

针 灸

《灵枢·官针》刺法操作及其临床应用

鞍山市汤岗子理疗医院 王立义

《灵枢·官针》阐述刺法,内容非常丰富,而这些刺法就是在今天看来也还具有十分重要的现实意义。本着整理古籍、古为今用之目的,兹对该篇所论二十六种刺法的操作及其临床应用,谈谈个人的认识。

一、属于不同部位的刺法

《素问·刺要论》指出:“病有浮沉,刺有浅深,各至其理,无过其道……。浅深不得,反为大贼,内动五脏,后生大病”。说明针刺治病时必须根据病位的浅深,运用正确的针刺方法,既不能刺之太过,又不能不及,应当恰至病所。否则若盲目误刺,浅深失宜,非但不能治病,反会引起不良后果。现将此类刺法按刺皮、刺肉、刺筋、刺骨、刺脉五组,分述如下:

(一) 刺皮

1. 毛刺——原文^{〔注〕}:“毛刺者,刺浮痹皮肤也。”这是对皮肤最浮浅的一种刺法。操作时用针轻虚浮浅地刺激皮表。现在所用的皮肤针叩打法正是由此演变发展而来的。叩打的刺激量以局部皮肤轻微充血为宜(轻叩法)。这正是《素问·刺要论》所说“刺毫毛腠理无伤皮”的典型刺法。由于刺针浮浅恰似毫毛之细微,而手法轻虚犹如毫毛质地之柔软,故名毛刺。临床应用范围很广,不仅可治局部麻木不仁的浮痹证和一些皮肤病,而且对脏腑疾患也有很好的疗效。尤其更适合于婴幼儿和老年患者。

2. 半刺——原文:“半刺者,浅内而疾发针,无针伤肉,如拔毛状,以取皮气,此肺之应也。”半刺,形容浅刺。这是较毛刺略深的一种快速浮浅刺针法。也是《素问·刺要论》所

说“刺皮无伤肉”的典型刺法。现在常以皮肤针或丛针代替,只是叩打的刺激量略重于毛刺(中等叩法)。也有采用揲针或皮内针埋入法。由于肺合皮毛,疏泄皮表之气可以消散肺内之邪,所以这是与肺相应的刺法。常用以治疗咳嗽痰喘,感冒发热等病证。

(二) 刺肉

1. 直针刺——原文:“直针刺者,引皮乃刺之,以治寒气之浅者也。”这是一种横针浅刺法(浅刺中的深刺)。操作时以手捏起穴位上的皮肤,将针从捏起处沿皮刺入。用以治疗寒邪侵入较浅的痹证。由于沿皮刺针时,针身与皮肤呈平行直针位向,故名直针刺。这种刺法多用于肌肉浅薄处。现代的皮下留针法、芒针沿皮刺法、一针两穴透刺法(地仓透颊车、丝竹空透率谷),正是属于直针刺法的范例。

2. 浮刺——原文:“浮刺者,傍入而浮之,以治肌急而寒者也。”浮,作浮浅解。斜针刺入而向上浮,不刺及较深肌肉,故名浮刺。这种刺法较直针刺法略深,多用于肌肉或皮下脂肪丰满处。针刺部位相当于浅筋膜。浅筋膜为肌肉辅助装置之一,内含大量脂肪和皮血管、皮神经,具有维持体温并保护深部结构的功能。临床上常用于治疗因寒邪引起的肌肉拘急,皮下硬肿等。

3. 分刺——原文:“分刺者,刺分肉之间也。”关于“分肉”,注家见解不一,概括有:(1)肌肉外层为白肉,内层为赤肉,以赤白相分,肌肉界限明显,故称分肉;(2)各部在外

注:“原文”即《官针》之原文,以下均同

之肉，曰分肉；(3)大肉深处，各有分理，曰分肉；(4)皮内近骨之肉与骨相分者，曰分肉；(5)足少阳胆经阳辅穴之别名，亦曰分肉。

上述诸解，若按现代解剖学观点来看，笔者认为：分刺“刺分肉之间”，相当于深筋膜与肌膜之间。深筋膜对肌肉起支持作用，又是血管和神经必经之路，并可限定炎性渗液的蔓延。临床常用于治疗肌筋膜炎、肌肉萎缩、肌阵挛、肌束震颤和肌纤维颤动等。由于针刺分肉之间，故名分刺。

