中医医疗技术手册
（2026 版）

《中医医疗技术手册（2026版）》编委会

主　　任　朱立国　翁维良

副 主 任（以姓氏笔画为序）

于永铎　王锡友　王麟鹏　白　鹏　刘陆阳　刘保延　荣培晶
杨龙会　杨志敏　宋柏林　张维波　陈日新　陈泽林　胡镜清
高思华　符文彬　董福慧　韩兴军　雷仲民

委　　员（以姓氏笔画为序）

于　杰　于　娟　马玉侠　马　瑞　马　琦　王文远　王　平
王　顺　王　聪　王　舒　王海箭　王莹莹　王锡友　王　程
王澍欣　王　菁　车　戬　冯　跃　田　宁　田纪钧　司徒红林
宁百乐　刘　璐　刘俊昌　刘子明　刘长信　刘媛媛　刘仍海
刘红杰　刘　刚　刘锡政　许伟明　吕立江　孙　健　孙武权
关　玲　毕方杉　李　彬　李滋平　李丹丹　李振华　李建红
李　艺　李　康　杨华元　杨金生　杨继国　杨晨光　杨　明
杨　路　吴绪平　吴　倩　吴兴全　吴汉卿　吴生兵　吴云川
邱鹏栋　余　瑾　肖法军　肖远德　沈卫东　沈晓东　沈　潜
陈陆泉　陈泽林　陈　波　陈超然　陈文勇　陈昌乐　邹瞭南
邵　鑫　陆　瑾　张春红　张　涛　张维波　张振宇　张书信
张虹玺　张敬文　张海波　张朝晖　张安仁　张晓辰　周广达
周运峰　周　晶　范德辉　房　纬　林定坤　易　玮　国　生
郑君圣　郑　林　赵时碧　赵继荣　侯学思　袁　军　袁普卫
郭　义　唐　勇　徐振华　秦凤霞　晋　松　高宗跃　梁凤霞
梁　宜　梁　浩　寇久社　粟胜勇　黄　枢　黄　凤　蒋　丽
章　阳　彭云花　韩兴军　龚　利　矫俊东　符文彬　董福慧
董毅峰　谢长才　谢丁一　温建民　焦　琳　詹红生　雷仲民
裴　莹　裴　建　樊　莉　薄智云　薛立功　魏玉锁

工作人员（以姓氏笔画为序）

于琳琳　马雅蓉　王　萱　王　静　王毓岩　王舢泽　公一囡
邢　凯　刘军铭　苏克雷　李　新　吴海芳　余柯晓　周　庆
贾术永　曹　越　惠鸣宇　路　越　廖结英

前 言

习近平总书记指出，中医药学是我国各族人民在长期生产生活和同疾病作斗争中逐步形成并不断丰富发展的医学科学，是我国具有独特理论和技术方法的体系。中医医疗技术是中医药服务能力的重要支撑，是彰显中医药特色优势的核心载体，系统梳理和推广成熟、规范的中医医疗技术，对于提升中医药临床服务水平、满足人民群众多元化健康需求、推动中医药事业高质量发展具有重要作用。《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》明确要求，“加强中医临床诊疗技术、养生保健技术、康复技术筛选，完善中医医疗技术目录及技术操作规范。”

为规范中医医疗技术操作，提高中医临床疗效，保障医疗质量安全，国家中医药管理局医政司组织对中医医疗技术进行了整理规范，2013年印发了《中医医疗技术手册（2013普及版）》，有效推动了中医医疗技术的临床应用。随着中医药事业快速发展，中医医疗技术临床应用实践不断丰富，为顺应行业发展形势，进一步规范中医医疗技术临床应用，保障医疗质量与安全，更好服务中医药高质量发展，国家中医药管理局启动了《中医医疗技术手册（2013普及版）》修订工作。修订过程中，始终坚持科学性、指导性、通俗性、实用性、规范性、传承性的有机统一，组织国医大师、院士等两百余位权威专家和临床一线中医药人员编撰审校，充分采纳各省（区、市）中医药主管部门和有关中医药行业学会的意见建议，形成了《中医医疗技术手册（2026版）》（以下简称《手册》），收录11类128项中医医疗技术。

《手册》对每项中医医疗技术提供规范性操作指引，内容涵盖简介、常用器具及基本操作方法、主要适应证、禁忌证、注意事项和临床应用举例等部分。简介部分，简要介绍技术内容；常用器具及基本操作方法部分，对操作器具、准备和步骤进行说明；主要适应证部分，列出主要适用疾病和证候；禁忌证部分，列出主要禁忌疾病状态和不宜使用的特定情形；注意事项

部分，说明了技术操作过程中的安全规范与风险防范要点，以及主要不良反应和预防措施；临床应用举例部分，立足特色、以用为先，通过介绍中医医疗技术在具体疾病的临床应用，引导读者更好地理解该项中医技术的技术要点。各项技术操作方案简明扼要，便于临床医生快速掌握和规范应用。

《手册》供各级各类医疗机构相关临床医生参考使用。使用过程中，技术人员应遵守有关法律法规并具备相应资质，医疗机构应按照《医疗技术临床应用管理办法》及相关规章制度要求，开展与自身功能定位和技术能力相适应的技术服务，严格执行《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政〔2017〕22号）等文件规定，确保医疗质量安全，防控各类风险隐患。

医疗机构使用中医医疗技术不限于《手册》所列类别和项目，各级中医药主管部门可根据实际适当扩充广泛应用、临床疗效确切且安全性高的中医医疗技术项目，我们将根据中医药服务需求，适时增补。为促进中医医疗技术持续创新发展，我们还将通过多种形式向社会广泛宣传中医医疗技术的优势和成效，提升中医医疗技术的社会认知度和影响力。《手册》使用过程中如有问题和意见建议，请反馈至中国中医药科技发展中心。

《中医医疗技术手册（2026版）》编委会

2026年9月

目 录

第一章　针刺类技术 ····· 1

第一节　毫针技术 ····· 1
第二节　头针技术 ····· 6
第三节　耳针技术 ····· 11
第四节　眼针技术 ····· 17
第五节　鼻针技术 ····· 21
第六节　面针技术 ····· 25
第七节　手针技术 ····· 28
第八节　腕踝针技术 ····· 32
第九节　三棱针技术 ····· 37
第十节　腹针技术 ····· 41
第十一节　皮内针技术 ····· 44
第十二节　火针技术 ····· 46
第十三节　皮肤针技术 ····· 50
第十四节　芒针技术 ····· 53
第十五节　锞针技术 ····· 57
第十六节　穴位注射技术 ····· 59
第十七节　穴位埋线技术 ····· 62
第十八节　平衡针技术 ····· 65
第十九节　醒脑开窍技术 ····· 73
第二十节　靳三针技术 ····· 77
第二十一节　电针技术 ····· 81
第二十二节　贺氏三通技术 ····· 84
第二十三节　浮针技术 ····· 88
第二十四节　圆利针技术 ····· 92
第二十五节　针刺麻醉技术 ····· 95
第二十六节　大接经技术 ····· 99
第二十七节　择时开穴技术 ····· 102
第二十八节　疏肝调神针刺技术 ····· 108
第二十九节　口唇针技术 ····· 110
第三十节　金针技术 ····· 113
第三十一节　蝶腭神经节针刺技术 ··· 116
第三十二节　电热针技术 ····· 118
附：本章推荐阅读 ····· 122

第二章　推拿类技术 ····· 129

第一节　皮部经筋推拿技术 ····· 129
第二节　脏腑推拿技术 ····· 133
第三节　关节运动推拿技术 ····· 136
第四节　关节调整推拿技术 ····· 141
第五节　经穴推拿技术 ····· 145
第六节　推拿导引技术 ····· 147
第七节　小儿推拿技术 ····· 151
第八节　器械辅助推拿技术 ····· 168
第九节　膏摩技术 ····· 171
第十节　踩跷推拿技术 ····· 174
第十一节　倒悬推拿技术 ····· 178
第十二节　足部推拿技术 ····· 184
第十三节　中医手法通乳术 ····· 188
附：本章推荐阅读 ····· 191

第三章　刮痧砭术类技术 ····· 194

第一节　刮痧技术 ····· 194

第二节　放痧技术……199
第三节　撮痧技术……202
第四节　砭石治疗技术……205
附：本章推荐阅读……210

第四章　拔罐类技术……213
第一节　拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术……213
第二节　刺络拔罐技术……217
第三节　针罐技术……219
第四节　药罐技术……222
附：本章推荐阅读……224

第五章　灸类技术……226
第一节　麦粒灸技术……226
第二节　隔物灸技术……230
第三节　悬灸技术……233
第四节　温针灸技术……235
第五节　热敏灸技术……237
第六节　雷火灸技术……243
第七节　电子灸技术……249
第八节　督灸技术……252
第九节　熏灸技术……255
第十节　线香灸技术……257
第十一节　脐灸技术……259
第十二节　火龙罐综合灸技术……262
附：本章推荐阅读……264

第六章　敷熨熏浴类技术……267
第一节　中药敷贴技术……267
第二节　中药热熨敷技术……273
第三节　中药冷敷技术……276
第四节　中药湿敷技术……280
第五节　中药熏蒸技术……284
第六节　中药泡洗技术……287
第七节　中药淋洗技术……291
第八节　蜡疗技术……295
第九节　三伏贴技术……300
附：本章推荐阅读……303

第七章　中医微创类技术……306
第一节　针刀技术……306
第二节　带刃针技术……310
第三节　水针刀技术……313
第四节　钩针技术……316
第五节　刃针技术……320
第六节　长圆针技术……324
第七节　拨针（松解针）技术……326
第八节　铍针技术……330
第九节　银质针技术……335
第十节　微创切骨技术……339
第十一节　微创磨骨技术（微创削骨技术）……344
第十二节　割治技术……346
附：本章推荐阅读……349

第八章　骨伤类技术……352
第一节　理筋技术……352
第二节　脱位整复（复位）技术……382
第三节　骨折整复技术……392
第四节　外固定技术……419
第五节　骨外固定支架技术……437
第六节　牵引技术……446
第七节　撬拨复位技术……456
第八节　闭合穿针技术……462
第九节　练功康复技术……467
附：本章推荐阅读……478

第九章　肛肠类技术……480
第一节　挂线技术……480
第二节　枯痔（硬化）技术……484
第三节　结扎技术……487

第四节　中药灌肠技术……490
第五节　注射固脱技术……494
第六节　手法扩肛技术……499
第七节　肛裂切除术……501
附：本章推荐阅读……504

第十章　气功类技术……506
第一节　五禽戏……506
第二节　六字诀……514
第三节　易筋经……521
第四节　八段锦……530
第五节　五行掌……539
第六节　保健功……544
第七节　站桩功……553
第八节　回春功……556
第九节　放松功……563
第十节　内养功……566
第十一节　强壮功……570
第十二节　养气健目功……572
附：本章推荐阅读……579

第十一章　其他类技术……581
第一节　蜂疗技术……581
第二节　中药腐蚀技术……585
第三节　窦道搔爬技术……589
第四节　芳香治疗技术……595
第五节　吹药技术……598
第六节　五音治疗技术……600
第七节　经皮穴位电刺激技术……603
第八节　中药离子导入技术……606
第九节　中药涂擦技术……609
第十节　中药化腐清创技术……612
第十一节　中药面膜技术……615
第十二节　中药封包技术……618
第十三节　中药鼻腔透药技术……621
第十四节　杵针技术……625
附：本章推荐阅读……630

第一章　针刺类技术 ▷▷▷▷

第一节　毫针技术

毫针技术是指运用一次性使用无菌针灸针，通过一定的手法刺激人体的腧穴，从而疏通经络、调节脏腑，达到扶正祛邪、防治疾病目的的一种技术。毫针为古代“九针”之一，在古今针灸临床中运用最多，手法也最为丰富。毫针技术广泛适用于内、外、妇、儿等科的多种常见病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

临床上最常使用的毫针是一次性使用无菌针灸针，其类型根据针柄形式主要分为环柄针、平柄针和管柄针。使用前应注意检查针具的质量。一次性使用无菌针灸针的不同规格主要根据针体的直径和长度来区分，具体见表 1–1、表 1–2。

表 1–1　一次性使用无菌针灸针直径规格表

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

临床上一般以 28 ～ 34 号（直径为 0.22 ～ 0.35mm）的一次性使用无菌针灸针最为常用。粗针多用于四肢、腰臀部的腧穴，以及有瘫痪、麻木等针感迟钝者；细针多用于头面、眼区的腧穴，以及小儿、体虚患者等。

表 1–2　一次性使用无菌针灸针长度规格表

规格（寸）	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	4.0	5.0
长度（mm）	13	25	40	50	60	75	100	125

临床上以长度 1.0 ～ 3.0 寸（25 ～ 75mm）的一次性使用无菌针灸针最为常用，其中又以 1.5 寸（40mm）者用得最多。长针多用于肌肉丰厚部位的深刺或透穴；短针多用于肌肉浅薄部位的浅刺，如头面部穴位、耳穴等。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

在中医理论，尤其是经络理论指导下，依据近部选穴、远部选穴、辨证选穴、对症选穴等原则，以及按部位配穴、按经脉配穴等方法选穴。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 进针法

进针操作需要双手协同配合，一般右手持针操作，称为“刺手”；左手按压针刺部位，以固定腧穴皮肤或辅助固定针体，称为“押手”。临床常用的进针方法有以下几种。

（1）*指切进针法*　又称“爪切进针法”，是用押手拇指或食指的指端切按腧穴皮肤，刺手持针，针尖紧靠押手指甲缘迅速刺入。此法多用于短针的进针。

（2）*舒张进针法*　用押手拇指、食指或食指、中指将所刺腧穴部位的皮肤撑开绷紧，刺手持针刺入。此法多用于皮肤松弛处的进针。

（3）*提捏进针法*　用押手拇指、食指将拟刺腧穴两旁的皮肤提捏起，刺手持针从提捏腧穴的上端刺入。此法多用于皮肉浅薄处的进针，如印堂穴等。

（4）*夹持进针法*　用押手拇指、食指持消毒干棉球裹于针体下端，微露出针尖，将针尖接触腧穴，刺手持针柄，两手同时用力将针刺入。此法多用于较长一次性使用无菌针灸针的进针。

（5）*管针进针法*　将针先插入用玻璃、塑料或金属制成的比针短 7.5mm（3 分）的小针管内，针尖触及腧穴表面皮肤；押手压紧针管，刺手食指弹击针尾，使针尖迅速刺入皮肤；然后将针管去掉，再将针刺入腧穴。

5. 行针法

一次性使用无菌针灸针刺入后，为使患者产生针感，或调整针感强弱，或控制针感使其向周围或某一方向传导扩散而施行的操作手法，又称“行针”或“运针”。

得气，亦称“针感”，是指将针刺入腧穴后所产生的酸、麻、胀、重、凉、热、触电感、蚁走感、水波感等感觉或不自主的肢体活动，施针者会感到针下沉紧、涩滞或针体颤动。得气与否及得气的快慢直接关系到针刺的疗效，并可协助判断病情轻重和预后。得气是施行补泻手法的前提和基础。

（1）*提插法*　是将针刺入腧穴一定深度后，在穴内进行上提、下插的操作方法。将针由深层向上引退至浅层为提；从浅层向下刺入深层为插。使用提插法时，指力应均匀一致，幅度不宜过大，一般以 3 ～ 5 分钟为宜，频率不宜过快，每分钟 60 次左右，应保持针体垂直，不改变针刺角度和方向。

（2）*捻转法*　是将针刺入腧穴一定深度后，用刺手拇指与食指、中指夹持针柄，进

行向前、向后旋转捻动的操作方法。使用捻转法时，指力应均匀，角度要适当，一般应在 180° 左右，不能过度单向捻针，以免针体被肌纤维缠绕，引起局部疼痛，导致滞针，使出针困难。

6. 补泻手法

针刺补泻是针刺治病的重要内容，能够通过相应的手法激发经气、补虚泻实。补泻手法可分为单式补泻手法和复式补泻手法两大类。其中，单式补泻手法主要包括提插补泻、捻转补泻、徐疾补泻、迎随补泻、呼吸补泻、开阖补泻、平补平泻等；复式补泻手法为单式补泻手法的组合，包括烧山火、透天凉、飞经走气法等。

（1）提插补泻　针刺得气后，在针下得气处反复施行小幅度的重插轻提手法，以下插用力为主，为补法；针刺得气后，在针下得气处反复施行小幅度的轻插重提手法，以上提用力为主，为泻法。

（2）捻转补泻　针下得气后，反复施行捻转手法，以拇指向前捻转时用力重，向后捻转时用力轻者为补法；以拇指向后捻转时用力重，向前捻转时用力轻者为泻法。

（3）徐疾补泻　进针后，浅层得气，随之缓慢进针至一定深度，再快速退针至浅层，反复操作，快速出针及按闭针孔为补法；快速进针至一定深度，得气后，随之缓慢退针至浅层，反复操作，缓慢出针不闭针孔为泻法。

（4）迎随补泻　进针时针尖随着经脉循行的方向刺入为补法；针尖逆着经脉循行的方向刺入为泻法。即顺经为补，逆经为泻。

（5）呼吸补泻　在患者呼气时进针，得气后，依呼进吸退行针，吸气时出针为补法；在患者吸气时进针，得气后，依吸进呼退行针，呼气时出针为泻法。

（6）开阖补泻　出针后迅速按闭针孔为补法；出针时摇大针孔而不按压为泻法。

（7）平补平泻　进针至一定深度后，用缓慢的速度，均匀地提插捻转行针。

（8）烧山火　将腧穴的可刺深度分为浅、中、深三层（或天、人、地三部），针至浅层得气，再按先浅后深的顺序，每层各做紧按慢提（或用捻转补法）九数，然后退回至浅层，称为一度。如此反复操作数度，待针下产生热感，再留针至深层。在操作过程中，可配合呼吸补泻、开阖补泻中的补法。

（9）透天凉　将腧穴的可刺深度分为浅、中、深三层（或天、人、地三部），针至深层得气，再按先深后浅的顺序，在每层各做紧提慢按（或用捻转泻法）六数，称为一度。如此反复操作数度，待针下产生凉感，留针至浅层。在操作过程中，可配合呼吸补泻、开阖补泻中的泻法。

7. 留针与出针

留针时，医生可根据病情来确定留针与否，以及留针的时间长短，一般病证可酌情留针 15 ～ 30 分钟。出针时，用押手持消毒干棉球按住针孔周围皮肤，刺手持针做轻微捻转，将针缓慢提至皮下，然后将针起出。用消毒干棉球按压针孔，以防止出血、减轻疼痛。

8. 针刺异常情况及处理

（1）晕针　多见于初次接受针刺的患者。由于体质虚弱、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、晕厥等症状。晕针时应立即停止针刺，将针全部起出，让患者去枕平卧，松解衣带，注意保暖。轻者令其静卧片刻，予饮糖水或温开水；重者指掐或针刺其水沟、素髎、内关、合谷、太冲、足三里、涌泉等穴，可同时采取其他必要的常规急救措施。

（2）滞针　患者精神紧张，或针刺后因疼痛导致局部肌肉痉挛，或进针后患者体位变动，或医生单一方向捻针太过，使肌纤维缠绕针体，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。此时应嘱患者放松，如体位变动者，恢复原来体位；如单向捻转过度者，需反向捻转；或在滞针腧穴附近进行循按或叩弹针柄，或在附近再刺一针。

（3）弯针　医生手法不熟练，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。此时应停止行针，将针顺着弯曲的方向缓慢退出。切勿强行拔针，以防出现断针。

（4）断针　针具质量欠佳，或行针时过于用力，或连接电针仪电流过强，使针折断在人体内。断针时，应嘱患者保持原有体位，医生用押手拇指、食指在针旁按压皮肤，使针的残端暴露体外，刺手用镊子将针拔出。若折断部分深入皮下，应在 X 线下定位，手术取出。

（5）血肿　针具刺破血管，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，可先冷敷，24 小时后再行热敷之法。

（6）气胸　胸部、背部和锁骨附近的穴位针刺过深，刺入胸腔和肺组织导致气胸，患者会出现胸痛、胸闷、呼吸困难等症状。一旦发生气胸，应立即起针，并让患者采取半卧位休息，切勿因恐惧而翻转体位。一般漏气量少者，可静卧休息令自然吸收；对于严重者需及时组织抢救，如胸腔排气、少量慢速输氧等。

（7）刺伤中枢神经　针刺项部腧穴时，若针刺方向和深度不当，易伤及延髓，患者可持续出现头痛、恶心、呕吐、呼吸困难、休克或神志不清等症状，甚至危及生命；针刺胸腰段及棘突间腧穴时，若针刺过深、角度不当或手法太强，可误伤脊髓，出现触电样感觉向肢端放射，甚至引起暂时性肢体瘫痪。此时应立即出针，轻者安静休息后可自行恢复，重者应及时抢救。

（8）刺伤周围神经　在对有神经干或主要分支分布的腧穴针刺时操作不当，如手法过重、刺激时间过长，导致周围神经受损，出现麻木、灼痛，甚至出现沿神经分布路线的感觉障碍、功能障碍、肌肉萎缩等，应立即停止手法操作，缓慢出针。轻者采用局部按摩、理疗等，嘱患者加强功能锻炼，同时应用营养神经类药物；重者根据病情需要进行临床救治。

（9）刺伤其他内脏　针刺内脏周围腧穴时过深，或进针角度、方向不正确时，可刺伤内脏并出现相应症状。刺伤肝、脾可引起内出血，肝区或脾区疼痛，有的或向背部放射，出血过多会出现腹肌紧张、压痛、反跳痛等；刺伤肾脏可有腰痛、肾区压痛及叩

击痛、血尿等表现，严重时可引起血压下降、休克；刺伤胆囊、膀胱、胃、肠等空腔器官时，可出现腹膜刺激征等。轻者经卧床休息一段时间可自行恢复；较重者应予止血药等对症处理并加强观察，注意血压变化，一旦出现休克或腹膜刺激征，则必须迅速进行急救。

二、主要适应证

毫针技术适用于针刺类技术的全部适应证，可用于运动系统、神经系统、消化系统、呼吸系统、循环系统、内分泌系统、免疫系统、皮肤等多个系统、器官疾病及亚健康状态的治疗。

三、禁忌证

1. 孕妇的下腹、腰骶部及肩井、合谷、三阴交、至阴等腧穴不宜针刺。

2. 小儿囟门未闭合时，囟门附近的腧穴不宜针刺。

3. 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤等的部位，除特殊治疗需要外，均不应在患部直接针刺。

4. 凝血功能障碍者不宜针刺。

四、注意事项

1. 对初次进行针刺治疗的患者及精神紧张者，要先做好针前解释工作，消除其恐惧心理。

2. 患者在过饥、过饱、劳累及精神过度紧张时，不宜立即进行针刺。

3. 对身体虚弱、气血亏虚的患者进行针刺时，手法不宜过强，并尽量让患者采取卧位。

4. 针刺时应避开大血管；针刺深部有脏器的腧穴、眼区和颈部穴位（如风府、哑门等）时，应掌握针刺深度，不宜大幅度提插、捻转和长时间留针。

5. 对于头皮、眼周围等易出血的部位，出针时尤应注意，出针后急用消毒干棉球按压，此时按压要适度着力，切勿揉按，以免出血。对于留针时间较长者，出针后亦应按压针孔。

6. 行针时，提插幅度和捻转角度的大小、频率的快慢、时间的长短等，应根据患者的具体情况和术者所要达到的目的而灵活掌握。

五、临床应用举例

（一）中风（脑出血、脑梗死的恢复期）

穴位选取水沟、内关、极泉、尺泽、委中、三阴交。可随症配穴，口眼㖞斜加颊车、地仓；上肢不遂加肩髃、手三里、合谷；下肢不遂加环跳、阳陵泉、阴陵泉、风

市、足三里、太冲、解溪；头晕加风池、完骨、天柱；足内翻加丘墟透照海；便秘加天枢、照海、支沟；语言不利加廉泉；尿失禁、尿潴留加中极、关元。其中，水沟用雀啄法，以眼球湿润为度；刺极泉时，在该穴位置下 1 寸心经上取穴，避开腋动脉，直刺进针，用提插泻法，以上肢出现麻胀感和抽动为度；在风池操作时，针尖向鼻尖方向斜刺 0.8 ～ 1.2 寸；在廉泉操作时，针尖向舌根斜刺 0.8 ～ 1.5 寸。余穴直刺，行提插捻转手法。

（二）头风（偏头痛、紧张性头痛）

穴位选取百会、风池、合谷、太冲、头维。可随证配穴，少阳头痛加率谷、角孙、太阳、阳白、外关、足临泣；太阳头痛加天柱、太阳、后顶、后溪、申脉；阳明头痛加攒竹、印堂、合谷、内庭；厥阴头痛加四神聪、太冲。在风池操作时，针尖向鼻尖方向斜刺 0.8 ～ 1.2 寸，或平刺透风府。头部穴位多斜刺或平刺，肢体穴位多直刺。进针后行提插捻转手法。

（三）口僻（特发性面神经麻痹）

穴位选取阳白、颧髎、风池、翳风、地仓、颊车、合谷。可随症配穴，鼻唇沟平坦加迎香；人中沟歪斜加水沟；颏唇沟歪斜加承浆；目不能合加阳白、攒竹、申脉、照海；流泪加头临泣、承泣；听觉过敏加听宫、中渚。对于面部穴位，初起宜浅刺、轻刺，1 周后酌予平刺透穴或斜刺。

（四）漏肩风（肩关节周围炎）

穴位选取肩髃、肩髎、肩贞、肩前、阿是穴、条口透承山。可随证配穴，手太阳经证加养老；手阳明经证加温溜；手少阳经证加支沟；手太阴经证加列缺。先行条口透承山，做行针手法后嘱患者缓缓活动肩关节。余穴常规操作。

（五）腰痹（腰肌劳损或腰扭伤、腰椎间盘突出症）

穴位选取肾俞、夹脊、阿是穴、大肠俞、委中、金门、束骨。委中、阿是穴可行泻法或点刺放血，余穴常规操作。

（撰写人：王顺、白妍）

第二节　头针技术

头针技术是指在头皮特定的部位进行针刺的一种治疗技术。头针技术起源于古人针刺头部腧穴治疗疾病，如《素问・骨空论》记载“汗出头痛，身重恶寒，治在风府”；《灵枢・五乱》有“气在于头者，取之天柱、大杼”之言。该疗法可调节大脑皮层功能，有改善脑部血液循环状态、血管弹性等作用。头针技术可适用于多种疾病，尤其是脑病（如中风、痴呆等）及痛证等。

一、常用器具、穴线及基本操作方法

（一）常用器具

选用直径为 0.30 ～ 0.35mm、长度为 40 ～ 50mm 的一次性使用无菌针灸针。

（二）常用头针穴线及主治

常用头针穴线及主治具体见表 1–3。

表 1–3　常用头针穴线及主治

分区	穴名	定位	主治
额区	额中线	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	头痛、强笑、自哭、睡眠障碍、健忘、多梦、癫、狂、痫、鼻病等
	额旁 1 线	在额部，额中线外侧，直对目内眦，发际上下各 0.5 寸，即自眉冲穴沿膀胱经向下刺 1 寸，属足太阳膀胱经	冠心病、心绞痛、支气管哮喘、支气管炎、睡眠障碍等上焦病证
	额旁 2 线	在额部，额旁 1 线的外侧，直对瞳孔，发际上下各 0.5 寸，即自头临泣向下针 1 寸，属足少阳胆经	急慢性胃炎、胃十二指肠溃疡、肝胆疾病等中焦病证
	额旁 3 线	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	功能性子宫出血、阳痿、遗精、子宫脱垂、尿频、尿急等下焦病证
顶区	顶中线	在头顶正中线上，自百会穴向前 1.5 寸至前顶穴，属督脉	腰、腿、足病证（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
	顶颞前斜线	在头部侧面，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	对侧肢体中枢性运动功能障碍。将全线分成 5 等分，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、运动性失语症、流涎、脑动脉硬化等
	顶颞后斜线	在头部侧面，从百会穴至曲鬓穴的连线，此线经督脉斜穿足太阳膀胱经和足少阳胆经	对侧肢体中枢性感觉障碍。将全线分成 5 等分，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
	顶旁 1 线	在头顶部，顶中线左右各旁开 1.5 寸的两条平行线，自通天穴起向后针 1.5 寸，属足太阳膀胱经	腰、腿、足病证，如瘫痪、麻木、疼痛等
	顶旁 2 线	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	肩、臂、手病证，如瘫痪、麻木、疼痛等

续表

分区	穴名	定位	主治
颞区	颞前线	在头部侧面，颞部两鬓内，从额角下部向前发际处颌厌穴到悬厘穴，属足少阳胆经	偏头痛、运动性失语症、周围性面神经麻痹及口腔疾病等
	颞后线	在头部侧面，颞部耳上方，耳尖直上自率谷穴到曲鬓穴，属足少阳胆经	偏头痛、眩晕、耳聋、耳鸣等
枕区	枕上正中线	在枕部，枕外隆凸上方正中的垂直线，自强间穴至脑户穴，属督脉	眼病
	枕上旁线	在枕部，枕上正中线平行向外 0.5 寸	皮层性视力障碍、白内障、近视、目赤肿痛等眼病
	枕下旁线	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	小脑疾病引起的平衡障碍、后头痛，腰背两侧痛

头针穴线各区分布图见图 1–1 至图 1–5。

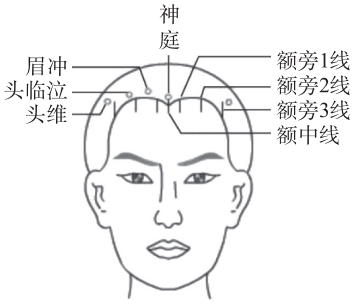


图 1–1　头正面头针穴线图示

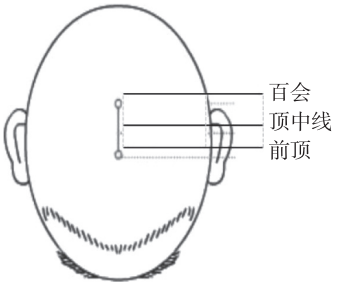


图 1–2　头顶头针穴线图示

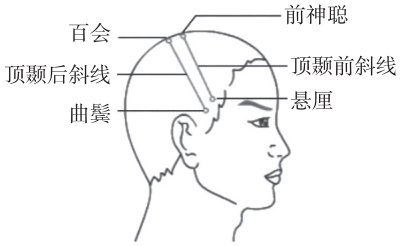


图 1–3　头侧面头针穴线图示（1）

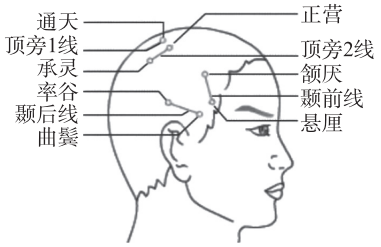


图 1–4　头侧面头针穴线图示（2）

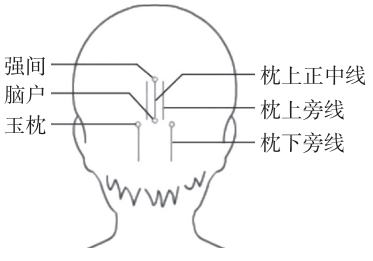


图 1–5　头后面头针穴线图示

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

运用头针技术治疗疾病时，按颅骨的解剖名称分为额区、顶区、颞区、枕区 4 个区，有 14 条标准线（左侧、右侧、中央共 25 条），根据疾病选用不同头针穴线进行治疗。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）进针

1）进针角度：一般针体宜与皮肤呈 30° 左右夹角进针，然后平刺进入穴线内。

2）进针速度：将针迅速刺入皮下，当针尖到达帽状腱膜下层时，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：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

1）捻转：在针体进入帽状腱膜下层后，医生肩、肘、腕关节和拇指固定不动，以保持一次性使用无菌针灸针相对固定，食指第一、第二节呈半屈曲状，用食指第一节的桡侧面与拇指第一节的掌侧面持住针柄，然后食指掌指关节做伸屈运动，使针体快速旋转，要求捻转频率为 120 ～ 180 次 / 分钟，持续 1 ～ 2 分钟。

2）提插：手持一次性使用无菌针灸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，用拇指、食指紧捏针柄，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。提插的幅度与频率根据患者的病情而定。

（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，头针留针时间宜为 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：留针期间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，15 ～ 30 分钟宜间歇行针 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，拔针后必须用无菌干棉球按压针孔，以防出血。

二、主要适应证

1. 脑卒中、血管性痴呆、癫痫、眩晕、抑郁症等脑病。

2. 颈椎病、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎等导致的疼痛，以及胃脘痛等痛证。

3. 针刺麻醉，哮喘、高血压等其他疾病。

三、禁忌证

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，头部有严重感染、溃疡、瘢痕者。

3. 患有严重心脏病、重度糖尿病、重度贫血、急性炎症、心力衰竭者和凝血功能障碍者。

4. 中风患者，急性期如因脑血管意外引起有昏迷、血压过高时，暂不宜用头针治疗，应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一次性使用无菌针灸针，以免折针、弯针。如局部不适，可适当退出 2 ～ 5mm。对有严重心脑血管疾病但留针时间较长者，应加强监护，以免发生意外。

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

3. 头发较密部位所刺入的一次性使用无菌针灸针可能会被遗忘，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。

五、临床应用举例

（一）中风（脑卒中）

选穴：①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顶颞后斜线下 2/5，上肢感觉障碍选取顶颞后斜线中 2/5 或顶旁 2 线，下肢感觉障碍选取顶颞后斜线上 1/5 或顶旁 1 线。②运动障碍可选取对侧顶颞前斜线、顶旁 1 线、顶旁 2 线。如中枢性面瘫、运动性失语症选取顶颞前斜线下 2/5，上肢运动障碍选取顶颞前斜线中 2/5 或顶旁 2 线，下肢运动障碍选取顶颞前斜线上 1/5 或顶旁 1 线。③平衡障碍可选取枕下旁线等。④运动性失语可选对侧顶颞前斜线下 2/5、颞前线等。⑤尿潴留可选取额旁 3 线、顶旁 1 线等。按基本操作方法执行。

（二）痴呆（血管性痴呆）

选取额中线、额旁 1 线、额旁 2 线、额旁 3 线、顶中线。按基本操作方法执行。

（三）偏头风（偏头痛）

选取头维、颞后线、额旁 2 线、顶颞前斜线下 2/5、顶中线。头维采用十字刺法，

即一针由前向后，一针由上向下。按基本操作方法执行。

（撰写人：徐振华、房繄恭）

第三节　耳针技术

耳针技术是指用特定针具或丸状物在耳郭相应穴位实施刺激以防治疾病的一种针灸技术。早在春秋战国时期就有利用耳郭治病的记载，如《灵枢·五邪》云："邪在肝，则两胁中痛，寒中，恶血在内，行善掣……取耳间青脉以去其掣。"其后，通过望耳的形态、色泽等辅助诊断疾病，用针刺、按摩和塞药等方法刺激耳郭以防治疾病等有关叙述更是散见于历代医书中。刺激耳郭穴位具有调整阴阳、疏通经络、改善全身脏腑功能的作用。耳针技术适用于内、外、妇、儿各科病症的治疗，也可用于美容、保健。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

常用器具为直径 0.18 ～ 0.30mm、长度 13 ～ 25mm 的一次性使用无菌针灸针，或图钉型揿针，以及王不留行籽、磁珠、莱菔子等丸状物。

（二）常用穴位及主治

与耳穴相关的耳郭表面解剖示意图见图 1–6，标准耳穴定位示意图见图 1–7，常用耳穴定位及主治见表 1–4。

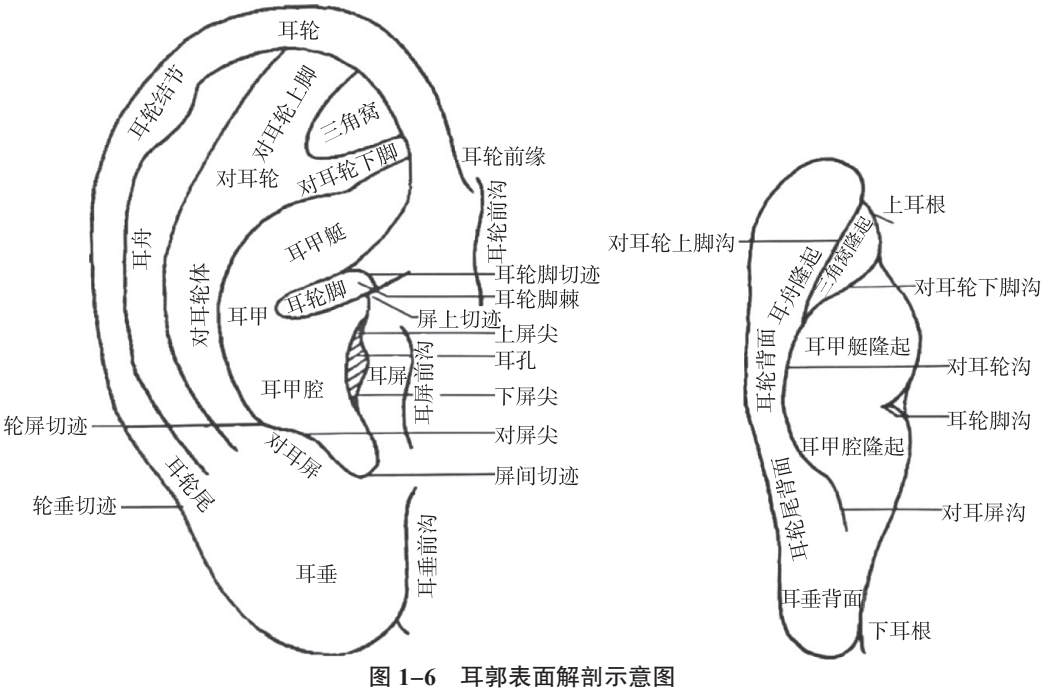


图 1–6　耳郭表面解剖示意图

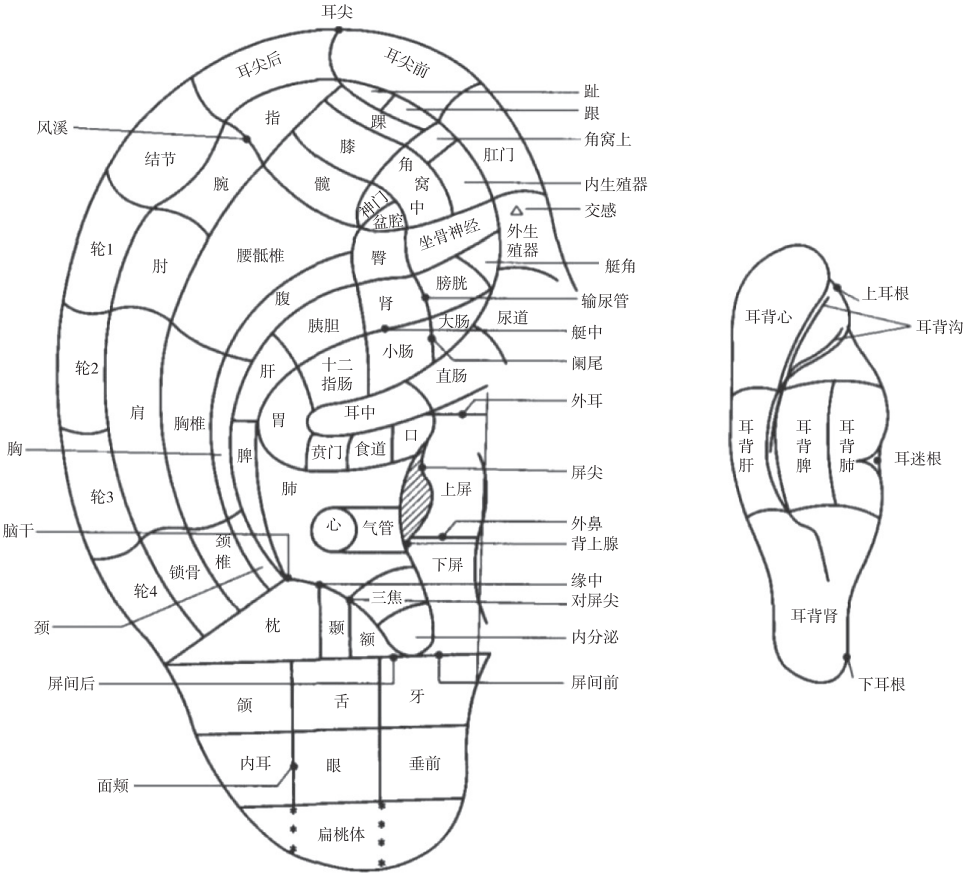


图 1–7　标准耳穴定位示意图

表 1–4　常用耳穴定位及主治

分区	穴名	定位	主治
耳轮	耳中	在耳轮脚处，即耳轮 1 区	呃逆、荨麻疹、瘙痒症
	直肠	在耳轮脚棘前上方的耳轮处，即耳轮 2 区	便秘、泄泻、脱肛、痔疮
	尿道	在直肠上方的耳轮处，即耳轮 3 区	尿频、尿急、尿痛、尿潴留
	外生殖器	在对耳轮下脚前方的耳轮处，即耳轮 4 区	睾丸炎、附睾炎、外阴瘙痒等外生殖器病症
	肛门	在三角窝前方的耳轮处，即耳轮 5 区	痔疮、肛裂
	耳尖前	在耳郭向前对折上部尖端的前部，即耳轮 6 区	感冒、痔疮
	耳尖	在耳郭向前对折的上部尖端处，即耳轮 6 区、7 区交界处	发热、高血压、急性结膜炎、睑腺炎、牙痛、睡眠障碍
	耳尖后	在耳郭向前对折上部尖端的后部，即耳轮 7 区	扁桃体炎
	结节	在耳轮结节处，即耳轮 8 区	头晕、头痛、高血压

续表

分区	穴名	定位	主治
耳轮	轮 1	在耳轮结节下方的耳轮处，即耳轮 9 区	发热、扁桃体炎、上呼吸道感染
	轮 2	在轮 1 区下方的耳轮处，即耳轮 10 区	
	轮 3	在轮 2 区下方的耳轮处，即耳轮 11 区	
	轮 4	在轮 3 区下方的耳轮处，即耳轮 12 区	
耳舟	指	在耳舟上方处，即耳舟 1 区	甲沟炎、手指麻木和疼痛
	腕	在指区的下方处，即耳舟 2 区	腕部疼痛
	风溪	在耳轮结节前方，指区与腕区之间，即耳舟 1 区、2 区交界处	荨麻疹、瘙痒症、变应性鼻炎
	肘	在腕区的下方处，即耳舟 3 区	肱骨外上髁炎、肘部疼痛
	肩	在肘区的下方处，即耳舟 4 区、5 区	肩关节周围炎、肩部疼痛
	锁骨	在肩区的下方处，即耳舟 6 区	肩关节周围炎
对耳轮	跟	在对耳轮上脚前上部，即对耳轮 1 区	足跟痛
	趾	在耳尖下方的对耳轮上脚后上部，即对耳轮 2 区	甲沟炎、脚趾疼痛
	踝	在趾、跟区下方处，即对耳轮 3 区	踝关节扭伤
	膝	在对耳轮上脚中 1/3 处，即对耳轮 4 区	膝关节疼痛、坐骨神经痛
	髋	在对耳轮上脚的下 1/3 处，即对耳轮 5 区	髋关节疼痛、坐骨神经痛、腰骶部疼痛
	坐骨神经	在对耳轮下脚的前 2/3 处，即对耳轮 6 区	坐骨神经痛、下肢瘫痪
	交感	在对耳轮下脚前端与耳轮内缘交界处，即对耳轮 6 区前端	胃肠痉挛、心绞痛、胆绞痛、输尿管结石、自主神经功能紊乱
	臀	在对耳轮下脚的后 1/3 处，即对耳轮 7 区	坐骨神经痛、臀部筋膜炎
	腹	在对耳轮体前部上 2/5 处，即对耳轮 8 区	腹痛、腹胀、泄泻、急性腰扭伤、痛经、产后宫缩痛
	腰骶椎	在腹区后方，即对耳轮 9 区	腰骶部疼痛
	胸	在对耳轮体前部中 2/5 处，即对耳轮 10 区	胸胁疼痛、肋间神经痛、胸闷、乳腺炎
	胸椎	在胸区后方，即对耳轮 11 区	胸痛、经前乳房胀痛、乳腺炎、产后泌乳不足
	颈	在对耳轮体前部下 1/5 处，即对耳轮 12 区	落枕、颈部疼痛
	颈椎	在颈区后方，即对耳轮 13 区	落枕、颈椎病
三角窝	角窝上	在三角窝前 1/3 的上部，即三角窝 1 区	高血压
	内生殖器	在三角窝前 1/3 的下部，即三角窝 2 区	痛经、月经不调、白带过多、功能性子宫出血、阳痿、遗精、早泄
	角窝中	在三角窝中 1/3 处，即三角窝 3 区	哮喘
	神门	在三角窝后 1/3 的上部，即三角窝 4 区	睡眠障碍、多梦、戒断综合征、癫痫、高血压、神经衰弱
	盆腔	在三角窝后 1/3 的下部，即三角窝 5 区	盆腔炎、附件炎

续表

分区	穴名	定位	主治
耳屏	上屏	在耳屏外侧面上 1/2 处，即耳屏 1 区	咽炎、鼻炎
	下屏	在耳屏外侧面下 1/2 处，即耳屏 2 区	鼻炎、鼻塞
	外耳	在屏上切迹前方近耳轮部，即耳屏 1 区上缘处	外耳道炎、中耳炎、耳鸣
	屏尖	在耳屏游离缘上部尖端，即耳屏 1 区后缘处	发热、牙痛、斜视
	外鼻	在耳屏外侧面中部，即耳屏 1 区、2 区之间	鼻前庭炎、鼻炎
	肾上腺	在耳屏游离缘下部尖端，即耳屏 2 区后缘处	低血压、风湿性关节炎、腮腺炎、链霉素中毒、眩晕、哮喘、休克
	咽喉	在耳屏内侧面上 1/2 处，即耳屏 3 区	声音嘶哑、咽炎、扁桃体炎、失语症、哮喘
	内鼻	在耳屏内侧面下 1/2 处，即耳屏 4 区	鼻炎、上颌窦炎、鼻衄
	屏间前	在屏间切迹前方耳屏最下部，即耳屏 2 区下缘处	咽炎、口腔炎
对耳屏	额	在对耳屏外侧面的前部，即对耳屏 1 区	偏头痛、头晕
	屏间后	在屏间切迹后方对耳屏前下部，即对耳屏 1 区下缘处	额窦炎
	颞	在对耳屏外侧面的中部，即对耳屏 2 区	偏头痛、头晕
	枕	在对耳屏外侧面的后部，即对耳屏 3 区	头晕、头痛、癫痫、哮喘、神经衰弱
	皮质下	在对耳屏内侧面，即对耳屏 4 区	头痛、间日疟、神经衰弱、假性近视、睡眠障碍
	对屏尖	在对耳屏游离缘的尖端，即对耳屏 1 区、2 区、4 区交点处	哮喘、腮腺炎、睾丸炎、附睾炎、神经性皮炎
	缘中	在对耳屏游离缘上，对屏尖与轮屏切迹之中点处，即对耳屏 2 区、3 区、4 区交点处	遗尿、梅尼埃病、尿崩症、功能性子宫出血
	脑干	在轮屏切迹处，即对耳屏 3 区、4 区之间	眩晕、后头痛、假性近视
耳甲	口	在耳轮脚下方前 1/3 处，即耳甲 1 区	口僻、口腔炎、胆囊炎、胆石症、戒断综合征、牙周炎、舌炎
	食道	在耳轮脚下方中 1/3 处，即耳甲 2 区	食管炎、食管痉挛
	贲门	在耳轮脚下方后 1/3 处，即耳甲 3 区	贲门失弛缓症、神经性呕吐
	胃	在耳轮脚消失处，即耳甲 4 区	胃痉挛、胃炎、胃溃疡、消化不良、恶心呕吐、前额痛、牙痛、睡眠障碍
	十二指肠	在耳轮脚及部分耳轮与 AB 线之间的后 1/3 处，即耳甲 5 区	十二指肠溃疡、胆囊炎、胆石症、幽门痉挛、腹胀、泄泻、腹痛
	小肠	在耳轮脚及部分耳轮与 AB 线之间的中 1/3 处，即耳甲 6 区	消化不良、腹痛、腹胀、心动过速
	大肠	在耳轮脚及部分耳轮与 AB 线之间的前 1/3 处，即耳甲 7 区	泄泻、便秘、咳嗽、牙痛、痤疮
	阑尾	在小肠区与大肠区之间，即耳甲 6 区、7 区交界处	单纯性阑尾炎、泄泻
	艇角	在对耳轮下脚下方前部，即耳甲 8 区	前列腺炎、尿道炎
	膀胱	在对耳轮下脚下方中部，即耳甲 9 区	膀胱炎、遗尿、尿潴留、腰痹、坐骨神经痛、后头痛

续表

分区	穴名	定位	主治
耳甲	肾	在对耳轮下脚下方后部，即耳甲 10 区	腰痹、耳鸣、神经衰弱、肾盂肾炎、遗尿、遗精、阳痿、早泄、哮喘、月经不调
	输尿管	在肾区与膀胱区之间，即耳甲 9 区、10 区交界处	输尿管结石绞痛
	胰胆	在耳甲艇的后上部，即耳甲 11 区	胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、偏头痛、带状疱疹、中耳炎、耳鸣、急性胰腺炎
	肝	在耳甲艇的后下部，即耳甲 12 区	胁痛、眩晕、经前紧张征、月经不调、围绝经期综合征、高血压、近视、单纯性青光眼
	艇中	在小肠区与肾区之间，即耳甲 6 区、10 区交界处	腹痛、腹胀、胆道蛔虫症
	脾	在 BD 线下方，耳甲腔的后上部，即耳甲 13 区	腹胀、泄泻、便秘、食欲不振、功能性子宫出血、白带过多、梅尼埃病
	心	在耳甲腔正中凹陷处，即耳甲 15 区	心动过速、心律不齐、心绞痛、大动脉炎、神经衰弱、癔症、口舌生疮
	气管	在心区与外耳门之间，即耳甲 16 区	哮喘、支气管炎
	肺	在心、气管区周围处，即耳甲 14 区	咳嗽、胸闷、声音嘶哑、瘙痒症、荨麻疹、便秘、戒断综合征
	三焦	在外耳门后下，肺与内分泌区之间，即耳甲 17 区	便秘、腹胀、上肢外侧疼痛
	内分泌	在屏间切迹内，耳甲腔的底部，即耳甲 18 区	痛经、月经不调、围绝经期综合征、痤疮、间日疟、甲状腺功能减退或甲状腺功能亢进
耳垂	牙	在耳垂正面前上部，即耳垂 1 区	牙痛、牙周炎、低血压
	舌	在耳垂正面中上部，即耳垂 2 区	舌炎、口腔炎
	颌	在耳垂正面后上部，即耳垂 3 区	牙痛、颞颌关节紊乱症
	垂前	在耳垂正面前中部，即耳垂 4 区	神经衰弱、牙痛
	眼	在耳垂正面中央部，即耳垂 5 区	急性结膜炎、睑腺炎、近视
	内耳	在耳垂正面后中部，即耳垂 6 区	梅尼埃病、耳鸣、听力减退、中耳炎
	面颊	在耳垂正面眼区与内耳区之间，即耳垂 5 区、6 区交界处	口僻、三叉神经痛、痤疮、扁平疣、面肌痉挛、腮腺炎
	扁桃体	在耳垂正面下部，即耳垂 7 区、8 区、9 区	扁桃体炎、咽炎
耳背	耳背心	在耳背上部，即耳背 1 区	心悸、睡眠障碍、多梦
	耳背肺	在耳背中内部，即耳背 2 区	哮喘、瘙痒症
	耳背脾	在耳背中央部，即耳背 3 区	胃痛、消化不良、食欲不振
	耳背肝	在耳背中外部，即耳背 4 区	胆囊炎、胆石症、胁痛
	耳背肾	在耳背下部，即耳背 5 区	头痛、头晕、神经衰弱
	耳背沟	在对耳轮沟和对耳轮上、下脚沟处	高血压、瘙痒症
耳根	上耳根	在耳郭与头部相连的最上处	鼻衄
	耳迷根	在耳轮脚后沟的耳根处	胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、腹痛、泄泻、鼻塞、心动过速
	下耳根	在耳郭与头部相连的最下处	低血压、下肢瘫痪、小儿麻痹症后遗症

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

（1）根据病位选穴　如胃痛选胃穴、肺病选肺穴、肩痛选肩穴等。

（2）根据中医学理论选穴　根据“肺主皮毛”理论，皮肤病可选肺穴；根据“肾开窍于耳”理论，耳鸣可选肾穴；根据胆经“上抵头角”，循行于头侧面，偏头痛可选胆穴；根据“肝开窍于目”理论，目赤肿痛可选肝穴。

（3）根据西医学理论选穴　月经不调选内分泌、睡眠障碍选神门、高血压选耳背沟等。

根据临床经验选穴　如目赤肿痛用耳尖等。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）耳穴毫针法　常规消毒。医生一手固定耳郭，另一手拇指、食指、中指持针刺入耳穴。针刺方向视耳穴所在部位灵活掌握，针刺深度宜 0.1 ～ 0.3cm，以不穿透对侧皮肤为度。针刺手法与留针时间应视患者的病情、体质及耐受度综合考虑。宜留针 15 ～ 30 分钟，留针期间应间断行针 1 ～ 2 次。出针时一手固定耳郭，另一手将针拔出，应用无菌干棉球或棉签按压针孔。

（2）耳穴压丸法　常规消毒。将表面光滑、质硬、大小适中的王不留行籽（或磁珠、莱菔子）固定在胶布上。耳穴定位后，医生一手固定耳郭，另一手持止血钳夹住带有压丸的胶布贴敷在穴位上，适当按压使耳郭有热感，留针 2 ～ 4 日，嘱患者根据病情适当按压。

（3）耳穴埋针法　常规消毒。穴位定位后，医生一手固定耳郭，另一手持止血钳夹住揿针针柄对准耳穴刺入，外敷胶布固定，一般留针 2 ～ 3 日。

（4）耳穴刺血法　医者佩戴一次性乳胶或薄膜手套，刺血前宜按摩耳郭使所刺部位充血。常规消毒。医者一手固定耳郭，另一手持针点刺耳穴，挤压使之适量出血。施术后以无菌干棉球或棉签压迫止血并消毒刺络部位。

二、主要适应证

1. 心脏神经症、心律不齐、高血压、眩晕、睡眠障碍、癔症等心脑疾病。

2. 各种扭挫伤、牙周炎导致的疼痛，以及神经性疼痛、头痛等痛证。

3. 功能性腹胀、皮肤过敏、肥胖、月经病等其他疾病，以及戒断综合征等。

三、禁忌证

1. 耳穴局部皮肤有溃疡或炎症者。

2. 习惯性流产者。

3. 凝血功能障碍者禁用耳穴刺血法。

四、注意事项

1. 严格消毒，防止感染。

2. 紧张、疲劳、虚弱患者宜卧位针刺，预防晕针。

3. 湿热天气，耳穴压丸、耳穴埋针留置时间不宜过长，耳穴压丸宜 2 ～ 3 日，耳穴埋针宜 1 ～ 2 日。

4. 耳穴压丸、耳穴埋针留置期间应防止胶布脱落或污染。对普通胶布过敏者宜改用脱敏胶布。

5. 对有严重心脏病、高血压患者手法要轻。

6. 对扭伤和运动障碍者，进针后配合运动疗法，有助于提高疗效。

7. 耳穴压丸要选择表面光滑、质硬、大小适中的压丸。

8. 妊娠期慎用耳针。

五、临床应用举例

（一）不寐（睡眠障碍）

选取皮质下、心、肾、肝、神门、垂前、耳背心等穴位。耳穴毫针法每次选 3 穴，行针手法要轻，出针后可选用耳穴埋针法或耳穴压丸法巩固治疗。

（二）痛经（原发性痛经）

选取内生殖器、肾等穴位。发作期施耳穴毫针法，每次选 2 ～ 3 穴，行针手法要轻；缓解期可选用耳穴压丸法，嘱患者定时按压，留置 2 ～ 4 日。

（三）风瘙痒（皮肤瘙痒）

选取心、风溪、交感、神门、脾等穴位。发作期施耳穴毫针法，每次选 3 穴，行针手法要轻；缓解期可选用耳穴埋针法或耳穴压丸法巩固治疗。

（撰写人：马瑞、马铁明、粟胜勇）

第四节　眼针技术

眼针技术是指在眼眶内外的特定穴区进行针刺等刺激，以治疗全身疾病的一种针灸技术。具有用针小、取穴少、针刺浅、手法轻、操作简、安全无痛等特点，主要用于脑病、痛证等疾病的治疗。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

宜选用直径为 0.20 ～ 0.35mm、长度为 13 ～ 25mm 的一次性使用无菌针灸针。所选择的一次性使用无菌针灸针的针体应光滑、无锈蚀，针尖应锐利、无倒钩。

（二）常用穴位

双眼平视正前方，以瞳孔为中心作水平线及垂线，即从瞳孔发出的上、下、内、外 4 条线将眼球等分为 4 个区域。再将此 4 个区域各引 1 条平分线，此时以瞳孔为中心的 8 条线将眼球等分为 8 个区域。此 8 条线被称为分区定位线，内上方的平分线为分区定位 1 线；瞳孔正上方的垂线为分区定位 2 线；外上方的平分线为分区定位 3 线；瞳孔至目外眦的水平线为分区定位 4 线；外下方的平分线为分区定位 5 线；瞳孔正下方的垂线为分区定位 6 线；内下方的平分线为分区定位 7 线；瞳孔至目内眦的水平线为分区定位 8 线。

再以瞳孔为中心发出 8 条平分线，将上述 8 个区域等分为 16 个小区域。分区时，以分区定位 1 线为中心，将其邻近的 2 个小区域划分为 1 区；以分区定位 2 线为中心，将其邻近的 2 个小区域划分为 2 区；同理，陆续可以划分 3 ～ 8 区。

定穴时，沿 1 ～ 8 区的方向，划分如下：1 区为肺大肠区；2 区为肾膀胱区；3 区为上焦区；4 区为肝胆区；5 区为中焦区；6 区为心小肠区；7 区为脾胃区；8 区为下焦区。具体见图 1–8。

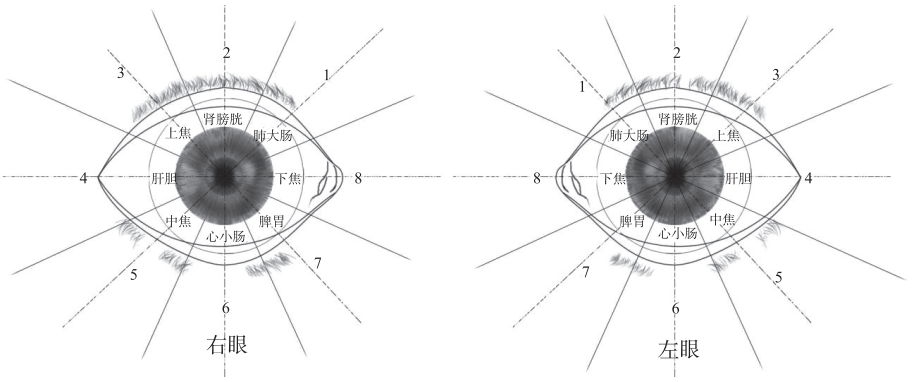


图 1–8　眼针分区定穴示意图

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

（1）循经取穴　是以经络所过、主治所及为原则，病属于哪一经，就取本经对应的眼针穴区。如患者以肩背痛为主诉，痛在上臂及肩胛部，此属手太阳小肠经循行部位，可取心小肠穴区。患者以头痛为主诉，以后头痛为甚，并连及颈项部，属足太阳膀胱经循行部位，可取肾膀胱穴区；如以两侧头痛为重，属少阳头痛，为足少阳胆经循行部位，可取肝胆穴区。

（2）脏腑取穴　是根据脏腑辨证原则，选取相应的眼针穴区。如患者以咳嗽、喘促为主诉，知病位在肺，可取肺大肠穴区；患者以心悸、心烦为主诉，切诊脉见结代，知病位在心，可取心小肠穴区；患者以胃脘痛为主诉，伴有恶心、呕吐，知病位在胃，可取脾胃穴区；患者以阳痿为主诉，伴有腰膝酸软无力、遗精等症，两尺脉无力，知病位在肾，可取肾膀胱穴区。

（3）三焦取穴　是通过膈肌和脐画两条水平线，将人体分为上、中、下 3 个部分，病在上则取上焦穴区，病在中则取中焦穴区，病在下则取下焦穴区。

上焦取穴：人体的上部，膈肌水平以上，如前胸、后背及心、肺、气管、支气管、胸膜，以及颈项、头面五官和上肢等部位的病症，可取上焦穴区。如头痛、咳嗽、喘促、上肢活动不灵活或肿痛。

中焦取穴：人体的中部，膈肌水平以下至脐水平以上，如腰背部、上腹部及内容脏器肝、胆、胰、胃、肠、脾等部位的病症，可取中焦穴区。如胃脘痛、恶心、呕吐等症。

下焦取穴：人体的下部，脐水平以下，如腰、骶、髂、臀、小腹及泌尿生殖系统、肛肠、腹膜和下肢等部位的病症，可取下焦穴区。如腰骶部疼痛，月经不调、痛经，下肢活动不灵活、痿软无力或疼痛。

（4）观眼取穴　即观察患者的白睛，哪一经穴区的脉络形状、颜色最明显，就取哪一经穴区。

脏腑的病变可以通过白睛上的脉络表现出来。在临床取穴时，不仅要遵循上述取穴原则，还要配以观眼取穴，以直达病所。此外，有些疾病既分不清病属何经，亦分不清病变部位，但尽管是多经发病，也必有侧重，在白睛的不同区域就会有不同的表现。因此，只要观察白睛上哪一经穴区脉络明显，便可取哪一经穴区。如患者以全身疼痛、倦怠乏力为主要症状前来就诊，从其症状分析，既分不清病变在何部位，又分不清病属何经，治疗时既要普遍兼顾，又要重点突出。普遍兼顾即选取上焦穴区、中焦穴区、下焦穴区。重点突出即观察白睛上哪一经穴区脉络明显，就选取该经穴区。

临床取穴时，需灵活掌握眼针取穴的四种方法，将其有机结合，以确定正确的治疗方案。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 眼针刺法

分为眶外平刺法、眶内直刺法、点刺法、双刺法、眶内外合刺法、压穴法。

（1）眶外平刺法　为眼针最常用的针刺方法。持针在距眼眶内缘 2mm 的穴区部位进行平刺操作，刺入真皮，到达皮下组织，进针 0.5 寸（13mm），保持针体处于该穴区内。

（2）眶内直刺法　以押手固定眼球，持针在紧贴眼眶内缘的穴区垂直进针 0.5 寸（13mm）。

（3）点刺法　以押手固定眼睑，使之绷紧，持针在眼睑部选取穴区轻轻点刺 5 ～ 7 次，以不出血为度。

（4）双刺法　不论采取眶内直刺法，还是眶外平刺法，当刺入一针后，在其所处的穴区内，紧贴着针体旁，按同一方向，再刺入一针，均进针 0.5 寸（13mm）。

（5）眶内外合刺法　于同一穴区内，在眶内、眶外各刺一针，均进针 0.5 寸（13mm）。

（6）压穴法　于所选取的穴区内，使用点穴棒、三棱针柄等按压眼眶内缘，以局部产生酸、麻、胀感为度，持续按压 15 ～ 30 分钟。

5. 进针后处理

（1）行针技术的操作要求　一般情况下，进针后不需要行针，无须提插、捻转。如果进针后针感不明显，可施以刮柄法，或将针体提出 1/3，稍改变方向后再行刺入。

（2）留针技术要求　①静置留针法：留针期间不应施行任何针刺手法，让针体留置在穴区内。一般情况下，留针时间宜为 15 ～ 60 分钟。②刮柄刺激法：在留针期间，如果局部得气感不明显，则可间歇重复施行刮柄法操作，以加强刺激。一般情况下，15 ～ 30 分钟间歇行针 1 ～ 2 次，每次 0.5 ～ 1 分钟。

（3）留针的注意事项　①留针应因人而异。体弱者留针时间较短，体壮者可适当延长留针时间。婴幼儿、躁动患者及其他难以合作者，不宜留针。②留针应因时而异。夏季天气炎热，不宜久留针；冬季气候寒冷，适宜久留针。③留针应因病而异。病情轻、症状轻或经治疗症状已消失者，可以不留针或短时间留针；病情重、症状顽固者宜久留针。④留针应注意安全。留针期间应叮嘱患者及家属不要碰触留置在眼眶内外的针，以免发生折针、弯针。对需要长期留针而又有严重心脑血管疾病者，应加强监护，以免发生意外。

6. 出针的要求

以刺手拇指、食指捏持针柄，轻轻转动后缓慢出针 1/2，然后慢慢拔出，拔针后即刻用无菌干棉球按压针孔，宜按压 1 ～ 3 分钟。

7. 疗程

运用眼针技术进行治疗时，宜每日施针 1 次，连续治疗 10 ～ 14 日为 1 个疗程，休息 2 日后，可进行下一个疗程。

二、主要适应证

1. 中风、眩晕、癫痫等脑病。

2. 软组织损伤、腰椎间盘突出症导致的疼痛，以及胆绞痛、痛经等痛证。

3. 膈肌痉挛、产后尿潴留等。

三、禁忌证

1. 眼区有破损、感染者。
2. 精神病患者。
3. 传染病患者。
4. 金属过敏者。

四、注意事项

1. 注意防止发生晕针或晕血。
2. 注意局部出血或血肿。出针后用无菌干棉球压迫片刻，切忌揉挤，以防出血、渗血，有出血倾向者禁针。
3. 注意进针时勿伤及眼球。
4. 点刺操作时，进针宜浅，手法宜轻、宜快。
5. 注意防止操作部位感染。
6. 孕妇及新产后慎用。
7. 患者精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时慎用。
8. 震颤不止、躁动不安、眼睑肥厚者慎用。
9. 针前要做好解释工作，消除患者的恐惧心理。

五、临床应用举例

（一）中风（脑梗死）

眶外平刺肝胆穴区、肾膀胱穴区、上焦穴区、下焦穴区。风痰阻络者加脾胃穴区；痰热腑实者加脾胃穴区、肺大肠穴区；气虚血瘀者加心小肠穴区、脾胃穴区。针刺下焦穴区时，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。每日1次，2周为1个疗程。

（二）眩晕（后循环缺血）

眶外平刺肝胆穴区、肾膀胱穴区、上焦穴区。痰浊上蒙者加脾胃穴区；气血亏虚者加心小肠穴区、脾胃穴区。每日1次，2周为1个疗程。

（撰写人：车戬、亢泽峰、王志强）

第五节　鼻针技术

鼻针技术是指在鼻部范围内的特定腧穴施以针刺，以防治疾病的一种针灸技术。鼻针是依据经络学说和鼻部色诊的理论发展起来的。脏腑、肢体和鼻部区域有直接或间接

关系，因此当某脏腑组织和肢体发生病变时，在鼻部的相应穴位上可能出现相关反应或色泽上的改变。针刺鼻针穴位可达到通经脉、和气血、调脏腑、通鼻窍的作用。该法主要适用于治疗痛证与炎症性疾病。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

选用直径为 0.22 ～ 0.28mm、长度为 13 ～ 25mm 的一次性使用无菌针灸针。所选针具针体应光滑、无锈蚀，针尖应锐利、无倒钩，针柄应牢固、无松动。

（二）常用穴位

鼻针穴位共 23 个，分布在 3 条线上，具体见图 1–9。

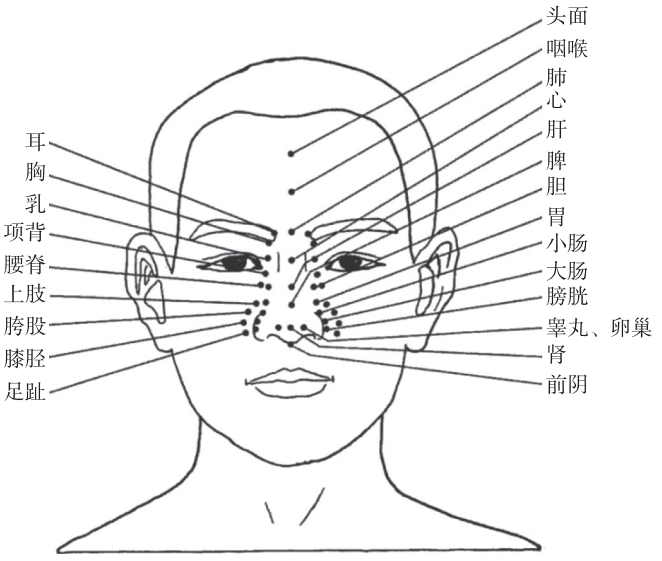


图 1–9　鼻针穴位分布示意图

1. 面中线（第一线）

起于前额正中，止于水沟穴之上，共 9 个穴位。

（1）头面　额正中处，眉心与前发际中点连线的上、中 1/3 交点处。

（2）咽喉　头面与肺之间，当眉心与前发际中点连线的中、下 1/3 交点处。

（3）肺　两眉头连线之中点处。

（4）心　两目内眦连线之中点处。

（5）肝　当鼻梁最高处，鼻正中线与两颧骨连线之交点处。

（6）脾　当鼻准头上缘正中线上。

（7）肾　在鼻尖端处。

（8）前阴　在鼻中隔下端尽处。

（9）睾丸、卵巢　在鼻尖肾点的两侧。

2. 鼻孔线（第二线）

起于目内眦下方，紧靠鼻梁骨两侧，至鼻翼下端尽处止，共 5 个穴位。

（1）胆　位于肝区的外侧，目内眦下方。

（2）胃　位于脾区的外侧，胆区直下方。

（3）小肠　在鼻翼上 1/3 处，胃点下方。

（4）大肠　在鼻翼正中处，小肠点下方。

（5）膀胱　在鼻翼壁尽处，大肠点下方。

3. 鼻旁线（第三线）

起于眉内侧，沿鼻孔线的外方，止于鼻翼尽端外侧，共 9 个穴位。

（1）耳　在眉内侧端，与肺相平。

（2）胸　在眉棱骨下，目窠之上。

（3）乳　在睛明穴之上方。

（4）项背　在睛明穴之下方。

（5）腰脊　在胆区之外，项背点的外下方。

（6）上肢　在胃区之外方，腰脊点的外下方。

（7）胯股　在鼻翼上部相平处外侧，上肢点外下方。

（8）膝胫　在鼻翼正中外侧，胯股点的下方。

（9）足趾　在鼻翼下部相平处外侧，膝胫点的下方。

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

根据病情在鼻部选取相应的穴位，在穴区内用探棒或电阻探测仪探测敏感点。

用探棒在鼻部的相应区域内，轻、慢、均匀地用一定压力探测，遇有疼痛或异常感时即为敏感点；或用无菌干棉球擦干鼻部湿润区域，用电阻探测仪在患者鼻部的病变相应部位做缓慢、均匀的探查，患者感到局部有针刺样或烧灼样疼痛，探测仪亦发出声响时，此点即为敏感点。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）进针　根据穴位所在部位，采用斜刺或平刺，快速刺入所选定的穴位，针刺深度视具体部位而定，以 2 ～ 5mm 为宜。

（2）留针　捻转要轻，待患者有酸、麻、胀、痛或流泪、打喷嚏等针感时，可留针 10 ～ 30 分钟。

（3）出针　出针时快速将针拔出。出针后用消毒干棉球或干棉签按压针孔。

5. 疗程

每日 1 次或隔日 1 次，7 ～ 10 次为 1 个疗程。

二、主要适应证

1. 落枕、肩关节周围炎、腰肌劳损及各部位软组织损伤等骨伤及软组织疾病。
2. 偏头痛、特发性面神经麻痹等神经、精神科疾病。
3. 咽喉炎、鼻炎、牙痛、耳鸣等五官科疾病。
4. 痛经、慢性盆腔炎等妇科疾病。
5. 睾丸炎、前列腺炎等男科疾病。
6. 阑尾炎、胆囊炎等外科疾病。

三、禁忌证

1. 鼻部皮肤局部有感染、溃疡、创伤者。
2. 凝血功能障碍者。
3. 精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿者。
4. 金属过敏者。

四、注意事项

1. 由于鼻部肌肉比较薄，鼻区皮肤比较敏感，故刺激宜轻，避免进针过深，以及强烈提插、捻转。

2. 使用鼻针以不影响患者容貌为宜。

3. 孕妇慎用。

4. 鼻部有瘢痕时，针刺应避开。

5. 防止晕针的发生。若发生晕针应立即出针，使患者呈头低脚高卧位，注意保暖，必要时可饮用温开水或温糖水，或掐水沟、内关等穴，即可恢复。严重时按晕厥处理。

五、临床应用举例

（一）鼻鼽（变应性鼻炎）

选用鼻部穴位头面、咽喉、项背、胸、肺、大肠等。采用平刺法。

（二）漏肩风（肩关节周围炎）

选用鼻部穴位项背、上肢、胸、腰脊等。采用平刺法。

（三）腹痛（慢性盆腔炎）

选用鼻部穴位卵巢、肾、腰脊、前阴、胸、乳等。采用平刺或斜刺法。

（撰写人：吴绪平、周鹏）

第六节　面针技术

面针技术是指针刺面部特定穴区以治疗全身疾病的一种针刺技术。面针穴区分布是基于古代医家面部望诊技术发展而来的。《灵枢·五色》记载："五色各见其部，察其浮沉，以知浅深；察其泽夭，以观成败；察其散抟，以知远近；视色上下，以知病处。"面部可反映疾病的病位、浅深及转归。《灵枢》还指出，面部可根据"五脏、六腑、肢节之部"分区。具体面部分区的记载："庭者，首面也；阙上者，咽喉也；阙中者，肺也；下极者，心也；直下者，肝也；肝左者，胆也；下者，脾也；方上者，胃也；中央者，大肠也；挟大肠者，肾也；当肾者，脐也；面王以上者，小肠也；面王以下者，膀胱子处也。"面针技术具有通经活络、麻醉镇痛、美容等作用，主要适用于治疗各种痛证、消化系统疾病、皮肤病等，以及麻醉镇痛领域。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

采用直径为 0.18 ～ 0.35mm、长度为 13 ～ 40mm 的一次性使用无菌针灸针。根据不同病证、部位和患者的形体强弱，选择不同大小的针具。针体必须保持光滑、无锈蚀，针尖必须确保锐利、无倒钩。

（二）常用穴位

常用穴位具体见图 1–10 及表 1–5。

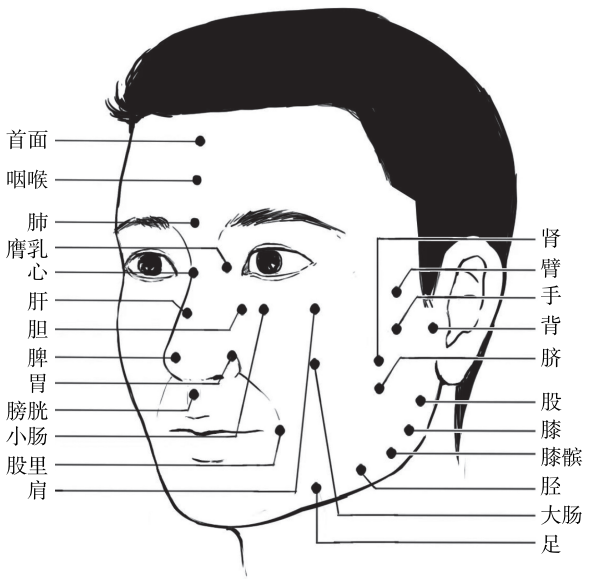


图 1–10　面针常用穴位定位示意图

表 1–5　面针常用穴位定位表

分区	穴名	定位	针法	穴数
额区	首面	眉心至前发际正中连线上、中 1/3 交界处	沿皮刺	单穴
	咽喉	眉心至前发际正中连线的中、下 1/3 交界处	沿皮刺	单穴
	肺	两眉内侧端连线的中点	沿皮刺	单穴
鼻区	心	鼻梁骨最低处，两目内眦连线的中点	沿皮刺	单穴
	肝	鼻梁骨最高点下方，鼻正中线与两颧连线之交叉点	沿皮刺	单穴
	脾	鼻尖上方，鼻端准头上缘正中处	沿皮刺	单穴
	胆	鼻梁骨外缘偏下方，目内眦直下，肝穴的两旁	沿皮刺	双穴
	胃	鼻翼中央偏上方，脾穴两旁，胆穴直下，两线交叉处	沿皮刺	双穴
眼区	膺乳	目内眦稍上方，鼻梁骨外缘凹陷处	沿皮刺	双穴
口区	膀胱	人中沟的上、中 1/3 交界处	沿皮刺	单穴
	股里	口角旁 5 分，当上、下唇吻合处	直刺	双穴
耳区	背	耳屏前方，耳屏内侧与下颌关节之间	直刺	双穴
颧区	小肠	颧骨内侧缘，肝、胆穴的同一水平线上	沿皮刺	双穴
	大肠	颧面部，目外眦直下，颧骨下缘处	直刺	双穴
	肩	颧部，目外眦直下，颧骨上缘处	沿皮刺	双穴
	臂	颧骨后上方，肩穴后方，颧弓上缘处	斜刺	双穴
	手	颧骨后下方，臂穴下方，颧弓下缘处	直刺	双穴
颊区	股	耳垂与下颌角连线的上、中 1/3 交界处	直刺	双穴
	膝	耳垂与下颌角连线的中、下 1/3 交界处	直刺	双穴
	膝髌	下颌角上方凹陷处	直刺	双穴
	胫	下颌角之前方，下颌骨上缘处	沿骨刺	双穴
	足	目外眦直下方，下颌骨上缘处	沿骨刺	双穴
	肾	颊部，鼻翼的水平线与太阳穴直下垂线的交叉处	直刺	双穴
	脐	颊部，肾穴下方约 7 分处	直刺	双穴

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

（1）对应取穴　根据病变器官或手术需涉及的脏器选用相应的穴位。如心脏疾病取心穴，胃病取胃穴，小儿夜尿频多取膀胱穴、肾穴，胃部手术取胃穴，阑尾切除术取大肠穴。

（2）辨证取穴　因“肺主皮毛”，所以皮肤病取肺穴；因“心藏神”，所以往往取心穴以起镇静安神、加强镇痛的作用等。也可选用与该脏（腑）有表里关系的穴位，如肝

穴与胆穴、肾穴与膀胱穴往往同取等。

3. 体位选择

以医生能正确取穴、操作方便，患者感觉舒适为原则。

4. 进针方式

按毫针刺法进针；看穴位处皮肤的厚薄及针刺的需要分别采用横刺、斜刺或直刺；迅速刺入皮肤，再徐徐刺入一定的深度。前额部、鼻部、口旁的穴位可采用横刺或斜刺；颊部、颧部及耳前的穴位可采用直刺。

5. 留针处理

针刺得气后可留针 10 ～ 30 分钟，每隔 5 ～ 10 分钟运针 1 次，如有需要也可用皮内埋针法。在不便于长时间运针的额部、鼻部和眼旁的穴位，往往用电针持续刺激，脉冲频率一般为 180 ～ 240 次 / 分钟，连续波，强度以患者能耐受为度。

6. 出针后处理

若出血不止，可用消毒干棉球或棉签擦拭或按压止血。

7. 疗程

每次留针 30 分钟，10 次为 1 个疗程。

二、主要适应证

1. 头痛、颈痛、心痛、肋间神经痛、胆绞痛、肾绞痛、胃脘痛、膝关节痛，以及急性腰扭伤、肩关节周围炎等导致的疼痛。

2. 胆囊炎、胆囊息肉、胃肠功能紊乱等肝胆脾胃疾病。

3. 用于面部美容等。

三、禁忌证

1. 严重心、肝、肾功能不全者。

2. 局部皮肤有感染、溃疡或瘢痕者。

四、注意事项

1. 面部，尤其是鼻唇区属“危险三角区”，必须注意严格消毒。

2. 鼻部皮肉较薄，选用针具宜短不宜长，且不宜直刺进针，以免引起强烈疼痛。出针后，一般任其自然止血即可，必要时使用消毒干棉球或棉签擦拭或按压止血。

五、临床应用举例

（一）黄疸（胆汁淤积症）

取肝穴透胆穴。局部消毒后用直径为 0.20mm、长度为 13 ～ 40mm 的一次性使用无菌针灸针沿皮刺，从肝穴透刺至胆穴，轻轻捻针至得气。

（二）粉刺（痤疮）

取肺穴、大肠穴、胃穴及面部痤疮处。局部消毒后用直径为 0.20mm、长度为 13 ～ 25mm 的一次性使用无菌针灸针沿皮刺或直刺，对局部痤疮进行围刺，每处皮损区围刺 4 ～ 6 针。

（三）不寐（睡眠障碍）

取心穴、肺穴、肾穴。局部消毒后用直径为 0.20mm、长度为 13 ～ 25mm 的一次性使用无菌针灸针沿皮刺或直刺。

（撰写人：王聪、郝重耀）

第七节　手针技术

手针技术是指针刺手部的特定穴位以治疗全身疾病的一种技术。该技术基于经络理论和生物全息理论，总结形成了手部特殊穴位，以及手部与全身各部位、组织、器官的对应关系，通过刺激相应反应区可达到治病、防病的目的。针刺手部特定穴位，具有激发经气，调整相应脏腑经络的作用。手针技术常用以治疗各类急性痛证、产后缺乳、小儿遗尿、支气管炎、哮喘、心律失常、瘙痒症等。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

以直径为 0.35mm、长度为 13 ～ 25mm 的一次性使用无菌针灸针为主。

（二）常用穴位及主治

1. 手象针穴区

手针的全息象框架以手象针为代表。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：手部如同一个俯卧的人形，中指为头项，食指、无名指为上肢，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，在手象针里被称为手伏象，同理，人体阴面的组织器官被称为手伏脏。纵向排列全息象示意图见图 1–11。

横向排列的全息象：把手食指、小指向前伸出，拇指、中指、无名指缩起，又可以得到一个“全息人象”的雏形。桡骨茎突及第一掌骨为头项，食指为上肢，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。

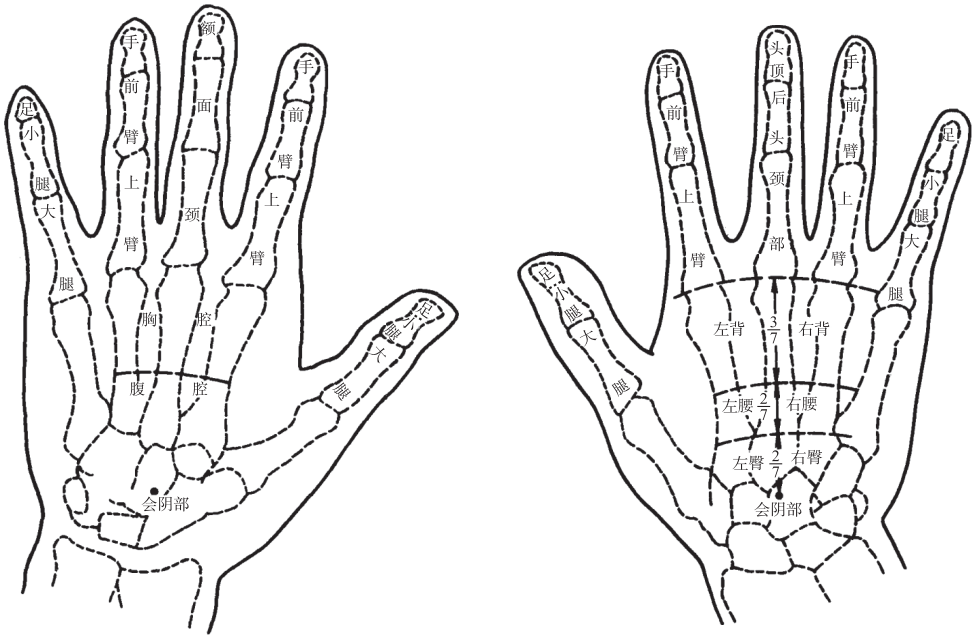


图 1–11　纵向排列全息象示意图（以右手为例，左为手掌面伏脏，右为手背面伏象）

2. 特殊刺激点

特殊刺激点简要介绍如下，具体见图 1–12。

咳喘点：位于掌面，食指掌指关节尺侧处。

夜尿点：位于掌面，小指远端指间关节横纹中点处。

心点：位于掌面，中指远端指间关节横纹中点处。

胃肠点：位于劳宫穴与大陵穴连线之中点处。

止痒点：位于手掌尺侧，距腕横纹尺侧缘 1 寸，赤白肉际处。

肺点：位于掌面，无名指远端指间关节横纹中点处。

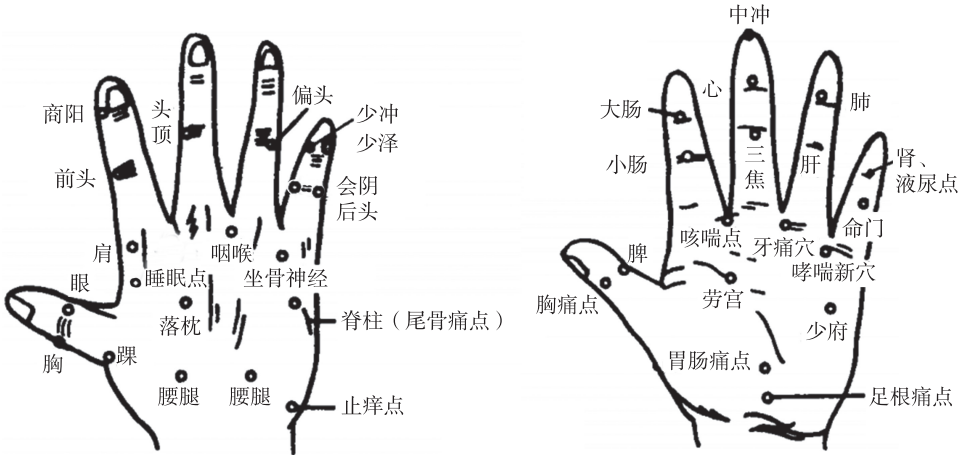


图 1–12　手针特殊刺激点

坐骨神经点：在手背，位于第四、五掌指关节间，近第四掌指关节处。

睡眠点：在手背，位于合谷穴与三间穴连线的中点处。

腰腿点：在手背，第二指伸肌腱桡侧及第四指伸肌腱尺侧，距腕横纹远心端 1.5 寸处。

肩点：位于食指桡侧，掌指关节赤白肉际处。

头顶点：位于中指近端指间关节桡侧赤白肉际处。

会阴点：位于小指近端指间关节桡侧赤白肉际处。

后头点（又称扁桃体点）：位于小指近端指间关节尺侧赤白肉际处。

足跟点：位于胃肠点与大陵穴连线之中点处。

前头点：位于食指近端指间关节桡侧赤白肉际处。

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

（1）按部选穴　按疾病所在部位选取相应的手穴。如眼病取眼点，肩痛取肩点，腰扭伤取腰腿点等。

（2）对症选穴　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）辨证选穴　依据传统的脏腑经络学说选穴。如睡眠障碍取心点，因心主神明等。

一般而言，手针技术取穴配方宜精简，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。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）进针　①一般进针法：令患者手呈自然弯曲位，医生手持一次性使用无菌针灸针，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，深度以 2 ～ 5mm 为宜。此法适用于多数手穴。②特殊进针法：此法根据穴位不同而有所差别。针刺腰腿点时，要求患者略握拳，腕关节呈背屈位，针体应与皮肤表面呈 45°，针尖略向掌心，从指伸肌腱与掌骨之间刺入，以深约 10mm 为宜。另如针刺坐骨神经点时，先直刺，深约 5mm，以刺至骨膜为度（针尖有明显抵触感，患者自觉针感强烈），得气后，留针 1 ～ 3 秒，再提针斜刺向上刺至骨膜。

（2）行针　一般采用小幅度捻转之法。如治疗疼痛性病症时，则需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，尚需继续行针 1 ～ 3 分钟。

（3）留针　手针技术的留针时间为 5 ～ 15 分钟，疼痛性疾病可适当延长留针时间。

有些疾病则可采取间断留针法，如以睡眠点治睡眠障碍时，可先直刺 15mm，捻转 2 分钟，留针 2 分钟，再捻转 2 分钟后留针。

（4）出针　将针尖缓慢提至皮下，快速出针后以无菌棉签按压针孔片刻。

5. 疗程

手针技术治疗急性病可每日施针 1 ～ 2 次，不计疗程；治疗慢性病可每日或隔日施针 1 次，10 次为 1 个疗程。

二、主要适应证

1. 急性腰扭伤、落枕、软组织挫伤等引起的疼痛，以及头痛、胃痛、痛经、坐骨神经痛等痛证。

2. 神经症、心绞痛、心律失常等心脑疾病。

3. 哮喘、支气管炎、变应性鼻炎等肺系疾病。

4. 产后缺乳、月经不调、小儿遗尿、小儿哮喘等妇科、儿科疾病。

三、禁忌证

1. 局部皮肤有破溃、感染者。

2. 精神紧张、疲劳、虚弱者。

3. 有出血倾向者。

4. 孕妇慎用。

四、注意事项

1. 手针技术针感较体针强，故治疗前宜向患者进行充分解释。

2. 针刺手法应轻柔，沿骨膜斜刺时谨防损伤骨膜。

3. 严格消毒，防止发生感染。

4. 手部血管较为丰富，应谨慎施针，避免引起手部血肿。

五、临床应用举例

（一）腰痹（急性腰扭伤）

选取同侧的腰腿点。选取长度为 25mm 的一次性使用无菌针灸针，嘱患者略握拳，腕关节呈背屈位，进针时使针体与皮肤表面呈 45°，针尖斜向掌心，从指伸肌腱与掌骨之间刺入，深约 10mm，进针后采用小幅度捻转法，持续行针 2 ～ 3 分钟。可配合运动针刺，嘱患者适度行腰部活动。留针 10 ～ 15 分钟。出针时将针尖缓慢提至皮下，快速出针后以无菌棉签按压针孔片刻。急性期可每日施针 1 ～ 2 次。

（二）偏头风（偏头痛）

选取手伏象头顶相应部位。选取长度为 13mm 的一次性使用无菌针灸针，嘱患者手

呈自然弯曲位，医生手持一次性使用无菌针灸针，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，深度以 2 ～ 5mm 为宜，进针约 10mm。气虚证可加针直刺横伏象头顶部位。进针后采用小幅度捻转法，持续行针 2 ～ 3 分钟，留针 15 分钟。出针时将针尖缓慢提至皮下，快速出针后以无菌棉签按压针孔片刻。

（三）痛经（原发性痛经）

选取会阴点为主穴，后头点、足跟点为配穴。选取长度为 13mm 的一次性使用无菌针灸针，嘱患者手呈自然弯曲位，医生手持一次性使用无菌针灸针，针尖紧靠骨膜外面而垂直于掌面，直刺入穴位，深度以 5mm 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。进针后采用小幅度捻转法，持续行针 2 ～ 3 分钟，留针 10 ～ 15 分钟，出针时将针尖缓慢提至皮下，快速出针后以无菌棉签按压针孔片刻。

（四）不寐（睡眠障碍）

选取睡眠点为主穴，前头点、后头点为配穴。选取长度为 13mm 的一次性使用无菌针灸针，嘱患者手呈自然弯曲位，医生手持一次性使用无菌针灸针，针尖紧靠骨膜外面而垂直于掌面，直刺入穴位，深度以 10mm 为宜。进针后采用小幅度捻转法，持续行针 2 ～ 3 分钟，留针 10 ～ 15 分钟。出针时将针尖缓慢提至皮下，快速出针后以无菌棉签按压针孔片刻。

（撰写人：马瑞、章微、张琴）

第八节　腕踝针技术

腕踝针技术是指在腕踝部选取特定的进针点，用一次性使用无菌针灸针循肢体纵轴沿真皮下刺入一定长度以治疗疾病的针刺技术。标本根结理论是腕踝针技术的核心理论基础。该理论强调四肢为经脉之“根”“本”，是经气始发之处，故针刺四肢远端（如腕踝部）能高效激发经气，不仅能治疗局部病，而且能治疗远离腧穴部位的脏腑病、头面五官病。同时，腕踝针技术还基于经络十二皮部学说，如《素问·皮部论》记载“凡十二经络脉者，皮之部也”，其认为浅刺皮部可直接调节循行于体表的十二经气血，从而发挥调和气血、祛邪止痛的临床作用。二者共同构成了腕踝针“取远治广、浅刺调气”的诊疗特色。腕踝针技术主要适用于治疗多种痛证、神经系统疾病、精神类疾病等。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

根据病情和进针点选择长度为 25 ～ 40mm 的一次性使用无菌针灸针。

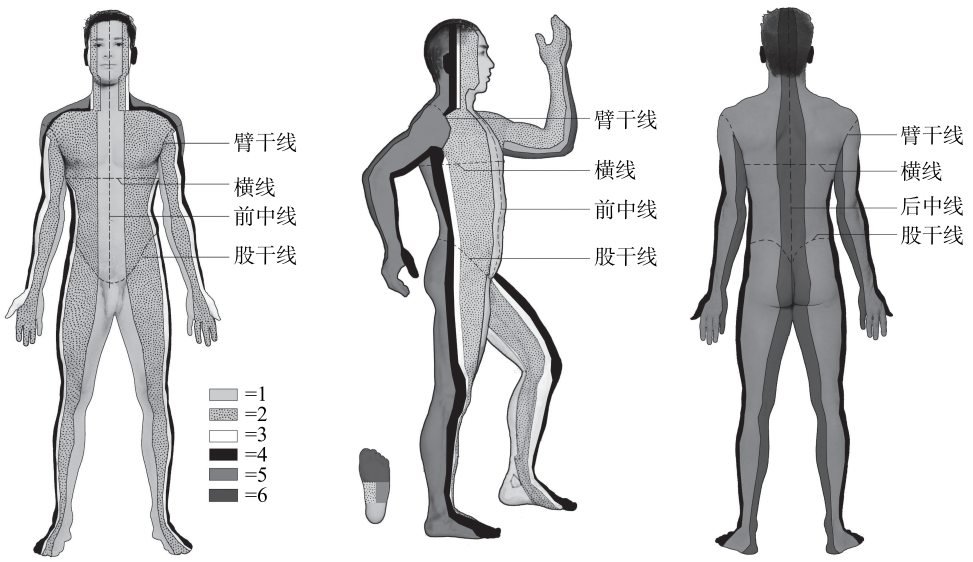
（二）常用穴位及主治

1. 腕踝针身体分区

身体分为纵行六区和上下两段。

（1）纵行六区　纵行六区包括头、颈、躯干六区和肢体六区两部分。

1）头、颈和躯干六区：以前、后正中线为标线，将身体两侧面由前向后划分为6个纵行区。用数字1～6编号。具体见图1–13。



a. 正面；b. 侧面；背面

图1–13　腕踝针身体分区

1区：前中线两侧，分别称为左1区、右1区。临床常把左1区与右1区合称为1区，以下各区亦同。头面部在前中线至以眼眶外缘为垂直线之间的区域，包括前额、眼、鼻、唇、前牙、舌、咽喉、扁桃体、颏；颈部沿气管、食管；胸部自前中线至胸骨缘，包括胸肋关节、气管、食管、乳房近胸骨缘、心前区（左侧）；腹部自前中线至腹直肌区域，包括胃、胆囊、脐部，以及下腹之膀胱、子宫、会阴部。

2区：从1区边线到腋前线之间所形成的区域，左右对称。头颈部包括颞前部、面颊、后牙、颌下、甲状腺；胸部为沿锁骨中线向下区域，包括锁骨上窝、上胸部、乳中部、前胸、肺、肝（右侧）、侧腹部。

3区：从腋前线至腋中线之间所形成的区域，左右对称，包括沿耳郭前缘、腮腺、腋前缘垂直向下的狭窄区域，乳房近腋前缘部分。

4区：前后面交界，即腋中线至腋后线之间所形成的区域，左右对称，包括自头顶经耳向下至颈，肩部沿斜方肌缘，胸腹部包括自腋窝至髂前上棘的胸侧壁及腹侧部区域。

5区：腋后线至6区边线之间所形成的区域，左右对称，与前面的2区相对，包括

颞后部、颈后外侧靠斜方肌缘、肩胛冈上窝及肩胛中线垂直向下区域的背和腰。

6区：后中线两侧，与1区相对，包括枕、颈后部及颈椎棘突至斜方肌缘、胸椎棘突至肩胛骨内缘、腰椎与骶正中嵴至尾骨两侧、肛门。

2）肢体六区：以臂干线和股干线分别为躯干与四肢的分界线。臂干线环绕肩部三角肌附着缘至腋窝，股干线自腹股沟至髂嵴。

当两侧的上下肢处于内侧面向前的外旋位置，即四肢的阴阳面和躯干的阴阳面处在同一方向并互相靠拢时，以靠拢处出现的缘为分界，在前面的相当于前中线，在后面的相当于后中线，这样四肢的分区就可按躯干的分区类推。

上肢六区：将上肢体表区域纵向6等分，从上肢内侧尺骨缘开始，右侧顺时针、左侧逆时针，依次为1区、2区、3区、4区、5区、6区，左右对称。

下肢六区：将下肢体表区域纵向6等分，从下肢内侧跟腱缘开始，右侧顺时针、左侧逆时针，依次为1区、2区、3区、4区、5区、6区，左右对称。

（2）上下两段

以胸骨末端和两侧肋弓的交接处为中心，画一条环绕身体的水平线，称横膈线。横膈线将身体两侧的6个区分成上下两段。横膈线以上各区分别叫作上1区、上2区、上3区、上4区、上5区、上6区；横膈线以下的各区分别叫作下1区、下2区、下3区、下4区、下5区、下6区。如需标明症状在左侧还是在右侧，在上还是在下，又可记作右上2区或左下2区等。

2. 腕踝针进针点

（1）腕部进针点

左右两侧共6对，在腕横纹上2寸（同身寸，相当于内关穴或外关穴）的位置，环前臂做一水平线，从前臂内侧尺骨缘开始，沿前臂内侧中央、前臂内侧桡骨缘、前臂外侧桡骨缘、前臂外侧中央、前臂外侧尺骨缘的顺序6等分，每1等分的中点为进针点，依次称作上1、上2、上3、上4、上5、上6进针点，具体见图1–14。

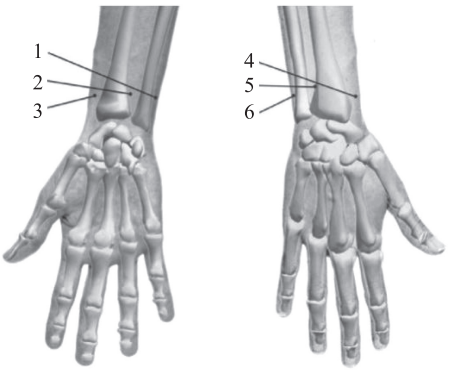


图1–14　腕部进针点位置
（左图为右手掌侧面，右图为右手背侧面）

上1：在小指侧的尺骨缘与尺侧腕屈肌腱之间。

上2：在腕掌侧面的中央，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间，相当于内关穴处。

上3：在桡骨缘与桡动脉之间。

上4：在拇指侧的桡骨内外缘之间。

上5：在腕背的中央，桡骨与尺骨两边缘之间，相当于外关穴处。

上6：在腕背侧，距小指侧尺骨缘1分处（同身寸）。

（2）踝部进针点

在内踝高点上3寸或外踝上3寸（同身寸，相当于三阴交穴或悬钟穴）的位置，环

小腿做一水平线，从小腿内侧跟腱缘开始，沿小腿内侧中央、小腿内侧胫骨缘、小腿外侧腓骨缘、小腿外侧中央、小腿外侧跟腱缘的顺序6等分，每1等分的中点为进针点，并分别称为下1、下2、下3、下4、下5、下6，左右两侧共6对，具体见图1–15。

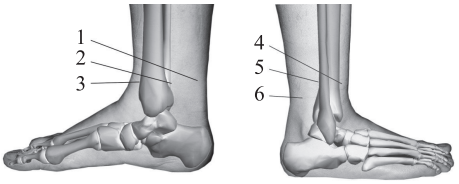


图1–15　踝部进针点位置
（左图为右足内侧面，右图为右足外侧面）

下1：靠跟腱内缘处。

下2：在踝部内侧面中央，靠胫骨后缘。

下3：在胫骨前嵴向内1分（同身寸）处。

下4：在胫骨前嵴与腓骨前缘之间的胫骨前肌中点。

下5：在踝部外侧面中央，靠腓骨后缘。

下6：靠跟腱外缘处。

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

运用腕踝针技术治疗疾病时，要求根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腕踝针刺激部位的主治特点和治疗规律取穴。

（1）根据病位选择进针点

上病取上，下病取下，上下同取。根据疾病的症状和体征所在的上下两段不同的身体分区，选取编号相同的腕部进针点或踝部进针点。病变部位位于横膈线附近时，则上下同取。

左病取左，右病取右，左右同取。以前后中线为界，选取病变所在同侧的进针点，如症状和体征位于中线附近，则取两侧。

病位不明，选双上1。不能定位的症状或全身性疾病，选取两侧上1进针点。

肢体有感觉或运动障碍，发生在上肢者选取上5进针点，发生在下肢者选取下4进针点。

（2）根据病症选择进针点

下列病症可选上1：前额痛、特发性面神经麻痹、面肌痉挛、三叉神经痛、眼睑瞤动、近视眼、白内障、睑腺炎、结膜炎、鼻炎、花粉症、前牙病、耳鸣、冠心病、心律失常、胸痛、自主神经功能障碍、睡眠障碍、嗜睡、烦躁、梅核气、肢体麻木、荨麻疹、遗尿、甲状腺功能亢进、抽动秽语综合征、呃逆、高血压、肠易激综合征等。

下列病症可选上2：颞部疼痛、三叉神经痛、后牙痛、睑腺炎、白内障、面肌痉挛、颞下颌关节紊乱综合征、甲状腺疾病、胸痛、胁痛、乳腺炎、冠心病、心律失常、梅尼埃病、手指痛或麻木等。

下列病症可选上3：偏头痛、耳前痛、腮腺肿痛、肩关节周围炎、特发性面神经麻

痹、颞下颌关节紊乱综合征、颈肩综合征、胁痛等。

下列病症可选上 4：颠顶痛、梅尼埃病、耳痛、耳鸣、三叉神经痛、特发性面神经麻痹、面肌痉挛、颞下颌关节紊乱综合征、颈椎病、上肢运动性损伤、颈肩综合征、肩关节前侧痛、中风等。

下列病症可选上 5：头痛、枕神经痛、眩晕、梅尼埃病、颈椎病、落枕、颈肩综合征、肩背肌筋膜炎、肩关节痛、中风、风湿性舞蹈症、帕金森病等。

下列病症可选上 6：后头痛、颈椎病、肩关节后侧痛、上肢运动性损伤、三叉神经痛、颈痛、胸椎小关节紊乱、甲状腺疾病等。

下列病症可选下 1：胃痛、脐周痛、下腹痛、遗尿、尿潴留、带下异常、痛经、宫颈糜烂、睾丸炎、腰椎骨质增生、肥胖、自主神经功能障碍、腓肠肌痉挛、足跟痛等。

下列病症可选下 2：肝区痛、侧腹痛、肠易激综合征、阑尾炎、痛经、腿内侧痛、内踝关节痛等。

下列病症可选下 3：髋关节屈伸不利、膝关节痛、踝关节痛等。

下列病症可选下 4：侧腰痛、膝关节痛、股外侧皮神经炎、下肢感觉及运动障碍、坐骨神经痛、足背痛等。

下列病症可选下 5：腰背痛、腰椎间盘突出症、第三腰椎横突综合征、腰椎骨质增生、坐骨神经痛、股外侧皮神经炎、腿外侧痛、外踝关节痛等。

下列病症可选下 6：腰椎间盘突出症、腰椎骨质增生、腰肌劳损、坐骨神经痛、痔痛、便秘、腓肠肌痉挛、足前掌痛等。

3. 体位选择

根据病情，选择使患者舒适、医生便于操作的施术体位。

4. 施术法

（1）进针　选定进针点后，以押手固定进针部位，刺手拇指、食指、中指持针，针体与皮肤呈 15° ～ 30°，快速刺入真皮下，然后压平针体，使针体循肢体纵轴沿真皮下缓慢刺入 1.2 ～ 1.4 寸。针刺方向一般朝向近心端。病变部位位于四肢末端时，针刺方向朝向远心端，此时进针点位置可沿纵轴向近心端移动，以一次性使用无菌针灸针刺入适宜长度后针尖不超过腕踝部高骨近端起点为宜。

（2）行针　不提插、捻转，以针下松软、无针感为宜。如果患者有酸、麻、重、胀等感觉时，说明针刺入筋膜下层，进针过深，需将针退至皮下，重新沿真皮下刺入。

（3）留针　一般情况下，留针 20 ～ 30 分钟。若病情较重或病程较长者，可适当延长。留针期间不行针。

（4）出针　一手用消毒干棉球轻压进针点，另一手将针拔出。

二、主要适应证

1. 头痛、偏头痛、胃痛、肝区痛、痛经、肩痛、坐骨神经痛等痛证。

2. 睡眠障碍、焦虑、抑郁、创伤后应激障碍等病。

三、禁忌证

1. 腕踝部位肌肉痉挛者。
2. 针刺部位有血管怒张、瘢痕、伤口、严重溃疡及肿物者。
3. 其余禁忌证同毫针技术禁忌证。

四、注意事项

1. 如进针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。
2. 针刺部位应防止感染。
3. 针刺时如出现针感，应将针退至真皮下重新刺入。
4. 留针期间可用医用胶布固定针柄。
5. 注意晕针的发生。
6. 孕妇慎用踝部进针点。
7. 精神病患者不宜长时间留针。

五、临床应用举例

（一）头风（偏头痛）

取上 1、上 2。局部消毒后用一次性使用无菌针灸针沿上 1、上 2 真皮下缓慢刺入，留针 30 分钟，可依病情延长留针时间，隔日 1 次。

（二）腰痹（急性腰扭伤）

取下 5、下 6。局部消毒后用一次性使用无菌针灸针沿下 5、下 6 真皮下缓慢刺入，留针 30 分钟。

（三）不寐（睡眠障碍）

不寐属不能定位症状，故针刺点以两侧上 1 为主，再辨证取穴。心脾两亏，加下 3 和下 4；肝肾不足，加下 1 和下 2；心肾不交，加下 1 和下 6；肝胆火旺，加下 2 和下 5。局部消毒后用一次性使用无菌针灸针沿刺激点真皮下缓慢刺入，留针 24 小时。左右肢体的相同刺激点交替使用，日 1 次。

（撰写人：郭义、吕中茜）

第九节　三棱针技术

三棱针技术是运用三棱针对腧穴、血络进行点刺，放出适量的血液以达到治疗全身疾病目的的一种技术。三棱针技术基于《黄帝内经》“凡治病必先去其血”“病在脉，调

之血；病在血，调之络”“血实宜决之”“病在经络痼痹者，取以锋针”等有关理论，由“九针”中“锋针”“铍针”发展而来，具有通经活络、开窍泄热、调和气血、消肿止痛等作用。三棱针技术主要用于治疗各种实证、热证或瘀血、痛证等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

三棱针由不锈钢制成，长度约 6cm，针体呈三棱状，针尖锋利，三面有刃，针柄稍粗呈圆柱形，分大、中、小三型。在使用时，根据不同病证和患者的形体强弱，选择不同大小的三棱针。针体必须保持光滑、无锈蚀，针尖必须确保锋利、无倒钩。临床上应用三棱针技术进行刺络放血时，可灵活选用三棱针、注射针头、针刀及皮肤针等。具体见图 1–16。

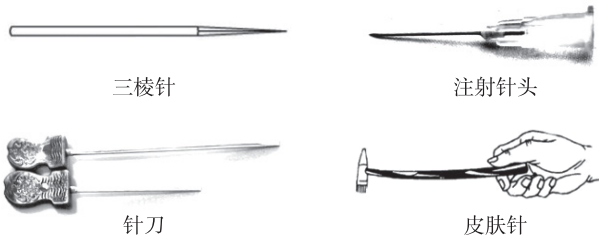


图 1–16　三棱针技术可选用工具举例

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

在运用三棱针技术治疗疾病时，应根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律进行取穴。

（1）循经取穴　根据经脉的循行部位取穴，分为本经取穴和表里经取穴。

（2）辨络取穴　根据疾病在体表络脉的特殊反应进行取穴，分为近部取穴、远部取穴和病理反应点取穴。近部取穴指选取病变局部或其周围怒张的血络进行治疗，多选头面、舌下、腘窝、肘窝或穴位周围显露的血络，适用于丹毒、湿疹、跌仆扭伤等病的治疗。远部取穴指根据脏腑病症选取四肢远端的穴位进行治疗。还可在病理反应点取穴，如胃脘痛、吐泻、瘰疬、痤疮等可在胸部、腹部及背部寻找体表反应点。反应点多呈细小的暗红点，可刺血或挑治。

（3）经验取穴　依据临床经验，针对某些疾病的症状选取穴位，如中暑取十宣，偏头痛取太阳，腰背疼痛取委中，上吐下泻取尺泽，言语不利取金津、玉液等。

3. 体位选择

应根据取穴部位，选取患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

三棱针刺法分为点刺法、散刺法、刺络法、挑治法等。

（1）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治疗方法。针

刺之前，需要使用手指推按穴位周围，促进血液聚集，再进行常规消毒。针刺时，押手拇指、食指、中指三指固定点刺部位；刺手持针，用拇指、食指捏住针柄，中指指腹紧靠针体，对准已消毒的点刺部位，迅速刺入 3 ～ 5mm 后将针退出。随后，轻轻挤压针孔周围，使出血少许，然后用消毒棉球或棉签按压针孔部位。点刺法常用于手指、足趾末端及头面部、耳部的穴位，如十宣、十二井穴、耳尖及头面部的攒竹、上星、太阳等穴。

（2）散刺法　即用三棱针在病变局部及其周围施行多点点刺的治疗方法，又称“豹文刺”。操作时，可根据病变部位大小不同可刺 5 ～ 20 次不等，由病变外缘呈环形向中心点刺，针刺深度视局部肌肉及血管情况而定，从而排出瘀血或水液。散刺法多用于治疗局部瘀血、血肿或水肿、顽癣等。本法还可配合拔罐技术。

（3）刺络法　即通过使用三棱针刺破特定的血络或静脉，放出适量血液的治疗方法。操作时，可先用橡皮管带结扎在针刺部位上端（近心端），再进行常规消毒。押手固定被针刺部位，刺手持三棱针对准针刺部位，快速刺 2 ～ 3mm 后将针退出，使局部出血。出血停止后，再用消毒干棉球或棉签按压针孔。刺络法常选取曲泽、委中等穴，用于治疗急性吐泻、中暑、发热等病。

（4）挑治法　即用三棱针刺入特定部位或穴位，挑断皮下白色纤维样物或放出少量血液以治疗疾病的方法。操作时，先用压手按压施术部位两侧，或捏起皮肤，以固定皮肤，用刺手持针刺入 5mm，然后轻轻斜挑针头，将皮下的白色纤维组织挑断，或持针快速刺入皮肤 1 ～ 2mm，然后倾斜针体挑破表皮，并流出少量血液或黏液，将针退出后，进行局部消毒并盖上敷料。常用于治疗肩周炎、胃痛、颈椎病、睡眠障碍、支气管哮喘、偏头痛等病。

5. 出血量的确定

三棱针点刺出血量的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　强壮者出血量可稍多，瘦弱者出血量则宜少。

（2）部位　头面、四肢末端指（趾）部及井穴出血量宜少，血络及静脉出血量宜多。

（3）病情　阳证、热证、新病出血量宜多，阴证、久病出血量宜少。

（4）出血量定量标准　①微量：1.0mL 以下（含 1.0mL）。②少量：1.1 ～ 5.0mL（含 5.0mL）。③中等量：5.1 ～ 10.0mL（含 10.0mL）。④大量：10.0mL 以上。

6. 出针后处理

操作后，一般自然止血即可。若出血不止，可用无菌干棉球或棉签擦拭或按压止血，必要时使用输液贴贴敷。

二、主要适应证

1. 高热、中暑、中风闭证等属实证、热证者。

2. 咽喉肿痛、目赤肿痛、扭挫伤导致的疼痛、头痛等属实证、热证、瘀血证者。

3. 顽癣、痤疮、疮疡初起、湿疹等皮肤科疾病。

三、禁忌证

1. 传染病和严重心、肝、肾功能损害者。
2. 凝血功能障碍者，如血友病、弥散性血管内凝血等。
3. 孕妇、产后及有习惯性流产史者。
4. 局部皮肤有感染、溃疡或瘢痕者。
5. 血管瘤部位、不明原因的肿块部位。
6. 动脉。
7. 外伤有大出血者。

四、注意事项

1. 应防止操作部位感染。

2. 体质虚弱和低血压者慎刺；饥饿、疲劳、精神紧张者在进食、休息、解除思想顾虑后再施治。

3. 操作过程中，要密切观察患者的反应，以便及时处理，注意血压、心率变化，注意晕针或晕血的发生。若出现晕针或晕血，应立即停止操作，嘱患者静卧片刻，或抬高双腿，头部放低（去枕），饮温水；或用艾条灸百会穴等以缓解症状，适当休息后离开。

4. 防止损伤重要器官和组织，如内脏、神经、大动脉等。

5. 需准确掌握施术部位，以及进针角度、深度、速度，做到“稳、准、快”，控制出血量。出血较多时，患者宜适当休息后离开，医生应避免接触患者所出血液。

五、临床应用举例

（一）外感热病（上呼吸道感染）

取大椎、身柱、曲池。局部消毒后，用三棱针散刺穴位 3 ～ 5 次，并予以拔罐，出血量 1 ～ 5mL，拔罐 3 ～ 5 分钟，以局部青紫为度。每日 1 次。

（二）喉痹（急性咽喉炎）

取大椎、少商、商阳。局部消毒后，用三棱针散刺大椎 3 ～ 5 针，并予以拔罐，出血量 1 ～ 5mL，拔罐 3 ～ 5 分钟，以局部青紫为度；点刺少商、商阳，予以挤压，出血量 1 ～ 2mL。每日 1 次或隔日 1 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程。

（三）腰痹（急性腰扭伤）

取委中、阿是穴或其周围显露血络。患者站立，暴露双侧委中穴，常规消毒后，用三棱针点刺委中穴 1 ～ 3 针，并局部加火罐，嘱患者活动腰部，做试探性前俯、后仰及旋转。5 分钟后取罐，用无菌干棉球擦净血迹，消毒局部。隔日 1 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程。

（四）痹证（痛风性关节炎）

取病变局部、心俞和三焦俞。常规消毒后，用三棱针散刺 1 ～ 3 针出血，病变局部出血量以 5 ～ 10mL 为度，心俞和三焦俞以 3 ～ 5mL 为度，放血结束后清洁创面。每日或隔日 1 次，2 周为 1 个疗程。

（撰写人：符文彬、吴倩、白鹏）

第十节　腹针技术

腹针技术是通过针刺腹部特定穴位以治疗全身疾病的一种技术。腹针技术将在腹壁的进针深度分为天、人、地三个层次：天部是指刺至腹部真皮层和皮下组织；人部是指刺至腹部浅筋膜和脂肪层，位于天部与地部之间；地部是指刺至腹部肌层。该技术根据以神阙为中心的腹部先天经络系统理论，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。腹针取穴示意图见图 1–17。

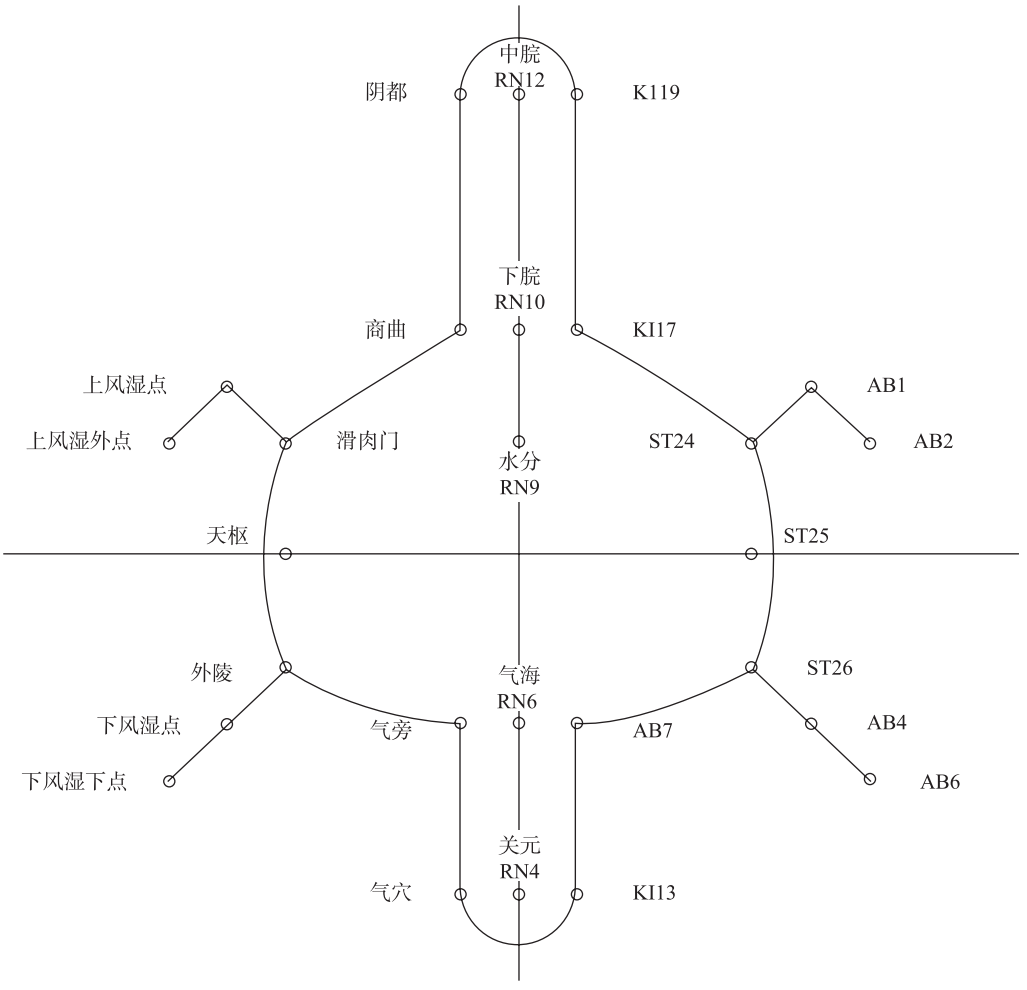


图 1–17　腹针取穴示意图

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

常选用直径 0.14 ～ 0.22mm、长度 15 ～ 50mm 的一次性使用无菌针灸针。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 取穴方法

腹部分寸的确定依据骨度分寸原则折量。

上腹部分寸：中庭至神阙为 8 寸。

下腹部分寸：神阙至曲骨为 5 寸。

侧腹部分寸：从神阙经天枢至侧腹部腋中线为 6 寸。

3. 体位选择

根据取穴，选取患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（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。

进针：准确度量，确定穴位后，采用与适应证相符的腹针针具，快速弹刺入皮下。

针刺深度：浅刺至皮下，中刺至脂肪层，深刺至肌层。

行针：缓慢捻转不提插 1 ～ 2 分钟，或轻捻转、慢提插 1 ～ 2 分钟，不追求得气。

（2）留针　30 分钟。

（3）出针　根据进针顺序缓慢捻转出针，可用无菌干棉球或棉签按压。

二、主要适应证

1. 特发性面神经麻痹、面肌痉挛、高血压、睡眠障碍、焦虑症、抑郁症、中风后遗症、癫痫、帕金森病、孤独症、脑肿瘤及脑外科术后综合征等神经系统疾病。

2. 偏头痛、痛风，以及颈椎病（椎动脉型、神经根型）、肩周炎、肱骨外上髁炎、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎、强直性脊柱炎导致的疼痛。

3. 月经不调、慢性盆腔炎、产后尿潴留、乳腺增生、围绝经期综合征、脑瘫等妇科、儿科疾病。

4. 急性上呼吸道感染、哮喘等肺系疾病。

三、禁忌证

1. 凝血功能障碍者。

2. 不明原因的急腹症患者。

3. 孕妇。

4. 腹部皮肤有感染、溃疡、大面积静脉曲张者。
5. 腹部肿瘤。

四、注意事项

1. 注意规范操作，治疗过程中不追求患者有酸、麻、胀、痛的感觉。
2. 操作过程中要密切观察患者的反应，预防晕针。
3. 严格消毒，防止感染。
4. 任何时候均不得刺入腹腔。
5. 过度饥饿及情绪激动者慎用。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

取中脘（深刺）、关元（深刺）、商曲（双侧，浅刺）、滑肉门（双侧，中刺）。患者仰卧位，医生站于患者右侧，检查患者头部前屈、后伸及向左右旋转活动度并进行记录。根据患者体形选择适当规格的针具，依据腹针处方顺序和深度进行针刺。针刺入后对患侧的活动度进行检查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。

注意：①在针刺过程中用双手托住患者枕部，引导其向运动障碍方向徐缓地做主动运动。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）漏肩风（肩关节周围炎）

取中脘（深刺）、商曲（健侧，中刺）、滑肉门（患侧，浅刺）。患者仰卧位，医生站于患者右侧，检查患肢的外展、外旋等被动活动度并进行记录。根据患者体形、体质选择适当规格的针具，依据腹针处方顺序和深度进行针刺。针刺入后对患肢的活动度进行检查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。

注意：在治疗时需配合适当的肩部功能锻炼，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（膝骨关节炎）

取中脘（深刺）、关元（深刺）、气旁（健侧，中刺）、外陵（患侧，中刺）、下风湿点（患侧，浅刺）。患者仰卧位，医生站于患者右侧，检查患膝的屈伸活动度并进行记录。根据患者体形、体质选择适当规格的针具，依据腹针处方顺序和深度进行针刺。针刺入后对患膝的活动度进行检查，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。

（撰写人：薄智云、薄聪雁）

第十一节　皮内针技术

皮内针技术是将皮内针刺入并固定于腧穴部位的皮内或皮下，通过较长时间的刺激以治疗疾病的技术。皮内针包括颗粒型皮内针（又称麦粒型皮内针）和揿钉型皮内针（又称图钉型皮内针）两种针具。皮内针技术源自《黄帝内经》，具有调整经络脏腑气血等作用。皮内针技术主要适用于治疗慢性疾病和疼痛类疾病，如颈肩腰腿痛、头痛、痛经、睡眠障碍、焦虑症等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 颗粒型皮内针

即针尾呈椭圆颗粒状的皮内针，又称麦粒型皮内针。针体长 5mm，针体直径 0.28mm（32 号）；针柄呈圆形，直径 3mm，针体与针柄在同一平面，具体见图 1–18。其可应用于身体大部分皮肤平坦、屈伸度不大的部位，头部、颈部、背部及四肢均可埋针。



图 1–18　颗粒型皮内针

2. 揿钉型皮内针

即针尾呈环形并垂直于针体的皮内针，又称图钉型皮内针。针体长 2 ～ 2.5mm，针体直径 0.28 ～ 0.30mm（30 ～ 32 号）；针柄呈圆形，直径 4mm，针体与针柄垂直，具体见图 1–19。临床以针体长度 2mm、直径 0.28mm（32 号）者最常用。其多用于面部腧穴及耳穴等需垂直浅刺的部位，也可用于皮肤屈伸度较大的部位。



图 1–19　揿钉型皮内针

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

运用皮内针技术治疗疾病时，应根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要选择易于固定且不妨碍活动的腧穴。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）进针

颗粒型皮内针：一手将腧穴部位皮肤向两侧舒张，另一手持镊子夹持针尾平刺入腧

穴皮内。

揿钉型皮内针：一手固定腧穴部位皮肤，另一手持镊子夹持针尾直刺入腧穴皮内。

（2）固定

颗粒型皮内针：先在针尾下垫一橡皮膏，然后用脱敏胶布从针尾沿针体向刺入的方向覆盖、粘贴固定。

揿钉型皮内针：宜用脱敏胶布覆盖针尾、粘贴固定。

（3）固定后刺激　宜每日按压胶布 3 ～ 4 次，每次约 1 分钟，以患者能耐受为度，两次间隔约 4 小时。

（4）出针　一手固定埋针部位两侧皮肤，另一手取下胶布，然后持镊子夹持针尾，将针取出。

5. 出针后处理

用无菌棉签按压针孔，局部常规消毒。

二、主要适应证

1. 偏头痛、神经性头痛，以及颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症等引起的疼痛。

2. 神经衰弱、高血压、睡眠障碍、抑郁症等心脑疾病。

3. 哮喘等肺系疾病。

三、禁忌证

1. 关节处、红肿处、皮肤化脓感染处、烧伤、紫癜和瘢痕等部位。

2. 皮肤过敏患者、出血性疾病患者、凝血功能障碍者。

3. 体表大血管处。

4. 孕妇下腹、腰骶部。

5. 金属过敏者。

四、注意事项

1. 严格进行常规消毒。

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、皮肤发红等情况。若埋针时出现疼痛，可以调整针的深度、方向。若埋针处发红、疼痛、有感染现象，应立即取针，必要时给予外科包扎处理。

3. 患者可以用手指间断按压针柄，以加强刺激量，提高效果。

4. 初次接受治疗的患者，应首先消除其紧张情绪。

5. 老人、儿童、孕妇、体弱者宜选取卧位。

6. 埋针部位持续疼痛时，应调整针的深度、方向，调整后仍疼痛应立即出针。

7. 埋针期间局部发生感染应立即出针，并进行相应处理。

8. 关节和颜面部慎用。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

取颈百劳、肩中俞、大椎、阿是穴。常规消毒后，针刺双侧颈百劳、肩中俞，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）腰痹（腰椎间盘突出症）

取腰阳关、腰眼、阿是穴。常规消毒后，施针方向与督脉循行方向成“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。留针 2 ～ 3 天，每周 2 次。

（三）不寐（睡眠障碍）

取心俞、胆俞，均为双侧取穴。选用揿钉型皮内针，常规消毒后，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，使圆环平整地贴在皮肤上即可。留针 2 ～ 3 天，每周 2 ～ 3 次。

（撰写人：唐勇、邵鑫）

第十二节　火针技术

火针技术是用特制的针具，经加热烧红后快速刺入人体腧穴或患处的一种针灸技术。火针技术由《黄帝内经》“九曰焠刺，焠刺者，刺燔针则取痹也”“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为腧”等有关理论发展而来，起源于“九针”中的“大针”，具有温通经络、扶正助阳、祛邪引热等功效。火针技术主要适用于皮肤科、骨科、外科、内科、妇科及部分难治性疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 针具

火针针具作为一种特殊针具，其制作的材料不同于一般一次性使用无菌针灸针。针体以钨锰合金钢丝特制而成，硬度与韧性均强于普通一次性使用无菌针灸针；针柄用细铜丝绕成盘龙状。其与一次性使用无菌针灸针一样，由针尖、针体、针根、针柄、针尾组成，长度 25 ～ 50mm，体粗圆，尖锐利，形同一次性使用无菌针灸针，略粗长，受热、散热较快，且不易变形，具体见图 1–20。火针针具的结构、材质、规格参见国家标准 GB/T 21709.12—2009 相关规定。



图 1–20　火针

根据火针粗细及针尖的不同，大致可以分为粗火针、中粗火针、细火针、三棱火针、平头火针、多头火针六类。粗火针直径≥ 1.1mm，主要用于针刺病灶部位，如窦道、痔漏、痈疽、乳痈、臁疮、腱鞘囊肿、皮肤病变等；中粗火针直径为 0.8mm，适用范围较广泛，除面部及肌肉浅薄的部位外，四肢、躯干、压痛点和病灶周围等其他部位均可应用；细火针直径不超过 0.5mm，适用于面部、四肢等皮肉浅薄部位，以及老人、儿童、体质虚弱及畏针者，具体见图 1–21。三棱火针具有火针和三棱针的双重特点，其端尖利如锋，主要用于放血，现已逐渐被一次性放血针替代，具体见图 1–22。平头火针主要用于治疗胬肉皮赘，以灼烙浅表组织为特点，具体见图 1–23。以上针具均为单柄单针。另外，还有单柄多头火针，其多头并进，刺激面较大，可免去普通火针反复点刺之繁，多用于皮肤斑点、黏膜溃疡、皮肤有片状脱屑的部位，其中以三头火针较为多见，具体见图 1–24。

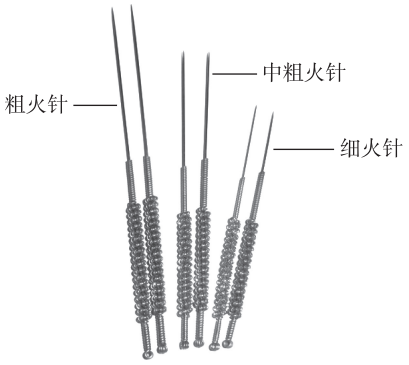


图 1–21　粗火针、中粗火针、细火针



图 1–22　三棱火针

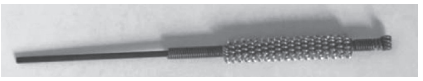


图 1–23　平头火针



图 1–24　多头火针

2. 烧针工具

打火机或火柴用于点火，酒精灯或其他安全方式（如酒精棉火把等）进行针体加热。

（二）基本操作方法

1. 消毒

（1）火针针具消毒　使用点燃的酒精灯或酒精棉火把，从针根沿针体到针尖连续移动，将其烧红。

（2）操作部位消毒　使用 75% 酒精或 0.5% 碘伏棉球局部消毒，待酒精或碘伏干后施术。破溃病灶用生理盐水棉球擦拭，避免使用酒精直接刺激病灶。

（3）医生消毒　医生进行常规消毒。

2. 针具选择

针尖应圆利、无倒钩。针体应光滑、无锈蚀。针柄与针体缠绕应牢固、无松动。

3. 烧针工具选择

以点燃的酒精灯或止血钳夹持的酒精棉球为火源，或用其他安全方式加热针体。

4. 部位选择

根据病情，选取经络、腧穴、体表病灶或病灶周围等部位。

5. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

6. 烧针

握笔式持针，用火焰外焰烧红针尖及针体，根据针刺深度确定烧针的长度和温度。

7. 进针、行针、留针、出针

烧至一定温度时，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1秒。火针技术以快针为主，大部分不留针。当火针用于祛瘤、化痰、散结时，可适当留针1～5分钟。留针期间可以配合行针手法。出针后需要用消毒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、体质等多种因素决定，四肢刺入深度可超过10mm。

8. 施术法

（1）*根据进针方法分类*　可分为点刺法、密刺法、散刺法、围刺法及刺络法等。

1）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。进针的深度较深。

2）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。该法主要适用于增生性、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好接触到正常组织的深度为宜。

3）散刺法：是以火针疏散地刺在病灶部位的一种刺法，多用于治疗麻木、瘙痒、拘挛和疼痛。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。

4）围刺法：是围绕病灶周围行针刺的一种刺法。进针点多选择在病灶与正常组织交界之处。该法主要适用于皮肤科、外科疾患。针具以中粗火针为宜。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。

5）刺络法：是用火针刺入体表血络以祛除瘀滞的一种刺法，可促进局部红肿消退。

（2）*根据是否留针分类*　可分为快针法和慢针法。

1）快针法：是进针后迅速出针的最常用的一种刺法，即进针后不停留，迅速出针。

2）慢针法：火针刺入穴位或相应部位后，留针1～5分钟后出针。留针期间可行各种补泻手法。本法主要适用于痈疽、囊肿等各种组织坏死和异常增生等疾病。

9. 施术后处理

（1）消毒针具　为避免因针体引起的交叉感染，用过的火针应重新用酒精灯从针根到针尖沿针体移动烧红，并用 75% 乙醇棉球擦拭消毒备用。

（2）交代医嘱　应向患者说明施术后注意事项。

二、主要适应证

1. 痤疮、带状疱疹、下肢静脉曲张、湿疹、白癜风、神经性皮炎、静止期寻常型银屑病等皮外科病症。

2. 膝骨关节炎、肩周炎、肱骨外上髁炎、颈椎病、类风湿关节炎、强直性脊柱炎等引起的疼痛，以及下腰痛等痛证。

3. 头痛、面痛、眩晕、不寐、面肌痉挛、口僻、哮喘、中风、高血压、痛风、痿证、脘腹痛、胁肋疼痛、肠炎、呃逆等内科疾病。

4. 乳腺增生、乳腺炎、痛经、月经不调、子宫肌瘤、卵巢囊肿、外阴白斑等妇科疾病。

三、禁忌证

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. 出血性疾病患者。

4. 不明原因的肿块部位。

5. 大失血、凝血机制障碍的患者。

6. 孕妇、产妇及婴儿慎用。

7. 糖尿病血糖控制不佳者慎用。

四、注意事项

1. 操作时注意避开大血管及重要器官。

2. 防止烧伤或引起火灾等意外事故。

3. 体质虚弱的患者应采取卧位。

4. 需向患者交代以下内容：①针后针孔可能发红、发痒，或有高出皮肤的红点，一般可自行消退。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，避免过度摩擦患处。

五、临床应用举例

（一）膝痹（膝骨关节炎）

取犊鼻、内膝眼、阳陵泉、梁丘、血海、足三里、阿是穴。采用细火针，行点刺法操作，进针深度根据症状和病灶点决定。每周治疗 2 ～ 3 次。

（二）筋瘤（下肢静脉曲张）

以静脉曲张局部取穴为主，可结合辨证及循经取穴。以曲张的静脉局部为主，以血海、阴陵泉、地机、足三里、阳陵泉、丰隆、太溪、三阴交、合阳、承筋、承山、昆仑等为配穴。

主穴操作方法：在患肢找较大、曲张的静脉血管，采用中粗火针，行刺络法操作，进针深度 2 ～ 4mm，随针拔出即有紫黑色血液顺针孔流出，使血液自然流出。总出血量控制在 50mL 以内，血流自止后用 75%乙醇棉球清理血渍并消毒针孔。

配穴操作方法：采用细火针点刺、一次性使用无菌针灸针针刺、电针、艾灸及刺络拔罐等方法。7 ～ 14 天治疗 1 次。

（三）精癃（前列腺增生）

取关元、水道（双侧）、曲骨。患者排空尿后取仰卧位，采用中粗火针，行点刺法操作，进针深度为 10 ～ 20mm。每周治疗 2 ～ 3 次。

（四）蛇串疮（带状疱疹）

急性期取疱疹局部阿是穴。采用细火针或中粗火针或多头火针，行点刺法、围刺法及刺络法操作，以刺破疱疹或疼痛区域为宜。可加用火罐以祛除瘀滞。水疱中会有液体流出，以消毒干棉球擦拭。针后局部皮肤可予碘伏外涂，以防止感染并减少渗出。每周治疗 2 ～ 3 次。对有全身症状者，可结合其他针药治法。

（五）偏头风（偏头痛）

取头部阿是穴、头维、太阳、攒竹。采用细火针或中粗火针，行点刺法操作。2 ～ 3 天治疗 1 次。

（撰写人：李彬、王桂玲）

第十三节　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，达到防治疾病目的的一种操作技术。按照皮肤针的形式及所含针数的不同，可分别称为梅花针、七星针、罗汉针和丛针等。皮肤针技术由《黄帝内经》中“半刺”“浮刺”“毛刺”等刺法发展而来，起源于“九针”中的“镵针”，具有疏通经络、补虚泻实等作用，临床上常用来治疗痛证、皮肤疾病、肝胆脾胃疾病、肺系疾病等。

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，七星针分为集束七星针、散点七星针两种。

1. 集束七星针

将 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，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，故操作后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 的合金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，针锋锐利，针柄多为弹性柄，易于刺入皮肤刺破毛细血管，操作后针迹处多有出血。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 叩刺部位

（1）循经叩刺　沿经脉循行路线进行叩刺，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，较常用的是特定穴，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，主要包括发病部位、压痛点、敏感点、感觉异常区域，以及阳性反应点（通过触摸发现的皮下结节状、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。

3. 体位选择

根据取穴，选取患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）持针方法

1）硬柄皮肤针：以右手拇指、中指、无名指、小指握住硬柄皮肤针的针柄。无名指、小指将针柄末端固定于小鱼际处，拇指、中指夹持针柄，食指伸直压在针柄上。针头对准皮肤叩刺部位，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，以局部皮肤略见潮红或隐隐出血为度。

2）软柄皮肤针：将针柄末端固定在掌心，拇指在上，食指在下，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、自内向外的原则，以皮肤潮红充血或有微量出血为度。注意叩刺速度要均匀。

（2）叩刺强度　可分为轻叩、中叩、重叩。轻叩为补法，重叩为泻法。

1）轻叩：叩打时腕力较轻，患者有轻度疼痛感，皮肤局部潮红。该法适用于小儿、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。

2）中叩：叩打时腕力稍大，患者有痛感，局部皮肤潮红或有出血点。该法适用于治疗一般常见病。

3）重叩：叩打时腕力较重，患者有明显痛感，局部皮肤发红并有轻度出血。该法

多用于体格强壮者、痛证、慢性皮肤病局部病灶，以及背部、肩部、臀部等肌肉丰厚的部位。

二、主要适应证

1. 头痛、带状疱疹后遗神经痛、肩背痛、痛经、痹证等痛证。
2. 呃逆、胃脘痛、腹痛等脾胃病症。
3. 鼻塞、哮喘等肺系疾病。
4. 遗尿、遗精等肾及膀胱病症。
5. 睡眠障碍、口僻、脑瘫等神经系统疾病。
6. 斑秃、荨麻疹、痿证、皮肤麻木、小儿惊风等皮肤及其他疾病。

三、禁忌证

1. 有感染、溃疡、烧伤、创伤或瘢痕等皮肤区域。
2. 凝血功能障碍者。
3. 孕妇腹部和腰骶部，以及合谷、肩井、三阴交等穴。

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，针尖有毛刺或缺损、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，用力均匀，避免斜、钩、挑等，以减少患者疼痛。初次治疗的患者宜轻叩。

4. 皮肤针治疗后，可配合拔罐疗法。

5. 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。

6. 重叩出血者，先用消毒干棉球将渗血擦拭干净，保持清洁，随后用75%乙醇棉球消毒，以防感染。

7. 患者精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时不宜进行治疗。

8. 注意晕针的预防和处理。患者采取卧位可预防晕针；若发生晕针应立即停止叩刺，使患者呈头低脚高卧位，注意保暖，必要时可饮用温开水或温糖水，或掐按水沟、内关等穴，即可恢复。严重时按晕厥处理。

9. 医生勿接触患者所出血液。治疗过程中出血较多时，患者要适当休息后才能离开。

五、临床应用举例

（一）伤风鼻塞（急性鼻咽炎）

以肺经、膀胱经、督脉穴位为主。常规消毒后沿督脉、胃经（胸腹部的循行路线）、

膀胱经（背部的循行路线）、肺经（列缺）、大肠经（曲池）进行叩刺。头痛甚者加百会；胸闷呕吐者加内关、公孙；鼻塞流涕者加迎香。皮肤针叩刺，自上而下，手法宜轻快。每日治疗 1 次，7 次为 1 个疗程。

（二）偏头风（偏头痛）

以阿是穴及督脉、膀胱经、胆经穴位为主。沿督脉、患侧头部的膀胱经、胆经，依次由前发际向后发际叩刺，每条经叩刺 3 ～ 5 遍；在四神聪、太阳、率谷、悬颅、颔厌、风池处用集束七星针中度叩刺，以微微出血为度；阿是穴处需重度叩刺，以出血为度。健侧头部的督脉、膀胱经、胆经则予轻度叩刺，以头皮潮红为度。10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 天，连续治疗 2 ～ 3 个疗程。

（三）油风（斑秃）

以斑秃局部、五脏俞穴为主。首先在斑秃局部用皮肤针进行叩刺，叩刺程度由轻到重，以患者能耐受为度；然后选取五脏俞穴用皮肤针行穴位叩刺，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 1 个疗程，疗程间休息 2 天，治疗 2 ～ 3 个疗程。

（撰写人：梁凤霞、周仲瑜）

第十四节　芒针技术

芒针技术是用芒针针刺一定的经络或腧穴以治疗疾病的一种技术。芒针由古代“九针”之一的“长针”演变而来，因其针体细长，形如麦芒，故称为芒针。因芒针体长刺深，通过穴位刺激易产生经络感传，以及气至病所的针感，具有通络止痛、调和气血等作用。芒针的适用范围与普通一次性使用无菌针灸针一样较为广泛，主要用于治疗神经系统疾病、运动系统疾病、消化系统疾病、呼吸系统疾病、泌尿生殖系统疾病、免疫系统疾病等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

以直径 0.30 ～ 0.35mm、长度 100 ～ 200mm 的一次性芒针为主。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

在中医理论，尤其是经络理论的指导下，依据邻近选穴、远道选穴、辨证选穴、对

症选穴等选穴法，以及按部位配穴、按经脉配穴等配穴方法。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）进针法

1）基本方法：医生刺手、押手紧密配合。刺手持针柄，押手持针体。刺手拇指、食指、中指第一节夹持针柄的稍下方，用无名指抵住针体，以使针体和穴位表面保持一定角度；押手以无名指及小指自然弯曲，并以指甲贴于穴旁，小指尖端压住穴旁之皮肤，以拇指、食指、中指三指夹持针体，使针体首先通过拇指与食指之第二关节横纹之间，再通过食指与中指第一关节横纹之间进入皮肤。利用刺手的指力和腕力，压捻结合，针尖垂直迅速刺过表皮，进入皮下后，刺手边小幅度（180° ～ 360°）、高频率（>100 次 / 分钟）捻转，边进针，可配合提插，押手辅助把握针尖方向，达到一定深度后，针体保留在皮肤外 2cm 以上。

2）刺法：根据穴位所在部位不同的解剖特点，可选择直刺法、斜刺法、平刺法、弯刺法等。

直刺法：芒针垂直刺入穴位，直达人体深部。一般适用于脘腹部、臀部、腰背部及肌肉丰厚处。

斜刺法：进针时，针体与皮肤约呈 45° 倾斜刺入。一般适用于四肢内外侧、躯干前后侧、头部、颈项部、面部的穴位。

平刺法：进针时，针体与皮肤约呈 15° 或更小的角度刺入。一般适用于头背部皮肤浅薄的穴位。

弯刺法：进针到一定深度后，刺手、押手紧密配合，并根据穴位所在部位不同的解剖特点，相应地改变押手所掌握的针刺角度，利用针体的自然弹性按压针柄，使针自然弯曲，变换针尖的方向，将针刺入相应部（穴）位，达到要求的针刺麻胀感后立即出针。一般适用于直刺和斜刺均不能到达的特殊穴位，如天突穴、面部透穴等。

（2）行针法　得气后可施以捻转、提插，以及捻转提插相结合的补泻手法，也可结合使用其他补泻手法。

（3）出针法　因为芒针进针较深，故出针时应先以左手拇指、食指或食指、中指固定被刺腧穴周围皮肤，右手轻柔缓慢地进行捻转、抽提针体，将针尖退至皮下，停留 3 ～ 5 秒再轻轻出针。出针后用镊子持消毒干棉球按压针孔数秒，若有出血现象应延长按压时间。

（4）留针时间与疗程　由于病情、选穴和治疗体位的不同，芒针的留针时间亦有所不同。芒针弯刺法一般不留针，得气后施手法操作达到一定的刺激量后即刻出针；其余刺法达到一定的针刺感应后可不留针，或留针 15 ～ 30 分钟。一般每日施针 1 次或隔日 1 次，12 ～ 14 次为 1 个疗程。两个疗程之间，可休息 3 ～ 5 天。

二、主要适应证

1. 软组织损伤性疼痛、退行性关节痛、三叉神经痛等各类疼痛性疾病。

2. 脑卒中后遗症、特发性面神经麻痹、面肌痉挛、周围神经损伤等神经系统相关疾病。

3. 前列腺增生、前列腺炎、尿失禁、尿潴留等泌尿生殖系统疾病。

4. 胃下垂、胆石症、消化性溃疡、功能性消化不良等消化系统疾病。

5. 慢性支气管炎、支气管哮喘、过敏性鼻炎等呼吸系统疾病。

6. 类风湿关节炎、过敏性疾病等免疫系统相关疾病。

三、禁忌证

1. 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。

3. 自发性出血、血液病或损伤后出血不止的患者不宜针刺。自发性气胸及肺不张患者不宜针刺颈部、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，以免刺伤肝脏、脾脏、肾脏。脾大患者尤为注意。

8. 针刺部位有血管怒张、瘢痕、伤口、严重溃疡及肿物者禁刺。

四、注意事项

1. 应认真检查针具。针尖要端正不偏、光洁，尖中带圆，形如“松针”，锐利适度，进针阻力小。针体要光滑挺直，圆正匀称，坚韧而富有弹性；针体处不可有剥蚀伤痕；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。若需患者变换体位，针刺顺序应为先背部，再侧部，最后脘腹部。

3. 进针后轻捻缓进。针刺过程中如遇阻力不可强行进针，应立即退针改变方向后再进针。

4. 进出针时，可配合呼吸、开阖补泻。若出现局部肿胀，提示皮下出血，应先局部冷敷止血，24 小时后热敷以促进瘀血的消散；若出针后其酸胀疼痛感不减，且遗留时

间较长，提示系由手法过重、刺激过强所致，可辅助按摩或热敷。

5. 选穴宜少而精。

6. 体质虚弱、消瘦及有晕针史的患者应慎用；精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时亦不适宜接受本刺法。

7. 注意晕针的发生。

8. 进针后嘱患者不要随意移动体位，以免导致滞针或弯针。

9. 严重精神病患者应慎用。

10. 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。

五、临床应用举例

（一）淋证（前列腺炎、膀胱炎）

主穴取秩边透水道、气海、关元、归来；配穴取肾俞、三阴交。秩边透向水道，进针 100 ～ 150mm，高频轻捻，使感应放散至会阴及前阴周围，不留针；气海、关元深刺 125mm，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 1 个疗程。

（二）胃痞（胃下垂）

取巨阙。患者平卧，放松腹肌，局部皮肤常规消毒后，取 0.35mm × （ 100 ～ 200 ）mm 芒针，由巨阙刺入，约与皮肤成 30°，沿皮下捻转进针透至脐左侧约 13mm 处。待患者有腹胀及下腹上抽感，医生提针有重力感时，改为 15°，不做捻转，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 1 个疗程。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弹性，以辅助治疗。

（三）腰痹（腰椎间盘突出症）

取腰中、大肠俞、环跳、承扶、飞扬、相应夹脊穴。

腰中在带脉和腋中线的交点，髂前上棘顶端上一横指。患者取侧卧位，上侧下肢呈屈膝状，下侧下肢呈伸直状。医生面对患者背侧面施针，押手和刺手配合默契方能操作无误。选用 0.30mm × 150mm 一次性使用无菌针灸针对准穴位，垂直于皮肤徐徐进针 100mm 左右，深刺至第四、第五腰椎棘突间的腹侧面，有针感后施提插补泻法，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。

大肠俞直刺 100 ～ 130mm，令针感向下肢放散；环跳直刺 100 ～ 130mm，以麻电感向足部放散，以下肢抽动 3 次为度。余穴常规方法操作，留针 30 分钟。每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

患者俯卧位，取相应病变腰椎的夹脊穴，局部皮肤常规消毒，选用 40mm 一次性使

用无菌针灸针直刺，针下出现酸麻胀的得气感后留针 30 分钟。

（撰写人：王舒、赵晓峰、许瀚予）

第十五节　锞针技术

锞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。因操作时以推按腧穴（按脉勿陷）为主，故又称为“推针”。锞针技术从《黄帝内经》中“主按脉取气，令邪出”“病在脉，气少当补之者，取以锞针”等有关理论发展而来。锞针是“九针”之一，具有疏通经络、调和气血、补虚泻实的作用，主要用于治疗内科、外科、妇科、儿科、五官科等各科病症，也可用于经络辨证时探查病变的经络、穴位。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具



图 1–25　锞针

1. 锞针针具

锞针常用不锈钢制成，针体呈圆柱形，直径 8 ～ 12mm，长度 100 ～ 130mm；针头圆钝呈黍粟状，直径 2 ～ 3mm，具体见图 1–25。

2. 电锞针针具

针体与针头同锞针，表面覆以绝缘材料，针尾配有导线接口，可通过连接导线来连接脉冲电针治疗仪。

3. 声电锞针针具

针体与针头同锞针，针尾配有导线接口，可通过连接导线来连接声电脉冲治疗仪。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 选穴方法

根据疾病的不同选取适当的经络或腧穴。

3. 体位选择

根据取穴，选取患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）锞针法　采用四指持针法，以拇指、中指和无名指夹持针体，食指抵针尾部；或采用执笔式持针法，用拇指、食指、中指捏持针体中上部，无名指抵住针体下部。按四指持针法或执笔式持针法持锞针，拿持力度适中，将锞针针头垂直按压在所选取的经络或腧穴上，以得气为度。

（2）电锞针法　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，在相应的经络腧穴部位涂以导电液或导电膏，将无关电极导线连接于所取经络腧穴的同侧肢体上（腕踝上部为宜），将针头按压在相应经络穴位上，调节仪器输出旋钮，刺激强度以患者可耐受为度。持针与操作参照锞针法。治疗结束后将治疗仪器控制旋钮调回零位，取下电极，关闭电源。

（3）*声电锞针法*　把音量及各参数开关调至零位。使用交流电者，将声电针仪接通电源；使用直流电者，安装好电池。将电锞针导线连接到声电治疗仪器上，接通电源（打开电源开关），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。将锞针针头按压于相应经络腧穴上，调节仪器输出旋钮，选取相应的乐曲，打开播放乐曲开关，输出的刺激强度以患者能耐受为度。持针与操作参照锞针法。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。

（4）*留针时间与疗程*　每穴留针2～5分钟。每日或隔日1次，10～15天为1个疗程。

二、主要适应证

1. 脑卒中及并发症、特发性面神经麻痹、睡眠障碍、头痛、焦虑症、抑郁症、呃逆、功能性胃肠病等内科病症。

2. 颈椎病、腰椎病、落枕、肩周炎、关节损伤、软组织损伤等外科病症。

3. 月经不调、痛经、围绝经期综合征、乳腺增生、乳腺炎等妇科病症。

4. 小儿疳积、吐泻、消化不良等儿科病症。

5. 青少年近视、过敏性鼻炎、牙痛、耳鸣等五官科病症。

三、禁忌证

1. 孕妇、出血倾向、严重高血压及心脏病患者。

2. 骨折部位、感染及溃疡部位。

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锞针及声电锞针。

四、注意事项

1. 患者过饥、过饱或过于疲劳时慎用锞针，避免刺激过强导致晕针。

2. 锞针操作时宜垂直按压，不宜斜按。

3. 电锞针、声电锞针使用时应注意检查仪器是否漏电。

4. 注意避免灼伤与电伤。

五、临床应用举例

（一）落枕（枕下肌群劳损）

取落枕穴。患者取坐位，两肘屈曲放在桌面上，两手伏案，食指、中指分开，用

锞针在落枕穴上按摩点压，同时嘱患者活动颈部。每次 5 ～ 10 分钟，每日 1 次。

（二）呃逆（膈肌痉挛）

取天突、内关、足三里、膻中、中脘、期门。患者取仰卧位，用锞针交替点按上述穴位。每穴约 5 分钟，每日或隔日 1 次。

（三）不寐（睡眠障碍）

取三阴交、内关、足三里。患者取坐位，双侧取穴，用锞针交替点按上述穴位。每穴约 5 分钟，每日或隔日 1 次。

（撰写人：刘璐、侯学思）

第十六节　穴位注射技术

穴位注射技术是以中西医理论为指导，依据穴位作用和药物性能，在穴位内注入药物以防治疾病的一种技术，又称“水针”。穴位注射是在针刺疗法和西医学封闭疗法相结合的基础上发展而来的。它将针刺刺激与穴位、药理有机地结合起来，发挥协同效应，以提高疗效。本法具有操作简便、用药量小、适应证广、作用迅速等优点，适用于多种急慢性疾病。

一、常用器具、药物及基本操作方法

（一）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。常用注射器规格有 1mL、2mL、5mL、10mL、20mL，常用针头为 4 ～ 7 号普通注射针头或牙科 5 号长针头。

（二）常用药物

根据临床需要通常使用以下几类药物。

1. 维生素注射液

如维生素 B1 注射液、维生素 B6 注射液、维生素 B12 注射液、维生素 D2 果糖酸钙注射液等。

2. 其他常用药物

如中药注射剂、葡萄糖注射液、生理盐水、盐酸利多卡因注射液、注射用水等。多数供肌内注射用的药物可考虑做小剂量穴位注射。

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、医生进行常规消毒。

2. 体位选择

根据取穴，选取患者舒适、方便医生操作的体位。

3. 施术法

根据所选穴位及药物剂量的不同选择合适的注射器和针头。局部皮肤常规消毒后，快速进针，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，确定无回血后将药物推入。

（1）*注射方法*　慢性病患者、体弱者可用轻刺激，将药液缓慢轻轻推入；急性病患者、体强者可用强刺激，将药液快速推入；其他情况如无特殊，用中等速度推入药液。如需注入较多药液时，可在注射的过程中，将注射针由深层逐步提出到浅层，边退边推药，或同时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，决定注射角度及深度。同一穴位可从不同的角度刺入，也可根据病情需要决定注射深浅度，如三叉神经痛于面部有触痛点，可在皮内浅部注射成“皮丘”；腰肌劳损多在深部，注射时宜适当深刺等。

（3）*药物剂量*　穴位注射的药物剂量取决于注射部位及药物的性质和浓度。头面部和耳穴等处药物剂量较小，每个穴位一次注入药物剂量为 0.1 ～ 0.5mL；四肢及腰背部肌肉丰厚处药物剂量较大，每个穴位一次注入药物剂量为 1 ～ 5mL。刺激性较小的药物（如葡萄糖注射液、生理盐水）一般用量较大，如软组织劳损时，局部注射葡萄糖注射液可用 10 ～ 20mL。小剂量穴位注射，单个穴位的药物剂量多为常规用量的 1/10 ～ 1/3。中药注射液的每穴常用药物剂量为 1 ～ 2mL。

（4）*疗程*　每日或隔日注射 1 次，反应强烈者亦可隔 2 ～ 3 日注射 1 次，穴位可左右交替使用。疗程根据病情确定，一般 10 次为 1 个疗程，疗程之间宜间隔 5 ～ 7 天。

二、主要适应证

1. 头痛、面痛、颈痛，以及肩周炎、腕管综合征、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、膝骨关节炎等导致的疼痛。

2. 中风、眩晕、口僻、面肌痉挛、抑郁症、焦虑症、帕金森病、小脑性共济失调、睡眠障碍、慢性疲劳综合征等心脑疾病。

3. 月经病、围绝经期综合征、痛经、产后身痛、小儿抽动障碍、小儿遗尿、小儿发育不良等妇科、儿科疾病。

4. 变应性鼻炎、耳鸣、耳聋等五官科疾病。

三、禁忌证

1. 关节腔、脊髓腔和血管内。

2. 孕妇下腹部、腰骶部和合谷、三阴交等穴位。

3. 需要注射的穴位周围或局部有感染、表皮破损或较严重皮肤病者。

4. 诊断不明确并伴有意识障碍者。

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（如肿胀、轻微疼痛等），以消除患者顾虑。

2. 严格遵守无菌操作，防止感染，尽量每注射 1 个穴位换 1 个针头，避免因消毒不严格而引起局部反应、感染发热等。

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。刺激作用较强的药物，应谨慎使用。

4. 在神经干旁注射时，要避开神经干。如针尖触到神经干，患者有触电感时，需退针，改换角度避开神经干后再注射，以免损伤神经。

5. 颈项部、胸背部注射时，注射不宜过深，防止刺伤内脏。

6. 儿童、老人注射部位不宜过多，药物剂量可酌情减少，以免晕针。

7. 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。

8. 对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，且连续注射同一穴位应间隔 1 ～ 2 天，一般单个穴位连续注射不超过 2 ～ 3 次。

9. 注射药物时如果发生剧痛或其他不良反应，应立即停止注射并注意观察患者情况。

10. 禁止将药物注入血管内，若回抽针芯见血或积液时应立即出针，用无菌棉球或无菌棉签压迫针孔，情况允许时，更换注射器及药液后再进行注射。

11. 发生气胸后，患者需半卧位休息，医生需严密、动态观察其情况。少量胸腔积气可自然吸收；积气量较大时，应行胸腔排气引流，促使肺脏尽早膨胀。

五、临床应用举例

（一）漏肩风（肩关节周围炎）

取肩前、肩髃、臑俞。药物可辨证选择中草药注射剂。依据患者病情，每次选两个穴位。常规消毒后，垂直进针，深刺可达肩关节囊所在的部位，回抽无血即可注射，每处注射剂量为 2 ～ 4mL。每隔 3 ～ 4 天注射 1 次，3 次为 1 个疗程，疗程间隔 7 天。

（二）呃逆（膈肌痉挛）

取足三里（双侧）。药物选择维生素 B12 注射液。常规消毒皮肤后，快速刺入足三里 20 ～ 30mm，回抽无血即可注射，每侧足三里注射 1.5mL。每日 1 次，3 次为 1 个疗程。

（三）痹证（类风湿关节炎）

取阿是穴，并局部循经取穴。药物可辨证选择中草药注射剂。常规消毒后，快速刺入所选穴位，回抽无血即可注射，每次每个穴位注射 1mL 左右，每次治疗手足局部各选 2 ～ 4 个穴位，隔日 1 次，每次局部穴位可交替选用。

（撰写人：李滋平、付勇）

第十七节　穴位埋线技术

穴位埋线技术是将可吸收性外科缝线置入穴位内，利用线体对穴位产生的持续刺激作用以防治疾病的一种技术。穴位埋线技术基于《灵枢》中“年质壮大，血气充盈，肤革坚固，因加以邪，刺此者，深而留之”“久病者……深内而久留之”等有关理论，是在“留针”的基础上发展而来的，具有疏通经络、调和气血、补虚泻实的作用。穴位埋线技术主要适用于治疗多种慢性疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 线体

各种型号的可吸收性外科缝线。可吸收性外科缝线应符合《可吸收性外科缝线》（YY 1116—2020）的要求。

2. 埋线针

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，套管针一般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，或用适当型号的腰椎穿刺针代替，也可以选用一次性成品注射埋线针或其他合适的替代物。一次性使用无菌注射针应符合《一次性使用无菌注射针》（GB 15811—2016）的要求；针灸针应符合《针灸针》（GB 2024—2016）的要求；腰椎穿刺针应符合《腰椎穿刺针》（YY/T 1148—2024）的要求。具体见图 1–26。

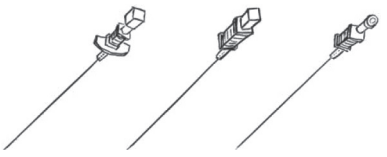


图 1–26　一次性埋线针

（二）基本操作方法

1. 可吸收性外科缝线处理

开包后即剪即用，剪成长度 1 ～ 2cm 左右的线体备用。

2. 穴位选择

根据患者病情选取穴位，穴位应选择肌肉丰厚部位。该法常用于腹部、腰背部穴位，慎用于头面部穴位。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、医生操作方便的体位。

4. 环境要求

注意操作台环境清洁卫生，避免污染，有条件应设立独立埋线诊室。

5. 消毒

（1）器具消毒　医院内可重复使用埋线包（包括线剪、治疗盘、解剖镊）消毒要求符合消毒器械灭菌效果评价（GB/T 15981—2021）方法。一次性使用埋线包（包括治疗盘、解剖镊、纱布块、一次性使用医用橡胶检查手套、碘伏棉球、酒精棉球）消毒要求符合医疗保健产品灭菌（GB 18279.1—2015）要求。

（2）操作部位消毒　采用碘伏或用 75% 乙醇，擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生　应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T313—2019）。

6. 施术法

（1）套管针埋线法　施术者首先戴口罩、帽子，双手按医务人员手卫生规范进行洗手消毒。术者打开埋线包及外科缝线包，将外科缝线剪取 1 ～ 2cm 长度的线体备用，取一次性注射针头接一次性平头针灸针针芯。术者取一段适当长度（1 ～ 2cm）的可吸收性外科缝线，放入一次性注射针头的前端，线头勿超出注射针头。用一手拇指和食指固定拟进针穴位，另一手持针刺入。选择适当针刺方向刺入，达到所需深度后，边推针芯边退针管，将线体埋植在穴位的皮下组织或肌层内。拔针后用无菌干棉签按压针孔止血，保持创口干燥 6 小时。

（2）埋线针埋线法　施术者首先戴口罩、帽子，双手按医务人员手卫生规范进行洗手消毒。术者打开埋线包及外科缝线包，取适当长度的可吸收性外科缝线，放入埋线针针头的前端，线头勿超出埋线针头，一手拇指和食指固定拟进针穴位，另一手持埋线针。以 15° ～ 45° 角刺入，将线推入皮内（或将线套在埋线针尖后的缺口上，一手持针，另一手持钳，针尖缺口向下，以 15° ～ 45° 角刺入皮内）。当针头的缺口进入皮内后，持续进针直至线头完全埋入穴位的皮下，再适当进针后，把针退出。用无菌干棉球（干棉签）按压针孔止血，保持创口干燥 6 小时。

二、主要适应证

1. 原发性高血压、中风偏瘫、癫痫等心脑疾病。

2. 支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张等肺系疾病。

3. 功能性胃肠病（胃食管反流病、功能性消化不良、肠易激综合征、功能性便秘）、慢性胃肠炎、溃疡性结肠炎、胃脘痛、便秘、脂肪肝等肝胆脾胃病症。

4. 肥胖症、2 型糖尿病、甲状腺疾病等内分泌疾病。

三、禁忌证

1. 有出血倾向者，精神疾病不能配合者。

2. 关节、颜面部位及瘢痕组织处禁止埋线。

3. 皮肤局部有皮肤病、炎症、溃疡、破损。

4. 有 2 型糖尿病且血糖不稳定者、蛋白过敏者及其他各种疾病导致皮肤和皮下组织吸收和修复功能障碍者。

5. 对 5 岁以下儿童、孕妇的下腹部和腰骶部，以及妇女经期禁用埋线。

6. 关节腔、脊髓腔和血管内。

7. 对某种药物过敏者，禁用该药。

四、注意事项

1. 严格施行无菌操作，埋线后 24 小时内局部禁止接触水，创面应保持干燥、清洁，防止感染。

2. 若发生晕针应立即停止治疗，按照晕针处理。

3. 穴位埋线时，拟留置体内的可吸收性外科缝线线头不应露出体外。如有线体露出皮肤外，一定要拔出，重新定位、消毒、操作，以免感染。

4. 穴位埋线后 1 ～ 3 天内禁止进行剧烈运动，防止埋线部位出现肿胀。

5. 穴位埋线后 1 周内尽量减少海鲜等高蛋白饮食，防止埋线后过敏反应的发生。埋线后若出现硬结反应则慎用埋线法。

6. 每次埋线前都要对患者进行埋线前评估及知情同意告知，排除不适宜埋线的患者或暂时无需埋线的患者。

7. 埋线后 1 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。

8. 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。

9. 在同一个穴位反复多次治疗时，应偏离前次治疗的进针点。

10. 埋线后要留观 30 分钟，如有不良反应须及时处理。

11. 埋入线体后如果 2 周左右出现局部红、肿、痒等症状属线体过敏现象，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。

12. 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。

五、临床应用举例

（一）哮喘（支气管哮喘）

取穴：定喘、肺俞。痰浊阻肺者加丰隆；脾气虚者加脾俞；肾不纳气者加肾俞、关元；易感冒者加足三里；心律不齐者加心俞。

操作：将可吸收性外科缝线 1 ～ 2cm 装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。2 周埋线 1 次，3 次为 1 个疗程。

（二）鼻鼽（变应性鼻炎）

取穴：肺俞、大椎、至阳。脾虚者加脾俞；肾虚者加肾俞；阳气虚者加足三里。

操作：将可吸收性外科缝线 1 ～ 2cm 装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。2 周埋线 1 次，3 次为 1 个疗程。

（三）休息痢（溃疡性结肠炎）

取穴：脾俞、大肠俞、关元、天枢、足三里、阿是穴。肝脾不和者加肝俞、脾俞；久病伤肾者加肾俞、命门。

操作：将可吸收性外科缝线 1 ～ 2cm 装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。2 周埋线 1 次，3 次为 1 个疗程。

（四）消渴（2 型糖尿病）

取穴：胰俞。上消症状为主者，配肺俞、脾俞；中消症状为主者，配胃俞、足三里；下消症状为主者，配肾俞、三阴交。皮肤瘙痒者加血海、风市；合并冠心病者配心俞、足三里；合并肢体麻木疼痛者可循经取穴。

操作：将可吸收性外科缝线 1 ～ 2cm 装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。2 周埋线 1 次，3 次为 1 个疗程。

特别提示：2 型糖尿病血糖不稳定者禁止埋线。

（五）肥胖（肥胖症）

取穴：中脘、下脘、天枢、大横、水道、上巨虚。脾虚湿阻证加脾俞；胃肠实热证加胃俞；肝郁气滞证加肝俞；脾肾阳虚证加肾俞。

操作：将可吸收性外科缝线 1 ～ 2cm 装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。2 周埋线 1 次，6 次为 1 个疗程。

（撰写人：谢长才、魏清琳）

第十八节　平衡针技术

平衡针技术是通过针刺外周相应平衡腧穴或部位，启动中枢神经系统调控，达到患者自身调控和治疗疾病的目的。平衡针技术基于《黄帝内经》“凡刺之真，必先治神”理论，阐明针刺的核心定位并不是有病之脏器，而是负责管理脏器的脑神。平衡针技术主要适用于痛证、心脑病症、肝胆脾胃病症等各系统疾病。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

（0.30 ～ 0.35）mm ×（40 ～ 75）mm 一次性针灸针，见图 1–27。



图 1–27　一次性针灸针

（二）常用穴位及主治

临床常用的平衡穴位共25个。其中，头颈部平衡穴位5个，上肢部平衡穴位10个，下肢部平衡穴位10个。

1. 头颈部常用平衡穴位

（1）升提穴（BP–HN1）

定位：头顶，两耳尖连线中点前2cm处。

主治：脱肛、子宫脱垂、胃下垂等中气下陷性疾病。临床还用于治疗阳痿、早泄、遗精、遗尿、前列腺炎、前列腺肥大、肠炎、低血压、宫颈炎、阴道炎、过敏性哮喘、慢性支气管炎、过敏体质和偏瘫等。

刺法：以局部出现麻、胀、紧、沉为宜。针尖沿皮下骨膜外向前平刺4cm左右，一只手向前进针，另一只手可摸着针尖不要露出体外。采用滞针手法，待针体达到一定深度时，顺时针捻转6圈，然后再按逆时针捻转6～10圈后即可将针退出。

（2）腰痛穴（BP–HN2）

定位：位于前额正中。

主治：腰部软组织损伤、腰椎间盘突出症、强直性脊柱炎、急性腰扭伤、腰肌劳损、坐骨神经痛，以及不明原因的各种腰痛。

刺法：以局限性出现酸、麻、胀为宜。运用上下提插法，达到要求针感时，即可出针。

（3）急救穴（BP–HN3）

定位：鼻唇沟与鼻中隔连线的中点。

主治：休克、昏迷、晕厥、晕车、晕船、晕机。临床还可用于治疗中暑、小儿急惊风、癔症、癫痫、精神分裂症、急性腰扭伤、痔疮、低血压、高血压、冠心病和心绞痛。

刺法：常规针刺。

（4）偏瘫穴（BP–HN4）

定位：耳尖上3cm。

主治：中风昏迷、中风后偏瘫、偏头痛、面神经炎、面肌痉挛、三叉神经痛。

刺法：以针刺出现酸、麻、胀为宜，采用滞针法。

（5）胃痛穴（BP–HN5）

定位：口角下1寸。

主治：急性胃炎、慢性胃炎、消化性溃疡、急性胃痉挛、膈肌痉挛、晕车、晕船、晕机、小儿消化不良、原发性痛经、糖尿病。

刺法：以针刺出现酸、麻、胀为宜，采用滞针手法。

2. 上肢部常用平衡穴位

（1）臂痛穴（BP–UE1）

定位：肩关节腋外线的中点，即肩峰至腋皱襞连线的中点处。

主治：臂部软组织损伤、梨状肌综合征、原发性坐骨神经痛、腰椎间盘突出症、急性腰扭伤、腰肌劳损、同侧网球肘、对侧颈肩综合征、偏瘫。

刺法：以针刺出现局限性酸、麻、胀，或向肘关节、腕关节放射为宜。用 3 寸一次性使用无菌针灸针，针尖向腋窝中心方向呈 45° 角，斜刺 4 ～ 5cm。采用上下提插手法，针感达不到要求可采用滞针手法。

（2）膝痛穴（BP–UE2）

定位：手臂伸直，肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线的中点。

主治：膝关节软组织损伤、膝骨关节炎、髌骨软化症、风湿性关节炎等。

刺法：以针刺前臂出现局部性酸、麻、胀为宜，采用上下提插或一步到位针刺手法。直刺，进针 1.5 ～ 2.0 寸。

（3）痔疮穴（BP–UE3）

定位：前臂伸侧面，尺、桡骨之间，前臂背侧腕关节至肘关节连线的中上 1/3 交界处。

主治：内痔、外痔、肛裂、便秘、嗜睡、中风后失语、急性腰扭伤、肋间神经痛、胸部软组织损伤、爆震性耳聋。

刺法：以针刺前臂出现局限性酸、麻、胀为宜。采用上下提插法。

（4）胸痛穴（BP–UE4）

定位：前臂背侧，尺、桡骨之间，腕关节与肘关节连线的中下 1/3 交界处。

主治：胸部软组织损伤、肋间神经痛、非化脓性肋间软组织炎、胸膜炎、心绞痛、心律不齐、急性腰扭伤、肾病综合征、经前期紧张综合征、带状疱疹、带状疱疹后遗神经痛、急性胃炎、慢性胃炎、膈肌痉挛。

