

· 临证经验 ·

## 针灸临床心得

冀来喜\* (山西中医药大学, 太原030600)

**摘要:** 结合临床典型病例, 介绍在针灸临床上倡导临床治病“以效为宗”, 形成“中西合参、针药并用、整体论治”特色, 注重西医辨病、中医辨证归经, 善于针灸优势技术的组合应用的临床经验。

**关键词:** 针灸; 临床心得; 中西合参; 针药并用; 整体论治

### Clinical Insights on Acupuncture-moxibustion

Ji Lai-xi\* (Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan 030600)

**ABSTRACT:** Referencing typical clinical case studies, introduce the clinical approach of “prioritizing efficacy” in acupuncture-moxibustion practice. Discuss clinical experience that displays the characteristics of “integrating Chinese and Western medicine, combined usage of acupuncture and medication, and holistic treatment”. Emphasize disease differentiation in Western medicine and syndrome and meridian differentiation in Chinese medicine. Clinical application that proficiently combines the various advantageous acupuncture-moxibustion techniques.

**KEYWORDS:** Acupuncture-moxibustion; clinical insights; integration of Chinese and Western medicine; combined usage of acupuncture and medication; holistic treatment

#### 1 中西合参

##### 1.1 周围性面瘫

面神经核或核以下的周围面神经非特异性炎症所致, 以同侧面面部表情肌的瘫痪为显著特征。属中医学“口癖”、“吊线风”、“喎嘴风”、“口眼喎斜”等范畴。中医分型: ①风寒型: 感寒病史, 起病前可伴短暂的耳后乳突不适感, 患侧面面部肌肉瘫痪, 伴有畏风恶寒, 或有头痛鼻塞, 面肌发紧, 肌肉关节酸痛。舌苔薄白, 脉浮紧。②风热型: 劳累、免疫低下、咽喉不适病史, 或伴外耳道及耳廓疱疹感染, 耳部及乳突部不适感明显, 患侧面面部肌肉瘫痪, 伴发热恶风, 心烦口苦。舌红, 苔薄黄, 脉浮数。③气血不足: 面瘫日久不愈, 仅部分面肌功能恢复, 或面肌抽动频繁, 或口眼同时抽动, 或嘴角歪向患侧, 或咀嚼时流泪, 伴见神疲倦怠及颜面肌肉萎缩。舌质紫黯, 苔薄白, 脉弦涩。

治疗方案: ①周围性面瘫(风寒型)。第一

步: 梅花针叩击头面部, 鑱针纵向划割口腔粘膜白线; 第二步: 毫针治疗, 主穴: 风池、阳白、地仓/颊车双向透刺、牵正、合谷、内庭; 配穴: 抬眉困难者配攒竹、丝竹空, 鼻唇沟平坦者迎香透睛明, 人中沟歪斜配人中穴/口禾髎, 颜唇沟歪斜配承浆, 味觉减退、舌麻配廉泉穴。②周围性面瘫(风热型)。第一步: 梅花针叩击头面部, 鑱针纵向划割口腔粘膜白线; 第二步: 针刀疗法, 针刀松解颈项部; 第三步: 毫针治疗, 主穴: 风池、阳白、地仓/颊车双向透刺、牵正、合谷、内庭; 配穴: 抬眉困难配攒竹、丝竹空, 鼻唇沟平坦配迎香透睛明, 人中沟歪斜配人中穴/口禾髎, 颜唇沟歪斜配承浆, 味觉减退、舌麻配廉泉穴; 第四步: 中西医药物治疗, 西医静脉点滴抗病毒、消炎、脱水及改善循环药物治疗, 以消除面神经炎症和水肿, 促进神经功能恢复。最好配合地塞米松磷酸钠注射液5-10mg, 输注3-5天以加强疗效。中药用银翘解毒散加钩藤。

治疗心得: ①中西医结合。对于风热型即西医的病毒感染所致面神经炎症者, 于早期最好配合西药输注, 可显著增强疗效。通过解除面神经出口处的机械卡压, 降低周围张力, 可有效缩短病程, 减轻症状。②分型。根据临床体会, 早期发病者, 应以耳后疼痛与否来区别风寒、风

