中医医疗技术手册

（2013 普及版）

主编　王国强

国 家 中 医 药 管 理 局
中 医 医 疗 技 术 协 作 组　编

编委会名单

主　　编：王国强

副 主 编：马建中

执行主编：许志仁

编　　委：（按姓氏笔画排列）

吴　凯　杨龙会　杨华元　杨荣臣

杨荣源　邴媛媛　武晓冬　范劲松

金二澄　赵文华　黄　晖　蒋　健

编　　审：齐淑兰

工作人员：（按姓氏笔画排列）

王　瑾　严华国　李　珊　杨仁轩　明丽梅

程　强　董云龙　董继开　薛静怡

前　言

为加强中医医疗技术临床应用管理，促进中医医疗技术发展和临床应用，提高中医临床疗效，保障医疗安全，国家中医药管理局医政司开展了中医医疗技术整理、规范、管理、推广工作。

该项工作在全国范围内对各项中医医疗技术进行收集和整理，围绕整理的中医医疗技术，组织制定中医医疗技术操作方案并在全国范围内推广使用，以提高中医临床疗效。同时，通过开展联合攻关等方法解决中医医疗技术难点，不断提升现有中医医疗技术水平，拓展中医医疗技术适用范围，并注重在中医理论的指导下，充分应用现代科技成果，开发一批技术水平高、临床疗效好的中医医疗技术，并逐步形成中医观念牢固、技术水平高、临床疗效好、创新能力强的中医医疗技术人才队伍。根据国家中医药管理局的统一部署，我们还将通过各种形式向社会广泛宣传中医医疗技术的效果和优势，提高中医医疗技术的社会地位和影响力，增加人民群众对中医药的认知度。

为促进中医医疗技术相关工作持续深入开展，国家中医药管理局医政司成立了中医医疗技术协作组。协作组按专业类别划分成 11 个类别协作组，各类别协作组按照技术成立了若干个技术协作组。2012 年，中医医疗技术协作组遴选、整理并规范了第一批 100 余项成熟、规范的中医医疗技术，并组织协作组成员单位起草了各中医医疗技术操作方案。为方便宣传和推广，现将这些方案汇编为《中医医疗技术手册（普及版）》（以下简称《手册》）。

起草过程中，我们注重《手册》的学术性、准确性和实用性，并组织相关专家多次对稿件进行审核修改，力求对相关专业临床医生中医医疗技术操作水平起到确实的推动作用。

受水平所限，《手册》内容难免有不当之处，在实际工作中有何问题和建议，请及时反馈相关协作组。

国家中医药管理局中医医疗技术协作组

2013 年 1 月

目录

第一篇　针刺类技术.....7
第一章　毫针技术.....7
第二章　头针技术.....11
第三章　耳针技术.....16
第四章　腹针技术.....20
第五章　眼针技术.....23
第六章　手针技术.....27
第七章　腕踝针技术.....31
第八章　三棱针技术.....35
第九章　皮内针技术.....40
第十章　火针技术.....43
第十一章　皮肤针技术.....46
第十二章　芒针技术.....50
第十三章　鍉针技术.....54
第十四章　穴位注射技术.....56
第十五章　埋线技术.....59
第十六章　平衡针技术.....63
第十七章　醒脑开窍技术.....66
第十八章　靳三针技术.....69
第十九章　电针技术.....72
第二十章　贺氏三通技术.....76
第二十一章　浮针技术.....79
第二篇 推拿类技术.....88
第一章 皮部经筋推拿技术.....88
第二章 脏腑推拿技术.....92
第三章 关节运动推拿技术.....94
第四章 关节调整推拿技术.....97
第五章 经穴推拿技术.....102
第六章 导引技术.....104
第七章 小儿推拿技术.....107
第八章 器械辅助推拿技术.....112
第九章 膏摩技术.....114
第三篇 刮痧类技术.....118
第一章 刮痧技术.....118
第二章　放痧技术.....124
第三章　撮痧技术.....126
第四章 砭石治疗技术.....129
第四篇　拔罐类技术.....137

第一章　拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术.....137
第二章　药罐技术.....140
第三章　刺络拔罐技术.....142
第四章　针罐技术.....144
第五篇 灸类技术.....147
第一章　麦粒灸技术.....147
第二章　隔物灸技术.....152
第三章 悬灸技术.....155
第四章 三伏天灸技术.....158
第五章　温针灸技术.....161
第六章 热敏灸技术.....163
第七章 雷火灸技术.....172
第六篇 敷熨熏浴类技术.....178
第一章　穴位敷贴技术.....178
第二章　中药热熨敷技术.....184
第三章　中药冷敷技术.....186
第四章　中药湿热敷技术.....191
第五章　中药熏蒸技术.....194
第六章　中药泡洗技术.....198
第七章　中药淋洗技术.....201
第七篇 中医微创技术.....205
绪论.....205
第一章 针刀技术.....215
第二章 带刃针技术.....221
第三章　水针刀技术.....228
第四章　钩针技术.....232
第五章　刃针技术.....237
第六章　长圆针技术.....241
第七章　拨针（松解针）技术.....244
第八章　铍针技术.....247
第八篇 骨伤类技术.....252
第一章 理筋技术.....252
第二章　脱位整复技术.....274
第三章 骨折整复技术.....282
第四章 夹板固定技术.....312
第五章 石膏固定技术.....330
第六章 骨外固定支架技术.....336
第七章 牵引技术.....348
第八章 练功康复技术.....358
第九篇　肛肠类技术.....369
第一章 挂线技术.....369
第二章 枯痔（硬化）技术.....372
第三章 痔结扎技术.....375
第四章 中药灌肠技术.....378

第五章 注射固脱技术.....380
第十篇 气功类技术.....384
第一章 五禽戏.....384
第二章 六字诀.....389
第三章 易筋经.....395
第四章 八段锦.....403
第五章 五行掌.....411
第六章 保健功.....- 2 -
第七章 站桩功.....- 16 -
第八章 回春功.....- 21 -
第九章 放松功.....- 31 -
第十章 内养功.....- 41 -
第十一章 强壮功.....- 47 -
第十二章 真气运行法.....- 50 -
第十三章 新气功疗法.....- 53 -
第十四章 养气健目功.....- 60 -
第十五章 龟息养生功.....- 67 -
第十一篇 其他类技术.....- 75 -
第一章 脐疗法.....- 75 -
第二章 针刀刺营治疗急性扁桃体炎技术.....- 79 -
第三章 火针洞式引流技术.....- 80 -
第四章 烙治法治疗慢性扁桃体炎技术.....- 82 -
第五章 揉抓排乳技术.....- 84 -

附录一：病证索引

附录二：人体穴位图

第一篇　针刺类技术

第一章　毫针技术

毫针技术，是指利用毫针针具，通过一定的手法刺激机体的穴位，以疏通经络、调节脏腑，从而达到扶正祛邪、治疗疾病的目的。毫针技术的适应证广泛，用于治疗内、外、妇、儿等科的多种常见病、多发病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

临床上使用的毫针主要是不锈钢针，类型主要为环柄针、平柄针，规格主要根据针体的直径和长度来区分（见表 1、表 2）。

表 1：毫针直径规格表

规格/号数	22	24	26	28	30	32	34
直径/mm	0.50	0.45	0.40	0.35	0.30	0.25	0.22

临床上以直径 32～26 号（0.25mm～0.40mm）的毫针最为常用。粗针多用于四肢、腰臀部穴位，以及瘫痪、麻木等针感迟钝者；细针多用于头面、眼区穴位，以及小儿、体虚患者。

表 2：毫针长短规格表

规格/寸	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	4.0	5.0
长度/mm	15	25	40	50	65	75	90	100

临床上以长度 1.0～3.0 寸（25～75mm）的毫针最为常用，其中又以 1.5 寸（40mm）者用得最多。长针多用于肌肉丰厚部位深刺或透穴；短针多用于肌肉浅薄部位浅刺，如头面部穴位、耳穴。

（二）基本操作方法

包括消毒、进针、行针、留针、出针等。

1.消毒

针刺前必须做好针具、腧穴部位及医生手指的消毒。

2.进针法

进针时，一般用双手配合。右手持针，靠拇、示、中指夹持针柄，左手按压针刺部位，以固定腧穴皮肤。临床常用以下几种进针方法：

（1）指切进针法

用左手拇指或示指的指甲切按腧穴皮肤，右手持针，针尖紧靠左手指甲缘迅速刺入。

（2）舒张进针法

用左手拇、示二指将所刺腧穴部位皮肤撑开绷紧，右手持针刺入。用于皮肤松弛部位的腧穴。

（3）提捏进针法

用左手拇、示二指将欲刺腧穴两旁的皮肤捏起，右手持针从捏起的上端将针刺入。用于皮肉浅薄部位的腧穴，如印堂穴等。

（4）夹持进针法

左手拇、示二指持消毒干棉球，裹于针体下端，露出针尖，将针尖固定在所刺腧穴的皮肤表面，右手捻动针柄，两手同时用力，将针刺入腧穴。用于较长毫针的进针。

3.行针与得气

毫针刺入后，施行提插、捻转等行针手法，使之得气，并进行补泻。得气亦称针感，是指将针刺入腧穴后所产生的经气感应。当这种经气感应产生时，医生会感到针下有沉紧的感觉；同时病人出现酸、麻、胀、重等感觉。得气与否以及得气的快慢，直接关系到针刺的治疗效果。

常用的行针手法有以下两种：

（1）提插法

提插法是将针刺入腧穴一定部位后，使针在穴内进行上、下提插的操作方法。将针从浅层向下刺入深层为插；由深层向上退至浅层为提。

（2）捻转法

捻转法是将针刺入一定深度后，用右手拇指与示、中指夹持针柄，进行前后旋转捻动的操作方法。

4.留针与出针

医生可根据病情确定留针时间，一般病证可酌情留针 15～30 分钟。出针时，用左手拇、示指按住针孔周围皮肤，右手持针作轻微捻转，慢慢将针提至皮下，然后将针起出，用无菌干棉球按压针孔，以防止出血。

二、常见疾病的毫针治疗技术

（一）中风病（急性脑血管病）

中风病是以突然昏仆，不省人事，半身不遂、口角歪斜、语言不利，或不经昏仆仅以口歪、半身不遂为临床主症的疾病。本病的形成，主要在阴阳失调的情况下或因忧思恼怒，或以劳累、房劳等因，致风阳煽动，心火暴盛，风火相并，气血上逆；或因嗜酒，恣食厚味，脾虚痰热内盛，化火动风，风火挟痰上扰，蒙蔽清窍，发为中风。本病参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组《中风病诊断与疗效评定标准》中风病的诊断标准。

临床上根据意识有无障碍而分为中脏腑和中经络，本节主要讲述中经络的毫针治疗。

【治则治法】疏通经络，行气活血。

【操作步骤】

取穴：百会、风池、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里穴。可随症配穴，足内翻加丘墟透照海，便秘加天枢，语言不利加廉泉。

刺法：直刺，行提插捻转手法。风池穴操作时针尖向鼻尖方向斜刺0.8～1.2寸，廉泉穴向舌根斜刺0.8～1.5寸。

疗程：急性期每日1次，恢复期及后遗症期隔日1次，每次留针20～30分钟，10次为1个疗程。

（二）头风（紧张性头痛、血管神经性头痛）

头痛是指以头部疼痛为主要临床表现的病症。脑为“髓海”，头为诸阳之会、清阳之府，五脏六腑之气皆上会于头。外邪侵袭或内伤诸疾皆可导致气血逆乱，瘀阻脑络，脑失所养而发生头痛。本病诊断参照《中药新药临床研究指导原则》中有关标准。

头痛分为外感头痛和内伤头痛两大类，本节主要讲述内伤头痛的毫针治疗。

【治则治法】疏经活络，行气活血止痛。

【操作步骤】

取穴：百会、风池、合谷、太冲、头维，可随症配穴，少阳头痛加率谷、角孙；太阳头痛加天柱、太阳；阳明头痛加攒竹、印堂。

刺法：头部穴位多予以斜刺或平刺，肢体穴位多直刺。风池穴操作时针尖向鼻尖方向斜刺 0.8～1.2 寸，或平刺透风府穴。进针后行提插捻转手法。

疗程：每次留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

（三）面瘫病（周围性面神经麻痹）

面瘫病是以口眼向一侧歪斜为主要症状的一种疾病。其表现为一侧面部松弛，额纹消失，眼裂增大，鼻唇沟变浅，口角下垂，并被牵向健侧，不能蹙额、皱眉、示齿、鼓颊等动作，部分患者初期耳后疼痛，还可出现味觉减退或听觉过敏，甚至外耳道出现疱疹等。本病多由络脉空虚，风寒之邪乘虚侵袭阳明、少阳脉络，致经气阻滞，筋脉失养，筋肌纵缓不收而发病。其诊断参照《中药新药临床研究指导原则》中有关标准。

【治则治法】活血通络，疏调经筋。

【操作步骤】

取穴：风池、翳风、地仓、颊车、合谷穴。随症配穴：鼻唇沟平坦加迎香；鼻中沟歪斜加水沟；颏唇沟歪斜加承浆；目不能合加阳白、攒竹或申脉、照海。

刺法：对于面部穴位，初起宜浅刺、轻刺，一周后酌予平刺透穴或斜刺。

疗程：每次留针 20～30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

（四）肩凝症（肩关节周围炎）

肩凝症是以肩部弥漫性疼痛伴活动受限为主要症状的一种疾病。其表现为日轻夜重，晨起关节活动后疼痛减轻，局部可伴有广泛的压痛，手臂外旋、外展、上举、后旋等动作受限。后期病变组织发生粘连，功能障碍逐渐加重，形成“冻肩”，最后导致肩关节功能丧失。本病早期以疼痛为主，晚期以功能障碍为主。一般认为，肩部受凉、过度劳累、慢性劳损与本病的形成有关。其诊断参照《中药新药临床研究指导原则》中有关标准。

【治则治法】疏筋通络，行气活血。

【操作步骤】

取穴：肩髃、肩髎、肩前、阿是穴、条口穴。可随症配穴：上臂痛加臂臑、曲池；肩胛痛加曲垣、天宗。

刺法：直刺。

疗程：每次留针 20～30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

（五）腰痛病（急性腰扭伤、腰椎间盘突出症）

腰痛病是以自觉腰部疼痛为主症的一类病证，表现为腰部重痛、酸麻，拘急不可俯仰，或痛连臀腿。本病的发生主要与感受外邪、跌仆损伤等有关。其诊断参照《中药新药临床研究指导原则》中有关标准。

本病分为寒湿腰痛、瘀血腰痛和肾虚腰痛三大类，本节主要讲述瘀血腰痛的毫针治疗。

【治则治法】舒经通络，活血化瘀。

【操作步骤】

取穴：肾俞、腰夹脊、委中、阿是穴。

刺法：直刺。

疗程：每次留针 20～30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

三、禁忌症

1.孕妇不宜在下腹、腰骶部及合谷、三阴交、至阴等部位和腧穴进行针刺。

2.小儿囟门未合时，头顶部的腧穴不宜针刺。

3.皮肤感染、溃疡或肿瘤部位，不宜针刺。

4.有出血倾向者，慎行针刺。

四、注意事项

1.患者在过于饥饿、劳累及精神过度紧张时，不宜立即进行针刺。

2.对身体虚弱、气血亏虚的患者，针刺时手法不宜过强，并尽量让患者采取卧位。

3.对胸、胁、腰、背脏腑所居之处的腧穴，不宜深刺。

4.针刺眼区和颈部穴位（如风府、哑门等）时，要注意掌握一定的角度和深度，不宜大幅度提插、捻转和长时间留针，以免伤及重要的组织器官。

5.对尿潴留的患者，针刺小腹部腧穴时，应避免深刺。

五、针刺时对异常情况的处理与预防

1.晕针：多见于初次接受针刺的患者，由于精神紧张、体位不适、针刺刺激过强等，患者会突然出现头晕目眩、面色苍白、心慌汗出、晕厥等。应立即停止针刺，将针全部起出，让患者去枕平卧，可指掐或针刺水沟、素髎、内关、合谷、太冲、足三里、涌泉等急救穴，并采取其他必要的处理措施。

2.滞针：由于患者精神紧张，或针刺后患者因疼痛局部肌肉痉挛，或进针后患者体位变动，使肌肉纤维缠绕针体，导致行针时或留针后针下滞涩，行针或出针困难，使患者感觉疼痛。应嘱患者放松，或在滞针腧穴附近，进行循按或扣弹针柄，或在附近再刺一针。

3.弯针：由于手法不熟练，或针下碰到坚硬的组织，或留针时患者体位变动，或因滞针处理不当，使针柄改变了进针或留针时的方向，行针及出针困难，患者感到疼痛。应停止行针，将针顺着弯曲的方向缓慢退出。

4.断针：由于针具质量不佳，或行针时过于用力，使针折断在人体内。用左手拇示指在针旁按压皮肤，使针的残端暴露体外，右手用镊子将针拔出；若折断部分深入皮肤时，应在X线下定位，手术取出。

5.血肿：由于刺破血管导致微量的皮下出血，出现局部青紫或包块，一般不必处理，可自行消退。若局部肿胀疼痛剧烈，可采用先冷敷后热敷之法。

6.气胸：针刺胸部、背部和锁骨附近的穴位过深，刺穿了胸腔和肺组织，气体积聚于胸腔而导致气胸，患者会出现胸痛、胸闷、呼吸困难等。一旦发生气胸，应立即起针，并让患者采取半卧位休息，切勿恐惧而翻转体位。一般漏气量少者，可自然吸收；对于严重病例需及时组织抢救，如胸腔排气、少量慢速输氧等。

第二章　头针技术

头针技术是指在头皮特定部位针刺的一种治疗技术，适用于脑源性疾病（如中风、呆病等）及痛证等病症的治疗。

一、基本操作方法

（一）分区定位

按颅骨的解剖名称额区、顶区、颞区、枕区 4 个区，14 条标准线（左侧、右侧、中央共 25 条）。

1.额区（见图 1）

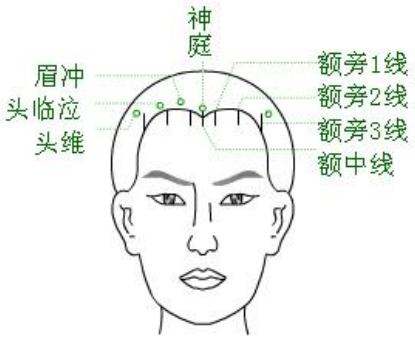


图 1 头面部头针穴线图示

（1）额中线

定位：在额部正中，前发际上下各 0.5 寸，即自神庭穴向下针 1 寸，属督脉。

主治：头痛、强笑、自哭、失眠、健忘、多梦、癫狂病、鼻病等。

（2）额旁 1 线

定位：在额部，额中线外侧直对目内眦角，发际上下各半寸，即自眉冲穴沿经向下刺 1 寸，属足太阳膀胱经。

主治：冠心病、心绞痛、支气管哮喘、支气管炎、失眠等上焦病证。

（3）额旁 2 线

定位：在额部，额旁 1 线的外侧，直对瞳孔，发际上下各半寸，即自头临泣向下针 1 寸，属足少阳胆经。

主治：急慢性胃炎、胃十二指肠溃疡、肝胆疾病等中焦病证。

（4）额旁 3 线

定位：在额部，额旁 2 线的外侧，自头维穴的内侧 0.75 寸处，发际上下各 0.5 寸，共 1 寸，属足少阳胆经与足阳明胃经之间。

主治：功能性子宫出血、阳痿、遗精、子宫脱垂、尿频、尿急等下焦病证。

2.顶区（见图 2、图 3、图 4）

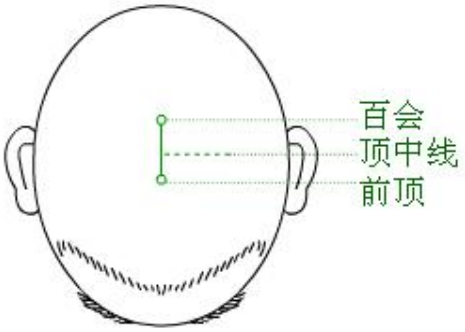


图 2 头顶头针穴线图示

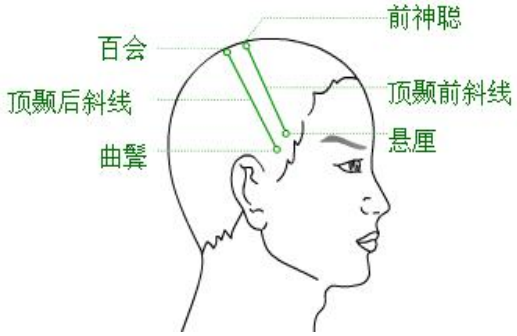


图 3 头侧面头针穴线图示



图 4 头顶及侧面头针穴线图示

（1）顶中线

定位：在头顶正中线上，自百会穴向前 1.5 寸至前顶穴，属督脉。

主治：腰腿足病症，如瘫痪、麻木、疼痛、皮层性多尿、小儿夜尿、脱肛、胃下垂、子宫脱垂、高血压、头顶痛等。

（2）顶颞前斜线

定位：在头顶侧面，从前顶穴至悬厘穴的连线，此线斜穿足太阳膀胱经、足少阳胆经。

主治：对侧肢体中枢性运动功能障碍。将全线分 5 等份，上 1/5 治疗对侧下肢中枢性瘫痪；中 2/5 治疗对侧上肢中枢性瘫痪；下 2/5 治疗对侧中枢性面瘫、运动性失语、流涎、脑动脉硬化等。

（3）顶颞后斜线

定位：在头顶部侧面，从百会穴至曲鬓穴的连线，此线斜穿督脉、足太阳膀胱经和足少阳胆经。

主治：对侧肢体中枢性感觉障碍。将全线分 5 等份，上 1/5 治疗对侧下肢感觉异常；中 2/5 治疗对侧上肢感觉异常；下 2/5 治疗对侧头面部感觉异常。

（4）顶旁 1 线

定位：在头顶部，顶中线左右各旁开 1.5 寸的两条平行线，自承光穴起向后针 1.5 寸，属足太阳膀胱经。

主治：腰腿足病证，如瘫痪、麻木、疼痛等。

（5）顶旁 2 线

定位：在头顶部，顶旁 1 线的外侧，两线相距 0.75 寸，距正中线 2.25 寸，自正营穴起沿经线向后针 1.5 寸，属足少阳胆经。

主治：肩、臂、手病症，如瘫痪、麻木、疼痛等。

3.颞区（见图 4）

（1）颞前线

定位：在头部侧面，颞部两鬓内，从额角下部向前发际处颔厌穴到悬厘穴，属足少阳胆经。

主治：偏头痛、运动性失语、周围性面神经麻痹及口腔疾病等。

（2）颞后线

定位：在头部侧面，颞部耳上方，耳尖至上自率谷穴到曲鬓穴，属足少阳胆经。

主治：偏头痛、眩晕、耳聋、耳鸣等。

4.枕区（见图 5）

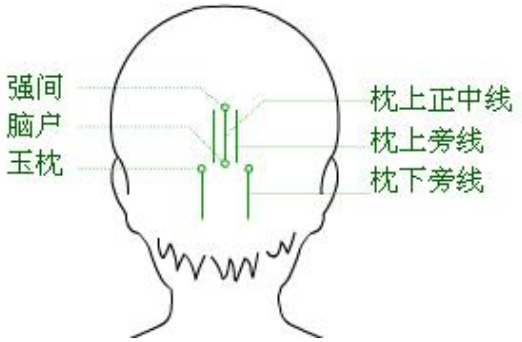


图 5 头后面头针穴线图示

（1）枕上正中线

定位：在枕部，枕外粗隆上方正中的垂直线，自强间穴至脑户穴，属督脉。

主治：眼病。

（2）枕上旁线

定位：在枕部，枕上正中线平行向外 0.5 寸。

主治：皮层性视力障碍、白内障、近视眼、目赤肿痛等眼病。

（3）枕下旁线

定位：在枕部，从膀胱经玉枕穴向下引一直线，长 2 寸，属足太阳膀胱经。

主治：小脑疾病引起的平衡障碍、后头痛、腰背两侧痛。

（二）针具及操作方法

针具：选用直径 0.35㎜，长 40～50㎜ 的毫针。

操作方法：

1.进针

（1）进针角度

一般宜在针体与皮肤成 30°角左右进针，然后平刺进入穴线内。

（2）快速进针

将针迅速刺入皮下，当针尖达到帽状腱膜下层时，指下感到阻力减小，然后使针与头皮平行，根据不同穴线刺入不同深度。

（3）进针深度

进针深度宜根据患者具体情况和处方要求决定。一般情况下，针刺入帽状腱膜下层后，

使针体平卧，进针 3cm 左右为宜。

2.行针（见图 6）

（1）捻转

在针体进入帽状腱膜下层后，术者肩、肘、腕关节和拇指固定不动，以保持毫针相对固定，示指第一、二节呈半屈曲状，用示指第一节的桡侧面与拇指第一节的掌侧面持住针柄，然后示指掌指关节作伸屈运动，使针体快速旋转，要求捻转频率在 90 次/分钟左右，持续 2～3 分钟。

（2）提插

手持毫针沿皮刺入帽状腱膜下层，将针向内推进 3cm 左右，保持针体平卧，用拇、示指紧捏针柄，进行提插，指力应均匀一致，幅度不宜过大，如此反复操作，持续 3～5 分钟左右。提插的幅度与频率根据患者的病情而定。



图 6 头针行针示意图

3.留针

（1）静留针

在留针期间不再施行任何针刺手法，让针体安静而自然地留置在头皮内。一般情况下，头针留针时间宜在 15～30 分钟。如症状严重、病情复杂，病程较长者，可留针 2 小时以上。

（2）动留针

在留针期间内，间歇重复施行相应手法，以加强刺激，在较短时间内获得即时疗效。一般情况下，在 15～30 分钟内，宜间歇行针 2～3 次，每次 2 分钟左右。

4.出针

先缓慢出针至皮下，然后迅速拔出，拔针后必须用消毒干棉球按压针孔，以防出血。

二、常见疾病的头针治疗技术

（一）中风病（脑梗死、脑出血）

本病多由气血逆乱，导致脑脉闭阻或血溢于脑脉外，以昏仆、半身不遂、肢麻、舌謇等为主要临床表现。本病依照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】醒脑开窍，疏通经络。

【操作步骤】

1.选穴

（1）肢体感觉障碍：可选取对侧顶颞后斜线、顶旁 1 线、顶旁 2 线等。如头面部感觉障碍选取下 2/5，上肢感觉障碍选取中 2/5 或顶旁 2 线，下肢感觉障碍选取上 1/5 或顶旁 1 线。

（2）肢体乏力：可选取对侧顶颞前斜线、顶旁 1 线、顶旁 2 线。如头面部感觉障碍选取下 2/5，上肢感觉障碍选取中 2/5 或顶旁 2 线，下肢感觉障碍选取上 1/5 或顶旁 1 线。

（3）平衡障碍：可选取枕下旁线等。

（4）失语：可选对侧顶颞前斜线下 2/5、颞前线等。

（5）尿储留：可选取额旁 3 线、顶旁 1 线等。

2.操作：选用直径 0.35㎜、长 40～50㎜ 的毫针，使针身与皮肤表面约成 30° 角，针尖平刺入穴内，快速进针，深度约 30㎜。在针体进入帽状腱膜下层后行快速捻转手法，频率约 90 次/分钟，必要时可辅以小幅度的提插，以患者能忍受为度。针后也可令患者活动患部，以助针效。留针 15～30 分钟（病程长者，可适当延长留针时间），每日 1 次。

（二）急性腰扭伤

腰部扭伤后出现一侧或两侧剧烈疼痛，活动受限，常保持一定强迫姿势，以减少疼痛。患者多为青壮年，有腰部扭伤史。本病多为局部皮肉筋脉受损，以致经络不通，经气运行受阻，瘀血壅滞局部而致疼痛。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络止痛。

【操作步骤】选取双侧枕下旁线、顶旁 1 线等。选用直径 0.35㎜、长 40～50㎜ 的毫针，

使针身与皮肤表面成 30°角，针尖平刺入穴内，快速进针，深度约 30㎜。在针体进入帽状腱膜下层后行快速捻转手法，频率约 90 次/分钟，以患者接受为度。针后也可令患者缓慢活动腰部，以助针效。留针 15～30 分钟，每日 1 次，7 次为 1 个疗程。

（三）呆病（老年性痴呆、血管性痴呆、混合性痴呆等）

本病为神志疾患，记忆缺损常是最早的临床表现。肾气肾精亏虚、脑髓失养是呆病的基本病机。本病按照 2007 年新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医内科学·痴呆》进行诊断。

【操作步骤】选取额中线、额旁 1 线、额旁 2 线、额旁 3 线、顶中线。选用直径 0.35㎜、长 40～50㎜ 的毫针，使针身与皮肤表面成 30°角，针尖平刺入穴内，快速进针，深度约 30㎜。在针体进入帽状腱膜下层后行快速捻转（约 90 次/分钟），配合小幅度提插，以患者接受为度。留针 15～30 分钟，每日 1 次，20 次为 1 个疗程。

三、禁忌症

1.囟门和骨缝尚未骨化的婴儿。

2.头部颅骨缺损处或开放性脑损伤部位，头部严重感染、溃疡、瘢痕者。

3.患有严重心脏病、重度糖尿病、重度贫血、急性心肌炎症和心力衰竭者。

4.中风患者，急性期如因脑血管意外引起昏迷、血压过高时，暂不宜用头针治疗，须待血压和病情稳定后方可做头针治疗。

四、注意事项

1.留针时针体应露出头皮，不宜碰触留置在头皮下的毫针，以免折针、弯针。如局部不适，可稍稍退出 0.1～0.2 寸左右。对有严重心脑血管疾病，但需要留针时间较长者，应加强监护，以免发生意外。

2.行针捻转时应注意观察，防止晕针等不良反应发生；对精神紧张、过饱、过饥者应慎用，不宜采取强刺激手法。

3.头皮较紧密部位常易遗忘所刺入的毫针，起针时需反复检查。

4.头针长时间留针，并不影响肢体活动，在留针期间可嘱患者配合运动，有提高临床疗效的作用。

5.头皮血管丰富，注意防止出血。

第三章　耳针技术

耳针技术是用特定针具或丸状物在耳郭相应穴位实施刺激以诊治疾病的一种治疗技术。本技术依据中医学中耳郭与人体各部存在着一定联系的理论，以及望耳的形态、色泽可以辅助诊断疾病等原理，通过刺激耳部穴位来防治疾病。其治疗范围较广，临床上常用于治疗各种疼痛性疾病及某些功能紊乱性病症。

一、常用针具及基本操作方法

（一）常用针具

常用的针具包括 15㎜ 短柄毫针、图钉形揿针及王不留行、莱菔子等丸状物。

（二）选穴方法（穴位分布见图 1、图 2）

1.根据所患疾病部位选穴：如胃痛选胃穴，肺病选肺穴，肩痛选肩穴等。

2.根据中医理论选穴：如皮肤病选肺穴，是根据“肺主皮毛”的理论；耳鸣选肾穴，是因“肾开窍于耳”；偏头痛选胆穴，是因胆经循行“上抵头角”循行于侧头；目赤肿痛选肝穴，是因“肝开窍于目”等。

3.根据现代医学理论选穴：如月经不调选内分泌，失眠选神门，心律失常选心穴，高血压病选降压沟等。

4.根据临床经验选穴：如目赤肿痛用耳尖穴等。

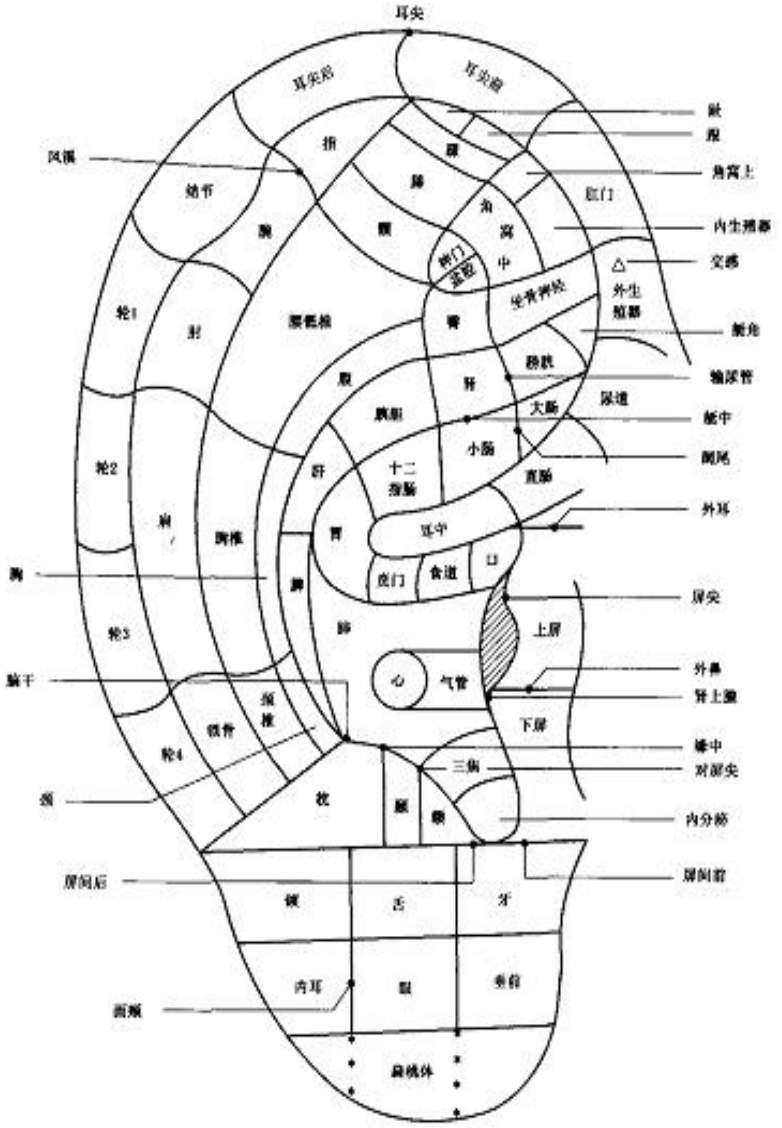


图 1 标准耳穴定位示意图（正面）

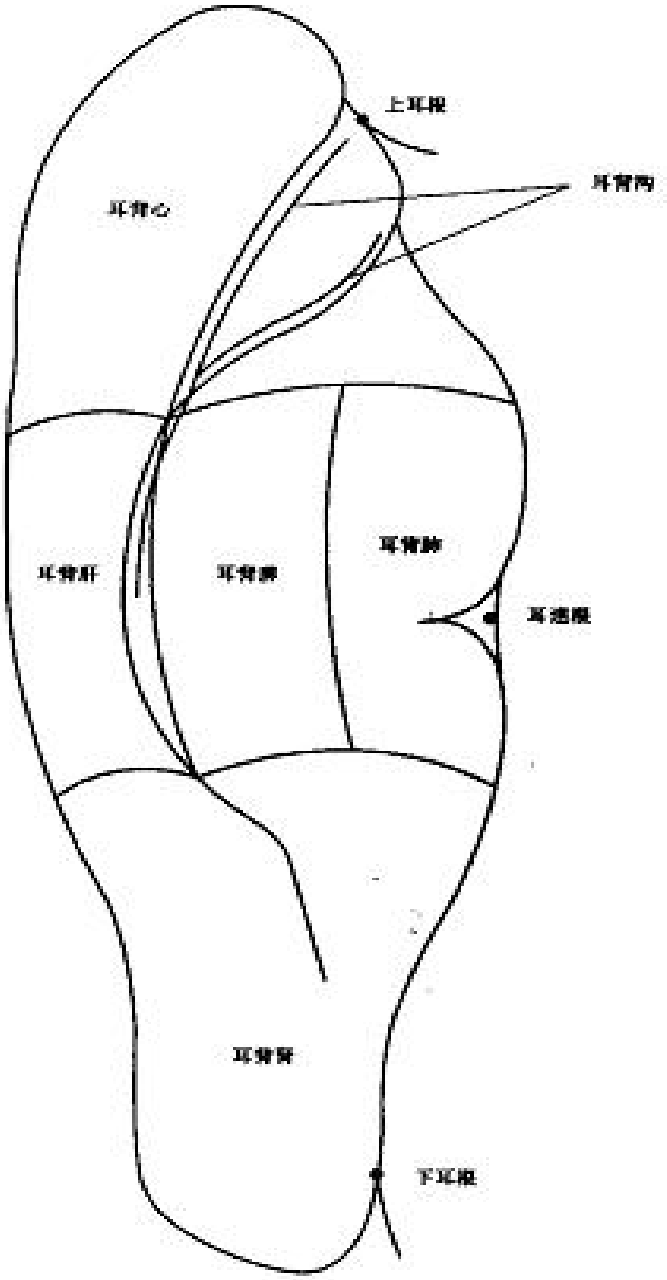


图 2 标准耳穴定位示意图（背面）

（三）刺法

在耳穴上确定穴位或寻找反应点后常规消毒。根据需要选用 15㎜ 短柄毫针或用特定之图钉形揿针。进针时以左手固定耳郭，右手进针，进针深度以穿破软骨但不透过对侧皮肤为度，留针 15～30 分钟。出针后用消毒干棉球压迫针孔，防止出血。必要时再涂以乙醇或碘伏，预防感染。揿针则需外敷胶布，留针 1～2 天。如采用耳穴压丸法，则用一手固定耳郭，另一手用镊子夹取耳穴压丸贴片贴压于耳穴并适度按揉，根据病情嘱患者定时按揉。宜留置 2～4 天。

二、常见疾病的耳针治疗技术

（一）头风（原发性头痛）

本病是以头部疼痛为主要临床表现的病症，可由各种外感及内伤因素导致头部经络功能失常、气血失调、经络不通或脑窍失养所致。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。本技术适用于原发性头痛的急性期。

【治则治法】通络理气止痛。

【操作方法】以揿针埋于脑、额、枕、胆、神门耳区穴位。每周 1～2 次，每次留针 1～2 天，2 周为一疗程。

（二）痛经（原发性痛经）

凡于月经期间或前、后发生在下腹部的疼痛及不适，以致影响正常生活或工作者称为痛经。多由情志不调，气滞血瘀；或外感寒湿之邪客于胞宫，气血运行不畅；或肝肾不足，精血亏虚，胞宫失养所致。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通调冲任，活血止痛。

【操作方法】选用短柄毫针或图钉形揿针，刺子宫、肾、屏间、卵巢耳区穴位。短柄毫针留针 30 分钟，揿针留针 1～2 天。每周 2 次，1 月为一疗程。

（三）不寐（原发性失眠）

不寐是以经常不能获得正常睡眠，或见入睡困难，或睡眠不实而易醒，或早醒，甚则彻夜不眠为特征的病症。本病多因情志不遂或思虑劳倦，内伤心脾，心神失养；或心肾不交，心火独炽；或宿食停滞，胃不和则卧不安。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】养心安神利眠。

【操作方法】以揿针埋于皮质下、心、肾、肝、神门、垂前、耳背心耳区穴位。每周 2 次，每次留针 1～2 天，1 月为一疗程。

（四）便秘（功能性便秘）

本病是指大便秘结不通，粪质干燥、坚硬，排便艰涩难下，常常数日一行，甚至非用泻药、栓剂或灌肠不能排便的病症，多因大肠传导功能失常所致，与脾胃及肾脏关系密切，可分为虚秘和实秘两类。根据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】润肠通便。

【操作方法】以揿针埋于直肠下段、大肠、脑耳区穴位。每周治疗 2 次，每次留针 1～2 天，2 周为一疗程。

三、禁忌症

1.有习惯性流产史的孕妇。

2.年老体弱、严重贫血、过度疲劳者。

3.耳局部皮肤破溃、感染者。

四、注意事项

1.耳针治疗疼痛类疾病及功能紊乱性疾病通常作为辅助技术，临床上须根据病情与各专科治疗方法相结合，以防延误病情。

2.严格消毒，预防感染。耳郭冻伤或有炎症的部位禁针。若见针眼发红、耳部胀痛，应及时用 2%碘酒涂擦，或口服消炎药。

3.耳针亦可发生晕针，需注意预防处理。

4.对扭伤及肢体活动障碍的病人，进针后待耳郭充血发热后，宜嘱其适当活动患部，或在患部按摩、加灸等，可增加疗效。

第四章　腹针技术

腹针技术是通过针刺腹部特定穴位治疗全身疾病的一种针刺方法。该技术根据以神阙穴为中心的腹部先天经络系统理论（图 1），寻找与全身部位相关的反应点，并对其进行相应的轻微刺激，从而达到治疗疾病的目的。临床主要适用于神经系统和运动系统疾病。

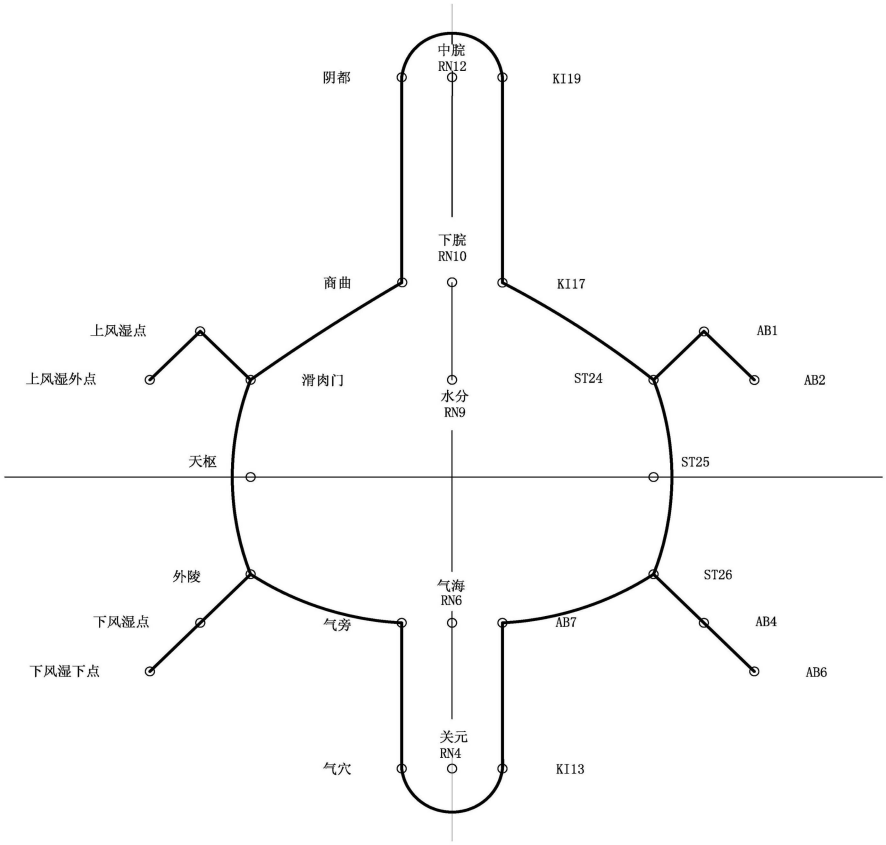


图 1 腹部先天经络图

一、针具及基本技术

（一）针具

腹针针具根据针具的不同直径分为 A、B、C 三类，分别为Φ0.22mm、Φ0.20mm、Φ0.18mm。每类中又根据针具的不同长度分为 I 型、II 型、III 型，分别为 50mm、40mm、30mm。

（二）腹针取穴方法

1.腹部分寸的标定（骨分寸取穴法）

上腹部分寸的标定：中庭穴至神阙穴确定为 8 寸。

下腹部分寸的标定：神阙穴至曲骨穴确定为 5 寸。

侧腹部分寸的标定：从神阙、经天枢穴至侧腹部腋中线确定为 6 寸。

2.腹部分寸的测量（水平线法）

中庭穴至神阙穴两个穴位点之间的水平线上的直线距离为 8 寸。

神阙穴至曲骨穴两个穴位点之间的水平线上的直线距离为 5 寸。

侧腹部的腋中线至神阙穴两个穴位点之间的水平线上的直线距离为 6 寸。

（三）腹针的针刺方法

1.针刺手法

进针时应避开神经、血管，根据处方的要求，按照顺序进行针刺。

（1）进针：准确度量，确定穴位后，采用套管针，快速弹入皮下。

针刺深度：浅刺——皮下，中刺——脂肪层，深刺——肌层。

（2）行针：①缓慢捻转不提插 1～2 分钟。②轻捻转慢提插 1～2 分钟。

（3）出针：留针 30 分钟后出针，出针时按照进针顺序缓慢捻转出针。

二、常见疾病的腹针治疗技术

（一）项痹病（神经根型颈椎病）

本病常因督脉劳损、气血不足、感受外邪等导致经脉闭阻，以颈项部疼痛及上肢麻木，头、颈、肩部活动受限，甚者影响日常工作和生活。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】舒筋活血、通络止痛，松解粘连，滑利关节。

【腹针处方】中脘、关元、商曲（双）、滑肉门（双）。

【操作步骤】

1.体位：患者仰卧位，医者站于患者右侧，检查患者头部前屈、后伸及向左右旋转活动度并进行记录。

2.测量：医者一手握住度量尺分别对处方穴位进行度量标记。

3.针刺顺序：中脘、关元、商曲（双）、滑肉门（双）进行针刺，根据患者体型选择适当的 A 类针具刺入皮下。

4.针刺深度：将中脘、关元深刺、商曲浅刺、滑肉门患侧浅刺、健侧中刺。

5.检查患侧的活动度并与治疗前进行比较。如果病情没有改善，继续调整针刺深度至临床症状改善。

【特别提示】

1.在针刺过程中用双手托住患者枕部，引导向运动障碍方向做徐缓地主动运动。

2.症状较轻者，在针刺过程中即可进行适当的颈部前屈后伸、左右侧屈及环转等主动运动。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

本病主要是因为外伤劳损，筋脉失养；或肝肾阴虚，气血不足，不能濡养筋骨；或外感风寒湿邪，脉络拘急所致，主要表现为肩部疼痛和功能障碍。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】舒筋活血，通络止痛，松解粘连，滑利关节。

【腹针处方】中脘、商曲（健）、滑肉门（患）。

【操作步骤】

1.体位：患者仰卧位，医者站于患者右侧，检查患肢的外展、外旋被动活动度并进行记录。

2.测量：医者一手握住度量尺分别对处方穴位进行度量标记。

3.针刺顺序：中脘、商曲（健）、滑肉门（患）进行针刺，根据患者体型选择适当的 A 类针具刺入皮下。

4.针刺深度：将中脘深刺、商曲中刺、滑肉门浅刺

5.检查患肢的外展、外旋被动活动度并与治疗前进行比较。如果病情没有改善，继续调整针刺深度至临床症状改善。

【特别提示】

在治疗同时必须配合适当的肩部功能锻炼，要求患者持之以恒，循序渐进，因人而异。方法可选用前后摆动、回旋运动、爬墙高举、内收外展以及牵拉滑车等。

（三）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

本病常因膝关节周围软组织慢性劳损、肝肾不足、外邪闭阻经脉所致。临床以膝关节疼痛、肿胀、活动受限为主要表现。活动或天气变化时疼痛加重，常反复发作。依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】舒筋活血，通络止痛，松解粘连，滑利关节。

【腹针处方】中脘、关元、气旁（健）、外陵（患）、下风湿点（患）。

【操作步骤】

1.体位：患者仰卧位，医者站于患者右侧，检查患膝的屈伸活动度并进行记录。

2.测量：医者一手握住度量尺分别对处方穴位进行度量标记。

3.针刺顺序：中脘、关元、气旁（健）、外陵（患）、下风湿点（患）进行针刺，根据患者体型选择适当的A类针具刺入皮下。

4.针刺深度：中脘深刺、关元深刺、气旁中刺、外陵中刺、下风湿点浅刺。

5.检查患膝的活动度并与治疗前进行比较。如果病情没有改善，继续调整针刺深度至临床症状改善。

三、禁忌症

1.凝血机能障碍的患者。

2.孕妇。

3.急腹症。

4.腹部肿瘤。

5.针刺穴位局部皮肤有破损、感染患者。

四、注意事项

1.在治疗过程中，应随时注意患者对腹针治疗的反应，若有不适，应及时进行调整，以防止发生意外事故。

2.饭后半小时后进行治疗，在治疗前应排空大、小便。

3.天气寒冷时针刺完成后，要注意腹部的保暖。

第五章　眼针技术

眼针技术是在眼眶周围的特定穴区进行针刺的一种微针技术，具有用针小、取穴少、针刺浅、手法轻、操作简、安全无痛的特点，凡用于针灸治疗的疾病都可用眼针治疗，特别适用于中风、眩晕、头痛、不寐、郁证、痿证及痛证。

一、基本操作方法

（一）眼区的划分

眼针是根据后天八卦将眼睛分为八个区十三个穴。也可以用钟表的时间显示法来掌握眼区的划分。将眼区看成是一个表盘，以时针计算，一周是 12 小时，将 12 小时分成八份，每份代表一个区的时限，为 1.5 小时即 90 分钟（图 1、图 2）。

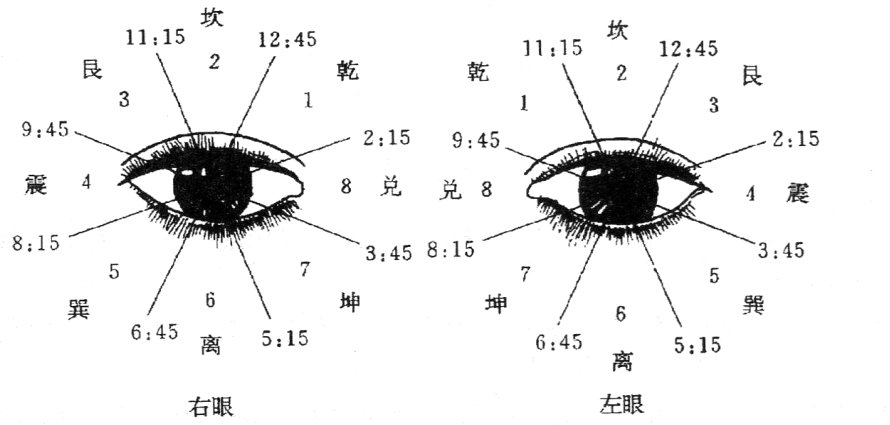


图 1 眼区划分图

眼针穴区即：1 区：肺、大肠；2 区：肾、膀胱；3 区：上焦；4 区肝、胆；5 区：中焦；6 区：心、小肠；7 区：脾、胃；8 区：下焦。1、2、4、6、7 五个区，每区一脏一腑 2 个穴，中心线前为脏，中心线后为腑（图 2）。

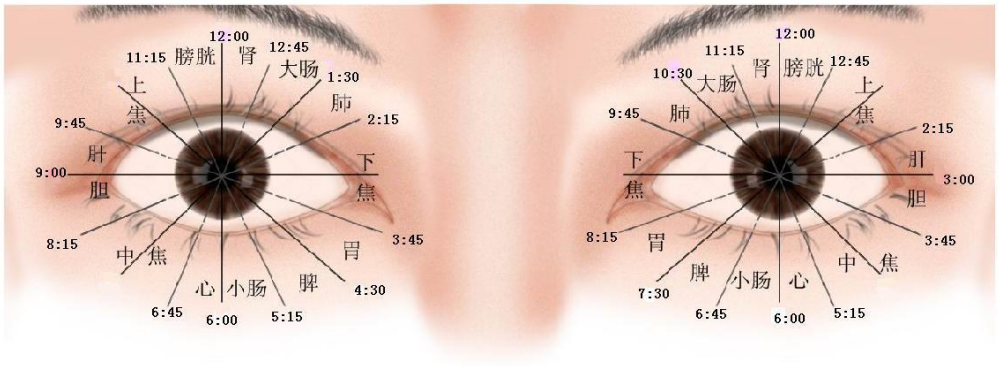


图 2　眼区穴位图

1. 一区

肺区穴、大肠区穴。

肺区穴：在瞳孔的内上方，左眼相当于时钟 9：45－10：30 之间，右眼相当于时钟 2：15－1：30 之间，左右对称。

大肠区穴：在瞳孔的内上方，左眼相当于时钟的 10：30－11：15 之间，右眼相当于时

钟的 1：30－12：45 之间，左右对称。

主治：肺系疾病、大肠病证、眼病等。

2.二区

肾区穴、膀胱区穴。

肾区穴：在瞳孔上方偏内侧，左眼相当于时钟 11：15－12：00 之间，右眼相当于时钟 12：45－12：00 之间，左右对称。

膀胱区穴：在瞳孔上方偏外侧，左眼相当于时钟 12：00－12：45 之间，右眼相当于时钟 11：15－12：00 之间，左右对称。

主治：脑病、肾系疾病、膀胱病证、眼病等。

3.三区

上焦区穴。

在瞳孔外上方，左眼相当于时钟 12：45－2：15 之间，右眼相当于时钟 11：15－9：45 之间，左右对称。

主治：脑病、心系疾病、眼病等。

4.四区

肝区穴、胆区穴。

肝区穴：在瞳孔的外方偏上，左眼相当于时钟的 2：15－3：00 之间，右眼相当于时钟的 9：45－9：00 左眼之间，左右对称。

胆区穴：在瞳孔的外方偏下，左眼相当于时钟的 3：00－3：45 之间，右眼相当于时钟的 9：00－8：15 之间，左右对称。

主治：脑病、肝系疾病、胆腑病证、眼病等。

5.五区

中焦区穴。

在瞳孔外下方，左眼相当于时钟的 3：45－5：15 之间，右眼相当于时钟的 8：15－6：45 之间，左右对称。

主治：脾胃病、胁痛、消渴、眼病等。

6.六区

心区穴、小肠区穴。

心区穴：在瞳孔的下方偏外侧，左眼相当于时钟的 5：15－6：00 之间，右眼相当于时钟的 6：45－6：00 之间，左右对称。

小肠区穴：在瞳孔的下方偏内侧，左眼相当于时钟的 6：00－6：45 之间，右眼相当于时钟的 6：00－5：15 之间，左右对称。

主治：心系疾病、神志病、小肠病证、眼病等。

7.七区

脾区穴、胃区穴。

脾区穴：在瞳孔内下方，左眼相当于时钟的 6：45－7：30 之间，右眼相当于时钟的 5：15－4：30 之间，左右对称。

胃区穴：在瞳孔内下方，左眼相当于时钟的 7：30－8：15 之间；右眼相当于时钟的 4：30－3：45 之间，左右对称。

主治：脾胃病、眼病等。

8.八区：

下焦区穴。

在瞳孔内侧，目内眦外，左眼相当于时钟的 8：15－9：45 之间；右眼相当于时钟的 3：45－2：15 之间，左右对称。

主治：脑病、膀胱病证、痿痹、眼病等。

（二）针刺方法

眼针最常用的针刺方法是眶外横刺法（即平刺法），即选好穴区，用 0.35㎜×13㎜ 毫针在距眼眶内缘 2㎜ 的眼眶上，从穴区的一侧刺向另一侧，通过真皮层，到达皮下组织中，留针 30 分钟。针体保持在选定的穴区内，不可超越穴区的界限（见图 3）。

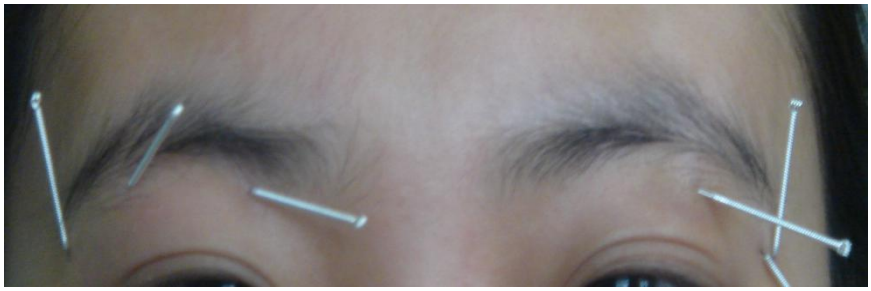


图 3　眶外横刺法

二、常见疾病的眼针技术

（一）中风病（脑梗死）

本病是由于气血逆乱导致脑脉闭阻或血溢脉外，以卒然昏仆，不省人事，半身不遂，口眼歪斜，语言不利为主症的病证。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】醒脑开窍，通经活络。

【操作方法】眶外横刺肝区穴、肾区穴、上焦区穴、下焦区穴。风痰阻络者加脾区穴，痰热腑实者加脾区穴、胃区穴、大肠区穴，气虚血瘀者加心区穴、脾区穴。每日 1 次，2 周为一疗程。

【特别提示】下焦区时，针尖从鼻梁正中线与两眼内眦连线交叉点刺入，分别刺向两眼内眦，刺入 0.5 寸。

（二）眩晕

本病由风阳上扰，痰瘀内阻等导致脑窍失养，脑髓不充，以头晕目眩，视物旋转为主要表现。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】平肝潜阳，滋养肝肾。

【操作方法】眶外横刺肝区穴、肾区穴、上焦区穴。痰浊上蒙者加脾区穴，气血亏虚者加心区穴、脾区穴。每日 1 次，2 周为一疗程。

（三）头风（原发性头痛）

本病是由肝阳上亢，痰浊互结而致清阳不升，或浊邪上犯，清窍失养，以头部疼痛为主要临床表现的病症。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】平肝潜阳，通络止痛。

【操作方法】眶外横刺肝区穴、肾区穴、上焦区穴。痰浊上扰者加脾区穴，瘀阻脑络者加心区穴，气血亏虚者加心区穴、脾区穴。每日 1 次，2 周为一疗程。

（四）不寐（失眠）

本病是指脏腑机能紊乱，气血亏虚，阴阳失调导致不能正常睡眠。依据 1994 年国家中

医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】调和脏腑，养血安神。

【操作方法】眶外横刺心区穴、脾区穴。阴虚火旺者加肝区穴、肾区穴；肝郁化火者加肝区穴；心虚胆怯者加胆区穴。每日 1 次，2 周一疗程。

（五）郁证

本病是由于情志不舒、气机郁滞所致，以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒喜哭，或咽中如有异物梗塞等为主要临床表现的病证。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏肝理气，解郁安神。

【操作方法】眶外横刺肝区穴、心区穴。气郁化火者加胆区穴；心脾两虚者加脾区穴；阴虚火旺者加肾区穴。每日 1 次，2 周为一疗程。

三、禁忌症

1.脑出血急性期禁用。

2.精神疾病，不能配合治疗者禁用。

3.震颤不止、躁动不安、眼睑有瘢痕组织者慎用。

四、注意事项

1.针前要做好解释工作，避免病人的恐惧心理。

2.起针要慢，要用干棉球按压针孔避免出血。

3.一旦出现晕针和出血现象，要按常规处理。

第六章　手针技术

手针技术是指针刺手部的特定区域以治疗疾病的一种针刺技术。该技术的产生，是以生物全息理论为基础，即把内部脏腑组织器官缩影投射于手部特定区域，通过刺激相应反应区，达到调整脏腑、治病防病的目的。临床上常用以治疗各类急性痛症（如急性腰扭伤、头痛、胃痛、痛经、坐骨神经痛等），对产后缺乳、小儿遗尿、支气管炎、哮喘、心律失常、皮肤瘙痒症等，亦有较好的效果。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用针具

以直径为 0.35mm、长 15～25mm 的毫针为主。

（二）选穴方法

1.手针的基本全息图象

手针的全息图象框架以手象针为代表认为，手上有数个不同的人形穴区图，这些穴区图符合生物全息律的特点，临床常用的是手纵向排列的全息象和横向排列的全息象。

纵向排列的全息象：就象一个俯卧的人形。中指为头项，示指、环指为上肢，拇指、小指为下肢，第三掌骨为脊柱。其余的身体器官依次排列。人体阳面的组织器官，在方氏手象针里称之为手伏象。同理，人体阴面的组织器官称为手伏脏。如手伏象示例（见图 1）。

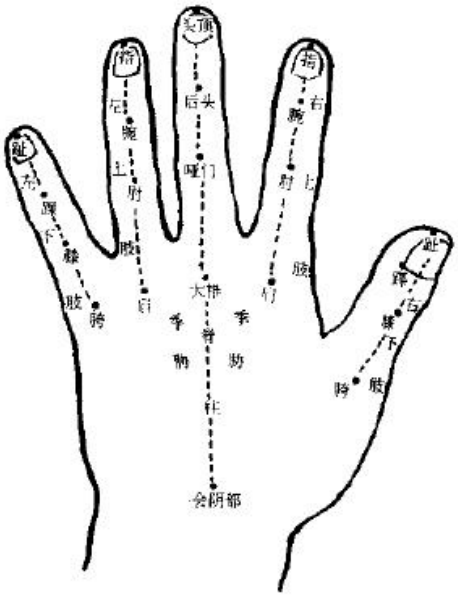


图1 纵向排列全息象示意图

横象的全息象：把手示指、小指向前伸出。拇指、中指、环指缩起，可以又得到一个“全息人象”的雏形：桡骨小头及第一掌骨为头项，示指为上肢，小指为下肢，掌面及掌背即分别为躯干的内、外侧。其外侧称为横伏象，其内侧称为横伏脏。如横伏象示例（见图 2）。

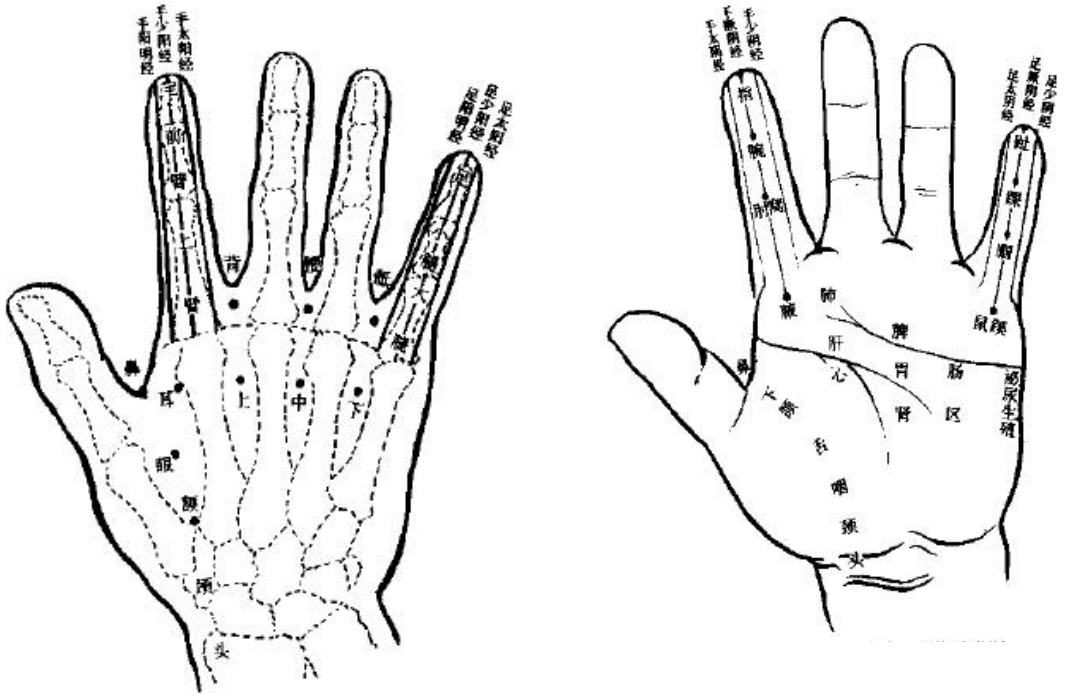


图 2 横伏象示例

2.主要的刺激区

（1）咳喘点：位于手掌面，示指掌指关节尺侧处。
（2）夜尿点：位于掌面小指第二关节横纹中点处。
（3）心点：位于掌面二、三掌骨之间掌横纹之上。
（4）胃肠点：位于劳宫穴与大陵穴连线之中点处。
（5）止痒点：位于手掌尺侧，距腕横纹尺侧缘 1 寸，赤白肉际处。
（6）肺点：位于掌面，小指第 1、2 指骨间横纹中点。
（7）坐骨神经点：位于第四、五指掌关节间，近第四指掌关节处。
（8）睡眠点：手背，在合谷穴与三间穴连线的中点处。
（9）腰腿点：手背第二指伸肌腱桡侧及第四指伸肌腱尺侧，距腕横纹远心瑞 1 寸 5 分处。
（10）肩点：在手背部，位于第二掌骨远心端与示指指骨近心端，每侧共 2 穴。
（11）头顶点：位于中指第一指关节桡侧赤白肉际处。
（12）会阴点：位于小指第一指关节桡侧赤白肉际处。
（13）后头点（又称扁桃腺）：位于小指第一指关节尺侧赤白肉际处。
（14）足跟点：位于胃肠点（劳宫穴与大陵穴连线之中点处）与大陵穴连线之中点处。
（15）前头点：位于示指第一指关节桡侧赤白肉际处。

3.手针取穴、配方

手针取穴主要有 4 种方法。

（1）按部取穴：即按疾病所在部位或脏器取相应的手穴。如眼病取眼点，肩痛取肩点，腰扭伤取腰腿点等。

（2）对应取穴：针对某些症状选取相应的手穴，如咳嗽、哮喘选咳喘点，小儿夜尿选夜尿点等。

（3）据中医理论取穴：即依据传统的脏腑经络学说选穴，如失眠取心点，因心主神明；泌尿生殖病取足跟点等。

（4）综合取穴：即将多种取穴法所选之穴，结合运用。如皮肤瘙痒症，可按症状取止痒点；按中医理论“肺主皮毛”取肺点，组合成方。

一般而言，手针技术取穴配方宜精，选用 1～3 穴为宜。本技术以同侧取穴为主，即左侧有病，取左侧穴位；右侧有病，取右侧穴位；两侧有病或内脏病可取两侧穴位。

（三）基本操作方法

1．进针法

（1）一般进针法：令患者手呈自然弯曲位，术者手持毫针，针尖紧靠骨膜外面而垂直于掌面，直刺入穴位，以不刺入骨膜为准，深度 2～5㎜ 为宜。此法适用于多数手穴。

（2）特殊进针法：此法据穴位不同而有所差别。腰腿点针刺时，要求患者略握拳，腕关节呈背屈位。针身应与皮肤表面成 45° 角，针尖略向掌心，从伸指肌腱与掌骨之间刺入，深约 10㎜ 为宜。另如针坐骨神经点，先直刺，深约 5㎜，以刺至骨膜为度（针尖有明显抵触，患者自觉针感强烈），得气后，留针 1～3 秒钟，再提针斜刺向上刺至骨膜。

2．行针法

一般采用小幅度捻转之法。如治疗疼痛性病症时，则须用较大幅度捻转结合提插的强刺激手法，持续运针 2～3 分钟，并嘱患者尽量活动病痛处或做局部按摩；痛止后，尚须继续行针 1～3 分钟。

3．留针时间

手针技术的留针时间为 5～15 分钟，疼痛性疾患可适当延长留针时间。有些疾病则可采取间断留针法，如以睡眠点治失眠时，可先直刺 15㎜，捻转 2 分钟，留针 2 分钟，再捻转 2 分钟后留针。

4．疗程

手针技术治疗急性病可每日 1～2 次，不计疗程；慢性病每日或隔日 1 次，10 次为一疗程。

二、常见疾病的手针治疗技术

（一）急性腰扭伤

表现为腰部一侧或两侧剧烈疼痛，活动受限，常保持一定强迫姿势，以减少疼痛。患者多为青壮年，有腰部扭伤史。本病多为局部皮肉筋脉受损，以致经络不通，经气运行受阻，瘀血壅滞局部而致疼痛。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络止痛。

【操作步骤】选取同侧的腰腿点进针。选用 25㎜ 毫针，使针身与皮肤表面成 45° 角，针尖斜向掌心，从伸指肌腱与掌骨之间刺入，深约 10㎜。以该穴位有酸胀感为度。也可以针后令患者扭动腰部，以助针效，留针 15 分钟。每日治疗 1 次。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

本病以肩周疼痛，伴肩关节活动功能障碍为主要表现，疼痛多以夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发。查体见肩部肌肉萎缩，肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限明显。本病好发年龄在 50 岁左右，女性发病率高于男性，多见于体力劳动者。常因外伤筋骨，气血不足复感受风寒湿邪所致。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋活络，通痹止痛。

【操作步骤】以同侧肩点（即手伏象的肩部）取穴为主，以 15㎜ 毫针直刺，深度 10㎜，留针 15 分钟。每周治疗 3 次，2 周为一疗程。

（三）头风（原发性头痛）

本病是以头部疼痛为主要临床表现的病症，可由各种外感及内伤因素导致头部经络功能失常、气血失调、经络不通或脑窍失养所致。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】解痉通络，祛风止痛。

【操作步骤】取 15㎜ 毫针，于手伏象头顶相应部位直刺，深度 10㎜。气虚则可加针直刺横伏象头顶部位，留针 15 分钟。每周治疗 3 次，2 周为一疗程。

（四）痛经（原发性痛经）

痛经是指月经期间或前、后发生在下腹部的疼痛及不适，以致影响正常生活或工作的病症。本病多由情志不调，气滞血瘀；或外感寒湿之邪客于胞宫，气血运行不畅；或肝肾不足，精血亏虚，胞宫失养所致。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理气活血止痛。

【操作步骤】以会阴点为主穴，后头点，足跟点为配穴。皆取 15㎜ 毫针直刺，深度以 5㎜ 左右为宜。会阴点、后头点可深及骨膜。此时针下当有抵抗感，足跟点则应避开骨膜及血管，留针 15 分钟。每周治疗 3 次，1 月为一疗程。

（五）不寐（原发性失眠）

不寐是以经常不能获得正常睡眠，或见入睡困难，或睡眠不实而易醒，或早醒，甚则彻夜不眠为特征的病症。本病多因情志不遂或思虑劳倦，内伤心脾，心神失养；或心肾不交，心火独炽；或宿食停滞，胃不和则卧不安。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。本技术适用于该疾病的各种证型。

【治则治法】安神助眠。

【操作步骤】以睡眠点为主穴，前头点、后头点为配穴。皆取 15㎜ 毫针直刺，深度以 10㎜ 为宜。留针 15 分钟，每周 3 次，1 月为一疗程。必要时可以配合体针以增强疗效。

三、禁忌症

1.局部皮肤破溃、感染者。

2.精神紧张、疲劳、虚弱者。

3.血液病有出血倾向者。

4.孕妇。

四、注意事项

1．手针技术针感较体针为强，治疗前宜向患者充分解释，以避免发生晕针。

2．针刺手穴，特别是沿骨膜斜刺时易损伤骨膜，故应注意手法轻柔。

3．严格消毒，防止发生感染。

4．手部血管较为丰富，针刺时手法宜轻柔，避免引起手掌部血肿。

第七章　腕踝针技术

腕踝针技术是以针刺人体的腕部及踝部区域来治疗疾病的针刺操作技术。其理论依据为将脏腑与体表不同区域相关联，再将不同体表区域与腕踝部各个区域相对应，然后通过刺激腕踝部特定区域，达到治疗相应脏腑疾病的目的。临床上常用来治疗各种痛症，神经系统疾病及内科疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用针具

以 25mm 或 40mm 长毫针为主。

（二）选穴方法

1.分区定位及选穴

（1）人体分区定位（见图 1、图 2）

本针法将人体表面分为 6 个区，以数字 1－6 分别命名。每一个区都与它所覆盖的内部器官相关联。具体分区如下：

1 区：躯体前正中线两侧的区域，包括额部、眼、鼻、舌、口唇、前牙、咽喉、气管、食道、心脏、上腹部、脐部、下腹部和会阴部。

2 区：躯体前面的两旁，包括颞部、颊部、后牙、颌下部、甲状腺、锁骨上窝、乳部、肺、肝、胆和侧腹部。

3 区：躯体前面的外缘（即 2 区的外缘）范围较窄，包括沿耳廓前缘的头面部、胸腹部，沿腋窝前缘向下的垂直线。

4 区：躯体前后交界区，包括头至耳垂直下的区域，斜方肌缘，胸腹部的腋窝顶至髂前上棘间的垂直区域。

5 区：躯体后面两旁，与前面 2 区相对应，包括颞后部、颈后外侧部、肩胛区、躯干两旁，下肢外侧。

6 区：躯体后正中线两侧的区域，与前面 1 区相对应，包括后头部、枕顶部、脊柱部、骶尾部及肛门等。

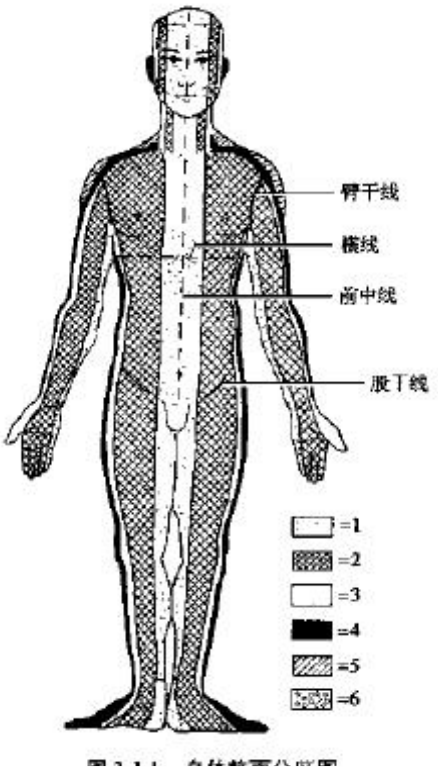


图 1 人体正面分区图

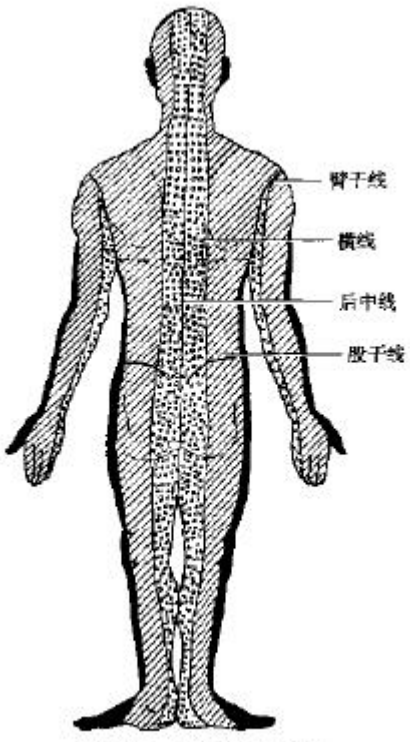


图 2 人体背面分区图

（2）腕踝部分区定位（见图 3、图 4）

腕与踝部分别确定刺激点。并按身体分区的规律用数字 1—6 予以相应的命名，即可确定治疗点。根据治疗点在腕与踝关节的位置不同，将腕关节的治疗点命名为：上 1 至上 6，踝关节的治疗点命名为下 1 至下 6。这样在人体四肢上，每部肢体可以得到 6 个治疗点，全身共可得到 12 个进针穴位，每个穴位分左右两侧共得到 24 个治疗点。

上 1 区：在小指侧的尺骨缘与尺侧屈腕肌腱之间。取法为：术者用一手的拇指摸到小指侧尺骨缘后，向前轻推，穴点的位置在靠肌腱内侧凹陷处。本穴较为常用。

上 2 区：在腕掌侧面的中央，掌长肌腱与桡侧屈腕肌腱之间，即心包经之内关穴。针刺时要注意避开血管。

上 3 区：靠桡动脉外侧，在腕横纹上两横指，桡骨边缘处。位于桡骨与桡动脉之间。

上 4 区：手掌向内，位于拇指侧的桡骨缘上两横指处，桡骨内外缘之中点。

上 5 区：腕背面的中央，桡骨与尺骨中间，近似与传统经络之三焦经的外关穴。

上 6 区：位于小指侧尺骨腕背面，腕横纹上两横指处。

下 1 区：靠跟腱内侧缘，相当于传统体穴太溪穴上三寸（同身寸，相当于三阴交处）。

下 2 区：在踝部上方，小腿内侧面中央，靠胫骨后缘处。

下 3 区：在踝部上方，胫骨前缘向内约 1 分（同身寸）处。

下 4 区：位于踝部上方，胫骨前嵴与腓骨前缘的中点处。

下 5 区：位于踝部上方，小腿外侧面中央，靠腓骨后缘处。

下 6 区：位于踝部上方，小腿后侧靠跟腱外缘处。

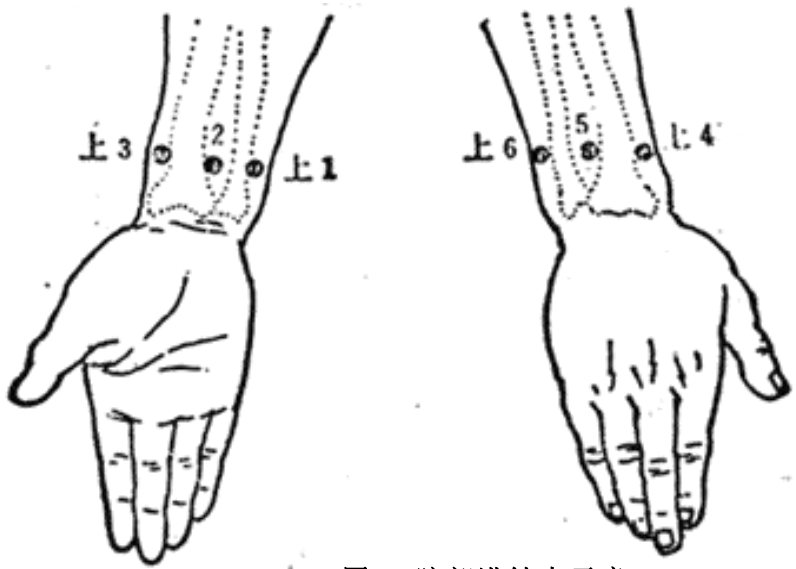


图 3 腕部进针点示意图

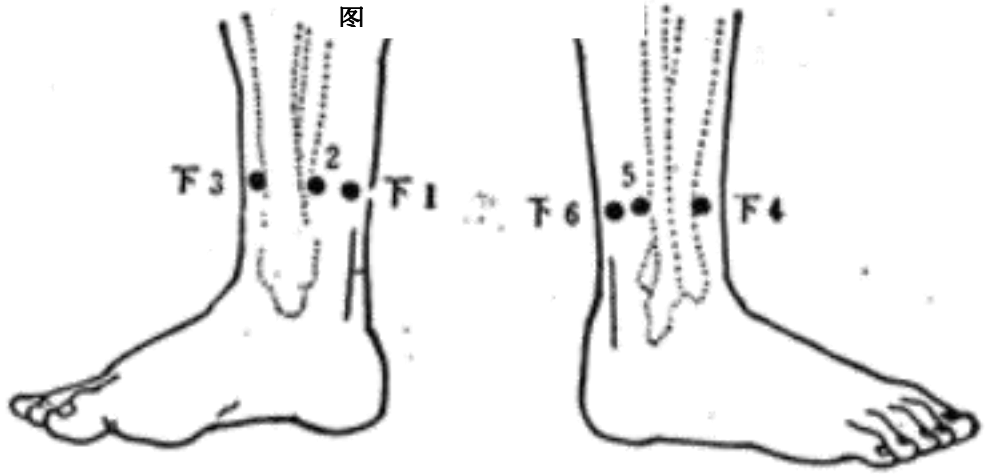


图 4 踝部进针点示意图

（3）选穴方法

选穴原则：选取病症所在的同侧同区域穴进行治疗。具体取穴时，横膈线以上的病症选腕部穴点，横膈线以下的病症选踝部穴。如病症跨上下两分区时，则可同时取上、下穴点组方；如前正中线病症，可选上 1 和下 1 组方。

配穴方法：可根据病患部位的区域指向配穴。如偏瘫，可取上 5、下 4 进行配穴。对难以确定部位的区域跨向的疾病，如失眠、盗汗、全身瘙痒症等病症，可取左右两侧穴点加以组方，上述病症即可取两侧之上 1 穴。

（二）基本操作方法

1.进针：常规消毒，医生一手固定穴点上部，以拇、示指拉紧皮肤，另一手拇指在下，示、中指在上夹持针柄，针与皮肤呈 30°，快速进入皮下。使针体循肢体纵轴沿真皮下行进，以针下有松软感为宜。如病人有酸、麻、胀、痛、沉等感觉，表明针体已深入筋膜下层，属进针过深，宜将针外退至浅表处。刚开始进针时，局部可稍感疼痛，待针刺入后疼痛应立即消失。为了保证针在皮下，针尖入皮肤后，放开持针手指，则针自然垂倒并贴近皮肤表面。进针方向以朝病端为原则，如病症在指或趾，针尖向下；在头胸或腰膝，针尖向上。针刺深度以露出针身 2mm 为宜，进针后将针循纵线沿皮下平刺插入；但针上下 1 或 6 穴时，针体应与腕部或踝部的边缘平行。

2.留针：一般留针 30 分钟。疼痛性病症或某些慢性病可适当延长留针时间。

二、常见疾病的腕踝针治疗

（一）感冒（上呼吸道感染）

感冒系外感风寒、风热诸邪，客于肺卫，以鼻塞、流涕、咳嗽、恶寒、发热、头身疼痛为主要临床表现的病证。临症分为风寒、风热、暑湿等不同证型。按照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】解表驱邪。

【操作步骤】以上 1 为主穴，根据症状配合上 2、上 5、上 4 等穴位。取 40㎜ 毫针，针尖向上，沿皮下水平刺入。每天 1 次，病愈而止。

（二）眩晕（颈性眩晕）

本病以头晕目眩，视物旋转为主要表现，多因风阳上扰，痰瘀内阻等导致脑窍失养，脑髓不充而诱发。按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】平肝潜阳，滋养肝肾。

【操作步骤】以上 1 为主穴，配上 3。取 40㎜ 毫针，针尖向上，沿皮下水平刺入。每周 3～5 次，1 月为一疗程。

（三）带下病（细菌性阴道炎）

本病以带下量多，绵绵不绝，质稠浊或清稀如水，气腥秽或恶臭为主症，多因冲任不固，带脉失约，致水湿浊液下注所致。按照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】化湿利浊，固摄带脉。

【操作步骤】下 1 取穴为主，配下 2。取 50㎜ 毫针，针尖向上，沿皮下水平刺入。每周 3 次，1 月为一疗程。

三、禁忌症

1.过度劳累、饥饿、精神紧张的患者，不宜立即针刺，需待其恢复再治疗。

2.体质虚弱的患者，刺激不宜过强。

3.有自发性出血倾向或因损伤后出血不止的患者，不宜针刺。

4.针刺局部皮肤有破溃、感染者。

5.其余禁忌症同普通针刺。

四、注意事项

1.如穴点皮下有较粗的血管，或针刺入后有显著疼痛时，进针点宜适当移位。移动进针点，应注意遵循移点不离线的原则，即沿纵线方向移位，不能向两旁移点。

2.若针刺过程中出现晕针意外，应迅速取针，并令患者平卧。

3.本针法不强调针感。进针时有触电感，疼痛明显或针尖触及坚硬组织时，应退针。

第八章　三棱针技术

三棱针技术是用三棱针刺入血络或腧穴，放出适量血液以达到治疗疾病目的的一种操作技术，具有通经活络、开窍泻热、调和气血、消肿止痛等作用。临床主要用于各种实证、热证或瘀血、疼痛等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

三棱针是一种用不锈钢制成，针长约 6cm，针柄稍粗呈圆柱形，针身呈三棱状，尖端三面有刃，针尖锋利的针具，分大、中、小三型。临床可根据不同病症及病人形体强弱，适当选择用针型号。针身应光滑，无锈蚀，针尖应锐利、无倒钩（见图 1）。

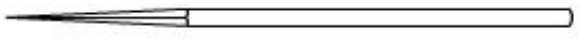


图 1 三棱针

（二）基本操作方法

1.消毒

（1）针具消毒：针具使用前应高温高压消毒，或宜选择一次性三棱针。

（2）操作部位消毒：用 75％乙醇消毒；或先用 2％碘酒消毒，待稍干后，再用 75％乙醇脱碘。

（3）医者消毒：医者双手应用肥皂水清洗干净，再用 75％乙醇棉签消毒。

2.选穴方法

根据治疗方案选取穴位。一般选取穴位处或穴位附近瘀阻明显的血络。

3.体位选择（见图 2）

以医者能正确取穴，操作方便，病人感觉舒适为原则。选取头项、上背部穴位时取俯伏坐位，头面、颈、胸部穴位时取仰靠坐位，背部、腰、臀以及下肢后部穴位时取俯卧位，头面、胸腹及四肢部穴位时取仰卧位，身体侧部穴位时取侧卧位。为了使体表络脉充盈，有时需要采取特殊的体位和方式。如急性腰扭伤取腘静脉委中放血，需病人站立位。刺络时患者局部暴露应充分，便于医生操作及出血处理。

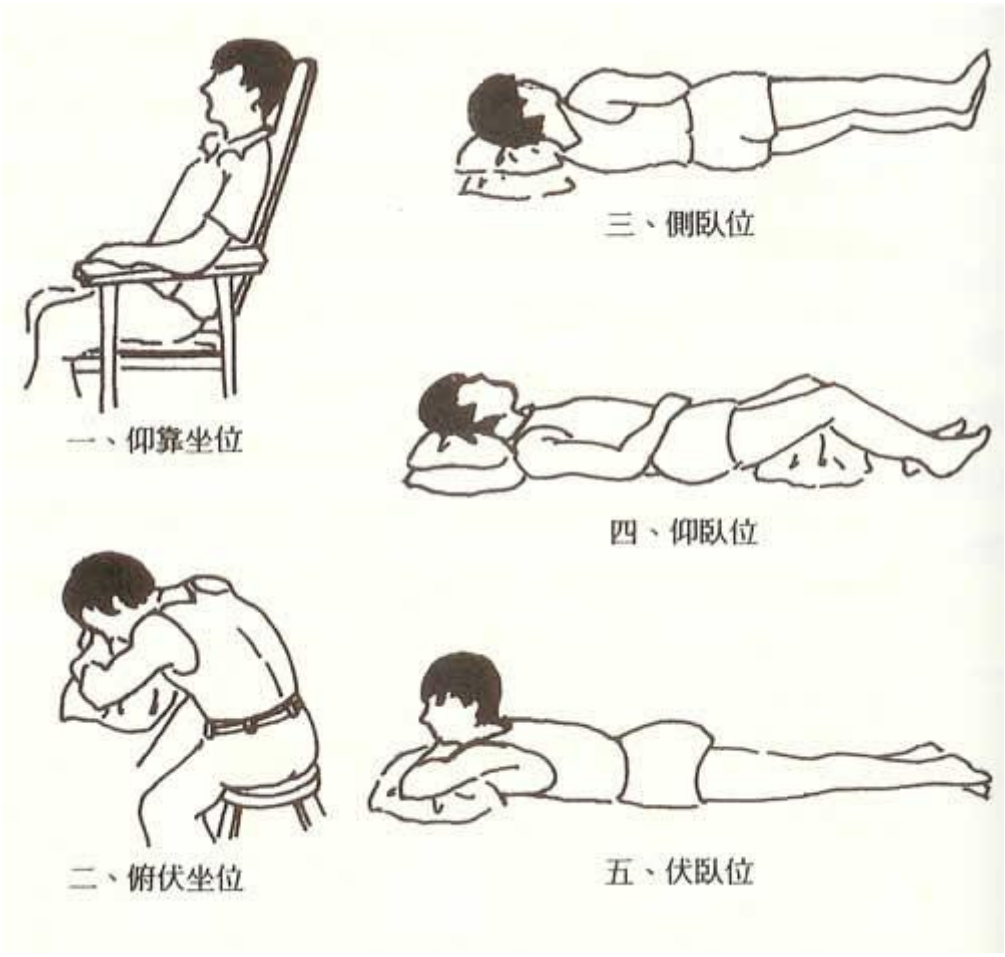


图 2 三棱针技术常用体位

4.针刺方法

三棱针刺法分为点刺法、散刺法、刺络法、挑治法。

（1）点刺法（见图 3）

点刺法，即用三棱针快速刺入人体特定浅表部位后快速出针的方法。针刺前，在点刺穴位的上下用手指向针刺处推按，使血液积聚于针刺部位，继之用 2%碘酒棉球消毒，再用 75%乙醇棉球脱碘，针刺时左手拇、示、中三指固定点刺部位，右手持针，用拇、示两指捏住针柄，中指指腹紧靠针身下端，针尖露出 3～5㎜。对准已消毒的部位，刺入 3～5㎜，随即将针迅速退出，后轻轻挤压针孔周围，使出血少许，然后用消毒棉球按压针孔。此法多用于指、趾末端的十宣、十二井穴和耳尖及头面部的攒竹、上星、太阳等穴。



图 3 点刺法示意图

（2）散刺法（见图 4）

散刺法，即用三棱针在病变局部及其周围施行多点点刺的方法，又叫“豹纹刺”。操作时，根据病变部位大小不同，可刺 10～20 针左右，由病变外缘呈环形向中心点刺，以促使

瘀血或水肿得以排除，达到祛瘀生新、通经活络的目的。此法多用于局部瘀血、血肿或水肿、顽癣等。

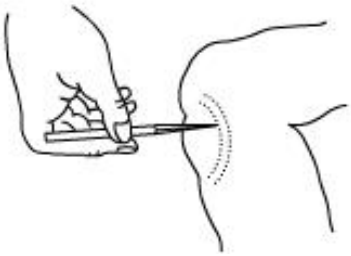


图 4 散刺法示意图

（3）刺络法（见图 5）

刺络法，即用三棱针刺破人体特定部位的血络或静脉，放出适量血液的方法。操作时，可先用止血带，结扎在针刺部位上端（近心端），然后常规消毒。针刺时左手拇指压在被针刺部位下端，右手持三棱针对准针刺部位的静脉，刺入脉中 2～3㎜，立即将针退出，使其流出少量血液，出血停止后，再用消毒棉球按压针孔。当出血时，也可轻轻按压静脉上端，以助瘀血外出，毒邪得泻。此法多用于曲泽、委中等穴，治疗急性吐泻、中暑、发热等病症。

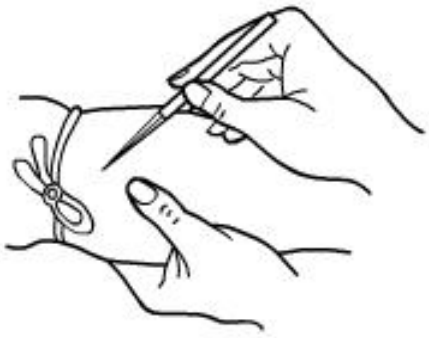


图 5 刺络法示意图

（4）挑治法（见图 6）

挑治法，即用三棱针刺入人体特定部位，挑破皮肤或皮下组织的方法。操作时，用左手按压施术部位两侧，或捏起皮肤，使皮肤固定，右手持针迅速刺入皮肤 1～2㎜，随即将针身倾斜挑破皮肤，使之出少量血液或少量粘液。也有刺入 5㎜ 左右，再将针身倾斜并使针尖轻轻挑起，挑断皮下部分白色纤维组织，然后出针，覆盖敷料。此法常用于肩周炎、胃痛、颈椎综合征、失眠、支气管哮喘、血管神经性头痛等病症。



图 6 挑治法示意图

5.出血量的确定

三棱针点刺出血量多少与治疗效果相关。原则上应考虑以下几方面因素：

（1）体质：体格强壮，气血旺盛者出血量可稍多；小儿、妇女及年老体弱者则出血量

应偏少。

（2）部位：头面、四肢末端指（趾）部出血量宜少；四肢部出血量可略多。

（3）病情：阳证、实证、热证、新病出血量宜多；阴证、虚证、久病则出血量宜少。

（4）在具体操作时，对出血量的定量一般分为以下 4 种：

①微量：出血量在 1ml 以下，即 1 滴左右。包括局部充血、渗血以及《内经》中所载“出血如大豆”、“见血而止”及“微出血”等情况。主要用于较大面积浅表疾患，如神经性皮炎、下肢慢性溃疡、银屑病、白癜风、末梢神经炎、顽癣等。

②少量：出血量在 1～5ml，即 10 滴左右。主要用于头面以及四肢指（趾）部穴位的一些急性、热性病，如感冒、急性结膜炎、急性咽炎、急性扁桃腺炎、疟疾等。

③中等量：出血量在 5～10ml。主要用于一些外科感染性疾患以及部分急症，如疔、疖、痈疽、乳腺炎和急性软组织扭伤、中暑及各种痛证等。

（4）大量：出血量在 10ml 以上，可达几十或者上百毫升。多用于一些慢性全身性疾患和部分急证实证，如真性红细胞增多症、癫狂等。放血时可以用三棱针缓刺加罐或注射器抽吸。

6.出针后处理

出针后出血，一般任其自然停止即可，后宜用无菌干棉球或棉签擦拭或按压，注意无菌操作防止感染。

二、常见疾病的三棱针治疗技术

（一）外感发热（上呼吸道感染）

外感发热病症见发热、流涕、咳嗽等，因风寒外袭或风热之邪郁于肌表而发病。本病按《中药新药临床研究指导原则》（2002年）关于感冒中医证候及西医的诊断标准进行诊断。

【治则治法】解表散邪。

【操作步骤】取大椎穴。局部消毒后用三棱针散刺大椎穴3～5针，予以拔罐，出血量1～5ml，拔罐10～15分钟，以局部青紫为度。每日1次。

（二）天行赤眼（急性结膜炎）

本病是以单侧或双目白睛红赤，伴点片状溢血为主症的一类疾病。多因猝感疫疠之气，或肺胃积热，侵犯肝经，上攻于目而发病。临床按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏风清热。

【操作步骤】取耳尖穴或太阳穴。局部消毒后用三棱针点刺耳尖或太阳穴，予以挤压，出血量1～5ml。每日1次，2周为一疗程。

（三）急喉痹（急性咽炎）

本病是以咽部疼痛，吞咽时疼痛加重为主症的疾病。查体可见咽黏膜充血、肿胀，咽后壁或见脓点。多因肺胃蕴热，或痰热上扰，蒸灼咽喉而为病。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏风清热。

【操作步骤】取大椎、少商、商阳穴。局部消毒后用三棱针散刺大椎穴3～5针，予以拔罐，出血量1～5ml，拔罐10～15分钟，以局部青紫为度，点刺少商、商阳穴，予以挤压，出血量1～5ml。每日1次或隔日一次，5～10次为一疗程。

（四）急性腰扭伤

腰痛是以一侧或双侧腰部剧烈疼痛为主症，可伴有活动受限，不能翻身、坐立和行走，常保持一定强迫姿势以减少疼痛。多见于青壮年，有腰部扭伤史。本病多为局部皮肉筋脉受损，经络不通，经气运行受阻，瘀血壅滞局部而致疼痛。临床按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血通络。

【操作步骤】取委中穴或周围显露血络。患者站立，暴露双委中穴，常规消毒，用三棱针点刺委中穴 1～3 针，局部加火罐，嘱患者活动腰部，作试探性前俯、后仰及旋转。5 分钟后取罐，用干棉球擦净血迹，乙醇消毒局部。隔日 1 次，5～10 次为一疗程。

（五）痹症（痛风性关节炎）

本病是以拇趾、跖趾关节、足背、足跟、踝、指、腕等小关节红肿剧痛反复发作，关节畸形，形成“痛风石”为主要表现的疾病。多因浊邪阻滞经络，气血运行不畅所致。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血通络。

【操作步骤】病灶处常规消毒，用三棱针散刺1～3针出血，出血量以5～10ml为度，放血结束后清洁创面。每日或隔日1次，2周为一疗程。

三、禁忌症

1.传染病和严重心、肝、肾功能损害者。

2.动脉禁刺。

3.血友病、血小板减少性紫癜等凝血机制障碍者。

4.孕妇、产后、习惯性流产者。

5.外伤有大出血者。

四、注意事项

1.体质虚弱、贫血严重及低血压者，慎用此法。对于饥饿、疲劳、精神高度紧张者，宜进食、休息、精神放松后施治。

2.对于重度下肢静脉曲张者，慎刺。一般下肢静脉曲张者，应选取边缘较小的静脉，注意控制出血量。

3.出针后，当出血量达到要求后应予以止血，可用消毒棉球按压针孔 5～10 分钟；若出血量不足，或不出血，则在出针后挤压针孔，使之出血；或按摩近心端血络，以加速出血或加用拔火罐吸拔血液。

4.施术后患者宜适当休息后离开。若发生晕针或晕血，应迅速停止施术，静卧片刻或抬高双腿，头部放低（不用枕头）；或适量饮水；或艾条灸百会穴等。

第九章　皮内针技术

皮内针技术是以皮内针刺入并固定于腧穴部位的皮内或皮下，进行较长时间刺激以治疗疾病的技术，临床上主要包括揿钉型皮内针（又称图钉型皮内针）和颗粒型皮内针（又称麦粒型皮内针）两种针具。具有作用时间长、操作方便等特点，主要应用于慢性疾病和疼痛类疾病，如颈肩、腰、腿痛、头痛、痛经、失眠、焦虑症等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用针具

1.揿钉式皮内针（见图 1）：针身长 2～2.5㎜，针身直径 0.28～0.30㎜（30～32 号），针柄呈圆形，其直径 4㎜，针身与针柄垂直。临床以针身长度为 2㎜ 和针身粗细为直径 0.28㎜（32 号）者最常用。多用于面部及耳穴等须垂直浅刺的部位，也可用于皮肤屈伸度较大的部位。

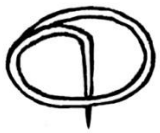


图 1 揿钉式皮内针

2.颗粒式皮内针（见图 2）：针身长 5㎜，针身直径 0.28㎜（32 号），针柄呈圆形，其直径 3㎜，针身与针柄在同一平面。可应用于身体大部分皮肤平坦、屈伸度不大的部位，头颈背部及四肢均可埋针。

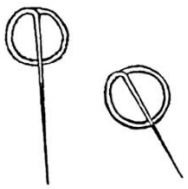


图 2 颗粒式皮内针

（二）基本操作方法

1.定位

根据不同的疾病部位，选取不同的穴位。对于痛症，一般以局部取穴为主；对于各类慢性疾病，可取相应的背俞穴。

2.消毒

无菌操作，局部常规消毒。

3.进针方法

（1）揿钉式皮内针操作

用镊子夹住针柄，将针尖对准穴位，垂直刺入，然后以 1.0cm×1.0cm 胶布将针柄固定于皮肤，要求圆环平整地贴在皮肤上，并用指腹按压，无刺痛即可。

（2）颗粒式皮内针操作

以左手拇示指按压穴位上下皮肤，稍用力将针刺部皮肤撑开固定，右手用镊子的尖端夹持皮内针圆环中之针体，对准腧穴与皮肤成 15° 角横刺入皮内 5～7mm，皮内针之方向与经脉走向成“十”字交叉，循行是自上而下，针则自左向右，或自右向左的横刺。皮内针刺入皮内后，在露出皮外部分粘贴一块小方形（1.0cm×1.0cm）胶布，再用一条较前稍大的胶布固定，皮肤过敏者，可选用特殊材质的防过敏胶布，然后用指腹轻轻按压皮内针，以检查是否有刺痛，如有刺痛可剥去胶布，用镊子把皮内针退出少许，再用指腹按压是否还有刺痛，如无刺痛，则胶布如前固定。

4.埋针时间

埋针时间的长短，可根据病情和季节决定，一般为 3 天左右，平时注意检查，防止感染。埋针期间，可每天按压数次，以增加刺激量。

5.取针

取针时用镊子夹住皮下有针体的一头胶布，并向另一头方向剥离，皮内针即能退出。

二、常见疾病的皮内针治疗技术

（一）项痹病（颈椎病）

项痹是以颈项部疼痛及上肢麻木，头、颈、肩部活动受限，或伴头晕、恶心、呕吐，甚者影响日常工作和生活为主症的疾病，多因督脉劳损、气血不足、感受外邪等导致经脉闭阻所致。本病以 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】疏经通络，活血止痛。

【操作步骤】取百劳、肩中俞、大椎、局部阿是穴。局部穴位常规消毒后，双侧百劳、肩中俞穴位，针尖朝向脊柱方向，双侧相对而刺，埋入皮肤后，在针体下和皮内针上以胶布固定，用指腹轻轻按压，无刺痛即可，留针 2～3 天。每周 2 次。

（二）腰痛病（腰椎间盘突出症）

本病主要表现为腰痛伴放射性下肢痛、麻、胀，咳嗽、打喷嚏等可加剧疼痛。多因跌仆劳作损伤、感受外邪、经脉闭阻或筋脉失养所致。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏筋通络止痛。

【操作步骤】取腰阳关、腰眼，以及局部阿是穴。局部穴位常规消毒后，针方向与督脉、经络循行方面成“十”字。急性腰痛者可加取双侧耳穴：腰骶椎、坐骨神经、臀、心、肾，以及局部阳性反应点等。每周 2 次，每次留针 2～3 天。

（三）肩凝症（肩关节周围炎）

本病以肩周疼痛，且以夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发，肩关节活动功能障碍为主要症状，好发年龄在 50 岁左右，女性发病率高于男性，右肩多于左肩，多见于体力劳动者，多为慢性发病。查体可见肩部肌肉萎缩，肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限明显。多因外伤筋骨，气血不足复感受风寒湿邪所致。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏筋通络。

【操作步骤】取肩部阿是穴为主。操作方法同项痹埋皮内针操作。

（四）不寐（原发性失眠）

不寐是以经常不能获得正常睡眠，或见入睡困难，或睡眠不实而易醒，或早醒，甚则彻夜不眠为特征的病症。本病多因情志不遂，思虑劳倦，内伤心脾，心神失养；或心肾不交，心火独炽；或宿食停滞，胃不和则卧不安。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】宁心利胆，安神定志。

【操作步骤】取心俞、胆俞穴，均为双侧取穴。选用图钉式皮内针，用镊子夹住针柄，将针尖对准穴位，垂直刺入，然后以1.0cm×1.0cm胶布将针柄固定于皮肤，要求圆环平整地贴在皮肤上即可。每周2～3次，每次埋针2～3天，1月为一疗程。

三、禁忌症

关节处、红肿局部、皮肤化脓感染处、紫癜和瘢痕处，均不宜埋针。皮肤过敏患者、出血性疾病患者也不宜埋针。

四、注意事项

1.穴位、针具、镊子需常规消毒。

2.埋针处不宜用水浸泡。夏季多汗时，要检查埋针处有无汗浸、皮肤发红等。若埋针发生疼痛可以调整针的深度、方向。若埋针处发红、疼痛，有感染现象立即取针，必要时可给予外科包扎处理。

3.患者可以用手指间断按压针柄，以加强刺激量，提高效果。

第十章　火针技术

火针技术，是用一种特制的针具，经加热烧红后采用一定的手法刺入到人体腧穴或患处的一种针灸治疗方法。火针作为针灸技术中的一种特殊针法，具有温通经络、扶正助阳、祛邪引热的功效，临床可以单独或与其他针法结合应用。常用于颈、肩、腰腿、关节痛，以及带状疱疹、湿疹、白癜风、银屑病等临床常见病和难治性疾病的治疗。

一、常用器具和基本操作方法

（一）常用器具

火针作为一种特殊针具，其制作的材料不同于一般毫针，根据临床需要分为粗、中粗、细 3 类。细火针为针体直径不超过 0.5㎜ 的火针，适用于面部、四肢等皮肉浅薄部位；中粗火针的直径 0.8㎜，适用范围较广泛，除面部穴位及肌肉浅薄的部位外，其他部位包括四肢、躯干、所有压痛点和病灶周围均可应用；粗火针，直径 1.1㎜ 或更粗，主要用于针刺病灶部位，如窦道、痔漏、淋巴结核、痈疽、乳痈、臁疮、腱鞘囊肿、皮肤病变等。

（二）基本操作方法

操作步骤：包括消毒、烧针、进针、行针、留针、出针。

确定好穴位或针刺部位以后，以 75％乙醇局部消毒，以点燃的酒精灯或止血钳夹持的 95％乙醇棉球为火源，左手将火源移近针刺的穴位或部位，右手以握笔式持针，将针尖针体伸入火焰的外层，根据针刺深度，确定针体烧红的长度。将针烧至通红时，迅速准确地将针刺入穴位，并迅速将针拔出，这一过程不超过一秒。一般情况下不留针，特殊情况需留针时，可以配合行针手法。出针后需要用干棉球按压针孔片刻。

火针的进针角度以直刺为多，对于疣、赘生物等可采用斜刺法。进针深度由针刺部位、疾病、体质等多因素决定。胸背部一般不超过 3㎜，四肢可刺入超过 10㎜。

（三）刺法

可分为经穴刺法、痛点刺法、密刺法、围刺法、散刺法等。

1.经穴刺法

根据临床表现辨证选穴，在经穴上施以火针。本法主要适用于内科疾病，针具以细火针、中粗火针为主。进针的深浅较毫针要相对浅一些。

2.痛点刺法（即点刺法）

根据临床症状、辨证归经，在经络上选择一定的穴位，或在病灶部位寻找最明显的压痛点，在该点上施以点刺。本法适用于各种肌肉、关节、神经痛，针具以中粗火针为主。进针的深度较经穴刺法可以适当深一些。

3.密刺法

是一种使用中粗火针密集地刺激病灶局部的刺法。密集程度取决于病变的轻重，病情重趋于密，每针相隔 1cm；病情轻趋于疏，每针相隔 1.5cm。主要适用于增生性、角化性皮肤疾病，如神经性皮炎等。针刺深浅要适度，一般以火针针尖透过皮肤病变组织而又刚接触到正常组织的深度为宜。

4.围刺法

是围绕病灶周围行针刺的一种刺法。其进针点多选择在病灶与正常组织交界之处，主要适用于皮科、外科疾患，以中粗火针为宜，进针的间隔距离以 1～1.5cm 为宜。针刺的深浅应视病灶深浅而定。有时可直接刺络脉出血，以祛除瘀滞，可促进局部红肿消退。

5.散刺法

是以火针疏散地刺在病灶部位上的一种刺法，多用于治疗麻木、瘙痒、拘挛和痛证。一

般每隔 1.5cm 刺 1 针。针具最好选用细火针，刺激以较浅为宜。

亦可分为快针法和慢针法：

1.快针法

是进针后迅速出针的一种最常用的刺法，即进针后不停留迅速出针。

2.慢针法

火针刺入穴位或部位后，留针 1～5 分钟后出针。留针期间可行各种补泻手法。本法主要适用于淋巴结核、痈疽、囊肿等各种组织坏死和异常增生等疾病。

二、常见疾病的火针技术

（一）肩凝症（肩关节周围炎）

本病多因外伤劳损，筋脉失养；或肝肾阴虚，气血不足，不能濡养筋骨；或外感风寒湿邪，脉络拘急所致。主要表现为肩部疼痛和功能障碍，肩关节周围有广泛的压痛，并可向颈部及肘部放射，外展功能明显受限。本病参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】散寒除痹，活血通经。

【常用取穴】取局部阿是穴、条口。行火针点刺。

【操作步骤】选取局部疼痛点，以中粗火针加热烧红后局部点刺不留针；疼痛面积较大者，可予局部多针点刺。条口以细火针直刺，深度约为 40㎜，不留针。隔日 1 次，5 次为一疗程。

（二）腰痛病（腰部扭伤、腰椎间盘突出症、腰背肌筋膜炎）

腰痛病是以自觉一侧或两侧腰部疼痛为主症的一类病证，多因感受外邪、跌仆损伤或劳欲过度等引起，表现为腰部重痛、酸麻、活动障碍，或见痛连臀腿，或因咳嗽、喷嚏等使疼痛加剧。本病参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中药新药临床研究指导原则》进行诊断。

【治则治法】驱寒除湿，通痹止痛。

【常用取穴】以腰部督脉和膀胱经穴为主。取穴为肾俞、大肠俞、委中和局部阿是穴。

【操作步骤】患者取俯卧位，背腰部皮肤充分暴露，以中粗火针快刺，深度约为 20㎜。局部阿是穴可以重复点刺，每次深度 6～10㎜。刺后可于局部拔火罐以除瘀血。每周 2～3 次，5 次为一疗程。

【特别提示】注意针后防止受凉，减少腰部过度活动。

（三）腕筋结（腱鞘囊肿）

本病是发生在腕关节背侧或掌侧腱鞘附近的囊性肿物，囊内为白色胶状液体，多因慢性劳损、外伤所致。其临床表现为在手腕背部有半球形或梭形包块，直径多大于 1cm，表面光滑不与皮肤相连，基底固定，质地为橡皮样或有囊性感，局部酸胀不适，握物或按压时可有痛感。本病参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》诊断。

【治则治法】行气活血，舒筋通络。

【常用取穴】局部阿是穴。

【操作步骤】局部消毒，以中粗火针快刺，以囊肿最高处为中心，点刺肿胀隆起处 3～5 点，或向囊肿中心围刺。出针后，从针孔处挤出胶状物，再敷以干棉球予以包扎。

（四）蛇串疮（带状疱疹）

带状疱疹是以成簇水疱沿身体一侧呈带状分布，且疼痛剧烈为特征的皮肤病，春秋季节多发，多因肝脾内蕴湿热、兼感邪毒所致。其前驱症状可表现为患部灼热、疼痛等，继而皮肤出现簇集成群、累累如串珠的红斑、水疱，伴发剧烈的疼痛。多发生在腰胁部，又可见于头面、下肢等处，可伴有全身症状。日久不愈，经脉气血瘀滞，局部可遗留程度不等的疼痛。本病参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏利肝胆，清热化湿，祛瘀止痛。

【常用取穴】局部阿是穴。

【操作步骤】局部消毒，以中粗火针点刺疱疹的头、中、尾部，不留针，深度 6～10㎜。可加用火罐以祛除瘀滞。较大水疱可用火针点破，使液体流出，复以干棉球擦拭。对有全身症状者，可结合其他针、药治法。

【特别提示】针后局部皮肤可予碘伏外涂，以防止感染并减少渗出。

（五）面瘫病（周围性面瘫）

面瘫病是以口眼向一侧歪斜为主要症状的一种疾病，多因络脉空虚，风寒之邪乘虚侵袭阳明、少阳脉络，致经气阻滞，筋脉失养，筋肌纵缓不收而发病。表现为一侧面部松弛，额纹消失，眼裂增大，鼻唇沟变浅，口角下垂，并被牵向健侧，不能蹙额、皱眉、鼓颊等动作，部分患者初期耳后疼痛，还可出现味觉减退或听觉过敏，甚至外耳道出现疱疹等。本病参照《中药新药临床研究指导原则》诊断。

【治则治法】温经通络，疏风祛邪。

【常用取穴】四白、阳白、地仓、颊车、牵正。

【操作步骤】局部消毒，以细火针快刺，进针 3～6㎜，不留针。

【特别提示】火针技术在面瘫的治疗中多用在重度面瘫和面瘫恢复后期的治疗阶段。操作时避开五官和面部的神经、血管。

三、禁忌症

1.精神过于紧张的患者，饥饿、劳累及醉酒者。

2.严重的心脏病患者。

3.患有出血性疾病者。

4.孕妇。

5.糖尿病患者根据病情禁用或慎用。

四、注意事项

1.操作时注意避开大血管、内脏以及重要的器官。

2.防止烧伤或火灾等意外事故。

3.体质虚弱的患者，应采取卧位。

4.须向病人交待以下内容：①针后针孔可能发红、发痒，或有高出皮肤的红点，属于正常反应。②针孔瘙痒时，勿搔抓。③当天不要洗澡，保护针孔。④穿宽松衣服，避免摩擦患处。

第十一章　皮肤针技术

皮肤针技术是运用皮肤针叩刺人体体表一定部位或穴位，激发经络功能，调整脏腑气血，以达到防治疾病目的的一种操作技术。皮肤针是用来叩刺人体一定部位或穴位的一种针具。按照工具的形式及针数的不同，有梅花针、七星针、罗汉针和丛针（针数不限）之分。临床上常用来治疗皮肤病、疼痛类疾病、失眠等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

临床上常用的皮肤针是七星针（见图 1），七星针分为两种：

1.集束七星针

针 7 支、直径 0.4～0.6mm、长 2cm 的合金针，用银丝缠绕成束，安置在针头中，也可用锈花针绑成束夹的筷子上临时应用，针尖锐而无芒，针柄多为无弹性的硬质柄。由于 7 支针尖距离较近，不易刺入表皮损伤毛细血管，刺后针迹只留有一组充血的红点。

2.散点七星针

将 7 支直径 0.4～0.6mm、长 5mm 的针分别装入针头的针盘内，周围 6 支中间 1 支，针间距离为 2mm 左右，针锋税利，针柄多为弹性柄，易于刺入皮肤刺破毛细血管，刺激后针迹处多有出血。



图 1　七星针

（二）基本操作方法

1.针具检查及消毒

针尖应呈松针状，全束针尖需平齐，防止偏斜、钩曲、锈蚀。检查针具时，可用干脂棉轻沾针尖，如针尖有钩曲或有缺损，则棉絮易被带动。针具宜选择高压消毒法或选择一次性皮肤针。

2.施术部位消毒

患者取坐或卧位等舒适体位，并暴露针刺施术部位，用 75%乙醇消毒。

3.施针手法（见图 2）

以右手拇指、中指、环指、小指握住针柄，环指、小指将针柄末端固定于小鱼际处，拇指中指夹持针柄，示指伸直压在针柄上，针头对准皮肤叩刺部位叩击，运用腕部的弹力，使针尖垂直地叩打在皮肤后立即弹出，如此反复叩击，以叩至局部皮肤略见潮红或隐隐出血为

度。软柄梅花针的持针是将针柄末端固定在掌心，拇指在上，示指在下，其余手指呈握拳状握住针柄。手持针柄以腕力进行弹叩，遵循先轻后重，着力均匀，由上而下，自内向外，至皮肤潮红充血或有微量出血的原则。注意叩刺速度要均匀。



图 2 皮肤针扣刺示意图

4.选穴方法

可分为循经叩刺、穴位叩刺和局部叩刺 3 种选穴方法。

（1）循经叩刺：是沿经脉循行路线进行叩刺选穴的一种方法。最常用的是项背腰骶部的督脉及膀胱经。

（2）穴位叩刺：即在穴位处进行叩刺的一种选穴方法，较常用的穴位特定穴，如背俞穴、募穴、郄穴、原穴、络穴、华佗夹脊穴等。

（3）局部叩刺：即在患病局部进行叩刺的一种选穴方法，主要包括发病部位、压痛点、敏感点、感觉异常区域以及阳性反应物（通过触摸所发现的皮下结节状、条索状物）等。如扭伤局部、瘀血肿痛、顽癣、斑秃等，可在局部进行叩刺。

实施叩刺时，上面 3 种部位可综合选用，一般先叩刺脊柱两侧（作为常规治疗部位），从颈椎至骶尾椎，每侧叩刺 2～3 行，行间距 1～1.5cm，每行叩刺 2～3 遍，然后根据病情需要，叩刺病灶局部或相关穴位、经络。如胃病，可在叩打脊柱两侧的基础上，再按辨证选穴及所寻找到的压痛点或阳性反应物进行叩刺。

5.梅花针叩刺强度：可分轻叩、中叩、重叩。轻叩为补法，重叩为泻法。

（1）轻叩：叩打时使用腕力较轻，患者轻度疼痛感，皮肤局部有潮红。适用于小儿或年老体弱者、初诊患者以及头面部等敏感度高的部位，虚证或病程较长的慢性病也可选用轻叩法。

（2）中叩：叩打时用腕力稍大，患者有痛感，局部皮肤有潮红或出血点。适于治疗一般常见病。

（3）重叩：叩打时腕力较重，患者有明显痛感，局部皮肤发红，并可有轻度出血。多用于体格强壮、痛证、慢性皮肤病局部病灶以及背、肩、臀部等肌肉丰厚的部位。

二、常见疾病的皮肤针治疗技术

（一）斑秃

斑秃是指头部毛发突然发生斑状脱落的病症，重者头发可全部脱落。本病多因肝气郁结，气滞血瘀，血不养发；或肝肾不足，或脾胃虚弱，气血生化无源，发失所养而脱落。根据新世纪教材《针灸学》进行诊断。

【治则治法】清热活血、养血生发。

【操作步骤】

取穴：斑秃局部、背俞穴。

1.在斑秃局部用梅花针进行叩刺，叩刺程度由轻到重，以患者能耐受为度。

2.选取背俞穴用梅花针行穴位叩刺，叩刺程度以局部皮肤潮红或轻微出血为度。

根据刺激强度和病情，可每日或隔日1次，以10次为一疗程。疗程间休息2天，治疗2～3个疗程。

【特别提示】

1.生活作息应有规律性，在日常生活中尽量保持情绪的稳定，忌焦躁、忧虑。同时应保证充足的睡眠，忌疲劳过度。

2.经梅花针叩刺治疗后，尤其是经重叩刺局部有轻微出血者避免立即洗头，以防局部感染。

（二）不寐（原发性失眠）

不寐是以经常不能获得正常睡眠，或见入睡困难，或见睡眠不实而易醒，或见早醒，甚则彻夜不眠为特征的病症。本病多因情志不遂，或思虑劳倦，内伤心脾，心神失养；或心肾不交，心火独炽；或宿食停滞，胃不和则卧不安。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】安神助眠。

【操作步骤】

取穴：背部华佗夹脊穴和膀胱经穴，重点叩刺心俞、肝俞、脾俞、肾俞，头部的安眠穴、神庭，四肢的神门、三阴交。

1.选取华佗夹脊穴、膀胱经穴循经叩刺，叩刺程度由轻到重，以局部皮肤微红为度。

2.心俞、肝俞、脾俞、肾俞等背俞穴重点叩刺，叩刺手法重。

3.安眠穴、神庭、神门、三阴交行穴位叩刺，叩刺程度常用轻中度刺激。

每日或隔日1次，以10次为一疗程，疗程间休息2天，连续治疗2～3疗程。

（三）痛经（原发性痛经）

痛经是指妇女在经期及其前后，出现小腹或腰部疼痛，甚至痛及腰骶。严重者可伴恶心呕吐、冷汗淋漓、手足厥冷，甚至昏厥，给工作及生活带来影响。本病多由情志不调，气滞而血瘀；或外感寒湿之邪客于胞宫，气血运行不畅；或肝肾不足，精血亏虚，胞宫失养所致。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】温养冲任、通经止痛。

【操作步骤】

取穴：腰骶部膀胱经穴，腹部的任脉、肾经、脾经循行部位，重点叩刺气海、关元、肝俞、肾俞、三阴交等。

操作：按经脉循经叩刺程度由轻到重，以局部皮肤微红为度。气海、关元、肝俞、肾俞、三阴交等穴位进行重点叩刺，行重叩手法。

根据刺激强度和病情，梅花针治疗可每日或隔日1次，以10次为一疗程，连续治疗2～3个月经周期。

【特别提示】

梅花针治疗痛经应在月经来潮前10天进行治疗，月经来潮后停止治疗。

（四）头风（原发性头痛）

本病是以头部疼痛为主要临床表现的病症。可由各种外感及内伤因素导致头部经络功能失常、气血失调、经络不通或脑窍失养所致。依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】调神、通络、止痛。

【操作步骤】

取穴：头部、后项部督脉、膀胱经、胆经的穴位。

操作：叩刺程度由轻到重，以局部皮肤微红为度，百会、风池、太阳、上星穴位进行重点叩刺，叩刺手法重。

每日或隔日 1 次，以 10 次为一疗程，疗程间休息 2 天，连续治疗 2～3 疗程。

三、禁忌症

1.有感染、溃疡、烧伤、创伤或瘢痕等皮肤区域。

2.有凝血功能障碍者。

3.孕妇腰骶部。

四、注意事项

1.治疗前检查针具，凡针面不平整、针锋参差不齐者，针尖有毛钩或缺损、锈钝者不可用。

2.针具及针刺局部皮肤应消毒，以防感染。

3.叩刺时针尖要垂直上下，用力均匀、避免斜、钩、挑等，以减少患者疼痛。初次治疗患者宜予轻叩刺。

4.针后如皮肤有过敏样丘疹，应向患者解释清楚，消退后可继续治疗。

5.重刺有出血者，先用消毒干棉球将渗血擦拭干净，保持清洁，随后再用乙醇棉球擦一遍，以防止感染。

第十二章　芒针技术

芒针技术是用针身细长、形如麦芒的针具深刺腧穴治疗疾病的针刺技术。芒针，由九针之一的长针发展而来，其针身细长如麦芒，因其体长刺深，通过穴位刺激，易产生经络感传以及气至病所的针感，所以其治疗效果明显。临床上多用于治疗各种痛症和脏腑病症。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用针具

以直径 0.30～0.35㎜，长 100～200㎜ 的毫针为主。

（二）基本操作方法

1.刺手和押手的配合（见图 1）

（1）刺手的姿势：用右手（刺手）拇、示、中指第 1 关节夹持针柄的稍下方，用环指抵住针身，以使针体和皮肤表面保持垂直。

（2）押手的姿势：左手（押手）自如地放在穴位表面的皮肤上，中指、环指及小指的第 1 关节自然弯曲 90° 左右，3 个指头的指甲尺侧贴于穴位周围，示指端压住穴位旁的皮肤，针身则首先通过拇指与示指第 2 关节横纹之间，其次通过示指末节与中指末节之间进入皮内。



图 1. 芒针操作示意

2.进针

先取好穴位，局部皮肤常规消毒后，刺手持针柄下段，押手拇、示两指用消毒干棉球捏住针体下段，使针尖抵触穴位。当针尖贴近穴位皮肤时，双手同时用力，迅速刺过表皮，并缓慢将针刺至所需深度。穿皮时手法动作要敏捷，以减轻病人痛感。捻转宜轻巧，幅度不宜过大，最好在 180° ～360° 之间为宜。

3.常用针刺手法

（1）直刺

指与人体穴位表面呈 90° 垂直刺入，直达应刺入的深度。肌肉丰厚处的穴位多采用直刺。

（2）斜刺

一般以 40° ～60° 斜刺进针，从一穴透至病变经络、脏腑相关的腧穴，针刺得气后实施针刺手法。适用于骨隙中的穴位或重要脏器周围。

（3）横刺

又叫沿皮横刺，或横刺沿皮透。横刺进针，循经一针即可刺数穴。多用于头、胸、四肢

皮肤浅薄处。

（4）倒刺

倒刺在于用针方向，如上廉泉穴，刺时针柄在下，针尖朝上，刺入舌根。

4.出针

在针刺施术完毕后，即可出针，出针应轻柔缓慢，是将针尖提至皮下，再轻轻抽出，同时用干棉球按压针孔以防出血并减轻疼痛。如拔出困难属滞针，嘱病人放松，并可在针穴上下沿经脉循行路线轻轻敲打循按，使血行畅通，促使针顺利拔出。

二、常见疾病的芒针治疗技术

（一）淋浊（泌尿系感染）

淋浊以尿频、尿急、尿痛，余沥不净感等为主要临床表现。多由肾阴不足、邪火独乘，导致膀胱湿热蓄积而不行，气滞血凝所致。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】滋补肝肾，通淋止痛。

【操作步骤】

取穴：主穴取秩边透水道、气海、关元、归来。配穴取肾俞、三阴交。

操作：秩边透向少腹水道穴，进针约 100～150㎜，高频轻捻，使感应放散向会阴及前阴周围，不留针；气海、关元深刺 125㎜，施捻转补法，使针感散至前阴，留针 30 分钟；久病体虚可补气海、归来；余穴常规方法操作。每日 1 次，10 次为一个疗程。

（二）胃下垂

胃下垂是指胃小弯弧线最低点下降至两髂嵴连线以下，十二指肠球部向左偏移的一种内脏下垂病。中医学认为本病多由中气下陷、脾胃虚弱所致，临床依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】调补脾胃，补气升陷。

【操作步骤】

患者平卧，放松腹肌，局部皮肤常规消毒后，取 0.35㎜×200㎜ 芒针，由巨阙穴刺入，约与皮肤呈 30° 角，沿皮下捻转进针透至脐左侧 13㎜ 处。待患者有腹胀及下腹上抽感，术者提针有重力感时，改为 15° 角，不作捻转，缓慢提针 40 分钟，出针前行抖动手法 10～15 次，然后出针。针后平卧休息 2 小时。隔日 1 次，10 次为一个疗程。

【特别提示】

芒针治疗胃下垂最好于空腹进行，治疗期间嘱患者注意饮食调养，切勿暴饮暴食，宜少食多餐。同时加强腹肌锻炼，增强腹肌张力及韧带之弹性，以辅助治疗。

（三）腰痛病（腰椎间盘突出症）

本病主要表现为腰痛伴放射性下肢痛、麻、胀，咳嗽、打喷嚏等可加剧疼痛。多因跌扑劳作损伤、感受外邪、经脉闭阻或筋脉失养所致。临床依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】行气散瘀、通络止痛。

【操作步骤】

取穴：腰中穴、局部夹脊穴。

1.腰中穴定位与操作

（1）定位：在带脉和腋中线的交点，髂前上棘顶端上一横指。

（2）体位：取侧卧位，上侧下肢呈屈膝状，下侧下肢呈伸直状，医者面对患者背侧面施针。

（3）操作：押手和刺手配合默契方能操作无误，选用 0.30㎜×150㎜ 毫针选准穴位，垂直于皮肤徐徐进针 100～113㎜，深刺至第四、五腰椎棘突间的腹侧面，有针感后施重提

插补泻法，针感如同热流闪电般麻至足跟和足尖，下肢抽动 3 次即出针。

2.局部夹脊穴操作

患者俯卧位，局部皮肤常规消毒，选用 40㎜ 毫针直刺，针下出现酸麻胀的得气感后留针 30 分钟。

（四）面痛病（原发性三叉神经痛）

面痛病是指发生在面部的剧烈疼痛，骤然发病，痛如放电、刀割，难以忍受的疾病。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】祛风清热，平肝通络。

【操作步骤】

取穴：主穴取患侧下关、风池;第 1 支痛取患侧鱼腰透攒竹、阳白透鱼腰；第 2 支、第 3 支痛取患侧太阳透下关、下关透颊车。配穴：迎香透下睛明、地仓透颊车、合谷透鱼际、合谷透列缺等，皆取患侧之穴位。

操作：鱼腰透攒竹，从鱼腰穴进针，针尖平行患者横刺，轻缓进针，通过眉弓直达攒竹穴，长度 25～37㎜。阳白透鱼腰，从阳白穴进针，针尖平行患者向下横刺，轻缓进针，直达鱼腰穴，长度 37～50㎜。太阳透下关为治疗第 2、3 支神经痛之效穴，从太阳穴进针，针尖平斜向下稍后方，轻缓进针，通过颧骨弓直达下关，长度 50～87㎜。感应以上齿及颊部酸麻胀感为度。下颊车穴沿下颌骨内侧进针，长度 50㎜，感应以颌孔下齿槽处呈胀感为度。留针 30 分钟，每日治疗 1 次，7 次为一个疗程。

【特别提示】

本病的发作常与情绪变化和疲劳有关，因此治疗期间，还应避免外邪侵袭，注意调畅情志、休息，忌食辛辣及膏粱厚味之品。

三、禁忌症

1.久病体质虚弱者、过饥、过饱、酗酒、孕妇和幼儿及少年患者。孕妇怀孕 3 个月以下者，下腹部腧穴禁刺；怀孕 3 个月以上者，脘腹及腰骶部腧穴禁刺。一些可以引起子宫收缩的穴位如三阴交、合谷、昆仑、至阴也应该禁刺。小儿囟门未闭者，头顶部腧穴不宜针刺。

2.过敏性体质、肿块周围及进行性皮肤病。皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位不宜针刺。有性病、梅毒、艾滋病可疑的患者不宜针刺。

3.自发性出血、血液病或损伤后出血不止的患者不宜针刺。有自发性气胸的疾病及肺不张的患者不宜针刺颈、胸部穴位。

4.重要组织、器官、结构，如乳头、睾丸、喉头等部位禁刺。

5.诊断未明的急性疾病，切勿滥用芒针治疗。

6.背部第 11 胸椎两侧、侧胸第 8 肋间、锁骨中线第 6 肋间以上的腧穴，禁止深刺，以斜向横突为宜，以免损伤心、肺。尤其对肺心病、肺气肿、肺不张患者，更需谨慎，防止造成气胸。

7.两肋及肾区之腧穴，禁止深刺，以免刺伤肝、脾、肾脏。脾大患者尤为注意。

四、注意事项

1.针具检查：针尖要端正不偏、光洁，要尖中带圆，形如“松针”，锐利适度，进针阻力小。针身要光滑挺直，圆正匀称，坚韧而富有弹性；针身处不可有剥蚀伤痕；针柄缠丝要牢固不松脱，便于捏持施术。

2.芒针施术时，针刺穴位顺序一般为自上而下。若患者需变换体位时，应先背部，再侧部，最后脘腹部。

3.针刺时应缓慢，切忌快速行提插手法，遇到阻力须退针或改变方向，以免刺伤内脏或大血管。

4.进针后嘱患者不要随意移动体位。

5.对肌肉过于紧张坚韧不易进针，或皮肤十分松弛者，进针时必须格外小心，可以用转移患者注意力的方法辅助之。

第十三章　鍉针技术

鍉针为中国古代“九针”之一。鍉针技术是通过对皮肤表面的经络穴位进行按压以治疗疾病的一种操作技术，具有疏导气血、舒经活络的作用。临床常用于治疗疼痛类、消化系统疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用针具（见图 1、2）

鍉针长约 75～100㎜，针头钝圆，针柄略微粗大，不刺入皮肤，用于穴位表面的推压。



图 1　鍉针示意图（1）



图 2　鍉针示意图（2）

（二）刺法

1. 鍉针

按四指持针法（以拇指、中指和环指夹持针身，示指抵针尾部）或执笔式持针法（以拇指、示指、中指捏持针身中上部，无名指抵住针身下部）持鍉针，拿持力度适中，将针头垂直按压在所选取的经络或腧穴上，以得气为度。每穴每次按压 2～5 分钟，每日或隔日 1 次，10～15 天为 1 个疗程。

2. 电鍉针

使用前将各调节旋钮调至零位，将导线连接到脉冲电针治疗仪上，接通电源，将无关电极导线连接于所取经络腧穴的同侧肢体上（宜在腕踝上部），在相应的经络腧穴部位涂以导电液或导电膏，将针头按压在相应经络腧穴上，调节仪器输出旋钮，刺激强度以病人可耐受为度。时间与疗程参照鍉针。

治疗结束后将治疗仪器控制旋钮置回零位，取下电极，关闭电源开关。

3. 声电鍉针

把音量及各参数开关调至零位，将电鍉针导线连接到声电治疗仪器上，接通电源，将无关电极导线连接于所取经络腧穴的同侧肢体上（宜在腕踝上部），在相应的经络腧穴部位涂

以导电液或导电膏，将针头按压在相应经络腧穴上，调节仪器输出旋钮，选取相应的乐曲，打开播放乐曲开关，输出的刺激强度以病人可耐受为度。时间与疗程参照鍉针。治疗完毕，应先将输出功率调节旋钮转至零位，取下电极，关闭电源。

（三）选穴方法

根据疾病的不同选取适当的经络或腧穴。

二、常见疾病的鍉针治疗技术

（一）落枕（颈部肌肉痉挛）

本病多为睡眠姿势不正，或枕头高低不适，或风寒侵袭颈部，使颈部经络拘急，气血运行不畅，不通则痛。症见颈项强痛，活动受限。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏导气血、通调经络。

【操作步骤】选取落枕穴。病人取坐位，两肘屈曲放在桌面上，两手掌俯伏，示指、中指分开，用鍉针在落枕穴上揩摩点压，同时嘱病人活动颈部。每日 1 次，每次 5～10 分钟，3～5 次为一个疗程。

（二）呃逆（膈肌痉挛）

本病多为寒邪蕴积、或燥热内炽、或气郁痰阻、或脾胃虚弱致膈间气机不利，气逆上冲于喉，症见喉间呃呃连声，声短而频，不能自止。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏调经气，和胃降逆。

【操作步骤】选穴：天突、内关、足三里、膻中、中脘、期门。病人取仰卧位，选用电鍉针，负极接在患者的手腕上，并将电鍉针与正极相连。首先把电鍉针对准病人的天突穴，将仪器频率、幅度由零位逐渐加大至适当的强度（以病人能耐受）。交替点按其他穴位。每日或隔日 1 次，每穴 5 分钟左右，10～15 天为 1 个疗程。

（三）不寐（原发性失眠）

不寐是以经常不能获得正常睡眠，或见入睡困难，或见睡眠不实而易醒，或见早醒，甚则彻夜不眠为特征的病症。本病多因情志不遂，或思虑劳倦，内伤心脾，心神失养；或心肾不交，心火独炽；或宿食停滞，胃不和则卧不安。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏调经气，养心安神。

【操作步骤】选穴：三阴交、内关、足三里。病人取坐位，选用电鍉针，双侧取穴，每穴针刺 5 分钟左右。每日 1 次，15 天为一疗程。

【特别提示】本技术应除外由于躯体疾病或精神障碍导致的继发性失眠。

三、禁忌症

1.孕妇、出血倾向、严重高血压及心脏病患者。

2.骨折部位、感染部位。

3.皮肤对金属过敏者。

4.骨骼、脏器内有金属内置物及装有心脏起搏器者禁用电鍉针及声电鍉针。

四、注意事项

1.患者过饥、过饱或过于疲劳时慎用鍉针，避免刺激过强，以免发生晕针。

2.鍉针操作时宜垂直按压，不宜斜按。

3.电鍉针、声电鍉针使用时应注意检查仪器是否漏电。

第十四章　穴位注射技术

穴位注射技术是将小剂量中西药物注入穴内以治疗疾病的一种操作技术。本技术通过药物在穴位的吸收过程中产生对穴位的刺激，利用药物与腧穴的双重作用来达到治疗疾病的目的。本方法适用于多种慢性疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具及药物

1.常用器具

根据使用药物的剂量大小及针刺的穴位选用不同型号的一次性无菌注射器和针头。常用针头为4～6号普通注射针头，牙科用5号长针头及封闭用长针头。

2.常用药物

根据临床需要通常使用以下几类药物：（1）中草药注射剂：如复方当归注射液、丹参注射液等中药注射液。（2）维生素注射剂：如维生素B_1、维生素B_6、维生素B_{12}注射液等。（3）其他常用药物：如葡萄糖注射液、生理盐水、盐酸利多卡因注射液、注射用水等。多数供肌肉注射用的药物可考虑作小剂量穴位注射。

（二）基本操作方法

根据所选穴位及用药量的不同选择合适的注射器和针头。局部皮肤常规消毒后，用无痛快速进针法将针刺入皮下组织，然后缓慢推进或上下提插，探得酸胀等“得气”感应后，回抽一下，如无回血，即可将药物推入。

1.操作

一般疾病用中等速度推入药液；慢性病体弱者用轻刺激，将药液缓慢轻轻推入；急性病体强者可用强刺激，快速将药液推入。如需注入较多药液时，可将注射针由深部逐步提出到浅层，边退边推药，或将注射针更换几个方向注射药液。

2.注射角度与深度

根据穴位所在部位与病变的不同要求，决定针刺角度及深度。同一穴位可从不同的角度刺入。也可按病情需要决定注射深浅度，如三叉神经痛于面部有触痛点，可在皮内注射成一“皮丘”；腰肌劳损多在深部，注射时宜适当深刺等。

3.药物剂量

穴位注射的用药剂量决定于注射部位及药物的性质和浓度。头面部和耳穴等处用药量较小，每个穴位一次注入药量为0.1～0.5ml，四肢及腰背部肌肉丰厚处用药量较大，每个穴位一次注入药量为1～5ml；刺激性较小的药物，如葡萄糖、生理盐水等用量较大，如软组织劳损时，局部注射葡萄糖液可用10～20ml以上，而刺激性较大的药物（如乙醇）以及特异性药物（如阿托品、抗生素）一般用量较小，即所谓小剂量穴位注射，每次用量多为常规用量的1/10～1/3。中药注射液的常用量为1～2ml。

4.疗程

每日或隔日注射一次，反应强烈者亦可隔2～3日一次，穴位可左右交替使用。疗程根据病情确定，一般10次为一疗程，疗程之间宜间隔5～7天。

二、常见疾病的穴位注射治疗

（一）眩晕（颈性眩晕）

眩晕主要是因颈椎及其有关组织的结构产生功能性或器质性变化而引起的一组症状。中医认为颈性眩晕是因经脉空虚，经气不足，气血不能上荣清窍，脑失所养而致。按照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】补虚泻实，调整阴阳。

【操作方法】

取穴：风池、颈部华佗夹脊穴。

患者取侧卧位。以复方丹参注射液 2ml、10％当归注射液 2ml、2％利多卡因 2ml、维生素 B12 2ml（5mg）混合溶液。取 10ml 注射器，配 5 号针头，吸取上述药液，充分混匀后，依据患者病情每次选 3～5 个穴位，常规消毒后，快速刺入所取穴位皮下，缓慢进针 15～25mm 左右，有酸胀得气感后，回抽无血，缓慢注入药液 1～1.5ml，每日 1 次，10 次为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。疗程间隔 5 天。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

本病以肩周疼痛，伴肩关节活动功能障碍为主要表现，疼痛多以夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发。常因外伤筋骨，气血不足复感受风寒湿邪所致。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋活血，疏风散寒，通络止痛。

【操作方法】

患者取俯伏坐位。将醋酸曲安奈德注射液 2ml，2％利多卡因 2ml，0.9％氯化钠注射液 6ml 混合配置成注射液，用 10ml 注射器抽取上液，采用长 5 号注射针头，在患肩肩前、肩髃、臑俞三处部位垂直进针，深刺可达肩关节囊所在的部位，每处注射剂量分别为 3～4ml，每隔 3～4 天注射 1 次，3 次为一个疗程。

（三）呃逆（膈肌痉挛）

呃逆是气逆上冲喉间，呃呃连声，气短而频，令人不能自制为主症的病症。本病为饮食不节、情志不畅、肝气犯胃或脾虚痰浊中阻等原因致胃气上逆胸膈，气机逆乱所致，参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病症诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理气和胃，降逆止呃。

【操作方法】

嘱患者平卧，取双侧足三里穴，用 5ml 无菌注射器抽取胃复安注射液 10mg、维生素 B1 注射液 100mg，常规消毒皮肤后，快速刺入足三里穴 20～30mm，回抽无血即可注射，每侧足三里穴各注射 1.5ml，每日 1 次，3 次为一疗程。

（四）痹证（类风湿性关节炎）

痹证，是因风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，闭阻经络而导致气血运行不畅的病证，主要表现为肌肉、筋骨、关节等部位酸痛或麻木、重着、屈伸不利，甚或关节肿大灼热等。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通痹止痛。

【操作方法】

取穴：阿是穴，局部循经取穴。

药物：醋酸去炎舒松 A 注射液。

操作：先按常规消毒所选用的穴位，用 10ml 的注射器抽取醋酸去炎舒松 A 注射液 1ml，再抽取 10ml 的生理盐水混合均匀，然后刺入所选的穴位，当患者“得气”后再回抽，未见回血才能推注药液，每次每个穴位注射 1ml 左右，每次治疗手足局部各选 4～5 个穴位，有时可加用大杼穴（骨会）、悬钟穴（髓会）。隔日 1 次，每次局部穴位可交替选用。10 次为 1 个疗程，需要继续治疗的患者，隔 1 周后继续治疗。

三、禁忌症

1.婴幼儿及体弱多病者。

2.孕妇下腹部及腰骶部不宜此法。

3.穴位局部感染或有较严重皮肤病者局部穴位不用。

4.诊断尚不清的意识障碍患者。

5.对某种药物过敏者，禁用该药。

四、注意事项

1.治疗前应对患者说明治疗特点和注射后的正常反应，以消除患者顾虑。

2.严格遵守无菌操作、防止感染，最好每注射一个穴位换一个针头，如因消毒不严而引起局部反应、发热等，应及时处理。

3.操作前应熟悉药物的性能、药理作用、使用剂量、配伍禁忌、不良反应和过敏反应等。不良反应较严重的药物，不宜采用。刺激作用较强的药物，应谨慎使用。

4.切勿将药物注入关节腔、脊髓腔和血管内。注射时如回抽有血，必须避开血管后再注射。

5.在神经干旁注射时，必须避开神经干，或浅刺以不达神经干所在的深度。如神经干较浅，可超过神经干之深度，以避开神经干。如针尖触到神经干，患者有触电感，就须退针，改换角度，避开神经干后再注射，以免损伤神经，带来不良后果。

6.颈项、胸背部注射时，不宜过深，防止刺伤内脏。

7.儿童、老人注射部位不宜过多，用药剂量可酌情减少，以免晕针。孕妇的下腹、腰骶部和三阴交、合谷等孕妇禁针穴位，一般不宜作穴位注射。

8.药物使用前应注意药物的有效期，并注意检查药液有无沉淀变质等情况，如已变质即应停止使用。

9.下腹部腧穴进行穴位注射前，应先令患者排尿以免刺伤膀胱。需要多次注射时，穴位应轮流使用，一般每穴连续注射不超过 2～3 次。

10.注射药物时如果发生剧痛或其他不良反应，应立即停注并注意观察病情变化。

第十五章　埋线技术

穴位埋线技术是将羊肠线或生物蛋白线埋入人体穴位内，利用线体对穴位的持续刺激作用治疗疾病的一种技术，具有疏通经络、调和气血、补虚泻实的作用。常用于哮喘、三叉神经痛、面肌痉挛、癫痫、糖尿病、过敏性鼻炎、过敏性结肠炎、慢性胃炎、肥胖症、湿疹、慢性荨麻疹等疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）一次性埋线针操作方法

根据病情需要和操作部位选择不同种类和型号的埋线工具。其中一次性埋线针可由一次性使用无菌注射针配适当粗细的磨平针尖的针灸针改造而成。或用选择类似于腰椎穿刺针的一次性埋线针（见图 1），针尖为坡形，较为锐利，常用的为 7 号、9 号、12 号、16 号。使用前需将相应型号的无菌羊肠线从针头装入针管内备用。

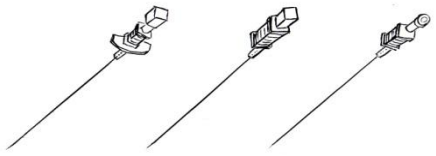


图 1　一次性埋线针示意图

1.根据中医诊断处方，选择合适体位。

2.选好穴位，做好标记，进针点一般选在穴位的下方 1cm 处。

3.皮肤常规消毒。

4.进针（见图 2）：左手示指和拇指绷紧已消毒的穴位两侧，无名指和小指夹乙醇棉球，右手拇指、示指和中指持针，快速进入皮肤，然后缓慢推针到治疗所需的深度，用右手示指边推针芯边退针，到皮下时快速出针，同时左手用棉球按压针眼。

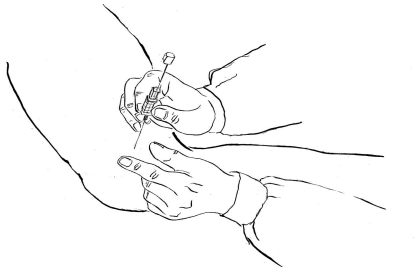


图 2　进针示意图

3.针眼处理：用 75％乙醇消毒，然后用棉签按压数分钟不出血即可。

4.操作要领

即“两快一慢”操作方法。“两快”为进针时手腕用力，针尖快速刺至皮下；出针时边退针边放线，退至皮下时，快速出针。“一慢”为过皮后缓慢推针至治疗所需的深度。

（二）陆氏埋线针操作方法

采用 69 式陆氏埋线针（见图 3），适用于需较大量刺激和需较长时间治疗的病种，如腰椎间盘突出症、风湿性关节炎等疾病的治疗。针具可重复使用，须常规消毒。

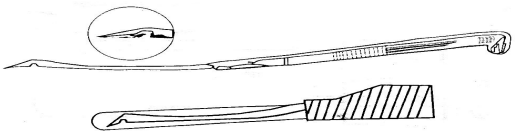


图 3　69 式陆氏埋线针示意图

1.根据中医诊断处方、选择合适体位，一般先进行背部选穴埋线治疗。

2.选好穴位，做好标记，进针点一般选在穴位的下方 1cm 处。

3.皮肤常规消毒。

4.局部麻醉，用 1%利多卡因注射液，先在进针点打出皮丘，然后向治疗要求的深度边推麻药边进针至穴位处，一般一穴用药 0.5～1ml 左右。

5.左手持镊子夹住所需要的无菌羊肠线，将线的中心埋于皮丘下。右手持埋线针，缺口向下压线，同时用左手示指绷紧穴位消毒区下方的皮肤，右手中指夹住镊子随时准备去夹移动的羊肠线。左手拇指指腹对准埋线针的针尾部，配合右手（不用力，只掌握进针角度和深浅度）进针（见图 4），直至将羊肠线埋入穴位部位为止。松左手、右手快速出针，出针时应注意不要转动针体，左手用棉球或纱布按压针眼后，然后再做消毒处理。

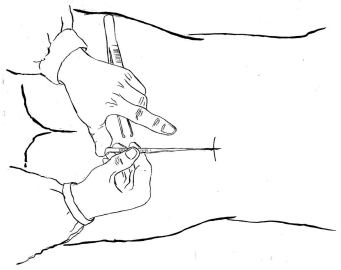


图 4　进针操作示意图

6.针眼处理，穴位埋线技术通常采用一次性针具治疗，出针后用棉签按压数分钟不出血即可，如果采用 69 式陆氏埋线针治疗，则治疗出针后要再次进行消毒处理，外用敷料包扎。

二、常见疾病的穴位埋线治疗技术

（一）哮喘（支气管哮喘）

本病多因外邪侵袭、饮食不当、情志刺激、身体劳倦等，以致痰壅气道、肺气宣降功能失常而引起。临床可见喉间痰鸣、呼吸气促困难，甚则喘息不能平卧，痰多清稀或黄稠而粘。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】宣肺降逆，化痰平喘。

【处方】主穴：定喘、肺俞。

1.风寒者加风池，风热加合谷。

2.痰浊阻肺者加丰隆。

3.脾气虚者加脾俞。

4.肾不纳气者加肾俞、关元。

5.易感冒者加足三里。

6.心律不齐者加心俞。

【操作】将 00 号羊肠线 2cm 装入 9 号一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。每次选 5～6 个穴位，半月埋线 1 次，1 个月为一疗程。

（二）鼻鼽（过敏性鼻炎）

本病多因肺气素虚，卫阳不固，复感风寒或风热之邪，致营卫失和，腠理郁闭，肺气不宣，津液停聚，鼻窍壅塞而引起。临床以突发性鼻痒、喷嚏、流涕清稀量多、鼻塞为主症，以起病急，消失快，反复发作，病程长为特点。本病依照 1994 年国家中医药管理局颁布的

《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】宣肺通窍，益气固表。

【处方】主穴肺俞、大椎、至阳。

1.脾虚者加脾俞。

2.肾虚者加肾俞。

3.阳气虚者加足三里。

【操作】将00号羊肠线1～1.5cm装入9号一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。每次选3～5个穴位，1个月埋线1次，1个月为一疗程。

（三）休息痢（溃疡性结肠炎）

本病多因感受外邪，或七情所伤，以致脾失健运，湿浊内生，蕴结大肠，气血凝滞，壅而生脓而引起。临床以腹痛腹泻，便下粘液脓血，里急后重，时轻时重，反复发作为主要表现。本病依照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】健脾渗湿，理气止痛。

【处方】主穴：脾俞、大肠俞、八髎、关元、天枢、足三里、阴陵泉、阿是穴。

1.肝脾不和者加肝俞、脾俞。

2.久病伤肾者加肾俞、命门。

【操作】将0号或1号羊肠线2～3cm装入12号一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。每次选3～5个穴位，半月埋线1次，1个月为一疗程。

（四）消渴病（2型糖尿病）

本病多因禀赋不足、饮食失节、情志失调、劳役过度等致津液亏损，燥热偏胜而引起，以多饮、多食、多尿、身体消瘦或尿有甜味为主要临床表现。依据症状不同，又分为上消、中消和下消。本病依照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】养阴生津，润燥清热。

【处方】主穴：胰俞。

1.上消症状为主者，配肺俞、脾俞。

2.中消症状为主者，配胃俞、足三里。

3.下消症状为主者，配肾俞、三阴交。

4.皮肤瘙痒者加血海、曲池、风市。

5.合并冠心病者配心俞、足三里。

6.合并肢体麻木疼痛者可循经取穴。

【操作】将“0”号或“1”号羊肠线2～3cm装入12号一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。每次选3～5个穴位，半月埋线1次，1个月为一疗程。

（五）肥胖症（单纯性肥胖）

本病多因过食肥甘、缺乏运动、先天禀赋不足致气虚阳衰、痰湿瘀滞而形成。临床表现为体重异常增加，并伴有头晕乏力，神疲懒言，少动气短等症状。

【治则】健脾益气，利湿化浊。

【处方】主穴：中脘、梁门、天枢、大横、带脉、关元、归来、三焦俞、大肠俞、脾俞、胃俞、肾俞。

1.多食易饥者加曲池、梁丘、足三里。

2.气短乏力者加足三里、气海。

3.畏寒肢冷者加命门、三阴交。

4.血脂偏高者加丰隆。

5.大便秘结者加大肠俞。

6.下肢肥胖者加风市、殷门、髀关。

7.尿少浮肿者加阴陵泉、三阴交。

8.嗜睡健忘者加心俞。

【操作】将“00”号羊肠线 2～3cm 装入 9 号一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。每次选 5～10 个穴位，半月埋线 1 次，3 个月为一个疗程。

三、禁忌症

1.五岁以下的儿童、孕妇、有出血倾向者及蛋白过敏者。

2.皮肤破损处、关节腔内。

四、注意事项

1.严格无菌操作，防止感染。

2.埋线时如有羊肠线露出皮肤外，一定要拔出，重新定位、消毒，另选合适的线埋入，以免感染。

3.埋线后一周内如局部出现红、肿、热、痛，说明有感染，轻者热敷即可，重者应作抗感染处理。如已化脓，应放出脓液，再进行抗感染处理。

4.在胸背部穴位埋线应注意针刺的角度深度，不要伤及内脏、脊髓。在面部和肢体穴位埋线时应注意不要伤及大血管和神经。

5.在同一个穴位反复多次治疗时，应偏离前次治疗的进针点。

6.埋线后正常 3 小时内避免着水；如果采用敷料覆盖，则针眼处当日应避免着水。

7.埋线后要留观 30 分钟，如有不良反应须及时处理。

8.精神紧张、过劳或进食前后 30 分钟内，一般不做埋线，以免发生晕针。

9.埋入线体后如果 2 周左右出现局部红、肿、痒等症状属羊肠线过敏现象，则停止再次埋线，同时进行抗过敏处理，口服抗过敏药物治疗，病情严重者到皮肤科会诊治疗。

第十六章　平衡针技术

平衡针技术是通过针刺体表的特定反应点治疗相关疾病的方法。临床常用于颈肩腰腿痛、高血压、高血脂、糖尿病等疾病的治疗，具有安全简便、一穴多病、快速见效的特点。

一、基本操作方法

（一）取穴原则

1.特异性取穴

特异性取穴主要是针对全身性疾病的取穴方法。如降压穴、降脂穴、降糖穴、感冒穴等。

2.交叉性取穴

交叉性取穴主要是指治疗部位与疾病部位的上下和左右交叉的取穴方法。如治疗臀部疾病取对侧臂丛神经支配的肩关节部位的臀痛穴，治疗肩关节病变取下肢对侧坐骨神经支配的小腿部位的肩痛穴。

3.对称性取穴

对称性取穴主要是指治疗部位与疾病部位左右对称或前后对称的取穴方法。如治疗胸部的乳腺疾病取背部的乳腺穴，治疗右侧肩关节、肘关节、腕关节病变取对称的左侧肩关节相应部位平衡针穴位。

（二）持针方法

1.根据不同平衡针穴位，选择不同长度的针具。临床多选用 75mm 毫针。

2.取 75％乙醇棉球一个，挤干备用。

3.将棉球固定在针尖上 1～2cm 针体处，右手持该处进针。该持针法在进针时不会造成针体弯曲，达到快速进针的目的。

（三）针刺方法

1.提插手法

包括上提和下插两个部分。操作中通过改变针尖的方向、角度、深浅以获得针感。主要适用于有特殊针感要求的平衡针穴位，如降压穴、降脂穴、肩痛穴等。

2.强化针感手法

指针刺深度达到要求后采用的一种捻转手法。通过拇指与示指按顺时针方向旋转捻动针体发生滞针，然后再按逆时针方向旋转捻动针体并出针。主要适用于病情较重、有特殊针感要求的平衡针穴位，如偏瘫穴、面瘫穴、胸痛穴、胃痛穴等。

3.一步到位手法

指针刺深度在 1 寸以内的针刺手法，适用于比较浅表的穴位，进针后即可出针，原则上不提插、不捻转。如明目穴、牙痛穴、踝痛穴等，症状较重时可给予轻度提插、捻转。

4.两步到位手法

指针刺深度在 2 寸以内的针刺手法，第一步将针尖刺入体内，第二步将针体刺入达到要求的深度。进针后即可出针，不提插、不捻转。如耳聋穴、过敏穴、痔疮穴、胸痛穴等。

5.三步到位手法

指针刺深度在 3 寸以内的针刺手法，第一步将针尖刺入体内，第二步将针体刺入达 1～2 寸，第三步再将针体刺入达 2.5 寸左右即可。不提插，不捻转，达到一定深度后即可出针。如臀痛穴、肩背穴、抑郁穴、偏瘫穴等。

（四）针感说明

1.触电式针感

指针刺后出现的类似电击样感觉，向远端放射。

2. 放射性针感

指针刺后出现的由局部向上或向下的放射性麻胀针感。

3. 局限性针感

指针刺后在局部出现的酸麻胀痛感。

4. 强化性针感

指针刺后未出现以上针感，运用滞针手段，迅速获得局部酸麻胀痛的针感。

二、常见疾病的平衡针技术

（一）项痹病（颈椎病）

本病多因肝肾不足、外伤劳损、感受外邪，致气血瘀滞、筋骨失养所引起。主要表现为颈肩痛，向上肢放射，手指麻木，上肢无力等症状。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【取穴】颈痛穴。

【定位】位于手背部，半握拳第四掌骨与第五掌骨之间，即指掌关节前凹陷中（见图 1）。

【取穴原则】一侧颈椎病采用交叉取穴，双侧颈椎病采用双侧取穴。

【操作步骤】患者取仰卧位或正坐位，局部皮肤常规消毒后，采用三步到位手法或强化针感手法，出现局限性、强化性针感后即可出针。

每日治疗 1 次，10 次为一疗程。

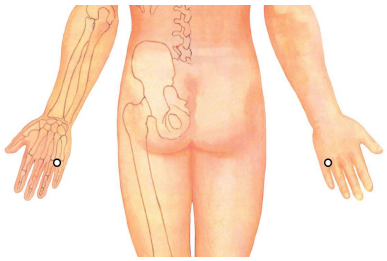


图 1 颈痛穴示意图

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

本病多因外伤劳损、肝肾阴虚、感受外邪，致气血凝滞、筋脉失养所引起。主要表现为肩部疼痛和功能障碍。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【取穴】肩痛穴。

【定位】位于腓骨小头与外踝高点连线的上 1/3 处，相当于足三里穴下二寸偏于腓侧一寸（见图 2）。

【取穴原则】一侧肩周炎采用交叉取穴，双侧肩周炎采用双侧取穴。

【操作步骤】患者取仰卧位，局部皮肤常规消毒后，采用一步到位手法或提插手法，出现触电式针感向足面足趾放射后即可出针。

每日治疗 1 次，10 次为一疗程。

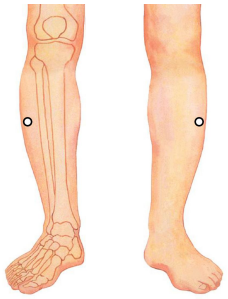


图 2　肩痛穴示意图

（三）腰痛病（腰椎间盘突出症）

本病多因感受外邪、跌仆损伤、肝肾不足，致气滞血瘀、筋脉失养所引起，主要表现为腰痛和放射性下肢痛，并伴有麻、胀感觉，腰部活动受限等。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【取穴】腰痛穴

【定位】位于前额正中（见图 3）。

【操作步骤】患者取仰卧位或正坐位，局部皮肤消毒后，采用两步到位手法或强化针感手法，右侧腰痛向左平刺 1.5 寸，左侧腰痛向右平刺 1.5 寸，双侧腰痛向下平刺 1.5 寸，出现局限性、强化性针感后即可出针。

每日治疗 1 次，10 次为一疗程。

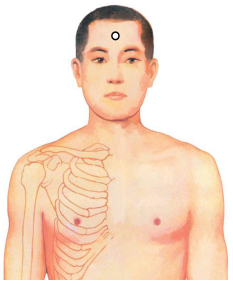


图 3　腰痛穴示意图

（四）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

本病多因外伤劳损、感受外邪或肝肾不足、气血亏虚，致脉络闭阻、筋骨失养所引起。主要表现为膝关节疼痛伴有关节活动受限。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【取穴】膝痛穴

【定位】手臂伸直，肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线中点（见图 4）。

【取穴原则】一侧膝痛采用交叉取穴，双侧膝痛采用双侧取穴。

【操作步骤】患者取仰卧位或正坐位，局部皮肤常规消毒后，采用三步到位手法或强化针感手法，出现局限性、强化性针感后即可出针。

每日治疗 1 次，10 次为一疗程。

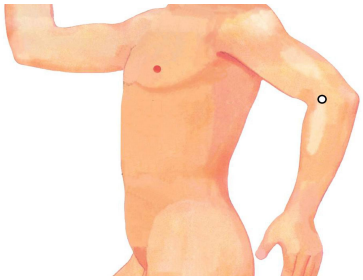


图 4　膝痛穴示意图

三、禁忌症

妊娠期妇女。

四、注意事项

1. 对初诊者、恐惧针灸者，采用卧位，在给予强化性针感时应先从轻度针感开始。

2. 当个别患者针刺部位出现不适时，可选择与其相对称部位行指针解除不适感。

3. 针刺过程中应用提插手法时，提插次数应控制在 9 次以内，以减少局部软组织的损伤。

第十七章　醒脑开窍技术

醒脑开窍技术是根据中医理论对中风病进行醒脑开窍特殊配穴的针刺技术。在选穴上以取阴经和督脉穴为主，并强调针刺手法量学规范。适用于中风病及其并发症的治疗，亦可用于神志、精神疾患、厥闭脱证、顽固性疼痛病症等。

