

刘 万 成 指 弹 进 针 法

南京中医学院 施建勇

进针是毫针刺法中的重要环节之一，直接影响术者的操作和临床疗效。因此，历代医家都非常重视进针手法。刘万成博士在长期的临床实践中，从1976年起摸索出指弹进针法，经十余年来的临床积累，深受患者欢迎，亦为同道所接受。为推广刘氏指弹进针经验，特作简要介绍。

一、指弹进针的优点

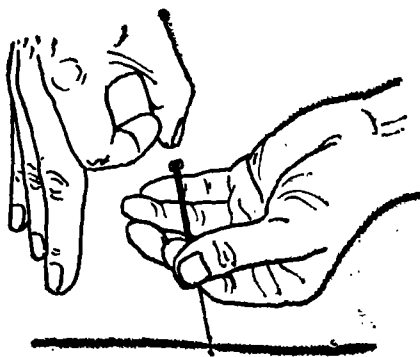
既往的进针手法，一般注重动作轻缓，以疼痛轻和易得气者为佳。如《针经指南·标幽赋》云“左手重而多按，欲令气散；右手轻而徐入，不痛之因。”目前通行的手法均以此为基础，大致有指切进针法、夹持进针法、舒张进针法、提捏进针法等数种。这些手法进针缓、费时长、针感强，疼痛较著，加之医者熟练程度不同，常因患者畏痛而影响治疗。刘氏所用指弹针尾的快速进针手法，发现其具有果断、准确、快速、轻巧、无痛和易掌握的优点。

1. 取穴准确：这种进针手法是用左手反手持针，对准穴位后，以右手食指猛弹针尾，直刺入穴，果断利落，认穴准确。运用娴熟则浅刺、深刺、直刺、斜刺都能得心应手。

2. 快速无痛：指弹进针动作轻捷、省时，在患者较多的场合尤其适宜。因其快速进针，故而几无痛感，一经施针，患者畏痛紧张之疑虑立消，乐于配合，对疾病的康复有良好作用。刘氏十几年的临床治疗中，从无患者因进针而发生晕针等现象。

3. 轻巧便利：指弹进针手法独特，动作轻巧，富于节奏，较针管进针法更为便利，且适应范围广。针管进针法，只限于直刺，而指弹进针法则可用于各种方向如平刺、斜刺等。

二、操作方法



1. 持针式：为押手持针，即用左手拇、食二指挟持针柄，勿触针身，以免污染。通常手掌背向皮肤，与弹针之右手掌心相向，持针当松紧适宜，如过紧，则不易进针；过松，则针易飞出。持针稳健，对准穴位，选好角度，针尖可轻触皮肤。斜刺者，左手背可轻贴皮肤，以控制角度，稳固针身，使用长毫针时，可用拇指和食、中指挟持针柄，以防弯针。

2. 弹针式：左手持针固定后，右手拇、食（或中指）指相合而迭，用力飞速弹击针尾，使针直刺入穴内，可连续弹入所需针深度，亦可先弹入皮下后再捻或插按至一定深度。弹针时必须稳、准、匀。稳即用意稳健，意在力先，力贯针尖，意在穴中；准即认穴准确，施力方向与针体平行，不致弯针或飞针；匀即用力均匀，轻重适度，无重滞，无迟缓。（如图）

刘氏指弹进针法可归纳成以下八字：用意、蓄势、发针、导气。“用意”即在施针之前认准腧穴，屏息用意，意至穴中；“蓄势”即持针如衡，蓄气待势，力贯针尖，静待发机；“发针”即猛弹针尾，如雷霆迅发，江河直泻；“导气”乃循经按拍，催气入穴，加强针感。正如《素问·宝命全形论》所载“伏如横弩，起如发机。”

