



計畫編號：CCMP90-RD-001

行政院衛生署九十年度科技研究發展計畫

針灸臨床處方指引之研究

委託研究報告

計畫委託機關：中國醫藥學院

計畫主持人：林昭庚

研究人員：張永賢 陳必誠 孫茂峰 黃益祥

執行期間：90年1月1日至90年12月31日

本研究報告僅供參考，不但表本署意見

目 錄

壹、前言	1
貳、材料與方法	2
參、結果	4
一、概論	4
(一)、針灸作用之機轉簡介.....	4
(二)、針灸常見併發症與臨床處理原則	12
(三)、成年男性、成年女性之胸背部重要穴位的針刺安全深度	14
(四)、臨床禁針穴位與禁灸穴位.....	18
(五)、針灸處方之配穴原則.....	21
(六)、針灸治療的施行時間.....	23
(七)、針灸在安寧病房的應用.....	24
(八)、針灸在急症上的應用.....	28
二、神經內科系統疾病	33
(一)、中風.....	33
(二)、高血壓.....	36
(三)、頭痛/偏頭痛.....	39
(四)、坐骨神經痛	43
三、運動系統病	47

(一)、頸肌痛	47
(二)、肩胛肌肉痛 (五十肩)	49
(三)、背肌痛	52
(四)、脅肌痛	53
(五)、腰肌痛	56
(六)、顏面肌麻痺 (顏面神經麻痺)	59
(七)、腓腸肌痙攣	61
(八)、肌肉萎縮	62
(九)、關節強直及牽縮	64
(十)、關節炎	65
四、呼吸系統	69
(一)、咳嗽	69
(二)、過敏性鼻炎	71
(三)、支氣管哮喘	73
(四)、慢性阻塞性肺氣腫	76
五、心臟循環系統	78
(一)、怔忡 (心悸)	78
(二)、心痛	80
六、腸胃系統	83

(一)、牙痛.....	83
(二)、胃脘痛.....	84
(三)、嘔吐.....	86
(四)、便秘.....	88
(五)、泄瀉.....	90
(六)、脫肛.....	93
七、肝膽系統.....	94
(一)、肝硬化.....	94
(二)、黃疸.....	96
(三)、膽石／脅痛.....	98
八、泌尿生殖系統.....	101
(一)、慢性腎炎.....	101
(二)、陽痿.....	103
(三)、遺精.....	105
九、婦科疾病.....	107
(一)、經前期緊張綜合徵.....	107
(二)、月經不調.....	108
(三)、痛 經.....	111
(四)、功能性子宮出血.....	114

(五)、帶下病.....	116
(六)、子宮脫垂.....	118
(七)、妊娠嘔吐.....	120
(八)、子癇症.....	122
(九)、更年期綜合徵.....	124
(十)、閉經.....	126
肆、討論.....	130
伍、結論與建議.....	133
陸、參考文獻.....	134
附錄一：針灸臨床處方參考手冊會議記錄.....	136

編號：CCMP90-RD-001

針灸臨床處方參考手冊之研究

林昭庚

中國醫藥學院

摘要

本研究是在臨床上讓醫師瞭解針灸臨床上有效的適應證，以利於推廣中醫針灸治療之普及，並召開台灣地區各大醫(學)院主任、教授之聯合會議，以制訂各常見疾病針灸診治常規，歸納整理各系統重要病症的針灸治療處方，將重點以中西醫師均可理解的方式敘述，以便利現代醫師可以最短時間內，得知各科病症正確針灸治療。將來，可供開業醫師作為針灸處方參考手冊查閱，並且提供健保局針灸醫療審查規範之參考。

整理各科針灸處方資料係以中國醫藥學院針灸課程教材及館藏歷代與現代資料庫、大陸針灸處方專書等作為藍本，將疾病依照 ICD-9 分類，並依中西醫論述，內容包括針灸概論，針灸之作用機轉，針灸之處方模式與配穴法則。

針灸之適應證之建立—依世界衛生組織(WHO)認可之43種針灸治療有效的病症為首要目標，將神經肌肉(痛證)、消化、呼吸、耳鼻喉等科常見病之中西醫內容對照，包括簡述中西醫病名、病因病機、證候辨證、針灸治療處方與方義淺解、預後與保健、及針灸併發證其處理方法、針刺危險部位之安全深度探討等章節，其目的在於期望藉此提昇針灸治療之品質。

關鍵詞：參考手冊、針灸、中醫、臨床處方

CCMP90-RD-001

**The study of the reference book of the clinical prescriptions of
the acupuncture**

Jaung-Geng Lin

China Medical College

Abstract

The major aim in this study is that we try to let the physicians know the acupuncture indications and acupuncture prescriptions. We will have a meeting with the Traditional Chinese Medicine (T.C.M.) experts in the medical centers and professors in the universities , and discuss the most effective acupoints in clinical practice.

This reference book will be written in both western medicine and T.C.M. theories in order to let the doctors realize the direction of the acupuncture practice.

There were 43 acupuncture indications accepted by WHO were included in our study. This book will be divided into many kinds of diseases, including neuromuscular , gastrointestinal , respiratory , cardiovascular and other systemic diseases.

The acupuncture textbooks of CMC(China Medical College), the literature of TCM and Japan, USA were all included in this book. Diseases were classified by ICD-9, and should be divided into introduction , mechanism of acupuncture effects , acupuncture regimen , complication , prognosis , rehabilitation and safety consideration.

It will be taken as an important reference for Bureau of National Health Insurance (NHI) to regulate the quality of acupuncture practice.

Keywords : reference book , acupuncture , Traditional Chinese Medicine (T.C.M.) , clinical prescription

壹、前言

目前健保支付制度仍以論量計酬制為主，審查常偏重經濟面的考量，忽略醫療適當性與醫療品質確保的重要性。在總額支付制度下，由於預算已可控制，健保局可更著重醫療品質的監控。

中央健保局為了在全民健康保險中醫門診總額支付制度下，為了確保醫療的品質，提昇中醫針灸及傷科就診服務品質與可近性，兼顧病患知的權益，於民國八十九年七月五日，曾由行政院衛生署公告「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」。在專業醫療服務品質之確保上，要求在第一年(民國 90 年)由中醫師全國聯合會編寫針灸、傷科臨床診療作業指引，以供臨床診療作業及申報費用之參考，如今(民國九十年十二月十五日)已由中國醫藥學院林昭庚教授及長庚中醫藥大學盧樹森主任，分別編寫完成，針灸處方參考手冊之研究即為本計劃之報告書，本研究主要目的在於歸類整理臨床各科重要針灸處方，依現代醫學的系統分類，整理各科針灸處方資料。經費乃由行政院衛生署中醫藥委員會贊助。

中央健保局第二年(民國 91 年)要求中醫師全國聯合會據此編訂針傷科審查手冊，以落實保障就診中醫之品質，及提供中醫門診專業審查之重要參考。第三年起，全聯會每半年應將各區依照審查手冊，執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送健保局評量成效。全聯會應配合總額預算額度及中醫科技發展，逐年檢討修正臨床診療作業指引。所以召開多次中保會各分區審查代表及專家學者會議，研商各類針灸科常見病症指引手冊之編制，未來將逐步完成制定專業審查手冊之依據，藉由多次研討，以產生共識。希望能有適當的共識手冊可供依循，由此更為確保及提昇中醫針灸的

醫療服務品質，故需許多專家學者之意見。

至於針傷科審查手冊之完成，則有賴於醫療專業自主與同儕制約功能的發揮，藉由完整合理審查準則之訂定，以及客觀合理的檔案分析，可提高醫療適當性與醫療審核一致性，最終的目標是為了達成確保醫療品質，與並控制減少醫療浪費與提昇醫療的適當性。將來確定可供臨床醫師及審查的客觀參考，未來要當臨床處方參考手冊，即可由本報告摘錄。

貳、材料與方法

針灸臨床處方參考手冊係採用文獻回顧法和專家討論法所編輯而成。其中文獻回顧法是包括中國醫藥學院針灸課程授課教材「針灸科學」、「針灸大成」、「新針灸大成」、「醫宗金鑑·刺灸心法要訣」為主要依據，參考大陸高等中醫院校教材(知音出版社)與多本針灸處方教科書，如:「針灸治療學」(5版及6版教材，上海科技出版社)、「針灸處方大辭典」(北京出版社)、「中國針灸證治通鑑」(青島出版社)、「中國針灸文獻提要」(人民衛生出版社)等專書以及目前中國醫藥學院館藏針灸期刊。專家討論法乃是召開全國各大醫(學)院針灸(學)科主任、教授，主治醫師及中醫師全聯會醫師代表數十人討論，博採眾議而成的共識為基礎，所編寫的針灸臨床處方參考手冊。

編寫總論內容包括針灸概論(針灸之作用機轉、併發證其處理方法與針灸治療在臨證之特色介紹);各系統病論內容首先將常見針灸疾病病症，分列出 ICD-9 分類號碼，係參考中國醫藥學院附設醫院所編製的 ICD-9-CM 疾病分類代碼查詢手冊，簡述中西醫病因病機、證候辨證、針灸治療處方(包

括以最常見的主要穴位針法、灸法為主，放血、拔罐、電針、頭針、耳針等有效方法為輔)、方義淺解、注意事項(若有針刺應注意事項與針灸危險部位之安全深度，有鑑別診斷之病症等，需加以探討)。

初步編寫過程召開 2 次台灣地區各大醫(學)院主任、教授、學者專家與臨床針傷科醫師之聯合會議，以尋求各常見疾病針灸診治常規之共識，用中西醫師均可理解的方式書寫，期望提昇針灸治療之服務品質，將來可供開業醫師作為查閱手冊。

參、結果

一、概論

(一)、針灸作用之機轉簡介

針灸醫學，創自遠古，為一種迅速確實且簡便安全之專門醫術。根據中外醫家從動物或人體試驗及臨床實驗觀察，認為針灸對人體之影響為：

1. 興奮神經或鎮靜神經。
2. 擴張或收縮血管。
3. 增加紅、白血球之數量。
4. 增加血清中之抗體。
5. 興奮肌肉關節之活動。
6. 弛緩肌肉之痙攣。
7. 旺盛內臟機能的衰弱。
8. 抑制內臟機能的亢奮。
9. 調整血行。
10. 消散炎腫。
11. 刺激腺體的分泌。
12. 旺盛細胞的新陳代謝機能。

綜合上述，可知針灸對於人體各部生理機能，均能發生刺激作用。然而上述的刺激作用可因針灸劑量之不同，有強弱之區別。由於刺激劑量、時間等的不同(古人所說的補瀉)，達到我們調節生理功能的目的。

針灸的生理機轉研究報告甚多，從報告中，我們知道針灸與人體生理關係密切，至於其機轉仍要繼續加以深入研究及證實。

1. 針灸對內分泌系統的作用

內分泌腺所釋放的激素，對人體有重要生理作用。近人研究實驗證明，針灸對各種分泌腺有著不同程度的影響，而且還間接地影響其他器官的功能。

2. 針刺對垂體—腎上腺皮質功能的作用

針刺正常人的合谷、足三里，20分鐘後血中羧皮質類固醇含量明顯地增加，並有較長的後繼作用。針刺闌尾炎的病患中，發現其24小時尿中羧酮類固醇及羧皮質酮均有增加。說明瞭針刺之後促腎上腺皮質激素的增加。動物實驗中，電針之後，直接測量血液中促腎上腺皮質激素的含量，亦有明顯的升高。這說明針刺後，直接影響腦垂體中ACTH促腎上腺皮質素的提高，促進腎上腺皮質的分泌類固醇量，發揮其抗發炎及鈉、水滯留的生理作用。

3. 針刺對性腺激素的影響

臨床針刺治療某些不孕症患者，能促使排卵及月經正常化。動物實驗發現，針後，家兔的卵巢間質細胞黃體素增加，卵泡膜增厚，說明瞭促黃體激素的分泌增加。針灸催乳作用，實驗證明，針刺檀中、合谷、少澤等穴，可以使血中催乳激素含量增加。針刺的催乳作用，是通過對垂體前葉生乳激素和後葉催產素的作用而來。

4. 針刺對心臟血管系統的作用

以八隻狗，作長期反覆實驗及長期對照，結果；針刺相當於人體足三里穴位時，對狗的心臟有即時作用，引起狗之心率增加，P—R 期間縮短，R 波幅度降低，T 波逆轉或降低。如果，給狗進行腰椎麻醉或切斷頸部迷走神經，或以阿托平阻斷迷走神經，此時再針刺足三里，就無心之即時作用了。針刺足三里可以調節血管的適度作用，這是由上級脊髓神經系統的影響而作用的，且其血管反應功能的恢復，必須要等到脊髓(椎)麻醉休克期消失之後。

5. 針刺不同經絡的穴位時對於心臟活動的影響

先給家兔注射腎上腺素之後，使其心跳頻率顯著增加，再觀察針刺各穴的作用。針刺相當於人的心包經內關穴配合右側胃經的足三里穴，可以顯著降低腎上腺素的作用，使心跳的速度減緩，而針刺膀胱經的非穴點則效果不顯著。

6. 針刺對血管收縮及毛細血管通透性的影響

以描計胃容積曲線為指標，用輕針刺法，能引起血管收縮及脈壓變小，特別是在進針後有酸、麻、重、脹等針感後，其血管收縮的程度就愈強烈。針刺對於毛細血管具有強烈的調節作用，雙向的調節作用，即在毛細血管通透性增高時，可使之降低，毛細血管通透性降低時，使之升高。針刺對淋巴循環，可使淋巴循環痙攣解除，改善淋巴循環，從而減輕炎症時的滲出和水腫形成。

7. 針灸對於人體血壓的調整作用

臨床上用於高血壓及低血壓的病患，針刺不但影響收縮壓、舒張壓、和平均動脈壓，並且對脈壓差亦有作用。但其影響最大，變化最快的是收縮壓，對於各種休克及低血壓狀態，多數在針後 5~30 分鐘內能使收縮壓開始上升，而且能穩定之，在升壓的同時，心臟和其他器官的功能同時也有改善，但也有學者報告針灸對高血壓的患者影響很小。

8. 針灸對腸胃系統的影響

(1). 針灸對胃運動機能的影響

大部份的臨床觀察與實驗研究均證實針灸能影響胃的運動機能。針灸對胃的運動機能有調整作用，即針灸能使原來處於抑制(弛緩)狀態或處於較低興奮狀態的胃運動加強，能使原來處於緊張或收縮亢進的胃運動減弱，針刺犬或兔的足三里、中脘、胃俞穴，能明顯抑制胃運動；處於飢餓收縮的胃(犬)，針刺雙側足三里部位，飢餓收縮，立即減弱；當食物進入胃內而胃的收縮不顯著時，針刺足三里胃的微弱收縮立即增強。不少實驗研究及臨床觀察發現，針刺能使幽門的運動加強，幽門開放時間加速，胃排空提前，還有排除幽門痙攣作用，但幽門部發生器質性狹窄者，則效果不大；針刺足三里、幽門、中脘可使胃蠕動減慢，針刺足三里、手上廉、手下廉、胃俞可使胃蠕動增快，曾有報告在 X 光下，看到針刺足三里引起胃蠕動減慢，針刺手三里引起胃蠕動增強；針灸對胃運動的效果，在健康人較不顯著，但對胃病患者則有顯著影響，主要仍以調整以保持平衡的運動狀態。

(2).針灸對胃分泌機能的影響

胃分泌液中主以胃酸及消化酵素，針刺胃潰瘍及十二指腸潰瘍者的足三里等穴，大多數患者胃液分泌減少，酸度不變；針刺消化不良症患者的合谷、三陰交、足三里，發現針刺組較對照組的胃酸及胃酵素的恢復均較快；臨床對照觀察發現，針刺足三里和中脘有促使胃液分泌增加的作用，而針刺公孫、內關、梁丘等穴，則有抑制胃酸分泌的作用；針刺人足三里、合谷、環跳、承山、風府、風池等穴，可使胃酸及胃蛋白酵素活性，高的降低，而使低的升高。對胃分泌的影響中，穴位的選擇較重要，但仍以調整機能為主，有時同一穴位在不同情況的病患中影響不同。

(3).針灸對小腸運動機能的影響

無論在動物或人身上都可觀察到針灸一定穴位(足三里、闌尾穴、公孫、三陰交、內庭)絕大多數可使小腸運動增強，或對小腸運動起調節作用。有人在 X 光透視下(吞服鋇劑後)針刺中脘，不但看到空腸粘膜縐摺增深、增密、空腸動力增強、鋇先頭移動迅速，使空腸中下段及迴腸很快充盈，而且發現小腸蠕動處於「較弱的」和「中等的」狀態時，針刺中脘即可使小腸蠕動增強，原來處於「較強的」狀態時，則不能使小腸蠕動亢進。

(4).針灸對小腸分泌機能的影響

針蛔蟲病患孩童四縫後，見到小腸分泌功能增強，並發現各種消化酵素對營養物質的消化能力，針刺若干時間內比針前顯著增加；在有小腸癆的狗身上也看到針灸脾經公孫穴可引起小腸液分泌顯著增多，並發現針刺

反應此艾灸的反應快，而針灸非脾經穴曲澤變化不大，針灸陰穀小腸液分泌顯著受抑制，而針灸絡穴公孫和足三里主要引起腸液分泌的抑制作用。

9. 針灸對呼吸系統的影響

針灸健康人體足三里穴位時，可以使氣體通氣量比針刺前增加 6.6%，最大通氣量增加 20%。耗氣量增加 22.8%，針刺衝陽、厲兌、中脘等穴，則無針刺足三里處明顯的呼吸生理變化。如針刺天樞、梁門等穴，反而引起呼吸的抑制作用。動物實驗證明，針刺動物的人中、會陰等穴均可引起呼吸即時性的加強；當暫時呼吸停止時，針刺之可使其恢復。

針刺對於呼吸功能的作用，一般認為，其即時反應，為神經反射性的。臨床上，針刺治療支氣管氣喘，可迅速解除呼吸困難，增加通氣量和最大通氣量，而其作用途徑最主要是通過神經反射。針刺可以使患者迷走神經高度緊張的狀態得到緩解，同時提高交感神經的興奮性。而使支氣管擴張，支氣管黏膜收縮，滲出減少，通氣功能改善。

10. 針灸與神經系統的關係

以往針灸的作用機制都是以傳統的經絡學說來解釋，因缺乏科學依據，難以令人信服。至目前為止，中西學者，都認為以神經系統來解說，頗為可信。從解剖分析：50%的穴道下方有神經幹經過，而剩下的 50%與神經幹的距離亦不超過 0.5cm，例如：內外關與正中神經，足三里與脛前神經，翳風與面神經，環跳與坐骨神經，下關與三叉神經，委中、委陽與脛後神經等的關係。得氣的由來：紮體針時有所謂「得氣」—酸、麻、重、

脹的感覺，至於耳針則以痛、熱感為多，偶而亦有麻脹者，何以穴道有此種針感，以現在神經學的知識來猜測，其可能的原因有二：

(1).皮膚體感覺接受器所產生的反應：

按組織切片研究，某些穴位發現該處在接受器較其他非穴位來得多，至於耳朵則較少。針灸所產生的針感可能牽涉下列數種接受器：

(A) pacinian's corpuscle：司粗略的觸覺(Gross tactile)，針灸得氣中所謂酸脹及重感可能因此種接受器較多之故。

(B) Meissner's corpuscle：司微細觸覺，手足掌分佈多。

(C) Meckel's disks：司微細觸覺，在表皮附近。

(D) peritrichial arborization：沿毛髮周圍，司觸覺。這些皆經由 Ventral Spinothalamic tract 至視丘的 V·P·L(腹後側核)再投射至大腦皮質感覺區。