刺法：以针刺前臂出现酸、麻、胀为宜。采用上下提插法，对重症患者可用滞针法。

（5）肺病穴（BP–UE5）

定位：前臂掌侧，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间，腕关节至肘关节中上 1/3 交界处。

主治：支气管炎、支气管肺炎、过敏性哮喘、变应性鼻炎、上呼吸道感染、咯血、鼻衄、痔疮便血、末梢神经炎。

刺法：以针刺局限性酸、麻、胀为宜。采用上下提插法。

（6）降糖穴（BP–UE6）

定位：前臂掌侧，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间，腕关节至肘关节中下 1/3 交界处。

主治：糖尿病、高血压、高脂血症、冠心病、心绞痛、肋间神经痛、非化脓性肋软骨炎、急慢性肝炎、肝硬化、胃炎、胃癌、胃溃疡、膈肌痉挛、神经衰弱、低血压、睡眠障碍等。

刺法：以针刺出现酸、麻、胀为宜。采用上下提插法，对于久病、体虚、重症患者

可采用滞针法。

（7）踝痛穴（BP–UE7）

定位：前臂掌侧，腕横纹正中，即桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间。

主治：踝关节软组织损伤、跟骨骨刺、足跟痛、心律不齐、心动过速、心动过缓、顽固性失眠、腕管综合征。

刺法：以针刺产生放射性针感为宜，如出现中指或食指麻木感。采用上下提插法。

（8）咽痛穴（BP–UE8）

定位：第二掌骨桡侧缘的中点。

主治：急慢性咽炎、急慢性喉炎、急慢性扁桃体炎、三叉神经痛、单纯性甲状腺肿大、滞产、急性乳腺炎、产后缺乳、上呼吸道感染、牙痛、面神经炎。

（9）颈痛穴（BP–UE9）

定位：手背部，握拳第四、第五掌骨之间，掌指关节前凹陷处。

主治：颈部软组织损伤、颈肩综合征、颈肩肌腱炎、颈源性头痛、颈源性眩晕、肋间神经痛、眶上神经痛、三叉神经痛、坐骨神经痛、肩周炎、足底痛。

刺法：以针刺出现局部酸、麻、胀感为宜。采用上下提插法。

（10）感冒穴（BP–UE10）

定位：半握拳，中指与无名指掌指关节之间凹陷处。

主治：普通感冒、流行性感冒、变应性鼻炎、头痛、腰肌劳损、坐骨神经痛。

刺法：以针刺出现局部酸、麻、胀为宜。采用上下提插法，待针体进到要求的深度后，将针体退到进针处，向左、向右各提插 1 次，也可采用滞针法。

3. 下肢部常用平衡穴位

（1）耳聋穴（BP–LE2）

定位：股外侧，髋关节与膝关节连线的中点。

主治：神经性耳聋、爆震性耳聋、梅尼埃病、神经性耳鸣、股外侧皮神经炎、急性荨麻疹、丹毒。

刺法：以针刺出现酸、麻、胀为宜。采用手法：①一线三点针刺法，即中间一针，达到针刺要求深度后将针尖退至进针部位，上下提插 3 次。②对外耳道的化脓性炎症可配合滞针技术。

（2）过敏穴（BP–LE3）

定位：屈膝位的髌骨上角上 2 寸，股四头肌内侧隆起处。

主治：支气管哮喘、急性荨麻疹、风疹、湿疹、皮肤瘙痒、神经性皮炎、月经不调、痛经、闭经、功能性子宫出血、尿路感染、慢性肾炎。

刺法：以针刺出现局部酸、麻、胀为宜。采用上下提插法，对体虚患者可配合捻转滞针法。

（3）肘痛穴（BP–LE4）

定位：髌韧带外侧的凹陷中。

主治：肘关节软组织损伤、肱骨外上髁炎、肱骨内上髁炎、不明原因的肘关节疼

痛、偏瘫、荨麻疹、踝关节扭伤。

刺法：以针刺出现局部酸、麻、胀为宜。采用一步到位针刺手法，不提插，待针体进到要求深度即可出针。

（4）腹痛穴（BP–LE5）

定位：腓骨小头前下方凹陷中。

主治：急性胃炎、急性肠炎、急性阑尾炎、急性胃痉挛、急性胰腺炎、急性胆囊炎、急性肠梗阻、冠状动脉供血不足、冠心病、心绞痛、肋间神经痛、急慢性肝炎、肝硬化、糖尿病、白细胞减少症、高血压、低血压、高脂血症、过敏性哮喘、急性荨麻疹、前列腺炎。

刺法：以针刺出现局部酸、麻、胀为宜。采用上下提插法，可捻转滞针。

（5）肩痛穴（BP–LE6）

定位：腓骨小头与外踝连线的中上 1/3 交界处。

主治：肩关节软组织损伤、肩周炎、神经根型颈椎病、颈部肌筋膜炎、落枕、偏头痛、高血压、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病、带状疱疹、肋间神经痛、急性腰扭伤、癔症性昏厥、上肢瘫痪、中暑、休克、昏迷、癫痫、精神分裂症。

刺法：以针刺出现麻胀感为宜，可出现以触电式针感向踝关节、足背、足趾放射。采用上下提插针刺手法。

（6）癫痫穴（BP–LE7）

定位：胫骨与腓骨之间，髌骨下缘与踝关节连线的中点。

主治：癫痫、癔症性昏厥、精神分裂症、神经衰弱、急性胃炎、消化性溃疡、痛经、肩周炎、晕车、晕船、晕机。

刺法：以针刺出现局部麻胀感或放射性为宜。采用上下提插法。

（7）肾病穴（BP–LE9）

定位：腓骨内侧前缘，腓骨小头与外踝连线的中下 1/3 处。

主治：急慢性肾炎、肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎、睾丸炎、阳痿、早泄、遗尿、疝气、血栓闭塞性脉管炎、糖尿病、荨麻疹、顽固性失眠。

刺法：以针刺出现向足背部放射性针感为宜。

（8）腕痛穴（BP–LE10）

定位：足背踝关节横纹中央，向外旁开 1 寸处。

主治：腕关节软组织损伤、腕关节腱鞘炎、近视、沙眼、白内障、青光眼、急性结膜炎、电光性眼炎、眼睑下垂、眼肌麻痹、眼睑痉挛。

刺法：以针刺出现局部麻胀，或向足背、足趾放射为宜。采用滞针手法。

（9）头痛穴（BP–LE11）

定位：足背第一、二趾骨结合之前凹陷中（太冲穴与行间穴之间）。

主治：偏头痛、颈源性头痛、高血压性头痛、低血压性头痛、鼻旁窦炎头痛、外感性头痛、近视、青光眼、手指震颤、血小板减少症、急性肝炎、神经衰弱、胆囊炎。

刺法：以针刺出现局限性酸、麻、胀为宜。采用上下提插法，或可配合滞针。

（10）降压穴（BP–LE12）

定位：位于足弓，足弓最高点直下凹陷处。

主治：高血压、休克、昏迷、高热、精神分裂症、癫痫、癔症性瘫痪、神经性头痛、偏瘫刺法：以针刺出现局部酸、麻、胀为宜。采用上下提插法，对急性者可采取留针。

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

（1）特异性取穴　特异性取穴主要是指通过临床实践、验证以确定治疗病症的特定穴位的取穴方法，通常用于治疗全身性疾病。通过刺激这些穴位达到整体调节、治疗疾病的目的，如感冒穴、降压穴、降糖穴、过敏穴等。

（2）交叉取穴　交叉取穴是指左右取穴、前后取穴、上下取穴、交叉取穴等取穴方法。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；治疗膝关节病变取对侧桡神经、正中神经支配的肘关节部位的膝痛穴；治疗踝关节病变取对侧正中神经支配的腕关节处的踝痛穴；治疗肩关节病变取下肢对侧腓浅神经支配区域的肩痛穴；治疗肘关节病变取对侧下肢股神经前皮支及肌支支配的膝关节部位的肘痛穴；治疗腕关节病变取下肢对侧支配踝关节部位的腓深神经与腓浅神经区域的腕痛穴等。

（3）对应取穴　对应取穴指左右对应取穴、上下对应取穴、前后对应取穴。如右侧的病变取左侧的穴位，左侧的病变取右侧的穴位；前面的病变取后面的穴位，后面的病变取前面的穴位；上方的病变取下方的穴位，下方的病变取上方的穴位。

（4）区域性取穴　区域性取穴是针对某一特定区域采取的取穴方法。如对于需处理胸部、腹部、背部、颈椎部、胸椎部、腰部等相对面积比较大的病变部位时可选用本法。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医者操作的体位。

4. 施术法

（1）提插手法　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。本法主要适用于有特殊针感要求的平衡穴位，如降压穴、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。通过拇指与食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。本法主要适用于病情较重、有特殊针感要求的平衡穴位，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，进针后即可出针，原则上

不提插、不捻转。本法适用于比较浅表的穴位，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。本法适用于耳聋穴、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 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。本法适用于臀痛穴、肩背穴、偏瘫穴等。

针感说明：①触电式针感，即针刺后出现的类似电击样感觉，向远端放射。②放射性针感，即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，即针刺后在局部出现的酸麻胀痛感。④强化性针感，即针刺后未出现以上针感，运用滞针手法，迅速获得局部酸麻胀痛的针感。

二、主要适应证

1. 颈椎病、肩部软组织损伤、肩周炎、腰椎间盘突出症、梨状肌综合征、膝骨关节炎、关节扭伤、风湿性关节炎、末梢神经炎等导致的疼痛，以及头痛、肋间神经痛、三叉神经痛、坐骨神经痛等痛证。

2. 冠心病、高血压、眩晕、面肌痉挛、脑梗死、脑出血、癔症、癫痫、精神分裂症等心脑疾病。

3. 普通感冒、流行性感冒、慢性支气管炎、支气管哮喘等肺系疾病。

4. 胃下垂、胃痉挛、急性胃肠炎、慢性胃炎、胃溃疡、消化不良、胆囊炎、肝炎、便秘等肝胆脾胃疾病。

5. 假性近视、白内障、变应性鼻炎、神经性耳鸣等五官科疾病。

6. 糖尿病、前列腺炎、急性乳腺炎、月经不调、原发性痛经等其他疾病。

三、禁忌证

1. 同毫针技术禁忌证。

2. 凝血功能异常者。

3. 妊娠期妇女。

4. 局部皮肤感染、溃疡和瘢痕体质者。

四、注意事项

1. 针刺刺激量应适度，出现针感即可出针，避免反复强刺激损伤软组织。

2. 过于饥饱、疲劳及精神过度紧张者不宜针刺。体质虚弱者宜平躺针刺，针刺手法不宜过重，针刺穴位不宜过多。

3. 注意防止晕针、滞针、弯针、断针、血肿及误伤重要组织器官等情况。

4. 当针刺部位出现不适时，可采用对侧对应部位指压或针刺缓解症状。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

取穴：颈痛穴（位于手背部，半握拳第四掌骨与第五掌骨之间，即掌指关节前凹陷中）见图 1–28。

操作：患者取仰卧位或正坐位。一侧颈椎病采用交叉取穴，双侧颈椎病采用双侧取穴。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。每周治疗 3 次，10 次为 1 个疗程。



图 1–28　颈痛穴

（二）漏肩风（肩关节周围炎）

取穴：肩痛穴（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 2 寸偏于腓侧 1 寸）见图 1–29。

操作：患者取仰卧位。一侧肩周炎采用交叉取穴，双侧肩周炎采用双侧取穴。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。每周治疗 3 次，10 次为 1 个疗程。



图 1–29　肩痛穴

（三）腰痹（腰椎间盘突出症）

取穴：腰痛穴（位于前额正中）见图 1–30。

操作：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。每周治疗 3 次，10 次为 1 个疗程。



图 1–30　腰痛穴

（四）膝痹（膝骨关节炎）

取穴：膝痛穴（手臂伸直，肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线中点）见图 1–31。

操作：患者取仰卧位或正坐位。一侧膝痛采用交叉取穴，双侧膝痛采用双侧取穴。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。每周治疗 3 次，10 次为 1 个疗程。



图 1–31　膝痛穴

（五）眩晕（原发性高血压）

取穴：降压穴（位于足弓，足弓最高点直下凹陷处）见

图 1–32。

操作：患者取仰卧位，暴露足部，左右交替取穴或双侧取穴。局部皮肤常规消毒后，采用直刺提插手法，出现局限性、强化性针感后即可出针。每周治疗 3 次，3 个月为 1 个疗程。



图 1–32　降压穴

（六）消渴（糖尿病）

取穴：降糖穴（此穴位于前臂掌侧，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间，腕关节至肘关节的下 1/3 处）见图 1–33。

操作：患者取仰卧位或正坐位，局部皮肤常规消毒后，采用直刺提插手法，出现局限性、强化性针感后即可出针。每周治疗 3 次，3 个月为 1 个疗程。



图 1–33　降糖穴

（撰写人：王文远）

第十九节　醒脑开窍技术

醒脑开窍技术是一项突出针刺“醒神、调神、安神”功效，以针刺手法量学规范为核心特征的中医特色针灸技术。该针刺技术基于《黄帝内经》“凡刺之法，先必本于神”“得神者昌，失神者亡”，以及《本草纲目》“脑为元神之府”等相关理论，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。主要适用于治疗中风病及其并发症，亦可用于其他疑难脑病、郁病、痛证等病症的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

目前临床常选用一次性使用无菌针灸针，型号以 0.25mm × 40mm 居多，也可采用 0.22mm × 40mm、0.30mm × 40mm、0.30mm × 75mm 等其他型号。在使用时，需根据患者的形体强弱，选择不同大小的一次性使用无菌针灸针。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴

主穴：内关（双侧）、水沟、三阴交（患侧）。

辅穴：极泉（患侧）、尺泽（患侧）、委中（患侧）。

配穴：椎基底动脉供血不足加风池、完骨、天柱、颈椎夹脊穴；吞咽障碍加风池、完骨、翳风，以及咽喉壁点刺；语言不利加上廉泉，金津、玉液点刺放血；手指握固加合谷、八邪；足内翻加丘墟透照海。

3. 施术法

（1）主穴

内关：直刺 13 ～ 25mm，采用提插捻转泻法，双侧同时操作，施手法 1 分钟。

水沟：向鼻中隔方向斜刺 7 ～ 13mm，刺入穴位后，将针体向一个方向捻转 360°，使肌纤维缠绕在针体上，施重雀啄手法，至眼球湿润或流泪。

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

（2）辅穴

极泉（下极泉）：极泉沿经下移 33mm，避开腋毛，直刺 25 ～ 37mm，采用提插泻法，以患侧上肢抽动 3 次为度。

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

委中：仰卧直腿抬高取穴，刺入穴位后，针尖向外 15°，直刺 13 ～ 25mm，施提插泻法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

（3）配穴

1）椎基底动脉供血不足：双侧风池，向对侧眼角直刺 25 ～ 40mm；双侧完骨、双侧天柱，直刺 25 ～ 40mm；颈椎夹脊穴，直刺 13 ～ 20mm。上穴均采用小幅度、高频率捻转补法，行手法 1 分钟。双手同时操作，留针 15 分钟。

2）吞咽困难：风池、完骨、翳风，向结喉方向斜刺，进针 50 ～ 63mm，采用小幅度、高频率捻转补法，每穴施手法 1 分钟。双手同时操作，留针 15 分钟。咽喉壁点刺，以 3 寸一次性使用无菌针灸针或圆利针点刺咽后壁。

3）言语不利：上廉泉，位于舌骨上缘至下颌之间 1/2 处，针向舌根刺 37 ～ 50mm，用提插泻法，以舌部麻胀为度。金津、玉液，用三棱针点刺放血，以出血 1 ～ 3mL 为度。

4）手指握固：合谷，针向三间穴，进针 25 ～ 37mm，采用提插泻法，以握固的手指自然伸展或食指不自主抽动 3 次为度。上八邪，分别在第 2 ～ 5 掌指关节上 1 寸，向掌指关节基底部斜刺，进针 25 ～ 37mm，用提插泻法，以各手指分别不自主抽动 3 次为度。

5）足内翻：丘墟透照海，针刺深度 45 ～ 60mm，行手法 30 秒，手法结束后，将针体提出 25 ～ 37mm，留针 15 分钟。

4. 疗程

每日针刺 1 次，14 日为 1 个疗程。

二、主要适应证

1. 脑梗死、脑出血、短暂性脑缺血发作等脑血管病及其并发症，以及多发性硬化、进行性肌营养不良、帕金森病、重症肌无力、面神经炎、Meige 综合征、脊髓损伤、睡眠障碍、焦虑障碍、抑郁障碍、癔症等心脑病症。

2. 坐骨神经痛、臂丛神经痛、三叉神经痛、脊椎病等痛证。

3. 干眼症、突发性耳聋等五官科病症。

三、禁忌证

1. 妊娠妇女。

2. 小儿囟门未闭合者。

3. 有自发性出血、凝血功能障碍或损伤后出血不止者。

4. 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位。

四、注意事项

1. 对初次接受治疗的患者应做好解释工作，消除恐惧心理，医患双方均应“宁神”，再进行针刺。

2. 针刺眼区穴位和项部的风府、哑门等穴位，以及背部的腧穴，要注意角度，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。

3. 对尿潴留等病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。

4. 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。

5. 所有手法操作均应严格按照基本操作规范及手法量学规范要求进行，对于各穴位的针刺深度、补泻手法、施针时间均需严格遵守。

6. 在临床上也会出现如晕针、滞针、弯针、断针、血肿、创伤性气胸、刺伤其他内脏、刺伤脑脊髓、刺伤神经干等，需根据病情需要给予对症处理。

五、临床应用举例

（一）中风（脑梗死）

主穴取内关、水沟、三阴交；辅穴取极泉、尺泽、委中。配穴：椎基底动脉供血不足加风池、完骨、天柱、颈椎夹脊穴；吞咽障碍加风池、完骨、翳风，以及咽喉壁点刺；语言不利加上廉泉，金津、玉液点刺放血；手指握固加合谷、八邪；足内翻加丘墟透照海；复视、视力障碍加天柱、睛明、球后；便秘加丰隆、左水道、左归来；尿失禁、尿潴留加中极、曲骨、关元，局部施灸、按摩或热敷；认知障碍及血管性痴呆加百会、四神聪、四白、太冲；睡眠倒错加上星、神门；高血压加人迎、曲池、足三里、合谷、太冲；共济失调加风府、哑门、颈椎夹脊穴；听力障碍加耳门、听宫、听会。所有手法操作均应严格按照醒脑开窍针刺法基本操作规范及手法量学规范要求进行，如内关、水沟、三阴交针刺顺序不可颠倒。严格遵守各穴位的针刺深度、补泻手法、施针时间，才可达到治疗效果。

（二）郁病（抑郁障碍）

主穴取内关、水沟、印堂、上星透百会、四神聪、四白。配穴选取以脏腑及经络辨证相结合，如情绪抑郁、善太息配期门、神门；咽中如有异物梗阻者加膻中、廉泉、丰隆；急躁易怒、咽干、口苦、目赤者加太冲、合谷、行间、风池；心神不宁、神疲、健忘、睡眠障碍者加神门、三阴交、四神聪。具体操作：先取双侧内关，进针13～25mm，施捻转提插泻法；继刺水沟，向鼻中隔方向斜刺7～13mm，重雀啄泻法，以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7～13mm，提插泻法；四神聪，平刺13～25mm，捻转补法。随证取穴以补虚泻实为原则施以针刺手法，留针30分钟。注意操作时需保持操作环境安静，强调患者、环境、医生三者均守其神，以达到以神治神之功效。

（三）头风（偏头痛）

取内关、水沟调神理气，再根据疼痛部位循经或局部取穴，疼痛部位可选择阿是穴或经脉所过之穴。如外感风邪头痛可加用风池、天柱；侧头痛可加用太阳透率谷；前额痛可加用头维、印堂；颠顶痛可加用太冲；气虚头痛可加用气海、足三里；肾虚头痛可加太溪；痰浊头痛可加用中脘、丰隆。操作时先取双侧内关，直刺13～25mm，采用捻转提插结合泻法，施手法1分钟。再刺水沟，向鼻中隔方向斜刺7～13mm，用重雀啄法，以眼球湿润或流泪为度。随证取穴均以患者病情虚实情况，按补虚泻实原则施以不同的针刺补泻手法，留针20～30分钟。如风池，向对侧眼角直刺25～40mm；天柱，直刺25～40mm，均采用小幅度高频率捻转补法，双手同时操作，行手法1分钟。太阳透率谷采用0.35mm×70mm一次性使用无菌针灸针操作，捻转泻法；头维，斜刺10mm，捻转泻法；印堂，采用轻雀啄手法，以眼球湿润为度；太冲，直刺13～25mm，捻转泻法，行手法1分钟；足三里，直刺25～40mm，提插补法；丰隆，直刺25～40mm，捻转泻法，行手法1分钟。

（四）痿证（重症肌无力）

主穴取内关、水沟，辅穴取上星、印堂、百会。操作时，内关，直刺13～25mm，采用捻转提插结合泻法，施手法1分钟；继刺水沟，向鼻中隔方向针刺7～13mm，重雀啄泻法，以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7～13mm，提插泻法；百会，沿头皮平刺13～25mm，捻转补法；足三里，直刺25～40mm，提插补法；关元，直刺25～40mm，捻转补法。以上取穴均按照醒脑开窍技术手法量学规范进行，留针20～30分钟。针刺后予关元、足三里艾条灸，温和灸补法，每穴10分钟，每日1次。

（撰写人：张春红、武明霞）

第二十节　靳三针技术

靳三针技术是用三穴为一组治疗一种病症的技术。临床上，靳三针技术以治神调神、辨气补泻、穴少而精为主要特色，适用于内科病症、痛证及五官科疾病等。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

选用 0.30mm ×（15 ～ 50）mm 的一次性针灸针。

（二）常用穴位及主治

具体见表 1–6。

表 1–6　靳三针技术常用穴位及主治

组方分类	穴组名称	穴组处方	主治
心智类	智三针	神庭穴为第一针，左右两本神穴为第二、三针	精神发育迟缓、前头痛、精神障碍、眼病、中风后遗症等
	脑三针	脑户穴和左、右脑空穴	帕金森病、肢体运动障碍、精神发育迟缓、运动障碍性脑瘫等
	舌三针	上廉泉、廉泉左、廉泉右	言语障碍、发音不清、哑不能言、吞咽障碍、流涎等
	四神针	百会穴前、后、左、右各旁开 1.5 寸	精神发育迟缓、脑瘫、阿尔茨海默病、孤独症、睡眠障碍、头晕、头痛、偏瘫、癫痫等
	手智针	内关、神门、劳宫	精神发育迟缓、注意缺陷多动障碍、癫痫、睡眠障碍
	足智针	涌泉穴为第一针，足二、三跖趾关节横纹头端至足跟后缘连线中点为第二针（泉中），平第二针向内旁开一指为第三针（泉中内）	儿童孤独症谱系障碍、智力低下，以及多静少言、哑不能言等
	痫三针	内关、申脉、照海	癫痫
	启闭针	听宫、水沟、隐白	孤独症谱系障碍
	老呆针	百会、水沟、涌泉	阿尔茨海默病
	郁三针	四神聪、内关、三阴交	抑郁障碍
	定神针	印堂上 0.5 寸为定神Ⅰ针，左阳白上 0.5 寸为定神Ⅱ针，右阳白上 0.5 寸为定神Ⅲ针	注意力不集中、斜视、前额头痛、眼球震颤、眩晕、视力下降等

续表

组方分类	穴组名称	穴组处方	主治
位类	颞三针	耳尖直上发际上 2 寸及左、右旁开 1 寸共 3 针，患侧取穴	脑血管病、脑外伤所致的半身不遂、口眼㖞斜、动脉硬化、耳鸣、耳聋、偏头痛、帕金森病等
	手三针	合谷、曲池、外关，患侧取穴	上肢运动障碍如瘫痪或感觉障碍、上肢肌肉关节疾病、外感疾病
	足三针	足三里、三阴交、太冲，患侧取穴	下肢感觉或运动障碍如下肢疼痛、无力、肌肉萎缩等
	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	视神经萎缩、黄斑变性、弱视等内眼疾病
	鼻三针	迎香、上迎香（鼻通穴，鼻唇沟上端尽处）、印堂	各类鼻炎、嗅觉障碍等鼻部疾患
	耳三针	听宫、听会、完骨，患侧取穴	耳鸣、耳聋等
	肩三针	肩髃穴及其左右旁开 2 寸处，患侧取穴	肩周炎、肩关节炎、上肢瘫痪、肩不能举
部位类	腰三针	肾俞、大肠俞、委中	腰椎退行性病变、性功能障碍、遗精、阳痿、月经不调等
	颈三针	天柱、百劳、大杼	颈椎病、颈项强痛
	膝三针	膝眼、梁丘、血海，患侧取穴	各种膝关节疾病，如骨质增生、关节炎、扭伤等
	踝三针	解溪、太溪、昆仑，患侧取穴	踝关节肿痛、活动障碍，足跟痛及小儿脑瘫导致的足跟不离地等
	背三针	大杼、风门、肺俞	支气管炎、哮喘、变应性鼻炎等肺系疾病及胸背痛
	面肌针	眼睑痉挛：四白、下眼睑阿是穴，患侧取穴；口肌痉挛：地仓透颊车、口禾髎、迎香，患侧取穴	眼肌痉挛、口肌痉挛
	叉三针	太阳、下关、阿是穴（第一支痛可选鱼腰和阳白）；（第二支痛可选四白；第三支痛可选大迎），患侧取穴	三叉神经痛
	面瘫针	口面瘫：翳风、地仓颊车互透、迎香； 额面瘫：阳白、太阳、四白	面神经炎、中风口眼㖞斜
	乳三针	乳根、肩井、膻中，患侧取穴	乳腺增生、乳汁不足、乳腺良性肿块、乳痈等乳房疾病
	坐骨针	坐骨点（在臀沟尽头部水平，旁开后正中线约 3 寸处）、委中、昆仑，患侧取穴	坐骨神经痛、下肢痿痹瘫痪等
六腑类	胃三针	中脘、内关、足三里	胃脘痛、胃炎、胃溃疡、消化不良等胃脘部疾病
	肠三针	天枢、关元、上巨虚	腹痛、肠炎、痢疾、便秘等肠道疾病
	胆三针	日月、期门、阳陵泉	急性胆囊炎、胆结石、胆道蛔虫病等胆腑疾病，以及黄疸、胁痛

续表

组方分类	穴组名称	穴组处方	主治
急救类	闭三针	十宣、涌泉、水沟	中风闭证、昏迷不醒、休克等
	脱三针	百会、神阙、水沟	中风脱证
其他类	脂三针	内关、足三里、三阴交	中风后遗症、高脂血症、动脉硬化、冠心病等
	尿三针	关元、中极、三阴交	腹痛、泌尿系疾病
	阳三针	关元、气海、肾俞	阳痿、遗精、不育、肾虚腰痛等
	阴三针	关元、归来、三阴交	月经不调、不孕症、盆腔炎、痛经等
	晕痛针	四神针、印堂、太阳	梅尼埃病、各种头痛等
	牙痛针	合谷、内庭、阿是穴	各种牙痛
	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	痿证导致的肢体肌肉萎缩无力、活动障碍及瘫痪等
其他类	突三针	水突、扶突、天突	甲状腺肿大、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、甲状腺囊肿、甲状腺良性肿瘤
	褐三针	颧髎、太阳、下关	面部黄褐斑、雀斑、粉刺、黑褐斑等
	肥三针	中脘、带脉、足三里	肥胖症
	疲三针	四神针、内关、足三里	慢性疲劳综合征
	开三针	水沟、涌泉、中冲	痉挛性偏瘫、肢体无法伸展
	挛三针	手挛三针：极泉、尺泽、内关，患侧取穴； 足挛三针：鼠蹊（在腹股沟，股动脉搏动处旁开 0.5 寸，避开股动脉进针）、阴陵泉、三阴交，患侧取穴	肢体痉挛性瘫痪

（三）基本操作方法

1. 消毒

对操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

运用靳三针技术治疗疾病时，主要根据患者不同病症选择不同的穴组。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）进针和行针　靳三针技术常用小幅度捻转、缓慢压针进针法。以右手拇指、食指、中指夹持针柄，将针体垂直于皮肤刺入穴位，然后将拇指、食指互相推前退后，小幅度捻动针柄（捻转幅度小于 90°），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。

（2）补泻手法　靳三针技术常用补泻手法包括大补大泻法、小补小泻法和导气同精法。

大补大泻法是进针得气后，三进一退为补，一进三退为泻。该法总的原则是慢入快出为补，快入慢出为泻，进退频次可结合患者具体病情而增减。

小补小泻法只操作一度。补法操作是进针得气后将针体缓慢压至地部，紧压穴位 30 秒后快速出针；泻法操作是进针得气后快速将针推至地部后立刻缓慢用力将针退出。

导气同精法则是进针在卫部得气后，通过三进三退，使气至病所。

（3）留针与出针　医生可根据病情确定留针时间，一般病症宜留针 15 ～ 30 分钟。出针时，右手持针柄轻微捻转，缓慢将针退至皮下，然后迅速拔出，用无菌干棉球按压针孔，以防止出血。

二、主要适应证

1. 脑卒中、眩晕、偏头痛、睡眠障碍等内科病症。

2. 急性腰扭伤、腰肌劳损、肩周炎、颈椎病、腰椎病、痛经、带状疱疹等痛证。

3. 鼻炎、咽喉炎等五官科病症。

三、禁忌证

1. 孕妇的下腹、腰骶部及肩井、合谷、三阴交、至阴等腧穴不宜针刺。

2. 小儿囟门未闭合时，囟门附近不宜针刺。

3. 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位，除特殊治疗需要外，均不应在患部直接针刺。

4. 凝血功能障碍者。

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，针刺下腹部腧穴时，应注意针刺角度及深度。

6. 针刺治疗一般比较安全，但如患者体位不当，或操作不慎，或犯针刺禁忌，或针刺手法不当，或对人体解剖部位不熟悉以及针具质量等原因，在临床上也会出现如晕针、滞针、弯针、断针、血肿、创伤性气胸、刺伤内脏、刺伤脑脊髓、刺伤神经干等情况，需根据病情需要给予对症处理。

7. 避开血管针刺，以防出血。

8. 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。

五、临床应用举例

（一）喘证（支气管炎、哮喘等）

取背三针。俯卧位，大杼穴直刺 20 ～ 25mm；风门穴斜刺 10 ～ 15mm；肺俞穴斜刺 10 ～ 15mm。进针得气后施以捻转补泻法，中等刺激。每日 1 次，1 周为 1 个疗程。

（二）腰痹（腰肌劳损或腰扭伤）

取双侧腰三针。俯卧位，直刺 25 ～ 30mm，进针得气后施以提插捻转补泻法，中等刺激。每日 1 次，1 周为 1 个疗程。

（三）中风（脑梗死）

1. 中脏腑

闭证：取闭三针。针刺行泻法。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）；涌泉穴用强刺激，行捻转泻法。每日 1 次，2 周为 1 个疗程。

脱证：取脱三针。神阙穴用隔盐灸，艾炷宜稍大，壮数以灸至肢暖、汗收、脉有力为度。水沟穴平补平泻。针百会穴时，针尖向后沿皮刺入 25mm，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 1 个疗程。

2. 中经络

取颞三针。虚证用平补平泻法，实证用捻转泻法。用 0.30mm × 50mm 一次性使用无菌针灸针，针尖与穴位呈 15° ～ 30° 角，向下沿皮平刺 40mm 左右，使局部产生麻、胀、酸感或放射至整个头部。

风痰瘀血、闭阻脉络者加舌三针、手三针、足三针，用泻法，可灸。肝阳暴亢、风火上扰者加足三针。痰热腑实、风痰上扰者加肠三针、大肠俞，用泻法。气虚血瘀者加胃三针、阳三针，行补法。阴虚风动者加四神聪，针刺时针尖向百会穴沿皮刺入 25mm，平补平泻。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。

（撰写人：蒋丽、古志林）

第二十一节　电针技术

电针技术是将一次性使用无菌针灸针刺入穴位得气后，在针具上通以低频脉冲电流，使机体处于持续的电刺激状态，从而提高针刺疗效，起到防治疾病作用的一种针刺操作技术。它具有镇静、止痛、促进循环、改善肌肉张力等作用，在临床上常用于治疗痛证、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

一次性使用无菌针灸针、电针仪等。其中，电针仪主要包括以下几类。

1. 脉冲式电针仪

该仪器采用间歇振荡器为脉冲发生器，通过改变振荡电路的时间常数，控制脉冲频率，产生连续波、疏密波及断续波等脉冲波形，具有促进血液循环、加快新陈代谢、抗炎止痛、调节经络平衡等作用，适用于治疗各种痛证、感觉或运动障碍及器官功能异常等疾病。

2. 声波电针仪

该仪器是将音波发生器产生的多种声源，如音乐、噪声等声波，利用谐音形成音频电信号，通过导线与刺入穴位的一次性使用无菌针灸针柄相连接，从而产生一种参差不齐和随机瞬变的复合声电波刺激，其波形、幅度和谐波成分随时变化，故不易引起人体的适应性，刺激较为舒适，患者易接受。声电波比一般脉冲波镇痛效果好。

3. 集成式电针仪

该仪器基于单片机控制，体积小，携带操作方便。硬件采用集成电路芯片等元器件组成，通过软件程序可控制操作，频率和强度参数呈现数字化、规范化，调节更灵敏。同时，其采用多路恒流输出，参数可独立调节和控制，在临床上得到了广泛应用。

（二）基本操作方法

首先，按毫针技术操作选取主穴及配穴进行针刺，每次选取 1 ～ 3 对穴位。

在使用电针仪前，先把强度调节旋钮调至零位，再将电针仪的每对输出电极连接在同侧躯体穴位的两根针柄上，一般负极接主穴，正极接配穴。然后，打开电针仪电源开关，根据疾病选好波形，调节频率和刺激量旋钮，使电刺激强度以患者可接受为度。选择电针治疗时间，当到达预定时间后，先将输出电位器调至零位，然后关闭电源开关，取下电线并出针。

1. 波形的选择

临床常用的电针仪输出波形为连续波、断续波和疏密波等。

（1）连续波　连续波是单个脉冲采用不同方式组合而形成的波形，由基本脉冲波进行重复，中间没有停顿，频率连续可调，其兴奋作用较为明显，刺激作用强。一般频率低于 30Hz 的连续波叫疏波，频率高于 30Hz 的叫密波，可用频率旋钮选择疏波或密波。密波能抑制感觉神经和运动神经，常用于止痛、镇静、缓解肌肉和血管痉挛等；疏波短时可兴奋肌肉，提高肌肉韧带的张力，调节血管的舒缩功能，改善血液循环，促进神经肌肉功能的恢复，常用于治疗瘫痪、慢性疼痛，以及各种肌肉、关节、韧带、肌腱的损伤等。

（2）断续波　断续波是有节律的时断、时续自动出现的一种波形，能提高肌肉组织

的兴奋性。脉冲电流的交替输出对人体神经肌肉的兴奋较连续波和疏密波的作用更强，对横纹肌有良好的刺激收缩作用。该法常用于治疗痿证、瘫痪等。

（3）疏密波　疏密波是疏波与密波自动交替出现的一种波形。疏密波交替持续的时间一般各约 1.5 秒钟。其能克服单一波形易产生电适应现象的缺点，能引起肌肉有节奏地收缩，可提高代谢，促进血液循环，改善组织营养，消除炎性水肿。该法常用于治疗扭挫伤、关节周围炎、坐骨神经痛、口僻、肌无力、局部冻伤等。

2. 电针刺激强度

在治疗过程中，当脉冲电流达到一定强度时，患者有麻、刺感。若电流强度再稍增加，患者会突然产生刺痛感。超过痛阈的电流强度，不易被患者接受，一般应以患者能耐受的强度为宜。当患者对电流刺激量产生耐受时，需及时调整脉冲电流刺激量。

3. 治疗时间

根据患者病情选择电针治疗时间，一般电刺激时间为 15 ～ 30 分钟。用于针刺麻醉时可持续更长时间。

二、主要适应证

1. 高血压、脑卒中后遗症、面神经炎、精神障碍、神经发育障碍等心脑病症。

2. 颈肩腰腿痛、头痛、三叉神经痛、内脏绞痛（心、脾胃、泌尿生殖器官）等痛证。

3. 荨麻疹、血管性水肿、休克、针刺麻醉等其他情况。

三、禁忌证

1. 皮肤破损处、肿瘤局部、孕妇腹部、心脏附近、安装心脏起搏器者、颈动脉窦附近。

2. 严重精神疾病及不能配合者。

3. 严重脏腑功能衰竭，过度劳累、饥饿，醉酒者。

4. 极少数对电流特别敏感者。

5. 有出血倾向及高度水肿者。

四、注意事项

1. 因电针仪品牌不同而使用方法有异，使用前应仔细阅读产品说明书，掌握电针仪的性能、参数、使用方法、注意事项及禁忌等内容。

2. 电针感应强，通电后会产生肌收缩，故需事先告诉患者，让其思想上有所准备，有利于更好地配合治疗。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. 每次治疗前，检查电针仪导线接触是否良好，输出的脉冲电流是否正常。治疗后需将输出调节旋钮等全部调至零位，关闭电源，撤去电针仪脉冲电流输出导线。

4. 电针刺激强度应逐渐从小到大，不要突然加强，以免出现患者晕厥、弯针等异常

现象。若出现晕针现象，应立即关闭电源将针取出，并按一次性使用无菌针灸针晕针处理方法处理。

5. 在靠近延髓、脊髓等部位使用电针治疗时，电流量宜小，并注意电流的回路，不要横跨中枢神经系统，切不可刺激过强。

6. 禁止电流回路通过心脏，如左右上肢的两个穴位不可连接于同一对电极。

7. 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，则由电针器输出电流的性能所致；如果无变化，则由针刺在不同的解剖部位所致。

五、临床应用举例

（一）口僻（面神经炎）

口僻恢复期：取地仓、大迎、颊车、阳白、四白、太阳、翳风、合谷。

口僻后遗症期：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。

选取一次性使用无菌针灸针快速刺入皮肤，平刺或斜刺，采用连续波电针治疗，输出强度以面部有轻微跳动为度，连续通电 20 分钟。每日 1 次，7 次为 1 个疗程。

（二）项痹（颈椎病）

主穴：第 2 ～ 7 颈夹脊穴。

配穴：养老、天柱、大椎、肾俞、大肠俞、曲池、外关、合谷、阳陵泉、秩边。

主穴以一次性使用无菌针灸针呈 45° 角向脊椎方向刺入，然后接通电针仪，负极接主穴，正极接配穴，连续波或断续波，电流强度以患者舒适为宜，不宜过大，且应密切观察患者治疗过程中有无不适。

（三）腰痹（腰椎间盘突出症）

主穴：肾俞、大肠俞、秩边、委中、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。

穴位常规消毒后，根据病情选择 1 ～ 4 对穴位，选择一次性使用无菌针灸针针刺相应穴位得气后，接通电针仪，连续波或疏密波，强度以患者能耐受为度。

（撰写人：杨华元、王军）

第二十二节　贺氏三通技术

贺氏三通技术是以一次性使用无菌针灸针为主的“微通法”，火针、艾灸为主的“温通法”，三棱针为主的“强通法”，三法合用，或独用一法或两法的一种技术。它具

有疏通经络、调理气血、开窍泄热、消肿止痛等作用，主要适用于内、外、妇、儿、五官等多种疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

微通法：一次性使用无菌针灸针。

温通法：火针和艾灸。

强通法：依据放血疗法不同的需要和条件选择不同的针具。临床上常用的针具包括三棱针、一次性使用无菌针灸针、梅花针、火针；辅助用具包括罐具、止血带等。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

微通法：与常规毫针技术的取穴原则相同。

温通法：与火针技术和灸类技术的取穴原则相同。

强通法：按近部取穴、远部取穴、循经取穴、辨证取穴及经验取穴等原则选穴。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

贺氏三通技术分为微通法、温通法、强通法。

（1）*微通法*　微通法的操作方法与常规一次性使用无菌针灸针的操作方法相同。

（2）*温通法*　温通法包括火针技术与艾灸技术，艾灸技术参照灸类技术操作方法。本节主要介绍温通法的火针操作技术。

按照进针方法，分为点刺法、密刺法、散刺法、围刺法及刺络法等。

1）点刺法：在腧穴上施以单针火针刺激。

2）密刺法：在体表病灶上施以多针火针刺激，每针间隔不超过 1cm。

3）散刺法：在体表病灶上施以多针火针刺激，每针间隔 2cm 左右。

4）围刺法：围绕体表病灶施以多针火针刺激，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瘀滞的血络。

按照是否留针，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：火针刺入穴位或相应部位后，留针 1 ～ 5 分钟后出针。留针期间可行各种补泻手法。本法主要适用于痈疽、囊肿等各种组织坏死和异常增生类疾病。

（3）*强通法*

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，最后以无菌干棉球按压针孔。

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怒起处，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，用无菌干棉球揉按针孔。

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，最后以无菌干棉球按压针孔。

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、皮肤针或粗一次性使用无菌针灸针点刺出血，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。

二、主要适应证

1. 偏头痛、三叉神经痛、腰痹、痛风等痛证，以及颈椎病、肩周炎、肱骨外上髁炎、强直性脊柱炎、类风湿关节炎、膝骨关节炎等导致的疼痛。

2. 脑卒中及其并发症、面肌痉挛、面神经炎、睡眠障碍、焦虑抑郁障碍等心脑疾病。

3. 外阴白斑、乳腺增生、乳腺炎、子宫肌瘤、子宫脱垂、痛经、闭经、月经不调、多囊卵巢综合征、子宫内膜异位症、小儿遗尿、小儿脑瘫、注意缺陷多动障碍、小儿疳积、小儿泄泻等妇科、儿科疾病。

4. 痤疮、带状疱疹、下肢静脉曲张、湿疹、白癜风、黄褐斑、神经性皮炎、皮肤血管瘤、银屑病等皮肤科病症。

5. 耳鸣、耳聋、鼻炎、咽炎、睑腺炎、扁桃体肿大等五官科疾病。

6. 排尿障碍、输尿管结石、功能性胃肠病、肥胖及代谢综合征等其他疾病。

三、禁忌证

1. 凝血障碍者。

2. 局部皮肤破溃、感染者。

3. 孕妇腹部、不明原因的肿块部位。

4. 危重精神疾患及大失血者。

5. 小儿囟门未闭者。

四、注意事项

1. 因三棱针及火针等针具相对粗大，针孔不会马上闭合，所以针刺前后局部应严格消毒，预防感染。施术者应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019），操

作时应尽量避免手指直接接触针体。

2. 火针施术后嘱患者保持局部清洁，针孔当天不宜着水，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。孕妇及有习惯性流产史的患者，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. 糖尿病血糖控制不佳者、瘢痕体质者慎用火针。

五、临床应用举例

（一）偏头风（偏头痛）

微通法：取丝竹空透率谷，合谷、列缺、足临泣、风池、中脘、悬钟。平补平泻，留针 30 分钟，每日 1 次。

温通法：取头部阿是穴，采用火针行点刺法操作，2 ～ 3 日治疗 1 次。取气海，采用温和灸，每次灸 15 分钟，每日 1 次。

强通法：取头维、太阳、攒竹。采用速刺法刺入 3mm 左右，立即出针，挤压针孔，使出血 3 ～ 5 滴，隔日 1 次。

（二）膝痹（膝骨关节炎）

微通法：取阿是穴、鹤顶、犊鼻、内膝眼、阳陵泉、阴陵泉、足三里、血海、梁丘等穴。阿是穴为阳性反应点，多出现于膝关节内侧。在股骨内侧髁附近可以找到大小不等的条索或结节，针刺以透刺条索或结节为佳，平补平泻。其余诸穴施以提插泻法或平补平泻。留针 30 分钟，每日 1 次。

温通法：取犊鼻、内膝眼、阳陵泉、梁丘、血海、足三里、阿是穴。采用细火针，行点刺法操作，进针深度约 5mm。隔日治疗 1 次。

强通法：取委中、足三里、阴陵泉、阳陵泉、曲泉、血海、膝阳关、内膝眼、犊鼻、鹤顶、梁丘、阿是穴（多在膝关节内侧）。一次一般取 2 ～ 3 个穴位，或在穴位附近的经脉上找青紫怒张的血络处，行三棱针点刺，可配合针罐法，每罐留置时间 5 ～ 10 分钟，排血量 1 ～ 10mL。2 ～ 3 日治疗 1 次。

（三）蛇串疮（带状疱疹）

微通法：取疱疹局部阿是穴、督脉穴、夹脊穴、支沟、丘墟。留针 20 分钟，每日 1 次。

温通法：疱疹期取疱疹局部阿是穴。采用细火针、中粗火针、多头火针，行点刺法、围刺法及刺络法操作，以刺破水疱为宜。可加用火罐以祛除瘀滞。水疱中会有液

体流出，以无菌干棉球擦拭。针后局部皮肤可予碘伏外涂，以防止感染并减少渗出。2 ～ 3 日治疗 1 次。

强通法：取龙眼穴（位于手小指尺侧第二、三指节之间，握拳于横纹尽处取穴），行三棱针点刺，出血 3 ～ 5 滴后用无菌干棉球擦净。每周治疗 2 ～ 3 次。

（四）筋瘤（下肢静脉曲张）

微通法：取静脉曲张局部周围阿是穴、血海、阴陵泉、地机、足三里、阳陵泉、丰隆、太溪、三阴交、合阳、承筋、承山、昆仑等。平补平泻，留针 30 分钟，每日 1 次。

温通法：取静脉曲张局部。在患肢找曲张较明显的血管，采用中粗火针，行刺络法操作，进针深度 2 ～ 4mm，随针拔出即有紫黑色血液顺针孔流出，使血自然流出。每条曲张静脉点刺不超过 15 次，总出血量控制在 50mL 以内，血流自止后用酒精棉球清理血渍并消毒针孔。7 ～ 14 日治疗 1 次。

（五）胃痞（功能性消化不良）

微通法：取脾俞、胃俞、关元、中脘、内关、足三里。平补平泻，留针 30 分钟，每日 1 次。

温通法：取脾俞、胃俞、关元、中脘、足三里。采用细火针，行点刺法，进针深度 2 ～ 4mm，每周治疗 2 ～ 3 次。

（撰写人：李彬、张涛）

第二十三节　浮针技术

浮针技术是运用一次性浮针在患肌周围或邻近四肢进行大面积扫散的皮下针刺法。患肌是指在放松状态下，目标肌肉的全部或一部分处于紧张状态的肌肉。浮针技术是基于《黄帝内经》“十二皮部”和“以痛为腧”的理论发展而来，该书记载“皮者，脉之部也”“客于脉中则气不通，故卒然而痛”“以手疾按之，快然乃刺之”。该法具有通经活络、行气活血、祛瘀止痛等作用。浮针技术主要适用于治疗软组织疼痛和部分内科、妇科杂病，如颈肩腰腿痛、口僻、睡眠障碍等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

浮针技术使用的针具为特殊的一次性浮针，并且配有专门的进针器。浮针为复式结构，由内至外分为 3 个部分，包括针芯、芯座，以及软套管和保护套管，具体构造见图 1–34。

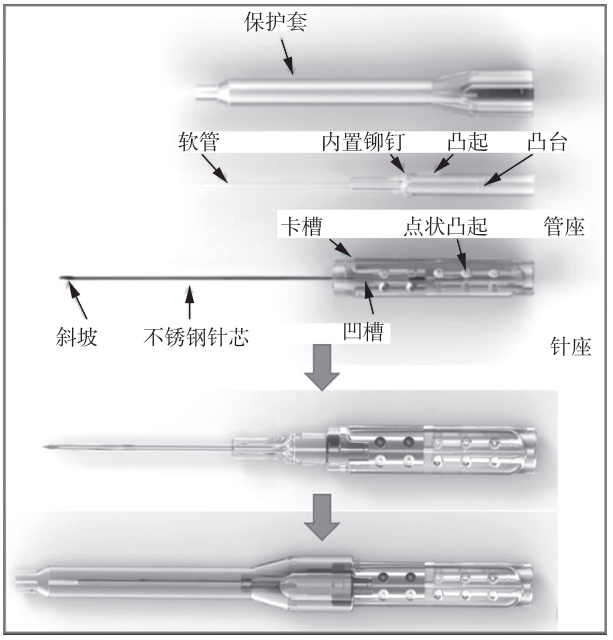
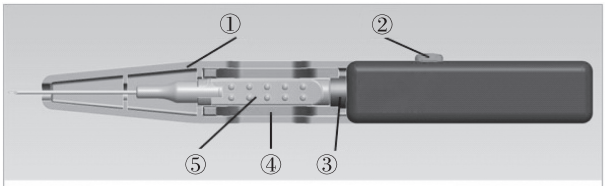


图 1–34　浮针构造

针芯由不锈钢实心针和硬塑料芯座组成，芯座的其中一面有点状突起，与呈斜坡形的不锈钢针尖方向一致，起到快速进针和防滑作用。芯座前端有一纵向凹槽，纵向凹槽一侧有一横向凹槽，扫散时起到固定软套管的作用。

软套管包裹不锈钢针，通过内置的凸起和芯座上的凹槽结合固定在塑料芯座上。保护套管保护不锈钢针和软套管。

浮针进针器包括底座、控制按钮、进针器传动杆、固定槽，具体见图 1–35。通过进针器底座一侧上的控制按钮，控制一次性浮针快速进针。



①底座；　②控制按钮；　③传动杆；
④固定槽；　⑤一次性使用浮针

图 1–35　已安装浮针的进针器

（二）基本操作方法

1. 消毒

对器具、操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

（1）确定患肌　根据患者提供的临床资料认真综合分析，基本明确诊断，查找和触摸相关患肌、确定患肌，针对治疗。

患肌的特点：一是在运动中枢正常的患者相关肌肉放松的情况下，医师触摸该肌肉

时，医师指腹有“紧、僵、硬、滑”的感觉，患者局部常有酸胀不适感；二是该肌肉的相关活动范围减小，偶尔还有乏力现象。

（2）确定进针点　浮针技术进针点的选择是根据病痛部位查找相应患肌，进而确定治疗部位。进针点的选择与患肌相关，可选择在患肌周边，上下左右或斜取皆可，针尖指向患肌，方向不能与患肌相反。注意：避开皮肤上的瘢痕、关节，尽量选择平坦、易操作的部位。

3. 施术法

（1）进针　操作时进针器与进针点处皮肤呈 10° ～ 15°，进针器前端皮肤向前稍推起，操作者另一只手放于浮针针具上方以防浮针弹起。针尖进入皮下后，左手提起并固定浮针，右手持进针器后退撤出。之后放下浮针，调整浮针至其自由卧倒于皮肤，使浮针处于皮下组织层。

（2）运针　完成浮针进针后，上提皮肤，顺势推进针体，以软管完全进入皮下为宜。在操作过程中避免误入肌层，并且尽量避开血管。如果出现刺痛，可能是针体触碰到了血管壁，需要调整针体角度。运针的操作要点：平稳、匀速、上提、滑进。

（3）扫散　扫散是浮针操作的核心内容。运针结束后，芯座后退旋内，软套管的点状凸起固定在塑料芯座的凹槽内，此时软套管完全把不锈钢针芯包裹，然后可以开始扫散操作。进行扫散操作时，拇指、中指夹持针柄，以拇指为支点固定在皮肤，食指、无名指自然放在软套管座和芯座位置，做均匀有节奏地扇形扫散。一个进针点的扫散时间大约为 2 分钟，频率约为 100 次 / 分钟。

（4）出针和留管　经过浮针技术治疗后，症状改善，医生就可以出针结束治疗。出针时，外旋芯座，使软套管和芯座分离，拔出针芯，把软套管留在皮下，以达到疗效更持久的目的。留管时间一般以 4 ～ 6 小时为宜。留管位置通常选择平坦且不影响活动的位置。

二、主要适应证

1. 可导致肌肉紧张或疼痛的病症：类风湿关节炎、哮喘、痛风、帕金森综合征、头痛、慢性前列腺炎、尿失禁、呃逆、睡眠障碍、慢性咳嗽、功能性便秘等。

2. 脊柱退行性病变、肱骨外上髁炎、踝部劳损或扭伤、肩周炎等肌肉病痛。

3. 肌肉病理性紧张或病变导致的病症，如心律失常、周围神经病、局限性水肿、糖尿病足、特发性无菌性股骨头坏死、脊柱畸形等。

三、禁忌证

1. 严重心、肝、肾功能不全者。

2. 凝血功能障碍者。

3. 孕妇的下腹、腰骶部及肩井、合谷、三阴交、至阴等腧穴。

4. 小儿囟门未闭合时，囟门附近。

5. 传染病、恶性肿瘤、皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位。

6. 年老体弱、孕妇及不配合者。

四、注意事项

1. 触摸患肌时，注意应使目标肌肉保持放松状态；进针时避开皮肤上的瘢痕、结节、破损、凹陷、突起（包括关节突起）等。

2. 选择平坦不影响活动的地方留管，针孔周围避免浸水，以防感染。

3. 在运针过程中，患者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。

4. 如出现皮下血肿，微量皮下瘀血可自行吸收，充分安抚患者即可；若皮下血肿范围较大，可先出针按压止血，安抚患者并告知冷敷止血，24 小时后再行热敷促进瘀血吸收。

5. 对于初次治疗、体质虚弱、精神紧张、饥饿等状态下的患者，应进行充分的解释，同时选取合适体位，降低出现晕针的可能性；若出现晕针，即刻出针停止操作，嘱患者平卧休息，饮少许温开水，适当休息。

6. 治疗后注意休息，尤其不要持久进行某一活动。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

冈上肌、斜方肌、肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌、斜角肌、三角肌、肱桡肌等可能的患肌。

如肱桡肌为患肌，进针点选取上臂外侧中部，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。如冈上肌、斜方肌为患肌，进针点选取冈上肌外侧缘，针尖朝向颈部进针，运针，扫散。

如肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌为患肌，进针点选取第七胸椎旁开约 3cm，针尖朝向头部进针，运针，扫散。

如三角肌为患肌，进针点选取三角肌前缘下方，针尖朝向三角肌腹进针，运针，扫散。

（二）腰痹（腰椎间盘突出症）

竖脊肌、腰方肌、腹斜肌、臀大肌、臀中肌、梨状肌、阔筋膜张肌、股二头肌、腓肠肌等可能的患肌。

如竖脊肌为患肌，进针点选取竖脊肌下段，针尖朝向臀部方向进针，运针，扫散。如腰方肌为患肌，进针点选取腰方肌外侧，针尖朝向脊柱方向进针，运针，扫散。如臀大肌为患肌，进针点选取臀部内上方，针尖朝向臀大肌腹方向进针，运针，扫散。

如臀中肌为患肌，进针点选取髂后上棘下方约 15cm 处，针尖朝向臀中肌方向进针，运针，扫散。

如梨状肌为患肌，进针点选取股骨大转子内上方，针尖朝向骶骨方向进针，运针，扫散。

如阔筋膜张肌为患肌，进针点选取髂前上棘后方约 8cm 处，针尖朝向阔筋膜张肌腹方向进针，运针，扫散。

如腓肠肌为患肌，进针点选取腓肠肌外侧头中下段，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。

（三）膝痹（骨性膝关节炎）

膝关节周围相连属的肌肉为可能的患肌，如股直肌、股外侧肌、内收肌群、腓肠肌、股二头肌、胫骨前肌、腓骨长肌等。

如股直肌为患肌，进针点选取大腿前面中下 1/3 交界处，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。

如股外侧肌为患肌，进针点选取髂前上棘下方约 10cm 处，针尖朝向股外侧肌腹方向进针，运针，扫散。

如内收肌群为患肌，进针点选取大腿内侧中下 1/3 交界处，针尖朝向大腿根部进针，运针，扫散。

如腓肠肌为患肌，进针点选取腓肠肌外侧头中下段，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。

如股二头肌为患肌，进针点选取大腿后面外侧中下 1/3 交界处，针尖朝向臀部进针，运针，扫散。

如胫骨前肌为患肌，进针点选取外侧膝眼下方约 15cm 处，针尖朝向足背方向进针，运针，扫散。

如腓骨长肌为患肌，进针点选取腓骨下头下方约 10cm 处，针尖朝向外踝方向进针，运针，扫散。

（撰写人：孙健）

第二十四节　圆利针技术

圆利针技术是指用特殊针具刺入人体一定深度的软组织，以达到松解局部气血壅滞的特殊外治疗法。圆利针技术最早见于《黄帝内经》。《灵枢・九针十二原》载：“九针之名，各不同形……圆利针，长一寸六分……圆利针者，尖如氂，且圆且锐，中身微大，以取暴气。”《灵枢・九针论》言：“圆利针，取法于氂，微大其末，反小其身，令可深内也，长一寸六分，主取痈痹者也。”圆利针技术具有疏通气血、消痈散结、除痹止痛的治疗作用，适用于治疗顽固性、难治性疼痛，如各类颈肩腰腿痛、软组织挫伤等疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

圆利针由不锈钢制成，与传统一次性使用无菌针灸针相比，圆利针针具直径一般为

0.4 ～ 1.0mm，针具长度为 25 ～ 125mm。针尖尖中带圆，光洁，呈圆锥形，且无倒钩；针体圆而匀利，光滑无锈蚀。圆利针及其与普通针灸针的实物对比见图 1–36 及图 1–37。临床治疗时，根据所选治疗的软组织深浅和斜刺时所需达到的深度，以及患者的胖瘦来选择适宜的圆利针。

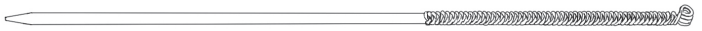


图 1–36　圆利针

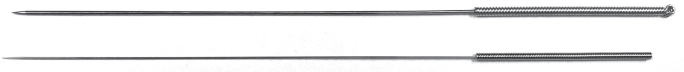


图 1–37　圆利针（上）与普通针灸针（下）的实物对比图

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行严格消毒。

2. 选穴方法

运用圆利针技术治疗疾病时，选穴参考传统一次性使用无菌针灸针，要求根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴。

（1）近部取穴　在病变局部或邻近部位选取相关穴位。

（2）以患肌的起点、止点或肌腹为针刺治疗点　以解剖学知识和运动学知识为基础，根据病变或疼痛引起的功能障碍来判断参与该动作且最易损伤的肌肉或韧带，从而确定病变的肌肉或韧带为治疗对象。通过针刺病变肌肉或韧带的起点、肌腹或止点来治疗软组织损伤。如肩关节外展疼痛，可以选取冈上肌的起点、止点和肌腹来进行针刺。

3. 体位

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

（1）进针　先将针快速刺入真皮下。以左手食指、中指紧压穴位两旁，右手中指指尖直压穴位右侧，与左手食指、中指形成三角形，将穴位处皮肤绷紧。右手拇指、食指指腹持控针柄将针缓缓刺至所需深度。此时可根据需要掌握刺入方向，或直刺病所，或使针尖朝病位所在方向刺入。

（2）行针与得气

1）合谷刺法：进针后使针尖刺中或穿过肌肉或肌腱韧带上的附着点，局部出现酸胀感后将针退至肌肉浅层，再分别向左右两旁肌肉斜刺至针尖穿过肌肉或肌腱韧带上的附着点，使穴内针刺痕迹呈鸡足状。

2）恢刺法：进针直至刺入压痛点、条索或结节中，缓慢用平补平泻法得气后将针退至皮下，并依次向前、后、左、右 4 个方向斜下进针，使之得气。

3）齐刺法：当针下有韧带样阻力时停止进针，施提插捻转法，使局部有酸胀热感，

并以有针感向周围及远端放射为宜。退针至皮下，再直刺留针，并于左右两旁各 1 寸处斜刺 2 针，针尖指向第一针，方向约为 45°，三针齐用。

4）输刺法：针刺深度要求针尖触及骨面。以针下有沉滞感或患者自觉酸胀感为宜。

（3）留针与出针

圆利针一般不留针，或待患者感觉针感消失，或达到有效针刺后出针。一般针感消失所需时间为 1 ～ 2 分钟。出针后用棉球或无菌纱布按压针孔。

（4）治疗频次与疗程

一般隔日 1 次，3 次为 1 个疗程。

二、主要适应证

项痹、漏肩风、腰痹、膝痹等。

三、禁忌证

1. 传染病、高热、急性炎症患者。

2. 孕妇的腹部及腰骶部。

3. 有自发性出血倾向或凝血功能障碍导致损伤后出血不止者，如血友病、血小板减少症等。

4. 皮肤局部有感染、溃疡或瘢痕者。

四、注意事项

1. 圆利针针体较粗大，相对传统针刺更易发生感染，故针刺前要对局部皮肤和针具进行严格消毒，针刺后应用安尔碘消毒针口，防止针口发红、感染。特别是糖尿病患者，慎防感染。

2. 针刺前需与患者充分沟通，缓解患者紧张情绪，并嘱咐患者保持相对放松的体位，切勿随意活动，以免发生弯针、滞针而产生剧烈疼痛。

3. 其余同一次性使用无菌针灸针针刺。

五、临床应用举例

（一）漏肩风（肩关节周围炎）

选穴：取病变肌束的起止点、肌腹点。病变肌束的起止点，如：①按经络腧穴理论，可选肩髃、肩髎、肩前、巨骨、臑会、肩贞、臂臑。②按肌肉骨骼理论，可选喙突点、肱骨结节间沟点、肱骨小结节嵴点、肱骨大结节嵴点。病变肌束的肌腹点：选肌腹中按压有酸痛感或条索、痉挛、结节处。每次根据患者疼痛部位和活动受限的动作选取 3 ～ 6 个穴位。

操作：患者取健侧卧位，患肢在上，暴露治疗部位，常规消毒后，取直径 0.4 ～ 0.6mm、长度 50 ～ 75mm 的圆利针，垂直穴位皮肤快速刺入皮下。在穴位及治

疗点行齐刺或恢刺。针刺病变肌束时，将针尖穿过病变肌腹，行齐刺，强度以患者能耐受为度，达到针刺要求后即可出针，若患者酸胀感明显可待针感消失后出针，用干棉球按压针孔 1 ～ 2 分钟。

（二）腰痹（腰椎间盘突出症）

选穴：①腰部夹脊穴。②腰臀部阳性反应点，即按压有酸痛感或条索、痉挛、结节处。

操作：患者取俯卧位，暴露腰部，常规消毒后，取直径 0.5 ～ 0.8mm、长度 50 ～ 125mm 的圆利针，垂直穴位皮肤快速刺入皮下。夹脊穴采用输刺法和齐刺法。输刺针刺深度要求针尖触及腰椎横突骨面，然后沿人体纵轴方向上下做齐刺，患者可出现明显的酸胀感。从阳性反应点进针至患者有得气感后，将针退至皮下，分别向上、下、左、右 4 个方向行恢刺法。以上各点均在达到针刺要求后即可出针，若患者酸胀感明显，可待针感消失后出针，用干棉球按压针孔 1 ～ 2 分钟。

（三）筋痹（梨状肌综合征）

选穴：梨状肌束的起点、止点和肌腹中央部阳性点。定位方法：患者取侧卧位，患侧在上，患髋关节前屈 45°。髂嵴上缘与尾骨尖连线的中点至股骨大转子尖的连线相当于梨状肌腹中线，取肌腹中线中点及内外各 1.5 寸即为梨状肌的起点、止点和肌腹中点。

操作：患者取上述体位，暴露治疗部位，常规消毒，选用直径 0.6mm、长度 75 ～ 125mm 的圆利针。采用齐刺法，垂直快速进针后针刺方向先与梨状肌垂直，根据患者耐受程度缓慢进针，当达到针刺要求后将针退至皮下，再沿梨状肌起止点方向斜刺，斜刺角度约 45°。立刻出针或待针感消失后出针，用干棉球按压针孔 1 ～ 2 分钟。

（撰写人：王澍欣）

第二十五节　针刺麻醉技术

针刺麻醉技术是通过针刺来预防手术疼痛和减轻生理功能紊乱的一种针灸技术。针刺麻醉技术的理论基础是中医经络理论和“针刺能够镇痛”这一客观现象。其主要作用有术前镇静和抗焦虑、减少麻醉药用量、维持患者术中生命体征平稳、减少术中和术后并发症的发生、促进围手术期快速康复等。针刺麻醉技术包括单纯针刺麻醉和针刺复合麻醉，可广泛应用于各类手术，尤其为无法耐受常规麻醉方法（对麻醉药物过敏等）的人群，为心、肺、肝、肾功能不全者及年老体弱者提供了可选方案。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

一次性使用无菌针灸针。在应用电热针技术时，器具参见本章第三十二节“电热针技术”。

（二）针刺麻醉技术的常用体穴及主治

凡具有镇痛作用的穴位，理论上均可用于针刺麻醉。表 1–7 列举了部分本节涉及的常用穴位。

表 1–7　针刺麻醉技术的常用穴位定位及主治

穴位名称	定位	主治
合谷	在手背，第一、第二掌骨间，当第二掌骨桡侧的中点处	头痛、目赤肿痛、牙痛、咽喉肿痛、腹痛等
内关	在前臂掌侧，当曲泽与大陵的连线上，腕横纹上 2 寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间	心痛、胸痛、胃痛、偏头痛、肘臂挛痛等
支沟	在前臂背侧，当阳池与肘尖的连线上，腕背横纹上 3 寸，尺骨与桡骨之间	肩背酸痛、胁肋痛、呕吐等
神门	在腕部，掌侧远端横纹尺侧端，尺侧腕屈肌腱的桡侧凹陷处	心痛、胸胁痛等
太冲	在足背侧，当第一、第二跖骨间的后方凹陷处	头痛、胁痛、腹胀、呕逆、目赤肿痛、膝股内侧痛等
足三里	在小腿前外侧，当犊鼻下 3 寸，距胫骨前缘一横指	胃痛、呕吐、腹胀、肠痈、下肢痹痛等
足临泣	在足背外侧，当第四、第五跖骨底结合部的前方，第 5 趾长伸肌腱外侧凹陷处	头痛、目外眦痛、胁肋痛、痹痛不仁、足跗肿痛等
心俞	在背部，当第五胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸	心痛、惊悸、咳嗽、睡眠障碍、健忘等
脾俞	在背部，当第十一胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸	腹胀、呕吐、泄泻、背痛等
下关	在面部，耳前方，当颧弓下缘中央与下颌切迹之间的凹陷中	耳聋、耳鸣、牙痛等
颊车	在面颊部，下颌角前上方约一横指，当咬紧牙时咬肌隆起、放松牙时按之凹陷处	口眼㖞斜、牙痛等
颧髎	在面部，当目外眦直下，颧骨下缘凹陷处	口眼㖞斜、牙痛、颊肿等
风池	在项部，当枕骨之下，与风府相平，胸锁乳突肌与斜方肌上端之间的凹陷处	头痛、颈项强痛、目赤肿痛等
率谷	在头部，当耳尖直上入发际 1.5 寸处	头痛、眩晕等
太阳	在颞部，当眉梢与目外眦之间，向后约一横指的凹陷处	偏正头痛、目赤肿痛、三叉神经痛等
扶突	在颈外侧部，横平喉结，当胸锁乳突肌前、后缘之间	咽喉肿痛、暴喑、瘰疬、瘿气等

（三）基本操作方法

1. 消毒

对操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

选穴时需考虑手术部位、所涉及的脏腑、经脉循行路线、穴位特定功能等。

（1）循经取穴　如颈前部手术选用手阳明大肠经腧穴；胃部手术选用足阳明胃经腧穴。

（2）辨证取穴　颅脑手术可选足厥阴肝经腧穴太冲；胃大部切除术可选神门、心俞、内关、脾俞、足三里。

（3）节段取穴　甲状腺手术、胸部手术选取合谷、内关。

（4）局部取穴和同神经取穴　拔牙法可根据病牙所在部位选用下关、颊车等穴；某些颅脑手术可通过颧髎刺激三叉神经分支。

3. 体位选择

根据所取穴位，选取使患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 术前准备

（1）术前预测　在手术前，需要观察针刺前后患者生理指标变化来预测针刺麻醉效果。

1）皮肤感知觉阈测定：皮肤感知觉阈包括触觉阈、痛阈、耐痛阈和两点辨别阈等。测定部位一般选择手术切口部位，另取其他部位对照。先测定基础阈值，再测定针刺15分钟后阈值的变化。通常基础阈值高、针刺诱导后阈值升高幅度大者，针刺麻醉效果较好。

2）自主神经系统功能状态测定：常用指标包括呼吸、心率、指端脉搏波和皮肤交流电反应。针刺效应较好者，针刺后呼吸、心率均匀平稳，皮肤电趋于稳定、反射幅度减小。

（2）试针　在术前测试基础上，选择几个穴位进行针刺，以了解患者得气情况和对针刺的耐受能力，以便手术时采用适当的刺激方式和适宜的刺激量。对没有接受过针刺的患者，试针还有助于消除其恐惧心理。

（3）心理疏导　为了获得较好的针刺麻醉效果，术前还可以对患者进行积极的心理疏导。患者保持积极的精神状态，有助于调动体内各器官组织协同增进针刺的镇痛效应。

5. 辅助用药

针刺麻醉中的辅助用药可以起到镇静、镇痛、保护呼吸和循环功能等作用，如镇静催眠药、镇痛药、抗胆碱药。常用的辅助用药包括哌替啶、苯巴比妥、芬太尼、硫酸阿托品、山莨菪碱。

二、主要适应证

包括颅脑、五官、颌面、口腔、胸、腹、四肢及妇产科、小儿外科等方面的多种手术病种。约有30种手术的针刺麻醉疗效比较稳定，如甲状腺手术、颈椎手术、前颅窝手术、肺切除手术、腹式输卵管结扎术、剖宫产术、拔牙术等。可单纯使用针刺麻醉的小手术有拔牙术、扁桃体切除术等。

三、禁忌证

1. 有凝血功能障碍者，如血友病、弥散性血管内凝血等。
2. 术前有意识或认知功能障碍者。
3. 术前未严格禁食水或饱胃患者。
4. 合并严重呼吸系统疾病和长期大量吸烟者。
5. 对针刺麻醉手术极度焦虑、恐惧者。
6. 对镇静药、镇痛药成瘾者。
7. 病灶复杂、粘连较多者。

四、注意事项

1. 头面部、颈部手术的针刺麻醉效果较好；腹部手术的针刺麻醉效果较差，尤其是病灶复杂、粘连多、需做广泛探查、对镇痛和肌肉松弛要求高的腹部手术，不宜采用针刺麻醉。相对明确的术前诊断对针刺麻醉来说也十分重要，例如不能明确病变究竟是胆囊炎，还是高位阑尾炎，则不能进行针刺麻醉。

2. 针刺麻醉是通过调动机体功能发挥作用的，因此患者生理状态，特别是痛阈和耐痛阈对针刺麻醉的影响较大。痛阈和耐痛阈在不同群体之间，以及同一个体的不同身体部位和不同时间均存在较大差异，并受年龄、性别的影响。基础痛阈有随年龄增长而增高的趋势；头、面、颈部的痛阈和耐痛阈较高；针刺后痛阈升高者有急升和缓升之别，甚至有表现为痛阈下降者。

3. 在针刺麻醉手术中，患者处于完全清醒状态，除痛觉迟钝外，其他绝大多数感觉和运动功能都保持基本正常。因此，患者的心理素质会显著影响针刺麻醉效果。积极、乐观、稳定的情绪有助于充分发挥机体内在功能，从而获得较好的针刺麻醉效果。若医师术前评估患者存在难以消除的焦虑、紧张、恐惧，则会加剧术中不良反应，因此不适合进行针刺麻醉。

五、临床应用举例

（一）颅脑手术

取双侧颧髎、风池、率谷、太冲、足临泣。电针调疏密波，频率 2Hz/100Hz，进针后行平补平泻手法，风池连接负极，率谷连接正极，调整电流强度，以患者可忍受为度，诱导 30 分钟。

（二）眼科手术

需要做好常规术前准备，散大瞳孔。注意术前需要训练患者眼球向下看。对于白内障囊内或囊外摘除术，一般术前半小时口服乙酰唑胺 500mg，并可加服 50% 甘油 100mL、静脉滴注甘露醇或针刺球后穴，然后压迫眼球 5 分钟，以降低眼压。术前辅助

用药一般用 0.5% 丁卡因做表面麻醉，术前滴眼 1 ～ 2 次；也可用镇静药物，以消除精神紧张并松弛肌肉。穴位处方以攒竹透鱼腰、四白、合谷，太阳透下关，合谷、支沟，球后、中渚、列缺 4 组较为常用，可任选 1 组。太阳透下关相当于面神经阻滞，可解除眼睑痉挛。瞳子髎透鱼腰、透承泣，可放松眼轮匝肌。电针调连续波，频率 30 ～ 50Hz，调整电流强度，以患者可忍受为度，诱导 30 分钟。

（三）颈部手术

取左、右扶突。两侧各进两针，一针刺在扶突，另一针为辅助针。扶突进针部位在胸锁乳突肌与颈外静脉交界处上方，以 1.5 寸一次性使用无菌针灸针避开血管刺入，沿胸锁乳突肌外侧缘与该肌平行方向向下方刺入约 1 寸，至皮下而不超过深筋膜。辅助针在扶突进针部位的后方 0.5cm 处刺入，方向与扶突穴针相平行，进针方法与刺扶突相同。同侧扶突穴针与辅助针分别连接于电针仪同一对输出，连续波，80 ～ 200Hz，诱导 30 分钟。逐步加大电流强度至患者出现麻木感，按麻木感范围适当调节辅助针刺入部位，至麻木感范围与手术操作区域相符合。麻木范围在下颌或耳垂，提示辅助针位置偏高。

（撰写人：沈卫东、魏翔宇）

第二十六节　大接经技术

大接经技术是选取井穴、络穴、原穴，按经脉流注次序逐经操作治疗疾病的一种特色针灸技术。该法首载于《卫生宝鉴》：“真定府临济寺赵僧判……患中风，半身不遂，精神昏愦，面红颊赤，耳聋鼻塞，语言不出，诊其两手六脉弦数……先以三化汤一两……次与至宝丹……又刺十二经之井穴，以接经络。翌日不用绳络，能行步。”大接经技术能增强全身经络大循环中气血的运行功能，从而达到接气通经、调和阴阳的目的。大接经技术主要适用于中风重症、四肢瘫痪或合并智力障碍，以及慢性病久治不愈等疾病的治疗。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

直径 0.25 ～ 0.30mm、长度 13 ～ 25mm 一次性使用无菌针灸针，万花油，打火机，棉签，消毒用品等。

（二）常用穴位及主治

实施大接经技术首先需定接经时经络的先后顺序。依证候不同有“从阳引阴”和“从阴引阳”两法。从阳引阴法是从足太阳经开始，按十二经流注顺序针刺；从阴引阳法则是从手太阴经开始，按十二经流注顺序针刺。在临床实践中，证型属偏热证，应按

从阳引阴法取穴；证型属偏寒或热证不明显者，按从阴引阳法取穴。

然后需考虑左右侧经络的选取顺序，按男左女右原则，如针刺男性患者的至阴是从左侧至阴开始，再到右侧至阴，女性则相反。

最后，按穴位的属性进行选穴，有以下几种选穴方法。

1. 井穴接经

取十二经井穴。从阳引阴法是从足太阳膀胱经井穴至阴开始，按十二经流注顺序针刺，即再取肾经（涌泉）、心包经（中冲）、三焦经（关冲）、胆经（足窍阴）、肝经（大敦）、肺经（少商）、大肠经（商阳）、胃经（厉兑）、脾经（隐白）、心经（少冲）、小肠经（少泽）。从阴引阳法则是从手太阴肺经井穴少商开始，按十二经流注顺序针刺，即再取大肠经（商阳）、胃经（厉兑）、脾经（隐白）、心经（少冲）、小肠经（少泽）、膀胱经（至阴）、肾经（涌泉）、心包经（中冲）、三焦经（关冲）、胆经（足窍阴）、肝经（大敦）。

2. 原穴接经

按从阴引阳法取原穴按次序接经针刺，得气后不留针，依次为肺经（太渊）、大肠经（合谷）、胃经（冲阳）、脾经（太白）、心经（神门）、小肠经（腕骨）、膀胱经（京骨）、肾经（太溪）、心包经（大陵）、三焦经（阳池）、胆经（丘墟）、肝经（太冲）。

3. 络穴接经

取十二经络穴。按从阳引阴法进行络穴接经针刺，得气后不留针，依次是膀胱经（飞扬）、肾经（大钟）、心包经（内关）、三焦经（外关）、胆经（光明）、肝经（蠡沟）、肺经（列缺）、大肠经（偏历）、胃经（丰隆）、脾经（公孙）、心经（通里）、小肠经（支正）。

4. 首尾接经

取十二经井穴及十二经每条经最后一个穴位。首尾接经法是选取每条经络的首尾穴按十二经流注顺序进行针刺。热证、实证用泻法，虚证、寒证用平补平泻法。证型偏热证应按从阳引阴法，证型偏寒或热证不明显者按从阴引阳法取穴。

从阳引阴法是从膀胱经（至阴、睛明）开始，依次按十二经流注顺序针刺，即再取肾经（俞府、涌泉）、心包经（中冲、天池）、三焦经（关冲、丝竹空）、胆经（瞳子髎、足窍阴）、肝经（大敦、期门）、肺经（中府、少商）、大肠经（商阳、迎香）、胃经（承泣、厉兑）、脾经（隐白、大包）、心经（极泉、少冲）、小肠经（少泽、听宫）。

从阴引阳则是从肺经（中府、少商）开始，依次按十二经流注顺序针刺，即再取大肠经（商阳、迎香）、胃经（承泣、厉兑）、脾经（隐白、大包）、心经（极泉、少冲）、小肠经（少泽、听宫）、膀胱经（睛明、至阴）、肾经（俞府、涌泉）、心包经（中冲、天池）、三焦经（关冲、丝竹空）、胆经（瞳子髎、足窍阴）、肝经（大敦、期门）。

5. 原络接经

取十二经原穴和络穴。依照经脉循行的顺序针刺十二经的原穴和络穴，以得气为度，不留针。久病则由原穴到络穴，新病则由络穴到原穴；重症后康复和预防保健则从

原穴到络穴。

由原穴到络穴接经次序为肺经原穴（太渊）、大肠经络穴（偏历）、胃经原穴（冲阳）、脾经络穴（公孙）、心经原穴（神门）、小肠经络穴（支正）、膀胱经原穴（京骨）、肾经络穴（大钟）、心包经原穴（大陵）、三焦经络穴（外关）、胆经原穴（丘墟）、肝经络穴（蠡沟）。

由络穴到原穴接经次序为肺经络穴（列缺）、大肠经原穴（合谷）、胃经络穴（丰隆）、脾经原穴（太白）、心经络穴（通里）、小肠经原穴（腕骨）、膀胱经络穴（飞扬）、肾经原穴（太溪）、心包经络穴（内关）、三焦经原穴（阳池）、胆经络穴（光明）、肝经原穴（太冲）。

（三）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

可选择井穴、原穴、络穴，以及经脉的起止穴。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 施术法

大接经针法采用一次性使用无菌针灸针针刺。证型属偏热证者，应按从阳引阴法取穴顺序针刺；证型属偏寒证或热证不明显者，应按从阴引阳法取穴顺序针刺。男左女右，或双侧同时进针。根据不同穴位采取不同的进针手法、方向、角度、深度。行捻转手法 3 ～ 5 秒后出针。

二、主要适应证

1. 中风重症、四肢瘫痪或合并智力障碍者。
2. 痴呆。
3. 慢性病久治不愈，如郁病、不寐、癫痫、痹证等。

三、禁忌证

1. 有出血倾向者。
2. 局部皮肤溃疡、感染者。
3. 糖尿病血糖控制不良者禁灸井穴。

四、注意事项

1. 血压高于 200/100mmHg 时需慎用。
2. 脑血管病急性期躁动者手法要轻。
3. 治疗时要观察患者的血压、心率、呼吸。

五、临床应用举例

（一）痴呆（血管性痴呆）

取十二经井穴。一般每周治疗 2 ～ 3 次。证型偏热者可配合交替使用络穴接经从阳引阴法以清泄热邪；热证不明显者可配合交替使用原穴接经从阴引阳以扶正温通。

（二）中风中脏腑（闭锁综合征）

取十二经井穴。一般每日 1 次或隔日 1 次。证型偏热者可配合交替使用络穴接经从阳引阴法以清泄热邪；热证不明显者可配合交替使用原穴接经从阴引阳法以扶正温通。

（三）肌痹（慢性疼痛）

取十二经井穴及十二经每条经最后一个穴位。一般每周治疗 2 ～ 3 次。使用首尾接经法，选取每条经络的首穴、尾穴按十二经流注顺序行针刺。热证、实证用泻法，虚证、寒证用平补平泻法。证型偏热证应按从阳引阴法取穴，证型偏寒证或热证不明显者应按从阴引阳法取穴。

（撰写人：符文彬、宁百乐）

第二十七节　择时开穴技术

择时开穴技术主要包括子午流注针法、灵龟八法等。子午流注针法是以五输穴为基础，根据出井、溜荥、注输、行经、入合的气血流注、盛衰开阖的道理，配合阴阳、五行、天干、地支等逐日按时开穴的一种针刺取穴方法。灵龟八法是指运用九宫八卦学说、奇经八脉气血会合理论，取与奇经相通的 8 个经穴，按照日时干支的推演数字变化，采用相加、相除的方法，按时取穴的一种针刺取穴方法。择时开穴技术具有广泛的调整脏腑功能、疏通经络气血的作用，适用于治疗呼吸系统、循环系统、消化系统、生殖系统、神经系统、免疫系统、内分泌系统疾病，以及肌肉、骨关节、五官等多方面病症，尤其适用于治疗多种疑难杂症及发作与时间相关的疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

一次性使用无菌针灸针。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

（1）子午流注选穴法

1）纳干法：纳干法又称纳甲法，是运用天干配脏腑的一种按时开穴的子午流注针法。应用时，先推算患者来诊当天的天干和开取井穴的时辰，再按阳日阳时开阳经穴，阴日阴时开阴经穴的规律，结合十二经脉的流注和五输穴的相生规律依次开穴。

“阳进阴退，井穴为始。”这里的阳指天干（日），阴指地支（时）。这句话是指天干按顺序推进，而地支则从戌起，按“酉申未午巳辰卯寅亥”地支倒退次序与天干相对应，以此选取首开穴之井穴。天干日、地支时与所开井穴的对应关系详见表 1–8。

表 1–8　纳干法按时开井穴表

日干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
时辰	甲→戌…→	乙→酉…→	丙→申…→	丁→未…→	戊→午…→	己→巳…→	庚→辰…→	辛→卯…→	壬→寅…→	癸→亥…→
经脉	胆经	肝经	小肠经	心经	胃经	脾经	大肠经	肺经	膀胱经	肾经
井穴	足窍阴	大敦	少泽	少冲	厉兑	隐白	商阳	少商	至阴	涌泉

注：“→”为阳进，“…→”为阴退。

“经生经，穴生穴。”在开出井穴之后，按照“经生经，穴生穴”的规则顺次开出其他五输穴。例如，甲日是胆经值日，甲日戌时开井穴足窍阴，然后按照相生规律开穴。甲为胆经为阳木，应生阳火为丙小肠经，胆经井穴足窍阴属金，应生小肠经荥水穴前谷；小肠经火生阳土为戊胃经，荥水穴应生胃经输木穴陷谷；戊胃经土应生阳金为庚大肠经，输木穴应生大肠经经火穴阳溪；庚大肠经金应生阳水为壬膀胱经，经火穴应生膀胱经合土穴委中。依此类推。

“阳日阳时开阳经穴，阴日阴时开阴经穴。”阳日指天干属阳干者，阳时指地支属阳支者。如甲日为阳日，甲戌时开胆经井穴足窍阴，足窍阴为阳经阳穴，下一个时辰乙亥为阴时不开穴（闭穴），再下一个时辰丙子（次日）为阳时开小肠经荥穴前谷，继之戊寅时开胃经输穴陷谷，庚辰时开大肠经经穴阳溪，壬午时开膀胱经合穴委中。乙亥、丁丑、己卯、辛巳、癸未时因属阴时均闭穴。阴日指天干属阴干者，阴时指地支属阴支者。如乙日为阴日，乙酉时属阴时，开肝经井穴大敦，大敦为阴经阴穴，下一个时辰丙戌为阳时不开穴（闭穴），再下一个时辰丁亥为阴时开心经荥穴少府，己丑时开脾经输穴太白。依此类推。

“返本还原。”“返本”就是指每逢开输穴的同时，就要返回本日之经上；“还原”就是指还回本经的原穴，即在开输穴之时，同时开本经原穴。阳经各有单独的原穴，阴经则以输穴代原穴。

“气纳三焦开生我穴，血归包络开我生穴。”三焦主持诸气，为阳经之父，所以凡是阳经开至合穴，下一阳时便应气纳三焦，即纳取三焦经的生我穴，这里“我”指井穴所属经的五行属性。心包为阴血之母，所以凡是阴经开到合穴，下一阴时就要血归包络，即纳取心包经的我生穴。

按以上 5 种规律，徐凤《针灸大全》总结出“子午流注逐日按时定穴歌”。

①合日互用开穴法：根据甲与己合、乙与庚合、丙与辛合、丁与壬合、戊与癸合之规律，称甲己二日为合日、乙庚二日为合日、丙辛二日为合日、丁壬二日为合日、戊癸二日为合日。合日互用开穴法可变部分闭穴为开穴，在 10 天的 120 个时辰中共增加了 36 个开穴。此外，根据辨证，若本日所开五输穴不符病情之需要，又恰为合日经脉之病证，即可采取合日互用开穴法，以更加符合临床实际。井配井、荥配荥、经配经、输配输、合配合，则为合日互用。如甲日本为胆经日，恰遇脾经病候或脾经五输穴主治病证，那么甲戌时所开井穴窍阴则可用己日所开井穴隐白，丙子所开荥穴前谷则可开脾经荥穴大都。但是合日互用时，不能互用返本还原时所开的原穴。

②纳干闭时开穴法：应用合日互用开穴法后，在 10 天的 120 个时辰中仍有 24 个时辰无穴可开，称为闭时，又称闭穴。现代医家单玉堂根据六甲周期和阳进阴退开井穴、阳日阳时开阳穴、阴日阴时开阴穴和地支顺时推进等开穴原则，推算补齐 24 个闭穴。补穴结果如下：甲寅闭时开侠溪，甲午时上用临泣，乙巳太冲穴正旺，己未商丘穴不虚，丙辰时上后溪穴，庚午时开是阳溪，辛巳时至经渠盛，辛酉时到尺泽居，壬辰闭时有昆仑，壬申时开委中齐，癸卯然谷穴己至，癸未时上是太溪。

③纳干辨证开穴法：子午流注针法虽是按时开穴，但亦强调辨证施治，主张根据病情需要等候时穴正开之时进行治疗。“刚柔相济辨证开穴法”依照甲己化土、乙庚化金、丙辛化水、丁壬化木、戊癸化火之原则，选阴阳合化之经，取刚柔相济之穴同开之法，即是本法。如阴日阴时开阴经穴，但患者病证属于合化之阳经病证时则可采用此法。例如，乙日酉时开肝经井穴大敦，但病属大肠经病候，大敦属阴经木穴，依照乙庚化金的原则，可同时开大肠经之阳经木穴输穴三间。阳日阳时开阳经穴，若患者病证属合化之阴经病证时亦如此。

④表里相合辨证开穴法：依照经脉有表里相合之关系，临床上遇到表里相合经脉之病候时则可同开相应之时穴。如丁日未时开心经井穴少冲，但病属小肠经病候，则同开小肠经井穴少泽，至己酉脾经开荥穴大都时则同时开小肠经荥穴前谷，辛亥肺经开输穴太渊时则同时开神门（过原）及小肠经输穴后溪。

2）纳支选穴法

①纳支选穴法：纳支法根据十二地支所代表的十二时辰分别取用各经输穴，故又称纳子法。其具体取穴法包括“补母泻子法”“一日六十六法”“循经开穴法”“主客开穴法”。

②补母泻子法：根据十二经脉所纳入的地支时辰顺序，依十二经及五输穴的五行属性，按生克制化关系，按“虚则补其母，实则泻其子”原则取穴治疗。在病经气血流注时辰时，经气方盛，迎而夺之为泻；病经流注时辰已过，经气方衰，随而济之为补。如肺经生病，肺属金，它的母穴是属土的太渊，子穴是属水的尺泽。如果肺经邪气实，就在肺气方盛的寅时，取尺泽行泻法；如果肺经正气虚，又当在肺气方衰的卯时，取太渊行补法。若遇补泻时辰已过，或遇各经不虚不实之证，亦可选取与本经同一属性之经穴，或为本穴，或为原穴均可。如肺经本穴为经渠，原穴为太渊。十二经补母泻子取穴见表 1–9。此外，还可以按照流注时辰，选取母经的本穴以补虚，选取子经的本穴以泻

实，此法称为异经补母泻子法。例如肺经虚证，可取母经脾经的土穴太白穴，以补土生金，还可联合本经补母泻子法，配肺经土穴太渊穴，或与脾经相表里的胃经土穴足三里穴。若本经开穴时间已过，亦可选取本经的本穴或原穴。

表 1–9　纳支法补母泻子取穴法

经脉	五行	流注时间	疾病举例	补法		泻法		本穴	原穴
				穴	时间	穴	时间		
肺	辛金	寅	咳喘、痰多、心烦、胸满	太渊	卯	尺泽	寅	经渠	太渊
大肠	庚金	卯	牙痛、咽喉痛	曲池	辰	二间	卯	商阳	合谷
胃	戊土	辰	胃痛、腹胀、牙痛	解溪	巳	厉兑	辰	足三里	冲阳
脾	己土	巳	腹胀、泄泻	大都	午	商丘	巳	太白	太白
心	丁火	午	咽干、舌痛、烦满、心悸	少冲	未	神门	午	少府	神门
小肠	丙火	未	颈项强痛、颔肿	后溪	申	小海	未	阳谷	腕骨
膀胱	壬水	申	头痛、项腰背痛、腘痛、癫疾	至阴	酉	束骨	申	通谷	京骨
肾	癸水	酉	腰痹、心悸、少气	复溜	戌	涌泉	酉	阴谷	太溪
心包	丁火	戌	痉挛、心烦、胁痛、睡眠障碍	中冲	亥	大陵	戌	劳宫	大陵
三焦	丙火	亥	耳聋、目痛	中渚	子	天井	亥	支沟	阳池
胆	甲木	子	头痛、耳疾、胁痛、疟疾	侠溪	丑	阳辅	子	临泣	丘墟
肝	乙木	丑	胁痛、疝气、呕逆、头顶痛	曲泉	寅	行间	丑	大敦	太冲

③一日六十六穴法：由于补母泻子法还不够完善，阴经 1 日只取 20 穴，阳经 1 日只取 24 穴，还有 22 穴没有取用。所以，窦汉卿在《标幽赋》里提出：“一日取六十六穴之法，方见幽微，一时取一十二经之原，始知要妙。”就是说，治病时应按照十二时辰所属脏腑经脉，阴时阴经开井、荥、输、经、合五穴，阳时阳经开井、荥、输、原、经、合六穴，十二时辰中则十二经六十六穴全取。此法亦要根据辨证之需要，灵活选取本经五输穴进行针治。

④循经开穴法：经脉辨证后按照病情需要，定时选取值时之经脉中适当的腧穴进行治疗。此法并不固定于五输穴及原穴，更加灵活。

⑤主客开穴法：将所病经脉原穴作为主穴、将与其相表里的经脉的络穴作为客穴，以按时配穴的方法。如肺经有病时，在庚辛之日选定寅时取原穴太渊为主，配大肠经络穴偏历为客，或于卯时补太渊时配以偏历。

（2）灵龟八法选穴法

古人将八卦九宫数字配属奇经八脉及其所交会的八穴，其关系可总结为如下歌诀：坎一联申脉，照海坤二五，震三属外关，巽四临泣数，乾六是公孙，兑七后溪府，艮八系内关，离九列缺主。

1）推算开穴：天干以甲、丙、戊、庚、壬为阳干，乙、丁、己、辛、癸为阴干。阳干代表阳日阳时，阴干代表阴日阴时。地支以子、寅、辰、午、申、戌为阳支；丑、卯、巳、未、酉、亥为阴支。阳支与阳干相配，阴支与阴干相配。每日的干支和每时的

干支各有代表数字，分别叫“逐日干支代数”和“临时干支代数”，具体见表 1–10 和表 1–11。

表 1–10　八法逐日干支代数表

代数	10	9	8	7
天干	甲己	乙庚	丁壬	戊丙癸辛
地支	辰戌丑未	申酉	寅卯	巳亥午子

表 1–11　八法临时干支代数表

代数	9	8	7	6	5	4
天干	甲己	乙庚	丙辛	丁壬	戊癸	
地支	子午	丑未	寅申	卯酉	辰戌	巳亥

将日、时的干支代数加起来，得出 4 个数字的和数，然后按照阳日用九除、阴日用六除的原则去计算，再将它的余数，求得八卦所相配的某穴的数字，就是当时应开的穴位。如果和数是能除尽的，阳日作 9 计算，应开的穴是列缺，阴日则作 6 计算，应开的穴是公孙。计算公式具体表示如下。

逢阳日：（日干 + 日支 + 时干 + 时支）÷ 9

①余数对照八法歌的数字取穴。

②整除者取九数（列缺）。

逢阴日：（日干 + 日支 + 时干 + 时支）÷ 6

①余数对照八法歌的数字取穴。

②整除者取六数（公孙）。

举例：以 2023 年 8 月 8 日为例，患者如上午 10 时就诊，该开何穴？

解答：

求日干支：2023 年 8 月 8 日为戊戌日。

求时干支：戊、癸日，时自壬子开始，上午 10 时为巳时，故为丁巳时。

根据公式计算：日干戊代数 7、日支戌代数 10，时干丁代数 6、时支巳代数 4，（7+10+6+4）÷ 9（阳日），余数 0。

取穴：整除者取九数（列缺），故开列缺穴。

2）取穴法：①定时取穴法是指根据病情或辨证选用与之相应的穴位在其开穴的时辰治疗，如消化系统疾病和心胸疾病可选公孙、内关，肝胆火旺可选外关、临泣，在它们相应的开穴时间进行针刺治疗。②按时取穴是根据患者就诊时间选当时所开穴位针刺，可以再配以与病情相适应的 1 ～ 2 个穴位进行治疗。③配用取穴即公孙配内关、临泣配外关、后溪配申脉、列缺配照海。

（3）灵龟八法、子午流注联合应用　两者都以“时穴”为主，故两者可联合应用。可先开八法穴，再配纳干按时取穴；或先开八法穴，再配纳支取穴；或先根据病情，预定八法开穴时间再配子午流注取穴。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便医生操作的体位。

4. 施术法

需行适度针刺补泻，以充分发挥时穴的疗效。纳支法可配合施行迎随补泻手法，即以随而济之为补（针尖顺着经脉走向进针），迎而夺之为泻（针尖逆着经脉走向进针）。得气后，留针 30 分钟，每日 1 次。

二、主要适应证

1. 痛经、胃痛、腹痛、头痛等痛证。

2. 面神经炎、咳嗽、哮喘等炎性疾病。

3. 高血压、月经不调、胃肠功能失调、排尿困难、遗尿、呃逆、围绝经期综合征、焦虑、睡眠障碍等功能紊乱性疾病。

4. 中风偏瘫、小儿脑瘫等神经系统障碍，脊椎退变导致肢体麻木，不孕不育，皮肤病等其他疾病。

三、禁忌证

同毫针技术。

四、注意事项

同毫针技术。

五、临床应用举例

（一）胃痛（慢性胃炎）

纳甲法按时开穴。

配穴：中脘、下脘、内关、梁丘、足三里。

操作：一次性使用无菌针灸针针刺，补虚泻实，泻法为主。

（二）不寐（睡眠障碍）

纳子法，择时选择本经补泻或子母经补泻。

肝郁化火证：午时取神门、少府，泻法。痰热内扰证：辰时取厉兑、足三里，泻法。

阴虚火旺证：①酉时取阴谷、太溪，戌时取复溜，补法。②午时取神门、少府，泻法。心脾两虚证：午时取神门、大都，补法。

心虚胆怯证：①未时取少冲、胆俞，补法。②酉时取阴谷、胆俞，补法。

（三）呃逆（膈肌痉挛）

呃逆属胃气上逆，实证者可取纳子法。

操作：在胃经经气最盛之辰时针刺，实则泻其子，胃属土，土生金，取双侧属金的子穴厉兑为主穴，毫针泻法，可配合膻中、公孙、足三里、曲池，平补平泻。

（四）崩漏（功能失调性子宫出血）

崩漏属气虚之脾不统血者，取纳子法，在每日脾经所主之巳时取隐白，艾灸。气血迎时而至为盛，过时而至为衰，泻则乘其盛，补则乘其去，逢时为开，过时为阖，故亦可在脾经经气所旺的巳时过后、经气最衰的午时给以补法治疗。虚则补其母，脾属土，火生土，取双侧属火的母穴大都为主穴，毫针补法，可配合血海、阴陵泉、三阴交，平补平泻。

（撰写人：樊莉、闵晓莉）

第二十八节　疏肝调神针刺技术

疏肝调神针刺技术是在系统整理古代调肝、调神理论的基础上，结合临床实践总结出来用以治疗病机为“肝失疏泄，脑（心）神失调”的抑郁相关病证的针刺技术。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

直径 0.25 ～ 0.30mm、长度 25 ～ 40mm 一次性使用无菌针灸针，皮内针，消毒用品等。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 治疗方案

（1）一次性使用无菌针灸针针刺　百会、印堂、头维、合谷、太冲、鸠尾、中脘、气海、三阴交。

（2）皮内针　心俞、肝俞或神堂、魂门交替；耳穴取心、肝、皮质下。

（3）加减　肝气郁结证皮内针加期门埋针；肝郁脾虚证一次性使用无菌针灸针针刺加足三里，皮内针加脾俞埋针；心脾两虚证一次性使用无菌针灸针针刺加足三里，皮内针加脾俞埋针；肾虚肝郁证一次性使用无菌针灸针针刺加肾俞、太溪；肝胆湿热证一次性使用无菌针灸针针刺加阳陵泉，皮内针加胆俞埋针。伴有焦虑者一次性使用无菌针灸针针刺加列缺、照海；伴有强迫症状者一次性使用无菌针灸针针刺加丘墟；睡眠障碍明显者一次性使用无菌针灸针针刺加照海、申脉；情绪低落明显者一次性使用无菌针灸针针刺加水沟。阈下抑郁仅用一次性使用无菌针灸针针刺或皮内

针；轻度抑郁障碍使用一次性使用无菌针灸针针刺联合背部腧穴皮内针；中度抑郁障碍使用一次性使用无菌针灸针针刺联合背部腧穴、耳穴皮内针。经前期紧张综合征或产后抑郁使用一次性使用无菌针灸针针刺联合皮内针，其中皮内针取背部腧穴与子宫。

3. 施术法

（1）*一次性使用无菌针灸针针刺*　先刺合谷、太冲，均采取均匀提插捻转，至得气为止；次刺三阴交，直刺 0.5 ～ 1.0 寸；再刺百会、头维，针与头皮呈 15° ～ 30° 角，快速刺入头皮下，进针约 0.5 寸，轻捻转 3 ～ 5 秒；然后刺印堂，提捏局部皮肤平刺，以患者有酸麻胀感为度；最后刺鸠尾、中脘、气海，鸠尾向下平刺或斜刺约 0.5 寸，中脘、气海直刺进针 1 ～ 1.5 寸，以得气为度。留针 20 ～ 30 分钟，配合导气法，嘱患者经鼻深呼吸至出针。

（2）*皮内针*　在心俞、肝俞或神堂、魂门，耳穴心、肝、皮质下行皮内针治疗。一般留针 3 日左右。

（3）*疗程*　每周治疗 2 ～ 3 次，一般 3 个月为 1 个疗程。

4. 医疗垃圾处理

注意医疗垃圾处理，锐器放入锐器盒。

二、主要适应证

阈下抑郁、轻中度抑郁障碍、睡眠障碍、经前期紧张综合征、产后抑郁等抑郁相关病症。

三、禁忌证

1. 局部皮肤感染、溃烂，凝血功能障碍及出血倾向者禁针。
2. 孕妇的腹部、腰骶部，以及合谷、三阴交等穴位禁针。
3. 患精神病等不能配合者禁针。

四、注意事项

1. 针刺过程中注意调气。
2. 注意防止晕针，防止损伤内脏及神经。
3. 皮内针治疗要严格消毒，注意针刺方向，勿影响运动，注意留针时间。

五、临床应用举例

（一）郁病（抑郁障碍）

取百会、印堂、头维、合谷、太冲、鸠尾、中脘、气海、三阴交、心俞、肝俞等穴。按操作方法执行，先针刺太冲、合谷、百会、印堂、头维、鸠尾、中脘、气海、三

阴交；出针后在心俞、肝俞行皮内针。中度抑郁障碍患者皮内针加耳穴心、肝、皮质下。按针刺次序进行，针刺过程中注意调气。

（二）郁病（抑郁状态）

取合谷、太冲，或心俞、肝俞，或耳穴心、肝等穴。按操作方法执行，合谷、太冲行一次性使用无菌针灸针针刺，心俞、肝俞或耳穴心、肝行皮内针。针刺过程中注意调气。1 个月为 1 个疗程。

（三）郁病（产后抑郁）

取百会、印堂、头维、廉泉、合谷、太冲、鸠尾、中脘、气海、三阴交、子宫、心俞、肝俞等穴。按操作方法执行，先针刺太冲、合谷、百会、印堂、头维、廉泉、鸠尾、中脘、气海、子宫、三阴交；出针后在心俞、肝俞行皮内针。中度产后抑郁患者皮内针加耳穴心、肝、内分泌。按针刺次序进行，针刺过程中注意调气。

（撰写人：符文彬、宁百乐、胡嘉同）

第二十九节　口唇针技术

口唇针技术属于针灸特色疗法中的微针疗法，分为口针疗法和唇针疗法。口针疗法是指针刺口腔黏膜上的特定穴区以治疗疾病的方法。唇针疗法是指针刺唇部穴位以治疗疾病的方法。口针疗法所用针具基于“九针”中的毫针，具有平衡阴阳、调节脏腑等作用。唇针疗法具有协调阴阳、疏通经脉、镇痛等作用。口针疗法主要适用于治疗中风偏瘫、癫痫、坐骨神经痛、肩关节周围炎、面神经炎、小儿麻痹症后遗症、缺乳等疾病。唇针疗法主要适用于治疗疼痛性疾病、流涎、面神经炎、脑血管意外、癫痫、精神分裂症等疾病。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（一）常用器具

口针疗法宜选择直径为 0.20 ～ 0.25mm、长度为 15 ～ 50mm 的一次性使用无菌针灸针。唇针疗法宜选择直径为 0.20 ～ 0.30mm、长度为 25 ～ 40mm 的一次性使用无菌针灸针。

（二）常用穴位及主治

口针疗法将口腔分为头部、腰部、眼及血压、皮肤、神经、消化、脏腑、上肢、下肢、生殖泌尿等区域，分别在各个区域的口腔黏膜上取穴以治疗相应的疾病，具体见图 1–38。

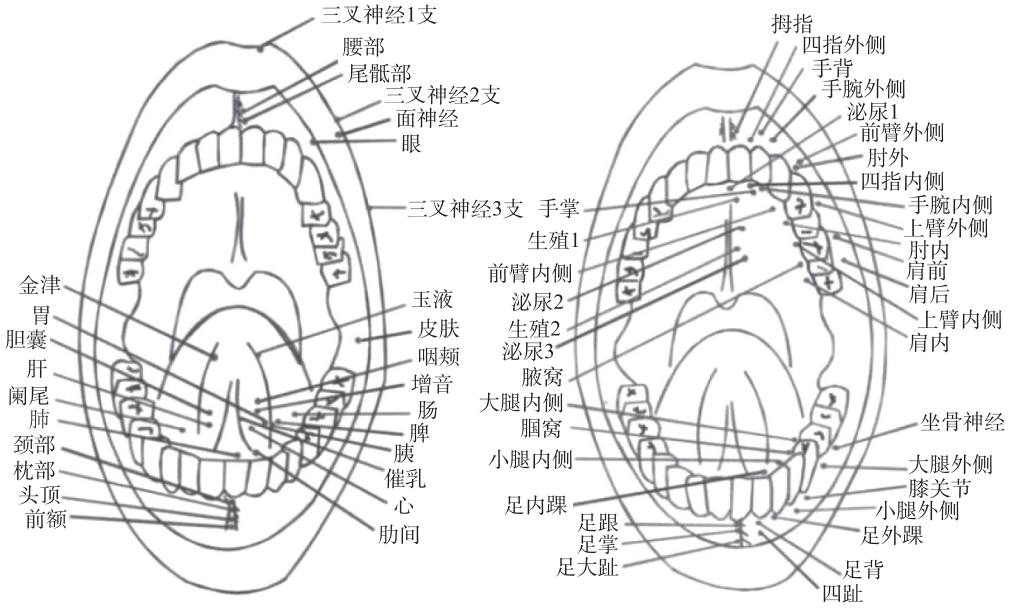


图 1–38　口针穴位示意图

唇针疗法取穴常用水沟、承浆或唇Ⅰ（兑端上 2 ～ 3mm）、唇Ⅱ（下唇下缘正中向下 2 ～ 3mm），主治疼痛性疾病，具体见图 1–39。

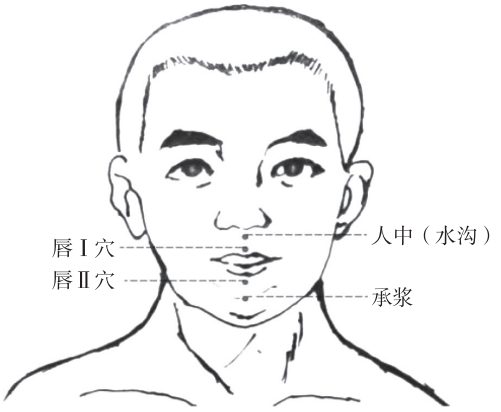


图 1–39　唇针穴位示意图

（三）基本操作方法

1. 消毒

（1）操作部位消毒

1）口针：应用含有 0.5% 碘伏的棉签或棉球对施术部位进行消毒。

2）唇针：应用含有 75% 乙醇或 0.5% 碘伏的棉签或棉球对施术部位进行消毒。

（2）施术者消毒　施术者双手应先用肥皂水清洗，再用含有 75% 乙醇的棉球擦拭。

2. 选穴方法

运用口唇针技术治疗疾病时，根据疾病选取穴位或特定分区。

3. 体位选择

以施术者能正确取穴、操作方便，患者感觉舒适为原则。口针操作可选择坐位或卧位，唇针操作宜选择卧位。

4. 操作

（1）口针疗法　令患者张口，施术者戴上无菌手套，一手持无菌纱布捏住患者

上唇或下唇，或用消毒棉签暴露施术部位，另一手持针柄将针刺入口腔黏膜穴位或特定分区。根据针刺的部位，选择合适的进针角度和深度。针刺手法，以患者耐受为度，可无针感。可留针，留针一般不超过 30 分钟。施术者施术完毕，持针柄将针退出。施术处若出血，宜用无菌棉签按压针孔至血止，然后嘱患者用 0.9% 生理盐水漱口。

（2）唇针疗法　施术者一手将施术部位两侧皮肤提捏固定，另一手持针柄将针刺入。

上唇部穴位：沿人中沟向鼻中隔方向斜刺入 6 ～ 15mm，以雀啄手法为宜。

下唇部穴位：平刺入 10 ～ 30mm，可不施手法。可留针，留针时间以 20 ～ 30 分钟为宜。医者一手固定施术部位两侧皮肤，另一手持针柄将针退出。宜用无菌棉签按压针孔。

二、主要适应证

1. 口针疗法的适应证为中风偏瘫、癫痫、坐骨神经痛、肩关节周围炎、面神经炎、小儿麻痹症后遗症、缺乳等。

2. 唇针疗法的适应证为疼痛性疾病、流涎、面神经炎、脑血管意外、癫痫、精神分裂症等。

三、禁忌证

1. 口腔破溃、化脓、出血或有肿瘤处。

2. 出血性疾病患者。

3. 严重高血压、心脏病患者。

4. 金属过敏者。

四、注意事项

1. 对于初次接受治疗的患者，应首先消除其紧张情绪。

2. 如患者出现晕针，按照晕针常规处理法予以处理。

3. 不配合治疗的小儿，精神疾病患者，中、重度糖尿病患者，体质过度虚弱者和孕妇应慎用。

五、临床应用举例

（一）中风（脑梗死）

取穴：神经区（位于上颌中切牙间齿龈上方口腔前庭黏膜处）、头部区（位于下颌中切牙齿龈下方口腔前庭黏膜处）。

操作：选用直径 0.25mm、长度 25mm 一次性使用无菌针灸针，留针 10 ～ 15 分钟，每日 1 次或隔日 1 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程。

（二）泄泻（腹泻型肠易激综合征）

取穴：消化区（位于舌下腔内）。

操作：选用直径 0.25mm、长度 25mm 一次性使用无菌针灸针，留针 10 ～ 15 分钟，隔日 1 次，5 ～ 10 次为 1 个疗程。

（三）面痛（原发性三叉神经痛）

取穴：三叉神经穴（将上唇正中至口角分为三等份，在上唇与皮肤之间取穴）。

操作：斜刺向红唇与皮肤之间、水沟、唇Ⅱ，每日1次或隔日1次，3～5次为1个疗程。

（撰写人：唐勇、邵鑫）

第三十节　金针技术

金针有广义和狭义之分。广义金针是指金属针灸针具，狭义金针专指用黄金打造的针具。金针技术基于中医古籍中“（黄金）镇精神，坚骨髓，通利五脏邪气”和“铁之本质太粗，而针以炼精金为贵……金针之善有三：性纯而入肉无毒，一善也；质软而中窍无苦，二善也；体韧而经年无折，三善也”等有关理论。金针配合相应的针刺手法具有行气活血、疏通经络、逐瘀散结、化腐生肌等作用。金针技术主要适用于神经系统、消化系统、呼吸系统、免疫系统等系统及外科、五官科等科临床常见病和部分难治性疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 六寸金针

六寸金针长度约 150mm，针体最大直径约 3mm，重约 10g，由 90% 黄金、10% 铜制成。

2. 一次性使用无菌针灸针金针

一次性使用无菌针灸针金针长度分为 25mm、75mm、125mm 三种规格，针体直径 0.30mm，由 90% 黄金和 10% 铜混合提炼，去除杂质，抽成细丝制成。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行严格消毒。

2. 选穴方法

运用金针技术治疗疾病时，应进行辨证论治，同时需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴。金针多采用透穴刺法，因此取穴多选用同经之穴，以穴为点，以经为线，点

线结合，经穴并用，进行透刺法操作。

（1）本经透穴　从一个穴位进针，向着同经的穴位或上或下透刺，如曲池透臂臑、中脘透下脘、大杼透风门、气海透关元等。

（2）异经透穴　从一经一穴进针透刺他经他穴，如内关透外关、阴陵泉透阳陵泉、中脘透天枢等。

（3）多经透穴　从一经一穴进针透刺多经多穴，如曲池透尺泽、曲泽、少海、小海。

3. 体位选择

根据取穴，选取使患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 施术法

（1）六寸金针

该法用于瘰疬等疾病的治疗，取穴为曲池透刺臂臑。

1）持针：采用三指持针法。进针时用刺手拇指、食指、中指末节指腹捏拿针柄，拇指在内，食指、中指在外，应三指协同。进针后用刺手食指、中指夹持住针柄，拇指指腹顶住针柄的尾端。

2）进针：押手拇指、食指顺针刺部位经络循行的方向揉按肌肉，使之放松。采用夹持进针法进针，押手拇指、食指持消毒干棉球，裹于针体下端，露出针尖，刺手拇指、食指、中指末节指腹持针柄，针尖对准腧穴。刺手、押手同时协调用力，迅速将针刺入皮下 5 ～ 10mm。进入皮下后，施术者用刺手调整针尖进针方向，使针体与皮肤呈 15° ～ 45° 角。后用刺手食指、中指夹持住针柄，拇指指腹顶住针柄的尾端。用刺手拇指指力和腕力，将金针向进针方向推进，押手辅助把握针尖方向，达到一定深度。针体保留在皮肤外 2cm 以上。

3）行针：①刮法，将金针刺入腧穴一定深度后，用拇指抵住针尾，以食指或中指的指甲刮针柄；或以食指、中指抵住针尾，用拇指指甲刮针柄。刮法分为向上刮和向下刮。②弹法，将金针刺入腧穴一定深度后，用拇指、食指交互或拇指、中指交互，以拇指指腹扣住食指或中指指端，用食指指甲或中指指甲弹击针柄。③捻转法，将金针刺入腧穴一定深度后，用拇指与食指、中指末节指腹持针柄或用拇指指腹与食指桡侧指尖向后持针，做左右交替捻转。

4）留针：将金针刺入腧穴后，施术者可根据病情来确定留针时间，在此期间可行针。六寸金针透刺留针 30 ～ 60 分钟。一般隔日治疗 1 次。

5）出针：押手拇指、食指或食指、中指固定针刺部位周围皮肤，刺手拇指、食指持针柄轻柔缓慢地将针退至皮下，停留 3 ～ 5 秒后再轻轻将针拔出。出针后立即用消毒棉签或无菌干棉球按压针孔以防止出血。如有出血，应延长按压时间。

（2）一次性使用无菌针灸针金针施术法　同毫针。

二、主要适应证

1. 脑卒中及其并发症、神经痛、多发性神经炎、睡眠障碍等心脑疾病。

2. 消化性溃疡、反流性食管炎、胃下垂、胃神经症等脾胃病症。

3. 支气管哮喘、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病等肺系疾病。

4. 扁桃体炎、耳鸣、耳聋等五官科疾病。

5. 类风湿关节炎、风湿性多肌痛、软组织损伤、肩关节周围炎、梨状肌综合征、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎、淋巴结核等其他疾病。

三、禁忌证

1. 孕妇、儿童。

2. 患有严重心血管疾病、呼吸系统疾病、重度贫血、脱水状态者。

3. 急性传染性疾病患者。

4. 有凝血功能障碍者。

5. 局部皮肤感染、破损、溃疡、瘢痕、血管曲张部位，肿瘤或不明肿块部位。

四、注意事项

1. 六寸金针因成本因素可重复利用，注意施术后严格消毒灭菌并妥善保存。

2. 施术过程中，如需要触及针体，应当用无菌干棉球作间隔物，施术者手指不宜直接接触针体。

3. 行针时，刮法的力度、频率，弹法的力度、频率，捻转法的角度、频率，行针时间等，应根据受术者的具体情况和施术者所要达到的目的而灵活控制。

4. 金针透刺选穴宜少且精。

5. 饥饿、饱食、醉酒、愤怒、过度惊吓、过度疲劳、精神紧张者，不宜立即进行金针操作。

6. 体质虚弱、气血亏损者慎用金针透刺操作。如进行金针透刺操作，针感不宜过强，应尽量采取卧位操作。

7. 针刺时应避开大血管。腧穴深部有脏器时应掌握针刺深度，避免伤及脏器。

五、临床应用举例

（一）瘿气（甲状腺功能亢进症）

主穴：天突、臑会、内关、局部阿是穴。

配穴：情绪急躁加大陵、大敦；心悸加少泽、中渚；失眠多梦加神门、三阴交；眼球外凸加天柱、攒竹、风池、太冲。

操作：以一次性使用无菌针灸针金针针刺，平补平泻，留针 30 分钟，隔日治疗 1 次。

（二）乳蛾（急性化脓性扁桃体炎）

取穴：曲池、臂臑。

操作：以六寸金针透刺。行捻转泻法及刮针泻法，每 15 分钟行针 1 次，每次行针 10 秒左右，以患者自觉两臂发热或酸或胀为度。留针 60 分钟，隔日治疗 1 次。

（三）暴聋（突发性耳聋）

取穴：听宫、外关、足三里、百会、四神聪、天枢、中脘。

操作：以一次性使用无菌针灸针金针针刺，每次留针 30 分钟，每日 1 次。

（撰写人：张涛、侯学思）

第三十一节　蝶腭神经节针刺技术

蝶腭神经节针刺技术是一种使用一次性使用无菌针灸针针刺蝶腭神经节的针刺技术。适用于变应性鼻炎、慢性单纯性鼻炎、儿童腺样体肥大、鼻窦炎、萎缩性鼻炎等鼻部疾病、咽鼓管功能不良伴发的耳闷、耳堵等耳部疾病和三叉神经痛、丛集性头痛等多种疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

选择长度 40 ～ 75mm、直径 0.35mm 的一次性使用无菌针灸针。

（二）蝶腭神经节解剖与针刺定位

蝶腭神经节的解剖定位：位于颜面两侧翼腭裂中，该裂前方为上颌骨的后外侧缘，后方为蝶骨翼突，内侧面为腭骨垂直部。裂隙中央偏上最宽处为 3mm 左右的翼腭窝，膨大的蝶腭神经节处在此窝内，从颧弓下缘与下颌切迹之间的凹陷进针，可以刺中蝶腭神经节。

进针点为颧弓的下沿，约相当于颞骨颧突和颧骨颞突合缝线部位稍显膨大处的后下方。进针时应找到颧颞结节这个最明显的标志，然后以左手食指在此结节的稍后方向上轻轻按压，就可触摸到一个凹陷处，称为弓形切迹。左手食指尖对准、压满弓形切迹，并轻轻将该处皮肤向下按压约 1 ～ 2mm，使其离开颧弓下沿，露出进针的缝隙。然后，右手拇指、食指持针，针尖对准弓形切迹骨缘下方中央最高点处进针（图 1–40）。



图 1–40　皮肤进针点

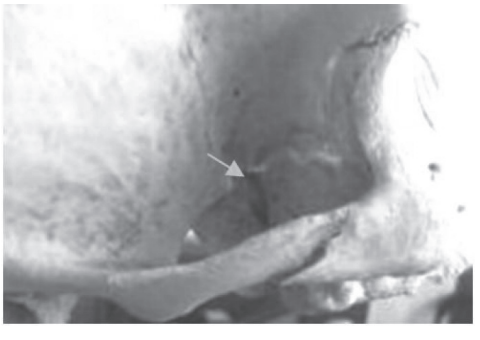


图 1–41　真实颅骨翼腭窝外口（箭头所指）

（三）基本操作方法

1. 消毒

75% 医用酒精对患者颊区皮肤进行常规消毒；施术者手卫生应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T313—2019）。

2. 体位选择

患者取坐位，头部稍后仰并偏向施术者对侧。施术者坐于其针刺侧稍后方。

3. 施术法

从图 1–40 所示位置进针，直刺穿过咀嚼肌肌群，从上颌骨后缘与蝶骨外翼板围合成的翼上颌裂进入翼腭窝（图 1–41）。针刺到蝶腭神经节后多产生向鼻腔或者口唇部明显的放射感、电击感或喷水感，多数患者此时有不自主的摆头躲闪动作，医者可快速小幅提插3次后出针，并以无菌干棉球按压针孔2分钟。一般每周治疗1次，每次左右交替取穴。

二、主要适应证

1. 变应性鼻炎、慢性单纯性鼻炎、鼻窦炎、萎缩性鼻炎、血管运动性鼻炎等鼻部疾病。
2. 咽鼓管功能不良伴发的耳闷、耳堵等耳部疾病。
3. 三叉神经痛、丛集性头痛等头面痛。

三、禁忌证

1．有出血倾向者。
2．局部皮肤破损者。
3．精神高度紧张或过劳、过饥者。

四、注意事项

1．以左手为押手、右手为刺手为例。在颧弓下缘上，不必拔针，仅将左手食指按压皮肤向下拉 2mm 左右，即可避开颧弓，在其下缘刺入。

2．若出现滞针现象，可在针尖刺入皮肤后，超过颧弓下缘，即不再按压皮肤，腾出左手拇指、食指，用以固定针体，保持方向不变，右手不断捻转针柄，继续进针。

3．如果针尖仅进入皮下 1cm 左右，即感阻力较大，可能是患者咀嚼肌紧张或冠突阻挡所致。可嘱患者适当张口，尝试继续进针。若进针部位酸胀，出针后用力咬合不适，嘱患者不要用针刺侧咀嚼过硬食物，酸胀感和用力咬合不适多在数小时内自行消失。

4．如针体已进入 1.5 ～ 2.0cm 的深度，碰到硬物，是患者下颌骨的冠突过宽，宜先将针向外拔出 1cm 左右，必须将针抽出咀嚼肌的范围之外，再让患者将口稍张开，针体才能继续深入。

5．如针体已穿过颧弓及冠突缝隙，针尖又碰在了硬物上，则要计算未进入的针体留在皮肤外面的长度（针柄不包括在内）。例如针体留在外面的一段为 1.5 ～ 2.5cm 时，

则是碰在了上颌骨的侧后壁，针刺方向偏前，将针退至皮下，调整方向距离，朝后刺，即能进入翼腭窝。如果针尖仍触到骨质，针身留在皮面长度为 1cm ～ 1.5cm，则是刺在外翼板上，将针退至皮下，再向前调整刺入即可。针尖每次向前向后调整方向，都不宜超过 3mm，因为翼腭窝的前后径约为 3mm。

6. 针刺前询问病人是否在一周内服用过阿司匹林、氯吡格雷等药物。如有，建议停药一周后再进行治疗。在极个别的情况下针刺后出现局部血肿，应即刻局部冷敷，48 小时后热敷，血肿会在 1 ～ 2 周内消失。

五、临床应用举例

（一）鼻鼽（变应性鼻炎）

指以突然和反复发作的鼻痒、连续喷嚏、流清涕、鼻塞为特征的疾病。按操作规范执行。

（二）鼻槁（萎缩性鼻炎）

鼻槁是指以鼻内干燥，甚或黏膜萎缩、鼻腔宽大为特征的疾病。按操作规范执行。一般刺中神经节后临床留针 10 ～ 15 分钟疗效更显著。

（三）面痛（三叉神经痛）

三叉神经痛是指三叉神经分支范围内出现的反复发作的疼痛，常伴有面肌抽搐，多发生于面部一侧。按操作规范执行，辅以局部阿是穴留针 15 ～ 20 分钟。

（撰写人：陈陆泉）

第三十二节　电热针技术

内热式电热针灸针（简称电热针）是一种利用电能转化为热能而使针体发热的特制针具。电热针技术是基于《黄帝内经》的“燔针”“焠刺”治法及“寒者热之……劳者温之……损者温之”的治疗原则，结合现代科技创新发展而来的一种新型针刺技术，是对传统火针、温针的继承与改进，具有针刺与温热的双重治疗作用。其功效可概括为温通、温补两方面，具有益气温阳、扶正补虚、温经散寒、疏通经络、软坚散结、消肿止痛、解凝化瘀的功效。既适于气虚、阳虚、气血不足等虚证，也适于寒凝、气滞、血瘀、痰湿等实证。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用设备

由内热式电热针灸针、电热针治疗仪主机、输出线组成。

1. 内热式电热针灸针

电热针的针体为复合结构，针体前端内置发热金属丝，工作状态下针体前端 10mm 为发热区域，使温热直接作用于穴位、经络及深层组织，从而起到针刺和温热的双重治疗作用。

由于空气和人体组织导热性的差异，工作状态时电热针前端 10mm 发热部分必须全部刺入体内，既充分发挥治疗作用，也避免针体发热部位暴露在空气中过热而可能造成的皮肤烫伤。

电热针的外观与一次性使用无菌针灸针基本一致，通常直径不超过 0.4mm，长度有 3 个规格，即 40mm、60mm、80mm，针体长度分别为 25mm、45mm、60mm。常用电热针结构及规格分别见图 1–42、表 1–12。

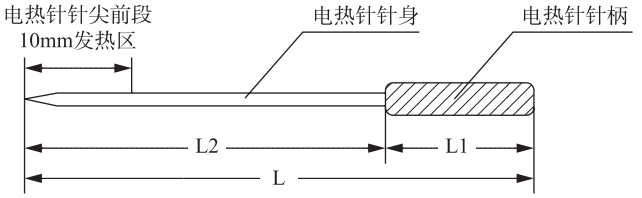


图 1–42　常用电热针结构

表 1–12　常用电热针规格

型号	尺寸（mm）			
	L（全长）	L1（针柄）	L2（针体）	Φ（针管外径）
0.4×25	40	15	25	0.40
0.4×45	60	15	45	
0.4×60	80	20	60	

2. 电热针治疗仪主机

主要功能是提供可调节的恒定电流，通过输出线与电热针相连接，工作时将电能转化为热能，使针体前端发热。电热针治疗仪通常有 6 个输出端，最多可同时选取 6 个穴位进行治疗。

3. 电热针输出线

一端与电热针治疗仪主机相连，一端连接电热针针具（图 1–43）。



图 1–43　电热针治疗仪工作形式

注：同一输出的两个针夹电极必须分别夹于同一支电热针针柄、针体。

（二）电流调节范围、温度

工作时体内针温通常控制在 38 ～ 42℃之间。治疗时电流大小根据病证、针刺部位及患者耐受程度决定，调节时由低到高逐渐调整。

（三）基本操作方法

1. 消毒

（1）针具：电热针针具使用一次性使用无菌电热针，或者按照《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367—2012）灭菌的可复用电热针；配合应用的毫针均使用一次性使用无菌针灸针。

（2）操作部位消毒：应用 75% 乙醇溶液或碘伏消毒液原液等对穴位或治疗部位进行消毒。

（3）施术者消毒：参照《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法

电热针主要用于主穴，配穴使用一次性使用无菌针灸针治疗。主穴选择主要原则包括循经取穴、辨证取穴、以痛为腧、经验取穴。

3. 体位选择

以施术者能正确取穴、操作方便，患者感觉舒适、体位易于保持为原则。通常选用仰卧位、俯卧位、侧卧位或半卧位进行治疗。

4. 施术法

（1）进针　按病情、针刺部位、患者体质选择相应规格的电热针，依据进针部位及针体长度采用指切进针法、夹持进针法、舒张进针法或提捏进针法；根据针刺部位及患者形体分别采用直刺、斜刺或平刺进针。

（2）深度　持针下行时宜轻、缓，深度以得气而不伤及重要脏器、组织为度。注意刺入体表深度至少 10mm 以上，且应在体外保留一定长度的针体用于连接电极夹。

（3）连通主机　应在待机状态连通主机，输出端的两个针夹分别连接于电热针针柄及针体，同一输出线针夹必须连接同一支电热针。

（4）开通主机，加热针具　逐渐调节电流量，以针下出现酸麻胀重或温热感（个别患者出现凉感）而可耐受为度，避免出现灼烧感、刺痛感。治疗量因人、因病情而异。

（5）留针　电热针留针过程中不行针，留针期间一般针温针感恒定，但偶有小幅波动，需根据患者反应及时做相应调节。留针时间一般为 20 ～ 40 分钟。

（6）治疗结束　治疗结束将输出电流归零或将主机调到待机状态。

（7）出针　断开电热针与主机连接后，通常先取一次性使用无菌针灸针，然后卸电热针针夹，再以无菌干棉球或棉签按压局部，取一次性使用无菌电热针与取一次性使用无菌针灸针出针手法一致，出针时按压针孔。

5. 治疗参数

工作状态下体内针温在 38 ～ 42℃之间，以有针感、能耐受为度，此时电流值，即为该患者治疗量。不同疾病、不同患者治疗量有所不同，一般内科疾病针温控制在 38 ～ 40℃，疼痛性疾病在 40 ～ 42℃之间。

6. 治疗时间

一般留针 30 分钟左右，每周 2 ～ 5 次，3 ～ 10 次为 1 个疗程，依据病情需要进行相应调整。

二、主要适应证

1. 颈椎病、腰椎病、膝骨关节炎、痛经等痛症。
2. 胃痛、腹痛、泄泻等脾胃病症。
3. 慢性疲劳综合征、肿瘤等其他病症。

三、禁忌证

1. 配合不良者。
2. 皮肤破损、感染。
3. 凝血功能障碍者。
4. 高热患者。
5. 瘢痕体质者慎用。
6. 孕妇的下腹、腰骶部及肩井、合谷、三阴交、至阴等腧穴。
7. 小儿囟门未闭合时，囟门附近的腧穴。
8. 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤等，除特殊治疗需要外，均不应在患部直接针刺。

四、注意事项

1. 注意根据不同设备的要求，开关机前、上下针夹前起始电流量应处于安全位置。
2. 严禁不同输出的夹子交叉使用；一条输出线仅允许连接同一支电热针。
3. 针尖前端 10mm 必须保持在体内，外露可能会造成皮肤烫伤；有时患者肌肉收缩会导致针体外移，上针夹时需注意观察调整。
4. 电流调节时应由低到高逐渐调整，同时观察询问患者感受及反应。
5. 留针过程中出现针过热或疼痛，立即调低电流量；严重者电流归起始位，然后出针；不能确定位置者，关机，然后逐一检查，确定原因后重新开机，由低到高逐渐调节。
6. 调节电流时如果显示数值无变化，需检查电极夹、电热针针具、输出线、主机是否正确连接及完好。
7. 晕针、滞针、弯针、折针、出血和皮下血肿参考毫针技术节相关内容处理。

五、临床应用举例

（一）胃痛（慢性胃炎）

取中脘、上脘、足三里、三阴交、胃俞、脾俞、膈俞。体内针温 38 ～ 40℃，留针 30 分钟。每周 2 ～ 5 次，10 次为 1 个疗程。

（二）泄泻（溃疡性结肠炎）

取中脘、天枢、关元、足三里、三阴交、脾俞、大肠俞。每次选取其中 6 穴治疗，可交替应用及随证调整。体内针温 38 ～ 40℃，留针 30 分钟。每周 2 ～ 5 次，90 次为 1 个疗程。

（三）漏肩风（肩周炎）

取肩髃、肩贞、肩髎、阿是穴。每次选取其中 2 ～ 6 穴治疗，可交替应用及随证调整。体内针温 40 ～ 42℃，留针 30 分钟。每周 2 ～ 5 次，10 次为 1 个疗程。

（四）膝痹（膝骨关节炎）

取膝眼、阿是穴、血海、梁丘、阴陵泉、阳陵泉。每次选取其中 2 ～ 6 穴治疗，可交替应用及随证调整。体内针温 40 ～ 42℃，留针 30 分钟。每周 2 ～ 5 次，10 次为 1 个疗程。

（五）外阴白斑（外阴苔藓样变）

取外阴病变局部。局部病变平刺或斜刺 0.6 寸，根据病变范围、程度，每侧 2 ～ 4 针。各电热针之间以干燥无菌棉球适当隔开，以保证每一输出的针夹仅连接同一支电热针，避免误触。然后开通主机，逐渐调节电流量，一般电流 40 ～ 60mA（根据患者耐受度调节），以局部温热舒适而不痛为度。体内针温 38 ～ 42℃，留针 30 ～ 40 分钟。每周 2 ～ 5 次，30 次为 1 个疗程。

（撰写人：王海箭）

附：本章推荐阅读

一、毫针技术

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/T 21709.20—2009 针灸技术操作规范　第 20 部分：毫针基本刺法［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

2. 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/T 21709.21—2009 针灸技术操作规范　第 21 部分：毫针基本手法［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

3. 高树中，马铁明 . 刺法灸法学［M］. 3 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

二、头针技术

1. 国家市场监督管理总局，中国国家标准化管理委员会 . GB/T 21709.2—2021 针灸技术操作规范第 2 部分：头针［S］. 北京：中国标准出版社，2021.

2. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 王富春，岳增辉 . 刺法灸法学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

4. 国家中医药管理局 . 中医病证诊断疗效标准（中华人民共和国中医药行业标准）［M］. 南京：南京大学出版社，1994.

三、耳针技术

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/T 13734—2008 耳穴名称与定位［S］. 北京：中国标准出版社，2008.

2. 国家市场监督管理总局，中国国家标准化管理委员会 . GB/T 21709.3—2021 针灸技术操作规范　第 3 部分：耳针［S］. 北京：中国标准出版社，2021.

3. 符文彬，许能贵，刘健华 . 针灸临床特色技术［M］. 北京：科学出版社，2023.

四、眼针技术

国家市场监督管理总局，中国国家标准化管理委员会 . GB/T 21709.15—2021 针灸技术操作规范　第 15 部分：眼针［S］. 北京：中国标准出版社，2021.

五、鼻针技术

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/T 21709.17—2009 针灸技术操作规范　第 17 部分：鼻针［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

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

六、面针技术

1. 张时宜，唐仲良，张瑞生 . 面针的探源与临床应用（续一）［J］. 上海针灸杂志，1995（02）：88–89.

2. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 符文彬，徐振华 . 针灸临床特色技术教程［M］. 北京：科学出版社，2016.

4. 符文彬，许能贵，刘健华 . 针灸临床特色技术［M］. 北京：科学出版社，2023.

七、手针技术

1. 符文彬，许能贵，刘健华 . 针灸临床特色技术［M］. 北京：科学出版社，2023.
2. 冯春祥 . 中国特种针法全书［M］. 北京：华夏出版社，1995.
3. 张颖清 . 全息生物诊疗法［M］. 济南：山东大学出版社，1987.

八、腕踝针技术

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/T 21709.19—2009 针灸技术操作规范　第 19 部分：腕踝针［S］. 北京：中国标准出版社，2009.
2. 王富春，岳增辉 . 刺法灸法学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.
3. 梁繁荣，王华 . 针灸学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.
4. 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.

九、三棱针技术

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/T 21709.4—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.
2. 国家市场监督管理总局 . YY/T 0104—2018 三棱针［S］. 北京：中国标准出版社，2018.
3. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

十、腹针技术

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/T 21709.16—2013 针灸技术操作规范　第 16 部分：腹针［S］. 北京：中国标准出版社，2013
2. 薄智云、薄聪雁 . 腹针疗法［M］. 北京：人民卫生出版社，2025.

十一、皮内针技术

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/T 21709.8—2008 针灸技术操作规范　第 8 部分：皮内针［S］. 北京：中国标准出版社，2008.
2. 朱瑜琪，杨坤 . 皮内针疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2020.
3. 梅焕慈，承为奋 . 皮内针法［M］. 苏州：公私合营中国针灸图书用品社，1959.

十二、火针技术

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/T 21709.12—2009 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.

2. 中国针灸学会 . 循证针灸临床实践指南・针灸疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2019.

3. 贺普仁 . 针具针法［M］. 北京：科学技术文献出版社，1989.

4. 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.

5. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

十三、铍针技术

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/T 21709.7—2008 针灸技术操作规范　第 7 部分：皮肤针［S］. 北京：中国标准出版社，2008.

2. 梁繁荣，王华 . 针灸学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

3. 王华 . 皮肤针治疗常见疾病［M］. 北京：中国医药科技出版社，2006.

十四、芒针技术

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/T 21709.13—2013 针灸技术操作规范　第 13 部分：芒针［S］. 北京：中国标准出版社，2013.

2. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 王富春 . 刺法灸法学［M］. 上海：上海科学技术出版社，2013

十五、鍉针技术 .

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/T 21709.14—2009 针灸技术操作规范　第 14 部分：针［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

2. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 田建刚，郝重耀，冀来喜 . 新九针　针疗法［J］. 上海针灸杂志，2009，28（07）：434.

十六、穴位注射技术

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/T 21709.6—2008 针灸技术操作规范　第 6 部分：穴位注射［S］. 北京：中国标准出版社，2008.

2. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 符文彬，许能贵，刘健华 . 针灸临床特色技术［M］. 北京：科学出版社，2023.

十七、穴位埋线技术

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/T 21709.10—2008 针灸技术操作规范　第 10 部分：穴位埋线［S］. 北京：中国标准出版社，2008.

2. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 余艳红，基层中医适宜技术手册（2025 版）［M］. 1 版 . 北京：中国中医药出版社，2025.

十八、平衡针技术

1. 王文远　王文远平衡针治疗颈肩腰腿痛［M］. 北京：中国中医药出版社，2010.

2. 徐黎明，王文远 . 平衡针技术临床手册［M］. 北京：科学出版社，2016.

3. 王文远 . 王氏平衡针疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2016.

4. 梁凤霞 . 针灸特色疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2020.

十九、醒脑开窍技术

1. 石学敏 . 石学敏实用针灸学［M］. 北京：中国中医药出版社，2009.

2. 石学敏 . 脑卒中与醒脑开窍［M］. 2 版 . 北京：科学出版社，2015.

3. 石学敏 . 针灸学［M］. 北京：中国中医药出版社，2007.

二十、靳三针技术

1. 靳三针疗法流派传承工作室，庄礼兴 . 靳三针疗法流派临床经验全图解［M］. 北京：人民卫生出版社，2017.

2. 许能贵，符文彬 . 临床针灸学［M］. 北京：科学出版社，2015.

3. 王毓婷，李美晨，李柯谊，等 . 规范化靳三针治疗脑卒中：随机对照试验［J］. 中国针灸，2023，43（01）：9–13.

4. 范靖琪，谢晓燕，徐子乔，等 . 浅析靳三针疗法学术特色［J］. 上海针灸杂志，2022，41（08）：853–856.

5. 国家中医药管理局 . 中医病证诊断疗效标准（中华人民共和国中医药行业标准）［M］. 南京：南京大学出版社，1994.

二十一、电针技术

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/T 21709.11—2009 针灸技术操作规范　第 11 部分：电针［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

2. 国家市场监督管理总局 . YY 0780—2018 电针治疗仪［S］. 北京：中国标准出版社，2018.

3. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

二十二、贺氏三通技术

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/T 21709.12—2009 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.

2. 中国针灸学会 . 循证针灸临床实践指南·针灸疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2019.

3. 贺普仁 . 针具针法［M］. 北京：科学技术文献出版社，1989.

4. 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.

5. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

二十三、浮针技术

1. 符仲华 . 浮针医学概要［M］. 北京：中国中医药出版社，2019.

2. 符仲华 . 浮针医学纲要［M］. 北京：人民卫生出版社，2016.

3. 许能贵，符文彬 . 临床针灸学［M］. 北京：科学出版社，2016.

二十四、圆利针技术

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/T 21709.21—2009 针灸技术操作规范　第 21 部分：毫针基本手法［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

2. 梁繁荣，王华 . 针灸学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

3. 胡超伟 . 圆利针疗法：运动性损伤中西医结合针灸疗法［M］. 武汉：湖北科学技术出版社，2007.

4. 师怀堂 . 中医临床新九针疗法［M］. 北京：人民卫生出版社，2000.

二十五、针刺麻醉技术

1. 国家市场监督管理总局，中国国家标准化管理委员会 . GB/T 21709.2—2021 针灸技术操作规范　第 2 部分：头针［S］. 北京：中国标准出版社，2021.

2. 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/T 21709.11—2009 针灸技术操作规范　第 11 部分：电针［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

3. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

二十六、大接经技术

1. 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.

2. 符文彬，徐振华 . 针灸临床特色技术教程［M］. 北京：科学出版社，2016.

3. 符文彬，许能贵，刘健华 . 针灸临床特色技术［M］. 北京：科学出版社，2023

二十七、择时开穴技术

1. 梁繁荣，王华 . 针灸学［M］. 北京：中国中医药出版社，2016.
2. 杨甲三 . 针灸学［M］. 北京：人民卫生出版社，1989.
3. 符文彬，许能贵，刘健华 . 针灸临床特色技术［M］. 北京：科学出版社，2023.

二十八、疏肝调神针刺技术

1. 符文彬，许能贵，刘健华 . 针灸临床特色技术［M］. 北京：科学出版社，2023.

二十九、口唇针技术

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/T 21709.18—2009 针灸技术操作规范　第 18 部分：口唇针［S］. 北京：中国标准出版社，2009.
2. 刘金荣 . 口针疗法［M］. 郑州：中原农民出版社，1991.

三十、金针技术

1. 郭静，袁芳，李彬，等 . 近现代金针流派特色及传承［J］. 中华中医药杂志，2019，34（11）：5018–5020.
2. 王鑫，孙敬青，魏嘉，等 . 金针的传承沿革及应用［J］. 环球中医药，2019，12（09）：1358–1360.
3. 王雪飞 . 北京金针的传承与保护研究［J］. 继续医学教育，2017，31（11）：151–152.

三十一、蝶腭神经节针刺技术

1. 李新吾 . 针刺蝶腭神经节——“治鼻 3”穴位治疗鼻部疾病的机制分析及有关针刺方法的介绍［J］. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志，2011，25（05）：193–196.
2. 张鹏，商晓娟，陈陆泉等 . 基于 logistic 回归模型的针刺蝶腭神经节治疗变应性鼻炎疗效影响因素研究［J］. 中华中医药杂志，2024，39（1）：103–108
3. 林威，林璐璐，陈陆泉 . 针刺蝶腭神经节治疗变应性鼻炎专家共识［J］. 北京中医药，2025，44（10）：1292–1297

三十二、电热针技术

1. 夏玉清 . 电热针临床应用指南 . 1 版 . 北京：中国中医药出版社，2009.12

第二章　推拿类技术

第一节　皮部经筋推拿技术

皮部经筋推拿技术是以十二经筋为基础，使用按法、揉法、擦法、摩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，进而达到温通气血、舒筋解痉、理筋活血、松解粘连等功效的一种推拿技术。

一、常用手法及基本操作方法

（一）常用手法

1. 摩法

以手掌背部近小指侧部分紧贴于治疗部位，掌指关节略微屈曲，通过前臂主动旋转，带动腕关节最大限度地做屈伸动作，使手掌背部近小指侧在治疗部位持续不断地来回滚动的手法。每分钟操作 120 ～ 160 次。

2. 一指禅推法

以拇指指端或螺纹面或偏锋着力于治疗部位，通过前臂的往返摆动带动拇指做屈伸运动的手法。每分钟操作 120 ～ 160 次。一指禅指端推法、一指禅螺纹面推法多用于躯干部及四肢部的经络腧穴；一指禅偏锋推法多用于颜面部。

3. 摩法

用手指或手掌在体表做环形摩动的手法，称摩法。包括指摩法、掌摩法。每分钟操作 100 ～ 120 次。

4. 推法

以指、掌、肘着力于治疗部位，做单方向直线推动的方法，称推法。推法分为指推法、掌推法和肘推法。

5. 拿法

以拇指与其余手指相对用力，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，五指拿法可用于头部。

6. 搓法

以双手掌面夹持肢体两侧做交替搓动的手法。常用于四肢、胸胁部和背部，尤以上

肢部应用较多，常作为推拿治疗的结束手法。

7. 拨法

以拇指或肢体其他部位深按于治疗部位，垂直于肌束、肌腱或韧带走行方向进行单向或往返拨动的手法。

8. 揉法

以手指指腹、掌根或手掌大鱼际等着力吸定于一定部位或穴位，做轻柔和缓的环旋运动，并带动该处的皮下组织一起揉动的手法，称揉法。

上述基本操作方法可单独或复合运用，亦可选用属于皮部经筋推拿技术的其他手法，比如按法、抹法、拍法、捏法、掐法、拧法、弹法、刮法、抖法、擦法等，视具体情况而定。

（二）基本操作方法

1. 术前准备

选取合适的操作体位，以皮部经筋部位放松为宜。

2. 术中注意事项

注意调神，手法以“均匀、持久、有力、柔和、深透”为要。

3. 术后嘱咐

配合功能锻炼，并观察治疗后患者反应。若有异常情况，应及时处理。

二、主要适应证

1. 落枕、颈椎病、肌筋膜炎、肩关节周围炎、肱骨外上髁炎、腱鞘炎、急性腰扭伤、腰肌劳损、腰椎间盘突出症、棘上（棘间）韧带损伤、梨状肌综合征、膝骨关节炎、踝关节扭伤等骨伤科疾病。

2. 胃脘痛、睡眠障碍、痛经、月经不调、慢性疲劳综合征等内科、妇科疾病。

3. 肌性斜颈、脑瘫等儿科疾病。

4. 痤疮、黄褐斑等皮肤科疾病。

三、禁忌证

1. 各种感染性疾病。

2. 治疗部位皮肤有破损或有传染性皮肤病。

3. 有严重心、脑、肺疾病患者。

4. 有出血倾向或有凝血功能障碍者。

5. 有肌腱断裂、骨折、脱位及较严重的骨质疏松症患者。

四、注意事项

1. 注意手法力度的控制，切忌暴力与蛮力。

2. 如果直接在皮部操作，需要辅以推拿介质，以保护皮肤。

3. 必要时可联合使用其他推拿技术。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：以揉法、揉法操作于颈项部及肩背部，以放松局部肌群。

第二步：以一指禅推法、按法、揉法等手法操作于颈项部及肩背部的手太阳经筋、手阳明经筋循行处，在肌紧张处（筋结点）着重使用点按、弹拨等理筋手法进行松解。

第三步：揉按肩背部，配合拍法操作，以患者有轻快感为宜。

【技术要点】

本操作以松筋、理筋、解筋、舒筋为技术要点，操作手法由浅至深、由轻至重、刚柔相济，以局部发热、筋肉松软为宜。一般每日 1 次，每次操作 20 分钟左右。

【特别提示】

操作前应明确颈椎病的具体分型，严重脊髓型颈椎病不适宜行推拿治疗。

（二）腰痹（腰肌劳损）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：以揉法、揉法沿腰部及双下肢足太阳经筋自上而下进行操作，以舒筋松肌。

第二步：以按揉法、弹拨法在腰部及双下肢沿足太阳经筋、足阳明经筋等循行部位进行松筋、理筋，对肌筋拘紧处或存在条索样变的筋结部位重点使用点按、弹拨等理筋手法以松筋解结。

第三步：最后以横擦法作用于腰骶部，以透热为度。

【技术要点】

本操作以松筋、理筋、解筋、舒筋为技术要点，操作手法由浅至深、由轻至重、刚柔相济，以局部发热、筋肉松软为宜。一般每日 1 次，每次操作 20 分钟左右。

【特别提示】

使用擦法在皮部操作时，需要辅以推拿介质，以保护皮肤。

（三）漏肩风（肩关节周围炎）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：以揉法、一指禅推法在肩背部及上臂的手少阳经筋、手太阳经筋、手阳明经筋、手太阴经筋循行部位进行操作，手法宜柔和渗透，以放松局部肌群、舒筋通络。

第二步：施以按揉法，按揉肩周相关腧穴，以酸胀为度，活血止痛。

第三步：以弹拨法在肌紧张处（筋结点）进行弹拨松解，拿揉肩背部及上臂手少阳经筋、手太阳经筋、手阳明经筋、手太阴经筋循行部位，以松筋解结。

第四步：抖上肢；将搓法、擦法施于肩部，以透热为度。

【技术要点】

操作时手法宜柔和渗透。一般每日 1 次，每次操作 20 分钟左右。

【特别提示】

肩关节周围炎急性期可采用皮部经筋推拿技术治疗，手法刺激强度不宜过大。擦法操作时，需要涂擦介质保护皮肤。治疗后，患者应适当进行功能锻炼，并注意保暖。

（四）肌痹（肌筋膜炎）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：以揉法施于患部经筋循行部位以放松局部肌群，舒筋通络。

第二步：于患部经筋循行处施以按揉法，按揉相关腧穴，以酸胀为度，行气活血。

第三步：以弹拨法在肌紧张处（筋结点）进行弹拨松解；以推法沿肌纤维方向施于患部经筋循行部位，以解痉止痛。

第四步：以擦法施于患部经筋循行部位，以透热为度。

【技术要点】

操作时手法宜柔和渗透。一般每日 1 次，每次操作 20 分钟左右。

【特别提示】

手法刺激强度不宜过重。在进行推法、擦法操作时，需要涂擦介质以保护皮肤。治疗后嘱患者注意保暖。

（五）梨状肌综合征

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：以揉法、按揉法施于患侧梨状肌与大腿后外侧，使臀部及大腿后外侧肌肉充分放松。

第二步：拇指弹拨梨状肌肌腹，并点按足太阳膀胱经相关腧穴，以酸胀为度，通络止痛。

第三步：施掌推法或深按压法于梨状肌，力达深层，再以肘尖点按梨状肌，以理筋整复。

第四步：做患髋后伸、外展及外旋等被动运动，以滑利关节、松解粘连，最后施擦法擦热局部，以透热为度。

【技术要点】

以梨状肌为主要操作部位。行弹拨法操作时，与梨状肌肌腹呈垂直方向进行弹拨；理筋归顺时，沿梨状肌肌纤维方向反复推压。一般每日 1 次，每次操作 20 分钟左右。

【特别提示】

治疗时不可因梨状肌位置深而施用暴力，以免造成新的损伤。急性损伤期，手法宜轻柔，不宜做深部刺激。治疗后患者应卧床休息 1 ～ 2 周，以利于损伤组织的修复。同时注意局部保暖，避免风寒刺激。

（撰写人：龚利、唐宏亮、赵志勇）

第二节　脏腑推拿技术

脏腑推拿技术是指在中医理论指导下，依据脏腑、经络学说，在人体体表运用特定推拿手法，通过外通经络、内调脏腑来预防及治疗脏腑功能失调所致疾病的一种推拿技术。一般用于预防与治疗代谢类疾病、消化系统疾病及精神情志类疾病。

一、常用手法及基本操作方法

（一）常用手法

1. 摩腹法

以手掌围绕神阙穴做环形运动，不带动皮下组织，与浅表组织产生摩擦感，频率为 30 ～ 40 次 / 分钟，持续 3 分钟，以摩擦至局部有温热感为宜。

2. 揉腹法

将手掌心对准神阙穴做小幅度环状揉动，频率为 30 ～ 40 次 / 分钟，持续 3 分钟，以腹中有温热感为宜。

3. 运腹法

以双掌叠掌置于神阙穴处，沿带脉做垂直于患者前正中线的往返运动，带动皮下组织向前正中线方向运动，频率为 30 ～ 40 次 / 分钟，持续 3 分钟，以局部潮红为宜。

4. 振腹法

以手掌置于神阙穴处做小幅度垂直于施术部位的振动，频率为 180 ～ 300 次 / 分钟，持续 3 分钟，以腹中有温热感为宜。也可振气海、关元、天枢、上脘、中脘等腧穴。

5. 按法

以指、掌等部位按压于治疗部位或腧穴。腹部以分层按压为主。

6. 点法

以指端或指间关节背侧垂直按压治疗部位。

上述手法为脏腑推拿技术的核心手法。在临床中，亦可配合推法、拿法、搓法、抹

法等，视具体情况而定。

（二）基本操作方法

1. 术前准备

术前排空小便，调整为腹式呼吸。

2. 术中注意事项

除非报告紧急情况，否则术中不要交谈。

3. 术后嘱咐

术后宜饮少量温开水。

二、主要适应证

1. 肥胖症、代谢综合征、胰岛素抵抗等代谢类疾病。
2. 腹胀、便秘、肠易激综合征等消化系统疾病。
3. 睡眠障碍、焦虑、抑郁等精神情志类疾病，或上述疾病伴有躯体化症状。
4. 其他功能性疾病。

三、禁忌证

1. 胃、十二指肠等部位急性穿孔。
2. 月经期、妊娠期女性的腹部、腰骶部。
3. 过饱、过饥、过劳、醉酒者。
4. 不明原因的腹痛。
5. 有出血倾向或有凝血功能障碍者。

四、注意事项

1. 切勿餐前进行治疗，一旦患者术中出现心慌、手抖、出汗等疑似低血糖症状或低血糖反应，须立即停止操作，检测即刻血糖，根据血糖水平对症处理。

2. 治疗过程中患者出现晕厥时，应立即停止推拿，让患者平卧于空气流通处，待其清醒后饮用温开水，一般经休息后可以解除。如果晕厥严重，可采取掐人中、拿肩井等方法，也可配合针刺等方法或采取其他急救措施。

3. 出现微量皮下出血或局部瘀血时，一般不必处理；若局部肿胀疼痛较剧烈且影响到活动功能，可先做冷敷止血，再做热敷或在局部轻揉，以促使局部瘀血消散吸收。

4. 治疗部位出现皮肤破损时，局部涂擦碘伏，避免在破损处进行操作，并防止感染。

5. 治疗后出现局部疼痛，一般不需要处理，可自行消失；若疼痛较剧烈，可局部配合湿热敷，并做轻柔的按揉。

五、临床应用举例

（一）脾瘅（肥胖症、代谢综合征、胰岛素抵抗）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：摩腹法。以脐为中心，顺时针掌摩腹部 5 分钟，上达中脘穴，下至中极穴，左右至两侧足太阴脾经。

第二步：①揉腹法。按揉后，可双手交替拿揉脾经、胃经（腹部节段），以局部透热为度。②提拿两侧带脉。两手交替向腹部中心提拿带脉，以透热为度。③拿捏揉全腹。双掌交替捏揉腹部，作用层次在皮下脂肪层，以透热为度。

第三步：运腹法。以双掌叠掌于患者神阙穴处，沿带脉做垂直于患者前正中线的往返运动，带动前正中线两侧皮下组织向前正中线方向运动。

第四步：振腹法。掌振神阙穴；指振气海穴、关元穴、天枢穴，每穴半分钟。

第五步：循肺经、胃经（四肢节段）进行拿揉，遇筋结要重点干预。

【技术要点】

本技术以腹部为主要操作部位，重在调理气机，因此医患间的呼吸配合尤为重要。操作过程中，医患双方均需全神贯注，尤其是在腹部操作时要噤声。摩腹时间不宜过久，以免引起腹胀等不适症状。一般每日 1 次，每次操作 30 分钟左右。

【特别提示】

临床操作时需注意患者的呼吸配合，操作后以微微发汗为最佳效果。在治疗过程中，患者出现呃逆、排气，均为正常现象。术后需饮少量温开水。

（二）郁病（焦虑状态、抑郁状态）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：以脐为中心，顺时针掌摩腹部 5 分钟，上达中脘穴，下达中极穴，左右至两侧足太阴脾经，以达到调和阴阳、镇静安神的目的。

第二步：以揉腹法揉全腹 10 分钟，以达到调和气血、通畅枢机的目的。

第三步：按振中脘穴 2 分钟，掌振神阙穴 3 分钟，闪振中极穴 5 分钟。操作频率 >200 次 / 分钟，以达到补气通腹的目的。

第四步：随着患者呼气，由轻到重地逐层按压神阙穴，按而留之，出现“跳动”感后随着患者呼气抬手，操作时间为 5 分钟，以达到引气归原、宁心安神的目的。

【技术要点】

情志类疾病患者病机多以肝郁气滞为主，日久可致肝郁化火，继而出现阴虚内热等表现。故对于手法的力度及相应的操作频率有特定的要求：力度方面，要求施术医生的手法宜轻、宜缓，以缓解患者的紧张状态；频率方面，要求医生根据手下感受到的气

机变化做出相应的频率改变，以达到舒缓情志的作用。治疗频率一般为每日 1 次，每次 30 分钟。

【特别提示】

精神情志类疾病对治疗环境要求较高，故应保证诊室干净整洁、温度适宜，医生需清洗双手并将双手搓至温热后方可进行操作。在操作过程中，医生及患者均应保持安静，避免交谈，以免影响治疗效果。

（三）脾约（功能性便秘）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床基本操作。

第一步：揉腹法。以中脘穴为圆心，按顺时针方向在腹部进行旋转揉动。揉动频率宜缓，一般为 20 ～ 30 次 / 分钟，治疗时间约 5 分钟。

第二步：运腹法。沿垂直于机体腹部正中线方向，双手叠掌扣放在神阙穴的左侧，将腹部向右侧做弧形推动，再将腹部向左侧做弧形回带，如此反复，治疗时间约 2 分钟。

第三步：指振法。以食指、中指指端置于气海穴、天枢穴，做连续、快速地上下振动。每穴治疗时间 1 分钟。

第四步：按腹法。患者仰卧，医生位于患者左侧，用左手食指掌指关节置于腹部中脘穴处，其余四指并拢平置于腹部，再用右手掌小鱼际部重叠在左手食指掌指关节的背面，并随患者的呼气徐徐着力向耻骨联合、脊柱方向按压。当按压至可感觉到腹主动脉搏动时，维持此时的压力及所到达的深度，静待患者腹部、腰部、会阴部及双下肢出现酸、麻、凉、胀的得气感后，医生的右手随患者吸气徐徐上提。治疗时间约 5 分钟。

第五步：点穴法。以拇指指端依次点按双侧背俞穴，并重点点按肺俞、脾俞、肝俞、大肠俞及腰背部的敏感点，以有酸胀感为宜，每穴治疗时间约半分钟。

【技术要点】

便秘与胃肠传导运化失常有关，本技术以腹部为主要操作部位，重在恢复胃肠的传导功能，调腑通便、理气和中。治疗便秘时，由于患者体内宿便内积，施以按腹法时力度要适中，作用时间宜短，治疗后如患者表现出频转矢气、腹部肠鸣音亢进，预后多良好。如患者腹胀症状较重，可以延长运腹及按腹时间。首次治疗应以患者适应为度。

【特别提示】

本病治疗应以通腑为主，但绝不可单纯用泻法，应针对不同的病因辨证施治。另外，患者日常可以在起床前、入睡前自行摩腹，可有效帮助缓解便秘或消化不良症状。

（撰写人：吴兴全、刘鹏、李华南）

第三节　关节运动推拿技术

关节运动推拿技术是在中医理论指导下，结合经络学说和现代解剖知识，用于预防

及治疗关节粘连、肌肉痉挛、关节退行性病变等功能失调疾病的一种推拿技术。该技术具有舒筋通络、滑利关节、松解粘连、增大关节间隙等功效，可以促进局部气血运行、血液循环和新陈代谢，改善关节活动度。

一、常用手法及基本操作方法

（一）常用手法

1. 屈伸扳法类

（1）*肩关节外展扳法*　患者取坐位，患侧手臂外展约 45°，肩关节放松。医生半蹲（或马步）于其患肩的外侧，将其患侧上臂的肘关节上部置于一侧肩上，以两手十字交叉从其肩前后方向将患肩扣住、锁紧。然后医生缓缓立起，使患者肩关节外展，至有阻力时，略停片刻，然后双手与身体及肩部协同施力，以“巧力寸劲”做肩关节外展位增大幅度的快速扳动。如果粘连得到分解，可听到“嘶嘶”或“咯咯”声。

（2）*肩关节内收扳法*　患者取坐位，患侧上肢屈肘关节，将患肢放于胸前。医生站于其后侧，紧靠其背部，稳定其身体，一手扶住患肩，另一手托住患肢的肘部做肩关节内收，至有阻力时，以“寸劲”做肩关节内收扳动。

（3）*屈膝扳法*　患者取仰卧位，患膝自然屈曲。医生站于其患侧，一侧前臂垫于患膝腘窝处，另一手扶握其踝上并稍用力按压，使其膝关节屈曲数次，待患者适应后，缓缓加力至过屈阻力位，然后快速加力，使其膝关节在前臂支垫下做突发的、有控制的屈曲扳动。

（4）*伸膝扳法*　患者取仰卧位，患膝自然伸直。医生站于其患侧，一手扶按于患膝处，另一手托握其足跟后上部，并将患肢稍抬离床面，两手配合使其膝关节伸直活动数次，待患者适应后，缓缓加力下压膝关节，至阻力位时，快速稍加力下压，使其膝关节做突发的、有控制的下压扳动。

（5）*踝关节跖屈扳法*　患者取仰卧位，下肢伸直。医生面向其足底而坐，以一手托住其足跟，另一手握按于足背部，两手协调用力，在将踝关节跖屈至有明显阻力时，以“巧力寸劲”做一稍增大幅度的跖屈扳动。

（6）*踝关节背伸扳法*　患者取仰卧位，下肢伸直。医生面向其足底而坐，以一手托住其足跟，另一手握住其脚掌并按压，两手协调用力，在将踝关节背伸至有明显阻力时，以“巧力寸劲”做一稍增大幅度的背伸扳动。

2. 摇法类

（1）*颈椎摇法*　患者取坐位，颈项部放松。医生立于其背后或侧后方，一手扶按其头顶后部，另一手托扶其下颌部，双手协调运动，反方向施力，使头颈部按顺时针或逆时针方向进行环转摇转，可反复摇转数次。

（2）*肩关节摇法*

1）托肘摇肩法：患者取坐位，肩部放松，肘关节屈曲。医生站于其侧，两腿呈弓步，上半身略前倾，一手扶按住患者肩关节上部，另一手托于其肘部，使其前臂放在医

生前臂上，然后手臂协同用力，做肩关节顺时针或逆时针方向的环转摇动。

2）握手摇肩法：患者取坐位，肩部放松。医生立于其侧，以一手扶按近侧肩上部，另一手握住其手部，稍用力将其手臂牵伸，待拉直后协同施力，做肩关节顺时针或逆时针方向的环转摇动。

（3）肘关节摇法　患者取坐位，屈肘 45°。医生一手托握住其肘后部，另一手握住其腕部，做顺时针或逆时针方向的肘关节环转摇动。

（4）腕关节摇法　患者取坐位或仰卧位。医生一手与患者五指相扣，另一手握其腕上部，在稍用力牵引的情况下做腕关节的顺时针或逆时针方向的环转摇动。

（5）掌指关节摇法　患者取坐位或仰卧位。医生一手握患者手掌部，另一手以拇指和其余四指握捏住其某一手指，在稍用力牵拉的状态下做该掌指关节顺时针或逆时针方向的环转摇动。

（6）腰椎摇法

1）仰卧位摇腰法：患者取仰卧位，两下肢并拢，屈髋屈膝。医生一手按住其膝部，另一手握住其双踝部，做顺时针或逆时针方向的环转摇动。

2）俯卧位摇腰法：患者取俯卧位，两下肢伸直。医生一手按压其腰部，另一手臂托抱住其双下肢，做顺时针或逆时针方向的环转摇动。

（7）髋关节摇法　患者取仰卧位，一侧下肢屈髋屈膝。医生站于其侧，一手扶按其膝部，另一手握其足踝部或足跟部，将其髋、膝屈曲角度均调整到 90°，然后两手协调用力，使髋关节做顺时针或逆时针方向的环转摇动。

（8）膝关节摇法　患者取仰卧位，一侧下肢伸直放松，另一侧下肢屈髋屈膝。医生一手托扶其屈曲侧下肢的腘窝部，另一手握其足踝部或足跟部，按顺时针或逆时针方向进行环转摇动。也可取俯卧位屈膝摇之。

（9）踝关节摇法

1）仰卧位踝关节摇法：患者取仰卧位，下肢自然伸直。医生坐于其足端，用一手托握其足踝上部以固定，另一手握住足趾部，在拔伸状态下做顺时针或逆时针方向的环转摇动。

2）俯卧位踝关节摇法：患者取俯卧位，一侧下肢屈髋屈膝。医生一手握住其小腿下端近踝部，另一手握住其足趾部，做顺时针或逆时针方向的环转摇动。

3. 拔伸类

（1）仰卧位颈椎拔伸法　患者取仰卧位，自然放松。医生双手手掌托住其枕部，拇指靠近其耳侧，用力上托，使其颈椎处于后伸位，沿着颈椎向枕后持续牵拉 3 ～ 5 次。

（2）肩关节拔伸法

1）肩关节上举拔伸法：患者取坐位。医生站于患者身后，双手握住其上臂近肘部，慢慢引导上肢上举至最大限度，并保持向上的牵引力。如果凳子较低，医生可握住患者的前臂近腕部向上拔伸。

2）肩关节对抗拔伸法：患者取坐位。医生站于其侧，双手分别握住其腕部和肘部，引导肩关节外展，并逐渐用力牵拉，同时嘱患者身体向另一侧倾斜（或请助手协助，双

手抱住患者上半身），以对抗拔伸之力。此法医生也可取坐位操作。

（3）腕关节拔伸法　患者取坐位。医生站于其对面，一手握住其前臂中段，另一手握住其手掌，双手缓缓做相反方向的用力拔伸。

（4）俯卧位腰椎拔伸法　患者取俯卧位，双手抓住头前床沿（或由助手卡住患者两腋窝以对抗牵引），医生站于其足端后方，双手分别握住其两踝部，使小腿与床面约呈20° 夹角，然后身体后倾，借助两足蹬地或两膝顶床头发力，使牵引力作用到腰椎。医生还可用治疗巾或毛巾缚住患者双踝进行拔伸，以降低工作强度。

（5）髋关节拔伸法　患者取仰卧位。医生一手以手掌按住患者的膝部，另一侧上肢以上臂夹住患者足踝部，而前臂从患者小腿下面穿过，扣住对侧上肢前臂，双手将患者下肢交锁住，上身后仰，利用躯干的力量拔伸其下肢。此法亦可用于骶髂关节。

（6）踝关节拔伸法　患者取仰卧位。医生一手托住其患侧足跟部，另一手握住其患侧脚掌或脚趾，双手协同，持续牵引踝关节。

（二）基本操作方法

1. 术前准备

术前完善关节相关影像学辅助检查，以明确诊断；对患者实施充分的关节放松手法。

2. 术中注意事项

与患者充分交流，了解其在治疗过程中的疼痛耐受度，并告知其治疗过程中关节可能出现的各种不适感。操作过程中，患者应自然呼吸，不可屏气。拔伸时动作要平稳和缓，用力要均匀、持续。拔伸时不可使用蛮力，一般不使用瞬间发力牵引，以免造成牵拉损伤。

3. 术后嘱咐

术后指导患者开展关节适度锻炼，不限定次数；锻炼时，关节应该活动到可耐受的限制位。

二、主要适应证

肩关节周围炎、关节术后粘连、疼痛性肌痉挛、中风后肌痉挛，以及膝骨关节炎等退行性骨关节病。

三、禁忌证

1. 肌腱、韧带损伤或断裂。
2. 骨折及较严重的骨质疏松症患者。
3. 严重的心脑血管病变，中风后关节脱位及其他关节脱位患者。
4. 关节部位的肿瘤、关节结核等。
5. 有严重心、脑、肺疾病患者。
6. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

四、注意事项

1. 注意控制关节的运动范围，不要有超过生理运动范围或患者可耐受范围的运动。
2. 对于活动范围受限的关节，治疗时应注意逐步扩大关节运动范围。
3. 在关节运动推拿技术之前使用皮部经筋推拿技术，可以提高安全性和有效性。

五、临床应用举例

（一）漏肩风（肩关节周围炎）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：摇法。根据患者肩关节活动度的大小选择合适的肩关节摇法。在肩关节活动的最大范围内摇动，逐步扩大活动范围，反复摇动数次。

第二步：拔伸法。以患者肩胛骨为定点，沿各运动方向相对牵拉、拔伸，也可边牵拉边做各个方向、各种方式的运动，以起到分离关节、牵拉经筋、松解粘连等功效，多次操作。临床应用该法，可以促进局部气血运行，加快循环和新陈代谢，缓解疼痛。拔伸牵拉可以松解关节囊，使关节放松，改善关节活动度。

第三步：扳法。在肩关节各活动受限方向施以扳法。

（二）膝痹（膝关节交叉韧带重建术后）

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：摇法。患者取仰卧位，健侧下肢伸直放松，患侧下肢屈髋屈膝，医生一手托扶其患侧下肢的腘窝部，另一手握其足踝部或足跟部，按顺时针或逆时针方向环转摇动。或患者取俯卧位，健侧下肢伸直放松，患侧下肢屈膝，医生一手固定其患侧下肢的大腿后部近腘窝处，另一手握其足跟部，按顺时针或逆时针方向环转摇动。在关节活动范围内摇动，逐步扩大活动范围，反复摇动数次。

第二步：拔伸法。以患者股骨为定点，以在下肢长轴方向上的远端胫骨为动点，进行相对牵拉、拔伸。

第三步：屈膝扳法。患者取仰卧位，患膝自然屈曲。医生站于其患侧，一侧前臂垫于患膝腘窝处，另一手扶握其踝上并先稍用力按压，使其膝关节屈曲数次，待患者适应后，缓缓加力至过屈阻力位，然后快速加力，使其膝关节在前臂支垫下做突发的、有控制的屈曲扳动。

【技术要点】

本技术以关节运动为基础，故掌握相关解剖结构、关节运动形式等知识尤为重要。在操作过程中，应加强医患沟通，注意患者的耐受情况。拔伸时，动作要平稳和缓，用力要均匀持续，不可使用蛮力，一般不使用瞬间发力牵引，以免造成牵拉损伤。操作

时，患者应自然呼吸，不可屏气。

（撰写人：吕立江、周斌、董有康）

第四节　关节调整推拿技术

关节调整推拿技术是以拔伸法、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，从而改善或恢复关节功能状态的一种推拿医疗技术。该技术具有舒筋通络、滑利关节、整复错位、松解粘连的功效，适用于全身关节，多用于治疗骨关节疾病和脊柱相关疾病。

一、常用手法及基本操作方法

（一）常用手法

1. 拔伸法

固定患者关节或肢体的一端，沿纵轴牵拉另一端，通过增大关节间隙，以调整关节的位置。在拔伸的同时，可以结合关节的屈伸、侧屈或者旋转。由于对不同关节进行操作时，固定和牵拉的部位、动作各有差异，故形成了具有不同特色的关节调整推拿技术。

2. 扳法

医生通过摆放患者身体或用一手按压、抓握等方式固定施术关节的一端，另一手作用于关节的另一端，通过按压、扳动或扭转，向相反方向或同一方向用力，使关节慢慢被动活动至有较大阻力时，再做一次短促的、稍增大幅度的、有控制的、突发性的用力，调整关节位置。

（二）基本操作方法

1. 术前准备

通过触诊、影像学检查等方式明确关节疾病的部位、性质，以选择合适的体位；通过一指禅推法、摇法、按法、揉法或弹拨法等手法，放松关节周围软组织。

2. 术中注意事项

控制用力的方向、大小、速度。

3. 术后嘱咐

嘱咐患者注意休息，不宜过度活动病变关节，并逐步开展相关关节的功能训练。

二、主要适应证

1. 关节疼痛与功能障碍，明确诊断为关节紊乱（错缝）者。
2. 有明确的骨伤科疾病诊断，并伴有关节位置异常或者力学平衡失常者。
3. 脊柱相关性疾病，关节位置异常。

