，或斜或正；口藏比火，進陽補羸。

此言木有斜正，而用針亦有或斜或正之不同。刺陽經者，必斜臥其針，無傷其衛；刺陰分者，必正立其針，毋傷其榮，故言針應木也。

口藏，以針含於口也。氣之溫，如火之溫也。羸，瘦也。凡下針之時，必口內溫針暖，使榮衛相接，進己之陽氣，補彼之瘦弱，故言針應火也。

循機捫而可塞，以象土，實應五行而可知。

循者，用手上下循之，使氣血往來也。機捫者，針畢以手捫閉其穴，如用土填塞之義，故言針應土也。

五行者，金、水、木、火、土也。此結上文，針能應五行之理也。

然是三寸六分，包含妙理；雖細楨於毫髮，同貫多歧。

言針雖但長三寸六分，能巧運神機之妙，中含水火，回倒陰陽，其理最玄妙也。楨，針之幹也。歧，氣血往來之路也。言針之幹，雖如毫髮之微小，能貫通諸經血氣之道路也。

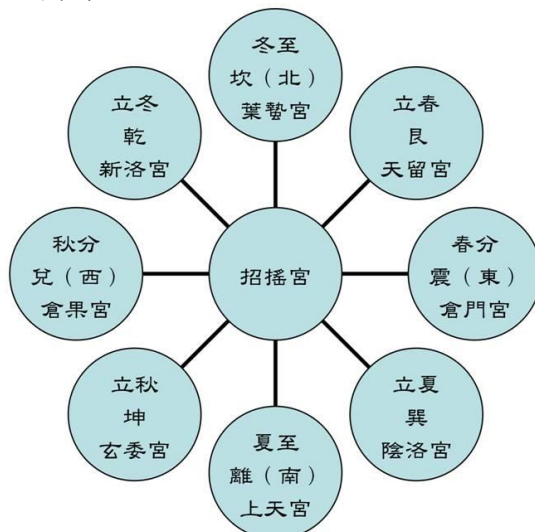
可平五臟之寒熱，能調六腑之虛實。

平，治也。調，理也。言針能調治臟腑之疾，有寒則溫之，熱則清之，虛則補之，實則瀉之。

拘攣閉塞，遣八邪而去矣；寒熱痺痛，開四關而已之。

拘攣者，筋脈之拘束。閉塞者，氣血之不通。八邪者，所以候八風之虛邪，言疾有攣閉，必驅散八風之邪也。寒者，身作顫而發寒也。熱者，身作潮而發熱也。四關者，六臟有十二原，出於四關，太衝、合谷是也。故太乙移宮之日，主八風之邪，令人寒熱疼痛，若能開四關者，兩手兩足，刺之而已。立春一日起艮，名曰天留宮，風從東北來為順令；春分一日起震，名曰倉門宮，風從正東來為順令；立夏一日起巽，名曰陰洛宮，風從東南來為順令，夏至一日起離，名曰上天宮，風從正南來為順令；立秋一日起坤，名曰玄委宮，風從西南來為順令；秋分一日起兌，名曰倉果宮，風從正西來為順令；立冬一日起乾，名曰新洛宮，風從西北來為順令；冬至一日起坎，名曰葉蟄宮，風從正北來為順令。其風著人爽神氣，去沉疴。背逆謂之惡風毒氣，吹形骸即病，名曰時氣留伏。流入肌骨臟腑，雖不即患，後因風寒暑濕之重感，內緣飢飽勞欲之染著，發患曰內外兩感之痼疾，非刺針以調經絡，湯液引其榮衛，不能已也。中宮名曰招搖宮，共九宮焉。此八風之邪，得其正令，則人無疾，逆之，則有病也。

◎九宮圖（風向順位如圖表）：



凡刺者，使本神朝而後入；既刺也，使本神定而氣隨。神不朝而勿刺，神已定而可施。

凡用針者，必使患者精神已朝，而後方可入針，既針之，必使患者精神才定，而後施針行氣。若氣不朝，其針為輕滑，不知疼痛，如插豆腐者，莫與進之，必使之候。如神氣既至，針自緊澀，可與依法察虛實而施之。

定腳處，取氣血為主意；下手處，認水木是根基。

言欲下針之時，必取陰陽氣血多少為主，詳見上文。

下手，亦言用針也。水者母也，木者子也，是水能生木也。是故濟母裨其不足，奪子平其有餘，此言用針，必先認子母相生之義。舉水木而不及土金火者，省文也。

天地人三才也，湧泉同璇璣、百會；上中下三部也，大包與天樞、地機。

百會一穴在頭，以應乎天；璇璣一穴在胸，以應乎人；湧泉一穴在足心，以應乎地，是謂三才也。

大包二穴在乳後，為上部；天樞二穴在臍旁，為中部；地機二穴在足，為下部，是謂三部也。

陽蹻、陽維並督帶，主肩背腰腿在表之病；陰蹻、陰維、任、衝脈，去心腹脅肋在裏之疑①。

①疑者，疾也。

陽蹻脈，起於足跟中，循外踝，上入風池，通足太陽膀胱經，申脈是也（腿）。陽維脈者，維持諸陽之會，通手少陽三焦經，外關是也（肩）。督脈者，起於下極之腧，並於脊裏，上行風府過腦循額，至鼻入齶交，通手太陽小腸經，後谿是也（背）。帶脈起於季脅，回身一周，如繫帶然，通足少陽膽經，臨泣是也（腰）。言此奇經四脈屬陽，主治肩背腰腿在表之病。

陰蹻脈，亦起於足跟中，循內踝，上行至咽喉，交貫衝脈，通足少陰腎經，照海是也。陰維脈者，維持諸陰之交，通手厥陰心包絡經，內關是也。任脈起於中極之下，循腹上至咽喉，通手太陰肺經，列缺是也。衝脈起於氣衝，並足少陰之經，俠臍上行至胸中而散，通足太陰脾經，公孫是也。言此奇經四脈屬陰，能治心腹脅肋在裏之疑。

二陵、二蹻、二交，似續而交五大；兩間、兩商、兩井，相依而別兩支。

二陵者，陰陵泉、陽陵泉也。二蹻者，陰蹻、陽蹻也；二交者，陰交、陽交也。續，接續也。五大者，五體也。言此六穴，遞相交接於兩手、兩足並頭也。

兩間者，二間、三間也。兩商者，少商、商陽也。兩井者，天井、肩井也。言六穴相依而分別於手之兩支也。

大抵取穴之法，必有分寸，先審自意，次觀肉分；或伸屈而得之，或平直而安定。

此言取量穴法，必以男左女右中指，與大指相屈如環，取內側紋兩角為一寸，各隨長短大小取之，此乃同身之寸。先審病者是何病？屬何經？用何穴？審於我意；次察病者，瘦肥長短，大小肉分，骨節髮際之間，量度以取之。