4. 输刺——原文：“输刺者，直入直出，稀发针而深之，以治气盛而热者也。”关于输刺施针法，原文中“稀发针而深之”应作“稀发针而浅之”解。盖输刺法“以治气盛而热者也”，可知气盛即阳盛，阳盛则外热，病位较浅，病位浅应浅刺。又“气盛而热”为实热证，刺宜泻法，而泻法应是“疾内徐去并留针。”正如《灵枢·小针解》说：“疾而徐则虚者，言疾内而徐也。”《素问·针解篇》说：“刺实须其虚者留针，阴气隆至，乃去针也。”

通过分析，可以明确输刺施针法是：以直针快速刺入皮肤下层浅部肌肉，进针后结合留针法，然后垂直提针分三部缓缓退出。用以治疗气盛而热的病证。输，作输泻、通达解。由于能输泻邪热而通达于外，故名输刺。

5. 合谷刺——原文：“合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间，以取肌痹，此脾之应也。”关于“分肉”，前已述及。而合谷刺“针于分肉之间”，是指针于近骨处之深部肌肉。刺入后提针至皮下，分别向左右两侧各斜刺一针，成“个”字形，如同鸡足。用于治疗寒湿客于肌肉之肌痹证。所谓合谷刺非指针刺狭义的合谷穴。《素问·气穴论》说：“肉之大会为谷，肉之小会为溪。肉分之间，溪谷之会，以行荣卫，以会大气。”此以一针三向刺法，合分肉溪谷间之邪气一并而泻之，故名合谷刺，亦称合刺。

(三) 刺筋

1. 恢刺——原文：“恢刺者，直刺旁之，举之前后，恢筋急，以治筋痹也。”施针时应结合肌腱的生理解剖和病理变化的具体情况，可

直刺或斜刺肌腱并进行左右上下捻转提插；亦可先直针刺入肌腹正中，然后提针沿肌束纵行走向以捻转提插手法刺其两端之肌腱，或仅向一端之肌腱起而复刺；可刺其拘急肌肉之肌腱，亦可刺其拮抗腱之肌腱。正如《灵枢·卫气失常》所说：“筋部无阴无阳，无左无右，候病所在。”恢，作阔、复解。以刺法范围宽阔，并能宽缓筋脉之拘急，使其恢复常态，故名恢刺。用以治疗筋痹证。对于腱鞘囊肿，采用横针多向透刺法，或以三棱针按照扬刺法进行点刺、加压包扎，效果更好。

2. 关刺——原文：“关刺者，直刺左右，尽筋上，以取筋痹，慎无出血，此肝之应也。或曰渊刺，一曰岂刺。”左右，指四肢。尽筋，即关节韧带。方法是刺四肢关节附近之韧带。用以治疗筋脉拘急、关节痛疼或行则偻俯之筋痹证。施针时要注意避免刺伤血脉和关节辅助装置（如关节软骨、关节囊等）。因为关节周围的动脉非常丰富，除分布至关节囊，还通过分支与骨膜动脉吻合。而《素问·刺禁论》所说的“刺郄中大脉，令人仆脱色”、“刺关节中液出，不得屈伸”、“刺膝腘出液为跛”，正是由于误刺关节周围动脉和关节囊所引起的不良后果。也是文中所说“慎无出血”的内涵。当然，如果关节水肿而疼痛不得屈伸者，为定性诊断或为排水治疗之目的，则关节囊不在禁刺之例。如《灵枢·官针》所说：“病水肿不能通关节者，取以大针。”《灵枢·九针十二原》说：“大针者，尖如挺，其锋微员，以泻机关之水也。”就是关节囊可刺之明证。

本节“或曰渊刺，一曰岂刺”二句，注家多认为应在合谷刺之后。笔者拙见，水深之处谓之渊；岂，古同豈、愷、凱，作凯旋胜利、欢乐解。指病关节水肿，或筋挛节痛、不得屈伸、步履艰难者，而以渊刺或岂刺之法使水肿消除，病痛得解，身心欢畅，故名渊刺或曰岂刺。

(四) 刺骨

1. 短刺——原文：“短刺者，刺骨痹，稍摇而深之，致针骨所，以上下摩骨也。”操作时

将针刺至一定深度后,稍摇其针,再行深入,如此分层摇针,徐渐刺入,直达骨膜后,上下短促快速提插刺激骨膜。用以治疗骨痹证。短刺,非指运用短针或浅刺,而是指上述施针法。