4. 关节发育异常，如青少年脊柱侧弯、小儿下肢包括足部的发育异常等。

5. 部分存在体态异常且影响健康者，如脊柱曲度异常、膝关节内外翻畸形等。

三、禁忌证

1. 既往有关节固定类手术史，一般不宜使用关节调整推拿技术。

2. 诊断不明时禁用扳法，手法治疗前必须有明确的影像学检查结果支持。

3. 骨肿瘤、骨结核、严重感染性疾病患者，存在精神异常、出血风险较高者，以及妊娠妇女。

4. 存在体态异常，但没有明显健康问题者。

四、注意事项

1. 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. 治疗后患者可能出现眩晕、出冷汗等症状，这可能是在进行颈部扳法旋转时造成椎基底动脉供血不足，从而导致短暂缺血性眩晕。

3. 操作时手法过重可能导致局部瘀斑，甚至皮肤破损。

4. 做颈椎关节调整手法操作时，可能会刺激到患者的颈动脉窦或颈部迷走神经，进而出现血压、心率及呼吸的变化，可能造成患者严重不适。

5. 对于部分年纪较大且有骨质疏松的患者，在进行关节调整手法操作时手法过重或采取暴力操作可能会导致其骨折。

6. 治疗的同时，患者应该配合功能锻炼，以保持关节稳定。

五、临床应用举例

（一）颈椎骨错缝（颈椎半脱位）

颈椎关节的调整推拿技术有多种，本文介绍的仰卧位颈椎拔伸旋牵技术是比较安全的操作技术。为了便于说清操作步骤，以第四颈椎棘突左旋错位为例。

【操作步骤】

患者取仰卧位，医生位于患者头部上方。

第一步：松解颈部肌肉。以拿、揉、点、拨等手法依次放松颈阔肌、斜方肌、冈上肌、胸锁乳突肌、斜角肌、肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌、头最长肌、颈最长肌、头半棘肌、颈半棘肌、头棘肌、颈棘肌、头后大直肌、头后小直肌、头上斜肌、头下斜肌等。

第二步：拔伸旋牵法。医生左手托住患者下颌，右手掌及掌根部托住其枕部，以右手拇指指腹为接触点，顶于患椎右侧横突尖后缘，屈颈至偏歪的第四颈椎时，手下肌群有被拉紧的感觉，则停止前屈；双手相互协同纵向用力向上牵引，按逆时针方向旋转至最大角度，拇指指腹持续施加推力，待颈部肌肉完全放松时，左手及右手纵向、拇指指

腹向左上方快速闪动发力，多可听到关节滑动的声响。滑动响声不可强求，没有响声不代表复位不成功，操作后可触诊偏歪的棘突判断是否恢复正常。患椎向右旋转错位则反向操作。

第三步：结束手法。可采用放松类手法，如拿、揉、点、按等进行操作，随后结束本次治疗。

【技术要点】

颈椎拔伸旋牵法操作时，患者取仰卧位，这样能使颈部肌肉更加放松。医生在操作过程中要控制手法力度及角度，这样更有利于整复类手法的操作。一般操作 1 次即可，每日操作不可多于 2 次。拔伸旋牵法具有力度小、幅度小、颈椎旋转角度小等优点。针对不同棘突偏歪的小关节紊乱患者，要有针对性的拔伸旋牵操作。

【特别提示】

如在治疗过程中，患者出现头晕、恶心等症状加重的情况，应立即停止操作。此操作风险较高，请谨慎使用。

（二）胸椎骨错缝（胸椎扭伤和劳损）

对于胸椎关节位置的调整，可以用拔伸法、按压法、斜扳法、旋转复位法等关节调整推拿技术。以下操作步骤以第六胸椎棘突右旋错位为例。

【操作步骤】

患者取俯卧位，胸前垫以软枕，两上肢向两侧分开，垂于治疗床两边，肌肉放松，自然呼吸。医生站于患者右侧。

第一步：通过一指禅推法、摩法、按法、揉法或弹拨法等手法，放松第六胸椎周围软组织。

第二步：医生站于其患侧，两臂交叉，先以与患者患侧同侧之掌根（右手掌根）豌豆骨按压于患者健侧后凸之横突上（第六胸椎左侧横突），另一手臂紧贴住该手臂，掌根（左手掌根）则按压于下位胸椎的患侧横突上（第七胸椎右侧横突）。嘱患者缓慢呼吸，医生的手掌随患者胸壁的呼吸运动而起伏，待其呼吸协调后，趁其呼气末期肌肉放松时，适时加大掌根按压力量，向外下方短促冲击，使组成活动节段的两个椎骨间发生扭转。

第三步：以错缝节段为中心，局部施以擦法。可酌情使用冬青膏等活血祛瘀的推拿介质。

【技术要点】

手法操作时，要求用力轻巧、精准，可以反复操作，不求一次性成功；不要强求有弹响。

【特别提示】

手法操作时，也可用拇指按压以提高精准度，另一手也可以按压在第五胸椎右侧横突上，在了解清楚操作机制后，可以设计手法。

（三）腰椎骨错缝（腰椎小关节紊乱）

提拉旋转斜扳法是一种需要多人配合的操作技术。为了便于说清操作步骤，以第五腰椎棘突左旋错位为例。

【操作步骤】

患者先取俯卧位，医生站在其侧。

第一步：患者取俯卧位，医生以轻柔的揉法、点法、按法操作于患侧腰臀部及下肢，以解除腰臀部、下肢部位的肌肉痉挛。

第二步：患者取右侧卧位，肩下垫一个厚软枕；左侧下肢屈膝 90° 以上，膝部伸出床边，右侧下肢伸直。助手甲将患者的右侧上肢由胸前向天花板方向拉提（使其掌心对鼻尖，此时患者左侧上肢环抱头部），助手乙托住其右侧肩膀以固定患者体位。医生以双手掌压住患者左侧臀部的上半部，助手甲将患者右侧上肢向天花板方向拉提，使患者保持上身离床悬空、右侧下肢伸直、骨盆贴于治疗床的姿势（脊柱与床面的夹角约 35°，以使患者躯干旋转的作用力集中于痛点）。此时，医生向下压臀部，并有节奏地加大压力，使患者躯干部的旋转角度也逐渐加大。术中可听到脊柱在扳动时发出的“咔嗒”声。

第三步：医生沿受损神经支配区域施以按法、点法、揉法、拿法等手法，促使受损的神经恢复功能。

【技术要点】

本技术以腰部及臀部为主要操作部位，重在调整关节，因此医生、助手及患者三者之间的配合尤为重要。在操作过程中，各方均需全神贯注，尤其是必须在关节被动运动至极限时才可进行扳动。扳动次数 1 ～ 7 次，一般隔日 1 次，每次操作 2 ～ 4 分钟。

【特别提示】

如在治疗过程中，患者出现发热、汗出等为正常现象；术后需稍作休息及饮少量温开水。治疗期间，患者宜卧硬板床休息，并注意腰部保暖。

（四）膝痹（单侧膝骨关节炎）

四肢关节的调整多以屈伸法、拔伸法和扳法为主。

【操作步骤】

医生与患者相对而坐。

第一步：医生固定患者患侧踝关节于解剖中立位。医生将自己的双手拇指分别按于内外膝眼，双手其余四指环抱于腘窝处。嘱患者在坐位屈膝状态下，在膝关节生理活动范围内做主动伸膝运动，并尽量伸直膝关节。在此过程中，医生双手配合施以相应的内外旋转力量，待患者伸膝至极限位后，再嘱患者缓慢屈膝恢复到坐位。如此重复操作 3 ～ 5 次。

第二步：以点按法、弹拨法在膝关节周围三阴经筋、三阳经筋的筋结处进行松解。

第三步：施以拍法操作，以使患者有轻快感为宜。

【技术要点】

本操作要求固定患侧踝关节于中立位；拇指点按要到位；在患肢屈伸膝关节的过程中，医生双手配合施以对应的内外旋转力量；本操作以调整骨错缝为技术要点。

【特别提示】

前后交叉韧带、侧副韧带撕裂者慎用。

（撰写人：孙武权、李海、范志勇）

第五节　经穴推拿技术

经穴推拿技术是运用适当的推拿手法，如一指禅推法、揉法、按法等，作用于一定经络腧穴部位，起到推动经气、调节脏腑功能等作用的推拿技术。

一、常用手法

（一）一指禅推法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术一指禅推法。

（二）揉法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术揉法。

（三）按法

同第二章第二节脏腑推拿技术按法。

（四）抹法

用拇指指腹或手掌面紧贴皮肤，略用力做上下或左右缓慢的往返移动。

上述手法为经穴推拿技术的主要手法，在临床中，亦可配合点法、弹拨法、叩击法等，视具体情况而定。

二、主要适应证

1. 胃痛、便秘、功能性消化不良等消化系统疾病。
2. 睡眠障碍、偏头痛、后循环缺血等神经内科疾病。
3. 颈椎病、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症、各种软组织损伤及疼痛。
4. 其他功能性疾病。

三、禁忌证

1. 结核性和感染性疾病。
2. 骨折及较严重的骨质疏松症患者。

3. 月经期、妊娠期女性的腹部、腰骶部。

4. 有严重心、脑、肺疾病患者。

5. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

四、注意事项

1. 注意辨证取穴，要求循经推穴，宁失其穴，不失其经。

2. 治疗过程中如出现皮肤破损及瘀斑、软组织损伤、疼痛、晕厥等，应立刻停止手法，针对相应症状采取相应措施。

五、临床应用举例

（一）不寐（睡眠障碍）

经穴推拿技术具有理气通经、协调阴阳的作用，对缓解不寐有较好的疗效，尤其是情志异常、神经衰弱引起的不寐。

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：患者取仰卧位。医生以一指禅推法或揉法操作于印堂、神庭、太阳、头维、百会，各穴施术 1 分钟。

第二步：医生以一指禅推法或揉法操作于眼眶及睛明、鱼腰、攒竹，各穴施术 1 分钟。

第三步：侧击头部及掌振两颞、头顶约 5 分钟。

第四步：以按揉法或一指禅推法施于中脘、天枢、气海、关元，各穴施术 1 分钟。

第五步：患者取俯卧位，医生由内下向外上提拿两肩井约 1 分钟，搓肩背部 5 遍后结束治疗。

【特别提示】

不寐患者平时要注意精神调摄，保持心情舒畅；睡前不宜饮用咖啡、浓茶等刺激之品；尽量避免或消除居住环境噪声及灯光等影响睡眠的不良因素；劳逸结合，适当参加体力劳动，加强体育锻炼；作息要有规律，养成良好的睡眠习惯；饮食有节，尤其晚饭不宜过饱。

（二）痛经（原发性痛经）

经穴推拿技术具有疏经通络、理气止痛的作用，对缓解痛经症状有较好的疗效，尤其是腹部受凉、冷食冷饮引起的痛经。

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：患者取仰卧位，医生以一指禅推法或揉法操作于气海、关元，各穴施术 1 分钟。

第二步：医生以一指禅推法、按法、揉法或点法操作于三阴交、足三里，各穴施术1分钟。

第三步：患者取俯卧位，医生以一指禅推法、按法、揉法或点法操作于肝俞、肾俞、命门、八髎，各穴施术1分钟。

【特别提示】

该法可以联合使用脏腑推拿技术。如在治疗过程中，患者自感少腹部、会阴部及腰部以下发热或有热流感，此为正常现象。术后应适当休息，保持情绪安宁，心情愉快，避免忧郁恼怒和过度疲劳；积极做好经期卫生，注意经期保暖；经期注意饮食，忌食寒凉生冷食品。

（三）头风（偏头痛）

经穴推拿技术对缓解头痛症状有较好的疗效，尤其是感冒、颈椎病、神经衰弱及高血压引起的头痛。

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床基本操作。

第一步：患者取坐位，医生站于患者身侧。医生先用一指禅推法从印堂向上推至前发际；再沿发际推至头维、太阳，往返5遍。

第二步：按揉印堂、鱼腰、太阳，每穴1分钟；拿五经，扫散头部两侧少阳经，时间1～2分钟；采用指尖击法，从前额部向后颈部反复叩击2分钟。

第三步：医生站于患者身侧，用拿法从风池拿至大椎，反复操作3分钟；拿风池、肩井2分钟。

第四步：患者取俯卧位，医生站于患者身侧，用一指禅推法沿颈部膀胱经、督脉上下往返治疗3分钟。

【特别提示】

经穴推拿技术治疗头痛时，首先要辨别内伤与外感，并选择对应手法与穴位。同时，在疼痛急性发作期，治疗手法应轻柔，避免在头面部使用暴力和蛮力，以免加重病情。另外，在操作过程中，穴位点按要以有酸胀感为度，这样方能有效。临床上必须审证求因，明确发病原因，如颅内器质性病变及脑外伤所致的头痛不宜用推拿治疗。头痛患者平时可经常自己按揉风池、天柱、率谷、太阳，每穴1分钟；分抹前额部及颞部各1分钟，每日早晚各1次。

（撰写人：周运峰、国生、谭涛）

第六节　推拿导引技术

推拿导引技术是指在中医理论指导下，通过在推拿治疗过程中配合呼吸吐纳、肢体运动、意识引导等自主运动，补充提高推拿作用效果，以预防及治疗因机体功能失调导致的疾病的一种推拿技术。

一、常用推拿导引技术

临床中常用的推拿导引技术以八段锦、五禽戏、易筋经、六字诀、站桩功等为主。

二、主要适应证

1. 颈椎病、腰椎间盘突出症、慢性腰肌劳损、膝骨关节炎、肩周炎等骨伤科疾病。
2. 肥胖症、代谢综合征、胰岛素抵抗等代谢类疾病。
3. 腹胀、便秘、肠易激综合征等消化系统疾病。
4. 睡眠障碍、焦虑、抑郁等，或上述疾病伴有的躯体化症状。
5. 其他功能性疾病。

三、禁忌证

1. 精神病患者，如患有精神分裂症、躁狂症、抑郁症等，尤其是重性精神病患者。
2. 妇女妊娠早期不宜练功，妊娠中后期、经期应在医生指导下练习。
3. 体质过度虚弱者。

四、注意事项

不要在餐前进行治疗，一旦患者在练习过程中出现心慌、手抖、出汗等疑似低血糖症状或低血糖反应，须立即停止操作，并测即刻血糖，根据血糖水平进行对症处理。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

推拿导引技术主要针对颈椎病中期及恢复期的强化治疗，目的是加快颈项部、肩背部及上肢部的软组织、关节处的血液循环，解除局部软组织的痉挛状态，恢复其正常肌力及肌张力，促进疾病好转，提升局部抗疲劳能力，预防颈椎病的复发。

【常用推拿导引技术】

易筋经：掌托天门势、九鬼拔马刀势。

八段锦：两手托天理三焦、左右开弓似射雕、五劳七伤往后瞧。

【动作要领】

详见本书第十章“气功类技术”。

【技术要点】

本技术在操作过程中，在人体精神和机体均放松的前提下，能够主动对颈椎周围的相关组织、结构进行适度的旋转、拉伸，使其逐步恢复局部的血液循环，改善局部痉挛、缺血状态，提升颈项部、肩背部的抗损伤、抗疲劳能力。

练习时，应注意所有动作均要做到引颈、沉肩、含胸、拔背，均匀呼吸，鼻吸口呼，深匀细长，这样可使颈项部、肩背部的软组织及关节等充分放松，协同发力，使颈

肩背的训练有机地整合，最终使与颈椎相关联的肌肉、肌腱得到有效的松解，恢复其正常的肌力，进而实现颈椎内外的力学平衡，降低疾病的复发率。

每日练习 10 ～ 30 分钟，循序渐进，逐渐增量，1 个月为 1 个疗程；连续练习，病情好转后不可间断，每周练习 5 日，方可巩固疗效。

【特别提示】

如在操作过程中，患者出现呃逆、排气，此或为正常现象；在练习过程中，应始终将关节活动控制在自身承受范围内，以微微汗出为度，不可大汗淋漓；练习后需饮少量温开水，注意保暖，勿汗出当风，汗消后方可沐浴。

该技术与外治法配合使用，或在手术恢复后练习，效果更佳。

（二）腰痹（腰椎间盘突出症）

中医推拿导引技术对腰部肌肉、脊柱关节、腰部韧带、腰脊神经等组织结构的功能恢复疗效显著。患者操作时需注意呼吸配合，同时需根据实际病情选择练习的术式及练习的幅度、训练量等；操作后以微微发汗为最佳效果。

【常用推拿导引技术】

易筋经：青龙探爪势、卧虎扑食势、打躬击鼓势。

五禽戏：虎戏、鹿戏、熊戏。

八段锦：摇头摆尾去心火、双手攀足固肾腰。

站桩功：“三圆式”站桩。

【动作要领】

详见本书第十章“气功类技术”。

【技术要点】

本技术在操作过程中，在人体精神和机体均放松的前提下，能够主动对腰椎周围的相关组织、结构进行适度的旋转、拉伸，使其逐步恢复局部的血液循环，改善局部的痉挛、缺血状态，提升腰骶部、下肢部的抗损伤、抗疲劳能力。

练习时，应注意所有动作均要做到百会穴上顶、沉肩、含胸、拔背、敛臀、塌腰、双脚均匀踏地、十趾抓地，均匀呼吸，鼻吸口呼，深匀细长。这样可使腰背部、盆底肌群、下肢肌群、腰骶关节、骶髂关节等充分放松，协同发力，共同进行可持续的练习，从深层解除痉挛，恢复腰椎、骨盆的力学平衡，可增强局部力量，降低复发率。

每日练习 10 ～ 30 分钟，循序渐进，逐渐增量，1 个月为 1 个疗程；连续练习，病情好转后不可间断，每周练习 5 日，方可巩固疗效。

【特别提示】

在操作过程中，若患者出现呃逆、排气、局部酸痛等，为正常现象；在练习过程中，应始终将关节活动控制在自身承受范围内，以微微汗出为度，不可大汗淋漓；练习后需饮少量温开水，注意保暖，勿汗出当风，汗消后方可沐浴。

该技术与外治法配合使用，或在手术恢复后练习，效果更佳。

（三）胸痹（冠心病、心肌缺血、肺源性心脏病）

【常用推拿导引技术】

心悸：六字诀之“呵”字诀、八段锦之两手托天理三焦。

头晕：六字诀之“呵”字诀、站桩功。

胸闷：八段锦之两手托天理三焦、左右开弓似射雕，五禽戏之鸟戏。

【动作要领】

详见本书第十章“气功类技术”。

【技术要点】

本技术的目的是在扩展胸腔空间的同时，恢复心肌功能。练习时适当延长呼吸时间，选择环境清静和空气流通的场所练功。每日上午、下午各练习 1 次，每次反复数遍，时间 10 ～ 30 分钟，以汗出为度，1 个月为 1 个疗程。

【特别提示】

在操作过程中，若患者出现呃逆、排气、肌肉酸痛等，为正常现象；在练习过程中，应始终将关节活动控制在自身承受范围内，以微微汗出为度，不可大汗淋漓；练习后需饮少量温开水。在实际操作过程中，务必根据自身体力、病情而定，切勿贪功，以免出现意外。

（四）消渴（糖尿病、糖耐量异常）

推拿导引技术在相关人群调节血糖、改善脂代谢异常、改善胰岛素抵抗等方面疗效显著。患者操作时需注意呼吸配合，操作后以微微发汗为最佳效果。

【常用推拿导引技术】

多饮：六字诀之“呬”字诀、易筋经之掌托天门势、八段锦之左右开弓似射雕。

多食：六字诀之“呼”字诀，易筋经之摘星换斗势，五禽戏之鹿戏、熊戏。

多尿：六字诀之“吹”字诀、八段锦之摇头摆尾去心火、五禽戏之虎戏中的“虎扑”动作。

【动作要领】

详见本书第十章“气功类技术”。

【技术要点】

推拿导引技术可针对性地加强心、肺、脾、胃、肾的功能，使这些脏腑功能在一定程度上得以恢复，从而控制水液代谢。练习时，应适当延长呼吸时间，选择环境清静和空气流通的场所练功。每日上午、下午各练习 1 次，每次反复数遍，时间 10 ～ 30 分钟，以汗出为度，1 个月为 1 个疗程。

【特别提示】

在操作过程中，患者出现呃逆、排气，为正常现象；在练习过程中，应始终将关节活动控制在自身承受范围内，以微微汗出为度，不可大汗淋漓；练习后需饮少量温开水。

在上述疾病推拿导引练习时，应注意所有动作均要做到虚领顶劲、沉肩、含胸、拔背、敛臀、塌腰、双脚均匀踏地、十趾抓地，均匀呼吸，鼻吸口呼，深匀细长，积极练习腹式呼吸，充分锻炼腹部及深层呼吸肌的功能，这样可使心肺功能增强，促进胃肠道蠕动，提高机体内部的代谢能力。该法通过增强肌肉、关节的力量与灵活度，能间接提升脏腑的功能，加强大脑对内脏的良性控制，实现五脏六腑的平衡，使疾病好转。

（撰写人：矫俊东、杨宇、马颖桃）

第七节　小儿推拿技术

小儿推拿技术是在中医基础理论指导下，根据小儿的生理、病理特点，在其体表特定穴位或部位施以推拿手法，以防治疾病、增强免疫力、助长益智的一种外治疗法。该技术的主要适用年龄为 0 ～ 14 岁。

一、常用手法、穴位及基本操作方法

（一）小儿推拿手法

小儿推拿手法分为单式手法和复式手法，下面主要介绍临床常用手法。

1. 推法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术推法。小儿推拿技术分为分推法和合推法。

2. 揉法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术揉法。

3. 按法

同第二章第二节脏腑推拿技术按法。根据着力部位不同分为指按法和掌按法。

4. 摩法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术摩法。

5. 掐法

以拇指爪甲切掐患儿的穴位或一定部位的手法称为掐法，又称切法、爪法、指针法。

6. 捏法

以单手或双手的拇指与食指、中指或拇指与其余四指的指面做对称性着力，夹持住患儿的肌肤，相对用力挤压并一紧一松逐渐移动者，称为捏法。小儿推拿中的捏法主要用于脊柱，故又称捏脊法。

7. 搓法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术搓法。

8. 捣法

捣法是用中指指端着力，或手指屈曲，以食指或中指近侧指间关节的背侧着力，做有节奏地叩击穴位的方法。

9. 运法

用拇指指面或桡侧面，也可用食指或中指指面，在治疗部位上做弧形或环形的轻轻推摩的手法称为运法。弧形或圆形轨迹要流畅，“宜轻不宜重，宜缓不宜急”，频率为80 ～ 120 次 / 分钟。

10. 擦法

以手掌等部位在患儿体表做直线往返摩擦运动的手法称为擦法。该法分为掌擦法、小鱼际擦法（也称侧擦法）、大鱼际擦法等。

11. 搓法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术搓法。

12. 捻法

以拇指、食指螺纹面捏住一定部位，做相对用力往返捻动的手法称为捻法。

13. 拿法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术拿法。

14. 摇法

对患儿肢体关节做被动性的环形旋转运动的手法称为摇法。

15. 拍法

以虚掌拍打患儿体表的一定部位的手法称为拍法。

16. 抹法

同第二章第五节经穴推拿技术抹法。

17. 扫散法

用手指在颞部做往返摩擦运动的手法称为扫散法。该法以拇指桡侧面为着力点，自前额发际向后至太阳做直线往返摩擦移动，并可做少量的上下位移；另外四指以指端为着力点，沿胆经循行路线做弧形（即在耳郭上缘、耳后至乳突这一范围内）往返摩擦移动。

在临床治疗中，上述基本操作方法可以单独运用，也可以组合运用，还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）小儿推拿常用穴位

1. 天门

部位：两眉正中至前发际正中呈一直线。

操作：以两拇指指腹交替从两眉正中推向前发际正中，推 20 ～ 30 次，称开天门，又称推攒竹。

2. 坎宫

部位：自眉头起沿眉梢呈一横线，左右对称。

操作：以两拇指指腹自眉心同时向两侧眉梢分推（双手其余四指分别固定于头部两侧），推 30 ～ 50 次，称推坎宫，又称推眉弓。

3. 太阳

部位：外眼角与眉梢连线中点后凹陷处。

操作：两拇指或中指指腹置于该穴揉动，揉 30 ～ 50 次，称揉太阳；如在太阳穴做运法，称运太阳。

4. 耳后高骨

部位：耳后入发际，乳突后缘下陷中。

操作：以两拇指或中指指腹置于该穴，揉 30 ～ 50 次。

5. 上明

部位：在额部，眉弓中点，眶上缘下。

操作：以双手拇指按揉该穴，揉 30 ～ 50 次。

6. 睛明

部位：目内眦内上方凹陷中。

操作：以双手食指按揉该穴，揉 30 ～ 50 次。

7. 翳明

部位：在颈部，翳风（位于颈部，耳垂后方，乳突下端前方凹陷中）后 1 寸。

操作：以双手食指按揉该穴，揉 30 ～ 50 次。

8. 百会

部位：在头部，前发际正中直上 5 寸，或两耳尖连线与头顶正中线的交点处。

操作：以一手扶患儿头部，另一手拇指指端按或揉，按 30 ～ 50 次，揉 50 ～ 100 次，称按百会或揉百会。

9. 印堂

部位：两眉头连线中点。

操作：以拇指指端揉之，揉 20 ～ 30 次，称揉印堂。

10. 阳白

部位：瞳孔直上，眉上 1 寸。

操作：以拇指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉阳白。

11. 四白

部位：两目平视正前方，瞳孔直下 1 寸，正当眶下孔。

操作：以拇指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉四白。

12. 风池

部位：在枕骨下，当胸锁乳突肌上端与斜方肌上端之间的凹陷处，左右各一。

操作：以拇指按揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉风池；或拿之，称拿风池。

13. 囟门

部位：前发际正中直上 2 寸，百会前骨陷中。

操作：以两手扶患儿头部，两拇指自前发际向上交替推至囟门，推 30 ～ 50 次，称推囟门，在囟门未闭合时，仅推至边缘；拇指指端轻揉本穴，称揉囟门。

14. 天柱骨

部位：颈后发际正中至大椎穴呈一直线。

操作：以食指、中指指面自上向下直推 50 ～ 100 次，称推天柱骨。

15. 脾经

部位：在拇指桡侧缘，由指尖至指根呈一直线。

操作：以左手握患儿的左手，同时以拇指、食指捏住患儿拇指，使之微屈，再用右手拇指自患儿拇指尖推向拇指根，直推 100 ～ 500 次，称补脾经；将患儿拇指伸直，自拇指根推向拇指尖，称清脾经；往返推之，称清补脾经。

16. 肺经

部位：无名指末节螺纹面。

操作：自无名指掌面末节指纹起推至指尖为清，直推 100 ～ 500 次，称清肺经；反之为补，称补肺经。

17. 肝经

部位：食指末节螺纹面。

操作：自食指掌面末节指纹起推至指尖为清，直推 100 ～ 500 次，称清肝经，亦称平肝；反之为补，称补肝经。

18. 肾经

部位：在小指掌面稍偏尺侧，由指尖至指根呈一直线。

操作：沿小指掌面自指根推至指尖为补，直推 100 ～ 500 次，称补肾经；反之，自指尖向指根直推为清，称清肾经。

19. 胃经

部位：大鱼际桡侧赤白肉际处。

操作：以拇指或食指自患儿掌根推向拇指根，直推 100 ～ 500 次，称清胃经；反之为补，称补胃经。

20. 小肠

部位：小指尺侧边缘，由指尖至指根呈一直线。

操作：以拇指螺纹面自患儿指尖向指根直推为补，直推 100 ～ 500 次，称补小肠；反之为清，称清小肠。

21. 大肠

部位：食指桡侧缘，由指尖至虎口呈一直线。

操作：以拇指螺纹面自患儿指尖向虎口直推为补，直推 100 ～ 500 次，称补大肠；反之为清，称清大肠；往返推之，称清补大肠。

22. 小天心

部位：在掌根，大小鱼际交界凹陷中。

操作：以拇指或中指指端揉之，揉 100 ～ 150 次，称揉小天心；以拇指指甲掐之，掐 3 ～ 5 次，称掐小天心；以中指指尖或屈曲的指间关节捣之，捣 10 ～ 30 次，称捣小天心。

23. 二扇门

部位：在手背，中指根两侧凹陷处。

操作：以两拇指指甲掐本穴，掐 3 ～ 5 次，称掐二扇门；以两拇指偏锋或食指、中指指端按揉本穴，揉 100 ～ 500 次，称揉二扇门。

24. 外劳宫

部位：在手背，与内劳宫相对处。

操作：以中指指端揉之，揉 100 ～ 300 次，称揉外劳宫；以拇指指甲掐之，掐 3 ～ 5 次，称掐外劳宫。

25. 内劳宫

部位：在掌心中，屈指时中指、无名指指端之间中点。

操作：以拇指指甲掐揉之，掐揉100～300次，称掐揉内劳宫；以中指指端做运法，运 10 ～ 30 次，称运内劳宫。

26. 五指节

部位：在手背，五指第一指间关节处。

操作：以拇指指甲掐之，各掐 3 ～ 5 次，称掐五指节；以拇指、食指揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉五指节。

27. 天河水

部位：在前臂内侧正中，自腕横纹至肘横纹呈一直线。

操作：以食指、中指指腹，从腕横纹起推至肘横纹，推100～300次，称清天河水。

28. 六腑

部位：在前臂尺侧，自腕横纹至肘横纹呈一直线。

操作：以食指、中指指腹，从肘横纹起推至腕横纹，推 100 ～ 300 次，称退六腑。

29. 三关

部位：在前臂桡侧，自腕横纹至肘横纹呈一直线。

操作：以食指、中指并拢，自腕横纹起推至肘横纹，推 100 ～ 300 次，称推三关。

30. 板门

部位：在手掌大鱼际平面。

操作：以拇指指端揉之，揉 50 ～ 100 次，称揉板门。

31. 四横纹

部位：在掌面食指、中指、无名指、小指第一指间关节横纹处。

操作：以拇指桡侧自食指横纹处推向小指横纹处，推 100 ～ 300 次，称推四横纹；以拇指指甲掐之，继以揉之，称掐揉四横纹。

32. 内八卦

部位：在手掌面，以掌心为圆心，从圆心至中指根横纹约 2/3 处为半径作圆周，八卦穴即在此圆周上，共 8 个方位，即乾、坎、艮、震、巽、离、坤、兑，对中指根者为离，对掌根者为坎。

操作：以拇指或食指、中指指腹自乾卦起以顺时针方向运至兑卦，或用一手拇指

轻盖离卦，另一手拇指或食指、中指指腹自乾卦起沿顺时针方向运至兑卦，称顺运内八卦，运 100 ～ 300 次。若从兑卦运至乾卦，称逆运内八卦。

33. 一窝风

部位：在手背，腕横纹中央的凹陷中。

操作：以拇指指端按揉之，揉 100 ～ 300 次，称揉一窝风。

34. 二马（二人上马、上马）

部位：在手背，无名指与小指掌指关节后凹陷中。

操作：以拇指指甲掐之，掐 3 ～ 5 次，称掐上马；用拇指揉之，揉 100 ～ 300 次，称揉上马。

35. 小横纹

部位：在手掌面，食指、中指、无名指、小指掌指关节横纹处。

操作：以拇指指甲掐之，掐 3 ～ 5 次，称掐小横纹；用拇指桡侧自食指横纹处推向小指横纹处，推 100 ～ 150 次，称推小横纹。

36. 掌小横纹

部位：在手掌面，小指根下，尺侧掌纹头。

操作：以中指或拇指指端按揉之，揉 100 ～ 300 次，称揉掌小横纹。

37. 大横纹

部位：仰掌，掌后横纹。横纹两端，桡侧为阳池，尺侧为阴池。

操作：以两拇指自总筋向两旁分推，推 30 ～ 50 次，称分推大横纹（或分阴阳），自两旁向总筋合推，称合推大横纹（或合阴阳）。

38. 总筋

部位：在掌后腕横纹中点。

操作：以拇指指端揉之，揉 100 ～ 300 次，称揉总筋；以拇指指甲掐之，掐 3 ～ 5 次，称掐总筋。

39. 少商

部位：在拇指桡侧缘，距指甲角约 0.1 寸。

操作：以拇指指甲重掐之，掐 5 ～ 10 次，称掐少商。

40. 内关

部位：腕掌侧远端横纹上 2 寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

操作：以拇指指端揉之，揉 100 ～ 300 次，称揉内关。

41. 曲池

部位：在肘窝，桡侧横纹头至肱骨外上髁连线的中点。

操作：以拇指指甲掐之，掐 3 ～ 5 次，继以揉之，按揉 30 ～ 50 次，称掐揉曲池。

42. 合谷

部位：在手背第一、二掌骨之间，当第二掌骨桡侧的中点处。

操作：以左手握住患儿的左手，使其手掌侧置，桡侧在上，再以右手食指、中指固定患儿腕部，然后用拇指指甲掐之，掐 5 ～ 10 次，继以揉之，揉 30 ～ 50 次，称掐揉

合谷。

43. 箕门

部位：在大腿内侧，膝盖上缘至腹股沟呈一直线。

操作：以食指、中指自膝关节内上缘推至腹股沟部，推 100 ～ 300 次，称推箕门。

44. 百虫窝

部位：髌骨内上缘 3 寸处。

操作：以拇指指端揉之，揉 10 ～ 30 次，称揉百虫窝。

45. 阴陵泉

部位：在胫骨内侧髁下缘与胫骨内侧缘之间的凹陷中。

操作：以拇指指端按揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉阴陵泉。

46. 足三里

部位：在外侧膝眼下 3 寸，胫骨外侧约一横指处。

操作：以拇指指端按揉之，揉 50 ～ 100 次，称揉足三里。

47. 丰隆

部位：在外踝尖上 8 寸，胫骨前缘外侧 1.5 寸，胫腓骨之间。

操作：以拇指指端揉之，揉 50 ～ 100 次，称揉丰隆。

48. 上巨虚

部位：在犊鼻下 6 寸，距胫骨前缘一横指。

操作：以拇指指端按揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉上巨虚。

49. 光明

部位：在小腿外侧，外踝尖上 5 寸，腓骨前缘。

操作：以双手食指按揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉光明。

50. 三阴交

部位：在内踝直上 3 寸，胫骨后缘凹陷中。

操作：以拇指或食指指端按揉之，揉 30 ～ 50 次，称按揉三阴交。

51. 太溪

部位：在内踝尖与跟腱之间的凹陷中。

操作：以拇指指端按揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉太溪。

52. 涌泉

部位：屈趾，足掌心前正中凹陷中。

操作：以拇指指腹向足趾方向直推，推 30 ～ 50 次，称推涌泉；以指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉涌泉。

53. 膻中

部位：在胸部，当前正中线上，平第四肋间隙。

操作：以两拇指指端自穴中向两旁分推至乳头，推 10 ～ 30 次，称分推膻中；以中指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉膻中；以食指、中指自胸骨切迹，向下推至剑突，称推膻中。

54. 中脘

部位：在前正中线，脐上 4 寸处。

操作：以食指、中指指端按揉之，揉 100 ～ 300 次，称揉中脘；以掌心或四指摩 1 分钟，称摩中脘；自中脘向上直推至喉下，或自喉往下推至中脘，推 1 分钟，称推中脘，又称推胃脘；自中脘推向鸠尾处，称推三焦；若沿肋弓角边缘做分推法，或自中脘至脐向两旁分推，称分推腹阴阳。

55. 巨阙

部位：在胸骨歧骨下 2 寸，胃上口，膈膜稍下处。

操作：以中指和食指指端按揉之，按揉 30 ～ 50 次，称按揉巨阙。

56. 建里

部位：在上腹部，脐中上 3 寸，前正中线上。

操作：以中指指端按揉之，按揉 30 ～ 50 次，称按揉建里。

57. 天枢

部位：脐旁 2 寸，左右各一。

操作：以食指、中指指端按揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉天枢。

58. 气海

部位：在腹正中线上，脐下 1.5 寸处。

操作：以中指或拇指指端揉之，揉30～50次，称揉气海；以中指或拇指指端按之，按 10 ～ 30 次，称按气海。

59. 关元

部位：在腹正中线上，脐下 3 寸处。

操作：以中指指面或掌面按揉之，按揉 30 ～ 50 次，称按揉关元。

60. 神阙

部位：位于肚脐，属任脉。

操作：以中指指端或掌根揉之，揉 50 ～ 100 次，称揉脐；用掌或指摩之，称摩脐。逆时针摩或揉为补，顺时针摩或揉为泻，往返揉或摩为平补平泻。

61. 腹

部位：整个腹部。

操作：以掌面或四指摩之，摩 50 ～ 100 次，称摩腹。逆时针摩为补，顺时针摩为泻，往返摩之为平补平泻。

62. 阑门

部位：脐上 1.5 寸，为大肠和小肠交会之处、水谷运化经过的暂停之所。

操作：以右手中指按住阑门穴，旋转推按 50 ～ 100 次。

63. 肩井

部位：在肩胛区，第七颈椎棘突与肩峰端连线的中点。

操作：以拇指与食指、中指对称用力提拿本穴，拿 1 ～ 2 分钟，称拿肩井；用指端按之，按揉 30 ～ 50 次，称按肩井。

64. 脊柱

部位：在后正中线上，大椎至长强呈一直线。

操作：以食指、中指指腹自上而下做直推法，称推脊；双手自下而上做捏法，称捏脊，操作 3 ～ 5 遍。每捏 3 下，将脊背提 1 下，称“捏三提一法”。捏之前，先将背部轻轻按摩几遍，使肌肉放松。

65. 七节骨

部位：从第四腰椎至尾骨端呈一直线。

操作：以拇指桡侧面或食指、中指指腹自下向上推之，推 1 ～ 3 分钟，称推上七节骨；自上而下推之，称推下七节骨。

66. 心俞

部位：在脊柱区，第五胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。

操作：以两拇指指端或食指、中指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉心俞。

67. 肝俞

部位：在脊柱区，第九胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。

操作：以两拇指指端或食指、中指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉肝俞。

68. 脾俞

部位：在脊柱区，第十一胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。

操作：以两拇指指端或食指、中指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉脾俞。

69. 胃俞

部位：在脊柱区，第十二胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。

操作：以两拇指指端或食指、中指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉胃俞。

70. 肾俞

部位：在脊柱区，第二腰椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。

操作：以两拇指指端或食指、中指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉肾俞。

71. 至阳

部位：在第七胸椎棘突下凹陷中，后正中线上。

操作：以拇指指端揉之，揉 30 ～ 50 次，称揉至阳。

（三）基本操作方法

1. 推拿前准备

操作前应准备各种推拿介质及消毒用品。

医生应保持两手清洁，指甲修剪圆润，防止操作时伤及小儿。

天气寒冷时，医生要保持两手温暖，可搓热后再操作，以免凉手刺激患儿，使其产生惊惧，影响治疗。

治疗室内要保持空气流通，温度适宜，干净整洁，尽量减少不必要人员的出入。

2. 推拿中注意事项

对于低龄婴幼儿，家长应协助患儿选择合适体位，适当安抚，以配合完成操作。

医生应在儿童相对安静的情况下进行推拿，以免影响治疗效果。在操作过程中要集中注意力，随时观察患儿对手法的反应，若有不适，应及时进行调整，以防发生意外事故。

推拿可于饭后 1 小时进行，在过饿、过累等情况下，患儿都可能在推拿过程中出现类似晕针的“晕推”情况。

3. 推拿后嘱咐

推拿后宜饮少量温开水。推拿后需将患儿身上的汗液擦干，注意保暖避风寒，防止感冒。

二、主要适应证

1. 发热、感冒、咳嗽、肥胖症、厌食、呕吐、泄泻、便秘、遗尿等内科疾病。
2. 近视、鼻炎、扁桃体炎、腺样体肥大等五官科疾病。
3. 肌性斜颈、脊髓灰质炎、脊柱侧弯等疾病。

三、禁忌证

1. 各种皮肤破损（烧伤、烫伤、擦伤、裂伤等）、皮肤局部炎症。
2. 严重感染性疾病，如结核、骨髓炎等。
3. 传染病，如水痘、猩红热等。
4. 有出血倾向或凝血功能障碍者。
5. 骨与关节结核和化脓性关节炎局部应避免推拿。
6. 有可能存在的外伤骨折、脱位等。
7. 有严重心、脑、肺疾病患者。

四、注意事项

1. 医生操作前需清洁双手，避免发生交叉感染。
2. 操作时应注意手法的规范性、合理性，做到轻快柔和、平稳着实、补泻分明，并根据患者的年龄选择合适的推拿力度。
3. 操作后局部皮肤充血泛红为正常反应，无需处理。
4. 若儿童持续哭闹，难以配合操作，应暂停推拿，适当安抚后再继续进行。

五、临床应用举例

（一）发热（上呼吸道感染）

中医将发热分为外感发热与内伤发热，小儿推拿多用于外感发热。内伤发热中以肺胃实热多见，此外，阴虚发热与气虚发热也时有发生。小儿推拿在退热方面效果明显。

1. 外感发热

症状：发热恶寒或恶风，汗出或无汗，头身疼痛，舌苔薄白，脉浮。兼见鼻塞流

涕，咽喉痒痛，咳嗽。

外感发热主要分为以下几种证型，需要辨证推拿。

（1）风寒发热

症状：发热，恶风寒，头痛，无汗，鼻塞，流涕，舌质淡红，苔薄白，指纹鲜红。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：基础操作施以开天门、推坎宫、揉太阳、揉耳后高骨各 20 ～ 30 次，清天河水 100 ～ 300 次。

第二步：掐揉二扇门 30 ～ 50 次、揉一窝风 30 ～ 50 次。

（2）风热发热

症状：发热，微汗出，口干，鼻流黄涕，苔薄黄，指纹红紫。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：基础操作施以开天门、推坎宫、揉太阳、揉耳后高骨各 20 ～ 30 次，清天河水 100 ～ 300 次。

第二步：清肺经 100 ～ 300 次、推脊 3 ～ 5 遍。

（3）暑湿发热

症状：发热，无汗或汗出热不解，头晕、头痛，鼻塞，身重困倦，胸闷，呕恶，口渴心烦，食欲不振，或有呕吐，泄泻，小便短黄，舌质红，苔黄腻，指纹紫滞。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：基础操作施以开天门、推坎宫、揉太阳、揉耳后高骨各 20 ～ 30 次，清天河水 100 ～ 300 次。

第二步：清肺经、清小肠、清胃经各 100 ～ 300 次，分推腹阴阳、推天柱骨各 200 次，顺时针摩腹 50 ～ 100 次，推箕门 30 ～ 50 次。

2. 内伤发热

（1）肺胃实热

症状：高热，面红，气促，不思饮食，便秘烦躁，渴而引饮，舌红苔燥，脉数有力，指纹深紫。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：清天河水 100 ～ 300 次、推脊 3 ～ 5 遍、退六腑 100 ～ 300 次。

第二步：清肺经 100 ～ 300 次、揉掌小横纹 50 ～ 100 次、掐揉少商 30 ～ 50 次。

第三步：清胃经 100 ～ 300 次、揉板门 30 ～ 50 次、掐揉四横纹各 50 次、清大肠 100 ～ 300 次、顺运内八卦 100 ～ 300 次。

（2）阴虚发热

症状：午后发热，手足心热，形瘦神疲，盗汗，食纳减少，舌红少苔，指纹淡紫。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：分推手阴阳 30 ～ 50 次。

第二步：补脾经 100 ～ 300 次、揉板门 30 ～ 50 次。

第三步：补肾经 100 ～ 300 次、揉二马 50 ～ 100 次。

第四步：清天河水 100 ～ 300 次、推涌泉 50 ～ 100 次。

（3）气虚发热

症状：劳累后发热，低热，语声低微，懒言乏力，动辄自汗，食欲不振，形体消瘦或食后即泻，舌质淡，苔薄白，指纹色淡。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：清天河水 100 ～ 300 次。

第二步：补脾经、补肺经、补肾经各 100 ～ 300 次。

第三步：推三关 100 ～ 300 次。

第四步：按揉足三里 50 ～ 100 次、捏脊 5 ～ 7 遍。

【技术要点】

在以小儿推拿技术治疗外感发热时应重在解表，操作过程中应注意患儿汗出情况，手法操作后以患儿头、颈、背、手部微微汗出为宜。部分手法操作，如掐揉二扇门、揉耳后高骨、掐揉少商等刺激量较大，应以患儿能耐受为度。另外，在手法操作中一定要吸定皮肤，不可摩擦，以免损伤皮肤。气虚发热、阴虚发热以益气养阴清热为主要治法，在手法操作过程中可不见汗出。肺胃实热以清泄肺胃之热为主，治疗后患儿排痰顺畅、大便秽臭，为排浊祛邪之象。

【特别提示】

在治疗前，应嘱患儿适当饮水，治疗后也应适当饮水，且不宜马上外出，以防汗出当风。以上手法操作次数、操作时间根据患儿年龄、体质及具体病情可适当加减。

（二）泄泻（腹泻）

小儿脾胃薄弱，感受外邪、内伤乳食或脾肾阳虚，均可导致脾胃运化失职、升降失调而发生泄泻。小儿推拿在治疗婴幼儿泄泻等方面疗效显著，尤其是非感染性腹泻。临床操作时需辨证推拿。

1. 寒湿泻

症状：大便清稀多沫，色淡不臭，肠鸣腹痛，面色淡白，口不渴，小便清长，苔白腻，指纹色红。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：补脾经、补大肠、推三关、揉外劳宫各 100 ～ 300 次。

第二步：逆时针摩腹 50 ～ 100 次。

第三步：按揉足三里 50 ～ 100 次。

2. 湿热泻

症状：大便稀水样，或如蛋花汤样，或有黏液，或黄褐热臭，腹痛即泻，急迫暴注，身有微热，口渴引饮，烦躁，小便短赤，肛门灼热而痛，舌红，苔黄腻，指纹色紫。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：清脾经、清胃经、清大肠、清小肠、退六腑各 100 ～ 300 次。

第二步：揉天枢 50 ～ 100 次。

3. 伤食泻

症状：大便稀溏夹有奶瓣或不消化的食物残渣，腹痛胀满，泻前哭闹，泻后痛减，大便酸臭，量多，口臭纳呆，或伴呕吐酸馊，矢气频频臭秽，苔厚腻或黄垢，指纹色紫红而滞。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：补脾经、揉板门、清大肠、逆运内八卦各 100 ～ 300 次。

第二步：揉中脘、揉天枢、分推腹阴阳、摩腹各 50 ～ 100 次。

4. 脾虚泻

症状：大便溏薄，水谷不化，食后即泻，色淡不臭，时轻时重，面色萎黄，肌肉消瘦，身倦乏力，舌淡苔白，指纹沉、色淡。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：补脾经、补大肠、推三关各 100 ～ 300 次。

第二步：逆时针摩腹、揉脐、推上七节骨各 50 ～ 100 次。

第三步：揉足三里 50 ～ 100 次。

5. 脾肾阳虚泻

症状：久泻不止，食入即泻，粪质清稀，完谷不化，或见脱肛，形寒肢冷，面色㿠白，精神萎靡，睡时露睛，舌淡苔白。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：补脾经、补肾经、推三关、补大肠、揉外劳宫各 100 ～ 300 次。

第二步：揉脐 50 ～ 100 次。

第三步：揉百会 50 ～ 100 次。

【技术要点】

本技术操作过程中要注重辨清证型，分清补泻，虚则补之，实则泻之。一般每日 1 次，每次操作 20 分钟左右。

【特别提示】

部分患儿会有症状反复和分型交叉，需随时辨证，及时调整治疗方案。此外，嘱患儿家属给患儿多补充水分，防止脱水，造成电解质紊乱。在泄泻期间，应适当控制饮食，减轻胃肠道负担，不吃难消化的食物。

（三）夜啼（睡眠障碍）

小儿推拿技术在治疗婴幼儿睡眠障碍等方面疗效显著，尤其是对于 1 岁以内者。临床操作时需辨证推拿。

1. 脾脏虚寒

症状：睡喜伏卧，屈腰而啼，四肢欠温，食少便溏，面色青白，唇舌淡白，舌苔薄白，脉象沉细，指纹青红。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：摩囟门 50 ～ 100 次。

第二步：搐小天心 100 ～ 300 次，补脾经、推三关各 100 ～ 300 次。

第三步：摩腹、揉中脘各 50 ～ 100 次。

第四步：捏脊 5 ～ 7 遍。

2. 心经积热

症状：睡喜仰卧，见灯火则啼哭愈甚，烦躁不安，小便短赤，或大便秘结，面赤唇红，舌尖红，舌苔黄，脉数有力，指纹紫滞。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：摩囟门 50 ～ 100 次。

第二步：搐小天心 50 ～ 100 次，清小肠、清天河水、揉总筋、揉内劳宫各 100 ～ 300 次。

第三步：捏脊 5 ～ 7 遍。

3. 惊骇恐惧

症状：睡中时作惊惕，唇与面色乍青乍白，紧偎母怀，脉舌多无异常变化，或夜间脉来弦数。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：摩囟门 50 ～ 100 次，揉印堂 30 ～ 50 次。

第二步：搐小天心 50 ～ 100 次。

第三步：捏脊 5 ～ 7 遍。

4. 乳食积滞

症状：夜间阵发啼哭，脘腹胀满，呕吐乳块，大便酸臭，舌苔厚，指纹紫。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：摩囟门 50 ～ 100 次。

第二步：捣小天心 50 ～ 100 次，清补脾经、清胃经、清大肠各 100 ～ 300 次。

第三步：摩腹、揉中脘各 50 ～ 100 次。

第四步：推下七节骨 100 ～ 300 次，捏脊 5 ～ 7 遍。

【技术要点】

本技术操作过程中注意手法轻柔缓和，频率不宜过快，一般每日 1 次，每次操作 15 ～ 20 分钟。

【特别提示】

部分患儿会有肾气不足、临床缺钙的表现，嘱患儿增加日晒活动时间，必要时可适当补充钙剂和维生素 D3。此外，嘱患儿家属避免患儿睡前过度兴奋或哭闹。

（四）筋缩（小儿肌性斜颈）

对于小儿肌性斜颈，强调早发现、早治疗，年龄越小，治疗效果越好。揉捏牵转法简单、安全，可使患儿免于手术之苦，易被接受。一般在患儿出生后即可进行推拿治疗。该法具体包含揉、捏、牵、转 4 个部分。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。选取滑石粉，或小儿推拿专用介质涂擦施术部位。

第一步：推揉法。患儿取仰卧位，不用枕头，医生坐在患儿头前方或健侧。用食指、中指、无名指三指揉推患侧胸锁乳突肌 5 分钟，以舒筋活血，重点放在块状物或条索状物处。

第二步：拿捏法。医生用拇指、食指指腹相对用力捏拿、弹拨患侧胸锁乳突肌，往返 5 分钟，以松解其粘连。

第三步：牵拉法。医生一手扶住患侧肩部，另一手扶住患儿头顶，使患儿头部渐渐向健侧肩部牵拉倾斜，逐渐拉长患侧胸锁乳突肌，幅度由小渐大，在生理范围内反复进行 10 ～ 20 次，以改善、恢复颈部活动功能。

第四步：旋转法。固定患儿双肩，在上述手法基础上，医生托住患儿头部向患侧肩部旋转 10 ～ 20 次。

接着再重复操作第一步。如伴有颜面部不对称及胸椎侧弯，可配合局部治疗。

为提高疗效，在治疗期间医生可嘱家长为患儿适当辅以温热敷，改变患儿头部睡姿，同时教给家长一些简单的按摩和护理方法，以在家进行辅助治疗。

【技术要点】

年龄越小者使用本技术，治疗效果越好。使用拿捏手法时，力度应适中；牵拉旋转时宜轻柔，但动作幅度应充分、到位。每次治疗时间 15 ～ 20 分钟，初期每日治疗 1 次，20 次后可改为隔日 1 次，2 个月为 1 个疗程，连续治疗 1 ～ 3 个疗程。后续治疗需根据

疾病恢复情况评估，再做调整。

【特别提示】

婴幼儿皮肤娇嫩，经推拿手法局部治疗后可能会出现皮肤破损，故力度宜轻柔，可多用一些滑石粉作为介质。做牵转被动运动时，患儿可能会哭闹对抗，医生可在患儿哭喊的间歇期用力，掌握好时机。

（五）近视

“四明穴”（上明穴、睛明穴、翳明穴、光明穴）治疗近视技术，是将中医脏腑经络理论与西医解剖学及神经支配、血液循环理论相结合，以“四明穴”为君穴，配合其他穴位手法的一种治疗方式。其完善了中医小儿推拿防治近视的理论和治疗体系，强调精准治疗，注重眼周神经、肌肉、血液循环的改善，能够恢复眼睛调节功能，使视力得到改善。

【操作步骤】

该法主要采用按、揉、推等手法作用于相关经络腧穴，可用护肤品、橄榄油、滑石粉、凡士林、按摩乳等为介质，或隔治疗巾进行操作。（备注：头面部操作时建议用婴幼儿常用的护肤品作介质，慎用其他介质以防过敏，不能用滑石粉等粉剂。）

第一步：放松手法。患儿闭目仰卧，抹前额、分抹前额各 30 ～ 50 次，开天门、推坎宫、运太阳、揉耳后高骨（四大手法）各 30 ～ 50 次。

第二步：“四明穴”推拿。按揉睛明穴、上明穴、翳明穴、光明穴各 30 ～ 50 次。

第三步：特色辅助手法。捏挤双侧眉弓共半分钟，刮上下眼眶共半分钟，点按攒竹穴、阳白穴、四白穴各 1 分钟，温经熨目（具体操作：搓热双手后，空掌，将双手内劳宫穴对准双眼，轻覆于双眼上，反复操作共 5 次）。

第四步：胸腹部推拿。分推膻中 10 ～ 30 次，摩腹 50 ～ 100 次。

第五步：四肢部推拿。拿揉上下肢，点按合谷穴、曲池穴、足三里穴、三阴交穴各 30 ～ 50 次。

第六步：腰背部推拿。患儿取俯卧位，医生以擦法施术于背部两侧膀胱经，操作 2 分钟，重点按揉肝俞穴、肾俞穴各 30 ～ 50 次。

第七步：颈项部推拿。拿揉颈项部 30 ～ 50 次，按揉风池穴 30 ～ 50 次。

第八步：结束手法。拿五经，扫散双侧颞部 1 分钟，拿肩井 1 分钟，结束操作。

辨证推拿：①心阳不足。证见视力差，近视尚可，远视模糊，瞳孔无神，面色无华，伴有心烦失眠，健忘，气短乏力，舌淡，少苔，脉微弱。揉内关穴、心俞穴、至阳穴各 30 ～ 50 次。②脾虚气弱。证见视力差，近视尚可，远视模糊，双目疲劳，眼痛，前额痛，伴有食欲不振，四肢乏力，大便溏薄，舌淡，苔薄白，脉弱。补脾经 100 ～ 500 次，揉关元穴、气海穴各 30 ～ 50 次。③肝肾亏虚。证见视力差，近视尚可，远视模糊，目干涩，目视昏暗，眼易疲劳，伴有头晕耳鸣，腰膝酸软，夜寐梦多，舌淡红，少苔，脉细。补肾经 100 ～ 300 次，揉二马穴、涌泉穴各 30 ～ 50 次。

【技术要点】

本推拿技术以疏通头、项、眼部经络，改善头、项、眼部气血供应为主，旨在进一步改善脑血流动力学，特别是改善椎基底动脉系统的血液供应，从而改善眼部血液循环，使眼得到濡养，视力得到提高和恢复。每次推拿治疗 30 分钟左右，每周治疗 3 次，6 次为 1 个疗程。

【特别提示】

推拿前医生应清洁双手，防止患儿眼部感染。

推拿时手法柔和，用力适度，注意频率，切勿过快，以局部有酸胀感为宜。

当眼睛有炎症、颜面部有感染病灶时，应暂停推拿。

患儿应在工作、学习和日常生活中注意用眼卫生，减少视屏时间，久视后要休息片刻，并经常远眺景物等。

（六）肥胖（儿童单纯性肥胖）

脏腑点穴推拿治疗儿童单纯性肥胖技术是指在中医理论指导下，根据脏腑经络学说，用不同的“指法”，依照脏腑部位的经络、经筋、穴位，在人体体表运用特定的推拿手法，治疗脏腑功能失调导致的儿童单纯性肥胖的一种方法。

【操作步骤】

患儿推拿前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：胸腹部操作。患儿取仰卧位。摩腹（顺时针）50 ～ 100 次。自肋弓下缘、剑突下开始向下以拇指按揉腹部的胃经、任脉至曲骨穴水平线。用右手中指按住阑门穴，旋转推按，左手拇指迎住巨阙穴部位，至指下感到气通为止。再以右手食指按上脘穴、中指按中脘穴、无名指按建里穴，同时旋转推按，并用左手中指和食指迎住巨阙穴，感到中脘穴、建里穴气通即止。右手食指、中指指端按揉天枢穴（双侧）、气海穴、关元穴各 30 ～ 50 次，然后掌振神阙穴 1 分钟。推带脉，用双掌根合推法自带脉穴开始沿带脉走行用力推向腹中线，共 5 次，半分钟。双手先在左外侧区拿揉腹部，然后用力向右外侧区推动腹部肌肉，反复操作 5 次；相反方向操作 5 次。再以神阙穴为中心，顺时针掌推腹部，自右下腹开始，经右上腹、左上腹、左下腹至耻骨联合上方为止，操作 5 次。操作时，力量应带动皮下组织，以酸胀得气为度，使患儿感觉腰腹部充实束紧。

第二步：四肢部操作。拿揉双侧上肢、下肢各 1 分钟，共 4 分钟；以拇指按揉双侧曲池穴、合谷穴、血海穴、足三里穴、丰隆穴、三阴交穴各 30 ～ 50 次，以酸胀得气为度。

第三步：腰背部操作。患儿取俯卧位，医生以擦法施术于背部两侧膀胱经，往返 10 次，约 2 分钟；以拇指按揉双侧肝俞穴、脾俞穴、胃俞穴、肾俞穴（过于肥胖者，医生可用叠指按揉）各 30 ～ 50 次，以酸胀得气为度。

辨证推拿：①脾虚湿阻。证见形肥，面浮肢肿，皮肤松弛，头重如裹，疲乏无力，尿少纳差，脘腹胀满，苔腻，指纹滞。补脾经、掐揉四横纹各 100 ～ 300 次，按

揉曲池穴、摩中脘穴、按揉丰隆穴、揉脾俞穴各 30 ～ 50 次。②胃热湿阻。证见上半身肥胖，头昏，身热多汗，消谷善饥，口臭口苦，烦躁，口渴喜饮，舌红，苔黄腻，指纹紫。清脾经、清胃经、清大肠、掐揉四横纹、掐揉小横纹各 100 ～ 300 次，掐揉曲池穴、按揉阴陵泉穴、按揉上巨虚穴各 30 ～ 50 次。③脾肾两虚。证见下半身肥胖、肿胀，小腹坠胀，阴囊潮湿冷缩，舌淡胖嫩，苔薄，指纹色淡。补脾经、补肾经、推三关、揉外劳宫穴各 100 ～ 300 次，按揉脾俞穴、按揉肾俞穴各 30 ～ 50 次。④阴虚内热。证见超重，头晕，头痛，筋惕肉瞤，五心烦热，烦渴喜冷饮，舌红少苔，指纹绛。清肝经、清小肠、揉二马穴各 100 ～ 300 次，推涌泉穴、揉太溪穴各 30 ～ 50 次。

【技术要点】

本技术根据脏腑经络理论，将脏腑点穴手法与小儿推拿手法、经络、腧穴有机组合，以治疗儿童单纯性肥胖。依据儿童“脾虚”、易出现“湿阻”的病机特点，设立“健脾益气，祛湿通络”的治法，总以“调理脏腑，平衡阴阳”为治则，达到健脾祛湿减脂的目的。每次治疗 20 ～ 30 分钟，每周 3 次，隔日 1 次，6 次为 1 个疗程，共治疗 4 个疗程，同时配合平衡饮食和适量运动。

【特别提示】

在治疗过程中，患儿出现排气、欲解小便、嗳气，均为正常现象。在治疗阶段，患儿需平衡膳食，配合适当运动。过胖患儿应防止运动量过大造成膝关节损伤等运动损伤性疾病。

（撰写人：于娟、陈红、许丽）

第八节　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，可发挥器具与手的协同作用。常用木料、牛角、金属、塑料或其他材料加工成一定形状，医生持握后作用于人体，进行按法、点法、揉法、推法、拍击法、弹拨法、刮法等操作，可以增强手法力度、扩大作用范围。

一、常用辅助器械及基本操作方法

（一）常用辅助器械

传统推拿辅助器械可分为拍击式按摩器具（如桑枝棒）、丁字式按摩器具（如三角雀）、滚轴式按摩器具、鹿角式按摩器具等。在目前临床中，以桑枝棒较为常用，制作方法如下：

取 12 根长 36 ～ 40cm、粗 0.5cm 的去皮阴干的桑枝，把每根桑枝用桑皮纸包绕，用棉线从一端紧密缠扎至另一端，将 12 根卷好的桑枝合在一起，然后再用桑皮纸和棉线卷紧扎好，以手握之合适为度。

（二）基本操作方法

1. 棒击法

击打时手握桑枝棒尾端，用棒体平稳而有节奏地击打受术部位。

2. 揉法

手持三角雀等丁字式按摩器具，同第二章第一节皮部经筋推拿技术揉法。

3. 点法

手持丁字式按摩器具，同第二章第二节脏腑推拿技术点法。

4. 按法

手持丁字式按摩器具，同第二章第二节脏腑推拿技术按法。

5. 拨法

手持丁字式按摩器具或鹿角式按摩器具，同第二章第一节皮部经筋推拿技术拨法。

6. 滚**法**

手持滚轴式按摩器具，置于施术部位或穴位上，往返滚动实施按摩。该法适用于肩背、腰骶及四肢肌肉丰厚的部位。

在临床治疗的实际运用中，上述基本操作方法可以单独或复合运用。临床上，器械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、主要适应证

1. 颈椎病、腰背肌筋膜炎、风湿性关节炎等痛症。
2. 肺部疾病、胃脘痛、睡眠障碍等内科疾病。

三、禁忌证

1. 各种感染性疾病。
2. 治疗部位皮肤有破损或有传染性皮肤病。
3. 有严重心、脑、肺疾病患者。
4. 有出血倾向或有凝血功能障碍者。
5. 有肌腱断裂、骨折、脱位及较严重的骨质疏松症患者。
6. 后脑、肾区等部位。
7. 体质过度虚弱者。

四、注意事项

1. 治疗前嘱患者排空大小便。
2. 治疗时患者需集中注意力。
3. 操作时医生手腕要灵活，避免使用暴力。
4. 器械辅助推拿时，注意患者的承受能力。

五、临床应用举例

（一）肺系疾病（咳嗽、哮喘）

胸部棒击法具有宽胸降气、健肺强身的功效，侧重于治疗胸闷、咳嗽、喘息、体质虚弱等。背部棒击法具有调节脾胃、宽胸理气、疏通经络的功效，侧重于治疗体虚纳差、胸闷、胃脘不适等。

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：患者取“弓箭步”或坐位姿势，挺胸。医生以“马裆”或蹲位姿势面对患者，右手持棒，击打患者胸部膻中穴或左右中府穴、云门穴 3 ～ 5 次。

第二步：患者取坐位，背略前屈。医生以“马裆”或蹲位姿势于患者背后，右手持棒，击打患者两侧膀胱经外侧线第四至第十胸椎段。左右各 3 ～ 5 次。

【技术要点】

击打时手握桑枝棒尾端，用棒体平稳而有节奏地击打受术部位。击打时，棒体接触面积要大，使棒体大部分平稳地击打受术部位；用力快速、短暂，垂直击打体表。棒击力量要由轻到重，并适可而止。一般在 1 个部位连续击打 3 ～ 5 下即可。

【特别提示】

运用棒击法，要严格遵循中医辨证施治的原则，从整体出发，视疾病的轻重、正气的盛衰，选择不同的部位，施以轻重不等的棒击力，这样才能收到较好的疗效。例如，肺结核患者气血俱衰，以轻棒力击打可以增强脾胃功能，扶助正气，待气血渐盛，患者的体质可以承受重棒力时，方可适当加重棒击力量，加速体质恢复。如果一开始就施以重棒力，患者难以承受如此力量，反而会加重病情。

（二）项痹（颈型颈椎病）

棒击法具有较强的开通闭塞、行气活血的作用，适用于肢体麻木、浅表感觉减退、肌肉疲乏、软组织陈旧性损伤等疾患。对于身体壮实、病情迁延日久、对一般手法刺激不敏感的患者，尤为适宜。

【操作步骤】

患者术前准备完毕，可进行临床操作。

第一步：患者取坐位，放松，充分暴露治疗部位，正坐于 40 ～ 50cm 高的低背靠椅上。

第二步：循经拍打。若左侧颈项部疼痛明显，则治疗从左侧开始。医生右手呈握拳状持桑枝棒中部，以腕关节为发力点，棒头 2 ～ 4cm 为着力点，棒头紧贴于左侧风池穴处，先从上向下拍打，边拍打边缓慢向下移动，拍打时棒头应垂直于体表，再迅速弹起，动作连续有节奏，拍打至颈肩结合处，再从内侧向外侧循经拍打，直至肩峰外侧缘。然后将拍打方向换为从外侧向内侧，从下往上循经拍打。右侧风池穴至肩峰外侧缘

的拍打方法同左侧。拍打督脉时，先从上往下拍，然后再从下往上拍。拍打左侧膀胱经时，同时拍打左侧的第一侧线、第二侧线，先从上向下，再从下向上。拍打右侧膀胱经时，方法及方向同左侧。

【技术要点】

本技术以颈项背部为主要操作部位，重在疏通颈项部经络，缓解颈项部疼痛及僵硬感，从而维持颈部的动力平衡。拍打力量以患者能耐受为宜，操作频率为 40 ～ 60 次 / 分钟，直至患者皮肤轻微潮红、发热。治疗时间约一条穴线 5 分钟，治疗好一条穴线后再换另一条穴线。每次治疗时间为 30 分钟左右，隔日 1 次，连续治疗 3 次后休息 2 日，治疗 6 次为 1 个疗程。

【特别提示】

少数患者在治疗时会出现心慌、出汗、面色苍白等表现，此时应立即停止治疗，让患者取平卧位休息，保持治疗室通风，适时给予患者温开水。

（撰写人：房纬、闫博、詹文吉）

第九节　膏摩技术

膏摩技术是指将制备好的药物涂擦在体表，再在其上施以推拿手法的推拿技术。膏摩技术常用油剂、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。该技术有增强手法效果、保护皮肤及促进药物吸收的作用。该法常与其他推拿技术结合使用。

一、基本操作方法

（一）擦法

在体表涂擦药物后，施以擦法。同第二章第七节小儿推拿技术擦法。

（二）摩法

在体表涂擦药物后，施以摩法。同第二章第一节皮部经筋推拿技术摩法。

（三）推法

在体表涂擦药物后，施以推法。同第二章第一节皮部经筋推拿技术推法。

（四）揉法

在体表涂擦药物后，施以揉法。同第二章第一节皮部经筋推拿技术揉法。

在临床治疗的实际运用中，上述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、主要适应证

1. 膝骨关节炎、肩背肌筋膜炎、急性腰扭伤、肩关节周围炎等，以及其他各种关节炎、软组织损伤、疼痛。

2. 感冒、发热、咳嗽、便秘、腹泻、厌食等内科疾病。

三、禁忌证

1. 结核性和感染性疾病。

2. 所操作的部位皮肤有烧伤、烫伤或破损。

3. 月经期、妊娠期女性的腹部、腰骶部禁止操作。

4. 对选用的膏剂及乙醇过敏者应禁用。

5. 急性软组织损伤及骨折早期 48 小时内禁用。

6. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

四、注意事项

1. 使用膏摩技术时，注意外用药物的选择。

2. 对于关节周围出现肿胀的患者，注意手法力度应轻柔。

3. 治疗时选择患者感觉轻松舒适的体位，不强行要求患者处于某一体位。

4. 进行操作时注意患者的耐受程度。治疗时应保证室内温暖，避免患者治疗部位受凉。

五、临床应用举例

（一）膝痹（膝骨关节炎）

【膏摩验方】

松筋易骨膏：丹参、当归、红花、伸筋草、海桐皮、秦艽、桂枝、艾叶、草乌、川乌、独活、乳香、没药、牛膝、杜仲、地龙、狗脊、甘草。

陈元膏：当归、黑附片、细辛、干姜等。

桂枝羌活膏：桂枝、羌活。

【操作步骤】

第一步：患者取仰卧位，以摩法施术于大腿股四头肌，放松局部肌肉。

第二步：将膏剂涂于膝关节周围压痛点及鹤顶、血海、梁丘、伏兔、内膝眼、外膝眼、阳陵泉等穴。

第三步：在局部施以拿法、摩法，在膝关节两侧施以擦法，以透热为度。

第四步：患者取俯卧位，以摩法施术于大腿后侧，将膏剂涂于腘窝及小腿后侧，再施以拿法、摩法，并点按委中、承山等穴，以得气为度，再施以擦法，以透热为度。

【技术要点】

以膝关节为主要操作部位。注意寻找膝关节周围的压痛点，涂抹膏剂后以摩法和擦法为主，要达到局部透热。

【特别提示】

对于关节周围出现肿胀的患者，注意手法力度要轻柔。以上膏剂无不良反应，一般无推拿禁忌证者均可使用。对以上中药、乙醇等过敏者禁用。

（二）筋痹（肩背肌筋膜炎）

【膏摩验方】

方药组成：红花、没药、白芷、当归、白附子、刘寄奴、制乳香、桂枝、香附、威灵仙、干姜、老鹳草。

【操作步骤】

患者取俯卧位，在患处涂以膏剂，先施以摩法及按揉法，然后在肩背部痛性结节、条索状病变处重点施以点按、弹拨手法，最后施以按揉及擦法结束。每次 20 分钟。

【技术要点】

以肩背部为主要操作部位，在按摩过程中，要充分掌握患者的疼痛范围、痛点位置，以及有无筋失其位的情况，按摩时主要以点按和弹拨的手法松解粘连，理筋整复。

【特别提示】

治疗时需保证室内温暖，避免患者背部受凉。

（三）腰痹（急性腰扭伤）

【膏摩验方】

方药组成：刘寄奴、苏木、透骨草、三棱、莪术、羌活、泽兰、伸筋草、五加皮、络石藤、大黄、川乌、草乌、凡士林。

【操作步骤】

患者取俯卧位，医生将药膏均匀敷于腰痛部位，先用掌摩法按揉，以局部轻度发热为度；再以掌按法推两侧膀胱经；最后采用擦法，横擦腰部。

【技术要点】

以腰部为主要操作部位，手法以轻柔的摩法、揉法为主，持续 15 分钟，主要目的是缓解腰部肌肉痉挛。

【特别提示】

治疗时选择患者轻松舒适的体位，不强行要求患者处于某一体位。

（四）漏肩风（肩关节周围炎）

【膏摩验方】

紫荆活络酒：紫荆皮、四块瓦、九节风、血三七、生川乌、生草乌、樟脑、冰片。

陈元膏：当归、黑附片、细辛、干姜等。

【操作步骤】

患者端坐，患肢放松自然下垂。医生站于患侧，一手握住患肢使其外展，另一手握拳蘸上膏剂，用握拳后的手指背面和大、小鱼际沿患肢由轻渐重、自下而上反复行搓法，在疼痛明显处稍加按压，重点推拿并按压肩贞、肩髎、肩髃等穴位。

【技术要点】

以肩关节及周围肌肉为主要操作部位，以摩法和擦法为主，对患侧的斜方肌、冈上肌、冈下肌、大圆肌、小圆肌、三角肌等相关肌肉进行治疗，对肩贞、肩髎、肩髃等重点穴位进行点按治疗。

【特别提示】

涂抹药酒应适量，避免滴落到衣物上或其他地方。按摩时应注意患者耐受程度。治疗时需保证室内温暖，避免患者肩背部受凉。

（撰写人：王锡友、刘俊昌、翟伟）

第十节　踩跷推拿技术

踩跷推拿技术是医生用足在患者体表一定部位进行踩、踏、蹬、点、擦等操作，用以防治疾病的一种中医外治方法。

一、常用手法及基本操作方法

（一）常用手法

1. 踩踏法

以足掌或足心作用于患者腰背部，同时行节律性弹跳踩踏的方法，称为踩踏法。根据着力部位不同分为前足掌踩法、足心踏法。踩踏节律性强、频率快、作用时间短，多“三轻一重”。

2. 揉法

以前足掌或足心吸定于施术部位，大腿发力，通过膝关节的左右、前后摆动或旋转带动踝关节及吸定的施术部位，产生有节律性的、和缓的摆动或旋转运动的方法，称为揉法。接触面必须吸定，不能有摩擦。根据着力部位不同分为前足掌揉法、足心揉法。频率以 100 ～ 160 次 / 分钟为宜。

3. 点法

以足大趾或足跟点压施术部位或穴位的方法，称为点法。根据施力部位分为大趾点法、足跟点法。

4. 推法

以足掌或足跟着力于施术部位，做单向直线推动的方法，称为推法。

（1）直推法　医生一腿稳固支撑，另一足跟或全足接触施术部位，上肢适度支撑、控制力量，腿膝微屈，身体重心下移，施术小腿向下、向前（或侧方）发力，带动足跟

或全足缓缓向前移动。

（2）分推法　施术者在上肢支撑体重的前提下，双足平行踩踏于脊柱正中两侧，然后双足同时外旋，全足紧贴皮肤，自然向两侧滑下。

5. 擦法

以单足紧贴体表一定的治疗部位，做直线来回摩擦运动，使产生的热渗透到深层组织的方法，称为擦法。

6. 摩法

以单足站于床上或患者腰部以承受自身体重，另一只足掌附着于一定部位，随着膝关节的运动带动小腿和踝部做圆周路线摩动的方法，称为足摩法。

7. 蹬法

以足跟垂直或斜向突然冲击性向下用力的方法，称为蹬法，又称足顿法。

8. 搓法

以单足或双足置于一定的踩踏部位，快速来回搓动的方法，称为足搓法。

9. 振法

以足附着于体表部位，施以高频率快速振颤动作的方法，称为振法。

10. 拨法

以足趾或足跟深按于治疗部位，进行单方向或来回拨动的方法，称为拨法。

11. 拍打法

以足掌或足背拍打一定部位的方法，称为拍打法。

（二）基本操作方法

1. 术前准备

患者术前排空小便，调整为腹式呼吸。

2. 术中注意事项

除非报告紧急情况，否则术中不要交谈。

3. 术后嘱咐

术后宜饮用少量温开水。

二、主要适应证

1. 椎间盘突出、脊柱小关节紊乱、脊柱侧弯、骨质增生等腰背部伤科病证，以及风寒湿邪所致的腰背部疼痛、麻木、寒冷、功能活动受限等。

2. 部分内妇杂病所表现出的腰部不适及肾虚诸证。

3. 睡眠障碍、头痛、慢性疲劳综合征、围绝经期综合征、肥胖、胃脘痛、高血压、糖尿病等疾病在脊柱调理时可运用踩跷法。

4. 各种筋伤病证、骨折脱位整复稳定后的康复、神经损伤后肢体功能恢复，以及全身疾病或保健。

三、禁忌证

1. 皮肤破损或皮肤病，如开放性创口、烧烫伤，以及湿疹、皮炎、疮疡等。

2. 急性筋伤或有出血倾向的患者，如筋伤 24 小时之内局部出现肿胀、疼痛；严重的贫血、紫癜、白血病、血友病等。

3. 各种传染性或感染性疾病，如肝炎、艾滋病、肺炎、骨髓炎、骨结核、化脓性关节炎等，表现为局部疼痛者。

4. 各种恶性肿瘤，如肺癌、肝癌、肾癌、卵巢癌、膀胱癌等。

5. 关节脱位、骨折、脊柱失稳者。

6. 严重高血压、心肺疾患，以及急腹症、急性胃肠炎、急性中风等。

7. 年老体弱、骨质疏松者，妊娠期、哺乳期和经期妇女。

8. 剧烈运动后、极度疲劳、极度饥饿、醉酒、神经精神性疾病发作及其他原因所致神志不清者。

四、注意事项

踩跷对足、手的协调性要求很高，因此除按具体脚法的要求操作外，还应注意以下几点。

1. 医生应当根据患者的体质和疾病的性质，通过不断变换接触面积以调节刺激量，并确保治疗的有效性与安全性。

2. 医生要掌握重心变化与调节力度。

3. 医生必须正确掌握踩跷操作的总时间和各种脚法的时间，通过观察患者全身及局部的表现，判断操作是否达到治疗要求。

4. 踩跷时应配合患者的呼吸，告知患者在不能忍受或极度不舒适时，应立即以语言或手势加以提示。

5. 注意保持室内温度适宜。

五、临床应用举例

（一）腰痹（腰椎间盘突出症）

【操作步骤】

腰部操作：患者取俯卧位，在胸部和下腹部下方分别放置一软枕，使其腰部悬空。①一足立于床面，另一足掌沿脊柱一侧的肌肉从上至下揉动，两侧交替，每侧揉 3 ～ 5 遍；再以足跟置于突出处行定点揉法，先轻后重，以局部松软或潮热为度。②双手抓住横杆，以两足跟置于突出椎间盘两侧距正中旁开 1 寸处，嘱患者深呼吸，深吸气时两足跟逐渐抬起，深呼气时两足跟逐渐下压，于呼气末两足跟尽力振颤数下。操作时指导患者配合呼吸。③嘱患者张口，医生两足大趾趾间关节尽量屈曲，以趾端正对突出部痛点，垂直向下、向内用力，有节律地踩踏，可两（或三）轻一重，反复操作，持续

约 1 分钟。④患者双手抓住床沿，医生站于其脚下，双手握住其两踝，用力向后牵拉，牵拉达极限位时做上下快速抖动，反复操作 5 ～ 8 次。⑤医生一足踊抓扣于突出椎间盘下，另一足踊趾对称置于脊柱另一侧，两腿快速左右摆动，使踩踏部位之上快速横向晃动，操作约 1 分钟。⑥以双脚掌节律性拍打腰骶部约 1 分钟。

腿部操作：患者取俯卧位，以患肢为重点。①从上至下，沿坐骨神经分布区域或疼痛区域以踊趾或足跟行点、揉、拨等手法 5 ～ 6 分钟。②医生双侧足弓并排踩于大腿根部，逐次下移至腘窝处，继以单足足弓置于小腿之上快速来回搓揉。③以一足弓扣于跟腱处，一足跟蹬于坐骨结节处，两足反向伸筋 5 ～ 6 次。④以单足跟后部，节律性叩击下肢外侧，从上至下 3 ～ 5 遍。

【技术要点】

运用踩跷技术治疗腰椎间盘突出症时应注意力度适中，根据受术者身体情况和所踩部位，通过握杠双手调整下踩的力量，踩踏部位以腰、骶、臀、大腿为主，尤其要注意脚下力度、位置、角度等，以患者能耐受为度，忌用蛮力、暴力。

【特别提示】

本法刺激量大，应用时须谨慎。年老体弱、有较严重心血管疾病、椎管狭窄、骨质疏松、脊椎骨质有病变者均不可使用本法。施用踩跷法前，患者不可过饱，一般以在饭后 2 小时左右施术为宜。

（二）虚劳（慢性疲劳综合征）

【操作步骤】

躯干松解法：①患者取俯卧位，医生取坐位。医生以双足掌或双足跟从上至下、先内后外揉动患者背部与腰骶部 8 ～ 10 遍，继以双足轮流揉动夹脊穴各 3 ～ 5 遍。②医生站式，从上至下双足对称按压脊柱两侧 3 ～ 5 遍，并小步走 3 ～ 5 遍。③两足分别位于脊柱两侧的上与下，伸筋 5 ～ 8 遍。④以纵推法推脊柱两侧各 5 ～ 8 遍，从上至下分推 3 ～ 5 遍。⑤以足跟或踊趾端从上至下、由内向外推拨骶棘肌，继而从上至下点揉背俞穴，并节律性叩击足太阳膀胱经背部第一侧线与第二侧线 2 ～ 3 遍。

肢体松解法：①患者取仰卧位，医生一足立于床面，一足足弓从患者大腿根部起向下搓揉至踝部，后以足弓卡住足跟，另一只足蹬住坐骨结节，伸筋共 5 ～ 8 遍。②患者取俯卧位，以上肢支撑体重，双足从腹股沟处起逐渐向下缓缓滑溜至膝上 3 ～ 5 遍，继以双足外侧切压大腿根部，至下肢麻木或有冷感时，改为双足并拢踩压，并逐渐向膝部移行。

冲击疗法：在疲劳肢体的上游动脉搏动处，有节奏地按压与抬起，使血液在脉管内形成脉动冲击。一般以足跟或足外侧下压约 1 分钟，至其下游肢体麻木，然后迅速跳开，反复操作 5 ～ 8 次。常用部位如肩（腋动脉）、肘（肱动脉）、腕（桡动脉）、腹股沟（股动脉）、腘窝（腘动脉）等。

疲劳局部重点治疗：找准最为疼痛或酸软的部位，以足跟或踊趾置于其上，行揉、搓揉、振颤、点压等法，每处 3 ～ 5 分钟，并通过推揉和适当运动关节，整复可能出现

的关节错位，松解软组织异常嵌顿。

【技术要点】

重视脊柱、四肢治疗，以改善局部气血运行，促进代谢和淋巴循环，有利于疲劳肢体的恢复。整个操作应轻柔，维持足够的治疗时间，避免刺激量过大导致患者不适。

【特别提示】

避免过度的体力和脑力活动，静卧休息，保持乐观的心态。及时补充营养和水分，或辅以滋补中药。努力提高睡眠质量，正确的心理诱导与亲情关怀也有积极的作用，应当重视。

（撰写人：冯跃、曲龙、沈潜）

第十一节　倒悬推拿技术

倒悬推拿技术是指人体在逆向体位自重的牵引下，医生对其施以推拿手法，从而达到治疗疾病目的的一种治疗方法。该技术主要用于治疗颈肩腰腿痛、关节痛，以及胃下垂、子宫下垂、肾下垂等内科、妇科疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

倒悬推拿治疗床或多功能按摩牵引床。

（二）基本操作方法

操作方法包括倒悬牵引、牵引下推拿等。

1. 倒悬牵引

患者取仰卧位或俯卧位于倒悬推拿治疗床上，双下肢利用牵引带捆绑固定；将倒悬推拿治疗床逐渐升起，医生可先将倒悬推拿治疗床床尾缓慢上升至 30° ～ 45°；稍作停顿 3 ～ 5 分钟，让患者缓慢适应，尤其是第一次行牵引治疗的患者；再缓慢将倒悬推拿治疗床床尾上升至 60°，稍作停顿 1 ～ 2 分钟，让患者缓慢适应，并密切观察患者表情变化，如有不适，及时处理，再将倒悬推拿治疗床床尾升至 90°，使患者最终呈“头下脚上”的体位。

2. 牵引下推拿

（1）*常规放松手法*

1）推法：以手指，或掌，或指间关节在一定部位做向上、向前缓慢用力推动。一般包括直推法和分推法。直推法常用于头面部、胸腹部、腰背部及四肢部；分推法一般在倒悬 70° 的体位下，用两拇指指腹沿着胸腹部或腰臀部往两侧分推。

2）拿法：拇指与其余手指相对用力，拿取一定穴位或部位做连续挤压捏动。

3）点按法：以两拇指着力于一定的穴位或部位，缓慢逐渐用力向下深按。

4）揉法：以手掌或手指着力，吸定于一定穴位或部位，做轻柔缓和的回旋揉动。

5）滚法：以小鱼际尺侧与手背近小指部分着力，吸定于穴位或一定部位，通过前臂主动旋转摆动带动手腕屈伸，做持续往返滚动。对于腰背部、大腿部、四肢关节部，也可用掌指关节施以滚法。

（2）常用治疗方法

1）正骨手法：分为快速复位法和缓慢复位法。快速复位法主要用于青壮年和健壮的老年患者，缓慢复位法主要用于骨质疏松的老年患者、身体十分虚弱或急性期疼痛剧烈不能接受快速复位法的患者。

缓慢复位法包括：①前后抖动法。患者倒悬 90°，医生双手扶住患者双肩进行前后抖动，手法由轻到重，幅度由小到大，慢慢还原。②左右摇摆法。治疗腰部时，医生以双手托住患者的腰部，左右摆动，治疗时幅度由小到大。治疗颈部时，医生以双手托住患者的下颌关节部，左右摇摆，注意手法要轻柔，慢慢还原。

快速复位法包括：①旋扳、斜扳复位法。治疗腰部时，患者取倒悬俯卧位。助手固定患者腰部，抵住髋关节，保持稳定。医生环抱患者的肩背部，先后分两侧进行左右旋扳法，听到腰部“咔嗒”响声即可停止。治疗颈部时，医生一手扶住下颌关节，一手托住头顶部，双手配合向左右施以斜扳法，听到颈椎部有“咔嗒”响声即可停止。②俯卧按压扳提法。患者取倒悬 40° 俯卧位。医生在患者一侧，用一手掌根或拇指置于疼痛部位，由上到下向前按压，之后另一手握患侧肩部向后扳提，两手协同操作。此时多可闻及响声或感到手上有错位感，提示小关节复位或滑膜嵌顿解除。

2）理筋手法：用虚掌着力，准确、轻快、有节律地反复拍打体表软组织。在疼痛、麻木的局部施以揉法、叩法、点法，重点是脊柱部。

3）整理手法：以揉捏法作用于脊柱、关节的浅部与深部肌肉，作为结束手法。

二、主要适应证

1. 颈椎病、颈椎小关节紊乱、胸椎后关节错缝、腰椎间盘突出症、腰椎滑脱症、梨状肌综合征、肩关节周围炎等骨伤科疾病。

2. 胃下垂、肾下垂、子宫脱垂、脱肛等内科、妇科疾病。

三、禁忌证

1. 脊髓损伤患者。

2. 由结核分枝杆菌、化脓性细菌感染引起的运动器官疾病患者。

3. 关节与骨肿瘤患者。

4. 血液系统疾病或有出血倾向的患者。

5. 严重心、脑、肺、肝、肾等脏器疾病及严重骨质疏松患者。

6. 妊娠期、月经期妇女。

7. 高血压患者。

四、注意事项

1. 注意诊断明确，排除禁忌证。

2. 治疗时不宜过饥或过饱。

3. 要灵活掌握推拿时间。对初次行倒悬推拿治疗的患者时间不宜过长，不能适应倒悬治疗者应停止治疗。

4. 密切观察牵引过程中患者的表情变化，如患者突然出现面色苍白、汗出、心慌等症状，应及时停止治疗。

5. 治疗后，让患者平卧休息 10 ～ 20 分钟，观察捆扎系带的下肢部位的皮肤颜色及温度，以了解下肢末梢的血运情况，必要时用红花油涂擦按摩或用温热水浴足。

五、临床应用举例

（一）腰痹（腰椎间盘突出症）

【治则治法】

理筋整复，通络止痛。

【手法】

推、揉、滚、点、按、摇、扳、抖。

【取穴】

委中、环跳、秩边、八髎、大肠俞、肾俞、阿是穴。

【操作步骤】

第一步：循经点穴法。患者倒悬 30° ～ 45°。医生由腰部至下肢，循肾俞至委中一线施以点按手法，每穴点按 0.5 ～ 1 分钟。

第二步：分推挤压法。患者倒悬 30° ～ 45°。医生由腰部至臀部，由脊柱旁向两边施以分推法，然后挤压痛点。

第三步：滚揉松腰法。患者倒悬 30° ～ 45°。医生以滚法和推法放松腰臀部软组织。

第四步：前后抖动法。患者倒悬 90°。医生以双手扶住患者双肩进行前后抖动，手法由轻到重，幅度由小到大，慢慢还原。

第五步：左右摇摆法。患者倒悬 90°。治疗腰部时，医生以双手托住患者腰部，左右摆动，治疗时幅度由小到大，再由大转小，慢慢还原。

第六步：旋转扳腰法。患者倒悬 90°。助手固定其腰部于正位，医生环抱患者的肩背部，先后分两侧进行左右旋扳法，听到腰部“咔嗒”响声即可停止。

第七步：拍打固定法。患者倒悬90°。医生以空拳拍击其腰骶部及腰部，反复多次，动作要轻而深透。

第八步：推搓平整法。患者倒悬 30° ～ 45°。医生以双手拇指自其腰骶部至腰背部行分推手法，再分别于两侧行揉搓法。

第九步：揉捏顺筋法。将倒悬推拿治疗床调至水平，患者取俯卧位，医生对其施以揉捏的手法，以自大腿、臀部、腰骶部至腰背部行顺筋放松的手法作为结束手法。

【技术要点】

操作手法由轻到重，幅度由小到大，切勿追求幅度、范围。

【特别提示】

嘱咐患者予以配合，施术后及时佩戴腰围固定，卧床后可予中药或药膏外敷，促进局部气血运行。

（二）项痹（颈椎病）

【治则治法】

理筋整复，活血通络。

【手法】

推、揉、滚、点、按、摇、扳。

【取穴】

风池、天柱、百劳、风府、大杼、天宗、肩井、大椎、肩贞。

【操作步骤】

第一步：循经点穴法。患者取倒悬 30° 俯卧位。医生在患者一侧，自肩背部至颈部施以点、按手法，以酸胀为度，每穴 0.5 ～ 1 分钟。

第二步：颈部按揉滚拨法。患者取倒悬 30° 俯卧位。医生以揉捏法沿患者颈肩部斜方肌、肩胛提肌、胸锁乳突肌、大圆肌、小圆肌等肌群进行按揉，并对患者颈肩部至胸背部施以柔和深透的滚法和弹拨，以松解颈肩部肌肉与软组织。

第三步：颈椎微调法。患者倒悬 90°。医生在患者后面，升降治疗床，或取坐位，对其颈椎至上胸段施以挤压法，以微调脊柱关节。

第四步：项韧带弹拨法。患者倒悬 90°。医生以大拇指沿患者项韧带施以弹拨手法，由轻到重，并重点弹拨痛点及条索状物处。

第五步：左右摇摆法。患者倒悬 90°。医生以双手托住患者的下颌关节部，左右摇摆，幅度由小到大，再由大到小，慢慢还原。

第六步：颈椎斜扳法。患者倒悬 90°。医生以一手托住其下颌关节，一手扶住头顶部，双手交替施行左右斜扳法，听到颈椎部有“咔嗒”响声即可停止。

第七步：推搓揉捏法。患者取倒悬 30° 仰卧位。医生在患者一侧，以双手拇指自颈部至上胸段行分推手法，再分别于患者两侧颈肩部行揉搓手法，然后自颈部向肩部及肩胛部施以揉捏、点按手法进行放松。

【技术要点】

倒悬过程中叮嘱患者放松颈部，切勿因紧张、太过用力而引起不适。

【特别提示】

头晕的患者调整角度时须缓慢，以不引起头晕发作为度，并选取最合适角度进行操作。

（三）胸椎后关节错缝（胸椎关节紊乱）

【治则治法】

舒筋通络，理筋整复。

【手法】

一指禅推法、摩法、弹拨法、掌按法、推擦法等。

【取穴】

风门、肺俞、厥阴俞、心俞、华佗夹脊穴、曲垣。

【操作步骤】

第一步：推摩弹拨放松法。患者取俯悬 40° 俯卧位。医生在患者一侧，沿胸椎棘突两旁，以错位病变节段为中心，以一指禅推法、摩法和弹拨法对椎旁上下软组织松解 10 分钟左右。

第二步：点按穴位拨筋法。患者取俯悬 40° 俯卧位。医生在患者一侧，以拇指按揉夹脊穴、阿是穴 1 ～ 2 分钟。继之，医生以双手掌自上而下抚摩、按揉损伤部位数分钟，使局部筋肉松软后，以大拇指弹拨两侧肌群。

第三步：俯卧牵引按压法。患者取俯悬 40° 俯卧位。助手立于患者正前方，双手分别插于患者两腋下施行牵引。医生立于患者左侧，以一手掌心凹陷处按压后凸的胸椎棘突，后凸消失，提示复位成功。若未复位，医生仍应在助手拔伸牵引下，以双手拇指自上而下逐个按压胸段棘突两侧间隙 3 ～ 5 遍，而后自下而上沿棘突顺向推按，以拇指下有跳动感为佳，此法以纠正关节后凸为主。医生站于患者一侧，用两手拇指找到棘突侧偏的部位，定好用力方向，待患者肌肉放松、椎体间隙增大时，以手掌推压侧偏椎体的棘突，用力推压棘突即可复位。

第四步：俯卧按压扳提法。患者取俯悬 40° 俯卧位。医生在患者一侧，以一手掌根或拇指置于疼痛部位，向前按压，另一手握住患侧肩部向后扳提，两手协同操作，将疼痛部位前后活动数次。此时多可闻及响声或有手上错位感，此现象提示小关节复位或滑膜嵌顿解除。继之，用一手自上而下推揉病变部位（痛点处）及其上下 2 ～ 3 分钟。

第五步：分旋压转按压法。患者取俯悬 40° 俯卧位。医生站立于患者患侧，一手掌根按压患椎健侧横突，另一手掌根按压患侧上一节段或下一节段的横突，然后按分、旋、压三步骤完成。三步动作一气呵成。可随患者深呼吸动作，医生两手掌根随呼气渐用力，于呼气末时完成，此时可闻及关节整复的响声。此法适用于全段胸椎的调整。

【技术要点】

倒悬操作过程中角度控制在 40° 左右。

【特别提示】

牵引下胸椎复位手法较多，选择一种熟练操作即可。

（四）漏肩风（肩关节周围炎）

【治则治法】

舒筋活络，滑利关节。

【手法】

推、揉、滚、点、按、摇、抖、扳、弹拨。

【取穴】

合谷、手三里、曲池、臂臑、肩髃、肩贞、肩髎、天宗、肩中俞、肩外俞、肩井。

【操作步骤】

第一步：循经点穴法。患者取倒悬 30° ～ 40° 仰卧位，以肩部有下坠感为宜。医生在患者的患侧，以一手握住患者腕部并使其外展，另一手以拇指按揉肩及患肢部穴位，以酸胀为度，每穴 0.5 ～ 1 分钟。

第二步：松解粘连法。患者取倒悬 30° ～ 40° 仰卧位。医生一手握住患者腕部并使其外展，同时对肩关节施以摇法，另一手分别施以拿法、捏法、滚法，在患者前部、外侧、肩后侧周围施术，反复操作 3 ～ 5 遍，充分放松肩周软组织，以松解肌肉粘连。

第三步：引伸止痛法。患者取倒悬 30° ～ 40° 仰卧位。医生在患者患侧，一手握住患者患肢腕部，另一手扶住患肢肘部，将患肢慢慢提起，使其屈曲、外展、内收，最后将患肢手掌枕于头下，使患肢处于旋前位，然后慢慢还原，反复几次。

第四步：关节牵摇法。患者取倒悬 30° ～ 40° 仰卧位。医生摇动其肩关节。摇肩关节一般采用两种方法。第一种方法为医生一手握住患肩上方，固定肩部，另一手握住患肢肘部，摇动肩关节。另一种方法是医生一手握腕，一手握肩，做大幅度摇动。

第五步：牵抖法。患者取倒悬 30° ～ 40° 仰卧位。医生一手握住患者患肢大拇指掌指关节，另一手握住腕关节，牵拉患肢，力度由小到大，同时施以抖动法，幅度由小到大，再由大到小，慢慢还原。最后，医生以双手搓抖患肩，以结束治疗。

第六步：外展松肩法。患者倒悬 90°，双上肢外展。医生一手握住患肢手腕，另一手推腰，使其肩关节自然松动。

【技术要点】

充分打开肩关节，多角度活动放松。

【特别提示】

对粘连严重、年龄较大的患者，操作手法要适度，防止将粘连处撕伤，造成新的创伤，使病情加重。

（五）胃缓（胃下垂）

临床主要表现为腹部不适，伴胀满、胀痛、肠鸣等，自觉有下坠感或腰带束缚感。

【治则治法】

补中益气，温阳健脾。

【手法】

推、揉、按、擦。

【取穴】

中脘、天枢、气海、关元、神阙、夹脊穴、中极、肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞。脘腹胀满者加按揉期门、太冲。腹泻者加按揉大肠俞、上巨虚、下巨虚。

【操作步骤】

第一步：患者取倒悬 90° 仰卧位，嘱患者全身放松，靠自身重力促使胃体回纳，保持 3 ～ 5 分钟。

第二步：患者取倒悬 40° 仰卧位。医生以一指禅推法推任脉，以中脘、天枢、神阙、气海、关元为重点，按揉中脘、神阙、关元，用掌摩揉全腹，行托胃法（用右手掌尺侧缘自耻骨联合处下压，将腹腔内容物缓缓地向上推托之，使患者上腹部膨隆，1 ～ 2 分钟后收手，如此操作 2 ～ 3 遍），按揉内关、足三里。

第三步：患者取倒悬 30° 俯卧位。医生推其夹脊穴，按揉肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞，擦膀胱经，以透热为度。

【技术要点】

倾斜角度依次递减，以逐步调节腹腔内压力；手法轻柔深透，力度应由轻渐重，避免突然用力。

【特别提示】

牵引后可配合补中益气汤加减口服，以益气升提固脱，以提高疗效。

（撰写人：范德辉、陈志伟、赖米林）

第十二节　足部推拿技术

足部推拿技术是以传统中医理论及现代足部反射区理论为指导，针对下肢经络、腧穴及足部反射区进行刺激的一类推拿技术。

一、常用手法及常用器具

（一）常用手法

1. 点法

同第二章第二节脏腑推拿技术点法。

2. 按法

同第二章第二节脏腑推拿技术按法。

3. 推法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术推法。

4. 擦法

同第二章第七节小儿推拿技术擦法。

5. 拍法

同第二章第七节小儿推拿技术拍法。

6. 捏法

同第二章第七节小儿推拿技术捏法。

7. 揉法

同第二章第一节皮部经筋推拿技术揉法。

8. 击法

用拳、掌、指叩击体表的手法称为击法。

（二）常用器具

足浴桶、足浴药包、一次性擦脚巾、足浴子母凳、沙发、一次性足浴袋、一次性床单、凡士林、足底按摩棒等。

（三）操作步骤

1. 将中药煎煮后放凉至适宜水温，双足浸泡 15 分钟后擦净。

2. 对小腿部、足部的经络、穴位和足底反射区进行推、点、刮等推拿手法，达到促进血液循环，减轻身心压力的功效。手法由轻渐重，以患者耐受为度，一般每日 1 次，每次 20 分钟左右。

二、主要适应证

1. 足底筋膜炎、跟腱炎等骨伤科疾病。

2. 睡眠障碍、神经衰弱、神经症、高血压、眩晕、自主神经功能紊乱等内科疾病。

三、禁忌证

1. 各种急性传染病，如白喉、伤寒、甲型病毒性肝炎。

2. 有骨折或骨折倾向的患者。

3. 各种皮肤病局部或有破损的局部皮肤。

4. 足部开放性软组织损伤。

5. 有出血倾向的各种疾病。

四、注意事项

1. 避免手法操作过重。

2. 治疗时指导患者选取合适体位。

3. 若患者第一次接受推拿治疗，嘱其放松，不要过度紧张。

4. 患者处于饥饿、饱腹、过度劳累状态，或大汗出后，不宜进行推拿。

5. 刺激量以患者能耐受为宜。

五、临床应用举例

（一）跟痛症（足底筋膜炎）

【操作步骤】

浴足操作：

第一步：足浴盆水温调至 36 ～ 40℃。

第二步：患者将双足完全浸入水中，浸泡时水没过脚踝，保持 20 分钟左右。

第三步：让足部毛孔张开，用热毛巾将足部擦净、包裹。

推拿操作：

第一步：施以点按法。点按阴谷、阴陵泉、三阴交、太溪、照海、然谷等，每穴 30 秒，力度以患者能耐受为度。

第二步：施以捏拿法。双手多指重叠，用力适度捏拿整个足跟部 20 次，捏拿时可配合小幅度的转动，操作时间约 3 分钟，直至皮下组织有松弛感。

第三步：施以揉法。以左手固定足部，右手小指掌指关节或食指、中指屈指以揉法定点揉足跟部痛点 2 ～ 3 分钟。

第四步：施以拉伸法。以左手固定足踝部，右手握拿足掌部，再拉伸足底筋膜，而后用双手握挤足部 3 遍。

第五步：施以擦法。以右手大鱼际或掌根着力，擦足跟疼痛部位 3 分钟左右，以透热为度。

【技术要点】

本技术的施术部位以足部为主，以小腿部为辅，重在舒筋通络、活血止痛。主要操作方法为点按法、捏拿法、揉法。施以点按法时，要求穴位定位准确，力度要柔和、持久、有力；施以捏拿法时，手法强度要求适中，主要在穴位和反射区上捏拿；施以揉法时，手指要着实于皮肤，腕关节放松，压力、速度、频率要均匀，操作过程中避免不自觉地耸肩，以防止疲劳。每次治疗时间约为 20 分钟，每日 1 次或隔日 1 次。刺激量以患者能耐受为宜。

【特别提示】

推拿治疗期间，可配合中药熏洗或醋离子导入疗法；治疗后应避免过度行走及足部劳累。

（二）跟腱筋伤（跟腱炎）

足部推拿技术以传统的点、按、揉、拿、摩等手法作用于小腿后侧肌群及跟腱处，以解除小腿肌肉紧张，缓解局部疼痛，消除无菌性炎症，恢复患者的运动功能。

【操作步骤】

浴足操作：

第一步：足浴盆水温调至 36 ～ 40℃。

第二步：患者将双足完全浸入水中，浸泡时水没过脚踝，保持 20 分钟左右。

第三步：让足部毛孔张开，用热毛巾将足部擦净、包裹。

推拿操作：

患者取俯卧位，伸直下肢，暴露患足皮肤。

第一步：在小腿后侧及跟腱处施以揉法、擦法约 5 分钟。

第二步：点按委中、承山、昆仑、仆参、太溪、大钟、水泉、阿是穴等穴位，每个穴位点按 0.5 分钟。

第三步：弹拨跟腱 3 ～ 5 次。患者仍取俯卧位，屈曲膝关节呈 90°。

第四步：屈曲膝关节呈 90°。被动活动患侧踝关节，重点使踝关节被动背伸和跖屈。

第五步：采用非甾体抗炎药外用制剂或者活血化瘀类中成药外用制剂涂抹于局部，并在局部施以指揉法或者指摩法，以促进药物吸收。

【技术要点】

本技术以跟腱部为主要操作部位，重在舒筋活络、止痛。按揉放松要充分，点穴要以局部酸麻胀痛为度，被动活动踝关节时幅度要从小到大，避免使用暴力。操作时注意手法力度要适中，避免造成医源性损伤。

【特别提示】

本技术以足底反射区、下肢经络及下肢穴位为主要操作部位。医生施以按、拿、推、揉、拨、擦等手法。时间与刺激量：每次治疗 20 分钟左右，每日 1 次或隔日 1 次；刺激量以患者能耐受为宜。

（三）不寐（睡眠障碍）

本技术主要通过刺激足底反射区，以及下肢经络、腧穴，同时配合中药足浴，起到宁心安神、平衡阴阳的作用，从而改善患者入睡困难，增加有效睡眠时间，提高睡眠质量。

【操作步骤】

浴足操作：

第一步：取足浴失眠方（药物组成：党参、生白术、盐补骨脂、山药、茯神、首乌藤）20g，兑入热水 1000mL，共同倒入足浴盆，水温调至 36 ～ 40℃。

第二步：患者将双足完全浸入药水中，浸泡时水没过脚踝，保持 20 分钟左右。

第三步：让足部毛孔张开，用热毛巾将足部擦净、包裹。

推拿操作：

先操作左足，依次按压足底的大脑、心脏、生殖腺、脾脏、肾脏反射区，再推小腿至膝，先内侧后外侧，最后擦热内外膝眼。

相同顺序操作右下肢。

【特别提示】

本技术以足底反射区、下肢经络及下肢穴位为主要操作部位。医生施以按、拿、推、揉、拨、擦等手法。时间与刺激量：每次治疗 20 分钟左右，每日 1 次或隔日 1 次；

刺激量以患者耐受为宜。

（撰写人：王程、王权午、潘明柱）

第十三节　中医手法通乳术

中医手法通乳术是指在中医理论指导下，根据脏腑经络学说，在人体体表运用特定的推拿手法治疗哺乳期乳汁淤积型乳腺炎和哺乳期乳少的一种操作技术。具有消肿止痛、通络散结的作用。适用于哺乳期乳痈、乳癖等病证。

一、常用手法

（一）捏法

用拇指和其他手指在治疗部位做相对用力挤压的手法称为捏法。

（二）指按揉法

将手指螺纹面置于治疗部位，用前臂和手指施力进行节律性按压、揉动的手法称为指按揉法。

（三）按法

以指、掌等部位按压施术部位或腧穴的手法称为按法。用力由轻到重，按而留之；再由重到轻，缓慢抬手。

（四）推法

以指、掌着力于治疗部位，做单方向直线推动的手法，称为推法。拇指平推法：以拇指螺纹面着力于治疗部位，其余四指置于前外方以助力，腕关节略屈，拇指向其他四指方向做短距离单方向的直线推动。

（五）拿法

以拇指和其余四指相对用力，提捏或揉捏肌肤的手法，称为拿法。

（六）掐法

用拇指指甲缘刺激穴位的手法，称为掐法，又称切法、爪法。

上述手法为中医手法通乳术的常用手法，在临床治疗的实际运用中，亦可配合其他手法，视具体情况合理选用。

二、主要适应证

1. 乳房内乳管不畅、乳汁淤积者。

2. 哺乳期乳少者。

3. 哺乳期乳汁淤积型乳腺炎见乳房胀痛、局部包块形成者。

三、禁忌证

1. 乳腺炎性脓肿、局部血肿者。

2. 乳房有其他良、恶性实质肿块者。

3. 肿块表面破溃、周围充血水肿、局部张力较高者。

4. 乳房局部患有皮肤病者。

四、注意事项

1. 操作前必须严格掌握手法操作的适应证，判定局部肿块尚未成脓。

2. 手法轻柔，力度均匀，尽量减轻患者疼痛。

3. 排乳前热敷乳房，便于手法操作，以提高排乳疗效。

4. 术者施术前应修剪指甲，以指腹按摩，避免指尖抠伤皮肤。

5. 确保喂食姿势与婴儿的吸吮方式正确，并避免婴儿摄入过多脂肪。

五、临床应用举例

（一）乳痈（哺乳期乳汁淤积型乳腺炎）

【操作步骤】

操作前用温水轻轻擦拭、清洁乳房。医生清洁双手，戴一次性橡胶手套，选择合适体位后进行临床操作。

第一步：患者取仰卧位，暴露患侧乳房。医生以右手中指于膻中、乳根、屋翳处按揉数次。

第二步：医生先以右手四指指腹触诊乳房肿块的大小，以拇指与食指、中指指腹对捏乳晕，观察肿块处所对应的乳孔乳汁分泌情况。如果乳房内乳汁较充盈，则先排出非肿块处的乳汁以降低乳房胀满程度。

第三步：医生在肿块处进行操作时，先由离乳头较近的部位开始，以左手食指、中指、无名指指腹按在肿块上，缓慢向胸壁方向按压，同时右手拇指在肿块处行推法至乳晕处，再将拇指、食指、中指捏住乳晕行捏法操作，使淤积的乳汁逐渐由乳孔排出。本操作由离乳头较近的部位开始，逐渐由近及远，最后将淤积的乳汁排出。

第四步：患者整理好衣物，取坐位。医生站立于患者身后，用双手在其双侧肩井施以拿法数次，再以拇指按揉天宗数次。

【技术要点】

该技术以乳房为主要操作部位，重在疏通乳络，排出淤积的乳汁。治疗期间，勤与患者沟通，舒缓患者紧张心理；及时调整手法力度，做到轻重交替、舒缓有度。一般每次治疗时间为 10 ～ 30 分钟。

【特别提示】

如在治疗最初，患者肿块处有轻微疼痛、胀满感，此为正常现象。

（二）缺乳（乳少）

推拿可起到疏肝解郁、健脾生血、通络下乳的作用。推拿手法治疗本病疗效肯定，应用广泛。本病可分为肝郁气滞型和气血亏虚型。

1. 肝郁气滞型

【操作步骤】

操作前用温水轻轻擦拭、清洁乳房。医生清洁双手，戴一次性橡胶手套，选择合适的体位后进行临床操作。

第一步：患者取仰卧位，暴露双侧乳房。医生在膻中、屋翳（双侧）、膺窗（双侧）、天溪（双侧）、食窦（双侧）、乳根（双侧）处，施以按揉法，每穴操作数次。

第二步：医生先将右手拇指、食指、中指置于乳晕两侧，三指指腹对捏，观察乳孔乳汁分泌情况。左手拇指施以推法，由远及近地将乳汁推向乳晕处，右手三指在乳晕处对捏，将乳汁排出。左手推法力量由轻渐重，直至疏通整个乳房。

第三步：患者整理好衣物，取仰卧位。医生站立于患者身旁，以右手掐按双侧少泽处数次，再以拇指按揉双侧太冲数次。

第四步：患者取坐位，医生站立于患者身后，在双侧肩井处施以拿法数次，按揉双侧天宗、双侧肝俞数次。

2. 气血亏虚型

【操作步骤】

操作前用温水轻轻擦拭、清洁乳房。医生清洁双手，戴一次性橡胶手套，选择合适的体位后进行临床操作。

第一步：患者取仰卧位，暴露双侧乳房。医生在膻中、膺窗（双侧）、屋翳（双侧）、天溪（双侧）、食窦（双侧）、乳根（双侧）、中脘、天枢（双侧）处，施以按揉法，每穴操作数次。

第二步：医生先将右手拇指、食指、中指置于乳晕两侧，三指指腹对捏，观察乳孔中乳汁分泌情况，然后左右手环抱乳房，双手拇指交替用推法由远及近地将乳汁推向乳晕处，右手三指在乳晕处对捏，将乳汁排出，反复多次，直至疏通整个乳房。双侧乳房均行此步操作。

第三步：患者整理好衣物，取仰卧位。医生站立于患者身旁，以右手掐按双侧少泽处数次，再以拇指按揉双侧足三里、双侧三阴交数次。

第四步：患者取坐位，医生站立于患者身后，在双侧肩井施以拿法数次，拇指按揉双侧天宗、双侧脾俞、双侧胃俞数次。

对于气血亏虚型乳少患者，可根据实际情况酌情配合食物或中药，调理效果更佳。

【技术要点】

本技术以乳房为主要操作部位，重在疏肝解郁、健脾养血、疏通乳络。治疗期间，应勤与患者沟通，舒缓患者心情；及时调整手法力度，做到轻重交替、舒缓有度。一般每次治疗时间为 15 ～ 30 分钟，可随证加减穴位。

【特别提示】

患者需注意营养均衡，保持心情平和舒畅。

（撰写人：李丹丹、邢杰、刘晓雁）

附：本章推荐阅读

一、皮部经筋推拿技术

1. 王春林，孙庆 . 伤科推拿治疗学［M］. 北京：科学出版社，2019.

2. 林辰，韦英才 . 壮医经筋学［M］. 北京：中国中医药出版社，2020.

3. 孙武权，吴云川 . 推拿学［M］. 3 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

4. 房敏，王金贵 . 推拿学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

二、脏腑推拿技术

1. 王金贵，付国兵 . 脏腑推拿治疗学［M］. 北京：科学出版社，2019.

2. 中华中医药学会 . T/CACM 1079—2018 中医治未病技术操作规范脏腑推拿［S］. 北京：中国中医药出版社，2018.

三、关节运动推拿技术

1. 房敏，王金贵 . 推拿学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

2. 孙武权，吴云川 . 推拿学［M］. 3 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 沈国权 . 脊柱推拿的理论与实践：脊柱微调手法体系［M］. 北京：人民卫生出版社，2015.

四、关节调整推拿技术

1. 房敏，王金贵 . 推拿学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

2. 孙武权，吴云川 . 推拿学［M］. 3 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

3. 沈国权 . 脊柱推拿的理论与实践：脊柱微调手法体系［M］. 北京：人民卫生出版社，2015.

4. 吴山，范志勇 . 林氏正骨推拿指南［M］. 北京：科学出版社，2022.

五、经穴推拿技术

1. 房敏，王金贵 . 推拿学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

2. 周运峰 . 推拿治疗学［M］. 2 版 . 上海：上海科学技术出版社，2020

六、推拿导引技术

1. 吕立江 . 推拿功法学［M］. 北京：中国中医药出版社，2016.
2. 章文春，邬健卫 . 中医运动养生学［M］. 北京：中国中医药出版社，2022.

七、小儿推拿技术

1. 邵瑛，于娟 . 小儿推拿学［M］. 3 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.
2. 葛坚，王宁利 . 眼科学［M］. 3 版 . 北京：人民卫生出版社，2015.
3. 王卫平，孙锟，常立文 . 儿科学［M］. 9 版 . 北京：人民卫生出版社，2018.

八、器械辅助推拿技术

1. 北京按摩医院 . 实用按摩手册［M］. 北京：华夏出版社，2013.
2. 姚斐 . 内功推拿［M］. 北京：中国中医药出版社，2017.

九、膏摩技术

1. 纪清 . 常见病特色推拿治疗［M］. 北京：人民军医出版社，2015.
2. 房敏，王金贵 . 推拿学　新世纪第 5 版［M］. 北京：中国中医药出版社，2021.06.
3. 曾科学 . 南派膏摩疗法［M］. 广州：广东科技出版社，2024.12.

十、踩跷推拿技术

1. 廖品东 . 中医踩跷疗法［M］. 北京：科学技术文献出版社，2004.
2. 胡玉玲，齐强 . 实用图示踩跷疗法［M］. 北京：学苑出版社，2006.
3. 罗才贵 . 峨眉伤科疗法流派［M］. 四川：四川科学技术出版社，2020

十一、倒悬推拿技术

1. 严金林 . 倒悬推拿疗法［M］. 北京：中医古籍出版社，2006
2. 龙层花 . 脊椎病因治疗学［M］. 北京：世界图书北京出版公司，2012
3. 韦贵康 . 脊柱相关疾病学［M］. 北京：人民卫生出版社，2012.

十二、足部推拿技术

1. 王新军，沈明球，彭进 . 推拿治疗规范［M］. 乌鲁木齐：新疆人民卫生出版社，2021.

2. 程爵棠，程功文 . 足底疗法治百病［M］. 5 版 . 郑州：河南科学技术出版社，2017.

十三、中医手法通乳术

1. 林毅，唐汉钧 . 现代中医乳房病学［M］. 北京：人民卫生出版社，2003.

2. 林毅，蔡炳勤 . 外科专病中医临床诊治［M］. 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2005.

3. 房敏，王金贵 . 推拿学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

第三章　刮痧砭术类技术

第一节　刮痧技术

刮痧技术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及不同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，常用于治疗外感性疾病和骨关节疼痛性疾病等。

一、常用物品及基本操作方法

（一）常用物品

1. 器具

刮痧板（砭石、水牛角、玉石等材质）。

2. 介质

刮痧油、润肤乳、精油等。

（二）基本操作方法

1. 握持及运板方法

单手握板，将刮痧板放置于掌心，由拇指和食指、中指夹住刮痧板，无名指和小指紧贴刮痧板边角，从 3 个角度固定刮痧板。刮痧时，医生利用指力和腕力调整刮痧板角度，使刮痧板与皮肤之间形成约 45° 的夹角。以肘关节为轴心，前臂做有规律地移动。

2. 刮痧顺序

选择刮痧顺序的总原则为先头面后手足，先腰背后胸腹，先上肢后下肢，逐步按顺序刮痧。全身刮痧者的刮痧顺序为头、颈、肩、腰背、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；腰背部刮痧顺序为腰背部正中、脊柱两侧、双下肢。

3. 刮痧方向

选择刮痧方向的总原则为由上向下、由内向外，单方向刮拭，尽可能拉长距离。头部一般采用由前向后梳头法；或分部位刮拭，以百会为中心，前后分别向前、向后刮，两侧由前向后刮。面部刮痧方向一般由正中向两侧、下颌向外上刮拭。颈肩部刮痧方向

为正中、两侧由上往下，肩上由内向外，肩前、肩外、肩后由上向下。胸部刮痧方向为正中由上向下，肋间则由内向外。腹部刮痧方向由上向下，逐步由内向外扩展。四肢刮痧方向宜向远心端方向刮拭。

4. 刮痧时间

刮痧时间包括每次治疗时间、治疗间隔和疗程。

（1）*每次治疗时间*　每个部位一般刮拭 20 ～ 30 次，每位患者通常选 3 ～ 5 个部位进行刮拭。局部刮痧时间一般为 5 ～ 10 分钟，全身刮痧时间宜 10 ～ 20 分钟。

（2）*治疗间隔*　两次刮痧之间宜间隔 3 ～ 6 日，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，则不宜在原部位进行刮拭，可另选其他相关部位进行刮痧。

（3）*疗程*　急性病疗程以痊愈为止，慢性病一般以 7 ～ 10 次为 1 个疗程。

5. 刮痧程度

刮痧的程度包括刮拭的力量强度和出痧程度。

（1）*力量强度*　刮痧时用力要均匀，由轻到重，以患者能够承受为度。

（2）*出痧程度*　一般刮至皮肤出现潮红、紫红等颜色变化，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。

6. 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、痛证的患者。

（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，以及辨证属于急证、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，以及辨证属于虚证的慢性病患者。

（3）*按刮拭方向分类*

1）直线刮法：又称直板刮法，即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、四肢等。

2）弧线刮法：刮拭方向呈弧形，刮拭后体表出现弧形的痧痕。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地旋转移动，或进行直线式往返移动，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地单方向刮拭，如梳头状。此法宜用于头痛、头晕、疲劳、睡眠障碍和精神紧张等病症。

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、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进行刮拭。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、主要适应证

1. 头痛、头晕、睡眠障碍、发热、胃痛、腹痛、便秘、泄泻、中暑、痹证、痿证、口僻、哮喘、中风后遗症、胁痛、呃逆、疲劳、肥胖等内科疾病。

2. 落枕、项痹、腰痹等痹证，以及静脉曲张等外科疾病。

3. 痛经、月经不调、带下病、闭经等妇科疾病。

4. 黄褐斑、痤疮、荨麻疹等皮肤科疾病。

5. 耳鸣、耳聋等五官科疾病。

三、禁忌证

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. 不能配合者，如醉酒者、精神分裂症患者、抽搐患者等。

6. 特殊部位，如眼睛、口唇、舌体、耳孔、鼻孔、乳头、肚脐、前后二阴及大血管显现处等部位，以及孕妇的腹部、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。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，尤其在冬季，应避免患者感受风寒。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，均属正常现象。刮痧后皮肤出现潮红、紫红等颜色变化，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，数日后即可自行消失，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，令其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、水沟、内关、足三里、涌泉等穴。

5. 刮痧结束后，最好饮用 1 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. 年迈体弱者、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。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

【技术要点】

刮痧治疗项痹的主要操作部位是头部、颈肩部和上肢。患者取坐位。

刮头部：梳刮法。单方向刮拭，从前额发际处及双侧太阳穴向后发际区域刮拭，使头部放松；重点刮拭太阳、百会和风池穴。

刮颈肩部：患者低头向前倾，医生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用直线刮法刮颈部正中。轻刮督脉风府至陶道循行区域，刮 10 ～ 20 次。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用直线刮法刮颈部脊柱两侧。重刮膀胱经天柱至风门循行区域，每侧 20 ～ 30 次，点压按揉风门。③用轻刮法、弧线刮法刮颈部外侧。刮拭颈部两侧风池至肩井循行区域，每侧 20 ～ 30 次，点压按揉肩井。

刮上肢：患者头颈向对侧平旋，医生用一手牵拉其前臂，另一手握刮痧板，刮拭上

肢大肠经肩髃至合谷穴循行区域，每侧 10 ～ 20 次。可重刮肩髃、曲池穴，点压按揉合谷穴 3 ～ 5 次。

【特别提示】

刮痧对于缓解颈项痛、肩背痛、上肢痛、头晕、头痛等，效果尤为明显，配合按摩、拔罐则效果更佳。

颈部多采用坐位进行刮痧，不宜取卧位。手法宜轻柔，力量适中，双手配合，不可强力硬刮，以免损伤肌腱、韧带和棘突。

颈部肌肉薄弱之人棘突较为突出，在督脉上不宜直线重刮，可用刮痧板棱角在椎间隙进行点压和按揉，以提高效果。

（二）漏肩风（肩关节周围炎）

【技术要点】

刮痧治疗漏肩风的主要操作部位是颈肩部、上肢和下肢。患者取坐位。

刮颈肩部：①用轻刮法刮颈部正中。直线刮拭督脉风府穴至大椎循行区域，刮 10 ～ 20 次；若肌肉薄弱、棘突明显者，可用刮痧板棱角点压按揉椎间隙，自上而下，每个间隙按压 3 ～ 5 次。②用重刮法刮肩胛内侧。直线刮拭膀胱经天柱至膈俞穴循行区域，每侧 20 ～ 30 次。③用弧线刮法刮肩上部。刮风池穴经肩井穴至肩髃区域，每侧 20 ～ 30 次，点压按揉风池、肩井穴。④刮肩后部。先用直线轻刮法由内向外刮拭肩胛冈上、下，再用弧线刮法刮拭腋后线，每个部位刮 20 ～ 30 次。⑤用弧线刮法刮肩前部，由上向下刮拭腋前线，每侧 20 ～ 30 次。⑥用重刮法、直线刮法刮肩外侧，刮拭三角肌正中及两侧缘，每侧 10 ～ 20 次。

刮上肢：刮拭上肢大肠经肩髃穴至合谷穴循行区域，每侧 10 ～ 20 次，可重刮肩髃、曲池穴，点压按揉合谷穴 3 ～ 5 次。

刮下肢：用直线刮法刮胃经足三里穴至条口穴循行区域，每侧 20 ～ 30 次，条口穴可重刮。

【特别提示】

刮痧对于缓解肩痛效果尤为明显，但要明确诊断，先排除肩关节骨折、脱臼等其他疾病。

漏肩风越早治疗越容易被治愈，若配合按摩、拔罐则效果更佳。若肩痛日久不治，可发生肩关节粘连、肩关节活动受限，此时应配合按摩、拔罐、针灸，以增强治疗效果。

应加强肩关节的自我锻炼，以促进肩关节功能的恢复；注意肩部保暖，避免受风、受寒。

（三）腰痹（腰肌劳损、腰椎间盘突出症）

【技术要点】

刮痧治疗腰痹的主要操作部位是腰背部和下肢。患者取俯卧位。

刮腰背部：①用轻刮法刮腰背部正中。从上向下刮督脉循行区域，刮 10 ～ 20 次。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用直线重刮法刮腰背部脊柱两侧。从上向下刮拭腰背部脊柱旁开 1.5 ～ 3.0 寸的区域，或腰背部膀胱经两条侧线区域，每侧 20 ～ 30 次。

③用直线轻刮法刮腰骶部。刮拭上髎穴至会阳穴循行区域，每侧 10 ～ 20 次。

刮下肢：以膝关节为界分上下两段分别刮拭，以每段刮拭 20 ～ 30 次为宜。①用直线刮法刮下肢后侧。先刮拭膀胱经承扶穴经殷门穴至委中穴循行区域，再刮委中穴经承筋穴至承山穴循行区域；点压按揉委中穴，可重刮承山穴。②用直线刮法刮下肢外侧。先刮胆经环跳穴经风市穴至膝阳关穴循行区域，再刮阳陵泉穴至悬钟穴循行区域，点压按揉环跳穴。

【特别提示】

刮痧对于缓解腰痹，尤其是慢性腰肌劳损、腰椎间盘突出症导致的腰痹效果明显，但要先明确诊断，排除腰椎骨折等其他疾病。

瘀血腰痹若是由新感外伤引起，如急性腰扭伤，则不能马上进行刮痧。只有没有肿胀表现的陈旧性腰痹才能进行刮痧治疗，此时应配合按摩、拔罐、针灸，以增强效果。

内脏疾病如肾病引起的腰痹，应综合考虑对肾病进行内外同治。

注意背部保暖，避免受风、受寒；或加用腰托固护，避免腰部损伤。

（撰写人：杨金生、杨莉）

第二节　放痧技术

放痧，又称挑痧，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、开窍泄热、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、痧筋放血等方法，常用于治疗各种实热证、瘀血疼痛性疾病，如感冒、发热、头痛、咽痛、痤疮、静脉曲张等。

一、常用器具、穴位及基本操作方法

（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针具等。

（二）常用穴位

1. 头面

百会、太阳、印堂穴。

2. 颈项

大椎穴。

3. 舌

金津、玉液穴。

4. 背部

督脉及膀胱经腧穴。

5. 上肢

十宣、少商、曲池、尺泽穴。

6. 下肢

委中、承山穴。

（三）基本操作步骤

1. 消毒

①宜选用一次性三棱针。②用 75% 乙醇或碘伏在施术部位消毒。③用七步洗手法将医生双手清洗干净，再用 75% 乙醇擦拭。

2. 持针法

一手拇指、食指持住针柄，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. 放痧方法

放痧方法可分为点刺法、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、印堂穴等，以治疗感冒、发热、头痛、胃脘痛、睡眠障碍等病。

（2）*挑刺法*　一手按压施术部位两侧，或夹起皮肤，使皮肤固定，另一手持针以 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。

（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。刺入静脉中立即将针退出，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，以及小腿等处的浅表静脉放痧，以治疗急性吐泻、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将血液擦净或按压放痧部位。所放血液应做无害化处理。

二、主要适应证

放痧技术主要用于腘窝、太阳穴等处的浅表静脉扩张，也可用于中暑、急性腰扭

伤、下肢静脉曲张等病症。

三、禁忌证

1. 凝血机制障碍者禁用。

2. 血管瘤、不明原因的肿块等处禁用。

四、注意事项

1. 放痧工具要严格消毒后才能使用，以防止施术部位感染。

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，防止晕针或晕血的发生。

5. 出血较多时，宜适当休息后离开。

五、临床应用举例

（一）感冒（上呼吸道感染）

【技术要点】

患者先取仰卧位，穴位消毒后，点刺太阳、少商穴，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。

【特别提示】

用此法治疗感冒时，常配合拔罐技术使用，放血后在大椎处留罐。操作完毕后，嘱患者注意背部保暖，勿使背部受寒。

（二）筋瘤（下肢静脉曲张）

【技术要点】

放痧技术治疗筋瘤的主要操作部位是委中穴及周围相应的浅表静脉突出曲张部位。患者取站位，用75%乙醇或碘伏在施术部位进行消毒，用三棱针或一次性注射器针头在操作部位进行刺络放血，每次3～5个部位，每个部位出血量以3～10mL为宜。具体放痧点应按照由下向上的顺序进行操作，以防上方血液流淌遮盖下方的操作部位。

【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。

（撰写人：王莹莹、施茵）

第三节　撮痧技术

撮痧技术是指医生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，以使皮肤出现紫红色痧斑为特征的一种治疗疾病的技术。该技术具有行气开闭、调畅气机、宣泄痧毒等功效，常用于治疗外感性疾病、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，或清水润湿手指。

（二）常用施术部位

1. 头部

印堂、太阳穴。

2. 颈部

颈前常用廉泉、天突穴，廉泉与天突穴连线之中点及中点左右各旁开 1 寸处。颈后常用大椎穴、大椎穴直上后发际处、大椎穴与后发际连线之中点及中点左右各旁开 1 寸处。

3. 胸部

从璇玑穴起，分别向左右每隔 1 寸取 1 处。

4. 腹部

下脘、石门、天枢穴。

5. 肩部

肩井穴。

6. 背部

督脉及膀胱经穴位，以及经脉循行线，根据病情选取。

7. 腰部

督脉及膀胱经穴位，以及经脉循行线，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，暴露后项及腰背部。此体位用于撮后项、肩部及腰背部。

2. 仰靠坐位

仰坐于靠背椅上，暴露颈部。此体位用于撮头部、腹部、颈部。

3. 俯卧位

面部朝下，俯卧于床上，暴露后项及腰背部。此体位用于撮后项及腰背部。

（四）常用撮痧手法

1. 拧痧法

医生五指屈曲，以拇指与食指对准撮痧部位，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

扯痧法又称揪痧法。医生五指屈曲，将中指和食指弯曲如钩状，用食指、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“叭叭”声响为佳。在同一部位可连续操作 10 ～ 30 次，扯至被夹起部位出现紫红色或暗红色痧斑为度。也可用拇指和食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，以及颈部、背部等处。

3. 挤痧法

医生用两手拇指指腹，或两手食指、拇指指腹，或单手除小指外四指指腹相对用力，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

医生以拇指、食指、中指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，反复至皮肤出现痧痕斑点为度。此法主要用于背部、腹部。

5. 推痧法

医生用拇指指腹、大鱼际、小鱼际或手掌根紧贴相应的治疗部位，以适当的压力在皮肤上进行单方向直线移动，反复推按 20 ～ 30 次，至皮肤充血出现痧痕为度。此法主要用于腰背部。

二、主要适应证

撮痧技术主要用于头面部印堂穴、颈部天突穴和背部夹脊穴等部位，治疗头痛、中暑、喉痹（急、慢性咽炎）等疾病。

三、禁忌证

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，防止患者冒风受邪。

2. 撮痧部位要先做常规消毒再施撮痧术。

3. 撮痧手法要轻重适宜、频率轻快，不能用猛力，以患者能耐受为度，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。对儿童与年老体弱者施用的撮痧手法宜轻，撮穴宜少，防止撮伤皮肤，引起感染；对体质壮实者施用的撮痧手法宜重，撮穴宜多。

5. 在撮痧过程中，如见冷汗不止、吐泻不止、脉象沉伏等情况，应停止撮痧，并及时行综合抢救，防止发生意外。

6. 撮痧后，患者宜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。

8. 长期服用抗凝药物或存在血小板减少情况的患者应慎用撮痧法。

五、临床应用举例

（一）头风（偏头痛）

【技术要点】

撮痧技术治疗头痛的主要操作部位是头部和颈后部。根据操作部位不同，患者依次取仰靠坐位和俯伏坐位，充分暴露颈前部和颈后部。

撮头部：运用扯痧法或挤痧法，撮挤前额印堂穴和双侧太阳穴，每穴 10 ～ 20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

撮后颈部：用推痧法推大椎穴与后发际正中之连线，从上往下推 20 ～ 30 次；沿枕骨粗隆从风池穴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）伤暑（中暑）

【技术要点】

撮痧技术治疗中暑的主要操作部位为头部、颈部和背部。根据操作部位不同，患者依次取仰靠坐位、俯伏坐位或俯卧位，充分暴露施术部位。

撮头部：以扯痧法或挤痧法撮挤前额印堂穴和双侧太阳穴，每穴 10 ～ 20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

撮颈部：以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。

撮背部：以推痧法依次从上往下推督脉陶道穴至命门、膀胱穴，经大杼穴至胃俞穴的循行区域，各推 20 ～ 30 次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

（三）喉痹（急性咽炎）

【技术要点】

撮痧技术治疗喉痹的主要操作部位是颈部。根据操作部位不同，患者依次取仰靠坐位和俯伏坐位，充分暴露施术部位。

撮颈前部：以扯痧法或拧痧法撮扯廉泉、天突穴，廉泉与天突穴连线中点及喉结两侧等，每处 10 ～ 20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑为止。

撮颈后部：以推痧法自上向下推大椎穴与后发际正中之连线，20 ～ 30 次。以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止。

（撰写人：郑君圣、梁丽喆）

第四节　砭石治疗技术

砭石治疗技术简称“砭术”，指使用特制的砭板、砭镰、电动（热）砭具、砭贴等工具，在中医经络腧穴理论指导下发挥疏通经络、调节脏腑、防治疾病作用的一种外治技术。具有生物安全性和良好生物物理学特性，以医疗保健为目的的特殊石头称为砭石。将适合用于医疗保健的石料打磨成特定形状，或以石料为主并与其他材料相组合形成的医疗保健工具称为砭具。砭术的主要适用范围包括：腰腿痛、颈肩背痛、四肢关节痛等骨关节类疾病，肌肉痉挛、肌肉粘连等软组织类疾病，痛经、月经不调、乳癖等妇科类疾病，以及口僻等神经类疾病。

一、砭具及基本操作方法

（一）砭具

砭具是以砭石为核心材料所制作的医疗保健工具的总称，可分为传统砭具和电动（热）砭具。在医疗机构中使用的传统砭具应符合第一类医疗器械的标准，电动（热）砭具应符合第二类医疗器械的标准。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、拔罐类砭具和佩戴贴敷类砭具。

传统砭具还可根据砭具的形态和作用方式分为板形砭具、锥棒形砭具。

电动（热）砭具还可根据砭具的形态和使用方式分为电热砭具、电动拔罐砭具（可兼具电热功能）、电动按摩砭具（可兼具电热功能）。佩戴贴敷类砭具包括砭贴。

不同类型的砭具适用于人体不同的部位，具有不同的作用，可产生不同的功效，这是砭术的主要特色之一。

（二）传统砭具的基本操作方法

根据砭术手法的不同和砭石的物性，将传统砭具的操作方法分为五大类。

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、由内向外的单方向刮拭或往返双向刮拭，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，做直线单向移动，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，做快速直线往复移动。

2. 摆动类

（1）揉法　使用砭具的弧面在体表进行摆动按揉，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，然后做高频往复摆动。

（3）滚法　使用锥棒形砭具的棒体部分压在体表，然后做往返滚动。

（4）划法　使用板形砭具或锥棒形砭具，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棒形砭具，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　用板形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，然后放置于患者发热、红肿的部位。

（3）佩法　将较小尺寸的佩戴类砭具放置或佩戴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）贴敷法　运用“砭贴”等贴敷类工具或产品将砭石贴片贴敷于体表经络穴位、部位，操作时需揭开贴片防粘膜，将贴片贴于相关穴位，按揉 1 ～ 3 分钟；每次贴 6 ～ 8 小时，次日更换新贴。因本品与皮肤结合后持粘性较强，在揭贴时应先揭开一个小角，然后慢慢牵拉即可揭掉，利用砭石的独特生物物理特性深层次刺激经络穴位，发挥调理作用。

（三）电动（热）砭具的基本操作方法

电动（热）砭石温熨法、电动砭石拔罐法、电动砭石按摩法具体可见相关操作说明。

二、主要适应证

1. 感冒、头痛等外感疾病。
2. 腰腿痛、颈肩背痛、四肢关节风湿痛等骨关节疾病。
3. 肌肉痉挛、肌肉粘连等软组织疾病。
4. 痛经、月经不调、乳癖等妇科疾病。
5. 面神经炎、睡眠障碍等神经疾病。

三、禁忌证

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，如血友病或外伤出血。
3. 手法操作区域有烫伤、皮肤病或化脓性感染。
4. 急性脊柱损伤诊断不明者，或不稳定性脊柱骨折及脊柱重度滑脱。
5. 肌腱或韧带完全或部分断裂。
6. 妊娠妇女的腰骶部、臀部和腹部，禁止使用砭术。
7. 凡过饱、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。
8. 使用贴敷类方法出现皮肤破损、发脓、溃疡、皮疹者禁止使用；对砭贴成分过敏者禁止使用。

四、注意事项

1. 在砭术操作过程中，医生要认真观察患者的反应，经常询问患者的感觉，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. 若面部有痤疮或疮瘢，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。不能使用不合格的砭具。

6. 使用热熨法时，砭具温度应控制在安全范围内，以免烫伤皮肤。

7. 使用罐法时，砭罐内负压和留罐时长应控制在安全范围内，以免造成体表软组织损伤。

8. 使用高频按摩法时，应注意避免直接触及骨节突出体表的部位，注意砭具的作用强度和使用时长，以免造成软组织损伤。

9. 儿童使用砭贴时，需在成人监督下使用；勿用于哺乳期妇女、安装心脏起搏器患者。使用中观察皮肤情况，若有轻微不适或偶有皮肤发红等过敏症状，停用并对症处理。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈椎病）

【常用方法】

刮法、推法、点法、擦法、热熨（敷）法、罐法、振动按摩等。

【技术要点】

颈项部：自风府、风池穴水平向下用砭板或砭镰施以推法、刮法，力量由轻渐重。大面积实施手法后，重点沿督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经进行推、刮，配合点揉颈夹脊穴等。亦可在风府、风池穴定罐或热熨，在足太阳膀胱经、足少阳胆经进行振动按摩。

肩部：用砭板或砭镰施以大面积推、刮后，再用砭板的角或砭镰的尾锥着重点揉肩井等穴。亦可在肩井等穴定罐或热熨。亦可在肩中俞、肩井、巨骨三穴间走罐或来回振动按摩。

上肢：先施以由上至下的推法、擦法，或振动按摩，或热熨，然后根据经络辨证，若疼痛或麻木以桡侧为主，取手太阴经及手阳明经穴位；若疼痛或麻木位于上肢中间部位，取手厥阴经及手少阳经穴位；若疼痛或麻木以尺侧为主，取手少阴经、手太阳经穴位；若疼痛或麻木以手部为主，重点点揉劳宫、中冲、关冲穴。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

【常用手法】

点法、按法、推法、刮法、罐法、振动按摩等。

【技术要点】

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，自风府穴向下

操作。②用砭板或砭镰点揉颈夹脊穴、百劳、大杼、风门、肩中俞等穴位及肩胛骨内上角。③在大杼、肩中俞、肩井、巨骨穴间走罐或来回振动按摩。

肩背部：①用椭圆砭石或板形砭具大面积实施推法、刮法，自肩髃穴向下、向后操作。②用椭圆砭石或砭板沿小肠经肩贞至肩中俞穴、大肠经臂臑至巨骨穴、三焦经臑会至天髎穴，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。④在肩髃、肩髎、臑俞、臂臑等穴定罐。

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；或用电动按摩砭具沿上述路径来回振动按摩。②用砭板或砭镰点揉小海、曲池、合谷、外关、中渚等穴。

下肢：用锥棒类砭具点按条口、阳陵泉、足三里穴。手法根据病情而定，实证用泻法，虚证用补法。

【特别提示】

初期治疗手法宜轻，后期治疗手法可适当加重，并加强肩关节的被动活动。

（三）膝痹（膝骨关节炎）

【常用手法】

刮法、擦法、滚法、揉法、摩法、点按、热熨（敷）法、罐法、振动按摩等。

【技术要点】

使用板形砭具沿膝关节上下（上至髋关节，下至踝关节），自上而下广泛地施加刮法、擦法，使手法作用面产生发热、微红的状态。

取足三里、内膝眼、外膝眼、伏兔、梁丘、膝关、血海等穴位，使用锥棒形砭具进行点刺，或使用块形砭具、球形砭具进行按揉，力度由轻渐重；或取内膝眼、外膝眼、鹤顶穴定罐。

对于大腿后侧、腘窝及小腿一带，使用上述砭具施加刮、擦、摩、揉、滚等手法。在腘窝委中穴处重点施加点刺、按揉的手法；或取委中定罐；或沿足太阳膀胱经跗阳、委中、承扶穴来回振动按摩。

沿足少阳胆经悬钟至阳陵泉穴、中渎至环跳穴来回振动按摩。

【特别提示】

砭具振动按摩，对于严重骨质疏松患者应慎用。

（四）痛经（原发性痛经）

【常用手法】

刮法、擦法、揉法、点按、热熨（敷）法、振动按摩等。

【技术要点】

腹部：经前 3 日，每日用加热砭块或电热砭具在患者小腹及腰骶部行温法，或

用球形砭具或板形砭具在小腹正中做顺时针旋转揉摩。从小腹至脐部行反推法；用锥棒形砭具点压、用球形砭具按揉小腹和肋下，或用电动砭具在小腹正中做顺时针振动按摩。

背部：用板形砭具从至阳至长强穴、膈俞至下髎穴行刮法。实证者用泻法，虚证者用补法。用锥棒形砭具点按肝俞、膈俞、脾俞、胃俞、肾俞、八髎等穴位。用板形砭具在腰骶处行横擦法，以透热为度。

下肢：用板形砭具沿下肢内侧足太阴脾经循行区域行刮法，从箕门刮至血海穴，从阴陵泉刮至三阴交穴。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。对因情志所伤者重点按揉太冲穴。

【特别提示】

砭术调理以行经前为宜。经期砭术调理手法要轻柔，尤其对腹部更需注意。

（五）口僻（面神经炎）

【常用手法】

点法、按法、揉法、刮法、推法、热熨（敷）法、罐法等。

【技术要点】

额面部：①用砭板凸边刮擦额部或用砭罐在额部走罐，沿督脉由印堂向上至神庭穴，由两侧阳白向上至本神穴进行走罐操作。再沿额中部水平向两侧额角进行走罐操作。②用砭板或砭镰点揉阳白、颧髎、地仓、太阳、翳风、颊车等穴。③用热砭热熨（敷）下关、颧髎、颊车等穴。

肩背部：用椭圆砭石沿督脉由风府、大椎至腰俞穴行推法，沿足少阳胆经、手少阳三焦经由风池至肩井穴、由天髎至肩髎穴行刮法或走罐，进行经络疏导。

【特别提示】

初期治疗手法宜轻，后期治疗手法可适当加重。

（编写人：张维波、窦文安、侯中伟）

附：本章推荐阅读

一、刮痧技术

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/T 21709.22—2013 针灸技术操作规范　第 22 部分：刮痧［S］. 北京：中国标准出版社，2013.

2. 杨金生，王莹莹 . 痧证文献整理与刮痧现代研究［M］. 北京：中国医药科技出版社，2015.

3. 杨金生，王莹莹 . 中国标准刮痧［M］. 西安：西安交通大学出版社，2017.

4. 国家中医药管理局职业技能鉴定指导中心，国家中医药行业特有工种职业技能鉴定工作中医刮痧师职业专家委员会 .. 中医刮痧师［M］. 北京：中国中医药出版社，2009.

5. 中华中医药学会. ZYYXH/T 159—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.

二、放痧技术

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/T 21709.22—2013 针灸技术操作规范　第 22 部分：刮痧［S］. 北京：中国标准出版社，2013

2. 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/T 21709.4—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.

3. 杨金生，王莹莹 . 痧证文献整理与刮痧现代研究［M］. 北京：中国医药科技出版社，2015

4. 杨金生，王莹莹 . 中国标准刮痧［M］. 西安：西安交通大学出版社，2017.

5. 国家中医药管理局职业技能鉴定指导中心，国家中医药行业特有工种职业技能鉴定工作中医刮痧师职业专家委员会 . 中医刮痧师［M］. 北京：中国中医药出版社，2009.

6. 中华中医药学会. ZYYXH/T 159—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.

三、撮痧技术

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/T 21709.22—2013 针灸技术操作规范　第 22 部分：刮痧［S］. 北京：中国标准出版社，2013.

2. 杨金生，王莹莹 . 痧证文献整理与刮痧现代研究［M］. 北京：中国医药科技出版社，2015.

3. 杨金生，王莹莹 . 中国标准刮痧［M］. 西安：西安交通大学出版社，2017.

4. 国家中医药管理局职业技能鉴定指导中心，国家中医药行业特有工种职业技能鉴定工作中医刮痧师职业专家委员会 . 中医刮痧师［M］. 北京：中国中医药出版社，2009.

5. 中华中医药学会. ZYYXH/T 159—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.

四、砭石治疗技术

1. 中华中医药学会 . 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.

2. 耿引循，谷世喆 . 实用砭石疗法［M］. 北京：学苑出版社，2007.

3. 罗才贵 . 推拿治疗学［M］. 北京：人民卫生出版社，2001.

4. 中华人民共和国人力资源和社会保障部 . 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.

5. 中华中医药学会 . ZYYXH/T 159—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.

第四章　拔罐类技术

第一节　拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术

拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术是以罐为工具，利用燃烧、抽吸、蒸汽等方法形成罐内负压，使罐吸附于腧穴或相应体表部位，令局部皮肤充血或形成瘀血，产生良性刺激，以防治疾病的一种方法。常用于咳嗽、感冒、口僻、不寐、肩凝症、腰痹、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、抽气罐、磁罐和电火罐等。

（二）基本操作方法

1. 吸拔方法

（1）火罐法

1）闪火法：一般用于玻璃罐及陶罐。一手持血管钳或持针器夹住含适量 95% 乙醇的棉球，用点火工具将其点燃；一手持罐，罐口朝下。将火迅速置于罐内旋转 1 周退出，随即将罐快速吸拔在选定部位。

特别提示：嘱患者保持体位相对固定；保证罐口光滑无破损；棉球需含适量 95% 乙醇，不可过少，更不可过多，防止点燃后乙醇下滴烫伤皮肤；乙醇棉球燃烧时，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：一般用于玻璃罐。将含适量 95% 乙醇的棉球或易燃纸片点燃后投入罐内，迅速将罐吸拔在选定部位。

特别提示：因罐内有燃烧物质，应注意罐口与皮肤的密封性，否则易致皮肤烫伤。

3）贴棉法：此法一般用于玻璃罐及陶罐。根据罐具大小选择合适规格的含适量 95% 乙醇的棉片，贴附在罐内壁的中下段。点燃棉片后，将火罐迅速吸拔于选定部位。

特别提示：棉片浸 95% 乙醇不宜过多，以免烫伤皮肤。

（2）煮罐法　一般用于竹罐。将竹罐放置于沸水或药液中煮沸、煮透，用长镊子将

竹罐捞出后以毛巾捂住罐口并吸去表面水分，待温度降低至略高于皮温时，迅速将竹罐按于相应部位上，并予以按压，直至竹罐吸拔至选定部位。

（3）抽气罐法

1）手动抽气罐法：一般用于抽气罐、磁罐。将罐置于选定部位上，抽出空气，使其产生负压而吸附于相应部位。

2）电动抽气罐法：一般用于电火罐。将罐置于选定部位上，打开电源开关，选择适宜吸力档位，将罐具吸附于相应部位。

2. 应用方法

（1）留罐法　用于玻璃罐、竹罐、陶罐、磁罐、电火罐和抽气罐等。采用火罐法、水罐法、抽气罐法将罐吸拔于施术部位，留置一定时间后将罐起下。

操作要点：应选择适宜操作的体位，一般选择肌肉较丰厚部位。

（2）闪罐法　用于玻璃罐。以闪火法将罐吸附于皮肤后，随即取下，如此反复操作，以皮肤潮红、发热、充血或形成瘀血为度。

操作要点：应选择适宜操作的体位，多用于面部、肌肤不仁处及儿童患者。闪罐操作中乙醇棉球必须小于罐口直径，且务必注意查验罐口温度，若罐口温度较高，需及时更换罐具，避免烫伤患者。

（3）走罐法　又称推罐法，此法用于玻璃罐、电火罐。先于吸拔部位涂抹适量温水或润滑剂，采用火罐法、电动抽气罐法将罐吸拔于皮肤上，再以手握住罐底，稍倾斜罐体，沿一定方向推拉，或做环形旋转运动，如此反复数次，至皮肤潮红、深红或出现痧点为止。

操作要点：应选择适宜操作的体位，一般选择肌肉丰厚、面积宽大的部位。骨骼较为突出的凹凸不平处及毛发较多处不宜走罐。

3. 起罐方法

推荐采用 3 点式起罐法。先以左手扶握罐体，以右手拇指或食指分别于罐口旁 12 点、4 点、8 点位置轻轻按压，使空气进入罐内，待罐口与皮肤完全分离后，可就势将罐取下。若罐吸附过强，则右手可加大按压力量，切不可强行上提或旋转提拔，以免损伤皮肤。

二、主要适应证

1. 留罐法主治感冒、咳嗽、颈椎病、腰痹、带状疱疹及后遗神经痛、荨麻疹、软组织损伤、腰肌劳损、睡眠障碍、胃肠功能紊乱、慢性疲劳综合征、痛经、小儿遗尿等病症。

2. 闪罐法多用于治疗局部皮肤麻木、疼痛、身体虚弱及功能减退等病症，如口僻、股外侧皮神经炎等，特别适用于不宜留罐的部位（如面部）及儿童患者。

3. 走罐法主治颈椎病、肩周炎、项背筋膜炎、银屑病、感冒、腰痹、带状疱疹后遗神经痛、急性热病等病症。

三、禁忌证

1. 精神过于紧张、醉酒、过饥、过饱、过劳、抽搐、不能配合者。

2. 重度心脏病、呼吸衰竭、皮肤局部溃烂或严重过敏、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. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

4. 妊娠妇女腹部、腰骶部，以及五官部位、前后二阴等。

5. 局部疝气（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、静脉曲张、癌肿等。

四、注意事项

1. 拔罐前首先要一手持罐，另一手以小鱼际在罐口旋转 1 周，检查所用罐具是否有裂纹、毛刺或破损，避免损伤患者皮肤。对于初诊患者，在治疗前医生应向其说明施术要求，做好思想工作，消除其恐惧心理，取得患者配合，以防发生“晕罐”现象。保持室内温度适宜，环境清洁舒适，注意避风，防止受凉。应充分暴露施术部位，选取舒适体位，并根据所拔部位面积的大小选择适宜型号罐具。皮肤松弛或褶皱过多处、毛发浓密处或骨骼较为突出的凹凸不平处不宜拔罐。儿童及体虚者不宜施走罐疗法。

2. 施术中注意棉球需饱含乙醇而不下滴，以保证火力大小适度，避免点燃棉球后乙醇下滴烫伤患者。若出现烫伤，应即刻终止操作并取下罐具，及时处置。拔罐时双手配合娴熟，动作迅速、流畅；火焰应伸至罐底部，勿反复烧灼罐口，且火焰不宜在罐内停留过久。闪罐时注意罐口温度，以免罐口、罐体过热烫伤皮肤。操作过程中应注意防火。在治疗时，医生应嘱咐患者保持相对固定体位，不要随意变动体位，以免出现罐体脱落。操作时，火罐与所拔部位距离不要太远；可根据火的大小、闪火后火罐拔至皮肤的时间调控拔罐力度。拔罐时间以 5 ～ 15 分钟为宜。拔罐力度应视患者情况而定，一般儿童、体弱者时间宜短，力量宜小；青壮年、体强者时间可长，力量可大。走罐推拉速度要快慢适宜，推拉力度要均匀一致。若拔罐力量过大或留罐时间太长导致皮肤出现水疱，则需分情况处理。米粒大小的水疱无须处理；水疱较大时，可局部消毒后以消毒针具从水疱基底部刺破放出组织液，用消毒纱布包敷，保持局部皮肤干燥，以防感染。操作时需避开有严重皮肤病、局部溃疡、水肿或烫伤的部位。儿童俯卧位时，一定注意暴露口鼻，以防窒息。在施术时，医生需专心致志，随时了解患者的反应，出现异常情况需及时处理。若出现“晕罐”现象，应立即起罐，令患者平卧，注意保暖并予其饮用热水或糖水，按揉内关、合谷、太阳、足三里等穴。严重者按急症处理。拔罐后需盖好衣被，注意保暖，使患者处于放松状态，避免因感风、感寒使其肌肉处于紧张状态而影响疗效。

3. 施术后嘱患者放松休息 10 ～ 20 分钟再离开诊室；嘱患者调情志、避风寒、戒劳累、忌饥饿，注意生活调控。罐具直接接触患者皮肤，应一人一用一清洗一消毒。具体操作遵照《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》执行。

五、临床应用举例

（一）咳嗽（急慢性支气管炎）

该病可采用留罐法。取穴以背部特定腧穴为主，可选肺俞、定喘、肺底穴（肺底穴为经验用穴，位于腋后线与背部后正中线连线中点，平第七胸椎棘突处），3 穴均取双侧。风热犯肺证配合大椎穴，痰湿蕴肺证配合双侧脾俞穴。采用火罐法将罐吸拔于施术部位，取穴务求准确。根据患者年龄、体质、证型等情况，留罐时间可参考以下标准：5 岁以内留罐不超过 5 分钟，5 ～ 14 岁留罐 8 分钟，14 岁以上留罐 10 ～ 15 分钟。虚证患者留罐时间宜短，实证患者留罐时间宜长。每日或隔日 1 次。

注意拔罐力量适度，力量过小则影响疗效，过大则患者难以耐受。拔罐后嘱患者注意背部保暖。

（二）感冒（上呼吸道感染）

该病的风寒束表证、风热犯表证、暑湿伤表证可采用走罐法。走罐法以背部腧穴为主要操作部位，于施术部位涂抹适量温水或润滑液，并以闪火法将大小适宜的玻璃罐吸附于患者一侧大杼穴上，沿脊柱旁膀胱经第一侧线，推至同侧大肠俞穴，上下反复推动罐体，直至皮肤潮红或出痧，以同法操作另一侧。根据患者病情及痧斑消退情况，1 周施治 1 ～ 2 次。走罐时，拔罐力量需适度，力量过小则影响操作，过大则难以完成。走罐法推拉速度要快慢适宜，推拉力度要均匀一致。

注意罐具应选用口径相对较大、罐壁较厚且光滑的玻璃罐。施术部位应面积宽大、肌肉丰厚，如腰背部。体虚及儿童患者不宜施走罐疗法。走罐过程中应密切关注患者反应，对一些不易出痧或出痧较少的患者，不可强求出痧。走罐结束后，嘱患者注意背部保暖。

（三）口僻（面神经炎）

该病可采用闪罐法。一般以患侧阳白、颧髎、颊车、地仓、下关、牵正穴为主。采用闪火法将罐吸拔于施术部位后，迅速取下，反复进行上述操作。如口僻后期出现面部肌肉僵硬、萎缩或感觉减退等，可选择患侧四白、颧髎、颊车穴等进行闪罐，停留 1 ～ 2 秒后，辅以沿面部松弛下垂肌肉方向向上提、拉、牵手法后，迅速将罐取下，再进行闪罐，可于双侧面部进行操作。对于耳后疼痛的患者，可以在风池穴闪罐后留罐 5 ～ 15 分钟。每日或隔日 1 次。操作至局部皮肤潮红为度。为保证治疗的安全性，闪罐法操作时需及时更换罐具，且务必注意查验罐口温度，若罐口温度较高应更换罐具，避免烫伤患者。

注意闪罐操作中，乙醇棉球必须小于罐口直径，避免罐口过热烫伤患者。在闪罐过程中，若吸拔力度较大，起罐时需按压罐口皮肤，切忌强力将罐具取下，避免造成局部皮肤或肌肉组织损伤。

（撰写人：袁军、杜旭、衣华强）

第二节　刺络拔罐技术

刺络拔罐技术是将刺络放血与拔罐相结合以治疗疾病的一种方法，有泻热逐瘀、通经活络、消肿止痛、活血止痒等作用。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

刺络放血工具：三棱针、采血针、注射器针头、火针等。

拔罐工具：玻璃罐、抽气罐、竹罐、陶罐等。

（二）基本操作方法

将选择的穴位或部位进行局部消毒后，用所选择的三棱针等针具点刺出血，再用闪火法或抽气罐法将罐速拔于应拔部位，予以留罐。起罐后用无菌干棉球擦净血迹。出血量较多时，可用敞口器皿承接，拔出的血液应做无害化处理。

二、主要适应证

1. 急慢性软组织损伤及疼痛，如扭挫伤、筋膜炎、颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症及头痛、急性咽喉肿痛等。

2. 皮肤病，如神经性皮炎、湿疹、丹毒、带状疱疹、皮肤瘙痒。

3. 急症的实证，如高热、昏厥、中暑、中风闭证、急性乳腺炎、麦粒肿等。

三、禁忌证

1. 有出血倾向或凝血功能障碍者，如血小板减少性紫癜、白血病及血友病等患者。

2. 血管瘤部位、不明原因的肿块部位及大血管处。

3. 过度紧张、疲劳、饥饿、醉酒者。

4. 局部有疖（如脐疖、腹壁疖、腹股沟疖等）、皮肤大面积溃破、皮肤严重过敏、癌肿及传染性皮肤病患者。

5. 精神分裂症、抽搐及心力衰竭等患者。

四、注意事项

1. 对患者做必要的解释工作以消除其思想顾虑，尤其是放血量较大者。

2. 选择适当体位和易于拔罐的部位，注意避开骨骼凹凸不平及毛发较多部位，或单纯采用刺络法或剃去毛发后再行刺络拔罐操作。

3. 严格消毒，防止感染，医生应避免接触患者的血液。

4. 刺络手法应轻、稳、准、快，不可用力过猛，防止刺入过深。

5. 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，身体强壮者吸附力可稍大，年老体弱及儿童吸附力应稍微小一点。

6. 拔罐和留罐过程中要注意观察患者的反应，注意晕针、晕血的发生，如有必要可监测血压、心率的变化。患者如有不适，立即停止治疗，并给予相应的处理。

7. 妇女妊娠期、经期，以及体弱、贫血、低血压者刺激量不可过大。

8. 出血过多者，宜适当休息后离开。

9. 根据病情确定针刺深度、出血量、治疗的间隔时间。

10. 若出现血肿、微量的皮下出血而局部小块青紫时，一般不必处理。如局部疼痛肿胀较剧影响活动功能时，在 24 小时内先冷敷止血，24 小时之后再做热敷，以促进局部瘀血消散吸收。

五、临床应用举例

（一）蛇串疮（带状疱疹）

阿是穴即疱疹局部为主要操作部位。疱疹发于躯干部及四肢，可配合相应的夹脊穴；发于头面部，可配合大椎穴。用三棱针点刺法，若疱疹范围较大，可用三棱针散刺；选用大椎穴或夹脊穴时，用三棱针在穴位上点刺或用皮肤针叩刺，使皮肤微量出血，然后加以拔罐，留罐 5 ～ 10 分钟。每日 1 次，3 日后放血改为隔日 1 次，7 ～ 10 次为 1 个疗程。根据患者水疱及疼痛消退情况进行调整。部分患者经治疗 3 ～ 5 次后疼痛消失，疱疹结痂，可停止治疗。

带状疱疹处于以下分期时推荐应用刺络拔罐疗法：①出疹前期，自我感受到皮肤刺痛或伴有灼热感时；②出疹期，局部皮肤出现簇团状、绿豆大小的水疱，疱壁较紧张，皮色较红，常单侧分布，排列成带状；③后遗神经痛期，有后遗疼痛时。

病情严重者，皮损表现为出血性、坏疽性损害时，不推荐应用本法。

（二）粉刺（痤疮）

大椎、肺俞、膈俞、心俞、肝俞、脾俞、胃俞穴为主要操作部位。每次选取 3 ～ 5 穴，诸穴轮流使用。腧穴部位常规消毒后，以三棱针散刺出血，速将适宜大小罐具吸拔在该处，留罐 5 ～ 10 分钟。每 3 日 1 次，10 次为 1 个疗程。出血量因病情、患者体质及选穴多少酌情而定。

痤疮出现丘疹、脓疱、囊肿等皮损症状时，建议及早使用刺络拔罐疗法，可减轻皮损、降低复发率。

（三）乳蛾（急性扁桃体炎）

大椎、肺俞穴为主要操作部位。将腧穴部位消毒，用三棱针点刺，挤出血液

2 ～ 5mL，速将适宜大小罐具吸拔在该处，留罐 5 ～ 10 分钟。每日 1 次或隔日 1 次，1 ～ 3 次为 1 个疗程。

急性扁桃体炎患者腭扁桃体充血、肿大，咽喉疼痛时，建议使用刺络拔罐法，可清热、消肿、利咽。

（四）筋瘤（下肢静脉曲张）

双下肢瘀滞之静脉为主要操作部位。用三棱针刺破双下肢瘀滞之静脉，使之血出，甚至射血，以血色变红自止为度。异常粗大的下肢静脉曲张应从周围小血管开始刺，以防止出血过多。每 7 ～ 10 日 1 次，3 ～ 4 次为 1 个疗程。建议每次出血量控制在 5 ～ 10mL。

在下肢静脉曲张尚未出现肌组织和弹力组织萎缩、静脉壁变薄失去弹性的阶段，建议及早使用刺络拔罐法。该法可改善下肢静脉扩张、水肿、溃疡等症状，减轻患肢沉重、胀痛等自觉症状。

（五）腰痹（急性腰扭伤）

委中、阿是穴为主要操作部位。常规消毒后，以三棱针点刺法或刺络法刺委中或阿是穴周围小静脉，速将适宜大小罐具吸拔在该处，留罐 5 ～ 15 分钟。每日 1 次或隔日 1 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程。建议出血量：委中穴每次 1 ～ 10mL，其余穴位每次 1 ～ 5mL 即可。

急性腰扭伤患者腰部疼痛、活动受限时，建议使用刺络拔罐法，可改善症状。

（六）丹毒早期

阳性血络及血海、膈俞穴为主要操作部位。操作前，于病灶周围寻找阳性血络，即紫暗色充盈的小静脉。用碘酒、酒精常规消毒局部皮肤，随之用三棱针刺阳性血络。于血海、膈俞穴处行常规消毒，用三棱针点刺出血，使血出数滴后以无菌干棉球按压针孔。每周 2 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程。建议出血量：阳性血络，以血色变浅为度；血海、膈俞穴每次每穴 2 ～ 5mL 即可。

丹毒早期，患者皮肤见小片红斑，色如丹涂脂染，燥热肿胀，边界清楚，略高出皮肤表面，压之皮肤红色减退，放手后立即恢复，此时建议使用刺络拔罐法。

（撰写人：陈波、公一囡、陈泽林）

第三节　针罐技术

针罐技术是针刺与拔罐技术相结合的一种方法，即针刺穴位得气后，再以针刺处为中心拔罐，常见的有留针拔罐法和出针拔罐法。针罐技术有针刺与拔罐的双重作用，可提高临床疗效。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

罐具：玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。

针具：一次性使用无菌针灸针。一次性使用无菌针灸针根据针体长度和直径分为不同的规格，应根据患者的形体、体质、病情和施针部位选用适宜的针具。如形体壮硕、病变部位较深者，选用较粗、较长的一次性使用无菌针灸针；反之，形体瘦弱、病变部位较浅者，选用较短、较细的一次性使用无菌针灸针。

（二）基本操作方法

1. 留针拔罐法

此法可用玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。消毒皮肤后，按一次性使用无菌针灸针操作方法进针、行针、得气、留针，然后用闪火法以留针部位为中心留罐，一般留罐 10 ～ 15 分钟，以局部皮肤潮红、充血或形成瘀血为度。若使用抽气罐，将其以留针部位为中心置于皮肤上，抽出空气，吸附于体表。

操作范围：应选择适宜操作的体位，一般选择肌肉较厚的部位。胸胁部腧穴慎用此法。

2. 出针拔罐法

此法可用玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。消毒皮肤后，按一次性使用无菌针灸针操作方法进针、行针、得气后出针，然后用闪火法以针刺部位为中心留罐，一般留罐 10 ～ 15 分钟，以局部皮肤潮红、充血或形成瘀血为度。若使用抽气罐，将其以针刺部位为中心置于皮肤上，抽出空气，吸附于体表。

操作范围：应选择适宜操作的体位，一般选择肌肉较厚的部位。

二、主要适应证

1. 各种软组织损伤及疼痛，如急性腰扭伤、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、颈椎病、肩关节周围炎、风湿性关节炎、顽固性疼痛等。

2. 皮肤病，如湿疹、带状疱疹、荨麻疹等。

3. 内科疾病，如睡眠障碍、肥胖、便秘等。

三、禁忌证

1. 一般毫针技术和拔罐技术的禁忌证也是针罐技术的禁忌证。

2. 局部有疝（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、粉碎性骨折、肌肉断裂、重度水肿部位。

3. 皮肤严重过敏及皮肤肿瘤（肿块）部位。

4. 血小板减少性紫癜、白血病及血友病等凝血功能障碍性疾病。

5. 严重抽搐、精神分裂症等不能配合者。

6. 心尖区，体表大动脉搏动处，眼、耳、口、鼻等部位。

四、注意事项

一般毫针技术和拔罐技术的注意事项也是针罐技术的注意事项。

1. 施术前检查针具及罐具质量，注意保持室内温度适宜，环境清洁舒适，避开风口，防止受凉。

2. 患者应充分暴露施术部位，施术部位毛发浓密的宜剃去毛发。医生应指导患者选取舒适的体位，根据所拔部位面积的大小和形态结构选择适宜的罐具。

3. 对初次针刺或精神紧张者做好解释工作。过饥、过饱或劳累者不宜立即进行针刺，身体虚弱、气血亏虚者，应尽量采取卧位，手法不宜过强。

4. 针刺时应避开大血管；深部有脏器的前胸部、上背部、眼区和颈部穴位应掌握针刺方向和深度，不宜大幅度行针和长时间留针。

5. 留罐时间应根据患者的年龄、体质、病情及施术部位灵活掌握。体质虚弱者、老年人、儿童，或肌肉较薄处，留罐时间宜短。

6. 留针拔罐时应注意罐具大小与一次性使用无菌针灸针长度的比例，留罐时毫针针尾尽量不要触碰到罐具底部。

7. 用闪火法拔罐时应注意乙醇棉球不宜过大，乙醇含量不能过多，以防止灼伤或烫伤皮肤。若烫伤或留罐时间太长而致皮肤起水疱，水疱较小者通常无需特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可；水疱较大者可用消毒针扎破疱壁后将疱液放出，然后用消毒纱布覆盖起疱处。

8. 治疗过程中，患者出现面色苍白、恶心欲吐、多汗等晕针、晕罐现象，医生应立即停止治疗，将针和罐全部取下，使患者平卧，给予适量温开水或糖水饮用。重者可加刺水沟穴或素髎、内关、足三里等穴，四肢冰凉或冷汗多者可加灸百会、关元、气海等穴位。

9. 施术后患者应休息 10 ～ 20 分钟后再离开。

10. 一次性针具严禁重复使用。罐具直接接触患者皮肤，应一人一用一清洗一消毒。具体操作遵照《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》执行。

五、临床应用举例

（一）漏肩风（肩关节周围炎）

采用留针拔罐法或出针拔罐法。肩前、肩髃、肩髎、肩贞和阿是穴为主要操作部位，临床可配合合谷、后溪、外关、内关、风池、足三里等穴位。留罐 10 ～ 15 分钟，治疗频率为 1 周 2 ～ 3 次。急性期以缓解疼痛为主，慢性期及恢复期可配合肢体功能锻炼。

（二）项痹（颈椎病）

该病可采用留针拔罐法或出针拔罐法。颈夹脊、天柱、风池、曲池、外关和阿是穴为主要操作部位，临床可配合风府、合谷、内关、膈俞、肝俞、肾俞等穴位。留罐10～15分钟，治疗频率为1周2～3次。

（撰写人：张安仁、金荣疆、周鹏）

第四节　药罐技术

药罐技术是在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以治疗疾病的一种方法。常见的药罐技术有煮药罐法、储药罐法、抹药罐法等。药罐技术可发挥药物和拔罐的双重作用，常用于多种痛症及慢性疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

罐具：竹罐、玻璃罐、专用储药罐等。

药物：药物可熬制成药液，也可做成膏药或药糊。药物的选择以辨证为依据，根据所拔部位和经络的不同，可适当选用相应的归经药，如拔少阳经可以配伍柴胡，拔阳明经可以配伍白芷等。

（二）基本操作方法

1. 煮药罐法

此法一般使用竹罐。将药物置于纱布袋中，放入锅内浸泡半小时，煮沸1小时左右，将药袋取出。然后将竹罐放入药锅中煮沸煮透，用长镊子将药罐捞出，罐口向下，快速将水甩净，用毛巾捂住罐口，待温度降至42℃左右，皮肤感觉温热舒适时，迅速将竹罐按在相应腧穴或应拔部位的肌肤上，按压数十秒。

操作范围：一般选择肌肉较厚的部位。骨骼凹凸不平和毛发较多处不宜拔罐。

2. 储药罐法

此法可使用专用储药罐或一般玻璃罐。将专用储药罐在吸拔部位吸牢，向储药罐中注入一定量的药液，药液温度以45℃左右为宜，再留罐5～15分钟。若使用玻璃罐，在罐中放入一定量（一般为罐容积的1/5～2/5）的药液（温度保持在45℃左右），用闪火法，一手持罐，另一手持点燃的乙醇棉球伸入罐内药液面上，然后退出，迅速将罐扣在应拔部位。

操作范围：一般选择肌肉较厚的部位。骨骼凹凸不平和毛发较多处不宜拔罐。

3. 抹药罐法

此法所用之罐有玻璃罐、抽气罐等。将药液、药膏或药糊均匀平敷在穴位上，为略

小于罐口的圆面，然后在其上进行拔罐。

操作范围：同“储药罐法”。

二、主要适应证

1. 多种关节软组织损伤及疼痛，如类风湿关节炎、风湿性关节炎、颈椎病、腰椎病、腰肌劳损、膝骨关节炎、顽固性疼痛等。

2. 多种消化系统疾患，如肠易激综合征、功能性消化不良等。

3. 多种呼吸系统疾患，如感冒、咳嗽、慢性支气管炎、肺气肿等。

4. 多种皮肤病，如湿疹、皮肤干裂等。

5. 其他疾病，如疲劳综合征、肥胖症等。

三、禁忌证

一般拔罐疗法的禁忌证也是药罐技术的禁忌证。

1. 接触性传染病、严重心脏病、心力衰竭者。

2. 皮肤严重过敏、传染性皮肤病及皮肤肿瘤（肿块）部位。

3. 血小板减少性紫癜、白血病及血友病等凝血功能障碍。

4. 心尖区、体表大动脉搏动处及眼、耳、口、鼻等五官孔窍部位。

5. 精神分裂症、抽搐等不能配合者。

6. 局部有疝（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、粉碎性骨折、皮肤大面积溃疡、肌肉断裂、重度水肿等部位。

四、注意事项

一般拔罐技术的注意事项也是药罐技术的注意事项。此外，药罐技术还要注意患者的皮肤是否对所选药物有过敏反应。

1. 施术前注意保持室内温度适宜，环境清洁舒适，避开风口，防止受凉。对患者做耐心细致的解释工作，消除患者的紧张感。大饥、大渴、大怒、饱后不宜施术。检查罐口是否受损或罐口边沿是否光滑。应充分暴露施术部位，有毛发者宜剃去。选取舒适的体位，并根据所拔部位面积的大小选择适宜的罐具。

2. 施术中注意以下要点：①拔罐动作要迅速轻巧，罐内负压要适宜。使用排罐时，罐距不宜过密，以免相互牵拉引起疼痛。②拔罐时间及间隔时间应根据患者的年龄、体质、病情及拔罐的施术部位而灵活掌握。一般体质强、病程短、瘀斑消失快者，间隔时间宜短；体质弱、病程长、瘀斑消失慢者，间隔时间宜长。③询问并观察患者的反应。如拔罐部位出现明显疼痛或灼热感时，应立即起罐或减小吸拔力。若出现晕罐、水疱，则参照本章相关内容进行处理。④应用煮药罐法时，煮药罐后必须甩净罐内热药液或热水，以免烫伤。⑤储药罐法起罐时可移动罐体或令患者调整身体位置，使罐内药液至罐体一侧后，一手稍微用力按压罐体，另一手食指按压另一侧罐口边缘的皮肤，使空气进入罐内，顺势使药液倾斜入罐底后将罐取下。

3. 施术后让患者休息 10 ～ 20 分钟离开；嘱患者勿暴怒、劳累、饥饿、惊恐，注意避风。

五、临床应用举例

（一）腰痹（腰椎间盘突出症）

该病多采用煮药罐法，也可采用储药罐法。肾俞、大肠俞和阿是穴为主要操作部位，根据临床辨证分型，可配合承山、委中，或风市、阳陵泉穴，或伏兔穴。可选取具有温通、活血、止痛作用的药物，如延胡索、透骨草、川芎、赤芍、炒杜仲、三棱、莪术、艾叶等。上述药物按常规方法熬制成药液进行煮药罐法操作。若用储药罐法，可用 75% 乙醇或高度白酒将其泡制成 30% 左右的溶液，每次用量在 20 ～ 40mL。应用煮药罐法的留罐时间可稍微延长，多为 10 ～ 20 分钟。每日或隔日 1 次。

（二）膝痹（膝骨关节炎）

该病的寒湿证、瘀血证多采用煮药罐法。膝关节周围的阿是穴为主要操作部位，配合梁丘、阳陵泉、血海、大杼等穴。可选取具有温经、活血、通络作用的药物，如艾叶、伸筋草、路路通、川芎、全蝎、地龙、三棱、莪术等。留罐时间不宜过长，以 5 ～ 10 分钟为宜，治疗频率为 1 周 2 ～ 3 次。

（三）蛇串疮（带状疱疹）

该病可采用煮药罐法、储药罐法或抹药罐法。根据临床辨证分型，阿是穴和相应的夹脊穴为主要操作部位。发病初期，可选取具有清热祛湿解毒、活血通络止痛作用的药物，如蒲公英、青黛、龙胆、栀子、延胡索、川楝子、乳香、没药、苍术、大黄、当归、桃仁、川芎等。上述方药，按常规方法熬制成药液进行煮药罐法操作；若用储药罐法，可将其泡制成 30% 的溶液，每次用量 20 ～ 40mL；若用抹药罐法，可将其制成药膏，每次用药 20 ～ 30g。留罐 5 ～ 15 分钟，发病初期每日 1 次。后遗症期可选用行气通络止痛的药物。

（撰写人：陈泽林、李昭凤、李璟）

附：本章推荐阅读

一、拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术

1. 余艳红 . 基层中医适宜技术手册［M］. 北京：中国中医药出版社，2025

2. 孙增涛，师艺航，李小娟 . 咳嗽中医诊疗专家共识意见（2021）［J］. 中医杂志，2021，62（16）：1465–1472.