伸屈者，如取環跳之穴，必須伸下足，屈上足，以取之，乃得其穴。平直者，或平臥而取之，或正坐而取之，或正立而取之，自然安定，如承漿在唇下宛宛中之類也。

在陽部筋骨之側，陷下為真；在陰分鄰膈之間，動脈相應。

陽部者，諸陽之經也，如合谷、三里、陽陵泉等穴，必取俠骨側指陷中為真也。陰分者，諸陰之經也，如手心、腳內、肚腹等穴，必以筋骨鄰膈動脈應指，乃為真穴也。

取五穴用一穴而必端，取三經用一經而可正。

此言取穴之法，必須點取五穴之中，而用一穴，則可為端的矣。若用一經，必須取三經而正一經之是非矣。

頭部與肩部詳分，督脈與任脈易定。

頭部與肩部，則穴繁多，但醫者以自意詳審，大小肥瘦而分之。督、任二脈，直行背腹中，而有分寸，則易定也。

明標與本，論刺深刺淺之經；住痛移疼，取相交相貫之選。

標本者，非止一端也，有六經之標本，有天地陰陽之標本，有傳病之標本。以人身論之，則外為標，內為本；陽為標，陰為本；腑陽為標，臟陰為本；臟腑在內為本，經絡在外為標也。六經之標本者，足太陽之本，在足跟上五寸，標在目；足少陽之本在竅陰，標在耳之類是也。更有人身之臟腑、陽氣陰血、經絡，各有標本。以病論之，先受病為本，後傳變為標，凡治病者，先治其本，後治其標，餘症皆除矣。謂如先生輕病，後滋生重病，亦先治其輕病也。若有中滿，無問標本，先治中滿為急。若中滿、大小便不利，亦無標本，先利大小便，治中滿充急也。除此三者之外，皆治其本，不可不慎也。從前來者實邪，從後來者虛邪，此子能令母實，母

能令子虛也。治法虛則補其母，實則瀉其子，假令肝受心之邪，是從前來者，為實邪也，當瀉其火；然直瀉火，十二經絡中，各有金、木、水、火、土也。當木之本，分其火也。故標本論云：『本而標之，先治其本，後治其標。』既肝受火之邪，先於肝經五穴，瀉榮火行間也。以藥論，入肝經藥為引，用瀉心藥為君也。是治實邪病矣。又假令肝受腎邪，是為從後來者，為虛邪，當補其母，故《標本論》云：『標而本之，先治其標，後治其本。』肝木既受水邪，當先於腎經湧泉穴補木，是先治其標，後於肝經曲泉穴瀉水，是後治其本，此先治其標者，推其至理，亦是先治其本也。以藥論之，入腎經藥為引，用補肝經藥為君，是也。以得病之日為本，傳病之日為標，亦是。

此言用針之法，有住痛移疼之功者也。先以針左行左轉，而得九數，復以針右行右轉，而得六數，此乃陰陽交貫之道也。經脈亦有交貫，如手太陰肺之列缺，交於陽明之路，足陽明胃之豐隆，走於太陰之逕，此之類也。

豈不聞臟腑病，而求門、海、俞、募之微；經絡滯，而求原、別、交、會之道。

門海者，如章門、氣海之類。俞者，五臟六腑之俞也，俱在背部二行。募者，臟腑之募，肺募中府，心募巨闕，肝募期門，脾募章門，腎募京門，胃募中脘，膽募日月，大腸募天樞，小腸募關元，三焦募石門，膀胱募中極。此言五臟六腑之有病，必取此門、海、俞、募之最微妙矣。

原者，十二經之原也。別，陽別也。交，陰交也。會，八會也。夫十二原者，膽原丘墟，肝原太衝，小腸原腕骨，心原神門，胃原衝陽，脾原太白，大腸原合谷，肺原太淵，膀胱原京骨，腎原太谿，三焦原陽池，包絡原大陵。八會者，血會膈俞，氣會膻中，脈會太淵，筋會陽陵泉，骨會大杼，髓會絕骨，臟會章門，腑會中脘也。此言經絡血氣凝結不通者，必取此原、別、交、會之穴而刺之。

更窮四根、三結，依標本而刺無不痊；但用八法，五門，分主客而針無不效。

根結者，十二經之根結也。《靈樞經》云：『太陰根於隱白，結於太倉也；少陰根於湧泉，結於廉泉也；厥陰根於大敦，結於玉堂也；太陽根於至陰，結於目也；陽明根於厲兌，結於鉗耳也；少陽根於竅陰，結於耳也；手太陽根於少澤，結於天窗、支正也；手少陽根於關衝，結於天牖、外關也；手陽明根於商陽，結於扶突、偏歷也。』手三陰之經不載，不敢強注。又云：『四根者，耳根、鼻根、乳根、腳根也。三結者，胸結、肢結、便結也。』

此言能究根結之理，依上文標本之法刺之，則疾無不愈也。

針之八法，一迎隨，二轉針，三手指，四針投，五虛實，六動搖，七提按，八呼吸。身之八法，奇經八脈，公孫、衝脈、胃心胸，八句是也。五門者，天干配合，分於五也。甲與己合，乙與庚合之類是也。主客者，公孫主，內關客之類是也。或以井榮俞經合為五門，以邪氣為賓客，正氣為主人。先用八法，必以五門推時取穴，先主後客，而無不效之理。

八脈始終連八會，本是紀綱；十二經絡十二原，是為樞要。

八脈者，奇經八脈也。督脈、任脈、衝脈、帶脈、陰維、陽維、陰蹻、陽蹻也。八會者，即上文血會膈俞等是也。此八穴通八脈起止，連及八會，本是人綱之綱領也。如網之有綱也。十二經、十五絡、十二原已注上文。樞要者，門戶之樞紐也。言原出入十二經也。

一日取六十六穴之法，方見幽微，一時取一十二經之原，始知要妙。

六十六穴者，即子午流注井榮俞原經合也。陽於注腑，三十六穴，陰於注臟，三十穴，共成六十六穴，具載五卷子午流注圖中。此言經絡一日一周於身，歷行十二經穴，當此之時，酌取流注之中一穴用之，以見幽微之理。

十二經原，俱注上文。此言一時之中，當審此日是何經所主，當此之時，該取本日此經之原穴而刺之，則流注之法，玄妙始可知矣。

原夫補瀉之法，非呼吸而在手指；速效之功，要交正而識本經。

此言補瀉之法，非但呼吸，而在乎手之指法也。法分十四者，循、捫、提、按、彈、捻、搓、盤、推、內、動、搖、爪、切、進、退、出、攝者是也。法則如斯，

巧拙在人，詳備《金針賦》內。

交正者，如大腸與肺為傳送之府，心與小腸為受盛之官，脾與胃為消化之宮，肝與膽為清淨之位，膀胱合腎，陰陽相通，表裏相應也。本經者，受病之經，如心之病，必取小腸之穴兼之，餘仿此。言能識本經之病，又要認交經正經之理，則針之功必速矣。故曰：『寧失其穴，勿失其經；寧失其時，勿失其氣。』

交經繆刺，左有病而右畔取；瀉絡遠針，頭有病而腳上針。

繆刺者，刺絡脈也。右痛而刺左，左痛而刺右，此乃交經繆刺之理也。

三陽之經，從頭下足，故言頭有病，必取足穴而刺之。

巨刺與繆刺各異，微針與妙刺相通。

巨刺者，刺經脈也。痛在於左而右脈病者，則巨刺之，左痛刺右，右痛刺左，中其經也。繆刺者，刺絡脈也。身形有痛，九候無病，則繆刺之，右痛刺左，左痛刺右，中其絡也。此刺法之相同，但一中經，一中絡之異耳。