一、基本操作方法

（一）选穴

主穴：内关、水沟、三阴交。

辅穴：极泉、尺泽、委中。

配穴：吞咽障碍加风池、翳风、完骨；手指握固加合谷；语言不利加上廉泉，金津、玉液放血；足内翻加丘墟透照海。

（二）操作手法

内关：直刺 13～25mm，采用捻转提插泻法，施手法 1 分钟。

水沟：向鼻中隔方向斜刺 7～13mm，用重雀啄法，至眼球湿润或流泪为度。

三阴交：沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45°角斜刺，进针 25～37mm，用提插补法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

极泉：原穴沿经下移 1 寸，避开腋毛，直刺 25～37mm，用提插泻法，以患侧上肢抽动 3 次为度。

尺泽：屈肘成 120°角，直刺 25mm，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动 3 次为度。

委中：仰卧直腿抬高取穴，直刺 13～25mm，施提插泻法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

风池、完骨、翳风：针向结喉，进针 50～63mm，采用小幅度高频率捻转补法，每穴施手法 1 分钟。

合谷针向三间穴：进针 25～37mm，采用提插泻法，使患者第二手指抽动或五指自然伸展为度。

上廉泉：针向舌根 37～50mm，用提插泻法。

金津、玉液：用三棱针点刺放血，出血 1～2ml。

丘墟透向照海穴：约 37～50mm，局部酸胀为度。

（三）治疗时间

每日针 2 次，14 天为 1 疗程。

二、常见疾病的醒脑开窍治疗

（一）中风病（脑梗死、短暂性脑缺血发作、脑出血）

中风病是以猝然昏倒，不省人事，伴口角歪斜、语言不利、半身不遂；或仅以口㖞、半身不遂、偏身麻木为主要临床表现的一种病症。多因风、火、痰、瘀等病邪上扰清窍，导致窍闭神匿，神不导气，而发为本病。中风并发症有吞咽困难、共济失调、语言不利、便秘、肩周炎、癃闭、视力障碍、听力障碍、血管性痴呆等。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】醒脑开窍、滋补肝肾为主，疏通经络为辅。

【操作步骤】在选穴上以阴经和督脉穴为主，强调针刺手法量学。以内关、水沟、三阴交为主穴，辅以极泉、尺泽、委中疏通经络。配穴为：吞咽困难加风池、翳风、完骨；共济失调：针风府、哑门、颈椎夹脊穴；语言不利加上廉泉、金津、玉液放血；足下垂、足内翻加丘墟透照海；手指握固或功能低下加合谷透三间、八邪；便秘加丰隆、左水道、左归来、左外水道、左外归来；肩周炎针肩髃、肩髎、肩内陵、肩贞、肩中俞、肩外俞，痛点刺络拔

罐；癃闭加上星透百会、中极、曲骨；视力障碍加睛明；听力障碍加耳门、听宫、听会；高血压加人迎、合谷、太冲；血管性痴呆：针百会、四神聪、四白、太冲；睡眠倒错：针上星、神门。

留针 30 分钟，每日 2 次，14 天为一疗程。

（二）郁证（抑郁症）

郁证是由于情志不舒，气机郁滞所致，以心情抑郁，情绪不宁，胸部满闷，胁肋胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗阻等症为主要临床表现的一类病证。多因情志不畅，肝失疏泄，脾失健运，脏腑阴阳气血失调，而使心神失养或被扰所致。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】疏肝解郁，调神启闭。

【选穴】主穴以内关、水沟、上星、印堂、百会为主。配穴为：局部与循经辨证相结合，如心情抑郁、善太息、咽中如有异物梗塞者加膻中、廉泉、丰隆；急躁易怒、咽干、口苦、目赤者加太冲、行间、风池；心神不宁、神疲、健忘、失眠者加神门、三阴交、四神聪。

【操作方法】先取双侧内关穴，进针 25～37㎜，施捻转提插泻法；继刺水沟，向鼻中隔方向针刺 7～13㎜，用雀啄泻法，至眼球湿润或流泪为度；上星沿头皮刺向百会，捻转泻法；印堂平刺 7～13㎜，提插泻法；百会沿头皮针刺 13～25㎜，捻转补法。随证取穴以补虚泻实为原则施以针刺手法，留针 20～30 分钟。

（三）脏躁病（癔病）

妇人无故悲伤，不能自控，甚或哭笑无常，频作呵欠者，称“脏躁”。其主要病机为阴血亏耗，五脏失于濡养，而致五志之火内动。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】醒脑开窍，疏络强筋。

【选穴】主穴以内关、水沟、三阴交为主。配穴：以对症、循经为主，如癔病性抽搐取后溪、申脉、血海等；癔病性呕吐取天突、足三里、中脘；癔病性瘫痪取委中、环跳、极泉；癔病性失明取睛明、四白、风池；癔病性失语取天突、廉泉、金津、玉液。

【操作方法】先针刺双侧内关穴，进针 25～37㎜，施捻转提插泻法。继刺水沟穴向鼻中隔方向斜刺 7～13㎜，用重雀啄泻法，至流泪或眼球湿润为度。再取双侧三阴交，施提插泻法。针刺配穴时，均采用提插或捻转泻法。每日针刺 2 次，每次留针 30 分钟。

（四）顽固性疼痛（三叉神经痛、带状疱疹、骨关节病变）

顽固性疼痛，可见于多种疾病，缠绵难愈。古代医家认为疼痛为经脉气血不通，取穴多以局部为主。根据《素问·灵兰秘典论》“主不明，使道闭塞不通”之意，认为疼痛病机在于各种原因引起的经脉气血运行不畅，而经脉气血的运行又与心和神关系密切，神能导气，气畅则道通，通则不痛，“心寂则痛微”。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】调神理气。

【操作步骤】重用内关、水沟理气调神，“调其神，令气易行”，能收“以意通经”而镇痛之效。

内关：直刺 13～25㎜，采用捻转提插结合泻法，施手法 1 分钟。

水沟：向鼻中隔方向斜刺 7～13㎜，用重雀啄法，至眼球湿润或流泪为度。随证取穴均以补虚泻实为原则施以针刺手法，留针 20 分钟。

运用醒神之法止痛，范围广泛，无论感冒及内伤头痛；痹症关节疼痛，肌肉疼痛；兼或胃痉挛、胆道梗阻、泌尿系结石甚至心绞痛等各种内脏绞痛，还是三叉神经痛、臂丛神经痛、坐骨神经痛、带状疱疹等各种神经痛，以及急性扭伤、跌打肿痛等施用本法，在常规治疗不满意时使用此法可缓急止痛，立竿见影。

（五）眩晕（颈性眩晕）

本病以头晕目眩，视物旋转为主要表现，多因风阳上扰，痰瘀内阻等导致脑窍失养，脑髓不充而诱发。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治法治则】醒脑开窍。

【操作步骤】取穴：按醒脑针刺法取内关、水沟、风池、完骨、天柱、合谷、颈椎夹脊穴；按小醒脑针刺法取印堂、上星透百会、四神聪、风池、完骨、天柱、颈椎夹脊刺。眩晕急性发作时先采用醒脑针刺法，程度减轻后采用小醒脑针刺法。每日 1 次，10 次为 1 个疗程，共治疗 1～2 个疗程。

三、禁忌症

1.患者在过于饥饿、疲劳，精神过度紧张时，不宜立即进行针刺。对身体瘦弱、气虚血亏的患者，针刺手法不宜过强，并尽量选择卧位。

2.妇女怀孕 3 个月以内者，不宜针刺小腹部的腧穴。若怀孕 3 个月以上者，腹部、腰骶部腧穴皆不宜针刺。三阴交、合谷、昆仑、至阴等一些通经活血的腧穴，在怀孕期应禁刺。

3.小儿囟门未闭合时，头顶部的腧穴不宜针刺。

4.常有自发性出血或损伤后出血不止者。

5.皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤的部位，不宜针刺。

四、注意事项

1.针刺眼区穴和项部的风府、哑门等穴以及脊椎部的腧穴，要注意掌握一定的角度，不宜大幅度地提插、捻转和长时间留针，以免伤及重要组织器官，产生严重的不良后果。

2.对尿潴留等患者在针刺小腹部的腧穴时，也应掌握适当的针刺方向、角度、深度等，以免误伤膀胱等器官，出现意外事故。

3.对胸、胁、腰、背、脏腑所居之处的腧穴，不宜直刺、深刺，肝脾肿大、肺气肿患者更应注意。

4.所有操作人员必须要具备一定的资质，并经过醒脑开窍班培训才能做到规范化操作。

第十八章　靳三针技术

“靳三针”技术是指每次取穴三处的针刺技术。靳三针是根据临床上确实行之有效的几个穴位，给予一个固定处方而命名。临床上广泛应用于各种疾病。

一、基本操作技术

（一）常用针具

以 0.30㎜×15～50㎜ 的毫针。

（二）“靳三针”组穴

（请说明单侧或双侧取穴）

1.心智类

（1）智三针——神庭穴为第一针，左右两本神穴为第二、三针。

（2）脑三针——脑户穴和左、右脑空穴。

（3）舌三针——上廉泉、廉泉左、廉泉右。

（4）四神针——百会穴前、后、左、右各旁开 1.5 寸。

（5）手智针——内关、神门、劳宫。

（6）足智针——涌泉穴为第一针，第三趾蹠关节横纹至足跟后缘连线中点为第二针，平第二针向外旁开一指为第三针。

（7）痫三针——内关、申脉、照海。

2.部位类

（1）颞三针——耳尖直上发际上 2 寸及左、右旁开 1 寸三针，患侧取穴。

（2）手三针——合谷、曲池、外关。患侧取穴。

（3）足三针——足三里、三阴交、太冲。

（4）眼三针——眼 1（在睛明穴上 1 分）、眼 2（在瞳孔直下，当眶下缘与眼球之间）、眼 3（目正视，瞳孔直上，当眶上缘与眼球之间），患侧取穴。

（5）鼻三针——迎香、鼻通（即上迎香穴：鼻骨下凹陷中，鼻唇沟上端尽处）、攒竹或印堂。

（6）耳三针——听宫、听会、完骨。患侧取穴

（7）肩三针——肩髃穴及其左右旁开 2 寸。患侧取穴。

（8）腰三针——肾俞、大肠俞、委中。

（9）颈三针——天柱、百劳、大杼。

（10）膝三针——膝眼、梁丘、血海，患侧取穴。

（11）踝三针——解溪、太溪、昆仑，患侧取穴。

（12）背三针——大杼、风门、肺俞。

3.六腑类

（1）胃三针——中脘、内关、足三里。

（2）肠三针——天枢、关元、上巨虚。

（3）胆三针——日月、期门、阳陵泉。

4.急救类

（1）闭三针——十宣、涌泉、水沟。

（2）脱三针——百会、神阙、水沟。

5.其他类

（1）脂三针——内关、足三里、三阴交。

（2）尿三针——关元、中极、三阴交。

（3）阳三针——关元、气海、肾俞。

（4）阴三针——关元、归来、三阴交。

（5）晕痛针——四神针、印堂、太阳。

（6）牙痛针——合谷、内庭、阿是穴。

（7）痿三针——上肢痿：曲池、合谷、尺泽，患侧取穴。
下肢痿：足三里、三阴交、太溪，患侧取穴。

（三）刺法

以右手拇、示、中指夹持针柄，将针垂直刺入穴位，然后将拇、示二指互相推前退后，捻动针柄，在捻转时适当用力下压，边压边捻边体会手下针感，得气即止。捻转时要求医生集中精神运用腕力和指力到针上，并注意针体垂直，不要弯曲，转动应小于 90°，以免滞针。

二、常见疾病的靳三针治疗

（一）小儿脑性瘫痪

本病临床症见小儿肢体瘫痪或手足不自主运动，智力不足，言语不清等。主因先天不足，或后天失养，或病后失调，致精血不足，脑髓不充；五脏六腑、筋骨肌肉、四肢百骸失养，而成亏损之证，属于中医学“五迟”、“五软”、“胎弱”、“胎怯”范畴。本病诊断标准参照 2004 年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会通过的小儿脑性瘫痪的诊断条件及临床分型标准进行诊断。

【治则治法】醒脑开窍，益精填髓。

【操作步骤】

1.取穴：头针四项包括脑三针、颞三针、智三针、四神针。

2.操作：同刺法，辨证加减：（1）阴急阳缓，在主体症状的基础上有阴经所过拘急，阳经所过相对弛缓的症状．治疗加用阳经穴位手三针、足三里、阳陵泉等，针后动以久留。（2）阳急阴缓，在主体症状的基础上有阳经所过拘急，阴经所过相对弛缓的症状。治疗加用极泉、尺泽、内关、三阴交等阴经穴，补阴泻阳为原则。（3）阴阳俱虚，主体症状为松软无力治宜重调任督，阴阳双补。

3.刺激量：在患儿能接受的情况下，以强大而集中的刺激。

（二）项痹病（颈椎病）

项痹病多因劳累或外力伤害，使局部气血阻滞不通而引起的病症，主要表现为颈肩痛，颈部活动不利，可伴头晕，上肢及手指麻木、肢冷，上肢无力、沉重，持物易坠落等症状。本病根据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治法治则】通经活络止痛。

【操作步骤】取双侧“颈三针”；风寒湿痹型加大椎、风池、风门、肩井、外关；痰瘀阻络型加曲池、脾俞、丰隆、膈俞；气滞血瘀型加膈俞、肩髃、曲池、肩中俞、肩外俞；气血不足型加肝俞、脾俞、足三里；肝肾不足型加养老、肝俞、肾俞、太溪。患者取侧卧位，得气后加电针。每天 1 次，1 周为一疗程。

（三）中风病（脑梗死）

中风病是以猝然昏仆，不省人事，伴口角歪斜、语言不利、半身不遂；或仅以口僻、半身不遂、偏身麻木为主要临床表现的一种病症，多因风、火、痰、瘀等病邪上扰清窍，导致窍闭神匿，神不导气而发为本病。按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

1．中脏腑

（1）闭证

【治法治则】涤痰开窍，平肝息风。

【操作步骤】取闭三针加太冲、合谷、丰隆。针刺行泻法。十二井穴、十宣穴用浅刺出血，不留针；阳闭只针不灸，阴闭可以针后加灸；太冲可透涌泉，用强刺激，行捻转泻法。每日一次，2 周为一疗程。

（2）脱证

【治法治则】扶元固脱，回阳复脉。

【操作步骤】取脱三针加关元。均用灸法。神阙、关元用隔盐灸，艾炷宜稍大，壮数以灸至肢暖、汗收、脉有力为度。水沟平补平泻。灸后可加针合谷、足三里、百会，平补平泻。针百会时，针尖向后沿皮刺入 25㎜，稍加捻转，使针下有紧涩感，得气后，行平补平泻法。每日 1 次，2 周为一疗程。

2．中经络

【治法治则】调和经脉，疏通气血。

【操作步骤】取颞三针。虚证用平补平泻法，实证用捻转泻法。用 0.30㎜×50㎜ 毫针，针尖与穴位呈 15°～30° 角，向下沿皮平刺 40㎜ 左右，使局部产生麻胀酸感或放射至整个头部为度。

风痰瘀血，闭阻脉络者加舌三针、手三针、足三针，针用泻法，可灸。肝阳暴亢，风火上扰者加足三针、太溪、阳陵泉、内关；常规刺法，太冲、内关、阳陵泉用泻法，太溪用补法。痰热腑实，风痰上扰者加肠三针、大肠俞，针用泻法。气虚血瘀者加胃三针、阳三针，膈俞、血海、三阴交，行补法；关元、气海、中脘用隔姜灸或隔盐灸；加肾俞、内关、足三里、血海、三阴交，用针刺补法。阴虚风动者加四神针、太溪、太冲，针四神针时，针尖向百会沿皮刺人 25㎜，平补平泻，太溪行补法，太冲用泻法。

【特别提示】靳三针取头部穴位时一般选偏瘫对侧。“靳三针”技术主张对侧和患侧交替进行，可以防止机体产生耐受性，本法主要应用于中风病各期。

三、禁忌症

同普通针刺禁忌症。

四、注意事项

1.过度劳累、饥饿、精神紧张的患者，不宜立即针刺，需待其恢复再治疗。

2.体质虚弱的患者，刺激不宜过强，并尽量采用卧位。

3.避开血管针刺，以防出血。有自发性出血倾向或因损伤后出血不止的患者，不宜针刺。

4.皮肤之感染、溃疡、瘢痕部位，不宜针刺。

5.进针时有触电感，疼痛明显或针尖触及坚硬组织时，应退针而不宜继续进针。

6.眼区、项部、胸背部、胁肋部等部位穴位，应掌握好针刺的角度方向和深度。

第十九章　电针技术

电针技术是将针刺入腧穴得气后，在针具上通以接近人体生物电的微量低频脉冲电流，利用针和电两种刺激相结合以防治疾病的一种操作技术。临床上常用于各种慢性疾病及神经系统疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

毫针、电针仪。

（二）选穴方法

1.选穴时可按传统针灸理论，循经选穴或辨证选穴。

每次治疗须选取两个穴位以上，即主穴配用相应的辅助穴位，一般多选同侧肢体的1～3对穴位为宜。

2.按神经分布选穴。

头面部：听会、翳风（面神经分布区），下关、阳白、四白、夹承浆（三叉神经分布区）。

上肢部：颈6～7夹脊穴、天鼎穴（臂丛神经分布区），青灵、小海（尺神经分布区）；手五里、曲池（桡神经分布区），曲泽、郄门（正中神经分布区）。

下肢部：环跳、殷门（坐骨神经分布区），委中（胫神经分布区），阳陵泉（腓总神经分布区）；冲门（股神经分布区）。

腰骶部：气海俞（腰神经分布区），八髎（骶神经分布区）。

也可用阿是穴作为电针刺激点。

3.根据受损部位选穴。

面神经麻痹：取听会或翳风为主穴，额部配阳白，颧部配颧髎，口角配地仓，眼睑配瞳子髎。上肢瘫痪：以天鼎或缺盆为主穴，三角肌配肩髃或臑上，肱三头肌配臑会，肱二头肌配天府；屈腕和伸指肌以曲池为主，配手五里或四渎。下肢瘫痪：股前部以冲门或外阴廉为主，加配髀关或箕门；臀、腿后部以环跳或秩边为主，小腿后面配委中，小腿外侧配阳陵泉。

（三）基本操作方法

使用电针仪前，先把强度调节旋钮调至零位，针刺穴位得气后，再将电针仪上每对输出的两个电极分别连接在两根毫针上，负极接主穴，正极接配穴，一般将同一对输出电极连接在身体的同侧。如果在邻近的一对穴位上进行电针，可将两根毫针之间以干棉球相隔，以免短路。最后打开电源开关，选好波型，通电时调节刺激量旋钮，使刺激电量从无到有，由小到大，使用的电刺激强度以患者可接受为度。

1.波形的选择

（1）疏密波

疏密波是疏波、密波自动交替出现的一种波形。其动力作用较大，治疗时兴奋效应占优势。可增加代谢，促进气血循环，改善组织营养，消除炎性水肿。常用于扭挫伤、关节周围炎、坐骨神经痛、面瘫、肌无力、局部冻伤等。

（2）断续波

断续波是有节律地时断、时续自动出现的一种波形。其动力作用颇强，能提高肌肉组织的兴奋性，对横纹肌有良好的刺激收缩作用。常用于治疗痿证、瘫痪等。

（3）连续波

亦叫可调波，是单个脉冲采用不同方式组合而形成的波形。其兴奋作用较为明显，刺激作用强，常用于治疗痿证和各种肌肉关节、韧带、肌腱的损伤等。

2.电针强度

当电流开到一定强度时，患者有麻、刺感，这时的电流强度称为“感觉阈”。如电流强度再稍增加，患者会突然产生刺痛感，能引起疼痛感觉的电流强度称为电流的“痛阈”。强度因人而异，在各种病理状态下其差异也较大。一般情况下在感觉阈和痛阈之间的电流强度，是治疗最适宜的刺激强度。脉冲电流的“痛阈”强度因人而异，在各种病态情况下差异也较

大，一般应以病人能耐受的强度为宜。

（四）治疗时间

通电时间一般为 15～30 分钟左右。针刺麻醉可持续更长时间。

（五）电针仪种类

1.蜂鸣式电针仪：是一种利用电铃振荡原理，将直流电转换成脉冲电流。这种脉冲电流波形较窄，如针尖状，且不对称。由于耗电量大，有噪音，现在已很少使用。

2.降压式交流电针仪：是一种以一般交流电源，经变压器将电压降至 25 V 以下，再经电阻和电位器加以调控输出，以获得适当的刺激强度。由于频率不可调，现在也很少使用。

3.音频振荡电针仪：是一种利用音频振荡器，在 20～200 Hz 范围内，产生频率可调的正弦波电针仪，虽然频率与输出强度可调，但波形单纯，疗效较差。这种电针仪目前亦很少应用。

4.晶体管噪音式电针仪：此种电针仪的电源为直流 6 V，噪音频率为 15000～20000 Hz，调制频率为 3～30 Hz，输出电压为 0～50 V。E1332 电针仪即属此种类型，主要适用于针麻与镇痛治疗等。

5.声波电针仪：即声电针，是将音波发生器所产生的多种声源，如音乐、戏剧、歌曲、广播等声波输入电针仪，输出通过导线与刺入穴位的针柄相连，从而产生一种错综复杂、参差不齐、随机瞬变的复合声电波刺激，故不易引起人体的适应性，从而长时间治疗时其作用不衰减。由于没有较强的基波干扰，刺激较为舒适，患者易接受。声电流比一般脉冲波镇痛效果好。

6.脉冲式电针仪：此种电针仪近年来在国内外应用最广。典型机种为 G6805。其采用间歇振荡器为脉冲发生器，由可变电阻改变电路的时间常数，控制脉冲频率。在振荡变压器上绕有多组相互隔离的输出绕组，备绕组的输出经位器分压后输出。由多谐振荡器输出方波，可获疏密波及断续波与脉冲波型。但是这两种波形的频率是不可调的，方波产生的起伏信号可调制其幅度，可获起伏波及锯齿波等脉冲列波型。

二、常见疾病的电针治疗

（一）面瘫病（周围性面瘫）

面瘫常由风寒外袭，入中面部经络，以一侧面部肌肉瘫痪、额纹消失、眼裂变大、露睛流泪、鼻唇沟变浅、口角歪向健侧为主要表现，部分患者初起时有耳后疼痛。多因正气亏虚，风邪乘虚入中经络，导致气血闭阻，面部经筋失于濡养，致肌肉纵缓不收而发病。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏风通络，行气活血。

【选穴】面瘫恢复期：取地仓、大迎、颊车、阳白、四白、太阳、翳风、合谷穴；面瘫后遗症期：在上穴基础上，上唇歪取口禾髎、水沟；下唇歪取夹承浆、承浆；不能耸鼻取迎香；不能皱眉取鱼腰、攒竹。

【操作】选 0.35㎜×50㎜ 不锈钢针快速刺入皮肤，平刺或斜刺，使颊车、地仓两穴相透，余穴平刺 25㎜ 左右，待有酸胀感后留针。采用电针治疗时，一组放到地仓、颊车穴上，另一组放到阳白、四白穴上。输出强度以面部有轻微跳动为度，连续通电 20 分钟，每日一次，7 次为一个疗程。

（二）项痹病（颈椎病）

项痹常因督脉劳损、气血不足、感受外邪等导致经脉闭阻，以颈背疼痛、上肢无力、手指发麻、下肢乏力、行走困难、头晕、恶心、呕吐，甚至视物模糊、心动过速及吞咽困难等为主要表现。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏筋通络。

【选穴】主穴：颈 2～颈 7 夹脊穴。配穴：养老、天柱、大椎、肾俞、大肠俞、曲池、外关、合谷、阳陵泉、秩边。

【操作】主穴以 50mm 毫针作 45° 角向脊椎方向刺入，运针至针感出现传导，配穴进针得气。平补平泻 1 分钟，然后接通电针仪，负极接主穴，正极接配穴，连续波，频率 120～250 次/分钟，电流强度以病人感到舒适为宜，一般在 1～1.5mA。

【特别提示】电针的电流强度不宜过大，且应观察患者治疗过程中的感觉。

（三）腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症常因急性损伤、督脉劳损、感受寒邪等导致经脉闭阻，以腰部疼痛，一侧或双下肢麻木、疼痛等为主要表现。按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血通络。

【选穴】主穴：肾俞、大肠俞、秩边、委中穴、环跳、承山或阿是穴。配穴：寒湿加风府、腰阳关，劳损加膈俞、次髎，肾虚加命门、太溪，急性腰扭伤、闪挫伤可刺水沟、后溪等。

【操作】穴位常规消毒后，根据病情选用主穴 3～4 穴，选择不同毫针刺相应穴位得气后，接通电疗仪，以连续波频率为 80～100 次/分钟，强度以患者能耐受为度。

【特别提示】每次施术时间不宜过长，以免影响疗效。

（四）小舞蹈病

小舞蹈病又称风湿性舞蹈病，是急性风湿病的一种神经系统表现，其临床特征为不规则、不自主的舞蹈样动作、肌张力降低、肌力减弱、自主运动障碍和情绪改变等。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【选穴】以头针技术的穴位为主，加舞蹈震颤区。配穴：运动区、晕听区（见图 1）

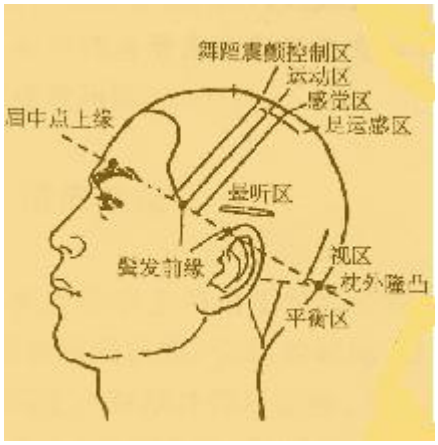


图 1 晕听区示意图

【操作】震颤为主者，仅取主穴，兼肌力增强者，加运动区，因服用药物产生头晕等不良反应者，配晕听区。早期，单侧肢体颤动或肌力增强者，仅取对侧头皮针穴区。后期，双侧出现症状则取双侧穴区。并依据肢体的不同病变部位，取相应的区域，如上肢症状明显，取运动区之中 2/5 区域等。以直径 0.32mm 毫针，快速刺入，并推至所需深度，亦可接以电针仪，电针频率 240～280 次/分钟，连续波，强度以患者能耐受为宜，通电 20 分钟，如在对侧肢体出现热、麻、胀者为佳。

三、禁忌症

1. 心脏附近应避免使用电针，特别对患有严重心脏病者，更应注意避免电流回路经过心脏；不横跨脊髓及心脏通电，以防损伤脊髓甚至发生脊髓休克。

2. 对于精神病人的治疗，因其不能自述针感、易躁动，应注意避免使用电针。

3. 垂危病人、孕妇、过度劳累、饥饿、醉酒者。

四、注意事项

1. 每次治疗前，检查电针仪输出是否正常。治疗后，须将输出调节电钮等全部退至零位，随后关闭电源，撤去导线。

2. 电针感应强，通电后会产生肌收缩，故须事先告诉病员，让其思想上有所准备，便能更好地配合治疗。电针刺激强度应逐渐从小到大；不要突然加强，以免出现晕厥、弯针、断针等异常现象。

3.在头针左右两侧对称的穴位上使用电针，如出现一侧感觉过强，这时可以将左右输出电极对换。对换后，如果原感觉强的变弱，而弱的变强，则由于电针器输出电流的性能所致，如果无变化，则由于针刺在不同的解剖部位而引起。

第二十章　贺氏三通技术

贺氏三通技术，是指贺氏针灸三通法的操作技术——微通法、温通法和强通法的操作方法。临床上，或三法合用，或独用一法或两法。本法临床应用较广泛，适用于内外妇儿多种疾病。

一、基本针具及操作方法

（一）微通法

1.针具：毫针。

2.刺法：微通法的操作方法与常规毫针的操作方法相同。

3.选穴：与常规毫针技术的取穴原则相同。

（二）温通法

1.针具：贺氏火针。针体以含钨合金钢丝制成，硬度与韧性均强于普通毫针，柄用细铜丝制成盘龙状，长度 25～100mm，体粗圆，尖锐利，形同毫针，略较粗长，受热散热较快，不易变形（见图 1）。



图 1　火针示意图

2.刺法：单刺法、密刺法、散刺法、围刺法及刺络法等。

（1）单刺法：在腧穴上施以单针刺激。

（2）密刺法：在体表病灶上施以多针刺激，每针间隔不超过 1cm。

（3）散刺法：在体表病灶上施以多针刺激，每针间隔 2cm 左右。

（4）围刺法：围绕体表病灶周围施以多针刺激，针刺点在病灶与正常组织交界处。

（5）刺络法：用火针刺入体表血液淤滞的血络。

3.选穴：以局部阿是穴为主。

（三）强通法

1.针具：三棱针、梅花针或三棱火针等。

2.刺法：包括速刺法、缓刺法、挑刺法、散刺法、叩刺法、针罐法及火针法等。

（1）速刺法：右手持针迅速刺入皮下 2～3mm，立即出针，挤压针孔周围，使血液流出数滴即可，最后以消毒干棉球按压针孔。

（2）缓刺法：用橡皮止血带系在所刺部位的上端或下端，右手持针对准穴位或静脉努起处，徐徐刺入 2～3mm，然后将针缓缓退出，血即随针流出，停止放血时，将止血带解开，用消毒干棉球揉按针孔。

（3）挑刺法：左手按压施术部位的两侧，或捏起皮肤，使皮肤固定，右手持三棱针将表皮挑破，使血或黏液流出，最后以消毒干棉球按压针孔。

（4）散刺法：用三棱针在病灶周围点刺多针，然后用手轻轻挤压局部，使之出血。

（5）叩刺法：用梅花针对准叩刺部位，使用手腕之力，将针尖垂直叩打在皮肤上，并立即提起，反复进行。根据不同情况分别选用弱、中、强 3 种刺激强度，可使局部充血或微量出血。

（6）针罐法：先用三棱针或皮肤针针刺局部，然后在局部拔罐，5～10 分钟后，待罐内吸出一定量的血液时起罐。

（7）火针法：将火针烧热后刺入所选部位，使血液流出。

3.选穴：按近部取穴、远部取穴及辨证取穴等原则选穴。

二、常见疾病的三通治疗技术

（一）肩凝症（肩关节周围炎）

本病以肩周疼痛，伴肩关节活动功能障碍为主要表现，疼痛多以夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发。查体见肩部肌肉萎缩，肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限明显。本病好发年龄在 50 岁左右，女性发病率高于男性，多见于体力劳动者，常因外伤筋骨，气血不足复感受风寒湿邪所致。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通经活血，祛风止痛。

【操作方法】微通法刺肩髃、肩髎、阿是穴、条口、阳陵泉，条口深刺，可直透承山。局部组织粘连者用中粗火针点刺，速刺法，出针后用消毒干棉球重按针眼片刻。每日或隔日 1 次，2 周为一疗程，

（二）蛇串疮（带状疱疹）

本病是以成簇水疱沿身体一侧呈带状分布，且疼痛剧烈为特征的皮肤病，春秋季多发。多因肝脾内蕴湿热、兼感邪毒所致。其前驱症状可表现为患部灼热、疼痛等，继而皮肤出现簇集成群、累累如串珠的红斑、水疱，伴剧烈疼痛，多发生于腰胁部，亦可见于头面、下肢等处，可伴有全身症状。日久不愈者，局部经脉气血瘀滞，可遗留不同程度的疼痛。按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏利肝胆，清热化湿，通经止痛。

【操作步骤】微通法针刺支沟、丘墟。中粗火针烧红烧透后，以速刺法点刺疱疹的头、中、尾部。较大水疱可用火针点破，使液体流出，复以干棉球擦拭。用三棱针沿皮损边缘点刺，以闪火法在其上拔罐，罐内可见少许血液拔出，留罐 10 分钟，起罐后用消毒棉球将血液擦净。并用三棱针点刺龙眼穴（位于手小指尺侧第二三指节之间，握拳于横纹尽处取穴），出血 3～5 滴后擦净。隔日 1 次，2 周为一疗程。

（三）筋瘤（下肢静脉曲张）

本病多因局部气血运行不畅，淤血阻滞，导致血脉突于皮肤表面。多因长期站立所致。临床按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血化瘀，舒筋散结。

【操作方法】微通法针刺血海。中粗火针烧红烧透后，在患肢找较大曲张的血管，迅速准确地刺入曲张血管，随针拔出即有紫黑色血液顺针孔流出，勿需干棉球按压，使血自然流出，待血止后，用干棉球擦拭针孔。每周治疗 3 次，2 周为一疗程。

（四）腰痛病（腰椎间盘突出症、腰背肌筋膜炎）

腰痛是以自觉一侧或双侧腰部疼痛为主症的一类病症。多因感受外邪、跌扑损伤或劳欲过度等引起。主要表现为腰部重痛、酸麻、活动障碍，或见痛连臀腿，或因咳嗽、喷嚏等使疼痛加剧。本病按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通经活络，舒筋止痛。

【操作方法】取腰部夹脊穴、环跳、殷门、阳陵泉、承山、阿是穴，以微通法针刺上述

穴位。中粗火针烧红烧透后，速刺法点刺阿是穴。出针后用消毒干棉球重按针眼片刻。用三棱针速刺委中穴出血，再选用大小适当的火罐吸拔，留罐 10 分钟。隔日 1 次，2 周为一疗程。

三、禁忌症

1.凝血障碍者。

2.局部皮肤破溃、感染者。

3.不明原因的肿块部位。

4.大失血者。

四、注意事项

1.严格消毒：因三棱针及火针等针具相对粗大，针孔不易闭合，所以针前针后局部都应严格消毒，预防感染。施术者的手指也应用 75％乙醇擦拭，操作时应尽量避免手指直接接触针体。

2.针后嘱保持局部清洁，避免针孔感染。

3.出血适量：诊治过程中，应结合具体情况，多方面综合考虑。一般情况下，穴位点刺出血时，3～5 滴即可，如在静脉处放血，血色由深变浅时则可停止。

4.阴血亏虚的患者应慎用强通法，大汗及水肿严重者应禁用。孕妇及有习惯性流产患者，或大劳、大饥、大渴、大醉、大怒者不宜放血。针刺手法不宜过重，针刺深度应适宜，忌针刺过深，以免穿透血管壁。

5.针刺要避开内脏和重要器官，勿损伤动脉及神经干。

6.糖尿病患者、瘢痕体质或过敏体质者慎用火针。

第二十一章　浮针技术

浮针技术是运用一次性浮针在痛点周围的皮下组织进行扫散的针刺方法。具有舒筋解痉的功效，常用于颈椎病、肩周炎、网球肘、腱鞘炎、滑囊炎、腰腿痛、膝关节炎、陈旧性踝关节扭伤等软组织伤痛。

一、常用针具及基本操作方法

（一）常用针具

浮针由针芯、软管和保护套管组成（见图 1）。其中针芯由不锈钢针和硬塑料的芯座组成。软套管具有足够的柔软度，能长时间留置于皮下，避免刺伤血管以及脏器。

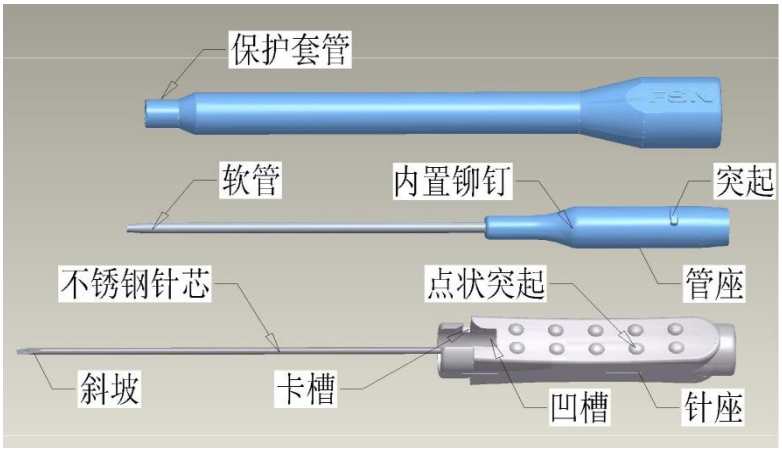


图 1　浮针结构示意图

（二）基本操作方法

1. 体位

仰卧位：适宜于取头、胸、腹部进针点和上下肢部位的进针点，腹部治疗时，下肢呈屈曲位，膝下垫枕。

侧卧位：适宜于在身体侧面和上下肢部位的治疗。

俯卧位：适宜于在头、脊背、腰臀部和下肢背侧的进针点。俯卧位时，胸下垫枕，患者双手交叉置于前额。

端坐位：适宜于颈肩部、上背部、上肢部的进针点。

2. 触诊痛点

用指腹在疼痛区域触摸检查，勿重力按压。检查时医者触及条索、结节或者局部紧张，患者局部出现压痛反应。

3. 进针点选取

小范围病痛进针点宜近，大范围、多痛点者宜远。从远到近，尤其是对于大范围的病痛，进针点的选取要从远到近，而不能相反。

4. 消毒

针刺常规消毒。

5. 操作

（1）进针

用右手持针操作，主要是以拇指、示指、中指三指把持针柄，斜持毛笔状（图 2），这时左手拇指、示指可以分居进针点两侧，轻按皮肤，调控皮肤的松紧度，使皮肤处于不紧不

松的状态。针尖由远而近地直对病痛部位，针体与皮肤呈 15°～20°角进针，呈搁置状态（见图 3）。进针时使用腕关节的力量迅速刺入皮下。

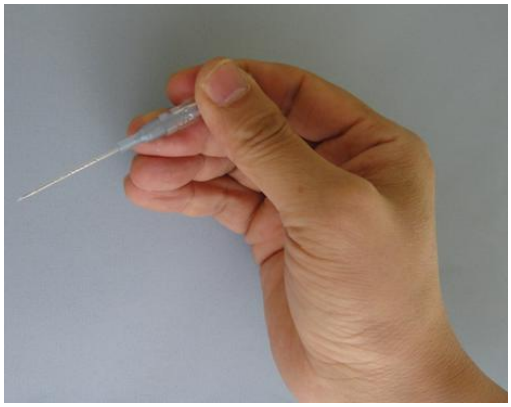


图 2　浮针持针示意

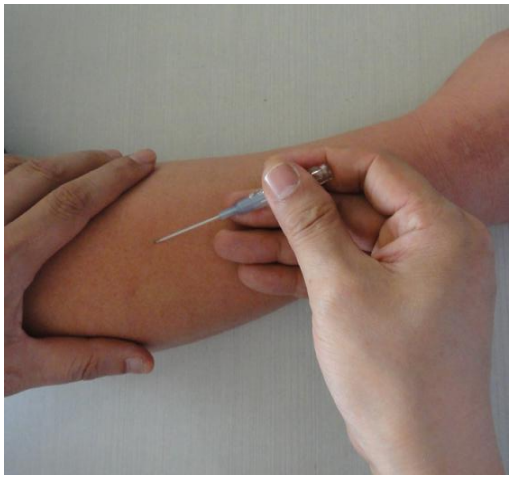


图 3　针体和皮肤角度示意

（2）运针

运针时，单用右手持针，使针体沿皮下向前推进，可见皮肤呈线状隆起。

（3）扫散

用右手拇指和中指捏住芯座，示指和无名指分居中指左右两边。拇指尖搁置在皮肤上，以拇指为支点，示指和无名指一前一后作杠杆运动，使针体做扇形运动（见图 4）。同时，用左手配合活动相关肢体。一个进针点的扫散时间大约为半分钟到两分钟，次数 50～200 次。

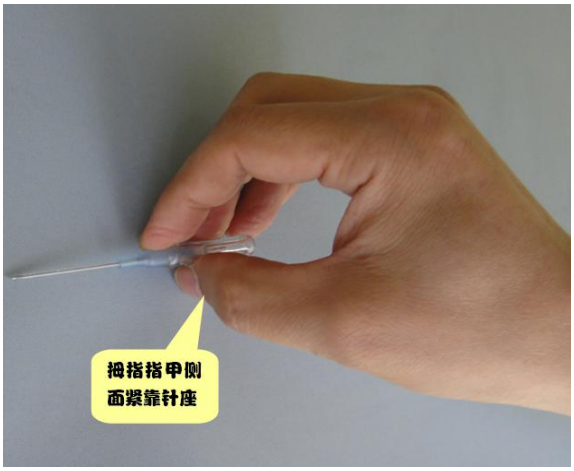


图 4　浮针扫散时持针示意

（4）出针

扫散完毕，抽出针芯，用胶布固定留于皮下的软套管，留管 6～8 小时。

二、常见疾病的浮针治疗技术

（一）项痹病（颈椎病）

本病多因感受外邪，气血瘀滞、筋骨失养所致，主要表现为颈肩痛，疼痛多数表现为酸痛，常见于棘突两侧肌肉、斜方肌上缘、肩胛骨内侧、肩胛骨外侧、前臂等。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》进行诊断。

【操作步骤】

1. 定位

患者坐位，术者触诊寻找颈肩体表压痛点，常见病痛点在：

痛点 1（P1）：在 C_3、C_4、C_5 棘突两侧凹陷中，多呈结节状。

痛点 2（P2）：在斜方肌上缘，相当于肩井穴周围，呈圆盘状，触之有紧张感。

痛点 3（P3）：有两个不同位置，一是在肩胛骨内侧缘与棘突之间，手下多感觉为粗大条索，显硬、紧；二是肩胛骨内上角。

痛点 4（P4）：大圆肌投影处，手下紧涩感。

痛点 5（P5）：肘关节桡侧下方手三里穴周围，条索状，触之有紧张感。

2. 消毒

3. 进针：进针点的选取和针刺方向见图 5～图 8。

4. 运针

5. 扫散

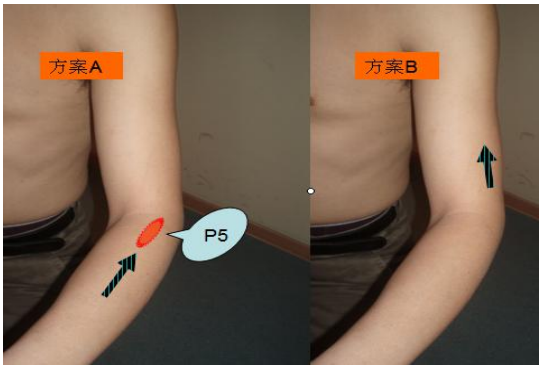


图 5　浮针进针肘部痛点方向示意图

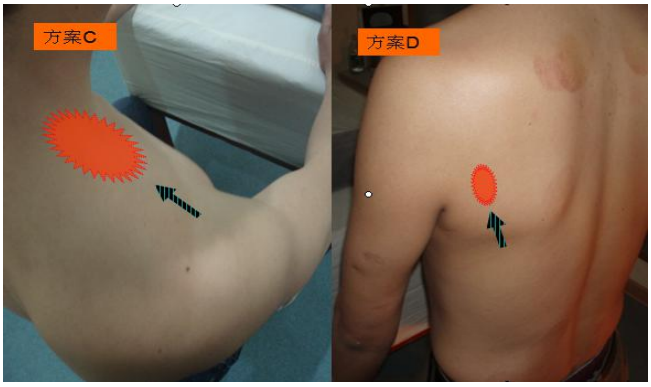


图 6 浮针进针肩部痛点位置示意



图 7 浮针进针肩背部痛点位置示意

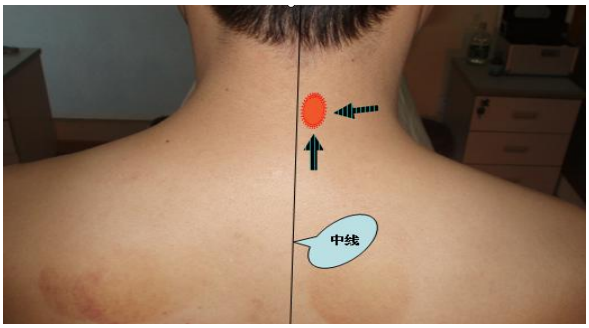


图 8 浮针进针项部痛点位置示意

6. 出针

【特别提示】

嘱咐病人不要持久进行某一活动，加强项部肌肉的锻炼。

（二）腰腿痛

腰腿痛多位于 L_4-L_5、L_5-S_1 棘突旁、腰骶部、臀部，疼痛大多为酸痛、胀痛、寒痛。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》进行诊断。

【操作步骤】

1. 定位

患者俯卧位，术者触诊寻找体表压痛点，常见病痛点在：

痛点 1（P1）：L_4、L_5、S_1 棘突旁，触诊手下有紧涩感。

痛点 2（P2）：梨状肌投影处，触诊多有粗大条索状物。

痛点 3（P3）：小腿后侧中部或外侧，触诊多为条索，并有紧滑感。

2. 消毒

3. 进针：进针点的选取和针刺方向见图 9。

4. 运针

5. 扫散

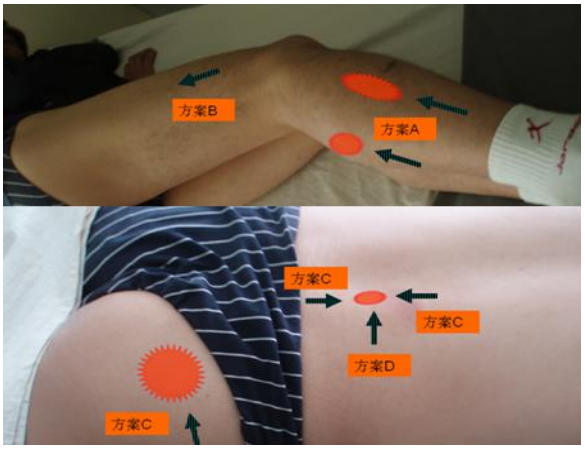


图 9 浮针进针痛点与方向示意

6. 出针

【特别提示】

卧床休息时，嘱咐病人活动下肢或者腰部肌肉。

（三）肩凝症（肩关节周围炎）

主要表现为肩关节周围疼痛及关节活动障碍。疼痛多为钝痛、胀痛或刀割样痛，疼痛缠绵持久，夜间加重。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【操作步骤】

1. 定位

患者坐位，常见病痛点在：

痛点 1（P1）：喙突周围或结节间沟，多呈圆盘状，触之滑紧感。

痛点 2（P2）：肩峰下凹陷处，触之紧张感。

痛点 3（P3）：肩贞穴周围（四边孔），触之硬紧感。

2. 消毒

3. 进针

进针点的选取和针刺方向见图 10。

痛点 1 的处理：

同侧前臂内侧前缘，约中央段，由下向上。

同侧上臂内侧前缘，约上 3/4 段，由下向上。

同侧胸壁外上角，痛点 1 内下方→痛点 1。

痛点 2 的处理：

同侧上臂外侧后缘，约中央段，由下向上。

同侧背部外上角，痛点 3 内下方→痛点 3。

痛点 3 的处理：

同侧上臂外侧后缘，约中央段，由下向上。

同侧背部外上角，痛点 3 内下方→痛点 3。

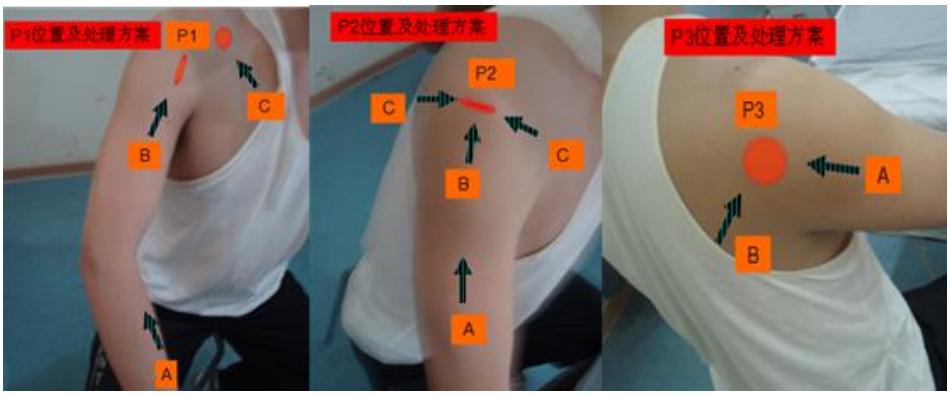


图 10　肩部常见病痛点位置及浮针进针方向示意

4. 运针

5. 扫散

6. 出针

【特别提示】本病须坚持日常自我锻炼。

（四）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

膝痹病常以膝关节疼痛、肿胀、活动受限为主要表现，活动或天气变化时疼痛加重，常反复发作。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【操作步骤】

1. 定位

患者坐位或仰卧位，术者触诊寻找体表压痛点，常见病痛点在：

痛点 1（P1）：髌骨内下缘。

痛点 2（P2）：髌骨外下缘。

痛点 3（P3）：髌骨内上缘。

痛点 4（P4）：髌骨外上缘。

痛点 5（P5）：髌骨正下缘。

痛点 6（P6）：腘窝外、下方，触之条索状（图 11）。

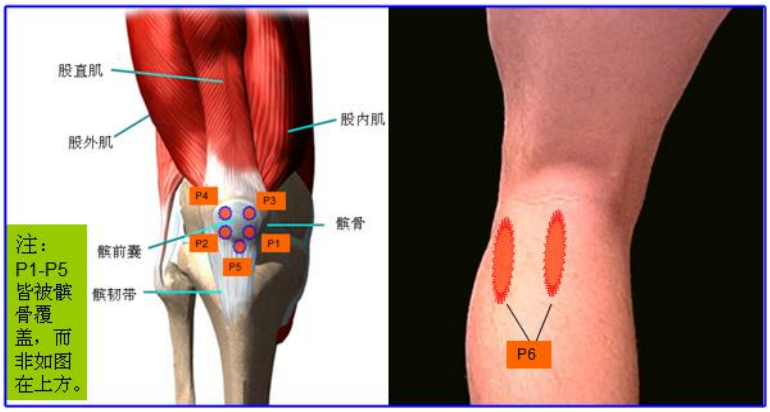


图 11 膝关节常见痛点示意

2. 消毒

3. 进针

进针点的选取在痛点近处，进针方向直对痛点。

痛点 1～5 的处理：在痛点周围 3～6cm 处向痛点方向进针，痛点 5 不能在正下方进针。

痛点 6 的处理：在痛点下方 5～8cm 处向痛点方向进针。

4.运针

5.扫散

6.出针

【特别提示】

1.治疗时可以请助手托住病人小腿来回晃动，使得膝关节被动活动，局部缺血再灌注。

2.注意休息，适量功能锻炼。

三、禁忌症

1.传染病、恶性肿瘤患者。

2.局部感染、发热、肢体水肿患者。

3.自发性出血或凝血功能障碍者。

4.年老体弱、孕妇及不配合者。

四、注意事项

1.进针时避开皮肤上的疤痕、结节、破损、凹陷、突起（包括关节突起）等。

2.在运针过程中，病人突感刺痛或者医生突感阻力，这时应稍退针体，然后调整针尖方向。

3.留管期间应防止感染。

4.治疗后注意休息，尤其是不要持久进行某一活动。

参考文献

[1] 邱茂良，张善忱.针灸学.上海：上海科学技术出版社，1985.
[2] 石学敏.针灸学[M].北京:中国中医药出版社，2002.
[3] 王启才.针灸治疗学.北京：中国中医药出版社，2003
[4] 中药新药临床研究指导原则（试行）[M].北京：中国医药科技出版社，2002.
[5] 焦顺发.焦顺发头针[M].北京：人民卫生出版社，2009.
[6] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局，中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准针灸技术操作规范 第2部分:头针[S].北京：中国标准出版社，2008.
[7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京：南京大学出版社，1994.
[8] 周仲瑛.中医内科学[M].北京：中国中医药出版社.2007.
[9] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局，中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准针灸技术操作规范 GB/T13734-2008 耳穴名称与定位.北京：中国标准出版社，2008.
[10] 奚永江.针法灸法学[M].上海：上海科学技术出版社，1985.
[11] 吴杞.欧阳颀.图解耳穴疗法[M].北京：人民军医出版社，2007.
[12] 薄智云.腹针疗法[M].北京:中国科技出版社，1999.
[13] 薄智云.腹针无痛治百病[M].北京:中国科技出版社，2005.
[14] 薄智云.腹针挂图[M].北京:北京科技出版社，2003.
[15] 田维柱.中华眼针[M].沈阳:辽宁科学技术出版社，1998.
[16] 方云鹏.手象针与足象针[M].陕西：陕西科学技术出版社，1986：3.
[17] 朱振华.新手针疗法[M].北京:人民军医出版社，1990：4.
[18] 方云鹏，方本正.方氏微型针灸[M].西安：陕西科学技术出版社，1998：10.
[19] 盛燮荪，陈峰，郑炜.手穴疗法治百病[M].北京:人民卫生出版社，1999:8
[20] 王富春，高颖.中国手针疗法[M].北京：科学技术文献出版社，2005：2.
[21] 张心曙，凌昌全，周庆辉.实用腕踝针疗法[M].北京：人民卫生出版社，2002：22-23.
[22] 张心曙，腕踝针疗法[M]，北京:人民军医出版社，1990.
[23] 岳宝安，刘鹏.大椎刺络拔罐的临床应用概况[J]. 陕西中医 2002，23（11）：1019
[24] 衣华强. 委中穴刺血拔罐治疗急性腰扭伤[J]. 山东中医杂志，1998，17(4)：166.
[25] 王文兵.刺络放血配合中药内服治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].临床合理用药，2011，（4）7C：63
[26] 袁成凯.皮内针疗法技术操作规范标准研究.成都中医药大学硕士学位论文，2008.
[27] 余曙光.皮内针技术操作与临床应用DVD.北京：中国人民解放军卫生音像出版社，2010.
[28] 陆寿康.刺法灸法学[M].北京：中国中医药出版社，2003.
[29] 孙国杰.针灸学[M].北京：人民卫生出版社，2000.
[30] 贺普仁.针灸三通法操作图解[M].北京：科学技术文献出版社，2008.
[31] 李志刚.皮肤针[M].北京:科学技术出版社，2005
[32] 杨兆钢.中国芒针秘验[M].北京：中国医药科技出版社，1999:3.
[33] 郭长青，卢婧.实用芒针疗法[M].北京：化学工业出版社，2009:5.

[34] 胡有谷.腰椎间盘突出症[M].2 版.北京:人民卫生版社，2001:7.

[35] 张学庸.新编诊疗常规.北京:金盾出版社，1990:253.

[36] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局，中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准针灸技术操作规范 第 14 部分鍉针[S],北京:中国标准出版社,2009.

[37] 吴绪平，喻国雄，李万瑶.现代穴位疗法大全[M].北京：中国医药科技出版社，1999：60.

[38] 陈国珍，孟庆轩.穴位疗法治百病[M].北京：人民军医出版社，2011：66.

[39] 刘炎.针刺手法图解[M].上海：上海科学技术出版社，2008：191.

[40] 苗彦霞，邢玉瑞，邢芳瑞.水针疗法治百病[M].北京：人民军医出版社，2004：173.

[41] 徐汝德.穴位注射千家妙方[M].北京：金盾出版社，2007：103.

[42] 查炜.实用穴位疗法全书[M].南京：江苏科学技术出版社，2004：262.

[43] 李镆.临床穴位注射治疗法[M].北京：军事医学科学出版社，2003：105.

[44] 罗和古.穴位注射巧治病[M].北京：中国医药科技出版社，2007：4.

[45] 温木生.埋线疗法治百病[M].人民军医出版社.2002.

[46] 陆健.埋线针疗学[M].长春：吉林科学技术出版社.2004.

[47] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局，中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准针灸技术操作规范 第 10 部分:穴位埋线(GB/T 21709.10-2008)[S]，北京：中国标准出版社，2009.

[48] 王文远.中国平衡针灸[M].北京：北京科学技术出版社，1997.

[49] 石学敏.“醒脑开窍”针刺法治疗脑卒中[J].中国临床康复，2003，(7)：1057-1058.

[50] 张春红,李金波,王舒.在德国运用“醒脑开窍针刺法”治疗郁证的临床观察[J].针灸临床杂志，2002，(08)：8-9.

[51] 张春红，卞金玲，武连仲.“醒脑开窍”针法在针灸临床的广泛应用[J].针灸临床杂志，2006，(2)：38-41.

[52] 张琳，张艳，李澎等.“醒脑开窍针刺法”治疗癔病 84 例临床观察[J].针灸临床杂志，2001，(11)：45-46.

[53] 彭增福. 靳三针疗法[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，2000.

[54] 林庆.小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型[J].中华儿科杂志,1989,27(3)：162.

[55] 胡莹媛，吴卫红，李燕春等. 脑瘫智能评定研究[J]. 中国康复理论与实践，2005，8(11)：647-648.

[56] 殷英.电针治疗仪[Z].CN201356921:宁波市医疗器械行业协会，2009.

[57] 陆寿康.刺法灸法学[M].北京：中国中医药出版社，2007：156-160.

[58] 王频，杨华元，胡银娥.国家标准《针灸技术操作规范 第 11 部分:电针》研制体会[J].中国针灸，2010，30(5):413-419.

[59] 贺普仁，王京喜，徐春阳.针灸三通法临床应用.北京：科学技术文献出版社，1999.

[60] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局，中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准针灸技术操作规范 第 12 部分火针[S].北京:中国标准出版社,2009.

[61] 符仲华.浮针疗法治疗疼痛手册[M].北京:人民卫生出版社，2011.

第二篇 推拿类技术

第一章 皮部经筋推拿技术

皮部经筋推拿技术是以按法、揉法、擦法、㨰法等手法作用于全身各部体表，刺激皮部（包括皮肤、皮下组织）、经筋（包括筋膜、肌肉、韧带、关节囊等组织），使皮部受到良性刺激或使经筋张力发生改变的推拿医疗技术。皮部经筋推拿技术作用于皮部，有舒缓放松、镇静安神或有醒神兴奋、温通气血等功效，适应的病证包括内妇儿科疾病和运动前后；作用于经筋，有舒筋解痉、松解粘连、理筋活血等功效，适应的病证包括常见的骨伤科病证，也适用于运动按摩。

一、基本操作方法

（一）㨰法

以手背面在施术部位进行不间断的往返滚动的手法。手指自然屈曲，小指、无名指的掌指关节屈曲约达 90°，余指屈曲的角度则依次减小，如此则使手背沿掌横弓排列呈弧面，使之形成滚动的接触面。以第 5 掌指关节背侧附着于施术部位上，前臂主动做推旋运动，带动腕关节做较大幅度的屈伸和一定的旋转活动，使手背面偏尺侧部在施术部位上进行不间断的往返地滚动。每分钟操作 120～160 次。

（二）一指禅推法

以拇指端或罗纹面着力于施术部位，通过前臂的往返摆动带动拇指做屈伸运动的手法。肩、肘关节放松，拇指伸直，余指的掌指关节和指间关节自然屈曲，以拇指端或罗纹面着力于体表施术部位上，前臂做主动的横向摆动运动，带动拇指掌指关节或拇指指间关节做有节律的屈伸运动。每分钟操作 120～160 次。动作要求“沉肩、垂肘、悬腕、指实、掌虚”。一指禅推法操作时，往往边推边根据临床需要沿一定的方向移动，要求摆动的频率较快而移动的速度较慢，称为“紧推慢移”。如以指端操作，其接触面最小，易于施力，刺激相对较强；而如以罗纹面操作，则接触面相对较大，刺激亦相对较平和，两者多用于躯干部及四肢部的经络俞穴。一指禅偏锋推法接触面小而窄、轻快柔和，多用于颜面部。

（三）摩法

用手指掌面或手掌在体表做环形运动的手法。

1.指摩法

手指自然伸直，示指、中指、无名指和小指并拢，腕关节略屈，以示指、中指、无名指及小指掌面着于施术部位，前臂做主动摆动，通过腕关节带动手指在体表做环形运动。顺时针和逆时针方向均可，每分钟操作 100～120 次。

2.掌摩法

手掌自然伸直，腕关节略背伸，将手掌平置于施术部位上，前臂做主动摆动，通过腕关节，带动手掌在体表做环形运动。顺时针和逆时针方向均可，每分钟操作 100～120 次。

（四）抹法

用拇指罗纹面或手掌掌面着力于施术部位，沿皮肤表面做任意方向移动的手法。

1.指抹法

用拇指罗纹面着力于施术部位，沿皮肤表面做任意方向移动的手法。以单手或双手拇指罗纹面紧贴于施术部位上，余指置于相应的位置以固定助力，拇指主动运动，做上下或左右，直线往返或弧形曲线的移动。即或做拇指平推然后拉回，或做分推、旋推及合推，可根据施

术部位的不同而灵活运用，但用力较推法为轻。如果直接在皮肤上操作，需要涂抹介质，各种抹法均要遵循这一要求。

2.掌抹法

用手掌掌面着力于施术部位，沿皮肤表面做任意方向移动的手法。以单手或双手掌面紧贴于施术部位上，以肘关节的屈伸运动带动掌面，做上下或左右直线往返或弧形曲线的移动。

（五）拿法

拇指与其余手指的掌面相对用力，捏住并提起皮肤和经筋等软组织的手法。三指拿法常用于颈项部及四肢部，五指拿法还可用于头部。

1.三指拿法

拇指与示中二指掌面相对用力，捏住并提起皮肤和经筋等软组织的手法。腕关节适度放松，以单手或双手的拇指与示中二指掌面相对用力，捏住施术部位的皮肤等软组织，捏紧后将皮肤等软组织上提再慢慢放下，再捏紧、提起、放下，反复操作。操作时，所捏住的皮肤等软组织，在放下时不可完全放松，手要保持一定的紧张度捏住受术部位。

2.五指拿法

拇指与其余四指掌面相对用力，捏住并提起皮肤和经筋等软组织的手法。腕关节适度放松，以单手或双手的拇指与其余四指掌面相对用力，捏住施术部位的皮肤等软组织，捏紧后将皮肤等软组织上提再慢慢放下，再捏紧、提起、放下，反复操作。操作时，所捏住的皮肤等软组织，在放下时不可完全放松，手要保持一定的紧张度捏住受术部位。

（六）搓法

用双手掌面置于肢体两侧做交替搓动的手法。以双手掌面置于施术部位两侧，令患者肢体放松，前臂与上臂部主动施力，做相反方向的较快速搓动，并同时做由上而下移动或上下往返运动。搓法具有明显的疏松肌筋，调和气血的作用。常用于四肢和胸胁部、背部，尤以上肢部应用较多，常作为推拿治疗的结束手法。

（七）拨法

以拇指或肢体其他部位深按于施术部位，垂直肌束、肌腱或韧带走行方向进行单向或往返的推动的手法。拇指伸直，以指端着力于施术部位，余四指置于相应的位置以助力，拇指下压至一定的深度，再做与肌纤维或肌腱、韧带成垂直方向的单向或来回推动。若单手指力不足时，亦可以双手拇指重叠进行操作。除拇指以外，也可用其他手指指端、指间关节或肘等部位施力。适用于全身各部位的肌肉、肌腱、韧带等组织。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法可以单独或复合运用，也可以选用属于皮部经筋推拿技术的其他手法，比如按法、揉法、擦法、推法、拍法、捏法、掐法、拧法、弹法、刮法、弹拨法、抖法等，视具体情况而定。

二、常见疾病的皮部经筋推拿技术

（一）项痹病（颈型颈椎病）

枕颈部痛，颈活动受限，颈肌僵硬，有相应压痛点。X线片示：颈椎生理弧度在病变节段改变。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血止痛，舒筋通络。

【操作步骤】

1.患者俯卧位或坐位。

2.㨰法操作于项背部及肩部。

3.用一指禅推法或按法、揉法、弹拨法等手法操作于项背部及肩部手太阳经筋、足太阳经筋、足少阳经筋、手阳明经筋所行部位。

4.拿法操作于颈肩部。

（二）腰痛病（腰肌劳损）

有长期腰痛史，反复发作。一侧或两侧腰骶部酸痛不适，时轻时重，缠绵不愈。劳累后加重，休息后减轻。一侧或两侧骶棘肌轻度压痛，腰腿活动一般无明显障碍。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络，活血止痛。

【操作步骤】

1.患者俯卧位。

2.㨰法操作于腰部足太阳膀胱经筋所行部位。

3.用按揉、弹拨法施于腰部足太阳膀胱经筋所行部位。

4.以擦法操作于腰部皮部，透热为度。

（三）肩凝症（肩关节周围炎）

慢性劳损，外伤筋骨，气血不足复感受风寒湿邪所致。好发年龄在 50 岁左右，女性发病率高于男性，右肩多于左肩，多见于体力劳动者，多为慢性发病。肩周疼痛，以夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发，肩关节活动功能障碍。肩部肌肉萎缩，肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限明显，出现典型的“扛肩”现象。X 线检查多为阴性，病程久者可见骨质疏松。急性期可以采用皮部经筋推拿技术治疗。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血通络止痛。

【操作步骤】

1.患者坐位或卧位。

2.以柔和的㨰法或按揉法操作于肩部。

3.以弹拨法、推法等手法操作于肩部手少阳经筋、手太阴经筋、手阳明经筋、手太阳经筋、手厥阴经筋所行部位。

4.以搓法、擦法操作于肩关节部位，透热为度。

（四）肌痹（背肌筋膜炎）

外伤后治疗不当、劳损或外感风寒等引起，多发于老年人，好发于两肩胛之间。背部酸痛，肌肉僵硬发板，有沉重感，阴雨天及劳累后可使症状加重。背部有固定压痛点或压痛较为广泛。背部肌肉僵硬，沿骶棘肌行走方向常可触到条索状的改变，腰背功能活动大多正常。X 线片检查无阳性征。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理筋通络止痛。

【操作步骤】

1.患者俯卧位。

2.以柔和的㨰法或按揉法操作于胸背部。

3.以弹拨法、推法等手法操作于背部足太阳经筋所行部位。

4.以擦法操作于背部足太阳经筋所行部位，透热为度。

（五）坐臀风（臀上皮神经损伤）

有腰臀部闪挫扭伤史或慢性劳损史。多发生于中年以上患者。一侧腰臀部刺痛或酸痛，急性扭伤疼痛较剧，可有下肢牵扯样痛，但多不过膝，弯腰明显受限，在髂嵴最高点内侧 2～3cm 处（即臀部外上象限中点）压痛明显，局部可触到条索样硬结。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理筋活血止痛。

【操作步骤】

1.患者俯卧位。

2.以柔和的㨰法或按揉法操作于患侧臀部。

3.以弹拨法、推法等手法操作于臀部足太阳经筋、足少阳经筋所行部位。

4.以擦法操作于臀部足太阳经筋、足少阳经筋所行部位，透热为度。

三、禁忌症

1.治疗部位皮肤有破损或有皮肤病。

2.有出血倾向或有凝血功能障碍。

3.有感染性疾病。

4.有肌腱断裂、骨折或脱位。

四、注意事项

1.注意手法力量的控制，不要对关节位置造成太大影响。

2.如果直接在皮部操作，需要辅助以推拿介质，以保护皮肤。

3.皮部经筋推拿技术主要适用于所治疗疾病的早期，如果不能改善症状，需要及时加用其他推拿技术。

第二章 脏腑推拿技术

脏腑推拿技术是以按法、揉法、摩法、振法等手法作用于胸腹部、头面部等脏腑对应的体表部位，使脏腑受到手法直接刺激的推拿医疗技术。具有和中理气、通腑散结、行气活血等功效。适应的病证主要包括内科、妇科、男科等病证，如胃脘痛、腹泻、痛经、消渴、头痛、眩晕等。

一、基本操作方法

（一）按法

以指、掌等部位按压施术部位的手法。指按法接触面积小，刺激较强，一般多用于面部，亦可用于肢体穴位；掌按法面积较大，沉实有力，舒缓自然，多用于背腰部、下肢后侧、胸部及上肢部；肘按法力大而刺激量大，可用于腰、臀、下肢肌肉丰厚处。

1.指按法

以拇指端或罗纹面置于施术部位上，余四指张开，置于相应位置以支撑助力，腕关节悬屈，拇指掌指关节屈曲施力，做与施术部位相垂直的按压。当按压力达到所需的力量后，要稍停片刻，即所谓的“按而留之”（参见清·张振鋆《厘正按摩要术》），然后松劲撤力，再做重复按压，使按压动作既平稳又有节奏性。必要时，也可双手拇指重叠进行按压，也可用手掌按于指上助力按压。

2.掌按法

以单手或双手掌面置于施术部位，利用身体上半部的重量，通过上臂、前臂及腕关节传至手掌部，垂直向下按压，施力原则同指按法。操作时，也可双手掌重叠按压。

3.肘按法

屈肘，以肘的尺骨上端及鹰嘴部为着力部位并可借用身体上半部的重量进行节律性的按压。

（二）点法

以指端或指间关节背侧垂直按压或冲击施术部位的手法。以拇指指端、中指指端、拇指指间关节背侧或示指指间关节背侧等部位着力于施术部位，垂直用力按压，使力向深部传导；或者，以拇指指端、中指指端等部位自施术部位上部，快速冲击施术部位。点法还可借用器具来操作，如点穴棒等。点法接触面小，刺激强，易于取穴，故适用于全身各部穴位。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法可以单独或复合运用，也可以选用属于脏腑推拿技术的其他手法，比如振法、揉法、摩法、推法（含一指禅推法）、扪法、拿法、插法、搓法、抹法等，视具体情况而定。

二、常见疾病的脏腑推拿技术

（一）痛经（原发性痛经）

系由情志所伤，六淫为害，导致冲任受阻；或因素体不足，胞宫失于濡养，导致经期或经行前后呈周期性小腹疼痛的月经病。经期或经行前后小腹疼痛，痛及腰骶，甚则昏厥，呈周期性发作。好发于青年未婚女子。排除盆腔器质性疾病所致腹痛。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通调气血。

【操作步骤】

1.患者仰卧位。

2.用摩法操作于腹部，以顺时针方向为宜。

3.用掌按法、振法等手法操作于小腹部。

4.用指按法或点法在气海、关元穴治疗。

5.患者俯卧位。

6.用按法或点法等手法操作于腰部脊柱两旁及骶部。

7.以擦法操作于腰骶部，透热为度。

（二）胃脘痛

胃脘痛系因胃气郁滞，气血不畅所致。临床以上腹部近心窝处经常发生疼痛为主症。胃脘部疼痛，常伴痞闷或胀满、嗳气、泛酸、嘈杂、恶心呕吐等症。发病常与情志不畅、饮食不节、劳累、受寒等因素有关。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理气止痛。

【操作步骤】

1.患者仰卧位。

2.用轻柔的摩法、按法或一指禅推法结合四指摩法在胃脘部治疗。

3.按揉法或一指禅推法操作于中脘、气海、天枢等穴。

4.用振法操作于腹部。

5.用搓法操作于胁肋部。

三、禁忌症

1.严重的心脑血管疾病。

2.脏器有出血倾向或疑有出血。

3.肿瘤或感染。

4.女性经期或妊娠期。

四、注意事项

1.手法柔和，按压时要与患者呼吸配合，避免不适。

2.脏腑推拿技术常常与经穴推拿技术配合使用。

第三章 关节运动推拿技术

关节运动推拿技术是以屈伸法、摇法等手法作用于关节，使关节在生理运动极限范围内做屈伸、旋转等运动的推拿医疗技术。具有舒筋通络、滑利关节的功效，适用于全身各关节，适应的病证包括常见的骨伤科病证，如关节粘连、错缝，肌肉痉挛等。

一、基本操作方法

（一）摇法

以关节为轴心，将肢体作被动环转运动的手法。

1.摇颈

患者坐位，颈项部放松，医者立于其背后或侧后方。以一手扶按其头顶后部，另一手扶托于下颌部，两手协调运动，做环形摇转运动。

2.摇腰

（1）仰卧位摇腰法

患者仰卧位，两下肢并拢，屈髋屈膝。医者双手分按其两膝部；或一手按膝，另一手按于足踝部，两手臂协调用力，做环形摇转运动。

（2）俯卧位摇腰法

患者俯卧位，两下肢伸直。医者一手按压其腰部，另一手托抱住双下肢膝关节稍上方，两手臂协调施力，做环形摇转运动。

3.摇肩

（1）托肘摇肩法

患者坐位，医者立于其侧方。以一手按压于其肩关节上方以固定，另一手托握肘部，使其前臂搭放于医者前臂上，手臂部协调施力，使肩关节做中等幅度的环形摇转运动。

（2）握腕摇肩法

患者坐位，医者立于其对面。以一手扶按肩部以固定，另一手握腕部，使上肢外展。两手协调施力，做肩关节中等幅度的环形摇转运动。

（3）大幅度摇肩法

患者坐位或站立位，两上肢自然下垂并放松。医者于其前外方，两足前后开立呈前弓步。令其一侧上肢向前外上方抬起，以一手反掌托于其腕部，另一手扶压其上呈挟持状。将其上肢慢慢向前外上方托起，位于下方一手应逐渐翻掌，当上举至160°左右时，即可虎口向下握住其腕部。另一手随上举之势由腕部沿前臂、上臂外侧滑移至肩关节上方。略停之后，两手协调用力，使按于肩部的一手将肩关节略向下方按压并予以固定，握腕一手则略上提，使肩关节伸展。随即握腕一手握腕摇向后下方，经下方至其前外方45°位稍停，此时扶按肩部一手已随势沿其上臂、前臂滑落于腕部，呈两手挟持其腕部状。然后将其手臂上抬经医者胸前运转至初始位，此过程中握腕一手应逐渐变成手掌托腕，另一手则经其腕部的下方交叉滑移回返至其腕关节的上方。此为肩关节大幅度的摇转一周，可反复摇转数次。在大幅度摇转肩关节时，医者要配合脚步的移动，以调节身体重心。即当肩关节向上、向后外方摇转时，前足进一小步，身体重心在前；当向下、向前外下方摇转时，前足退一小步，身体重心后移。

4.摇肘

患者坐位，屈肘约45°左右。医者以一手托住其肘后部，另一手握住腕部，两手协调施力，使肘关节做环转摇动。

5.摇腕

患者坐位，掌心朝下。医者双手合握其手掌部，以两手拇指分按于腕背侧，余指端扣于手掌面两侧。两手臂协调用力，在稍牵引情况下做腕关节的环形摇转运动。亦可一手握其腕

上部，另一手握其指掌部，在稍牵引的情况下做腕关节的摇转运动。

6.摇髋

患者仰卧位，一侧下肢屈髋屈膝。医者一手扶按其膝部，另一手握其足踝部或足跟部。将髋、膝关节的屈曲角度均调整到90°左右，然后两手臂协调用力，使髋关节做环转摇动。

7.摇膝

患者俯卧位，一侧下肢屈膝。医者一手扶按股后部以固定，另一手握住足踝部，做膝关节的环转摇动。本法亦可在仰卧位情况下操作，即使被操作下肢屈髋屈膝，以一手托扶其腘窝处，另一手握其足踝部，进行环转摇动。

8.摇踝

患者仰卧位，下肢自然伸直。医者坐于其足端，用一手托握起足跟以固定，另一手握住足趾部，在稍用力拔伸的情况下，做踝关节的环转摇动。本法亦可在俯卧位情况下操作，即被操作下肢屈膝约90°，一手扶按足跟，另一手握住足趾部，两手协调施力，做踝关节的环转摇动。

（二）屈伸法

屈伸关节的手法。

1.伸肩法

医者半蹲作骑马势，站于患者侧方，将患肢放于医者颈后，使其肘部恰好搭于医者肩上。医者两手围抱患者肩部，稍用力下压肩关节，缓缓地站起，根据患者肩关节可能外展和前屈的程度，保持在一定的高度，持续2～3分钟，再放松，然后逐渐增大幅度，反复进行，3～5次即可。

2.伸肘法

患者与医者相对而坐。医者用一手托住患肢肘部，并将患肢的手夹于医者腋下，另一手按住患者的肩部，然后作推肩、抬肘动作，使患肢肘关节伸直。

3.伸膝法

患者取仰卧位，两下肢伸直放松。医者站于患侧，以一手托住患肢小腿，使其小腿搁在医者前臂上，另一手夹住其膝关节上方，使患肢作屈膝屈髋运动，然后医者两手协同用力抬肘作伸膝运动，即托扶小腿之手，作抬肘动作，置于膝关节之手作向后推膝动作，使其膝关节伸直，并同时使患肢上举。患肢上举的幅度，根据病情以及患者能忍受的程度为度。

4.伸髋法

患者侧卧位，患侧在上，医者站于其身后。一手握住患侧之踝部，另一手按于其腰部，然后两手协同用力，将患肢向后牵拉，置于腰部之手同时向前推按，似拉弓状，如此一拉一放，可重复操作数次。

5.单屈髋法

患者仰卧位，医者站于患肢侧方，用一手握住患肢的下端（踝关节的上方），另一手捏住其足跟部，使患肢屈膝屈髋，然后医者两手同时用力，使其髋、膝、踝关节同时屈曲，并尽量使患肢大腿贴近其腹部。

6.双屈髋法

患者仰卧位，医者一手托住其两足跟部，另一手扶住其膝关节前方，使两侧膝、髋关节作屈伸动作，达到一定限度后，术者可小幅度反复多次地推压膝部，逐渐加大屈髋的角度，使其大腿尽量贴近腹部。

7.屈膝法

患者取俯卧位，医者站于患肢侧面，用一手握住其小腿的下端，另一手抓住其跖趾部，然后使膝关节逐渐屈曲，增大弯曲的角度。或用一手前臂垫置于膝关节后侧（腘窝部），另一手握住患肢踝关节上部，然后作屈膝屈髋运动，达最大限度时，垫置膝后之手向前推压膝

关节，另一手用力下压小腿，作膝关节屈曲动作。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法常常在皮部经筋推拿技术施用后使用，可以单独或复合运用，视具体情况而定。幅度要求由小到大，但不超过其生理运动极限范围。

二、常见疾病的关节运动推拿技术

（一）踝关节伤筋（踝关节扭伤）

有明确的踝部外伤史。损伤后踝关节即出现疼痛，局部肿胀，皮下瘀斑，伴跛行。局部压痛明显，若内翻扭伤者，将足作内翻动作时，外踝前下方剧痛；若外翻扭伤者，将足作外翻动作时，内踝前下方剧痛。X线摄片检查未见骨折。损伤早期通过对症处理，减轻肿胀、缓解疼痛。后期需要通过相应治疗改善关节运动功能，一般采用关节运动推拿技术。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理筋通络，滑利关节。

【操作步骤】

患者仰卧位。下肢自然伸直。医者坐于其足端，用一手托握起足跟以固定，另一手握住足趾部，在稍用力拔伸的情况下，做踝关节的环转摇动。

（二）桡骨远端骨折后康复

有外伤史，多为间接暴力所致。伤后腕关节周围肿胀、疼痛，前臂下端畸形，压痛明显，腕臂活动功能障碍。X线摄片检查可明确诊断。桡骨远端骨折包括向背侧移位的Colles骨折、背侧移位的Barton骨折；向掌侧移位的Smith骨折、掌侧Barton骨折和Chauffeur骨折。在去除固定后，在骨科相关治疗的同时，需要通过关节运动推拿技术促进腕关节恢复关节功用。桡骨远端骨折可依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理筋通络，滑利关节。

【操作步骤】

1.摇腕。患者坐位，掌心朝下。医者双手合握其手掌部，以两手拇指分按于腕背侧，余指端扣于手掌面两侧。两手臂协调用力，在稍牵引情况下做腕关节的环形摇转运动。

2.屈伸腕关节。患者坐位，掌心朝下。医者双手合握其手掌部，以两手拇指分按于腕背侧，余指端扣于手掌面两侧。两手臂协调用力，在稍牵引情况下做腕关节的屈伸运动。

三、禁忌症

1.关节脱位或骨折。

2.关节炎症、肿瘤、结核。

3.软组织撕裂或断裂。

四、注意事项

1.注意关节运动范围的控制，不要有超生理运动范围的运动。

2.对于活动范围受限的关节，治疗时注意要逐步增加关节运动范围。

3.皮部经筋推拿技术常常在关节运动推拿技术之前使用，可以增加安全性和有效性。

第四章 关节调整推拿技术

关节调整推拿技术是以按压法、拔伸法、扳法等手法作用于关节，调整关节周围组织张力、关节位置、肢体力线，改善或恢复关节功能状态，或使关节位置恢复正常的推拿医疗技术。具有舒筋通络、滑利关节、整复错位、松解粘连的功效。适用于全身各部关节，适应的病证包括常见的骨伤科病证和脊柱相关疾病等。

一、基本操作方法

（一）拔伸法

固定关节或肢体的一端，沿纵轴牵拉另一端的手法。

1.颈椎拔伸法

（1）颈椎掌托拔伸法

患者坐位，医者立于其后方。以双手拇指端及罗纹面分别顶抵住其枕骨下方的两侧风池穴处，两掌分置于两侧下颌部以托挟助力，两小臂置于其两侧肩上部的肩井穴内侧。两手臂部协调用力，即拇指上顶，双掌上托，同时前臂下压，缓慢地向上拔伸 1～2 分钟。

（2）颈椎肘托拔伸法

患者坐位，医者立于其侧方。以一手扶于其枕后部以固定助力，另一侧上肢的肘弯部托住其下颏部，手掌则扶住对侧头顶以加强固定。两手协同用力，向上缓慢地拔伸 1～2 分钟。

颈椎拔伸亦可在患者仰卧位时操作。医者置方凳坐患者头端，一手扶托其枕后部，另一手托于其下颏部，两手协调施力，水平方向向其头端拔伸。

2.肩关节拔伸法

（1）肩关节对抗拔伸法

患者坐位，医者立于其侧方。以两手分别握住其腕部和前臂上段，将肩关节外展 45°～60°位时逐渐用力牵拉，同时嘱其身体向对侧倾斜或有助手协助固定其身体上半部，以与牵拉之力相对抗，持续拔伸 1～2 分钟。

（2）肩关节手牵足蹬拔伸法

患者仰卧位，医者置方凳坐于其肩关节拔伸一侧的身侧。以近其身侧下肢的足跟部置于其腋窝下，双手分别握住其腕部和前臂部，将其上肢外展约 20°左右，医者身体后倾，手足及身体协调相反施力，对肩关节作对抗牵引，持续一定时间后，再内收、内旋其肩关节。

3.肘关节拔伸法

患者坐位，医者位于其侧方。将其上肢置于外展位，助手两手握住其上臂上段以固定，医者一手握其腕部、另一手握其前臂下段进行拔伸。

4.腕关节拔伸法

患者坐位，医者位于其侧方。以一手握住其前臂中段，另一手握其手掌部，两手对抗施力进行拔伸。

5.腰椎拔伸法

患者俯卧位，双手抓住床头或助手固定其肩部，医者立于其足端。以双手分前握住其两下肢足踝部，身体宜后倾，逐渐向其足端拔伸。

6.髋关节拔伸法

患者仰卧位，医者立于其侧方，助手以双手按于其两髂前上棘以固定。将其一侧下肢屈髋屈膝，医者以一手扶于膝部，另一侧上肢屈肘以前臂部托住其腘窝部，胸胁部抵住其小腿。两手及身体协调施力，将其髋关节向上拔伸。

7.膝关节拔伸法

患者仰卧位，医者立其足端，助手以双手合握住其一侧下肢股部中段以固定。医者以两

手分别握住其足踝部和小腿下段，身体后倾，向其足端方向拔伸膝关节。

8.踝关节拔伸法

患者仰卧位，医者立其足端。以一手握其小腿下段，另一手握住跖趾部，两手对抗用力，持续拔伸踝关节。

（二）扳法

医者用一手固定住施术关节的近端，另一手作用于关节的远端，然后双手作相反方向或同一方向用力，使关节慢慢被动活动至有阻力时，再作一短促的、稍增大幅度的、有控制的、突发性的扳动。

1.胸背部扳法

（1）扩胸牵引扳法

患者坐位，两手十指交叉扣住并抱于枕后部，医者立于其后方。以一侧膝部抵住其背部胸椎病变处，两手分别握扶住两肘部。先嘱其做前俯后仰运动，并配合深呼吸。即前俯时呼气，后仰时吸气。如此活动数遍后，待身体后仰至最大限度时，将两肘部向后方做一短促的拉动，同时膝部突然向前顶抵，常可听到“喀”的弹响声。

（2）胸椎对抗复位法

患者坐位，两手抱于枕后部并交叉扣住，医者立其后方。两手臂自其腋下伸入并握住其两前臂下段，一侧膝部抵顶病变胸椎棘突处。然后握住前臂的两手用力下压，两前臂则用力上抬，使颈椎前屈并将其脊柱向上向后牵引，而抵顶病变胸椎的膝部也同时向前向下用力，与前臂的上抬形成对抗牵引。持续牵引片刻后，两手、两臂与膝部协同用力，做一短促的扳动，常可闻及“喀”的弹响声。

（3）扳肩式胸椎扳法

患者俯卧位，全身放松，医者立于其患侧。一手以掌根抵住病变胸椎的棘突旁，另一手扳住对侧肩前上部，将其肩部扳向后上方，两手协调，作相对抗作用力，当遇到阻力时，略停片刻，随即做一短促的扳动，常可闻及“喀”的弹响声。

2.腰部斜扳法

患者侧卧位，在上一侧的下肢屈髋屈膝，在下一侧的下肢自然伸直。医者站在其面向侧的床边，以位于患者头向侧的肘或手抵住其肩前部，另一肘部或手抵于其臀部，两肘或两手做相反方向协调施力。施术时，应先做数次腰部小幅度的扭转活动，即按于肩部的肘或手同按于臀部的肘或手同时施用较小的力使其肩部向后方、臀部向前方按压，一压一松，使腰部形成连续的小幅度扭转而放松。待腰部完全放松后，再使腰部扭转至有明显阻力位时，略停片刻，然后做一短促的扳动，常可闻及“喀”的弹响声。

3.肩关节扳法

（1）肩关节外展扳法

患者坐位，医者半蹲于侧。将患者手臂外展 45° 左右，然后将其肘关节上方处搁置于一侧肩上，以两手从其肩部两侧扣住锁紧。医者缓缓立起，使其肩关节外展，至有阻力时，略停片刻，医者双手与身体及肩部协同施力，做一肩关节外展位增大幅度的扳动。

（2）肩关节内收扳法

患者坐位，一侧手臂屈肘置于胸前，手搭扶于对侧肩部，医者立于其身体后侧。以一手扶按于其肩部以固定，另一手托握于肘部并缓慢地向对侧胸前上托，至有阻力时，做一增大幅度的内收位的扳动。

（3）肩关节旋内扳法

患者坐位，一侧上肢的手与前臂屈肘置于腰部后侧，医者立于其侧后方，以一手扶按其肩部以固定，另一手握住其腕部将其小臂沿其腰背部缓缓上抬，以使其肩关节逐渐内旋，至有阻力时，做有控制的上抬其小臂动作，以使其肩关节产生内旋位的扳动。

（4）肩关节上举扳法

患者坐位，两臂自然下垂，医者立于其后方，以一手握住其一侧上肢的前臂下段，并自前屈位或外展位缓缓向上抬起，至 120°～140°时，以另一手握住其前臂近腕关节处。两手协调施力，向上逐渐拔伸牵引，至有阻力时，做一有控制的向上方向扳动。

4.肘关节扳法

患者仰卧位，一侧上肢的上臂平放于床面，医者置方凳坐于其侧。以一手托握其肘关节上部，另一手握住前臂远端，先使肘关节做缓慢的屈伸活动，然后视其肘关节功能障碍的具体情况来决定扳法的施用。如系肘关节屈曲功能受限，则在其屈伸活动后，将肘关节置于屈曲位，缓慢地施加压力，使其进一步屈曲，向功能位靠近。当遇到明显阻力时，以握前臂一手施加一个稳定而持续压力，达到一定时间后，两手协调用力，做一个短促的扳动。如为肘关节伸直功能受限，则向反方向依法扳动。

5.腕关节扳法

（1）屈腕扳法

患者坐位，医者立于其对面。以一手握住前臂下端以固定，另一手握住指掌部，先反复做腕关节的屈伸活动，然后将腕关节置于屈曲位加压，至有阻力时，做一短促的扳动，可反复为之。

（2）伸腕扳法

患者坐位，医者立其对面。以两手握住指掌部，两拇指按于腕关节背侧，先做拔伸摇转数次，然后将腕关节置于背伸位，不断加压背伸，至有阻力时，做一稍增大幅度的扳动，可反复为之。

6.髋关节扳法

（1）屈髋屈膝扳法

患者仰卧位，一侧下肢屈髋屈膝，另一侧下肢自然伸直，医者立于其侧。以一手按压伸直侧下肢的膝部以固定，另一手扶按屈曲侧的膝部，前胸部贴近其小腿部以助力。两手臂及身体协调施力，将屈曲侧下肢向前下方施压，使其股前侧靠近胸腹部，至最大限度时，可略停片刻，然后做一稍增大幅度的加压扳动。

（2）髋关节后伸扳法

患者俯卧位，医者立于其侧，以一手按于其一侧臀部以固定，另一手托住其同侧下肢的膝上部，两手协调用力，使其髋关节尽力过伸，至最大阻力位时，做一增大幅度的快速过伸扳动。

（3）“4”字扳法

患者仰卧位，将其一侧下肢屈膝，外踝稍上方的小腿下段置于对侧下肢的股前部，摆成“4”字形。医者立于其侧，以一手按于屈曲侧的膝部，另一手按于对侧的髂前上棘处，两手协调用力，缓慢下压，至有明显阻力时，做一稍增大幅度的快速的下压扳动。

（4）髋关节外展扳法

患者仰卧位，医者立于其侧方，以一手按于其对侧下肢的膝部以固定，另一手握住其靠医者侧的下肢小腿部或足踝部，两手及身体协调用力，使其该侧下肢外展，至有明显阻力时，做一稍增大幅度的快速扳动。

（5）直腿抬高扳法

患者仰卧位，双下肢伸直，医者立于其侧方。助手站在其对侧方，以双手按于其一侧膝部固定。医者将其近身一侧的下肢缓缓抬起，待其小腿抬高至医者肩部时，肩将其膝部抵住，两手将其膝关节上部锁紧、扣住。肩部与两手臂协调用力，再将其逐渐上抬，使其在膝关节伸直位的状态下屈髋，当遇到明显阻力时，略停片刻，然后做一稍增大幅度的快速扳动。为加强对腰部神经根的牵拉，可在其下肢上抬到最大阻力位时，以一手握足掌前部，突然向下

拉扳，使其踝关节尽量背伸。对于患侧下肢直腿抬高受限较轻者，可以一手下拉前足掌，使其踝关节持续背伸，另一手扶按膝部以保证患肢的伸直，然后进行增大幅度的上抬。坐骨神经痛急性期疼痛明显者慎用。

7.膝关节扳法

（1）膝关节伸膝扳法

患者仰卧位，医者立于其侧方。一手按于其一侧下肢膝部，一手置于其小腿下端后侧，两手相对协调用力，至有阻力时，做一稍增大幅度的伸膝扳动。

（2）膝关节屈膝扳法

患者俯卧位，医者立于其侧方。一手扶于股后部以固定，另一手握住足踝部，使其膝关节屈曲，至阻力位时，做一增大幅度的快速下压。膝关节扳法亦可一手抵按膝关节内侧或外侧，另一手拉足踝部，向其内侧或外侧进行扳动。

8.踝关节扳法

（1）踝关节背伸扳法

患者仰卧位，两下肢伸直，医者置方凳坐于其足端。医者以一手托住其足跟部，另一手握住其跖趾部，两手协调用力，尽量使踝关节背伸，至有明显阻力时，做一增大幅度的背伸扳动。

（2）踝关节跖屈扳法

患者仰卧位，两下肢伸直，医者置方凳坐于其足端。医者以一手托足跟部，另一手握住跖趾部，两手协调用力，尽量使踝关节跖屈，至有明显阻力时，做一增大幅度的跖屈扳动。踝关节扳法还可一手握足跟，另一手握足跗部，进行内翻或外翻扳动。

关节调整推拿技术种类繁多，在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法常常在皮部经筋推拿技术施用后使用，可以单独或组合运用，也可以选用属于关节调整推拿技术的其他手法，比如按压法（含交叉按压、冲击按压等）、脊柱微调手法、端提法、旋提法、背法、牵扳法等，视具体情况而定。

二、常见疾病的关节调整推拿技术

（一）腰痛病（腰椎间盘突出症）

有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。常发生于青壮年。腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加（如咳嗽、喷嚏）时疼痛加重。脊柱侧弯，腰生理孤度消失，病变部位椎旁有压痛，并向下肢放射，腰活动受限。下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝，病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性，膝、跟腱反射减弱或消失，拇趾背伸力减弱。X 线摄片检查：脊柱侧弯，腰生理前凸消失，病变椎间盘可能变窄，相邻边缘有骨赘增生。CT 检查可显示椎间盘突出的部位及程度。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络，理筋整复，活血化瘀。

【操作步骤】

1.解除腰臀部肌肉痉挛。患者俯卧位。医者以轻柔的滚法、按法操作于患侧腰臀及下肢。

2.腰椎拔伸法。患者双手抓住床头或助手固定其肩部，医者立于其足端，以双手分前握住其两下肢足踝部，身体宜后倾，逐渐向其足端拔伸。

3.腰部斜扳法：患者侧卧位，医者施以腰部斜扳法。

4.促使损伤的神经恢复功能。医者沿受损伤神经支配区域施用滚法、按法、点法、揉法、拿法等手法。

【特别提示】治疗期间，患者宜卧硬板床休息，并注意腰部保暖；腰椎间盘突出症中央型，推拿治疗操作时宜慎重；治疗前，腰椎间盘突出症诊断要明确。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

慢性劳损，外伤筋骨，气血不足复感受风寒湿邪所致。好发年龄在50岁左右，女性发病率高于男性，右肩多于左肩，多见于体力劳动者，多为慢性发病。肩周疼痛，以夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发，肩关节活动功能障碍。肩部肌肉萎缩，肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限明显，出现典型的“扛肩”现象。X线检查多为阴性，病程久者可见骨质疏松。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】松解粘连，滑利关节，活血通络，化瘀止痛。

【操作步骤】

1.患者坐位。先施以皮部经筋推拿技术。

2.患者坐位。施以肩关节对抗拔伸法。

3.患者仰卧位。施以肩关节手牵足蹬拔伸法。

4.患者坐位。施以肩关节外展扳法。

5.患者坐位。施以肩关节内收扳法。

6.患者坐位。施以肩关节旋内扳法。

三、禁忌症

1.关节炎症、肿瘤、结核。

2.关节骨折、脱位。

3.关节周围软组织出血、水肿，韧带、肌肉撕裂或断裂。

4.严重的骨质疏松。

四、注意事项

1.关节调整推拿技术有一定的难度，在临床应用时应优先考虑手法的安全性。手法操作前的诊断应以影像学资料作为参考。

2.关节调整一定顺势而为，不要暴力拉伸及推扳。

3.患者同时应该配合功能锻炼，以保持关节稳定。

4.皮部经筋推拿技术常常与关节调整推拿技术配合使用。

第五章 经穴推拿技术

经穴推拿技术是以按法、点法、推法等手法作用于经络腧穴，起到推动经气、调节脏腑功能的推拿医疗技术。具有推动经气运行、调节脏腑功能的作用。适应的病证包括推拿科各种适应症，也用于保健按摩。

一、基本操作方法

（一）一指禅推法

见皮部经筋推拿技术。

（二）揉法

以一定力按压在施术部位，带动皮下组织做环形运动的手法。

1.拇指揉法

以拇指罗纹面着力按压在施术部位，带动皮下组织做环形运动的手法。以拇指罗纹面置于施术部位上，余四指置于其相对或合适的位置以助力，腕关节微屈或伸直，拇指主动做环形运动，带动皮肤和皮下组织，每分钟操作120～160次。

2.中指揉法

以中指罗纹面着力按压在施术部位，带动皮下组织做环形运动的手法。中指指间关节伸直，掌指关节微屈，以中指罗纹面着力于施术部位上，前臂做主动运动，通过腕关节使中指罗纹面在施术部位上做轻柔灵活的小幅度的环形运动，带动皮肤和皮下组织，每分钟操作120～160次。为加强揉动的力量，可以示指罗纹面搭于中指远侧指间关节背侧进行操作，也可用无名指罗纹面搭于中指远侧指尖关节背侧进行操作。

3.鱼际揉法

以鱼际着力按压在施术部位，带动皮下组织做环形运动的手法。肩部放松，屈肘成120°～140°，肘部外翘，腕关节放松，呈微屈或水平状，以手的鱼际部着力于施术部位上，前臂做主动的横向摆动，使鱼际部环形运动，带动皮肤和皮下组织，每分钟操作120～160次。

4.掌根揉法

以手掌掌面掌根部位着力按压在施术部位，带动皮下组织做环形运动的手法。肘关节微屈，腕关节放松并略背伸，手指自然弯曲，以掌根部附着于施术部位上，前臂做主动运动，带动腕掌做小幅度的环形运动，使掌根部在施术部位上环形运动，带动皮肤和皮下组织，每分钟操作120～160次。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法可以单独或复合运用，也可以选用属于经穴推拿技术的其他手法，比如按法、点法、弹拨法、叩击法、拿法、掐法等，视具体情况而定。

二、常见疾病的经穴推拿技术

（一）痛经（原发性痛经）

系由情志所伤，六淫为害，导致冲任受阻；或因素体不足，胞宫失于濡养，导致经期或经行前后呈周期性小腹疼痛的月经病。经期或经行前后小腹疼痛，痛及腰骶，甚则昏厥，呈周期性发作。好发于青年未婚女子。排除盆腔器质性疾病所致腹痛。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通调气血。

【操作步骤】

1.患者仰卧位。一指禅推法或揉法操作于气海、关元穴。

2.患者俯卧位。以一指禅推法、按法、揉法或点法操作于腰部肝俞、肾俞、命门、八髎

穴诸穴。

3.患者仰卧位。以一指禅推法、按法、揉法或点法操作于三阴交、足三里诸穴。

4.可以辅助使用脏腑推拿技术。

（二）不寐（失眠）

不寐是因脏腑机能紊乱，气血亏虚，阴阳失调，导致不能获得正常睡眠。可见入寐困难或寐而易醒，醒后不寐，重者彻夜难眠。常伴有头痛，头昏，心悸，健忘，多梦等症。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】宁心安神。

【操作步骤】

1.患者坐位或卧位。医者以一指禅推法或揉法操作于印堂、神庭、太阳、头维、百会。

2.医者以一指禅推法或揉法操作于眼眶及睛明、鱼腰、攒竹诸穴。

3.医者以拿法从头顶操作至枕部风池穴，反复3～4遍。

（三）头风（头痛）

由肝阳上亢、痰瘀互结而致清阳不升，或浊邪上犯，清窍失养，以头部疼痛为主要表现的病症。主要指血管神经性头痛，以及高血压病、脑动脉硬化等。头痛部位多在头部一侧额颞、前额、颠顶，或左或右辗转发作，或呈全头痛。头痛的性质多为跳痛、刺痛、胀痛、昏痛、隐痛，或头痛如裂等。头痛每次发作可持续数分钟、数小时、数天，也有持续数周者。隐袭起病，逐渐加重或反复发作。应查血常规，测血压，必要时做腰穿、骨穿，脑电图。有条件时做经颅多普勒、CT、磁共振等检查，以明确头痛的病因，排除器质性疾病。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏经通络止痛。

【操作步骤】

1.患者坐位或卧位。

2.以一指禅推法、揉法或按法操作于头面部的睛明、鱼腰、攒竹、印堂、神庭、太阳、头维、百会、四神聪等穴。

3.以按揉法或拿法操作于风池穴。

三、禁忌症

1.严重的心脑血管疾病。

2.肿瘤或感染。

3.女性经期或妊娠期。

四、注意事项

1.注意辨证取穴。

2.要求循经推穴。宁离其穴，不离其经。

3.常与脏腑推拿技术组合应用。

第六章 导引技术

导引技术是以少林内功、易筋经、五禽戏、八段锦、太极拳、六字诀等传统功法为主要手段指导患者进行主动训练的推拿医疗技术，以指导患者进行功法训练为主，也可以在功法训练的同时进行手法治疗。导引技术具有扶助正气、强身健体的作用，可以与其他推拿技术配合使用，适应的病证包括推拿科各种适应病证，也是自我保健的重要组成部分。

一、基本操作方法

（一）易筋经

易筋经功法是推拿导引技术中的基本功法之一，相传为达摩所创，是一种静中求动、改变筋肉、强身健体的功法。民间有多种版本，推拿导引技术所练习的易筋经包括十二式：韦驮献杵第一势、韦驮献杵第二势（横担降魔杵）、韦驮献杵第三势（掌托天门）、摘星换斗势、倒拽九牛尾势、出爪亮翅势、九鬼拔马刀势、三盘落地势、青龙探爪势、卧虎扑食势、打躬势、工尾势（掉尾势）。锻炼时，根据具体情况，可以选用其中一势或几势，并应注意顺其自然、循序渐进。

易筋经功法举例：青龙探爪势

1.基本动作

并步或其他指定裆势。左腿向左平跨一步，两足之宽约与肩等宽，两手成仰拳护腰势。身直，头端平，目前视。左上肢仰掌向右前上方伸探，掌高过顶，随势身略向右转侧，面向右前方，松肩直肘，腕勿屈曲，右拳仍作仰拳护腰势。目视于掌，两足踏实勿移。左手大拇指向掌心屈曲，双目视大拇指。左臂内旋，掌心向下，俯身探腰，随势推掌至地。膝直，足跟勿离地，昂首，目前视。左掌离地，围左膝上收至腰，成仰拳护腰势。左右交换，要求相同。

2.动作要领

两手握拳紧护腰，左手从右侧探出、右手从左侧探出，探出同时拳化掌；松肩直肘，仰掌时，目视向上摊平的掌心；身体约转 45 度，俯身下推时尽可能触及地面，而膝关节伸直，足跟匆离地面。

3.应用

可以增加两臂和手指的力量。也是锻炼和治疗肺、肝胆系统疾患和妇科带脉弛张等的好方法。

（二）少林内功

少林内功是推拿导引技术中的基本功法之一，也是武术的基本功法之一，运动量较大，注重腰腿的霸力和上肢力量的训练。有基本裆势、基本姿势和双人锻炼等内容。少林内功的基本裆势包括站裆势、马裆势、弓箭裆势、大裆势、并裆势、悬裆势、低裆势、坐裆势等。基本姿势锻炼包括：前推八匹马、倒拉九头牛、凤凰展翅、霸王举鼎、顺水推舟、怀中抱月、仙人指路、平手托塔、运掌合瓦、风摆荷叶、两手托天、丹凤朝阳、海底捞月、顶天抱地、力劈华山、乌龙钻洞、三起三落、饿虎扑食等。双人锻炼有推把上桥、双虎夺食等。锻炼时，根据具体情况，可以选用其中一势或几势，并应注意顺其自然、循序渐进。

少林内功功法举例：三起三落势

1.基本动作

自然呼吸，并步或其他指定裆势。两手屈肘，直掌护于两胁。两膝屈曲下蹲，同时两手前推，掌心相对，四指并拢，拇指运劲后伸。须保持原势要求，头勿随势俯仰摇动，两目平视。两掌用劲后收，同时慢慢起立，待立直时两掌正好收至两胁，往返三次，须用劲均匀。由直掌化俯掌下按，两臂后伸，回原裆势。

2.动作要领

上肢运劲前推与下肢屈曲下蹲动作，自然协调、缓慢均匀；上身正直，两目平视，呼吸自然。

3.应用

本动作以前推八匹马为基础，在前推与回收的同时，配合身体的下蹲与站立，连续三次。当屈膝下蹲时，以髂腰肌、股直肌、阔筋膜张肌、缝匠肌（屈髋关节）以及半腱肌、半膜肌、股二头肌、缝匠肌、股薄肌和腓肠肌（屈膝关节）为主，使身体下沉，增加下肢力量；与此同时，要求肩臂运力徐徐前推，本动作上、下肢同时练习，可强壮筋骨。

（三）六字诀

六字诀是吐纳功法中的一种，主要是在呼气时用六个发音不同的字疏通调和脏腑经络气血。六字诀的六字是嘘、呵、呼、呬、吹、嘻，其中嘘字配肝、呵字配心、呼字配脾、呬字配肺、吹字配肾、嘻字配三焦，通过呼吸配合发音，进行锻炼。

六字诀举例：嘘字诀

1.基本动作

左腿向左平跨一步，两足之宽约与肩等宽。身直，头端平，两臂自然下垂，膝关节微屈，目前视；嘴唇微合，舌抵上腭，呼吸自然。双手重叠于小腹前，掌心向内。两手松开，掌心向上，向后收到腰间。上身左转，同时右掌从腰间向身体左侧伸出，与肩同高，并配合发“嘘”字音，眼睛随之慢慢睁圆，目视右掌伸出方向。右掌沿原路慢慢收回腰间，同时身体转回原位。然后，上身右转，伸左掌，发“嘘”字音，动作与前相同，方向相反。如此左右交替练习，共六次。

2.动作要领

发音吐气时，牙齿露有微缝，气从槽牙间、舌两边的空隙中呼出体外。注意思想集中，采用顺腹式呼吸，呼气时，同时提肛、收腹。初学者不必强求。

3.应用

嘘字诀可治疗眼疾、肝火旺、肝虚、食欲不振、消化不良、头晕目眩等。

导引技术相关书籍汗牛充栋，限于篇幅，本文仅介绍 2 种功法中的两个动作。在临床实际运用中，上述这些功法可以单独或组合运用，也可以选用属于导引技术的其他功法以及根据现代运动医学原理创制的医疗体操，比如放松功、八段锦、五禽戏、内劲一指禅、洗髓经等等，视具体情况而定。

二、常见疾病的导引技术

（一）痿病（老年骨骼肌减少症）

是由邪热伤津，或气阴不足而致经脉失养，以肢体软弱无力，经脉弛缓，甚则肌肉萎缩或瘫痪为主要表现的肢体病症。肢体经脉弛缓，软弱无为，活动不利，甚则肌肉萎缩，弛纵瘫痪。可伴有肢体麻木、疼痛，或拘急痉挛。严重者可见排尿障碍，呼吸困难，吞咽无力等。常有久居湿地、涉水淋雨史。或有药物史，家族史。可结合西医相关疾病做相应理化检查，如有条件应做 CT、磁共振等。应注意与痹证、风痱、震颤等鉴别。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治法治则】调理脾胃，补益气血，养肌肉，利关节。

【操作步骤】

1.第一周：韦驮献杵一势、二势、三势。

2.第二周：青龙探爪势、工尾势。

3.第三周：摘星换斗势、打躬势。

4.第四周：三盘落地势、卧虎扑食势。

5.第五周：九鬼拔马刀势、出爪亮翅势。

6.第六周：倒拽九牛尾势。

7.第七周起：练习全部功法内容。

（二）喘病（慢性阻塞性肺病）

因久患肺系疾病或他脏病变影响，致肺气上逆，肃降无权，出现气短喘促，呼吸困难，甚则张口抬肩，不能平卧等症。以气短喘促，呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧，口唇发绀为特征。多有慢性咳嗽，哮病，肺痨，心悸等疾病史，每遇外感及劳累而诱发。呈桶状胸。叩诊胸部呈过清音，心浊音界缩小或消失，肝浊音界下移。肺呼吸音减低，可闻及干、湿性罗音或哮鸣音。或肝肿大、下肢浮肿、颈静脉怒张。合并感染者，白细胞总数及中性粒细胞可增高。必要时查血钾、钠、X线胸部摄片、心电图、心肺功能测定、血气分析等。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】调息健肺。

【操作步骤】

患者练习嘘字诀、呵字诀、呼字诀、呬字诀、吹字诀、嘻字诀，每日2次，每次30分钟。

（三）腰痛病（腰椎间盘突出症）

有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。常发生于青壮年。腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加（如咳嗽、喷嚏）时疼痛加重。

脊柱侧弯，腰生理孤度消失，病变部位椎旁有压痛，并向下肢放射，腰活动受限。下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝，病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性，膝、跟腱反射减弱或消失，拇趾背伸力减弱。X线摄片检查：脊柱侧弯，腰生理前凸消失，病变椎间盘可能变窄，相邻边缘有骨赘增生。CT检查可显示椎间盘突出的部位及程度。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血化瘀，舒筋通络。

【操作步骤】

1.腰背肌训练：常用飞燕式、五点支撑法、三点支撑法等训练，配合俯卧抬头运动等方法。

2.腹肌训练：采用仰卧抬腿运动等训练。

3.腰、腹肌协同训练法：采用以上腰背肌和腹肌训练法，同时结合一些选自易筋经中的动作，如青龙探爪势、卧虎扑食势、打躬势，进行改良处理，主要是牵拉肌肉的放松训练。

4.运动周期为四周，一周三次；动作要求每个动作做到位后保持动作姿势10～60秒，每个动作完成20～30次。每次总锻炼时间控制在30分钟。

三、禁忌症

1.体质过度虚弱者。

2.心身疾病患者。

四、注意事项

1.导引技术应该在医生指导下进行，尤其是早期动作尚未熟练阶段。

2.应根据患者身体状况调整运动量，循序渐进。

3.呼吸自然。调息、调身为主，不宜强求调心。

第七章 小儿推拿技术

小儿推拿技术是以揉法、推法、捏法等手法作用于小儿特有的腧穴上，治疗儿科疾病的推拿医疗技术。以其腧穴的操作手法不同，功效各异。因操作手法方向、轻重变化而有补泻之分。适应的病证包括腹泻、便秘、疳积、遗尿、发热、咳嗽、夜啼、惊风、麻疹等多种病证，也用于小儿保健。

一、基本操作方法

（一）常用手法

1.推法

推法是以指、掌、拳或肘等着力于施术部位上，沿皮肤表面做单向直线或弧形推动的手法。用于小儿时，多以指、掌等置于施术部位上，保持均衡的压力，沿皮肤表面做单向直线或弧形推动。如果直接在皮肤上操作，需要涂抹介质（即用油、水、膏、粉等润滑物质作为中介后，再作手法操作），其操作力度以不带动皮下组织为宜。以下各种推法均要遵循这一要求。

（1）直推法

用拇指桡侧或指面，着力于施术部位，余四指置于对侧或相应的位置以固定助力，拇指保持一定的压力，依靠拇指掌指关节运动带动手指运动，沿皮肤表面做单方向直线推动。或以中指罗纹面、示中二指并拢，或示指、中指、无名指并拢后的罗纹面等部位着力于施术部位，腕关节伸直，依靠肘关节的屈伸活动带动手指运动，使手指掌面沿皮肤表面做单向直线推动。频率大约 200～300 次/分，用力均匀，始终如一。

（2）分推法

用两手拇指桡侧或指面，或示中指指面自穴位向两旁作分向推动；或作“∧”形推动。

（3）旋推法

以拇指指面在穴位上作顺时针方向旋转推动。

（4）合推法

以两拇指罗纹面自穴两旁向穴中推动合拢。

2.揉法

见经穴推拿技术。

3.摩法

用掌心或并拢的除拇指外的其余四指指面附着在体表做轻柔缓和的环形运动的手法。

4.捏脊法

捏法之一。用拇指指端桡侧缘向头部方向顶住脊柱或脊柱两侧皮肤，示、中指前按，三指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。或者示指屈曲，用示指中节桡侧紧贴脊柱两侧皮肤，拇指前按，两指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。

5.捣法

用中指指端着力，或手指屈曲，以示或中指近侧指间关节的背侧着力，作有节奏的叩击穴位的方法。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法可以单独或组合运用，也可以选用属于小儿推拿技术的其他手法或复式操作，比如黄蜂入洞、开璇玑、运土入水、运水入土等，视具体情况而定。

（二）常用小儿特定穴

1.坎宫：自眉头起沿眉向眉梢成一横线。

2.天门（攒竹）：两眉中间至前发际成一直线。

3.耳后高骨：耳后高骨下凹陷处。

4.天柱骨：颈后发际正中至大椎穴成一直线。

5.乳根：乳头下 2 分。

6.乳旁：乳头外旁开 2 分。

7.胁肋：从腋下两胁至天枢处。

8.腹：腹部。

9.丹田：小腹部脐下 2 寸与 3 寸之间。

10.肚角：天枢穴下 2 寸，脐旁两侧的大筋。

11.脊柱：大椎至尾骨尖端成一直线。

12.七节骨：第四腰椎棘突至尾椎骨端成一直线。

13.龟尾：尾椎骨端。

14.脾经：拇指末节罗纹面（或拇指桡侧缘自指端到指根）。

15.肝经：示指末节罗纹面。

16.心经：中指末节罗纹面。

17.肺经：无名指末节罗纹面。

18.肾经：小指末节罗纹面。

19.小肠：小指尺侧边缘，自指尖到指根成一直线。

20.大肠：示指桡侧缘，自示指尖至虎口成一直线。

21.肾纹：手掌面，小指第二指间关节横纹处。

22.肾顶：小指顶端。

23.四横纹：掌面示、中、无名、小指第一指间关节横纹处。

24.小横纹：掌面示、中、无名、小指掌指关节横纹处。

25.掌小横纹：掌面小指根下，尺侧掌纹头。

26.胃经：拇指掌面近掌端第一节（或大鱼际桡侧赤白肉际处）。

27.板门：手掌鱼际部。

28.内劳宫：掌心中，屈指时中指、无名指之间中点。

29.小天心：手掌大小鱼际交接处凹陷中。

30.运水入土、运土入水：手掌面，大指根至小指根，沿手掌边缘一条弧形曲线。拇指处为土，小指处为水。

31.总筋：手掌面腕掌关节横纹中点。

32.大横纹：仰掌，手掌面腕掌关节横纹。近拇指端称阳池，近小指端称阴池。

33.左端正：中指甲根桡侧赤白肉际处。

34.右端正：中指甲根尺侧赤白肉际处。

35.老龙：在中指背，距指甲根中点上 1 分处。

36.五指节：掌背五指第一指间关节。

37.二扇门：掌背中指根本节两侧凹陷处。

38.上马：手背无名及小指掌指关节后陷中。

39.威灵：手背二、三掌骨歧缝间。

40.精宁：手背第四、第五掌骨歧缝间。

41.膊阳池：在手背一窝风上 3 寸处。

42.一窝风：手背腕横纹正中凹陷处。

43.三关：前臂桡侧，阳池至曲池成一直线。

44.六腑：前臂尺侧，阴池至肘成一直线。

45.天河水：前臂正中，总筋至洪池（曲泽）成一直线。

46.遗尿点：手掌面，小指远端指间关节横纹。

除以上穴位之外，针灸的穴位也在小儿推拿中得到应用，相关的穴位参见针灸技术中的穴位部分。

二、常见疾病的小儿推拿技术

（一）小儿泄泻病（婴幼儿腹泻）

是由外感时邪，或内伤乳食而致大便次数增多的疾病。如病久不愈，常可导致疳症。大便次数增多，每日3～5次，多达10次以上，呈淡黄色，如蛋花汤样，或色褐而臭，可有少量粘液。或伴有恶心、呕吐、腹痛、发热、口渴等。有乳食不节，饮食不洁或感受时邪的病史。重者腹泻及呕吐较严重者，可见小便短少、体温升高、烦渴神萎、皮肤干瘪、囟门凹陷、目珠下陷、啼哭无泪、口唇樱红、呼吸深长、腹胀等。大便镜检可有脂肪球，少量红白细胞。大便病原体检查可有致病性大肠杆菌等生长，或分离轮状病毒等。重症腹泻有脱水、酸碱平衡失调及电解质紊乱。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】健脾助运，化湿止泻。

【操作步骤】

1.补脾经：用拇指面在患儿拇指末节罗纹面作旋推法；或沿拇指桡侧缘做由指端向指根方向的直推，300～1000次。

2.补大肠：用拇指桡侧缘自患儿示指尖向虎口直推成一直线，300～1000次。

3.揉中脘：用指端或鱼际在患儿脐上4寸的中脘穴作按揉法，3～5分钟。

4.摩腹：用示、中、无名三指指面或手掌掌面在患儿腹部作逆时针方向的摩法，5分钟。

5.推上七节骨：用拇指端桡侧缘或示、中二指面沿患儿尾椎骨端至第四腰椎棘突成一直线，自下向上直推，300～1000次。

6.揉龟尾：拇指端或中指端在患儿尾椎骨端作揉法，300～1000次。

7.捏脊：用拇指指端桡侧缘向头部方向顶住患儿脊柱或脊柱两侧皮肤，示、中指前按，三指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。或者示指屈曲，用示指中节桡侧紧贴患儿脊柱两侧皮肤，拇指前按，两指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。5～7次。

8.揉足三里：用拇指面在患儿犊鼻下三寸胫骨旁开一横指的足三里穴作揉法，60～200次。

（二）小儿咳嗽病

由外邪袭肺，肺失宣肃而致咳嗽的病症。其长期不愈者为慢性咳嗽。多见于急、慢性支气管炎。咳嗽为主要症状，多继发于感冒之后，常因气候变化而发作。好发于冬春季节。肺部听诊：两肺呼吸音粗糙，或有少量的散在的干、湿性罗音。X线摄片示肺纹理增粗。依据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】补脾益肺，宽胸理气，化痰止咳。

【操作步骤】

1.补肺经：用拇指面在患儿无名指末节罗纹面作旋推法，300～1000次。

2.补脾经：用拇指面在患儿拇指末节罗纹面作旋推法；或沿拇指桡侧缘做由指端向指根方向的直推，300～1000次。

3.按天突：用中指端在患儿天突穴作揉法，60次。

4.揉膻中：用中指端在患儿两乳头连线中点的膻中穴作揉法，60～200次。

5.揉中脘：用指端或鱼际在患儿脐上4寸的中脘穴作按揉法，3～5分钟。

6.揉乳旁、乳根：用示、中两指指面分别在患儿乳头旁开2分及乳头下2分处的乳旁、

乳根穴同时作揉法，60 次。

8.搓胁：用双手掌面在患儿两侧胁肋下相对用力自上而下搓动，30～50 次。

9.揉肺俞：用示中两指分别在患儿第 3 胸椎两侧旁开 1.5 寸的肺俞穴作揉法，60～200 次。

10.按揉足三里：用拇指面在患儿犊鼻下三寸胫骨旁开一横指的足三里穴作揉法，60～200 次。

（三）小儿遗尿病

是由肺、脾、肾、膀胱等脏腑功能失调，水道失约所致的，年龄在 3 周岁以上，睡中小便自遗的病证。可数日 1 次，严重者一日数次。长期不愈可能会对儿童的智力产生一定影响。尿常规检查无异常。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】醒脑补肾，固涩止遗。

【操作步骤】

1.用指端依次按揉百会、足三里、三阴交各约 1 分钟，掐遗尿点 10 次。

2.患者仰卧，医者用一手中指按人中，另一手示、中、无名指并拢，用三指指腹并拢按丹田。二手同时用力逐渐向下按压，力度以指下可以触及腹腔脏器为宜。稍停留后（约 5 秒钟）两手同时逐渐抬起，稍停留数秒钟后进行可下一次。如此反复操作 30 次以上。

3.患者俯卧，医生用双手拇指同时用力按压肾俞穴，力度以局部皮肤凹陷 3～5㎜ 稍有痛感为宜。稍停留后（约 5 秒钟）两手同时逐渐抬起，稍停留数秒钟后进行可下一次。如此反复操作 30 次以上。

4.患者俯卧，医生先在八髎穴处涂少许冬青膏（或抹少许滑石粉），然后用手掌面在八髎穴上作擦法至局部发热为止。

（四）小儿厌食病

是指小儿因喂养不当、病后失养或先天不足等所致的以进食量少、见食不贪为主要症状的病证。学龄前儿童多发，长期厌食可导致形体消瘦、营养不良、佝偻病、贫血，抵抗力下降等。一般理化检查多无异常改变。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】健脾和胃，助运消食。

【操作步骤】

1.补脾经：用拇指面在患儿拇指末节罗纹面作旋推法；或沿拇指桡侧缘做由指端向指根方向的直推，300～1000 次。

2.清胃经：用拇指指面在患儿拇指近端指面作直推法；或沿手掌大鱼际外侧缘做由指根向指端方向的直推，200～500 次。

3.运内八卦：用拇指指面在手掌内八卦穴，作顺时针方向的环旋摩推动，200～300 次。

4.捏脊：用拇指桡侧缘向头部方向顶住脊柱或脊柱两侧皮肤，示、中指前按，三指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。或者示指屈曲，用示指中节桡侧紧贴脊柱两侧皮肤，拇指前按，两指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。5～10 次。

5.分腹阴阳：用双手拇指指面在上腹部的腹阴阳穴，自剑突下沿两侧肋弓下缘作向两侧的分推，50～100 次。

6.清大肠：用拇指桡侧缘自患儿虎口向示指尖直推成一直线，300～1000 次。

8.揉中脘：用指端或鱼际在患儿脐上 4 寸的中脘穴作按揉法，3～5 分钟。

（五）易感儿保健

是因免疫机能低下或免疫功能失衡而引起的，经常反复呼吸道感染，出现咽痛、发热、

咳嗽、流涕等症状，常因气候变化而发作，好发于冬春季节。多见于1～5岁的学龄前儿童。肺部听诊：两肺呼吸音正常或粗糙。查体：可见咽红。依据全国儿科呼吸会议标准进行诊断。

【治则治法】宣肺利窍，通阳固表。

【操作步骤】

1.补脾经：用拇指面在患儿拇指末节罗纹面作旋推法；或沿拇指桡侧缘做由指端向指根方向的直推，300～1000次。

2.开天门：用双手拇指指面自两眉之间向上至前发际的天门穴，做交替直推，100～200次。

3.推坎宫：用双手拇指指面自两眉之间沿眉至眉梢的坎宫穴，做分向直推，100～200次。

4.揉太阳：用双手拇指指面按在眉外梢后方的太阳穴作揉法，2～3分钟。

5.揉外劳：用指端或指面按在手掌背面正中的外劳宫穴上作揉法，3～5分钟。

6.揉迎香：用拇示指按在鼻翼两侧的迎香穴作揉法，2～3分钟。

7.分手阴阳：用双手拇指指面自腕掌关节横纹的手阴阳中央向两侧作分推向动，300～500次。

8.揉风池：用拇指与示指对称拿揉头后部的风池穴，10～20次。

9.揉肺俞：用示中两指分别在患儿第3胸椎两侧旁开1.5寸的肺俞穴作揉法，200～500次。

10.捏脊：用拇指桡侧缘向头部方向顶住脊柱或脊柱两侧皮肤，示、中指前按，三指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。或者示指屈曲，用示指中节桡侧紧贴脊柱两侧皮肤，拇指前按，两指相对轻捏皮肤，双手交替捻动向前推进，从龟尾处到大椎穴。5～10次。

以上方法主要在平时患儿未发病时应用，控制易感儿的发生。

三、禁忌症

1.严重的感染性疾病或传染病。

2.有出血倾向或有凝血功能障碍。

3.诊断不明的哭闹、精神不振等。

4.穴位局部有表皮破损者。

四、注意事项

1.手法宜轻快柔和、平稳着实。直接在皮肤上操作时，需要辅助介质。

2.注意手法的补泻。

3.小儿推拿技术中多数手法属于皮部经筋推拿技术，部分手法属于脏腑推拿技术和经穴推拿技术，可以借鉴使用。如有关节功能障碍，需要配合使用关节运动推拿技术或关节调整推拿技术。

第八章 器械辅助推拿技术

器械辅助推拿技术是以特定器具、器械辅助推拿的医疗技术，可发挥二者的协同作用。器械辅助推拿技术中常用木料、牛角、金属、塑料或其它材料等加工成一定形状，医者持握后作用于人体，代替手进行按法、点法、揉法、推法、拍击法、弹拨法、刮法等，可以增强手法力量、增大作用范围，作用到手法不能达到的部位或深度，减轻医生的劳动强度。也可利用机械或电动的推拿器械，将患者摆放于一定的体位，易于特定手法的操作。适应的病证包括推拿科各种适应病证。

一、基本操作方法

1.揉法

手持特定器具置于施术部位或穴位上，沉肩，屈肘成 120°～140°，腕关节放松，呈微屈或水平状，以肘关节为支点，前臂做主运运动，带动腕关节进行左右摆动，使特定器具在体表施术部位上作轻柔灵活的上下、左右或环旋揉动。手法频率为每分钟 120～160 次。

2.点法

手持特定器具置于施术部位或穴位上，腕关节悬屈。前臂主动发力，进行持续点压。

3.压法

手持特定器具置于施术部位或穴位上，腕关节悬屈。以腕关节为支点，做与施术部位相垂直的按压。当按压力达到所需的力量后，要稍停片刻，即所谓的“按而留之”，然后松劲撤力，再做重复按压，使按压动作既平稳又有节奏性。

4.拨法

手持特定器具置于施术部位或穴位上，腕关节悬屈。以特定器具深按于治疗部位，下压至一定的深度，待有酸胀感时，再做与肌纤维或肌腱、韧带成垂直方向的单向或来回拨动，进行单向或往返的拨动。

5.拍击法

手持特定器具，以其前 1/3 为击打着力面，腕关节适度放松，前臂为动力源而主动运动，上下挥臂，平稳而有节律性平击施术部位。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法可以单独或复合运用。临床上，器物辅助推拿技术还常常与其他推拿技术配合使用，视具体情况而定。

二、常见疾病的器械辅助推拿技术

（一）项痹病（神经根型颈椎病）

颈痛伴上肢放射痛，颈后伸时加重，受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱，腱反射异常，肌萎缩，肌力减退，颈活动受限，牵拉试验、压头试验阳性。颈椎 X 线示：椎体增生，钩椎关节增生明显，椎间隙变窄，椎间孔变小。CT 可见椎体后赘生物及神经根管变窄。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络，活血镇痛。

【操作步骤】

患者坐位或卧位。医者手持特定器具点、揉风池穴、颈夹脊、肩井穴、曲池穴及阿是穴等部位，每穴 1～2 分钟。

（二）腰痛病（腰肌劳损）

有长期腰痛史，反复发作。一侧或两侧腰骶部酸痛不适。时轻时重，缠绵不愈。劳累后加重，休息后减轻。一侧或两侧骶棘肌轻度压痛，腰腿活动一般无明显障碍。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络，活血止痛。

【操作步骤】

患者立位，背略前屈。医者以马步裆势或蹲位姿势立于患者背后，右手持棒，击打患者两侧膀胱经外侧线 T4～T10 段，左右各 2～3 下。

三、禁忌症

体质过度虚弱者、小儿以及有出血倾向或有凝血功能障碍不宜使用器械辅助推拿技术。

四、注意事项

器械辅助推拿技术使用时，注意患者的承受能力。

第九章 膏摩技术

膏摩技术是将制备好的药物涂擦在体表后，再在其上施以推拿手法的推拿技术。膏摩技术中常用油剂、膏剂、散剂、水剂、酒剂等剂型的中西药物制剂，涂擦、喷洒在体表，再在其上施以摩法、推法、擦法、揉法等手法，有增强手法效力、保护皮肤以及促进药物效用以提高疗效的作用。常与其它推拿技术结合使用，适应的病证包括推拿科多种病证。

一、基本操作方法

（一）常用药物

1.葱姜水（水剂）

葱姜水作为儿科推拿的常用介质之一，目前已被广泛应用于小儿推拿的临床治疗过程中，它既可以保护小儿娇嫩的肌肤，起到润肌肤、防破损的作用，又可以借助手法，使药力渗透，手法和药物二者相得益彰，增强疗效。

原料：新鲜生姜、新鲜连须葱白、75％医用乙醇。

制作方法：先将生姜与葱白洗净沥干，待表面水分略干后，将生姜切片约 2～3㎜ 厚，与葱白以 2：1 的重量比例浸于 75％医用乙醇中，以乙醇没过药面 5㎝ 以上为宜，浸泡两周后，倒入小瓶中备用。

功效：发汗解表，疏风散寒。

临床应用：可用于多种小儿常见疾病，如：感冒、发热、咳嗽、便秘、腹泻、厌食等的推拿治疗，尤适用于外感风寒表证，风寒咳嗽，寒湿泄泻，寒凝腹痛，脾胃虚弱、食欲不振等以寒证表现为主者。

用法用量：医师以手指蘸取适量葱姜水于施术部位行手法操作。用量按施术部位面积大小灵活取用，以施术时手下无滞涩感而药剂不成股下流为宜。

注意事项：葱姜水无毒副作用，一般无推拿禁忌症者均可使用，但证属阴虚内热及热盛者应慎用。对葱、姜或乙醇过敏者禁用。

2.冬青膏（膏剂）

传统上推拿科使用冬青膏（学名水杨酸甲酯软膏）主要用于内功推拿的平推法或擦法。目前，冬青膏使用愈加广泛，除了传统的擦法治疗，还常用于涂擦治疗，接触皮肤的抹法、推法、按揉、弹拨、理筋等手法，热敷法前期的皮肤处理等。

原料：水杨酸甲酯、凡士林、薄荷等。

制作方法：将上述原料按比例调配，倒入小瓶中备用。

功效：祛风散寒，活血止痛，舒筋通络。

临床应用：可用于多种病证，如风湿痹痛、筋伤关节疼痛、感冒、痛经等等。

用法用量：医师取适量冬青膏涂抹于施术部位并行手法操作。用量按施术部位面积大小以及手法不同灵活取用，以施术时手下无滞涩感或过于光滑为宜。

注意事项：使用冬青膏的不良反应极少见，而且单独使用水杨酸甲酯软膏几乎没有看到不良反应。偶尔遇到的不良反应是在与其他外用药物合用时，出现的皮肤过敏反应，因此应注意与其他药物同时使用时的协同作用。

（二）常用手法

1.擦法

在体表涂药物后做直线往返摩擦的手法。

（1）掌擦法：用手掌面着力于施术部位，稍用力下压，腕关节保持伸直，以肩关节和肘关节屈伸带动手掌做直线往返运动。操作时，来回用力均匀。每分钟操作 100 次左右。

（2）鱼际擦法：用手掌鱼际着力于施术部位，稍用力下压，以肩关节和肘关节屈伸带

动手掌做直线往返运动。往返路线、速度与压力保持不变，每分钟操作 100 次左右。

（3）侧擦法：用手掌小鱼际着力于施术部位，稍用力下压，腕关节保持伸直，以肩关节和肘关节屈伸带动手掌做直线往返运动。往返路线、速度与压力保持不变，每分钟操作 100 次左右。

2.摩法

在体表涂以药物后，施以摩法。摩法操作见皮部经筋推拿技术。

3.推法

在体表涂以药物后，施以推法。摩法操作见小儿推拿技术。

4.揉法

在体表涂以药物后，施以揉法。摩法操作见经穴推拿技术。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法可以单独或复合运用，也可施以点法、刮法等手法。膏摩技术所用的药物也称为介质，其制备有一定要求。膏摩技术治疗的功效不仅与手法技术有关，也与膏摩所用药物的功效有关。膏摩技术还常常与其他推拿技术配合使用，视具体情况而定。

二、常见疾病的膏摩技术

（一）项痹病（颈型颈椎病）

患者有急性损伤或慢性积累性劳损史。颈肩背手臂酸痛，颈部僵硬，活动受限，颈肩背酸痛可放射至头枕部。颈椎病 X 片常表现为颈椎正常生理曲度消失或反张，部分患者椎间隙狭窄，椎管狭窄，椎体后缘骨赘形成，在颈椎的过伸过屈位片上还可以观察到颈椎节段性不稳定。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络，活血散瘀，解痉镇痛。

【操作步骤】

1.患者坐位，暴露颈项部皮肤。

2.将药膏涂在颈项部正中。用柔和的一指禅推法、拇指按揉法或掌揉法操作于风府穴至大椎穴部位。再由上而下用小鱼际直推 10 次。

3.将药膏涂在颈部斜方肌处。以一指禅推法、拇指按揉法或掌揉法操作于风池穴、颈夹脊及阿是穴等部位。沿风池穴至肩井穴由上而下拇指直推 10 次。小鱼际斜擦颈肩部，透热为度。

4.将药膏涂在上背部。用一指禅推法、拇指按揉法、掌按法或掌根揉法施于斜方肌、提肩胛肌、岗下肌等处。沿斜方肌肌纤维方向施以小鱼际法，透热为度。

5.拿风池、颈部斜方肌、肩井，以局部产生酸胀感为度。

（二）桡骨茎突狭窄性腱鞘炎

有劳损史，好发于家庭妇女及长期从事腕部操作者。桡骨茎突部疼痛，肿胀隆起，压痛，腕部劳累后或寒冷刺激后疼痛加剧，局部腱鞘增厚，握物无力，活动受限。握拳尺偏试验阳性。依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理筋止痛。

【操作步骤】

1.患者坐位，患手置于桌上，垫枕。医者在患侧桡骨茎突部位皮肤上涂抹药膏，以揉法操作于桡骨茎突部。

2.患者坐位，患手向尺侧偏。医者在患处涂抹药膏，从拇指掌指关节桡侧沿拇长展肌向桡骨茎突部施以拇指推法，反复操作 20～30 次。

三、禁忌症

对外用药物过敏者，不宜使用膏摩技术。

四、注意事项

膏摩技术使用时，注意外用药物的选择。

参考文献

[1] 曹仁发.推拿功法与治病[M].上海：上海科学技术文献出版社，1992.
[2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京：南京大学出版社，1994.
[3] 金义成.小儿推拿学[M].上海：上海中医学院出版社，1988.
[4] 刘春山.人体经筋循行地图[M].北京：人民军医出版社，2010.
[5] 陆廷仁.骨科康复学[M].北京：人民卫生出版社，2007.
[6] 骆竞洪.推拿医学志——手法源流[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1987.
[7] 吕立江.推拿功法学[M].北京：中国中医药出版社，2012.
[8] 吕明.推拿功法学[M].北京：人民卫生出版社，2009.
[9] 沈国权，严隽陶.推拿手法图解[M].上海：上海科学技术出版社，2009.
[10] 严隽陶.推拿学[M].北京：中国中医药出版社，2009.
[11] 赵毅，王诗忠.推拿手法学[M].上海：上海科学技术出版社，2009.
[12] 周信文.推拿手法学[M].上海：上海中医药大学出版社，1996.

第三篇 刮痧类技术

第一章 刮痧技术

刮痧是在中医经络腧穴理论指导下，使用不同材质和形状的刮痧器械和介质，在体表进行相应的手法刮拭，以防治疾病的中医外治技术。刮痧技术具有疏通经络，改善血液循环，调整关节结构和功能等作用。常用于外感性疾病和骨关节疼痛性疾病等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具与介质

1.器具：刮痧板（砭石、水牛角、玉石等）。

2.介质：刮痧油、润肤乳、精油等。

（二）握持及运板方法

单手握板，将刮痧板放置掌心，由拇指和示指、中指夹住刮痧板，无名指和小指紧贴刮痧板边角，从三个角度固定刮痧板（见图 1）。刮痧时利用指力和腕力调整刮痧板角度，使刮痧板与皮肤之间夹角约 45°，以肘关节为轴心，前臂做有规律的移动。

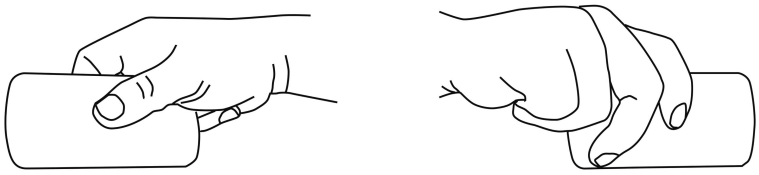


图 1 握板方法示意图

（二）刮痧次序

选择刮痧部位顺序的总原则为先头面后手足，先背腰后胸腹，先上肢后下肢，逐步按顺序刮痧。全身刮痧者，顺序为：头、颈、肩、背腰、上肢、胸腹及下肢；局部刮痧者，如颈部刮痧顺序为头、颈、肩、上肢；肩部刮痧顺序为头、颈、肩上、肩前、肩后、上肢；背腰部刮痧顺序为背腰部正中、脊柱两侧、双下肢。

（三）刮痧方向

总原则为由上向下、由内向外，单方向刮拭，尽可能拉长距离。头部一般采用梳头法，由前向后（见图 2）；面部一般由正中向两侧，下颌向外上刮拭（见图 3）；颈肩背部正中、两侧由上往下，肩上由内向外，肩前、肩外、肩后由上向下（见图 4）；胸部正中应由上向下，肋间则应由内向外（见图 5）；腹部则应由上向下，逐步由内向外扩展（见图 6）；四肢宜向远心端方向刮拭（见图 8、9）。

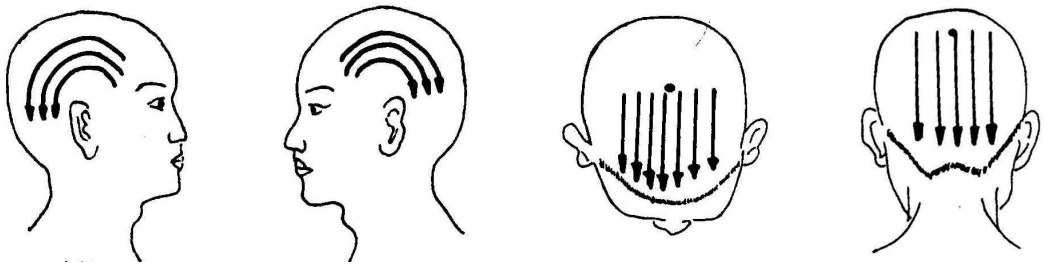


图 2 头部刮拭方向

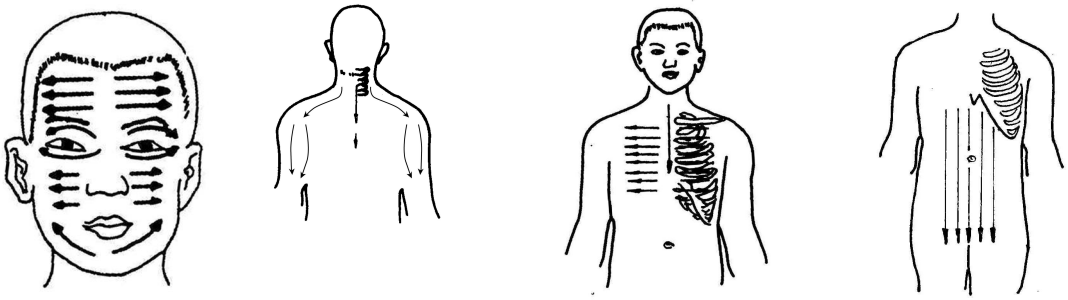


图 3 面部刮拭方向　　图 4 颈肩部刮拭方向　　图 5 胸部刮拭方向　　图 6 腹部刮拭方向

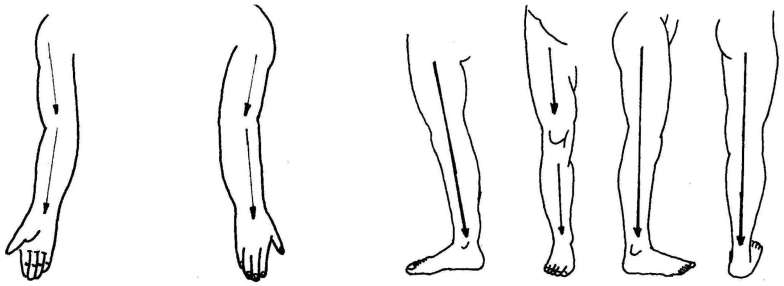


图 8 上肢刮拭方向　　图 9 下肢刮拭方向

（四）刮痧时间

刮痧的时间包括每次治疗时间、治疗间隔和疗程：

1. 每个部位一般刮拭 20～30 次，每位患者通常选 3～5 个部位；局部刮痧一般 5～10 分钟，全身刮痧宜 10～20 分钟。

2. 两次刮痧之间宜间隔 3～6 天，或以皮肤上痧退、手压皮肤无疼痛感为宜；若病情需要，或刮痧部位的痧斑未退，不宜在原部位进行刮拭，可另选其他相关部位进行刮痧。

3. 急性病疗程以痊愈为止，慢性疾病一般以 7～10 次为一疗程。

（五）刮痧程度

刮痧的程度包括刮拭的力量强度和出痧程度：

1. 刮痧时用力要均匀，由轻到重，以患者能够承受为度。

2. 一般刮至皮肤出现潮红、紫红色等颜色变化，或出现粟粒状、丘疹样斑点，或片状、条索状斑块等形态变化，并伴有局部热感或轻微疼痛。对一些不易出痧或出痧较少的患者，不可强求出痧。

（六）刮痧手法

根据病情和刮痧部位的不同，刮痧操作的力量大小、速度快慢、刮拭方向、刮痧板边角接触的部位以及刮痧配合手法应有所不同。刮痧手法分类如下：

1.按力量大小分类

（1）轻刮法：刮痧时刮痧板接触皮肤下压刮拭的力量小，被刮者无疼痛及其他不适感觉。轻刮后皮肤仅出现微红，无瘀斑。此法宜用于老年体弱者、疼痛敏感部位以及辨证属于虚证的患者。

（2）重刮法：刮痧时刮痧板接触皮肤下压刮拭的力量较大，以患者能承受为度。此法宜用于腰背部脊柱两侧、下肢软组织较丰富处、青壮年体质较强者以及辨证属于实证、热证、痛症患者。

2.按移动速度分类

（1）快刮法：刮拭的频率在每分钟 30 次以上。此法宜用于体质强壮者，主要用于刮拭背部、四肢，以及辨证属于急性、外感病证的患者。

（2）慢刮法：刮拭的频率在每分钟 30 次以内。此法宜用于体质虚弱者，主要用于刮拭头面部、胸部、腹部、下肢内侧等部位，以及辨证属于内科、体虚的慢性病患者。

3.按刮拭方向分类

（1）直线刮法：又称直板刮法。用刮痧板在人体体表进行有一定长度的直线刮拭。此法宜用于身体比较平坦的部位，如背部、胸腹部、四肢部位。

（2）弧线刮法：刮拭方向呈弧线形，刮拭后体表出现弧线形的痧痕，操作时刮痧方向多循肌肉走行或根据骨骼结构特点而定。此法宜用于胸背部肋间隙、肩关节和膝关节周围等部位。

4.按刮痧板接触体表部位分类

（1）摩擦法：将刮痧板与皮肤直接紧贴，或隔衣布进行有规律的旋转移动，或直线式往返移动，使皮肤产生热感。此法宜用于麻木、发凉或绵绵隐痛的部位，如肩胛内侧、腰部和腹部；也可用于刮痧前，使患者放松。

（2）梳刮法：使用刮痧板或刮痧梳从前额发际处及双侧太阳穴处向后发际处做有规律的单方向刮拭，如梳头状。此法宜用于头痛、头晕、疲劳、失眠和精神紧张等病证。

（3）点压法（点穴法）：用刮痧板的边角直接点压穴位，力量逐渐加重，以患者能承受为度，保持数秒后快速抬起，重复操作 5～10 次。此法宜用于肌肉丰满处的穴位，或刮痧力量不能深达，或不宜直接刮拭的骨骼关节凹陷部位，如环跳、委中、犊鼻、水沟和背部脊柱棘突之间等。

（4）按揉法：刮痧板在穴位处做点压按揉，点压后做往返或顺逆旋转。操作时刮痧板应紧贴皮肤不滑动，每分钟按揉 50～100 次。此法宜用于太阳、曲池、足三里、内关、太冲、涌泉、三阴交等穴位。

（5）角刮法：使用角形刮痧板或让刮痧板的棱角接触皮肤，与体表成 45° 角，自上而下或由里向外刮拭。此法宜用于四肢关节、脊柱两侧、骨骼之间和肩关节周围，如风池、内关、合谷、中府等穴位。

（6）边刮法：用刮痧板的长条棱边进行刮拭。此法宜用于面积较大部位，如腹部、背部和下肢等。

二、常见疾病的刮痧治疗

（一）项痹病（颈椎病）

项痹病是以颈项强痛，向上肢放射，手指麻木，上肢无力等症状为主要表现的病症，多因肝肾不足、外伤劳损、感受外邪，致气血瘀滞、筋骨失养所引起。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏筋活络，通痹止痛。

【操作步骤】刮痧治疗项痹病时刮拭的主要部位为头部、颈肩部和上肢。

1.刮头部：患者取坐位。采用梳刮法，从前额发际处及双侧太阳穴处向后发际处做有规

律的单方向刮拭，使头部放松。注意重点刮拭太阳、百会和风池穴。

2.刮颈肩部：患者取坐位，低头向前倾；术者一手扶持患者头顶部，保持头部相对稳定，另一手握持刮痧板刮拭。①刮颈部正中：用直线刮法轻刮颈部正中督脉循行区域，从风府穴向下刮过大椎穴下至陶道穴，刮 10～20 次为宜；身体消瘦、颈椎棘突明显突出者，宜用刮痧板的边角由上向下依次点压按揉每一个椎间隙 3～5 次，以局部有酸胀感为度。②刮颈部脊柱两侧：用直线刮法重刮颈部脊柱两侧膀胱经循行区域，从天柱穴向下刮至风门穴，每侧刮拭 20～30 次为宜，风门穴可采用点压法、按揉法。③刮颈部外侧：用轻刮法、弧线刮法刮拭颈部左右两侧胆经循行区域，从风池过肩井，每侧刮拭 20～30 次为宜，肩井穴可采用点压法、按揉法。

3.刮上肢：患者取坐位，头颈向对侧平旋。术者用一手牵拉前臂，另一手握刮板，刮拭上肢沿手阳明大肠经脉循行区域，由肩上的肩髃向下刮过曲池至合谷，每侧刮 10～20 次，肩髃、曲池穴位处可重刮，合谷穴处宜用刮板棱角点压按揉 3～5 次。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

肩凝症是以肩部疼痛和活动功能障碍为主要表现的病症，多因外伤劳损、肝肾阴虚、感受外邪，致气血瘀滞、筋脉失养所引起。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏通经络，活血化瘀，解痉定痛。

【操作步骤】刮痧治疗肩凝症时刮拭的主要部位为颈肩部、上肢和下肢。

1.刮颈肩部：患者取坐位。①刮颈部正中：用轻手法直线刮拭颈部正中督脉循行区域，从风府到大椎穴，刮 10～20 次即可；若肌肉薄弱，棘突明显者，可用刮板棱角点压按揉椎间隙，自上而下，每个间隙按压 3～5 次。②刮肩胛内侧：用直线重刮法从后发际天柱穴向大杼穴、膈俞穴方向刮拭，每侧刮拭 20～30 次为宜。③刮肩上部：用弧线刮法从后发际风池穴向肩井穴、肩髃穴方向刮拭，每侧刮拭 20～30 次为宜，风池穴、肩井穴可采用点压法、按揉法。④刮肩后部：先用直线轻刮法由内向外刮拭肩胛冈上、下，然后用弧线刮法刮拭肩关节后缘的腋后线，每一部位刮拭 20～30 次为宜。⑤刮肩前部：用弧线刮法刮拭腋前线，每侧从上向下刮拭 20～30 次为宜。⑥刮肩外侧：术者一手握住患者前臂手腕处，使上肢外展 45°，用重刮法、直线刮法刮拭肩关节外侧的三角肌正中及两侧缘，每侧刮拭 10～20 次为宜。

2.刮上肢：患者取坐位。术者用一手牵拉前臂，另一手握刮板，刮拭上肢沿手阳明大肠经脉循行区域，由肩上的肩髃向下刮过曲池至合谷穴，每侧刮 10～20 次，肩髃、曲池穴位处可重刮，合谷穴处用刮板棱角点压按揉 3～5 次。

3.刮下肢：患者取坐位。用直线刮法刮拭足阳明胃经循行线，从足三里刮至条口穴，每侧刮 20～30 次，条口穴可重刮。

（三）腰痛病（腰肌劳损、腰椎间盘突出症）

腰痛是以腰部一侧或两侧疼痛为主要症状的一类病症，多因外伤、感受外邪，或肾虚所致。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏通经络，活血止痛。

【操作步骤】刮痧治疗腰痛病时刮拭的主要部位为背腰部和下肢。

1.刮背腰部：患者取俯卧位。①刮背腰部正中：用轻刮法从上向下刮拭背腰部正中督脉循行区域，刮拭 10～20 次为宜。身体消瘦、椎体棘突明显突出者，宜用刮痧板的边角，由上向下依次点压按揉每一个椎间隙 3～5 次，以局部有酸胀感为宜。②刮背腰部脊柱两侧：用直线重刮法从上向下刮拭背腰部脊柱旁开 1.5～3 寸的区域，也可以分别刮拭背部膀胱经的两条侧行线，每侧刮拭 20～30 次为宜。③刮腰骶部：用直线轻刮法刮拭上髎、次髎、中髎、下髎到会阳，每侧刮 10～20 次为宜。

2.刮下肢：患者取俯卧位。①刮下肢后侧：用直线刮法刮拭下肢后侧膀胱经循行区域，以膝关节为界分上下两段分别刮拭，先从承扶开始，经过殷门到委中，从委中经过承筋到承山，每段刮拭20～30次为宜，委中穴可用点压按揉法，承山穴可重刮。②刮下肢外侧：用直线刮法，刮拭下肢外侧胆经循行区域，以膝关节为界分上下两段分别刮拭，先从环跳开始，经过风市到膝阳关，然后从阳陵泉刮到悬钟，每一部位刮拭20～30次为宜。环跳可点压按揉。

（四）粉刺（寻常性痤疮）

粉刺是以面、上胸、背部等处丘疹、脓疱、结节有时可挤出白色碎米样粉汁为特征的一种皮肤病，多由饮食不节，过食肥甘厚味，或感外邪等所致。本病依据1994年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】清热解毒，活血化瘀。

【操作步骤】刮痧治疗腰痛病时刮拭的主要部位为背部、上肢和下肢。

1.刮背部：患者取俯卧位。①刮背腰部正中：用直线泻刮法刮拭背部正中督脉循行区域，从大椎穴刮至命门穴，刮拭10～20次为宜。②刮背腰部脊柱两侧：用直线重刮法刮拭脊柱两侧膀胱经循行区域，从肺俞开始，经厥阴俞、心俞、督俞、膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞刮至肾俞，每侧刮20～30次，刮至皮肤出现紫痧为宜。

2.刮上肢：患者取仰卧位。刮拭前臂外侧手阳明大肠经循行区域，重点刮拭曲池穴，可点压、按揉，每侧刮拭10～20次为宜。

3.刮下肢：患者取仰卧位：①刮下肢外侧：用直线刮法刮拭下肢外侧的足阳明胃经循行区域，从足三里穴到丰隆穴，每侧刮拭20～30次。②刮下肢内侧：用直线刮法刮拭下肢内侧的足太阴脾经循行区域，从阴陵泉穴到三阴交穴，每侧刮拭20～30次。③点压、按揉内庭穴、厉兑穴，每穴点压按揉3～5次。

三、禁忌症

1.严重心脑血管疾病、肝肾功能不全等疾病出现浮肿者。

2.有出血倾向的疾病，如严重贫血、血小板减少性紫癜、白血病、血友病等。

3.感染性疾病，如急性骨髓炎、结核性关节炎、传染性皮肤病、皮肤疖肿包块等。

4.急性扭挫伤、皮肤出现肿胀破溃者。

5.刮痧不配合者，如醉酒、精神分裂症、抽搐等。

6.孕妇的腹部、腰骶部。

四、注意事项

1.刮痧时选取适当的刮痧部位，以经脉循行和病变部位为主，刮痧部位应用75％乙醇棉球消毒，或用热毛巾、一次性纸巾、生理盐水棉球等进行清洁，然后取适量刮痧介质，置于清洁后的拟刮拭部位，用刮痧板涂抹均匀。刮痧后用干净纸巾、毛巾或消毒棉球将刮拭部位的刮痧介质擦拭干净。

2.刮痧时应注意室内保暖，尤其是在冬季应避免感受风寒；夏季刮痧时，应避免风扇、空调直接吹刮拭部位。

3.刮痧过程中产生的酸、麻、胀、痛、沉重等感觉，均属正常反应。刮痧后皮肤出现潮红、紫红色等颜色变化，或出现粟粒状、丘疹样斑点，或片状、条索状斑块等形态变化，并伴有局部热感或轻微疼痛，都是刮痧的正常反应，数天后即可自行消失，一般不需进行特殊处理。

4.刮痧过程中若出现头晕、目眩、心慌、出冷汗、面色苍白、恶心欲吐，甚至神昏仆倒等晕刮现象，应立即停止刮痧，使患者呈头低脚高平卧位，饮用温开水或温糖水，并注意保暖，必要时用刮痧板点按患者百会、人中、内关、足三里、涌泉穴。

5.刮痧结束后，最好饮一杯温水，不宜即刻食用生冷食物，刮痧出痧后30分钟以内不

宜洗冷水澡。

6. 年迈体弱、儿童、对疼痛较敏感的患者宜用轻刮法刮拭。

7. 凡肌肉丰满处（如背部、臀部、胸部、腹部、四肢）宜用刮痧板的横面（薄面、厚面均可）刮拭。对一些关节处、四肢末端、头面部等肌肉较少、凹凸较多的部位宜用刮痧板的棱角刮拭。

8. 下肢静脉曲张或下肢肿胀者，宜由下向上刮拭，采用逆刮法。

第二章　放痧技术

放痧，又称挑痧法，是通过针具浅刺体表静脉或点刺穴位出血，以达到防病治病目的的外治技术，具有通经活络、开窍泻热、调和气血、消肿止痛等作用。放痧技术主要有穴位放血、刺络放血、痧筋放血，常用于各种实热证、瘀血疼痛性急症和慢性病，如感冒、发热、头痛、咽痛、痤疮、静脉曲张等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

放痧常用的针具主要是一次性三棱针、一次性采血针或其他特制的消毒针具等。

（二）常用穴位

1.头面：百会、太阳、印堂。

2.颈项：大椎、金津、玉液。

3.背部：督脉及膀胱经腧穴。

4.上肢：十宣、少商、曲池、尺泽。

5.下肢：委中、承山。

（三）操作步骤

1.消毒：宜选用一次性三棱针；用75％乙醇或碘伏在施术部位消毒；术者双手应用肥皂水清洗干净，再用75％乙醇擦拭。

2.持针法：一手拇指、示指持住针柄，中指扶住针尖部，露出针尖3～5mm，以控制针刺深浅；针刺时另一手配合提、捏、推、按，或捏住指（趾）部，或夹持、舒张皮肤等。

3.放痧技术：可分为点刺法、挑刺法和刺络法。

（1）点刺法：刺前可先推、揉、挤、捋被刺穴位及其周围，使局部充血。一手固定被刺部位，另一手持针，迅速刺入并迅速出针，进出针时针体应保持在同一轴线上，点刺后可放出适量血液或黏液，也可辅以推挤方法增加出血量或出液量。此法多用于穴位放痧，如大椎、印堂等，治疗感冒、发热、头痛、胃脘痛、失眠等症。

（2）挑刺法：一手按压施术部位两侧，或夹起皮肤，使皮肤固定，一手持针以15°～30°角迅速刺入皮肤1～2mm，随即将针身倾斜挑破皮肤，使之出少量血液或黏液；也可刺至3～5mm深，将针身倾斜并使针尖轻轻提起，挑破皮下部分组织，然后出针。此法多用于四肢末端放痧，如十宣穴，治疗发热、晕厥等症。

（3）刺络法：先用止血带结扎在针刺部位上端（近心端），然后消毒，针刺时，一手拇指按压在被刺部位远心端，另一手持针对准针刺部位的静脉，刺入脉中立即将针退出，使其流出一定量血液，在出血时也可轻轻按压静脉近心端，以助出血。此法多用于肘窝、腘窝、太阳穴以及下肢小腿等处的浅表静脉放痧，治疗急性吐泻、中暑发热和下肢静脉曲张等。

4.术后处理

施术后，宜用无菌干棉球或棉签擦净或按压放痧部位。所放血液应做无害化处理。

二、常见疾病的放痧治疗

（一）感冒（普通感冒和流行性感冒）

感冒是鼻塞、流涕、咳嗽、恶寒、发热、头身疼痛等为主要表现的病症，多因外感风邪所致。本病依据1994年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】祛风解表。选用点刺法、刺络法。

【操作步骤】患者先取仰卧位，消毒后，点刺太阳、少商，挤出少量血液，出血量以1ml为宜；然后取俯卧位，暴露背部，点刺大椎穴，挤出少量血液，出血量以1～3ml为宜；最后用刺络法委中穴放血，放血量以3～5ml为宜。

【特别提示】此法治疗感冒时，常配合拔罐技术使用，放血后在大椎穴留罐。操作完毕后，嘱患者注意背部保暖，勿使背部受寒。

（二）筋瘤（静脉曲张）

静脉曲张是以筋脉色紫、盘曲突起如蚯蚓状、形成团块为主要表现的浅表静脉病变，多因气血凝滞，脉络滞塞不通所致，好发于下肢，中医又称筋瘤、青蛇毒、股肿。本病依据1994年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血祛瘀，舒筋通络；选用刺络法。

【操作步骤】患者取站位，用75%乙醇或碘伏在施术部位消毒，在委中穴以及周围相应的浅表静脉突出曲张部位，刺络放血，每次3～5个部位，每个部位出血量以3～10ml为宜。

【特别提示】刺络放血后，注意按压止血并严格消毒，以预防感染。同时配合针刺法疗效更佳。

三、禁忌症

1.凝血机制障碍者禁用。

2.血管瘤、不明原因的肿块等患处禁用。

四、注意事项

1.放痧工具要严格消毒后才能使用，施术部位应防止感染。

2.操作手法宜轻、稳、准、快，不可用力过猛，防止刺入过深，创伤过大，损害其他组织，更不可伤及动脉。

3.孕妇及新产后慎用，过饥、过饱、醉酒、过度疲劳者，不宜使用本技术。

4.放血时注意血压、心率变化，注意晕针或晕血的发生。

5.出血较多时，宜适当休息后离开。

第三章　撮痧技术

撮痧是指施术者以手指或手掌为工具，在患者特定体表部位，通过撮、扯、拧、提、推、挤等手法，使皮肤出现紫红色痧斑为特征的一种治疗疾病的技术，具有行气开闭、调畅气机、宣泄痧毒等功效，常用于外感性疾病、疼痛性疾病等。

一、基本操作方法

（一）常用介质

在每次撮痧之前，用刮痧油、清凉油，或清水以润湿手指。

（二）常用施术部位

1.头部：印堂、太阳。

2.颈部：颈前常用廉泉、天突、廉泉与天突连线之中点及中点左右各旁开 1 寸处。颈后常用大椎、大椎直上后发际处、大椎与后发际连线之中点及中点左右各旁开 1 寸处。

3.胸部：从璇玑起，分别向左右每隔 1 寸取一处。

4.腹部：下脘、石门、天枢。

5.肩部：肩井。

6.背部：督脉及膀胱经穴位及经脉循行线，根据病情选取。

7.腰部：督脉及膀胱经穴位及经脉循行线，根据病情选取。

（三）常用体位

1.俯伏坐位：坐于椅上俯首靠椅背上，暴露后项及背腰部，用于撮后项、肩部及背腰部。

2.仰靠坐位：仰坐于靠背椅上，暴露颈部，用于撮头部、腹部、颈部。

3.俯卧位：面部朝下，俯卧于床上，暴露后项及背腰部，用于撮后项及背腰部。

（四）常用撮痧手法

1.拧痧法：术者五指屈曲，以大拇指与示指对准撮痧部位，用力夹紧并扯起，提拧患者皮肤至最高处时，两指和被夹起的皮肤一同适度旋转，然后松开，使皮肤恢复原状。如此一提一拧一放，反复进行，在同一部位可连续操作 10～30 次，撮拧至皮肤出现紫红色痧斑为度。此法多用于颈部。

2.扯痧法：又称揪痧法，术者五指屈曲，将中指和示指弯曲如钩状，用示指、中指的第二指节对准撮痧的部位，把皮肤与肌肉夹起，用力向外滑动，然后松开。如此一夹一扯一放，反复进行，以有“巴巴”声响为佳。在同一部位可连续操作 10～30 次，扯至被夹起的部位出现紫红色或暗红色痧斑为度。也可用大拇指和示指第二指节，夹起皮肤与肌肉，依上述手法扯拉。本法适用于面部的鼻根、前额以及颈、背部等处。

3.挤痧法：术者用两手拇指指腹，或两手示指、拇指指腹，或单手示、拇四指指腹相对用力，有规律地互相挤压，挤压至皮肤出现紫红色痧斑为度。此法主要用于头面部、颈部、肩背部。

4.抓痧法：术者以拇、示、中三指用力或五指并用，在体表相应部位，将肌肉迅速抓紧提起后自然松开，手指依次在患者体表移动，并交替、持续、均匀地提起施治的部位或穴位，反复至皮肤出現痧痕斑点为度，主要用于背部、腹部。

5.推痧法：术者用拇指指腹、大鱼际、小鱼际或手掌跟紧贴相应的治疗部位，以适当的压力在皮肤上，进行单方向的直线移动，反复推按 20～30 次，至皮肤充血出现痧痕为度。主要用于背腰部。

二、常见疾病的撮痧治疗

（一）头风（头痛）

头痛即以头部发生疼痛为主的病症，临床分为原发性与继发性头痛。撮痧技术可应用于

外感引起的头痛以及其他原因所致头痛的对症治疗。本病按照普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》（第六版）进行诊断，相当于现代医学的偏头痛、肌紧张性头痛，以及感冒、高血压、眼、耳、鼻等疾病引起的头痛。

【治则治法】疏风清热，醒脑止痛。

【操作步骤】撮痧治疗头痛的主要部位为头部和颈后部。

1.撮头部：患者取仰靠坐位，充分暴露颈前部，术者用扯痧手法或挤痧手法，撮挤前额印堂和双侧太阳穴，每穴10～20次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

2.撮后颈部：患者取俯伏位，充分暴露颈后部，术者首先用推痧法推大椎与后发际正中之连线，从上往下推20～30次；沿枕骨粗隆从风池向乳突方向挤压推按，然后用扯痧法或挤痧法，撮挤风池、大椎穴各10～20次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

（二）中暑

中暑是在高温环境下出现以头昏、头痛、口渴、多汗、全身疲乏、心悸、注意力不集中、动作不协调为主要临床表现的病症。可由暑热侵袭，致邪热内郁，体温调节功能失常所致。本病按照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】清暑解热醒神。

【操作步骤】撮痧治疗中暑的主要部位为头部、颈部和背部。

1.撮头部：患者取仰坐位，术者用扯痧手法或挤痧手法，撮挤前额印堂和双侧太阳穴，每穴10～20次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

2.撮颈部：患者取俯伏位，充分暴露颈后部，术者用扯痧法或拧痧法，撮拧风池、大椎穴各20～30次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

3.撮背部：患者取俯伏位或俯卧位，充分暴露背部，术者用推痧法，首先从上往下推背部督脉陶道至命门穴循行区域，推20～30次；然后从上往下推膀胱经从大杼至脾、胃俞循行区域，推20～30次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

（三）喉痹（急、慢性咽炎）

喉痹是以咽部不适、咽痛、咽黏膜肿胀为主要临床表现的病症，可由外邪客于咽部或脏腑虚弱，咽部失养所致。本病按照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】清热利咽止痛。

【操作步骤】撮痧治疗喉痹的主要部位为颈部。

1.撮颈前部：患者取仰靠坐位，充分暴露前颈部，术者用扯痧手法或拧痧手法，撮扯颈部廉泉、天突以及廉泉与天突连线中点三处以及喉结两侧等，每处撮扯10～20次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

2.撮颈后部：患者取俯伏位，充分暴露颈前部，术者首先用推痧法推大椎与后发际正中之连线，从上往下推20～30次；然后用扯痧法或挤痧法，撮挤大椎穴10～20次，至皮肤出现紫红色瘀斑为度。

三、禁忌症

1.咽喉严重感染者或凝血障碍者禁用。

2.血管瘤部位、不明原因的肿块部位以及痈肿、疮疡、皮肤溃烂或损伤部位禁用。

3.身体严重虚弱、极度消瘦者禁用。

四、注意事项

1.撮痧治疗室要宽敞明亮，空气流通，但要注意保暖，防止病人冒风受邪。

2.撮痧部位要做常规消毒后再施撮痧术。

3.撮痧手法要轻重适宜，手法要轻重适宜，手法要轻快。不能用猛力，以耐受为度，以挤出紫红痧斑为宜。

4.手法的轻重、抓撮穴位的多少、每穴抓撮的次数，要视患者的年龄、体质、疾病性质、疾病轻重等具体情况而定。儿童与年老体弱者，手法宜轻，撮穴宜少，防止撮伤皮肤．引起感染；体质壮实者，手法宜重，撮穴宜多。

5.撮痧过程中，如见冷汗不止、吐泻不止、脉象沉伏等情况，应停止撮痧，并及时综合抢救，防止发生意外。

6.撮痧术后，病人需卧床休息，适量饮用温开水或姜汤，禁食生冷油腻食物。

7.在用此法治疗的同时，可配合药物、针灸、推拿等技术，以求尽快治愈疾病。

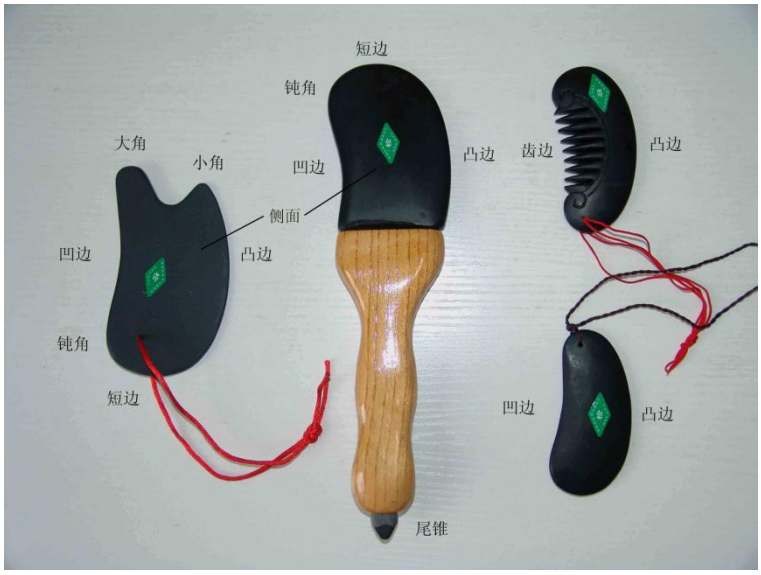
第四章 砭石治疗技术

砭石治疗技术，简称“砭术”。是指使用特制的砭具，按照中医经络理论治疗疾病的一种外治方法。砭术的主要适用范围包括：腰腿痛、颈肩背痛、四肢关节风湿痛等骨关节类疾病，肌肉痉挛、肌肉粘连等软组织类疾病和痛经、月经不调等妇科类疾病。

一、常用砭具及基本操作方法

（一） 常用砭具

砭具是以砭石为主要材料所组成的医疗保健工具的总称。在医疗机构使用的砭具应符合一类医疗器械的标准。根据使用的方法，砭具可分为按摩类砭具、温熨类砭具、割刺类砭具和佩戴类砭具。还可根据砭具的形状和组合方式分为板形砭具（如图 1）、锥棒形砭具（如图 2）、块形砭具（如图 3、图 4）、球形砭具（如图 5）、复合砭具（如图 1 中的砭镰、图 2 中的砭擀指）、电热砭具（如图 6）和振动砭具等。不同类型的砭具适用于不同的部位，具有不同的作用，可产生不同的功效，是砭术的主要特色之一。



左：砭板，中：砭镰，右上：梳形砭板，右下：肾形砭板

图 1 板形砭具



左：砭锥，中：砭擀指，右：T 形砭锥

图 2 锥棒形砭具



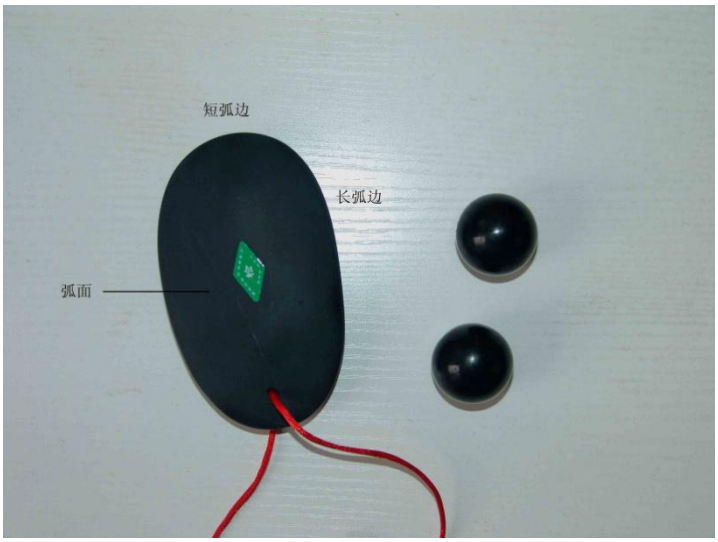
左：小砭块，右：大砭块

图 3 块形砭具（一）



左：砭砧，右：砭尺

图 4 块形砭具（二）



左：椭圆砭石，右：砭球

图 5 球形砭具



图 6 电热砭具

（二） 砭术基本操作方法

根据砭术手法的不同和砭石的物性，将砭术操作方法分为 5 大类 21 种方法，即：

（1） 摩擦类

①刮法：使用板形砭具的凸边或凹边，竖立并沿垂直砭板的方向移动，对体表进行由上向下、由内向外单方向刮拭或往返双方向刮拭，一般以循经纵向为主，特殊情况下也可横向刮拭。在不要求出痧时，以皮肤表面微微发红为度。

②推法：用手将块形砭具或球形砭具按压于体表，作直线单向移动，用力稳重，速度缓慢均匀。

③抹法：用板形砭具的凹边，以小于 90° 的角度，在体表做单向或往返轻柔、缓慢地抹擦。

④摩法：使用板形砭具的侧面接触皮肤，平行于皮肤，做快速的环转移动。

⑤擦法：使用板形砭具的侧面接触皮肤，平行于皮肤，做快速的直线往复移动。

（2） 摆动类

①揉法：使用砭具的弧面在体表摆动按揉，除直线运动外，还可以做旋转、前后摆动等运动。

②缠法：使用锥棒形砭具的尖端或板形砭具的尖端抵住穴位或压痛点，然后作高频往复摆动。

③滚法：使用锥棒形砭具的棒体部分压在体表，然后作往返滚动。

④划法：使用板形砭具或锥形砭具沿经脉或肌肉的缝隙方向缓慢地划动。

⑤拨法：用板形砭具较薄的凸边或锥形砭具在肌腱或结节处沿垂直于肌肉的方向进行往返拨动。

（3） 挤压类

①点法：使用锥棒形砭具的锥头、板形砭具的角或尾锥对相关穴位或病变局部施以压力。

②按法：使用块形砭具的平面或球形砭具的弧面置于体表，用单手或双手施加一定的压力，持续一段时间。

③振法：在用砭具按压体表的同时，通过操作者力量的调节，使砭具产生一定频率的振动并传导至深部组织。

④拿法：使用球形砭具或板形砭具对肌肉做捏拿、提拉动作。

（4）叩击类

①拍法：使用板形砭具的侧面或块形砭具的平面有节奏地拍击身体的相应部位。

②叩法：用板型砭具的突起部位或球形砭具的突起部位叩击穴位。

③剁法：使用板形砭具的两个边或球形砭具的弧边击打身体部位。

（5）熨敷类

①温法：使用块形砭具，先将砭块放入 60～70℃的热水里几分钟，然后拿出来擦干，平放于患处或经脉部分。

②清法：将块形砭具放在冷水或冰箱中适当降温，然后放置于受术者发热、红肿的部位。

③佩法：将较小尺寸的佩戴类砭具放置或佩带于人体体表的不同部位，利用人体自身的热量加热砭石而发挥作用。

④电热砭石温熨法：在砭石内部或一面增加电加热元件和温度传感装置，并连接到相应的加热控温仪上，使砭石的温度达到超过人体体温的较高温度，并保持恒温和精细地控温，可进行长时间的静态温敷和动态熨法。

二、 常见病、多发病的砭术治疗技术

（一）项痹病（神经根型颈椎病）

项痹症是多因劳累或外力伤害，使局部气血阻滞不通而起的病症，主要表现为颈肩痛有上肢及手指麻木、肢冷，上肢发沉、无力，持物易坠落等症状。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏经通络，活血止痛。

【常用方法】刮法、推法、点法、擦法、拍法、剁法等。

【操作步骤】

1.颈项部：自风府、风池水平向下用砭板或砭镰施以推、刮法，力量由轻渐重，大面积实施手法 5 分钟后，重点沿督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经推、刮，配合点揉颈夹脊穴等，每穴 1 分钟。

2.肩部：用砭板或砭镰施以大面积广泛推、刮 5 分钟后，再用砭板的角或砭镰的尾锥着重点揉肩井等穴，每穴 1 分钟。

3.上肢：先施以由上至下的推、擦法 5 分钟，然后根据经络辨证：

（1）若病痛或麻木以桡侧为主者，取手太阴及手阳明经穴位；若病痛或麻木感位于上肢中间者，取手厥阴、手少阳经穴位；若病痛或麻木感以尺侧为主者，取手少阴、手太阳经穴位。若病痛或麻木感以手部为主者，重点点揉劳宫、中冲、关冲穴，每穴 1 分钟，最后用砭镰从颈项至肩及上肢施以拍法或剁法以调理气血。

（2）治疗时间每次 20～30 分钟，隔天一次，10 次为一疗程。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

本病主要是因为外伤劳损，筋脉失养；或肝肾阴虚，气血不足，不能濡养筋骨；或外感风寒湿邪，脉络拘急所致，主要表现为肩部疼痛和功能障碍。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】早期宜舒筋活血，通络止痛；晚期宜松解粘连，滑利关节。

【常用手法】点法、按法、推法、刮法等。

【操作步骤】

患者取坐位，充分暴露颈、肩部。

1.颈项部、背部：

（1）用椭圆砭石或砭板沿颈背大面积实施推法、刮法，自风府向下操作。

（2）用椭圆砭石沿督脉、胆经、膀胱经行推法，用砭擀指做滚法，用砭板或砭镰行擦法进行经络疏导。

（3）用砭板或砭镰点揉颈夹脊穴、百劳、大杼、风门、肩中俞等穴及肩胛内上角。

2.肩背部：

（1）用椭圆砭石或板形砭具大面积实施推法、刮法，自肩髃向下、向后操作。

（2）用椭圆砭石或砭板沿小肠经—肩贞至肩中俞、大肠经-臂臑至巨骨、三焦经—臑会至天髎，以推法、刮法、擦法进行经络疏导。

（3）用砭板或砭镰点揉肩髃、肩髎、臑俞、肩井、天髎、曲垣、肩外俞、天宗、肩中俞等穴。

3.上肢：

（1）用椭圆砭石或板形砭具沿小肠经、大肠经、三焦经由上向下实施推法、擦法。

（2）用砭板或砭镰点揉小海、曲池、合谷、外关、中渚等穴。

（3）用板形砭具在颈肩部、背部有关经穴上刮拭，然后在上肢、下肢有关经穴上刮拭。

4.用锥棒类砭具点按条口、阳陵泉、足三里。手法根据病情而定，实证用泻法，虚证用补法。

5.最后用砭镰或砭尺从颈项部至肩及上肢施以拍法。

【特别提示】

（1）初期治疗手法宜轻，后期手法可适当加重，并加强肩关节的被动活动。

（2）在治疗同时必须配合适当的肩部功能锻炼。

（三） 膝痹病（膝关节骨性关节炎）

本病多由慢性劳损、受寒或年老体弱、肝肾阴虚、气血不足而致筋骨失养而发生本病。临床表现为膝关节疼痛伴有关节活动受限，发病高峰在50～60岁。依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】祛寒除湿，活血通痹，滑利关节。

【常用手法】刮法、擦法、滚法、揉法、摩法、点按等。

【操作步骤】

（1）患者仰卧位，使用板形砭具沿着膝关节的上下范围（可上至髌关节，下至踝关节）自上而下广泛地施加刮、擦法，用椭圆砭石、砭擀指等砭具配合㨰、揉、摩等手法，力度适中，使手法作用面产生发热、微红的感觉。操作时间约10分钟。

（2）患者仰卧位，医者取足三里、内外膝眼、伏兔、梁丘、膝关、血海等穴位，使用锥形砭具进行点刺，使用块形砭具或球形砭具进行按揉。力度由轻渐重，各穴每次1分钟左右。

（3）患者俯卧位，医者用于大腿后侧、腘窝及小腿一带，使用上述砭具施加刮、擦、摩、揉、㨰等手法约5分钟。在腘窝委中处重点施加点刺、按揉的手法，操作时间约3分钟。

【特别提示】

（1）膝关节肿痛严重者应卧床休息，避免超负荷活动。

（2）患者应进行膝关节功能锻炼。

（3）肥胖患者应注意节食减肥，减轻膝关节负担。

（四）痛经（原发性痛经、继发性痛经）

月经前、后或在月经期间发生下腹痛或其它不适，以致影响正常的生活或劳动者称痛经。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通调冲任，行瘀止痛。

【操作步骤】

1.腹部：仰卧位，经前3天内每天用加热砭板或电热砭具在患者小腹及腰骶部位行温法，时间30分钟。用球形砭具或板形砭具在小腹正中作顺时针旋转揉摩，时间10分钟。从小腹至脐部行反推法，30～50次；用锥形砭具点压、用球形砭具按揉小腹和肋下，各1～2分钟。

2.背部：俯卧位，用板形砭具从至阳至长强、膈俞至下髎行刮法，5～10次。对实证者用泻法，虚证者用补法。用锥形砭具点按肝俞、膈俞、脾俞、胃俞、肾俞、八髎等穴位，各1～2分钟。用板形砭具在腰骶处行横擦法，以透热为度。

3.下肢部：仰卧位，用板形砭具沿下肢内侧足太阴脾经循行区域行刮法，从箕门刮至血海，从阴陵泉刮至三阴交，各刮10～15次。实证用泻法，虚证用补法。点压按揉血海、地机、足三里、三阴交、水泉、太冲等穴，各1～2分钟。对因情志所伤者重点按揉太冲穴。

【特别提示】

（1）砭术调理以行经前为宜。

（2）经期砭术调理手法要轻柔，尤其对腹部更需注意。

（3）可配合艾灸三阴交、合谷、子宫等穴位。

（4）如经数次调理疼痛仍不缓解者，应到医院进一步检查。

三、禁忌症

1、某些感染性疾病或急性传染病，如丹毒、骨髓炎、急性肝炎、肺结核。

2、有出血倾向者，如血友病或外伤出血者。

3、手法操作区域有烫伤、皮肤病或化脓性感染的病人。

4、急性脊柱损伤诊断不明者，或者不稳定性脊柱骨折以及脊柱重度滑脱的患者。

5、肌腱或韧带完全或部分断裂的患者。

6、妊娠妇女的腰骶部、臀部和腹部在怀孕前 3 个月和后 3 个月禁忌使用砭术。

7、凡遇过饱、过饥、醉酒、大怒、大惊、疲劳过度、精神紧张等情况，不宜立即使用砭术。

四、注意事项

1、在砭术操作过程中，施术者要认真观察受术者的反应情况，经常询问受术者的感觉，必要时调整手法。

2、使用拍法和叩法时，力量不要过大，着力点要浅，次数勿多，以防止软组织损伤。

3、面部有痤疮者或疮疤时，不要使用力度较大的手法，如刮法等。

4、在颈部的侧面进行点揉按压时要注意此处的颈动脉，不可持续按压。

5、使用砭具操作前，应检查砭具边缘有无破损、裂痕，以免划伤皮肤，不合格的砭具不能使用。

参考文献

[1] 中华人民共和国人力资源和社会保障部制定.中医刮痧师国家职业标准[S].北京：中国劳动社会保障出版社，2009.