3. 李建生，余学庆 . 普通感冒中医诊疗指南（2015 版）［J］. 中医杂志，2016，

57（08）：716–720.

4. 中华中医药学会 . T/CACM 1078—2018. 中医治未病技术操作规范　拔罐［S］. 北京：中国中医药出版社，2018.

5. 陈泽林 . 中医适宜技术操作入门丛书《推拿罐疗法》. 北京：中国医药科技出版社 . 2018

二、刺络拔罐技术

1. 余艳红 . 基层中医适宜技术手册［M］. 北京：中国中医药出版社，2025

2. 郭义 . 中医刺络放血疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2013.

3. 中国针灸学会 . 循证针灸临床实践指南・刺络放血疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2019.

4. 陈泽林，高靓 . 图解刺络放血疗法［M］. 北京：中国医药科技出版社，2018.

三、针罐技术

1. 余艳红 . 基层中医适宜技术手册［M］. 北京：中国中医药出版社，2025.

2. 梁倩倩，张霆 . 肩周炎中西医结合诊疗专家共识［J］. 世界中医药，2023，18（07）：911–917.

3. 崔学军，姚敏 . 颈椎病中西医结合诊疗专家共识［J］. 世界中医药，2023，18（07）：918–922.

4. 陈泽林 . 中医拔罐疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2023.

四、药罐技术

1. 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组 . 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识［J］. 中国疼痛医学杂志，2020，26（01）：2–6.

2. 余艳红 . 基层中医适宜技术手册［M］. 北京：中国中医药出版社，2025.

3. 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组，国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心 . 中国带状疱疹诊疗专家共识（2022 版）［J］. 中华皮肤科杂志，2022，55（12）：1033–1040.

4. 卢轩，陈泽林，郭义 . 罐疗之药罐研究 ---- 药罐疗法临床应用探要［J］. 中国针灸，2011，31（01）：79–81.

第五章 灸类技术

第一节 麦粒灸技术

麦粒灸是将艾绒搓成如麦粒大小的艾炷直接置于皮肤上施灸，以防治疾病的一种技术。其特点是所需艾绒量少，烟雾小，刺激量可大可小，灼热、灼痛感穿透性明显。本技术应用范围很广，尤适用于风寒湿痹、寒痰喘咳、脏腑虚寒等疾病。

一、常用材料及基本操作方法

（一）常用材料

1. 艾绒

麦粒灸选用柔细如棉的艾绒，一般选用黄色精制艾绒，其火力温和，艾绒纤维易于被按压或搓捻成大小、松紧不同且表面光滑的麦粒状艾炷。

2. 其他施灸材料

麦粒灸操作还需要中药油膏或凡士林或水，其作用在于帮助艾炷黏附于皮肤，也可刮取新鲜蒜汁做黏附材料；线香或者点灸笔，用于暗火点燃艾炷顶端；干棉签，用于熄灭烧剩的残艾。

（二）基本操作方法

1. 麦粒艾炷制作

麦粒灸因所用艾炷之形状如麦粒而得名，艾炷多为长圆形或卵圆形，也可将艾炷底部压平成半粒米样。麦粒形艾炷可分为大、中、小 3 种。

大麦粒形艾炷：炷如一颗完整麦粒。取 6mg 艾绒，制作成炷高 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，制作成炷高 4mm，腹径 2.5mm 的艾炷。

小麦粒形艾炷：炷如半个麦粒。取 2mg 艾绒，制作成炷高 3mm，腹径 2mm 的艾炷。

根据艾炷的松紧分为“硬丸”“中等硬丸”“软丸”。

用右手拇指、食指反复均匀地搓捻艾绒，使纤维缠绕较紧，艾炷含绒量较多，燃烧时间较长，温度较高，此种艾炷被称为“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，此种艾炷被称为“软丸”。松紧程度介于两者之间的是“中等硬丸”。

当病情危重，需要在短时间内达到较大刺激量时，多用硬丸样艾炷，或用超常规壮数的软丸样艾炷。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。

2. 选穴特点

全身大多数穴位都可施以麦粒灸。临床多选用背腰、脘腹和下肢等肌肉较厚部位的穴位。选穴宜少而精，每次灸 2 ～ 4 穴为宜。近部与远部选穴相结合。定位要准确，以免修正定位造成更多、更大的灸痕。分布于颜面、大血管部位的穴位不可采用化脓瘢痕灸。

3. 施灸壮数

麦粒灸常规灸量为每次每穴 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。

4. 施灸程度

麦粒灸是一种用灼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少的不同，在普遍灼痛感觉的基础上，由于局部穴位的灼烫程度不同，可见红晕、小水疱、化脓结痂等多种现象。灸后穴位局部出现红晕属于正常反应，不需处理。

5. 具体操作

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。

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，以便及时用镊子夹除残余艾炷。此法可提高患者的依从性，不致因为灼痛乱动肢体而导致不能及时移去艾火。②准备材料。非化脓麦粒灸多采用小麦粒形艾炷，或中等麦粒形艾炷。用艾绒制作成软丸或中等硬丸样艾炷。准备好线香或者点灸笔、灭火用的盛水小杯及消毒干、湿棉球等。③选择体位。使患者处于取穴方便、放松的体位，保持体位舒适持久。注意某些穴位的特殊体位，如施灸膏肓穴，应嘱患者两手抱肘，肩胛骨充分展开，以使麦粒灸热力透入深部。当所取体位需要暴露皮肤时，应注意防止冷风直吹。④点燃艾炷。在选定的穴位上，用消毒棉签涂上有颜色的中药油膏作为黏附剂。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。线香接触艾炷前应将线香积灰弹尽，以防灰烬掉落于皮肤上。点燃艾炷后的线香搁置于盘中待用。⑤熄灭残艾。待艾炷烧剩至 1/5 ～ 2/5、患者呼“烫”时，即用干棉签快速点按将残余艾炷熄灭，再进行下一壮操作。若使用软丸样艾炷，可以让艾炷在皮肤上自行烧完。当患者感觉灼痛时，用左手拇指、食指、中指在艾炷四周皮肤略加按压以减轻痛感。软丸样艾炷所含艾绒量少，因此患者感觉局部灼痛的时间十分短暂。⑥术后清理。灸完预定的壮数后，用无菌干棉球将穴位处残留灰烬和油膏轻轻擦拭干净，不用涂抹消毒药物。

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，不同之处在于化脓麦粒灸所用艾炷多采用大麦粒形艾炷或中等麦粒形艾炷。用艾绒制作成中等硬丸或硬丸样艾炷。对疼痛敏感者所使用之艾炷也可由小而逐渐增大，由松而逐渐紧实。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。施灸后会出现起疱、化脓等现象。①知情同意。向患者说明化脓灸的作用、操作过程及反应，在患者知情同意的前提下实施。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，弹除艾灰，再放置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轻轻按压皮肤。同时，嘱患者张口吐气，以转移注意力，并放松肌肉。④清理创面。灸完规定壮数至局部皮肤焦黑后，用无菌干棉球将施灸处灰烬轻轻擦拭干净，再用消毒干敷料覆盖，不用涂抹消毒药物。⑤灸疮处理。进行化脓麦粒灸后，往往会发生起疱、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。

进行化脓麦粒灸 5 ～ 7 日后，焦痂开始松动，内有脓样分泌物。可每隔 1 ～ 2 日更换敷料 1 次，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。如继发感染，可用黄芩油膏等涂敷。若溃烂面不大，可任其自然结痂恢复。一般情况下，化脓后 20 ～ 30 日，灸疮可愈合并形成瘢痕。若瘢痕颜色紫暗或为坚硬疙瘩，则需在原处重复施灸；若瘢痕颜色灰白，平坦柔软，表明已达到治疗要求。

二、主要适应证

凡灸法之适应证，均可用此灸法。麦粒灸技术适用于一些慢性顽固性疾病，如哮喘、慢性胃肠疾病、慢性气管炎、风寒湿痹等，以及气血虚弱证、虚寒轻证，如阳痿、遗精、早泄、小儿发育不良等。

三、禁忌证

1. 一般在空腹、过饱、过饥、极度疲劳时不宜施灸；糖尿病患者不可用化脓麦粒灸。

2. 颜面部、心前区、体表大血管处和关节肌腱部不可用化脓麦粒灸。

3. 妊娠期妇女的腰骶部和小腹部禁用化脓麦粒灸。

4. 对艾绒过敏者禁用麦粒灸。

四、注意事项

1. 施行麦粒灸前要向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，并签署知情同意书后，施行麦粒灸。

2. 灸后起疱，若水疱较小，可待其自行吸收；若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

3. 对于皮肤感觉迟钝患者，应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。用创可贴盖住化脓麦粒灸的灸疮后，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，洗浴采用冲淋，不要过多浸泡和擦洗。

5. 在施灸过程中，若出现晕灸，应立即终止治疗，按晕针处理。

6. 在施灸过程中，室内宜保持良好的通风环境，严防艾火烧坏衣服、床单等。施灸完毕，必须把艾火彻底熄灭，以防发生火灾。

五、临床应用举例

（一）蛇串疮（带状疱疹）

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域加风池、听会、太阳、攒竹、外关、合谷。

在最初发疱疹的部位，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。在治疗过程中，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穴位施灸。

制作中等硬丸样艾炷并施灸。若患者感觉灼痛，可嘱其数数，或用指压法减轻痛感；当患者感到灼痛十分明显时，立即用镊子将残余艾炷夹去。应按照先“眼”后“尾”的顺序施灸。每次选用 3 ～ 4 穴，每穴施灸 3 ～ 9 壮。如四肢远端穴位、头面部穴位可灸 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）哮病（支气管哮喘、喘息性支气管炎）

主穴：肺俞、膻中、大椎、天突、定喘（发作期）。肺俞、膻中、大椎、脾俞、肾俞（缓解期）。

伏灸法：①肺俞、大椎、风门、定喘。②脾俞、心俞、膻中、足三里。③肾俞、膏肓、气海、关元。

配穴：寒饮伏肺配风门、孔最；痰热壅肺配合谷、曲池。

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 个疗程；缓解期用小麦粒形软丸样艾炷，每穴灸 5 ～ 7 壮，隔日或隔 2 日施灸 1 次，15 ～ 20 次为 1 个疗程。一般情况下，第一个月隔日 1 次，第二、第三个月隔 2 日 1 次，可将穴位分为 2 ～ 3 组，交替使用，坚持灸 3 ～ 6 个月。

伏灸法是在夏季三伏天进行施灸，分别于初伏、中伏、末伏的第一天施灸，共灸 3 次；也可从初伏开始，每隔 2 ～ 3 日灸 1 次，共灸 10 次。初伏取第一组穴，中伏取第二组穴，末伏取第三组穴。每年 1 次，连续治疗 3 年。

（三）慢性泄泻（慢性肠炎、胃肠功能紊乱）

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。

制作麦粒形软丸样艾炷。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 个疗程，疗程间隔休息 1 周，连续治疗 3 个月。

（四）尪痹（类风湿关节炎）

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。阿是穴常选用疼痛或肿胀最明显点，注意避开血管。制作小麦粒形软丸样艾炷，每次施灸 3 穴，每穴 7 ～ 9 壮，每周施灸 2 ～ 3 次，1 个月为 1 个疗程，休息 1 周后进入第二个疗程治疗，共治疗 4 ～ 6 个疗程。

（撰写人：关玲、李英）

第二节　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。隔物灸可以避免皮肤被灼伤，还能借间隔物的药力发挥协同作用，提高疗效。临床上，隔物灸技术可用于治疗多种疾病，特别是属于虚寒证的各类疾病。

一、常用材料及基本操作方法

（一）常用材料

1. 艾炷

取陈艾叶，反复晒杵，筛拣干净，除去杂质，令其软细如棉，即艾绒。将艾绒做成圆锥形小团，称为艾炷。艾炷燃烧 1 枚，称 1 壮。艾炷的底部直径与高度相等。炷底直径为 1.0cm、0.5cm、0.3cm，分别称为大艾炷、中艾炷、小艾炷。

2. 间隔物

根据病情制作不同的间隔物，如姜片、蒜片、食盐及药饼等，并在其上用针点刺若干小孔。

（二）基本操作方法

1. 隔姜灸

取整块新鲜生姜，将其纵切成厚 0.2 ～ 0.3cm 的姜片，厚薄均匀，用针点刺若干小孔，置于穴位上。将一枚底面直径约 1.0cm、高 1.0 ～ 1.5cm 的圆锥形艾炷放置在姜片上，从顶端点燃，待燃尽后接续一个艾炷，灰烬过多时要及时清理。在施灸过程中应适

时移动姜片，以局部出现大片红晕、潮湿、患者觉热为度。

2. 隔蒜灸

取独头大蒜，将其切成厚度为 0.2 ～ 0.3cm 的蒜片，厚薄均匀，用针点刺若干小孔，置于穴位上。将一枚底面直径约 1.0cm、高 1.0 ～ 1.5cm 的圆锥形艾炷置于蒜片上，从顶端点燃，待燃尽后接续一个艾炷，灰烬过多时要及时清理。在施灸过程中应适时移动蒜片，以局部出现大片红晕、潮湿、患者觉热为度。也可取适量大蒜捣成泥，上置艾炷点燃施灸。因大蒜汁对皮肤有刺激性，灸后易起疱，故应注意保护灸面。

3. 隔盐灸

一般用于脐部，又称神阙穴灸。用纯净干燥的食盐填平脐孔，上置一枚底面直径约 1.0cm、高 1.0 ～ 1.5cm 的圆锥形艾炷，从顶端点燃艾炷，待快燃尽时接续另一个艾炷。灰烬过多时及时清理。以患者腹腔觉热为度。

4. 隔附子饼灸

将附子研成细粉，再用黄酒调和，捏成底面直径 2.0 ～ 5.0cm，厚 0.2 ～ 0.5cm 的薄饼，待稍干，用针点刺若干小孔。施灸时，将一枚底面直径约 1.0cm、高 1.0 ～ 1.5cm 的圆锥形艾炷放置在药饼上，从顶端点燃艾炷，待快燃尽时在旁边接续 1 个艾炷。灰烬过多时及时清理。一饼灸干再换一饼，以皮肤出现红晕、患者觉热为度。

二、主要适应证

1. 隔姜灸

过敏性鼻炎、慢性疲劳综合征、原发性痛经、胃痛等疾病。

2. 隔蒜灸

阴疽流注、无名肿毒及疔、疮、疖、痈等疾病。

3. 隔盐灸

尿潴留、尿失禁、夜尿症、化疗后胃肠道反应、泄泻、胃痛、痛经等病症。

4. 隔附子饼灸

溃疡性结肠炎、肠易激综合征、尿潴留等疾病。

三、禁忌证

1. 皮肤严重过敏、传染性皮肤病、皮肤严重损伤的局部不宜施灸。
2. 昏迷或有严重精神障碍等无法沟通者不宜施灸。
3. 孕妇的腹部、腰骶部不宜施灸。
4. 过饥、过饱、大怒、酒后、极度疲劳、畏惧灸法者不宜施灸。
5. 由糖尿病或其他疾病引起感觉功能减退、肢体麻木、皮肤愈合能力差者慎灸。
6. 阴虚阳亢、热毒炽盛等热证者慎灸。

四、注意事项

1. 根据患者的体质和病情选择隔物灸类型、艾炷规格及施灸壮数。患者体位要平正

舒适、便于操作且充分暴露施灸部位。

2. 保持室内温度适宜、通风良好且避开风口。

3. 一般情况下，先灸上部，再灸下部；先灸壮数少的穴位，后灸壮数多的穴位；先用小艾炷，后用大艾炷。

4. 注意观察局部皮肤的情况及患者的反应。若患者感到灼热或疼痛，可用镊子上下移动所隔之物，或者将艾炷抬起或夹去；若感觉灸温不足，可加灸数壮或换大一号艾炷。

5. 防止艾火脱落烧坏患者衣服、被褥等。灸后须确保艾火彻底熄灭。

6. 嘱患者休息 10 ～ 20 分钟再离开，灸后勿马上进食生冷寒凉之物，注意避风保暖。

7. 若皮肤出现水疱，水疱小者通常无须特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可。若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

五、临床应用举例

（一）痛经（原发性痛经）

该病治疗可选择隔姜灸及隔盐灸。取直径约 3.0cm，厚约 0.3cm 的新鲜姜片，中间针刺数孔，置于关元、水道、归来等穴；神阙则先用纯净、干燥的食盐填于脐中，再将姜片置于其上，然后将大艾炷置于姜片上点燃施灸。当艾炷燃尽后，易炷再燃。施灸过程中若患者感觉灼热、疼痛不能忍受，可用镊子移动姜片。轻度痛经可灸 4 壮，中度痛经可灸 6 壮，重度痛经可灸 8 壮。每日 1 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程（1 个月经周期），共治疗 3 个疗程。

可在经前 2 ～ 3 日开始施灸。

（二）癃闭（尿潴留）

该病可选用隔附子饼灸，取神阙、关元等穴。将附子切细研磨成粉，以黄酒调和，制成厚约 0.5cm，直径约 5.0cm 的药饼，中间用针点刺若干小孔，置于神阙、关元等穴上，然后上置艾炷点燃施灸。每穴 3 壮，或以局部皮肤出现红晕、烘热为度。每日 1 次，4 周为 1 个疗程。

在治疗过程中应注意查看患者皮肤的潮红情况，避免烫伤。

（三）乳痈（急性乳腺炎）

该病可选用隔蒜灸。取新鲜独头大蒜，将其切成厚约 0.3cm 的薄蒜片，中间针刺数孔，置于未破溃的乳腺肿块处，然后将大艾炷放到蒜片上点燃施灸，待艾炷燃尽后，易炷再灸。当患者感觉灼烫时，可将蒜片稍提起，稍停后放下再灸，以免烫伤。每穴 7 壮，或以灸处皮肤泛红为度，每日 1 次，7 日为 1 个疗程。

注意病变局部清洁和消毒，皮肤破溃处禁止施灸。

（撰写人：田宁、刘登）

第三节　悬灸技术

悬灸是采用点燃的艾条悬于选定的穴位或病痛部位之上，利用艾热刺激穴位或病痛部位以防治疾病的一种中医外治技术，属灸疗方法的一种。该法具有温经散寒、扶阳固脱、行气活血、防病保健等功效，可用于寒、湿、瘀、虚诸证，也可用于养生保健。

一、常用材料及基本操作方法

（一）常用施灸材料

艾条分为纯艾条和药艾条两类。

纯艾条是指直接将干燥的艾叶磨碎，去除杂质，制成艾绒，然后卷成圆柱状，是灸法中常用的一种灸材。

药艾条是指在纯艾条的基础上加入一些药物后卷制而成的艾条，规格同纯艾条。

（二）基本操作方法

1. 温和灸

施灸时，将艾条点燃的一端对准施灸的腧穴或患处，距离皮肤 2 ～ 3cm 进行熏烤，以使患者局部有温热感而无灼痛为宜，一般每处灸 10 ～ 15 分钟，或灸至皮肤出现红晕。如果遇到局部知觉减退患者或小儿等，医者可将食指、中指分开，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，以防烫伤。

2. 雀啄灸

施灸时，艾条点燃的一端与施灸部位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，由上而下移动速度较慢，接近皮肤适当距离时短暂停留，在患者感觉灼痛之前迅速提起，如此反复操作。一般每穴灸 5 ～ 10 分钟，或灸至皮肤出现红晕。此法热感较强，应注意防止烫伤。

3. 回旋灸

施灸时，艾条点燃的一端悬于施灸部位上方 2 ～ 3cm，反复旋转或左右往返移动，使皮肤感觉温热而无灼痛，一般每处灸 10 ～ 15 分钟，或灸至皮肤出现红晕。

悬灸是最常用的灸疗方法，容易操作，且安全有效。以上 3 种操作方法可单独应用，也可相互结合运用。

二、主要适应证

1. 落枕、腰肌劳损、肩周炎、膝关节炎、肌筋膜炎等痛证。
2. 功能性消化不良、胃脘痛、泄泻、便秘等消化系统疾病。
3. 过敏性鼻炎、风寒感冒、慢性支气管炎等呼吸系统疾病。

4. 原发性痛经、月经不调、盆腔炎等妇科疾病。

5. 对手脚凉、畏寒怕冷、疲劳乏力等的调理。

三、禁忌证

1. 中风闭证、阴虚阳亢、热毒炽盛、中暑高热等病症。

2. 咯血、吐血等出血性疾病。

3. 孕妇的腹部和腰骶部。

四、注意事项

1. 施灸前指导患者选择正确的体位，使患者舒适且能持久保持，还能充分暴露施灸部位。施灸者的体位要求稳定且能精确操作。一般在患者精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时不宜施灸。

2. 在施灸过程中应注意观察患者的神色，以防晕灸。如发生晕灸，应立即停灸，按晕针处理。施灸温度不宜太高，以患者感温热而不灼痛为宜，尤其是糖尿病、感觉障碍、认知障碍等患者，要注意施灸温度，防止烫伤。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，局部出现小水疱，可嘱咐患者保护好局部皮肤，不要擦破，待疱液自行吸收。若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

3. 施灸后，将残余的艾条插入灭艾器中，以使其彻底熄灭，避免复燃。

五、临床应用举例

（一）胃脘痛（胃炎、胃十二指肠溃疡、功能性消化不良）

可以选用温和灸、回旋灸等灸法。以中脘、胃俞、脾俞、足三里为主要操作部位。在中脘、胃俞、脾俞处，分别先采用旋转移动的回旋灸 3 ～ 5 分钟，每穴回旋范围的直径约为 3cm，再施温和灸 10 分钟或灸至局部皮肤出现红晕，其中胃俞、脾俞双侧取穴。在双侧足三里同时施往返移动的回旋灸 3 ～ 5 分钟，回旋范围的直径约为 3cm，再施温和灸 10 分钟或灸至局部皮肤出现红晕。每次取 2 ～ 3 个穴位，每个穴位施灸 10 ～ 15 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共 3 个疗程。

注意调节情绪，忌忧思恼怒。注意饮食，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）

可以选用温和灸、回旋灸等灸法。以关元或归来、次髎、三阴交为主要操作部位。关元或归来处采用旋转移动的回旋灸 3 ～ 5 分钟，回旋范围的直径约为 3cm，再施温和灸 10 分钟或灸至局部皮肤出现红晕。双侧次髎施往返移动的回旋灸 3 ～ 5 分钟，回旋范围的直径约为 3cm，再施温和灸 10 分钟或灸至局部皮肤出现红晕。双侧

三阴交施往返移动的回旋灸 3 ～ 5 分钟，回旋范围的直径约为 3cm，再施温和灸 10 分钟或灸至局部皮肤出现红晕。每次在下腹部、骶部、下肢部各取 1 ～ 2 个穴位，每个穴位施灸 10 ～ 15 分钟，均要灸至局部皮肤出现红晕。每日 1 ～ 2 次，以痛止为止。

悬灸技术对原发性痛经疗效较好，对继发性痛经应当结合治疗原发病。

对原发性痛经，一般施灸 1 ～ 2 次即可缓解疼痛。为巩固疗效，可在经前 2 ～ 3 日开始施灸，每日 1 次，每个月经周期 3 ～ 5 次，共治疗 3 个月经周期。

（三）亚健康调理

可以选用回旋灸、雀啄灸、温和灸等灸法。对于体力不支、易于疲乏者，取关元、足三里；对于情绪低落、心情沉重者，取脾俞、神堂；对于记忆力减退、容易忘事者，取百会、心俞；对于烦躁易怒、心烦意乱者，取肝俞、心俞；对于不易入睡、夜寐不安者，取百会、神堂；对于食欲下降者，取中脘、脾俞、足三里；对于自汗、盗汗，经常感冒者，取大椎、膏肓、关元。腹部、背部的穴位先施旋转移动的回旋灸 3 ～ 5 分钟，回旋范围的直径约为 3cm，再用温和灸；灸足三里可沿胃经循行路线、以足三里为中心施往返移动的回旋灸 3 ～ 5 分钟，往返距离约为 3cm，再用温和灸；灸百会穴，先用雀啄灸 3 ～ 5 分钟，再用温和灸。除任脉、督脉的穴位外，其余穴位均双侧取穴。每个穴位都要灸至局部皮肤出现红晕。每次取 2 ～ 3 个穴位，每个穴位 10 ～ 15 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共治疗 2 ～ 3 个疗程。

悬灸调理亚健康操作简便，一般需治疗 3 个月及以上，效果方可显现。嘱咐患者调整心态，切勿焦虑急躁；调整生活规律，劳逸结合，保证充足睡眠；增加户外体育活动，每日保证适当的运动量。

（撰写人：焦琳、黄仙保）

第四节　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，适应范围较广，常用于治疗寒盛湿重、经络壅滞之证，如风湿疾患，肌肉关节痛、冷、麻木不仁，便溏腹胀等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 针具

同毫针技术。

2. 艾团（条）

取粗艾绒，用右手拇指、食指、中指将其搓成枣核大小，制成艾团，或直接使用小段艾条。

（二）基本操作方法

将一次性使用无菌针灸针刺入穴位得气后，使针根与皮肤表面距离 2 ～ 4cm，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 长的艾条套在针柄上。一般从艾团（条）下面点燃施灸。待其自行熄灭，再换艾团（条）。

如用艾团每次可灸 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做防护。

该操作的关键环节主要有以下两点注意事项。①放置艾团：取粗艾绒，用右手拇指、食指、中指将其搓成枣核大小，中间捏一痕，贴于针柄上，围绕针柄一搓，艾绒即紧缠于针柄之上。要求艾团光滑紧实，切忌松散，以防脱落。②放置艾条：可先用针柄在艾条中间钻孔，然后将艾条安放在针柄上。

二、主要适应证

本法适用于既需要针刺留针，又需要施灸的病症，如风湿痹证、肩周炎、坐骨神经痛、痿证，以及寒性胃痛、痛经等。多于患病局部和循经选穴。该法尤其对软组织松解作用较强。

三、禁忌证

1. 有皮肤感染与炎症的穴区。
2. 对艾绒过敏者。
3. 过度饥饿、疲劳、精神高度紧张者，忌立即进行温针灸治疗。
4. 妊娠期妇女的腰骶部和小腹部。
5. 有出血倾向者，或出血性疾病患者。

四、注意事项

1. 针刺相关器具准备及操作需严格按照“第一章　毫针技术”执行。

2. 施灸时，嘱咐患者不要任意移动肢体，以防艾团（条）脱落导致灼伤。若患者不慎被烫伤，出现水疱，若水疱较小，可待其自行吸收；若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

3. 若患者在温针灸过程中出现晕针或晕灸现象，应立即终止治疗，按晕针处理。

4. 在温针灸过程中，若出现滞针、弯针、断针、血肿等情况，处理同毫针治疗技术注意事项。

5. 在温针灸过程中，严防艾火烧坏衣服、床单等。施灸完毕，必须把艾火彻底熄

灭，以防火灾。

五、临床应用举例

（一）腰痹（腰椎间盘突出症）

在疼痛的局部取经穴或阿是穴。按照上述温针灸操作，每根针每次灸 3 ～ 4 壮（放置艾团时）或 1 ～ 2 壮（放置艾条时）。也可配合远端穴位行针刺治疗。每次可选取 2 ～ 6 个穴位做温针灸，每日 1 ～ 2 次，5 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日。

（二）肘劳（肱骨外上髁炎）

曲池或局部阿是穴。按照上述温针灸操作，每根针每次灸 2 ～ 3 壮（放置艾团时）或 1 ～ 2 壮（放置艾条时）。可配合远端穴位行针刺治疗。每次可选取 1 ～ 2 个穴位，每日 1 ～ 2 次，5 次为 1 个疗程。

（三）膝痹（膝骨关节炎）

取犊鼻、梁丘、血海、鹤顶、阳陵泉、足三里等。按照上述温针灸操作，每根针每次灸 3 ～ 4 壮（放置艾团时）或 1 ～ 2 壮（放置艾条时）。每次可选取 2 ～ 6 个穴位，每日 1 ～ 2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日。

（四）肩凝症（肩关节周围炎）

取肩髃、肩髎、肩贞、臂臑、阿是穴等。按照上述温针灸操作，每根针每次灸 3 ～ 4 壮（放置艾团时）或 1 ～ 2 壮（放置艾条时）。可配合远端穴位行针刺治疗。每次可选取 2 ～ 4 个穴位，每日 1 ～ 2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日。

（五）痛经（原发性痛经）

取中极、次髎、地机、命门、关元、肾俞、足三里等。按照上述温针灸操作，每根针每次灸 3 ～ 4 壮（放置艾团时）或 1 ～ 2 壮（放置艾条时）。可配合远端穴位行针刺治疗。每次可选取 2 ～ 6 个穴位，每日 1 ～ 2 次。可在经前 2 ～ 3 日开始施灸，每日 1 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程（月经周期），共治疗 3 个疗程。

（撰写人：关玲、李英）

第五节　热敏灸技术

热敏灸是采用艾热，通过探敏定位找到热敏穴位，施以特定手法激发艾灸得气，达到个体化消敏灸量，以提高疗效的一种现代灸法。热敏灸具有温补阳气、温散寒湿、温通经络、温养心神的作用，适用于出现与病证相关热敏穴位的各种病证。随着现代科技的发展，研究人员还研发了热敏灸机器人。

一、基本操作方法

（一）艾灸得气的表现

艾灸得气是指在灸疗过程中出现的一组与疗效相关、舒适的身心感应。舒适的身心感应包括透热、扩热、传热、非热觉、肢端热、身烘热、喜热、皮肤扩散性潮红、面红（或额汗出）、胃肠蠕动等。

透热：灸热从施灸部位皮肤表面直接向深部组织穿透，甚至达到胸腹腔脏器。

扩热：灸热以施灸部位为中心向周围呈片状扩散。

传热：灸热从施灸部位开始循一定路线向远处传导，甚至到达病所。

非热觉：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。

肢端热：在施灸过程中自觉四肢末端或掌心、足心逐渐温热。

身烘热：在施灸过程中自觉全身或上半身由里而表出现阵阵温热、欲汗出或微汗出等表现。

喜热：在施灸过程中自觉舒适感、舒畅感，甚至身体轻松感。

皮肤扩散性潮红：施灸部位的皮肤呈现均匀向四周扩散的潮红。

面红（或额汗出）：施灸躯干、四肢部位的穴位，面部皮肤潮红，或额部、颈项部微汗出。

胃肠蠕动：在施灸过程中自觉胃部紧缩感或腹中肠鸣。

（二）施灸前准备

1. 环境要求

艾灸治疗室应设有排烟或消烟装置，室内温度以 22 ～ 28℃为宜。

2. 艾条选择

根据病情需要和穴位热敏面积选择直径适宜的艾条，艾条一般规格为直径 22 ～ 30mm，艾绒纯度为 8∶1 ～ 15∶1。

3. 穴位选择

在与该病症相关的热敏穴位高发区内，依据探敏定位、辨敏施灸原则，选取最佳施灸穴位。

4. 体位选择

体位的选择以被灸者感到舒适、充分暴露施灸穴位、肌肉放松为原则。常用体位包括卧位、坐位，首选卧位。

5. 灸前宣教

施灸者应于灸前告知被灸者在治疗过程中应注意力集中，认真体会施灸过程中的艾灸得气感应，并及时告知施灸者。

（三）探查手法

用点燃的艾条对准热敏穴位高发部位进行悬灸探查（距离皮肤 3cm 左右处），使被灸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，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，重复上述手法，灸至皮肤潮红，一般 2 ～ 3 遍即可。

1. 回旋灸

用点燃的艾条，与施灸部位皮肤保持一定距离，均匀地往复回旋施灸，以施灸部位皮肤温热潮红为度。回旋灸有利于施灸部位的气血运行，主要用于胸、腹、背、腰部穴位。

2. 循经往返灸

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，以施灸路线皮肤温热潮红为度。循经往返灸有利于疏通经络，激发经气。

3. 雀啄灸

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，从而为局部经气激发、产生得气感应奠定基础。

4. 温和灸

用点燃的艾条对准施灸部位，距离皮肤 3cm 左右处施灸，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。温和灸有利于在施灸部位进一步激发经气，产生得气感应。

（四）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

此手法可用于探查穴位，同时也是治疗疾病的常用手法。将点燃的艾条对准所选择的 1 个热敏穴位，在距离皮肤 3cm 左右处施行温和灸法，每 2 分钟施以 30 秒的雀啄灸法，施灸强度以患者感觉温热而无灼痛感为宜。

2. 双点温和灸

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。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。

3. 接力温和灸

如果经气传导不理想，可以在上述单点温和灸的基础上，在经气传导路线上远离施灸穴位的部位再加一单点温和灸，这样可以延长经气传导的距离。

4. 循经往返灸

此手法可用于探查穴位，同时也是治疗疾病的常用手法。用点燃的艾条在距离患者体表 3cm 左右处，沿经脉循行方向往返匀速移动施灸，施灸强度以患者感觉施灸路线温热而无灼痛感为宜。此法适用于正气不足、感传较弱的患者。

（五）操作流程

1. 探敏定位

艾条与体表的距离在患者热感强度舒适而无灼痛的范围内进行调节，施灸部位以传统穴位定位为中心，在其四周应用探查手法进行探查，患者出现 1 种或 1 种以上艾灸得气表现的位点即热敏穴位。

2. 辨敏施灸

辨敏施灸是通过辨别热敏穴位的艾灸得气特点，从而选取最优的热敏穴位施灸。按下列顺序依次选择最优的穴位：①出现非热觉的热敏穴位。②出现艾灸得气感应指向或到达病所的热敏穴位。③出现艾灸得气感应较强的热敏穴位。

3. 灸敏得气

在施灸过程中，采用回旋灸、雀啄灸、温和灸、循经往返灸等单式手法及其组合的复式手法对热敏穴位激发艾灸得气。

4. 敏消量足

每穴每次的施灸时间以艾灸得气感应消退为度，平均施灸时间约为 40 分钟，具体时间因病、因人、因穴而异。

二、主要适应证

热敏灸适用于出现与病证相关热敏穴位的各种病证，尤适用于以下病证。

1. 颈椎病、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎等关节疾病。
2. 变应性鼻炎、荨麻疹、支气管哮喘等过敏性疾病。
3. 功能性消化不良、功能性肠病等胃肠功能性疾病。
4. 慢性前列腺炎、前列腺肥大等男性前列腺疾病。
5. 原发性痛经、卵泡发育不良、卵巢功能早衰等女性宫寒性疾病。
6. 湿疹、神经性皮炎、带状疱疹等皮肤病。
7. 肿瘤放化疗后的阳气虚证。
8. 亚健康状态。

三、禁忌证

1. 处于昏迷、脑出血急性期、大量吐（咯）血的危急状态者。
2. 处于过饥、过饱、过劳、酒醉等状态者。
3. 孕妇的腹部和腰骶部、感觉障碍与皮肤溃疡处不宜施灸。

四、注意事项

施灸时应注意施灸过程中的热感强度，避免烫伤；注意防止艾火脱落灼伤患者或烧坏衣物。

施灸后须确保燃着的艾条及时熄灭。患者在施灸结束后 2 小时内不宜洗澡与劳累，注意保暖，避风寒。施灸结束后部分患者会出现不适反应，具体情况及处理方法如下：①对于少数素体较虚患者，灸后可能会出现短暂的睡眠障碍或疲乏，困倦欲睡。此时一般不用停灸，可嘱咐患者多休息或喝温粥，以温养胃气。②对于少数慢性病患者，灸后有时会出现短暂性症状加重反应。一般不用停灸，应向患者及时宣教有关知识，消除其紧张心理。③对于没有灸准热敏穴位或施灸时间过长的患者，可能会产生上火现象，如口干、咽干等。一般停灸 3 ～ 5 次，上述症状即可消失。④对于少数气血不畅患者，可能在灸后出现短暂的嗳气、肛门排气、病痛局部疼痛加重或短暂的睡眠障碍。此种情况一般不需特殊处理，等待机体自然恢复即可。⑤对于少数痰湿内蕴患者，可能在灸后出现短暂的咳痰量变多，或排稀便、黏便。此种情况一般不需特殊处理，等待机体自然恢复即可。⑥对于少数素体郁热患者，可能在灸后出现短暂的皮肤发痒、局部湿疹、大小便灼热等反应。一般停灸 2 ～ 3 次，上述症状即可消失。⑦对于灸后皮肤出现水疱的患者，如水疱直径在 1cm 以下，一般不需处理，保持局部卫生，待其自行吸收即可；若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

五、临床应用举例

（一）感冒（上呼吸道感染）

取穴：对穴位热敏高发部位，如印堂、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。

对于以流鼻涕、打喷嚏、鼻塞、前额紧痛为主要症状的风寒感冒，进行印堂穴单点温和灸，患者可觉热感或紧压重感扩散至整个前额，灸至得气感应消失。继而对太阳穴进行双点温和灸，患者可觉热感扩散至两侧颞部，灸至得气感应消失。每日 2 次，灸至症状消失，一般 1 ～ 2 日即可。

对于以头项强痛为主要症状的风寒感冒，进行大椎穴单点温和灸，患者可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，灸至得气感应消失。继而对风池穴进行双点温和灸，患者可觉热感透至深部并扩散至整个头项部，灸至得气感应消失。每日 2 次，灸至症状消失，一般 1 ～ 2 日即可。

对于以恶风、恶寒发热、全身乏力为主要症状的风寒感冒，按序对风府、大椎、至阳、腰阳关行循经往返灸和接力灸，以振奋督脉阳气、祛寒解表，患者可觉热感沿头、项、背、腰部督脉传导，灸至得气感应消失。每日 2 次，灸至症状消失，一般 1 ～ 2 日即可。

在感冒流行季节，可热敏灸足三里、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）口僻（面神经炎）

取穴：对穴位热敏高发部位，如翳风、阳白、下关、颊车、大椎、神阙、足三里等穴区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

对于口僻急性期：①翳风穴双点温和灸，自觉热感渗透且扩散至患侧面部，灸至得气感应消失。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，灸至得气感应消失。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，灸至得气感应消失。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，灸至得气感应消失。⑤大椎穴单点温和灸，自觉热感渗透，或向四周扩散，或沿督脉上下传导，或沿上肢传导，灸至得气感应消失。

对于口僻恢复期：①阳白穴双点温和灸，自觉热感扩散至整个额部或局部有紧、压、酸、胀感，灸至得气感应消失。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，灸至得气感应消失。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，灸至得气感应消失。④神阙穴单点温和灸，自觉热感渗透至腹腔或沿两侧扩散至腰部，灸至得气感应消失。⑤足三里穴双点温和灸，部分感传可直接到达腹部，如感传仍不能上至腹部者，再取 1 根点燃的艾条放置在感传所达部位的近心端进行温和灸，依次接力，使感传到达腹部，最后将两根艾条分别固定于足三里和腹部灸感到达区域进行温和灸，灸至得气感应消失。

每次选取上述 2 ～ 3 组穴位，每日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共 2 ～ 3 个疗程。嘱咐患者避风寒、忌冷饮。

（三）项痹（颈椎病）

取穴：对穴位热敏高发部位，如神庭、风府、大椎、颈夹脊、肺俞、肩井、至阳等穴区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

首先沿督脉风府穴至至阳穴区段行循经往返灸 10 ～ 15 分钟，以温热局部气血，加强敏化，然后按以下分型治疗。

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，或项背部有紧、压、酸、胀、痛感，灸至得气感应消失。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，或有紧、压、酸、胀、痛感，灸至得气感应消失。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，或肩部有紧、压、酸、胀、痛感，灸至得气感应消失。每次选取上述 2 ～ 3 组穴位，每日 1 ～ 2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共 2 个疗程。

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至腕部，如感传不能至腕部，可再取 1 根点燃的艾条放置在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，灸至得气感应消失。每次选取上述 2 ～ 3 组穴位，每日 1 ～ 2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共 2 个疗程。

对于椎动脉型颈椎病：神庭、大椎双点温和灸，自觉热感透向穴位深部，或向四周扩散，或沿督脉传导，灸至得气感应消失。每日 1 ～ 2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共 2 个疗程。

（四）腰痹（腰椎间盘突出症）

取穴：对穴位热敏高发部位，如腰俞、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。

自督脉至阳穴至腰俞穴区段进行循经往返灸，可觉热感沿腰骶部督脉传导，灸至得气感应消失。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，或局部有紧、压、酸、胀、痛感，或向下肢传导，灸至得气感应消失。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，部分感传可直接到达足跟部，如感传不能传至足跟部，再取 1 根点燃的艾条分别放置于承扶、委中、阳陵泉、昆仑等穴区进行温和灸，依次接力使感传到达足跟部，最后将两根艾条分别固定于关元俞、昆仑进行温和灸，灸至得气感应消失。

每次选取上述 2 ～ 3 组穴位，每日 1 ～ 2 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共 1 ～ 2 个疗程。

腰椎间盘突出症急性期患者应睡硬板床，卧床休息，待症状明显好转后，可逐步进行背肌锻炼，并在腰围保护下，下床做轻微活动。

（五）膝痹（膝骨关节炎）

取穴：对穴位热敏高发部位，如局部压痛点、内膝眼、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。

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，灸至得气感应消失。内、外膝眼双点温和灸，自觉热感透至膝关节内并扩散至整个膝关节，灸至得气感应消失。梁丘、阴陵泉双点温和灸，自觉热感透至膝关节内并扩散至整个膝关节，灸至得气感应消失。血海、阳陵泉双点温和灸，自觉热感透至膝关节内并扩散至整个膝关节，灸至得气感应消失。

每次选取上述 1 ～ 2 组穴位，每日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 ～ 5 日，共 2 ～ 3 个疗程。

热敏灸对肿胀型膝骨关节炎疗效较佳。

（撰写人：谢丁一、陈日新）

第六节　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、扶正祛邪作用。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 雷火灸器具

（1）雷火灸条

外形：长 10cm，直径 3cm，重量 25g。

组成部分：主要由艾绒与多种中药配制而成。

使用方法：①持雷火灸条，单根、双根手持均可，进行悬灸手法治疗。②雷火灸条可分割为 1/2 或 1/4 插入雷火灸盒内，点燃放置于病处或经络腧穴处进行治疗。③雷火灸条可分割为 1/2，固定于灸具上，手持器具操作。

（2）雷火灸悬灸棒　是雷火灸手法治疗中最常用的器具。悬灸棒操作方法：①扭开悬灸棒上盖，露出 3cm 左右的雷火灸条，将备用大头针插入悬灸棒盒外两侧固定孔内，以固定雷火灸条。②使用酒精灯或点火器点燃雷火灸条露出 3cm 的顶端，吹红顶端，使其全部燃烧至红火头即可使用。③将雷火灸条火头对准应灸部位，距离皮肤 2 ～ 3cm，灸至皮肤发红、深部组织发热（注意随时去掉灸条灰，保持红火，避免发生烫伤）。④雷火灸条火头燃至盒口时，需取出悬灸棒两侧固定的大头针（注意避免烫伤），扭开悬灸棒底盖，用拇指向前推出 3cm 雷火灸条，重新用大头针固定，继续使用。⑤灭火时，取出大头针，盖紧悬灸棒上下盒盖使其密封熄火（注意检查灭火情况，确保灸条彻底熄灭）。

（3）雷火灸盒　包括单孔灸盒、双孔灸盒、多孔灸盒 3 种，灸盒底部有防尘网，可防止雷火灸的燃烧灰落到体表。

2. 一般器具

酒精灯、电子点火器、不锈钢去（吹）灰盘、覆盖用毛巾（深色毛巾，两条或多条，规格为 70cm × 140cm）。

（二）基本操作方法

雷火灸操作是手法、推拿、灸具的组合方法，能够便于控制温度，达到最佳的治疗效果。该技术的操作重点是悬灸手法，同时提倡双手配合，即“一手运行灸法，另一手辅助治疗”（辅助手方法：按、压、推、分、拉、敲等）；再结合灸盒，将雷火灸的热力和药效及时传达到更深层次，发挥雷火灸强大的渗透作用和强烈的祛邪作用。

1. 雀啄灸法

雷火灸火头对准应灸部位或穴位，火头距离皮肤 1 ～ 2cm，做点灸动作（如鸡啄米、雀啄食）。其作用为泻。

2. 小回旋灸法

雷火灸火头对准应灸部位或穴位，依据病情及患者耐受情况，在火头距离皮肤1～5cm的范围进行调整，做固定的圆弧形旋转，旋转直径为1～3cm。

3. 螺旋灸法

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，旋转直径为1～5cm。

4. 横行灸法

雷火灸火头悬至病灶部位之上，依据病情需要，火头距离皮肤1～5cm，左右摆动，摆动距离一般为5～6cm。

5. 纵行灸法

雷火灸火头悬至病灶部位之上，依据病情需要，火头距离皮肤1～5cm，治疗时火头沿人体纵轴上下移动。

6. 斜行灸法

雷火灸火头悬至病灶部位之上，火头距离皮肤1～5cm，灸条火头与皮肤表面呈30°～70°角，斜行移动。此方法常用于面部，治疗鼻病、眼部疾病、面部疾病等。

7. 拉辣式灸法

此手法用食指、中指、无名指平压躯干软组织，指尖处为施灸部位，手指往后移，火头随指尖移动。火头距离皮肤2cm，并保持红火。令患者皮肤有灼热感。

8. 十指冲灸法

此手法先集合手指，用火头对准十指尖端（或指间关节），做连续快速冲击手法（或横行灸法），产生强力的高温刺激效应，使患者感到刺痛。此法偏于泻法，能快速止痛、缓解痉挛，疗效较好。将此方法应用到足趾尖端，又称“足趾冲灸法”。

二、主要适应证

1. 中风（非急性期）、咳嗽咳喘、慢性胃肠炎、腹痛泄泻、胸痛等内科疾病。
2. 风湿性关节炎、骨关节疼痛等骨科疾病。
3. 月经不调、不孕症、妇科炎症等妇科疾病。
4. 小儿消化不良、小儿遗尿、儿童咳喘、青少年近视等儿科疾病。
5. 干眼症、老年人弱视、变应性鼻炎、耳鸣、耳聋等五官科疾病。
6. 神经性皮炎、带状疱疹、荨麻疹等皮肤科疾病。
7. 肥胖症、睡眠障碍等其他疾病。

三、禁忌证

1. 高血压、中风急性期患者。
2. 孕妇腹部禁灸，早孕、孕晚期。
3. 眼外伤、青光眼、眼底出血者。
4. 患者处于发热、哮喘发作等状态。

5. 各种出血性疾病，如消化道出血、子宫出血、皮下出血等。

6. 老人、儿童慎用泻法，禁用高温强刺激法。

四、注意事项

1. 采用雷火灸治疗时，需要保持红火头，火头必须与皮肤保持安全距离，切忌火头直接接触皮肤，以免发生烫伤。

2. 在施灸过程中，要注意观察患者表情，随时询问患者情况，以患者舒适、耐受为治疗基础，避免发生灼烫伤。

3. 雷火灸治疗与推拿手法配合疗效更佳。灸疗后请勿即刻洗浴，否则易受风寒侵袭，影响疗效。

4. 对于精神紧张、焦虑不安的患者，应先令其休息 20 分钟，消除其顾虑后再行灸疗。对于体质虚弱、神经衰弱的患者，使用雷火灸治疗时火力宜小而温和。对于饥饿或脱水的患者，应先令其进食或给予糖水，待状态稳定后方可灸疗。

5. 准备一旦发生烧烫伤时所需的药物，如烫伤膏、林可霉素利多卡因凝胶、碘伏等。

6. 一旦发生烧烫伤，需按照外科烧烫伤处理。

7. 治疗后 2 小时内勿擦洗灸疗部位，否则会影响疗效。

五、临床应用举例

（一）白涩症（干眼症）

方法：雀啄灸法、小回旋灸法、横行灸法、螺旋灸法。

部位：前额、双眼、双耳。

穴位：睛明、翳风、合谷、眼（耳穴）。

操作步骤：

前额部用横行灸法：在前额发际与眉之间做横行灸法（往复为 1 次），火头距离皮肤 2 ～ 3cm，每 10 次为 1 壮，每灸 1 壮用手按压额部 1 次（5 秒），灸至皮肤发红、患者感热。

双眼部用横行灸法：双眼闭合，火头距离皮肤 2 ～ 3cm，在双眼部来回做横行灸法，每 10 次为 1 壮，每灸 1 壮用手按压眼部 1 次（5 秒），灸至皮肤发红、结膜充血。

双眼部小回旋灸法：双眼睁开，眼球不动，火头距离眼部 2 ～ 3cm，顺时针旋转灸，速度适中，每 10 次为 1 壮，每壮之间嘱患者闭眼（10 秒），术者用手轻按压其双眼 1 次，灸 10 壮。

睛明穴雀啄灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，每雀啄 10 次为 1 壮，每壮之间用食指揉压穴位 1 次，灸 8 壮。

双眼再次行横行灸法：双眼睁开，火头距离眼表 2 ～ 3cm，火头横行来回移动，

10 次为 1 壮，每壮之间用手轻按压眼部 1 次（5 秒），灸 8 壮。

双耳用螺旋灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，灸至双耳发红、患者感热。

雀啄法点灸外耳道口、眼（耳穴）、翳风穴，火头距离皮肤约 2cm，每雀啄 10 次为 1 壮，每壮之间用手按压 1 次（5 秒），各灸 8 壮。

合谷穴用雀啄法点灸：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，雀啄 10 次为 1 壮，每壮之间用手按压穴位 1 次（5 秒），灸 8 壮。

每日灸疗 1 次，每 10 日为 1 个疗程，一般灸 3 ～ 5 个疗程，每疗程间休息 1 日。

操作注意：裸眼操作时，需注意手法的稳定性，保持火头距离眼表 2 ～ 3cm，防止艾灸粉尘落入眼内。患者需要坐位施灸，头直立勿仰，以免艾灰掉入眼内。治疗期间如有眼底出血，禁灸。

（二）鼻鼽（变应性鼻炎）

方法：纵行灸法、斜行灸法、雀啄灸法、螺旋灸法、横行灸法。

部位：上星至素髎、印堂至迎香、耳部、额部。

穴位：上星、素髎、睛明、印堂、迎香、列缺、合谷。

操作步骤：

上星至素髎用纵行灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，上下灸 10 次为 1 壮，约 3 秒，每壮灸后用左手按压 1 下，共灸 6 壮。

印堂至迎香用斜行灸法：从印堂至迎香，做“八”字斜行灸，左右轮换，各灸 6 壮。

额部用横行灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，在额部发际与眉上缘之间做横行灸法，横行 10 次为 1 壮，共灸 3 壮，每壮灸后用左手按压 1 下。

印堂、睛明、迎香、上星用雀啄灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，雀啄 10 次为 1 壮，每壮之间用手按压 1 下，每穴各灸 5 壮。12 岁以下的患者每穴灸 3 壮。

耳郭正面、背面用螺旋灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，10 次为 1 壮，每壮之间用手按压 1 下，灸至耳郭发红、患者感热。

外耳道口用雀啄灸法：牵拉耳郭，使外耳道口充分暴露，雀啄 10 次为 1 壮，每壮之间用手按压 1 下，两外耳道口各灸 3 ～ 5 壮。

鼻孔用雀啄灸法：指压上唇，火头距离鼻孔 2cm，同时让患者头后仰做深呼吸，雀啄灸 10 次为 1 壮，共灸 3 壮。12 岁以下患者可减量，灸 2 壮。

列缺、合谷用雀啄灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，雀啄灸 7 次为 1 壮，每壮之间用手按压 1 下，每穴灸 3 壮。

全部操作过程约 25 分钟，每日 1 次或 2 次，7 日为 1 个疗程，治疗 3 个疗程。

注意：裸眼操作时，需注意手法的稳定性，保持火头距离眼表 2 ～ 3cm，防止艾灸粉尘落入眼内。患者需要坐位施灸，头直立勿仰，以免艾灰掉入眼内。鼻部出血者禁灸。

（三）腰痹（腰椎间盘突出症、腰肌劳损）

方法：小回旋灸法、横行灸法、拉辣式灸法。

部位：腰椎部、骶椎部、患侧臀部。

穴位：环跳、委中、阿是穴（痛点）。

操作步骤：

悬灸法：火头距离皮肤 2 ～ 3cm，横行灸法灸患侧臀部疼痛部位，灸 10 次（1 壮）用手按压 1 下，灸至皮肤发红、患者感热。

悬灸点穴法：取环跳、委中、阿是穴，火头距离皮肤 2 ～ 3cm，用回旋灸法，每穴灸 8 壮，每灸 1 壮用手按压 1 次。

拉辣式灸法：术者右手持灸，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 1 壮，共灸 7 ～ 9 壮。

每日灸 1 次，10 日为 1 个疗程，可连续灸 1 ～ 2 个疗程。若有腰椎滑脱等其他并发症，可灸 3 ～ 5 个疗程。

注意：腰痹由多种疾病引起，病情严重时，应及时到骨科就诊。

（四）不孕（原发性不孕）

方法：小回旋灸法、雀啄灸法、横行灸法、足趾冲灸法。

部位：小腹、骶髂关节、足十趾尖端。

穴位：神阙、气海、关元、中极、三阴交、八髎。

脾肾阳虚，加肾俞、太溪；肝气郁滞，加肝俞、太冲；痰湿内盛，加水道、归来、府舍、足三里。

操作步骤：

主穴灸法：每穴灸 10 壮，两侧少腹部加用雀啄灸法和按揉手法。

脾肾阳虚：悬灸神阙、气海、关元、中极、三阴交、肾俞，距离皮肤 1 ～ 2cm，用雀啄灸法，每穴灸 10 壮（每 8 次为 1 壮），两壮之间用手按压 1 次。

肝气郁滞：摆阵灸法配合悬灸，灸肝俞、太冲、神阙、气海、三阴交；加用小回旋灸法。

痰湿内盛：摆阵灸法配合悬灸，灸水道、归来、天枢、三阴交、足三里；加用足趾冲灸法。

月经后 3 日开始行雷火灸治疗，每日灸 1 次，10 日为 1 个疗程。连续治疗 3 个月经周期，评定治疗效果。

采用雷火灸治疗输卵管炎症性阻塞，尤其是患处相应体表部位用雀啄灸法和按揉手法能促进气血运行，使新陈代谢旺盛，从而加快炎症的吸收。坚持治疗会取得一定的疗效。

注意：输卵管炎症性阻塞患者大多兼有经前乳房胀痛、精神抑郁、烦躁易怒等表现及妇科检查示附件明显增厚等，此种情况相当于中医学“胞脉闭阻”之证，治疗起来比

较困难，需要配合中药辨证治疗，必要时需与输卵管疏通技术联合应用。

（撰写人：赵时碧、张丽）

第七节　电子灸技术

电子灸是以电为热源，通过温熨含有艾叶成分的介质进行艾灸治疗的一种灸疗方法，又称“电热灸”“电热隔药灸”等。该法具有温通经络、行气活血、祛湿逐寒、消肿止痛、调节阴阳的功效，临床多用于治疗寒凝血瘀、经脉痹阻引起的各种病证。

电子灸仪主要由控制主机、灸头、灸垫组成。其运用电阻发热的原理，通过调节电流大小来调节温度，可使灸头温度控制在 30 ～ 85℃。该法除了可以实施普通灸法，还可进行仿发疱灸、化脓灸、隔药饼灸等多种传统艾灸技术的操作。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

电子灸仪、灸垫、固定带、医用胶贴、艾叶乙醇提取液等。

（二）基本操作方法

包括灸垫的准备，体位的准备，皮肤消毒，开机，设置灸头温度、时间参数，温针的操作，治疗后操作，异常情况处理等。

1. 灸垫的准备

灸垫由导热层和载体层组成。其主要分为含艾叶浸取液的灸垫成品和在垫片上滴注以艾叶乙醇提取液为主要成分的介质两种形式。前者撕开外膜后直接插入灸头中即可；后者需将艾叶浸取液滴注至垫片载体层，然后将垫片插入灸头。

2. 体位的准备

根据病情让患者选取适当体位，暴露灸疗的穴位，一般根据病情选用 4 ～ 6 个穴位。首先检查需灸疗部位的皮肤温度、触觉等感觉是否正常，然后把灸头放置在相应的穴位上。

3. 皮肤消毒

用 75% 乙醇对施灸部位进行常规消毒。

4. 开机

插上电源并开启电子调控器上的电源开关，仪器进入工作状态，2 ～ 3 分钟后灸头热感明显。

5. 设置灸头温度、时间参数

根据患者感觉，按照电子调控器上的指示进行调温。一般以有温热舒适感、皮肤出现桃红色均匀红斑为宜，此时灸垫接触皮肤的温度为 42 ～ 45℃。每次灸疗时间通常设置为 15 ～ 30 分钟，可根据病情需要做相应时间调整。

6. 温针的操作

将针灸针穿过灸头正中的小孔，刺入穴位，即可实现温针灸。

7. 治疗后操作

治疗结束后应及时关闭电源，取下胶带、固定带和灸头内的灸垫，将灸垫放入医疗垃圾桶。整理好各通道电线，可用消毒干棉球蘸清水清洁灸头表面，待干燥后收起备用。

8. 异常情况处理

在使用过程中，若调整温度后患者仍没有发热感，应立即关掉电源，进行进一步检修。

二、主要适应证

电子灸技术适用于以阳虚、气虚及寒湿为主要证候表现的病证。

1. 颈椎病、肩周炎、肩袖损伤、网球肘、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、膝关节疼痛等骨伤科疾病。

2. 偏头痛、睡眠障碍、眩晕、口僻、中风后遗症等神经系统疾病。

3. 风湿性关节炎、强直性脊柱炎等免疫系统疾病。

4. 哮喘、咳嗽、咽炎、变应性鼻炎、慢性阻塞性肺疾病等呼吸系统疾病。

5. 慢性胃炎、胃食管反流病、肠易激综合征、顽固性呃逆、便秘等消化系统疾病。

6. 盆腔炎、月经不调、痛经、不孕等妇科疾病。

三、禁忌证

1. 中风闭证、阴虚阳亢、热毒炽盛、中暑高热等热证患者。

2. 局部温度感觉功能减退者应慎用电子灸，以防温度过高、患者无灼热感而导致皮肤烫伤。

3. 过敏体质者。

4. 孕妇的腹部及腰骶部。

5. 有皮肤感染与炎症的部位。

6. 体内安装心脏起搏器或金属件者。

7. 严重脏腑功能衰竭者、出血及有出血倾向者、对磁疗有明显不良反应者、体质极度虚弱者、恶性肿瘤患者、血管性栓塞者、白细胞低下者等慎用。

四、注意事项

1. 不同人体、不同穴位对温度的敏感程度不同。在第一次使用电子灸仪时，升温顺序必须从低温到高温依次上升；若感觉温度偏高，皮肤无法接受时，必须取下灸头并关闭相关电路通道两分钟，待温度降低后方可重新使用。

2. 对热不敏感者要慎用电子灸仪，未成年人应在监护人的监管下使用。

3. 每个穴位的灸疗时间一般以 30 分钟为宜，同一部位灸疗时间过长有低温烫伤的

风险。灸垫有隔热作用，固定不当有烫伤的风险。

4. 如施灸过量、温度过高，局部出现小水疱，应注意不要擦破水疱，保持皮肤干燥清洁，待水疱自然吸收，结痂脱皮后痊愈；如水疱较大，可先行局部皮肤常规消毒，再用一次性使用无菌针灸针刺破水疱下方，放出水液，或用注射针抽出水液，再涂以龙胆紫，局部保持清洁干燥，直至结痂脱皮；若出现大水疱，则应在无菌操作下，用注射器从水疱底部抽出疱液，用烫伤药膏涂抹患处，每日 1 ～ 2 次，局部保持清洁干燥，3 ～ 7 日后可结痂脱皮。严重者可行外科换药治疗。

5. 不可将灸头的电源线过度弯曲、拉扯、扭转，或将其靠近热源，或在其上放置重物等，以防破损。不可在雷电、强磁、高温、高压等环境下使用电子灸仪。

6. 电子灸仪使用结束，应及时将电源插头从插座上拔下；不用时不要将电子灸仪的电源插头留在插座上，以免引起过热或者烧坏。不要重复使用灸垫。灸头使用后，待其冷却至室温，取下灸垫，可用干净的抹布蘸取 75% 乙醇轻轻擦拭灸头与人体接触部位。

7. 不要使用与所用电子灸仪不一致的电源。不要将灸头与磁性信息载体共同存放，以免磁性信息载体被磁化。

五、临床应用举例

（一）痛经（原发性痛经）

取穴：关元、归来（双侧）、三阴交（双侧）。疼痛明显加地机，血瘀加血海，脾虚加足三里，气虚加气海。

操作：患者取仰卧位，把换上灸垫的灸头依次放置在相应的穴位上，用胶带或束缚带固定。开启电子灸仪进行调温，通常设定为 45 ～ 50℃。每次灸疗 30 分钟，月经前 3 ～ 5 日开始灸疗，连续灸 3 日，3 个月经周期为 1 个疗程。

注意：一般以有温热舒适感、局部皮肤微红为宜。注意避免灸疗时间过长导致皮肤烫伤。如疼痛剧烈，应配合针刺合谷、三阴交等穴位以增强止痛效果。

（二）膝痹（膝骨关节炎）

取穴：内膝眼、外膝眼、鹤顶、阿是穴。

操作：患者选取适当体位，把放入灸垫的灸头依次放置在相应的穴位上，用胶带或束缚带固定。开启电子灸仪进行调温，通常调至 50℃，一般以患者有温热舒适感、皮肤出现轻微泛红为宜。每次灸疗 30 分钟，5 次为 1 个疗程，治疗 3 个疗程。

注意：膝关节局部红肿热胀明显者应慎用电子灸。

（三）尪痹（类风湿关节炎）

取穴：①主穴取受累关节局部疼痛部位的阿是穴。②根据不同部位选取相应配穴。肩关节取肩髃、肩髎、肩井；肘关节取曲池、肘髎、手三里；腕关节取外关、阳池、合谷；髋关节取居髎、髀关、环跳、风市；膝关节取膝眼、足三里、血海；踝关节取悬

钟、丘墟、解溪。

操作：主穴取阿是穴主，每次必取；配穴一般依据肿痛部位酌加远近循经穴位。开启电子灸仪进行调温，调节温度至50℃左右，以患者感觉温热舒适为宜，待灸头发热，将其固定在患者病变部位所属经脉局部或远部的穴位上，刺激穴位进行治疗。每次10～30分钟，每日1～2次，10次为1个疗程，疗程间隔3～5日。

注意：关节局部皮肤发红、发热和肿胀明显者应慎用。

（四）筋伤（软组织损伤）

取穴：阿是穴（病灶区）。

操作：可预先制备以艾叶为主，辅以细辛、延胡索、桂枝、红花等具有舒筋活血、通络止痛作用的中药材按照一定比例配制的药液作为介质。按照操作流程进行电子灸灸疗。对于急性软组织损伤，通常在发病的急性期每日治疗1～2次；对于慢性软组织损伤，每日或隔日治疗1次，5次为1个疗程。

注意：对于急性软组织损伤者，在24小时之内应先做局部冷敷，在24小时之后才能做电子灸治疗。疼痛剧烈患者应结合针刺治疗。

（五）项痹（颈椎病）

取穴：风池、天柱、颈夹脊穴、阿是穴。

操作：开启电子灸仪，调节温度至患者感觉温热。在患者病变部位的穴位，用电子灸刺激治疗，每次30分钟，隔日1次，10次为1个疗程，治疗5～10次。

注意：对于颈椎疼痛剧烈者，应以针刺为主要治疗方式，同时辅助应用电子灸治疗。

（撰写人：陆瑾、邱东升）

第八节　督灸技术

督灸技术是指在督脉的脊柱段大椎至腰俞施以“隔药、隔姜艾灸，并使之发疱（或不发疱）”的一种中医外治技术。本法具有温肾壮阳、拔毒散结、祛寒利湿、通督止痛的功效。

一、常用器具及基本操作方法

督灸技术常用器具包括治疗床、排烟机、打姜机等硬件设施，以及药粉、艾绒、桑皮纸等消耗品。督灸技术在30余年的发展中逐步形成了12步基本操作规范。

（一）常用器具

1. 硬件设施

排烟机、治疗床、打姜机、研钵、研棒、毛笔、压舌板、打火机（或线香）。

2. 消耗品

药粉、桑皮纸、艾绒等物品。

（二）基本操作方法

1. 选择体位

患者裸背俯卧于治疗床上。

2. 取穴

医者用拇指指甲沿脊柱（督脉）棘突按压“十”字痕迹。

3. 施术部位消毒

以 75% 乙醇棉球自上而下沿脊柱常规消毒 3 遍。

4. 涂抹姜汁、撒督灸粉、敷盖桑皮纸、铺姜泥

沿脊柱棘突“十”字痕迹处涂抹姜汁。沿脊柱棘突“十”字痕迹处撒督灸粉，使其呈线条状。将宽 8cm，长 80cm 的桑皮纸敷盖在药粉上面。把姜泥牢固地铺在桑皮纸中央，要求姜泥底宽 5 ～ 6cm，高 3cm，顶宽 3 ～ 4cm，长为大椎至腰俞的长度，形如梯形。

5. 点燃艾炷

在姜泥上面放置梭形艾炷。用线香点燃艾炷的上、中、下 3 点，任其自燃自灭。⑩换艾炷：1 壮灸完后再换 1 壮，连续灸 3 壮。

6. 移去姜泥

灸完 3 壮后取下姜泥，用湿热毛巾轻轻擦净灸后药泥。

若是发疱灸，在灸后 3 ～ 6 小时，施灸部位自然起水疱如珍珠状，第二天处理水疱。处理时，患者取俯伏坐位，以 75% 乙醇棉球自上而下在水疱表面及周围常规消毒 3 遍，自然干燥。水疱小者通常无须特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可。若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

二、主要适应证

1. 强直性脊柱炎、类风湿关节炎等免疫系统疾病。
2. 腰椎间盘突出症、肩周炎等骨关节病。
3. 变应性鼻炎、慢性阻塞性肺疾病等呼吸系统疾病。
4. 阿尔茨海默病、颈动脉粥样硬化等心脑血管疾病。
5. 寒凝血瘀之月经不调、痛经，继发性闭经等妇科疾病；阳痿、早泄等男科疾病。
6. 慢性泄泻、五更泻等消化系统疾病。
7. 亚健康、慢性疲劳综合征、阳虚体质等。

三、禁忌证

1. 有严重心、肝、肾、脑疾病患者，咯血患者，恶性肿瘤患者，严重糖尿病患者，

严重过敏体质者，皮肤长有疱疖或皮肤有破损者等禁用。

2. 发热或慢性支气管炎、支气管哮喘急性期患者禁用。

3. 阴虚火旺者慎用。

4. 孕妇禁用。

四、注意事项

1. 发疱督灸治疗前 7 日开始要求患者配合饮食调节。①忌食一切水产品、羊肉、鸡肉、狗肉、酒类，以及黄瓜、韭菜、香菜、辣椒等蔬菜。②饮食以清淡素食为主，多食用植物蛋白。

2. 建议治疗期间配合户外活动，早、晚各 30 分钟为宜。

3. 特殊情况处理：①如遇督灸过敏者，应及时采用碘伏消毒棉球擦拭过敏部位，严重者及时转诊。②督灸发疱者，处理时应严格按照上述流程操作，若无法自行处理应及时转诊。③如遇晕灸或遇放疱时晕疱者，应及时停止操作，嘱患者平卧，开窗通风并注意保暖，饮用适量温水，及时监测血压、脉搏、呼吸及体温等生命体征，如遇危重情况，及时送至急诊救治。

五、临床应用举例

（一）大偻（强直性脊柱炎）

操作要点：患者取俯卧位；正确取穴，部位消毒；涂抹姜汁，均匀撒放督灸粉，覆盖桑皮纸，铺姜泥；放置梯形艾炷，灸 3 壮；清理督灸粉及施灸区域。

督灸粉配制：诸药研细末，取 3g 备用。①肝肾亏虚证：选用人工麝香、川乌、海风藤、伸筋草、川芎、淫羊藿、附子、肉桂、斑蝥等药物。②寒凝阳虚证：选用人工麝香、丁香、肉桂、甘遂、细辛、斑蝥等药物。③寒湿阻络证：选用人工麝香、川乌、细辛、桂枝、威灵仙、羌活、独活、川芎、斑蝥等药物。

疗程：每次治疗约 90 分钟。若为发疱灸，每月 1 次，若为不发疱灸，每周 1 次，4 次为 1 个疗程。

注意：强直性脊柱炎患者采用发疱督灸，在处理水疱时应严格按照上述流程及注意事项进行。

（二）痛经（原发性痛经）

操作要点：①选用不发疱督灸。②患者取俯卧位；正确取穴，部位消毒；涂抹姜汁，均匀撒放督灸粉，覆盖桑皮纸，铺姜泥；放置梯形艾炷，灸 3 壮；清理督灸粉及施灸区域。

督灸粉配置：诸药研细末，取 3g 备用。①寒凝血瘀证：选用当归、川芎、白芍、香附、延胡索、附子、小茴香、肉桂、吴茱萸等药物。②气滞血瘀证：选用乌药、延胡索、郁金、益母草、柴胡、丹参、香附、五灵脂、白芍、牡丹皮、甘草等药物。③肾虚

血瘀证：选用附子、山药、生地黄、杜仲、当归、山茱萸、生甘草、川芎、牛膝等药物。④气虚血瘀证：选用黄芪、党参、白术、茯苓、丹参、白芍、牡丹皮、生甘草等药物。⑤气血虚弱证：选用黄芪、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、生地黄、生甘草等药物。

疗程：每次治疗约 90 分钟，每周治疗 1 次，4 次为 1 个疗程。

（撰写人：杨继国、董甜甜）

第九节　熏灸技术

熏灸技术是指将艾条一端点燃，或将艾绒置于特制的熏灸器内点燃后，以其艾烟熏灸患处的一种中医外治技术。熏灸的作用特点是“以烟为主，以热为辅”，具有拔毒泻热、化腐生肌、温阳和血、通络止痛、收湿敛疮、保湿滋润之功效，临床常用于治疗甲沟炎、指（趾）头炎、痈疽疔疖、创面感染、癣症（浅部真菌病）、带状疱疹、糖尿病足、褥疮、湿疹、银屑病、神经性皮炎等疾病。

一、炉式熏灸器及基本操作方法

（一）炉式熏灸器

炉式熏灸器以其外形类似微型的煤炉而得名，用金属制成。使用时，将炉盖打开，艾条折成数段置入炉内点燃，加盖燃烧后取其烟，将出烟管道上端对准病灶或穴位处，距离施灸部位 5cm 左右。依据患者情况确定施灸的时间。

（二）基本操作方法

熏灸操作一般包括清创、熏灸等。

1. 清创

患处清洗，常规消毒。有红肿瘀血者，用三棱针或粗一次性使用无菌针灸针点刺病灶最痛处，放血数滴；有水疱者，用一次性使用无菌针灸针刺破放出疱液；已化脓者，先行引流，并采集脓液标本送细菌培养及药敏试验，再清除脓液及分泌物。甲沟炎伴嵌甲或甲下积脓者，需剪除病侧的小部分指（趾）甲；慢性甲沟炎致肉芽增生者，剪除增生部分。

2. 熏灸

打开炉式熏灸器顶盖，放入 3 ～ 5 段长约 4cm 的清艾条点燃，盖上顶盖。艾烟即可经烟道上行而出，手持把柄，将出烟口对准病灶处熏灸。出烟口与病灶的距离依据患者的耐受程度而定，一般相距 2 ～ 5cm。每次熏灸时间为 30 ～ 50 分钟，主要依据致病菌的种类而定。熏灸后用消毒纱布敷患处。一般每日治疗 1 次。急性感染者 5 次为 1 个疗程，慢性感染者 10 次为 1 个疗程。治疗期间，患处保持清洁干燥，不宜浸水、受潮。

二、主要适应证

糖尿病足、褥疮、神经性皮炎、带状疱疹、银屑病、头癣、脚癣、甲沟炎、指（趾）头炎、疔疮、疖肿、外伤感染、放化疗后皮疹、溃疡等外科浅表感染性疾病。

三、禁忌证

1. 合并严重神经系统、心、肺、肝、肾和造血系统疾病患者；高热，血常规异常者。

2. 有艾灸过敏史者。

四、注意事项

1. 使用灸器时，医护人员应进行间断巡视，每次使用时间为 30 ～ 50 分钟。

2. 熏灸一段时间后，罐体发热，拿持时注意避免烫伤。

3. 熏灸治疗室应配有换气扇，保持空气流通。

4. 对皮肤感觉异常者，应注意调整熏灸距离，防止烫伤。

5. 在治疗期间，如果患者体温升高，血象升高，疼痛剧烈，应配合抗感染及支持治疗。

五、临床应用举例

（一）脱疽（糖尿病足）

各型糖尿病足均可使用该方法治疗。以患足为治疗部位，并发感染、溃疡及坏疽者，清创后采用炉式熏灸器熏灸。第一周每日治疗 1 次，每次 20 ～ 30 分钟，以后隔日熏灸 1 次，4 周为 1 个疗程。

注意：根据糖尿病足感染、溃疡程度，适当调整熏灸距离，以患者感到温热且不烫为度，防止烫伤。

（二）席疮（褥疮）

凡有开放性溃疡的褥疮均可使用该方法治疗。以患处为治疗部位；清创后采用炉式熏灸器熏灸。熏灸时间为 30 分钟左右，以疮面形成薄黄色油膜，周围皮肤微发红为度。每日熏灸 1 ～ 2 次，熏后疮面用消毒敷料包扎。

注意：疮面较大、分泌物较多者，首先取少量分泌物送细菌培养及药敏试验；用生理盐水清洗后，选取细菌极度敏感的抗生素药液局部涂敷，然后行熏灸，治疗效果更佳。

（三）摄领疮（神经性皮炎）

局限性神经性皮炎均可使用该方法治疗，播散性神经性皮炎可每次选择 2 ～ 3 处使

用该方法治疗。局部消毒后刺血，采用炉式熏灸器熏灸。熏灸时间为 30 分钟左右，以疮面形成薄黄色油膜，周围皮肤微发红为度。每日熏灸 1 ～ 2 次，熏后疮面用消毒敷料包扎。

注意：发生于颈部的神经性皮炎一般不刺血，可直接熏灸治疗。

（撰写人：吴生兵）

第十节　线香灸技术

线香灸技术是以特制中药线香点燃后直接在人体体表一定部位或穴位灼灸以防治疾病的一种灸疗技术。线香灸技术丰富了中医临床治疗疾病的手段，可广泛应用于皮肤科、外科、五官科、内科、儿科等各科多种疾病的治疗，尤其适用于荨麻疹、湿疹、斑秃、带状疱疹等皮肤病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

选取五加皮、当归藤、莪术、三七粉等十余种中药材制成的不同规格线香，火柴或打火机等火源，以及治疗盘、灭火器具等辅助用具。

（二）基本操作方法

1. 环境要求

操作室光线充足；温度保持在 25℃左右；保持空气流通，避免患者直接吹风；注意环境清洁卫生。

2. 持香

医者以右手拇指、食指持线香的一端，另一端露出约 1cm。

3. 施灸

将线香在火源上点燃，抖掉火焰，待其形成珠状火星时，快速将火星点按于所选穴位或部位上，并立即移开，如雀啄样。1 按为 1 壮，一般主穴每穴 3 ～ 5 壮，配穴每穴 2 ～ 3 壮。

4. 灸后处理

线香灸后，灸灰不予处理，待其自行脱落。若皮肤出现水疱，米粒大小则无须处理。若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

二、主要适应证

1. 疖、荨麻疹、疣、湿疹、斑秃、带状疱疹、皮肤瘙痒、神经性皮炎、黄褐斑、痣等皮肤疾病，无名肿毒、脓疱、瘰疬等外科疾病。

2. 感冒、发热、泄泻等内科疾病。
3. 鼻炎、口腔溃疡等五官科疾病。
4. 腮腺炎、积食等儿科疾病。
5. 痿证、麻木、疼痛等病症。

三、禁忌证

1. 孕妇。
2. 精神分裂症、抽搐等不能配合者。
3. 瘢痕体质者。
4. 年老体弱及合并其他严重基础性疾病者慎灸。

四、注意事项

1. 患者在精神紧张、大汗后、劳累后、饥饿时或醉酒后不适宜应用本疗法。
2. 施术当天，患者灸治穴区不宜接触水。
3. 线香灸后局部可有灼热感或痒感，嘱患者不可用手搓揉，以免抓破继发感染。
4. 若发生晕灸，应立即停止操作，使患者头低位平卧，注意保暖。轻者一般休息片刻，或饮温开水后即可恢复；重者可掐按水沟、内关、足三里；严重时按晕厥处理。

五、临床应用举例

（一）蛇串疮（带状疱疹）

穴位选择：蛇头穴（疱疹初发处）、蛇腰穴（疱疹次发处）、蛇尾穴（疱疹最后发生处）。

点灸顺序：按皮疹出现的先后顺序点灸，即先点灸“蛇头”，再点灸“蛇腰”，然后点灸“蛇尾”，最后在疱疹周围 1 ～ 2mm 处围灸 1 圈。若面积大、疱疹多，可分批治疗，每次灸量不超过总疱疹数的 1/3，分 3 次治疗，每一疱疹处均要求点到。

治疗时间及疗程：前 3 日每日点灸治疗 1 次，以后隔日点灸 1 次，10 次为 1 个疗程。一般治疗 1 个疗程即可，严重的可治疗 2 个疗程。

注意：灸后局部有灼热感或蚁咬样痒感，嘱咐患者不要用手搓揉，以免抓破继发感染。治疗期间以清淡饮食为宜，忌食辛辣、腥膻等食物。

（二）咳嗽（急慢性支气管炎）

穴位选择：合谷、定喘、膻中、列缺、滑肉门、大巨、太溪。

点灸顺序：左合谷、左定喘（大椎与左大杼穴连线中点）、膻中、右定喘（大椎与右大杼穴连线中点）、右列缺、滑肉门（双侧）、大巨（双侧）、太溪（双侧）。

治疗时间及疗程：每日点灸 1 次，一般 2 ～ 3 次可见效，严重者治疗 5 次左右可见效。

注意：治疗咳嗽的基本原则是“治上焦如羽，非轻不举”，操作时手法宜轻。线香灸在施术后短期内会出现轻微皮损及色素沉着，此情况可自行消失，医者操作前要做好解释工作，嘱患者不必过于紧张。

（三）疳腮（流行性腮腺炎）

穴位选择：角孙、阿是穴。

治疗时间及疗程：每日点灸 1 次，共点灸 2 ～ 3 次。

注意：疳腮的治疗取“火郁发之”之义，施术当天，患者不宜着水。在线香灸施术后短期内，患者会出现轻微皮损及色素沉着，此情况可自行消失，医者操作前要做好解释工作，嘱患者不必过于紧张。治疗期间以清淡饮食为宜，忌食辛辣、腥膻等食物。

（撰写人：韩兴军、王璇）

第十一节　脐灸技术

脐灸疗法是隔药灸脐法的简称，是指将药物填于脐部，上置艾炷施灸，刺激脐部以防治疾病的一种方法。脐灸疗法具有操作简便、适应范围广、给药途径特殊、患者治疗无痛苦、安全可靠、方药方便贮存等优点，可广泛应用于内、外、妇、儿、五官等各科多种疾病的治疗，尤适用于胃肠病、妇科病、儿科病、男科病、病理性衰老等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

脐灸药粉、面圈、艾炷、75% 乙醇棉球或 0.5% ～ 1% 碘伏棉球、医用敷贴等。

（二）基本操作方法

1. 环境要求

本法一般在室内进行，要求室内温度适宜（26℃左右），空气流通，清洁卫生。

2. 药粉制备

脐疗用药必须遵循辨证论治的原则，在此基础上，重点选用脐灸特色药物。首先，所用药物均应有一定的刺激性，但又不至于发疱溃破、损伤皮肤。其次，所用药物应气味俱厚，但有毒之品一定要控制用量，做到低毒高效。再者，应注意选择具有浓烈芳香走窜性味的药物，以增强药剂的皮肤穿透性。最后，将所用药物混合超微粉碎。

3. 面圈制备

用适量温开水将面粉调制成软硬适中的面团，然后将面团制作成表面光滑、薄厚均一的面圈（外径 6cm，内径 2cm，内壁高约 2cm，外壁高约 3cm 的圆柱状面圈）。

4. 艾炷制备

取纯净陈久的艾绒，将艾绒捏成上尖下平的圆锥形小体（直径约 1.5cm，高约

1.5cm）。

5. 消毒

（1）部位消毒　患者取仰卧位，充分暴露腹部，用含 75% 医用酒精或 0.5% ～ 1% 碘伏的棉球按常规消毒法擦拭消毒脐部及四周皮肤。

（2）术者消毒　医者可用肥皂、清水清洗干净双手，再用 75% 医用乙醇棉球擦拭。

6. 施术方法

将面圈置于脐周，然后取上述药末适量（4 ～ 5g），填满脐孔，将艾炷置于药末上，连续施灸 8 ～ 10 壮，持续 1.5 ～ 2 小时。灸后以脐部皮肤微发红为度，用医用敷贴固封脐中药末，1 日后患者可自行揭下，并用温开水清洗脐部。

二、主要适应证

1. 虚脱、昏厥、中风昏迷等急证。
2. 胃痛、痞满、呕吐、泄泻、痢疾、纳呆等消化系统疾病。
3. 男性遗精、滑精、阳痿、早泄及妇女滑胎、不孕等生殖系统疾病。
4. 月经不调、痛经、崩漏、带下等妇科疾病。
5. 癃闭、腹水、水肿、黄疸、自汗、盗汗、惊悸、睡眠障碍等其他内科疾病。
6. 痹证及诸痛证。
7. 虚劳诸疾和预防保健。

三、禁忌证

1. 急性严重疾病、严重心脏病。
2. 皮肤严重过敏、传染病、脐部或脐周长有肿瘤（或肿块）、脐部感染溃烂。
3. 精神分裂症、抽搐等不合作者。
4. 孕妇禁用，4 岁以下儿童慎用。

四、注意事项

1. 脐灸用药虽有其自身特点，但一般情况下仍需辨证用药，方能取得较好疗效。

2. 在施治前，应详细询问了解患者的全身情况，并询问药物过敏史、孕育及胎产史，避免药物过敏反应，或引起流产等医疗事故的发生。

3. 治疗应当在室内进行，注意保暖，避免受寒。

4. 在进行脐部灸疗时，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。

5. 脐灸药物常具刺激性或温热性，应用时间长会出现局部皮肤发痒、灼热，甚至发生疱疹、溃烂。因此，贴敷药物剂量不宜过大，贴敷时间不宜过长，尤其是小儿皮肤嫩薄，建议间歇使用该法。若脐部出现水疱，小者通常无须特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可；若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料

覆盖。

6. 由于脐部吸收药物较快，个别患者会出现腹部不适或隐痛感，一般几日后会自行消失。

7. 脐疗药物中多含有芳香挥发成分，因此预制的各种制剂必须密封保存，以免有效成分挥发。

五、临床应用举例

（一）泄泻（腹泻型肠易激综合征）

药物：生黄芪、炒白术、补骨脂、五倍子、乌梅肉各 30g，木香、黄连、肉桂、罂粟壳、冰片各 10g。共为细末，备用。

操作：脐灸操作，每周 2 次，4 周为 1 个疗程。

注意：若急性胃肠炎或溃疡性结肠炎等患者因泄泻频繁而出现脱水现象，应行综合治疗。治疗期间应注意清淡饮食，忌食生冷、辛辣、油腻之品，注意饮食卫生。

（二）便秘（功能性便秘）

药物：芒硝 60g，大黄 30g，枳实 20g，厚朴 20g，猪牙皂角 20g，冰片 10g。共为细末，备用。

操作：脐灸操作，每 3 日 1 次，4 周为 1 个疗程。

注意：根据疾病的特点，在治疗过程中存在一些注意事项：①脐灸疗法治疗功能性便秘效果较好，但由其他疾病引起便秘者，应积极治疗原发病。②患者应养成定时排便的习惯，并注意多吃新鲜蔬菜、水果，特别是粗纤维瓜果。

（三）痛经（原发性痛经）

药物：吴茱萸、白芍、延胡索各 30g，艾叶、乳香、没药各 15g，冰片 6g。

操作：脐灸操作，从经前 7 日开始，每 3 日 1 次，连续治疗 3 个月经周期为 1 个疗程。

注意：根据疾病的特点，在治疗过程中存在一些注意事项：①脐灸对原发性痛经有较好的疗效，对于继发性痛经，应及时诊断原发病变，施以相应治疗。②注意经期卫生和保暖，避免过食生冷、精神刺激和过度劳累；避免行经期间剧烈运动和过重的体力劳动。

（四）衰老（病理性衰老）

药物：乳香、没药、雄鼠粪、青盐、两头尖、川续断各 3g，麝香 0.6g。将药物研成细末，备用。

操作：脐灸操作，每周 1 次，1 个月为 1 个疗程。

（撰写人：马玉侠）

第十二节　火龙罐综合灸技术

火龙罐综合灸技术，是采用经特殊烧制、罐体内固定放置艾炷的陶瓷罐具，运用点、推、按、揉、摇、闪等手法，作用于腧穴或体表相应部位以防治疾病的一种技术。它是一种集推拿、刮痧、艾灸、点穴、熨烫为一体的综合疗法。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

火龙罐。

（二）基本操作方法

1. 备罐

在施术部位均匀涂抹凡士林或润滑油进行展油。将艾炷插入罐具内，点燃艾炷，用手掌测试罐口温度，当罐口温度适宜，艾炷燃烧升温均匀后，把火龙罐罐口对准施术部位。

2. 运罐

手掌的小鱼际先接触皮肤再落罐。运罐过程中，手掌大小鱼际在施术部位进行推拿按摩，结合点、推、按、揉、摇、闪等手法，进行正旋、反旋、摇拨、摇振罐体作用于皮肤肌肉组织。运罐时可根据不同施术部位选用合适的手法进行操作。操作过程中应注意观察患者皮肤的温度，根据患者的耐受程度适时调整手法。

3. 常用手法

（1）点法　使用罐口突出处对选定穴位进行点按。

（2）推法　罐口抬起 15°，以弧边推。推罐过程中用手掌小鱼际在施罐部位揉推，亦可前后来回推刮，反复数次，达到刮痧效果。

（3）揉法　双手握罐底在施罐部位打圈，自上向下或自下向上揉罐，或按照顺时针或逆时针方向进行操作。

（4）闪法　以“摇骰子”方式进行火龙罐扇风，加速艾炷燃烧，至皮肤潮红发热。

4. 起罐

治疗结束后，将火龙罐放入垫有湿巾的治疗盘中，待温度降低后，用水浇灭艾炷。用纱布清洁局部皮肤，观察患者皮肤有无红肿、水疱等情况，告知注意事项。

二、主要适应证

1. 腰椎间盘突出症、颈椎病、腰肌劳损或腰部扭伤等软组织损伤及痛证。

2. 痛经、月经不调、盆腔炎等妇科疾病。

3. 肠易激综合征、便秘、泄泻、腹胀、功能性消化不良等消化系统疾病。

4. 强直性脊柱炎、类风湿关节炎、风湿性关节炎等风湿免疫性疾病。
5. 慢性疲劳综合征、睡眠障碍、面神经炎等其他疾病。

三、禁忌证

一般拔罐疗法的禁忌证，也是火龙罐综合灸技术的禁忌证。
1. 接触性传染病、严重心脏病、心力衰竭者。
2. 皮肤高度过敏、传染性皮肤病，以及皮肤肿瘤（肿块）部位。
3. 血小板减少性紫癜、白血病及血友病等凝血功能障碍者。
4. 心尖区、体表大动脉搏动处。
5. 急腹症、精神分裂症、抽搐、高度神经质及不能配合治疗者。
6. 粉碎性骨折、皮肤大面积溃疡、肌肉断裂、重度水肿部位。
7. 眼、耳、口、鼻等五官孔窍部。

四、注意事项

1. 施术前应保持室内温度适宜，环境清洁舒适，避风，防止患者受凉。对患者做耐心细致的解释工作，消除患者的紧张感。大饥、大渴、大怒、新饱后不宜施术。检查罐口是否受损或边缘是否光滑。协助患者选取舒适体位，应充分暴露施术部位，有毛发者宜剃去，并根据施术部位的面积大小选择适宜的罐具。对施罐部位进行展油时，润滑油不宜过多。插艾手法要轻柔，不可用蛮力。点艾时需燃烧均匀，用手掌测试罐口温度。

2. 火龙罐操作要迅速轻巧，使皮肤微热、发红或出痧即可，按揉切勿用力过猛，以免造成皮肤破损及感染。操作时间应根据患者的年龄、体质、病情及施术部位、气候而灵活掌握。如体质虚弱者、老年人、儿童、有知觉障碍者及肌肉较薄处、气候较炎热时，操作时间宜短。拔罐的间隔时间要适宜，间隔时间应根据体质、病情及瘀斑的消失情况而定。一般体质强者，病程短、瘀斑消失快，间隔时间宜短；体质弱者，病程长、瘀斑消失慢，间隔时间宜长。在操作过程中，要随时询问并观察患者的反应。出现疼痛较明显，或灼热难忍，或感到罐底发烫，艾灸基本燃尽，即可结束操作。及时清除罐内艾灰，避免过度和不正规晃动而致艾炷脱落，注意勿灼伤或烫伤皮肤。若出现晕罐、水疱，则参照相关内容进行处理。

3. 施术后，嘱患者休息一段时间再离开诊室，一般以 10 ～ 20 分钟为宜。嘱患者勿暴怒，忌劳累、忌饥饿、忌惊恐，起罐后注意避风保暖，4 小时内勿接触冷水、冷饮等。清洗火龙罐时需待火龙罐温度降低后再清洗，否则罐体容易炸裂。

五、临床应用举例

（一）腰痹（腰椎间盘突出症）

该病采用火龙罐技术治疗时，一般可沿督脉、足太阳膀胱经，或在腰部、骶尾部进行旋转、扣法、振法操作，直到皮肤微红。如遇酸痛部位或重点穴位，可运用点按法重

点治疗。若伴有下肢麻木疼痛，可选取委中、环跳、承山、足三里等穴位，同时可进行推、揉、刮等多种手法。一般每次操作 20 ～ 30 分钟，每周 2 ～ 3 次。

（二）项痹（神经根型颈椎病）

该病的瘀血痹阻型、气滞血瘀型和肝肾亏虚型可应用本技术治疗。可利用火龙罐齿轮罐口，运用点、按、揉等操作手法。进行颈部操作时，可自风府穴开始，由上向下运罐，直到大椎穴，可选取风府、风池、大椎等穴位重点操作；进行肩部及上肢操作时，可沿手太阳小肠经，由上向下运罐，从肩中俞至少泽，手法着重在疼痛部位，可选取肩井、肩中俞、曲垣、肩贞、天宗等穴位重点操作。一般每次操作 20 ～ 30 分钟，每周 2 ～ 3 次。

（三）痛经（原发性痛经）

该病采用火龙罐技术治疗时，多以腰骶部八髎穴区域为主要操作部位，沿督脉自大椎至腰骶部八髎穴，可重点选取大椎、肝俞、肾俞、八髎穴进行推、按、揉、碾等手法交替运罐；腹部可以神阙穴为中心，运用点、揉、熨、烫等手法顺时针运罐。注意腹部操作手法宜温和，避免患者产生疼痛不适。一般每次操作 20 ～ 30 分钟，每周 2 ～ 3 次。

（撰写人：裴莹、杜旭、衣华强）

附：本章推荐阅读

一、麦粒灸技术

谢锡亮，关玲 . 针灸基本功［M］. 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2020.

二、隔物灸技术

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/T 21709.1—2008 针灸技术操作规范　第 1 部分：艾灸［S］. 北京：中国标准出版社，2008

2. 仲远明，王茵萍 . 针灸学［M］. 2 版 . 南京：东南大学出版社，2017.

3. 沈英飞，张灿，张灿芬，等 . 隔附子饼灸联合膀胱功能训练治疗不完全脊髓损伤尿潴留的临床研究［J］. 中华中医药杂志，2020，35（07）：3758–3761.

4. 张永臣，王健 . 针灸学［M］. 济南：山东科学技术出版社，2020.

5. 王兵，杨金洪，陈枫，等 . 不同中医疗法治疗周围性面瘫的疗效评价［J］. 中医杂志，2017，58（22）：1929–1933.

三、悬灸技术

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/T 21709.1—2008 针灸技术操作规范　第 1 部分：艾灸［S］. 北京：中国标准出版社，2008

四、温针灸技术

谢锡亮，关玲 . 针灸基本功［M］. 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2020.

五、热敏灸技术

1. 世界中医药学会联合会 . 热敏灸技术操作规范［M］. 北京：中医古籍出版社，2019.

2. 陈日新，黄仙保，谢丁一，等 . 热敏灸常出奇效——慢病康复新选择［M］. 北京：人民卫生出版社，2020.

3. 王绥卓，谢丁一，李巧林，等 . 热敏灸机器人的优势与应用前景［J］. 针刺研究，2023，48（02）：211–216.

4. 谢丁一，李巧林，李海燕，等 . 热敏灸机器人雀啄灸神阙穴得气效应研究［J］. 安徽中医药大学学报，2023，42（02）：21–25

5. 李巧林，谢丁一，李海燕，等 . 热敏灸机器人循经往返灸得气效应特异性的研究［J］. 江西中医药大学学报，2022，34（06）：53–56

六、雷火灸技术

1. 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.

2. 王启才 . 针灸治疗学［M］. 北京：中国中医药出版社，2003.

3. 赵时碧 . 中国雷火灸疗法［M］. 上海：上海远东出版社，2008

七、电子灸技术

1. 王富春 . 灸法医鉴［M］. 北京：科学技术文献出版社，2009.

2. 崔学军，姚敏 . 颈椎病中西医结合诊疗专家共识［J］. 世界中医药，2023，18（07）：918–922.

3. 许学猛，刘文刚，许树柴，等 . 膝骨关节炎（膝痹）中西医结合临床实践指南［J］. 实用医学杂志，2021，37（22）：2827–2833.

4. 国家创伤医学中心，中华医学会疼痛学分会，中国医师协会创伤外科医师分会，等 . 急性闭合性软组织损伤诊疗与疼痛管理专家共识［J］. 中华医学杂志，2021，101（21）：1553–1559.

5. 中华医学会风湿病学分会 . 2018 中国类风湿关节炎诊疗指南［J］. 中华内科杂志，2018，57（4）：242–251.

八、督灸技术

1. 崇桂琴，马元，孙洪胜，等 . 督灸治疗强直性脊柱炎的临床与镇痛机理研究

[J]. 针灸临床杂志，1999，15（6）：46–47.

2. 杨继国 . 实用中医针灸适宜技术 [M]. 北京：人民卫生出版社，2026.

3. 刘源香，杨继国 . 督脉灸疗法对阿尔茨海默病模型小鼠学习记忆能力及海马 CA1、CA3 区 HE 染色的影响 [J]. 山东中医杂志，2017，36（12）：1059–1062.

4. 杨继国，刘源香 . 督灸治疗颈动脉粥样硬化的疗效评价及效应机制研究 [J]. 针刺研究，2020，45（10）：839–844.

九、熏灸技术

1. 王笑笑，王磊，阮静茹，等 . 刺络拔罐联合熏灸治疗血虚风燥型局限性神经性皮炎疗效观察 [J]. 安徽中医药大学学报，2022，41（02）：44–48.

2. 秦黎虹，杨骏，汪德龙，等 . 炉式熏灸器的研制及临床应用 [J]. 上海针灸杂志，2011，30（10）：718–719.

十、线香灸技术

1. 韩兴军，郑雅峰，赵荧荧，等 . 中药线香灸历史溯源及临床应用 [J]. 中华中医药杂志，2022，37（12）：7383–7386.

2. 东贵荣，马铁明 . 刺法灸法学 [M]. 北京：中国中医药出版社，2012.

十一、脐灸技术

1. 中华中医药学会 . T/CACM 028—2018 中医治未病技术操作规范脐疗养生 [S]. 北京：中国中医药出版社，2018.

2. 高树中 . 中医脐疗大全 [M]. 济南：济南出版社，2009.

十二、火龙罐综合灸技术

1. 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组 . 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识 [J]. 中国疼痛医学杂志，2020，26（01）：2–6.

2. 崔学军，姚敏 . 颈椎病中西医结合诊疗专家共识 [J]. 世界中医药，2023，18（07）：918–922.

3. 梁潇，段彦苍，宋亚静，等 . 基于文献研究与专家共识法的原发性痛经中医证候研究 [J]. 中国中医药信息杂志，2020，27（02）：73–78.

4. 陈泽林 . 图解推拿罐疗法 [M]. 北京：中国医药科技出版社，2017.

第六章　敷熨熏浴类技术

第一节　中药敷贴技术

中药敷贴技术是采用适当的中药，经过一定流程制成中药外用制剂，敷贴在人体某些特定的部位或穴位，通过药物与腧穴的共同作用发挥治疗作用的一种中医外治疗法。该法在临床中广泛应用于骨伤科疾病、内科疾病、妇科疾病、儿科疾病的治疗。根据敷贴部位或范围，中药敷贴技术可分为穴位敷贴、脐敷贴或大面积敷贴。

一、常用物品及基本操作方法

（一）常用物品

1. 敷贴药物的选择

临床运用有效的内服汤剂或丸剂，可以通过熬膏、研末等方式制成中药敷贴药剂。敷贴药物的选择应根据中医辨病、辨证的原则。值得注意的是，由于儿童皮肤娇嫩，应慎用刺激性强的药物；孕妇应慎用药物，禁用影响胚胎发育及容易导致流产的药物；哺乳期妇女应禁用影响哺乳的药物。

（1）多用通经活络、开窍活络之品　穴位敷贴组方常用的药物有麝香、丁香、花椒、白芥子、乳香、没药、肉桂、细辛、白芷、冰片等。这些药物刺激性较强，不仅其本身可治疗相应的病变，而且通经活络、走而不守，还能促进其他药物向体内渗透，以发挥最佳效应。但此类药物易耗伤人体气血，不宜过量使用。

（2）多用气味俱厚、生猛有毒之品　穴位敷贴组方时常选如生附子、生天南星、生半夏、生川乌、生草乌、巴豆、蓖麻子、马钱子、大戟等气味俱厚、生猛有毒之品。这些药物药性猛烈，口服有毒，对肝肾等脏器有损害。但通过穴位敷贴，透皮给药，则能通过经络腧穴直达病所，既避免了对肝肾等脏器的损害，又能迅速起效。

（3）选用刺激发疱类药物　穴位敷贴组方常采用如白芥子、斑蝥、毛茛、蒜泥、生姜、甘遂等具有一定皮肤刺激性的药物。此类药物可使局部皮肤充血、发疱，能够较好地发挥刺激腧穴的作用，以达到调节经络脏腑功能的效果。临床上，天灸就是此类发疱敷贴的一种特殊形式，其采用对皮肤有刺激性的药物敷贴于穴位或患处，使局部皮肤自然充血、潮红或起疱。因其不用艾火而使局部皮肤有类似艾灸的反应，故名天灸。

2. 赋形剂的选择

赋形剂能够帮助药物的附着，促进药物的渗透吸收。恰当的赋形剂直接关系到治疗效果。常用的赋形剂有以下几种。

（1）水　可将药粉调为散剂、糊剂、饼剂等，既能使敷贴的药物保持一定的湿度，又有利于药物的附着和渗透。

（2）盐水　盐性寒、味咸，能软坚散结、清热凉血、解毒防腐，并能矫味。

（3）酒　酒性大热，味甘、辛，能活血通络、祛风散寒、行药势、矫味。用酒调和敷贴药，可起到行气、通络、消肿、止痛等作用，能够促使药物更好地渗透吸收以发挥作用。

（4）醋　醋性温，味酸、苦，具有引药入肝、理气止血、行水消肿、解毒、散瘀止痛、矫味等作用。应用醋调和敷贴药，可起到解毒、化瘀、敛疮等作用。

（5）生姜汁　生姜性温，味辛，升腾发散而走表，能发表散寒、温中止呕、开痰解毒。

（6）蒜汁　蒜性温，味辛，能行滞气、暖脾胃、消癥积、解毒杀虫。

（7）蜂蜜　蜂蜜性平，味甘，具有促进药物吸收的作用。蜂蜜不易蒸发，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、收敛生肌的功效。

（8）鸡蛋清　鸡蛋清能清热解毒。其中含有蛋白质和凝胶，能增强药物的黏附性，可使药物释放加快，但容易干缩和变质。

（9）凡士林　凡士林是常用的外用药基质，主要用于配制各种软膏、眼膏，还可用作皮肤保护油膏。凡士林黏稠度适宜，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）麻油等植物油　麻油等植物油可调和敷贴药，能增强药物的黏附性，可润肤生肌。

（11）透皮剂　透皮剂可增加皮肤通透性，促进药物透皮吸收，增强敷贴药物的作用。常用的透皮剂为氮酮，即一种无色至微黄透明油状液体，性质稳定，无毒、无味、无刺激性，且促透效率高。

3. 常用剂型及制作方式

（1）传统剂型

1）散剂：将药物研为极细粉末，过80～100目筛，混合均匀后，用水、白酒、醋、油等调和成团。根据具体需要，将其涂在不同大小的胶布面上，直接敷贴于穴位。此方法制作简便，可根据病情变化随时增减药味和药量，且储存方便，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。也可将新鲜药物直接捣成糊状后贴于穴位。该剂型应避光密闭，置于25℃以下贮存，不得冷冻。

3）饼剂：将药物粉碎研细过筛后，加入适量面粉等黏合剂搅拌均匀，压制成小饼

状，可入笼蒸熟，并敷贴于穴位。有些药物本身具有黏稠性，也可直接捣成饼状敷贴。使用量应根据疾病轻重和穴位而定。

4）丸剂：将粉碎后的药粉过 80 ～ 100 目筛，达到 2020 版《中国药典》对制丸剂药粉应用细粉或最细粉的要求后，与适量炼蜜、水、黄酒、米粉、姜汁等赋形剂中的一种或几种混合均匀，揉成滋润团块，制成条坯，搓条，制成绿豆大药丸，每丸重 3 ～ 5g。得到的丸剂需黏性好、软硬适中。将制作好的丸剂放入储药瓶中密封贮存，防止受潮、发霉、虫蛀、变质。

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。此剂型可减少配制过程中的麻烦，方便储存，适用于慢性疾病的保健。临床使用时加水或醋磨成糊，涂敷于穴位上。

6）软膏剂：将药物粉碎过细筛或经提取浓缩后得到的浸膏，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，具有黏着性和扩展性。

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）药袋：将应用药物粉碎过细筛后放入布袋，混以水、醋、酒或其他赋形剂，放笼上蒸热后，趁热放于敷贴穴位上，冷后更换。

9）鲜药剂：采用新鲜中草药洗净捣烂，或切成片状，直接敷贴于穴位上，以纱布覆盖，再加胶布固定。

10）水（酒）渍剂：用水、酒等溶剂浸泡中药，使用时用棉垫或纱布浸蘸，敷于穴位上，外覆医用防渗水敷料贴，再以医用胶布固定。

（2）现代剂型

1）橡胶膏剂：是以橡胶为基质的含药硬膏剂，黏着力好，成品稳定性高，使用方便，但相对传统剂型而言工序复杂，载药量少。

2）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剂型，使用时涂于皮肤特定穴位上。

3）贴膏剂：贴膏剂采用高分子材料作为基质，对载药量与敷贴药物规格、成分有严格要求，其载药量相较于其他改良剂型而言较多。

4）磁片：将磁片制成不同大小，其面积应根据保健目的和穴位部位而定。使用时，根据需要敷贴于相应的穴位。

（二）基本操作方法

1. 穴位选择

选择敷贴穴位时，应以脏腑经络学说为基础，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。此外，还应结合以下特点选取腧穴。

（1）局部取穴　可以选取疾病对应部位或者邻近的穴位。

（2）循经远取　一般根据经络循行线路选取远离病变部位的穴位。

（3）经验选穴　多根据临床经验选取穴位，如吴茱萸敷贴涌泉穴调理小儿口疮、威灵仙敷贴身柱穴调治百日咳等。

2. 敷贴方法

（1）体位的选择　以患者舒适，医者便于操作为原则。

（2）局部皮肤准备　选定敷贴部位后，通常用温水将局部皮肤清洁，或用 75% 的酒精进行局部消毒。若患者对酒精过敏，可用生理盐水擦拭。

（3）药物固定　无论是糊剂、膏剂，还是捣烂的鲜品，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。若敷贴在头面部，外加绷带固定特别重要，还可防止药物掉入眼内，发生意外。通常采用专供敷贴穴位的特制敷料。

如采用脐敷贴方法，取适量制作好的散剂、丸剂或糊剂填于脐窝内，用消毒纱布覆盖，用医用胶布固定。于临睡前贴于脐部，次日清晨将胶布揭下，用干棉签将脐窝内的药物取净，并用蘸取温开水的棉签将脐窝及周围皮肤擦拭干净。也可采用贴脐法，取适量糊剂制成直径约 1cm 的球形药团，或取 1 个药丸放置在一次性透气胶贴的珠光膜中心，贴于脐部。

（4）敷贴换药　如需换药，可用消毒干棉球蘸温水，或各种植物油，或液状石蜡，轻轻擦去黏在皮肤上的药物，擦干后再敷药。一般情况下，刺激性小的药物，每隔 1 ～ 3 天换药 1 次；不需溶剂调和的药物，还可适当延长至 5 ～ 7 天换药 1 次；刺激性大的药物，应视患者的反应和发疱程度确定敷贴时间，数分钟至数小时不等，如需再敷贴，应待局部皮肤痊愈后或改用其他有效穴位交替敷贴。

3. 敷贴时间

可以依据疾病特征、药物特点、患者年龄和体质、季节、敷贴部位进行调整。首次敷贴时间不宜超过建议时间。

若在敷贴过程中出现皮肤红肿、疼痛、瘙痒、水疱等反应，应立即揭去药贴，停止敷贴；还应考虑患者皮肤的耐受度，尤其是老年人和儿童，敷贴时间可适当缩短，建议不超过 4 个小时。

二、主要适应证

1. 腰肌劳损、腰椎间盘突出症、颈椎病等骨伤科疾病。
2. 上呼吸道感染、肺气肿、胃肠炎、高血压、便秘等内科疾病。
3. 月经失调、急性乳腺炎、盆腔炎等妇科疾病。
4. 小儿感冒、小儿咳嗽、小儿厌食、小儿遗尿等儿科疾病。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面禁用。
2. 对敷贴药物或敷料成分过敏者禁用。

3. 瘢痕体质者禁用。

4. 有出血倾向者，如血友病、重度血小板减少症等患者禁用。

5. 孕妇腹部、腰骶部及某些可促进子宫收缩的穴位（如合谷、三阴交等）禁用，麝香、红花等药物禁用。

四、注意事项

1. 敷贴前清洁皮肤，汗多者以干毛巾擦拭。检查局部皮肤是否有破损、皮炎等，皮肤破损部位不宜敷贴。

2. 敷贴当日应避免洗冷水澡，吹空调、电扇，注意防寒保暖。敷贴药物后，应注意局部防水。

3. 敷贴当日，贴药部位不宜用肥皂等刺激性清洁用品擦洗。

4. 敷贴期间禁食生冷油腻、海鲜、辛辣刺激性食物，宜清淡饮食，根据患者体质适当调补。

5. 敷贴后避免剧烈活动，减少出汗。

6. 传统剂型中散剂、糊剂、饼剂、丸剂相对含菌量大，存在易导致皮肤感染、易霉变、难以保存等不足，制作与使用时要时刻注意适当保存和无菌操作。

7. 若敷贴 3 ～ 5 次后病情仍不缓解，应及时就医，考虑是否采用其他治疗方法。

8. 穴位敷贴药物后，如果敷药处出现热、凉、麻、痒或轻度疼痛属正常现象，一般无须处理，待达到所要求的敷贴时间后除去药物即可。如敷贴处有烧灼或针刺样剧痛，患者无法忍受，可提前揭去药物。疼痛的程度与患者的年龄、性别及皮肤的个体差异有一定关系。出现全身性皮肤过敏症状者，应及时到医院就诊处理。

9. 患处因贴药而发生水疱、溃烂，可将膏药取下。若皮肤出现小的水疱，可用碘伏消毒。若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

10. 过敏是穴位敷贴过程中的常见现象之一。轻者表现为局部皮肤瘙痒、色赤、丘疹或水疱；重者可出现局部溃烂。过敏主要因药物或胶布刺激皮肤所致。轻度过敏者，可适当缩短每次敷贴治疗的时间，或延长两次治疗的间歇时间。夏季，天热出汗多，尤其应当注意。对胶布过敏者，可改用纱布、绷带固定。

11. 敷贴后局部皮肤如有丘疹、水疱者，需保护好敷贴面，防止继发感染。过敏严重者，应立即转至抢救室或上级医院。

12. 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。

五、临床应用举例

（一）哮病（支气管哮喘）

【参考方药】

甘遂 30g，细辛、白芥子、白芷、黄芩各 15g，肉桂 5g。

阳虚者加巴戟天、补骨脂、熟附子、麻黄、吴茱萸、丁香等。

【制法】

上药研为细末，过 120 目筛，用生姜汁将药粉调制成稠糊状。

【技术要点】

制作直径为 2cm 的药饼，然后用医用胶布将其固定于定喘或大椎、肺俞或膏肓、天突或膻中、神阙，交替使用。于夏季 7 ～ 9 月进行敷贴，每周治疗 2 次，治疗周期为 3 个月。

（二）小儿咳嗽

【参考方药】

细辛、葶苈子、延胡索、白芥子各 9g，花椒目 6g，干姜 15g。

伴食积，加苍术、清半夏、鸡内金；伴痰热，加紫菀、炙款冬花、浙贝母、炙枇杷叶；伴肺热，加鱼腥草、黄芩、紫苏子。

【制法】

将药物混合加工成粉末，加入蜂蜜均匀调和，制成药丸，干燥避光保存在 0 ～ 4℃的冰箱中备用。

【技术要点】

用医用胶布将药丸敷贴于天突、大椎、膻中、神阙等穴位上，每次 2 ～ 4 小时，每日 1 次，连续治疗 2 周。

（三）肺胀（慢性阻塞性肺疾病）

【参考方药】

炙麻黄、苦杏仁、贝母各 10g，橘红、紫苏子、延胡索、甘遂、白芥子、细辛、冰片各 3g。

气虚证加黄芪、党参、补骨脂、黄精；咳嗽甚者加桔梗、蜜款冬花。

【制法】

共研细末，过 100 目筛，用生姜汁调成稠膏状。

【技术要点】

将药饼敷贴在大杼、定喘、肺俞、天突，用穴位贴敷贴固定，敷贴 2 ～ 4 小时，每天 1 次，治疗 10 天。

（四）痛经（原发性痛经）

【参考方药】

益母草 60g，全当归 30g，醋柴胡、艾叶、酒川芎、蒲黄各 30g，赤芍、白芍、醋香附、醋延胡索各 20g，桂枝、甘草各 15g，红花 10g，蜂蜜 30mL。

伴恶心呕吐者，加法半夏、陈皮；伴四肢冰冷、冷汗淋漓者，加附子、细辛；伴小腹坠胀不适者，加栀子、黄柏。

【制法】

将除蒲黄、蜂蜜外的药物加 5 倍水浸泡 12 个小时，加热至沸腾，转文火煎煮 60 分钟，放凉过滤；药渣加 3 倍水继续煎煮，重复 2 次，合并 3 次水煎液；弃去药渣，药液继续加热并不断搅拌收膏，将蜂蜜分 3 次加入，直至浓缩成“挂旗”状后停止加热。松香烊化后与蒲黄均匀拌入稠膏中。

【技术要点】

采用脐敷贴，配合关元、中极，24 小时换药 1 次，经前 7 天和经后 3 天给药，经期停治，共治疗 10 天，1 个月经周期为 1 个疗程，连用 3 个疗程。

（五）乳痈（急性乳腺炎）

【参考方药】

姜黄、大黄、黄柏、白芷各 160g，苍术、厚朴、陈皮、甘草、生天南星各 64g，天花粉 320g。

【制法】

粉碎成细粉，过筛后混匀。红肿、烦热、疼痛，用清茶调敷；漫肿无头，用醋或葱酒调敷，亦可用植物油或蜂蜜调敷。

【技术要点】

采用大面积敷贴，将药物均匀涂抹在大纱布上，药物厚度 0.5 ～ 0.8cm，再用 1 张纱布将其覆盖成片，敷于患处，范围超过红肿区 2cm，外用清洁纱布覆盖，医用胶布固定。每次敷药 2 小时，每日 2 次，7 天为 1 个疗程。

（撰写人：裴剑、秦凤霞）

第二节　中药热熨敷技术

中药热熨敷技术是使用加热后的中药在患处热熨的一种技术，借助药性及温度等作用，起到腠理开阖、散邪止痛、祛风除湿、气血通调等功效。该法临床广泛应用于骨伤科疾病、内科疾病、妇科疾病、儿科疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

热水袋、金属水壶；布套、布包；炒热的食盐、米、沙子；毛巾、纱布。

（二）基本操作方法

热熨敷技术的常用方法有干、湿两种。

1. 干热熨法

（1）工具准备　准备热水袋，将 60 ～ 70℃的热水灌至其容量的 2/3，排出气体，

旋紧袋口（注意不要漏水）。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）热熨操作　将热水袋装入布套或用布包好后敷于患处，一般每次热敷20～30分钟，每日3～4次。

2. 湿热熨法

（1）药液配置　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分钟左右。

（2）工具准备　将两块小毛巾或纱布趁热浸在药液内，轮流取出并拧至半干，用自己的手腕掌侧测试其温度是否适当（必须在不烫时才能敷于患部）。亦可选取药袋热敷。

（3）热熨操作　将浸泡药液后温度合适的毛巾、纱布敷于患处，上面再盖以棉垫，以免热气散失。如选药袋，将其从锅中取出，滤水片刻，然后将药袋放在治疗部位。大约每5～7分钟更换1次，总计20～30分钟。每日可敷3～4次。

二、主要适应证

1. 急性腰扭伤、腰肌劳损、肩关节周围炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、退行性骨关节炎等骨伤科疾病。

2. 面神经炎、胃肠炎等内科疾病。

3. 月经不调、痛经、慢性盆腔炎等妇科疾病。

4. 小儿泄泻、小儿厌食、小儿遗尿等儿科疾病。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面禁用。

2. 孕妇腹部、腰骶部及某些可促进子宫收缩的穴位（如合谷、三阴交等）禁用，麝香、红花等药物禁用。

3. 肢体感觉障碍者，血液病患者，发热者，严重心、肝、肾功能障碍者禁用。

4.3岁以下儿童禁用。

5. 艾滋病、结核病或其他传染病患者禁用。

四、注意事项

1. 热敷的温度一般保持在50～60℃，不宜超过70℃，年老、幼儿及感觉不敏感者，温度不宜超过50℃，操作中注意保暖。药熨过程中应随时询问患者对温度的感受，以患者能够忍受为度，观察皮肤颜色变化，避免发生烫伤，一旦出现水疱或烫伤时，应立即停止药熨，并给予适当处理。

2. 浸药毛巾必须折叠平整，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刺激性手法造成皮肤破损，建议可将热敷放在患者治疗的最后环节。

4. 有外伤史的患者，热熨必须在其伤后 48 小时方可使用，情况严重者在其伤后 5 天才可使用。

5. 热敷后，如果出现局部皮肤过敏现象，应及时停用该法，过敏较轻者可不予处置，较严重者可参照药物过敏处理。

五、临床应用举例

（一）尪痹（类风湿关节炎）

【参考方药】

炭灰 2500g，蚯蚓粪 500g，红花 20g，醋适量。

【技术要点】

上述药物共入锅内炒烫，装入布袋，置于患处，上加热水袋保持温度。

（二）腰痹（腰椎病）

【参考方药】

公丁香、小茴香、花椒目各 9g，艾叶 6g。

【技术要点】

患处垫好防水布，双香温经敷剂加水煮开后，将毛巾浸在药液内，水温控制在 38 ～ 43℃，毛巾拧至半干后敷于患处。3 层毛巾包裹患处后用防水布包裹起来，持续 20 ～ 30 分钟。每日 3 次，共治疗 4 周。

（三）膝痹（膝骨关节炎）

【参考方药】

虎杖、桂枝、络石藤、制乳香、制没药、生大黄、炒桑枝、伸筋草、鸡血藤各 30g，干姜、制川乌、制草乌各 10g。

【技术要点】

上述药物加入 500mL 水煎至 200mL，取出药袋，冷却至 50℃左右时，外敷于患处膝关节 30 分钟。每日 1 次，1 周为 1 个疗程，持续治疗 6 个疗程。

（四）项痹（颈椎病）

【参考方药】

醋乳香 10g，醋五灵脂、细辛、醋没药、桂枝、炒桑枝、红花各 10g，桑寄生、独活、羌活、醋香附、炙黄芪、防风、赤芍、续断、土鳖虫、煨桃仁、制地龙、川牛膝、川芎、鸡血藤、忍冬藤各 20g，制川乌、透骨草各 30g。

【技术要点】

将药物混匀后用布包加热，放置于患者的颈部热敷，持续 30 分钟，每日 1 次。治疗 5 天、休息 2 天为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

（五）带下病（慢性盆腔炎）

【参考方药】

吴茱萸 10g，花椒 20g，炒粗盐 70g。

【技术要点】

中药研碎混合后装入棉布袋内，用微波炉加热至 60℃左右，然后外裹 1 层毛巾后热敷在患者脐部 10 分钟，然后用热敷包按照顺时针方向热熨腹部 10 分钟，每天 1 次。治疗 5 天、休息 2 天为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

（撰写人：王锡友、翟伟、刘俊昌）

第三节　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技术。该技术应用低于皮温的物理因子刺激机体而起到降温、止痛、止血、消肿、减少炎性渗出的作用。该法临床广泛应用于外科疾病、皮肤科疾病、内科疾病的治疗。

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，于 0 ～ 4℃冷藏保存，使用时用消毒纱布 7 ～ 8 层或干净毛巾在药液中完全浸透，微挤压至不滴水为度，平铺于患处外敷，并及时更换，使患处的纱布层或毛巾保持 8 ～ 15℃的低温。

（二）中药冰敷

第一步，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，厚度为 0.5 ～ 1.0cm，面积大于病变部位，其上覆盖 3 ～ 5 层纱布，再用冰敷袋敷于纱布上以保持低温。其温度控制在 –4 ～ –3℃，一次冰敷时间为 30 分钟左右。

第二步，冰敷袋的制作。

①盐水冰袋：选用一次性输液袋（100mL、250mL、500mL 等规格），灌装 20% 盐水，放入冰箱冷冻室冷冻 2 ～ 4 小时，取出后外观呈霜状液体或冰水混合物，即可应用。该方法操作简单，冷冻后所生成的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，使患者舒适度增加。

②简易乙醇冰袋：选用规格为 2000mL 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 1000 ～ 1500mL，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。

③医用彩色盐水冰袋：选择边缘圆钝的250mL软包装液体袋，贴上标签。称取25g食盐，添加到250mL自来水中，用搅拌棒搅拌使之完全溶解，成为10%盐水。滴入0.1mL蓝墨水，使盐水呈淡蓝色，再用50mL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），再置于–20℃冰箱内24小时后即成冰袋。成品呈淡蓝色冰霜状。使用该方法制成的冰袋呈冰霜状，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，且易于固定，避免了给患者造成不适和压伤的风险。

④芒硝冰袋：用芒硝10g加清水100mL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50mL、30mL、20mL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。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℃条件下，持续3小时温度仍在–5℃。与传统方法相比，用此法制作成的冰袋松软，能与体表接触充分，且易于固定，可使患者感到舒适。

（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，放入冰箱冷藏室保存。使用时将药液喷涂于病变部位，喷涂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–4～–3℃，一次冰敷时间为30分钟左右。

（四）中药散剂冷敷法

将中草药粉碎、过筛，按2020版《中国药典》把固体粉末加工成最细粉，混合均匀后，放冰箱冷藏室保存。使用时将散剂揉于患处，面积1～2cm，之后用含有凉性物理介质的膏贴敷于患处，20～60分钟后去除膏贴。

（五）中药冷贴敷

将中草药粉碎、过筛，按2020版《中国药典》把固体粉末加工成最细粉，混合均匀后，放冰箱冷藏室保存。使用时将药揉于患处，面积1～2cm，之后将含有凉性物理介质的膏与中药混合，放入中药层，再放入除菌纱布层及隔离层，贴敷于患处，20～60分钟后去除冷贴敷。

二、主要适应证

1. 外伤、骨折、脱位、软组织损伤的初期、蜇伤等外科疾病。
2. 感染性皮肤病、过敏性皮肤病等皮肤科疾病。
3. 需物理降温的发热疾病、中暑等内科疾病。

三、禁忌证

1. 伴有循环障碍，如动脉栓塞、雷诺病等。
2. 急性炎症后期、慢性炎症或深部化脓病灶。
3. 系统性红斑狼疮、冷过敏及断肢再植术后等。

四、注意事项

1. 单次冷敷时间不宜过长，每次 20 ～ 30 分钟为宜。

2. 冷敷时应密切观察皮肤的变化情况，特别是创伤靠近关节、皮下脂肪少的部位，要定时观察患肢末梢血运；如出现皮肤苍白、痒痛或破溃等症状及全身其他不适时，应立即停止治疗，积极对症处理。

3. 冷敷完毕后，注意保持局部干燥，注意保暖。

五、临床应用举例

（一）发热（上呼吸道感染）

【参考方药】

金银花、连翘、荆芥各 20g，板蓝根 30g，柴胡、紫苏叶、防风各 10g，薄荷 15g。

热甚者加生石膏、藿香、黄芩、大黄。

【技术要点】

应用中药湿冷敷法。将中药加入 1500 ～ 2000mL 的水中煎煮 10 ～ 15 分钟，过滤去渣，放冰箱冷藏。使用时用消毒纱布 7 ～ 8 层或干净毛巾浸取药液，微挤压至不滴水为度，外敷治疗部位，并及时更换，使患处的纱布层或毛巾保持 8 ～ 15℃的低温，直至退热。

【特别提示】

取大椎、曲池、委中等穴位，以及前额、颈部、腋窝、大腿根部、肘窝、腘窝等有大血管经过的部位。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，应遵医嘱使用镇静药。

（二）筋伤（急性软组织损伤）

【参考方药】

黄柏、延胡索、木通、血竭、白芷、独活、木香、川芎、红花各 15g。

【技术要点】

应用中药冰敷法。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 0.5 ～ 1.0cm，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。

【特别提示】

在冷敷过程中一定要注意局部温度变化，每 15 分钟观察患肢末梢血运 1 次，了解患者局部感受。每次治疗不超过 30 分钟，避免引起局部皮肤冻伤。

（三）鼻衄（鼻出血）

【参考方药】

大黄、黄芩、黄连各 15g。

【技术要点】

应用中药冰敷法。患者取仰卧位，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 10 ～ 15 分钟。

【特别提示】

操作常选取前额及双侧鼻翼。此方法适用于少量出血且出血点在鼻腔前部的患者。若出血量较大，应用此方法不能有效止血或伴有其他内科疾病的患者，应采取急救疗法。

（四）皮疹（急性皮炎等）

本法适用于辨证属实证的急性皮肤病，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。

【参考方药】

黄芩、黄柏各 15g，甘草 10g。

【技术要点】

应用中药湿冷敷法。将中药加入 1500 ～ 2000mL 水中煎煮 10 ～ 15 分钟，过滤冷却，最好经冰箱冷藏处理。用数层清洁纱布湿敷皮损，每次 15 分钟，每日 3 ～ 4 次。

（五）蛇串疮（带状疱疹）

中药冷敷法主要适用于疱疹前期。

【参考方药】

马齿苋 60g，板蓝根、野菊花、大青叶各 30g，细辛 3g。

【技术要点】

应用中药湿冷敷法。根据患者耐受情况选择合适的湿敷温度，一般为 10 ～ 15℃，敷料厚度为 6 ～ 8 层纱布。

【特别提示】

每次冷敷时间为 20 分钟。对于水疱、血疱、脓疱簇集泛发的患者，首先应给予疱壁清创，即消毒后用一次性针头沿水疱（血疱、脓疱）底部轻轻刺破疱皮，然后用无菌棉签按压，挤出疱液，再用药液湿敷。因皮损部位不同而选择合适的体位。敷料铺放方式：躯干部皮损采用平铺式；四肢处皮损给予螺旋缠绕式；头面部皮损湿敷时，将敷料

裁剪为合适的大小并紧贴于面部，嘱患者取仰卧位，用棉球将皮损端耳孔堵上；湿敷会阴及肛门处皮损时，纱布应采用填塞式。

（撰写人：裴建、文碧玲）

第四节　中药湿敷技术

中药湿敷是将中药煎成汤剂，或用 50% ～ 75% 的乙醇浸泡 5 ～ 7 天，然后用纱布蘸药敷患处的一种技术。该技术能起到抑制渗出、收敛止痒、消肿止痛、控制感染、促进皮肤愈合等作用。该法临床应用于骨伤科疾病、外科疾病、皮肤科疾病、内科疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

遵医嘱配制药液、治疗盘、纱布或棉布、镊子、弯盘、防水布单或橡胶单、特定电磁波治疗仪（神灯治疗仪）等。

（二）基本操作方法

1. 配置药液

（1）水煎汤剂配置　准备砂锅（或非铜、铁、铝制锅即可），将中药放入，加水没过中药，浸泡 30 ～ 60 分钟，随后加入水至药上 2cm。开大火将水煮沸后，改为小火继续煮 60 分钟。煎至约 400mL 后关火，将药液倒入容器内备用（可 1 次熬制 1 天的使用量）。

（2）酊剂配置　中药加工成药散，药与乙醇比例为 1 ∶ 5 ～ 1 ∶ 4，用 50% ～ 75% 的乙醇浸泡 5 ～ 7 天，备用。

2. 调节环境

水煎汤剂：煎好备用待温。以手试温热为度，避免过热或过凉。药温为 35 ～ 40℃，保持室内温度及湿度适宜。

酊剂随用随取。

3. 湿敷操作

第一步，特定电磁波治疗仪预热。

第二步，将煎好的药汤趁热倒入容器内，用无菌纱布 6 ～ 8 层蘸药汤趁热摊放于患处。特定电磁波治疗仪保持 30 ～ 50cm 的距离照射患处。另用 1 块无菌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。根据病情，每次湿敷 20 ～ 30 分钟。

第三步，将煎好的药汤趁热倒在盆内，用无菌纱布 6 ～ 8 层蘸药汤，浸湿后轻轻绞干，以不滴水为度，再折叠数层，趁热敷在患处，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。

热水坐浴酊剂：温度在 35 ～ 40℃，按上述操作外敷即可，亦可直接外敷。

二、主要适应证

1. 风湿性关节炎、退行性骨关节病、颈椎病、腰椎间盘突出症、筋膜炎、骨折后功能障碍等骨伤科疾病。

2. 丹毒、疖、痈等急性化脓性感染疾病未溃破者等外科疾病。

3. 皮炎、湿疹、带状疱疹等皮肤科疾病。

4. 中风后遗症及糖尿病周围神经病变等内科疾病。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面禁用。

2. 对湿敷疗法所用药液及乙醇过敏者。

3. 水痘、疥疮等急性传染性皮肤病患者，疮疡脓肿迅速扩散者。

4. 闭合性创伤，如急性软组织损伤及骨折早期（48 小时内）。

四、注意事项

1. 操作时注意患者保暖，防止受凉。

2. 注意掌握更换湿敷垫及湿敷液的时间，以保持一定的湿度与温度。渗出伴浮肿较重者应持续湿敷，夜晚涂油膏；病轻者每天可湿敷 2 ～ 3 次。

3. 湿敷垫必须与皮肤密切贴合，颜面、耳后、肛周、外阴、关节及指、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，一般不超过全身面积的 1/3，老人、幼儿，以及颈、胸等部位应尤为注意。

4. 湿敷纱布应是无菌纱布，避免交叉感染。湿敷液若 1 次熬制分装使用，应常温避光或冷藏保存。若药袋破裂或产生异味，请勿再用。

5. 湿敷所用中药，仅限外用，不得内服。

6. 糖尿病、感觉障碍、认知障碍的患者需注意药液温度，防止烫伤。

7. 治疗过程中观察局部皮肤反应，如出现苍白、红斑、水疱、痒痛或破溃等症状及全身其他不适时，应立即停止治疗，积极对症处理。

8. 本法为辅助治疗，应在原发病治疗的基础上使用。

五、临床应用举例

（一）丹毒（网状淋巴管炎）

【参考方药】

生大黄、黄柏、苦参、马齿苋、生地榆、蒲公英各 30g。

【技术要点】

将上述中药放入砂锅中，加适量水没过中药，浸泡 30 ～ 60 分钟；煎沸后改为小火继续煮 60 分钟；将煎好的药汤趁热倒入容器内，用纱布蘸药汤趁热摊放于患处，湿敷患处 20 ～ 30 分钟；配合特定电磁波治疗仪照射；可另用 1 块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。每日 2 ～ 3 次，3 ～ 5 天为 1 个疗程。药液现熬现用。

【特别提示】

在进行湿敷操作时，应根据丹毒所处阶段、患者基础情况、疾病严重程度等决定湿敷的次数。对于处在急性发热期、全身不适、基础健康状况较差的患者，可减少湿敷次数及每次湿敷的时间。2 岁以下婴幼儿使用湿敷技术前，应用温开水将药物稀释至原有浓度的一半。本病的治疗应注重中西医结合，在应用抗生素（如静脉滴注青霉素、头孢菌素等）的基础上，使用湿敷的方法。应用本法治疗时，应注意保持局部皮肤清洁，并及时处理小的创口。应积极治疗与丹毒相关的足癣、溃疡、鼻窦炎等，以避免复发。在治疗期间，建议患者卧床休息，同时抬高患肢。

（二）湿疮（湿疹）

【参考方药】

急性期：黄柏、地榆、苦参各 20g。

慢性期：苦参、黄柏、桃仁、生地黄、牡丹皮各 30g，黄芩、地肤子、刺蒺藜各 20g。

【技术要点】

将上述中药放入砂锅中，加适量水没过中药，浸泡 30 ～ 60 分钟；煎沸后改为小火继续煮 60 分钟；将煎好的药汤趁热倒入容器内，用纱布蘸药汤趁热摊放于患处，湿敷患处 20 ～ 30 分钟；配合特定电磁波治疗仪照射。每日 2 ～ 3 次，3 ～ 5 天为 1 个疗程。

【特别提示】

急性湿疮忌用热水烫洗，忌用肥皂等刺激物洗患处。湿疮患者应避免搔抓，以防感染；应忌食鱼、虾、鸡、鹅、牛、羊等发物，亦应忌食香菜、韭菜、芹菜、姜、葱、蒜等辛香之品。急性湿疮或慢性湿疮急性发作期间，应暂缓接种各种疫苗。

（三）漆疮（接触性皮炎）

【参考方药】

蝉蜕 50g，蛇床子 30g，苦参 20g，白矾、川椒、艾叶、食盐各 10g。

若以红斑、丘疹为主者，加黄芩、黄连、黄柏各 9g；若有大量渗出者，加绿茶 6g，马齿苋 12g，黄柏 9g，蒲公英 15g，桑叶 10g。面部化妆品接触性皮炎，可单独使用菊花水（野菊花 12g，绿茶 6g，金银花 10g，蒲公英 10g）湿敷。

【技术要点】

将上述中药放入砂锅中，加适量水没过中药，浸泡 30 ～ 60 分钟；煎沸后改为小

火继续煮 60 分钟；将煎好的药汤趁热倒入容器内，用纱布蘸药汤趁热摊放于患处，湿敷患处 20 ～ 30 分钟；配合特定电磁波治疗仪照射；可另用 1 块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。每日 2 ～ 3 次，3 ～ 5 天为 1 个疗程。

【特别提示】

湿敷治疗时，禁用刺激性强的外用药物。刺激性接触性皮炎是接触物本身刺激皮肤引起的直接损害，变应性接触性皮炎是过敏性皮炎的常见类型。在治疗时，变应性接触性皮炎患者若全身症状明显，则应加适当的抗组胺药物；治疗前，须明确病因，避免继续接触致敏物质。患者应多饮水，忌食辛辣、油腻、鱼腥等物。

（四）腰痹（腰椎退行性病变）

【参考方药】

制川乌、制草乌、桃仁、川芎各 10g，透骨草 30g，红花、白芍、牛膝、乳香、没药、伸筋草、秦艽各 15g。

【技术要点】

将上述中药放入砂锅中，加适量水没过中药，浸泡 30 ～ 60 分钟；煎沸后改为小火继续煮 60 分钟，过滤去渣后将药液倒入瓷盆；用纱布蘸药汤趁热摊放于患处，湿敷患处 20 ～ 30 分钟；配合特定电磁波治疗仪照射。每日 2 ～ 3 次，一般敷药 3 ～ 5 天为 1 个疗程。

【特别提示】

此方同时也适用于具有该证型的腰背痛、腰骶痛患者。治疗期间，患者应制动休息，避免劳累，同时注意敷贴温度，防止烫伤。本法禁用于素体虚弱之人及风湿热痹者。

（五）痉证（中风后关节挛缩）

【参考方药】

制川乌 15g，川芎、透骨草、赤芍、红花、艾叶、桂枝、白芍各 20g。

【技术要点】

将上述中药放入砂锅中，加适量水没过中药，浸泡 30 ～ 60 分钟；煎沸后改为小火继续煮 60 分钟，将煎好的药汤趁热倒入容器内；用纱布蘸药汤趁热摊放于患处，湿敷患处 20 ～ 30 分钟；配合特定电磁波治疗仪照射；可另用 1 块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。每日 2 ～ 3 次，3 ～ 5 天为 1 个疗程。

【特别提示】

若患者痛似针刺且痛有定处，增加没药与乳香各 15g；若患者肢体冰凉，增加附片、干姜与肉桂各 15g。以挛缩的关节局部为主进行湿敷。

（撰写人：寇久社、孙军刚）

第五节　中药熏蒸技术

中药熏蒸技术是借助中药热力及药理作用熏蒸患处的一种外治技术。该技术以中药蒸气为载体，辅以温度、湿度的作用，促进局部血液及淋巴的循环，有利于局部水肿及炎症的吸收，并可缓解局部肌纤维的紧张和痉挛，达到疏通经络、消炎止痛的目的。该法在临床被广泛应用于风湿免疫性疾病、骨伤科疾病、妇科疾病、皮肤科疾病及五官科疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

全身熏蒸治疗机、半身熏蒸治疗机、局部熏蒸治疗机、熏浴盆。

（二）基本操作方法

1. 配置药液

第一步，准备无纺布袋或纱布袋，将需要熏蒸的中草药放入袋内，随后进行封口。第二步，药物装好后，准备砂锅（或非铜、铁、铝制锅即可），放入适量水没过中药，将中药包放入锅内浸泡 30 ～ 60 分钟，随后加水至药包以上 2cm 处。第三步，开大火将水煮沸后，改为小火继续煮 30 分钟。

2. 调节环境

保持室内温度、湿度适宜。

3. 熏蒸操作

按作用部位可以把熏蒸疗法分为 3 种：全身中药熏蒸疗法、半身中药熏蒸疗法、局部中药熏蒸疗法。

（1）*全身中药熏蒸疗法*　全身中药熏蒸疗法是将头以下的部位全部置于熏蒸机器中进行治疗的一种方法。在全身熏蒸治疗仪中放入 250 ～ 300L 热水，然后加入根据病情配制好的熏蒸药包。设定熏蒸仪器的温度参数，使蒸气温度控制在 35 ～ 45℃。患者取舒适的半卧位或卧位，头颈部暴露在外，其下垫以毛巾枕，治疗部位置于熏蒸机器罩内。待蒸气充盈后，每次熏蒸 20 ～ 30 分钟。熏蒸结束后，稍用清水冲洗（也可不冲洗），而后用毛巾擦身，穿好衣服，休息 10 ～ 20 分钟。全身熏蒸可每日或隔日进行 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

（2）*半身中药熏蒸疗法*　半身中药熏蒸疗法是指用中药蒸气对腰以下的部位进行治疗的一种方法。半身中药熏蒸也需在治疗机器中进行，患者将腰以下置于熏蒸治疗仪中。在治疗仪中加入配制好的熏蒸药包。设定熏蒸仪器的温度参数，使蒸气温度控制在 35 ～ 45℃。每次熏蒸 20 ～ 30 分钟。熏蒸结束后，用毛巾擦身，穿好衣服，休息 5 ～ 10 分钟。半身中药熏蒸可每日进行 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

（3）局部中药熏蒸疗法　局部中药熏蒸疗法是指用局部熏蒸治疗机器对身体的某一部位进行治疗的一种方法。按熏蒸的部位或方式的不同可将此法分为四肢熏蒸、头面部熏蒸、腰背部熏蒸等。

1）四肢熏蒸：将调配好的药液置于局部熏蒸治疗仪中，设定好熏蒸温度和时间，待中药蒸气喷出后，将蒸气对准患者需要治疗的部位进行熏蒸治疗。每次熏蒸20～30分钟，一般10次为1个疗程。

2）头面部熏蒸：患者取仰卧位，将调配好的药液置于局部熏蒸治疗仪中，设定好熏蒸温度和时间，待中药蒸气喷出后，将蒸气对准患者头面部进行熏蒸治疗。每次熏蒸20～30分钟，一般10次为1个疗程。

3）腰背部熏蒸：患者取俯卧位，将调配好的药液置于局部熏蒸治疗仪中，设定好熏蒸温度和时间，待中药蒸气喷出后，将蒸气对准患者腰背部进行熏蒸治疗。每次熏蒸30～40分钟，一般10次为1个疗程。

二、主要适应证

1. 风湿性关节炎、膝骨关节炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、筋膜炎等骨伤科疾病。

2. 痔、肛瘘、肛裂、肛周脓肿等肛肠科疾病。

3. 荨麻疹、银屑病、玫瑰糠疹、带状疱疹、黄褐斑、寻常性鱼鳞病、痤疮及激素依赖性皮炎等皮肤科疾病。

4. 糖尿病周围神经病变、中风后遗症、睡眠障碍、便秘、感冒等内科疾病。

5. 慢性鼻炎、眼干燥症、结膜炎等五官科疾病。

6. 更年期综合征、月经不调、慢性盆腔炎、痛经等妇科疾病。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面禁用。

2. 对熏蒸所用药液过敏者禁用。

3. 妇女妊娠期和月经期禁用。

4. 结核病、艾滋病等传染性疾病患者禁用。

5. 对患有严重的肺系疾患、心系疾患、动脉硬化、重症高血压者，禁用39℃以上的全身熏蒸疗法。

6. 装有心脏起搏器者禁用。

7. 有出血倾向者，如血友病、重度血小板减少症患者等禁用。

四、注意事项

1. 全身熏蒸时间一般为20～30分钟，局部熏蒸时间为5～30分钟，最长不宜超过1个小时，以免因缺氧导致头晕，甚至晕厥。如患者感到头晕不适或胸闷、气短、心慌、大汗出、面色苍白等，应停止熏蒸，卧床休息，注意观察。

2. 熏蒸浸浴部位如有温度感觉障碍者（如糖尿病周围神经病变）或认知障碍患者，

注意药液温度，不宜用42℃以上的温度熏蒸，以免烫伤。如出现烫伤，应立即停止治疗，积极对症处理。

3. 熏蒸前宜饮用淡盐水200mL，避免出汗过多引起脱水；熏蒸治疗时，应注意保暖，防止感受外邪；熏蒸治疗结束后，宜休息5～10分钟再外出活动。

4. 全身熏蒸结束后应缓慢起身，如猛然站起，易引起直立性低血压而致眼前发黑、眩晕。

5. 患者每次使用过的熏蒸床以500mg/L含氯消毒溶液擦拭，熏蒸舱定时用0.5%过氧乙酸溶液喷洒消毒，熏蒸室每晚用紫外线灯照射1小时。患者所用被单或毛巾被应独立使用，每天更换，防止交叉感染。

6. 熏蒸设备的蒸气出口应及时清理，以免堵塞造成烫伤。

7. 若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。

8. 饭前、饭后半小时内不宜熏蒸。

五、临床应用举例

（一）感冒（上呼吸道感染）

【参考方药】

麻黄、薄荷、蝉蜕、辛夷各15g，荆芥、芫荽、紫苏叶、浮萍各30g。

【技术要点】

将中药煎煮后，取药液置于熏蒸机器内，加水1000mL，设置温度以50℃为宜，每次熏蒸30分钟左右，每日1～2次，每次间隔5～7小时，3天为1个疗程。

【特别提示】

若患者有胸痛、呼吸困难等呼吸道症状，则禁止熏蒸。若熏蒸部位有伤口、破溃，则禁止行中药熏蒸。若在熏蒸过程中患者出汗过多，应注意及时补水，并减少熏蒸治疗时间或降低熏蒸温度。

（二）骨痹（骨关节炎）

【参考方药】

伸筋草、透骨草、杭白芍、鸡血藤、海风藤、桑枝各30g，延胡索12g，桂枝、杜仲、牛膝、当归各15g。

【技术要点】

将中药放入中药汽疗熏蒸床中，加适量水，关闭舱盖，启动电源，煮沸，产生含药雾化蒸气，通过熏蒸开口，直接作用于患处。每日1次，每次30分钟，连续治疗10次为1个疗程，休息2～3天，续行第二个疗程。

【特别提示】

高血压、心脏病重症患者慎用本疗法，如出现头晕、胸闷、呼吸困难等情况应立即停用。对于有关节肿胀、存在积液的患者，应慎用熏蒸疗法，因为此疗法有加重积液的

可能。关节红肿热痛的患者，应控制熏蒸温度不宜过高，熏蒸时间不宜过长。

（三）尪痹（类风湿关节炎）

【参考方药】

桃仁、红花、乳香、防己各 10g，马钱子、生地黄各 15g，黄柏、豨莶草各 20g，陈醋适量。

【技术要点】

将上述药物倒入熏蒸治疗仪的蒸发器中，接上电源，使药液达到蒸发器沸点，产生含药蒸气，使治疗舱内温度达 40℃。嘱患者换上一次性内衣进入治疗舱，头部露于治疗舱外，关闭舱门。按患者体质及耐受能力设定时间及温度，一般温度在 40 ～ 45℃，每次治疗 20 ～ 30 分钟，每日 1 次。连续 5 天，休息 2 天，20 次为 1 个疗程。

【特别提示】

类风湿关节炎亚急性活动期：关节处晨僵、肿痛及功能障碍较明显，少数患者可有低热、中度贫血，类风湿因子阳性，此时熏蒸治疗多作为辅助治疗。慢性迁延期：关节炎症状较轻，可伴不同程度的关节僵硬或畸形，类风湿因子多为阴性，此时熏蒸治疗效果最佳。稳定期：关节炎症状不明显，疾病已处于静止阶段，可留下畸形并产生不同程度的功能障碍，此时熏蒸对于关节畸形一般无明显治疗效果。

（四）腰痹（腰椎间盘突出症）

【参考方药】

徐长卿、海桐皮、威灵仙、鸡血藤、伸筋草各 30g，桃仁、当归、甘松、香樟木各 15g，秦艽、红花、川乌、独活、黄荆子、淫羊藿各 12g，苏木、草乌各 9g。

【技术要点】

上述药物由中药房制作成汤剂，每剂 150mL。将上述 300mL 熏蒸药液放入熏蒸床下方的储药槽内，槽内加入适量的洁净清水（以淹没加热器 2 ～ 3cm 为宜）；协助患者脱去衣物，取仰卧位，充分暴露要熏蒸的部位；根据患者的年龄、体质及对温度的耐受程度调节熏蒸的温度，一般为 40 ～ 50℃；熏蒸时间为 30 分钟；每次熏蒸完毕后协助患者穿好衣物，擦净身上汗液，10 天为 1 个疗程。

【特别提示】

若患者不能长时间平躺，或患者在做熏蒸治疗的过程中出现下肢麻木、疼痛加重的情况，则慎用熏蒸治疗。合并有大小便不利、马鞍区麻木等马尾神经症状的患者禁用熏蒸治疗。

（撰写人：张振宇、王海东）

第六节　中药泡洗技术

中药泡洗技术是使用含有中药成分的水液浸泡全身或局部皮肤的一种技术。该技术

利用泡洗液的温热之力和药物本身的功效，能够起到温经散寒、益气养血、活血消肿、祛湿止痛、化瘀生新、杀虫消毒等作用。该法临床应用于皮肤科疾病、内科疾病、妇科疾病、骨伤科疾病等的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

全身浴盆、半身浴盆、局部浴盆。

（二）基本操作方法

1. 配置药液

第一步，准备无纺布袋或纱布袋，将需要泡洗的中草药放入袋内，随后进行封口。第二步，药物装好后，准备砂锅（或非铜、铁、铝制锅），放入适量水没过中药，将中药包放入锅内浸泡 30 ～ 60 分钟，随后加入水至药包以上 2cm。第三步，开大火将水煮沸，改用小火继续煮 30 分钟。

2. 调节环境

中药煎好后关火，将药液倒入容器内，调至适宜温度。保持室内温度及湿度适宜。

3. 泡洗操作

按作用部位或根据患者身体浸入药液中的多少，可以把中药泡洗疗法分为 3 种：全身中药泡洗疗法、半身中药泡洗疗法、局部中药泡洗疗法。

（1）*全身中药泡洗疗法*　全身中药泡洗疗法是将头以下的部位全部浸入中药泡洗液中进行治疗的一种方法。在单个长形浴盆中放入 250 ～ 300L 热水，水面以达患者胸口水平为宜，然后加入根据病情配制好的中药泡洗液 500 ～ 1500mL，搅匀。患者取舒适的半卧位，头颈部及前胸部稍高出浴盆边缘，以减少水的压力压迫胸部，影响心肺功能。其头下垫以毛巾，枕于浴盆边缘，两足直抵浴盆另一端。如身长不足时，可加踏脚板以保持患者体位。每次浸泡 20 ～ 30 分钟。中药泡洗结束后，稍用清水冲洗（也可不冲洗），而后用毛巾擦身，穿好衣服，休息 10 ～ 20 分钟。全身中药泡洗可每日或隔日进行 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

（2）*半身中药泡洗疗法*　半身中药泡洗疗法是指将腰以下的部位浸入药液中进行治疗的一种方法。半身中药泡洗也需在浴盆中进行，患者坐入浴盆中，水面的高度以达到患者脐部为宜。加入配制好的中药泡洗液 500 ～ 1000mL，搅匀。浸洗时，患者可主动或被动地活动双下肢进行功能锻炼，每次浸泡 20 ～ 30 分钟。中药泡洗结束后，用毛巾擦身，穿好衣服，休息 5 ～ 10 分钟。半身中药泡洗可每日进行 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

（3）*局部中药泡洗疗法*　局部中药泡洗疗法是指身体的某一部位浸泡在药液中或频频地接触药液进行治疗的一种方法。该法按浸泡的部位或方式的不同分为足浴、腿浴、坐浴、手浴。

1）足浴和腿浴：药液浸至踝关节附近为足浴；药液浸至膝关节以下为腿浴。足浴用类似洗脚盆的浴器即可，将煎煮好的药液倒入脚盆，待温度合适时，把双足或单足浸泡在药液中。在浸洗时，双足可互相揉搓擦洗或用毛巾按擦某些穴位。腿浴要选用高至膝盖的类似水桶的浴器，将药液倒入桶内，加水至膝关节以下，浸泡或擦洗下肢小腿肌表及穴位等处。每次浸泡 20 ～ 30 分钟，每日 1 次。

2）坐浴：指将臀部和外阴部浸泡在药液中。该法可用特制的坐浴盆或较深的容器。将煎煮好的药液倒入盆内，根据不同的疾病，采用先熏蒸患部后浸泡或只浸泡患部的方式。坐浴 20 ～ 30 分钟，每日 1 次或数次。

3）手浴：指将腕关节以下的部分浸泡在药液中，用脸盆或洗手盆即可。每次浸泡 20 ～ 30 分钟，根据病情每日浸泡 1 次或数次。

二、主要适应证

1. 湿疹、荨麻疹等皮肤科疾病。

2. 下肢静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎、肛肠类疾病等。

3. 风湿性关节炎、膝骨关节炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、筋膜炎等骨伤科疾病。

4. 睡眠障碍、中风后遗症等内科疾病。

5. 阴道炎、外阴瘙痒、痛经等妇科疾病。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面禁用。

2. 对中药液皮肤过敏者禁用。

3. 患有严重的心力衰竭、心肌梗死、冠心病、主动脉瘤、动脉硬化、高血压者禁用。

4. 有出血倾向者，如血友病等疾病患者禁用。

5. 装有起搏器者禁用。

四、注意事项

1. 一般局部中药泡洗温度在 41℃以下，中药泡洗时间最长不宜超过 1 小时，以免因缺氧导致头晕，甚至晕厥。

2. 饭前、饭后半小时内不宜进行全身或局部中药泡洗疗法，以免造成胃肠不适；临睡前不宜进行全身或局部热水中药泡洗疗法，因全身药液泡洗具有兴奋作用。

3. 全身中药泡洗疗法后应慢慢地从浴盆中起身，避免猛然起身引起的直立性低血压。

4. 浴器简陋或温度计不准确时，中药泡洗疗法的水温一定要适度，不可太烫，可先用手试一下温度，以免烫伤皮肤。浸浴部位如有温度感觉障碍，如糖尿病周围神经病变患者，应密切关注泡洗温度，以免烫伤皮肤。

5. 中药泡洗时，冬天应该保暖，夏季要避风寒，防止感冒或关节感受外邪；中药泡

洗结束后，宜在室内休息 5 ～ 10 分钟；

6. 若患者在泡洗中感觉不适，则需立即停止泡洗治疗，积极对症处理。

五、临床应用举例

（一）消渴病痹证（糖尿病周围神经病变）

【参考方药】

海风藤、鸡血藤、钩藤、忍冬藤各 30g，当归、威灵仙、玄参各 15g，丹参、黄芪各 20g。

若患者疼痛似针刺且痛有定处，增加没药与乳香各 12g；若患者下肢拘挛，增加木瓜与伸筋草各 15g；若患者下肢冰凉，增加附片、干姜与肉桂各 8g。

【技术要点】

将中药煎水去渣取液 1000mL 左右，再加清水 2000mL 左右，倒入深度为 60 ～ 80cm 的中药泡洗袋内。双小腿伸入袋内后，连同药袋一起放入装满 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，每日 1 ～ 2 次，每次间隔 3 ～ 7 小时，每付药液可用 3 天，18 天为 1 个疗程。

（二）痛风（原发性痛风）

【参考方药】

土茯苓 30g，独活、威灵仙、薏苡仁、茯苓各 20g，泽泻、连翘、萆薢、白芍各 15g，青风藤、络石藤、苍术、黄柏、川牛膝各 10g。

【技术要点】

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 38℃左右，对病位进行泡洗，每次 30 分钟左右，每天 1 次，20 天为 1 个疗程。

【特别提示】

痛风性关节炎患者机体长期处于高尿酸水平，尿酸盐结晶析出，蛰伏于人体，在各种诱因下伺机而发，属“伏邪”范畴，日常不良习惯等因素常易诱发痛风急性发作。故应提高患者对痛风的认识，有效预防疾病复发，即预防大于治疗。因此，应指导患者合理搭配饮食，避免食用高嘌呤食物，多喝水，这些措施都能有效缓解高尿酸血症的病情。

（三）黄疸（新生儿高胆红素血症）

【参考方药】

柴胡、茵陈、甘草、白术各 15g，升麻、黄连、黄芩、黄柏各 12g，龙胆 10g，栀子、滑石各 6g，川木通 3g。

【技术要点】

将煎煮后的药液放入小儿洗浴池内，再加入洗澡用的纯净水，将药液和水慢慢搅拌

均匀，水温控制在比室温高 10℃左右，即可将患儿放入水中洗浴。患儿在中药泡洗前，需在脐部贴上防水贴，并用适合新生儿的游泳项圈托住患儿颈部，使患儿头面部保持在水面以上，身体浸浴在药液中。不要禁锢患儿手脚，应使其四肢在药液中自由活动。洗浴时间为 10 ～ 15 分钟，洗浴完毕，用毛巾擦干全身皮肤，取下防水贴。

【特别提示】

新生儿黄疸大多因胎禀湿蕴，脾失健运，肝失疏泄，胆汁外溢而致。本中药泡洗方具有疏肝利胆、祛湿退黄的功效。通过中药泡洗疗法，药物中的有效成分易由疏薄的腠理进入体内发挥治疗作用，并可减少新生儿口服用药的困难。

（撰写人：刘长信、王毓岩）

第七节　中药淋洗技术

中药淋洗技术，又称淋射法，是在中医基础理论指导下，运用药物煎剂或冲剂在人体体表特定部位进行喷淋冲洗的一种治疗方法。该技术利用其冲洗作用，结合药物本身的功效与温热刺激，可起到疏通经络、活血化瘀、祛风散寒、清热解毒、消肿止痛的作用。该法临床应用于骨伤科疾病、皮肤科疾病、内科疾病、妇科疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

煎药砂锅；淋洗喷壶、面盆、眼壶；一次性冲洗管；阴道冲洗器。

（二）基本操作方法

1. 配置药液

（1）*煎制中药配置方法*　根据组方，使用清水将选用的炮制中草药迅速漂洗，然后将药物放入砂锅内，加常温水，水量以轻压药材时高出药材平面约 2cm 为宜，浸泡 30 ～ 60 分钟，加洁净水煎煮两次，先用急火煮沸，煮沸后再开始计时。头煎时间为 20 ～ 30 分钟，而后将药液趁热滤出；二煎时间为 10 ～ 20 分钟。两次煎取总药液 1200mL 左右，将煎好的药液利用中药残渣滤网过滤后，装入淋洗容器内，待药液冷却至适宜温度后进行治疗。

（2）*中药配方颗粒配制药液的方法*　根据组方，将中药配方颗粒加入煮沸的蒸馏水（或生理盐水）中，搅拌至完全溶解。利用中药残渣滤网过滤后，将药液装入淋洗容器内，待药液冷却至适宜温度后进行治疗。

2. 调节环境

将配置好的药液倒入无菌容器内，水温根据所处季节调节，冬季 38 ～ 40℃，春季 36 ～ 38℃。室内温度控制在 24 ～ 26℃，湿度控制在 40% ～ 60%。

3. 淋洗操作

按作用部位范围不同，可将中药淋洗技术分为 3 种：头面部中药淋洗疗法、全身中药淋洗疗法、局部中药淋洗疗法。

（1）*头面部中药淋洗疗法*　在清洁消毒后的脸盆内放入 5 ～ 10L 热水，加入配制中药液 500 ～ 1500mL，搅匀，保持适宜水温。患者取坐位或仰卧位，医生用量杯装入药液进行淋洗治疗。根据患者病情需要，每次淋洗可选择性进行沐发、洗头、洗面。其中，沐发可配合适宜洗发水。每项操作持续 5 ～ 10 分钟，可联合头面部按摩。结束后，患者用毛巾擦干头面部，穿好衣服，休息 10 ～ 20 分钟。可每日或隔日操作 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

（2）*全身中药淋洗疗法*　在清洁消毒后的浴盆内放入 10 ～ 15L 热水，加入配制好的中药液 500 ～ 1500mL，搅匀，保持适宜水温。患者取坐位或站位。医生用量杯装入药液进行淋洗治疗，每次淋洗 10 ～ 20 分钟，可揉搓擦洗或用毛巾按擦穴位。结束后，患者用毛巾擦干身体，穿好衣服，休息 10 ～ 20 分钟。可每日或隔日 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

（3）*局部中药淋洗疗法*　按治疗部位不同分为眼部淋洗、肢体淋洗、会阴淋洗等。

1）眼部淋洗。在清洁消毒后的洗眼壶内加入配置好的中药液 300 ～ 500mL，药液温度控制在 32 ～ 37℃。患者取仰坐位或仰卧位，头偏向患侧，在洗眼侧肩部铺上垫巾。可由患者自持受水器紧贴在洗眼侧的颊部，接收流下的冲洗液。嘱患者轻闭眼，医生用消毒后的淋洗眼壶（可使用一次性冲洗器连接冲洗液瓶）装入药液进行淋洗治疗。首先用棉签蘸药液清洗，先洗净睫毛、眼睑、眉毛及周围皮肤，接着以眼为中心由内往外环形冲洗，上至眉弓上 3cm，下至鼻唇沟，内至鼻中线，外至太阳穴，冲洗液量不低于 100mL。皮肤冲净后，嘱患者睁开眼睛，用拇指、食指轻轻分开上、下眼睑，着力于上、下眶缘，充分暴露结膜囊，同时嘱患者向上、下、左、右各方向转动眼球，充分冲洗结膜囊。然后轻轻翻转上、下眼睑进行冲洗。清洗干净后，轻轻将上眼睑复位，再次冲洗结膜囊。然后嘱患者轻闭双眼，再次冲洗眼睑及周围皮肤。冲洗结束后，用棉签擦干眼睑及周围皮肤，休息 10 ～ 20 分钟。视病情改善情况，间隔 1 周或 1 个月治疗 1 次。

2）肢体淋洗。在清洁消毒后的淋洗瓶内加入根据病情配制好的中药液 500 ～ 1000mL，水温控制在 36 ～ 41℃。患者取坐位或仰卧位，四肢自然放置于身体两侧，患肢下放置护理垫及容器，接收流下的冲洗液。医生用消毒后的淋洗瓶（可使用一次性冲洗器连接冲洗液瓶）装入药液进行淋洗治疗。根据病情不同，可同时联合无菌棉签擦拭。淋洗顺序：自上而下。结束后用毛巾擦干身体，穿好衣服，休息 10 ～ 20 分钟。同时可配合肢体按摩。每次 5 ～ 10 分钟，每日 1 ～ 2 次，10 次为 1 个疗程。

3）会阴淋洗。在清洁消毒后的淋洗壶内加入根据病情配制好的药液 500 ～ 1000mL，在一次性阴道冲洗器内注药 150 ～ 200mL 备用，温度控制在 38 ～ 41℃。医生用消毒后的淋洗喷壶装入药液进行外阴淋洗治疗，可同时联合无菌棉签擦拭，并使用一次性阴道冲洗器装入药液进行阴道淋洗治疗。淋洗原则：自上而下、由外向内。擦

干原则：自上而下、由内向外。患者取仰卧位，双腿屈曲分开，暴露外阴，臀下垫尿垫和便盆。医生右手持无菌棉球，左手持冲洗壶，臀下放便盆与一次性垫巾，戴手套，边淋边擦洗，冲洗结束后用无菌纱布擦干。女性冲洗顺序依次为阴阜、大腿内侧、大阴唇、小阴唇、尿道口、阴道口、阴道（必要时）、肛门。擦干顺序为尿道口、阴道口、肛门、阴阜、大小阴唇、腹股沟、骶尾部。男性：将包皮后推，手提阴茎。冲洗顺序为尿道口、龟头、冠状沟、阴茎下部至阴囊上部、阴囊下部。擦干顺序为尿道口至龟头、冠状沟、阴茎下部、阴囊上部、阴囊下部、腹股沟、骶尾部。如为保留导尿，自尿道口开始擦净导尿管的4个面（用2个棉球）。每日1～2次，每次15～20分钟，一般10次为1个疗程。

二、主要适应证

1. 颈椎病、腰椎病、风湿性关节炎、膝骨关节炎、筋膜炎等骨伤科疾病。
2. 痈、烫伤等外科疾病。
3. 湿疹、荨麻疹等皮肤科疾病。
4. 周围神经炎等神经疾病。
5. 阴痒、带下等妇科疾病。

三、禁忌证

1. 大汗、高热、饥饿、过饱及过度疲劳者。
2. 皮损处糜烂、渗液较多或化脓，角膜溃疡、穿孔，眼部外伤者。
3. 深在性皮肤病、急性传染性疾病、有出血倾向、化学损伤未愈者。
4. 对中草药过敏者。
5. 妇女妊娠期、月经期。
6. 心力衰竭、心肌梗死、恶性肿瘤等重症患者。
7. 置入起搏器者、大面积烧伤患者、精神病等对治疗不配合者。

四、注意事项

1. 空腹及饭后30分钟内不宜进行淋洗疗法。
2. 老年人、儿童与身体虚弱者，应有人助浴。
3. 淋洗治疗不宜超过30分钟，如有不适，应立即停止治疗，进行对症处理。
4. 遵守医院感染预防制度，不能重复使用药水，避免交叉感染。
5. 药物尽量即配即用，保证药液新鲜。
6. 眼部淋洗的冲洗液必须完全过滤掉杂质，冲洗力度不应过大，冲洗距离在3～4cm为宜。一般不可直射角膜，洗眼壶勿接触眼部。使用棉签时，注意防止棉丝遗留。
7. 在治疗过程中，水温控制在适宜范围内，避免烫伤与受寒。淋洗部位如有温度感觉障碍，水温应控制在42℃以下。

8. 控制治疗室内温度，注意保暖与避风，防止受凉或感受外邪。

9. 淋洗疗法结束后，宜休息 5 ～ 10 分钟。

10. 注意保护患者隐私，治疗期间禁止性生活。

五、临床应用举例

（一）阴痒（外阴瘙痒）

【参考方药】

肝经湿热证：龙胆、黄芩、栀子各 30g，泽泻、车前子、柴胡各 20g，当归、生地黄各 15g，甘草 10g。

肝肾阴虚证：熟地黄 30g，山茱萸、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮各 20g，知母、黄柏、当归各 15g，栀子、白鲜皮各 10g。

伴湿虫滋生，瘙痒甚者，加蛇床子、苦参、白鲜皮、花椒，以杀虫止痒；皮肤破溃者去花椒；伴白带黏稠、色黄，小便短赤、舌红苔黄腻者，加白花蛇舌草、蒲公英、紫花地丁、虎杖、黄柏、连翘，以清热解毒；兼表证者，加荆芥、薄荷、防风、白芷，以祛风止痒。

【技术要点】

在清洁消毒后的淋洗壶内加入配制好的中药液 500 ～ 1000mL，在一次性阴道冲洗器内注药 150 ～ 200mL，温度控制在 38 ～ 41℃。具体操作参考会阴淋洗方法。每日 1 ～ 2 次，每次 15 ～ 20 分钟，一般 10 次为 1 个疗程。

【特别提示】

阴痒病因较复杂，化学制品等刺激及全身慢性疾病等都可能引发本病。对于接触性、过敏性阴痒，去除诱因是关键；而全身慢性疾病导致的阴痒，则以治疗原发病为主。在淋洗治疗过程中，注意询问患者温度是否适宜，避免烫伤。淋洗结束后，清洁局部皮肤，擦干，协助患者整理衣物。

（二）湿疮（湿疹）

【参考方药】

三黄洗剂：大黄、黄柏、黄芩、苦参各 15g。

瘙痒剧烈者，可加入薄荷脑 1g；伴湿虫滋生、瘙痒甚者，加蛇床子、白鲜皮、花椒以杀虫止痒；皮肤破溃者去花椒；伴小便短赤、舌红苔黄腻者，加白花蛇舌草、蒲公英、紫花地丁、虎杖、连翘，以清热解毒；若水疱糜烂、渗出明显者，可加用生地榆、马齿苋、野菊花，可选择冷淋。

【技术要点】

在清洁消毒后的淋洗壶内加入配制好的中药液 500 ～ 1000mL，温度控制在 38 ～ 41℃。具体操作参考肢体淋洗法，每日 1 ～ 2 次，每次 15 ～ 20 分钟，10 次为 1 个疗程。

【特别提示】

由于湿疮的病因病机比较复杂，临床形态和生长部位又各有特点，故治疗大多为对症治疗，宜选用温和类药物。急性湿疮患者应避免水温过高，忌用肥皂等刺激物清洗患处。平时尽量去除可能存在的致病因素，减少各种外界刺激，如热水烫洗、暴力搔抓、过度洗拭，避免易致敏和有刺激性的食物，如鱼、虾、浓茶、咖啡、酒类等。若制剂中含有薄荷脑、樟脑、冰片等清凉药物，则在婴儿面部、外阴等皮肤薄嫩处及寒冷环境下不宜使用。急性湿疮或慢性湿疮急性发作期间应暂缓注射各种疫苗。

（三）脱发（雄激素性秃发）

【参考方药】

透骨草方：透骨草 20g，侧柏叶 15g，皂角刺、枯矾各 10g。

伴头皮油脂分泌较多者，可加桑白皮、苦参、地骨皮等；伴头皮干燥、发质干枯者，去枯矾，加何首乌、黄芪；伴腰膝酸软、遗精者，可加用核桃仁、枸杞子、桑椹；伴白发者，可加用甜瓜叶汁外擦头皮；伴局部脱发者，可加用旱莲草汁、生姜汁外擦头皮；伴睡眠障碍者，加用合欢皮。

【技术要点】

在清洁消毒后的淋洗盆内加入配置好的中药液 2500 ～ 5000mL，保持药液温度在 37 ～ 38℃。患者取仰卧位，颈后置受水器，肩部铺垫巾。医生用量杯装入药液进行淋洗治疗，嘱患者轻闭眼。可先干梳头 1 分钟，然后用清水预洗，用手指按摩头皮，持续约 1 分钟。将洗发水加入中药液稀释，揉搓起泡后均匀涂抹在头发上，配合头部按摩揉搓 3 ～ 5 分钟，然后用清水将洗发水冲洗干净，将护发素均匀涂敷到头发上，女性可沿发根到发梢的方向涂抹，停留 1 ～ 2 分钟，再用中药液冲洗 1 ～ 2 次。结束后，用毛巾擦干头发水分，自然风干。每周治疗 2 ～ 3 次，一般 10 次为 1 个疗程。

【特别提示】

采用软水洗头较好，水温以 37 ～ 38℃为宜。洗发水用量适宜，将洗发水泡沫冲洗干净。正常发质者宜选用 pH 值 5 左右的洗发水；干性发质者宜选用 pH 值 4.5 ～ 5.5 的酸性洗发水；中性或油性发质者宜选用 pH 值 7 左右的中性洗发水。雄激素性秃发目前无法被彻底治愈，常需要联合西药或毛发移植等方法进行治疗。

（撰写人：刘媛媛、肖法军）

第八节　蜡疗技术

蜡疗技术是将石蜡加热熔化后涂敷于患处，将热量传入机体，发挥其机械压迫等作用，可通经脉、调气血，从而达到治疗疾病的目的，是一种集药物、穴位刺激、温热疗法、中药透皮吸收于一体的外治技术，又可称蜡敷疗法。该法临床广泛应用于骨伤科疾病、内科疾病、妇科疾病、外科疾病、皮肤科疾病的治疗。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 石蜡

（1）*石蜡的选择*　治疗时应选用医用石蜡，熔点为 52 ～ 55℃，常温下为白色半透明的固体，pH 值为中性，不含有水溶性酸碱，含油量不大于 0.9%，黏稠性良好。

（2）*石蜡的加热*　采用蜡疗机直接加热，将医用石蜡放入蜡疗机中，设定好加热的最高温度，经过一段时间的加热过程，石蜡被熔化成液体状态备用。

（3）*石蜡的清洁*　石蜡使用一段时间后，因为混入毛发等杂物而变质，需根据使用情况定时消毒、清理石蜡，并加入一定量的新蜡。

1）加水清洁法：将石蜡熔化后加入相当于石蜡总量 1/3 或 1/2 的热水，混合搅拌后静置一段时间，看见石蜡上浮，水与杂质下沉，取出石蜡便可清除底部杂质。

2）静置沉淀清洁法：将石蜡熔化搅拌后静置，使污物下沉，冷却后将污物去掉。

3）加滑石粉清洁法：将石蜡熔化后加入 2% ～ 3% 的滑石粉，边加入边搅拌，静置一段时间，将澄清的蜡液倒入其他容器或等石蜡凝结后将沉下的污物去除。

4）加白陶土清洁法：将石蜡熔化后加热至 90℃左右，加入 2% ～ 3% 的白陶土，边加入边搅拌，随后静置，30 分钟后污物被白陶土吸附沉于底部，等石蜡凝结后去掉底部的污物。

2. 其他器具

包括盛蜡的容器、刷蜡的刷子、铲蜡的铁铲、制作蜡饼的托盘、纱布垫等。

（二）基本操作方法

中药蜡疗技术的治疗区域是由若干个腧穴及邻近的部位组成。其穴位的选取，以脏腑经络学说为指导，以循经取穴为重点，包括局部取穴、循经取穴、辨证取穴。先辨证施治，配置中药粉，备用。

1. 蜡饼法

将加热熔化的蜡液倒入准备好的盘中，厚度为 2 ～ 3cm，冷却到刚凝结成块时（表面温度 45 ～ 50℃），用铲蜡用的铁铲将蜡块取出，敷于患处，外包塑料布、棉垫保温 30 ～ 60 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

2. 浸蜡法

将加热熔化后的蜡液冷却至 55 ～ 60℃时，将患者所需治疗的手或足浸入蜡液中，并迅速提出，蜡液在浸入部位的皮肤表面冷却凝成一层薄蜡膜。如此反复浸入，直到蜡膜厚度达 0.5 ～ 1.0cm，成为手套或袜套样，再持续浸入蜡液 10 分钟左右。最后取下蜡膜，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

3. 刷蜡法

将加热熔化的蜡液冷却至 55 ～ 60℃时，用刷蜡用的刷子蘸蜡液均匀刷在患处，使

蜡液在皮肤表面冷却凝成一层薄蜡膜，如此反复涂刷直至蜡膜达 0.5 ～ 1.0cm 厚时，外面再包 1 块蜡饼或用塑料布、棉垫保温（用 1 块蜡饼或塑料布包裹其外）。每次治疗 30 ～ 50 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

4. 蜡垫法

将纱布垫充分浸入加热熔化的蜡液中，取出冷却至皮肤能耐受的温度后放在患处，再在纱布上放上浸有 60 ～ 65℃液态石蜡的另一层纱布垫，最后用塑料布、棉垫保温。每次治疗 30 ～ 60 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

5. 喷雾法

将蜡疗机设定为消毒状态 15 分钟后冷却至 70 ～ 80℃，将蜡液倒入消毒过的喷雾器中（喷管直径为 2 ～ 3mm），此种方法可用于有创面的皮肤。创面皮肤应事先清除痂皮、脓液或分泌物。喷蜡后可将浸有石蜡的纱布或蜡饼覆盖其上，并用塑料布、棉垫等保温。每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

二、主要适应证

1. 软组织损伤，骨关节病，外伤或手术后组织器官粘连、瘢痕疙瘩及关节挛缩强直等骨伤科疾病。

2. 神经性皮炎、面神经炎、神经痛、三叉神经痛、慢性胃肠炎、膈肌痉挛等疾病。

3. 慢性盆腔炎、痛经、月经不调和乳腺病等妇科疾病。

4. 肉芽生长缓慢的营养性溃疡、烧伤、灼伤、冻伤等外科疾病。

5. 湿疹、黄褐斑、冻伤、神经性皮炎等皮肤病。

三、禁忌证

1. 高热、恶性肿瘤、温热感觉障碍、血液循环障碍者，心力衰竭、肾衰竭、体质虚弱、化脓性细菌或厌氧菌感染者。

2. 结核病、脑动脉硬化、甲状腺功能亢进、艾迪生病患者。

3. 出血及有出血倾向疾病患者，以及感染性皮肤病患者。

4. 局部渗出未停止者，面部油性皮肤、暗疮皮肤及毛细血管扩张者。

5. 孕妇、3 岁以下婴幼儿及体质虚弱者。

四、注意事项

1. 避免石蜡温度过高烫伤皮肤，适宜温度为 55 ～ 60℃。全程治疗，蜡液温度以患者耐受为度。

2. 石蜡可以反复使用，但必须去除其中的汗水、污秽物和其他杂质，反复使用前必须消毒。

3. 用于创面、体腔部位的石蜡不得重复使用，每次治疗前都要严格消毒。

4. 蜡质不纯时，患者可能出现过敏反应，若在治疗部位或全身出现皮疹，应立即停止蜡疗。症状轻微者，无需特殊处理；皮疹范围较大，伴瘙痒渗液，甚至伴头晕、呼吸

困难等，应立即急救处理。

5. 少数患者治疗后出现局部皮肤黝黑，这是黑色素沉积在皮肤中所致，是人体对蜡过热作用的防御性反应，可防止深部组织过热而发生烫伤。此种情况并不影响继续治疗，也不需处理，一般蜡疗后 2 天至 2 个月可自行消退。

五、临床应用举例

（一）胃痞（慢性胃炎）

【参考方药】

丁香 50g，香附、蒲黄、五味子、桂枝各 150g，白芷、延胡索各 200g，炒莱菔子、葛根各 300g。

饮食内停者加鸡内金、炒谷芽、炒麦芽各 150g；痰湿中阻者加半夏、苍术、藿香各 100g；肝胃不和者加柴胡、郁金、厚朴各 50g；脾胃虚弱者加熟附子、干姜、木香各 50g。

【施治部位】

选取由上脘、中脘、建里、下脘、腹通谷、阴都、石关、商曲等穴组成的治疗区域。

选取由肝俞、胆俞、脾俞、胃俞等穴组成的治疗区域。

选取由足三里、上巨虚、条口、丰隆、下巨虚等穴组成的治疗区域。

【技术要点】

将配好的药材研成粉末，用凡士林调制成糊状，摊于消毒纱布上，外敷于治疗区域待用。再将医用石蜡加温至 45 ～ 50℃，以蜡饼法、刷蜡法或蜡垫法均匀放置于纱布上，温度保持在 50℃左右，每日 1 次，每次 30 分钟，7 ～ 10 次为 1 个疗程。

【特别提示】

如疾病需要继续治疗，建议前 1 个疗程结束后休息 2 天后再进行下一个疗程。

建议根据病情的不同症状、轻重程度及个体耐受能力选择适合的治疗区域，也可交替进行。

（二）痛经（原发性痛经）

【参考方药】

延胡索 20g，当归、白芍、肉桂、红花各 15g，川芎、牛膝、制附子、桃仁、生蒲黄、五灵脂、炙甘草各 10g。

【施治部位】

可选取由气海、石门、关元、中极、曲骨、水道、归来等穴组成的治疗区域。

可选取由腰 2 至骶 4 督脉线、腰阳关、腰俞、关元俞、八髎等部位组成的治疗区域。可选取由太溪、三阴交至地机等部位组成的治疗区域。

【技术要点】

将配制好的中药研磨成细末，用醋调和备用。用蜡疗机熔化好医用石蜡后置于治疗盘。暴露所选治疗区域，首先刷中药糊状物，然后在中药上面采用刷蜡法或蜡饼法，石蜡表面加敷料保温，温度保持在50℃左右。行经前1周，可连续治疗7天，每日1次；其余非经期时，每周治疗2次。每次均为30分钟。

【特别提示】

以上中药处方主要针对寒凝血瘀型痛经，可根据临床具体情况加减。

（三）膝痹（膝骨关节炎）

【参考方药】

海桐皮、透骨草、乳香、没药各12g，当归（酒洗）、川椒各10g，川芎、红花、威灵仙、白芷、甘草、防风各9g。

【施治部位】

选取由血海、梁丘、内膝眼、外膝眼、鹤顶、阴陵泉、阳陵泉等穴组成的治疗区域。

【技术要点】

将以上中药研磨成细末，以医用白蜡450g、凡士林100g、水150mL制成药蜡，以刷蜡法进行操作，温度保持在40～45℃（温度可适当调整，以患者能耐受为准），每次治疗30～50分钟，每日1次，10次为1个疗程。

（四）腰痹（腰椎病）

【参考方药】

羌活、花椒、刘寄奴、千年健、威灵仙、红花、苏木、川芎、香加皮、制川乌、制草乌、伸筋草、防风、桂枝各60g。

若寒邪偏胜，加附子、川乌、细辛；若湿邪偏胜，加苍术、厚朴、薏苡仁；若湿热蕴久，加生地黄、知母、女贞子、墨旱莲；若腰痛日久肾虚者，加杜仲、续断、狗脊、桑寄生；若腰痛引胁，加柴胡、郁金；若有跌仆、扭伤、挫闪病史，加乳香、没药、青皮；若脾气亏虚，甚或脏器下垂者，加黄芪、党参、白术、升麻等。

【施治部位】

选取患处阿是穴，以及肾俞、大肠俞、腰阳关等穴位组成的治疗区域。

【技术要点】

将以上中药研磨成细末，用醋调和备用。用蜡疗机熔化好医用石蜡后置于治疗盘。暴露所选治疗区域，首先刷中药糊状物，然后在中药上面采用刷蜡法或蜡饼法，在石蜡表面加以敷料保温。每日1次，每次30～40分钟，10次为1个疗程。

（撰写人：刘媛媛、吴永平、苏同生）

第九节　三伏贴技术

三伏贴技术是将具有中医特色的时间治疗学与中药相结合，在相应穴位治疗某些疾病的治疗方法。本技术通过药物在特定时间对穴位的刺激，达到调节气血阴阳、扶正祛邪的功效。三伏贴技术主要用于治疗变应性鼻炎、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。

一、常用材料及基本操作方法

（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。三伏第一天均为庚日。三伏天是全年中气候最炎热、阳气最旺盛的阶段，是温煦阳气、祛除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，药物贴敷则更易透皮吸收，能够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的目的。

（二）药物选择与制备

1. 药物

常用白芥子、细辛、甘遂、延胡索等，临床可根据情况调配。

2. 制备

将白芥子、细辛、甘遂、延胡索等按一定比例共研细末（80 目），新鲜老生姜去皮后，用石磨磨碎，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（姜汁低温保存下的有效使用时间不超过 48 小时，常温下，暴露在空气中的姜汁有效使用时间不超过 2 小时），把药末、姜汁调和，并制成 1cm × 1cm × 0.5cm 大小的药饼，药饼质地干湿适中，并准备 24cm × 4cm 大小的胶布将药饼固定于穴位上。小儿所用药饼和胶布可适度减小。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

以经络学说为基础，辨证选穴，穴位选取重在少而精。

（四）基本操作方法

1. 敷贴

将每块药饼用直径 5cm 的圆形、4cm × 4cm 的方形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，充分暴露贴药部位，要求皮肤干燥、不湿润。背部穴位一般取双侧，每次 1 组，2 ～ 3 组交替使用，将药物贴于穴位上。

3. 贴药时间

成人一般以 0.5 ～ 4 小时为宜，小儿时间酌减。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 1 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 个疗程。

5. 技术要领

药材品种、加工、储存方法的差异直接影响疗效；严格把关姜汁的制作、储存；天灸药物的调配应按照规定的比例；穴位定位要准确。

二、主要适应证

1. 慢性支气管炎、支气管哮喘、变应性鼻炎、虚人感冒、慢性肺气肿、慢性咳嗽等肺系疾病。

2. 慢性结肠炎、功能性腹胀、慢性胃炎、胃食管反流病、胃肠动力性疾病、便秘等胃肠疾病。

3. 颈椎病、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、膝骨关节炎、网球肘、肩周炎等骨伤科疾病。

4. 遗尿、慢性盆腔炎、乳腺增生、慢性疲劳综合征、肥胖症等其他疾病。

三、禁忌证

1. 敷贴部位有创伤、破溃者禁用，瘢痕体质者、皮肤易过敏者慎用。

2. 对相关药物及姜汁过敏者禁用。

3. 高热（体温 38.5℃及以上）、肺炎和各种感染性疾病的急性发热期禁用。

4. 水痘、疥疮等皮肤急性传染病，疮疡脓肿迅速扩散者禁用。

5. 孕妇禁用，妇女经期应在医生指导下使用。

6. 糖尿病、感觉障碍、认知障碍患者慎用。

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，局部皮肤可能出现红肿，无明显不适者可不予处理。

3. 贴药后，若出现瘙痒、灼热、刺痛等症状而难以忍受，应立即移去膏药，避免搔抓致皮肤破损。

4. 若局部皮肤出现水疱，应穿着柔软的衣服，或覆盖纱布，避免摩擦水疱，防止破

溃，应待其自然吸收。若水疱溃破，应保护创面，可涂搽红霉素软膏、金霉素软膏以防止感染，水疱较大者应及时到医院诊治。

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. 贴药当日应忌酒、海鲜、牛肉等易致化脓的食物，并避免进食生冷、辛辣食品及进行冷水浴。

7. 注意掌握敷贴时间，时间长短根据患者个体反应差异而定。在敷贴过程中若皮肤灼痛感不明显者，可适当延长敷贴时间。若灼痛感非常明显者，则适当缩短时间。

五、临床应用举例

（一）哮病（支气管哮喘）

【技术要点】

该病可交替选用以下 3 组处方。

第一组：肺俞（双侧）、胃俞（双侧）、志室（双侧）。

第二组：脾俞（双侧）、风门（双侧）、膏肓（双侧）。

第三组：肾俞（双侧）、定喘（双侧）、心俞（双侧）。

患者取舒适体位，充分暴露治疗部位，保持局部皮肤干燥。根据患者年龄阶段控制贴药时间。

（二）鼻鼽（变应性鼻炎）

【技术要点】

该病可交替选用以下 3 组处方。

第一组：肺俞（双侧）、胃俞（双侧）、志室（双侧）。

第二组：脾俞（双侧）、风门（双侧）、气海、关元。

第三组：肾俞（双侧）、中脘、下脘、膏肓（双侧）。

患者取舒适体位，充分暴露治疗部位，保持局部皮肤干燥。根据患者年龄阶段控制贴药时间。

（三）胃脘痛（慢性胃炎，胃十二指肠溃疡）

【技术要点】

该病可交替选用以下 3 组处方。

第一组：中脘、天枢（双侧）、气海、脊中、命门。

第二组：上脘、滑肉门（双侧）、阴交、悬枢、腰阳关。

第三组：建里、太乙（双侧）、水分、中枢、命门。

患者取舒适体位，充分暴露治疗部位，保持局部皮肤干燥。根据患者年龄阶段控制贴药时间。

（撰写人：徐振华、古志林）

附：本章推荐阅读

一、中药敷贴技术

1. 中国针灸学会 . “冬病夏治穴位贴敷”疗法临床应用指导意见（草案）[J]. 中国针灸，2009，29（07）：541–542.