微針者，刺之巧也。妙刺者，針之妙也。言二者之相通也。

觀部分而知經絡之虛實，視沉浮而辨臟腑之寒溫。

言針入肉分，以天、人、地三部而進，必察其得氣則內外虛實可知矣，又云：『察脈之三部，則知何經虛，何經實也。』

言下針之後，看針氣緩急，可決臟腑之寒熱也。

且夫先令針耀，而慮針損；次藏口內，而欲針溫。

言欲下針之時，必先令針光耀，看針莫有損壞；次將針含於口內，令針溫暖與榮衛相接，無相觸犯也。目無外視，手如握虎；心無內慕，如待貴人。

此戒用針之士，貴乎專心誠意，而自重也。令目無他視，手如握虎，恐有傷也；心無他想，如待貴人，恐有責也。

左手重而多按，欲令氣散；右手輕而徐入，不痛之因。

下針之時，必先以左手大指爪甲於穴上切之，則令其氣散，以右手持針，輕輕徐入，此乃不痛之因也。

空心恐怯，直立側而多暈；背目沉掐，坐臥平而沒昏。

空心者，未食之前，此言無刺飢人，其氣血未定，則令人恐懼，有怕怯之心，或直立，或側臥，必有眩暈之咎也。

此言欲下針之時，必令患者莫視所針之處，以手爪甲重切其穴，或臥或坐，而無昏悶之患也。

推於十干、十變，知孔穴之開闔；論其五行、五臟，察日時之旺衰。

十干者，甲、乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸也。十變者，逐日臨時之變也。備載《靈龜八法》中，故得時謂之開，失時謂之闔。

五行五臟，俱注上文。此言病於本日時之下，得五行生者旺，受五行克者衰。如心之病，得甲乙之日時者生旺，遇壬癸之日時者克衰，餘仿此。

伏如橫弩，應若發機。

此言用針刺穴，如弩之視正而發矢，取其捷效，如射之中的也。

陰交陽別而定血暈，陰躄、陽維而下胎衣。

陰交穴有二，一在臍下一寸，一在足內踝上三寸，名三陰交也，言此二穴，能定婦人之血暈。又言照海、外關二穴，能下產婦之胎衣也。

痺厥偏枯，迎隨俾經絡接續；漏崩帶下，溫補使氣血依歸。

痺厥者，四肢厥冷麻痺。偏枯者，中風半身不遂也。言治此症，必須接氣通經，更以迎隨之法，使血氣貫通，經絡接續也。

漏崩帶下者，女子之疾也。言有此症，必須溫針待暖以補之，使榮衛調和而歸依也。

靜以久留，停針待之。

此言下針之後，必須靜而久停之。

必準者，取照海治喉中之閉塞，端的處，用大鐘治心內之呆痴。大抵疼痛實瀉，癢麻虛補。

此言疼痛者，熱宜瀉之以涼；癢麻者，冷宜補之以暖。
體重節痛而俞居，心下痞滿而井主。

俞者，十二經中之俞。井者，十二經中之井也。

心脹咽痛，針太衝而必除；脾冷胃疼，瀉公孫而立愈。胸滿腹痛刺內關，脅疼肋痛針飛虎。

飛虎穴即支溝穴，以手於虎口一飛，中指盡處是穴也。

筋攣骨痛而補魂門，體熱勞嗽而瀉魄戶。頭風頭痛，刺申脈與金門；眼癢眼疼，瀉光明於地五。瀉陰郄止盜汗，治小兒骨蒸；刺偏歷利小便，醫大人水蠱。中風環跳而宜刺，虛損天樞而可取。

地五者，即地五會也。

由是午前卯後，太陰生而疾溫；離左西南，月朔死而速冷。

此以月生死為期，午前卯後者，辰、巳二時也。當此之時，太陰月之生也。是故月廓空無瀉，宜疾溫之。離左西南者，未、申二時也。當此時分，太陰月之死也。是故月廓盈無補，宜速冷之。將一月而比一日也。經云：『月生一日一瘡，二日二瘡，至十五日十五瘡，十六日十四瘡，十七日十三瘡，漸退，至三十日二瘡。』月望以前謂之生，月望以後謂之死，午前謂之生，午後謂之死也。

循捫彈怒，留吸母而堅長；爪下伸提，疾呼子而噓短。

循者，用針之後，以手上下循之，使血氣往來也。捫者，出針之後，以手捫閉其穴，使氣不泄也。彈努者，以手輕彈而補虛也。留吸母者，虛則補其母，須待熱至之後，留吸而堅長也。

爪下者，切而下針也。伸提者，施針輕浮豆許曰提。疾呼子者，實則瀉其子，務待寒至之後，去之速，而噓且短矣。

動退空歇，迎奪右而瀉涼；推內進搓，隨濟左而補暖。

動退，以針搖動而退，如氣不行，將針伸提而已。空歇，撒手而停針，迎以針逆而迎奪，即瀉其子也。如心之病，必瀉脾子，此言欲瀉必施此法也。推內進者，用針推內而入也。搓者，猶如搓線之狀，慢慢轉針，勿令太緊。隨，以針順而隨之；濟，則濟其母也。如心之病，必補肝母，此言欲補必用此法也。此乃遠刺寒熱之法，故凡病熱者，先使氣至病所，次微微提退豆許，以右旋奪之，得針下寒而止。凡病寒者，先使氣至病所，次徐徐進針，以左旋搓提和之，得針下熱而止。

慎之！大患危疾，色脈不順而莫針；寒熱風陰，飢飽醉勞而切忌。

慎之者，戒之也。此言有危篤之疾，必觀其形色，更察其脈若相反者，莫與用針，恐勞而無功，反獲罪也。

此言無針大寒、大熱、大風、大陰雨、大飢、大飽、大醉、大勞，凡此之類，決不可用針，實大忌也。

望不補而晦不瀉，弦不奪而朔不濟。

望，每月十五日也。晦，每月三十日也。弦有上、下弦，上弦或初七、或初八，下弦或廿二、廿三也。朔，每月初一日也。凡值此日，不可用針施法也。如暴急之疾，則不拘矣。

精其心而窮其法，無灸艾而壞其皮；正其理而求其原，免投針而失其位。

此言灸也，勉醫者宜專心究其穴法，無誤於著艾之功，庶免於犯於禁忌，而壞人之皮肉矣。

此言針也，勉學者要明其針道之理，察病之原，則用針不失其所也。

避灸處而加四肢，四十有九；禁刺處而除六腑，二十有二。

禁灸之穴四十五，更加四肢之井，共四十九也。禁針之穴二十二，外除六腑之腧也。

抑又聞高皇抱疾未瘥，李氏刺巨闕而後蘇；太子暴死為厥，越人針維會而復醒。肩井、曲池，甄權刺臂痛而復射；懸鐘、環跳，華佗刺足而立行。秋夫針腰俞而鬼免沉，王纂針交俞而妖精立出。取肝俞與命門，使瞽士視秋毫之末；刺少陽與交別，俾聾夫聽夏蚋之聲。

此引先師用針，有此立效之功，以勵學者用心之誠。
嗟夫！去聖逾遠，此道漸墜。或不得意而散其學，或愆其能而犯禁忌。愚庸智淺，難契於玄言，至道淵深，得之者有幾？偶述斯言，不敢示諸明達者焉，庶幾乎童蒙之心啟。

【針灸大成·金針賦（楊氏注解）】

觀夫針道，捷法最奇，須要明於補瀉，方可起於傾危。先分病之上下，次定穴之高低。頭有病而足取之，左有病而右取之。男子之氣，早在上而晚在下，取之必明其理；女子之氣，早在下而晚在上，用之必識其時。午前為早屬陽，午後為晚屬陰，男女上下，憑腰分之。手足三陽，手走頭而頭走足；手足三陰，足走腹而胸走手。陰升陽降，出入之機。逆之者為瀉、為迎，順之者為補、為隨。春夏刺淺者以瘦，秋冬刺深者以肥。更觀元氣厚薄，淺深之刺猶宜。

經曰：『榮氣行於脈中，周身五十度，無分晝夜，至平旦與衛氣會於手太陰。衛氣行於脈外，晝行陽二十五度，夜行陰二十五度，平旦與榮氣會於手太陰。是則衛氣之行，但分晝夜，未聞分上下，男女臟腑經絡，氣血往來，未嘗不同也。』今分早晚何所據依？但此賦今人所尚，故錄此以參其見。