刘氏认为运用指弹进针法须结合该刺法果断、疾速的特点,灵活施针。在头面部及胸部穴位进针时用力勿过猛,以免伤及骨膜或胸膜;针刺眶周时持针宜慎,弹针宜稳,防止飞

针伤及眼目;另外在针刺关节、韧带或足底掌心等组织致密的部位时,宜选用较短之毫针,弹针力量也应相对加强,方不致弯针或引起疼痛。

直肠点滴给药治疗急性热病的观察

北京中医学院东直门医院 焦 扬

指导:董建华 杜怀棠 周平安

直肠给药中医学中古称导法。本文就直肠给药在中医急性热病中的应用进行了临床观察,取得一定疗效,现报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料:共选择体温在 38°C 以上,以急性发热为主证的急性热病人33例,列为观察对象,33例患者按入院先后顺序随机分为两组,口服中药加直肠点滴组(下称灌肠组)17例,口服中药组(下称口服组)16例。灌肠组男性13例,女性4例,平均年龄34.06岁;口服组男性11例,女性5例,平均年龄33.2岁。入院平均最高体温,灌肠组为 39.18°C ,口服组为 38.98°C ;平均发热时间,灌肠组为4.65天,口服组为5.75天。

患者所患病种包括风温、风温肺热病、温毒、湿温、秋燥、淋证、痢疾等七种。中医辨证,表证期灌肠组3例,口服组4例;表里证期灌肠组4例,口服组4例;里证期灌肠组10例,口服组8例。西医诊断:灌肠组肺部感染11例,化脓性扁桃腺炎2例,斑疹伤寒、泌尿系感染、胆系感染、感冒各1例;口服组肺部感染8例,化脓性扁桃腺炎3例,泌尿系感染、感冒各2例,菌痢1例。经分析两组情况基本一致。

2. 治疗方法:两组病人均按董建华教授温热病综合辨证方法(见《中医杂志》1985年第1期第62页)进行辨证论治,口服中药汤剂,如表证期表热证予银翘散加味,表里证期表寒里热证以麻杏石甘汤加味,里证期气分热炽证以白虎汤加味治疗。出现过高热(体温 $>40^{\circ}\text{C}$)时,予补液并用柴胡注射液临时退热。

在口服药物同时,灌肠组患者给予中药“温热清”灌肠。组方:生石膏60克(先下),知母10克,黄芩15克,僵蚕6克,紫草15克,生大黄6克。无汗表热不退加柴胡10克,薄荷6克;头痛重加葛根10克,羌活10克;关节疼痛加虎杖10克,片姜黄10克;湿邪中阻加苍术15克,青蒿15克;下焦湿热加草薢10

克,通草6克,黄柏12克;津伤甚加芦根20克,元参15克。

灌肠设备与一般静脉输液相同,只将针头换导尿管。中药煎二次合并约200毫升,纱布过滤后倒入滴瓶。病人先排空二便,一般取左侧卧位,导尿管涂以凡士林,插入肛门10~15厘米,胶布固定,滴速约50滴/分左右,点滴结束后,静卧半小时,每日一次。

二、疗效评定标准及结果

1. 疗效标准:治疗后5天患者体温恢复正常,主证基本消失为治愈;治疗后5天患者体温下降,主证减轻为好转;治疗后5天患者体温不降,症状不减,改用其他治疗为无效。

2. 治疗结果:灌肠组17例中治愈14例,好转3例,口服组16例中治愈10例,好转6例。

3天内体温恢复正常者灌肠组9例,口服组3例,5天内体温恢复正常者灌肠组14例,口服组10例。体温恢复正常的平均时间灌肠组3.76天,口服组为4.88天。

三、讨论

直肠点滴法可使药物规律地、持续地吸收,此法吸收速度快,发挥作用快,且作用持续时间长,因而,在急性热病治疗中可以发挥更大的作用。

以往认为直肠给药只适用于有腑实证者。而我们临床治疗病人包括了热性病的各期,均获较好疗效,可见直肠给药法适用于多种急性热病的各个阶段。

本组观察病例均采用直肠滴入法,导尿管插入深度为10~15厘米,点滴速度50滴/分左右,每次给药量200毫升,药温在 38°C 左右,给药后一般患者能保留1~2小时,也有病人可保留4小时以上,说明给药条件比较合适。滴速过快容易致泻,应以50滴/分左右为宜。药液温度过低也易引起腹痛、腹泻,不利于药液的吸收,应以 38°C 左右为宜。