\*冀来喜, 山西中医药大学副校长, 医学博士, 博士生导师, 国家二级教授。中国针灸学会副会长, 山西省针灸学会会长, 山西省学术技术带头人, 山西省首批教学名师, 山西省首批名医, 山西省五一劳动奖章获得者, 山西省卫生系统突出贡献者, 山西省委联系的高级专家, 享受国务院特殊津贴专家。

热。耳后乳突不痛者为风寒型，多因过劳后受凉所致。耳后疼痛者为风热型，多因上火、继发感冒、带状疱疹等，这与西医所说的病毒感染致面神经炎症吻合。③耳后乳突问题。单从解剖部位来看，面神经出茎乳孔后发出的耳后神经支配耳后肌、枕肌的运动以及耳廓的皮肤感觉，因此茎乳孔以上部位面神经的损伤均会出现耳后乳突的疼痛。④预后判断。风寒型者病情轻，只需简单针刺组合治疗，不需要配合药物，一般1周左右愈。风热型者病情较重，需要针灸优势组合方案，并配合中西药物；且疗程较长。亨特氏面瘫则需更久治疗，有的迁延数月，临床所见此型最易留有后遗症。

## 1.2 带状疱疹

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒导致的一种皮肤疾病。初次感染表现为水痘或急性感染，以后侵及周围神经、脊髓后根。本病特点是：常突然发生，集簇性水疱，排列成带状，沿一侧神经分布区出现，好发于肋间神经、颈神经、三叉神经及腰神经分布区域，伴有刺痛。疱疹串联成带状，故称带状疱疹。本病好发于成人，春秋季节多见。发病率随年龄增大而呈显著上升。

本病属于中医“蛇串疮”的范畴，因疱疹累累如串珠，多缠腰而发，故又名缠腰火丹，或称火带疮、缠腰龙、蛇播疮、蛇串疮、蛇丹。本病多因情志不畅，肝经郁火；或过食辛辣厚味，脾经湿热内蕴；又复感火热时毒，以致引动肝火，湿热蕴蒸，浸淫肌肤、经络而发为疱疹。临床常见肝经郁热、脾经湿热、瘀血阻络等证型。

对目前治疗现状的评述：中医治疗本病以清热解毒、凉血止痛为原则，以中药（口服、外敷）和针灸为主，使用中药治疗效果较针灸差。传统针灸以单纯毫针为主，存在着方案模糊、步骤不清、无统一处方、患者的依从性差等问题，且效果也不甚理想。

治疗步骤：第一步：针刀、拔罐治疗。根据疱疹分布区寻找相应神经根节段所对应的夹脊穴，可触及压痛或结节样改变；用针刀进行切割松解，出针后拔火罐。第二步：火针治疗、拔罐。在疱疹密集区进行点刺后拔火罐。第三步：毫针治疗，操作方法：1.5寸毫针围刺病灶区，刺激基底部，每隔1寸沿皮针刺，使毫针沿疱疹区外周分布，针用泻法；同时根据辨证分型配合针刺相应配穴，留针30分钟。肝经郁热证，取行间、支沟、阳陵泉；脾经湿热证，取中腕、阴陵泉；瘀血阻络证，取血海、合谷、三阴交。第四步：

艾灸治疗。手持艾条点燃后对准疱疹分布区施灸，按照艾灸方法中的回旋灸法，艾条距离施术部位2-3cm，每次15分钟。

诊疗心得：①中西医结合。本治疗方法以多种针具为主，疗效确切，一般不需配合使用西药，但急性期且病变严重的患者可酌情予以静脉滴注抗病毒药物（阿昔洛韦，用量5mg/kg，每日2次）或口服伐昔洛韦，效果更著。②治疗效果。本方案治疗带状疱疹止痛作用明显，急性期可即刻止痛，且不易产生后遗神经痛，近期与远期疗效均优于单纯药物、单纯毫针治疗。使用本方法治疗一般1次基本控制病情，特别是在第一次火针拔罐后，疱疹区域颜色即刻变成暗褐色效果最佳，次日即见患处结痂好转，通常不超过1周。另外，个别患者表现为患处瘙痒难忍，仍重用灸法或火针取效。③施术思路。针刀松解相应的背部夹脊穴，意在改善局部的微循环，恢复相应节段神经根的血供，从而降低神经的兴奋性。火针通过高温灼刺皮肤局部，能够造成疱疹皮损局部完全开放。火罐有强大的吸附作用，排除局部毒邪与恶血，体现“火郁发之”之意，要求火针点刺拔罐后疱疹部位颜色变为暗褐色，效果最佳。毫针每隔1寸围刺以理气疏经，配合艾灸患处及梅花针叩刺以巩固疗效。