原夫補瀉之法，妙在呼吸手指。男子者，大指進前左轉，呼之為補，退後右轉，吸之為瀉，提針為熱，插針為寒；女子者，大指退後右轉，吸之為補，進前呼之為瀉，插針為熱，提針為寒。左與右各異，胸與背不同，午前者如此，午後者反之。是故爪而切之，下針之法；搖而退之，出針之法；動而進之，催針之法；循而攝之，行氣之法。搓而去病，彈則補虛，肚腹盤旋，捫為穴閉。重沉豆許曰按，輕浮豆許曰提。一十四法，針要所備。補者一退三飛，真氣自歸；瀉者一飛三退，邪氣自避。補則補其不足，瀉則瀉其有餘。有餘者為腫為痛曰實，不足者為癢為麻曰虛。氣速效速，氣遲效遲，生者澀而死者虛，候之不至，必死無疑。

此一段手法，詳注四卷。

且夫下針之先，須爪按重而切之，次令咳嗽一聲，隨咳下針。凡補者呼氣，初針刺至皮內，乃曰天才；少停進針，刺入肉內，是曰人才；又停進針，刺至筋骨之間，名曰地才。此為極處，就當補之，再停良久，卻須退針至人之分，待氣沉緊，倒針朝病，進退往來，飛經走氣，盡在其中矣。凡瀉者吸氣，初針至天，少停進針，直至於地，得氣瀉之，再停良久，即須退針，復至於人，待氣沉緊，倒針朝病，法同前矣。其或暈針者，神氣虛也，以針補之，口鼻氣回，熱湯與之，略停少頃，依前再施。

如刺肝經之穴，暈，即補肝之合穴，針入即蘇，餘仿此。或有投針氣暈者，即補足三里，或補人中，大抵暈從心生，心不懼怕，暈從何生？如關公刮骨療毒，而色不變可知。

及夫調氣之法，下針至地之後，復人之分，欲氣上行，將針右捻；欲氣下行，將針左捻；欲補先呼後吸，欲瀉先吸後呼。氣不至者，以手循攝，以爪切掐，以針搖動，進捻搓彈，直待氣至。以龍虎升騰之法，按之在前，使氣在後，按之在後，使氣在前。運氣走至疼痛之所，以納氣之法，扶針直插，復向下納，使氣不回。若關節阻澀，氣不過者，以龍虎龜鳳通經接氣，大段之法，驅而運之，仍以循攝爪切，無不應矣。此通仙之妙。

龍虎龜鳳等法，亦注四卷。

況夫出針之法，病勢既退，針氣微鬆，病未退者，針氣始根，推之不動，轉之不移，此為邪氣吸拔其針，乃至氣真至，不可出之；出之者其病即復，再須補瀉，停以待之，真候微鬆，方可出針豆許，搖而停之。補者吸之去疾，其穴急捫；瀉者呼之去徐，其穴不閉。欲令腠密，然後吸氣，故曰：『下針貴遲，太急傷血；出針貴緩，太急傷氣。』以上總要，於斯盡矣。

《醫經小學》云：『出針不猛出，必須作三、四次，徐轉出可之則無血，若猛出必見血也。』《素問》補遺篇注云：『動氣至而即出針，此猛出也。然與此不同，大抵經絡有凝血，欲大瀉者當猛出。若尋常補瀉，當依此可也。亦不可不辨。』考夫治病，其法有八：一曰燒山火，治頑麻冷痺，先淺後深，凡九陽而三進三退，慢提緊按，熱至，緊閉插針，除寒之有準。二曰透天涼，治肌熱骨蒸，先深後淺，用六陰而三出三入，緊提慢按，寒至，徐徐舉針，退熱之可憑。皆細細搓之，去病準繩。三曰陽中隱陰，先寒後熱，淺而深，以九六之法，則先補後瀉也。四曰陰中隱陽，先熱後寒，深而淺，以六九之方，則先瀉後補也。補者直須熱至，瀉者務待寒侵，猶如搓線，慢慢轉針，法淺則用淺，法深則用深，二者不可兼而紊之也。五曰子午搗臼，水蠱膈氣，落穴之後，調氣均勻，針行上下，九入六出，左右轉之，十遭自平。六曰進氣之訣，腰背肘膝痛，渾身走注疼，刺九分，行九補，臥針五七吸，待氣上下，亦可龍虎交戰，左捻九而右捻六，是亦住痛之針。七曰留氣之訣，痲痺癢痕，刺七分，用純陽，然後乃直插針，氣來深刺，提針再停。八曰抽添之訣，癱瘓瘡癩，取其要穴，使九陽得氣，提按搜尋，大要運氣周遍，扶針直插，復向下納，回陽倒陰，指下玄微，胸中活法，一有未應，反復再施。若夫過關過節催運氣，以飛經走氣，其法有四：一曰青龍擺尾，如扶船舵，不進不退，一左一右，慢慢撥動。二曰白虎搖頭，似手搖鈴，退方進圓，兼之左右，搖而振之。三曰蒼龜探穴，如入土之象，一退三進，鑽剔四方。四曰赤鳳迎源，展翅之儀，入針至地，提針至天，候針自搖，復進其原，上下左右，四圍飛旋，病在上吸而退之，病在下呼而進之。

以上手法，乃大略也。其始末當參考四卷。

至夫久患偏枯，通經接氣之法，有定息寸數。手足三陽，上九而下十四，過經四寸；手足三陰，上七而下十二，過經五寸，在乎搖動出納，呼吸同法，驅運氣血，頃刻周流，上下通接，可使寒者暖而熱者涼，痛者止而脹者消。若開渠之決水，立時見功，何傾危之不起哉？雖然，病有三因，皆從氣血，針分八法，不離陰陽。蓋經脈晝夜之循環，呼吸往來之不息，和則身體康健，否則疾病競生。譬如天下國家地方，山海田園，江河谿谷，值歲時風雨均調，則水道疏利，民安物阜。其或一方一所，風雨不均，遭以旱澇，使水道湧竭不通，災憂遂至。人之氣血，受病三因，亦猶方所之於旱澇也。蓋針砭所以通經脈，均氣血，蠲邪扶正，故曰捷法最奇者哉。

嗟夫！軒岐吉遠，盧扁久亡，此道幽深，非一言而可盡，斯文細密，在久習而能通。豈世上之常辭，庸流之泛術，得之者若科之及第，而悅於心；用之者如射之發中，而應於目。述自先聖，傳之後學，用針之士，有志於斯，果能洞造玄微，而盡其精妙，則世之伏枕之疴，有緣者遇針，其病皆隨手而愈矣。

