

针 灸

略谈《内经》中的针刺注意事项

上海市闸北区虬江街道医院 冯 禾 昌

施行针刺疗法时,为了确保疗效,避免事故的发生,必须对一些事项引起注意。《灵枢·九针十二原》:“损不足而益有余,是谓甚病,病益甚取五脉者死,取三脉者恒;夺阴者死,夺阳者狂,针害毕矣。”这都指出了针刺不当,非但不能使病痛向愈,反而会对患者带来一定的危害。

同时,《内经》也提出了避免意外事故的原则与方法。如《灵枢·五禁》:“何谓五禁?岐伯曰,“禁其不可刺也。”《灵枢·逆顺》:“刺之大约者,必明知病之可刺,与其未可刺,与其已不可刺也。”这又清楚地指出对某些病症的有所禁忌,而避免意外事故发生。下面想谈谈个人在这些方面的一些肤浅体会。

一、诊断方面

针刺适用于许多病证,但对有些病证是必须慎用或忌用针刺的。在运用辨证论治时,尤其是要注意以下两点:

1. 正气非常虚弱者不可针刺。凡病至正气非常虚弱的往往会从一些证候中反映出来。如《素问·奇病论》:“所谓无损不足者,身羸瘦,无用铍石也。”意指久病正气耗损严重,已出现“身羸瘦”的危重迹象者,不可针刺。《灵枢·卫气失常》:“卫气之留于腹中,痞积不行……诊视其脉大而弦急,及绝不至者,及腹皮急甚者,不可刺也。”马蒔曰:“又诊视其脉大而弦急,乃邪气正盛,宜避其来锐,若脉绝不至则正气极衰,宜防其过泄,及腹皮急甚,亦邪盛正衰所致,皆不可轻刺之也。”此言在邪盛正虚时,若出现“正气极衰”的证象,则需慎用或忌用针刺。《灵枢·病传》:“诸病以次相传,如是者,皆有死期,不可刺也。”所谓“以

次相传”,是指病邪传遍五脏,五脏皆病,正气必然耗竭,所以不可针刺。《灵枢·邪客》说:“持针纵舍奈何?……阴阳如一者,病难治。”张景岳说:“表里俱伤,血气皆散者,是为阴阳如一,刺之必反甚,当舍而勿针也。”这充分说明“表里俱伤,血气皆散者”正气已非常虚弱,故而不可针刺。

2. 逆证不可针刺。《灵枢·玉版》:“……其腹大胀,四末清,脱形,泄甚,是一逆也;腹胀便血,其脉大,时绝,是二逆也;咳溲血,形肉脱,脉搏,是三逆也;呕血,胸满引背,脉小而疾,是四逆也;咳呕,腹胀且飧泄,其脉绝,是五逆也。如是者,不及一时而死矣,工不察此者而刺之,是谓逆治。”《灵枢》所记载的逆证,实际上是一些正虚邪实,脉证不符或阴阳错杂,阴阳格拒,元气将脱的疑难危重之证。因此,诊断的主要环节,是着重辨别正气的盛衰。诸如中风的闭证、中暑、惊厥等危重证候,即使出现“焄焄之热、漉漉之汗、浑浑之脉、病与脉相逆”,只要正气不衰就可施用针刺。但对一些脱证、大夺血、大汗出、大泻等之后出现的昏迷不省,面色苍白,手撒口张,二便失禁,汗出肢冷,脉微细欲绝等证,就需慎用或忌用针刺,而改用灸法予以回阳救逆。

二、取穴体位方面

某些穴位的取法,对体位有特定的要求。《灵枢·本输》:“刺上关者,喏不能欠;刺下关者,欠不能喏。刺颊鼻者,屈不能伸;刺两关者,伸不能屈。”这里所说的是取穴时必须按体位规定的要求,才能取准、刺准穴位,在未达到规定体位之前,不可针刺。在已刺入穴位后,则不能再随便变动体位,以免发生意外事故。

三、操作方面

针刺入穴位后,必然会给机体造成一定程度的损伤,为使损伤减少到最低限度,避免意外事故的发生,必须注意下列事项:

1. 严禁刺伤脑、脊髓及重要脏器。《素问·四时刺逆从论》指出:“刺伤人五脏必死。”《素问·刺禁论》也指出:“刺头,中脑户,入脑立死”,“刺脊间,中髓为伛”,“刺少腹中膀胱溺出,令人少腹满。”并认为刺缺盆、胸、胁部过深,也会给患者带来不必要的痛苦。如“刺缺盆中内陷,气泄,令人喘咳逆”,“刺膺中陷中肺,为喘逆仰息”,“刺掖下胁间内陷,令人咳。”这些记载相当于刺伤胸膜所致的外伤性气胸症状。