[2] 中华中医药学会.ZYYXH/T159-2010 中医保健技术操作规范——保健刮痧[S].北京：中国医药科技出版社，2010.

[3] 杨金生，王敬，李志刚.国家中医药行业特有工种职业技能鉴定培训教材——中医刮痧师[M].北京：中医药出版社，2009.

[4] 杨金生，王莹莹.中国标准刮痧[M].上海：上海第二军医大出版社，2011.

[5] 王敬，杨金生.中国刮痧健康法[M].北京：北京科技出版社，1993.

[6] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局，中国国家标准化管理委员会.GB/T21709.4-2008 针灸技术操作规范 第4部分：三棱针[S].北京：中国标准出版社，2008.

[7] 高希言，宋宇红.中医外治法大全[M].天津：天津科技翻译出版公司，1996.

[8] 李经纬.中医大辞典[M].北京：人民卫生出版社，2005.

[9] 裘沛然.中国中医独特疗法大全[M].上海：文汇出版社，1991.

[10] 李乃民.中国传统医学外治疗法全书[M].北京：学苑出版社，1997.

[11] 王永炎.中医内科学[M].上海科学技术出版社，1997.

[12] 谭兴贵.中国民间特色疗法[M].湖南科学技术出版社，2006.

[13] 张维波等.中医养生保健技术操作规范——砭术[M].北京：中国中医药出版社，2010.

[14] 耿引循等.实用砭石疗法[M]. 北京：学苑出版社，2007.

[15] 罗才贯.推拿治疗学[M].北京：人民卫生出版社，2005.

[16] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京：南京大学出版社，1994

第四篇　拔罐类技术

第一章 拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术

拔罐技术是以罐为工具，利用燃烧、抽吸、蒸汽等方法造成罐内负压，使罐吸附于腧穴或相应体表部位，使局部皮肤充血或瘀血，以达到防治疾病的外治方法。古称角法，又称吸筒法。常用于感冒、不寐、肩凝症、腰痛病、项痹病等疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。

（二）拔罐的方法

1.火罐法

（1）闪火法：以持针器或血管钳夹住95%的乙醇棉球，一手持点火工具，一手持罐，罐口朝下，点燃后将火迅速深入罐内旋转一周退出，迅速将罐扣在选定部位。

特别提示：嘱患者保持体位相对固定；保证罐口光滑无破损；拔罐时要防止点燃后乙醇下滴烫伤皮肤；点燃乙醇棉球后，切勿较长时间停留于罐口及罐内，以免将火罐烧热烫伤皮肤。

（2）投火法：用乙醇棉球或纸片，点燃后投入罐内，迅速将火罐吸拔在选定部位。

特别提示：因罐内有燃烧物质，火球落下易烫伤皮肤，故只适宜身体侧面横拔。

（3）贴棉法：用1～2cm大小乙醇棉片，贴在罐内壁的中下段或罐底，点燃后，将火罐迅速吸拔在选定部位上。

提别提示：棉花浸乙醇不宜过多，以免烫伤皮肤。

2.煮罐法

此法一般使用竹罐，将竹罐倒置在沸水或药液中，煮沸1～2分钟，用镊子夹住罐底，提出后用毛巾吸去表面水分，趁热按在皮肤上。所用药液，可根据病情决定。

3.抽气罐法

用抽气罐置于选定部位上，抽出空气，使其产生负压而吸于体表。

（三）拔罐法的操作

1.留罐：又称坐罐，即拔罐后将火罐吸拔留置于施术部位10～15分钟，然后将罐起下。

适应症：此法适用于临床大部分病症，是最常用的拔罐法。

特别提示：儿童拔罐力量不宜过大，时间不宜过长；在肌肉薄弱处拔罐或吸拔力较强时，则留罐时间不宜过长。

2.走罐：又称推罐，先在罐口或吸拔部位上涂一层润滑剂，将罐吸拔于皮肤上，再以手握住罐底，稍倾斜罐体，向前后推拉，或作环形旋转运动，如此反复数次，至皮肤潮红、深红或起痧点为止。

适应症：急性热病或深部组织气血瘀滞之疼痛、外感风寒、神经痛、风湿痹痛及较大范围疼痛等。

特别提示：选用口径较大、罐壁较厚且光滑的玻璃罐；施术部位应面积宽大、肌肉丰厚，如胸背、腰部、腹部、大腿等。

3.闪罐：　以闪火法或抽气法使罐吸附于皮肤后，又立即取下，如此反复操作，直至皮肤潮红发热的拔罐方法，以皮肤潮红、充血或瘀血为度。

适应症：感冒、皮肤麻木、面部病症、中风后遗症或虚弱病症。

特别提示：操作手法纯熟，动作轻、快、准；至少选择 3 个口径相同的火罐轮换使用，以免罐口烧热烫伤皮肤。

（四）起罐方法

起罐时，右手拇指或食指在罐口旁边轻轻按压，使空气进入罐内，顺势将罐取下。不可硬行上提或旋转提拔。

二、常见疾病的拔罐疗法

（一）感冒（普通感冒和流行性感冒）

感冒是常见的外感疾病，表现为鼻塞、流涕、喷嚏、头痛、恶寒、发热、全身不适等。多因病邪侵入人体肌表所致。邪气乘虚由皮毛、口鼻而入，偏寒者，则致寒邪束表，肺气不宣，阳气郁阻，毛窍闭塞；偏热者，则热邪灼肺，腠理疏泄，肺失清肃。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。本疗法对初起之症疗效最佳，尤其适用于治疗风寒型感冒。

【治则治法】疏风解表通络。

【操作步骤】取背部督脉和膀胱经穴为主，采用走罐法、留罐法。

【取穴】大椎、风门、肺俞、身柱。

【注意事项】选用的火罐不要过大，刺激不宜过强，以皮肤潮红为度；嘱患者注意背部保暖。

（二）咳嗽（急、慢性支气管炎）

咳嗽是肺系疾病的主症。外邪侵肺，或从口鼻而入，或为皮毛所受。肺卫受邪，肺失宣肃，肺气上逆则发为咳嗽。肺为娇润之脏，喜润恶燥，若因燥邪伤肺，耗伤肺阴，肺失清润，气机不利，可致干咳痰粘不易出。痰饮内伏，脾失健运，水液运化无权，聚而成痰成饮，阻遏肺气，肺气不降则咳而痰多。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】宣肺理气，止咳化痰。

【操作步骤】取背部腧穴为主，可采用走罐法、留罐法。

【取穴】定喘、肺俞、肺底（经验部位，背部后正中线与腋后线连线中点平第七胸椎处）。

（三）腰痛病（腰椎间盘突出症）

腰痛病是以自觉腰部疼痛为主症的一类病证，表现为腰部重痛、酸麻，拘急不可俯仰，或痛连臀腿。咳嗽、打喷嚏等均可使疼痛加剧；腰部活动障碍，向各个方向均受限，以后伸和前屈为甚。本病的发生主要与感受外邪、跌仆损伤或劳欲过度等有关。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋活血，通络止痛。

【操作步骤】取背部督脉和膀胱经经穴为主，采用走罐法、留罐法。

【取穴】大肠俞、腰眼、肾俞、阿是穴。

三、禁忌症

1.精神过于紧张、醉酒、过饥、过饱、过劳、抽搐不合作者。

2.重度心脏病、呼吸衰竭、皮肤局部溃烂或高度过敏、活动性肺结核、全身消瘦以致皮肤失去弹性、全身高度浮肿者及恶性肿瘤患者。

3.有出血性疾病者。

4.妊娠妇女腹部，腰骶部及五官部位、前后二阴等，面部及儿童禁用重手法。

5.局部有疝疾病（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、静脉曲张、癌肿等。

四、注意事项

1.拔罐时要选择适当体位和肌肉丰满的部位，骨骼凹凸不平及毛发较多的部位均不适宜。

2.拔罐时要根据不同部位选择大小适宜的罐，拔罐的吸附力度应视病情而定，身体强壮者力量可稍大，年老体弱及儿童力量应小。

3.拔罐和留罐中要注意观察患者的反应，患者如有不适感应立即取罐；严重者可让患者平卧，保暖并饮热水或糖水，还可揉内关、合谷、太阳、足三里等穴。

4.注意勿灼伤或烫伤皮肤，若烫伤或留罐时间太长而皮肤起水泡时，水泡勿需处理，仅敷以消毒纱布，防止擦破即可。水泡较大时用消毒针将水放出，涂以龙胆紫药水，或用消毒纱布包敷，以防感染。

5.皮肤有过敏、溃疡、水肿、高热抽搐者和孕妇的腹部、腰骶部位不宜拔罐。

6.拔罐时应注意防火。

第二章　药罐技术

拔罐技术是以罐为工具，利用燃烧、抽吸、蒸汽等方法造成罐内负压，使罐吸附于腧穴或相应体表部位，使局部皮肤充血或瘀血，以达到防治疾病的外治方法。药罐技术是以中药浸煮的竹罐或玻璃罐内放入一定量的药液吸拔于相应的部位上以治疗疾病的一种方法。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

竹罐、玻璃罐等。

（二）药罐的操作方法

1.煮罐法

此法一般使用竹罐。将竹罐倒置在沸水或药液中，煮沸 1～2 分钟，用镊子夹住罐底，提出后用毛巾吸去表面水分，趁热按在皮肤上。所用药液，可根据病情决定。

适应症：风湿痹痛、扭挫伤、失眠、痛经等。

特别提示：拔罐时要根据病症及所拔部位、范围大小选择不同的发泡药和竹罐，操作要迅速、准确；药罐取出时，要甩净水珠，以免烫伤皮肤；若吸拔部位呈水平面，应先将拔罐部位调整为侧面后再起罐，以防药液漏出。

2.储药罐法

此法一般使用玻璃罐。将罐中放入一定量（一般为罐容积的 1/3～2/3）的药液（温度保持在 45℃左右），用闪火法，一手拿罐，另一手持点燃的乙醇棉迅速入罐转一圈，迅速将罐扣在选定部位。

适应症：风湿痹痛、扭挫伤、失眠、痛经等。

特别提示：拔罐时要根据病症及所拔部位、范围大小选择不同的药物和玻璃罐，操作要迅速、准确；若吸拔部位呈水平面，应先将拔罐部位调整为侧面后再起罐，以防药液漏出。

（四）起罐方法

起罐时，右手拇指或食指在罐口旁边轻轻按压，使空气进入罐内，顺势将罐取下。不可硬行上提或旋转提拔。若吸拔部位呈水平面，应先将拔罐部位调整为侧面后再起罐。

二、常见疾病的药罐疗法

（一）腰痛病（慢性腰肌劳损）

慢性腰肌劳损主要指腰骶部肌肉、筋膜、韧带等软组织的慢性损伤，导致局部无菌性炎症，从而引起腰骶部一侧或两侧的弥漫性疼痛，主要症状为腰或腰骶部疼痛，反复发作，时轻时重，劳累或气候变化时加重，休息后减轻。长期积累性损伤、急性损伤后治疗不彻底、先天性畸形或风寒湿邪侵袭，均可妨碍局部经脉气血运行而导致本病。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋活血，通络止痛。

【操作步骤】取背部督脉和膀胱经经穴为主。采用煮罐法或储药罐法。

【取穴】大肠俞、腰眼、肾俞、阿是穴。

（二）不寐（睡眠障碍）

不寐是以经常不能获得正常睡眠，或见入睡困难，或见睡眠不实而易醒，或见早醒，甚则彻夜不眠为特征的病症。本病多因情志不遂或思虑劳倦，内伤心脾，心神失养；或心肾不交，心火独炽；或宿食停滞，胃不和则卧不安。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。本疗法适用于虚证为主的不寐。

【治则治法】养心安神。

【操作步骤】取背部督脉和膀胱经穴为主。采用煮罐法或储药罐法。

【取穴】大椎、神道、心腧、脾俞。

（三）痛经（原发性痛经）

痛经是指月经期间或前、后发生在下腹部的疼痛及不适，以致影响正常生活或工作的病症。多由情志不调，气滞血瘀；或外感寒湿之邪客于胞宫，气血运行不畅；或肝肾不足，精血亏虚，胞宫失养所致。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通经活血止痛。

【操作步骤】选下腹部任脉、肾经、胃经穴，腰骶部督脉、膀胱经穴。采用煮罐法或储药罐法。

【取穴】关元、水道、归来、大赫、腰阳关、腰俞、次髎。

三、禁忌症

1.精神过于紧张、醉酒、过饥、过饱、过劳、抽搐不合作者。

2.重度心脏病、呼吸衰竭、皮肤局部溃烂或高度过敏、活动性肺结核、全身消瘦以致皮肤失去弹性、全身高度浮肿者及恶性肿瘤患者。

3.有出血性疾病者。

4.妊娠妇女腹部，腰骶部及五官部位、前后二阴等，面部及儿童禁用重手法。

5.局部有疝疾病（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、静脉曲张、癌肿等。

四、注意事项

1.拔罐时要选择适当体位和肌肉丰满的部位，骨骼凹凸不平及毛发较多的部位均不适宜。

2.拔罐时要根据不同部位选择大小适宜的罐，拔罐的吸附力度应视病情而定，身体强壮者力量可稍大，年老体弱及儿童力量应小。

3.拔罐和留罐中要注意观察患者的反应，患者如有不适感应立即取罐；严重者可让患者平卧，保暖并饮热水或糖水，还可揉内关、合谷、太阳、足三里等穴。

4.注意勿烫伤皮肤，若烫伤或留罐时间太长而皮肤起水泡时，水泡勿需处理，仅敷以消毒纱布，防止擦破即可。水泡较大时用消毒针将水放出，涂以龙胆紫药水，或用消毒纱布包敷，以防感染。

5.皮肤有过敏、溃疡、水肿、高热抽搐者和孕妇的腹部、腰骶部位不宜拔罐。

第三章 刺络拔罐技术

拔罐技术是以罐为工具，利用燃烧、抽吸、蒸汽等方法造成罐内负压，使罐吸附于腧穴或相应体表部位，使局部皮肤充血或瘀血，以达到防治疾病的外治方法。 刺络拔罐疗法是将放血与拔罐相结合以治疗疾病的一种方法。常用于感冒、肩凝症、腰痛病、项痹病等疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。

（二）拔罐的方法

1.火罐法

（1）闪火法：以持针器或血管钳夹住95%的乙醇棉球，一手持点火工具，一手持罐，罐口朝下，点燃后将火迅速深入罐内旋转一周退出，迅速将罐扣在选定部位。

特别提示：嘱患者保持体位相对固定；保证罐口光滑无破损；拔罐时要防止点燃后乙醇下滴烫伤皮肤；点燃乙醇棉球后，切勿较长时间停留于罐口及罐内，以免将火罐烧热烫伤皮肤。

（2）投火法：用乙醇棉球或纸片，点燃后投入罐内，迅速将火罐吸拔在选定部位。

特别提示：因罐内有燃烧物质，火球落下易烫伤皮肤，故只适宜身体侧面横拔。

（3）贴棉法：用1～2cm大小乙醇棉片，贴在罐内壁的中下段或罐底，点燃后，将火罐迅速吸拔在选定部位上。

提别提示：棉花浸乙醇不宜过多，以免烫伤皮肤。

2.煮罐法

此法一般使用竹罐，将竹罐倒置在沸水或药液中，煮沸1～2分钟，用镊子夹住罐底，提出后用毛巾吸去表面水分，趁热按在皮肤上。所用药液，可根据病情决定。

3.抽气罐法

用抽气罐置于选定部位上，抽出空气，使其产生负压而吸于体表。

（三）刺络拔罐法的操作

消毒皮肤后，用三棱针点刺或用皮肤针叩刺出血，然后将罐吸拔于点刺的部位。

适应症：发热、乳腺炎、急性腰扭伤、带状疱疹、周围性面神经炎、踝关节扭伤、软组织扭挫伤、急性中暑、腰椎间盘突出、流行性感冒、腱鞘囊肿等。

特别提示：检查针具，排除针尖有钩毛或缺损、针锋参差不齐；针具及针刺局部皮肤严格消毒；重刺后，局部皮肤须用酒精棉球消毒，并应注意保持针刺局部清洁，以防感染；24小时内不要沐浴；疗程视病情轻重和病人体质而定，通常隔天1次。

（四）起罐方法

起罐时，右手拇指或食指在罐口旁边轻轻按压，使空气进入罐内，顺势将罐取下。不可硬行上提或旋转提拔。

二、常见疾病的刺络拔罐疗法

（一）蛇串疮（带状疱疹）

本病是以呈簇水疱沿身体一侧呈带状分布，且疼痛剧烈为特征的皮肤病，春秋季多发。多因肝脾内蕴湿热、兼感邪毒所致。其前驱症状可表现为患部灼热、疼痛等，继而皮肤出现簇集成群、累累如串珠的红斑、水疱，伴剧烈疼痛，多发生于腰胁部，亦可见于头面、下肢等处，可伴有全身症状。日久不愈者，局部经脉气血瘀滞，可遗留不同程度的疼痛。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】清热解毒，祛湿通络。

【操作步骤】局部取穴为主，采用刺络拔罐法。

【取穴】龙头、龙尾、阿是穴。

【注意事项】操作完毕后，嘱患者避免摩擦患处，勿洗浴。注意火罐的清洁消毒。

（二）腰痛病（腰背肌筋膜炎）

肌筋膜炎是由于外伤、劳损或外感风寒等原因，导致筋膜、肌肉、肌腱和韧带等软组织发生的一种非特异性炎症变化。局部可见疼痛、僵硬、活动受限和软弱无力等症状。急性损伤后未能及时治疗，肌肉筋膜组织逐渐纤维化，经络气血运行不畅，不通则痛；慢性劳损，肌肉筋膜组织产生粘连，迁延而致慢性疼痛。或外受风寒，经筋气血运行不畅，也可致本病形成。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋活血，通络止痛。

【操作步骤】取背部督脉和膀胱经经穴为主，采用刺络拔罐法。

【取穴】大肠俞、腰眼、肾俞、阿是穴。

（三）面瘫病（周围性面神经麻痹）

面瘫以口眼歪斜为主要症状，发病急速，为单纯的一侧面颊筋肉迟缓，无半身不遂及神志不清等症状。本病多因汗出受风或劳累后面部着凉，以致外寒之邪乘虚而入，客于面部阳明经脉，经络空虚，气血运行异常而出现口眼㖞斜。外感风寒不解，入里化热而出现阳明郁热或素体气血亏虚，邪气乘虚而入导致阳明失畅，经络受阻，亦可发为此病。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏风通络，调和气血。

【操作步骤】采用刺络拔罐法。

【取穴】地仓、颊车、阳白。

三、禁忌症

1.精神过于紧张、醉酒、过饥、过饱、过劳、抽搐不合作者。

2.重度心脏病、呼吸衰竭、皮肤局部溃烂或高度过敏、活动性肺结核、全身消瘦以致皮肤失去弹性、全身高度浮肿者及恶性肿瘤患者。

3.有出血性疾病者。

4.妊娠妇女腹部，腰骶部及五官部位、前后二阴等，面部及儿童禁用重手法。

5.局部有疝疾病（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、静脉曲张、癌肿等。

四、注意事项

1.拔罐时要选择适当体位和肌肉丰满的部位，骨骼凹凸不平及毛发较多的部位均不适宜。

2.拔罐时要根据不同部位选择大小适宜的罐，拔罐的吸附力度应视病情而定，身体强壮者力量可稍大，年老体弱及儿童力量应小。

3.拔罐和留罐中要注意观察患者的反应，患者如有不适感应立即取罐；严重者可让患者平卧，保暖并饮热水或糖水，还可揉内关、合谷、太阳、足三里等穴。

4.注意勿灼伤或烫伤皮肤，若烫伤或留罐时间太长而皮肤起水泡时，水泡勿需处理，仅敷以消毒纱布，防止擦破即可。水泡较大时用消毒针将水放出，涂以龙胆紫药水，或用消毒纱布包敷，以防感染。

5.皮肤有过敏、溃疡、水肿、高热抽搐者和孕妇的腹部、腰骶部位不宜拔罐。

6.拔罐时应注意防火。

第四章　针罐技术

拔罐技术是以罐为工具，利用燃烧、抽吸、蒸汽等方法造成罐内负压，使罐吸附于腧穴或相应体表部位，使局部皮肤充血或瘀血，以达到防治疾病的外治方法。针罐疗法是将针刺和拔罐相结合以治疗疾病的一种方法。常用于风湿痹痛、急性腰扭伤、肩周炎等疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。

（二）拔罐的方法

1.火罐法

（1）闪火法：以持针器或血管钳夹住95%的乙醇棉球，一手持点火工具，一手持罐，罐口朝下，点燃后将火迅速深入罐内旋转一周退出，迅速将罐扣在选定部位。

特别提示：嘱患者保持体位相对固定；保证罐口光滑无破损；拔罐时要防止点燃后乙醇下滴烫伤皮肤；点燃乙醇棉球后，切勿较长时间停留于罐口及罐内，以免将火罐烧热烫伤皮肤。

（2）投火法：用乙醇棉球或纸片，点燃后投入罐内，迅速将火罐吸拔在选定部位。

特别提示：因罐内有燃烧物质，火球落下易烫伤皮肤，故只适宜身体侧面横拔。

（3）贴棉法：用1～2cm大小乙醇棉片，贴在罐内壁的中下段或罐底，点燃后，将火罐迅速吸拔在选定部位上。

提别提示：棉花浸乙醇不宜过多，以免烫伤皮肤。

2.煮罐法

此法一般使用竹罐，将竹罐倒置在沸水或药液中，煮沸1～2分钟，用镊子夹住罐底，提出后用毛巾吸去表面水分，趁热按在皮肤上。所用药液，可根据病情决定。

3.抽气罐法

用抽气罐置于选定部位上，抽出空气，使其产生负压而吸于体表。

（三）针罐法的操作

将针刺和拔罐相结合的一种方法，消毒皮肤后，先针刺留针，或出针后，在针刺部位进行拔罐。

适应症：风湿痹痛、急性腰扭伤、肩周炎等。

特别提示：应用此法时要保持体位固定，以防止肌肉收缩发生弯针，并避免将针撞压至深处，造成损伤；操作时针柄不宜过长；对胸背部腧穴应慎用此法。

（四）起罐方法

起罐时，右手拇指或食指在罐口旁边轻轻按压，使空气进入罐内，顺势将罐取下。不可硬行上提或旋转提拔。

二、常见疾病的针罐疗法

（一）腰痛病（急性腰扭伤）

患者多有腰部扭伤史，表现为腰部重痛、酸麻，拘急不可俯仰，或痛连臀腿。咳嗽、打喷嚏等均可使疼痛加剧；腰部活动障碍，向各个方向均受限，以后伸和前屈为甚。本病的发生大多由间接暴力造成。人体在某种状态下腰部肌肉强烈收缩，使肌肉和筋膜受到过度牵拉、扭曲，导致血离经脉，瘀积于内，气机受阻。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋活血，通络止痛。

【操作步骤】取背部督脉和膀胱经经穴为主，采用针罐法。

【取穴】大肠俞、腰眼、肾俞、阿是穴。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

肩凝症是以肩部长期固定疼痛，活动受限为主症的疾病。其痛可向颈部和上臂放散，日轻夜重，肩关节活动明显受限，局部按压出现广泛性压痛。后期肩关节会出现功能障碍。肩部感受风寒，或劳作过度，或年老气血不足，导致局部经络阻滞不通或失养，是本病的主要病机。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】通经活血，祛风止痛。

【操作步骤】取大肠经和小肠经经穴为主，采用针罐法。

【取穴】肩髃、肩贞、阿是穴。

三、禁忌症

1.精神过于紧张、醉酒、过饥、过饱、过劳、抽搐不合作者。

2.重度心脏病、呼吸衰竭、皮肤局部溃烂或高度过敏、活动性肺结核、全身消瘦以致皮肤失去弹性、全身高度浮肿者及恶性肿瘤患者。

3.有出血性疾病者。

4.妊娠妇女腹部，腰骶部及五官部位、前后二阴等，面部及儿童禁用重手法。

5.局部有疝疾病（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、静脉曲张、癌肿等。

四、注意事项

1.拔罐时要选择适当体位和肌肉丰满的部位，骨骼凹凸不平及毛发较多的部位均不适宜。

2.拔罐时要根据不同部位选择大小适宜的罐，拔罐的吸附力度应视病情而定，身体强壮者力量可稍大，年老体弱及儿童力量应小。

3.拔罐和留罐中要注意观察患者的反应，患者如有不适感应立即取罐；严重者可让患者平卧，保暖并饮热水或糖水，还可揉内关、合谷、太阳、足三里等穴。

4.注意勿灼伤或烫伤皮肤，若烫伤或留罐时间太长而皮肤起水泡时，水泡勿需处理，仅敷以消毒纱布，防止擦破即可。水泡较大时用消毒针将水放出，涂以龙胆紫药水，或用消毒纱布包敷，以防感染。

5.皮肤有过敏、溃疡、水肿、高热抽搐者和孕妇的腹部、腰骶部位不宜拔罐。

6.拔罐时应注意防火。

参考文献

[1] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局，中国国家标准化管理委员会.GB/T21709.5-2008 针灸技术操作规范第 5 部分：拔罐[S].北京：中国标准出版社，2008.

[2] 石学敏.普通高等教育“十一五”国家级规划教材《针灸学》[M].中国中医药出版社，2007.

[3] 袁军.背部腧穴拔罐治疗小儿痰湿阻肺型咳嗽的临床研究[J].中国针灸，2010，06:46-47.

[4] 奚永江.针法灸法学[M].上海科学技术出版社，1985.

[5] 卢轩.罐疗之药罐研究—药罐疗法临床应用探要[J].中国针灸，2011，31：79-81.

第五篇 灸类技术

第一章 麦粒灸技术

麦粒灸是将艾绒搓成如麦粒样大小的艾炷直接置于皮肤上施灸防治疾病的一种技术。其特点是所需艾绒很少，烟雾小，刺激量可大可小，灼热、灼痛感穿透性明显。应用范围很广，尤其对风寒湿痹、寒痰喘咳、以及脏腑虚寒、元阳虚损引起的各种病症疗效较好。

一、灸材与基本操作方法

（一）艾绒及其他施灸材料

麦粒灸选用柔细如棉的艾绒，一般选用黄色精制艾绒，其艾火温和，艾绒纤维易于按压或搓捻成大小、松紧不同光滑的麦粒状艾炷。麦粒灸操作还需要中药油膏或凡士林，其作用在帮助艾粒粘附于皮肤，也可刮取新鲜蒜汁作粘附材料，线香用于暗火点燃艾炷顶端，镊子用于适时移除烧剩残艾。

（二）麦粒艾炷制作

麦粒灸所用艾炷是用子粒状的麦类作比喻，艾炷多成长圆形或卵圆形，也可将艾炷底部压平成半粒米样。

麦粒形艾炷可分大、中、小 3 种。

大麦粒形艾炷，炷如一颗完整麦粒。取 6mg 艾绒，制作炷高约 5mm，腹径 3mm 的艾炷；

中等麦粒形艾炷，炷如大半个麦粒，取 4mg 艾绒，制作炷高 4mm，腹径 2.5mm 的艾炷；

小麦粒形艾炷，炷如半粒米，取 2mg 艾绒，制作炷高 3mm，腹径 2mm 的艾炷。

根据艾炷的松紧分为“硬丸”、“中等硬丸”和“软丸”。

用右手拇、示指反复均匀地搓捻艾绒，纤维缠绕较紧，含绒量较多，燃烧时间较长，温度较高，被称为“硬丸”。拽取少量艾绒，略加按压成形，由于纤维未经搓捻缠绕，因此所制作的艾炷比较松散，含绒量较少，燃烧时间短，温度稍低，被称为“软丸”。松紧程度介于二者之间的是“中等硬丸”。

当病情危重，需要在短时间内达到较大刺激量，多用硬丸样艾炷，或用超常规壮数的软丸艾炷。病情平缓，只需常规壮数，可用中等硬丸样艾炷，或用软丸样艾炷。

（三）选穴特点

1.全身大多数穴位都可施以麦粒灸。

2.较多选用背腰、脘腹和下肢等肌肉较厚部位穴位。

3.选穴宜少而精，每次 2～4 穴为宜。

4.局部与远部选穴相结合

5.定位要准确，以免修正定位造成更多、更大的灸痕。

6.分布颜面、血管部位的穴位不可采用化脓瘢痕灸。

（四）施灸壮数

麦粒灸常规灸量每次每穴 1～7 壮。具体实施时还需要考虑多方面因素，才能使壮数与施灸程度共同作用，达到“适宜刺激”的理想程度。

（五）施灸程度

麦粒灸是一种用火伤来防治疾病的独特方法，根据麦粒灸施灸操作强度大小和壮数多寡

的不同，在普遍灼痛感觉的基础上，局部穴位的火伤程度，可见红晕、黄瘢点、小水泡、化脓结痂等多种现象。灸后穴位局部红晕，属于正常反应，不须处理。

根据麦粒灸对皮肤的灼烫程度，分为非化脓麦粒灸和化脓麦粒灸两种。

1.非化脓麦粒灸

（1）解释灸感

向没有麦粒灸经历的患者说明施灸过程和刺激特点，要求患者出现灼痛时立刻呼“烫”，而不要移动肢体。以便及时用镊子拣除残余艾炷，提高患者的依从性，不致因为灼痛乱动肢体，不能及时移去艾火。

（2）准备材料

非化脓麦粒灸多采用半粒米样小艾炷，或大半个麦粒样的艾炷，用艾绒制作成软丸或中等硬丸样艾炷。准备好线香、灭火用盛水小杯、镊子、消毒干、湿棉球等。

（3）安置体位

使患者处于取穴方便、放松的体位，使体位舒适持久。注意某些穴位的特殊体位，如施灸膏肓穴嘱患者两手抱肘，肩胛骨充分展开，使麦粒灸热力透入深部。暴露体位注意防止冷风直接吹拂。

（4）点燃艾粒

在选定的穴位上，用消毒棉签涂上有颜色的中药油膏作为粘附剂。将艾炷竖立置于穴位上，用线香暗火点燃艾炷顶端，使其燃烧。线香接触艾炷之前应将线香积灰弹尽，以防灰烬掉落皮肤，点燃艾炷后的线香搁置于盘中待用。

（5）移除残艾

待艾炷烧剩约 2/5～1/5、受试者呼“烫”时，即用镊子将残余艾炷拣到盛水的小杯，再进行下一壮操作。软丸样艾炷可以让艾炷在皮肤上自行烧完，当患者感觉灼痛时，用左手拇、示、中指在艾炷四周皮肤略加按压以减轻痛感，软丸样艾炷因艾绒量少，因此局部灼痛的时间十分短暂。

（6）清理皮肤

灸完预定的壮数后，用消毒棉球将穴位处残留灰烬和油膏轻轻拭擦干净，不用涂抹消毒药物。

2.化脓麦粒灸

化脓麦粒灸的操作程序大体与非化脓麦粒灸相似。不同之处在化脓麦粒灸的艾炷多采用大艾炷或中等麦粒艾炷，用艾绒制作成中等硬丸或硬丸样艾炷，对疼痛敏感者艾炷也可由小而逐渐增大，则松而逐渐紧实。由于每壮艾炷都要求燃烧完毕，因此刺激程度比非化脓麦粒灸强，施灸后会出现起泡、化脓现象。

（1）知情同意

向患者说明化脓灸的作用、操作过程及反应，在患者知情同意前提下实施。

（2）体位舒适

为预防晕灸发生，宜采取卧位和有依靠的坐位。

（3）燃尽艾炷

将艾炷竖立置于穴位上，用线香暗火点燃艾炷顶端，使其燃烧。每壮艾炷燃尽后，掸除艾灰，再安放下一个艾炷继续施灸。为减轻患者灼痛，操作者可用手指在灸穴周围皮肤上，轻轻按压皮肤。并嘱患者张嘴吐气，以转移注意力，松弛肌肉。

（4）清理创面

灸完规定壮数至局部皮肤焦黑后，用消毒干棉球将施灸处灰烬轻轻拭擦干净，用消毒干敷料覆盖，不用涂抹消毒药物。

（5）灸疮处理

重度麦粒灸之后，往往发生起泡、结痂、溃烂等现象。为了防止摩擦，保护痂皮，预防感染，可用消毒干敷料覆盖。5～7 天后焦痂开始浮动，内有脓样分泌物，可每隔 1～2 天更换敷料，疮口周围用乙醇或盐水棉球揩净，仍用消毒干敷料覆盖，妥善保护灸痂，以便在需要增加脓量继续施灸时，可以在灸痂上施灸，使患者容易忍受灼痛。

如发生继发感染，可用黄芩油膏等涂贴。溃烂面不大，可任其自然结痂恢复。

化脓后 20～30 天，灸疮愈合后形成瘢痕，若瘢痕颜色紫暗或成坚硬疙瘩，还需继续在原处重复施灸。若瘢痕颜色灰白，平坦柔软，表明已达到治疗要求。

二、常见疾病的麦粒灸治疗技术

（一）蛇串疮（带状疱疹）

本病是因肝脾内蕴湿热，兼感邪毒所致。以成簇水疮没身体一侧带状分布，排列宛如蛇行，且疼痛剧烈为特征的皮肤病。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】清热除湿，活血解毒，通络止痛。

【选穴】

主穴：阿是穴（蛇眼、蛇尾）、支沟、阳陵泉。

配穴：肝经郁火配期门、行间、足窍阴；脾经湿热配阴陵泉、三阴交、内庭；身热加大椎、至阳、合谷；病变在面部三叉神经分布区加风池、听会、太阳、攒竹、外关、合谷。

【操作】

在最初发的疱疹部位确定两处阿是穴施灸，俗称“蛇眼”穴，在疱疹延伸尾端，确定两处阿是穴，俗称“蛇尾”穴。治疗过程中，如果“蛇尾”部位继续出现新的红色小疹，可在这些疹点上增加选穴施灸。

制作中等硬丸样艾炷。患者感觉灼痛可嘱其数数，或用指压法减痛，当患者感到灼痛十分明显时，即用镊子将残余艾炷夹去。按照先“眼”后“尾”的顺序施灸。每次选用 3～4 穴，每穴施灸 3～9 壮。如四肢远端穴、头面部穴可灸 3 壮，躯体及四肢肌肉丰厚部位穴位可灸 7 壮，疼痛严重部位施灸 7～9 壮，疼痛较轻部位施灸 3～5 壮。急性期每日治疗 1 次，连续治疗 1 周。后遗症期每周施灸 2～3 次，连续治疗 1～2 个月。

（二）肺痨（肺结核）

本病由正气虚弱，感染痨虫，侵蚀肺脏所致。表现为咳嗽、略血、潮热、盗汗及身体逐渐消瘦。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】补虚培元，抗痨杀虫。

【选穴】

主穴：肺俞、膏肓。

配穴：脾胃虚弱加中脘、足三里；潮热加大椎、曲池；咯血加孔最、鱼际。

【操作】

制作半粒米软丸样艾炷。每次选用 2～3 穴，久病、妇幼年老患者灸火不宜太强，感觉灼痛即可移走残艾，每穴施灸 5～7 壮。新病、壮年患者可采用中等硬丸样艾炷，使艾火灼痛延长少许再移走残艾。每穴施灸 7～9 壮。隔日治疗 1 次，治疗 3 个月为 1 个疗程，休息 1 周后，再进入下一疗程施灸，连续施灸 3 个疗程。

【提示】麦粒灸技术仅能作为本病症的辅助治疗。

（三）哮病（支气管哮喘、喘息性支气管炎）

本病因宿痰内伏于肺，常由外感、饮食、情志、劳倦等诱因而引触，致气滞痰阻，气道挛急、狭窄而发病。发作时喉中哮鸣有声，呼吸气促困难，甚则喘息不能平卧。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】利气定喘。发作期攻邪祛痰利气以治标；缓解期补肺、健脾、益肾以治本。

【选穴】

主穴：

发作期：肺俞、膻中、大椎、天突、定喘。

缓解期：肺俞、膻中、大椎、脾俞、肾俞。

伏灸穴：①肺俞、大椎、风门、定喘；②脾俞、心俞、膻中、足三里；③肾俞、膏盲、气海、关元。

配穴：寒饮伏肺配风门、孔最；痰热遏肺配合谷、曲池。

【操作】

每次选用 3～4 穴，先灸背部腧穴，再灸腹部及四肢部腧穴。发作期用中等硬丸样艾炷，每次每穴灸 7～9 壮，每日施灸 1～2 次，10 次为 1 疗程；缓解期用半粒米软丸样艾粒，每穴灸 5～7 壮，隔日或隔 2 日 1 次，15～20 次为 1 疗程。第 1 个月隔日 1 次，第 2、3 个月隔 2 天 1 次，可将穴位分为 2～3 组，交替使用，坚持灸 3～6 个月。

伏灸法在夏季三伏天进行施灸。分别于初伏、中伏、末伏的第 1 天施灸，共灸 3 次。也可从初伏开始，每隔 2～3 天灸 1 次，共灸 10 次。初伏取第 1 组穴，中伏取第 2 组穴，末伏取第 3 组穴。每年 1 次，连续治疗 3 年。

（四）慢性泄泻（慢性肠炎、肠功能紊乱）

慢性腹泻是由脾虚湿滞内生，肾虚脾失温煦，使清浊不分，水谷不化所致。表现排便次数增多，便质稀薄，病程迁延超过 2 个月，有 3 次大便失禁病史，经正规治疗 2 个月无效。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】运脾化湿。

【选穴】

主穴：气海、大肠俞、上巨虚。

配穴：脾虚加脾俞、足三里；肾虚加关元、命门。

【操作】

制作半粒米软丸样艾炷。每次施灸 2～3 穴，每穴 7～9 壮，隔日施灸 1 次，治疗 1 个月为 1 疗程，疗程间隔休息 1 周。连续治疗 3 个月。

（五）尪痹（类风湿关节炎）

本病由素体营卫气血不足，外邪乘虚入侵经脉而致。表现为慢性、对称性、多滑膜关节炎和关节外病变，好发于手、腕、足等小关节，反复发作，呈对称分布。早期有小关节疼痛，肿胀，晨僵，晚期关节可出现不同程度的僵硬畸形。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温通止痛。

【选穴】

主穴：肾俞、足三里、阿是穴。

配穴：风寒湿阻配大椎、风门；风热湿痹配曲池、身柱；肾阳亏虚配关元、命门。

【操作】

阿是穴常选用疼痛或肿胀最明显点，注意避开血管。制作半粒米软丸样艾炷，每次施灸 3 个穴位，每穴 7～9 壮，每周施灸 2～3 次，1 个月为 1 疗程，休息 1 周后进入第 2 疗程治疗，共治疗 4～6 个疗程。

三、禁忌症

1.颜面部，心前区，体表大血管部和关节肌腱部不可用化脓麦粒灸。

2.妇女妊娠期，腰骶部和小腹部禁用化脓灸。

四、注意事项

1.施行麦粒灸前要给患者解释本技术的操作特点，说明施灸程度和反应，在患者理解和同意后，施行麦粒灸技术。

2.灸后起泡较小可待其自行吸收，水泡较大者可用消毒针穿破，放出液体，外敷消毒干敷料。

3.皮肤感觉迟钝患者，谨慎控制麦粒灸烧灼强度，避免过度灼伤。

4.施行非化脓麦粒灸后可以正常洗浴。化脓麦粒灸的灸疮上，用创可贴盖上后可以洗浴。洗浴应避免触碰疮面，不要洗脱灸痂。长期施行麦粒灸，有疮面、渗出物或结痂者，可用创可贴保护灸疮，采用冲淋，不要过多浸泡和擦洗。

第二章　隔物灸技术

隔物灸也叫间接灸、间隔灸，是利用药物等材料将艾炷和穴位皮肤隔开施灸的一种操作技术。隔物灸可以避免灼伤皮肤，还能借间隔物的药力和艾炷的特性发挥协同作用，以取得更佳效果。临床上可用于治疗多种疾病，特别是证属虚寒性的各类疾病。

一、灸材与基本操作方法

（一）艾炷制备

1.艾绒制备：取陈艾叶经过反复晒杵，筛拣干净，除去杂质，令软细如棉，即称为艾绒。

2.艾炷制备：艾绒做成圆锥形状之小团，称为艾炷，艾炷燃烧一枚，称为一壮。

（二）间隔物制备

根据病情制作不同的间隔物，如姜片、蒜片、食盐及药饼等，并在其上用针点刺小孔若干。

（三）基本操作方法

1.隔姜灸

选取整块新鲜生姜，纵切成2～3㎜厚度的姜片，在其上用针点刺小孔若干。施灸时，将一底面直径约10㎜、高约15㎜的圆锥形艾炷放置姜片上，从顶端点燃艾炷，待快燃烧尽时在旁边接续一个艾炷。灰烬过多时及时清理。注意艾灸过程中要不断地移动姜片，以局部出现大片红晕潮湿，患者觉热为度。常用于呕吐、泻痢、腹痛、肾虚遗精、风寒湿痹、面瘫、麻木酸痛、肢体痿软无力等病症。

2．隔蒜灸

取独头大蒜切成2～3㎜的蒜片，在其上用针点刺小孔若干。施灸时，将一底面直径约10㎜、高约15㎜的圆锥形艾炷放置蒜片上，从顶端点燃艾炷，待快燃烧尽时在旁边接续一个艾炷。灰烬过多时及时清理。注意艾灸过程中要不断地移动蒜片，以局部出现大片红晕潮湿，患者觉热为度。常用于阴疽流注、疮色发白，不红不痛，不化脓者。对疔疮疖毒、乳痈等急性炎症，未溃者也可灸之。也可用于治疗虫、蛇咬伤和蜂蝎蛰伤或无名肿毒。

3．隔盐灸

一般用于神阙穴灸，用食盐填平脐孔，上放底面直径约10㎜、高约15㎜的圆锥形艾炷，从顶端点燃艾炷，待快燃烧尽时再接续一个艾炷。灰烬过多时及时清理。腹腔觉热为度。常用于霍乱吐泻致肢冷脉伏者，以及寒证腹痛、虚寒性痢疾、中风脱证的四肢厥冷及虚脱休克等，可有救急之效。

4．隔附子饼灸

用附子研成细粉，加白及粉或面粉少许，再用水调和捏成薄饼，底面直径约20㎜，厚度约2～5㎜，待稍干，用针刺小孔若干。施灸时，将一底面直径约10㎜、高约15㎜的圆锥形艾炷放置药饼上，从顶端点燃艾炷，待快燃烧尽时在旁边接续一个艾炷。灰烬过多时及时清理。一饼灸干再换一饼，以患者觉热为度。常用于虚寒性病症及外科术后疮疡亏后久不收口，可去腐生肌，促使愈合。

二、常见疾病的隔物灸治疗技术

（一）面瘫病（周围性面瘫）

面瘫常由风寒外袭，入中面部经络，以一侧面部肌肉瘫痪、额纹消失、眼裂变大、露睛流泪、鼻唇沟变浅、口角歪向健侧为主要临床表现，部分患者初起时有耳后疼痛，可按照2004年中国中医药出版社出版的新世纪全国高等中医院校规划教材《针灸治疗学》进行诊断。

【治则】温经通络。

【方法】隔姜灸。

【操作】选用患侧阳白、下关、颊车、地仓、颧髎穴隔姜灸，每穴 3～4 壮，或以局部红晕、觉温温烘热为度。每日或隔日一次，5～7 次为一个疗程。灸后避风寒，1 小时内少说话、不喝水、不吃食物，安静休息，以利恢复。

2.鼻鼽（过敏性鼻炎）

本病多由肺气虚弱，脾肾虚损，卫表不固，腠理疏松，风寒湿邪乘虚而入，邪气相搏，肺气不宣，犯及鼻窍所致。临床主要表现为喷嚏、鼻塞、鼻痒、流涕等。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】扶阳补气。

【方法】隔姜灸。

【操作】选用上印堂、风门、肺俞、大椎穴等穴隔姜灸，每穴 3～5 壮，或以局部红晕、觉温温烘热为度。每日一次，10 次为一个疗程。灸后避风寒。

3．咳嗽（急、慢性支气管炎）

咳嗽是因邪客肺系，肺失宣肃，肺气不清所致，以咳嗽、咯痰为主要症状的病症。分为外感咳嗽和内伤咳嗽，外感咳嗽多由外邪侵袭而引起，内伤咳嗽为脏腑功能失调所致。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温肺止咳、补虚固本。

【方法】隔姜灸。

【操作】选取肺俞、膏肓、足三里、肾俞等穴隔姜灸，每穴 5 壮，或以局部红晕、觉温温烘热为度。每日或隔日一次，5～7 次为一个疗程。灸后避风寒。

4．哮病（支气管哮喘）

本病多为阳气虚弱，肺脾肾虚、痰饮留伏所致。病属阴属寒，且易在冬季发作。该病可因外邪侵袭、饮食不当、情志刺激、身体劳倦等引发，以致痰壅气道、肺气宣降功能失常而发病。发作时临床表现可有喉间痰鸣、气促、呼吸困难，甚则喘息不能平卧，痰多清稀或黄稠而粘。缓解期可无症状或仅咳嗽、胸闷等症状。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温肺止喘、补虚固本。

【方法】隔姜灸、隔附子饼灸。

【操作】选取大椎、风门、肺俞、定喘等穴隔姜灸，每穴 5～7 壮，或以局部红晕、觉温温烘热为度。每日或隔日一次，10 次为一个疗程。灸后避风寒。

5．痛经（原发性痛经）

痛经多由寒凝胞中、气滞血瘀所致。临床表现为从月经初潮开始，行经前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀，经色紫暗、夹有瘀块，伴腰酸或其它不适症状如头痛、乏力、头晕、恶心、呕吐等，但生殖器官无器质性病变。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温经散寒，祛瘀止痛。

【方法】隔盐灸。

【操作】神阙穴隔盐灸：先将纯净干燥食盐填于神阙穴中，使之与脐平，再将备制好的新鲜姜片（直径约 3cm，厚约 0.3cm，中间针刺数孔）置于神阙穴，然后上置大艾炷点燃施灸，当艾炷燃尽后，易炷再燃，直至规定壮数。关元、水道、归来等穴用隔姜灸。施灸中若患者感觉灼热疼痛不能忍受时，可用镊子上下移动姜片，切勿烫伤。轻度痛经每次灸 4 壮，中度 6 壮，重度 8 壮。可在月经周期经前 2～3 天开始施灸，每天 1 次，3～5 次为 1 疗程（月经周期），共治疗 3 个疗程。

6．疖

疖是指肌肤浅表部位感受火毒，致局部红肿热痛为主要表现的急性化脓性疾病。包括有头疖、无头疖、疖病。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】驱邪排毒。

【方法】隔蒜灸。

【操作】在疔疮中心隔蒜灸，，每穴 5～7 壮，或以疖周潮红、觉温温烘热为度。每日一次，3 次为一个疗程。

三．禁忌症

糖尿病或其他疾病等引起感觉功能减退、皮肤愈合能力差者忌用。

四．注意事项

隔物灸操作过程中应注意勤动勤看，以防起泡。

第三章 悬灸技术

悬灸是采用点燃的艾卷悬于选定的穴位或病痛部位之上，利用艾的燃烧热量刺激穴位或病痛部位以防治疾病的一种技术，是传统灸疗方法的一种。悬灸具有温经散寒、扶阳固脱、消瘀散结、防病保健的作用，可用于寒湿痹痛、脏腑虚寒、阳气虚脱、气虚下陷、经络瘀阻等证及亚健康调理。

一、基本操作方法

悬灸的操作方法分为温和灸、雀啄灸、回旋灸。

1.温和灸（见图 1）：施灸时，艾卷点燃的一端对准应灸的腧穴或患处，距离皮肤约 2～3cm 进行熏烤，使患者局部有温热感而无灼痛为宜，一般每处灸 10～15 分钟，至皮肤红晕为度。如果遇到局部知觉减退者或小儿等，医者可将中、示两指分开，置于施灸部位两侧，这样可通过医者手指的感觉来测知患者局部的受热程度，以便随时调节施灸的距离以防止烫伤。



图 1 温和灸示意图

2.雀啄灸（见图 2）：施灸时，艾卷点燃的一端与施灸部位的皮肤并不固定在一定的距离，而是像鸟雀啄食一样，一上一下地移动施灸，由上而下移动速度较慢，接近皮肤适当距离时短暂停留，在病人感觉灼痛之前迅速提起，如此反复操作。一般每穴 5～10 分钟，至皮肤红晕为度。此法热感较强，注意防止烫伤。



图 2 雀啄灸示意图

3.回旋灸（见图 3）：施灸时，艾卷点燃的一端悬于施灸部位上方约 2cm 高处反复旋转移动进行灸治，使皮肤感觉温热而不灼痛，一般每处灸 10～15 分钟，至皮肤红晕为度。

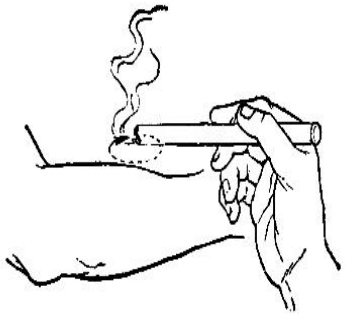


图 3 回旋灸示意图

悬灸是最常用的灸疗方法，容易操作，安全有效。三种操作方法可单独应用，也可相互结合运用。

二、常见疾病的悬灸治疗技术

（一）胃脘痛（胃炎，胃、十二指肠溃疡，功能性消化不良等）

胃脘痛以上腹胃脘部疼痛为主要症状，多由情志不畅、肝失疏泄、饮食失宜、寒邪犯胃等原因，致使胃气不和或脾胃虚弱而引起。临床表现以上腹胃脘部疼痛为主要症状。不同的证型有不同的疼痛规律和特点以及不同的兼症，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。本技术多适用于寒邪犯胃和脾胃虚寒引起的胃痛。

【治则】和胃止痛。

【方法】温和灸、雀啄灸、回旋灸

【操作】

1.取穴：中脘、胃俞、脾俞、足三里等。

2.中脘、胃俞、脾俞先用旋转移动的回旋灸 3～5 分钟，再用温和灸；灸足三里可沿胃经往返移动回旋灸 3～5 分钟，再用温和灸；中脘穴用单点灸，其余穴位用双点灸。都要灸至局部皮肤起红晕为止。

3 每次取 2～3 个穴位，每天一次，10 次为 1 个疗程，疗程后间休息 2～5 天，共 3 疗程。

【提示】

1.注意调节情绪，忌忧思恼怒。

2.注意饮食宜忌，忌生冷，忌辛辣，忌烈酒，忌煎炸，忌饥饱失常。

（二）痛经（原发性痛经）

痛经为从月经初潮开始，行经前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀，经色紫暗、夹有瘀块，伴腰酸或其它不适症状如头痛、乏力、头晕、恶心、呕吐等，但生殖器官无器质性病变。多由寒凝胞中、气滞血瘀所致。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】活血通经。

【方法】回旋灸、温和灸。

【操作】

1.取穴：关元或归来、次髎、三阴交等。

2.关元或归来先用旋转移动的回旋灸 3～5 分钟，再用温和灸；灸次髎可在两侧次髎穴往返移动回旋灸 3～5 分钟，再用温和灸；灸三阴交可沿脾经往返移动回旋灸 3～5 分钟，再用温和灸；关元用单点灸，其余穴位用双点灸。都要灸至局部皮肤起红晕为止。

3.每次在下腹部、骶部、下肢部各取 1 个穴位个穴位，每天 1～2 次，止痛为止。

【提示】

1.悬灸技术对原发性痛经疗效较好，对于继发性痛经应当结合治疗原发病。

2.对原发性痛经一般 1～2 次即可缓解疼痛。若要不再发作，可在月经周期经前 2～3 天开始施灸，每天 1 次，每个周期 3～5 次为 1 疗程，共治疗 3 个疗程。

（三）亚健康调理

亚健康状态多由长期疲劳、精神紧张、不良情绪等原因引起。临床表现多种多样，如：常常感到精力不足，体力不支，易于疲乏；情绪低落、心情沉重，整天不快乐；记忆力减退，容易忘事；烦躁易怒、心烦意乱，惶惶无措，悲观失望；不易入睡，夜寐不安，梦幻纷纭，醒来仍觉疲乏；食欲下降，胃口不佳；自汗、盗汗、经常感冒等等。本症多由长期疲劳、精神紧张、不良情绪等原因引起。诊断本症以上诸症不必悉具，暂无统一标准。

【治则】调和阴阳。

【方法】回旋灸、雀啄灸、温和灸。

【操作】

1.取穴：体力不支，易于疲乏者取关元、足三里；情绪低落、心情沉重者取脾俞、神堂；记忆力减退，容易忘事者取百会、心俞；烦躁易怒、心烦意乱者取肝俞、心俞；不易入睡，夜寐不安者取百会、神堂；食欲下降，胃口不佳者取中脘、脾俞、足三里；自汗、盗汗、经常感冒者取大椎、膏肓、关元。

2.腹部、背部的穴位先用旋转移动的回旋灸 3～5 分钟，再用温和灸；灸足三里可沿胃经往返移动回旋灸 3～5 分钟，再用温和灸；灸百会穴先用雀啄灸 3～5 分钟，再用温和灸；任脉、督脉的穴位用单点灸，其余穴位用双点灸。都要灸至局部皮肤起红晕为止。

3.每次取 2～3 个穴位，每天一次，10 次为 1 个疗程，疗程后间休息 2～5 天，共 2～3 疗程。

【特别提示】

1.悬灸调理亚健康容易操作，但一般人多不耐心，怕费时间，必须坚持。

2.调整心态。

3.调整生活规律，劳逸结合，保证充足睡眠。

4.增加户外体育活动，每天保证适当运动量。

三、禁忌症

1.中风闭证、阴虚阳亢、热毒炽盛、中暑高热等忌用艾灸技术。

2.咯血吐血等出血性疾病忌用艾灸技术

3.孕妇的腹部和腰骶部不宜施灸。

四、注意事项

1.施灸前，应选择正确的体位，要求患者的体位舒适能持久，而且能曝露施灸部位；施灸者的体位要求稳定能精确操作。

2.施灸中注意观察患者的神色，防止晕灸，如发生晕灸，立即停灸，按晕针处理。一般在患者精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时不宜艾灸，以防晕灸。

3.注意防止艾火脱落而烫伤皮肤或烧坏衣被。如因施灸不慎灼伤皮肤，局部出现小水泡，可嘱患者保护好水泡，不要擦破，任其吸收。如水泡较大，可用消毒毫针在水泡底部刺破，放出液体，外涂烫伤膏或万花油。

4.施灸后，将残余的艾条插入灭火管内或将其浸入水中，以彻底熄灭，以免复燃。

第四章 三伏天灸技术

三伏天灸技术是具有中医特色的时间治疗学与特定中药相结合在特定穴位治疗某些疾病的治疗方法。本技术通过药物在特定的时间对穴位的刺激达到调节气血阴阳、扶正祛邪功效。主要应用治疗过敏性鼻炎、支气管哮喘、慢性支气管炎、虚人感冒、虚寒性胃痛、腰腿痛等病证。

一、基本操作方法

（一）时间选择

选择一年中阳气最盛的三伏天进行治疗：

三伏天分为初伏、中伏、末伏，夏至后第三个庚日为初伏，第四个庚日为中伏，立秋后第一个庚日为末伏，三日均为庚日，是全年中气候最炎热、阳气最旺盛的阶段，是温煦阳气、驱散内伏寒邪的最佳时机。五行学说中庚与肺同属金，肺部疾病在庚日治疗效果最佳，而且在这一阶段人体肌肤腠理开泄，使天灸膏更易透皮吸收，更有效地作用于穴位经络，对肺、脾、肾等脏腑功能起到良好的调节作用，达到激发人体正气、预防和减少疾病发作目的。

（二）药物选择与制备

1.药物：白芥子、细辛、甘遂、延胡。

2.制备：将白芥子、细辛、甘遂、延胡按一定比例（白芥子 40％、细辛 40％、甘遂 10％、延胡 10％）共研细末（80 目），新鲜老生姜去皮后，石磨磨碎，再用纱布包裹过滤绞汁，用密闭容器保存在 4°～8°低温下，用时倒出（姜汁低温保存下不超过 48 小时，常温中暴露在空气中姜汁有效使用时间为不超过 2 小时），把药末、姜汁按照 1：1 比例（重量/体积比，如 10g 药末用 10ml 姜汁）调和，并制成 1×1×1 立方厘米大小的药饼，药饼质地干湿适中，并准备 5cm^2大小胶布以待将药饼固定于穴位上。另外，也可把药物研成粉制成膏剂，以备贴敷

（三）穴位选择原则

以脏腑经络学说为基础，辨证选穴，穴位选取重在少而精。一般强调：

1.选择离病变器官、组织最近、最直接的穴位。

2.阿是穴。

3.经验选穴。

（四）操作方法

1.敷贴：每块药饼用 5 平方厘米直径的圆形或方型胶布贴于相应的穴位上，穴位一般每次以 6～8 个为宜。

2.贴药：患者采用适当的体位，暴露背部或腹部，要求皮肤干燥不湿润。背部穴位一般取双侧，将药物贴于穴位上，每次一组穴位，通常 2～3 组穴位交替使用。

3.贴药时间：成人一般以 30～60 分钟为宜。小孩时间酌减，以皮肤感觉和耐受程度为观察指标，避免灼伤皮肤。

4.疗程：三伏天灸 10 天一次，共 3～5 次（即初伏、中伏、末伏各 1 次，或者在此基础上增加伏前加强、伏后加强；若中伏和末伏相差 20 天，则可在此期间增加中伏加强。），一般 3 年为 1 疗程。

二、常见疾病的三伏天灸治疗技术

（一）哮病（支气管哮喘）

本病多为阳气虚弱，肺脾肾虚、痰饮留伏所致。病属阴属寒，且易在冬季发作。该病可因外邪侵袭、饮食不当、情志刺激、身体劳倦等引发，以致痰壅气道、肺气宣降功能失常

而发病。发作时临床表现可有喉间痰鸣、气促、呼吸困难，甚则喘息不能平卧，痰多清稀或黄稠而粘。缓解期可无症状或仅咳嗽、胸闷等症状。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】振奋阳气，利肺化饮。

【选穴】

第一组：肺俞（双）、胃俞（双）、志室（双）。

第二组：脾俞（双）、风门（双）、膏肓（双）。

第三组：肾俞（双）、定喘（双）、心俞（双）。

【操作】同上述操作方法。

（二）鼻鼽（过敏性鼻炎）

本病多为肺、脾、肾阳气亏虚，体质特异，卫外不固关系密切，易受风寒异气或花粉等不洁之气侵袭或因某些饮食物触发而发作。冬季寒气较甚，故易引起病情发作或加重。临床表现为阵发性鼻痒、喷嚏、清涕长流，且反复发作。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】振奋阳气，宣肺通窍。

【选穴】

第一组：肺俞（双）、胃俞（双）、志室（双）。

第二组：脾俞（双）、风门（双）、气海、关元。

第三组：肾俞（双）、中脘、下脘、膏肓（双）。

【操作】同上述操作方法。

（三）胃脘痛（慢性胃炎、胃、十二指肠溃疡）

适应于虚寒型胃脘痛，多因寒邪客胃、饮食失宜、肝失疏泄愤和平素脾胃虚弱渐致中阳不足，气机失畅，胃气不和而疼痛。临床表现为上腹胃脘部疼痛隐隐，痛处喜按，空腹痛甚，纳后痛减。可伴有泛吐清水，喜暖，大便溏薄，神疲乏力，或手足不温等症状。本病依据1994年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】振奋阳气，和胃止痛。

【选穴】

第一组：中脘、天枢（双）、气海、脊中、命门。

第二组：上脘、滑肉门（双）、阴交、悬枢、腰阳关。

第三组：建里、太乙（双）、水分、中枢、命门。

【操作】同上述操作方法。

三、禁忌症

1. 合并严重心脑血管疾病、肝肾功能不全及严重糖尿患者。

2. 发热

3. 一岁以下幼儿、孕妇

4. 过敏体质患者：对外贴胶布或药物过敏患者慎用。

四、注意事项

1. 贴药时皮肤应保持干燥，贴药后不宜剧烈活动，以免出汗致药膏脱落。

2. 贴药后局部皮肤可能红肿，无明显不适可不予以处理。

3. 贴药后若出现瘙痒、灼热、刺痛等症而难以忍受，应随即移去膏药，避免搔抓致皮肤破损。

4. 若局部皮肤出现水泡，应穿着柔软衣服，或外覆盖纱布，避免摩擦水泡，防止破溃，待其自然吸收。若水泡溃破应保护创面，可涂搽红霉素软膏、金霉素软膏防止感染。

5. 若出现全身皮肤过敏现象或伴有发热，应及时到医院诊治。

6.贴药当日戒酒、海鲜、牛肉、芋头、花生等易致化脓食物，并避免进食生冷、辛辣食品及进行冷水浴。

7.贴药时间：根据个人的耐受度而定，成年人 1 个小时为宜，14 岁以下儿童贴药时间不宜超过 45 分钟，年龄越小则贴药时间相应缩短，一般不少于 20 分钟。贴药时间过长易致局部皮肤出现水泡。

第五章　温针灸技术

温针灸技术是艾灸与针刺结合使用的一种操作技术，是在留针过程中将艾绒搓团捻裹于针柄上（或使用适当长度的艾条固定在针柄上）点燃，通过针体将热力传入穴位以治疗疾病的方法。温针灸技术具有温通经脉、行气活血的作用，适应症较广，常用于寒盛湿重，经络壅滞之证，如风湿疾患、肌肉关节疼痛、冷麻不仁，便溏腹胀等。

一、基本操作方法

将毫针刺入穴位得气后，使针根与皮肤表面距离 2～4cm 左右，留针不动。于针柄上裹以枣核大小粗艾绒制成的艾团，或取 1～2cm 左右长度的艾条套在针柄上。一般从艾团（条）下面点燃施灸。待其自灭，再换艾团（条）。如用艾绒每次可灸 3～4 壮，艾条则可用 1～2 壮。在燃烧过程中，为防止落灰或温度过高灼伤皮肤，可在该穴区置一带孔硬纸片以作防护。其操作的关键环节主要有以下两点：

1 放置艾团：取粗艾绒，用右手拇指、示指、中指，搓成枣核大小，中间捏一痕，贴于针柄上，围绕一搓，即紧缠于针柄之上。艾团要求光滑紧实，切忌松散，以防脱落。

2.放置艾条：可在艾条中间先用针柄钻孔，然后安装在针柄上。

二、常见疾病的温针灸治疗技术

（一）腰痛病（腰椎间盘突出症）

腰痛病常因急慢性损伤、感受寒邪等导致经脉闭阻，以腰部疼痛，一侧或双侧下肢麻木、疼痛等为主要表现，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温通经脉。

【方法】温针灸。

【操作】在疼痛的局部取经穴或阿是穴。按照上述温针灸操作，每根针每次 3～4 壮（放置艾团时）或 1～2 壮（放置艾条段时）。也可配合远端穴位针刺治疗。每次可选取 2～6 个穴位做温针灸，每天 1～2 次，5 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天。

（二）网球肘（肱骨外上髁炎）

本病是指手肘外侧肌腱的劳损性疼痛。网球肘多因前臂伸肌群因长期反复强烈的收缩、牵拉，使肌腱附着处发生不同程度的急慢性累积性损伤，导致撕裂、出血、机化、粘连，由而致病。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】通络止痛。

【方法】温针灸。

【操作】取穴：曲池或局部阿是穴。按照上述温针灸操作，每根针每次 2～3 壮（放置艾团时）或 1～2 壮（放置艾条段时）。可配合远端穴位针刺治疗。每次可选取 1～2 个穴位，每天 1～2 次，5 次为 1 个疗程。

（三）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

膝痹，属于中医骨痹范畴，常因膝关节周围软组织慢性劳损、肝肾不足、外邪闭阻经脉所致。不通则痛，不荣则痛，以膝关节疼痛、肿胀、活动受限为主要表现。活动或天气变化时疼痛加重，常反复发作，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温经通络止痛。

【方法】温针灸。

【操作】取穴：犊鼻、梁丘、血海、鹤顶、阳陵泉、足三里。按照上述温针灸操作，每根针每次 3～4 壮（放置艾团时）或 1～2 壮（放置艾条段时）。每次可选取 2～6 个穴位，每天 1～2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天。

（四）肩凝症（肩关节周围炎）

多为正气不足，营卫渐虚，局部感受风寒，或劳累闪挫，遂致气血阻滞而成。表现为肩周疼痛，夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发，肩关节活动功能障碍。久病出现肩部肌肉萎缩，查体肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限明显，出现典型的“扛肩”现象。好发年龄在50岁左右，女性发病率高于男性。可按照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】扶正固本、温经通络止痛。

【方法】温针灸。

【操作】取穴：肩髃、肩髎、肩贞、臂臑、阿是穴等。按照上述温针灸操作，每根针每次3～4壮（放置艾团时）或1～2壮（放置艾条段时）。可配合远端穴位针刺治疗。每次可选取2～4个穴位，每天1～2次，10次为1个疗程，疗程间休息2～5天。

5．痛经（原发性痛经）

痛经多由寒凝胞中、气滞血瘀所致。临床表现为从月经初潮开始，行经前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀，经色紫暗、夹有瘀块，伴腰酸或其它不适症状如头痛、乏力、头晕、恶心、呕吐等，但生殖器官无器质性病变。可按照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温经散寒，祛瘀止痛。

【方法】温针灸。

【操作】取穴：中极、次髎、地机、命门、关元、肾俞、足三里等。按照上述温针灸操作，每根针每次3～4壮（放置艾团时）或1～2壮（放置艾条段时）。可配合远端穴位针刺治疗。每次可选取2～6个穴位，每天1～2次。可在月经周期经前2～3天开始施灸，每天1次，3～5次为1疗程（月经周期），共治疗3个疗程。

5次为1个疗程，疗程间休息2～5天。

三、禁忌症

皮肤感染与炎症的穴区忌用。

四、注意事项

温针灸时，要嘱咐患者不要任意移动肢体，以防艾团（条）脱落灼伤。

第六章 热敏灸技术

热敏灸是采用点燃的艾材产生艾热悬灸热敏态穴位，激发透热、扩热、传热、局部不（微）热远部热、表面不（微）热深部热、非热觉等热敏灸感和经气传导，并施以个体化的饱和消敏灸量，从而明显提高了艾灸疗效的一种新技术。热敏灸技术与传统悬灸技术一样，具有温经散寒、扶阳固脱、消瘀散结、防病保健的作用，常用于寒湿痹痛、脏腑虚寒、阳气虚脱、气虚下陷、经络瘀阻等证及亚健康调理。

一、基本操作方法

（一）穴位热敏现象

1.透热：灸热从施灸点皮肤表面直接向深部组织穿透，甚至直达胸腹腔脏器（见图 1）。



图 1 透热

2.扩热：灸热以施灸点为中心向周围片状扩散（图 2）。



图 2 扩热

3.传热：灸热从施灸点开始循一定路线向远部传导，甚至到达病所（图 3）。



图 3 传热

4.局部不（微）热远部热：施灸部位不（或微）热，而远离施灸的部位感觉甚热（图 4）。



图 4 局部不（微）热远部热

5.表面不（微）热深部热：施灸部位的皮肤不（或微）热，而皮肤下深部组织甚至胸腹腔脏器感觉甚热（见图 5）。

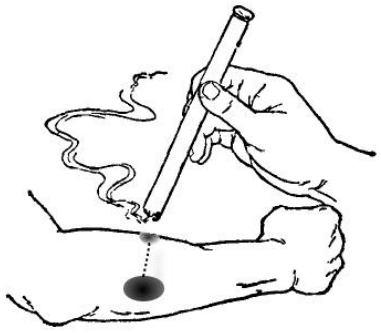


图 5 表面不（微）热深部热

6.其他非热感觉：施灸（悬灸）部位或远离施灸部位产生酸、胀、压、重、痛、麻、冷等非热感觉（见图 6）。

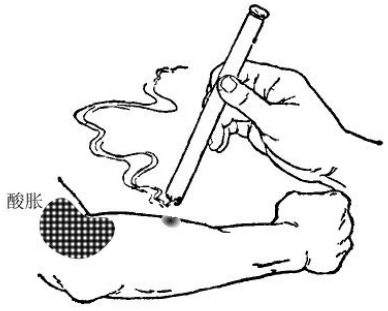


图 6 其他非热感觉

以上穴位热敏现象有一个共同特征，就是相关穴位对艾热异常敏感，产生一个“小刺激大反应”（其他非相关穴位对艾热仅产生局部和表面的热感）。这种现象称为穴位热敏现象，这些已热敏的穴位称为热敏穴位。

（二）穴位热敏的探查

1．灸材选择

热敏穴位的最佳刺激方式为艾条悬灸，故选择纯艾条作为穴位热敏探查的灸材。

2.探查准备

保持诊室安静，温度在 24℃～30℃。让患者选择舒适体位，充分暴露探查部位，放松肌肉，均匀呼吸，思想集中，体会艾灸时的感觉。医生集中注意力于施灸部位，询问患者在

艾灸探查过程中的感觉。

3.探查部位

穴位热敏是疾病在体表的一种反应状态，它直接或间接地反映机体疾病的部位、性质和病理变化。不同病症穴位热敏的出现部位是不同的，但是有其规律，不同病症的穴位热敏高发部位见下述。

4.探查手法

用点燃的艾条，对准上述选择的热敏穴位高发部位作为施灸部位进行悬灸探查（距离皮肤 3cm 左右处），使患者局部感觉温热而无灼痛感。常用的悬灸探查手法有回旋灸、循经往返灸、雀啄灸、温和灸等。探查热敏穴位可以采用单一手法，灸至皮肤潮红为度。也可采用 4 种手法的组合。采用组合手法时，按上述顺序每种手法操作 1 分钟，反复重复上述手法，灸至皮肤潮红为度，一般 2～3 遍即可。

（1）回旋灸（见图 7）：用点燃的艾条，与施灸部位皮肤保持一定距离，均匀地往复回旋熏烤施灸，以施灸部位皮肤温热潮红为度，回旋灸有利于温热施灸部位的气血，主要用于胸腹背腰部穴位。

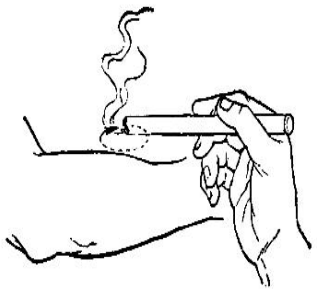


图 7 **回旋灸**

（2）循经往返灸（见图 8）：用点燃的艾条在患者体表，距离皮肤 3cm 左右，匀速地沿经脉循行方向往返移动施灸，以施灸路线温热潮红为度。循经往返灸有利于疏通经络，激发经气。

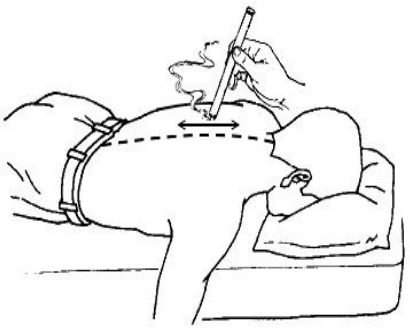


图 8 **循经往返灸**

（3）雀啄灸（见图 9）：用点燃的艾条，对准施灸部位一上一下地活动施灸，如鸟雀啄食一样，以施灸部位皮肤温热潮红为度。雀啄灸有利于施灸部位进一步加强敏化，从而为局部的经气激发，产生灸性感传奠定基础。



（图 9）**雀啄灸**

（4）温和灸（见图 10）：用点燃的艾条，对准施灸部位，距离皮肤 3cm 左右处熏烤，使患者局部感觉温热而无灼痛感，以施灸部位皮肤温热潮红为度。温和灸有利于施灸部位进一步激发经气，发动感传。



图 10 **温和灸**

5.穴位热敏的判别

穴位是否发生热敏是根据施灸部位对艾条悬灸的灸感反应来判别的。在探查过程中，已发生热敏的穴位会出现上述 6 种灸感反应（即穴位热敏现象）的一种或一种以上。在此过程中，患者要集中注意力，细心体会施灸部位的灸感变化，当出现上述 6 种热敏灸感中的任何一种时，应及时告知施灸者。只要出现上述穴位热敏现象的一种或一种以上，表明该穴位已发生热敏。

（三）热敏灸的施灸手法

热敏灸技术采用艾条悬灸的方法，可分为单点温和灸、双点温和灸、接力温和灸、循经往返灸。

1.单点温和灸（见图 11）

此手法既可用于探查穴位，同时也是治疗的常用手法。将点燃的艾条对准选择的一个热敏穴位，在距离皮肤 3cm 左右施行温和灸法，每 2 分钟插入 30 秒钟的雀啄灸法，以患者温热而无灼痛感为施灸强度。每穴施灸时间以热敏灸感消失为度，不拘固定的时间。



图 11 **单点温和灸**

2.双点温和灸（见图 12）

同时对两个热敏穴位进行艾条悬灸操作，手法同单点温和灸。每穴施灸时间以热敏灸感消失为度，不拘固定的时间。双点温和灸主要用于左右对称的同名穴位或同一经脉的两个穴位。

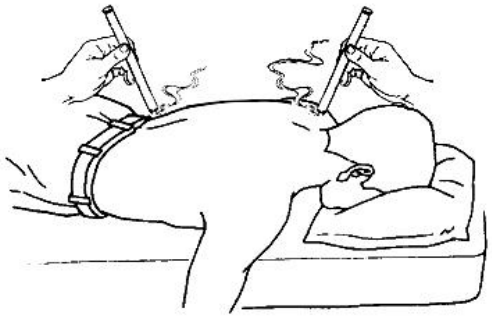


图 12 **双点温和灸**

3.接力温和灸（见图 13）

如果经气传导不理想，在上述单点温和基础上，可以在经气传导路线上的远离施灸穴位的端点再加一单点温和灸，即双点温和灸，这样可以延长经气传导的距离。每次施灸时间以热敏灸感消失为度。

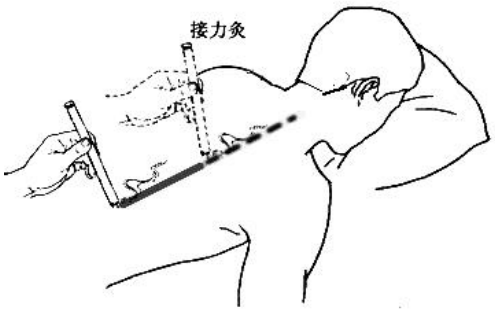


图 13 **接力温和灸**

4.循经往返灸（见图 14）

此手法既可用于探查穴位，同时也是治疗的常用手法。用点燃的艾条在患者体表距离皮肤 3cm 左右，沿经脉循行方向往返匀速移动施灸，以患者感觉施灸路线温热而无灼痛感为施灸强度。每次施灸时间以热敏灸感消失为度。此法适用于正气不足，感传较弱的患者。

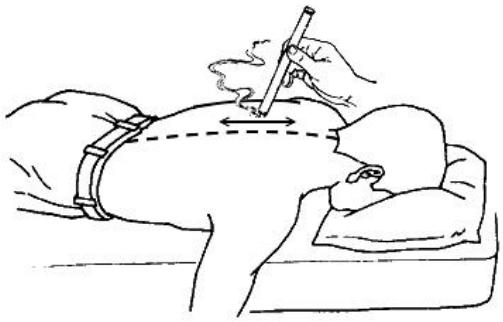


图 14 **循经往返灸**

（四）热敏灸剂量

掌握最佳施灸剂量，有助于提高临床疗效，防止不良反应。穴位热敏的施灸剂量不同于传统艾灸技术，是以上述热敏现象消失所需要的时间为每穴施灸的个体化最佳施灸时间。

二、常见疾病的热敏灸治疗技术

（一）感冒（普通感冒病）

感冒常由外感风寒，客于肺卫，以鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、恶寒、发热、苔薄白、脉浮等为主要临床表现，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】疏风解表散寒

【方法】单点温和灸、双点温和灸、接力温和灸及循经往返灸

【操作】

取穴：对穴位热敏高发部位上印堂、太阳、风池、风府、大椎、至阳、腰阳关等穴区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

1．对于流鼻涕，打喷嚏，鼻塞，前额紧痛的风寒感冒，进行上印堂穴单点温和灸。可觉热感或紧压重感扩散至整个前额，灸至热敏灸感消失。继而对太阳穴进行双点温和灸，可觉热感扩散至两侧颞部，灸至热敏灸感消失。每天 2 次，灸至症状消失，一般 1～2 天即可。

2．对于头项强痛的风寒感冒，进行大椎穴单点温和灸。自觉热感沿督脉传至项、背部或透向深部或向上肢传导或自觉有紧、压、酸、胀、痛感，灸至热敏灸感消失。继而对风池穴进行双点温和灸，可觉热感透至深部并扩散至整个头项部，灸至热敏灸感消失。每天 2 次，灸至症状消失，一般 1～2 天即可。

3．对于恶风、恶寒发热、全身乏力的风寒感冒，分别按序对风府、大椎、至阳、腰阳关穴循经往返和接力灸，振奋督脉阳气，祛寒解表，可觉热感沿头项背腰部督脉传导，灸至热敏灸感消失。每天 2 次，灸至症状消失，一般 1～2 天即可。

【提示】热敏灸治疗风寒感冒越早越好。还可以强身健体，在感冒流行季节可灸足三里、大椎等穴位，有预防感冒的作用。对于体虚易感冒者，可在夏季进行预防性治疗。

（二）面瘫病（周围性面瘫）

面瘫常由风寒外袭，入中面部经络，以一侧面部肌肉瘫痪、额纹消失、眼裂变大、露睛流泪、鼻唇沟变浅、口角歪向健侧为主要临床表现，部分患者初起时有耳后疼痛，可按照

2004 年中国中医药出版社出版的新世纪全国高等中医院校规划教材《针灸治疗学》进行诊断。

【治则】疏风通络，行气活血。

【方法】单点温和灸、双点温和灸及接力温和灸

【操作】

取穴：对穴位热敏高发部位翳风、阳白、下关、颊车、大椎、神阙、足三里区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

对于面瘫急性期：

1.翳风穴双点温和灸，自觉热感深透且扩散至患侧面部，灸至热敏灸感消失。

2.患侧下关穴单点温和灸，自觉热感透至深部并扩散至患侧面部，灸至热敏灸感消失。

3.患侧颊车穴单点温和灸，自觉热感透至深部并扩散至患侧面部，灸至热敏灸感消失。

4.患侧阳白穴单点温和灸，自觉热感扩散至整个额部或自觉局部有紧、压、酸、胀感，灸至热敏灸感消失。

5．大椎穴单点温和灸，自觉热感深透或向四周扩散或沿督脉上下传导或沿上肢传导，灸至热敏灸感消失。

对于面瘫恢复期：

1.阳白穴双点温和灸，自觉热感扩散至整个额部或自觉局部有紧、压、酸、胀感，灸至热敏灸感消失。

2.下关穴双点温和灸，自觉热感透至深部并扩散至患侧面部，灸至热敏灸感消失。

3.颊车穴双点温和灸，自觉热感透至深部并扩散至患侧面部，灸至热敏灸感消失。

4.神阙穴单点温和灸，自觉热感深透至腹腔或沿两侧扩散至腰部，灸至热敏灸感消失。

5.足三里穴双点温和灸，部分的感传可直接到达腹部，如感传仍不能上至腹部者，再取一支点燃的艾条放置感传所达部位的近心端点，进行温和灸，依次接力使感传到达腹部，最后将两支艾条分别固定于足三里和腹部进行温和灸，灸至热敏灸感消失。

每次选取上述 2～3 组穴位，每天 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天，共 2～3 个疗程。

【提示】

热敏灸治疗面瘫（急性期）越早越好。对恢复期与后遗症期面瘫亦有一定疗效。治疗期间应避风寒，忌冷饮。

（三）项痹病（颈椎病）

项痹常因督脉劳损、气血不足、感受外邪等导致经脉闭阻，以项部疼痛麻木，连及头、肩、上肢，颈部活动受限，并可伴有眩晕等为主要表现，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】活血通经

【方法】循经往返灸、单点温和灸、双点温和灸及接力温和灸

【操作】

取穴：对穴位热敏高发部位神庭、风府、大椎、颈夹脊、肺俞、肩井、至阳穴区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

首先沿督脉风府至至阳穴区段循经往返灸 10～15 分钟以温热局部气血，加强敏化，然后按以下分型治疗。

1．对于颈型颈椎病

（1）颈夹脊压痛点单点温和灸，自觉热感透向深部并向四周扩散或自觉项背部有紧、压、酸、胀、痛感，灸至热敏灸感消失；

（2）大椎穴单点温和灸，自觉热感沿督脉传至项、背部或透向深部或向上肢传导或自觉有紧、压、酸、胀、痛感，灸至热敏灸感消失；

（3）肩井穴压痛点单点温和灸，自觉热感透向深部或向上肢传导或自觉肩部有紧、压、酸、胀、痛感，灸至热敏灸感消失；

每次选取上述 2～3 组穴位，每天 1～2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天，共 2 个疗程。

2．对于神经根型颈椎病

在按照上述颈型颈椎病治疗的基础上，继续对肺俞穴进行患侧单点温和灸或接力温和灸，自觉热感向项背部及上肢扩散传导至腕部，如感传不能至腕部，可再取一支点燃的艾条放置感传所达部位的端点，进行温和灸，依次接力使感传到达腕部，灸至热敏灸感消失。

每次选取上述 2～3 组穴位，每天 1～2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天，共 2 个疗程。

3．对于椎动脉型颈椎病

神庭、大椎穴双点温和灸，自觉热感透向穴位深部或发生扩热或沿督脉传热，灸至热敏灸感消失。每天 1～2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天，共 2 个疗程。

【提示】热敏灸的适应症为颈型、神经根型、椎动脉型。

（四）腰痛病（腰椎间盘突出症）

腰痛病常因急性损伤、督脉劳损、感受寒邪等导致经脉闭阻，以腰部疼痛，一侧或双下肢麻木、疼痛等为主要表现，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】补益肝肾，温通经脉。

【方法】循经往返灸、单点温和灸及接力温和灸

【操作】

取穴：对穴位热敏高发部位腰俞、至阳、关元俞、腰部压痛点、承扶、委中、阳陵泉、昆仑等穴区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

1．自督脉至阳穴至腰俞穴区段进行循经往返灸，可觉热感沿背腰骶部督脉传导，灸至热敏灸感消失。

2．腰部压痛点单点温和灸，自觉热感透向深部甚至腹腔或向四周扩散或自觉局部有紧、压、酸、胀、痛感或向下肢传导，灸至热敏灸感消失。

3．关元俞穴患侧单点温和灸，自觉热感透向深部或向四周扩散或有紧、压、酸、胀、痛感或热感沿下肢传导，部分的感传可直接到达脚根部，如感传不能传至脚根部，再取一支点燃的艾条分别放置承扶、委中、阳陵泉、昆仑穴进行温和灸，依次接力使感传到达脚根部，最后将两支艾条分别固定于关元俞穴－昆仑进行温和灸，灸至热敏灸感消失。

每次选取上述 2～3 组穴位，每天 1～2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天，共 1～2 个疗程。

【提示】

热敏灸治疗面瘫腰椎间盘突出症（急性期）越早越好。对恢复期与后遗症期亦有一定疗效。腰椎间盘突出症急性期应睡硬板床，卧床休息，症状明显好转后，可逐步进行背肌锻炼，并在腰围保护下，下地做轻微活动。

（五）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

膝痹，属于中医骨痹范畴，常因膝关节周围软组织慢性劳损、肝肾不足、外邪闭阻经脉所致。不通则痛，不荣则痛，以膝关节疼痛、肿胀、活动受限为主要表现。活动或天气变化时疼痛加重，常反复发作，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】通痹止痛。

【方法】单点温和与双点温和灸。

【操作】

取穴：对穴位热敏高发部位局部压痛点、内、外膝眼、梁丘、阴陵泉、血海、阳陵泉等穴区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

1．膝部压痛点单点温和灸，自觉热感透至膝关节内或扩散至整个膝关节或局部有酸、胀、痛感，灸至热敏灸感消失。

2．内、外膝眼穴双点温和灸，自觉热感透至膝关节内并扩散至整个膝关节，灸至热敏灸感消失。

3．梁丘、阴陵泉穴双点温和灸，自觉热感透至膝关节内并扩散至整个膝关节，灸至热敏灸感消失。

4．血海、阳陵泉穴双点温和灸，自觉热感透至膝关节内并扩散至整个膝关节，灸至热敏灸感消失。

每次选取上述 1～2 组穴位，每天 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天，共 2～3 个疗程。

【提示】

热敏灸对肿胀型膝关节骨性关节炎疗效较佳，对无肿胀的膝关节骨性关节炎疗效一般。

三、禁忌症

1.中暑高热、高血压危象、肺结核晚期大量咯血等忌用艾灸技术。

2.孕妇的腹部和腰骶部不宜施灸。

四、注意事项

1.如因施灸不慎灼伤皮肤，局部出现小水泡，可嘱患者保护好水泡，勿使破溃，任其吸收，一般 2～5 日即可愈合。如水泡较大，可用消毒毫针刺破水泡，放出水液，再适当外涂烫伤油等，保持疮面洁净。

2..注意晕灸的发生。如发生晕灸现象，按晕针处理。

3.患者在精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时不适宜艾灸。

4.注意防止艾灰脱落或艾炷倾倒而烫伤皮肤或烧坏衣被。艾条灸毕后，应将剩下的艾条套入灭火管内或将燃头浸入水中，以彻底熄灭，防止再燃。如有绒灰脱落床上，应清扫干净，以免复燃。

第七章 雷火灸技术

雷火灸是由多种中药配制结合灸具使用的一种灸法，能充分发挥出药力峻、火力猛（温度达 240℃）、灸疗面广、渗透力强的特点，有较强的活血化瘀、祛风除湿、消肿止痛、扶正驱邪的作用，常用于失眠、青少年近视眼、干眼症、过敏性鼻炎、咽炎、盆腔炎、痛经、各种痛症、皮肤病、肥胖症等的治疗。

一、基本操作方法

1.雀啄灸法（见图 1）：雷火灸火头对准应灸部位或穴位，火头距离皮肤 1～2cm，形如鸡啄米、雀啄食，为泻法。

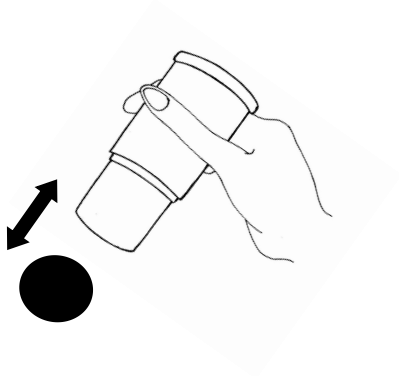


图 1 雀啄法示意图

2.小回旋灸法（见图 2）：雷火灸火头对准应灸的部位或穴位，根据病情需要，火头距离皮肤 1～5cm，做固定的圆弧形旋转，旋转直径 1～3cm。

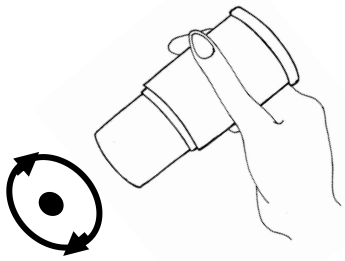


图 2 小回旋灸法示意图

3.螺旋灸法（见图 3）：雷火灸火头对准应灸部位中心点，一般火头距离皮肤 2～3cm，做顺时针方向、螺旋式旋转，旋转直径 1～5cm。

赵时碧，重庆市中医骨科医院；



图 3 螺旋灸法示意图

4.横行灸法（见图 4）：雷火灸火头悬至病灶部位之上，根据病情需要，火头距离皮肤 1～5cm，灸时左右摆动，摆幅为 5～6cm。

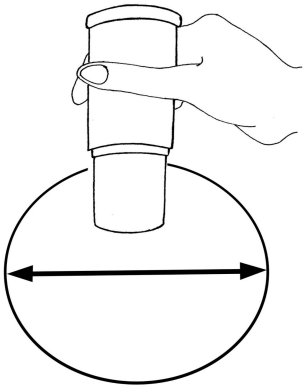


图 4 横行灸法示意图

5.纵行灸法（见图 5）：雷火灸火头悬至病灶部位之上，根据病情需要，火头距离皮肤 1～5cm，灸时火头沿人体纵轴上下移动。

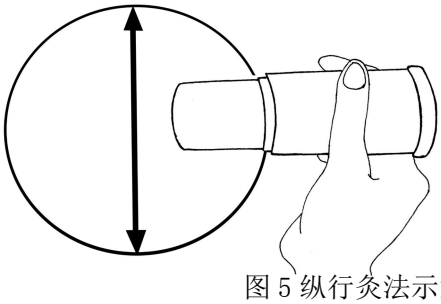


图 5 纵行灸法示意图

6.斜行灸法（见图 6）：雷火灸火头悬至病灶部位之上，根据病情需要，火头距离皮肤 1～5cm，火头斜行移动，此方法常用于治疗鼻炎等病症。

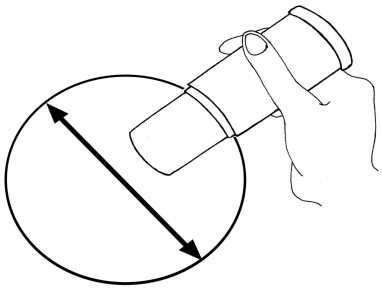


图 6 斜行灸法示意图

7.摆阵法：用单、双孔或多孔斗式温灸盒（见图 7），根据患者不同病情在患者身体部位用两个或两个以上的斗式温灸盒平形、斜形或丁字形摆出横阵、竖阵、斜阵、丁字阵等。

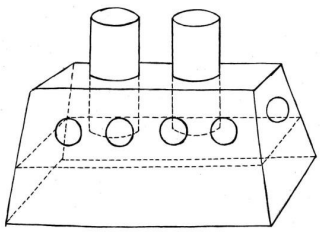


图 7 斗式温灸盒示意图

二、常见疾病的雷火灸治疗技术

（一）能近怯远（青少年近视）

多因先天禀赋不足、劳伤心神，或久视伤血，使心肝气血阴阳受损，或用眼习惯不良，如看书、写字距离太近，坐位姿势不正以及光线过强或不足等，使目络瘀阻，目失所养，导致本病。表现为看远处模糊，看近处清楚。多发于青少年，可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】舒筋活血。

【方法】雀啄、小回旋、横行、螺旋灸法。

【灸疗部位】

部位：双眼、额头、双耳。

穴位：睛明、鱼腰、瞳子髎、四白、合谷。真性近视加灸风池、风府、大椎、肝俞。

【操作】

患者取坐位（头直立勿仰，以免火灰掉入眼内）。按下列顺序操作：

1.用横行灸法灸双眼：双眼闭合，火头距离皮肤 2～3cm，在双眼部来回平行摆动，每来回摆动 10 次为一壮，每灸一壮用手按压眼部一次。灸至皮肤发红、结膜充血为度。

2.用雀啄法灸睛明、鱼腰、瞳子髎、四白，火头距离皮肤约 2cm，每雀啄 8 次为一壮，每灸一壮用手按压穴位一次，每穴灸 4～6 壮。

3.用横行灸法灸双眼、额部：双眼张开，平视前方，火头距离皮肤 2～3cm，在双眼部来回平行移动，每来回移动 10 次为一壮，每壮之间嘱患者闭眼，术者用手按压双眼一次，共灸 8 壮。距离额部皮肤 2～3cm 来回平行移动，每来回移动 10 次为一壮，灸 10 壮。

4.用螺旋灸法灸耳廓正面、背面：火头距离皮肤 2～3cm，每旋转 8 次为一壮，每壮之间用手按压一下，灸至耳廓正面、背面发红为度。

5.用雀啄法灸外耳道口：火头距离外耳道口 2cm，雀啄 8 次为一壮，左右各灸 3 壮。

6.重复操作步骤 1。

7.雀啄法灸合谷各 4 壮，雀啄 8 次为一壮，距离皮肤 2cm。

8.真性近视加灸风池、风府、大椎、肝俞，各灸 8 壮，用回旋灸法，回旋 8 次为一壮，距离皮肤 2cm。

灸疗完毕，患者闭目休息 3 分钟。每日灸治 1 次，每周为一疗程，疗程间休息 1 天，一般灸治 2～5 个疗程。视力恢复正常后可做每周一次的巩固性治疗。成年近视患者采用本法灸疗，可稳定视力。

【提示】治疗期间注意用眼卫生。

（二）神水将枯（干眼症）

本病多因脾胃阳虚，不能生化水谷精微，或肝肾阴虚，气血不足，风邪犯肺，目失濡养而发生的眼部疾病，表现为眼干涩胀痛，视力下降等症状。可按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】舒筋活络。

【方法】横行、螺旋、小回旋、雀啄灸法。

【灸疗部位】

部位：额部、双眼、双耳。

穴位：睛明、翳风、合谷、眼（耳穴）。

【操作】患者取坐位（头直立勿仰，以免火灰掉入眼内）。

1.用横行灸法灸前额部：火头距离皮肤 2～3cm，在前额部发际与眉部边缘之间做横行移动，每横行 10 次为 1 壮，每灸 1 壮用手按压额部 1 次，灸至皮肤发红、发热为度。

2.用横行灸双眼部：双眼闭合，火头距离皮肤 2～3cm，在双眼部来回平行移动，每来回 10 次为 1 壮，每灸 1 壮用手按压眼部 1 次，灸至皮肤发红、结膜充血为度。

3．用小回旋法灸双眼：双眼睁开，火头距离眼部 2～3cm，顺时针旋转灸双眼，速度适中，眼球不动，每回旋 10 次为 1 壮，每壮之间嘱患者闭眼，术者用手按压双眼 1 次，灸 10 壮。

4．用雀啄法灸睛明：火头距离皮肤 2～3cm，每雀啄 10 次为 1 壮，每壮之间用示指揉压 1 次，灸 8 壮。

5.用横行灸法灸双眼：双眼睁开，火头距离皮肤 2～3cm，火头横行来回移动，每来回移动 10 次为 1 壮，每壮之间用手按压眼部，灸 8 壮。

6．用螺旋灸法灸双耳：火头距离皮肤 2～3cm，灸至双耳发红、发热为度。

7.用雀啄法依次点灸外耳道口、眼（耳穴）、翳风，火头距离皮肤约 2cm，每雀啄 10 次为 1 壮，每壮之间用手压 1 次，各灸 8 壮。

8.用雀啄法点灸合谷，火头距离皮肤 2～3cm，雀啄 10 次为一壮，每壮之间用手按压一次穴位，各 8 壮。

每日灸疗 1 次，每 10 天为一疗程，一般灸 3～5 个疗程，每疗程间休息 1 天。

【提示】治疗期间眼底出血禁灸。

（三）鼻鼽（过敏性鼻炎）

本病多由肺气虚弱，脾肾虚损，卫表不固，腠理疏松，风寒湿邪乘虚而入，邪气相搏，肺气不宣，犯及鼻窍所致。临床主要表现为喷嚏、鼻塞、鼻痒、流涕等。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】疏风祛邪，通窍固表。

【方法】纵行、斜行、雀啄、螺旋、横行灸法。

【灸疗部位】

部位：上星至素髎部、印堂至迎香部、耳部、额部。

穴位：上星、素髎、睛明、印堂、迎香、列缺、合谷。

【操作】患者取坐势（头直立勿仰，以免火灰掉入眼内）。

1.用纵行法灸上星至素髎部：火头距离皮肤 2～3cm，上下灸 10 次为 1 壮，约 2 秒钟，每壮灸完后用手按一下，共灸 60 壮。

2.用斜行法灸印堂至迎香部：做“八”字斜行灸，操作方法同上。

3.用横行法灸额部：火头距离皮肤 2～3cm，在额部发迹与眉部边缘之间做横行移动，横行 10 次为 1 壮，共灸 3 壮。

4.用雀啄法灸印堂、睛明、迎香、上星：火头距离皮肤 2～3cm，雀啄 10 次为一壮，每壮之间用手按压一下，每穴各灸 5 壮，12 岁以下的患者每穴灸 3 壮。

5.用螺旋法灸耳廓正面、背面：火头距离皮肤 2～3cm，螺旋 10 次为一壮，每壮之间用手压一下，灸至耳廓发红。

6.用雀啄法灸外耳道口：牵拉耳廓，使外耳道口充分暴露，雀啄 10 次为一壮，每壮之

间用手压一下，两外耳道口各灸 3～5 壮。

7.用雀啄法灸鼻孔：指压上唇，火头距离鼻孔 2cm，同时让病人头后仰作深呼吸，雀啄 10 次为 1 壮，共灸 3 壮，12 岁以下者可灸 2 壮。

8.用雀啄法灸列缺、合谷：火头距离皮肤 2～3cm，雀啄 7 次为 1 壮，每壮之间用手压一下，每穴灸 3 壮，。

整个操作过程约 25 分钟，每天 1 次或 2 次，7 天为一疗程，疗程间休息 1 天，治疗 3 个疗程。

【提示】鼻部出血禁灸。

（四）腰痛病（腰椎间盘突出症）

本病多因身体素虚，肾精亏损，骨失所养，或劳作过度、运动失当，致腰腿疼痛。遇寒、暑、湿邪气侵犯腰腿部时，可加重或诱发本病。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则】温经活络，散寒止痛。

【方法】回旋、横行、摆阵灸法。

【灸疗部位】

部位：腰椎及腰骶椎部、患侧臀部。

穴位：环跳、委中。

【操作】患者俯卧病床。

1.摆阵法：双孔或多孔斗式灸具，置灸盒于腰椎、腰骶关节，盖上浴巾，温灸 30～40 分钟，每 15 分钟吹药灰一次。

2.悬灸法：火头距离皮肤 2～3cm，用横行法灸患侧臀部疼痛部位，灸至皮肤发红、发热，灸 10 次用手压一下。

3.悬灸点穴法：火头距离皮肤 2～3cm，用回旋法灸环跳、委中，回旋 10 次为 1 壮，每灸 1 壮，用手压一下，每穴位各灸 8 壮。下肢酸胀疼痛麻木部位，用左手平压腰部并向下滑动，火头随指尖移动，距离皮肤 2cm，滑动 10 次为一壮，共灸 7～9 壮。

每天灸 1 次，10 天为一疗程，可连续灸 1～2 个疗程，若有腰椎滑脱等其他合并症，可灸 3～5 个疗程。

【提示】椎间盘突出症须同时配合腰椎牵引治疗，病情严重时，应及时会诊。

三、禁忌症

眼外伤、青光眼、眼底出血、发热、脑血管病急性期、高血压危象及早孕等患者禁用。

四、注意事项

1.用灸时，火头应与皮肤保持适当距离，以患者能忍受为度，切忌火头接触皮肤，以免烫伤。如有皮肤烫灼伤，应对症处理。

2.治疗过程中应注意用火安全，避免火灾发生。

3.治疗后，2 小时内勿擦洗灸疗部位，否则影响疗效。

参考文献

[1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M]，南京：南京大学出版社，1994.

[2] 谢锡亮.谢锡亮灸法[M].北京：人民军医出版社，2007.

[3] 王玲玲.麦粒灸传薪集[M].北京：人民卫生出版社.2012.

[4] 谢锡亮，关玲.针灸基本功[M].北京：人民卫生出版社.2007.

[5] 程莘农.中国针灸学[M].北京：人民卫生出版社.2002.

[6] 陈日新，陈明人，康明非.热敏灸实用读本[M].北京:人民卫生出版社，2009.

[7] 符文彬，许能贵.针灸临床特色疗法[M].北京：中国中医药出版社，2011.

[8] 陈日新，康明非.穴位热敏化艾灸新疗法[M].北京:人民卫生出版社，2006.

[9] 王启才.新世纪全国高等中医院校规划教材《针灸治疗学》[M].北京:中国中医药出版社，2004.

[10] 赵时碧.中国雷火灸疗法[M].上海：上海远东出版社，2008.

第六篇 敷熨熏浴类技术

第一章 穴位敷贴技术

穴位敷贴技术是将药物制成一定剂型敷贴到人体穴位，通过刺激穴位，激发经气，发挥治疗作用。常用于软组织损伤等疼痛疾病，支气管哮喘、过敏性鼻炎等呼吸系统疾病、慢性胃炎、胃溃疡等消化系统疾病、月经不调、痛经等妇科疾病的治疗。

一、基本操作方法

（一）常用药物选择

临床有效的方剂，都可以熬膏或者研末作为穴位贴敷用药防治相应疾病。但与内服药物相比，穴位贴敷用药还有以下特点：

1.通经走窜、开窍活络类药物：如冰片、麝香、丁香、薄荷、细辛、白芷等。此类药物具有芳香通络作用，能够率领群药开结行滞，直达病所，拔病外出。但此类药物易耗伤人体气血，不宜过量使用。

2.刺激发泡类药物：如白芥子、斑蝥、毛茛、蒜泥、生姜、甘遂等。此类药物对皮肤具有一定的刺激作用，可使局部皮肤充血、起泡，能够较好地发挥刺激腧穴作用，以达到调节经络脏腑功能的效果。

3.气味俱厚类：如生半夏、附子、川乌、草乌、巴豆、生南星等。此类药物气味俱厚，药力峻猛，有时甚至选用力猛有毒的药物。这类药物在临床应用时，应注意掌握用量及贴敷时间，不宜用量过大，贴敷时间也不宜过长。

（二）赋型剂的选择

赋形剂能够帮助药物的附着，促进药物的渗透吸收，因此，赋形剂选用适当与否，直接关系到保健治疗的效果。现代穴位贴敷中主要常用赋型剂为：水、盐水、白酒或黄酒、醋、生姜汁、蒜泥、蜂蜜、鸡蛋清、凡士林等。此外，还可针对病情应用药物的浸剂作赋形剂。

1.水：可将药粉调为散剂、糊剂、饼剂等，既能使贴敷的药物保持一定的湿度，又有利于药物附着和渗透。

2.盐水：性味咸寒，能软坚散结、清热、凉血、解毒、防腐，并能矫味。

3.酒：性大热、味甘、辛。能活血通络，祛风散寒，行药势，矫味矫臭。用酒调和贴敷药，则可起到行气、通络、消肿、止痛等作用，促使药物更好地渗透吸收以发挥作用。

4.醋：性味酸苦、温。具有引药入肝、理气、止血、行水、消肿、解毒、散淤止痛、矫味矫臭作用。应用醋调和贴敷药，可起解毒、化瘀、敛疮等作用。

5.生姜汁：性味辛、温。升腾发散而走表，能发表，散寒，温中，止呕，开痰，解毒。

6.蒜汁：性温味辛。能行滞气，暖脾胃，消症积，解毒，杀虫。

7.蜂蜜：性凉味甘，具有促进药物吸收的作用，有“天然吸收剂”之称，不易蒸发，能使药物保持一定湿度，对皮肤无刺激性，具有缓急止痛，解毒化瘀，收敛生肌功效。

8.鸡蛋清：能清热解毒，含蛋白质和凝胶，能增强药物的粘附性，可使药物释放加快，但容易干缩和变质。

9.凡士林：医用凡士林，呈半透明状，主要用于医药上配制各种软膏、眼膏的基质，还可用于皮肤保护油膏。凡士林粘稠度适宜，穿透性较好，能促进药物的渗透，可与药粉调和

为软膏外敷。

10.麻油或植物油：麻油调和贴敷药，能增强药物的粘附性，可润肤生肌。

11.透皮剂：透皮剂是近年来新兴的一种制剂，可增加皮肤通透性，促进药物透皮吸收，增强贴敷药物的作用。目前临床常用的透皮剂为氮酮为无色至微黄透明油状液体，性质稳定、无毒、无味、无刺激性，且促透效率相当高，是目前理想的促透剂之一。

（三）剂型的选择

目前临床常见的穴位贴敷剂型有：散剂、糊剂、饼剂、丸剂、锭剂、软膏剂、硬膏剂、橡胶膏剂、涂膜剂、贴膏剂、药袋、磁片等。

1.散剂：是将药物研为极细粉末，过 80～100 目筛，混合均匀后，用水调和成团，根据具体需要，涂在不同大小的胶布面上，直接贴敷于穴位上。此方法制作简便，可根据病情变化随时增减药味和药量，储存方便，临床应用较广泛。也可将药末直接撒布在普通膏药中间贴于穴位上。

2.糊剂：将粉碎过筛的药末，加入酒、醋、姜汁、鸡蛋清、水等赋形剂调为糊状，敷贴于穴位上，外用纱布、胶布固定。糊剂可使药物缓慢释放，延长药物作用的时间，缓和药物毒性。

3.饼剂：将药物粉碎研细过筛后，加入适量面粉等粘合剂搅拌均匀，压制成小饼状，可入笼蒸熟，并贴敷于穴位上。有些药物本身具有黏稠性，也可直接捣成饼状贴敷。使用量应根据疾病轻重和穴位的部位而定。

4.丸剂：将药物粉碎过细筛后，拌和适当的粘糊剂制成，便于应用。

5.锭剂：将药物研碎过筛后，加水或面糊等赋形剂适量，制成锭形，晾干，临床使用时加水或醋磨糊，涂敷于穴位上。可减少配制过程的麻烦，方便储存，适应于慢性疾病的保健。

6.软膏剂：将药物粉碎过细筛或经提取浓缩后的浸膏，加入适宜的基质调匀并熬成膏状，使用时摊贴于穴位上。本剂型的渗透性较强，药物释放得慢，具有粘着性和扩展性。

7.硬膏剂：将药物放入麻油或豆油内浸泡 1～2 日，将油放锅内加热，炸枯后过滤，药油再熬至滴水成珠时，加入铅丹或广丹，摊涂于厚纸、布等材料中央做成固体膏剂。使用时可直接贴用或加热后贴于穴位。本剂型作用持久，保存方便。

8.橡胶膏剂：是以橡胶为基质的含药硬膏剂，粘着力好，成品稳定性高，使用方便。但制备工艺较复杂，成本也较高。

9.涂膜剂：是利用现代工艺以高分子聚合物为成膜材料，制成的含药涂膜剂，为一种新颖的骨架型经皮给药，使用时涂于皮肤特定穴位上。

10.贴膏剂：采用高分子材料作基质而制成，具有药物容量高、剂量准确，透皮性、贴敷性、保湿性好，贴着舒适，不污染衣物等特点，是具有发展前景的外用中药新剂型。

11.药袋：将应用药物粉碎过细筛后，放入布袋，混以水、醋、酒或其它赋型剂，放笼上蒸热后，乘热放于贴敷穴位上，冷后更换。

12.磁片：将磁片制成不同大小，面积应根据保健目的和穴位的部位而定，使用时，根据需要贴敷于相应穴位。

（四）穴位选择

穴位贴敷技术的穴位选择与针灸技术基本一致，也是以脏腑经络学说为基础，根据不同的保健需求和病证、穴位的特性，通过辨体、辨病和辨证，合理选取相关穴位，组成处方进行应用。实际操作时，可单选，亦可合选，需要灵活掌握，力求少而精。

1.局部取穴：可以采用疾病部位或者临近的穴位。

2.循经远取：一般根据中医经络循行线路选取远离病变部位的穴位。

3.经验选穴：多根据临床医生和保健师的经验选取穴位，如吴茱萸贴敷涌泉穴调理小儿流涎；威灵仙贴敷身柱穴调治百日咳等。

（五）贴敷方法

1.体位选择：应用穴位贴敷进行保健时，应根据所选穴位，采取适当体位，使药物能敷贴稳妥。

2.贴敷局部皮肤的准备：贴敷部位（穴位）要按照常规消毒。因为皮肤受药物刺激会产生发红、水疱和破损，容易发生感染。贴药前，定准穴位后，通常用温水将局部洗净，或用75％乙醇棉球行局部消毒，然后敷药。

3.贴敷药物的固定：为了保证药物疗效的发挥，对于所敷之药，无论是糊剂、膏剂或捣烂的鲜品，均应将其很好地固定，以防止药物移动或脱落。固定方法一般可直接用胶布固定，也可先将纱布或油纸覆盖其上，再用胶布固定。若贴敷在头面部，外加绷带固定特别重要，还可防止药物掉入眼内，避免发生意外。目前有专供贴敷穴位的特制敷料，使用固定都非常方便。如需换药，可用消毒干棉球蘸温水或各种植物油，或石蜡油轻轻揩去粘在皮肤上的药物，擦干后再敷药。

（六）贴敷时间

贴敷时间多依据选用的药物、体质情况而定，以贴敷者能够耐受为度。对于老年、小儿、体质偏虚者贴敷时间可以适当缩短。贴敷期间出现皮肤过敏，难以耐受的搔痒、疼痛感觉者应该立即终止贴敷。

二、常见疾病的穴位敷贴技术

（一）哮病（支气管哮喘）

支气管哮喘是由外源性或内在的过敏原或非过敏原等因素，导致以支气管发生可逆性阻塞为特点的疾病。临床上表现为反复阵发性支气管痉挛而致的气急、咳嗽、咳泡沫痰和肺部伴有哮鸣音。中医学认为该病的发病多因肺有内伏之痰，外感风寒之邪，或因饮食、情志、劳累过度所致。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】降逆祛痰，止咳平喘。

【敷贴验方】

1.白胡散

组成：白芥子21g、延胡索21g，细辛12g、甘遂各12g。

制法：上药共研细末，备用。

用法：用时将药粉用生姜汁调制成饼，在夏秋伏天贴于双侧肺俞、心俞、膈俞上，外以胶布固定。贴1～2小时取下。每10天贴敷1次，每年贴3次。

2.哮喘膏

组成：百合36g、川乌36g、草乌36g，当归12g，肉桂8g，赤芍18g，马钱子48g、仙鹤草48g、老鹤草各48g，桑枝30g、柳枝30g。

制法：将上药放如铜锅内，用植物油3000ml浸泡3天，熬焦去渣。当熬至滴水不散时，将广丹1000g徐徐撒入（用文火），并以桃柳棍2根，搅至滴水为珠，入乳香、没药细末各24g，搅匀冷缺即成。

用法：将膏药烘软，贴于身柱穴上。3天1次，3次为1个疗程。

3.寒哮膏

组成：细辛5g、生半夏5g、甘遂5g、延胡索5g、肉桂5g、橘红5g，白芥子10g。另配麝香2g。

制法：上药共研细末，先用生姜汁调药末成糊状，再加麝香于药面备用。

用法：取药饼贴敷于大椎、肺俞（双）穴上，包扎固定，每次贴2个小时，每年盛夏初伏、中伏、末伏各贴1次。

（二）鼻鼽（过敏性鼻炎）

过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎，可分为常年性和季节性两中。常年性过敏性鼻炎的典型症状是阵发性发作，鼻内发痒，连续喷嚏，大量清水样鼻涕，且有鼻塞和嗅觉减退等。季节性过敏性鼻炎的症状比常年性者严重，多在有花粉的季节发生，症状呈持续性。中医学认为该病的发病多因肺卫不足，风邪外袭所致，其发病多与肺、脾、肾功能失调有关。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】祛风抗敏，调理阴阳

【敷贴验方】

1.克敏灵

组成：白芥子 20g、延胡索 10g、甘遂 10g、丁香 10g、白芷 10g、细辛 10g。

制法：上药共研成细末，过 80 目细筛，用新鲜生姜汁调匀成糊状。

用法：取一定量药膏放于 4cm×4cm 的纱布棉垫中央，敷贴于大椎、肺俞（双）、膏肓（双）、肾俞（双）、膻中穴上，用胶布固定。每次贴敷 3 小时，5 天贴 1 次，3 次为 1 个疗程。

2.菖蒲散

组成：石菖蒲 20g、皂角刺 20g。

制法：上药烘干，共研成细末，过 80 目细筛。

用法：每用要少许，以药棉薄裹如球状，塞入患侧鼻孔中。每日 3 次。

3.复方麝香膏

组成：白芥子 20g、细辛 20g、甘遂 20g、辛夷 20g、麝香 0.3g。

制法：将前 4 味药研成细末，装瓶备用。麝香研细另装

用法：用时取药末适量，用姜汁调成糊状，做成如铜钱大的药饼。药面放入少需麝香，分别贴敷于肺俞、膏肓、百劳穴上，每次贴 6～8 小时后除去，10 天贴药 1 次，3～6 次为 1 疗程。

（三）胃脘痛（慢性胃炎）

慢性胃炎是一种由不同原因所引起的胃黏膜慢性炎症的常见病。临床主要以无规律的阵法性或持续性上腹部疼痛为特征，除疼痛外，可伴有纳差、恶心、腹胀嗳气，或见疲乏、消瘦、贫血、腹泻等。中医学认为本病多因饮食不节，情志失调，劳倦过度，久病体弱等所致。由于病程较长，易于反复，故常表现为虚实夹杂、寒热夹杂等复杂症候。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】温中散寒，和胃降逆。

【敷贴验方】

1．温胃膏

组成：附子 20g、肉桂 20g、炮姜 20g、小茴香 20g、丁香 20g、木香 20g、香附 20g、吴茱萸 20g、麝香 0.3g。

制法：上药（除麝香外）共研细末，用生姜汁调和成软膏状备用。

用法：用时先将麝香（约 0.3g）置于脐孔中，将铜钱大小的药丸敷于麝香上面，外加胶布固定。每日换药 1 次，10 天为 1 疗程。

2．吴白散

组成：吴茱萸 5g、白胡椒 2g、丁香 1.5g、肉桂 1.5g。

制法：上药共研细末，备用。

用法：取药粉加白酒炒热，敷于穴位上（取穴：中脘、胃俞、脾俞、足三里、内关。每次取穴 2 个，交替使用），外用胶布固定。每日换药 1 次，10 次为 1 个疗程。

3.止痛散

组成：香附 15g、延胡索 15g、高良姜 15g，木香 9g、九香虫 9g、干姜 6g、冰片 1.5g。

制法：上药共研细末。

用法：取本散 15g，用黄酒少许调和糊膏状，敷于神阙穴上，胶布固定。每日换药 1 次，疼痛消失为止。

（四）痛经

痛经是指妇女在月经前后或经期，出现下腹部及腰骶部剧烈疼痛，严重是伴有恶心、呕吐、腹泻，甚至晕厥。中医学认为本病病因多因情志不舒，或经期受寒，以致经血滞于胞宫，或体质素弱，气血不足，冲任失调，胞宫失养而成。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】行气活血，温经散寒。

【敷贴验方】

1.脐痛舒

组成：山楂 100g，葛根浸膏 10g，甘草浸膏 5g，白芍 150g。

制法：上药烘干研粉，再加乳香、没药浸液 70ml，烘干，另加入鸡血藤挥发油 4ml，冰片少许拌匀即成。

用法：取 0.2g，用醋或黄酒调成糊状，敷于脐处。月经来潮前 2 天应用，或初感疼痛是应用。

2.痛经膏

组成：当归 50g、吴茱萸 50g、乳香 50g、没药 50g、肉桂 50g、细辛 50g，樟脑 3g。

制法：先将当归、吴茱萸、肉桂、细辛共水煎 2 次，将煎液合并浓缩成糊状，混入 95％乙醇浸泡过的乳香、没药浸泡液中，烘干后研细末，加樟脑和匀备用。

用法：于经前 3 天去药粉 3g，用黄酒数滴拌成浆糊状，外敷于脐上，胶布固定。药干后调换 1 次。经行 3 天后取下药物。每天 1 次。

3.十四痛经膏

组成：益母草 30g、丹参 30g、桃仁 30g、红花 30g、牡丹皮 30g、木通 30g、当归 30g、川芎 30g、木香 30g、香附 30g、小茴香 30g、蒲公英 30g，延胡索 15g、冰片 2g。

制法：上药共研细末，装瓶备用。

用法：取药末 6g，用米醋调为稀糊状，敷于肚脐与关元穴上，上盖纱布，胶布固定。若寒气甚者，可加用热水袋熨之，每次 15～30 分钟，每日熨 2 次。每日换药 1 次，一个月经周期用 5 次。

（五）小儿腹泻（小儿消化不良）

小儿消化不良多见于 2 岁以下的婴幼儿，是儿科常见病之一。本病临床上以大便次数增多，腹胀肠鸣，粪便酸腐臭秽，或稀薄或呈水样带有不消化乳食及粘液等为特征。中医学认为本病多因饮食不节，内伤乳食，调护不当，或外感病邪，以致脾胃功能失调，清浊升降失司而成。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】健脾温中。

【敷贴验方】

1．敷脐方

组成：车前子 1g、丁香 1g、肉桂 2g。

制法：上药各研细末，和匀备用。

用法：用时取 2g 置于脐上，然后以加热之纸膏药盖贴于上。每隔 2 天换药 1 次。

2.贴脐膏

组成：朱砂 10g、樟脑 10g、松香 10g、明矾 10g。

制法：上药各研细末，和匀备用。

用法：用时去黄豆大 1 粒，填于脐中，外用胶布或膏药封贴。

3．丁香莪茇散

组成：丁香 30g、莪茇 10g、胡椒 5g、肉桂 5g、吴茱萸 5g、车前子（炒）20g。

制法：上药各研细末，和匀备用。

用法：用时取要末 0.1～0.3g 置于脐中，并以胶布固定。1～2 天换药 1 次。

三、禁忌症

1.贴敷局部皮肤有创伤、溃疡、感染或有较严重的皮肤病者，应禁止贴敷。

2.颜面五官部位，慎用贴敷，不宜用刺激性太强的药物进行发泡，避免发泡遗留瘢痕，影响容貌或活动功能。

3.孕妇腹部、腰骶部以及某些可促进子宫收缩的穴位，如合谷、三阴交等，应禁止贴敷，有些药物如麝香等孕妇禁用，以免引进流产。

4.糖尿病、血液病、发热、严重心肝肾功能障碍者慎用。

5.艾滋病、结核病或其它传染病者慎用。

四、注意事项

1.贴敷期间禁食生冷、海鲜、辛辣刺激性食物。

2.贴敷药物后注意局部防水。

3.对胶布过敏者，可选用低过敏胶带或用绷带固定贴敷药物。

4.小儿皮肤娇嫩，不宜用刺激性太强的药物，贴敷时间也不宜太长。

5.对于残留在皮肤的药膏等，不宜用汽油或肥皂等有刺激性物品擦洗。

五、施术后可能出现的异常情况及处理措施

贴敷后局部皮肤可出现潮红、轻微红肿、小水泡、微痒、烧灼感、色素沉着等情况，均为药物的正常刺激作用，不需特殊处理，但应注意保持局部干燥，不要搓、抓局部，也不要使用洗浴用品及涂抹其他止痒药品，防止对局部皮肤的进一步刺激。若出现情况以下异常情况，应及时进行处理。

1.贴敷药物后，局部出现热、凉、麻、痒或轻度疼痛属正常现象，如贴敷处有烧灼或针刺样剧痛，难以忍受时，可提前揭去药物，及时终止贴敷。

2.皮肤过敏可外涂抗过敏药膏，若出现范围较大、程度较重的皮肤红斑、水泡、瘙痒现象，应立即停药，进行对症处理。出现全身性皮肤过敏症状者，应及时到医院就诊处理。

3.皮肤出现小水泡，可表面涂以甲紫（龙胆紫）溶液，任其自然吸收。水泡较大者，可先用消毒针从水泡下端挑破，排尽泡液，或用一次性注射器抽出泡液，然后涂以龙胆紫溶液收敛，破溃水泡处也可涂以消炎软膏，外用消毒敷料包扎，以防感染。如果水泡体积巨大，或水泡中有脓性分泌物，或出现皮肤破溃、露出皮下组织、出血等现象，应到专业医院对症治疗。

第二章　中药热熨敷技术

中药热熨敷技术是将中药加热后，热熨患处，借助药性及温度等物理作用，使气血流通，达到治疗目的的一种方法，本法通过药性和温度作用，使腠理开阖、气血通调，散热（或散寒）止痛，祛风除湿，达到治疗效果。主要用于各种软组织损伤、疼痛及各种关节炎的治疗。

一、基本操作方法

热熨必须在伤后 2 天后方可使用，情况严重者至少在 5 天后方可使用。

热熨法技术的常用方法有“干、湿”两种：

1.干热熨法。这是用热水袋热敷的方法：将 60～70℃的热水灌满热水袋容量的 2/3，排出气体，旋紧袋口（注意不要漏水）。将热水袋装入布套或用布包好敷于患部，一般每次热敷 20～30 分钟，每日 3～4 次。如无热水袋，亦可用金属水壶（注意用毛巾包好），或用炒热的食盐或米或沙子装入布袋来代替。

2.湿热熨法。根据病情选择适当的方剂，将中草药置于布袋内，放入锅中加热煮沸或蒸 20 余分钟。把两块小毛巾、纱布趁热浸在药液内，轮流取出并拧半干，用自己的手腕掌侧测试其温度是否适当（必须不烫时才能敷于患部），上面再盖以棉垫，以免热气散失，大约每 5 分钟更换一次，总计 20～30 分钟。每日可敷 3～4 次。亦可将药袋从锅中取出，滤水片刻，然后将药袋放在治疗的部位上。

二、常见疾病的中药热熨敷治疗技术

（一）骨折后关节活动不利

骨折是骨科常见病，由于骨折的固定，造成部分关节的活动受限。采用本法，可舒筋活络，滑利关节，促进关节功能恢复。

【治则治法】舒筋活络，滑利关节。

【熨敷验方】

1.顽荆散方

组成：顽荆 90g、蔓荆子 60g、白芷 60g、细辛 60g、防风 60g、桂心 60g、川芎 60g、丁香皮 60g、羌活 60g。

制法：上药研末，和匀备用。

用法：每次取药末 90g，加葱白 7 根，煎水去渣。用毛巾浸泡药液熨敷痛处，冷即再换。

2.桂附散方

组成：桂心 30g、生附子 30g、细辛 30g、白芷 30g、五加皮 60g、桑叶 60g、白矾 60g。

制法：上药研末，和匀备用。

用法：每次取药末 90g，加葱白 10 根，煎水去渣。用毛巾浸泡药液熨敷痛处，冷即再换。

（二）痹症（类风湿性关节炎）

类风湿性关节炎是以关节病变引起肢体严重畸形，关节滑膜炎及浆膜、心肺、皮肤、眼、血管等结缔组织广泛性炎症为主要表现的慢性全身性自身免疫性疾病。中医认为本病是由于风寒湿热等邪气闭阻经络，影响气血运行，导致肢体筋骨、关节、肌肉等处发生疼痛。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】温经散寒，祛邪通络。

【熨敷验方】

1.历节痛风熨方

组成：炭灰 2500g、蚯蚓粪 500g，红花 20g、醋适量。

用法：共入锅内炒烫，装入布袋，置于患处，上加热水袋保持温度。

2.熨烙当归散

组成：防风 30g、当归 30g、篙本 30g、独活 30g、荆芥 30g、顽荆叶 30g。

用法：研粗末，加上粗盐 120g，慢火炒热，装入布袋，置于患处。

三、禁忌症

1.局部皮肤有创伤、溃疡、感染或有较严重的皮肤病者。

2.颜面五官部位慎用。

3.孕妇腹部、腰骶部以及某些可促进子宫收缩的穴位，如合谷、三阴交等，应禁止中药熨敷，有些药物如麝香等孕妇禁用，以免引进流产。

4.糖尿病、血液病、发热、严重心肝肾功能障碍者慎用。

5.艾滋病、结核病或其它传染病者慎用。

6.肢体感觉障碍（例如部分糖尿病人）者慎用。

四、注意事项

1.热敷的部位主要是项背、四肢和腰部。

2.毛巾必须折叠平整，这样不易烫伤皮肤，并可使热量均匀传递。

3.热敷时可隔着毛巾使用拍法，但切勿在热敷时或刚热敷后使用其他手法，否则容易破皮。

4.热敷的温度应以病人能忍受为度，要避免发生烫伤。对皮肤感觉迟钝的病人尤需注意。

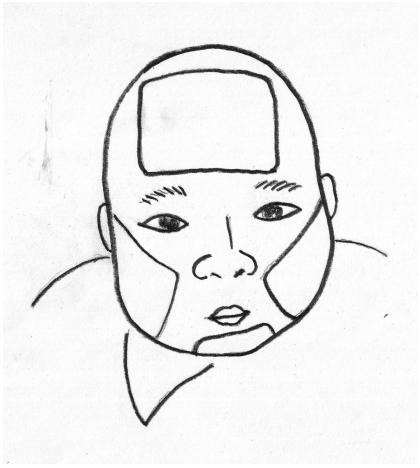
第三章　中药冷敷技术

中药冷敷技术是将按一定处方配伍的中草药洗剂、散剂、酊剂冷敷于患处的治疗方法。该技术可使中药透皮吸收后发挥药效，同时，应用低于皮温的物理因子刺激机体而达到降温、止痛、止血、消肿，减轻炎性渗出的作用。适用于外伤、骨折、脱位、软组织损伤的初期，衄血，蛰伤，也适用于感染性皮肤病、过敏性皮肤病以及高热、中暑等病人。

一、基本操作方法

（一）中药湿冷敷

将中草药放在砂锅内，加水煎汤，过滤去渣冷却后，放冰箱冷藏室保存，用时用消毒纱布 7～8 层或干净毛巾，浸取药液，微挤压至不滴水时为度，外敷患处，并及时更换，以保持患处的纱布层或毛巾保持 8～15℃的低温。



（二）中药冰敷

1.将中草药进行粉碎，混合均匀制成外用散剂备用。使用时用凉开水将中药散剂调成糊状外敷于患处，厚度 0.5cm～1cm，面积大于病变部位，其上覆盖 3～5 层纱布，再用冷敷袋敷于纱布上以保持低温。其温度控制在-3℃～-4℃，一次冰敷时间 30 分钟左右。



2.冰敷袋的制作

（1）盐水冰袋：选用一次性输液袋（100、250、500 毫升等规格），灌装 20%盐水，放入冰箱冷冻室冷冻 2～4 小时，取出后外观成霜状液体或冰水混合物，即可应用。该方法操作简单，冷冻后成霜状液体或冰水混合物，表面软硬适度，与患肢接触面积增大，患者舒适度增加。

（2）简易乙醇冰袋：选用规格为 2000 毫升的静脉营养输液袋，先用剪刀剪去输液袋活

塞远端，保留活塞，再用注射器向袋内注入 50％乙醇约 1000～1500 毫升，排尽空气，最后关闭活塞平放在冰箱里冷冻备用。该方法取材方便，制作简单；冰箱冷冻室的常用温度为-6～-24℃，而 50％乙醇的冰点是-30℃，故在冰箱内不会结成冰块，增加患者的舒适及安全；可重复使用，减轻患者经济负担。

（3）医用彩色盐水冰袋：选择边缘圆钝的 250 毫升软包装液体袋，贴上标签纸，用圆柱笔注明“冰袋”；称取 25g 食盐添加自来水 250 毫升中，用搅拌棒搅拌使之完全溶解，成为 10％盐水，滴入 0.1 毫升蓝墨水，使盐水呈淡蓝色，再用 50 毫升注射器抽取淡蓝色盐水注入软包装液体袋，最后将该软包装盐水袋置于 5℃冰箱内预冷 1 小时（可使盐水冰粒体积减小），再置-20℃（或-18℃）冰箱内 24 小时后即成冰袋。成品呈淡蓝色冰霜状。该方法冰袋呈冰霜状，在融化过程中其形态为冰水混合物，冰袋松软，能充分接触体表面积，易于固定，避免了给患者造成不适和压伤，并且，标识明显、醒目，杜绝了差错隐患。

（4）芒硝冰袋：用芒硝 10g 加清水 100 毫升配制成 10％芒硝溶液。根据患处大小分别采用 3 种规格的棉垫（大号为 25cm×20cm×2cm，中号为 20cm×15cm×2cm，小号为 10cm×10cm×2cm）用 50、30、20 毫升芒硝水分别将大、中、小棉垫浸润，装入透水无纺布袋中（按棉垫规格制成，一面为透水层，另一面为隔水层），放置于-18℃冰箱中 12 小时，即成芒硝冰袋。取出后呈冰霜状，松软、可塑形。该方法制作成的冰袋低温持续时间长，放在室温 18～24℃持续 3 小时温度仍在-5℃，与传统方法相比，冰袋松软能与体表接触充分，易于固定，患者感到舒适。

（三）中药酊剂凉涂法

将中草药放入密闭的玻璃容器内，加入 60％乙醇，密闭静置 2 周，过滤去渣，将澄清的中药液灌入喷雾瓶内，放冰箱冷藏室保存。使用时喷涂于病变部位，喷 2～3 层，面积大于病变部位，其上覆盖 3～5 层纱布，再用冷敷袋敷于纱布上以保持低温。其温度控制在-3℃～-4℃，一次冰敷时间 30 分钟左右。

（四）中药散剂冷敷法

将中草药粉碎，过筛，按《中国药典》第二版把固体粉末加工成最细粉，混合均匀后，放冰箱冷藏室保存。使用时揉于患处，面积 1～2cm，之后用含有凉性物理介质的膏贴敷于患处，1 小时后去除膏贴。

三、常见疾病的中药冷敷技术

（一）发热

由于致热原的作用使体温调定点上移而引起的调节性体温升高（超过 0.5℃），称为发热。中医认为发热分为实热与虚热两种，中医冷敷技术主要适用于实热证。实热病因有外感、内伤之分。外感温热阳邪，“邪并于阳”而使“阳”亢盛；或虽感受阴寒之邪，但入里化热；内伤或因过食辛辣温热之品，或因情志内伤，五志过极而化火，或因气滞、血瘀、食积等郁而化热，或脏腑气机过旺等，使体内阳热之气过盛，阴液未能御制阳热之邪，临床表现出热象及燥动之象。西医多见于感染性发热。

外感实热

【治则治法】清热解表。

【操作步骤】应用中药湿冷敷法。将中药加入 1500～2000ml 水煎煮约 10～15 分钟，过滤去渣放冰箱冷藏后，用时用消毒纱布 7～8 层或干净毛巾，浸取药液，微挤压至不滴水时为度，外敷治疗部位，并及时更换，以保持患处的纱布层或毛巾保持 8～15℃的低温，直至退热。

【组方】金银花、荆芥各 20g，板蓝根 30g，薄荷 15g，柴胡、紫苏叶、防风各 10g 等。

部位：大椎、风池、曲池等穴位，前额、颈部、肘窝等部位。

内伤实热

【治则治法】清热泻火。

【操作步骤】应用中药湿冷敷法或中药冰敷法。

中药湿冷敷法操作同上。

中药冰敷法：将中草药进行粉碎，混合均匀制成散剂，用凉开水将中药散剂调成糊状外敷于患处，厚度 0.5cm～1cm，面积大于病变部位，其上覆盖 3～5 层纱布，再用冷敷袋敷于纱布上以保持低温。在冷敷过程中一定要注意局部温度变化，每 30 分钟～1 小时观察患肢末梢血运，了解患者局部感受。

【组方】生石膏 25g，藿香、黄芩、羌活各 10g，连翘、葛根、大黄各 5g，蒲公英 20g。

部位：大椎、曲池、委中等穴位，颈部、腋部、大腿根部、肘窝、腘窝等有大血管经过的部位。

特殊提示：冰袋应用毛巾包裹，避免直接接触皮肤，防止冻伤。如体温超过 40℃（小儿超过 39℃）则可能引起惊厥、昏迷，甚至严重后遗症。故应及时应用退热药。如出现抽搐等症状应遵照医嘱服用镇静药（特别是小儿）。

（二）急性筋伤（急性软组织损伤）

外来暴力、猛烈撞击、重物挫压、不慎跌仆、强力扭转均可引起急性筋伤。所谓“筋”，结合现代医学解剖知识，主要是指人体的皮肤、皮下浅深筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、韧带、关节囊、滑膜等软组织。凡因各种急性外伤造成人体上述组织合并周围神经、血管的损伤，统称为“筋伤”，即相当于现代医学的急性软组织损伤。临床主要表现为局部肿胀、疼痛、功能障碍、青紫瘀斑等。

【治则治法】活血消肿。

【操作步骤】应用中药冰敷法。中药冰敷法：将中草药进行粉碎，混合均匀制成散剂，用凉开水将中药散剂调成糊状外敷于患处，厚度 0.5cm～1cm，面积大于病变部位，其上覆盖 3～5 层纱布，再用冷敷袋敷于纱布上以保持低温。在冷敷过程中一定要注意局部温度变化，每 30 分钟 ～ 1 小时 观察患肢末梢血运，了解患者局部感受。如果伤者较年轻，损伤程度较重，可选择持续性冷敷法，1～2 小时不间断。每 6 小时 1 次，共 3～4 次。如果是年龄较大，体质较差，尤其是老年人，应该选择间隔冷敷法，每隔 30～60 分钟敷 1 次，每次不少于 20 分钟。因为个体差异不同，老年人血液循环差，持续冷敷可能会使局部血液减少，引起局部皮肤“冻伤”，影响代谢而不利于局部韧带的修复

【组方】黄柏、延胡索、木通、血竭、白芷、独活、木香、川芎、红花等药物各 15g，共研为末。

特殊提示：患者来诊后经检查排除骨折后用冰袋或冰块敷于患处；冰袋应用毛巾包裹，避免冻伤临近皮肤。冷敷要根据创伤的严重程度和年龄而定。

（三）鼻衄（热伤脉络，迫血妄行）

鼻衄是由肺热上蒸，逼血逆行，或燥气外袭所致，以鼻腔出血为主要症状的病证。，是耳鼻喉科常见急症，可由气候干燥、恼怒、饮酒、鼻部外伤等所致或诱发。临床以鼻腔出血为主要症状，出血量多少不一，轻者仅为涕中带血，重者可引起失血性休克，反复鼻出血可导致贫血。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【操作步骤】应用中医药冰敷法。病人仰卧位，将中草药酊剂喷涂于额头及鼻根部、鼻腔内，每个部位喷涂面积 1cm 左右，取 2～3 个部位。将冰袋放置于前额、鼻根部、及双侧鼻翼。约 10～15 分钟。

【组方】大黄、黄芩、黄连各 15g。

部位：前额及双侧鼻翼。

特别提示;此方法适用于出血少量且出血在鼻腔前部的患者。若出血量较大，应用此方

法不能有效止血者，或伴有其他内科疾病的患者应及时就医。

（四）急性皮肤病

适用于辨证属实证的急性皮肤病，以风、湿、热、虫、毒等为常见病因。发病急骤，主要表现为：红、热、肿、痛、瘙痒、丘疹、疱疹、糜烂、脓疱等。包括急性皮炎、急性湿疹、感染性皮肤病初期及过敏性皮肤病等。中药冷敷剂具有抗菌消炎，收敛消肿和止痒止痛之功效，所以适用于急性皮肤病。

【治则治法】清热解毒

【操作步骤】应用中药湿冷敷法。将中药加入 1500～2000 毫升水煎煮约 10～15 分钟后，过滤冷却，最好经冰箱冷藏处理后，用数层清洁纱布湿敷皮损，每次 15 分钟，每日 3～4 次，每次药量可重复 2～3 次。

【组方】黄芩、黄柏各 15g，甘草 10 g

（五）膝痹病（膝关节滑膜炎急性期、热痹）

膝关节创伤性滑膜炎是指在急性损伤、慢性劳损及外邪刺激下引起关节囊滑膜层损伤，出现急性充血、炎症渗出等改变。急性期临床可见膝关节肿胀膨隆，胀痛，屈膝困难等症状。查体见膝关节局部皮温增高，浮髌试验阳性。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】化瘀清热，利水渗湿。

【操作步骤】应用中药湿冷敷法。将中草药加水煎煮，滤出药液，置于生理盐水空瓶中，存于 10℃环境中(冰箱冷藏室可准确控制温度)。将多层无菌纱布置于 10℃药液中充分浸泡，取出，敷于患膝。每次 30 分钟取下。每日 2 次。

【组方】丹参 30g、当归 15g、赤芍 15g、土茯苓 30g、二花 20g、连翘 20g、桑寄生 15g、泽泻 15g、生苡仁 30g、白扁豆 30g、木瓜 12g、牛膝 12g。

（六）天行赤眼（急性结膜炎）

急性结膜炎属于中医眼科“暴风客热”、“天行赤眼”等范畴。多因外感风热，疫疠之气或风热阳盛之体，内外合邪交攻于目而发。属热性病， 因此利用中药冷敷技术。主要临床表现包括：自觉异物感，灼热感，流泪，刺痛，视物模糊。一些患者可伴有发热、全身不适等症状。

【治则治法】清热解毒明目。

【操作步骤】应用中药湿冷敷法。将中草药加水煎煮（含挥发性成分的薄荷应在其它药物煎好前 5 分钟放入锅内煎煮）。共滤出药液 300 毫升，用多层无菌纱布滤取药液，置于生理盐水空瓶中，存于 10℃环境中（冰箱冷藏室可准确控制温度）。将多层无菌纱布置于 10℃药液中充分浸泡，取出，敷于患眼。每次 15 分钟取下即可。每日 3 次。

【组方】黄连、板蓝根、双花、桑叶、薄荷、连翘各 20g，菊花、大青叶各 10g。

特殊提示：单眼患者需采用侧卧位，即患眼最低位，以防止污染健眼。勿用手揉眼，以防止交叉感染。

三、禁忌症

1. 阴寒证。
2. 伴有循环障碍，如动脉栓塞、雷诺氏病等。
3. 急性炎症后期、慢性炎症或深部化脓病灶。
4. 系统性红斑狼疮、冷过敏及断肢再植后等禁用。

四、注意事项

1. 单次冷敷时间不宜过长，每次 20～30 分钟为度。
2. 经常观察皮肤变化，特别是创伤靠近关节、皮下脂肪少的患者，每30分钟～1小

时观察患肢末梢血运，了解患者局部感受。注意冰袋不能与皮肤直接接触。直接将冰袋置于患处则可能引起严重的冻伤如发现：皮肤苍白、青紫、麻木感应，表示静脉血淤积，应停止冷敷，否则会造成冻伤。