2. 输刺——原文:“输刺者,直入直出,深内之至骨,以取骨痹,此肾之应也。”操作时以直针快速出入,深刺至骨。用以治疗因寒邪引起的骨重不可举,骨髓酸痛之骨痹证。最近有人报道用本法治疗肋软骨炎收到满意的效果。

本节之“输刺”,注家多以为即十二节刺之输刺(如本文所论刺肉之输刺)。笔者意见:虽同名输刺,且又同是“直入直出”刺针法,但仔细推敲,二者仍有区别,即:一刺肌肉,输泻肌肤在表之阳邪,以治气盛而热者;一刺骨部,输泻深居在里之阴气,以取骨痹。此乃阴阳表里,寒热虚实,迥然不同。

(五) 刺脉

1. 络刺——原文:“络刺者,刺小络之血脉也。”《灵枢·经脉》说:“脉之见者,皆络脉也。”施针部位多在十宣、十二井、太阳、人中、耳尖、委中、肘窝等处,以三棱针点刺出血,泻其邪热。常用于急性热病、惊风、中风、中暑等。

2. 赞刺——原文:“赞刺者,直入直出,数发针而浅之,出血,是谓治痈肿也。”施针时以三棱针在患处快速出入,浅刺多针,以消散局部郁血,为散刺法。用以治疗痈肿、外伤瘀血或皮下血肿等。赞,作赞助、帮助解。言数发针,以多助少,以后助前,能帮助痈肿消散,故名赞刺。

3. 豹文刺——原文:“豹文刺者,左右前后针之,中脉为故,以取经络之血者,此心之应也。”施针时以三棱针于患处散刺多针,亦可采用皮肤针重叩法,使其出血。常用于丹毒、火热亢盛等病证。心主血脉,属火,所以,这是与心相应的刺法。因局部散刺多针,出血斑点如豹皮之纹彩,故名豹文刺。

最后还应当指出:《官针》篇根据邪气浅深

不同,阐述了分层刺针法及其治疗意义。如原文说:“所谓三刺,则谷气出者,先浅刺绝皮,以出阳邪;再刺则阴邪出者,少益深绝皮,致肌肉,未入分肉间也;已入分肉之间,则谷气出。故刺法曰:始刺浅之,以逐邪气,而来血气,后刺深之,以致阴气之邪,最后刺极深之,以下谷气。此之谓也。”操作时按照穴位的预定刺入深度分为三等分,由浅、中、深循序渐进针,并结合适当的补泻手法,从而达到疏导谷气,加强针刺感应、补虚泻实的目的。这种分层刺针法为后世各种复式补泻刺法(如烧山火、透天凉、阳中隐阴、阴中隐阳等)的创立和发展奠定了基础。临床功效也颇为卓著。如《灵枢·终始》说:“凡刺之属,三刺至谷气,……,所谓谷气至者,已补而实,已泻而虚,故已知谷气至也。……补则实,泻则虚,痛虽不随针,病必衰矣。”

二、属于取穴原则的刺法

(一) 局部取穴法

这是属于“以痛为输”或“天应穴”、“阿是穴”刺法。下述之三种刺法为局部多针法,目的在于加强局部的刺激量,以提高疗效。至于刺针深浅,用针多寡,正如《灵枢·卫气失常》所说:“夫病变化,浮沉深浅,不可胜穷,各在其处,病间者浅之,甚者深之,间者少之,甚者众之,随变而调气,故曰上工。”

1. 齐刺(局部三针法)——原文:“齐刺者,直入一,傍入二,以治寒气小深者;或曰三刺,三刺者,治痹气小深者也。”操作时在病变部位正中深刺一针,左右再各刺一针。由于三针齐下,故名齐刺,或曰三刺。用以治疗寒气稍留范围较小而深的痹证。这种三针法在临床上应用范围很广,尤其对局部压痛点的效果更好。

2. 扬刺(局部五针法)——原文:“扬刺者,正内一,傍内四,而浮之,以治寒气之博大者也。”“扬刺”,《甲乙经》作“阳刺”解,义为浅刺。即以浅刺法先于病所正中直刺一针,然后旁加四针。现在所用的梅花针即仿此而作。也