(E) 如 Ruffini's end-organ：司溫熱感，與所謂燒山火或許有關。

(F) Krause's end-bulb：司冷覺或許與透天涼有關。此二種接受器係走 Lateral spinothalamic tract 至視丘 V·P·L 再投射至大腦皮質的感覺區。

(G) free nerve ending：司痛覺，但若僅給予輕微刺激則不一定有痛產生。反之，像 Meissner's corpuscle 若給予強刺激，則亦會產生痛覺，故每一種體感覺接受器的功能並不是絕對的。

(2). 針刺時皮下大的神經纖維比小的神經纖維受到較多的刺激，故產生較多的 impulse 到脊髓後角的 Substantia gelatinosa 來抑制小神經纖維傳來的 pain impulse，不使之傳到 lateral spinothalamic tract，所以得氣的感覺為

溫、重、脹、酸、麻，而沒有痛感。

由以上的報告，我們可以確信，針灸確能造成某些生理作用的變化，而不可只用心理因素，精神作用來解釋它，但是他的困難則在於他的複雜性，諸如穴位之選擇，配穴，取穴之正確與否，針刺之深淺，刺激之強弱等，均明顯影響了針灸對人體所造成的作用，所以可以確信，只要我們確定了針灸的生理機轉以後，我們一定可以利用它來改變身體的功能，而改善身體狀況達到治療疾病，甚至保健強身的最高目的。

針灸之研究，無論是止痛、免疫或生理研究，我們須注意及克服仍有下列之幾點：

1. 很多論文其結果乃經由動物實驗而來的，但畢竟人與動物是有差別的。
2. 一個實驗雖能證實一個論點之可能性，但是其矛盾性有些卻至今尚未能解釋，我想此點是遺憾，且應是吾人未來努力的方向。
3. 至今所有的針灸研究，均無法明確的探知其機轉且假說太多。
4. 針灸之研究須臨床與基礎並重。
5. 研究針灸之學者必須求其客觀，佐個人臨床經驗，認為針灸研究者有些報告，可能不如文中所言之療效，有待探討。

(二)、針灸常見併發症與臨床處理原則

針灸的併發症常與醫師的專業技術、病人當時的身體狀況及針灸器械的無菌操作步驟等有關，針灸常見併發症有下列幾種：

1. 暈針休克：

病人常因針灸的刺激劑量過大以及對針灸的恐懼緊張而造成暈針，要讓病人有心理上的準備，以避免暈針。暈針現象如下，患者突然出現面色蒼白、頭暈目眩、心慌、短氣、冒冷汗、胸悶、精神困倦、脈象沈細；甚者發生四肢冰冷、神志昏迷、眼睛上吊、二便失禁、脈微細欲絕。躺臥的患者，發覺將發生以上暈針現象，應立即停針，將針微微後退起出，頭低腳高，鬆開衣帶或胸衣，注意保暖。患者若採坐姿，也應臥倒，或伏於幾上，飲以熱溫水或熱茶，略臥片刻，輕者即可回復。若已至昏厥，須用手指重掐其人中、中衝，並飲以熱湯或葡萄酒，以助其血液流通，當能迅予蘇醒。若患者脈搏已伏，心臟欲停，則以針刺人中、中衝、內關、足三里，再灸百會、關元、氣海等穴，並嗅以通關散(細辛、皂角各等分，共為細末)，取嚏，或行人工呼吸法，至脈出而止，再靜臥片刻，頻飲熱湯，不久即可回復。醫師在治療時，要隨時觀察病人的表情變化，一旦出現暈針先兆，應及早採取救護措施，以避免發生意外。

2. 感染發炎：

不依無菌操作過程，易引起發炎，如毛囊炎。在外耳，造成耳朵的耳軟骨發炎或穿孔，可用碘酒消毒，或敷(服)以消炎藥物，暫時不可對感染的部位再施行針灸。

3. 出血：

臨床上常見出血的部位為，四肢皮膚肌肉血腫(如委中穴)；眼眶血腫瘀血(如睛明穴)；臉部血腫瘀血(如太陽、頰車穴)；胸背部之針刺易造成血胸、氣胸(如肩井、中府、期門穴)。腹腔內臟器官易穿孔出血，或造成腹膜炎(如肝臟、腎臟、子宮、直腸等)。

微量皮下出血，針刺局部小塊青紫時，一般不必處理，可自行消退。如局部青紫腫痛較甚者，要先行冷敷止血後，再行熱敷，或在局部輕輕按揉，以促使瘀血消散吸收。氣胸處理方法：如進入胸膜腔的氣體不多，症狀較輕，且創口已閉合者，一般可待其自行吸收。病人應取半臥位休息，並給予對症處理。如進入胸膜腔的氣體較多，症狀嚴重時，可作胸腔穿刺抽氣減壓。

內臟損傷、出血之處理，症狀較輕時，經臥床休息，一般可以自癒。如果有明顯的出血徵象，應密切觀察病情及血壓變化，同時用止血藥或局部冷敷壓迫止血。若病情嚴重，有明顯腹肌僵直、血壓下降、休克時，應立即採取急救措施，包括外科手術等。故在胸腹腔臟器解剖位置與穴位之安全深度必須加以重視，以避免發生出血之意外。

4. 彎針與斷針：

針刺後因病人手腳移動，易造成彎針，宜先回復病人紮針前的肢體位置，再將針緩緩退出即可。若針具品質不良或加用電針時間太長或強度太大，則容易斷針。不幸斷針時，醫者態度宜鎮定，囑病人不可亂動，以鑷子夾住斷裂端而取出體外。若針折斷的位置比較深層，或在重要臟器附近，

宜在 X 光定位下，以手術取出。

5. 心律不整：

對針灸有恐懼感的病人易造成心悸，心臟病患者用電針易引起心律不整。

6. 忘記拔針：

多為醫護人員之疏忽造成，所以必須在病人離去之前，再度檢查是否出針完畢。

7. 過去大多使用重複消毒的針具，若消毒不完全，會傳染肝炎，現多用拋棄式不銹鋼針，因此傳染機會較小。

8. 灸法有時會造成第一度與第二度皮膚燙傷，或灸瘡及癍痕形成，因此施用劑量必須掌控好。

9. 手法太重時易造成神經損傷，或由割治理線操作時，偶也會損傷神經。

10. 同一穴位連續針刺太多的次數，會造成肌肉纖維化，因此可將穴位分組，以不同的穴位處方輪替治療。

11. 針入關節腔內，必須注意無菌操作，否則易引起滑囊膜炎。

12. 懷孕婦人針刺頻度、強度不可過大，否則易造成流產。

(三)、成年男性、成年女性之胸背部重要穴位的針刺安全深度

根據筆者經驗，針灸治療的最重要的併發症是針刺造成的氣胸、血胸，若醫師在臨症時忽略，未提醒病患在針刺胸背部後的 1-2 天內，產生呼吸喘促、心悸怔忡的不適，必須再以胸部 X 光檢查，用聽診器聽肺部呼吸聲音或量取血壓計監測血壓變化，否則均可能釀成嚴重的醫療糾紛。

有鑑於此，筆者曾由三軍總醫院及馬偕醫院提供 240 人的電腦斷層掃

瞄 (C.T.) 照片資料，統計胸背部穴位的針刺安全深度，以便醫界同道參考臨症運用，並促進針灸臨症安全品質之保障。表一、表二，分別統計成年男性與成年女性之常見胸背部重要穴位之針刺安全深度的參考值（數值均以公分為單位）。

表一、胸部各穴位之平均深度與 95% 可信區間

穴位名稱	成年男性			成年女性		
	平均深度 (公分)	±	95% C.I.	平均深度 (公分)	±	95% C.I.
1 天突	3.11	±	0.27	3.86	±	0.32
2 璿璣	0.65	±	0.09	0.15	±	0.18
3 華蓋	0.59	±	0.09	0.93	±	0.17
4 紫宮	0.62	±	0.08	1.02	±	0.16
5 玉堂	0.58	±	0.09	1.08	±	0.17
6 膻中	0.57	±	0.08	1.19	±	0.18
7 中庭	0.64	±	0.09	1.45	±	0.22
8 俞府	3.34	±	0.32	3.52	±	0.40
9 臑中	2.28	±	0.21	2.48	±	0.27
10 神藏	2.00	±	0.18	2.31	±	0.23
11 靈墟	2.10	±	0.15	2.39	±	0.21
12 神封	1.99	±	0.14	2.50	±	0.21
13 步廊	1.95	±	0.12	2.52	±	0.20
14 氣戶	4.18	±	0.36	3.89	±	0.47
15 庫房	3.04	±	0.25	3.05	±	0.34
16 屋翳	2.44	±	0.26	2.68	±	0.30
17 膺窗	2.21	±	0.24	2.63	±	0.27
18 乳中	2.01	±	0.20	2.59	±	0.24
19 乳根	1.79	±	0.15	2.49	±	0.25
20 天池	2.08	±	0.29	2.87	±	0.34
21 雲門	5.17	±	0.49	4.80	±	0.55
22 中府	3.75	±	0.44	3.84	±	0.39
23 周榮	2.77	±	0.32	3.42	±	0.36
24 胸鄉	2.37	±	0.25	3.27	±	0.33
25 天谿	2.14	±	0.21	3.02	±	0.32
26 食竇	1.98	±	0.18	2.83	±	0.32
27 輒筋	2.61	±	0.26	3.30	±	0.34
28 淵液	3.35	±	0.31	3.62	±	0.40

表二、背部各穴位之平均深度與 95% 可信區間

穴位名稱	成年男性			成年女性		
	平均深度 (公分)	±	95% C.I.	平均深度 (公分)	±	95% C.I.
1 大椎	5.64	±	0.33	5.38	±	0.50
2 陶道	5.41	±	0.29	5.22	±	0.39
3 身柱	4.76	±	0.23	4.63	±	0.31
4 神道	4.27	±	0.20	4.26	±	0.28
5 靈台	4.24	±	0.20	4.14	±	0.27
6 至陽	4.18	±	0.20	4.17	±	0.28
7 肩中俞	6.54	±	0.37	5.75	±	0.50
8 大杼	6.18	±	0.37	5.59	±	0.43
9 風門	5.60	±	0.34	5.07	±	0.39
10 肺俞	5.17	±	0.32	4.69	±	0.32
11 厥陰俞	4.84	±	0.28	4.47	±	0.32
12 心俞	4.62	±	0.30	4.27	±	0.30
13 督俞	4.61	±	0.28	4.21	±	0.29
14 膈俞	4.67	±	0.28	4.23	±	0.31
15 肩外俞	5.48	±	0.29	4.99	±	0.33
16 附分	4.61	±	0.27	4.20	±	0.31
17 魄戶	3.90	±	0.24	3.68	±	0.28
18 膏肓	3.43	±	0.23	3.31	±	0.27
19 神堂	3.10	±	0.22	2.97	±	0.27
20 譚謔	2.91	±	0.25	1.83	±	0.27
21 膈關	2.87	±	0.24	2.80	±	0.29
22 曲垣	4.81	±	0.22	4.43	±	0.32

(四)、臨床禁針穴位與禁灸穴位

《針灸大成》與《醫宗金鑑·刺灸心法要訣》，是為臨床中醫師考試重要參考書目之一，書中提到有臨床禁針穴位與禁灸穴位，多為重要臟器之所在（例：肩井穴下為肺尖、囟會穴之下為大腦）、血管之所在（例：顴髎下針宜慎，以免出血）、刺激性強的穴位所在（例：乳中穴極為敏感，不宜強加刺激）。因此，這些穴位在臨床上，應視為相對禁忌，未必為絕對禁針或禁灸之穴位，臨床上除非必要，宜盡量避免選取這些穴位。

至於合谷、三陰交等穴，應理解為大多數病人常用穴位，可以使用，但是在某類病人（如：孕婦或虛證之人），如果刺激過強，也可能造成副作用，故宜多灸而少針刺。各禁針穴位與禁灸穴位分別整理如下：

1. 禁針穴位

屬經	針灸大成之禁針穴名	刺灸心法之禁針穴名
手太陰肺經	雲門。	雲門。
手陽明大腸經	手五里、合谷。	手五里、合谷。
足陽明胃經	承泣、氣衝、缺盆、衝陽、乳中。	承泣、乳中、缺盆、衝陽。
足太陰脾經	箕門、三陰交。	箕門、三陰交。
手少陰心經	青靈。	青靈。
手太陽小腸經	無。	顴膠。
足太陽膀胱經	玉枕、絡却、承筋。	絡却、玉枕、承筋。
足少陰腎經	橫骨。	橫骨。
手厥陰心包經	無。	無。
手少陽三焦經	顛息、角孫、三陽絡。	角孫、顛息、三陽絡。
足少陽膽經	承靈、肩井。	承靈、肩井、上關。
足厥陰肝經	無。	無。
督脈	腦戶、囟會、神庭、神道、靈臺。	腦戶、囟會、神庭、神道、靈臺。
任脈	臆中、水分、神闕、會陰、石門、鳩尾。	臆中、水分、神闕、會陰、石門、鳩尾。

2. 禁灸穴位

屬 經	針灸大成之禁灸穴名	刺灸心法之禁灸穴名
手太陰肺經	天府、少商、魚際、經渠。	少商、魚際、經渠、天府
手陽明大腸經	禾髎、迎香。	迎香、禾髎。
足陽明胃經	頭維、下關、人迎、乳中、條口、犢鼻、陰市、伏兔、髀關。	頭維、下關、人迎、乳中、條口、伏兔、髀關。
足太陰脾經	周榮、腹哀、隱白、漏穀、陰陵泉。	周榮、腹哀、漏穀、陰陵。
手少陰心經	無。	無。
手太陽小腸經	顴髎、肩貞。	顴髎、肩貞。
足太陽膀胱經	天柱、承光、攢竹、睛明、申脈、委中、殷門、承扶、白環俞、心俞。	承光、睛明、攢竹、天柱、心俞、白環俞、殷門、申脈、承扶、委中。
足少陰腎經	無。	無。
手厥陰心包經	中衝。	中衝。
手少陽三焦經	絲竹空、天牖、陽池。	絲竹空、天牖、陽池。
足少陽膽經	頭臨泣、淵液、地五會、膝陽關。	臨泣、淵液、陽關、地五會。
足厥陰肝經	無。	無。
督脈	啞門、風府、素髎、脊中。	啞門、風府、素髎、脊中、腦戶。
任脈	鳩尾。	鳩尾。

(五)、針灸處方之配穴原則

1. 針灸配穴之意義

針灸治療時，將兩個以上之腧穴，互相配合應用，稱為配穴。腧穴之配合，可收相得益彰之效，祇用單穴並非不能醫病，而是針灸治療累積的經驗日多，發現某穴與另一穴互相配合，則可以增強單穴的療效，或更宜於另一類適應病症。

2. 針灸配穴十法

(1). 單穴使用法：

凡單純之局部病，祇取用單穴治療。若兩個局部有病，則同時取用兩個單穴，配合治療，此法各穴彼此間並無相互關聯。例如上肢病取肩髃；下肢病再取環跳。

(2). 雙穴齊用法：

在人體之左右兩側，同時取用同名之二穴，可使增強其療效。例如胃病針左、右三裏；婦科病用左、右三陰交。

(3). 前後呼應法：

某一臟器有病，在臟器所在部位的前後兩側，同時取穴，可以增強其療效。例如肝病取募俞穴、期門及肝俞。

(4). 內外相透法：

在同一部位之內外兩側，同時取穴，可增強其刺激力。例如內關配外關，治上肢神經痛。可用透針法，則效果更佳。

(5). 上下相配法：

在人體之上、下部位，或上、下肢同時取穴，使其上下呼應，調理內

臟之機能。例如合谷配足三里，可以調整腸胃功能。

(6).遠近相配法：

於病灶部位附近與同一經絡的遠部同時取穴，可以增強治療效果。例如鼻病，取迎香為局部取穴，配合谷為遠部取穴。

(7).主客配合法：

此法於互相表裏之兩條經脈上同時取穴，先取本經之原穴為主，再取互相表裏經之絡穴為客，故又稱「主客原絡法」。例如肺經病候咳喘，先取肺經原穴太淵，再取大腸經之絡穴偏歷以互相協助。

(8).母子配合法：

本法係根據五行生剋之原理，尋取母子關係之腧穴，配合治療。包括：
(A)子母迎隨法(B)補母瀉子法(C)瀉南補北法。

(9).強壯治療與對症治療結合法：

一方面依照上列諸法取穴作對症治療，一方面針對全身有強壯作用之腧穴，一起使用，以收補正去邪之效，一般適用於慢性疾患。例如膏肓俞、腎俞、足三里可以強壯體能；肝俞、膽俞、脾俞、胃俞、三焦俞、大腸俞、小腸俞，可以幫助消化吸收，為慢性脾胃虛弱症之重要配穴原則。

(10).諸穴同時使用與輪流使用法：

本法取在患部附近之諸穴，均有治療該病功能者，可以同時取用，亦可擇一組穴位的組合，每次選一組穴位輪流施治。例如：肩痛，可取肩井、肩髃、臑俞、肩中俞、肩外俞、天髎、秉風、曲垣諸穴，同時刺灸，也可分為數批，於第一天取二穴，翌日再換另二穴，輪流使用。

(六)、針灸治療的施行時間

掌握治療時間，也是針灸處方治療成功的重要因素，掌握好治病的時間，療效可以提昇，沒有掌握好治療的時間，就會影響治療效果。時間因素包括按時取穴、總需要治療時間、每一療程的間隔時間、選擇施術的時間、每次治療的間隔時間、留針時間、鞏固療效所需的治療時間。

1. 總共需要的治療時間

一個病人大約需要多少時間治療，這是處方時應當考慮到的。急性病，一般治療時間較短，只需3~5天左右。慢性病，一般治療時間較長，需要數日到數年治療。若難以作出準確的預測，可試用針灸5~10次，以觀察將來所需要的治療時間。

2. 療程的間隔時間

目前臨床上對於多數慢性病，一般以針刺7~10次為一療程。每日或隔日1次，每療程間隔7天。臨床上如面癱病患，多是在療程間隔時間內，出現明顯好轉。

3. 選擇施術時間

某些疾病的臨床處方，也應考慮施術的時間，才有利於疾病的恢復。如婦科病中的月經不調、痛經等，以經前5~7天開始治療，連續治療7~10日效果較好。

4. 每次治療的間隔時間

一般針灸多是1~2天治療一次。對於急性疼痛症，依需要可以每隔6小時針灸一次，因為針灸的作用只能保持一段時間，超過了這個時間，就會減低止痛效果。

5.留針時間

留針時間也是處方中的重要一環，對於肌肉痙攣性疼痛，可以不留針，但對一些急性炎症性痛症或危重病症，則需要久留針。

6.鞏固療效所需的治療時間

一些經治療後症狀消失的患者希望能根本治療，以防止復發。例如急性炎症，在症狀消除之後，一般還需繼續治療3~5次；對一些慢性炎症，則需較多次治療，以鞏固療效。

(七)、針灸在安寧病房的應用

安寧療護是近年極受重視的一個醫療觀念，由於醫學的發達及人類壽命的延長，癌症已名列國人十大死因的前一、二名，但是癌症目前除了早期發現，早期治療的效果不錯之外，大多數的癌症終將走向生命的結束，因此在「人本醫療」的大原則下，每位癌症病患應有權在人生最後一段路程，選擇一個有尊嚴而且盡量不痛苦的治療方式；然而這並不代表醫師已經放棄了努力，只是在不增加病患痛苦的原則下，放棄較激進且效果不佳的療法，改採以症狀緩解的支援性療法為重點。而針灸療法既不需要口服藥物，也沒有與其他療法衝突的顧忌，針灸在癌症末期會診臨床觀察中，的確能達到症狀緩解效果，而針灸鎮痛機理已為醫學界所證實，因為針刺可以激發人體產生一種結構與嗎啡類似的內源性類嗎啡物質，它與藥物嗎啡最大的差異在於內源性嗎啡不會有成癮性，而且無嗎啡的腸胃道抑制作用，所以，在已使用嗎啡鎮痛病患出現難以控制的疼痛時，針刺有時能仍能產生鎮痛效果，而且無嗎啡常見的便秘、抑制呼吸等副作用；但由於針