3. 冷敷完毕后，注意保持局部干燥，注意保温。

第四章　中药湿热敷技术

中药湿热敷技术是将中药加工成药散，或水煎汤，或用95%的乙醇浸泡5～7天，然后用纱布蘸药汤敷患处来治疗疾病的一种方法，具有抑制渗出、收敛止痒、消肿止痛、控制感染、促进皮肤愈合等作用，适用于软组织损伤，以及骨折临床愈合后肢体功能障碍者，也适用于疖、痈等急性化脓性感染疾病还未溃破者。

一、基本操作技术

1.将煎好的药汤乘热倒入盆内，用消毒纱布7～8层或干净软布数层蘸药汤乘热摊放患处，另用1块消毒纱布不断地蘸药汤淋渍患处，使摊敷在患处的纱布层得以保持一定的湿热度，持续淋渍湿敷，根据病情，每次湿敷20～30分钟。



2.将煎好的药汤乘热倒在盆内，用消毒纱布7～8层或软布蘸药汤，浸湿药液，轻轻绞干，以不滴水为度，再折叠数层，乘热敷在患处，两手轻轻旋按片刻，稍凉再换，如此连续操作。根据病情，每次湿敷20～30分钟。

特别提示：中药湿敷技术使用时应注意消毒灭菌。

二、常见疾病的中药湿热敷治疗

（一）唇风（慢性唇炎）

以唇粘膜肿胀，色暗红，干燥，有广泛灰白色秕糠状鳞屑，或有皲裂，局部发痒、发干、灼痛、肿胀、液体渗出、结痴为常见症状。其发病与寒冷、干燥、日光照射、烟酒刺激以及舔唇、咬唇、乐器吹奏等因素有关。中医认为本病或因风火毒邪搏结于唇；或因过食辛辣厚味，脾胃湿热，熏灼唇部；或因皮经血燥生风所致。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】清热解毒，祛风利湿。

【组方】白鲜皮15g，蛇床子10g、川槿皮10g，地肤子30g、苦参30g。

【操作步骤】将中药置砂锅内煎煮，煮沸约10分钟，离火之后，去除药渣待温后，将药液倒出，用消毒纱布7～8层或软布蘸药汤，浸湿药液，轻轻绞干，以不滴水为度，再折叠数层，乘热敷在患处，两手轻轻旋按片刻，稍凉再换，如此连续操作。每次30～60分钟。每日3次。5天左右为一疗程。

（二）漆疮（接触性皮炎）

接触性皮炎是皮肤粘膜由于接触外界物质，其临床特点为在接触部位发生边缘鲜明的损害，轻者为水肿性红斑，较重者有丘疹、水疙甚至大疱，更严重者则可有表皮松解，甚至坏死。中医认为该病是由于禀赋不耐、腠理不密，以致风湿热毒之邪侵袭，蕴于肌表而发病，日久则耗伤阴血所致。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】疏风清热。

【组方】蝉蜕 50g/蛇床子 30g，苦参 20g，白矾 10g、川椒 10g、艾叶 10g、食盐 10g。

【操作步骤】将中药加清水 1500ml，煎沸 20 分钟，过滤去渣后，将药液放入盆内使用。将药液倒入瓷盆，用沙布棉垫在药液中浸泡 3～5 分钟，让药液充分浸入棉垫后，拧半干，敷于皮损表面，20 分钟取下，3 次/天。

（三）蛇串疮（带状疱疹）

带状疱疹是由水痘带状疱疹病毒感染所引起的急性疱疹性皮肤病，临床上以簇集水疱伴疼痛为主要特征，多呈条带状分布，病程 2～4 周，年龄越大、疼痛越明显，持续时间越长。中医认为本病由于情志内伤，肝气郁结，久而化火，肝经火毒蕴积，夹风邪上窜头面而发；或夹湿邪下注，发于阴部及下肢；火毒炽盛者多发于躯干。年老体弱者，常因血虚肝旺，湿热毒蕴，致气血凝滞，经络阻塞不通，以致疼痛剧烈，病程迁延。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】清热燥湿，泻火解毒。

【组方】黄柏 30g、生地榆 30g、五倍子 30g、诃子 30g。

【操作步骤】将中药加水 1000ml，水开计时 20 分钟，连煎 2 次，将两煎药液倒入瓷盆，用沙布棉垫在药液中浸泡 3～5 分钟，让药液充分浸入棉垫后，拧半干，敷于皮损表面，冷热不换，20 分钟取下，3 次/天。

（四）流火（丹毒）

丹毒是皮肤及其网状淋巴管细菌感染引起的急性炎症，以局部皮肤出现界限清楚之片状红疹，颜色鲜红，并稍隆起，压之褪色；皮肤表面紧张炽热，迅速向四周蔓延，有烧灼样痛突然发红为主要表现。中医认为丹毒多因血热内郁，外感毒邪，侵犯肌肤，或因肌肤破损，感染毒邪，毒邪乘隙而入，郁蒸血分所致。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】用清热泻火解毒。

【组方】生大黄 15g、黄连 15g、黄芩 15g、黄柏 15g。

【操作步骤】将中药用粉碎机粉碎，将中药粉末加水 1000ml 煎煮，煮沸 20 分钟后倒出，待自然冷却后，用纱布 4～6 层做成布垫样片块，浸泡药液中，以浸透药液稍挤拧至不滴水为度，覆盖于患处，每隔 5～10 分钟更换 1 次，持续 1 小时，每日 3～4 次，3～5 天为 1 个疗程。

（五）网球肘（肱骨外上髁炎）

中医学认为多由气血虚弱，血不荣筋，肌肉失却温煦，筋骨失于濡养所致。起病缓慢，初起时在劳累后偶感肘外侧疼痛，延久逐渐加重，疼痛甚至可向上臂及前臂放散，影响肢体活动，但功能活动多不受限。做拧毛巾、扫地、端壶倒水等动作时疼痛加剧，前臂无力，甚至持物落地。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】舒筋通络，活血止痛。

【组方】海桐皮 10g、透骨草 10g、路路通 10g、乳香 10g、没药 10g、艾叶 10g、当归 10g、桑寄生 10g、牛膝 10g、刘寄 10g、独活 10g、川乌 10g、白附子 10g、伸筋草 10g。

【操作步骤】建议使用湿敷法。将药物装在纱布袋内缝好或扎好，放在沙锅或搪瓷盆内，加水（约 1500ml）煮开以后，再继续煮 15～20 分钟使用。每日 1～2 次。10 天为一疗程。

三、禁忌症

外伤后患处有伤口，皮肤急性传染病等忌用湿敷技术。

四、注意事项

1.湿敷垫的更换时间：注意掌握更换湿敷垫及湿敷液的时间，以保持一定的湿度及清洁度与温度。渗出伴浮肿较重者应持续湿敷，夜晚涂油膏，病轻者白天可湿敷多次，随着

症状减轻而逐渐减少次数

2.注意部位和面积：湿敷垫必须与皮损密切贴附，方能达到湿敷的目的。颜面、耳后、肛周、外阴及指、趾间等部位，因形态不规则，应特别注意贴敷紧密。湿敷面积不可过大，应随着季节、室温而定，一般不超过全身面积的1/3，以免过度的体表蒸发造成脱水。对老人、幼儿以及皮损在颈、胸等部位的患者应特别注意。冬季室温低时，颈胸部位最好不用冷湿敷

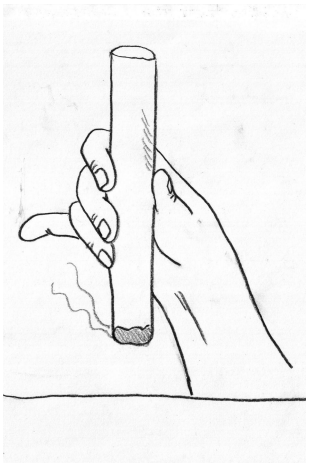
3.用后的纱布应洗净消毒（可煮沸消毒）后再用。湿敷液应新鲜配制，防止因溶液变质影响效果。

第五章　中药熏蒸技术

中药熏蒸技术是借用中药热力及药理作用熏蒸患处的一种外治技术。以中药蒸气为载体，辅于温度，湿度，力度的作用，促进局部的血液及淋巴的循环，有利于局部水肿及炎症的吸收，消除局部肌纤维的紧张和痉挛。临床广泛应用于风湿免疫性疾病、骨伤科、妇科、皮肤科及五官等各科疾病的治疗当中。

一、基本操作方法

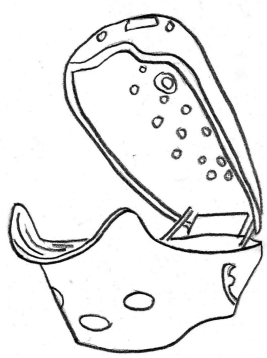
1.烟气熏法：利用所取药物，或研粗末，置于火盆或火桶中；或用纸片，将药末摊于纸上并卷成香烟状，点燃熄灭后而产生的烟气，对准某一特定部位进行反复熏疗，以达到治疗作用。也可用于室内的消毒灭菌，以预防疾病为目的。



2.蒸汽熏法：利用所取药物加清水煎煮后所产生的蒸汽熏蒸某一特定部位。操作方法：①.取用一种特殊容器，将所用药物置于容器中加清水煎煮后，即对准患处或治疗部位，边煮边熏；②.取出药液，倒入盆内，再趁热熏蒸。



3.现代“汽雾透皮”技术：应用现代电子技术生产出的汽雾透皮设备，可进行全身、四肢及局部的汽雾给药，具有操作简便，保证药物的浓度和温度的稳定等优点。



4.给药温度及时间：一般将蒸汽温度控制在45℃左右，每次熏蒸时间设定为30分钟左右。另有研究证实：较高的熏蒸温度可以明显提高即时的止痛效果及远期治疗效果。但要注意，部分敏感部位不耐受高温，此时要注意降低蒸汽温度在人体体温上下。所以，临床应用时，应视具体情况调节蒸汽温度，以患者能耐受为宜。

【特别提示】高血压、心脏病重症患者慎用，如出现头晕、胸闷、呼吸困难等情况后立即停用。

二、常见疾病的熏洗治疗

（一）面瘫病（周围性面神经麻痹）

面瘫以口眼歪斜为主要表现，多发于青壮年，多因劳作过度，机体正气不足，络脉空虚，卫外不固，复因睡卧当风，感受外邪，风寒或风热之邪乘虚入中面部经络，致气血闭阻，手足太阳、阳明经筋功能失调，筋肉失于濡养、约束，肌肉纵缓不收而成。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】温经散寒，祛风通络。

【组方】牙皂20g，荆芥15g、防风15g，蝉蜕12g、大黄12g、建曲12g。

【操作步骤】将中药装入药罐中，加清水1000～1500ml，煎煮沸后5～10分钟，仍在原煎药容器上，趁热熏蒸患侧面部，并以文火维持药液沸腾，使蒸汽持续而均匀，熏至面部微汗出为止。每次熏30～40分钟，每日1次，3日为1个疗程。1个疗程未愈，可以隔3天后，再进行下一个疗程。3个疗程无效，可改用他法。

（二）关格（慢性肾功能不全）

慢性肾功能不全的患者临床上多有恶心、呕吐等症状，甚至食入即吐。中医认为其病机关键是脾肾虚衰，毒损肾络，其毒主要为湿浊、痰饮、瘀毒、药毒等。病人有时不愿或无法内服药物，此时应用中药熏蒸技术，可促进水、代谢产物等随汗液从皮肤排出，能够明显改善慢性肾功能衰竭病人的疲倦无力、水肿、纳差等症状。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】开腠泻毒，利水消肿。

【组方】麻黄10g、细辛10g、桂枝10g、连翘10g、木瓜10g、白芷10g、川芎10g、红花10g、当归10g、地肤子10g、仙灵脾10g、苏叶15g、艾叶15g、羌活15g、防风15g。

【操作步骤】应用中药汽疗仪，将中药加清水3000～3500ml，通电煎沸20～30分钟，待蒸汽舱内温度达37℃时，患者进入舱内，中药蒸汽熏蒸全身各处（除头外），每日1次，每次20分钟。10次为1疗程，疗程间可间隔3天。

（三）咳嗽（上呼吸道感染、支气管炎）

咳嗽是以咳嗽、咯痰为主要症状的病症，是指外感或内伤等因素，导致肺失宣肃，肺气上逆，冲击气道，发出咳声或伴咯痰为临床特征的一种病证。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】化痰止咳。

【组方】荆芥 10g、陈皮 10g、紫苑 20g、百部 20g、白前 20g、桔梗 20g、甘草 6g。

【操作步骤】将中药加水 1000～1500ml，煎煮 20 分钟左右，煮沸后将药液倒入有嘴壶中，盖住壶口，趁热将壶嘴对准患者口鼻熏蒸，并令患者重吸之。凉后加热，反复重吸，每日一付，早晚各一次。

【特别提示】熏蒸前先用手背试探蒸汽温度，至手背无烫灼感，方可以口鼻重吸，避免蒸汽烫伤口鼻。

（四）妇人腹痛（盆腔炎）

以女性下腹部坠胀疼痛，伴有白带量明显增多，可为脓性，有臭味，也可以呈血性，月经紊乱等为主要症状。是指女性生殖道及子宫周围的结缔组织和盆腔腹膜的炎性反应，可分为慢性盆腔炎和急性盆腔炎。多因湿浊热毒蓄积下焦，气血壅滞所致，为妇科常见病、多发病。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血化瘀，理气止痛，祛湿消癥。

【组方】鸡血藤 20g、三棱 20g、莪术 20g，川楝子 10g、荔枝核 10g、透骨草 10g、鱼腥草 10g、红花 10g、桂枝 10g、小茴香 10g、白芷 15g、香附 15g、元胡 15g。

【操作步骤】将中药加清水 4000ml，煎煮沸后 5～10 分钟，仍在原煎药容器上，趁热熏蒸腹部，并以文火维持药液沸腾，使蒸汽持续而均匀。每次熏 30 分钟，每日 2 次，1 个月为 1 个疗程。

（五）湿疮（湿疹）

急性期可见周身或局部出现红色疙瘩，或皮肤潮红而有集簇，又散发性粟米大小之红色丘疹或丘疹水疱，瘙痒，或皮损溃烂，渗出液较多，常伴有便干溺赤，口渴，心烦等症。慢性期多出现鳞屑、苔藓化等损害，皮损处有融合及渗出的倾向。多因饮食伤脾，外受湿热之邪，客于肌表所致；或脾虚失运，素体蕴湿，郁久化热，湿热蕴遏所致。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】除湿祛风，杀虫止痒。

【组方】苍术 10g、黄柏 10g、苦参 10g、防风 10g、大风子 30g、白鲜皮 30g、松香 15g、五倍子 15g。

【操作步骤】将中药共研粗末，备用，用时，取本散适量，用较厚草纸卷药末成纸卷，一端扎紧，点燃另一端烧烟熏患处，每次熏 15～30 分钟，每天熏 1～2 次，温度以病人能耐受为度。

三、禁忌症

1.急性传染病、严重心脏病、严重高血压病等，均忌用全身熏蒸。

2.危重外科疾病，严重化脓感染疾病，需要进行抢救者，忌用熏蒸。

3.慢性肢体动脉闭塞性疾病，严重肢体缺血，发生肢体干性坏疽者，禁止使用中高温（超过 38 度）熏蒸。

4.妇女妊娠和月经期间，均不宜进行熏蒸。

5.饱食、饥饿，以及过度疲劳时，均不宜熏蒸。

6.饭前饭后半小时内，不宜蒸汽熏蒸。

7.有过敏性哮喘病的患者禁用香包熏法。

四、注意事项

1.熏蒸前饮淡盐水 200ml，避免出汗过多引起脱水。

2.冬季熏蒸时，应注意保暖，夏季要避风，熏蒸后拭干身体，避免汗出当风，引起感冒。

3.在全身熏蒸过程中，如患者感到头晕不适，应停止熏蒸，卧床休息。

4.药汤温度要适宜，不可太热，以免烫伤皮肤。如果熏蒸时间较久，须持续加热，要注意避免烫伤，并做好防火措施，才能收到安全良好的治疗效果。

5.患者每次使用过的熏蒸床以 500mg/L 含氯消毒溶液擦拭，熏蒸锅定时用 0.5%过氧乙酸溶液喷洒消毒，熏蒸室每晚紫外线照射 1 小时，防止交叉感染。患者所用被单或毛巾被应独立使用，每天更换。

6.如熏蒸无效或病情反而加重者，则应停止熏蒸，改用其他方法治疗。

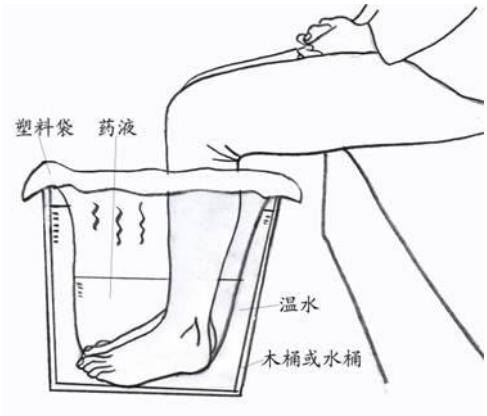
第六章　中药泡洗技术

中药泡洗技术藉泡洗时洗液的温热之力及药物本身的功效，浸洗全身或局部皮肤，起到活血、消肿、止痛、祛瘀生新、杀虫消毒等作用。本法不仅适用于痈、疮、肿毒、癣、痔、烫伤、外伤、骨伤等局部疾病，也可用于发热、失眠、便秘、中风、关节炎、肾病、高血压病、糖尿病等全身性疾患。

一、基本操作方法

全身泡洗技术：是用较多的中草药煎汤制成水剂，然后将其注入浴缸、浴桶或专门器械中，待药液降温后，用来泡澡的治疗疾病的方法。本法洗浴范围大，浸泡时间长（1 次浸泡可达 30～40 分钟），对感冒、风湿、丹毒、湿疹、疥疮等内科、皮肤科疾病能起到较好的治疗和辅助治疗作用。

局部泡洗技术：是指用药液浸洗身体或身体的某一部位（多为患部），以达到治疗局部或全身疾患的目的。这种方法洗浴时间长，药液直接浸于体表，可使药液中的有效成分有足够的时间进入体内，以便发挥治疗作用，是临床中最常用的、疗效最确切、治疗范围最广的药浴技术之一。



特别提示：不可久坐水中恣意泡洗，以免冬天着凉，夏天受热。

二、常见疾病的泡洗治疗技术

（一）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

膝关节骨性关节炎是中老年人及重体力劳动者的常见病。主要表现为关节边缘增生和关节面的硬化，这是关节面耐压能力降低的一种老化现象，主要病变来自关节软骨变性。祖国医学认为肝肾虚衰，体质下降是本病的内因，而风寒湿邪流注关节，外伤后血瘀阻络是本病的外因。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血化淤，祛风除湿，疏经通络。

【组方】鸡血藤 20g、伸筋草 20g、络石藤 20g，川芎 15g、木瓜 15g、川椒 15g、路路通 15g、海桐皮 15g、秦艽 15g。

【操作步骤】将中药水煎去渣取液 1000ml 左右，再加清水 2L 左右，倒入深度约为 60～80cm 的药浴袋内，双小腿伸入袋内后，一起放入装满 40℃左右温水的泡洗桶内，袋内药液浸润至足三里附近，每次泡洗 30 分钟左右，1 天 1～2 次，每次间隔 3～7 小时，1 份药液可用 3 天，18 天为 1 疗程。注意每次泡洗宜加入少量酒（10ml 左右）及醋（50ml）。

【特别提示】1. 本病急性期适当休息，避免过度负重。2. 慢性期功能锻炼，循序渐进，以保持关节平衡。

（二）中风病（脑血管病恢复期）

中风以突然昏仆，半身不遂，语言謇涩或失语，口舌歪斜，偏身麻木为主要表现。中

风因积损伤正，劳倦内伤，情志过极等正虚为主，加之忧思恼怒，饮酒无度，或恣食肥甘，纵欲劳累，或起居不慎等，导致气血逆乱，痰浊、瘀血闭阻脑络，从而发病。中药泡洗用于中风患者的恢复期的常见症状手足肿胀等方面具有良好的效果。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】益气活血，化瘀通络。

【组方】益气活血洗剂：黄芪30g、红花20g、蔓荆子10g、马钱子10g。（中风恢复期手足肿胀：透骨草15g、防己15g、片姜黄15g、三棱15g、莪术15g、桂枝30g。）

【操作步骤】将中药加清水1500ml，煎煮30分钟后，将药汁倒入盆中，待药液降温至40℃左右，进行泡洗及擦洗患肢，每次30分钟左右，每天1次，20天为一疗程。

（三）头晕（高血压）

高血压常见头晕、头痛、胸闷、乏力等症状。高血压病的病因主要为长期精神紧张或恼怒忧思，致肝郁化火；恣食肥甘或饮酒过度，致痰浊内生。中药泡洗技术对原发性高血压Ⅰ期有一定缓解作用。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】平肝息风，活血通络。

【组方】野葵藜 20g、夏枯草 10g、络石藤 10g、生大黄 10g、赤芍 10g、丹参 10g、玄参 10g，生栀子 15g、罗布麻叶 15g、苦参 15g。

【操作步骤】将中药水煎去渣取液 1000ml 左右，再加清水 3L 左右，倒入深度约为 60～80cm 的药浴袋内，双小腿伸入袋内后，一起放入装满 40℃左右温水的泡洗桶内，袋内药液浸润至足三里附近，每次泡洗 30 分钟左右，1 天 1～2 次，每次间隔 3～7 小时，1 份药液可用 3 天，15 天为 1 疗程。注意每次泡洗宜加入少量酒（10ml 左右）及醋（50ml）。药浴部位：小腿及足部局部泡洗。

【特别提示】Ⅰ期高血压可单纯水浴，早晚各 1 次，每次 30 分钟，温度 40℃左右，对于未服用过降压药患者尤宜。继发性高血压药浴亦可降压，但降下后维持时效较短，仅 2～3 小时。Ⅲ期高血压因有心衰或肾衰或偏瘫等，以治疗并发症为主，降压为辅，本方宜调整。

（四）小儿腹泻

小儿消化不良多见于2岁以下的婴幼儿，是儿科常见病之一。本病临床上以大便次数增多，腹胀肠鸣，粪便酸腐臭秽，或稀薄或呈水样带有不消化乳食及粘液等为特征。中医学认为本病多因饮食不节，内伤乳食，调护不当，或外感病邪，以致脾胃功能失调，清浊升降失司而成。本病按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】温脾暖胃，除湿止泻。

【组方】止泻洗方：白胡椒 10g、透骨草 10g、艾叶 15g、苍术 15g、吴茱萸 5g。

【操作步骤】将中药加水 1000ml，加热 20 分钟左右煮沸后，将药液倒入盆内，待药液降温后（以不烫手为度），把患儿双足浸泡药液中，并用药水洗小腿，每次浸洗 15～20 分钟，每日 1 剂，每日泡洗 1～3 次，7 天为一疗程

【特别提示】适当限制进食，鼓励饮水；根据病情需要，补液维持水电解质平衡；药浴温度应逐渐增高，至患儿不能耐受。

（五）筋瘤（静脉曲张）

患者常感患肢沉重、胀痛、易疲劳，休息后可缓解。患肢小腿浅静脉渐现隆起、扩张，有时可卷曲成团或囊状，尤以站立后明显，抬高腿后消失。中医认为本病乃因先天禀赋不足，筋脉薄弱，加之久行久立，过度劳累，进一步损伤筋脉，以致经脉不合，气血运行不畅，血壅于下，淤血阻滞脉络扩张充盈，日久交错盘曲而成。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血化瘀，舒筋通络。

【组方】银花外洗汤：金银花 20g、马齿苋 20g、黄柏 20g、苦参 20g、川芎 15g、当归尾 15g、赤芍 15g、苏木 15g。

【操作步骤】应用局部泡洗法。将中药加清水适量（约 1500ml），用武火煎沸后，再煎 15～20 分钟，将药液倒入桶内使用，每次浸泡 30 分钟，浸后揩干。每日 1～2 次，10 天为一疗程。

【特别提示】泡洗时防止药温太高，药温不高于 38℃，以免血管过度扩张加重病情。

三、禁忌症

1.急性传染病、严重心衰、呼衰等，均忌用全身泡洗。

2.危重外科疾病，患处有伤口，严重化脓感染疾病，需要进行抢救者，严重骨性病变（如骨结核等），忌用泡洗。

3.饱食、饥饿，以及过度疲劳时，饭前饭后半小时内，均不宜泡洗。

4.妊娠期的妇女禁止施用本法，因为血液的再分配有可能导致胎儿供血不足而流产。

四、注意事项

1.中药泡洗操作过程中，患者在 30 分钟内应饮用温开水或茶水 300～500 毫升，以补充体液及增加血容量以利于代谢废物的排出。有严重心肺及肝肾疾病患者饮水不宜超过 150ml。小孩及老年人酌减。

2.中药泡洗时应注意浸泡温度，另外患者中药泡洗应微微出汗，不可大汗淋漓，以防病人虚脱，即所谓的“气随汗脱”。

3.妇女月经期间慎用活血通经类中药泡洗方，以防止血液循环加快，导致月经失调。

4.有出血性疾病、败血症及严重血栓患者慎用。

5.操作过程中，应避免患者受寒，以防外邪内侵而致病。

第七章　中药淋洗技术

中药淋洗，又称淋射法，是用药物煎剂或冲剂不断喷洒患处的一种外治法。中药淋洗可起到疏通经络、活血化淤、驱风散寒、清热解毒、消肿止痛等功效。

一、基本操作方法：

将所选药物煎汤去渣，趁热把药水装入带细眼的小喷壶内，不断地淋洗患处；淋洗时，下面放置容器，以接药水；若水已凉，可加热，再倒入小喷壶内，继续淋洗。按照其淋洗部位不同，可分为头面部、目部、四肢部。

1.头面浴：将中药药液倒入清洁消毒的脸盆中，待浴液温度适宜，进行沐发、洗头、洗面。

2.目浴：将中药药液倒入清洁消毒的脸盆中，一般是先熏后洗。将煎剂滤清后淋洗患眼，洗眼时，可用消毒纱布或棉球渍水不断淋洗眼部。

3.手足浴：将中药药液倒入清洁消毒的盆中，四肢中药淋洗要根据患病部位的不同，选择合适的体位，固定好患部再进行淋洗。

二、常见疾病的中药淋洗治疗技术

（一）伤筋（软组织损伤）

软组织损伤是骨科临床的常见病，是一种因外伤而致的肌肉、血管、韧带等软组织的损伤。轻者局部肿、痛，重者影响功能活动及生活质量。中医学认为本病主要由于扭挫伤后，血脉受损，气血瘀滞，久则恶血在内，结成包块。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】活血化瘀，消肿止痛。

【淋洗验方】

1.栀子血竭消肿汤

组成：黄栀子 60g，血竭 15g（或以乳香代）。

用法：上药放砂锅内，兑入凉水 300ml，煎沸去渣，走热将药水装入带细眼的新喷壶内，不断淋射患处，下接搪瓷盆。每日可淋射 2 次共 4 番，每剂药可用 2 天，10 天为 1 疗程。

（二）骨折后关节活动不利

骨折是骨科常见病，由于骨折的固定，造成部分关节的活动受限。采用本法，可舒筋活络，滑利关节，促进关节功能恢复。

【治则治法】舒筋活络，滑利关节。

【淋洗验方】

1.接骨酒

组成：接骨草 500g。

用法：上药加白酒少许炒至略带黄色，加水文火煎 6～8 小时，再与 45％乙醇配制成药酒 500ml，每次用 50ml，淋洗患处，每日 2～3 次。

（三）湿疮（湿疹）

以多形性皮损，对称分布，易于渗出，自觉瘙痒，反复发作和慢性化为临床特征。湿疮是一种有多种内外因素引起的过敏性炎症性皮肤病。中医认为其发病总因禀赋不耐，风、湿、热阻于肌肤所致。本病按照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】清热祛湿止痒。

【淋洗验方】

1.湿疮 1 号方

组成：金银花 15g，连翘 20g，野菊花 15g，蒲公英 20g，苦参 10g，晚蚕沙 15g，白鲜

皮 20g，车前子 10g。

制法：上药放入锅内，视病变范围煎成药液 200～500ml，备用。

用法：温洗患处。。

2.湿疮 2 号方

组成：黄柏 30g、黄参 30g、蛇床子 30g、白鲜皮 30g、扁蓄 30g。

制法：将上药加水适量，煎煮 20 分钟，取汁备用。

用法：淋洗患处。

三、禁忌症

1.大汗、饥饿、过饱及过度疲劳者。

2.有急性传染性疾病，恶性肿瘤、严重心脏病、重症高血压、呼吸困难等严重内科疾病及有出血倾向的患者。

3.眼部肿瘤、眼出血、急性结膜炎等不宜用目浴法治疗。

4.有大范围感染性病灶并已化脓破溃时，禁止使用局部浴疗。

5.对药物过敏患者

四、注意事项

1．淋洗时，药液量之大小，喷淋时间之长短，可依具体病证而定。

2．若用于溃疡，则已用过之药水，不能重复使用，应另煎药液。

3．淋洗时，应注意保暖，治疗完毕，要擦干局部皮肤。

4.夏季药液搁置时间不能过长，以免变质，尽量用新鲜之药液淋。

5.如果淋洗中使用的药物引起了皮肤过敏，应该立即停止药浴。

6.凡儿童、老人、病情较重的患者，淋洗时要有人护理，避免烫伤、着凉等。

参考文献

[1] 中华中医药学会.中医养生保健技术规范（穴位贴敷）[M].北京：中国中医药出版社，2010.
[2] 程爵棠.穴位贴敷治百病[M].北京：人民军医出版社，2009.
[3] 程爵棠，程功文.百病中医集验高效良方[M].北京：学苑出版社，1996.
[4] 李文亮，齐强等.千家妙方[M].北京：中国人民解放军出版社，1982.
[5] 中国中医药学会.中华医典[CD].湖南电子音像出版社，2000.
[6] 王怀隐等.太平圣惠方[M].北京：人民卫生出版社，1982.
[7] 许国桢.御药院方[M].北京：中医古籍出版社，1983.
[8] 张介宾.景岳全书[M].北京：人民卫生出版社，1991.
[9] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2002.8
[10] 李一民，严伟. 中药沐浴包治疗小儿感冒发热疗效观察[J]. 中国中医急症.2006，11(15)，1189.
[11] 施莱.急性踝扭伤 43 例的冷敷加中药治疗[J].广西中医药.2010，8(33)，13.
[12] 郑玮清，王清玲，严洲平，周春英. 中药冷敷剂治疗皮肤病疗效观察[J].皮肤病与性病.2000，2(22)，29.
[13] 马婧. 通脉散冷敷治疗康莱特所致静脉炎 30 例临床观察[J].云南中医中药杂志.2011，8(32)，39.
[14] 白石明，周丹.中药冷敷治疗急性结膜炎 86 例临床观察[J].中国中医药科技.2008，5(15)，216.
[15] 赵喆.中西医结合治疗下肢丹毒 62 例观察[J].实用中医药杂志.2011，2(27)，100-101.
[16] 赵重辉.中药湿敷外用疱疗泥膏治疗带状疱疹疗效观察[J].吉林医学.2010，6(31)，2854.
[17] 程爵棠，程功文. 熏洗疗法治百病[M]. 北京：人民军医出版社，2004.
[18] 尚德俊. 外科熏洗疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，2003.
[19] 张作舟，刘瓦利，方平.中医皮科外治法系列讲座 塌渍法的应用[J].中级医刊，1995，5(30)，47.
[20] 樊炼.皮炎洗剂冷湿敷治疗下肢丹毒 51 例[J].南京中医药大学学报.1998，9(14)，315-316.
[21] 许姜泽.中医中药治疗慢性唇炎[J].中医杂志.1980，6，32.
[22] 林润锋，黄玉明，余鸣雄.中药熏蒸治疗脑卒中后患侧肢体温度下降[J]，内蒙古中医药，2011，12，40-41.
[23] 肖京，王京菊，李雁.体感温度对中药熏蒸疗效的影响[J].中国中医药信息杂志，2008，11(15)，80.
[24] 刘翠芬，李静，王京菊，李雁.中药局部熏蒸治疗慢性腰痛的护理[J].中医正骨.2008，11(20)，83.
[25] 李忠.中医汽雾透皮治疗新法[M].北京：人民卫生出版社，2006.
[26] 付渊博，邹忆怀，李宗衡等.中医综合方案早期干预缺血性中风的临床观察[J].中华中医药杂志.2011，5(26)，987-989.
[27] 刘长信. 经络腿足疗法[M].北京：人民卫生出版社，2006.
[28] 罗才贵. 推拿治疗学[M].北京：人民卫生出版社，2001.
[29] 张瑞贤.神奇的中医外治[M].山东：山东教育出版社，2009.
[30] 曲祖诒.中医简易外治法（修订本）[M].北京：人民卫生出版社，1983.

第七篇 中医微创技术

绪论

中医微创技术是根据中医皮部、经筋、经络、五体及脏腑相关理论，采用特殊针具，对病变部位进行刺、切、割、剥、铲等治疗。常用针具有：针刀、带刃针、铍针、水针刀、刃针、钩针、长圆针、拨针和松解针等。其治疗要求是以最小的解剖和生理干预获得最好治疗效果，以最低的生物和社会负担获得最佳的健康保障。

一、微创松解术

适用于颈肩腰臀四肢关节的痹证和痛证，慢性劳损性疾病造成的局部组织增生肥厚或非特异性炎症产生的局部粘连性病变；常用的针具有针刀、带刃针、水针刀、长圆针、拨针、钩针及松解针等。相对于肢体轴线而言，有垂直和平行两种松解术式：

（一）平行松解术

1.术前准备

包括针具、药物、小手术包。

（1）局麻药物：0.25％利多卡因，每人总量不超过 15ml。

（2）器械准备：拨针或松解针 16 号针头（破皮用）、70mm 麻醉长针头，30ml 注射器（一次性的）。

（3）小手术包、消毒帽（给女性患者用，防长头发撒向手术区）。

（4）常规的抢救设备及药物。

2.技术操作

（1）定位：触诊确定需要松解的痛点、条索、结节或包块的位置及层次并加以标记。

（2）消毒：皮肤常规消毒。

（3）麻醉：麻醉范围视松解范围而定，麻醉深度以病变层次而定，一般以浅筋膜层为主，深层者，可深达骨缘或骨面层。

（4）进针

局麻后，再在定位（点）区，用 16 号针头打眼破皮，深度约 5mm。

再用拨针或松解针插入针眼，深度约 5mm，即沿肢体纵轴方向透拨。范围：根据病变范围而定，透拨密度，两针间距约 1cm。

术中针下手感：当针透入病变区时症重者，针感酸、胀较强；症轻者，针感酸、胀较轻；无病症区则针感无或微痛。因此前者多拨，后者少拨，无病区则不拨。

术者持针手下的感觉是判断松解效果的关键，病久、症重者，拨针进入膜性组织，手有钝厚的阻力感，透过此层筋膜时声响高，阻力消失。

术中如症重、病久者，拨针进入疏松筋膜组织，手感如插入老丝瓜络样，声响高，阻力也大。

如病轻、病程短者，针感酸、胀则轻，其筋膜如塑料样厚度也薄，声响就低、阻力也小；对疏松筋膜组织声低、阻力同样小。

术毕：在针眼区加拨火（气）罐，8 分钟（左右），吸出少量瘀血（约 2ml）为宜，有消炎止痛作用，术后减少胀痛等现象，然后加贴膏药或创口贴封闭针眼起保护作用。

3.注意事项

（1）预防感染，可口服抗生素。

（2）术后四天内禁洗澡，保持针眼清洁干燥。

（3）中药对症用药。

（4）物理疗法。

（二）垂直松解术

1.术前准备

（1）常用器械准备：一次性使用的针刀、带刃针、铍针、刃针或高压消毒的长圆针；

（2）治疗室应清洁、通风良好，备有相应的抢救条件。

2.技术操作

（1）定位

根据经筋辨证规律，仔细检查结筋病灶点，用紫碘标记，每次选 1 ～ 5 个点治疗。

（2）消毒

常规消毒。

（3）局部麻醉

松解范围小者可不用麻醉，范围较大或层次较深者可用 0.25％利多卡因注射液 2ml，缓慢分层次注射至结筋病灶点。

（4）进针

医者手腕固定在患者体表，用持笔法持针，用指腕力缓慢加压，垂直进针至结筋病灶点。

（5）操作方法

①关刺法（见图 2）：将长圆针刺入皮肤后直刺至结筋病灶点表层（1），左右横行刮拨（2、3），以解除表层粘连。

②恢刺法（见图 3）：关刺后，将针直刺至结筋病灶点深面（1），沿针刃方向，向前（2）或向后举针（3），挑拨结筋病灶点粘连，以松解减压。

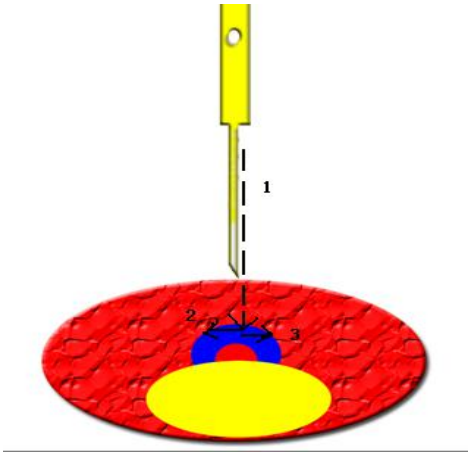


图 2 关刺法示意

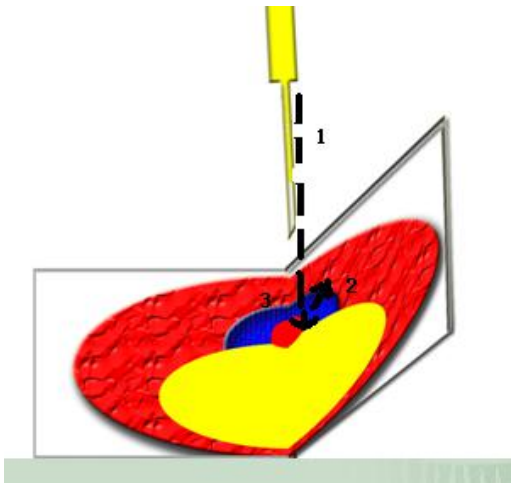
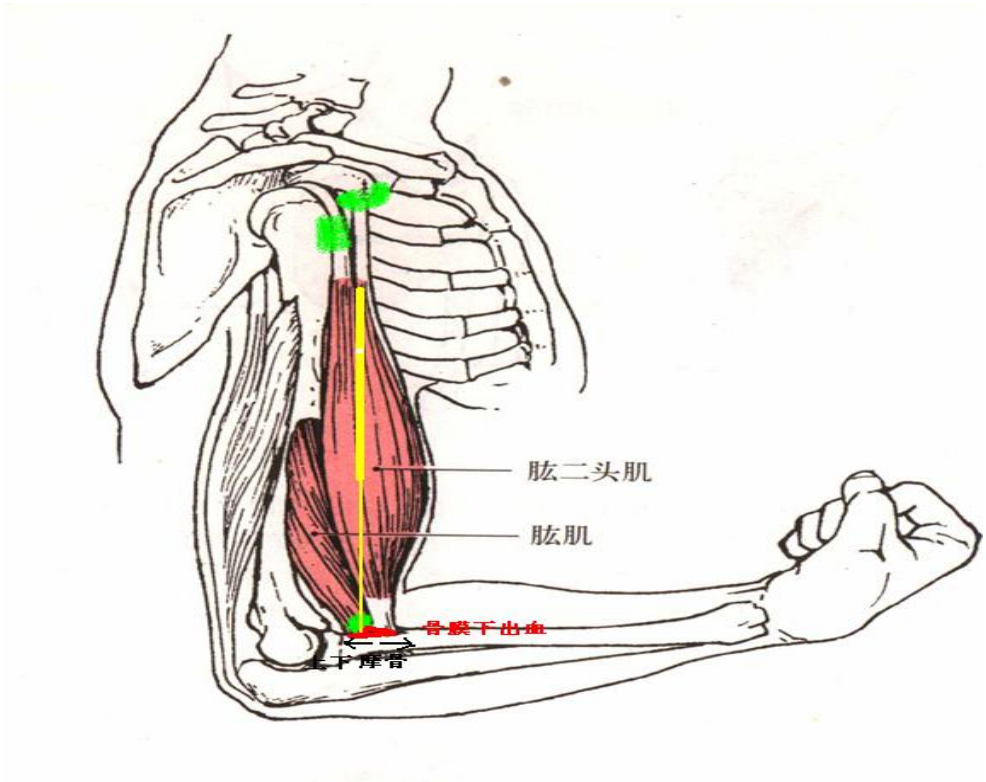


图 3 恢刺法示意

③短刺法（见图 4）：直刺至骨膜做上下、左右切刺。



（6）出针

快速出针，治疗部位无菌干纱布按压 2～3 分钟，无菌敷料包扎 2 天。7 天治疗 1 次，一般 1 至 3 次。

3.注意事项

（1）熟练掌握治疗局部的解剖层次和结构，以免造成医源性损伤。

（2）注意无菌操作。

（3）最好使用一次性针具。

二、微创减张术

适用于外伤、劳倦或风寒湿邪导致的软组织局部高张力性疾病，长期高应力刺激造成的局部筋膜高张力状态形成的痛点、条索、结节或包块。常用的针具有带刃针、铍针、刃针、钩针等。通常不用麻醉。在筋膜层点刺 1～3 个点即可实现减张减压治疗。根据针具的不同结构特点，有自外向内刺入和自内向外挑钩两种术式。

（一）自外向内刺入减张法

常用针具为针刀、带刃针、刃针、铍针，按照“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经之上，令之不通。视而泻之，此所谓解结也。”《灵枢·刺节真邪第七十五》以及“风寒湿气，客于外分肉之间，迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛，.....”。《灵枢·周痹第二十七》的理论，以解结、减压为主要作用的一种中医技术。它强调辨证论治、经穴切诊，经络与解剖结合，轻柔微创、不用麻醉。

主要治疗软组织损伤导致的疼痛和功能障碍，以及影响内脏器官所致的功能性症状。

1.术前准备

（1）一次性针刀、带刃针、刃针、铍针。

（2）清洁的治疗室及相应的抢救设备。

2. 技术操作

（1）定位：按经络或肌肉走向切循，触找压痛和异常改变点，用定点笔标记。

（2）消毒：局部常规消毒。

（3）进针：按以下方法进针后逐层深入。

手指按压并捏住套管，快速叩击穿过皮肤，患者无明显疼痛感。

按浅筋膜——深筋膜——肌肉——骨面的顺序，逐层深入，通过阻力突然减小的“落空感”来判断层次。

（4）切刺方法

①纵行切刺：与针刃一致的方向，在病灶层间断切刺数下。

②横行切刺：与针刃垂直的方向，在病灶层间断切刺数下。

③十字切刺：先与针刃一致的方向，在病灶层切刺一下，随即退出病灶层，调转针刃90°，再切刺病灶层一下。

（5）出针：用纱布块压住进针点，迅速将针拔出，治疗部位无菌干纱布按压 2～3 分钟，无菌敷料包扎 2 天。

3. 注意事项

（1）术前应向患者交待解释术中的局部感觉，做好思想准备。

（2）术中要及时与患者沟通，询问患者的感受，取得配合。

（3）如果减张不充分，应在术后 3～4 天在次治疗。

（二）自内向外挑钩减张法

1. 术前准备

（1）高压灭菌的钩鍉针器械包。

（2）无菌的治疗室及相应的抢救设备。

2. 技术操作

（1）定位：新夹脊穴的定位是在华佗夹脊穴和足太阳膀胱经第一侧线之间。

新夹脊穴的定位规律：新夹脊穴是根据脊椎的发病规律而命名的，穴位计数为解剖体位自下向上升序排列。例如：颈椎的第七椎在颈椎排列顺序中在最下方，是载荷量最大的椎体，易发病，故将颈一穴定为此处，顺延向上颈二、颈三穴处椎体载荷量逐渐减小，发病的几率亦随之降低，但在治疗操作上的难度却逐渐增大。胸椎和腰椎及骶尾椎处的定位规律也是如此。

（2）选穴原则：根据影像学检查结果确定治疗穴。

（3）钩鍉针针具：钩鍉针有钩头、钩身、钩柄、钩尾四位之分（见图 2）。

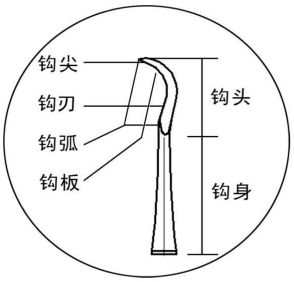


图 2 钩头示意图

（4）体位：俯卧位、俯伏坐位。

（5）操作方法：

以钩提法为主。钩提法指钩鍉针按所使用的进针法进入皮肤（真皮）后，施治时先钩后提拉、再钩再提拉，循序渐进，达到钩治、割治、挑治、针刺、放血五法并用的操作手法。使用的钩鍉针主要是巨类的腰型、颈胸型、穴位型、钩鍉针和中类内板型、微类内板型钩鍉针。进入皮肤（真皮）后，其再操作的方法又分为垂直钩提法、扇形钩提法、菱形钩提法、倒八字钩提法，另外还有钩割法、强刺法、画圆法、鸟啄法、旋转法、钩划法、分离法、捣碎法。

3. 注意事项

（1）严格掌握进针的层次，切忌深入到肌肉以免引起局部血肿。

（2）局部麻醉至筋膜层，不必过深。

三、微创减压术

适用于外伤、邪毒造成的有腔组织内高压病变。如筋膜间室高压、骨髓腔水肿、骨髓腔内压增高等。常用的针具有针刀、带刃针、三棱针、克氏针等。

（一）软组织减压术

1.术前准备

（1）无菌的一次性针具，如针刀、带刃针、铍针、刃针等。

（2）清洁的治疗室，及必要的应急设施。

2.技术操作

（1）体位：置于充分放松的体位，必要时加用软垫辅助。

（2）定点：触诊确定需要减压治疗的部位及层次，必要时可用超声波辅助检查确诊。定点后即要求患者保持体位并做好标记。

（3）进针：常规消毒皮肤，铺无菌单巾，进针点逐层局麻，用执笔法逐层刺入需减压的病灶。

（4）减压操作：与减张术相似，不同的是减张治疗的层次较浅，而减压术的层次较深。在治疗部位用针具可做散点式切刺，也可做连线式切刺。

（5）出针：从进针点快速退出针具，治疗部位无菌干纱布按压 2～3 分钟，无菌敷料包扎 2 天。

3.注意事项

（1）减压术要注意局部引流通畅。

（2）有时局部软组织内为多房性高压，如一次减压不充分，第二次治疗要在 3 天以后。

（二）骨减压术

1.术前准备

2.技术操作

（1）定点：骨减压针定点不是非常要求精确，只要在一个部位的某个点刺入即可，但点的要求是“避实就虚”，也就是说在远离神经血管的情况下，选择骨皮质较薄的骨松质处且易于穿刺的部位即可进行定点。

（2）常规消毒：消毒半径距进针点 10cm，且要严格，避免造成感染。

（3）局麻：根据患者的耐受度，在较敏感治疗点处（如膝、肘、指等）先进行局部浸润麻醉，一般注射 2%的利多卡因配比生理盐水即可，利多卡因浓度可控制在 0.5%左右（较安全）每点注射 1.5～2ml 即可，待吸收 3 分钟后再进针。

（4）刺入：局麻后骨减压针穿过软组织（往往较浅）直接达骨面，在骨面稍停留，术者右手握住针柄，用瞬间暴力刺入骨质（在有些松质骨处，直接可刺入髓腔）后，继续向针柄施力并旋转，一直钻入松质骨囊变处即可，深度可按不同部位骨腔深度为依据，根据骨的病变情况可针一孔，也可针多孔。

（5）出针：达到治疗要求后，即可出针。出针时如果针端部达骨硬质，有阻力时，可逆时针方向旋转拔出，在退至肌层时，可慢慢退出。

（6）排血：出针后，由于骨内压增高，往往有骨内瘀血涌出，可用负压罐加压抽吸排血，往往血色浓黑。

3.适应症

（1）关节炎病中晚期已导致骨性关节炎者（如类风湿性关节炎、各部位关节骨性关节炎、强直性脊柱炎等）。

（2）无菌性缺血性骨坏死。

（3）适于治疗各种骨高压症（如足跟骨高压症等）。

（4）骨性关节炎早期导致的骨充血疼痛综合症。

（5）顽固性骶骨、尾骨痛。

4.禁忌症

（1）发热，全身感染。

（2）施术部位和周围有感染灶。

（3）严重内脏疾病发作期。

（4）施术部位有难以避开的重要血管、神经或内脏。

（5）出血倾向，凝血功能不全。

（6）定性、定位诊断不明确。

（7）体质虚弱、高血压、糖尿病、冠心病患者慎用。

5.术后注意事项

（1）术后施术部位3天禁忌水洗。

（2）无菌敷料覆盖，保持局部干燥、清洁。

（3）术后一周内避免剧烈运动。

四、微创矫形术

适用于一些姿势性、发育性畸形矫正，主要通过动力均衡和静力均衡两种方式实现。常用针具有针刀、带刃针、水针刀、钩针、长圆针、松解针等。

1.术前准备

（1）准确评估所需治疗部位的软组织条件，如局部粘连、挛缩程度、肌力、肌腱长度、肌肉收缩力量等。

（2）相应的固定器材如石膏、支具等。

（3）无菌手术间，术前一天皮肤准备。

2.技术操作

（1）体位：根据不同畸形的治疗要求摆放相应体位（见常见疾病的治疗）。

（2）定位：选好进针点并做好标记。

（3）消毒：常规皮肤消毒。

（4）麻醉：0.25%的盐酸利多卡因局部全层麻醉。

（5）进针：铺无菌单巾，从标记点刺入相应的针具。

（6）切割：根据术前设计的矫形方案，对需要治疗的不同层次、结构的病变组织进行切割、铲拨、松解或分离（详见常见病的治疗）。

（7）出针：通过局部处理后畸形即可获得不同程度的矫正，同时出针，无菌干纱布压迫施术部位2～3分钟，无菌敷料保护针道3天，用石膏或支具固定于相应体位。

3.注意事项

（1）很多畸形需要多次分期矫正，不能一次完成。

（2）患者有权知道预期的结果及可能遇到的意外。

（3）畸形的矫正与功能的康复密不可分，要有完整的治疗方案。

五、微创剥离术

适用于骨折、筋伤造成的深层软组织的粘连性疾病，常用针具有针刀、带刃针、长圆针、拨针、松解针等。

1.术前准备

（1）无菌针具。

（2）无菌手术室及相应的抢救设施。

（3）术前1天进行皮肤准备。

2.技术操作

（1）体位：根据不治疗部位要求摆放相应体位（见常见疾病的治疗）。

（2）定位：选好进针点并做好标记。

（3）消毒：常规皮肤消毒。

（4）麻醉：0.25%的盐酸利多卡因局部全层麻醉。

（5）进针：铺无菌单巾，从标记点刺入相应的针具。

（6）剥离：根据术前设计的治疗方案，对需要治疗的不同层次、结构的病变组织进行铲拨、松解剥离，根据瘢痕形成的大小、范围、层次采用单纯高应力纤维切断、“Z”形切断、潜行剥离等。（详见常见病的治疗）。

（7）出针：沿进针方向出针，治疗部位无菌干纱布按压 2～3 分钟，无菌敷料包扎 2 天。

3.注意事项

（1）剥离术的病变部位较深，针具的直径相对较粗。

（2）病变组织范围较大者可分成多次进行剥离治疗，以减轻术后的水肿及疼痛反应。

（3）患者术后 1 天复诊，更换敷料。

六、微创分离术

适用于皮部经筋等浅层组织的粘连性疾病，如外伤出血后的瘢痕形成，手术后的切口局部粘连。常用的针具有针刀、带刃针、水针刀、长圆针、拨针、松解针等。根据针具端部结构分为锐性分离和钝性分离两种术式：

（一）锐性分离术

1.术前准备

（1）一次性的无菌针具。

（2）无菌的治疗室及抢救设施。

2.技术操作

（1）定位：触诊确定需要分离治疗的局部范围及层次并做好标记。

（2）消毒：常规消毒皮肤，铺无菌单巾。

（3）麻醉：进针点 0.25%的盐酸利多卡因局麻或水针刀边分离边麻醉。

（4）进针：与皮肤呈 30º角刺入针具。

（5）分离操作：针体沿肢体轴线方向，针刃平行组织间隙向前缓缓推进，锐性分离的阻力较小，在脂肪和筋膜层的感觉神经末梢不敏感，要随时询问患者的局部感受，结合术者的手下阻力感及进针长度判断分离的范围。

（6）出针：治疗结束从进针方向缓慢退出针具，治疗部位无菌干纱布按压 2～3 分钟，无菌敷料包扎 2 天。

3.注意事项

（1）注意掌握进针的层次及针端的感觉，避免过度分离造成局部损伤。

（2）术后 1 天复诊。

（二）钝性分离术

1.术前准备

（1）无菌的拨针或松解针。

（2）无菌的治疗室及抢救设施。

2.技术操作

（1）定位：触摸选准进针点并标记。

（2）消毒：常规消毒皮肤。

（3）麻醉：进针点 0.25%的盐酸利多卡因局麻。

（4）进针：铺无菌单巾，用 16 号针头刺穿皮肤，沿此针孔与皮肤呈 30º角插入拨针或松解针。

（5）分离操作：根据局部粘连的范围及深度，用针具沿一个方向缓慢刺入，与松解术的区别在于钝性分离始终沿一个方向进针，而且是在组织间隙。

（6）出针：治疗结束从进针方向缓慢退出针具，治疗部位无菌干纱布按压 2～3 分钟，无菌敷料包扎 2 天。

3.注意事项

（1）钝性分离适用于比较广泛的疏松性粘连，可不用全层局麻。

（2）缓慢进针，注意针端的阻力感。

（3）术后 3 天连续复诊。

七、微创触及术

适用于神经肌肉组织功能障碍所致的痉证和痿证。用针刀在不同的神经肌肉表面进行刺激而不侵入组织内部。

（一）脊神经触激术

1.术前准备

（1）术前 1 天进行皮肤准备。

（2）无菌针具应准备两套以上。

（3）无菌手术间。

2.技术操作

（1）体位：俯卧位

（2）定位：触诊棘突横突确定相应节段脊神经的体表投影位置。

（3）麻醉：皮肤消毒，铺无菌单巾，进针点局麻。

（4）进针：棘突中线旁开 1.5cm 沿横突上缘逐层次入，达横突上缘骨表面后停止。

（5）操作步骤：向椎间孔的后缘方向缓慢点刺，询问患者的局部感觉，有酸胀感或向下放射感即表示针具已经触及神经表面，小幅度摆动针尾，以患者能够耐受为度。

（6）出针：触及时间在 1 分钟以内，沿进针方向快速出针。无菌干纱布按压局部 1～2 分钟，无菌敷料覆盖针孔 24 小时。

3.注意事项

（1）熟悉进针点的解剖层次和结构，避免误伤局部血管神经。

（2）控制进针速度并随时了解患者感觉。

（3）严格执行无菌操作。

（4）术后注意观察记录相关肢体的感觉和运动变化。

（二）周围神经触激术

1.术前准备

（1）无菌针具。

（2）无菌手术间。

（3）肌电图等检测仪器。

2.技术操作

（1）定位：按触及的周围神经体表投影定位标记（见各治疗部位）。

（2）进针：常规消毒皮肤，覆无菌单巾，逐层刺破皮肤、浅筋膜、深筋膜。

（3）治疗操作：当针端刺破深筋膜后，手下有种空虚感，此时针端已在神经的表面，稍向深层点刺，患者可有很强的酸胀感和放射感。在原位轻轻点刺 5～10 秒，以患者能够耐受为度。结束治疗。

（4）出针：沿进针方向快速出针，无菌纱布按压进针点 1～2 分钟，无菌敷料覆盖 24 小时。

3.注意事项

（1）熟悉进针点的解剖层次和结构，避免误伤局部血管神经。

（2）控制进针速度并随时了解患者感觉。

（3）严格执行无菌操作。

（4）术后注意观察记录相关肢体的感觉和运动变化。

（三）肌肉触及术

1.术前准备

（1）无菌针具。

（2）无菌治疗室

2.技术操作

（1）定位：按触及肌肉的体表标志定位标记（见各治疗部位）。

（2）进针：常规消毒皮肤，铺无菌单巾。逐层刺破皮肤、浅筋膜，至深筋膜表面（即第二个抵抗感）。

（3）操作技术：在肌肉的表面进行点刺 5～10 秒钟，患者有局部酸胀感为度。

（4）出针：沿进针方向快速出针，无菌干纱布按压局部 1～2 分钟，无菌敷料覆盖针孔 24 小时。

3.注意事项

（1）注意进针深度在肌肉表面，切忌深入肌内切割造成局部血肿。

（2）术后注意观察记录肌力变化。

八、微创刺激术

适用于系统调节的疾病治疗，比如通过刺激足太阳膀胱经的背部腧穴治疗颈性眩晕、脊柱源性消化不良、脊柱源性肠易激综合征等体表内脏相关性疾病。针刀类的各种针具均适用于刺激术。

（一）经络穴位刺激术

1.术前准备

（1）无菌针具。

（2）无菌治疗室。

2.选穴

（1）华佗夹脊穴。

（2）足太阳膀胱经背俞穴。

3.操作技术

（1）定位：常规穴位定位标记。

（2）进针：局部常规消毒皮肤，不需麻醉，垂直进针，深达骨膜。

（3）操作技术：根据不同脏腑反射区及治疗需要的刺激强度和时间进行操作（见各种疾病的具体治疗要求）。

（4）出针：沿进针方向快速出针，无菌敷料覆盖针孔 12 小时。

4.注意事项

（1）明确诊断，排除原发脏器的器质性病变。

（2）根据患者的术后反应及时调节治疗方案。

（二）组织刺激术

1.筋膜刺激术

（1）术前准备：无菌针具及治疗室。

（2）技术操作：常规皮肤消毒，逐层刺破皮肤及浅筋膜。针端遇到第二个抵抗感时停住进针，在筋膜腔的表面轻轻点刺。

（3）注意事项：注意解剖层次，避免刺破深筋膜。

2.肌肉刺激术

（1）术前准备：无菌针具及治疗室。

（2）技术操作：常规皮肤消毒，逐层刺破皮肤及浅筋膜。常用的治疗部位在肌肉肌腱的移行部或腱周围，刺激这部分组织可诱发肌肉收缩。

（3）注意事项：注意检查纪录治疗前后的肌肉力量及功能状态。

3.骨膜刺激术

（1）术前准备：无菌针具及治疗室。

（2）技术操作：常规消毒皮肤，垂直进针直达骨膜。在骨膜表面点刺 5～10 秒钟结束治疗。沿进针方向快速出针，无菌敷料覆盖针孔 12 小时。

（3）注意事项：切忌在骨膜表面作大范围的铲剥，避免形成深部血肿。

第一章 针刀技术

针刀技术是遵循《黄帝内经·素问》关于“刺骨者无伤筋，刺筋者无伤肉，刺肉者无伤脉，刺脉者无伤皮，刺皮者无伤肉，刺肉者无伤筋，刺筋者无伤骨”的古训，结合现代局部解剖和层次解剖知识，采用各种带刃针具进行刺激、切割、分离等的临床操作。本技术可达到活血化瘀，舒筋通络，止痛除痹的治疗目的，主要用于下述疾病的治疗：

1.各种软组织损伤引起的顽固性疼痛。

2.部分骨关节退行性疾病，如：颈椎病、腰椎间盘突出症、骨性关节炎等。

3.肌肉、肌腱和韧带的慢性积累性损伤、肌紧张、损伤后遗症。

4.某些脊柱相关性内脏疾病。

一、基本操作方法

（一）定位

由轻到重触诊病变部位，确定痛点的部位及层次，用指甲压痕或染色剂标记。

（二）消毒

用碘伏作局部皮肤消毒，铺无菌孔巾。

（三）麻醉

以皮肤标记的痛点为中心，0.25%利多卡因 2 毫升局部逐层浸润麻醉。

（四）进针

术者带无菌橡皮手套，左手拇指指端垂直按压进针点，右手持针点刺进入皮肤，穿过皮肤时针下有种空虚感，是进入脂肪层的感觉，再缓慢刺入出现第二个抵抗感时，针尖达到筋膜表面，再用力点刺即突破筋膜进入肌肉。

（五）松解

根据治疗需要，用针刀在不同的解剖层次进行点刺、切割、剥离。如在筋膜层减张可用针刀在筋膜表面散在点刺 3～5 针。作条索状粘连松解可沿纵轴方向连续进行线性切割。

（六）出针

完成治疗操作后，拔出针刀的同时，用无菌敷料覆盖针孔，术者拇指端垂直按压 1～2 分钟，用无菌敷料或无菌纱布封闭针孔 48 小时。

二、常见疾病的针刀治疗技术

（一）项痹病（颈型颈椎病）

患者有急性损伤或慢性积累性劳损史，头多向一侧偏歪或反复落枕，颈部活动受限，颈背部疼痛，酸胀、发僵，头颈部活动时有弹响声或钙化组织摩擦音，晨起不适感较重，颈枕部肌肉筋膜韧带附着点处，多有压痛及条索状物，X 线显示：颈椎生理曲度变小、变直或反张，项韧带可有钙化，椎体呈增生性改变。

【治则治法】

舒筋活络，通痹止痛。针刀松解增生、肥厚、变性、粘连的软组织。

【操作步骤】

1.患者坐位或俯卧位，头前屈曲 30°定点。治疗点选在病变椎体上、下棘突间及两侧旁开 1～1.5cm 处，刀口线与脊柱纵轴平行，先切开病变椎体棘突上下缘的棘间韧带，然后刺入达关节突关节囊。刀口线与颈椎纵轴平行，针体垂直于皮肤，刺破深筋膜，刀口线调转 90°角，纵切 3～5 刀出针。如：横突结节有损伤点，针刀刀口线与颈椎纵轴平行，针体垂直于横突后结节外侧面，针刺到达骨面后将刀口线调转 90°。在横突末端上、下边缘处松

解 3～5 刀，松开部分横突表面的深筋膜。出针后用无菌敷料按压针孔 1～2 分钟，封闭针孔。

2.手法辅助治疗

患者坐位，以第 4 颈椎棘突右偏为例，颈前屈 20°～25°，左偏 35°，右旋转 45°。术者站于患者背后，左手拇指固定偏移棘突，其于四指置于患者左侧头枕部。右手扶持在下颌部或左面部，在右手向右上方向旋转的瞬间，左手拇指将棘突轻推向左侧，常可听到“咯嗒”声，拇指下有轻度移位感。

患者仰卧，针刀术后先做颈后肌群放松手法。随后术者一手握住患者下颌，另一手托住枕部，在轻度拔伸下缓慢摇动 2～3 下，让患者充分放松，术者一手轻拿患者颈后部，拇指按压于错位颈椎横突处下方作为固定支点，另一手托住颌颊部作一个复位力点，缓慢使头部旋转至最大角度时，托颌颊部的手和固定错位支点拇指同时稍加力（闪动力）按压，常可听到关节复位声。

【特别提示】

1.针刀在颈部剥离松解治疗时，必须熟悉解剖位置，不可刺入过深，切忌损伤椎动脉和脊髓。

2.摸索进针，小心剥离。

（二）项痹病（肩胛提肌劳损）

患者长期低头，有急性损伤史或慢性劳损史。肩胛提肌在颈 2 至颈 3 横突的起点或肩胛骨止点处疼痛，肩胛提肌紧张，以上部位可有压痛点。尤以肩胛骨内上角压痛显著。上肢后伸，并将肩胛上提或内旋，引起疼痛加剧，或不能完成此动作。颈、肩胛骨 X 线片可排除骨性异常。

【治则治法】理筋减张，解痉止痛。对肩胛提肌起止点采取减少张力为主，分离粘连为辅的针刀微创松解术。

【操作步骤】

患者俯卧位或坐位头部微前曲。如压痛点在肩胛骨内上角的边缘，将刀口线方向和肩胛提肌纵轴平行，针体和背平面成 90°角刺入，达肩胛骨面。先纵行剥离，后将针体倾斜，使其和肩胛骨平面成 130°角。刀刃在肩胛骨边缘骨面上作纵向切开剥离，1～2 次即可出针。

如压痛点在颈椎棘突旁，即在棘突旁压痛点处进针刀，刀口线方向和颈椎纵轴平行，达到深筋膜层，点刺 3～5 次后，出针，无菌敷料按压针孔 1～2 分钟。

术毕，医生一手压住患侧肩部，一手压于患侧枕部，牵拉肩胛提肌 1～2 次。

【特别提示】

1.针刺范围不能过大。在肩胛骨内上角进针刀时，肩胛骨缘较表浅，应紧贴骨面延长，不能过深，防止超过肋间误入胸腔。

2.操作要轻柔，同时注意患者感觉。

（三）肩凝症（肩关节周围炎）

本病患者 40 岁以上女性多见。多无外伤史（有外伤史者多为肩部肌肉陈旧性损伤）。肩部疼痛，一般时间较长，且为渐进性。肩部活动时，出现明显的肌肉痉挛，肩部外展、后伸时最为明显。梳头试验阳性。X 线片示检查有时可见骨质疏松，冈上肌腱钙化或大结节处有高密度影。

【治则治法】

舒筋活络，通痹止痛。对肩关节周围痛点进行减张止痛，对局部形成的条索、结节样结缔组织增生粘连进行松解。

【操作步骤】

1.患者取坐位或俯卧位。用针刀在喙突处喙肱肌和肱二头肌短头附着点、冈上肌抵止端、

肩峰下滑囊、冈下肌和小圆肌的抵止端，分别作切开剥离或纵行疏通剥离，在肩峰下滑囊作通透剥离。如肩关节周围尚有其他明显压痛点，可以在该压痛点上作适当的针刀松解，出针后无菌敷料按压针孔 1～2 分钟。

术后第 2 天热醋熏洗患肩，并服中药局方五积散加制乳香、制没药、炒苡米等。5 天后，如未愈，再进行 1 次针刀治疗，5 次为一疗程。

2.手法辅助治疗

针刀术后，让患者仰卧治疗床上，患肢外展，医生站于患侧，让一助手托扶患肢，并嘱患者充分放松。医生一手将三角肌推向背侧，另一手拇指沿胸大肌将肱骨上的附着点进行拔离，将胸大肌、胸小肌附着肌腱分开来，然后再将胸大肌（即腋窝前缘）向肩峰方向推压。再令患者于俯卧位，助手仍托患肢，医生一手将三角肌推向胸侧，另一手拇指分拔冈上肌、冈下肌，大圆肌、小圆肌在肱骨大结节处的止点，将各条肌腱充分拨开。此时患者外展上举可增加 30°～50°，医生双手托扶患侧腕部，嘱患者尽量外展上举患肢，当达到最大限度，不能再上举时，医生双手快速向上牵抖松解粘连。

针刀和手法治疗后，患者在术后当天即可开始进行爬墙、体后拉手等功能锻炼。

【特别提示】

1.在喙突处治疗时，要摸准喙突尖，指切进针，避免损伤神经血管。

2.冈上肌进针点要避开冈上切迹，防止伤及肩胛上神经。

3.在肱骨结节间沟治疗时，刀口线应平行于肱二头肌长头肌腱方向将粘连松解，勿横向切割。

（四）腰痛病（第 3 腰椎横突综合征）

此处仅介绍腰痛病中的第 3 腰椎横突综合征。患者有外伤或劳损史。腰痛或向臀部放散，弯腰后直起困难，不能久坐、久立，严重时行走困难。在第 3 腰椎横突尖部单侧或双侧有敏感局限性的压痛点，位置固定不移，且可触到较长的横突。弯腰试验阳性。

【治则治法】

活血化瘀，舒筋通络。针刀松解第 3 腰椎横突尖部的高应力纤维，使第 3 腰椎横突末端力学平衡得到恢复。

【操作步骤】

1.患者取俯卧位。在发作期和缓解期均可用针刀治疗，在第 3 腰椎横突尖部（即压痛点处），常规消毒以刀口线和人体纵轴线平行刺入，当针刀刀口接触骨面时，用横行剥离法，感觉肌肉和骨端之间有松动感时出针，以棉球压迫针孔 1～2 分钟。一般 1 次治疗即可痊愈，如 1 次还没有完全治愈，尚存余痛，在 5 天后再作 1 次，最多不超过 3 次。

2.手法辅助治疗

患者立于墙边，双足跟抵墙，医生一手托住患侧腹部令其弯腰，另一手压住患者背部。当患者弯腰至最大限度时，突然用力压背部 1 次，然后让患者作腰部过伸运动。

【特别提示】

操作时刀口不能离开横突骨面，防过深误伤腹腔脏器。

（五）腰痛病（臀上皮神经卡压综合征）

大多数患者有腰部扭伤史或受风寒史。主要表现为患侧腰臀部尤其是臀部的疼痛，呈刺痛、酸痛或撕裂样疼痛。而且疼痛常常是持续发生的，很少有间断发生。一般疼痛的部位较深，区域模糊，没有明确的界限。急性期疼痛较剧烈，并可向大腿后侧放散，但常不超过膝关节。患侧臀部可有麻木感，但无下肢麻木。患者常述起坐困难，弯腰时疼痛加重。多数病人可以检查到固定的压痛点，一般在髂嵴中点及其下方压痛，按压时可有胀痛或麻木感，并向同侧大腿后方放射，一般放射痛不超过膝关节。直腿抬高试验多为阴性，但有 10％的患

者可出现直腿抬高试验阳性。腱反射正常。

【治则治法】

理筋减张，活络止痛。可先行常规的手法、针灸、理疗或封闭治疗，如效果欠佳，对臀上皮神经穿行的骨筋膜鞘采取减少张力为主，分离粘连为辅的针刀微创松解术。

【操作步骤】

对保守治疗无效或反复发作者可行针刀治疗。患者取俯卧位，常规定位消毒后，针刃垂直髂嵴方向进针。由于此部位的皮下脂肪较厚，故应选择比较长的针刀。穿过筋膜层即可，采用线式松解 4～5 针，在针刺过程中患者可有向腿部放散的麻胀酸重感，将针提至皮下，按压局部疼痛减轻或消失即可出针。用无菌棉球或纱布按压局部 2～3 分钟后结束治疗。

（六）腰痛病（臀中皮神经卡压综合征）

臀中皮神经为感觉神经，支配臀内侧皮肤，故卡压后只引起臀内侧部疼痛或骶部疼痛，不会出现运动障碍。起病过程缓慢，多无明显诱因。患者主诉为腰骶部酸痛，遇寒加重，得热则缓。反复发作，病势缠绵。疼痛没有明确的定位，常以风湿病，腰背筋膜纤维质炎或臀肌劳损的诊断对症治疗。触诊可在骶髂关节中点外缘扪及结节或条索状包块。局部软组织张力明显高于对侧，压痛明显，有时向髂后上棘和坐骨结节方向放射。

【治则治法】

理筋减张，活络止痛。可先行常规的手法或局部贴敷治疗，如效果欠佳，对臀中皮神经穿行的臀筋膜采取减少张力针刀微创松解术。

【操作步骤】

对于保守治疗无效，且病程较长者可行针刀治疗。患者取俯卧位，常规定位消毒，针刃平行皮神经走行方向进针，多点松解，穿过深筋膜层即可，如局部存在条索状包块，针刃平行包块的轴线方向行线式松解 3～5 针。如局部存在痛性结节，可行多点式松解 3～5 针。针刺过程中患者可感觉到局部酸麻胀重，有时可放散到臀横纹以下。将针拔至皮下后按压局部疼痛减轻或消失即可出针。局部按压 2～3 分钟结束治疗。无菌敷料覆盖进针点 24 小时。

（七）膝痹病

本病常见于中老年人、一般都有典型的膝半蹲位受伤或反复劳损史。髌骨周围压痛，髌骨活动度小，股四头肌萎缩，屈伸受限，伸膝抗阻力试验阳性，单足半蹲试验阳性，髌骨研磨试验阳性，叩髌试验阳性。少数患者可有关节积液，浮髌试验阳性。脂肪垫增生肥厚而伴压痛、挤压痛及膝过伸痛。X 线片示膝关节间隙变窄，软骨下骨硬化及囊样变或关节内有游离体，关节边缘增生、胫骨平台内外髁及髁间嵴增生明显。

【治则治法】

舒筋通络，活血导滞。对髌骨周围软组织痛点及肌腱附着点处的增生肥厚部位松解减张，恢复膝关节的动态稳定。

【操作步骤】

患者仰卧位、屈膝 90°，令足底放平于治疗床上，膝部痛点定位。髌骨周围的痛点和压痛点都是软组织损伤的病变部位，也是针刀治疗点。伴有髌前皮下滑囊炎者，用针刀将此滑囊的纤维层切开剥离即可，髌内外侧支持韧带痛点均在髌骨两侧边缘，用切开松解术即可。

【特别提示】

1.针刀剥离时仅限于粘连的病变组织间，切勿将韧带附着点铲起。

2.勿损伤骨膜，避免局部形成血肿。

（八）膝痛（髌下脂肪垫劳损）

本病的突出特征是膝关节前部疼痛或深部酸痛，活动后加重，休息后减轻。膝近伸直时疼痛最剧，膝稍屈曲痛即缓解。有时膝痛可向后放射至腘窝。

检查可见髌韧带两旁均肿胀。发作期皮温稍升高。股四头肌轻度萎缩。髌下脂肪垫肥厚，

压痛。过伸试验阳性（病人平卧，膝关节伸直平放，医生一手握伤肢踝部，另一手按压膝部，使膝关节过伸，髌下脂肪处有疼痛）。X 线检查无异常发现。

【治则治法】

舒筋通络，减张止痛。对髌腱两侧软组织痛点及肌腱附着点处的增生肥厚部位松解减张，恢复髌腱两侧脂肪垫的正常张力。常规手法或药物疗法效果欠佳时可选用针刀治疗。

【操作步骤】

病人仰卧，患肢伸直，常规定位、消毒、铺无菌孔巾，在膝髌韧带两侧压痛点处进针，针刃与韧带平行，点刺脂肪垫表面的纤维层 3～5 针，出针后用无菌棉球按压针孔 1～2 分钟，无菌敷料覆盖 24 小时。

（九）头痛（枕大神经卡压综合征）

枕后腱弓紧张，刺激或压迫枕大、小神经及枕动脉，引起偏头痛，疼痛可涉及头顶及颞部，呈持续性钝痛，后枕部胀痛明显，枕骨粗隆与乳突间下 2cm 范围处浅压痛。

【治则治法】

舒筋活络，减张止痛。常规针刺、理疗、按摩有效，效果欠佳且病程较长者可选用针刀治疗。

【操作步骤】

经过系统的保守治疗无效或反复发作者，可采用针刀治疗。该处头皮较薄，触诊比较容易发现痛点及条索状包块。患者取坐位，头伏于桌面或椅背上。作好皮肤标记后常规消毒，垂直颅骨方向进针，针刃与枕大神经走行方向平行。进针深度以穿过深筋膜为度。行多点式松解 3～5 针。患者常有局部酸胀感且向头顶放散。将针提至皮下，按压局部如果疼痛减轻或消失，即可出针。用无菌敷料按压进针点 2～3 分钟结束治疗。

【特别提示】

（1）局部保暖，避免感受风寒，加重局部症状。

（2）平时努力改善工作姿势。

（3）加强颈项部功能锻炼，动作要适当，运动幅度不宜过大。

（十）眩晕（颈性眩晕）

眩晕为主症，可伴有耳鸣、耳聋、恶心呕吐、头痛、颈痛等症状。颈左右转动明显受限、斜颈多以棘突偏向的一侧为主，病程长者可仅表现为患侧活动度减少，但不一定有明显疼痛。触诊第 1 颈椎侧块左右不对称，第 2 颈椎棘突偏歪，棘突旁压痛；第 2～6 颈椎关节左右不对称，第 3～7 颈椎棘突偏歪，棘突旁压痛，提肩胛肌肌腱（肩胛骨内上角处）有摩擦音，上位颈椎横突后缘有硬结。影像学检查支持颈椎病改变。

【治则治法】

平肝潜阳，滋阴益肾，宁心解眩。手法在改善临床症状方面具有良好的疗效。针刀可松解局部肥厚紧张痉挛的软组织。

【操作步骤】

患者坐位或俯卧位，头前屈 30° 定点；常规消毒，铺无菌洞巾；治疗点选在病变锥体上、下棘突间及旁开 1～1.5cm 处选两点，刀口线与脊柱纵轴平行，先切开病变椎体棘突上下缘的颈浅筋膜，如横突后结节有压痛点，针刀刀口线与颈椎纵轴平行，针体垂直于横突后结节外侧面，针达骨面后将刀口线调转 90° 。在横突末端上、下边缘处松解几刀，松开部分横突后结节上的肌肉止点。出针后用无菌敷料按压 1～2 分钟，封闭针道 24 小时。

【特别提示】

针刀在颈部剥离松解治疗时，必须熟悉解剖位置和层次，不可刺入过深，应紧贴骨面施术，切忌损伤椎动脉和脊髓。摸索进针小心松解。

三、禁忌症

1.施术部位或全身有感染、发热。
2.施术部位有重要的血管、神经或脏器等难以避开。
3.出血、凝血功能异常。
4.有严重内脏病发作期患者。
5.体质极度虚弱等患者应慎用。
四、注意事项
1.医生必须掌握局部解剖和针刀技术要领。
2.施术部位有重要的血管、神经或脏器等难以避开不得施术。

第二章 带刃针技术

带刃针技术是针法微型外科学的治疗技术，针法微型外科学是研究系统组织的机能状态及其微细结构改变和组织间的相对位置变化而引起局部或整体的反应的医学学科，源于九针的传承和创新，通过对组织微细结构的研究发现形成微型外科解剖学，在中医痹症理论“风寒湿三气杂至，合而为痹”、“经脉气血闭阻不痛，不通则痛”等指导下，结合现代医学对慢性骨伤软伤疾病的发病机制提出了“静态残余张力”、“应力性骨膜肌腱炎”、“适应性生长”等学说，研发的“带刃针”系列针法手术器械有凹刃针、推切针、平刃针、斜刃针、剑形针、侧刃针、圆头针、圆尖针、转位器等，对病变部位可实现选择性切割、剥离、翘动、松解、减压、矫形、转位等组织微细结构精确定量改变，减少健康组织的损害，结合针灸针刺手法，主治颈椎病、腰椎间盘突出、骨性关节炎、强直性脊柱炎、肩关节周围炎、网球肘、狭窄性腱鞘炎、各种周围神经卡压征、斜颈、臀肌挛缩症及马蹄足等慢性软组织伤病，骨伤、骨病痛症，畸形等。

一、基本操作方法

根据疾病诊断分型制定针法手术方案，结合查体和影像学资料选择手术部位和带刃针的型号类别，在治疗部位常规皮肤消毒，铺孔巾，以靶点为目标逐层局部麻醉，持带刃针自皮肤逐层刺入，直达病灶靶点，根据手术方案的操作要求进行操作，刺、推、铲、划等切割、剥离、翘拨、松解、转位、矫形等不同手法，达到预定目的后，拔针，用创可帖覆盖创口 2 天，术毕。

二、常见疾病的带刃针治疗技术

（一）肩凝症（肩关节周围炎）

肩凝症初发表现为肩部弥漫性疼痛，日轻夜重，晨起稍微活动后可减轻。伴随肩部疼痛加重出现保护性肌肉痉挛而使肩关节活动受限，最后肩关节与周围组织发生粘连，关节的活动功能丧失，形成“冻结肩”。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

疏通经筋，滑利关节，活血化瘀，解痉定痛。松解粘连的关节及其周围组织，以达到镇痛及改善关节功能的作用。

【操作步骤】

1.患者根据需要取坐或侧卧或仰卧位，常规皮肤消毒，铺无菌手术单。

2.确定患者体征明显的压痛部位。通常在肱二头肌长头腱、喙突、三角肌或肩关节后方可找到明显压痛点。

3.采用 0.5%利多卡因溶液在确定的治疗部位行局部麻醉。

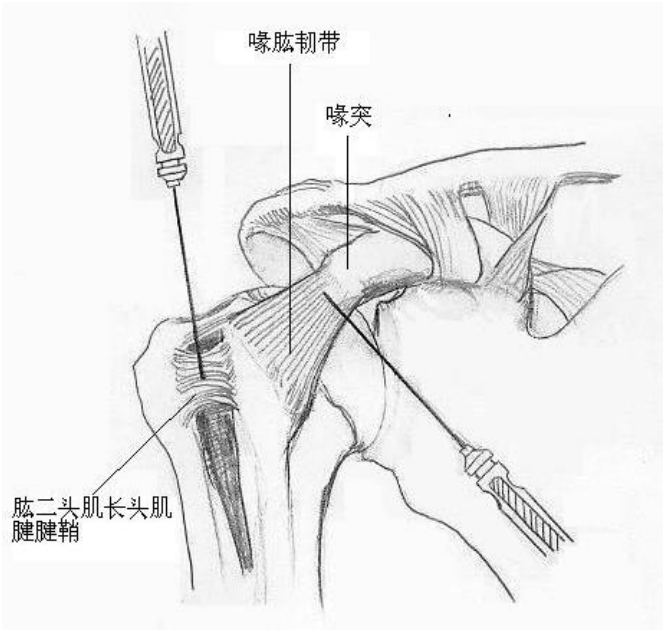


图 1　带刃针治疗肩凝症示意

4.依次在确定的不同治疗部位行带刃针治疗，如做喙肱韧带的松解（见图 1），可选用斜刃针垂直或成一定角度刺入皮下，直至抵达喙突外缘的喙肱韧带附着处，进行骨与韧带联接处的刺切、撬拨，分离松解；再做肱二头肌长头肌腱鞘的松解，可垂直或稍微倾斜进针至肱骨结节间沟处，用斜刃针沿肱骨长轴方向切割数针，手术完毕后拔出针具，用创口贴覆盖针孔。

（二）跟痛症（跟前神经卡压症）

本病多见于 40 岁以上肥胖患者，主要症状是足跟底部疼痛，清晨起床或自坐位站立时疼痛，行走几步后多可缓解，不负重不痛，症状可持续数周、数月、甚至数年。跟骨底前内侧常有压痛，局部无红肿。X 线拍片检查约半数患者可能存在跟骨骨刺。本病依据 2004 年北京协和医院主编的《骨科诊疗常规》进行诊断。针法微型外科学的微细解剖研究发现，足底外侧神经发出一细小神经至趾短屈肌和跖筋膜，在跟骨结节的起点绕跟骨前缘向外侧向骨膜发出分支，此神经正好在跖筋膜深面，并命名为“跟前神经”。临床上由于跟骨前缘跖腱膜的高应力可导致增生性骨刺或骨膜肌腱炎，因而会刺激或崁压跟前神经而诱发跟痛症。

【治则治法】

解筋通络，活血止痛。松解或切断被卡压的跟前神经。

【操作步骤】

1.患者取俯卧或侧卧位，常规皮肤消毒，铺洞巾。

2.指压法找出跟结节前压痛最明显处，予以标记。

3.采用 0.5%利多卡因局部麻醉。

4.使用斜刃针于标记点垂直刺入皮肤直至深部组织，于跖腱膜、跖腱膜跟骨抵止处及腱膜下进行切割、铲切和撬拨，分离松解跖腱膜以解除对跟前神经的压迫（见图 2）。对个别症状较重或反复发作者，可予以切断跟前神经。

5.退针，无菌敷料包扎，术毕。

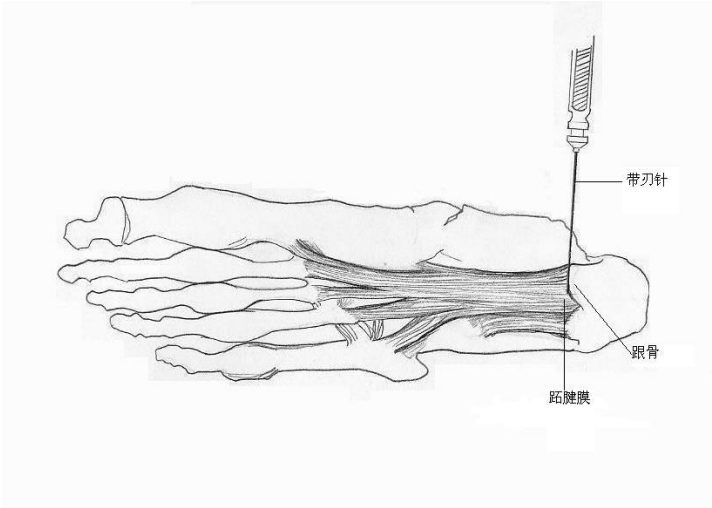


图 2 带刃针治疗跟痛症示意

（三）头风（偏头痛）

主要症状是偏侧头痛，呈持续性钝痛或发作性剧痛，还可伴随搏动性跳痛。检查可于枕后腱弓部位找到明显压痛，压迫后可诱发症状加重。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

解痉通络，祛风止痛。松解枕后腱弓以解除对神经的嵌压。

【操作步骤】

1.患者取坐位，颈部屈曲低头位；

2.枕部常规皮肤消毒，铺无菌手术单；

3.用 0.5%利多卡因局部麻醉；

4.使用凹刃针或平刃针，经皮垂直刺入，直达枕后腱弓，使针的刃口与枕后腱弓的横行纤维垂直，进行适度刺切，以松解枕后腱弓，减轻其下骨纤维管内的压力，使得枕大小神经的嵌压得到解除（见图 3）。

5.退针、创口加压止血，敷料覆盖。

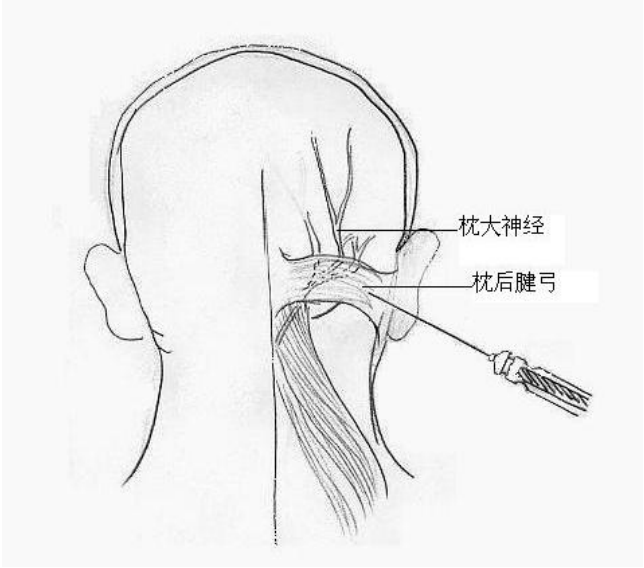


图 3 带刃针治疗偏头痛示意

（四）网球肘（肱骨外上髁炎）

本病是一种由于前臂伸肌反复牵拉而引起的肱骨外上髁伸肌总腱处的慢性损伤性骨膜肌腱炎。患者早期肘外侧疲乏酸困不适，手指活动不灵活，以后渐次出现疼痛，严重者肘外侧呈持续性疼痛。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

疏筋活血，通络止痛。通过带刃针对病变粘连组织的分离与松解，降低伸肌总肌腱的应力，解除神经血管束的嵌压，改善局部微循环。

【操作步骤】

1. 患者取坐或卧位肘部摆放于有利手术操作体位；

2. 常规皮肤消毒；

3. 通过指压法确定手术部位并标记；

4. 0.5％利多卡因局部浸润麻醉；

5. 使用斜刃针垂直皮肤进针，直达病灶，采用铲切、撬拨方法对骨膜肌腱及病变组织进行分离松解（见图 4）。

6. 退针，创口贴覆盖针孔。

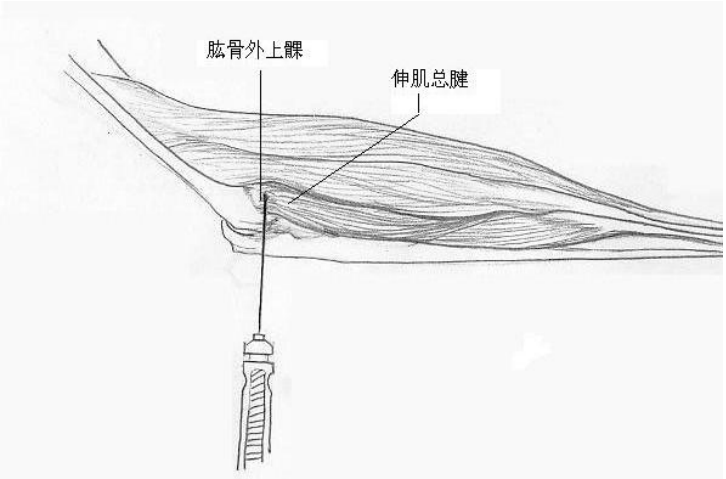


图 4 带刃针治疗网球肘示意

（五）弹响指（屈指肌腱腱鞘炎）

本病初期患指不能伸屈，用力伸屈出现疼痛，晨起、手指劳作及用冷水后加重，稍活动或热敷后疼痛可减轻。晚期患指病变局部有硬性结节并明显压痛，患指屈伸时能感觉到跳动或弹响，严重者患指不能主动屈伸。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证

诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】解筋通络，滑利关节。通过带刃针切开缩窄增厚的屈指肌腱腱鞘，消除肌腱和腱鞘的炎性反应，改善功能，缓解疼痛。

【操作步骤】

1.患者取坐或卧位肘部摆放于有利手术操作体位。

2.常规皮肤消毒。

3.通过指压法确定掌侧掌指关节交界处结节压痛点并标记。

4.用0.5%利多卡因局部浸润麻醉。

5.于标定的皮肤进针点使用凹刃针呈30°角进针，直达病灶腱鞘，采用推切方法对腱鞘组织进行刺切，直至使缩窄的腱鞘全部切开，患指伸屈活动障碍消失为止（见图5）。



图5 带刃针治疗弹响指示意

6.退针，创口无菌敷料包扎。

【提别提示】

施术者必须掌握解剖，推切时切忌损伤肌腱。

（六）腰痛病（腰椎间盘突出症）

腰椎间盘突出症是由于腰椎间盘变性，纤维环破裂，髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所表现出来的一系列临床症状和体征，是临床的常见病和引起腰腿痛最主要的原因。属中医痹证范畴，核磁共振检查可以明确本病的诊断。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

不取出椎间盘，让椎间盘“再利用”，通过转位器使椎间盘突出物与神经根之间产生相对位移，松解粘连，解除压迫，改善局部的循环和代谢，从而疏通经脉，促进恢复正常气血运行。同时纤维环侧方减压为椎间盘的内压释放和转移创造有利条件，对椎间盘突出物形成回缩和还纳的良好趋势。

【操作步骤】

1.手术于X线监视、定位下进行；手术全程生命体征监护；

2.体位：患者取俯卧位，患侧在外，充分显露术野，胸腹及双踝下垫软枕；术野皮肤用碘伏消毒，铺无菌手术洞巾；

3.定位：腰部放置手术定位器，在C型臂X线监视下行手术靶点定位；

4.用10cm7号穿刺针行常规病变节段椎间孔穿刺，成功后透视定位，确认针尖位置准确无误，反复回抽无异常，即缓注0.5%利多卡因及川芎嗪混合液4ml、立止血0.5ku；再用0.5%利多卡因注射液5ml做肌层组织浸润麻醉；

5.用带刃针开皮，将椎间盘转位器由开皮创口处进入，缓慢推进至病变节段椎间孔，透视定位，确认位置准确无误后，控制转位器边旋转、边推进，逐渐进入椎管内硬膜囊前间隙，结合烧山火手法充分推移和分离突出椎间盘及粘连组织；另于椎间盘外侧用梅花型转位器将纤维环开洞，以利于椎间盘髓核转位；

6.操作结束退出椎间盘转位器，局部注射立止血1ku；

7.手术针孔用无菌敷料和无菌敷料覆盖；

8.术毕创口贴帖敷。

【特别提示】

1.本技术适合高龄或伴有并发症不能耐受开刀手术的以上患者；椎间盘开刀术后复发者。

2.本技术不适合严重骨性椎管狭窄、严重椎间盘脱出伴脊髓神经受损、椎间盘突出物骨化、Ⅱ度以上椎体滑脱、严重黄韧带肥厚等。

（七）项痹病（颈椎间盘突出症）

颈椎间盘突出是指颈椎间盘退行性变、膨出、突出或脱出刺激或压迫神经、脊髓、血管而产生一系列症状的临床病征。主要表现为颈肩痛、头晕头痛、上肢麻木、肌肉萎缩、严重者双下肢痉挛、行走困难，甚至四肢麻痹，大小便障碍，出现瘫痪，属中医痹证范畴。核磁共振检查可以明确诊断。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

不取出椎间盘，让椎间盘“再利用”，通过转位器使椎间盘突出物与神经根之间产生相对位移，松解粘连，解除压迫，改善局部的循环和代谢，从而疏通经脉，促进恢复正常气血运行。同时纤维环侧方减压为椎间盘的内压释放和转移创造有利条件，对椎间盘突出物形成回缩和还纳的良好趋势。

【操作步骤】

1.手术于X线监视、定位下进行；手术全程生命体征监护。

2.体位：患者取侧卧位，手术侧在上，腋下及双膝间垫薄枕，腰部及双肩用固定带固定于手术台上，头部置于托架上，并予以牵引固定，使颈部尽量伸展，术野充分显露，以利于手术操作。

3.术野皮肤用碘伏消毒，铺无菌手术洞巾。

4.颈侧方放置手术定位器，在C型臂X线影像监视下予以手术靶点部位准确定位。

5.用5ml注射器穿刺，确认针尖位置准确无误，反复回抽无异常，于颈椎间盘病变节段椎间孔内外以及肌层和皮肤注射0.5%利多卡因及川芎嗪混合液局部浸润麻醉。

6.用带刃针于注射针孔处开皮，选择减压型转位器由针口处沿定位的椎间隙垂直进入，缓慢旋转推进，直达椎间盘外侧将纤维环开口，改变椎间盘内压强后换分离型转位器再次缓慢进入，遇有阻力辅助锤击逐渐进入椎管内硬膜囊前间隙，结合烧山火手法充分推移和分离突出椎间盘及神经致压组织，以使神经受压状态得以消除和缓解；

7.操作结束，拔出椎间盘转位器，局部注射立止血1ku。

8.术毕创口贴帖敷。

【特别提示】

1.本技术适合高龄或伴有并发症不能耐受开刀手术的以上患者；椎间盘开刀术后复发者。

2.本技术不适合严重骨性椎管狭窄、严重椎间盘脱出伴脊髓受损等；

（八）骨蚀（股骨头坏死）

本病为常见的骨关节病之一。大多因风湿病、血液病、潜水病、烧伤等疾患引起，先破坏邻近关节面组织的血液供应，进而造成坏死。其主要症状，从间断性疼痛逐渐发展到持续性疼痛，再由疼痛引发肌肉痉挛、关节活动受到限制，最后造成严重致残而跛行。激素药亦会导致本病的发生。中医亦称“骨蚀”。本病依据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病

证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

股骨头减三压技术通过减骨内压，关节内压和调整髋臼与股骨头之间的压强起到疏通骨压，活血健骨，滑利关节的目的。

【操作步骤】

1.全程心电监护，患者取俯卧位，双踝下垫薄枕，使髋部术野充分显露，以利于手术操作；

2.用碘伏消毒液将髋部手术区按常规行皮肤消毒，然后铺无菌手术单；

3.髋部放置手术定位器，在C型臂X线影像监视下予以手术靶点部位准确定位；

4.用0.5%利多卡因注射液行大粗隆穿刺点局部皮肤、皮下及骨膜组织浸润麻醉；

5.用电动骨钻将减压针对准X线影像定位下病变股骨头的骨坏死灶方向推进，进入股骨颈髓腔后首先退出，注射0.5%利多卡因液，以减轻进一步髓腔进针时的疼痛，接着再将减压针经引导器再按原路径进入股骨颈髓腔，直至股骨头病灶部位，退出减压针，此时见有气泡及暗红色血液自针孔溢出，接着以空注射器抽吸坏死液及瘀血，之后又插入一长穿刺针将0.5%利多卡因及川芎嗪混合液注入髓腔及股骨头坏死区病灶内，完毕拔出长针。

相同操作方式和步骤再进行其他病灶靶点操作，以达到充分减低股骨头髓腔压力。

6.骨内减压结束，用创口贴和无菌敷料覆盖。

7.选择髋关节囊韧带挛缩部位，取内侧、前侧、外侧或后侧进针点，常规消毒铺巾，局部浸润麻醉至关节囊韧带，用带刃针斜刃针刺入，注意避开神经血管，直达病灶进行切割、分离、松解，术后配合髋关节各方向的牵引复位，调整并减少关节内压。

8.选择内收肌、臀中肌在耻骨和大转子上的止点，常规消毒铺巾，局部浸润麻醉至腱止点，用斜刃针刺入，注意避开神经血管，直达病灶进行切割、松解，术后配合髋关节外展、内收手法消除肌紧张。

9.带刃针术毕，无菌敷料帖敷。

【特别提示】

1.本技术适合对早期和股骨头未完全塌陷的治疗，对于不愿手术的患者可优于单纯的保守治疗。

2.不适合股骨头坏死Ⅲ期、Ⅳ期。

3.关节囊韧带和肌肉止点的带刃针治疗可以择期进行。

三、禁忌症

1.全身发烧、手术区域的皮肤或深部组织的感染，溃疡及肿瘤部位。

2.有出血倾向、凝血功能障碍者。

3.活动性结核，全身发热，急性感染，严重内脏疾病的发作期。

4.体质极度衰弱，严重肝肾功能不全，严重高血压，心脏病，Ⅰ型糖尿病，晚期肿瘤患者根据具体情况决定是否手术。

四、注意事项

1.实施该项技术必须熟悉微型外科解剖学，否则操作不到位，达不到疗效，或可能造成损伤。

2.对于病程早期不适宜实施本项技术。

3.术后配合手法、物理治疗等提高疗效。

4.手术后创口3日内避免污染。

第三章　水针刀技术

水针刀技术是在松解剥离的同时在局部注射相应药物的技术，常用于软组织损伤病、骨伤病、疼痛病及脊柱相关病的治疗，颈痛症、凝肩症、肘痛症、外上髁炎、腕痛症、弹响指、腰痛症、膝痛症、骨蚀、痹症、跟痛症及软组织损伤疾病。

一、基本操作方法

1.筋膜扇形分离法

主要用于治疗软组织损伤疾病。可选用扁圆刃水针刀筋骨针，在病变结节处进扇行分离法，分离软组织结节，对于病变点有压痛无结节者，可在疼痛点远端，快速斜行进针达浅筋膜层、进行扇形分离。

2.筋膜弹割分离法

选取鹰嘴型水针刀筋骨针，又称为锋勾水针刀筋骨针，治疗四肢末端病变及胸腹部软组织损伤，如屈指肌腱鞘炎、类风湿性关节炎等。应用筋膜割拉松解、摇摆注药的针法。

3.一点三针分离法

选取樱枪型水针刀，采用一点进针入路、进入囊腔后回抽滑液，注射磁化松解液，然后向三维方向通透分离，主要治疗滑囊炎、滑膜炎及滑膜积液。

4.双手针法

双手动静刀法是指水针刀筋骨针在治疗脊柱病变及脊柱相关病时，要求双手同时快速进针、同时松解分离脊柱两侧的病变组织。

5.经筋飞挑法

选用小号樱枪型水针刀筋骨针，沿四指及躯干部筋膜分布区，或神经线路反射点，轻快飞挑。

要点为：有响声、皮不破、不出血。

主要适用于神经根型颈椎病所引起的上肢及手部的疼痛、麻木，或腰椎间盘突出症、椎管狭窄症引起的下肢及足部的疼痛、麻木症等。

二、常见疾病的水针刀技术

（一）项痹病（颈椎病）

项痹病为现代医学中的颈椎病，是骨伤科中的常见病、高发病，其发病率高。多见于常期伏案工作的中老年人。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

松解病变结节，解除疼痛，改善颈部循环，恢复颈椎功能。采用筋膜扇形分离法。

【操作步骤】

1.选取中药针剂川芎嗪注射液 4ml、维生素 B12 注射液 1500ug、利多卡因注射液 2ml。

2.选取针具：圆刃水针刀筋骨针。

3.进针点选择：根据水针刀筋骨针的“平衡三针法”原理选择：a 针点：后枕部寰枕筋膜处阳性压痛点，b 针点：棘突阳性压痛点，c 针点：横突阳性压痛点。

4.治疗步骤：结合 X 线片，患者坐位或俯卧位，局部皮肤常规消毒后，

a 针点：进针方向与脊柱纵轴平行进针，按筋膜扇形分离法，松解 3～6 针，回抽注药 2～3ml，出针，无菌纱布按压进针点 1～2 分钟，无菌敷料覆盖 24 小时。

b 针点：进针方向与脊柱纵轴平行进针，按筋膜扇形分离法，松解 3～6 针，回抽注药 2～3ml，出针，无菌纱布按压进针点 1～2 分钟，无菌敷料覆盖 24 小时。

c 针点：进针方向与脊柱纵轴平行进针，按筋膜扇形分离法，松解 3～6 针，回抽注药 2～3ml，出针，无菌纱布按压进针点 1～2 分钟，无菌敷料覆盖 24 小时。

（二）落枕（失枕）

落枕又称“失枕”，临床诊断以急性颈项部肌肉痉挛、疼痛、僵硬、板滞和颈部运动功能障碍为主。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

松解病变结节，解除疼痛，改善颈部循环，恢复颈椎功能。筋膜弹割分离法

【操作步骤】

局部皮肤常规消毒后，进针方向与血管神经走向平行，斜行快速无痛进针，应用筋膜弹割分离法松解 3～6 针，无菌纱布按压进针点 1～2 分钟，无菌敷料覆盖 24 小时。每隔 3～5 日一次，1～2 次既可痊愈。术毕，可给予颈部牵引，同时可配合手法按摩复位，3～5 次为一疗程。

【特别提示】

1.术前药物导入。

2.术中，严格无菌操作，避免损伤神经、血管。

3.术后，局部红外照射。

4.避免寒冷刺激。

5.在颞骨乳突后下缘进针时，防止进针过深，防止损伤颈动脉孔附近的脑神经及血管。

6.在胸锁关节进针时，角度不能大于 30°，防止损伤颈总动脉及肺尖部。

（三）肩凝症（肩关节周围炎）

肩凝症又称“五十肩”，本病多发生于 50 岁左右的人，女性发病率高于男性。其病因主要由于肩关节周围长期劳损、更年期诱因或受风寒湿邪侵袭有关，本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】松解肩周软组织粘连，消除疼痛，恢复肩关节正常功能。采用筋膜扇形分离法。

【操作步骤】

1 选取中药针剂川芎嗪注射液 2～4ml、康宁克通 10mg、利多卡因 3～5ml。

2 选取扁圆刃水针刀筋骨针。

3 进针点选择：

在肩部前方选取 a 针点：肩前方喙突阳性压痛点，该点主要解除肩关节的外展后背旋后困难。

在肩部侧方选取 b 针点：肩侧方大结节阳性点，该点主要解除肩关节上举困难。

在肩部后方选取 c 针点：肩后方盂下结节阳性点，该点主要解除肩关节旋前、旋内困难。

肩痛症水针刀筋骨针法肩前喙突点进针示意图

4 治疗步骤：患者取坐位，常规消毒。

（1）针点：以 60° 角向外上方快速进针，按筋膜扇形分离法，松解 3～6 针，回抽注药 2～3ml，出针，贴无菌敷料。

（2）针点：以 90° 角向外上方快速进针，按筋膜扇形分离法，松解 3～6 针，回抽注药 2～3ml，出针，贴无菌敷料。

（3）针点：以 60° 角向外上方快速进针，按筋膜扇形分离法，松解 3～6 针，回抽注药 2～3ml，出针，贴无菌敷料。

【特别提示】

1.水针刀筋骨针术后可配合手法按摩，每日 1 次，10 次为一疗程。

2.颈痛症治疗后，可适当配合理疗红外线照射，注意保暖，避免寒冷刺激。

（四）肱骨外上髁炎

肱骨外上髁炎又称网球肘或桡侧伸腕肌肌腱损伤。多见于需反复用力伸腕活动的成年人，尤其是频繁用力旋转前臂者易罹患。如打字员、厨师或乒乓球、网球运动员等多见，故又称“网球肘”。本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

松解剥离粘连，松解伸肌总腱处无菌粘连，解除疼痛症状，使之功能恢复。采用骨膜扇形分离法。

【操作步骤】

患者肘关节屈曲 90° 平放于治疗桌面上，在肱骨外上髁处常规消毒后，取中号锋钩筋骨针，进针方向和伸腕肌纤维走向平行刺入肱骨外上髁皮下筋膜层，行骨膜扇形分离法，松解 3～6 针，术毕，贴无菌敷料。每隔 3～5 天一次，1～3 次为一疗程。

【特别提示】

1.选择治疗点要准确无误。

2.治疗期间及治愈后，应除祛病因，避免伸肌总腱的劳损，以防复发。

3.若遇效果不明显，选择群星拱月治疗点。

（五）桡骨茎突狭窄性腱鞘炎

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎，是指趾腕踝关节部位腱鞘炎中发病率最多见部位，占其它所有腕踝关节部位腱鞘炎的 50％左右，这是由于腕部位是劳动器官的主要用力部位所决定，本病依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】

松解剥离粘连，松解肌腱处无菌粘连，解除疼痛症状，使之功能恢复。采用筋膜割拉分离法或筋膜扇形分离法。

【操作步骤】

患肢握拳平放于治疗台上，在桡骨茎突处找到最敏感点，常规消毒后，取锋钩筋骨针，进针方向和桡动脉平行，按筋膜割拉分离法松解 3～6 针，然后快速出针，压迫针孔，无菌敷料贴敷，一般一次痊愈。

【特别提示】

勿损伤桡动脉和浅神经支（进针时一定不要刺桡骨茎突后下方的小凹陷，即“鼻烟窝”）。

（六）掌腱膜挛缩症

掌腱膜挛缩症是由于手掌皮下组织的增生、纤维变性，形成结节和条索状结构，导致手指关节的继发性改变。可有皮下脂肪变薄、皮肤与病变组织粘连，后期阶段皮肤可呈橘皮样表现，在近节指间关节的背侧常存在指节垫。病变通常起始于环指的远端掌横纹处，逐渐发展蔓延及环指和小指，渐渐发生掌指关节和近节指间关节屈曲挛缩。

【治则治法】

松解剥离粘连，解除掌腱膜挛缩，恢复手掌功能。采用筋膜割拉分离法。

【操作步骤】

患侧手掌心向上，平放于治疗台上，定点：

a 针：大鱼际和小鱼际隆起部之间硬结条压痛处或掌腱膜的顶端处。

b 针：近侧掌横纹附近的硬结条压痛处。

c 针：远侧掌横纹处而不在指近横纹上（此处指神经位置较浅，且可与病变胶原混杂，容易误伤指神经）。

皮肤常规消毒，取中号锋钩筋骨针，进针方向与肌腱方向平行，垂直进针，运用割拉摇摆分离法或筋膜弹割分离法松解 3～6 针，将屈肌腱和腕横韧带间的粘连割拉松解后，出针，无菌敷料贴敷。

【特别提示】

1．术毕，不能用冷水洗手，注意保暖。

2．不能损伤手指两侧面的软组织中的神经血管。

3．治疗期间应避免致病动作。

4．进针方向与肌腱走向一致。

（七）、肋软骨炎

肋软骨炎是一种较常见的疾病，好发于青年女性，为男性 7～9 倍，胸骨旁第 2～3 肋骨易于受累，多为单发，北方人发病率较高，主要表现肋骨增粗，伴有疼痛。

【治则治法】

松解剥离粘连，舒经活络，解除疼痛。采用筋膜扇形分离法。

【操作步骤】

结合 X 线片所示，令患者侧卧位，在 2～10 肋软骨关节囊处，寻找阳性病变点，每次取 3～6 点，皮肤常规消毒后，进针点严密选在肋骨面上，沿肋骨走向进针达筋膜层，筋膜割拉分离法松解 3～6 针，术毕出针，贴无菌敷料。每周 2 次，3～5 次为一疗程。

水针刀微创针法术后，患者俯卧在治疗床上，医生拇指按压在患侧骨关节部位，反复弹拨松解，随后用双手掌部沿骨关节走向按摩 3～5 分钟，每日一次，5～7 次为一疗程。

【特别提示】

1.首先注意与胸腔内的结核、肿瘤、心脏病相区别，明确本病。

2.严禁刺入胸腔，引起气胸。

（八）梨状肌综合征

梨状肌综合征是指急性创伤，慢性劳损或炎症肿胀，使梨状肌肌腹形成纤维束带或疤痕条索，以及梨状肌上下孔粘连、挛缩、结疤，导致坐骨神经在梨状肌下方受到激惹或卡压而产生的一系列临床症状表现。

【治则治法】

松解剥离粘连，松解坐骨神经压迫，解除疼痛。筋膜扇形分离法。

【操作步骤】

患者俯卧位，找准梨状肌坐骨神经卡压处，肌肉附着处，紫药水作标记，皮肤常规消毒后，选扁圆刃筋骨针，快速无痛进针，进针方向与梨状肌纵轴平行，垂直进针，行筋膜扇形分离法松解 3～6 针，出筋骨针后，按揉 3～5 分钟，术毕无菌敷料贴敷。

【特别提示】

1.严格无菌操作。

2.切勿损伤坐骨神经，切割松解应在其外侧。

第四章　钩针技术

钩活术技术是在新夹脊穴、华佗夹脊穴、骨关节特定穴、阿是穴、十二正经腧穴、奇经八脉腧穴、经外奇穴等全身穴位点，利用钩鍉针，采取钩治、割治、挑治、针刺、放血等五法并用的一种无菌操作技术。常用于脊柱退变性疾病、骨关节病、软组织退变性疾病的治疗。

一、基本操作方法

（一）定位：新夹脊穴（见图 1）的定位是在华佗夹脊穴和足太阳膀胱经第一侧线之间。

新夹脊穴的定位规律：新夹脊穴是根据脊椎的发病规律而命名的，穴位计数为解剖体位自下向上升序排列。例如：颈椎的第七椎在颈椎排列顺序中在最下方，是载荷量最大的椎体，易发病，故将颈一穴定为此处。顺延向上颈二、颈三穴处椎体载荷量逐渐减小，发病的几率亦随之降低，但在治疗操作上的难度却逐渐增大。胸椎和腰椎及骶尾椎处的定位规律也是如此。

颈椎棘突下，督脉旁开 0.6 寸，左右各一。

胸椎棘突下，督脉旁开 0.8 寸，左右各一。

腰椎棘突下，督脉旁开 1.0 寸，左右各一。如：

颈一穴：第七颈椎棘突下，督脉旁开 0.6 寸，左右各一。

颈二穴：第六颈椎棘突下，督脉旁开 0.6 寸，左右各一。

颈三穴：第五颈椎棘突下，督脉旁开 0.6 寸，左右各一。

胸十二穴：第一胸椎棘突下，督脉旁开 0.8 寸，左右各一。

胸十一穴：第二胸椎棘突下，督脉旁开 0.8 寸，左右各一。

胸十穴：第三胸椎棘突下，督脉旁开 0.8 寸，左右各一。

腰一穴：第五腰椎棘突下，督脉旁开 1.0 寸，左右各一。

腰二穴：第四腰椎棘突下，督脉旁开 1.0 寸，左右各一。

腰三穴：第三腰椎棘突下，督脉旁开 1.0 寸，左右各一。

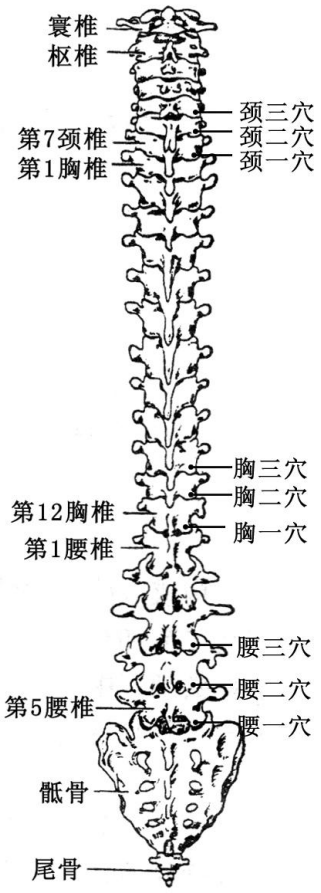


图 1 新夹脊穴示意

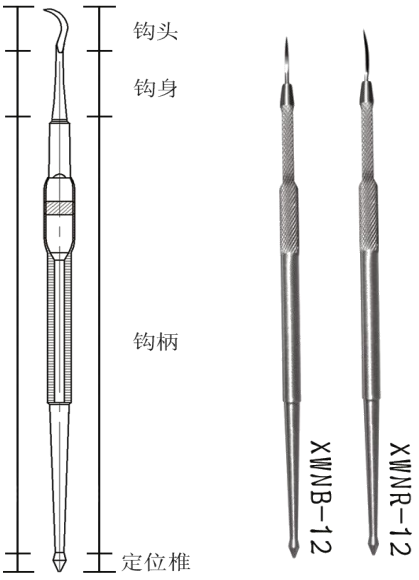


图 2 巨颈胸型、微类 1.2cm 钩鍉针

（二）选穴原则：根据影像学检查结果确定治疗穴。

（三）钩鍉针针具：钩鍉针有钩头、钩身、钩柄、钩尾四位之分（见图 2）。

针具四位：

钩头：是钩鍉针最顶端的弧形结构，由钩尖、钩刃、钩弧、钩板四位组成（见图 3），在各型中有弧形和大小的变化。

钩身：是指钩鍉针钩头与钩柄之间的结构，在各型中有粗细长短的变化。

钩柄：钩柄为钩身与钩尾（定位椎）之间的结构，在钩鍉针中为最庞大部分，柄乃手柄，是操作医师手持部分。

钩尾：位于钩鍉针的尾部，又称定位锥，是一个圆锥形结构，最末端是一个小圆平板，结构特殊，功能特别，在各型中有所变化。

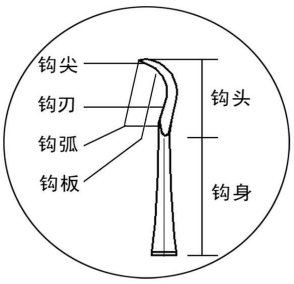


图 3 钩头示意图

（四）体位：俯卧位、俯伏坐位（见图 4）



图 4 俯卧位、俯伏坐位示意图

（五）操作方法：

以钩提法为主。钩提法指钩鍉针按所使用的进针法进入皮肤（真皮）后，施治时先钩后提拉、再钩再提拉，循序渐进，达到钩治、割治、挑治、针刺、放血五法并用的操作手法。使用的钩鍉针主要是巨类的腰型、颈胸型、穴位型、钩鍉针和中类内板型、微类内板型钩鍉针。进入皮肤（真皮）后，其再操作的方法又分为垂直钩提法、扇形钩提法、菱形钩提法、倒八字钩提法。另外还有钩割法、强刺法、画圆法、鸟啄法、旋转法、钩划法、分离法、捣碎法。

（六）操作步骤

根据不同的病种采用相应的体位，确定钩治穴位点。

1.局部消毒

常规局部消毒，常规铺盖洞巾。

2.局部麻醉

用 0.25％的盐酸利多卡因局部浸润麻醉，视钩治部位的深浅，每处注射 2～4ml，2～3 分钟后即可操作，同时注意观察有无过敏反应。

3.进针钩治

包括钩治、割治、挑治、针刺四法。左手固定腧穴局部皮肤，确保刺入位置的准确，右手持钩鍉针，钩鍉针钩尖垂直于皮肤，根据具体穴位的解剖位置调整角度。钩治进入的方向，是本椎体的关节突关节，刺入皮肤及皮下组织，做钩提动作，边钩提边深入，进入筋膜层，

使局部筋膜张力、压力降低，术者手下感到基本畅通，即达到治疗目的。

4.出针

手法完成后，沿原路径缓慢退出皮肤。

5.局部放血

即放血法。钩治后术者双手挤压腧穴周围的组织排出局部瘀血，达到祛瘀生新的目的。

6.无菌包扎

对针孔进行无菌包扎 4 天，防止感染。

（七）疗程

钩活术治疗颈椎病，每周一次，3 次为一疗程。

二、常见疾病的钩活术治疗

（一）项痹病（神经根型颈椎病）

此处仅介绍项痹病的神经根型颈椎病。本病多由外邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅所导致，以颈部疼痛、兼上肢放射痛，活动受限，甚则影响正常活动为临床表现。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断，并结合临床表现、体征、影像学检查结果确定钩治穴。

【治则治法】祛风除湿，舒经活络。采用钩治法、割治法、挑治法、针刺法、放血法。

【取穴】主穴：颈一穴+颈二穴。配穴：天髎、秉风、膈俞、手三里、曲池。

【操作手法】钩提法。

【特别提示】

1.钩治手法轻柔，严格控制钩治范围。

2.钩治时，严格控制深度，以达到浅筋膜层为度。

3.在钩治程度上，达到基本畅通即可停止操作。

（二）项痹病（椎动脉型颈椎病）

此处仅介绍项痹病的椎动脉型颈椎病。本病因气虚血亏、髓海空虚、肝肾不足（虚），或因痰浊中阻、瘀血阻络等所引起，表现为颈部僵硬、头晕目眩、甚至恶心呕吐，症状与颈部体位有关。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断，并结合临床表现、体征、影像学检查结果确定钩治穴。

【治则治法】舒筋活血，除眩定晕。钩治法、割治法、挑治法、针刺法、放血法。

【取穴】主穴：风府+颈三穴。配穴：四神聪、头维。

【操作手法】钩提法。

【特别提示】同神经根型颈椎病

（三）腰痛病（腰椎间盘突出症）

此处仅介绍腰痛病中的腰椎间盘突出症。临床表现腰痛伴有下肢放射性疼痛，腰部活动受限，股神经牵拉试验阳性及直腿抬高试验阳性。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断，并结合临床表现、体征、影像学检查结果确定钩治穴。

【治则治法】祛风止痛，活血通络。采用钩治法、割治法、挑治法、针刺法、放血法。

【取穴】主穴：腰一穴+腰二穴。配穴：环跳、承扶、殷门、足三里。

【操作手法】钩提法。

【特别提示】钩治后，相对卧床 4 天。30 天内，避免弯腰负重。

（四）腰痛病（腰椎管狭窄症）

此处仅介绍腰痛病中的腰椎管狭窄症。临床表现腰痛伴有下肢疼痛麻木沉重，间歇性跛行，症状逐渐加重。本病依据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断，并结合临床表现、体征、影像学检查结果确定钩治穴。

【治则治法】祛风止痛，活血通络。钩治法、割治法、挑治法、针刺法、放血法。

【取穴】主穴：腰三穴+腰二穴。配穴：环跳、血海、委中、足三里、下巨虚。

【操作手法】钩提法。

【特别提示】钩治后，相对卧床 2 天。

三、禁忌症

1.脊柱感染性疾病患者。

2.出血性疾病及凝血障碍性疾病患者。

3.脊柱及脊髓肿瘤患者。

4.局部皮肤有破损及感染者。

5.孕期、哺乳期妇女。

四、注意事项

（一）针具注意事项

1.一人次一消毒，规范灭菌。

2.注意保护钩尖，防卷刃及变形，如果变形，切忌再用。

（二）钩活过程中的注意事项

1.手法轻柔，切忌用蛮力，以免损伤正常组织和钩针折断。

2.应该严格掌握钩治在筋膜层。

3.排除针眼里的渗血，并进行有效止血后，方可包扎。

4.用无菌棉球放在针孔上，加盖无菌敷料或敷贴 4 天。

第五章　刃针技术

刃针技术是以《灵枢》“解结”的理论为指导，以减压为主要作用的中医临床操作方法。主要治疗软组织损伤导致的疼痛和功能障碍，以及影响内脏器官所致的功能性症状。

一、基本操作方法

（一）定位

按经络或肌肉走向切循，触找压痛和异常改变点，用定点笔标记。

（二）消毒

局部常规消毒。

（三）进针

1．手指按压并捏住套管，快速叩击穿过皮肤，患者无明显疼痛感。

2．按浅筋膜－深筋膜－肌肉－骨面的顺序，逐层深入。通过阻力突然减小的“落空感”来判断层次。

（四）切刺

1．纵行切刺：与针刃一致的方向，在病灶层间断切刺数下。

2．横行切刺：与针刃垂直的方向，在病灶层间断切刺数下。

3．十字切刺：先与针刃一致的方向，在病灶层切刺一下；随即退出病灶层，调转针刃90度，再切刺病灶层一下。

（五）出针

用纱布块压住进针点，迅速将针拔出，稍按压贴无菌敷料。

二、常见疾病的刃针技术

（一）项痹病（椎动脉型）

项痹病（椎动脉型），相当于西医的椎动脉型颈椎病，主要的病理改变是椎动脉供血障碍。本型的主要症状为，间歇性、与姿势和头部活动有关的眩晕，严重者猝倒。发病年龄多在40岁以上，与颈椎退变及血管的硬化有关。本病依据国家中医药管理局1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】

在减压的基础上活血化瘀，使紧缩的肌肉放松，解除对椎动脉和/或交感神经的压迫、刺激。

【操作步骤】

1.定位

患者俯卧，胸部垫枕、头呈前屈位。在以下部位切寻压痛和软组织异常改变：

（1）枕骨下项线：有头后大、小直肌，头上斜肌附着。多在天柱、风池、完骨、安眠、翳风穴附近。

（2）颈椎棘突旁：主要有浅层的项筋膜，中层的斜方肌上部和深层的关节囊。多在颈夹脊线附近。

（3）胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：主要有浅层的胸腰筋膜，中层的斜方肌中部、骶棘肌和深层的横突棘肌。多在膀胱经内侧线上的大杼、风门、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、膈俞穴附近。

2．常规消毒。

3．进针

（1）枕骨下项线：与枕骨骨面垂直刺入。

（2）颈椎棘突旁：与局部体表垂直刺入。

（3）胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：与局部体表向上或向下呈 45°角刺入。

4．切刺

（1）枕骨下项线：达到病灶层，纵行切刺，横行切刺。

（2）颈椎棘突旁：达到病灶层，纵行切刺，横行切刺，必要时十字切刺。

（3）胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：达到病灶层，纵行切刺，横行切刺。

5．出针

用纱布块压住进针点，迅速将针拔出，稍按压贴“无菌敷料”。

【特别提示】治疗部位都有一定难度，先要了解局部解剖，治疗时要频频询问患者感觉，逐层深入仔细体会针下感觉，以保障安全。

（二）**腰痛病**（腰椎间盘突出症）

腰痛病，多发于 20～40 岁之间，致病的内因是椎间盘本身的退变，致病的外因是损伤和劳损等。症见腰、腿疼痛和/或麻木，参考影像学改变。本病依据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】

减压、松解和改善局部微循环，恢复脊柱的力学平衡，消除症状。

【操作步骤】

1． 定位

患者腹部垫枕俯卧。在以下部位切寻压痛和软组织异常改变：

（1）腰椎棘突旁：主要有浅层的胸腰筋膜浅层、背阔肌，中层的骶棘肌，深层的横突棘肌、关节囊。多在夹脊，膀胱经内侧线以及三焦俞，肾俞，气海俞和大肠俞附近。

（2）臀部：主要是臀大、中、小肌，梨状肌和阔筋膜张肌。包括秩边、环跳、居髎等穴。

（3）大腿后侧：主要是股二头肌，半腱、半膜肌。包括承扶穴和殷门穴。

（4）大腿外侧：主要是阔筋膜张肌。包括风市、中渎和阳关穴。

（5）小腿后侧：主要是深层的比目鱼肌和浅层的腓肠肌。包括委中，合阳，承筋，承山，飞扬，跗阳和昆仑等穴。

（6）小腿前外侧：主要是胫骨前肌、趾长伸肌。包括阳陵泉，外丘，光明，阳辅等穴。

2．常规消毒

3．进针

与局部体表垂直刺入。

4．切刺

达到病灶层，纵行切刺，横行切刺，必要时十字切刺。

5．出针

用纱布块压住进针点，迅速将针拔出，稍按压贴无菌敷料。

【特别提示】

1．腰椎棘突旁操作时，不要超过骶棘肌外缘线，大多达到肌肉层即可。

2．臀部操作时，要避开梨状肌上、下孔，以免损伤臀上动脉和坐骨神经。

3．大腿后侧操作时，达到肌肉层即可，过深有损伤坐骨神经的可能。

4．大腿外侧操作时，可深入达到骨面，但要提起 1～2㎜ 切刺，以免损伤骨膜。

5．小腿后侧操作时，达到肌肉层即可，过深有损伤深部血管的可能。

6．小腿前外侧操作时，可穿过肌肉深层的骨间膜，但不可再深入。

（三）骨蚀（股骨头坏死）

骨蚀，是指骨的有活力成分（包括骨细胞、骨髓造血细胞及脂肪细胞）的死亡。主要临床表现为髋关节疼痛、功能受限以及影像学改变。本病依据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】

在关节腔减压的基础上，松解关节周围软组织改善局部微循环。

【操作步骤】

1. 定位

患者分别俯卧和仰卧。在以下部位切寻压痛和软组织异常改变：

（1）髂结节至股骨大转子最高点连线：上 2/3 由浅入深分别是阔筋膜，阔筋膜张肌，臀中肌和臀小肌；上 2/3 和下 1/3 交点深层是关节囊和关节间隙；下 1/3 中点深层是股骨大转子尖端，为臀中、小肌和梨状肌止点。

（2）大腿前面：为股四头肌。起于髂前下棘、止于髌骨上缘，中间深层是股中间肌、浅层是股直肌，内、外侧分别是股内侧肌和股外侧肌。

（3）大腿内侧：为股内收肌群，主要是股薄肌，起于耻骨下支，止于鹅足部。

2. 常规消毒

3. 进针

与局部体表垂直刺入。

4. 切刺

达到病灶层，纵行切刺，横行切刺，必要时十字切刺。

5. 出针

用纱布块压住进针点，迅速将针拔出，稍按压贴无菌敷料。

【特别提示】

1. 髂结节至股骨大转子最高点连线操作时，十字切刺关节囊，穿过即可切勿过于深入。

2. 大腿前面操作时，可深入达到骨面，但要提起 1～2mm 切刺，以免损伤骨膜。

3. 大腿内侧操作时，助手将肌肉捏起，术者持针与肌肉走行一致、斜向上或下纵行切刺。

（四）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

膝痹病是以关节软骨退变为核心的，累及骨质、滑膜、关节囊及关节其它结构的，多方位、多层次、不同程度的慢性炎症。多见于 50 岁以上的中老年人，女性多于男性。主要临床表现为，膝关节疼痛、功能障碍、肿胀、影像学改变，严重者关节变形。本病依据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】

在关节腔减压的基础上，松解关节周围软组织，恢复关节的正常位置、改善关节液的生化平衡。

【操作步骤】

1. 定位

患者分别仰卧和俯卧。在以下部位切寻压痛和软组织异常改变：

（1）髌骨上方：主要是股四头肌和深层的髌上囊。包括阴市、梁丘、鹤顶和血海穴。

（2）膝关节两侧：为内侧和外侧副韧带。有阴陵泉和阳陵泉穴。

（3）髌骨尖两侧：为膝关节脂肪垫。有内膝眼和犊鼻穴。

（4）腘窝：内上方是半腱、半膜肌腱，外上方是股二头肌腱，中间有腘肌和跖肌通过。包括委中、阴谷、委阳、浮郄穴。

2. 常规消毒。

3．进针

局部体表垂直刺入。

4．切刺

达到病灶层，纵行切刺，横行切刺，必要时十字切刺。

5．出针

用纱布块压住进针点，迅速将针拔出，稍按压贴无菌敷料。

【特别提示】

1．髌骨上方操作时，深层的髌上囊要多点十字切刺，出针后立即拔罐。

2．膝关节两侧操作时，胫骨上端内侧的“鹅足”部，不能直刺，要斜行在层面间切刺。

3．髌骨尖两侧操作时，脂肪垫位于关节囊纤维层和滑膜层之间的皱襞中，穿过脂肪垫有落空感即进入关节腔，切勿再深入，以免损伤关节软骨甚至半月板。

4．腘窝操作时，委中穴处深层有胫神经，腘动、静脉等通过，切刺时穿过深筋膜即可，或在穴位稍内和外侧切刺，较为安全。

三、禁忌症

1.局部皮肤破损及软组织存在炎症反应者。

2.有凝血功能不全或出血倾向者。

3.患有严重心脑血管疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者。

4.非软组织损害所致的此类疾病。

四、注意事项

1.患者描述治疗过程中突然疼痛、放射或胸闷、气短，应立即停止不动，稍提起针，略改变方向深入，如不再出现疼痛继续操作，如仍出现疼痛则再稍提起针，略改变方向深入，直至无疼痛感。

2.患者描述，有较强的酸、沉、胀和微麻、微痛感；术者感觉，针下组织较正常硬、厚、难以通过，是达到病灶的依据，即可切刺治疗。

3.通过切刺，针下组织不再较正常硬、厚、难以通过，是达到刺激量的依据，立即结束切刺，不能刺激过度。

4.特殊部位的操作要点

（1）项部与肩部之间：坐位，助手将斜方肌捏起，术者与局部体表垂直刺或由后向前刺。

（2）肩胛提肌和菱形肌：俯卧，翻手摸背，助手将患肘下压，在肩胛骨上角和内侧斜刺。

（3）冈下和大、小圆肌：俯卧，上肢放于床沿外、前臂下垂，斜向外刺。

第六章　长圆针技术

长圆针技术是在中医经筋理论指导下，运用《内经》九针之长针与员针相结合的针具，以解结法松解结筋病灶治疗疾病的方法。本方法具有易操作、见效快、效果好、创伤小、易于推广等特点。适用于骨伤科疼痛性疾病。

一、基本操作方法

1.常用针具：长圆针（见图1）由针柄、针身和针尖组成。针尖分为剑头型、平刃型、斜刃型。规格：1.0㎜×2.5cm、3.5cm、4.5cm三种型号。



图1 长圆针示意图

2.术前准备：治疗室应清洁、通风良好，备有相应的抢救条件。

3.定位：根据经筋辨证规律，仔细检查结筋病灶点，用紫碘标记，每次选1～5个点治疗。

4.消毒：常规消毒。

5.局部麻醉：0.25%利多卡因注射液2ml，缓慢分层次注射至结筋病灶点。

6.进针：医者手腕固定在患者体表，用持笔法持针，用指腕力缓慢加压、垂直进针至结筋病灶点。

7.操作方法：关刺法、恢刺法、短刺法。

（1）关刺法：将长圆针刺入皮肤后直刺至结筋病灶点表层（1），左右横行刮拨（2、3），以解除表层粘连。

（2）恢刺法：关刺后，将针直刺至结筋病灶点深面（1），沿针刃方向，向前（2）或向后举针（3），挑拨结筋病灶点粘连，以松解减压。

（3）短刺法：直刺至骨膜做上下、左右切刺。

8.出针：快速出针，用无菌纱布或棉球按压1分钟，无菌敷料包扎2天。

9.7天治疗1次，一般1至3次。

二、常见疾病的长圆针技术

（一）膝痹病（膝关节骨性关节炎）

本病主要是由于年老体弱、肝肾阴虚、气血不足等所致筋骨失养、经筋损伤，形成结筋病灶点。主要表现为膝关节疼痛、关节活动受限。本病依据1994年《中医病症诊断疗效标准》诊断。

【治则治法】理筋解结，舒筋活血。

【操作步骤】

1.选穴

髌内下：在膝部，当髌骨内下缘，髌内侧副支持带起始部。

膝关次：在膝部，当胫骨外前髁高突处

髌下：在膝部，正当髌骨下缘中点，髌股关节面处。

2操作手法：关刺法、恢刺法、短刺法。

（二）项痹病（颈椎病）

本病多因久坐耗气、扭挫损伤、气血瘀滞、经脉闭阻不通而致筋肉劳损失养、经筋损伤形成结筋病灶点。以颈部疼痛不适、活动受限，甚则影响正常活动为临床表现。本病依据1994年《中医病症诊断疗效标准》进行诊断。

【治则治法】理筋解结，舒筋活血。

【操作步骤】

1．取穴

天髎次：在背部，当肩胛内上角处。

天宗次：在背部，当肩胛内上角处。

颈 2-7 横突：在颈部，当颈椎 2～7 横突顶端处。

颈 2-7 棘突：在颈部，当第 2～7 颈椎棘突顶端处。

2．操作手法：关刺法、恢刺法、短刺法。

（三）腰痛病（腰椎间盘突出症）

中医认为本病多因跌仆损伤、感受外邪、劳欲太过、经脉闭阻不通而致筋脉失养、经筋损伤形成结筋病灶点。主要表现为腰痛伴放射性下肢痛、麻、胀，咳嗽、打喷嚏等可加剧疼痛。本病依据 1994 年《中医病症诊断疗效标准》诊断。

【治则治法】理筋解结，舒筋活血。

【操作步骤】

1．取穴

腰宜次：在臀部，当髂嵴后缘，骶棘肌外缘与髂嵴最高点之间，即臀上皮神经骨纤维管处。

中空次：在髋部，当大转子后缘直上，在扩筋膜张肌后缘中点处。

腰 1-5 横突：在腰部，正当腰椎横突 1 ～5 顶端。

腰 1-5 棘突：在腰部，当第 1～5 腰椎棘突顶端。

2．操作手法：关刺法、恢刺法、短刺法

（四）肩凝症（肩关节周围炎）

本病多因外感风邪、外伤劳损、肝肾阴虚、气血不足而至筋脉失养、经筋损伤形成结筋病灶点。主要表现为肩部疼痛和功能障碍。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》诊断。

【治则治法】理筋解结，舒筋活血。

【操作步骤】

1．选穴

天宗次：在肩背部，正当冈下窝中。

肩痛点：在肩背部，当肩胛骨腋缘上份

抬肩次：在肩前部，当肩关节盂上缘处

肩内陵次：在肩前部，当肱骨结节间沟中。

肩峰：在肩外侧，当肩峰端处。

2．操作手法：关刺法、恢刺法、短刺法。

（五）乳癖（乳腺增生）

本病多因气机不畅，冲任失调，痰瘀凝结而至筋脉失养、经筋损伤形成结筋病灶点。主要表现为乳房疼痛、乳房肿块。依据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》诊断。

【治则治法】理筋解结，舒筋活血。

【操作步骤】

1.选穴

天宗次：在背部，当肩胛内上角处。

2.操作手法：关刺法、恢刺法、短刺法。

三、禁忌症

1.患有血友病等出血性疾病者。
2.合并严重内脏病者。
3.伴有发热、局部皮肤炎症者。
4.有利多卡因等应用药物过敏者。
5.年老体弱、妇女妊娠期者。

四、注意事项

1.熟悉解剖结构，避开结筋病灶点周围重要的神经、血管。
2.准确定位，松解严格控制在结筋病灶范围内。
3.长圆针解结治疗时应沿神经、血管纵轴方向进行，严禁横行操作。
4.进针或操作遇有电击感、剧痛感时，立刻停止操作。

第七章　拨针（松解针）技术

拨针技术是以一种端部钝圆的针具，对于不同层次的组织进行松解和刺激的中医临床操作技术，用于治疗颈、肩、腰腿痛、类风湿关节病，强直性脊柱炎，慢性内科疾病，疑难杂症等。

一、针具和基本操作方法

（一）针具

规格分 23cm、22cm、17cm 三种长度。针柄呈葫芦型，针体、针尖呈圆型。直径 0.8mm∅、1.0mm∅、1.2mm∅

（二）基本操作方法

1.术前准备：（包括针具、药物、小手术包）

（1）局麻药物：0.5%利多卡因，每人总量不超过 15ml，（按说明书用量为准）备用肾上腺素（应急用）。

（2）器械准备：拨针、16#打眼针头（破皮用）、70mm 麻醉长针头，30ml 注射器（一次性的），小手术包、消毒帽（给女性病人戴用，防长头发撒向手术区）。

2.皮肤常规消毒，再在定位（点）区作局麻术，麻酸范围视拨针区范围而定，麻醉深度以病变层而定，一般以浅筋膜层为主，深层者，即深达骨缘、骨面层。局麻后，再在定位（点）区，用 16#针头打眼破皮，深度约 0.5cm。再用拨针插入针眼，深度约 0.5cm，即向四周作 360°透拨。范围：根据病变范围而定，透拨密度，两针间距约 1cm。

3.术中针下手感

（1）拨针又有探针作用，当针透入病变区时，症状重者针感酸胀较强；症状轻者针感酸胀较轻；无病症区则针感无或微痛，因此前者多拨，后者少拨，无病区则不拨。

（2）病久、症状重者，拨针进入膜性组织，手感呈厚塑料样感，透过此层筋膜时声响高，阻力大；拨针进入疏松筋膜组织，手感如插入老丝瓜络样声响高，阻力也大。

（3）如病轻、病程短者，针感酸、胀则轻，其筋膜如塑料样厚度也薄，声响就低、阻力也小；对疏松筋膜组织老丝瓜络样声低、阻力同样小。

（4）术毕在针眼区加拔火（气）罐，8 分钟（左右），吸出少量瘀血约 2cc（左右）为宜，有消炎止痛作用，术后减少胀痛等现象。然后加贴膏药或无菌敷料。

二、常见疾病的拨针技术

（一）项痹病（颈型颈椎病）

本病以分皮下脂肪增生、颈阔肌、斜方肌、头最长肌几胸锁乳突型等增生肥厚为特征。好发部位于颈项部，颈项部皮下脂肪在寒湿侵袭而增生以御寒，长期伏案工作者造成静力劳损，机械性摩擦，如担夫长期扁担在颈项肩部受压摩擦而增生，而变厚、变坚韧。人体体型短颈型，营养过盛者，使颈项肩背疼痛部位脂肪不断增生堆积，增厚、变硬，触诊时硬韧，僵板、酸痛，日久则脂肪层更僵板，范围更大，酸痛更严重，伴有头昏、头痛、眩晕症，视力减退。上肢手指麻木、下肢步态失稳，头重脚轻等症。诊断从外形看，患者颈项比率较短，体形也肥胖，触诊局部呈牛皮样僵板，毛孔呈桔皮样，有酸痛症状，影像学可见颈椎曲度改变。

【治则治法】

松解局部粘连，调解软组织功能状态。

【操作步骤】

1.定点

在颈椎 C5、6 距中线 1cm（±）左右各定一点。

2.局麻

用 2%利多卡因局麻：①麻醉量一般不超过 15cc（可参考药典说明书）；②麻醉深度，达脂肪层内；③麻醉范围根据病变范围而定。

3.进针

用 16#针头打眼破皮，深度 0.5cm，达脂肪层。

4.松解

用 3#拨针插入脂肪层，用拨针 360°全方位透拨

（1）头部症状明显者，针须透至枕骨粗隆，颞骨乳突。

（2）上肢手指麻木者，针向肩部透拨，

（3）下肢步态失稳者，以大椎区为主向四周向下（上背）区透拨，

（4）术中症重病久者，针感酸胀较明显，即针感与症重成正比。

（5）出针：从进针方向逆行拔针，然后用无菌敷料覆盖针眼、防感染。

（6）术后注意事项：3～4 天内针眼不能沾水防感染，秋冬针眼区电疗或热水袋干热敷。5～7 天复治，一般治疗 3～5 次。

（二）腰背痛（棘间、棘上韧带劳损）

腰背痛（棘间、棘上韧带劳损）临床常见，影象学诊断虽为腰椎 L3、4 或 4、5 椎间盘突出（膨隆）症，但症状仅在棘突顶部有压痛。症状很少向两侧臀部、大小腿放射，病变多年变化不大。症状多数在下半夜，天明前症状逐渐加重，被迫起床活动一小时左右可缓解。弯腰脊部有活动不利和出现疼痛症状。

【治则治法】

舒筋通络，松解粘连。

【操作步骤】

1.定点

在棘突旁 1cm，如 1～2 个棘突有病变，左右各定一点，如有 3～4 个棘突有病变，左右各定 2 个点。上下间距 2～3cm。

2.局麻

2%利多卡因与生理盐水 1：2 混合液局麻。麻醉范围视病变范围而定；麻醉深度达腰背浅筋膜层；麻醉量 2%利多卡因总量不超过 15cc。

3.进针

用 16#针头打眼破皮。

4.松解

用 3#拨针插入，深达腰背筋膜层，方向与体表呈 20°向棘突顶部透入，进入棘上韧带深层进行松解。

5.术毕加拔火（气）罐 8 分钟，吸出少量瘀血 2cc，术后针眼用无菌敷料覆盖 3 天。

（三）乳癖（乳腺增生）

乳腺增生症，是妇女常见病，多发病。妇女在哺乳期、乳腺膨胀、引流不畅，刺激乳腺结缔组织增生，逐年增长，虽停止哺乳期，其增生结缔组织仍逐年增生，增厚，从而出现酸痛或胀痛，形成牵拉不适等症，特别停经后内泌失调者，增生加速而使乳腺增生发展更快，增生物越来越大，(或散在性发生多个增生结节物，有单个、或多个、或散在性多个小结节)。B 超和触诊见形态各异，大小不等的硬结，深度位于脂肪层的深面。要注意同乳腺癌鉴别。

【治则治法】

舒筋通络，化瘀散结。

【操作步骤】

1.根据 B 超、触诊的部位定位。

2.局麻下，用拨针进入结节层作拨松术；一般施术 2 次即软化消散而治愈。有关消毒、麻醉可参考前述；

【特别提示】、

1.进针缓慢轻巧、防止伤及血管而产生血肿；

2.严格消毒防感染；

3.服用抗生素防感染。

三、禁忌症

1.有不明原因出血倾向及白血症者，或凝血不良血小板功能障碍者。

2.糖尿病者。

3.肿瘤。

4.妇女月经期者。

5.恶性高血压者。

6.结核病者。

7.发热、传染病者

8.年老体弱者（大于 80 岁）

9.急性心肌炎病、冠心病、精神病、农药中毒者等。

四、注意事项

1.保持局部清洁干燥，预防感染。

2.术后四天内禁洗澡，防止针眼沾水污染。

3.中药对症用药。

4.物理疗法。

第八章　铍针技术

铍针技术是针对皮神经卡压造成的软组织高张力状态进行减张减压的中医临床操作技术，常用于治疗各种骨伤科疾病、末梢神经高张力性疼痛疾病等。

一、针具及基本操作方法

（一）针具

铍针直径 0.5～0.75mm，全长 5～8cm，针头长 1cm，针体长 4～7cm，末端扁平带刃，刀口为斜口，刀口线为 0.5～0.75mm。针柄是用钢丝缠绕的普通针柄，长约 3～5cm。

（二）基本操作方法

1.定位

触诊找到体表压痛点后，用指端垂直向下做十字压痕，注意十字压痕的交叉点对准压痛点的中心。

2.消毒

用常规消毒皮肤，其范围略大于治疗的操作范围 2 倍。

3.进针

针尖对准皮肤十字压痕的中心，双手骤然向下，使铍针快速穿过皮肤，当铍针穿过皮下时，针尖的阻力较小，进针的手下有种空虚感，当针尖刺到深筋膜时，会遇到较大的阻力，持针的手下会有种抵抗感。

4.松解

松解是整个治疗的关键步骤。松解的目的是减低皮神经通过的周围筋膜张力和筋膜间室内压力。所以针刺的深度以铍针穿透筋膜即可，不必深达肌层，这样可以避免出血及减少术后反应。对筋膜层的松解可以采用以下几种方式：

（1）一点式松解：适用于痛点局限，定位准确的病例。铍针的尖端穿过深筋膜即可，患者的局部疼痛常随之消失。

（2）多点式松解：适用于痛点局限但定位较模糊的病例，当铍针的尖端穿过深筋膜后，轻轻上提，将针退出筋膜至皮下，稍微改变进针角度，再穿过筋膜层，可如此重复 3～5 次。

（3）线式松解：适用于疼痛范围较大，病程较长，筋膜肥厚且肌肉张力较高的病例。线式松解其实就是沿一个方向的反复连续点刺，形成一条 0.5～0.7cm 的筋膜裂隙。

5.出针

完成松解以后，用持针的棉球或纱布块压住进针点，迅速将针拔出，持续按压进针点，同时讯问患者的局部感觉，一般患者原有的疼痛都减轻或消失。

二、常见疾病的铍针技术

（一）项痹症（颈椎病）

本病多见于 40 岁以上的中老年患者，多因慢性劳损或急性外伤引起。由于颈项部日常活动频繁，活动度大，易受外伤，因而中年以后颈部常易发生劳损。依据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病症诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】舒筋活血，通络止痛

【操作步骤】

1.定位

患者坐位，术者触诊找到颈肩体表压痛点或摸到条索状硬结后，用指端垂直向下做十字压痕，注意十字压痕的交叉点对准压痛点或条索状硬结的中心。

2.消毒

用碘伏或碘酒－乙醇常规消毒皮肤，其范围略大于治疗的操作范围 2 倍。

3.进针

术者一手拇示指捏住针柄，另手拇示指用无菌干棉球或无菌纱布块捏住针体，针尖对准皮肤十字压痕的中心，双手骤然向下，使铍针快速穿过皮肤，当铍针穿过皮下时，针尖的阻力较小，进针的手下有种空虚感，当针尖刺到深筋膜时，会遇到较大的阻力，持针的手下会有种抵抗感。根据不同的病情，进行松解针法。

4.松解

针刺的深度以铍针穿透筋膜即可，不必深达肌层，避免出血及减少术后反应。

（1）一点式松解：适用于痛点局限，定位准确的病例，铍针的尖端穿过深筋膜即可，患者的局部疼痛常随之消失。

（2）多点式松解：适用于痛点局限但定位较模糊的病例.当铍针的尖端穿过深筋膜后，轻轻上提，将针退出筋膜至皮下，稍微改变进针角度，再穿过筋膜层，可如此重复 3～5 次。

5.出针

完成松解以后，用持针的棉球或纱布块压住进针点，迅速将针拔出，持续按压进针点约 1 分钟，同时讯问患者的局部感觉，一般患者原有的疼痛都减轻或消失。二十四小时内保持治疗部位干燥清洁。

（二）网球肘（肱骨外上髁炎）

本病是肘关节外侧疼痛为主要特征，多因慢性劳损致肱骨外上髁处形成急、慢性炎症所致。肱骨外上髁是前臂腕伸肌的起点，由于肘腕关节的频繁活动，长期劳损，使腕伸肌的起点反复受到牵拉刺激，引起部分撕裂和慢性炎症或局部的滑膜增厚、滑囊炎等变化。依据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病症诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】舒筋止痛，松解粘连。

【操作步骤】

1.定位

患者坐位，术者触诊找到患侧肘部肱骨外上髁体表压痛点，用指端垂直向下做十字压痕，注意十字压痕的交叉点对准压痛点或局部软组织张力较大的部位的中心。

2.消毒

用碘伏或碘酒－乙醇常规消毒皮肤，其范围略大于治疗的操作范围 2 倍。

3.进针

术者一手拇示指捏住针柄，另手拇示指用无菌干棉球或无菌纱布块捏住针体，针尖对准皮肤十字压痕的中心，双手骤然向下，使铍针快速穿过皮肤，当铍针穿过皮下时，针尖的阻力较小，进针的手下有种空虚感，当针尖刺到深筋膜时，会遇到较大的阻力，持针的手下会有种抵抗感。根据不同的病情，进行松解针法。

4.松解

针刺的深度以铍针穿透筋膜即可，不必深达肌层，避免出血及减少术后反应。针法可采用：①一点式松解：适用于痛点局限，定位准确的病例，铍针的尖端穿过深筋膜即可，患者的局部疼痛常随之消失。②线式松解：既沿一个方向的反复连续点刺，形成一条 0.5～0.7cm 的筋膜裂隙。

5.出针

完成松解以后，用持针的棉球或纱布块压住进针点，迅速将针拔出，持续按压进针点约 1 分钟，同时讯问患者的局部感觉，一般患者原有的疼痛都减轻或消失。二十四小时内保持治疗部位干燥清洁。

【特别提示】

治疗后应减少腕肘关节的活动和劳作。

（三）腰痛病（腰肌筋膜炎）

本病多因腰部过度疲劳，如长时间弯腰或腰部处于同一姿势，导致肌肉、筋膜、韧带持续牵张，使肌肉内压力增高，血供受到影响而处于缺血状态，肌肉痉挛并产生大量乳酸，加上代谢产物不能及时消除，积聚过多而引起水肿、粘连，久之可导致组织变性，形成慢性劳损。或由于腰部软组织急性损伤后未及时治疗或治疗不彻底，受损的腰肌筋膜不能完全恢复，局部形成慢性无菌性炎症，肌纤维变性或瘢痕化，刺激神经末梢而产生腰痛。此外先天性病变造成结构上的不稳定，部分肌肉韧带失去附着点，从而诱发劳损产生腰痛。祖国医学认为“腰为肾之府”，腰部长期的急慢性损伤必然耗伤肾气，使腰部筋脉失养，闭阻不通，而出现腰痛。依据国家中医药管理局 1999 年发布的《中医病症诊断疗效标准》为诊断标准。

【治则治法】舒筋活络，活血止痛。

【操作步骤】

1.定位

患者俯卧位，术者触诊找到腰臀部体表压痛点或局部软组织张力较大的部位或摸到条索状硬结后，用指端垂直向下做十字压痕，注意十字压痕的交叉点对准压痛点或局部软组织张力较大的部位或摸到条索状硬结的中心。

2.消毒

用碘伏或碘酒－乙醇常规消毒皮肤，其范围略大于治疗的操作范围 2 倍。

3.进针

术者一手拇示指捏住针柄，另手拇示指用无菌干棉球或无菌纱布块捏住针体，针尖对准皮肤十字压痕的中心，双手骤然向下，使铍针快速穿过皮肤，当铍针穿过皮下时，针尖的阻力较小，进针的手下有种空虚感，当针尖刺到深筋膜时，会遇到较大的阻力，持针的手下会有种抵抗感。根据不同的病情，进行松解针法。

4.松解

针刺的深度以铍针穿透筋膜即可，不必深达肌层，避免出血及减少术后反应。

（1）一点式松解：适用于痛点局限，定位准确的病例，铍针的尖端穿过深筋膜即可，患者的局部疼痛常随之消失。

（2）多点式松解：适用于痛点局限但定位较模糊的病例.当铍针的尖端穿过深筋膜后，轻轻上提，将针退出筋膜至皮下，稍微改变进针角度，再穿过筋膜层，可如此重复 3～5 次。

（3）线式松解：适用于疼痛范围较大，病程较长，筋膜肥厚且肌肉张力较高的病例。当铍针的尖端穿过深筋膜后，沿一个方向的反复连续点刺，形成一条 0.5～0.7cm 的筋膜裂隙。

5.出针

完成松解以后，用持针的棉球或纱布块压住进针点，迅速将针拔出，持续按压进针点约 1 分钟，同时讯问患者的局部感觉，一般患者原有的疼痛都减轻或消失。二十四小时内保持治疗部位干燥清洁。

【特别提示】

治疗期间病人要卧硬板床休息，注意腰部保暖。

（四）跟痛症（跟骨骨质增生）

跟痛症是指跟骨跖面因慢性损伤引起的以疼痛、行走困难为主的病症。本病多发于中老年患者，多为老年肝肾不足或久病体虚，气血衰少，筋脉懈惰，加之体态肥胖，体重增加，久行久站造成足底部皮肤、皮下脂肪、跖腱膜负担过重，可在跖腱膜的跟骨结节附着处发生慢性劳损或骨质增生，致使局部无菌性炎症刺激引起疼痛。诊断依据中国中医药出版社 2007 年版的《中医伤科学》为诊断标准。

【治则治法】舒筋活络，止痛减压。

【操作步骤】

1.定位

患者仰卧位，术者触诊找到足跟部体表压痛点，用指端垂直向下做十字压痕，注意十字压痕的交叉点对准压痛点或局部软组织张力较大的部位的中心。

2.消毒

用碘伏或碘酒－乙醇常规消毒皮肤，其范围略大于治疗的操作范围 2 倍。

3.进针

采用点刺法：术者一手拇示指捏住针柄，另手拇示指用无菌干棉球或无菌纱布块捏住针体，针尖对准皮肤十字压痕的中心，双手骤然向下，使铍针快速穿过皮肤，当铍针穿过皮下时，针尖的阻力较小，进针的手下有种空虚感，当针尖刺到深筋膜时，会遇到较大的阻力，持针的手下会有种抵抗感。根据不同的病情，进行松解针法。

4.松解

针刺的深度以铍针穿至跖腱膜即可，过深则会扎到骨膜出现术后反应。针法可采用一点式松解。

5.出针

完成松解以后，用持针的棉球或纱布块压住进针点，迅速将针拔出，持续按压进针点约 1 分钟，同时讯问患者的局部感觉，一般患者原有的疼痛都减轻或消失。二十四小时内保持治疗部位干燥清洁。

【特别提示】

1.减少步行和久站。

2.穿鞋以宽松为宜，在鞋内放置海绵垫以减少足部压力。

3.肥胖患者应注意节食减肥。减轻足跟部负担。

三、禁忌症

1.局部软组织存在炎症反应者。

2.有出血倾向者。

3.患有严重心脑血管疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者。

4.糖尿病患者有肢体缺血或软组织感染倾向者。

5.意识不清不能配合治疗者。

四、注意事项

1. 最好采用适合的体位接受铍针治疗，同时避免在饥饿、疲劳、精神紧张、体质极度虚弱、较长时间未饮水等情况下接受治疗。一旦出现心慌、恶心欲吐、头晕、大汗出、四肢发冷等不适，及时处理。

2. 在治疗时针具有可能将皮下小血管刺破导致皮下出血，在临床上这一现象比较常见，一旦出现皮下出血的情况，要及时采用压迫止血处理。

3. 在治疗过程中应严格掌握无菌操作。

五、关键技术环节

铍针技术，关键是要诊断明确，对痛点（张力性）的选择要准确，如果不准确则影响疗效。铍针的进针深度达到深筋膜即可，不宜过深，以免造成不必要的副损伤。

参考文献

[1] 傅景华.中医四部经典[M].北京：中医古籍出版社，1996.
[2] 朱汉章.针刀医学[M].北京：中国中医药出版社，2004.
[3] 董福慧.皮神经卡压综合征[M].北京：北京科学技术出版社，2002.
[6] 董福慧.临床脊柱相关疾病[M].北京：人民卫生出版社，2009
[7] 黄枢，王维刚.中国针法微型外科学[M].北京：科学出版社，1998.
[8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京：南京大学出版社，1994.
[10] 戚可名等.骨科诊疗常规[M].北京：人民卫生出版社，2004.
[11] 吴阶平.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社，1986.
[12] 吴汉卿.大成水针刀疗法[M].北京:中国医药科技出版社，1997.
[13] 吴汉卿.中华针刀·水针刀治疗学挂图[M].北京:中国医药科技出版社，1998.
[14] 吴汉卿.脊诊整脊与微创技术[M].沈阳:辽宁科技出版社，2009.
[15] 吴汉卿.中医微创彩色入路图谱[M].北京:人民军医出版社，2010.
[16] 鲁玉来，蔡钦林.腰椎间盘突出症[M].北京：人民军医出版社，2002.
[17] 贺普仁.针具针法[M].北京：科学技术文献出版社，2003.
[18] 魏玉锁.中华钩活术[M].北京：中医古籍出版社，2009.
[19] 顾德明等.运动解剖学图谱（修订版）[M].北京：人民体育出版社，2006.
[20] 田纪钧.刃针疗法[M].香港：世界医药出版社，2001.
[21] 田纪钧.刃针微创治疗术[M].北京：中国中医药出版社，2005.
[22] 薛立功.经筋理论与临床疼痛诊疗学[M].北京:中国中医药出版社，2002.
[23] 谢阳谷，曹洪欣.北京地区中医常见病证诊疗常规[M].北京:中国中医药出版社，2007.
[24] 王和鸣.中医伤科学[M].北京:中国中医药出版社，2007.
[25] 陈佑邦.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社，2007.

