

亦痿，過燥亦痿，欲明其為濕為熱，可以其體之肥脊，肌膚之枯潤而別之。此等症須病者耐心服藥，確守勿懈，庶克有濟。倘信心不堅，則難收功。

脚 氣

古無脚氣之名，有之則自宋齊之後始，然其腫痛頑麻即內經所謂痹也。縱緩不受則內經所謂痿也。甚而氣上衝心腹即經所謂厥逆也。病由濕致或水飲內注。然其為濕熱之患則一而已。北方高燥，多飲醃醢肉食及醇酒，濕熱下流足胫所致。南方地下卑濕，故清濕之氣中於下必自足始。內經所謂：「清濕襲虛則病起於下」是也。初起多屬寒，故祇見頑麻，其後濕鬱成熟，遂為腫痛。緣濕熱蒸發則腫，血氣壅滯則痛。若加以風寒外襲則熱愈不得泄，而痛益甚，以兩脚之氣血既壅滯不行，則週身之氣血亦不宜通鬱而發熱。氣不宜通則不用於表，故酒酒惡寒證類傷寒矣。

脚氣有乾濕之異；乾者血脈痞澀，皮膚癢痺，脛細痠疼，食減體瘦，臍腑秘滯，上衝煩悶。濕者脚先腫滿，或下注生瘡浸淫滋水，或上攻心腹，咳嗽喘息而浮膝腫見食嘔吐。

李東垣曰：「脚氣之疾自古皆尚疎下為疾壅故也。然不可太過，太過則損傷脾胃。又不可不及，不及則使壅氣不能消散。」誠可謂治此疾之準則。

千金曰：「脚氣之病，其小腹頑痺不仁者，多不腫，小腹頑後不過三五日即令人嘔吐名曰脚氣入心死者朝夕。」

按：中醫舊說謂脚氣多由水濕，南方卑濕疾起於下是為外感。北方常食醃乳，又飲酒太過脾胃不能運化，水濕下流此由內及外也。西醫在維生

素未經闡發之前，對脚氣病原，亦莫測所由，或以為傳染病，或以為中毒，或以為神經疾患，其後學者，雖轉向營養不足之問題，以為本症係一種營養不足之病，然亦祇認為因食物中蛋白質太少，及炭水化合物太多，直至公元一八九五年Eijkman氏以精白米以飼鷄，引起脚氣之徵狀，及病理變化，於是脚氣為以白米為主食而起之說興。其他學者試之亦然，故咸信其說。迨公元一九一三年Funk氏等，由酵母提出抗神經炎性維生素，用以治鳥類脚氣，殊有卓效，至此脚氣由維生素乙缺乏之學說遂定，各國學者亦有相同之研究業績，更進而為人體之試驗，更知人類如以精白米為主食，亦起脚氣症狀，藉知人類脚氣亦由缺乏維生素乙而起。

本病昔者汎見於我國、南洋羣島、日本、非洲、印度、巴西等國。在歐洲極為少見，大體言之，凡一國人民之以白米為主食多見此病。近代營養知識普及，漸較少見。

脚氣因人體內缺乏維生素乙一而起，以此為主要原因，揆之目下智識，已無可疑，據現時學者所知，人體內之所以缺乏此素不外（一）人體內殆不能合成此種維生素，亦不能將大量貯藏於任何器官內。是以倘食物中之維生素乙輸入量不足抵補人體之日耗量歷時稍久即將召致脚氣。（二）身體過勞、發熱、氣候濕熱、甲狀腺機能過旺等，凡能促使新陳代謝旺盛及增加維生素之耗量者，不論維生素乙之供給是否充分，皆可誘發脚氣。（三）數種病態可使食物之消化、同化、及吸收發生障礙，例如妊娠、哺乳、胃腸障礙、慢性消耗病等；均有誘發脚氣之可能。

維生素乙缺乏病

脚氣病的鍼灸療法

廣 東 龐 中 彥

「歷史」早在四千餘年前，我國已有類似脚氣病的記載。直至二千年前，亞洲及東印度群島諸地，都已有脚氣病的發現。歷來因此病死亡或殘廢的為數已在數百萬人以上。1884年日本海軍部隊內也發現本症，後經用豆類和肉食替代白米，就自行絕跡。以往病因未明。1897年歐格曼氏用實驗法使鵠發生脚氣病，並稱之謂多發性神經炎。1911年蘭克氏報告所謂抗神經炎素。1926年傑森和唐納斯首先分提出維生素乙。1937年威廉氏等首先用化學法合成維生素乙。從此維生素乙，即能廣售於市面，供臨床上普遍的應用。