## 1.3 腰方肌损伤

腰方肌损伤临床表现：①晨起腰痛，黎明前腰部深处酸痛，唯有站起后疼痛才会缓解；②急性期不能直身，出现爆发性锐痛，咳嗽、打喷嚏时剧痛，单侧腰痛常见；③疼痛有时位于下腹部阑尾区，如果没有仔细查体，很容易误诊为阑尾炎。④最常见的牵涉性疼痛，常引起髂外三肌（臀中肌、臀小肌、阔筋膜张肌）病变刺激梨状肌产生痉挛水肿，即出现坐骨神经支配区出现的疼痛；⑤患者自述疼痛部位：腰部酸痛，同侧大转子区域、下腹部、髂外三肌、大腿外侧、甚至小腿部的疼痛。

腰方肌解剖：腰方肌是位置在腹后壁，脊柱两侧，接近方型的肌肉。解剖范围：上缘附着于第12肋内半缘侧，下缘附着于髂棘最高点的近脊柱缘，内侧附着于4个腰椎横突上缘，外侧缘平滑游离。腰方肌是人体最易损伤的肌肉，腰痛患者中最常见，但却最容易被忽略而误诊，它的疼痛形式和部位表现多种多样，同时也是容易治疗不完善的肌肉。

典型病案：患者，女，69岁，2020年11月4日就诊。主诉：右下腹疼痛9天。现病史：2020

年10月26日劳累后出现右下腹疼痛，晨起后加重，无恶心、呕吐，曾就诊于当地某医院，血常规示：白细胞 $9.29 \times 10^9/L$ ，彩超检查示：右下腹阑尾区可见 $7.2\text{mm} \times 1.2\text{mm}$ 低回声包块，边界欠清。考虑为“阑尾炎”，静脉滴注甲硝唑注射液与头孢曲松钠注射液（具体用量不详），治疗5d后，腹痛无缓解，遂来山西省针灸医院国医堂就诊。刻下：右下腹疼痛，晨起后加重，无恶心、呕吐，精神欠佳，眠差，饮食一般，大小便正常，舌色暗、苔薄白，脉细涩。查体：右下腹深压痛不明显，右下腹浅压痛（++），右腰方肌（+++）。

治疗方案：第一步腧针定位：右侧第3腰椎横突外缘、右侧髂缘和第十二肋下缘。第二步穴位注射：取2%利多卡因注射液5mL、维生素B12注射液1mL、醋酸曲安奈德注射液10mg、0.9%氯化钠溶液3mL，配置成10mL混悬药液，将注射器对准上述部位迅速刺入，回抽无血后再缓慢注射，每点注射药液约2mL。第三步针刀松解：患者取俯卧位，局部皮肤常规消毒，术者以 $0.80\text{mm} \times 80\text{mm}$ 针刀快速破皮，缓慢进针抵达右侧第3腰椎横突外缘、右侧髂缘、第十二肋下缘高张力点进行切割松解2-3次，出针后采用无菌敷料迅速按压。第四步拔罐：针刀松解后于上述部位拔火罐5min。嘱患者针孔处保持干燥，清淡饮食，避免劳累。

治疗结束后患者疼痛明显缓解，第2天自诉疼痛消失，2020年11月26日随访，治疗1次后未再疼痛。

治疗思路：此案患者以右下腹疼痛为主症，由于解剖位置的原因，首先要考虑阑尾炎。阑尾炎以转移性右下腹痛为主症，常伴有发热、恶心、呕吐等症状，查体可发现麦氏点有压痛，多数患者白细胞、中性粒细胞有不同程度升高，CT、超声提示阑尾炎性改变等可辅助诊断，但超声诊断具有一定的主观性。此案患者虽有右下腹疼痛及压痛，腹部彩超提示怀疑阑尾区有炎性包块，但无白细胞升高，经过静脉滴注甲硝唑注射液与头孢曲松钠注射液治疗后，症状无明显缓解。且在我院查体过程中发现患者腹部深压痛不明显，主要为浅表压痛，且以腰方肌压痛明显，故考虑为腰方肌损伤引起的右下腹疼痛，经针刀松解腰方肌后，疼痛症状消失，可反证腰方肌损伤为此案患者引起右下腹疼痛的主要病因。