附 錄

神經學及功能評估：NIH stroke scale：

評估日期							
1a. Level of Conscious	Alert Drowsy Stuporous Comatose	0 1 2 3					
1b. LOC Questions (月 / 年齡)	Answers both correctly Answers one correctly Both incorrect	0 1 2					
1c. LOC Commands (睜眼/閉眼 握拳/放開)	Obeys both correctly Obeys one correctly Both incorrect	0 1 2					
2. Best gaze	Normal Partial gaze palsy Forced deviation	0 1 2					
3. Visual	No visual loss Partial hemianopsia Complete hemianopsia Bilateral hemianopsia	0 1 2 3					
4. Facial palsy	Normal Minor paralysis Partial paralysis Complete paralysis	0 1 2 3					
5a. Motor Arm Left (左手平舉 90 度/10 秒) or 45 度	No drift Drift Some effort against gravity No effort against gravity No movement Amputation, joint fusion...	0 1 2 3 4 96					
5b. Motor Arm Right (右手平舉 90 度/10 秒) or 45 度	No drift Drift Some effort against gravity No effort against gravity No movement Amputation, joint fusion...	0 1 2 3 4 96					
6a. Motor Leg Left (抬起 30 度/5 秒)	No drift Drift Some effort against gravity No effort against gravity No movement Amputation, joint fusion...	0 1 2 3 4 96					
6b. Motor Leg Right (抬起 30 度/5 秒)	No drift Drift Some effort against gravity No effort against gravity No movement Amputation, joint fusion...	0 1 2 3 4 96					
7. Limb Ataxia (手:指尖/鼻尖 腳:腳跟/對側膝部)	Absent Present in one limb Present in 2 or more limbs Amputation, joint fusion...	0 1 2 96					
8. Sensory (臉/胸/手/腳兩側對比)	Normal Mild to moderate sensory loss Severe to total sensory loss	0 1 2					
9. Best Language (看圖說故事)	No aphasia Mild to moderate aphasia Severe aphasia Mute	0 1 2 3					
10. Dysarthria	Normal articulation Mild to moderate dysarthria Severe/Mute 裝呼吸器/插管等	0 1 2 96					
11. Extinction and Inattention	No abnormal Partial neglect Complete neglect	0 1 2					
總分：							
評估人							

美國國家衛生研究院腦中風量表(NIH Stroke Scale)

病歷號碼: _____

病人生日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

評估日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

評估:時間: _____ 時 _____ 分 評估者: _____

請依表列順序進行此中風量表中的各個項目,在檢查每個次項目後記錄病人得分.一經決定得分,不要再回去更改分數.每個評估方式必須依照所附指示進行.得分情形必須依病患所做的來決定,而不是依評估者認為病患可做什麼而給分.評估者必須在做檢查時,同時記錄分數並且快速完成.除非在說明中有清楚指示.否則不應教導病患.(例如重覆請求病人做一些特別的努力)

如果有任何項目沒有檢查.必要在此表中詳細解釋.第5.6.7及10項問題可以記錄”9”分請不要將這些”9”加入中風量表的總分.

說明	量表定義	得分
<p>1a. 意識清楚程度:縱使病患因為放置氣管內管、語言障礙或口咽氣管創傷/使用繃帶等阻礙而無法得致完整的評估,評估者還是必須選擇一個反應。只有當病患在疼痛刺激時無任何反應(非反射性姿勢),才給3分</p>	<p>0=清醒,反應敏銳。 1=不清醒,但可藉輕微的刺激喚醒而遵從指令,回答問題或反應。 2=不清醒,須要重複性的刺激才能引起注意,或是意識遲鈍且需要強大或疼痛刺激才有動作(非重複固定的動作)。 3=反應僅限於反射動作或自主神經反射性表現,或完全無反應,弛緩,無反射。</p>	_____
<p>1b. 回答問題之意識程度:詢問病患現在的月份及他/她的年齡。回答必須是正確無誤.縱使答案相近也不予計分。無法瞭解問題的失語症和木僵的病患給兩分。因為插氣管內管、口咽氣管創傷或任何原因引起的嚴重發音困難、語言障礙或非失語症的其他問題而導致無法講話的病患則給予一分。只能憑最初的回答計分是很重要的。而且評估者不能以語言或非語言的暗示來提醒病患。</p>	<p>0=可正確回答兩個問題 1=可正確回答一個問題 2=兩個問題均不能正確回答</p>	_____
<p>1c. 執行命令之意識程度:要求病患睜眼及閉眼,然後緊握及放鬆非麻痺的手部。假如雙手不能使用,則以其他單一步驟指令取代。若有確實遵照指令的嘗試性動作出現,但由於無力而無法完成整個動作,則仍給予計分。若病患對要求沒有反應,檢測者應示範動作給他們看(默演)並計算結果(例如無法完成、或完成一個或兩個指令)。對於有創傷、截肢或有其他身體上之障礙的病患應給予一個合適的單一步驟指令。只能憑最初的執行動作來計分。</p>	<p>0=可正確執行兩個命令 1=可正確執行一個命令 2=兩個命令均不能正確執行</p>	_____

美國國家衛生研究院腦中風量表(NIH Stroke Scale)(續)

說明	量表定義	得分
<p>2. 最佳的眼球運動(Best gaze)：</p> <p>僅測試眼睛水平的運動。以意識或反射性(頭眼運動反應)眼球運動來計分，但是不作眼前庭反射測試。若病患眼睛的共軛偏向可以用意識或是反射性運動來矯正，則給1分。若病患患有單一性周邊神經麻痺(第三、四或六對腦神經)，則得分為1。所有失語症病患都可以測試其眼球運動的功能。眼球創傷、使用繃帶、之前失明或視力與視野異常之病患，應以反射性運動測試，此可由評估者來做選擇。與病患做眼光接觸，然後從病患一側移到另一側，有時可澄清是否有部分注視功能麻痺。</p>	<p>0=正常 1=部分凝視異常，當單眼或雙眼眼球凝視異常，但並無強迫性的偏移或完全癱瘓時仍可給予分數。 2=強直性的偏移，或完全的癱瘓而無法用頭眼運動操矯正。</p>	<p>_____</p>
<p>3. 視覺：</p> <p>用對診法篩檢視野(上及下象限)，可用算手指數或適度的視覺驚嚇法。病患必須被引導，若病患眼睛能適當的注視動作中手指的方向，則以正常來計分。若有單眼盲或眼球摘除，則以正常眼的視野計分。只有在發現有清楚的不對稱—包括象限偏盲—的情況下，才算1分。若病患由於任何原因所引起之失明，則給3分。此時進行雙邊同時刺激，若病人有單側忽略得1分，此結果可用來回答第11題的問題。</p>	<p>0=無視覺喪失 1=部分的偏盲 2=完全的偏盲 3=兩側的偏盲(全盲，包括皮質性全盲)</p>	<p>_____</p>
<p>4. 顏面麻痺：</p> <p>要求或以肢體語言的方式引導病患露出牙齒或揚眉及閉眼。對於反應不良或是無法理解問題的病人，則施予疼痛刺激並依照面部的痛苦表情是否對稱來計分。假使顏面有創傷/繃帶、放置氣管內管或其它障礙，導致看不清楚臉部表情，則應該盡可能予以移除障礙物後在測量。</p>	<p>0=正常，對稱的動作。 1=輕微的癱瘓(鼻唇間皺摺變平，微笑時不對稱) 2=部分癱瘓(下半部的臉完全或近乎癱瘓)。 3=單側或雙側完全癱瘓(上半部及下半部的臉均無法運動)。</p>	<p>_____</p>

美國國家衛生研究院腦中風量表 (NIH Stroke Scale) (續)