第八篇 骨伤类技术

第一章 理筋技术

手法治疗技术历史悠久，理筋手法是手法技术的重要组成部分，是骨伤科临床上常用的治疗方法。它是医生运用手指、掌、腕、臂的劲力，直接作用于患者的筋伤部位，通过各种手法的技巧及其力量以调节机体的生理、病理变化，达到治病疗伤、整复愈伤的目的。理筋手法虽然不同于药物治疗，但是其基本理论仍是以中医基础理论为依据，尤其以经络学为重要理论基础。从现代科学的角度来看，理筋手法又是一种以力学为特征的物理疗法，所以理筋手法的内涵是以中医学和现代科学为基础的。在治疗过程中，理筋手法以辨证论治为基础，贯穿局部与整体，兼顾内治与外治相结合，即注重局部损伤的变化，又重视脏腑气血的盛衰，并以八纲辩证、脏腑、气血等辩证为治疗依据，根据损伤的虚实、新旧、轻重缓急等具体情况而选择应用。

一、基本操作方法

（一）按法

1.指按法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生以拇、食、中指的指腹，或以食指、中指屈曲之近侧指间关节背侧突出部按压于施术部位，手指主动发力，垂直向下施压，直至局部产生酸、胀得气的感觉后持续片刻再放松，即所谓“按而留之”。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】通经活络，解痉止痛。

【适应症】颈椎病，落枕，肩关节周围炎，胸椎小关节紊乱症，腰椎小关节紊乱症，急性腰扭伤，腰肌劳损，腰椎间盘突出症，肌筋膜炎，风寒痹痛，肢体酸痛，麻木等各种筋伤及头痛，眩晕，健忘，失眠，心悸，胃痛等。

【禁忌症】局部感染、破溃、出血和有明显出血倾向者。孕妇腹部。

【注意事项】按压力要由轻到重，方向与受力面垂直，稳而持续，压而不动，使得作用深透。最后缓慢收力，不可突施暴力。医生应修剪指甲，避免刺伤皮肤。

2.掌按法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位。

【操作方法】医生上肢伸直，腕关节背伸，以掌根、鱼际、全掌或双掌重叠紧贴施术部位，以肩关节为支点，利用上半身的重量，使力通过上臂、前臂、腕关节传至掌部，垂直向下按压。持续数秒后放松，做到“按而留之”。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】通经活络，松解粘连，调整骨缝，纠正错位。

【适应症】颈椎病，肩关节周围炎，胸椎小关节紊乱症，胸胁迸伤，腰椎小关节紊乱症，急性腰扭伤，腰椎间盘突出症，第三腰椎横突综合征，腰肌劳损，腰背部肌筋膜炎，梨状肌综合征，臀上皮神经炎，坐骨神经痛，骶髂关节损伤，腓肠肌痉挛，腰骶部和下肢筋伤，腹

痛等。

【禁忌症】局部感染、破溃、出血和有骨质破坏、严重骨质疏松及明显出血倾向者。孕妇腰、腹部。

【注意事项】本法特点是接触面大，刺激柔和，按压力要由轻到重，稳而持续，使作用充分透达到组织深部，用力大小以患者能耐受为度。

3.肘按法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位。

【操作方法】医生肘关节屈曲，以肘尖或肘关节的尺骨近段着力于施术部位上，不可移动，用上半身的重量，由轻而重地垂直向下持续按压，以局部有酸、胀得气的感觉为度，得气后持续数秒后再放松。

【适用部位】肩部，腰背部，臀部，下肢部。

【功效（作用）】通经活络，解痉止痛。

【适应症】肩关节周围炎，腰椎间盘突出症，腰肌劳损，腰背部肌筋膜炎，梨状肌综合征，坐骨神经痛，急性腰扭伤，第三腰椎横突综合征，臀上皮神经炎，骶髂关节损伤，腓肠肌痉挛，腰骶部和下肢筋伤等。

【禁忌症】局部感染、破溃、出血和有骨质破坏、严重骨质疏松及明显出血倾向者。孕妇腰、腹部。

【注意事项】本法刺激性较大，较适宜于软组织丰满、病位深在之处，用力大小、时间应适度，避免造成局部损伤。

（二）扳法

1.颈椎扳法

（1）坐位颈椎斜扳法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】患者颈项部放松，头略前倾或中立位。医生站立于患者侧后方，一手扶按患者头顶部，另一手托住患者下颏部并轻轻向上牵引，两手协同施力，使其头部向一侧缓缓旋转，当旋转至最大程度而有阻力时，顺势施以小幅度快速扳动，常可听到“喀”的弹响声。

【适用部位】颈部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

【适应症】落枕，颈椎病，外伤后颈椎关节功能障碍等。

【禁忌症】颈椎骨折、结核、肿瘤、严重骨质增生或骨质疏松、颈部血管硬化明显而伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

【注意事项】扳动时要顺应、符合颈椎关节的运动规律，不可逾越其生理活动范围，以免损伤脊髓或神经根。不可使用暴力和蛮力，亦不可强求关节的弹响声。对于有先天颈椎融合、后纵韧带骨化者要适当减少旋转幅度。对有颈椎内固定者要慎用。

（2）仰卧位颈椎斜扳法

【医生体位】坐位。

【患者体位】仰卧位。

【操作方法】患者仰卧位。医生坐于患者床头，一手托住患者枕后部，一手握住其下颌部，两手协调施力，先缓慢地将颈椎向头端方向牵引，在牵引的基础上将头转向一侧，当遇到阻力时顺势向同侧快速扳动，常可听到“喀”的弹响声。扳动时要掌握好发力时机，用力要快而稳。

【适用部位】颈部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

【适应症】颈部筋伤，落枕，颈椎病，颈椎后关节紊乱症，外伤后关节功能障碍等。

【禁忌症】颈椎骨折、结核、肿瘤、严重骨质增生或骨质疏松、颈部血管硬化明显而伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

【注意事项】扳动时要顺应、符合颈椎关节的运动规律，不可逾越其生理活动范围，以免损伤脊髓或神经根。不可使用暴力和蛮力，亦不可强求关节的弹响声。对于有先天颈椎融合、后纵韧带骨化者要适当减少旋转幅度。对有颈椎内固定者要慎用。

（3）颈椎旋转扳法

颈椎定点旋转扳法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】以向右扳为例。患者坐于矮凳上，嘱其颈项部放松。医生站于患者后方，以左手拇指推顶在患者病变颈椎棘突（或横突）旁，用右手（或肘窝）托住下患者下颏部，令患者低头屈颈 15～30 度，然后嘱其顺着医生的右手在屈曲状态下向右慢慢转头，当旋转到最大限度而遇有阻力时，医生顺势施以小幅度快速的向右扳动，同时，推顶棘突的拇指向右用力推压，两手协调动作，常可听到“喀”的弹响声，有时医生拇指下亦有轻微的位移感。扳动时要掌握好发力时机，要用“巧力寸劲”，动作要快而稳。用肘窝托患者下颏操作时，可以先垂直向上牵引颈椎片刻，然后再做旋转扳动。

【适用部位】颈部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

【适应症】颈部筋伤，落枕，颈椎病，颈椎后关节紊乱症，颈肩综合症，伤后关节功能障碍等。

【禁忌症】颈椎骨折、结核、肿瘤、严重骨质增生或骨质疏松、颈部血管硬化明显而伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

【注意事项】扳动时要顺应、符合颈椎关节的运动规律，不可逾越其生理活动范围，以免损伤脊髓或神经根。不可使用暴力和蛮力，亦不可强求关节的弹响声。对于有先天颈椎融合、后纵韧带骨化者要适当减少旋转幅度。对有颈椎内固定者要慎用。

（4）颈椎旋（转）提法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】嘱患者颈部自然放松，主动将头部水平旋转至极限角度，并做最大限度屈曲，达到有固定感。医生上身前倾，胸部靠紧患者后枕部，以肘部托住患者下颌，轻轻向上牵引 3～5 秒钟后，用短力快速向上提拉，常可听到“喀”的弹响声。扳动时要掌握好发力时机，用力要快而稳。

【适用部位】颈部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

【适应症】颈部筋伤，落枕，颈椎病，颈椎后关节紊乱症，颈肩综合症，伤后关节功能障碍等。

【禁忌症】颈椎骨折、结核、肿瘤、严重骨质增生或骨质疏松、颈部血管硬化明显而伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

【注意事项】扳动时要让患者主动旋转、屈曲至最大限度时进行扳动，不可使用暴力，不可逾越颈椎的生理活动范围，以免损伤脊髓或神经根。对于有先天颈椎融合、后纵韧带骨化者要适当减少旋转幅度。对有颈椎内固定者要慎用。

2.胸椎扳法

（1）扩胸牵引扳法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】患者坐位，十指交叉相扣抱于颈后部。医生站于患者后方，一脚尖踏于方凳上，并以该侧膝关节抵住其背部胸椎病变处，两手分别握扶患者两肘。先嘱患者作前俯后仰运动，并配合深呼吸。即前俯时呼气，后仰时吸气。如此活动数遍后，待患者身体后仰至最大限度时，医生随即用“巧力寸劲”将其两肘部向后方突然拉动，与此同时膝部向前顶抵，常可听到“喀”的弹响声。

【适用部位】胸背部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

【适应症】胸胁迸伤，胸椎后关节紊乱症，胸椎外伤后关节粘连和活动障碍等。

【禁忌症】胸椎骨折，诊断不明确的脊柱损伤及有脊髓症状者。脊椎严重骨质增生、强直或骨质疏松的老年人。

【注意事项】发力时机要准，不可使用暴力和蛮力。

（2）胸椎对抗扳法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】患者坐位，两手十指交叉抱于颈后部。医生站在患者后方，两手臂自其两腋下伸入，并握住其前臂下段，一侧膝部顶压住病变胸椎棘突处。然后握住前臂的两手用力下压，两前臂则用力上抬，将其脊柱向上向后牵引，而抵顶患椎的膝部也同时向前向下用力，与前臂的上抬形成对抗牵引。持续牵引片刻后，两手、两臂与膝部协同用力，以“巧力寸劲”做一突然而有控制的快速扳动，常可听到“喀”的弹响声。

【适用部位】胸背部。

【功效（作用）】调整关节，矫正错位。

【适应症】肋椎关节错位，胸椎后关节紊乱症等。脊柱与内脏相关疾病。

【禁忌症】胸椎骨折，诊断不明确的脊柱损伤及有脊髓症状者。脊椎严重骨质增生、强直或骨质疏松的老年人。

【注意事项】发力时机要准，不可使用暴力和蛮力。

3.腰椎扳法

（1）腰椎斜扳法

【医生体位】站位。

【患者体位】侧卧位。

【操作方法】患者健侧下肢紧贴床面伸直，患侧下肢在上，屈髋屈膝各约 90°，腰部放松。医生一手（或肘部）按压在患者的肩部，另一手（或肘部）按压在患者的臀部，然后两手同时向相反方向缓缓交错推扳，当感到有明显阻力时，再突然施加一个瞬时的大幅度推扳，使腰部产生旋转，此时常可闻及“咯嗒”的响声。医生亦可让患者俯卧，一手扳住患者的肩部，另一手按住患者的臀部，两手同时向相反方向用力，使腰部产生后伸和旋转活动。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋通络，解痉止痛，调整关节，矫正错位。

【适应症】腰部筋伤，腰椎后关节紊乱症，腰椎后关节滑膜嵌顿，腰椎间盘突出症，假性腰部滑脱症。

【禁忌症】腰椎骨折、结核、肿瘤，诊断不明的脊柱、脊髓损伤，严重腰椎骨质增生、强直或骨质疏松者。孕妇。

【注意事项】不可使用暴力和蛮力，亦不可强求关节的弹响声。急性腰椎神经根炎和神

经根极度卡压者慎用。

（2）腰椎定点扳法

腰椎旋转复位法

【医生体位】坐位。

【患者体位】坐位，卧位。

【操作方法】以向右扳为例。患者坐于方凳上，腰部放松，两足分开与肩同宽。助手面对患者站立，用两腿夹住患者左腿，双手按住大腿根部，以维持患者下半身固定。医生坐于患者后方，左手拇指抵在患椎的棘突旁，右手自患者右腋下穿过，绕至颈后，以手掌扶握其颈项部；首先嘱患者腰椎慢慢前屈、右旋，待处于最大限度时，医生右手瞬时用力将腰椎向右旋转扳动，左手拇指同时用力向右推顶棘突，常可闻及“咯嗒”的响声或感到拇指下有棘突轻微的位移感。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋通络，解痉止痛，调整关节，矫正错位。

【适应症】腰部筋伤，腰椎后关节紊乱症，腰椎后关节滑膜嵌顿，腰椎间盘突出症，假性腰椎滑脱症等。

【禁忌症】腰椎骨折、结核、肿瘤，诊断不明的脊柱、脊髓损伤，严重腰椎骨质增生、强直或骨质疏松者。孕妇。

【注意事项】不可使用暴力和蛮力，亦不可强求关节的弹响声。急性腰椎神经根炎和神经根极度卡压者慎用。

（3）腰部后伸扳法

【医生体位】站位。

【患者体位】俯卧位。

【操作方法】患者俯卧，两下肢并拢，自然放松。医生一手按压于患者腰部，另一手臂托抱住其两下肢膝关节上方并缓慢上抬，使其腰部后伸。当后伸至最大限度时，两手协调施力，同时作相反方向的瞬时用力扳动。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋通络，解痉止痛，调整关节，矫正错位。

【适应症】腰部筋伤，腰椎后关节紊乱症，腰椎间盘突出症，假性腰部滑脱症，腰肌劳损，第三腰椎横突综合征，骶髂关节损伤等。

【禁忌症】腰椎骨折、结核、肿瘤，诊断不明的脊柱、脊髓损伤，严重腰椎滑脱、椎管狭窄、强直或骨质疏松者。孕妇。

【注意事项】不可使用暴力和蛮力。急性腰椎神经根炎和神经根极度卡压者慎用。

（三）背法

1.后伸背法

【医生体位】站位。

【患者体位】站位。

【操作方法】医生与患者背靠背站立，两臂从患者腋下穿过，以肘窝挎住患肢肘窝，双肘屈曲相互反扣。然后屈膝、弯腰挺臀，将骶部对准患者的腰部。慢慢将患者背起，使其双足离开地面，行上下或左右晃动，待患者腰部放松时，快速地伸膝屈髋挺臀，以加大对患者腰部的后伸牵引幅度。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋通络，调整关节，矫正错位。

【适应症】腰椎间盘突出症，腰椎后关节紊乱症，腰椎滑膜嵌顿，急性腰扭伤，胸胁迸伤，腰骶关节错位，岔气等。

【禁忌症】年老体弱，严重骨质疏松和重度高血压者。

【注意事项】伸膝屈髋挺臀的动作要协调连贯。操作时间不可过长，以防止颅内压增高而出现不良反应。操作完毕后，慢慢将患者放下，防止患者因体位性改变和颅内压改变而跌倒。

2.侧背法

【医生体位】站位。

【患者体位】站位。

【操作方法】以治疗右侧为例。患者站立，右侧上肢置于医生颈后。医生站立于患者右侧，以左髋顶住患者右髋部，左手扶住患者腰部，右手握住患者右手。医生右脚向右跨出一步并带动患者向右侧曲，至最大限度时，医生以左髋瞬间向左推顶患者的右髋，以加大患者腰部右屈的角度，随即将患者慢慢放下，防止患者因体位性改变和颅内压改变而跌倒。整个动作要协调连贯。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】解痉止痛，正骨理筋。

【适应症】腰椎间盘突出症，腰椎后关节紊乱症，腰椎滑膜嵌顿，急性腰扭伤，胸胁迸伤，岔气。

【禁忌症】年老体弱，骨质增生、骨质疏松严重者。

【注意事项】操作时间不可过长，以防止颅内压增高而出现不良反应。

（四）拨法（弹拨法、拨络法）

1.拇指拨法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】以拇指指腹或指尖按于肌束、肌腱、韧带、经络、筋结等的一侧，适当用力下压至一定深度，待有酸胀感时，按垂直于肌束、肌腱、韧带、经络、筋结等走行的方向，象拨动琴弦一样进行往复用力的拨动。一般以 3～5 次为宜。亦可将另一手手掌置于该拇指之上，以掌发力进行操作，可增强刺激作用。

【适用部位】颈部，肩部，腰背部，臀部和四肢。

【功效（作用）】舒筋散结，松解粘连，解痉止痛。

【适应症】颈椎病，落枕，肩关节周围炎，肩峰下滑囊炎，肱二头肌损伤，肱骨外上髁炎，肱骨内上髁炎，腰背筋膜炎，第三腰椎横突综合征，腰椎间盘突出症，梨状肌损伤，臀上皮神经炎，急性腰扭伤，腰肌劳损，腘绳肌损伤，肌腱周围炎，腱鞘炎，滑囊炎，肌肉、肌腱、韧带、神经损伤，肌腱粘连和各种急慢性筋伤等。

【禁忌症】肌腱断裂和局部皮肤感染、破溃、出血者。

【注意事项】用力要由轻到重，实而不浮，拨动时拇指不能在皮肤表面有摩擦移动，而应带动肌纤维或肌腱韧带一起滑动。医生指甲应剪短，并修磨圆整。

2.肘拨法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位。

【操作方法】医生以尺骨鹰嘴着力于施治部位，逐渐用力下压至一定深度，待局部有酸胀感时，按垂直于肌腱、肌腹、筋结的方向，进行前后或左右的往返用力拨动。一般 3～5 次为宜。

【适用部位】腰背部，臀部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋活血，解痉止痛，消瘀散结，松解粘连。

【适应症】腰背筋膜炎，第三腰椎横突综合征，腰椎间盘突出症，梨状肌损伤综合征，

坐骨神经痛，腰肌劳损等。

【禁忌症】局部皮肤感染、破溃、出血者和孕妇。

【注意事项】用力要由轻到重，不要在皮肤表面上摩擦移动。

（五）擦法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生以手指或鱼际或手掌着力于施术部位，腕关节放平，以肩关节为支点，上臂主动运动，通过肘、前臂和腕关节，带动手指或鱼际或手掌，做上下或左右方向的直线擦动，使局部产生微热和舒适感。频率 100～120 次/分。

【适用部位】头面部，胸腹部，腰背部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】活血散瘀，消肿止痛；温经通络，祛风散寒；健脾和胃，止咳平喘。

【适应症】颈椎病，落枕，腰背痛，腰肌劳损，风寒痹痛，四肢伤筋，腹痛，腹泻，消化不良，头痛，风寒外感，咳嗽，哮喘等。

【禁忌症】局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。静脉曲张。

【注意事项】着力部要紧贴皮肤表面，不宜过度施压；力量要均匀，动作要连续。对婴幼儿和皮肤娇嫩者施术时，宜先用润滑剂，以防擦破皮肤。

（六）踩跷法

【医生体位】站位。

【患者体位】俯卧位。

【操作方法】患者躯体下垫软枕。医生双手扶持支架，以控制和调节自身体重和踩踏对治疗部位所施加的力量，然后以单足或双足（或其足尖或足跟）在不同部位、穴位上施以点、揉、推、搓等操作，并作轻微的弹压动作。踩的部位、顺序、方法、力量应根据患者的病情及体质随时调整。操作过程中，嘱患者做深呼吸配合，随着踏跳的起落，张口一呼一吸，切忌屏气。

【适用部位】腰背部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，解痉止痛，松解粘连，调骨理筋。

【适应症】腰背筋膜炎，第三腰椎横突综合征，腰椎间盘突出症，梨状肌损伤综合征，臀上皮神经炎，腰肌劳损，腰椎骨关节炎，坐骨神经痛，腰腿痛，腓肠肌痉挛等。

【禁忌症】年老体弱，孕妇和严重内脏、脑血管疾患、骨质疏松、腰椎滑脱者。

【注意事项】操作时不可在同一部位停留时间过长，治疗中患者如有心慌等不适时要立即停止。弹跳要轻巧，防治造成骨折。妇女经期和强直性脊椎炎已有骨性强直者慎用。

（七）戳法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生用手指或手掌在施术部位快速按压，当按压到一定深度时，同时进行顺势的小幅度的滑动。

【适用部位】颈部、肩部、背部、腰部、骶尾部、髋部、上肢部、下肢部。

【功效（作用）】疏通经络，调整骨缝，解痉止痛。

【适应症】颈椎病，落枕，肩关节周围炎，腰背筋膜炎，腰椎后关节紊乱症，第三腰椎横突综合征，腰椎间盘突出症，梨状肌损伤，臀上皮神经炎，急性腰扭伤，腰肌劳损，腘绳肌损伤，肌腱周围炎，肌肉、肌腱、韧带、神经损伤，骨节错缝，各种筋伤等。

【禁忌症】局部皮肤感染、破损，肌腱和韧带断裂，神经、血管损伤。

【注意事项】戳即戳按之意，部位要准确，按到一定深度时，再做小幅度滑动。

（八）搓法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生双掌相对，置于施术部位两侧并加以一定压力，以肘关节和肩关节为支点，从近心端至远心端开始，行相对用力、方向相反的前后来回搓动，上下往返移动数遍。频率约 200 次/分。本法亦可采用拇指指腹和食指桡侧面对指、趾等部位进行操作。

【适用部位】头部，胁肋部，腰部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，调和气血。解痉止痛，祛风散寒。

【适应症】颈椎病，胸胁迸伤，风湿痹痛，四肢伤筋等。

【禁忌症】局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】操作时动作要连贯、协调，搓动速度宜快，上下移动宜慢。

（九）点法

点穴疗法

指针疗法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】根据经络循行路线，以指代针，用拇、食、中指的指端，或指间关节突出部施力于穴位或治疗部位上，前臂与手指主动发力，逐渐用力下压，使刺激充分达到组织的深部，患者可感到局部有酸、麻、胀、痛的感觉。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】通经活络，宣通气血，调和脏腑，平衡阴阳。

【适应症】各种痛症，筋伤，颈椎病，肩关节周围炎，肩峰下滑囊炎，胸、腰椎骨关节炎，第三腰椎横突综合征，梨状肌综合征，臀上皮神经炎，腰椎间盘突出症，腰肌劳损，腰背筋膜炎，腰骶疼痛，风湿痹痛，瘫痪，脑瘫，神经损伤，胸腹内伤等。

【禁忌症】孕妇腰腹部，年老体弱和严重心脏疾病者。局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】按而压之，戳而点之，谓之点法。本法作用面积小，刺激量大，用力大小、时间应适度，避免造成局部组织损伤。对重要脏器部位要慎用。

（十）抖法（牵抖法）

1.抖上肢法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，仰卧位，站位。

【操作方法】患者肩臂部充分放松。医生位于患者前外侧，身体适度前倾，两手握住患者手腕部，慢慢将患肢向前外方抬至 60°左右并缓缓牵引，然后两前臂用力做连续小幅度的上下抖动，节奏由慢到快，使患肢呈波浪样起伏，让抖动的波和力传达到肩部。抖动的幅度 2～3cm，频率 250 次/分左右。在抖动过程中，可以瞬间加大抖动幅度 3～5 次，但只加大抖动的幅度，不加大牵引力。

【适用部位】肩部，上肢部。

【功效（作用）】舒筋松骨，解痉止痛，调整关节。

【适应症】颈椎病，肩部和上肢伤筋，肩关节周围炎等。

【禁忌症】上肢骨折，习惯性肩、肘、腕关节脱位。

【注意事项】先牵引，后抖动。

2.抖下肢法

【医生体位】站位。

【患者体位】卧位。

【操作方法】患者下肢放松。医生站在患者足端，双手分别握住患者两踝部，将双下肢抬离床面 30cm 左右，两臂伸直，身体后仰，向足端方向缓缓牵引，然后上、前臂同时施力，做连续的上下抖动，使其下肢及髋部有舒松感。可对两下肢同时操作，亦可单独对一侧下肢操作。抖动幅度要小，频率要快。抖动幅度 2～3cm，频率 100 次/分左右。

【适用部位】髋部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，纠正错位，调整关节。

【适应症】髋部伤筋，髋关节滑膜嵌顿，髋关节功能障碍，弹响髋，腰椎间盘突出症，腰椎后关节紊乱症，梨状肌综合征，臀上皮神经炎，骶髂关节损伤，腰肌劳损，腰腿痛和下肢伤筋等。

【禁忌症】骨盆、下肢骨折。

【注意事项】先牵引，后抖动。抖动幅度要小，抖动时的抖动波应由肢体远端传向近端。

3.抖腰法

【医生体位】站位。

【患者体位】俯卧位。

【操作方法】患者俯卧，肌肉放松，两手拉住床头或由助手固定其两腋部。医生以两手握住患者双踝，两臂伸直，身体后仰，首先向足端方向持续性的缓缓牵引，使患者腰部和双下肢后伸抬离床面，同时进行小幅度的摇摆或快速抖动，待其腰部放松后，两手瞬间同时用力，对腰部进行 1～3 次较大幅度的上下抖动如波浪样起伏，使抖动之力作用于腰部。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，纠正错位，调整关节。

【适应症】腰部伤筋，腰椎后关节紊乱症，腰椎后关节滑膜嵌顿，腰椎间盘突出症，腰肌劳损，坐骨神经痛等。

【禁忌症】急性损伤、腰部疼痛较重，活动受限，肌肉不能放松及腰椎严重骨质疏松和滑脱者。

【注意事项】先牵引，后抖动。操作要轻柔、适度，不可强行超越生理范围。

（十一）刮法

刮痧法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】以拇指或食指桡侧面或食、中指指面（或借助牛角等器具，蘸水或其他介质后），直接在体表施术部位或穴位上行单方向的快速推动，直至皮肤微呈紫红色为止。用力较推法为重。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】舒筋通络，散寒止痛；发汗解表，除湿解暑。

【适应症】颈项僵痛，骨节疼痛，髌骨软化症，风湿痹痛，头晕，头痛，感冒，发热，中暑，胸闷，呕吐，食欲不振等。

【禁忌症】局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】用力不可过重，时间不可过长，防止皮肤破损、感染。孕妇慎用。

（十二）滚法

1.侧滚法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生肘关节微屈，手呈休息位，使手背沿掌横弓排列呈弧面，用手背尺侧吸附于施术部位，前臂主动用力，带动腕关节做较大幅度的屈伸和外旋复合运动，使手背尺

侧面在施术部位上连续不断的来回滚动。滚动幅度120°左右（腕关节屈曲时向外滚动80°，伸直时向内滚动40°）。频率60～160次/分。前滚和后滚着力轻重之比为3：1，即“滚三回一”。

【适用部位】头面部，颈肩部，腰背部，臀部，四肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，解痉散结；祛风散寒，调和营卫。

【适应症】颈椎病，落枕，颞下颌关节紊乱症，面神经麻痹，肩关节周围炎，腰椎间盘突出症，腰肌劳损，坐骨神经痛，肢体瘫痪，麻木不仁，风寒痹痛，各种筋伤、运动损伤和疲劳等。

【禁忌症】局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】滚动时腕部放松，手背部要紧贴体表，压力要均匀，动作要协调而有节奏，使产生的压力轻重交替、持续不断地作用于施术部位，不可跳动或来回摩擦。

2.直滚法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生腕部放松，肘关节屈曲约20°～40°，手握空拳，以食、中、无名和小指的近侧指间关节为支点，前臂主动用力，带动腕关节进行屈伸运动，使食、中、无名、小指的近节指背、指间关节背侧、掌指关节背侧为滚动着力面，在施术部位上做来回滚压揉动。频率60～160次/分。前滚和后滚着力轻重之比为3：1，即“滚三回一”。

【适用部位】颈肩部，腰背部，腹部，臀部，四肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，解痉散结；祛风散寒，调和营卫。

【适应症】筋伤，颈椎病，落枕，肩关节周围炎，腰椎间盘突出症，腰肌劳损，坐骨神经痛，肢体瘫痪，麻木不仁，风寒痹痛，各种运动损伤和疲劳等。

【禁忌症】局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】滚动时手背部要紧贴体表，压力要均匀，动作要协调而有节奏，使产生的压力轻重交替而持续不断地作用于施术部位，不可跳动或来回摩擦。

3.斜滚法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生拇指自然伸直，食指、中指、无名指及小指自然放松，呈半屈曲位，以小指的掌指关节或小指、无名指的掌指关节背侧面为着力点，紧贴于施术部位，以腕部均匀的前后往返摆动，带动掌指关节在施术部位上来回滚压揉动。滚动幅度在60°内。

【适用部位】颈肩部，腰背部，腹部，臀部，四肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，解痉散结；祛风散寒，调和营卫。

【适应症】筋伤，颈椎病，落枕，肩关节周围炎，腰椎间盘突出症，腰肌劳损，坐骨神经痛，肢体瘫痪，麻木不仁，风寒痹痛，各种运动损伤和疲劳等。

【禁忌症】局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】滚动时不可跳动或来回摩擦，并尽量避免掌指关节与棘突或其他骨突处刚性相触。

（十三）击法（击打法）

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生以肘关节为支点，腕部放松，前臂主动运动，以拳、掌或小鱼际有弹性、有节奏地击打施术部位。击打快慢要适中，蓄劲收提，用力轻巧而有反弹感，即一触及施术部位后要迅速弹起，随起随落，使手法刚中有柔，避免生敲硬打。

【适用部位】头部，颈肩部，背部，腰骶部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，消瘀止痛，祛风散寒，宣通气血。

【适应症】颈椎病，腰椎间盘突出症，肢体疼痛、麻木不仁，筋脉拘急，风寒痹痛，屏伤岔气，痿症，瘫痪，疲劳，陈旧筋伤及头痛，失眠等。

【禁忌症】局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】本法属“刚劲”手法，较适合于肌肉丰厚的部位，击打时力量要轻巧适度，不要停顿或拖拉，用力要稳，避免暴力。

（十四）挤法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生以一手的拇指和食指或两手拇指的指腹或指端置于施术部位的皮肤或筋结，然后对称性地用力向中央挤按。挤按皮肤时以透出紫色斑痕为度，挤按筋结时，以筋结破散为度。

【适用部位】躯干部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】祛瘀散结，疏通筋脉。

【适应症】腱鞘囊肿，腰背肌筋膜炎，感冒，头痛等。

【禁忌症】局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】以患者能耐受为度，不可挤破皮肤。如果筋结时间过久，不可强行挤破。

（十五）叩法（叩打法）

劈法

1.指叩法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】站位，卧位，坐位。

【操作方法】医生五指自然分开，腕关节略微背伸，前臂主动运动，以小指侧面有节律性的叩击施术部位，发出有节奏的啪啪声，直至局部皮肤略发红晕为度。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】行气活血，舒筋通络。

【适应症】头痛，肩痛，颈椎病，腰背酸痛，风寒痹痛，倦怠，疲劳，筋伤。

【禁忌症】局部肿胀严重、感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】叩法较击法力量为轻，轻击为叩，实则为击，所以施力应轻重适宜，切忌忽轻忽重，重力叩击就失去了叩法的作用。

2.拳叩法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】站位，卧位，坐位。

【操作方法】医生五指并拢，向掌心屈曲呈空拳状，拳眼向上；或双手握实拳，以小鱼际尺侧面为着力点，双拳交替叩击施术部位，如击鼓状。频率由慢到快，频率 100～120 次/分，着力自轻而重，以患者局部有酸痛感为宜。（

【适用部位】肩部，腰背部，臀部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】行气活血，舒筋通络。疏松筋骨，消除疲劳。

【适应症】颈椎病，肩关节周围炎，腰椎间盘突出症，坐骨神经痛，腰背酸痛，风寒痹痛，倦怠，疲劳，陈旧性筋伤。

【禁忌症】孕妇腹部、腰骶部；急性软组织损伤、局部肿胀严重者；诊断不明的急性脊柱损伤伴有脊髓症状者。

【注意事项】施力要以患者能耐受为度。

（十六）理法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生一手持患者肢体远端，用另一手掌根部或拇指与其余四指相对拿住患者肢体近端，指掌部主动施力，做一松一紧有节律性的握捏、挤压，并循序由肢体的近端移向远端。如此反复进行数遍。可单手操作或双手交替操作。

【适用部位】上肢部，下肢部。

【功效（作用）】理筋通络，解痉止痛。

【适应症】颈椎病，肩关节周围炎，四肢筋伤，疲劳等。

【禁忌症】静脉血栓。

【注意事项】指掌部要均衡施力，体现出“握”和“捏”两种力量，操作要灵活，使患者感到轻松舒适，不可缓慢呆滞。

（十七）捋法（捋顺法）

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生用手掌或拇指紧贴患者皮肤，沿着肢体肌腱、韧带、条索、骨缝或脊柱两侧做上下（或前后）方向的来回推动。由远端推向近端为捋法，反之为顺法，其手法及劲力相同，仅有向心和离心方向上的区别。

【适用部位】颈部，腰背部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】理筋通络，解痉止痛。

【适应症】腰背肌筋膜炎，腱鞘炎，肌腱周围炎，肌肉劳损、痉挛，四肢筋伤等。

【禁忌症】静脉血栓，局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】操作时手掌要施以一定压力，推动力量要均匀和缓。注意捋的方向应与肌腱、条索走行的方向一致。

（十八）摩法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生肘关节微屈，用手掌或自然伸直并拢的食指、中指、无名指和小指指面轻放在施术部位上，行和缓、协调而有节奏的环旋摩动，顺时针或逆时针方向均可，“顺摩为补，逆摩为泻”。频率 100 次/分。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】活血消肿，舒筋散瘀，温经通络，缓急止痛。健脾和胃，消食导滞。

【适应症】外伤肿痛，风湿痹痛，伤筋，颈肩痛，腰腿痛，慢性劳损，急慢性扭伤，胸胁胀痛，腹痛胀满，消化不良，泄泻，便秘等。

【禁忌症】局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】摩动时速度、力量要均匀，不能带动皮下组织，要做到皮动肉不动。

（十九）抹法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生以肘关节和肩关节为双重支点，前臂与上臂协调用力，腕关节适度放松，用单手或双手掌面置于施术部位上，做上下或左右直线或弧形曲线往返抹动。医生亦可以单手或双手拇指指腹置于施术部位上，以拇指的掌指关节为支点，拇指主动运动，做上下或左右直线或弧形曲线往返抹动。

【适用部位】头面部，颈项部，胸腹部，腰背部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋活血，行气止痛，祛风散寒，镇静安神。

【适应症】颈项疼痛，背痛，腰痛，肢体酸痛，头痛，眩晕，失眠，感冒，面瘫，胸闷，气喘等。

【禁忌症】局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】本法与推法的不同之处是推法是单向移动，而抹法是往返运动。操作时要紧贴皮肤，用力均匀，动作和缓，轻而不浮，重而不滞，不带动深部组织，不用力按压局部。

（二十）拿法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生腕部放松，拇指与其他手指相对，指腹钳形用力，方向与肌腹或韧带垂直，将肌肉、韧带拿起后松手复原，行一紧一松的拿捏。操作应连绵不断，来回进退，5～10 次为宜。拿的力量要轻重适宜，以局部酸胀、微痛或放松后感觉舒适为度。

【适用部位】颈项部，肩背部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】舒肌理筋，解痉止痛，疏通经脉，活血散瘀。

【适应症】头痛，颈椎病，落枕，肩痛，肢节疼痛，肌肉疼痛，风寒痹症，膝关节骨性关节炎及肢体伤筋等。

【禁忌症】局部肿胀严重者。

【注意事项】操作时指间关节伸直或微屈，不可用指端、指甲抠掐。

（二十一）捻法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生以拇指指腹与食指桡侧缘或指腹相对捏住施术部位，拇指与食指行方向相反的搓、揉捻动，状如捻线，频率约 200 次/分。

【适用部位】指、趾部。

【功效（作用）】活血消肿，祛瘀止痛，理筋通络，松解粘连。

【适应症】指、趾筋伤，指、趾关节酸痛、肿胀、屈伸不利，腱鞘炎，肌腱粘连，类风湿性关节炎等。

【禁忌症】指、趾骨骨折。局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】操作时拇指与食指的运动方向相反，揉动成分多，搓动成分少。

（二十二）捏法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生以拇指为一侧，其余四指为另一侧，两侧相对成钳形，同时相对用力内收挤压施术部位的皮肤及皮下组织，随即放松，循序移动，如此重复数遍。

【功效（作用）】舒肌理筋，解痉止痛；健脾和胃，消食化积。

【适用部位】头颈部，背部，腰部，腹部，臀部，四肢部。

【适应症】头痛，斜颈，落枕，颈椎病，肩关节周围炎，急性腰扭伤，腰椎间盘突出症，坐骨神经痛，腰骶疼痛，四肢酸痛，肢体麻木，风寒痹痛，痿症，筋伤，疳症，疲劳等。

【禁忌症】局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。静脉血栓。

【注意事项】捏法与拿法相似，但用力较轻，适合于浅表的肌肤组织，操作时指间关节应尽量伸直。

（二十三）拧法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生用拇指与食指中节的桡侧面（或食指、中指、无名指指腹）挟住施术部位的肌肤，在提起的同时进行扭转。

【适用部位】颈肩部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】活血行气，疏通经络，解痉止痛，松解粘连。

【适应症】颈椎病，肩关节周围炎，肢体酸痛，风寒痹痛。

【禁忌症】局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】拧动时用力要适度，避免损伤皮肤。

（二十四）拍法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生用一手或两手五指自然并拢，掌指关节微屈，形成空心虚掌，腕关节放松，以肘关节的屈伸发力，用腕关节摆动起落，带动虚掌在施术部位进行平稳而有节奏的拍打，以局部有热感或皮肤轻度充血发红为度。

【适用部位】颈部，肩部，背部，胸腹部，腰骶部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】宣通气血，舒筋活络，祛风散寒，解痉止痛。

【适应症】颈椎病，肩关节周围炎，腰背筋膜炎，腰椎间盘突出症，腰背疼痛，梨状肌损伤综合征，肢体酸痛，麻木不仁，风寒痹症，痿症，遗尿等。

【禁忌症】孕妇腹部和腰骶部。

【注意事项】操作时腕关节动作不可过大，力量通过放松的腕关节传递到掌部。虚掌周边要尽可能贴紧施术部位的皮肤，使之产生气、声震荡波深透至深层组织。

（二十五）掐法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生用拇指或中指、食指的指甲垂直着力于施术部位或穴位，逐渐加力，以痛为度。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】疏经通络，宣通气血，镇静安神，回阳救逆。

【适应症】疼痛，肢体麻痹，烦躁，头痛，失眠，中暑，晕厥，昏迷不醒，半身不遂。

【禁忌症】局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】医生指甲应剪短，并修磨圆整，不能有尖锐之处。操作时指甲不能在皮肤上擦、锉、割、磨。

（二十六）揉法

1.指揉法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生腕关节微屈或伸直作为支点，拇指或其他手指的腹侧面按于施术部位或穴位上，带动该处皮下组织，行小幅度连续不断的旋转揉动。频率 60～160 次/分。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】温经祛寒，活血通络，松解粘连，解痉止痛。

【适应症】头痛，眩晕，斜颈，落枕，颈椎病，肩关节周围炎，背痛，胸胁疼痛，岔气，脘腹胀满，四肢酸痛，肌肉劳损，风湿痹痛，肢体麻木，肌肉粘连，痿症，各种筋伤，外伤和骨折后功能障碍等。

【禁忌症】局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】本法作用面小，力量深在，操作时手指要紧贴皮肤，不可在体表形成摩擦

运动。

2.掌揉法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生肘关节微屈作为支点，腕部放松并略背伸，掌根或大鱼际附着在施术部位，紧贴皮肤，以肘和前臂主动发力，带动腕掌做小幅度的回旋运动，使掌根或大鱼际在施术部位上行柔和的、连续不断的旋转揉动，让作用力深达皮下组织和肌层。频率 60～160 次/分。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】温经祛寒，活血通络，松解粘连，解痉止痛。

【适应症】头痛，斜颈，落枕，颈椎病，肩关节周围炎，背痛，胸胁疼痛，岔气，脘腹胀痛，腰腿痛，四肢酸痛，慢性劳损，风湿痹痛，肢体麻木，肌肉粘连，痿症，各种筋伤，外伤和骨折后功能障碍。

【禁忌症】局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】本法着力面大，刺激和缓舒适，操作时腕关节放松，前臂有推旋动作，往返移动时应在吸定的基础上，带动皮下组织一起滑动，不可在体表形成摩擦运动。

（二十七）散法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位。

【操作方法】医生掌根部着力于施术部位，略施压力，腕部用力行快速左右摆动的同时向前推进。速度由慢渐快，反复数遍。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】散瘀消肿，解痉止痛。

【适应症】颈肩疼痛，腰背疼痛，风湿痹痛，肌肉拘急。

【禁忌症】局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】操作时掌根紧贴皮肤，以手腕快速的摆动完成动作，不可在表皮上搓擦。

（二十八）推法

1.指推法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生腕关节略屈曲，拇指指腹或指端，着力于施术部位或穴位上，保持一定压力于深部组织，腕部及拇指主动施力，做前后、上下、左右的直线或弧形推进，且随着手指的推进腕关节逐渐伸直。医生亦可将食指、中指和无名指并拢，以指端部着力于施术部位，前臂主动施力，通过腕关节及掌部使食指、中指及无名指向指端方向做单向直线推进。重复操作 5～10 遍。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】舒筋通络，消瘀散结，祛风散寒，解痉止痛。

【适应症】颈项疼痛，颈椎病，落枕，胸腹胀满，胁肋疼痛，腰腿痛，腰椎间盘突出症，坐骨神经痛，软组织损伤，腰背筋膜炎，风湿痹痛，筋肉拘急，高血压，头痛，头晕，失眠等。

【禁忌症】皮肤感染、破损和出血者。

【注意事项】操作时着力部位要紧贴体表，单向推进，压力平稳适中，速度缓慢均匀，推动的距离宜短，不可推破皮肤。

2.掌推法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位。

【操作方法】医生肘关节伸直，腕关节背伸，掌根着力于施术部位上，并保持一定压力于深部组织，以肩关节为支点，上臂主动施力，通过前臂、腕关节做单向的直线推进。

【适用部位】颈项部，胸腹部，腰背部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，消瘀散结，祛风散寒，解痉止痛。

【适应症】颈项疼痛，颈椎病，落枕，胸腹胀满，胁肋疼痛，腰腿痛，腰椎间盘突出症，坐骨神经痛，软组织损伤，腰背筋膜炎，风湿痹痛，筋肉拘急，高血压，头痛，头晕，失眠等。

【禁忌症】皮肤感染、破损和出血者。

【注意事项】操作时着力部位要紧贴体表，压力平稳适中，速度缓慢均匀；推动的距离宜短，不可推破皮肤。

3.拳推法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位。

【操作方法】医生手握实拳，以食指、中指、无名指及小指的近侧指间关节突起部着力于施术部位上，腕关节挺劲伸直，肘关节略屈，同时以肘关节为支点，并保持一定压力于深部组织，前臂主动施力，顺肌纤维走行方向单向直线推进。

【适用部位】颈项部，腰背部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，消瘀散结，祛风散寒，解痉止痛。

【适应症】颈项疼痛，颈椎病，胸腹胀满，胁肋疼痛，腰腿痛，腰椎间盘突出症，坐骨神经痛，软组织损伤，腰背筋膜炎，风湿痹痛，筋肉拘急，高血压。

【禁忌症】皮肤有感染、破损及出血倾向者。

【注意事项】操作时着力部位要紧贴体表，压力平稳适中，速度缓慢均匀；推动的距离宜短，不可推破皮肤。

4.肘推法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】俯卧位。

【操作方法】医生屈肘，以肘尖（尺骨鹰嘴）着力于施术部位，腰部发力，以肩关节为支点，上臂部主动施力，向前做较缓慢的单向直线推进。

【适用部位】腰背部，下肢部。

【功效（作用）】舒筋通络，消瘀散结，祛风散寒，解痉止痛。

【适应症】腰腿痛，腰椎间盘突出症，坐骨神经痛，软组织损伤，腰背筋膜炎，风湿痹痛，筋肉拘急，梨状肌综合征等。

【禁忌症】孕妇，局部感染、破损、过敏和有皮疹及出血倾向者。

【注意事项】肘部着力较大，用力要适当，推进要慢，不可推破皮肤。

（二十九）摇法

1.摇颈法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】嘱患者颈部放松。医生站立于患者背后或侧方，一手扶按患者头顶后部，另一手扶托患者下颌部，两手反方向协调施力，使患者头部产生缓慢、协调的顺时针或逆时针方向环形摇转运动。医生亦可用两手拇指分别托顶住患者两侧枕骨粗隆下方，其余手指托住患者下颌部，两前臂的尺侧分别按压在患者的肩部，在双手端提患者颈部的同时，缓慢进

行头颈部的环转摇动。摇转的幅度应控制在颈椎生理活动范围内，由小到大，逐渐增加活动幅度。摇转的速度要缓慢柔和，开始摇转时速度更宜缓慢。

【适用部位】颈部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，纠正错位，滑利关节。

【适应症】颈部筋伤，落枕，颈僵，颈椎病，肌性斜颈，外伤和术后颈椎功能障碍等。

【禁忌症】颈椎骨折、脱位、骨质破坏、严重失稳和椎动脉型、脊髓型颈椎病，耳性眩晕，位置性眩晕。

【注意事项】不要摇动过快，以免引起头晕等症状。

2.摇肩法

（1）托肘摇肩法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】患者端坐，肩关节放松。医生站立于患者侧方，一手按压于患者肩关节上方以固定，另一手托握患者肘部，使其前臂搭放在医生的前臂上。医生手臂部协调施力，行肩关节顺时针方向、中等幅度的环形摇转运动。摇转幅度应由小到大，逐渐增加，速度宜慢。然后逆时针方向行同样的环形摇转运动。

【适用部位】肩部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

【适应症】肩关节周围炎，肩痛，肩部肌腱周围炎、腱鞘炎、滑囊炎，肩部肌肉、肌腱、韧带损伤，肩关节粘连，外伤和术后肩关节活动受限等。

【禁忌症】习惯性肩关节脱位，肩臂部骨折。

【注意事项】肩痛和活动受限明显时不要强力进行摇动，有骨质疏松者更宜谨慎，以免引起肱骨上端骨折。

（2）握腕摇肩法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】患者肩部放松。医生站立于患者侧方，一手扶按患者肩部，另一手握住患者腕部，在轻轻牵伸的同时行肩关节顺时针方向、中等幅度的环形摇转运动。然后逆时针方向行同样的环形摇转运动。摇转幅度应由小到大，逐渐增加，速度宜慢。

【适用部位】肩部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

【适应症】肩关节周围炎，肩痛，肩部肌腱周围炎、腱鞘炎、滑囊炎，肩部肌肉、肌腱、韧带损伤，肩关节粘连，外伤和术后肩关节活动受限等。

【禁忌症】习惯性肩关节脱位，肩臂部骨折。

【注意事项】肩痛和活动受限明显时不要强力进行摇动，有骨质疏松者更宜谨慎，以免引起肱骨上端骨折。

（3）大幅度摇肩法

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】患者坐位，两上肢自然下垂并放松。医生站立于患者前外方，双手握住患者腕部，牵伸并抬高其上肢至其前外方约 45°，将其上肢慢慢向前外上方托起，位于下方一手应逐渐翻掌，当上举至 160°时，即可虎口向下握住其腕部。另一手随上举之势由腕部沿前臂、上臂外侧滑移至肩关节上方。略停之后，两手协调用力，使按于肩部的一手将肩关节略向下方按压并予以固定，握腕一手则略上提，使肩关节伸展。随即握腕一手握腕摇向后

下方，经下方至其前外方 45°位稍停，此时扶按肩部一手已随势沿其上臂、前臂滑落于腕部，呈两手挟持其腕部状态。然后将其手臂上抬经医生胸前运转至初始位，此过程中握腕一手应逐渐变成手掌托腕，另一手则经其腕部的下方交叉滑移回返至其腕关节的上方。此为肩关节大幅度的摇转一周，可反复摇转数次。在大幅度摇转肩关节时，要配合脚步的移动，以调节身体重心。即当肩关节向上、向后外方摇转时，前足进一小步，身体重心在前；当向下、向前外下方摇转时，前足退一小步，身体重心后移。

【适用部位】肩部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

【适应症】肩关节周围炎，肩痛，肩部肌腱周围炎、腱鞘炎、滑囊炎，肩部肌肉、肌腱、韧带损伤，肩关节粘连，外伤和术后肩关节活动受限等。

【禁忌症】习惯性肩关节脱位，肩臂部骨折。

【注意事项】肩痛和活动受限明显时不要强力进行摇动，有骨质疏松者更宜谨慎，以免引起肱骨上端骨折。

3.摇肘法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】患者屈肘 45°。医生一手托握患者肘后部，另一手握住其腕部，两手协调施力，使肘关节做顺时针或逆时针方向的环形摇转运动。

【适用部位】肘部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

【适应症】肘部筋伤，肱骨外上髁炎，肱骨内上髁炎，外伤和术后肘关节功能受限等。

【禁忌症】肘关节习惯性脱位，肘部和前臂骨折。

【注意事项】摇动幅度不要超越肘关节的生理活动范围。

4.摇腕法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】坐位，卧位，站位。

【操作方法】医生双手握住患者手掌部，以两手拇指分按于腕背侧，余指端扣于大小鱼际部（或一手握腕上部，另一手五指分开与患者的五指相扣）。两手臂协调用力，在轻微牵引下分别行腕关节顺时针和逆时针方向的环形摇转运动。摇动范围逐渐加大，使腕关节达到充分的背伸、尺偏、屈曲和桡偏活动。

【适用部位】腕部。

【功效（作用）】舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

【适应症】腕部筋伤，腕关节扭伤，腕管综合征，外伤和术后腕关节功能障碍等。

【禁忌症】腕部骨折。

【注意事项】摇动幅度不要超越腕关节的生理活动范围，摇动重点在功能受限区。

5.摇腰法

（1）仰卧位摇腰法

【医生体位】站位。

【患者体位】仰卧位。

【操作方法】患者仰卧，两下肢并拢，屈髋屈膝。医生站于患者侧方，双手分别按住患者两膝部或一手按患者膝部，另一手握持患者足踝部，两手臂协调用力，带动患者腰部进行顺时针方向的环形摇转运动。然后同样进行逆时针方向的环形摇转运动。摇转活动的幅度应由小到大，逐渐增加。摇转的速度宜缓慢自如。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

【适应症】腰部筋伤，腰痛，腰僵，腰椎间盘突出症，腰椎后关节紊乱症，腰椎骨性关节炎，腰肌劳损，第三腰椎横突综合征，外伤和术后腰椎功能障碍等。

【禁忌症】腰、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

【注意事项】急性腰痛时要根据患者的耐受性适时调控摇转的幅度和速度。曾接受腰椎内固定手术者慎用。

（2）俯卧位摇腰法

【医生体位】站位。

【患者体位】俯卧位。

【操作方法】患者俯卧，两下肢伸直。医生一手按在患者腰部，另一手托抱患者双膝关节上方，带动患者腰部进行顺时针方向的环转运动。然后同样进行逆时针方向的环转运动。摇转活动要协调，幅度应由小到大，缓缓进行。摇转时，按压于患者腰部的手可以上下移动和适当施压，以调节摇转作用的腰椎节段和幅度。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

【适应症】腰部筋伤，腰痛，腰僵，风湿痹痛，腰椎间盘突出症，腰椎后关节紊乱症，腰椎骨性关节炎，腰肌劳损，第三腰椎横突综合征，外伤和术后腰椎功能障碍等。

【禁忌症】腰、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

【注意事项】急性腰痛时要根据患者的耐受性适时调控摇转的幅度和速度。严重骨质疏松和曾接受腰椎内固定手术者慎用。

（3）坐位摇腰法（滚床摇腰法）

【医生体位】站位。

【患者体位】坐位。

【操作方法】患者坐在床上，双膝伸直，腰部放松。助手站于前方，双手按住患者膝关节予以固定。医生站在患者背后，双臂从患者腋下穿过，十指交扣，环抱患者胸部，在轻轻向上牵引下行顺时针或逆时针方向的环转摇动。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

【适应症】腰部筋伤，腰痛，腰僵，腰椎间盘突出症，腰椎后关节紊乱症，腰椎骨性关节炎，腰肌劳损，第三腰椎横突综合征，外伤和术后腰椎功能障碍等。

【禁忌症】腰、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

【注意事项】急性腰痛时要根据患者的耐受性适时调控摇转的幅度和速度。

（4）站位摇腰法

【医生体位】站位。

【患者体位】站位。

【操作方法】患者双手扶墙站立，腰部微屈，肌肉放松。医生站在患者侧方，双手掌分别对按于患者腰部和脐部，抱持并带动患者腰椎行顺时针方向的摇转运动，然后同样行逆时针方向的摇转运动。

【适用部位】腰部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

【适应症】腰部筋伤，腰痛，腰僵，腰扭伤，岔气，腰椎间盘突出症，腰椎后关节紊乱症，腰椎骨性关节炎，腰肌劳损，第三腰椎横突综合征，外伤和术后腰椎功能障碍等。

【禁忌症】腰、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

【注意事项】急性腰痛时要根据患者的耐受性适时调控摇转的幅度和速度。曾接受腰椎

内固定手术者慎用。

6.摇髋法

【医生体位】站位。

【患者体位】仰卧位。

【操作方法】医生一手扶按患者膝部，另一手握住患者足踝部。首先将患者髋、膝关节屈曲到90°左右，然后两手协调用力，使髋关节外展、外旋至最大程度，然后使髋、膝关节极度屈曲，继之使髋关节极度内收、内旋，最后伸直下肢，完成环转摇动。

【适用部位】髋部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

【适应症】髋部筋伤，髋关节痛、弹响髋，外伤和术后髋关节功能障碍等。

【禁忌症】髋臼、股骨颈和粗隆间骨折者。

【注意事项】严重骨质疏松患者，不要摇动幅度过大，防止造成骨折。曾接受髋关节置换术者应慎用。

7.摇膝法

（1）仰卧位摇膝法

【医生体位】站位。

【患者体位】仰卧位。

【操作方法】患者仰卧，健侧下肢伸直放松，患侧髋、膝关节屈曲。医生站在患侧，一手扶持患者腘窝或膝前部，另一手托住患者足跟部，对膝关节进行摇动。

【适用部位】膝部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

【适应症】膝痛，膝部筋伤，膝骨关节炎，半月板损伤，外伤和术后膝关节功能障碍等。

【禁忌症】半月板、交叉韧带、侧副韧带严重损伤和膝部骨折者。

【注意事项】膝关节骨折后遗症导致膝关节功能障碍者，摇动范围要适当，避免强力摇动牵拉造成再骨折。曾接受膝关节置换术者慎用。

（2）俯卧位摇膝法

【医生体位】站位。

【患者体位】俯卧位。

【操作方法】患者俯卧，患侧膝关节屈曲。医生站在患者侧方，一手扶持患者膝后上方以固定，另一手握持患者足踝部，对膝关节进行摇动。

【适用部位】膝部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

【适应症】膝痛，膝部筋伤，膝骨关节炎，半月板损伤，外伤和术后膝关节功能障碍等。

【禁忌症】半月板、交叉韧带、侧副韧带严重损伤和膝部骨折者。

【注意事项】膝关节骨折后遗症导致膝关节功能障碍者，摇动范围要适当，避免强力摇动牵拉造成再骨折。

8.摇踝法

【医生体位】坐位。

【患者体位】仰卧位。

【操作方法】患者仰卧，下肢自然伸直。医生坐于患者足端，一手托握患者足跟以固定，另一手握住患者前足，在稍用力拔伸的情况下，做踝关节顺时针方向的环转摇动，逐渐增加环转的幅度，但应控制在踝关节生理活动范围之内。然后同样行该关节逆时针方向的环转摇动。

【适用部位】踝部。

【功效（作用）】舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

【适应症】踝关节扭伤，韧带损伤，马蹄内翻足，外伤和术后踝关节功能障碍等。

【禁忌症】踝关节骨折、脱位和严重韧带损伤。

【注意事项】踝关节骨折等造成踝关节活动受限明显的，摇法幅度要适当，速度宜缓慢，避免强力和摇动幅度过大。

（三十）一指禅推法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位。

【操作方法】用拇指单独进行摆动性的推法。医生手握空拳，拇指伸直，指端抵于食指桡侧缘。沉肩、垂肘、悬腕，以肘部为支点，拇指指端或侧缘着力，前臂主动施力，运用腕部连续不断的往返摆动，带动拇指关节屈伸活动，在施术部位或穴位上行轻重交替、持续不断的推动。每分钟 120～160 次。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】舒筋通络，活血散结，祛瘀生新，解痉止痛。

【适应症】头痛，失眠，面瘫，颈项强痛，颈椎病，肩关节周围炎，骨性关节炎，腰椎间盘突出症，腰肌劳损，关节酸痛，风湿痹痛，急慢性筋伤、劳损，胃脘疼痛等。

【禁忌症】皮肤感染、破损、出血。

【注意事项】本法力量集中，指感确切，作用渗透，操作时要沉肩、垂肘、悬腕、掌虚、指实、紧推慢移，拇指指端或指腹与施术部位不要形成摩擦移动或滑动。

（三十一）振法

颤法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位。

【操作方法】医生掌面自然按压于施术部位或穴位（如中脘、神阙、气海、关元、丹田等）上，意念集中于掌心，靠前臂肌肉强烈的静止性收缩，使手臂发出快速而连续的震颤，让振动波通过掌心传达到施术部位，使施术部位有振动的感觉，做到意气相随，以意领气。频率 200～300 次/分。医生亦可将中指指面按压于施术部位上，肘微屈，食指、无名指屈曲（或食指加压在中指的背面），意念集中于指端，前臂和手部的肌肉强烈的静止性收缩，发出快速而连续的震颤，使振动波通过指端传递到施术部位。

【适用部位】全身。

【功效（作用）】行气活血，祛瘀镇痛，宽胸理气，镇静安神。

【适应症】颈椎病，肩关节周围炎，胸胁迸伤，岔气，胁肋部软组织损伤，腰背筋膜炎，腰椎间盘突出症，坐骨神经痛，急性腰扭伤，腰肌劳损，腰骶疼痛，肢体麻木，四肢不仁，头痛，失眠，胃脘痛，腹胀，泄泻，便秘，痛经等。

【禁忌症】孕妇腰、腹部。

【注意事项】操作时手臂与前臂肌肉绷紧，动作要轻快持续，不可时断时续。

（三十二）抓法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生五指张开，各指间关节用力屈曲，以五指指端接触施术部位，相对用力抓住施术部位的肌肤向上扯动，稍停片刻后放松，使局部肌肤借助自身弹力从指间自然滑落。如此一抓一放，反复数次，以局部肌肤出现热感或紫红色瘀点为度。

【适用部位】头部，颈项部，肩背部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】调和气血，疏通经络，解痉止痛，醒脑开窍。

【适应症】头痛，颈项强痛，肩背酸痛，膝痛，四肢疼痛等。

【禁忌症】局部破损、感染、皮疹和有出血倾向者。

【注意事项】操作时五指指间关节屈曲用力，其他关节无运动，快速扯动肌肤，不可扭拧旋转。

（三十三）啄法

【医生体位】站位，坐位。

【患者体位】卧位，坐位，站位。

【操作方法】医生两手五指微屈分开成爪形或聚拢成梅花状，指端齐平与施术部位垂直，运用腕部的屈伸活动，两手交替而有有节奏地带动指端叩击施术部位，如鸡啄米状。

【适用部位】头枕部，颈背部，胸胁部，腰骶部，上肢部，下肢部。

【功效（作用）】活血止痛，通经活络，开胸顺气，安神醒脑。

【适应症】头痛，头昏，脑瘫，颈椎病，胸背软组织疼痛，腰痛，肌肉萎缩，肢体麻木不仁等。

【禁忌症】局部破损、感染、皮疹和有出血倾向者。

【注意事项】头部操作幅度宜小，频率宜快；背部操作幅度宜大，频率宜慢。

二、理筋手法适应证和禁忌症

理筋手法的治疗范围比较广泛，在骨伤科的应用中主要有以下几个方面：1. 急、慢性闭合性筋伤。2.骨关节有轻度移位者。3.急性筋伤误治或失治导致关节僵硬、粘连及组织挛缩、痿软者。4.骨折、脱位后期关节僵硬或肌肉萎缩者。5.骨关节炎引起的肢体疼痛、活动不利等。6.筋伤并发其他病证者。

理筋手法的治疗范围广泛，但并不是对所有的病症都有良好的治疗效果，在临床应用中不仅要根据疾病的性质进行针对性的治疗，尤其对无效或者可能发生的有害结果一定要加以避免，否则轻者影响治疗效果，重者可能对患者造成损害，所以在实际操作过程中要严格把握好禁忌症：1.诊断尚不明确的急性脊柱损伤伴有脊髓损伤症状者。2.急性软组织损伤早期局部疼痛剧烈或局部肿胀瘀血严重者。3.可疑或已经明确诊断有骨关节或软组织肿瘤、骨关节结核、骨髓炎、老年性骨质疏松症等骨病者。4.肌腱、韧带大部分或完全断裂者。5.伴有严重心、脑、肺等器质性病变的患者。6.有出血倾向的血液病患者。7.急性传染病、局部有严重皮肤破损或皮肤病的患者。8.年老体弱、脊柱重度滑脱以及腰椎间盘突出症急性期。9.有精神疾病且又不能合作的患者。10.妇女妊娠期或月经期慎用。11.对手法有恐惧心理、极度疲劳、饥饿、饱食者慎用。

第二章　脱位整复技术

凡构成关节的骨端关节面脱离正常位置，引起关节功能障碍者，称为脱位。历代有脱臼、出臼、脱骱、脱髎、骨错等多种称谓，多发生在活动范围较大、活动较频繁的关节。脱位整复（复位）技术是应用手法技巧、恢复受损关节正常解剖关系及功能的一套治疗技术。

一、基本复位技术

（一）拔伸牵引

克服脱位周围肌肉的痉挛性收缩，起到“欲合先离，离而复合”的作用。复位时一般先顺上肢畸形方向牵引，然后逆伤力方向牵引复位。牵引过程中可同时施以屈伸、收展、旋转等手法。也可采用持续皮肤或骨骼牵引、悬吊牵引，使关节松解后复位。

（二）屈伸回旋

如脱位后骨端被撕裂的关节囊、韧带或肌腱组织卡锁，单纯施以拔伸牵引难以复位，应采用本法。复位前注意明确受伤机制，以逆损伤机制而施行。

（三）提按端挤

采用骨伤提按、端挤、捺正等手法复位，主要用于纠正脱位骨端的前后或侧方移位，可单独使用，也可联合其他手法综合使用。

（四）足蹬膝顶

在充分牵引的基础上，通常一个人操作，采用足蹬法、或膝顶法进行复位，常用在肩、肘关节脱位以及髋关节前脱位。

（五）杠杆支撑复位

本法是利用杠杆为支撑点，力量较大，多用于难以整复的肩关节脱位或陈旧性脱位。采用一长约 1m、直径为 4～5cm 圆木棒，中间部位以棉垫裹好，置于患侧腋窝，两助手上抬，术者双手握住腕部，并外展 40° 向下牵引，解除肌肉痉挛，使肱骨头摆脱盂下的阻挡而复位。整复陈旧性关节脱位，需增大肩关节外展角度，使肩部各方面活动范围广泛，以松解粘连。本法因支点与牵引的对抗力量较大，活动范围亦较广，如有骨质疏松和其他并发症应慎用，并注意勿损伤神经及血管。

此外，尚有椅背复位法、梯子复位法等，均属同杠杆支撑复位法。

二、常见脱位的复位技术

（一）肩关节脱位

肩关节脱位，亦称肩肱关节脱位，古称“肩胛骨出”、“肩膊骨出臼”或“肩骨脱臼”。肩关节是全身关节脱位中最常见的部位之一，好发于 20～50 岁之间的男性。根据脱位的时间长短和脱位次数的多少，可分为新鲜性、陈旧性和习惯性脱位三种。根据脱位后肱骨头所在的部位，又可分为前脱位、后脱位两种，而前脱位又可分为喙突下、盂下、锁骨下脱位，其中以喙突下脱位最多见。

【治则治法】

多选用手法复位伤肢悬吊固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。常用手法：拔伸牵引、足蹬膝顶、屈伸回旋、提按端挤、杠杆支撑复位、椅背复位法等。

【操作步骤】

对新鲜肩关节脱位，只要手法应用得当，一般都能成功。陈旧性脱位在 1 个月左右者，关节内外若无钙化影，亦可采用手法复位。复位以前脱位为例：

1.牵引推拿法：患者仰卧，用布带绕过胸部，一助手向健侧牵拉，另一助手用布带绕过腋下向上向外牵引，第三助手紧握患肢腕部向下牵引，向外旋转，并内收患肢。三助手同时

徐缓、持续不断地牵引，可使肱骨头自动复位。若不能复位，术者可用一手拇指或手掌根部由前上向外下，将肱骨头推入关节盂内。第三助手在牵引时，应多作旋转活动，一般均可复位。

2.手牵足蹬法：患者取仰卧位，以右肩为例，术者立于患侧，双手握住患肢腕部，右膝伸直用足蹬于患者腋下，用力牵拉伤肢，持续1～3分钟，先将伤肢外展、外旋，后内收、内旋，患处如有滑动回纳感，即表明复位成功。

3.拔伸托入法：患者取坐位，第一助手立于患者健侧肩后，两手斜形环抱固定患者作对抗牵引，第二助手一手握肘部，一手握腕上，将伤肢向外下方牵引，牵引由轻而重，持续2～3分钟。术者立于患肩外侧，两手拇指压其肩峰，其余手指插入腋窝内，在助手对抗牵引下，术者将肱骨头向外上方钩托端提，同时第二助手逐渐将患肢向内收、内旋位牵拉，直至肱骨头有回纳感觉，既已复位。

4.拔伸膝顶法：患者坐凳上，助手双手按住并固定患者的肩部，术者站于患肢外侧，一脚踏在患者坐凳的外侧，膝部垫入患肢腋下，术者一手置于膝上托住患者腋下肱骨头，另一手握住患肢前臂用力向下作拔伸牵引，牵引中术者用力外展、外旋上肢，再以膝盖为支点一手下压内收伤肢，另一手顺势端提肱骨头，即可复位。如患者肩部肌肉发达，也可以另一名助手进行患肢牵引复位，术者双手在腋下端提配合膝顶复位。

5.牵引回旋法：患者取坐位，助手一人立于其后，用手按住患者双肩。术者立于患侧，用一手臂从肩部后侧穿过腋下，屈肘90°，握住其腕部，用另一手握住患者肘部。术者两手臂协同用力，轻轻摆动患肢，然后术者握肘部之手先用力向下牵拉，当肱骨头被牵下松动时，置于腋下的手臂用力向外上拉肱骨上段，此时握肘部之手向上推送伤臂，当有滑动感时，即表明复位成功。

6.椅背复位法：患者坐在靠背椅上，将患肢放在椅背后侧，腋肋紧靠椅背，用棉垫置于腋部，保护腋下血管、神经，一助手扶住患者和椅背，术者握住患肢，先外展、外旋牵引，再逐渐内收，并将患肢下垂，然后内旋屈肘，即可复位成功。此法是应用椅背作为杠杆支点整复肩关节脱位的方法，适用于肌力较弱的肩关节脱位者。

7.悬吊复位法：患者俯卧床上，患肢悬垂于床旁，根据病人肌肉发达程度，在患肢腕部系布带并悬挂2～5kg重物（不要以手提重物），依其自然位持续牵引15分钟左右，多可自动复位。有时术者需内收患肩或以双手自腋窝向外上方轻推肱骨头，或轻旋转上臂，肱骨头即可复位。此方法安全有效，对于老年患者尤为适宜。

【特别提示】

1.复位后采用胸壁绷带或三角巾悬挂固定，将患侧上臂保持在内收、内旋位，肘关节屈曲90°左右，固定时间2～3周。

2.合并肱二头肌长头腱向后滑脱、肱骨外科颈骨折、关节盂大块骨折、肱骨大结节骨折等，手法复位不能成功者；或脱位合并血管、神经损伤，临床症状明显者；或陈旧性、习惯性肩关节脱位者，需行切开复位治疗。

（二）肘关节脱位

肘关节脱位是最常见的脱位之一，多发生于青壮年，儿童与老年人少见。肘关节脱位根据桡尺近侧关节与肱骨远端所处的位置可分为后脱位，前脱位，侧方脱位及骨折伴脱位等。按发病时间，可分为新鲜脱位及陈旧脱位。

【治则治法】

多选用手法复位伤肢悬吊或夹板外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

常用手法：提按端挤捺正、屈伸回旋、拔伸牵引法等。

【操作步骤】

新鲜肘关节脱位应以手法复位为主，宜早期复位及固定。并发骨折者，应先整复脱位，然后处理骨折。麻醉的选择，原则上应使复位在肌肉高度松弛及无疼痛感觉下进行。陈旧性脱位应力争手法复位。复位方法以肘关节后脱位为例：

1.拔伸屈肘法：患者取坐位，助手立于患者背侧，以双手握其上臂，术者站在患者前面，以双手握住腕部，置前臂于旋后位，与助手对抗牵引，3～5 分钟后，术者以一手握腕部保持牵引，另一手的拇指抵住肱骨下端向后推按，其余四指置于鹰嘴处，向前端提，并缓慢地将肘关节屈曲，若闻及入臼声，则已复位。

2.膝顶复位法：患者取坐位，术者立于患侧前面，一手握其前臂，一手握住腕部，同时一足踏在凳面上，以膝顶在患侧肘窝内，先顺势拔伸，然后逐渐屈肘，若有入臼声，即为复位成功。

3.环抱推捺法：患者取坐位，助手握患肢前臂并做牵引，术者站在患者患侧身后，双手拇指分别按住尺骨鹰嘴处，双手其他手指重叠环抱在肘前窝，压住肱骨远端。复位时术者双手拇指用力向前推捺，余指将肱骨远端向后端提，同时助手在牵引下，逐渐屈曲肘关节，即可复位。

【特别提示】

1.复位后将患肘屈曲 90° 前臂中立位三角巾悬挂固定，软组织损伤严重者可用夹板或石膏等外固定，固定时间 2～3 周。

2.复位手法忌粗暴，注意预防骨化性肌炎等并发症发生。

（三）小儿桡骨头半脱位

小儿桡骨头半脱位又称“牵拉肘”，俗称“肘错环”、“肘脱环”。多发生于 5 岁以下幼儿，1～3 岁发病率最高，是临床中常见的肘部损伤。

【治则治法】

多选用手法复位伤肢悬吊治疗。

常用手法：屈伸回旋、拔伸牵引法等。

【操作步骤】

嘱家长抱患儿坐位，术者面对患儿而坐，一手握伤肘，以拇指于肘中部向外、向后捏压脱出之桡骨头；同时用另一手握持伤肢腕部，并向下适当用力牵拉，使前臂旋后，然后屈肘，使其手触及伤侧肩部，即可听到轻微的入臼声，复位即告成功，患儿疼痛立即消失，即能屈伸伤肢。若复位未成，可使患儿前臂旋前，然后屈肘回旋前臂复位。

【特别提示】

复位后不需要外固定，可用颈腕吊带或三角巾悬吊前臂 2～3 天。嘱其家长避免用力牵拉伤臂，为小儿穿脱衣服时多加注意，以防反复发生而形成习惯性脱位。

（四）月骨脱位

月骨脱位是腕骨脱位中最常见者。多由间接外力引起，手掌着地摔伤，腕部处于极度背伸位，自上而下之重力与自下而上的地面反作用力，使桡骨远端诸骨与头状骨相挤压，桡骨与头状骨之间的掌侧间隙增宽，头状骨与月骨间的掌侧韧带与关节囊破裂，月骨向掌侧脱位，又称月骨前脱位。如月骨留于原位，而其他腕骨完全脱位时，称为月骨周围脱位。

【治则治法】

多选用手法复位夹板等外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

1.手法复位：患者取坐位，肘关节屈曲 90°，腕部极度背伸，第一助手握肘部，第二助手握手指，对抗牵引，在拔伸牵引下前臂逐渐旋后，持续牵引 3～5 分钟后，术者两手握住腕部，向掌侧端提，使桡骨与头状骨之间的关节间隙加宽，然后用两拇指尖推压月骨凹面的远端，迫使月骨进入桡骨与头状骨间隙，同时嘱第二助手逐渐使腕关节掌屈，术者指下有

滑动感，且患手中指可以伸直时，说明复位成功。

2.针拨复位法：手法复位不成功者，可采用此法。麻醉后，用细的骨圆针，在无菌及X线透视下，自腕掌侧把钢针刺入月骨凹面的远端，在腕背伸对抗牵引下，向背侧顶拨，使月骨凹形关节面与头状骨相对，同时嘱助手由腕背伸位牵向掌屈位即可复位，并在X线透视下明确复位。

3.骨牵引法：陈旧性月骨脱位因桡骨与头状骨间隙为肉芽组织或纤维组织所填充，手法复位不易成功，可试行骨牵引法，即在尺骨鹰嘴及第4掌骨颈各穿一钢针，对向牵引2～3天后，再采用上述手法复位。

【特别提示】

1.复位后，用塑形夹板或石膏托将腕关节固定于掌屈30°～40°，1周后改为中立位，再固定2周。

2.复位中注意防止正中神经和屈指肌腱损伤。手法复位失败，可切开复位，如月骨发生缺血坏死或合并创伤性关节炎者，可考虑月骨切除。

（五）掌指关节及指间关节脱位

掌指关节脱位是指近节指骨基底部脱离掌指关节向背侧移位，或掌骨头向掌侧移位。掌指关节脱位以拇指掌指关节脱位最多见，其次为食指掌指关节脱位，第3～5掌指关节脱位少见，多为背侧脱位，侧方和前脱位少见。

指间关节仅能作屈、伸运动，关节囊的两侧有副韧带加强，脱位的方向多为远节指骨向背侧移位，或内、外侧移位，前方脱位极为罕见。

【治则治法】

多选用手法复位夹板或屈指外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

掌指关节脱位：患者取坐位，助手固定患侧手腕部。术者一手握持伤指，并用拇、食二指捏住近节指骨，顺势牵引；同时用另一手握住手掌，并用拇指向背侧推按脱位的掌骨头。两手配合逐渐屈曲伤指的掌指关节，使其复位。

指间关节脱位：手法复位比较容易，术者双手握持伤指，适当用力牵引，再轻度用力屈曲或扳正侧偏之手指，即可复位。

【特别提示】

1.复位后用绷带卷置于手掌心，保持掌指关节屈曲位固定，固定患指于轻度对掌位1～2周。近侧指间关节脱位合并侧副韧带损伤或撕脱性骨折者，应将关节固定于伸直位3周，以防韧带挛缩。

2.若合并骨折，导致手法复位失败，或复位后不能维持对位者，及合并侧副韧带断裂者，需要手术治疗。

（六）髋关节后脱位

髋关节脱位常为强大暴力造成，故患者多为活动力强的青壮年男性。在髋关节的所有动作中，除屈曲外，髂股韧带均保持一定紧张状态。髋关节脱位时，即以此韧带为支点，使患肢保持特有的姿势；而在整复髋关节脱位时，亦利用此韧带为支点复位。根据脱位后股骨头处在髂前上棘与坐骨结节连线的前、后位置，可分为前脱位、后脱位及中心性脱位，临床上以后脱位多见。

【治则治法】

多选用手法复位结合伤肢牵引、制动等治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

整复方法新鲜脱位，一般以手法闭合复位为主；陈旧性脱位，力争闭合复位；脱位合并

髋臼缘骨折，一般随脱位的整复，骨折亦随之复位；合并股骨干骨折，先整复脱位，再整复骨折。

1.屈髋拔伸法：患者仰卧于木板床或铺于地面的木板上，助手以两手按压髂前上棘固定骨盆。术者面向病人，弯腰站立，骑跨于患肢上，用双前臂、肘窝扣在患肢腘窝部，使患肢屈髋、屈膝各 90°。先在内旋、内收位顺势拔伸，然后垂直向上拔伸牵引，使股骨头接近关节囊裂口，略将患肢旋转，促使股骨头滑入髋臼，当听到入臼声后，再将患肢伸直，即可复位。

2.回旋法：患者仰卧，助手以双手按压双侧髂前上棘固定骨盆，术者立于患侧，一手握住患肢踝部，另一手以肘窝提托腘窝部，在向上提拉牵引的基础上，将大腿内收、内旋，髋关节极度屈曲，使膝部贴近腹壁，然后将患肢外展、外旋、伸直。在此过程中听到入臼声，复位即告成功。因此法的屈曲、外展、外旋、伸直是一连续动作，形状恰似一个问号“？”（左侧）或反问号（右侧），故亦称为划问号复位法。

3.拔伸足蹬法：患者仰卧，术者两手握患肢踝部，用一足（左髋脱位用左足，右髋脱位用右足）外缘蹬于坐骨结节及腹股沟内侧，手拉足蹬，身体后仰，协同用力，两手可略将患肢旋转，即可复位。

4.俯卧下垂法：患者俯卧于床缘，置骨盆于床沿，双下肢完全置于床外。健肢由助手扶持，保持在伸直水平位；患肢下垂，助手用双手固定骨盆，术者一手握其踝关节上方，使屈膝 90°，利用患肢的重量向下牵引，用另一手加压于腘窝，增加牵引力，在牵引过程中，术者可轻旋患侧大腿，使其复位。

（七）髋关节前脱位

【操作步骤】

1.屈髋拔伸法：患者仰卧于铺于地面的木板上，一助手将骨盆固定，另一助手将患肢微屈膝，并在髋外展、外旋位渐渐向上拔伸至屈髋 90°；术者双手环抱大腿根部，将大腿根部向后外方按压，可使股骨头回纳入髋臼内。

2.侧牵复位法：患者仰卧于木板床上，一助手以两手按压两髂前上棘固定骨盆，另一助手用一宽布绕过大腿根部内侧，向外上方牵拉，术者两手分别扶持患膝及踝部，连续伸屈患髋，在伸屈过程中，可慢慢内收内旋患肢，即可入臼复位。

3.反回旋法：其操作步骤与后脱位相反，先将髋关节外展、外旋，然后屈髋、屈膝，再内收、内旋，最后伸直下肢，即可复位。

（八）髋关节中心性脱位

【操作步骤】

1.拔伸扳拉法：适用于移位的较轻患者。患者仰卧，一助手握患肢踝部，使足中立，髋外展约 30°，在此位置下拔伸旋转；另一助手把住患者骨盆对抗牵引。术者立于患侧，先用宽布带绕过患侧大腿根部，一手抓住布带向外拔拉，另一手推骨盆向健侧，即可将内移之股骨头拉出。触摸大转子，与健侧相比，两侧对称，即为复位成功。

2.牵引复位法：适用于股骨头突入骨盆腔较严重的患者。患者仰卧位，患侧用股骨髁上牵引，重量 8～12kg，可逐步复位。若复位不成功，可在大转子部前后位用骨圆针贯穿，或在大转子部钻入一带环螺钉，作侧方牵引，侧牵引重量 5～7kg。在向下、向外两个分力同时作用下，可将股骨头牵出。

（九）膝关节脱位

膝关节脱位较少见，好发于青壮年。因膝关节内外有坚强的韧带结构维护其稳定性，故只有在遭受强大暴力才会造成脱位，同时还会并发韧带、半月板损伤，或伴有骨折甚至神经、血管的损伤。根据脱位后胫骨平台所处位置及暴力作用方向，可分为前脱位、后脱位、内侧脱位、外侧脱位和旋转脱位，其中前脱位最常见，内、外侧及旋转脱位较少见。

【治则治法】

多选用手法复位伤肢夹板、石膏等外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

膝关节脱位属急症，一旦确诊，即应在麻醉下行手法复位。

复位一般在腰麻或硬膜外麻醉下进行，患者取仰卧位。一助手双手握住患肢大腿，另一助手握住患侧踝部及小腿作对抗牵引，保持膝关节半屈位置，术者用双手按脱位的相反方向推挤或提托股骨下端与胫骨上端，如有入臼声，畸形消失，即表明已复位。复位后，将膝关节轻柔屈伸数次，检查关节间是否完全吻合，并可理顺被卷入关节间的关节囊、韧带和移位的半月板。复位中一般均不主张在过伸位直接按压胫骨上端向后，以免引起或加重腘部血管、神经损伤。

【特别提示】

1.复位后膝关节加压包扎，用长腿夹板或石膏托屈曲 20°～30°位固定 6～8 周。

2.如有血管损伤表现，在复位后未见恢复，应及时进行手术探查。神经损伤如为牵拉性，则多可自动恢复，可先行观察处理。若韧带、肌腱或关节囊嵌顿而妨碍手法复位，应早期手术复位。神经或韧带断裂，应早期手术修复。

（十）髌骨脱位

髌骨脱位多数是由于骨及软组织缺陷，或暴力致股内侧肌及扩张部撕裂，造成髌骨向外侧脱出。髌骨向内脱位者少见，多是特殊暴力作用下的结果。当股四头肌腱或髌韧带断裂，可向下或向上脱位。

【治则治法】

多选用手法复位伤肢夹板等外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

患者取仰卧位。外侧脱位时，术者站于患侧，一手握患肢踝部并使膝关节微屈，另一手拇指按于髌骨外侧，使患膝在微屈状态下逐渐伸直的同时，用拇指将髌骨向内推挤，使其越过股骨外髁而复位。复位后，可轻柔屈伸膝关节数次，检查是否仍会脱出。

【特别提示】

1.复位后在髌骨外侧加一压力垫，采用长腿石膏托或夹板屈膝 20°～30°位固定 2～3 周；若合并股四头肌扩张部撕裂，则应固定 4～6 周。复位固定后，早期避免负重下蹲，以免再发生脱位。

2.外伤性脱位有严重的股四头肌扩张部或股内侧肌撕裂及股四头肌腱、髌韧带断裂等，均应做手术修补。习惯性脱位，多需手术矫正伸膝装置力线。

（十一）踝关节脱位

因距骨体处于骨性踝穴中，且周围有坚强的韧带包绕，稳定性较高，故单纯踝关节脱位极为罕见，多合并有骨折及下胫腓联合损伤。踝关节脱位有内脱位、外脱位、前脱位和后脱位，临床以后脱位最多见。

【治则治法】

多选用手法复位夹板、石膏等外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

在腰麻或硬脊膜外麻醉下复位。患者屈曲膝关节，助手握持固定患肢小腿，术者一手持足跖部，一手握足跟部，用力对抗牵引。

踝关节内脱位者，牵引下先将足极度内翻扩大畸形，足踝背伸，同时以两手拇指将内踝下骨突起处用力向外按压，一手余指环握踝部外侧向内对抗，即可复位；踝关节外脱位者与内脱位相反，牵引下将足极度外翻扩大畸形后，两手拇指将外踝下骨突处用力向内按压，

一手环握踝部内侧向外端提，即可复位；踝关节前脱位者，术者一手握踝部由后向前端提，另一手握足跖部在牵引下将足跖屈，用力向后推压距骨，即可复位；踝关节后脱位者，术者一手握踝部由前向后按压，另一手握足跖部在牵引下将足背伸并向前提拉距骨，即可复位。

【特别提示】

1.复位后夹板或石膏托固定3～4周；合并骨折者，固定4～8周。踝关节内脱位者将踝关节固定于内翻位；踝关节外脱位者固定踝关节于外翻位；踝关节前脱位者，固定踝关节在稍跖屈的中立位；踝关节后脱位者固定踝关节于背伸的中立位。

2.合并有踝部严重骨折、下胫腓联合损伤及韧带断裂者，复位后须行内固定治疗。

（十二）跖跗关节脱位

跖跗关节由第1～3跖骨与第1～3楔骨及第4、5跖骨与骰骨组成，是足横弓的重要组成部分，损伤后若恢复不完全，将影响足的功能。临床中以第1跖骨向内脱位，第2～5跖骨向外、向背侧脱出为多见，可两者单独发生或同时发生。

【治则治法】

多选用手法复位夹板或石膏等外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

通常患者受伤时间较短，肿胀不重及足部软组织张力不大时，可试行闭合复位。手法复位在腰麻或硬膜外麻醉下进行，患者仰卧，膝屈曲90°，一助手握踝部，另一助手握前足作对抗牵引，术者站于患侧，按脱位类型以相反方向，用手直接推压跖骨基底部使之回复。如第1跖骨向内，第2～5跖骨向外，则用两手掌对向夹挤，将脱出分离的跖骨推向原位。

【特别提示】

1.跖跗关节脱位整复后容易再脱位，复位后夹板或石膏托固定踝关节于背伸90°中立位6～8周，并注意维持足弓部的支撑。

2.合并有严重骨折，及复位后极不稳定者，需行内固定治疗。

（十三）跖趾关节及趾间关节脱位

跖趾关节脱位，是指跖骨头与近节趾骨构成的关节发生分离。临床上以第1跖趾关节向背侧脱位多见。近节趾骨与远节趾骨间关节发生脱位者，称趾间关节脱位，好发于足拇趾与小趾。

【治则治法】

多选用手法复位夹板、石膏等外固定治疗。并辅以活血化瘀，消肿止痛中药内服外用。

【操作步骤】

跖趾关节脱位：一助手固定踝部，术者一手持足拇趾，或用绷带提拉拇趾用力牵引，一手握前足，先用力向背牵引，加大畸形，然后握足背的拇指用力将脱出的趾骨基底部向远端推出，当滑到跖骨头处，在维持牵引下，将足趾迅速跖屈，即可复位。

趾间关节脱位：术者一手握踝部或前足，一手捏紧足趾远端，牵引拔伸后结合端挤、按压等手法即可复位。如有关节囊、籽骨等嵌入而影响复位，再结合回旋屈伸法多可复位。

【特别提示】

1.跖趾关节脱位整复后，以夹板或石膏固定跖趾关节伸直位2～3周。趾间关节复位后可以夹板或邻趾固定法固定。

2.跖趾关节脱位偶有因籽骨嵌入关节而致闭合复位不成功者，或陈旧性脱位导致爪状趾畸形及创伤性关节炎等，需要手术治疗。

三、禁忌症

1.开放性脱位；

2.病理性脱位；

3.陈旧性脱位关节僵硬伴有严重骨质疏松者；

4. 伴有严重血管、神经损伤；

5. 多次手法复位失败者；

6. 患者无法配合、或耐受手法复位治疗，及复位后无法将关节维持稳定者。

四、注意事项

手法复位操作时，术者与助手应熟悉病变，手摸心会，通过手法触摸及影像学检查结果来辨明脱位的程度、方向、性质等。熟悉手法操作步骤，密切配合，动作宜缓慢、轻柔、灵活、持续，避免粗暴、反复的复位。复位前做好与患者的沟通，取得良好地配合。

根据病人具体情况，选择有效的止痛或麻醉，原则上应使手法复位在肌肉高度松弛及无疼痛感觉下进行。选择有效的复位手法，伴有骨折者，可先复位脱位，再行正骨治疗。

固定是脱位整复后巩固疗效的重要措施之一，复位后需将肢体固定在功能位或关节稳定的位置上，这也利于减少出血，促进损伤组织迅速修复，并可预防脱位复发等并发症发生。拆除外固定或取消制动后，尽早进行康复训练及功能锻练，促进关节功能的良好恢复。

第三章 骨折整复技术

骨折整复技术是运用手法技巧诊断、治疗骨折的技术。通过手法整复，纠正骨折端移位，恢复正常或接近正常的解剖关系，以利于骨折的愈合，恢复肢体的正常功能。正骨手法历史悠久，约从3000年前的周代开始应用。唐代《理伤续断方》提出：拔伸、用力收入骨、捺正等手法。《医宗金鉴》总结前人正骨经验，提出了摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法，称正骨八法。现代通过临床实践，对正骨八法进行了科学研究，并加以改进创新和充实提高。运用正骨手法矫正骨折的侧方移位、前后移位、成角移位、重叠移位、分离移位、旋转移位、背向移位等。目前，大多数骨折，包括关节内骨折、邻近关节骨折、骨折合并脱位、陈旧性骨折畸形愈合都可用手法复位，并取得满意疗效。正骨疗法有安全简便、并发症少、骨折愈合时间短、功能恢复好的优点，在骨折和脱位的治疗上有一定的优势。

正骨手法复位前应对患者全身和局部情况作充分的了解和详细的检查，结合病史、受伤机制、X线片检查以及全身情况作出明确诊断，把握好手法的时机。原则上手法复位在全身及局部情况允许的情况下应及早施行。复位前应仔细读X线片，了解骨折的部位、类型、移位的方向，制定手法复位方法、步骤，外固定器具的选用及准备等。

可选择必要的麻醉减轻病人的痛苦。是否需要麻醉可根据骨折的部位、伤后时间、整复的难易度、伤员对疼痛的综合考虑。一般新鲜骨折，容易手法复位的，如桡骨下端骨折、尺桡骨青枝骨折、儿童肱骨髁上骨折等，可不用麻醉。如为复位较困难、需要的时间较长的骨折，如肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位、陈旧性骨折畸形愈合等则需要麻醉配合手法复位。一般可采用局部浸润麻醉、神经阻滞麻醉、硬膜外腔麻醉或全身麻醉等。

一、基本操作方法

（一）拔伸法

沿肢体的纵轴，用对抗的拔伸力来克服肌肉的收缩力，把重叠缩短或成角的骨折断端恢复原有的长度和骨干的轴线的手法，称为拔伸法。拔伸法主要用于纠正骨折端的成角、重叠、嵌插移位。

【手法要领】在进行拔伸手法时，一助手固定骨折的近段．另一助手或术者固定骨折的远段。拔伸的方向，先顺势从肢体原来畸形位置的方向用力，把刺入软组织内的骨折断端拔伸出来，然后再按照整复的要求、骨折段移位的方向和复位时所运用的手法等进行拔伸。（见图1）

拔伸的用力大小，视年龄、性别、患肢肌肉的丰厚、张力的大小、骨折重迭与嵌插的程度而定。如对小儿、老人和女性伤员，用力就不宜太大。青壮年的男性伤员，肌肉虽然发达，但对不同部位的骨折，有不同的用力。如对股骨干骨折，牵引力就需加大；对肱骨干骨折，虽然肌肉也较丰厚，但肌张力较小，若牵引力太大，可能招致骨折端分离。在进行拔伸牵引时，用力要恰当，轻重要适宜，切忌使用暴力，避免骨折端分离。

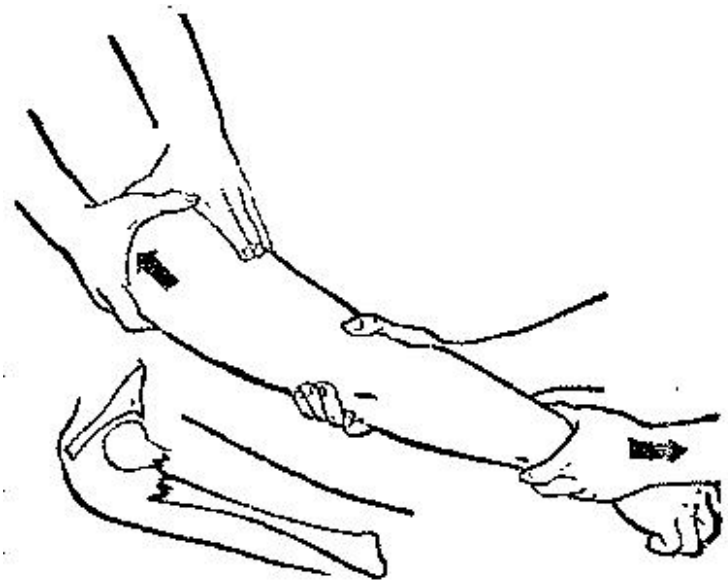


图 1 拔伸法

（二）提按法

把下移（后移）的骨折段向上升提，上移（前移）的骨折段同时按向下降的手法，称为提按法。这是针对骨折端前后移位的复位手法。以达到“突者复平，陷者复起”的目的。

【手法要领】此法的操作手法有以下三种：

1.用拇指或掌贴准骨折部向前移位的骨折断端，作稳柔而有力的下按；同时又把余指或另一掌抱准向后移位的骨折断端，用力向上提升，以达到复位。（见图 2A）

2.用食、中指和无名指从伤部的肌肤压向骨端扣稳，又用拇指扣紧对侧，把下移位的骨端向上或向外上提升，另一手的食、中指和无名指按压另一骨端作对抗的提升力，进行复位。（见图 2B）

3.用布带、竹棒、木棒或术者用前臂伸入后移骨端的底部，把下陷的骨端向上提，另一手或助手按压前移的骨端，使之复位。用此法时，要注意防止损伤血管、神经。（见图 2C）

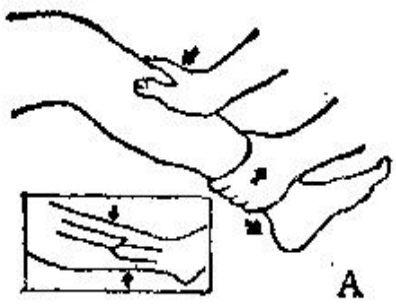


图 2A 用掌作提按

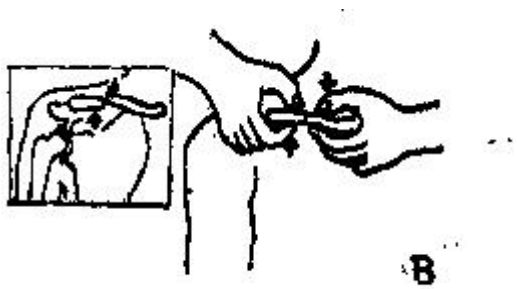


图 2B 用指作提按

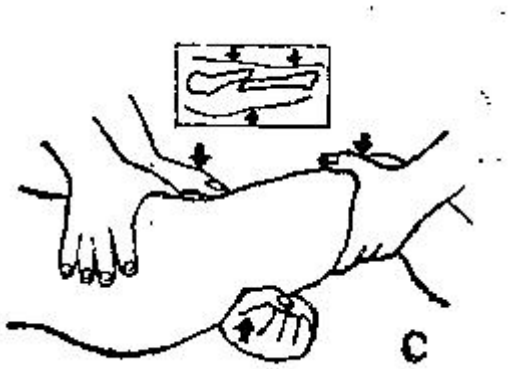


图 2C 用前臂作提按

（三）端挤法

对骨折侧方移位或成角移位进行复位的手法，称为端挤法。此法用于骨折的侧方移位，即内外移位，或单纯的内外成角畸形。

【手法要领】整复骨折内外侧移位时，助手固定骨折远近端，术者以一手固定骨折近端，另一手握住骨折远端，用四指向医者方向用力谓之端，用拇指反向用力谓之推。用掌或拇指把骨折端或成角的顶部向凹侧或向移位的反方向推，使之复位（见图 3A、图 3B）。或由助手固定伤肢的近段，术者拿稳远段，把远段的折端向成角的凸侧或错位侧牵拉，然后把近段向相反的方向推送。要求实施手法时用力要适当，方向要正确，医者手指与患者皮肤紧密接触，避免在皮肤上来回摩擦而引起损伤。

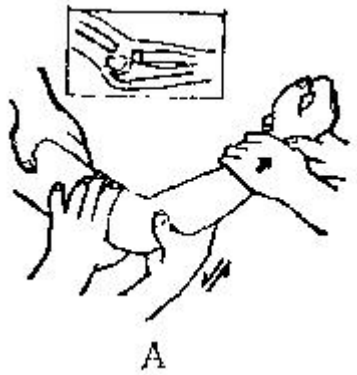


图 3A 肱骨髁上骨折的端挤

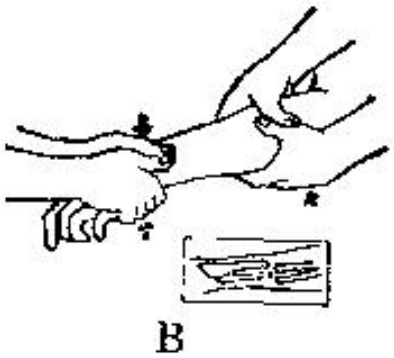


图 3B 前臂的端挤

（四）屈伸法

把骨折部邻近的关节进行屈曲、伸直或作内收、外展，以助复位或有利于骨折端稳定的手法，称为屈伸法。此法用于关节内骨折或邻近关节骨折多方位移位的整复。

【手法要领】屈伸法的操作方法有以下三种。

1.当使用手法进行复位时，助手配合术者把关节屈曲或伸直，使移位的骨折端顺势复位。复位后如能取用适当屈曲，调整肌张力，在相对的平衡下持续拔伸，可使骨折对位更为满意。

2.当关节内骨折，尤其是碎骨片游离或翻转移位时，在适当的牵引下，使关节内收或外展，以扩大一侧的关节间隙，在推按或旋翻等手法协同下，将骨折片重新翻转过来使之复位。

3.复位后把关节屈曲或伸直，观察骨折整复后的稳定程度，然后将关节固定在适当的角度上，以有利于骨折的稳定并维持在良好的位置上。（见图 4）

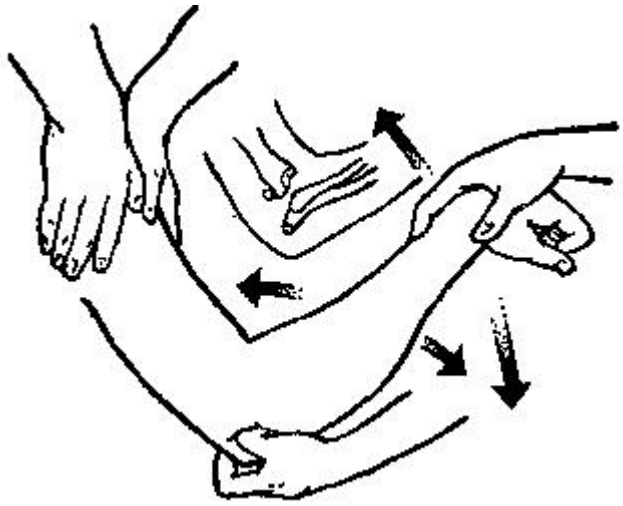


图 4 屈伸法

（五）分骨法

扣挤两骨间隙，使互相靠拢的骨折端分开的手法，称为分骨法。用于骨并列的部位发生骨折，造成骨间膜或骨间肌的收缩，而致两骨互相靠拢移位的骨折，需用此法整复。如尺桡骨折、胫排骨折、掌骨骨折和跖骨骨折等。

【手法要领】在复位时，用两手的拇指和食、中、无名三指，在骨折的掌、背侧两骨之间用力分骨，使靠拢的骨折端分开，以纠正骨折端的移位。（见图 5）

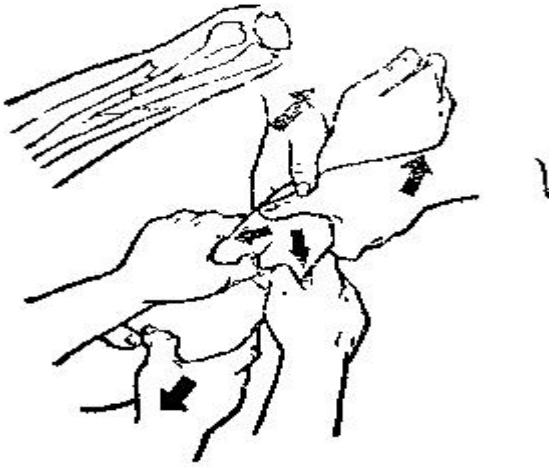


图 5 分骨法

（六）旋转法

主要是矫正骨折断端的旋转畸形。

【手法要领】单轴关节（只能屈伸的关节），只有将远骨折段连同与之形成一个整体的关节远端肢体共同旋向骨折近端所指的方向，畸形才能矫正，重叠移位也能较省力地克服。因此，肢体旋转畸形时，可由术者手握其远段，在拔伸下围绕肢体纵轴向左或向右旋转，以恢复肢体的正常生理轴线。（见图 6）

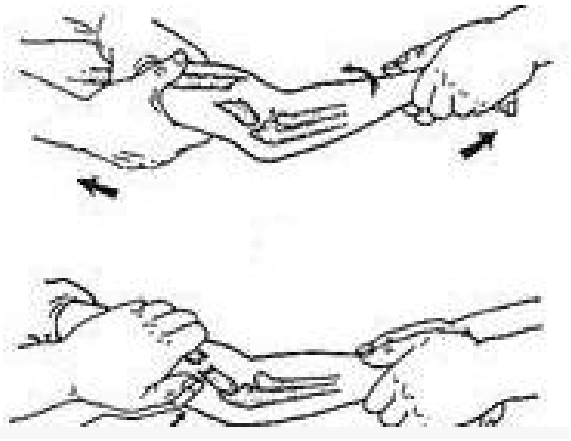


图 6 旋转法

（七）折顶法

采用加大骨折部成角的位置的同时进行拔伸，在骨折两端接触后用骤然反折法使骨折复位的方法，称为折顶法。折顶法多用于横型与短斜型骨折的病例，当使用拔伸法不能解决重叠的移位时需用本法。本法常用于前臂部骨折及股骨骨折。

【手法要领】手法时，术者的两拇指压于骨折突出的骨端，余四指抱稳下陷的骨折端，嘱咐助手在拔伸下，继续将骨折部扩大成角，应尽量使伤肢的肌肉松弛，如有侧方移位可用端挤法配合复位，然后，术者依靠拇指感觉到骨折远近端互相接触后，在助手的配合下，把远段骤然反折，同时术者环抱于骨折下陷端的四指将骨折端用力向上提起，拇指将突出端继续向下压，从而使骨折复位（见图 7）。此法容易使软组织损伤，故在手法时应十分慎重，同时在手法过程中要摸触准确，注意骨峰部位血管、神经的行经走向，避免损伤血管及神经。

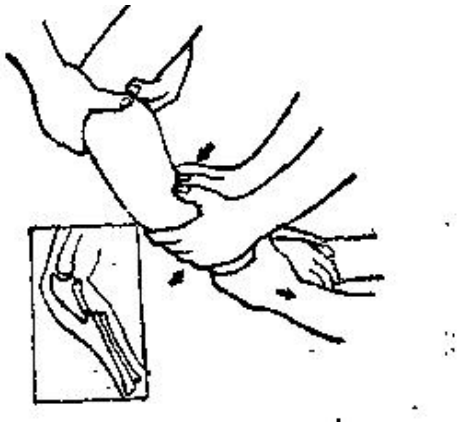


图 7 折顶法

（八）触碰法

沿伤肢纵轴对向用力，使两骨折面紧密对合，矫正骨折端纵向分离移位的手法，称为触碰法。常用于骨干骨折和干骺端松质骨与坚质骨交界处的骨折，如肱骨中段骨折、肱骨外科颈骨折、股骨颈骨折等。有时亦用此法作一般骨干骨折复位后的检查手法。

【手法要领】操作时，由两位助手分别固定骨折的远、近段，使伤肢保持正常的轴线，术者用手固定骨折端。这时嘱咐远段助手沿伤肢纵轴用力，作短促、阵发、反复的碰撞，使骨折面能紧密吻合（见图 8）。此法用于干骺端松质骨与坚质骨交界处的骨折，如用于肱骨外科颈骨折、股骨颈骨折等时，可轻轻叩击骨折段的远端，使骨折部紧密嵌插。如用于骨干骨折复位后的检查，要用轻柔而缓慢的冲力，术者指下可感觉到骨折端接触是否稳定。

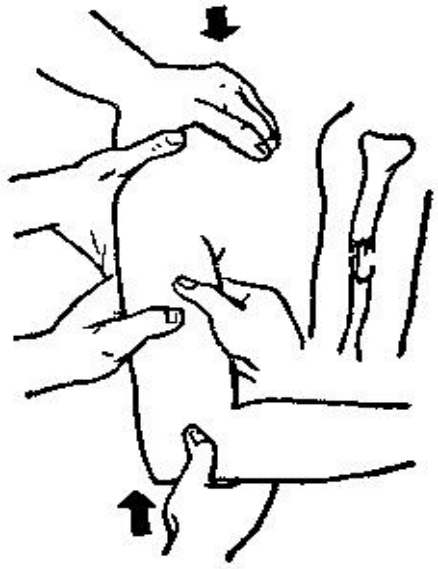


图 8 触碰法

（九）回旋法

把背向移位的斜形骨折按原来骨折移位方向逆向回转，使断端相对的手法，称为回旋法。此法常用于骨折面背靠背移位的骨折，也用于关节内骨折有游离骨折片翻转移位的伤员，以达到旋正骨折段和回翻碎片的目的。

【手法要领】施行回旋手法前，术者必须根据受伤机理和参照 X 线片，结合临床检查，辨认清楚骨折移位的路径。复位时，助手拿稳骨折远近段，术者一手握住骨折的远段，另一手的拇、食、中、无名等四指在骨折端同一侧作协同动作，并沿着骨折移位的径路相反的方向逆向还原回绕，待骨折断端背靠背转为面对面时，再用触碰等手法整复（见图 9）。在进行回绕手法的过程中，两骨折段应相互紧贴，如遇有阻力时，可能是受到软组织的阻挡，应调整方向，或由助手用近骨折段以相反的方向旋转来解除阻挡，但要注意避免损伤血管、神经等软组织。此法如用于关节内骨折有游离骨折片翻转移位时，术者用拇指压迫骨折片的一侧，使它与近段的骨折面接触作为支点，然后用食指固定，再用拇指把骨折片的对侧翻转过来。常配合屈伸等手法协同进行。

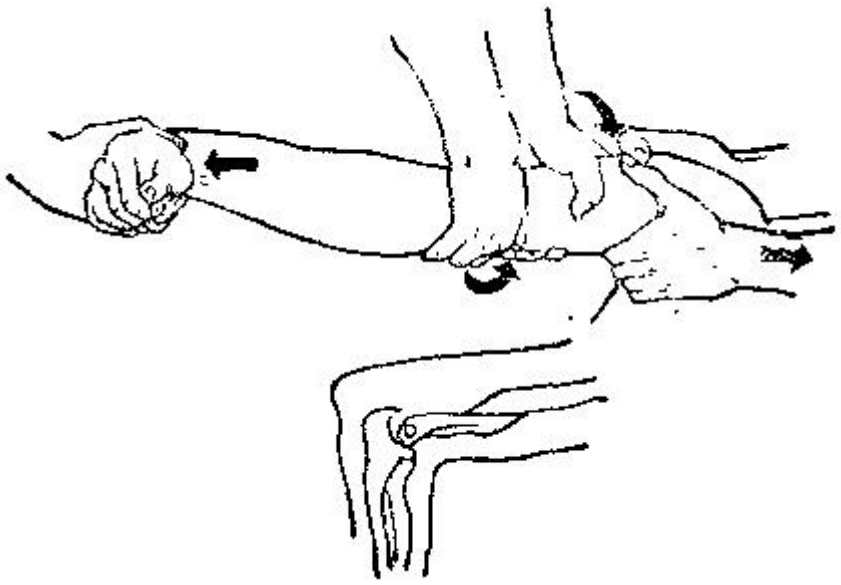


图 9 回旋法

（十）摇摆法

把骨折的远段进行连续性的摇摆，达到松解骨折端的嵌插、纠正残余的移位的手法，称为摇摆法。用于纠正残余的移位及陈旧性骨折畸形愈合折断骨痂和松解组织粘连。

【手法要领】手法操作时，一助手固定骨折的近段以作固定，术者或另一助手握住骨折远段按不同的目的进行左、右或上、下的摇摆（见图 10）。此法用于解脱新鲜骨折断端嵌插时，在拔伸下进行柔和的转动和轻度的摇摆即可；用于矫正残余移位时，术者以一手固定骨折瑞，另一手用力要轻柔，摇摆的角度要小；用于为陈旧性骨折畸形愈合折断骨痂和松解软组织粘连时，术者用手固定好骨折处，可同时配合用端挤手法，助手运用的拔伸力量应从轻到重，摇摆的幅度要由小到大，直至骨折部的骨痂折断、组织粘连得到松解、有明显的异常活动和骨擦音时为止。

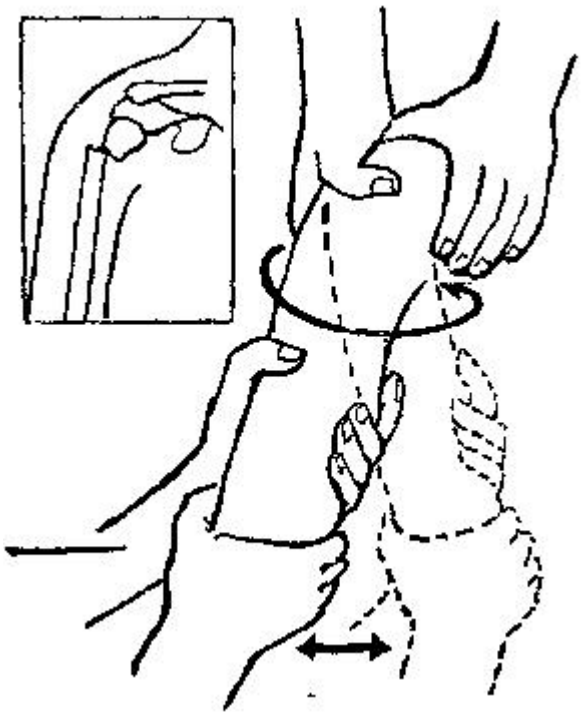


图 10 摇摆法

二、常见疾病的正骨技术

（一）肱骨外科颈骨折

肱骨外科颈骨折指位于肱骨的上端（在解剖颈下 2～3 厘米）的骨折。该处是松骨质和坚骨质的交界处，所以容易发生骨折。伤后局部肿胀、疼痛、压痛和伤肢纵轴叩击痛，上臂上段可见瘀斑，肩关节活动功能障碍为主要表现。X 线片可确诊，并可显示骨折类型及移位情况。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法等。

【操作步骤】

1.外展型骨折的整复方法如下：

伤员坐于凳上，一助手站在伤员健侧的后方，用两手紧握住伤臂的上端（即相当于骨折的近段）；另一助手站在伤员的伤侧，用两手紧握伤臂的下端，伤员的前臂搭在助手的前臂上，助手把伤臂顺势作外展位拔伸（见图 11A）。术者站在伤肢的后侧，在助手的拔伸下，用两手的拇指置于骨折近段的外侧，余指抱住远段的内侧，待感觉到助手将骨折端的嵌插解

脱或重叠移位拉开时，便把骨折的近段向内推，把远段向外提。此时助手在拉伸的同时把上臂内收，迫使骨折端复位（见图 11B）。在复位时，如果发现远折段有向外侧移动感或骨响音，腋下的骨凸也已消失，这提示已获得复位。



图 11A 坐位整复法拔伸

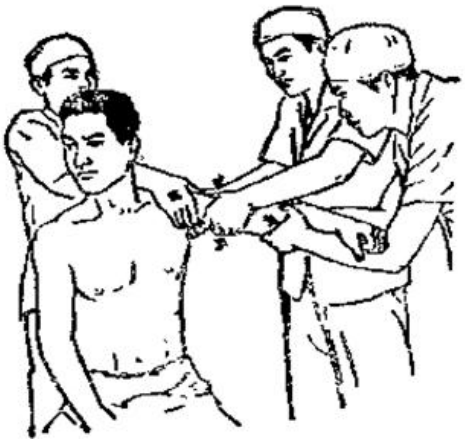


图 11B 坐位整复法外提内收

对伤臂肿胀严重、单靠手指的力不能整复的伤员，可改用如下的整复方法：伤者取坐位，两助手的手法与上法相同，术者以一手的前臂横贯于伤员的骨折远段的内侧，同时用另一手持握该手的腕关节，待感到助手作外展位拔伸伤臂的畸形有改善后，前臂持续用力，把骨折的远段向外提，这时助手亦把骨折远段的近端往外端，即可达到复位。（见图 11C）



图 11C 外科颈外展型骨折挂臂整复法

对伤臂肿胀严重、骨端嵌插移位大和肱骨头有明显内收变位的伤员，如果估计到采用以上两手法不能达到复位的目的时，可用下法整复：

伤员取仰卧位，以宽阔布带横跨伤侧的腋下，布带的两端上行过肩固定。一助手用两手擒稳骨折的近段以作固定，另一助手用两手抱拿肘关节的上方，将伤臂顺势外展进行拔伸。术者站在伤侧，用两手紧扣骨折远段内侧，并稍作向外提（见图 11D）。当感觉到助手拔伸将骨折远段拉开后，术者改用一手固定骨折近端的外侧，另一手仍扣紧远段的内侧，并加力向外提，这时助手将骨折远段的近端往外端，使伤肢内收复位。（见图 11E）

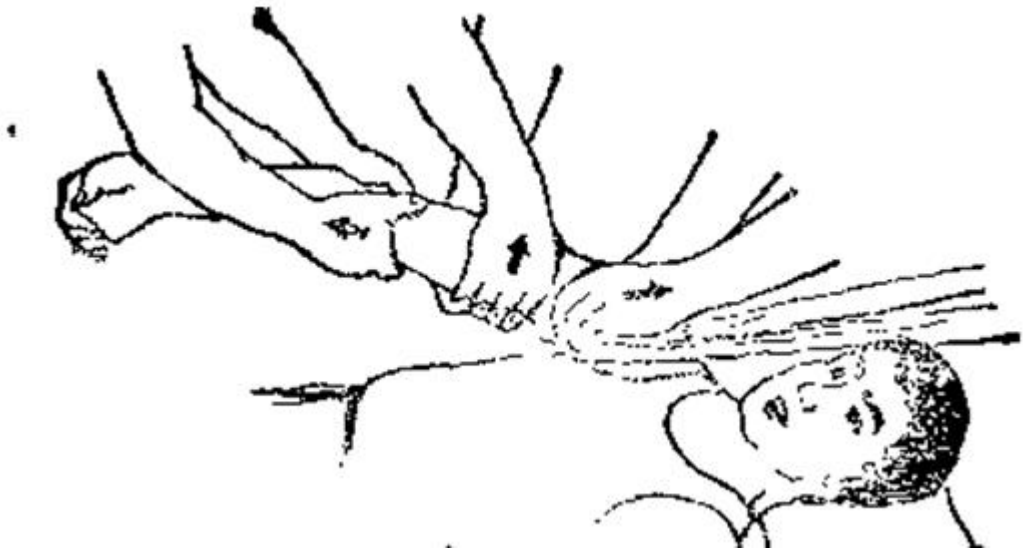


图 11D 外科颈外展型骨折卧位整复法拔伸

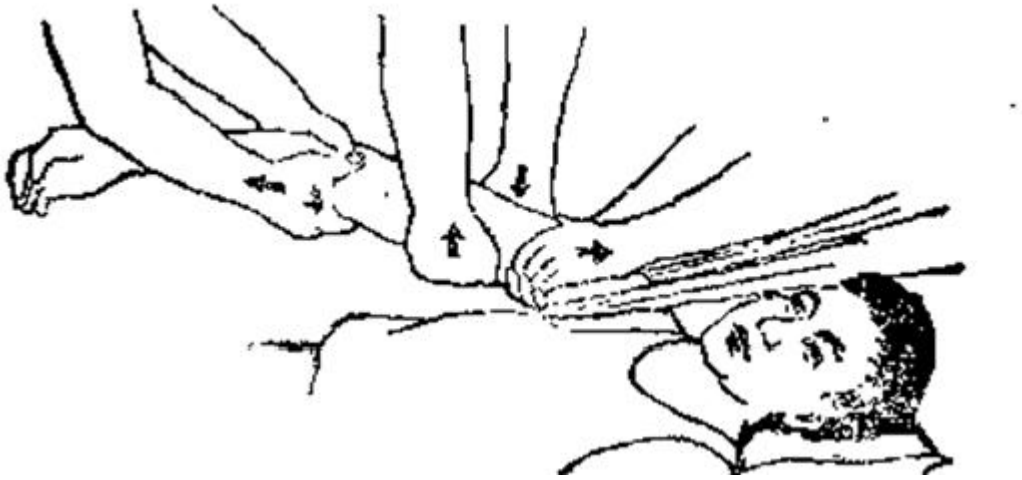


图 11E 外科颈外展型骨折卧位整复法外端内收

2.内收型骨折的整复方法如下：

伤员坐于凳上，一助手站在伤员健侧的后方，用两手紧握住伤臂的上端（即相当于骨折的近段）；另一助手站在伤员的伤侧，用两手紧握伤臂的下端，助手把伤臂顺势作内收拔伸。术者站在伤肢的后侧，一手固定骨折的近端内侧，一手卡紧骨折远段的外侧，待感觉到助手拔伸使嵌插解脱或重叠拉开时，用力将骨折的远段向内推，此时助手亦在维持拔伸力下将远段的近端往内端，以进行复位。（见图 11F）

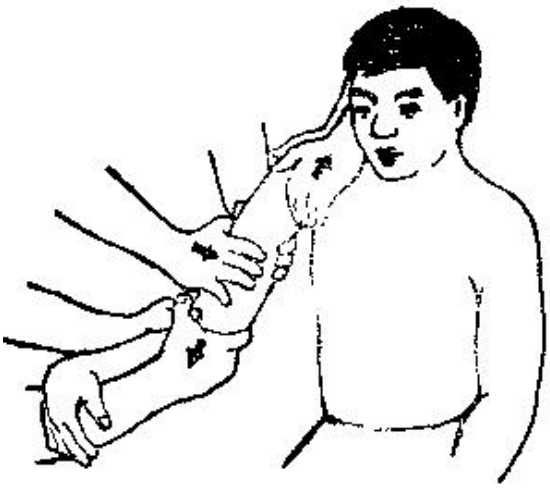


图 11F 外科颈内收型骨折坐位整复法

对肌肉丰厚、肿胀较甚和肌张力大的伤员，估计采用上法不能复位时，可运用如下的整复方法：伤员取卧位，一助手用布带绕过伤侧的肩关节以固定肩部，另一助手用两手固定骨折的近段，再一助手用两手紧握住肘关节的上方，把处于内收位的上臂作顺势拔伸。术者站在伤侧，两手紧拿着骨折的远段，待感觉到助手拔伸已将嵌插拉开及畸形改善时，把骨折的远段向内推压复位。（见图 11G）

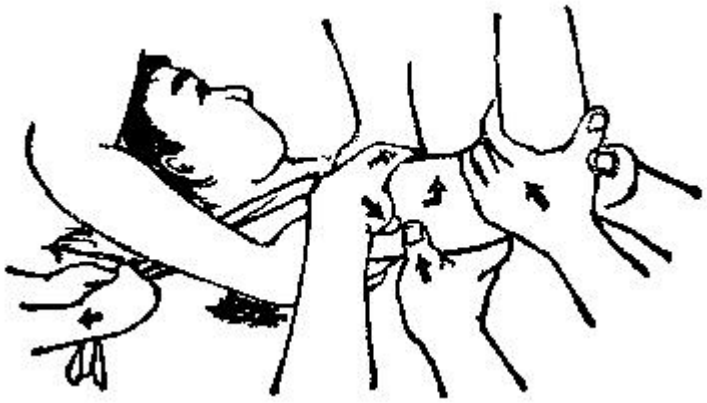


图 11G 外科颈内收型骨折卧位整复法

不论外展型或内收型骨折，复位后如尚有骨折远段向前移位或成角畸形，可用下法矫正；

伤员取仰卧位，两助手站立和固定方法与采用上法时同。术者下蹲，两拇指置于骨折远段的后下方，余指压住远段骨折端的前方，助手把上臂在拔伸下上举，以配合术者将远段的骨折端推压向后，使远段向前移位，并使成角畸形得到矫正。（见图 11H）

不管是外展型还是内收型骨折，当整复成功后，都应认真地检查一次。检查方法是观察肩部的外观是否正常，触摸腋下的骨突是否消失，肩前方是否平正，同时，可用一手固定骨折处，一手持骨折远段，轻巧地把远段作内外、前后的摇摆。检查时如无明显的骨响音和骨折端无滑动，说明骨折面接触良好。最后术者用两手再固定骨折部，由助手把骨折远段沿肱骨纵轴作缓慢的向上碰撞，使骨折端能紧密嵌插，以加强其稳定性。

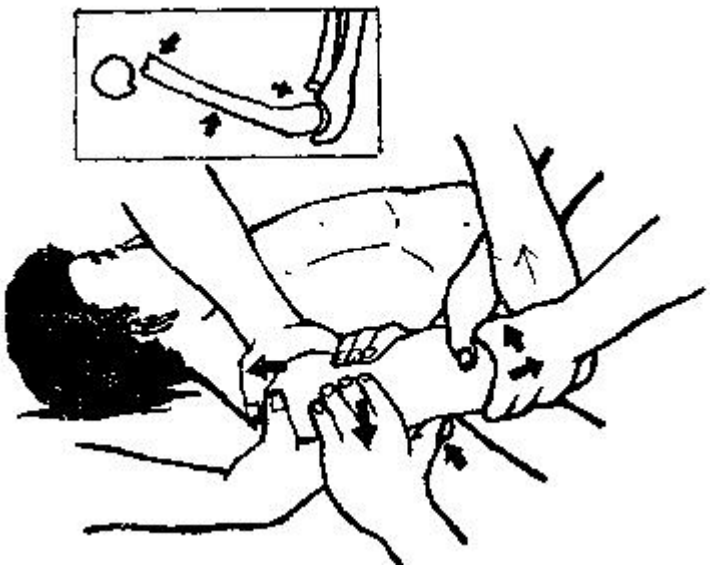


图 11H 外科颈骨折矫正向前移位或向前成角的手法

（二）肱骨干骨折

肱骨干骨折指肱骨外科颈以下 1～2cm 至肱骨髁上 2cm 之间的骨折，占全身骨折的（3）1%。多发于骨干的中部，其次为下部，上部最少。中下 1/3 骨折易合并桡神经损伤，下 1/3 骨折易发生骨不连。常见伤肢局部肿胀，疼痛，畸形，骨折端有明显压痛，骨擦音。伤肢活动功能障碍。拍摄 X 线正侧位片可明确骨折的部位、类型和移位情况。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、触碰法、旋转法等。

【操作步骤】

对肱骨干骨折没有移位或移位不大者，只需用四块小夹板加纸压垫固定，防止骨折移位即可。但对有明显移位的骨折，应认真进行手法整复，然后再用小夹板加纸压垫固定。对粉碎性不稳定性骨折，或复位后难以固定多段性骨折，可使用外固定支架进行固定术。对严重的开放性骨折，或骨不愈合，以及并发神经、血管损伤者应进行开放手术治疗。

1.肱骨上 1/3 骨折伤员端坐位，一助手用两手握住伤侧的腋窝及肩部固定，另一助手用双手握住伤肢的肘部，并把伤员的手腕搭在自己的前臂上，进行顺势拔伸，术者立于患侧外后方，触摸骨折断端后，用两手的拇指压住骨折远段的外侧，余指抱住骨折近段的内侧，当感觉到助手已将重叠的骨段拉开时，便把骨折远段向内推，把骨折近段向外提，用力点放在骨折远段，使骨折部轻微向内成角，与骨折近段靠拢，然后把力的重点转向骨折近段并向外提拉，通过推提的作用力使骨折复位。（见图 12）



图 12 肱骨干上 1/3 骨折整复法

2.肱骨中 1/3 骨折两助手如上法固定伤肢，然后徐徐用力顺势拔伸，术者站在患侧的外方，用两拇指压住骨折近段的外侧，余指抱住骨折远段的内侧，当感觉到助手已将重叠骨折拉开时，顺势把骨折近段向后内推，把骨折的远段向外提进行复位。

3.肱骨下 1/3 骨折多为斜形或螺旋形骨折。在整复时，可由术者一手固定骨折的近段，一手拿住骨折的远段，在助手的协同下先矫正骨折旋转移位，助手把骨折远段向后旋，术者把骨折近段向前旋转，待旋转移位纠正后，再由术者用两手掌在骨折的前后方用力挤压、靠拢，使骨折面紧密接触。

肱骨干骨折，多由较大外伤暴力所造成，由于受肩部和上臂肌群的牵引作用力关系，故在不同部位发生的骨折，其移位方向也有所不同。凡有骨折明显移位者，均应选择适当的时机进行手法整复，原则上越早越好。骨折发生后的 1～4 小时之内最佳，此时组织未发生严重水肿，肌张力不大，在这段时间内进行整复常比较容易获得良好对位。而且骨折早期整复后，能加速局部组织血液循环，利于肿胀消退，促进骨折的愈合和肢体功能恢复。但对有严重软组织损伤或并发有桡神经损伤者，则先予以适当的固定，抬高患肢，观察肢端血运，然后视其肿胀消退情况，方予手法整复骨折。对螺旋形、粉碎性骨折以及骨折面背靠背移位者，应在麻醉下行手法整复。对折面背靠背移位者，一助手固定骨折近端，一助手固定骨折远段，不要用力牵引，在肌力松弛状态下，术者应用回旋手法进行整复骨折。若为粉碎性骨折，术者则应用端挤、提按等手法进行复位。手法切忌粗暴和远段助手的过度牵引，避免加重损伤肢体和导致桡神经损伤。若为不稳定型骨折，可作上肢前臂皮肤牵引，伤肢置外展肘关节半屈曲位，维持牵引，利于骨折对位和愈合。

（三）肱骨髁上骨折

发生在肱骨下端肱骨内、外上髁上方 2cm 以内的骨折。以肘部疼痛，肿胀明显甚至有张力水泡，肘部畸形，活动障碍为主要表现。多发于 10 岁以下儿童。可分为伸直型和屈曲型。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、触碰法、屈伸法等。

【操作步骤】

1.对伸直型的手法整复：采用局部麻醉或臂丛神经阻滞麻醉。伤员取坐位，一助手握住伤肢的上臂，另一助手握住伤肢的前臂，并顺势作拔伸，矫正重叠移位。对尺偏型骨折、远

折段旋前伴有向尺侧移位的，则在助手的拔伸下，术者一手握住近折段，另一手握住远折段，用端挤的手法，把远折段旋后、近折段旋前，在矫正旋前畸形的同时，两手相对挤压，把骨干向内推、远折端往外端，即可矫正尺侧的移位（见图 13A）。如是桡偏型骨折的，把远折端往内推、近折段向外端。内外侧的移位矫正后，术者接着用双拇指按住肘后方的远折段及鹰嘴，并向前推顶；余指环抱肘前方的近折段，向后拉压，并令远端的助手在牵引下徐徐屈曲肘关节，常可闻到骨折复位的骨擦音。此时，将肘关节屈曲成 90º，触摸伤部的前后方和内外侧，如在骨折的远、近端摸不到骨突畸形，折端稳定，无骨擦音，鹰嘴没有向内侧偏移，则提示骨折已复位（见图 13B）。此时，术者改用屈伸的手法，即一手固定骨折部，另一手握住伤肢的前臂，并将肘关节置于 90～120º 的位置上，跟着将前臂向桡侧伸展，使骨折断端的桡侧骨皮质互相嵌插或使远折段稍向桡偏，以防止肘内翻发生。同时应注意，拔伸力不宜过大，以免将远折段过度推向肘前方，或骨膜受到广泛的剥离，影响骨折端对位的稳定性。



图 13A 伸直型骨折矫正内外侧移位

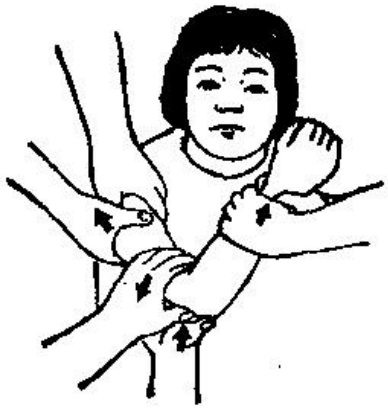


图 13B 伸直型骨折矫正前后方移位

2.对屈曲型的手法整复：伤员取坐位．一助手握住伤肢的上臂中段，另一助手握住伤肢的前臂，置肘关节屈曲约 100º，前臂旋后位。术者一手以虎口固定鹰嘴，拇指及其余四指分别置于外髁和内髁以握稳肘部;另一手的拇指按住近折段的后方,余指按住折段的前方。然后在两助手的协同下，把近折段向前方提升，将远折段向后下方推送，令助手徐徐伸肘予以复位。（见图 13C）

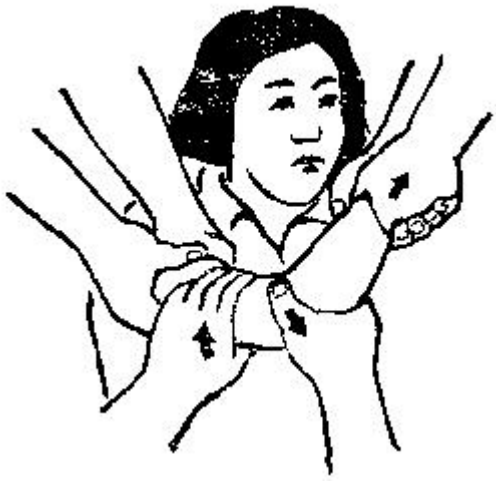


图 13C 屈曲型骨折矫正前后方移位

（四）肱骨外髁骨折

本病多由间接暴力所致，跌倒时手部先着地，肘关节处于外展位或内收位均可引起肱

骨外髁骨折，大多数发生在 5-10 岁儿童。常见伤后肘部明显肿胀，疼痛，肘关节呈半屈伸位，肘关节活动功能障碍，相当于肱骨外髁位压痛明显。肘关节横径增宽（两侧对比），肘后三点关系发生改变，作肘关节伸屈或异常外展活动时疼痛加剧。在肘外侧可发现骨突隆起。肘关节 X 线片检查。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、屈伸法等。

【操作步骤】

1.无明显移位的肱骨外髁骨折，仅用上肢直角夹板固定及肘“8”字绷带固定，屈肘 90°，前臂悬于胸前，2～3 周后去除夹板固定，进行练功活动。

2.轻度移位型骨折：伤员取坐位，屈肘 120°。一助手在伤员的后方环抱伤肢的上臂。术者在伤员的前方用一手的拇、示指固定骨折片，若骨折片向后上方移位，把骨折片向前下方进行推压，若骨折片向前下方移位，则向后上方推送。另一手握住伤肢的腕部将前臂内收旋前，骨折片便能平复。对尚有残余移位，可由术者用一手的拇、示指固定骨折片，另一手握住前臂，并将肘关节进行反复的轻柔的屈伸的手法，以矫正残余移位，直至骨折片稳定且无骨擦音时为止。然后作小夹板固定。

3.翻转移位型骨折：

（1）摸认骨折片并将它推向后方：患者取仰卧位。助手站在伤肢的后方，两手环抱伤肢的上臂，将上臂固定。术者在伤肢的前方，以左手紧握伤肢的腕部，并把前臂置于后旋位、肘关节处在半屈半伸的 120°左右；用右手的示指和拇指仔细地触摸骨折片的滑车端和外髁干骺端，以辨清移位的方向和翻转的程度。对局部肿胀较甚者，可用拇指的指腹轻柔地按压肿胀处，使瘀肿散开，直至骨折片触摸清楚为止。接着在将腕关节背伸的同时内收前臂，右手的拇、示指尽量把骨折片往肘后方推送。在推送的过程中矫正横轴的旋转，使之变成单纯的向后翻转移位。

（2）扩大肱桡关节间隙：把骨折片推向肘后方之后，术者徐徐进行加大前臂内收的角度，以达到尽量扩大肱桡关节后外方的间隙，继而把骨折片的滑车端稍向前推压，使其接触近折的骨折面。这时用右手的拇指固定，利用这点作为再翻转的支点。

（3）翻转骨折片复位：紧接着迅速将前臂旋前、外展、屈肘，将骨折片向前、向上、向内转推送。通过对骨折片的推送及前臂伸肌总腱的协同作用，如感到骨折片从肘后方弹跳向前的响音，提示骨折片已翻转倾人关节内而归纳原位。

（4）屈伸纠正：如果骨折片尚有轻度的向外移位或倾斜，可用右手拇指固定骨折片，左手将前臂旋后，徐徐伸直肘关节，并将前臂作内外摆动、肘关节作轻度屈伸活动，残余位就会得到矫正。在扩大肱桡关节间隙时，如果感到骨折片确实已与近折段接触，也可采用下法：即边固定骨折片，边徐徐将肘关节屈成 90°，接着用力将前臂交替牵拉推送；这时助手协同术者将上臂作对抗牵引，使肱桡关节间隙呈抽屉样开合。这样，骨折片受到。桡骨小头的间断碰撞，借助后旋肌及伸肌总腱拉力的调整，也能得到复位（见图 14A、图 14B、图 14C、图 14D、图 14E、图 14F）。对前移翻转型的整复首先把骨折片向肘后方推按，使之变为后移翻转型骨折，然后再按后移翻转型骨折的方法进行复位。



图 14A 摸认骨折片

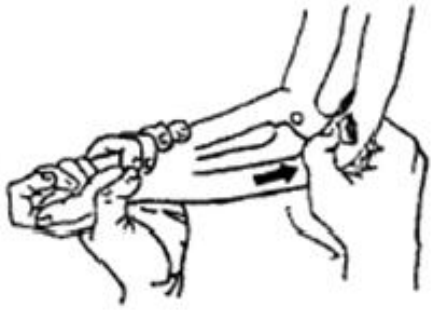


图 14B 把骨折片推向后方矫正横轴旋转

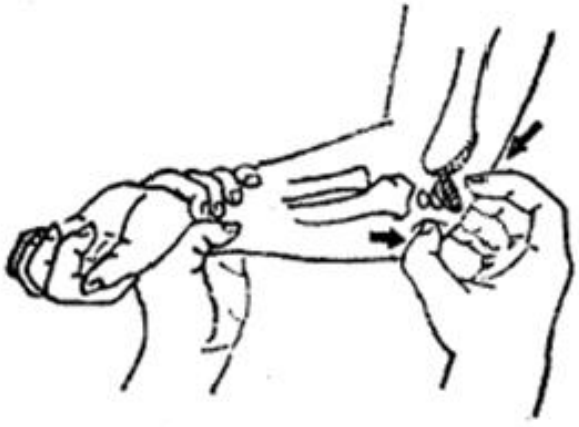


图 14C 扩大肱桡间隙



图 14D 翻转骨折片复位



图 14E 屈伸矫正残余移位

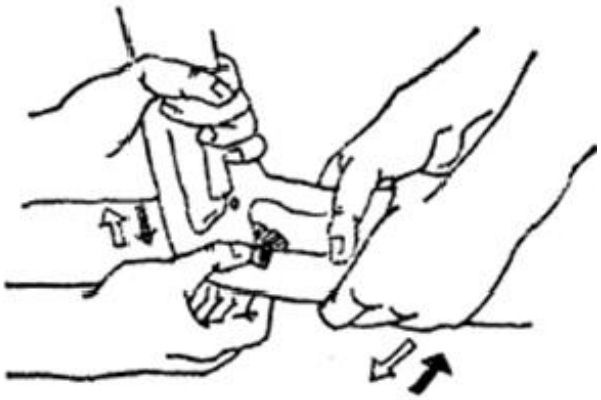


图 14F 抽屉样开合整复法

（五）尺骨上段骨折合并桡骨头脱位

尺骨上段骨折合并桡骨头脱位也称蒙氏骨折，可由直接暴力或间接暴力引起，而以间接暴力所致者为多。根据暴力方向及骨折移位情况，临床上可分为伸直、屈曲、内收三型。常见伤后肘部及前臂肿胀、疼痛明显，局部压痛，肘关节呈半屈伸状，肘关节活动功能障碍。肘关节横径增宽（两侧对比），作肘关节伸屈或异常外展活动时疼痛加剧。在肘前、后、外侧可发现桡骨头隆起。凡有移位的尺骨干单骨折尤其是上1/3骨折的X线照片须包括肘关节，以免遗漏肱桡关节脱位的诊断。这种漏诊临床上较常见，待发现时已失去手法复位时机，造成复位困难。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、屈伸法等。

【操作步骤】

有移位新鲜骨折，我们认为均能采用手法复位，且治愈率高。骨折整复时间越早越好，最好争取在软组织明显肿胀之前，予以手法复位。一般在 1 周内进行复位，成功率较高，功能恢复好，半月内仍可试行手法复位，半月后复位成功率很低，功能恢复也差。对陈旧性骨折畸形愈合者，成人可行桡骨头切除术，儿童则须切开复位，将桡骨头整复、环状韧带重建、尺骨骨折复位内固定。对于伸直型蒙氏骨折先整复桡骨小头脱位，然后整复尺骨骨折。对于屈曲型蒙氏骨折先整复尺骨骨折，后整复桡骨小头脱位。蒙氏骨折属不稳定型骨折，尺骨骨折端易移位成角导致桡骨小头再脱位，影响前臂旋转功能，复位后维持固定较难，临床中应注意桡骨小头的解剖位置及肱桡关节解剖关系，及时作 X 线检查。蒙氏骨折整复后，前臂应旋后位固定，两周后改为中立位固定，3 周后可作屈肘 90° 固定。

原则上先整复桡骨头脱位，后整复尺骨骨折。患者平卧，前臂置中立位，两助手顺势拔伸，矫正重叠移位，对伸直型骨折，术者两拇指放在桡骨头外侧和前侧，向尺侧、背侧推挤，同时肘关节徐徐屈曲 90°，使骨头复位，然后术者捏住骨折断端进行分骨，在骨折处向掌侧加大成角，再逐渐向背侧按压，使尺骨复位；对屈曲型骨折，两拇指放在桡骨头外侧、背侧，向内侧、推按，同时肘关节徐徐伸直至 0° 位，使桡骨头复位，有时还可听到或感觉到桡骨头复位的滑动声，然后向背侧加大成角，再逐渐向掌侧按挤，使尺骨复位；对内收型骨折，助手拔伸同时，外展患侧的肘关节，术者拇指放在桡骨头外侧，向内侧推按桡骨头，使之还纳，尺骨向桡侧成角亦随之矫正。新鲜骨折一般均能成功手法整复。陈旧性骨折 15 天内者，也可麻醉下手法复位。

（六）桡骨下 1 / 3 骨折合并下桡尺关节脱位

桡骨下 1/3 骨折合并下尺桡关节脱位（盖氏骨折），是上肢较常见的损伤。桡骨干由中段移行至下 1/3 后逐渐变为粗大且向外后呈生理性的弯曲，为应力上的弱点。下桡尺关节的

稳定性主要由坚强的三角纤维软骨与较薄弱的掌、背侧下桡尺韧带维持。常见伤后前臂及腕部肿胀，压痛，有异常活动及骨擦音，下尺桡关节松弛，有挤压痛，前臂旋转功能受限，尺骨小头向尺、背凸起。X 线片可明确骨折类型及移位方向。照片必须包括腕关节观察下尺桡关节的分离程度和是否为尺骨茎突骨折。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、触碰法等。

【操作步骤】

盖氏骨折由于合并脱位，受展拇长肌和伸拇短肌及旋前方肌的影响，手法整复和固定相对较为困难。稳定型骨折和不稳定型骨折，可行手法整复，复位要求应达到解剖或接近解剖复位。注意矫正尺骨、桡骨的短缩和成角以及旋转畸形。儿童患者可能出现尺骨下端骨骺分离，应加以注意。因为尺骨下端骨骺分离整复后骨骺发育不良而影响前臂旋转功能，故操作不宜粗暴，切忌反复，无须强求骨折的解剖对位而应着重保护骨骺的解剖位置及稳定。整复时术者和助手应密切配合，但求一次整复。

1.拔伸：患者取平卧位，屈肘，前臂中立位，一助手牵住肘部，第一助手以双手虎口环握腕部，致腕尺偏位。两助手顺势沿前臂纵轴持续对抗牵引。牵引时第一助手应维持腕部尺侧偏，此时已对下桡尺关节的分离松弛起到抱合和稳定作用。

2.提按：术者以拇指置骨折部背侧位，余指环抱于掌侧，作较大幅度的端提及下按动作，若骨响音或骨凸消失，平整，提示骨折已复位。

3.触碰：接上法术者应捏住复位的骨折处，轻巧、小幅度地内外上下轻轻地推摇前臂，感受骨折端是否仍有骨擦音，两折端是否完全接触。

4.遇有移位大，旋转严重者，则骨峰的对合可能不满意，此时，可以加用回旋法，即术者捏住骨折端，嘱第一助手轻微地旋转前臂，同时术者对骨折端进行挤捏，若听到骨微响，固定骨折端骨峰吻合对紧。然后，术者再检查下桡尺关节，用拇、示指由桡尺侧向中心挤捏，把尺骨小头按捺平整。伴有尺骨骨折者，整复方法与前臂双骨折相同。

（七）桡尺骨干双骨折

尺桡骨干双骨折可由直接暴力、传达暴力或扭转暴力所造成。直接暴力所致者，其骨折线往往在同一平面上，以粉碎、横断骨折较多；传达暴力所致者，桡骨骨折线在上以横断、短斜形为多；扭转暴力所致者，骨折线向一侧倾斜，往往由内上向外下，尺骨骨折线在上端，以螺旋形骨折为多，且多见于儿童或青壮年。发生骨折后前臂局部肿胀、疼痛明显，压痛敏锐，前臂功能障碍或丧失。完全骨折有移位时往往有成角畸形、骨擦音和异常活动，儿童青枝骨折仅有成角畸形。X 线检查可确定骨折类型、移位方向，还可确定是否合并桡尺上、下关节脱位。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、触碰法、分骨法、折顶法等。

【操作步骤】

尺桡、骨干双骨折由于移位复杂，手法整复的难度较大，有时一根骨折整复对位了，另一根骨折却难以同时复位，往往有顾此失彼的情况。伤员取仰卧位，根据骨折的情况，顺序采用以下手法整复。

1.拔伸：一助手握住伤肢肘部的上方，另一助手握住骨折远段的腕部及大、小鱼际，把伤肢外展 70°～90°、肘屈 90°，将前臂拔伸。拔伸时如果前臂中 1/3 或下 1/3 骨折，术者应将前臂置于中立位。如果是前臂上 1/3 骨折，将前臂置于旋后位，拔伸的时间约持续数分钟。（见图 15A）

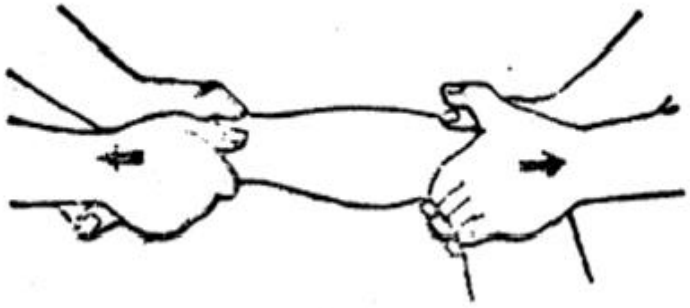


图 15A 尺桡骨干骨折中立位拔伸法

2.分骨：在拔伸中，术者两拇指合并置于前臂后侧桡尺两骨的间隙中，示、中、环指置于相对位置的掌侧桡、尺两骨的间隙中，沿间隙进行分骨。经过拔伸和分骨，尺、桡两骨各自向自己的原位置张开，骨折远近两段的旋转、重叠及侧方移位，亦会获得纠正或改善。（见图 15B）

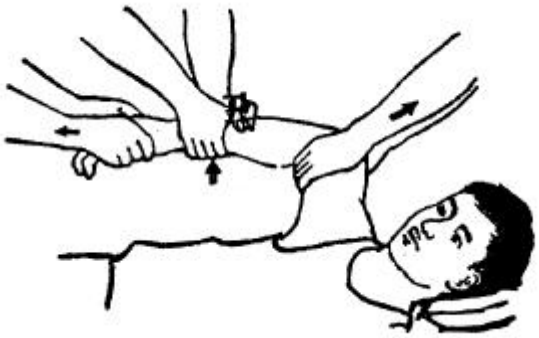


图 15B 尺桡骨干骨折分骨法

3.端挤：经分骨后，若侧方的移位尚未纠正，可使用本法以纠正侧方的移位。

在手法时，两助手继续保持拔伸。术者一手扣稳伤肢近折段的桡、尺两骨的间隙部（如分骨样），以作固定，另一手扣稳伤肢远折段的尺、桡两骨的间隙部，把远折段向移位侧的反方向推（远端向尺侧移位者，向桡侧推；远端向桡侧移位者，向尺侧推）。这时，握住骨折远端的助手在保持拔伸下，协助术者把远段的骨折端推向近段的骨折端，进行推端对位。（见图 15C）



图 15C 尺桡骨干骨折端挤法

4.折顶：侧方移位矫正后，术者用手固定骨折部。这时助手要减轻拔伸力，以便术者摸准骨折端的位置。骨折端的位置摸准后，术者用两手的拇指置于骨折成角凹侧的骨折端，

余指抱稳凸侧的骨折端，助手再度减轻拔伸力，使伤肢肌肉松弛，然后把伤臂向凸侧折，术者也同时把凹侧的骨折端向凸侧按，使骨折部的成角扩大。骨折扩大到上下骨折端离开或仅上下断端相接触，即为达到整复的足够折顶角度（折顶角度的大小，还应视骨折重叠的多少而定），这时，握住骨折远段的助手紧接着把远段骨折反拔，术者再加大凹侧骨折端的按力。当感到骨折端互相有接触时，术者便把凸侧的远段骨折端向凹侧提（此时凹侧的近端骨折端还要按紧），助手在拔伸下，协同把前臂反向凹侧折以复位。（见图 15D）



图 15D 尺桡骨干骨折折顶法

5.提按：经以上手法复位后，对前、后对位不够完善者，可用本法加以纠正。手法时，助手保持拔伸，术者两拇指摸准向后侧移位的骨端，余指抱稳向前侧移位的骨端，把向后侧移位的骨端向前侧按，把向前侧移位的骨端向后侧提。（见图 15E）

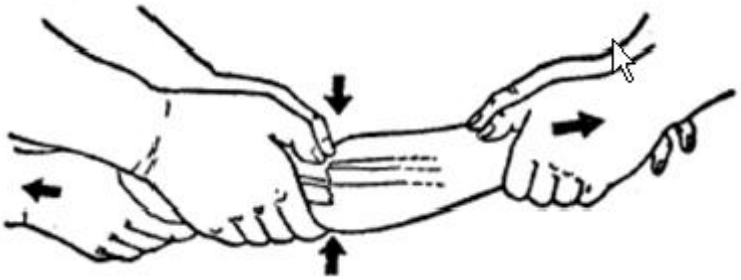


图 15E 尺桡骨干骨折提按法

6.触碰：经以上手法后，术者用两手固定骨折部，令助手把远折段向近折段冲击碰撞，碰接力分别施于尺骨或桡骨。碰撞时如果有阻力感，但未闻到明显的骨响音，即可在骨折部作轻柔的内、外、前、后摇动。摇动后如骨折端无滑动感及骨响音，即提示整复成功。（见图 15F）

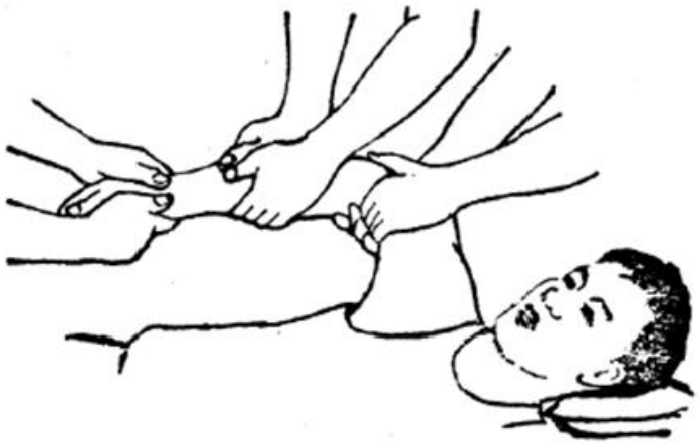


图 15F 尺桡骨干骨折碰撞摇动法

儿童青枝骨折的整复手法比较简单。伤儿取坐位，一助手握住伤肢肘部。术者一手握住伤肢腕部，将伤肢前臂鼍于旋后位作拔伸，并逐渐加大拔伸力；另一手的示、中、环指按在成角的凸起部，并用拇指和大、小鱼际分别顶住成角凹侧的两端，然后使用轻柔有劲的手力逐渐地向凹侧按迫，直至成角消失为止。

（八）桡骨下端骨折

桡骨下端骨折是指距桡骨下端关节面 3cm 以内的骨折，这个部位是松质骨与密质骨的交界处，为解剖薄弱处，一旦遭受外力，容易骨折。在临床上比较常见，多见于老年妇女及儿童。伤后局部疼痛，肿胀，可出典型畸形姿势，即侧面看呈“银叉”畸形，正面看呈“枪刺样”畸形，检查局部压痛明显，腕关节活动障碍。X 线拍片可见骨折远端向桡、背侧移位，近端掌侧移位。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法等。

【操作步骤】

伤员取坐位。一助手握住伤臂的上端，肘屈曲 90º，前臂置于中立位。术者一手握住伤肢的大鱼际及腕部的桡侧，另一手用拇指按住背侧的骨凸（即远端），用其余手指扣紧骨折近端的掌侧，将腕部拔伸。在拔伸中感到骨折端移动时，用力把腕关节先向掌侧屈曲，然后稍向尺偏，同时顺势把背侧的骨凸向掌侧推迫，将骨折近段向背侧提，使之复位。（见图 16A）



图 16A 桡骨下端伸直型骨折整复法

对伤臂有严重的肿胀和骨折远端向桡侧移位的伤员，一助手拿稳前臂近端，另一用两手分别握住伤肢的大、小鱼际，把腕部拔伸。拔伸力的重点放在桡侧，助手把腕关节尺偏牵引，术者用拇指压住桡骨远端的外侧，把远折端推向尺侧，以矫正侧方的移位。接着，术者两拇指合并按住背侧的骨凸，余指抱住伤臂近段的掌侧挤提，纠正背侧的移位。（见图 16B）



图 16B 桡骨下端伸直型骨折三人整复法

（九）股骨颈骨折

随着社会的发展，股骨颈骨折的发病也发生了变化，其一是交通、建筑所致的损伤也越来越多，其二是人口老龄化。西医认为在老年人多有骨质疏松，股骨颈表现张力骨小梁减少或消失，压力骨小梁数目减少，再加之髋部肌肉萎缩，不能有效对消髋部有余应力，故轻微暴力也可导致骨折，这是股骨颈骨折最常见的原因。此外，随着交通、建筑业的发展，剧烈暴力引起的股骨颈骨折多发生于年轻人，也是合并骨碎块，影响骨折预后的一大原因。再者股骨颈骨质病变或全身性疾病影响到颈部骨质结构，正常外力的作用也可造成股骨颈骨折。按骨折线部位分四类：股骨头下骨折、股骨颈头颈部骨折、股骨颈中部骨折、股骨颈基底部骨折。按骨折线与额轴夹角分类：股骨颈外展骨折、股骨颈内收骨折。按骨折移位程度分类即 Garden 四型分类法：Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型。伤后表现为患髋疼痛，腹股沟韧带中点压痛，患肢轻度屈髋、屈膝及外旋、内收、短缩畸形，纵向叩击痛，髋关节活动受限。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、旋转法等。

【操作步骤】

采用一种在卧床上的基础上辅以丁字鞋、人字石膏和牵引的治疗方法。主要适用于无移位的股骨颈骨折及一些因全身疾患不能耐受手术或拒绝手术治疗者。据报道，用此法治疗无移位的股骨颈骨折，7 周后拍片，有 10％～27％的患者可发生移位。因此对具有手术条件者为了防止再移位的发生，便于患者早日下床活动，应尽量行手法复位内固定。手法复位具体操作方法是：硬膜外麻醉或全身麻醉。一助手固定患者骨盆，另一助手用一前臂套入伤肢的腘窝内，一手握住踝部，使髋膝屈曲成 90° 拔伸。当大粗隆下移时，术者用一手的拇指压住髂前上棘下方，余四指及掌部压稳大粗隆的顶部；另一手的前臂从患者大腿的外后方深入以握住大腿的上段，然后用提升手法把向上后方移位的大粗隆向前方提升，以纠正骨折的前后方移位。在前后移位纠正后，助手继续拔伸，并将大腿内旋，术者一手压住粗隆顶部，另一手置于膝关节内侧，将大腿外展，骨折端的内、外移位便可矫正。最后助手将下肢内旋、伸直，置于外展位。复位操作即告完成，要检查骨折复位是否满意，术者可用手掌托住足跟部，若伤肢能保持中立位，双下肢长度相等，双粗隆部对称，复位便告成功。

（十）股骨粗隆间骨折

股骨粗隆间骨折的病因多由传导暴力引起，发病的老年人多数是在跌仆时因下肢突然扭转或股骨大粗隆部着地而发病。根据骨折线的走向和骨折端位置，临床上可分为三型：顺粗隆间型、反粗隆间型和粗隆间粉碎型。常见症状为局部肿胀、腰痛、下肢畸形、不能站立行走、髋关节功能障碍是股骨粗隆间骨折的重要特征。骨折移位明显者，局部剧痛，下肢呈短缩、内收、外旋畸形，患侧大粗隆升高，局部腰痛，叩击痛，叩击患侧足跟可引起髋部剧烈疼痛。

【治则治法】手法复位夹板固定治疗。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、旋转法等。

【操作步骤】

以左侧为例，选择硬膜外麻醉，麻醉生效后患者取仰卧位，近端助手双手按住患者骨盆两侧髂嵴固定，远端助手采用拔伸法将右手扶住患者左侧腘窝及膝外侧，左手握住左内踝及后踝。术者立于患者左侧，左手由内侧握住骨折远端小粗隆部，右手由外侧扶住骨折近端大粗隆部。远端助手采用旋转法，使患者左下肢屈髋屈膝并外展外旋，然后内收内旋顺势牵引左下肢向下，与此同时，术者采用端挤法、提按法，将左手卡靠小粗隆部，右手向下推挤大粗隆并内旋患肢，远端助手将患肢拉直放平，左下肢置于外展中立位，矫正内翻、外旋及短缩畸形，通常可获得满意复位，测量双侧髂前上棘至内踝尖等长，左下肢不外旋，则复位成功。

（十一）股骨干骨折

强大的外伤直接暴力打击、挤压或间接暴力的杠杆作用，均可造成股骨干骨折。由直接暴力所引起的骨折，多为横断或粉碎性骨折，受间接暴力所引起的多为斜形或螺旋形骨折。只有儿童可能为不完全或青枝骨折。一般健康成年人的股骨干较坚强，须较强大的外伤暴力才能造成骨折。因此，骨折后不仅断端有较明显的移位，而且软组织的损伤也比较严重，同时内出血可达 500～1000ml，出血较多的患者，常可在骨折数小时后会出现休克。股骨干骨折，除不完全性骨折或儿童青枝骨折外，均为不稳定性骨折，按骨折发生的部位，可分为上 1/3 骨折、中 1/3 骨折和下 1/3 骨折 3 种类型。常见症状为伤肢有不同程度的肿胀和疼痛，常伴有散在瘀斑。骨折部有明显的短缩，成角及旋转畸形。检查骨折部位时有敏锐的压痛，异常活动，扪及明显的骨擦音。伤肢活动功能完全丧失。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、折顶法、触碰法、回旋法等。

【操作步骤】

股骨干骨折，应用牵引方法只能解决骨折断端的重叠和侧方移位，少部分骨折可通过牵引达到自动复位，但大多数的骨折要通过手法整复才能获得良好的对位，尤其是骨折断端旋转，而背靠背移位者，必须通过手法整复才能达到良好的骨折对位。（见图 17）



图 17 股骨干骨折手法整复

1.股骨上 1/3 骨折手法整复在麻醉下进行，一助手固定骨折近端，另一助手固定小腿上段，伤肢置轻度外展，屈膝屈髋位，使大腿肌群松弛，顺势拔伸，术者触摸骨折断端位置，然后应用端挤手法纠正骨折侧方移位后，再用提按手法纠正前后移位，使骨折完全对位。

2.股骨中 1/3 骨折伤员仰卧位，在麻醉下进行手法整复，一助手用双手固定骨折的近端，另一助手提握住小腿时上段行顺势拔伸，术者用双手分别摸准内外侧的骨折端，应用端挤手法纠正侧方移位，接着用一前臂置于骨折远端后方，用另一前臂压住骨折近端前方，相向方向用力挤压，形成一种对抗剪力，把上移的骨折近段向下压，把下移的骨折远端向上提升，即应用提按手法纠正骨折端的前后移位，以达到骨折对位良好的目的。

3.股骨下 1/3 骨折手法整复一般都在维持牵引后进行，一助手固定骨折近端，另一助手固定小腿部，伤肢置屈膝屈髋各 90°位，使腓肠肌放松减少骨折远端向后移位的倾向。术者则应用双手摸准骨折断端，在助手顺势拔伸下，应用端挤手法纠正骨折侧方移位后，再以提按手法纠正骨折前后移位。

（十二）髌骨骨折

强大的外伤直接暴力打击、挤压或间接暴力的杠杆作用，均可造成髌骨骨折。由直接暴力所引起的骨折，多为横断性、粉碎性或星状骨折，受间接暴力所引起的多为纵形或边缘骨折。常见症状为伤肢有不同程度的肿胀和疼痛，常伴有散在瘀斑。检查骨折部位时有敏锐的压痛，异常活动，扪及明显的骨擦音。伤肢活动功能完全丧失。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法等。

【操作步骤】

1.无移位的髌骨骨折

髌骨骨折无移位者，如纵形或横断无分离者其关节面仍保持光滑完整，筋膜扩张部及关节囊亦无损伤者，用单夹板固定于膝关节伸直位，即可拄拐下地练习步行。

2.有轻度分离移位的骨折

此类骨折大多数筋膜仅部分撕裂，关节面易于保持平整，可行手法整复，先抽吸干净关节内积血，置患肢伸直中立位。整复步骤：①让助手固定下肢两端，术者用两手拇、示、中指捏住骨折断端，互相对推接近，②骨折端对接后，仔细触摸骨折端是否平整，若仍不平

整，则可捏住两骨折块作摇摆推移动作，使骨折面更加磨合，此手法强调用力均匀，动作轻柔，切忌大力磨合，以免将骨缝破坏，骨折面光滑而影响复位。确定骨折对位完整、光滑后，用髌骨托固定，两周后可柱拐下地，练习步行，动静结合，可防止关节僵硬，肌肉萎缩，且由于微动使骨折端更加磨合、紧密。

（十三）胫骨髁骨折

胫骨髁骨折的病因多由直接外力或间接外力。临床以间接暴力引起多见，当站立时膝部外侧受暴力打击，造成外髁骨折，若胫骨髁受到垂直压缩暴力，股骨髁向下撞击胫骨髁，则可造成胫骨内外髁同时骨折。常见症状为膝关节或小腿肿胀、畸形、压痛、骨干力丧失，有异常活动及骨擦音，膝关节功能障碍。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、触碰法等。

【操作步骤】

根据移位的程度，先行皮肤或跟骨、踝上牵引，持续的牵引力可以起到顺势拔伸和相对固定并使关节间隙增宽的作用，这样，术者的复位相对容易。复位时，一助手固定大腿，另一助手握住小腿并行拔伸牵等|，术者两手环抱小腿上端，同时用力施压，一旦感觉到骨碎块有滑动后固定，小腿内外侧的横径变小，说明复位成功。也可以采用旋转摇晃的手法，即助手拔伸固定后，术者手法固定骨折处，行内外前后摇晃，或令牵引小腿的助手一边牵引，一边内外旋转，如骨折音逐渐减少，甚至消失，骨凸平复，说明骨折移位已矫正。

（十四）胫腓骨干骨折

胫腓骨干骨折是常见的骨折。伤者有明显的外伤史，伤肢肿胀、疼痛、功能丧失，可有骨擦音及异常活动。严重者可见肢体短缩、成角及足外旋畸形。X 线片可明确诊断，并可显示骨折类型及移位情况。骨折胫骨上 1/3 骨折，检查时应注意是否合并腘动脉损伤。腓骨上端骨折要注意腓总神经的损伤。肿胀严重者应注意小腿骨膜间室综合征。早期的合并症还有休克、挤压综合征、脂肪栓塞综合征、气性坏疽等。治疗上如果处理不当，有可能出现感染、迟缓愈合或不愈合等并发症，甚至有截肢的严重后果，因此对胫腓骨骨干骨折应认真处理。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、回旋法、折顶法等。