## 2 针药并用

笔者临床针药并用治疗慢性胃炎、妇女月经

不调、崩漏等，取得满意效果。对于慢性萎缩性胃炎的患者，应针药联合使用，重视调畅气机，促进中焦升降功能的恢复。慢性胃炎，寒热错杂多用辛开苦降的泻心汤类，肝气乘脾多用疏肝和胃的柴胡汤类。妇科调经崩漏一类，多用药物补益气血配伍针灸疏通经络双管齐下。

典型病案：患者，女，56岁。主诉：上腹部进食后憋胀不适6年。现病史：患者自诉6年前因服用治疗腰腿痛中药后出现胃部不适，进食不消化，进食后数小时不缓解，夜间自觉胃部右痞块，按揉缓解。胃镜示：非萎缩性胃炎，服用枸橼酸莫沙必利片结合奥美拉唑效尚可。为求进一步诊疗，遂来我院就诊。刻下：腹胀，胃胀痛，纳呆，语言低微，四肢无力，口干，口苦，大便稀，重浊粘滞，心烦失眠，无反酸烧心，舌胖大有齿痕，苔黄腻中部为甚，脉沉而濡。辨证属脾虚为本，湿热为标。治法应扶正祛邪二者兼顾，补气健脾，清热利湿。

初诊治疗方案：①针灸治疗：胃病方。第一步火针治疗。取穴：至阳、肝俞、脾俞、胃俞；操作：局部皮肤常规消毒后，先将细火针尖部在酒精灯上烧至发白，行速刺法，浅刺不留针。第二步毫针、TDP。取穴：中脘、内关、足三里；配穴：寒邪客胃配胃俞、神阙，饮食伤胃配梁门、下脘，肝气犯胃配期门、太冲；血瘀停胃配膈俞、三阴交。操作：随证选穴，针刺得气后，配合TDP治疗仪照射胃脘部20-30分钟。②中药治疗：党参30g，白术、茯苓10g、半夏、炒山药、厚朴、黄芩各10g，黄连、干姜各6g，陈皮10g，黄芪30g，炙甘草6g，炒枣仁30g，远志、柴胡各10g，枳壳6g，炒莱菔子15g。7付，水煎服，日1剂，早晚分服。

患者一周后复诊，自诉上腹部胀痛不适明显缓解，饮食较前好转，口干口苦较前明显缓解，精神好转，舌胖大有齿痕，苔稍黄腻，脉沉而濡。

次诊治疗方案：①针灸治疗：第一步埋线治疗。取穴：至阳、肝俞、脾俞、胃俞、中脘、足三里、丰隆。操作：局部皮肤常规消毒后，取已消毒的胶原蛋白线，用一次性使用埋线针将线体刺入到所需深度，埋植在穴位的肌层，针孔处用创可贴覆盖。第二步毫针、TDP。取穴、配穴、操作均同初诊治疗方案。②中药治疗：中药继上方巩固治疗。

本患者前后共针灸治疗三次，服药两月，痊愈。

治疗思路：针灸处方“胃病方”：内关、

中腕、足三里。系列研究证实中腕、内关、足三里对于炎性或痉挛性胃痛均有效，是治疗胃病的常用有效组方，并在大量临床和相关实验研究得到证实，可作为基本处方，称“胃病方”。胃痛效穴：至阳。临床发现，至阳穴既是胃病的诊断点，又是治疗点。急性胃痛火针点刺至阳可取速效。至阳属督脉，督脉为阳脉之海，至阳为阳气最多之意，可散寒温胃止痛。从西医学来看，可能与神经节段支配有关。患者脾虚为本，重用四君子汤合二陈汤补脾胃之气，胃气来复则饮食有常，令生化有源；湿热为标，以半夏泻心汤加减，辛开苦降，清热除湿，通利六腑；柴胡、枳壳疏肝理气，枣仁、远志养心安神，厚朴、枳壳行气通腑，炒莱菔子消积导滞。