灸有定量困難、療效產生較慢及鎮痛效果個體差異性大等缺點，我們認為將其定位在傳統鎮痛藥物的輔助療法，與嗎啡等藥物搭配使用，如此有見效快、副作用較少、不易成癮等好處。隨著時代的進步，當針灸的其他療病機轉更為清楚時，其在安寧療護上應可演更積極的角色。近年來針灸逐步參與了醫學中心安寧療護的治療工作，在某些方面獲致一些療效，值此中、西醫逐步邁向整合之際，希望能將初步觀察所得提出供各界參考。

1. 教學醫院的臨床經驗

針灸在安寧療護扮演著十分特別的角色，例如許多腫瘤病患者有吞嚥困難或因腸胃症狀不宜從口中進食或服用中西藥物，而藥物針劑又不能解決病患痛苦或是效果不佳時，針灸往往是我們第一個考慮的治療方法，以下就花蓮慈濟醫院的臨床經驗，依身體不同部位逐項描述針灸在安寧治療的應用情形。

(1). 頭頸部

情緒不穩、焦慮、失眠：四神聰、神門、太衝。

腦壓上昇引起的頭痛：四神聰、大椎。

頭頸部放射治療後，引起的頸部僵硬：風池、頸夾脊、大椎、扶突。

打嗝：內關、膈俞、足三里。

化療或腸阻塞引起的噁心：內關。

(2). 胸脅部

肋膜積水之喘息（肺癌肋膜轉移）：灸肺俞及定喘穴。

肋間神經痛（肺癌或他處癌症肋骨轉移）：相關皮節分佈之華陀夾脊、

支溝、陽陵泉。

胸悶：內關、膻中。

脅脹悶痛（肝膽癌症）：太衝、支溝、陽陵泉。

(3).腹部

腹脹（腫瘤引起腸阻塞）：天樞、大腸俞、公孫。

腹水：水分、水道、天樞、三陰交。

腹絞痛：三陰交、胃俞、脾俞。

便秘（使用嗎啡者）：天樞、大腸俞、足三里。

(4).肩背部

上背部神經痛（胸腰椎骨轉移）：相關皮節分佈的背部胸部華佗夾脊。

肩關節周圍痛（肩關節）：肩三針、合谷、外關、養老。

(5).腰背部

內臟痛：相關皮節分佈的背俞穴、募穴。

腰椎骨轉移疼痛：相關皮節分佈的腰部華佗夾脊、督脈相對各穴、大杼。

尾骶部痛（直腸、子宮腫瘤）：八髎穴。

(6).下腹部

小便不利：關元、太谿。

(7).下肢

下肢無力（肌肉消瘦）：足三里、伏兔。

下肢水腫（淋巴阻塞）：三陰交、復溜、頭皮針血管舒縮區。

下肢神經抽痛（腫瘤壓迫）：頭皮針足運感區、感覺區上五分之一。

2.適時結合各式儀器

與其他針灸病患不同，安寧療護病患的各種不適往往是器質性病變的結果，針灸通常要持續治療數次以上，效果往往也較短暫，所以配合各項儀器的輔助是有必要的，電針機是我們最常用的輔助儀器，它往往可以降低針刺的次數以及迅速達到止痛或改善症狀的效果，不過除了痛症以外，其他症狀一般較少用電針配合；我們同時也注意到許多病患體力十分虛弱，對針灸的刺激不能耐受或是本來對針就十分懼怕，我們通常改採經皮神經電刺激器（TENS）或雷射針灸替代針灸，療效雖不及針灸有效，但卻使病患較能堅持治療，所以一直是安寧療護病患的常用治療模式。

3.切記不忘靈性照顧

在整個治療參與過程中，我們將無形中感受到一個人在面對人生最後一段路程時錯綜複雜的心情，在進入安寧療護的照顧之前，他們已經歷過各式各樣的治療，所以對任何治療基本上已經喪失信心，甚至醫師對他們的態度有時讓他們覺得他們是被遺棄、被拒絕的一群，因此在治療開始前我們認為必先讓病患瞭解我們將帶給他幫助，我們願意接納他，並且在任何情形下我們不放棄他們。原先我們認為對針的懼怕將是鼓勵病患接受針灸的最大阻力，但只要醫者取穴少而精、針感不要太強，大多能讓病患接受，其實誠心而肯定的接納病患才是良好療效的保證，持續不斷的關心病況有時能獲得病患對我們進一步的信賴。中醫一向強調全人治療，從針灸參與安寧療護的過程中又一次的證實了全人治療的重要性，現代醫師在治病的同時，應別忘了靈性的照顧。

(八)、針灸在急症上的應用

茲根據常見針灸教科書所載，針灸在不同的急症上有不同的急救應用，試舉五類常見的急症運用，在臨床可用扎針、按穴、放血、刮痧等法，收效顯著，既方便又可快速見效，分別論述如下：

1. 猝死

- (1) 不醒人事：急刺十宣穴、百會、合谷，具出血。中風不醒人事，痰涎壅塞；再取水溝（人中）、風府等穴連急救病患。
- (2) 猝死：針十宣穴、百會、合谷、人中穴後，或灸大敦。
- (3) 霍亂瀕危（上吐下瀉危症）：針十宣、少商、商陽、中衝、曲澤、委中，具出血，繼針百會，人中。
- (4) 痧症：針曲澤、委中具出血。
- (5) 陽絕虛脫：針灸氣海、關元，灸神闕，再針百會、足三里、湧泉。

2. 暈針誤針

- (1) 暈厥通治：針足三里、人中、百會、十宣、少商、或灸百會，並飲以熱湯即止。
- (2) 誤針肩井、血海：針入過深則悶倒，針足三里。但若病人呼吸喘促，宜照胸腔 X 光片，以確定是否有氣胸、血胸的針刺意外發生。
- (3) 誤針神道：令人猝死，針長強。
- (4) 誤針承靈：人事不省，針腎俞。
- (5) 誤刺顛會：立刻暈倒，針風門，輕刺激。
- (6) 誤針神庭：令人狂亂，針脊中穴，輕刺激。

(7) 誤針臆中：令人失神，針天突一寸五分。

(8) 誤針鳩尾：深刺則呃逆短氣心悸，針中腕。

(9) 誤針手五里：出血不止，針陽谿，並以爪甲切散其血。

3. 高熱

凡口腔溫度超過 39°C 以上的即稱為高熱，是臨床上常見的一種症狀。中醫學所說的實熱、壯熱、身大熱均屬本高熱。常見於現代醫學的急性感染、急性傳染病、寄生蟲病和中暑、風濕熱、惡性腫瘤等疾病。

(1) 外感風熱：

症狀為發熱有汗，微惡風寒，咳嗽，痰粘色黃，鼻塞或流濃涕，頭痛，咽喉紅腫疼痛，渴喜冷飲，小便黃，大便乾，苔薄黃，脈浮數。

處方為魚際、尺澤、合谷、曲池、外關、大椎。咳嗽較甚者，加列缺。頭痛明顯者，加百會、印堂、太陽。咽喉腫痛者，加少商。刺灸方法則是針用瀉法。大椎、少商可點刺出血。

(2) 溫邪內陷

熱邪在氣分，症見身熱面赤，大汗出，渴喜飲冷，大便秘結，舌紅，苔黃燥，脈洪大而數。熱邪在營血，症見高熱入夜尤甚，煩躁不安，甚至神昏譫語，或斑疹隱隱，或見吐血、衄血、便血等，口燥而不甚渴，舌紅

絳而乾，脈細數。

若熱在氣分，則處方為合谷、曲池、內庭、豐隆、大椎；若熱在血分，則處方為少衝、神門、中衝、內關、大陵、曲澤。高熱、神昏者，加水溝、十宣。大便秘結者，加支溝、天樞。斑疹和出血症者，加血海、膈俞。刺灸方法則是針用瀉法。大椎、中衝、少衝、曲澤等穴可行點刺出血法。

(3) 暑熱蒙心

肌膚灼熱，面紅耳赤，渴喜飲冷，口唇乾燥，心煩不安甚至神昏譫語，痙厥抽搐，噁心嘔吐，小便黃赤，舌紅而乾，脈洪大而數。

處方為合谷、曲池、中衝、內關、曲澤、委中。神昏者，加水溝、十宣。口渴唇乾者，加廉泉、金津玉液。抽搐者，加太衝、陽陵泉。刺灸方法則是針用瀉法。中衝、曲澤、委中可施行點刺出血法。

(4) 疫毒熏蒸

身大熱，頭面紅腫熱痛，咽喉腫痛甚至潰爛作痛，煩躁不安，或見丹痧密布肌膚，舌紅，苔黃，脈數。

處方為合谷、曲池、內庭、陷谷、外關、曲澤、委中。咽喉腫痛者，加少商、天容。肌膚丹痧者，加血海、膈俞。刺灸方法則是針用瀉法。曲澤、委中可點刺出血。

(5) 刮痧療法

用光滑平整的湯匙、錢幣或牛角板蘸食油或清水，用力刮背部脊柱

兩側（夾脊穴或足太陽經第一側線）、頸部、腋窩、胸脅部以及肘窩、臑窩等處，刮至皮膚出現紫紅色為度。

4. 痙證

痙證，是以項背強急、角弓反張、口噤不開、四肢痙攣為主要臨床表現的一種病證，常見于現代醫學的高熱、癲癇、破傷風、小兒驚厥、顱腦外傷、腦腫瘤、流行性腦脊髓膜炎、腦炎，各種傳染病的腦膜炎等。

(1) 高熱傷津：

高熱不解，手足攣急，甚至項背強直，角弓反張，口乾唇燥，尿少而赤，口噤齟齒，舌紅少苔或苔黃，脈弦細數。

處方為大椎、風府、太衝、行間、合谷、陽陵泉。口噤不開者，加下關、頰車。口乾而渴者，加廉泉、金津玉液。角弓反張者，加後谿、筋縮。腓腸肌痙攣者，加承山。刺灸方法則是針用瀉法。

(2) 熱入營血：

高熱不退，肢體攣急，角弓反張，口噤不開，心煩躁動，甚至神昏譫語、斑疹隱現，舌紅絳，苔黃燥，脈弦數。

處方為勞宮、大陵、太衝、行間、合谷、大椎、陽陵泉。頭暈頭痛者，加百會、太陽。口噤不開者，加下關、頰車。煩躁神昏者，加水溝、內關。斑疹隱現者，加血海、膈俞、曲澤、委中。刺灸方法是用瀉法。

(3) 津血不足：

形體消瘦，精神疲憊，頭暈目眩，自汗氣短，眼臉或面肌顫動、肢體搐搦抖動。血虛不能上奉腦府，則頭暈目眩。血虛則氣亦弱，衛外不固，

故見神疲氣短、自汗。咽乾口燥、舌淡少津、脈細，為津血虧損之象。

處方為合谷、手三里、足三里、血海、三陰交、肝俞、脾俞。頭暈目眩者，加百會、太陽。面肌顫動者，加四白、翳風。咽乾口燥者，加照海、涌泉。刺灸方法則是以針刺為主，加灸。針用平補平瀉法。

5. 脫證

脫證是以亡陰亡陽為主要特徵的一種急證，多為大病、久病之後元氣虛弱、精氣衰竭的必然結果。凡心、肺、肝、腎功能的衰竭，均可歸為脫證的範疇。其病症為面色蒼白，呼吸微弱，頭暈目眩，目合口開，汗出如珠，手撒肢冷，血壓下降，神疲乏力，倦臥嗜睡，神志恍惚，甚者昏迷、意識不清、二便失禁，舌淡苔白，脈微細欲絕。

處方為氣海、關元、素髻、百會、內關、足三里。汗出肢冷者，加大椎、命門、太谿、三陰交。刺灸方法則是針灸並用，針用補法，重用灸法。氣海、關元、大椎、命門四穴以灸為主（艾條灸、艾炷灸均可），以證情好轉為度。

二、神經內科系統疾病

(一)、中風

ICD-9-CM 及西醫病名：

- | | |
|--------|----------------------------|
| 342.90 | 半身麻痺 (Hemiplegia) |
| 344.90 | 麻痺 (Paralysis) |
| 434.0 | 腦血栓症 (Cerebral Thrombosis) |
| 434.1 | 腦栓塞症 (Cerebral Embolism) |

中醫診斷：

肝風內動

中經絡、中臟腑

中風、類中風

半身不遂、閉證、脫證。

病因病機：

腦中風主要分成出血性和梗塞性中風兩大類。第一類是出血性中風，在急性期由電腦斷層診斷，其症狀屬於突發性，病因是由高血壓造成，出血的位置很重要，一般位於：殼核 (Putamen)，間腦 (Thalamus)，腦幹 (Brain stem)；若血塊的出現並非位於上述位置或病人年齡在四十歲以下，則另須考慮下列疾病：1. 在老年人—若腦部出血，非常見位置，則須考慮 (Amyloid microangiopathy)。2. 四十歲以下年輕人，不必考慮出血位置，懷疑有腦部血管疾病，要作腦部血管攝影，以作鑑別診斷。第二類是梗塞性中風，在急性期可由核磁共振診斷，其症狀屬於漸進式，腦部梗塞位置不一定，視血管位置而不同，通常再細分以下二種：(1) 動脈硬化—常見於

頸動脈起始部。(2) 血栓—常見於心臟疾病，如：心房撲動、風濕性心臟病。另有其他疾病，其症狀類似中風，如：腦腫瘤與蜘蛛膜下腔出血。中風症狀通常視血塊或梗塞部位而定，常可見語言不利、半身麻痺、口眼喎斜、手指失認、尿失禁、對側足和腿的癱瘓、皮膚或感覺缺失等。

診斷要點：

1. 風中經絡：

突然昏仆，半身不遂，肌膚不仁，伴見口眼喎斜，語言不利，或有發熱惡寒、頭痛、骨節痛、肢體拘急，舌苔白膩，脈象浮滑。

2. 肝陽化風：

頭痛眩暈，耳鳴眼花，心煩易怒，面紅目赤，遇有激怒則突發半身不遂，舌強語蹇，口眼喎斜，甚則嘔吐，神志不清等症，舌質紅，脈弦數。

3. 痰火內閉：

突然昏仆，神識不清，半身不遂，口眼喎斜，兩手握固，牙關緊閉，面紅目赤，喉中痰鳴，喘促躁動，舌質紅，苔黃膩，脈弦滑而數。

4. 肝腎虧虛：

病人多年高力衰，面色蒼白，腰痠腿軟，齒搖髮脫，耳鳴健忘，眩暈目糊，語言不利，神情呆滯，智慧低下，如癩如癡，半身不遂逐漸發生，舌淡白，脈沈細弱。

治療方法：

人中 十宣 氣海 大椎，是用於急救時之主要穴位。

上肢用曲池、內關、外關為主要穴位。

下肢用三陰交、陽陵泉、太衝、足三里、環跳、風市為主要穴位。

方義淺解：

督脈“入屬於腦”，人中屬督脈；大椎、十宣放血為急救常用之穴，可強心、通血脈、開關通竅、並調整血壓；內關屬手厥陰心包經絡穴，可開竅醒神；三陰交既可疏通下肢三陰經，有疏解下肢經筋拘急之功；太衝為肝經下肢要穴，配合膽經陽陵泉、環跳與胃經足三里穴可降高血壓；曲池、外關可疏通上肢肌肉拘攣、麻痺；風市為膽經下肢麻痺疼痛要穴；氣海補益元氣。

注意事項：

1. 近年研究證實針灸不僅擅治中風後遺症，且在急性期使用上述第一組主穴，如十宣穴或針刺或放血，可急救，緩解血壓過高的危象。
2. 中風急性期，出現高熱、神昏、心肺衰竭及消化道大出血者，應進行中西醫共同治療，密切觀察病人的生理現象變化，隨時急救處理。
3. 中風患者的護理尤為重要，應注意防止褥瘡發生，保證呼吸道的通暢，並囑患者的照護人員適時按摩拘攣或無力的肢體，促進軀幹及肢體的血液循環，避免褥瘡產生。
4. 如年逾四十歲，經常出現頭痛眩暈、肢體麻木，偶有發作性語言不利、肢體痿軟無力者，多為中風先兆，應加以檢查是否有血管異常，宜先期防治本病。
5. 中風肢體麻木者，宜先針健側穴位，再針患側（麻痺）之肢體穴位，比單純針患側穴位之臨床效果為佳，更可以配合灸法、按摩治療。

(二)、高血壓

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 401.91 原發性高血壓 (Hypertension Primary)
- 402.900 高血壓性心臟病，未提及充血性心臟病 (Hypertensive heart disease, without congestive heart failure)

中醫診斷：

肝陽上亢

血虛生風

眩暈

病因病機

高血壓依病因可分為本態性高血壓與續發性高血壓，其中 90% 以上病人屬本態性高血壓，至於續發性高血壓則佔 5%~10%。

本態性高血壓原因不明，但現代醫學認為本態性高血壓的病人，其腎臟存在先天的遺傳缺陷，無法如正常人一般有效地排出鈉鹽，同時造成動脈平滑肌中鈉離子的增加，也造成動脈平滑肌中鈣離子的增加，鈣離子增加可則引起血管收縮及末梢阻力增加，表現之臨床表徵即是高血壓。常見的症狀有頸項強痛、頭枕部頭痛、易疲倦、不安、耳鳴、頭昏、心悸、虛弱，長期高血壓患者同時可能發生鼻出血、血尿、視力模糊、眩暈及陽痿，目前西醫以利尿劑為第一線藥物。

續發性高血壓，常見的有腎實質疾病、腎血管性疾病、內分泌疾病。

腎實質疾病病因為腎臟器官受損，影響其排泄鈉離子之功能，隨著鈉離子滯留，體液容積便增加，血壓因此就升高。

腎血管性疾病病因為單側腎動脈狹窄，造成該側腎臟血液灌流減少，刺激壓力受器，造成腎素分泌增加，導致血管張力素增加，引起末梢血管收縮，產生高血壓。臨床上，若高血壓有顯示惡性高血壓之表徵、腹部或腰部聽到嘈雜聲、單側腎臟縮小、高血壓伴隨低鉀血症或伴隨著無法解釋的腎機能障礙，就須考慮腎血管性疾病，本類高血壓可以開刀手術治癒。