「化學和來源」維生素乙即硫胺素，能溶解於水，故烹煮時易失去。如酸度減低，就易被熱所毀壞，故烹調飲食加鹽時則為之消毀。暴露于空氣中不易氣化，但在溶液內極易氧化。

含量最富的天然食物為釀母，植物的穗子（糠，麴，及其他食物的研下物），麥胚等。豆類、蛋黃、瘦肉和動物內臟器官如肝、心、腎等含量亦豐。

「生理功能」維生素乙，與炭水化合物的新陳代謝，有密切的關係。若缺乏後，炭水化合物就不能完全氧化和產生熱能。它的新陳代謝將中止於丙酮酸階段，而滯積於人體血液內，以致損

害神經，並產生其他不良後果。

〔單位和需要量〕1毫克硫胺等於333個國際單位。成人每日需要量1—2毫克左右。孕婦和乳母需要量略多（1.5毫克以上）。維生素乙的需要量，隨身體新陳代謝的增高和碳水化合物攝入量的增加而加多，如在甲状腺機能亢進和酒中毒等。相反的脂肪攝入量增加則需要量減少。

〔維生素乙缺乏後所引起的一般臨床症狀〕。

（一）厭食、營養不良、生長停滯。（二）多發性神經炎、肌肉疼痛、軟弱、深反射減退，足底感覺過敏等。（三）循環系統綜合病狀：水腫、漿液性滲出，心臟虛脫等。（四）典型腳氣病。

腳 氣 病

〔疾病分佈〕多見於食物以白米為主的地區。中國、日本、菲律賓，東印度、馬來亞、印度等地患者最多。

〔病理學〕

1. 神經系統：（1）腦及髓體充血，水腫及一般衰退現象。（2）周圍神經有衰退現象，遠端首先被累，並較嚴重。（3）通常受累的神經為：坐骨神經及其分枝、臂神經、膈神經、喉返神經、腦神經（尤其迷走神經）。隨鞘衰退為常見的現象，但神經軸大多正常。

（二）心臟：（1）擴張及肥大，尤以右側為然。（2）心肌纖維變粗而發硬，心肉柱及乳頭狀心肌特別顯著。（3）因心臟突然虛脫而死亡的病例，顯有心肌積水性衰退和顯著水腫。

（三）水腫及漿液滲出——有全身性或局部性的，最常見於下肢小腿和大腿。其他如心膜積水，胸腔積水，肺水腫、腹水等都可存在。

（四）其他——慢性腳氣病有皮下腹膜或心外膜脂肪消失，被累區的肌肉萎縮。顯微鏡檢查下，肌肉橫紋消失，濁濁腫脹和脂肪性衰退現象，肝、脾、腎和腸可能有慢性阻性充血。

〔分類〕（一）按症狀的表現，臨床上可分作下列數類：

（1）乾型腳氣——主要症狀為神經系統的衰變，如多發生周圍神經炎。

（2）濕型腳氣——主要症狀為水腫及漿液滲出。

（3）暴發性腳氣——有急性症狀如心臟型等。

（4）混合型腳氣——同時有以上兩種情形以上者。

（二）按病發的緩急和病程的長短，又可作下列分類：

（1）急性腳氣——起病突然，患者忽然發生

水腫或心臟症狀，故多見於濕型或心臟型腳氣。

（2）亞急性腳氣——病發和病程較徐緩。

（3）慢性腳氣——病發和病程甚慢。

〔病狀〕據臨床經驗，實際上有很多病例難於明確分類的，所以症狀的敘述，不如依系統而分析：

（1）先驅症狀和一般症狀——體重減輕、體力不足、疲倦、足腿沉重而強硬，肌肉酸痛、頭痛、頭昏、失眠、食慾不振、消化不良、健忘等虛浮症狀。

症狀，為腿部疼痛，軟弱無力、和痛性痙攣。腿有沉重感，踝和足部有麻木和灼痛感和顯著的肌肉壓痛。下肢的軟弱逐漸加重，同時足趾的背屈動作受阻，跟腱和膝反射可能增強，以後減弱，終於消失。以後足部的極度軟弱漸向上發展，首先腿的伸肌和屈肌被波及，這時就顯出足與足趾之下垂症狀。手臂的肌肉可有相同病患，一般的講，上肢肌肉的運動性症狀，常在下肢病患達到嚴重程度後始發生。但在多用手勞作而少行走的人們患病時，有時上肢首先發病。