【操作步骤】

以骨折远端向后外方、近端向前内方移位的胫腓中 1 / 3 骨折为例。

采用骨折端血肿内麻醉。伤员取平卧位，屈膝约 150°。两个助手固定骨折的远、近段，顺势拔伸，矫正重叠和成角畸形。接着，术者用两手的拇指按准骨折近端向前隆起的部位，其余各指环抱骨折远端的后方，在助手的持续拔伸配合下，用提按法将近端压向后方，把远端向前方升提（见图 18A）。骨折的前后方移位即可纠正。接着，在助手继续牵引下，术者将两大拇指压住骨折远端的外侧，其余各指环抱骨折近端的内侧，用端挤法将骨折近端向外端，将远端往内推，骨折的内外侧移位就能纠正（见图 18B）。对横断或短斜型骨折，如果重叠较多，采用提按法和端挤法整复未能成功，可改用折顶法进行复位。即一名助手固定骨折近段，另一名助手握住小腿的远段，术者用两拇指压住骨折近端前侧的骨突，其余各指托住远段的后侧，嘱咐远段的助手把骨折的远端外展，以矫正内外侧的移位；接着助手将骨折远段向后侧扩大成角，术者用力将骨折近端往后外侧压，将远端向前内侧提，当感到骨折远、近端接触时，请远段的助手进行骤然反拔，配合术者把骨折的远端提到前内侧，迫使骨折端复位。术后应仔细触摸胫嵴的前内侧和骨折部位。如胫嵴平整，胫骨干的生理弧度恢复，骨折部无异常隆突，说明复位成功。上 1 / 3 和下 1 / 3 胫腓骨干骨折的手法整复，可参照上述中 1 / 3 骨折的手法整复。

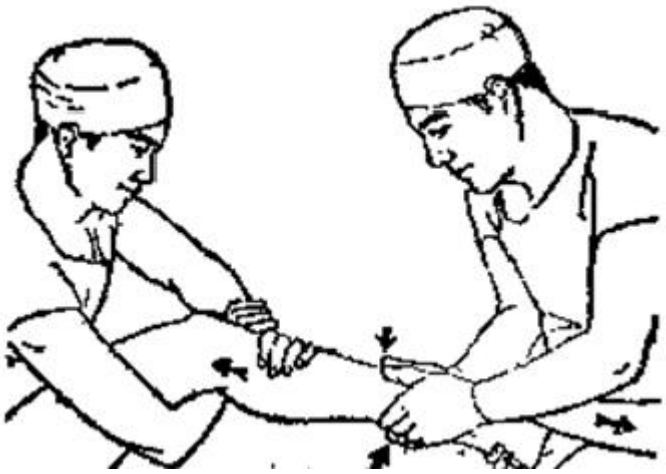


图 18A 胫腓骨干骨折整复法 提按矫正前后方移位

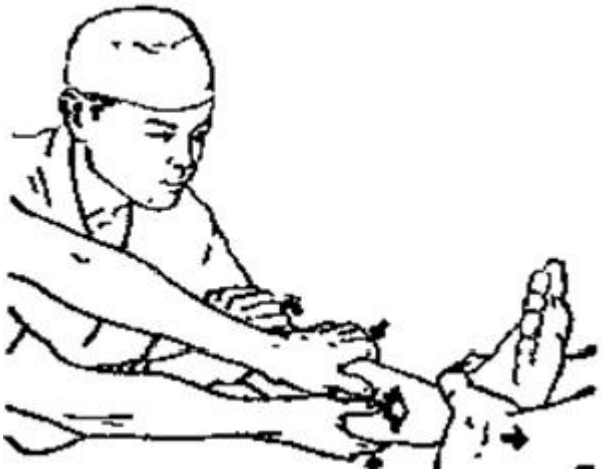


图 18B 胫腓骨干骨折整复法 端挤矫正内外侧移位

（十五）踝部骨折

踝部骨折是下肢常见的关节内骨折，多见于青壮年。任何一种引起距骨移位的暴力皆可导致该类骨折。踝关节是屈戌关节，结构颇为复杂，具有维持人体行走、跳跃等重要功能的作用，由于踝关节受伤时处在不同的状态（外翻或内翻），或受不同暴力的打击，骨折类型繁多，根据受伤状态，可分为外旋、外翻、内翻、纵向挤压、侧方挤压等暴力，其中外旋、外翻、内翻按其损伤程度分为Ⅲ度。常见症状为局部肿胀，翻转畸形，压痛，功能障碍是踝部骨折的四大特征，并可扪及骨擦音，外翻骨折时，足外翻畸形，内翻骨折时，足内翻畸形，若伴有距骨脱位，骨折畸形更明显，并有踝关节横径增宽。X 线片可明确骨折类型、移位情况和脱位方向等。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法、提按法、屈伸法等。

【操作步骤】

踝部骨折是关节内骨折，如果治疗不当，容易造成踝部功能障碍或发生创伤性关节炎。所以，在治疗上要求尽量达到解剖学上的复位和给予稳妥的固定。手法整复治疗本病，难度不高。关键在于骨折的有效固定和固定后的功能锻炼。主张小夹板固定后，使用袜套悬吊滑动牵引，有利于踝关节的修复。对于内踝骨折以及胫腓下关节不稳定导致踝关节半脱位的患者，采用闭合穿针内固定，恢复踝关节的稳定性。对闭合性单踝、双踝骨折，宜采用手法整复、小夹板加纸压垫固定。对三踝骨折，如果后踝骨折块小于胫骨下关节面 1/3，只需在整

复时使距骨的后半脱位得到复位，并用小夹板把踝关节固定于背屈位，利用后侧关节囊的牵引力量维持和固定后踝骨折块便可。因为这种骨折并不影响胫距关节的活动和负重。如果后踝骨折块大于胫骨下关节面 1/3，因距骨失去支点，踝关节越背屈，距骨越向后脱位，后踝向后上方移位就越明显，因而需应用袜套悬吊滑动牵引法把伤肢悬吊起来，利用肢体本身自然向下的重量和跟部向上牵引的重量，使后踝骨折逐渐得到复位。对垂直挤压或直接暴力造成的粉碎性骨折若关节面紊乱，经手法整复后，除应用小夹板和纸压垫固定以制止侧方移位外，还须结合跟骨牵引，以防止发生重叠移位。直接暴力引起的开放性骨折，如伤口不大，经清创缝合后，应采用跟骨牵引，以维持骨折的对位对线。

1.外旋、外翻骨折的整复，在一般情况下，外翻骨折可有外旋，而外旋骨折必有外翻。外旋和外翻骨折的手法整复大致相同，都是通过把足内翻、内旋来纠正骨折的旋转和翻转移位。手术在局部麻醉下进行。伤员取仰卧位，膝关节屈曲 90°。一助手站在伤肢的外侧，用前臂夹住伤肢的大腿，另一助手抱住膝部并向上牵引。另一助手伤肢的远端，一手握住足的前部，另一手托起足跟使踝关节呈轻度的跖屈位。助手先顺着原来畸形位置徐徐用力拔伸。当感到骨折部被牵开时，逐渐改变牵引的方向，使之由外旋、外翻位变为内翻、内旋位。然后，根据不同的情况采用相应的手法处理。对外踝骨折块向外后方移位或连同距骨一齐向外移位的，术者用一手掌将外踝向内推，另一手掌置于内踝的上方并往外端，接着施行端挤法使之复位。对兼有下胫腓联合分离的，术者把两手掌置于内、外踝，相互挤压，使分离消除。对后踝骨折兼有距骨向后半脱位的，在两助手施行内翻内旋位的牵引下，术者一手将胫骨的下端向后推按，一手托住足跟向前提拉，同时嘱助手把足背向前牵引，将踝关节背屈至 90°，使距骨向后的半脱位及后踝骨折块得到复位。术后将踝关节维持于轻度内翻位固定。（见图 19）



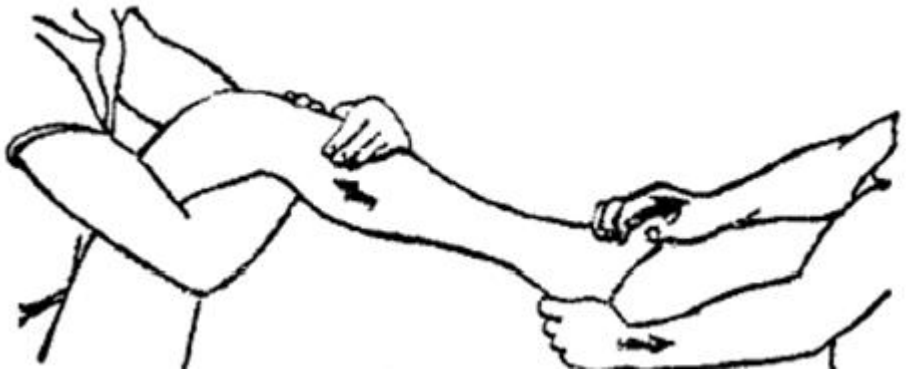


图 19 踝部骨折手法

2.内翻骨折的整复：麻醉的方法、伤肢的体位与助手的准备，与外旋、外翻骨折的整复相同。在拔伸时先顺原来的畸形位置徐徐拔伸，然后由内翻位逐渐转为外翻位牵引。接着，根据不同的情况采取相应的处理手法。对内踝骨折块向内移位或距骨连同内踝骨折块向内移位的，术者用一手将内踝向外端，用另一手将外踝上方向内推，使内踝及距骨的向内移位同时得到纠正。对兼有后踝骨折或距骨向后半脱位的，只需将胫骨的下端向后推，将足跟向前提，置踝关节于背屈 90°，就能使踝关节半脱位得到整复。术后将踝关节维持于轻度外翻位固定。

3.垂直挤压骨折的整复：麻醉的方法、伤肢的体位与助手的准备，与外旋、外翻骨折的整复相同。助手沿小腿纵轴进行中立位牵引。对内、外踝骨折有内、外侧移位的，可用端挤法纠正。对骨折块或下胫腓联合处有分离的，可用双手相互挤压矫正。对距骨向前脱位的，在踝关节背屈 90°的牵引下，将胫骨下端往前提，将足部推向后方。对距骨后脱位或后踝骨折块向后方移位的，将踝骨下端压往后方，将足部推向前方，使脱位和后踝骨折块得到整复。术后将踝关节维持于中立位进行固定。对需用袜套悬吊滑动牵引的伤员，在手法整复前应做好袜套悬吊的准备工作或在跟部常规穿入克氏针，然后根据骨折的类型进行手法整复。

（十六）跟骨骨折

跟骨骨折是足部的常见损伤，以青壮年多见，其预后与骨折类型有关，但与治疗方法关系更大。无波及关节面的跟骨骨折一般疗效较好，我们在这里不作讨论。对于波及关节面的跟骨骨折，若治疗不当，容易遗留创伤性关节炎等后遗症。

【治则治法】手法复位夹板固定。

【常用手法】拔伸法、端挤法、屈伸法等。

【操作步骤】

病人取仰卧或俯卧位，一助手固定膝关节于屈曲 90°位置，另一助手双手握足部。术者用双手大鱼际置伤跟两侧用力向中间夹挤，同时令握足部的助手来回屈伸踝关节数次，直至增宽的横径恢复原样。再令助手尽量跖屈踝关节让跟腱松弛，术者用双手拇指扣紧跟骨结节向下按，将上移的跟骨结节复回原位，结节关节角亦因此而得以恢复。

（十七）胸腰椎体骨折

胸腰椎古属背骨及腰骨范围。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载：“背者，自后身大椎骨以下，腰以上之通称也。”“腰骨，即背骨十四椎、十五椎、十六椎间骨也。”胸腰椎体骨折临床颇为常见，其中尤以胸 $_{12}$～腰 $_{1}$ 为好发部位。根据受伤时体位不同，可分屈曲型和伸直型两种，以前者多见。同时，因病人的年龄大小、所受暴力轻重、方向等不同，屈曲型骨折又可分为单纯椎体压缩骨折、粉碎性骨折、老人椎体性压缩骨折等。单纯椎体压缩性骨折多发生于青壮年。多因间接外力所致，如患者高处坠落，臀部或双足先着地，或因弯腰工作，重物从高处下落，砸于患者的肩、背部，外力使脊柱过度前屈，暴力传达到胸腰段，由于上下

相邻椎体向前成角的夹挤力，使受累椎体的前部压扁面成楔形，即产生椎体的压缩性骨折。椎体粉碎骨折多发生于胸腰段脊椎。轻者除有楔形改变外，重者椎体碎裂为微小块。如粉碎不严重，只限于椎体的前部，椎体后部尚完整，棘上、棘间韧带没有断裂，也应属稳定骨折。老人椎体对负重受压的承受力差，稍受外力挤压时，即可引起压缩性骨折。常见症状为腰背部疼痛，瘀肿，局部压痛，脊柱叩击痛，腰部活动受限，不能坐起或行走，椎体侧方压缩的可有轻度的侧弯畸形，伴有胸闷，腹胀痛，二便不通等。

【治则治法】手法复位。

【常用手法】牵引过伸按压法、二桌复位法、两踝悬吊复位法、肾托法、自身复位功能疗法。

【操作步骤】

《医宗金鉴·正骨心法要旨》中，介绍脊柱骨折用“攀索叠砖法”治疗，用此法时，可使患者悬空，脊柱呈过伸位，呈挺胸状，椎间隙变宽，确有复位良效。目前整复方法较多，但其主要原理是一致的，即使已压缩成角的椎体与皱褶的前纵韧带可重新过伸及张开，就可以复位。在整个复位过程中，为了减少病员的痛苦和松弛痉挛的肌肉，可以考虑给适当的止痛药。如肌肉注射哌替啶 50～100mg，有良好的止痛作用。

目前常用的整复方法有以下几种：

1.牵引过伸按压法：患者俯卧硬板床上，两手抓住床头，助手立于患者头侧，两手把持腋窝处，一助手立于足侧，双手握踝，两助手同时用力，逐渐进行牵引，至一定程度后，一助手在牵引的基础上，逐渐将双下肢提起，使肢体悬离床面，使脊柱呈现过伸位，得到充分牵引和后伸，使肌肉松弛、椎间隙及前纵韧带被拉开后，术者双手重叠，压于骨折后突部位，用力下压，借助前纵韧带的伸张力，将压缩之椎体拉开，同时后突畸形得以复平。

2.二桌复位法：用高低不等的两张桌子，高低差约为 25～30cm，平排在一起，将病人置于二桌上，患者头部朝高桌，然后将桌边逐渐移至上臂中段近颏下处，将低桌渐移至大腿中段处，借助病人自重，使胸腰部悬空。此时术者可用手掌托住病人的腹部，慢慢下沉，以减轻疼痛，达到脊柱过伸的目的，约 2～5 分钟后，脊柱的胸腰部明显过伸，此时前纵韧带被拉紧，被压缩之椎体得以复位后，立即上一石膏背心或金属胸腰过伸支架固定，石膏背心要求上至胸骨上缘，下至耻骨联合。骨突处放一衬垫以防压伤，注意三点（胸骨部、耻骨部、下腰部）的固守和塑形。

3.两踝悬吊复位法：病人俯卧于复位床上，将两踝悬空吊起。如没有复位床，亦可在屋梁上装一滑轮；将双足向上吊起，徐徐悬空，使胸腰段脊柱过伸，其原理与二桌复位法相同。复位后同样用支架固守脊柱于过伸位。

4.肾托法：让病人仰卧于手术台上，胸腰段置于肾托上，然后逐渐摇起肾托，将病人的胸腰段挺起呈拱桥形，使脊柱后伸。复位后，可在腰部置软枕，仰卧位休息。

5.自身复位功能疗法：本法简便安全，效果可靠，患者恢复快，并发症少。同时能发挥患者在复位和治疗中的主动作用。以背伸肌为动力，增加前纵韧带及椎盘前部纤维环的张力，使压缩的椎体逐渐张开。骨折畸形逐渐得以矫正。背伸肌力的加强，即形成一个有力的肌肉夹板，对脊柱的稳定起重要作用。此法可以免除石膏长期固守的痛苦，避免了骨质疏松。由于坚持背伸肌锻炼，骨折的后遗症也明显减少，同时也可改善全身血液循环。早期消除全身症状，增加饮食，增加体力，有利于患者的康复。

（十八）骨盆骨折

骨盆骨折的病因多由直接外力或间接外力。分为三大类：骨盆边缘骨折、骨盆环单弓断裂无移位骨折、骨盆环双弓断裂移位骨折。

【治则治法】手法复位。

【常用手法】端挤法、提按法等。

【操作步骤】

1.骨盆边缘骨折：髂前上、下棘骨折，骨折块有移位者，应予以手法复位，患者仰卧，患侧膝下垫高，使髋膝关节呈半屈曲位，术者以捏挤按压手法将骨折块推回原位。坐骨结节骨折，患者侧卧位，使髋伸直膝屈曲位，术者以两手拇指按压迫使骨拆块复位。复位后保持患肢伸髋、屈膝位休养，以松弛腘绳肌防止再移位。尾骨骨折脱位复位时，患者侧卧屈髋屈膝位，术者右手戴手套，示指伸入肛门内，扣住向前移位的尾骨下端，同时拇指按压骶骨下端，两指同时用力提按，将骨折远端向后推即可复位。侧卧休养。

2.骨盆环单弓无移位骨折：一般无需整复。

3.骨盆环双弓断裂移位骨折：双侧耻骨上、下支与坐骨上、下支骨折，此骨折致骨盆环的前方中间段游离，由于腹肌的牵拉而往往向上向右移位。整复时患者仰卧屈髋，助手把住腋窝向上牵拉，术者双手扣住耻骨联合处，将骨折块向前下斜扳提按，触摸耻骨联合之两边骨折端平正时，已示复位。整复后，术者以两手对挤髂骨部，使骨折端嵌插稳定。一侧耻骨上、下支与坐骨上、下支骨折伴耻骨联合分离者，触摸耻骨联合处整齐无间隙，则表示复位。

髂骨骨折合并耻骨联合分离之骨块连同伤侧下肢多向外上方移位，并有轻度外旋。患者仰卧，上方助手把住腋窝向上牵引，下方助手握住踝部向下牵引，同时逐渐内旋。术者立于患侧，一手扳住健侧髂骨翼部，一手向前下方推按骨折块，触摸耻骨联合平正无间隙，是已复位。

耻骨或坐骨上、下支骨折伴同侧骶髂关节错位，伤侧骨块连同下肢常向上移位并有外旋，因骶髂关节错位而不稳定。整复时患者仰卧，上方助手把住腋窝向上牵拉，下方助手握伤肢踝部向下牵引并内旋，术者立于患侧向下推按髂骨翼，测量两侧髂嵴最高点在同一水平时，再以对挤手法，挤压两髂翼及两髋部，使骨折块互相嵌插，触摸骨折处无凹凸畸形，即已复位。耻骨联合分离并一侧骶髂关节错位复位手法亦基本相同。

第四章 夹板固定技术

夹板固定技术多用于四肢骨折，亦成为小夹板固定技术，是骨伤科临床上最常用、最主要的固定方法。取材容易，成本低，使用方便，操作简单，质轻，形巧，固定后病人感觉舒适，且不妨碍 X 线的通过，便于复查和矫正，并且不影响邻近关节的活动。

一、常用的夹板及其分类

（一）从夹板的形态上分为塑形夹板和不塑形夹板两种

1．塑形夹板：用可塑性强的木料制成，多用柳木。因柳木具有一定的弹性和韧性，不易折断和劈裂，质轻，并可吸收压力，在形变后，有弹性回位作用。可根据治疗需要和肢体形态塑成相应的弧度，然后于贴皮肤面侧加海绵或毡垫，外加针织套缝制而成。

2．不塑形夹板：用量轻质好的松木或桐木制成，根据治疗所需要的长短和宽窄，选用相适宜的板材，贴皮肤面加海绵或毡垫，或垫以棉花，外以绷带包绕备用，外套针织套。

（二）按其不同作用可分为夹板和托板两种

1．夹板：用以夹缚固定患肢，保持和稳定折端对位，控制不利于骨折愈合的活动和保护患肢不致再损伤。

2．托板：起托扶和支撑，保持患肢体位和稳定折端的作用。

二、夹板固定技术

（一）单纯小夹板固定法

由于损伤的部位不同，病人个体的差异，故小夹板的种类很多，固定方法也各有其不同的特点，分别介绍于下，并列出夹板型号尺寸表，以资参考。

1.超肩小夹板固定法

【适应证】肱骨颈骨折；肱骨颈骨折合并肩关节脱位，肱骨中段以上骨折。

【固定用具】肱骨超肩夹板 1 套、对肩带 1 根、小带子 3 根（见图 4—1）。根据不同年龄，制成不同大小的各种型号备用。

【使用方法】骨折整复后，保持对位，依次放置前、后、内、外侧夹板，使前后外 3 块夹板上端超出肩上 3cm。先用 3 根带子将腋下部分依次绕两周结扎。助手用对肩带经健侧腋下，将对肩带的两端分别绑缚于前后夹板的上端，再将前后外 3 块夹板绑扎在一起，腕颈带将患肢悬吊于胸前，肘屈 90°（见图 1）。

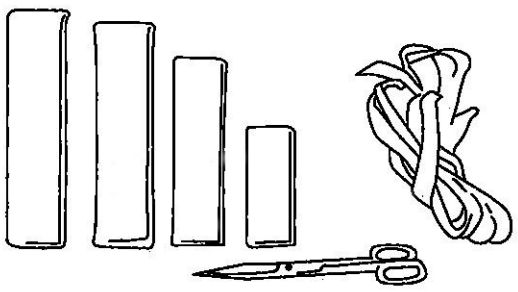


图 4-1 超肩夹板



图 4-2 超肩夹板固定法

注意事项：①带子绑扎要松紧适宜，绑扎后以带子能上、下推移活动 1cm 为度。新伤

肿胀严重时要相对绑松些，待肿消时再加以调整，旧伤要相对扎紧些，近肘部的带子要相对扎松些。②对肩带的结扎，如为肱骨颈内收型骨折，对肩带应拉紧结扎，使上臂稍呈外展状；如为肱骨颈外展型骨折，对肩带应相对放松些，避免上臂外展，肘关节屈曲应大于 90°。如为肱骨颈背伸型骨折，对肩带应松紧适度，但肘屈应在 130°以上，以便使上臂前屈，超过腋中线，并于前侧板上端骨折远折端相应部位，加一方形棉垫，以防止向前再成角移位。③如为肱骨上段胸大肌止点以上骨折，可将内侧板上端，包以棉花或海绵，制成蘑菇头状。④在固定期间，肩关节禁止作背伸活动，只允许作前屈活动。因肱骨颈骨折，不管属于哪种类型，多向前突起成角，故不能背伸肩关节，避免引起向前再突起成角变位。⑤向病人作好解释和指导，取得病人配合。固定一开始，即可作不定时的腕、手部关节的伸屈活动练习。

2.上臂超肘小夹板固定法

【适应证】肱骨中段以下骨折，肱骨髁上骨折，肱骨外髁骨折，肱骨髁间骨折。

【固定用具】肱骨超肘夹板 1 套，小带子 3～4 根（见图 3）。

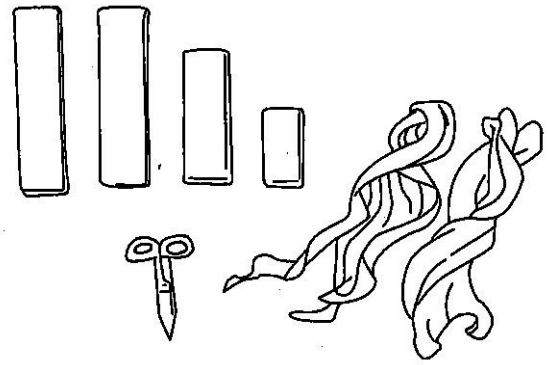
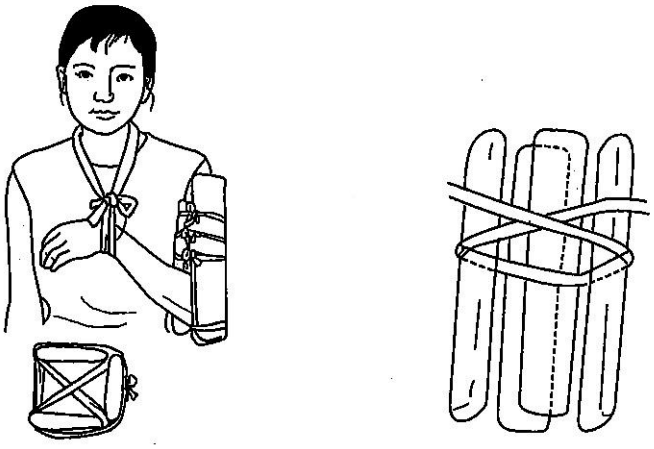


图 4-3　超肘夹板

【使用方法】保持对位，依次放置外、内、前、后侧夹板，使外、内、后侧板超出肘下 3cm。先用 1 根带子将肘关节以上夹板中部绕两周结扎，以作临时固定，再用一根较长带子，在肘上方，由前侧板前方将带子两端分别经内侧、外侧夹板的内侧向后，至两侧板的后方反折，经外侧向前在前侧板的前方交叉，再向后绕四块板两周结扎（名反折带）。此反折带的目的是避免内、外侧板向后滑脱。然后再用带子将其上方绕两周结扎，最后将内、外、后 3 板于肘下方以带子作交叉结扎，腕颈带悬吊前臂于胸前即可（见图 4）。



(1)超肘夹板固定法　　**(2)反折带结扎固定法**

图 4-4　固定法

【注意事项】①反折带最好结扎于近肘部的上方，这样所起作用较大。②肘关节的屈曲

度，根据骨折复位情况所需而定。③必要时外加三角巾悬吊肘部。

3.上臂双超夹板固定法（即超肩超肘夹板固定法）

【适应证】上臂各段骨折，特别是肱骨干不稳定型骨折和肱骨中段骨折。

【固定用具】上臂双超夹板1套，对肩带1根，小带子3～4根（见图5）。

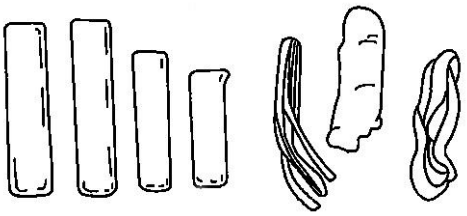


图4-5　双超夹板

根据不同年龄，制成不同大小的各种型号备用。参照表4-2.

【使用方法】保持对位，依次放置外、内、前、后侧夹板，中段以带子绕两周结扎，其他对肩带的结扎方法同超肩夹板固定法，肘上方反折带和肘下方带子的结扎方法同超肘夹板固定法。实际上双超夹板为超肩夹板及超肘夹板的合用。最后以腕颈带悬吊前臂于胸前，肘关节屈曲度的大小根据需要而定（见图6）。

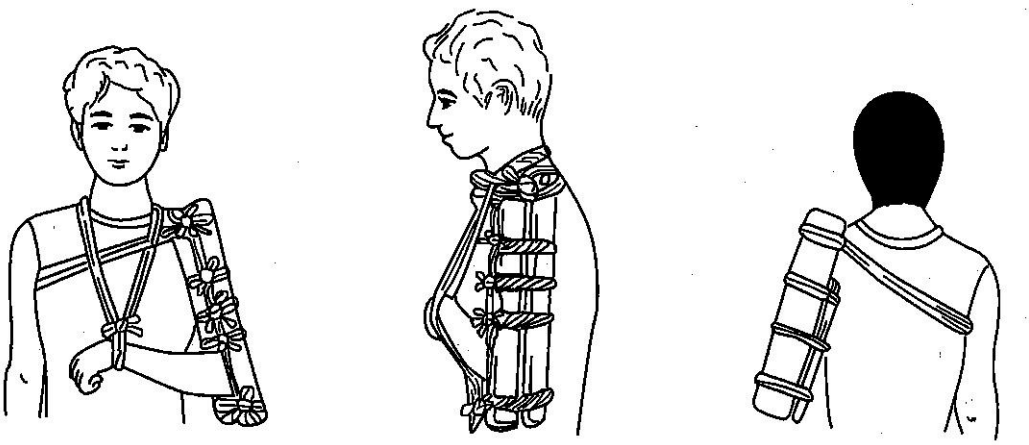


图4-6　双超夹板固定法

4.肘部塑形夹板固定法

【适应证】肱骨髁上屈内型骨折，肱骨外髁骨折，肱骨外髁翻转骨折，桡骨颈骨折，尺骨鹰嘴骨折，尺骨上段骨折合并桡骨头向后脱位（屈曲型）。

【固定用具】肘部塑形夹板1套，小带子4根（见图7）。

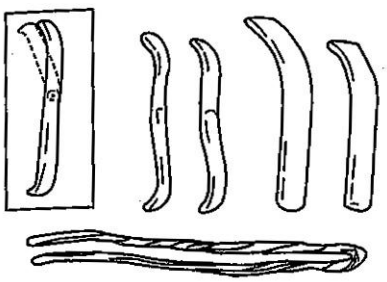


图4-7　肘部塑形夹板

根据不同年龄，制成不同大小的各种型号备用。使用方法：保持对位，依次放置前、后、

内、外侧夹板，先用带子于肘部绕两周结扎，然后再结扎肘部上下的带子，前臂以腕颈带悬吊（见图 8）。

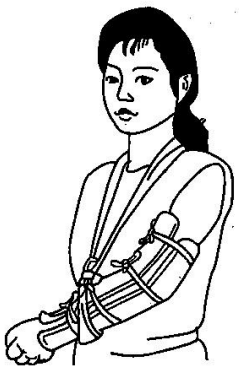


图 4-8　肘部塑形夹板固定法

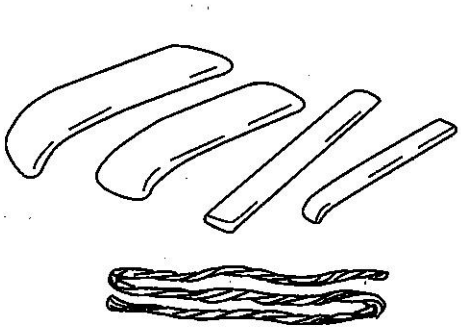


图 4-9　前臂塑形夹板

5. 前臂塑形夹板固定法

【适应证】前臂中上段或中下段或中段的单一骨折或双骨骨折。

【固定用具】前壁塑形夹板 1 套，小带子 4 根（见图 9）。4 块板皆上宽下窄，制成不不同大小的各种型号备用。

【使用方法】保持对位，依次放置前、后、内、外侧夹板，4 根带子依次绕夹板两周结扎（见图 10）。



图 4-10　前臂夹板固定法

【注意事项】①若为前臂尺、桡骨双折，4 块板依次放置即可。②若为单一桡骨骨折，将外侧板放于内侧，以便于手向尺侧下垂，对桡骨起撑拉作用，避免向尺侧成角，以保持对位对线。而外侧可不用板。③若为单一尺骨骨折，除将 4 块板常规依次放置外，必要时在手掌尺侧（即内侧直板下端），加长方形棉垫，使手向桡侧偏，以便于对尺骨起到撑拉作用。④固定期间，前臂应保持中立位，绝对避免作旋臂活动，特别是尺桡骨的中段和上段骨折。⑤固定期间，应保持肘关节的屈曲位，特别是中段以上骨折，使肘关节越屈曲对位越好，骨折端亦越稳定，骨间隙越正常。

6. 前臂超肘塑形夹板固定法

【适应证】尺骨上段骨折合并桡肱关节脱位，尺骨或桡骨中上段单一骨折，尺、桡骨中上段或中段以上双折。

【固定用具】前臂超肘塑形板 1 套，小带子 4～5 根（见图 11）。

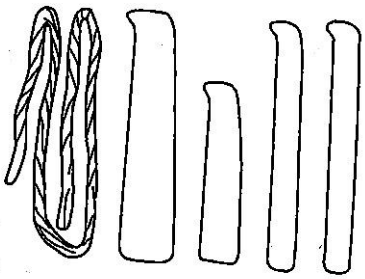


图 4-11　前臂超肘塑形夹板

【使用方法】保持对位、屈肘、前臂中立位，依次放置前、后、内、外侧夹板，使内、外、后 3 块夹板超出肘后 3cm。先用带子将中部结扎，在近肘部用带子作反折结扎，再结扎最下端的一根带子，最后于肘后将内、外、后 3 块夹板作交叉结扎。腕颈带悬吊前臂，或将前臂固定于旋后位（见图 12）。

【注意事项】①固定前后切忌伸肘和旋臂活动。②必要时，肘下的两根带子均作反折结扎，以免内外侧板向后滑脱。

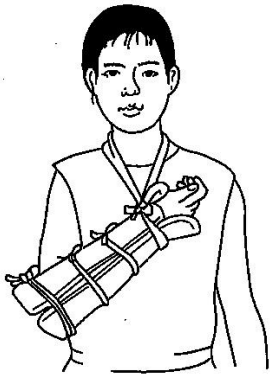


图 4-12　前臂超肘夹板固定法

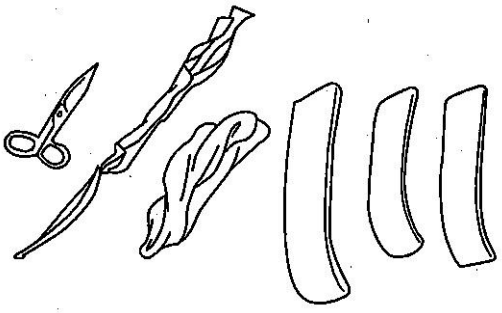


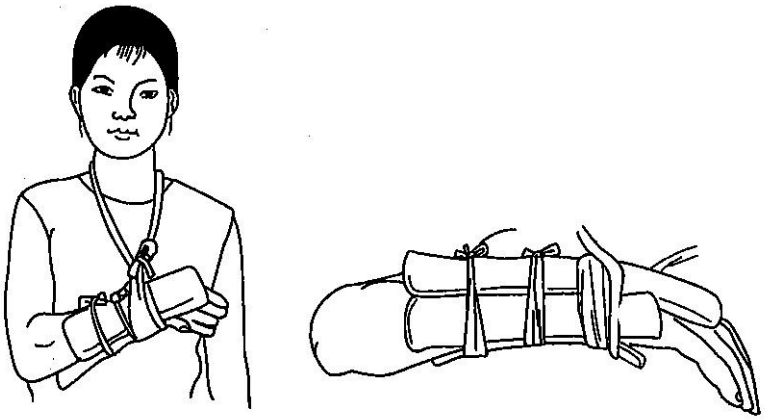
图 4-13　腕部塑形夹板

7.腕部塑形夹板固定法

【适应证】尺、桡骨下段双折，桡骨下端各种类型骨折（屈曲型，伸展型，骨折合并脱位，尺、桡骨茎突骨折，骨骺骨折或滑脱），腕骨脱位，腕骨骨折脱位，桡腕关节脱位。

【固定用具】腕部塑形夹板 1 套、小带子根（见图 13）。

【使用方法】保持对位，依次放置前、后、内侧夹板，用 3 根带子于上、中、下部位分别各绕两周结扎。腕颈带悬吊前臂（见图 14）。



(1)　　(2)

图 4-14　腕部夹板固定法

【注意事项】①若为桡骨远端伸展型损伤（骨折、脱位或骨折合并脱位），将腕固定于掌屈位，即依次放置前、后、内侧夹板，将夹板的弓形弯曲中点放置于骨折端。②若为桡骨远端屈曲型损伤（骨折、脱位或骨折合并脱位），将腕固定于背伸位，将后侧板置于前侧，前侧板置于后侧，弯曲中点放于骨折端。③若为尺桡骨下段双折，前后侧板应略向下移，弯曲中点放于腕部，切忌置于折端，将腕关节固定于掌屈位，以免形成骨折端向背侧突起成角畸形。④不管是屈曲型或伸展型骨折，腕部都应保持于尺偏位，并切忌作桡偏活动。⑤固定一开始，即应鼓励病人作经常的手指伸屈活动。⑥桡骨下端骨折，固定 3 周后，伸展型者，将后侧板翻转；屈曲型者，将前侧板翻转，使腕关节改变为中立位固定，有利于功能的早日恢复。但一定要注意将下端的带子扎于腕部，以控制折端，避免腕关节在活动时，由于用力不当，致骨折端再变位。

8. 大腿塑形夹板固定法

【适应证】成人股骨无移位骨折和稳定型骨折，小儿股骨骨折。

【固定用具】大腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根（见图 15）。

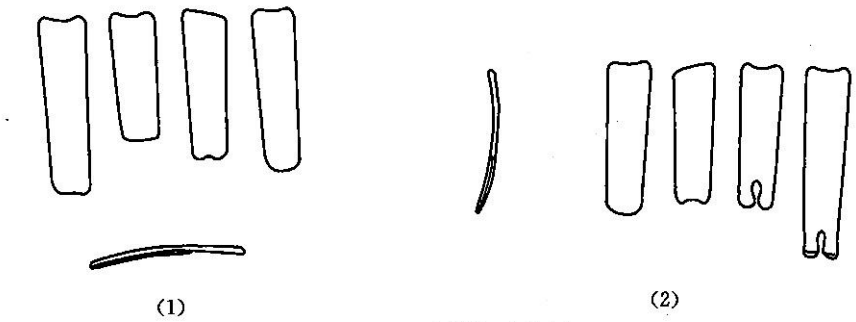


图 4-15　大腿塑形夹板

【使用方法】保持对位，依次放置前、后、内、外侧夹板，以 3～4 根小带子依次绕夹板两周结扎（见图 16）。

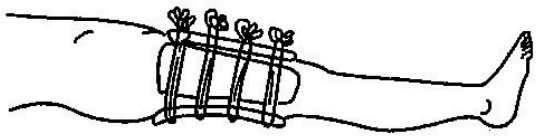


图 4-16　大腿塑形夹板固定法

【注意事项】①成人者，将患肢放置于板式牵引架上。②5～10 岁儿童，将患肢放置于桥式架上。③5 岁以下小儿，令患儿患侧卧位，屈髋、屈膝，或令仰卧患肢外展屈髋屈膝，或患侧卧位屈髋屈膝，外挤砖或挤沙袋固定。④近膝上方的带子，应相对结扎松些，避免屈膝形成固定太紧。

9. 小腿塑形夹板固定法

【适应证】胫腓骨单一骨折，胫腓骨稳定性双折。

【固定用具】小腿塑形夹板 1 套，4、带子 4 根（见图 17）。

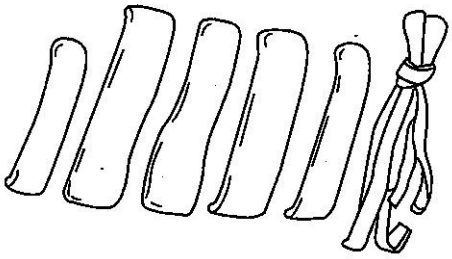


图 4-17　小腿塑形夹板

【使用方法】保持对位，依次放置后、后外、后内、前外、前内侧夹板，并以 4 根带子绕夹板两周结扎。小腿中立位，膝关节微屈。下垫枕或沙袋，腿两侧挤砖或沙袋固定，或放置于板式架上（见图 18）。

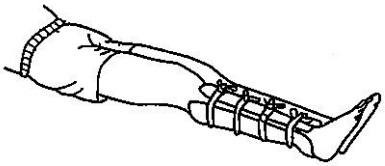


图 4-18　小腿夹板固定法

【注意事项】①夹板制作时，夹板的弯曲度应略小于肢体的生理弧度，切忌大于生理弧度。因夹板本身有弹性，弧度略小，经带子结扎后固定牢靠，否则固定不牢，折端不稳定，易再变位。②特别应注意内侧板的塑形，除板的两端外，中段应近于直形为好。

10. 小腿超踝关节塑形夹板固定法

【适应证】小腿中段以下稳定型骨折，踝关节无移位骨折或稳定型单踝、双踝或三踝骨折。

【固定用具】小腿超踝关节塑形夹板 1 套，小带子 4 根（见图 19）。

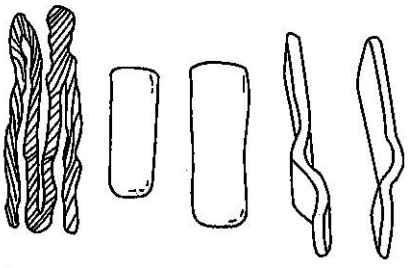


图 4-19　小腿超踝关节塑形夹板

【使用方法】保持对位，依次放置前、后、内、外侧夹板，并依次结扎踝关节以上小腿部的 3 根带子，最后结扎足下方的带子，将内、外侧板的下端结扎在一起。小腿中立位放置，两侧挤砖或沙袋固定（见图 20）。

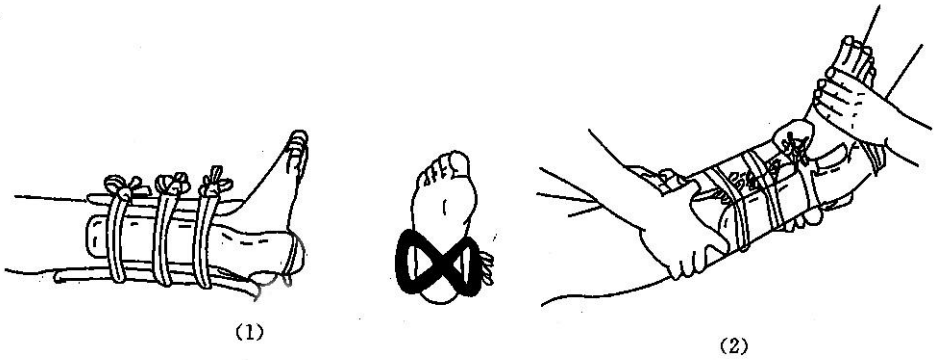


图 4-20　小腿超踝关节夹板固定法

11. 踝部塑形夹板固定法

【适应证】内踝骨折，外踝骨折，双踝骨折，三踝骨折或骨折合并脱位，不稳定型踝关节骨折需内翻或外翻固定者。

【固定用具】踝部塑形夹板 1 套，小带子 4～5 根（见图 21）。

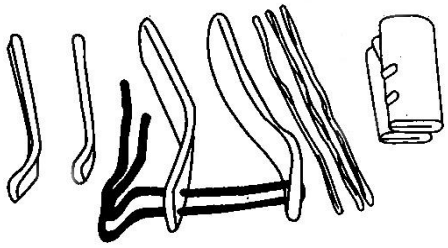


图 4-21　踝部塑形夹板

【使用方法】保持对位，依次放置内、外、前、后侧夹板，并依次结扎踝关节以上的 3 根带子，然后用两根带子穿过板孔，将 4 根带头在足下方结扎，或先将带子穿好备用。小腿放置于中立位（见图 22）。

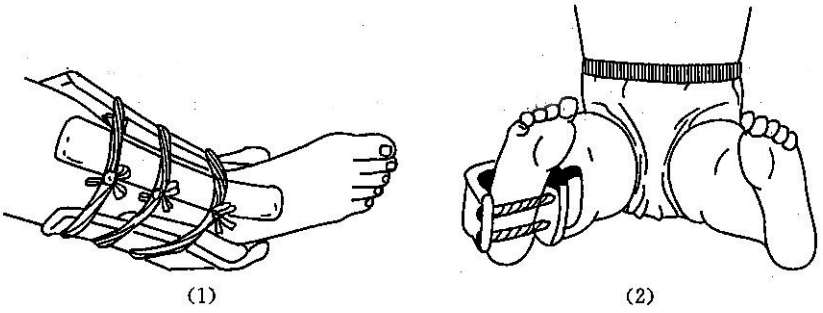


图 4-22　踝部塑形夹板固定法

【注意事项】①内、外侧板下端的带子，可分别穿两根带子，亦可以一根带子贯穿两块板，将两块板连结在一起。②根据骨折的不同类型和治疗需要，可将踝关节固定在内翻或外翻位，灵活运用，一般内翻型骨折，外翻固定；外翻型骨折，内翻固定。

（二）小夹板加牵引固定法：小夹板加牵引固定法，是一种局部固定和肢体牵引相结合的一种固定方法。多用于下肢，偶也用于上肢，因下肢肌力较强。为了对抗肌肉收缩力和拉力，避免骨折端的重叠和成角畸形，故需在夹板固定控制横向移位的同时，配合力量较大的纵向持续牵引力，弥补夹板局部固定作用的不足，以保证体位，稳定折端，维持对位对线，从而达治疗的目的。

1. 小夹板加骨牵引固定法

（1）小夹板加股骨髁上牵引固定法

【适应证】股骨各段、各型骨折。

【固定用具】大腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根，板式牵引架 1 具（见图 23）。

【使用方法】保持对位，依次放置前、后、内、外侧夹板，骨牵引针恰置于内、外侧的凹槽内，再依次结扎 4 根带子，将患肢置于板式牵引架上，根据需要设置牵引方向和重量（见图 24）。

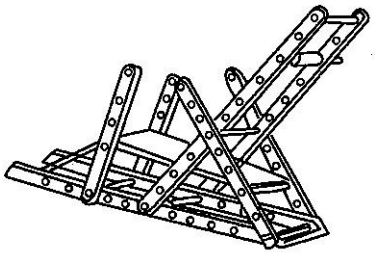


图 4-23　板式牵引架

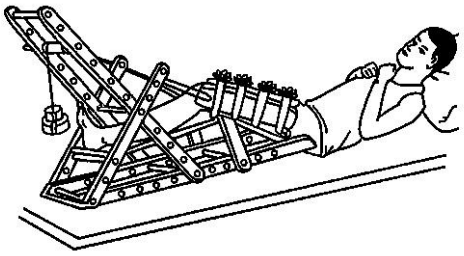


图 4-24　小夹板加股骨髁上牵引固定

【注意事项】①定时检查骨折对位情况，及时加以纠正再变位及畸形。②定时或随时检查牵引的重量和牵引的方向是否合适，及时加以调整。③定时检查夹板固定的松紧度，必要时及时加以调整。④注意牵引针眼的消毒和保持无菌，一旦发现有感染倾向，应及时加以处理。

（2）小夹板加胫骨结节牵引固定法

【适应证】股骨中段骨折（各种类型）股骨髁上部位及皮肤情况不佳（破溃、感染或起有水疱等），不适于作股骨髁上牵引的股骨各段骨折。此部位作牵引时，力量被膝关节所吸收，故牵引力较小，有时不足以克服肌肉的收缩力和牵拉力，一般用于老年肌力弱或维持力线。

【固定用具】大腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根，板式牵引架 1 具。

【使用方法】同大腿塑形夹板固定法（见图 25）。

【注意事项】同股骨髁上牵引法。

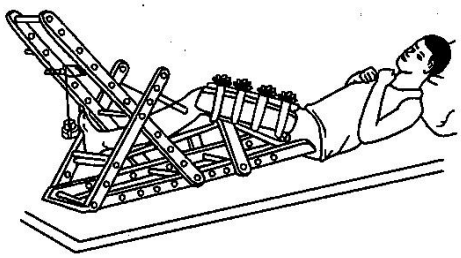


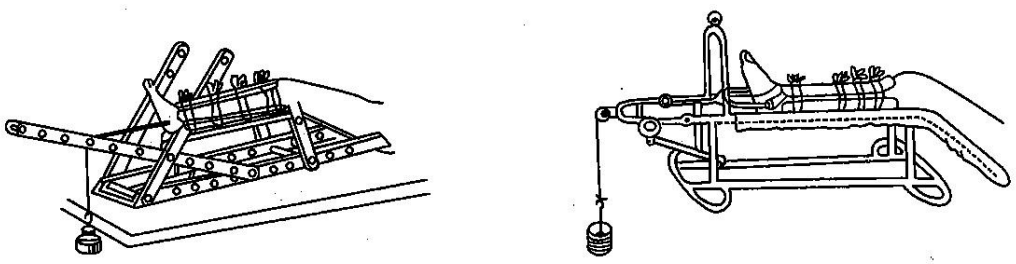
图 4-25　小夹板加胫骨结节牵引固定

（3）小夹板加跟骨牵引固定法

【适应证】小腿各段、各型不稳定型骨折。

【固定用具】小腿塑形夹板 1 套小带子 4 根，板式牵引架 1 具。

【使用方法】同小腿塑形夹板固定法（见图 26）。



(1)　　(2)

图 4-26　小夹板加跟骨牵引固定

2.小夹板加皮牵引固定法

小夹板加皮牵引固定法，多用于肌肉力量较弱的老年人和儿童，以及某些短骨骨折不能用夹缚固定者和某些小关节脱位的固定，以维持对位和轴线。

（1）前臂托板加皮牵引固定法

【适应证】单一或多发掌骨体或基底部骨折（2、3、4、5 掌骨）。

【固定用具】前臂托板 1 块，3 寸绷带 1 卷，胶布数条（根据需要），图钉，橡皮筋。数量根据需要而定（见图 27）。

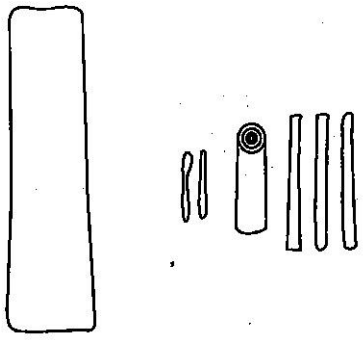
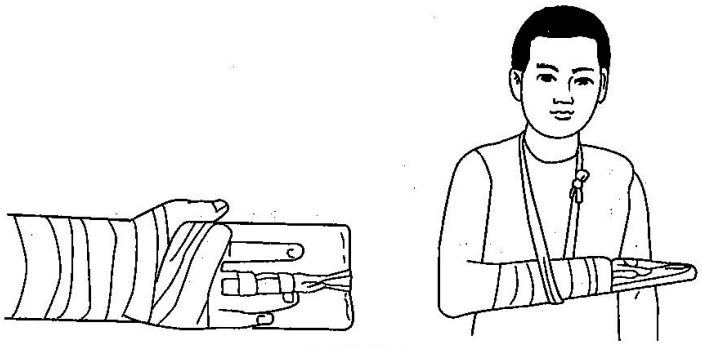


图 4-27　前臂托板

【使用方法】先于掌骨骨折相应的指骨前、后侧用胶布作纵行的“V”形粘贴，远端空 1～2cm，再用胶布条 2 根，在指部作环绕粘贴，以加固纵行粘贴的胶布。取橡皮筋 1～2 个，穿过纵行胶布远端的空环内，使橡皮筋两端外露部分对等，把胶布对粘。将前臂用绷带缠绕固定在托板上，手平放，手指尖端距托板远端 3～4cm，然后牵拉手指，整复骨折，保持对位，拉橡皮筋牵引，绕过板端至板下方，以图钉固定。腕颈带悬吊上肢（见图 28）。



(1)使用方法



(2)固定后外形

图 4-28

【注意事项】①固定时，图钉易脱落，可在图钉上加贴胶布固定。或改为小钉，钉于板的下方，挂牵橡皮筋。②定时检查皮肤是否对胶布过敏，固定是否松脱，及时加以处理。③必要时可在折端加压方形垫或分骨垫。④环形固定胶布，粘贴要松紧适宜，太紧影响血液循环，太松又易脱落。⑤胶布牵引部位的皮肤应干洁。

（2）前臂托板带纸卷加皮牵引固定法

【适应证】单一或多发指骨骨折。

【固定用具】带纸卷的前臂托板 1 块，3 寸绷带 1 卷（见图 29）。胶布数条，图钉、橡皮筋数量根据需要而定。

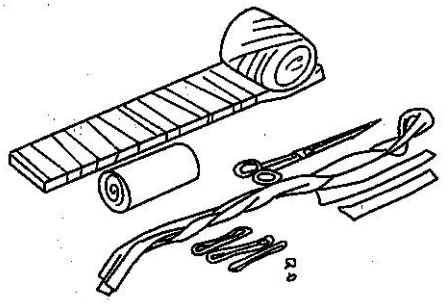
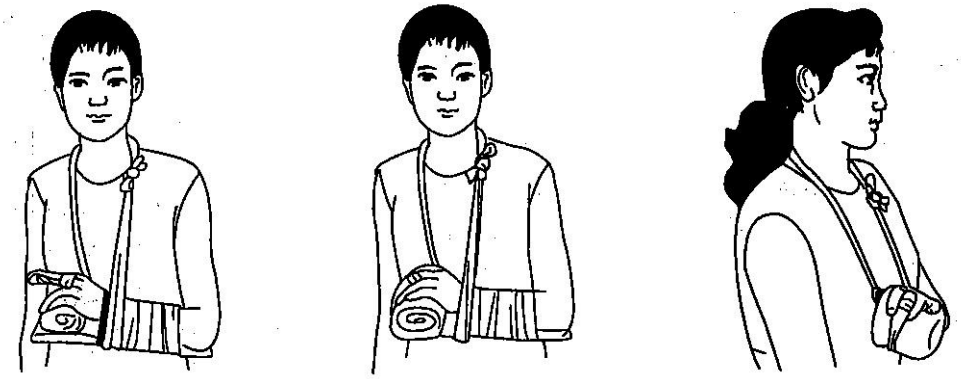


图 4-29　带纸卷的前臂托板

【使用方法】胶布牵引和固定方法同掌骨骨折，不同点是将骨折整复后置于纸卷上，手指呈屈曲固定，腕颈带悬吊上肢（见图 30）。



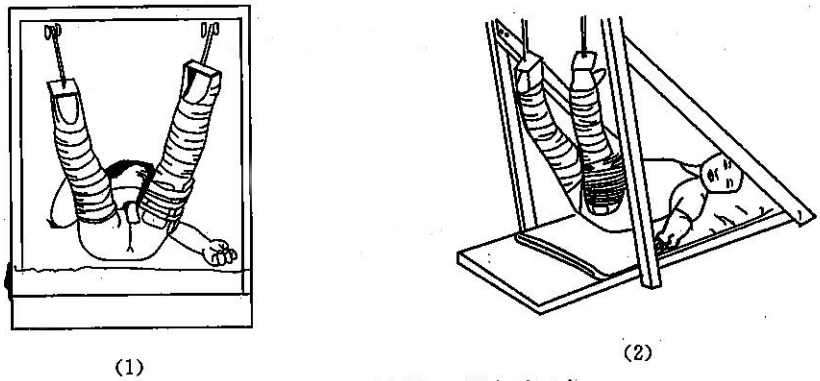
(1)使用方法　　(2)固定后外形

图 4-30

【注意事项】①及时检查，发现问题，及时解决。②纸卷应固定在托板的末端，与板端齐。③纸卷的粗细，应根据骨折端向掌侧成角变位的大小而定。向掌侧突起成角严重者，纸卷应细；向掌侧突起成角轻者，纸卷可稍粗。④贴环形固定胶布时，应避开折端，以便 X 线透视复查骨折对位情况。

（3）小夹板加悬吊牵引固定法

适用于小儿股骨骨折，骨折复位后，外加小夹板固定。牵引方法同一般 zJ，JL 股骨骨折悬吊牵引法（见图 31）。



(1)　　(2)

图 4-31　小夹板加悬吊牵引固定

（4）小夹板加大腿皮牵引固定法

【适应证】老年人股骨无移位骨折及股骨中段稳定型骨折，8 岁以下儿童的股骨骨折。先作常规皮肤胶布牵引，置于牵引架或桥式架上，或平置于床上，骨折整复后用小夹板固定（见图 32）。

【注意事项】经常检查皮肤是否对胶布过敏；患肢位置、牵引方向及牵引重量是否合适；是否有压伤，以及时处理和调整；胶布是否滑脱，如滑脱者应及时更换。

（5）连脚小腿托板加皮牵引固定法

【适应证】跖跗关节脱位，跖跗关节-骨折脱位，早一或多根跖骨骨折，趾骨骨折或骨折脱位。

【固定用具】小腿连脚托板 1 块，3 寸绷带 1～3 卷，胶布数条，图钉、橡皮筋，数量根据需要而定（见图 33）。

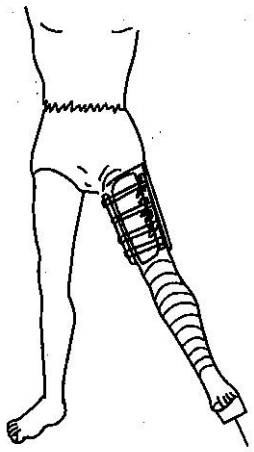


图 4-32　小夹板加大腿皮牵引固定

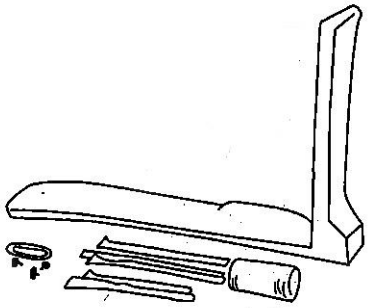
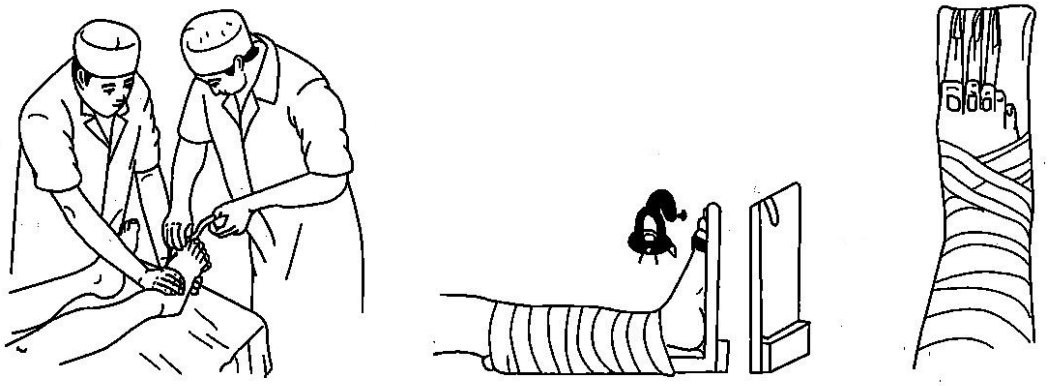


图 4-33　小腿连脚托板

【使用方法】在骨折相应的足部或趾部作皮牵引（方法如手、指部）后，将小腿用绷带缠绕固定在小腿连脚托板上，牵拉相应跖骨或趾骨进行整复，然后牵拉橡皮筋越过足托板端，将其用皮筋固定在托板下方（见图 34）。



(1)使用方法　　(2)固定后外形

图 4-34

【注意事项】 同掌、指骨折的固定方法；足弓下方应加垫将足弓垫起，以免足弓下落。

（三）小夹板加器具固定法，是一种夹缚或托扶配合，以器代手的固定方法，有时或配合支撑，多用于近关节处或骨干部不稳定型骨折。是根据整复方法、人体解剖特点和力学原理研究制作，经过实践检验有效的新方法。其设计合理，固定作用理想。

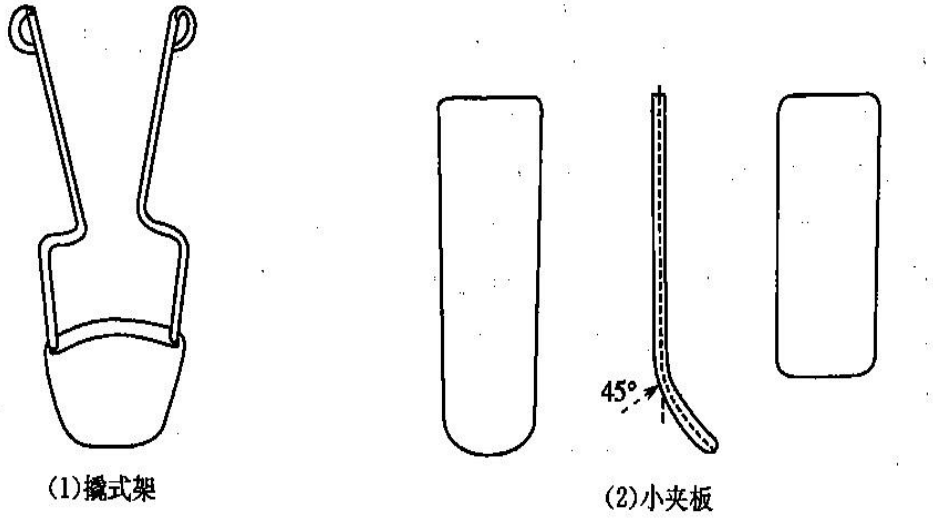
1.撬式架加小夹板固定法

【适应证】各种槎形的肱骨髁上尺偏型骨折。

【固定用具】撬式架一个，小夹板 1 套，小带子 3 根（最长的 1 根绕患肢 3 周为度，中长的 1 根，绕患肢 2 周，最短的 1 根长 20cm）（见图 35）。

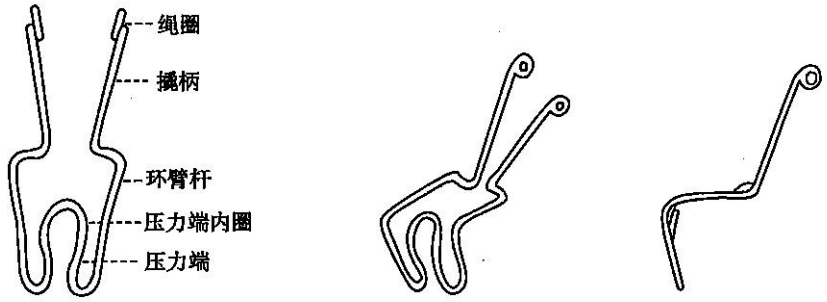
消毒棉垫或敷料 2 块。

【用具制作】撬式架的制作（见图 36）：撬式架分撬柄、压力端、压力端内圈、环臂杆、绳圈 5 部分。



(1)撬式架　　(2)小夹板

图 4-35



(1)正位观　　(2)侧位和斜位观

图 4-36　撬式架

【材料】8 号铁丝 1 根（长约 70cm），海绵垫 1 块（1．5cm 厚，8cmX8cm 长宽），针织套 1 段（8cm×10cm）。

【使用方法】首先选择适当大小的撬式架和夹板。保持对位，一助手将消毒棉垫包裹患肢肘部和上臂下段，再将撬式架柄撑开，套于患肢上，将压力端置于远折断的内侧，压力端内圈扣住肱骨内上髁部；外侧夹板弯头向外，放于两撬柄内侧，使两撬柄的支点恰位于外侧板下端弧度的中点上，以短带子将两撬柄支点处结扎在一起；内侧板放于上臂内侧，下端接近压力端上缘，用中长带子环绕撬柄及内、外侧板下段两周结扎固定，最后以最长带子的两头穿过绳圈，拉紧撬柄向两侧反折两周结扎，腕颈带悬吊前臂即可。肘关节屈曲度的大小，是根据折端前后变位和向前成角的情况而定（见图 37）。

【注意事项】①根据骨折复位的需要，可调整撬柄和环臂杆间的角度，以定压力端所需压力的大小。②穿过绳圈的带子，拉紧结扎的程度，亦可调整压力端的压力。③此种固定方法，是利用力学原理，固定的关键是拉撬柄的带子的松紧度和腕颈带悬吊肘关节所屈曲的角度，应很好地掌握。④在固定期间，需用 X 线拍片或透视复查时，应观察肘关节的侧位和轴位来对骨折端进行观察，不可将肘关节伸展观察折端的正位情况，避免引起再变位。

及时检查固定的松紧，是否有压伤和神经、血管受压的症状，及时处理和调整固定。

2.外翻弹力垫夹板固定法

【适应证】肱骨髁上尺偏型骨折。

【固定用具】外翻弹力垫夹板 1 套，小带子 3～4 根（见图 38）。

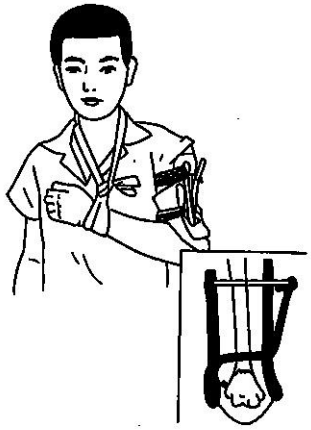


图 4-37　撬式架固定

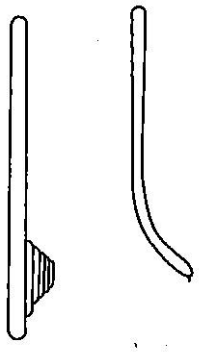


图 4-38　外翻弹力垫夹板

【使用方法】保持对位，分别放置内、外、后、前侧夹板，先以一条带子在肘上方中部绕两周结扎，再依次结扎上端及肘下方的带子（方法详见超肘关节夹板固定法）（见图 39）。

【注意事项】①夹板放置部位要准确，特别是内侧夹板，弹簧垫要对准肱骨内髁，否则起不到应有的作用或起反作用。②带子结扎的松紧度要适宜，根据复位的需要，带子的松紧以能将弹簧高度压缩 1 / 3 或 1 / 2 为宜。③根据固定需要，可选用双簧垫或单簧垫固定。④密切观察患肢血液循环情况，并定时复查对位对线情况及带子的松紧、加垫是否滑脱、弹簧所置的位置是否准确等，以便及时发现问题，并加以及时的调整和解决。⑤在固定期间复查透视或拍 X 线片时，避免将肘关节伸展，应在保持原有固定的情况下，观察侧、轴位情况。

3. 钢针撬压加小夹板固定法

【适应证】股骨上段骨折，近折端呈前屈、外展、外旋不易复位，或复位后骨折端不稳定者。

【固定用具】大腿塑形夹板 1 套（用于牵引者），小带子 4 根，直角架 1 个，弹簧或橡皮管 1 根，板式牵引架 1 具（见图 40）。

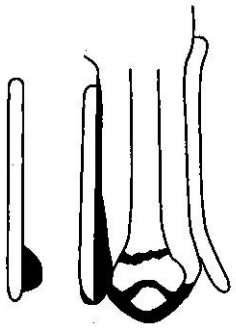


图 4-39　外翻弹力垫夹板固定法

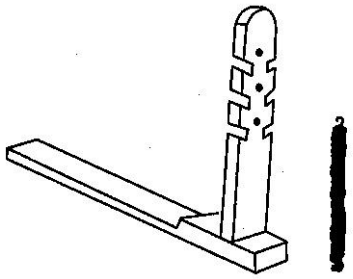


图 4-40　直角架和弹簧

【使用方法】将患肢置于板式牵引架上，先作股骨髁上（打钢针）牵引，克服骨折端的重叠雷，在股骨大转子下近折端的上方，距折端约 1～2cm 处，在局麻和无菌操作下，打入一骨圆针，至对侧骨皮质（最好是不完全穿透对侧皮质），然后进行撬压以整复骨折。骨折复位后，将针眼处无困包手 L。保持对位，先将直角架固定在板式架底板上端，钢针相应处的下方，再于钢针露出部，距大腿 3cm 处，挂以弹簧或橡皮管，并将其拉紧固定在直角架的底板上。将针尾根据骨折端对位固足的需要拾高，并插入直角架竖直板的刻槽内，加以固定。借用抬高针尾时，对近折端的旋转力和推顶力，以及橡皮管的拉力所产生的杠杆作用力，使近折端与远端相对吻合且稳定。再依次放置外、内、后、前侧夹板，4 根带子分别结扎固

定。根据需要调整牵引方向和重量。固定 8～12 周（见图 41）。

【注意事项】①严格选择适应证。②近折端进针点距折端越近越好。如为转子下骨折者，可于转子间进针。③骨折近段合并有裂纹者，在打针时应用手在内侧加以保护，必要时先用柯氏钻打洞，以减小钢针进入时的阻力。④大腿塑形夹板的外侧板，可加刻槽，以便放置针的尾端。⑤本法若出现矫枉过正时，只需放低针尾，减小撬压力即可。一般去针后或下床活动后，即自行矫正。针不宜取得过早。

4.双针加小夹板固定法

【适应证】胫腓骨不稳定型骨折。

【固定用具】小腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根（见图 42）。

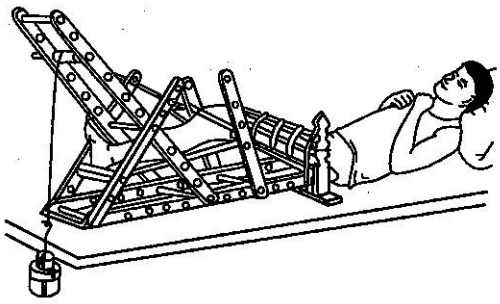


图 4-41　钢针撬压固定法

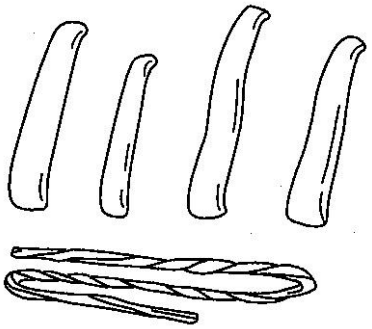


图 4-42　双针固定小腿夹板

【使用方法】由胫骨结节稍下方由外向内打人 1 根钢针，再于踝上方 2～3cm 处，大隐静脉后方由内向外打入 1 根钢针，针眼处无菌包扎。然后牵拉下方钢针，以手法整复骨折。保持对位套上内、外侧夹板，放置前、后侧夹板，依次将 4 根带子绕两周结扎。剪除外露过多的钢针部分，并将针端包裹，以免挂绊。膝关节微屈，膝下垫枕，足中立位放置（见图 43）。

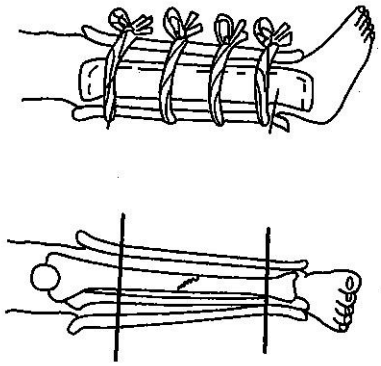


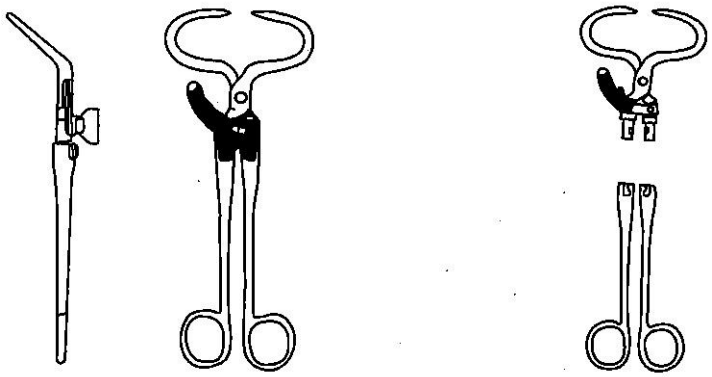
图 4-43　双针加夹板固定法

【注意事项】①严格无菌操作。②一般局麻下进行打针。③外露的针端尽量剪短，但以夹板不滑脱为度。④1～2 周即可带固定下床锻炼。

5.钳夹加小腿夹板固定法

【适应证】胫腓骨斜形骨折，螺旋形骨折，以及骨块较大的骨折。

【固定用具】小腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根，消毒经皮固定钳 1 个（见图 44）。



(1)钳夹钳　　(2)钳夹钳活动柄分开后

图 4-44

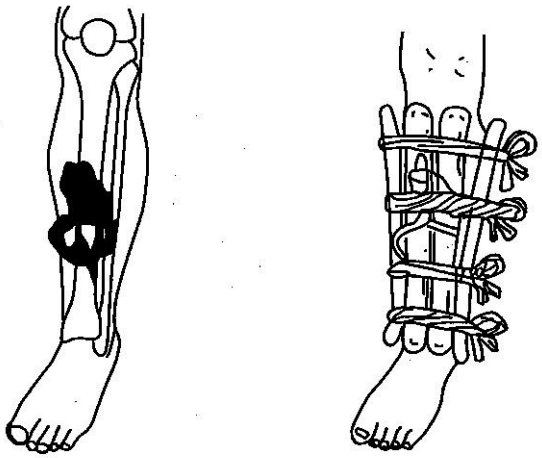
经皮固定钳：为不锈钢制成，形状类似巾钳，共分钳嘴和钳柄两部分。有固定柄和活动柄两种型号。

固定柄钳：柄长 15～17cm，直径 0．8cm，柄的末端有固定齿，以便固定后维持钳夹力。由柄通过铰链轴到环形部分，称钳嘴，钳柄和钳嘴的结合部有 100°～120°夹角。为防止经皮钳夹时压迫皮肤和便于小夹板固定。

活动柄钳：规格和固定柄钳相同，唯钳柄可以去掉，更便于使用。

经皮固定钳可根据病人年龄与个体大小，制成大小不同型号备用。

【使用方法】局麻，X 线透视下进行，无菌操作。保持对位，选好进针点，浸润麻醉后，先以尖刀片在该点刺一小口，或将钳尖直接刺入亦可，钳的两尖端同时刺入或先刺进一侧，再刺另一侧亦可，直达骨皮质，进入骨质。加压两折端固定，旋转旋纽，取下把柄，将钳尖进皮部无菌包扎。再 1 衣次罟放 5 块夹板，4 根带子结扎，并将钳的外露部分用绷带固定在小腿上即可（见图 45）。



(1)使用方法　　(2)钳夹钳加小夹板固定

图 4-45

【注意事项】①透视下整复骨折后，以拇、食两指夹持骨折两折端，能保持骨折不再错位的位置和方向，就是进行钳夹的位置和方向。②钳夹后，将患肢作内外旋转和抬起，骨折端不再发生移位时，即为钳夹有效。③钳嘴内根据情况，可放置 1～2 块小夹板。④术后 1 周后即可带固定下床活动。⑤定时检查，钳夹是否滑脱，钳眼是否感染，松紧是否合适，骨折是否移位等，以便及时处理。

6. 小夹板加挤垫固定法：即小夹板固定法加挤垫固定法的结合应用。

【适应证】骨折成角变位，或骨折槎形不稳定者。多用于肱骨外科颈骨折，前臂骨折，股骨、胫骨骨折，掌、跖骨骨折。

【固定用具】方形或长方形垫，大小、厚薄根据需要而定。

【使用方法】加垫于骨折端的适当部位，配合夹板加压固定。

【注意事项】①加垫部位一定要正确，否则起相反作用。②尽量避开血管和神经。③固定带不宜结扎过紧。④主要用于复位后，以维持骨折端的稳定，不能单独依赖加垫复位。⑤及时检查，避免压伤和患肢血循情况，如知觉、温度情况。

第五章 石膏固定技术

石膏固定技术是骨伤科常用的临床治疗技术之一，其治疗骨折已有二百多年的历史。该技术能保持躯干和肢体于某一特殊位置，从而减轻或消除患部的负重，促进组织和骨折的愈合及矫正肢体的外形，具有操作简单、固定可靠及护理方便的优点。

一、基本操作方法

（一）材料准备：

石膏固定之前，应预先准备好石膏工作台、石膏绷带、石膏衬垫（棉织套、棉花卷、软毡等）、胶布、纱布绷带、水桶（盆）、石膏刀、石膏剪、石膏撑开器、石膏电锯等。

（二）皮肤准备：

伤肢局部处理应清洁伤肢皮肤，若有张力性水泡者应在无菌条件下穿刺抽吸后外涂龙胆紫；若有创口应更换敷料，并注意胶布条要纵行粘贴，避免环行，以免伤肢肿胀后影响肢体血液循环。

（三）石膏的衬垫

为保护骨突部的皮肤和其他软组织不被坚硬的石膏压伤，必须在骨突部放置衬垫，衬垫常选用棉纸、棉垫、棉织纱套等。根据衬垫的多少，可分为无衬垫石膏和有衬垫石膏，无衬垫石膏是仅在骨突处放置衬垫，其他部位不放置衬垫，其固定效果好，多用于手法整复后之骨折，但易影响血运或压伤皮肤，故现少用；有衬垫石膏是将整个肢体先用棉纸或棉花等由上而下全部包好，其固定效果稍差，但对皮肤及血运影响小，患者感觉舒适。

（四）固定体位：一般置固定关节于功能位。

（五）石膏绷带的浸泡及去水：将石膏卷或折叠好的石膏条轻轻平放于 30℃～40℃的温水桶（盆）内，根据操作速度，每次放入 1～2 个，待气泡出尽后取出，以手握其两端，挤去多余水分，即可使用。

（六）制作石膏条：有干、湿两种。

1．干石膏条：用干石膏绷带，按要求铺展，折叠数层，制成干石膏条，然后按折好，捏住其两端放入水中浸泡，取出挤去多余水分后应用。

2．湿石膏条：将浸湿去水的石膏卷，按所需的长度，在石膏台上迅速铺展，来回折叠，边铺边用手抚平，以驱尽气泡，使各层凝合密切。

（七）包扎石膏绷带

包扎石膏卷时，一般由上而下顺序包缠，要将石膏卷贴着肢体向前滚动，使下圈绷带盖住上圈的 1 / 3，并注意保持石膏绷带的平整。在躯干及肢体的曲线明显，粗细不等之处，当需向上、下移动绷带时，要提起绷带的松弛部分拉回打折，使绷带贴合体表。

操作要迅速、敏捷、准确，两手相互配合，即一手缠绕绷带，另一手朝相反方向抹平，要使每层石膏之间紧密贴合，不留空隙。石膏的上、下边缘及关节部位要适当加厚，以增强其固定作用。

整个石膏的厚度以不折裂为原则，一般为 8～12 层。

（八）塑捏成形、修整及标记

1．当石膏绷带包至一定厚度尚未凝固时，可用手掌在一定部分施加适当均匀，平面性的压力，使石膏能与肢体的轮廓相符（须在数分钟内完成），以增强石膏的固定性能，如足弓的塑形。此外。移位骨折石膏固定后，为维持骨折的对位，可采用加压塑形的方法使石膏与肢体外形凹凸一致，形成三点固定作用力，以有效地控制骨折的移位。

2．修整的目的是切去多余部分石膏绷带，充分暴露未固定的关节，以免妨碍其功能活

动。边缘处石膏如嵌压过紧，可将内层托起，并适当切开，以解除压迫。此外，修整石膏边缘有利于美观。

3．为便于计算治疗时间和判断治疗情况，可在管型石膏外用色笔注明诊断、受伤（或手术）及固定日期，有创面或切口者，亦应注明，以便开窗。

（九）固定注意事项

1．石膏固定前应明确分工，维持固定体位 1～2 人，制作及浸泡石膏条 1 人，包缠及成形 1～2 人。操作人员之间应职责分明，且必须协调配合，井然有序，不可临床时忙乱，延误而影响固定效果。

2．制作湿石膏条时，须避免出现皱褶，每叠一层均须用手掌抚平，以驱尽气泡，使石膏的每一层凝固密切。石膏卷不可浸泡过久，或从水中取出后等待过久再使用，否则，石膏将凝固失效，勉强使用，各层石膏绷带将不能互相凝固为一个整体，因而影响固定的效果。

3．上、下移动包缠时，不能采用翻转石膏卷的办法消除绷带的松弛部分，否则，可在石膏绷带的内层形成皱褶而压迫皮肤。

4．石膏干固前，不能变动患肢的体位，否则会使石膏折裂而失去固定作用，并可能在关节的屈侧产生内凸的皱褶，此皱褶外观不明显但向内可压迫皮肤，甚至影响肢体血运。为加速石膏的干固，可用电吹风或红外线灯泡烘干。

5．助手在托扶石膏时只能用手掌，而不可用手指抓握，因其同样会造成石膏内凸而压迫患肢。

6．石膏固定完成后，应抬高患肢，以利消肿，下肢可用软枕垫高，上肢可用输液架悬挂；肢体肿胀消退后，如石膏固定过松，失去作用时，应及时更换石膏。

7．寒冷季节应注意患肢外露部分保暖。炎热季节，对包扎大型石膏的病人，要注意通风，防止中暑。

8．防止局部皮肤尤其是骨突部受压，并注意患肢血液循环有无障碍，如有肢体受压现象，应及时将石膏纵行全层剖开松解，进行检查，并作相应处理。

9．石膏固定期间，应指导患者及时进行未固定关节的功能锻炼，及石膏内肌肉收缩活动，并定期进行 X 线摄片检查。

二、石膏的开窗、剖开、切开矫正和拆除

（一）石膏开窗

1．目的：是解除肢体某些部位的压迫，或方便创口检查，引流或拆线。如头颈、胸部石膏，须在颈咽部开窗，以利呼吸和不妨碍意外抢救；石膏背心等躯干石膏常在胸腹联合处开窗，以利呼吸及饮食；四肢管型石膏的骨突部，以消除石膏压迫引起的持续性疼痛。

2．方法：需要开窗者，应在石膏未干固之前，按需要的大小及部位，在石膏上作一四边形（或其他形状）的全层切开，待石膏干固后（一般术后第二天），将石膏块取出，换药后放归原处，外面再用绷带包扎。如需要紧急开窗，可用石膏电锯锯开，处理完毕后，需将石膏块安放原位并包扎，以免由于该处压力降低致使组织膨出，而在石膏窗边缘形成压迫性溃疡。

（二）石膏剖开

1．指征：①急性损伤早期，估计肢体肿胀可能继续加重，甚至造成石膏内肢体缺血者；②石膏固定过程中，肢体出现骨筋膜室综合征早期表现，需紧急处理者。

2．方法：针对性石膏剖开者，可在包石膏前，于预计剖开的轴线，置一湿绷带条，剖开石膏时，一手拉起纱布条的一端，一手执刀切开石膏，并取出纱条；然后用一浸湿的纱布绷带包绕一次，使绷带与石膏粘在一起，石膏干固后固定性能不变。若固定过程中，肿胀处嫌石膏过紧时，仅需将剖缝处的纱布剪开，于剖缝处用撑开器扩大一些，并在剖缝处填妥棉花，外用绷带包扎。

急诊石膏剖开者，应将石膏的两侧用电锯剖开，使之形成前后两部分，再作处理，如血液循环改善者，可再将绷带包扎。

（三）切开矫形

以矫正成角畸形为例，石膏干固后，于成角凹侧横形据开石膏周径的 2/3～3/5，撑开锯开处，矫正成角畸形，并填入相应大小的楔形木块。再以棉花填塞剩余空隙以保持压力，预防肿胀发生，最后用浸湿石膏绷带封闭裂隙。

（四）拆除石膏

骨折愈合拆除石膏时，应用石膏锯纵行剖开石膏，锯开时防止损伤皮肤。拆除后，应洗涤皮肤并用弹力绷带包扎，并加强锻炼以防止发用废用性水肿。

三、常见石膏类型及操作方法

（一）石膏托

主要用于四肢骨折、创伤以及手术后的外固定。应用最多，但应根据不同的部位和使用目的选择应用，特别是要注意关节部位的固定位置和时间，以免造成关节功能障碍。

1．前臂石膏托

患者可取立位、坐位或仰卧位。固定范围：自前臂上 1/3 至掌横纹，手指需要固定的须将石膏托向远端延长。拇指不需要固定的应将大鱼际露出，以便拇指充分活动。石膏托一般放在掌侧。前臂旋前或中立位，腕关节 30°背伸位，拇指对掌位，掌指关节功能位。

操作方法：用卷尺测量由前臂上 1/3 到掌横纹的长度，取宽 10cm 或 7cm 的石膏卷一个，泡水后，按测得长度做厚约 8～10 层的石膏片，上面敷以棉花或棉纸，再用绷带固定在上述部位。注意保持腕关节及掌指关节功能位。

2．全臂石膏托

患者坐位、立位或仰卧位。固定范围自腋下到掌横纹。固定位置是肘关节屈曲 90°，腕背伸 30°，前臂中立或旋后位。石膏托可放在伸侧或屈侧。操作方法同上。可用宽 10cm 的石膏卷制作。

3．短腿石膏托

患者仰卧位，助手扶患侧小腿，足部伸出台外。坐位则膝关节屈曲，小腿下垂在台外，足部放在术者膝上。固定范围自小腿上 1/3 至超过足尖 1～2cm，一般都放在小腿的后方。固定位置：踝关节 90°，足中立位，趾伸直位。操作前用卷尺测量好长度，用 10cm 或 15cm 宽的石膏卷，泡水后按上述长度制成厚约 10～12 层的石膏片。石膏片上放棉花或棉纸，跟骨和两踝部的衬垫要厚些。然后将石膏托和衬垫物用绷带固定在小腿后方。长久使用的石膏托在凝固后可拿下装衬里。

4．长腿石膏托

患者仰卧位，由助手扶持患侧下肢。俯卧位，足伸到台外。固定范围自大腿上 1/3 到超过足尖 1～2cm，一般均放在下肢的后方。固定位置为膝关节在 165°微屈位，其他位置同短腿石膏托。

操作：先用卷尺测量好长度，将 15cm 宽的石膏卷泡水后制成适当长度，厚约 12～14 层的石膏托。腓骨头、跟骨与两踝部要多放些衬垫，然后将石膏托用绷带固定在下肢的后方。

5.石膏夹板：按石膏托的方法制作两条石膏带，分别置贴于被固定肢体的伸侧及屈侧，用手摸贴于肢体，绷带包缠。石膏夹板的牢固性优于石膏托，多用于骨关节损伤后肢体肿胀，便于调节松紧，以防影响肢体血运。

（二）石膏管型

1．前臂石膏管型

患者体位、固定范围和固定位置均与前臂石膏托相同。将备好的衬里套在患手及前臂上，近端达肘窝，远端超过掌横纹。腕关节用棉花或棉纸垫好，各关节保持功能位。用 10cm 或

7cm 宽的石膏卷将前臂及手掌缠绕 2～3 层使成雏形，再将一适当长度的石膏片放在掌侧或背侧，外面再用石膏卷缠绕 1～2 层。待石膏凝固后，修剪管型两端，将衬里向外翻转、固定，并做好标记。

2．全臂石膏管型

患者体位、固定范围与固定位置均与全臂石膏托相同。做悬垂石膏时肘关节屈曲角度应小于 90°，使重力通过肘关节达到向下牵引的目的。制作时腕关节和肘关节都用棉花或棉纸做衬垫，其余操作同前臂石膏管型。

3．短腿石膏管型（石膏靴）

患者仰卧，小腿由助手扶持；或取坐位，小腿下垂，足放在术者膝上。固定范围及固定位置同短腿石膏托，但足趾背侧必须完全露出。操作时用卷尺测量小腿上 1/3 后方到超过足趾和小腿上 1/3 前方到跖骨头前方的距离，按此距离制做 6 层石膏片两条。穿好衬里，在胫骨前缘、两踝、足跟及管型上、下开口处放些棉花衬垫。泡 10cm 宽的石膏卷两卷及预制石膏片两条。先用石膏卷在患肢缠绕 2～3 层，使成雏形。再放上前、后石膏片。外面再用石膏卷缠绕 2～3 层。石膏缠好以后，注意模造足弓。待石膏管型凝固后，再修剪边缘，将衬里外翻、固定，并写好标记。

4．长腿石膏管型

患者仰卧位，患腿由助手扶持或用支架悬吊。固定范围为：后方自大腿上 1/3 到超过足趾 1～2cm，前方自大腿上 1/3 到距骨头，足趾背侧全部露出。固定位置与长腿石膏托相同。为了避免患肢在管型内旋转，也可使膝关节多屈曲一些。操作方法基本上与短腿石膏管型相同，注意在腓骨头处多放些衬垫物。

胫腓骨骨折用长腿石膏管型固定后，如发现有成角畸形，可在成角的凹面及两侧将石膏型周径的 3/4 横行切开，衬里不必切开。以成角凸侧（未切开部分）为支点把石膏管型掰开，至成角畸形完全纠正为止，再将石膏型的缺口补好。应用此法时，应注意避免石膏过多地压迫凸侧软组织而造成压迫性坏死。

（三）人字形石膏

人字形石膏主要用于肩、髋等关节。肩人字石膏为将石膏绷带缠绕于胸肩及一侧上肢而成。多用于肱骨外科颈骨折或肩关节结核以及肩关节融合术后。髋人字石膏，用石膏绷带缠绕于腹部，包括双侧肋弓及一侧下肢，于关节部位可用石膏条予以加强。如将两侧下肢皆用石膏绷带缠绕则称为石膏裤。髋人字石膏在临床上较常用。主要用于髋关节结核、髋部矫形手术或髋关节融合术、股骨骨折等。

1．肩人字石膏

清醒患者采用站立位；全麻手术后患者可采用仰卧位。站立位时，患侧上臂用支架悬吊，患手扶在立柱上。无此设备时可用人扶持。仰卧，头部放在石膏台的台面上。此台面与骶托之间放一宽约 10cm，长约 40cm 的薄木板。患者的背部和腰部即仰卧在此薄木板上，骶部放在骶托上。患侧上肢用吊带吊起。

固定范围应包括患侧全臂、患肩、胸背部及患侧髂嵴。常用的固定位置是肩外展 75°，前屈 30°，前臂旋后位并与身体的横切面成 25°，肘关节屈曲 90°，腕背伸 30°。在此位置手掌与口部遥遥相对。操作前躯干及患侧上肢均穿好衬里。用剪好的大片毡子覆盖患肩、胸背部和患侧髂骨嵴。患侧腋下、肘、腕部均用棉花或棉纸垫好。用宽 15cm 泡好的石膏卷将患侧上臂、患肩及躯干缠绕 3～4 层，使成雏形。将六层石膏片放置在肩关节周围，用以连接上臂和躯干部分。躯干部分的下缘，胸背部周围和患侧髂棘部分也要用石膏片加强。外面再用石膏卷缠绕 2～3 层。石膏凝固后，继续完成上臂以下部分的石膏管型。应注意加强肩部和肘部的连接，以免日后石膏在肩、肘部折裂。为了加强肩部的连接，可在肘部与躯干部分之间加一木棍加强。石膏全部凝固后，修剪边缘，将衬里向外翻转固定，并写好标记。

2．髋人字石膏（石膏裤）

患者仰卧位。先穿好腰部和下肢的衬里。有专用石膏台的可将患者放在石膏台上。头部和上背部放在台面上，腰部悬空，骶部放在骶托上，两下肢用吊带悬挂。没有专用石膏台的，可将一个方凳放在手术台或长桌上，以支持头部和上背部，骶部放在一个铁制骶托上。两下肢可由助手或术者本人扶持。

固定范围：单腿石膏裤裤腰部分的前方由肋缘到耻骨联合，后方由腰 1～2 棘突到骶骨下方。会阴部要充分外露，以便护理大小便。裤腿部分与长腿石膏管型相同，上端与裤腰部分相接。双腿石膏裤时，患腿与裤腰部分与单腿石膏裤相同，健侧大腿（膝上 5cm）也包括在石膏型内。

固定位置：腰椎平放，两髋各外展约 15°～20°，屈曲约 15°～30°（按需要），膝关节在 165°微屈位，其他位置同长腿石膏管型。

操作：穿好衬里后，患者仰卧石膏台或方凳和骶托上。腰部用毡围绕，两侧髂、骶部，大粗隆、髌骨、腓骨头、胫骨前缘，两踝和足跟都放些棉花衬垫。在衬里与腹壁之间放一薄枕，待石膏型凝固后将其取出，这样裤腰与腹壁之间便留有较大的空隙，给患者留有饮食和呼吸的余地。

用 15cm 宽泡好的石膏卷把腰部和大腿中、上部缠绕 3～4 层，使成雏形。在髋前方放交叉的石膏片两条，侧方放一条，后方放一条。再用长石膏片把裤腰的上、下缘各缠一圈。以后再缠石膏卷 2～3 层。石膏凝固后，继续完成石膏裤的裤腿部分，其方法与长腿石膏管型相同。为了坚固可在石膏裤的两腿之间放一木棍。最后修剪边缘，翻转衬里，并写好标记。

（四）石膏床

病人取俯卧位固定。根据病变部位，于胸腰背部或头颈胸背部，将浸泡后的石膏绷带来回折叠到所需厚度，使成一板状模子。取下，等完全干燥坚硬后，病人即可仰卧于此石膏床中。此方法多用于脊柱结核或脊柱骨折的病人。目前一般较少应用，仅用于不合作之儿童。

仰卧式石膏床患者取俯卧位。俯卧式石膏床患者取仰卧位。胸腰椎病人用仰卧式或俯卧式均可。固定范围：仰卧式上方起于胸 1～2 棘突，下方到小腿中部；俯卧式上方起于胸骨柄，下方到小腿中部。颈椎或上胸椎病人只能用仰卧式，而且必须包括头、颈部。固定位置：脊柱尽量按正常生理弧度，两髋稍屈曲并适当外展，膝关节稍屈曲。

操作方法：以仰卧式石膏床为例。患者俯卧，腰背部包括两下肢后方垫以衬里和毡子。骶骨下方至两大腿下方内侧开窗，以利患者排便。

按下列部位预制 6 层石膏片：①由肩部到膝下两条；②横贯两肩一条；③横贯腰部一条；④横贯两小腿之间一条；⑤沿开窗四周四条。用宽 15cm 的石膏卷平铺 4～5 层，制成石膏床的雏形。将上述石膏片循序放好。上面再平铺石膏绷带 4～5 层。凝固后修剪边缘，翻转衬里，并写好标记，干燥后再让患者仰卧其上。

（五）其他

预防、治疗脊柱疾病经常使用的各式各样石膏制器材有固定石膏帽、石膏围领、石膏背心、颈胸石膏、头颈胸石膏、颈胸腰石膏、侧弯矫形石膏以及蛙式石膏等，下面介绍几种常见类型。

1．“8”字石膏

此石膏可用以固定锁骨骨折。患者坐位，两手插腰，两肩后伸。先将患者两肩、两腋及上背部均垫以棉垫、棉花或棉纸。骨折整复后助手用膝部顶住患者后背，两手拉患者两肩向后伸。术者用 10cm 宽的石膏卷沿“8”字走行，通过两肩的前方交叉于后背。一般共缠绕 8～10 层即可。

2．石膏围领

用于颈椎固定。患者坐位，固定范围上缘前方托住下颌，上缘后方托住枕骨结节。下缘

前方到胸骨柄，后方到胸椎 2～3 棘突，左右两侧到锁骨内 1/2。颈部先穿衬里，围以毡垫。用宽 10 或 7 厘来的石膏卷缠绕 2～3 层，使成雏形。在围领的前、后、左、右各放一短的 6 层石膏片，再用石膏卷缠绕 1～2 层。石膏凝固后修剪边缘，翻转衬里，并写好标记。

3．躯干石膏背心

患者立位，能站立的患者尽可能采取此体位。患者直立，两手扶吊环；如果仰卧位，腰部用宽约 10cm 的坚固布带悬吊在石膏台上，待石膏背心上好以后，再将布带撤出；两壳法：此法可用于既不能直立，又不便吊起的病人。患者仰卧石膏台上，腰部以薄枕垫起。先做好前部石膏壳，待其凝固，取下后烘干，数日后患者俯卧在前方石膏壳里，再制做背部石膏壳。最后将两个石膏壳用石膏卷连结在一起。

固定范围前方上起胸骨柄，下达耻骨联合。后方上起胸椎中部，下到骶骨中部。使胸腰部脊柱在后伸位固定。先穿好衬里，摆好体位。按预计固定范围垫好毡子。按测量长度预制 6 层石膏片 8 条，计：①由胸骨柄至耻骨联合左右各一条。②由胸推中部到骶骨中部左右各一条。③由胸骨柄绕到骶骨中部左右各一条。④由胸椎中部绕到耻骨联合左右各一条。用宽 15cm 的石膏卷缠绕 2～3 层，使成雏形。循序放好上述 8 条石膏片，再用石膏卷缠绕 2～3 层。凝固后修剪边缘，外翻衬里，写好标记。

第六章 骨外固定支架技术

骨外固定支架治疗方法是根据治疗要求，通过穿插在骨上的钢针和体外装置的连接达到骨折固定、加压、牵伸等作用。为骨折愈合、骨形态改建和骨延长创造生物力学环境，达到治疗目的。这一过程的技术关键是如何使骨外固定器提供的结构力学条件，满足治疗所需的生物力学环境。

一、骨外固定支架类型

按几何学形状习惯地将骨外固定支架分为：单边式、双边式、四边式、三角式、半环式、全环式六种构型（见见图 1）；又视穿针平面的多少分为单平面和多平面。

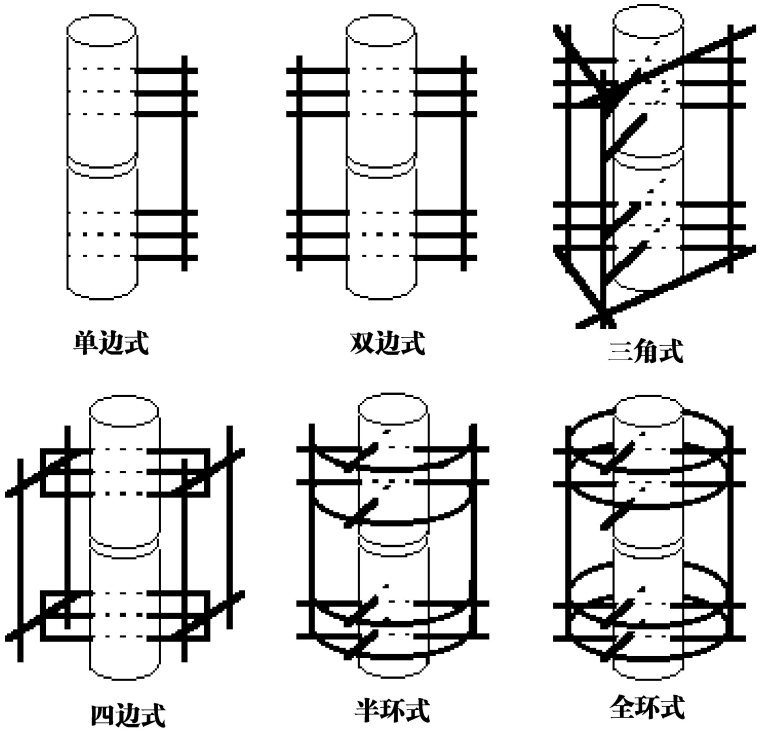


图 1 骨外固定支架几何学分类

二、骨外固定支架的适应症和禁忌症

（一）适应症

骨外固定支架治疗骨折的随机性较大。下述内容有些是公认的适应症，有些是相对适应症。适应症也可因技术熟练程度、设备条件、病人对治疗方法的观念等因素影响而有很大差别。因此，在临床实践中要因地制宜，灵活掌握。

1.四肢开放性骨折特别是有广泛软组织伤、伤口污染严重及难以彻底清创的开放性骨折。

2.感染性骨折：远离病灶处穿针固定，提供稳定固定，利于创口换药。

3.多发伤骨折，骨外固定支架能为骨折伤肢迅速提供保护，既防止因延期骨折治疗造成的并发症，又便于威胁生命脏器伤的处理。

4.某些闭合性骨折：因骨折粉碎严重难以用其它方法稳定骨折端的骨干的骨折；近关节端粉碎性骨折，某些关节骨折与脱位。

5.需多次搬动（输送）和分期处理的战伤和某种批量伤员的骨折。

6.烧伤合并骨折，用骨外固定支架固定骨折，不但便于创伤面处理，将伤肢架空还

可防止植皮区受压。

7.开放性骨盆骨折，骨外固定支架可给予较好的固定，并能控制失血与疼痛。

8.断肢再植术及骨折伴有血管神经损伤需修复或重建，以及需用交腿皮瓣、肌皮瓣、游离带血管蒂股皮瓣移植等修复性手术。

9.因种种原因不能手术治疗的不稳定骨折。

10.作为非坚强内固定的补充。

（二）禁忌症

1.伤肢有广泛的皮肤病；

2.因年龄及其它因素不能配合术后管理者。

三、骨外固定支架基本操作技术

（一）麻醉

上肢用臂丛神经阻滞，下肢用硬膜外阻滞或蛛网膜下腔阻滞，亦可酌情选用全身麻醉或局部麻醉。

（二）体位

上肢：仰卧、屈肘、前臂置于胸前。

下肢：仰卧、屈髋、外展、屈膝并将踝关节置 90 度背伸位。

（三）操作步骤

外固定支架的具体操作顺序是一个复位、穿针与固定的交替。

【操作过程】

即先将骨折初步复位（纠正旋转、重叠畸形），后穿骨折线远处的钢针并初步固定，然后再使骨折进一步复位并穿近骨折线处的钢针，最后将骨折复位满意后再进行整体固定。在某些特殊情况下也可直接穿针固定，待情况允许时再行复位，调整后重新固定。

【骨折复位】

骨折复位是骨折治疗的关键环节，骨折复位是否满意，直接影响骨折愈合的质量。骨折复位可根据具体情况采用闭合复位或直视下复位。也可凭体表标志复位后再根据 X 线片进行调整。具体复位方法如下：

1．直视下复位：对骨折端已外露的开放性骨折，彻底清创后可在直视下复位。闭合骨折手法复位失败时，也可作 3～5cm 小切口后在直视下复位、穿针、固定。

2．闭合复位方法：先使骨折大致复位后按顺序操作，可利用近骨折线处的钢针，应用提、扳等方法协助骨折进一步复位，直至满意后再固定。亦可凭体表或骨性标志大致复位固定后，根据 X 线透视对小的移位或成角作适当的调整。对骨折复位的要求，原则上是解剖复位，但严重粉碎性骨折，常不易恢复原来的解剖学形态，此时应使骨折块之间有较好的接触，并保持良好的力线要求。

【穿针】

穿针是骨外固定的主要操作技术，穿针技术的好坏，不仅影响骨折固定的牢稳性，而且关系到合并症发生率的高低。因此穿针时应严格以下操作技术：

1．避免副损伤：充分了解穿针部位的解剖，避免刺伤主要血管与神经。

2．严格无菌操作技术，穿针须在感染病灶区外 2～3cm。

3．严格无创技术：穿半针和粗直径全针时，钢针的进、出口用尖刀作 0.5～1cm 的皮肤切口；穿半针时用止血钳将肌肉分离后放置套管再钻孔。钻孔或直接穿针时不要用高速动力钻，穿好钢针后，应活动关节检查钢针处皮肤有无张力，有张力时应切开减张并缝合。

4．正确选择穿针位置和角度：钢针尽可能少或不穿越肌肉，或者选在肌间隙穿针：单平面穿针时，一骨折段上钢针之间的距离不少于 6cm。多平面穿针时，一骨折段上钢针

之间的距离也尽可能大些。钢针与骨折线或关节面的距离不少于 2cm。多平面穿针时钢针的交叉角度：全针为 25°～80°、半针与全针为 60°～80°。

5．正确选择钢针的类型和直径。

6．针孔用酒精纱布及无菌纱布平整包裹。

【安装与固定】

多数情况下骨折复位、穿针、固定是交替进行的，当穿完预定钢针后按要求完成固定。对稳定骨折实施加压固定（但加压的力量不宜过大，否则会发生成角畸形），粉碎性骨折行中和位固定，骨缺损时用牵伸位固定。

进行整体固定时尚须注意以下问题：

1.检验固定的牢稳性：方法是手法活动关节、纵向牵拉或侧向推挤骨折端；牢稳的固定骨折端应无活动或仅有微量弹性活动。稳定性不足时可酌情采取相应措施增加总体刚度。

2.骨外固定器至皮肤的距离：上肢为 2～3cm，下肢为 3～5cm。为防止皮肤受压和便于创面处理，肿胀严重或创面较大时，早期可留大些，肿胀消退、创而修复后再将距离缩小。

3.伴有严重软组织损伤时，可加配某些部件使伤肢悬吊或架空，以利于肢体消肿及防止压伤。

4.骨干部的骨外固定器应不影响关节功能锻炼，下肢要便于负重行走，上肢要便于日常活动和生活自理。

5.钢针尾端露出钢针固定夹 1cm 左右即可，过长的针尾应剪除。针尾用塑料帽套封或胶布包缠，以免刺伤皮肤或划破皮肤。

【特殊情况下的操作步骤】

对多发伤病人，因伤情严重或者有危及生命伤的抢救时，以及野外现场急救或批量伤员等急诊情况下，可先行穿针固定，然后在适当时机重新整复、调整、固定。

（四）术后治疗

术后治疗得当与否直接影响疗效，否则会发生针孔感染、骨折不愈合等并发症。因此，应给予足够的重视。

【一般治疗】

术后使伤肢抬高，注意观察伤肢血运和肿胀情况；因体位或肢体肿胀造成骨外固定器部件压迫皮肤时应及时处理。有松动的螺丝应及时拧紧。

【防治感染】

就骨外固定本身而言，不必使用抗生素来预防针孔感染。但骨折和伤口本身仍须酌情选用抗生素。对开放性骨折即使清创彻底，仍须应用抗生素 3～7 天，感染性骨折更要适当延长抗生素的应用时间。

【针孔护理】

骨外固定后更多工作，是要经常对针孔进行护理。针孔护理不当，将发生针孔感染。

1．一般术后第 3 天更换敷料一次，针孔有渗出时需每天更换敷料。

2．10 天左右针孔皮肤即有纤维性包裹，在保持皮肤清洁、干燥的同时，每隔 1～2 天在针孔处皮肤滴少许 75％酒精或碘氟溶液即可。

3．针孔处皮肤有张力时应及时在张力侧切开减张。

4．在调整骨外固定器或改变构型时均要注意无菌操作，对针孔周围皮肤和钢针进行常规消毒。

5．针孔护理时要避免交叉感染。

6．一旦发生针孔感染时应及时进行正确的外科治疗，并将伤肢架高休息和适当应用

抗菌素。

【功能锻炼】

及时正确的功能锻炼，不仅利于关节功能恢复，也利于血运重建和应力刺激，促进骨折愈合进程。一般在术后 7 天内即可在床上进行肌肉收缩及关节活动，上肢进行手部的捏、握及腕肘关节的自主运动，1 周后开始旋转功能锻炼，下肢于 1 周或创面愈合后扶双拐部分负重离床活动，3 周后逐步开始完全负重行走。功能锻炼的时机和方式因人而异，主要视局部和全身情况而定。在锻炼过程中如针孔出现红、肿、痛等炎症表现时应停止活动，抬高患肢卧床休息。

【拆除骨外固定器】

骨折已达临床骨折愈合标准时，应拆除外固定支架。拆除骨外固定架时，应准确判断骨折的愈合强度，在没有把握确定骨愈合强度和明显的骨外固定并发症的情况下，不要过早拆除骨外固定，特别是治疗陈旧性骨折、粉碎性骨折、骨不连等情况时。

四、外固定支架技术的应用

（一）肱骨干骨折

【骨外固定支架选择】

1. 横断骨折选用标准的单侧构型。
2. 斜型、螺旋骨折，可选用肱骨专用的构型。
3. 粉碎性和多段骨折可选用上肢半环式。

【注意事项】

1. 在中下 1/3 交界的前外侧不要穿针。
2. 由内外髁穿全针时，要从内向外，注意不要误伤尺神经。
3. 早期用三角巾悬吊前臂，中后期适当加压。
4. 术后注意手、肘、肩关节的功能活动。

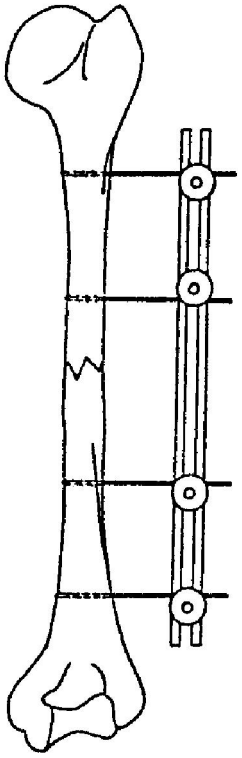


图 6-2 肱骨干稳定性骨折单边式构型

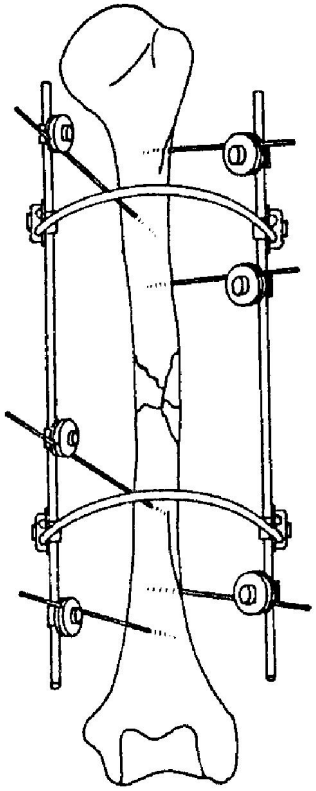


图 6-3 肱骨干粉碎性骨折多平面构型

（二）尺桡骨骨折

【骨外固定器构型选择】

各种前臂骨折，不管是尺骨或桡骨骨折，还是尺桡骨双骨折，原则上一律选用单侧构型。

【注意事项】

1. 骨外固定器安放位置：桡骨上安放在桡背侧；尺骨上安放在尺骨背侧。
2. 桡骨上的进针点要在肌间隙，在近段注意避免误伤桡神经深支，在远端要注意避免误伤桡神经皮支。
3. 钢针尖端穿出对侧皮质不要多。
4. 多段骨折时要加穿钢针。
5. 术后进行积极的手部运动和适宜的前臂旋转功能锻炼。

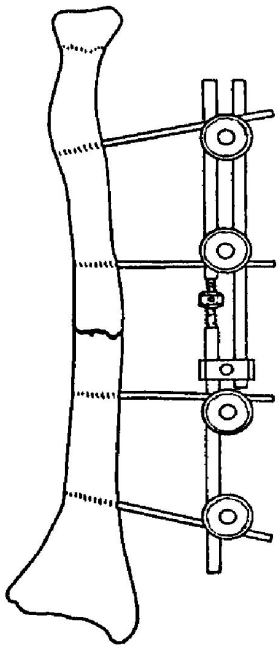


图 6-4 桡骨骨折单边式构型

（三）股骨干骨折

【骨外固定器构型选择】

1.横断骨折选用股骨标准构型。

2.斜型、螺旋骨折，可结合有限内固定后选用股骨标准构型。

3.粉碎性和多段骨折可在股骨标准构型的基础上适当加穿针。

【注意事项】

1.穿针时将膝关节适当屈曲。行股骨远端的针孔切口时，应使髂胫束的切口适当大一些。

2.固定时外侧行加压，内侧行牵伸。以防止骨折向外成角。

3.术后及时行股四头肌运动和逐步、部分的下肢负重。

4.膝关节功能锻炼，不要强求达到功能位。关键在于尽早使骨折达到愈合强度后及时拆除骨外固定器，并进行积极有效的功能康复。必要时可以给予手法松解后结合 CPM 机协助康复。

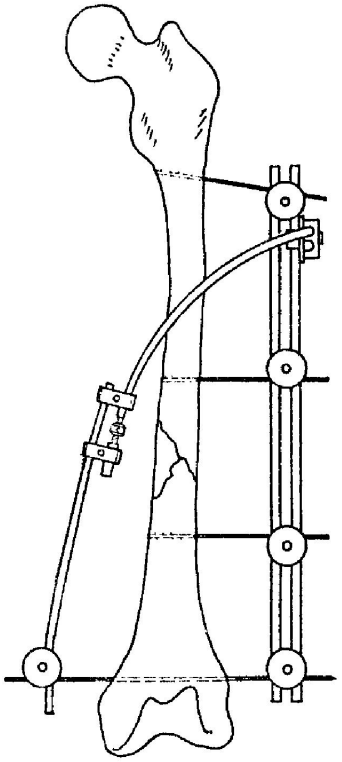


图 6-5 股骨干骨折三角式构型

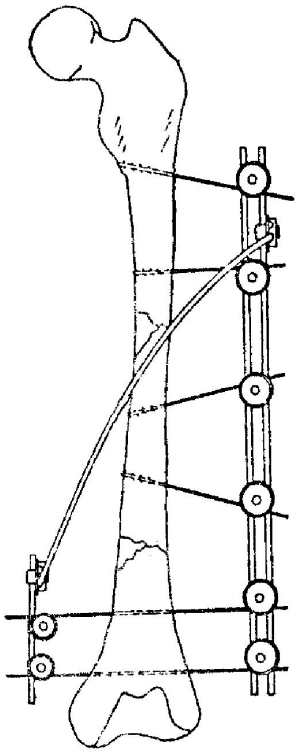


图 6-6 股骨干多段骨折三角式构型

（四）胫骨干骨折

【骨外固定器构型选择】

1.中端横断骨折：选用单侧构型，实施加压固定。

2.斜型、螺旋骨折：可结合有限内固定后用单侧构型或选用方框式构型，实旋中和位固定。

3.中端粉碎骨折：选用双边式、方框式或半环式构型，实施中和位固定。

4.多段骨折：选用加强半环式构型

5.骨缺损：选用构型时要考虑后期的骨缺损修复方法，再确定骨外固定器构型。若采用骨段延长方法，则选用能进行分段牵伸和加压功能的构型，以便在适当时机实施骨段延长修复骨缺损。

6.伴有严重软组织损伤，要用小腿交叉皮瓣修复创面时，可选用双边式的构型。

【注意事项】

小腿部位的穿针原则上可以不穿越肌肉：如单侧和方框式骨外固定器可安置在小腿的前外侧，半环式在胫骨结节和踝上穿全针，在前内侧穿半针

均可避免穿越小腿肌肉。

（2）对骨折块少用钢丝捆绑，特别是开放性骨折和小腿下 1/3 的骨折，尽可能用侧方针顶压固定或结合螺钉内固定，但螺钉数量不宜过多。

（3）严重粉碎性骨折，特别是中下 1/3 处骨折时，应行松质骨植骨术。

（4）术后尽早完全负重功能锻炼，锻炼中要避免弯曲应力和旋转应力。

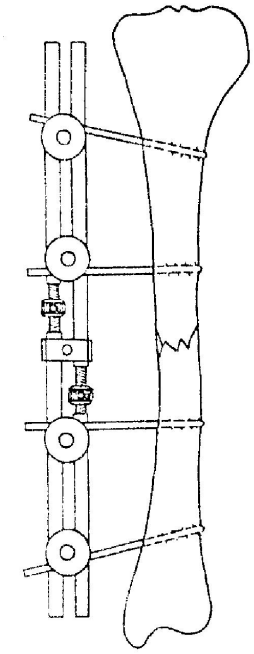


图 6-7 胫骨中 1/3 稳定性骨折单边式构型

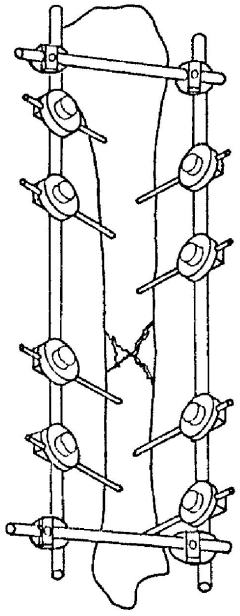


图 6-8 胫骨中 1/3 粉碎性骨折方框式构型

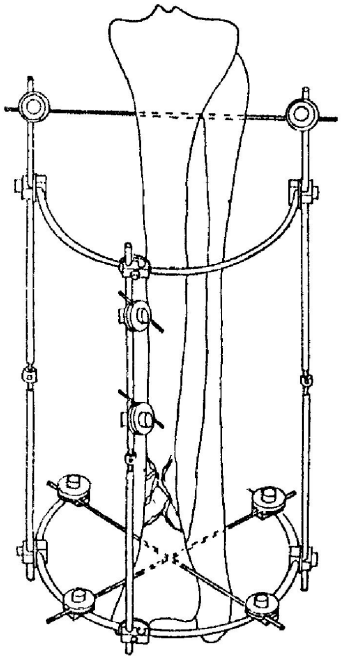


图 6-9 胫骨下 1/3 粉碎性骨折半环式构型

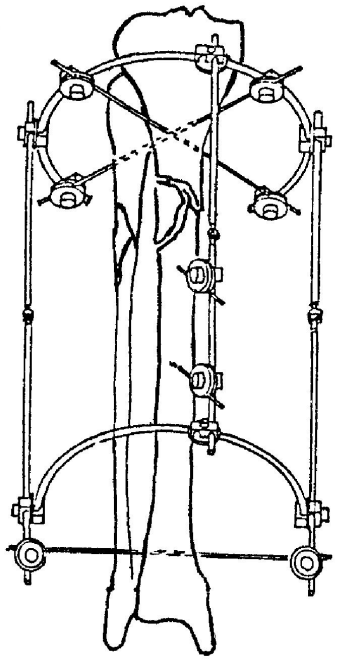


图 6-10 胫骨中上 1/3 粉碎性骨折半环式构型

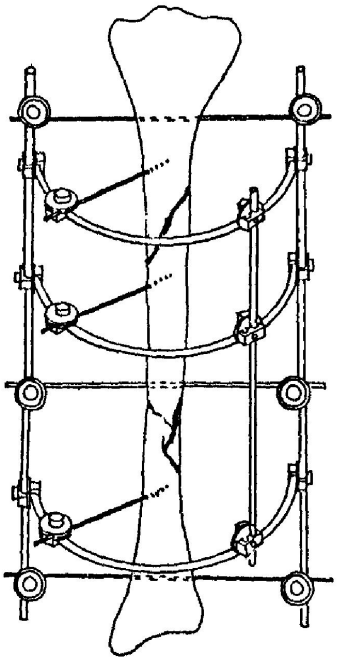


图 6-11 胫骨多段骨折半环式构型

（五）近关节骨折

【骨外固定支架构型特点】

1．骨折局部构型：在骨干上穿针，关节端穿交叉全针。

2．跨关节构型：下肢以全针为主结合半针，在干骺端要尽可能穿交叉全针。上肢以半针为主。

3．由跨关节改为局部构型：早期以跨关节构型为主，在 3～4 周后改为局部构型。因此，起初选择钢针类型和穿针位置时，就要考虑改型的需要，以免钢针变动太多。

【注意事项】

1.骨折复位要注意恢复关节与骨干的正常关系。
2.跨关节固定时要使关节置功能位，并适当牵伸。
3.中后期及时改为骨折局部固定
4.必要时结合螺钉或克氏针固定骨折块。
5.术后结合 CPM 机进行关节功能康复。

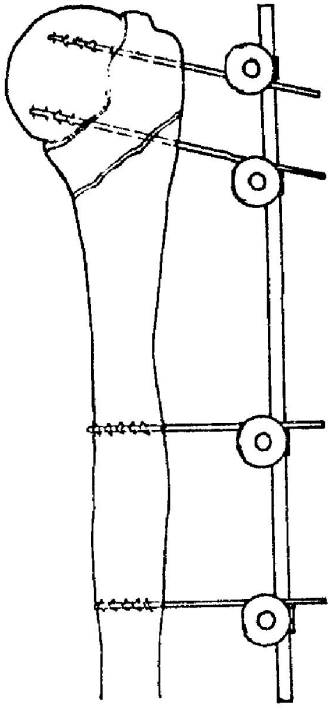


图 6-12 肱骨外科颈骨折单边式构型

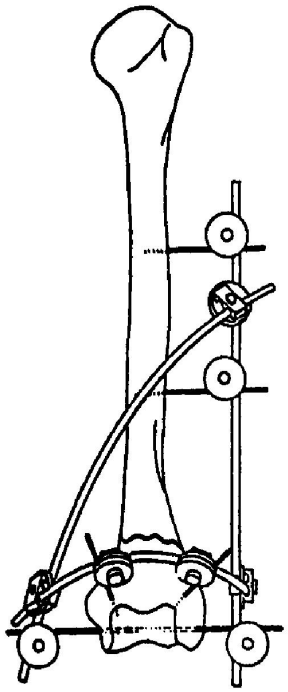
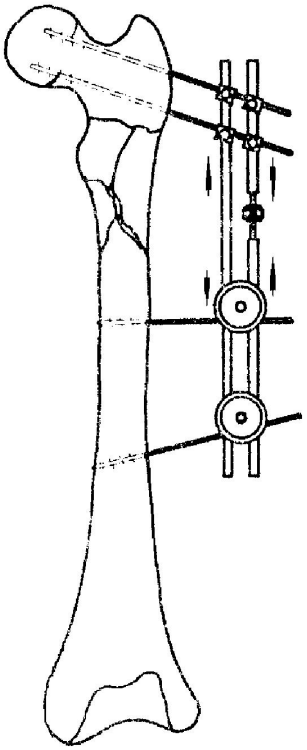


图 6-13 肱骨髁上骨折三角式构型



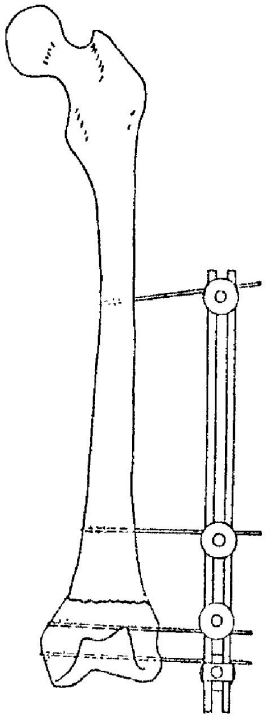


图 6-15 股骨髁上骨折单边式构型

图 6-14 股骨粗隆间（下）粉碎性骨折单边式构型

（六）关节内骨折

理想的关节内骨折的骨外固定器，是在牵伸状态下允许关节活动。但目前尚未有此类骨外固定器供临床应用。因此，现在用于治疗关节骨折的骨外固定器，只能在某些特殊情况下使用。

【适应症】

1. 感染性关节骨折
2. 伤口污染严重的开放性关节骨折。
3. 骨折粉碎严重难以用其它方法固定的骨折。
4. 作为其它治疗方法的过渡。

【骨外固定器构型特点】

1. 早期以跨关节固定构型为主。
2. 中后期以骨折局部构型为主。
3. 钢针以全针为主，适当结合半针。

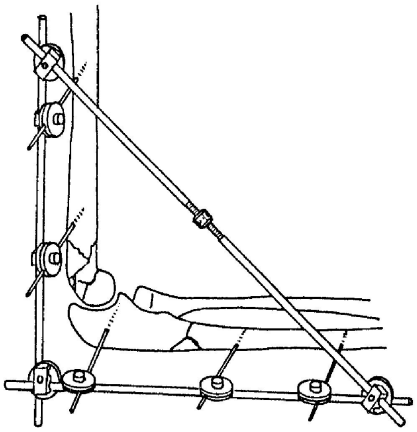


图 6-16 肱骨髁间骨折三角式构型

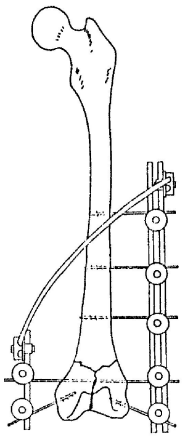


图 6-17 股骨髁间骨折三角式构型

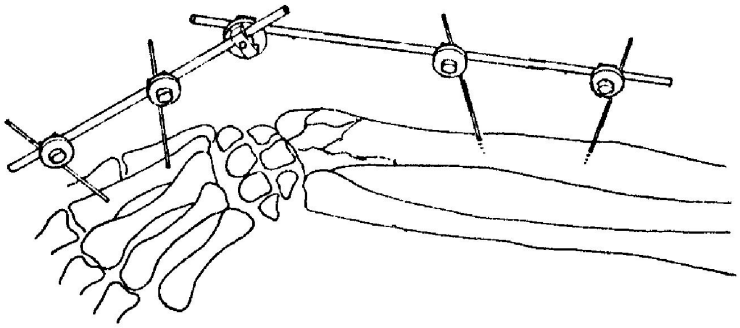


图 6-18 桡骨远端粉碎性骨折单侧构型

（七）骨盆骨折

骨盆骨折的骨外固定器治疗难度较大，在选用时除要注意穿针技术外，还要认真分析各种类型的力学特点，采用相应的构型和结合相关技术才能获得满意的效果，应用得当不仅能挽救生命，也能恢复良好的骨盆形态。

【适应症】

骨盆不稳定骨折脱位，如耻骨联合分离或耻骨支，坐骨支骨折伴有一侧骶髂关节骨折脱位。尤其适用骨盆骨折伴有多发伤及失血性休克。

【骨外固定器构型】

1.梯形骨盆骨外固定器构型。

2.半环式骨盆骨外固定器构型。

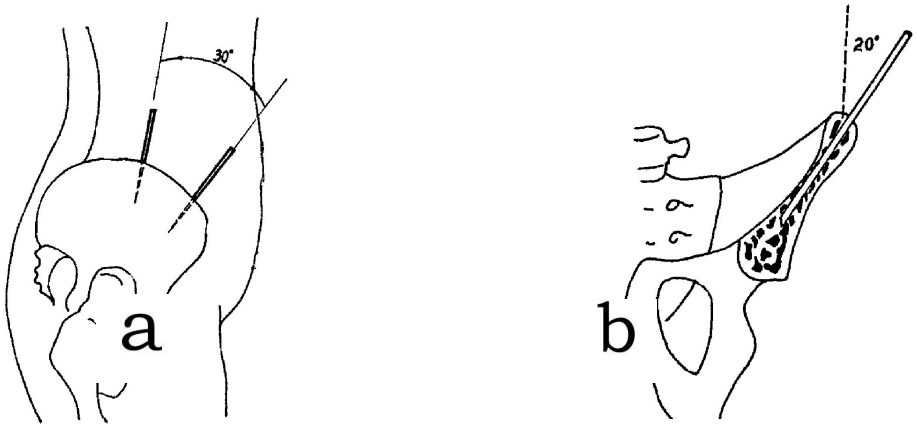


图 6-19 骨盆骨外固定穿针示意图

a.两针呈梯形穿针

b.钢针与躯干矢状面呈 15～200

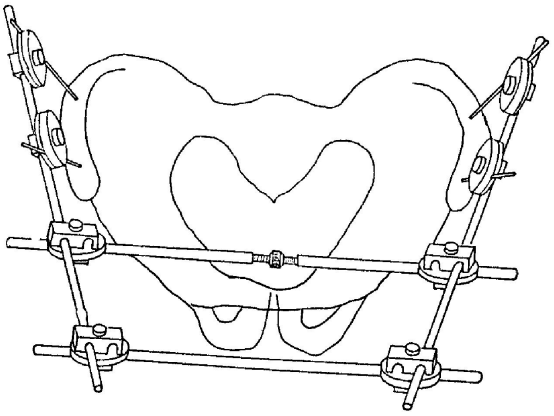


图 6-20 梯形骨盆骨外固定器构型

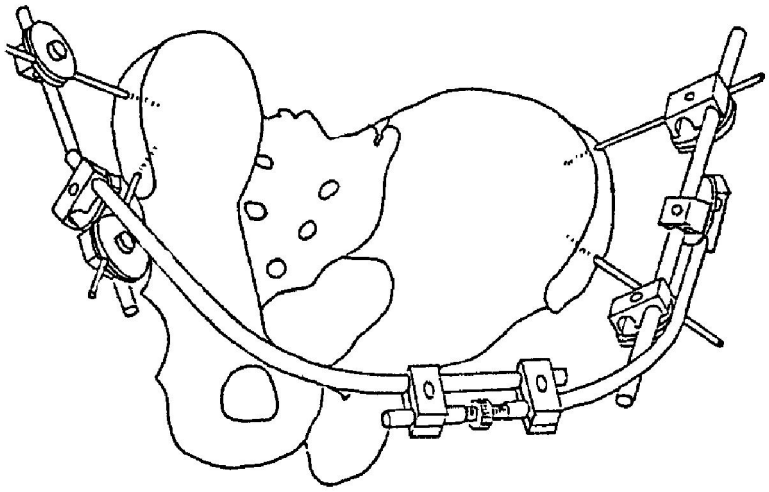


图 6-21 半环式骨盆骨外固定器构型

【注意事项】

1. 传统的骨盆骨外固定器不能提供多维固定，复杂的骨盆骨折要用三维骨外固定器。
2. 骨折的复位不能依赖骨外固定器，而要结合其它复位方法，如骨牵引等。
3. 必要时结合内固定。
4. 术后要加强护理和必要的调整。

第七章 牵引技术

牵引疗法是通过牵引装置，利用悬垂之重量为牵引力，身体重量为反牵引力，达到缓解肌肉紧张和强烈收缩，整复骨折、脱位，预防和矫正软组织挛缩，以及对某些疾病术前组织松解和术后制动的一种治疗方法。多用于四肢和脊柱。

牵引疗法有皮牵引、骨牵引及布托牵引以及自身牵引等，临床根据患者的年龄、体质、骨折的部位和类型、肌肉发达的程度和软组织损伤情况的不同，可分别选用。牵引重量以缩短移位程度和患者体质而定，应随时调整，牵引重量不宜太过与不及。牵引力太重，易使骨折端发生分离，造成骨折迟缓愈合和不愈合；牵引力不足，则达不到复位固定的目的。

一、 皮肤牵引技术

（一）皮肤牵引技术

凡牵引力通过对皮肤的牵拉使作用力最终达到患处，并使其复位、固定与休息的技术，称皮肤牵引。此法对患肢基本无损伤，痛苦少，无穿针感染之危险。由于皮肤本身所承受力量有限，同时皮肤对胶布粘着不持久，故其适应范围有一定的局限性。

【操作步骤】

1.准备用具：①宽胶布：长度为骨折线以下肢体长度与扩张板长度两倍之和，宽度为扩张板的长度。②扩张板：为长方形，长度与宽度之比为 4：3，宽度应比足中部宽 2cm。③其它：牵引绳、重锤等。

2.按肢体粗细和长度，将胶布剪成相应宽度（一般与扩张板长度相一致），并撕成长条，其长度应根据骨折平面而定，即骨折线以下肢体长度与扩张板长度两倍之和。

3.将扩张板粘于胶布中央，但应稍偏内侧 2～3cm，并在扩张板中央孔处将胶布钻孔，穿入牵引绳，于板之内侧面打结，防止牵引绳滑脱。

4.防止胶布粘卷，术者将胶布两端按三等分或两等分撕成叉状，其长度为一侧胶布全长的 1/3～1/2。

5.在助手协助下，骨突处放置纱布，术者先持胶布较长的一端平整地贴在大腿或小腿外侧，并使扩张板与足底保持两横指的距离，然后将胶布的另一端贴于内侧，注意两端长度相一致，以保证扩张板处于水平位置。

6.用绷带缠绕，将胶布平整地固定于肢体上。勿过紧以防影响血液循环。

7.将肢体置于牵引架上，根据骨折对位要求调整滑车的位置及牵引方向。

8.牵引重量根据骨折类型、移位程度及肌肉发达情况而定，小儿宜轻，成人宜重，但不能超过 5kg。

【适应症】

骨折需要持续牵引疗法，但又不需要强力牵引或不适于骨骼牵引、布带牵引的病例。

1.小儿股骨干骨折。

2.小儿轻度关节挛缩症。

3.老年股骨转子间骨折。

4.肱骨髁上骨折因肿胀严重或有水泡不能即刻复位者。

5.成人股骨干骨折或股骨颈骨折的临时制动。

【禁忌症】

1.皮肤对胶布过敏者。

2.皮肤有损伤或炎症者。

3.肢体有血循环障碍者，如静脉曲张、慢性溃疡、血管硬化及栓塞等。

4.骨折严重错位需要重力牵引方能矫正畸形者。

【注意事项】

1.须及时注意检查牵引重量是否合适，太轻不起作用，过重胶布易滑脱或引起皮肤水泡；

2.注意有无皮炎发生，特别是小儿皮肤柔嫩，对胶布反应较大，若有不良反应，应及时停止牵引；

3.注意胶布和绷带是否脱落，滑脱者应及时更换；特别注意检查患肢血运及足趾（指）活动情况，一旦发现血运异常，应及时解除牵引；

4.一旦发现对胶布过敏，应及时停止皮肤牵引，改用其他方法；

5.经常检查足部两侧与皮肤接触的部位，防止压迫性溃疡；

6.腘窝及跟腱处应垫棉垫，切勿悬空。

（二）垂直悬吊皮肤牵引

【操作步骤】

1.准备用具：①宽胶布：长度为骨折线以下肢体长度与扩张板长度两倍之和，宽度为扩张板的长度。②扩张板：为长方形，长度与宽度之比为4：3，宽度应比足中部宽2cm。③其它：牵引绳、重锤等。

2.按肢体粗细和长度，将胶布剪成相应宽度（一般与扩张板长度相一致），并撕成长条，其长度应根据骨折平面而定，即骨折线以下肢体长度与扩张板长度两倍之和。

3.将扩张板粘于胶布中央，但应稍偏内侧2～3cm，并在扩张板中央孔处将胶布钻孔，穿入牵引绳，于板之内侧面打结，防止牵引绳滑脱。

4.防止胶布粘卷，术者将胶布两端按三等分或两等分撕成叉状，其长度为一侧胶布全长的1/3～1/2。

5.在助手协助下，骨突处放置纱布，术者先持胶布较长的一端平整地贴在大腿或小腿外侧，并使扩张板与足底保持两横指的距离，然后将胶布的另一端贴于内侧，注意两端长度相一致，以保证扩张板处于水平位置。

6.用绷带缠绕，将胶布平整地固定于肢体上。勿过紧以防影响血液循环。

7.用同样的方法将两侧肢体垂直悬挂于牵引架上。

8.牵引重量应使患儿臀部悬空，利用自身重量牵引。

【适应症】

适用于3岁以下小儿股骨干骨折。

【禁忌症】

1.皮肤对胶布过敏者。

2.皮肤有损伤或炎症者。

【注意事项】

1.将患肢与健肢同时进行牵引；

2.牵引重量两侧应相等，以患儿臀部刚好离开床面为宜，重量太轻牵引无效，重量太重则使患儿倒悬，出现呼吸不畅等不适；

3.密切观察双下肢远端及末梢血运情况，因为牵引时，双下肢高出心脏水平，易发生血液供应不足；

4.加上牵引带缠绕的压迫，容易导致末梢血运循环不良，出现足趾发凉、苍白或麻木、疼痛等。

二、骨牵引

骨牵引又称为直接牵引，系利用钢针或牵引钳穿过骨质，使牵引力直接通过骨骼而抵达损伤部位，并起到复位、固定与休息的作用。

（一）颅骨牵引

【适应症】

适用于颈椎骨折、脱位或骨折伴脱位。

【禁忌症】

1.牵引处有炎症或开放创伤污染严重者。

2.颅骨骨骼有病变者。

3.颅骨局部需要切开手术者。

【操作方法】

1.体位

患者仰卧，头下枕一沙袋，剃光头发，用肥皂及清水洗净，擦干。

2.定位

①方法1：用龙胆紫在头顶正中划一前后矢状线，分头顶为左右两半，再以两侧外耳孔为标记，经头顶划一额状线，两线在头顶相交为中点。张开颅骨牵引弓两臂，使两臂的钉齿落于距中点两侧等距离的额状线上，该处即为颅骨钻孔部位。

②方法2：由两侧眉弓外缘向颅顶画两条平行的矢状线，两线与上述额状线相交的左右

两点，为钻孔的位置。张开颅骨牵引弓两臂，使两臂的钉齿落于距中点两侧等距离的额状线上，该处即为颅骨钻孔部位。

3.消毒与铺巾

以进针点为中心，消毒范围约半径约 15cm，保护眼睛和耳部，防止进入眼睛和耳朵。用碘伏（对碘伏过敏者用酒精，以下相同）消毒 3 遍，先在头下铺 1 无菌巾，其它 3 块在上面和左右，露出 2 个进针点，铺洞巾。

4.麻醉

采用局部利多卡因麻醉，用 5ml 注射器吸 3ml 利多卡因，在进针点插入，至皮下，回抽无血后注入，局部出现白色皮丘，范围约直径 2cm。对侧操作与本侧相同。

5.安装牵引弓

①切口：麻醉后，用尖刀在两点处各作一长约 1cm 小横切口，深达骨膜，如果有明显出血，用弯钳钳夹，1 号线结扎止血。②钻孔：用带安全隔板的钻头在颅骨表面斜向内侧约 45°角，以手摇钻钻穿颅骨外板（成人约 4mm，儿童为 3mm）。注意防止穿过颅骨内板伤及脑组织。③装颅骨牵引弓：将牵引弓两钉齿插入骨孔内，拧紧牵引弓螺丝钮，使其牵引弓钉齿固定牢固，缝合切口并用酒精纱布或碘伏纱布覆盖伤口。④安装牵引架和牵引重锤：牵引弓系牵引绳，将带有滑轮的牵引架固定在床头（可以用自由的装置或其他绳子等），将牵引绳通过滑轮，末端系好已经准备好的牵引重锤，抬高床头进行牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：一般第 1～2 颈椎用 4kg，以后每下一椎体增加 1kg。复位后其维持牵引重量一般为 3～4kg；

2.牵引方向：一般为垂直牵引，如果脱位严重，远端向前脱位，可以适当垫高近端，如果远端向后脱位，可以适当垫高头部；

3.为了防止牵引弓滑脱，于牵引后第 1、2 天内，每天将牵引弓的螺丝加紧一扣；

4.每天在针眼周围用碘伏或酒精等消毒剂进行消毒，防止针眼感染；

5.每天观察牵引装置是否有效，防止牵引砣接触地面，牵引弓与床头接触从而丧失牵引效果；

6.要根据 X 线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（二）尺骨鹰嘴牵引

【适应症】

1.适用于难以复位或肿胀严重的肱骨髁上骨折和髁间骨折；

2.粉碎型肱骨下端骨折；

3.移位严重的肱骨干大斜形骨折或开放性骨折。

【禁忌症】

1.肘关节处有炎症或开放创伤污染严重者。

2.肘关节骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.肘关节需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

患者仰卧位，屈肘 90°，前臂中立位。

2.定位

在尺骨鹰嘴下 2cm，尺骨嵴旁一横指处，即为穿针部位，龙胆紫标记。

3.消毒铺巾

常规皮肤消毒（以进针点为中心，消毒范围约半径约 15cm，用碘伏（对碘伏过敏者用酒精，以下相同）消毒 3 遍），铺巾（先在肘下铺 1 块无菌巾，其它 3 块在肘上和左右，露出 2 个进针点，铺洞巾）。

4.麻醉

局部浸润麻醉（采用局部利多卡因麻醉，用 5ml 注射器吸 3ml 利多卡因，在进针点插入，至皮下，回抽无血后注入，局部出现白色皮丘，范围约直径 2cm。对侧操作与本侧相同）。

5.安装牵引弓

先将克氏针安装到手摇钻，助手将进针点皮肤向上拉紧，将克氏针自内向外刺入直达骨骼，注意避开尺神经，然后转动手摇钻，将克氏针与骨干垂直并与床面平行钻入并穿出对侧皮肤，使外露克氏针两侧相等，以酒精纱布或碘伏纱布覆盖针眼处，安装牵引弓进行牵引。儿童患者可用大号巾钳代替克氏针直接牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：牵引重量一般为2～4kg。要根据X线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量；

2.牵引方向应根据骨折线和远端的移位情况而定；

3.必须自内侧向外侧进针，防止损伤尺神经；

4.针眼必须经常消毒，防止感染；

5.要根据X线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。尤其对年龄偏大，体质偏弱，肌肉不发达的患者要防止过度牵引。

（三）股骨下端牵引

【适应症】

1.股骨干骨折；

2.转子间骨折；

3.髋关节脱位；

4.骶髂关节脱位；

5.骨盆骨折向上移位；

6.髋关节手术前需要松解粘连者。

【禁忌症】

1.膝关节、股骨下端有炎症或开放创伤污染严重者。

2.股骨下端骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.股骨下端需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

患者仰卧位，伤肢置于牵引架上，使膝关节屈曲40°。

2.定位

在内收肌结节上2cm股骨下端前后之中点，即为穿针部位，龙胆紫标记。

3.消毒铺巾

常规消毒（方法同上），铺巾（先在股骨下端下面铺1块无菌巾，其他3块在上面和左右，露出2个进针点，铺洞巾）。

4.麻醉

局部浸润麻醉（方法同上）。

5.安装牵引弓

先将克氏针安装到手摇钻，助手将进针点皮肤向上拉紧，以克氏针穿入皮肤，直达骨质，针与骨干垂直并与床面平行，徐徐转动手摇钻，当穿过对侧骨皮质时，同样向上拉紧皮肤，以手指压迫针眼处周围皮肤，穿出钢针，使两侧钢针相等，酒精纱布或碘伏纱布覆盖针孔，安装牵引弓，进行牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：牵引重量一般为体重1/6～1/8，维持量为3～5kg；

2.穿针时一定要从内向外进针，以免损伤神经血管；

3.穿针的方向应与股骨纵轴成直角，与床面平行，否则钢针两侧负重不平衡，易造成骨折断端成角畸形；

4.针眼必须经常消毒，防止感染；

5.要根据X线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（四）胫骨结节牵引

【适应症】

1.股骨干骨折；

2.伸直型股骨髁上骨折。

【禁忌症】

1.膝关节、胫骨近端有炎症或开放创伤污染严重者。

2.胫骨近端骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.胫骨近端需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

患者仰卧位，将患肢置于牵引架上。

2.定位

穿针的部位在胫骨结节向后1.25cm，在此点平面稍向远侧部位即为进针点，龙胆紫标记。

3.消毒铺巾

常规消毒（方法同上），铺巾（先在胫骨结节下面铺1块无菌巾，其他3块在上面和左右，露出2个进针点，铺洞巾）。

4.麻醉

局部浸润麻醉（方法同上，注意：避开腓总神经）。

5.安装牵引弓

先将克氏针安装到手摇钻，由外侧向内侧进针，以免伤及腓总神经。助手将进针点皮肤向上拉紧，以克氏针穿入皮肤，直达骨质，针与骨干垂直并与床面平行，徐徐转动手摇钻，当穿过对侧骨皮质时，同样向上拉紧皮肤，以手指压迫针眼处周围皮肤，穿出钢针，使两侧钢针相等，酒精纱布或碘伏纱布覆盖针孔，安装牵引弓，进行牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：牵引重量为7～8kg，维持量3～5kg；

2.如用骨圆针作牵引时，必须用手摇钻穿针，禁用锤击，以免骨质劈裂。如用骨圆针作牵引时，必须用手摇钻穿针，禁用锤击，以免骨质劈裂；

3.穿针的方向应与股骨纵轴成直角，与床面平行，否则钢针两侧负重不平衡，易造成骨折断端成角畸形；

4.针眼必须经常消毒，防止感染；

5.要根据X线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（五）跟骨牵引

【适应症】

1.胫骨髁部骨折；

2.胫腓骨不稳定性骨折；

3.踝部粉碎性骨折；

4.跟骨骨折向后上移位；

5.膝关节屈曲挛缩畸形等。

【禁忌症】

1.跟骨有炎症或开放创伤污染严重者。

2.跟骨骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.跟骨需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

患者仰卧位，将伤肢置于牵引架上，小腿远端垫一沙袋使足跟抬高，助手一手握住前足，一手握住小腿下段，维持踝关节中立位。

2.定位

内踝尖与足跟后下缘连线的中点为穿针部位；或者内踝顶点下 3cm 处，再向后画 3cm 长的垂线，其顶点即是穿针处。以龙胆紫标记。

3.消毒铺巾

常规消毒（方法同上），铺巾（先在足跟下面铺 1 块无菌巾，其他 2 块在踝关节上方及左右，露出两个进针点，铺洞巾）。

4.麻醉

局部浸润麻醉（方法同上）。

5.安装牵引弓

以手摇钻将骨圆针自内侧钻入，直达骨质。注意穿针的方向，胫腓骨骨折时，针与踝关节面呈 15°，即进针处低，出针处高，有利于恢复胫骨的正常生理弧度。在此角度上与床面平行，徐徐转动手摇钻，当穿过对侧骨皮质时，同样向上拉紧皮肤，以手指压迫针眼处周围皮肤，穿出钢针，使两侧钢针相等，酒精纱布或碘伏纱布覆盖针孔，安装牵引弓，进行牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：牵引重量为 3～5kg；

2.跟骨牵引成人最好用骨圆针，骨圆针较克氏针稳妥，不易拉豁骨质；

3.针眼必须经常消毒，防止感染；

4.要根据 X 线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（六）尺桡骨远端牵引

【适应症】

适用于开放性或皮肤条件差的前臂骨折及肘部损伤或疾病。

【禁忌症】

1.尺桡骨远端有炎症或开放创伤污染严重者。

2.尺桡骨远端骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.尺桡骨远端需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

患者仰卧位，屈肘 90 度，前臂垂直，远端朝上。

2.定位

桡骨茎突上 1.5～2 厘米处与桡骨前后中点相交处，龙胆紫标记。

3.消毒铺巾

常规消毒（方法同上），铺巾（先在尺桡骨远端下面铺 1 块无菌巾，其他 3 块在上面和左右，露出 2 个进针点，铺洞巾）。

4.麻醉

局部浸润麻醉。

5.安装牵引弓

在上臂部加一布带向下作对抗牵引。将克氏针自外向内刺入直达骨骼，然后转动手摇钻，将克氏针垂直钻入并穿出对侧皮肤，使外露克氏针两侧相等，以酒精纱布覆盖针眼处，安装

牵引弓进行牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：牵引重量为 2～4kg；

2.针眼必须经常消毒，防止感染；

3.要根据 X 线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（七）掌骨牵引

【适应症】

1.开放性或皮肤条件差的前臂骨折及肘部损伤或疾病；

2.桡骨下端骨折；

3.腕关节疾病。

【禁忌症】

1.2-4 掌骨干有炎症或开放创伤污染严重者。

2.2-4 掌骨干骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.2-4 掌骨干需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

患者仰卧位，屈肘 90 度，前臂垂直，远端朝上。

2.定位

横贯 2-3 或 2-4 掌骨干中下 1/3，龙胆紫标记。

3.消毒铺巾

常规消毒（方法同上），铺巾（先在手背下面铺 1 块无菌巾，其他 3 块在掌上和左右，露出 2 个进针点，铺洞巾）。

4.麻醉

局部浸润麻醉。

5.安装牵引弓

在上臂部加一布带向下作对抗牵引。将克氏针自外向内垂直钻入直达骨骼，然后转动手摇钻，将克氏针横贯 2-3 或 2-4 掌骨，穿出对侧皮肤，使外露克氏针两侧相等，以酒精纱布覆盖针眼处，安装牵引弓进行牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：牵引重量为 2～4kg；

2.针眼必须经常消毒，防止感染；

3.对于骨折要根据 X 线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（八）拇指指骨牵引

【适应症】

1.第一掌、指骨不稳定骨折；

2.第一掌骨基底部骨折脱位。

【禁忌症】

1.拇指指骨有炎症或开放创伤污染严重者。

2.拇指指骨骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.拇指指骨需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

各手指置于对掌功能位。

2.定位

指甲根部横线与末节指骨侧方前后中线相交处。

3.安装牵引弓

将克氏针自外向内垂直钻入直达骨骼，然后转动手摇钻，将克氏针横贯拇指指骨，穿出对侧皮肤，使外露克氏针两侧相等，以酒精纱布覆盖针眼处。用管型石膏将腕，指关节固定于功能位，然后用一“u”型铁架的两脚固定于拇指石膏的两侧，以橡皮圈连接牵引弓及u型架顶端凹陷处进行牵引。

【注意事项】

1.牵引重量：利用橡皮圈维持牵引力；

2.针眼必须经常消毒，防止感染；

3.对于骨折要根据X线片复查结果调整重量，骨折有重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（九）2-4掌指骨牵引

【适应症】

适用于第2-4掌指骨不稳定骨折。

【禁忌症】

1.2-4掌指骨有炎症或开放创伤污染严重者。

2.2-4掌指骨骨骼有病变及严重骨质疏松者。

3.2-4掌指骨需要切开复位者。

【操作方法】

1.体位

依骨折部及类型而定。

2.定位

指甲根部横线与末节指骨侧方前后中线相交处。

3.安装牵引弓

将克氏针自外向内垂直钻入直达骨骼，然后转动手摇钻，将克氏针横贯指骨，穿出对侧皮肤，使外露克氏针两侧相等，以酒精纱布覆盖针眼处。管型石膏固定腕关节于功能位，t板及铁丝钩置于石膏掌侧，石膏凝固后，将板弯成适当形状，伤指置于板上，然后用橡皮圈连接牵引弓及铁丝钩进行牵引，为了减少摩察力，可在皮圈与石膏之间放一鐸木。

【注意事项】

1.牵引重量：利用橡皮圈维持牵引力；

2.牵引装置安置完毕后将牵引针两端多余部分剪去，并套上小瓶，以防止针尖的损害；

3.注意牵引针两侧有无阻挡，如有阻挡应及时调整，以免减低牵引力；

4.经常检查针眼处有无感染，为防止感染，隔日向针孔处滴75％酒精2～3滴。如感染明显又无法控制，应将其拔出，并根据病情采用他法；

5.注意牵引针有无滑动或将皮肤拉豁。此种情况多见于克氏针，应及时调整牵引弓或重新更换；

6.注意肢体有无压迫性溃疡；

7.鼓励患者及时练习肌肉运动和指（趾）功能锻炼；

8.每天测量肢体长度与健侧比较。在牵引最初数日，应及时进行X线透视或摄片，以便及时了解骨折对位情况，如对位不良，应相应调节牵引方向或重量。牵引重量应一次加到适当最大量，以矫正骨折重叠移位。如系关节挛缩可逐渐增加重量，但应注意肢体运动情况及有无血液循环障碍。

三、布托牵引

系用厚布或皮革按局部体形制成各种兜托，托住患部，再用牵引绳通过滑轮连接兜托和重量进行牵引。常用的有以下几种：

（一）颌枕带牵引

【适应症】

1.无截瘫的颈椎骨折脱位；

2.颈椎间盘突出症及颈椎病等。

【禁忌症】

主要包括颈椎结构完整性受损害时，如：发生于颈椎及其邻近组织的肿瘤、结核等疾病；颈椎邻近有血管损害性疾病；颈椎活动有禁忌的疾病，如：颈椎严重的失稳，颈椎椎体骨折；颈脊髓压迫症及脊髓型颈椎病；有尖锐的骨刺且其尖端指向椎动脉及脊髓者应禁用颈椎牵引；颈椎突出的椎间盘破碎；牵引治疗后症状（特别是疼痛症状）易加重的疾病，如：颈部肌肉急性拉伤、扭伤、急性炎症等；严重的骨质疏松；严重的心、肺、肝、肾和脑部疾患者；有高血压、低血压、久病体虚、孕妇、严重神经官能症患者，以及有明显骨质疏松者应慎用颈椎牵引；椎体间有骨桥形成者亦最好不宜使用。

【操作方法】

目前使用的颌枕带一般为工厂加工成品，分为大、中、小号。也可自制，用两条布带按适当角度缝在一起，长端托住下颌，短端牵引枕后，两带之间再以横带固定，以防牵引带滑脱，布带两端以金属横梁撑开提起，并系牵引绳通过滑轮连接重量砝码，进行牵引。

【注意事项】

牵引重量为3～5kg。牵引重量不宜过大，否则影响张口进食，压迫产生溃疡，甚至滑脱至下颌部压迫颈部血管及气管，引起缺血窒息。

（二）骨盆悬吊牵引

【适应症】

1.耻骨联合分离；

2.骨盆环骨折分离；

3.髂骨翼骨折向外移位；

4.骶髂关节分离等。

【禁忌症】

孕妇禁用、有出血性倾向、恶性肿瘤、严重高血压、皮肤损伤患者慎用。

【操作方法】

布兜以长方形厚布制成，其两端各穿一木棍。患者仰卧位，用布兜托住骨盆，以牵引绳分别系住横棍之两端，通过滑轮进行牵引。

【注意事项】

以能使臀部稍离开床面即可。一侧牵引重量为3～5kg。

（三）骨盆牵引带牵引

【适应症】

1.腰椎间盘突出症；

2.腰椎间孔狭窄引起的神经根受压；

3.腰椎小关节紊乱症。

【禁忌症】

孕妇禁用、腰椎不稳、脊髓疾病、腰椎结核、肿瘤、有马尾神经综合征表现的腰椎管狭窄症、椎弓断裂、重度骨质疏松、牵引区骨折、有出血性倾向、恶性肿瘤、严重高血压、皮肤损伤患者慎用。

【操作方法】

用两条牵引带，一条骨盆带固定骨盆，一条固定胸部，并系缚在床头上，再以两根牵引绳分别系于骨盆牵引带两侧扣眼，通过床尾滑轮进行牵引。也可以将两侧的牵引带连接到电动牵引床进行牵引。

【注意事项】

1.一侧牵引重量为5～15kg；

2.牵引重量不宜过大，牵引后症状加重可能是牵引过大；

3.牵引后反而出现神经根症状加重者，不能再进行牵引；

4.小关节紊乱者，牵引次数不能太长，症状缓解后不需再牵引；

5.腰椎不稳者禁忌牵引。

（四）悬吊过伸牵引法

【适应症】

适应于屈曲型压缩骨折，其中柱完整，属于稳定性损伤，但可有一定程度的脊椎畸形，以后有可能引起慢性腰背痛。

【禁忌症】

脊髓疾病、腰椎结核、肿瘤、有马尾神经综合征表现的腰椎管狭窄症、椎弓断裂、重度骨质疏松、严重高血压、心脏病、出血倾向等。

【操作方法】

1.麻醉

复位前1小时服用适量的镇静剂与镇痛剂（吗啡等药），必要时可在骨折周围组织（棘突，椎板周围的肌肉组织）内注射0.5%Procaine浸润麻醉，以减轻患者疼痛，以及减轻肌肉痉挛。

2.牵引

患者俯卧床上，以吊带向上牵引两下肢，至腹部离开床面为止，必要时术者可在背部骨折处轻轻加压，加重其过伸体位，使骨折复位。

【注意事项】

1.经X线摄片证实已复位以后，即可改为仰卧位，但需保持过伸；

2.腰椎压缩骨折不稳定患者禁止牵引；

3.牵引时间不宜过长，要及时拍片复查。

第八章 练功康复技术

练功康复技术（疗法）又称功能锻炼，古称导引，是指通过肢体运动的方法来防治伤病，增进健康的一种疗法。传统的练功在肢体运动的同时还强调调神与调息，运用肢体运动与意、气结合的方法来防治皮肉、筋骨、气血、脏腑、经络的伤病，达到健康长寿的目的。数千年来一直为历代医家所应用，是中医伤骨科有效的传统疗法之一。

一、练功疗法的分类、作用和注意事项

练功要在医务人员的指导下进行。医务人员应根据患者的体质和伤病的性质、程度、部位及骨折整复后的稳定情况制定练功计划，并定期随访，观察患者的病情变化，了解患者的功能恢复情况，了解患者在练功过程中有无偏差，及时调整内容与运动量。一般情况下，体质较差者或肢体有伤的患者应在医务人员的指导下，先根据伤病或体质的具体情况，选择合适的局部练功方法，以增加体力或尽快地恢复肢体功能。然后，在全身情况许可的情况下，选择适当的全身练功的锻炼功法，以进一步增强体力，预防疾病的发生，达到强身健体，益寿延年的目的。

指导患者了解练功目的是为了充分发挥患者练功的主观能动性，坚定其练功的信心与耐心。正确掌握动作要领可使患者在练功时克服畏痛、焦虑等各种杂念，专心致志用意识指导练功动作，在肢体运动的同时亦达到调心宁神的目的，是使患者自觉坚持练功，达到防治疾病的关键之一。

练功活动应以主动练功为主，被动练功为辅，在练功过程中必须循序渐进。运动量由少到多，逐渐加大，动作由简到繁。练功时不应引起疼痛，即使引起轻微的疼痛，练功结束后疼痛应随即减轻或消失。如果练功后疼痛不减或局部肿胀，应及时检查，调整练功方法，及时调整或减少练功的运动辐度与运动量，以免加重损伤，延缓恢复。

在练功活动中，在肢体运动的同时，可指导患者同时进行调息与调心，从而提高练功的保健治疗作用。调息即指在肢体运动时配合呼吸，不同的功法有不同的调息要求。在一般情况下，局部锻炼可采用肢体开、伸、起动作时作吸气运动；合、屈、落动作时作呼气运动。调心亦叫调神，指在练功时，患者应排除各种杂念以入静。除运动部位外，其他部位尽可能放松，做到用意识引导动作。练功同时配合调息与调神，有调动和培养自身的生理潜能，达到提高免疫能力、调和脏腑功能、益寿延年的作用。

练功次数以每日 2～3 次为宜，局部锻炼每次约 15～30 分钟，全身锻炼每次为 30～60 分钟，以不感到疲劳为宜。练功时思想要集中，动作正确、缓慢，不宜在疲劳、食后与饥饿时练功。骨折后期的练功，可配合热敷、熏洗、擦外用药水、药酒、药汕及按摩、理疗等方法。练功应选择空气新鲜的地点，室内、外均可，要注意四时的气候，注意保暖，特别应注意避免风寒等外邪的侵袭，预防其他兼证。

二、全身各部位练功方法

（一）颈项功（每个动作重复 12～36 次）

1.与项争力

（1）预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽（或取坐位），两手叉腰。

（2）动作要领：①抬头望天；②还原；③低头看地；④还原。上身腰部不动，抬头时吸气，低头时呼气，呼吸自然并逐渐加深。（见图 1）

（3）作用：增强颈项部肌肉的力量，可辅助治疗颈部扭伤、颈部劳损、颈椎肥大和颈椎综合征引起的颈、项背肌肉酸痛，防止颈椎伸屈功能障碍。如能配合热敷，则效果更好。

2.往后观瞧

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①头颈向右后转，眼看右后方；②还原；③头颈向左后转，眼看左后方；④还原。（见图 2）

（3）作用：同上势。可与上势配合锻炼，是颈部常用的功能疗法，可防止颈椎旋转障碍。

3.颈项侧弯

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①头颈向左侧弯；②还原；③头颈向右侧弯；④还原。（见图 3）

（3）作用：同上势。可与上势配合锻炼。本法可防治侧屈功能障碍。

4.往后观瞧

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①头颈前伸并侧转，向右前下方，眼看前下方似向海底窥探一样；②还原；③头颈前伸并侧转向左前下方，眼看前下方；④还原。转动时吸气，还原时呼气（见图 4）

（3）作用：同上势。

5.回头望月

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①头颈向右后上方尽力转，眼看右后上方，似向天空望月亮一样；②还原；③头颈向左后上方尽力转，眼看左后上方；④还原。转动时吸气，还原时呼气。头颈转动时不必向前伸出。（见图 5）

（3）作用：同上势。本法动作速度要慢，特别是年龄较大，又有头眩感觉者。本法可与扳项手法配合应用。

6.颈椎环转

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：头颈向左右环绕一周。（见图 6）

（3）作用：同上势。本势必须在上述三势轻松完成的基础上进行。应用于急、慢性颈部伤筋。颈部骨折、脱位及脊髓型、椎动脉型颈椎病禁用。

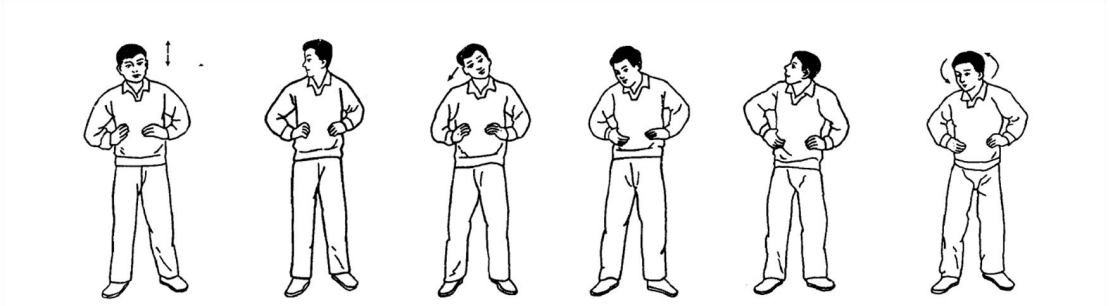


图1　图2　图3　图4　图5　图6

（二）肩臂功（每个动作重复 12～36 次）

1.上提下按

（1）预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽，两臂下垂。

（2）动作要领：①屈肘上提，两掌与前臂上颌骨，提到胸前与肩平，掌心向下；②两掌用力下按，至两臂伸直为度。上提时肩部用力，下按时手掌用力，肩部尽量放松。动作宜慢，呼吸均匀自然。（见图 7）