可先于病所正中直刺一针，周围四针朝向中心斜刺成“十”字形。目的在于使博大而浅的病邪随多刺之针扬而散之，故名扬刺。也是《素问·阴阳应象大论》所说的“因其轻而扬之”治则在刺法中的具体例证。常用于治疗寒气稽留范围较广而浅的痹证以及腱鞘炎、腱鞘囊肿等。

3. 报刺（局部多针法）——原文：“报刺者，刺痛无常处也。上下行者，直内无拔针，以左手随病所按之，乃出针，复刺之也。”操作时先予痛处直刺一针，不立即出针，而以左手随痛处上下循按，找到新痛点后再出前刺之针于痛点相应处刺入。刺针次数应根据痛点多寡而定。用以治疗游走性痛疼的行痹证。《广雅》释义：“报，复也。”张介宾说：“报刺，重刺也。”笔者认为：报，亦可作报应、相应解，故报刺还含有以病家报告痛处为相应针刺之点的意思，也是“阿是穴”、“天应穴”刺法的渊源。现在常用的循法以催气、导气或处理滞针的刺法，也属于报刺法的范畴。

（二）循经取穴法

经刺——原文：“经刺者，刺大经之结络经分也。”张志聪说：“大经者，五脏六腑之大络也，邪客于皮毛，入客于孙络，留而不去，闭结不通，则留溢于大经之分而生奇病，刺大经之结络以通之。”这是针对患病本经、经络间有结聚不通之病证，随其所在而施针的一种刺法。如腕痛取阳池、合谷、外关；膝痛取犊鼻、阳陵泉、阴陵泉；胃痛取中脘、章门；膀胱病取关元、中极。属于循经取穴原则中之近取法。从中还可以看出：近取法固然可治体表局部的病证，但同时也用于治疗脏腑的疾患。局部取穴可治周身上下内外的疾病，正是由于体表各部组织器官与脏腑之间，通过经络系统的联结而成为完整统一的有机体，虽然针刺体表一定部位的俞穴，却可以激发经络系统的作用，从而调整脏腑以及全身各部组织器官的功能，发挥其整体的医疗作用。所以经刺法除近取局部之俞穴，还包括针刺距离病变远隔部位之俞穴，即远取法。如下述之输刺、远道刺为其主要代表。

（三）五输配穴法

输刺——原文：“输刺者，刺诸经荣输、脏输也。”“诸经”，为十二经脉之统称；“荣输”，凡肘膝以下之井荣输（原）经合皆为输；“脏输”，凡腰背间脏腑之俞亦为输。故“刺诸经荣输、脏输”实乃针刺十二经脉之五输穴及五脏六腑输穴的省文笔法，也是“输刺”名称之由来及其取穴原则的概括。在这一原则的指导下，根据五输穴的不同属性和功用，对于脏腑经脉的病证，又分别采取不同的取穴方法。一般说来，五脏病证多取荣、输，六腑病证多取其合。如《灵枢·寿夭刚柔》说：“病在阴之阴者，刺阴之荣输。”[肺病取鱼际（荣）、太渊（输）；心病取少府（荣）、神门（输）]。《灵枢·四时气》说：“邪在腑，取之合。”[胃病取足三里（合）；胆病取阳陵泉（合）]。对急证、热证多取十二井点刺放血以泄其热。此外，还有“秋取经输、冬取井荣”等应时取穴方法，为后世子午流注针法的创立提供了理论依据。

由于十二经脉在体内都与脏腑连属，并有相互表里的关系，而且脏腑、经脉、五输穴也都相应地与五行属性相配合。所以，临床上可以按照五行生克制化规律，运用五输穴子母补泻法进行治疗，常常会收到特殊的效果。如肺属金，若肺实证取本经合穴尺泽（属水、为金之子），即是“实则泻其子”的刺法；肺虚证取本经输穴太渊（属土、为金之母），即是“虚则补其母”的刺法。这种补虚泻实的刺法也可在子母经经脉之间取穴。

（四）上下配穴法

远道刺——原文：“远道刺者，病在上，取之下，刺脏输也。”“刺脏输”，注家多解为针刺六腑所属的六阳经的输穴，用以治疗六腑的病证。笔者认为：远道刺与前述之输刺皆属省文概括笔法。应是“远道刺者，病在上，取之下，病在下，取之上，刺脏输也。”因此，远道刺也是脏腑病证的取穴原则。（1）上病下取，如胃病取足三里；（2）下病上取，如久痢脱肛取百会；（3）刺脏输之俞，如脾病取脾俞、胃病取胃俞。

