

## 针灸经络

# 谈针刺审因论治的体会

北京中医学院第一附属医院针灸科 姜辉君主治 刘颖整理

“治病必求于本”是祖国医学特点之一，它能从复杂多变的疾病现象中，抓住病变的本质，这是辨证论治的一个根本规律。临床针灸深感强调辨证求因、审因论治常可获得满意的效果。笔者在学有心得之余，整理验案三例，以飨同道。

### 一、医案

**例一：**刘××，女，62岁。1984年10月26日初诊。

患者感冒两天。鼻塞，流清涕，咽痒，呛咳，痰稀白，量不多，畏寒身热，无汗，咽部充血，扁桃体肿大Ⅰ～Ⅱ°，自服中成药症状未减轻。舌稍暗、苔薄白，脉弦紧。

**诊断及辨证：**伤风感冒(上呼吸道感染)。风寒外袭，肺失宣降，治以疏散风寒，宣肺止咳，发汗解表，主取诸阳。

**处理及疗效：**取大椎、合谷、足三里。大椎、合谷用提插捻转泻法，足三里用补法。患者针后周身汗出，涕少，咳声停止。突觉面色苍白，自感心慌，随刺双内关，停针片刻，心慌消失，面色红润，起针后轻快如常，感冒症状全解。

**例二：**高××，女，36岁，1984年9月13日初诊。

患者因与家人生气后，第二天即发现右侧面部、口角抽搐不止，已50天。曾在当地针灸治疗10余次稍觉好转。复因生气症状加重，口角不断抽搐妨碍进食，除睡眠外终日无已时，月经延期约10天左右，量多色紫黑有块，检查可见伸舌时抽搐可暂缓解，颜面感觉无异常，右面肌稍肥厚，舌淡红、苔薄白，脉沉弦、尺中稍弱。

**诊断及辨证：**面部抽动(右面肌痉挛)。证属肝气郁滞，经脉失调，治以舒肝宁心，解郁镇静，主取厥阴。

**处理及疗效：**取大敦、太冲、合谷、太冲、承浆、风池。留针30分钟，每日针刺一次。施针后抽

动立即停止，留针30分钟亦未抽动，回去仅偶有抽动，续针两日，抽动完全停止，为巩固效果，继取太冲、太冲、承浆、百会，先后共针刺八次而愈。

**例三：**高××，女，63岁，1984年11月21日初诊。

患者右胸胁疼痛三天。起于挤车扭伤，呼吸、咳嗽均感疼痛，以致不敢深吸气及咳嗽，检查局部外观不红肿，有轻度压痛。舌质红、苔黄而干，脉弦滑。

**诊断及辨证：**胁肋痛(肋间神经痛)，证属努力伤络，气血失畅，治以通利脉道，行气止痛，主取少阳。

**处理及疗效：**取支沟(右)、阳陵泉(右)、内关(左)，留针30分钟。针后疼痛当即减轻，敢作深吸气及咳嗽，次日复诊右胸胁仍有轻度疼痛，上穴继针三次，疼痛完全消失。

### 二、体会

汉·张仲景《金匱要略》一书中对所有疾病的发生，总括有三个途径：“一者，经络受邪，入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、虫兽所伤。”乃至宋代陈无择又引申《金匱要略》“千般灾难，不越三条”之意，提出了三因学说。祖国医学认为，任何证候都是在某种原因的影响和作用下所产生的一种病态反应。针灸临床也不例外，不过有其专科方法而已。前述三个例案分属三因，如例一为风寒之邪侵袭肌表，阻遏卫阳，为外因，肺主宣降，外合皮毛，开窍于鼻。邪袭肺卫，宣降失常而见呛咳、鼻塞流涕等症。治以疏散外邪，宣肺止咳，重在汗解。大椎为督脉之穴，诸阳经交会之处，经谓督脉可总督人体一身之阳，取大椎可鼓动全身阳气，奋起抗邪，驱风寒于体外。合谷通利经脉助大椎以求汗解，足三里有强壮作用，既可调动人体正气驱邪，又可调整中州