內分泌疾病常見有原發性皮質酮分泌過多症、庫欣氏症候群、嗜鉻細胞瘤等通常藉由血液檢查得知本類疾病所致之高血壓。

診斷要點：

1. 肝陽上擾（氣鬱化火）：

頭暈脹痛、煩躁易怒，怒則暈痛加重、面赤耳鳴、少寐多夢、口乾口苦，舌紅苔黃，脈象弦數。

2. 陰虛陽亢：

頭暈、目澀、心煩失眠、多夢、或有盜汗、手足心熱口乾，舌紅少苔或無苔，脈細數或細弦。

3. 心脾血虛：

頭暈眼花，勞心太過則加重，心悸神疲，氣短乏力，失眠、納少、面色不華，唇舌色淡，脈象細弱。

4. 腎精不足：

頭暈耳鳴、精神萎靡、記憶減退、目花、腰膝痠軟、遺精陽痿，舌瘦淡紅，脈象沈細，尺部細弱。

5.痰濁中阻：

頭暈頭重、胸膈滿悶、噁心嘔吐、不思飲食、肢體沈重、或有嗜睡，舌苔白膩，脈象濡滑，或弦滑。

治療方法：

1.體針

肝俞 神門 三陰交 陰陵泉 太衝 足三里，用於潛降肝陽之主穴。

陰陵泉 豐隆 內關 照海 太谿，亦為主穴，可以交替運用。

2.耳針

處方：

肝陽上擾：肝、膽、高血壓點、目1、目2。

腎精不足：腎、腎上腺、內分泌、皮質下、胃。

方法：常規消毒，每次選2-4穴，以毫針刺，留針20-30分鐘，留針期間可間隔撚針。

3.頭針

暈聽區。針與頭皮成 30° 左右夾角，用夾持並針法刺入帽狀腱膜下，進到該區的應用深度後，快速撚轉2-3分鐘，留針5-10分鐘。

方義淺解：

肝俞與太衝以滋陰潛陽，腎俞與太谿益腎滋陰。神門寧心安神，以治少寐、健忘、心煩。照海通陰維，善治口乾。豐隆可化痰。

注意事項：

1. 針灸治療本症效果較好，但應分辨標本緩急。眩暈急重者，先治其標；

眩暈較輕或發作間歇期，每日應量血壓，隨時注意血壓是否過高。

2. 眩暈發作時可令患者閉目，安臥（或坐位），作緩慢的腹式呼吸法，或以手指按壓印堂、太陽穴，症狀即可減輕。

3. 痰濁中阻型患者應以清淡食物為主，禁食油膩厚味食品，也應避免食辛辣，禁用菸酒，以免加重病情。

4. 針灸除了可以調整血壓之外，根據高血壓病情的嚴重程度，應配合中西藥服用，以求穩定控制病情。

(三)、頭痛/偏頭痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

346.8 其他型態之偏頭痛 (Other forms of migraine)

346.90 偏頭痛 (Migraine)

中醫診斷：

頭痛

偏頭痛

病因病機：

頭痛依現代醫學之分類頭痛與偏頭痛，包括單側的偏頭痛、叢集性頭痛與雙側的緊張性頭痛。

偏頭痛多位於單側或雙側額、顳部，無好發年齡，多見於女性，頭痛性質有搏動性或鈍痛，伴隨噁心、嘔吐，在頭痛發作之前可能有眼前閃光火花、畏光、出現盲點或眩暈以及耳鳴等先趨症狀，時間方面常於醒來或傍晚時發作，可持續數小時至 1~2 天，間期不規則，從數週至數月，病人

往往到中午或妊娠期，頭痛症狀會消失，一些因素如：強光、噪音、酒精會加重頭痛，睡眠、局部壓迫則可減輕症狀。

叢集性頭痛多位於單側眼眶或顳部，青春期和成年男性較易發生，疼痛性質是劇烈非搏動性疼痛，伴隨流淚及眼充血，時間方面常見夜間發作於入眠後1至數小時，白天極少發作，誘發因素最常見是酒精。

緊張性頭痛通常是雙側的，常擴展至頭頂部、枕部和雙前額局部疼痛也很常見，頭痛性質是壓迫、緊束性疼痛，而非搏動性，發作時間具持續性且強度不一、反覆發作，可持續數小時甚至數天，病人常有神經質、焦慮、失眠.....等特質，當疲勞或神經緊張時較容易引發。

若頭痛病症，在西醫上已有基本病因者，如頭部外傷引起腦膜炎刺激性頭痛、腦腫瘤、顳動脈炎等，必須仔細鑑別，並配合現代醫學方法治療。

診斷要點：

1.外感風寒：

頭痛有時連及項背，或有緊束感，遇風寒則痛劇，喜戴帽，畏寒發熱，骨節痠痛，口不渴，舌苔薄白、脈浮緊。

2.外感風熱：

頭脹而痛，遇熱加重，發熱惡風，面目赤紅，咽喉腫痛，口乾渴，舌尖紅，苔薄黃，脈浮數。

3.外感風濕：

頭重如裹，昏沈疼痛，陰雨加劇，胸悶不暢，脛滿納呆，肢體困重，或有溲少便溏、舌苔白膩、脈濡或滑。

4.肝陽上亢：

眩暈而痛，偏於兩側，或連巔頂，煩躁易怒，怒則加重，耳鳴失眠，或有脇痛，口乾面紅，舌紅少苔，或苔薄黃，脈弦或細數。

5.瘀血阻絡：

痛處固定，經久不癒，其痛如刺，或曾頭部創傷，舌質色紫，脈細澀或沈澀。

6.痰濁上蒙：

頭痛頭昏，眩暈，胸悶脘痞，嘔惡痰涎，納呆，舌苔白膩，脈弦滑。

治療方法：

1.體針

主要穴位：風池、百會、太陽、合谷、列缺、後谿。

前頭痛部位在膀胱經、督脈、膽經所經過的頭額部疼痛，則加上星、陽白、印堂、攢竹。

偏頭痛部位在側頭部的疼痛，則加率穀、外關、頭維、丘墟。

後頭痛部位在膀胱經、督脈所經過的頭枕部疼痛，則加天柱、大椎、東骨；巔頂痛加四神聰、太衝。

風熱頭痛加大椎、曲池。

2.耳針

處方：枕、額、顛、腦、神門、肝。

方法：每次取3-4穴，強刺激，留針20-30分鐘，間隔5分鐘捻轉一次，或用埋針法、埋豆法。

3. 皮膚針

處方：太陽、印堂、阿是穴。

方法：叩刺出血。本法適用於外感頭痛、肝陽頭痛及瘀血頭痛。

4. 溫針灸

處方：風府、啞門、風池、天柱。

方法：每次選針 1-2 穴，溫針灸 3-5 壯，隔 1-2 日一次。本法適用於風寒性頭痛。

方義淺解：

風池為足少陽、陽維脈的交會穴，擅治膽經頭痛；百會位於巔頂，屬督脈，入絡腦，二穴相配散風通絡，配太陽穴，可加強其通絡止痛的功效。合谷屬手陽明經，面口合谷收，其經脈上循於頭面部，列缺為手太陰經絡穴，二穴原絡相配，是治療頭面痛的主穴，四總穴歌素有「頭項尋列缺」之稱。後谿屬手太陽經，為八脈八法穴之一，可通督脈，主治頭項疼痛。

頭為諸陽之會，手、足三陽經均上頭，肝經與督脈會於巔，故有七條經之經穴均可治療頭痛，視頭痛部位，可選取不同的穴位治療。

注意事項：

1. 肝陽頭痛，治療請參考高血壓、中風一節之針灸方法。
2. 臨床上，氣血虛弱或血虛陰虧患者也會引起頭痛症狀，以針灸治療雖然可以止痛，但究竟屬於身體虛衰之病症，必須配合內科服藥，療效才能持續。
3. 西醫有頭痛、偏頭痛等的區分，中醫則視疼痛出現於何經在頭部的分佈位置而定，治療上亦是取該經的穴位為主。
4. 顏面部針刺穴位，對頭痛有良好止痛效果，但由於該部位之肌膚淺薄，不宜直接灸該部穴位，以避免產生燒灼燙傷。

(四)、坐骨神經痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 355.0 坐骨神經病灶 (Lesion of sciatic nerve)
- 722.10 腰部椎間盤移位，未伴有脊髓病變 (Displacement of lumbar intervertebral disc without myelopathy)
- 722.2 椎間盤移位，未明示位置且未伴有脊髓病變 (Displacement of intervertebral disc, site unspecified, without myelopathy)
- 722.20 椎間盤移位，未伴有脊髓病變 (Displacement of intervertebral disc, without myelopathy)

中醫診斷：

腰痛、腰腿痛

病因病機：

坐骨神經痛是指在坐骨神經分佈區域內發生疼痛，為常見的周圍神經疾病。本病多見於青壯年，男性較多。坐骨神經痛主要為病變區域刺激，形成坐骨神經的第四、五腰根及第一骶根，疼痛有針刺感、麻木感或皮膚感覺受損，沿著坐骨神經分佈區的皮膚疼痛和壓痛，疼痛放射到大腿後方、小腿後和前外側及足部，這些為坐骨神經痛之典型表現，若前根運動神經纖維受損，體檢時還可見患肢反射消失、無力、肌萎縮，肌束收縮，偶爾可見瘀血性水腫。本病多為一側腰腿部陣發性或持續性疼痛。其主要症狀是臀部、大腿後側、小腿後外側及足部發生放射性、燒灼樣或針刺樣疼痛，行動時加重。

原發性坐骨神經痛（坐骨神經炎）的發病與損傷和感染等直接損害坐

骨神經所引起有關。繼發性坐骨神經痛為神經通路的鄰近組織病變，產生機械性壓迫或粘連所引起，如腰椎間盤突出症、脊椎腫瘤以及椎間關節、骶髂關節、骨盆的病變和要骶軟組織勞損等。

原發性坐骨神經痛，起病呈急性或非急性發作，沿坐骨神經通路上有放射痛和明顯的壓痛點，起病數日後最劇烈，經數周或數月後漸漸緩解。

繼發性坐骨神經痛，有原發病因可查，咳嗽、噴嚏、排便可使疼痛加重。腰椎旁有壓痛及叩壓痛，腰部活動障礙，活動時下肢有放射痛。

診斷要點：

1. 風寒濕痹腰痛：

腰痛，且多伴有尻尾及下肢疼痛，疼痛時輕時重，得暖則舒，遇寒冷或陰雨天氣以及秋冬季節則加重，起病或急或緩，一般腰部轉側活動功能稍受限制。疼痛性質多為鈍痛或隱痛，且常伴有僵硬的感覺。若因感受寒邪較甚，則疼痛部位多固定不移，疼痛程度也較重，甚至不能俯仰轉動，脈沈而有力；若因濕邪較重，其疼痛多不甚，有沈重痠楚感覺，遇陰雨冷濕天氣則加重，其脈緩；若因感受風邪，疼痛部位遊走不定，其疼痛也時輕時重。風寒濕痹痛經久不癒，往往伴有腰骶或下肢麻木，甚至下肢肌肉萎縮。

2. 勞損腎虛腰痛：

腰痛綿綿不休，休息後可暫時輕減，稍遇勞累則疼痛加重，且伴有不同程度的短氣、身重、頭暈、耳鳴、脫髮、牙齒鬆動、膝軟、足跟痛、夢遺、滑精、陽萎，或婦人月經不調等症狀。

治療方法：

1.體針

主要穴位：腎俞、殷門、委中、承山、陽陵泉、環跳、風市、絕骨、崑崙、丘墟。

按疼痛放射部位，選取上述處方 4~6 穴，腰臀穴進針後，使針感上下傳，但不宜多次重複刺激，以免損傷神經。

針用瀉法，或加灸法或加拔罐法。

2.電針可選用腰 4~5 夾脊，陽陵泉（或委中），或秩邊或環跳，陽陵泉（或委中）。進針後通電，採用密波或疏密波，刺激量逐漸由中度到強度。每日 1 次，每次 10~15min。

3.刺絡拔罐療法：

用皮膚針叩刺腰骶部及在壓痛點刺絡出血，加火罐。

方義淺解：

本病症是以足太陽膀胱經及足少陽膽經（一部份會放散到足陽明胃經）的經筋肌肉疼痛的表現為主，因此取穴以膀胱經、膽經經絡的下肢穴位為主，視疼痛所在之經絡部位，選取合適的穴位治療。

注意事項：

- 1.坐骨神經痛如由腫瘤、結核等原因引起，應先治療其原發病病因；腰椎間盤突出引起的疼痛，可配合牽引復健或推拿治療。
- 2.急性期應臥床休息，椎間盤突出症者應臥硬板床。
- 3.平時注意保暖。運動時須採取正確姿勢出力，並在運動前加以熱身。
- 4.腰部拉、扭傷或有外傷史者，也有類似坐骨神經痛的症狀，可以現代儀

器 CT、MRI 加以鑑別。

使用強刺激快速撚轉針身，可以有較強的止痛效果，但須注意病人的氣色變化，盡量減少暈針意外的發生。

三、運動系統病

(一)、頸肌痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

847.0 頸部扭傷及拉傷(Sprains and strains of neck)。

中醫診斷：

頸肌痛(落沈)是指急性單純性頸項強痛，活動受限的一種病證，又稱頸部傷筋。

病因病機：

本病是由於睡眠時頸部位置不當，或因負重頸部扭傷所引起。項頸項纖維織炎、頸肌風濕、頸椎肥大等原因引起的頸項痛，可參照本節診治。

頸部椎關節黏連(cervical spondylosis) (頸部骨關節病，osteoarthritis：頸椎的骨關節炎)，頸部椎關節黏連可能是侵襲部最常見的疾病。在頸椎，退化性病變出現得很早，通常是在二十歲以後。在第五和第六個頸椎節之間的椎間盤是最常被波及的。

頸部肋骨症候群(cervical rib syndrome)因頸部肋骨而波及臂神經叢及腋動脈以致手臂的症狀出現。

頸部的鞭索傷害(whiplash injury)及伸展傷害。一輛固定不動或緩慢移動的車子撞到前方的另一輛車子或東西，因為車內乘客的頭最初的質量的緣故，頸椎迅速的伸直而後屈曲。

脊椎的風濕性關節炎(Rheumatoid arthritis)，風濕性關節炎經常波及頸部，並常呈點分佈以致外來的壓力投在仍保持可動的部份上。

頸部的腫瘤(Neoplasm)，頸椎的腫瘤是少見的，但次生性的堆積

(secondary deposit)卻最常見。這可能造成椎體耗損或崩塌，影響所發出的神經根，甚至波及脊柱。

感染，在小孩，頸椎的結核病最常見，並可能造成廣泛的骨質破壞及崩塌或波及脊柱。其他的感染少見。

診斷要點：

一般在早晨起床後，突感一側頸項強痛，不能俯仰轉側，疼痛可向同側肩部及上臂部擴散，局部有明顯壓痛，或因風寒侵襲項背，致使局部經脈氣血阻滯，經氣不調所致。

- 1.痛連項背，頭部俯仰受限，不能左右回顧，項背項背，頭部俯仰受限，項背部壓痛明顯者，病變以手足太陽經為主。
- 2.痛連頸臂，頸部不能側彎和左右轉動，頸的側部壓痛明顯者，病變以手足少陽經為主。

治療方法：

治療主穴為風池、大椎、肩井、肩貞、外關、懸鐘、後谿、天應等穴，當可止痛，一、二次可以痊癒。

病及太陽經者加天柱、大杼、肩外俞、崑崙；病及少陽經者加風池、翳風、外關。

方義淺解：

本方局部與循經遠端取穴相結合，意在疏筋通絡，祛風止痛。風池通經活絡，疏經活血，散風清熱，且為頸部肌肉群之起始點。亦可使用動氣療法。治療時先刺後谿、懸鐘穴，輕輕撚轉，令患者活動頸項，項痛每可顯著好轉，再針局部腧穴，並可配以艾灸、拔罐以加強療效。

(二)、肩胛肌肉痛（五十肩）

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 840.0 肩鎖骨關節韌帶之扭傷及拉傷(sprains and strains of acromioclavicular)(joint)(ligament)。
- 840.9 肩及上臂之未明示之扭傷及拉傷(sprains and strains of unspecified site of shoulder and upper arm)。
- 840.90 肩及上臂扭傷及拉傷(sprains and strains of shoulder and upper arm)。
- 719.41 關節痛，肩部(pain in joint ,shoulder region)。
- 719.43 關節痛，上臂(pain in joint ,forearm)。

中醫診斷：

漏肩風（五十肩）

病因病機：

本病多發於中年以後，其臨床表現為：

1. 肩痛多緩慢發生，可呈刀割樣或鈍痛，向前臂和肩胛部放散，劇痛者可影響睡眠。
2. 肩關節外展、外旋及上臂向上方擡舉受限，故梳頭、穿衣、提褲均感困難。
3. 部分病人肩峰下有廣泛壓痛，又可無明顯局部壓痛點。
4. 肩部肌肉明顯萎縮，尤以三角肌最為明顯。
5. X光檢查可見肱骨頭部與上段脫鈣。
6. 大部分病歷病程長達數月，甚至數年。

常見病症包括冰凍肩、肩袖撕裂、肩部骨關節炎、肩周感染即肩峰鎖骨關節脫白。

冰凍肩(frozen shoulder)

這是一種影響中年人的情形，在他們的肩袖(shoulder cuff)，發生退化性變化。最顯著的外是肩膀的運動受到影響。

肩袖撕裂(Shonlder cuff tears)

肩袖可能由手臂突然的牽引而遭受重大的撕裂。這最容易發生在中年人，因他們肩袖的衰退性變化已經形成。

鈣化性棘上肌肌腱炎(Calcifying supraspinatus tendonitis)

肩袖的衰退性變化可能伴隨著鈣鹽局部的沈積。鈣化的物質可能在三角肌下滑液囊(subdeltoid bursa)造成發炎性病變。

肩峰與鎖骨關節的骨關節炎(OA of the A-C joint)

肩峰與鎖骨關節的關節炎性病變可能造成持續的疼痛，影響肩部的運動。

肩部的往復性脫臼(Recurrent dislocation)

通常有一先前的明顯脫臼的病史，而且禍首的創傷通常會漸變得較不嚴重。

肩膀周圍的感染

肩膀附近最常發生的感染是肱骨近心端的葡萄球菌性骨炎(staphylococcal osteitis)；不過這是比較不平常的。

診斷要點：

初病時單側或雙側肩痠痛，並可向頸部和整個上肢放射，日輕夜重，患肢畏風寒，手指麻脹。肩關節呈不同程度僵直，手臂上舉、外旋、後伸等動作均受限制。病情遷延日久，常可因寒濕凝滯，氣血痺阻，導致肩部

肌肉萎縮而疼痛。因之，本病早期以處理疼痛為主，後期以功能障礙為主。本病若以肩前中府部疼痛為主，後伸疼痛加劇者，證屬手太陰肺經證；以肩外側肩髃、肩髃處疼痛為主，三角肌壓痛，外展疼痛加劇者，證屬手陽明大腸、手少陽經三焦證；以肩後側疼痛為主，肩內收時疼痛加劇者，證屬手太陽小腸經證。

本病屬於痺證範疇，風勝者多傷於筋，肩痛可牽涉項背手指；寒盛者多傷於骨，肩痛較劇，深按乃得，得熱則舒；濕盛者多傷於肉，肩痛固定不移，局部腫拒按。

治療方法：

以肩髃 肩髃 肩貞 臂臑 曲池 合谷 為主穴。

亦可配合條口透承山穴，陽陵泉穴以動氣療法。

風勝者加風池、外關、列缺；寒勝者加溫針灸或隔薑灸肩髃、臑俞；濕勝者加陰陵泉、足三里；證屬太陰經者加尺澤、陰陵泉；證屬陽明、少陽經者，加足三里、陽陵泉；證屬太陽經者，加後谿、條口透承山。

方義淺解：

本病是由於外感風寒濕邪，或勞損筋脈，使局部氣血痺阻所致，故局部選取肩髃、肩貞、臂臑等穴，遠端選取曲池、合谷、條口等穴，以疏解陽明、太陽、少陽經氣，收散風祛寒、利濕通絡、舒筋活血之效。

(三)、背肌痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 847.9 其他及未明示之開放性背部受傷(sprains and strains of unspecified site of back)。
- 847.90 開放性背部受傷(sprains and strains of back)。
- 848.90 扭傷及拉傷(sprains and strains)。
- 720.0 關節粘連性脊椎炎(ankylosing spondylitis)。
- 724.50 背痛(backache)。
- 724.90 背部疾患(back disorders)。