可见,所谓远道刺,顾名思义,是指在距离病所较远的部位取穴进行针刺的一种方法。大家所熟知的四总穴(肚腹三里留,腰背委中求,头项寻列缺,面口合谷收)即属远道刺法范畴。不过,目前临床上多采用远近并取法,如心病远取内关、神门,近取膻中、心俞。而这种远近并取法又包含了局部、邻近、远部三结合的取穴方法。如卒中昏倒,不省人事,可局部取百会、邻近取人中、远部取涌泉;胃病局部取中脘、邻近取梁门、远部取足三里等。

(五) 前后配穴法

偶刺——原文:“偶刺者,以手直心若背,直痛所,一刺前,一刺后,以治心痹。刺此者,傍针之也。”操作时,以手循按前胸或后背,当痛处一针刺后背,一针刺前胸,均应斜针浅刺。偶为双数,前后对应配刺,故名偶刺。因背为阳,腹为阴,五脏募皆在阴而俞皆在阳,故偶刺又名阴阳刺。典型代表为俞募配穴法。如肺病前取肺之募穴中府,后取肺之俞穴肺俞;胃病前取胃之募穴中脘,后取胃之俞穴胃俞。因此,偶刺法不仅可治心痹证,而且能治疗其它脏腑的病证,也是临床所常用的取穴方法。

(六) 表里配穴法

傍针刺——原文:“傍针刺者,直刺傍刺各一,以治留痹久居者也。”傍针刺之施针法,注家多解为局部二针并刺法。笔者认为傍针刺法应以《类经》所注:“正者刺其经,旁者刺其络”为是。可引伸为一针刺其本经原穴为主,一针刺其表里经之络穴为辅。典型代表为原络配穴法,或称表里、主客、阴阳经配穴法。因原穴是脏腑真气输注于经络之穴,而络穴的主要功能则是联系阴经与阳经的表里关系。所以,原络配刺不仅可加强局部的治疗作用,而且通过调整脏腑、经络及全身各部组织器官的功能,疏通营卫气血,从而解除久居顽固不愈的留痹证。

当然,原络配穴法,除治疗局部病证,也用于脏腑疾患。如心经有病,取本经之原穴神门为主,配以小肠经之络穴支正为辅。也可以

表经有病取里经之穴,里经有病取表经之穴。还可以采取表里阴阳经透刺法,如内关(手厥阴心包经)透外关(手少阳三焦经)。

傍,近也,言其两针邻近,经穴络穴配刺能加强治疗作用,故名傍针刺。

(七) 左右配穴法

阴刺——原文:“阴刺者,左右率刺之,以治寒厥;中寒厥,足踝后少阴也。”由于寒厥证与肾经虚寒密切相关,故取本经之原穴(阴经无原穴,以俞代原)太谿,左右并刺以加强疗效。因针刺阴经之穴以治阴盛之寒厥证,故名阴刺。实际上,阴刺法治疗范围很广。这里只是举针刺肾经太谿穴治疗寒厥证为例,说明诸经(包括六阴、六阳经)之原穴在治疗脏腑病证方面的重要作用。《灵枢·九针十二原》说:“五脏有六腑,六腑有十二原,……凡此十二原者,主治五脏六腑之有疾者也。”《难经·六十六难》更进一步明确指出:“五脏六腑之有病者,皆取其原也。”因为原穴是三焦之气运行和留止的所在。三焦为原气之别使,原气即脐下肾间动气,它是人体维持生命的动力,也是十二经的根本。三焦通行原气以达周身,能促进脏腑的功能。所以,临床上根据三焦与原穴的生理功能及其密切关系,将原穴作为治疗五脏六腑病证的特定穴。应当强调指出,十二经之原穴也并非限于治疗本经所属脏腑的病证。以太谿穴而论,其适应证已不单纯是寒厥证,已有报导针刺太谿穴治疗石淋、痛经、头痛、无脉证等取得较为满意的疗效。

(八) 左右交叉取穴法

巨刺——原文:“巨刺者,左取右,右取左。”这是一种左病刺右、右病刺左交叉取穴法。因为五脏六腑之气表里相通,而十二经脉与任督二脉在人体又皆有交会之俞穴,经脉气血是交流互通的。所以,当邪客于经络时,可能会出现左盛右病、右盛左病,或痛在于左,而右脉先病。治疗时取邪盛之经,或取其正虚之侧。这种左右交叉取穴法与《素问·缪刺论》所载“缪刺”的针刺方式相似。但二者仍有区别,即:巨刺刺经脉,主治经脉病证;缪