### 3 针灸优势技术组合

#### 3.1 治疗肩周炎

肩关节周围炎是一种肩周肌腱、肌肉、滑囊以及关节囊等肩关节周围软组织所发生的无菌性炎症反应，以及上述炎症引起的广泛的粘连等病理变化，导致肩关节疼痛和功能障碍的疾病，简称肩周炎。

治疗方案：肩周炎六部曲。第一步腧针，定位，消毒。第二步水针，取穴：取患侧肩前、天宗或局部阿是穴。操作：取维生素B12注射液1mL、2%盐酸利多卡因注射液4mL、醋酸曲安奈德注射液20mg、0.9%氯化钠注射液3mL，共配成10mL药液，针尖对准穴位迅速刺入，回抽无血，再缓慢注射于痛点，每点注射1mL。第三步锋钩针治疗，取穴：同水针取穴；操作步骤：左手食指、中指绷紧所刺部位皮肤，右手持针迅速将针头刺入皮下，达到治疗深度，上下提动针柄，进行勾割（一般勾割3-4针），针下有松动感，即可出针，用棉球按压针孔，一周一次。第四步火罐治疗，操作步骤：火罐吸拔于治疗部位，使之出血，一般留置5-10分钟。第五步细火针治疗，取穴：肩髃、臂臑、肩贞、臑腧；操作：选定腧穴，局部皮肤常规消毒后，先将细火针尖部在酒精灯上烧3-5秒，烧至白亮为度，进行速刺法，浅刺不留针，每周2次。第六步毫针、TDP治疗，主穴：肩髃、曲垣、曲池、外关、臑会、阳陵泉、阿是穴；配穴：风寒湿痹型加大椎、风门、肺俞；气血亏虚型加气海、关元、足三里。TDP照射于患者肩膀部位。

次诊治疗方案（操作步骤）：第一步火针治疗，取穴：肩髃、臂臑、肩贞、臑腧（错开初诊针眼部位）。操作步骤：根据患病部位，重点选

取3-4个穴位，选定腧穴，局部皮肤常规消毒后，先将细火针尖部在酒精灯上烧3-5秒，烧至白亮为度，进行速刺法，浅刺不留针，每周2次。第二步毫针治疗，主穴：肩髃、曲垣、曲池、外关、臑会、阿是穴；配穴：风寒湿痹型加大椎、风门、肺俞；气血亏虚型加气海、关元、足三里。第三步TDP治疗肩膀局部给予温热刺激，一般30分钟。一周一疗程，一般2-3个疗程即愈。

#### 3.2 治疗下肢静脉曲张

下肢静脉曲张是常见的周围血管疾病，属于静脉逆流性疾病，可由多种病因引起，是许多疾病所共有的临床症状，而非一个病症。其主要临床表现为浅静脉系统的迂曲扩张，及小腿部的酸胀、疲劳感。随着病情发展，可出现足靴区的皮肤营养性变化，以及血栓性浅静脉炎、出血、溃疡等并发症，给患者带来生活上的极大不便。

初诊治疗方案：第一步磁圆梅针，取穴：阿是穴（曲张静脉）；体位：患者双手倚托直立位，重心放在患肢上，使曲张静脉充盈。操作方法：术者左手拇指固定按压在曲张静脉团的最上方（即近心端），右手持磁圆针垂直叩击静脉团，手臂悬空，右肘屈曲为90°角。操作技巧：以腕部运动形成主要叩击力量，同时运用中指、环指、小指的撬力。腕力与指力两者巧妙配合，灵活弹刺。先自曲张的远端开始，由下而上，渐至曲张之近端，叩至局部隆起，蓝色蚯蚓团消失，局部体温升高（或手触发热）为度。护理：然后将弹力绷带自足踝缠绕至膝关节以上，连续缠绕至复诊方能解开。第二步针刀治疗，部位：比目鱼肌；操作：患者取俯卧位，施术部位碘伏棉球常规消毒，采用4#0.6小针刀，术者右手示指与拇指捏住刀柄，中指托住针体，针尖平行于肌纤维走行方向，垂直刺入至肌层，对粘连肌纤维进行切割松解2-3次，出针后迅速拿无菌敷料进行按压止血。