中醫診斷：

背痛

病因病機：

常見背痛原因如下：

因用力不當，或姿勢不正確造成背部肌肉拉傷，(包括斜方肌、大小、菱形肌、頸夾肌、胸最長肌、胸髂肋肌等)；脊柱側彎造成背部肌肉受力不平衡，肌肉攣縮疼痛；關節黏連性脊椎炎；老年脊柱後彎；類風濕性關節炎。

診斷要點：

- 1.風寒侵襲背痛：多為素體虛弱，風寒乘襲太陽經，寒主凝滯。經絡閉阻，氣血運行不暢，不通則痛，故見背部板滯，頸項強痛、肩胛不舒。其臨床辨證要點為：風寒侵襲背痛，背痛板滯，兼有惡寒，脈浮緊，若肩背痛不可回顧者，此為手太陽經受邪；如背痛項強，腰似折，頸似拔，此

足太陽經不通。

2.氣血凝滯背痛，多發於老年人或久病體弱人，氣虛血少，氣無力推血行，血流不暢，氣滯血凝，經絡失養，則背部痠痛。其臨床特點為：睡後背部痠痛，入夜痛甚，活動後減輕，其脈沈澀或沈細。其治療以益氣養血為主，佐以活絡，背痛一症，有內外兩因，虛實迥異。如《醫學入門》曾記述肩背疼痛：“暴痛為外感，久痛為虛損夾鬱”。

治療方法：

治療主穴為肩井、大杼、大椎、風門、肺俞、厥陰俞、心俞、膈俞、膏肓、天宗、秉風、曲垣，後谿或針或灸，隨症選用。

方義淺解：

治方以祛風散寒，行氣活血為主，取背部膀胱經、小腸經、督脈等主要行氣活血穴位，可配合遠處取穴行動氣療法。

(四)、脅肌痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 353.90 神經根及神經叢疾患(Nerve root and plexus disorders)。
- 724.40 胸或腰骶骨神經炎或神經根炎(Thoracic or lumbosacral neuritis or radiculitis)。
- 729.40 肌膜炎(Fasciitis)。

中醫診斷：

脅肋痛

病因病機：

肋間神經痛是一個或幾個肋間部位，沿肋間神經分佈區發生的疼痛。

各種化學、物理因素刺激肋間神經纖維即可引起。(一)病毒、毒素、機械損傷等原因都可引起肋間神經炎，而導致肋間神經痛，其疼痛性質為刺痛或痛，沿肋間神經分佈，局部有壓痛，以脊椎旁、腋中線和胸骨旁較顯著。(二)良性或惡性肋間神經腫瘤可引起肋間神經痛，其疼痛性質常較劇烈，且呈持續性，局部檢查可發現腫瘤存在。(三)感染、中毒、贅生骨架如類風濕性脊柱炎)、神經根牽拉(如早期椎間盤疾病，使脊神經通過椎間孔時，張力增加)等原因引起神經根痛。疼痛性質常呈刺痛樣，可放射至肩、側胸及前胸部。(四)由於胸椎或胸段脊髓本身的炎症、腫瘤、外傷及先天異常(如脊髓血管畸形)等原因，壓迫胸段脊髓及神經根，亦可引起肋間神經痛。常見的疾病如脊椎結核、脊髓硬脊膜外膿腫、脊髓和椎管內腫瘤等。

診斷要點：

脅肋痛主要辨證要點如下：

1.肝氣鬱結：

脅肋脹痛，走竄不定，每因惱怒鬱而增重，兼見胸悶不舒，飲食減少，噯氣頻頻，苔白，脈弦。

2.瘀血停著：

脅肋刺痛，痛處不移，入夜更甚，舌質紫暗，脈沈澀。

3.濕熱蘊結：

脅肋灼痛如刺，多見於右側，兼見惡寒發熱，口苦，惡心嘔吐，畏進油膩食物，舌苔厚膩或黃膩，脈弦數。

4.肝血不足：

脅肋隱痛，綿綿不休，兼見頭暈目眩，面色無華，婦女月經不調，舌淡紅少苔，脈細數。

治療方法：

1.肝氣鬱結：

治療主穴：期門 內關 太衝 陽陵泉

方義淺解：

太衝是肝經原穴，內關是心包經絡穴，與三焦經相聯絡，其經脈布胸脅，二穴相配，屬同名經配穴法，既可舒肝解鬱，又可寬胸理氣，是本方之主穴。同時配以肝募期門和膽之下合穴陽陵泉，疏理肝膽，調理氣血，共奏理氣解鬱之功。

2.瘀血停著：

治療主穴：支溝 太衝 行間 膈俞 肝俞 三陰交

方義淺解：

膈義為血之會穴，配三陰交以活血祛瘀；太衝是肝經原穴，支溝是三焦經穴，二穴相配，可疏肝行氣，氣行則血行，血行則絡通，絡通則瘀血去而痛止。有明顯痛點者，可取阿是穴。

3.濕熱蘊結

治療主穴：期門 日月 支溝 陽陵泉 陰陵泉

熱重者配大椎；惡心嘔吐者配中脘、足三里。

方義淺解：

期門、日月是肝、膽之募穴，瀉之可疏利肝膽，調理氣血；支溝、陽陵泉同屬少陽，是治療脅痛的主穴，刺之，既能和解少陽，又能清熱化濕，行氣止痛；陰陵泉是脾經之合穴，“合主逆氣而泄”，有健脾利濕，和胃止嘔的作用。

4.肝血不足：

治法：肝俞 腎俞 期門 三陰交 足三里

方義淺解：

肝藏血，腎主精血，故補肝俞、腎俞，可充益精血以柔肝；取肝之募穴期門以和絡止痛；配足三里、三陰交，扶助脾胃，以資生化源。精血充實，濡養肝絡，則脅痛可止。

(五)、腰肌痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 721.80 椎脊之病變(Disorders of spine)。
- 722.10 腰部椎間盤移位，未伴有脊髓病變(Displacement of lumbar intervertebral disc without myelopathy)。
- 724.2 腰痛(Lumbago)。
- 724.790 尾骨疾患(Disorders of coccyx)。
- 728.85 肌肉痙攣(Spasm of muscle)。
- 728.850 筋膜炎候群(myofascial pain syndrome)。

847.2 腰部扭傷及拉傷(Sprains and strains of lumbar)。

847.4 尾部扭傷及拉傷(Sprains and strains of coccyx)。

中醫診斷：

腰痛

病因病機：

腰臀部疼痛性疾患中，軟組織病變最多、骨關節疾病次之，血管性病變較少見。軟組織病變中，又以勞損最多見。

1. 急性腰扭傷：多為遭受間接外力所致，主要是由於彎腰工作姿勢不正確或用力不當所致。
2. 慢性腰肌勞損：長期彎腰工作或工作姿勢不良或先天畸形所致。
3. 腰椎關節突綜合徵：在負重或運動中，可使椎間小關節損傷或錯位。
4. 棘間與棘上韌帶損傷：多由扭轉或忽然變換體位。
5. 腰椎橫突綜合徵：勞動或感受風寒致腰背肌緊張或痙攣。
6. 關節扭傷和半脫位：姿勢不當致肌肉力量不平衡。
7. 臂上皮神經損傷：突然左右旋轉所致。
8. 梨狀肌綜合徵：梨狀肌過度損傷。
9. 坐體神經痛：間質性神經炎或受擠壓。
10. 腰椎間盤脫出症：退行性變化，隨著年齡的增長而發生退行性的變化、萎縮、彈性減退，據統計約 90% 的椎間盤突出發生在 L4-L5, L5-S1 因此處所受壓力最大，且在 24-45 歲之間。

診斷要點：

1. 寒濕腰痛，由於風寒濕邪浸於經絡，氣血阻滯而發病，故見腰部重痛、痠麻，或拘急不可俯仰，或腰脊痛連臀腿，如遷延日久，則時輕時重，腰部發涼，值陰雨風冷則發作尤劇。
2. 腰肌勞損，因閃挫撞擊未全恢復，或積累陳傷，經筋、絡脈受損，瘀血凝滯所致，故腰痛每遇勞累時發作，腰部觸之僵硬或有牽制感，其痛固定不移，轉側為甚。
3. 腎虛腰痛，多因操勞過度，或勞傷於，腎精氣耗損，腰部筋脈失於濡養所致，故腰部隱隱作痛，痠軟無力。如兼見神倦、腰冷、滑精、脈沈者為腎陽虛；伴有虛煩、溲黃、脈細數、舌紅者屬腎陰虛。

治療方法：

主要穴位為腎俞、志室、腰陽關、委中、承山、後谿、懸鍾、阿是穴。寒濕者配命門、陰陵泉；勞損者配膈俞、水溝、次膠；腎虛者配命門、志室、飛揚、太谿。

方義淺解：

腰為腎之府，腎脈貫腰脊，故取腎俞補益腎氣，灸之能祛除寒濕。足太陽經抵腰絡腎，《靈樞·終始》說：“病在腰者取之膕”，故取委中以通調太陽經氣，祛邪通絡調經止痛。督脈貫脊循腰中，故取其經穴腰陽關以疏通督脈經氣，再配以阿是穴屬近部取穴法，以梳理筋脈，通經止痛。寒濕者溫灸命門、陰陵泉以溫經散寒利濕通絡。勞損者配水溝以通導陽氣，行氣活血，配血會膈俞，血委中合膠以活血祛瘀通絡止痛。腰痛突然發作，痛勢較劇者，可取阿是穴刺絡拔罐，取委中用三稜針點刺出血。

(六)、顏面肌麻痺 (顏面神經麻痺)

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 351.0 貝爾麻痺 (面神經麻痺) (Bell's palsy)
- 351.9 未明示之面神經疾患 (Facial nerve disorder, unspecified)
- 351.90 面神經疾患 (Facial nerve disorders)
- 351.91 顏面神經麻痺 (Facial nerve paralysis)

中醫診斷：

面癱

病因病機：

面神經麻痺有周圍性和中樞性兩型。周圍性面神經麻痺是莖乳突孔內急性非化膿性面神經炎引起的周圍性面神經癱瘓。中樞性面神經麻痺不屬本節討論範圍。

本病是因局部營養神經的血管受風寒刺激發生痙攣，導致面神經組織缺血、水腫、受壓而發病，通常均為急性起病，一側面部突然癱瘓，數小時內即達高峰，部分病人起病前有同側耳後、耳內、乳突區或面部輕度疼痛，數日後發現面肌癱瘓，臨床表現為前額皺紋消失，眼裂擴大，鼻唇溝平坦，口角下垂，面部被牽向健側，面肌運動時上述體徵更明顯，如面神經受損在莖乳突孔以上，影響鼓索神經時，可出現病側前 2/3 舌部味覺減退或消失，如面神經在發出鐮骨肌分支以上處受損時，則有味覺損害和聽覺過敏，膝狀神經節受累時，則病側乳突部疼痛，耳廓及外耳道感覺遲鈍，外耳道出現皰疹，岩淺大神經受累時，則淚液分泌減少，病側面部出汗障礙，面神經麻痺恢復不完全時，可出現癱瘓肌痙攣和聯帶運動，進食時，病側眼淚外溢，顳部皮膚潮紅，發熱，汗出等。

1. 中樞性麻痺

自顏面神經核至大腦中樞途徑所產生的疾病：如腦炎、腦腫瘤、腦出血所引發的對側性，中樞性的顏面麻痺。

2. 末梢氏麻痺

(1). 貝爾氏麻痺

貝爾氏麻痺是一種最常見單側、末梢性、下運動神經元之頭面神經麻痺。

(2). 外傷性顏面神經麻痺

外傷性顏面神經麻痺僅次於最常見的貝耳氏麻痺，佔第二位。主要是於頭部外傷所致之骨折，以及中耳顯微手術、聽神經瘤手術、腮腺手術等手術傷害。

(3). 感染性顏面神經麻痺

(a) 中耳炎併發的顏面神經麻痺。

(b) 耳帶狀皰疹

(4). 腫瘤性顏面神經麻痺

顏面神經腫瘤極為少見，多發生於顏面神經管內，大部分為良性的神經瘤或神經纖維瘤，病人會有漸進式的顏面麻痺，毫無恢復跡象。

(5). 先天性顏面麻痺

出生時即發現顏面麻痺，多為先天性胚胎發育異常或出生前顱內出血所致。

診斷要點：

起病突然，每在睡眠醒來時，發現一側面部板滯、麻木、鬆弛，眼瞼閉閣不全，流淚，口角不垂，不能蹙額、皺眉、露齒、鼓頰和吹口哨，額

紋消失，鼻唇溝平坦、舌苔薄白，脈浮緊或浮緩。若兼見耳後、耳下疼痛、聽覺過敏者，為病及少陽；兼見患側舌前 2/3 味覺減退或消失者，為病及陽明胃腑；若病程延久，兼見患側面肌跳動，自覺發緊，或癱瘓肌攣縮，口角歪向病側者，為肝血虧損、筋脈失養。

治療方法：

治療主穴為風池、陽白、攢竹、迎香、地倉、頰車、翳風、合谷

方義淺解：

風池、翳風同屬少陽，風池又是陽維脈之交會穴，具有祛風通絡止痛的作用，尤適用於耳後乳突痛。陽白、攢竹、地倉、頰車等穴有疏調經氣的作用，可按面癱部位選穴，可以採用透刺法，以加強通調經氣的作用，例如常用的地倉透頰車。合谷為手陽明經原穴，屬循經遠取法，是治療面癱的主穴，有“面口合谷收”之稱。

病及少陽者加外關、陽陵泉；病及陽明胃腑者加足三里；病損肝血者加三陰交、太衝；鼻唇溝平坦者加迎香；人中溝歪斜者加水溝；頰唇溝歪斜者加承漿；聾鼻困難者加上迎香；閉眼困難者加魚腰、絲竹空。

注意事項：

一般常見的是感染後或外傷後的顏面神經麻痺症，可以明顯看出針灸之療效，若治療一段時間後，症狀改善不明顯，必須做進一步的檢查，以確定是否有器質性病變（如：腫瘤等），以免延誤病情。

(七)、腓腸肌痙攣

ICD-9-CM 及西醫病名：

- | | |
|---------|--|
| 726.700 | 踝及附骨附著組織病變(Enthesopathy of ankle and tarsus) |
| 729.40 | 肌膜炎(Fasciitis) |
| 729.82 | 痙攣(Cramp) |
| 728.85 | 肌肉痙攣(Spasm of muscle) |

中醫診斷：

腿肚轉筋

病因病機：

常見病因有鈣離子缺乏、無菌性炎症、勞損過度。

診斷要點：

腓腸肌為小腿後側強有力的肌肉，起始於股骨二髁的後側，抵止於跟骨的後部，常因肌肉強力收縮，踝關節過度背伸，或長期慢性勞損而致損傷。輕者為小腿腓腸肌牽拉性損傷。重者可造成部份或全部斷裂。

治療方法：

針委中、承山、崑崙、殷門、陽陵泉、足三里。

方義淺解：

腓腸肌以膀胱經循行為主，以委中、承山、崑崙等疏經活絡，陽陵泉緩痙止痛，足三里止痛。

(八)、肌肉萎縮

ICD-9-CM 及西醫病名：

728.20 功能退化（廢用性）(Deconditioning)

728.2 肌肉耗損及廢用性萎縮，他處未歸類者(Muscular wasting and disuse atrophy, not elsewhere classified)

中醫診斷：

痿證

病因病機：

本證常見於多發性神經炎、小兒癱瘓後遺症、早期急性脊髓炎、肌營養不良症、周期性麻痺和癱病性癱瘓等。

診斷要點：

痿證以四肢肌肉弛緩無力，失去活動功能為主症。

1. 凡起病急，發展快，屬於肺熱津傷或濕熱侵淫者，多屬實證；病史較久，起病與發展較慢，屬於肝腎虧損者，多屬虛證。
2. 凡兼見發熱，咳嗽，煩心，口渴，小便短赤，大便乾燥，舌苔黃膩，脈細數者，屬肺熱津傷證。
3. 凡兼見身重，胸脘痞悶，小便混濁，舌苔黃膩，脈濡數者，為濕熱證。
4. 凡兼見腰脊痠軟，遺精早泄，頭暈目眩，少苔舌紅，脈細數者，為肝腎虧損證。

治療方法：

主要穴位為手三里 中腕 胃俞 脾俞 足三里 陽陵泉 三陰交。

上肢配肩髃、曲池、合谷、陽谿、外關、後谿。

下肢配環跳、風市、梁丘、懸鐘、解谿。

方義淺解：

本證取穴側重於陽明經，並佐其他經穴通經活絡，疏利筋骨，乃宗《素問·痿論》“治痿獨取陽明”之說。陽明為多氣多血之經，內聯脾胃，脾胃為五臟六腑之海，主潤澤與調養宗筋，而宗筋主約束骨骼，有利於關節運動。另外，陽明經與衝脈會合於氣街，衝脈為“十二經之海”，有涵蓄十二經氣血的作用，故陽明可總調十二經氣血。此外，陽明經又聯繫帶脈

和督脈，帶脈約束諸經，督脈調節蓄溢諸陽經氣血。故陽明虛，則諸經不足，不能濡潤宗筋，發為痿證。所以痿證的治療，當以調節陽明為主。方中取中脘、手三里、胃俞、脾俞、足三里、三陰交等穴，旨在調理脾胃，補益氣血，濡潤宗筋，養肌肉，利關節。佐以陽陵泉，可舒筋通絡。上下肢配穴，亦宗此法，以加強療效。

肺熱者配尺澤、肺俞；濕熱者配陰陵泉、商丘、內庭；肝腎虧損者配肝俞、腎俞、太衝、太谿、絕骨。

(九)、關節強直及牽縮

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 718.400 關節緊縮(Contracture of joint)
- 718.41 關節緊縮，肩部(Contracture of joint,shoulder region)
- 718.42 關節緊縮，上臂(Contracture of joint,upper arm)
- 718.43 關節緊縮，前臂(Contracture of joint,forearm)
- 718.44 關節緊縮，手(Contracture of joint,hand)
- 718.45 關節緊縮，骨盆及股部(Contracture of joint,pelvic region and thigh)
- 718.46 關節緊縮，下肢(Contracture of joint,lower leg)
- 718.47 關節緊縮，踝及足(Contracture of joint,ankle and foot)
- 718.48 關節緊縮，其他明示部位(Contracture of joint,other specified sites)
- 718.49 關節緊縮，多處部位(Contracture of joint,multiple sites)

中醫診斷：

關節強直

病因病機：

關節發育障礙、過勞或外傷、神經疾患等所引起。

診斷要點：

關節強直、運動障礙，或因牽縮變形，運動受其限制，若屈伸時輒感劇烈之掣痛。

治療方法：

- 1.腕關節：大陵、陽池、腕骨。
- 2.指關節：二間、中渚、前谷、八邪。
- 3.肘關節：尺澤、曲池、曲澤。
- 4.肩關節：肩髃、巨骨、臂臑。
- 5.股關節：環跳、風市、委中。
- 6.膝關節：委中、陰陵泉、陽陵泉、犢鼻、鶴頂、血海、梁丘。
- 7.跗關節：太谿、崑崙、商丘、丘墟。
- 8.趾關節：八風

方義淺解：

根據強直部位不同，選擇主要以疏經通絡活血化瘀為治療原則。

(十)、關節炎

ICD-9-CM 及西醫病名：

711.000 化膿性關節炎(Pyogenic arthritis)

713.0 關節病變，與其他內分泌及代謝性失調有關者，部位不明
(Arthropathy associated with other endocrine and metabolic

disorders)

713.2 關節病變，與血液疾病有關者(Arthropathy associated with hematological disorders)

713.3 關節病變，與皮膚疾患有關者(Arthropathy associated with dermatological disorders)

714.0 類風濕關節炎(Rheumatoid arthritis)