感覺神經的失常症狀可能首先發生，且可能較運動性的變化更為顯著。感覺的消失，在遠端最嚴重。震動感覺也可能減退，甚至消失。

腳氣病波及胸神經的以迷走神經最為顯著。膈神經和喉返神經的可被波及。在嚴重的病例，軀幹和腹部的肌肉也可受累，括約肌在病的晚期也可能被累，但較為罕見。

當有嚴重的肌肉萎縮時，患者的步態也改變，有共濟失調的現象。若神經麻痺的時間長久，肌肉多攣縮，以致患者臥床不起，受壓處疼痛，極易患褥瘡。

（三）心臟和呼吸系統——心臟型腳氣病。

成人心臟型的腳氣病，在西方罕見，在東方和我國比較常見。症狀包括呼吸困難、急促、心悸、心動增速和水腫等。在無心力衰竭的病人，血壓常是正常或稍低，而脈壓則常見增加。心電圖測驗無特殊指病性的變化。

有時病情可以劇變，暴發急性心力衰竭，這時症狀有：一般的病情危；面部有焦慮表情；呈極度不安寧及急躁狀態；呼吸極度困難迫促；顯著的發紺；呼吸率每分鐘可加快到30—50次；心臟極度擴大。心律有規則，但加快到每分鐘120—140次，而跳動有力。心臟的衰竭，可右心、左心衰竭或兩者皆受波及。並有肺充血或全身性阻性充血。靜脈血壓一般地增高。循環時間在心力衰竭嚴重時，據作者的經驗，多為延長，最初文獻報告，多說是加速。以上症狀，在給以維生素乙治療後，常在24—96小時內迅速消退。

（四）水腫及漿液滲出——水腫是濕型腳氣病最顯著的症狀，一般從下肢腳腿先顯，然後漸

漸普及全身。漿液滲出——有時有水腹、水胸、心包積水等情況。病發驟急時，也有肺水腫現象。

〔診斷〕

(一) 病史：

(1) 維生素乙₁攝入量不足——飲食攝入量過少、飲食習慣不良、慣食過於磨研的米麥和穀類；飲食中炭水化合物量過高，而蛋白質、礦物質和維生素的含量相對的較少。(2) 伴有其他疾患阻礙正常食物的攝入，同化和利用，例如胃腸道疾病，妊娠惡性嘔吐，慢性衰弱疾病等。(3) 有增加硫胺素需要量的情況，如加速生長、妊娠、哺乳，各種熱病，甲狀腺機能亢進，劇烈體力勞動等。

(二) 症狀的分析：

(1) 神經系統——多發性周圍神經炎。膝及踝反射消失，小腿腓腸肌壓痛，肌肉萎縮，手腕和足下垂，四肢感覺消失或異常。

(2) 水腫——一般從下肢漸漸普及全身。

(3) 心臟型的特殊症狀——勃雷克洪氏診斷腳氣性心臟病時所用的標準，摘錄如下，作為參考：(一) 心臟肥大，但跳動韻律仍正常。(二) 壓積性水腫。(三) 靜脈血壓增高。(四) 有周圍神經炎或陪拉格。(五) 心電圖無特殊指病性的變化。(六) 無其他心臟病的原因。(七) 有顯著營養缺乏史凡三月或三月以上。(八) 經特殊治療後，病況改善，心臟回小，或經病理解剖後證實有腳氣病病變。

〔預防〕

(1) 適當的飲食——多食糙米、荳類、完整五穀、新鮮蔬菜、肉類、肝、雞蛋等。

(2) 改善烹飪方法和飲食習慣：

1. 洗滌蔬菜，不宜浸於溫水中太久。2. 分菜時湯不可傾棄。3. 烹調時不宜加鹼。4. 煮飯時不可傾棄米湯。5. 吃菜不宜過份挑選。

(3) 有特殊情況時（例如在孕婦、乳母、酒徒、腸胃疾病而有消化不良、吸收不佳的，新陳代謝增高的疾病，慢性感染、發熱疾病等），宜調整飲食、增加維生素乙₁含量，必要時輔以釀母或直接給與維生素乙₁。」