次诊治疗方案（初诊后1周进行）：火针治疗，取穴：阿是穴（曲张静脉）；体位：解开弹力绷带，患者双手倚托直立位，重心放在患肢上，使曲张静脉充盈。操作方法：观察患腿静脉曲张情况。针对遗留的曲张静脉团，地上张铺报纸后，阿是穴（曲张静脉）及周围皮肤碘伏消毒，使用中粗火针，酒精灯加热至通红，速刺不留针，血流自止后用碘伏棉球清理血渍并消毒针孔。对于胫骨表面及足背的曲张静脉无法用磁圆梅针叩击，可直接用火针点刺放血治疗。

## 4 整体调节

### 4.1 从腹治腰

某某，初诊日期：2019年6月29日。主诉：腰部困痛伴右侧下肢疼痛一年，加重伴行走不利一月。现病史：患者自述一年前因受凉导致右侧下肢抽筋伴疼痛，当时未予特殊处理，今年4月份右下肢疼痛加重，受凉后疼痛加重，腰部困痛，伴跛行，右下肢行走不利，休息后可稍缓解，夜间休息差，不能自行翻身；5月份就诊于山大医院，予针刀治疗（右侧阔筋膜张肌、髂胫束、股四头肌、腰方肌）三次，效差，仍觉腰部困痛伴右下肢疼痛，为求进一步治疗，遂就诊于我院国医堂。现症见：患者腰部困痛，无晨僵，右侧下肢疼痛，偶有抽掣痛，坐下后无法立即站起，右下肢活动不利，行走距离最长100米，不能自行翻身，夜间休息较差，饮食尚可，二便正常。辅助检查：2019年4月29日行腰椎MRI示：L2-3、L4-5椎间盘突出，伴L4-5水平双侧椎间孔狭窄。查体：腰曲变小，脊柱无侧弯，右侧直腿抬高试验阳性，L3、L4棘突（+），右侧腰方肌（+），右侧梨状肌、臀中肌（+），腹部触诊双侧腹直肌张力高，且右侧腹直肌有条索状物。

初诊治疗方案：针刀松解腹部阳性反应点。第一步，查体寻找腹部阳性反应点；第二步，针刀松解腹部阳性反应点（腹直肌、侧腹肌）及腰大肌。

复诊治疗方案：针刀松解腰部局部反应点（腰方肌）。患者自述夜晚可翻身，针刀松解腰部阳性反应点（第12肋缘下、腰3横突、腰5横突）。

二次复诊治疗方案：腰部疼痛症状基本消失。继续针刀松解腹直肌一次，错开第一次针眼。

治疗两月后随访，右下肢活动不利和腰部疼痛症状基本消失，夜间休息好，一次可行走约一公里左右。

病例分析：患者表现为腰部疼痛，右下肢活动不利，查体腰曲变小，腹部压痛阳性，右侧腹直肌有条索状物。肌肉等软组织结构紊乱，腰腹部肌群处于力线失衡的状态，紧张挛缩的腹部肌群会向下牵拉后正中力线，腰部肌肉会出现代偿性疼痛，此时根本原因在于挛缩的腹部肌群。临床中我们发现“腰曲变小”的腰痛患者单从腰部治疗效果缓慢，容易复发。这类患者往往在腹部压痛阳性，且伴随着有颈部、背部等不适，这些症状往往在对腹部进行治疗后得到充分缓解。分布至腹侧的肌肉对于保证腰背运动和维持脊柱稳定起到必不可少的作用。腹部肌肉与腰背筋膜通过髂嵴和腰腹之

间肌纤维相互影响，且共同维持腹内压，为从腹论治提供了有力的解剖依据。

前正中力线和后正中力线经过腰部和腹部，二者一起维持人体矢状面上的姿势平衡。当一方功能失调时，另一方则起到代偿，相应的出现特殊姿势或出现疼痛。针对腰曲变小、腹部压痛阳性的患者来说，局部治疗起效较为缓慢。腰腹力线失衡，引起疼痛的根本原因在于紧张挛缩的腹部肌群，腰背部肌肉就会相应的代偿性紧张收缩，也成为日后颈部、手臂或下背部等问题的根本原因。