715.000 骨關節病，全身性者(Osteoarthritis,generalized)

719.400 關節痛(Pain in joint)

中醫診斷：

痺證

病因病機：

臨床上常見的風濕熱、風濕性關節炎、類風濕性關節炎、骨關節炎、纖維織炎以及神經痛等病。

診斷要點：

關節痠痛，或部分肌肉痠重麻木，遷延日久，可致肢體拘急，甚則關節腫大。由於人體素質不同，感受風寒濕邪各有偏勝，症狀表現各異，如風氣勝者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺。

1. 行痺：風性善行，肢體關節有走竄疼痛，彼狀此起，痛無定處。有時兼見寒熱，舌苔黃膩，脈浮滑。
2. 痛痺：寒性凝滯，遍身或局部關節疼痛，痛有定處，遇熱痛減，遇冷則劇，舌苔白，脈弦緊。
3. 著痺：濕性黏滯，肌膚麻木，肢體關節痠痛，重著不移，陰雨風冷每可

促其發作，苔白膩，脈濡緩。

4. 熱痺：關節痠痛，局部紅腫灼熱，痛不可觸，關節活動不利，單關節或多關節，並兼有發熱、口渴、苔黃燥、脈滑數等症狀。

治療方法：

根據痺證性質、發病部位，治法以局部取穴、循經取穴和按病證取穴為主，輔以阿是穴。行痺、熱痺用毫針淺刺瀉法，也可用皮膚針叩刺；痛痺深刺多留針，多灸，或溫針灸，或隔薑灸；著痺針灸並施，或採用溫針、皮膚針、拔火罐。

針灸處方舉例：

肩部：肩髃 肩髃 臑俞 合谷 外關 後谿

肘部：曲池 尺澤 天井 外關 合谷

腕部：陽池 外關 陽谿 腕骨

背脊：水溝 身柱 命門 腰陽關

膝部：膝眼 梁丘 陽陵泉 陰陵泉 膝陽關 風市

踝部：申脈 照海 崑崙 丘墟 解谿

行痺：風池 風府 臑俞 血海 三陰交

痛痺：腎俞 命門 關元

著痺：足三里 陰陵泉 商丘

熱痺：大椎 曲池

方義淺解：

上述分部位之針灸處方，主要是根據病變部位及經絡循行選取穴位，以疏通經絡氣血之閉阻，使營衛調和則風寒濕三氣無所依附而痺痛得解。

病在皮膚肌肉當淺刺，病在筋骨當深刺久留針，隨其證情變化而針刺之。若按病性處方：“風氣勝者為行痺”，取風池、風府以祛風；配膈俞、血海、三陰交養血活血以治行痺；取治風先治血，血行風自滅之意。“寒氣盛者為痛痺”，治當溫經散寒，故重用灸法，並取命門、腎俞、關元灸之，以益火之原，振奮陽氣，驅散寒邪。“濕氣勝者為著痺”，治當利濕通絡，故取足三里、陰陵泉、商丘，以健運脾胃，利濕通絡。

四、呼吸系統

(一)、咳嗽

ICD-9-CM 及西醫病名：

491.9 慢性支氣管炎，未明示者(Unspecified chronic bronchitis)。

465.9 急性上呼吸道感染，未明示位置者(Acute upper respiratory infection of unspecified site)。

中醫診斷：

寒咳、熱咳、燥咳。

病因病機：

咳嗽是人體為了將呼吸道當中的粘液排出體外，所採取的一種生理性的反射作用，咳嗽也可以受到意志的控制，經由傳出徑路達到呼吸肌肉及聲門，引起咳嗽的動作。當咳嗽反覆發生無法控制，或咳嗽無法發揮排出粘液的功能之時（如吸吸道狹窄或塌陷）以及不伴隨著粘液排出之時（如刺激性的乾咳），才可認為是不正常的或有害的咳嗽。

咳嗽病因可分為由炎症反應（感染症）引起者，由機械性刺激（吸入異物）引起者，由化學性刺激（吸入刺激氣體）引起者，由溫度刺激（吸入冷或熱的空氣）引起者，及由心理因素引起者等。急性咳嗽最常發生於上呼吸道感染及急性支氣管炎，咳嗽先是輕咳，以後帶有粘液或膿液狀的痰，可能伴有頭痛、咽痛、肌痛、倦怠、發燒等症狀，慢性咳嗽常發生於肺結核、支氣管擴張症、及慢性支氣管炎。

診斷要點：

1. 外感咳嗽：

多為新病，起病急，病程短，常伴肺衛表證，屬於邪實。

2. 內傷咳嗽：

久病或反覆發作，起病緩，身無表證，多見虛實夾雜，本虛標實。

治療方法：

處方主穴是列缺、合谷、肺俞。

亦可以配合風門，大杼（用灸法或拔火罐）、曲池、大椎、少商，商陽、尺澤。

方義淺解：

肺俞穴在足太陽膀胱經，是肺的背俞穴，主要用於治療呼吸方面的病症，如咳嗽、哮喘、鼻炎等，針刺、艾灸均可有一定療效。合谷穴是手陽明大腸經的原穴，經絡下行到鎖骨上窩，深入體腔聯絡肺，向下穿過膈肌，屬大腸。本穴與肺經絡穴列缺配合，屬於原絡穴相結合，加強其治療作用。尺澤係肺經之合穴，「合主逆氣而泄」。針灸尺澤可理肺止喘，開胸行氣。

注意事項：

1. 以上諸穴在治療時，外感咳嗽宜淺刺用瀉法，內傷咳嗽針宜平補平瀉，並配合艾灸。
2. 急、慢性咳嗽與氣候、飲食、情志等有關，故宜注意保暖，忌食辛辣厚味。
3. 戒菸對本病的恢復有幫助。
4. 灸療法對本病發作或初發期療效較滿意，久病患者必須配合內科服藥調養治療。

(二)、過敏性鼻炎

ICD-9-CM 及西醫病名：

477.80 過敏原所致之鼻炎 (Allergic rhinitis due to allergen)

477.90 過敏性鼻炎 (Allergic rhinitis)

中醫診斷：

鼻鼈

病因病機：

過敏性鼻炎是以陣發性鼻癢、鼻塞、噴嚏、大量水樣鼻涕、鼻粘膜水腫為主要臨床特徵的鼻病，現代醫學認為其發病的主要原因是其在過敏反應體質的人，接觸塵埃、花粉、真菌、動物毛髮、化學粉末、油漆，或食入魚蝦、肉類、某些藥物等過敏原引起。大約 60% 有家族過敏史。此外，內分泌、免疫、致敏原等因素，情緒波動、冷熱變化、陽光或紫外線的刺激，也可導致本病的產生。

診斷要點：

1 肺氣虛弱：

稍遇風冷即鼻癢難忍，噴嚏速作，大量清水涕，鼻塞不通，遇溫則上症明顯減輕，平時面色晄白，動則氣短，自汗咳嗽，舌淡苔薄白，脈細弱

2. 肺脾氣虛：

晨起即鼻癢噴嚏，流涕，鼻塞不重，伴納穀不香，飲食減少，腹脹便溏，倦怠，自汗，舌淡黃，苔白滑，脈虛緩。

3. 腎陽虧虛：

噴嚏時作，清涕不止，怕冷喜溫，伴耳鳴耳聾，腰痠膝軟，肢冷怕涼，

夜尿多，舌淡苔薄白，脈沈細。

4.肺經鬱熱：

鼻內刺癢，鼻塞身重，噴嚏，流粘液樣涕，能粘成結塊，伴口苦煩躁，舌質紅，苔薄黃，脈浮細數。

5.肺腎陰虛：

鼻內刺癢，反覆噴嚏，遇風加重，鼻塞，鼻涕不甚多，呈粘液樣，發作後鼻內乾燥，伴耳鳴，口乾咽燥，五心煩熱，舌質紅苔少，脈細數。

6.氣滯血瘀：

日久不癒，鼻塞明顯，時噴嚏流涕，婦女每於月經前後發作，舌邊尖瘀點瘀斑，苔薄白，脈細澀。

治療方法：

1.體針

第一組：迎香、印堂、上星、風池；

第二組：百會、大椎、膻中、天突、內關；

第三組：肺俞、脾俞、腎俞、合谷、太衝。

以上三組穴位可輪換使用，一日一次，10天為一療程。

2.艾灸：艾灸穴位，有溫經通鼻竅的作用。常用穴位分二組：

第一組：百會、上星、中脘、神闕、氣海、足三里；

第二組：身柱、命門、膏肓、湧泉、三陰交。

每次選一組穴位，每穴懸灸5分鐘，每日一次，10天為一療程。

方義淺解：

針刺迎香、印堂可宣通鼻竅。上星是頭部前端用於清腦止鼻血之要穴。

雙側迎香與印堂、上星具有明顯通鼻清熱之功。風池為手足少陽陽維陽蹻之會，針之能祛風清鼻。百會、大椎為督脈與手足三陽經之會穴，可通達週身之陽經，為疏風解表，溫經通陽之要穴。膻中是八會穴中之氣會，屬任脈穴位，有寬中降氣平喘之效。天突為任脈之穴，能宣肺化痰主治哮喘咳嗽。內關為心包經絡穴，有鎮嘔止吐、開胸利膈之功。合谷與太衝分別是大腸經與肝經之原穴，兩邊四穴合稱「四關穴」。大腸經之循行在交人之後，左之右，右之左，上夾鼻孔，以經之所過，病之所治。

注意事項：

1. 針灸治療過敏性鼻炎的症狀有療效。
2. 每日可自我用手指按摩迎香合谷 2~3 次，每次 3~5min，以局部有酸脹感為度，亦可用艾灸足三里 3~5 壯。平時常使室內通風，增加室外活動和體育鍛鍊，以增強防禦外邪的能力。

(三)、支氣管哮喘

ICD-9-CM 及西醫病名：

493.900 氣喘未提及氣喘積重狀態 (Asthma, without mention of status asthmaticus)

493.910 氣喘併氣喘積重狀態 (Asthma, with status asthmaticus)

中醫診斷：

哮、喘、上氣。

病因病機：

支氣管哮喘是常見的呼吸道過敏性疾病，一年四季均可發生，尤以秋

冬季發病率最。發作前常有咳嗽、悶氣等先兆症狀，旋即出現呼吸急促，喉間哮鳴聲，甚則張口擡肩，多呈被迫性坐位或跪伏位，呼氣性呼吸困難非常明顯，嚴重者可見唇指紫紺現象。一般發作數十分鐘或數小時可緩解，緩解後症狀暫時消失，形如常人。

哮喘可大致分為外源性和內源性兩大類。外源性哮喘常於幼年發病，具有明顯的對多種過敏原的變態反應史。內源性哮喘常於成年開始，支氣管迷走神經反應性增高，傾向於常年發作，且較嚴重。外源性與內源性哮喘在發病過程中可互相影響而混合存在。

哮喘多由I型（速發型）過敏反應引起。過敏原來自體外。多因吸入花粉、塵滿、動物毛屑、黴菌等；少數因食用魚、蟹、蝦、蛋類、奶類等食品；或接觸油漆、染料等；或服用藥物如阿司匹林、抗生素等而發病；哮喘亦可由神經因素導致。

診斷要點：

1. 寒證：

喘而氣粗，痰白清稀，鼻流清涕，形寒肢冷，舌苔薄滑，脈象沈弱。

2. 熱證：

喘而口渴，淡黃粘稠，咳痰不爽，煩熱面赤，舌苔黃膩，脈象弦數。

3. 實證：

喘而氣粗，胸悶多痰，咳嗽頻作，不能平臥，舌苔白膩，脈象細弦滑。

4. 虛證：

喘而氣微，動則喘甚，咳痰無力，氣怯聲低，舌苔白滑，脈象細弱。

治療方法：

1. 發作期取合谷、定喘、天突、內關穴。咳嗽痰多加孔最、豐隆。每次選用 1~2 膈穴，重刺激，留針 30 分鐘，每隔 5~10 分鐘撚針 1 次，每日或間日治療 1 次，背部可加拔火罐。
2. 緩解期取穴大椎、肺俞、足三里。腎虛加腎俞、關元；脾虛加中脘、脾俞。每次選用 2~3 個膈穴，用輕刺激，間日治療 1 次。
3. 久年氣喘的病人多屬虛症，可重用灸法，如於五柱穴（中脘、梁門、巨闕、下脘）施灸。

方義淺解：

大椎、身柱為督脈穴。督脈總督一身陽氣，大椎又為手足三陽與督脈之會，故針刺大椎及身柱有振奮陽氣作用。天突為降氣平喘之要穴，諸穴合用，可奏溫陽平喘之力功。合谷係手陽明大腸經原穴，有明顯退熱作用。豐隆係足陽明胃經絡穴，別走足太陰脾經，長於化痰平喘。

注意事項：

1. 針灸對哮喘病患的症狀緩解有幫助。
3. 哮喘患者，要注意保暖，防止感冒，忌食易引起哮喘發作的食物，不可多食屬性寒涼的食品，避免接觸誘發因素(如：過敏原)。戒菸是減少發作和防止病情加重的條件之一。
3. 要戒除不良嗜好，如吸煙。
4. 應適當參與體育鍛鍊(如：游泳、體操)，增加抗病能力。
5. 哮喘病發作嚴重時，可配合現代醫學的方法緊急救治。

(四)、慢性阻塞性肺氣腫

ICD-9-CM 及西醫病名：

492.80 肺氣腫 (Emphysema)

492.8 其他肺氣腫 (Other emphysema)

中醫診斷：

肺脹

病因病機：

肺氣腫是指終末細支氣管遠端（呼吸細支氣管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）的氣腔彈性減退，過度膨脹、充氣和肺容積增大。因此本病表現以咳嗽、喘促、桶狀胸為特徵。其病因及發病機理至今尚未完全明瞭，引起慢性支氣管炎之各種因素，如感染，吸煙、大氣污染、職業性粉塵和有害氣體的長期吸入、過敏等均與本病的形成有關。常見是由於支氣管慢性炎症，破壞肺組織形成慢性阻塞性肺氣腫，也是慢性支氣管炎最常見的併發症。

慢性支氣管炎併發肺氣腫時，則在咳嗽、咳痰等症狀基礎上出現逐漸加重的呼吸困難。最初僅在勞動、上樓或登山時有氣促，隨病變的發展，在平地活動時，甚至在靜息時也感氣短。當急性發作時，支氣管分泌物增多，進一步加重通氣功能障礙，胸悶、氣短加重。嚴重時可出現呼吸衰竭症，如紫紺，頭痛、嗜睡、神志恍惚等。

診斷要點：

1. 久病肺虛：

如內傷久咳、支飲、喘哮、肺癆等肺系慢性疾患，遷延失治，痰濁滯留，肺氣鬱阻，日久導致肺虛，成為發病的基礎。

2. 感受外邪：

肺虛衛外不固，外邪六淫每易發作乘襲，誘使本病發作，病情日益加重。病變首先在肺，繼則影響脾、腎，後期病及於心。

治療方法：

第一組：尺澤、魚際、膻中、中脘、關元、豐隆、太谿。

第二組：曲澤、風門、肺俞、大椎、膏肓、腎俞、足三里。

針灸治療本症可將穴位分為二組，隔日交替針灸。

方義淺解：

尺澤為肺經合穴，可清肺經燥熱，肅肺止咳。魚際是肺經榮穴，具有瀉肺、清痰、止咳之功。豐隆為胃經絡穴，別走足太陰脾經，可運中焦脾胃之氣，長於化痰平喘，膻中穴為八會穴之氣會，有理氣化痰平喘之功。中脘為胃經募穴，亦是八會穴之腑會，與氣會相合，可順氣和胃，化痰降濁。關元為足三陰與任脈之會穴，本穴配合腎經原穴太谿，用以補攝下焦元氣，且滋陰瀉火。

曲澤為心包經之合穴，可行氣活血。風門係膀胱經與督脈之會穴因風邪多從此入故名，善於祛風散寒平喘。肺俞是主宣通肺氣。大椎係督脈與手足三陽交會穴，可散熱止咳，與膏肓肺俞共奏溫肺益氣祛風平喘之功。

五、心臟循環系統

(一)、怔忡 (心悸)

ICD-9-CM 及西醫病名：

427.20 陣發性心搏過速 (Paroxysmal tachycardia)

427.600 早期收縮 (Premature beats)

427.90 心臟性節律不整 (Cardiac dysrhythmia)

中醫診斷：

驚悸、怔忡。

病因病機：

心悸是指病人本身感覺到自己心臟的跳動，發生心悸的病人有時也會陳訴胸口發悶或呼吸不暢。無論自覺的心跳是快或是慢、是規則或是不規則，心悸都是一種令人極不愉快的感覺。一般說來，心悸的原因可大致分為正常的現象、心理情緒障礙引起之心悸、心臟本身或心臟以外的器官發生病變但並無心律不整者、無論心臟本身或其他器官是否發生病變均以心律不整為主要表現者。

心悸發作的時候，多半也會有呼吸不暢、呼吸困難、頭暈、和胸痛等症狀，呼吸困難常被描述成：不能吸入足夠的空氣、窒息的感覺、吸氣不舒暢等。臨床上，心悸的最常見及最重要的原因就是心律不整，它可出現於下列幾種情況：竇房結本身發出的「衝動」發生障礙、以及竇房結以外的部位發出不正常的「衝動」之時，通常可依其臨床表現分為心搏過緩、期外收縮、及心搏過速。

診斷要點：

辨別虛實。心之氣、血、陰、陽虧虛者屬虛，痰火、水飲、瘀血等為患者屬實。辨之之法，應在辨別症狀的基礎上，著重診察舌脈。如脈細弱，舌淡多為氣血虛弱；脈細數，舌紅少苔多為陰血虧虛；脈沈遲為陰虛內寒；脈弦滑有力，舌紅苔黃膩多為痰熱內擾；脈細滑，舌胖邊有齒痕，苔膩多為水飲內停；脈澀、舌質紫黯或有瘀點、瘀斑為血瘀之象；脈結為氣血虛甚，或痰瘀阻滯；脈代為臟氣衰微。

依中醫辨證，心悸可分為心神不寧、心血虧虛、陰虛火旺、心陽不足、痰火擾心、水飲凌心與心絡瘀阻等型，臨床當結合辨病而論治。

治療方法：

主穴：內關、神門、心俞、巨闕。

方義淺解：

心俞係心經之氣輸注於背部的俞穴，為治療心臟病的主穴。內關為八脈交會穴之一，屬心包經，有活血止痛，調整氣機的作用。神門為心經原穴，巨闕為心之募穴，兩者有寧心安神作用。針刺上述穴可以調氣活血，寧心寬胸，使心悸得到緩解。

注意事項：

1. 虛證宜補，依其氣、血、陰、陽虧之不同，分別配合採取補氣、養血、滋陰、溫陽等內科療法。虛實夾雜者，按其輕重緩急，相應兼顧。在治療過程中，酌情加用安神藥物，常能提高療效。
2. 針灸治療心悸不僅能控制症狀，而且對疾病本身也有治療作用。但在器質性心臟病出現心衰傾向時，則應針對病情的輕重緩急，及時採用中西醫結

合治療。

3.對病患宜減少憂思、惱怒、驚恐等情志刺激。

(二)、心痛

ICD-9-CM及西醫病名：

410.900 急性心肌梗塞 (Acute myocardial infarction)

410.910 急性心肌梗塞，初期治療 (Acute myocardial infarction , initial episode of care)

中醫診斷：

真心痛、厥心痛、胸痺。

病因病機：

心肌梗塞又稱為心肌梗死，是由於部分心肌迅速發生嚴重而持久的缺血、缺氧而導致的心肌壞死。臨床上可出現胸痛和由於組織壞死所引起的發熱等一系列全身反應，並出現心電圖反映心肌損傷、缺血和壞死的進行性演變過程的變化。該病常因發生急性循環功能障礙、嚴重心律失常等合併症而危及患者生命。