胃气,似有桂枝汤啜热粥,增谷气之意。由于针刺冥眩(晕针),随取内关,益其心气,获得理想疗效。例二由七情内伤,影响肝之条达、疏泄、藏血功能,属内因,由于肌肉筋脉失去濡养而生瞀动。大敦为厥阴经之“井”穴,《难经》谓“井主心下满”,取之疏肝,解除郁满,“风胜则动”,风池助肝祛风以制面瞀。合谷、太冲常称之为“四关”,乃行气活血镇静之佳穴,其中合谷又总疗面口之患。大陵协太冲镇静止痉安神,承浆为任脉循口之会穴,用之加强制动之力。例三为努力伤于胸胁,属不内外因。

气血失畅,阻闭经络,“不通则痛”。胸胁为少阳经分野,经云:“胆足少阳之脉……从缺盆下腋,循胸,过季肋”,支沟、阳陵泉分别为手、足少阳经穴,同气协调,通利脉络,豁达胸胁而止疼痛,为古今有效之法。心包经之内关直络少阳,加强调气止痛之力。上述三例分别以发汗、解郁、调畅机枢之法,并未专取局所之穴,而获效如响。这说明正确运用祖国医学证、因、治的原则,是有一定道理的,所以针灸临床诊病也必需突出辨证以求因,审因而论治。

## 手法整复肘关节脱位及合并症的临床观察

四川省新津县人民医院中医骨科 李文中

近几年我们采用手法整复肘关节脱位合并肱骨内髁撕脱骨折、折块夹于关节腔内,以及防治后期关节粘连强直、屈伸不利等方面取得良好效果,共治12例,无一例出现畸形和后遗症。现以一例介绍如下:

韩××,女,14岁,门诊号0096332。1984年10月20日初诊。爬猪圈时跌下,左手掌着地,当即肘部肿痛、变形,不能屈伸抬举,经自行揉捏之后来医院诊治。检查:左肘部呈135°半屈位,肘内翻畸形,肘关节血肿严重。与健侧前臂比较缩短2厘米左右,肘三角呈不等腰三角形,鹰嘴后突。肘后有凹陷,肘关节功能障碍。摄片(片号390)示:左肘关节后脱位,合并肱骨内髁撕脱骨折,折块夹于关节内;血肿。

行牵拉下的内收、外展、钩拉推顶屈肘手法整复。患者取坐位,用2%普鲁卡因4毫升作血肿内浸润麻醉。助手握患者上臂,术者握患者前臂对抗牵拉,因折块夹于关节腔内整复脱位失败。又命患者外展前臂,轻度屈伸肘关节,试图利用屈肌总腱将折块拉出关节腔外,也未奏效。改变手法,患者取屈肘95°~100°,术者与助手上下对抗牵拉,以加大关节间隙。在牵拉下极度内收患肢前臂,将鹰嘴绕过折块后紧靠肱骨外髁,并紧贴肱骨滑车(鹰嘴窝),术者左手拇指推推肱骨远端,余四指钩拉鹰嘴部同时用力牵拉并外展前臂,利用鹰嘴将折块拨挤出关节腔外,骨折整复成功。再整复肘关节脱位,在水平纵向牵拉下,术者大拇

指向后推肱骨远端,食指中指向前钩拉鹰嘴部并顺势屈曲肘关节,令患手搭于患侧肩部,通过以上手法肘关节脱位得到整复。将患肢前臂伸曲于90°位置,术者用左手摩压肱骨内髁骨折块使之复位,同时用双手合抱肘关节,将关节积血挤压出关节腔外以防止关节内粘连。手法要求:内收、外展、挤压等动作方向要明确,着力点要准确,用力要适当,动作要稳重迅速。外用压垫压住内髁骨折块,包扎后用小夹板、铜丝托板外固定,用绷带将前臂悬挂于胸前,掌心向上。摄片示:脱位已整复,骨折块已出关节腔并已整复。关节内略显模糊,关节内还存在液体。为防止关节内积血造成粘连,于严密消毒之后,用空针从关节内抽出积血。固定15~20天后解除夹板、托板,用中药熏洗肘关节并作按摩治疗。

体会:手法要由轻到重,方向明确,部位要确切,着力点要稳固,动作敏捷。屈伸手法要由小到大不宜操之过急。同时要防止内髁骨折处再次骨折和骨折块分离。

在行屈伸功能按摩时,如听到“吱吱”撕裂声,是肘关节粘连被手法剥离的响声,不要奇怪。第一次手法按摩时,手法一定要稳重进行,反对暴力,特别注意对骨折块的保护,防止再撕脱。另外,在骨折的初、中、后期可分别给予相应的中药治疗,以利骨折及肘关节功能的恢复。