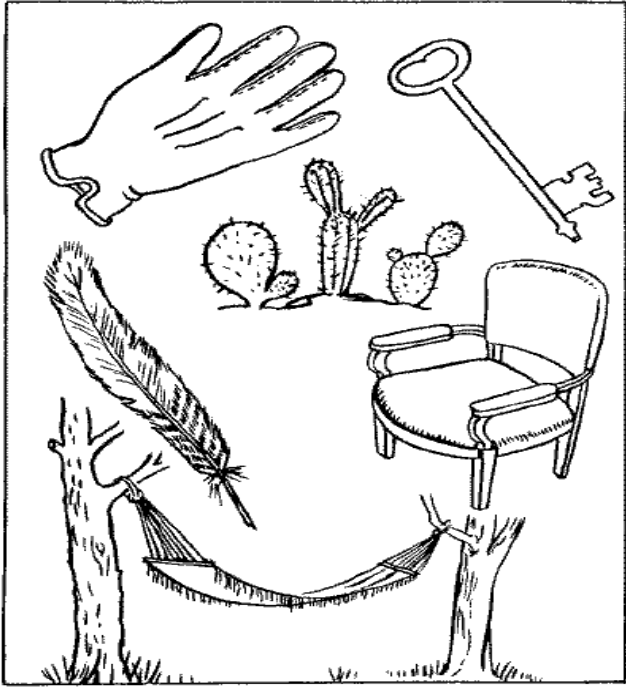
說明	量表定義	得分
<p>5&6：手臂與腿部之運動：</p> <p>讓四肢保持一個適當的姿勢：伸展手臂（掌心向下）呈 90 度（在病患是坐著的情況下）或 45 度（在病患呈仰臥的情況下），腳呈 30 度（通常是以仰臥的姿勢來做測試）。假使手臂在十秒內或腿在五秒內下垂，則以晃動來計分。對於失語症的病患則使用急促的語氣或以肢體動作來引導，但不可使用疼痛的刺激。四肢分開輪流測試，從沒有麻痺之手臂開始。只有在肩膀或臀部有做過截肢或關節粘合手術之個案才可以以“9”計分，且評估者必須清楚的填寫說明給“9”的理由。</p>	<p>0=無下垂，肢體可維持 90 度（或 45 度）完整 10 秒鐘。</p> <p>1=晃動，肢體可維持 90 度（或 45 度），但在 10 秒鐘內會下垂，但不會撞到床上或其他支持物。</p> <p>2=可稍抗重力，肢體不能達到或維持（給予暗示）90 度（或 45 度），會下垂至床上，但仍有些許抗重力的力量。</p> <p>3=無法抗拒重力，肢體下落。</p> <p>4=無任何移動。</p> <p>9=截肢，關節粘合，解釋</p> <p>5a. 左上臂 _____</p> <p>5b. 右上臂 _____</p> <hr/> <p>0=無下垂，腿可維持 30 度的位置達 5 秒整。</p> <p>1=晃動，腿在 5 秒內下垂，但不會撞到床上。</p> <p>2=可稍抗重力，腿在 5 秒內下落到床上，但有一些抗重力的力量。</p> <p>3=無法抗拒重力，肢體下落。</p> <p>4=無任何移動。</p> <p>9=截肢，關節粘合，解釋</p> <p>6a. 左小腿 _____</p> <p>6b. 右小腿 _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <hr/> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7. 肢體運動失調：</p> <p>這個項目主要目的是測試是否有單邊小腦的病變。測試時病患必需睜眼。假若病患視覺缺損，確定測試是在病患良好的視野內進行，指到鼻子試驗及跟脛試驗須測試兩側，只有在運動失調超過肢體無力時才計分為運動失調。不能理解指令或是癱瘓的病患不能算是運動失調。只有病患有截肢或關節粘合，此項目可評分為‘9’，且評估者必須清楚填寫不計分之說明。眼盲的病患可以以伸展的上臂來碰觸鼻頭的方式進行測試。</p>	<p>0=無此現象（請至問題 8）</p> <p>1=出現於一肢體。</p> <p>2=出現於二肢體。</p> <p>如果有出現，運動失調是在：</p> <p>右上臂 1=有 2=無 9=截肢或關節粘合，解釋 _____</p> <p>左上臂 1=有 2=無 9=截肢或關節粘合，解釋 _____</p> <p>右腿 1=有 2=無 9=截肢或關節粘合，解釋 _____</p> <p>左腿 1=有 2=無 9=截肢或關節粘合，解釋 _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

美國國家衛生研究院腦中風量表 (NIH Stroke Scale) (續)

說明	量表定義	得分
<p>8. 感覺：</p> <p>以針刺測試病患之感覺或臉部是否呈現痛苦的表情，或者在遲鈍或失語症的病患身上觀察疼痛刺激後的退縮反應。只有因中風導致之感覺喪失才以不正常來計分，評估者應該同時測試許多部位【如手臂（非手部）、腿部、軀幹、臉部】，以確認確實有半身感覺喪失的情況。分數 2，表示嚴重或完全感覺喪失，只有在明確呈現出嚴重或完全的感覺喪失時才算。因此木僵或失語的病患分數可能為 1 或 0。雙側失去感覺之腦幹中風的病患分數為 2。若病患無反應且四肢癱瘓分數為 2。昏迷(1a=3)病患則在此項目直接以 2 記分。</p>	<p>0=正常，無感覺喪失 1=輕微至中等程度的感覺喪失；病人感覺針刺感在患側較不敏銳或遲鈍；或在針刺時失去表面疼痛但病人仍知道自己被碰觸。 2=嚴重或完全感覺喪失；病人不知道臉、手、腳被碰觸。</p>	<p>_____</p>
<p>9. 最佳的語言功能：</p> <p>從上列的檢查過程中，可得知病患對語言的理解程度。病患必須依所附圖片解說發生的事情並且說出圖片中物品的名稱及讀出所附的句子，理解語言的能力可由病患對這個檢查所做的反應以及上列的神經檢查中所下的所有指令裡判斷出來。若病患的視覺喪失干擾這個測試，則要求病患確認放在手上之物品，複誦並且與病患對話。插管的病患可以要求用寫的方式表達。昏迷 (1a=3) 的病患，這項目的分數為 3。評估者在木僵或無法配合之病患仍必須計分。3 分僅用於靜默且無法執行任何一項指令之病患。</p>	<p>0=無失語症，正常。 1=輕微或中等程度的失語症；有一點明顯的喪失流暢表達或理解的能力，但在表達出來的想法或表達的形式上並無顯著的侷限性。然而，因為語言及（或）理解能力的降低，使的關於提供材料（附圖片）的對話變得困難或不可能。舉例來說，測試者可從所提供的材料（附圖片）與病患進行對話而由病人的反應得知其可辨認之圖片或卡片 2=嚴重的失語症；所有溝通都是透過零碎、片段的表達來完成，在很大的程度上，聽者需要推論、詢問及猜測。可提供交換的資訊範圍有限；在溝通上聽者承受相當大的負擔。測試者無從辨認病人的反應從所提供的材料（附圖片）。 3=靜默的，完全失語症；無任何有用的言語或聲音的理解能力。</p>	<p>_____</p>

美國國家衛生研究院腦中風量表 (NIH Stroke Scale) (續)

說明	量表定義	得分
<p>10. 構音障礙：</p> <p>正常指病患能讀出或重覆所附列表中的字、並從中獲得一個恰當的言談樣本是絕對必要的。若病患患有嚴重失語症，其自發性言談之發音清晰與否仍可評量。只有當病患患有插管或有其他障礙導致說話困難時，此項目才可以以”9”來計分，且評估者必須清楚的填寫不能計分原因。不要告訴病患他／她為什麼要接受測試。</p>	<p>0=正常。</p> <p>1=輕微至中等程度，病人至少在有些字的發音上模糊含混，甚至，要理解這些字會有一些困難。</p> <p>2=嚴重，在沒有失語、或與失語程度不成比例的情況下，病人的言語模糊到難以理解的程度，或者是靜默／無法發音。</p> <p>9=插管或其他身體上的障礙 解釋：_____</p>	<p>_____</p>
<p>11. 感覺喪失或注意力喪失 (以往稱為感覺忽視)：</p> <p>由先前檢測過程中，以有充分的資料來確認病患是可能有忽視的問題。若病患患有嚴重的視覺喪失因而無法進行雙邊視野同時刺激性測試、但表面感覺刺激是正常的話，則記錄為正常。若病患患有失語症但仍對兩側的刺激有反應，則記錄為正常。但視覺空間忽略或病患無病識感可視為異常的證據。只有在異常的狀況出現時才會記錄為異常，因此此項目沒有不適用者。</p>	<p>0=無異常。</p> <p>1=視覺、觸覺、聽覺、空間感覺或本體感覺注意力下降，或對兩側同時刺激時有任一種感覺的消失。</p> <p>2=對超過一種以上的感覺測試有嚴重的半側注意力喪失。無法辨認自己的一隻手或身體僅能對一邊的空間有定向感。</p>	<p>_____</p>