2. 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/T 21709.9—2008 针灸技术操作规范　第 9 部分：穴位贴敷 [S]. 北京：中国标准出版社，2008.

3. 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/T 33414—2016 穴位贴敷用药规范 [S]. 北京：中国标准出版社，2016.

4. 中国中西医结合学会呼吸病专业委员会 . 支气管哮喘中西医结合诊疗中国专家共识 [J]. 中国中西医结合杂志，2023，43（01）：12–20.

5. 赵霞，秦艳虹，王有鹏，等 . 儿童哮喘中医诊疗指南（修订）[J]. 南京中医药大学学报，2022，38（06）：476–482.

二、中药热熨敷技术

1. 何欣，何若男，董玉红 . 腰部核心肌群锻炼联合中药湿热敷治疗腰椎间盘突出的效果分析 [J]. 中国中医药科技，2023，30（03）：500–502.

2. 胡阿朋，张磊刚，鲍新华 . 一指禅推法联合中药热敷治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察 [J]. 世界中西医结合杂志，2023，18（03）：570–574.

3. 宋传君 . 中药湿热敷联合运动疗法治疗膝骨关节炎的临床疗效 [J]. 慢性病学杂志，2022，23（07）：1056–1058.

4. 余红秀，徐建圆，蒋臻，等 . 中药热敷配合中频脉冲治疗仪治疗膝骨关节炎 41 例 [J]. 中国中医药科技，2022，29（05）：840–842.

5. 於浩，李广广，戎毅，等 . “刘氏骨伤手法”联合中药热敷治疗神经根型颈椎病的临床研究 [J]. 中国中医骨伤科杂志，2022，30（12）：29–32.

三、中药冷敷技术

1. 牟成林，兰向东，赵鑫，等 . 展筋活血方穴位贴敷联合局部冷敷治疗膝骨关节炎膝关节镜术后肿胀、疼痛疗效观察 [J]. 中国针灸，2021，41（09）：1010–1014.

2. 姚冬月，柳淑杰，王秀丽，等 . 新型冷敷面罩在口腔颌面外科患者术后的临床应用 [J]. 中国老年学杂志，2020，40（20）：4358–4361.

3. 李士光，孙兆云，魏淑菊，等 . 持续冷敷对踝部骨折镇痛消肿效果 [J]. 中国矫形外科杂志，2017，25（12）：1143–1146.

四、中药湿敷技术

1. 高晓斌，赵颖，张世琳，等 . 丹毒的中西医治疗研究进展［J］. 中国中医急症，2022，31（03）：553–556.

2. 刘桂卿，龙兴震，陈俊杰 . 中药湿敷治疗慢性湿疹 30 例［J］. 中医外治杂志，2009，18（1）：34.

3. 朱启梦，曾彬 . 中西药合用治疗接触性皮炎 120 例［J］. 实用中医药杂志，2019，35（04）：448.

4. 刘昱，何秀琦 . 左归丸结合药袋热敷治疗中老年瘀血腰痛的临床观察［J］. 中医临床研究，2019，11（6）：123–125.

5. 满斌，王悦 . 中风后痉挛性瘫痪的中西医治疗进展［J］. 湖南中医杂志，2018，34（6）：171–174

五、中药熏蒸技术

1. 梅全喜，何庭华 . 中药熏蒸疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2017.

2. 赵红云，唐德志，李群，等 . 中药熏蒸配合主动直腿抬高锻炼治疗腰椎间盘突出症的临床研究［J］. 中国中医骨伤科杂志，2019，27（06）：18–22.

3. 苗明三，许二平，武晏屹，等 . 中药熏洗（浴）疗法临床外用技术规范（草案）［J］. 中国实验方剂学杂志，2020，26（09）：85–89.

4. 王洋，王苗苗，孙志岭，等 . 中药熏洗治疗类风湿关节炎优选方案的实验研究［J］. 中华中医药学刊，2018，36（07）：1609–1612+1801.

5. 廖若夷，张晓，张月娟，等 . 中药熏洗治疗脑梗死痉挛性瘫痪的效果［J］. 中国康复理论与实践，2018，24（01）：112–115.

六、中药泡洗技术

1. 刘长信 . 经络腿足疗法［M］. 北京：人民卫生出版社，2007.

2. 曹瑞 . 中药泡洗联合硫辛酸、甲钴胺治疗糖尿病性下肢周围神经病变的临床探讨［J］. 糖尿病新世界，2022，25（10）：171–174.

3. 林秀兰，黎土明，李兰，等 . 基于伏邪理论探讨清利泄浊方足浴治疗急性痛风性关节炎的临床观察［J］. 中医临床研究，2022，14（17）：58–61.

4. 麦细焕，信梦雪，梁金连 . 中药泡洗技术在新生儿黄疸中应用效果研究［J］. 辽宁中医药大学学报，2020，22（07）：207–210.

七、中药淋洗技术

1. 冯晓玲，张婷婷 . 中医妇科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

2. 国家卫生和计划生育委员会妇幼健康服务司，国家中医药管理局医政司 . 妇科中医医疗技术及中成药用药指导［M］. 北京：中国中医药出版社，2015.

3. 刘奕志 . 住院医师规范化培训眼科基本技术标准操作流程［M］. 广州：广东科技出版社，2018.

4. 赵辨 . 中国临床皮肤病学［M］. 2 版 . 南京：江苏科学技术出版社，2017.

5. 王伟明 . 脱发的中西医治疗及养护［M］. 北京：中国中医药出版社，2022.

八、蜡疗技术

1. 芦玥 . 蜡疗［M］. 北京：科学出版社，2014.

2. 张伯礼，薛博瑜 . 中医内科学［M］. 北京：人民卫生出版社，2013.

3. 陈燕，冯治平 . 蜡疗加中药外敷辅助治疗慢性胃炎 30 例［J］. 光明中医，2016，31（12）：1824–1825.

4. 杨露，龚佳，陈薇，等 . 中医治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展［J］. 中医临床研究，2023，15（03）：65–68.

九、三伏贴技术

广东省市场监督管理局，广东省中医标准化技术委员会（GD/TC 31）.DB44/T 2579—2024 岭南传统天灸技术操作规范，2024.

第七章　中医微创类技术

第一节　针刀技术

针刀技术是遵循《黄帝内经》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，采用各种型号针刀进行刺激、切割、分离等临床操作的技术。本技术可达到活血化瘀、舒筋通络、止痛除痹的治疗目的。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

根据针刀的长短粗细分为Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型，其中以Ⅰ型为常用。根据尺寸不同，Ⅰ型又分为1号、2号、3号、4号，每一种型号的针刀身长不同，分别为12cm、9cm、7cm、4cm。

（二）基本操作方法

1. 定位

患者取合适体位，暴露局部皮肤，于施术部位行常规碘伏消毒。施术者戴医用手套，持选用的型号合适的针刀，站立或者端坐于患者头侧或者身旁。

2. 定点

施术者通过询问病情、手摸心会，以及收集到的实验室资料，将整体观和辨证论治、辨位论治相结合，确定进针刀点。一般每次精选3～6个点，或者视具体情况而定。有需要者可在麻醉下操作。

3. 定向

确定进针刀方向和刀口线方向，以及需要变化的方向。

4. 定层次

确定病灶组织的层次，确保针刀在病灶组织层面进行治疗。

5. 进针

左手中指导引，左手中指指腹按住病灶组织条索或者硬结处，右手持针刀贴近进针刀点的皮肤，顺着左手中指指腹加压导引的方向，按照针刀治疗“一快三慢”的原则，

使针刀快速进入皮下，然后慢慢探到病灶组织进行各种刀法的操作，如刺摆、切割、通透、铲剥、补泻等。刀口线与肌纤维方向垂直松解者谓之切或者针刀泻法；与肌纤维方向平行松解者谓之割或者针刀补法；顺着肌肉层次松解者谓之通透；以进入皮下的针刀末端为支点，利用柄进行摇摆者谓之摆法，摆法有纵摆法和横摆法；针刀进入皮肤有针灸针一样的刺激作用谓之刺法；结合临床还可以选用十字切割及叠瓦切割、切摆结合等。

6. 出针

松解完毕，顺针刀最后操作的方向垂直缓慢出针刀。

二、主要适应证

1. 多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、膝骨关节炎等。
3. 肌肉、肌腱和韧带的慢性损伤，肌紧张，损伤后遗症。
4. 脊柱相关疾病，如眩晕、头痛、睡眠障碍、心悸等。
5. 中风后遗症、帕金森病、抑郁症、癫痫等。

三、禁忌证

1. 发热，全身感染或施术部位和周围有感染者。
2. 严重内脏疾病者。
3. 施术部位有难以避开的重要神经、血管者。
4. 有出血倾向、凝血功能障碍者。
5. 定性、定位诊断不明确者。
6. 体质虚弱者或存在意识障碍、不能配合治疗者。

四、注意事项

1. 重视医患沟通合作。
2. 严格掌握适应证，并按照操作规程进行操作。
3. 严格执行无菌操作。
4. 个别患者有晕针现象，轻者令其静卧片刻，予饮糖水或温开水，重者及时对症处理或转诊治疗。
5. 进针留有余地，以防弯针、断针。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈型颈椎病）

【操作步骤】

患者取坐位或俯卧位，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°，纵切 3 ～ 5 刀出针。如横突后结节有损伤点，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。医嘱 12 个小时之内针孔勿沾水。

【特别提示】

针刀在颈部进行剥离松解治疗时，施术者必须熟悉解剖位置，不可刺入过深，切忌损伤椎动脉和脊髓。摸索进针，小心剥离。

（二）肩凝症（肩关节周围炎）

【操作步骤】

针刀操作：患者取侧卧位（患侧向上）或坐位，根据患者病情，选取3～5个穴位、点位进行针刀治疗。常用点有云门、肩髃、肩髎、天髎、肩贞、肩前、阿是穴等。按针刀四步进针规程进行操作，即定点、定向、加压分离、刺入。严格实施无菌操作。运用针刀之“刀的特点”进行切割、疏通、剥离、松解，以松为度；运用针刀之“针的特点”，遵循“春夏刺浅，秋冬刺深”的原则，结合治疗部位把握针刀治疗的深浅；遵循“迎而夺之”“随而济之”等刺法，施行针刀补泻手法；讲究“有见如入，有见如出”的候气技法，静察候气。术毕，用无菌敷料按压针孔 1 ～ 2 分钟，封闭针孔。在 12 小时之内使针孔保持清洁干燥。

配合手法治疗：在针刀术后，配合必要的肩关节外展上举、内收内旋搭肩、后伸屈肘摸对侧肩胛骨 3 个动作功能位手法松动。

配合功能锻炼：在针刀和手法治疗后，患者应坚持进行“弯腰划圈”“苏秦背剑”等功能锻炼 2 周，每日 2 次，每次 5 分钟。

【特别提示】

1. 针刀术前，需要完善生命体征检查，以及心电图、血常规、凝血功能、肩关节磁共振成像等检查。

2. 在云门穴治疗时，要摸准喙突尖部，紧贴骨面操作，落空即止，避免损伤大的神经、血管。

3. 在肩髃穴操作时，避免刀口横向进针伤及冈上肌止点。

4. 在进行针刀手术时，针刀刀口线需与主要神经、血管、肌腱的方向保持一致。如在肩前部操作时，避免刀口横向进针、横切而伤及肱二头肌长头腱，喙肱肌，旋肱前动、静脉或臂丛神经等。

（三）腰痹（第三腰椎横突综合征）

【操作步骤】

患者取俯卧位。在发作期和缓解期均可用针刀治疗，在第三腰椎横突尖部（即

压痛点处）行常规消毒，并以刀口线与人体纵轴线平行的方向刺入，当针刀刀口接触骨面时，用横行剥离法，肌肉和骨端之间有松动感时出针。术毕，用无菌敷料按压针孔 1 ～ 2 分钟，封闭针孔。医嘱 12 个小时之内针孔勿沾水。一般治疗 1 次即可痊愈，如 1 次还没有完全治愈，尚存余痛，在 5 日后再做 1 次，最多不超过 3 次。

辅助手法治疗：患者立于墙边，双足跟抵墙。施术者一手托住患者患侧腹部令其弯腰，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，然后让患者做腰部过伸运动。

操作时，刀口不能离开横突骨面，以防过深而误伤腹腔脏器。

（四）膝痹（髌下脂肪垫损伤）

【操作步骤】

患者取俯卧位，患肢伸直，常规定位、消毒、铺无菌孔巾。治疗髌下脂肪垫时，在髌韧带两侧压痛点处进针，刀口线与韧带平行，点刺脂肪垫表面的纤维层 3 ～ 5 针；治疗股四头肌远端附着处时，在压痛点处进针，刀口线与肌腱平行，通透剥离痛性条索或硬性结节 3 ～ 5 针。术毕，用无菌敷料按压针孔 1 ～ 2 分钟，封闭针孔。医嘱 12 个小时之内针孔勿沾水。

【特别提示】

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。膝关节近伸直时，疼痛最剧；稍屈曲，痛即缓解。有时膝痛可向后放射至腘窝。检查可见髌韧带两侧均肿胀。发作期皮温稍升高。股四头肌轻度萎缩。髌下脂肪垫肥厚，相应区域存在压痛。过伸试验阳性（患者平卧，膝关节伸直平放，施术者一手握伤肢踝部，另一手按压膝部，使膝关节过伸，髌下脂肪处有疼痛）。X 线检查示膝关节骨结构无异常改变。

（五）头痛（枕大神经卡压综合征）

【操作步骤】

枕部头皮较薄，触诊时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。做好皮肤标记后行常规消毒，垂直颅骨方向进针，刀口线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射。将针提至皮下，按压局部，如果疼痛减轻或消失，即可出针。术毕，用无菌敷料按压针孔 1 ～ 2 分钟，封闭针孔。医嘱 12 个小时之内针孔勿沾水。

【特别提示】

注意局部保暖，避免因感受风寒而加重局部症状。平时注意改善工作姿势。加强颈项部功能锻炼，动作要适当，运动幅度不宜过大。

（撰写人：董福慧、翟宏业、李展新、周钰、陈永亮）

第二节　带刃针技术

带刃针技术是在中医痹证理论“风寒湿三气杂至，合而为痹”“经脉气血闭阻不通，不通则痛”等指导下，用于治疗慢性骨伤疾病的一种外治技术。“带刃针”系列针法所用器械有凹刃针、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、撬动、松解、减压、矫形、转位等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

带刃针疗法所使用的器械是系列带刃针具，有以下几种。

1. 凹刃针

针刃锋利，中间向内凹，针刃端状如月牙铲，直径 1.2mm，刃宽 1.2mm。该针具用于软组织的连续切割，以刺切手法操作。

2. 剑形针

针形状如宝剑，刃口锋利，直径 1.2mm。该针具用于组织划割。

3. 斜刃针

刃口顶端的刃口线与针体长轴呈 45° 斜角，刃口锋利，直径 1.2mm。该针具用于对软组织的划割。

4. 平刃针

刃口顶端与针体长轴垂直，刃口锋利，直径和刃口长度均为 1.2mm。该针具用于骨面与软组织的分离、软组织的减张手术。

5. 推切针

刃口向内凹入，刃口两端呈针状，一长一短。长侧针尖较圆钝，为引导端；短侧针尖锋利，为切割端。针体直径 1.2mm。该针具用于推进切割与筋膜平面相平行的组织。

6. 侧刃针

斜侧方有刃，刃口锋利，刃略向内凹入，直径 1.2mm。该针具用于组织平面的平行划割。

7. 凹刃注射针头

注射针头顶端针口状如凹刃针。该针具用于腱鞘或表浅筋膜的切割治疗，可与注射器同时使用，故可使手术与药物注射同步完成。

（二）基本操作方法

1. 刺切

针具轴线与治疗平面垂直，针刃在治疗平面反复上下往返运动形成的切割操作称为刺切。

2. 推切

针具轴线与治疗平面平行，针具向前推进完成组织切割的操作称为推切。

3. 铲切

针刃紧贴骨面，与骨面呈 20° ～ 30° 向前推进，将附着于骨面的软组织与骨面分离的操作称为铲切。

4. 划切

针具轴线与治疗平面呈 50° ～ 90°，以皮肤进针点为支点，做针柄的摆动，使针刃在治疗平面上滑动，切开治疗平面组织的操作称为划切。

5. 撬拨

针具轴线与治疗平面呈 50° ～ 90°，以皮肤进针点为支点，做针柄的撬动，使针头在组织深部撬动治疗平面的操作称为撬拨。

在临床治疗的实际运用中，上述这些基本操作方法可单独或复合运用，视具体情况而定。

二、主要适应证

1. 颈椎病、腰椎间盘突出症等脊柱退行性疾病。
2. 骨关节炎、肩关节周围炎、肱骨外上髁炎等骨关节疾病。
3. 周围神经卡压症、斜颈、臀肌挛缩、狭窄性腱鞘炎等软组织疾病。

三、禁忌证

1. 发热，治疗区域皮肤或深部组织有感染、溃疡及肿瘤者。
2. 有出血倾向、凝血功能障碍者。
3. 有活动性结核、严重内脏疾病者。
4. 体质极度衰弱，严重肝、肾功能不全，重度高血压、心脏病，1 型糖尿病患者。
5. 晚期肿瘤患者根据具体情况决定是否施术。

四、注意事项

1. 实施该项技术前施术者必须熟悉局部解剖学，避免因操作不到位而达不到疗效，或造成损伤。
2. 病程早期不适宜实施本项技术。
3. 术后可配合手法、物理治疗等提高疗效。
4. 术后 3 日内避免污染创口。

五、临床应用举例

（一）肩凝症（肩关节周围炎）

【操作步骤】

患者根据需要取坐位或侧卧位或仰卧位。施术者佩戴手术帽、口罩，戴无菌手套。

常规皮肤消毒后铺无菌手术单。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找到明显压痛点。采用 0.5% 利多卡因溶液在确定的治疗部位行局部麻醉。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，可选用斜刃针垂直或呈一定角度刺入皮下，直至抵达喙突外缘的喙肱韧带附着处，进行骨与韧带连接处的刺切、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。退针，用无菌敷料覆盖针孔，术毕。

（二）跟痛症（跟前神经卡压症）

【操作步骤】

患者取俯卧位或侧卧位。施术者佩戴手术帽、口罩，戴无菌手套。常规皮肤消毒后铺无菌手术洞巾。指压法找出跟骨结节前压痛最明显处，予以标记。采用 0.5% 利多卡因溶液局部麻醉。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、跖腱膜跟骨附着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。对个别症状较重或反复发作者，可予以切断跟前神经。退针，无菌敷料包扎，术毕。

（三）偏头风（偏头痛）

【操作步骤】

患者取坐位，颈部呈屈曲低头位。施术者佩戴手术帽、口罩，戴无菌手套。枕部行常规皮肤消毒，铺无菌手术单。采用 0.5% 利多卡因溶液局部麻醉。使用凹刃针或平刃针垂直皮肤刺入，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，减轻其下方骨纤维管内的压力，使枕大、枕小神经的嵌压得到解除。退针，针孔加压止血，无菌敷料覆盖针孔。

（四）肘劳（肱骨外上髁炎）

【操作步骤】

患者取坐位或卧位，将肘部置于便于施术者操作的体位。施术者佩戴手术帽、口罩，戴无菌手套。常规皮肤消毒后铺无菌手术单。通过指压法确定施术部位并标记。采用 0.5% 利多卡因溶液局部浸润麻醉。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。退针，压迫针孔 2 ～ 3 分钟防止出血，无菌敷料覆盖针孔。

（五）筋痹（屈指肌腱鞘炎）

【操作步骤】

患者取坐位或卧位，将肘部置于便于施术者操作的体位。施术者佩戴手术帽、口罩，戴无菌手套。行常规皮肤消毒。通过指压法确定掌侧掌指关节交界处结节压痛点并

标记。采用 0.5% 利多卡因溶液局部浸润麻醉。于标定的皮肤进针点使用凹刃针呈 30° 角进针，直达腱鞘病灶，采用推切方法对腱鞘组织进行松解，直至腱鞘全部切开、患指伸屈活动障碍消失为止。退针，无菌敷料包扎针孔。

【特别提示】

施术者必须掌握解剖学知识，推切时切忌损伤肌腱。

（撰写人：黄枢、任加峰、黄冲）

第三节　水针刀技术

水针刀技术是一种中医微创针法，是松解剥离的同时在局部注射相应药物的技术，具有松解结节、分离粘连、注射药物、留置磁线等功能。该技术主要治疗筋骨损伤、慢性疼痛、风湿痹证等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

水针刀是将“九针”中的“铍针”“锋钩针”等与水针相结合形成的一系列针具。该针具能松解筋结、回抽检测、注射药物，同时能避免对血管、神经产生损伤。其中分为扁圆刃、锋勾型、勺状型、剑刃型、马蹄型等类型。每种类型又分为大号、中号、小号，长度分别为 9cm、6cm、3cm。

（二）基本操作方法

《灵枢・九针十二原》对于持针法论道：“持针之道，坚者为宝……切之独坚。”针灸的操作技巧在于指尖的灵活变化，水针刀疗法也同样以针法技巧为核心，但着重于手腕部，概括为“针随心神走，游离筋骨间，针随手腕转，效从指节生”。

1. 水针刀无痛进针法技巧

快速进针→回抽检测→缓慢松筋→回抽注药→快速出针。

2. 水针刀治疗针法技巧

根据病变组织选择治疗针法。①有压痛、有响声之结节，逐层切开，逐层松筋。②有压痛、无响声之结节，可应用筋膜远端松筋法。

（1）筋膜扇形松筋法　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，在病变结节处行扇形松筋法，松解筋膜结节。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，进行扇形松筋。

（2）筋膜弹割松筋法　多选用鹰嘴型水针刀筋骨针，该针具又称锋勾型水针刀筋骨针，应用筋膜弹割松解、摇摆注药的针法，主要治疗四肢末端病变及胸腹部软组织损伤，如屈指肌腱鞘炎、类风湿关节炎等。

（3）骨膜交叉叩刺法　传承于传统的刺络疗法，主要治疗类风湿关节炎或顽固性关

节疼痛，选用小号缨枪型水针刀，在病变关节的交叉对应关节部位，左手配右足，右手配左足，快速进针达骨膜层，进行骨膜快速叩刺法，每分钟 80 ～ 100 次。

二、主要适应证

软组织损伤、疼痛性疾病、风湿病、脊柱相关疾病等。

三、禁忌证

1. 发热，全身感染或施术部位和周围有感染者。
2. 有出血倾向或凝血功能障碍者，如血友病、血小板减少症等。
3. 施术部位有红、肿、热、痛，或有深部脓肿者。
4. 严重心、脑、肾疾病患者。
5. 有传染病者，如患骨结核、梅毒等。
6. 有恶性病变者，如患骨癌、淋巴瘤等。

四、注意事项

1. 严格无菌操作。一次性使用水针刀开启后即可使用；对于可重复使用的水针刀针具，要高压灭菌消毒。

2. 掌握治疗处局部血管、神经的走行与分布，进针时与血管、神经平行，以免损伤血管、神经。

3. 逐层松解，体会水针刀针下的感觉，鉴别是病变组织还是正常组织。在不超过病灶范围、病灶层次的要求下，进行针法松解治疗。

4. 治疗阳性结节时，应在原位按压，不可将阳性结节推到一旁，必须固定后方可进针。

5. 水针刀注射药物要单纯，注意药物的适应证。

6. 对于年老体弱者，取治疗点宜少而精。

7. 孕妇不宜在腹部行针法治疗。

8. 个别年老体弱患者，若出现头晕、心慌、面色苍白等反应，应立即出针，按晕针处理。

五、临床应用举例

（一）颈痹（颈型颈椎病）

【操作步骤】

选取适当的注射液。

选取针具：扁圆刃水针刀筋骨针。

选择进针点：根据“软组织三角平衡原理”中的水针刀三针法定位进行选择。a 针点：督脉经筋棘突筋结点。b 针点：太阳经筋横突筋结点。c 针点：太阳经筋肩胛骨内

上角筋结点。

治疗步骤：结合 X 线检查，患者取坐位或俯卧位，局部皮肤行常规消毒。a 针点：与脊柱纵轴平行进针，行筋膜弹拨松筋法，松解 3 ～ 6 针，回抽注药 1 ～ 2mL，出针，用无菌敷料按压针孔 1 ～ 2 分钟，贴创可贴。b 针点：与脊柱纵轴平行进针，行筋膜弹拨松筋法，松解 3 ～ 6 针，回抽注药 1 ～ 2mL，出针，用无菌敷料按压针孔 1 ～ 2 分钟，贴创可贴。c 针点：向内、外、下呈 45° 角进针，行筋膜扇形松筋法，松解 3 ～ 6 针，回抽注药 1 ～ 2mL，出针，用无菌敷料按压针孔 1 ～ 2 分钟，贴创可贴。

【特别提示】

术前中药外敷，每日 1 次，每次 20 ～ 30 分钟。术后可适当配合红外线理疗，注意保暖，避免寒冷刺激。

（二）腰痹（第三腰椎横突综合征）

【操作步骤】

选取适当的注射液。

选取针具：扁圆刃水针刀筋骨针。

选择进针点：肋弓下缘平 L2 棘突、L2 ～ L3 棘突间隙旁开 3 ～ 5cm 的点作为 L3 横突治疗点。

治疗步骤：结合 X 线检查，患者取俯卧位，局部皮肤行常规消毒。用指节定位法，在竖脊肌外缘与髂嵴最高点交界处，四指屈曲，中指指背所抵压的骨突即 L3 横突尖。快速透皮进针，进针方向与脊柱纵轴平行，达筋膜层，逐层松解筋膜结节，部分严重者可达 L3 横突，回抽无回血，行筋膜弹拨松筋法，逐层松解筋膜结节 3 ～ 6 针，针下有松动感，每点注射松解液 2mL，快速出针，贴创可贴。

【特别提示】

术前中药外敷，每日 1 次，每次 20 ～ 30 分钟。术中严格进行无菌操作，避免损伤血管、神经。术后局部行红外线理疗，避免寒冷刺激。

（三）肘劳（肱骨外上髁炎）

【操作步骤】

选取适当的注射液。

选取针具：扁圆刃水针刀筋骨针。

治疗步骤：患者肘关节屈曲 90°，平放于治疗台上。在肱骨外上髁处进行常规消毒后，取小号锋勾型筋骨针，进针方向和腕伸肌群的肌纤维走向平行，刺入肱骨外上髁浅筋膜层，行骨膜扇形松筋法，松解 3 ～ 6 针，回抽注药 1mL。术毕，贴创可贴。每隔 3 ～ 5 日 1 次，1 ～ 3 次为 1 个疗程。

【特别提示】

选择治疗点要准确无误。治疗期间及治愈后应去除病因，避免伸肌总腱劳损，以防复发。

（四）腕劳（桡骨茎突狭窄性腱鞘炎）

【操作步骤】

选取适当的注射液。

选取针具：锋勾型水针刀筋骨针。

治疗步骤：患者患肢握拳平放于治疗台上，在桡骨茎突处找到最敏感点，行常规消毒后，取锋勾型水针刀筋骨针，进针方向与桡动脉平行，行筋膜弹割松筋法，松解3～6针，回抽注药0.5mL，快速出针，压迫针孔，贴创可贴。

【特别提示】

勿损伤桡动脉和桡神经浅支（进针时一定不要刺桡骨茎突后下方的小凹陷，即“鼻烟窝”）。

（撰写人：吴汉卿、吴军瑞、吴军尚）

第四节　钩针技术

钩针技术是以《黄帝内经》“九针”理论为指导，遵循辨证施治的原则，利用一次性使用钩针针具，对新夹脊穴、骨关节特定穴等相应腧穴进行针刺、分离、钩治、挑治、割治，实现放血、减压、减张、疏通、平衡、温补等多种治疗作用的一种技术。该技术包括钩活术、钩活骨减压术、钩活外口软减术、内窥镜及影像设备可视下钩活治疗等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

钩针由针头、针体、针柄、针尾组成。根据临床需求选择不同型号。

针头：钩针针具最顶端的弧形结构，由钩尖、钩刃、钩弧、钩板组成，在各型号中有弧度和大小的差异。

针体：针头与针柄之间的结构，在各型号中有长短、粗细的差异。

针柄：针体与针尾之间的结构，是施术者操作时手持的部分。

（二）基本操作方法

1. 针具选择

根据病情需要和操作部位选择不同型号的针具。

2. 穴位选择

（1）新夹脊穴　在华佗夹脊穴与足太阳膀胱经第一侧线之间。本节脊椎两侧下关节突在背后的体表投影点为新夹脊穴的脊穴，两侧椎板在背后的体表投影点为新夹脊穴的脊撇穴，脊穴和脊撇穴体表连线的中点为新夹脊穴的脊撇撇穴。

新夹脊穴是根据脊椎的发病规律而命名的，穴位计数按解剖体位自下向上升序排列。例如，第七颈椎在颈椎排列顺序中位于最下方，是载荷量最大的椎体，易发病，故将颈一穴定于此处。顺延向上，颈二穴、颈三穴处椎体载荷量逐渐减小，发病的概率亦随之降低，但在治疗操作上的难度逐渐增大。胸椎、腰椎、骶椎及尾椎处的定位规律也是如此。

（2）骨关节特定穴　主要根据四肢关节局部解剖位置、各关节功能及病理特点、各关节易损部位的经络等定位选穴。

例如，膝关节特定穴。

膝一穴：内侧副韧带穴（膝关节屈曲，胫骨内侧平台与股骨内侧髁之间，内侧副韧带中点处）。

膝二穴：股骨外上髁穴（膝关节屈曲，股骨外侧髁上缘处）。

膝三穴：髌骨下穴（膝关节屈曲，髌骨下缘的中点）。

3. 灭菌消毒要求

（1）器械灭菌　有效期内的一次性使用钩针系列针具。

（2）施术者消毒　遵循无菌操作要求。

4. 操作步骤

（1）定位　根据症状、体征，结合影像学检查结果确定治疗穴。根据骨性标志徒手定位、借助定位尺定位及可视化直接定位。

（2）消毒　备皮范围超出创口周围 5cm 以上，常规消毒。

（3）局部麻醉　软组织治疗用 0.5% 的盐酸利多卡因溶液进行局部浸润麻醉。深度：颈椎、胸椎 1.0 ～ 2.0cm，腰椎、骶椎、四肢关节 2.0 ～ 3.0cm。用量：颈椎、胸椎、骶椎、四肢关节 3.0mL/ 穴，腰椎 4.0mL/ 穴。

硬组织治疗用 1.0% 的盐酸利多卡因溶液进行局部浸润麻醉。深度到骨面。5 分钟后即可操作，同时注意观察有无过敏反应。

（4）进针　左手固定腧穴局部皮肤，确保刺入位置准确；右手持一次性使用钩针，使钩尖垂直刺入表皮、真皮，进入皮下组织。进针角度：颈椎 45°、胸椎 70°、腰椎 85°、骶椎 90°、四肢关节 90°。硬组织减压治疗，90° 垂直于骨面。

（5）钩治　钩针进入皮下组织后，做钩提动作，边钩提、边深入。深度：颈椎、胸椎 1.0 ～ 2.0cm，腰椎、骶椎、四肢关节 2.0 ～ 3.0cm。在边钩提、边进入的过程中感到畅通时停止操作。当刺探针进入骨面，到达既定深度时，抽吸针道内瘀血 2 ～ 18mL。

（6）退针　完成钩治后，左手固定腧穴局部皮肤，使钩针在皮肤下稳定地按照进针路线原路退针。

（7）排血　退针后，施术者双手呈“倒八字”挤压针孔周围的组织，排出针孔内瘀血，以达到祛瘀生新的目的。

（8）无菌包扎　操作完成后，对针孔进行局部无菌包扎，防止渗血和局部血肿形成。

5. 钩活术常用手法

（1）针刺法　钩头的钩尖（三棱针）强刺。在无菌操作的前提下，利用一次性使用钩活术钩针的钩尖（三棱针）强刺，达到疏通经络的目的。

（2）分离法　钩头的双弧深入分离。一次性使用钩活术钩针进入皮下组织后，直接弧形（抛物线）深达应有的深度，抛物线轨迹深入的过程中对病变纤维和韧带筋膜组织进行钝性松解剥离。

（3）钩治法　钩头的钩弧钩提。一次性使用钩活术钩针的针头达到应有深度后做钩提动作，利用双弧度的结构进行深度广泛智能搜索异常应力（病变组织）。

（4）挑治法　钩头的钩板挑拨。双弧度智能辨认正常张力软组织和异常张力软组织，针头向外提拉，利用钩板对异常张力的组织（病变组织）进行挑拨，发挥调理气血、疏通经络、解除瘀滞的作用，完成中医挑治。

（5）割治法　钩头的钩刃切割。针头的钩弧完成钩治、钩板完成挑治后，钩刃把智能推送来的异常应力病变（钙化、退变、瘢痕、粘连、痉挛、挛缩）软组织进行切割，使其断裂，以发挥促进经络疏通、毒邪外泄、疼痛缓解的作用，完成中医割治。

（6）放血法　挤压放血。退针后，施术者对治疗后的特定腧穴部位，双手呈“倒八字”挤压针孔周围的组织，排出适量血液或组织液，发挥活血祛瘀、排毒止痛、祛瘀生新的作用。完成中医穴位放血治疗。

说明：捣划法只用于狭窄性腱鞘炎，需要捣划扩开腱鞘，不用于脊柱及四肢关节退变性疾病，针具也采用了特殊设计。

二、主要适应证

1. 脊柱、四肢关节及软组织的退变性疾病。

2. 骨坏死等导致的疼痛。

三、禁忌证

1. 感染类疾病，如结核、肺炎、骨髓炎等。

2. 肿瘤类疾病，如良性肿瘤、恶性肿瘤。

3. 风湿性疾病急性发作期，如风湿性关节炎、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、多发性肌炎等。

4. 局部皮肤病，如皮肤局部溃疡、瘢痕、皮损、感染、肿物等。

5. 其他疾病，如青光眼发作期、癫痫发作期、精神分裂症发作期、心脑血管疾病急性期、高血压、糖尿病、肝功能不全、肾功能不全、血液病等，以及妇女妊娠期、围产期。

四、注意事项

1. 治疗前，患者应签署知情同意书。

2. 治疗室中应配备抢救药品及抢救设施，如出现意外情况，应及时救治。

3. 治疗过程中应严格遵循无菌操作要求。

4. 患者精神紧张或饥饿时慎用本技术。

5. 精神类疾病导致的疼痛、药物依赖性疼痛慎用本技术。

6. 本技术 3 ～ 4 日治疗 1 次，每个椎体或关节部位治疗 2 ～ 3 次为 1 个疗程，2 个疗程间隔 20 日。脊柱和四肢关节可以同时钩治。脊柱相关疾病及四肢关节病复发者可再次住院进行钩活术治疗。

五、临床应用举例

（一）项痹（神经根型颈椎病）

【操作步骤】

1. 选穴

颈一穴＋颈二穴＋颈三穴。

2. 操作手法

采用针刺法、分离法、钩治法、挑治法、割治法、放血法。

【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，宁浅勿深，防止损伤正常组织。

（二）腰痹（腰椎间盘突出症）

【操作步骤】

1. 选穴

腰一穴＋腰二穴＋腰三穴。

2. 操作手法

采用针刺法、分离法、钩治法、挑治法、割治法、放血法。

【特别提示】

严格执行无菌操作。

（三）膝痹（原发性膝关节病）

【操作步骤】

1. 选穴

膝一穴＋膝二穴＋膝三穴。

2. 操作手法

采用针刺法、分离法、钩治法、挑治法、割治法、放血法。

【特别提示】

1. 钩治后，患者相对卧床休息 2 日。

2. 分离法注意为钝性分离，防止损伤韧带。

3. 钩活骨减压术的钻骨法应严格遵循无菌操作要求，防止骨内感染。

（撰写人：魏玉锁、李金斌、魏乐）

第五节　刃针技术

刃针技术源于“九针”中的“铍针”，是以中医学理论为构架，汲取现代诊疗理念，强调减张、调节经络和局部热效应的一种软组织微创治疗技术。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

刃针针具类型主要为切刺刃针、钩拉刃针、皮部刃针。切刺刃针针体直径有0.35mm、0.50mm、0.70mm、0.90mm四种规格，长度有20mm、40mm、60mm、85mm四种规格。临床上以针体直径0.35mm、0.50mm，长度40mm、60mm的刃针最为常用。

（二）基本操作方法

包括定位、消毒、进针、切刺、出针等。

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

一手按压并固定套管，另一手快速叩击针柄，使针尖穿过皮肤，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

（1）*纵行切刺*　针刃方向与病灶组织纤维走行平行，在病灶层内间断切刺数次。

（2）*横行切刺*　针刃方向与病灶组织纤维走行垂直，在病灶层内间断切刺数次。

（3）*十字切刺*　针刃方向先与病灶组织纤维走行平行，在病灶层切刺1下；随即退出病灶层，调转针刃90°，再切刺病灶层1下。

5. 出针

用无菌敷料压住针孔，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

二、主要适应证

1. 软组织损伤导致的疼痛和功能障碍。

2. 内脏功能紊乱所致的临床症状。

三、禁忌证

1. 局部皮肤破损及软组织存在感染者。
2. 有凝血功能障碍或出血倾向者。
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类似疾病。

四、注意事项

1. 患者描述治疗过程中突然出现神经放射痛或胸闷、气短，应立即停止不动，稍提起针，略改变方向深入，如不再出现疼痛则继续操作，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，施术者感觉针下组织较正常硬、厚，难以通过，皆是到达病灶的依据，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，这是达到刺激量的依据，应立即结束切刺，不能过度刺激。

4. 特殊部位的操作要点如下。①项部与肩部之间：患者取坐位。助手将患者斜方肌捏起，施术者持针，使针体与局部体表垂直刺入，或由后向前刺入。②肩胛提肌和菱形肌：患者取俯卧位，翻手摸背。助手将患肘下压，施术者在肩胛骨上角和内侧缘斜刺。③冈下肌和大、小圆肌：患者取俯卧位，上肢置于床沿外，前臂下垂。施术者沿肌肉走行方向斜向外刺。

5. 微创治疗室的环境应参照门诊手术室的管理要求执行，有条件的医疗机构应在门诊手术室进行治疗，并确保符合门诊手术室的管理要求。没有门诊手术室的医疗机构应设置独立的微创治疗室，不应与换药室等其他治疗室共用，面积应与诊疗活动相适应，划分无菌准备区、治疗区，区域之间要有实际隔断，非医务人员不得进入或穿行无菌准备区。

6. 操作时应检查微创针具、埋线器具等诊疗器械的包装，确保完整无破损、在有效期限内。无菌包装不应过早打开，以防污染，开包超过 4 小时不应继续使用。实施手卫生，按外科手消毒规范，先洗手，再进行手消毒。医务人员应当戴手术帽、口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。施治部位应铺大小适宜的无菌单。

五、临床应用举例

（一）漏肩风（肩关节周围炎）

【操作步骤】

1. 定位

通过评估，判断受损的肌肉，选取肌肉上的压痛与硬结、条索等异常改变处，决

定治疗点。①上举受限：治疗点选取臑俞穴，相当于肩胛骨关节盂背面、肩胛冈下缘外端；受损的肌肉是肩胛提肌、肱三头肌、三角肌后部。②摸对侧肩受限：治疗点选取天宗穴，相当于冈下窝；受损的肌肉是冈下肌、小圆肌。③翻手摸背受限：治疗点选取中府穴、云门穴，相当于喙突外下部、锁骨下缘外端；受损的肌肉是喙肱肌、肩胛下肌、三角肌前部。④外展受限：治疗点选取天宗穴、中府穴、云门穴，相当于冈下窝、喙突外下部、锁骨下缘外端；受损的肌肉是冈下肌、小圆肌、喙肱肌、三角肌前部。⑤旋动受限：治疗点在肱骨大、小结节之间；受损的肌肉是肱二头肌长头腱、胸大肌。

2. 常规消毒

遵循无菌操作要求。

3. 进针

与局部体表垂直刺入。

4. 切刺

到达筋膜层，行纵行切刺、横行切刺，必要时行十字切刺。

5. 出针

用无菌敷料压住针孔，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

【特别提示】

1. 在喙突处治疗时，不要在喙突内侧过于深入。在肩胛骨关节盂背面治疗时，要朝前内方刺入。

2. 肱骨大、小结节之间的结节间沟内为肱二头肌长头腱，应切刺至腱鞘与肌腱间隙，切勿伤及肌腱。

（二）项痹（椎动脉型颈椎病）

【操作步骤】

1. 定位

患者取俯卧位，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处。①枕骨下项线：多在天柱穴、风池穴、完骨穴、安眠穴、翳风穴，有头后大、小直肌，头上斜肌附着。②颈椎棘突旁：多在颈夹脊线附近，主要有项筋膜、斜方肌上部和颈椎后关节囊。③胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：多在膀胱经内侧线上的大杼穴、风门穴、肺俞穴、厥阴俞穴、心俞穴、督俞穴、膈俞穴，主要有胸腰筋膜、斜方肌中部、竖脊肌和横突棘肌。

2. 常规消毒

遵循无菌操作要求。

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：与局部体表呈 45° 角，向上或向下刺入。

4. 切刺

①枕骨下项线：到达筋膜层，行纵行切刺、横行切刺。②颈椎棘突旁：到达筋膜层，行纵行切刺、横行切刺，必要时行十字切刺。③胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：到达病灶层，行纵行切刺、横行切刺。

5. 出针

用无菌敷料压住针孔，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

【特别提示】

1. 治疗前要了解局部解剖。

2. 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。

（三）腰痹（腰椎间盘突出症）

【操作步骤】

1. 定位

患者取俯卧位，腹部垫枕。在以下部位切寻压痛和软组织异常改变处。①腰椎棘突旁：多位于夹脊，膀胱经内侧线的三焦俞穴、肾俞穴、气海俞穴和大肠俞穴，主要有胸腰筋膜、背阔肌、竖脊肌、横突棘肌、腰椎后关节囊。②臀部：多位于秩边穴、环跳穴、居髎穴、臀中穴，主要是臀大肌、臀中肌、臀小肌、梨状肌、股方肌和阔筋膜张肌。③大腿后侧：多位于承扶穴和殷门穴，主要是股二头肌、半腱肌、半膜肌。④大腿外侧：多位于风市穴、中渎穴，主要是阔筋膜张肌。⑤小腿后侧：多位于委中穴、合阳穴、承筋穴、承山穴、飞扬穴、跗阳穴和昆仑穴，主要是比目鱼肌和腓肠肌。⑥小腿前外侧：多位于阳陵泉穴、外丘穴、光明穴、阳辅穴，主要是胫骨前肌、趾长伸肌。

2. 常规消毒

遵循无菌操作要求。

3. 进针

与局部体表垂直刺入。

4. 切刺

到达筋膜层，行纵行切刺、横行切刺，必要时行十字切刺。

5. 出针

用无菌敷料压住针孔，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

【特别提示】

1. 在腰椎棘突旁操作时，不要超过竖脊肌外缘，到达肌肉层即可。

2. 在臀部操作时，要避开梨状肌上、下孔，以免损伤臀上动脉和坐骨神经。

3. 在大腿后侧操作时，到达肌肉层即可，以免损伤坐骨神经。

4. 在大腿外侧操作时，可深入到达骨面，但要提起 1 ～ 2mm 切刺，以免损伤骨膜。

5. 在小腿后侧操作时，到达肌肉层即可，以免损伤深部血管。

6. 在小腿前外侧操作时，可穿过肌肉深层的骨间膜，但不可再深入。

（四）膝痹（膝骨关节炎）

【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处。①髌骨上方：多位于阴市穴、梁丘穴、鹤顶穴和血海穴，主要是股四头肌和髌上囊。②膝关节两侧：多位于阴陵泉穴和阳陵泉穴，主要是胫侧副韧带、腓侧副韧带。③髌骨尖两侧：多位于内膝眼穴和犊鼻穴，主要是膝关节脂肪垫。④腘窝：多位于委中穴、阴谷穴、委阳穴、浮郄穴，内上方是半腱肌腱、半膜肌腱，外上方是股二头肌腱，下方是跖肌，腘肌构成窝底。

2. 常规消毒

遵循无菌操作要求。

3. 进针

与局部体表垂直刺入。

4. 切刺

到达筋膜层，行纵行切刺、横行切刺，必要时行十字切刺。

5. 出针

用无菌敷料压住针孔，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

【特别提示】

1. 在髌骨上方操作时，深层的髌上囊要多行十字切刺，出针后立即拔罐。

2. 在膝关节两侧操作时，胫骨上端内侧的“鹅足”不能直刺，要斜刺入路，在病灶层切刺。

3. 在髌骨尖两侧操作时，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. 在腘窝操作时，委中穴深部有胫神经，腘动、静脉等通过，切刺时穿过深筋膜即可，或在穴位稍内侧和稍外侧切刺较为安全。

（撰写人：田纪钧、董昌武）

第六节　长圆针技术

长圆针技术是在中医经筋理论指导下，运用“九针”之“长针”与“圆针”相结合形成的长圆针，用解结法松解结筋病灶，以治疗顽固痹痛的技术。本技术具有易操作、见效快、效果好、创伤小、易于推广等特点，适用于治疗骨伤科疼痛性疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

长圆针由针柄、针体和针尖组成。针尖分为剑头型、平刃型、斜刃型。长圆针规格有 1.0mm × 2.5cm、1.0mm × 3.5cm、1.0mm × 4.5cm 三种型号。

（二）基本操作方法

1. 定位

根据经筋辨证规律，仔细检查结筋病灶点，用标记物标记，每次选 3 ～ 5 个点治疗。

2. 消毒

用皮肤消毒剂在所选结筋病灶点及其周围半径 5cm 的范围内进行皮肤消毒。

3. 进针

施术者戴一次性无菌手套，手腕固定在患者体表，用持笔法持针，用指腕力垂直进针至结筋病灶点。必要时可采用局部麻醉，以减轻进针疼痛。

4. 行针

（1）*关刺法* 《灵枢·官针》言：“直刺左右，尽筋上。”将长圆针直刺至结筋病灶点表层，左右横行刮拨，以解除表层粘连。

（2）*恢刺法* 《灵枢·官针》言：“直刺旁之，举之前后。”关刺后，将针直刺至结筋病灶点深处，沿针刃方向，向前或向后举针，挑割结筋病灶点周边粘连，以松解减压。

5. 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 日。

二、主要适应证

1. 膝骨关节炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、肩关节周围炎等各种顽固性经筋痹痛。

2. 因劳损、外伤、风湿等因素引起的顽固性软组织损伤性疼痛。

三、禁忌证

1. 合并有严重的心、肝、肾损害或伴有严重消耗性疾病的患者。

2. 正在服用抗凝药及存在凝血功能障碍的患者。

3. 孕妇或哺乳期患者。

4. 严重恐针或晕针、晕血的患者。

四、注意事项

1. 本方法治在经筋，不可深入关节腔内。

2. 用药前应询问患者有无麻醉药过敏史，有过敏史者，禁用或慎用同类药物。
3. 熟练掌握解剖学知识，避免操作时损伤神经和血管。
4. 出针后若有出血，应增加按压时间。
5. 治疗后应减少活动量，适当休息。
6. 两次治疗应间隔 7 日。
7. 治疗后若出现膝关节肿痛、发热等感染现象，应及时就医。
8. 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。
9. 进针或操作时患者有电击感、剧痛感，应立刻停止操作。

五、临床应用举例

膝痹（膝骨关节炎）

【操作步骤】

患者取仰卧位。按照“以痛为腧”的思路，施术者用拇指在主诉的疼痛部位，沿经筋循按，触及有明显压痛的软组织结节或条索即为进针点，每次选取 5 个左右。

【技术要点】

精准查找结筋点为该疗法的关键。必须在患者主诉的疼痛部位及周围区域仔细循按，找到有压痛的软组织结节或条索。操作时，根据病灶深浅决定进针深度，熟悉解剖结构，避开神经和血管。

【特别提示】

该疗法适用于顽固性经筋痹痛。对于程度较轻的膝痹来说，可以首先考虑针灸针针刺、外用膏药、理疗等无创疗法；若效果不好，可通过触诊检查有无结筋点，若存在明显结筋点，可予长圆针解结治疗。

（撰写人：薛立功、王彤、李荣俊）

第七节　拨针（松解针）技术

拨针（松解针）技术是以一种端部钝圆的针具，对不同层次的组织进行松解和刺激的中医临床操作技术，主要治疗颈、肩、腰、腿痛，类风湿关节炎，强直性脊柱炎，慢性内科疾病等。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

拨针技术所用针具的规格有 23cm、22cm、17cm 三种长度。针柄呈葫芦形，针体、针尖呈圆形，直径有 0.8mm、1.0mm、1.2mm 三种类型。临床中还有其他类型的拨针，如 Z 型拨针、勾拨针等。

（二）基本操作方法

1. 术前准备

（1）局部麻醉药物　0.5% 利多卡因溶液。

（2）诊疗器械　拨针、16 号针头（破皮用）、70mm 麻醉长针头、30mL 注射器（一次性）、小手术包、消毒帽（防止患者头发散落至施术区）。

2. 消毒

皮肤常规消毒，遵循无菌操作要求。

3. 局部麻醉

在定位（点）区做局部麻醉术，麻醉范围视拨针区范围而定，麻醉深度以病变层位置而定，一般以浅筋膜层为主，深层者，即深达骨缘、骨面层。

4. 松解

在定位（点）区用 16 号针头破皮，深度约 0.5cm。再用拨针插入针孔，深度约 0.5cm，随即向四周做 360° 透拨。透拨范围根据病变范围而定，透拨密度为两针间距约 1.0cm。

拨针有探针作用。当针刺入病变区域时，症状重者酸胀感较强，症状轻者酸胀感较轻，无病变区则无针感或微痛。因此，前者多拨，后者少拨，无病变区则不拨。

病久、症状重者，拨针进入膜状组织，手感呈厚塑料样，透过此层筋膜时，声响高，阻力大；拨针进入疏松结缔组织，手感如插入老丝瓜络样，声响高，阻力也大。

病轻、病程短者，酸胀感则轻，其筋膜如塑料样，厚度薄，声响低，阻力小；拨针进入疏松结缔组织，手感如插入老丝瓜络样，声响低，阻力同样小。

5. 出针

从进针方向逆行拔针，在针孔区加拔火（气）罐 8 分钟左右，吸出少量瘀血，约 2mL 为宜。此法有消炎止痛的作用，术后可减少胀痛等现象。最后加贴膏药或无菌敷料。

二、主要适应证

1. 肩周炎、网球肘、筋膜炎等疾病。

2. 急慢性损伤导致软组织粘连、挛缩、瘢痕等病理改变，进而引起的肢体疼痛等症状。

3. 颈椎病、腰椎间盘突出症、骨关节炎等脊柱、关节退行性病变。

4. 枕神经痛、坐骨神经痛、肋间神经痛等。

三、禁忌证

1. 有不明原因出血倾向、凝血功能障碍者。

2. 月经期妇女。

3. 恶性高血压患者。

4. 结核病患者。

5. 施术部位或全身有感染、发热，以及传染病患者。

6. 急性心肌炎、冠心病、精神病、糖尿病血糖控制不佳、农药中毒者。

四、注意事项

1. 术后 3 ～ 5 日内禁止洗澡，保持施术部位清洁干燥，防止感染。

2. 年老体弱者，特别是年龄大于 80 岁者慎用。

3. 可配合辨证使用中药及物理疗法。

五、临床应用举例

（一）项痹（颈型颈椎病）

【操作步骤】

1. 定点

C5、C6 棘突间隙旁开 1cm，左右各定 1 点。

2. 局部麻醉

用 0.5% 利多卡因溶液进行局麻。①麻醉量一般不超过 15mL。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 号针头破皮，深度 0.5cm，达脂肪层，再用拨针插入针孔。

4. 松解

用 3 号拨针插入脂肪层，向 360° 全方位透拨。

5. 出针

从进针方向逆行拔针，然后用无菌敷料覆盖针孔，以防感染。

术后注意事项：3 ～ 4 日内，针孔不能沾水，以防感染。秋冬季节，针孔区可配合电疗或热水袋热敷。两次治疗间隔 5 ～ 7 日，一般治疗 3 ～ 5 次。

【技术要点】

头部症状明显者，针需透至枕骨粗隆、颞骨乳突；上肢手指麻木者，针向肩部透拨；下肢步态失稳者，以大椎区为主向四周，主要向下（上背区）透拨。症重病久者，术中酸胀感较明显，即针感与症重呈正比。

（二）腰背痛（棘间、棘上韧带损伤）

【操作步骤】

1. 定点

在棘突旁 1cm。如 1 ～ 2 个棘突有病变，则左右各定 1 个点；如 3 ～ 4 个棘突有病变，则左右各定 2 个点，上下间距 2 ～ 3cm。

2. 局部麻醉

用 0.5% 利多卡因溶液进行局麻。①麻醉范围视病变范围而定。②麻醉深度达腰背部浅筋膜层。③麻醉量不超过 15mL。

3. 进针

用 16 号针头破皮，深度约 0.5cm，再用拨针插入针孔。

4. 松解

用 3 号拨针松解腰背部筋膜层。

5. 出针

从进针方向逆行拔针，然后用无菌敷料覆盖针孔，以防感染。

【技术要点】

用 3 号拨针插入，深达腰背部筋膜层，方向与体表呈 20° 角向棘突顶部透入，进入棘上韧带深层进行松解。

（三）乳癖（乳腺增生）

【操作步骤】

1. 定点

根据 B 超检查和触诊部位定位。

2. 局部麻醉

用 0.5% 利多卡因溶液进行局麻。①麻醉范围视病变范围而定。②麻醉量不超过 15mL。

3. 进针

用 16 号针头破皮，深度约 0.5cm，再用拨针插入针孔。

4. 松解

用拨针进入结节层做拨松术。一般施术 2 次，结节即软化消散而治愈。

5. 出针

从进针方向逆行拔针，然后用无菌敷料覆盖针孔，以防感染。

【技术要点】

要根据 B 超检查、触诊确定好治疗范围。进针缓慢、轻巧，防止伤及血管而产生血肿。

【特别提示】

严格消毒，服用抗生素，以防感染。

（四）膝痹（膝骨关节炎）

【操作步骤】

1. 定点

操作部位为阳性反应点。如膝前侧，包括髌下脂肪垫、胫骨结节、髌骨底、股内侧肌腱、股外侧肌腱；膝内侧，包括鹅足、髌内侧支持带、胫侧副韧带；膝外侧，包括髌

外侧支持带、腓侧副韧带、腓骨头；膝后侧，包括腘肌、股骨内侧髁和外侧髁、胫骨内侧髁等。

2. 局部麻醉

用 0.5% 利多卡因溶液局麻。麻醉量一般不超过 15mL。

3. 进针

用 16 号针头破皮，深度 0.5cm，达脂肪层，再用拨针插入针孔。

4. 松解

施术者一手持拨针，另一手按压于施术部位，可用拨针松解膝关节周围病变的浅筋膜、深筋膜。拨针刺入浅筋膜层，调整进针角度与皮肤平行，寻找结节及高应力的部位，或纵行疏通，或横行剥离浅、深筋膜，以达到松解粘连、消除瘢痕的作用；也可垂直疏通，以减张降压；或深至骨膜，通过磨骨产生“骨膜效应”，双向调节骨膜、筋膜、运动系统，呈扇形疏通膝部。

5. 出针

从进针方向逆行拔针，然后用无菌敷料覆盖针孔，以防感染。

【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，以防感染。

（撰写人：陈超然、弓国华）

第八节　铍针技术

铍针源于《灵枢》。《灵枢・九针十二原》曰：“九针之名，各不同形……五曰铍针，长四寸，广二分半……铍针者，末如剑锋，以取大脓。”《灵枢・九针论》曰：“五曰铍针，取法于剑锋，广二分半，长四寸，主大痈脓，两热争者也。”

铍针技术是针对软组织高张力状态进行减张、减压的中医临床操作技术，常用于治疗筋膜炎、皮神经卡压综合征等末梢神经高张力性疼痛及其他常见骨伤科疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

铍针直径 0.50 ～ 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，刀口线长 0.50 ～ 0.75mm。针柄是用钢丝缠绕的普通针柄，长 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

皮肤常规消毒，其范围略大于治疗操作范围的 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，针尖遇到的阻力较小，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

松解是整个治疗过程中的关键步骤。松解的目的是降低皮神经穿行处周围筋膜的张力和筋膜间室内压力。所以，针刺的深度以铍针穿透筋膜为度，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法。

（1）一点式松解　适用于痛点局限、定位明确的病例。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，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反复连续点刺，形成 1 条 0.5 ～ 0.7cm 的筋膜裂隙。

5. 出针

完成松解以后，用无菌棉球或纱布块压住针孔，迅速将针拔出，持续按压针孔。同时询问患者的局部感觉，正常情况下患者原有的疼痛均减轻或消失。

二、主要适应证

该技术的主要适应证为皮神经卡压综合征，包括以下疾病：筋膜炎、术后软组织粘连、肱骨外上髁炎、第三腰椎横突综合征、梨状肌综合征、足跟脂肪垫炎、滑囊炎、颈椎病、肩关节周围炎、臀上皮神经卡压综合征、腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症、脊柱关节炎、膝骨关节炎等。

三、禁忌证

1. 局部软组织存在炎症反应者。
2. 有出血倾向、凝血功能障碍者。
3. 患有严重心脑血管疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者。
4. 糖尿病患者合并肢体缺血或存在软组织感染风险者。
5. 意识不清、不能配合治疗者。

四、注意事项

1. 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、四肢发冷等不适症状，应及时处理。

2. 在治疗时，针具有可能将皮下小血管刺破导致皮下出血，这一现象在临床上比较常见，一旦出现皮下出血的情况，要及时压迫止血。

3. 在治疗过程中，应严格遵循无菌操作要求。

五、临床应用举例

（一）筋痹（筋膜炎）

【操作步骤】

1. 定位

患者取舒适、易操作的体位。施术者触诊找到体表压痛点或局部软组织张力过高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过高的部位或摸到条索状硬结的中心。

2. 消毒

常规消毒皮肤，其范围略大于治疗操作范围的 2 倍。

3. 进针

施术者一手拇指、食指捏住针柄，另一手拇指、食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。

4. 松解

针刺的深度以铍针穿透筋膜为度，不必深达肌层，避免出血及减少术后反应。根据不同的病情，选择相应的松解针法。

5. 出针

完成松解以后，用持针的棉球或纱布块压住针孔，迅速将针拔出，持续按压针孔 1 分钟。同时询问患者的局部感觉，一般患者原有的疼痛会减轻或消失。24 小时内保持治疗部位清洁、干燥。

【特别提示】

1. 铍针技术治疗筋膜炎的关键是诊断明确，对痛点（张力性）的选择准确，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，以免造成不必要的损伤。

2. 治疗期间，患者要注意患处防寒保暖，避免患处受压，避免过度或剧烈活动。

（二）项痹（颈椎病）

【操作步骤】

1. 定位

患者取坐位，头伏于桌面或椅背的软垫上。施术者触诊找到颈肩部压痛点或局部软组织张力过高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过高的部位或摸到条索状硬结的中心。

2. 消毒

常规消毒皮肤，其范围略大于治疗操作范围的 2 倍。

3. 进针

施术者一手拇指、食指捏住针柄，另一手拇指、食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。

4. 松解

针刺的深度以铍针穿透筋膜为度，不必深达肌层，避免出血及减少术后反应。根据病情选择相应的松解针法。

5. 出针

完成松解后，用无菌棉球或纱布块压住针孔，迅速将针拔出，持续按压针孔 1 分钟。24 小时内保持治疗部位清洁、干燥。

【特别提示】

1. 铍针治疗颈椎病的关键是对痛点（张力性）的选择准确，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，以免造成颈部重要神经、血管损伤。

2. 治疗期间，患者要注意颈肩部的防寒保暖，避免颈部劳累及不良姿势，避免颈部过度或剧烈活动。

（三）肩凝症（肩关节周围炎）

【操作步骤】

1. 定位

患者取坐位。施术者触诊找到肩部压痛点或局部软组织张力过高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过高的部位或摸到条索状硬结的中心。同时，由于活动受限是肩凝症最主要的症状之一，故应活动患者肩关节，并于各活动受限的体位补充寻找压痛点。

2. 消毒

常规消毒皮肤，范围略大于治疗操作范围的 2 倍。

3. 进针

施术者一手捏住针柄，另一手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，进针的手下有种空虚感；当针尖刺到深筋膜时，持针的手下会有种抵抗感。

4. 松解

针刺的深度以铍针穿透筋膜为度，不必深达肌层，避免出血及减少术后反应。根据病情选择相应的松解针法。

5. 出针

完成松解以后，用无菌棉球或纱布块压住针孔，迅速将针拔出，持续按压针孔 1 分钟。24 小时内保持治疗部位清洁、干燥。

【特别提示】

1. 铍针治疗肩关节周围炎的关键是对痛点（张力性）的选择准确，并于多个体位动态寻找，如果选择的痛点不准确或不全面则影响疗效。铍针的进针深度达到深筋膜即可减张减压、松解粘连，不宜过深，以免造成肩部重要神经、血管损伤。

2. 治疗期间，患者要注意肩部的防寒保暖，积极进行肩关节功能锻炼，但要避免肩部劳累及不良姿势，避免过度或剧烈活动。

（四）腰痹（臀上皮神经卡压综合征）

【操作步骤】

1. 定位

患者取俯卧位。施术者触诊找到腰臀部压痛点或局部软组织张力过高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过高的部位或摸到条索状硬结的中心。

2. 消毒

常规消毒皮肤，其范围略大于治疗操作范围的 2 倍。

3. 进针

施术者一手捏住针柄，另一手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，进针的手下有种空虚感；当针尖刺到深筋膜时，持针的手下会有种抵抗感。

4. 松解

针刺的深度以铍针穿透筋膜为度，不必深达肌层，避免出血及减少术后反应。根据病情选择相应的松解针法。

5. 出针

完成松解后，用无菌棉球或纱布块压住针孔，迅速将针拔出，持续按压针孔 1 分钟。24 小时内保持治疗部位清洁、干燥。

【特别提示】

1. 铍针治疗臀上皮神经卡压综合征的关键是要对痛点（张力性），即臀上皮神经

受卡压的部位选择准确，压痛点最明显处即臀上皮神经受卡压的部位。铍针的进针深度达到深筋膜即可减张减压、松解粘连，不宜过深，以免造成臀部重要神经、血管的损伤。

2. 治疗期间，患者要注意腰臀部防寒保暖，避免腰臀部劳累及不良姿势，避免过度或剧烈活动。

（撰写人：雷仲民、孙佩宇）

第九节　银质针技术

银质针技术是一种源自《黄帝内经》经筋病治疗理论“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为腧”，结合现代软组织外科学理论发展而来的中医外治技术。该技术特点是在病变部位用银质针针刺并辅以加热，将针刺效应与热疗效应相结合，适用于治疗筋伤痛证（慢性顽固性软组织损害性疼痛）及相关疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

银质针由 85% 白银及少许铜、镍合金熔炼而成。针体直径为 0.45mm、0.60mm、0.80mm、1.00mm、1.10mm、1.20mm、1.30mm（0.60mm 及以下称细银针，0.80mm 及以上称粗银针），针柄采用压模工艺，针端尖而不锐。针柄长度为 3 ～ 5cm，针体的长度有 5cm、6cm、8cm、10cm、12cm、14cm、16cm 七种规格，适用于人体不同部位。根据进针方向及穿过肌肉的深度选取不同规格的银质针。

银质针质地较软，不会因进针后肌肉过度收缩而引起断针或折针。银质针的特点是传热快，加热后热能传导到深层病变部位，且扩散到周围软组织，形成深层肌肉组织及骨膜热效应，可配合银质针导热温控巡检仪使用，也可用艾球或艾炷加热。

（二）基本操作方法

包括消毒、麻醉、进针、行针、留针与出针。

1. 消毒

（1）器械消毒　可选择适当的消毒或灭菌方法，应达到国家规定的医疗器械消毒灭菌标准。

（2）施术部位消毒　用无菌棉球或纱布块蘸取适量 0.5% 碘伏在施术部位由中心向外螺旋式消毒，也可用 2% 碘酒擦拭，再用 75% 乙醇脱碘。消毒范围需超过施术范围的 2 倍。

（3）施术者消毒　施术者术前戴外科口罩、手术帽，双手清洗干净后戴无菌手套。

2. 麻醉

在每一个进针点用 0.25% ～ 0.5% 的利多卡因溶液做皮内注射，形成直径约 1cm 大

小的皮丘。针对体弱，尤其是耐受较差者，可酌情使用少量 0.25% ～ 0.5% 的利多卡因溶液行深层浸润麻醉，以减轻过于强烈的针感。

3. 进针

（1）直刺法　针体与皮肤表面垂直刺入。

（2）斜刺法　针体与皮肤表面呈大约 45° 角，向压痛点分布区倾斜刺入。

（3）平刺法　针体与皮肤表面呈大约 15° 角或沿皮以更小的角度，向压痛点分布区刺入。

（4）钻刺法　对于筋膜变性严重者，可双手配合，左右快速旋转银质针结合用力下压（连旋带压），方能刺穿增厚的筋膜。

4. 行针

（1）小幅度提插法　当银质针刺到病灶骨膜附着处，为寻找最强针感，需不断将针体小幅度向周边骨骼上刺探提插。

（2）骨膜下刺法　选择远离病灶区的软组织薄弱部位，先做进入皮肤、肌肉、筋膜的直刺，抵达骨骼后再做斜刺，将针头沿骨凹面的炎性骨膜下继续推进，直达病灶区。

（3）温针法　进针完毕后，在每一枚银质针针柄上套一个圆筒式加热探头，每组探头组合连接银质针导热温控巡检仪，选择适宜温度，定时加热。

（4）艾加热法　银质针针刺完毕，在针与皮肤空隙处垫上足够厚的阻燃布垫，以确保皮肤不受艾球燃烧产生的辐射热灼痛或灼伤。将准备好的艾球（用优质软方纸包裹适量艾绒，捻成直径约 2cm 大小的艾球）或剪好的艾段，安装在银质针的针尾上，然后点燃，严密观察，注意避免烧伤，过热时及时用准备好的冷水在针体上少量喷洒以降温。

5. 留针与出针

留针 15 ～ 20 分钟，用无菌干棉球按压针孔，快速出针，持续按压针孔止血。针孔处做常规消毒，无菌敷料覆盖。3 日内保持治疗部位清洁、干燥。

二、主要适应证

1. 软组织损害所致的急慢性头痛、面痛、颈痛、背痛、肩痛、臂痛、腰骶痛等多种痛症。

2. 颈椎病、肩周炎、肱骨外上髁炎、腰椎间盘突出症、强直性脊柱炎、跟痛症等。

三、禁忌证

1. 严重的心脑血管疾病、肾衰竭者。

2. 有出血倾向、严重凝血功能障碍者。

3. 施术部位局部皮肤感染，或者皮肤破溃者。

4. 患有精神障碍或不能配合者。

5. 对于高血压、糖尿病患者，须经服药控制病情稳定后，再谨慎施治。

四、注意事项

1. 操作注意事项

（1）同一病灶区域针刺治疗的间隔时间为 5 ～ 7 日，不同病灶区域的针刺治疗时间视患者的身体耐受情况而定，可不受时间限制。完成各个病灶区域的治疗为 1 个疗程，一般需 2 ～ 3 个疗程，疗程之间可间隔 0.5 ～ 2 个月。

（2）妇女月经期间，暂停大腿根部和耻骨联合处的治疗。

（3）妊娠期或产后妇女均不宜使用本法。

（4）银质针治疗前，应与患者充分沟通，说明各种注意事项，以及术后可能出现的反应和意外，并得到患者的理解。

2. 出血的预防与处理

（1）严格按照设计好的操作部位进行施针，熟悉局部解剖。术前充分了解患者的身体状态，防止对存在禁忌证者施术。如有口服抗凝剂者，可在相关专科医生指导下停药 1 周，检查凝血功能正常后方可进行银质针疗法操作。

（2）常规术后按压针孔 3 ～ 5 分钟，尤其是臀旁、臀后、枕下、耻骨上下支及四肢末端等血管丰富处。

（3）深部血肿，早期可用冷敷，48 小时后可用热敷。小血肿，一般 1 ～ 2 周可自行吸收。但血肿较大时，可出现剧烈疼痛，须对症止血、止痛、脱水处理，如不消退或继续增大，可切开引流并止血。如椎管内大出血，须行外科手术。

3. 感染的预防及处理

（1）严格遵循无菌操作要求，出针后针孔局部保持清洁、干燥，以免感染。温针时的高温会使针孔周围皮肤产生红斑或水疱，此属正常反应，可提前与患者说明。

（2）如果局部红肿伴疼痛突然加剧，或伴全身发热、淋巴结肿大，则要注意感染的可能，应及时按感染处理。

五、临床应用举例

（一）腰痹（腰椎间盘突出症）

【操作步骤】

严格按照软组织外科学查体思路，确定椎管内、外病变，判断原发病、继发病。按照腰骶后部、臀旁、臀后、大腿根部、腰骶深层的顺序，根据压痛点检查，标出进针点群。

患者取俯卧位或侧卧位，尽量使患者保持稳定舒适的体位。可视患者耐受情况及病情需要酌情分次、分日完成，每次用银质针温控巡检仪或艾球加热 15 ～ 20 分钟。

（1）腰骶后部　下排进针点均系直刺，先沿弧形中段的髂后上棘内上缘竖脊肌附着处直抵骶骨背面外上部，再沿弧形下段的骶髂关节内侧缘贯穿此肌附着处直抵骶骨背面外侧部，最后沿腰下三角区外侧的部分髂嵴贯穿腹肌等附着处。上排进针点由后上方

（或后内方）向前下方（或前外方）做斜刺，抵髂后上棘内上缘、骶髂关节内侧缘或髂嵴的肌肉附着处后，需分别沿骨面改行，刺向前下方深入约 1.5cm 的骨膜下。治疗时可单侧进行，也可双侧同时进行。

（2）臀旁　在股骨大粗隆顶端定第一个点，做出同一水平一排，向上 5 ～ 6 排的横向进针点群，其上下左右针距各约 2cm，横向的每个进针点均应选在上下两排的两个邻近进针点之间。另于髂前上棘外后侧约 1cm 处定第二个点，于髂嵴最高缘外侧下方约 0.5cm 处定第三个点，在髋臀交界处上下部均匀定第四、第五个点，在股骨臀肌粗隆臀大肌下外端附着处定第六个点。

（3）臀后　自髂嵴后缘下约 0.5cm 处开始定一排弧形进针点，针距约 1cm。然后向下定排距约 2cm 的两排进针点群。最后在臀中肌位于坐骨大切迹后缘的压痛点上定出 3 ～ 6 个进针点。

（4）大腿根部　在耻骨结节最高点处定第一个点，同一水平方向向外摸到股动脉搏动处或稍内侧，在此处定第二个点，以第一个点和第二个点的连线为底边向下构成一个等边三角形，其顶点为第三个点，在等边三角形的中心定第四个点。如患者耻骨较宽大，可于第一个点外下方定 1 ～ 2 个点，耻骨下支处再定 1 ～ 2 个点。

（5）腰骶深层　在棘突（或骶正中嵴）旁连线上定点，针距 2cm，为内排进针点群。在内排的外侧定横向针距为 2.5 ～ 3cm 和纵向针距为 2cm 的外排进针点群（外排进针点定在两个内排进针点中间）。

【特别提示】

1. 本技术通过解除椎管外软组织的痉挛，以松治痛，消除无菌性炎症。

2. 银质针技术的治疗指征为椎管外腰臀腿部软组织损害。治疗部位因人而异，依据病情轻重、压痛点检查所确定的部位多少而定。

（二）膝痹（髌下脂肪垫损伤）

【操作步骤】

患者取仰卧位。在髌骨下 1/2 段，也就是髌尖粗面的边缘附着处下方约 1cm 的部位，做出相应的针距约为 1cm 的呈弧形向上开口的进针点群（16 ～ 20 个点）。进针后用银质针导热温控巡检仪或艾球加热 15 ～ 20 分钟

术后需屈膝保持 5 分钟，避免出血。

【特别提示】

1. 慢性膝关节痛（尤其是中老年患者）均存在髌下脂肪垫损伤，但多继发于腰臀及大腿根部的软组织损害，少数继发于踝关节的损害，原发性膝痛较少。所以，局部治疗疗效往往欠佳。须严格按照软组织外科学查体思路，判断原发病、继发病。按照腰骶后部、臀旁、臀后、大腿根部、髋前侧、腰骶深层、髌下脂肪垫、内外侧髁、跗骨窦、内外踝的顺序，根据压痛点检查，整体施治，才能达到最佳疗效。

2. 术后局部会稍显肿胀，一般 3 日后明显减轻，1 周后消失。注意与局部感染鉴别。皮肤出现微红、灼热，属于正常现象。如果出现小水疱，无须处理，可自行吸收。如水

疱较大，可用无菌针刺破，挤净液体，盖上无菌纱布，保持干燥，避免感染。

3. 经治疗疼痛缓解后，配合康复训练，以增强关节的稳定性、灵活性。

（三）大偻（强直性脊柱炎）

【操作步骤】

患者取俯卧位或侧卧位或仰卧位。可视患者耐受情况及病情需要酌情分次、分日完成，每次用银质针导热温控巡检仪或艾球加热 15 ～ 20 分钟。

【特别提示】

1. 按照腰骶后部、臀旁、臀后、大腿根部、腰骶深层、胸、颈深层的顺序，根据压痛点检查，标出进针点群。

2. 本病的银质针治疗主要针对强直性脊柱炎的稳定期，如在活动期可与药物配合治疗。

3. 术后 1 周开始进行腰背臀部功能锻炼。

（撰写人：刘子明、王鸿）

第十节　微创切骨技术

中医微创切骨技术是在“制器以正之，用辅手法之所不逮，以冀分者复合，欹者复正，高者就其平，陷者升其位”理论指导下，使用以骨科动力系统及其附件为主的手术器械，对跖骨、趾骨、跗骨等骨骼和关节进行微创切骨的一种（中医）外治技术。适用于踇趾外翻、小趾内翻、跖痛症、锤状趾、足隆突症等足部畸形，以及骨伤科其他需要切骨的疾病，通过该技术切断整个骨皮质或部分骨质，以改变“骨错筋挪”的病理状态，恢复“骨正筋柔”的生理状态。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

常用器具包括 3 个部分：基本器械、骨科动力系统和监视仪器。

1. 基本器械

基本器械为手、足外科的小型骨科手术器械，包含刀片、刀柄、解剖刀、止血钳、手术剪、镊子、骨锉、骨膜剥离子、消毒钳、刮勺、治疗碗、组织钳、手外科直剪、弯盘、持针器、巾钳、小杯、弯钳、牙镊等。其中需要特殊准备的有：①刀片。15 号小圆刀。②骨锉。分宽窄两种，窄者约 3mm，宽者约 5mm，作用面为横行倒齿，用以锉平骨赘削磨后的粗糙面。③骨膜剥离子。窄条状，且有一定弧度，宽 3 ～ 5mm，供游离骨赘和切骨处的骨膜用。

2. 骨科动力系统

骨科动力系统由主机、附件或磨截骨器组成。动力系统基本操作方法：①连接

总电源。将电源线一端插入主机后部三角插口，另一端插入 220V 交流电源三芯插座。此时主机后部翘板电源总开关处于断开状态。②将脚踏开关插头插入主机接口。③将附件或磨截骨器插头插入主机，将冲水管连接蠕动泵及生理盐水水袋。④完成上述步骤后，闭合主机后部翘板电源总开关。⑤踩下脚踏开关，即可启动附件或磨截骨器。

3. 监视仪器

监视仪器为 C 型臂或者便携式 X 线透视仪等。

（二）基本操作方法

基本操作方法包括消毒、铺单、麻醉、入路、剥离、切骨、冲洗、裹帘外固定等步骤。

1. 消毒

常规消毒术区皮肤。

2. 铺单

由助手将患者小腿抬起。在踝上 15cm 处，用已折叠成 4 折的小治疗单环绕踝部，末端以巾钳固定。接着在下肢下方铺 4 层大单，让患者下肢放于其上，最后在术区上方铺 2 层大单。

3. 麻醉

用 1% 利多卡因溶液行局部麻醉，可以根据情况加用长效的麻醉药物，如丁哌卡因、罗哌卡因等。

4. 入路

根据施术部位的不同，选择不同的施术入路。

5. 剥离

用骨膜剥离子剥离术区的软组织、骨赘和切骨处的骨膜。

6. 切骨

用磨截骨器或配套附件对目标骨进行切骨、磨骨。

7. 冲洗

用生理盐水冲洗术区。

8. 裹帘外固定

通过绷带、压垫、粘膏实现。（其长短阔狭，量病势用之。）

二、主要适应证

1. 跗趾外翻、小趾内翻、跖痛症、锤状趾、足隆突症。

2. 全身骨骼畸形、退变等需要手术切骨者。肱骨、尺骨、桡骨、股骨、胫骨、腓骨、手足骨等病变的切骨手术，髋、膝、踝、肩、肘、腕、手足部等关节及颅骨、脊柱、骨盆等需要切骨手术的病变。

3. 骨伤科其他需要切骨的疾病。

三、禁忌证

1. 内科疾病控制不佳者，如严重糖尿病血糖控制欠佳、类风湿关节炎等风湿免疫类疾病处于活动期、冠心病等内科疾病病情不稳定者等。

2. 术区皮肤疾病控制不佳，如术区皮肤有癣或感染等。

3. 既往有严重神经损伤，无法恢复，影响术区感觉及运动功能者。

四、注意事项

1. 患者可能存在多种疾病，共同导致关节的畸形与疼痛，如合并类风湿关节炎、银屑病关节炎等。医生应在施术前将病情诊断清楚并控制稳定，与患者交代好病情。

2. 医生应在术前与患者进行充分沟通交流，介绍手术方式及可能出现的风险，以及术后可能出现的并发症，并填写手术知情同意书，关心患者情绪，解除患者内心的恐惧，使其做好术前准备。

3. 由于手术常采用闭式操作，故手术医生需具有一定的手术操作经验，最好是具有大切口手术经验，同时要熟悉局部解剖，只有这样才能减少血管、神经的损伤。术中应注意避免过多切除骨赘，以免破坏骨关节面。

五、临床应用举例

（一）跨趾外翻

【适应证】

保守治疗无效的跨趾外翻。

【操作步骤】

在第一跖骨颈内侧做横行切口，切口长约 0.5cm，切开皮肤组织直达第一跖骨头颈，用磨截骨器做切骨术。冠状面：切骨线从远端内侧至近端外侧，呈 20° ～ 30°；矢状面：切骨线从远端背侧至近端跖侧，呈 5° ～ 10°。

矫正畸形及关节脱位：将跨趾拔伸牵引，并应用折顶和端提手法将远端跖骨头向外推 2 ～ 6mm，必要时使用按法将切骨远端向跖侧移位，纠正跨外翻畸形及跖趾关节半脱位，最后使用摇摆触碰手法使切骨端嵌合，用理筋手法矫正偏离的肌腱（筋），并将跨趾置于中立位。

裹帘外固定：术毕冲洗切口，采用裹帘外固定法进行固定，用 4 列绷带卷成直径约 2cm 的圆形夹垫，置于第一、二趾蹼之间。磨骨处跖骨内侧放置一大小约为 1.5cm × 1.0cm × 0.5cm 的侧垫。将绷带从第一、二趾蹼夹垫间通过，于踝关节做“8”字形包扎，将跨趾固定于中立位，用粘膏从足背内侧经第一、二趾蹼间，绕过足跖内侧到足背做“8”字形缠绕，加强跨趾的固定。穿跨外翻专用矫形鞋，全足着地，下地走出手术室。

【特别提示】

术后切骨端移位：术后行 X 线检查，若发现切骨端位置异常、切骨远端不稳、关节耦合度差，须立即重新整复。

术后趾间神经、跖神经损伤，足趾皮肤感觉麻木：此种情况大多提示术中趾间神经或跖神经被损伤，可给予神经营养药物，以促进神经功能的恢复。

术后下肢深静脉血栓：术后第 2 天开始，让患者在医生指导下进行下肢肌肉的等长收缩，并进行下肢关节的功能锻炼，以增加下肢静脉回心血量。术后可以使用低分子量肝素，或活血化瘀类中药。

术后第 2、4、6、12 周定期复查 X 线，观察切骨端位置及愈合情况。

（二）小趾内翻

【适应证】

保守治疗无效的小趾内翻。

【操作步骤】

在第五跖骨头颈外侧切开皮肤直达骨膜，切口长约 0.2cm，用削磨钻从远端向近端做一斜形切骨，切骨角度额状面呈 10° ～ 15°，矢状面呈 5°，切骨完毕冲洗关节腔。

纠正畸形及关节脱位：手法纠正畸形及跖趾关节半脱位，用手法将远端跖骨头由外向内推开约一层骨皮质厚度（以跖骨头外侧可触及小凹陷为度），并保持切骨远端不向背侧移位（背侧切骨处无台阶感）。

裹帘外固定：术毕冲洗切口，用绷带卷成直径约 0.5cm 的圆形夹垫，放于第四、五趾蹼之间；再将绷带从第四、五趾蹼夹垫间通过，于踝关节做“8”字形包扎，将小趾固定在中立位；然后用粘膏从足背外侧通过第四、五趾蹼间，绕过足跖外侧到足背做“8”字形缠绕，以加强固定。固定完毕，用 C 型臂或者手提式 X 线透视仪透视，如位置不满意，可用手法整复，直至位置满意为止。

【特别提示】

操作时注意勿损伤腓肠神经的背外侧皮支，以免造成术后足趾麻木。采用小趾近端背外侧切口，可避免切断附着在第五跖骨头外侧中线跖侧面的小趾外展肌腱，防止术后第五跖趾关节脱位。第五跖骨干较细，术后固定时间可根据患者的恢复情况适当延长。

术后第 2、4、6、12 周定期复查 X 线，观察切骨端位置及愈合情况，同时指导患者进行康复练习。其余特别提示参考“踇趾外翻”。

（三）跖痛症

依据足部负重位和非负重位 X 线检查结果，将跖痛症分为 4 期（0 ～ 3 期）。

0 期：X 线正位片跖趾关节间隙大致正常；侧位片跖趾关节无脱位。

1 期：非负重位 X 线正位片跖趾关节间隙大致正常，负重位 X 线正位片跖趾关节间隙变窄或消失；侧位片跖趾关节无脱位。

2 期：非负重位 X 线正位片跖趾关节间隙变窄或消失，负重位 X 线正位片近节趾骨基底部与跖骨头稍重叠；侧位片可见近节趾骨向背侧轻度脱位。

3 期：非负重位 X 线正位片近节趾骨基底部与跖骨头重叠；侧位片可见近节趾骨向背侧脱位，与跖骨头重叠。

【适应证】

保守治疗无效的跖痛症。

【操作步骤】

0 ～ 1 期跖痛症：消毒、麻醉、铺单后，用小圆刀在要进行切骨的跖骨头颈背侧做 0.5cm 的纵向切口。切开皮肤、皮下组织后，用小骨膜剥离器剥离骨膜，操作时应注意在骨膜与跖骨间进行操作，避免损伤跖间血管、神经。用磨截骨器钻头在跖骨头颈部进行横行切骨，挤出切骨端的碎骨屑并冲洗切口。在切骨远端跖侧的足底放置小块纱布，以给予适当的上抬力量。通过绷带、压垫、粘膏包扎实现裹帘外固定（其长短阔狭，量病势用之）。

2 ～ 3 期跖痛症：于相应跖骨近端背侧做切口，显露跖骨。用摆锯或磨截骨器于跖骨基底部近端背侧向远端跖侧做呈 30° ～ 45° 夹角的斜形切骨；再在远端跖骨近侧平行于上一切骨线做二次切骨，取出中间跖骨块，短缩长度视脱位的程度而定。在对位跖骨切骨端，检查跖趾关节复位情况及各跖骨的排列及横弓恢复情况，将切骨端置于适当位置，垂直切骨面加压固定。

【特别提示】

术前须确认要进行切骨手术的跖骨，避免切骨错误。切骨要准确、迅速，避免反复操作造成跖骨过度短缩。碎骨屑要尽量挤出，避免过多残留引发感染，不利于切骨端愈合。

术后允许患者适当下地行走，通过下地行走自行调整跖骨头的高度。术后常规行正侧位 X 线检查，了解切骨情况。术后第 2、4、6、12 周定期复查 X 线，观察切骨端位置及愈合情况，同时指导患者进行康复练习。其余特别提示参考“踇趾外翻”。

（四）锤状趾

【适应证】

保守治疗无效的僵硬型锤状趾。

【操作步骤】

消毒、麻醉、铺单后，在近侧趾间关节外侧，沿跖骨长轴水平做一切口，用 15 号小圆刀切开皮肤、皮下组织、筋膜及关节囊；用磨截骨器切除远、近端关节面各 2mm 骨质；用小骨锉锉平残端，使其光滑没有棱角；反复用生理盐水冲洗削磨后产生的骨碎屑，直至冲出液清亮为止。用 1 号丝线缝合切口 1 针；采用绷带包扎，将患趾固定于伸直位。

【特别提示】

切口位置尽量避开侧方神经血管；削除的远、近端关节面的长度要适宜，避免过长

或不足；术后患趾伸直位包扎固定；必要时可以行克氏针穿针固定。其余特别提示参考“踇趾外翻”。

（撰写人：温建民、佟云）

第十一节　微创磨骨技术（微创削骨技术）

中医微创磨骨技术（微创削骨技术）根据“制器以正之，用辅手法之所不逮，以冀分者复合，欹者复正，高者就其平，陷者升其位”之理论，设计并使用以骨科动力系统为主的手术器械，对跖骨、趾骨、跗骨等骨行微创磨骨手术，以达到治疗踇趾外翻骨赘、小趾内翻骨赘、锤状趾、爪状趾、足隆突症及其他四肢关节等处骨赘、骨质异常增生的目的。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

常用器具包括 3 个部分：基本器械、骨科动力系统和监视仪器。其中，骨科动力系统由主机、附件或磨截骨器组成，监视仪器包括 C 型臂或者便携式 X 线透视仪等。（详见第十章第十节）

（二）基本操作方法

基本操作方法包括消毒、铺单、麻醉、入路、剥离、磨骨、冲洗、裹帘外固定等步骤。（详见第十章第十节）

二、主要适应证

1. 踇趾外翻骨赘、小趾内翻骨赘、锤状趾、爪状趾、足隆突症等。

2. 全身骨骼、骨关节等处骨赘及骨质异常增生：常见的肩、肘、腕、髋、膝、踝关节及手足部关节、颅骨、脊柱、骨盆等处的骨赘或骨质异常增生引起临床症状者。

3. 骨伤科其他需要磨骨的疾病。

三、禁忌证

严重糖尿病患者；急性感染性疾病患者；严重类风湿关节炎患者；严重神经损伤者；踇趾关节严重破坏，关节已融合者；其他有严重基础病不适宜行手术者。

四、注意事项

手术医生应熟练掌握局部解剖以减少术后并发症的发生；术中应注意避免过多切除骨赘，防止破坏关节面。

五、临床应用举例

（一）跨趾外翻骨赘

【适应证】

保守治疗无效的跨趾外翻骨赘。

【操作步骤】

在第一跖趾关节远端内侧切开皮肤、皮下组织，直达关节。切口为短弧形，长约1cm，用小骨膜剥离器分离关节囊；用磨截骨器磨削去除第一跖骨头内侧骨赘；用小骨锉锉平磨骨面。

手术后采用裹帘外固定（其长短阔狭，量病势用之），通过绷带、压垫、粘膏实现。

【特别提示】

术后骨片残留：术后即行X线透视或常规X线检查。手术过程中尽量取出整块骨片，防止碎骨残留；如关节腔内存留骨碎片，应尽可能在麻醉下将其取出，避免留于关节内，影响关节活动。

（二）小趾内翻骨赘

【适应证】

保守治疗无效的小趾内翻骨赘。

【操作步骤】

在第五趾近节趾骨近端背外侧切开皮肤；用小骨膜剥离器从远端向近端分离关节囊；用磨截骨器磨去第五跖骨头外侧骨赘，再用骨锉锉平；磨骨完毕冲洗关节腔，冲洗要彻底，避免骨屑遗留在关节腔内。手术后采用裹帘外固定（其长短阔狭，量病势用之）：通过绷带、压垫、粘膏实现。

【特别提示】

小趾近端背外侧切口不宜过大，长度在0.5cm左右为宜，避免切断附着在第五跖骨头外侧方中线跖侧面的小趾外展肌腱，造成术后第五跖趾关节脱位；关节腔冲洗要彻底，避免骨屑残留。

（三）锤状趾与爪状趾

【适应证】

保守治疗无效的僵硬型锤状趾及爪状趾。

【操作步骤】

在近侧趾间关节外侧做纵向切口，切开皮肤、皮下组织、筋膜及关节囊；用磨截骨器削磨远、近端关节面各2mm骨质；用生理盐水冲洗关节腔，缝合切口，采用绷带包扎将患趾固定于伸直位。

手术后采用裹帘外固定（其长短阔狭，量病势用之）：通过绷带、压垫、粘膏实现。

【特别提示】

密切观察手术切口肿胀情况，以及患肢足趾主被动活动、末梢血运及感觉情况；必要时可以行克氏针穿针固定。

（四）足隆突症

【适应证】

保守治疗无效的足隆突症。

【操作步骤】

手术采用局部阻滞麻醉。在骨突部位背侧做 0.3cm 的切口，深达骨膜；自骨膜下剥离软组织，以显露骨突部位；用削磨钻磨削骨突，确认骨突磨平后，挤出碎骨屑；冲洗切口，切口视情况缝合，用无菌敷料包扎。

手术后采用裹帘外固定（其长短阔狭，量病势用之）：通过绷带、压垫、粘膏实现。

【特别提示】

手术以去除引发足隆突症的骨突为目的，部分病例引发足隆突症的骨突在隆突的对侧，临床要仔细检查，勿磨错位置，X 线检查往往有助于明确诊断。勿在隆突处直接做切口，以免影响愈合，且隆突处为长期受压、摩擦部位，在此处做切口形成的瘢痕受到摩擦易引发疼痛。

（撰写人：温建民、豆以彪）

第十二节　割治技术

割治技术是用手术刀在腧穴处切割皮肤、取少量脂肪组织，以治疗疾病的外治技术，俗称“割治截根”，常用于小儿疳证。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 手术刀

一次性无菌塑柄 12 号弓形手术刀。

优点：割治深度可控。

2. 止血钳

一次性无菌 12.5 号蚊式弯嘴止血钳。

优点：便于割治取脂。

3. 麻醉器具

无针注射推进器。

优点：无视觉恐惧，利于快速麻醉，且麻药量恒定可控。

4. 麻醉药物

5mL：0.1g 的盐酸利多卡因注射液。

优点：过敏发生率低。

5. 其他

6 层无菌方纱布、无毛边纱布块；无菌敷料；一次性医用皮肤定穴笔；碘伏棉签、酒精棉签；灭菌橡胶外科手套；一次性无菌 5mL 注射器。

（二）基本操作方法

1. 定穴

用碘伏定穴笔做标记，确定施术位置。

2. 消毒

以穴点标记为中心，直径 2cm 范围内以碘酒消毒两遍，再用 75% 的酒精脱碘消毒两遍即可。

3. 麻醉

躯干腧穴：以高出穴点皮肤 0.5cm 的距离进行射麻，1 次即可。

手足腧穴：先贴紧穴点皮肤行射麻 1 次，再于距离皮肤 0.5cm 处行射麻 2 次。

4. 施术

左手拇指、食指于定点经脉腧穴两侧按压固定，指下垫敷纱布块，捏提腧穴局部肌肉皮肤，充分暴露穴点；右手持刀切开穴点皮肤后，改持止血钳实施钳法操作。

（1）*刀法*

刀尖垂直刺切入穴，当切入皮下至刀身弯曲时，直立刀柄退刀，此时切口恰为 0.5cm 长，深至浅筋膜层以内的安全范围。割口皆能在 24 小时内自行愈合。

（2）*钳法*

根据不同部位的腧穴，采用不同的穴内使钳手法，以达到迅速激发经气、快速发挥腧穴治疗效果的目的。常用的钳法有划、拨、挟、取、透 5 种。

1）划拨法：顺经上下划动，以推经行气者，称为钳划法；横经左右拨动，以震经行气者，称为钳拨法。划拨法只适用于皮下即骨的骨皮部腧穴，如位于两筋裂缝中的列缺、偏历，尤其适宜钳划法；皮下即骨的膻中、鳖沟，尤为适宜划拨联用之法等。

2）挟取法：对穴内经脉及皮下周围组织实施快速反复地钳夹，以促经行气者，称为钳挟法，适用于人体诸穴的割治；挤压割口两侧使脂肪豆突出，用钳夹取下脂肪豆以增强激发腧穴效应的方法，称为钳挟取脂法，只适用于手掌部奇穴。

3）透法：在正常实施钳挟手法后，以钳代针的突发刺穴法，称为透法，亦称针钳效应。以钳代针之透法，只适用于四肢腧穴。

5. 术后

在钳法操作完毕后，用无菌敷料以“十”字形贴敷于腧穴割口处，并在 24 小时后取下。胶布过敏者，可根据情况提前取下，最短可于术后 1 ～ 3 小时后即取下。暴露割口，不影响割口愈合。

二、主要适应证

小儿疳积、疳热、疳痞及小儿鼻鼽等。

三、禁忌证

1. 感冒发热期间禁忌割治。

2. 有麻醉药过敏史者、瘢痕体质者及腧穴局部有皮肤病者。

3. 胸腔积液、喘憋难以平卧者；腹水鼓胀、青筋暴露，出现脐疝、腹股沟疝者。

四、注意事项

1. 割治后，嘱患者保持手掌洁净，24 小时内避免沾水，切忌过度抻拉手掌，以免割口裂开出血。割治后 1 周内避免搓澡，以防擦伤割口。

2. 小儿疳痞伴过敏体质者，在割治后 2 个月内，尽量避免食用致敏食物、接触过敏原，2 个月后再逐渐适应，以保证割治疗效。

3. 割口贴敷的创可贴，可在术后 24 小时左右时及时取下，以免影响割口修复。

4. 割治后，患者食欲会快速增强，此时应避免随欲而食，以免伤及脾胃。

五、临床应用举例

小儿疳证

【选穴】

组成：醒脾穴（掌侧，食指与中指掌指关节之间的压痛点处）、和胃穴（掌跟纵纹之中，两掌骨之间的压痛点处）、稳心穴（掌侧，小指与无名指掌指关节之间的压痛点处）、宣肺穴（掌侧，拇指掌骨中点赤白肉际，鱼际穴内 0.5cm 压痛点处）。

功效：通调脾胃强后天，畅行气血壮卫气。

主治：小儿疳证之疳积、疳热、疳痞及小儿鼻鼽。

【操作步骤】

割穴程序：隔日或隔 2 日 1 次，两手交叉对应取穴，每次 4 穴，分 2 次完成。第一次，右手取醒脾穴、和胃穴；左手取稳心穴、宣肺穴。第二次，右手取稳心穴、宣肺穴；左手取醒脾穴、和胃穴。

技术要点：除宣肺穴取纵向切口外，其他 3 穴均取横向切口，以取出黄豆粒大小的脂肪豆为要。

伴有鼻鼽者，可在上述第一次割治用穴的基础上，配鼻鼽二穴：①天窗穴，在横平喉结之胸锁乳突肌后缘的指切压痛点上取穴。②阿是穴，在天窗穴直下至颈根外侧 1 寸范围内的指切压痛点上取穴。此法亦可用于成人鼻鼽的割治。定穴时，可先用指切揉压法同时揉压两侧穴位 1 分钟左右，缓解鼻鼽诸症后再行操作。

【特别提示】

小儿割治的适宜年龄：以 3 ～ 6 岁最为适宜。

小儿疳证的割治取穴宜精宜少，方便操作，一般选取手掌 4 个奇穴分期割治。

（撰写人：董毅峰）

附：本章推荐阅读

一、针刀技术

1. 朱汉章 . 小针刀疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，1992.

2. 董福慧 . 临床脊柱相关疾病［M］. 北京：人民卫生出版社，2009.

3. 郭长青 . 针刀心悟：针刀松解术诊治经筋病传承创新实录［M］. 北京：中国中医药出版社，2023.

4. 李石良 . 针刀应用解剖与临床［M］. 北京：中国中医药出版社，2014.

二、带刃针技术

1. 黄枢 . 中国针法微型外科学［M］. 北京：科学出版社，1998

2. 戚克明 . 骨科诊疗常规［M］. 北京：人民卫生出版社，2004.

三、水针刀技术

1. 吴汉卿 . 水针刀临床治疗学［M］. 北京：中国中医药出版社 2025

2. 吴汉卿 . 水针刀微创技术·脊柱相关病［M］. 北京：人民卫生出版社，2014.

3. 吴汉卿，吴军尚 . 中医筋骨三针法治疗学［M］. 北京：中国中医药出版社，2020.

4. 吴汉卿 . 中医微创入路解剖彩色图谱［M］. 北京：人民军医出版社，2010.

5. 吴汉卿、吴军尚、吴军瑞 .《伤寒六经针方知要》［M］. 北京：中医古籍出版社，2022.

四、钩针（钩活）技术

1. 魏玉锁，魏乐 . 钩活术技术标准［M］. 北京：中国中医药出版社，2022.

2. 魏玉锁 . 中医微创钩活术（钩针）技术临床路径和诊疗方案［M］. 北京：中国中医药出版社，2020.

3. 魏玉锁 . 中华钩活术钩　针治疗颈胸椎退变性及软组织疾病［M］. 北京：中国中医药出版社，2022.

4. 师怀堂 . 中医临床新九针疗法［M］. 北京：人民卫生出版社，2000.

五、刃针技术

1. 田纪钧 . 中医微创刃针治疗学［M］. 北京：中国中医药出版社，2019.

2. 田纪钧 . 刃针疗法［M］. 北京：人民卫生出版社，2016

六、长圆针技术

1. 薛立功 . 中国经筋学［M］. 北京：中医古籍出版社，2009.

2. 薛立功，张海荣，刘春山，等 . 长圆针治疗继发性腰椎间盘脱出综合征 1396 例止痛疗效观察［J］. 中国针灸，2004（09）：47–48.

3. 李荣俊，王彤，袁永，等 . 薛立功采用长圆针解结法治疗经筋痹痛的临床思路［J］. 中国针灸，2020，40（10）：1119–1121.

七、拨针（松解针）技术

1. 宋一同，陈超然 . 拨针学［M］. 北京：海洋出版社，2013.

2. 弓国华，王贤海，孙绍君，等 . 勾型拨针治疗肱二头肌长头肌腱炎的临床观察［J］. 中国民间疗法，2020，28（20）：50–52.

3. 弓国华，孙绍君，王贤海，等 . 拨针治疗臀中肌损伤 42 例的临床观察［J］. 世界最新医学信息文摘，2019，19（61）：127+131.

八、铍针技术

1. 董福慧 . 中医铍针［M］. 北京：中国医药科技出版社，2021

2. 孙佩宇，雷仲民，黄明华，等 . 铍针治疗颈椎病性颈肩痛 80 例随机对照研究［J］. 中医杂志，2015，56（16）：1386–1389.

九、银质针技术

1. 陆念祖 . 陆氏伤科银质针疗法［M］. 上海：上海科学技术出版社，2011.

2. 宣蛰人 . 宣蛰人软组织外科学［M］. 上海：文汇出版社，2002.

3. 王福根 . 银质针导热治疗颈腰背痛［M］. 郑州：河南科学技术出版社出版，2020.

十、微创切骨技术

1. 王正义 . 足踝外科学［M］. 北京：人民卫生出版社，2006.

2. 温建民 . 中西医结合微创技术治疗踇外翻［M］. 北京：人民卫生出版社，2010.

3. 温建民，陈宝兴 . 小切口在足骨科的运用［J］. 中国骨伤，1998（05）：56–57.

4. 踇外翻诊疗专家共识［J］. 中国医学前沿杂志（电子版），2017，9（10）：30–42.

十一、微创磨骨技术（微创削骨技术）

1. 王正义 . 足踝外科学［M］. 北京：人民卫生出版社，2006.

2. 温建民 . 中西医结合微创技术治疗踇外翻［M］. 北京：人民卫生出版社，2010.

3. 温建民，陈宝兴 . 小切口在足骨科的运用［J］. 中国骨伤，1998（05）：56–57.

4. 温建民，孙卫东，陈思，等 . 微创截骨治疗小趾囊炎［J］. 中国矫形外科杂志，2008（23）：1784–1786.

5. 清・吴谦 . 医宗金鉴［M］. 北京：人民卫生出版社，2006.

十二、割治技术

1. 董毅峰，董超峰，董丹 . 董氏穴位割治截根疗法［M］. 北京：人民军医出版社，2011.

2. 胡顺琴，施可器 . 割治疗法配合饮食调护治疗小儿疳积 50 例临床观察［J］. 中医儿科杂志，2017，13（03）：71–73.

3. 吴濛潇，蒋路云，张勤修，等 . 中医割治疗法研究进展［J］. 亚太传统医药，2020，16（12）：212–215.

第八章　骨伤类技术

第一节　理筋技术

骨伤科疾病多与急慢性运动损伤相关。手法治疗为代表性外治法，具有针对性强、见效快的特点。理筋手法是手法治疗技术的重要组成部分，是骨伤科临床常用的治疗方法。它是指医生运用指、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。理筋手法以中医基础理论为依据，结合现代力学为特征的物理疗法。在治疗过程中，理筋手法以辨证论治为基础，以八纲、脏腑、卫气营血等为辨证依据，贯穿局部与整体，既注重局部损伤的变化，又重视脏腑气血的盛衰。但涉及脊柱的手法治疗，应先完成病史、体格检查和必要的影像学评估；出现进行性神经功能缺损、马尾综合征表现、脊髓受压表现、发热或肿瘤 / 感染警示征象者，不得行手法治疗，应及时转诊。

一、理筋手法

（一）按法

1. 指按法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：医生以拇指、食指、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位按压施术部位，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”。

4）适用部位：全身。

5）功效：通经活络，解痉止痛。

（2）适应证　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、风寒痹痛等各种筋伤类疾病，以及头痛、眩晕、健忘、睡眠障碍、心悸、胃痛等内科疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破溃、出血和有出血性倾向者，孕妇腹部。

（4）注意事项　按压力度要由轻到重，方向与受力面垂直，稳而持续，压而不动，使作用深透。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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位。

3）操作要领：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”。

4）适用部位：全身。

5）功效：通经活络，松解粘连，调整骨缝，纠正错位。

（2）适应证　颈椎病、肩关节周围炎、胸椎小关节紊乱症、胸胁屏伤、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、腹痛等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破溃、出血，骨质破坏、严重骨质疏松者，有明显出血倾向者，孕妇腰腹部。

（4）注意事项　本法的治疗特点是接触面大、刺激柔和。按压力度要由轻到重，稳而持续，使作用充分透达组织深部，用力大小以患者能耐受为度。

3. 肘按法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位。

3）操作要领：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，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。

4）适用部位：肩部、腰背部、臀部、下肢部。

5）功效：通经活络，解痉止痛。

（2）适应证　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疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破溃、出血，骨质破坏、严重骨质疏松者，有明显出血倾向者，孕妇腰腹部。

（4）注意事项　本法刺激性较大，较适宜用于软组织丰满、病位较深之处；用力大小、操作时间应适度，避免造成局部损伤。

（二）扳法

1. 颈椎定点旋转扳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：以向右扳为例。患者坐于矮凳上，医生站于患者后方，嘱其颈项部放松。医生以左手拇指推顶患者病变颈椎棘突（或横突）旁，用右手（或肘窝）托住患者下颌，令患者低头屈颈 15° ～ 30°，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地向右扳动，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“咔”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。用肘窝托患者下颌操作时，可以先垂直向上牵引颈椎片刻，然后再做旋转扳动。

4）适用部位：颈部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　颈部筋伤、落枕、颈椎病、颈椎后关节紊乱症、颈肩综合征、伤后关节功能障碍等疾病。

（3）禁忌证　颈椎骨折、结核、肿瘤，严重骨质增生或骨质疏松，颈部血管硬化明显且伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

（4）注意事项　扳动时要符合并顺应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，要适当减小旋转幅度。对于有颈椎内固定者，要禁用本法。

2. 颈椎旋提法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：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。医生以肘部托住患者下颌，轻轻向上牵引 3 ～ 5 秒后，用短力快速向上提拉，常可听到“咔”的弹响声。扳动时要掌握好发力时机，用力要快而稳。

4）适用部位：颈部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　颈部筋伤、落枕、颈椎病、颈椎后关节紊乱症、颈肩综合征、伤后关节功能障碍等疾病。

（3）禁忌证　颈椎骨折、结核、肿瘤，严重骨质增生或骨质疏松，颈部血管硬化明显且伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

（4）注意事项　让患者主动旋转、屈曲颈部至最大限度时再进行扳动，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，要适当减小旋转幅度。对于有颈椎内固定者，要慎用本法。

3. 坐位颈椎斜扳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：患者颈项部放松，头略前倾或呈中立位。医生站立于患者侧后方，一手扶按患者头顶部，另一手托住患者下颌部并轻轻向上牵引，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“咔”的弹响声。

4）适用部位：颈部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　落枕、颈椎病、外伤后颈椎关节功能障碍等疾病。

（3）禁忌证　颈椎骨折、结核、肿瘤，严重骨质增生或骨质疏松，颈部血管硬化明显且伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

（4）注意事项　扳动时要符合并顺应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，要适当减小旋转幅度。对于有颈椎内固定者，要慎用本法。

4. 仰卧位颈椎斜扳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：坐位。

2）患者体位：仰卧位。

3）操作要领：患者取仰卧位。医生坐于患者床头，一手托住患者枕后部，另一手握住其下颌部，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“咔”的弹响声。扳动时要掌握好发力时机，用力要快而稳。

4）适用部位：颈部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　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疾病。

（3）禁忌证　颈椎骨折、结核、肿瘤，严重骨质增生或骨质疏松，颈部血管硬化明显且伴有严重眩晕及颈髓损伤者。

（4）注意事项　扳动时要符合并顺应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，要适当减小旋转幅度。对于有颈椎内固定者，要慎用

本法。

5. 扩胸牵引扳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：患者取坐位，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“咔”的弹响声。

4）适用部位：胸背部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　胸胁屏伤、胸椎后关节紊乱症、胸椎外伤后关节粘连和活动障碍等疾病。

（3）禁忌证　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。

（4）注意事项　发力时机要准，不可使用暴力和蛮力。

6. 胸椎对抗扳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：患者取坐位，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。然后握住患者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，医生两手、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“咔”的弹响声。

4）适用部位：胸背部。

5）功效：调整关节，矫正错位。

（2）适应证　肋椎关节错位、胸椎后关节紊乱症等疾病；脊柱相关疾病，对于伴胸背部机械性疼痛或活动受限者，可在明确排除心肺、消化等内脏急症后辨证施治。

（3）禁忌证　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。

（4）注意事项　发力时机要准，不可使用暴力和蛮力。

7. 腰椎斜扳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：侧卧位。

3）操作要领：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小幅度推扳，使腰部产生旋转，此时常可闻及“咯嗒”的响声。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋通络，解痉止痛，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　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、假性腰椎滑脱等疾病。

（3）禁忌证　腰椎骨折、结核、肿瘤，诊断不明确的脊柱、脊髓损伤，严重腰椎骨质增生、强直或骨质疏松者，孕妇。

（4）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本法。

8. 腰椎旋转复位法

（1）基本操作方法

1）医生体位：坐位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：以棘突向右偏者为例。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。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左推顶棘突，常可闻及“咔嗒”的响声或感到拇指下有轻微的棘突位移感。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋通络，解痉止痛，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　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、假性腰椎滑脱等疾病。

（3）禁忌证　腰椎骨折、结核、肿瘤，诊断不明确的脊柱、脊髓损伤，严重腰椎骨质增生、强直或骨质疏松者，孕妇。

（4）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本法。

9. 腰部后伸扳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：俯卧位。

3）操作要领：患者俯卧，双下肢并拢，自然放松。医生一手按压于患者腰部，另一手臂托抱住其双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，同时做相反方向的瞬时用力扳动。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋通络，解痉止痛，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　腰部筋伤、腰椎后关节紊乱症、腰椎间盘突出症、假性腰椎滑脱、腰肌劳损、第三腰椎横突综合征、骶髂关节损伤等疾病。

（3）禁忌证　腰椎骨折、结核、肿瘤，诊断不明确的脊柱、脊髓损伤，严重腰椎滑脱、强直或骨质疏松及椎管狭窄者，孕妇。

（4）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本法。

（三）背法

1. 后伸背法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：站位。

3）操作要领：医生与患者背靠背站立，两臂从患者腋下穿过，以肘窝挎住患者肘窝，双肘屈曲相互反扣；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，进行上下或左右晃动；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。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋通络，调整关节，矫正错位。

（2）适应证　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、胸胁屏伤、腰骶关节错位等疾病。

（3）禁忌证　年老体弱者、严重骨质疏松者、重度高血压患者等。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：站位。

3）操作要领：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，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屈曲，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，防止患者因体位改变和颅内压改变而跌倒。整个动作要协调连贯。

4）适用部位：腰部。

5）功效：解痉止痛，正骨理筋。

（2）适应证　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、胸胁屏伤等疾病。

（3）禁忌证　年老体弱者，骨质增生、骨质疏松严重者等。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：以拇指指腹或指尖按于肌束、肌腱、韧带、经络、筋结等部位的一侧，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，像拨动琴弦一样进行往复用力地拨动，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。

4）适用部位：颈部、肩部、腰背部、臀部和四肢。

5）功效：舒筋散结，松解粘连，解痉止痛。

（2）适应证　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，腰背肌筋膜炎，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病。

（3）禁忌证　肌腱断裂和局部皮肤感染、破溃、出血者等。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位。

3）操作要领：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。一般以 3 ～ 5 次为宜。

4）适用部位：腰背部、臀部、下肢部。

5）功效：舒筋活血，解痉止痛，消瘀散结，松解粘连。

（2）适应证　腰背肌筋膜炎、第三腰椎横突综合征、腰椎间盘突出症、梨状肌综合征、坐骨神经痛、腰肌劳损等疾病。

（3）禁忌证　局部皮肤感染、破溃、出血者，孕妇等。

（4）注意事项　用力要由轻到重；不要在皮肤表面摩擦移动。

（五）擦法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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。频率为 100 ～ 120 次 / 分钟。

4）适用部位：头面部、胸腹部、腰背部、上肢部、下肢部。

5）功效：活血散瘀，消肿止痛；温经通络，祛风散寒；健脾和胃，止咳平喘。

（2）适应证　颈椎病、落枕、腰背痛、腰肌劳损、风寒痹痛、四肢筋伤、腹痛、泄泻、消化不良、头痛、风寒外感、咳嗽、哮喘等疾病。

（3）禁忌证　局部皮肤感染、破损、过敏或有皮疹者，有出血倾向者，静脉曲张患者等。

（4）注意事项　着力部位要紧贴皮肤表面；不宜过度施压，力量要均匀，动作要连续。对婴幼儿或皮肤娇嫩者施术时，宜先涂抹润滑剂，以防擦破皮肤。

（六）踩跻法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：俯卧位。

3）操作要领：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，并做轻微的踏跳动作。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。

4）适用部位：腰背部、下肢部。

5）功效：舒筋通络，解痉止痛，松解粘连，调骨理筋。

（2）适应证　腰背肌筋膜炎、第三腰椎横突综合征、腰椎间盘突出症、梨状肌综合征、臀上皮神经炎、腰肌劳损、腰椎骨关节炎、坐骨神经痛、腰腿痛、腓肠肌痉挛等疾病。

（3）禁忌证　年老体弱者，孕妇，严重内脏疾病、脑血管疾病患者，骨质疏松患者，腰椎滑脱者等。

（4）注意事项　操作时，不可在同一部位停留时间过长。治疗过程中，患者如有心慌等不适，要立即停止操作。踏跳要轻巧，防止造成骨折。经期妇女和强直性脊柱炎已有骨性强直者慎用本法。

（七）戳法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：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，顺势小幅度滑动。

4）适用部位：颈部、肩部、背部、腰部、骶尾部、髋部、上肢部、下肢部。

5）功效：疏通经络，调整骨缝，解痉止痛。

（2）适应证　颈椎病，落枕，肩关节周围炎，腰背肌筋膜炎，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，肌腱炎，肌肉、肌腱、韧带、神经损伤，骨节错缝，各种筋伤等疾病。

（3）禁忌证　局部皮肤感染、破损，肌腱和韧带断裂，神经、血管损伤等。

（4）注意事项　戳即戳按之义，戳的部位要准确，按到一定深度时，再做小幅度滑动。

（八）搓法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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 / 分钟。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。

4）适用部位：头部、胁肋部、腰部、上肢部、下肢部。

5）功效：舒筋通络，调和气血，解痉止痛，祛风散寒。

（2）适应证　颈椎病、胸胁屏伤、风湿痹痛、四肢筋伤等疾病。

（3）禁忌证　局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）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（点穴疗法或指针疗法）

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：根据经络循行路线，以指代针，用拇指、食指、中指的指端或指间关节突出部位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

充分到达组织的深部，患者可感到局部有酸、麻、胀、痛的感觉。

4）适用部位：全身。

5）功效：通经活络，宣通气血，调和脏腑，平衡阴阳。

（2）适应证　各种痛证、筋伤、颈椎病、肩关节周围炎、肩峰下滑囊炎、胸椎骨关节炎、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、腰背肌筋膜炎、瘫痪、脑瘫、神经损伤、胸腹内伤等疾病。

（3）禁忌证　孕妇腰腹部，年老体弱者，严重心脏病患者，局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）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、操作时间应适度，避免造成局部组织损伤。对重要脏器部位要慎用本法。

（十）抖法（牵抖法）

1. 抖上肢法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、仰卧位、站位。

3）操作要领：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。抖动幅度 2 ～ 3cm，频率 250 次 / 分钟。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。

4）适用部位：肩部、上肢部。

5）功效：舒筋松骨，解痉止痛，调整关节。

（2）适应证　颈椎病、肩部和上肢筋伤、肩关节周围炎等疾病。

（3）禁忌证　上肢骨折，习惯性肩、肘、腕关节脱位等。

（4）注意事项　先牵引，后抖动。

2. 抖下肢法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：卧位。

3）操作要领：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，然后上臂、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进行操作。抖动幅度要小，频率要快。一般情况下，抖动幅度 2 ～ 3cm，频率 100 次 / 分钟。

4）适用部位：髋部、下肢部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，纠正错位，调整关节。

（2）适应证　髋部筋伤、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、腰腿痛和下肢筋伤等疾病。

（3）禁忌证　骨盆、下肢骨折等。

（4）注意事项　先牵引，后抖动。抖动幅度要小，抖动时产生的抖动波应由肢体远端传向肢体近端。

3. 抖腰法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：俯卧位。

3）操作要领：患者俯卧，肌肉放松，两手拉住床头或由助手固定其两腋窝。医生以两手握住患者双踝，两臂伸直，身体后仰，首先向足端方向做持续性的缓缓牵引，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，产生如波浪样起伏，使抖动之力作用于腰部。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，纠正错位，调整关节。

（2）适应证　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、腰肌劳损、坐骨神经痛等疾病。

（3）禁忌证　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。

（4）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

1. 刮痧法

（1）常用设备　治疗床1张（180cm×60cm×65cm），刮痧板（砭石、水牛角、玉石等材质）1个，水、刮痧油、润肤乳、精油等介质适量。

（2）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：侧卧位、坐位、站位。

3）操作要领：医生以拇指或食指桡侧面，或食指、中指指面（或借助刮痧板等器具蘸水或其他介质），直接在体表施术部位或穴位上行单方向的快速推动，以患者耐受、局部皮肤轻度潮红且无明显疼痛或皮肤损伤为度，避免以出痧或皮肤颜色作为必要疗效指标。用力较推法为重。

4）适用部位：全身。

5）功效：舒筋通络，散寒止痛；发汗解表，除湿解暑。

（3）适应证　颈项强痛、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、食欲不振等疾病。

（4）禁忌证　局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（5）注意事项　用力不可过重，操作时间不可过长，防止皮肤破损、感染。孕妇慎用本法。

（十二）摇法

1. 侧摇法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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进行连续不断地来回滚动。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 / 分钟。前滚和后滚着力轻重之比为 3 ∶ 1，即“滚三回一”。

4）适用部位：头面部、颈肩部、腰背部、臀部、四肢部。

5）功效：舒筋通络，解痉散结；祛风散寒，调和营卫。

（2）适应证　颈椎病、落枕、颞下颌关节紊乱综合征、面神经炎、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、风寒痹痛、各种筋伤、运动损伤、疲劳等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）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. 直摇法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：医生腕部放松，肘关节屈曲 20° ～ 40°，手握空拳，以食指、中指、无名指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，使食指、中指、无名指、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 / 分钟。前滚和后滚着力轻重之比为 3 ∶ 1，即“滚三回一”。

4）适用部位：颈肩部、腰背部、腹部、臀部、四肢部。

5）功效：舒筋通络，解痉散结，祛风散寒，调和营卫。

（2）适应证　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、风寒痹痛、各种运动损伤、疲劳等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）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. 斜揉法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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° 以内。

4）适用部位：颈肩部、腰背部、腹部、臀部、四肢部。

5）功效：舒筋通络，解痉散结，祛风散寒，调和营卫。

（2）适应证　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、风寒痹痛、各种运动损伤、疲劳等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）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的刚性相触。

（十三）击法（击打法）

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：头部、颈肩部、背部、腰骶部、上肢部、下肢部。

5）功效：舒筋通络，消瘀止痛，祛风散寒，宣通气血。

（2）适应证　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，岔气，痿证，瘫痪，疲劳，陈旧筋伤及头痛，睡眠障碍等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）注意事项　本法属“刚劲”手法，较适合用于肌肉丰厚的部位，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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：医生以一手拇指和食指，或两手拇指的指腹或指端置于施术部位的皮肤或筋结处，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。

4）适用部位：躯干部、上肢部、下肢部。

5）功效：祛瘀散结，舒筋通脉。

（2）适应证　腱鞘囊肿、腰背肌筋膜炎、感冒、头痛等疾病。

（3）禁忌证　局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）注意事项　以患者能耐受为度，不可挤破皮肤。如果筋结存在时间过久，不可强行挤破。

（十五）叩法（叩打法）

1. 指叩法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：医生五指自然分开，腕关节略微背伸，前臂主动运动，以小指侧面有节律地叩击施术部位，发出有节奏的“啪啪”声，直至局部皮肤略发红晕。

4）适用部位：全身。

5）功效：行气活血，舒筋通络。

（2）适应证　头痛、肩痛、颈椎病、腰背酸痛、风寒痹痛、倦怠、疲劳、筋伤等疾病。

（3）禁忌证　局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者等。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：站位、卧位、坐位。

3）操作要领：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。速度由慢到快，频率 100 ～ 120 次 / 分钟，着力自轻而重，以患者局部有酸痛感为宜。

4）适用部位：肩部、腰背部、臀部、上肢部、下肢部。

5）功效：行气活血，舒筋通络，疏松筋骨，消除疲劳。

（2）适应证　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。

（3）禁忌证　孕妇腹部、腰骶部，急性软组织损伤、局部肿胀严重者，诊断不明确的急性脊柱损伤伴有脊髓症状者等。

（4）注意事项　施力要以患者能耐受为度。

（十六）理法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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，做一松一紧有节律地握捏、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。

4）适用部位：上肢部、下肢部。

5）功效：理筋通络，解痉止痛。

（2）适应证　颈椎病、肩关节周围炎、四肢筋伤、疲劳等疾病。

（3）禁忌证　静脉血栓。

（4）注意事项　指掌部要均衡施力，体现出“握”和“捏”的两种力量，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）

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：颈部、腰背部、上肢部、下肢部。

5）功效：理筋通络，解痉止痛。

（2）适应证　腰背肌筋膜炎，腱鞘炎，肌腱炎，肌肉劳损、痉挛，四肢筋伤等疾病。

（3）禁忌证　静脉血栓，局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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 / 分钟。

4）适用部位：全身。

5）功效：活血消肿，舒筋散瘀，温经通络，缓急止痛，健脾和胃，消食导滞。

（2）适应证　外伤肿痛、风湿痹痛、筋伤、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、便秘等疾病。

（3）禁忌证　局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）注意事项　摩动时的速度、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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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，做上下或左右直线或弧形曲线的往返抹动。医生亦可以用单手或双手拇指指腹置于施术部位，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的往返抹动。

4）适用部位：头面部、颈项部、胸腹部、腰背部、上肢部、下肢部。

5）功效：舒筋活血，行气止痛，祛风散寒，镇静安神。

（2）适应证　颈项疼痛、背痛、腰痹、肢体酸痛、头痛、眩晕、睡眠障碍、感冒、口僻、胸闷、气喘等疾病。

（3）禁忌证　局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）注意事项　本法与推法的不同之处在于推法是单向移动，而抹法是往返运动。操作时，着力部位要紧贴皮肤，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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：颈项部、肩背部、上肢部、下肢部。

5）功效：松肌理筋，解痉止痛，疏通经脉，活血散瘀。

（2）适应证　头痛、颈椎病、落枕、肩痛、肌肉疼痛、风寒痹证、膝骨关节炎及肢

体筋伤等疾病。

（3）禁忌证　局部肿胀严重者。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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 / 分钟。

4）适用部位：指、趾部。

5）功效：活血消肿，祛瘀止痛，理筋通络，松解粘连。

（2）适应证　指、趾筋伤，指、趾关节酸痛、肿胀、屈伸不利，腱鞘炎，肌腱粘连，类风湿关节炎等疾病。

（3）禁忌证　指、趾骨骨折患者，局部皮肤感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：头颈部、背部、腰部、腹部、臀部、四肢部。

5）功效：松肌理筋，解痉止痛；健脾和胃，消食化积。

（2）适应证　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、痿证、筋伤、疳证、疲劳等疾病。

（3）禁忌证　局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者，静脉血栓。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：医生用拇指与食指中节的桡侧面（或食指、中指、无名指指腹）夹住施术部位的肌肤，在提起的同时进行扭转。

4）适用部位：颈肩部、上肢部、下肢部。

5）功效：活血行气，疏通经络，解痉止痛，松解粘连。

（2）适应证　颈椎病、肩关节周围炎、肢体酸痛、风寒痹痛等疾病。

（3）禁忌证　局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）注意事项　拧动时用力要适度，避免损伤皮肤。

（二十四）拍法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：颈部、肩部、背部、胸腹部、腰骶部、上肢部、下肢部。

5）功效：宣通气血，舒筋活络，祛风散寒，解痉止痛。

（2）适应证　颈椎病，肩关节周围炎，腰背肌筋膜炎，腰椎间盘突出症，腰背疼痛，梨状肌综合征，肢体酸痛、麻木不仁，风寒痹痛，痿证，遗尿等疾病。

（3）禁忌证　孕妇腹部和腰骶部。

（4）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、声振荡波深透至深层组织。

（二十五）掐法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：全身。

5）功效：疏经通络，宣通气血，镇静安神，回阳救逆。

（2）适应证　肢体麻痹、烦躁、头痛、睡眠障碍、中暑、晕厥、半身不遂等疾病。

（3）禁忌证　局部肿胀、感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）注意事项　医生应剪短指甲并修磨圆整，不能有尖锐之处。操作时指甲不能在皮肤上进行擦、锉、割、磨。

（二十六）揉法

1. 指揉法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：医生腕关节微屈或伸直作为支点，拇指或其他手指的指腹侧面按于施术部位或穴位上，带动该处皮下组织小幅度连续不断的旋转揉动。频率 60 ～ 160 次 / 分钟。

4）适用部位：全身。

5）功效：温经祛寒，活血通络，松解粘连，解痉止痛。

（2）适应证　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、痿证、各种筋伤、外伤和骨折后功能障碍等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）注意事项　本法作用面小、力量深，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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：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，带动腕掌做小幅度回旋运动，使掌根或大鱼际在施术部位上行柔和、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 / 分钟。

4）适用部位：全身。

5）功效：温经祛寒，活血通络，松解粘连，解痉止痛。

（2）适应证　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、痿证、各种筋伤、外伤和骨折后功能障碍等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：全身。

5）功效：散瘀消肿，解痉止痛。

（2）适应证　颈肩疼痛、腰背疼痛、风湿痹痛、肌肉拘急等疾病。

（3）禁忌证　局部感染、破损、过敏和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）注意事项　操作时，掌根紧贴皮肤，以手腕快速摆动完成动作，不可在表皮上搓擦。

（二十八）推法

1. 指推法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：全身。

5）功效：舒筋通络，消瘀散结，祛风散寒，解痉止痛。

（2）适应证　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、腰背肌筋膜炎、风湿痹痛、筋肉拘急、高血压、头痛、头晕、睡眠障碍等疾病。

（3）禁忌证　皮肤感染、破损和出血者等。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位。

3）操作要领：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、腕关节做单向直线推进。

4）适用部位：全身。

5）功效：舒筋通络，消瘀散结，祛风散寒，解痉止痛。

（2）适应证　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、腰背肌筋膜炎、风湿痹痛、筋肉拘急、高血压、头痛、头晕、睡眠障碍等疾病。

（3）禁忌证　皮肤感染、破损和出血者等。

（4）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。

3. 拳推法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位。

3）操作要领：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，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，顺肌纤维走行方向行单向直线推进。

4）适用部位：颈项部、腰背部、上肢部、下肢部。

5）功效：舒筋通络，消瘀散结，祛风散寒，解痉止痛。

（2）适应证　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、腰背肌筋膜炎、风湿痹痛、筋肉拘急、高血压、头痛、头晕、睡眠障碍等疾病。

（3）禁忌证　皮肤感染、破损和出血者等。

（4）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。

（二十九）摇法

1. 摇颈法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：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，使患者头部进行缓慢、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托住患者枕骨粗隆下方，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，力度要柔和，开始摇转时速度更宜缓慢。

4）适用部位：颈部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，纠正错位，滑利关节。

（2）适应证　颈部筋伤、落枕、颈部僵直、颈椎病、肌性斜颈、外伤和术后颈椎功能障碍等疾病。

（3）禁忌证　颈椎骨折、脱位、骨质破坏、严重失稳，椎动脉型颈椎病，脊髓型颈椎病，耳源性眩晕，位置性眩晕。

（4）注意事项　不要摇动过快，以免引起头晕等症状。

2. 托肘摇肩法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：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。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。

4）适用部位：肩部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　肩关节周围炎，肩部肌腱炎、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疾病。

（3）禁忌证　习惯性肩关节脱位、肩臂部骨折。

（4）注意事项　肩痛和活动受限明显时不要强力进行摇动；骨质疏松者更宜谨慎，以免引起肱骨上端骨折。

3. 握腕摇肩法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：肩部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　肩关节周围炎，肩部肌腱炎、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疾病。

（3）禁忌证　习惯性肩关节脱位、肩臂部骨折。

（4）注意事项　肩痛和活动受限明显时不要强力进行摇动；骨质疏松者更宜谨慎，以免引起肱骨上端骨折。

4. 大幅度摇肩法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：患者取坐位，两上肢自然下垂并放松。医生站立于患者前外侧，双

手握住患者腕部，牵伸并抬高其上肢至其前外方约 45° 时，将其上肢慢慢向前外上方托起，在此过程中，位于下方的一手应逐渐翻掌，当上举至 160° 时，即可用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，握腕的一手则略上提，使肩关节伸展。随即握腕的一手握腕摇向后下方，经下方至其前外方 45° 位稍停，此时扶按肩部的一手已随势沿其上臂、前臂滑落于腕部，呈两手夹持其腕部状态。然后将其手臂上抬经医生胸前运转至初始位，在此过程中，握腕的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。此为肩关节大幅度摇转 1 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。此即当肩关节向上、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）适用部位：肩部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　肩关节周围炎，肩部肌腱炎、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疾病。

（3）禁忌证　习惯性肩关节脱位、肩臂部骨折。

（4）注意事项　肩痛和活动受限明显时不要强力进行摇动；骨质疏松者更宜谨慎，以免引起肱骨上端骨折。

5. 摇腕法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：坐位、卧位、站位。

3）操作要领：医生双手握住患者手掌部，以两手拇指分按于腕背侧，余指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，使腕关节做充分的背伸、尺偏、屈曲和桡偏活动。

4）适用部位：腕部。

5）功效：舒筋活络，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　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疾病。

（3）禁忌证　腕部骨折。

（4）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。

6. 仰卧位摇腰法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：仰卧位。

3）操作要领：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，另一手握住患者足踝部，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，然后逆时针方向行同样的环形摇转运动。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。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

（2）适应证　腰部筋伤、腰痹、腰部僵硬、腰椎间盘突出症、腰椎后关节紊乱症、腰椎骨关节炎、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疾病。

（3）禁忌证　腰椎、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

（4）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本法。

7. 俯卧位摇腰法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：俯卧位。

3）操作要领：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，然后逆时针方向行同样的环转运动。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，以调节摇转的腰椎节段和幅度。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

（2）适应证　腰部筋伤、腰痹、腰部僵硬、风湿痹痛、腰椎间盘突出症、腰椎后关节紊乱症、腰椎骨关节炎、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疾病。

（3）禁忌证　腰椎、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

（4）注意事项　急性腰痛时，要根据患者的耐受度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本法。

8. 坐位摇腰法（滚床摇腰法）

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：坐位。

3）操作要领：患者坐在床上，双膝伸直，腰部放松。助手站于其前方，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，在轻轻向上的牵引下行顺时针或逆时针方向的环转摇动。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

（2）适应证　腰部筋伤、腰痹、腰部僵硬、腰椎间盘突出症、腰椎后关节紊乱症、

腰椎骨关节炎、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疾病。

（3）禁忌证　腰椎、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

（4）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。

9. 站位摇腰法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：站位。

3）操作要领：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，然后逆时针方向行同样的摇转运动。

4）适用部位：腰部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，调整关节。

（2）适应证　腰部筋伤、腰痹、腰部僵硬、腰扭伤、岔气、腰椎间盘突出症、腰椎后关节紊乱症、腰椎骨关节炎、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疾病。

（3）禁忌证　腰椎、骶椎及骨盆骨折、脱位和严重腰椎滑脱者。

（4）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本法。

10. 摇髋法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：仰卧位。

3）操作要领：医生一手扶按患者膝部，另一手握住患者足踝部。首先将患者髋关节、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，然后使髋关节、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。

4）适用部位：髋部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　髋部筋伤、髋关节疼痛、弹响髋、外伤和术后髋关节功能障碍等疾病。

（3）禁忌证　髋臼、股骨颈和粗隆间骨折者。

（4）注意事项　严重骨质疏松患者的摇动幅度不要过大，防止造成骨折。曾接受髋关节置换术者应慎用本法。

11. 仰卧位摇膝法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：仰卧位。

3）操作要领：患者仰卧，健侧下肢伸直放松，患侧髋关节、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。

4）适用部位：膝部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　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疾病。

（3）禁忌证　半月板、交叉韧带、侧副韧带严重损伤和膝部骨折者。

（4）注意事项　膝关节骨折后遗症导致膝关节功能障碍者的摇动范围要适当，避免强力摇动牵拉造成再次骨折。曾接受膝关节置换术者慎用本法。

12. 俯卧位摇膝法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位。

2）患者体位：俯卧位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：膝部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　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疾病。

（3）禁忌证　半月板、交叉韧带、侧副韧带严重损伤和膝部骨折者。

（4）注意事项　膝关节骨折后遗症导致膝关节功能障碍者的摇动范围要适当，避免强力摇动牵拉造成再次骨折。

13. 摇踝法

（1）基本操作方法

1）医生体位：坐位。

2）患者体位：仰卧位。

3）操作要领：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，另一手握住患者足前部，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，然后逆时针方向行同样的环转摇动。

4）适用部位：踝部。

5）功效：舒筋活络，解痉止痛，松解粘连，滑利关节。

（2）适应证　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疾病。

（3）禁忌证　踝关节骨折、脱位和严重韧带损伤。

（4）注意事项　对于踝关节骨折等造成踝关节活动受限明显的患者来说，摇动幅度要适当，速度宜缓慢，避免强力和摇动幅度过大。

（三十）一指禅推法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位。

3）操作要领：医生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、持续不断地推动。频率 120 ～ 160 次 / 分钟。

4）适用部位：全身。

5）功效：舒筋通络，活血散结，祛瘀生新，解痉止痛。

（2）适应证　头痛、睡眠障碍、口僻、颈项强痛、颈椎病、肩关节周围炎、骨关节炎、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、胃脘痛等疾病。

（3）禁忌证　皮肤感染、破损、出血。

（4）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）

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位。

3）操作要领：医生将掌面自然按压于施术部位或穴位（如中脘、神阙、气海、关元等）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颤动，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 / 分钟。医生亦可将中指指面按压于施术部位，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，前臂和手部的肌肉进行强烈静止性收缩，发出快速而连续的颤动，使振动波通过指端传递到施术部位。

4）适用部位：全身。

5）功效：行气活血，祛瘀镇痛，宽胸理气，镇静安神。

（2）适应证　颈椎病、肩关节周围炎、胸胁屏伤、胁肋部软组织损伤、腰背肌筋膜炎、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、睡眠障碍、胃脘痛、腹胀、泄泻、便秘、痛经等疾病。

（3）禁忌证　孕妇腰腹部。

（4）注意事项　操作时，手臂肌肉绷紧，动作要轻快持续，不可时断时续。

（三十二）抓法

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：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。

4）适用部位：头部、颈项部、肩背部、上肢部、下肢部。

5）功效：调和气血，疏通经络，解痉止痛，醒脑开窍。

（2）适应证　头痛、颈项强痛、肩背酸痛、膝痛、四肢疼痛等疾病。

（3）禁忌证　局部破损、感染和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）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

（1）基本操作方法

1）医生体位：站位、坐位。

2）患者体位：卧位、坐位、站位。

3）操作要领：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，两手交替而有节奏地带动指端叩击施术部位，如鸡啄米状。

4）适用部位：头枕部、颈背部、胸胁部、腰骶部、上肢部、下肢部。

5）功效：活血止痛，通经活络，开胸顺气，安神醒脑。

（2）适应证　头痛、头昏、脑瘫、颈椎病、胸背部软组织疼痛、腰痹、肌肉萎缩、肢体麻木不仁等疾病。

（3）禁忌证　局部破损、感染和有皮疹者，有出血倾向者。

（4）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、主要适应证

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的关节僵硬、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。

三、禁忌证

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患者。

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患者。

9. 有精神疾病且不能合作的患者。

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。

四、临床应用举例

（一）腰痹（腰椎间盘突出症）

1. 技术要点

患者取俯卧位，全身自然放松。医生采用按法、揉法、摇法等手法放松其腰部软组织 5 ～ 10 分钟。让患者变换为健侧卧位，患侧在上，健侧下肢伸直，髋关节略后伸，患侧下肢屈髋、屈膝。医生站立其面前，肘部弯曲，用一肘部、前臂上端搭在患侧肩前方向外推动，另一肘部、上臂下端搭在臀部向内扳动，调整患者肩部与臀部的位置，使患者腰椎逐渐旋转，扭转中心正好落在病变腰椎节段上。当将脊柱扭转至弹性限制位时，医生可感受到抵抗，适时做一突发、有控制的扳动，扩大扭转幅度 3° ～ 5°，常可听到“咔嗒”声响，一般表示复位成功。注意切不可使用暴力，扳动要“轻巧、短促、随发随收”；关节弹响虽常标志手法复位成功，但不可追求弹响。

2. 特别提示

治疗结束后，令患者取仰卧位，卧床休息 15 分钟左右。减少腰部活动，注意腰部保暖，愈后加强腰背肌功能锻炼。中央型巨大腰椎间盘突出、急性期剧烈疼痛者，慎用理筋治疗。理筋治疗为本病主要疗法之一，同时亦可配合药物、针灸、理疗等其他治疗方法。

（二）项痹（神经根型颈椎病）

1. 技术要点

患者取端坐位，颈部自然放松。医生采用按法、揉法、摇法、提法、拿法等手法放松颈部软组织 5 ～ 10 分钟。然后让患者的头部水平旋转至极限角度，最大屈曲，达到

有固定感。医生以肘部托患者下颌，轻轻向上牵引 3 ～ 5 秒。嘱患者放松肌肉，肘部用短力快速向上提拉。操作成功可以听到一声或多声弹响。应用提、拿等手法再次将颈肩部肌肉放松。注意切不可使用暴力，提拉要“轻巧、短促、随发随收”。关节弹响虽常标志手法复位成功，但不可追求弹响。

2. 特别提示

治疗结束后，令患者静坐休息 15 分钟左右。愈后加强颈部肌肉功能锻炼，减少低头时间。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，禁忌使用颈椎旋（转）提法治疗。理筋治疗为本病主要疗法之一，同时亦可配合药物、针灸、理疗等其他治疗方法。

（三）肩凝症（肩关节周围炎）

1. 技术要点

患者取端坐位，肩臂部自然放松。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。抖动幅度 2 ～ 3cm，频率 250 次 / 分钟左右。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。

2. 特别提示

治疗时要求患者充分放松，抖动频率要快，幅度要逐渐增大。注意肩部保暖，避免过度劳累。

（四）胸椎小关节紊乱症

1. 技术要点

患者取端坐位，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“咔”的弹响声。

2. 特别提示

脊柱骨折、脊髓损伤及严重骨质疏松的患者禁忌使用胸椎扳法治疗。手法调整成功后，可配合理疗、热敷等其他疗法。

（撰写人：朱立国、于杰、师彬）

第二节　脱位整复（复位）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，称脱位。该病历代有“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

拔伸牵引手法能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。牵引手法是其他复位手法的基础，适用于绝大多数四肢关节脱位的复位。

（二）屈伸回旋

屈伸回旋手法主要用于矫正骨折断端的旋转及成角畸形，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。当肢体有旋转畸形时，医生手握其远端，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；屈伸时，医生一手固定关节的近端，另一手握住远端沿关节的冠轴摆动肢体，以整复骨折脱位。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

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。前后侧移位用提按手法。操作时，医生两手拇指按突出的一端向下，其余四指提另一端向上。内外侧移位用端挤手法。操作时，医生一手固定近端，另一手握住远端，用四指向医生方向用力谓之端，用拇指反向用力谓之挤，将向外突出的骨折端向内挤迫。操作时注意发力适当、方向正确，切忌在皮肤上来回摩擦，以免损伤皮肤。

（四）足蹬膝顶

在充分牵引的基础上，可采用足蹬法或膝顶法进行复位，通常由 1 个人操作。该法常用于治疗肩关节、肘关节及髋关节前脱位。以肩关节脱位为例，足蹬指医生用脚蹬患者的腋下，双手握住腕部向远端拉；膝顶指医生用膝盖顶着患者的肩部，再配合手拉的方法让肩关节复位。

（五）杠杆支撑复位

本法利用杠杆为支撑点，力量较大，多用于难以整复的肩关节脱位或陈旧性脱位。操作时，常采用一长约 1m、直径为 4 ～ 5cm 的圆木棒，中间部位以棉垫裹好，将其置于患侧腋窝，两助手上抬，医生双手握住患者腕部，并外展 40° 向下牵引，以解除肌肉痉挛，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，

使肩部各方向活动范围广泛，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，故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的方法。

二、主要适应证

脱位整复（复位）技术主要适用于四肢关节脱位及颞下颌关节脱位，以及新鲜脱位、陈旧性脱位、习惯性脱位。

三、禁忌证

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. 患者无法配合或不耐受手法复位治疗，以及复位后无法将关节维持稳定者。
7. 关节脱位合并骨折，且具有手术指征者。

四、注意事项

1. 手法复位操作时，医生与助手应熟悉病变，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。

2. 医生应熟悉手法操作步骤，密切配合，动作宜缓慢、轻柔、灵活、持续，避免粗暴、反复地复位。

3. 复位前医生应做好与患者的沟通，以便取得患者良好的配合。

4. 根据患者具体情况，选择有效的止痛或麻醉方法，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。

5. 医生应该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。

6. 固定是脱位整复后巩固疗效的重要措施之一，复位后患者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，患者应尽早进行康复训练及功能锻炼，促进关节功能的良好恢复。

五、临床应用举例

（一）颞下颌关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合四头带等外固定治疗，并辅以活血化瘀、舒筋活络、消肿止痛中药内服外用。

2. 技术要点

以急性颞下颌关节前脱位为例。因急性颞下颌关节脱位整复较容易，故一般不必使用麻醉，有时可配合按摩、热敷或外擦舒筋药水等松解筋肉痉挛，而后即可进行复位手法。患者取正坐位，助手站于其后，双手固定其头部，医生立于患者正前方，双手拇指用数层纱布包裹后伸入患者口腔内，按于两侧下臼齿上，其余四指在外托住下颌，先将两拇指徐徐用力向下按，余指协调地将下颌骨向后上方送，听到入臼声，说明脱位已复入，此时拇指快速向两旁滑开并从口腔内退出。

3. 特别提示

复位后托住下颌部，维持闭口位 3 ～ 5 分钟，然后用普通绷带兜住下颌部在头上打结，固定 3 ～ 5 日，习惯性脱位应适当延长固定时间。其目的主要是保持复位后位置，使关节得到良好修复，防止再脱位。

颞下颌关节脱位一般较易整复，预后较好。固定期间可嘱患者做咬合动作，但不宜用力张口或过早解除外固定绷带嚼食，防止再脱位。

（二）肩关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合伤肢悬吊固定治疗，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、椅背复位等。

2. 技术要点

对于新鲜肩关节脱位的复位，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。以前脱位复位为例。

（1）*牵引推拿法*　患者取仰卧位，用布带绕过胸部，第一助手向健侧牵拉，第二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。3 位助手同时徐缓、持续不断地牵引，可使肱骨头自动复位。若不能复位，医生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，应多做旋转活动，一般均可复位。

（2）*手牵足蹬法*　患者取仰卧位，以右肩为例，医生立于患侧，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，双手斜形环抱固定患者做对抗牵引；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。医生立于患肩外侧，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，医生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，即已复位。

（4）*拔伸膝顶法*　患者坐于凳上，助手双手按住并固定患者的肩部，医生站于患肢外侧，一脚踏在患者坐凳的外侧，膝部垫入患肢腋下。医生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做拔伸牵引，牵引中医生用力外展、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，也可以让另一名助手进行患肢牵引复位，医生双手在腋下端提配合膝顶复位。

（5）*牵引回旋法*　患者取坐位，助手立于其后，用手按住患者双肩。医生立于患侧，用一手臂从患者肩部后侧穿过腋下，屈肘 90°，握住其腕部，用另一手握住患者肘部。医生两手臂协同用力，轻轻摆动患肢，然后医生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，用棉垫置于腋窝，保护腋下血管、神经。助手扶住患者和椅背。医生握住患肢，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*　患者俯卧于床上，患肢悬垂于床旁，根据患者肌肉发育程度，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。有时医生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，尤其老年患者适宜。

3. 特别提示

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。

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。

（三）肘关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合伤肢悬吊或夹板外固定治疗，并辅以活血化瘀、通经活络、消肿止痛中药内服外用。常用手法：提按端挤捺正、屈伸回旋、拔伸牵引等。

2. 技术要点

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。原则上应在肌肉高度松弛及无疼痛感觉下进行复位。陈旧性脱位应力争手法复位。以肘关节后脱位复位为例。

（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。医生站在患者前面，以双手握住其腕部，置前臂于旋后位，与助手对抗牵引，3 ～ 5 分钟后，医生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，则表示已复位。

（2）*膝顶复位法*　患者取坐位，医生立于患侧前面，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，医生站在患者患侧身后，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，医生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。

3. 特别提示

复位后将患肘屈曲 90°、前臂中立位，用三角巾悬挂固定，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。复位手法忌粗暴，注意预防骨化性肌炎等并发症发生。

（四）小儿桡骨小头半脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合伤肢悬吊治疗。常用手法：屈伸回旋、拔伸牵引等。

2. 技术要点

嘱家长抱患儿取坐位，医生面对患儿而坐，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。

3. 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 日。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。

（五）月骨脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合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。少数手法复位不成功者，可用钢针撬拨复位。

2. 技术要点

（1）手法复位　患者取坐位，肘关节屈曲 90°，腕部极度背伸。第一助手握其肘部，第二助手握食指和中指，持续对抗牵引，在拔伸牵引下前臂逐渐旋后，持续牵引 3 ～ 5 分钟后，医生两手除拇指外，其余四指握住腕部，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。医生指下有滑动感，且患手中指可以伸直时，说明复位成功。

（2）针拨复位　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环境及 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，故可试行骨牵引法，即在尺骨鹰嘴及第四掌骨颈处各穿一钢针，对向牵引2～3日后，再采用上述手法复位。

3. 特别提示

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，1周后解除固定。在复位过程中，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，如桡月前后韧带均已断裂，发生缺血性坏死或合并创伤性关节炎者，可考虑月骨切除。

（六）掌指关节及指间关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合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。

2. 技术要点

（1）掌指关节脱位　患者取坐位，助手固定患侧手腕部。医生一手握持伤指，并用拇指、食指捏住近节指骨，顺势向后下牵引；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。

（2）指间关节脱位　手法复位比较容易。医生双手握持伤指，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。

3. 特别提示

复位后将绷带卷置于手掌心，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2周，以防韧带挛缩。

手法复位失败，或合并骨折、韧带断裂复位后不稳定者，需切开复位，对骨折进行内固定并修复韧带。

（七）髋关节脱位

1. 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。

2. 技术要点

（1）髋关节后脱位

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以固定骨盆。医生面向患者，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以固定骨盆。医生立于患侧，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 1 个连续动作，形状恰似 1 个正问号（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。医生两手握患肢踝部，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：患者俯卧于床沿，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，医生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，医生可轻旋患侧大腿，使其复位。若手法复位难以实施，可考虑切开复位；若患者一般情况较差，合并休克，应待休克纠正后，再行整复。

（2）髋关节前脱位

1）屈髋拔伸法：患者仰卧于铺于地面的木板上。一助手将其骨盆固定，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°。医生双手环抱大腿根部，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。一助手以两手按压其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。医生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，感到腿部突然松动，同时可听到响声，畸形随着响声消失，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。

（3）髋关节中心性脱位

1）拔伸扳拉法：适用于移位较轻的患者。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；另一助手把住患者腋窝对抗牵引。医生立于患侧，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，病情较严重的患者。患者取仰卧位，患侧用股骨髁上骨牵引，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，做侧方牵引，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。经床边 X 线检查确认已将股骨头拉出复位后，减轻髁上及侧方牵引重量至维持量，继续牵引 8 ～ 10 周。用此法复位，往往可将移位的骨折片与脱位的股骨头一起拉出。

3. 特别提示

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。若手法复位难

以实施，可考虑切开复位。若患者一般情况较差，合并休克，应待休克纠正后，再行整复。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。

（八）膝关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合伤肢夹板、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。如伴有韧带、半月板损伤，或伴有骨折甚至神经、血管的损伤者应考虑择期手术治疗。

2. 技术要点

膝关节脱位属急症，一旦确诊，即应在麻醉下行手法复位。

复位一般在脊髓麻醉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做对抗牵引，保持膝关节半屈位置。医生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，且畸形消失，即表明已复位。复位后，将膝关节轻柔屈伸数次，以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。在复位过程中，一般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、神经的损伤。

3. 特别提示

复位后膝关节加压包扎，用长腿夹板或石膏托在膝关节屈曲 20° ～ 30° 位固定 6 ～ 8 周。禁止伸直位固定，以免加重血管、神经损伤。

如有血管损伤表现，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，应早期行手术复位。神经或韧带断裂，应早期行手术修复。

（九）髌骨脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合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。

2. 技术要点

患者取仰卧位。外侧脱位时，医生站于患侧，一手握患肢踝部，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，使其越过股骨外侧髁而复位。复位后，可轻柔屈伸膝关节数次，检查是否仍会脱出。

3. 特别提示

复位后在髌骨外侧加一压力垫，采用长腿石膏托或夹板于屈膝 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。

外伤性脱位，如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

裂等情况，均应做手术修补。对于习惯性脱位，多需手术矫正伸膝装置力线。

（十）踝关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合夹板、石膏等外固定治疗，可辅以活血化瘀、消肿止痛中药内服外用。如伴有踝关节骨折及下胫腓联合损伤者应考虑择期手术治疗。

2. 技术要点

在脊髓麻醉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；医生一手持足跖部，一手握足跟部，用力对抗牵引。

对于踝关节内脱位者，牵引下先将足极度内翻扩大畸形，足踝背伸，同时以两手拇指在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。踝关节外脱位者的复位手法与内脱位相反，牵引下将足极度外翻扩大畸形后，两手拇指在外踝下骨突处用力向内按压，一手余指环握踝部内侧向外端提，即可复位。对于踝关节前脱位者，医生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。对于踝关节后脱位者，医生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。

3. 特别提示

复位后，用夹板或石膏托固定 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；踝关节外脱位者将踝关节固定于外翻位。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稍背伸的中立位。

病情严重或合并有踝部严重骨折、下胫腓联合损伤及韧带断裂者，应尽量减少闭合复位的尝试，早期切开复位内固定治疗效果可能更好。

（十一）跗跖关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合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。

2. 技术要点

通常在患者受伤时间较短、肿胀不重、足部软组织张力不大时，可试行闭合复位。手法复位在脊髓麻醉或硬膜外麻醉下进行。患者仰卧，膝屈曲 90°，一助手握踝部，另一助手握足前部向远端拔伸牵引。医生站于患侧，按脱位类型以相反方向，用对掌挤按法直接推压跖骨基底部使之恢复原位。如第一跖骨向内，第二至第五跖骨向外，则用两手掌对向夹挤，将脱出分离的跖骨推向原位。

3. 特别提示

跗跖关节脱位整复后容易再脱位，复位后建议用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。

合并有严重骨折及复位后极不稳定者，需行切开复位内固定手术治疗。

（十二）跖趾关节及趾间关节脱位

1. 治则治法

多选用手法复位配合夹板、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。

2. 技术要点

（1）*跖趾关节脱位*　一助手固定踝部，医生一手持足趾（或用绷带提拉足趾用力牵引），另一手握前足部，先用力向背侧牵引，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。

（2）*趾间关节脱位*　医生一手握踝部或前足部，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。

3. 特别提示

跖趾关节脱位整复后，以夹板或石膏将跖趾关节固定于伸直位 2 ～ 3 周。趾间关节复位后，可以夹板或邻趾固定法固定。

跖趾关节脱位偶有因籽骨或跖骨板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，以上情况需及时行手术治疗。

（撰写人：王平）

第三节　骨折整复技术

骨折是一种常见病。当骨骼承受的力量超过自身强度时，就会导致骨骼完全或部分断裂，即骨骼的连续性和完整性遭到破坏。骨折整复技术是运用手法技巧诊断、治疗骨折的技术。通过手法的整复，纠正骨折端移位，以恢复正常或接近正常的解剖关系，以利于骨折愈合，恢复肢体的正常功能。唐・蔺道人《仙授理伤续断秘方》记述了许多骨折与关节脱位的整复手法，如“揣摸”“拔伸”“撙捺”“捺正”等；《医宗金鉴・正骨心法要旨》将正骨手法总结为“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”八法。现代研究者通过临床实践，对正骨八法进行了科学研究，并加以改进创新和充实提高，总结形成了正骨十法，包括手摸心会、拔伸牵引、旋转回绕、屈伸收展、成角折顶、反向回旋、端挤提按、夹挤分骨、摇摆纵压、顺骨捋筋。临床上，应根据患者病情合理运用以上正骨十法矫正骨折的短缩移位、分离移位、成角移位、侧方移位、旋转移位等，以达到解剖或接近解剖复位的目的，可促进骨折的愈合。

正骨手法实施之前，需经过详细的临床检查及必要的影像学检查等辅助检查，明确骨折的移位情况和类型，明确导致骨折的暴力方向，明确所伤部位的解剖和功能特点，以便采用相对应的复位方法。对于骨折复位，手法整复必须稳、准，用力恰当，切忌动作粗暴。“子求母”是整复的基本原则，即整复时移动远断端（子骨）去凑合近断端（母

骨）。在某些情况下，也会采用“母求子”的方法进行复位。原则上，在完成急救评估、明确诊断并具备安全复位条件后尽早处理。

如肿胀严重，一般暂时不用手法整复，可先临时外固定，待消肿后再施行。若患者的耐受性差，可选择必要的麻醉减轻患者的痛苦。对于伤后时间较短，上肢简单骨折，估计整复较易者，可选择在骨折端血肿部位进行浸润麻醉；如果伤后时间较长，或者是复杂骨折，估计复位有一定困难者，选择神经阻滞麻醉，也可采用全身麻醉。现将临床常用的整复手法分述如下。

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，将重叠缩短或成角的骨折断端恢复原有的长度和骨干轴线的手法，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，另一助手或医生固定骨折的远段。拔伸的方向：先顺势从肢体原来畸形位置的方向用力，将刺入软组织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。

特别提示：拔伸的用力大小，视年龄、性别、患肢肌肉的丰厚程度、肌张力的大小、骨折重叠与嵌插的程度而定。如对于小儿、老人和妇女，用力就不宜太大。青壮年男性患者的肌肉虽然发达，但对不同部位的骨折，有不同的用力程度。如股骨干骨折，牵引力就需加大；肱骨干骨折，虽然此处肌肉也较丰厚，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。

（二）提按法

将下移（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 3 种。①用掌做提按：将拇指或掌部贴于骨折部向前移位的骨折断端，稳柔而有力地下按；同时用余指或另一掌抱住向后移位的骨折断端，用力向上提升，以达到复位的效果。②用指做提按：一手的食指、中指和无名指从伤部的肌肤压向骨端扣稳，拇指扣紧对侧，将下移的骨端向上或向外上提升，另一手的食指、中指和无名指按压另一骨端做对抗的提升力，以进行复位。③用前臂做提按：医生用布带、竹棒、木棒或前臂伸入后移骨端的底部，将下陷的骨端向上提，助手或另一手按压前移的骨端，使之复位。用此法时，要注意防止损伤血管、神经。

（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。此法用于治疗骨折的侧方移位，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，医生以一手固定骨折近端，另一手握住骨折远端，用四指向医生方向用力谓之端，用拇指向反向用力谓之推。用掌指或拇指将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；或由助手固定伤肢的近段，医生拿稳远段，将远段的折端向成角的凸侧或错位侧牵拉，然后将近段向相反的方向推送。