（3）作用：增强肩关节活动能力，对肩部风湿、外伤引起的粘连、疼痛有防治作用。

2.左右开弓

（1）预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽，两掌放目前，掌心向外，手指稍屈，肘斜

向前。（见图 8①）

（2）动作要领：①两掌同时向左右分开，手掌渐握成虚拳，两前臂逐渐与地面垂直，胸部尽量向前挺出；（见图 8②）②两掌仍屈肘，两掌放开，掌心向外，恢复预备姿势。拉开时二臂平行伸开，不宜下垂，肩部稍用力，动作应缓慢，逐渐向后拉，使胸挺出。

（3）作用：发展肩部肌肉力量，恢复肩关节外旋活动正常功能，因肩关节粘连而影响“梳头”等外旋动作时适用。

3.按胸摇肩

（1）预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽，两肘屈曲，右手压在左手上，掌心向里，放在胸部。

（2）动作要领：①两手相叠自左向右轻按胸部及上腹部、小腹部，上下左右回旋；②两手相叠，自右向左轻按胸部及上腹部、小腹部，上下左右回旋，眼睛向上看。每一呼气或吸气，两手轻轻按摩回旋一周。上身挺直，两手不宜用力。（见图 9）作完上述动作后，可改为不按胸，两手握拳，肘关节屈曲，预备姿势同“左右开弓”，随后自前向后摇肩关节一周，过去称为小摇肩。

（3）作用：同上势，可作为练习“轮转辘轳”的前阶段。

4.双手托天

（1）预备姿势：两脚开立，两掌平屈，两手放在腹部，手指交叉，掌心向上。（见图 10①）

（2）动作要领：①反掌上举，掌心向上，同时抬头眼看手掌；（见图 10②）②还原。初起可由健肢用力帮助患臂身上举起，高度逐渐增加，以患者不太疼痛为度。并通过爬墙及拉滑车等辅助锻炼来帮助患肢上举。

（3）作用：对恢复肩关节的功能，辅助治疗某些肩部陈伤酸痛有效，如手臂因劳损及风湿而不能前屈上举等。初练时适当掌握高度，不要勉强上举，避免剧痛而产生顾虑，可先练本势，等前屈上举好转后，改练双手举鼎动作。

5.双手举鼎

（1）预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽，两前臂屈肘上举，两手虚握拳，平放胸前，高与肩平。（见图 11①）

（2）动作要领：①两手松开，掌心向上，两手如托重物，两臂向上直举，眼随两掌上举而向上看，两掌举过头顶，腕部用力；（见图 11②）②两手逐渐下降，恢复预备姿势。上举时吸气，下降时掌渐握成虚拳，手指用力，如拉单杠引体向上。

（3）作用：锻炼肩部上举、下降的肌肉，对肩部、颈部软组织劳损酸痛，某些肩部慢性关节炎，或因手臂外伤及劳损、风湿而引起的不能上举，通过锻炼有助于恢复上举功能。对严重的肩关节粘连，可先练“双手托天”势。在初练时不要勉强上举，经过锻炼再逐渐举直。

6.弯肱拨刀

（1）预备姿势：两脚开立，两臂下垂。

（2）动作要领：①右臂屈肘向上提起，掌心向前，提过头顶，然后向右下落，抱住颈项；左臂同时屈肘，掌心向后，自背后上提，手背贴于腰后；（见图 12）②右掌自头顶由前下垂，右臂垂直后再屈肘，掌心向后，自背后上提于后腰部。左掌同时自背后下垂，左臂垂直后再屈肘，由身前向上提起，掌心向前，提过头顶，然后向左下落，抱住颈项。右臂上托时吸气，左臂上托时呼气，头随手背上托过顶时仰头向上看，足跟微提起。

（3）作用：锻炼肩关节的上举及内旋活动，同时对脊柱姿势不良所致的腰与骶尾部酸痛有辅助治疗作用。

7.单臂摘果

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①右臂屈肘向上提起，掌心向外，提过头顶，右掌横于顶上，掌心向上；左臂同时屈肘，掌心向后，自背后上提于后腰部；（见图 13）②右掌自头顶由前下垂，右臂垂直后再屈肘，掌心向后，自背后上提于后腰部。左掌同时自背后下垂，左臂垂直后再屈肘，由身前向上提起，掌心向外，提过头顶，左掌横于顶上，掌心向上。右臂上托时吸气，左臂上托时呼气，头随手背上托过顶时仰头向上看，足跟微提起。

（3）作用：同上势。

8.轮转辘轳

（1）预备姿势：左手叉腰，右手下垂。

（2）动作要领：①右臂屈自下向前，向上，再向后摇一圈；（见图 14）②右臂自下向后，向上，再向前摇一圈；③、④左臂动作与右臂动作相同，用力要轻柔，臂部应放松。本势在早期可稍弯腰进行锻炼，可做“前后摆动”“弯腰划圈”。

（3）作用：可防治骨折、关节脱位以及各种扭伤后遗症的关节强直及肩周炎的关节粘连。为预防健侧发病，健侧应同时进行锻炼。

9.背手抬拉

（1）预备姿势：两脚开立，双手向后反背，健侧之手握住患手。

（2）动作要领：用健手牵拉患肢腕部，渐渐向上抬拉，或用棍棒及手上拉，或用毛巾做擦澡动作，反复进行。（见图 15）

（2）作用：恢复肩关节的后伸功能。

10.屈肘挎篮

（1）预备姿势：两脚开立，两手下垂。

（2）动作要领：①右手握拳，前臂向上，渐渐弯曲肘部；（见图 16）②渐渐伸直还原；③左手握拳，渐渐弯曲肘部；④渐渐伸直还原。

（3）作用：增强上臂肌力，有助于恢复肘关节伸屈功能，适用于治疗肘部骨折及脱位的后遗症。

11.旋肘拗腕

1（1）预备姿势：两脚开立，左手叉腰，右上肢屈肘上举。（见图 17）

1（2）动作要领：①右手握拳，做前臂旋前动作；②随后渐渐旋后，上臂尽量不动；③还原；④改右手叉腰，左手作同样动作。

1（3）作用：同上势紧密配合，可增强上臂及前臂肌力，恢复关节伸屈功能及前臂旋转功能。

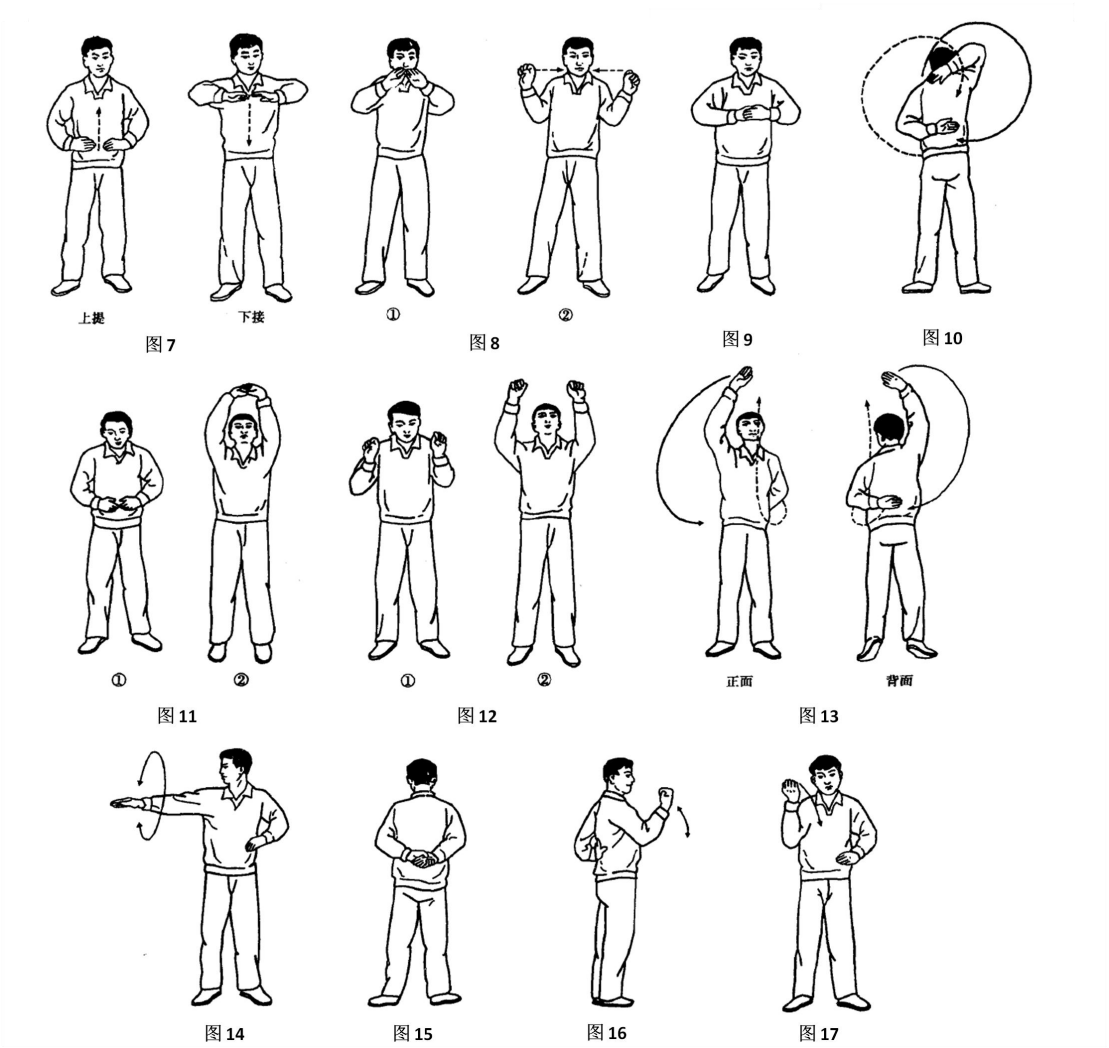


图7　图8　图9　图10

图11　图12　图13

图14　图15　图16　图17

（三）腕部功（每个动作重复 12～36 次）

1. 抓空增力

（1）预备姿势：腕部功重点在锻炼腕部立位与坐位均可，两手臂向前平举。

（2）动作要领：将手指尽量伸展张开，然后用力屈曲握拳，左右交替进行。（见图 18）

（3）作用：能促进前臂与手腕的血液循环，消除前臂远端的肿胀，并有助于恢复掌指关节的功能和解除掌指关节风湿麻木等症状。上肢骨折锻炼早期都从此势开始。

2. 拧拳反掌

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：两臂向前平举时，掌心向上，逐渐向前内侧旋转，使掌心向下变握拳，握拳过程要有“拧”劲，如同拧毛巾一样（故称拧拳），还原变掌，反复进行。（见图 19）

（3）作用：能帮助恢复前臂的旋转功能。

3. 上翘下钩

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：将两手掌翘起呈立掌的姿势，随后逐渐下垂成钩手，动作要缓慢而有力。（见图 20）

（3）作用：能帮助恢复腕关节背伸、掌屈的功能。

4. 青龙摆尾

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：两前臂平等，掌心朝下，两手向外徐徐摆，做外展内收动作。（见图

21）

（3）作用：本法同上述各势配合，是锻炼腕关节内收、外展功能的方法。



图 18





图 19



图 20



图 21

（四）腰背功（每个动作重复 12～36 次）

1.按摩腰眼

（1）预备姿势：坐位立位均可，两手掌对搓发热以后，紧按腰部。

（2）动作要领：用力向下推摩到尾骶部，然后再向上推回到背部。（见图 22）

（3）作用：本法具有自我按摩的作用，可放松腰部肌肉，久练可防治各种腰痛，增强肾脏功能。

2.风摆荷叶

（1）预备姿势：两脚开立比肩稍宽，两手叉腰，拇指在前。

（2）动作要领：①腰部自左向前、右、后作回旋动作；（见图 23）②再改为腰部自右向前、左、后回旋，两腿始终伸直，膝部勿屈，两手轻托护腰部，回旋的圈子可逐渐增大。

（3）作用：疏通气血，防治腰部各种原因引起的腰功能活动受限。

3.转腰推碑

（1）预备姿势：两脚开立比肩稍宽，两臂下垂。

（2）动作要领：①向左转体，右手呈立掌向正前方推出，手臂伸直与肩平，左手握拳抽至腰际抱肘，眼看左后方；②向右转体，左手呈立掌向正前方推出，右手握拳抽至腰际抱肘，眼看右后方。推掌的动作要缓慢，手腕稍用力，臂部不要僵硬，转体时头颈与腰部同时转动，两腿不动，推掌与握拳抽回腰间的两臂速度应该一致。（见图 24）

（3）作用：以锻炼颈椎、腰椎的旋转活动为主。能防治颈椎病、腰椎肥大、劳损等引起的颈、腰部酸痛。

4.弓步插掌（反转手）

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①右手伸向前方，右掌向右搂回腰际抱肘，左掌向正右方伸出（如用力插物状）。身体向右转，成右弓步；（见图 25）②左掌向左方平行搂回腰际抱肘，右掌向正左方伸出，身体向左转，成左弓步。眼看插出之手掌，手向外插出的动作可稍快。

（3）作用：同上势配合可防治四肢筋络挛缩、麻木，辅助治疗肩、腰、腿部损伤酸痛。

5.双手攀足

（1）预备姿势：两脚开立，两手置腹前，掌心向下。

（2）动作要领：①腰向前弯，手掌下按着地；（见图 26）②还原。两腿要伸直，膝关节勿屈曲。

（3）作用：增强腰腹部肌肉力量，能防治腰部酸痛及腰部前屈功能障碍。

6.前俯分掌

（1）预备姿势：两脚开立，两臂下垂，两手交叉。如左腰与左肩有病，左手交叉在前；右侧伤痛，右手交叉在前。（见图 27①）

（2）动作要领：①体向前俯，眼看双手，两手交叉举至头顶上端，身体挺直；（见图27②）②两臂上举后向两侧分开，恢复预备姿势。上举时如向上攀物状，尽量使两侧分开时掌心向下成弧线。

（3）作用：本势是肩关节的环转与腰脊柱的屈伸运动。不仅使肩部的肌肉交替收缩，而且还可使腹背肌肉得到锻炼，能消除肩部活动障碍，防治腰背酸痛。肩背筋络挛缩、麻木等，是使全身得到锻炼的方法之一。

7.拧腰后举

（1）预备姿势：两脚开立比肩稍宽，两手下垂。

（2）动作要领：①上身下俯，两膝稍屈，右手向右上方撩起，头随之向右上转，眼看右手，左手虚按右膝；（见图28①）②上身仍下俯，两膝仍稍屈，左手向左上方撩起，头随之向左上转，看左手，右手下放虚按左膝。（见图28②）头部左或右转时吸气，转回正面时呼气，转动时不要用力，手臂撩起时动作要慢，手按膝不要用力。

（3）作用：能增强腰背肩臂肌肉，治腰部酸痛，且具有固肾以及舒展全身筋脉等作用。

8.云手转体

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①左手抱肘，右手呈立掌向左方推出，左脚尖向正左转，右脚不动，上体随右掌推出向左转；左拳变掌，向左伸出，两手先向上，再由迪康药业下降，伸至前下方后，仍回左方；②右掌收回腰际抱肘，左拳改立掌。上体回向正左方；（见图29）③右掌收回腰际抱肘，左拳改立掌向右方推出，右脚尖向正右转，左脚不动，上体随左掌推出向右转；④右拳变掌，向右伸出，两手先向上，再由左方下降，伸至前下方后仍回右方，右手仍收回抱肘，左手仍立掌。上体随两掌向上时后仰，向左时左倾，向前时下弯，向右时右倾，两腿直立，膝部勿屈。

（3）作用：可以活动周身，使各部位的大小关节血脉皆畅通无阻。本法活动幅度及运动量皆较大，可在上述各法锻炼的基础上再选练。

9.俯卧背伸

（1）预备姿势：患者俯卧，头转向一侧。

（2）动作要领：①两腿交替向后做过伸动作；②两腿同进做过伸动作；③两腿不动，上身躯体向后背伸；④上身与两腿同时背伸。还原，自然呼吸。（见图30）

（3）作用：本势是卧位腰背功锻炼的最基本动作。对胸腰椎骨折、腰椎间盘突出症、腰肌劳损病人的腰痛后遗症的防治有着重要作用，最好在伤后早期就开始锻炼。

10.仰卧架桥

（1）预备姿势：患者仰卧，以两手叉腰作支撑点，两腿半屈膝成90°，脚掌贴在床上。

（2）动作要领：挺起躯干时，以头后枕部及两肘支持上半身，两脚支持下半身，成半拱桥形，当挺起躯干架桥时，膝部稍向两边分开，（见图31）速度要缓慢，初起做4～6次即可。

（3）作用：配合上势能加强腰、背及腹部肌肉力量的锻炼，有助于解除损伤、劳损、风湿所致的腰背痛。

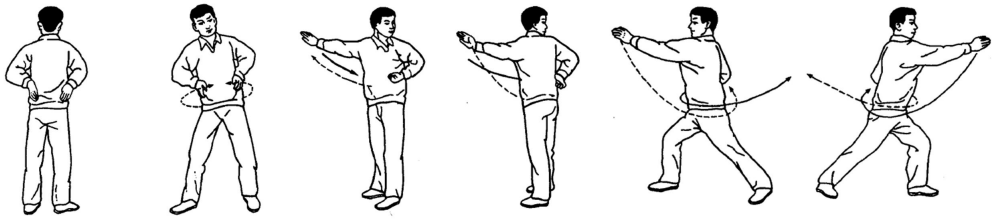


图 22　　图 23　　图 24　　图 25

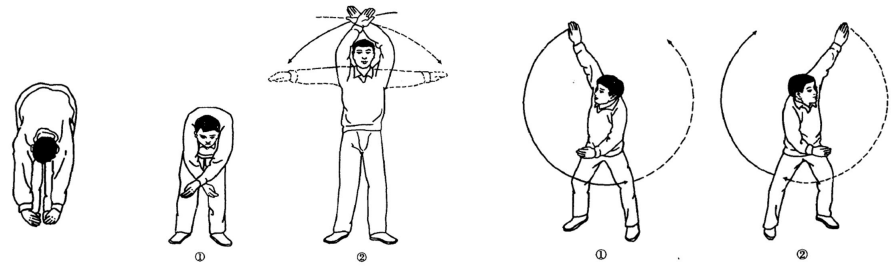


图 26　　图 27　　图 28

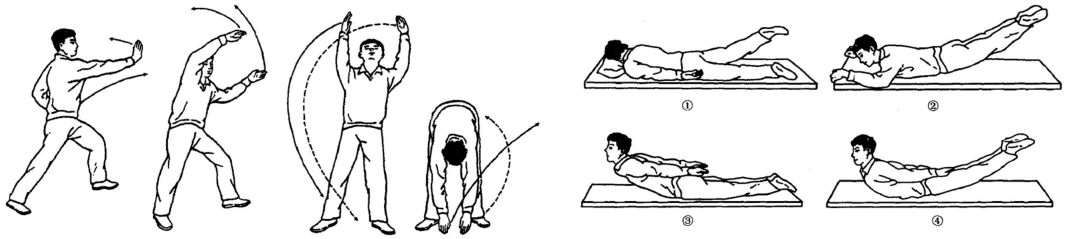


图 29　　图 30

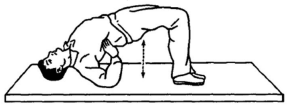


图 31

（五）腿功（每个动作重复 12～36 次）

1. 左右下伏

（1）预备姿势：两脚开立比肩稍宽，两手叉腰。四指在前，两肘撑开。

（2）动作要领：①右腿屈曲下弯，左腿伸直；（见图 32）②还原；③左腿屈曲下弯，右腿伸直；④还原。上体伸直，两眼平视前方，初练时膝部不必过分下弯。

（3）作用：增强腰部、髋部、腿部的肌力以及韧带力量，并能辅助治疗髋关节及股内收肌的劳损酸痛、麻木和萎缩。可防治老年人腿部功能衰退。

2. 半蹲转膝

（1）预备姿势：两脚立正，脚跟并拢，两膝并紧，身向前俯，两膝微屈，两手按于膝上，眼看前下方。（见图 33）

（2）动作要领：①两膝自左向后、右、前作回旋动作；②自右向后、左、前回旋。每呼吸一次，膝部回旋一周。

（3）作用：一般膝部损伤，骨折去除固定后及膝关节劳损，都可选练此势，有恢复膝关节功能，防治膝部酸痛、行走无力的作用。

3. 屈膝下蹲

（1）预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽，两手抱肘。

（2）动作要领：①脚尖着地，脚跟轻提，随后两腿下蹲，尽可能臀部下触脚跟，两手放开成掌，两臂伸直平举；②两腿立起，恢复预备姿势，下蹲程度根据自己的情况，不应勉强。两臂不需用力，必要时可扶信桌椅进行。（见图 34）

（3）作用：增强大腿伸肌和臀部肌肉的肌力。能防治髋、膝关节劳损，对治疗腰、髋、腿、膝疼痛、酸软无力及恢复髋、膝、踝的伸屈功能有效。

4.四面摆踢

（1）预备姿势：两脚并立，两手叉腰，拇指在后。

（2）动作要领：①右小腿向后提起，大腿保持原位，然后右脚向前踢出，足部尽量跖屈；（见图 35①）②右腿还原再后踢，以脚跟触及臀部为度；（见图 35②）③右下肢抬起屈膝，右脚向里横踢，似踢毽子一样；（见图 35③）④右下肢抬起屈膝，右肢向外踢。（见图 35④）左下肢作相同动作。

（3）作用：全面增加大腿、小腿的肌力。常练本势可健腿力，强腰膝。防治下肢关节和肌肉挛缩麻木、筋骨酸痛。可防治老年人腿力衰退。

5.虚实换步

（1）预备姿势：立正，两手叉腰。

（2）动作要领：①左脚前进一步，脚跟先落地；②右肢再前进一步，重心移向右脚，左脚脚跟提起；③右脚后退一步，脚尖落地，重心移向右腿脚跟，左脚脚尖提起，脚跟着地；④左脚脚尖落地，右脚前进上步，左脚再前进一步，脚尖落地；⑤左脚后退一步，脚尖落地，重心移向左脚，右脚提起。（见图 36）脚尖脚跟提出时都必须尽可能向上，使小腿肌、跟腱绷紧。

（3）作用：锻炼踝关节伸屈及小腿肌力，对踝关节软组织损伤及小腿骨折、扭伤后遗症的治疗很有帮助，以恢复行走功能，促使行步有力。

6.仰卧举腿

（1）预备姿势：仰卧位，腿伸直，两手自然放置体侧。

（2）动作要领：作直腿抬举动作。抬举开始时 45°，以后锻炼角度可逐渐增大于 70°以上，后期还可在踝关节绑砂袋增加重量（见图 37）。下肢骨折患者前期可先练收缩股四头肌，作为准备阶段，随后逐渐锻炼举腿。

（3）作用：增强下肢伸肌，防治股四头肌萎缩，有助于恢复行走功能，是下肢骨折后及腰部疾患引起下肢肌肉萎缩的主要锻炼方法。

7.蹬空增力

（1）预备姿势：同上势。

（2）动作要领：①屈膝，髋的同时踝关节极度背屈；②向斜上方进行蹬足，并使足趾尽量前屈如抓东西状。（见图 38）

（3）作用：使腿部的血液循环畅通，防止下肢肌肉萎缩，有利于消除踝关节因损伤所致的肿胀及改善髋、膝、踝关节伸屈功能。

8.侧卧外摆

（1）预备姿势：侧卧位，下肢伸直。

（2）动作要领：①做下肢外展动作；②还原。通过一个阶段的锻炼可做到扇形向个摆动而达到腿外展的位置。（见图 39）

（3）作用：增强大腿外展肌力量，防止外展肌的萎缩，可与上两势配合进行。

9.搓滚舒筋

（1）预备姿势：坐于凳上，患足踏在竹管或圆棒上。

（2）动作要领：膝关节前后伸屈滚动竹管。（见图 40）

（3）作用：恢复膝、踝关节骨折损伤后的伸屈功能。

10.蹬车活动

（1）预备姿势：坐在特制的练功车上。

（2）动作要领：作蹬车活动，模拟踏自行车。（见图 41）

（3）作用：使下肢肌肉及膝、踝关节得到锻炼。



图 32



图 33



图 34



①



②



③



④

图 35



图 36

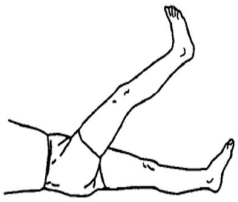


图 37

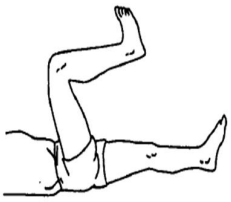


图 38

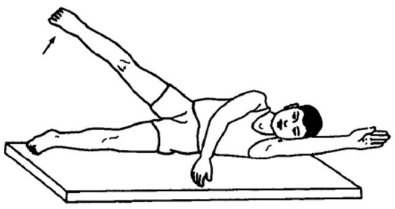


图 39



图 40



图 41

参考文献

[1] 北京中医药大学东直门医院.刘寿山正骨经验[M].北京:人民卫生出版社，2009.
[2] 曹仁发.中医推拿学[M].第二版.北京:人民卫生出版社，2007.
[3] 曹锡珍.中医按摩疗法[M].北京:人民体育出版社.1979.
[4] 董福慧，朱云龙.中医正骨学[M].第二版.北京:人民卫生出版社，2000.
[5] 樊粤光.中医骨伤科学[M].北京:高等教育出版社，2008.
[6] 冯天有.中西医结合治疗软组织损伤[M].北京:人民卫生出版社，1977.
[7] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社，1994.
[8] 王和鸣.中医骨伤科学[M].第二版.北京:中国中医药出版社，2007.
[9] 中华医学会.临床诊疗指南·骨科分册[M].北京:人民卫生出版社，2009.
[10] 施杞，王和鸣.骨伤科学[M].北京:人民军医出版社，2001.
[11] 王亦璁.骨与关节损伤[M].第四版.北京:人民卫生出版社.2007.
[12] 佛山市中医院骨科.骨折与脱位的治疗[M].广州:广东科技出版社，1981.
[13] 孙树椿，孙之镐.临床骨伤科学[M].北京:人民卫生出版社，2006.
[14] 郭维淮.洛阳平乐正骨[M].北京:人民卫生出版社，2008.
[15] 尚天裕.中国接骨学[M].天津:天津科学技术出版社，1995.
[16] 钟广玲，陈志维.陈渭良骨伤科临证精要[M].北京:北京科学技术出版社，2002.
[17] 王和鸣.中医伤科学[M].北京:中国中医药出版社，2002.
[18] 刘国平.实用骨科外固定学[M].科学出版社 2000.
[19] 孟和.中西医结合骨科外固定治疗学[M].人民卫生出版社 2005.
[20] 施杞.中医骨伤科学[M].北京:中国中医药出版社，2005.
[21] 赵文海，庄洪，种清治，等.骨与关节损伤临床研究[M].北京:北京科学技术出版社，2006.
[22] 石印玉.中西医结合骨伤科学[M].北京:中国中医药出版社，2007.
[23] 刘柏龄.中医骨伤科学[M].北京：人民卫生出版社，2006.
[24] 赵文海，詹红生.中医骨伤科学[M].上海：上海科学技术出版社，2010.

第九篇　肛肠类技术

第一章 挂线技术

挂线技术是利用药线、橡皮筋等材料，选择性缚于瘘道，引流或缓慢切割治疗肛漏及肛痈等，尤其对高位肛漏的治疗，对括约肌损伤小，较好地维护了肛门功能。

一、常用器具

1.橡皮筋

2.丝线

7 号或 10 号非吸收性外科缝线。

3.探针

球头银质或铜质探针。

4.肛门镜

二、基本操作方法

（一）引流挂线技术

1.　适应证

肛瘘、肛周脓肿引流。

2.术前准备

术前备皮、灌肠清洁直肠下段。

3.体位

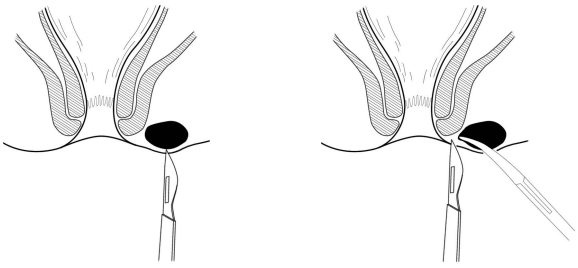
侧卧位或截石位。

4.麻醉方式

腰俞穴麻醉。

5.手术步骤

（1）肛周脓肿引流挂线（见图 1）：于脓肿波动明显处或根据腔内超声引导下切开引流出脓液后，用手指分离脓腔内间隔，对于波及多个间隙的脓肿采用引流挂线。用弯血管钳自切口处探入脓腔，以利于引流和避免损伤括约肌为原则，于肛旁做一个或多个切口，分别引入橡皮筋或多股丝线形成环状，保持引流物呈松弛状态。对于内口明确的脓肿可用探针探入通过脓腔，自内口穿出引入橡皮筋或丝线，用于标记或二期切开。术后每日冲洗换药，至红肿疼痛消退，无明显脓水时，拆除引流物，垫棉法包扎，至脓腔闭合。



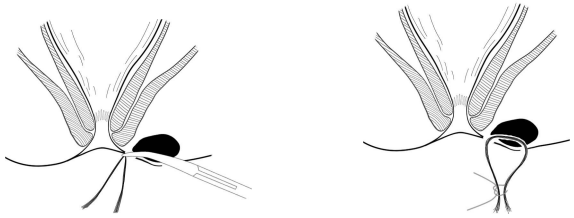


图 1 肛周脓肿引流挂线示意

（2）肛瘘引流挂线（见图 2）：根据肛瘘瘘管位置、数量、走行与括约肌的关系确定引流挂线部位。以球头探针自瘘管外口处探入，如外口暂时闭塞时可稍作切开，与主管贯通后，用刮匙刮除瘘管内腐肉组织，再将球头探针置入管道内，探针头端与 10 股 7 号医用丝线连接后引入瘘道，使线保持松弛状态。多个支管可用同样方法处理。术后待脓性分泌物减少后可分次撤除丝线，撤线过程中配合垫棉法，至瘘道闭合。

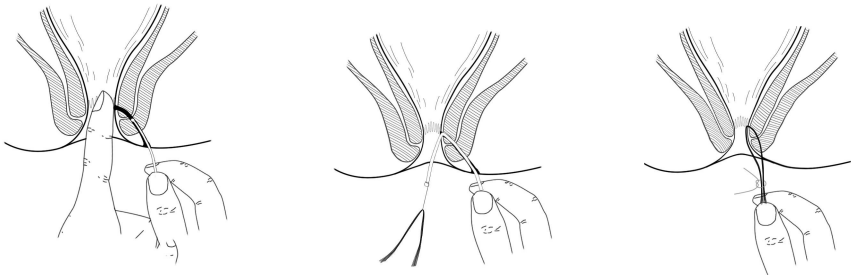


图 2 肛瘘引流挂线示意

（二）切割挂线技术

1.适应证

高位肛瘘、复杂性肛瘘。

2.术前准备、体位、麻醉方式

同引流挂线技术。

3.手术步骤

①内口的探查：肛门指检经肛管皮肤触及条索状瘘管，在齿线附近可触及硬结或凹陷，常为内口；或采用染色法，在肛管直肠内填塞纱布，从外口注入亚甲蓝药液，填入的纱布染蓝即可判断内口的存在与位置；最常用探针法，将左手食指置入肛内，右手持球头探针自肛瘘外口探入，沿瘘管走行轻柔而仔细寻找内口所在，切忌使用暴力，以免造成假内口。如探针探至内口黏膜处，不能直接探出时，应将探针稍退出，向邻近隐窝探查，如仍不能确定，可在肛门镜下以隐窝钩探查可疑肛窦，如肛隐窝深度超过 1cm，则多为内口，继续探查常可与探针相遇，引导探针从内口探出。对于多次治疗不愈或反复发作情况复杂者，术前应行瘘管造影、直肠腔内超声或磁共振成像检查，以帮助确定瘘管走行和内口位置。

②切割挂线（见图 3）：将探针自瘘管外口探入，沿瘘管走行切开皮肤、皮下，清除瘘道内腐肉或管壁，显露其括约肌部分，留置挂线。将丝线连接探针头端和橡皮筋，使橡皮筋或丝线自内口进入从外口引出，收紧橡皮筋或丝线紧贴至括约肌处，在自然状态下缩短 2～5㎜。

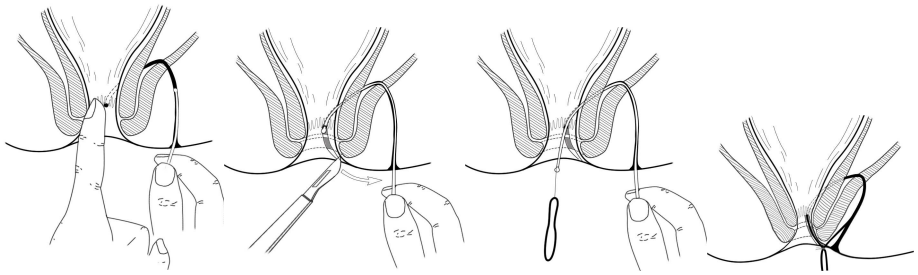


图 3 切割挂线示意

③紧线：术后 7～10 天再次紧线，在自然状态下缩短 2～5㎜。对于复杂性肛瘘或瘘管弯曲者，如内口只有一处，可将内口与主瘘管处挂紧线，用中医垫棉法促进瘘管闭合。对于有多个内口的复杂性肛瘘，可同时分别挂线处理，但每次紧线仅限一处且根据括约肌厚度，先紧表浅处瘘道，以减少损伤。紧线时，可采用复方利多卡因注射液在挂线处周围肌肉内及创缘处注射以减轻疼痛。

【特别提示】

1.对于高位肛瘘和肛周脓肿，有条件者应尽量在术前进行直肠腔内超声或磁共振成像等辅助检查，明确脓肿范围、深度、瘘管走行及内口位置。

2.为保护肛门功能，应尽量减少括约肌组织的切割挂线。表浅瘘道紧线后，橡皮筋多在 7～10 天后脱落；对于高位瘘道应采用多次紧线的方法，每次紧线 2～4㎜。

3.每日中药熏洗坐浴、换药。换药时应注意观察伤口情况，使创面从基底部向上逐渐愈合，防止桥形愈合。

三、禁忌症

1．直肠阴道瘘。

2．肛瘘恶变或因恶性肿瘤导致的肛瘘。

四、注意事项

1.对于高位肛周脓肿内口不明确的患者，仅行挂线引流，待标记后二期切开或切割挂线。

2.对于有多个内口的多发性肛瘘，可同时分别挂线处理，交替紧线，避免同时切开，减少损伤，维护肛门功能。

3.肛瘘创面较深时需待创面缩小后逐步紧线。

4.如内口较大，可采用多股丝线挂线引流，随创面缩小逐步撤除，直至愈合。

第二章 枯痔（硬化）技术

枯痔技术是将药物注射（插入）痔核内，使痔核萎缩或坏死脱落，是中医治疗内痔的一种有效方法。目前常用的枯痔（硬化）注射技术适用于Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期内痔或混合痔，对痔出血和轻度脱垂者疗效较好。

一、常用药物及器具

1.常用药物：消痔灵（消痔灵原液加 0.5%利多卡因配成 1：1 药液）、芍倍注射液、5%鱼肝油酸钠等。

2.器械：喇叭形肛门镜 1 个，1ml、5ml 注射器各 2 支，5 号齿科针头 2 个，弯血管钳等。

二、基本操作方法

（一）术前准备

1.术前备皮、灌肠清洁直肠下段。

2.预防性使用清热解毒的中药或抗生素。

（二）体位

截石位或侧卧位。

（三）麻醉方式

局部浸润麻醉或腰俞穴麻醉。

二、枯痔技术常用方法

（一）硬化萎缩注射法

（1）在肛门镜直视下注射区局部消毒；

（2）抽取 5%鱼肝油酸钠，自齿线上 0.5cm 的痔核上进针，刺至黏膜下层；

（3）针头向头端倾斜 15°度注射，每个痔核注射 0.5～1ml，一次注射不超过 3 个痔核；

（4）如注射后萎缩不完全可在 7 天后再次注射。

（二）消痔灵注射法

（1）在肛门镜下或将痔核暴露于肛门外，检查内痔的部位、数目，通过指检确定母痔区有无动脉搏动，确定注射部位；

（2）黏膜以碘伏局部消毒；

（3）消痔灵液 4 步注射法（见图 1）：

①将消痔灵液与 0.5%利多卡因液 1：1 配置液在 3、7、11 点的痔核上方的痔动脉区（距离齿状线约 2.5cm），回抽无血液，注射药液 1～2ml，进针应在黏膜下，避免穿破直肠壁进入周围组织。

②用上述浓度的药液，在内痔痔核中央进针，（距离齿状线约 1cm）刺入直肠黏膜下层后均匀注射，使药液尽量充满黏膜下层。注入药量以痔核弥漫肿胀、黏膜颜色变浅为度，一般每个痔核注射药物 3～5ml。

③上述步骤注射完毕后，缓慢退针至痔核黏膜固有层。可将落空感做为针尖退到黏膜肌板处的标志，注入药液 2ml 使黏膜颜色变浅为度；

④用上述浓度的药液，于齿线上 0.2cm 处进针，刺入痔体的黏膜下层，0.5～1cm 呈扇形注射，每个痔核注射 2～3ml，一般不超过 4 个痔核；

⑤单次注射用量以上述浓度计算，为 20～40ml。注射完毕后，肛管内放入红油膏纱条，外覆棉垫，胶布固定。

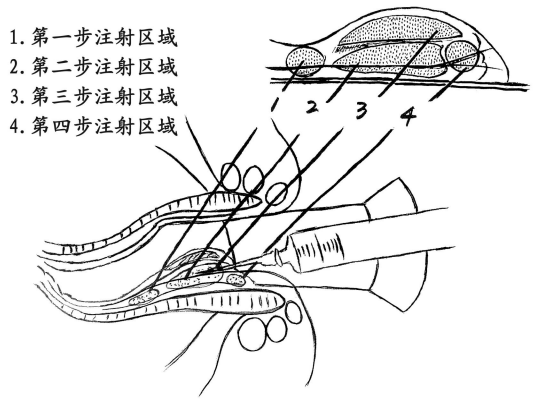


图 1 消痔灵 4 步注射方法示意

（三）其他枯痔技术

1.插药疗法（枯痔钉疗法）

（1）以左手中、食两指按压向外牵拉肛缘，暴露内痔并固定于肛外，局部痔黏膜表面消毒。

（2）以右手拇、示指捏住枯痔钉尾端，在齿线上 0.3～0.5cm 处，沿肠壁纵轴成 25°～35°方向捻转插入痔核中心至黏膜下层，勿插入肌层。

（3）根据痔核大小每个痔核一次插钉 4～6 根，间距 0.3～0.5cm。

（4）剪去过长药钉，使药钉外露 1mm。

（5）插钉操作完成后，将痔核回纳肛门内，同时肛管内涂敷金黄膏。

【特别提示】

1.插钉深浅适当，禁忌至肠壁肌层，过深可引起肠壁坏死、感染；太浅则药钉易脱落引起插口出血。

2.如痔核过多，可分次插钉，先插小的痔核，后插大的痔核。

3.若有出血者，可先在出血点插钉一根即可止血。

4.一次插钉数量不超过 20 根。

5.插钉前应做肠道准备，插钉后 24 小时患者避免排便。

6.如采用含砒枯痔钉，应注意不良反应。

2.坏死枯脱注射法

（1）用蚊式止血钳于齿线上方夹住痔核固定后牵出；

（2）于齿线上 0.3～0.5cm 处将注射器刺入痔核黏膜下层，缓缓将药液由低向高，呈柱状注入痔核内，使痔核略微膨大变色为度；

（3）如此法逐个将所有内痔进行注射后，将痔核推回纳入肛门内；

【特别提示】

坏死枯脱注射后常发生大出血、感染、剧烈疼痛、肛门直肠狭窄等并发症，故术后应严密观察病情变化，及时对症处理。临床慎用。

三、适应证

I、II、III 期内痔，混合痔的内痔部分。

四、禁忌症

1．外痔、内痔伴肛门周围急、慢性炎症。

2．内痔伴有凝血功能障碍、严重肝肾疾病患者。

五、注意事项

1．每次注射前需严格消毒。注射后当天避免过多活动，不宜排便。

2．进针后应先作回血试验，避免药液注入血管，注射药液宜缓慢进行。

3．防止将药液注射入外痔区，造成肛门周围水肿和疼痛。

第三章 痔结扎技术

痔结扎技术是将痔核分离后用丝线结扎、胶圈套扎或分段齿形结扎及保留皮肤（黏膜）桥治疗痔病的一项中医医疗技术，适用于各类痔病。

一、常用器具

1.结扎线

常用 4 号或 7 号外科缝线。

2.套扎器

内痔专用套扎器，特制医用胶圈。

3.肛门镜

二、基本操作方法

（一）单纯结扎技术

1.适应证

内痔 II、III 期；痔核较小，分界清楚。

2.术前准备

术前备皮、灌肠清洁直肠下段。

3.体位

侧卧位或截石位。

4.麻醉方式

局部浸润麻醉或腰俞穴麻醉。

5.手术步骤

（1）麻醉后消毒肛周及直肠下段，插入肛门镜，查清痔核数目；以组织钳夹住肛缘四周皮肤向外牵拉（或用肛门拉钩），暴露内痔，观察痔核大小和范围。必要时扩肛。

（2）以血管钳自齿线上 2～3㎜ 处夹持痔核上提，可在痔核下方皮肤做一“V”字形切口，用弯血管钳钳夹内痔基底部，以丝线结扎或缝扎，在结扎线外切除部分痔组织。同法处理其他痔核。

【特别提示】

1.术毕检查结扎线是否牢固，无出血，指诊肛管无狭窄。

2.一次结扎痔核不超过 3 个

（二）胶圈套扎技术

1.适应证

内痔 I、II、III 期。

2.术前准备、体位、麻醉方式

同单纯结扎技术。

3.手术步骤

（1）吸引套扎：插入肛门镜，直视痔核，以接有吸引器的套扎器接触痔核，将痔核吸入内套圈内，推外套圈，将预置在内套圈上的胶圈推出，胶圈套扎于痔核基底。同法处理其他痔核。

（2）牵引套扎：与吸引套扎术相似，只是不用吸引器，改用组织钳经套扎器管伸入，钳夹并牵引痔核进入套扎器内，推入胶圈扎于痔核根部。

（3）钳夹套扎：以组织钳夹住痔核基底（距齿线上 2～3㎜），另用一血管钳将预先套在组织钳上的胶圈挑起，套于组织钳下完成套扎。

【特别提示】

1.该方法适合痔核直径不超过 2cm 者，大的痔核容易发生胶圈滑脱或组织坏死不全，可同时套入 2 个胶圈。同时套扎不超过 3 个痔核。

2.避免将齿线以下的肛管皮肤套入，以免产生剧痛。

3.痔核脱落后，易发生出血，应避免大便干燥以及剧烈活动。若出血量较大，应行缝扎止血。

（三）外剥（切）内扎术

1.适应证

混合痔，伴内痔各期。

2.术前准备、体位、麻醉方式

同单纯结扎技术。

3.手术步骤

提起外痔，在其基底部皮肤做“V”形切口，暴露并保护肛门内括约肌下缘，沿内括约肌表面向上剥离皮下扩张的静脉丛，至肛管时应适当缩小手术切口以减少肛管上皮的损伤，分离至齿线上方约 5～8mm，内痔基底部结扎或缝扎。剪除部分多余痔组织。

（四）分段齿形结扎技术

1.适应证

内痔超过 3 个以上及环状混合痔。

2.术前准备、体位、麻醉方式

同单纯结扎技术。

3.手术步骤

根据痔核的形态，设计好痔核分段以及保留肛管皮肤桥、黏膜桥的部位和数量（见图 1）。先将设计中的一个痔核，在内痔基底部的痔动脉区，用圆针丝线贯穿结扎内痔顶端的痔动脉，再将相应的外痔部分作放射状切口（见图 2），如外痔部分为静脉曲张，可作潜行剥离（见图 3），尽量减少对正常肛管皮肤和黏膜的损伤，一般保留 3～4 条肛管皮桥、黏膜桥，保留宽度为 3～5mm，保留部位在痔核自然凹陷处；将痔核锐性加钝性分离至齿线上 5～8mm，结扎加缝扎（见图 4），错开痔核下端分离及结扎顶端的连线不在同一水平面，以保证内痔脱落后的创面呈齿形（见图 5）。

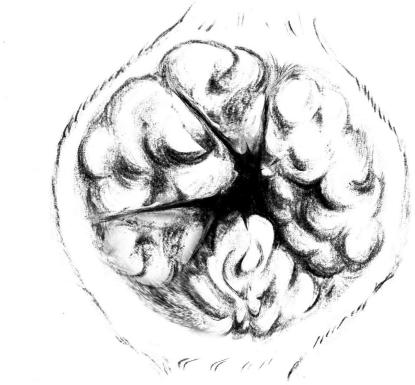


图 1 设计痔核分段

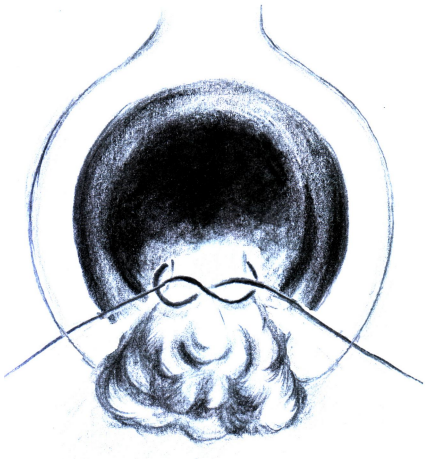


图 2 贯穿结扎痔动脉

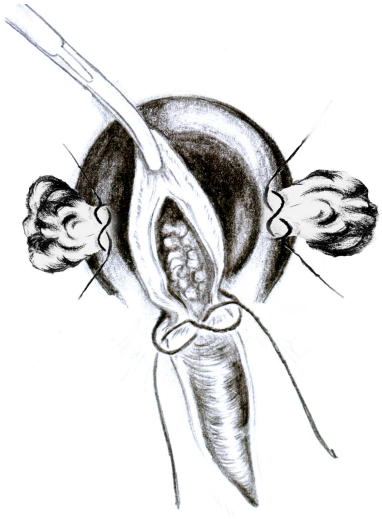


图 3 剥离外痔静脉曲张

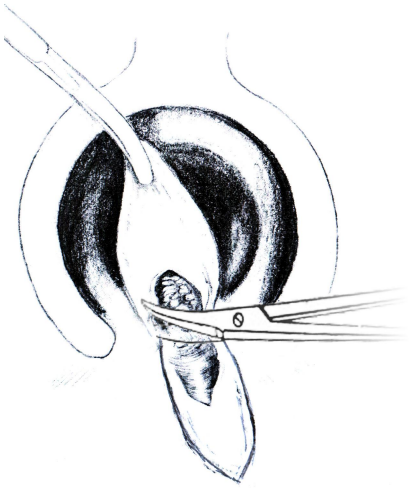


图 4 保留皮桥、黏膜桥



图 5 结扎痔核不在同一平面

分段齿形结扎术示意图

【特别提示】

①手术结束前应再次观察保留的痔核残端结扎牢固，无出血。并确保各切口间保留有足够的皮肤桥和黏膜桥。

②术后 1 周行肛门指诊，如有肛门狭窄需要手指扩肛。

③术后 2 周内注意排便通畅，以减少继发性出血。

三、禁忌症

1. 肛门直肠周围脓肿。

2. 急慢性腹泻。

3. 凝血机制障碍者。

第四章 中药灌肠技术

中药灌肠技术是将中药药液自肛门灌入直肠及结肠，使具有清热解毒、软坚散结、活血化瘀等作用的药液保留于肠道内，通过局部和全身作用达到治疗目的，对黏液、脓血便，腹痛，腹泻及里急后重，便秘等症状疗效较好。

一、常用药物及器具

（一）常用药物

1. 黏液、脓血便

黄连 15g、黄柏 15g、马齿苋 10g、白头翁 10g、五倍子 10g、地榆炭 30g，加水 500ml，浓煎至 100ml，保留灌肠。

出血多者：败酱草 10g、蒲公英 10g、地榆炭 10g、槐花炭 10g、仙鹤草 10g、诃子 10g，加水 500ml，浓煎取 100ml，保留灌肠。

2.腹泻伴里急后重

白术 20g、白芍 30g、陈皮 10g、防风 10g、柴胡 10g、白芨 5g，加水 500ml，浓煎取 100ml，保留灌肠。

3.便秘

桃仁 10g、当归 10g、白芍 10g、生地 10g、麦冬 10g、枳壳 10g、厚朴 10g、升麻 10g、火麻仁 15g、肉桂 6g，加水 500ml，浓煎取 100ml，保留灌肠。

（二）常用器械

1.普通灌肠器（见图 1）

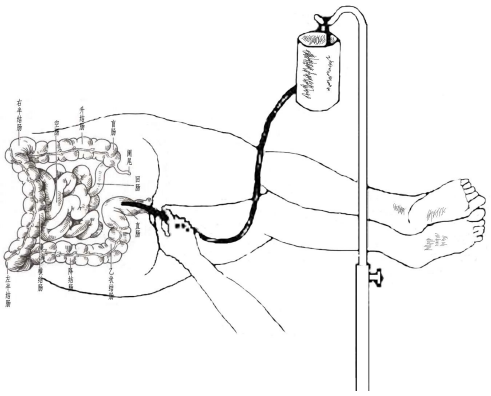


图 1 普通灌肠器示意图

2.气压灌肠设备

主要参数：压力调节：8.0～15.0kPa，间隔 0.1kPa 可调节；工作时间：0～98 秒；药液瓶容量：500ml；具有压力和流量控制；利用气压推进药液，使药液能够到达近端结肠病灶并保留。

3.其他用物

小容量灌肠筒、量杯、水温计、肛管、润滑剂等。

二、基本操作方法

（一）直肠滴注技术

1.适应证

休息痢病（炎性肠病）病变累及左半结肠者。

2.治疗前准备

（1）了解患者的病情、临床诊断、排便情况，理解配合能力等。

（2）关闭门窗，屏风遮挡患者。适宜室温，光线充足。

（3）灌肠前 30 分钟患者需排空二便。

（4）操作者向患者介绍灌肠方法及注意事项，取得配合。

（5）药温 39～41℃，药液量 200ml。

3.操作步骤

（1）体位：患者左侧屈膝卧位，臀部垫高 10～20cm。

（2）插管：连接好排气装置后戴手套，润滑肛管，嘱患者张口呼吸，将肛管轻轻插入直肠 10～12cm。当患者肛门括约肌收缩等原因致肛管难以插入时，可让患者放松或用指腹按摩肛周，待患者放松后再将肛管缓缓插入。

（3）滴速：滴速 60～90 滴/分钟。用胶布将肛管固定于臀部。为使灌肠液能较好保留，药液滴注完成后可保持头低足高位 20 分钟。

（4）拔管：药液注入完毕，拔出肛管，嘱患者尽量保留药液。

【特别提示】

1.患者行灌肠后即休息，不要下床活动，有便意时可深呼吸，以降低腹压。

2.注意灌肠溶液的温度、流速、压力和溶液量，患者是否耐受。

2.气药灌肠技术

（1）适应证

休息痢病（炎性肠病）病变累及至全结肠者。

（2）治疗前准备

同直肠滴注技术。

（3）操作步骤

左侧屈膝卧位，将电脑灌肠仪输出管连接于肛管皮条，启动机器排空管道内空气后，将灌肠压力设置为 7～11kPa，根据患者病变范围和患者耐受程度调节药液灌入时间为 20～40 秒，液体量为 50～200ml。

【特别提示】

1.该技术仅适用于轻中度休息痢病。

2.以左半结肠病变为主者液体量酌减，约为 100ml。

3.灌肠过程中应随时注意观察患者的病情变化，如发现脉速、面色苍白、出汗、剧烈腹痛、心悸胸闷时，应立即停止灌肠，采取急救措施或观察。

三、禁忌症

1.肛门失禁患者。

2.急腹症和胃肠道出血者。

3.妊娠期妇女。

第五章 注射固脱技术

注射固脱技术是以中医“酸可收敛，涩可固脱”理论为指导，将具有收敛固脱作用的中药药液注射于直肠黏膜下层及直肠周围间隙，发生无菌性炎症，使直肠黏膜及其周围组织粘连固定，达到治疗脱肛病的目的。

一、常用药物与器具

1.消痔灵液：消痔灵原液加0.5%利多卡因或生理盐水配成1：1药液。

2.肛门镜。

3.5号齿科注射针头、腰穿针头、注射器等。

二、基本操作方法

（一）直肠黏膜脱垂注射固脱技术

1.适应证

直肠黏膜脱垂。

2.术前准备

肛周备皮，灌肠清洁直肠下段。

3.体位

侧卧位或截石位。

4.麻醉方式

局部麻醉或腰俞穴麻醉。

5.手术步骤

术者可根据偏好选择黏膜下层点状注射或柱状注射方法之一操作，注射完毕，示指需在肛内反复按摩，使药液均匀散开。

（1）点状注射（见图1）：在喇叭口肛门镜下，于齿线上10～12cm处黏膜下层，按截石位3、7、11点注射药液，每处注入1～5ml，外退2～3cm至远端直肠黏膜，按2、5、9点注射，再外退2～3cm同法注射，直至齿线上方0.5cm，形成三四个平面，将药液均匀注射至黏膜下层。总量20～30ml。

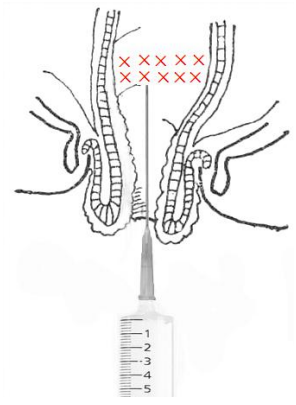


图1 黏膜下层点状注射

（2）柱状注射（见图2）：在喇叭口肛门镜下，于齿线上10～12cm处黏膜下层，按截石位3、6、9、12点做柱状注射，直至齿线上方0.5cm，形成3～4个柱状，每柱注射药液4～6ml。总量20～30ml。

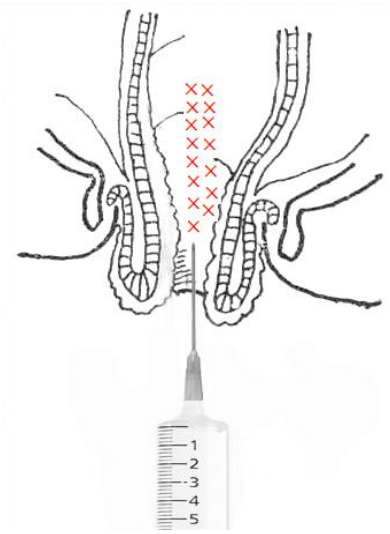


图 2 黏膜下层柱状注射

【特别提示】

1．严格无菌操作，避免发生感染。

2．直肠前壁黏膜药量不宜注射过多，防止发生感染坏死出现直肠阴道瘘。

3.注射至黏膜下层时不要过深刺入肌层，或过浅注入黏膜内。

4.黏膜脱垂严重时，每柱之间根据情况给予补充点状注射，

（二）直肠全层脱垂注射固脱技术

1.适应证

直肠全层脱垂。

2.术前准备、体位、麻醉方式同直肠黏膜脱垂注射固脱技术。

3.手术步骤

（1）直肠黏膜下层注射：方法见前黏膜下层点状和柱状注射法。

（2）两侧骨盆直肠间隙注射：用 8 号或 9 号腰穿针和 10ml 注射器，抽入消痔灵原液 10ml。先行两侧骨盆直肠间隙注射，在距离肛缘 1.5cm，3、9 点位进针，刺入皮肤、皮下，经肛门外括约肌至肛提肌，当通过肛提肌时有落空感即进入骨盆直肠间隙；此时，示指伸入直肠内，仔细触摸针尖部位，确定针尖在直肠壁外，然后缓慢边退针边推药，在间隙内注入药物 6～10ml，使药液均匀散开。用同法注射对侧，两侧共注射药量 12～20ml。

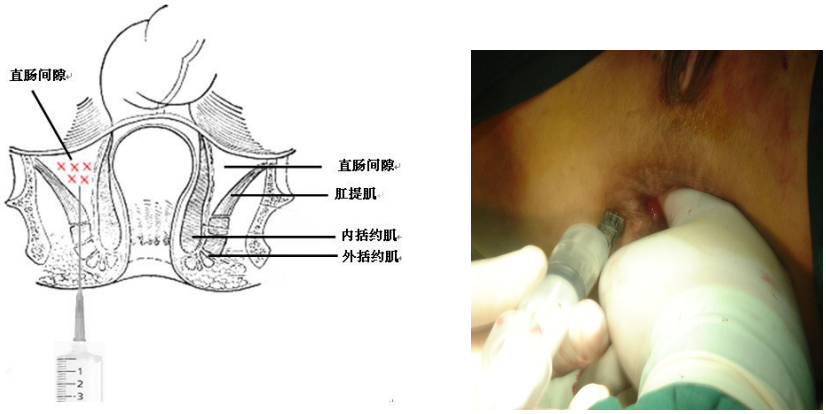


图 3 两侧骨盆直肠间隙注射

（3）直肠后间隙注射（见图 4）：肛门后正中距离肛缘 1.5cm，沿直肠壁外进针，刺入 4～8cm，到达直肠后间隙；此时，示指伸入直肠内，仔细触摸针尖部位，确定针尖在直肠壁外，针尖可在直肠壁外自由滑动，注入消痔灵原液总量 6～10ml。

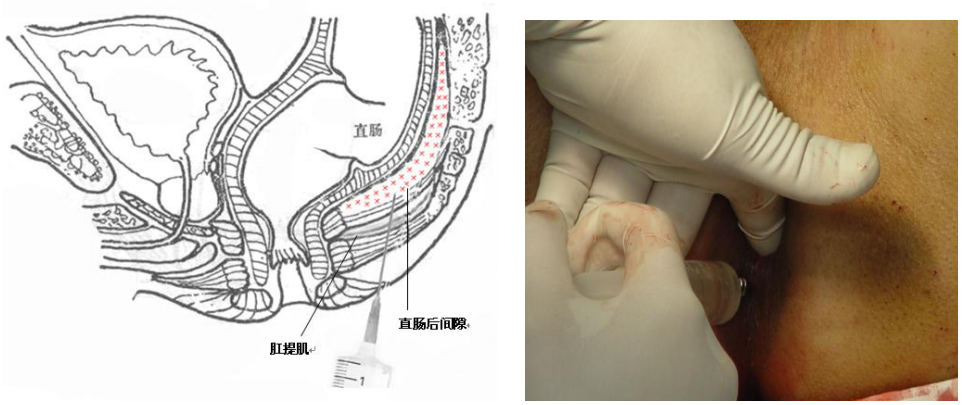


图 4 直肠后间隙注射

三、禁忌症

1. 脱垂伴有滑动疝、子宫脱垂、膀胱脱垂者。
2. 伴直肠炎、腹泻、肛周炎及持续性腹压增加疾病者。

四、注意事项

1. 直肠全层脱垂注射固脱技术的实施必须经严格的临床培训。
2. 术后控制首次排便时间为 48 小时。
3. 术后预防性使用抗生素。
4. 在完成直肠黏膜下层注射术后，如果脱出物回缩不完全，需行黏膜结扎术。
5. 直肠前壁外禁止注射药物。

参考文献

[1] 赵宝明.大肠肛门病学[M].上海：第二军医大学出版社，2004.

[2] 李曰庆.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社，2007.

[3] 张庆荣.肛管大肠手术图解[M].天津：天津科技翻译出版公司，1999.

[4] 汪建平，詹文华.胃肠外科手术学[M].北京：人民卫生出版社，2005.

[9] 李国栋，寇玉明.中西医结合肛肠病学[M].北京：中国中医药出版社，1996.

[10] 国家中医药管理局.中医肛肠科常见病诊疗指南[S].北京：中国中医药出版社，2012.

[11] 丁义江.丁氏肛肠病学[M].北京:人民卫生出版社，2006.

[12] 陆金根.中西医结合肛肠病学[M].上海：上海科学技术出版社，2007

[13] 张东铭.盆底肛直肠外科理论与临床(第 2 版)[M].人民军医出版社，2011

[14] 于永铎，柳越冬，李师等.新编肛肠病学[M]，辽宁科学技术出版社，2001

[15] 中华中医药学会，溃疡性结肠炎诊疗指南[J]，中国中医药现代远程教育，2011，9(10)：126-128.

[16] 韩宝，张燕生.中国肛肠病诊疗学[M].北京:人民军医出版社，2011.

第十篇 气功类技术

第一章 五禽戏

五禽戏是以肢体运动为主，辅以呼吸吐纳与意念配合的导引类功法。它是模仿五种禽兽——虎、鹿、熊、猿、鸟的动作而编创成的气功功法。五禽戏历史悠久，是现在所知套路功法的先驱，且是行之有效的养生祛病导引功法。五禽戏是以外动内静、动中求静、动静相兼、刚柔并济为要。坚持该功法的锻炼，确能起到导引气血、强身健体、祛病延年的功效。在进行功法锻炼时要表现出动物的不同特性，如浑憨、凶猛、灵巧、恬静和柔和等。同时也要配合不同的意念活动与呼吸法。

一、 操作技术

五禽戏包括起式、收式和 5 节正功，其中每一个动作均重复做 6 次。完整练习一遍五行掌的时间应该不少于 10 分钟。本功法可整套进行锻炼，也可分节选取合适者进行锻炼，既可按次数练习，也可不限次数反复锻炼，方便灵活。练习者可以自行掌握，以体热微出汗为度。

第一节 熊戏

1.调身：面向东方或南方。

（1）预备式：身体自然站立，两脚平行分开与肩同宽，两臂自然下垂，两眼平视前方，凝神定气。

（2）重心右移，右腿屈膝，左脚收至右脚内侧，左足尖点地。

（3）左脚向左前方迈出一步，脚跟先着地。（见图 1）

（4）然后重心前移成左弓步，左肩向前下下沉。（见图 2）

（5）身体随重心前移由右至左晃动两圈。（见图 3）

（6）重心再后移至右腿，收左脚踏实。

（7）提右脚，右脚尖点于左脚内侧。

（8）右脚向右前方跨一步，接行右势，唯方向相反。

一左一右为 1 次，共做 6 次。如果场地条件允许，可做行步功法，向前行进练习。

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸.

（2）动作 2 吸气。

（3）动作 3 屏息。

（4）动作 4 呼气后屏息

（5）动作 5 由右至左时吸气——屏息——呼气。

（6）动作 6 吸气

（7）动作 7 屏息。

（8）动作 8 呼气后重复动作 2～7。

3.调心

练功中意念自己犹如熊在移动，要想象熊的憨态、笨拙和沉稳的特征。

4.操作提示

习练时应将自己比于熊，熊从外形上看好似很笨拙，要表现出浑憨沉稳的特性。故此功

应缓慢沉稳，不宜过快。靠肩的晃动带动肩、肘、腕及髋、膝、踝甚至内脏等得到锻炼。同时肢体尽量放松，呼吸均匀柔和。

第二节　虎戏

1.调身：面向东方或南方。

（1）预备式：脚跟并拢成立正姿势，松静站立，两臂自然下垂，两眼平视前方。

左式：

（2）腿屈膝下蹲，重心移至右腿，左脚虚步，脚掌点地、靠于右脚内踝处，同时两掌握拳提至腰两侧，拳心向上，眼看左前方。（见图 4）

（3）左脚向左前方斜进一步，右脚随之跟进半步，重心坐于右腿，左脚掌虚步点地，同时两拳沿胸部上抬，拳心向后，抬至口前两拳相对翻转变掌向前按出，高与胸齐，掌心向前，两掌虎口相对，眼看左手。（见图 5）

右式：

（4）左脚向前迈出半步，右脚随之跟至左脚内踝处，重心坐于左腿，右脚掌虚步点地，两腿屈膝，同时两掌变拳撤至腰两侧，拳心向上，眼看右前方。

（5）右式⑤与左式③同，唯左右相反。

一左一右为 1 次，共做 6 次。

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气。

（3）动作 3 屏息——呼气。

（4）动作 4 屏息——吸气

（5）动作 5 重复③。

3.调心

练功中意念自己犹如虎在扑食，想象虎的威猛气势和扑食的迅捷。

4.操作提示

本节功法练习时需注意收脚出脚时要沉稳，推掌时要刚劲威猛但又不失弹性，寓柔于刚。以后练习日深尚可运内劲推出。

第三节　猿戏

1.调身：面向东方或南方。

（1）预备式：脚跟并拢成立正姿势，两臂自然下垂，两眼平视前方。

左式：

（2）两腿屈膝，左脚向前轻灵迈出，同时左手沿胸前至口相平处向前如取物样探出，将达终点时，手掌撮拢成钩手，手腕自然下垂。

（3）右脚向前轻灵迈出，左脚随至右脚内踝处，脚掌虚步点地，同时右手沿胸前至口平处时向前如取物样探出，将达终点时，手掌撮拢成钩手，左手同时收至左肋下。（见图 6）

（4）左脚向后退步，右脚随之退至左脚内踝处，脚掌虚步点地，同时左手沿胸前至口平处向前如取物样探出，最终成为钩手，右手同时收回至右肋下。（见图 7）

右式：

（5）动作与左式相同，唯左右相反。

一左一右为 1 次，共做 6 次。

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2——3 吸气——屏息——呼气。

（3）动作 4 屏息——吸气。

（5）动作 5 重复动作 3。

左脚移步吸气，右脚移步呼气。

3.调心

练功中意念自己犹如猴在摘桃嬉戏，意念中想象猴的敏捷灵活和顽皮。

4.操作提示

本节功法主要锻练一种灵巧性，模仿猴类的机敏灵巧。练习时手脚动作要轻灵，保持全身的协调性，同时要表现出猴子的天性。此功可反复练习。

第四节　鹿戏

1.调身：面向东方或南方。

（1）身体自然直立，两臂自然下垂，两眼平视前方。

左式：

（2）右腿屈膝，身体后坐，左腿前伸，左膝微屈，左脚虚踏；左手前伸，左臂微屈，左手掌心向右，右手置于左肘内侧，右手掌心向左。（见图 8）

（3）两臂在身前同时逆时针方向旋转，左手绕环比右手大些，同时要注意腰胯、尾闾部的逆时针方向旋转；久之，过渡到以腰胯、尾闾部的旋转带动两臂的旋转。（见图 9）

右式：

（4）动作与左式相向，唯方向左右相反，绕环旋转方向亦有顺逆不同。

一左一右为 1 次，共做 6 次。

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气。

（3）动作 3 屏息——呼气。

（4）动作 4 屏息——重复动作 2～3。

3.调心

练功中意念自己犹如鹿在行走嬉戏左顾右盼，意念中要想象鹿的温顺、恬静、优雅的姿势。

4.操作提示

本节功法动作舒缓柔和，体现出鹿这种动物的温良柔顺。操作时要缓慢柔和，缓缓伸展至极处，能让脊柱得到充分的伸展和锻炼。

第五节　鸟戏

1.调身：面向东方或南方。

（1）两脚平行站立，两臂自然下垂，两眼平视前方。

左式：

（2）左脚向前迈进一步，右脚随之跟进半步，脚尖虚点地，同时两臂慢慢从身前抬起，掌心向上，与肩平时两臂向左右侧方平举，随之深吸气。（见图 10）

（3）右脚前进与左脚相并，两臂自侧方下落，掌心向下，同时下蹲，两臂在膝下相交，掌心向上，随之深呼气。（见图 11）

右式：

（4）动作与左式相向，唯方向左右相反，绕环旋转方向亦有顺逆不同。

一左一右为 1 次，共做 6 次。

2.调息

（1）动作1自然呼吸。

（2）动作2吸气——屏息。

（3）动作3呼气。

（4）动作4重复动作2～3。

3.调心

练功中意念自己犹如鸟在飞翔，要意念鸟飞翔时时而轻灵、时而振翅凌云之势。

4.操作提示

本节主要模仿鸟类飞翔动作，故要特别表现出鸟类振翅凌云之势。练时应注意肩臂放松、动作柔和，两臂与身体的动作要协调，同时要与呼吸密切配合。

二、辨证施功

五禽戏可用于疾病的康复，可按照具体功理辨证施功，本功法可整套进行锻炼，也可分节选取合适者进行锻炼，既可按次数练习，也可不限次数反复锻炼，方便灵活。练习者可以自行掌握，以体热微出汗为度。每日可练2次，每次15～20分钟，3个月为1个疗程。

1.熊戏

具有疏肝理气，增强脾胃、肝肾及四肢关节活动的功能。对体虚脾弱、慢性胃炎、高血压、胃溃疡、便秘、胃下垂、肾虚腰痛等有一定治疗作用。

2.虎戏

具有练形与练气的双重功效，能在外练筋骨的同时增强人体内气，对人体精气神、筋骨髓均有一定的锻炼作用；又能充盈肺气、健腰补肾、调节中枢神经系统，对防治神经衰弱、老慢支等疾病疗效较显著。

3.猿戏

具有固纳肾气、运行气血、滑利关节的功效，又能调节全身的神经系统，增强其协调性；对神经衰弱、腹泻、便秘以及老年性骨关节病等具有一定疗效。

4.鹿戏

能充分伸展与锻炼脊柱，起到舒展筋脉、通调督脉之功效；又能通过挤压按摩内腑增强胃气、促进胃肠蠕动，对慢性泄泻、便秘、前列腺疾患、心血管疾病、老慢支等有较好疗效。

5.鸟戏

能疏肝养血、升清降浊，又能调节心肺、脾胃的功能，对高血压、糖尿病、忧郁焦虑、胆囊炎等疾病具有一定的疗效。

五禽戏通过模仿动物不同的形态动作及气势，结合各自的意念活动，能起到舒经通络，强健脏腑，灵活肢体关节的功用。本功法刚柔相济、可刚可柔、亦刚亦柔，既有虎戏之威猛，亦有鸟戏之柔和，尚有猿戏之灵巧，故能适合大多数人的锻炼，包括某些慢性疾病患者。坚持本功法的锻炼，对人体神经系统、心血管系统、呼吸系统、运动系统和消化系统有一定的调节作用，对治疗诸如脾虚气滞、慢性胃炎、胃溃疡、高血压、便秘、慢性支气管炎、骨关节病及前列腺肥大等有一定作用。

三、病证举例

1.腰腿痛

（1）每天运动2次，早晚各一次。每次连续重复套路做3遍。

（2）对于症状较重者，可以先练习熊戏、鹿戏，每天运动2次，早晚各一次。每次重复练习3遍。

2.便秘

练习五禽戏熊戏、猿戏、鹿戏，每天运动 2 次，早晚各一次。每次重复做 3 遍。

3.中风后遗症

（1）每天运动 2 次，早晚各一次。每次连续重复套路做 2 遍。

（2）对于症状较重者，可以先练习熊戏、虎戏、鹿戏，每天运动 2 次，早晚各一次。每次重复练习 3 遍。

4.痹症（风湿性关节炎）

（1）症状轻者，每天运动 2 次，早晚各一次。每次连续重复套路做 3 遍。

（2）症状重者，每天运动 1 次，每次练习套路 1 遍。或者先习练熊戏、虎戏、猿戏，每天运动 2 次，早晚各一次。每次重复做 3 遍。

第二章 六字诀

六字诀是一种以呼吸吐纳为主要手段的气功方法，其特点是通过读音口型来调整与控制体内气息的升降出入，形成分别与人体肝、心、脾、肺、肾、三焦相对应的“嘘、呵、呼、呬、吹、嘻”六种特定的吐气发声方法，进而达到调整脏腑气机平衡的作用，可用于治疗脏腑功能失调的病证。

一、操作技术

六字诀的锻炼应注意发音、口型、动作及经络走向 4 个方面。它们与三调操作关系是：发音与口型属调息，动作是调身，关注经络走向属调心。每个字读 6 次后需调息 1 次。

第一节 预备式

1.调身：面向东方或南方。

（1）两脚平等站立，约与肩同宽，两膝微曲，头正颈直，下颏微收，竖脊含胸，两臂自然下垂，周身中正，唇齿合拢，舌尖放平，轻贴上腭，目视前下方。

（2）接上式，吸气，两臂从体侧徐徐抬起，手心向下，待手腕与肩平时，以肘为轴转动前臂，手心翻向上，旋臂屈肘使指尖向上，掌心相对，高不过眉。

（3）向中合拢至两掌将要相合时，再向内画弧，两手心转向下，指尖相对，目视前方。

（4）呼气，两手似按球状，由胸前徐徐下落至腹前，两臂自然下垂，恢复预备式。（见图 1）。

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气。

（3）动作 3 屏息。

（4）动作 4 呼气。

3.调心

头脑要清空，意念平静，想象全身由上而下放松。

4.操作提示

全身放松，头脑清空，呼吸自然平稳，切忌用力；应体现出头空、心静、身正、肉松之境界。后面每变换一个字都从预备式起，因此，后面每次练功时预备式可多站一会儿，待体会到松静自然血和顺之时再开始练功。

第二节 嘘字诀

1.调身：面向东方或南方。

（1）同第一节预备式

（2）自然吸气，两手由带脉穴处起，两手相对向上提，经章门、期门上升入肺经之中府、云门。

（3）两臂如鸟张翼，手心向上，向左右展开，呼气并念“嘘”字，足大趾轻轻点地，两臂上升两眼随呼气之势尽力瞪圆。

（4）呼气后，则放松恢复自然吸气，屈臂两手经面前、胸腹前徐徐向下，垂于体侧。

（5）可做 1 个短暂的自然呼吸，稍事休息（下同），再做第 2 次吐字。如此动作做 6 次为 1 遍，然后做 1 次调息，恢复预备式。（见图 2）

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气—屏息。

（3）动作 3 呼气并念“嘘”字—屏息。

（4）动作 4 吸气—屏息—呼气。

（5）动作 4 自然呼吸。

3. 调心

意念领肝经之气由足大趾外侧之大敦穴起，沿足背上行。肝经过太冲、中都至膝内侧，再沿大腿内侧上绕阴器达小腹，夹胃脉两旁，属肝，络胆，上行穿过横膈，散布于胸胁间，沿喉咙后面经过上颅骨的上窍，联系于眼球与脑相联络的络脉，复向上行，出额部与督脉会于泥丸宫之内；另一支脉从肝脏穿过横膈膜而上注于肺，经中府、云门，沿手臂内侧之前缘，达手大拇指内侧的少商穴。故做嘘字功时，工夫稍长，可能眼有气感，开始发胀，有的人感到刺痛，流泪，大拇指少商穴处感到麻胀，慢慢眼睛明亮，视力逐渐提高。

4. 操作提示

发音口型：“嘘”字吐气法：“嘘”字属牙音，发音吐气时，嘴角后引，槽牙上下平对，中留缝隙，槽牙与舌边亦有缝隙。发声吐气时，气从槽牙间、舌两边的空隙中呼出体外。

两臂如鸟张翼，手心向上，向左右展开时口吐“嘘”字音，收掌时鼻吸气，动作与呼吸应协调一致。

第三节　呵字诀

1. 调身：面向东方或南方。

（1）同第一节预备式。

（2）自然吸气，自冲门穴处起，循脾经上提，至胸部膻中穴处。

（3）两掌向外翻掌，呼气念“呵”字，足大趾点地，掌心向上上托至眼部。两手掌心向里，翻转手心向面，经面前、胸腹前，徐徐下落，垂于体侧。

（4）稍事休息，再重复做，本式共吐“呵”字音 6 次。调息，恢复预备式。（见图 4）

2. 调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气—屏息。

（3）动作 3 呼气并念“呵”字—屏息。

（4）动作 4 吸气—自然呼吸后，重复①～③。

3. 调心

以意领气，由脾经之井穴隐白上升。脾经循大腿内侧前缘进入腹里，通过脾脏、胃腑，穿过横膈膜流注心中，上夹咽，连舌本入目，上通于脑。其直行之脉从心系上行至肺部，横出腋下，入心经之首极泉，沿着手臂的内侧后缘上行，经少海、神门、少府等穴直达小指尖端之少冲穴。故做呵字功时，小指尖、中指尖可能有麻胀之同时与心经有关之脏器也可能会有相应的感受。

4. 操作提示

发音口型：“呵”呵（读喝，字音 he），为舌音。口半张，舌尖抵下腭，腮稍用力后拉，舌边靠下牙齿。发声吐气时，舌体上拱，舌边轻贴上槽牙，气从舌与上腭之间缓缓呼出字为舌音，发气吐声时，舌体上拱，舌边轻贴上槽牙，气从舌与上腭之间缓缓呼出体外。

吸气自然，呼气念“呵”字，足大趾轻轻点地；两掌捧起时鼻吸气，外拨下按时呼气，口吐“呵”字音。

第四节　呼字诀

1. 调身：面向东方或南方。

（1）同第一节预备式。

（2）两手由冲门穴处起，向上提，至章门穴上翻转手心向上。

（3）左手外旋上托至头顶（注意沉肩），同时右手内旋下按至冲门穴处，呼气念“呼”字，至呼气尽。

（4）吸气，左臂内旋变为掌心向里，从面前下落，同时右臂回旋变掌心向里上穿，两手在胸前相叠。

（5）左手在外右手在内，两手内旋下按至腹前自然下垂于体侧。目视前下方。

（6）稍事休息，再以同样要领右手上托、左手下按做第 2 次呼字功。如此左右手交替，共做 6 次为 1 遍，调息，恢复预备式。（见图 5）

2. 调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气—屏息。

（3）动作 3 呼气并念“呼”字—屏息。

（4）动作 4 吸气—屏息。

（5）呼气—屏息。

（6）自然呼吸后，重复①～⑤。

3. 调心

当念呼字时，是大趾稍用力，并以意念引经气由足趾内侧之隐白穴起，沿大趾赤白肉际上行。脾经过大都、太白、公孙，于内踝上 3 寸胫骨内侧后缘三阴交，再上行过膝，由腿内侧经血海、箕门，上至冲门、府舍入腹内，属脾脏，络胃，夹行咽部连于舌根，散于舌下；经气尚可于舌注入心经之脉，随手势高举之形而直达小指尖端之少冲。念呼字的气感与呵字相同的原因也在于此。

4. 操作提示

发音口型：呼（读乎，字音 hu），为喉音。撮口如管状，唇圆似筒，舌放平向上微卷，用力前伸。这个口型动作，能牵引冲脉上行之气喷出口外。

吸气自然，呼气念“呼”字，足大趾轻轻点地；两掌向肚脐方向收拢时吸气，两掌向外展开时口吐“呼”字音。

第五节　呬字诀

1. 调身：面向东方或南方。

（1）同第一节预备式。

（2）吸气自然，两手由腹前向上提，过腹渐转掌心向上，抬至膻中穴时，内旋翻转手心向外成立掌，指尖与喉平。

（3）然后左右展臂宽胸推掌如鸟张翼，开始呼气念“呬”，足大趾轻轻点地，目视前方。

（4）呼气尽，随吸气之势两臂自然下落。（见图 6）。

（5）共做 6 次为 1 遍，调息，恢复预备式。

2. 调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气—屏息。

（3）动作 3 呼气并念“呬”字—屏息。

（4）动作 4 吸气—屏息。

（5）自然呼吸后，重复①～④。

3. 调心

当念呬字时，意念引肝经之气由足大趾外侧之大敦穴上升。肝经沿腿的内侧上行入肝，经气由肝的支脉分出流注于肺，从肺系（肺与喉咙相连系的部）横行出来，经中府、云门，循臂内侧的前缘人尺泽，下寸口经太渊走入鱼际，出拇指尖端之少商穴。故做此功两臂左右展开时，可能会有气感，以拇指、食指气感较强。

4.操作提示

发音口型：“呬”（读四，字音画）为齿音，发声吐气时，两唇微向后收，上下齿相对，舌尖入两齿缝内，由齿向外发音。上下门牙对齐，留有狭缝，舌尖轻抵下齿，气从齿间呼出体外。

吸气自然，呼气念“呬”字；两掌向上时吸气，两掌向外展开时口吐“呬”字音。

第六节　吹字诀

1.调身：面向东方或南方。

（1）同第一节预备式。

（2）吸气自然，两臂从体侧提起，两手经长强、肾俞向前画弧，沿肾经至俞府穴处，如抱球两臂撑圆，两手指尖相对，两掌前推，随后松腕伸掌，指尖向前，掌心向下。

（3）身体下蹲，两臂随之下落，呼气念“吹”字，呼气尽时两手落于膝盖上部，在呼气念字的同时，足五趾抓地，足心空如行泥地，引肾经之气从足心上升。

（4）下蹲时身体要保持正直，下蹲高度直至不能提肛为止。（见图 7）。

（5）呼气尽，随吸气之势慢慢站起，两臂自然垂于身体两侧。

（6）稍事休息再做，本式共吐“吹”字音 6 次。调息，恢复预备式。

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气—屏息。

（3）动作 3 呼气并念“吹”字—屏息。

（4）动作 4 吸气—屏息。

（5）自然呼吸后，重复①～⑤。

3.调心

当念吹字时足跟着力，并以意念引肾经之经气从足心涌泉上升。肾经经足掌内侧沿内踝骨向后延伸，过三阴交经小腿内侧出胭窝，再沿大腿内侧股部内后缘通向长强、脊柱，入肾脏，下络膀胱；上行之支脉入肝脏，穿横膈膜进入肺中，沿喉咙入舌根部，另一支脉从肺出来入心，流注胸中，与心包经相接，经天池、曲泽、大陵、劳宫到中指尖之中冲穴。故做吹字功时可能手心和中指气感较强。

4.操作提示

发音口型：吹（读炊，字音 chui），为唇音。口微张两嘴角稍向后咧，舌微向上翘并微向后收。发声吐气时，舌体、嘴角向后引，槽牙相对，两唇向两侧拉开收紧，气从喉出后，从舌两边绕舌下，经唇间缓缓呼出体外。

手提起、撑圆到前推时吸气，手下落并且身体下蹲时呼气。

第七节　嘻字诀

1.调身：面向东方或南方。

（1）同第一节预备式。

（2）两手如捧物状由体侧耻骨处抬起，过腹至膻中穴处，翻转手心向外。

（3）呼气念“嘻”字，足四、五趾点地；两手向头部托举，两手心转向上，指尖相对。目视前方。

（4）呼气尽时，吸气，两臂内旋，两手五指分开由头部循胆经路线而下，拇指经过风池，其余四指过侧面部，再历渊腋，以意送至足四趾端之窍阴穴。（见图 8）

（5）本式共吐“嘻”字音 6 次，调息，恢复预备式。

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 吸气—屏息。

（3）动作 3 呼气并念“嘻”字—屏息。

（4）动作 4 吸气—屏息。

（5）自然呼吸后，重复①～④。

3.调心

读嘻字时，以意领气，出足窍阴、至阴上踝入膀胱经，由小腹处上升，历络下、中、上三焦至胸中，转注心包经，由天池、天泉而过曲泽、大陵至劳宫穴，别入三焦经。吸气时即由手第四指端关冲穴起，沿手臂上升贯肘至肩，走肩井之后，前入缺盆注胸中联络三焦。上行之支穿耳部至耳前，出额角下行至面颊，流注胆经，由风池、渊腋、日月、环跳下至足窍阴穴。简而言之，意领时，由下而上，再由上而下复归胆腑。练嘻字功，呼气时无名指气感强，下落时足四趾气感强，这是少阳之气随呼气上升与冲脉并而贯通上下，三焦理气之功能发挥，促进脏腑气血通畅之缘故。

4.操作提示

发音口型：嘻（读希，字音 xi），为牙音。两唇微启稍向里扣，上下相对但不闭合，舌微伸而有缩意，舌尖向下，有嬉笑自得之貌、怡然自得之心。

“嘻”为牙音，发声吐气时，舌尖轻抵下齿，嘴角略后引并上翘，槽牙上下轻轻咬合，呼气时使气从槽牙边的空隙中经过时呼出体外。

手提起时吸气，双手托起时呼气念“嘻”字，足四、五趾点地，

二、辨证施功

六字诀用于疾病的康复，可按照五行生克原理辨证施功，重点练习其中的一两节。每日可练 3 次，每次 5～10 分钟，3 个月为 1 个疗程。

1.“嘘”字功治肝病

中医认为，“嘘”字诀与肝相应，口吐“嘘”字具有泄出肝之浊气，调理肝脏功能的作用，同时配合两目圆睁，还可起到疏肝明目的功效。肝病练“嘘”字功。实症应泻，心为肝子，可用“呵”字功泻之。虚症应补，肾为肝母，可用”吹”字功补之。可治眼疾、食欲不振、消化不良，对胸肋胀满、易怒、头痛、虚烦不眠、阳痿，子宫下垂和月经不调等，可练此功。

2.“呵”字功治心病

“呵”字诀与心相应，口吐“呵”字具有泄出心之浊气，调理心脏功能的作用。实症应泻，脾为心之子，可练“呼”字功以泻心火，再做“吹”字功以补肾水。可用于心悸、心绞痛、失眠、健忘、出汗过多、舌体糜烂、舌强语謇等病症的治疗。

3.“呼”字功培脾病

“呼”字诀与脾脏相应，口吐“呼”字具有泄出脾脏之浊气，调理脾胃功能的作用，具有健脾和胃，消食导滞的功效。脾病，可用“呼”字功治。心为脾母，若“呼”字练后感到力量不足，可再作“呵”字功，以加强脾胃的消化功能。若由于肝气郁热而引起脾胃失调，则用“嘘”字功平肝后，再用“呵”字功健心，以补脾。呼字诀可用于腹泻、腹胀、皮肤水肿、肌肉萎缩、脾胃不和、消化不良、食欲不振、女子月经病、四肢疲乏等病症的治疗。

4.“呬”字功补肺病

“呬”字诀与太阴肺之气相应。口吐“呬”字有疏通太阴经脉、调和全身气机的作用。具有宣肺化痰，止咳利咽的功效。如果肺气虚弱易受外感，应练“呼”功补脾。呬字诀用于外感伤风、发热咳嗽、痰涎上涌、背痛怕冷、呼吸急促而气短、尿量少等病证的治疗。

5.“吹”字功治肾病

吹字诀与少阴肾之气相应。口吐“吹”字有疏通少阴经脉、调和全身气机的作用。具有补肾壮腰，调和全身气血的功效。吹字诀对于腰腿无力或冷痛、目涩健忘、潮热盗汗、头晕耳鸣、男子遗精、阳痿早泄、女子梦交或子宫虚寒、牙动摇、发脱落等有较好的疗效。

6.“嘻”字功理三焦

“嘻”字诀是为了理三焦气。口吐“嘻”字有疏通少阳经脉、调和全身气机的作用。对于三焦不畅而引起的耳鸣、眩晕、喉痛、咽痛、胸腹胀满和小便不利等病症用“嘻”字功通之，再用“呼”字功助胃气。

三、病证举例

1.感冒

（1）宣肺化痰，练六字诀第五节呬字诀 60 遍，至微汗出为宜。

（2）培土生金，练六字诀第四节呼字诀 54 遍。

2.胁痛（慢性肝炎）

（1）疏肝理气，练六字诀第一节徐字诀 36 遍（左右各 18 遍）。

（2）滋水涵木，练六字诀第六节吹字诀 18 遍（左右各 9 遍）。

第三章 易筋经

易筋经相传源自于南北朝时期的佛家功法。“易”是变易、改变的意思，“筋”指筋骨、肌肉，“经”为方法。“易筋经”就是通过锻炼来强筋坚骨、祛病延年的方法。该功法重视姿势、呼吸与意念的协调锻炼，并按人体十二经脉与任督二脉之运行进行练习，尤其重视对心性的修养。

此功法配有古歌诀，为保持原貌，照录于各节之前。

一、操作技术

易筋经包括 12 节正功和收式共 13 个部分，其中每一节动作重复次数因人的身体状况不同可有所差异，每一节功法对姿势动作、呼吸方式和意念状态虽有不同的要求，但总体上应把握道法自然的原则，使调身、调息、调心逐渐地融为一体，进一步达到天人合一、祛病延年。

第一节 韦驮献杵势

歌诀：立身期正直，环拱手当胸，气定神皆敛，心澄貌亦恭。

1.调身

（1）左腿向左横跨一步，两脚距离与肩同宽（两脚平行或呈外八字均可），两手自然下垂，头端正，两目半开半合，平视前方，舌抵上腭，松肩垂肘，含胸拔背，收腹松胯，膝松微屈，足掌踏实，全身放松。（见图 1）

（2）两手缓慢翻转为掌心向后，慢慢地向前、向上抬起与肩平逐渐变为立掌向胸前靠拢，两掌心相对，缓缓屈肘。（见图 2）

（3）两拇指少商穴轻轻接触，合十当胸，指尖向上，松肩沉肘。（见图 3）

2. 调息

（1）动作①自然呼吸，逐渐使呼吸缓、慢、深、细、匀、长，调息 3～6 次。

（2）动作②③时深吸气。

（3）动作③姿势定位后开始呼气，然后逐渐变为腹式呼吸，在自然的基础上使呼吸缓、慢、深、细、匀、长，调息 3～6 次。

3. 调心

（1）练调身①时心境澄清，神意内敛。

（2）练调身②时，意念专注于动作、姿势。

（3）练调身③时，自觉全身气脉流动后，意念随呼吸在吸气时导引气从指尖而出，进入鼻内，下沉丹田。呼气时，意念气从下丹田上胸，循手三阴经入掌贯指。

4.操作提示

动作宜缓慢，配合柔和的自然呼吸，目光注视前方，视而不见。曲腕立掌稍用力。意念要淡，似有若无。

第二节 横担降魔杵

歌诀：足趾柱地，两手平开，心平气静，目瞪口呆。

1. 调身

（1）接上势，两掌慢慢向左右分开，至肩肘腕平，掌心向下，成“一”字形，同时足跟微微抬起，脚尖点地（功夫深了只用拇趾点地）。（见图 4）

（2）凝神贯注前方，含胸拔背，收腹松胯，舌抵上腭。

2. 调息

（1）练①势时自然呼吸。

（2）练②势时用腹式呼吸。

3.调心

（1）练①势时随着动作意念自然集中于两掌内劳宫穴及足趾部。

（2）练②势时，在吸气时意念集中于劳宫，呼气时意念集中于足拇趾大敦穴。

4.操作提示：足跟抬起，脚尖点地时要控制身体平衡，可将脚趾分开后再抬脚跟。

第三节　掌托天门

歌诀：掌托天门目上观，足尖着地立身端，身周腿胁浑如植，咬紧牙关不放宽。舌下生津将腭抵，鼻中调息将心安，两拳缓缓收回处，用力还将挟重看。

1.调身

（1）接上势，两手从左右缓缓向上做弧形上举，将阴掌变成阳掌，掌心向上，指尖相对，直对天门（前发际上 2 寸），做托天状。同时两足跟提起，微微向外分开，足尖着地，闭住会阴穴，放开膀胱经之会阳穴。（见图 5）

（2）牙关咬紧，舌抵上腭，两目用内视法，通过天门，注视两手掌之间。

（3）两手握拳，两臂顺原来路线缓缓下降至“横担降魔杵”的架子。（见图 6）

2.调息

（1）练①势时自然呼吸。

（2）练②势时用腹式呼吸。开始可用鼻吸口呼，后改为鼻吸鼻呼，气沉丹田。呼吸细匀长缓，绵绵不断。

（3）练③势时自然呼吸。

3.调心

（1）练①势时专注于动作和姿势。

（2）练②势时吸气时意守丹田，呼气时将意念逐渐转人两掌之间，感觉气脉运行时，则以意随气。

（3）练③势时意念放松，似有若无。

4.操作提示：两手掌心向下，指尖向外是为阴掌；两手掌心向上，是为阳掌。

第四节　摘星换斗

歌诀：只手擎天掌覆头，更从掌内注双眸，鼻吸口呼频调息，用力收回左右眸。

1.调身

（1）接上势，右手向右上方缓缓高举，离前额约一拳；同时左手放下，并反手以手背贴于左侧腰眼部。（见图 7）

（2）两目注视右手之内劳宫穴。

（3）左手高举，右手放下，右手背贴于右侧腰眼处，两目注视左手内劳宫穴。（见图 8）

2.调息

（1）练①势时自然呼吸。

（2）练②势时用腹式呼吸，把息调匀。开始可用鼻吸口呼，后改为鼻吸鼻呼，气沉丹田。呼吸细匀长缓，绵绵不断。

（3）练③势时呼吸同①②。

3.调心

（1）练①势时专注于动作和姿势，意念要淡。

（2）练②势时意念注视高举之手的劳宫穴，并将内劳宫、两眼与在腰眼处之手背的外劳宫穴用意念连成一条气线，随着呼吸的吐纳，腰眼发生一凸一凹的运动。

（3）练③势时意念与①②相同。

4.操作提示

在呼气时注意内劳宫，吸气时注意下边手的外劳宫。意念内劳宫、眼睛、腰眼随着这种

凸凹开合的动作，做微微的运动。

第五节　倒拽九牛尾

歌诀：两腿前弓后箭，小腹运气空松，用意存于两膀，擒拿内视双瞳。

1.调身

（1）接上势。右手从腰眼离开，微向下垂，顺势变成阴掌向右前方抄去，至与肩相平，五指撮拢成“擒拿手”状，腕微屈，指尖朝上向外，劲蓄袖底。同时右腿跨前弯曲，左腿伸直，成前弓后箭步。左手也同时放下，向左后方抄去。（见图 9）

（2）右手与额同高，左手与左箭腿成 15°。（见图 9）

（3）右脚不动，左脚向左前方跨出换为左弓右箭步，左手反折抄向左前方，右手收回伸向右后方，动作要领同前。（见图 10）

2.调息

（1）练①势时自然呼吸。

（2）练②势时可用鼻吸口呼法。

（3）练③势时呼吸与①②势类同。

3.调心

（1）练①势时专注于动作和姿势

（2）练②势时意想两手拉成一条线，似拽牛尾巴之状。吸气时，两眼内视前伸之手，向后倒拽；呼气时，两眼内视后伸之手，向前顺牵。

（3）练③势时意念与①②势类同。

4.操作提示

前牵后拽时，与少腹丹田的气运开合相应运动着，两腿和腰、背、肩、肘等身段各部，亦都随着倒拽和前牵的韵味相应地颤动。如此反复操作 3～5 次。

第六节　出爪亮翅

歌诀：挺身兼怒目，推窗望月来，排山还海汐，随息七徘徊。

1.调身

（1）接上势，借前手向后倒拽之势，前腿后收，两脚并拢，两手收回，掌指翘立笔直，掌心向外，变成“排山掌”，放于胸胁部待势。（见图 11）

（2）两手以“排山掌”向前缓缓推出。开始前推，轻如推窗，推至肩肘腕平时，五指用力外分，身体直立闭息，两目张开，不可瞬动眨眼，平直地望着前面，集中心念，观看两掌。（见图 12）

（3）再把“排山掌”缓缓向胸胁内收，贴于左右两侧胸胁处。

（4）如此反复做 7 次。

2.调息

（1）练①势时自然呼吸。

（2）练②势向前推掌时，配合呼气，推至极点时微停息。

（3）练③势时吸气。

（4）练④势时呼吸重复②③势。

3.调心

（1）练②向前推掌时，配合呼气，开始时轻轻用力，前推至极点，则重如排山。

（2）练③收回时吸气，意念集中于两掌中间。

4.操作提示

随向前推掌，五指慢慢外分，掌指翘立笔直，产生麻热感；两掌向胸胁收回，五指自然

伸直并拢。

第七节　九鬼拔马刀

歌诀：侧首屈肱，抱头拔耳，右腋开阳，左阴闭死，右撼昆仑，左贴胛膂，左右轮回，直身攀举。

1.调身

（1）接上势，右手向上提，朝脑后做圆周运动，用掌心贴枕部“玉枕关”，用食、中、无名三指轻轻夹拉左耳的上部尖端（在两耳尖端，把耳轮折卷，有折缝处），肩肘相平，右腋张开；左手向左方画弧，反手以手背贴于脊部两肩胛间，左腋紧闭。（见图 13）

（2）右手放下，反手提起，以手背贴于两肩胛间。同时左手提至脑后，用掌心贴在玉枕关，手指轻轻压拉右耳。左腋张开，右腋紧闭。（见图 14）

2.调息

（1）练①势肢体运动过程中自然呼吸，定势后，采用鼻吸鼻呼腹式呼吸。

练②势时呼吸同①势。

3.调心

（1）练①势上肢运动过程中，意念专注于动作和姿势。

（2）定势后，吸气时，意念集中在抱头攀耳之手的肘尖，微微拔牵，头颈同时与掌相应地运动。呼气时意念集中在贴于背部手背的外劳宫穴，气沉丹田。

4.操作提示

左右反复 6～7 次。

第八节　三盘落地

歌诀：上腭抵尖舌，张眸又咬牙。开档骑马式，双手按兼拿，两掌翻阳起，千斤仿佛加，口呼鼻吸气，蹲足莫稍斜。

1.调身

（1）接上势。两手向左右平伸，肩肘腕相平，成“一”字形，掌心向下，同时左足向左跨一大步，两脚的距离大约二尺五寸（人高矮不同，可略大或略小些）。（见图 15）

（2）两膝弯曲慢慢下蹲成骑马档势，含胸拔背，至大腿与小腿成 90° 为标准。两腿下蹲的同时，两阴掌亦缓缓下按，按压至与膝相平为止。动作缓慢，稳稳用力，舌抵上腭，两眼睁大。（见图 16）

（3）将下按之掌翻转为阳掌，如托重物之状，随两腿的慢慢伸直一起上升，与胸相平为止。（见图 17）

（4）反复操作 3～5 次。

2.调息

（1）操作①势时自然呼吸。

（2）操作②势时以口呼气。

（3）操作③势时以鼻吸气，气沉于丹田。

3.调心

（1）意念集中于两手掌。

（2）上升时意念两手像托拿沉重的东西。

4.操作提示

下蹲时，松腰、裹臀，两掌如负重物；起身时，两掌如托千斤重物。年老和体弱者下蹲深度可灵活掌握，年轻体健者可半蹲或全蹲。下蹲与起身时，上体始终保持正直，不应前俯或后仰。瞪眼闭口时，舌抵上腭，身体中正安舒。

第九节　青龙探爪

歌诀：青龙探爪，左从右出，左掌纠行，蹉傍胁部，右爪乘风，云门左露，气周肩背，扭腰转腹，调息微嘘，龙降虎伏。

1.调身

（1）接上势。左脚向内收回，至与肩等宽待势。（见图 18）

（2）左手翻掌向下，变成阴掌“龙探爪”（五个手指的末节指间关节屈曲，掌心空而圆），用腰之劲运动，左肘尖领先，向左后方缩去；同时右掌也翻转向下，变成阴掌“龙探爪”，借左掌后伸的姿势，右掌如乘风破浪一般朝左侧面探爪。将左期门穴、云门穴放开，右边的期门穴、云门穴闭着。随着左掌后缩，右掌左探，腰部、腹部相应的扭转，同时要放得很松，才能将“带脉”锻炼得柔韧如丝，松紧合度。（见图 19）

（3）左探爪做完，再向右缩、右探：向左右探爪时，要同时微微发出“嘘”音相配合。头颈亦跟随左探、右探动作转动。（见图 20）

2.调息

用鼻吸口呼法。左缩左探或右缩右探的过程中吸气，缩探至尽处，呼气，口念“嘘”字。

3.调心

左缩左探或右缩右探的过程中，将吸入的气缓缓送入丹田，手十指末节指间关节轻轻一抓时，意念集中于两手掌。

4.操作提示

伸臂探“爪”，下按划弧，力注肩背，动作自然、协调，一气呵成。目随“爪”走，意存“爪”心。年老和体弱者前俯下按或划弧时，可根据自身状况调整幅度。

第十节　卧虎扑食

歌诀：两足分蹲身似倾，左弓右箭腿相更，昂头胸作探前势，翘尾朝天掉换行，呼吸调匀均出人，指尖着地赖支撑，还将腰背偃低下，顺势收身复立平。

1.调身

（1）接上势。随即抬起右脚，向右前方跨进一步，成右弓左箭步，同时两手向前，五指着地，掌心悬空（初练可用整个手掌着地），头向上略抬。（见图 21）

（2）下俯，臀部慢慢向后收，两目平视，腰部放松，似虎扑食之准备动作。（见图 22）

（3）头昂起，前胸以低势（约离地 4 寸），头、腰、臀、四肢呈波浪形向前运动，似向前扑食之状，目视前方。至前臂呈垂直时，胸稍停，再收回。如此反复 3～5 次，最后还原成右弓左箭步。

（4）做完收回站起，再以同法变左弓右箭步，照前法做足次数，还原成弓箭步后，站立成中档（两脚与肩等宽）。（见图 23）

2.调息

呼吸用鼻吸口呼法，撑起、后缩吸气；下俯、前冲呼气。

3.调心

两手扶地，变前弓后箭步时，用意调匀呼吸。意念凝注前方，有向前扑捉之感。

4.操作提示

用躯干的蛹动带动双手前扑绕环。抬头、瞪目时，力达指尖，腰背部成反弓形。年老和体弱者可根据自身状况调整动作幅度。

第十一节　打躬击鼓

歌诀：两掌持后脑，躬腰至膝前，头垂探胯下，口紧咬牙关，舌尖微抵腭，两肘对手弯，

按耳鸣天鼓，八音奏管弦。

1.调身

（1）接上势，两脚与肩宽，站立正直，待势。（见图 24）

（2）两手抱头，掌心按耳，两掌的中指尖微微接触，指头贴在“玉枕关”处。两肘屈曲，肘与肩平行。摆好姿势后，食指击打“玉枕关”频频敲击，耳中发出“隆隆”的响声，称之为“鸣天鼓”。（见图 25）

（3）鸣天鼓之后，双手抱头，慢慢俯身弯腰，将头向两膝的空当中间弯垂下去，以不能再垂弯为度，两腿挺直，腰胯放松，舌抵上腭，咬紧牙关，两目从胯裆中观看身后的天际。（见图 26）

（4）随即慢慢直立起来，还原全身笔直的架子，再度“鸣天鼓”与下弯。反复做 3～5 次。然后站立正直接下势。

2.调息

用鼻吸鼻呼法，在弯腰、直立过程中慢慢地微闭口呼吸（久练后可闭住呼吸，直立起来）。

3.调心

弯腰时意注丹田，直立时意注两手掌。

4.操作提示

操作提示：身体前俯弯腰时，动作要缓慢，量力而行，动作不可过猛。患有脑血管病者慎做此势。

第十二节　掉尾摇头

歌诀：膝直膀伸，推手及地，瞪目摇头，宁神一志，直起顿足，伸肱直臂，左右七次，功课完毕，祛病延年，无上三昧。

1.调身

（1）接上势，将两手从脑后向正前方推出去，使两臂伸直，与肩相平，掌心向下。（见图 27）

（2）将两掌十指交叉扣起，掌心向地，慢慢向胸前收拢，至与胸两拳远时，弯腰，随即慢慢下推及地，两腿挺直。仍保持弯腰姿势，再向前、左、右各推一下，头亦随之摇摆。（见图 28）

（3）再缓缓伸腰，两掌同时上提，双掌松开。（见图 29）

操作提示：向下弯腰时量力而行，两掌不能及地也可。患有脑血管病者慎做此势。

2.调息

自然呼吸。

3.调心

在推掌及地时意念集中在两掌心，直立时意念集中于鼻尖。

4.操作提示

转头扭臀时，头与臀部做相向运动。高血压、颈椎病患者和年老体弱者，头部动作应小而轻缓。另外，应根据自身情况调整身体前屈和臀部扭动的幅度和次数。配合动作，自然呼吸，意念专一。

第十三节　收功势

1.调身

（1）接上势，两手竖掌向前推出，两脚跟微微提起，前脚掌着地。（见图 30）

（2）两手掌逐渐向外翻，至肩、肘、腕平时，掌心向外，画弧向两侧，翻掌提至腋下，掌心向上，两脚跟同时落地，脚掌提起。（见图 31）

（3）然后再推出，反复共 7 次。

（4）最后恢复至第一式韦驮献杵势收功。（见图 32）

2.调息

（1）练动作①时自然呼气。

（2）练动作②时自然吸气。

3.调心

（1）练动作①②时意念专注于动作姿势。

（2）练动作④时意想自身之气与天地分离，收归自身，下沉丹田。

二、辨证施功

易筋经具有疏通经络、调和气血、祛病健身之作用。每天可练 2～3 次，每次 30 分钟左右，3 个月一个疗程。初练首先要将姿势、动作练熟，然后再进行呼吸、意念和姿势的配合锻炼，最终达到三调合一。练功的运动量可根据个人的体质和体力情况灵活掌握，循序渐进，不可操之过急。中老年人练此功法，不可勉强向上提气，提足跟之动作可以不做，否则易引起血压升高、头痛、头晕等。心脑血管病患者锻炼时宜用意而少用力，各势均顺其自然，量力而行。

1.韦驮献杵势

具有理气安神的作用，可用于心烦、失眠、焦躁易怒、心慌、多汗等心气虚、心阴虚的症状。

焦虑症、失眠、心律失常、更年期综合征、神经官能症等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

2.横担降魔杵

具有疏通上肢经络的作用，可用于上肢疼痛，屈伸不利，颈肩疼痛等症状。

肩关节周围炎、神经根型颈椎病等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

3.掌托天门

具有条畅三焦、输布气机的作用，可用于胃脘胀满、嗳气、腹胀等中焦气机失于升降的症状，也可用于胸闷、咳嗽、喘憋等上焦肺气不能肃降的症状。

功能性消化不良、糖尿病肠病、慢性阻塞性肺疾病稳定期、非特异性过度嗳气等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

4.摘星换斗

具有活血通络、强腰补肾的作用，可用于腰背疼痛、转侧不利等腰部筋络痹阻的症状，也可用于尿频、腰酸、膝软、水肿等肾虚的症状。

糖尿病肾病、局灶节段性肾小球硬化、慢性间质性肾炎、腰椎间盘突出症、腰背肌筋膜炎等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

5.倒拽九牛尾

具有调节脏腑气机、补益心肺的作用，可用于胸闷、喘憋胸闷、甚则张口抬肩、心慌等心肺亏虚的症状。

慢性稳定性心绞痛、慢性心力衰竭）、慢性阻塞性肺疾病稳定期、扩张型心肌病、病态窦房结综合征、肺原性心脏病等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

6.出爪亮翅

具有补益肺气的作用，可用于久咳不愈，鼻痒，流涕等肺气不足的症状。

肺间质纤维化、慢性阻塞性肺疾病稳定期、变态性鼻炎等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

7.九鬼拔马刀

具有健脾和胃，通督强肾的作用，可用于胃脘胀满、食后腹胀、胃痛、腹痛等脾虚失运、饮食积滞的症状，也可用于腰痛、晨僵、屈伸不利等寒湿凝骨，肝肾亏虚的症状。

慢性胃炎、胃下垂、慢性肾功能衰竭、功能性腹痛、功能性腹胀等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

8.三盘落地

具有交通心肾，强壮腰膝的作用，可用于失眠、多梦、梦遗等心肾不交的症状，也可用于腰痛、膝痛、下肢浮肿、关节肿胀、下肢活动不利等寒湿痹阻经络的症状。

膝关节骨性关节炎、慢性骨髓炎、骨关节病、足癣、复发性风湿症、慢性腰肌劳损等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

9.青龙探爪

具有疏肝理气，滋水涵木的作用，可用于胁胀痛、身黄、目黄、心烦易怒等肝阳上亢、肝胆湿热的症状。

慢性乙型肝炎、原发性胆汁性肝硬化、酒精性肝病等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

10.卧虎扑食

具有调畅任督、活血通络的作用，可用于颈肩腰腿痛、肌肉酸痛、麻木等任督气机不通，经脉痹阻的症状。

胸腰椎管狭窄症、腰背肌筋膜炎、腰椎间盘突出等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

11.打躬击鼓

具有壮腰强精，健脑补肾的作用，可用于头晕、健忘、耳鸣耳聋、精神呆滞等肾虚精亏的症状。

原发性高血压、轻度认知损害、阿尔茨海默病等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

12.掉尾摇头

具有培补元气、强腰补肾的作用，可用于乏力、怕冷、月经不调等元气不足，冲任失调的症状。

慢性肾炎、更年期综合症、退行性腰椎管狭窄症、卵巢早衰、卵巢储备功能降低等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

13.收功势

有协调五脏，平秘阴阳，培元固本的作用，虚实诸症均可用。

三、病症举例

1.虚劳（慢性肾炎）

可选用韦陀献杵、青龙探爪、摘星换斗、九鬼拔马刀、三盘落地、掉尾摇头、收功势等节，每天练习 2 至 3 次，每次 15 至 30 分钟。

2.经断前后诸症（更年期综合症）

可选用韦陀献杵、出爪亮翅、卧虎扑食、击鼓打躬、掉尾摇头、收功势等节，每天练习 2 至 3 次，每次 15 至 30 分钟。

3.腰腿痛（慢性肾衰、关节炎）

可选用韦陀献杵、摘星换斗、倒拽九牛尾、九鬼拔马刀、掉尾摇头、收功势等节，每天练习 2 至 3 次，每次 15 至 30 分钟。

第四章 八段锦

八段锦是由古代导引总结发展而成的一种传统养生术，据说在隋唐时期就有此名，功法大多认为是在南宋初年创编，有文字记载见于宋·洪迈的《夷坚志》，据今已有八百多年的历史。

八段锦在流传过程中，经过不断的修改至清光绪初期逐渐定型为七言诀：“两手托天理三焦，左右开弓似射雕；调理脾胃须单举，五劳七伤往后瞧；摇头摆尾去心火，两手攀足固肾腰；攒拳怒目增气力，背后七颠百病消。”

一、操作技术

八段锦 8 节正功，其中每一个动作均重复做 6～8 次。完整练习一遍八段锦的时间应该不少于 15 分钟。

第一节　两手托天理三焦

1. 调身

（1）两足分开与肩同宽，舌抵上颚，气沉丹田，两手由小腹向前伸臂，手心向下向外划弧，顺势转手向上，双手十指交叉于小腹前（见图 1）。

（2）缓缓曲肘沿任脉上拖，当两臂抬至肩、肘、腕相平时，翻掌上拖于头顶，双臂伸直，仰头目视手背，稍停片刻（见图 2）。

（3）松开交叉的双手，自体侧向下划弧慢慢落于小腹前，仍十指交叉，掌心向上，恢复如起势（见图 3）。稍停片刻，再如前反复 6～8 次。

2. 调息

两手上托时采用逆腹式呼吸法。

（1）动作 1～2 吸气。

（2）动作 2～3 间屏息。

（3）动作 3 呼气。

3. 调心

动作 2 想象清气从丹田沿任脉上贯通上、中、下三焦，脑清目明。

4. 操作提示：当两臂沿任脉上托至与肩相平时不要耸肩，手臂至头顶上方时稍用力上托，使三焦得以牵拉。

图 1

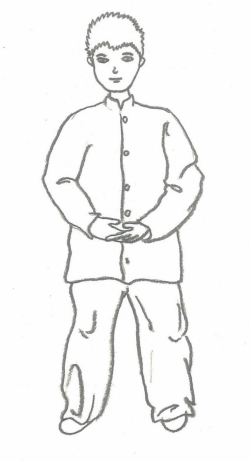


图 2

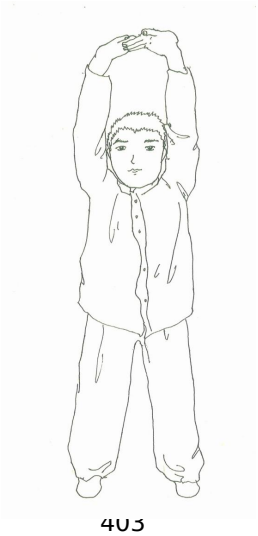
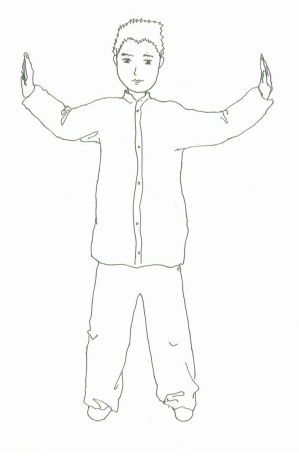


图 3



第二节　左右开弓似射雕

1.调身

（1）两足分开与肩同宽，左足向左横跨一步，双腿屈膝下蹲成马步站桩，两膝做内扣劲，两足作下蹬劲，臀髋呈下坐劲，如骑马背上，两手空握拳，屈肘放于两侧髋部，距髋约一拳许（见图1）。

（2）两手向前抬起平胸，左臂弯曲为弓手，向左拉至极点，开弓如满月，同时，右手向右伸出为“箭手”，手指作剑诀，顺势转头向右，通过剑指凝视远方，意如弓箭伺机待发，稍停片刻（见图2）。

（3）将两腿伸直，顺势将两手向下划弧，收回于胸前，再向上向两侧划弧缓缓下落两髋外侧，同时收回左腿，还原为站式（见图3）；再换右足向右横跨，重复如上动作，如此左右交替6～8次。

2.调息

（1）动作1～2吸气。

（2）动作2～3间屏息。

（3）动作3呼气。

3.调心

动作2想象气机沿督脉上行至颠顶，转从前向下，向头转同侧的手臂运行，颈椎、胸椎和腰椎牵拉转动；头转向方的肩臂、颈部和胸肋部的肌肉、骨骼、韧带牵拉，同时对心肺进行有节律的按摩。

4.操作提示:两臂自体侧抬起平胸时身体易出现前后晃动和耸肩,纠正方法是两足抓地，气沉丹田，沉肩坠肘。

图1



图2

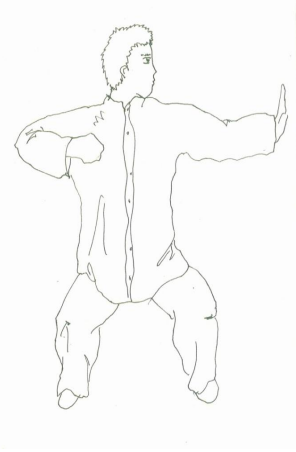
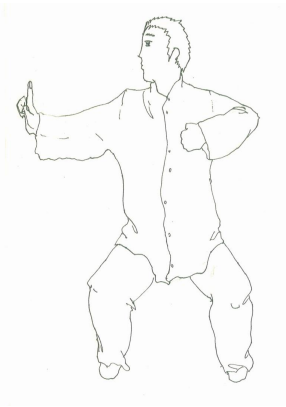


图3



第三节　调理脾胃须单举

1.调身

（1）两臂下垂，掌心下按，手指向前，成下按式站桩，两手同时向前向内划弧，顺势翻掌向上，指尖相对，在小腹前如提抱式站桩（见图1）。

（2）翻掌，掌心向下，左手自左前方缓缓上举，手心上拖，指尖同右，至头上左方将臂伸直，同时右手下按，手心向下，指尖向前，上下两手作争力劲（见图2）。

（3）还原如起势（见图1）。

（4）左手自左上方缓缓下落，右手顺势向上，双手翻掌，手心向上，相接于小腹前（见

图 3）。

（5）还原如起势（见图 1），如此左右交换，反复作 6～8 次。

2. 调息

（1）动作 1 屏息。

（2）动作 2 吸气。

（3）动作 3 呼气。

（4）动作 4 吸气。

（5）动作 5 呼气。

3. 调心

动作 2、4 想象气机以中焦为中心两臂上下对拔争力，贯通两侧的肝经、胆经、脾经、胃经，并使其受到牵引。

4. 操作提示：两臂上下争力时易出现上下用力不均，躯干倾斜等现象，所以操作时尽量用力均匀，保持立身中正。

图 1

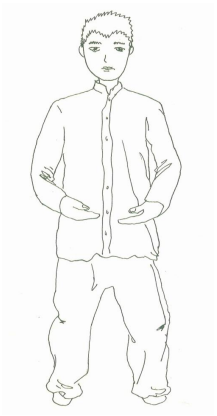


图 2

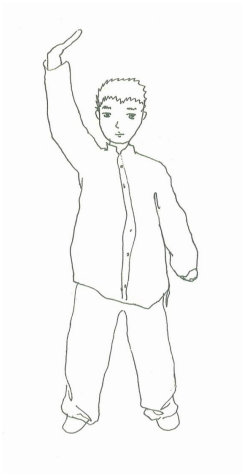
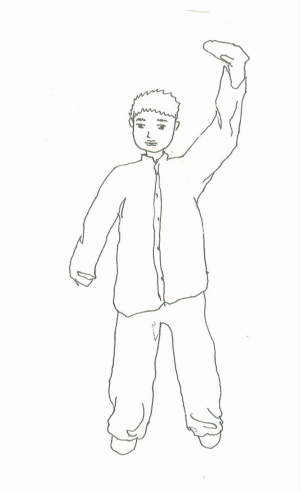


图 3



第四节　五劳七伤往后瞧

1. 调身

（1）松静站立，两足分开与肩同宽，先将左手劳宫穴贴在小腹下丹田处，右手贴左手背上，（见图 1）。

（2）转头向左肩背后望去，（见图 2）。

（3）稍停片刻，同时将头转向正面，（见图 1）。

（4）再转头向右肩背后望去（见图 3），

（5）还原如起势（见图 1），此交替 6～8 次。

2. 调息

（1）动作 1 配合顺腹式呼吸，吸气使小腹充满。

（2）动作 2 吸气。

（3）动作 3 呼气。

（4）动作 4 吸气。

（5）动作 5 呼气。

3. 调心

（1）动作 2 想像内视左足心涌泉穴，以意领气至左足心。

（2）动作 3 以意领气，从足心经大腿后面上升到尾闾，再到命门穴。

4、操作提示：头向左右转动时幅度要一致，与肩齐平，避免脊柱跟着转动。

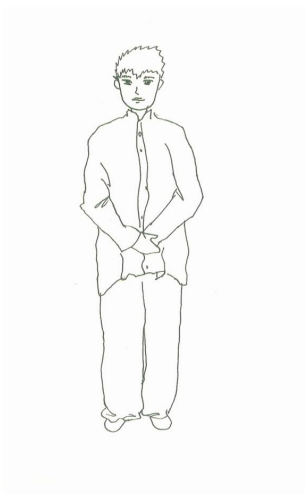


图 1

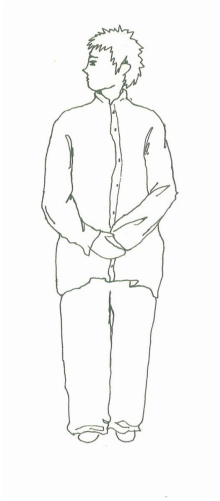


图 2

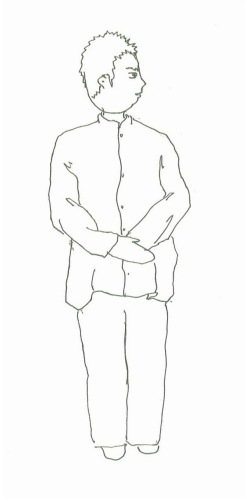


图 3

第五节　摇头摆尾去心火

1. 调身

（1）松静站立同前，左足向左横开一步成马步，两手反按膝上部，手指向内，臂肘作外撑劲（见图 1）。

（2）意领气由下丹田至足心。

（3）同时腰为轴，将躯干摇转至左前方，头与左膝呈一垂线，臀部向右下方作撑劲，目视右足尖，右臂绷直，左臂弯曲，以助腰摆（见图 2）。

（4）稍停片刻，如此左右腰摆 6～8 次（见图 3）。

2. 调息

（1）动作 1 吸气使小腹充满。

（2）动作 2 屏息。

（3）动作 3 呼气。

（4）动作 4 屏息。

3. 调心

动作 2 以意领气由下丹田至足心。

4. 操作提示：此势操作时易出现躬腰低头太过，转身角度太过或不及。纠正方法为转动角度头与左右足尖垂直为度，屈膝左右转动幅度一直，大约 90°，腰部要伸展。

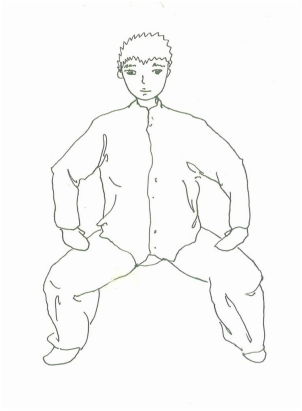


图 1



图 2



图 3

第六节　两手攀足固肾腰

1.调身

（1）松静站立同前，两腿绷直，两手叉腰，四指向后拖肾俞穴（见图 1）。

（2）上身后仰（见图 2）。

（3）上体前俯，两手顺势沿膀胱经下至足跟，再向前攀足尖（见图 3）。

（4）稍停后，缓缓直腰，手提至腰两侧叉腰，如此反复 6～8 次（见图 1）。

2.调息

（1）动作 1～2 吸气。

（2）动作 3 呼气。

（3）动作 4 屏息后吸气。

3.调心

（1）动作 3 意守涌泉穴。

（2）动作 4 以意引气至腰，意守命门穴。

4.操作提示

操作此势时易出现身体后仰太过，弯腰屈膝现象。纠正方法身体后仰以保持平衡稳固为度，上体前俯时两膝要伸直，向下弯腰的力度可量力而行。

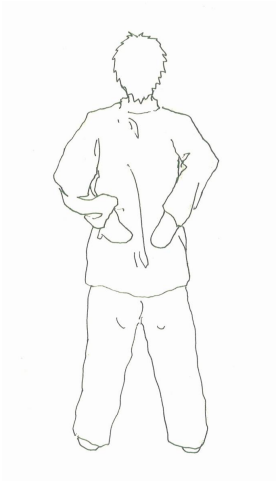


图 1

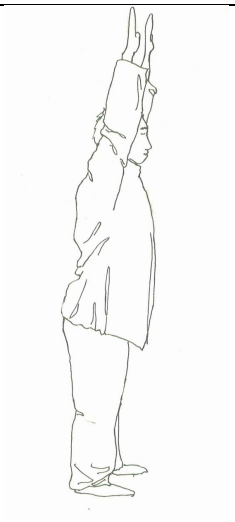


图 2

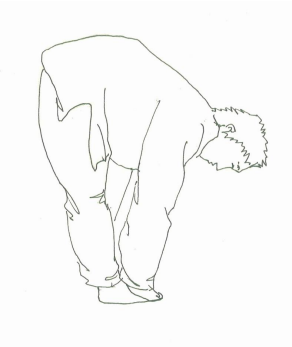


图 3

第七节　攒拳怒目增气力

1. 调身

（1）松静站立如前，左足横出变马步，两手提至腰間半握拳，拳心向上，两拳相距三拳左右，两手环抱如半月状（见图 1）。

（2）将左拳向左前击出，顺势头稍向左转，过左拳瞪虎是目视远方，右拳同时向后拉，使左右臂争力（见图 2）。

（3）稍停片刻，两拳同时收回原位，松开虚拳，向上划弧经两侧缓缓下落，收回左足还原为站式（见图 3）。如此左右交替 6～8 次。

2. 调息

（1）动作 1 吸气。

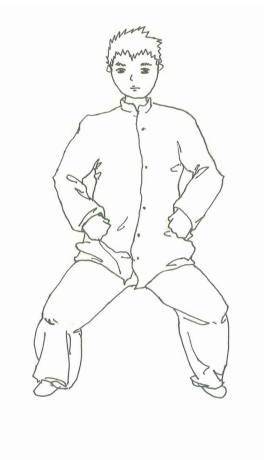


图 1

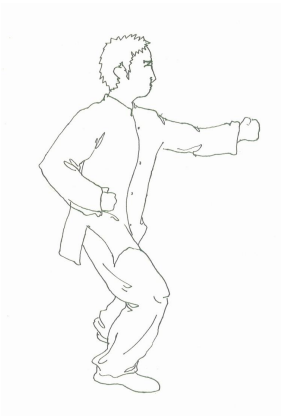


图 2

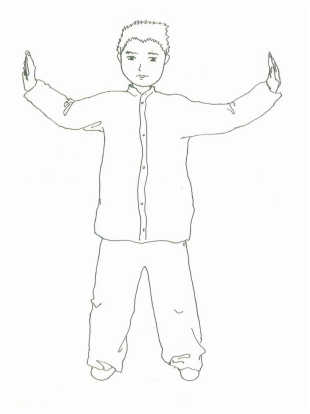


图 3

（2）动作 2 呼气后屏息

（3）动作 2～3 间屏息后吸气

（4）动作 3 呼气。

3. 调心

动作 1 意守丹田或命门穴。

4. 操作提示

操作此势时易出现耸肩、塌腰、闭目等现象。纠正方法松腰沉胯，沉肩坠肘，气沉丹田，脊柱正直，怒目圆睁。

第八节　背后七颠百病消

1.调身

（1）松静站立如前，膝直足开，兩臂自然下垂，肘臂稍外作撑（见图1）。

（2）平掌下按，足跟上提（见图2）。

（3）足跟下落著地，手掌下垂，（见图1）全身放松如此反复6～8次。

2.调息

（1）动作1屏息。

（2）动作2吸气。

（3）动作3呼气。

3.调心

（1）动作1意守丹田。

（2）动作2意念头向上虚顶，气贴于背。

4.操作提示

足跟提起时注意保持身体平衡，十个脚趾稍分开着地。百会上顶，两手下按，使脊柱尽量得以拔伸。患有脊柱病变者足跟下落要轻，不可用力过重。

图1

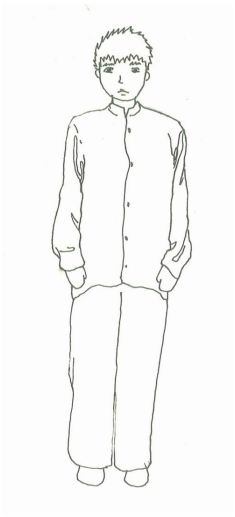
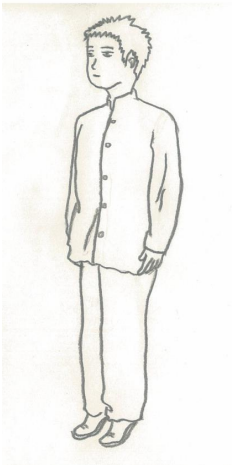


图2



二、辨证施功

八段锦用于疾病的康复，功法柔筋健骨，养气壮力，行气活血，调理脏腑，功法能改善神经调节功能，加强血液循环，对腹腔内脏有柔和的按摩作用，激发各系统的功能，纠正机体异常的反应，对疾病有医疗康复作用。重点练习其中的一两节。每日可练2次，每次15～20分钟，3个月为1个疗程。

1.两手托天理三焦

具有三焦通畅、气血调和、调节肝肾气化的作用。可用于四肢和躯干、手臂、颈、肩背、腰等部位的肌肉、骨骼、韧带的调理。

对颈椎病、肩周炎、腰背痛、高血压、慢性疲劳综合征、月经不调等症状者可参照使用。

2.左右开弓似射雕

强心润肺，调理上、中焦，改善胸椎、颈部的血液循环。

针对脑震荡引起的后遗症、咳嗽、气喘、咳血、咽痛、胸部胀满、手臂前侧桡侧缘痛、

肩、背寒痛等症状者可参照使用。

3.调理脾胃须单举

具有调理脏腑、健脾和胃、运化气血、脾与胃阴阳相合，燥湿相济，升降相因，互为协调的作用。可用于胃气不降的呕吐，常伴有脾气不升的腹泻，也常伴有胃气不降的胱痞与干噫食臭等症。

肩颈疾患、慢性胃炎、消化性溃疡、慢性肠炎、慢性肝炎、胃肠道功能紊乱等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

4.五劳七伤往后瞧

具有活血通络、宽胸理气、止咳平喘的作用。也可用于五劳七伤引起的情志疾患。

中枢神经系统、高血压、颈椎病、眼病、颈与背部等疾患，见上述症状者可参照使用。

5.摇头摆尾去心火

具有清心泻火、养血安神的作用。可用于心烦口渴、口舌生疮、口苦咽干、尿黄淋痛等心火亢盛的症状，也可用于心悸、怔忡、失眠、多梦、喜笑悲泣无常等心血不足的症状。

颈椎、腰椎疾病，以及心火亢盛所致的失眠、心烦、心悸、神经衰弱、心血管神经官能症、心律失常等，见上述症状者可参照使用。

6.两手攀足固肾腰

具有强肾、醒脑、明目的作用。可用于肾精亏虚、腰膝酸软无力、目眩、健忘等肾阴虚症状，也可用于阴虚阳亢的潮热、盗汗、头晕、耳鸣等虚火妄动的病变。

精神疲惫、形寒肢冷、小便频数、生殖泌尿系统功能减退、输尿管等器官疾患，见上述症状者可参照使用。

7.攒拳怒目增气力

舒肝理肺，强健筋骨的作用。可用于肝失疏泄引起的肝胃不和或肝脾不调等症状。也可用于头痛耳鸣、眩晕恶心、目赤口苦等肝阳偏盛的症状。

慢性疲劳综合征、慢性胃炎、消化性溃疡、慢性肝炎、食欲不振、消化不良、嗳气泛酸，或腹胀、腹泻等消化功能异常等，凡见上述症状者可参照使用。

8.背后七颠百病消

具有畅达经脉、通行气血、通调水道和元气的作用。可用于脊柱强直、角弓反张、脊背疼痛、精神失常、小儿惊厥等症状，也可用于邪犯督脉时，牙关紧闭、头痛、四肢抽搐，甚则神志昏迷、发热，苔白或黄，脉弦或数或头昏头重、眩晕、健忘、耳鸣耳聋、腰脊酸软、佝偻形俯、舌淡、脉细弱等症。

阴道炎、子宫肌瘤、囊肿、月经不调、更年期综合症、静脉曲张、前列腺疾病、阳痿、遗精、肾虚等，凡见上述症状者可参照使用。

三、病证举例

1.哮病（支气管哮喘）

（1）疏通肺经，练八段锦第二节左右开弓似射雕200遍，至微汗出为宜。

（2）强筋健骨，练八段锦第七节攒拳怒目增气力100遍。

2.郁证（抑郁症）

（1）疏肝理气，练八段锦第四节五劳七伤往后瞧200遍。

（2）泻心火，练八段锦第五节摇头摆尾去心火100遍。

第五章 五行掌

五行掌据说是从五台山传下来的养生祛病功法，20 世纪 50 年代起开始运用于临床，证实确有一定疗效。

五行掌是具有代表性的中医气功功法，其功理来源于中医的五行学说。五行掌的 5 节正功对应于五脏及其经络、方位和季节。第一节推法属木，对应肝、东方、春季；第二节拓法属火，对应心、南方、夏季；第三节云法属土，对应脾、南方、长夏；第四节捏法属金，对应肺、西方、秋季；第五节摸法属水，对应肾、北方、冬季。

一、操作技术

五行掌包括起式、收式和 5 节正功，其中每一个动作均重复做 5 次。完整练习一遍五行掌的时间应该不少于 10 分钟。

起式

1.调身：面向东方，自然松静站立，手臂下垂，脚跟并拢（见图 1）。

（1）双掌外旋至掌心向前，带动双臂略外展；掌带臂走，从两侧上举平肩，掌心向上。（见图 2）

（2）双手臂继续上举至垂直，掌心向内。（见图 3）

（3）双掌内翻下行带动双臂屈肘下行平肩，掌心向下。

（4）双手下行至臂伸直，双掌按向外下方。

（5）双掌内旋，带动双臂归位。

（6）重复五次。



图 1



图 2



图 3

2.调息：每一个完整动作与一次呼吸相配合。

（1）动作 1、2 吸气。

（2）动作 3、4 呼气。

（3）动作 5 屏气。

3.调心

（1）双手臂上升和吸气时，意想和感觉整个身体变轻，好像要飞起来。

（2）双手臂下降和呼气时，意想和感觉整个身体变重，好像回落到地上。

4.操作提示：

（1）动作须连续和不间断地完成，以形成整体动作。

（2）意想出真实的感觉，但足跟不离地。

第一节　推法

1.调身：面向东方。

（1）双掌向上平提齐肩，左脚跟同时上提，左脚尖点地。沉肩含胸。（见图 4）

（2）转肩翻掌，将平掌转为立掌，同时左脚向左前方 45°角方向，用前脚掌擦地前移大半步。立掌坐腕，双肘微屈，上臂与肩平。（见图 5）

（3）双手立掌向左前方推出，呈弓步。（见图 6）

（4）双掌内翻，双臂自然下垂，撤腰坐臀，勾左脚尖。

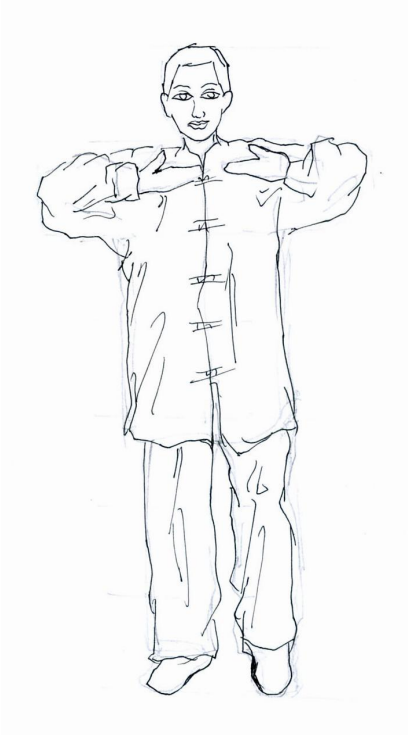


图 4



图 5



图 6

（5）左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2. 调息

（1）动作 1～2 吸气。

（2）动作 3 呼气。

（3）动作 4 屏息。

3. 调心

（1）动作 1 暗示清气从足大趾沿肝经上至两胁。

（2）动作 3 感受双手如推开重门，同时暗示浊气沿肝经出于足大趾。

4. 操作提示

注意转肩翻掌不是旋腕翻掌；左脚掌擦地前移，不是离地迈步。做推法时，动作宜缓慢，配合柔和的自然呼吸，目光注视双手，屈腕立掌稍用力，使指尖有麻酥酥的得气感。吸气时足大趾微微上翘。

第二节 拓法

1. 调身：面向南方。

（1）～（3）同推法。

（4）双手立掌自左向右平移；双腿由弓步变马步，双足平行；身体随之右转。（见图 7）

（5）双掌内翻下行，双臂自然下垂；双腿同时弯曲下蹲，上身竖直。（见图 8）

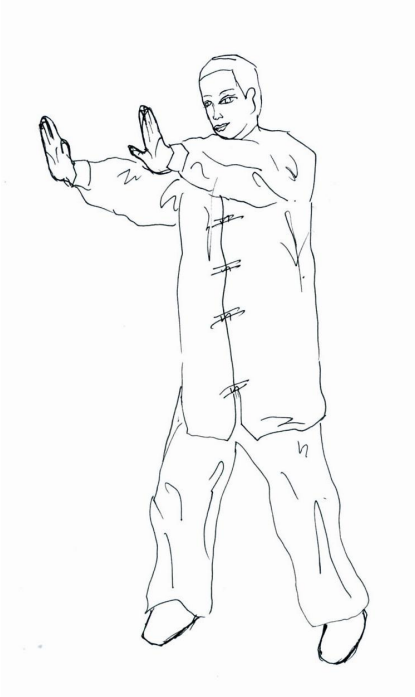


图 7



图 8

（6）左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2. 调息

（1）动作 1 吸气。

（2）动作 2～4 呼气。

（3）动作 5 屏息。

3. 调心

自动作 3 转为动作 4 时，意想和感觉用双掌拓碑帖，平整而有力地从一侧移向另一侧。

4.操作提示

（1）下蹲的程度可因人而宜，原则上以大腿平膝为好。

（2）此式呼气时间长于吸气，须注意保持呼气过程的平缓流畅。

第三节 云法

1.调身：面向南方。

（1）左掌及前臂上提齐肩，左膝同步上提平，与上身呈90°角；左脚尖下指地面，左脚踝靠右腿膝。（见图9）

（2）左掌及前臂继续上提，至掌心齐目时外翻向下，带动前臂以左肘为圆心外展划圆至与肩平，左膝、足姿势不变。（见图10）

（3）左掌及前臂继续划圆向下（见图11），自然到底；左膝、足同步向下归位。

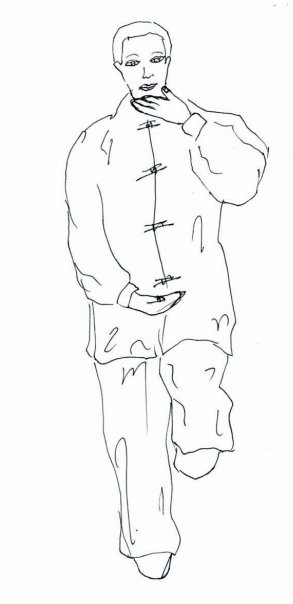


图9



图10



图11

（4）做完1次左侧动作后，做1次右侧动作，左右交替进行，各做5次。

2.调息

（1）动作1时吸气。

（2）动作2、3时呼气。

3.调心

用眼角余光觉察手掌的运动轨迹，同时意想和感觉左右躯体的气机运行如行云流水般此起彼伏，如环无端。

4.操作提示

（1）划圆以肘为圆心，不是以肩。

（2）划圆时眼睛的余光跟随手掌的移动，头不动。

第四节 捏法

1.调身：面向西方。

（1）双手五指捏合，左手向上捏合，左臂、左腿向左前方45°角伸出，呈左弓步；同

时右手向下捏合，平肩屈臂，邻近右腋窝。（见图 12）

（2）撤腰坐臀勾左足尖。上身姿势不变。

（3）转腰撤左手伸右手，左右手相遇时相互调转方向（见图 13），变为左手向下捏合，右手向上捏合。（见图 14）

（4）向前伸左手，向后撤右手，左右手相遇时再次相互调转方向。

图 12



图 13



图 14



（5）左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2. 调息

（1）动作 1、2 时吸气。

（2）动作 3 时呼气。

3. 调心

撤腰坐臀、撤左手时，意想和感觉拉弓射箭的姿态和力量。

4.操作提示

整个动作中目光始终跟随前手，头亦随之摆动。

第五节　摸法

1.调身：面向北方。

（1）左足向左前方 45°角方向擦出，呈左弓步，双手水平下按于前下方，双掌靠拢但不接触，掌心向下，指尖伸向正前方。（见图 15）

（2）撤腰勾左足尖，转体向右，双掌向右后方划圆，完成 1/4。（见图 16）

（3）转腰撤手坐臀，继续划圆，双掌运行至接近左大腿外侧，完成划圆的 1/2。

（4）还原左弓步，双掌向左前方划圆完成 3/4。

（5）身体右转，双掌继续划圆至完成。

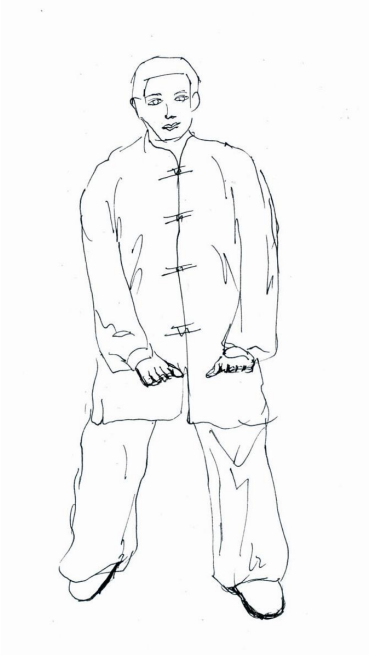


图 15

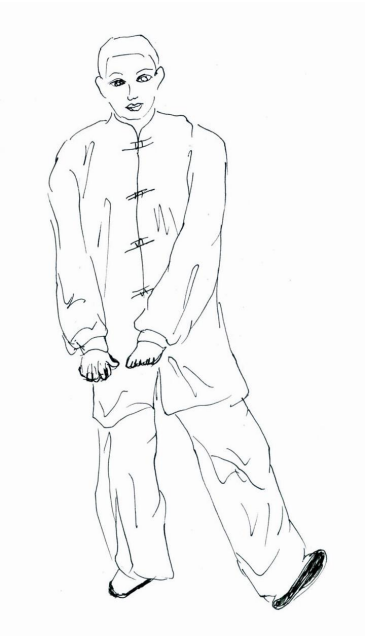


图 16

（6）左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2.调息

（1）动作 1、2 吸气，即划前半个圆时为吸气。

（2）动作 3、4 呼气；即划后半个圆时为呼气。

3.调心

双手划圆时意想和感觉正在按住一个浮在水面的球，既不要让球浮出水面，又不要让球沉入水面，在用力与不用力之间，保持双手的水平划圆动作。

4.操作提示

划圆时尽量保持水平，不要有上下起伏。

收式

1.调身：面向东方，前 4 次动作同起式，第 5 次动作如下。

（1）双手上升至最高处时两手相合（见图 17），顺势下落于胸前合十（见图 18）。

（2）保持双手合十的姿势，闭目静立片刻，

（3）双手缓缓放下，回归为自然站立而结束。

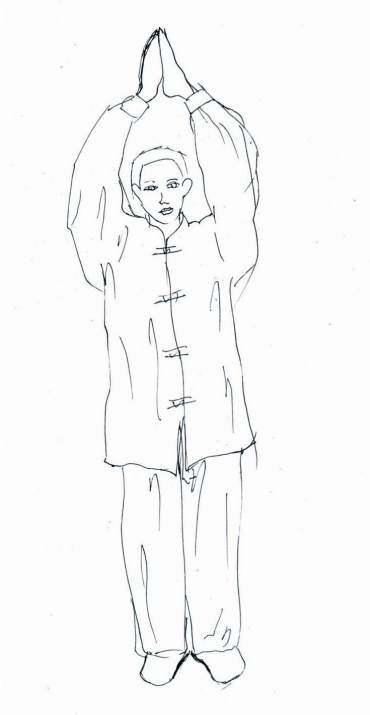


图 17



图 18

2.调息

（1）前 4 次呼吸同起式。

（2）第 5 次动作吸气同起式，双手合掌时转呼气，双手下落至胸前呼气止。

（3）双手合十静立时做 5 次呼吸，第 5 次呼气时双手缓缓放下。

3.调心

（1）前 4 次同起式。

（2）第 5 次在双手合十静立时进入无念的安静状态。

4.操作提示

双手胸前合十时，要沉肩坠肘，两臂齐平。

二、辨证施功

五行掌用于养生保健、调理亚健康状态，可以按五行相生即木、火、土、金、水的顺序全套练习；用于慢性疾病的康复，可在医师的指导下，按照五行生克原理辨证施功，重点练习其中的一两节。每日可练 2 次，每次 20～30 分钟，3 个月为 1 个疗程。

1.推法

具有疏肝理气、平肝潜阳的作用，可用于胸胁胀满、急躁易怒、腹痛泄泻、郁郁寡欢等肝气不舒的症状，也可用于头痛耳鸣、眩晕恶心、目赤口苦等肝阳偏盛的症状。

慢性胃炎、消化性溃疡、慢性肝炎、月经不调、高血压、青光眼、慢性肝炎、慢性疲劳综合征等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

2.拓法

具有清心泻火、养血安神的作用，可用于心烦口渴、口舌生疮、口苦咽干、尿黄淋痛等心火亢盛的症状，也可用于心悸、怔忡、失眠、多梦、喜笑悲泣无常等心血不足的症状。

神经衰弱、心血管神经官能症、心律失常、泌尿生殖系统及妇科的慢性炎症等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

3.云法

具有健脾和胃、消食导滞的作用，可用于食少、脘腹胀满、噫气、呕恶、泛酸、腹痛、肠鸣、泻痢、痰饮、水肿、肢倦身重、舌根强痛、黄疸、小便不利等脾胃功能虚实不调的症状。

慢性胃炎、消化性溃疡、慢性肠炎、慢性肝炎、胃肠道功能紊乱等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

4.捏法

具有宣畅肺气、降气除痰的作用，可治疗项背强痛、咳嗽、咽痒、咽痛、口干、气逆、哮喘、痰多、寒热、无汗、胸闷胀痛、呼吸气促、尿频黄赤等肺功能虚实不调的症状。

感冒、慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺气肿、肺结核（恢复期）等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

5.摸法

具有温阳祛寒、益阴泻热的作用，可用于腰膝酸软、畏寒肢冷、眼睑浮肿、小便不通、阳痿、遗精、早泄、精冷、不孕不育、眩晕耳鸣等肾阳不足的症状；也可用于潮热、盗汗、心悸、失眠、口干、咽痛、咳痰带血、喘息、背痛、黄疸、腹泻、嗜睡等肾阴亏乏的症状。

神经衰弱、肺结核、肺心病、肾病、高血压、低血压等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

6.收式

有通利三焦，协调五脏，调畅气机，平秘阴阳的作用，虚实均可用，无病保健康。

三、病证举例

1.感冒

（1）疏通肺经，练五行掌第四节捏法200遍（左右各100遍），至微汗出为宜。

（2）培土生金，练五行掌第三节100遍（左右各50遍）。

2.胁痛（慢性肝炎）

（1）疏肝理气，练五行掌第一节推法200遍（左右各100遍）。

（2）滋水涵木，练五行掌第五节摸法100遍（左右各50遍）。

第六章 保健功

保健功系根据床上八段锦、十二段锦等传统导引法整理改编而成，由全身自上而下的自我按摩及运动组成。其动作缓和柔韧，男女老少皆宜，既有保健作用，又可防治疾病。

一、操作技术

保健功包括静坐、鼻功、目功、擦面、耳功、口功、项功、揉肩、夹脊、搓腰、织布式、和带脉、搓尾闾、擦丹田、揉膝和擦涌泉十六节功法。每节可以单练，像目功、耳功每节做18次，擦丹田、揉膝各100次，每节做的次数不同。也可以全套完整地做下来，时间不少于30分钟。第一节的静坐，自然放松，排除杂念，可为其他功法练习打基础。

第一节 静坐

1.调身

（1）两腿盘膝，自然交叉。

（2）轻闭双目，口轻轻闭合，舌轻抵上腭。

（3）含胸拔背，下颌内收，松腰松胯。

（4）臀部略垫高1～2寸（相当于枕头的高度）。

（5）两手四指轻握大拇指，置于两侧大腿上。（见图1）



图1

2.调息

（1）自然呼吸或顺腹式呼吸。使开始的粗呼吸逐步过渡到平稳、缓慢、细长、均匀的呼吸状态。

（2）用鼻呼吸50息时间。

3.调心

（1）排除杂念、身心松适，

（2）意守丹田，似守非守。

4.操作提示

坐姿可以根据练功场地及习练者的身体情况进行选择。静坐时间也可灵活掌握，50～100次呼吸均可。意守丹田一定要“轻”，做到“似守非守”，不可刻意。

第二节 鼻功（擦鼻）

1.调身

（1）两腿盘膝，自然交叉，端坐。

（2）口轻轻闭合，舌轻抵上腭。

（3）含胸拔背，下颌内收，松腰松胯。

（4）两手大拇指指背先擦热（见图 2-1），拇指微屈，用两手拇指第二节指背轻轻自鼻唇沟向上推擦到前额，再由前额下擦到鼻唇沟，一上一下为一次，摩擦鼻翼两侧各 18 次（见图 2-2）。



图 2-1



图2-2

2. 调息

（1）向上推擦为吸气。

（2）向下拉擦为呼气。

3. 调心

（1）向上推擦想象清气从口角（迎香穴）上升到前额发际处（上星穴）。

（2）向下拉擦感觉面部放松，浊气由前额下降到口角处（迎香穴）排出。

4. 操作提示

做推擦时，动作宜缓慢，配合柔和的自然呼吸，注视双手大拇指的指背及鱼际，吸气末拇指在前额处稍作停留，呼气末拇指在口角处稍作停留。

第三节 目功

1. 调身

（1）两腿盘膝，自然交叉，端坐。

（2）口轻轻闭合，面部放松，轻闭两目。

（3）微屈拇指，以两侧指间关节处由内向外轻擦两眼皮各 18 次（见图 3-1）。

（4）再用两大拇指指背由内向外轻擦上下眼框各 18 次（见图 3-2）。



图3-1



图3-2

（5）两手互搓至热，用手心热熨眼珠 3 次，用两手中指指腹点揉睛明、鱼腰、瞳子髎、承泣等穴各 9～18 次。

（6）两目轻闭，眼球顺时针、逆时针旋转各 18 次，轻轻睁开双眼，由近至远眺望远处的绿色物体。

2. 调息

动作 1～6 自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 3 意念在拇指指间关节处。

（2）动作 4 意念在拇指指背处。

（3）动作 5 意念在两手的手心，热熨眼珠时，感觉热气从手心透达眼球。中指揉睛明等穴时，想象这些穴位通达、明亮。

4. 操作提示

旋转眼球速度要慢，旋转次数由少渐多，刚开始练习时不一定要达到规定的次数，否则部分习练者可有目胀、头昏、呕吐等反应。

第四节　擦面

1. 调身

（1）两腿盘膝，自然交叉，端坐。

（2）将两手掌反复互搓，至热。

（3）两手掌按在前额，经鼻侧向下擦（见图 4-1），直至下颌。

（4）再由下颌反向上至前额（见图 4-2），一上一下为一次，如此反复进行，共做 36 次。



图4-1



图4-2

2. 调息

（1）向下拉擦为呼气。

（2）向上推擦为吸气。

3. 调心

（1）向上推擦想象清气从口角上升到前额。

（2）向下拉擦感觉面部放松，浊气由前额下降到下颌排出。

4. 操作提示

做推擦时，动作宜缓慢，配合柔和的自然呼吸，注视双手掌心，吸气末在前额处稍作停留，呼气末在下颌处稍作停留。

第五节　耳功

1. 调身

（1）自然端坐，将两手掌反复互搓，至热。

（2）搓热的两手握拳，拇指指腹与食指桡侧相对握住耳轮，搓揉耳廓 18 次（见图 5-1）。

（3）两手交替经头顶拉扯对侧耳廓上部 18 次。

（4）用两手掌心压在耳屏处堵塞耳道，然后突然放开，如此按放反复 9 次（见图 5-2）。

（5）两手鱼际堵住耳道，手指自然位于后脑枕部，此时用食指稍稍用力按压中指并顺势滑下弹击后脑枕部 24 次，可听到“咚咚”的声响，古称鸣天鼓（见图 5-3）。



图5-1



图5-2



图5-3

2.调息

动作 1～5 自然呼吸。

3.调心

（1）搓揉耳廓时，意念在耳轮、耳廓上。

（2）掌心压在耳屏处堵塞耳道时，耳道内嗡嗡作响，突然放开，感觉耳道进了一股清气，听力清晰。

4.操作提示

操作此势两手掌一定要稍用力压住两耳，堵住外耳道，方能产生较好的效果。

第六节 口功

1.调身

（1）两腿盘膝，自然交叉，端坐。

（2）叩齿：上下牙轻叩 36～72 次，不要用力相碰。

（3）搅舌：古称赤龙搅海，用舌在口腔内壁与上下牙齿外顺时针、逆时针各旋转 18 次。产生津液暂不下咽，接下势。

（4）鼓漱：用上势产生的津液鼓漱 18～36 次，再将口内津液分 3 次咽下。

2.调息

动作 1～4 自然呼吸。

3.调心

（1）动作 2 意念牙齿坚固。

（2）动作 3 意念随舌头的转动而移动。

（3）动作 4 咽时意念诱导津液慢慢到达下丹田。

4.操作提示

叩齿时可先叩门齿，再叩大齿，也可以同时一起叩。搅舌时，次数由少到多，不可强求一次到位，尤其是对高龄有动风先兆的人，由于舌体较为僵硬，搅舌较困难，故更应注意。可先搅 3 次，再反向 3 次，逐渐增加以能承受为度。鼓漱动作，不论口中是否有津液，都做出津液很多状的鼓漱动作。

第七节 项功

1.调身

（1）两腿盘膝，自然交叉，端坐。

（2）两手十指交叉抱后颈部，仰视（见图 7-1）。

（3）以前臂运动带动两掌，两掌根部着力，与项部争力 9～18 次（见图 7-2）。两手向前用力，颈项向后使劲。



图7-1

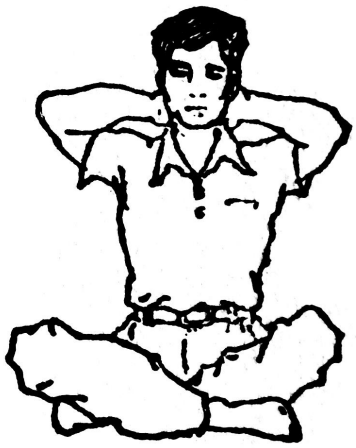


图7-2

（4）以两掌大小鱼际交替揉按风池穴，顺、逆时针各 9～18 次。

（5）两手十指交叉抱后项部，左右来回搓揉颈项部 9 ～18 次。

2. 调息

动作 1～5 自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 2 仰视，观看前上方。

（2）动作 3 感受双手如推重门，同时暗示浊气沿手少阴出于极泉。

（3）动作 5 搓揉颈项部时，意念颈椎灵活自如。

4. 操作提示

做该动作时，如患颈椎病出现头昏、头痛、目眩、上肢麻木、肩背酸痛等症状，操作要轻柔缓慢，以免损伤该部重要的血管、神经。

第八节 揉肩

1. 调身

（1）端坐。

（2）以左手掌揉右肩 18 次（见图 8-1）。

（3）再以右手掌揉左肩 18 次（见图 8-2）。



图8-1



图8-2

（4）以左手拇指或掌根部与余四指捏拿对侧肩井 18 次，交换用右手捏拿对侧肩井 18 次。

（5）肩关节按照前→上→后→下的方向旋转 9～18 次，再反向旋转 9～18 次。

2. 调息

动作 1～5 自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 2～3 揉肩时，感受手心发热，有股热气透入肩部。

（2）动作 4 捏拿对侧肩井，体会肩井穴的酸胀麻感。

（3）动作 5 旋转肩关节时，体会肩部的灵活自如。

4. 操作提示

患有肩关节疾病，动作要轻柔，不能操之过急，循序渐进。

第九节　夹脊

1. 调身

（1）两腿盘膝，自然交叉，端坐。

（2）两手轻握拳，上肢弯曲，肘关节呈 90°（见图 9-1）。

（3）前后交替摆动各 18 次（见图 9-2）。



图9-1



图9-2

2. 调息

动作 3 呼吸随两手交替摆动一吸一呼，如右手一伸一收是吸气，那么第二次一伸一收则为呼气。

3. 调心

（1）动作 2 注意力集中在两手前臂上。

（2）动作 3 两手交替前后摆动时，前臂带动肩，肩带动夹脊（胸椎段）活动。

4. 操作提示

前后摆动时，两腋略收。

第十节　搓腰（旧称搓内肾）

1. 调身

（1）端坐在无靠背的凳子上，或两腿盘膝，自然交叉，坐在床上。

（2）将两手搓热，捂于双侧肾俞穴上，再以命门穴和肾俞穴为中心



图10

搓腰，上下搓 18 次（见图 10）。

（3）左右搓 18 次。

2. 调息

动作 1～3 自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 1 安定情绪，排除杂念。

（2）动作 2 上下搓腰，内气通过两手的劳宫穴渗透到肾腧和命门。

（3）动作 3 左右横，暗示清气贯穿带脉。

4. 操作提示

本势先捂肾俞，捂到发热，然后上下、左右搓腰部。搓腰时手紧紧贴在腰部。

第十一节　织布式

1. 调身

（1）坐式，伸脚，两腿伸直并拢，足尖向上。

（2）指尖相对，手掌心向外，两手向足部做推动姿式，同时躯干前俯，双手推向足尖（见图 11-1）。

（3）推尽即返回，指尖相对，手心向里，身体回正（见图 11-2），如此往返推 36 次。



图11-1



图11-2

2.调息

（1）动作1自然呼吸。

（2）动作2呼气。

（3）动作3吸气。

3.调心

（1）动作1安定情绪，排除杂念。

（2）动作2将体内浊气随呼气从脚心涌泉穴排出。

（3）动作3将清气随劳宫吸入体内。

4.操作提示

初练时可自然呼吸，待动作熟练后再配合呼吸。前推幅度可从小到大，不必一步到位，以免拉伤腰部肌肉。动作往返应以腰带动手，而不是以手带动腰。

第十二节　和带脉

1.调身

（1）自然盘坐，两手胸前握固，放在小腹前。

（2）上身左俯前倾，右转后仰，旋转18周（见图12-1）。

（3）再右俯前倾，左转后仰，旋转18周（见图12-2）。



图12-1



图12-2

2.调息

（1）动作1自然呼吸。

（2）动作2～3俯时呼气，仰时吸气。

3.调心

（1）动作1安定情绪，排除杂念。

（2）动作2暗示清气以丹田为中心顺时针绕带脉旋转。

（3）动作3暗示清气以丹田为中心逆时针绕带脉旋转。

4.操作提示

本势可先自然呼吸，动作熟练后再配合呼吸。

第十三节　搓尾闾（搓尾骨）

1.调身

（1）自然盘坐，两手放在小腹前。

（2）两手食指和中指并拢，上下搓尾闾两侧各36次（见图13）。

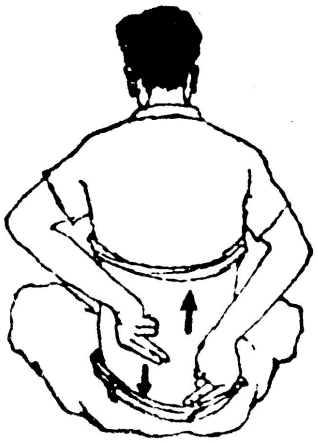


图13

2. 调息

动作 1～2 自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 1 安定情绪，排除杂念。

（2）动作 2 搓尾闾时，暗示清气聚集在尾闾关，而且越聚越多。

4. 操作提示

尾闾为足太阳膀胱经的支脉，从腰中下夹脊贯臀处，尾骨下长强穴是督脉络穴。因此，尾闾是打通督脉的重要关口。

第十四节　擦丹田（揉小腹）

1. 调身

（1）自然盘坐，放松肢体，两手放在小腹前。

（2）将两手搓热，右手心捂于右下肢膝关节处，左手掌心沿大肠蠕动方向绕脐做顺时针运动，即右下腹→右上腹→左上腹→左下腹→右下腹，如此周而复始 100 次（见图 14-1）。