为了避免发生上述事故,《素问·诊要经终论》告诫:“刺避五脏者,知逆从也。所谓从者,隔与脾肾之处,不知者反之。”这个“从”字,其实就是要术者熟悉生理解剖知识,准确的掌握不能深刺的部位。《灵枢·背腧》又提出:“五脏之腧,出于背者……灸之则可,刺之则不可。”这是说若要取背部的腧穴治病,可以尽量采用灸法,避免施行针刺。若必须刺胸部穴位,则可按《素问·诊要经终论》的精神:“刺胸腹者,必以布覆着之,乃从单布上刺,刺之不愈复刺。”意即必须浅刺而勿伤脏器的意思。

2. 避免刺伤血管。针刺若刺伤重要血管会造成死亡等严重事故。《素问·刺禁论》指出:“刺跗上中大脉,血出不止死”;“刺阴股中大脉,出血不止死”,“刺臂大阴脉,出血多,立死。”这些都明确地指出刺伤足背动脉、股动脉、肱动脉会造成大出血而导致死亡事故。另外“刺面中溜脉,不幸为盲”;“刺舌下中脉太过,血出不止为瘡;刺足下布络中脉,血不出为肿;刺郛中大脉,令人仆,脱色;刺气街中脉,血不出为肿鼠仆”;“刺客主人内陷中脉,为内漏为聋”;“刺足少阴脉重虚出血,为舌难以言”;“刺匡上陷骨中脉,为漏为盲”。指出在这些部位上如刺伤血管会造成“盲”、“聋”、“瘡”等残废;而刺委中部位如出血过多可使人休克;刺伤肢体深部血管则会造成内出血,使

局部发生肿胀。

为了防止发生上述事故,首先必须熟悉生理解剖知识,并对《刺禁论》提到的部位,要防止深刺及刺伤血管;对浅表的血管,可按《灵枢·官针》:“按绝其脉乃刺之”的方法,即用押手将血管推至穴旁乃刺之。

3. 乳房、关节等部不能深刺、乱刺。《素问·刺禁论》:“刺乳上,中乳房,为肿根蚀。”这是古人经验之谈,所以后世将乳中穴定为禁刺穴。“刺膝髌出液为跛”;“刺关节中液出,不得屈伸。”这是刺关节部过深,刺伤关节囊,使关节液外出所致的后遗症。虽然现代的毫针细而光滑,不易产生这类事故,但在关节部深刺多捣还是应有所忌的。“刺肘中内陷,气归之,为不屈伸;刺阴股下三寸内陷,令人遗溺。”这是由于针刺过深、针感过于强烈所致。所以对深浅、感应都应掌握适当尺度,不要单纯盲目地追求“刺得深”、“刺激强”,以免发生不必要的事故。

4. 浅深的掌握必须参考病情。《素问·刺要论》:“病有浮沉,刺有浅深”,“浅深不得,反为大贼”,“是故刺毫毛腠理无伤皮”,“刺皮无伤肉……”《素问·刺齐论》:“刺骨者无伤筋,刺筋者无伤肉……”决定针刺浅深的因素有部位、肥瘦等方面外,对病邪的浅深也是一个重要因素,尤其在局部、邻近取穴时需掌握进针的浅深,这样才能最大限度地减少对机体的损伤。

综上所述,在针刺操作中最忌的是针刺过深,即《刺禁论》所说的“内陷”。针刺时术者的态度也是很重要的,《素问·诊要经终论》:“刺针必肃。”《灵枢·邪客》:“持针之道,欲端以正,安以静。”都明确指出针刺时术者必须持严肃认真的态度。《标幽赋》还指出:“目无外视,手如握虎,心无内慕,如待贵人”的论述。这些都是防止意外事故发生的重要措施。

四、针刺前后注意事项

为了保证针刺疗效及患者的安全,在针刺的前后应对患者的饮食起居、精神情绪等一些情况予以注意。《灵枢·终始》:“新内勿刺,新刺勿内;已醉勿刺,已刺勿醉;新怒勿刺,已

刺勿怒；新劳勿刺，已刺勿劳；已饱勿刺，已刺勿饱；已饥勿刺，已刺勿饥；已渴勿刺，已刺勿渴；大惊大恐，必定其气，乃刺之；乘车来者，卧而休之，如食顷乃刺之；出行来者，坐而休之，如行十里顷乃刺之。”上述的一些“新内勿刺”、“已醉勿刺”等都可暂时使人“脉乱气散，逆其营卫”，“必定其气”才能针刺；其他如就诊前的旅途疲劳，也会使人暂时气乱，故需充分休息后才能针刺；消除患者畏针而引起的紧张情绪，防止晕针的发生，亦是针刺时需予注意的重要事项。