特别提示：实施手法时用力要适当，方向要正确，医生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。

（四）屈伸法

将骨折部邻近的关节进行屈曲、伸直或做内收、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 3 种。①当使用手法进行复位时，助手配合医生将关节屈曲或伸直，使移位的骨折端顺势复位。复位后如能适当屈曲，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复位后将关节屈曲或伸直，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。

（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。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、胫腓骨折、掌骨骨折和跖骨骨折等。

手法要领：在复位时，用两手的拇指和食指、中指、无名指，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。

（六）旋转法

该法主要是矫正骨折断端的旋转畸形。

手法要领：对于单轴关节（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，畸形才能被矫正，也能较省力地克服重叠移位。因此，在肢体发生旋转畸形时，可由医生手握其远段，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。

（七）折顶法

加大骨折部成角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。折顶法多用于横形骨折与短斜形骨折，当使用拔伸法不能解决重叠移位时需用本法。本法常用于前臂部骨折及股骨骨折。

手法要领：医生的两拇指压于骨折突出的骨端，其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。医生依靠拇指感觉到骨折远、近端互相接触后，在助手的配合下，将远段骤然反折，同时医生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。

特别提示：此法容易使软组织损伤，故在操作时应十分慎重，同时在操作过程中要摸触准确，注意骨折部位血管、神经的走向，避免损伤血管及神经。

（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。该法常用于骨干骨折和干骺端松质骨与坚皮质骨交界处的骨折，如肱骨中段骨折、肱骨外科颈骨折、股骨颈骨折等。有时亦用此法作为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，医生用手固定骨折端。这时嘱咐固定远段的助手沿伤肢纵轴用力，做短促、阵发、反复的碰撞，使骨折面能紧密吻合。

特别提示：此法用于干骺端松质骨与皮质骨交界处的骨折，如用于肱骨外科颈骨折、股骨颈骨折时，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，医生指下可感觉到骨折端接触是否稳定。

（九）回旋法

将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患者，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，医生必须根据受伤机制，并参照 X 线检查，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，医生一手握住骨折的远段，另一手的拇指、食指、中指、无名指在同一侧骨折端做协同动作，并沿着与骨折移位路径相反的方向逆向还原回绕，待骨折断端由背靠背转为面对面时，再用触碰等手法整复。

特别提示：在进行回旋手法的过程中，两骨折段应相互紧贴。如遇有阻力，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。此法用于关节内骨折有游离骨折片翻转移位

时，医生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，再用拇指将骨折片的对侧翻转过来。该手法常配合屈伸等手法协同进行。

（十）摇摆法

将骨折的远段进行连续性的摇摆，达到松解骨折端的嵌插、纠正残余的移位目的的手法，称为摇摆法。该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做固定，医生或另一助手握住骨折远段根据不同的目的进行左右或上下的摇摆。

特别提示：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，医生以一手固定骨折端，另一手用力要轻柔，摇摆的角度要小；用于陈旧性骨折畸形愈合折断骨痂和松解软组织粘连时，医生用手固定好骨折处，可同时配合端挤手法，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。

二、临床应用举例

（一）肱骨外科颈骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法。

2. 整复方法

（1）外展型骨折的整复方法　患者取坐位，一助手站在患者健侧的后方，两手紧握住伤臂的上端（相当于骨折的近段）；另一助手站在患者的伤侧，两手紧握伤臂的下端。患者的前臂搭在助手的前臂上，助手顺势让伤臂做外展位拔伸。医生站在伤肢的后侧，在助手的拔伸下，用两手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，便将骨折的近段向内推、远段向外提。此时助手在拉伸的同时将上臂内收，迫使骨折复位。在复位时，如果发现骨折远段有向外侧的移动感或骨响音，腋下的骨突消失，提示已获得复位。

（2）内收型骨折的整复方法　患者取坐位，一助手站在患者健侧的后方，两手紧握住伤臂的上端（相当于骨折的近段）；另一助手站在患者的伤侧，两手紧握伤臂的下端，顺势让伤臂做内收拔伸。医生站在伤肢的后侧，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。

对于肌肉丰厚、肿胀较甚和肌张力大的患者来说，采用上法不能复位时，可运用如下的整复方法：患者取卧位，第一助手用布带绕过伤侧的肩关节以固定肩部，第二助手用两手固定骨折的近段，第三助手用两手紧握住肘关节的上方，使处于内收位的上臂做顺势拔伸。医生站在伤侧，两手紧握着骨折的远段，待感觉到助手拔伸已将嵌插拉开及

畸形改善时，将骨折的远段向内推压复位。

3. 固定方法

常用 3 块长夹板固定，夹板长下达肘部，上端超过肩部，夹板上端可钻小孔，系以布带结，以便超关节固定。短夹板 1 块，由腋窝下达肱骨内上髁以上，夹板的一端用棉花包裹，呈蘑菇头样，即蘑菇头样大头垫夹板。在助手维持牵引下，医生将 3 ～ 4 个棉垫放于骨折部的周围，短夹板放在内侧。

内收型骨折，大头垫应放在肱骨内上髁的上部；外展型骨折，大头垫应顶住腋窝部并在成角突起处放一平垫。

4. 功能锻炼

骨折复位和固定后，立即进行伸屈肘、腕、掌指关节的活动。3 周后练习肩关节各方向的活动，活动范围应循序渐进，每日练习 10 多次。一般在 4 周左右即可解除外固定。后期应配合中药熏洗，以促进肩关节功能恢复。练功活动对老年患者尤其重要。

（二）肱骨干骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、触碰法、旋转法。

2. 整复方法

（1）*肱骨干上 1/3 骨折的整复方法*　患者取坐位，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，并将患者的手腕搭在自己的前臂上，进行顺势拔伸，医生立于患侧外后方，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，便将骨折远段向内推，将骨折近段向外提，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，然后将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。

（2）*肱骨干中 1/3 骨折的整复方法*　两助手如上法固定伤肢，然后徐徐用力顺势拔伸，医生站在患侧的外方，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，顺势将骨折的近段向后内推，将骨折的远段向外提进行复位。

（3）*肱骨干下 1/3 骨折的整复方法*　肱骨干下 1/3 骨折多为斜形或螺旋形骨折。在整复时，可由医生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，助手将骨折远段向后旋，医生将骨折近段向前旋，待旋转移位纠正后，再由医生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造成。肱骨干骨折后，近折段与远折段受肩部和上臂肌群的牵拉方向各异，故不同部位的骨折，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 小时进行手法整复最佳，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。而且骨折早期进行整复后，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，予手法整复骨折。

3. 固定方法

前、后、内、外 4 块夹板，其长度视骨折部位而定。上 1/3 骨折，夹板长度要超肩关节；下 1/3 骨折，夹板长度要超肘关节；中 1/3 骨折，夹板长度则平上、下关节，并应注意前夹板下端不能压迫肘窝。如果移位已完全纠正，可在骨折部的前后方各放一长方形大固定垫，将上、下骨折端紧密包围。若仍有轻度侧方移位，可利用固定垫两点加压；若仍有轻度成角，可利用固定垫三点加压，使其逐渐复位。若碎骨片不能满意复位时，也可用固定垫将其逐渐压回，但应注意固定垫厚度宜适中，防止发生皮肤压迫性坏死。在桡神经沟部位不要放固定垫，以防桡神经受压而麻痹。固定时间：成人 6～8 周，儿童 3～5 周。

定期进行 X 线检查，以及时发现在固定期间骨折端是否有分离移位。若发现断端分离，应加用弹性绷带，上下缠绕肩、肘部，使断端受到纵向挤压而逐渐接近。

4. 功能锻炼

骨折复位和固定后，立即进行伸屈指、掌、腕关节的活动。肿痛消退后，逐渐做肘、肩关节活动，如吊臂屈肘、耸肩等锻炼。骨折后期，伤肢运动量应逐渐加大。手法复位夹板固定者，骨折达临床愈合，去除夹板后，可做肩、肘关节综合锻炼。

（三）肱骨髁上骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、触碰法、屈伸法。

2. 整复方法

（1）伸直型骨折的整复方法　采用局部麻醉或臂丛神经阻滞麻醉。患者取坐位，一助手握住患肢的上臂，另一助手握住患肢的前臂，并顺势拔伸，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，医生一手握住近折段，另一手握住远折段，用端挤的手法，将远折段旋后、近折段旋前，在矫正旋前畸形的同时，两手相对挤压，将骨干向内推、远折端往外端，即可矫正尺侧的移位。如是桡偏型骨折，将远折端向内推、近折段向外端。内外侧移位矫正后，医生用两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，常可闻及骨折复位的骨擦音。此时，将肘关节屈曲成 90°，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，提示骨折已复位。此时，医生改用屈伸的手法，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°～120° 的位置上，接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。

（2）屈曲型骨折的整复方法　患者取坐位，一助手握住患者的上臂中段，另一助手

握住患者的前臂，置肘关节屈曲约 100°，前臂旋后位。医生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，余指按住近折段的前方，然后在两助手的协同下，将近折段向前方提升，将远折段向后下方推送，令助手徐徐伸肘予以复位。

3. 固定方法

手法复位后，在肘上部衬以纱布垫，再缠以绷带 3 ～ 4 层。固定长度应上达三角肌中部水平，前侧夹板下端呈叉状，自肘前内外两侧向肘下延伸，内、外、后侧夹板均应超过肘关节。固定体位应根据不同骨折类型确定。伸直型骨折在鹰嘴后方加一梯形垫，以防止骨折远端后移；尺偏型骨折在骨折近端外侧及骨折远端内侧分别放一塔形垫，以防止骨折远端内翻；桡偏型骨折的内外侧一般不放置纸垫，如移位较严重，可在骨折近端内侧及骨折远端外侧分别加一薄平垫，但此垫不可过厚，以防止矫枉过正而引起肘内翻畸形。用绑带捆好，最上方的腋下固定带应避免过紧，最下一条绑带将肘关节内、外、后 3 块超肘夹板在肘下做环状缠绕捆扎，即“封肘”。伸直型肘关节屈曲约 90° 位，屈曲型肘关节屈曲 40° ～ 60° 位，悬吊前臂于胸前。

固定后密切观察患肢血运情况，及时调整布带松紧度。在最初 1 周内可行 X 线检查 2 ～ 3 次，1 周后如骨折稳定，3 ～ 4 周后去外固定进行练功。

4. 功能锻炼

骨折复位固定后即可开始手指、腕关节的屈伸活动。术后 1 ～ 2 周在早期活动的基础上加做双肩关节的锻炼运动，可逐渐做肘关节的各种活动，重点是肘关节的屈伸活动。

（四）肱骨外髁骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、屈伸法。

2. 整复方法

（1）*无明显移位肱骨外髁骨折的整复方法*　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）*轻度移位型肱骨外髁骨折的整复方法*　患者取坐位，屈肘 120°。一助手在患者的后方环抱伤肢的上臂。医生在患者的前方用一手的拇指、食指固定骨折片，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，可由医生用一手的拇指、食指固定骨折片，另一手握住前臂，并将肘关节进行反复、轻柔的屈伸手法，以矫正残余移位，直至骨折片稳定且无骨擦音时为止。然后做小夹板固定。

（3）*翻转移位型肱骨外髁骨折的整复方法*

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。医生在伤肢的前方，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；用右手的食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，直至触摸清楚骨折片。接着在将腕关节背伸的同时内收前臂，右手的拇指、食指尽量将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：将骨折片推向肘后方之后，医生徐徐进行加大前臂内收的角度，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，使其接触近折端的骨折面。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：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入关节内而归于原位。

4）屈伸纠正残余移位：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，并将前臂做内外摆动、肘关节做轻度屈伸活动，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；这时助手协同医生让上臂做对抗牵引，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。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。

3. 固定方法

移位骨折闭合整复后，将肘伸直，前臂旋后位，外髁处放固定垫，尺侧肘关节上下各放一固定垫，在上臂中上段到前臂中下段放 4 块夹板，用 4 条布带缚扎，使肘关节伸直而稍外翻位固定 2 周，以后改屈肘 90° 位固定 1 周。亦可用 4 块夹板固定肘关节屈曲 60° 位 3 周，骨折临床愈合后解除固定。

固定期间应注意观察患肢血液循环，经常调整夹板松紧度。若肱骨外髁处有疼痛，应拆开夹板检查有无压疮；如皮肤呈局限性红暗，应放松夹板或稍移动夹板位置。

4. 功能锻炼

有移位的骨折在复位 1 周内仅做手指轻微活动；1 周后逐渐加大指、掌、腕的活动范围；解除夹板固定后开始进行肘关节屈伸，前臂旋转和腕、手的功能锻炼。

（五）尺骨上段骨折合并桡骨头脱位

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、屈伸法。

2. 整复方法

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。患者取仰卧位，一助手用双手握住上臂远端，另一助手用双手

握住伤肢的腕部，沿前臂纵轴对抗牵引。牵引力不宜过大，以免过牵，待重叠移位矫正后，根据骨折不同部位的移位情况进行整复。

（1）伸直型骨折的整复方法　患者前臂置中立位，两助手拔伸牵引，医生两拇指放在桡骨头外侧和前侧，向尺侧、背侧按挤，同时使患者肘关节徐徐屈曲 90°，让桡骨头复位，然后医生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。

在整复后，若骨折未完全复位，可用推挤提按及摇摆触碰手法矫正残余移位。

（2）屈曲型骨折的整复方法　医生两拇指放在桡骨头的外侧、背侧，向内侧、掌侧挤按，同时使患者肘关节徐徐伸直至 0° 位，让桡骨头复位，有时还可听到桡骨头复位的入臼音或感觉到桡骨头复位的入臼感，然后先向背侧加大成角，再逐渐向掌侧挤按，使尺骨复位。

（3）内收型骨折的整复方法　助手在拔伸牵引的同时，外展患侧的肘关节，医生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。

（4）特殊型骨折的整复方法　先整复桡骨头脱位。助手固定复位的桡骨头，医生再按桡尺骨干双骨折处理，应用牵引、分骨、折顶、按捺等手法，使之复位。

3. 固定方法

先以尺骨骨折平面为中心，在前臂的掌侧与背侧各置分骨垫。在骨折的掌侧（伸直型）或背侧（屈曲型）置一平垫；在桡骨头的前外侧（伸直型）或后外侧（屈曲型）或外侧（内收型）放置葫芦垫；在尺骨内侧的上下端分别放一平垫，用胶布固定。分骨垫和固定垫的放置方法。然后在前臂掌背侧与桡、尺侧分别放上长度适宜的夹板，用 4 道布带捆绑。伸直型骨折脱位应固定于屈肘位 4 ～ 5 周；屈曲型或内收型骨折脱位宜固定于伸肘位 2 ～ 3 周后，改屈肘位固定 2 周。

复位固定后，应注意观察患肢血液循环情况。卧床休息时抬高患肢，以利肿胀消退。要经常检查夹板固定的松紧度，注意压垫是否移动，且应预防压疮。定期进行 X 线检查，以了解骨折对位及愈合情况。

4. 功能锻炼

在伤后 3 周内，做手、腕关节的屈伸锻炼，之后逐步做肘关节屈伸锻炼。前臂的旋转活动须在 X 线检查显示尺骨骨折线模糊并有连续性骨痂生长时，才能进行。

（六）桡骨下 1/3 骨折合并下桡尺关节脱位

桡骨下 1/3 骨折合并桡尺远侧关节脱位多见于成人，又称加莱亚齐骨折（曾称盖氏骨折）。桡尺远侧关节由桡骨尺切迹与尺骨小头环状关节面构成，关节间隙为 0.5 ～ 2.0mm。三角纤维软骨的尖端附着在尺骨茎突基底，三角形的底边则附着在桡骨下端尺切迹边缘，前后与关节滑膜连贯。此骨折脱位发生后，三角纤维软骨与较薄弱的掌侧、背侧下桡尺韧带损伤，导致桡尺远侧关节的稳定性受到破坏。若三角纤维软骨板、尺侧腕韧带或尺骨茎突撕裂，则容易导致桡尺远侧关节脱位，造成稳定性差、手法整复固定较困难、桡尺远侧关节脱位易漏诊，故应予以足够重视。

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、触碰法。

2. 整复方法

桡骨下 1/3 骨折合并桡尺远侧关节脱位的手法整复并不困难，但尺桡骨远端不同的肌肉牵拉力量导致复位难以维持，所以复位的重点应该放在整复桡骨骨折上，桡骨长度恢复、成角纠正后，桡尺远侧关节才能满意复位并达到稳定。稳定型骨折按桡骨远端骨折处理，分离的尺骨骨骺必须予以矫正。不稳定型骨折先整复骨折，再整复桡尺远侧关节脱位。特殊型骨折按尺桡骨双骨折处理。

麻醉后，患者取平卧位，肩外展，肘屈曲，前臂呈中立位。一助手握持患肢上臂下端；另一助手一手握持患者拇指，另一手握持其他四指，行拔伸牵引，在牵引时应加大拇指一侧的牵引力，以纠正桡骨短缩移位，并纠正由于旋前方肌牵拉而发生的桡骨远端向尺侧移位。医生用分骨手法纠正桡骨远端骨折端的尺侧移位，用提按折顶手法纠正掌侧或背侧移位。如果桡骨远折端向尺侧掌侧移位时，一手做分骨，另一手拇指按近折端向掌侧，食指、中指、无名指提骨折远端向背侧，使之复位；如果桡骨远折端向尺侧背侧移位时，一手做分骨，另一手拇指按远折端向掌侧，食指、中指、无名指提近折端向背侧，使之对位。医生用一手按住整复的桡骨断端做临时固定，另一手先将向掌侧或背侧移位的尺骨远端按捺平正，再用拇指、食指或两拇指由腕部的桡侧、尺侧向中心挤捏，使分离的桡尺远侧关节复位。先整复脱位、后整复骨折者，可在牵引下整复桡尺远侧关节脱位后，将备好的合骨垫置于腕部背侧，由桡骨茎突掌侧 1cm 处绕过背侧，至尺骨茎突掌侧 1cm 处做半环状包扎，再用 4cm 宽绷带缠绕 4 ～ 5 圈固定。然后嘱助手用两手环抱患肢腕部维持固定，继续牵引，医生再用上述方法整复骨折。骨折整复后，再轻轻将桡尺远侧关节叩挤使之合拢。

3. 固定方法

在维持牵引和分骨手法下，掌侧、背侧各放 1 个分骨垫。分骨垫在骨折线远侧占 2/3，近侧占 1/3，用手按住掌侧、背侧分骨垫，各用 2 条粘膏固定。再将合骨垫置于腕部背侧，由桡骨茎突掌侧处绕过背侧到尺骨茎突掌侧，做半环状包扎，再用宽绷带缠绕固定，加用小平垫纠正骨折远端移位。放置掌侧、背侧夹板，用手捏住；再放桡侧、尺侧夹板，桡侧夹板稍超过腕关节，限制手的桡偏，尺侧夹板下端不超过腕关节，以利于手的尺偏。如有桡骨远折端向桡侧偏移（桡骨骨折线自桡侧上方斜向尺侧下方）者，将分骨垫置于骨折断端近侧，桡侧夹板平腕关节，尺侧夹板改用自尺骨鹰嘴至第五掌骨颈部的夹板，以限制手的尺偏。4 块夹板放置妥当后，分段捆扎固定，三角巾悬吊固定于屈肘 90° 位。

桡骨下 1/3 骨折合并桡尺远侧关节脱位极不稳定性，复位与固定后易发生再移位，3 周内必须严密观察骨折对位对线情况，如有移位，及时整复。需经常检查夹板和分骨垫的位置是否移动，松紧度如何。早期需严格限制前臂旋转，避免手的尺偏活动。

4. 功能锻炼

固定后，早期可做手部屈伸活动，减轻前臂的肿胀，同时辅助肩关节、肘关节的功

能锻炼。严禁做前臂的旋转活动。解除夹板固定后，逐步进行前臂旋转和腕关节屈伸旋转活动。

（七）桡尺骨干双骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、触碰法、分骨法、折顶法。

2. 整复方法

患者取仰卧位或坐位，患肩外展 70° ～ 90°，肘屈曲 90°。肘关节伸直时，肱二头肌、旋前圆肌等肌肉紧张、牵拉，会加重骨折的移位，增加手法整复的困难。肘关节屈曲时，肱二头肌和旋前圆肌松弛，则有利于骨折的整复。因此，整复时肘关节不宜取伸直位，临床常用下述复位手法。

（1）*拔伸牵引*　一助手握肘上，另一助手握手大、小鱼际。两助手先顺势拔伸数分钟，以矫正骨折的重叠和成角畸形。依据骨折远端对近端的原则，将前臂远端根据近端旋转方向置于一定的位置，继续进行牵引，以矫正旋转畸形。如尺桡骨干上 1/3 骨折，桡骨骨折近端因受肱二头肌和旋后肌的牵拉而呈屈曲旋后位，骨折远端因旋前圆肌和旋前方肌的牵拉而呈旋前位，故前臂远端须置于旋后位进行拔伸牵引。如此即易于矫正骨折重叠、成角和旋转畸形。

（2）*反折托顶*　前臂肌肉比较丰厚发达，加之骨折后的瘀肿和肌肉痉挛，有时单纯依靠拔伸牵引未能较好矫正骨折重叠移位，即使继续加大牵引力，亦不易获得矫正。虽经拔伸牵引而重叠移位未完全矫正者，宜采用反折托顶法，既可比较省力地整复残余重叠移位，又能顺利地矫正侧方移位。医生两手先将尺骨、桡骨两骨骨折近远端侧方移位矫正为单纯的同一方向的掌背侧重叠移位，然后医生两手拇指在背侧按住突出的骨折断端，两手其他四指托住向掌侧下陷的骨折另一断端，待各手指放置位置准确后，在较轻的牵引下，慢慢地向原来成角变位的方向加大成角，同时两手拇指由背侧推按突出的骨折端。残余重叠移位越多，加大的成角也应越大，待成角加大到一定程度，感到两骨折端同一侧的皮质对端相顶后，骤然向回反折。反折时，拇指继续向掌侧推按背侧突出的骨折断端，而食指、中指、无名指三指用力向背侧托顶下陷的骨折另一端。其方向可正、可斜，力量可大、可小，完全依骨折断端移位程度及方向而定。中 1/3 及下 1/3 骨折，通过反折托顶法，骨折远、近断端都可对顶相接，侧方移位亦可得到基本矫正，而获得较好的复位。对上 1/3 骨折而言，因该处肌肉丰厚，骨间隙狭窄，通过反折托顶法，尺骨较易被整复，但桡骨近端易向桡侧、背侧旋转移位，远端则易向尺侧、掌侧旋转移位，须采用挤捏分骨法。进行反折托顶时，应注意折角不宜过大，以免损伤神经、血管；并应注意骨折端勿刺破皮肤，以免使闭合性骨折转化为开放性骨折。

（3）*夹挤分骨*　桡尺骨骨干骨折后，骨间膜松紧不均，骨折段容易互相成角向前臂中间靠拢，影响前臂的旋转功能，故必须使其骨间隙恢复正常。夹挤分骨是整复前臂骨折的重要手法。医生两手分别置于患臂桡侧和尺侧，两手的拇指及食指、中指、无名指

三指分别置于骨折部的掌背侧，沿前臂纵轴方向夹挤骨间隙。在夹挤的同时，两手分别将桡骨、尺骨向两侧提拉，使向中间靠拢的尺骨、桡骨断端向尺桡侧各自分开，悬张于两骨间的骨间膜恢复紧张度，以牵动尺骨、桡骨的骨间嵴，使之恢复两骨正常的相互对峙的位置，并可矫正部分残余侧方移位。

（4）回旋捺正　斜形或螺旋形骨折，若骨折端有背向侧方移位，其背向侧重叠较多时，单靠拔伸牵引无法矫正背向重叠移位，若用暴力推按复位，则容易将骨尖折断，甚至造成骨折端劈裂，而影响骨折部的稳定性。采用回旋捺正法，可较省力地进行复位。两助手略加牵引，医生一手固定骨折近端，另一手将骨折远端按压，让骨折背向移位的路径紧贴骨折近端逆向回旋，矫正背向移位，使两骨折面对合，再相对挤按捺正，使两骨折面紧密接触，即可复位。回旋时，两骨段要互相紧贴，以免损伤血管、神经或加重软组织损伤。若感觉有软组织阻挡，应改变回旋方向。

（5）扳提推按　横断或斜形骨折有侧方移位者，可采用扳提推按手法。矫正重叠或旋转移位后，助手继续维持牵引，医生在维持分骨情况下，一手捏持骨折近端，另一手捏持骨折远端。若骨折断端分别向尺桡侧移位（即内外侧移位），需将向尺桡侧移位的骨折断端向中心推按。若骨折断端向掌背侧移位（即前后侧移位），需将下陷的骨折断端向上扳提，同时将上凸的骨折断端向下推按。若同时有尺桡侧及掌背侧移位时，扳提推按要斜向用力，使之复位。

（6）摇晃捺正　经上述手法复位后，若锯齿状横断骨折仍有轻微侧方移位，可采用摇晃捺正法。医生两手拇指及食指分别由掌背侧紧捏住已复位的骨折部。先嘱牵引远侧端的助手轻轻地小幅度旋转，并向尺桡侧微微摇晃骨折远端。然后医生两手紧捏骨折部，向尺桡侧及掌背侧轻微摇晃骨折部，矫正残余的轻微侧方移位。一般在开始摇晃时，可听到极微细的骨擦音。骨擦音完全消失，且骨折端无滑动感时，提示骨折已整复成功。

（7）触顶合骨　骨折复位后，如属稳定骨折，可采用纵向触顶合骨法。一助手固定骨折近端，医生两手紧捏骨折部，另一助手握持骨折远端向骨折近端轻轻纵向触顶，使骨折断端互相嵌插而紧密吻合，有利于骨折整复后的稳定性。若为不稳定骨折，则不宜采用此法。

（8）按摩理顺　医生在分骨情况下，一手固定骨折部，另一手沿骨干纵轴往返捋摩，顺骨捋筋，以疏经脉、散瘀肿、止疼痛。

3. 固定方法

若复位前尺骨、桡骨相互靠拢，可采用分骨垫放置在两骨之间；若骨折原有成角畸形，则采用三点加压法。各垫放置妥当后，依次放掌、背、桡、尺侧夹板。掌侧夹板由肘横纹至腕横纹，背侧夹板由鹰嘴至腕关节或掌指关节，桡侧夹板由桡骨头至桡骨茎突，尺侧夹板自肱骨内上髁下达第五掌骨基底部。掌背两侧夹板要比尺桡两侧夹板宽，夹板间距离约 1cm。绑扎后，再用铁丝托或有柄托板固定，屈肘 90°，三角巾悬吊，前臂原则上放置在中立位，固定至临床愈合。

固定时间：成人 6 ～ 8 周，儿童 3 ～ 4 周。

4. 功能锻炼

以小夹板外固定者，骨折复位和固定后，立即进行手指主动屈伸活动，肩、肘关节功能锻炼，随疼痛缓解，幅度逐渐加大。固定 1 ～ 3 个月后，X 线检查见有显著骨痂形成者，可适当行负重训练。经皮穿针内固定者，较单纯外固定者，锻炼幅度可加大，时间可提前。经骨板、外固定支架固定者，较单纯外固定者，锻炼幅度可加大，时间可提前。但一定要以 X 线检查进行监测，避免固定器材断裂。

（八）桡骨远端骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法。

2. 整复方法

（1）伸直型桡骨远端骨折［科利斯（Colles）骨折］. 整复方法

1）一人整复法：患者取坐位，患肢前臂旋前，手掌向下；亦可将前臂置于台上，患腕垫以软枕，骨折远端以下垂于台旁。医生一手握前臂下段，另一手握腕部，两手沿原来移位方向拔伸牵引，至嵌入或重叠移位矫正后，握前臂之拇指置于骨折远端的背侧向下按压，握腕部之手将患腕屈曲向下牵引，以矫正其向背侧移位。然后再略向尺侧牵引，同时握前臂之拇指改置于骨折远端之桡侧，用力向尺侧按捺，以矫正其向桡侧移位。此法用于嵌入或重叠移位不严重、肌肉不发达的患者。

2）牵抖复位法：患者取坐位（老年患者取平卧位），患肢外展，肘部屈曲 90°，前臂中立位。助手握住患肢前臂上段，医生两手紧握手掌，两拇指并列置于骨折远端背侧，其余四指置于其腕掌部，扣紧大小鱼际，先顺势拔伸 2 ～ 3 分钟，待重叠移位完全矫正后，将前臂远段旋前，并利用牵引力，顺纵轴方向骤然猛抖，同时迅速尺偏掌屈，使之复位。此法适用于骨折线未进入关节，骨折端完整者。

3）提按复位法：患者取坐位或平卧位，肘关节屈曲 90°，前臂中立位。第一助手持握患手拇指及其余四指，第二助手紧握患肢前臂上段，两助手行拔伸牵引，持续 2 ～ 3 分钟，使骨折断端的嵌入或重叠移位得以矫正，旋转移位亦应注意矫正。医生立于患肢外侧，一手握住前臂下段，将骨折近端向桡侧推挤，另一手握掌腕部将骨折远端向尺侧推挤，握手部的助手同时将患腕向尺侧屈，以矫正骨折远端的桡侧移位。然后医生两手食指、中指、无名指三指重叠，置于近端的掌侧，向上端提，两拇指并列顶住远端的背侧，向掌侧挤按，握手部的助手同时将患腕掌屈，以矫正掌背侧移位。待骨折移位完全矫正，腕部外形恢复正常后，医生一手托住手腕，另一手拇指沿伸、屈肌腱由近端向远端推按，理顺肌腱，使之恢复正常位置。亦可先整复掌背侧移位，再整复桡侧移位。此法适用于老年患者，以及骨折线已进入关节，骨折粉碎者。

（2）屈曲型桡骨远端骨折［史密斯（Smith）骨折］. 整复方法

1）两人复位法：患者取坐位，患肢前臂旋前，手掌向下。助手手握前臂下段，医生双手握腕部，两手先沿原来移位方向拔伸牵引，待嵌入或重叠移位矫正后，握前臂之

拇指置于骨折远端桡侧向尺侧按捺，同时将腕关节尺偏，以矫正其向桡侧移位。然后双手食指置于骨折近端背侧用力向下按压，拇指置于骨折远端掌侧用力向上端提，同时将患腕背伸，使之复位。

2）三人复位法：患者取卧位或坐位，肘关节屈曲 90° 或伸直，前臂中立位或旋后位。第一助手持握手指，第二助手握前臂上段，两助手拔伸牵引 2 ～ 3 分钟。待嵌入或重叠移位矫正后，医生用两手拇指由掌侧将骨折近端向背侧推挤，同时用食指、中指、无名指三指将骨折近端由背侧向掌侧按压。与此同时，牵引手指的助手徐徐将腕关节背伸、尺偏，使之复位。

（3）巴顿（Barton）骨折的整复方法　以掌侧缘劈裂为例，无麻醉或臂丛神经阻滞麻醉。患者取坐位，伤肘屈曲 90°，前臂旋后位，手掌向上。第一助手握患侧近肘部，第二助手两手分别握住患手拇指和其余四指，徐徐拔伸牵引，渐渐增力。医生立于患肢外侧，双手将桡骨远端掌侧骨折块用力向背侧推挤按压，同时除拇指外的其余四指环抱骨折近端背侧向掌侧提拉，在拇指与其余四指之间形成捻搓力，同时嘱牵远端之助手在牵引下徐徐背伸桡腕关节，至医生手下有骨擦感，患腕外观恢复正常，局部稳定，透视证实骨折已复位，医生维持复位，远端之助手轻轻背伸、掌屈腕关节，并尺偏、桡偏活动数次，以使关节面进一步平整。

3. 固定方法

用宽度适合患者前臂周径的掌侧、背侧、桡侧、尺侧 4 块夹板超腕关节固定。伸直型骨折先在骨折远端背侧和近端掌侧，按两垫固定原则分别放置一平垫，然后放上夹板固定，夹板上端须至前臂中、上 1/3，桡侧、背侧夹板下端应超过腕关节，限制腕关节的桡偏和背伸活动。

屈曲型骨折在患肢远端的掌侧和近端的背侧各放一平垫，桡侧、掌侧夹板下端应超过腕关节，限制桡偏和掌屈活动。桡骨远端背侧缘骨折在骨折远端的背侧和掌侧各放一平垫，掌侧夹板下端应超腕关节，将腕关节固定于背伸位，使腕掌侧韧带处于紧张状态；桡骨远端掌侧缘骨折在骨折远端的掌侧和背侧各放一平垫，背侧夹板下端应超腕关节，将腕关节固定于掌屈位，使腕背韧带处于紧张状态。

固定垫和夹板放妥后，用 3 条布带捆扎，松紧适宜后将前臂置中立位，屈肘 90°，悬挂胸前，固定 4 ～ 5 周（儿童固定 3 周左右）。

4. 功能锻炼

以小夹板外固定者，骨折复位和固定后，立即进行手指主动屈伸活动，肩、肘关节功能锻炼，随疼痛缓解，幅度逐渐加大。一般固定 1 个月后，X 线检查结果见有显著骨痂形成者，可拆除外固定，适当活动腕关节。经皮穿针内固定者，较单纯外固定者，锻炼幅度可加大，时间可提前。经外固定支架固定者，一般固定 1 ～ 1.5 个月后，X 线检查见有显著骨痂形成者，可拆除外固定支架，逐步活动腕关节。经骨板内固定者，术后可立即活动腕关节、手指和肩、肘关节。负重锻炼一定要视 X 线检查结果所示的骨折愈合情况而循序渐进，避免固定器材断裂或失效。

（九）股骨颈骨折

1. 整复手法

屈髋屈膝法、牵引复位法。

2. 整复方法

临床上，对于该类型的骨折，常采用一种在卧床的基础上辅以丁字鞋、人字石膏和牵引的治疗方法。该法主要适用于无移位的股骨颈骨折及一些因全身疾病不能耐受手术或拒绝手术治疗的患者。据报道，用此法治疗无移位的股骨颈骨折，7 周后做 X 线检查，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。

硬膜外麻醉或全身麻醉。一助手固定患者骨盆；另一助手用一前臂置于伤肢的腘窝内，一手握住踝部，使髋关节、膝关节屈曲呈 90°，拔伸。当股骨大粗隆下移时，医生用一手的拇指压住髂前上棘下方，其余四指及掌部压稳股骨大粗隆的顶部；另一手的前臂从患者大腿的外后方伸入以握住大腿的上段，然后用提升手法把向上后方移位的股骨大粗隆向前方提升，以纠正骨折的前后方移位。在前后方移位得到纠正后，助手继续拔伸，并将大腿内旋。医生一手压住粗隆顶部，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，医生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。

为减轻软组织损伤和保护股骨头血供，目前主要采用骨牵引法进行渐进复位。如果经过约 1 周的骨牵引治疗，复位效果仍不满意，可以手术修复手法整复残留的轻度移位。

对于老年人无移位型股骨颈骨折，考虑到再移位的风险，如果患者的全身状况允许，应尽早用多根克氏针，或 3 枚松质骨螺钉或空心钉内固定，使患者可以早期活动和负重行走，避免长期卧床相关的并发症，如肺炎、深静脉血栓和肌肉萎缩等。对于老年人移位型股骨颈骨折，如果患者的全身状况良好，股骨颈后方无明显粉碎，骨质疏松程度不高，在满意的闭合复位情况下，可以实施 3 枚松质骨螺钉或空心钉内固定，否则应选择人工髋关节置换术。

3. 固定方法

对于无移位或嵌入型股骨颈骨折，让患者卧床静养，将患肢保持外展位，膝关节轻度屈曲，足部中立位，以减轻疼痛。为防止患肢外翻，可在患足部穿上横木板丁字鞋，也可以采用轻重量级的皮肤牵引固定 6 ～ 8 周。在固定期间，应嘱咐患者遵守“三不原则”：不可盘腿、不可侧卧、不可下地负重。

对新鲜且有明显移位的股骨颈骨折，如果没有特殊的禁忌证，可以选择多根钢针或螺纹钉内固定治疗，以达到牢固的复位目的。

内固定治疗后，应鼓励患者进行早期康复训练，但应避免过早负重行走。定期复查可以最大限度地减少股骨头坏死的发生。老年患者还应注重骨质疏松症的治疗。使用助

行器可减少因跌倒而导致的骨折的发生。

4. 功能锻炼

为防止肌肉萎缩、关节僵硬和骨质疏松等并发症，应积极鼓励患者在固定后，通过股四头肌收缩运动和踝关节屈伸训练来维持肢体功能，逐渐增强患者髋关节、膝关节的活动范围。在保证不负重的前提下，可扶拐下床适度活动，但需每 1 ～ 2 个月复查，确保骨折愈合稳固，股骨头血流通畅。影像学检查发现股骨头无缺血性坏死现象后，方可不扶拐负重行走，这个治疗周期通常约半年。

患者骨折卧床期间应加强护理，包括定时翻身、保持骶尾部干燥、经常按胸叩背、鼓励咳嗽排痰和饮水排尿功能锻炼等，以防止或减少压疮、坠积性肺炎、尿路感染、下肢静脉血栓、便秘等卧床并发症的发生，同时还应注意心脑血管疾病等内科疾病的护理和治疗。伤后数日，患者感觉疼痛减轻后，可行患肢屈伸活动，但要防止盘腿、侧卧及负重。

（十）股骨粗隆间骨折

1. 整复手法

临床根据受力方向、骨折方向及位置将股骨粗隆间骨折分为 3 型，即顺转子间型、反转子间型及转子下型。临床上，除此分类法，还常用国际内固定研究学会（AO）建立的分型。

股骨粗隆间骨折无移位骨折无须整复，有移位骨折应采用手法（与股骨颈骨折相同）整复。

2. 整复方法

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部。医生立于患者左侧，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，医生采用端挤法、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，说明复位成功。

对于少数不稳定的骨折，如果患者年老体弱不宜长期卧床，或手法复位效果不佳，可以选择手术内固定治疗，方法包括 3 根空心钉内固定、髋部滑动加压螺钉内固定和股骨近端髓内钉内固定等。对于骨折畸形愈合但髋内翻畸形未纠正的青壮年患者，可以实施转子下截骨术进行矫正。

3. 固定方法

对于无移位的稳定骨折，需使用丁字鞋或皮肤牵引进行制动治疗。对于有移位的骨折应采取外展中立位，持续骨牵引治疗，或结合使用外展夹板进行固定治疗。骨牵引重量建议为 6 ～ 8kg，牵引时间为 8 ～ 10 周。待 X 线检查结果证实临床愈合后，方可解

除骨牵引。

在进行骨折固定治疗期间，应定期进行背部拍打和骶尾部按摩，预防肺炎和压疮等并发症的发生。同时，需保证患肢保持外展位，防止内收和外旋畸形。

4. 功能锻炼

骨折复位固定后，应及时进行股四头肌、踝关节和全身锻炼，以防止肌肉萎缩、关节挛缩僵硬、骨质疏松和卧床并发症的发生。外固定解除后，先在床上进行髋关节、膝关节功能锻炼，然后使用双拐辅助行走进行锻炼。负重活动必须在 X 线检查证实骨折良好愈合后方可进行。对于接受手术内固定治疗的患者，手术中和手术后 X 线检查证实内固定位置良好后，应尽早下床进行功能锻炼。

（十一）股骨干骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、折顶法、触碰法、回旋法。

2. 整复方法

患者取仰卧位，一助手固定骨盆，另一助手用双手握小腿上段，顺势拔伸，并徐徐将伤肢屈髋屈膝 90°，沿股骨纵轴方向用力牵引。矫正重叠移位后，再按骨折的不同部位分别采用下列手法。

（1）*股骨上 1/3 骨折的整复方法*　在麻醉下进行整复，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。医生触摸骨折断端，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 骨折的整复方法*　患者取仰卧位，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上段行顺势拔伸。医生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，接着将一前臂置于骨折远端后方，另一前臂压住骨折近端前方，相反方向用力挤压，形成一种对抗剪力，将上移的骨折近段向下压，将下移的骨折远端向上提，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 骨折的整复方法*　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。医生则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。

【特别提示】

对于成年人或年龄较大儿童的股骨干骨折，特别是粉碎性骨折、斜形骨折等，多采用较大重量的骨牵引逐渐复位，只要牵引方向及重量合适，往往骨折可以自动得到良好的对位，无须进行手法复位。3 ～ 5 日后经 X 线检查发现，骨折畸形已纠正，可逐步减轻牵引重量。若为横断骨折仍有侧方移位，可行端提或挤按手法以纠正侧方移位。粉碎性骨折可用四面挤按手法，使碎片互相接近。斜形骨折如两斜面为背向移位时，可用回

旋手法使远端由前或由后绕过对面。粉碎性骨折因愈合较慢，牵引时间可适当延长。

3. 固定方法

骨折复位后，在维持牵引下，根据上、中、下不同部位放置压垫，防止骨折的成角和再移位。股骨干上 1/3 段骨折，应将压垫放在近端的前方和外方；股骨干中 1/3 段骨折，将压垫放在骨折线的外方和前方；股骨干下 1/3 段骨折，将压垫放在骨折近端的前方。再按照大腿的长度放置 4 块夹板，后侧夹板上应放置一较长的塔形垫，以保持股骨的正常生理弧度，然后用 4 条布带捆扎固定。

由于大腿部肌肉丰厚，肌力强大，加之下肢杠杆力量强，对骨折施行手法复位夹板固定后，仍有可能使已复位的骨折端发生成角甚至侧方移位。因此，还应按照患者年龄、性别、肌力的强弱，分别采取皮肤牵引或骨牵引等，才能维持复位后的良好位置。

4. 功能锻炼

骨折复位和固定后，较大儿童及成人患者的功能锻炼应该从复位后第二日起，开始股四头肌收缩及踝关节、跖趾关节屈伸活动；第三周开始进行髋关节、膝关节的活动；第五周开始加大髋关节、膝关节的活动范围。解除固定后，对上 1/3 段骨折患者加用外展夹板，以防止内收成角。在床上活动 1 周即可扶双拐下地做不负重步行锻炼。经检查骨折愈合较好且较为稳定，可拄单拐。经 X 线检查提示骨折没有重新移位，且愈合较好，方可解除夹板固定。

（十二）髌骨骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法。

2. 整复方法

患者平卧，膝关节伸直或微屈 20° ～ 30°。医生立于患侧，一手拇指、食指及中指捏挤远端向上推并固定；另一手拇指、食指及中指捏挤近端上缘的内外两侧向下推挤，使骨折端接近。若骨折远、近端对位良好，可暂时固定。如手指触摸不平整，或 X 线检查见骨折端前后有残余移位时，以一手拇指、食指固定下陷的一端，另一手拇指、食指挤按向前突出的另一端，使之对齐。然后将骨折远、近端挤紧，用抱膝圈固定。X 检查见对位仍不满意者，根据不同的残余移位施以不同的手法复位。达到骨折端紧密接触，关节面平坦，即为复位满意。

治疗髌骨骨折，要求恢复伸膝装置的功能，并保持关节面的完整光滑，防止创伤性关节炎的发生。对于无移位的骨折或移位不大的裂纹骨折，可采用单纯抱膝圈固定膝关节于伸直位；横断骨折若移位在 1cm 以内，可采用手法整复，抱膝圈固定膝关节于伸直位；如移位较大，手法整复有困难者，可采用抓髌器固定；若骨折端有软组织嵌入，则需切开复位内固定。

3. 固定方法

（1）*抱膝圈固定法*　用铅丝做 1 个较髌骨略大的圆圈，铅丝外缠以较厚的纱布绷带，并扎上 4 条布带，后侧板长度由大腿中部到小腿中部，宽 13cm，厚 1cm。复位满

意后，外敷消肿药膏，用抱膝圈固定，腘窝部垫以小棉垫，膝伸直位于后侧板上，抱膝圈的 4 条布带捆扎于后侧板固定。固定时间一般为 4 周。

无移位或移位不多（即分离移位＜ 0.5cm）者，可用此法。后期若肿胀消退，可根据实际情况及时缩小抱膝圈并调整固定带之松紧，继续固定直至骨折愈合。

（2）抓髌器固定法　适用于有分离移位的新鲜闭合性髌骨骨折。在无菌操作下，麻醉后，抽净膝关节内积血，将抓髌器间距宽的双钩抓在髌骨上极前缘上，将间距窄的双钩抓在髌骨下极前缘上，拧紧加压螺丝，骨折即可自行复位。术后 2 日可做行走锻炼。

4. 功能锻炼

骨折复位和固定后，尽早行股四头肌功能锻炼及踝关节、跖趾关节活动 2 周，继之行膝关节被动屈伸，活动角度最初不超过 15°。第四周起，嘱患者持双拐，患肢不负重下地行走 1 ～ 2 周，再改持单拐。根据骨折类型及对位稳定度，结合 X 线检查显示的骨折愈合情况，解除外固定，并加强患膝功能锻炼，活动度逐渐增加，以患者自觉不痛为宜。

（十三）胫骨髁骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、触碰法。

2. 整复方法

整复一般在脊髓麻醉或局部麻醉下进行。患者取仰卧位。在无菌操作下抽尽膝关节内积血，屈膝 20° ～ 30°。

（1）两人整复法　对移位不多、关节面无塌陷或塌陷不严重的单髁骨折可用此法。以胫骨外侧髁骨折为例，助手一手置于患肢大腿下段内侧向外侧推，另一手握住患肢足踝部向远端牵拉，并向内扳拉，使膝内翻并加大膝关节外侧间隙，外侧关节囊紧张，可牵拉骨块回原处，有利于骨折复位。医生立于患侧，在助手牵拉的同时，双手除拇指外的其余四指环抱患膝内侧，用双手拇指推压骨折块向上、向内复位。复位后做 X 线检查，观察复位情况。对于胫骨内侧髁骨折，则用相反方向的手法整复。

（2）三人整复法　骨折移位较多者可用此法。以胫骨外侧髁骨折为例，一助手用双手握住患肢大腿下段，另一助手用双手握住小腿下段行对抗牵引，同时远端助手略内收小腿。此时，如外侧关节囊未破裂，在紧张收缩情况下，可将骨块拉向近内侧。医生立于患侧，在助手的牵引下，双手除拇指外的其余四指环抱于患膝内侧，用双拇指推压骨折块向上、向内复位。对于胫骨内侧髁骨折，则用相反方向的手法整复。

对于双髁骨折，两助手在大腿远端及小腿远端行对抗强力牵引，医生以双手掌合抱，大鱼际分别置于胫骨内外侧髁近端两侧，相向对挤，使骨折复位。复位后可加用持续牵引。

3. 固定方法

（1）夹板固定　骨折复位后取夹板 5 块，分别置于膝内、外、后侧及前内、前外侧，夹板长度据患肢情况而定，加压垫包扎，另用一长夹板加于后托上包扎固定，腋窝

垫一小枕，置膝关节于微屈位。固定时间 6 ～ 8 周。

（2）*牵引治疗*　适用于严重粉碎性骨折，手法、手术难以复位者。可采用跟骨牵引，以便膝关节屈伸练习。牵引后，早期即开始膝关节活动，利用股骨髁的挤压，使胫骨关节面复位。牵引持续 6 周，3 个月后开始练习活动。

4. 功能锻炼

在完成骨折复位、固定后，即开始行股四头肌功能锻炼及踝关节、跖趾关节的屈伸锻炼。约 8 周后，骨折已临床愈合，可解除夹板固定，在床上练习膝关节主动屈伸活动，或扶拐不负重步行锻炼。伤后半年，经 X 线检查确定骨折牢固愈合，方可下地负重行走。负重过早可造成胫骨平台重新塌陷。夜间要包后托夹板，防止发生膝外翻。

（十四）胫腓骨干骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、回旋法、折顶法。

2. 整复方法

以骨折远端向后外方、近端向前内方移位的胫腓骨干中 1/3 骨折为例。采用骨折端血肿内麻醉。患者取仰卧位，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。医生用两手的拇指按准骨折近端向前隆起的部位，其余四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，骨折的前后方移位即可被纠正。接着，在助手继续牵引下，医生将两手拇指压住骨折远端的外侧，其余四指环抱骨折近端的内侧，用端挤法将骨折近端向外端、远端往内推，骨折的内外侧移位就能得到纠正。

对于横断或短斜形骨折，如果重叠较多，采用提按法和端挤法整复未能成功者，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，医生用两拇指压住骨折近端前侧的骨突，其余四指托住远段的后侧，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，医生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，配合医生把骨折的远端提到前内侧，迫使骨折端复位。术后应仔细触摸胫骨前缘和骨折部位。如胫骨前缘平整、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。

3. 固定方法

对于无移位的骨折，只需小夹板固定直至骨折愈合即可。对于有移位的稳定性骨折（横断），可在手法整复后采用小夹板外固定。对于不稳定性骨折（粉碎、斜形），手法整复后应使用夹板固定及足跟骨牵引。对于开放性骨折，应彻底清创，尽快闭合伤口，将开放性骨折转为闭合性骨折，然后采用合适的外固定方法。

对于斜形骨折，在骨折远端的前外侧（胫腓骨之间）放分骨垫，分骨垫上缘平骨折线，在骨折部位的内侧及小腿外侧的上下两端各放一纸压垫。

横断骨折达到解剖对位者，不用分骨垫。未达到解剖对位者，一般近折段易移向内侧，可将内侧的纸压垫放在向内移位的骨折断端，分骨垫放在远段断端的前外侧，促使骨折持续复位。

另外，根据骨折部位的不同，小夹板有不同的放置方法：胫腓骨干上 1/3 骨折，小夹板应使用超膝关节夹板固定；胫腓骨干中 1/3 骨折，小夹板应固定于膝关节下方（胫骨内侧髁）至内踝；胫腓骨干下 1/3 骨折，应超踝关节外固定小夹板。

4. 功能锻炼

患者患肢被固定后，用两个薄枕抬高患肢，小腿于中立位，膝关节屈曲 20° ～ 30°，每日注意调整布带的松紧度。固定之后，即可开始做踝关节的背伸及股四头肌收缩锻炼。

稳定性骨折患者，第二周即可进行抬腿及膝关节活动，第四周开始架双拐不负重步行。

不稳定性骨折有跟骨牵引者，当 X 线检查显示骨痂生长良好，骨折已稳定时，则可拆除牵引，床上继续练习 1 周后才可扶双拐不负重行走。此时虽不负重，但要放平足底，不要单用足尖着地，更不要悬空，以免引起骨折旋转或成角移位。8 ～ 10 周后，行 X 线检查及临床检查，达到临床愈合标准者，即可去除外固定。

（十五）踝部骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、屈伸法。

2. 整复方法

（1）外旋、外翻骨折的整复方法　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，都是通过将足内翻、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，患者取仰卧位，膝关节屈曲 90°。一助手站在伤肢外侧，用一侧肘部环抱其腘窝，另一手抱住膝部并向上牵引。另一助手站在伤肢远端，一手握足前部，另一手握足跟使踝关节呈轻度的跖屈位。先沿原骨折移位方向徐徐用力牵引，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起向外移位的，医生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，医生把两手掌置于内、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，医生一手将胫骨的下端向后推按，另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。

（2）内翻骨折的整复方法　麻醉方法、伤肢的体位与助手的准备，与外旋、外翻骨折相同。在牵引时，先沿原来骨折的方向徐徐拔伸，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，医生用一手将内踝向外端，用另一手将外踝的上方向内推，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）*纵向挤压骨折的整复方法*　麻醉方法、伤肢的体位与助手的准备，与外旋、外翻骨折相同。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，将踝骨下端压向后方，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患者，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。

3. 固定方法

先在内、外踝上方各放置一塔形垫，下方各放置一梯形垫，防止内、外踝骨突受压。用 5 块夹板进行固定，夹板预先塑形，保证内翻骨折固定在外翻位，外翻骨折固定在内翻位。可使用“8”字绷带或胶布固定踝关节于内、外翻位置，注意固定位置适可而止，勿矫枉过正。兼有胫骨前唇骨折者，应固定在跖屈位；有后踝骨折者，则固定在稍背伸位。内、外、后侧夹板上起小腿上 1/3，下平足跟部；前内及前外侧夹板较窄，上起胫骨结节，下至踝关节上方。先于小腿捆 3 道扎带，再捆远端足底的 1 道，最后可加用踝关节活动夹板，将踝关节固定于中立位 4 ～ 6 周。一般情况下，初期每周做 X 线检查 2 次，观察骨折对位情况。

4. 功能锻炼

踝部骨折整复并固定以后，鼓励患者主动行足趾和踝部背伸活动，但禁止内翻、外翻或旋转。踝部肿胀一般于固定 4 ～ 6 日后逐渐减退，应注意及时调整扎带松紧度，以免扎带松脱，骨折移位。

双踝骨折从第二周起，可在保持夹板有效固定的情况下，逐步增加踝关节的主动活动范围，并辅以被动活动。3 ～ 4 周后，可扶拐站立；5 ～ 6 周后，可解除固定，扶拐练习不负重行走。如用袜套悬吊牵引，在治疗期间应指导患者行踝关节的主动伸屈活动，同时辅以中药辨证分期治疗。中期注意活络关节，后期应行气活血消肿，拆除固定后可以配合温经通络药物进行熏洗。

（十六）跟骨骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、屈伸法。

2. 整复方法

（1）*不波及跟距关节面骨折的整复方法*　在局部麻醉或硬膜外麻醉下进行。如果肿胀严重或有张力性水疱者，配合药物治疗 4 ～ 6 日，待肿胀消退后再整复。

1）跟骨结节纵行骨折：对于跟骨结节骨骺分离，骨折块明显上移者，应予以整复。患者取仰卧位，伤肢抬高，膝关节屈曲 90°。一助手环抱小腿向上牵引；另一助手握足前部使足跖屈。医生双手除拇指外的其余四指交叉托于足弓部，两拇指扣在骨折块上方跟腱两侧，在向下牵引的同时，叩压推挤移位的骨块，使之复位。如果不能复位，可在牵引下左右摇摆足部并反复推按骨块数次，以解除嵌入在骨折间隙的软组织后，再重复上述复位手法，即可复位。如果还不能复位，可利用钢针牵引复位，即在局部麻醉下用钢针穿过结节骨块中部，牵引弓固定在钢针两端，医生一手握足背部，另一手拉牵引弓向下，以解除挛缩的跟腱及骨折端的嵌压，移位的骨折块即可复位，复位后维持患足跖屈位 4 周，再拔除牵引针。

2）跟骨结节横行骨折（鸟嘴形骨折）：患者取俯卧位，膝关节屈曲，足部跖屈。一助手双手握持足前部，维持跖屈位。医生用两拇指在骨块上方的跟腱两侧，用力向下推压移位的骨折块，直至复位。如果复位困难，可采用钢针撬拨复位，踝关节屈曲位，在无菌操作下，将钢针从跟骨结节后上方刺入骨折块上的皮质骨，抵住撕脱的骨块，向下按压，使之复位。

3）跟骨体骨折：患者取仰卧位或俯卧位，膝关节屈曲 90°，踝关节跖屈。一助手环握小腿，向上牵引。医生双手手指交叉环抱足跟，手掌紧扣足跟内外侧，对抗牵引下向中心叩挤足跟，矫正跟骨增宽，恢复跟骨结节关节角。若复位困难，跟骨结节关节角不能纠正，可配合使用钢针牵引复位法。

（2）*波及跟距关节面骨折的整复方法*　患者仰卧或侧卧，伤侧在上，膝关节屈曲，踝关节跖屈以松弛跟腱。一助手双手环握小腿向上牵引，另一助手双手握持足前部使足跖屈，对抗牵引 5 ～ 10 分钟。医生双手掌紧扣足跟内外侧相对用力，矫正跟骨体增宽及恢复跟骨结节关节角。若跟骨结节关节角不能恢复，可采用骨圆针撬拨复位，在跟骨后侧，偏外上方进针，针斜行刺向前下方，以撬拨塌陷的关节面，直至恢复跟骨结节关节角及跟距关节面平整，再叩挤足跟内外侧，矫正跟骨体增宽。

3. 固定方法

无移位者一般不固定，载距突骨折、跟骨前端骨折仅用石膏托中立位固定 4 ～ 6 周。对跟骨结节关节角有影响的骨折可采用夹板或木板鞋固定。在内、外踝下方各放置压垫 1 块，胶布固定后，取 2 块长约 10cm 的夹板，分别斜压在压垫上，外扎系带固定夹板，踝后部垫枕。也可采用木质鞋底纸壳固定或超关节夹板固定。跟骨体增宽者复位后采用跟骨夹固定。对于粉碎且关节面塌陷，影响到跟骨结节关节角者，采用骨圆针撬拨复位后，用管型石膏连针一起固定踝关节于跖屈位，固定时间为 4 ～ 6 周。粉碎性骨折、移位严重者，跖屈位固定 4 周后改踝关节中立位固定 3 ～ 4 周即可。

4. 功能锻炼

跟骨骨折复位、固定后应尽早做足趾屈伸和小腿肌肉的主动活动。待肿胀消退后可扶拐下地，不负重练习步行，并在夹板固定下进行足部活动，关节面可自行模造，以恢复部分关节功能。4 ～ 6 周后解除外固定，应循序渐进地做踝关节的屈伸运动，但运动不宜过度。8 周后弃拐，练习下地步行，并加强踝关节的功能活动，如做足下踩滚圆

棍等运动。后期可配合中药熏洗或浸泡，以促进肿胀的消退和足踝关节功能的恢复。足部理疗、手法按摩亦对足踝关节功能恢复有一定的帮助，能够减少跟骨骨折后遗症的发生。

（十七）胸腰椎骨折

1. 整复手法

牵引过伸按压法、两桌复位法、两踝悬吊复位法、肾托法、自身复位功能疗法、牵引复位法。

2. 整复方法

根据胸腰椎骨折的不同类型和程度，选择恰当的复位方法。总的整复原则是逆损伤的病因、病理，并充分利用脊柱的稳定结构复位。屈曲型损伤应伸展位复位，过伸型损伤应屈曲位复位。在复位时，应注意牵引力的作用方向和大小，防止骨折加重或损伤脊髓。

（1）*牵引过伸按压法*　患者俯卧于硬板床上，两手抓住床头。一助手立于患者头侧，两手把持其腋窝处；另一助手立于足侧，双手握踝。两助手同时用力，逐渐进行牵引，至一定程度后，足侧助手在牵引的基础上，逐渐将双下肢提起，使肢体悬离床面，使脊柱呈过伸位，得到充分的牵引和后伸。当肌肉松弛、椎间隙及前纵韧带被拉开后，医生双手重叠，压于骨折后突部位，适当用力下压，借助前纵韧带的伸张力，将压缩的椎体拉开，同时后突畸形得以复平。

（2）*两桌复位法*　用两张高低不等的桌子，高低差为 25 ～ 30cm，平排放在一起。将患者置于两桌上，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，借助患者自重，使胸腰部悬空。此时医生可用手掌托住患者的腹部，慢慢下沉，以减轻疼痛，达到脊柱过伸的目的。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，立即用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，同时注意 3 点（胸骨部、耻骨部、下腰部）的固定和塑形。

（3）*两踝悬吊复位法*　患者俯卧于复位床上，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。其原理与两桌复位法相同。复位后同样用支架固定脊柱于过伸位。

（4）*肾托法*　让患者仰卧于手术台上，胸腰段置于肾托上，然后逐渐摇起肾托，将患者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，让患者呈仰卧位休息。

（5）*垫枕腰背肌功能锻炼复位法*　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。骨折中心垫软枕，高 5 ～ 10cm，以背伸肌为动力，增加前纵韧带及椎间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。由于坚持背伸肌锻炼，骨折的后遗症也明显减少，同时改善全身血液循环。早

期锻炼能消除全身症状，改善饮食情况，增强体力，有利于患者的康复。

（6）*牵引复位法*　手法复位有困难者，可采用骨盆牵引。牵引重量为每侧10～15kg，将床脚位置垫高以做反牵引。每日做X线检查观察复位情况，如已复位，则减轻重量，用维持重量持续牵引4～6周。

3. 固定方法

对轻度胸腰椎压缩骨折的患者，无须特别固定。患者仰卧于硬板床上，骨折处垫一薄枕即可，待骨折愈合后可佩戴腰围或者支具下地活动。对不合并脊髓神经损伤者，经手法复位5～6周后，可在脊柱过伸位进行固定，常用石膏背心、胸腰过伸支架或腰背“工”形板固定。伸展型损伤患者，应将头下垫枕抬高，膝下用枕头垫起，使髋关节、膝关节屈曲，脊柱呈轻度屈曲位，便于骨折片靠拢。1～2周的急性期过后，可予石膏背心固定躯干于中立位或微屈曲位2个月。

4. 功能锻炼

骨折固定后，患者在床上做四肢功能锻炼1～2周，其后即可开始行胸腰背部练功活动。腰背部肌肉是维持胸腰椎稳定性的重要结构之一，加强腰背部肌肉的锻炼，有助于维持及增强胸腰椎的稳定性及促进骨折愈合，可以有效地预防肌肉僵硬萎缩，减少损伤后的慢性腰背部疼痛。功能锻炼应在骨科或康复科医师指导下循序渐进地练习，以防不恰当或过度锻炼引起疼痛加重或其他并发症。

（十八）骨盆骨折

1. 整复手法

拔伸法、端挤法、提按法、旋转法。

2. 整复方法

（1）*骨盆边缘性骨折的整复方法*　无明显移位的骨折无须复位。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，垫高患侧膝部使髋关节、膝关节呈半屈曲位。医生以捏挤按压手法将骨折块推回原位。对于坐骨结节骨折，复位操作需患者取侧卧位，使髋关节伸直，膝关节屈曲。医生以两手拇指按压迫使骨折块复位，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。对于尾骨骨折脱位，复位操作需患者侧卧，屈髋屈膝，医生右手戴手套，食指伸入肛门内，扣住向前移位的尾骨下端前侧，同时拇指按压骶骨下端后侧，两指同时用力提按，将骨折远端向后推，即可复位。

（2）*骨盆环单弓断裂无移位骨折的整复方法*　尽管骨盆环存在骨折，但因为没有移位，骨盆环仍能保持完整和稳定。如髂骨翼骨折，一侧耻骨上、下支或坐骨上、下支单独骨折，骶骨裂纹骨折等。这种情况通常无须进行整复。

（3）*骨盆环双弓断裂移位骨折的整复方法*　双侧耻骨上、下支与坐骨上、下支骨折导致骨盆环前中段处的骨折块由于腹肌的牵拉而向上移位。在整复过程中，患者应采取仰卧屈髋位，助手把住其腋窝向上牵拉，医生双手扣住耻骨联合处，将骨折块向前下方扳提。触摸耻骨联合之两边骨折端平正时，以示复位。整复后，医生以两手对挤髂骨

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，则表示复位成功。

对于髂骨骨折合并耻骨联合分离，骨折块和伤侧下肢常向外上方移位，伴有轻度外旋的整复，患者需仰卧，上方助手把住腋窝向上牵引，下方助手握患肢踝部向下牵引并逐渐内旋。医生立于患侧，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，表示已复位。

对于耻骨或坐骨上、下支骨折伴同侧骶髂关节错位的情况，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，患者应仰卧。上方助手把住腋窝向上牵拉，下方助手握患肢踝部向下牵引并内旋。医生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。耻骨联合分离合并一侧骶髂关节错位的复位手法亦基本相同。

3. 固定方法

对于髂前上、下棘骨折，复位后可让患者采取屈髋屈膝位休息，同时在伤处垫一平垫，用多头带或绷带包扎固定。3 ～ 4 周后去固定，患者即可下床活动。骶尾部骨折，一般无须固定，如仰卧位可用气圈保护，4 ～ 5 周即可愈合。

骨盆环单弓断裂无移位骨折，可用多头带及弹力绷带包扎固定，4 周后解除固定。

对于骨盆环双弓断裂有移位骨折，必须给予有效的固定和牵引。对于双侧耻骨上、下支和坐骨上、下支骨折，一侧耻骨上、下支或坐骨上、下支骨折伴耻骨联合分离者，复位后可用多头带包扎固定，或用骨盆兜带将骨盆兜住，吊于牵引床的纵杆上，4 ～ 6 周即可。对于髂骨骨折合并耻骨联合分离，耻骨上、下支或坐骨上、下支骨折伴同侧骶髂关节错位，耻骨联合分离合并一侧骶髂关节错位者，复位后多不稳定，除用多头带固定外，患肢需用皮肤牵引或骨骼牵引，床尾抬高。如错位严重行骨骼牵引者，健侧需穿一长石膏裤，以做反牵引。一般 6 ～ 8 周即可去牵引。

骨盆外固定器结构基本类似，都是在髂骨穿入数枚固定针，再以锁针的锁子或螺栓与支撑杆相连，形成不同几何形状的稳定结构，以达到整复骨折、稳定骨盆、早期活动的目的。根据临床需要，骨盆外固定器有梯形、四边形和三角形结构。外固定器的应用能有效降低骨盆容量，对符合其适应证的患者的早期恢复有很大帮助。一般固定 6 ～ 8 周。

4. 功能锻炼

骨盆周围附着坚韧丰厚的肌肉和韧带，使骨折复位后不易再移位，且骨盆为松质骨，血运丰富，容易愈合。未损伤骨盆后部负重弓者，伤后第一周练习下肢肌肉收缩及踝关节屈伸活动，伤后第二周练习髋关节和膝关节屈伸活动，伤后第三周后可扶拐下地站立活动。骨盆后弓损伤者，牵引期间应加强下肢肌肉收缩锻炼及踝关节屈伸活动，早期禁坐，以防骨折再错位。解除固定后，即可扶拐站立与步行锻炼，应抓紧时间进行各方面的功能活动锻炼。

（撰写人：冷向阳、熊辉、李振华）

第四节　外固定技术

为了维持损伤整复后的良好位置和稳定性，防止骨折、脱位再发生，保证损伤组织正常愈合，在复位后必须予以固定。其主要目的一是维持复位，二是保障愈合，三是利于肌肉关节早期活动。此外，固定还有助于镇痛、解除肌肉痉挛等。外固定是指损伤后用于体外的固定方法。骨科外固定是相对于骨科内固定而言的，试图通过最小局部的坚强、稳定的固定和尽可能短时间的制动，以便于骨骼及肌腱、韧带、血管、神经等各种软组织的修复，有利于控制创口或创面感染，使肢体及躯干的各个关节在不影响组织修复的情况下能够尽早进行活动锻炼。常用的外固定方法有夹板固定、石膏固定等。

一、夹板固定技术

骨折复位后选用不同的材料，根据肢体的形态加以塑形，制成适用于各部位的夹板，并用扎带扎缚，与固定垫配合保持复位后的位置，这种固定方法称为夹板固定。夹板固定技术多用于四肢骨折，亦称为小夹板固定技术，是骨伤科临床上最常用、最主要的固定方法。该法取材容易、成本低、使用方便、操作简单、固定后患者感觉舒适且不妨碍 X 线的通过，便于复查和矫正，并且不影响邻近关节的活动。夹板固定通过扎带对夹板的约束力、固定垫对骨折端防止或矫正成角畸形和侧方移位的效应力，并充分利用肢体肌肉的收缩活动所产生的内在动力，使骨折断端复位后保持稳定。因此，夹板固定是治疗骨折的良好固定方法。

夹板从形态上可分为塑形夹板和不塑形夹板两种。塑形夹板由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，不易被折断和劈裂，质轻，并可吸收压力，在形变后有弹性回位作用，且可根据治疗需要和肢体形态塑成相应的弧度，然后贴于皮肤面加海绵或毡垫，外加针织套缝制。不塑形夹板由量轻、质好的松木或桐木制成，根据治疗部位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。

按夹板作用的不同可分为夹板和托板两种。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发生损伤；托板起到托扶和支撑、保持患肢体位和稳定折端的作用。

（一）单纯小夹板固定法

由于损伤的部位不同及患者个体的差异，故而小夹板的种类很多，固定方法也各有其不同的特点。

1. 超肩小夹板固定法

常用设备条件：肱骨超肩夹板 1 套、对肩带 1 根、小带子 3 根。根据不同年龄，选择不同型号备用。

基本操作方法：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°。

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。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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对肩带的结扎方面，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，但肘屈角度应在 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，肩关节禁止做背伸活动，只允许做前屈活动。如肱骨颈骨折，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移位。⑤向患者做好解释和指导，取得患者配合。固定一开始，即可做不定时的腕关节、手部关节的伸屈活动练习。

2. 上臂超肘小夹板固定法

常用设备条件：肱骨超肘夹板 1 套，小带子 3 ～ 4 根。

基本操作方法：保持对位，依次放置外、内、前、后侧夹板，使外、内、后侧夹板超出肘下 3cm。先用 1 根带子将肘关节以上夹板中部绕两周结扎，以做临时固定。然后用 1 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 4 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。接着用带子将其上方绕两周结扎，最后将内、外、后三板于肘下方以带子做交叉结扎。腕颈带悬吊前臂于胸前即可。

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。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①反折带最好结扎于近肘部的上方，这样所起的作用较大。②肘关节的屈曲度根据骨折复位情况而定。③必要时外加三角巾悬吊肘部。

3. 上臂双超夹板固定法（超肩超肘夹板固定法）

常用设备条件：上臂双超夹板 1 套，对肩带 1 根，小带子 3 ～ 4 根。根据不同年龄，选择不同型号备用。

基本操作方法：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。

适应证：上臂各段骨折，特别是肱骨干不稳定骨折和肱骨中段骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①夹板必须扶托整个伤肢，骨折上下两端的关节均必须固定住。②绷带、三角巾不要绑扎在骨折处。③夹板等固定材料不能与皮肤直接接触，要用棉垫、衣物等柔软物垫好，尤其是对骨突部位及夹板两端。

4. 肘部塑形夹板固定法

常用设备条件：肘部塑形夹板 1 套，小带子 4 根。

基本操作方法：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，然后结扎肘部上下的带子。前臂以腕颈带悬吊。

适应证：肱骨髁上屈曲型骨折、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）。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①肘关节的屈曲度根据骨折复位情况而定。②必要时外加三角巾悬吊肘部。

5. 前臂塑形夹板固定法

常用设备条件：前臂塑形夹板 1 套，小带子 4 根。4 块板皆上宽下窄，制成不同的型号备用。

基本操作方法：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。

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。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①若为前臂尺、桡骨双骨骨折，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。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（内侧直板下端）加长方形棉垫，使手向桡侧偏，以便对尺骨起到撑拉作用。④在固定期间，前臂应保持中立位，绝对避免做旋臂活动，特别是尺骨、桡骨的中段和上段骨折。⑤在固定期间，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

常用设备条件：前臂超肘塑形板 1 套，小带子 4 ～ 5 根。

基本操作方法：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，在近肘部用带子做反折结扎，再结扎最下端的 1 根带子，最后于肘后将内、外、后 3 块夹板做交叉结扎。腕颈带

悬吊前臂，或将前臂固定于旋后位。

适应证：尺骨上段骨折合并肱桡关节脱位，尺骨或桡骨中上段单一骨折，尺骨、桡骨中上段或中段以上双骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①固定前后切忌伸肘和旋臂活动。②必要时，肘下的两根带子均做反折结扎，以免内外侧板向后滑脱。

7. 腕部塑形夹板固定法

常用设备条件：腕部塑形夹板 1 套，小带子 3 根。

基本操作方法：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。

适应证：尺骨、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，尺骨、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。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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若为尺骨、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凸起成角畸形。④不管是屈曲型骨折，还是伸展型骨折，腕部都应保持尺偏位，并切忌做桡偏活动。⑤固定一开始，即应鼓励患者经常做手指伸屈活动。⑥桡骨远端骨折，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。但是，一定要注意将下端的带子扎于腕部，以控制骨折端，避免腕关节在活动时，因用力不当导致骨折端再移位。

8. 大腿塑形夹板固定法

常用设备条件：大腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根。

基本操作方法：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。

适应证：成人股骨无移位骨折和稳定性骨折、小儿股骨骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①成人患者，将患肢放置于板式牵引架上。② 5 ～ 10 岁儿童患者，将患肢放置于桥式架上。③ 5 岁以下患儿，令其取卧位，患侧屈髋屈膝，或令其仰卧，患肢外展，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

常用设备条件：小腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根。

基本操作方法：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。小腿保持中立位，膝关节微屈。下垫枕或沙袋，腿两侧挤砖或挤沙袋固定，或放置于板式架上。

适应证：胫腓骨单一骨折、胫腓骨稳定性双骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①制作夹板时，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，易再移位。②特别应注意内侧板的塑形，除板的两端外，中段应以近于直形为好。

10. 小腿超踝关节塑形夹板固定法

常用设备条件：小腿超踝关节塑形夹板 1 套，小带子 4 根。

基本操作方法：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，两侧挤砖或挤沙袋固定。

适应证：小腿中段以下稳定性骨折，踝关节无移位骨折或稳定型单踝、双踝或三踝骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①固定应力求稳定牢固，固定材料的长度应超过踝关节。②抬高患肢，以促进血液循环。密切观察患肢的血运情况，特别是在固定后 3 ～ 4 日，更应注意观察肢端皮肤颜色、温度、感觉及肿胀程度。如发现肢端肿胀、疼痛、温度下降、颜色紫暗、麻木、屈伸活动障碍并伴剧痛者，应及时处理，否则有发生缺血、坏死的危险。

11. 踝部塑形夹板固定法

常用设备条件：踝部塑形夹板 1 套，小带子 4 ～ 5 根。

基本操作方法：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 2 根带子穿过板孔，将 4 个带头在足下方结扎，或先将带子穿好备用。小腿放置于中立位。

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。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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。一般内翻型骨折需外翻固定，外翻型骨折需内翻固定。

（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固定方法，多用于下肢，偶尔用于上肢（因下肢肌力较强）。为了对抗肌肉收缩力和拉力，避免骨折端重叠和成角畸形，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，稳定骨折端，维持对位对线，从而达到治疗的目的。

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

常用设备条件：大腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根，板式牵引架 1 具。

基本操作方法：保持对位，依次放置前、后、内、外侧夹板，骨牵引针恰好置于内、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。

适应证：股骨各段、各型骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①定时检查骨折对位情况，及时纠正再移位及畸形。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注意对牵引针眼的消毒，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

常用设备条件：大腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根，板式牵引架 1 具。

基本操作方法：同大腿塑形夹板固定法。

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、感染或起水疱等）、不适合做股骨髁上骨牵引的股骨各段骨折。在此部位做牵引时，因力量被膝关节吸收，故牵引力较小，有时不足以克服肌肉的收缩力和牵拉力，一般用于肌力弱的老年患者或用以维持力线。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：同股骨髁上牵引法。

（3）小夹板加跟骨牵引固定法

常用设备条件：小腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根，板式牵引架 1 具。

基本操作方法：同小腿塑形夹板固定法。

适应证：小腿各段、各型不稳定骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：同小腿塑形夹板固定法。

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

常用设备条件：前臂托板 1 块，3 寸绷带 1 卷，胶布、图钉、橡皮筋（数量根据需要而定）。

基本操作方法：先于掌骨骨折相应的指骨前、后侧用胶布做纵行的“V”形粘贴，远端空 1 ～ 2cm，再用胶布条 2 根，在指部做环绕粘贴，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。

适应证：单一或多发掌骨体或基底部骨折（第二、三、四、五掌骨）。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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，并及时进行处理。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，太紧会影响血液循环，太松又易脱落。⑤胶布牵引部位的皮肤应保持干洁。

（2）前臂托板带纸卷加皮牵引固定法

常用设备条件：带纸卷的前臂托板 1 块，3 寸绷带 1 卷，胶布，图钉，橡皮筋（数量根据需要而定）。

基本操作方法：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，手指呈屈曲位固定。腕颈带悬吊上肢。

适应证：单一或多发指骨骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①及时检查，及时发现问题，及时解决问题。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移位的大小而定。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，应避开骨折端，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

常用设备条件：医用宽胶布、悬吊床、小夹板。

基本操作方法：医用宽胶布的长度为从骨折线处至足跟下 5cm，宽度一般为膝部周径的 1/2。将合适的医用胶布粘在支撑板上，把支撑板置于足跟下 5cm 处，再把近端胶布撕成 4 条，分别贴于患肢的前内、前外侧和后内、后外侧，注意胶布应超过骨折线，胶布要平整，骨突处加棉花以免产生压疮，然后用绷带缠紧。健肢皮牵引方法相同，以

骨科专用牵引垂直悬吊，牵引重量为 2 ～ 3kg，以臀部离床为宜。在维持垂直悬吊力线下，一助手按住患儿双侧髂骨翼处，另一助手把持患侧踝部持续对抗牵引。医生在助手拔伸的同时，根据 X 线检查骨折移位情况，运用按压、提端、旋转等手法复位，尽量使断端接触，恢复股骨力线后维持牵引并用标准小儿股骨夹板 4 块固定。视移位情况加用衬垫挤压断端，以防再移位。

适应证：小儿股骨骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①若患肢肿胀明显，在 3 ～ 5 日肿胀消退后再行手法复位。② 3 日、7 日、去牵引及下床负重前复查 X 线检查，以观察、调整牵引力线及夹板松紧，必要时可再次行手法复位纠正。③密切观察肢体是否发痒或出现水疱等情况。④双下肢悬吊皮肤牵引时间为 3 ～ 4 周，小夹板外固定时间为 6 ～ 8 周。若患儿配合差，应延长夹板固定时间及下床负重时间。⑤牵引期间每日测量双下肢长度 1 ～ 2 次，以防过度牵引。

（4）小夹板加大腿皮牵引固定法

常用设备条件：医用胶布、牵引架或桥式架、小夹板。

基本操作方法：先做常规皮肤胶布牵引，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。

适应证：老年人股骨无移位骨折及股骨中段稳定性骨折、8 岁以下儿童股骨骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：经常检查皮肤是否对胶布过敏；检查患肢位置、牵引方向及牵引重量是否合适；检查是否有压伤，以做到及时处理和调整。注意检查胶布是否滑脱，如滑脱应及时更换。

（5）小腿连脚托板加皮牵引固定法

常用设备条件：小腿连脚托板 1 块，3 寸绷带 1 ～ 3 卷，胶布、图钉、橡皮筋（数量根据需要而定）。

基本操作方法：在骨折相应的足部或趾部做皮牵引（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，牵拉相应的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。

适应证：跗跖关节脱位、跗跖关节骨折脱位、单一或多根跖骨骨折、趾骨骨折或骨折脱位。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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，以免足弓下陷。

（三）小夹板加器具固定法

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骨折。该法是根据整复方法、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

常用设备条件：撬式架 1 个，小夹板 1 套，小带子 3 根（最长的 1 根以绕患肢 3 周为度；中长的 1 根，绕患肢 2 周；最短的 1 根长 20cm），消毒棉垫或敷料 2 块。

撬式架的制作：撬式架分为撬柄、压力端、压力端内圈、环臂杆、绳圈 5 个部分。材料为 8 号铁丝 1 根（长约 70cm），海绵垫 1 块（1.5cm 厚，8cm × 8cm 大小），针织套 1 段（8cm × 10cm 大小）。

基本操作方法：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，将压力端置于远折端的内侧，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，使两撬柄的支点恰好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，根据折端前后移位和向前成角的情况而定。

适应证：肱骨髁上尺偏型骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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，以确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此种固定方法利用了力学原理，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，临床医生应很好地掌握要点。④在固定期间，需复查 X 线，应通过观察肘关节侧位和轴位的情况来对骨折端进行观察，不可将肘关节伸展以观察骨折端的正位情况，避免引起再移位。⑤及时检查固定的松紧，检查是否有压伤和神经、血管受压的症状，并及时处理和调整固定。

2. 外翻弹力垫夹板固定法

常用设备条件：外翻弹力垫夹板 1 套，小带子 3 ～ 4 根。

基本操作方法：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）。

适应证：肱骨髁上尺偏型骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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会起反作用。②带子结扎的松紧度要适宜，根据复位的需要，带

子的松紧度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，并及时加以调整和解决。

⑤在固定期间复查 X 线检查时，避免将肘关节伸展，应在保持原有固定的情况下，观察侧位、轴位情况。

3. 钢针撬压加小夹板固定法

常用设备条件：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。

基本操作方法：将患肢置于板式牵引架上，先做股骨髁上（打钢针）牵引，克服骨折端的重叠后，在股骨大转子下近折端的上方距折端 1 ～ 2cm 处，在局部麻醉和无菌操作下，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，将针眼处无菌包扎。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定的需要抬高，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。固定时间为 8 ～ 12 周。

适应证：股骨上段骨折，近折端呈前屈、外展、外旋而不易复位，或复位后骨折端不稳定者。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

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，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，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

常用设备条件：小腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根。

基本操作方法：在胫骨结节稍下方由外向内打入 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 2 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，足于中立位放置。

适应证：胫腓骨不稳定骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①严格无菌操作。②一般在局部麻醉下进行打针。③外露的针端尽量剪短，但以夹板不滑脱为度。④经过 1 ～ 2 周即可带固定下床锻炼。

5. 钳夹加小腿夹板固定法

常用设备条件：小腿塑形夹板 1 套，小带子 4 根，消毒经皮固定钳 1 个。经皮固定钳由不锈钢制成，形状类似于巾钳，共分为钳嘴和钳柄两部分，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的部分，称为钳嘴。钳柄和钳嘴的结合部有 100° ～ 120° 夹角，防止经皮钳夹时压迫皮肤和便于小夹板固定。活动柄钳的规格与固定柄钳相同，唯钳柄可以去掉，更便于使用。经皮固定钳可根据患者年龄与个体大小的不同，制成大小不同的型号备用。

基本操作方法：局部麻醉，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，旋转旋钮，取下把柄，将钳尖进皮部无菌包扎。再依次放置 5 块夹板，用 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。

适应证：胫腓骨斜形骨折、螺旋形骨折及骨块较大的骨折。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①透视下整复骨折后，以拇指、食指夹持骨折两折端，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，将患肢进行内外旋转和抬起，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

小夹板加挤垫固定法，即小夹板固定法与挤垫固定法的结合应用。

常用设备条件：方形或长方形垫，大小、厚薄根据需要而定。

基本操作方法：加垫于骨折端的适当部位，配合夹板加压固定。

适应证：骨折成角移位，或骨折不稳定者。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。

禁忌证：①较严重的开放性骨折。②难以整复的关节内骨折。③肿胀严重伴有水疱者。④患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

注意事项：①加垫部位一定要正确，否则会起相反作用。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及时检查患肢血液循环情况，如知觉、温度情况等，避免压伤。

二、石膏固定技术

（一）单纯石膏固定技术

石膏固定技术是骨伤科常用的临床治疗技术之一，其治疗骨折已有两百多年的历史。该技术能将躯干和肢体保持于某一特殊位置，从而减轻或消除患部的负重，促进组织和骨折的愈合，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。

医用石膏系脱水硫酸钙（2CaSO4·H2O），由天然结晶石膏（CaSO4·2H2O）煅制而成。制备时，将天然石膏粉碎，碾成细末，加热至 100 ～ 200℃，使其失去水分，即变成白色粉末状的熟石膏。使用时，熟石膏粉吸水后又变成结晶石膏而凝固，凝固时间随温度和石膏纯度而异，通常在 40 ～ 42℃温水中 10 ～ 20 分钟即可凝固。

石膏绷带法是指将熟石膏的细粉末撒在特制的稀孔绷带上，吸水结晶后硬结成型，十分坚固，是一种临床十分常见的外固定方法。常用的石膏绷带的种类有石膏托、石膏夹板、石膏管型、躯干石膏等。

1. 操作前准备和基本操作方法

（1）进行材料准备　进行石膏固定之前，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。

（2）进行皮肤准备　进行伤肢局部处理时应清洁伤肢皮肤。若有张力性水疱，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，避免环形粘贴，以免伤肢肿胀后影响肢体血液循环。

（3）放置衬垫　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。

（4）固定体位　一般固定关节于功能位。

（5）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。

（6）制作石膏条

1）干石膏条：取干石膏绷带，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，最后取出并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，以除尽气泡，使各层凝合密切。

（7）包扎石膏卷　包扎石膏卷时，一般按由上而下的顺序进行包缠，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。在躯干及肢体曲线明显、粗细不等之处，当需向上、向下移动绷带时，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。整个石膏厚度的确定以不折裂为原则，一般为 8 ～ 12 层。

（8）塑捏成形、修整及标记　当石膏绷带包至一定厚度而尚未凝固时，可用手掌在一定部分适当施加均匀、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，如足弓的塑形等。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。

修整的目的是切去多余部分的石膏绷带，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保持美观。

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）情况及固定日期。有创面或切口者亦应注明，以便开窗。

2. 禁忌证

较严重的开放性骨折；难以整复的关节内骨折；难以固定的髌骨、股骨颈、骨盆等部位的骨折。肿胀严重伴有水疱者。患肢远端脉搏微弱，末梢血液循环较差，或伴有血管损伤者。

3. 注意事项

进行石膏固定前应明确分工，维持固定体位者 1 ～ 2 人，制作及浸泡石膏条者 1 人，包缠及成形者 1 ～ 2 人。操作人员应职责分明，且必须协调配合，做到井然有序，不可在临床上忙乱，以免造成延误而影响固定效果。

制作湿石膏条时，需避免出现皱褶，每叠一层后均需用手掌抚平，以除尽气泡，使石膏的每一层都凝固密切。石膏卷不可浸泡过久，或从水中取出后等待过久后再使用，否则石膏将凝固失效。若勉强使用，各层石膏绷带将不能互相凝固为一个整体，从而影响固定的效果。

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，否则可因石膏绷带内层形成皱褶而压迫皮肤。

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，此皱褶虽外观不明显，但可向内压迫皮肤，甚至影响肢体血运。为加速石膏干固，可用电吹风机或红外线灯泡将其烘干。

助手在托扶石膏时只能用手掌，不可用手指抓握，因其同样会造成石膏内凹而压迫患肢。

石膏固定完成后，患者应抬高患肢，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，当石膏固定过松、失去作用时，应及时更换石膏。

在寒冷季节，应注意对患肢外露部分的保暖。在炎热季节，包扎大型石膏的患者要注意通风，防止中暑。

注意防止局部皮肤，尤其是骨突部受压，并关注患肢血液循环有无障碍。如有肢体受压现象，应及时将石膏全层纵向剖开松解，进行检查并做相应处理。

在石膏固定期间，医生应指导患者及时进行未固定关节的功能锻炼，以及石膏内肌肉收缩活动，并定期进行 X 线检查。

（二）石膏的开窗、剖开、切开矫形和拆除

1. 开窗

目的：解除肢体某些部位的压迫，或方便进行创口检查，引流或拆线。如头颈胸部石膏，需在颈咽部开窗，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；需在四肢管型石膏的骨突部开窗，以消除石膏压迫引起的持续性疼痛。

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，在石膏上做一四边形（或其他形状）的全层切开，待石膏干固后（一般术后第二日），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。

2. 剖开

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。

方法：针对性石膏剖开者，可在包石膏前，于预计剖开的轴线放置一湿绷带条。剖开石膏时，一手拉起纱布条的一端，另一手执刀切开石膏，并取出纱布条。然后用一条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，肿胀处石膏过紧，仅需将剖缝处的纱布剪开，于剖缝处用撑开器扩大一些，并在剖缝处填充棉花，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，再做处理。如血液循环改善，可再将绷带包扎。

3. 切开矫形

以矫正成角畸形为例，石膏干固后，于成角凹侧横向锯开石膏周径的 3/5 ～ 2/3，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。

4. 拆除

骨折愈合拆除石膏时，应用石膏锯纵向剖开石膏，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，并加强锻炼以防发生失用性水肿。

（三）常见石膏类型及操作方法

1. 石膏托

主要用于四肢骨折、创伤，以及手术后的外固定。此类型应用最多，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

1）操作准备：患者可取立位、坐位或仰卧位。

2）固定范围：自前臂上 1/3 至掌横纹。手指需要固定的，需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。

3）固定位置：石膏托一般放在掌侧。前臂旋前或置于中立位，腕关节置于 30° 背伸位，拇指置于对掌位，掌指关节置于功能位。

4）基本操作方法：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 1 个，泡水后，按测得的长度做厚 8 ～ 10 层的石膏片，上面敷以棉花或棉纸，再用绷带固定于上述部位。注意保持腕关节及掌指关节功能位。

（2）全臂石膏托

1）操作准备：患者取坐位、立位或仰卧位。

2）固定范围：自腋下到掌横纹。

3）固定位置：肘关节屈曲 90°，腕背伸 30°，前臂置于中立位或旋后位。石膏托可放在伸侧或屈侧。

4）基本操作方法：同上。可用宽 10cm 的石膏卷制作。

（3）短腿石膏托

1）操作准备：患者取仰卧位，助手扶患侧小腿，足部伸出台外；若取坐位，则膝关节屈曲，小腿下垂在台外，足部放在医生膝上。

2）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。

3）固定位置：踝关节 90°，足中立位，趾伸直位。

4）基本操作方法：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 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

1）操作准备：患者取仰卧位，由助手扶持患侧下肢；若取俯卧位，则足伸到台外。

2）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。

3）固定位置：膝关节在 165° 微屈位，其他位置同短腿石膏托。

4）基本操作方法：先用卷尺测量好长度，将 15cm 宽的石膏卷泡水后制成长度适当、厚 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，分别贴置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。

2. 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，制成雏形，再将一长度适当的石膏片放在掌侧或背侧，外面用石膏卷缠绕 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，足放在医生膝上。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 后方到超过足趾的距离，以及小腿上 1/3 前方到跖骨头前方的距离，按此距离制作 6 层石膏片 2 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 2 卷及预制石膏片 2 条。先用石膏卷在患肢上缠绕 2 ～ 3 层，制成雏形。再放上前、后石膏片。外面用石膏卷缠绕 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*　患者取仰卧位，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管型周径的 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，再将石膏管型的缺口补好。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。

3. 人字形石膏

人字形石膏主要用于肩、髋等关节。肩人字形石膏是指将石膏绷带缠绕于胸肩及一侧上肢，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。髋人字形石膏即用石膏绷带缠绕于腹部，包括双侧肋弓及一侧下肢，关节部位可用石膏条予以加强。若将两侧下肢皆用石膏绷带缠绕，则称为石膏裤。髋人字形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）*肩人字形石膏*

操作准备：清醒患者取站立位；全麻手术后患者可取仰卧位。取站立位时，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。取仰卧位时，头部放在石膏

台的台面上。在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：患侧全臂、患肩、胸背部及患侧髂嵴。

固定位置：肩外展 75°、前屈 30°，前臂置于旋后位并与身体的横切面呈 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：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，制成雏形。将 6 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嵴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，以免日后石膏在肩部、肘部折裂。为了加强肩部的连接，可在肘部与躯干部之间加一木棍加强。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）髋人字形石膏（石膏裤）

操作准备：患者取仰卧位，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，两下肢可由助手或医生本人扶持。

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。使用双腿石膏裤时，患腿与裤腰部分与单腿石膏裤相同，健侧大腿（膝上 5cm）也包括在石膏管型内。

固定位置：腰椎平放，两髋各外展 15° ～ 20°、屈曲 15° ～ 30°（按需要），膝关节置于 165° 微屈位，其他位置同长腿石膏管型。

操作：穿好衬里后，患者仰卧于石膏台或方凳和骶托上。腰部用毡子围绕，在两侧髂骶部、股骨大粗隆、髌骨、腓骨头、胫骨前缘、两踝和足跟处都放些棉花衬垫。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部、上部缠绕 3 ～ 4 层，制成雏形。在髋前方放交叉的石膏片 2 条，侧方放 1 条，后方放 1 条。再用长石膏片把裤腰的上缘、下缘各缠 1 圈，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。

4. 石膏床

操作准备：患者取俯卧位固定。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，制成一板状模子。取下模子，等完全干燥坚硬后，患者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患者。目前一般较少应用，仅用于不合作之儿童。使用仰卧式石膏床时，患者取俯卧位；使用俯卧式石膏床

时，患者取仰卧位。胸腰椎病变患者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。颈椎或上胸椎病变患者只能用仰卧式，而且必须包括头部、颈部。

固定位置：脊柱尽量按正常生理弧度固定，两髋稍屈曲并适当外展，膝关节稍屈曲。

基本操作方法：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 2 条。②横贯两肩之间 1 条。③横贯腰部 1 条。④横贯两小腿之间 1 条。⑤沿开窗四周 4 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。

5. 其他

预防、治疗脊柱疾病时经常使用的石膏制器材还有固定石膏帽、石膏围领、石膏背心、颈胸石膏、头颈胸石膏、颈胸腰石膏、侧弯矫形石膏及蛙式石膏等，下面介绍三种常见类型。

（1）“8”字石膏

适应证：此石膏可用以固定锁骨骨折。

基本操作方法：患者取坐位，两手叉腰，两肩后伸。先将患者两肩、两腋下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。医生用 10cm 宽的石膏卷沿“8”字走向，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

适应证：用于颈椎固定。

基本操作方法：患者取坐位，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 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 10cm 或 7cm 的石膏卷缠绕 2 ～ 3 层，制成雏形。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

适应证：脊柱及胸骨多发骨折。

基本操作方法：患者取站立位（能站立的患者尽可能采取此体位），两手扶吊环；如果取仰卧位，则腰部用宽约 10cm 的坚固布带悬吊在石膏台上，待穿好石膏背心以后，再将布带撤出。

两壳法：此法可用于既不能直立，又不便吊起的患者。患者仰卧于石膏台上，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，再制作背部石膏壳，最后将两个石膏壳用石膏卷连接在一起。

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。①由胸骨柄至耻骨联合左、右各 1 条。②由胸椎中部到骶骨中部左、右各 1 条。③由胸骨柄绕到骶骨中部左、右各 1 条。④由胸椎中部绕到耻骨联合左、右各 1 条。用宽 15cm 的石膏卷缠绕 2 ～ 3 层，制成雏形。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。

（撰写人：詹红生、杜国庆）

第五节　骨外固定支架技术

骨外固定支架技术是指根据治疗要求，通过穿插在骨上的钢针和体外装置的连接起到骨折固定、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

按几何形状习惯将骨外固定支架分为单边式、双边式、三角式、四边式、半环式、全环式 6 种构型；又可视穿针平面的多少分为单平面和多平面 2 种类型。

二、基本操作技术

（一）麻醉

上肢首选臂丛神经阻滞麻醉，必要时实施全身麻醉；下肢首选硬脊膜外阻滞麻醉，必要时实施全身麻醉。

（二）体位

根据损伤部位选取适当体位。

上肢常用体位：仰卧、屈肘、前臂置于胸前。

下肢常用体位：仰卧、屈髋、外展、屈膝并将踝关节置于 90° 背伸位。

（三）操作步骤

外固定支架的具体操作顺序是复位、穿针、固定等基本操作交替进行。当穿针、骨折复位完成时，外固定支架与骨的复合系统也基本完成。

操作过程：先将骨折初步复位（纠正旋转、重叠畸形），然后穿骨折线远处的钢针并初步固定，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直视下复位或闭合复位，也可凭体表标志复位后再根据X线检查结果进行调整。具体复位方法如下。

直视下复位：对骨折端已外露的开放性骨折彻底清创后，可在直视下进行复位。闭合性骨折手法复位失败时，也可做3～5cm小切口后在直视下复位、穿针、固定。

闭合复位：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线透视检查对小的移位或成角做适当调整。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至原来的解剖学形态，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。

【穿针技术】

穿针是骨外固定手术的主要技术环节，穿针技术的好坏不仅直接关系到操作的安全性、外固定器与骨构成的稳定性和矫形功能的可靠性，也会影响并发症的发生率。因此，在穿针的每个环节都要树立微创意识，进行无血技术操作。穿针技术要求如下。

1. 严格无菌操作

穿针的进出点需避开感染病灶区2～3cm。

2. 避免副损伤

要充分了解穿针部位的解剖特点，最大限度地避开神经、血管，尽可能不穿越或少穿越肌肉，必要时可选择在肌间隙穿针。

3. 避免热损伤

①穿细直径全针时，在进针和出针时用乙醇纱布包绕钢针，使其降温。②穿粗直径钢针时，应按照穿针要求，严格穿针程序。在骨嵴和硬化骨穿针时，要先用细于钢针直径的麻花钻头缓慢钻孔后，再植入螺纹半针。

4. 钢针在骨内的位置

（1）螺纹半针　经髓腔或骨的中央穿透对侧皮质2mm左右。

（2）全针　在确保避开神经、血管和肌腱的前提下，应尽可能接近骨骼中央。

5. 不同种类钢针的操作要求

（1）半针的穿针操作　外固定器使用的半针有锥形螺纹半针、自攻式螺纹半针和无螺纹半针，各有优缺点。

1）锥形螺纹半针：先用比钢针直径细1～1.5mm的钻头，经骨的中央钻透另一侧骨皮质，然后用与钢针直径相同的扩孔钻头将进针侧的骨孔扩大，再拧入螺纹半针。

2）自攻式螺纹半针：可参照相关要求严格操作，注意控制好钢针的深度，避免未能穿透对侧皮质或穿出过长。

3）无螺纹半针：可直接钻入。钻孔或直按穿针时不要用高速动力钻。注意控制好

钢针的深度，避免未能穿透对侧皮质或穿出过长。

（2）全针的操作要求　一般无须套管即可直接穿入。钢针进入皮肤和骨内后，要避免改变钢针的方向，减少重复操作，避免因钢针在骨界面来回滑动造成软组织的缠绕伤。穿皮质骨或硬化骨时，为避免热损伤，要间歇性使用，必要时可以用湿乙醇纱布降温或用麻花钻钻透后再植入全针。如果出针侧软组织丰厚，可在钻透对侧皮质后，改用骨锤击打使钢针穿出对侧皮肤，以减少软组织缠绕。细钢针穿入后再实施拉张，可减少钢针因受力形变而对刚度，即稳定性产生的影响。

6. 注意事项

①股骨远端穿针时，应将膝关节屈曲至 135°；胫骨远端穿针时，应将踝关节适度背伸。②穿针后，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。

【安装与固定】

1. 外固定器与肢体的距离

①术后若肢体肿胀加重，应查看、调整外固定器与肢体的距离。一般情况下距离应大于两横指，反之可适当减小距离，但不应小于一横指。②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，早期可将距离留大一些，待肿胀消退、创面修复后再将距离缩小。③关节部位的距离应尽可能适度，以免影响关节运动。

2. 外固定器与关节间隙的距离

①髁间窝、胫骨平台、踝关节面等下肢部位，一般应在 2cm 以上。当需要更近的距离时，则固定时间不宜过长，以免影响关节活动和引发关节肿胀。②肩关节可在 2cm 以上，肘关节和腕关节可在 1cm 左右。

要确认整体外固定器与肢体外周的适宜度，以及关节运动时皮肤有无张力等情况，最后要确认整体固定器的牢稳性，发现问题时须及时调整。

3. 特殊情况下的操作步骤

对多发伤患者，或因伤情严重、有危及生命伤的抢救，以及野外现场急救或存在大量患者等紧急情况下，可先行穿针固定，然后在适当的时机重新整复、调整、固定。

（四）术后管理

骨外固定手术后的治疗，是指从手术开始到外固定器拆除、肢体功能完全恢复的治疗过程。外固定器的手术操作仅仅是治疗的开始，术后管理才是影响外固定疗效的关键环节。

1. 早期管理

手术早期，也称创伤期，是指术后的创伤修复期，一般为术后 1 周以内。若为开放性、感染性骨折，应根据具体情况适当延长早期管理时间，以创伤修复和伤口闭合为准。

检查器械的安放：将伤肢抬高，注意观察伤肢的血运和肿胀情况。因体位或肢体肿

胀造成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：骨外固定术本不必使用抗生素来预防针孔感染，但对于开放性骨折，即使清创彻底，仍需应用抗生素 5 ～ 7 日。对于感染性骨折，要适当延长抗生素的应用时间。

更换敷料：术后第 3 日更换敷料 1 次，针孔有渗出时需每日更换敷料。

检查针孔：针孔处皮肤有张力时应及时在张力侧切开减张。

2. 中期管理

针孔护理：针孔护理既是外固定器固定的一项重要工作，也是预防针孔感染的重要环节。要经常对针孔进行护理，如果针孔护理不当，容易发生针孔感染，甚至导致固定失败。术后 10 日左右，针孔处皮肤即有纤维性包裹，应在保持皮肤清洁、干燥的同时，每隔 1 ～ 2 日在针孔处皮肤滴少许 75% 乙醇或碘伏溶液。进行针孔护理时，对有感染和无感染的针孔需分别处理，以防交叉感染。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，适当应用抗生素。

矫正残余畸形或继发畸形：术后如发现残余畸形和继发畸形，应择时利用外固定器的矫形功能矫正畸形。当外固定器不足以矫正畸形时，应重新更换外固定器构件或采用加穿钢针等措施，直至畸形得以完全矫正。在调整外固定器或改变构型时要注意无菌操作。

固定刚度的调控：术后 2 周就可根据骨折的不同类型和部位实施适应性刚度固定。

功能训练：及时进行正确的功能锻炼，不仅有利于关节功能的恢复，也有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 日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，以及腕关节、肘关节的自主运动，1 周后开始进行旋转功能锻炼；下肢于术后 1 周或创面愈合后进行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，应停止活动，抬高患肢，卧床休息。

在外固定支架下的功能训练主要是下肢的训练，上肢一般进行以生活自理为主的训练，也可从事非体力性工作。

下肢的功能训练方法：①膝关节支撑于床上，从踝关节处使足部向上抬起。保持膝关节绷直，与床保持约 45°。缓慢放下腿，重复前尽量放松。开始时做 10 次练习，如果患者感觉很容易，可以增加次数，直至做到 30 次。②轻轻屈曲膝关节，足跟接触床，尽可能舒服地使足跟向臀部靠拢。缓慢地重复 10 次。③俯卧，屈曲膝关节，使足跟接触到臀部。开始时重复 10 次，训练目标为 30 次。④坐在床沿或椅子上以支撑大腿。小腿自然垂直，屈曲膝关节，将脚置于床下，然后绷直膝关节，脚趾尖向上抬起数秒。开始时重复 10 次，目标为 30 次。⑤患肢绷直，另外一条腿屈曲，向髋关节方向屈曲身体。此时患者会感到腿后部（腿后腱）有拉伸感。保持 10 秒，重复 10 次。⑥拉踝关节向上，使脚尖指向自己，患者可以使用束带或条带缠绕脚底，用手拉带子让脚尽量抬起。此时

患者会感觉到小腿有拉伸感。保持 10 秒，重复 10 次。

3. 拆除骨外固定器

骨折已达到临床骨折愈合标准时可拆除外固定支架。如果没有把握确定骨愈合的强度或存在明显的骨外固定并发症，不要过早拆除外固定器，应遵循“宁晚勿早”的原则，特别是治疗陈旧性骨折、粉碎性骨折、骨不连等情况时。

拆除外固定器的方法：先将骨外固定器体外装置拆除，让患者正常活动伤肢。在拆除过程中，注意无菌操作。取出钢针时，螺纹钢针用套锥拧出，全针用电钻或手钳拔出。纱布压迫针孔 3 ～ 5 分钟，以减少渗血。拔出全部钢针后，要用纱布、绷带加压包扎伤口。

除了解和掌握骨外固定的基本操作技术外，在临床实际应用时，仍应根据治疗病种的具体技术原则，严格规范操作，认真研究新问题。

三、主要适应证

骨外固定支架可用于符合适应证的部分创伤、感染、骨缺损及矫形病例。骨外固定支架技术临床上所涉及的治疗病种繁多，如创伤骨科、疑难骨病、矫形骨科和肢体短缩畸形等。骨外固定还用于治疗下肢缺血性疾病和脑血管意外后遗症等其他医疗专科涉及的疾病。常见适应证如下。

（一）创伤骨科的适应证

①伴有广泛的软组织损伤、伤口污染严重及难以彻底清创的开放性骨折。

②伤口已有感染的骨折及烧伤合并骨折。

③伤情严重、复杂的骨折和多发性骨折。

④需多次搬动（输送）的战伤骨折及批量患者的骨折。

⑤严重粉碎性骨干骨折及采用内固定方法难以固定的骨折。

⑥开放性或严重的骨盆骨折。

⑦严重粉碎性关节骨折应用内外结合跨关节动态弹性固定，以利于骨折愈合和关节功能重建。

⑧断肢再植术，伴有血管、神经损伤需修复或重建的骨折，以及需进行交腿皮瓣、肌皮瓣、游离带血管蒂肌皮瓣移植等修复性手术的骨折。

⑨毁损性骨折可以采用短缩肢体的方法，在恢复连续性后择期进行肢体延长。

⑩闭合性骨折，如骨质疏松性骨折和疗效无把握的骨折等，应用骨外固定调控功能，以保证疗效。

（二）疑难骨病的适应证

①骨折不愈合或假关节形成的骨不连。

②骨缺损，如各种原因导致的长骨骨缺损等，可应用骨段延长与加压固定技术

治疗。

③感染性骨不连或骨缺损，如慢性骨髓炎和外伤性感染性骨不连等，应用死骨清除、骨段延长与加压固定技术治疗。

④先天性胫骨假关节，应用骨段延长与加压固定技术治疗。

⑤伴有肢体短缩畸形的复杂性疑难骨病，应用骨外固定综合技术治疗。

（三）骨与关节畸形的适应证

①四肢长骨畸形，如先天性长骨弯曲畸形、外伤性畸形愈合和成骨不全导致的长骨畸形等。

②四肢骨与关节畸形，如髋关节、膝关节内外翻和其他复杂畸形等。

③脊柱侧弯。

④其他脊柱复杂畸形。

（四）肢体短缩畸形的适应证

①单侧肢体短缩畸形。

②双侧肢体短缩畸形。

③手足骨短缩畸形。

（五）髋关节疾病的适应证

①先天性髋关节脱位、陈旧性髋关节脱位等。

②儿童和成人股骨头缺血性坏死。

③先天性或陈旧性股骨颈骨不连。

④髋关节僵硬、强直或融合术后。

⑤股骨头缺失。

⑥其他髋关节慢性疼痛和功能障碍。

（六）在其他领域的应用

①下肢血管功能障碍性疾病。

②脑血管疾病后遗症。

③慢性骨性膝关节炎。

临床选择适应证，需要根据使用者的治疗理念、技术水平、熟练程度、所属专业和思维模式等各方面因素综合选择，也可根据类比法进行选择，如疗效的可靠性、部位的适宜性、再生理念等原则。

四、禁忌证

1. 伤肢有广泛的皮肤病变。

2. 因年龄及其他因素不能配合术后管理者。

五、临床应用举例

（一）肱骨干骨折

1. 骨外固定器构型选择

横断骨折选用标准的单侧构型。斜形、螺旋形骨折可选用肱骨专用的构型。粉碎性和多段骨折可选用上肢半环式构型。

2. 注意事项

新鲜骨折存在患肢肿胀持续或不确定因素时，应适度增加环的直径，确保与肢体皮肤间的距离不少于两横指。在中下 1/3 交界的前外侧不要穿针，以最大限度地避开桡神经。由内外髁穿全针时，要从内向外，注意不要误伤尺神经。早期用三角巾悬吊前臂，中后期适当加压。术后注意手部、肘部、肩部关节的功能活动。

肱骨干稳定性骨折与肱骨干粉碎性骨折的骨外固定器构型选择。

（二）尺桡骨骨折

1. 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，多采用前臂杆式单侧构型。

2. 注意事项

骨外固定器的安放位置方面，桡骨上安放在桡骨背侧；尺骨上安放在尺骨背侧。尺骨穿置全针时，应避免钢针穿入肘关节内。在远端垂直时，应避免固定腕部肌腱。桡骨上的进针点要选在肌间隙。在近段注意避免误伤桡神经深支，在远段要注意避免误伤桡神经皮支。多段骨折时要加穿钢针。术后进行积极的手部运动和适宜的前臂旋转功能锻炼。

桡骨骨折的骨外固定器构型选择。

（三）股骨干骨折

1. 骨外固定器构型选择

横断骨折选用股骨双杆单侧构型。斜形、螺旋形骨折可结合有限内固定后选用股骨双杆单侧构型。粉碎性和多段骨折可选用股骨双杆三角构型，并在此基础上适当加穿针。

2. 注意事项

股骨穿针时应防止损伤内侧血管、神经，特别是股骨的中下 1/3 处和股骨远端。股骨中段以下的穿针应最大限度地避开肌肉和肌腱。股骨远端和髁部穿针时，要使膝关节处于屈曲位（屈膝 135° 左右）。髁部穿针时，要避免针前端穿入髌股关节。

双杆上的钢针远离连接杆时，应使用矫形垫，不要强行连接固定。固定时，外侧行加压，内侧行牵伸，以防骨折向外成角。

术后及时行股四头肌运动和逐步、部分下肢负重。

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持续被动运动仪（CPM 机）协助康复。

以上为股骨干骨折与股骨干多段骨折的骨外固定器构型选择。

（四）胫骨骨折

1. 骨外固定器构型选择

对中段横断骨折，选用双杆单侧构型，实施加压固定。对斜形、螺旋形骨折，可结合有限内固定后用单侧构型或选用方框式构型，实施中和位固定。对中段粉碎性骨折，选用双边式、方框式或半环式构型，实施中和位固定。对多段骨折，选用加强半环式构型。对骨缺损，选用构型时要先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，以便在适当的时机实施骨段延长修复骨缺损。伴有严重软组织损伤，需要用小腿交叉皮瓣修复创面时，可选用双边式构型。

2. 注意事项

胫骨穿针：①胫骨近端穿针时应精确定位腓骨小头的体表位置，进针点可在腓骨小头的前缘，平行贯穿胫骨，以免损伤腓总神经和胫后血管。②胫骨远端穿置全针的位置在踝关节面上 2cm 处，由腓骨前缘平行贯穿胫骨，出针点应在大隐静脉后方。③在胫骨干上尽可能避免穿全针。穿置半针时，应避免因钻头或钢针穿出对侧皮质而损伤神经、血管。

骨接触优先原则：对于严重粉碎性骨折，复位时应使骨断端有足够的骨接触界面，以确保骨折愈合，保证再生质量，不要过多地顾及骨长度的丢失。丢失的骨长度可通过骨段延长加以弥补，或在骨折愈合后进行肢体延长。

创面修复优先原则：要善于利用组织再生原理解决骨与软组织缺损的修复，避免应用其他复杂性外科修复技术。必要时可以先缩短骨长度使创面修复，再同时进行骨延长。如此，既可确保创面修复，又能充分体现微创意识。

术后尽早进行完全负重功能锻炼，锻炼中要避免弯曲应力和旋转应力。

以上为胫骨中 1/3 稳定性骨折、胫骨中 1/3 粉碎性骨折、胫骨下 1/3 粉碎性骨折、胫骨中上 1/3 粉碎性骨折、胫骨多段骨折的骨外固定器构型选择。

（五）近关节骨折

1. 骨外固定器构型选择

骨折局部构型：在骨干上穿针，关节端穿交叉全针。

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。

由跨关节构型改为局部构型：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，就要考虑到改型的需要，以免钢针变动太多。

2. 注意事项

骨折复位时要注意恢复关节与骨干的正常关系。跨关节固定时，要将关节置于功能位，并适当牵伸。中后期应及时改为骨折局部固定，必要时结合螺钉或克氏针固定骨折块。术后结合 CPM 机进行关节功能康复。

以上为肱骨外科颈骨折、肱骨髁上骨折及股骨粗隆间（下）粉碎性骨折、股骨髁上骨折的骨外固定器构型选择。

（六）关节内骨折

理想的关节内骨折的骨外固定器，应在牵伸状态下允许关节活动。但是，目前尚无此类骨外固定器供临床应用。因此，现在用于治疗关节内骨折的骨外固定器，只能在某些特殊情况下使用，如感染性关节骨折、伤口污染严重的开放性关节骨折、骨折粉碎严重难以用其他方法固定的骨折等，以及作为其他治疗方法的过渡。

1. 骨外固定器构型选择

早期以跨关节固定构型为主。中后期以骨折局部构型为主。钢针以全针为主，适当结合半针。

肱骨髁间骨折、股骨髁间骨折、桡骨远端粉碎性骨折的骨外固定器构型选择。

2. 注意事项

鼓励患者在疼痛可忍受的情况下早期进行关节活动，预防关节僵硬。若出现关节僵硬，需进行康复训练和理疗等。

（七）骨盆骨折

用骨外固定器治疗骨盆骨折的难度较大，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，只有采用相应的构型，结合相关技术，才能获得满意的效果。骨盆外固定可作为部分不稳定骨盆损伤的临时稳定、损伤控制或最终固定方式之一，须在创伤救治流程和骨盆损伤分型评估的基础上选择。外固定支架技术对骨盆骨折的适应证包括以下几类：①任何具有血流动力学不稳定或不稳定趋势的骨盆骨折。②旋转不稳定、垂直稳定或旋转、垂直均不稳定的骨盆骨折。③明显移位的耻骨骨折或耻骨联合分离。④开放性骨盆骨折。⑤部分老年性骨盆骨折。

1. 骨外固定器构型选择

梯形骨盆骨外固定器构型、半环式骨盆骨外固定器构型。

2. 注意事项

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；骨折的复位不能依赖骨外固定器，而要结合其他复位方法，如骨牵引等；对于旋转及垂直性骨折，必要时应配合进行内固定；术后要加强护理和必要的调整。

（撰写人：袁普卫）

第六节　牵引技术

牵引技术是一种通过牵引装置，利用悬垂之重量为牵引力、身体重量为反牵引力，以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，对某些疾病进行术前组织松解和术后制动的治疗技术，多用于四肢和脊柱。

牵引技术有皮牵引、骨牵引及布托牵引等类型，临床上可根据患者的年龄、体质，骨折的部位和类型，以及肌肉发达的程度和软组织损伤情况的不同分别选用。牵引重量根据缩短移位程度和患者体质而定，应随时调整，牵引重量不宜太重或不及。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

（一）皮肤牵引技术

通过对皮肤的牵拉使作用力最终到达患处，并使其复位、固定与休息的技术，称皮肤牵引技术。此法对患肢基本无损伤，患者痛苦少，且无穿针感染之危险。由于皮肤本身所承受的力量有限，同时皮肤对胶布的黏着不持久，故其适用范围有一定的局限性。

1. 操作方法

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牵引绳、重锤等。

按肢体粗细和长度，将胶布剪成相应宽度（一般与扩张板宽度一致），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。

将扩张板贴于胶布中央，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。

为防止胶布粘卷，医生可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。

在助手的协助下，于骨突处放置纱布，医生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，注意保持两端长度一致，以保证扩张板处于水平位置。

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。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。

牵引重量根据骨折类型、移位程度及肌肉发育情况而定，小儿宜轻、成人宜重，但不能超过 5kg。

2. 适应证

对骨折通常需要采用持续牵引疗法，但也有不需要强力牵引或不适于采用骨牵引、

布带牵引的病例，如小儿股骨干骨折、小儿轻度关节挛缩症、肱骨髁上骨折等因肿胀严重或有水疱而不能即刻复位者，以及成人股骨干骨折或股骨颈骨折的临时制动。

3. 禁忌证

皮肤对胶布过敏；皮肤有损伤或炎症；肢体血液循环障碍，如静脉曲张、慢性溃疡、血管硬化及栓塞等；骨折严重错位，需要重力牵引方能矫正畸形。

4. 注意事项

注意检查牵引重量是否合适，太轻不起作用，过重易导致胶布滑脱或引起皮肤水疱；注意有无皮炎发生，特别是小儿皮肤柔嫩，对胶布的反应较大，若有不良反应，应及时停止牵引；注意检查胶布和绷带是否脱落，若有滑脱应及时更换；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；经常检查足部两侧与皮肤接触的部位，防止出现压迫性溃疡；腘窝及跟腱处应垫棉垫，切勿悬空。

（二）垂直悬吊皮肤牵引

1. 操作方法

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牵引绳、重锤等。

按肢体粗细和长度，将胶布剪成相应宽度（一般与扩张板宽度一致），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。

将扩张板贴于胶布中央，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。

为防止胶布粘卷，医生可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。

在助手的协助下，于骨突处放置纱布，医生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，注意保持两端长度一致，以保证扩张板处于水平位置。

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。用同样的方法将两侧肢体垂直悬挂于牵引架上。

牵引重量方面，应使患儿臀部悬空，利用自身重量牵引。

2. 适应证

3 岁以下小儿股骨干骨折。

3. 禁忌证

皮肤对胶布过敏；皮肤有损伤或炎症。

4. 注意事项

对患肢与健肢同时进行牵引，两侧牵引重量应相等，以患儿臀部刚好离开床面为宜，重量太轻则牵引无效，重量太重则会使患儿倒悬，易导致患儿出现呼吸不畅等不适。注意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，加上牵引带缠绕的压迫，容易导致末梢血液循环不良，出现足趾发凉、苍白或麻木、疼痛等现象。

二、骨牵引

骨牵引，又称直接牵引，系指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、固定与休息作用的技术。

（一）颅骨牵引

1. 操作方法

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。

定位：用龙胆紫在头顶正中画一前后矢状线，将头顶分为左右两半，再以两侧外耳孔为标记，经头顶画一冠状线，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冠状线上，该处就是颅骨钻孔部位。另一种方法是由两侧眉弓外缘向颅顶画两条平行的矢状线，两线与上述冠状线相交的左右两点是钻孔的位置。

消毒铺巾：以进针点为中心，保护眼睛和耳部，防止消毒液进入眼睛和耳朵。用碘伏（对碘伏过敏者用 75% 乙醇，以下相同）消毒 3 遍，先在头下铺 1 块无菌巾，其他 3 块铺在头上和左右两侧，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：采用 2% 利多卡因局部浸润麻醉，用 5mL 注射器抽取 3mL 利多卡因，在进针点刺入皮下，回抽无血后注入利多卡因，局部出现白色皮丘，直径约 2cm。对侧操作与本侧相同。

安装颅骨牵引弓：①切口。麻醉后，用尖刀在两点处各做一条长约 1cm 的小横切口，深达骨膜，如果有明显出血，用弯钳钳夹出血点，用手术缝合线结扎止血。②钻孔。用带安全隔板的钻头在颅骨表面斜向内侧约 45°，以手摇钻钻穿颅骨外板（成人约为 4mm，儿童约为 3mm），操作时避免穿透颅骨内板损伤脑组织。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 75% 乙醇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），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。

2. 适应证

颈椎骨折、脱位或骨折伴脱位。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放创伤污染严重；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；恶性肿瘤，有出血倾向；患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受颅骨牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

牵引重量：一般第 1 ～ 2 颈椎病损用 4kg，以后每向下一椎体增加 1kg。复位后，

维持牵引重量一般为 3 ～ 4kg。

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。

为了防止牵引弓滑脱，可于牵引后第 1、2 日内，每日将牵引弓的螺丝加紧一扣；每日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；每日观察牵引装置是否有效，防止因牵引砣接触地面、牵引弓与床头接触而丧失牵引效果；要根据 X 线复查结果调整重量，骨折重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量。

（二）尺骨鹰嘴牵引

1. 操作方法

体位：患者取仰卧位，屈肘 90°，前臂中立位。

定位：尺骨鹰嘴下 2cm、尺骨嵴旁一横指处就是穿针部位，可用龙胆紫标记。

消毒铺巾：以进针点为中心，用碘伏消毒 3 遍。先在肘下铺 1 块无菌巾，其他 3 块铺在肘上和左右两侧，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：采用 2% 利多卡因局部浸润麻醉，用 5mL 注射器抽取 3mL 利多卡因，在进针点刺入至皮下，回抽无血后注入利多卡因，局部出现白色皮丘，直径约 2cm。对侧操作与本侧相同。

安装牵引弓：医生先将克氏针安装到手摇钻上，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，将克氏针与骨干保持垂直并与床面平行，再钻入并穿出对侧皮肤，使两侧外露的克氏针长度相等，以 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针眼处，安装牵引弓进行牵引。对于儿童患者，可用巾钳代替克氏针直接牵引。

2. 适应证

难以复位或肿胀严重的肱骨髁上骨折和髁间骨折；粉碎性肱骨下段骨折；移位严重的肱骨干大斜形骨折或开放性骨折。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放创伤污染严重；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；恶性肿瘤、骨髓炎，有出血倾向；患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

牵引重量：一般为 2 ～ 4kg。应根据 X 线结果动态调整牵引重量，出现骨折重叠时则适当增加牵引重量，骨折分离时则适当减轻牵引重量。

牵引方向：应根据骨折线和远端的移位情况而定。

操作时须自内侧向外侧进针，防止损伤尺神经；针眼须经常消毒，防止感染；应根据 X 线复查结果调整重量，骨折重叠则增加重量，骨折分离则减轻重量，尤其是对年龄偏大、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

1. 操作方法

体位：患者取仰卧位，伤肢置于牵引架上，使膝关节屈曲 40°。

定位：内收肌结节上 2cm、股骨下端前后之中点就是穿针部位，可用龙胆紫标记。

消毒铺巾：以进针点为中心，用碘伏消毒 3 遍，先在股骨下端下面铺 1 块无菌巾，其他 3 块铺在头上和左右两侧，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：局部浸润麻醉（方法同上）。

安装牵引弓：先将克氏针安装到手摇钻上，助手将进针点皮肤向上拉紧，以克氏针穿入皮肤，直达骨质，使针与骨干垂直并与床面平行，徐徐转动手摇钻，当针穿过对侧骨皮质时，同样向上拉紧皮肤，以手指压迫针眼处周围皮肤，穿出钢针，使两侧钢针露出长度相等，用 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针孔，安装牵引弓进行牵引。

2. 适应证

股骨干骨折、转子间骨折、髋关节脱位、骶髂关节脱位、骨盆骨折向上移位、髋关节手术前需要松解粘连者。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放创伤污染严重者；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；恶性肿瘤、骨髓炎，有出血倾向；患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

牵引重量：一般为体重的 1/8 ～ 1/6，维持量为 3 ～ 5kg。

穿针时需由内向外进针，以免损伤神经、血管；穿针的方向应与股骨纵轴呈 90°，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；针眼须经常消毒，防止感染；应根据 X 线复查结果动态调整牵引重量，出现骨折重叠时则适当增加牵引重量，出现骨折分离时则适当减轻牵引重量。

（四）胫骨结节牵引

1. 操作方法

体位：患者取仰卧位，将患肢置于牵引架上。

定位：穿针的部位在胫骨结节向后 1.25cm 处，此点平面稍向远侧的部位就是进针点，可用龙胆紫标记。

消毒铺巾：以进针点为中心，用碘伏消毒 3 遍，先在胫骨结节下面铺 1 块无菌巾，其他 3 块铺在头上和左右两侧，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：局部浸润麻醉（方法同上，注意避开腓总神经）。

安装牵引弓：术者先将克氏针安装到手摇钻上，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，将克氏针穿入皮肤，直达骨质，使针与骨干垂直并与床面平行，徐徐转动手摇钻，当针穿过对侧骨皮质时，同样向上拉紧皮肤，以手指压

迫针眼处周围皮肤，穿出钢针，使两侧钢针露出长度相等，用 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针孔，安装牵引弓进行牵引。

2. 适应证

股骨干骨折、伸直型股骨髁上骨折。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放创伤污染严重；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；恶性肿瘤、骨髓炎，有出血倾向；患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

牵引重量：一般为 7 ～ 8kg，维持量为 3 ～ 5kg。

如用骨圆针做牵引，必须用手摇钻穿针，禁用锤击，以免造成骨质劈裂；穿针的方向应与骨干纵轴呈 90°，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；针眼必须经常消毒，防止感染；应根据 X 线复查结果动态调整牵引重量，出现骨折重叠时则适当增加牵引重量，出现骨折分离时则适当减轻牵引重量。

（五）跟骨牵引

1. 操作方法

体位：患者取仰卧位，将伤肢置于牵引架上，小腿远端垫一沙袋使足跟抬高，助手一手握住足前部，一手握住小腿下段，维持踝关节中立位。

定位：内踝尖与足跟后下缘连线的中点为穿针部位；或取内踝顶点下 3cm 处，再向后画 3cm 长的垂线，其顶点就是穿针处。可用龙胆紫标记。

消毒铺巾：以进针点为中心，用碘伏消毒 3 遍，先在足跟下面铺 1 块无菌巾，其他 3 块铺在头上和左右两侧，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：局部浸润麻醉（方法同上）。

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，使两侧钢针露出长度相等，用 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针孔，安装牵引弓进行牵引。

2. 适应证

胫骨髁部骨折、胫腓骨不稳定性骨折、踝部粉碎性骨折、跟骨骨折向后上移位、膝关节屈曲挛缩畸形等。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放创伤污染严重；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；恶性肿瘤、骨髓炎，有出血倾向；患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

牵引重量：一般为 3 ～ 5kg。

进行跟骨牵引时成人最好用骨圆针，骨圆针较克氏针更稳妥，不易拉豁骨质；针眼须经常消毒，防止感染；应根据 X 线复查结果适当调整牵引重量，出现骨折重叠时则适当增加牵引重量，出现骨折分离时则适当减轻牵引重量。

（六）尺桡骨远端牵引

1. 操作方法

体位：患者取仰卧位，屈肘 90°，前臂垂直，远端朝上。

定位：桡骨茎突上 1.5 ～ 2.0cm 处与桡骨前后中点相交处就是穿针处，可用龙胆紫标记。消毒铺巾：以进针点为中心，用碘伏（对碘伏过敏者用 75% 乙醇，以下相同）消毒 3 遍，先在尺、桡骨远端下面铺 1 块无菌巾，其他 3 块铺在头上和左右两侧，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：局部浸润麻醉（方法同上）。

安装牵引弓：在上臂部加一布带向下做对抗牵引。将克氏针由外向内进针，直达骨质，然后转动手摇钻，将克氏针垂直钻入并穿出对侧皮肤，使两侧外露的克氏针长度相等，以 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针眼处，安装牵引弓，进行牵引。

2. 适应证

开放性或皮肤条件差的前臂骨折及肘部损伤或疾病。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放创伤污染严重；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；有恶性肿瘤、骨髓炎，有出血倾向；严重心肺疾病及全身衰弱不能耐受牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

牵引重量：一般为 2 ～ 4kg。

针眼必须经常消毒，防止感染；应根据 X 线复查结果适当调整牵引重量，出现骨折重叠时则适当增加牵引重量，出现骨折分离时则适当减轻牵引重量。

（七）掌骨牵引

1. 操作方法

体位：患者取仰卧位，屈肘 90°，前臂垂直，远端朝上。

定位：横贯第 2 ～ 3 或第 2 ～ 4 掌骨干中下 1/3，可用龙胆紫标记。

消毒铺巾：以进针点为中心，用碘伏消毒 3 遍，先在掌上和左右两侧铺 1 块无菌巾，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：局部浸润麻醉（方法同上）。

安装牵引弓：在上臂部加一布带向下做对抗牵引。将克氏针自外向内垂直钻入，直

达骨骼，然后转动手摇钻，将克氏针横贯第 2 ～ 3 或第 2 ～ 4 掌骨，穿出对侧皮肤，使两侧外露的克氏针长度相等，以乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针眼处，安装牵引弓进行牵引。

2. 适应证

开放性或皮肤条件差的前臂骨折，以及肘部损伤、桡骨远端骨折、腕关节疾病。

3. 禁忌证

第 2 ～ 4 掌骨干有炎症或开放创伤污染严重；第 2 ～ 4 掌骨干骨骼有病变及严重骨质疏松；第 2 ～ 4 掌骨干需要切开复位者。

4. 注意事项

牵引重量：一般为 2 ～ 4kg。

针眼必须经常消毒，防止感染；应根据 X 线复查结果适当调整牵引重量，出现骨折重叠时则适当增加牵引重量，出现骨折分离时则适当减轻牵引重量。

（八）拇指指骨牵引

1. 操作方法

体位：各手指置于对掌功能位。

定位：指甲根部横线与末节指骨侧方前后中线相交处。

消毒铺巾：以消毒进针点为中心，用碘伏消毒 3 遍，先在掌上和左右两侧铺 1 块无菌巾，露出 2 个进针点，再铺洞巾。

麻醉：局部浸润麻醉（方法同上）。

安装牵引弓：将克氏针由外向内垂直进针，直达骨质，然后转动手摇钻，将克氏针横贯拇指指骨，穿出对侧皮肤，使两侧外露的克氏针长度相等，以 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针眼处。用管型石膏将腕关节、指关节固定于功能位，然后将一“U”形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”形架顶端凹陷处进行牵引。

2. 适应证

第一掌指骨不稳定骨折、第一掌骨基底部骨折脱位。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放创伤污染严重；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；恶性肿瘤、骨髓炎，有出血倾向；患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

利用橡皮圈维持牵引力；针眼必须经常消毒，防止感染；应根据 X 线复查结果适当调整牵引重量，出现骨折重叠时则适当增加牵引重量，出现骨折分离时则适当减轻牵引重量。

（九）第 2 ～ 4 掌指骨牵引

1. 操作方法

体位：依骨折部位及类型而定。

定位：指甲根部横线与末节指骨侧方前后中线相交处。

消毒铺巾：以进针点为中心，用碘伏消毒 3 遍，先在掌上和左右两侧铺 1 块无菌巾，露出 2 个进针点，铺洞巾。

麻醉：局部浸润麻醉（方法同上）。

安装牵引弓：将克氏针自外向内垂直钻入，直达骨质，然后转动手摇钻，将克氏针横贯指骨，穿出对侧皮肤，使两侧外露的克氏针长度相等，以 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针眼处。用管型石膏固定腕关节于功能位，将“T”板及铁丝钩置于石膏掌侧，待石膏凝固后，将板弯成适当的形状，将伤指置于板上，然后用橡皮圈连接牵引弓及铁丝钩进行牵引。

2. 适应证

第 2 ～ 4 掌指骨不稳定骨折。

3. 禁忌证

牵引处有炎症或开放性创伤污染严重；牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松；恶性肿瘤、骨髓炎，有出血倾向；患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受牵引；牵引局部需要切开手术；因意识障碍、躁动不安等情况而无法配合治疗。

4. 注意事项

利用橡皮圈维持牵引力；牵引装置安装完毕后，将牵引针两端多余部分剪去，并套上小瓶，以防针尖损害；注意牵引针两侧有无阻挡，如有阻挡应及时调整，以免导致牵引力降低；经常检查针眼处有无感染，为防止感染，可隔日向针孔处滴 75% 乙醇 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；注意牵引针有无滑动或是否将皮肤拉豁，此类情况多见于克氏针操作，应及时调整牵引弓或重新更换；注意肢体有无压迫性溃疡；鼓励患者及时练习肌肉运动和掌指功能锻炼。每日测量肢体长度，并与健侧进行比较；在牵引最初数日，应及时进行 X 线检查，以便了解骨折对位情况，如对位不良，应适当调节牵引方向或重量；牵引重量应一次性加到适当最大量，以矫正骨折重叠移位，如系关节挛缩，可逐渐增加重量，但应注意观察肢体运动情况及有无血液循环障碍。

三、布托牵引

布托牵引，系指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。

（一）颌枕带牵引

1. 操作方法

目前使用的颌枕带一般为工厂加工成品，分为大号、中号、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。

2. 适应证

无截瘫的颈椎骨折脱位、颈椎间盘突出症及颈椎病等。

3. 禁忌证

颈椎结构完整性受损害，如发生于颈椎及其邻近组织的肿瘤、结核等疾病；颈椎邻近处血管损害性疾病；禁忌进行颈椎活动的疾病，如颈椎严重失稳、颈椎椎体骨折等；颈椎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；颈椎间盘脱出、游离；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；患者严重的心、肺、肝、肾和脑部疾病；高血压、低血压、久病体虚、严重神经症患者及孕妇应慎用颈椎牵引；椎体间有骨桥形成者亦最好不使用颈椎牵引。

4. 注意事项

牵引重量为 3 ～ 5kg。牵引重量不宜过大，否则会影响张口进食，或因压迫产生溃疡，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

1. 操作方法

布兜用长方形厚布制成，其两端各穿一木棍。患者仰卧，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。

2. 适应证

耻骨联合分离、骨盆环骨折分离、髂骨翼骨折向外移位、骶髂关节分离等。

3. 禁忌证

孕妇禁用；恶性肿瘤、严重高血压患者，以及有出血倾向、皮肤损伤的患者慎用。

4. 注意事项

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

1. 操作方法

用两条牵引带，一条骨盆带固定骨盆，另一条固定胸部，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。

2. 适应证

腰椎间盘突出症、腰椎间孔狭窄引起的神经根受压、腰椎小关节紊乱症。

3. 禁忌证

孕妇禁用。有以下情况的患者慎用：腰椎不稳定；脊髓疾病；腰椎结核、肿瘤；有马尾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；有出血倾向；恶性肿瘤；严重高血压；皮肤损伤。

4. 注意事项

一侧牵引重量为 5 ～ 15kg。牵引重量不宜过大，牵引后症状加重可能是因为牵引重量过大；牵引后反而出现神经根症状加重者，不能再进行牵引；小关节紊乱者的牵引时间不能太长，症状缓解后不需再牵引；腰椎不稳者忌用牵引。

（四）悬吊过伸牵引法

1. 操作方法

麻醉：复位前 1 小时给患者服用适量的镇静剂与镇痛剂（如吗啡等药物），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% 普鲁卡因进行浸润麻醉，以减轻患者疼痛，并减轻肌肉痉挛。

牵引：患者俯卧于床上，以吊带向上牵引两下肢，至腹部离开床面为止，必要时医生可在背部骨折处轻轻加压，加大其过伸体位，使骨折复位。

2. 适应证

屈曲型压缩骨折，其中脊柱完整、属于稳定性损伤但可有一定程度的脊柱畸形，以后有可能引起慢性腰背痛。

3. 禁忌证

脊髓疾病；腰椎结核、肿瘤；有马尾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；有出血倾向。

4. 注意事项

经 X 线检查证实已复位以后，即可改为仰卧位，但需保持过伸；腰椎压缩骨折不稳定者禁止牵引；牵引时间不宜过长，要及时进行 X 线复查。

（撰写人：林定坤）

第七节　撬拨复位技术

以撬拨器械（如克氏针、斯氏针等）为杠杆，将骨折或脱位的远端或近端分别作为支点或受力点，以靠近医者的一端为施力点，利用杠杆原理进行撬抬或挑拨或推顶，从而使骨折或脱位复位的方法，称为撬拨复位技术。

撬拨复位技术常用于撬拨嵌入骨折间隙的软组织、移位骨折片及关节脱位等。撬拨复位技术既可作为一种单独的内固定手术，比如跟骨骨折闭合复位克氏针撬拨复位内固定术；又可作为一种骨折复位或固定的辅助方法，比如在跟骨骨折切开复位钢板螺钉内

固定术中，复位过程利用克氏针撬拨塌陷的距下关节面使其复位并做临时固定。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

撬拨复位技术早期主要采用克氏针、斯氏针等器械进行操作，后期采用逐步改进的各类撬拨器械，再配备其他器械。例如，若行闭合复位外固定术，则配备外固定夹板、石膏或支具等；若行外固定架外固定术，则配备外固定架相关器械；若行内固定术，则配备相关内固定器械。

临床上常用撬拨器与骨折撬拨复位内固定器。

（二）基本操作方法

1. 推顶法

该法适用于撕脱骨折、长骨游离较大骨片，以及经关节面的劈裂骨折。操作时用克氏针等撬拨器械直抵骨折块，或经过关节间隙进入，用钝头推顶骨折块，直至复位成功。例如，对肱骨大结节撕脱骨折，即可用克氏针经皮穿刺至骨折远端，将骨折远端推顶向近端并固定。

2. 撬抬法或杠杆法

该法适用于关节交锁、关节面塌陷骨折或旋转移位骨折。操作时将克氏针等撬拨器械插入关节间隙、塌陷关节面下或骨折间隙，利用杠杆原理以近端或远端为支点进行撬抬，同时配合一定的手法，解除关节交锁或旋转移位，或抬起塌陷关节面，完成复位。例如，对胫骨平台外侧髁塌陷骨折，即可将撬拨器械从骨折间隙插入至塌陷的关节面下，以外侧髁的外侧壁为支点，用撬拨器械将塌陷的关节面抬起。

3. 挑拨法

该法适用于碎骨片或骨膜等组织嵌在骨折间隙中，影响手法复位者。操作时将克氏针等撬拨器械插在骨折间隙中，挑拨出嵌入的碎骨片或骨膜等组织，然后再进行手法复位。例如，内踝骨折端常会嵌入软组织影响复位，此时即可用撬拨器械自骨折间隙插入将嵌入的组织拔出，再配合手法复位。

（三）撬拨复位技术基本操作

骨折或脱位的撬拨复位操作应按切开手术的一般治疗原则进行。术前要根据病史、临床表现和 X 线检查，分析损伤机制和骨折或脱位类型，对需要撬拨的骨折片位置，以及进针部位、方向和深度等应预先有充分的估计。同时，操作人员要了解骨折或脱位部位的解剖知识，避免损伤重要的神经、血管。

1. 麻醉

上肢用臂丛神经阻滞麻醉，下肢用硬膜外阻滞麻醉或蛛网膜下腔阻滞麻醉，亦可酌情选用全身麻醉或局部麻醉。

2. 体位

（1）上肢　取仰卧或沙滩椅位，屈肘、前臂置于胸前。

（2）下肢　取仰卧或侧卧位，屈髋、外展，屈膝，并将踝关节置于 90° 背伸位。

3. 操作步骤

撬拨复位技术的具体操作是一个复位、穿针、撤针与固定的交替过程。

术区用常规 75% 乙醇消毒，有创面者可用碘伏消毒。铺台后，先将骨折初步复位（纠正旋转、重叠畸形），再行 X 线机透视检查，分析影响骨折或脱位复位的因素，确定需要撬拨的骨折块或软组织，以及撬拨器械的行进路线，然后穿入撬拨器械，配合手法进行再次复位。骨折或脱位复位满意后，若需要保留撬拨器械进行内固定，则保留撬拨器械，再配以外固定架或内固定器械进行最终固定；若不需要保留，则撤出撬拨器械，以无菌敷料覆盖切口，再行最终外固定。

（1）骨折复位　复位是骨折或脱位治疗的关键环节，复位是否满意，直接影响骨折愈合的质量。复位时可根据具体情况采用直视下复位或闭合复位。具体复位方法如下。

1）直视下复位：主要应用于骨折端已外露的开放性骨折或切开复位内固定术。彻底清创或术中显露骨折断端后，亦可在直视下复位。闭合性骨折手法复位失败时，也可在折端间行小切口，而后在直视下复位、穿针、固定。

2）闭合复位：先凭体表或骨性标志大致复位后，利用撬拨器械配合手法进行复位，根据 X 线机透视检查结果对移位或成角做适当调整至满意后再固定。

（2）穿针撬拨　穿针撬拨是撬拨器械插到需要复位的骨折块周围进行复位的操作，是撬拨复位的主要操作技术。穿针撬拨技术的好坏，不仅影响骨折复位，而且关系到骨折固定的牢稳性。因此，穿针撬拨时应严格进行以下操作技术：①充分了解穿针部位的解剖结构，避免刺伤主要的血管与神经。②严格进行无菌操作，穿针须在感染病灶区外 2 ～ 3cm。③严格采用无创技术，撬拨器械的进口用尖刀做直径 0.5cm 以下的皮肤切口，以止血钳将肌肉分离后放置套管再钻孔。④正确选择穿针位置和角度，撬拨器械尽可能少穿越或不穿越肌肉，或选择在肌间隙穿针，依据骨折或脱位方向及杠杆原理，选择恰当的受力点和支点。⑤正确选择撬拨器械的类型和直径。⑥进针口用 75% 乙醇纱布消毒，用无菌纱布平整包裹。

（3）安装与固定　多数情况下，骨折复位、穿针、撤针及固定是交替进行的。骨折或脱位复位满意后，应按术前计划完成固定，或以撬拨器械直接内固定，或撤出撬拨器械行外固定架固定，或行夹板、石膏等外固定，或行钢板螺钉等内固定。

最终以撬拨器械进行整体固定时尚需注意以下问题：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。固定牢稳时骨折端应无活动或仅有微量弹性活动；稳定性不足时，可酌情采取加克氏针或外固定等措施以增加稳定度。②若保留撬拨器械，撬拨器械尾端露出皮肤 1cm 左右即可，过长的尾端应剪除。尾端用塑料帽套封或胶布包缠，以免刺伤或划破皮肤。

4. 术后治疗

术后治疗得当与否直接影响疗效，若术后治疗不当会引起针孔感染、骨折不愈合等

并发症，因此应给予足够的重视。

（1）一般治疗　术后使伤肢抬高，注意观察伤肢血运和肿胀情况。注意外固定的松紧，若外固定架的螺丝松动，应及时调整。

（2）预防感染　若最终保留撬拨器械，不必使用抗生素来预防针孔感染，但骨折和伤口本身仍需酌情选用抗生素以预防感染。

（3）针孔护理　保留撬拨器械固定后，需要做的工作与骨外固定架术后一样，要经常对针孔进行护理。若针孔护理不当，将发生针孔感染。一般术后第三日更换敷料1次，针孔有渗出时需每日更换敷料。经过10日左右，针孔处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日向针孔处皮肤滴少许75%乙醇或碘伏溶液即可。针孔处皮肤有张力时，应及时在张力侧切开减张。进行针孔护理时要避免交叉感染。一旦发生针孔感染，应及时进行正确的外科治疗，并将伤肢架高休息，适当应用抗生素。

5. 功能锻炼

及时进行正确的功能锻炼，不仅有利于关节功能恢复，还有利于血运重建和应力刺激，促进骨折愈合进程。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。

一般术后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，以及腕关节、肘关节的自主运动，旋转功能锻炼需根据固定的稳定程度而定；下肢要依据骨折或脱位的类型及最终固定的形式来确定是否扶双拐离床活动，以及是否负重。

6. 拆除撬拨器械

骨折或脱位已达临床骨折愈合标准时，应拆除撬拨器械。

二、主要适应证

1. 骨折片位于关节面或关节附近，如胫骨棘撕脱骨折、胫骨平台塌陷骨折和胫骨下端关节面骨折等。

2. 骨折位置较表浅、手指可触及，但不易手法复位，如跟骨的内外侧突骨骨折、骨折片嵌入结节部的骨松质等。

3. 骨折片位置较深，无韧带和坚强的关节囊附着，手法间接牵拉对骨折常无作用，如常在冠状面上发生的肱骨小头纵行骨折等。

4. 骨折片的一侧位于关节面的中部而另一侧位于关节面周围，或手法只能间接牵拉骨折片的周围韧带和关节囊，不易整复旋转复位，或牵引重量较大，可加重旋转错位，如肱骨髁间骨折、股骨髁骨折等。

5. 关节脱位呈交锁状，如腕部经舟骨月骨周围脱位、月骨前脱位等。

6. 患者全身情况较差，不宜采用较复杂的切开复位和内固定手术。

7. 多处皮肤挫伤或出现水疱，不宜手术切开复位，但部分皮肤仍完好，可供进针做撬拨复位。

三、禁忌证

1. 骨折处存在感染、开放性伤口或严重皮肤损伤。
2. 局部骨骼有病变（如骨髓炎、骨肿瘤等）或严重骨质疏松。
3. 有恶性肿瘤、出血倾向。
4. 患有严重心肺疾病或全身衰弱，不能耐受操作。
5. 骨折端有重要血管神经走行，无法避开。
6. 儿童骨骺未闭（需谨慎选择进针点，避免损伤骨骺）。
7. 意识障碍、躁动不安、无法配合治疗。
8. 骨折粉碎严重，无法通过撬拨获得稳定复位。

四、注意事项

1. 撬拨器针尖应确切地抵住骨折片，最好在 X 线机透视检查下操作，如此则易完成撬拨复位。手法要轻柔，避免用力过猛，导致骨折块碎裂。操作要准确，不可盲目地多方位推顶，以免加重松质骨的损伤，否则即使最后顶起压缩的关节面骨折块，也容易造成再次塌陷移位。

2. 用推顶法和撬拨法复位时，尽量使用钝头撬拨针操作，以防穿透皮质骨、骨折片或损伤关节面。可先用克氏针的锐头建立通道，然后改用钝头进行复位。钝头不易穿透骨皮质，如果用锐头复位，则易穿透骨皮质，使克氏针失去着力点。当然，对于不稳定的关节内骨折或撕脱骨折，用克氏针复位后，为避免断端再次移位，可直接将克氏针当内固定物使用，用来固定骨折断端，然后将克氏针针尾剪短，针眼处用无菌敷料包扎，按时行骨科常规无菌换药。还可用石膏或支具固定患肢，确保稳定性。

3. 严格采用无创技术。撬拨器械的进口用尖刀做直径 0.5cm 以下的皮肤切口，以止血钳将肌肉分离后放置套管再钻孔。

4. 在操作过程中，应注意严格进行无菌操作。

五、临床应用举例

（一）肱骨大结节撕脱骨折

肱骨大结节撕脱骨折常为不慎摔倒时肩关节处于外旋外展位，肩袖肌群强烈收缩所致。本病大多系肩关节前脱位时并发，少数为单独发生，15% ～ 30% 的肩关节脱位患者可发生肱骨大结节撕脱骨折。本病以往多采用颈腕吊带等保守治疗，但大结节作为肩袖附着点，在发生撕脱骨折后通常会引起骨折块分离、移位，严重破坏肩关节的力偶平衡，目前普遍认为当骨折移位超过 5mm 时，需采用手术复位治疗才能获得满意的治疗效果。撬拨复位配合外固定或内固定治疗肱骨大结节撕脱骨折，既能使肱骨大结节撕脱骨折达到解剖复位，又能维持稳定固定，具有操作简单、损伤小、并发症少、患者经济负担轻、疗效确切的特点。

【治则治法】

手法复位夹板外固定，或外展架外固定，或切开复位钢板内固定。

【常用手法】

手法复位、撬拨复位等。

【操作步骤】

患者取仰卧位或半海滩椅位，进行臂丛神经阻滞麻醉后，用 75% 乙醇或碘伏消毒，取一枚直径 2.0 ～ 3.0mm 的克氏针，在 X 线透视检查下，逆远折端移位方向穿针，由后上斜向前下，以使克氏针抵住远折端，向前下推挤复位，再将克氏针穿过骨折远端，使与骨折近端做固定。同法，穿入另一克氏针，做交叉内固定。若推顶不能复位，则克氏针直接透过远折端至近折端，针尖要穿出骨折线 0.5 ～ 1.0cm，但不进入近折端，然后以针尖与近折端接触处为支点，由后上斜向前下压针尾，同时上臂外旋外展，透视下见骨折块复位，则将克氏针穿入近折端。再以两枚克氏针进行交叉固定，折弯针尾，剪掉多余部分，予外展架固定。若行切开复位钢板内固定，复位时亦可借用此方法行临时固定，再予钢板螺钉内固定，最后拔除克氏针。

（二）跟骨骨折

跟骨骨折在跗骨骨折中最为常见，约占跗骨骨折的 60%，多为高处跌落足跟着地所致。与其他部位关节内骨折一样，解剖复位、坚强固定、早期活动是获得理想功能效果的基础。对跟骨骨折而言，复位的目的有五点：①恢复跟骨整体外形和长、宽、高等几何参数。②恢复关节面的正常形态和平整，尽可能解剖复位。③恢复跟骨 3 个关节面之间的正常解剖关系，恢复跟骨交叉角和跟骨结节关节角。④固定方法应可靠稳定，允许早期功能锻炼。⑤尽可能减少软组织损伤，避免术后感染、疼痛和关节僵硬。该方法适用于关节外移位的跟骨骨折，如跟骨后结节撕脱性骨折、舌形骨折、桑德斯（Sanders）Ⅱ型骨折等。

【治则治法】

经皮克氏针撬拨复位内固定术，或螺钉内固定术，或切开复位钢板螺钉内固定术。

【常用手法】

手法复位、撬拨复位等。

【操作步骤】

患者取侧卧位，患肢在上，进行椎管内麻醉后，用 75% 乙醇或碘伏消毒，铺巾，以塌陷骨折块为中心，自跟骨后上部略外侧，向前方穿入 1 ～ 2 枚直径 3mm 的克氏针，克氏针尖部穿至塌陷关节面下方，在 X 线透视检查下，确认克氏针位置。术者立于床尾，面向患足，一手握持克氏针尾部向下用力，另一手握持患足足背，牵引足前部使之跖屈，两手用力的同时，拇指反向推抵足心，通过克氏针尖部受力撬拨复位前方塌陷的关节面，X 线透视下见跟骨塌陷区撬起，足纵弓恢复，跟骨结节关节角恢复正常，由助手将克氏针向前通过骨折线穿入跗跖关节内。医生将双手掌分置于跟骨两侧，对向扣挤，纠正跟骨体增宽，另外将碎骨块挤入跟骨塌陷区撬起后形成的空腔内。然后，根据

不同骨折线方向穿入克氏针，由后方向前方关节面穿入 1 枚克氏针固定前后骨折线，由足跟底部外侧向塌陷关节面下方穿过骨折线至距骨内穿入 1 枚克氏针维持关节面稳定。活动踝关节，检查骨折无异常活动后，剪断针尾，残端留于体外 0.5 ～ 1.0cm，用 75% 乙醇或碘伏纱条封闭针孔，用无菌敷料包扎。

（撰写人：毕方衫）

第八节　闭合穿针技术

闭合穿针技术是四肢骨折后以闭合式代替开放式，以不切开皮肤、创伤小、骨折临床愈合快及可早期功能锻炼为特点的复位内固定技术。

一、闭合穿针技术内固定物的分类与选用

（一）闭合复位内固定物的分类

1. 针类

骨圆针（如克氏针、斯氏针等）、弧形髓内针（Ender 针）、矩形针、“V”形针、梅花针、带锁髓内针、三棱针、注射针头。

2. 螺钉类

空心螺钉、实心螺钉、普通皮质骨螺钉、松质骨螺钉、针尾可折断式螺钉。

3. 钉类

鳞纹钉、钢钉、三翼钉。

4. 可吸收材料

可吸收缝合线、可吸收螺钉、可吸收棒。

5. 其他

钢丝、螺栓。

（二）闭合复位内固定物的选用

1. 四肢关节周围及关节内部直径＞ 2cm 者，宜首选空心螺钉内固定，其次为骨圆针固定，再次为钢丝、可吸收缝合线、可吸收螺钉、可吸收棒固定。

2. 股骨内外侧髁、胫骨内外侧髁及胫骨下端骨折，骨折块较大时，可首选空心螺钉内固定，其次用螺栓固定，再次用可吸收螺钉、可吸收棒固定。

3. 关节内的碎小骨折或塌陷骨折，宜选用撬拨复位及骨圆针内固定。

4. 肌腱韧带附着部的撕脱骨折，宜选用骨圆针、空心螺钉、钢丝、可吸收缝合线内固定。

5. 股骨颈骨折、股骨粗隆间（顺粗隆型）骨折，应视年龄和骨质情况而定。年龄低于 60 岁，骨质疏松较轻者，首选空心螺钉固定，其次为鳞纹钉或针尾可折断式螺钉固定。年龄大于 60 岁，体质较差、骨质疏松较重者，宜首选鳞纹钉与空心螺钉联合固定，

其次为鳞纹钉固定。

6. 股骨干骨折，因股骨的髓腔呈圆形，故宜首选带锁髓内针，其次为梅花针，再次为 Ender 针和矩形针。

7. 胫骨干骨折，因胫骨的髓腔近似三角形，故宜首选矩形针和 Ender 针，其次为“V”形针。

8. 肱骨干骨折，因其中上段髓腔呈圆形，下段为不规则形，故中上段骨折宜首选梅花针、骨圆针内固定，其次为“V”形针，下段骨折宜首选骨圆针或矩形针。

9. 尺桡骨干骨折，宜首选骨圆针固定，其次为三棱针固定。扁状骨骨折和小管状骨骨折，宜选用骨圆针内固定。

以上选择仅供参考，应用时还需与医者习惯和工作条件相结合。

二、主要适应证

1. 新鲜、闭合性四肢骨干部的不稳定性骨折。

2. 新鲜、闭合性四肢关节周围及关节内骨折。

3. 伤口长度在 2cm 以内，时间不超过 12 小时的开放性骨折。

三、禁忌证

1. 患者有严重心肺疾病，或肝、肾功能不全，或严重糖尿病。

2. 全身有感染病灶未治愈。

3. 严重创伤性休克、失血性休克尚未被纠正。

4. 患有陈旧性骨折，骨折已难以闭合复位。

5. 患有严重污染的开放性骨折，或伤口较小但时间已超过 12 小时。

四、并发症及注意事项

1. 感染是骨科手术最常见、最严重的并发症之一，闭合穿针技术也不例外。感染可发生在多个环节，常与以下因素有关。

1）患者因素：患者体质的强弱，体内有无感染病灶。

2）手术环境：操作室空气消毒、手术器械消毒是否合格，C 形臂 X 光机有无消毒套。

3）术前准备：术野是否清洗，备皮是否充分。

4）操作因素：是否严格遵守无菌操作规程。患者若于术后 2 ～ 3 日出现体温升高，局部红肿热痛，白细胞升高，中性粒细胞核左移，红细胞沉降率及 C 反应蛋白升高，提示有感染的可能。如果血培养或伤口局部引流物培养呈阳性，即可确诊。在感染的早期，X 线检查结果很少有变化，应根据药敏试验结果选用敏感的抗生素，同时应警惕骨髓炎的可能。临床上发生穿针后感染的患者，经过清创手术、足量敏感抗生素应用和清热解毒中药内服，绝大多数均可治愈，且对以后骨折愈合的影响较小，故在评估无特殊风险前提下不主张感染后拆取内固定物。

2. 脂肪栓塞在长管状骨骨折中的发生率为 0.5% ～ 2%。有关脂肪栓塞的病理和生理有两种假说：机械假说和生物化学假说。前者推测髓内静脉破裂使脂肪滴进入血液循环，循环到肺产生大面积栓塞；后者认为骨折处化学中间物的释放改变了血中脂质溶解度，从而产生栓塞。迅速补液、改善创伤患者全身休克的情况、加强血气分析监测、加强对呼吸及多器官的支持治疗，可以减少术后脂肪栓塞的发生。

3. 心搏骤停常见于老年、肥胖、多发性创伤患者及既往有心脏病病史的患者。遇到此类患者时，应做好防范措施，进行无痛操作，避免使用局部麻醉。上肢用臂丛神经阻滞麻醉，下肢用硬膜外阻滞麻醉。在施术过程中，复位及固定时动作宜轻柔迅速。

4. 骨折畸形愈合。①旋转畸形常见于长管状骨的干部骨折，如股骨干骨折、胫腓骨干骨折、肱骨干骨折等。常用的轴向髓内固定，因固定物不能与髓腔紧密接触，加之又缺乏有效的外固定，故易造成畸形愈合。②外旋畸形多见于下肢的股骨干和胫腓骨干骨折，多为固定物不牢及长期卧床体位不当所致。③内翻畸形常见于股骨下 1/3 段骨折，由于股骨下段骨髓腔宽大，经大粗隆固定的髓内针不能紧贴髓腔内壁，受骨内收肌的牵拉而成。④外翻畸形常见于股骨中段骨折，可能与髂胫束紧张，似弓弦样牵拉骨折两端有关，可在术中及术后外展患肢，使髂胫束松弛。⑤成角畸形多见于小管状骨的基底部和头颈部骨折。

5. 骨折延迟愈合和不愈合主要与患者的年龄、全身性因素（营养代谢、内分泌等系统性疾病、药物影响）、骨折类型、骨折部位、损伤程度，以及固定程度和方式有关。延迟愈合多见于股骨颈骨折、胫骨下 1/3 段骨折、舟状骨骨折，亦可见于肱骨干骨折、尺骨骨折、跟骨骨折等。

6. 关节粘连与僵直多见于关节周围骨折或关节内骨折。

7. 内固定失败，常有固定物松动、移位、断裂、弯曲等情况，多见于骨质疏松或活动不当（活动过早或活动过量）的患者。股骨干骨折“V”形针或梅花针弯曲，带锁髓内针断裂或锁钉断裂等，可导致内固定失败。

8. 避免因技术原因导致并发症出现，包括进针点偏差或穿针位置不准；反复操作，使骨质破坏、针道松动；损伤重要血管、神经、肌腱；等等。

五、临床应用举例

（一）锁骨骨折

【内固定器械的选择】

2mm × 100mm 的骨圆针、骨锤、电钻、稳针器、老虎钳、无菌巾（单）、消毒手套、消毒敷料。

【进针点及进针方向】

由肩部外侧锁骨外端向锁骨外 1/3 段纵轴进针。

【操作要点】

患者取卧位，常规消毒、铺巾，进行臂丛加颈丛神经阻滞麻醉，施行手法复位。助

手在维持复位的同时，医生将左手拇指抵在锁骨外端，右手持骨圆针，经皮戳入，顶在骨质上，沿锁骨外 1/3 的骨髓腔经骨折线钻入 4 ～ 5cm。若一根针不稳定，可小角度交叉穿入第二根针固定。在距皮外 2cm 处剪断骨圆针，折弯呈 90°。用消毒敷料包扎，用三角巾固定患肢于屈曲 90° 位。

【注意事项】

进针方向既不可过于偏后、偏下，也不可过深，避免穿入胸腔，刺伤肺部，引起开放性气胸；提防损伤锁骨下动、静脉，引发大出血。

（二）肱骨干骨折

【概述】

肱骨干骨折是指发生在肱骨外科颈以下 1 ～ 2cm 至肱骨髁上 2cm 处的骨折，多见于青壮年，好发于肱骨干的中部和中下 1/3 交界处。肱骨干中下 1/3 骨折易合并桡神经损伤，下 1/3 骨折易发生骨不连。

【内固定器械的选择】

骨圆针、骨锤、老虎钳、电钻、骨锥、小夹板、绑带。

【进针点及进针方向】

骨折在上中段者，从肩峰部肱骨头顶点正中进针，向内下与肱骨干纵轴呈 15° ～ 30°。

【操作要点】

患者仰卧，患肢内收。助手扶持患肢前臂呈屈肘位，医生将左手拇指抵于肱骨头与肩胛骨肩峰端之间隙，右手持骨锥，扎入皮肤至肱骨头，钻开骨皮质。然后，将骨圆针顺针道扎入，左手持骨圆针与肱骨干纵轴平行，右手持骨锤适当用力锤击针尾使之顺髓腔到达骨折近端，施手法复位。复位满意后，医生双手推挤骨折端，维持骨折对位的相对稳定，助手将骨圆针继续打入骨折远端骨髓腔内，以超过骨折断端 10cm 为宜。在距皮肤 2cm 处剪断骨圆针，针尾弯曲呈 90° 留于皮外，以免骨圆针下沉。外用消毒敷料包扎，辅以小夹板外固定，用托板悬吊患肢于屈肘 90° 功能位。

【注意事项】

开始锤击钢针时，用力要轻，使骨圆针顺骨髓腔进入，若用力重则针尖易穿出对侧骨皮质。从肩峰部进针，当骨圆针通过远端骨髓腔时，助手需顶住肘关节，以防骨折两断端分离。骨圆针以通过骨折断面对侧 8 ～ 10cm 为宜，若过短则难以达到固定的目的。

（三）肱骨髁上骨折

【概述】

肱骨髁上骨折是指肱骨远端内外髁上方 2 ～ 3cm 处的骨折，其中伸直型占 90% 左右，好发年龄为 5 ～ 12 岁，以小儿最为多见。肱动脉和正中神经从肱二头肌腱膜下通过，桡神经通过肘窝前外方并分成深、浅两支进入前臂。因此，肱骨髁上骨折时，易因血管、神经受挤压或被刺伤而合并相关损伤。

【内固定器械的选择】

骨圆针 3 根、电钻、骨锤、老虎钳。

【进针点及进针方向】

由肘关节内侧肱骨内上髁顶点，与肱骨干呈 30° 进入。

【操作要点】

患者仰卧于复位床上，将患肢置于外展位，施行复位手法。助手扶持前臂，医生左手拇指固定内上髁骨折片，右手持握骨圆针，穿入皮肤，屈肌总腱顶在内上髁皮质上，骨圆针与肱骨干呈 30° 锤入第一根骨圆针，同法经皮与肱骨干呈 60° 锤入第二根骨圆针，达对侧骨皮质。在距皮外 2cm 处剪断骨圆针，针尾弯曲 90°，用消毒敷料包扎。上肢石膏后托固定患肢肘关节于半伸直 150° 位。

【注意事项】

伸直型肱骨髁上骨折的骨折远端折面容易刺伤或压迫肘前方肱动脉、肱静脉和正中神经，术前必须详细检查，术后要严密观察肢体远端血液循环情况。

肱骨髁上骨折易损伤肘部静脉网，导致肘部严重肿胀，局部出现张力性水疱，甚至发生前臂缺血性肌挛缩，应严密观察患肢的肿、痛、麻、紫、凉等情况。若出现疼痛加重、肿胀严重、手指麻木、手部皮肤紫暗或苍白发凉、被动伸指活动有剧烈疼痛等情况，并呈进行性加重，应考虑出现前臂缺血性肌挛缩，应早期切开减压，切开肱二头肌筋膜，解除压迫及血管痉挛。

伸直尺偏型骨折容易后遗肘内翻畸形，这是由于内侧骨骺损伤、整复不良或尺侧骨皮质遭受挤压，可产生塌陷嵌插。因此，在整复时应特别注意矫正尺偏畸形，可“矫枉过正”，以防发生肘内翻。

经皮进入骨圆针时，当针顺着抵压骨折处的拇指尖部进入皮肤后，针尖应在内上髁前缘滑动后到达内上髁顶点，避免损伤尺神经。

（四）髌骨骨折

【概述】

髌骨是人体内最大的籽骨，是伸膝作用的主要支点，起到保护、稳定膝关节及增强股四头肌力量的作用。髌骨骨折是临床较常见的损伤，好发年龄为 20 ～ 50 岁，儿童较为少见，男性多于女性，比例约为 2 ∶ 1。

【内固定器械的选择】

骨圆针 1 枚、空心螺钉 1 枚、空心螺丝刀、空心骨皮质钻、空心稳针器、骨锤、老虎钳、尖头刀片、消毒手套、无菌巾（单）、消毒敷料。

【进针点及进针方向】

由髌骨下极中点向上沿髌骨纵轴的中间进针。

【操作要点】

患者仰卧于复位床上，常规消毒、铺巾、局部麻醉。抽吸关节腔血肿，施行手法复位。医生双手从髌骨两侧夹挤骨折块，维持对位。其左手拇指抵住髌骨下极中点，右

手持导针经皮戳入，顶在髌骨下极上，用电钻将导针自髌骨纵轴的中间穿入。在导针经皮处戳一个 0.5cm 长的小口，将大小适宜的空心螺钉套在导针上，经皮拧入，牢固固定骨折块。拔除导针，缝合切口，用消毒敷料包扎伤口。外用石膏托固定患肢于伸膝 165° 位。

【注意事项】

空心螺钉的长度为髌骨纵轴的长度。

（五）跟骨骨折

【概述】

跟骨骨折，成年人较多发生，常为跳跃、高处坠落伤、挤压伤、足跟遭受垂直撞击等所致。跟骨骨折以足跟部剧烈疼痛为主要表现，伴有肿胀和明显瘀斑、足跟不能着地行走、跟骨压痛等表现。高处坠落的高能量损伤，常伴有脊柱骨折、骨盆骨折等。

【内固定器械的选择】

空心螺钉、空心稳针器、空心骨皮质钻、空心螺丝刀、电钻、导针、骨锤、老虎钳、无菌巾（单）、消毒手套、消毒敷料。

【进针点及进针方向】

跟骨结节纵行骨折的进针点在跟骨结节骨折正中偏后，向前下方与骨折线呈 70° ～ 90° 进针；跟骨体部骨折的进针点在跟骨结节后正中，向前上方呈 20° ～ 30° 进针，与跟骨体纵轴方向一致。

【操作要点】

患者取仰卧位，屈曲膝关节于 90° 位，常规消毒、铺巾、局部麻醉，施行手法复位。助手维持复位体位，医生将左手拇指抵在跟骨结节后方，右手持导针，经皮戳入，顶在骨质上，然后将导针锤入。在导针经皮处切一 1cm 的小口，顺导针套上空心螺钉，经皮拧入，固定骨折。拔除导针，缝合切口，用消毒敷料包扎伤口。短腿石膏托固定患肢于跖屈位。

【注意事项】

跟骨骨折是足部的常见损伤，以青壮年为多见，其预后与骨折类型有关，但与治疗方法关系更大。未波及关节面的跟骨骨折一般疗效较好；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。

（撰写人：赵继荣）

第九节　练功康复技术

练功康复技术（疗法），又称功能锻炼，是一种通过肢体运动的方法来防治伤病、保持健康的疗法。正确掌握练功疗法，体现“动静结合”的治疗原则，可以发挥患者的主观能动性，调动医患的积极性，从而使患者迅速恢复。数千年来，功能锻炼一直为历代医家所应用，是中医骨伤科有效的传统疗法之一。

一、分类及作用

练功疗法按照部位分类可分为局部锻炼和全身锻炼；按有无辅助器械分类可分为有辅助器械锻炼和无辅助器械锻炼。医务人员应根据患者的体质，伤病的性质、程度、部位，以及骨折整复后的稳定情况制订练功计划，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，及时调整练功内容与运动量。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，选择适当的全身锻炼功法。

练功疗法的主要作用是消除肿胀、缓解疼痛，使肢体气血通畅、筋肉得养、关节滑利，同时促进骨折的愈合与肢体功能的恢复，避免骨质疏松和关节粘连。练功还能改善新陈代谢过程，从而达到扶正祛邪、防病延年的目的。

练功活动应以主动练功为主，以被动练功为辅。在练功过程中，必须做到循序渐进，运动量由少到多，逐渐加大，动作由简到繁。练功不应引起疼痛，即使练功时引起了轻微疼痛，练功结束后疼痛也应随即减轻或消失。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幅度与运动量，以免加重损伤，延缓恢复。

在指导患者进行肢体运动的同时，还可指导患者进行调息与调心，从而增强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。一般情况下，做局部锻炼时可在肢体做开、伸、起动作时进行吸气运动；做合、屈、落动作时进行呼气运动。调心，亦称调神，是指患者在练功时应排除各种杂念以入静。除运动部位外，其他部位应尽可能放松，做到用意识引导动作。在练功的同时配合调息与调神，有调动和培养自身生理潜能的作用，可起到提高免疫能力、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 15 ～ 30 分钟，全身锻炼每次 30 ～ 60 分钟，以不感到疲劳为宜。练功时思想要集中，动作应正确、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，外用药水、药酒，以及按摩、理疗等方法进行。练功应选择在空气清新的地点进行，室内、室外均可，要注意四时气候变化，注意保暖，特别应注意避免受到风寒等外邪的侵袭，预防其他兼证。

二、技术操作

（一）颈项部练功法

1. 与项争力

预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽（或取坐位），两手叉腰。

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，自然呼吸并逐渐加深。

作用：增强颈项部肌肉的力量，辅助治疗颈部扭伤、颈部劳损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。配合进行热敷，效果更佳。

2. 往后观瞧

预备姿势：同上式。

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。

作用：同上式。与上式配合锻炼，是颈部常用的功能疗法，可防止颈椎旋转障碍。

3. 颈项侧弯

预备姿势：同上式。

动作要领：①头颈向左侧弯。②还原。③头颈向右侧弯。④还原。

作用：同上式。可与上式配合锻炼。本式可防治颈部侧屈功能障碍。

4. 前伸探海

预备姿势：同上式。

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。

作用：同上式。

5. 回头望月

预备姿势：同上式。

动作要领：①头颈向右后上方尽力转，眼看右后上方。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。

作用：同上式。本式动作速度宜慢，特别是年龄较大或有头晕目眩症状者。本式可与扳项手法配合应用。

6. 颈椎环转

预备姿势：同上式。

动作要领：头颈向左右各环绕 1 周。

作用：同上式。本式必须在上述三式轻松完成的基础上进行。本式应用于急、慢性颈部筋伤。颈部骨折、脱位，以及脊髓型、椎动脉型颈椎病患者禁用。

（二）肩肘部练功法

1. 上提下按

预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽，两臂下垂。

动作要领：①屈肘上提，两掌与前臂相平，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。

作用：增强肩关节活动能力，对肩部因风湿、外伤引起的粘连、疼痛有防治作用。

2. 左右开弓

预备姿势：两脚开立，与肩同宽，两手放于目前，掌心向外，手指稍屈，肘斜向前。

动作要领：①两掌同时向左右分开，手掌逐渐握成虚拳，两前臂逐渐与地面垂直，胸部尽量向前挺出。②两臂仍屈肘，两掌放开，掌心向外，恢复预备姿势。拉开时，两臂平行伸开，不宜下垂，肩部稍用力，动作应缓慢，逐渐向后拉，使胸挺出。

作用：强化肩部肌肉力量，恢复肩关节外旋活动的正常功能，适用于肩关节粘连等疾病。

3. 按胸摇肩

预备姿势：两脚开立，与肩同宽，两肘屈曲，右手压在左手上，掌心向里，放在胸部。

动作要领：①两手相叠，自左向右轻按胸部、上腹部及小腹部，上下左右回旋。②两手相叠，自右向左轻按胸部、上腹部及小腹部，上下左右回旋，眼睛向上看。每次呼气或吸气时，两手均轻轻按摩回旋 1 周。上身挺直，两手不宜用力。③做完上述动作后，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 1 周（过去称为“小摇肩”）。

作用：同上式，可作为练习“轮转辘轳”的前阶段。

4. 双手托天

预备姿势：两脚开立，两臂平屈，两手放在腹部，手指交叉，掌心向上。

动作要领：反掌上举，掌心向上，同时抬头眼看手掌至最大幅度。初起时可由健肢用力辅助患臂上举，逐渐增加高度，以患者稍感疼痛为度，并通过爬墙及拉滑车等辅助锻炼来帮助患肢上举。

作用：对恢复肩关节功能、辅助治疗肩部陈伤酸痛有效，如手臂因劳损、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，避免因剧痛而产生顾虑，可先练本式，待前屈上举活动幅度增加之后，改练“双手举鼎”动作。

5. 双手举鼎

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。

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。②两手逐渐下降，恢复预备姿势。③上举时吸气，下降时掌渐握成虚拳，手指用力，如拉单杠做引体向上。

作用：锻炼肩部上举、下沉相关肌肉。对于肩部、颈部软组织劳损酸痛，某些肩部慢性关节炎，或因手臂受外伤及劳损、风湿而引起的不能上举之情况，进行此项锻炼有助于恢复上举功能。对于严重的肩关节粘连，可先练“双手托天”动作。

6. 弯肱拔刀

预备姿势：两脚开立，两臂下垂。

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。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，然后自左侧下落，抱住颈项。③右臂上托时吸气，左臂上托时呼气，头随手背上托过头顶时仰头向上看，足跟微提起。

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部、骶尾部酸痛有辅助治疗作用。

7. 单臂摘果

预备姿势：同上式。

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，手背贴于后腰部。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。③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，足跟微抬起。

作用：同上式。

8. 轮转辘轳

预备姿势：左手叉腰，右手下垂。

动作要领：①右臂自下向前、向上，再向后摇晃 1 圈。②右臂自下向后、向上，再向前摇晃 1 圈。左臂动作与右臂动作相同。③用力要轻柔，臂部应放松。本式在早期可稍弯腰进行锻炼，可做“前后摆动”“弯腰划圈”。

作用：可防治骨折、关节脱位，以及各种扭伤后遗症引起的关节强直、肩关节周围炎关节粘连。为预防健侧发病，健侧应同时进行锻炼。

9. 背手抬拉

预备姿势：两脚开立，双手向后反背，健侧之手握住患侧之手。

动作要领：用健侧之手牵拉患肢腕部，渐渐向上抬拉，或用两手反握棍棒上拉，或用毛巾做擦澡动作，反复进行。

作用：恢复肩关节的后伸功能。

10. 屈肘挎篮

预备姿势：两脚开立，两手下垂。

动作要领：①右手握拳，前臂向上，渐渐屈曲肘部。②右上肢逐步伸直还原。左侧动作与右侧相同。

作用：增强上臂肌力，有助于恢复肘关节伸屈功能，适用于肘部骨折及脱位后遗症。

11. 旋肘拗腕

预备姿势：两脚开立，左手叉腰，右上肢屈肘上举。

动作要领：①右手握拳，做前臂旋前动作。②随后前臂渐渐旋后，上臂保持不动。③还原。左侧动作与右侧相同。

作用：同上式紧密配合，可增强上臂及前臂肌力，恢复肘关节伸屈功能及前臂旋转功能。

（三）前臂腕手部练功法

1. 抓空增力

预备姿势：腕部练功的重点是锻炼腕部，取立位或坐位均可，两手臂向前平举。

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。

作用：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。上肢骨折早期锻炼均从此式开始。

2. 拧拳反掌

预备姿势：同上式。

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，握拳过程中要用力发“拧”劲，如同拧毛巾一样（故称为“拧拳”），还原双手变掌，反复进行。

作用：有助于恢复前臂的旋转功能。

3. 上翘下钩

预备姿势：同上式。

动作要领：将两手掌翘起呈立掌的姿势，随后逐渐下垂成勾手，动作要缓慢而有力。

作用：能帮助恢复腕关节背伸、掌屈的功能。

4. 青龙摆尾

预备姿势：同上式。

动作要领：两前臂平行，掌心朝下，两手分别向内侧、外侧徐徐摆动，做外展、内收动作。

作用：本式同上述各式配合，是锻炼腕关节内收、外展功能的方法。

（四）腰背部练功法

1. 按摩腰眼

预备姿势：取坐位、立位均可，两手掌对搓发热以后，紧按腰部。

动作要领：用力向下推摩到骶尾部，然后向上推回到背部。

作用：本式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

预备姿势：两脚开立，比肩稍宽，两手叉腰，拇指在前。

动作要领：①腰部自左向前、向右、向后做回旋动作。②再改为腰部自右向前、向左、向后回旋。两腿始终伸直，膝部勿屈曲，两手轻托保护腰部，回旋幅度可逐渐

增大。

作用：疏通气血，防治各种原因引起的腰部活动功能受限。

3. 转腰推碑

预备姿势：两脚开立，比肩稍宽，两臂下垂。

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；左手握拳回拉至腰际抱肘，眼看左后方。②向右转体，左手呈立掌向正前方推出；右手握拳回拉至腰际抱肘，眼看右后方。③推掌的动作要缓慢，手腕稍用力，臂部放松不要僵硬，转体时头颈与腰部同时转动，两腿不动，推掌与握拳回拉腰间的两臂速度应保持一致。

作用：以锻炼颈椎、腰椎的旋转活动为主。能防治因颈椎病、腰椎增生、腰肌劳损等引起的颈部、腰部酸痛。

4. 弓步插掌（反转手）

预备姿势：同上式。

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。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。

作用：同上式配合可防治四肢筋络挛缩、麻木，辅助治疗肩部、腰部、腿部损伤和酸痛。

5. 双手攀足

预备姿势：两脚开立，两手置腹前，掌心向下。

动作要领：①腰向前弯，手掌下按着地。②还原，两腿伸直，膝关节勿屈曲。

作用：增强腰腹部肌肉力量，防治腰部酸痛及腰部前屈功能障碍。

6. 前俯分掌

预备姿势：两脚开立，两臂下垂，两手交叉。如左腰与左肩有伤，左手交叉在前；如右侧有伤痛，右手交叉在前。

动作要领：①身体向前俯，眼看双手，两手交叉举至头顶上方，身体挺直。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，向两侧分开时掌心向下呈弧线。

作用：本式是肩关节的环转与脊柱的屈伸运动，不仅可使肩部的肌肉交替收缩，而且可使腹背肌肉得到锻炼，消除肩部活动障碍，防治腰背酸痛，以及肩背筋络挛缩、麻木等，是使全身得到锻炼的方法之一。

7. 拧腰后举

预备姿势：两脚开立，比肩稍宽，两手下垂。

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。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。③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，手按膝时不要用力。

作用：增强腰背肩臂肌肉力量，消除腰部酸痛，且具有固肾及舒展全身筋脉等作用。

8. 云手转体

预备姿势：同上式。

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，上身随右掌推出向左转；左拳变掌，向左伸出，两手先向上，再下降，伸至前下方后，仍回左方。②左手仍收回抱肘，右手保持立掌，上身回向正左方。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，上身随左掌推出向右转。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。上身随两掌向上时后仰，向左时左倾，向前时下弯，向右时右倾，两腿直立，膝部勿屈。

作用：活动周身，通畅各部位的大小关节血脉。本法的活动幅度及运动量皆较大，可在上述各法锻炼的基础上选练。

9. 俯卧背伸

预备姿势：患者俯卧，头转向一侧。

动作要领：①两腿交替向后做过伸动作。②两腿同时做过伸动作。③两腿不动，上身躯体向后背伸。④上身与两腿同时背伸。身体还原，自然呼吸。

作用：本式是卧位腰背功锻炼最基本的动作，对胸腰椎骨折、腰椎间盘突出症、腰肌劳损患者腰痛后遗症的防治有着重要作用，最好在伤后早期便开始锻炼。

10. 仰卧架桥

预备姿势：患者仰卧，以两手叉腰作为支撑点，两腿半屈膝呈90°，脚掌贴在床上。

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，呈半拱桥形，当挺起躯干架桥时，膝部稍向两边分开。速度要缓慢，初起做4～6次即可。

作用：配合上式能加强腰背及腹部肌肉的力量，有助于解除损伤、劳损、风湿所致的腰背痛。

（五）下肢练功法

1. 左右下伏

预备姿势：两脚开立，比肩稍宽，两手叉腰。四指在前，两肘撑开。

动作要领：①右腿屈曲下弯，左腿伸直。②还原。③左腿屈曲下弯，右腿伸直。④还原。上身伸直，两眼平视前方，初练时膝部不必过分下弯。

作用：增强腰部、髋部、腿部的肌力，以及韧带力量，并辅助治疗髋关节及股内收肌的劳损酸痛、麻木和萎缩，防治老年人腿部功能减弱。

2. 半蹲转膝

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。

动作要领：①两膝自左向后、右、前做回旋动作。②自右向后、左、前回旋。每呼吸 1 次，膝部回旋 1 周。

作用：一般膝部损伤、膝部骨折去除固定后及膝关节劳损，都可选练此式，具有恢复膝关节功能，以及防治膝部酸痛、行走无力的作用。

3. 屈膝下蹲

预备姿势：两脚开立，距离与肩同宽，两手抱肘。

动作要领：①脚尖着地，脚跟轻提，随后两腿下蹲，尽可能使臀部下触脚跟，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而定，不应勉强。两臂无须用力，必要时可扶桌椅进行。

作用：增强大腿伸肌和臀部肌肉的肌力。本式能防治髋关节、膝关节劳损，对治疗腰、髋、腿、膝等部位的疼痛、酸软无力，以及恢复髋、膝、踝的伸屈功能有效。

4. 四面摆踢

预备姿势：两脚并立，两手叉腰，拇指在后。

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。②右腿还原再后踢，以脚跟触及臀部为度。③右下肢抬起屈膝，右脚向里横踢。④右下肢抬起屈膝，右脚向外横踢。左下肢做相同动作。

作用：全面增强大腿、小腿的肌力。常练本式可强健腿部力量、强壮腰膝，防治下肢关节和肌肉挛缩麻木、筋骨酸痛，可防治老年人腿部力量衰退。

5. 虚实换步

预备姿势：立正，两手叉腰。

动作要领：①左脚前进一步，脚跟先落地。②右脚再前进一步，重心移向右脚，左脚脚跟提起。③右脚后退一步，脚尖落地，重心移向右脚跟，左脚脚尖提起，脚跟着地。④左脚脚尖落地，右脚前进一步，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，右脚尖提起。脚尖、脚跟提起时，都必须尽可能向上，使小腿肌肉、跟腱绷紧。

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，有助于恢复行走功能，促使步行有力。

6. 仰卧举腿

预备姿势：取仰卧位，腿伸直，两手自然放于体侧。

动作要领：做直腿抬举动作。抬举角度开始时为 45°，以后锻炼角度可逐渐增大为 70° 以上，后期还可在踝关节处负重。下肢骨折患者前期可先练习收缩股四头肌，作为准备阶段，随后逐渐锻炼举腿。

作用：增强下肢伸肌力量，防治股四头肌萎缩，有助于恢复行走功能。本式是下肢骨折后及腰部疾病引起下肢肌肉萎缩的主要锻炼方法。

7. 蹬足抓空

预备姿势：同上式。

动作要领：①在屈膝、屈髋的同时，踝关节尽量背屈。②向斜上方进行蹬足，并使足趾尽量跖屈，如抓东西状。

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，并改善髋关节、膝关节、踝关节的伸屈功能。

8. 侧卧外摆

预备姿势：取侧卧位，下肢伸直。

动作要领：①做下肢外展动作。②还原。通过一个阶段的锻炼，双下肢可做到扇形向外摆动而达到腿外展的位置。

作用：增强大腿外展肌群力量，防止外展肌群萎缩。可与上两式配合进行。

9. 搓滚舒筋

预备姿势：坐于凳上，患足踏在竹管或圆棒上。

动作要领：膝关节前后伸屈，足底滚动竹管。

作用：恢复膝关节、踝关节骨折损伤后的伸屈功能。

10. 蹬车活动

预备姿势：坐在特制的练功车上。

动作要领：做蹬车活动，模拟骑自行车。

作用：使下肢肌肉，以及膝关节、踝关节得到锻炼。

三、临床应用举例

（一）颈椎康复操

1. 前屈后伸

预备姿势：取站立位，两脚分开，与肩同宽（或取坐位）。

动作要领：①颈肩放松，颈椎缓慢向上拔伸，缓慢前屈，达到最大幅度，静力保持5秒。②恢复中立位。③颈椎缓慢后仰，达最大幅度，静力保持5秒。④恢复中立位。如此重复6～8次。

2. 旋颈望踵

预备姿势：取站立位，两脚分开与肩同宽。

动作要领：①双手自然下垂，颈肩放松，颈椎缓慢向上拔伸，头颈左旋。②双眼向后下方尽力望对侧足后跟，在最大幅度用力拔伸颈部，保持约5秒。③恢复中立位。右侧重复同样动作。如此重复6～8次。

3. 回头望月

预备姿势：取站立位，两脚分开与肩同宽。

动作要领：①双手自然下垂，颈肩放松，颈椎缓慢向上拔伸，头颈左旋。②双眼向左侧后上45°眺望，在最大幅度用力拔伸颈部，保持约5秒。③恢复中立位。右侧重复同样动作。如此重复6～8次。

4. 雏鸟起飞

预备姿势：取站立位，两脚分开与肩同宽。

动作要领：①双手在身后相握，用力向后拉伸，双肩上耸。②头颈缓慢向上拔伸，尽力后仰，颈肩背部肌肉用力收缩保持 5 秒。③颈肩部肌肉放松，恢复中立位。如此重复 6 ～ 8 次。

5. 前后旋肩

预备姿势：取站立位，两脚分开与肩同宽。

动作要领：①双肩由中立位依次向后、向后上、向前上、向前，然后回到中立位，做最大幅度的缓慢摇转 6 ～ 8 次。②恢复中立位。双肩由中立位依次向前、向前上、向后上、向后，再回到中立位，做最大幅度的缓慢摇转 6 ～ 8 次。

（二）腰椎康复操

1. 前屈后伸

预备姿势：取站立位，两脚分开与肩同宽。

动作要领：①两臂自然下垂，经前呈左臂胸前平屈、右臂侧举（掌心向下）姿势。②上体缓慢向右旋转，眼看右手，旋转至最大角度保持 3 ～ 5 秒。③恢复中立位。对侧重复同样动作。如此重复 6 ～ 8 次。

2. 飞燕点水

预备姿势：取俯卧位，双手自然放在身体两侧，双腿伸直。

动作要领：①头、上肢和下肢缓慢向上抬起（不要使肘和膝关节屈曲），如飞燕状。②在最大幅度用力保持 3 ～ 5 秒。③身体缓慢恢复至平卧位，全身放松 5 秒，调整呼吸。如此重复 6 ～ 8 次。

3. 仰卧起桥

预备姿势：取仰卧位，双手自然放在身体两侧，两脚分开与肩同宽。

动作要领：①双膝屈曲，以足跟、双肘、肩颈部当支点，抬起骨盆，尽量把腹部与膝关节抬平，保持 3 ～ 5 秒。②身体缓慢恢复至平卧位，全身放松 5 秒，调整呼吸。如此重复 6 ～ 8 次。

4. 团身抱膝

预备姿势：取仰卧位，双手自然放在身体两侧，双腿伸直。

动作要领：①双下肢屈曲，大腿尽量贴近胸腹部，双手抱住膝部。②双手拉伸，把身体蜷曲成团状，腰背部着床，呼吸舒缓，保持屈曲双腿的姿势 3 ～ 5 秒。③身体缓慢恢复至平卧位，全身放松 5 秒，调整呼吸。如此重复 6 ～ 8 次。

5. 凌空蹬腿

预备姿势：取仰卧位，双手自然放在身体两侧，双腿伸直。

动作要领：双下肢屈髋屈膝，双腿缓慢交替屈伸，在空中做踩脚踏车的动作。如此重复 6 ～ 8 次。

（撰写人：李永津、于杰、孙健）

附：本章推荐阅读

一、理筋技术

1. 孙树椿，朱立国 . 今日中医骨伤科［M］. 北京：人民卫生出版社，2011.
2. 房敏，王金贵 . 推拿学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.
3. 黄桂成，王拥军 . 中医骨伤科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

二、脱位整复（复位）技术

1. 黄桂成，王拥军 . 中医骨伤科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.
2. 杨关林，吕晓东，关雪峰 . 实用中医传统疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2017.
3. 莫文 . 中医正骨学［M］. 2 版 . 上海：上海科学技术出版社，2021.