你知道。
 怎麼做。
 我已做完工作回家。
 在餐桌附近。
 昨晚他們在收音機裏聽
 到他說話。

媽 媽
 踢 踏
 飛 機 飛 了
 小 心
 司 馬 相 如
 吃 葡 萄 不 吐 葡 萄 皮
 可 口 可 樂

巴氏量表 (Barthel Index)

【前言】

- ◇ 是美國物理治療師巴希爾 Barthel 於 1955 年，開始使用在測量住院復建病患的進展狀況。
- ◇ 1965 年發表，自此巴氏量表 (Barthel Index) 就被廣泛使用於復健、老年病患的領域，用來測量病患的治療效果及退化的情形。
- ◇ 巴氏量表又稱為巴氏指數 (Barthel Index) 是一種日常生活功能評估量表，是在目前台灣長期照護上最常用來評估個案的身體功能的量表。
- ◇ 測試時間約 5~10 分鐘。

【介紹】

巴氏量表 (Barthel Index) 共評量十項 (見附表)：

自我照顧能力 七項計有 進食、修飾/個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣服、大便控制、小便控制功能

行動能力 移位/輪椅與床上之間轉位、步行/平地上行走、上下樓梯。

附表：巴氏量表評估指引

	分 數	計 分 指 引
進食	10	獨立。自行在合理的時間內，用餐具取食端到面前。若需使用進食輔具時，必須自己會脫。要能自己夾菜、切割食物、加調味料或塗抹奶油等。
	5	需要協助做以上所提到的項目，如穿戴輔具、夾菜、切割、加調味料等。
	0	不會自己進食。
輪椅與床之間轉位	15	整個過程獨立完成。包括安全的靠近輪椅、扳起煞車、移動腳踏板，到床上、躺下、從床上坐起於床邊、改變輪椅位置、安全地由床上回到輪椅。
	10	需要協助。從給予提醒、安全監督、到轉位過程中間給予稍微協助。
	5	可以自行坐起，但從移位起來時或轉移身體需要協助。
	0	不會自己轉位。
個人衛生 & 修飾	5	可以自行洗手、洗臉、梳頭、刷牙、刮鬍子 (可以用任何刮鬍刀，但要會自己拿、自己操作)。習於自己化妝的女性要會自己化妝，但不需要會編辮子或做頭髮。
	0	需別人部份或完全協助。
如廁	10	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、自行用衛生紙擦淨。需要時可以用扶手或其它支撐物。若需要用便器必須要會自行使用、傾倒和清理。
	5	需要協助保持姿勢平衡、整理衣物或用衛生紙。(會自己用便盆，但需別人協助傾倒和清理)。
	0	不會自己做。
洗澡	5	能獨立完成 (可以是浴盆、淋浴或擦澡)，不需要別人在旁。
	0	需別人協助。
平地	15	使用或不使用輔具 (可以穿支架、義肢或使用義肢，沒有輪子的步行器) 而可以行走 50 碼 (約 45 公尺)。若穿支架要會自己上扣、解扣、自己拿出支架和放回。(穿脫支架算在穿脫衣服)
	10	予稍微協助，可以走 45 公尺或做任何上述事情需要監督。
	0	不能走。

上行走	推輪椅	
	5	不能行走，但可自行獨立操作輪椅。必須會轉彎、靠近桌子、床、馬桶等。至少要能推 45 公尺。如果病人在行走項目下已有計分，這個項目就不計分。
	0	需人協助推輪椅。
上下樓梯	10	不需協助或監督，可以自行上下樓梯。可以使用扶手、拐杖。上下樓梯時，必須要能自己拿拐杖。
	5	上面所述任一項需要協助或監督。
	0	無法上下樓梯。
穿脫衣服	10	能自行穿脫衣服、自己扣鈕扣、拉拉鍊、綁鞋帶、包括穿脫鞋具或特殊衣著，例如：吊帶褲、便鞋。
	5	需協助穿脫或扣任何衣服，至少自己能做一半以上，而且要在合理的時間內完成。
	0	不會自己做。
大便控制	10	能排便不會有失禁，需要時。(例如脊髓損傷者排便訓練) 能自行塞栓劑和灌腸。
	5	需要協助塞栓劑或偶爾失禁。
	0	失禁需別人處裡。
小便控制	10	日夜均能控制小便，若使用尿套、尿布可以自行戴上、傾倒和清潔，日夜均保持乾燥。
	5	偶爾失禁、尿急(無法等待放好便盆或無法及時趕到廁所)，或需別人幫忙處裡尿套。
	0	失禁需別人處裡。
合 計：100 分		

【評分方法】

在移位/輪椅與床上之間轉位功能及步行/平地上行走功能，完全獨立方面各給 15 分，但洗澡功能、修飾/個人衛生功能的完全獨立者各給 5 分，其餘項目的功能完全獨立者為 10 分，總分可以由 0 分至 100 分。應用此巴氏量表 (Barthel Index) 評量的結果一般而言如下：

0 分至 20 分為完全依賴
20 分至 61 分為嚴重依賴
61 分至 90 分為中度依賴
91 分至 99 分為輕度依賴
100 分為完全獨立

有研究指出，中風住院病患可以用巴氏量表 (Barthel Index) 來預測病人出院的狀況和住院日數。巴氏量表 (Barthel Index) 其總分低於 40 分者 (嚴重依賴) 病人會再度入院，高於 40 分者比較可能出院回家。

【優點】

- 1、每一項目都有操作性定義，評分方法標準化。
- 2、其計分方式為等距變項，方便做有利的統計分析。
- 3、項目簡單，但是包括了基本的日常生活活動及行動項目。
- 4、評估時省時、方便、即使非專業人員的評估也相當可靠。
- 5、已經有良好的預測效度、聚合效度、再測信度及內在一致性。

【缺點】

如用在評估每日的治療效果時，對於較小的功能變化不夠敏感，因為需要協助的多寡有相當大的差距，而此量表將所有需要協助者，不論程度皆列為同一分數。

Brunnstrom stage

一. Brunnstrom stage classification

Stage I：沒有任何動作產生，肌肉張力也很低

Stage II：Spasticity is developing

※Spasticity: ✓ stretch reflex 反應增加

✓當(Passive)movement speed 增加,阻力也增加

✓Clonus 現象出現

※Associated movement(連鎖性動作、聯合動作)& Associated reaction:

- Associated movement:給好邊阻力時,壞邊因為張力較強也跟著動,壞邊動作的產生包含 voluntary 成分
- Associated reaction: 給好邊阻力時,壞邊也跟著動,壞邊動作的產生主要原因是 reflex

Stage III：開始有自主性動作(voluntary movement)但只能遵循 synergic pattern 又分為 flexor synergy and extensor synergy

Stage IV：開始有獨立動作(isolated movement)，肌肉張力也開始下降

Stage V：幾乎可以不受 synergic pattern 的影響，肌肉張力逐漸接近正常，可以做獨立動作(isolated movement)