针刺手法结束后，应嘱患者暂留片刻离去。并要告诉患者，至少在接受针刺的当天，尽量应避免房事、酒醉、发怒、过饱、过饥和过分疲劳等。这样才能取得更好的疗效。

本文主要将《内经》中的某些有关针刺禁忌事项做了整理，其目的是要求在临床实践中予以注意。由于现代制针工艺的改进，以及医务人员大多掌握了生理解剖知识，故此类事故的发生，已日益减少。但从近年各地报道的情况来看，尚有发生，故应引起重视，并加以注意。

坏疽型水痘1例治验

北京第一传染病医院 徐克沂 段茂芳*

坏疽型水痘是水痘病毒感染的一种少见的临床类型，病情严重，病死率较高。我院治愈1例，现介绍如下。

男孩，4个月，住院号20203，于1982年4月14日无诱因突然发热，体温39℃左右，当晚发现耳后出现粟粒状红色斑丘疹，2天后延及全身，以躯干部较密集，逐渐呈水疱，出疹部位皮肤瘙痒。4月15日起高热，体温上升至40℃，精神萎靡，烦躁不安，有时抽搐。部分疱疹破溃，有脓性渗出物，中央变干发黑。曾在当地医院行抗感染及对症治疗，但未用激素。4月17日以坏疽型水痘收入我院。

患儿足月顺产，第一胎，未患过特殊传染病，未做过任何预防接种，患儿居住地区有水痘流行。

入院查体：体温36.4℃，脉搏160次/分，呼吸46次/分。发育正常，营养欠佳。神志清楚，精神弱，急性重病容。全身皮肤有散在红色斑丘疹、水疱疹及部分结痂，大部分疱疹中间下凹变干发黑，周围红晕，呈堤状隆起，有脓性渗出物。右前臂及背部多个表浅溃疡，直径0.5~4厘米，大小不等，表面有少量渗出物。颈部、腋下及腹股沟淋巴结黄豆至花生米大。两眼睑孔等大等圆，对光反射正常，鼻及外耳无异常，咽稍红，扁桃体不肿大。颈软，两肺呼吸音粗，未闻干湿罗音。心界不大，心律齐，无杂音。腹平软，肝肋下2厘米，质软，脾未触及。四肢脊柱正常。神经系统无病理征。

化验检查：血红蛋白12.4克%，白细胞54400/立方毫米，中性73%，淋巴27%。大小便常规正常。血钾4.56毫克当量/升，钠128毫克当量/升，氯92.4毫克

当量/升，NPN 30毫克%，CO₂CP 58容积%。疱疹分泌物涂片找到革兰氏阳性球菌，培养金黄色葡萄球菌，血浆凝固酶(+)。

治疗经过：入院当日肌肉注射丙种球蛋白3毫升。胸腺肽2毫克肌肉注射，隔日一次。每日给予红霉素400毫克口服，庆大霉素4万单位肌肉注射，4月19日疱疹分泌物培养出金黄色葡萄球菌后，根据药物敏感试验改为邻氯青霉素1克，每6小时1次，静脉注射。同时从静脉补充水及电解质。创面去痂，以1:1000新洁尔灭洗净后敷以中药生肌散。患儿置于单人病房，注意加强护理及消毒隔离。经上述处理，病情逐渐好转，感染迅速得到控制，创面渗出减少，肉芽生长良好，住院22天痊愈出院。

体会：坏疽型水痘在临床上比较少见，其发病率占水痘患儿之0.05%~0.16%，多见于婴幼儿。皮肤坏疽可累及皮下组织，愈合较困难，面积较大者常需外科植皮治疗。本例患儿及时选用敏感抗菌素，同时佐以免疫促进剂，注意保持局部皮肤及环境清洁使感染及时得到控制。创面局部使用中药生肌散，收到较好效果。生肌散由象皮、血竭、乳香、儿茶、冰片组成；具有解毒生肌功能，主要用于治疗疮疖破溃，肌肉不生，浸淫不已，久不收口。本例患儿全身溃疡面100余处，应用生肌散外敷，创面炎症迅速消退，肉芽生长良好，全部溃疡在20天之内愈合。

* 进修医师