〔治療〕

① 特效藥，就是維生素乙₁即硫胺。

一、輕或慢性病例五——一〇毫克，每天三次，口服即可。

二、較重病例作有腸胃道病，或其原因不能口服者，可由肌肉或靜脈注射一〇毫克，每天兩次，必要時每天量可增至五〇毫克。

三、急性心臟型腳氣病的治療：立即由靜脈

注射20—50毫克，以後每四小時由靜脈或肌肉注射10—20毫克，直至心力衰竭現象消失。此後大部可出口服。」

② 鍼灸治療：

① 治療經過：視症候之輕重而定，大抵施術七八次，即可痊愈。但頑重病患亦有施術二三十次者。

③ 經穴：

① 足三里穴——位置在膝眼下三寸，脛骨外廉，分佈迴反脛骨動脈及深腓骨神經，針深一寸半。

② 三陰交穴——位置在內踝上，除踝三寸，有後脛骨動脈之分枝及神經，針深三分至一寸，妊娠不可針。

③ 絕骨穴——位置在外踝上三寸，有腓骨神經淺枝，針深三分至一寸。

④ 犢鼻穴位置膝眼外側之陷凹處，中通關節動脈，分佈上腿皮神經腓骨神經。針深三分至六分。

⑤ 風市穴——位置在膝上大腿之正中線，兩手垂下，中指盡處，針深五分至一寸。

⑥ 太衝穴——位置在足大趾本節後一寸半，分佈淺在腓骨神經和內足趾神經，針深三分至六分。

⑦ 委中穴——位置在膝腘窩之正中，分佈脛骨神經，針深寸半。

⑧ 內關穴——位置在掌後二寸，分佈在正中神經，針深一寸。

③ 治療技術：醫者診斷定患者為腳氣後，無論是輕症腳氣，浮腫性腳氣，萎縮性腳氣，衝心性腳氣，俱宜先針足三里、三陰交二穴，各用雀啄五分鐘久。然後令患者側臥，外踝向上，內踝貼床，在外踝上除踝三寸，脛腓二骨之間，（絕骨穴）爪之按麻處，直入針，（取絕骨穴準此）如感痠麻亦用雀啄術。如覺脚熱，禁灸，如無熱，各穴灸五六壯尤妙。其次太衝、委中、犢鼻等穴，亦可如法酌情使用。普通施針一、二次後即症狀消退，但仍要施術數次才能根治。

衝心性腳氣，除刺足三里，三陰交、絕骨三穴外，要加刺內關、太衝穴，同時加灸風市十餘壯。

助治可將炒米皮煲水加赤砂糖調服，或以紅棗煲紅豆、味豆、蒜頭鯉魚等服食。」

④ 治療推理：

① 曾天治氏曾稱：內科全書列本病為神經系統疾病之傳染性或中毒性神經炎，謂：「因多數末梢神經發生變性的炎症，遂起本病，實為一種傳染病。」又一八九五年袁以苛孟氏用生白米或煮沸之白米，飼給家雞，在短時日後，即痺麻而死。又以糙米糠，糅混於白米中另飼他雞，則完

全無恙。因而就因白米病而死之雞剖而視之，則見其末梢神經退行變性，脊髓神經細胞萎縮，橫紋肌脂肪沉着。他學者踵起試之亦然。於是腳氣由營養不足而起，遂為世所公認，其後十六年即一九一三年，奮克氏為哥坡氏自壓榨麵（酵母）製出用於鳥類腳氣之有效成份名之曰抗神經炎性維他命，即乙種維他命，暨與之全然無關之日人鈴木、鳥村、大嶽三氏之自米糠製出與之類似之有效成份Org zavin之後，奮克氏所主張之「腳氣由乙種維他命缺乏而起」之說，蓋見明顯。茲針灸治療未用乙種維他命給病人服食，只刺足三里、三陰交、絕骨三穴尚能令腳氣根本痊癒者，以針術之刺激能使神經之營養機能恢復正常，使神經的炎症及浮腫消退，心臟強壯，腳氣之症候，一經肅清，病便痊癒！

②作者認為腳氣病固然是由於營養不足，缺乏維他命B₁影響於人體炭水化化合物的新陳的作用而發生病變，但亦可能是由於人體的營養神經的吸收維他命B₁的機能發生障礙（分泌抑阻）致炭水化合物就不能完全氧化和產生熱能，它的新陳代謝中止於丙酮酸階段，而滯積於人體血液內，以致損害神經，並產生其不良後果。現由針灸的刺激作用，激發營養神經系統的機能，調整大腦皮層却除障礙恢復其分泌功能、而使炭水化化合物的新陳代謝作用回復正常工作，使病變消退，我於臨床觀察上，確有顯著的成績表現，故針灸刺激的腳氣病是應有其治療之效果的，不過亦要注意改良患者之口上食品，注意食用富含維他命B₁類的養料，以防其再發病變。