多數急性心肌梗塞都是由於冠狀動脈的粥樣硬化所致；較少數可由於風濕性心臟病、結節性多動脈炎、梅毒性動脈炎等引起的冠狀動脈閉塞、栓塞或血栓形成而導致心肌梗塞。急性心肌梗塞，根據其主要臨床表現為胸痛，並常伴有心律失常、心力衰竭和休克等嚴重合併症。

疼痛一般較為劇烈，難以忍受，常帶有緊悶或壓迫感，有的可呈壓榨性伴有窒息感。疼痛部位常位於胸骨中上後部，並向左側或兩側胸部、頸

部、下頷、上肢等處放射。胃腸症狀在心肌梗塞發病早期相當多見，特別是當疼痛劇烈時，常發生噁心、嘔吐。有的甚至以胃腸症狀為主要症狀。

診斷要點：

1. 氣虛血瘀：

胸痛劇烈、痛有定處。心慌氣短，自汗乏力，語聲低微。舌質紫黯或有瘀斑，脈細或結代。

2. 氣陰兩虛、血瘀痺阻：

突然胸前區疼痛，如刺如絞，胸悶氣短，倦怠乏力，心悸怔忡、脈細數或結代。

3. 心陽虛衰、寒凝心脈：

卒然心痛，宛若刀絞，胸痛徹背，胸悶氣短，心悸不寧，神倦乏力，形寒肢冷，自汗出，舌質淡黯，舌苔白或白膩，脈沈細或沈遲或結代。

4. 陽脫陰竭：

大汗淋漓，四肢厥逆，張口擡肩，喘促不得臥。甚則神志不清，口舌青紫，脈微欲絕。

治療方法：

心俞、厥陰俞、膻中、巨闕、內關、神門、足三里。

方義淺解：

心俞是心臟之背俞穴，具有振奮心陽之功，取心經募穴巨闕配心俞，可補益心血。厥陰俞係心包之背俞穴，具活血理氣以寬胸利膈、宣通氣機；內關係心包經之絡穴，別走手少陽，係八脈交會穴之一，通陰維脈，陰維之為病，令人苦心痛，故用為輔穴以助心俞，並加心經原穴神門，則治療

效果更佳。足三里係足陽明之合穴配合內關又可通經而鎮痛。

注意事項：

1. 針灸治療本病，在發作期或緩解期均有療效。
2. 患者往往因情緒波動和精神刺激而反覆發作和加重，故患者應度嗔怒，保持心情樂觀。
3. 患者應少食多餐，忌暴飲暴食，少食肥甘，禁食辛辣。適當多吃些蔬菜水果，保持大便通暢。
4. 睡眠應充足，注意氣候變化和避免過度勞累。
5. 若心痛劇烈，手足青至節，汗出肢冷，脈沈細或結代者，屬真心痛，已出現急性心肌梗塞，應採取中西醫結合治療措施。
6. 針灸對減輕和緩解心絞痛、心肌梗塞、心律不整確有良好的治療效果。
7. 針灸治療對於症狀減輕但仍需以持續心電圖的追蹤檢查。
8. 患者應注意飲食起居，飲食宜清淡，忌肥甘厚味，力戒煙酒。勿大喜、大悲、過於激動，並保持平靜、愉快的心情。

六、腸胃系統

(一)、牙痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

523.9 未明示之齒齦與牙周疾病 (Unspecified gingival and periodontal disease)

中醫診斷：

牙痛 (虛證牙痛、火熱牙痛)

病因病機：

牙痛的原因包括齲齒、牙髓炎、牙周病等，所造成的急性炎症。

診斷要點：

1. 虛症牙痛：

如隱隱作痛，時作時息，口不臭、脈細或齒浮動。

2. 火熱牙痛：

牙痛甚烈、兼有口臭、舌苔黃、口渴、便秘、脈洪等症，亦或如痛甚而齦腫、形寒身熱、脈浮數等症者。

治療方法：

合谷、內庭、頰車、聽會、曲池。治牙疼，刺手陽明經合谷二穴。

方義淺解：

合谷是手陽明經代表穴，內庭是胃經重要腧穴，手足陽明經均經過齒槽，故為代表用穴。

注意事項：

1. 先針痛側之合谷穴，針斜向上入，至患者感覺痠麻如有電氣直達臂上時，

用雀啄術直至刺痛停止，然後出針，倘仍不止，當刺另手之合谷穴。仍未止者，再刺內庭、下關、頰車、耳門，直至痛止。(針灸科學)

2. 本類病症若是由熬夜所造成的牙痛，亦或是火熱牙痛初起所致的牙床紅腫疼痛、齒齦突起、咀嚼困難則可用針灸止痛，並配合藥物治療。
3. 若是急性牙髓炎症，宜請牙醫師診治為宜。

(二)、胃脘痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 531.30 急性胃潰瘍、未提及出血、穿孔或阻塞 (Gastric ulcer, acute without mention of hemorrhage or perforation, without mention of obstruction)
- 531.400 慢性胃潰瘍併出血，未提及阻塞 (Gastric ulcer, chronic with hemorrhage, without mention of obstruction)
- 532.30 急性十二指腸潰瘍，未提及出血、穿孔或阻塞 (Duodenal ulcer, acute without mention of hemorrhage or perforation, without mention of obstruction)
- 532.500 慢性十二指腸潰瘍併穿孔，未提及阻塞 (Duodenal ulcer, chronic with perforation, without mention of obstruction)
- 532.900 急性或慢性十二指腸潰瘍，未提及出血或穿孔與阻塞 (Duodenal ulcer, as acute or chronic, without mention of hemorrhage or perforation, without mention of obstruction)
- 535.00 急性胃炎，未提及出血 (Acute gastritis, without mention of

hemorrhage)

535.400 胃炎，未提及出血 (Gastritis, without mention of hemorrhage)

535.500 胃炎及胃十二指腸炎，未提及出血 (Gastritis and gastroduodenitis, without mention of hemorrhage)

中醫診斷：

胃脘痛 (肝氣犯胃、脾胃虛寒)

病因病機：

常見的胃脘痛病因有消化性潰瘍 (包括胃潰瘍、十二指腸潰瘍)、胃炎 (包括服用阿斯匹靈，非類固醇抗炎藥、酒精及嚴重壓力如燒傷、敗血症、外傷、手術、休克等)，可能有上腹部不適、噁心、吐血或黑便等症狀。

診斷要點：

1. 肝氣犯胃：

胃脘脹痛，攻痛連脅，噯氣頻頻，或兼嘔逆酸苦，苔多薄白，脈象沈弦。

2. 脾胃虛寒：

胃脘隱痛，泛吐清水，喜暖惡涼，按之痛減，神疲乏力，苔白，脈虛軟。

治療方法：

內庭、足三里、內關、中脘、脾俞、公孫、膈俞、胃俞為主穴。

方義淺解：

足三里為胃經之合穴。內關、公孫是八脈交會配穴法，善治心胸胃脘疼痛。中脘為胃之募穴，正當胃中，用針或灸均可為主穴。

注意事項：

1. 先針內關、足三里，次針上中下三脘 (任脈穴，在胃的附近表面之穴位)，

- 均留針加灸，疼痛立止，可稱特效；慢性者加灸脾俞、胃俞。
2. 針灸治療胃痛，具有明顯的鎮痛效果，可同時配合灸法治療。
 3. 胃痛患者應注意飲食調養，保持精神放鬆，如戒煙酒、檳榔，飲食定時、少量多餐等，對減少復發和促進康復有重要的意義。

(三)、嘔吐

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 530.0 賁門鬆弛不能及賁門痙攣 (Achalasia And Cardiospasm)
- 530.9 未明示之食道疾病 (Unspecified Disorder Ofesophagus)
- 530.90 食道疾病 (Disorder Ofesophagus)
- 536.2 習慣性嘔吐 (Persistent vomiting)
- 536.8 消化不良及其他胃功能性障礙 (Dyspepsia and other specified disorders of function of stomach)
- 560.1 麻痺性腸隔 (Paralytic ileus)

中醫診斷：

嘔吐 (寒客胃脘、熱邪內蘊、宿食不消、胃氣虛弱)

病因病機：

許多類疾病會有嘔吐的表現，如：

1. 腸胃急症：腸胃炎、消化不良、腸道感染及食物中毒。
2. 內分泌疾病：糖尿病性酮酸中毒。
3. 藥物引起：如一些消炎藥、抗生素引起的副作用。
4. 心因性：急性心肌梗塞。

5.其他：懷孕（前三個月）、腸胃出血、精神性（如緊張、煩惱）。

診斷要點：

1.寒客胃脘：

時吐清水或稀涎，苔白脈遲，喜暖畏寒，或大便溏薄。

2.熱邪內蘊：

食入即吐，嘔吐酸苦熱臭，口渴，大便燥結，脈數苔黃。

3.宿食不消：

腹脹滿或疼痛，食入更甚，噯氣厭食，肛門排氣。苔厚膩，脈滑實。

4.胃氣虛弱：

嘔吐時作，胃納減少，大便微溏，神疲肢軟，脈弱無力，苔薄膩。

治療方法：

主穴是內關、大陵、內庭、足三里、中脘、三陰交。

方義淺解：

1.膈俞是血會，可鎮定膈神經，主治吐食翻胃、食飲不下，故是治療嘔吐的

主穴。

2.上脘位於胃之上口，灸之可溫胃益氣、配膈俞則降氣止吐。

3.章門是臟會，又是脾之募穴，灸之可消食化滯、理氣止吐。

注意事項：

先針心包經的內關、大陵和胃經的內庭、足三里、左右施針、疼痛嘔吐可止。次用細毫針刺任脈的中脘、上脘、天突，用置針術。如無發熱、各灸三五壯、使每針均感痠麻、三兩次即可痊癒。如仍不癒，加刺任脈的建裏、下脘、脾經的公孫、胃經的天樞和膀胱經的脾俞、胃俞、三焦俞等

穴。

針灸治療嘔吐有療效。但上消化道嚴重梗阻、癌腫引起的嘔吐以及腦療變引起之嘔吐，有時針灸只能作對症處理，應重視原發病因的治療。

針灸對於病程短的實證療效較好，病程長的虛證宜用灸法，取得療效較佳。如呃逆見於危重病後期，正氣虛敗，呃逆不止，飲食不進，出現虛脫傾向者，宜配合其他療法治療。

(四)、便秘

ICD-9-CM 及西醫病名：

564.0 便秘 (Constipation)

中醫診斷：

便秘 (實秘、虛秘)

病因病機：

由於機械性、內分泌性、神經性等病因，所造成排便次數減少或排便困難，以致於腹痛、腹脹及糞便嵌塞稱之。

- 1.機械性病因而：結腸直腸腫瘤、憩室炎、腸扭結疝氣、腸套疊以及肛門直腸疼痛（起因於裂隙、痔瘡、膿腫）
- 2.內分泌疾病：糖尿病、甲狀腺功能低下症、庫辛氏症候群。
- 3.神經性病因而：脊髓受傷、多發性硬化症、硬化症、巨結腸症等。

診斷要點：

1.實秘：

排便次數減少，經常幾日一次，大便燥結難下。如屬熱邪壅結，則見

身熱、煩渴、口臭喜冷，脈滑實，苔黃燥；氣機鬱滯者，每見脅腹脹滿或疼痛，噫氣頻作，納食減少。

2. 虛秘：

因氣血虛者，則見面色唇爪眇白無華，神疲氣怯，舌淡苔薄，脈象虛細等。見腹中冷痛，喜熱畏寒，脈沈遲，舌質淡苔白潤等症。

治療方法：

主要穴位是天樞 氣海 關元 足三里 大腸俞 支溝。

方義淺解：

支溝： 手少陽三焦經之經穴支溝，可清利三焦氣機。

照海： 腎經別脈所出之處，有調理臟腑的作用。

大腸俞：大腸俞是大腸之背俞穴。

足三里：是胃經下合穴。

天樞、關元、氣海三穴，然後輪流施灸五六壯，以腹中覺熱發生蠕動則收效甚大；如大便不暢者，再針支溝、照海、大腸俞、次膠、三陰交、足三里；虛者，再灸太衝、大敦。

注意事項：

1. 針灸治療單純性便秘效果較好。
2. 患者應多食蔬菜水果，進行適當的體能鍛鍊，及養成定時排便習慣。

(五)、泄瀉

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 008.50 細菌性腸炎 (Bacterial enteritis)
- 008.6 特定病毒所致之腸炎 (Enteritis due to specified virus)
- 008.80 其他病原體所致之腸道感染 (Intestinal infections due to other organism)
- 009.0 感染性大腸炎，腸炎及胃腸炎 (Infectious colitis, enteritis and gastroenteritis)
- 009.2 感染性腹瀉 (Infectious Diarrhea)
- 558.2 毒性胃腸炎及大腸炎 (Toxic gastroenteritis and colitis)
- 558.90 非傳染性胃腸炎及大腸炎 (Noninfectious gastroenteritis and colitis)
- 564.9 未明示之腸功能性障礙 (Unspecified functional disorder of intestine)
- 579.90 腸吸收不良症 (Intestinal malabsorption)

中醫診斷：

泄瀉 (寒濕泄瀉、濕熱泄瀉、脾腎虛)

病因病機：

1.非感染性腹瀉：

包括：

(1).乳糖酶不足或濫用多價性瀉劑所引起的滲透性腹瀉。

(2).內分泌病症如：林格氏艾理森氏症候群、類癌腫瘤、甲狀腺髓狀癌所引

起的續發性腹瀉。

(3).糖尿病、腎上腺機能不足、甲狀腺機能亢進、膠原血管疾病、過敏性腸道症候群、上腸胃道大出血所致的腸運動改變造成的腹瀉。

(4).其他：精神緊張、食物積滯引起的腹瀉。

2.感染性腹瀉：

包括：

(1).細菌性：霍亂、細胞毒性大腸桿菌、傷寒桿菌、志賀氏桿菌等侵入性病原菌，以及產腸毒性大腸桿菌、金黃色葡萄球菌、臘腸桿菌等非侵入性病原菌。

(2).病毒性：輪狀病毒、挪瓦克病毒。

(3).寄生蟲：溶組織阿米巴。

診斷要點：

1.寒濕泄瀉：

如偏於寒濕，則便質清稀，腸鳴腹痛，口淡不渴，身寒喜溫，脈遲，舌淡苔白滑膩。

2.濕熱泄瀉：

偏於濕熱，則所下大便黃糜熱臭，腹痛，肛門灼熱，小便短赤，脈象濡數，舌苔黃膩，或下痢赤白，裡急後重，或兼身熱口渴等症。

3.脾腎虛：

如脾虛則面色萎黃，神疲肢軟，不思飲食，喜暖畏寒，大便溏薄，脈濡軟無力，舌嫩苔白；如屬腎虛每於黎明之前腹中微痛，痛即泄瀉。每晨數次，腹部和下肢畏寒，脈沈細，舌淡苔白等。

治療方法：

主要穴位在急性腸炎，針中脘、天樞、足三里、關元、氣海、大腸俞，痛甚加灸神闕。在慢性腸炎，針灸中脘、天樞、脾俞、氣海、神闕，或加灸百會。五更泄灸命門。

方義淺解：

中脘、足三里：以胃之募穴中脘、胃之合穴足三里相配，以補胃益脾。

氣海：針灸氣海，防止虛脫。

天樞：是大腸之募穴，亦為胃經之要穴。可加強大腸氣化功能。

關元：灸之能治下焦之濕熱。

神闕：隔鹽灸可溫腎壯陽，

關元：灸之可助元陽，去寒濕。

大腸俞：灸可固腸止瀉。

脾俞：針、灸併用，以健脾補氣，可溫運脾陽。

大腸俞：是大腸之背俞穴。

注意事項：

1. 對泄瀉的療效，急性易治，慢性較難，但都有中西醫結合治療療效。

若泄瀉頻繁而有嚴重脫水現象或由癌症所引起的腹瀉，則當採取中西醫結合治療。

2. 發病期間應注意飲食，忌生冷油膩之品，並注意飲食衛生。

(六)、脫肛

ICD-9-CM 及西醫病名：

569.1 直腸脫垂 (Rectal prolapse)

中醫診斷：

脫肛 (中氣下陷脫肛、腎陽虛脫肛、濕熱蘊蓄大腸脫肛)

病因病機：

直腸脫垂有三種，包括黏膜脫垂，直腸套疊、真性脫垂：

1. 黏膜脫垂：因括約肌的緊縮造成直腸黏膜的突出而至肛門口。
2. 直腸套疊：即整個直腸壁的突出。
3. 真性脫垂：因骨盆腔腹膜的疝氣脫垂、穿過骨盆橫隔膜、前直腸壁及肛門。

診斷要點：

1. 中氣下陷脫肛：

肛門脫出，咳時或大便時即脫出，需用手按方能送回，肛頭色淡無紅腫疼痛，面色白，口唇淡，氣短，或有咳嗽，舌質淡，少苔，脈虛弱無力。

2. 腎陽虛脫肛：

脫肛伴見頭暈眼花，健忘，五更瀉，或有遺精陽萎，腰膝痠軟，全身畏寒，小溲頻數，舌體胖嫩，苔少潤，脈沈細。

3. 濕熱蘊蓄大腸脫肛：

肛門脫出，紅腫疼痛，口渴便燥，面赤唇紅，舌紅，苔黃，脈弦數。

治療方法：

主要穴位委中、承山、長強、百會。

方義淺解：

長強：為督脈之別絡，針之，可增強肛門的約束機能。

百會：為督脈穴，為諸陽之會，針灸本穴可以提肛。

委中：為膀胱經之合穴，可治肛門疾患，配合承山，可加強療效。

注意事項：

1. 先針承山二穴，繼刺長強，加灸五六壯，再灸百會五壯，如仍未癒，加灸命門、神闕，用鋪鹽臍內，灸隨年壯數。
2. 可配合現代醫學之護理方法，防止脫肛之出血及感染，若上述針灸療效差，可考慮手術治療或內服藥。
3. 針灸治療痢疾效果較好，雖能迅速控制症狀，但中毒性痢疾，病情容易快速惡化，需採中西醫結合綜合治療。
4. 若在痢疾流行期間，應控制飲食或禁食，並實行隔離檢疫，並應注意飲食飲水衛生，以防傳染。

七、肝膽系統

(一)、肝硬化

ICD-9-CM 及西醫病名：

571.2 酒精性肝硬化 (Alcoholic cirrhosis of liver)

571.5 肝硬化，未提及酒精性者 (Cirrhosis of liver without mention of alcohol)

571.6 膽道性肝硬化 (Biliary cirrhosis)

中醫診斷：

肝硬化（氣滯濕阻、水濕困脾、濕熱蘊結、肝脾血瘀、脾腎陽虛、肝腎陰虛）

病因病機：

肝細胞因多種原因受傷後，在修復過程中，肝臟組織被分隔形成肝硬化，肝的正常結構，轉變成不正常構造的小結節所組成。常見病因有：酒精、病毒性肝炎（B型、D型、非A非B型膽汁性硬變、血色沈著病、威爾森氏病、 α_1 -胰蛋白酶抑制素缺乏症、慢性活動性肝炎、巴德氏奇雅利氏症候群、慢性鬱血性心臟衰竭引起的心臟性肝硬化、藥物與毒素、血吸蟲病等。