Stage IV: coordination 已接近正常，肌肉張力也接近正常，只有在速度快或做交替動作時才會出現異樣。

90% 的 CVA 會經過上述六期，每個人各期時間可能不同，也有些人停留在某個時期而未再進行下去。此外病患會依序經過這六期，不會跳躍式的出現六期的症狀。對於 TBI 的復原表現，如果受傷部位和 CVA 相同便會出現上述六期，如果受傷部位和不同，就不見的會出現上述六期。

Table 1.

stage	Upper extremity	Lower extremity	hand
I	flaccid	flaccid	flaccid
II	Spasticity is developing	Spasticity is developing	Little or no active finger flexion
III	Spacticity ↑ synergy pattern (<u>table 1</u>)	Spacticity ↑ synergy pattern	(1) Mass grasp (2) use of hook grasp but no release (3) no voluntary finger extension
IV	Spacticity ↓ (1) placing the hand behind the body (2) elevation of the arm to a forward-horizontal position (3) pronation-supination, elbow at 90°	Spacticity ↓ (1) hip abducted(supine) (2) knee isolated extended(sitting) (3) knee flexed(sitting) (4) ankle dorsiflexed(sitting)	(1) Lateral prehension, release by thumb movement (2) semivoluntary finger extension
V	Spacticity ↓ (1) arm-raising to a side-horizontal position (2) arm-raising forward and overhead (3) pronation-supination, elbow extended	Spacticity ↓ (1) knee isolated flexed (standing) (2) ankle dorsiflexed (standing) (3) ankle inversion/eversion (standing)	(1) Palmar prehension (2) Possible cylindrical and spherical grasp (3) Mass extension of digits
VI	Isolated joint movements are now freely performed	Nearly normal	All prehensile types under control

多數的 CVA 病人上肢屬於 flexion synergy pattern，在 Stage III 初期，病患的手無法跨中線。在 flexion synergy 中最強的是 elbow flexion，最容易也最早被表現出來，其他特徵則不一定會表現出來，不見得所有病人都有。因此在 fascilitate flexors 時最常從 fascilitate elbow flexion 開始。在 extensor synergy 中最強的是 shoulder adduction。多數的 CVA 病人下肢屬於 extension synergy pattern。在 flexion synergy pattern 中最強的是 Hip flexion；extension synergy pattern 中最強的是 Knee extension。flexion synergy 的動作類似 D1F，因此不鼓勵病人做 D1F 的動作，治療時會嘗試以 D2F 的動作來打破病人的 synergy pattern。

Table 2. Synergic pattern of the extremities

	Flexion synergy components	Extension synergy components
Upper extremity	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scapular retraction/elevation or hyperextension ▪ Shoulder abduction,ER ▪ Elbow flexion ▪ Wrist and finger flexion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scapular protraction ▪ Shoulder adduction,IR ▪ Elbow extension ▪ Forearm pronation ▪ Wrist and finger flexion
Lower extremity	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hip flexion,abduction,ER ▪ Knee flexion ▪ Ankle dorsiflexion, inversion ▪ Toe dorsiflexion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hip extension, adduction,IR ▪ Knee extension ▪ Ankle plantarflexion , inversion ▪ Toe plantarflexion

二.Principles of Bronnstrom approach

(1) elicitation of motion synergies on a reflex level

利用反射或協同動作誘發 Stage III 以下的病人

*當病人 flaccid 時，Brunnstrom 認為可以利用 abnormal pattern 來誘發它，使由不會動進入到會動

(2) Treatment according to the stages of recovery

治療遵循恢復的過程

(3) Breaking down the synergic pattern and eliciting voluntary normal movement of function

打破協同動作，加入自主性動作

(4) Preparation for ambulation training

避免太早走路。因為 abnormal gait 一但建立則很難打破，所以認為移準備好後再訓練 weight bearing 和 ambulation，以免以後還要花更多精力來打破 abnormal gait

三.Treatment according to the stages of recovery

Stage I：治療重點為誘發動作的產生

- ✓ Bed mobility training
- ✓ Passive,assisted active exercises and facilitation for the hemi-side

- ✓ Sit over the side of bed

Stage II: 治療重點為誘發 synergic pattern

- ✓ Activate both flexor and extensor synergy by verbal and tactile stimulation
- ✓ Sitting balance training
- ✓ Preparation for ambulation training(Gait preparation)
(ex: trunk balance ,standing balance training)

Stage III: 治療重點為 ↓ muscle tone 以打破 synergic pattern , ↑ voluntary movement

- ✓ Reinforcement of voluntary shoulder abduction
(做的時候頭要轉向好邊，以降低胸大肌的張力，但有些病人 proprioception 不好，必須靠視覺來 guide 它的動作，所以頭會轉向壞邊，此時可利用鏡子讓它轉向好邊，也能從鏡子看到壞手的動作。)
- ✓ Ambulation training

Stage IV: 治療重點為強調 independent movement training

- ✓ Introduce variations in movement direction
(主要在訓練病人逐漸改變 synergic pattern 的各部分，加強病人克制那些難以減少，但仍存在 synergy 的影響，flexion 著重於將動作導向身體中線，以打破 flexors 和 abductors 間的聯合，如叫病人手掌摸額頭及下巴等。 extension 則將之慢慢引向外側，以打破胸大肌的控制。)
- ✓ Balance training
- ✓ Ambulation training
(加強 pelvic 的控制，要建立 anterior tilt 的能力)

Stage V: 治療重點為延續或加強上個階段的訓練

- ✓ ↑ Speed and variations of movement
- ✓ Ambulation training with gait correction and ↑ balance ability

Stage VI: 治療重點為 coordination and equilibrium training 誘發正常的動作

參考資料

- (1) 林昭庚，新編彩圖針灸學，知音出版社。
- (2) 黃維三，針灸科學，正中出版社，台北，民74年。
- (3) 楊維傑，針灸經穴學，志遠出版社，台北，民86年。
- (4) 鄧良月等，國際針灸學教程，華夏出版社，北京，2004年。
- (5) 中國中醫研究院針灸研究所，標準針灸穴位圖冊，青島出版社，1990年。
- (6) 楊甲三，針灸學，知音出版社，台北，民83年。
- (7) 王啟才等，實用針灸臨床辯證論治，中醫古籍出版社，北京，2004年。
- (8) 孫申田、高維濱，針灸臨床學，中國醫藥科技出版社，北京，1996年。
- (9) 郭子光，現代中醫治療學，四川科學技術出版社，四川，1995年。
- (10) 戴秋孫，實用針灸治療學，人民衛生出版社，北京，2000年。
- (11) 朱江等，現代常用針灸法的臨床應用，中國中醫藥出版社，北京，2005年。
- (12) 國家中醫藥管理局，中醫病證診斷療效標準，國家中醫藥管理局，北京，1994年。
- (13) 楊維傑，董氏奇穴針灸學，志遠出版社，台北，民88年。
- (14) 李文憲，針灸精粹，樂群出版社，台北，民80年。
- (15) 盛燮蓀，中國古典毫針針法啟祕，啟業出版社，台北，民94年。
- (16) 蘭雲桂，經絡圖解，福建科學技術出版社，福建，2006年。
- (17) 薛立功，430種疾病針灸表解，中醫古籍出版社，北京，2005年。
- (18) 袁青，靳三針問答圖解，廣東經濟出版社，廣東，2003年。
- (19) 中國期刊全文數據庫（中國期刊網資料庫），中國學術期刊（光盤版）電子雜誌社出版
- (20) 再探針灸大成—數位典藏
<http://tung.dwu.edu.tw/acupuncture/main.html>
- (21) NIHSS 互動式電腦輔助教學—參考文件，高雄長庚紀念醫院
<http://www1.cgmh.org.tw/strokesk/NIHSS/cai/index2.htm>