### 4.2 从腰治膝

贺某，男，53岁，太原人。主诉：右膝关节疼痛半年。现病史：患者半年前无明显诱因出现右膝关节疼痛，行走后疼痛加剧，曾在西医院行右膝x线正侧位显示：髌骨及胫骨平台处均有增生，关节间隙内侧变窄。刻下：患者膝关节疼痛明显，活动受限。查体：内侧韧带起止处、膝后腓肠肌内、外侧头附着点处、髌韧带下方压痛明显。

初诊治疗方案：第一步，查体寻找局部阳性反应点；第二步，针刀松解膝周阳性反应点、火针、毫针治疗。

复诊治疗方案：三次治疗后明显缓解，但仍有不适。查体发现患者右侧腰方肌张力明显增高，L3、L4、髂后上棘处有阳性反应点，右臀部张力增高，可触及条索状物，按压时有酸困感。针刀松解腰方肌压痛点；梨状肌方（股骨大转子处、居髌穴外侧1.5cm处、二者中点处，针尖沿着臀中肌、梨状肌走行进针，深度以患者臀部出现憋胀感或医者感到有抵触感为宜。三者呈扇形分布。针具：圆利针规格0.6\*125mm；芒针规格0.4\*150mm）。治疗一次后患者膝部症状明显缓解，自觉轻快，并腰部酸困感明显减轻。如法巩固治疗3次，膝周末再处理，病人痊愈而归。

病例分析：从现代医学的角度看，根据解剖、生理、病理机制，我们认为膝关节、下肢疾病多由腰方肌、臀中肌、臀小肌、梨状肌变性痉挛损伤所致。因此，治疗时应首先准确定位，我们主张从腰部入手治疗膝部、下肢病变。通过现代“筋膜链”、“激痛点”学说研究发现，从腰治膝论与之有相似之处。从传统中医经络理论看，膝关节、下肢病变辨证归经多为足太阳膀胱经、足少阳胆经。此方案属于“下病上取”、“上病下取”、“循经远取”原则的应用。

下接18页.....

- 学,2021,18(11):1605-1608.
- [4] 马俊杰,邓菊,王紫薇,等.基于江南医派疫病思想探索中药干预新冠病毒变异毒株的“防-治-养”模式[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(16):242-249.
- [5] 陆珍琦,朱平,孙钢,等.从《七家诊治伏邪方案》谈晚清吴门医派伏暑诊治特色[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(09):1366-1369+1394.
- [6] 陈赅虎,丁焯青,高红勤.吴门医派陆继进治疗外感热病医案分析及验案赏析[J].中医临床研究,2021,13(26):31-33.
- [7] 杨税,吴梦婷,孙锋.明清吴门医派治疗伤寒用药经验探微[J].亚太传统医药,2016,12(21):52-53.
- [8] 夏豪天,吴元建,丁婷,等.浅论温病学派及吴门医派医家对于湿热病在六经层面上传变的关系[J].内蒙古中医药,2018,37(11):100-101.
- [9] 葛惠男.叶天士络病学说及其在内伤杂病中的应用[J].南京中医药大学学报,2016,32(05):409-412.
- [10] 洪寅雯,柏亮珍,周五珍.盆腔炎2号方治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎临床疗效[J].中医临床研究,2021,13(29):108-111.
- [11] 彭君伟,周帆,方静,等.吴门医派络病理论在脾胃病中的应用初探[J].成都中医药大学学报,2018,41(01):116-118.
- [12] 任燕.基于“吴门医派络病理论”益肾活络方治疗慢性肾脏病3期的理论与临床研究[D].南京中医药大学,2020.
- [13] 赵克学.吴门医派论治咳嗽思想探微[J].吉林中医药,2010,30(07):638-639.
- [14] 许婷.明清吴门医派咳病用药分析及加味叶氏养胃汤治疗阴虚型慢性支气管炎的临床研究[D].南京中医药大学,2020.
- [15] 周轶群,鲁晏武,陈仁寿.曹存心治疗咳嗽之学术思想探析[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(12):1653-1654+1702.
- [16] 裴海寅,姜肇庆教授治疗咳嗽的经验[J].中国中医急症,2012,21(08):1236+1265.
- [17] 彭君伟,方静,周帆,等.吴门医派代表医家脾胃病学术思想简述[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(05):144-146.
- [18] 余婉丽,刘同亭.吴门医派叶桂辨治痞满探析[J].江苏中医药,2019,51(09):78-80.
- [19] 曹世宏,孙子凯,曹蓓蓓.吴门名家曹鸣高论治脾胃病的经验[J].江苏中医药,2017,49(12):9-12.
- [20] 葛惠男,欧阳八四,沈贤敏.吴医大家黄一峰诊治脾胃疾病经验述要[J].江苏中医药,2016,48(08):1-4.
- [21] 姜帆帆,彭君伟,陈江.吴门医派气机升降学说在胃食管反流病中的应用[J].河南中医,2020,40(08):1159-1162.
- [22] 王凯,连秋华,孙宏文.尤怡治疗呕吐九法方药特色探析[J].江苏中医药,2019,51(01):73-76.
- [23] 周鹏飞,乐音子,孙明明,等.基于络病理论探析辛润通络法辨治便秘[J].中医杂志,2018,59(12):1017-1020.
- [24] 甄曙光,王晓鹏,乐音子,等.基于真实世界的当代吴门医派名老中医辨治便秘学术经验研究[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(10):1407-1410.
- [25] 陆爱芳,吴纪祖.昆山郑氏妇科学术思想和医疗经验精粹[J].江苏中医药,2015,47(04):70-72.
- [26] 许小凤,顾灵,顾颖.吴门医派月经病证治学术思想探微[J].中医杂志,2014,55(09):806-808.
- [27] 徐宁,许小凤.吴门医派叶天士《女科医案》妇科学术思想探微[J].江苏中医药,2018,50(04):75-77.
- [28] 王斌,许小凤.吴门医派滑胎证治特色浅析[J].中华中医药杂志,2019,34(11):5349-5351.