三、骨折整复技术

1. 中华中医药学会 . 中医骨伤科常见病诊疗指南［M］. 北京：中国中医药出版社，2012.
2. 黄桂成，王拥军 . 中医骨伤科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.
3. 莫文 . 中医正骨学［M］. 2 版 . 上海：上海科学技术出版社，2021.

四、外固定技术

1. 黄桂成，王拥军 . 中医骨伤科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.
2. 莫文 . 中医正骨学［M］. 2 版 . 上海：上海科学技术出版社，2021.
3. 刘国平 . 实用骨科外固定学［M］. 北京：科学出版社，1999.
4. 丰健民 . 骨科石膏绷带外固定技术［M］. 北京：世界图书出版公司，2019.

五、骨外固定支架技术

1. 黄桂成，王拥军 . 中医骨伤科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.
2. 莫文 . 中医正骨学［M］. 2 版 . 上海：上海科学技术出版社，2021.
3. 王秋根，张秋林 . 现代外固定支架治疗学［M］. 北京：人民军医出版社，2006.

六、牵引技术

1. 张琦 . 运动治疗技术［M］. 北京：人民卫生出版社，2019.
2. 孙树椿，孙之镐 . 临床骨伤科学［M］. 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2014.
3. 詹红生，刘军 . 中西医结合骨伤科学［M］. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

七、撬拨复位技术

1. 张世明 . 中医骨伤科诊疗学［M］. 成都：四川科学技术出版社，2011.

2. 孙树椿，孙之镐 . 临床骨伤科学［M］. 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2014.

3. 孟继懋 . 中国医学百科全书・52・骨科学［M］. 上海：上海科学技术出版社，1984.

4. 李庆新，孙泽民，刘长兴 . 骨伤撬拨复位固定疗法［M］. 北京：中医古籍出版社，1999.

八、闭合穿针技术

1. 李盛华，潘文 . 骨科经皮复位内固定疗法［M］. 兰州：甘肃民族出版社，2000.

2. 黄桂成，王庆普 . 中医正骨学［M］. 北京：人民卫生出版社，2012.

3. 张铁良 . 闭合复位技术在四肢骨折治疗中的应用［M］. 北京：人民卫生出版社，2017.

4. 张锴，柴益民，秦泗河 . 骨折穿针外固定［M］. 北京：人民卫生出版社，2015.

九、练功康复技术

1. 黄桂成，王拥军 . 中医骨伤科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

2. 詹红生，刘军 . 中西医结合骨伤科学［M］. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

3. 杨关林，吕晓东，关雪峰 . 实用中医传统疗法［M］. 北京：中国中医药出版社，2017.

4. 金义成 . 中国推拿全书［M］. 长沙：湖南科学技术出版社，2018.

5. 中华中医药学会 . 中医整脊科临床诊疗指南［M］. 北京：中国中医药出版社，2020.

第九章 肛肠类技术

第一节 挂线技术

挂线技术是利用药线、橡皮筋等材料，选择性缚于瘘管，通过引流或缓慢切割治疗肛瘘及肛周脓肿等疾病的一种外治技术，尤其对高位肛瘘的治疗效果较好。挂线技术还能较好地维护肛门功能，有效减少对肛门括约肌的损伤。该法主要有 4 个作用机制：慢性勒割、异物刺激、标志、引流。挂线技术既可以松弛挂线做标志，促进纤维化作用，达到短期和长期引流的治疗目的，又可以逐步紧线以达到缓慢切割括约肌的目的。而药线的作用主要是抗炎和促进肛瘘的愈合。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

橡皮筋、丝线（7 号或 10 号非吸收性外科缝线）、探针（球头银质或铜质探针）、肛门镜。

（二）基本操作方法

1. 引流挂线技术

术前准备：术前备皮，灌肠清洁直肠下段。

体位：常用侧卧位或截石位。

麻醉方式：局麻或椎管内麻醉。

手术步骤：①肛周脓肿引流挂线。于脓肿波动明显处或在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，遵循利于引流和避免损伤括约肌的原则，于肛旁做 1 个或多个切口，分别引入橡皮筋或多股丝线形成对口引流，使引流物保持松弛状态。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，以垫棉法包扎，至脓腔闭合。②肛瘘引流挂线。根据肛瘘瘘管的位置、数量、走行以及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，可做切开，与主瘘管贯通后，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管，使丝线保持松弛状态。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，至瘘管闭合。

2. 切割挂线技术

切割挂线技术的机制是利用挂线的弹性张力缓慢切割括约肌，切割过程中断端与周围组织形成的粘连，可确保括约肌断端不分离。通常有两种切割挂线方法：一期挂线切割法，通过保持静止张力或逐步紧线而达到切割目的；二期挂线切割法，包括先进行瘘管切开术，再进行挂线切割，或先做挂线引流，再做紧线切割。

术前准备、体位、麻醉方式：同引流挂线技术。

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，在齿状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，填入的纱布被染蓝，即可判断内口的存在与位置；也可以从外口注入双氧水溶液，若瘘管通畅，内口处会冒出气泡，即可判断内口的存在与位置；也可用双氧水配合亚甲蓝使用。最常用探针法，即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，轻柔而仔细地寻找内口所在，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，向邻近肛隐窝探查；如仍不能确定，可在肛门镜下以隐窝钩探查可疑肛隐窝。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。②切割挂线。将探针自瘘管外口探入，沿瘘管走行切开皮肤、皮下，清除瘘管内腐肉或管壁，显露其括约肌部分。将丝线连接探针头端和橡皮筋，使橡皮筋自内口进入，从外口引出，收紧橡皮筋。③紧线。术后 7 ～ 10 天再次紧线，使丝线在自然状态下缩短 2 ～ 4mm。对于复杂性肛瘘或瘘管弯曲者，如内口只有 1 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，可同时分别行挂线处理。但每次紧线仅限 1 处，且根据括约肌厚度，先紧表浅处瘘管，以减少损伤。紧线时，可用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】

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，或在术前、术中进行麻醉下检查，或用亚甲蓝、双氧水进行瘘管内注射，以明确脓肿范围、深度及瘘管走行、内口位置，这对于高位肛瘘和肛周脓肿患者更有意义。

为保护肛门功能，应尽量减少括约肌组织的切割挂线。表浅瘘管紧线后，橡皮筋多在 7 ～ 10 天后脱落。对于高位瘘管应采用多次紧线的方法，每次紧线 2 ～ 4mm。

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。

二、主要适应证

1. 引流挂线技术的适应证包括肛瘘、肛周脓肿引流。

2. 切割挂线技术的适应证包括高位肛瘘、复杂性肛瘘。

三、禁忌证

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。如果后期形成肛瘘，可择期再次行切开术或切割挂线术。

2. 对于有多个内口的多发性肛瘘，可同时分别行挂线处理，交替紧线，避免同时切开，以减少组织损伤，保护肛门功能。

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，后随创面缩小逐步撤除丝线，直至愈合。

5. 建议术前完善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，这对于多次治疗不愈或反复发作、情况复杂者更有意义。

五、临床应用举例

（一）肛痈（肛周脓肿）

【技术要点】

肛周脓肿手术原则：早期切开和引流，引流应保证将可能存在的脓腔充分打开，不留无效腔。同时，如果内口明确，可一起进行处理；亦可待成瘘后再清除内口，彻底消除原发感染灶，如感染的肛窦、肛腺，对此类病灶宜尽早处理。手术宜选择合适的切口方式、切口位置，以保证术后局部引流通畅。引流通畅是避免脓肿复发、为后续肛瘘手术创造条件，并保护肛门功能的关键。切开引流、切开引流配合挂线是主流术式。部分高位复杂性肛周脓肿患者常需要分次手术，即脓肿切开引流后，待肛瘘形成，再次行瘘管切除术。还有部分高位复杂性肛周脓肿及肛瘘患者，经术前评估，可选择带瘘生活或长期挂线引流的方案。

不论何种手术方式，其核心要解决的问题包括以下几点：①对内口明显的高位肛周脓肿可以采用挂线疗法，对内口位置较低的患者可直接打开内口或切除内口以期治愈。②高位肛周脓肿一次性治愈率低，可以考虑分期、分次进行挂线、紧线，这种方式虽然增加了手术次数，但简化了单次手术操作，降低了手术难度，提高了治愈率。③保护肛门功能是手术操作必须遵守的原则，在此基础上尽可能地减少并发症及后遗症。

一般而言，浅表的肛周脓肿直接切开引流即可，而高位的肛周脓肿常需要采用引流挂线方法治疗，以保护肛管功能。

注意及时诊断，并与克罗恩病所引起的肛周病变相鉴别，其发病规律、预后和普通肛周感染有所不同，需要谨慎处理，注意保护肛门括约肌。

（二）肛漏（肛瘘）

【技术要点】

肛瘘一期切割挂线：切割挂线是利用挂线的弹性张力缓慢切割括约肌，并使切割后的括约肌两断端不分离，从而达到治疗肛瘘而又尽量保护肛门功能的目的。切割挂线在高位肛瘘的治疗中具有重要价值。该法适用于肛瘘的主管道贯穿外括约肌深部的高位肛瘘。操作方法是将探针自瘘管外口探入，沿瘘管走行切开皮肤、皮下，清除瘘管内腐肉或管壁，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，令其紧贴至括约肌处。切割挂线经过改良、优化、发展，临床上衍生了以下几种术式：①低切高挂法。低位瘘管切开，高位瘘管挂线。此法避免了单纯挂线剖开全部组织的痛苦，缩短了疗程，可有效减少肛门失禁、肛门移位、肛门狭窄、黏膜外翻等并发症的发生，是目前临床疗效确切的方法，被普遍应用。②切挂部分缝合术。找准内口，探查清楚瘘管的行径与数量，支管切开，搔刮坏死组织，切除管壁，做全层缝合，内口切开，主管行半切开，经肛管直肠环挂线。该法优点在于通过缝合缩短疗程，有效维护肛门的正常形态与功能；缺点在于因管道较深，缝合张力较高，术后有可能残留无效腔，从而继发感染。③同期多侧挂线法。此法用于存在两个及两个以上瘘管，且主管道深及肛管直肠环以上的高位肛瘘。于术中同期将肛管直肠环附近的内口，以两根橡皮筋挂线。根据瘘管的深浅程度不同，橡皮筋结扎紧度也各有差别。④切开挂线旷置术。此手术方法重在清除原发内口，对其上端形成的瘘管采取潜行扩创并予以剥离，保持创面引流通畅。将线挂置于齿状线上瘘管的中下部，减少切割组织。⑤切挂对口引流术。确定主要管道后做人工切口与主管道相通，齿状线下切开，齿状线上结扎，取出支管坏死组织，放置引流线，保证引流通畅。⑥定向挂线术。在挂线捆扎组织的内下方垫入垫片，改变捆扎组织两侧橡皮筋的受压面积以形成压强差，产生自上而下的定向切割作用力，获得不同的切割速度和切割距离，以达到定向切割的目的。此种术式的挂线垂直于切口，在挂线的内侧、下侧都需垫入棉垫，以避免肛门变形。由深层到浅层的切割速度快于由浅层到深层，进而发挥定向切割的作用。

肛瘘二期切割挂线：用丝线或其他材料挂线并分期紧线治疗复杂性肛瘘。应用橡皮筋挂线治疗瘘管性脓肿，在急性脓肿期先做挂线引流，然后再紧线切割，隔 2 ～ 4 周紧线 1 次，待慢性肛瘘患者瘘管切开、创面愈合后方可紧线，括约肌完全切开需 6 ～ 8 周。应用该方法治疗的患者，肛门功能保存好、损伤小。二期切割挂线需要细致的紧线管理。肛瘘术后挂线的紧线时机尚无统一的金标准，应结合伤口大小、深浅、创面生长速度、患者的耐受力，以及肛门功能和组织缺损程度综合考虑，确定紧线时间。紧线的速度、频率及紧线量的多少要严格根据创面的大小、深浅，挂线部位的高低和患者的耐受力来确定，否则达不到治疗的最佳效果。一般可以遵循“少量多次、多次少紧”的原则。具体来讲，一般每 2 ～ 4 周紧线 1 次，每次紧线 2 ～ 4mm，不宜紧多，以避免形成较深的缺损，造成肛门功能受损及失禁的可能性。挂线疗法的后遗症发生率主要与紧

线时间长短相关。紧线时间短，则容易出现肛门失禁；紧线时间长，则不易有此后遗症。一般挂线时间不得少于 2 周。紧线的注意事项：①有两处及两处以上挂线的，应分期紧线，一线脱落后再紧另一线。②紧线量尽量与创面生长速度一致。③每次换药应当检查挂线的活动性，防止肉芽包埋挂线或发生粘连。④创面肉芽生长过快，应当予以修整，保持伤口引流通畅。

（撰写人：杨巍、陆宏）

第二节　枯痔（硬化）技术

枯痔疗法历史悠久，是中医治疗痔疮的传统外治疗法之一。传统枯痔疗法包括枯痔散疗法和枯痔钉疗法。目前临床上应用传统枯痔疗法的不多，本法已逐渐被注射疗法替代。

注射疗法（技术）是指直接将药物注射在痔核内的一种治疗方法，临床上根据所用药物的不同分为硬化萎缩法和坏死枯脱法。硬化萎缩法又称硬化剂注射法，是指将硬化剂注射于痔核，使组织产生无菌性炎症反应，然后逐渐纤维化。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

喇叭形肛门镜、注射器、弯血管钳等。

（二）基本操作方法

因所用的药物不尽相同，所以注射方法亦有所区别，但各注射方法的基本操作要点相似，应注意以下几个方面。

1. 选择适当的体位，一般以左侧卧位为好（患者较为舒适，且操作也较方便）。常规皮肤消毒，铺治疗巾。

2. 根据具体情况选择是否麻醉及适当的麻醉方式，一般选用局部麻醉，因局部麻醉可减轻患者痛苦，并使痔核显露充分。

3. 麻醉后，应消毒肛管。消毒前，医生先以肛门镜检查清楚痔核的情况，如痔核的数量、大小、形状、部位等，以及痔核周围的表现，做到心中有数，然后再行注射。

4. 注射时，一般应在喇叭形肛门镜辅助下注射。放置肛门镜时，应根据具体情况，适当调整肛门镜的方向或反复进镜，一定要令痔核清楚显露。

5. 注射所用的针头一般以 5 号针头为好，注射器以 5mL 大小为好，过大易影响视野，也可以用特制的内痔注射工具。

6. 注射的顺序是先注射较小痔核，再注射较大痔核，按从小到大的顺序。

7. 注射的部位应以痔核中心为主，根据痔核的大小选择适合的进针部位。有时可注射少量药物到痔核的上方，即痔动脉区，以起到阻断血流的作用。注射的深浅要合适，

一般以痔核的黏膜下层为主，以注射齿状线上方为主。

8. 药物的用量要依所用药物而定，原则上应以痔核均匀肿胀、药液充满整个痔体、痔核表面色泽发生改变为度。注意注射药物前要回抽注射器，以防药液入血，引起毒性反应。

9. 注射时应注意无菌操作。

10. 注射后在肛门内放置痔疮栓或油纱条，外盖纱布固定。

二、主要适应证

各期内痔及混合痔的内痔部分。

三、禁忌证

1. 外痔，合并血栓、感染和溃疡等并发症的内痔。

2. 内痔伴有凝血功能障碍、严重肝肾疾病的患者。

四、注意事项

1. 在进行硬化疗法前，医生应详细了解患者的病史，进行全面的体格检查，并评估患者是否有对硬化剂过敏的风险。同时，对于那些有严重全身性疾病或高风险疾病的患者，需要权衡硬化疗法的利弊，如有必要，应寻求其他治疗方式。

2. 每次注射前需严格消毒。注射后当日避免过多活动，且不宜排便。

3. 硬化剂的注射需要精确，注射位置、深度、剂量的选择都对治疗效果有重要影响。进针后应先做回血试验，避免药液注入血管，注射药液宜缓慢进行。过多的硬化剂可能导致严重的炎症反应，过少则可能达不到治疗效果。同时，深度控制不当可能会引起严重并发症。避免将药液注入外痔区，从而造成肛门周围水肿和疼痛。

4. 使用硬化疗法后，患者可能会出现轻度不适，如疼痛、出血或肿胀。这些症状通常在几天内可自行缓解。但若症状持续或加重，则可能是并发症（如感染、硬化剂过敏等）的信号，应尽快就医。

5. 治疗后需要定期复查，以评估治疗效果和监测可能的并发症。如果治疗效果不理想，或者症状反复，可能需要进行二次治疗或采取其他治疗方式。

6. 硬化疗法并非万能，尤其对于因生活习惯不良而引发的痔疮，单纯的硬化疗法可能无法防止痔疮的反复。因此，患者需要调整生活习惯，如增加膳食纤维的摄入、保持规律的大便习惯、避免久站或久坐等。

7. 不良反应、并发症的处理方法如下。①肛门下坠是注射后的常见症状，多数属正常反应。此为痔核注药后，痔体肿胀，产生的直肠刺激反应，轻者可以不予处理，重者可应用药膏、栓剂或中药外洗法缓解。②注射后一般无明显出血。出血明显者，多是由于注射药物层次过浅或药量过多引发黏膜表面溃疡或坏死。医生还应注意患者是否合并血液系统疾病，一旦出现术后出血，要根据情况及时处理，可以局部或全身应用止血药物，出血严重者可以再次注射或行手术处理。③痔注射后发热并不多见，引起发热一般

有两个方面的原因：其一可能为痔注射后局部继发感染或坏死组织吸收所致；其二可能是药物本身的不良反应，应根据所用的药物来判断。④痔注射术后产生的疼痛，多由于药物注射到齿状线以下或痔注射后并发局部感染而致。⑤个别患者在痔注射后可突发晕厥，多是因过度紧张、未进食、体力下降或者麻醉药物及注射药物等因素引起。一般平卧休息后可缓解，也可以口服葡萄糖溶液，必要时可以行静脉补液。

五、临床应用举例

（一）内痔

【操作步骤】

根据内痔发生的原因及其发展的病理特点，采用四步注射法：在腰麻或局部麻醉下，患者取左侧卧位或截石位，肛门部常规消毒，通过喇叭形肛门镜显示内痔核，检查内痔的部位和数目，并做直肠指诊，确定直肠动脉的搏动处，然后消毒黏膜，开始注射。第一步注射于内痔核上方的直肠上动脉区，用 1∶1 的消痔灵液（即用 1% 的利多卡因注射液稀释消痔灵注射液 1 倍），一般注射 1 ～ 2mL。第二步注射于痔核的黏膜下层，用 2∶1 的消痔灵液（即用 2 份消痔灵注射液加入 1 份 1% 普鲁卡因溶液）在痔核的中部进针，刺入黏膜下层做扇形注射，使药液尽量充满黏膜下层的血管丛，注入药量的多少以痔核弥漫肿胀为度，一般用药 3 ～ 5mL。第三步注射于痔核的黏膜固有层，当第二步注射完毕，缓慢退针，退至黏膜层注射药物，一般注射 1 ～ 2mL。第四步注射洞状静脉区，用 1∶1 消痔灵液在齿状线上方 0.1cm 处进针，注入痔核最下方的黏膜下层，用药 2 ～ 3mL。注射完毕，肛门内放置痔疮栓或止血散油纱条，敷料固定。术后一般无须其他处理。

【技术要点】

根据痔核大小的不同，注射的药量也不同。黏膜固有层注射药量不宜过大，以免发生黏膜坏死。进针深浅度要适宜：过深则伤及括约肌，引起肌肉坏死；过浅则注射在黏膜表层，易引起浅表坏死出血。

【特别提示】

该法适用于内痔出血、各期内痔、由内痔发展而形成的混合痔的内痔部分；外痔禁用。

消痔灵注射液是由鞣酸（由五倍子提取）0.15g、枸橼酸钠 1.5g、低分子右旋糖酐 10mL、甘油 10mL、三氯叔丁醇 0.5g，蒸馏水加至 100mL，经过特殊工艺制成的灭菌水溶液，每支 10mL。

（二）混合痔

【技术要点】

切勿将药液注入肛管皮下及外痔部分，否则容易出现水肿和疼痛。注药前注意回抽无血。洞状静脉区注药不可过多，以免药液渗入齿状线以下部分引起疼痛。边注射边退

针头，待退出黏膜表面前稍停顿片刻，可避免针眼出血。残端注射时，避免对残端下部进行注射，以免造成组织坏死及疼痛。

（撰写人：刘仍海、郑丽华）

第三节　结扎技术

结扎技术是一项中医传统技术，包含单纯结扎、胶圈套扎、弹力线套扎、痔动脉结扎、外剥（切）内扎及直肠脱垂黏膜结扎等，适用于各类痔病及直肠脱垂。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

结扎线、套扎器、肛门镜等。

（二）基本操作方法

基本操作方法包括单纯结扎技术、胶圈套扎技术、弹力线套扎技术、痔动脉结扎技术、外剥（切）内扎术、直肠脱垂黏膜结扎技术。

1. 单纯结扎技术

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。必要时行扩肛。

以血管钳自齿状线上 2 ～ 3mm 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。

2. 胶圈套扎技术

胶圈套扎法是应用橡胶圈对内痔进行弹性结扎的一种方法，其原理是通过器械将小型胶圈套扎在内痔的基底部，通常位于齿状线上方的不敏感区域，利用胶圈持续的弹性束扎力来阻断内痔的血液供给，造成组织缺血坏死、粘连和残存黏膜的脱落。坏死的组织通常会在术后 7 ～ 10 天内脱落。

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。

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。

钳夹套扎：以组织钳夹住痔核基底（距齿状线上 2 ～ 3mm），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。

3. 弹力线套扎技术

开始套扎前，先拆除推线管固定夹，将发射头对准目标组织，启动吸引。待负压

表指针慢慢上升到 –0.08 ～ –0.1MPa 并维持不动时，转动驱动轮 360° 至红点回归原位，弹力线环套即被发射。转动推线管释放轮至数字“1”，释放第一根推线管。助手帮助持枪，医生左手持推线管，右手捏紧弹力线尾部并用力做对抗牵引以收紧弹力线前端环套，直至将目标组织牢牢扎紧。确认弹力线环套收紧后，医生接过套扎器，打开负压释放开关，释放被套扎的组织，并将套扎器置于一旁。医生左手继续持推线管并稍用力往后抽拉，露出弹力线前端，右手持长剪于打结处剪断，留长 4 ～ 5mm，至此第一个套扎完成。依序可进行第二、三个套扎，方法同前。

4. 痔动脉结扎技术

多普勒超声肛门镜置入直肠，并将超声探头置于齿状线上 2 ～ 3cm 处。旋转整个器械，同时寻找所需动脉。在接收到多普勒超声信号处，于超声探头上方使用 2–0 的可吸收缝线行“8”字缝合，完毕后旋转肛门镜寻找下一条动脉。在完成第一轮缝合后，将肛门镜退出 0.5cm，进行第二轮缝合，以确保手术的准确性。在接收到动脉声波时，都应当对之进行新的缝合，且应当尽量保持缝合处距离齿状线至少 0.5cm。在痔核脱出明显的部位上方另加 1 ～ 2 针，“8”字缝合固定直肠黏膜。有肛外小皮赘者，同时剪除。

5. 外剥（切）内扎术

常规消毒，指法或分叶肛门镜扩肛后，将混合痔的内痔部分翻出肛外。在外痔边缘处做“V”字形皮肤切口，剥离曲张的静脉团和增生的结缔组织，显露出外括约肌皮下部肌纤维。用组织钳将“V”字形皮瓣和剥离后的外痔组织一并夹住提起，并将切口向齿状线延伸，继续向上剥离，达到并稍越过齿状线后，再用弯止血钳夹住内痔部分，在钳下正中用圆针、7 号丝线做“8”字贯穿结扎。将“V”字形皮瓣、外痔组织和结扎后的内痔残端剪除。切口开放，凡士林纱条嵌入创腔，外用塔形纱布压迫丁字带固定。

6. 直肠脱垂黏膜结扎技术

骶管麻醉，麻醉成功后，患者取截石位。嘱患者做排便动作，使直肠尽量脱出。在左前、左后、右位钳夹直肠黏膜（避开 3、7、11 点母痔区），纵行排列结扎直肠黏膜到齿状线上 1.5cm 处，各结扎点之间保留约 0.5cm 宽的正常黏膜。结扎的目的是形成 3 条纵行并列的瘢痕，在结扎黏膜的同时，在结扎点根部黏膜下注射消痔灵注射液（消痔灵原液：生理盐水＝ 1 ：1），再将结扎的黏膜压缩成片状；3 条纵行排列结扎带之间如有松弛黏膜，可补加几针。

二、主要适应证

1. 单纯结扎技术适用于内痔Ⅱ期、Ⅲ期，痔核较小、分界清楚者。
2. 胶圈套扎技术适用于内痔Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期。
3. 弹力线套扎技术适用于各期内痔和混合痔的内痔部分，尤其是Ⅱ期、Ⅲ期内痔。
4. 痔动脉结扎技术适用于各期内痔、混合痔的内痔部分、结缔组织外痔。
5. 外剥（切）内扎术适用于混合痔。

6. 直肠脱垂黏膜结扎技术适用于小儿Ⅲ度直肠脱垂，成人Ⅱ度、Ⅲ度直肠脱垂。

三、禁忌证

1. 肛门直肠周围脓肿。
2. 急慢性腹泻。
3. 凝血功能障碍者。

四、注意事项

1. 单纯结扎技术的注意事项

钳夹痔核时须准确地钳夹基底部，避免残留内痔组织。结扎要牢固，以免内痔坏死不全而不能脱落。行“8”字贯穿结扎时，第二次贯穿进针不可刺到第一次贯穿的丝线上，以防结扎时丝线断离。同时结扎 3 个以上内痔时，应剪掉结扎残端部分，以减轻患者术后出现的下坠或堵塞感。结扎务必牢固，否则有脱线或坏死不全而继发术后大出血的风险。

2. 胶圈套扎技术的注意事项

该方法适合痔核直径不超过 2cm 者，痔核过大容易发生胶圈滑脱或组织坏死不全，可同时套入 2 个胶圈。单次套扎不宜超过 3 个痔核。手术时先套扎子痔，后套扎母痔，以免遗漏小痔核。避免将齿状线以下的肛管皮肤套入，以免引发剧痛。痔体较大者应采用牵拉式套扎，因吸引式套扎器无法将大痔核完全吸入，易导致套扎不彻底。痔核脱落后易发生出血，应避免大便干燥及剧烈活动；若出血量较大，应及时行缝扎止血，也可在套扎的内痔中注射硬化剂，以预防脱落出血。

3. 弹力线套扎技术的注意事项

应套扎在黏膜基底部，切勿扎住齿状线或肛管皮肤，否则可引发剧痛或重度坠胀感，严重者可导致出血与感染。避免在同一个平面行多点套扎，防止出现肛门直肠狭窄。

4. 痔动脉结扎技术的注意事项

在齿状线上 1 ～ 3cm 处进行缝扎，如遇术中出血视野不清时，须注意不要缝合至齿状线处，以免术后疼痛。以结扎黏膜下动脉为宜，考虑到对黏膜的固定作用，可将黏膜缝合固定在肌层上。

5. 外剥（切）内扎术的注意事项

在每个外剥内扎的切口中间要保留 0.5 ～ 1.0cm 宽的健康黏膜和皮肤，以防肛门狭窄。勿结扎过多黏膜，勿切除健康皮肤。外痔剪切剥离时，勿超过齿状线以上过多，最好在齿状线上 0.2cm 处，否则残端容易出血。多发性混合痔可于两外痔切口间皮桥下方用止血钳钝性分离，使之相通，同时摘除曲张的痔静脉丛，防止术后水肿。两个以上的多发性混合痔，可经外痔切口处松解外括约肌皮下部及部分内括约肌。

6. 直肠脱垂黏膜结扎技术的注意事项

结扎宜牢固，防止黏膜脱落不全而引发出血。结扎深度不宜达肌层，避免愈合缓

慢。各结扎点之间须保留约 0.5cm 宽的正常黏膜，防止结扎点过近，导致脱落后黏膜大面积破溃而不易愈合。

五、临床应用举例

（一）内痔

【技术要点】

Ⅱ期、Ⅲ期内痔，痔核较小、分界清楚者，宜选用单纯结扎技术，用丝线或药制丝线、纸裹药线缠扎在痔核的根部，使痔核坏死脱落，创面经修复而愈。保守治疗无效的Ⅰ～Ⅲ期内痔患者和不愿意接受手术治疗或存在手术禁忌证的Ⅳ期内痔患者，建议采用胶圈套扎技术。Ⅲ期、Ⅳ期内痔及混合痔的内痔部分，可采用弹力线套扎技术。Ⅱ期及Ⅲ期内痔可采用痔动脉结扎技术，该技术在特殊肛门镜下借助超声检查定位痔动脉，并予以缝扎，通过阻断痔核血供使痔核萎缩，达到治疗目的。

（二）直肠脱垂

【技术要点】

直肠脱垂黏膜结扎技术适用于小儿Ⅲ度直肠脱垂及成人Ⅱ度、Ⅲ度直肠脱垂。手术中嘱患者做排便动作，使直肠尽量脱出；如不能完全脱出，可用止血钳夹住直肠左前、左后及右侧黏膜，将其缓慢牵出肛外。在 3 条纵行排列结扎带之间如有松弛黏膜，可加扎几针，以提高疗效，防止复发。向结扎处黏膜注射消痔灵注射液。术后重新消毒并指诊探查肠腔，以肠腔可顺利通过两指为宜。

（撰写人：于永铎、陈萌）

第四节　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的一种技术。该法对黏液便、脓血便、腹痛、泄泻及里急后重、便秘等症状疗效较好。

一、常用药物、器械及基本操作方法

（一）常用药物

1. 治疗黏液便、脓血便的常用药物

参考方药：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，浓煎取 100mL，保留灌肠。

出血多者用败酱草 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. 治疗腹泻伴里急后重的常用药物

参考方药：白术 20g，白芍 30g，陈皮 10g，防风 10g，柴胡 10g，白及 5g，加水 500mL，浓煎取 100mL，保留灌肠。

3. 治疗便秘的常用药物

热秘参考方药：大黄 10g，枳实 10g，厚朴 6g，火麻仁 10g，杏仁 10g，芍药 10g，加水 500mL，浓煎取 100mL，保留灌肠。

冷秘参考方药：木香 10g，乌药 6g，沉香 10g，大黄 15g，槟榔 6g，枳实 10g，加水 500mL，浓煎取 100mL，保留灌肠。

气秘参考方药：黄芪 20g，火麻仁 10g，陈皮 6g，加水 500mL，浓煎取 100mL，保留灌肠。

虚秘参考方药：当归 10g，生地黄 10g，火麻仁 10g，桃仁 10g，枳壳 10g，肉苁蓉 10g，牛膝 15g，升麻 6g，泽泻 10g，加水 500mL，浓煎取 100mL，保留灌肠。

（二）常用器械

1. 普通灌肠器

普通灌肠器具体见图 9–1。

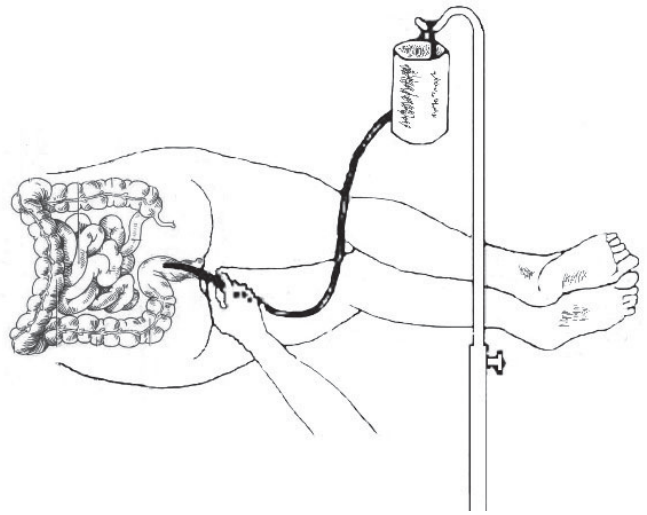


图 9–1　普通灌肠器示意图

2. 气压灌肠设备

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。该设备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. 其他用品

一次性使用肠道冲洗袋、量杯、水温计、润滑剂（液状石蜡）、一次性使用手术巾单等，具体见图 9–2。

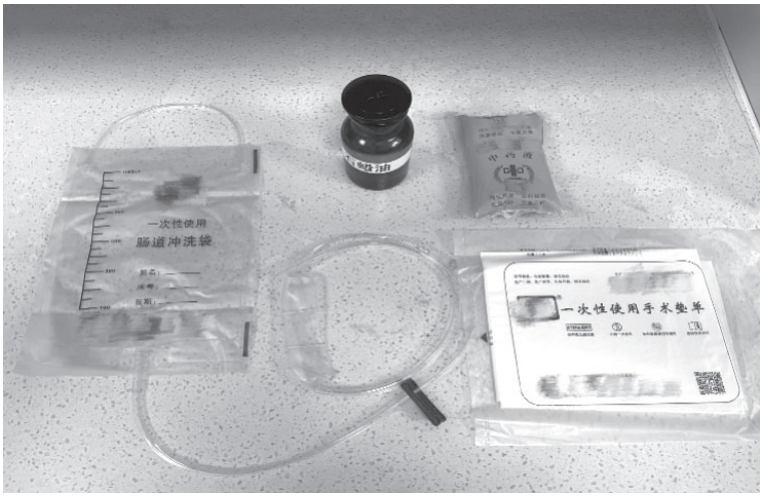


图 9–2　其他用品

（三）基本操作方法

1. 不保留灌肠技术

（1）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，用屏风遮挡患者。室温适宜，光线充足。

3）灌肠前 30 分钟，患者需排空小便。

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 37 ～ 41℃，药液量 80 ～ 100mL。

（2）操作步骤

1）体位：患者取左侧屈膝卧位，臀部垫高 10 ～ 20cm。

2）插管：连接灌肠管路并排尽管路内空气，戴手套，润滑肛管，嘱患者张口呼吸，将肛管轻轻插入直肠 7 ～ 10cm。当因肛门括约肌收缩等原因导致肛管难以插入时，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）拔管：药液注入完毕，拔出肛管，让患者平卧，嘱保留药液 5 ～ 10 分钟后再排便。

2. 保留灌肠技术

（1）治疗前准备

同“不保留灌肠技术”，药液量可根据具体情况适当调整。

（2）操作步骤

1）体位：患者取左侧屈膝卧位，臀部垫高 10 ～ 20cm。

2）插管：连接灌肠管路并排尽管路内空气，戴手套，润滑肛管，嘱患者张口呼吸，将肛管轻轻插入直肠 15 ～ 20cm，以高位灌肠为佳。

3）拔管：药液注入完毕后，拔出肛管，嘱患者收缩肛门，保留灌肠液，保留时间

不少于 30 分钟，每日 1 ～ 3 次。

3. 直肠滴注技术

（1）治疗前准备

同“不保留灌肠技术”，药液量可根据具体情况适当调整。

（2）操作步骤

1）体位：患者取左侧屈膝卧位，臀部垫高 10 ～ 20cm。

2）插管：连接灌肠管路并排尽管路内空气，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。

3）滴注：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：药液注入完毕后，拔出肛管，嘱患者尽量保留药液。

4. 气药灌肠技术

（1）治疗前准备

同“不保留灌肠技术”。

（2）操作步骤

患者取左侧屈膝卧位，将灌肠仪输出管连接于肛管，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耐受程度调节药液灌入时间，一般为 20 ～ 40 秒，液体量为 50 ～ 200mL。

二、主要适应证

1. 不保留灌肠技术适用于便秘或肠道术前准备患者。

2. 保留灌肠技术适用于内、外、妇、儿等科疾病不便服药患者，尤其适用于肛肠局部炎性病症患者。

3. 直肠滴注技术适用于休息痢（炎症性肠病）病变累及左半结肠者。

4. 气药灌肠技术适用于休息痢（炎症性肠病）病变累及全结肠者。

三、禁忌证

1. 肛门失禁患者。

2. 急腹症和胃肠道出血者。

3. 妊娠期女性。

四、注意事项

1. 不保留灌肠技术的注意事项

患者感觉腹胀或有便意时，应将灌肠器适当放低并嘱患者张口深呼吸，以减轻腹压。

2. 保留灌肠技术的注意事项

患者灌肠后宜卧床休息，可适当抬高臀部，以延长灌肠液保留时间。每日灌肠次

数、灌肠液量需因人、因病而异。

3. 直肠滴注技术的注意事项

患者灌肠后宜卧床休息，避免下床活动，有便意时可深呼吸，以降低腹压。操作中需注意患者对灌肠药液的温度、流速、压力和溶液量的耐受情况。

4. 气药灌肠技术的注意事项

该技术适用于轻中度休息痢。以左半结肠病变为主者，液体量酌减，约为 100mL。灌肠过程中应随时注意观察患者的病情变化，如出现脉搏加速、面色苍白、出汗、剧烈腹痛、心悸、胸闷等表现，应立即停止灌肠，并采取相应的急救措施。

五、临床应用举例

（一）便秘（结肠慢传输型便秘）

【操作步骤】

同“保留灌肠技术”。

【技术要点】

凡有症状的便秘均需要治疗，根据便秘辨证分型，配伍不同灌肠液。

注意与出口梗阻型便秘相鉴别，两者可通过排粪造影、肛管压力测定、盆底肌电图及结肠传输试验等检查进行鉴别。出口梗阻型便秘可选择开塞露、生理盐水等介质，采用不保留灌肠技术进行对症治疗。

（二）休息痢（炎症性肠病）

【操作步骤】

可根据患者病变部位、症状等不同情况，选择保留灌肠技术、直肠滴注技术及气药灌肠技术。

【技术要点】

非特异性炎症性肠病的治疗原则为综合治疗、控制发作、减少复发、防治并发症。根据患者病变部位的不同、个体症状的差异、发病缓急及病理分期等进行辨证，配伍不同灌肠液，选择适宜的灌肠技术进行中药灌肠。

可根据病情在灌肠液中加入适量锡类散、青黛散、云南白药等。病情较重的活动期患者，可采用中西医结合治疗方案：腹泻、便血严重者可加入氢化可的松 50mg；或取氢化可的松 100mg，加入 5% 葡萄糖注射液 200mL，每日 1 ～ 2 次直肠滴注灌肠，症状改善后立即过渡为用中药灌肠。

（撰写人：章阳、朱慧婷）

第五节　注射固脱技术

注射固脱技术是一种治疗内痔、直肠脱垂等肛肠疾患的中医外治技术，包括硬化剂

内痔注射、直肠黏膜下注射、直肠周围间隙注射。该技术依据中医学“酸可收敛，涩可固脱”理论，将收敛固涩药物注射到目标组织或间隙中，从而使松弛脱垂的组织萎缩硬化、粘连固定。

一、常用器械、药物及基本操作方法

（一）常用器械

喇叭状肛门镜、5 号短针头（口腔科麻醉用针头）、7 号短针头（局部麻醉用针头）、注射器（5mL、10mL、20mL）、7 ～ 9 号腰穿针。

（二）常用药物

根据药物对痔组织产生作用的不同，把能引起痔组织坏死的药物称为坏死剂；使组织产生炎性反应，导致组织继发纤维化而不引起坏死的药物称为硬化剂。注射固脱技术的目的是使目标组织萎缩固定，因此使用的药物是硬化剂。临床常用消痔灵注射液、芍倍注射液，以及 50% 葡萄糖注射液、23% 高渗盐水、5% 鱼肝油酸钠、5% 苯酚植物油、矾藤痔注射液、聚桂醇、1% 或 3% 聚多卡醇注射液等。

（三）基本操作方法

1. 消痔灵内痔注射术

麻醉成功后，患者取侧卧位或截石位，消毒肛周及直肠下段，置入肛门镜，暴露内痔，痔核表面消毒。根据内痔的不同分期和病理变化，可采用一步、两步、三步或四步注射法。

药品配制方法：将消痔灵注射液原液与 0.5% 利多卡因注射液按 1 ∶ 1 比例等体积配制。

痔上动脉区黏膜下注射：直肠上动脉进入痔核的分支常位于右前、左侧和右后区，即痔上动脉区，主痔核上方常可扪及动脉搏动点。针尖与注射平面约呈 30°，进针到黏膜下层深部，待针尖出现肌性抵抗感，稍退针，回抽无血后，边退针边注药 3mL。同法处理其他两个痔上动脉区，3 处共注药 9mL。

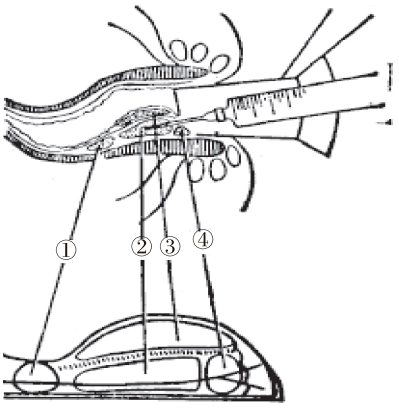
痔核黏膜下层和黏膜固有层注射：在主痔核中心处进针，通过黏膜、黏膜固有层、黏膜肌层到达黏膜下层深部，针尖接触肌层出现肌性抵抗感，稍退针（勿刺入肌层），由上而下边退针边注药，药量稍大于内痔核体积。在完成黏膜下层深部注药后，缓慢退针到黏膜固有层，在退针过程中补充注药，药量是黏膜下层注药量的 1/3，随后将针缓慢退出痔核。同法处理其他主痔核，一般每个主痔核注药量为 5 ～ 6mL。同法处理副痔核，每个副痔核注药量为该痔核体积的 1/3，一般为 2 ～ 3mL。具体见图 9–3。



图 9–3　痔核黏膜下层注射

洞状静脉区注射：在主痔核下方的齿状线上 0.2cm 处进针，针尖斜向上进入黏膜下层深部，触及肌层出现肌性抵抗感后，稍退针，注药 2mL，再边退针边注药 1mL。同法处理其他主痔核下方洞状静脉区。注射完毕后，反复轻柔按摩注药部位，使药液均匀散开。

四步注射法即注射痔上动脉区、痔核黏膜下层、痔核黏膜固有层、洞状静脉区（窦状静脉区）4 个部位。具体见图 9–4。



①痔上动脉区注射；②痔核黏膜下层注射；③痔核黏膜固有层注射；④窦状静脉区注射

图 9–4　四步注射法注射部位

2. 芍倍内痔注射术

麻醉成功后，患者取侧卧位或截石位，常规消毒铺巾，置入肛门镜暴露内痔，痔核表面消毒。

药品配制方法：将芍倍注射液原液与 0.5% 利多卡因注射液或生理盐水按 1∶1 比例等体积稀释。

对Ⅰ期、Ⅱ期内痔及静脉曲张型混合痔者，在肛门镜下暴露痔核，消毒后，于痔核表面的隆起部位斜刺进针，遇肌性抵抗感后稍退针，使针尖部位保持在黏膜肌层下方、肠壁肌肉上方的痔核中央，然后注药。每处注射量以痔核均匀饱满、表面黏膜颜色呈粉红色为度。同法处理其他内痔。

Ⅲ期内痔、静脉曲张型混合痔伴直肠黏膜松弛者，于痔核上方松弛黏膜下注射，每点注药 1 ～ 2mL，总量为 5 ～ 10mL。

注射完毕后局部轻柔按摩，使药液均匀分散。

3. 直肠黏膜脱垂注射固脱术

麻醉成功后，患者取截石位或者侧卧位，常规消毒铺巾。

药品配制方法：将消痔灵注射液原液与 0.5% 利多卡因注射液按 1∶1 比例等体积配制。

直肠黏膜注射固脱：①脱出暴露下直肠黏膜下层多点注射。嘱患者用力使脱垂的黏膜从肛门脱出，用碘伏消毒肠腔，由齿状线上 0.5cm 处起始进针，点状将药液注射于黏

膜下层，每点注射药液 1 ～ 1.5mL，注射点间距离为 1cm。在脱出的直肠黏膜下均匀注射，使脱垂黏膜均匀着药后，将脱出直肠还纳入肛门内。②肛门镜下直肠黏膜下层多点注射。碘伏消毒肠腔，置入喇叭状肛门镜，从镜内口前方最高点进针，行黏膜下注药，每点约 2mL，平均注射总量为 40mL，注射后药液多呈柱状分布于肠腔内。要求尽量一次性进针，从上至下，由近端至远端齿状线处完成注射。

注射完毕，用手指在直肠内反复轻柔按摩注射部位，使药液均匀散开。

4. 直肠脱垂消痔灵双层四步注射法

麻醉成功后，患者取截石位，常规消毒铺巾。

药品配制方法：将消痔灵注射液原液与 0.5% 利多卡因注射液按 1 ∶ 1 比例等体积配制。

第一步，左侧骨盆直肠间隙注射。在截石位 3 点肛门缘外 1.5cm 处，用 7 号或 9 号腰穿针穿透皮层，与肛管平行进针，经肛门外括约肌至肛提肌，出现落空感时即表明腰穿针通过肛提肌进入骨盆直肠间隙。左手食指伸入直肠壶腹，触摸针尖部位，确认腰穿针未穿透直肠肌层，位于直肠壁外侧，在手指引导下，将腰穿针斜向外侧全部刺入，深达 10cm。回抽无血后，边退针边注药，使药液呈柱状均匀分布，一次注药 10mL。退针至皮下后，以同样的方法，再分别向后下 5 点位和前上 1 点位方向进针，确认在肠壁外后，分别注药 10mL。由此形成 3 条扇形柱状带。

第二步，直肠后间隙注射。更换腰穿针头及手套后，依前法在肛门后侧截石位 6 点肛门与尾骨间皮肤中点处穿刺。在食指引导下，进针约 9cm。证实针头未穿透直肠壁、未穿入骶骨前筋膜，活动于直肠壁后方，即表示针尖已达直肠后间隙，边退针边注药 10 ～ 15mL。

第三步，右侧骨盆直肠间隙注射。更换腰穿针头及手套后，依前法在肛门右侧截石位 9 点处穿刺定位并注药。方法与左侧骨盆直肠间隙注射相同。

第四步，直肠黏膜下多点注射。在喇叭状肛门镜辅助下，应用 5 号针头，于齿状线上约 12cm 处，在 1、3、5、7、9、11 点位黏膜下注射药液，每处注入 1mL；然后下退 1cm，在 2、4、6、8、10、12 点位黏膜下注射，每处注入 1mL；再退 1cm 以同法注射，直至齿状线上平面。总量约 60mL。

部分操作见图 9–5 ～图 9–7。



图 9–5　直肠周围间隙注射进针点



图 9–6　骨盆直肠间隙注射



图 9–7　直肠后间隙注射

二、主要适应证

1. 各期内痔、混合痔的内痔部分。

2. 直肠黏膜脱垂注射固脱术适用于症状性直肠黏膜脱垂。

3. 直肠脱垂消痔灵双层四步注射法适用于完全性直肠脱垂Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度。3 岁以下儿童直肠脱垂患者，进针深度和给药剂量应酌情减低。

三、禁忌证

1. 直肠及肛管、肛周有严重感染或炎性病变者，炎症性肠病患者。

2. 伴严重腹泻或持续性腹压增高疾病患者。

3. 直肠及肛管良性或恶性肿瘤者，过敏体质者，有严重心、肝、肾疾患及凝血功能障碍等原发性疾病者。

4. 妊娠期女性。

5. 外痔及纤维化明显的内痔。

6. 脱出嵌顿、炎症明显者。

7. 脱垂伴有盆底疝、子宫脱垂、膀胱脱垂者。

四、注意事项

1. 注射固脱技术的实施必须经严格的临床培训，正确掌握适应证和技术操作方法，严格消毒，执行无菌操作。

2. 患者行直肠脱垂注射固脱后，应控制排便 3–5 天。

3. 完成注射后，如果脱出物回缩不完全，需配合行黏膜结扎术。

4. 直肠前壁外侧禁止注射药物。

五、临床应用举例

（一）内痔

【技术要点】

Ⅰ期内痔症状发作频繁者，可应用消痔灵稀释液行内痔黏膜下层注射，或者将芍倍稀释液或矾藤痔稀释液直接注射于痔核内。

Ⅱ期内痔症状发作频繁者，可应用消痔灵稀释液分别在痔上动脉区直肠黏膜下、内痔黏膜下层注射治疗。如果痔核较大，可以再在内痔黏膜固有层注射。亦可选用芍倍稀释液或矾藤痔稀释液直接注射于痔核内。

Ⅲ期内痔，可以应用消痔灵稀释液分别在痔上动脉区直肠黏膜下、内痔黏膜下层、黏膜固有层和洞状静脉区注射；亦可选用芍倍稀释液分别在痔核和痔核上方松弛的黏膜下进行注射。

Ⅳ期内痔或者静脉曲张型混合痔之内痔部分，可以应用消痔灵稀释液分别在痔上动脉区直肠黏膜下、内痔黏膜下层、黏膜固有层和洞状静脉区注射。

静脉曲张型混合痔之内痔部分，亦可选用芍倍稀释液分别在痔核和痔核上方松弛的黏膜下进行注射。

主痔核切除后，仍残存副痔核者，可以应用消痔灵稀释液、芍倍稀释液或矾藤痔稀释液直接注射于副痔核内。

年老体弱多病、不宜接受有创手术的痔病患者，若症状反复发作，尤其是频繁便血，可以选择硬化剂注射治疗。

（二）直肠脱垂

【技术要点】

直肠脱垂消痔灵双层四步注射法适用于完全性直肠脱垂的Ⅰ度～Ⅲ度。黏膜下多点注射时，注射位置要足够高，应用长喇叭状肛门直肠镜和腰穿针更有利于进行高点注射操作。严重直肠脱垂，亦可先将直肠脱出肛门外，再进行黏膜下多点注射。

Ⅲ度直肠脱垂常伴肛门不全失禁，注射后应指导患者进行肛门括约肌功能的锻炼；若肛门不全失禁症状未能改善，应再行肛门括约肌折叠术或肛门紧缩术。

直肠黏膜脱垂要严格掌握适应证。无症状者，即肛门镜下可见直肠黏膜明显松弛或脱垂，但患者无排便困难等临床表现，不建议予以治疗。有症状的直肠黏膜脱垂患者，可以选择直肠黏膜脱垂注射固脱治疗方法。

小儿直肠脱垂有自愈倾向者，应以保守疗法为主；不能自愈的儿童直肠脱垂患者，可行消痔灵注射治疗，治疗时注药剂量要减量，直肠周围间隙进针深度要缩短。

女性患者需注意是否合并子宫脱垂和膀胱脱垂。注射固脱治疗后复发者，亦可再次进行注射治疗。

直肠脱垂患者的排便状态和正常人不同，治疗前应指导患者进行正常排便训练，以适应治疗后非脱垂状态下的排便。

（撰写人：张书信、孙松朋）

第六节　手法扩肛技术

手法扩肛技术，即医生用手指扩张患者肛门，以达到解除括约肌痉挛、缓解疼痛作用的一种技术，可用于治疗肛门狭窄和肛裂。

一、常用物品及基本操作方法

（一）常用物品

盐酸利多卡因注射液（用 0.9% 氯化钠注射液调配盐酸利多卡因注射液，浓度为 0.5% ～ 1%）、一次性橡胶手套、凡士林或痔疮膏。

（二）基本操作方法

1. 肛门狭窄扩肛方法

患者取左侧卧位，常规消毒肛门周围皮肤，铺治疗巾，采用 0.5% ～ 1.0% 利多卡

因做肛周浸润麻醉。戴手套，先用食指涂抹痔疮膏后轻柔按摩肛门，感觉肛门括约肌松弛后再单指轻柔插入肛内，以患者能耐受为度，每次扩肛 3 ～ 5 分钟。初次进入手指远节，逐次进入中节、近节，无阻碍即可，直至进入两指。开始每日扩肛 1 次，3 ～ 5 日后改为每周 1 ～ 3 次，逐渐延长操作间隔，直至狭窄消失，以可纳入两指为宜，一般需治疗 6 ～ 8 周。

2. 肛裂扩肛方法

患者取左侧卧位，常规消毒肛门周围皮肤，铺治疗巾，采用 0.5% ～ 1.0% 利多卡因做肛周浸润麻醉。戴手套，先用一手食指涂抹痔疮膏后轻柔按摩肛周，感觉患者适应后再单指轻柔插入肛内，扩张肛管，待患者无特殊不适后，再插入另一只手的食指，轻轻向两侧撑开肛管，维持 5 ～ 10 分钟。

二、主要适应证

1. 肛门或肛管轻度狭窄、肛管半环形或环形狭窄。
2. Ⅰ～Ⅱ期肛裂，无裂痔、肥大肛乳头及皮下瘘等并发症。

三、禁忌证

1. Ⅲ期肛裂。
2. 严重高血压、心脏病患者。
3. 凝血功能障碍者。

四、注意事项

1. 忌用暴力扩肛，应逐渐增加力度，以免造成损伤。
2. 食指插入肛内前先轻轻按揉肛门。
3. 术中应缓慢扩张肛门，间断扩肛直至能纳入两指。

五、临床应用举例

（一）肛门狭窄

肛门狭窄是肛门和肛管直径变小的病症，会导致粪便通过困难，大便形状变细，排便时肛门疼痛。在肛门检查时可见肛门不能顺利通过食指。肛门狭窄有先天性狭窄和后天性狭窄两种。

【技术要点】

手法扩肛技术适用于肛门或肛管轻度狭窄、肛管半环形或环形狭窄。扩肛时涂上润滑剂，使肛门逐渐扩大。扩肛应循序渐进，缓慢进行，切忌粗暴，防止损伤肛门括约肌，造成肛门失禁。扩肛后配合应用活血化瘀、消炎止痛的痔疮膏、栓剂。

（二）肛裂

肛裂是指齿状线以下肛管皮肤全层破裂形成的慢性溃疡。其方向与肛管纵轴平行，长 0.5 ～ 1.0cm，呈梭形或椭圆形，常引起周期性疼痛、便血、便秘三大症状。

【技术要点】

对于无裂痔、肥大肛乳头及皮下瘘等并发症的肛裂患者，以及不愿意接受手术治疗者，可予手法扩肛治疗。扩肛应循序渐进，缓慢进行，切忌粗暴，防止损伤肛管，造成肛门失禁。扩肛后配合应用活血化瘀、消炎止痛的痔疮膏、栓剂。

（撰写人：张虹玺、路越）

第七节　肛裂切除术

肛裂切除术是通过切除肛裂裂口溃疡及其侧缘来治疗肛裂的一项中医肛肠外科技术，广泛适用于慢性肛裂、复发性肛裂及伴有并发症的肛裂患者。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

电刀、手术剪、肛门镜、血管钳。

（二）基本操作方法

患者取侧卧位、截石位或折刀位，局麻、静脉复合麻醉或椎管内麻醉，肛周及肛管常规消毒，行直肠指诊并适度扩肛。

通过肛门镜探查，观察肛裂与肛隐窝的相通情况，明确是否合并肛隐窝感染。如合并感染，则按肛瘘相关术式处理，并加强抗感染治疗。

以裂口为中心做一放射状梭形切口，切开肛门周围皮肤表层，对皮下纤维化组织行锐性分离。

修整梭形切口，上至齿状线，切断栉膜带及部分内括约肌环形纤维，下端向下适当延长，切断部分外括约肌皮下部纤维，适度扩肛，扩肛至四横指。

切除所有肛裂下病变的纤维化组织，修剪创缘，使其引流通畅。将赘皮外痔、肥大肛乳头一并切除。

修剪溃疡边缘发硬的瘢痕组织，形成一底小顶大的“V”字形开放创口，结扎各出血点。

用凡士林纱条压迫创面，再用纱布覆盖固定。

二、主要适应证

1 保守治疗效果欠佳的肛裂。

2 慢性肛裂，以及伴有不同程度外痔、肛乳头肥大等并发症的肛裂患者。

三、禁忌证

1. 恶性肿瘤或结核相关肛裂。
2. 炎症性肠病相关肛裂。
3. 梅毒相关肛裂。
4. 幼儿肛裂。
5. 孕产妇肛裂。
6. 严重心、肝、肾疾病及凝血功能障碍者。

四、注意事项

1. 炎症性肠病、结核、梅毒、肛管肿瘤等病引起的肛管溃疡，不应行手术治疗。

2. 在行肛裂切除术时，要保证切口深达肛裂溃疡肌层，以清除肛裂下病变的所有纤维化组织。

3. 可将肛门外括约肌皮下部切断，以达到松弛肛门的目的。

4. 切断括约肌时，切口方向应与括约肌走行方向垂直。

5. 对创缘进行修整，以利于肉芽组织生长，避免形成锁眼畸形。

6. 肛裂切除术应遵循充分、足量的治疗原则进行治疗。注意手术过程中对肛门口径的把握，保证术后切口的引流通畅。

7. 术后应及时冲洗肛裂手术的术后创面，保持创面的引流通畅。可辅助用肛管扩张器定期扩肛，以缓解创面炎症所致的括约肌痉挛症状。

五、临床应用举例

（一）慢性肛裂

慢性肛裂是指病程迁延的肛裂病变，症状包括长期的疼痛、排便困难和创面不易愈合，症状通常会持续超过 6 周。查体时常可发现肛管裂口、瘢痕或皮肤增厚、肛乳头肥大、前哨痔等异常。对于慢性肛裂，肛裂切除术联合肛门指扩技术可通过切除病变区域相关的异常组织，降低括约肌的张力，改善创面的血液供应，从而促进愈合。

【操作步骤】

麻醉完毕后，将手套充分涂抹无菌润滑剂，医生食指缓慢插入肛门，以探查病变区域和评估狭窄程度。逐指缓慢地扩张肛门，将肛门扩张至四指指尖可以通过为宜。扩肛结束后，通过肛门镜探查肛裂裂口与肛隐窝的位置关系，如果裂口与肛隐窝相通，则需切开肛隐窝引流。沿肛裂裂口行梭形切口，将肛裂及其病变隐窝、肥大肛乳头一并切除，完成病灶炎性纤维化组织的彻底清除，对创面出现的出血点、渗血面行止血处理，最后用凡士林纱布覆盖包扎创面。

【技术要点】

慢性肛裂常合并肛管纤维化的狭窄，术中常需配合肛门指扩操作，注意谨慎操作，避免过度过快的扩张损伤肛门组织。术中须彻底切除肥大肛乳头、前哨痔及病灶周边的炎性纤维化的组织。

（二）肛裂伴有括约肌痉挛

肛裂可能伴随有括约肌的痉挛，这会加剧疼痛，导致创面难以愈合。对于这种情况，肛裂切除术可以通过切除肛裂的慢性溃疡面及周边纤维化病灶，并联合括约肌松解术来解除痉挛，从而改善症状、促进创面的愈合。

1. 肛裂切除术联合侧方内括约肌部分切断术

【操作步骤】

麻醉完毕后，取合适体位，消毒患处，充分暴露内括约肌部分和肛门病变部位。沿梭形切口切开患者肛周皮层及肛裂部位，切除肛裂裂口基底，同时切除病变隐窝、肥大肛乳头，并完成对病灶炎性纤维化组织的清除。此外，于患者肛缘左侧或右侧处做一放射状切口，并将患者肛周皮肤及皮下组织依次切开，用弯血管钳经切口从外向肛管方向挑出内括约肌后切断肌纤维；将右手食指伸入肛管内检查，重新评估肛门张力情况，最后再进行肛管侧方的切口缝合，缝合时要注意不留无效腔。

【技术要点】

切除裂口时，需注意切除深度应超过肛裂基底层，按照外宽内窄的原则设计切口，避免术后相关并发症的出现。侧方内括约肌切断后，需重新评估肛门的口径及痉挛状态，保证合适的肛门口径。

2. 肛裂切除术联合外括约肌部分切断术或挂线术

【操作步骤】

麻醉完毕后，取合适体位，对肛周皮肤、肛管进行常规消毒，手术切口自肛缘外侧延伸至肛裂齿状线处隐窝。沿梭形切口切开患者肛周皮肤及肛裂部位，将肛裂裂口及慢性溃疡组织彻底切除，同时切除病变隐窝、肥大肛乳头，并完成病灶炎性纤维化组织的清除。术中用弯血管钳暴露肛管后侧内括约肌，用电刀切断部分内括约肌；再用弯血管钳挑出外括约肌皮下部分，用电刀进行切断操作，充分敞开创面，使创面引流通畅。再次评估肛门口径，以能通过四指指尖为宜。

若肛门口径仍较紧，则需联合挂线技术。用手指评估定位肛管狭窄高点后，左手将球头探针自外创面基底部探入，沿创面走行，显露并穿过外括约肌皮下部；右手食指伸入直肠腔内，将探针自直肠腔内狭窄的高点处斜向探出，将丝线连接探针头端和橡皮筋，收紧橡皮筋或丝线紧贴至括约肌处，在自然状态下缩短 2 ～ 5mm。术后 7 ～ 10 天再次紧线，每次缩短 2 ～ 5mm。待橡皮筋或丝线自然脱落。

【技术要点】

术中需注意正确暴露外括约肌皮下部，并部分切断，避免切断过多的外括约肌，导致术后的肛门外形改变及肛门功能减弱。在行挂线操作时，医生将右手食指置入肛内引

导，左手持球头探针自直肠腔内狭窄高点探出，注意准确定位以及探针探入直肠腔内的角度，利于挂线脱落后创面的引流通畅。同时切忌使用暴力，以免引起直肠黏膜撕裂、损伤过多直肠周围组织，造成术中的大出血及术后肛门括约功能下降。

（撰写人：石荣、王菁）

附：本章推荐阅读

一、挂线技术

1. 杨巍，仇菲 . 肛瘘的中西医结合治疗［M］. 北京：科学出版社，2019.

2. 王业皇，郑雪平 . 实用肛瘘治疗学［M］. 南京：东南大学出版社，2014.

3. 中华中医药学会 . 中医肛肠科常见病诊疗指南［M］. 北京：中国中医药出版社，2012.

4. 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会 . 肛瘘诊治中国专家共识（2020 版）［J］. 中华胃肠外科杂志，2020，23（12）：1123–1130.

5. 清・孙震元 . 疡科荟萃［M］. 北京：人民卫生出版社，1987.

二、枯痔（硬化）技术

1. 中华中医药学会 . 中医肛肠科常见病诊疗指南［M］. 北京：中国中医药出版社，2012.

2. 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会 . 中国痔病诊疗指南（2020）［J］. 结直肠肛门外科，2020，26（05）：519–533.

3. 李国栋，胡伯虎 . 消痔灵注射疗法治疗内痔的诊疗规范（第二次审议稿）［J］. 中国肛肠病杂志，2019，39（08）：77–79.

4. 何永恒，凌光烈 . 中医肛肠科学［M］. 北京：清华大学出版社，2011.

5. 刘仍海，韩平，张建柏 . 肛肠疾病诊疗讲座［M］. 北京：人民军医出版社，2013.

三、结扎技术

1. 刘希家 . 肛肠病的外科治疗［M］. 沈阳：辽宁科学技术出版社，1992.

2. 何永恒，凌光烈 . 中医肛肠科学［M］. 北京：清华大学出版社，2011.

3. 谭静范 . 肛肠医师临床工作手册［M］. 北京：人民卫生出版社，2017.

四、中药灌肠技术

1. 何永恒，凌光烈 . 中医肛肠科学［M］. 北京：清华大学出版社，2011.

2. 张声生，沈洪，张露，等 . 便秘中医诊疗专家共识意见（2017）［J］. 中医杂志，2017，58（15）：1345–1350.

3. 吴开春，梁洁，冉志华，等 . 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018 年・北京）

[J]. 中国实用内科杂志，2018，38（09）：796–813.

五、注射固脱技术

1. 张书信，赵宝明 . 综合固脱法在盆底疾病治疗中的应用 [C]. / 中华中医药学会 . 中国肛肠病研究心得集 . 北京中医药大学东直门医院肛肠科，2011：3.

2. 李国栋，胡伯虎 . 消痔灵注射疗法治疗内痔的诊疗规范（第二次审议稿）[J]. 中国肛肠病杂志，2019，39（08）：77–79.

3. 中国中西医结合学会大肠肛门疾病专业委员会 . 痔芍倍注射疗法临床应用指南（2017 版）[J]. 中华胃肠外科杂志，2017，20（12）：1434–1436.

4. 李国栋，胡伯虎 . 消痔灵注射治疗完全性直肠脱垂诊疗规范（第二次审议稿）[J]. 中国肛肠病杂志，2019，39（09）：69–71.

5. 赵宝明，张书信 . 大肠肛门病学 [M]. 上海：第二军医大学出版社，2004

六、手法扩肛技术

1. 何永恒，凌光烈 . 中医肛肠科学 [M]. 北京：清华大学出版社，2011.

2. 李春雨，徐国成 . 肛肠病学 [M]. 2 版 . 北京：高等教育出版社，2021.

七、肛裂切除术

1. 肛裂的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1–94）[J]. 辽宁中医药大学学报，2018，20（01）：14.

2. 田家甫 . 肛裂切除术治疗肛裂患者的有效性及安全性观察 [J]. 医学理论与实践，2022，35（04）：634–635.

3. 皮执民，刘栋才，赵华 . 肛肠外科·手术学 [M]. 北京：军事医学科学出版社，2008.

4. 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会 . 肛裂临床诊治中国专家共识（2021 版）[J]. 中华胃肠外科杂志，2021，24（12）：7.

第十章　气功类技术

第一节　五禽戏

五禽戏之名首见于《后汉书·方术列传》，言："佗语普曰：人体欲得劳动，但不当使极耳。动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生……吾有一术，名五禽之戏：一曰虎，二曰鹿，三曰熊，四曰猿，五曰鸟。亦以除疾，兼利蹄足，以当导引。体有不快，起作一禽之戏，怡而汗出，因以著粉，身体轻便而欲食。普施行之，年九十余，耳目聪明，齿牙完坚。"五禽戏之动作具有虎的威猛、鹿的轻灵、熊的笨拙、猿的灵活、鸟的舒展。每一戏按照动物特征与中医五脏特性相配伍，虎属肾、鹿属肝、熊属脾、猿属心、鸟属肺。经常习练可强五脏，壮筋骨，通血脉。

一、操作技术

五禽戏由起式、正功十式及收式、功后整理组成。整套动作左右各做 3 遍。练习五禽戏应遵循缓慢、柔和且连绵不断的特点。练习 1 遍不少于 12 分钟。

（一）五禽戏基本手型

手型是五禽戏模仿动物特征动作的一个象征，是做到"象形取意"的重要一环，即所模仿的动物特征之"象"，通过手型配合肢体动作而得以体现。同时，在动作练习中，不同手型变换增强了手部经筋的锻炼效果。

鹿角手型：中指、无名指屈曲内扣劳宫穴，拇指、食指、小指伸直。

猿钩手型：五指指端微屈对捏，屈腕呈钩手状。

熊掌手型：五指并拢，指末节屈曲。

鸟翅手型：中指、无名指并拢向下，其他三指上翘，如鸟翅展飞。

虎爪手型：五指撑开，虎口撑圆，第一、第二指间关节弯曲内扣，呈钝钩，如虎爪抓物状。

（二）起式

1. 调身

松静站立，面南，两足并拢，两臂自然下垂，头正颈松，目视前方。

动作 1：两足平行开立，左足向左平开一步，与肩等宽。

动作 2：两肘微屈，两掌向前上托平肩。

动作 3：两掌内合回拉，下按体侧。

做 3 遍。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：收腹吸气。

动作 3：松腹呼气。

3. 调心

动作 2：意守劳宫穴。

动作 3：意守丹田。

（三）鹿戏

第一式　梅鹿伸腰

1. 调身

动作 1：右腿站立，左腿提膝呈 90°，两手提至腰间，掌心向上，指尖向前。

动作 2：两手呈鹿角状内旋上举，左足前蹬。

动作 3：两臂与左腿外展下落。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：收腹吸气。

动作 3：松腹呼气。

3. 调心

存想梅鹿沐浴朝阳，伸展肢体。

动作 2：意守劳宫穴。

动作 3：意守丹田。

4. 操作提示

两手呈鹿角状上举时内旋，使两臂旋扭以加大牵拉运动胁肋的力度；腿部展胯要完全打开，以利于肝经畅通；前蹬时力在足跟，以增强腿后部足太阳膀胱经筋的牵拉，使肝肾同调。

第二式　成鹿亮角

1. 调身

动作 1：左侧弓步。两手呈鹿角状，左臂向左平伸，坐腕，指尖向上；右臂举向头上方，掌心向外。

动作 2：回收转腰摆胯，右足内扣，动作及手型还原。

目随手动。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

3. 调心

存想麋鹿体态安详，伸颈亮角。

动作 1：意守劳宫穴。

动作 2：意守丹田。

4. 操作提示

前出弓步为自然一小步，切勿向前方迈出一大步，以免回收时膝关节受力不均；同时，膝关节勿超过足尖，以免前倾损伤关节。两臂伸举时，左手坐腕、指尖向上，右臂上举、掌心向外，均用旋扭之力，侧身牵拉运动两胁，自我按摩肝胆，伸展疏通肝胆经脉。

5. 功理与作用

鹿运两胁疏肝木：疏肝利胆，养血强筋。鹿戏侧重运动两胁，按摩肝胆，疏通肝胆经脉，疏肝强筋，补养肝气。主治生殖系统、运动系统疾病及肝气不畅，筋脉、目窍失养等。

（四）猿戏

第一式　白猿攀枝

1. 调身

动作 1：轻提左膝抬右手，手足同落。

动作 2：右腿提膝呈 90°，左臂上举，五指上攀，右手呈猿钩提至胸胁。

动作 3：动作及手型还原。

目随左手。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：收腹吸气。

动作 3：松腹呼气。

3. 调心

存想白猿敏捷灵巧，攀缘树枝。

动作 2：意守左劳宫穴。

动作 3：意守丹田。

4. 操作提示

此式一上一下举臂与落臂，以纵向运动心胸。提膝高低可根据自身体质灵活掌握，循序渐进。注意提膝向身体中线内合，手上伸，眼随手走，抬头上望。

第二式　白猿抓痒

1. 调身

动作 1：两足平行站立。两臂平举，左手向头上方划弧，右手向下划弧至腹前。

动作 2：左歇步。左手划向左胁，右手划向右额。

动作 3：左手至左胁，右手至右额。再上下交换，左手上抬至左额，右手下落至右胁。然后两手移至胸前，分别做屈指、屈腕、掣肘连续小幅度仿白猿抓痒动作 3 次。

目随手动。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

动作 3：自然呼吸。

3. 调心

存想白猿抓痒，逍遥自在。

动作 1：意守劳宫穴。

动作 2：意守丹田。

动作 3：意守鸠尾穴。

4. 操作提示

屈指、屈腕、掣肘小幅度高频率仿白猿抓痒动作。抓痒时，保持头正颈松，含胸拔背，以利心脉调畅。歇步时，保持脊柱自然平直，中正安舒。转头左看右看时，眼神要内敛。颤抖时，肩带大臂，小幅度快速抖动，切记不要只动手指，或抖动幅度过大。

5. 功理与作用

猿运心胸益心火：养心通脉，提神健脑。猿戏运动部位侧重心、胸。不同角度伸展牵拉心、胸，能够按摩心脏，伸展疏通心经、小肠经，刺激心神，养心健脑。主治心脑血管疾病及心血不畅、心神失养等病证。

（五）熊戏

第一式　笨熊游走

1. 调身

动作 1：右腿站立。左腿提胯屈膝 90°、提踵。两手呈熊掌状，左掌后搂，右掌前抓，与脐平。

动作 2：动作及手型还原。

目随左手。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

3. 调心

存想笨熊游走于林海，寻觅猎物。

动作 1、动作 2：意守中脘穴。

4. 操作提示

左腿提胯与两掌平脐，右掌前抓，左掌后搂，且目随掌爪，肩与胯以相反方向形成

拧力，左式、右式交替，以致胃肠有推挤感。提膝抬腿，要求用腹外侧、胯部及大腿上部的肌群，腹部要主动张紧，以增强对腹部胃肠的按摩作用。

第二式　笨熊晃体

1. 调身

动作 1：身体左转 45°，左鸡形步。两手呈熊掌状，左肩向后上抬，右肩下垂，以肩带臂，掌心相对。

动作 2：左肩下垂，右肩上抬，手型还原。

目随左手。右式方向相反。左式做 3 遍。换右式做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

3. 调心

存想笨熊晃动身躯，鼓荡周身。

动作 1、动作 2：意守中脘穴。

4. 操作提示

以肩带臂，肩部做辘轳样上下运动，以中焦脾胃为中心纵向晃动身躯，以致胃肠有推挤感，运动脘腹，自我按摩胃肠。腿部后坐，上身不后仰。足尖翘起时，足大趾稍用力，以利于脾经的牵拉伸展。

5. 功理与作用

熊运脘腹健脾土：健脾和胃，补益气血。熊戏运动部位侧重腹部胃肠。不同角度晃运按摩腹部胃肠，能够增强胃肠蠕动，伸展疏通脾经、胃经，健脾和胃。主治消化系统疾病及胃失和降、肝胃不和等病证。

（六）鹤戏

第一式　白鹤飞翔

1. 调身

动作 1：右腿站立。左腿提膝呈 90°、提踵。两手呈鸟翅状，以手带臂，两臂平举，鸟翅打开。

动作 2：臂、腿下落，足尖似触地，手型还原。

目视前方。左式做 3 遍，换右式做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气

3. 调心

存想仙鹤展翅翱翔，远征高飞。

动作 1：意守劳宫穴。

动作 2：意守涌泉穴。

4. 操作提示

手上抬为鸟翅手型，下落变掌。两臂抬举，勿使肩部僵硬，要以手带臂，下落时垂肩、坠肘、松腕、松指，逐节下落还原。腿下落时，足尖似触地，勿使之硬触地，以免影响气息。

第二式　飞鹤展翅

1. 调身

动作 1：两足平行站立，左转身 45°，左鸡形步。两手呈鸟翅状，自前向后外展，掌心相对。

动作 2：两臂前收，手型还原，两掌相合。

目视前方。右式方向相反。左式做 3 遍，换右式做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

3. 调心

存想仙鹤展翅凌云，翩翩飞翔。

动作 1：意守劳宫穴。

动作 2：意守丹田。

4. 操作提示

肩臂后展与前收，注意以肩带臂，勿单一运动两臂。需在水平方向做肩臂后展与前收，勿抬肩或垂肩。勿在肩臂后展时仰身，需仍保持头正颈松的姿势，以免影响运动胸、肺。

5. 功理与作用

鸟运胸肺补肺金：补肺固表，益气升阳。鸟戏运动部位侧重胸、肺。不同角度扩胸张肺、缩胸收肺，能够按摩肺脏，伸展疏通肺经、大肠经，补肺固表。主治呼吸系统疾病及肺气不足、肺失宣降等病证。

（七）虎戏

第一式　猛虎觅食

1. 调身

动作 1：两足平行站立，两臂平举。

动作 2：两手呈虎爪状，左爪自头上方经腹前向左胯旁划弧，右爪经腹前向头上方划弧，两爪在胸前交叉，左爪在内。

动作 3：左前弓步。左爪划弧至左胯旁下按，爪心向下；右爪划弧至额前前推，爪心向前。头颈左转。

动作 4：动作及手型还原。

目随左手。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

动作 3：收腹吸气。

动作 4：松腹呼气。

3. 调心

存想饿虎寻觅食物，虎视眈眈。

动作 1：意守劳宫穴。

动作 2：意守丹田。

动作 3、动作 4：意守命门穴。

4. 操作提示

双手上翻下按，要用掣肘之力抻拉肩背，使背部筋膜紧张，以最大程度刺激腰肾区。同时，身体要注意略前倾，以增强对腿后部足太阳膀胱经的抻拉。前弓步时，膝关节勿超过足尖，以免前倾损伤关节。转颈时宜平视，勿昂头向上或低头向下，以免影响气行。

第二式　猛虎扑食

1. 调身

动作 1：两手呈虎爪状，两臂屈肘举虎爪与视平，提左膝，勾足尖。

动作 2：左腿前踏呈弓步，两虎爪向左膝两侧垂直下按。

动作 3：手足还原收回。

目随手动。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

动作 3：自然呼吸。

3. 调心

存想猛虎捕捉猎物，起身扑按。

动作 1：意守劳宫穴。

动作 2：意守丹田。

4. 操作提示

双肘外撑时，用力在肘尖，虎爪撑圆，提膝足尖回勾，以增强腰背牵拉感；下按时，上身保持略前倾，不低头弓腰。

5. 功理与作用

虎运腰肾固肾水：补肾壮骨，益精填髓。虎戏运动部位侧重腰、肾。不同角度运动腰、肾，能够按摩肾脏，伸展疏通肾经、膀胱经，固肾壮骨。主治泌尿系统疾病、生殖系统疾病、骨关节并及肾气不固、肾阳亏虚等病证。

（八）收式：引气归原

1. 调身

动作 1：两足平行开立。两臂侧举至头顶，掌心相对。

动作 2：两掌指尖相对，内合下按体侧。

动作 3：两肘微屈，两掌向前上托平肩。

动作 4：两掌内合，回拉下按体侧。

目随手动。做 2 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

动作 3：收腹吸气。

动作 4：松腹呼气。

3. 调心

五戏结束，忘却五禽习性，回归虚静自然。

动作 1：意守劳宫穴。

动作 2：意守涌泉穴。

动作 3：意守劳宫穴。

动作 4：意守丹田。

4. 操作提示

呼吸柔和缓慢，周身放松。

5. 功理与作用

收式在于精气复原，回归虚静自然，孕育新的生机。调息动作宜舒缓匀畅，气息细匀深长。勿草草了事，匆匆步入日常状态。

（九）功后整理

1. 调身

动作 1：闭目静养。两掌虎口交叉，叠于腹前。收腹吸气，导气自丹田沿督脉达人中。松腹呼气，导气自承浆穴沿任脉返丹田。均意守丹田。

动作 2：搓手 9 次。

动作 3：两掌自下颌向上经鼻两侧至前额，再分别向下至面颊浴面 5 次。

动作 4：两掌自下颌向上经鼻两侧、经前额至头顶，向下经耳后、经颈部、经胸部至腹部行按摩。

动作 5：左足收回，两足并立，恢复如预备式，练功结束。

2. 调息

动作 1：收腹吸气，松腹呼气，4 息。

动作 2、动作 3、动作 4、动作 5：自然呼吸。

3. 调心

身心放松，静心怡神，回归自然。

4. 操作提示

搓手、浴面、按摩时，双掌微用力，以手热、面热为度。动作宜轻柔舒缓，勿匆忙草率。

5. 功理与作用

功后整理可加强整套功法的练习效果，可助身心缓缓恢复日常自然状态。

二、注意事项

1. 练功时要选择背风向阳的地方，如树林、草地、河畔等安静、空气清新的地方。

2. 练功前排空大、小便，可以喝 1 小杯温开水。时间以 5:00 — 9:00、16:00 — 19:00 为佳。21:00 以后不再练功，以免阳气升发，影响睡眠。

3. 过饥过饱或暴风雨、雷鸣闪电天气时都不适合练功。

4. 练功中不宜随意接听电话、与旁人说话。如需中断练功，要收功。

5. 练功结束后要注意做好功后整理及保暖。功后不宜喝冷水，立即用冷水洗手、洗脸。如果有汗，可以用干毛巾擦拭。

6. 练功强度及境界以微微汗出、身体不疲劳、症状缓解、心情愉悦为度。

（撰写人：邱鹏栋）

第二节　六字诀

六字诀相关文字记载最早见于南北朝时期陶弘景的《养性延命录》。六字诀流传版本众多，本节介绍的是《中医气功学》教材中收录的六字诀。本功法以呼吸吐纳为主要手段，共有嘘、呵、呼、呬、吹、嘻 6 个字诀，它们分别对应 6 个脏腑。每个字诀都有其特有的口型和吐气方法，再配以相应的动作，可以调节相应脏腑的功能，进而达到养生、防治疾病的效果。

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。它们与三调操作的关系是发音与口型属调息，动作属调身，关注经络走向属调心。每个字读 6 次后需调息 1 次。

（一）预备式

1. 调身

动作 1：两足平行站立约与肩同宽，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。

动作 2：两臂从体侧徐徐抬起，掌心向下；待腕与肩平时，以肘为轴转动前臂，掌

心翻向上；旋臂屈肘使指尖向上，掌心相对，高不过眉。

动作 3：向中合拢至两掌将要相合时，再向内划弧，两掌心转向下，指尖相对，目视前方。

动作 4：两掌似按球状，由胸前徐徐下落至腹前，两臂自然下垂，恢复动作 1。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气。

动作 3：屏息。

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；应体现头空、心静、身正、肉松之境界。后面每变换 1 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、气血和顺之时再开始练功。

5. 功理与作用

调整身心，宁神定气。

（二）嘘字诀

1. 调身

动作 1：同预备式。

动作 2：自然吸气，两手由带脉穴处起相对向上提，经章门、期门穴上升入肺经之中府、云门穴。

动作 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。

动作 4：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。

动作 5：可做 1 个短暂的自然呼吸，稍事休息，再做第二次吐字。

如此动作做 6 次为 1 遍，然后做 1 次调息，再恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气 – 屏息。

动作 3：呼气并念“嘘”字 – 屏息。

动作 4：吸气 – 屏息 – 呼气。

动作 5：自然呼吸后，重复动作 1 ～ 5。

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、中都穴至膝内侧，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拇指内侧的少商穴。故做嘘字诀时，功夫稍长，可能眼有气感、开始发胀，有的人感到刺痛、流泪，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。

两臂如鸟张翼，手心向上，向左右展开时口吐"嘘"字音，收掌时用鼻吸气，动作与呼吸应协调一致。

5. 功理与作用

中医学认为，嘘字诀与肝相应，具有疏肝理气、养肝明目的功效。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，还可起到养肝明目的功效。

（三）呵字诀

1. 调身

动作 1：同预备式。

动作 2：自然吸气，自冲门穴处起，循脾经上提，至胸部膻中穴处。

动作 3：两掌向外翻掌，呼气念"呵"字，足大趾点地，掌心向上托至眼部。两掌心向里，翻转掌心向面，经面前、胸腹前徐徐下落，垂于体侧。

动作 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。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气 – 屏息。

动作 3：呼气并念"呵"字 – 屏息。

动作 4：自然呼吸后，重复动作 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，入心经之首极泉穴，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。故做呵字诀时，小指尖、中指尖可能有麻胀之感，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"（读音 hē），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。

吸气自然，呼气念“呵”字，足大趾轻轻点地；两掌捧起时用鼻吸气，外拨下按时呼气，口吐“呵”字音。

5. 功理与作用

中医学认为，呵字诀与心相应，具有醒脑开窍、养心安神的功效。口吐“呵”字具有泄出心之浊气，调理心脏功能的作用。

（四）呼字诀

1. 调身

动作 1：同预备式。

动作 2：两手由冲门穴处起向上提，至章门穴上翻转掌心向上。

动作 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。

动作 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。

动作 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。

动作 6：稍事休息，再以同样要领右手上托、左手下按做第二次呼字诀。

如此左右手交替，共做 6 次为 1 遍。调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气 – 屏息。

动作 3：呼气并念“呼”字 – 屏息。

动作 4：吸气 – 屏息。

动作 5：呼气 – 屏息。

动作 6：自然呼吸后，重复动作 1 ～ 5。

3. 调心

当念“呼”字时，足大趾稍用力，并以意念引经气由足大趾内侧之隐白穴起，沿赤白肉际上行。脾经过大都、太白、公孙等穴，于内踝上 3 寸胫骨内侧后缘入三阴交穴，再上行过膝，由腿内侧经血海、箕门穴，上至冲门、府舍穴入腹内，属脾，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穴。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（读音 hū），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。

5. 功理与作用

呼字诀与脾脏相应，具有健脾和胃、消食导滞的功效。口吐“呼”字具有泄出脾脏之浊气，调理脾胃功能的作用。

（五）呬字诀

1. 调身

动作 1：同预备式。

动作 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掌心向外呈立掌，指尖与喉平。

动作 3：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。

动作 4：呼气尽，随吸气之势两臂自然下落。

动作 5：稍事休息，再重复做。

共做 6 次为 1 遍。调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气 – 屏息。

动作 3：呼气并念“呬”字 – 屏息。

动作 4：吸气 – 屏息。

动作 5：自然呼吸后，重复动作 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位）横行出来，经中府、云门穴，循臂内侧的前缘入尺泽穴，下寸口经太渊穴走入鱼际，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”（读音 sì），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。

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。

5. 功理与作用

呬字诀与太阴肺之气相应，具有宣肺化痰、止咳利咽的功效。口吐“呬”字有疏通太阴经脉，调和全身气机的作用。

（六）吹字诀

1. 调身

动作 1：同预备式。

动作 2：吸气自然，两臂从体侧提起，两手经长强、肾俞穴向前划弧，沿肾经至俞府穴处，两臂撑圆如抱球状，两手指尖相对，两掌前推，随后松腕伸掌，指尖向前，掌心向下。

动作 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，足趾抓地，足心空如行泥地，引肾经之气从足心上升。

动作 4：下蹲时身体要保持正直，下蹲高度直至不能提肛。

动作 5：呼气尽，随吸气之势慢慢站起，两臂自然垂于身体两侧。稍事休息，再重复做。

共吐“吹”字音 6 次。调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气 – 屏息。

动作 3：呼气并念“吹”字 – 屏息。

动作 4：吸气 – 屏息。

动作 5：自然呼吸后，重复动作 1 ～ 4。

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穴处上升。肾经经足掌内侧沿内踝向后延伸，过三阴交穴经小腿内侧出腘窝，再沿大腿内侧股部内后缘通向长强穴、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、劳宫穴到中指尖端之中冲穴。故做吹字诀时，可能手心和中指的气感较强。

4. 操作提示

发音口型：吹（读音 chuī），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。

手提起、撑圆到前推时吸气，手下落并且身体下蹲时呼气。

5. 功理与作用

吹字诀与少阴肾之气相应，具有补肾壮腰、调和气血的功效。口吐“吹”字有疏通少阴经脉，调和全身气机的作用。

（七）嘻字诀

1. 调身

动作 1：同预备式。

动作 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。

动作 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。

动作 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

经过风池穴，其余四指过侧面部，再历渊腋穴，以意送至足四趾端之足窍阴穴。

动作 5：稍事休息，再重复做。

本式共吐“嘻”字音 6 次。调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气 – 屏息。

动作 3：呼气并念“嘻”字 – 屏息。

动作 4：吸气 – 屏息。

动作 5：自然呼吸后，重复动作 1 ～ 4。

3. 调心

读“嘻”字时，以意领气，出足窍阴、至阴穴上踝入膀胱经，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。吸气时即由无名指端关冲穴起，沿手臂上升贯肘至肩，走肩井穴之后，前入缺盆穴注胸中联络三焦。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。练嘻字诀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（读音 xī），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。

手提起时吸气，双手托起时呼气念“嘻”字，足四、五趾点地。

5. 功理与作用

嘻字诀可以调理三焦气机，具有疏通三焦、通调气机的功效。口吐“嘻”字能疏通少阳经脉，调和全身气机。

二、注意事项

1. 在医生的指导下进行练习，重点练习其中的对应功法动作，每节数十遍或百遍。每日可练 2 次，每次 15 ～ 20 分钟。

2. 练功前半小时避免剧烈活动。

3. 练功时建议穿着宽松、柔软的衣服。

4. 过饥过饱时不宜练功。练习前尽量排空二便，练习过程中也不可久忍二便。

5. 练功前要做好关节和肌肉的热身预备活动。

6. 练功后宜做温和的关节拉伸、拍打疏通气血，然后调息静息片刻。避免练功后直接吹风受凉，不宜触碰冷水、食用冷饮。

7. 在暴风雨、雷鸣闪电等恶劣天气时要减少练功或者不练功，以免练功入静后受到

惊吓。

8. 情绪不稳定、心情不佳时不宜练功。

9. 练功强度以微微汗出、症状缓解、心情愉悦为度。

（撰写人：吴云川）

第三节　易筋经

易筋经功法相传起源于南北朝时期。“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健骨、祛病延年的方法。该功法重视姿势、意念与呼吸的协调锻炼，并按人体十二经脉、任督二脉循行及十二经筋分布进行练习，尤其重视对心性的修养。

一、操作技术

易筋经包括 12 节正功和收功势，共 13 个部分。其中每一节动作重复次数因个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、调心逐渐融为一体，进一步达到天人合一、祛病延年的目标。

（一）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

动作 1：左腿向左横跨一步，两足距离与肩同宽（两足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。

动作 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。

动作 3：两拇指少商穴轻轻接触，合十当胸，指尖向上，松肩沉肘。

2. 调息

动作 1：自然呼吸，逐渐使呼吸变得缓、慢、深、细、匀、长，调息 3 ～ 6 次。

动作 2：深吸气。

动作 3：姿势定位后开始呼气，然后逐渐变为腹式呼吸，在自然呼吸的基础上使呼吸变得缓、慢、深、细、匀、长，调息 3 ～ 6 次。

3. 调心

动作 1：心境澄静，神意内敛。

动作 2：意念专注于动作、姿势。

动作 3：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；在呼气时，导引气从下丹田上胸，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。屈腕立掌稍用力。意念要淡，似有若无。

5. 功理与作用

该式具有培元固本、理气安神的功效。通过调身、调息、调心使身心全面放松，促进形、气、神三者和合，为后续整个功法的演练做准备。

（二）横担降魔杵

歌诀：足趾拄地，两手平开，心平气静，目瞪口呆。

1. 调身

动作 1：接上式，两掌慢慢向左右分开，至肩、肘、腕平，掌心向下，呈“一”字形，同时足跟微微抬起，足尖点地（功夫深了只用足大趾点地）。

动作 2：凝神贯注前方，含胸拔背，收腹松胯，舌抵上腭。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：腹式呼吸。

3. 调心

动作 1：随着动作，意念自然集中于两掌内劳宫穴及足趾部。

动作 2：吸气时意念集中于劳宫穴，呼气时意念集中于足大趾大敦穴。

4. 操作提示

足跟抬起、足尖点地时要控制身体平衡，可将足趾分开后再抬足跟。

5. 功理与作用

该式具有疏通上肢经络、调节全身气血的功效，可用于上肢和躯干等部位的肌肉、骨骼、韧带的调理，并适用于心脑血管系统疾病的防治。

（三）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

动作 1：接上式，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。

动作 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。

动作 3：两手握拳，两上肢沿原来路线缓缓下降至“横担降魔杵”的架子。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：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。

动作 3：自然呼吸。

3. 调心

动作 1：专注于动作和姿势。

动作 2：吸气时意守丹田，呼气时将意念逐渐转入两掌之间，感觉气脉运行时，则以意随气。

动作 3：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。

5. 功理与作用

该式具有通畅三焦、调节阴阳气血的功效，可用于防治消化系统、内分泌系统、呼吸系统疾病。

（四）摘星换斗

歌诀：只手擎天掌覆头，更从掌中注双眸，鼻吸口呼频调息，用力收回左右眸。

1. 调身

动作 1：接上式，右手向右上方缓缓高举，离前额约 1 拳；同时左手放下，并反手以手背贴于左侧腰眼部。

动作 2：两目注视右手之内劳宫穴。

动作 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。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：腹式呼吸，将气息调匀。开始可用鼻吸口呼，后改为鼻吸鼻呼，气沉丹田。呼吸慢、细、匀、长，绵绵不断。

动作 3：同动作 1、动作 2 之呼吸。

3. 调心

动作 1：专注于动作和姿势，意念要淡。

动作 2：将意念注在高举之手的劳宫穴，并用意念将内劳宫、两眼与在腰眼处之手背的外劳宫连成一条气线。随着呼吸吐纳，腰眼发生一凸一凹的运动。

动作 3：意念与动作 1、动作 2 相同。

4. 操作提示

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。

5. 功理与作用

该式具有活血通络、强腰补肾的作用，适用于心脑血管、内分泌系统、泌尿系统疾病的防治。

（五）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

动作 1：接上式，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，五指撮拢呈“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，呈前弓后箭步。左手也同时放下，向左后方抄去。

动作 2：右手与额同高，左手与左箭腿呈 15°，然后两手同时前牵后拽 3 ～ 5 遍。

动作 3：右足不动，左足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。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：可用鼻吸口呼法。

动作 3：呼吸与动作 1、动作 2 同。

3. 调心

动作 1：专注于动作和姿势。

动作 2：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。

动作 3：意念与动作 1、动作 2 同。

4. 操作提示

少腹丹田的气运开合之内劲与双手前牵后拽之外劲相合，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颤动。如此反复操作 3 ～ 5 次。

5. 功理与作用

该式具有调节脏腑气机、补益心肺的作用，可用于心肺疾病的防治。

（六）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

动作 1：接上式，借前手向后倒拽之势，前腿后收，两足并拢，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。

动作 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，不可眨眼，平直地望着前面，集中心念，观看两掌。

动作 3：再把“排山掌”缓缓向胸胁内收，贴于左右两侧胸胁处。

动作 4：如此反复做 7 次。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：向前推掌时配合呼气，推至极点时微停息。

动作 3：吸气。

动作 4：呼吸重复动作 2、动作 3。

3. 调心

动作 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。

动作 3：收回时，配合吸气，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。

5. 功理与作用

该式具有调和气血、补益肺气的作用，可用于心肺疾病的防治。

（七）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

动作 1：接上式，右手向上提，朝脑后做圆周运动，用掌心贴枕部“玉枕关”，用食指、中指、无名指轻轻夹拉左耳的上部尖端（在耳尖端，把耳轮折卷，有折缝处），右腋张开；左手向左方划弧，反手以手背贴于脊部两肩胛间，左腋紧闭。

动作 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。

2. 调息

动作 1：在肢体运动过程中自然呼吸；定势后，采用鼻吸鼻呼腹式呼吸。

动作 2：呼吸同动作 1。

3. 调心

上肢运动过程中，意念专注于动作和姿势。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。

5. 功理与作用

该式具有健脾和胃、通督强肾的功效，可用于消化系统、内分泌系统疾病的防治。

（八）三盘落地

歌诀：上腭抵尖舌，张眸又咬牙。开裆骑马式，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

动作 1：接上式，两手向左右平伸，肩、肘、腕相平，呈“一”字形，掌心向下，同时左足向左跨一大步，两足的距离大约二尺五寸（可根据具体身高调整距离）。

动作 2：两膝弯曲慢慢下蹲呈“开裆骑马”式，含胸拔背，至大腿与小腿接近 90°。两腿下蹲的同时，两阴掌亦缓缓下按，按压至与膝相平。动作缓慢，稳稳用力，舌抵上腭，两眼睁大。

动作 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，至与胸相平。

反复操作 3 ～ 5 次。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：以口呼气。

动作 3：以鼻吸气，气沉于丹田。

3. 调心

意念集中于两手手掌。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。

5. 功理与作用

该式具有交通心肾、强壮腰膝的作用，可锻炼筋骨，增长气力，可用于心脑血管、运动系统、内分泌系统、生殖系统疾病的防治。

（九）青龙探爪

歌诀：青龙探爪，左从右出，左掌纠行，踡傍胁部，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

动作 1：接上式，左足向内收回，至与肩等宽待势。

动作 2：左手翻掌向下，变成阴掌“龙探爪”（5 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。将左边的期门、云门穴放开，右边的期门、云门穴闭着。随着左掌后缩，右掌左探，腰部、腹部相应地扭转，同时要放得很松，才能将带脉锻炼得柔韧如丝、松紧合度。

动作 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。

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

在左缩、左探或右缩、右探的过程中，将吸入的气缓缓送入丹田。手指末节指间关节轻轻一抓时，意念集中于两手手掌。

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。

5. 功理与作用

该式具有疏肝理气、滋水涵木的功效，可用于肝脏、心脑血管疾病的防治。

（十）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，呼吸调匀均出入，指尖着地赖支撑，还将腰背偃低下，顺势收身复立平。

1. 调身

动作 1：接上式，随即抬起右足，向右前方跨进一步，呈右弓左箭步，同时两手向前，五指着地，掌心悬空（初练时可用整个手掌着地），头向上略抬。

动作 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。

动作 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，最后还原呈右弓左箭步。

动作 4：做完收回站起，再以同法变为左弓右箭步，照前法做足次数。还原呈弓箭步后，站立呈中裆（两足与肩等宽）。

2. 调息

呼吸用鼻吸口呼法。撑起、后缩时吸气，下俯、前冲时呼气。

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

用躯干的蠕动带动双手前扑绕环。抬头、瞪目时，力达指尖，腰背部呈反弓形。年老体弱者可根据自身状况调整动作幅度。

5. 功理与作用

该式具有调畅任督、活血通络的作用，可用于运动系统、内分泌系统疾病的防治。

（十一）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

动作 1：接上式，两足与肩宽，站立正直，待势。

动作 2：两手抱头，掌心按耳，两手的中指尖微微接触，指头贴在“玉枕关”处。两肘屈曲，肘与肩平行。摆好姿势后，食指频频敲击“玉枕关”，耳中发出“隆隆”的响声，称“鸣天鼓”。

动作 3：“鸣天鼓”之后，两手抱头，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。

动作 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，然后站立正直接下式。

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，直立时意注两手手掌。

4. 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式。

5. 功理与作用

该式具有壮腰强精、健脑补肾的作用，可用于心脑血管、内分泌系统、生殖系统疾病的防治。

（十二）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

动作 1：接上式，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。

动作 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。

动作 3：再缓缓伸腰，两掌同时上提，双掌松开。

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

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式。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。

5. 功理与作用

该式具有培补元气、强腰补肾的功效，可用于免疫系统、生殖系统、内分泌系统疾病的防治。

（十三）收功势

1. 调身

动作 1：接上式，两手竖掌向前推出，两足跟微微提起，前足掌着地。

动作 2：两手掌逐渐向外翻，至肩、肘、腕平时，掌心向外，划弧向两侧，翻掌提至腋下，掌心向上，两足跟同时落地，足掌提起。

动作 3：然后再推出，反复共 7 次左右。

动作 4：最后恢复至“韦驮献杵势”收功。

2. 调息

动作 1：自然呼气。

动作 2：自然吸气。

3. 调心

动作 1、动作 2：意念专注于动作和姿势。

动作 4：意想自身之气与天地分离，收归自身，下沉丹田。

4. 操作提示

收功要心平气和，体态安详，松静自然，收气静养。

5. 功理与作用

该式具有宁心安神、引气归原的功效，可使练功者逐渐由练功状态过渡到正常状态。

二、注意事项

1. 应根据身体状况选择适宜的功法内容和练功强度。可在医生的指导下，按照中医理论练习，重点练习其中的几节，每节 3 ～ 5 遍为宜。每日可练 2 ～ 3 次，每次 10 ～ 30 分钟。女性经、孕、产期间，不练意守丹田、活动量大、需要腹式呼吸的功法。

2. 暴风雨、雷鸣闪电天气时不宜练功，以免受到惊吓。

3. 过饥过饱时不宜练功。练习前应尽量排空大、小便。

4. 练功前半小时内避免剧烈运动和文娱活动。

5. 练功衣着宜宽松、舒适。

6. 练功前可做松解关节、经络的预备活动。

7. 练功境界以微微汗出、心情愉悦为度，每次练功应留有余兴。

8. 每次练功都要重视收功，逐渐从练功态过渡到常态。

9. 避免练功中和练功后吹风受凉。

10. 功后避免触碰冷水及食用冷饮，以免引起身体不适。

（撰写人：张敬文、章文春）

第四节　八段锦

八段锦功法创编于南宋初年，有文字记载首见于南宋洪迈的《夷坚志》，距今已有近 900 年历史。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

八段锦包括预备势、8 节正功和收势。其中每一个动作均重复 7 ～ 9 次。完整练习 1 遍八段锦的时间应该不少于 15 分钟。

（一）预备势

1. 动作说明

动作 1：两足并步站立；后顶上领，颈部竖直，齿唇轻闭，舌尖轻贴上腭，眉宇间和嘴角放松；两臂自然垂于体侧，沉肩垂肘，松腕舒指，中指腹轻贴裤线；腋下虚掩，胸部自然舒展，腹部放松；目视前方。

动作 2：随着松腰沉髋，身体重心移至右腿，左足向左侧开步，约与肩同宽，足尖朝前，继而重心平移至两腿之间；目视前方。

动作 3：两臂内旋，两掌分别向两侧摆起，手臂与身体的角度约 45°，掌心朝后；目视前方。

动作 4：上动不停，身体重心垂直下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂外旋，两掌向前合抱至斜前方 45° 后，再屈肘、屈腕呈抱球状，掌心朝内，与脐同高，两掌指尖相对，间距 10 ～ 20cm；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、动作 2：自然呼吸。

动作 3：吸气。

动作 4：呼气。抱球后调息 3 次。

3. 意念活动

意念基本姿态与周身放松。

动作 4：意守丹田。

4. 技术要点

保持后顶穴上领，立身中正，收髋敛臀，打开命门穴。抱球时腋下悬开，两臂拥圆，两掌微张，背向后倚，开启云门穴。目视前方时，精神内敛，神不外驰。

5. 功理与作用

端正身形，调匀呼吸，宁神静气，启动气机，培育元气，使机体从日常状态快速进入形、气、神的调和状态，为后续八段锦练习搭建稳固的身心基础。

（二）第一式　两手托天理三焦

1. 动作说明

动作 1：接上式。两臂外旋下落于小腹前，掌心朝上，两掌指尖相距约 10cm，小指侧离小腹部约 10cm；目视前方。

动作 2：上动不停，两掌五指分开在小腹前交叉；目视前方。

动作 3：上动不停，身体重心徐缓升起；同时，两臂屈肘，两掌垂直向上抬至胸前，掌心朝上；目视前方。

动作 4：上动不停，两腿徐缓伸直；同时，两臂内旋，两掌向上托起，肘关节微屈，掌心朝上；抬头，目视两掌。

动作 5：上动不停，两掌继续上托，肘关节伸直；同时，下颌内收；动作略停，两臂保持抻拉；目视前方。

动作 6：身体重心缓慢下降，两腿膝关节弯曲；同时，十指慢慢分开，两臂分别向身体两侧下落至斜下方 45° 时再屈肘，两掌捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

本式托举、下落为 1 遍，共做 6 遍。

2. 呼吸方法

动作 1、动作 2：自然呼吸。

动作 3、动作 4：吸气。

动作 5：停闭呼吸。

动作 6：呼气。

3. 意念活动

意念顶天立地、三焦通畅。

4. 技术要点

两掌上托舒胸展体，上下对拔拉长，节节抻开，足趾抓地。两掌下落时，松腰沉髋，沉肩坠肘，松腕舒指，上体中正。

5. 功理与作用

四肢、躯干的伸展抻拉，并配合调息和意念，可上下对拉拔长脊柱，刺激背部督脉及脊柱两侧的足太阳膀胱经，能激发人体阳气上行，培补先天之本，使元气输布全身、津液滋润脏腑，畅通任督二脉和手足三阴三阳经；可推动上焦肺气宣发、中焦脾胃运化、下焦水液代谢，使三焦气机升降有序，调和五脏六腑协同运作。

双手上托、躯干抻拉与缓慢回落的交替运动，可舒展筋骨经络，促进全身气血运行，牵拉按摩胸腔、腹腔和盆腔的脏器，提高脏腑功能，调节阴阳气血平衡，对防治肩部疾病、预防颈椎病具有良好作用。

（三）第二式　左右开弓似射雕

1. 动作说明

动作 1：接上式。身体重心右移，松腰沉髋，左足向左开步站立，两腿膝关节自然伸直；同时，肩部放松，两掌向上随两臂屈肘交叉搭腕于胸前，掌根约与膻中穴同高，左掌在外，两掌心朝内；目视前方。

动作 2：两臂沉肘稍回收。同时，右掌屈指呈龙爪，左臂内旋坐腕呈八字掌，掌心斜朝前，指尖朝上；目视前方。

动作 3：上动不停，两腿徐缓屈膝呈马步；同时，左掌向左侧推出，腕与肩平，指尖朝上，右龙爪向右平拉至肩前。犹如拉弓射箭之势，保持抻拉；目视推掌方向。

动作 4：身体重心右移，左腿膝关节略伸直；同时，右手手指伸开呈自然掌，向上、向右划弧，腕与肩同高，掌心斜朝前，指尖朝上，左手手指伸开呈自然掌，掌心斜朝前；目视右掌。

动作 5：上动不停，重心继续右移，左足收回呈并步站立；同时，两掌分别由两侧下落，屈肘，捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。

2. 呼吸方法

动作 1、动作 2、动作 4：吸气。

动作 3、动作 5：呼气。在动作 3 即将形成定势前开始停闭呼吸至定势结束。

3. 意念活动

动作 3：拉弓时意在夹脊，定势时意在食指尖。

4. 技术要点

拉弓时注意手型变换，劲由脊发，转头要充分，两臂对拉保持一条直线。马步屈蹲，膝盖不超过足尖。保持立身中正。

5. 功理与作用

左右开弓时，利于扩大胸腔，增大肺通气量、回心血量和打开上焦；八字掌坐腕翘指、龙爪置于肩前云门穴处，可有效刺激手太阴肺经、手阳明大肠经，对于改善微循环、增大肺活量、提高心肺功能及增强指关节灵活性具有促进作用。

肝升于左，肺藏于右。肝属木，主疏泄，肝气以升发为顺；肺属金，主全身之气，肺气以肃降为畅。保持肝、肺之间正常的相克关系，是维持人体健康的重要保障。本式左右开弓可对左（主升之肝气）、右（主降之肺气）进行调节，使肝、肺相互协调，气机调畅。

下蹲呈马步时，可加强股四头肌、小腿后侧肌群等肌肉收缩，能有效发展下肢力量，促进血液回流。扩胸展肩、转头，可加强颈椎、胸椎的运动，纠正局部小关节的异常位置，调节颈、肩、胸、背部肌肉平衡，利于矫正驼背等不良体态，防治颈椎病、肩周炎等。

（四）第三式　调理脾胃须单举

1. 动作说明

动作 1：接上式。身体重心稍升起；同时，左臂内旋上抬，左掌与胸同高，掌心朝内，指尖斜朝上；右臂内旋，右掌心对腹部，指尖斜朝下；目视前方。

动作 2：上动不停，左臂继续内旋上举，左掌翻转上托至头左上方，肘关节微屈，力达掌根，掌心斜朝上，指尖朝右，中指尖与肩井穴在同一垂直线上；同时，右臂继续内旋，右掌下按至右胯旁约 10cm 处，肘关节微屈，力达掌根，掌心朝下，掌指朝前；动作略停，保持抻拉；目视前方。

动作 3：松腰沉髋，身体重心缓缓下降；两腿膝关节稍屈；同时，左肩下沉，左臂屈肘外旋下落，左掌与胸同高，掌心朝内，掌指斜朝上；右臂外旋，右掌收至腹前，掌心朝内，指尖斜朝下；目视前方。

动作 4：上动不停，身体重心继续下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂外旋下落，两掌捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。第三遍最后一动时，右臂外旋，右掌指尖转向后；身体重心下降，两腿膝关节弯曲；同时，右掌向前下落，按于胯旁约 10cm 处，掌心朝下，掌指朝前，左掌微前移，两肘微屈；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、动作 2：吸气。在动作 2 即将形成定势前开始停闭呼吸至定势结束。

动作 3、动作 4：呼气。

3. 意念活动

两掌捧于小腹前时意念丹田。动作 2 形成定势时意念上手擎天、下手拄地，升清降浊，调理脾胃。

4. 技术要点

动作 1，左掌斜向上约 45°，右掌斜向下约 45°。两掌上撑下按时，力在掌根，肘关节微屈，抻拉胁肋部，足大趾有意下压，舒胸展体、拔长腰脊，有上擎天、下拄地、顶天立地之感。上举掌下落时，要经上举路线原路返回。

5. 功理与作用

上举下按成定势时，足大趾有意下压，可刺激足太阴脾经的隐白等穴位；抻拉、挤压两胁与中脘穴，可刺激足太阴脾经的大包、章门穴，以及背部的脾俞、胃俞等穴，以促进胃肠蠕动；还可调节脊柱两侧肌肉、韧带的张力和刺激内脏神经，对提升五脏六腑尤其是脾胃的功能有促进作用。

两手上托下按的过程中，利于脾的升清功能和胃的降浊功能，进而可改善人体消化、吸收能力。

两掌上下对拉和左右交替练习，使脊柱两侧肌肉相反方向用力，椎体两侧形成上下相对运动，利于增强脊柱的灵活性与稳定性，牵拉滑利肩颈部关节，利于优化体态和防治颈、肩疾病等。

（五）第四式　五劳七伤往后瞧

1. 动作说明

动作 1：接上式。两腿徐缓挺膝伸直；两肩下沉，两臂伸直，掌心朝后，指尖朝斜下伸出；目视前方。

动作 2：上动不停，两臂外旋，上摆至体侧约 45°，掌心朝斜后上方；同时，头向左后方转动，展肩扩胸；动作略停，保持抻拉；目视左斜后方。

动作 3：松腰沉髋，身体重心缓缓下降，两腿膝关节弯曲；同时，头转正，两臂内旋，屈肘，两掌按于胯旁，掌心朝下，指尖朝前；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。第三遍最后一动时，两腿膝关节弯曲；同时，头向前转正，两臂内旋，屈肘，两掌捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、动作 2：吸气。在动作 2 即将形成定势前开始停闭呼吸至定势结束。

动作 3：呼气。

3. 意念活动

动作 1：意在肩井穴。

动作 2：意在大椎穴。

动作 3：意在丹田。

4. 技术要点

转头不转体，旋臂充分，转头用力适度，两臂于体侧抻拉拔长。动作 2 形成定势时，劲在夹脊，意气贯于指间。动作 3 两掌收回按于胯旁时，两肩胛骨微外开，命门穴微后凸，脊柱竖直，保持头顶悬。

5. 功理与作用

两臂外旋、展肩扩胸动作，利于打开手三阴经和任脉，挤压手三阳经和督脉；两臂内旋时，肩胛微开、命门穴后凸动作，则利于打开手三阳经和督脉，挤压手三阴经和任脉，并刺激背部腧穴。这种阴阳经交替开合，能发动全身经络气机、协调一身阴阳、调节五脏六腑功能、疏通任督二脉。

转头后瞧时，可刺激颈部大椎穴，牵拉两侧颈动脉，改善脑部供血，提升心肺通气，活动颈肩胸廓，增强颈、项、背部肌肉力量，有助于缓解视疲劳和防治阿尔茨海默病、颈椎疾病等。

（六）第五式　摇头摆尾去心火

1. 动作说明

动作 1：接上式。身体重心左移；右足向右开步站立，两足间距约三足宽，两腿膝关节自然伸直；同时，两掌上托至胸高时，两臂内旋，两掌翻转向上分托至头斜上方，肘关节微屈，掌心斜朝上，指尖相对；目视前方。

动作 2：上动不停，身体重心下降，两腿徐缓屈膝下蹲呈马步；同时，两臂从两侧下落，肘关节弯曲，两掌指扶于膝关节上方，手腕松沉，掌指斜朝前；目视前方。

动作 3：上动不停，身体重心稍起；目视前方。

动作 4：上动不停，身体重心右移，右腿膝关节弯曲，左腿膝关节稍屈；同时，上体右倾约 45°：目视前方。

动作 5：上动不停，身体重心稍下降呈右偏马步状；同时，上体右转俯身；目视右足尖。

动作 6：上动不停，身体重心左移呈左偏马步状；同时，上体保持俯身左旋至左斜前方；目视右足跟。

动作 7：上动不停，身体重心稍右移，右髋向右侧送出，尾闾穴随之向右、向前、向左、向后旋转至正后方；同时，身体重心随尾闾穴转动移至两腿间，膝关节弯曲；胸微含，头向左、向后转至正后方；目视上方。

动作 8：上动不停，下颌与尾闾穴同时内收；身体重心下降呈马步；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。做完 3 遍后，身体重心左移，右足收回呈开步站立，与肩同宽；同时，两掌从两侧向上至肩高时外旋翻转掌心朝上，随之两臂上举，掌心相对；目视前方。身体重心缓慢下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂屈肘，两掌经面前下按至小腹前，掌心朝下，指尖相对，间距约 10cm，拇指侧距腹部约 10cm；目视前方

2. 呼吸方法

动作 1、动作 3、动作 4、动作 7：吸气。

动作 2、动作 5、动作 6、动作 8：呼气。

3. 意念活动

动作 1 ～ 6：意念动作规格。

动作 7：尾闾穴转动和摇头时，意在大椎、尾闾穴。

动作 8：身体重心下降时，意在丹田。

4. 技术要点

按调身首先要分清每一动的节分点，再求连接。摇头摆尾时以尾闾穴旋转为主，头部跟随，意、气、劲由尾闾穴上传至大椎穴。摇头时胸部微含、柔和缓慢；摆尾时要收腹，动作圆活连贯。

5. 功理与作用

摇头摆尾可提升阳气、通经泄热、平衡阴阳、畅通任督二脉、调理脏腑、滋阴补肾，使肾水上济，促进心肾相交；同时，可牵动脊髓和马尾神经，改善内脏神经功能；还有助于改善盆腔局部血液循环，促进脏器功能改善。

脊柱的回环旋转，加之头、尾的牵拉转动，以及提肛收腹与膈肌的下降，对脊柱有很好的保健作用。同时，腹腔脏器得到挤压、按摩，促进了中焦、下焦的消化、排泄及运化功能。

下蹲马步、左右移动重心，能活动髋关节，改善局部血液循环，并可发展下肢力

量，提高身体的稳定性。

（七）第六式　两手攀足固肾腰

1. 动作说明

动作 1：接上式。两腿挺膝伸直站立；同时，两掌指尖转向前，两臂向前、向上举起，肘关节伸直，掌心朝前；目视前方。

动作 2：上动不停，两臂外旋，掌心相对，两掌随屈肘经面前下按于胸前，掌心朝下，指尖相对；目视前方。

动作 3：上动不停，两臂外旋，两掌心朝上，掌指内旋经腋下向后反插；目视前方。

动作 4：上动不停，两掌心贴背，沿脊柱两侧向下摩运至臀部；目视前方。

动作 5：上动不停，上体前俯，两掌继续沿腿后向下摩运至踝，再贴两足外侧移至小趾处，随之旋腕扶于足面，掌指朝前；目视下方。

动作 6：上动不停，两掌不动，塌腰、翘臀、微抬头；两掌沿地面向前、向上远伸，以臂带动上体抬至水平；目视前下方。

动作 7：上动不停，两臂继续向前向上举至头上方，上体立起，两掌间距约与肩宽，掌心朝前，指尖朝上；目视前方。

本式一下一上为 1 遍，共做 6 遍。做完 6 遍后，身体重心缓慢下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂向前下落，肘稍屈，两掌下按至小腹前，掌心朝下，掌指朝前；目视前方。

2. 呼吸方法

头往后仰、尾骨上翘、挺胸收肘时吸气，摆正时呼气。收腹拱腰、头面贴腿时吸气，放松时呼气。

3. 意念活动

动作 1、动作 3、动作 4、动作 7：吸气。

动作 2、动作 5：呼气。

动作 6：停闭呼吸。

有一定基础的练习者可根据自己的呼吸频率，将两吸两呼并为一吸一呼，即起吸落呼。

4. 技术要点

向下俯身时，颈、肩、腰脊要节节放松，特别是命门穴要放松，呈弯弓状。向上起身时，以臂带身，尽量伸展肢体，用力点在命门穴，呈反弓状。

5. 功理与作用

两掌摩运与俯身攀足，可循经按摩、牵拉膀胱经，刺激督脉和命门、肾俞等穴；加之起身时能有效牵拉足少阴肾经，可取得充盈经气、固肾壮腰的效果。

脊柱的前屈与背伸运动，能增强脊柱相关肌肉力量，提升脊柱的稳定性、柔韧性和延展性，可有效防治颈椎、腰椎疾病。

（八）第七式　攒拳怒目增气力

1. 动作说明

动作 1：接上式。身体重心右移；左足向左开步，两腿徐缓屈膝下蹲呈马步；同时，两手握固，收至腰间，拳眼朝上；目视前方。

动作 2：上动不停，左拳缓慢向前冲出，与肩同高，肘关节微屈，拳眼朝上，当肘关节离开肋部时，拳越握越紧，眼睛注视左拳并逐渐睁大；同时，足趾抓地；目视左拳。

动作 3：上动不停，向右转腰顺肩；同时，左臂内旋，左拳变掌前伸，掌心朝外，掌指朝前；目视左掌。

动作 4：上动不停，左掌指向下、向右、向上、向左、再向下依次旋腕 1 周，随之握固，拳心朝上；同时足趾抓地；眼睛睁圆，目注掌动。

动作 5：上动不停，左拳回收，随屈肘收至腰间，拳眼朝上；同时足趾放松；眼睛放松，目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。做完 3 遍后，身体重心右移，左足收回呈并步站立；同时，两拳变掌，自然垂于体侧；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、动作 5：吸气。

动作 2、动作 3：呼气。

动作 4：停闭呼吸。

3. 意念活动

冲拳时，意在命门，两眼微带怒气。旋腕时，意在刺激手三阴、三阳经之原穴。

4. 技术要点

攒拳时，前臂与肘要贴胁肋部前送和回收。攒拳、旋腕、握固时，要注意眼随手动。

5. 功理与作用

通过怒目圆睁、摩运两胁、强力抓握、足趾抓地、马步下蹲等动作，使全身肌肉、筋脉受到静力牵拉，以刺激手三阴、三阳经的原穴和足三阴、三阳经的井穴，还可加强肝的藏血、疏泄功能，具有强筋壮骨、增强气力的作用。

冲拳时，通过保持胯关节和头部不动，加强了脊柱的左右拧转，利于提升脊柱的旋转幅度和灵活性，对调节脊柱小关节位置、维护脊柱健康有促进作用。

保持马步姿态，可牵拉足三阴、三阳经，激活足三里、阳陵泉、三阴交等穴位，促进下肢气血运行，提高下肢肌肉力量和稳定性。

（九）第八式　背后七颠百病消

1. 动作说明

动作 1：接上式。立项竖脊，后顶领起，沉肩垂肘，提肛收腹，掌指下伸；同时，

足跟提起，足趾抓地；动作略停；目视前方。

动作 2：足跟徐缓下落，轻震地面；同时，咬牙、沉肩、舒臂，周身放松；目视前方。

本式一起一落为 1 遍，共做 7 遍。

2. 呼吸方法

动作 1：吸气。

动作 2：呼气。在动作 2 形成定势前开始停闭呼吸。

3. 意念活动

足跟提起时，意在后顶穴；下落震地时，意念周身放松，百病皆消。

4. 技术要点

提踵时，足趾抓地、提肛收腹、后顶上领。足跟下落时呼气，震足刹那咬牙，周身放松。

5. 功理与作用

拉伸脊柱、回落震动，可挤压椎间盘、震动脊髓、调整脊柱小关节位置；加之收腹提肛和膈肌升降，强化了对内脏器官的挤压震动，具有促使内脏、关节复位，改善脏腑功能状态，解除全身关节、肌肉紧张，畅通全身气血运行，调节人体阴阳平衡的作用。

足三阴、三阳经在足趾末端交会，相应的脏腑有脾、胃、肝、膀胱、肾、胆等。足趾抓地和提踵，能刺激足三阴、三阳经脉，调节相应脏腑功能，发展小腿后群肌肉力量，提升人体平衡能力。

（十）收势

1. 动作说明

动作 1：接上式。两臂内旋，两掌向两侧摆起约 45°，掌心朝后，掌指斜朝下；目视前方。

动作 2：上动不停，两臂外旋，两掌向前划弧至斜前方 45° 时，屈肘合抱至小腹，两掌相叠（男性左手在内，女性右手在内）；目视前下方，静养片刻。

动作 3：两臂自然下落，两掌指轻贴于腿外侧；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1：吸气。

动作 2：呼气。

动作 3：自然呼吸。

3. 意念活动

意在丹田。

4. 技术要点

体态安详，周身放松，气归丹田。

5. 功理与作用

引气归原，收敛气机，固本培元，调和脏腑，平衡阴阳，进一步巩固练习效果，并

使机体逐步恢复到练习前的状态。

二、注意事项

1. 选择地势平坦、环境安静、空气新鲜（避免风口）、温湿度适宜和安全的场所。

2. 服装应宽松合体、冷暖舒适，宜穿运动鞋或平底布鞋。

3. 排空二便。

4. 避免过饱、过饥、醉酒或过度疲劳，以及大悲、大怒等不稳定情绪。

5. 做好热身运动。

6. 循序渐进。练习的运动负荷、动作难度等应遵循从简到繁、从易到难、从少到多的原则，根据自身具体情况确定合适的量度。

7. 规范灵活。既注重按照技术规范精准练习，也可根据实际情况灵活拆解动作练习。

8. 持之以恒。宜每周练习不少于 3 天，每天练习不少于 2 遍、时间约 30 分钟。

9. 初始或加大练习负荷时出现的肌肉酸痛属正常现象，可调节运动负荷后继续练习。

10. 练习过程中出现的手足温暖、心情舒畅、头脑清醒、食欲改善等现象，属练习良性反应。可能出现的热、凉、麻、痒、轻、重、大、小、有蚁行及肌肉跳动等感觉，多是体内气机变化的正常反应，顺其自然即可。

11. 练习过程中如出现头昏脑涨、气机紊乱、精神错乱等异常生理、心理变化，应暂停练习并及时向专业人士咨询。

［技术内容来源于团体标准《八段锦》（T/CACM1676—2026）］

第五节　五行掌

五行掌功法原理来源于中医学的气血、经络、阴阳、五行等理论。五节正功对应五脏及其经络、方位和季节。第一式推法属木，对应肝、东方、春季；第二式拓法属火，对应心、南方、夏季；第三式云法属土，对应脾、南方（此处特殊）、长夏；第四式捏法属金，对应肺、西方、秋季；第五式摸法属水，对应肾、北方、冬季。

一、操作技术

五行掌包括预备势、5 节正功和收势。其中每一个动作均重复做 5 次。完整练习 1 遍五行掌的时间应该不少于 10 分钟。

（一）预备势

1. 调身

面向东方，自然松静站立，手臂下垂，足跟并拢。

动作 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。

动作 2：双手臂继续上举至垂直，掌心向内。

动作 3：双掌内翻下行带动双臂屈肘下行平肩，掌心向下。

动作 4：双手下行至臂伸直，双掌按向外下方。

动作 5：双掌内旋，带动双臂归位。

重复 5 次。

2. 调息

每一个完整动作与一次呼吸相配合。

动作 1、动作 2：吸气。

动作 3、动作 4：呼气。

动作 5：屏气。

3. 调心

意守丹田。双手臂上升和吸气时，存想并体会气机上升的状态；双手臂下降和呼气时，存想并体会气机下降的状态。

4. 操作提示

动作须连续和不间断地完成，以形成整体动作。意想真实的感觉，但足跟不离地。

5. 功理与作用

通利三焦，协调五脏，调畅气机，平秘阴阳。

（二）第一式　推法

1. 调身

面向东方。

动作 1：双掌向上平提齐肩，左足跟同时上提，左足尖点地。沉肩含胸。

动作 2：转肩翻掌，将平掌转为立掌，同时左足向左前方 45° 方向，用前足掌擦地前移大半步。立掌坐腕，双肘微屈，上臂与肩平。

动作 3：双手立掌向左前方推出，呈弓步。

动作 4：双掌内翻，双臂自然下垂，撤腰坐臀，勾左足尖。

左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2. 调息

动作 1、动作 2：吸气。

动作 3：呼气。

动作 4：屏息。

3. 调心

意守太冲穴。存想双手如推开重门，肝经气机通畅。

4. 操作提示

注意是转肩翻掌不是旋腕翻掌；是左足掌擦地前移，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，使指尖有麻酥的得

气感。吸气时，足大趾微微上翘。

5. 功理与作用

该式具有疏肝理气、平肝潜阳的功效，适用于肝系疾病。

（三）第二式　拓法

1. 调身

面向南方。

动作 1、动作 2、动作 3 同推法。

动作 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。

动作 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。

左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2. 调息

动作 1：吸气。

动作 2、动作 3、动作 4：呼气。

动作 5：屏息。

3. 调心

意守神门穴。存想并体会用双掌拓碑帖，平整而有力地从一侧移向另一侧。

4. 操作提示

下蹲的程度可因人而异，原则上以大腿平膝为好。此式呼气时间长于吸气时间，需注意保持呼气过程的平缓流畅。

5. 功理与作用

该式具有清心泻火、养血安神的功效，可用于防治心烦口渴、口舌生疮、口苦咽干、尿黄淋痛等由于心火亢盛引起的症状，也可用于防治心悸、怔忡、失眠、多梦、喜笑悲泣无常等由于心血不足引起的症状。该式适用于心脑血管、泌尿生殖系统、妇科等疾病。

（四）第三式　云法

1. 调身

面向南方。

动作 1：左掌及前臂上提齐肩，左膝同步上提至大腿与地面平行；左足尖下指地面，左踝靠右腿膝部。

动作 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、左足姿势不变。

动作 3：左掌及前臂继续划圆向下，自然到底；左膝、左足同步向下归位。

用眼角余光觉察手掌的运动轨迹。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

动作 1：吸气。

动作 2、动作 3：呼气。

3. 调心

意守隐白穴。存想并体会全身气机运行通畅的状态。

4. 操作提示

划圆是以肘为圆心，不是以肩为圆心。划圆时，眼角余光跟随手掌的移动，头不动。

5. 功理与作用

该式具有健脾和胃、消食导滞的功效，可用于防治食少、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、小便不利等由于脾胃功能虚实不调引起的症状。该式适用于消化系统疾病患者练习。

（五）第四式　捏法

1. 调身

面向西方。

动作 1：双手五指捏合，左手向上捏合，左臂、左腿向左前方 45° 伸出，呈左弓步；同时右手向下捏合，平肩屈臂，邻近右腋窝。

动作 2：撤腰坐臀，勾左足尖。上身姿势不变。

动作 3：转腰撤左手伸右手，左右手相遇时相互调转方向，变为左手向下捏合，右手向上捏合。

动作 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。

左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2. 调息

动作 1、动作 2：吸气。

动作 3：呼气。

3. 调心

意守鱼际穴。存想并体会拉弓射箭的姿态和力量。

4. 操作提示

躯干的前后平移、左右转动，应缓慢轻柔，两臂尽量前后伸展以扩胸。呼吸时靠指捏拢的力量使鱼际、太渊穴产生气感。初练时手足配合不好，可单练手或腿的分解动作。

5. 功理与作用

该式具有宣畅肺气，降气除痰的功效。可用于防治咳嗽、咽痒、咽痛、口干、气逆、哮喘、痰多、无汗、胸闷胀痛、呼吸气促、尿频黄赤、项背强痛等由肺脏虚实不调引起的症状。适用于呼吸系统、泌尿系统、运动系统疾病。

（六）第五式　摸法

1. 调身

面向北方。

动作 1：左足向左前方 45° 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。

动作 2：撤腰勾左足尖，转体向右，双掌向右后方划圆，完成 1/4。

动作 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。

动作 4：还原左弓步，双掌向左前方划圆，完成 3/4。

动作 5：身体右转，双掌继续划圆至完成。

左侧动作连续做 5 次后，转向右侧连续做 5 次。

2. 调息

划前半个圆时吸气，划后半个圆时呼气。

3. 调心

意守涌泉穴。双手划圆时存想并体会正在按住 1 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。

5. 功理与作用

该式具有温阳祛寒、益阴泄热的功效，可用于防治腰膝酸软、畏寒肢冷、眼睑浮肿、小便不通、阳痿、遗精、早泄、精冷、不孕不育、眩晕耳鸣等由于肾阳不足引起的症状，也可用于防治潮热、盗汗、心悸、失眠、口干、咽痛、咳痰带血、喘息、背痛、黄疸、腹泻、嗜睡等由于肾阴亏乏引起的症状。该式适用于生殖系统、循环系统等疾病。

（七）收势

1. 调身

面向东方，前四次动作同预备势，第五次动作如下。

动作 1：双手上升至最高处时相合，顺势下落于胸前合十。

动作 2：保持双手合十的姿势，闭目静立片刻。

动作 3：双手缓缓放下，回归为自然站立而结束。

2. 调息

前四次动作呼吸同预备势。第五次动作吸气同预备势，双手合掌时转呼气，双手下落至胸前则呼气止。双手合十静立时做五次呼吸，第五次呼气时双手缓缓放下。

3. 调心

意守丹田。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。

5. 功理与作用

该式具有通利三焦、协调五脏、调畅气机、平秘阴阳的功效，可使练习者身体放松，逐渐由练功状态恢复到正常状态。

二、注意事项

1. 用于慢性疾病的康复，可在医生的指导下，按照五行生克原理，重点练习其中的一两节。

2. 选择整洁、幽静的练功环境，穿着宽松、柔软的衣服。

3. 练功前半小时停止剧烈运动、文娱活动，做松解关节、经络的预备活动。

4. 过饥过饱时不练功。练习前尽量排空二便，练习过程中也不可久忍二便。

5. 练功后宜静坐静息片刻，避免运动后直接吹风受凉。

6. 练功后避免触碰冷水、食用冷饮。此时，血液多流于体表，遇冷刺激会使血管骤缩，回心血量激增，易加重心脏负担，引发身体不适。

7. 练功境界以微微汗出、症状缓解、心情愉悦为度。

8. 练习强度以呼吸平稳为宜，不宜过度劳累。

（撰写人：张海波、李新）

第六节　保健功

保健功系根据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，又可以防治疾病。

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 16 节功法。其中，静坐功可使人自然放松、排除杂念，可为其他功法练习打基础。

（一）静坐

1. 调身

动作 1：两腿盘膝，自然交叉。

动作 2：轻闭双目，口轻轻闭合，舌轻抵上腭。

动作 3：含胸拔背，下颌内收，松腰松胯。

动作 4：臀部略垫高 1 ～ 2 寸（相当于枕头的高度）。

动作 5：两手四指轻握大拇指，置于两侧大腿上。

2. 调息

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。用鼻呼吸 50 息。

3. 调心

排除杂念，身心放松。意守丹田，似守非守。

4. 操作提示

坐姿可以根据练功场地及练习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。

5. 功理与作用

安神定志，培育元气。为其他功法练习打基础。

（二）鼻功（擦鼻）

1. 调身

动作 1：两腿盘膝，自然交叉，端坐。

动作 2：口轻轻闭合，舌轻抵上腭。

动作 3：含胸拔背，下颌内收，松腰松胯。

动作 4：先擦热两手拇指指背。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，再由前额向下擦到鼻唇沟，一上一下为 1 次，摩擦鼻翼两侧各 18 次。

2. 调息

向上推擦时吸气，向下拉擦时呼气。

3. 调心

向上推擦时，想象清气从鼻唇沟（迎香穴）上升到前额发际处（上星穴）。向下拉擦时，感觉面部放松，想象浊气由前额下降到鼻唇沟处（迎香穴）并排出。

4. 操作提示

做推擦时，动作宜缓慢，配合柔和的自然呼吸。吸气末拇指在前额处稍作停留，呼气末拇指在鼻唇沟处稍作停留。

5. 功理与作用

通鼻窍，宣肺气，散风寒，止头痛。

（三）目功

1. 调身

动作 1：两腿盘膝，自然交叉，端坐。

动作 2：口轻轻闭合，面部放松，两目轻闭。

动作 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。

动作 4：再用两拇指指背由内向外轻擦上下眼眶各 18 次。

动作 5：两手互搓至热，用手心热熨眼球 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。

动作 6：两目轻闭，眼球顺时针、逆时针旋转各 18 次。

动作 7：轻轻睁开双眼，由近至远眺望远处的绿色物体。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 3：意念在拇指指间关节处与眼皮。

动作 4：意念在拇指指背处与眼眶。

动作 5：意念在两手的手心与眼球。热熨眼球时，体会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，否则部分练习者可有目胀、头昏、呕吐等反应。

5. 功理与作用

疏肝明目，增进视力，防治目疾。

（四）擦面

1. 调身

动作 1：两腿盘膝，自然交叉，端坐。

动作 2：将两手掌反复互搓至热。

动作 3：两手掌按在前额，经鼻侧向下擦，直至下颌。

动作 4：再由下颌反向上至前额。一上一下为 1 次。如此反复进行，共做 36 次。

2. 调息

向下拉擦时呼气，向上推擦时吸气。

3. 调心

向上推擦时，想象清气从口角上升到前额。向下拉擦时，体会面部放松，浊气由前额下降到下颌并排出。

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。

5. 功理与作用

醒神开窍，美容抗皱。

（五）耳功

1. 调身

动作 1：自然端坐，将两手掌反复互搓至热。

动作 2：搓热的两手握拳，拇指指腹与食指桡侧相对捏住耳轮，搓揉耳郭 18 次。

动作 3：两手交替经头顶向上提拉对侧耳郭上部 18 次。

动作 4：用两手掌心分别捂住耳朵，并用力按压耳郭后停留 1 ～ 2 秒，然后突然放开，如此按放反复 9 次。

动作 5：两手大鱼际堵住耳道，手指自然位于后枕部，此时用食指略用力按压中指并顺势滑下弹击后枕部 24 次，可听到“咚咚”的声响，古称“鸣天鼓”。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

搓揉耳郭时，意念在耳郭。

4. 操作提示

操作此式，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。

5. 功理与作用

健脑聪耳，醒神开窍。

（六）口功

1. 调身

动作 1：两腿盘膝，自然交叉，端坐。

动作 2：叩齿，上下齿轻叩 36 ～ 72 次，不要用力相碰。

动作 3：搅舌，古称“赤龙搅海”，用舌在口腔内壁与上下齿之间顺时针、逆时针各旋转 18 次。产生的津液暂不下咽，接下个动作。

动作 4：鼓漱，用上个动作产生的津液鼓漱 18 ～ 36 次，再将口内津液分 3 次咽下。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 2：意念牙齿坚固。

动作 3：意念随舌头的转动而移动。

动作 4：咽时意想津液慢慢到达下丹田。

4. 操作提示

叩齿时，可先叩门齿，再叩两侧臼齿，也可一起叩。搅舌时，次数由少到多，不可强求一次到位，尤其是高龄有中风先兆的人，由于其舌体较为僵硬，搅舌较困难，故更应注意。可先正向搅 3 次，再反向搅 3 次，逐渐增加以能承受为度。不论口中是否有津液，都做出津液很多状的鼓漱动作。

5. 功理与作用

叩齿具有益肾固本、滋阴柔肝之效；搅舌具有清洁口腔、引津上潮的作用；鼓漱咽津具有健脾益肾、引气下行之效。

（七）项功

1. 调身

动作 1：两腿盘膝，自然交叉，端坐。

动作 2：两手十指交叉抱后颈部，仰视。

动作 3：以前臂运动带动两掌，两掌根部着力，两手向前用力，颈项向后用力，9 ～ 18 次。

动作 4：以两掌大小鱼际交替揉按风池穴，顺时针、逆时针各 9 ～ 18 次。

动作 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

自然呼吸。

3. 调心

动作 2：仰视，观看前上方。

动作 3：意想颈部功能加强。

动作 5：搓揉颈项部时，意念颈椎灵活自如。

4. 操作提示

颈椎病患者做该动作时，若出现头昏、头痛、目眩、上肢麻木、肩背酸痛等症状，操作要轻柔缓慢，以免损伤该部位重要的血管、神经。

5. 功理与作用

活利颈部关节，散寒祛风，通经活血。

（八）揉肩

1. 调身

动作 1：端坐。

动作 2：以左手掌揉右肩 18 次。

动作 3：以右手掌揉左肩 18 次。

动作 4：以左手拇指或掌根部与其余四指捏拿对侧肩井穴 18 次。

动作 5：交换用右手捏拿对侧肩井穴 18 次。

动作 6：肩关节按照前、上、后、下的方向旋转 9 ～ 18 次。

动作 7：肩关节反向旋转 9 ～ 18 次。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 2 ～ 3：揉肩时，感受手心热气透入肩部。

动作 4 ～ 5：捏拿对侧肩井穴，体会肩井穴的酸胀麻感。

动作 6 ～ 7：旋转肩关节时，体会肩部的灵活自如。

4. 操作提示

患肩关节疾病者，动作要轻柔，不能操之过急，应循序渐进。

5. 功理与作用

疏通经络，滑利关节。

（九）夹脊

1. 调身

动作 1：两腿盘膝，自然交叉，端坐。

动作 2：两手轻轻握拳，上肢弯曲，肘关节呈 90°。

动作 3：前后交替至 60° 左右，摆动各 18 次。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 2：注意力集中在两前臂上。

动作 3：两上肢交替前后摆动时，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，两肩胛骨略内收。

5. 功理与作用

疏通督脉经气，增强内脏功能。

（十）搓腰（旧称搓内肾）

1. 调身

动作 1：端坐在无靠背的凳子上；或两腿盘膝，自然交叉，坐在床上。

动作 2：将两手搓热，捂于双侧肾俞穴上，再以肾俞穴为中心搓腰，上下搓 18 次。

动作 3：再左右搓 18 次。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 1：安定情绪，排除杂念。

动作 2：上下搓腰，意想内气通过两手的劳宫穴渗透到肾俞、命门穴。

动作 3：左右横搓，意想气贯穿带脉。

4. 操作提示

先捂肾俞穴，将其捂到发热，然后上下、左右搓腰部。搓腰时，手紧紧贴在腰部。

5. 功理与作用

壮腰强肾，固涩止遗，和血调经。

（十一）织布式

1. 调身

动作 1：坐位，伸足，两腿伸直并拢，足尖向上。

动作 2：指尖相对，掌心向外，两手向足部做推动姿势，同时躯干前俯，两手推向足尖。

动作 3：推尽即返回，指尖相对，掌心向里，身体回正。如此往返推 36 次。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：呼气。

动作 3：吸气。

3. 调心

动作 1：安定情绪，排除杂念。

动作 2：意想将体内浊气随呼气从足心涌泉穴排出。

动作 3：意想将清气随劳宫穴吸入体内。

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。

5. 功理与作用

除湿散寒，强腰补肾，通经止痛。

（十二）和带脉

1. 调身

动作 1：自然盘坐，两手胸前握固（拇指尖掐无名指根横纹，其余四指握拳），放在小腹前。

动作 2：上身左俯前倾，右转后仰，旋转 18 周。

动作 3：再右俯前倾，左转后仰，旋转 18 周。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2 ～ 3：俯时呼气，仰时吸气。

3. 调心

动作 1：安定情绪，排除杂念。

动作 2：意想清气以丹田为中心顺时针绕带脉旋转。

动作 3：意想清气以丹田为中心逆时针绕带脉旋转。

4. 操作提示

可先自然呼吸，动作熟练后再配合呼吸。

5. 功理与作用

调和带脉，益肾壮腰，调畅气血。

（十三）搓尾闾（搓骶区）

1. 调身

动作 1：自然盘坐，两手放在小腹前。

动作 2：两手食指和中指并拢，上下搓尾闾两侧各 36 次。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 1：安定情绪，排除杂念。

动作 2：搓尾闾时，意想清气聚集在尾闾关，而且越聚越多。

4. 操作提示

便秘、性功能低下者，下搓时用力重。腹泻、遗精、白带多者，上搓时用力重。

5. 功理与作用

通督强脊，利尿通淋，润肠通便，升阳固脱。

（十四）擦丹田（揉小腹）

1. 调身

动作 1：自然盘坐，放松肢体，两手放在小腹前。

动作 2：将两手搓热，右手掌心置于右下肢膝关节上，左手掌心沿大肠蠕动方向绕脐做顺时针运动，即按右下腹、右上腹、左上腹、左下腹、右下腹的顺序，如此周而复始 100 次。

动作 3：再搓热两手，以左手置左膝关节上，右掌按左下腹、左上腹、右上腹、右下腹、左下腹的逆时针方向搓丹田 100 次。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：左掌从右下腹至右上腹至左上腹时吸气，从左上腹至左下腹至右下腹时呼气。

动作 3：右掌从左下腹至左上腹至右上腹时吸气，从右上腹至右下腹至左下腹时呼气。

3. 调心

动作 1：意守丹田，排除杂念。

动作 2：意想丹田气顺时针方向旋转。

动作 3：意想丹田气逆时针方向旋转。

4. 操作提示

男性练习者可改为一手用掌心托兜住同侧阴囊，另一手搓丹田。

5. 功理与作用

补益肝肾，健脾益气。

（十五）揉膝

1. 调身

动作 1：两腿自然交叉，端坐。

动作 2：两手心搓热，敷于两膝，同时由内向外揉两膝关节 100 次。

动作 3：两手反向由外向内揉两膝关节 100 次。

动作 4：点揉足三里穴 100 次。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 1：安定情绪，排除杂念。

动作 2 ～ 3：随着揉膝次数的增多，意想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。

动作 4：点揉足三里穴时，体会腧穴酸、胀、麻感。

4. 操作提示

关节肿胀、疼痛、积水和变形者，做此动作要轻柔缓慢。

5. 功理与作用

强筋健骨，舒筋活血。

（十六）擦涌泉

1. 调身

动作 1：两腿自然交叉，足心朝上，端坐。

动作 2：以涌泉穴为中心，用左手除拇指外其余四指或掌根部擦右足心 100 次。

动作 3：再以右手除拇指外其余四指或掌根部擦左足心 100 次。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

动作 1：安定情绪，排除杂念，微守丹田。

动作 2：意想体内浊气从右足心排出。

动作 3：意想体内浊气从左足心排出。

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，以发热为度。

5. 功理与作用

交通心肾，宁心安神，引血下行。

二、注意事项

1. 因外伤等原因无法进行基本动作者，不宜练习相应部位的保健功。如鼻部外伤期间，不宜练习鼻功。

2. 可在医生的指导下，根据个人需求有选择地锻炼针对相应部位的保健功。

3. 女性经、孕、产期间，不练意守丹田、活动量大、需要腹式呼吸的功法。

4. 暴风雨、雷鸣闪电天气期间不要炼功，以免受到惊吓。

5. 练功境界以自觉舒适为度，久久行功，自然获效，不求速效。动作尽力就好，不必强求标准动作，以免加重相应部位损伤。

6. 锻炼前后 1 小时内不要剧烈活动和服食刺激性的饮食。

7. 穿着宽松、柔软的衣服进行锻炼。

8. 过饥过饱状态下不练功。锻炼前尽量排空二便，锻炼过程中也不可久忍二便。

9. 盘坐锻炼后宜稍做温和的肢体伸展活动，以疏通气血，不宜立刻站立和下地行走。

（撰写人：刘红杰）

第七节　站桩功

站桩功是传统的站式练功法。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。站桩功以“松、静、自然”为基本要求，简单易行，颇为契合临床医疗、养生保健的实际需要。

一、操作技术

（一）自然式

1. 调身

自然站立，身体放松，情绪平稳，呼吸自然。重心右移，左足向左横跨一步，两足平行，两足间距与肩等宽或稍宽于肩。上身自然中正，含胸拔背，不可挺胸。膝关节微屈，最大限度不超过足尖。两手垂于体侧，掌心向内，肘关节自然微屈，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。两肩放松，两腋空虚，不可夹紧，大约有一拳的空间。头颈部肌肉放松，使目光平视前方，下颌微微内收，两目微闭或视正前方较远处的某一目标，然后目光自然收回，舌自然轻触上腭与门齿之间，唇齿轻合，面部放松，似笑非笑。

收式：左右轻轻移动重心数次。缓缓抬起双手，互相摩擦手掌、指间、手背数次；双手从下向上干洗脸数次，再从下至上，从面部到头顶、脑后、颈部轻摩数次；以双手轻摩对侧肩、臂、肘及胸腹、胁下、腰部数次；屈身，以双手轻摩大腿、膝盖、腘窝、小腿、足面；然后起身，缓缓移动双足，渐渐恢复到日常状态。

2. 调息

自然呼吸，无须刻意关注调整，随着练习的深入，可自然转换成腹式呼吸。

3. 调心

练功初始，可以想象在美好舒适的大自然中练功，使心境恬淡舒畅。

开始练习自然式时，先采用放松法，默念“松”“静”，使心慢慢静下来。亦可以采用“三线放松法”（参见本章第九节放松功中的“三线放松功”）。

发现有杂念时，心不跟随念头跑，观照一下自身放松情况，杂念自然逐渐减少；或再次默念“松”“静”，使心慢慢静下来。

4. 操作提示

练功以松、静、自然为基本原则，形体放松不做作，呼吸自然不憋气，意念轻柔不紧张。

在练功过程中，可以想象头顶似有绳向上牵拉颈椎乃至整个脊柱，用意不用力。此式可以和提抱式、撑抱式序贯练习，也可以单独练习。

5. 功理与作用

该桩式的关键是形松意静，符合《黄帝内经》“恬淡虚无，真气从之”之旨，使身体发挥自我调节机制，令气血自然顺畅，内脏得到滋养。

（二）提抱式

1. 调身

接自然式收式之前。上身正直，含胸拔背，两臂由自然式缓缓上抬，与脐相平时，手掌由内向上略翻，如提抱一圆气球，七分提三分抱，以提为主，以抱为辅，松肩、坠肘、虚腋。两手与身体的距离不超过 1 尺，两手手指相对，相距两拳左右，五指分开、微曲。臀部似坐一高凳，膝关节微屈，最大限度不超过足尖。

收式：双臂缓缓自然下落于身体两侧，静心片刻。移动重心后按摩全身，同自然式收功。

2. 调息

自然呼吸，无须刻意关注调整，随着练习的深入，可自然转换成腹式呼吸。

3. 调心

提抱桩姿势完成后，可意想两腋下各夹着一个纸球，如果两上臂微微外开，腋下的纸球就会掉落，如果两上臂微微内夹，则腋下的纸球就会被挤破，如此两腋似夹非夹，使腋下的纸球既不能脱落，又不能被挤破；手臂中抱着一个大纸球，若松手，纸球就会被微风吹走，若抱紧，纸球又会被挤破，故双手应似抱非抱；臀部似坐一高凳，似坐非坐，用意而不用力。找到以上感觉后，心即安住。

4. 操作提示

站提抱式时，如果形体觉得紧张或妄念较多，即可以按照上述调心之法微微开合腋、臂、手，找似抱非抱的感觉，或臀部微微起落，找似坐非坐的感觉，如此在微动中找放松，在形体观照中使妄念渐息。

5. 功理与作用

利用手臂微抬的提抱之势，引导内气下沉丹田，培补元气，进而温养脏腑，充盈气血。

（三）撑抱式

1. 调身

接自然式和（或）提抱式收式之前。两臂缓缓上抬，手掌向内，放置胸前，如抱圆球；两手与身体的距离远不过尺，近不及身，两手手指相对，相距两拳左右，十指微曲分开相对。余同提抱式。

收式：手掌翻转向下，双臂缓缓自然下落于身体两侧，静心片刻。移动重心后按摩全身，同自然式收功。

2. 调息

自然呼吸，无须刻意关注调整，随着练习的深入，可逐渐转换成腹式呼吸。

3. 调心

撑抱桩姿势完成后，可意想怀抱着一个大纸球，若松手，纸球就会被微风吹走，若抱紧，纸球又会被挤破，故双手应似抱非抱；臀部似坐一高凳，似坐非坐，用意而不用力。找到以上感觉后，心即安住。

4. 操作提示

练习撑抱式时，如果形体觉得紧张或妄念较多，即可以按照上述调心之法微微开合双臂，找似抱非抱的感觉，或臀部微微起落，找似坐非坐的感觉，如此在微动中找放松，在形体观照中使妄念渐息。

5. 功理与作用

开胸舒膈，疏解肝胆胸胁郁滞；松胯沉气，改善上盛下虚；肌肉保持适度张力，促进末梢循环。

（四）三圆式

1. 调身

足内八字：两足左右分开，与肩同宽，两足尖微向内扣，微呈内八字形，足趾放松或轻轻抓地。

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 3 个体位训练。

两臂抱圆：上身正直，含胸拔背，两臂环抱，如抱一圆气球，松肩、坠肘、虚腋。

两手抱球：两手与身体的距离不超过 1 尺，两手手指相对，相距 15 ～ 20cm，五指分开、微曲，相邻手指间约 1 指距离。

头面放松：头部正直，唇齿轻合，舌抵上腭，下颌内收，面部似笑非笑，两目微闭或凝视正前方较远处的某一目标。

收式：两下肢收回并拢，两手敷于肚脐，静养片刻，两上肢还原体侧。

2. 调息

先采用自然呼吸。训练呼吸舒畅后，可以过渡到顺腹式呼吸。顺腹式呼吸训练舒畅后，可以过渡到逆腹式呼吸。

3. 调心

意守丹田，同时体会两手、两上肢之间的气感。

4. 操作提示

三圆式外形近似撑抱桩，因强调足圆、臂圆、手圆而得名。意守丹田应若有若无，不可过于紧张。随着练功水平的提高，站桩体位逐步由高到低。练习以舒适为度。

5. 功理与作用

外形通经络，呼吸调脏腑，意念宁心身，三者合一，最终实现“调身、调息、调心”三调合一的养生效果，使心肾相交、水火既济。

二、注意事项

1. 站桩功的训练量由练功姿势、练功时间、训练频度、持续时间、意念内容与强度等决定。对于初学者而言，可首先选择一种桩式练习。一般练习时间从 15 分钟开始，体弱者可从 3 ～ 5 分钟开始，逐步增加至 60 分钟。每天练习 2 ～ 3 次，连续练习 1 ～ 3 个月为 1 个疗程。

2. 意念宜简明、轻淡，不宜过重；呼吸须自然，切勿故意憋气或用力呼吸；酸、麻、热、胀等感觉顺其自然，切忌用意念引导气血。

3. 选择避风、避寒、避强光处；夏季避开空调直吹，冬季注意保暖。遇雷雨或大风时应立即收功，以免受惊或风寒入侵。

4. 衣着宜宽松柔软。避免过饥过饱时练功。练习前尽量排空二便，练习过程中也不可久忍二便。

5. 急性病发作期应停止练习。

6. 女性经期前两天量多时宜多休息，后几天可酌情高位、短时练习。

7. 站桩功的核心要诀是“松、静、自然”。如果练完后身心愉悦就是合适的强度；如果疲惫不堪、失眠加重，说明强度过大或姿势有误，应及时调整。

（撰写人：杨晨光）

第八节　回春功

回春功是传承道家修炼养生技术的一套医学防治康养功法，源起于金元时期。回春功以“道法自然”“专气致柔”的道家理念为宗旨，以“柔身养形，练形生精”为指引，采用意象、意守、观想、拧揉、撑拉、甩摆、闭息等心身调摄技术来实现柔和周身、疏通气脉、调和阴阳、生化精气、促进康复、延缓衰老等功效。回春功整套功法，包括站、坐、卧、滚、跪、爬、蹲、养颜、丹道静功等 9 种形式。站功是回春功入门功法，其中最基础的内容被编创为第一教程，包括 10 式。

一、操作技术

回春功第一教程包括预备势、10 式主体操作、收势导引。其中，主体操作每式可重复 6 ～ 8 次。完整练习 1 遍该功法，时间应不少于 20 分钟。

（一）预备势

1. 调身

面朝南方，自然站立，两足分开，与肩同宽，两臂自然下垂，全身放松。

2. 调息

做 3 次自然呼吸。

3. 调心

吸气时，意想内心安静；呼气时，意想全身放松。

4. 操作提示

注意力收回观照己身，在有意无意之间开始练功。

5. 功理与作用

调整身心，从生活态过渡到练功态。

（二）第一式　六合求中

1. 调身

以腰、髋（丹田）带动全身。左右摆动各 3 次，归中放松。前后晃动各 3 次，归中放松。配合深呼吸（收小腹，提会阴），上下伸展 1 次，归中放松。

2. 调息

“左右求中”和“前后求中”两个动作采用自然呼吸。“上下求中”动作采用逆腹式呼吸。

3. 调心

意守神阙穴与命门穴之间的正中部位，内观己身，身体轻松，心情恬淡。

4. 操作提示

动作柔和随顺，幅度无须太大；意念关注自己身体内部的感受，全身整合成一整体气场。

5. 功理与作用

本式动作具有静心松体、和畅气血、舒筋通络的功效，可以用于舒缓疲劳虚惫、肝郁不舒、心神难宁、多思易虑等，适用于神经系统疾病、心身疾病等。

（三）第二式　意念青春

1. 调身

自然站立，两眼微闭，同预备势。

2. 调息

做 3 次自然呼吸。

3. 调心

意念青春，中老年人可回想年轻时最佳状态的形体、面容和精力，青少年可以把本人的形象想象得更优美健壮一些。练习者还需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，并由衷地流露出惬意的微笑。

4. 操作提示

轻松观想，不要刻意，以自然随心、舒适逍遥为境界。

5. 功理与作用

本式动作具有平心静气、愉悦心情的功效，可用于改善心神难宁、思绪杂乱、焦虑、抑郁等，适用于情绪性心理疾病、慢性疲劳综合征等。

（四）第三式　导气令和

1. 调身

两足跟相靠，足尖分开 60°，双臂下垂于体侧，全身内外放松，颈项舒展伸直。

动作 1：双手向外翻掌，掌心向前，双臂在身体两侧上抬；当双臂举至与肩相平时提足跟，引体向上，双手在头顶上方合十（合十就是双手五指并拢，两掌相合）。

动作 2：双手合十沿头前正中下行，至拇指对着天突穴（位于咽喉正中下方两锁骨中央凹陷处）；同时足跟缓缓落地，全身放松。

动作 3：双手在天突穴前合十略停。

动作 4：双手合掌沿任脉下行，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。然后两足分开，回到自然站立。

2. 调息

做本式动作 1 和动作 3 时鼻子吸气，做本式动作 2 和动作 4 时开口呼气。

3. 调心

保持意念青春，面含微笑。

4. 操作提示

双手在头顶合十时，身体上下充分撑拉舒展；在天突穴前合十，以及沿任脉前下行时，内观己身，逐渐从上往下放松。

5. 功理与作用

本式动作具有宣肺顺气、解郁降火的功效，可用于改善胸闷气憋、失眠多梦、纳呆乏力、头晕神疲等，适用于慢性呼吸系统疾病、慢性循环系统疾病等。

（五）第四式　吐故纳新

1. 调身

面南，自然站立，两臂下垂置于两侧。

动作 1：低头含胸，弯腰屈膝，腰部（命门穴）向后、向外；屈膝后坐，两臂沿两腿外侧自然下落，两手合谷穴向前，指尖触至踝处。

动作 2：双肩缓缓上耸，头稍稍上抬，伸颈扩胸，两足跟徐徐上提，小腹微鼓，缓慢地引体舒展向上；随即两肩缓慢向后划圆弧，全身呈饱满姿态。

动作 3：两肩向后划圆转动徐徐下落，两足跟慢慢放下，躯体松弛，头微微前倾，弯腰屈膝，两臂自然下垂，重复本式动作 1 和动作 2，共做 6 遍。

收势导引：两足跟靠拢，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，同时提足跟，引体向上，随即两手合十下落，置于体侧，全身放松。