〔按〕侯祥川氏在「巴甫洛夫學說與營養」一文指出：證明了食物消化與代謝的過程種種的變化，在機體內是由神經系統大腦皮層所控制與支配，因此在研究營養問題必須從整體來看問題，不能機械性的說缺乏某種營養素就一定要產生某種缺乏病。因為在許多實例中，雖然在同一膳食環境，有人就要發生缺乏病症狀，但也有許多人就不發生症狀。其原因可能是感覺器接受刺激和傳達到大腦皮層有不同的情況，而不同情況的產生可能是外界不同刺激所影響，因而最後的結果也不同。正如巴甫洛夫所指出，過度或不正常的刺激可引起分泌的抑阻，而發生營養阻礙從而發生各種症狀。也就是巴甫洛夫及貝可夫學派所謂：機體內外環境互相關係的完整統一學說，此學說的簡單意義即由外部感受器來的刺激和由內部來的刺激發生互相作用，在高級神經中樞造成興奮與抑阻的過程，最後決定各器官的反應來形成完整的個體活動，因此我們不能單獨地觀察某個器官的機能，而忘掉神經及體液的調節和器官的聯系，而應當把器官當做整體的一部份，由大腦皮層所控制與支配。

④ 治驗例

① 曾天治氏治驗例之一

九龍油麻地徐從元君患濕腳氣病凡卅天，兩腳發知覺異常，膝以下，上午浮腫，下午漸消，久之而亦微腫，心悸充進，心窩不快感，喫藥不少，但未獲愈，民廿七年十二月廿一日來治，針足三里、絕骨、三陰交四次，即獲根治。

② 陸瘦燕氏治驗例之一

陳婦，病輕性腳氣，下肢輕度知覺鈍麻，膝關節弛緩感，食慾不振，呼吸頻數，腓骨前面浮腫。與瀉〔丘墟〕〔絕骨〕〔陽輔〕〔臨泣〕〔陽交〕病勢即減，三診而瘥。

治驗例之二

楊樹浦路陳君，病萎縮性腳氣，下肢運動麻痺，漸漸四肢麻痺。麻痺肌肉，數星期中萎縮，膕腱反射及跟腱反射均消失。在中醫學說來，係乾性腳氣。取穴〔膝關〕〔中都〕〔蠡溝〕〔中封〕〔太衝〕施以補法，肌肉漸有知覺，膕腱反射及跟腱反射漸告恢復，凡四十診而瘥。每次鍼治，俱用溫鍼法。

治驗例之三

車姓婦病濕腳氣，下肢浮腫，遍及全身，面部不甚腫，胸腹部有著水狀，呼吸困難，心悸，尿量減少，脈搏緩弱。與鍼〔腹哀〕〔大橫〕〔府舍〕〔箕門〕〔陰陵泉〕〔地機〕〔商丘〕用燒鍼尾法，每次鍼治，鍼孔流水，病人自覺四肢來和、腹中舒暢、心悸浮腫頓減，更鍼〔水分〕小洩暢行。處方以赤小豆、黑豆、扁豆、赤茯苓、通草、澤瀉、豬苓、與鍼配合而收全功。

治驗例之四

金君病腳氣沖心，心部窘迫，心窩苦悶，呼吸促迫，呃逆嘔吐，脚部浮腫，與鍼〔水分〕〔巨關〕〔關元〕〔氣海〕〔太谿〕〔交信〕經五次診治，水道暢行，呃逆亦減，心部寬暢，危險時期脫去，凡十二診而痊癒。

治驗例之五

金陵中路振平里李姓孩，年方一齡，病乳兒腳氣，吐乳面白，精神頹衰，呼吸迫促，四肢浮腫，與補〔膝關〕〔地機〕〔復溜〕浮腫即減，並與乳母服乙種維他命，及赤豆黑豆之類，未兩星期即告痊癒。

③某學員初學鍼灸患有腳氣病自鍼足三里、絕骨二穴，即見腫麻消失，自覺服味豆種麻雖見消失但仍見緊痛，唯鍼刺則見舒暢云。

④作者治療患者不下三十多人，尚見鍼刺足三里、三陰交、蠡鼻一二次後患者下腫麻脹麻消失，有心悸胸悶者則加針曲池、內關，腹部水腫者則加針水分、腎俞，灸氣海效果顯著，唯輕症者總針刺二三次後病狀消失，但仍要續針數次才能不致再發，重症者有針至二三十次才能痊癒。