刺刺络脉并出血,主治络脉病证。“巨”与“矩”通,“缪”义为误,言针刺取穴与病证或病理改变部位相矩为远或相为谬误,故名巨刺和缪刺。

最后,还应当指出,《官针》篇在天人相应整体观念的指导下,阐述了因时制宜或应时取穴的针刺方法。如原文说:“病在五脏固居者,……泻于井荣分输,取以四时。”“故用针者,不知年之所加,气之盛衰,虚实之所起,不可以为工也。”早在两千多年以前,我国古代医学家们就已经认识到宇宙间一切生物的生命活动无一不是与自然环境息息相关的。概括地说,人体一切生理活动和病理过程,除了受地理、环境、气候等空间因素的影响,还与时间因素密切相关。这就是说,脏腑经络气血在不同时间内相应地出现虚实盛衰不同的变化。针刺治病时,应当根据气血循行与五输穴在不同时间内而出现的周期性盛衰开阖特点,采取因时制宜选穴并运用补泻不同的针刺方法进行治疗。现代的生物钟学说或称时间生物医学的研究成果,已雄辩地证明了《内经》所反复论述的这种“天人相应”学术思想的科学性。而后世的子午流注针法、灵龟八法正是这种因时制宜刺法的典范。

三、属于特殊功用的刺法

(一) 排脓刺法

大泻刺——原文:“大泻刺者,刺大脓以铍针也。”这是古代运用铍针切开脓疡、排出脓血的一种刺法。目前对化脓性脓疡已由外科切开排脓法代替。

(二) 燔针取痹法

燔刺——原文:“燔刺者,刺燔针以取痹也。”《灵枢·经筋》说:“燔刺者,刺寒急也,热则筋纵不收,无用燔针。”这是古代运用火针治疗寒痹证的一种刺法。燔针,即燔针、烧针或火针。施针时以火先赤其针(现代则将毫针在酒精灯上烧红),然后疾速准确地刺入俞穴或病变部位内。操作技术必须熟练,应速刺捷拔,一刺即达到要求的深度,中病即止。如《灵枢·经筋》所说:“燔针劫刺,以知为数,以痛为输。”后世在燔刺基础上又创造了温针法。即将针刺入后,于针尾部燃以艾绒,使温热通过针体而徐徐传入体内,达到温通经脉,宣行气血的目的。不仅安全可靠,而且适应证也较为广泛,除寒痹证,某些外科阴疽、瘰癧或皮肤顽癣类病证也多运用此法。

治愈 1 例局限性硬皮病

甘肃省合水县西华池公社卫生院 李克忠

赫××,女,17岁,合水县吉岷公社农民。

患者1976年10月因在学校打篮球时摔倒,右手碰伤,局部肿胀、疼痛,用药后很快痊愈。经月后发现右手中指、无名指不能伸直,右臂腕内侧有二指宽带状皮肤变白如蜡色,硬如木板,无疼痛,渐感臂伸不直,握拳不灵活。患者身体日渐消瘦,纳呆,气短,心悸,经地区某医院诊断为“硬皮病”,并告其外洗等治法。四月后未见好转,并发现双侧肩背部有铜钱大、右侧腰部有指甲大硬皮,而来我院就诊。

初诊见患者形瘦憔悴,面色萎黄,唇淡无华,言语低微无力,自感头晕目眩,心悸气短,乏力自汗,

畏寒,纳谷不香,小便清长,大便稍干,月经量少,色淡。舌质淡白、少苔,脉细弱。辨证为气血双虚,兼有瘀滞,予十全大补汤加味。处方:

红人参10克,白术15克,茯苓10克,炙甘草6克,当归身10克,川芎6克,白芍10克,熟地10克,肉桂5克,桃仁10克,红花10克,桂枝10克。每日二次,水煎服。连服10余剂后,患者胃纳增加,心悸气短有所减轻,行走稍觉有力。继服前方30剂后,病情好转,硬皮稍有缩小。共服原方160余剂,硬皮完全消失,色泽、柔软度均与正常皮肤无异。四年后随访无复发。