（3）再搓热两手，以左手捂左膝关节，右掌左下腹→左上腹→右上腹→右下腹→左下腹逆时针搓丹田 100 次（见图 14-2）。



图14-1



图14-2

2. 调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 左手由右下腹→右上腹→左上腹时吸气，从左上腹→左下腹→右下腹时呼气。

（3）动作 3 右掌从左下腹→左上腹→右上腹时吸气，右上腹→右下腹→左下腹为呼气。

3. 调心

（1）动作 1 意守丹田，排除杂念。

（2）动作 2 感受丹田气顺时针方向旋转。

（3）动作 3 感受丹田气逆时针方向旋转。

4. 操作提示

男性习练者可改为一手用掌心托兜住同侧阴囊，另一手搓丹田。

第十五节　揉膝

1. 调身

（1）两腿自然交叉，端坐。

（2）两手心搓热，捂于两膝头，同时由内向外揉两膝关节 100 次（见图 15-1）。

（3）两手反向由外向内揉两膝关节 100 次（见图 15-2）。



图15-1

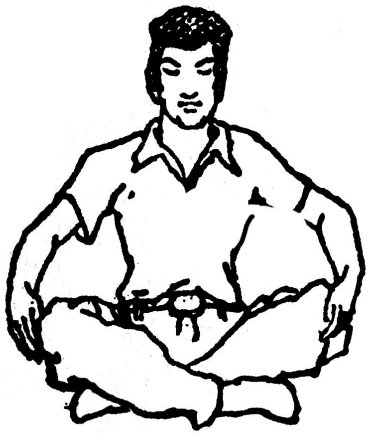


图15-2

（4）点揉足三里穴 100 次。

2. 调息

动作 1～4 自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 1 安定情绪，排除杂念。

（2）动作 2～3 随着揉膝次数的增多，内气通过劳宫穴透入膝关节，感受膝部越来越热，膝关节灵活、滑利。

（3）点揉足三里穴时，体会腧穴酸胀麻，并且沿经络向下传导。

4. 操作提示

关节有肿胀、疼痛、积水和变形者，做此动作要轻柔缓慢，膝关节患有骨刺，尽量减少骨与骨之间的摩擦。

第十六节　擦涌泉

1. 调身

（1）两腿自然交叉，脚心朝上，端坐。

（2）以涌泉穴为中心，用左手四指或掌根部擦右足心 100 次（见图 16-1）。

（3）再以右手四指或掌根部擦左足心 100 次（见图 16-2）。



图16-1



图16-2

2. 调息

动作 1～3 自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 1 安定情绪，排除杂念，微守丹田。

（2）动作 2 暗示体内浊气从右脚心排出。

（3）动作 3 暗示体内浊气从左脚心排出。

4. 操作提示

最好是温水泡脚后，做该动作。擦涌泉时要稍用力，令脚掌发热为度。

二、辨证施功

保健功共十六节，用于疾病的康复与中老年保健。可以有选择地习练，也可早晚常规性习练。每日可练 2 次，每次 20～30 分钟，3 个月为 1 个疗程。其中鼻功、目功、擦面、搓腰、擦丹田、口功等，可作为其他功法在收势后恢复常态时用。

1. 静坐：

具有安神定志，培育元气的作用。可用于心血不足引起的失眠、多梦、健忘、神志不宁等症；亦可用于肾精亏损导致的骨骼痿软、腰膝酸痛、耳鸣耳聋、健忘恍惚、两足痿软、发脱齿松、性机能低下等症。

神经衰弱、更年期综合症、高血压、胃肠功能紊乱、男女生殖系统疾病，凡见上述症状者可参照使用。

2. 鼻功：

具有通鼻窍，宣肺气，散风寒，止头痛的作用。用于外感风寒，肺窍郁闭，恶寒发热，鼻塞流涕。

可用于感冒、眉棱骨痛、伤风鼻塞（急性鼻炎）、鼻室（慢性鼻炎）、鼻鼽（过敏性鼻炎）等。

3. 目功

具有舒肝明目、增进视力、防治目疾的作用。常用于肝血不足引起的夜盲、视物不明；或用眼不当出现的近视、弱视；或肝阳上亢引起的头目眩晕、目赤肿胀等。

4. 擦面

具有醒神开窍、美容抗皱的功效。用于痰迷心窍、肝阳上亢出现的中风后遗症口眼歪斜，口角流涎；风邪中络引起的患侧面肌弛缓，额纹消失，眼不能闭合，鼻唇沟变浅，口角下垂；同时可使面部红润、皱纹减少。

5.耳功

具有健脑聪耳、醒神开窍之效。用于肝胆之火上攻，发病突然，耳内有雷鸣或闻潮声。亦可用于禀赋不足、脾胃肾失养出现劳累后耳鸣加重、耳内常有蝉鸣之声，时作时休，或昼夜不息，入夜尤甚，听力逐渐减退，兼虚烦失眠、头晕目眩、面色萎黄、舌红少苔、脉细者。

中耳炎、美尼尔氏综合症、耳鸣耳聋、神经衰弱等疾病，见上述症状者可参照使用。

6.口功

叩齿具有益肾固本、滋阴柔肝之效；搅舌有清洁口腔、引津上潮作用；鼓漱具备健脾益胃、引气下行功效。可用于肝肾阴虚引起的牙齿松动，咽干口燥，心烦不寐；亦可用于口舌生疮，口腔溃疡，口苦口臭；还可用于脾胃气虚引起的食少纳呆，食后脘腹胀满，四肢倦怠，面色萎黄，舌淡苔白，脉缓弱。

7.项功

具有活利颈部关节、散寒祛风、通经活血功效。用于风寒湿引起的五十肩（肩周炎），出现肩关节活动不利，疼痛，甚至肩关节不能上举，吃饭、梳头都严重影响。用于颈椎退行性病变引起的上肢麻木，手指麻痛，颈部僵硬甚至强直，头晕头痛，落枕、肩背酸痛等。

8.揉肩

具有疏通经络、调畅枢机、滑利关节的作用。用于漏肩风或肩关节损伤引起的疼痛牵涉到上臂及前臂，活动时疼痛加剧，重者不敢摆动患肢。对于后期肩关节周围软组织广泛粘连，导致上肢的外展、外旋、后伸活动受限，日久可出现肩部肌肉萎缩，影响洗脸梳头等日常活动者，应该增加练习次数。

9.夹脊

具有疏通督脉经气，增强内脏功能。用于因先天不足或后天失养，肾气不充、骨骼发育不良所致的鸡胸、龟背；亦可用于年老体衰或长期劳作姿势不正确引起的颈椎病、胸椎关节紊乱。还可用于脏腑精气亏损导致的脊柱侧弯、脊疳、角弓反张、腰部拘急等症。

10.搓腰

具有壮腰强肾、固涩止遗、和血调经之效。用于跌仆闪挫，经络受损，气滞血瘀，或劳欲过度，久病肾虚引起的腰痛；用于命门火衰，或湿热下注引起的阳痿、早泄；还可用于肾、肝、脾功能紊乱引起的月经不调、痛经、经闭等。

11.织布式

具有除湿散寒、强腰补肾、通经止痛功效。用于感受风寒，遭雨涉水，或劳动汗出，寒湿侵犯经络出现的腰痛、腿痛、膝关节疼痛；可用于精血不足，久病肾虚，筋骨缺养引起的腰酸背痛。

腰肌劳损、腰椎间盘突出、风湿性关节炎、胃肠功能紊乱、前列腺疾病，见上述症状者可参照使用。

12.和带脉

具有调和带脉，益肾壮腰，调畅气血的作用。用于气血亏损、命门火衰引起的月经不调、经闭、痛经、阳痿、早泄；风寒湿引起的腰腿痛；脾胃不和出现的腹胀腹泻、大便秘结、小便癃闭等。

13.搓尾闾

具有通督强脊，利尿通淋，润肠通便，升阳固脱功效。用于脾气下陷导致的脘腹重坠，便意频数，久泄脱肛，子宫下垂；下焦湿热所致的尿频、尿急、尿痛，妇女带下量多色浓，混浊臭味，阴中瘙痒，舌红苔黄，脉滑数。

14.擦丹田

具有健脾益气，补益肝肾的作用。用于腹胀、腹痛、便秘、小便不利等；用于胁肋胀痛，夜尿频多，腰膝酸软等。

慢性肠炎、慢性肝炎、阳痿、早泄、月经不调、慢性盆腔炎及其他泌尿生殖系统疾病，见上述症状者可参照使用。

15.揉膝

具有强筋健骨、舒筋活血之效。用于风寒湿痹，关节疼痛，屈伸不利；年老体衰，肝肾不足引起的骨痹（骨性关节炎），脚痹疼痛，挛弱不可屈伸者。

风湿性关节炎、半月板损伤、老年性骨关节病可参考使用。

16.擦涌泉

具有交通心肾，宁心安神，引血下行功效。用于失眠少寐，惊悸多梦，头晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热；用于心悸，心慌气短，头痛，目眩；用于肝阳上亢引起的头目胀痛，面红目赤，头重脚轻，舌红少津等。

神经衰弱、头痛、偏头痛、高血压等心脑血管疾病，见上述症状者可参照使用。

三、病证举例

1.鼻渊（慢性鼻炎）

（1）宣肺通窍，练保健功第二节左右各 36 遍，每天做 3 次。

（2）祛风散寒止痛，练保健功第七节 36 遍。

2.眩晕（高血压）

（1）安神定志，培育元气。练保健功第一节 30 分钟，每天 2 次。

（2）滋补肝肾，平肝潜阳。练保健功第十四节顺时针、逆时针各 100 次，每天 2 遍。

（3）引血下行，练保健功第十六节，两脚涌泉穴各 100 次，早晚 2 遍。

第七章　站桩功

站桩功是传统的站式练功法，虽属武术气功的代表功法。但历代各家各派在进行身体素质、体能体质等基本功训练时，多首选此功法。

站桩功的代表桩势有自然式、三圆式、伏虎式、少林剑指、探马式等桩功，后四种桩功均是以自然式为基础预备式。以其姿势强度和难度来分，可分高位、中位和低位三种站桩体位。高位站桩是指站桩架势高，膝关节微屈约 160°左右，消耗量较小，适合于年老体弱及虚证患者锻炼；中位站桩是介于高、低位之间的一种架式，膝关节夹角约 130°左右，消耗量适中，一般适应于体质尚好，虚实夹杂的患者锻炼。低位站桩则架式低，膝关节夹角约 90°左右，消耗量较大，适合于体质较好或有练功经验的实证患者锻炼。

一、操作技术

（一）自然式

1.调身（见图 1）

⑴预备式：身体保持自然直立，使机体放松，情绪平稳，呼吸自然。



⑵重心右移，左脚向左横跨一步，两脚平行，两脚间距与肩等宽或稍宽于肩。

⑶膝关节微屈，两手垂于体侧，掌心向内，肘关节微屈。

⑷十指分开，指间关节自然微屈，掌心稍微内凹，掌面距身体约 15cm 左右。

⑸双肩下沉，放松三角肌，两腋空虚，不可夹紧，大约有一拳的空间。

⑹不可挺胸，胸向内含，以向内含胸的力量将背部脊柱向上拔伸。

⑺顺势向后上方收小腹，以此力量使腰骶部向前上方竖起，髋关节放松、放稳。

⑻头颈部肌肉放松，使目光平面与地面平行，下颚微微内收，两目微闭或凝视正前方较远处的某一目标，舌顶上鄂，唇齿轻合，面带微笑。

2.调息

⑴先采用胸式呼吸。

⑵胸式呼吸训练舒畅后，呼吸自如，进一步采用顺腹式呼吸。

⑶顺腹式呼吸训练舒畅后，呼吸自如，进一步采用逆腹式呼吸。

3.调心

⑴开始练习自然式时，先采用放松法，默念“松”、“静”。

⑵待身体放松后，可以意守呼吸。

4.操作提示

⑴练功过程中，感觉头顶有绳向上牵拉颈椎乃至整个脊柱，用意不用力。

⑵身体放松，不可造作，呼吸以不憋气为度，意念要轻柔不要紧张。

（二）三圆式

所谓三圆，即指足圆、臂圆、手圆。

1.调身（见图 2）

⑴足内八字：两脚左右分开，与肩同宽，两足尖微向内扣，呈内八字形，五趾轻轻抓地。此为足圆。

⑵下盘似坐：双膝微屈，膝盖不超出足尖。腰部伸展，臀部似坐高凳。分为高、中、低三个体位训练。

⑶两臂抱圆：上身正直，含胸拔背，两臂环抱呈半圆形，如抱一圆气球，松肩、坠肘、虚腋。此为臂圆。

⑷两手抱球：两手与身体的距离不超过一尺，两手指相对，相距约八、九寸，五指分开，微曲，相邻手指间约一指距离。此为手圆。

⑸头面放松：头部正直，齿轻合、口稍张、舌微卷、颏内收。两目微闭或凝视正前方较远处的某一目标。面部含似笑非笑之意。



2.调息

⑴先采用自然呼吸。

⑵训练呼吸舒畅后，可以过渡到顺腹式呼吸。

⑶顺腹式呼吸训练舒畅后，可以过渡到逆腹式呼吸。

3.调心

⑴先采用三线放松法，自上而下逐渐放松 3～5 次。

⑵身体放松后，可以采用意守呼吸，感觉体会呼吸运动。

4.操作提示

机体结构放松是第一步，之后逐渐放松精神情绪，如果一直放松不下来，先不要用意念引导呼吸。待到能够做到放松后，再意念守护呼吸，逐渐过渡到腹式呼吸，最后体会呼吸，做到似守非守。

（三）伏虎式

1.调身：以下操作先左后右。（见图 3）

⑴左脚向左前方 45° 方向，跨出一大步，右脚在后，站成丁字形，两足相距 3 尺左右。

⑵上身以腰为轴，向左转 90°，两目平视左前方，踌躇满志。

⑶左侧膝关节屈曲近成 90°，左手顺势置于左膝内上方约 10cm 处，五指分开，虎口向下，掌心向前，似卡按虎头。

⑷右膝微屈内扣，如扣虎髀，右手掌心向下，指尖向前，置于右膝关节上方，如压虎臀。

⑸两足五趾用力，抓紧地面，上身躯干部垂直向下用力，臀部如坐虎腰。

⑹身体以腰为轴，磨转 180°，转向右侧，右膝关节在前，左膝关节在后，左右互换基本姿势，继续训练。



2.调息

⑴站稳之后，采用腹式呼吸，以顺腹式呼吸为主锻炼。

⑵顺腹式呼吸平稳后，可以慢慢过渡到逆腹式呼吸。

3.调心

意想胯下有猛虎被伏，双膝关节扣紧虎身，两手力按虎头、虎尾，气机下沉。

4.操作提示

⑴本式须在自然式和三圆式站桩训练的基础上操作。

⑵两目前视，踌躇满志，意气力相合，运气至双胯、双腿、双足，双足犹如枯树，落地生根盘根。

⑶训练逆腹式呼吸法可从一开始就着重训练呼气，而不去理会吸气，意念在呼气时引内气下行，聚于丹田，使气力下沉。

（四）少林剑指桩

1.调身（见图 4）

⑴重心右移，左脚向左横跨半步，两脚平行，两脚相距约 45cm。

⑵屈膝下蹲，成马步桩式（根据曲膝的角度分成高、中、低三个体位锻炼）。



⑶两膝自然外开，目光垂直目测，髌骨的前缘不超过两足的脚尖，使膝与脚尖成一直线。

⑷在屈膝下蹲的同时，双臂向正前方缓缓抬起，同时双掌自然变为剑指（食指与中指并拢伸直如剑，其余手指微曲相扣），抬到与肩平，如剑的指尖向前，掌心向下，两臂与肩平，成一水平线。

⑸上身正直，微收小腹，轻提尾闾，含胸拔背，头正颈直，下颌后收，使百会穴、会阴穴和两脚跟联线的中点成一直线。

⑹两眼平视，双目微闭，似看非看。全身放松，松而不懈。

2.调息

⑴采用腹式呼吸，以顺腹式呼吸为主锻炼。

⑵顺腹式呼吸训练平稳后，可以逐渐过渡到逆腹式呼吸。

3.调心

⑴意想丹田中有温热之气团，由小到大，由弱到强，引导气团循足三阴经，下至足底涌泉穴，落地生根。

⑵之后，将意念引回丹田部，使之由大到小，由强到弱，弥漫周身，濡养机体与神智。

4.操作提示

⑴本式须在自然式和三圆式站桩训练的基础上操作。

⑵训练逆腹式呼吸法，着重训练呼气，而不去理会吸气，意念在呼气时引内气下行，聚于丹田，使气力下沉。

⑶意想丹田时，不可用力，要在放松的基础上操作。

（五）探马式

1.调身：以下操作先左后右。（见图 5）

⑴重心右移到右腿，左脚向左前方出步半步，足尖点地，足跟抬起。

⑵右脚踏实地面，五趾抓地，稳定身体，两膝关节均屈曲，上身直体下坐，臀部如坐高凳。



⑶左臂自体侧向前上方抬起，沉肩垂肘，肘关节微曲，手掌前伸，与目相平，五指自然微曲分开，如探烈马。

⑷右臂置于体侧，沉肩垂肘，掌心向下，五指自然微曲分开，指尖向前，使手掌背侧与前臂成近 90° 角，如按马桩。

⑸含胸收腹，下颌内收，两目凝视左掌背侧外劳宫穴。

⑹左足的足跟落地踏实地面，重心左移，左手回收体侧；

右足向右前方一步，足尖点地，右手向右前方探出，左右交替转换，其它要领互换，成右侧探马式。

2.调息

⑴训练之初可先采用胸式呼吸。

⑵胸式呼吸训练平稳后，可以采用腹式呼吸，但以顺腹式呼吸为主锻炼。

3.调心

抬左臂探马时，意想左侧劳宫牵动左侧经脉气血，循环不息；抬右臂探马时，意想右侧劳宫牵动右侧经脉气血，循环不息。

4.操作提示

⑴本式须在自然式和三圆式站桩训练的基础上操作。

⑵身体的重心是左右偏移的，而意念的操作与重心偏移相反。重心分布基本按照 3：7 的比例分布，左右交替，不宜单侧过于疲劳。

二、辨证施功

桩功整体具有通经活血，平衡气血阴阳的作用。

1.自然桩

具有松筋解困，益气行血的作用，可用于肢倦身重、懒言乏力，夜卧不寐、心烦胸闷、筋骨酸痛等气血不和的症状。

慢性疲劳综合征、慢性腰背肌筋膜炎、退行性腰肌柱炎、颈椎病等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

2.三圆式

具有通利血脉，舒筋活血的作用，可用于筋骨疼痛、四肢不温、肢端疼痛麻木、眩晕、头痛等血脉失和的症状。

颈肩腰腿痛、椎基底动脉供血不足、腰肌劳损、高血压病等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

3.伏虎式

具有活血通络，疏肝解郁的作用，可用于周身疲困、肢体倦怠、心烦易怒、两胁胀痛、胸闷等气滞血郁的症状。

慢性软组织劳损、腰椎间盘突出症恢复期、更年期综合征、月经不调等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

4.少林剑指桩

具有行气通络、强筋壮骨的作用，可用于头痛、项强、肘臂挛痛、下肢掣痛、腰酸腿软、四肢倦怠、遗精、滑泄等肝肾亏虚的症状。

血管神经性头痛、颈椎病、慢性肾炎、性功能减退、阳痿、早泄等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

5.探马式

具有舒利少阳，益气活血的作用，可用于口渴、口苦、心烦、易怒、少气乏力、纳差、肢体困重等少阳相火妄动，克伐脾土的症状。

慢性胆囊炎、抑郁症、焦虑症、更年期综合征、慢性反流性胃炎等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

三、病证举例

1.眩晕（椎动脉型颈椎病）

⑴训练自然桩 1 个月，每次 15 分钟，采用高位站桩为主，配合中位站桩。

⑵训练三圆桩 1 个月，每天 3 次，每次 20 分钟，采用高位站桩姿势为主。

⑶训练探马桩 1 个月。每天 3 次，每次左右各 15 分钟。

2.消渴足痹（糖尿病下肢微循环障碍）

⑴训练高位三圆桩 1 个月。每天训练 3 次，每次训练 15 分钟。

⑵训练中位三圆桩 1 个月。每天训练 3 次，每次训练 15 分钟。

⑶在继续训练中位三圆桩的基础上，增加训练伏虎桩。每天训练 3 次，每次左右各 5 分钟。

3.慢性腰肌劳损（慢性腰背肌筋膜炎）

⑴训练高位三圆桩 1 个月。每天训练 3 次，每次训练 15 分钟。

⑵训练中位三圆桩 1 个月。每天训练 3 次，每次训练 15 分钟。

⑶训练探马桩 1 个月。每天 3 次，每次左右各训练 15 分钟。

⑷训练少林剑指站桩 1 个月。每天 3 次，每次左右各训练 15 分钟。

第八章 回春功

回春功是传承道家的一套养生祛病功法，以“炼形生精，还精补脑”为宗旨，以清静无为、道法自然为原则，在练功过程中强调松、静、圆、柔等特点，是一种动静双修，精、气、神、形并练的全身性柔韧型功法。该功法既可以起到保健养生作用，又可防治疾病。

一、操作技术

回春功包括预备势、十势功法、收势导引，其中每势均重复 6～8 次。完整练习一遍回春功的时间应不少于 20 分钟。

预备势

1. 调身：面南，自然站立，两脚分开（与肩同宽），两臂下垂，全身放松（见图 0）。



图 0

2. 调息：做 3 次自然呼吸。

3. 调心：吸气时意念安静；呼气时意念全身放松。

第一节 六合求中（调身功）

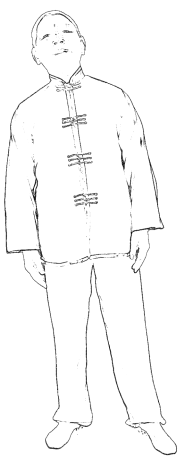
1. 调身：以腰髖（丹田）带动全身。

① 左右摆动各 3 次，归中放松（见图 1-1）。

② 前后晃动各 3 次，归中放松（见图 1-2）。

③ 配合深呼吸（收小腹，提会阴），上下伸展 1 次，归中放松（见图 1-3）。

2. 调息



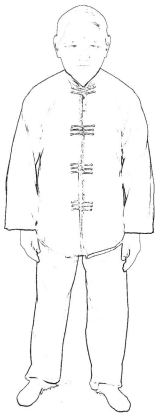




图 1-1　　图 1-2　　图 1-3

（1）动作 1-2 采用自然呼吸。

（2）动作 3 采用逆腹式呼吸。

3. 调心：意念神阙与命门之间的正中部位，全身感到轻松、愉悦。

第二节　意念青春（调心功）

1、调身：自然站立，两眼微闭，站式同预备势。

2、调息：做 3 次自然呼吸。

3、调心：意念青春，中老年人可回忆年轻时形体、面容和精力的最佳状态，青少年可以把本人的形象想象得更优美健壮一些。又想象仿佛来到了树木葱郁、百花盛开、芳香扑鼻、幽雅宁静的自然环境，在这样的环境中修炼养生长寿、恢复青春活力的微妙功法，心情自然十分愉悦、舒畅，面容由衷地流露出惬意的微笑。

第三节　导气令和（调息功）

1、调身：

① 两脚跟相靠，脚尖分开 60°角，双臂下垂于体侧，全身表里放松，颈项舒直（见图 3-1）。

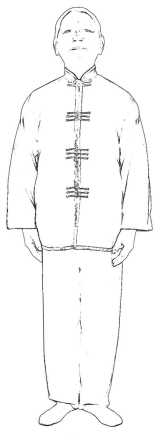
② 两手翻掌，掌心向前，由下而上上抬，夹角约 90°；当双臂举至与肩相平时提脚后跟，引体向上，双手在头顶上方合十（见图 3-2）。

③ 继上式，双手合十渐渐下行至大拇指对着天突穴；同时脚跟缓缓落地，全身放松。

④ 继上式，双手在天突穴前合十略停（见图 3-3）

⑤ 两手合掌沿任脉下行，十指由朝上转为向下，在小腹前慢慢分开，下垂于体侧，全身放松。

⑥ 两脚分开，自然站立





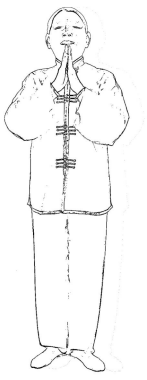


图 3-1　　图 3-2　　图 3-3

2、调息

（1）动作 1 自然呼吸。
（2）动作 2 吸气，闭口鼻吸。
（3）动作 3 呼气，张口吐气。
（4）动作 4 吸气，闭口鼻吸。
（5）动作 3 呼气，张口吐气。
（6）动作 6 自然呼吸 1 次。
3. 调心：意念青春，面含微笑。

4. 操作提示
合十就是两手五指并拢，两掌对掌相合。天突穴位于咽喉正中下方两锁骨中央凹陷处。

第四节　吐故纳新（服气功）
1. 调身：面南，自然站立，两臂下垂。
（1）低头含胸，弯腰屈膝，腰（命门穴）向后、向下，上体后坐下落，两臂自然下垂，两手合谷穴向前，指尖触至脚踝处（见图 4-1）。
（2）双肩缓缓上耸，头稍稍上抬，伸颈扩胸，两脚跟徐徐上提，小腹微鼓，缓慢地引体舒展向上；随即两肩缓慢向后画圆弧，全身呈饱满姿态（见图 4-2）。
（3）继上式，两肩画圆弧徐徐下落，两脚跟慢慢放下，躯体松弛，头微微前倾，弯腰屈膝，两臂自然下垂，重复动作①。
（4）收势导引。两脚跟靠拢，双手在裆前合十，以两肩上耸带动两掌沿身体正中线上行，翻腕向上至膻中穴前，略停。再继续向上至头顶，同时提脚后跟，引体向上，随即两手合十下落，置于体侧，全身放松（见图 4-3）。



图 4-1

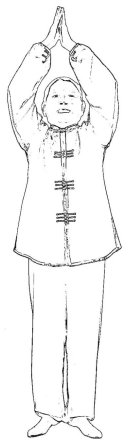


图 4-2　　图 4-3

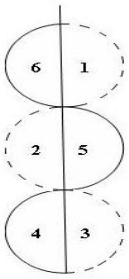
2. 调息
（1）动作 1 徐徐呼气。
（2）动作 2 缓慢吸气，采用顺腹式呼吸法，吸气时腹部向前略鼓起。
（3）动作 3 随着肢体舒缓下运，细长缓慢呼气。吸气时闭口鼻吸，呼气时张口吐气。
（4）动作 4 做两次自然呼吸。
3. 调心：保持意念青春，面含微笑。
4. 操作提示。
吐故纳新以一呼一吸为一息，共做 6 息。命门穴位于第二腰椎棘突下。合谷穴位于第一、

二掌骨间，手背虎口后一拇指处。

第五节　青龙游春（龙游功）

1.调身：面南，自然站立，两臂下垂。

（1）龙游起势：上体前倾，弯腰、合掌，并脚并腿；然后转肩带动两掌上行，举过头顶，同时提脚后跟（见图 5-1）。



（2）龙游左势下行：继上式，两手合掌，沿示意图自上而下画 3 个连接的半圆弧；两腿仍然相并，屈膝徐徐下蹲至全身呈半蹲状态，身体重心也相应下降（见图 5-2）。

（3）龙游左势上行：继上式，不要停顿，两手合掌，沿着示意图自下而上画 3 个连接的半圆弧；同时，徐徐提脚后跟，身体重心相应上升，全身回复到龙游起势①。

（4）龙游右势：操作方法与左势相同，惟方向相反。

（5）龙游收势：合掌在头顶分开，五指微屈张开，如抱球状，作左右摆动，脚跟缓缓着地（见图 5-3）。然后双手在印堂穴前合掌，上举，提脚后跟，随即两掌下落，至小腹分开。两脚尖先分开，然后两脚分开，呈自然站立。

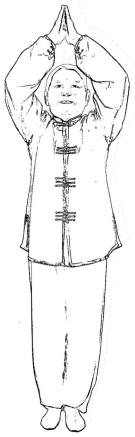


图 5-1



图 5-2

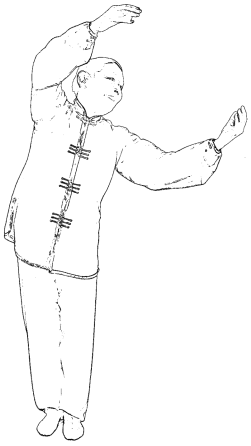


图 5-3

2、调息

（1）动作 1-4 随动作自然呼吸。

（2）动作 5 合掌上举时吸气，下落分开时呼气。

3.调心

保持意念青春，面含微笑。意念两劳宫穴导引全身，犹如小青龙游春时的轻盈和充满活力，自我感觉悠哉游哉，舒畅无比。

4.操作提示

整个青龙游春的运动轨迹，如示意图所示；图中直线为人体正面的中线，整个龙游功在“龙游起势”后，大致就是合掌围绕着中线下行画 3 个半圆，然后上行画 3 个半圆，合成了以中线为轴的 3 个连环的圆。图中的虚线圆弧为龙游左势下行的轨迹；右势则从实线下行。左右势连续各做 3 次。印堂穴位于两眼正中鼻梁凹陷处。劳宫穴位于手掌正中第二、三掌骨间。

第六节　大鹏翱翔（鹏翔功）

1.调身：面南，自然站立，两臂下垂。

（1）鹏翔起势：两手侧起，与肩同高；左手弧形向下，右手弧形向上，身前抱一大球，同时重心落在右脚，左脚尖着地，两大腿根部相靠（见图 6-1）。然后左脚向左前方迈出小半步，屈膝成左前弓步，右脚尖踮地，两腿根部相合；同时两手抱一小球。然后以腰带动身躯向左下方扭转，左手在前向左下、左上方作圆弧形运行，右手在后相应跟随；目光先于手运（见图 6-2）。

（2）鹏翔左势起飞：左膝伸直，与腿根部相摩，左转，带动双手继续做圆弧运行；此时，左手在上（掌心向下），右手在下（掌心向上），左手可以高过于头；最后，头转向正南，目光注视一下前方约 5 米远的地方（见图 6-3）。

（3）鹏翔左势下落：身体转正，屈膝下坐，双手向身前中间作圆弧下行，运至小腹前（丹田）；重心从左脚逐渐向两脚平均分担转变，开裆。

（4）鹏翔右势起飞：操作方法与左势相同，惟方向相反，右手在上，左手在下。

（5）鹏翔左势下落：操作方法与左势相同，惟方向相反，右手在上，左手在下。

（6）鹏翔收势：当做完最后一次右势，双手运至身前时，身体重心已转至两脚分担，双手向左右分开，顺势做收势导引（同第四势吐故纳新收势导引）。

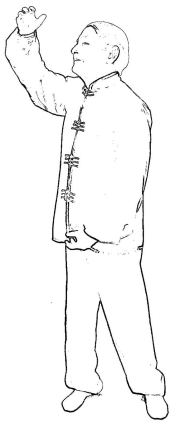


图 6-1



图 6-2



图 6-3

2.调息

（1）动作 1 自然呼吸。

（2）动作 2 向上起飞时吸气，闭口鼻吸。

（3）动作 3 下落归中时呼气，张口吐气。

（4）动作 4 向上起飞时吸气，闭口鼻吸。

（5）动作 5 下落归中时呼气，张口吐气。

（6）动作 6 做两次自然呼吸。

3.调心

保持意念青春，面含微笑。想象大鹏的博大、崇高、豪放和逍遥的气度，仿佛自身幻化为一大鹏。

4.操作提示

两手抱球，大小如篮球，保持不变，呈横倒 8 字型做左右翱翔翻飞。同时随着身体重心变化，两腿裆部相摩。左右势连贯为一次，共做 4 次。

第七节　金童柔身（柔身功）

1.调身：面南，自然站立，两臂下垂。

① 柔身左势：先由左肩缓缓向上向后牵引圆转，右肩徐徐向下向前弧形转动；重心转至左脚，右脚尖踮地，两大腿根部相夹；同时，颈项松弛，头部保持正直，面含微笑，目视前方；两臂下垂，随着腰和两肩的圆转自然地围绕着身体转动（见图 7-1）。

② 柔身右势：做法与左势相同，惟方向相反（见图 7-2）。

③ 收势导引：同第四势吐故纳新收势导引。



图 7-1



图 7-2

2、调息：

（1）动作 1 左肩向上耸时吸气，左肩向下放松时呼气。

（2）动作 2 右肩向上耸时吸气，右肩向下放松时呼气。

（3）动作 3 做两次自然呼吸。

3.调心

保持意念青春，面含微笑。想象自己的身体就像婴儿般柔韧灵活，可以随意柔动，轻松愉悦。

4.操作提示

双腿稍屈膝，臀部后坐，以腰带动身躯和上下肢进行柔和而富有韧性的活动。左右交替，连续柔韧转体，左右势共做 8 次。

第八节　温肾养精（养精功）

1.调身：面南，自然站立，两臂下垂。

（1）轻缓悠动：先由小腹开始轻微而缓慢的悠动，接着带动全身，作轻微、缓慢、富有弹性的垂直松弛抖动 32 次，约 16 秒左右（见图 8-1，8-2）。

（2）中速悠动：继上式，以中等速度松弛抖动 136 次，约 45 秒钟左右。

（3）减速悠动：继上式，逐渐降低抖动速度和幅度，并趋于停止抖动，抖 32 次，约 16 秒左右。

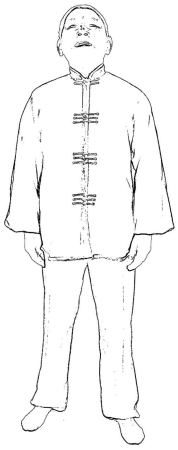


图 8-1

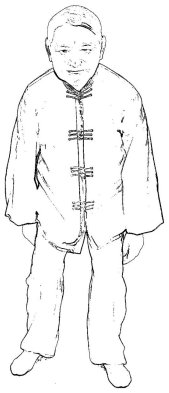


图 8-2

2. 调息：动作 1～3 自然呼吸。

3. 调心：保持意念青春，面含微笑。

4. 操作提示：在松弛抖动停止后，做 3 次自然呼吸，以颐养肾气，更好地达到温肾养精。

第九节　顺息养气（养气功）

1. 调身：面南，自然站立，两臂下垂。

（1）两手掌心向前，缓慢地从体侧斜向上举，至头顶上方时，掌心相对（见图 9-1）。

（2）屈腕，掌心向下，十指相对，两中指相距约 10 厘米。两手在身体前方正中慢慢下移，先后经过头、胸、腹部，回到体侧（见图 9-2，见图 9-3）。

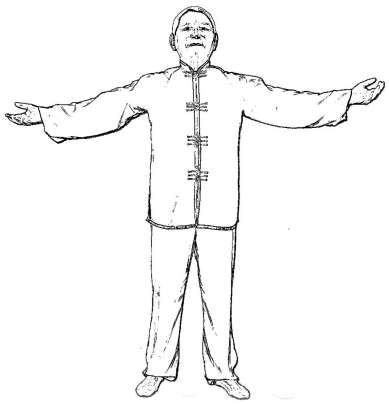


图 9-1

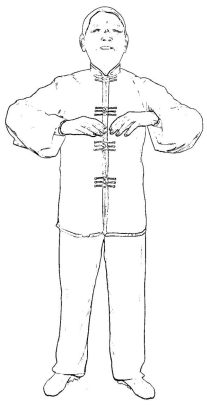


图 9-2

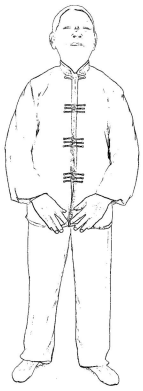


图 9-3

2、调息

（1）动作 1 吸气。

（2）动作 2 呼气。

3. 调心：保持意念青春，面含微笑。意念天地精英之气，被我所抱，贯入体内，并导引体内已活跃起来的精气，由上而下沉聚到下丹田。

4. 操作提示

双手上行犹如捧气、下行犹如贯气为一次，共进行 8 次；一次比一次做的更缓慢、更柔

和，因而气感也越益增强。

第十节　虚静养神（养神功）

1.调身：面南，自然站立。双手在裆前抱拳呈“太极图形”，拳眼斜向上向外；两眼轻闭，全身放松（见图 10，10 侧 ）。

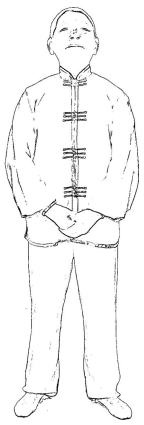


图 10



图 10 侧

2.调息

运用顺腹式呼吸，即吸气时，膈肌收缩下降，小腹自然微鼓；呼气时，小腹自然放松。

3.调心

在吸气时，意念身心清净无为，并默念一个“静”字；在呼气时，意念身心无比舒畅，并默念一个“松”字。

4.操作提示

双手“太极图形”为右手五指自然松开，大拇指和中指轻轻相扣成圆环；左手五指松开，以大拇指穿过右手的圆环，点着无名指与掌间的横纹；两手的其余手指均宽松相握。自然呼吸 8～16 次，约 1～2 分钟。

收势导引：

同第四节“吐故纳新”收势导引

二、辨证施功

回春功秉承了道家自然无为、专气致柔的学术思想，通过愉快地回想青春年华的良性意念，结合舒缓的吐故纳新和柔和的导引按摩，能自然地达到疏通经络，健运筋骨，平衡阴阳的功效。回春功既可以全套锻炼，也可以选择其中的一、二节或二、三节单独练习。每日可练 1～2 次，每次不少于 20 分钟，3 个月为 1 个疗程。

1.六合求中：

具有放松形体，放缓呼吸，疏通经络，和顺血脉，精气流畅的作用，可用于疲劳虚惫、肝郁不舒、心神难宁、多思易虑等身心症状。

神经衰弱、失眠、慢性疲劳综合症、慢性肝炎等疾病，凡见上述症状者可参照应用。

2.意念青春：

具有平心静气、恬淡愉悦心情的作用。可用于心神难宁、思绪杂乱、焦虑、抑郁等症状。

抑郁症、焦虑症、亚健康、慢性疲劳综合症等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

3.导气令和：

具有通顺肺气、解散郁闷、活血化瘀、心肾交融（水火既济）、调和脾胃、提神醒脑、

消除疲劳等效果。可用于胸闷气憋、虚火内扰、失眠多梦、纳呆乏力、头晕神疲等一系列症状。

神经衰弱、亚健康、肺功能下降、心功能减退等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

4.吐故纳新：

具有增强机体的新陈代谢，促使人体整个健康状况的改善。可用于气虚不纳、慢性咳嗽、颈肩腰腿疼痛、纳呆脘胀、体虚乏力等症状。

肺部疾患、肩周炎以及肠胃疾病、腰痛、遗尿等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

5.青龙游春：

具有耗散脂肪，减肥健美，疏通经络，畅通气血，健运脊柱、活络关节，存思良念，有益身心的作用。可用于失眠多梦、纳呆、腰痛、颈肩腰腿疼痛、遗精遗尿、月经不调、性欲下降、虚寒畏冷等症状。

神经衰弱、失眠、健忘、消化不良、慢性肠胃病、一般的肥胖和消瘦、肩周炎、关节炎、腰痛、遗精、遗尿、前列腺肥大、月经不调、性功能障碍以及由肾亏、内分泌失调引起的一些病症，可参照适用。

6.大鹏翱翔：

强调精、气、神、形齐练，全身做柔韧性仿生运动，对疏通经络、调理内分泌极为有利。可用于男性性功能下降、遗精遗尿、腰酸乏力、头晕神疲、善忘、纳呆、脊柱疼痛等症状。

性功能障碍、遗精遗尿、肥胖症、脑动脉硬化、神经性头痛、神经衰弱、慢性肠胃病、脊椎骨质增生、坐骨神经痛等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

7.金童柔身：

充分柔韧地运转四肢、肩颈、胸腹和腰背，具有利于疏通经络、培补元气、活血化淤、扶正祛邪的作用。可用于颈肩腰腿疼痛、肌肉酸痛、遗精遗尿、纳呆乏力、失眠心烦等症状

关节炎、椎体骨质增生、腰痛、遗精、遗尿、劳损、慢性肠胃病以及内分泌失调等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

8.温肾养精：

松弛地作全身抖动，有助于柔和地舒松肩、肘、手、髋、膝、足等诸关节，有利于增强全身关节和韧带的功能。可用于颈肩腰腿疼痛、纳呆、形丰、虚劳骨痹等症状。

关节炎、椎体骨质增生、肥胖症、消化功能障碍等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

9.顺息养气：

导引人体之气与天地之气进行交换，使两者交融浑然合一，达到增强机体素质，更好地适应外环境。具有安神定志、益气培本的作用。可用于气虚不纳、心胸憋闷、精神不振、虚弱疲惫等症状。

神经衰弱、肺功能不足、心功能减退、失眠等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

10.虚静养神：

意念丹田，精气归元，周身放松，意境清静，有利于大脑进入特殊的功能状态。可用于髓海不足、脑失充养、神呆虚惫、精神不振、嗜睡乏力等症状。

神经衰弱、高血压、心脏病、胃溃疡等慢性病，脑力劳动者、中老年人脑力衰退等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

三、病证举例

1.遗精

（1）固精止遗，练回春功第六节“大鹏翱翔”，左右势各做18遍，每天早晨和睡前各做一次。

（2）补肾强腰，练回春功第七节“金童柔身”，左右势各做18遍，每天早晨和睡前各

做一次。

2.遗溺（老年遗尿症）

（1）温肾缩尿，练回春功第四节“吐故纳新”，共做 18 遍，每天早晨和睡前各做一次。

（2）补肾强腰，练回春功第七节“金童柔身”，左右节各做 18 遍，每天早晨和睡前各做一次。

3.淋证（慢性泌尿系统感染）

（1）补肾止淋，练回春功第七节“金童柔身”，左右节各做 18 遍，每天早晨和睡前各做一次。

（2）健脾固摄，练回春功第六节“大鹏翱翔”，左右节各做 18 遍，每天早晨和睡前各做一次。

4.腰痛（风湿性腰痛、腰肌劳损、脊柱病变之腰痛）

（1）强腰柔筋。练回春功第四节“青龙游春”，左右节各做十八遍，每天早晨和睡前各做一次。

（2）疏筋缓急。练回春功第四节“吐故纳新”，共做 18 遍，每天早晨和睡前各做一次。

第九章 放松功

放松功是近代人在继承古人静坐意守的基础上发展起来的一组操作相似、功效接近的放松类功法总称。其功理来源于中医理论，功法侧重精神内守，意导气行。

临床上常用的放松功法主要有松通功、三线放松功、振颤放松功和拍打放松功等。其中松通功与三线放松功是在意念的主动调节下，配合呼吸，使身体放松的静功功法。振颤放松功与拍打放松功是通过振颤、抖动或拍打的方式，使全身放松的动功功法。

一、操作技术

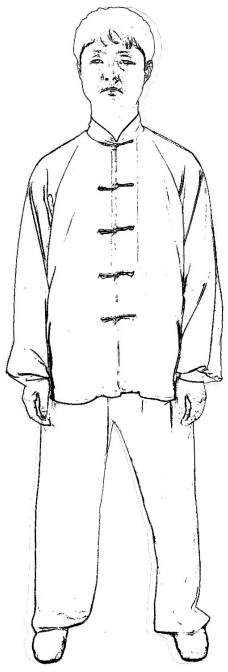
（一）松通功

松通功是在意念的主动调节下，配合呼吸，从头到脚对全身逐段进行放松的一种功法。本功法侧重调心操作，习练时每节重复操作 3～5 次，完整练习一遍松通功的时间应该不少于 10 分钟。

第一节 全身放松

1. 调身：全身放松，站、坐、卧、行均可。

（1）站式，自然站立，以舒适为度；两脚平行，与肩同宽，双膝微曲，膝盖不超出足尖，腰部伸展，上身正直，含胸拔背，头颈部正直。轻闭双目，口微闭。两臂自然下垂，松肩垂肘，双手自然放于体侧。（见图 1）



图

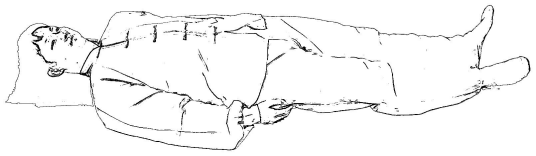


图

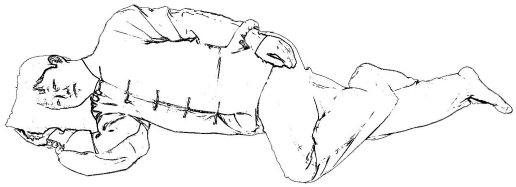
（2）坐式，坐在方凳或硬椅上，只坐凳或硬椅的前 1/3，凳或椅子的高度与小腿长度相当，膝关节呈 90° 角，大腿与上身呈 90° 角。双脚分开，与肩同宽。上身正直，头颈部正直。轻闭双目，口微闭。两臂自然下垂，松肩垂肘，双手掌心向下，自然放于大腿上。（见图 2）

（3）卧式，仰卧位或侧卧位均可。仰卧位，平躺在床上，面朝上，头正直，口眼轻闭，四肢自然伸展，两腿可根据个人习惯自然分开或并拢，脚尖自然分向外侧，两臂自然向下伸

展，双手掌心向内，放于体侧。（见图 3）；侧卧位，侧卧于床，左侧卧、右侧卧皆可，一般以右侧卧为多，头略向胸部收，双目轻合，两腿叠放，膝部自然弯曲，上方的腿弯曲度数较大，上方的手心向下，放于髋部，下方手臂屈肘，手心向上，放在耳边。（见图 4）



图



图

（4）行式，以缓慢自然的步伐行走。两臂自然摆动，躯干姿势同站式。

2. 调息

（1）自然呼吸或腹式呼吸。

（2）呼气时默念“松”。

（3）将粗乱呼吸逐步调整到平稳、缓慢、细长、均匀的呼吸状态。

3. 调心

（1）意想身体从上到下，按序进行分段放松。放松的顺序：头→颈→肩→上臂→肘关节→前臂→腕关节→手→胸背→腰腹→髋关节→大腿→膝关节→小腿→踝关节→脚。

（2）意念每移到一处，默念“松”字，并意想该部位像海绵一样松开变大，并借助意想“松”的动力向外扩散。每部位连续操作 3 次。

（3）细细体会“松”、“变大”的感觉。

（4）意念从头到脚为一次完整的放松过程，需重复 3～5 次。

4. 操作提示

（1）习练者一般可以选取较易放松的仰卧或平坐式。等习练熟练后，再根据练功场地、身体状况、个人喜好选择站、坐、卧、行中的任意一种姿势进行练功。

第二节 意守丹田

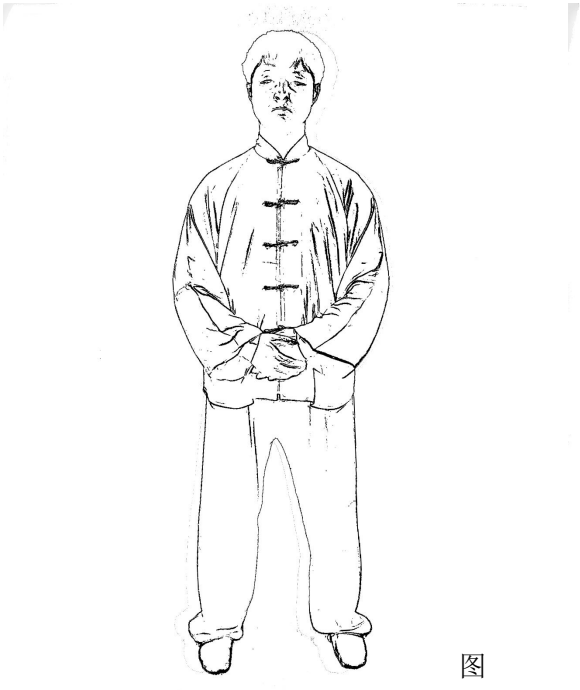
1. 调身：本节功法站、坐、卧、行皆可。

（1）站式：基本姿势与上一节相同，但手的位置移至丹田。男子左手在内，女子右手在内，双手轻轻按于丹田。（见图 5）

（2）坐式：基本姿势与上一节相同，但手的位置移至丹田。男子左手在内，女子右手在内，双手轻轻按于丹田。（见图 6）

（3）仰卧：基本姿势与上一节相同，但手的位置移至丹田。男子左手在内，女子右手在内，双手轻轻按于丹田。（见图 7）

（4）侧卧。右侧卧位时，左手轻轻放于下丹田上。（见图 8）。左侧卧位时，右手轻轻放于下丹田上。



图



图



图



图

2. 调息

（1）可采用自然呼吸或腹式呼吸。

3. 调心

（1）目内视、意内想、耳内收。

（2）意守肚脐、内视肚脐、耳听肚脐。

（3）意守下丹田、内视下丹田、耳听下丹田。

（4）意守两肾间的命门穴、内视命门穴、耳听命门穴。

4. 操作提示

（1）肚脐、下丹田、命门穴可以依次意守，也可任选其中一个来意守。

（2）调息从自然呼吸开始，逐步过渡到腹式呼吸。

（3）呼吸以长呼短吸为宜。

第三节 玉液还丹

1. 调身

（1）姿势同前，待口中津液增多后，将津液分三次吞咽。

（2）两手相搓如火，做干洗面，梳头。

（3）缓慢转动颈部，放松肩部，活动腰部。

（4）收功。

2.调息

（1）咽唾液前吸气。

（2）咽唾液时屏气。

（3）咽唾液后呼气。

3.调心

（1）意想随着呼气将口中唾液引至下丹田。

（2）意守下丹田。

4.操作提示

（1）意守下丹田时，自然引内气汇聚于下丹田。

（2）意守下丹田时，不可刻意追求，意念要“轻轻的”，做到“似守非守”。

（二）三线放松功

三线放松法是将身体划分成侧面、前面、后面三条线，每条线九个放松部位和一个止息点，练功时沿此三条线路自上而下依次进行放松的方法。此法比较适合于初习气功、意念难以集中者，是放松功的基本方法之一。

1.调身

与“松通法”第一节相同。详见“松通功”第一节。

2.调息

（1）吸气时意守一个部位。

（2）呼气时默念“松”。

（3）吸气时再意守下一个部位，呼气时默念“松”。如此循环。

3.调心时

（1）从头部开始，意念沿着线路一个部位接一个部位按顺序向下移动，注意默念“松”。

（2）完成整条线路的放松后，在止息点轻轻意守 1～2 分钟，然后移至下一条线路依次进行放松。

三条线路分别是：

第一条线，头部两侧→颈部两侧→两肩→两上臂→两肘→两前臂→两腕→两手→十个手指。止息点是中冲穴。

第二条线，面部→颈前→胸部→腹部→两大腿前→两膝→两小腿→两脚→十个脚趾。止息点是隐白穴。

第三条线，后脑部→后颈→背部→腰部→大腿后→两膝窝→小腿后→两足跟→两脚底。止息点是涌泉穴。

（3）三条线上的所有部位全部放松完毕后，轻轻地意守第四个止息点——下丹田 3～4 分钟。

4.操作提示

（1）按顺序完成三线各部位的方松与意守，作为一个循环。每次锻炼可练 1 个循环，也可练 2～3 个循环。

（2）调息可以从自然呼吸开始，逐步过渡到腹式呼吸。

（3）呼吸以长呼短吸为宜。

（三）振颤放松功

振颤放松法是通过振颤、抖动使全身放松的一种功法。

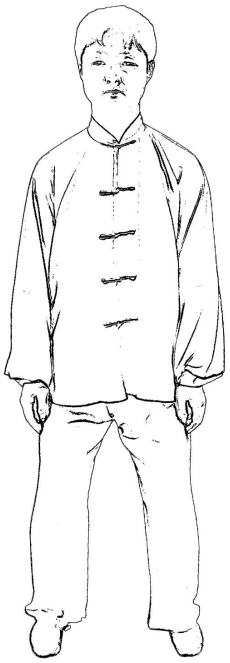
1.调身

（1）自然站立，以舒适为度。两脚平行，与肩同宽，双膝微曲，膝盖不超出足尖，腰

部伸展，上身正直，含胸拔背，头颈部正直。轻闭双目，口微闭。

（2）全身振颤、抖动，重点在两手腕、两脚踝及脚跟，每分钟振颤频率约 130～160 次。

（3）全身振颤、抖动后，静立 3～6 分钟。（见图 9）



图

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

（1）体会身体在颤动、抖动过程中逐渐放松的感觉。

（2）意想全身如网状通透，将体内病气、浊气向下随着抖动而排出。

4. 操作提示

（1）颤动、抖动时身体要放松，各关节似有弹性，有节奏，不可僵硬。

（2）呼吸以吸短呼长为宜。

（3）可以根据需要灵活调整震颤时间。

（四）拍打放松功

拍打放松法是采用拍打的方式，由外而内，引导放松的一种功法。

1. 调身

（1）采用站式或坐式，从头到脚依次分段进行有节律的拍打放松。

（2）拍打路线：头部→颈部→两肩→两肘关节→两手背→两手指头→胸腹→背腰→两髋→两大腿→两膝→两脚背→两脚趾。（以站式拍打右侧为例，见图 10～图 23，坐式与站式基本相同，拍打左侧与拍打右侧方法相同，只是方向相反。）

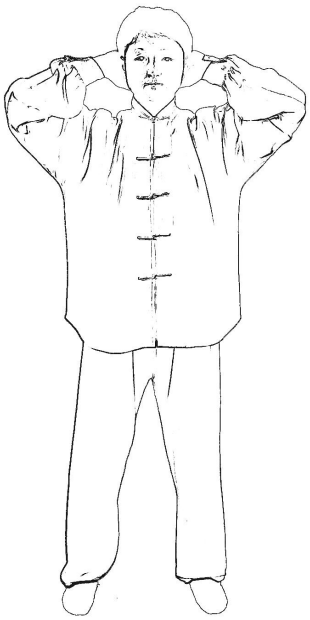


图10

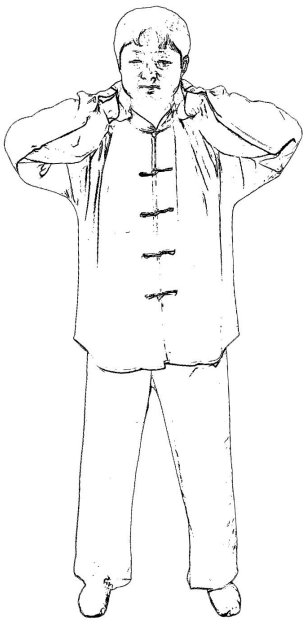


图11



图12



图13



图14



图15

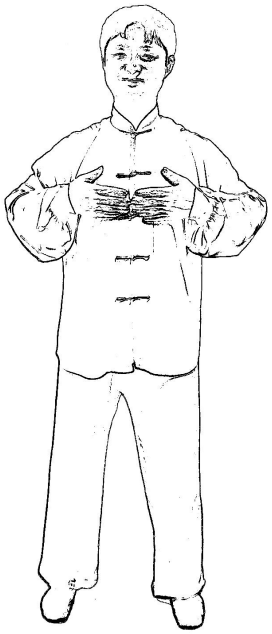


图16

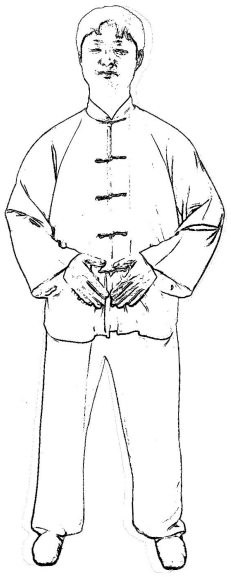


图17

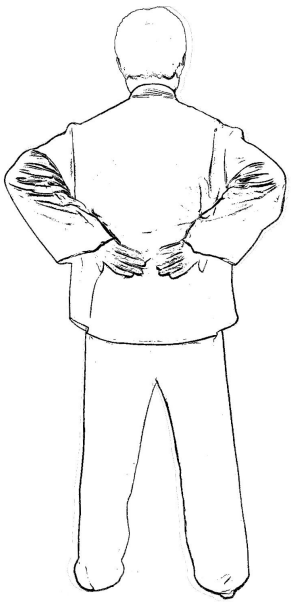


图18

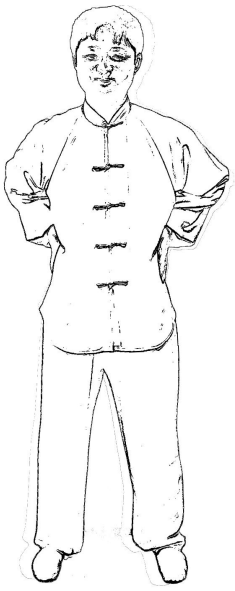


图19

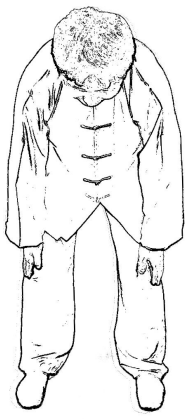


图20

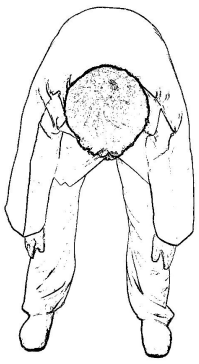


图21

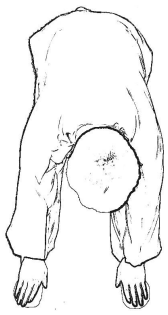


图22

2.调息

（1）自然呼吸。

3.调心

（1）体会被拍打部位的逐渐放松。

（2）意想体内的病气、浊气在拍打过程中向下移动到肢体末端，进而排出体外。

4.操作提示

（1）手腕放松，拍打时要保持节奏。

（2）拍打的力量要适中，不可过重。

二、辨证施功

放松功用于养生保健、疾病的康复，以“松”、“静”为原则，可以根据个人需要，选择放松功法中的任意一种。习练时可整套练习，也可以重点习练松通功中的一、两节;或三线放松功的一、两条线路;或重点放松身体的某个部位。每日可练 2 次，每次 15～20 分钟，3 个月为 1 个疗程。

1.松通功

具有调理气机、培补元气的作用，可用于头痛目赤、急躁易怒、腹痛泄泻、夜卧不宁等气机不调的症状，也可用于头晕耳鸣、少气懒言、腰膝酸软等气血不足的症状。

高血压、慢性肝炎、失眠多梦、神志不宁、月经不调，遗精滑泻等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

2.三线放松功

具有理气和血、补肾填精的作用，可用于口苦吞酸、胸胁胀满、夜寐不安等气机不调的症状，也可用于头晕耳鸣、腰膝酸软、阳痿早泄等元气不足的症状。

高血压、青光眼、慢性疲劳综合征、失眠健忘、两足痿软、腰痛等疾病。凡见上述症状者可参照使用。

3.震颤放松法

具有疏通经络、益气行血的作用，可用于肢倦身重、不寐、腹胀腹满、心烦胸闷、骨节烦痛等经络不通、气血不和的症状。

慢性疲劳综合征、腰肌劳损、慢性腰背肌筋膜炎、神经衰弱、更年期综合症、退行性腰

肌柱炎、颈椎病、超重、脑供血不足等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

4.拍打放松法

具有疏通经络、理气活血的作用。可用于胁痛不适、脘腹胀满、肩背烦痛、腰酸背痛等经络不通、气血失调的症状。

慢性肝炎、慢性胃炎、消化性溃疡、颈椎病、腰椎病、膝关节炎等疾病。凡见上述症状者可参照使用。

三、病证举例

1.眩晕（高血压）

（1）平肝理气，拍打放松功 10 遍，每天早晨和睡前各做一次。

（2）滋水涵木，松通功或三线放松的站式 10 遍，每天早晨和睡前各做一次。

2.不寐（失眠）

（1）清心除烦，震颤放松功 10 遍，每天早晨和睡前各做一次。

（2）交通心肾，松通功或三线放松功的坐式或卧式 10 遍，每天早晨和睡前各做一次。

第十章 内养功

内养功是以吐纳为主的防治疾病保健养生的功法，明末清初流传于民间。20 世纪 40 年代经刘贵珍氏挖掘、整理并应用于临床。该功法分静功和动功两种练习形式，“形气神合”贯穿于功法始终。停闭呼吸（亦称为“不平衡式呼吸法）和意念的配合是锻炼的重点。呼吸停闭、气沉丹田、默念字句、舌体起落，具有大脑静、脏腑动的锻炼特点。其初级静功和中极静功的练习内容如下。

一、操作技术

内养功初级静功包括 3 种姿势，2 种呼吸方法和 5 种意念松静的形式；中级静功增加了 4 种姿势、3 种停闭呼吸方法和 4 种意守内容。要求形体放松、呼吸调和、心神恬静。起到培补元气、平衡阴阳、协调脏腑功能的作用。每个功时以 30～60 分钟为标准。

（一）初级静功：松静筑基法

1. 调身

仰卧式、靠坐式、松静站立式。

（1）仰卧式：①脸向上仰卧于床上，枕头的高低以舒适为标准；②两手轻松自然置于身体两侧或双手相迭置于中脘部；③两腿舒伸，脚跟并拢，脚尖自然分开；④鼻吸鼻呼，两眼轻闭或微露一线之光，神不外驰。（见图 1）

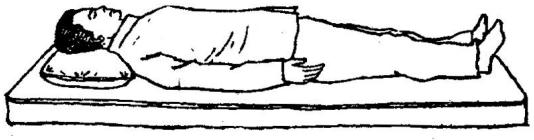


图 1

（2）靠坐式：①靠坐在沙发或床上，颈部和腰部须垫实，不可悬空；②双手轻松置于沙发扶手上或两手相握放于丹田部位；③两腿自然屈曲或舒伸，双眼轻闭，鼻吸鼻呼。（见图 2）

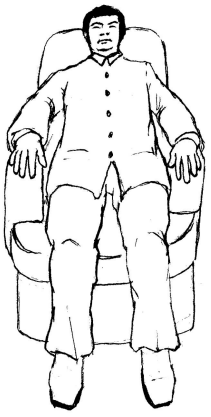


图 2

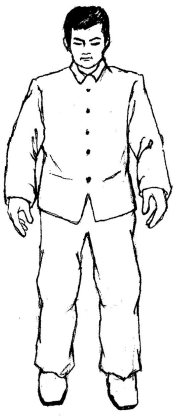


图 3

（3）松静站立式：①两脚平行分开与肩同宽，两膝微曲，松腰松胯，收腹敛臀；②松肩虚腋，两臂在身体两侧自然下垂，指尖朝下；③下颌微内收，百会穴朝天；④两眼轻闭，

鼻吸鼻呼。（见图 3）

2.调息

首先采用自然呼吸，逐步过渡到腹式呼吸，并配合呼吸默念“静”字诀和“松”字诀，以达到相对入静和放松的目的。为练习中级功停闭呼吸打下基础。

（1）自然呼吸：即不改变平时的呼吸运动形式，顺其自然。

（2）腹式呼吸：有两种形式。①随吸气腹部隆起，随呼气腹部下落为顺腹式；②随吸气胸部充盈扩张，腹部下落凹陷，随呼气胸部还原，而腹部充盈隆起为逆腹式。

3.调心

有活位意守和定位意守两种练习形式。活位意守：即意守的部位可根据需要灵活多变，可以是点、段、面、轴、部位、整体等，并配合开降、聚降、升降、开合、聚散等五种“松静”的形式进行练习；定位意守即以气海穴为中心的丹田意守。

（1）活位意守：

①开降法:配合吸气意想从肌体(部位)的中心点或中心轴由里向外打开,同时默念“静”字诀，使自己尽快安静、平静下来；配合呼气意想从上向下松降，同时默念“松”字诀，并体会松的感觉和效应。

②聚降法：配合吸气意想清新能量之气向肌体（部位）的中心点或中心轴积聚，呼气由上向下松降。余同上。

③升降法：如进行整体练习，即配合吸气由足部向上升至膻中部位高度，配合呼气由头顶百会向足部松降。如进行特殊部位练习,即配合吸气从此部位的底线高度象顶线高度上升，呼气时从顶线高度向底线高度松降。余与上同。

④开合法：即配合吸气意想由肌体（部位）的中心点或中心轴向外打开，配合呼气意想向中心点或中心轴松合（意合体松）。余与上同。

（5）聚散法：即配合吸气意想清新能量之气向体内（部位）中心点或中心轴积聚，配合呼气意想浊气、病气散泻出去，肌体随之而放松。

以上方法根据需要选择练习 10～15 分钟后，采取定位意守的方法进行养气。

（2）定位意守：

即丹田意守，以气海穴为中心，如同自己拳头大小的区域，上缘为神阙穴，下缘为关元穴，设在小腹内。轻轻意守 5～10 分钟。养形、养神，培补元气。

4.操作提示：

（1）不论顺腹式还是逆腹式，不可为追求腹部的起落或呼吸的深长而勉强延长呼吸，以免出现不适。

（2）不论是活位意守还是定位意守，均应做到似守非守。

（3）初级静功可为中极功练习打下快速放松、快速入静的基础，同时可做为预备功、矫正功进行应用。针对一些疾病亦可做为正功来进行应用。

（二）中级静功：吐纳停闭息调法

1.调身

在初级静功姿势的基础上，增加侧卧式、尾高位式、平坐式和壮式。

（1）侧卧式：有左右之分，多以右侧卧为主。①向右侧卧于床上，头的高低用枕调节，以舒适为标准；②上身在保持自然生理曲度的基础上，呈含胸拔背状；③右臂自然屈曲，五指舒伸，掌心向上，置于脸前枕上，距脸一拳左右，左臂自然伸直，掌心向下，放于同侧髋上；④右腿自然舒伸，两膝相迭，左腿屈曲成 120°；⑤双目轻闭或微露一线之光，鼻吸鼻呼。左侧卧与其姿势相同，四肢体位相反。（见图 4）

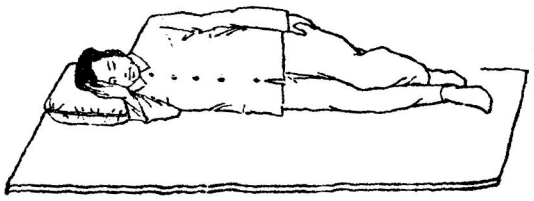


图 4

（2）尾高位式：①在仰卧式基础上，将臀下用物垫高 10 厘米左右；②亦可两腿屈曲，两脚向臀部收回并平行分开与肩同宽，两膝相靠，成一立体三角形。（见图 5）

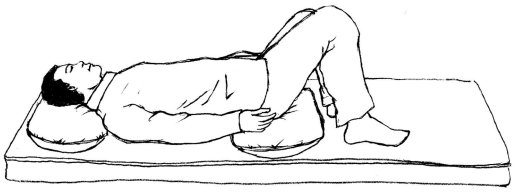


图 5

（3）平坐式：①平坐在没有靠背的櫈子上，两脚平行分开与肩同宽，小腿与地面垂直，膝关节屈曲成 90°；②松肩垂肘，两手掌心向下自然放于两大腿上；③胸微内含，脊背自然竖起，下颌内收，百会穴朝天；④鼻吸鼻呼，两眼轻闭或微露一线之光，神不外驰。（见图 6）



图 6

（4）壮式：①脸向上仰卧于床上，枕头垫高到 25～30 厘米左右，肩背随之垫实而呈一坡形；②两手掌心向内贴于两大腿的外侧，③两腿舒伸，两脚并拢，脚尖上跷。（见图 7）

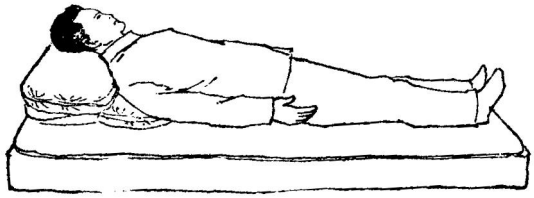


图 7

2、调息

包括停闭呼吸和与其相配合的舌体起落、默念字句三部分内容：

（1）停闭呼吸：软呼吸法、硬呼吸法、双补法。亦称不平衡式呼吸法，辨证练习，以调整体内阴阳失衡的现象。

①软呼吸法（滋阴法）：其运动形式为吸—呼—停。先行吸气，随之将气徐徐呼出，呼毕再行一定时间的闭气。

②硬呼吸法（补阳法）：其运动形式为吸—停—呼。先行吸气，然后进行一定时间的闭气，再将气徐徐呼出。

③双补法：其呼吸运动形式为吸—停—吸—呼。先吸少量的气，即行一定时间的闭气，然后再行吸气，最后徐徐呼出。

（2）舌体起落与停闭呼吸的配合：舌体起落又称为“舌动”，伴随停闭呼吸进行舌舐上腭的起落运动。

①舌动与软呼吸法的配合，即吸气时舌舐上腭，呼气时舌体落下，停闭时舌落下不动。

②舌动与硬呼吸法的配合：吸气时舌舐上腭，停闭时舌舐上腭不动，呼气时舌落下。

③舌动与双补法的配合：吸气即舌舐上腭，直至呼气时舌落下。

（3）默念字句与停闭呼吸的配合：配合停闭呼吸选择美好的、有利于身心健康的词或字句用意默念。先由 3 个字开始，待呼吸柔顺细深长后，逐渐增加字数，以不超过 9 个字为宜。不论默念字数多少，均以一吸一呼各念一个字，其余的字在停闭时默念。

①默念与软呼吸法配合：吸气默念第一个字，呼气默念第二个字，停闭默念剩余的字。

②默念与硬呼吸法的配合：吸气默念第一个字，停闭默念中间所有的字，呼气默念最后一个字。

③默念字句和双补法的配合：此法配合有多种形式，常用的以默念 3 个字为宜，即吸、停、吸各念 1 个字，呼气便徐徐呼出。

3.调心

在初级功基础上增加丹田、涌泉、膻中和外景等意守内容。

（1）意守丹田：与初级静功同。

（2）意守膻中：意念轻守两乳之间的膻中穴。

（3）意守涌泉：意守两足涌泉穴，或闭目默想大足趾的形象。

（4）意守外景：意守体外美好、有利于身心健康的景物。如花卉、大海、明月等。

（5）养丹田气：练功将结束时，要停止默念和舌动，将腹式停闭呼吸改为自然呼吸，轻守丹田。愉悦恬静，静养丹田真元之气 5～10 分钟后收功。整个功时约 30～60 分钟。

（6）收功：将两手搓热后浴面、摩腹、搓腰、和带脉等结束练功。

4.操作提示

（1）停闭呼吸、默念字句均要掌握好练习的火候，避免不当而产生不适现象。一旦出现憋气症状，即采用初级静功中的松静法予以调节矫正。

（2）舌动练习时，口腔内会产生大量的唾液，须平心静气徐徐咽下，用意念诱导送入丹田。

（3）无论意守何处，都应做到似守非守，绵绵若存，顺其自然。

（4）内养功练习，需将姿势、意守、舌动、默念、腹式停闭呼吸等内容协调统一起来，应循序渐进，逐一掌握。难以入静者先配合默念，消化不良者先配合舌动。两者均觉困难者，亦可单纯练习停闭呼吸。

二、辨证施功

内养功用于疾病的防治和康复，在辨证施功上，重点掌握停闭呼吸和意念（守）的辨证应用。关于姿势的选择除侧卧式应以右侧卧为主（胃粘膜脱垂症者除外）和针对脏器下垂选择尾高式及练功后期增加壮式外，其他姿势均可根据爱好或条件、环境进行选择。每次练功30～60 分钟，每日 3～5 次，3 个月为 1 个疗程。

（一）调息与调心辨证

1.软呼吸法：又称滋阴法，具有滋阴潜阳的作用。适合于肝阳上亢、肾阴不足所致的头痛目眩；心肾阴伤所致的胸闷疼痛、心悸盗汗、心烦不寐、耳鸣健忘；热邪犯胃，或胃阴亏虚所致的胃脘疼痛、口燥咽干、大便秘结；燥邪伤肺，肺阴亏虚所致的咳嗽胸痛、潮热盗汗等症。（高血压、冠心病、心脏神经官能症、慢性萎缩性胃炎、肺结核、慢性支气管炎等见上述症状者均可参照使用）

2.硬呼吸法：又称补阳法，具有扶阳固本的作用。适于脾肾阳虚所致的腹痛泄泻、形寒肢冷、腰膝酸软、困倦乏力；肺气虚弱，气机升降失司所致的咳喘、形神疲惫、面色无华；心阳不足，鼓动无力所致的胸闷疼痛、心悸、畏寒神倦等症。（胃及十二指肠球部溃疡、胃下垂、慢性胃炎，慢性支气管炎、心动过缓、冠心病心绞痛、胸膜炎、心肌炎、血压偏低等见上述症状者均可参照使用）

3.双补法：具有气血双补的作用。气血不足、心神失养所致的抑郁寡欢、心悸少寐、神疲纳差、面色不华；气血亏虚所致的眩晕、面色晄白、少气无力；脾胃虚弱、气血化源不足所致的肢体萎软、食少腹胀、气短面浮，气血亏虚所致的便秘等症。（抑郁症、贫血、心律失常、神经官能症、慢性肝炎、初期肝硬化等见上述症状者均可参照使用）

4.舌动法：具有生津止渴、补益脾胃、清降心火的作用。适用于口干少津，烦渴多饮，纳呆、食欲不振、脘腹胀满，舌红苔黄，心烦不寐等症。

5.默念字句法：具有宁心除虑、以一念代万念、心身共调的作用。针对心神不宁、紧张、不易放松，脾运失健、胃肠蠕动迟缓、消化不良，气血两亏、四肢倦怠、体虚乏力，肝气不舒、气滞胸胁、满闷胀痛等症，选择默念相应的字诀以达到建立良性的条件反射、形神合一的目的。

（二）调心辨证

1.开降法：具有开窍穴、通经络、平肝潜阳、化痰降逆的作用。可用于气滞血瘀，窍道阻塞而出现的疼痛；或肝阳偏亢、上扰清窍而出现的头痛眩晕、烦躁易怒、睡眠不宁，或脾失健运，痰浊中阻而出现的胸脘痞闷、食少呕恶等症。

2.聚降法：具有补虚降逆的作用。可用于虚实兼杂之病症，如脾胃虚寒，胃脘胀而不舒，遇郁怒肝气犯胃而加重，呕吐吞酸，嗳气频繁等症。

3.升降法：具有升清降浊、培补元气的作用。可用于四肢逆冷、手足不温；中阳不振、气血不足、脏器下垂等症。

4.开合法：具有协调脏腑、活跃气机的作用。可用于脾胃运化功能失常，导致水谷不能化为精微，停痰留饮、积于中脘等症。

5.聚散法：具有气攻病灶、散瘀化结的作用。可用于气滞血瘀所造成的不通和疼痛。

6.丹田法：具有培补真元之气的作用。是功法练习的主要意守部位。

7.膻中法：具有宽胸理气、止咳定喘、调理心肺的作用。女子练功多守此部位，可防治乳腺炎、缺乳症，月经期可避免经期延长、经量过多的现象。

8.涌泉法：具有补益肝肾、清热降火、开郁的作用。可用于肝阳上亢之头痛头晕（血压偏高）、心悸、失眠，咽喉肿痛。亦可用于意守火候容易偏重者。

9.外景法：具有开郁散结、调节情志的作用。适于杂念纷纭、精神紧张、抑郁寡欢、不容易守内景者。

三、病证举例

1.胃脘痛（消化性溃疡）

（1）温中健脾、和胃止痛。取仰卧式和右侧卧式交替，选中脘开合硬呼吸法练习 15 分钟，静守丹田 5 分钟。如此重复 2～3 遍为一个功时，每天练习 2～4 次。

（2）疏肝理气、清热解郁。取内养功仰卧式和平坐式交替，选用膻中至足底开降软呼吸法练习。练功时间与次数与上同。

2.咳嗽

（1）清肺润燥、理肺通经。取内养功靠坐式和平坐式交替，选用膻中至手臂升降软呼吸法练习。练功时间及练功次数与上同。

（2）健脾化痰、培土生金。取内养功右侧卧式和平坐式交替，选用中脘至足底聚降硬呼吸法练习。练功时间及练功次数与上同。

第十一章 强壮功

强壮功是根据古代释、儒、道各家的练功方法进行整理，取其精华，去其糟粕综合而成，也是传统内丹术的筑基功法。该功法具有养气壮力、培肾固本、健体强身、增强体质、陶冶情操、开发智能的作用。

一、操作技术

1.调身

包括自然盘膝坐、单盘膝坐、双盘膝坐、站式（高、中、低位站桩）和自由式5种。

（1）自然盘膝坐

两小腿交叉盘起，头颈躯干端正，两眼轻闭，头微前倾，颈部肌肉放松，含胸拔背，两上肢自然下垂，两手四指上下互握，也可将一手置于另一手心上，放在小腹前的大腿上。



图1

（2）单盘膝坐

两腿盘坐，左小腿置于右小腿之上，左足背贴于右大腿上，足心向上，或右小腿置于左小腿之上，右足背贴于左大腿上，足心向上，左压右或右压左可根据个人习惯而定。余同自然盘坐。



图2

（3）双盘膝坐

右小腿置于左小腿之上，再把左小腿搬起置于右小腿上，两小腿交叉，两足心向上，置于两侧大腿上。余同自然盘坐。



图 3

（4）站式

高架站桩时两足平行分开与肩同宽，两膝微屈，腰胯放松，两手臂在胸前（膻中穴高度）抱球，松肩垂肘，小臂微屈。两手拇指与四指分开如抱球状。两眼轻闭，鼻吸鼻呼，下颌微内收，百会朝天，含胸拔背，收腹敛臀（见图 4）。中架站桩除两手臂在胸腹前（中脘穴高度）抱球与高架站桩不同外，其余均与高架站桩同（见图 5）。低架站桩除两手臂在小腹前（脐以下）抱球与高架站桩不同外，余均同（见图 6）。

站式练习在室内外均可，宜选择空气新鲜、光线适宜、环境安静的地点，以利于入静。

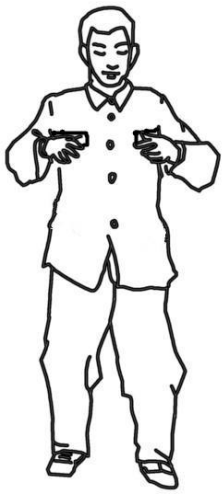


图 4



图 5

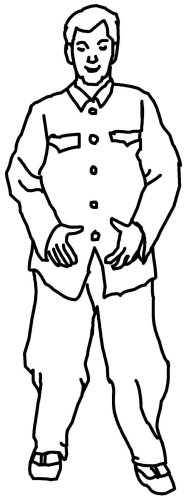


图 6

（5）自由式

没有固定姿势，完全根据个人所处环境进行练习。在工作疲劳、精神高度紧张时，可以随时随地、不拘形式地调整呼吸和意守丹田，以达到解除疲劳、放松机体、提高工作效率的目的。

2. 调息

包括静呼吸法、深呼吸法和逆呼吸法 3 种。采用鼻吸鼻呼的形式，舌尖轻抵上腭，有鼻部疾患者可鼻吸口呼。

（1）静呼吸法（自然呼吸法）

不改变原来的呼吸形式，也不用意识注意呼吸，任其自然。

（2）深呼吸法（深长的混合呼吸法）

吸气时胸腹部均隆起，呼气时均回落。深呼吸法需在自然呼吸的基础上，呼吸逐渐达到深长、静细、均匀的程度，不能急于求成，且不宜在饭后进行。

（3）逆呼吸

吸气时胸部扩张，腹部回缩，呼气时胸部还原，腹部充盈膨隆。逆腹式呼吸法也须在自然呼吸的基础上形成，要由浅入深，逐步锻炼，自然形成悠匀、细缓、深长的逆腹式呼吸，不可勉强。饭后不宜练习。

3.调心

（1）意守

以意守腹丹田为主，借以达到培肾固本的目的。也可根据练功者的身体状况，选择意守部位和内容。也可以用存想法。

一是意守丹田。以气海穴为中心，自己拳头大小的范围，位于小腹内。意念勿过重，做到似守非守，绵绵若存，以免出偏。二是意守膻中。配合高架站桩，可采取意守膻中。对心、肺疾病等均有调治作用。三是意守中脘。配合中架站桩，可采取意守中脘。对脾胃虚弱、胃肠神经官能症及血液系统疾病有调整和治疗作用。

（2）存想

以想的方法建立一个适合自己需要的寒热温凉的环境，以调节温凉寒热。如阳虚患者可意想小腹有一火球，阴虚患者可以意想山泉、小溪。

二、辨证施功

强壮功以养气壮力、培肾固本、健体强身、增强体质为主，用于神疲乏力、气短、心悸、食少纳呆、便溏、腰膝萎软等元气亏虚、气血不足之证，治疗神经系统疾病，可用于治疗紧张性头痛、脑血管病后遗症、神经衰弱、自主神经功能紊乱、心脏神经官能症等疾患见上述证者。

呼吸方法选用原则：静呼吸法对初学气功者、年老体弱、肺结核、贫血患者较适宜；深呼吸法适于神经衰弱、贫血、便秘、精神不易集中者；逆呼吸法适于精神萎靡不振、气虚体弱、中气下陷、心悸等证。

意守部位选择：培补元气选择意守丹田；意守中脘适宜于脾胃虚弱，胃肠神经官能症及血液系统疾病有如上证者；意守膻中适宜于心、肺疾病。

存想选用原则：阳虚患者选用温性存想如太阳、火球等，阴虚患者选用凉性存想如山泉、冰雪等。

练强壮功治疗疾病，应每次练功 20～40 分钟，每天练功 2～3 次，2～3 个月为 1 个疗程。

三、病证举例

1.眩晕（高血压病）

取强壮功坐式或站式，选用静呼吸或深呼吸，吸气宜短，呼气宜长，站式意守涌泉个，坐式意守丹田。每天练习 3～5 次，每次 30～60 分钟。

2.胸痹（冠心病、心绞痛等）

取强壮功，站式或坐式，意守丹田，静呼吸。每天练习 3～5 次，每次 30～60 分钟。

3.脱疽（雷诺氏病）

取强壮功坐式，选用静呼吸，意守丹田，以静为主。每天练习 3～5 次，每次 30～60 分钟。

第十二章 真气运行法

真气运行法是以“小周天功”的练功方法为基础，参考《黄帝内经》的相关理论整理改编而成的医学气功功法。主要通过凝神调息的方法，以培育真气，疏通经络，协调脏腑，燮理阴阳，从而达到防治疾病的目的。它承袭了小周天功法的主要特点，设“呼气注意心窝部、意息相随丹田趋、调息凝神守丹田、通督勿忘复勿助、元神蓄力育生机”五个步骤，主张通过真气自身的积累以贯通任督，打通“小周天”。

一、操作技术

第一步、呼气注意心窝部

1.调身

本功法坐、立、卧、行均可练习，但以坐式为基本姿势，其他为灵活变通后的姿势。此处只说坐式练法，其他姿势只需意念与呼吸配合即可。

选用自然盘坐式（见图1）或垂腿平坐式（见图2），要求沉肩垂肘，含胸拔背，下颌内收，头顶如悬，舌尖轻抵上齿腭，双眼睑自然下垂，轻轻闭上眼睛。保持全身放松，顺其自然。（后四步同此，不再重复）

2.调息

自然呼吸，鼻吸鼻呼，意念关注呼气，吸气任其自然。

3.调心

缩小视野，注意鼻尖少时，闭目内视心窝部，耳听自己呼气，不要发出粗糙声音，意念随呼气趋向心窝部，吸气时顺其自然。再呼仍如前法。

4.操作提示

（1）注意心窝部时，意念要放松，不要太执著。如果杂念太多无法进行意守时，可采用数息法，待杂念减少后再改为注意心窝部。

（2）练功时间每日3次，每次20分钟左右。有条件可安排固定的时间，养成习惯。认真练习，10天左右即可完成第一步功。

第二步、意息相随丹田趋

1.调身

同第一步。

2.调息

同第一步。

3.调心

当第一步功法做到呼气心窝部发热时，意念随呼气向下延伸，一步一步自然地向小腹（丹田）推进。

4.操作提示

（1）以意随呼气由心窝至下丹田时，用意要慢，慢慢将热气引向丹田，不可操之过急，以免发生不适。

（2）练功时间每日3次，每次25分钟或半小时，10天左右即可气沉丹田。

第三步、调息凝神守丹田

1.调身

同第一步。

2.调息

自然呼吸，鼻吸鼻呼，呼气、吸气均任其自然，不再意念关注呼气。

3.调心

当练第二步功感觉丹田发热后，即可把呼吸有意无意地止于丹田，不要再注意呼气往下送，而是呼吸自然，意守丹田，文火温养。

4.操作提示

（1）此法只需将意念放于丹田处，不再关注呼气往下送。

（2）练功时间每日3次，每次30～40分钟，或更长一些。这一环节主要是培育真气充实丹田力量，为积气冲关打好基础。需40天左右方可充实有力。

第四步、通督勿忘复勿助

1.调身

同第一步。

2.调息

同第三步。

3.调心

经第三步功丹田真气充实到一定程度后，真气可经过会阴沿督脉上行。上行时，意念伴随气行感，勿分散注意力（勿忘）。若真气不上行或行至某处停下，切不可以意强行导引（勿助）。

4.操作提示

（1）通督脉是真气运行法练功过程中一个特殊的环节，督脉通畅后，一呼真气入丹田，一吸真气入脑海，一呼一吸形成任督循环，古称“小周天”。

（2）若通关（分布在督脉上的尾闾、夹脊、玉枕三个关键部位）不过，真气行至某一处停止不行时，不要强行用意引气，也不再意念关注真气停止的部位，而需要回到第三步，重新意守丹田，待丹田真气充足后再继续运行。真气上行的快慢是由丹田积蓄的真气的力量和机体自身的状况等多重因素共同决定的。如果丹田力量不足，或各种原因导致经络痹阻不通，则切不可意念强加导引急于“通关”，而应顺其自然。

（3）每天可酌情增加练功次数，每次练功时间也应延长至50～60分钟。大多数人经1周左右可通督脉。

第五步、元神蓄力育生机

1.调身

同第一步。

2.调息

同第三步。

3.调心

通督之后，原则上仍是意守下丹田（同第三步）。如果头顶出现活动力量，也可意守上丹田（即头部脑海）。

4.操作提示

（1）通督之后，人体经络尤其是机体内外各处的细小脉络进一步通畅，敏感性提高，会出现各种动触现象，不必疑虑，应自然放松，约经1月左右时间，才能逐渐消失，只有下丹田和上丹田的力量更加集中旺盛。

（2）练功时间每日3次，每次1小时左右。

二、辨证施功

本法旨在培育真气，扶正祛邪，注重机体的自我调节作用，通过真气的积累，实现机体的自我修复从而使疾病痊愈。因此临床应用不特别强调辨证施功。

总体而言，第一步以培养后天根本为主旨，注意呼气，推动心火下降，温煦脾土，加强

脾胃运化功能；第二步疏通任脉，气沉丹田，脘腹得以温煦，大小肠功能加强，消化吸收功能更加健全，又增加了真气的来源，呈良性循环。第三步气沉丹田，后天充养先天，培养丹田真气；第四步贯通小周天，人体脾运健旺，精神振作，脏腑功能得到调理；第五步肾气不断灌溉脑髓，功夫进一步提高，达到“胎息”、虚无境界，身体的代谢机能和抗病能力均得到增强，从而延年益寿。

经多年在国内外推广，临床观察，科学实验，证明真气运行五步功法不仅能治普通的常见病、慢性病，而且能调治一些疑难病，还能及时调理未发生的疾病隐患，防止疾病的发生和发展，疗效佳，适应症多。

三、病证举例

1.胃痞病（功能性消化不良）

健脾助运，和胃理气。每天于餐后 2 小时左右练功，1 日 3 次。

2.哮病（支气管哮喘）

宣降肺气，纳肾定喘。每天分别于起床时、晚睡前及午休后练功。



图 1 自然盘坐

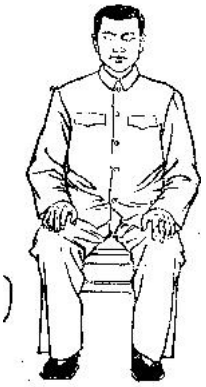


图 2 垂腿平坐

第十三章　新气功疗法

新气功疗法（抗癌健身疗法）是郭林老师吸收了道家功和华佗五禽戏的长处，结合现代医学的理念而创编的功法。此套功法主要针对癌症患者和慢性疑难病患者，以行功为主要练功方式，其调息独特之处在于采用“风呼吸”“吸吸呼”的呼吸方式，要求呼吸快、猛、强，可以大量吸氧，产生较强的内气。

新气功疗法内容较多，包括中度风呼吸法自然行功、风呼吸法快功、风呼吸法定步功、升降开合松静功、吐音功、中度风呼吸法一二三步点行功、自然呼吸法慢步行功、各种复式按摩功法以及养生功法等。

一、操作技术

这里介绍的功法是新气功疗法中基础的功法，包括预备式、自然行功、一二三步点行功法和收式。预备式和收式是各种功法开始与结束时必须做的功法；自然行功是基础性的行功；一二三步点行功法具有代表性。

每种行功操作时间不应该少于 20～40 分钟。

（一）预备功

预备功由松静站立、三个气呼吸、三个开合组成。

1. 调身

（1）松静站立

两脚平行，与肩同宽；双膝微屈；松腰松胯；自然收腹；含胸拔背；沉肩坠肘；虚腋松腕；舌舐上腭；微闭双目；百会朝天（参见见图 1-1、图 1-2）。

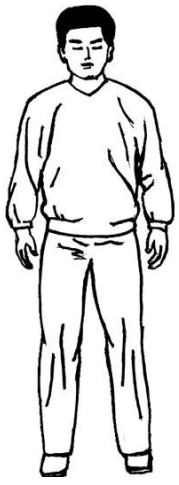


图 1-1



图 1-2

松静站立时，不同部位的癌症面向不同方向：①肝、胆、眼患者，属木，面向东方；②心、小肠、舌、脑、心脑血管系统患者，属火，面向南方；③脾、口腔、肉瘤患者，属土，面向西南方；④肺、大肠、鼻、皮肤病患者，属金，面向西方；⑤肾、膀胱、骨、耳、乳腺、胰腺、泌尿系统、生殖系统、妇科系统、淋巴系统、内分泌系统，属水，面向北方；⑥未搞清病灶部位的患者，暂时面向北方，待搞清后再进行调整。

（2）三个气呼吸

双手慢慢放至气海穴（男左手在内，右手在外。女反之）（见图 2）。

根据病灶的不同部位，双手放置位置不同：

①慢性病患者和凡病灶在上焦的癌症患者，如肺部、乳腺、头颈部患者，放于气海穴（见图 2）。

②凡病灶在中下焦的癌症患者，中指、拇指相接，外劳宫（手背）放在肾俞穴（见图 3）。

③肾癌患者及后腰部患者，手指向后，中指拇指相接，外劳宫（手背）放在腰两侧带脉上（参见 4）。

④病灶在带脉的癌症患者，同松静站立（见图 1）。



图 2



图 3



图 4

鼻吸、口呼、自然呼吸。鼻吸时，舌尖轻舐上腭；口呼时，微张口，舌尖自然放下；鼻吸鼻呼时，舌尖轻舐上腭。

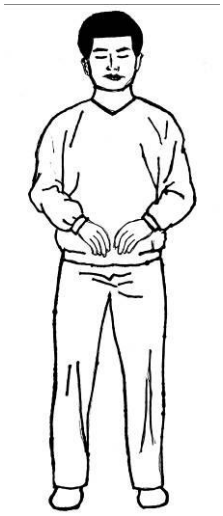
（3）三开合

①双手慢慢放在与气海穴水平处，距离身体 10～20cm，双手中指似接非接（见图 5）。

②双手沿水平方向，开至比肩略宽（见图 6）。

③松腕转为掌心相对，慢慢合至中丹田（见图 7）。

重复三次。



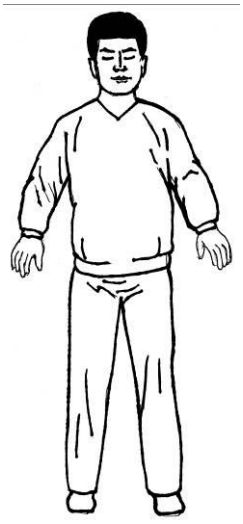




图 5　　图 6　　图 7

开合功法的不同手势具有不同的效果：

①开时手心向下，合时手心相对，为泻法；②开合，都是手心向下，指尖向前，泻的力量更强（体质太弱者不可用）；③生化指标高的患者，开时指尖向下，合时手心相对指尖向下；④生化指标低的患者，开时手心向上指尖向前，合时手心相对指尖向前；⑤慢性病患者指标正常时，开法手心向外，指尖向前；合，手心相对，指尖向前。

2.调息

配合动作 1 自然呼吸约 1 分钟。

配合动作 2 鼻吸口呼，做三次呼吸。三次呼吸间，鼻吸鼻呼。先呼后吸为补法，先吸后呼为泻法。

配合动作 3 自然呼吸。

3.调心

配合动作 1 默念 60 个数。

配合动作 2、3 头脑清空，排除杂念，心安神静，心平气和。

4、操作提示

（1）松静站立要领：圆、软、远。圆：即身体各部分自然弯曲；软：即身体要柔而不僵；远：两眼平视远方，轻轻闭合。

（2）鼻吸口呼时，要求吸而不满，呼而不尽，深细匀长，郭林老师称之为气呼吸。

（3）通过操练预备功，要达到导体令柔，引气令和。

（二）自然行功

中度风呼吸法自然行功，是用中度风呼吸法，松静自然的行走的功法，是新气功疗法的基础功法。动作舒缓，易于练功者放松入静。

1.调身

点脚起步：重心移向一侧脚；松另一侧脚，其脚尖（脚大趾肚）点在重心脚心旁 10cm 处。重心侧手放在中丹田前 10cm 左右。另一侧手放在同侧胯旁约 20cm 左右（见图 8）。



图 8

以先迈左脚为例

（1）左脚向前迈一小步，脚尖翘起，脚跟着地，双膝关节微曲，重心前移，右手摆到中丹田前，左手摆到右胯旁（见图 9）。

（2）右脚向前迈一小步，脚尖翘起，脚跟着地，重心前移，左手摆到中丹田前，右手摆到右胯旁（见图 10）。

（3）每前行 4 步，向右自然转头约 45°～60°左右（腰可随之转动，但不强调转腰度数）（见图 11）。

先左后右，左右交替。各行走 20 分钟。



图 9



图 10



图 11

2. 调息

风呼吸：鼻吸鼻呼，出入有声。

配合动作 1 连续吸气两次（吸吸）。

配合动作 2 呼气（呼）；两次吸气时长等于一次呼气时长。

3. 调心

悟外导引。配合呼吸，默念“吸吸呼”。也可用数息、听息或者数步法。

4. 操作提示

（1）行走时，注意出脚先后。一般男士先出左脚，女士先出右脚；肝、胆、眼患者不论男女一律先出右脚；心脏、小肠、脑部患者不论男女一律先出左脚。

（2）行走时，双手摆动方式与幅度根据不同情况而有所区别。①双手手心向下为泻法，摆幅越大，泻的力量越强；②双手手心对丹田摆动属补法；③摆出手心向下，摆回手心对丹田为平补平泻；④手心向上摆动，为升法，用于生化指标低于正常指标的患者；⑤指尖向下摆动，为降法，用于生化指标高于正常指标的患者；⑥病灶在中、下焦的，手的摆动位置要离病灶远一点。

（3）行走时，视线的高低也需注意。①正常指标患者，平视；②低指标的患者，视线高于印堂；③高指标的患者，视线低于膻中穴。

（三）一二三步点行功

一二三步点行功法在新气功疗法中最具代表性，采用中度风呼吸的方法，行步配合“吸吸呼”，同时点足、转头转腰。意念仍在体外。所谓一二三步点行功，是指不同的点脚频率：一步一点脚、二步一点脚、三步一点脚。

一步点功

1. 调身

点脚起步：重心移向一侧脚；松另一侧脚，其脚尖（脚大趾肚）点在重心脚心旁 10cm 处。重心侧手放在中丹田前 10cm 左右。另一侧手放在同侧胯旁约 20cm 左右（见图 8）。

（1）迈左脚，脚掌翘起，向左前方迈一小步，脚跟落地，上肢不动（见图 12）。

（2）左脚放平，重心左移，腰右转 45° 左右，头向右转 60° 左右、双手随着腰的转动而摆动，左手摆到中丹田前，右手摆到右胯旁；轻提右脚，脚趾肚轻轻点在左脚脚心旁 10cm

处，同时双手中指、无名指点内劳宫一次（见图 13）。

左右交替，行步 20 分钟。



图 12



图 13

2. 调息

风呼吸：鼻吸鼻呼，出入有声。

配合动作 1 连续吸气两次（吸吸）。

配合动作 2 呼气（呼）。

两次吸气时长等于一次呼气时长。

3. 调心

悟外导引。配合呼吸，默念“吸吸，呼”。也可用数息、听息或者数步法。

4. 操作提示

松透、点住、百会朝天。

二步点功

1. 调身

（1）左脚向前迈出一步，脚掌翘起，脚跟落地，手不动。

（2）左脚掌放平，迈右脚，脚跟落地，脚掌翘起，左手摆到中丹田前，右手摆到右胯边。

（3）右脚掌放平，重心移至右脚，站稳，腰左转约 45°，头左转约 60°，右手随着腰的转动，摆到中丹田前，左手摆到左胯旁。同时，慢慢提起左脚，脚指肚在右脚脚心旁 10cm 处，轻轻点地一次，双手中指、无名指点内劳宫一次。

先左侧脚点地，行走 10 分钟；三开合后，右侧脚点地，行走 10 分钟。

2. 调息

风呼吸：鼻吸鼻呼，出入有声。

配合动作 1 吸气。

配合动作 2 吸气。

配合动作 3 呼气，呼气时长等于两次吸气时长。

3. 调心

悟外导引。配合呼吸，默念“吸，吸，呼—”。也可用数息、听息或者数步法。

4.操作提示

（1）松透、点住、百会朝天。

（2）二步点功点地脚总是落于一侧，故而先习练一侧，再习练另一侧。

三步点功

1.调身

（1）左脚向前方迈步，脚掌翘起，脚跟落地，双膝放松，上肢不动（见图 14）。

（2）左脚掌放平，右脚向正前方迈步，脚掌翘起，脚跟落地，左手摆到中丹田，右手摆至右胯旁（见图 15）。

（3）右脚掌放平，左脚向正前方迈步，脚掌翘起，脚跟落地，左脚掌放平，重心前移，头、腰向右后方向转动，重心完全落在左脚上，右脚虚透，双手随腰的转动，左手摆到中丹田，右手摆到左胯旁（见图 16）。

（4）提右脚（高度约为 10cm 左右），右脚脚趾在侧后方原地轻轻点地一次；双手中指、无名指点内劳宫一次（见图 17）。

（5）身体逐渐转回到正面，上肢不动。

左右交替，行步 20 分钟。



图 14



图 15



图 16



图 17

2.调息

风呼吸：鼻吸鼻呼，出入有声。

动作 1 吸气（1 拍）。

动作 2 吸气（1 拍）。

动作 3 呼气（2 拍）。

动作 4、5 自然呼吸。

3.调心

悟外导引。配合呼吸，默念“吸，吸，呼—，平—”。也可用数息、听息或者数步法。

4.操作提示

（1）松透、点住、百会朝天。

（2）转头、转腰的幅度大于一步点功。

（3）转腰不转胯。

（四）收功

收功三调操作要领同预备功；操作顺序与预备功相反。即先做三开合，再做三个气呼吸，最后松静站立，并在松静站立过程中，须做咽津三口，以利于玉液还丹，元气归身。

二、辨证施功

新气功疗法治疗癌症，根据患病部位、病情轻重程度、患者体力与体质等，有针对性的安排功法习练，作为初练该功法的癌症患者，一般每日应保证 2～4 小时的练功时间。

1.预备功

能够调动人体正气，疏通经络、打开气机。使人从正常的生活状态，转变成放松、入静的气功状态。

2.自然行功

自然行功具有助阳行气、通泄散结之功效。可以用于症瘕、乏力、头痛、头晕、失眠等症状。

各种癌症、上呼吸道感染、慢性炎症，见上述症状可参考使用。

3.一二三步点行功

一二三步点功具有通阳散结、调整阴阳的功效。可以用于症瘕、腰痛、胁痛、腹胀、乏力、视物模糊、五心烦热等症状。

各种癌症、慢性肝炎、肝硬化、肺炎、气管炎、肾炎、慢性胃炎、功能性消化不良、等疾病，见上述症状者可参考使用。

一步点功和二步点功以调整阴经为主，阴虚明显者，可以多安排；三步点功以调阳为主，阳虚明显者，可以多安排。

肝、胆、眼、脾的疾病患者，操练一步点行功时，每次点脚可以用脚大趾连续点地三次，称为一步三点功。

三、病症举例

1.肝癌

（1）自然行功，每天 40 分钟。

（2）一二三步点功，每天 60 分钟，并用一步三点功代替一步点功。

（3）应加练“一步三点功”。

（4）配合习练郭林新气功疗法中的其他功法。

2.乳岩（乳腺癌）

（1）自然行功，每天 40 分钟。

（2）一二三步点行功，每天 45 分钟。

（3）配合习练郭林新气功疗法中的其他功法。

第十四章 养气健目功

养气健目功是马栩周老师秉承父业，在已故著名武术家、老中医马礼堂先生养气功的原理基础上，以祖国医学的“经络论”、“气化论”、“五轮学说”为理论依据，经过长期临床实践，按眼睛的生理和病理特点，针对各种眼病而编制的一套自我治疗眼病的功法。

一、操作技术

养气健目功包括预备式、起式、疏肝明目、安神养目、强肾健目、转颈运目、五轮滋目、真气运目、调整视力和收功。

练功过程要做到松、静、自然，读字时不憋气，做到“气尽式成”。

预备式

1.调身：

两脚平行，与肩同宽，头正项直，双目垂帘，两唇轻合，舌抵上腭，两臂自然下垂，含胸拔背，敛臀松腰，两膝放松（见图1）。

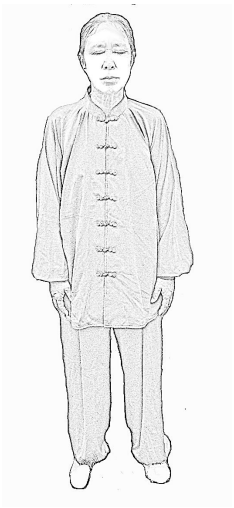


图 1

2.调息：

自然呼吸，保持呼吸的自然平稳。

3.调心：

头脑清空，排除杂念，体会眼睛的感觉。

起式

1.调身：

两臂从体侧徐徐抬起，手心向下，沉肩坠肘松腕，待腕与肩平时（见图2），以肘为轴，外旋小臂使手心转而向上（见图3），坠肘向内划弧收到鼻与眉之间，手指相对呈按球状由胸前徐徐下落（见图4）至腹前，两臂自然下垂。





图 2　　图 3　　图 4

2.调息：

自然呼吸，保持自然平稳。

3.调心：

头脑清空，排除杂念，体会眼睛的感觉。

4.操作提示：

每一节重复 6 次，下一节前做起式一次（见图 2、3、4）。

第一节、疏肝明目

1.调身：

（1）双手手背相对，四指向下，由腹股沟的急脉穴处，循肝经路线上提至第一肋间隙“中府穴”（见图 5），坠肘，两臂展开，手心向上（见图 6）。



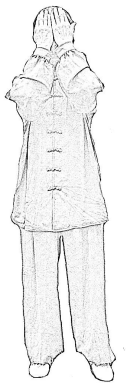


图 5　　图 6　　图 7

（2）双目微闭，两唇轻合，舌抵上腭，两臂向面部合拢。双手伏于眼部，劳宫穴对准瞳仁（见图 7）。

（3）继而双手沿胃经的路线拂面而下，经胸部四指转而向下，拇指相对，推至下腹部分开，自然垂于体侧，恢复预备式。

2.调息：

在动作 1 时：读“嘘”字。

动作 2、3 在其他时间，自然呼吸。

3.调心：

在动作 1 时：意想气从足大趾外侧，沿肝经的路线经腿的内侧上行至胸部，与肺经相接，然后沿肺经的路线到拇指的指端。

在动作 2 时：意想气沿手臂外侧到眼，意念在眼部，心中默念“眼睛湿润 1…、2…、3…、（数至 6）。”体会眼睛的感觉。

在动作 3 时：意想气沿胃经路线下行，沿腿的外侧到第二脚趾的历兑穴。

4. 操作提示：

读“嘘”字时，双目瞪圆，两唇轻合，嘴角横绷。

第二节、安神养目

1. 调身：

（1）两手手心向里，沿脾经路线上提，经腹部至胸部，翻转手心向外，中指对准外眼角（见图 8）。

（2）两唇轻合，舌抵上腭，坠肘，两臂内旋至面前伏在双眼上，劳宫穴对准瞳仁（见图 7）。

（3）手掌离开眼部，用小指揉按内眼角睛明穴（见图 9）3 次后，双手如梳头之状向上经发际至头顶，再沿后脑下行，循膀胱经的路线经背部，臀部（见图 10）分开自然垂于体侧。

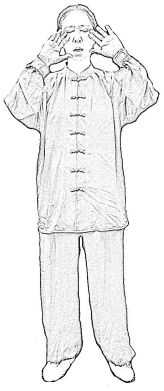


图 8



图 9



图 10

2. 调息：

在动作 1 时：读“呵”字。

动作 2、3 自然呼吸。

3. 调心：

在动作 1 时：意想气从足大趾内侧沿脾经的路线从腿的内侧上行，走腹到胸，与心经相接，沿手臂的内侧到小指指端。

在动作 2 时：意想气沿手臂外侧到眼，意念在眼部，心中默念“眼睛湿润 1…、2…、3…、（数至 6）。”体会眼睛的感觉。

在动作 3 时：意想气沿膀胱经的路线下行，经头部、背部、臀部，沿腿的外侧到第五足趾。

4. 操作提示：

读“呵”字时，口半张，唇放松。

第三节、强肾健目

1. 调身：

（1）两手放于背部肾俞穴处，手心向外，四指向下（见图 11），两手上提经肾俞穴，

至胸部锁骨下缘之俞府穴（见图 12），向前平伸划弧，手心朝里在胸前抱圆，同时曲膝下蹲（见图 13），两臂随之下落。

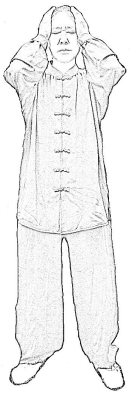

图 11


图 12


图 13

（2）两唇轻合，舌抵上腭，翻转手心向上，托至眼部，伏于双眼，劳宫穴对准瞳仁（见图 7）。

（3）双手经头部两侧（见图 14）循胆经路线，经颈部（见图 15）、肩部、胸部、臀外侧下行（见图 16），手自然垂于体侧。


图 14

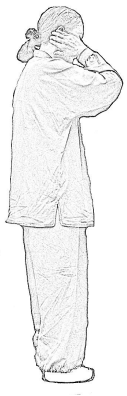

图 15


图 16

2. 调息：

在动作 1 时：读“吹”字。

动作 2、3 在其他时间，自然呼吸。

3. 调心：

在动作 1 时：引气沿腿的内侧上行，贯脊入肾，在胸部与心包经相接，沿手臂内侧到中指指端中冲穴。

在动作 2 时：气沿手臂外侧循三焦经的路线到外眉梢丝竹空穴。意念在眼部。仔细体会眼睛的感觉“1…，2…，3…（共 6 次）”自感眼部发热或湿润或轻松。

在动作 3 时：引气循胆经的路线下行，经腿的外侧到第四足趾之窍阴穴。

4. 操作提示：

读“吹”字时，嘬口，如吹萧之状。

第四节、转颈运目

1. 调身：

（1）先将面部平转向右肩上方，睁眼，向右肩后探视（见图 17）。

（2）低头由右向左，再仰头自左至右（见图 18，图 19）。

（3）逆时针方向的转动步骤同上面二步，只是方向相反。



图 17



图 18



图 19

2. 调息：

自然呼吸。

3. 调心：

意念在眼部。

4. 操作提示：

旋转要自然缓慢，眼球随颈部的转动而转动。逆时针方向转动 6 圈，顺时针方向转动 6 圈。注：视网膜脱落、玻璃体严重混浊的患者不做此节。

第五节、五轮滋目

1. 调身：

（1）双目垂帘，以无名指、中指、食指分别按在下眼框，点按 4 次（见图 20）；

（2）点按外眼角 3 次。

（3）点按上眼眶 4 次（见图 21）。



图 20



图 21

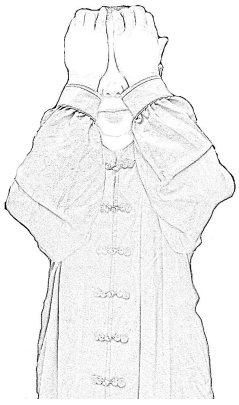


图 22

（4）无名指、中指、食指上推入发际 5 分处点按 3 次（见图 22）。

（5）用无名指点按眉头下凹陷处，睛明穴 6 次（见图 9），手沿膀胱经路线下行，手自然垂于体侧。

2. 调息：

自然呼吸。

3. 调心：

在动作 1 时：心中默念“按…摩…缓…慢…”。
在动作 2 时：心中默念“1…2…3…”。
在动作 3 时：心中默念“意…念…集…中…”。
在动作 4 时：心中默念“1…2…3…”。
在动作 5 时：心中默念“眼…睛…湿…润…1…2…3…”。
4.操作提示：
动作要缓慢，意念要集中，注意体会眼部的感觉。

第六节、真气运目

1.调身：
（1）右手放于丹田处，用左手捏按右手少冲穴、中冲穴、劳宫穴、合谷穴各 6 次。
（2）右手捏按左手穴位（同右手 6 次）。
（3）双手食指点按迎香穴 6 次。
（4）拇指点按耳根凹陷处后一寸之翳明穴 6 次。
（5）拇指点按风池穴 6 次。
（6）拇指与食指捏耳坠 6 次。
2.调息：
自然呼吸。
3.调心：
意念在眼部，双目垂帘，心中默念“眼睛明亮 1，眼睛明亮 2……”。
4.操作提示：
在捏、按、点时，眼部发热、流泪、刺痛、发胀等，均属正常反应。

第七节、调整视力

1.调身：
（1）猛睁双眼，极目远方。
（2）双目垂帘。
2.调息：
自然呼吸
3.调心：
在动作 1 时：意念集中在眼部，心中默念“眼睛明亮 1、2、3…6”。
在动作 2 时：引气沿腿的外侧到脚。
4.操作提示：
重复三次。

收功

1.调身：
（1）全身放松，双手劳宫穴重叠，（男左手在上，女右手在上）覆盖于丹田处，闭目约 3 分钟。
（2）双手自然垂于体侧。
2.调息：
自然呼吸。
3.调心：
在动作 1 时：意守丹田。

二、辨证施功

养气健目功主要针对屈光不正、弱视、白内障、青光眼、视网膜病变、黄斑变性、糖尿病性眼病、视网膜色素变性、先天性视神经萎缩等各种遗传性眼病。此外，该功法不仅可以调节眼部健康，还对全身五脏六腑都有调理作用，故不但适合于眼病患者，也适合于亚健康的朋友。

练习时可以选择在自己舒适的状态，不过饥过饱。

全套功法练习完一次后，还可以根据自身的情况，单独加练某一小节。

1.疏肝明目

补肝血以养目，对于有近视、肝炎、肺部病的患者，在练完全套功法后，可以加练此节（读“嘘”字）18 次。

2.安神养目

健脾养心以养目，　　对于有黄斑变性，眼底病变，脾胃病或者糖尿病的患者，在练完全套功法后，可以加练此节（读“呵”字）18 次。

3.强肾健目

增强肾的功能，强肾以健目，对于有弱视，先天不足或者肾病的患者，在练完全套功法后，可以加练此节（读“吹”字）18 次。

4.转颈运目

可疏通颈项经络，改善脑部气血运行，延缓眼病的发展，有颈椎病的患者可以加练本节。

5.五轮滋目

调理脏腑气血，消除眼部的病邪之气。可以缓解视疲劳，对屈光不正、斜视患者可以加练本节。

6.真气运目

把全身各部的精、气、血集中到眼部，使眼部气血充盈，精气旺盛，从而达到治疗眼疾之目的。对有视疲劳和眼底病的患者可以加练本节。

7.调整视力

使眼部的气血充盈，假性近视和低度近视的患者可以加练本节。

三、病症举例

1.能近怯远（近视）

（1）疏通肺经、肝经、大肠经和胃经。练完一边完整的健目功后，加练“疏肝明目”十二次。

（2）进行性的近视学员，练完一边完整的健目功后，除加练“疏肝明目”外，再加练“安神养目”，各十二次。

2.弱视

弱视病为先天不足，练完一边完整的健目功后，加强“强肾健目”“安神养目”“舒肝明目”三节动作各六次。

3.视瞻昏渺（年龄相关性黄斑变性）

是一种老年性的退行性病变。每天练习完整的健目功四遍。

第十五章 龟息养生功

龟息养生功属于仿生气功，是以行气导引为主的吐纳功法。它的特点是在三调（调身、调息、调心）的基础上，侧重于调息，使气行周身并分别从手指、足趾气行出入（即体呼吸）。

本功法可整套进行练习，也可分节选取合适的进行锻炼，可按次数练习，也可不限次数反复锻炼，方便灵活，练习者可以自行掌握，但应掌握一定的度，应以自身能承受为宜。

一、操作技术

龟息养生功有四节正功，其中每一节动作操作一次，完整练习一遍的时间应该不少于10分钟。

第一节　俯仰食气

1.调身

（1）盘坐于床或地毯，上身直立，两手分开自然按于两膝，掌心向下，两目注视前方。（见图1）

（2）含胸拔背，下颏回收，颈项后突，上拔（见图2）。

（3）上体前俯，头部平于两膝，而后像小勺舀水似地引颈前伸，上体徐徐抬起。（见图3）

（4）恢复盘坐姿势（见图1）。



图1



图2



图3

2.调息

（1）动作1时吸气。

（2）动作2～3时屏息。

（3）动作4时呼气。

3.调心

（1）动作1消除杂念，入静，犹如龟鳖在海洋中憩息。

（2）动作2～3专注于动作和姿势，意念要淡，想象清气随着脊柱的运动，通畅经脉气血，循环不息。

4.操作提示：练习时动作宜缓慢，并反复俯伸，循序渐进，调息时适度而止，不可硬憋，练习结束后，散步片刻。

第二节　神龟出水

1.调身：俯卧位，面枕床或地毯上

（1）头微低，目视前方，下颌置于枕上，两手自然放置于头部两侧前方，掌心向下，两腿自然伸直，间距与肩同宽（见图 4）。

（2）两手轻按于两肩前，徐徐抬头，凝视前方（见图 5）。

（3）两臂撑起，以腰背发力，上身向后舒展，引颈前伸，上体也逐渐随之抬起，腹部紧贴床或地毯，双目极力向上远眺（见图 6）。

（4）待不能支撑时，恢复动作 1 姿势（见图 4）。



图 4（正位）



图 4（侧位）



图 5（正位）



图 5（侧位）



图 6（正位）

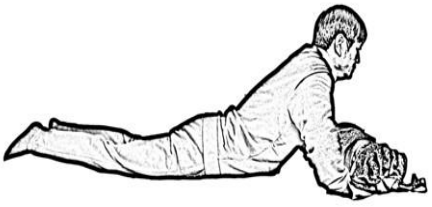


图 6（侧位）

2. 调息

（1）动作 1 时吸气。

（2）动作 2～3 时屏息。

（3）动作 4 时呼气。

3. 调心

（1）动作 1 时入静，意守虚空。

（2）动作 2～3 时神意专注于动作，神韵如龟，意想空蓝来里，形松意充。

4.操作提示：练习时动作缓慢，注意力集中，调息时适度而止，不可硬憋。

第三节　侧俯卧息

1.调身：侧俯卧位，面枕床或地毯上

（1）右侧俯卧位，左髋微曲，目视前方，两上肢胸前交叉，右手掌心向上，左手掌心向下，两腿自然屈曲（见图 7）。

（2）右侧俯卧位，右肘屈曲，掌心向上置于耳前，中指至玉枕穴，左臂自然置于身侧，掌心朝下，置于髋部，右腿微屈，左腿屈曲与躯干成直角（90°），目视左膝（见图 8）。

（3）仰卧位，目视上方，两手自然置于身体两侧，掌心向上，右腿向上弯曲，左腿盘坐屈曲，右脚背钩贴于左腿委中或承山穴上，以自我舒适为度（见图 9）。

（4）左侧俯卧位，左肘屈曲，掌心向上置于耳前，中指至玉枕穴，右臂自然置于身侧，掌心朝下，置于髋部，右腿微屈，右腿屈曲与躯干成直角（90°），目视右膝（见图 10）。

（5）仰卧位，目视上方，两手自然置于身体两侧，掌心向上，左腿向上弯曲，右腿盘坐屈曲，左脚背钩贴于右腿委中或承山穴上，以自我舒适为度（见图 11）。

（6）恢复动作 1 姿势（见图 7）。



图 7



图 8



图 9



图 10



图 11

2. 调息

（1）动作 1 时自然呼吸。

（2）动作 2～5 时屏息，但每转换下个动作时均自然呼吸。

（3）动作 6 时自然呼吸。

3. 调心

（1）动作 1 时入静，意守虚空。

（2）动作 2～6 时以意念引清气入经脉，布膻中入中丹田，散络心包，灌注气海入下丹田，并遍属三焦，使浊气从两手十指及手掌心、两足十趾及足掌心排出。

4. 操作提示

练习时需循序渐进，调息时适度而止，不可硬憋。

第四节　俯息蛰藏

1. 调身：俯卧位，面枕床或地毯。

（1）头微低，目视前方，下颌置于枕上，两手自然放置于头部两侧前方，掌心向下，两腿自然伸直，间距与肩同宽。（见图 12）

（2）全身放松，右面部贴于枕上，左髋微屈，左腿屈曲与躯干成钝角（120°）左右。（见图 13）

（3）全身放松，左面部贴于枕上，右髋微屈，右腿屈曲与躯干成钝角（120°）左右。（见图 14）

（4）恢复动作 1 姿势。（见图 12）



图 12



图 13



图 14

2.调息

（1）动作 1 时吸气。

（2）动作 2～3 时屏息。

（3）动作 4 时呼气。

3.调心

（1）动作 1～4 时心静意定，专心听息，渐达闻似不闻，恍恍惚惚，自然形合于气，气合于神，神融且和，达到形气神三位一体，进入龟之蛰藏伏气状态。

4.操作提示

操作此式时注意力集中于听息，调息时适度而止，不可硬憋。

二、辨证施功

龟息养生功用于疾病的治疗与康复，可按照藏象学说与经络学说辨证施功，练习全部功法或重点练习其中一两节，每日可练 2 至 5 次，每次不少于 10 分钟，三个月为一个疗程。

1.俯仰食气

具有温中健脾，温补肾阳的作用，可用于脾阳虚之腹胀纳少，腹痛喜温喜按，畏寒肢冷，大便溏薄清稀，或肢体困重，或周身浮肿，小便不利。也可用于肾阳虚之腰膝酸软而痛，畏寒肢冷，面色苍白，畏寒肢冷，五更泻泄，浮肿，心悸咳喘。

慢性肾炎、肝硬化、溃疡性结肠炎、消化性溃疡等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

2.神龟出水

具有养阴润肺，滋补肾阴的作用，可用于肺阴虚之干咳无痰，或痰少而粘，口燥咽干，形体消瘦，午后潮热，五心烦热，盗汗，颧红，甚则痰中带血，声音嘶哑；也可用于肾阴虚之腰膝酸痛，眩晕耳鸣，失眠多梦，形体消瘦，潮热盗汗，五心烦热，咽干颧红，溲黄便干。

肺癌术后及放化疗、慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病、特发性肺（间质）纤维化等疾病，凡见上述症状者可参照使用。

3.侧俯卧息

具有疏肝理气、活血通脉的作用。可用于肝郁气滞之两胁胀痛，胸闷、纳差，时欲太息，急躁易怒；也可用于心脉痹阻之心悸怔仲，心胸憋闷疼痛，痛引肩背内臂，时发时止。

肝硬化、冠心病等疾病，凡见上述症状者可参照使用

4.俯息蛰藏

具有益肺健脾补肾的作用。可用于肺气虚之咳嗽无力，痰液清稀，短气自汗，声音低怯，时寒时热，平素易于感冒，面白；也可用于脾气虚之饮食减少，食后胃脘不舒，倦怠乏力，大便溏薄，面色萎黄；还可用于肾气虚之神疲乏力，腰膝酸软，小便频数而清，白带清稀。

慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病、特发性肺（间质）纤维化、慢性肾炎等疾病，凡见上述症状者可参照使用

三、病证举例

1.喘病（慢性阻塞性肺疾病）

（1）养阴润肺，练龟息养生功第二节 10 遍。

（2）益肺健脾补肾，练龟息养生功第四节 10 遍。

2.胸痹（冠心病）

活血通脉，练龟息养生功第三节 20 遍。

3.水肿（慢性肾炎）

温中健脾，温补肾阳，练龟息养生功第一节、第四节各10遍。

4.肺积（肺癌术后及放化疗）

养阴润肺，滋补肾阴，练龟息养生功第一节、第二节各20遍，第三节、第四节各10遍。至微汗出为宜。

5.胁痛（慢性病毒性肝炎）

（1）疏肝理气，练龟息养生功第一节10遍。

（2）活血通络，练龟息养生功第三节10遍。

参考文献

[1] 刘天君.中医气功学[M].北京：中国中医药出版社.2012.
[2] 虞定海,王敬浩.6个月健身气功五禽戏锻炼前后中老年人外周血T淋巴细胞的变化[J].中国运动医学杂志，2007，26(2):206-207.
[3] 苏亚平.华佗五禽戏对人体作用新论.中医教育，2004，23(5):75-76.
[4] 何萍，孙云霞.健身气功·五禽戏辅助治疗类风湿关节炎疗效的研究[J].沈阳体育学院学报，2012，31(1):90-92.
[5] 何宜忠，郑德梅.健身气功·五禽戏之“熊戏”健身养生作用[J].郧阳师范高等专科学校学报，2010，30(3):49-50.
[6] 何宜忠，肖嵘.健身气功·五禽戏之鹿戏健身养生作用[J].医学信息，2010，4:948-950.
[7] 赵铮.近五年健身气功“五禽戏”研究进展[J].内蒙古中医药，2012，18:97-99.
[8] 王敏，江勇.浅谈五禽戏在康复临床中的应用[J].按摩与导引，2008，24(2):42-43.
[9] 段丽梅.五禽戏锻炼对老年人抗氧化能力和肠道乳酸菌的影响及相关性研究[J].中国体育科技，2012，48(2):112-116.
[10] 白玉花，董利薇，王军如，曾建业，张静.五禽戏对改善腰骶部多裂肌功能的影响[J].中国康复医学杂志，2012，27(4):368-370.
[11] 崔屹.五禽戏在腰椎间盘突出症保守治疗病人中的应用[J].护理研究，2012，26(7):1763-1764.
[12] 黄金媛.新编五禽戏及其在颈肩腰腿痛康复中的应用[J].医学理论与实践，2012，25(8):938-939.
[13] 方春阳.中国气功大成[M].长春：吉林科学技术出版社.1989
[14] 国家体育总局健身气功管理中心.健身气功·易筋经[M].北京：人民体育出版社.2003
[15] 王旭东.中医养生康复学[M].北京：中国中医药出版社.2004
[16] 刘贵珍.气功疗法实践[M].石家庄：河北科学技术出版社.1987.
[17] 沈新炎，莫壮明.回春功（上）[M].北京:科学出版社.1999.
[18] 边治中.中国古代养生长寿术——道家秘传回春功[M].上海:上海翻译出版公司.1988.
[19] 张静,刘爱红.心理干预结合"三线放松功"治疗失眠症的疗效分析[J].中华行为医学与脑科学杂志.2009，18(2):127.
[20] 王耀光.“三线放松功”对运动后血乳酸及血气主要指标$HCO^{-}3$、$PaCO_2$恢复影响的研究[J].西安体育学院学报.1997，14，(6):83-87.
[21] 李少波.真气运行法[M].兰州：甘肃人民出版社.1979.
[22] 张弘强，杜文杰.敦煌石窟气功·一分钟脐密功[M].兰州：甘肃科技出版社.1990.
[23] 郭林.新气功疗法[M].上海：上海科学技术出版社.1981.
[24] 于大元.癌症病友康复新路[M].云南：云南民族出版社.1994.
[25] 郭林，林晓.郭林气功为什么能治病抗癌[M].云南：云南民族出版社.1994.
[26] 陶炳福.郭林新气功[M].北京：同心出版社.1997.
[27] 于大元.抗癌健身法[M].北京：地震出版社.2004
[28] 马栩周.养气健目功[M].北京：中国审计出版社，1996.
[29] 烟建华.内经[M].北京：科学出版社，2004.
[30] 曾庆华.中医眼科学[M].北京：中国中医药出版社，2007.
[31] 段俊国.中西医结合眼科学[M].北京：中国中医药出版社，2005.
[32] 唐由之，吴星伟.眼科手册-中西医结合临床诊疗[M].北京：中医古籍出版社，2003.
[33] 孙兴怀，徐格致.眼科手册(第四版)[M].上海：上海科学技术出版社，2011.
[34] 章文春.胡素敏.中医名家养生智慧[M].北京:化学工业出版社，2009.

[35] 丁光迪.诸病源候论养生方导引法研究[M].南京:南京中医学院，1993.
[36] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南[M].北京：中国中医药出版社，2008.
[37] 周仲瑛.中医内科学[M].北京：中国中医药出版社，2008.
[38] 王明著.抱朴子内篇校释（增订本）[M].北京:中华书局，1985.

第十一篇 其他类技术

第一章 脐疗法

脐疗法，是以肚脐（即神阙穴）为用药或刺激部位，以激发经气，疏通经络，促进气血运行，调节人体阴阳与脏腑功能，从而防治全身疾病的一种疗法，属中医外治疗法的一种。可广泛用于内、外、妇、儿等临床各科的常见病和多发病，尤其对胃肠病、妇科病、男性病、衰老病症、小儿科病症等疗效显著。

2、基本技术

（一）特色隔药熏脐技术

1.灸脐粉的制备

根据病情配制中药处方，其用药特点主要为：在辨证论治基础上，添加生、香、猛、温药物。将药物用超微粉碎机粉碎（部分中药可经烘烤后粉碎），装瓶密封备用。

2.面圈的制作

以自来水或井水调小麦面粉（重量比例为 1：1），面质软硬及面圈大小适中，制成圆钵状（直径约 8cm，高约 3cm，底厚约 2cm），面圈的底部中间孔与患者脐孔大小一致（直径约 1.5cm）。（见图 1）



图 1 面圈示意图

3.艾炷的制备

取纯净的艾绒制成上尖下平的圆锥形小体，炷高约 2cm，炷底直径约 2cm,要求紧实。有条件的可用艾炷器制作。

4.操作步骤

患者仰卧位，暴露脐部，用 75%乙醇在局部常规消毒后，将面圈置于脐周，取如小米粒大的人工麝香（也可用冰片代替）置于脐内，然后取配制好的药末约 8～10g，填满脐孔，用艾炷置于药末上，连续施灸约 10 壮，约 2 小时。在脐灸操作过程中，需把握火候，患者宜感到温热深透，且不烫为宜。若患者在脐灸过程中感觉过热，可以在面圈内周、灸火外围加水，但不要把灸火熄灭。如果患者还感觉过热，可采取在面圈下垫棉花等措施。（见图 2）



图 2 隔药熏脐示意图

5.脐灸后的处理

脐灸后，将艾柱完全熄灭，擦净残留面粉及艾灰，保留药粉于脐内，用敷料覆盖并胶布固定。24 小时后去除，进行清洗。

（二）部分脐疗技术

1.脐部药物贴敷技术

（1）填脐法

将药物填于脐内。多用散剂或丸丹剂,用药部位一般局限于脐孔（神阙穴）内，以敷料覆盖并胶布固定。

（2）敷脐法

将鲜药（一般用植物药或虫类药）捣烂敷于脐部；或用干的药末用水（或用蜜、酒、唾液等）调和成膏状敷于脐部。用药部位可不局限于脐孔内，较填法范围大，以敷料覆盖并胶布固定。

2.脐部灸疗技术

（1）悬起灸

点燃艾条，在脐部上方悬灸，距离以脐部觉温热但又能耐受为度。可分为温和灸、回旋灸和雀啄灸。

（2）隔物灸

先在脐部或脐内放置药物，再放艾炷或艾条（一般多用艾炷）施灸，即艾炷与脐部皮肤之间有药物间隔。

二、常见疾病的脐疗法

2.　痛经（原发性痛经）

本病是指经期、经行前后，出现周期性腹痛，或痛引腰骶，甚至剧痛晕厥的一种病症，亦称“经行腹痛”。临床上有虚实两大类，虚证多因气血虚弱或肝肾亏损；实证多因气滞血瘀、寒凝血瘀等。依照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》进行诊断。西医痛经诊断分为“原发性”和“继发性”，原发性痛经可参照本病治疗，继发性痛经需对症治疗。本疗法适用气滞血瘀和寒阻胞宫型。

【治　则】温经理气，活血化瘀。

【治　法】隔药熏脐疗法。

【药　物】吴茱萸、醋元胡、白芍各 15g，乳香、没药各 20g，五灵脂 10g，冰片 6g。

【操　作】将上述药物粉碎备用，按隔药熏脐疗法操作步骤于月经前 7 天左右开始施用，隔 3 天一次，直至月经来潮停止施用。3 个月经周期为一个疗程。

（二）小儿泄泻（小儿腹泻）

本病指小儿大便稀薄，甚至水样，次数增多，或呈水样带有不消化乳食及粘液的一种病症。多因外感风寒或暑热，内伤乳食，而致脾胃运化失常；也有素体虚弱或久病脾虚，中焦运化无力等均可发病。依照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》进行诊断。

【治　则】健脾渗湿止泻。

【治　法】温和灸脐法。

【操　作】艾条一根，点燃，对准脐中，距离 3～5cm，可用手放于脐周测试温度，注意勿烫伤皮肤，温和灸 5～10 分钟（或以局部发红为度），每日 1 次，3 次为一疗程。

（三）精浊（前列腺炎）

本病与思欲不遂或房劳过度、相火妄动，或酒色劳倦、脾胃受损、湿热下注、败精被阻等因素有关，与心、脾、肾等脏腑关系密切。临床主要表现为有尿频、尿急、尿痛，小腹、会阴、睾丸胀痛不适等。依据1994年《中医病证诊断疗效标准》进行诊断。

【治　则】利湿化浊。

【治　法】贴脐法。

【药　物】人工麝香0.15g，白胡椒7粒。

【操　作】白胡椒研成细粉，瓶装密封备用。将脐部温水擦净，先将人工麝香粉倒入，再放入胡椒粉，以敷料覆盖及胶布固定，每隔 7～10 天换药 1 次，10 次为一疗程。每疗程间休息 5～7 天，连用 6 个疗程。

6.慢性腹泻（肠易激综合征）

本病是一种常见的胃肠道功能紊乱性疾病，其特征为持续或间歇发作的腹痛、腹胀、排便习惯改变和大便性状异常。情志、饮食、寒热、劳倦等因素均可诱发或加重本病。依照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》进行诊断。

【治　则】温中理气，渗湿止泻。

【治　法】隔药熏脐疗法。

【药　物】生黄芪、生炒白术、补骨脂、乌梅肉各 30g，五倍子 15g，木香、黄连、肉桂各 10g，冰片 6g。

【操　作】将上药研末，按隔药熏脐疗法操作步骤进行施用。每周 2 次。1 个月为一疗程。

三、禁忌症

1.严重心肺疾病，不适宜做艾灸者。

2.脐部感染溃烂者。

3.意识不清及不配合者。

4.孕妇禁用

四、注意事项

1.注意保暖，避免受寒。

2.在进行灸疗时，要注意室内通风，或安装排烟设备，以免灸疗产生的烟引发患者严重的不适感。

3.预制的各种制剂必须密封保存，以免有效成分挥发。

4.去除药物后应用消毒棉球轻轻拭去脐部残留的药物，若脐部微觉痛痒，不可搔抓，数日内自可消退。

5.脐疗后如果出现水泡，只要不擦破，可任其自然吸收。若水泡过大，可用一次性消毒针从泡底刺破，放出水液后，再用消毒敷料覆盖。

第二章 针刀刺营治疗急性扁桃体炎技术

针、刀刺营治疗急性扁桃体炎即点刺三商穴和耳轮三穴放血，刺割扁桃体。具有通经活络、行血化淤、宣泄热毒、散结消肿、祛邪安正的功效。

一、常用器具和基本操作方法

（一）常用器具

1.用 5 寸毫针、三棱针；

2.12 号一次性扁桃体镰状手术刀；

3.外用药：锡类散。

（二）基本操作方法

1.定位

（1）腭扁桃体：扁桃体表面及隐窝口。

（2）耳穴：轮 1、轮 3、轮 5：（自耳轮结节下缘至耳垂下缘中点划为五等份共六个点，由上而下依次为轮 1 至轮 6 等六穴，取第 1 点为轮 1，第 3 点为轮 3，第 5 点为轮 5）。

（3）三商穴：经处奇穴，即少商、中商、老商之合称。（少商位于拇指桡侧，距指甲根角 0.1 寸；中商位于拇指背侧正中，距指甲根 0.1 寸；老商位于拇指尺侧，距指甲根角 0.1 寸）。

2.消毒

常规局部消毒。

3.操作方法

（1）刺割扁桃体：患者端坐张口，头稍向后倾，固定不动，压舌板将舌体前三分之一压下，充分暴露扁桃体，以 5 寸毫针对扁桃体用丛刺法浅刺（即在局部进行集中点刺），每侧刺 5 下，先刺最肿胀处，再刺其周围，迅速刺入约 0.2cm，立即退针，微出血即可；扁桃体隐窝口则用镰状刀作点状刺割，每次选 5 个隐窝口，在其边缘各刺割 1 下，出血即可；刺割后用锡类散喷于扁桃体表面，每日 1 次。

（2）点刺三商穴：先以双手从患者上臂往下捋至拇指下端往返十次，使拇指局部血液充盈，然后碘伏消毒局部，术者左手握紧患者拇指根部，右手持三棱针，点刺三商穴约 0.1cm，疾入疾出，轻轻挤压针孔周围，使每穴出血约 0.1ml。再同法刺对侧三商穴。每日 1 次。

（3）点刺耳轮三穴：左手揉摩患者一侧耳轮致局部血液充盈，碘伏消毒局部，术者左手拇、食、中三指捏紧耳轮相应部位，右手持三棱针快速点刺轮 1、轮 3、轮 5 三穴约 0.1cm，疾入疾出，然后轻轻挤压针孔周围，使每穴出血约 0.1ml 即可，再同法刺对侧耳轮三穴。每日 1 次。

二、临床应用

1.适应症：急性扁桃体炎。

2.治则治法：宣泄热毒、散结消肿。

三、禁忌症

1.伴有肺炎、支气管炎者。

2.重度贫血、血友病等血液系统疾病，有自发性出血倾向者。

3.严重的心脑血管疾病、肝肾疾病、或艾滋病等。

4.神志不清，不能配合治疗者。

四、注意事项

1.穴位、针具、施术部位都要常规消毒。

2.妊娠或哺乳期妇女慎用。

3.晕针晕血时应暂停操作，使患者平卧多可恢复正常。症状严重者，用指掐人中、内关，注意观察脉搏、血压等生命体征。如出现休克者则按照休克进行抢救。

4.出血过多时可行局部压迫止血。

第三章 火针洞式引流技术

乳腺炎性疾病成脓期采用电火针治疗仪行“火针洞式引流术”，能使烙口内壁产生焦痂附着，形成一个内壁光滑的圆形通道，使脓液通畅排出，可达到“腐去肌生”的效果。临床实践证实，该疗法具有操作简单、条件要求不高、痛苦小、出血少、经济有效，疗程短、疤痕小、乳房无变形、不影响日后哺乳、病人容易接受、易于推广等优点。

一、基本操作方法

(一)主要器械药品准备

1.电火针治疗仪。

2.银质球头探针、带孔探针。

3.提脓药捻。

4. 2%利多卡因。

5.一次性注射器。

6.不锈钢硬刮匙。

7.金黄散。

8.小、中、大号棉捻。

（二）选择体位

常用体位有侧卧位、平卧位和半卧位三种。体位的选择主要以脓肿的部位和深浅、方便术者操作及有利于脓液排出而选择。于脓肿下方放置一弯盘（以备盛脓用）。

（三）消毒麻醉

在脓肿局部用碘酊和75%酒精常规消毒，铺巾，用2%利多卡因作进针点及针道局部麻醉，以注射器回抽见脓液为度。

（四）探测脓腔深度

用空注射器于拟烙口处进行穿刺抽脓，边进针边回抽，当抽到脓液时，即停止进针，并固定针体，测量皮下至进入组织内针体的长度即为脓腔的深度，以此作为火针烙口深度的参考依据。

（五）选择针具

要求针尖锋利，针体均匀圆滑，粗细适宜。针体的长短粗细，视脓腔大小深浅而定。脓腔小而表浅者，宜用短针细针，可选用1.5㎜×40㎜的细针；脓腔大而深者，宜用长针粗针，可选用3.0㎜×85㎜的粗针。

（8）正确进针

选好进针点，定好进针方向和深度，这是确保火针刺烙引流效果的重要因素，也是火针技术操作的关键。

1．进针点的选择：进针点应选在脓肿明显波动的低垂部位以利引流，并尽量避开和远离乳晕，以防伤及乳腺主导管而导致漏奶。

2.进针方向：左手顺脓腔方向提取乳房，右手持针具。要直刺脓肿中部。若进针偏斜，由于组织牵引和压力的作用，刺烙通道内口可能受压，会使引流不畅影响引流效果，尤其对部分坏死组织尚未液化的脓腔。

3.进针深度：以参考前述所测的脓腔深度，针尖应进入脓腔0.5cm～1cm，进针深度不够，针尖刚进入脓腔，则内烙口太小，易被稠脓坏死组织堵塞，造成引流不畅或阻碍。但也要避免进针过深，以免损伤正常组织，尤其是血管和神经。

（七）掌握针温和针速

这是火针刺烙操作技术的另一关键。

1.针温：火针的适当温度，是使烙口组织产生焦痂，形成一坚实而光滑的引流通道并能止血的重要条件。因此针体需加热至红透发亮才可进针。

2.针速：决定于脓腔的大小和深浅。脓腔小而浅者，脓液少，易排出，针速易快，速进疾出，不转针，不停留。对大而深的脓肿，因排脓通道长，脓液多，往往还有块状坏死组织，排脓时间长，为使引流通畅彻底，要有略宽的排脓通道，故快速进针后还需将针体转动一下并稍停片刻，再退针，这样才可形成一个良好的引流通道。

（八）引流排脓

乳房脓肿经火针刺烙形成了光滑坚实的通道，拔出火针，脓液即可自行排出。为促使排脓，术者可用手轻轻揉抓脓腔壁，或轻轻加压，使脓液尽量排出。如坏死组织阻塞烙口，可用蚊式钳将其夹出。术后置入提脓药捻引流。乳腺红肿处用金黄散水蜜（金黄散用适量水和蜂蜜调配成膏状）外敷以清热消炎。弹力绷带包扎固定。

（九）术后换药

术后前 3-7 天，每天排脓并置换引流条 1～2 次。换药时用刮匙搔刮及棉捻捻除脓腐后，在探针引导下尽可能向不同方向打开的脓腔分别置入生理盐水纱条或无菌乳胶片引流，尽量使各个脓腔达到同时引流直至脓尽为度。脓尽后不再放置引流。若脓腔内无坏死组织，且为皮瓣红活的阳性疮面，B 超探查无残留脓腔，血常规检查正常时，可予收口。对内腔较小（长径小于 5cm）者，用棉垫或蝶形纱块直接加压绷缚，蝶形胶布牵拉引流口以收口；对内腔较大（长径大于 5cm）者，用棉垫或蝶形纱块从上向下逐步加压绷缚，使新生肉芽组织从基底部生长，引流口暂保持开放，防止引流口浅表部组织过早粘连而致假性愈合。待脓腔明显缩小后，方予蝶形胶布牵拉引流口收口。换药时间为每 3 天 1 次。脓腔及引流口愈合后，伴有慢性炎性僵块者，用四子散（白芥子、莱菔子、苏子、吴茱萸各 120g 布包）药包热敷乳房僵块处以理气化痰、软坚散结，避免复发。

二、适应症

适用于各种乳腺炎成脓期，尤其适合多房脓肿和深部脓肿。

三、禁忌症

1.乳痈初起未成脓者。

2.慢性炎性僵块。

3.有凝血功能障碍者。

4.精神障碍者

5.精神过于紧张、饥饿、劳累的患者，以及大醉之人都应禁用火针洞式烙口引流术，以防止出现晕针等不适，须待不适症状缓解后再行治疗。

四、注意事项

1.必须探清乳腺脓肿的位置、数目。深部脓肿如乳腺内脓肿及乳腺后脓肿，因位置较深，局部表现不明显，容易忽略，易致传囊。故应警惕位置较深的脓肿，特别是乳腺后脓肿。切勿在火针时仅刺烙浅在的或较大的脓肿，而忽视深部较小的脓肿。术前配合 B 超检查有助于明确脓肿的位置和数目。

2.穿刺点应选在脓肿明显波动的低垂部位，并尽量避开和远离乳晕。若多发脓肿，应选择可以辐射到各脓腔的低垂位，以利多发脓腔的引流。

3.糖尿病患者在血糖控制稳定时方可施术（空腹血糖不超过 7.0mmol/L，餐后 2 小时血糖不超过 11.1mmol/L），后续换药期间仍需注意将血糖控制在稳定状态及无菌操作，以避免术口延迟愈合。

第四章 烙治法治疗慢性扁桃体炎技术

一、常用器械及具体操作方法

（一）常用器械：自制烙铁，压舌板、酒精灯、麻油、烙铁架。

（二）具体操作方法：

1.定位：腭扁桃体。

2.操作方法：

（1）病人面对施烙者，端坐张口，儿童应有人在其背后挟头。施烙者左手执握压舌板，将舌压下，使扁桃体充分暴露，不需任何麻醉即可施烙。

（2）施烙前先按扁桃体的肥大程度选择适当的同号烙铁三、四支，在酒精灯上(或在立型小电炉里)加热，将烙铁烧至通红，取一支烙铁蘸上麻油，趁着在麻油瓶中冒烟时取出烙铁，不迟延地送进口腔到咽部，对准扁桃体施行烧烙，烙铁涂蘸麻油后酌热度约为120℃，如时间延迟，热度降低，起不到烧烙作用，当听到烙铁烙着的“兹拉”声音后立即取下，不宜停留。一支烙铁离烙一次后，须另换一支，用同样原操作方法再烙，以三、四支烙铁轮流使用。在施烙时让病人发“啊”音，能使软腭抬高，咽腔扩大，即能看清扁桃体，便于施烙，又能避免误烙他处。

（3）每隔2天治疗1次，治疗10～15次为1个疗程。

（4）直到把扁桃体组织烙到Ⅰ°为止。

二、常见病的治疗方法

（一）慢乳蛾（慢性扁桃体炎）

慢性扁桃体炎多由急性扁桃体炎反复发作或因扁桃体隐窝引流不畅，窝内细菌、病毒滋生繁殖而演变为慢性炎症。本病常被视为全身感染的“病灶”之一。病人常表现为反复感冒，咽干、咽痛、咽部异物感、痰多、睡眠有鼾声等症状。检查见扁桃体慢性充血、肿大，表面凹凸不平，挤压舌腭弓，自隐窝口可有脓液或脓栓排出。

【治则治法】祛邪排毒，消肿利咽。通过烙治法扁桃体逐渐减小，隐窝缩短，引流通畅，达到祛邪消肿目的。

【操作部位】腭扁桃体。

（二）儿童鼾眠（儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征）

中医鼾眠主要指睡眠中鼾声过响，甚或出现呼吸暂停为特征的疾病。包括了西医的原发性鼾症和阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征。儿童鼾眠发生的主要原因是由于扁桃体、腺样体增生肥大以及鼻炎、鼻窦炎等病变导致上气道阻塞所引起的。扁桃体与腺样体同属一个咽部淋巴环，慢性扁桃体炎也是腺样体肥大的主要原因之一，啄治法在改善扁桃体局部炎症使扁桃体缩小的同时，也能调节机体免疫功能，改善腺样体的炎症，在一定程度使腺样体缩小，从而可以治疗儿童鼾眠。

【治则治法】祛邪排毒，消肿利咽。通过烙治法扁桃体逐渐减小，隐窝缩短，引流通畅，达到祛邪消肿目的。

【操作部位】腭扁桃体。

三、禁忌症

1.扁桃体局部或咽部粘膜充血显著者。

2.扁桃体炎急性发作期，局部或咽部急性炎症尚未完全治愈者。

3.有危及生命的全身急性病症尚未治愈者。

4.有活动性肺结核病者。

5.不足5周岁儿童及精神病病人不能合作者。

6.白喉带菌者。

7.妊娠或哺乳期妇女。

8.伴有严重心血管.肝.肾等造血系统疾病者。

四、注意事项

1.每次灼烙后局部可形成假膜，2～3天后假膜自行脱落，灼烙后几小时内咽部可能有异物感，属正常反应。

2.烙铁伸入口腔过程中，要防止患者因紧张或闭嘴而灼伤正常组织，因此，使用压舌板有两个重要作用，一是保护舌体，二是阻挡患者牙关紧闭，尤其是儿童，当牙齿咬闭后也可用压舌板翘开，便于抽出小烙铁。

3.为防止灼烙过程中可能出现烙铁头与扁桃体粘连，其对应办法是：注意控制烙铁头与扁桃腺表面粘膜接触时的温度、时间、触压力度及烙铁头所涂香油的厚度。

4.每次烙治须均匀地烧烙，若在灼烙过程中出现扁桃体创面少许渗血，再次灼烙渗血创面即可达到止血作用。

第五章 揉抓排乳技术

产后哺乳期各种原因可引起急性乳腺炎，郁滞期如不及时疏通淤乳可致郁久化热，热盛肉腐，肉腐成脓。郁滞期采用揉抓排乳手法疏通乳络，及时排除淤乳可避免成脓之苦。

一、基本操作方法

1．患者取坐位，先在患乳部搽以少量润滑剂。

2．术者立于患者身后，左手托起乳房，右手五指顺着乳络方向，首先轻拿提拉乳头及乳晕部，以扩张输乳管，疏通该部淤乳，继而采用五指指腹揉、推、挤、抓的手法，按摩患乳部硬块，沿放射状从乳房基底部向乳头方向揉抓。随后，右手拇指与食指夹持患侧乳晕及乳头部，不断轻拉揪提，宿乳即呈喷射状排出，直至结块消失、乳房松软、淤乳排尽、疼痛明显减轻为度。

3．对部分病情较重者，每日热敷后每 2-3 小时重复一次，并嘱患者继续充分哺乳，及时排空乳汁。

二、适应症

适用于急性乳腺炎郁滞期乳汁郁积、阻塞乳络，乳房肿胀疼痛的患者。

三、禁忌症及相对禁忌症

（一）禁忌症

1. 皮肤破损者。

2. 伴有脓肿形成者。

（二）相对禁忌症

患乳触痛明显，皮肤灼热、皮温明显升高，乳汁点滴难排者（可先敷金黄散水蜜加按压头临泣、足临泣穴位后若红肿渐消可继续行揉抓排乳。）

四、注意事项

1．手法轻柔，力度均匀，尽量减轻患者疼痛。

2．排乳前热敷乳房便于手法施行，提高排乳疗效。

3．术者施术前修剪指甲，用指腹按摩排乳，避免指尖抠伤皮肤。

参考文献

[1] 高树中.中医脐疗大全[M].山东：济南出版社，2008.
[2] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京：南京大学出版社，1994.
[3] 卫生部.中药新药治疗急乳蛾（急性扁桃体炎）的临床研究指导原则，1997.
[4] 中国中医药学会耳鼻咽喉科专业委员会.急性扁桃体炎的诊断和疗效判定标准(杭州会议)，1991.
[5] 中医大辞典编辑委员会.中医大辞典·针灸、推拿、气功、养生分册.人民卫生出版,1983.
[6] 黄丽春.耳穴诊断学.科学技术文献出版社，2004.
[7] 林毅，唐汉均.现代中医乳房病学[M].北京：人民卫生出版社，2003.
[8] 林毅，蔡炳勤.外科专病中医临床诊治[M]. 北京：人民卫生出版社（第二版），2005.
[9] 施杞，李其忠.名师与高徒（三）[M].上海：上海中医药大学出版社，2007.

附录一：

病症索引

B

斑秃
皮肤针技术……
埋线技术……
鼻衄
中药冷敷技术……
鼻鼽
埋线技术……
隔物灸技术……
三伏天灸技术……
雷火灸技术……
穴位敷贴技术……
鼻渊
保健功……
痹证
三棱针技术……
穴位注射技术……
五禽戏……
中药热熨敷技术……
便秘
耳针技术……
五禽戏……
髌骨骨折
骨折整复技术……
髌骨脱位
脱位整复技术……
不寐
耳针技术……
眼针技术……
手针技术……
皮内针技术……
皮肤针技术……
鍉针技术……
经穴推拿技术……
放松功……
药罐技术……

C

尺骨上段骨折合并桡骨头脱位
骨折整复技术
尺桡骨骨折

骨外固定支架技术
喘病
导引技术
龟息养生功
唇风
中药湿热敷技术

D

呆病
头针技术
带下病
腕踝针技术

E

呃逆
鍉针技术
穴位注射技术
儿童鼾眠
烙治法治疗慢性扁桃体炎技术

F

发热
中药冷敷技术
肥胖症
埋线技术
肺积
龟息养生功
肺痨
麦粒灸技术
粉刺
刮痧技术
妇人腹痛
中药熏蒸技术

G

肝癌
新气功疗法
感冒
放痧技术
六字诀
五行掌
热敏灸技术
拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术
腕踝针技术

肛瘘
挂线技术
跟骨骨折
骨折整复技术
跟痛症
铍针技术
带刃针技术
肱骨干骨折
骨折整复技术
骨外固定支架技术
肱骨髁上骨折
骨折整复技术
肱骨外科颈骨折
骨折整复技术
肱骨外髁骨折
骨折整复技术
肱骨外上髁炎
温针灸技术
水针刀技术
股骨粗隆间骨折
骨折整复技术
股骨干骨折
骨折整复技术
骨外固定支架技术
股骨颈骨折
骨折整复技术
骨盆骨折
骨折整复技术
骨外固定支架技术
骨蚀
带刃针技术
刃针技术
骨折后关节活动不利
中药热熨敷技术
中药淋洗技术
关格
中药熏蒸技术
关节内骨折
骨外固定支架技术

H

喉痹
撮痧技术
踝部骨折

骨折整复技术
踝关节伤筋
关节运动推拿技术
踝关节脱位
脱位整复技术

J

肌痹
皮部经筋推拿技术
急喉痹
三棱针技术
急性结膜炎
中药冷敷技术
急性筋伤
中药冷敷技术
急性皮肤病
中药冷敷技术
急性腰扭伤
头针技术
手针技术
三棱针技术
肩关节脱位
脱位整复技术
肩凝症
毫针技术
腹针技术
手针技术
皮内针技术
火针技术
穴位注射技术
平衡针技术
贺氏三通技术
浮针技术
皮部经筋推拿技术
关节调整推拿技术
刮痧技术
砭石治疗技术
针罐技术
温针灸技术
针刀技术
带刃针技术
水针刀技术
长圆针技术
疖

隔物灸技术
筋瘤
放痧技术
中药泡洗技术
贺氏三通技术
近关节骨折
骨外固定支架技术
经断前后诸症
易筋经
精浊
脐疗
胫腓骨干骨折
骨折整复技术
胫骨干骨折
骨外固定支架技术
胫骨髁骨折
骨折整复技术

K

咳嗽
拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术
隔物灸技术
中药熏蒸技术
内养功
髋关节后脱位
脱位整复技术
脱位整复技术
髋关节中心性脱位
脱位整复技术

L

肋软骨炎
水针刀技术
梨状肌综合征
水针刀技术
淋证
回春功
淋浊
芒针技术
流火
中药湿热敷技术
落枕
鍉针技术
水针刀技术

M

慢性腹泻
　　脐疗
慢性泄泻
　　麦粒灸技术
慢性腰肌劳损
　　站桩功
面瘫病
　　毫针技术
　　火针技术
　　电针技术
　　中药熏蒸技术
　　刺络拔罐技术
　　隔物灸技术
　　热敏灸技术
面痛病
　　芒针技术

N

能近怯远
　　养气健目功
　　雷火灸技术

Q

漆疮
　　中药湿热敷技术

R

桡尺骨干双骨折
　　骨折整复技术
桡骨茎突狭窄性腱鞘炎
　　膏摩技术
　　水针刀技术
桡骨下 1 / 3 骨折合并下桡尺关节脱位
　　骨折整复技术
桡骨下端骨折
　　骨折整复技术
桡骨远端骨折后康复
　　关节运动推拿技术
乳蛾
　　针刀刺营治疗急性扁桃体炎技术
　　烙治法治疗慢性扁桃体炎技术
乳癖

长圆针技术
拨针（松解针）技术
乳岩
新气功疗法
乳痈
火针洞式引流技术
揉抓排乳技术
弱视
养气健目功

S

伤筋
中药淋洗技术
蛇串疮
火针技术
贺氏三通技术
刺络拔罐技术
麦粒灸技术
中药湿热敷技术
神水将枯（干眼症）
雷火灸技术
湿疮
中药熏蒸技术
中药淋洗技术
视瞻昏渺（年龄相关性黄斑变性）
养气健目功
水肿
龟息养生功

T

弹响指
带刃针技术
天行赤眼
三棱针技术
痛经
脏腑推拿技术
经穴推拿技术
砭石治疗技术
穴位敷贴技术
耳针技术
手针技术
皮肤针技术
药罐技术
隔物灸技术

悬灸技术
温针灸技术
脐疗
头风
带刃针技术
毫针技术
耳针技术
眼针技术
手针技术
皮肤针技术
经穴推拿技术
撮痧技术
针刀技术
头晕
中药泡洗技术
脱疽
强壮功

W

外感发热
三棱针技术
顽固性疼痛
醒脑开窍技术
腕筋结
火针技术
尪痹
麦粒灸技术
网球肘
铍针技术
中药湿热敷技术
带刃针技术
痿病
导引技术
胃痞病
真气运行法
胃脘痛
脏腑推拿技术
穴位敷贴技术
三伏天灸技术
悬灸技术
内养功
胃下垂
芒针技术

膝痹病
- 针刀技术
- 刃针技术
- 腹针技术
- 平衡针技术
- 浮针技术
- 砭石治疗技术
- 温针灸技术
- 热敏灸技术
- 中药泡洗技术
- 长圆针技术
- 中药冷敷技术

膝关节脱位
- 脱位整复技术

膝痛
- 针刀技术

项痹病
- 针刀技术
- 针刀技术
- 腹针技术
- 皮内针技术
- 平衡针技术
- 靳三针技术
- 电针技术
- 浮针技术
- 皮部经筋推拿技术
- 器械辅助推拿技术
- 膏摩技术
- 刮痧技术
- 砭石治疗技术
- 热敏灸技术
- 水针刀技术
- 长圆针技术
- 拨针（松解针）技术
- 带刃针技术
- 钩针技术
- 刃针技术
- 钩针技术
- 铍针技术

消渴病
- 埋线技术

消渴足痹
- 站桩功

小儿腹泻
中药泡洗技术
小儿腹泻
穴位敷贴技术
小儿咳嗽病
小儿推拿技术
小儿脑性瘫痪
靳三针技术
小儿桡骨头半脱位
脱位整复技术
小儿泄泻
脐疗
小儿泄泻病
小儿推拿技术
小儿厌食病
小儿推拿技术
小儿遗尿病
小儿推拿技术
小舞蹈病
电针技术
哮病
隔物灸技术
三伏天灸技术
穴位敷贴技术
八段锦
真气运行法
麦粒灸技术
埋线技术
胁痛
龟息养生功
六字诀
五行掌
胸痹
龟息养生功
强壮功
胸腰椎体骨折
骨折整复技术
休息痢
中药灌肠技术
埋线技术
虚劳
易筋经
眩晕
眼针技术

腕踝针技术
穴位注射技术
醒脑开窍技术
保健功
放松功
强壮功
针刀技术
站桩功

Y

亚健康调理
悬灸技术
腰背痛
拨针（松解针）技术
腰痛病
毫针技术
皮内针技术
火针技术
芒针技术
平衡针技术
电针技术
贺氏三通技术
浮针技术
刃针技术
针刀技术
回春功
针罐技术
药罐技术
针刀技术
针刀技术
刺络拔罐技术
铍针技术
皮部经筋推拿技术
关节调整推拿技术
导引技术
器械辅助推拿技术
刮痧技术
钩针技术
拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术
温针灸技术
热敏灸技术
雷火灸技术
带刃针技术
钩针技术

长圆针技术
腰腿痛
五禽戏
易筋经
遗精
回春功
遗溺
回春功
易感儿保健
小儿推拿技术
郁证
眼针技术
醒脑开窍技术
八段锦
月骨脱位
脱位整复技术

Z

脏躁病
醒脑开窍技术
掌腱膜挛缩症
水针刀技术
掌指关节及指间关节脱位
脱位整复技术
直肠脱垂
注射固脱技术
跖跗关节脱位
脱位整复技术
跖趾关节及趾间关节脱位
脱位整复技术
痔
枯痔（硬化）技术
痔结扎技术
中风病
毫针技术
头针技术
眼针技术
醒脑开窍技术
靳三针技术
中风后遗症
中药泡洗技术
五禽戏
中暑
撮痧技术

肘关节脱位

脱位整复技术

坐臀风

皮部经筋推拿技术

附录二：人体穴位图