〔附〕一、魯之俊氏治療脚氣取穴：風市、三陰交、絕骨、陽輔、陽陵、湧泉、崑崙、照海、委中、陰市。

二、承澹齋氏治療脚氣：惡性脚氣，非針灸可能愈，乳兒脚氣，換乳即可向愈，其他之脚氣，可以用針灸恢復神經之機能障礙，調整循環系統之機能。取大抒、風門、心俞、膏肓，使心臟機能正常，腎俞、大小腸俞、水分，使腎與腸之機能正常，便通、排尿使之旺盛，以達水腫之減退，風市、伏兔、犢鼻、外膝眼、足三里、上下巨虛、絕骨以解除局所之障礙。

三、曾天治氏治療脚氣取穴：足三里、三

陰交、絕骨、風市、承山穴。

四、顧鳴盛取穴：公孫、衝陽、委中、懸鐘、丟揚、三里。

水腫性者可酌加針水分、神道、會陰、偏歷、天樞、大巨、大腸俞、胞骨等穴，或酌灸三里、上廉、下廉、三陰交、伏兔、犢鼻、膝眼、絕骨。」

參考文獻：①實用內科學——華東出版

②科學鍼灸治療學——曾天治著

③西法鍼灸學——顧鳴盛

④針灸醫事常識——承澹齋

⑤新編針灸學——魯之俊

⑥鍼灸正宗——陸瘦燕

⑦新針灸學——朱璉

鍼灸教學工作的體驗

衡陽市衛生科林方梅

中醫進修班上針灸課，還不是一樁普遍的事，這門課的教學工作，至少在我還沒看到豐富的指導材料，我雖然在針灸研修班作過初步嘗試，但體驗不深，如果說要「符合教學大綱和教學法底要求，包含科學的，順序的，為學生所能理解的內容」。只還是一個方向，在過去毫無基礎，因而在教學的內容與教學方法，也只能在摸索之中進行。

這次擔任專區中醫進修班的針灸課，使我特別興奮，想通過這次教學工作，對以前的教學來個檢查和分析，想在這一次來個有準備有計劃的進行教學，想通過這次教學，總結一些經驗作出報導，貢獻於針灸教學者，現在把我在這次教學工作中的計劃和執行過程中的一些體會報導於後：

一、我是怎樣計劃教學的

專區中醫進修班教務計劃準備給學員授與必要針灸知識，要求不太高，課時是十二——卅點鐘，由我分配，我當時考慮，十二點鐘當然不夠，就是卅點鐘，也說不定就夠，但是要結合時間完成教學，就必須研究一個切合實際的辦法「強調重點，又必須聯繫整體概念」因此我仔細審慎地訂了一個計劃：

課時方面：針灸總論四小時 針灸技術四小時 穴位各論十二小時 實習操作與治療方案十二小時 共三十二小時

教材方面：我們認為朱璉同志著的新針灸

學是富有科學內容的，所以決定擇作教材，全書三六七面，如果照書講授，不獨時間不許，而且也不必要，因此決定作出教學大綱。

教學大綱：分四篇：

第一篇總論①針灸簡史和現況（一小時）

②針灸特點③針灸的錯誤觀點（一小時）④治療的原理一、激發和調整生活機能，二、怎樣發揮制止、興奮、誘導等作用，三、補瀉問題（二小時）共四小時。

第二篇 針灸技術：①針灸三個基本環節

②常用穴位（經穴與孔穴）③定穴尺度與標準線④配穴九法⑤準備五個步驟十種體位⑥擇穴四項注意與進針三式及無痛進針法⑦行針五法⑧適應證和不適應證共二小時。

第三篇 穴位各論頭頂部及胸部穴位（四

小時）腹部（二小時）背部（二小時）上肢、下肢各二小時共十二小時。

第四篇 實習操作（六小時）配穴成方與治療方案（六小時）共十二小時。

二、我是怎樣教學的

我在開始的一點鐘，先問了同學們的興趣，並且了解了同學們的思想情況，他們的文化程度雖然有差異，但是他們對接收新知識都有一個共同的決心，當然與他們的年齡有關，都是青年醫生平均年齡不到卅歲最大是四十五歲，因此對教