2. 调息

做本式动作1时张口缓缓呼气、动作2时鼻子徐徐吸气。呼吸应柔和、缓慢、深长、均匀。

3. 调心

保持意念青春，面含微笑。操作时观想自身像一条身形矫健的鲤鱼在“跃龙门”，身姿优雅柔美。

4. 操作提示

整个动作操作，身体上下前后拧揉踊动，充分松柔周身。在动作熟练后，再加上呼吸与意念操作，整体意象如鱼跃。

5. 功理与作用

本式动作具有开合气机、增强运化的功效，可用于改善慢性咳嗽、颈肩腰腿疼痛、纳呆腹胀、体虚乏力等，适用于慢性呼吸系统疾病、慢性筋骨劳损、慢性消化系统疾病、慢性泌尿系统疾病等。

（六）第五式　青龙游春

1. 调身

面南，自然站立，两臂下垂。

龙游起势：上体前倾，弯腰，两手合十，并足并腿；然后转肩带动两掌上行，举过头顶，同时提足跟。

左右龙游：以腰胯带动躯干及两臂两掌，自上而下，接着自下而上；两手合十在身前划 3 个连接的圆；两腿相并，两膝随划圆的高低而上下蹲起；两掌至头顶时提足跟。

龙游收势：合掌在头顶分开，五指微屈张开，如抱球状，做左右摆动，足跟缓缓着地。

引气归原：两手在印堂穴前合掌、上举，提足跟，随即两掌下落，至小腹分开。两足尖先分开，然后两足全部分开，呈自然站立。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

保持意念青春，面含微笑。意念两劳宫穴导引全身，犹如小青龙游戏于春天时的轻盈和充满活力，自我感觉优哉游哉，舒畅无比。

4. 操作提示

整体动作操作，一动无有不动，躯体、腿、臂左右拧揉蠕动，松解周身。呼吸自然，意象配合龙游。在动作熟练后，逐渐进入自在悠游的境界。

5. 功理与作用

本式动作具有疏肝升清、温阳化浊的功效，可用于改善失眠多梦、纳呆、颈肩腰腿疼痛、遗精遗尿、虚寒畏冷等，适用于神经内分泌疾病、慢性消化系统疾病、慢性筋骨劳损、男科和妇科疾病等。

（七）第六式　大鹏翱翔

1. 调身

面南，自然站立，两臂下垂。

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。同时重心落在右足，左足尖着地，两腿根部相靠。然后左足向左前方迈出小半步，屈膝呈左前弓步，右足尖踮地，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、左上方做圆弧形运行，右手在后相应跟随，目光先于手运。

鹏翔左势：左膝伸直，与腿根部相摩，左转，带动两手继续做圆弧运行。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 5m 远的地方。随后，鹏翔左势下落，身体转正，屈膝下坐，两手向身前中间做圆弧下行，运至小腹前（丹田）；重心从左足逐渐向两足平均分担转变，开裆。

鹏翔右势与左势动作一致，唯方向相反。左右各做 4 遍。

收势导引：当做完最后 1 次右势，两手运至身前时，身体重心已转至两足分担，两手向左右分开，顺势做收势导引（同第四式“吐故纳新”之收势导引）。

2. 调息

做动作鹏翔起势时，自然呼吸。做动作鹏翔左、右势起飞时鼻子吸气，下落时开口呼气。呼吸应柔和、缓慢、深长、均匀。

3. 调心

保持意念青春，面含微笑。操作时观想自身幻化为一大鹏，具有博大、崇高、豪放和逍遥的气度。

4. 操作提示

整体动作操作，身体左右斜向侧前方甩摆拧揉，带动肝胆气机流通。整体动作需要舒展大方、气势非凡。左右翱翔需提举到位，有助于还精补脑。

5. 功理与作用

本式动作具有斡旋运气、温振升阳的功效，可用于改善遗精遗尿、腰酸乏力、头晕神疲、善忘、纳呆、脊柱疼痛等，适用于男科疾病、慢性代谢性疾病、心脑血管疾病、慢性神经系统疾病、慢性消化系统疾病、慢性筋骨劳损等。

（八）第七式　金童柔身

1. 调身

面南，自然站立，两臂下垂。

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；重心转至左足，右足尖踮地，两腿根部相夹。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身体转动。

柔身右势：做法与左势相同，唯方向相反。左右各做 4 遍。

收势导引：同第四式“吐故纳新”之收势导引。

2. 调息

揉肩上行时鼻子吸气，转肩松沉时开口呼气。呼吸应柔和、缓慢、深长、均匀。

3. 调心

保持意念青春，面含微笑。观想自己的身体就像婴儿般柔韧灵活，可以随意扭动，轻松愉悦。

4. 操作提示

整体动作操作，身体躯干左右踊动拧揉，松解胸腹脊背，以及全身。动作操作柔和缓慢，逐渐同呼吸节奏一致，渐渐达到逍遥自在的境界。

5. 功理与作用

本式动作具有交通任督、健运中焦的功效，可用于改善颈肩腰腿疼痛、肌肉酸痛、遗精遗尿、纳呆乏力、失眠心烦等，适用于慢性筋骨劳损、慢性消化系统疾病、神经内分泌疾病等。

（九）第八式　温肾养精

1. 调身

面南，自然站立，两臂下垂。

动作 1：先由小腹开始轻微而缓慢地上下抖动，接着带动全身，先做轻微、缓慢、富有弹性的垂直松弛抖动 32 次，约用时 16 秒。

动作 2：接着以中等速度松弛抖动 136 次，约用时 45 秒。

动作 3：然后逐渐降低抖动速度和幅度，并趋于停止抖动，抖动 32 次，约用时 16 秒。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

保持意念青春，面含微笑。

4. 操作提示

抖动操作时，柔和自然，以小腹丹田为发动源，以舒适自在为宜。

5. 功理与作用

本式动作具有通畅气机、消郁散滞的作用，可用于改善颈肩腰腿疼痛、纳呆、虚劳、骨痹等，适用于慢性代谢性疾病、慢性消化系统疾病、慢性筋骨劳损等。

（十）第九式　顺息养气

1. 调身

面南，自然站立，两臂下垂。

动作 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。

动作 2：屈腕，掌心向下，十指相对，两中指相距约 10cm。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。共做 3 遍。

2. 调息

两手上抱时鼻子吸气，下引时开口呼气。呼吸应柔和、缓慢、深长、均匀。

3. 调心

保持意念青春，面含微笑。观想天地精气，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

操作时，意念观照己身，将身体舒展通透如一气场。

5. 功理与作用

本式动作具有收心静气、滋养营卫的功效，可用于改善心胸憋闷、精神不振、虚弱疲惫等，适用于慢性神经系统疾病、慢性呼吸系统疾病、慢性循环系统疾病等。

（十一）第十式　虚静养神

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，站立 2 ～ 3 分钟。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

在吸气时，意念身心清静无为，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

操作时注意有意无意之间，自然松静，意念内观己身。

5. 功理与作用

本式动作具有安定神志、蓄养精神的功效，可用于改善髓海不足、脑失充养所致的神呆虚惫、精神不振、嗜睡乏力等，适用于慢性神经系统疾病、慢性循环系统疾病、慢性消化系统疾病等。

（十二）收势导引

重复第四式“吐故纳新”的收势导引操作，进一步收摄精神，平复气机。

二、注意事项

1. 可在医生的指导下，按照中医理论辨证施功，重点练习其中的一式或多式动作。每式动作练习数遍或数十遍。每日可练 1 ～ 2 次，每次不超过 20 分钟。

2. 练功半小时前避免剧烈运动、文娱活动。

3. 练功时穿着宽松、柔软的衣服。

4. 过饥过饱时不宜练功。练习前尽量排空二便，练习过程中也不可久忍二便。

5. 练功前适当做松解关节经络的预备活动。

6. 练功后宜做温和的伸展活动，以进一步疏通气血；然后静坐静息片刻，让紊乱的气息平复。

7. 练功时避免直接吹风受凉，练功后不宜触碰冷水、食用冷饮。此时血液多流于体表，遇冷刺激会使血管骤缩，回心血量激增，易加重心脏负担，引发身体不适。

8. 暴风雨、雷鸣闪电天气时不宜练功，以免练功入静后受到惊吓。

9. 练功境界以微微汗出、症状缓解、心情愉悦为度。

（撰写人：沈晓东、许峰）

第九节　放松功

放松功是通过对身体姿势、动作、呼吸、心理的主动调节，以解除紧张、消除疲劳，使身心逐渐放松，进入松静、自然、舒适状态的一种功法。功法理论来源于中医理论，尤其是经络学说。如三线放松功吸收了经络学的理论，从上向下，沿身体的前面、侧面、后面依次放松，这些区域也正是身体重要经络循行的地方。放松功侧重精神内守，意导气行，与慢、细、匀、长的呼吸配合。

一、操作技术

分部放松功是放松功的一种，是有意识地将身体从上到下依次放松，结合默念“松”字，体会各部位放松感觉的方法。

三线放松功是将身体划分成侧面、前面、后面 3 条线，每条线上有 9 个放松部位和 1 个止息点，练功时沿此 3 条线路自上而下依次进行放松的方法。三线放松功是放松身心的基本方法之一。初学者练习此功，可以使意念集中，周身放松，达到缓解疲劳的效

果。长期坚持练习此功，放松的程度会不断增强，放松效果也会更加明显，可以使练习者精力充沛、心情愉悦。三线放松功是一种静功，动作、姿势比较简单，心理操作较为丰富，练习时需仔细体会。

放松功功法的气功功理依据的是中医经络理论等。放松功以疏通经络、调理气血为主要作用，可用于身心调节和日常保健，并可在医生指导下作为疾病稳定期或康复期的辅助调养方法。

（一）分部放松功

1. 调身

站式、坐式、卧式、行式均可，可根据自身情况选择。

收功：两手（男性左手在下，女性右手在下）叠放于肚脐（神阙穴）位置，做 3 次深呼吸，以吐故纳新，放松身心，最后静养片刻即可。

2. 调息

自然呼吸或腹式呼吸。

3. 调心

内心安静，按照头部、颈项部、胸背部、腰腹部、两下肢、两上肢、全身的顺序，分部位放松身体。放松每个部位时，默念“松”字 3 次，体会该部位放松。完成 1 遍后，保持身心安静、自然放松。

4. 操作提示

有意识地将身体从上到下、从内向外依次放松，结合默念“松”字，体会各部位舒展、松弛的感觉，以自然、舒适为度。

5. 功理与作用

该功法具有放松身心、通经达络、和调脏腑的功效，可用于改善睡眠、舒缓情绪及日常保健，也可在医生指导下用于心脑血管疾病、神经系统疾病稳定期或康复期的辅助调养。

（二）三线放松功

1. 调身

练习三线放松功的时候有多种姿势可供选择，可以站着练，可以坐着练，可以躺着练，也可以边走边练，分别称为“站式”“坐式”“卧式”“行式”。

站式：两腿分开，自然站立，以舒适为度。两足平行，与肩同宽，双膝微曲，膝盖不超出足尖，臀部向下坐，感觉自己好像是坐在凳子上。腰部伸展，不要挺肚子，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。双手可以自然放于体侧，也可以放在身体前面，掌心向内，像抱了一个球，或双手相叠，或合抱丹田。

坐式：①平坐式：臀部坐在凳子或椅子的外 1/3，不要坐满。凳子或椅子的高度与小腿长度相当。两足平行分开约与肩同宽，不要呈八字形，膝关节呈 90°，大腿与地面

平行，与上身呈 90°。腰要直，头要正，下颌微收，展胸拔背，颈部松直，两眼轻闭，口自然闭合，上下牙齿若即若离。两臂自然下垂，松肩垂肘，双手掌心向下，自然放于大腿上，或平放在小腹部，两肘自然弯曲，使两腋分开，不要夹紧。②靠坐式：坐在床上，背部垫起约 45°，头放正，颈部松直，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，足尖自然分向外侧，两臂自然放于体侧，双手掌心向内，或双手重叠放于丹田处。

卧式：①仰卧式：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，足尖自然分向外侧，两臂自然向下伸展，双手掌心向下放于体侧，或双手重叠放于丹田处。②侧卧式：侧卧于床，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。上方的掌心向下，放于髋部；下方手臂屈肘，掌心向上，放于耳前。左侧卧、右侧卧皆可，但人体心脏在左边，左侧卧时心脏在下面，容易受压，所以一般以右侧卧为多。

3 条线路具体如下。

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→两足→十个足趾。止息点是隐白穴。

第三条线：后脑部→后颈→背部→腰部→两大腿后→两膝窝→两小腿后→两足跟→两足底。止息点是涌泉穴。

意守丹田：3 条线上的所有部位全部放松完毕后，身体保持上一步的姿势不变。站式、坐式、仰卧式的双手相叠，放在丹田处，轻轻地意守下丹田 3 ～ 4 分钟。一般男性左手在内，女性右手在内，两手轻轻放在丹田处，不要用力按。侧卧式的姿势以右侧卧为例，左手轻轻放于下丹田处，右手置于耳前即可。左侧卧与之相反。行式操作时，两臂可以自然轻松摆动，也可以双手相叠，放在丹田处。除丹田外，也可以意守肚脐或命门穴。

咽唾收功：保持上一步的姿势不变，将口中唾液分 3 次轻柔咽下，不要用力，呼吸保持自然、柔和。咽完唾液后，两手相搓，做干洗面、梳头，以缓慢转动颈部、活动腰部等动作收功。

2. 调息

自然呼吸：接近我们平时生活中安静状态下的呼吸。练功时略微关注一下呼气。这时的呼吸比我们平时的呼吸略慢，一般来说 1 分钟 10 次左右，是一种略带意念的胸式呼吸。胸式呼吸的特点是呼吸时可见胸部起伏。

腹式呼吸：是在自然呼吸的基础上，经过长期锻炼，逐渐形成的一种呼吸形式，主要特点是呼吸时腹部起伏。根据起伏的方式又可细分为顺腹式呼吸与逆腹式呼吸。顺腹式呼吸，即吸气时腹部隆起，呼气时腹部收回。逆腹式呼吸，即吸气时腹部收回，呼气时腹部隆起。

发声呼吸：指呼气的同时配合发声。放松功常用的发声呼吸是在呼气时默念“松”。

三线放松功可采用自然呼吸或腹式呼吸。吸气时意守一个部位，呼气时默念“松”；吸气时再意守下一个部位，呼气时默念“松”，如此循环。

3. 调心

轻轻意守下丹田，保持周身放松。默念“松”字时，可留意默念的字音，或体会相应部位放松的感觉。

4. 操作提示

三线放松功是将身体分部位放松的一种方法。它将人体划分成侧面、前面、后面3条线路，每条线路又分为9个放松部位和1个止息点。练功时沿此3条线路自上而下依次进行放松。按顺序完成3线各部位的放松与意守，作为1个循环。每次可练1个循环，也可练2～3个循环。完整练习1遍三线放松功的时间应该不少于10分钟。三线放松功是放松功的基本方法之一。

该功法的姿势可采用站、坐、卧、行中的任意一种。侧卧位时，上面的侧线较容易放松，如果要放松下面的侧线，最好翻个身，更换一下体位。仰卧位时，后面的一条线路如果难以放松，可以选择侧卧位放松后面一条线路，等后面一条线路放松后，再恢复仰卧位。

5. 功理与作用

该功法具有疏通经络、调理气血、放松身心的功效，可用于日常保健，也可在医生指导下用于心脑血管、呼吸系统、消化系统、肌肉骨骼系统、感觉器官系统、神经系统疾病及精神心理相关疾病稳定期或康复期的辅助调养。

二、注意事项

1. 练前：可在医生或专业人员指导下，根据自身情况选择分部放松功或三线放松功，并选择适宜的练习姿势。

2. 练中：练习应循序渐进、量力而行。三线放松功可以完整练习1套，也可以根据需要只放松1条线路。如出现头晕、胸闷、心悸、气促等不适，应立即停止练习，必要时及时就医。

3. 练后：按相应功法的收功方法结束练习，动作轻缓，静养片刻。

（撰写人：陈昌乐、肖斌）

第十节　内养功

内养功是以吐纳为主的防治疾病、保健养生的功法，于明末清初流传至民间。20世纪40年代，经刘贵珍发掘、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。该功法强调呼吸停闭、气沉丹田、默念字句、舌体起落，具有使大脑静、脏腑动的锻炼特点。

一、操作技术

内养功初级静功包括 3 种姿势、2 种调息和 5 种意念松静的形式；中级静功增加了 4 种姿势、3 种停闭调息和 4 种意守内容。其要求形体放松、呼吸调和、心神恬静，能够起到培补元气、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

分为仰卧式、靠坐式、松静站立式。

（1）*仰卧式*　面部向上仰卧于床，枕头的高低以舒适为标准。双手轻松自然置于身体两侧，或双手相叠置于中脘部。两腿舒展伸直，足跟并拢，足尖自然分开。鼻吸鼻呼，两眼轻闭或微露一线之光，神不外驰。

（2）*靠坐式*　靠坐在沙发或床上，颈部和腰部需垫实，不可悬空。双手轻松置于沙发扶手上，或双手相握放于丹田部位。两腿自然屈曲或伸直，双眼轻闭，鼻吸鼻呼。

（3）*松静站立式*　两足平行分开与肩同宽，两膝微曲，松腰松胯，收腹敛臀。松肩虚腋，两臂在身体两侧自然下垂，指尖朝下。下颌微内收，百会穴朝天。两眼轻闭，鼻吸鼻呼。

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，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。

（1）*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，并配合以下 5 种“松静”的形式进行练习。

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，呼气时由上向下松降。余与上同。

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穴高度，配合呼气由头顶百会穴向足部松降。如进行特殊部位练习，即配合吸气从此部位的底线高度向顶线高度上升，配合呼气从顶线高度向底线高度松降。余与上同。

4）开合法：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：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、病气散泄出去，肌体随之放松。

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，位于小腹内，轻轻意守 5 ～ 10 分钟，可养形养神、培补元气。

4. 操作提示

无论是顺腹式还是逆腹式，均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。无论是活位意守还是定位意守，均应做到似守非守。

5. 功理与作用

初级功可为中级功练习打下快速放松、快速入静的基础，同时可作为预备功、矫正功进行应用。针对一些疾病，其亦可作为正功进行应用。初级功能有效促进身心放松，培育丹田元气，调畅气机。

（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。向右侧卧于床上，头的高低用枕调节，以舒适为标准。上身在保持自然生理曲度的基础上，呈含胸拔背状。右臂自然屈曲，五指舒伸，掌心向上，置于面前枕上，距面部 1 拳左右；左臂自然伸直，掌心向下，放于同侧髋上。右腿自然舒伸，左腿屈曲呈 120°，两膝相叠。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。

（2）尾高位式　在仰卧式基础上，将臀下用物垫高 10cm 左右。亦可两腿屈曲，两足向臀部收回并平行分开与肩同宽，两膝相靠，呈一立体三角形。

（3）平坐式　平坐在没有靠背的凳子上，两足平行分开与肩同宽，小腿与地面垂直，膝关节屈曲呈 90°。松肩垂肘，两手掌心向下自然放于两大腿上。胸微内含，脊背自然竖起，下颌内收，百会穴朝天。鼻吸鼻呼，两眼轻闭或微露一线之光，神不外驰。

（4）壮式　仰卧于床，枕头垫高到 25 ～ 30cm，肩背随之垫实而呈一坡形。两手掌心向内贴于两大腿的外侧。两腿舒伸，两足并拢，足尖上翘。

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　亦称不平衡式呼吸法，包括软呼吸法、硬呼吸法、双补法。辨证练习此法，以调整体内阴阳失衡的现象。

1）软呼吸法（滋阴法）的呼吸运动形式为吸 – 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）的呼吸运动形式为吸 – 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）双补法的呼吸运动形式为吸 – 停 – 吸 – 呼。先吸少量的气，后行一定时间的闭气，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”，即伴随停闭呼吸进行舌抵上腭的起落运动。

1）舌动与软呼吸法的配合：吸气时舌抵上腭，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：吸气时舌抵上腭，停闭时舌抵上腭不动，呼气时舌落下。

3）舌动与双补法的配合：吸气即舌抵上腭，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 1 个字，其余的字在停闭时默念。

1）默念字句与软呼吸法的配合：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）默念字句与硬呼吸法的配合：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）默念字句与双补法的配合：此法配合有多种形式，以默念 3 个字为宜，即吸、停、吸各念 1 个字，呼气时徐徐呼出。

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）意守涌泉　意守两足涌泉穴，或闭目默想足大趾的形象。

（3）意守膻中　意念轻守两乳之间的膻中穴。

（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。

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 30 ～ 60 分钟。

收功：将两手搓热后浴面、摩腹，结束练功。

4. 操作提示

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。舌动练习时，口腔会产生大量的唾液，需平心静气、徐徐咽下，意想唾液送入丹田。无论意守何处，都应做到似守非守，绵绵若存，顺其自然。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。

5. 功理与作用

该功法具有滋阴补阳、调补气血、协调脏腑的功效，能培补真元、调整阴阳失衡，可用于多种慢性病的防治和康复。

二、注意事项

1. 可在医生指导下，按照中医理论辨证施功，重点选择其中某几种呼吸或意守法。每次练功 30 ～ 60 分钟，每日 3 ～ 5 次，3 个月为 1 个疗程。

2. 练功前半小时避免剧烈运动、文娱活动。

3. 穿着宽松、柔软的衣物。

4. 过饥过饱时不宜练功。练习前尽量排空二便，练习过程中也不可久忍二便。

5. 停闭呼吸、默念字句均要掌握好练习的火候，以不憋气为度。一旦出现憋气不适，立即改用初级功松静法调节矫正。

6. 舌动练习时，口腔会产生大量唾液，需平心静气、徐徐咽下，意想唾液送入丹田，不可吐弃。

7. 无论意守何处，都应做到似守非守，绵绵若存，不可执着强求。

8. 姿势选择上，除侧卧式应以右侧卧为主（胃黏膜脱垂者除外）和针对脏器下垂选择尾高位式及练功后期增加壮式外，其他姿势均可根据爱好、条件、环境进行选择。

9. 练习时需将姿势、意守、舌动、默念、停闭呼吸协调统一，循序渐进。难以入静者先练默念，消化不良者先练舌动，两者均困难者先单纯练习停闭呼吸。

10. 练功后静养片刻，避免立即触碰冷水、食用冷饮，避免吹风受凉。

11. 暴风雨、雷鸣闪电天气时应减少练功，以免入静后受到惊吓。

12. 练功效果以微微汗出、症状缓解、心情愉悦为度。

（撰写人：肖远德）

第十一节　强壮功

强壮功是根据古代儒、释、道、医、武多家练功方法整理综合而成，也是传统内丹术的筑基功法，具有养气壮力、培肾固本、健体强身的功效。

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，两手上下互握，也可将一手置于另一手手心上，放在小腹前的大腿上。

（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。余同自然盘膝坐。

（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之上，两小腿交叉，两足心向上，置于两侧大腿上。余同自然盘膝坐。

（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，前臂微屈。两手拇指与其余四指分开如抱球状。两目轻闭，鼻吸鼻呼，下颌微内收，百会穴朝天，含胸拔背，收腹敛臀。中架站桩除两手臂在腹前（中脘穴高度）抱球与高架站桩不同外，其余均与高架站桩同。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，其余均与高架站桩同。

（5）自由式　没有固定姿势，可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、不拘形式地放松身体、调整呼吸、意守丹田，以达到解除疲劳、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。通常采用鼻吸鼻呼的形式，舌尖轻抵上腭。患鼻部疾病者可鼻吸口呼。

（1）静呼吸法　采用自然呼吸，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　采用深长的胸腹混合呼吸，吸气时胸腹部均隆起，呼气时胸腹部均回落。

（3）逆呼吸法　吸气时胸部扩张，腹部回缩；呼气时胸部还原，腹部充盈膨隆。

3. 调心

以意守法为主，也可以用存想法。

（1）意守　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。二是意守膻中：以膻中穴为中心，自己拳头大小的范围，位于胸腔内。三是意守中脘：以中脘穴为中心，自己拳头大小的范围，位于上腹内。

（2）存想　以形象具体的方法意想一个自己需要的寒热温凉的环境，以调节温凉寒热。如阳虚患者，可意想小腹内有太阳、火球；阴虚患者，可意想小腹内有山泉、小溪。

4. 操作提示

1. 意守调心时，意念勿过重，做到似守非守，绵绵若存，以免出偏。

2. 深呼吸法需在自然呼吸的基础上，使呼吸逐渐达到深长、静细、均匀的程度，不能急于求成，且不宜在饭后进行。

3. 逆呼吸法也需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，且饭后不宜练习。

4. 站式练功应遵循循序渐进的原则。初期，两膝微屈，随着体能逐步提升，可逐渐加大屈膝幅度；至功力纯熟时，可降至大腿接近水平位，突出壮力强身效果。

5. 强壮功练习，以每次 15 ～ 60 分钟为宜，每天可练 1 ～ 3 次，以舒适、愉悦为度。

5. 功理与作用

强壮功具有养气壮力、培肾固本、健体强身的功效。

二、注意事项

1. 站式练习在室内外进行均可，宜选择空气新鲜、光线适宜、环境安静的地点，以利于入静。暴风雨、雷鸣闪电天气时应减少练功，以免练功入静后受到惊吓。

2. 练功时避免风吹后枕、颈背部。在寒冷环境中练功，宜衣着温暖，避免风寒外袭。

3. 练功时宜穿着宽松服装，促进气血流通。

4. 过饥过饱时不宜练功。练习前尽量排空二便，练习过程中也不可久忍二便。

（撰写人：刘刚）

第十二节　养气健目功

养气健目功是在“养气功”的基础上，以中医学“经络论”“气化论”“五轮学说”为核心理论依据，结合长期临床实践经验，依据人眼生理结构与病理变化特点，专门针对各类眼部疾病创编的一套自我调理、治疗眼病的传统养生功法。该功法动静结合、简单易学，通过调身、调息、调心相结合的练习方式，疏通眼部及全身经络、调和脏腑气血，能够有效改善眼部功能，养护双眼健康，适配各类眼部不适及眼病的调理康复。

一、操作技术

养气健目功包含预备式、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、调整视力及收功十大环节。整套功法练习全程需遵循“松、静、自然”的核心原则，吐字行气不憋气，恪守“气尽式成”的练习标准，完整练习 1 遍时长约 15 分钟。

（一）预备式

1. 调身

动作 1：双足平行站立，与肩同宽，头颈端正，项部竖直，双目轻垂帘，双唇自然轻合，舌尖轻抵上腭。

动作 2：双臂自然下垂于身体两侧，周身放松，含胸拔背，敛臀松腰，双膝自然松弛，全身体态中正安舒。

2. 调息

采用自然呼吸，保持呼吸均匀、平稳、绵长，无须刻意调控气息。

3. 调心

清空头脑杂念，心神内敛专注，将意念轻柔集中于双眼，静心体会眼部放松、舒缓的状态。收心敛神，摒除杂念，意念轻守双眼，专注眼部放松状态。

4. 操作提示

全程保持体态端正，周身肌肉、关节充分放松，身心合一，宁静平和，摒弃浮躁情

绪，为后续练功奠定基础，平稳地从日常状态过渡至练功状态。

5. 功理与作用

该式具有调和周身气机、放松身心肌群的功效，可疏通体表经络，宁心安神，快速放松眼部肌群，调整身心状态，帮助人体平稳进入练功状态，为整套功法气血运行、眼部调理筑牢基础。

（二）起式

1. 调身

动作 1：双臂从身体两侧徐徐向上抬起，掌心朝下，抬至腕部与肩部平齐。

动作 2：以肘关节为轴，前臂向外旋转，翻转掌心向上，沉肩坠肘，双臂向内划弧，收至鼻与眉心之间，双手手指相对，呈抱球状。

动作 3：双手抱球姿态从胸前徐徐下落至腹前，双臂自然放松下垂，恢复预备式体态。

每节主功练习前需做 1 次起式，整套动作重复舒缓连贯，全程足跟不离地。

2. 调息

全程自然呼吸，气息平稳舒缓，与肢体动作自然配合，不刻意憋气、换气。

3. 调心

心神清净无扰，意念随肢体起落，专注周身气机舒展、眼部气血渐畅的状态。

4. 操作提示

整套动作需沉肩、坠肘、松腕，肢体开合舒缓、连贯流畅，无僵硬顿挫感，站立重心稳定，足跟始终贴合地面，体态中正不歪斜。

5. 功理与作用

该式具有疏导周身气机、调和气血运行的功效，可疏通肩颈、胸腹部经络，唤醒眼部气血循环功能，衔接预备式与各主功招式，起到承上启下的调理作用。

（三）第一式　疏肝明目

1. 调身

动作 1：双手手背相对，除拇指外其余四指自然向下，从腹股沟急脉穴处出发，沿肝经循行路线向上提拉，至第一肋间隙中府穴处，沉肘展臂，双手掌心向上，充分舒展胸廓。

动作 2：双目微闭，双唇轻合，舌尖抵上腭，双臂向面部缓缓合拢，双手轻覆于双眼之上，使掌心劳宫穴精准对准瞳孔。

动作 3：双手沿胃经循行路线顺势拂面而下，经胸前下行，四指翻转朝下、拇指相对，推送至下腹部后双手分开，自然垂落于体侧，恢复预备式。

整套动作反复练习 6 次。

2. 调息

动作上行提拉时，轻声读“嘘（xū）”字吐气；覆眼静置、拂面下行阶段，保持自

然呼吸。

3. 调心

上行吐字时，意想气机从足大趾外侧起始，沿肝经循行路线顺腿部内侧上行至胸部，衔接肺经后沿肺经直达拇指指端；双手覆眼时，意想气机沿手臂外侧汇聚于双眼，默念“眼睛湿润”，匀速数至 6，静心感受眼部温润放松；拂面下行时，意想气机沿胃经循行路线，经腿部外侧下行至第二趾厉兑穴，气机顺畅沉降。

4. 操作提示

诵读“嘘”字时，双目自然瞪圆，双唇轻合，嘴角横向绷紧，吐气均匀绵长；肢体循经络运行时，动作轻柔舒缓，贴合经络走向，全程保持身体中正，气机疏导有序。

5. 功理与作用

该式具有疏肝理气、疏通经络、清泻肝火的功效，可疏通肝经、胃经、肺经及眼部瘀滞气血，调节眼部微循环，可用于防治肝郁气滞、肝火上炎引发的眼干、眼涩、视物模糊等眼部不适。

（四）第二式　安神养目

1. 调身

动作 1：双手掌心向内，沿脾经循行路线向上提拉，经腹部、胸部上行，随后翻转掌心向外，双手中指精准对准外眼角位置。

动作 2：双唇轻合，舌尖抵上腭，沉肩坠肘，双臂向内旋至面部前方，双手轻覆双眼，劳宫穴正对瞳孔。

动作 3：双手缓缓离开眼部，用小指轻柔揉按内眼角睛明穴 3 次；随后双手呈梳头状，向上推至发际、头顶，再沿后脑、后背膀胱经循行路线下行，经臀部后双手分开，自然垂于体侧。

整套动作反复练习 6 次。

2. 调息

上行对穴时，轻声读“呵（hē）”字吐气；覆眼静置、揉按下行阶段，保持自然呼吸。

3. 调心

上行吐字时，意想气机从足大趾内侧沿脾经循行路线，经腿部内侧上行至胸腹，衔接心经后沿手臂内侧直达小指指端；覆眼养气时，意想气机沿手臂外侧汇聚双眼，默念“眼睛湿润”，数至 6，体会眼部舒缓温润；下行归位时，意想气机沿膀胱经循行路线，经头、背、臀、腿部外侧，直达足小趾，气机通透通畅。

4. 操作提示

诵读“呵”字时，口腔半张，唇部放松，吐气柔和均匀；揉按睛明穴力度轻柔舒缓，切勿用力按压；经络行气贴合循行路线，身心放松、意念专注。

5. 功理与作用

该式具有健脾养心、安神定志、疏通经络的功效，可疏通脾经、心经、膀胱经气

血，滋养眼部经络与视神经，养护眼底功能，可用于防治心神不宁、气血亏虚引发的视疲劳、视物昏花、眼目干涩等问题。

（五）第三式　强肾健目

1. 调身

动作 1：双手置于背部肾俞穴处，掌心朝外，除拇指外其余四指朝下，双手向上提拉，经肾俞穴上行至胸部锁骨下缘俞府穴，随后向前平伸划弧，掌心朝内在胸前抱圆，同时屈膝缓缓下蹲，双臂随之下落。

动作 2：双唇轻合，舌尖抵上腭，翻转掌心向上，双手托举至面部，轻覆双眼，劳宫穴对准瞳孔。

动作 3：双手从头部两侧沿胆经循行路线，经颈部、肩部、胸部、臀部外侧缓缓下行，最终自然垂于体侧，恢复预备式。

整套动作反复练习 6 次。

2. 调息

上行抱圆、屈膝下蹲时，轻声读“吹（chuī）”字吐气；覆眼养气、下行归位阶段，保持自然呼吸。

3. 调心

吐气行气时，意想气机沿腿部内侧上行，贯通脊柱，补益肾气，在胸部衔接心包经，沿手臂内侧直达中指中冲穴；双手覆眼时，意想气机沿三焦经汇聚于眉梢丝竹空穴及双眼，专注眼部，默数 1 至 6，体会眼部发热、湿润、轻松的状态；下行归位时，意想气机沿胆经循行路线，经腿部外侧下行至第四趾足窍阴穴，肾气充盈，气机顺畅。

4. 操作提示

诵读“吹”字时，口唇噘起，形似吹箫，吐气绵长深沉；下蹲、托举、下行动作连贯协调，松紧有度，意守肾脏与双眼，注重肾气滋养双目。

5. 功理与作用

该式具有补肾固本、填精养目、疏通经络的功效，可疏通肾经、胆经、三焦经经络气血，补益肾精，滋养眼部精血，强健眼底功能，可用于防治肾精亏虚引发的视物昏花、视力减退、眼目无神等问题。

（六）第四式　转颈运目

1. 调身

动作 1：头颈端正，双眼自然睁开，面部平稳转向右肩上方，目光向肩后远眺，舒展颈眼经络。

动作 2：缓慢低头，由右向左平稳转动，随后仰头自左向右缓慢转动，带动眼球同步转动。

动作 3：反向重复上述动作，完成逆时针方向头颈、眼球转动。顺时针、逆时针各转动 6 圈。

整套动作反复练习 6 次。

2. 调息

全程自然呼吸，气息平稳，与头颈转动动作自然配合。

3. 调心

意念专注双目，跟随头颈、眼球转动，体会眼周经络舒展、气血流通的状态。

4. 操作提示

头颈转动速度缓慢自然，切忌快速、用力扭转，眼球随颈部转动同步平稳转动，无须刻意单独转眼。视网膜脱落、玻璃体严重混浊患者禁止练习本式，避免加重眼部损伤。

5. 功理与作用

该式具有疏通颈眼经络、放松眼肌的功效，可改善颈部及眼部血液循环、调节睫状肌张力，可用于防治颈肩僵硬、眼肌疲劳，改善眼球调节功能，提升眼部灵活度。

（七）第五式　五轮滋目

1. 调身

动作 1：双目轻垂帘，食指、中指、无名指并拢，轻柔点按下眼眶穴位，重复 4 次。

动作 2：三指移位，轻柔点按外眼角穴位，重复 3 次。

动作 3：继续点按上眼眶穴位，重复 4 次。上述整套眼眶点按动作循环 6 次。

动作 4：食指、中指、无名指并拢，向上推入发际 5 分处，轻柔点按穴位 3 次。

动作 5：用无名指精准点按眉头下方凹陷处睛明穴，重复 6 次。随后双手沿膀胱经循行路线缓缓下行，自然垂于体侧，恢复预备式。

2. 调息

全程自然呼吸，均匀舒缓，配合轻柔点按动作。

3. 调心

意念专注眼周穴位，跟随点按节奏静心凝神，体会眼周气血充盈、温润舒缓的状态。

4. 操作提示

所有点按动作均轻柔缓慢、力度均匀，切忌暴力按压；全程意念集中于眼部，专注感受穴位刺激与眼部变化，身心放松、不急不躁。

5. 功理与作用

该式依据中医五轮学说创编，具有疏通眼周经络、滋养眼部肌理的功效，可改善眼部微循环、促进眼部新陈代谢、滋养视神经，可用于防治眼周肌肉僵硬、干涩酸胀等眼部不适。

（八）第六式　真气运目

1. 调身

动作 1：右手轻放于丹田位置，用左手依次捏按右手少冲穴、中冲穴、劳宫穴、合谷穴，每穴各 6 次。

动作 2：换手操作，用右手以相同手法、次数捏按左手对应穴位。

动作 3：双手食指精准点按面部迎香穴，重复 6 次。

动作 4：双手拇指点按耳根凹陷处上方 1 寸翳明穴，重复 6 次。

动作 5：双手拇指点按后颈风池穴，重复 6 次。

动作 6：双手拇指与食指相对，轻柔捏揉双侧耳垂，重复 6 次。

全套动作连贯完成。

2. 调息

全程自然呼吸，气息平稳绵长，无须刻意调控。

3. 调心

心神内敛、意守双目，专注周身真气汇聚眼部，滋养眼底经络与神经。

4. 操作提示

穴位捏按、点揉力度轻柔适中、均匀到位，取穴精准。练习过程中眼部出现发热、流泪、酸胀、轻微刺痛等感受，均为气血疏通的正常反应，无须紧张。

5. 功理与作用

该式具有疏通周身经络、调动真气上行的功效，可激活头面、眼部穴位与神经功能，疏通头颈部气血瘀滞，改善脑部及眼部供血供氧，可用于防治视疲劳、视物模糊等问题，提升视物清晰度。

（九）第七式　调整视力

1. 调身

动作 1：双眼缓缓用力睁大，眼球放松，极力远眺，保持体态端正、眼球稳定。

动作 2：远眺片刻后，双目缓缓垂帘闭合，放松眼部。

整套开合远眺动作重复 3 次。

2. 调息

全程自然呼吸，睁眼远眺、闭目放松时气息平稳自然。

3. 调心

远眺时意守双目，凝神清亮；闭目时意在气机沉降归原，调和周身气血。

4. 操作提示

睁眼远眺时，眼球保持稳定、尽量不转动，最大程度放松睫状肌；动作舒缓有度，心神专注，不浮躁、不松懈。

5. 功理与作用

该式具有调节眼部肌群、激活视神经的功效，可改善眼球调节能力、缓解屈光疲劳，可用于防治视物模糊、视力下降等问题，助力视力调理恢复。

（十）收功

1. 调身

动作 1：周身完全放松，双手掌心重叠（男性左手在上，女性右手在上），轻轻敷

于肚脐丹田位置，双目闭合，静养 3 分钟左右。

动作 2：静养结束后，双手缓缓从腹部移开，自然垂落于身体两侧，恢复自然站立体态。

2. 调息

全程自然深呼吸，气息均匀绵长，逐渐平复周身气机，归稳元气。

3. 调心

意守下丹田，静心养气，意在气机归原、气血平和，稳固双目清爽状态。

4. 操作提示

收功全程心平气和、体态安详，周身肌肉、经络充分放松，静心静养，使练功状态的活跃气机逐步平复，平稳回归日常状态。

5. 功理与作用

该式具有引气归原、固本养气、调和周身气机的功效，可巩固眼部调理效果，放松身心与眼部肌群，帮助身体平稳恢复常态，留存清目安神的作用。

二、注意事项

（一）练前注意事项

1. 选择整洁、安静、光线柔和的环境练功，避免在强光、昏暗、风大、阴冷环境下练习，减少眼部刺激。

2. 练功前半小时避免剧烈运动、过度用眼、情绪躁动，保持身心平和。

3. 练功前尽量排空大、小便，不可憋尿、憋便，保证练功时周身气机通畅。

4. 穿着宽松、柔软、透气的衣物练功，保障周身气血流通。

5. 过饥、过饱、过度疲劳时不宜练功。练功前可轻柔放松眼周、颈肩经络关节，唤醒机体功能。

（二）练中注意事项

1. 全程恪守“松、静、自然”的核心原则，吐气行气不憋气，肢体动作不僵硬，舒缓连贯。

2. 练功以眼部温润舒适、周身微微放松、神清气爽为度，不可过度用力、刻意强求练习效果。

3. 孕期、经期妇女及体质虚弱者，需减少练功次数，避免刻意意守丹田、长时间吐气行气。

4. 可在专业医生指导下，根据自身脏腑病症、眼部问题辨证选练单节功法，按需增加练习次数，每日可练习 1 ～ 2 次，单次练习时长 15 分钟左右。

（三）练后注意事项

1. 练功结束后应静心收功静养，切勿立刻揉搓双眼、触碰冷水、吹风受凉。

2. 眼部术后恢复期人群，需严格遵从医嘱，减量练习或暂停练习本功法。

（撰写人：马琦）

附：本章推荐阅读

一、五禽戏

1. 夏克平 . 华佗五禽戏［M］. 北京：人民卫生出版社，2016.

2. 黄健 . 中国医学气功学会推荐功法：第一辑［M］. 北京：中国中医药出版社，2017.

二、六字诀

刘天君，章文春 . 中医气功学［M］. 第 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016：94–97.

三、易筋经

1. 刘天君，章文春 . 中医气功学［M］. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016.

2. 方春阳 . 中国气功大成［M］. 长春：吉林科学技术出版社，1989.

四、八段锦

团体标准《八段锦》（T/CACM 1676—2026）

五、五行掌

1. 刘天君，章文春 . 中医气功学［M］. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016.

2. 黄健 . 中国医学气功学会推荐功法：第一辑［M］. 北京：中国中医药出版社，2017.

六、保健功

1. 刘天君，章文春 . 中医气功学［M］. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016.

2. 黄健 . 中国医学气功学会推荐功法：第二辑［M］. 北京：中国中医药出版社，2019.

七、站桩功

刘天君，章文春 . 中医气功学［M］. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016.

八、回春功

1. 沈新炎，靖玉仲 . 回春功与抗衰老［M］. 北京：科学出版社，1994.

2. 沈新炎 . 回春功（上）[M]. 北京：科学出版社，1999.

3. 王泰东 . 延年有法，回春有术：王泰东医学气功汇编 [M]. 上海：上海浦江教育出版社，2017.

九、放松功

1. 刘天君，章文春 . 中医气功学 [M]. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016.

2. 陈昌乐 . 中华传统经典养生术：放松功（汉英对照）[M]. 上海：上海科学技术出版社，2015.

3. 黄健 . 中国医学气功学会推荐功法：第一辑 [M]. 北京：中国中医药出版社，2017.

十、内养功

1. 刘贵珍 . 气功疗法实践 [M]. 石家庄：河北人民出版社，1957.

2. 刘天君，章文春 . 中医气功学 [M]. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016.

十一、强壮功

1. 刘贵珍 . 气功疗法实践 [M]. 石家庄：河北人民出版社，1957.

2. 刘天君，章文春 . 中医气功学 [M]. 4 版 . 北京：中国中医药出版社，2016.

十二、养气健目功

1. 马栩周 . 养气健目功 [M]. 北京：中国审计出版社，1996.

2. 马栩周 . 马栩周眼病锤疗法 [M]. 北京：人民体育出版社，1996.

第十一章　其他类技术

第一节　蜂疗技术

蜂疗技术，广义上指使用蜜蜂的蜂针或蜂产品（如蜂蜜、蜂胶、蜂王浆、蜂蜡、蜂毒制剂等）治疗疾病的技术；狭义上指利用蜜蜂尾部蜇刺器官（蜂针）刺激人体经络、皮部，通过蜂针的物理刺激及蜂针液的理化作用防治疾病的技术，具体见图 11–1。蜂疗技术在中国有两千多年的临床应用历史，是具有针、药双重作用的复合型中医特色针刺技术。“药”是指蜂针蜇刺器官所含的蜂针液，是蜂疗临床应用广泛与疗效独特的物质基础与主要因素，也是蜂疗区别于其他疗法的最大优势。蜂疗技术临床操作简单，疗效确切，具有简、便、廉、验的特点。

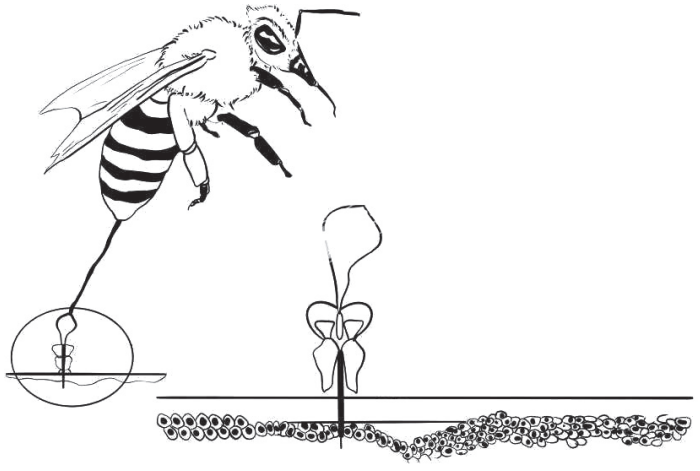


图 11–1　蜂疗技术示意图

一、常用物品及基本操作方法

（一）常用物品

1. 成年蜜蜂及蜂盒

一般选取中华蜜蜂或意大利蜂，以 15 日龄以上者为佳。盛放蜜蜂一般使用带有通风孔和取蜂口的透明塑料盒或有机玻璃盒。

2. 镊子

3. 备药

氯雷他定片，10mg/ 片；苯海拉明注射液，20mg/ 支；盐酸肾上腺素注射液，1mg/ 支；地塞米松注射液，5mg/ 支。

（二）基本操作方法

1. 消毒

对操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 皮试

以下人群均需要进行皮试：第一次接受蜂疗的患者，间隔 1 个月以上再次行蜂疗的患者，接受不同种类蜜蜂进行蜂疗的患者，既往有蜜蜂、胡蜂蜇伤过敏者，过敏体质的患者、儿童等。

（1）皮试部位选取原则　皮试部位一般选取远心端或不影响皮肤美观的隐蔽部位，例如腰阳关等腰部穴位或部位。若患者不介意色素沉着等影响皮肤美观因素，可选用双侧足三里。皮试时，应避开下列部位：血供丰富部位，如头颈部、手部；痛觉敏感部位，如指尖、会阴部；皮肤疏松部位，如阴囊；感染、溃疡等处。此外，可选择在病灶部位进行皮试，例如局部疼痛部位。

（2）方法与步骤　患者取合适体位，对皮试部位用 75% 医用酒精常规消毒，取 1 ～ 2 只蜜蜂，采用点刺、散刺或减毒蜂刺法操作，蜇刺后立即拔除蜂针。

操作完成后留观 30 分钟。若出现以下阳性指征，可采用减毒蜂刺法、散刺法等进行脱敏蜂疗，待不再出现阳性反应后，再逐步将蜂疗用量增加至治疗量：①蜂疗部位丘疹直径大于 5cm，或红肿直径大于 10cm，或出现伪足、水疱；②蜂疗部位瘙痒严重，患者难以忍受；③蜂疗后出现急性过敏反应，如局部或全身荨麻疹、恶寒怕冷、四肢乏力、血压下降、头晕、结膜红肿、视物模糊、呼吸不畅、恶心、呕吐、胸闷、心悸、腹痛、腹泻等。若进行脱敏蜂疗法 10 次以上仍出现严重过敏反应，应停止蜂疗。

皮试结果为阴性的患者，可开展蜂疗。

3. 蜂疗穴位（部位）选取方法

（1）近部选穴　在病灶局部及邻近部位取穴，这是蜂疗首要的取穴原则。蜂针液中的透明质酸酶可促进蜂针液在局部组织中渗透扩散，从而直达病灶，发挥疗效。例如，可选取局部疼痛部位的阿是穴，以及囊肿、脂肪瘤等病灶所在部位。

（2）远部选穴　远部选穴遵循阴阳、五行、脏腑、经络理论，包括循经取穴、同名经取穴等，例如胃病取足阳明胃经的足三里穴，腰背痛取足太阳膀胱经的委中穴，肝郁气滞取足厥阴肝经的太冲穴与手厥阴心包经的内关穴。

（3）随症选穴　针对特定症状选取对应功效的穴位，例如发热选取大椎穴，筋脉类疾病选取阳陵泉穴。

4. 蜂疗技术操作方法

（1）点刺法　用镊子或拇指、食指夹取活蜂，使尾部的蜂针接触消毒过的治疗穴位

或部位。因蜜蜂的防卫特性，其会主动将蜂针刺入。移开蜜蜂后，将蜂针留在治疗部位约 30 分钟，等待蜂针液基本注入人体；也可在蜂针刺入后，用镊子挤压毒囊，加快蜂针液注入人体。根据病情需要决定留针时间，控制蜂针液的注入量。

（2）散刺法

镊子夹取活蜂的蜂针，在治疗穴位或部位进行轻浅的针刺，短暂停留；或镊不离针，随刺随拔，1 支蜂针可针刺多个穴位或部位。散刺法的针刺力度轻，蜂针液吸收量少，痛感轻，适合疼痛耐受度低、易过敏体质的患者。

（3）减毒蜂针法　夹取活蜂，用镊子或棉签减少蜂针的蜂毒液，再将蜂针刺入；或在治疗穴位放置薄层纱布作为隔垫，再行蜂针刺入；或将蜂针刺入治疗穴位或部位后，即刻用镊子拔除蜂针。上述方法可减少蜂针液的注入，减少局部疼痛，适合儿童或疼痛耐受度低的患者。

（4）丛集点刺法　将数只或数十只蜂针刺入同一治疗穴位或部位。特点：增加局部蜂针液的注入量，提高局部治疗效果。该法适用于局部疼痛部位、囊肿、脂肪瘤、肿瘤部位等，应用时可考虑逐渐增加每次蜂疗的量，可以提高临床疗效。

（5）护蜂针刺法　蜂针刺入后，用镊子将蜂针从人体拔出并使其不脱离蜂体，避免蜜蜂死亡。

二、主要适应证

1. 神经痛、重症肌无力、帕金森病、脑卒中后遗症、冠心病、静脉血栓、血栓闭塞性脉管炎等神经、血管疾病。

2. 风湿性关节炎、类风湿关节炎、多发性硬化症、小儿反复呼吸道感染、变应性鼻炎等免疫紊乱疾病。

3. 颈椎病、颈肩综合征、肩关节周围炎、筋膜炎、滑膜炎、跟腱炎等骨科疾病。

三、禁忌证

1. 对蜂疗技术严重过敏者。

2. 心肺功能衰竭、肝功能不全、肾衰竭者。

3. 凝血功能障碍、脑出血急性期、急性消化道出血及女性月经期者。

4. 高血压危象患者。

5.1 岁以内婴幼儿、妊娠期或者哺乳期妇女。

四、注意事项

1. 由于蜂针液成分复杂，且不同患者体质存在差异，蜂疗过程中可能出现过敏反应，或晕针、发热等不适。在蜂疗适应期，蜂疗部位及相关部位也可能出现皮疹、红肿疼痛、瘙痒、色素沉着、淋巴结肿大等反应。蜂疗前应充分向患者及家属告知治疗利弊，若患者病情较重、需长期开展蜂疗，还应签署知情同意书。

2. 避免让患者在空腹、饥饿、劳累状态下接受蜂疗，以免诱发过敏反应或晕针。

3. 针刺时尽量避开大血管及神经附近区域，避免引发出血或组织损伤。

4. 蜂疗后局部皮肤反应及处理措施：①若出现过敏反应，首先拔除蜂针，再根据患者症状的严重程度与紧急情况给予抗过敏药物治疗：若皮疹出疹慢、范围小，可让患者口服 10mg 氯雷他定片，并密切监测症状变化；若症状明显，出现全身皮疹、结膜红肿、咽喉水肿、呼吸不畅等表现，应即刻给予 20mg 苯海拉明注射液肌内注射，或 5mg 地塞米松注射液肌内注射。苯海拉明既可治疗过敏，又可拮抗蜂毒毒性，为过敏首选用药，用药后数分钟至半小时内即可明显缓解症状。若患者出现血压下降、意识模糊等过敏性休克表现，应即刻给予 1mg 盐酸肾上腺素注射液皮下注射，按照过敏性休克抢救流程开展救治。②蜂针刺入皮肤后，受蜂针倒钩的机械刺激，以及蜂针液中蚁酸、有机酸等物质的化学刺激，局部会出现明显疼痛，疼痛一般维持 1 ～ 2 分钟。疼痛程度与患者耐受度、留针时间、局部痛觉神经敏感度有关，同一部位多次接受蜂疗后，疼痛感受可明显减轻。多数情况下无需特殊处理，无法耐受疼痛者可局部外用止痛药，如扶他林软膏。③受个人体质、蜂针留针时间、针刺部位、针刺次数、用药史等因素影响，大部分患者会在蜂针刺入 3 ～ 5 分钟后出现苍白色、淡红色或红色斑丘疹，伴随局部皮肤红肿、皮温升高，可外用芦荟胶缓解症状。多次接受蜂疗或正在服用激素类药物的患者，此类症状较为轻微，甚至不会出现。④初次接受蜂疗后的数天内，患者局部可能出现瘙痒，可外用芦荟胶或止痒类药膏缓解。⑤蜂针液经淋巴液吸收后，可能导致局部淋巴结或回流通路的淋巴结肿大，大多无需特殊处理。⑥色素沉着无需特殊处理，持续时间因人而异，一般会在 6 ～ 12 个月内自行消退。

五、临床应用举例

（一）痹证（风湿性关节炎）

行痹取穴风门、膈俞、肝俞；痛痹取穴肾俞、命门；着痹取穴脾俞、足三里、阳陵泉；热痹取穴大椎、曲池。除阿是穴外，局部辨证取穴常用穴位如下：膝关节取犊鼻、梁丘、阳陵泉、膝阳关、委中；踝关节取申脉、照海、昆仑、丘墟、三阴交；肩关节取肩髃、肩髎、臑俞、天宗；肘关节取曲池、尺泽、肘髎；腕关节取阳池、阳溪、外关、腕骨；髋关节取环跳、居髎、次髎。

操作时选用点刺法或丛集点刺法，蜂疗用量从每次 1 ～ 2 只蜂开始逐渐增加，具体用量可根据病变部位范围、患者对蜂疗的耐受程度酌情调整，蜂疗频率为每周 2 次，4 周为 1 个疗程。

（二）小儿咳嗽（上呼吸道感染）

儿童患者均需先完成蜂疗皮试。通常采用减毒蜂针法，完成操作后观察 30 分钟，若局部红肿直径在 2cm 以内，且未出现急性过敏反应，方可开展蜂疗。

取穴为双侧足三里、双侧肺俞、双侧脚后跟。治疗时同样采用减毒蜂针法：夹取活蜂后，用镊子或棉签减少蜂针中的蜂毒液，再将蜂针刺入；也可在蜂针刺入治疗穴位或

部位后，即刻用镊子拔除蜂针。蜂疗用量从每次 1 只蜂、1 处穴位开始逐渐增加，取穴从远心端穴位开始。1 ～ 2 岁幼儿选双侧脚后跟，2 岁以上患儿可选双侧足三里，交替开展蜂疗，每周 1 ～ 2 次。

蜂疗 5 次后，若未出现过敏反应，可同时选取双侧足三里进行蜂疗；蜂疗 10 次后仍无过敏反应，可再加用双侧肺俞穴。一般每次最多选取双侧足三里、双侧肺俞共 4 处穴位开展蜂疗，每周 2 次，10 周为 1 个疗程，通常治疗 2 ～ 3 个疗程即可获得稳定的临床疗效。

（撰写人：易玮、成永明、吕立国）

第二节　中药腐蚀技术

中药腐蚀技术是选用具有腐蚀组织作用的药物，敷涂或掺布于病变部位，蚀去异常组织、促使新肉生长，从而治疗体表疮疡、流痰等病证的技术，包含赘生物中药腐蚀治疗、药线引流治疗等类别。该技术在治疗体表赘生物、难愈性创面、窦道、瘘管等复杂外科病证中，具有组织损伤小、患者痛苦少、愈后功能与外形恢复佳、后遗症少的优势。

一、赘生物中药腐蚀技术

（一）常用物品及基本操作方法

1. 常用物品

鸦胆子散或鸦胆子油、千金散、鸡眼膏、五妙水仙膏、水晶膏等（据病情选择），以及刀片、剪刀、玻璃纸、无菌纱布、生理盐水、胶布、碘伏、棉签、压舌板等。

2. 基本操作方法

（1）消毒　先用温水浸洗患部或用生理盐水局部清洁，对器具、操作部位、施术者进行常规消毒。

（2）治疗部位　根据患部赘生物大小、皮损范围选择治疗部位。

（3）体位选择　根据治疗部位选取患者舒适、医者操作方便的体位。

（4）治疗方法

1）点药法：用棉签将药膏点涂于病变组织表面，适用于病变范围较小的赘生物。

2）涂布法：用软膏板将药膏均匀涂布于病变组织表面。

3）插药法：用探针裹上棉花，蘸取药膏插入病灶中，待患者感觉痛时，立即拔出，如病变组织坚硬，可停留 1 分钟。此法适用于治疗各种窦道、瘘管、脓腔、骨髓炎等。

4）封包法：涂药后，用与病变范围大小一致的材料，包裹保护病变周围的正常组织，该法适用于皮损面积较大者。

5）冲洗法：用干棉球蘸取稀释药液，或用注射器抽取稀释药液，反复冲洗病变部位，该法适用于黏膜组织病变。

（二）主要适应证

疣、痔疮、瘰疬、息肉、血管瘤、鸡眼、胼胝等体表赘生物。

（三）禁忌证

1. 赘生物已发生破溃出血者。
2. 对鸦胆子或其他含腐蚀成分的药物过敏者。
3. 癌性赘生物。
4. 严重瘢痕体质者。

（四）注意事项

1. 五妙水仙膏呈黑色膏状，使用时需注意搅拌均匀。治疗疣状增生或角化增厚性皮损，如手足部寻常疣、结节性痒疹、鸡眼、胼胝等，可酌情选择封包疗法。

2. 治疗部分化脓性肉芽肿、血管瘤时容易出血，若发生出血，可用蘸有 35% 三氯化铁溶液的棉签压迫止血，血止后再继续治疗。

3. 腐蚀药对皮肤及软组织具有一定腐蚀作用，会破坏皮肤完整性，可能继发细菌感染，并遗留瘢痕。因此，治疗较大病变或不洁部位的病变时，用药前后需常规消毒，必要时进行无菌包扎；大面积病损建议分批治疗，避免一次用药后药物吸收过多引发中毒。

4. 瘢痕体质患者不适合采用本法治疗，面部较大病损也需慎用或不用，以防出现瘢痕畸形、功能障碍，严重影响容貌。

5. 主干神经、大血管分布区域用药时，不可让药物长时间停留于患处；治疗眼周病变时，严禁药膏进入眼内。

6. 病变组织坏死结痂后，需嘱咐患者不要强行剥离痂皮，应待其自然脱落。

（五）临床应用举例

1. 疣目（寻常疣）

可用鸦胆子点药法治疗，操作方法如下：选用规格合适的刀片，轻轻刮去疣体表面的角质层。取 30g 鸦胆子剥去外壳取仁，捣至极碎（也可直接使用鸦胆子散、鸦胆子油等制剂），点涂于皮损处，点药面积需与寻常疣面积一致，将粘有药物的胶布置于中央，覆盖玻璃纸后用胶布固定，稍加按压，力度以患者可耐受为度。根据病情确定用药频次，可选择每日 1 次或每 2 天 1 次，1 周左右寻常疣即可自行脱落。

也可使用五妙水仙膏治疗，操作方法如下：点蘸药物待其自然干燥（约 5 分钟），用棉签蘸清水将药物擦去，再进行下一次点涂，如此反复点涂 3 ～ 6 次，待疣体水肿、周围略红肿隆起，且与正常皮肤之间出现清晰白色分界线，患者自觉有烧灼感时，立即用生理盐水将药物擦净即可。

还可采用腐蚀法治疗：将千金散点涂于疣体表面，注意避开正常皮肤，每 2 ～ 3 日

点药 1 次。

2. 脚部疣目（跖疣）

可使用鸡眼膏治疗，操作方法如下：用温水浸泡患者足部 20 分钟，待疣体软化后，选择体积最大或最早出现的疣体（母疣），用剪刀修除疣体表面硬化的角质部分，外敷适量鸡眼膏，覆盖保鲜膜后再用医用纱布包扎固定 2 天，每 2 天换药 1 次。治疗 3 天后去除纱布，用温热水浸泡足部 20 分钟，洗去残余药膏即可。以 7 天为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程。

二、药线引流技术

药线引流技术是将药线插入瘘管或溃口中，借助药物提脓祛腐的功效与药线螺纹的物理作用，使坏死组织或脓液附着在药线上，继而引出体外的诊疗技术。采用药线进行引流腐蚀、探查病灶，具备操作方便、患者痛苦少，且可由患者自行更换药物等优势。

（一）常用物品及基本操作方法

1. 常用物品

（1）线纸　丝绵纸、拷贝纸、桑皮纸，任选其中 1 种即可。

（2）药物　九一丹、八二丹等含有升丹成分的方剂，以及红油膏纱条、黑虎丹、枯痔散等，临床随证选用。

（3）清创换药物品　双氧水、生理盐水、碘伏棉球、干棉球、球头探针、无菌纱布、5mL 注射器、医用胶布。

（4）其他物品　尺子、裁剪刀。

2. 基本操作方法

（1）搓制药线　分为外黏药物和内裹药物两种搓制方法：

外黏药物药捻的搓制步骤：①清洁洗手。②裁剪桑皮纸，不同规格药捻对应尺寸如下：1 号药捻需 28cm × 7cm 的桑皮纸；2 号药捻需 20cm × 6cm 的桑皮纸；3 号药捻需 14cm × 4cm 的桑皮纸；4 号药捻需 10cm × 3cm 的桑皮纸；5 号药捻需 7cm × 2cm 的桑皮纸。③将裁剪好的桑皮纸沿同一方向搓捻，形成紧实的线状后从中点处对折；一手捏紧对折点，另一手将纸的两端继续沿同一方向搓捻，捏紧对折点的手配合向相同方向搓捻顶端，直至形成一根螺旋状线形的药捻。④搓制完成后各规格药捻长度为：1 号药捻长度 12cm，2 号药捻长度 8cm，3 号药捻长度 6cm，4 号药捻长度 4cm，5 号药捻长度 3cm。⑤经高压蒸汽消毒后，无菌分装备用。

内裹药物药捻的搓制步骤：①清洁洗手。②裁剪桑皮纸，具体规格同上。③将药物放入裁剪好的桑皮纸内，参照外黏药物药捻的搓制方法完成搓捻。④经高压蒸汽消毒后，无菌分装备用。

（2）药线引流操作　选择体位：根据病变部位选择合适体位，充分暴露疮面或瘘口。

揭去外层敷料，用镊子取下内层敷料，观察疮面、判断脓腐情况后，选择合适的内

掺腐蚀药物，如九一丹、八二丹、三品一条枪等。

用碘伏从创面周围 10cm 处开始，以圆圈状向心性擦拭，逐渐向创面边缘移动，重复操作 2 ～ 3 遍，直至创面周围皮肤清洁干净，注意消毒皮肤的棉球不能接触创面。随后用生理盐水棉球擦净创口内脓液，操作时注意保护新生肉芽组织与上皮组织。

可使用球头探针探查脓肿深浅，明确是否存在死骨，若发现死骨需及时清除。根据探查得到的脓腔深度，选用对应型号的药线。

临床使用外黏药物法时，需先将药线放入油或水中润湿，再蘸取药物，之后沿疮口走行插入脓腔底部，在疮口处用胶带固定留存的药捻末端，保证引流通畅。使用内裹药物法时，直接选择对应型号的药线，插入疮口或窦道内即可。

最后将摊涂好药膏的纱布覆盖在疮面上，用胶布固定后，酌情进行无菌包扎。

（二）主要适应证

溃疡疮口过小、脓水不易排出者，或已形成瘘管、窦道者。

（三）禁忌证

1. 对升丹等药物过敏者。
2. 内瘘。
3. 病变位于眼部、唇部附近者。
4. 脓腔较深、脓液较多且引流不畅者。

（四）注意事项

1. 搓制药捻时，需提前裁剪出长宽符合规定的桑皮纸备用。

2. 搓制过程中需注意保持药捻硬度，双手配合、用力均匀，始终朝同一方向搓捻，使线体两端呈螺旋状环绕。

3. 可借助药线绞形螺纹探查局部是否存在死骨，若触及粗糙骨质，提示疮疡已损伤骨质。

4. 外黏药物多选用含升丹成分的方剂或黑虎丹等，凭借其提脓祛腐的功效，适用于溃疡疮口过深过小、脓水不易排出的情况；内裹药物多选用白降丹、枯痔散等，凭借其腐蚀化管的作用，适用于溃疡已形成瘘管或窦道的情况。

5. 药线插入疮口后，需留出一小段在疮口外，将留出的药线末端向疮口侧下方折放，再用膏药或油膏盖贴固定。若脓水已排尽，仅流出淡黄色黏稠液体，即便脓腔仍较深，也不可再插入药线，否则会延迟疮口收口。

（五）临床应用举例

1. 窦道

窦道是一种只有外口而无内口的病理性盲道，多由外来伤害、局部残留异物或人工医用材料植入术后局部感染，久溃不愈而形成。本病患者常有局部手术、人工关节置换

术等手术史，或附骨疽、流痰等外科感染病史。本病的临床特点为：存在连接深部组织与体表的病理性管道，可有 1 个或多个外口，管道长短、走行不一，可直可弯。西医学认为本病由手术外伤或局部异物存留引发。

一般窦道处理操作步骤：先用五五丹或千金散药线蚀管引流，以红油膏或太乙膏盖贴。若窦道内存在丝线、死骨等异物，需及时取出。待脓液由量多稀薄转为稠厚后，改用八二丹药线引流 1 ～ 2 周；脓液排尽后改用生肌散。

2. 乳痈（浆细胞性乳腺炎瘘管期）

患者取仰卧位，对瘘管区域常规行碘伏消毒，用生理盐水反复冲洗瘘管，必要时用刮匙清理瘘管内的坏死组织。根据患者瘘管的深浅选择对应长度、直径的药线，将药线用复方黄柏液涂剂浸泡后，用无菌镊子夹持药线蘸取适量九一丹或八二丹，塞入瘘管内引流，在瘘管入口处留出一段长度的棉线，再用红油膏或金黄膏盖贴，隔日或每日换药。

（撰写人：刘巧、严张仁）

第三节　窦道搔爬技术

窦道搔爬技术是通过采用刮匙、棉捻等清除工具，清除窦道、脓腔壁的脓腐、水肿、瘀血等病变组织，促进新生肉芽组织生长的一类技术，主要包括肛瘘、乳腺及体表窦道搔爬技术。

一、肛瘘窦道搔爬技术

肛瘘搔爬技术又称肛瘘搔刮术，是对肛瘘的主管、支管、脓腔壁、窦道或术后创面进行搔爬（搔刮）、清创的治疗技术，可彻底清除瘘管壁、窦道壁和创面的炎症坏死组织或不健康肉芽组织，保障切口与窦道引流通畅，形成利于创面修复的局部环境。

（一）常用器具及基本操作方法

1. 常用器具

银质球头探针、各种规格的不锈钢硬刮匙、高频电刀主机、多功能吸刮器、负压吸引器等。

2. 基本操作方法

（1）选择体位　常用体位包括俯卧折刀位、侧卧位或截石位。

（2）麻醉方式　多选择腰麻或硬膜外麻醉；低位单纯性肛瘘手术及创面换药可选择局部麻醉或表面麻醉。

（3）操作步骤　可分为肛瘘根治性手术搔爬、肛瘘引流手术搔爬和肛瘘术后创面换药搔爬 3 种方法。

肛瘘根治性手术：①切开瘘管。在球头探针引导下，直接或跳跃式切开瘘管表面的皮肤和皮下组织，沿瘘管纵轴切开，使瘘管敞开、管壁显露，低位肛瘘可直接切开内

口。②搔爬（搔刮）瘘管壁。用刮匙或彭氏吸刮器反复搔爬（搔刮）瘘管壁，边搔爬边吸除污物，清除瘘管壁上的坏死组织与炎性肉芽组织，直至露出新鲜创面。③内口区的搔爬处理。内口区处理是手术的关键环节，需仔细探查、搔爬（搔刮），彻底清除感染的肛腺及周围的小脓肿；若内口周围存在潜行窦道，可向上方或两侧适当延长切口0.5 ～ 1.0cm。④通畅引流。修整创口皮缘，使其呈“V”字形，保证创面由底部向上生长。

肛瘘引流手术：针对炎症性肠病、结核病、血液病等引发的肛周特殊感染，多选择以引流为目的的手术方式。①切口选择：为提升引流效率，多选择放射状切口；对于感染范围较大的病例，合理选择跳跃性切口做对口引流，既可以满足引流需求，又能保护肛门功能。②窦道探查与搔爬：此类特殊感染多存在宽而长的窦道，且常伴有分支，需要将食指伸入切口，探查窦道周边是否存在隐匿的分支窦道，避免遗漏。③搔爬窦道：用刮匙或彭氏吸刮器搔爬窦道壁，吸净窦道内的炎症坏死组织，再用过氧化氢溶液和生理盐水冲洗窦道。④放置引流条：在窦道与内口之间或窦道两处跳跃性切口之间，用橡皮筋、硅胶管、胶片等材料做非切割挂线，方便引流与术后换药。

肛瘘术后创面换药的搔爬：肛瘘手术若存在窦道残留，或窦道内炎性坏死组织搔爬不彻底，会导致术后切口迁延不愈，因此换药时常需要应用搔爬技术清创。①麻醉与消毒：换药前 15 分钟，用丁卡因 50mg 加生理盐水 10mL 的混合液喷洒创口表面，或用复方利多卡因乳膏涂布创面，换药时再用碘伏溶液消毒创面。②用刮匙搔爬创面或窦道，清除炎症水肿组织，直至露出新鲜肉芽组织。

（二）主要适应证

1. 腺源性肛瘘，存在根治性手术指征者。
2. 特殊感染肛瘘，存在引流性手术指征者。
3. 肛瘘术后有窦道创面需要换药处理者。

（三）禁忌证

1. 凝血功能障碍且存在出血倾向者。
2. 妊娠期妇女。

（四）注意事项

1. 术前行盆腔磁共振增强扫描和肛周超声检查，充分评估瘘管和窦道的位置与走向，重点排查内口周围是否存在旁生窦道，避免术中遗漏。
2. 对可疑患有肠道疾病的患者行结肠镜检查，协助排除炎症性肠病。
3. 备齐各种规格的刮匙，满足不同口径窦道的搔爬需求。

（五）临床应用举例

复杂性肛瘘切开、对口挂线引流术后换药对瘘管弯曲、行程较长的复杂性肛瘘，临

床常采取主管及内口切开、支管旷置外口扩大、窦道搔爬加非切割挂线引流的手术方式，术后对旷置窦道的处理是影响创面愈合的重要环节。

换药前用 1∶5000 高锰酸钾溶液或中药外洗液坐浴 10 分钟，再用生理盐水冲洗创面，来回转动引流挂线，从挂线两端冲洗窦道，轻轻提起引流挂线，观察线下窦道创面肉芽组织的鲜活程度及明确创面有无异常渗液，若存在失活的炎症肉芽组织，用刮匙搔爬清除，直至露出新鲜肉芽组织，同时注意探查周围有无残留横向的脓腔或窦道。术后第一周，创面使用甲硝唑纱条湿敷，待后期新鲜肉芽长出后，再改用生肌油纱外敷。

二、乳腺窦道搔爬技术

乳腺窦道搔爬技术适用于各类乳腺炎性疾病脓肿型、窦道型和混合型（窦道、脓肿等并存）脓腐未尽者，可避免因顽腐不尽导致瘘口久不收口、创面延迟愈合，或炎症反复发作等问题。

（一）常用器具及基本操作方法

1. 常用器具

头部呈汤匙状的不锈钢硬刮匙；银质球头探针或带孔探针；小号、中号、大号棉捻；一次性注射器；2% 利多卡因、0.9% 氯化钠注射液。

2. 基本操作方法

（1）*消毒麻醉*　施术者先行常规消毒，在窦道周围用碘伏进行常规消毒，铺巾，2% 利多卡因于窦道壁行局部浸润麻醉。

（2）*选择体位*　常用体位包括侧卧位、平卧位和半卧位 3 种，体位选择主要根据窦道的部位、方向、深浅决定，以方便术者操作、利于脓腐组织排出为原则；在患乳病灶下方放置弯盘，用于承接排出的脓腐组织；若存在多条方向不一的窦道或脓腔范围较大，可在治疗过程中转换体位。

（3）*探查窦道情况*　操作者一手固定患乳，一手持球头探针经窦道口向内探查，对窦道各方向进行充分探查，记录窦道的方向、深浅、大小及分支情况。

（4）*刮匙搔刮*　根据窦道直径选择大小适配的刮匙，操作者一手端提固定患乳，一手持刮匙沿窦道口探入窦道盲端，使刮匙贴紧窦道壁，自内向外沿顺时针或逆时针方向做 360° 完整搔刮；根据术前探查记录，充分搔刮所有方向的窦道，避免遗漏；刮除水肿肉芽、坏死组织及脓腐瘀血，直至窦道壁露出质韧组织，无脓腐可刮出为止。

（5）*棉捻去腐*　根据窦道直径选择大小合适的棉捻。操作者一手固定患乳，一手持棉捻在窦道口旋进旋出，棉捻应充分探入各方向窦道盲端，捻除窦道内的残余坏死组织。依据窦道探查记录，充分捻净各方向窦道，切勿遗漏。其间，用棉捻蘸取具有解毒生肌功效的药液，如功劳木洗剂，进行操作，既可捻腐，亦可使药物到达病所。反复多次操作，直至多次棉捻捻出均未见脓腐组织附着，血色鲜红方可。

（6）*窦道冲洗*　用生理盐水反复冲洗窦道，若使用功劳木洗剂等解毒生肌类药液冲洗，效果更佳。

（二）主要适应证

各类乳腺炎性疾病脓肿型、窦道型和混合型（窦道、脓肿等并存）脓腐未尽者。

（三）禁忌证

1. 乳痈初起尚未成脓者。
2. 乳房内存在慢性炎性肿块者。
3. 存在凝血功能障碍，或患有严重心肺功能不全、生命体征不平稳者。
4. 存在精神障碍、躁狂发作等，无法配合完成操作者。
5. 精神过于紧张、处于饥饿、劳累、醉酒状态者。
6. 对本次操作所用药物过敏者。

（四）注意事项

1. 操作前必须探清窦道的方向、深浅、大小及分支情况；针对管径较大的窦道，需完成顺时针或逆时针方向的 360° 搔刮与捻腐，避免残留病灶，否则残存脓腐可能导致炎症复发、创面迁延难愈。

2. 操作全程注意固定乳房，需以掌侧大小鱼际紧压患乳基底部，用五指端提乳房。一方面可充分暴露窦道，利于彻底刮捻祛腐，避免操作中窦道移位、闭合，另一方面可以减轻操作疼痛，还有利于乳房下端后间隙的脓液流出。

3. 操作需注意动作轻柔，保持力度适中，搔刮力度过大可能损伤正常组织。操作过程中若出血量较多，可先局部压迫止血，必要时可使用局部止血药物，例如将蘸取肾上腺素注射液的棉捻探入窦道加压止血。若出血无法停止，需停止后续操作，局部加压包扎止血，动态复查血常规、凝血功能。

（五）临床应用举例

1. 肉芽肿性乳痈（肉芽肿性乳腺炎）

患者取卧位，行常规消毒麻醉。探针经溃口探查，将探针经溃口伸入，探清脓肿、窦道分布情况。再用刮匙沿脓腔、窦道壁自内而外、顺时针方向充分搔刮，棉捻沾功劳木液之后用棉捻蘸取功劳木液，捻出残余脓腐。视病情需要使用提脓条、功劳木液纱条引流。以后续根据病情需要放置提脓条、功劳木液纱条引流，并用功劳木液湿纱及金黄散水蜜膏外敷，弹力绷带包扎固定。

2. 粉刺性乳痈（浆细胞性乳腺炎）

同上，常规操作。

操作同肉芽肿性乳痈，采用常规流程即可。

三、体表窦道搔爬技术

体表窦道搔爬技术是指采用刮匙或其他器械伸入体表窦道内，沿着窦道管壁自

深而浅变换方向进行搔爬，刮除水肿肉芽、老化肉芽、腐肉及长入窦道壁内的上皮组织，直至创面出现新鲜渗血，达到祛腐生肌目的的一种治疗技术。该技术基于皮肤溃疡愈合“腐去肌生”的规律，适用于压疮、臁疮、有头疽、脱疽等存在体表窦道疾病的治疗。

（一）常用器具及基本操作方法

1. 常用器具

（1）器械　探针由不锈钢制成或由银质制成，后者可根据需要随意弯曲。探针针身呈圆柱形，两端均为球头（用于探查）；或一端为球头（探查），一端为扁平状（铲药）；也可一端为扁形（铲药），一端为圆形（去腐），使用时医生会根据窦道形状以及探查、治疗需要选择合适的探针。

刮匙由不锈钢或钛合金制成，分为大号、中号、小号，两头端呈扁圆形或圆形，使用时医生根据窦道大小选择不同的刮匙。

（2）药械　无菌棉球（棉絮）、祛腐类中药、2% 利多卡因、0.9% 氯化钠注射液、一次性注射器。

2. 基本操作方法

（1）消毒　对探针、刮匙及施术者双手进行常规消毒，并对窦道周围皮肤行常规消毒：可直接用 75% 乙醇消毒，或先用 2% 碘酒消毒，待稍干后再用 75% 乙醇脱碘，也可用 1% 碘伏消毒。必要时，用 2% 利多卡因于窦道壁行局部浸润麻醉。

（2）体位　患者常用体位有侧卧位、平卧位、俯卧位和半卧位等。体位选择主要根据窦道的部位、方向、深浅，以方便术者操作、有利于脓腐组织排出为原则；如果多条窦道方向不一或脓腔范围较大，也可在治疗过程中转换体位。

（3）窦道探查　固定患者体位，充分暴露施术部位，术者持探针经窦道口向内探查，充分探查各个方向，记录窦道的方向、深浅、大小及分支情况。

（4）刮匙搔爬　用刮匙沿着窦道管壁自深而浅变换方向，按顺时针或逆时针方向完成 360° 完整搔刮，刮除水肿肉芽、老化肉芽、腐肉及长入窦道壁内上皮组织等影响愈合的邪腐物。

（5）窦道冲洗　根据搔刮后窦道壁残留腐物情况，可联合应用糜蛋白酶注射液、复方黄柏液等冲洗窦道，也可应用 0.1% ～ 0.2% 过氧乙酸溶液冲洗窦道。

（6）探针去腐　根据窦道走行选择合适探针，术者手持探针，将适量棉絮自窦道口顺时针缓慢旋转呈棉捻状送入窦道，随后缓慢逆时针旋转探针将棉捻旋出。操作中棉捻应充分探入各方向窦道盲端，捻除窦道内残余坏死组织，反复多次操作，直至棉捻捻出后未见脓腐组织附着、创面血色鲜红方可停止。

（7）探针换药　对于反复搔爬仍残留邪腐组织的窦道，需使用祛腐掺药：术者用探针扁头一端铲取适量祛腐药，均匀铺在置于窦道口的棉絮上，再顺时针缓慢旋转呈棉捻状送入窦道，随后缓慢反方向转动探针，使其与棉絮脱离后旋出探针，棉絮裹着红升丹呈棉捻留在窦道内，可根据棉捻长短起到窦道内祛腐或扩大窦道壁外口的作用。

（二）主要适应证

体表窦道搔爬技术主要适用于糖尿病足溃疡、胸腹壁窦道、有头疽、压疮等疾病。

（三）禁忌证

1. 慢性炎性肿块。
2. 存在凝血功能障碍者，或患有严重心肺功能不全、生命体征不平稳者。
3. 存在精神障碍、躁狂发作等，不能配合完成操作者。
4. 精神过于紧张，或处于饥饿、劳累、醉酒状态者。
5. 对操作所用药物过敏者。

（四）注意事项

1. 操作前必须探清窦道的方向、深浅、大小及分支情况，针对管径较大的窦道，需进行顺时针或逆时针 360° 搔刮及捻腐，避免遗漏病灶。

2. 操作需注意动作轻柔，保持力度适中，搔刮力度过大可能损伤正常组织。操作过程中若出血量较多，可先局部压迫止血，必要时可使用局部止血药物。若出血无法停止，需停止后续操作，局部加压包扎止血，动态复查血常规、凝血功能。

3. 对于窦道经久不愈者，必要时需对搔爬取得的窦道壁组织做病理检查。

（五）临床应用举例

1. 脱疽（糖尿病足）

糖尿病足指糖尿病患者踝关节以远的皮肤及深层组织发生破坏，常合并感染和（或）下肢不同程度的动脉闭塞症，严重者可累及肌肉和骨组织。

操作步骤：针对糖尿病足 Wagner 2 级以上疮面，因疮面深达肌腱或骨关节，往往存在大小不等、形态各异的潜腔或窦道，需用刮匙沿窦道管壁自深而浅变换方向，按顺时针或逆时针方向，变化方向进行搔爬，360° 完整搔刮，刮除窦道壁上的脓腐组织。

2. 疽（胸腹壁窦道）

术后伤口不愈合指外科手术后伤口未能在预期时间内愈合或愈合缓慢，可出现感染、炎症、裂口、分离等问题，其中以胸腹部术后不愈合伤口最为常见，且这类伤口多伴有窦道形成，脓水淋漓，愈合困难。

胸腹壁窦道情况较为复杂，在搔爬操作前需先行窦道造影或 CT、MRI 检查，明确窦道与胸膜、腹膜的关系，避免搔爬过深损伤胸膜、腹膜。医师需根据术前评估结果以及窦道位置深浅选择型号合适的刮匙，操作时用刮匙沿窦道管壁自深而浅变换方向，按顺时针或逆时针方向完成 360° 完整搔刮，不要遗漏窦道分支，彻底刮除脓腐组织。

3. 有头疽（痈）

有头疽多于溃脓期形成窦道，操作时用刮匙沿窦道管壁自深而浅变换方向，按顺时针或逆时针方向完成 360° 完整搔刮，刮除窦道壁上的脓腐组织。

4. 疮疡（压疮）

压疮主要发生于身体受压迫部位，操作时注意调整至方便术者操作的体位，用刮匙沿窦道管壁自深而浅变换方向，按顺时针或逆时针方向完成 360° 完整搔刮，刮除窦道壁上的脓腐组织。

（撰写人：罗湛滨、邹瞭南、司徒红林、文灼彬、张朝晖）

第四节　芳香治疗技术

芳香治疗技术是以中医药理论为基础，借助芳香物质特有的生理与心理治疗功效，通过熏香、按摩等方式作用于人体，帮助调理气血、平衡阴阳，从而达到防治疾病目的的疗法。该技术应用范围十分广泛，可用于治疗情志心身类疾病（如抑郁、焦虑、睡眠障碍等），也可辅助治疗内、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

1. 精油盛放器具

常用的精油盛放器具包括滴管精油瓶、棕色遮光瓶等，其中棕色遮光瓶是最常用的精油盛放器具，一般有 5mL、10mL、50mL、100mL 等不同规格，既方便存放精油，深棕色瓶体还可避免精油受光照影响发生变质。

2. 扩香介质等器具

常用的扩香介质包括扩香木、扩香石等。使用时将精油滴在扩香介质上，无须加水，即可通过扩香介质将芳香挥发性物质扩散至空气中，多用于一定空间内的嗅闻使用。

3. 香薰仪器

常用的香薰仪器包括熏香炉、香薰机、冷香仪等。

（二）基本操作方法

1. 涂抹法

涂抹法是将精油、复方油、纯露、精油乳膏等涂抹于肌肤，结合经络穴位，辅以适宜的按摩推拿，促进芳香物质吸收，提高疗效。

2. 吸嗅法

吸嗅法通过人体嗅觉系统吸收香药之气发挥作用，主要包括直接吸嗅法、扩香法和蒸汽吸嗅法等。

直接吸嗅法：将少量精油（2 ～ 3 滴）滴在掌心，搓揉双掌后以双掌捂住鼻子，用力地深呼吸；也可将精油按一定比例稀释后（多用 1% ～ 3% 浓度精油），用棉签涂抹在鼻部。

扩香法：将精油（3 ～ 5 滴）通过扩香器具进行扩散，使芳香分子经鼻吸嗅进入体内，发挥作用。扩香时间为 30 ～ 60 分钟。

蒸汽吸嗅法：将纯精油滴入热水（1 ～ 2 滴）中，人体面部靠近蒸汽，熏蒸 5 ～ 10 分钟，距离以脸部感觉温热即可。

3. 熏洗法

熏洗法是指用药物煎汤或精油熏蒸、淋洗和浸浴的方法。其主要借助药力和热力，通过皮肤、黏膜作用于机体，通调经络、行气活血，从而达到预防和治疗疾病的目的，根据熏洗部位不同可分为全身熏洗法和局部熏洗法。

4. 湿敷法

湿敷法是指用敷布浸吸芳香药液或芳香纯露，敷贴于体表皮肤的治疗方法，主要包括冷敷法和热敷法：在冷水或热水中加入适量精油或纯露，将敷布浸泡其中，完全浸湿后取出拧干，按敷在患处，治疗性按敷每次不少于 15 分钟。

5. 熏烧法

熏烧法是以芳香中药为原材料制成适宜剂型，引燃后熏熨或温灼体表穴位或患处，借助药物热力与药力发挥治疗效果；或是借助药物燃烧后芳香成分的扩散，起到芳香辟秽的作用。

二、主要适应证

1. 头痛、眩晕、睡眠障碍、抑郁、焦虑等。
2. 流行性感冒、鼻炎、慢性阻塞性肺疾病等。
3. 呕吐、腹胀、腹痛等。
4. 颈椎病、关节炎等。

三、禁忌证

1. 高血压、心脏病、出血性疾病、急性皮肤病、急性传染病、癫痫患者及月经期女性。
2. 过度疲劳及身体过度虚弱者。

四、注意事项

1. 精油应避光妥善存放，存放时避免倾斜及倾倒，防止精油渗漏及变质。
2. 使用熏香炉时需注意安全，避免精油溶液烧干。
3. 高纯度精油未经稀释请勿直接涂抹于皮肤。
4. 精油使用前应进行敏感测试，将精油稀释后涂抹在局部（肘、腕内侧或腋下），观察 15 分钟，若出现皮肤过敏需立即停止使用；若出现大面积皮疹，需及时对症处理或转专科治疗。
5. 气虚体质者、妊娠期妇女、癫痫患者、精油过敏者、婴儿（需格外注意）、老人应谨慎选择和使用精油。

6. 使用精油过程中，避免滴入眼睛或误服。若不慎滴入眼中，应立即用大量清水冲洗；若误服精油，可先服用牛奶，再转至专科治疗。

五、临床应用举例

（一）感冒（上呼吸道感染）

1. 风寒证

选择辛温解表类精油，加入香薰机经鼻吸入；或将精油用植物油调配稀释至浓度1% ～ 10%，按摩颈背部，可选取大椎穴加强疗效。

2. 风热证

选择辛凉解表类精油，加入香薰机经鼻吸入；或将精油用植物油调配稀释至浓度1% ～ 10%，按揉风池、大椎、曲池、合谷等穴位。

3. 暑湿证

选择芳香解表、清暑祛湿类精油，加入香薰机经鼻吸入；或将精油用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，按摩前胸部位，可选取合谷、足三里等穴位加强疗效。

（二）鼻鼽（变应性鼻炎）

1. 肺经伏热证

选择芳香宣肺、清热通窍类精油，加入香薰机经鼻吸入；或将精油用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，按摩迎香、上星、风池、合谷、鱼际、列缺等穴位加强疗效。

2. 肺脾气虚证

选择芳香宣肺、健脾益气类精油，加入香薰机经鼻吸入；或将精油用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，按摩迎香、上星、风池、合谷、肺俞、脾俞、足三里等穴位加强疗效。

3. 肾阳亏虚证

选择芳香宣肺、温补肾阳类精油，加入香薰机经鼻吸入；或将精油用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，按摩迎香、上星、风池、合谷、肾俞、脾俞、足三里、命门等穴位加强疗效。

（三）不寐（睡眠障碍）

1. 肝火扰心证

选择清肝泻火、镇心安神类精油，睡前加入香薰机扩香；或将精油用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，按揉膻中穴，沿肋间隙推擦两胁，以局部透热为度，点按太冲、章门、内关穴。

2. 痰热扰心证

选择清热化痰安神类精油，睡前加入香薰机扩香；或将精油用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，按摩丰隆、百会、照海等穴位。

3. 胃气失和证

选择和胃理气安神类精油，睡前加入香薰机扩香；或将精油用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，按摩中脘、丰隆、足三里等穴位。

（四）消化不良（功能性消化不良）

1. 脾胃虚弱证

选择健脾益气类精油，用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，揉腹（重点按摩中脘穴、内关穴），推任脉、胃经，或热敷腹部，以神阙穴为主。

2. 饮食积滞证

选择消食化积类精油，用植物油调配稀释至浓度 1% ～ 10%，结合揉腹（重点按摩中脘穴、天枢穴），推任脉、胃经。

（撰写人：杨明、黄小英）

第五节　吹药技术

吹药技术是指将药物研成极细粉末，吹布患处，使药物直接接触病变部位，以达到治疗目的的一种治疗方法。药粉具有清热解毒、消肿止痛、除痰祛腐、生肌收敛、滋阴凉血止血及通关开窍等作用，适用于口腔、咽喉、耳、鼻等部位的炎症性疾病。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

自制吹药器具、压舌板、治疗盘、药粉、额镜。

（二）基本操作方法

1. 咽吹操作方法

先将备好的药物配齐，研粉、过筛、混匀后装瓶备用。吹药前嘱患者漱口，清除口中痰涎；患者面向操作者，端坐于靠背椅上，儿童需由旁人在后方扶住头部。操作时嘱患者头向后仰、张开嘴，查清病位后嘱患者暂时屏气，操作者左手持压舌板将舌压下，充分暴露咽腔，右手持吹药器将药物迅速均匀喷于患处。

2. 耳吹操作方法

先将备好的药物配齐，研粉、过筛、混匀后装瓶备用。患者取坐位或侧卧位，将患耳稍向上偏转；吹药前先清洁外耳道，拭干后再行操作。操作者持吹药器，在长嘴端放上少许药粉，轻轻插入外耳道内对准患处，再用手指捏压鼓状端，借助气流将药粉喷洒于患处。

第二次吹药前必须清除原有残留药粉，防止药粉堆积堵塞外耳道。

二、主要适应证

吹药技术适用于咽喉肿痛、咽干、牙龈肿痛、口腔溃疡等口腔疾病，以及耳鼻咽喉相关疾病。

三、禁忌证

1. 妊娠期妇女、婴幼儿。
2. 对所用药物存在皮肤、黏膜过敏者。
3. 化脓性中耳炎耳内脓液较多者，以及鼓膜穿孔较小者。

四、注意事项

（一）咽吹疗法

1. 吹入药末不宜过多，嘱患者在吹药治疗时勿吸气，避免药粉呛入气管引发咳嗽。

2. 咽吹药的选药强调道地药材，药材炮制也有严格要求。吹药对药粉颗粒度要求极高，加工需达到“无声为度”，成品指触无渣、点舌化水，这样的药粉不仅易于吸收，刺激性也更小。

3. 咽喉部吹药后半小时内勿喝水、进食，使药物在患处停留更长时间，以加强局部治疗作用。

4. 若咽喉患处存在腐肉或厚膜，应先将其清除或漱口后，再行吹药治疗。

5. 儿童吹药禁用玻璃器具，防止器具被咬碎后损伤口腔。

6. 喷粉器头每次使用后都需要清洁灭菌，避免发生交叉感染。

（二）耳吹疗法

1. 吹药前，先将外耳道清洗干净（可用生理盐水、3% 双氧水等），拭净耳内脓液及残留药粉后再吹药，防止药物堆积，阻碍脓液及分泌物排出。

2. 每次吹药时，吹入的药量不要过多，避免堵塞耳道，影响引流。

3. 鼓膜大穿孔者，吹入药粉切勿过多，否则会堵塞穿孔，造成引流不畅、排脓受阻，影响疾病预后。一般每日吹药 2 ～ 3 次。

五、临床应用举例

（一）急喉痹病（急性咽炎）

操作前将备好的药物配齐，研粉、过筛、混匀后装瓶备用。吹药时嘱患者漱口，清除口中痰涎；患者面向操作者，端坐于靠背椅上，儿童需由旁人在后方扶住头部；操作时嘱患者头向后仰、张开嘴，查清病位后嘱患者暂时屏气，操作者左手持压舌板将舌压下，充分暴露咽腔，右手持吹药器将药物迅速均匀喷洒于病变部位。

（二）急乳蛾（急性扁桃体炎）

操作要点同上。

（撰写人：李云英、陈文勇、张君丽）

第六节　五音治疗技术

五音治疗技术是以中医五行理论为基础，将五音与五脏、五志结合，运用角、徵、宫、商、羽 5 种调式的中国传统五声性音乐调畅气机、平复阴阳，从而调整脏腑状态，达到防治疾病目的的中医治疗技术。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

五音调式音乐或五音状态音乐、传统乐器、音乐播放器、耳机、治疗床或综合治疗空间。

（二）基本操作方法

1. 选乐方法

（1）*五脏相音*　五脏相音即根据中医传统的阴阳五行理论，将五行与五音直接对应，选择与脏腑属性相同的五音，顺应气机，施乐治疗。五音分别对应木、火、土、金、水五行，通肝、心、脾、肺、肾五脏。五脏相音法通过引发五音共振，激活意境，调整升降出入之气机，疏导五脏的气机活动状态，以治疗疾病，调畅身心。

（2）*辨志施乐*　根据五行相克原理，运用五志与五行相配属，辨其情志进行施乐。五行木、火、土、金、水分别对应怒、喜、思、悲、恐五志，并与肝、心、脾、肺、肾五脏相应。将五行相克转化为五志相克，从而达到情志相胜的目的，故可用于治疗由情志所致的疾患。

（3）*辨质施乐*　根据人体阴阳多少，将五态与五行配属，辨其阴阳五态气质进行施乐。人的气质分为太阴之人、少阴之人、太阳之人、少阳之人、阴阳平和之人 5 种类型。选用不同阴阳属性的五行音乐来调节气质，和调气血、平复阴阳，使人体的阴阳处于动态平衡、生生不息之状态。

（4）*状态施乐*　根据“形神合一”理论，把握人体心身状态，调节疾病的“失神”状态，应用五音状态音乐，通过“守神”法则，疏通经络，调节心身状态。

2. 操作准备

（1）*环境要求*　准备单独的音乐治疗室，治疗室配备良好的音响设备，布置安全、舒适的音场治疗环境，以确保患者在治疗全过程中保持自然、放松的身心状态，避免因环境干扰产生不良感受，影响治疗效果。

一般环境下，要求安静、简洁、空气清新。空间内避免使用颜色明艳、对比强烈的装饰品。

高级环境下，可配置专业状态音场。有条件的音场环境，可以结合五色、五味、五触、五情等，形成多感官、多模态干预意识能动性的音乐主导心能空间。

（2）*器具准备*　准备五音音乐库（常规五行音乐或适合的音乐），调试音乐播放器、调试乐器。

（3）*患者准备*　嘱患者采取坐位或仰卧位，调整至舒适放松姿势。

3. 操作流程

首先进行中医五音评估，根据辨证、辨质、辨志和状态评估结果，确定受术者的心身状态状况和靶向目标，从曲库中选择相应的乐曲，确定调治计划。

引导受术者采取放松的姿势后，以自觉适宜的音量进行播放。简单病证选用单一调式曲目，复合证型可选用多种调式曲目组合，也可选用适合的音乐。根据具体情况选择单曲循环播放或曲库音乐轮流播放，或由定制状态音乐调理程序执行。每次 30 ～ 45 分钟，每日 1 ～ 2 次，每周 5 次，2 周为 1 个治疗疗程。每次治疗结束后，进行自我评估。

五音音乐说明及功效

（1）*五音疗法关系对应*　五音疗法关系对应具体见表 11–1。

表 11–1　五音疗法关系对应表

五行	五脏	五志	五音	五声	五方	五色	五味	五神
木	肝	怒	角	呼	东	青	酸	魂
火	心	喜	徵	笑	南	赤	苦	神
土	脾	思	宫	歌	中	黄	甘	意
金	肺	悲	商	哭	西	白	辛	魄
水	肾	恐	羽	呻	北	黑	咸	志

（2）*常规五音音乐示例曲目*　进行放松性聆听常规五音音乐的辅助治疗性曲目，在一定程度上可调节身心状态，调适各种脏腑证候。

以下相关曲目可供参考。

【角 – 肝】

角调曲目：《胡笳十八拍》《凌虚吟》《玄天暖风》《碧叶烟云》等。

特点：曲调亲切清新，旋律舒展调达，描绘了大地春回、万物萌生、生机蓬勃的画面。五行属木，通肝，五志属怒。

功效：补益肝气，散寒解郁，清肝泻火。可防治肝气郁结、肋胀胸闷、夜寐多梦、肢体麻木、头晕胀痛、精神不快、烦躁易怒等证候。

【徵 – 心】

徵调曲目：《神品徵意》《山居吟》《荷花映日》《雨后彩虹》等。

特点：旋律热烈欢快，乐曲风格活泼轻松，如火焰跃动，热力四散。五行属火，通

心，五志属喜。

功效：补益心阳，清心降火，安神定志。可防治心脾两虚、头晕目暗、精疲力竭、失眠多梦、神思恍惚、心悸怔忡、胸闷气短、情绪低落、畏寒肢冷等证候。

【宫－脾】

宫调曲目：《广寒游》《梅花三弄》《黄庭骄阳》《玉液还丹》等。

特点：乐曲风格悠扬沉静、敦厚庄重，如土般宽厚扎实。五行属土，通脾，五志属思。

功效：温中健脾，升阳益气，清火和胃。适用于治疗脾胃虚弱，食少腹胀，恶心呕吐，腹泻，消瘦乏力，胃脘胀痛，内火郁积等证候。

【商－肺】

商调曲目：《忘机》《白雪》《晚霞钟鼓》《秋风清露》等。

特点：乐曲高亢、悲壮、铿锵、雄伟。五行属金，通肺，五志属悲。功效：补益肺气，滋阴清热，润肺生津。适用于治疗肺气虚衰、自汗盗汗、喘咳无力、头晕目眩、悲伤不能自控等证候。

【羽－肾】

羽调曲目：《乌夜啼》《春江花月夜》《伏阳朗照》《冰雪寒天》等。

特点：乐曲风格凄切哀怨、苍凉柔润，如高山流水，富于清澈与光彩。五行属水，通肾，五志属恐。

功效：温补肾阳，固精益气，滋肾定志。适用于治疗虚火上炎、腰酸腿软、小便不利、心烦意乱、眩晕耳鸣、滑精阳痿、宫寒带下等证候。

二、主要适应证

五音治疗技术适用于抑郁、焦虑、睡眠障碍等心理情绪类疾病的辅助治疗。

三、禁忌证

严重焦虑抑郁、伴自杀自伤倾向者慎用。

四、注意事项

1. 选择安静或自然的聆听环境，排除各类外界干扰，让受术者能够身心沉浸在乐曲意境之中。

2. 注意控制播放音量，一般保持在40～60分贝即可，用于安神时可适当调低音量。

3. 需根据病情辨证施乐，关注疾病的不同发展阶段；对于兼具两种以上功效的乐曲，需进一步辨证选用，以免有悖病情。

4. 需兼顾受术者的音乐偏好，除病情外，还要综合考虑患者的民族、地域、爱好、性格特点、文化程度、审美偏好等因素。

5. 重视受术者的主观意愿，灵活选用音乐及播放呈现方式。

6. 若受术者突然出现头晕、恶心、面色苍白、出虚汗、脉搏加快等不适，施术者应先安抚受术者保持镇静，协助其平卧卧床、去枕，调整为头低脚高位，并开窗通风，再掐按其人中、十宣，按揉印堂、内关、足三里、大椎等穴位。

五、临床应用举例

（一）郁病（抑郁症）

按照前文所述选乐方法中的辨质施乐与辨志施乐，结合患者阴阳五态气质的强弱盛衰判断对应五行的虚实情况，选择符合补泻原则、可调节患者情绪的乐曲；也可先完成抑郁状态评估，再根据评估结果选用适配音乐，以此调和心身状态，促进疾病康复。每天播放 2 次，上、下午各 1 次，每次 30 分钟。以 6 天为 1 个疗程，疗程间休息 1 天。

（二）不寐（睡眠障碍）

按照前文所述选乐方法中的五脏相音与辨质施乐，选择可帮助心肾相交或能够疏导五脏的乐曲；也可先完成不寐状态评估，再根据评估结果选用适配音乐，以此调和心身状态，促进疾病康复。每天播放 2 次，上、下午各 1 次，每次 30 分钟。以 6 天为 1 个疗程，疗程间休息 1 天。

（撰写人：余瑾、林法财）

第七节　经皮穴位电刺激技术

经皮穴位电刺激技术是指通过贴敷于体表腧穴的电极，将特定脉冲电流作用于穴位，以发挥类针刺样刺激效应的现代穴位刺激技术，具有镇痛、调节肌张力、改善自主神经功能等作用。该技术作用于皮部，基于《素问・皮部论》“欲知皮部以经脉为纪者”“凡十二经络脉者，皮之部也”等皮部理论发展而来。该技术临床主要用于痛证、肌肉筋骨病证及神经功能障碍等，也可作为围手术期多模式管理的辅助技术，用于术后疼痛、术后恶心呕吐及术后胃肠功能障碍的防治。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

经皮穴位电刺激仪。

（二）基本操作方法

1. 选穴方法

选穴应以辨证论治和循经取穴为基础，结合病位、主要症状及治疗目的，灵活采用

局部取穴、远端取穴、上下配穴、表里经配穴及阿是穴。痛证宜以病变局部或阿是穴配远端循经穴；肌肉与神经功能障碍宜选择相关肌群、神经分布区附近腧穴；围手术期应用应根据目标选穴，术后疼痛常取合谷、内关、足三里并结合手术部位配穴，术后恶心呕吐以内关为主，配足三里、合谷，术后胃肠功能恢复以足三里、上巨虚为主，配三阴交、内关。单次治疗一般选取 2 ～ 4 对穴位，同一输出回路宜连接同侧或相邻穴位，避免电流回路横跨心前区。

2. 消毒方法

对患者穴位皮肤采用碘伏或 75% 酒精棉签行环形消毒，消毒范围≥ 5cm；电极贴片提前以 75% 酒精棉签或消毒剂喷雾进行表面消毒后备用。

3. 操作方法

（1）按照选定穴组，将电极片平整贴敷于穴位体表。每对穴位宜位于身体同侧或同一治疗区域。

（2）施术时根据病证和治疗目的选择适宜的刺激方式，刺激强度由小到大逐渐增加，并及时询问患者感受，以局部出现酸、麻、胀或轻微节律性肌肉收缩，且无锐痛、灼痛或明显不适为宜。

（3）治疗结束时逐渐降低刺激强度至零，再终止刺激，检查局部皮肤并记录取穴情况、刺激方式、治疗时间和患者反应。

4. 刺激方法

（1）*波形选择*　连续波刺激节律恒定，适用于需要持续感觉刺激或神经肌肉刺激的病证；疏密波可减少机体对单一频率的适应，兼顾镇痛、改善局部循环和调节肌肉舒缩，常用于疼痛、软组织损伤、关节病及围手术期辅助治疗；断续波可诱发节律性肌肉收缩，适用于肌痿、松弛性瘫痪等神经肌肉功能障碍。

（2）*频率选择*　高频率脉冲波具有镇静止痛、缓解肌肉和血管痉挛功效，临床上常用 100Hz 高频电刺激治疗急性疼痛（如急性腰扭伤）、痉挛性偏瘫（中风后肌张力增高）等；低频率脉冲波具有修复组织、改善神经功能的功效，常用于治疗慢性疼痛（如腰肌劳损），中风后软瘫，各种肌肉、关节、韧带和肌腱损伤等。

（3）*强度选择*　当电流增加到一定强度时，患者有麻、刺感，此时的电流强度称之为“感觉阈”。如电流强度再增加，患者会突然产生刺痛感，此时能引起疼痛感觉的电流强度称为“痛阈”。电流强度因人而异，在各种病理状态下其差异也较大。临床上以感觉阈和痛阈之间的电流强度为适宜的刺激强度，通常以患者耐受作为合适的输出电流。在治疗某些急性疼痛时，适当加大电流可取得更好疗效。

（4）*治疗时间与频次*　单次治疗一般为 20 ～ 30 分钟；以预防性镇痛或围手术期综合调节为目的时，通常可在麻醉诱导前约 30 分钟开始，持续时间可根据围手术期方案延长。

治疗频次根据疾病性质和阶段确定。慢性痛证及功能障碍可每周 2 ～ 3 次或隔日 1 次；急性症状可每日 1 次，必要时短期增加频次。围手术期可于术前实施 1 次，

并根据术后疼痛、恶心呕吐或胃肠功能恢复情况，于术后早期每日 1 ～ 2 次、连续 1 ～ 3 日。

二、主要适应证

1. 三叉神经痛、痛经等痛证。

2. 肩关节周围炎、腰肌劳损、膝骨关节炎、关节扭挫伤、重症肌无力、肌肉痉挛等肌肉筋骨病证。

3. 围手术期辅助干预，包括术后急性疼痛的预防性及多模式镇痛、术后恶心呕吐的预防与辅助治疗，以及腹部、结直肠等手术后胃肠功能障碍和术后肠麻痹的辅助防治。

三、禁忌证

1. 严重心、肝、肾功能不全者。

2. 局部皮肤有感染、溃疡或瘢痕者。

3. 带有心脏起搏器或心脏复律除颤器者。

4. 孕妇的下腹部、腰骶部及头颈部。

四、注意事项

1. 临床使用本技术时，输出参数的设定需根据不同疾病及病情状态进行选择。

2. 因不同厂家生产的治疗仪型号不同，操作方法存在差异，使用前应仔细阅读产品说明书，优先选择电流输出稳定、具备开短路保护设置的治疗设备。每次治疗前，须提前检查治疗仪是否处于正常工作状态，确认仪器工作性能、输出状态正常，以及电极贴片完整无破损。

3. 经皮穴位电刺激仪治疗强度应从小到大逐渐增加至患者适宜刺激量，切勿加强过快、强度过大，以免引起肌肉强烈收缩，出现类似晕针等现象。

4. 避免电流回路经过心脏，尤其是安装心脏起搏器的患者，严禁使用本技术。

5. 在靠近延髓、脊髓等部位使用经皮穴位电刺激仪时，电流量宜小，切不可刺激过强，并注意电流回路不可横跨脊髓（治疗脊髓损伤者除外）。

6. 孕妇慎用；体质虚弱、精神紧张者，应注意刺激强度不宜过大。

五、临床应用举例

（一）漏肩风（肩关节周围炎）

取患侧肩前（或肩髃）、肩髎（或臑俞）、外关、合谷。穴位局部皮肤消毒后，按同一部位穴组连接一对电极贴片，将电极贴片分别粘贴于患侧“肩前与肩髎”或“肩髃与臑俞”（双引号内作为穴组，不同穴组可隔次交替使用）和“合谷与外关”。刺激参数选

用连续波，高频（100Hz）刺激 10 分钟后转为低频（2Hz）刺激 30 分钟，强度以患者能耐受为度。隔日 1 次，5 ～ 7 次为 1 个疗程。

（二）肌痿（松弛性偏瘫）

上肢取患侧肩髃（或肩髎）、肘髎、手三里、外关，下肢取髀关、梁丘、足三里（或阳陵泉）、悬钟，可选取位于上臂、前臂、股部、小腿外侧部两组穴位进行治疗。穴位局部皮肤消毒后，按同一部位穴组连接一对电极贴片的原则，如上肢取患侧上臂“肩髃（或肩髎）与肘髎”和前臂“手三里与外关”，下肢取患侧股部“髀关与梁丘”和小腿外侧“阳陵泉与悬钟”，刺激参数选用断续波，频率为 30 ～ 40Hz，刺激 30 分钟，强度以患者能耐受为度。隔日 1 次，5 ～ 7 次为 1 个疗程。

（三）膝痹（膝骨关节炎）

取患侧内膝眼、犊鼻（外膝眼）、髀关、梁丘，穴位局部皮肤消毒后，按同一部位穴组连接一对电极贴片的原则，分别置于患侧“内膝眼与犊鼻”和“髀关与梁丘”，刺激参数选用疏密波，频率 2/100Hz，强度以患者能耐受为度，刺激 30 分钟。隔日 1 次，3 ～ 5 次为 1 个疗程。

（四）术后恶心呕吐

以内关为主穴，配足三里、合谷；可在同侧采用“内关与合谷”穴组，胃肠症状明显者加用同侧“足三里与上巨虚”穴组。宜在麻醉诱导前约 30 分钟开始，采用 2 ～ 10Hz 低频或 2/100Hz 疏密波，每次 20 ～ 30 分钟，强度以出现舒适的酸麻胀感为度。高风险患者可于术后早期重复治疗。

（五）术后胃肠功能障碍

取双侧足三里、上巨虚，配三阴交、内关，以同侧“足三里与上巨虚”为主要穴组。腹部及结直肠手术患者可于术前约 30 分钟实施 1 次，术后早期每日 1 次，连续 2 ～ 3 日；每次 30 分钟，可采用 2/100Hz 疏密波或低频连续波，强度以患者可耐受并出现轻微下肢肌肉节律性反应为度。治疗期间记录首次排气、排便、进食恢复及腹胀、恶心呕吐等变化情况，并与加速康复外科方案同步实施。

（撰写人：梁宜、荣培晶）

第八节　中药离子导入技术

中药离子导入技术是根据患者病情辨证调配药物，通过直流电将药物电离子导入穴位、经络或病变部位，以发挥腧穴和药物的综合治疗作用的一种技术，具有活血化瘀、软坚散结、抗炎镇痛、促进创面愈合等作用。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

一般采用直流电治疗机作为中药离子导入技术的主要器具。药垫采用不加染色、吸收性能好的棉织品（如医用纱布等）制成。电极板取质地柔软、化学性质不活泼的金属片，厚度为 0.25 ～ 0.5cm，面积为 6 ～ 12cm^2。

（二）基本操作方法

1. 将常用器具携至床旁，核对患者信息。

2. 告知中药离子导入的目的及注意事项。

3. 遵医嘱确定离子导入部位及方法。

4. 将衬垫浸满药液后拧至不滴水，紧贴患处皮肤；随后根据药物选择对应电极：带负电的药物衬垫放置在负极板下，带正电的药物衬垫放置在正极板下，必要时可用纱布或绷带固定。

5. 打开离子导入器械，缓慢增加至一定电流强度，以不引起疼痛、患者仅有针刺样感觉为宜。通电治疗时间一般为 15 ～ 30 分钟。

6. 操作结束后，关机，取下电极片。

7. 用干净纱布擦净局部皮肤，整理用品。

二、主要适应证

1. 多种神经痛、末梢神经炎、神经症、自主神经功能紊乱等。

2. 溃疡、关节炎、手术后肠粘连、慢性前列腺炎等。

3. 过敏性鼻炎、慢性中耳炎、角膜斑翳、眼出血等。

三、禁忌证

1. 孕妇、婴幼儿。

2. 高热、出血性疾病、活动性结核患者。

3. 严重心功能不全或植入心脏起搏器的患者。

4. 对方剂中某味药物或治疗介质过敏者。

5. 施术部位存在开放性伤口及感染性病灶者。

四、注意事项

1. 操作环境需保持温暖，暴露治疗部位时注意保护患者隐私。

2. 治疗开始前，检查直流电治疗机是否存在故障。

3. 所用药物必须保持新鲜，存放过久或变质的药物不宜使用。

治疗过程中需观察患者局部皮肤，若出现丘疹、发痒或局部肿胀等过敏现象，需立即停止治疗，并遵医嘱进行处理。

五、临床应用举例

（一）膝痹（膝骨关节炎急性期）

【参考方药】

黄芩 15g，大黄 15g，黄连 10g，黄柏 10g，赤芍 15g，川木通 10g。

【准备工作】

①药液制备：将 75% 浓度的酒精 500mL 加入 250mL 蒸馏水中配成溶液，再将上述中药放入酒精溶液中浸泡，1 周后滤去药渣，备用。②衬垫制备：准备大小合适的无菌纱布，用药液浸湿备用。

【治疗方法】

将浸泡好的纱布衬垫分别放置在正、负两个电极板上，再将电极板放置于患者治疗部位。A 组：正极——患侧外膝眼，负极——患侧内膝眼。B 组：正极——患侧梁丘，负极——患侧血海。用重量为 0.5kg 的沙袋覆盖在电极板上，或用医用胶带固定电极板，启动开关后选择中药离子导入处方、治疗深度和强度，以患者可承受且有轻微酸胀舒适感为宜。

【治疗时间】

30 分钟 / 次，每日 1 次，7 日为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

（二）乳痈（哺乳期乳腺炎）

【参考方药】

柴胡、陈皮、黄芩、金银花、连翘、蒲公英、瓜蒌各 10g。

【准备工作】

①药液制备：将上述药物放入 1000mL 浓度为 75% 的酒精中浸泡 72 小时，制成中药酊剂备用。②衬垫制备：准备大小合适的无菌纱布，用药液浸湿后备用。

【治疗方法】

取 1 片经过浸泡的药垫连同 1 片经过温水浸湿的纱布同时置于离子导入仪的双侧电极上。在操作时，取患者的乳三针（乳根、膻中、肩井）、阿是穴为治疗部位，在穴位上进行操作，避开乳头。电流强度一般为 15 ～ 20mA，电流大小随患者而异，以病变部位出现温热、麻痛感觉为佳。

【治疗时间】

30 分钟 / 次，每日 1 次，共治疗 5 日。

（撰写人：杨路）

第九节　中药涂擦技术

中药涂擦技术是根据患者病情辨证调配药物，将药物均匀轻柔地涂擦于患部，使药物通过体表深入经络、血脉，以达到治疗目的的一种技术。该技术具有清热解毒、祛风除湿、活血祛瘀、舒筋通络止痛、润肤生肌收口等作用。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

治疗盘、治疗碗、弯血管钳、无菌纱布、胶布或绷带、治疗巾。

（一）临床常用方剂

临床常用剂型有水剂、酊剂、油剂、膏剂等。

1. 冲和膏（出自《仙传外科集验方》）

【参考方药】

紫荆皮（炒）150g，独活90g，赤芍60g，白芷30g，石菖蒲45g。研成细末。功效：散风行气，活血消肿，祛冷软坚。用于治疗疮疡半阴半阳证。

【用法】

用葱汁、陈酒调后涂擦于患处。

2. 回阳玉龙膏（出自《外科正宗》）

【参考方药】

草乌（炒）、干姜（煨）各90g，赤芍（炒）、白芷、天南星（煨）各30g，肉桂15g。研成细末。

【功效】

温经活血，散寒化痰。用于治疗一切阴证疮疡。

【用法】

热酒调后涂擦于患处，也可掺于膏药内贴于患处。

3. 生肌玉红膏（出自《外科正宗》）

【参考方药】

当归60g，白芷15g，白蜡60g，轻粉12g，甘草36g，紫草6g，血竭12g，麻油500g。先用当归、甘草、紫草、白芷四味入油内浸三日，大勺内慢火熬至微枯色，用细绢滤清，将油复入勺内煎滚，下整血竭使化尽，次下白蜡，微火化开。先用茶盅四枚，预顿水中，将膏分作四处，倾入盅内，等候片刻，下研极细轻粉，每盅内投和3g，搅匀，候一昼夜取起。

【功效】

活血祛腐，解毒镇痛，润肤生肌。用于治疗一切疮疡溃烂脓腐不脱、疼痛不止、新

肌难生者。

【用法】

将膏匀涂纱布上，敷贴患处，并依溃疡局部情况，可掺提脓祛腐药于膏中同用，效果更佳。

4. 红油膏（出自《中医外科学讲义》）

【参考方药】

凡士林 300g，九一丹 30g，东丹（广丹）4.5g。先将凡士林烊化，然后徐徐将两丹调入，和匀成膏。

【功效】

防腐生肌。用于治疗溃疡不敛。

【用法】

将药膏匀涂纱布上，敷贴患处。

5. 生肌白玉膏（出自《中医外科学讲义》）

【参考方药】

煅石膏 90%，制炉甘石 10%。

煅石膏研粉，再加入制炉甘石粉和匀，以麻油少许调成药膏，再加入黄凡士林（配制此膏时用药粉约 30%，油类约 70%）。

【用法】

将药膏匀涂纱布上，敷贴患处。

（二）基本操作方法

1. 检查物品，根据对患者的病情评估选择方剂。

2. 核对患者信息，检查患者皮肤状况，并说明中药涂擦的目的。

3. 根据病情选择合适的体位，暴露涂擦的部位，在其周围垫治疗巾。

4. 用纱布蘸取适量药液擦拭，时间为 15 分钟左右。必要时以无菌纱布覆盖，并用胶布或绷带固定。

5. 操作结束后，用干净纱布将涂擦部位擦拭干净，协助患者穿衣，整理用品。

二、主要适应证

1. 湿疹、带状疱疹等皮肤疾病。

2. 急慢性软组织损伤，肢体麻木、肿胀疼痛。

3. 肛肠疾病、骨科疾病。

三、禁忌证

1. 妊娠期妇女。

2. 对方剂中某种药物或介质过敏者。

3. 施术部位有骨折、开放性伤口及感染性病灶者。

4. 年龄过大或体质虚弱不能耐受者。

四、注意事项

1. 注意保护患者隐私。
2. 注意保暖，勿使患者受凉。
3. 根据不同的涂擦部位采用合适的体位，以防操作时间过久患者不能耐受。
4. 药液温度适宜，不能过热或过冷。
5. 涂药不宜过厚、过多，以防堵塞毛孔。
6. 刺激性较强的药物不可用于面部及婴幼儿。
7. 涂药后观察局部皮肤，如有丘疹、发痒或局部肿胀等过敏现象，立即停止用药，并将药物拭净，遵医嘱内服或外用抗过敏药。

五、临床应用举例

（一）疮疡后期溃烂脓腐不脱

【参考方药】

当归 60g，白芷 15g，白蜡 60g，轻粉 12g，甘草 36g，紫草 6g，血竭 12g，麻油 500g。

【煎煮方法】

先用当归、甘草、紫草、白芷四味入油内浸三日，大勺内慢火熬至微枯色，用细绢滤清，将油复入勺内煎滚，下整血竭使化尽，次下白蜡，微火化开。先用茶盅四枚，预顿水中，将膏分作四处，倾入盅内，等候片刻，下研极细轻粉，每盅内投和 3g，搅匀，候一昼夜取起。

【治疗方法】

将膏匀涂纱布上，敷贴患处，并依溃疡局部情况，可掺提脓祛腐药于膏上同用，效果更佳。

【治疗时间】

每日涂擦 3 ～ 5 次。具体治疗时间需根据病情做适当调整，以病情好转或转入另一阶段为疗程结束。

（二）中风后偏瘫

【参考方药】

艾叶 15g，五加皮 15g，红花 15g，海桐皮 15g，防风 15g，当归 15g，干姜 15g，冰片（另包，后下）12g。

【煎煮方法】

将药材放入锅内，加水没过药面后浸泡 20 分钟，武火煮沸后改用文火煎煮 30 分钟即可。用纱布滤除药渣，将煎好的药液储存于保暖瓶中，24 小时内备用。

【治疗方法】

针对偏瘫肢体，涂药前先按常规清洁皮肤，随后取约 100mL 药液置于治疗碗内，用经消毒的长棉棒蘸取药液，调整至干湿适宜后，自上而下均匀涂擦患肢；再以手掌大鱼际对患肢进行向心性按摩，按摩过程中，肩井、曲池、外关、合谷、环跳、风市、足三里、阳陵泉、昆仑等穴位可适当增加力度、延长按摩时间，以患者感觉舒适、无疼痛感为宜，既可以让药液充分渗透进入组织，也能有效促进血液循环，放松关节周围软组织，防止组织粘连。

【治疗时间】

每日 2 次，每次 3 ～ 5 分钟，2 周为 1 个疗程。

（撰写人：吴兴全、周晶）

第十节　中药化腐清创技术

中药化腐清创技术是中医外科基于“祛腐生肌”理论，运用中药制剂（如散剂、膏剂、药捻等）去除创面坏死组织（腐肉、脓腐），改善创面微环境，促进肉芽组织生长及创面愈合的特色技术。其核心为通过中药的腐蚀、溶解、解毒作用，使坏死组织脱落，同时兼具抑菌、消肿、生肌之效，具有作用温和、创伤小、兼顾整体调节的优势。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

1. 探查与分离工具

无菌探针（探查创腔深度、范围）、镊子（夹取腐肉、异物）、刮匙（轻刮浅层腐肉）。

2. 药物载体

药捻（纱布或纸捻，蘸取化腐散剂填入创腔）、油膏摊布（将化腐膏剂均匀涂于纱布）。

3. 消毒与清洁用品

生理盐水（清洁创面）、碘伏或 75% 酒精（消毒皮肤）、无菌纱布（包扎）。

（二）基本操作方法

1. 药物制作

根据患者的病情辨证选药，将所选的药材研磨成粉，制成散剂或加入基质（如凡士林）调制成膏剂备用，也可选用如金黄膏、九一丹、五五丹等成药。

2. 术前准备

清洁操作环境，患者取舒适体位，暴露创面，常规消毒创面周围皮肤。

3. 创面探查

用无菌探针轻探创腔深度、窦道走向，判断腐肉范围及其与正常组织的界限。

4. 化腐操作

大块腐肉：用镊子轻柔夹取，避免强行撕扯，损伤健康组织。

浅层腐肉：用刮匙顺创面纹理轻刮，直至创面出现淡红色新鲜组织。

创腔 / 窦道：将化腐散剂蘸于药捻，药捻长度应与创腔深度匹配，轻轻填入创腔（勿过紧，留引流空间），或外敷化腐膏剂。

5. 包扎固定

覆盖无菌纱布，胶布固定，根据分泌物多少调整换药频率（渗出多者每日 2 次，少者 1 ～ 2 日 1 次）。

二、主要适应证

1. 痈、疽、疔、疖溃后腐肉未脱，脓腐未尽者。
2. 褥疮、糖尿病足溃疡、下肢静脉性溃疡等慢性难愈性创面伴腐肉残留者。
3. 烧烫伤后期腐皮脱落、腐肉附着，渗出较多者。
4. 术后切口感染，窦道、瘘管形成，伴脓腐性分泌物者。

三、禁忌证

1. 创面腐肉已脱、新肉生长阶段。
2. 对所用化腐中药过敏者。
3. 急性出血性创面（化腐药物可能加重出血）。
4. 孕妇腰骶部、腹部的创面。
5. 全身衰竭、严重凝血功能障碍，无法耐受清创操作者。

四、注意事项

1. 腐肉多、脓水稠厚者用强效化腐药（如五五丹、白降丹），腐肉少、脓水清稀者用弱效化腐药（如九一丹），腐肉脱尽后停用化腐药，改用生肌药物。

2. 避免暴力刮擦，防止损伤创缘的健康组织及新生肉芽。

3. 若创面出现红肿热痛加剧、渗出恶臭或患者全身不适（发热、皮疹），立即停药，排查是否为药物过敏或感染加重。

4. 药捻需与创腔贴合，过松易脱落，过紧影响引流及肉芽生长；换药时需完整取出旧药捻，避免残留。

5. 配合内治法（如气虚者益气，湿热者清热利湿），改善患者全身状况，促进创面愈合。

五、临床应用举例

（一）肛痈（肛门直肠周围脓肿）

【参考方药】

煅石膏 30g，知母 15g，黄柏 15g，当归 12g，生地黄 15g，白芷 10g，皂角刺 10g，紫草 10g，甘草 6g。以上为外用基础方，可根据腐肉多少进行加减：腐肉多者加升药 5g（研末），肉芽淡红者加黄芪 15g、太子参 15g。

【准备工作】

患者准备：治疗前嘱患者排空大小便，用生理盐水清洁肛周皮肤，取侧卧位或截石位，暴露患处。

器械准备：无菌换药碗、镊子、探针、刮匙（钝头）、无菌纱布、一次性手套、生理盐水、碘伏棉球。

药物准备：将上述中药研成极细末，装瓶消毒备用（用于调配药膏或药捻）。

环境准备：治疗床上铺无菌中单，医生洗手、戴口罩、戴无菌手套。

【操作步骤】

常规消毒：用碘伏棉球消毒肛周皮肤及创面，用生理盐水冲洗脓腔，用探针探查脓腔大小、深度及有无瘘管。

轻触创面判断腐肉性质：对腐肉较多、引流不畅者，用钝头刮匙轻刮腐肉组织（避免损伤正常肌层），清除脓液及坏死组织。

药膏外敷：取适量中药粉末，用凡士林调制成 30% 药膏，均匀涂于无菌纱布上，覆盖创面，用胶布固定，每日换药 2 次。

药捻引流：若脓腔较深或有瘘管，将中药粉末与甘油调制成药捻（药捻粗细与长短根据脓腔或瘘管的大小而定），插入脓腔或瘘管内，外盖纱布，8 ～ 12 小时更换 1 次，直至腐肉脱落、脓腔变浅。

【操作时间】

单次操作时间：清创及换药，15 ～ 20 分钟。

治疗频率：急性期（脓腐较多）每日换药 1 ～ 2 次；亚急性期（腐肉减少、肉芽开始生长）每日 1 次；恢复期（腐肉脱净、肉芽鲜红）隔日 1 次。

疗程：轻症（脓腔局限、腐肉少）2 ～ 3 周；重症（脓腔深大、瘘管形成）4 ～ 6 周，根据腐肉脱落速度及肉芽生长情况调整疗程，直至创面完全愈合。

（二）脱疽（血栓闭塞性血管炎）

【参考方药】

黄芪 30g，玄参 20g，当归 15g，黄连 10g，黄柏 10g，白芷 12g，紫草 15g，白蔹 12g，乳香 10g，没药 10g，金银花 15g，生甘草 10g。

【准备工作】

向患者解释操作流程，协助选取舒适体位（患肢平放或稍抬高），清洁患肢皮肤（用温水轻柔擦拭创面周围，避免刺激）。准备无菌清创包（含弯盘、镊子、剪刀、探针）、生理盐水、碘伏、无菌纱布、中药煎剂（上述组方加水 500mL 煎至 200mL，过滤取汁，冷却至 38 ～ 40℃备用）、无菌凡士林油纱条。

【操作步骤】

常规消毒：用碘伏棉球由创面外周向中心消毒 2 遍，直径≥ 10cm，铺无菌洞巾。

轻触创面判断腐肉性质：若腐肉松软、界限清晰，用无菌剪刀分次剪除（避免损伤正常组织及肉芽）；若腐肉坚硬、粘连紧密，以无菌镊子夹取中药煎剂浸湿的纱布湿敷创面 10 分钟（温度 38 ～ 40℃），待腐肉软化后轻柔剥离。清创后用生理盐水冲洗创面，去除残留腐屑及渗液。

中药敷用：取无菌纱布蘸取中药煎剂（湿度以不滴水为宜），湿敷创面，外盖无菌凡士林油纱条，再以无菌纱布包扎固定。

【操作时间】

单次操作时间：30 ～ 40 分钟（含消毒、清创、敷药）。

治疗频率：腐肉较多时每日 1 次，腐肉减少、肉芽开始生长后隔日 1 次。

疗程：2 ～ 4 周为 1 个疗程，直至腐肉完全脱落、肉芽鲜红（若创面深大或伴骨质暴露，疗程可延长至 6 ～ 8 周，须结合全身辨证调整）。

（撰写人：黄凤）

第十一节　中药面膜技术

中药面膜技术是一种将药物熏蒸、美容按摩、石膏封包等多种方法相结合的复合治疗技术。其利用熟石膏凝固过程产生的热效应，促进面部血液循环，加速药物的吸收，发挥药物消炎、活血、清热、美白、祛斑等功效，具有无创、无痛、患者接受度高等特点。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

自制中药糊剂、药用生石膏粉、熟石灰膏粉、温水、调膜碗、刮板、纱布、棉片、洁面产品、热喷机、无菌粉刺针等。

（二）基本操作方法

1. 药物制备

（1）祛斑面膜

参考方药：白芷、桃仁、川芎、当归、生甘草、生白术、茯苓等（各药等比例）。

功效：美白淡斑，活血润肤。

制法：将各味中药等比例研磨成细粉，混合均匀备用。取约 80g 药粉与 500ml 专用基质调配成糊状即可。

（2）祛痘面膜

参考方药：黄芩、黄柏、黄连、白芷、马齿苋、丹参、白花蛇舌草等（各药等比例）。

功效：消炎祛痘，清热解毒。

制法：将各味中药研磨成细粉，混合均匀备用。取适量药粉调配成糊状即可。取约 80g 药粉与 500mL 专用基质调配成糊状即可。

2. 操作步骤

（1）操作准备与评估

洗手，戴口罩。核对患者信息，向患者解释操作过程，取得合作。评估患者皮肤状态，根据医嘱选择对症中药。

（2）面部清洁与体位准备

使用温和洁面产品洗净患者面部，去除污垢和油脂，确保皮肤干净。协助患者取仰卧位，用一次性纸巾妥善包裹头发，暴露操作部位。

（3）清痘处理（必要时）

如为痤疮患者，消毒皮肤后，使用无菌粉刺针，以适中力度清除油脂粉刺，挤出白头及脓液。

（4）中药涂抹热喷按摩

将调配好的中药糊均匀涂抹于面部（避开眼、唇、鼻孔），厚度约 1 ～ 2 毫米。打开热喷机，以打圈手法进行面部药物按摩。同时按压相关穴位（痤疮常用穴位：太阳穴、攒竹、迎香、地仓；黄褐斑常用穴位：太阳穴、攒竹、四白、颧髎），持续约 5 分钟，然后用纱条覆盖眉毛及眼睛。

（5）石膏浆调制与覆盖

按石膏粉与温水 1∶1.5 ～ 1∶2 的比例（水温 30 ～ 40℃），快速搅拌成细腻糊状（1 ～ 2 分钟内完成）。覆盖石膏层：立即将石膏浆均匀涂抹在中药糊表面，厚度约 0.5 ～ 1 厘米，可借助面膜模具或手塑成型，注意留出鼻孔呼吸通道，并避免将石膏压至眼眶内。

（6）凝固观察与卸除

嘱患者保持静止 15 ～ 20 分钟，直至石膏完全凝固、触感变硬。操作期间须随时询问患者对热的耐受度。从边缘轻轻掀起已凝固的石膏膜（一般可整体剥离），嘱患者用湿纱布擦拭残留石膏，建议患者面部的中药糊停留时间不少于 2 小时。观察患者术后皮肤状态，再次核对患者信息并进行健康宣教。

二、主要适应证

中药石膏面膜技术适用于痤疮、黄褐斑、过敏性面部皮炎等面部疾病。

三、禁忌证

1. 对药膏中某种药物或基质过敏者。

2. 石膏发热不耐受者。

3. 有喘憋、呼吸不畅或幽闭恐惧症的患者。

4. 面部存在过敏性疾病、有严重皮肤破损、感染或急性炎症者。

5. 心肺功能不全、精神性疾病者。

6. 孕妇慎用。

四、注意事项

1. 保持操作环境整洁、温暖，注意保护患者隐私。

2. 须使用符合标准的药用石膏，严禁使用工业石膏或劣质石膏。

3. 清痘过程中，患者若存在大量白头、黑头粉刺，宜分次、分批逐渐清除；治疗过程中，随时询问患者的疼痛感受，评估其整体耐受状态。

4. 涂药及按摩手法应轻柔，避免暴力操作，避开眼睛、口鼻。

5. 覆盖石膏层时，应确保留出通畅的鼻孔呼吸通道，同时避免石膏压迫眼眶区域，以预防可能引发的术后眼部不适或视物模糊。

6. 操作时需控制石膏凝固时间，避免过久导致皮肤缺水或石膏过紧压迫皮肤。

7. 石膏凝固过程中随时询问患者感受，如有过热、瘙痒或呼吸不畅，应立即处理或移除石膏。

8. 治疗过程中熟石膏发热属正常现象，术后可能出现皮肤轻微泛红，属正常反应，可冷敷缓解；若出现瘙痒、刺痛等不适，须立即停用并通知医师对症处理。

9. 避免日晒，可选用遮光用具或物理遮光剂。

10. 对于敏感型皮肤患者，先用少许药物涂抹于额头发际处或耳后皮肤，观察 48 ～ 72h，若无泛红、瘙痒、灼热等情况发生，方可使用中药面膜治疗。

五、临床应用举例

（一）痤疮粉刺（痤疮）

【参考方药】

黄芩 10g，黄柏 10g，黄连 10g，白芷 10g，马齿苋 10g，丹参 10g，白花蛇舌草 10g。

【准备工作】

药糊制备：将上述中药等比例研磨成细粉，混合均匀后备用。治疗时取约 80g 药粉与 500mL 专用基质调配成糊状，即成祛痘面膜。

器具准备：备好药用生石膏粉、熟石膏粉、温水、调膜碗、刮板、纱布、棉片、洁面产品、热喷机、无菌粉刺针等常用器具。

【治疗方法】

评估皮肤后，清洁面部。患者取卧位，包发。粉刺明显者，消毒后无菌清痘。均匀涂抹祛痘药糊，避开口、眼、鼻。热喷配合打圈按摩及穴位按压（取太阳穴、攒竹、迎香、地仓）5 分钟，覆纱保护眉眼。随即按比例快速调石膏浆，覆盖药糊表面，留出鼻孔通道。静置 15 ～ 20 分钟至石膏凝固，中途巡视询问感受。卸石膏膜后擦净残留，嘱患者药物保留至少 2 小时，观察反应。

【治疗时间】

单次操作时间：每次约 40 分钟。

操作频率：每周治疗 1 次。

疗程：3 ～ 4 次为 1 个疗程，视病情治疗 2 ～ 3 个疗程。

（二）黧黑斑（黄褐斑）

【参考方药】

白芷 10g，桃仁 10g，川芎 10g，当归 10g，生甘草 10g，生白术 10g，茯苓 10g。

【准备工作】

药糊制备与器具准备同上。

【治疗方法】

评估皮肤后，清洁面部。患者取卧位，包发。均匀涂抹祛斑中药面膜药糊，避开口、眼、鼻。热喷配合打圈按摩及穴位按压（取太阳穴、攒竹、四白、颧髎）5 分钟，覆纱保护眉眼。随即按比例快速调石膏浆，覆盖药糊表面，留出鼻孔通道。静置 15 ～ 20 分钟至石膏凝固，中途巡视询问感受。卸石膏膜后清擦残留，嘱患者药物保留至少 2 小时，观察反应。

【治疗时间】

单次操作时间：每次约 40 分钟。

治疗频率：每周治疗 1 次。

疗程：3 ～ 4 次为 1 个疗程，视病情治疗 2 ～ 3 个疗程。

（撰写人：李建红）

第十二节　中药封包技术

中药封包技术（汤熨技术），又称热敷法，是根据患者病情，辨证调配药物，将药物加热后，在人体局部或一定的穴位上热敷，使药力和热力同时自体表毛窍透入经络血脉，以发挥腧穴和药物的综合治疗作用的一种技术。该技术具有活血化瘀、温经散寒、祛风除湿、通络止痛等作用。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

中药粉碎机、棉布或无纺布制成的布袋（常见尺寸：15cm×20cm ～ 30cm×40cm）、微波炉、蒸锅、电饭煲、恒温箱、毛巾、治疗巾。

（二）基本操作方法

1. 制作中药封包

辨证选药，根据患者的病情选择方剂。处理药材，将配方中的药材研磨成粉，确保药物有效成分易于透出。若为湿润型封包，须将药材用清水、酒、醋或蜂蜜等辅料调成糊状；干式封包直接装入布袋，封口扎紧。

2. 加热中药封包

将中药封包放入微波炉中高火加热 2 ～ 5 分钟，温度控制在 40 ～ 70℃（以患者耐受为宜，皮肤微红透热、不烫伤）。用蒸锅或电饭煲隔水蒸 30 ～ 40 分钟，使药性充分释放。部分医院使用恒温箱加热（如 100℃恒温，加热 30 分钟）。

3. 操作步骤

核对患者信息，检查患者皮肤状况，告知中药封包的目的及注意事项。根据病情选择合理的体位，暴露治疗部位，用毛巾包裹温度适宜的中药封包（保温的同时防止烫伤），敷于患处或特定穴位（如神阙、中脘等），必要时使用绷带固定。

注意询问患者的感受，避免烫伤。每次敷贴 20 ～ 40 分钟，每日 1 ～ 2 次。药包可重复加热使用 1 ～ 5 天（以药味变淡或消失为更换标准），用后晾干。操作结束后，取下中药封包，用干净纱布擦净局部皮肤，协助患者穿衣。

二、主要适应证

中药封包疗法已广泛应用于多种疾病，主要包括颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症、软组织损伤、骨关节炎、痛经、产后康复、胃痛、便秘（化疗后或老年性）、中风后偏瘫、面神经炎、糖尿病周围神经病变、银屑病（血热证）、尿潴留、肿瘤等。

三、禁忌证

1. 孕妇、婴幼儿禁用；哺乳期、经期女性及儿童慎用。
2. 高热、活动性结核、意识不清者禁用；有出血倾向者慎用。
3. 皮肤对该药物过敏者、局部皮肤病损或有感染性病灶者禁用。

四、注意事项

1. 操作环境宜温暖，暴露治疗部位时注意保护患者隐私。
2. 治疗开始前，中药封包温度控制在 40 ～ 45℃为宜（皮肤微红透热、不烫伤）。

3. 中药封包治疗有内病外治的效果，但许多疾病仍应内外兼治。

4. 治疗过程中，若出现过敏现象，应立即停止封包治疗，过敏严重者须积极对症治疗。

五、临床应用举例

（一）膝痹（膝骨关节炎缓解期）

【参考方药】

桃仁 15g，红花 15g，荆芥 10g，防风 10g，羌活 15g，独活 15g，威灵仙 20g，牛膝 20g，伸筋草 12g，透骨草 12g，鸡血藤 30g，旋覆花 10g，瓜蒌 30g，天花粉 10g。

【准备工作】

中药封包制备：将上述配方中的药材研磨成粗粉，将中药用布袋装好，制成约 15cm × 20cm 的药包，备用。

加热封包：将药包用少量清水打湿，置于蒸锅的蒸屉上，锅中放入适量清水，待锅中水开后再熏蒸 15 分钟，取出药包，自然晾至皮肤可以承受的温度（40 ～ 45℃），备用。

【治疗方法技术要点】

热敷患膝，药包应完全覆盖、包裹住髌骨周围组织。操作过程中注意避免烧烫伤，以在患者承受范围内、皮肤微红透热、不烫伤为宜。

【操作治疗时间】

单次操作时间：每次 20 分钟。

操作频率：每次 1 剂，每日晚上 1 次。

治疗疗程：7 天为 1 个疗程，治疗 4 个疗程。

（二）胃痛（功能性胃痉挛、儿童胃脘痛）

【参考方药】

肉桂 5g，干姜 30g，桂枝 30g，吴茱萸 30g，香附 30g，川芎 30g，木香 15g，荆芥 15g。

【准备工作】

中药封包制备：将以上药物风干打碎，装入布袋内扎紧，备用。

加热封包：药包用清水浸泡 10 分钟后沥干，将药包放入微波炉中加热，温度控制在 40 ～ 70℃，备用。

【治疗方法技术要点】

本方适用于寒邪犯胃证。将加热后的药包用毛巾包裹，自上而下反复熨烫上脘、中脘、神阙，用力均匀，操作 10 分钟后热敷于胃脘部 20 分钟。

【操作治疗时间】

单次操作时间：每次 30 分钟。

操作频率：每日 1 次。

疗程：2 周为 1 个疗程，连续治疗 2 个疗程。

（三）痛经（原发性痛经）

【参考方药】

川芎 50g，延胡索 50g，姜黄 50g，香附 50g，五灵脂 50g。

【准备工作】

中药封包制备：将配好的中药研磨成粉，放入 20cm × 30cm 的布袋，封口备用。

加热封包：将中药封包放入微波炉中加热 5 分钟，中药封包温度控制在 50℃左右，备用。

【治疗方法技术要点】

在月经来潮前 3 天开始治疗，将药包敷在脐部及下腹疼痛处，开始温度高时，移动速度可稍快，温度以局部有温热感而不烫伤皮肤为度，药包可重复使用 3 天。

【操作治疗时间】

单次操作时间：每次 30 分钟。

操作频率：每日 1 次，每次 1 剂。

疗程：以 7 天为 1 疗程，连续治疗 3 个月经周期。

（撰写人：国生）

第十三节　中药鼻腔透药技术

中药鼻腔透药技术是将中药有效成分制成特定制剂，通过鼻腔给药，利用鼻腔黏膜丰富的血管、淋巴管，以及“鼻 – 脑”通路，使药物迅速吸收，作用于局部或全身，以达到祛风散邪、扶正祛邪、开窍醒神、通络止痛等治疗目的的一种外治技术。该技术具有起效迅速、生物利用度高、可规避肝脏首过效应、便于给药等特点。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

中药提取与浓缩设备、分析天平、pH 计、无菌过滤装置、药品冷藏柜、鼻腔给药专用装置（定量鼻腔喷雾器、滴鼻器、鼻用凝胶给药器等）。生理盐水、无菌棉签、手消毒液、治疗巾、医疗废物桶。

（二）基本操作方法

1. 制备中药鼻腔透药制剂

辨证选药，根据患者的病情选择方剂。中药水煎或采用现代提取纯化技术（如水提醇沉、超临界萃取等）制备中药提取液，再根据所用中药的特点，加入适量增溶剂、防

腐剂、促溶剂，如具有促进药物渗透吸收作用的冰片。并精制至适宜浓度。根据临床需要，可将药液调配为溶液型、凝胶型或采用纳米粒、脂质体等新型载体。调节制剂 pH 值（通常为 5.5–7.5）、渗透压（与鼻腔液等渗为宜），并经过无菌处理，分装于无菌鼻腔给药装置中，应注意密封保存，置于阴凉干燥处。

2. 操作前准备

核对患者信息，评估患者鼻腔情况（有无出血、鼻腔分泌物等）。向患者解释操作目的、过程及可能的感觉（轻微苦味、清凉感或刺激感），取得配合。协助患者取舒适坐位或卧位，头稍后仰。操作者洗手。

3. 操作步骤

嘱患者轻轻擤净鼻腔分泌物，如鼻腔分泌物黏稠较难擤出，可在用药前清洁鼻腔（在鼻腔中喷入适量的生理盐水，再用润湿的棉球清洁）。再次核对药液。操作者一手轻扶患者头部，另一手持鼻腔给药装置。

（1）滴鼻法：

1）平卧法：头部后仰，肩部垫枕，下巴朝上。将药瓶对准鼻孔，距离鼻孔 1～2 厘米，避免瓶口接触皮肤。滴入药液（剂量通常为每侧 2 ～ 3 滴），保持姿势 2 ～ 3 分钟。轻轻按压鼻翼，帮助药物分布，如需双侧用药，则重复上述操作。

2）侧卧法：本法适合幼儿或行动不便者。侧卧，滴药侧鼻腔朝上。将药液滴入上方鼻腔，保持侧卧姿势 2 ～ 3 分钟，再换另一侧重复操作。将药液滴入鼻腔，每侧 2 ～ 3 滴。

（2）喷雾法：患者取坐位或半坐卧位。医生将装置喷头置于鼻孔前，嘱患者自然呼吸，在其吸气时快速按压喷头，将药液以雾状喷入鼻腔。

注意观察患者反应，询问有无不适。操作结束后，协助患者清洁面部，妥善处理用物。记录操作过程及患者反应。

二、主要适应证

中药鼻腔透药疗法适用于多种急慢性疾病的治疗，如急慢性鼻炎、鼻窦炎、过敏性鼻炎等；也可用于治疗全身性疾病，如感冒、发热、中风后遗症、心血管疾病、癌痛等。尤其适用于不愿服药或不能服药的幼龄儿童、高龄老人等。

1. 呼吸系统疾病：过敏性鼻炎、鼻窦炎、感冒（鼻塞、流涕）、急慢性咽炎等呼吸系统疾病。

2. 神经系统疾病：中风恢复期及后遗症、偏头痛、眩晕、阿尔茨海默病、血管性痴呆、抑郁症、焦虑状态、癫痫等神经系统疾病。

3. 急症：高热、晕厥、中暑等需要醒脑开窍的急性病证。

4. 其他：肿瘤放化疗后不良反应（如恶心呕吐）、免疫功能紊乱等其他病证。

三、禁忌证

1. 孕妇、婴幼儿及对处方中任何药物成分过敏者禁用。

2. 鼻腔内有活动性出血，颅底骨折者禁用。

3. 严重凝血功能障碍者禁用。

4. 意识不清、无法配合操作者慎用。

四、注意事项

1. 操作环境应清洁、安静。严格执行无菌操作，防止制剂被污染。

2. 给药前务必检查患者鼻腔，确保黏膜完整、无损伤，滴鼻前应注意清除鼻腔分泌物。

3. 控制给药剂量与速度，避免药液流入过急引起呛咳。初次使用者宜从小剂量开始。

4. 部分药物可能对黏膜有短暂刺激性，若患者出现持续不适或过敏反应（如皮疹、呼吸困难），应立即停止治疗并对症处理。

5. 对低龄患者，应依据年龄或体重确定鼻腔给药剂量，嘱其维持正确体位，尽量避免诱发哭闹等情绪躁动，防止药物经咽喉误入气管。

6. 高血压、血压不稳、严重心律失常患者慎用滴鼻剂。

五、临床应用举例

（一）鼻渊（鼻窦炎）

【参考方药】

白芷 10g，连翘 10g，辛夷 15g，苍耳子 9g，细辛 1g，甘菊 6g，薄荷 3g。

【制剂制备】

①采用水煎浓缩及萃取技术提取辛夷、苍耳子中的有效成分。②将有效成分与薄荷脑共同溶解于等渗的缓冲溶液中，制成滴鼻剂或鼻腔喷雾剂。

【治疗方法技术要点】

适用于鼻窦炎、鼻炎。清洁鼻腔后，协助患者取坐位或仰卧位，头后仰，每侧鼻腔给药 2 ～ 3 滴（或 2 ～ 3 喷）。

【操作治疗时间】

每日 2 ～ 3 次，症状缓解后可减少频次维持。

【特别提示】

本组方仅适用于风热袭肺证。

（二）鼻鼽（过敏性鼻炎）

【参考方药】

辛夷 12g（提取物），苍耳子 9g（提取物），鹅不食草 10g（提取物），薄荷脑 0.3g。

【制剂制备】

采用超临界 CO_2 萃取技术提取辛夷、苍耳子、鹅不食草中的有效成分。将有效成

分与薄荷脑共同溶解于等渗的缓冲溶液中，制成滴鼻剂或鼻腔喷雾剂。

【治疗方法技术要点】

于过敏季节或接触过敏原前使用。清洁鼻腔后，协助患者取坐位或仰卧头后仰位，每侧鼻腔给药 2 ～ 3 滴（或 2 ～ 3 喷）。

【操作治疗时间】

每日 2 ～ 3 次，症状缓解后可减少频次维持。

【特别提示】

本组方仅适用于肺脾气虚证。

（三）头痛（偏头痛）

【参考方药】

天麻 20g（提取物），白芷 10g（提取物），细辛 1g（挥发油），冰片 1g。

【制剂制备】

先提取天麻素、白芷香豆素等有效成分，再与细辛挥发油、冰片一同制成温度敏感型鼻用凝胶。

【治疗方法技术要点】

适用于头痛发作时。清洁鼻腔后，协助患者取仰卧头后仰位，将凝胶剂适量滴入或涂于鼻腔内。

【操作治疗时间】

发作时使用，每日不超过 3 次。

【特别提示】

本组方仅适用于风痰上扰证。

（四）中风（中风后偏瘫）

【参考方药】

黄芪 25g（提取物），川芎 10g（提取物），冰片 1g，石菖蒲 10g（挥发油）。

【制剂制备】

采用水提醇沉法精制黄芪、川芎有效成分，提取石菖蒲挥发油。将上述成分与适量促渗剂、稳定剂溶于生理盐水中，调节 pH 值至 6.0，经 0.22μm 微孔滤膜过滤除菌，定量分装于鼻腔喷雾器中，每揿 0.1mL。

【治疗方法技术要点】

清洁鼻腔后，协助患者取坐位，头稍后仰。每侧鼻腔各喷 2 揿，喷后轻按鼻翼。

【操作治疗时间】

每日 2 次，早、晚各一次，4 周为 1 个疗程。

【特别提示】

本组方仅适用于气虚血瘀证。

（撰写人：李艺）

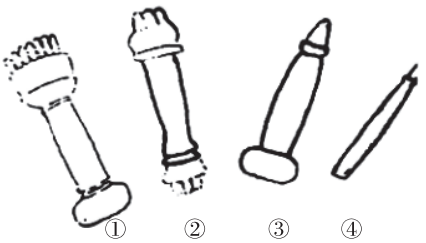
第十四节　杵针技术

杵针技术是指利用杵针（包括七曜混元杵、五星三台杵、金刚杵、奎星笔）这一特殊工具，运用点叩、升降、开阖、运转、分理等不同手法，在针灸常用的腧穴和杵针技术的特殊穴位上进行治疗的一种方法。杵针技术能够调和阴阳、扶正祛邪、疏通经络、行气活血，从而达到治病强身、康复保健的目的。杵针技术主要适用于运动创伤疾病、脑血管疾病、骨关节疾病、耳鼻喉疾病、呼吸系统疾病的治疗，以及亚健康状态的调理。

一、常用器具及基本操作方法

（一）常用器具

杵针曾以牛角、檀木、玉石、银等作为基本材料，后以铜作为基本材料，确定了一套四件杵针工具的标准，具体见图 11–2。



①七曜混元杵；②五星三台杵；③金刚杵　④奎星笔

图 11–2　杵针技术可选用工具举例

1. 七曜混元杵

长 10.5cm，一头呈圆弧形，多作为运转手法使用，另一头为平行的 7 个钝爪，多作为分理手法使用。

2. 五星三台杵

长 11.5cm，一头有三脚并排，另一头为梅花形五脚，多作为点叩、升降、开阖或运转手法使用。

3. 金刚杵

长 10.5cm，一头为圆弧形，另一头为钝锥形，多作为点叩、升降、开阖手法使用。

4. 奎星笔

长 8cm，一头为椭圆形，另一头为钝锥形，多作为点叩、升降、开阖手法使用。

（二）基本操作方法

1. 针具选择

杵针针具的选择，应以杵针无缺损、针尖无松动、针身、针柄和针尖光滑圆整、各类杵针的规格齐全者为佳。在临床使用时，还应根据患者的性别、年龄、形体的肥瘦、体质的强弱、病情的虚实、施治的部位、操作手法的不同，选择相应的针具。

2. 体位选择

应以施术者能取穴准确、操作方便，患者肢体舒适，并能较长时间接受杵针治疗为原则，可以选择仰卧位、侧卧位、俯卧位、仰靠坐位、俯伏坐位、侧伏坐位等。在临床

治疗时，除上述常用体位外，对某些腧穴则应根据具体要求采取不同的体位。同时也应注意，若采用一种体位即可选取处方选定的全部腧穴，则不宜更换为两种及以上体位。另外，应根据患者体质、病情等具体情况灵活掌握。

3. 消毒

操作全过程应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

4. 选穴方法

根据中医基本理论，在辨证施治的原则指导下，结合腧穴的功能、特性，进行配穴处方。应做到有方有法，灵活多变。杵针技术以脏腑经络为指导，按照“病随经所在，穴随经而取”“经脉所过，主治所及”“本经有病，本经求”“循经取穴”等原则，可分为以下几种配穴方法。这些方法既可分别运用，亦可合并处方。配穴多少，应按病情需要而定，一般以 2 ～ 4 穴为宜。要想做到配穴精当，首先就要做到辨证准确。

（1）八阵穴、河车路穴、八廓穴等特殊穴位取穴法　此法即取与病变脏腑、器官相应的八阵穴、河车路穴、八廓穴，以治疗该脏腑、器官的病变。八阵穴包括分别以百会、风府、大椎、身柱、神道、至阳、筋缩、脊中、命门、腰阳关、腰俞为中宫的十一组穴位。河车路可分为头部河车路、腰背部河车路、胸腹部河车路。各河车路根据其所属脏腑和主治的不同，又可分为若干段。八廓穴包括眼八廓、耳八廓、鼻八廓，包括经穴，如睛明、听会、迎香等，也包括无名的刺激点。

如心肺病证，选取身柱八阵、神道八阵和河车路大椎至至阳段；脾胃病证，选取至阳八阵、中脘八阵、河车路至阳至命门段。

（2）近部取穴法　近部取穴法是根据每个腧穴都能治疗所在部位的局部和相邻部位的病证这一普遍规律提出来的。此法多用于治疗体表部位明确或病位较为局限的病证。例如，鼻病取迎香；口齿病取颊车、地仓；胃痛取中脘八阵、梁门；耳鸣耳聋取翳风、听宫、听会；头痛取天谷八阵、头维、上星、风池等。

（3）远部取穴法　远部取穴是根据阴阳、脏腑、经络等中医基本理论和腧穴的主治功能提出来的，是在离病痛较远的相应部位取穴。此法有以下几种取穴方式：上病下取、下病上取，左病右取、右病左取，中病旁取、旁病中取，阴病取阳、阳病取阴等。

（4）随证取穴法　随证取穴又叫对证取穴或辨证取穴，是根据中医基本理论和腧穴功能主治提出的，与近部取穴、远部取穴有所不同。近部取穴和远部取穴均以病痛部位为依据，但二者无法涵盖发热、自汗、盗汗、虚脱、失眠、多梦等全身症状，此时宜采用随证取穴法。例如，胸闷、气促可取膻中八阵；血虚或慢性出血疾病可取膈俞、与膈俞相应的八阵穴和河车路穴等。

5. 治疗方法

（1）持杵和行杵　一般以右手持杵针，称为刺手；左手辅助刺手，称为押手。刺手的作用是执持杵针，直接在患者腧穴上施杵；押手的作用是固定腧穴，辅助刺手施杵。

1）持杵方法包括执笔法、直握法。①执笔法：医者以右手食指、中指及拇指持杵身，下端针柄靠在无名指上，或用拇指、食指持针身，中指靠贴杵柄，如执笔一样。此法适宜用于头面、胸腹及四肢肌肉浅薄处穴位的治疗。②直握法：医者以右手拇指和

其余四指相对握住杵身，如握拳状。此法适宜用于腰、背、骶及四肢肌肉丰厚处穴位的治疗。

2）杵针治疗过程中，为使患者产生刺激感应所施行的各类操作手法，称为行杵。行杵方法包括寻按行杵法、指压行杵法。①寻按行杵法：医者以左手拇指、食指寻按腧穴部位，右手循左手寻按部位行杵。此法宜选用七曜混元杵或五星三台杵，在腧穴部位（如八阵穴、河车路穴等）施行分理、运转手法。②指压行杵法：医者以左手拇指前端按在压腧穴旁侧，右手持杵针紧靠左手拇指行杵。此法宜选用奎星笔点叩腧穴，如上星、水沟等。

（2）*操作手法*　杵针操作手法集针砭、按摩之长，承导引之术，融九宫河洛之法，具有手法简便、易于操作的特点。常用杵针操作手法包括点叩手法、升降手法、开阖手法、运转手法、分理手法。

1）点叩手法：行杵时，杵尖向施术部位反复点叩或叩击，如雀啄食。点叩的叩击频率快，压力小，触及浅者，刺激即小；点叩叩击频率慢，压力大，触及深者，刺激即大。以叩至皮肤潮红为度。此法宜用金刚杵或奎星笔在面积较小的腧穴上施术，如水沟、少商、商阳等穴。

2）升降手法：行杵时，杵针针尖接触施杵腧穴的皮肤，然后一上一下地上推下退，上推为升，下退为降，推者气血向上，退者气血向下。此法一般宜用金刚杵或奎星笔在面积稍大的腧穴上施术，如环跳、风市、足三里等穴。

3）开阖手法：行杵时，杵针针尖接触施杵腧穴的皮肤，然后医者逐渐贯力达于杵针尖，向下进杵，则为开，进杵程度以患者能忍受为度，达到气血向四周分散的目的。随之医者慢慢将杵针向上提，但杵针尖不能离开施术腧穴的皮肤，此为阖，能达到气血还原的目的。此法一般宜用金刚杵或奎星笔在面积较小的腧穴上施术，如翳风、水沟、隐白等穴。

4）运转手法：行杵时，七曜混元杵与五星三台杵的杵针尖，或金刚杵或奎星笔的杵柄紧贴施术腧穴的皮肤，做从内向外，再从外向内的太极运转，或做顺时针、逆时针（左右运转）方向的环形运转。临床上，根据施术腧穴部位的不同，运转手法亦不同。八阵穴多做太极运转，河车路穴多做上下或左右运转，一般腧穴多做左右运转。

5）分理手法：行杵时，杵针柄或杵针尖紧贴施术腧穴的皮肤，做左右分推，此为分；上下推退，则为理。该法又称分筋理气法，一般多用于八阵穴和河车路穴，以及腧穴面积较大的部位，以分理至皮肤潮红为度。

（3）*补泻手法*　杵针疗法的手法补泻，以补虚泻实、祛邪扶正、调理气机、平衡阴阳、防病治病为目的，与针刺补泻有异曲同工之妙。常用杵针补泻手法包括升降补泻法、开阖补泻法、迎随补泻法、轻重补泻法、徐疾补泻法、平补平泻法。

1）升降补泻法：杵针尖点压腧穴后，向上推动则为补。杵针尖点压腧穴后，向下推动则为泻。

2）开阖补泻法：杵针尖点压腧穴，由浅入深，渐进用力，向下进杵，渐退出杵，则为补法。杵针尖点压腧穴，由深渐浅，迅速减力，向上提杵，则为泻法。

3）迎随补泻法：顺着经络气血循行方向，或河车路气血循行、太极运行方向行杵者，为补法。逆着经络气血循行方向，或河车路气血循行、太极运行方向行杵者，则为泻法。

4）轻重补泻法：凡轻浅行杵者，为补法；重深行杵者，则为泻法。

5）徐疾补泻法：凡快而轻的手法，为补法；凡重而慢的手法，则为泻法。

6）平补平泻法：行杵轻重快慢适中或迎随、升降、开阖均匀者，为平补平泻法。杵针补泻手法可以单独使用，也可以结合运用。

（4）治疗时间

杵针治疗时间一般为 30 分钟。对一些特殊疾病，如急、慢性痛证，痿证，痹证等，可以适当延长杵针治疗时间。

（5）得气

杵针刺激部位产生的经气感应，称为得气，或称杵针感应。患者出现杵针感应后，除具有与针刺治疗类似的酸、麻、胀、重等针感外，还会出现刺激部位皮肤潮红和局部的温热感，以及特有的全身轻松、舒适、愉悦的感觉。

二、主要适应证

1. 不寐、心悸、感冒、咳嗽、哮喘、肺痨、呕吐、腹痛、胃脘痛、痢疾、泄泻、便秘、黄疸、遗精、阳痿、水肿、中风、痿证、癃闭、口僻、痫证、癫狂、郁证等内科疾病。

2. 痛经、月经不调、崩漏、产后腹痛、绝经前后诸证等妇科疾病。

3. 耳鸣耳聋、牙痛、咽喉肿痛、鼻渊、近视等五官科疾病。

4. 小儿遗尿、小儿泄泻、急慢惊风、疳腮等儿科疾病。

5. 痹证、漏肩风、落枕、肠痈、乳痈、扭伤、痔疮、丹毒等其他疾病。

三、禁忌证

1. 有出血倾向及凝血功能障碍者，如血友病、弥散性血管内凝血（DIC）等，禁杵。

2. 怀孕 3 个月以上者的腹、腰、骶部位，以及能够引起子宫收缩的穴位，如合谷、三阴交、昆仑、至阴等，禁杵。

3. 婴幼儿风府、哑门等穴不杵，小儿囟门未合者禁杵。

4. 有皮肤感染、溃疡、瘢痕或肿瘤的部位禁杵。

5. 眼区、胸背、肾区、项部，以及胃溃疡、肠粘连、肠梗阻患者的腹部，尿潴留患者的耻骨联合区，杵针时应掌握深度和角度，禁用重手法，防止误伤内脏。

四、注意事项

1. 患者过于饥饿、疲劳、精神高度紧张时，不宜行杵。年老体弱者行杵时应采取卧位，手法要轻柔。

2. 治疗前向患者出示杵针工具，说明杵针治疗无创伤，大多无明显疼痛，缓解患者紧张情绪。选取适宜体位与腧穴；施术期间以患者情绪安定、肌肉松弛、体位舒适为宜。

3.《灵枢·九针十二原》言："持针之道，坚者为宝。"行杵时，医者应留神行杵、静心息虑，使杵力均匀，行杵有度。

4. 对于急危重症患者，应根据情况采取综合治疗方法，既可充分发挥杵针作用，又有利于疾病的治疗和康复。

5. 患儿不配合时，行杵用力不宜过重。

6. 杵针治疗时要防止损伤肌肤，如胸胁、腰、背、头枕部等。行杵时用力不宜过重，以免挫伤肝、脾、肺、肾等脏器。在行杵时，可根据患者的杵针感应，及时调整行杵的轻重缓急。

7. 乳根、食窦、头面部诸穴，均不宜用杵针重刺。对于头面、五官及四肢末端面积较小的腧穴，只宜用奎星笔（或金刚杵）行点叩、开阖手法，一般不做运转、分理手法。

8. 杵针手法过重，引起局部皮肤青紫者，一般不必处理，可自行消退。

五、临床应用举例

（一）感冒（上呼吸道感染）

风寒感冒选风府八阵、大椎八阵、列缺、风门、风池、合谷。手法：杵针用平补平泻法，并可配合灸法。

风热感冒选风府八阵、大椎八阵、身柱八阵、曲池、合谷、鱼际、外关。手法：杵针用泻法或平补平泻法。

暑湿感冒选风府八阵、大椎八阵、身柱八阵、尺泽、大杼、合谷、支沟、阳陵泉、中脘。手法：杵针用泻法，或平补平泻法。

（二）中风（急性脑血管疾病）

中经络选天谷八阵、神道八阵、河车路（大椎至长强段）。手法：杵针用平补平泻法。

中脏腑闭证选百会八阵、神道八阵、河车路（大椎至命门段）、水沟、十二井穴、太冲、丰隆、劳宫。手法：杵针用泻法，井穴点刺放血。

中脏腑脱证选百会八阵、神道八阵、河车路（大椎至命门段）、关元、神阙、气海。手法：杵针用补法，可配合艾灸。

（三）腰痹（腰椎间盘突出症）

寒湿腰痛选命门八阵、河车路（命门到长强段）、委中、昆仑。手法：杵针用泻法，可配合艾灸。

瘀血腰痛选命门八阵、腰俞八阵、河车路（至阳至长强段）、委中、膈俞。手法：杵针用泻法或平补平泻法。

肾虚腰痛选命门八阵、河车路（至阴至长强段）、关元八阵、太溪。手法：杵针用补法。肾阳虚者可配合艾灸。

（四）耳鸣、耳聋（神经性耳鸣、耳聋）

主穴：百会八阵、风府八阵、翳风、听会、足临泣、侠溪、听宫。实证取河车路风府至大椎段，施泻法；虚证取河车路大椎至命门段，施补法，可配合艾灸。

（撰写人：晋松）

附：本章推荐阅读

一、蜂疗技术

1. 世界中医药学会联合会蜂疗专业委员会 . 蜂针疗法技术操作规范［M］. 北京：人民卫生出版社，2021.

2. 李万瑶 . 蜂针疗法［M］. 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2009.

3. 成永明 . 无痛蜂疗法［M］. 北京：人民卫生出版社，2014.

二、中药腐蚀技术

1. 吴一菲，曹萍 . 五妙水仙膏治疗扁平疣疗效分析［J］. 航空航天医药，2009，20（12）：80–81.

2. 庞贵秀 . 鸡眼膏治疗多发性跖疣中“母疣”的疗效观察［J］. 中国实用医药，2018，13（21）：140–142.

3. 陈红风 . 中医外科学［M］. 5 版 . 北京：中国中医药出版社，2021.

三、窦道搔爬技术

1. 李竞 . 中国疡科大全［M］. 天津：天津科学技术出版社，1992.

2. 中华中医药学会 . 中医外科临床干预指南［M］. 北京：中国中医药出版社，2019.

3. 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会 . 肛瘘诊治中国专家共识（2020 版）［J］. 中华胃肠外科杂志，2020，23（12）：1123–1130.

4. 克罗恩病肛瘘共识专家组 . 克罗恩病肛瘘诊断与治疗的专家共识意见［J］. 中华炎性肠病杂志，2019，3（2）：6.

5. 刘晓雁，陈前军 . 肉芽肿性小叶性乳腺炎中医诊疗专家共识（2021 版）［J］. 中国中西医结合外科杂志，2022，28（05）：597–602.

6. 林毅，唐汉钧 . 现代中医乳房病学［M］. 北京：人民卫生出版社，2003.

四、芳香治疗技术

1. 杨明 . 中医香疗学［M］. 北京：中国中医药出版社，2018.

2. 熊磊，赵毅，解宇环 . 芳香中药学［M］. 北京：中国中医药出版社，2022.

五、吹药技术

1. 季红健，李丹，任思秀，等 . 黄氏喉科吹药制作法初探［J］. 中华中医药杂志，2022，37（09）：5494–5496.

2. 季红健，晏英，任思秀，等 . 刍议黄氏喉科“火郁发之”理论在急乳蛾吹药配伍中的运用［J］. 中华中医药杂志，2022，37（11）：6525–6527.

六、五音治疗技术

1. 余瑾 . 中国传统康复技术［M］. 北京：科学出版社，2022.

2. 张勇，余瑾 . 传统中医价值取向音乐治疗研究述评［J］. 广州中医药大学学报，2018，35（06）：1139–1142.

3. 林法财 . 基于《黄帝内经》五音理论探析辨证施乐［J］. 中华中医药杂志，2018，33（12）：5535–5537.

4. 李丽，周霞，王芹，等 .“五音调神”康复技术规范［J］. 康复学报，2023，33（02）：103–107.

七、经皮穴位电刺激技术

1. 赵吉平，李瑛 . 针灸学［M］. 4 版 . 北京：人民卫生出版社，2021.

2. 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/T 21709.11—2009 针灸技术操作规范　第 11 部分：电针［S］. 北京：中国标准出版社，2009.

3. 中国中西医结合学会麻醉专业委员会，甘肃省中西医结合学会麻醉专业委员会 . 穴位刺激辅助治疗术后疼痛临床实践指南（2021）［J］. 中华麻醉学杂志，2021，41（10）：1159–1165.

八、中药离子导入技术

1. 郑锦，孙晓明，李荣华 . 常用中医诊疗技术操作指南［M］. 上海：上海科学技术出版社，2013.

2. 秦元梅，杨丽霞 . 常用中医护理技术操作指南［M］. 郑州：河南科学技术出版社，2016.

九、中药涂擦技术

1. 谢薇，李俊华 . 中医适宜技术操作规范［M］. 上海：同济大学出版社，2016.

2. 洪青，谢双智，孙忠敏，王春英 . 中医护理适宜技术操作规程及评分标准［M］. 杭州：浙江大学出版社，2021.

十、杵针技术

1. 钟磊 . 李氏杵针流派临床经验辑要［M］. 成都：四川科学技术出版社，2016.

2. 晋松 . 杵针疗法与运动创伤［M］. 成都：四川科学技术出版社，2019.

3. 晋松，钟磊 . 杵针学（上），杵针源流与李仲愚学术经验辑要［M］. 成都：四川大学出版社，2020.

十一、中药面膜技术

1. 李欣，张玲琳，陈中建，等 . 蓝光照射联合中药石膏倒模治疗中度痤疮临床观察［J］. 中国皮肤性病学杂志，2010，24（12）：1105–1106.

2. 陈晓萱 . 金起凤填精祛瘀法联合石膏倒模治疗肾虚血瘀型黄褐斑的临床观察［D］. 北京中医药大学，2024.

3. 蔡华，王俊玲，张楚怡 . 中药石膏倒模联合火针治疗囊肿结节型痤疮的效果观察［J］. 黑龙江中医药，2019，48（04）：6–7.

4. GB/Z 40668—20211 中医技术操作规范　皮肤科　中药面膜［S］. 国家市场监督管理总局　国家标准化管理委员会国家中医药管理局，2021.

十二、中药封包技术

1. 刘大鹏，王海波，陈晨，等 . 崔氏软伤洗剂联合推拿治疗缓解期膝骨关节炎患者的临床疗效［J］. 世界中西医结合杂志，2024，19（10）：2067–2071.

2. 余洁，陈浩业，潘向群 . 中药封包热敷用于儿童胃脘痛寒邪犯胃证的疗效观察［J］. 实用中医内科杂志，2022，36（07）：55–58.

3. 任变英，曾美玲 . 地机穴埋线合中药封包治疗原发性痛经的临床观察［J］. 光明中医，2016，31（08）：1105–1107.

十三、中药鼻腔透药技术

1. 张明，李华，王磊 . 基于“鼻 – 脑”通路的中药鼻腔给药治疗阿尔茨海默病的研究进展［J］. 中国中药杂志，2023，48（15）：4100–4107.

2. 刘芳，陈志强 . 中药鼻腔喷雾剂治疗过敏性鼻炎的临床疗效与安全性评价［J］. 中国实验方剂学杂志，2022，28（09）：120–125.

3. 国家中医药管理局 . 中医医疗技术手册（2020 年版）［M］. 北京：中国中医药出版社，2020.

4. 中国中医药信息学会外治分会 . 中药滴鼻剂临床应用技术规范（草案）［J］. 中国现代应用药学，2019，36（24）：3100–3103.