上接25页.....

#### 4.3 从颈治头

患者,女,24岁,初诊日期:2019年6月29日。主诉:右侧眼睑下垂,眼球活动障碍伴视力下降1月。现病史:患者自诉因车祸导致短暂性意识丧失,持续约4分钟,醒后出现右眼视力下降伴有复视,右侧上眼睑下垂,瞳孔散大,眼球活动受限,遂就诊于北京空港医院。经治疗,视力较前稍有改善,但余病症未见明显好转。刻下:右眼上睑下垂,视物不清,复视,无畏光、头晕恶心、肢体活动不利,精神可,睡眠饮食可,二便正常,舌黯,苔薄白,脉弦涩。查体:右侧瞳孔较左侧明显散大,直径约6mm,对光反射减弱,眼球向内、向下、向上转动障碍,视野缺损。视力:左5.2;右4.8。右侧风池、天柱、完骨穴压痛明显。

初诊治疗方案:第一步,查体,寻找颈项部阳性反应点。第二步,小针刀疗法,取穴:风池(右)、天柱(右)、完骨(右)。第三步,毫针疗法,取穴:阳白、四白、睛明、太阳、合谷、光明、血海。第四步,艾灸疗法,取穴:阳

白、四白。

上述方案连续治疗1个月(一周治疗1次)后,右侧眼睑功能恢复,瞳孔较前明显缩小,约4mm,无复视,眼球转动灵活。

病例分析:头面五官疾病与颈部软组织的正常与否存在一定关系,颈椎失稳后可直接间接刺激交感神经,引发交感神经症状:眼胀、干涩或多泪、视力变化、视物不清、耳鸣、耳堵、听力下降、鼻塞、“过敏性鼻炎”,咽部异物感、口干、声带疲劳等;味觉改变等。颈部肌肉、筋膜与头面部关系密切,颈部筋膜一旦发生短缩或粘连,会影响头面五官的组织活动,影响其附近肌肉的运动、腺体的分泌、神经的正常传导。从而引发症状。临床中我们观察到从颈治头,对于眼部结膜充血,眼睑、面肌痉挛、面瘫、过敏性鼻炎、口腔溃疡、慢性咽炎、耳鸣、自汗盗汗、心律不齐、头晕头痛等均有较好的疗效。

综上所述,笔者在针灸临床上倡导临床治病“以效为宗”,形成“中西合参、针药并用、整体论治”特色,注重西医辨病、中医辨证归经,善于针灸优势技术的组合应用,临床取得满意疗效。