診斷要點：

1. 氣滯濕阻：

腹脹按之不堅，脅下脹痛，食少易脹，噯氣，小便少，苔白膩，脈弦。

2. 水濕困脾：

脘腹痞脹，精神困倦，溺少便溏，顏面及下肢浮腫，苔白膩，脈濡。

3. 濕熱蘊結：

腹大堅滿，煩熱口苦，渴不欲飲，便秘，或溏，溲赤澀，或面目皮膚發黃，舌紅苔黃膩，脈弦數。

4. 肝脾血瘀：

腹大堅滿，脈絡怒張，脅腹刺痛，有血痣，硃砂掌，唇紫，大便黑，面黯，舌紫紅，脈細澀。

5.脾腎陽虛：

腹脹大不舒，脘悶納呆，神倦怯寒，下肢浮腫，小便短小，面色光白，舌淡胖，脈沈無力。

6.肝腎陰虛：

腹大脹滿不舒，甚則青筋暴露，齒鼻衄血，口燥，舌紅絳，脈弦細數。

治療方法：

主要穴位為中脘、內關、期門、章門、足三里。先針中脘、天應，次取足三里、內關、巨闕、期門、章門、肝俞、脾俞、腎俞，或加灸六七壯。

方義淺解

章門：取肝經與足少陽膽經之會穴章門，以疏肝理氣、脾募章門。腑會中脘、亦是胃募。膽募日月；肝募期門。陽陵泉為膽經之合穴。肝俞、膽俞、脾俞則是與膽腑有重要關連的背俞穴。

注意事項：

此病側重灸治，但針後方可灸治，艾力易於滲入。

(二)、黃疸

ICD-9-CM 及西醫病名：

571.30 酒精性肝損害 (Alcoholic liver damage)

571.400 慢性肝炎 (Chronic hepatitis)

571.80 慢性非酒精性肝炎 (Chronic nonalcoholic liver disease)

571.90 慢性肝病，未提及酒精性者 (Chronic liver disease without mention of alcohol)

574.31 膽管結石併急性膽囊炎併阻塞 (Calculus of bile duct with acute cholecystitis , with obstruction)

574.00 膽囊結石併急性膽囊炎，未提及阻塞(Calculus of gallbladder with acute cholecystitis,without mention of obstruction)

中醫診斷：

黃疸 (陽黃、陰黃)

病因病機：

血清膽紅素濃度上升達到 2mg/dl 以上，而造成的皮膚黃色色素化。鞏膜的色素化，常常容易被察覺。血膽紅素過高症發生的有膽紅素過度生產、肝臟攝取量減少、肝臟結合作用減少、膽道排泄減少。肝臟運輸機轉的疾病常合併搔癢，可能是因膽鹽附著於皮膚上之故。

診斷要點：

1.陽黃：

黃色鮮明，發熱，口渴，胸悶嘔惡，腹脹，大便秘結，小便短赤，舌苔黃膩，脈滑數。

2.陰黃：

黃色晦暗，神疲乏力，食少便溏，脘痞腹脹，舌質淡苔膩，脈沈遲。

治療方法：

主要穴位中脘、章門、後谿、至陽、膽俞、脾俞、足三里、內關。

方義淺解：

至陽，屬於督脈，能疏通利膽，為治黃疸之要穴。脾俞，脾的背俞穴，有健脾的作用。腑會中脘，臟會章門，章門又為肝經穴，亦為脾之募穴。

注意事項：

陽黃側重針治，陰黃宜於灸治。

(三)、膽石／脅痛

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 574.00 膽囊結石併急性膽囊炎，未提及阻塞 (Calculus of gallbladder with acute cholecystitis , without mention of obstruction)
- 574.01 膽囊結石併急性膽囊炎與阻塞 (Calculus of gallbladder with acute cholecystitis with obstruction)
- 574.30 膽管結石併急性膽囊炎，未提及阻塞 (Calculus of bile duct with acute cholecystitis , without mention of obstruction)
- 574.50 膽管結石，未提及膽囊炎與阻塞 (Calculus of bile duct without mention of cholecystitis without mention of obstruction)

中醫診斷：

膽石／脅痛 (少陽經症、痰飲內停、肝氣鬱結、瘀血阻絡、肝膽濕熱、肝陰虛)

病因病機：

膽結石主要有三種型：膽固醇、色素，與混合性結石。

下列患者之罹病率較高：肥胖、糖尿病、迴腸疾病、懷孕、使用動情激素或口服避孕藥、血脂過高、肝硬化病患。女性是男性的4倍之多。許多結石並不造成任何症狀。當結石引起發炎或造成膽囊管或總膽管之阻塞時便會發生症狀。主要的症狀有：噁心與嘔吐。

膽石絞痛它常是固定性，位於右上腹部或上腹部之疼痛，多在進食後30-90分鐘發生，持續數小時，偶爾可傳導至右肩胛骨或後背處。

診斷要點：

1.少陽經症：

往來寒熱，胸脅苦滿，口苦，咽乾，目眩，耳聾，不欲飲食，心煩喜嘔，苔白，脈弦。

2.痰飲內停：

懸飲，胸肋脹痛，咳唾、轉側、呼吸疼痛加重，苔白，脈沈滑。

3.肝氣鬱結：

脅脹痛為主，痛無定處，每因情緒變化而發作，胸悶太息，脘腹脹滿，苔薄，脈弦。

4.瘀血阻絡：

脅痛如刺，痛有定處，入夜尤甚，脅肋下或有積塊，舌質紫暗或有瘀斑，脈澀。

5.肝膽濕熱：

脅痛脹滿，口苦心煩，胸悶納呆，惡口嘔吐，目赤或黃疸，小溲黃，脈弦滑，苔黃膩。

6.肝陰虛：

脅肋隱痛，悠悠不休，口乾咽燥，心煩，頭目眩暈，視力模糊，舌紅少苔，脈弦細數。

治療方法：

主要穴位：中脘、內關、章門、期門、日月、陽陵泉。針以上穴位應

可以鎮痛，若疼仍未止，再針中脘、下脘、不容、大橫、期門、章門、京門、天樞。灸天應及中脘、下脘、足三里，大敦、肝俞、脾俞、膽俞亦可參考選用。

方義淺解：

章門：取肝經與足少陽膽經之會穴章門，以疏肝理氣、脾募章門。腑會中脘、亦是胃募。膽募日月；肝募期門。陽陵泉為膽經之合穴。肝俞、膽俞、脾俞則是與膽腑有重要關連的背俞穴。

八、泌尿生殖系統

(一)、慢性腎炎

ICD-9-CM 及西醫病名：

582.1 慢性絲球腎炎，併膜狀絲球腎炎病灶 (Chronic glomerulonephritis, with lesion of membranous glomerulonephritis)

582.9 慢性絲球腎炎，併未明示腎臟病理組織學上之病灶 (Chronic glomerulonephritis with unspecified pathological lesion in kidney)

中醫診斷：

水腫、虛勞、腰痛、血尿

病因病機：

慢性腎炎是內科常見病，是由多種病因引起，經由發病機理，有不同病理改變，原發於腎小球的一組疾病。其臨床特點為病程長（超過1年），多為緩慢進行性。檢查可見蛋白尿、鏡下血尿、水腫、高血壓等。晚期由於腎小球炎症不斷發展，纖維組織增多，腎臟萎縮而出現腎功能衰竭。如果腎臟機能障礙，腎絲球過濾率明顯降低而且病人攝食的鈉又不加限制時，便會出現鈉貯留的現象，而導致水腫。

診斷要點：

1. 肺腎氣虛：

面浮肢腫，面色萎黃；少氣，乏力；易感冒；腰脊酸痛；舌淡、苔白潤、有齒印，脈細弱。

2. 脾腎陽虛：

浮腫明顯，面色蒼白；畏寒肢冷；腰脊酸痛或脛酸腿軟；神疲、納呆或

便溏；性功能失常（遺精、陽萎、早泄）或月經失調；舌嫩淡胖、有齒印、脈沈細或沈遲無力。

3. 肝腎陰虛：

目睛乾澀或視物模糊；頭暈、耳鳴；五心煩熱、口乾咽燥；腰脊酸痛或夢遺或月經失調；舌紅少苔、脈弦細或細數。

4. 氣陰兩虛：

面色無華；少氣乏力或易感冒；午後低熱或手足心熱；口乾咽燥或長期咽痛、咽部暗紅；舌質偏紅、少苔、脈細或弱。

治療方法：

以腎俞、脾俞、太谿、足三里、三陰交、氣海、水分為主要穴位。灸療可取用腎俞、脾俞、三焦俞、水分、氣海、關元、陰陵泉、大椎、命門。

灸療每次選 3-5 個穴位，採用艾條溫和灸法。施灸時將艾條的一端點燃，對準應灸的腧穴部位，約距皮膚 3 釐米處熏烤，使患者局部有溫熱感而無灼痛為宜。一般每穴灸 5 分鐘，至皮膚紅暈為度；或採用艾炷灸，每穴灸 3 壯。隔日灸一次，七次為一療程。

方義淺解：

腎俞可溫補腎陽，配足少陰腎經原穴太谿，以溫腎利水。脾俞可溫運脾陽，足三里可健脾土，三陰交長於疏通脾經，針補氣海以助陽，取水分以利水濕。諸穴配伍，能壯腎陽，健脾運，共收溫陽化氣利水之功。

注意事項：

1. 針灸治療在改善症狀、增強體質、減少反覆發作等方面有較好的療效。
2. 水腫初期，應吃無鹽飲食嚴格控制鹽份的攝取。腫勢漸退後（大約 3 個

月)，可進少鹽飲食，待病情好轉後逐漸增加食物中的鹽量。

3. 應忌酒、辛辣、醋、蝦、蟹、生冷等食品。
4. 注意起居飲食，預防感冒，不宜過度疲勞。

(二)、陽痿

ICD-9-CM 及西醫病名：

607.84 陽萎源起於器官引起 (Impotence of organic origin)

中醫診斷：

陰痿、筋痿、陰器不用、不起。

病因病機：

陽痿是臨床上最常見的男性性功能障礙。通常是指性交時陰莖不能勃起，或雖勃起但勃起不堅，或勃起不能維持，以致不能完全成性交全過程的一種病症。陽痿的發病原因分為器質性和非器質性病變。非器質性的陽痿，大多由精神因素造成諸如過度疲勞，信心不足、焦慮、緊張、恐懼、性交幹擾、感情冷淡、環境不適當等所致。

常見的器質性原因有血管性原因，如靜脈引流障礙、動脈供血不足、動靜脈；神經障礙，(如脊髓腫瘤、顳葉病變、骨盆大面積損傷及服用降壓藥物等)，引起傳導性興奮的神經阻斷；內分泌功能紊亂，(主要有糖尿病、下腦——垂體病變等)；藥源性因素，(如甲基多巴具有 α 阻滯作用，影響勃起和射精)；其他男性疾病的影響、泌尿生殖系統炎症、手術後、外傷及毒性物質的影響等，均可引起勃起障礙。

診斷要點：

肝失疏泄、肝經濕熱、肝血瘀阻、腎陰陽兩虛是陽痿的常見病機。憂思、惱怒、鬱憤、思慮、猜嫉等生活中的精神刺激是常見的情志因素。內在心理素質差，承受外界情志刺激的閾值降低，是情志發病的內在原因。情志因素往往損害肝的疏泄功能，臨床表現為疏泄不及或太過，肝氣鬱結橫逆，氣機不調，血行紊亂，經絡失暢，宗筋失養，發為陽痿。

老年多虛，因虛亦可致瘀。如氣虛失調運，血停為瘀；血虛失潤，澀滯為瘀；陽虛血寒，凝滯為瘀，陰虛血稠，粘滯而瘀。這是老年患者因瘀致痿的常見病機。

治療方法：

主要穴位為關元 足三里 三陰交 太衝。

灸法可取關元 中極 曲骨 神闕 足三里等穴隔薑法灸之。

體針俯臥位取腎俞、命門、蠡溝、肝俞、膽俞、八髎、陰陵泉；灸法取復溜、然穀、命門、腰陽關等穴亦可參考選用。

方義淺解：

傳統醫學認為本證主要與肝脾腎有關，故取任脈與足三陰之交會穴關元和足三陰交會穴三陰交。八髎、陰陵泉，用以清利下焦；腎虛命門火衰者，配腎俞、命門、腰陽關、復溜、然穀。太衝係肝經原穴與俞穴，具舒肝理氣作用。曲骨係肝經與任脈之會穴，中極係任脈與足三陰經之會穴，亦是膀胱經之募穴，以上兩穴合用具有清利濕熱，培元理氣之作用。肝俞、膽俞可疏肝利膽。蠡溝係肝經之絡穴，別走少陽膽經，亦具疏肝理氣作用。

注意事項：

1. 針灸對本病的治療，多數屬功能性的調整，因此在治療的同時，應同時做好患者的心理建設工作。
2. 治療期間，最好減少房事。

(三)、遺精

ICD-9-CM 及西醫病名：

608.9 未明示男性生殖器官之疾患 (Unspecified disorders of male genital organs)

中醫診斷：

虛勞、遺精。

病因病機：

遺精是指不因為性生活或手淫、口淫等其他直接刺激，而發生精液自發外泄的一種現象。在睡眠時夢中發生遺精叫做夢遺；在清醒狀態下發生的遺精為滑精。未婚男子，每月遺精 1-2 次屬正常現象，不屬於本病論述範疇。大部分遺精病人是由精神因素（如神經衰弱）引起，其次，外生殖器及附屬性腺的炎症也可導致遺精，又過度疲勞，酒精成癮，及一些感染性疾病也可造成此症狀。

診斷要點：

本病可辨證而分為心腎不交、腎氣不固、陰虛火旺、濕熱下注等證症。

治療方法：

基本穴取關元 三陰交 太衝 神門 大陵 志室 腎俞 太谿。陰虛火

旺加照海、陰谷。濕熱下注如中極、陰陵泉。

方義淺解：

關元是任脈和肝、脾、腎三經的交會穴，位於小腹，可益氣固腎。太衝是肝經原穴，可疏肝解鬱。三陰交與中極皆是肝、脾、腎三陰經交會穴，可調足三陰經，配合脾經合穴陰陵泉，以清利下焦。取神門與大陵可寧心安神。志室、太谿配合腎俞，可治下元虛損。照海與陰谷，為腎經之經金穴與合水穴。

注意事項：

1. 針灸治療遺精屬功能性者，因此在治療的同時，認真對患者進行解釋和鼓勵，消除患者的疑慮，使其正確認知本病。
2. 對於由器質性疾病所引起的遺精、滑精患者，應同時治療原發病病因，方能有效地治療病人。

九、婦科疾病

(一)、經前期緊張綜合徵

ICD-9-CM 及西醫病名：

625.4 經前緊張徵候群 (Premenstrual tension syndromes)

中醫診斷：

經行浮腫、經前乳脹、經行頭痛、經行身痛

病因病機：

經前期緊張綜合徵是指婦女週期性的在月經前出現的一系列症狀，在身體方面，會出現乳房脹痛、頭頸背痛、感覺體重增加、潮熱、便秘或泄瀉等現象。在精神狀態方面，可能有無精打采、疲倦易懶、情緒低落、煩躁易怒、悲傷欲哭、失眠健忘、精神不集中、性慾降低等痛苦。其特點是症狀在經前 10-14 天出現，月經一旦來潮，所有症狀隨即減輕甚或消失。

診斷要點：

1. 肝鬱氣滯：

本症是臨床最常見之類型。主症是經前乳脹，甚至不能觸衣，頭痛，胸脅躁易怒，小腹滿，舌色黯，脈弦。

2. 脾腎陽虛：

主症是面目浮腫，頭暈、嗜睡、體倦，或經前瀉泄，脘腹脹悶，腰酸腿軟，舌胖有齒痕，苔白，脈沈細。

3. 陰虛肝旺：

主症是經前心煩易怒，頭暈目眩，健忘失眠，舌紅，少苔，脈弦。

4. 心脾兩虛：

主症是心悸失眠，多思善慮，神疲乏力，納差，面色萎黃，舌淡紅，苔薄白，脈細數。

治療方法：

主要穴位：內關 三陰交 風池 太谿 太衝。

方義淺解：

內關、風池、太衝可平肝熄風，清膽肝熱；補三陰交、太谿可滋養腎陰；太衝與太谿分別為肝腎二經的原穴，具平補肝腎之功。本方中百會係督脈和肝經及手足三陽經之會穴，有清熱開竅醒神鎮驚之作用。心包絡之絡穴，通陰維脈之內關穴，以寧心定志。風池係手少陽三焦經，足少陽膽經與陽維脈之會穴，清頭開竅之作用。配合脾、肝、腎三經交會之三陰交穴，尤助於疏經通絡，調和氣血之功。

(二)、月經不調

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 626.1 月經量或次數過少 (Scanty or infrequent menstruation)
- 626.2 月經量異常 (Excessive or frequent menstruation)
- 626.4 月經週期不規則 (Irregular menstrual cycle)

中醫診斷：

月經先期、月經後期

病因病機：

月經的期、量、色、經發生異常，並伴有其他症狀者，稱為月經不調。

月經失調有月經次數稀少，經期短或月經次數多，週期短，經期長，經血過多或紊亂性出血。其臨床表現為：月經周期提前7天以上，甚至1月兩次，稱為月經先期；月經周期退後7天以上，甚至每隔四五十天一次，稱為月經後期；月經不按周期來潮，或先或後，稱為月經先後不定期。若月經周期正常，而經量明顯過多或減少者，稱為月經過多或月經過少。

本病多由性腺內分泌機能失調引起。月經先期，多見於青春期及更年期，病因有卵泡發育差、無排卵、排卵而黃體不健全等；全身性疾病（如貧血、結核病）、卵巢腫瘤內分泌異常（如卵巢機能不全）、精神方面（如情緒改變，精神緊張憂鬱）均可導致月經後期；月經先後不定期，是月經週期正常，但行經期超過7天病因有黃體萎縮或肥大、無排卵性月經、子宮肌瘤、子宮內膜息肉（Endometrial Polp）、子宮肌層內膜炎等。

診斷要點：

1. 月經先期：

以月經先期而至，甚至一月二次，經血量多為主症，或伴有血色紅，質粘稠，舌紅脈數；或伴有血色淡，質清稀，舌淡，脈弱。

2. 月經後期：

以月經延後，甚至四五十天一次，量少為主症，或伴有小腹發涼，面色蒼白，舌淡，脈沈細；或伴有血色黯，胸脅乳房發脹，舌苔薄白，脈弦。

3. 月經先後不定期：

以月經趨前錯後，量或多或少為主症，或伴有胸脅乳房作脹，經行不暢，舌苔薄白，脈弦；或伴有血色淡，質清稀，腰膝酸軟，夜尿多，舌淡，脈沈弱。

治療方法：

治療月經先期：以腎俞、氣海、中極、三陰交為主穴。

治療月經後期：取穴以膻中、氣海、關元、中極、地機、三陰交、行間為主穴。

治療先後無定期：膈俞、腎俞、氣海、關元、足三里、太衝、太谿。一般針用補法，或用灸法。

方義淺解：

腎俞是腎之背俞穴，針灸可溫陽；中極為任脈經穴，又是足三陰經交會穴，有調理衝任的作用；氣海為任脈經穴，三陰交為足三陰經之交會穴，補調和氣血同理衝任之功，則經血自調。關元為三陰經與任脈之會穴；膻中係心包之募穴，也是八會穴之氣會，可用於行氣化滯。地機係脾經穴，能調和營血作用，配合肝經榮穴行間可疏經活絡，清熱理氣。氣血失調可取血會俞以養血理血。腎氣虛衰可取灸腎俞、太谿、足三里，補養腎氣。太衝為厥陰肝經原穴，有疏肝解鬱，理氣調經的作用。

注意事項：

1. 針灸治療月經不調有良好的療效，治療應於經淨後1周進行，一般連續治療3個月經周期。
2. 應注意生活調養和經期衛生，如精神舒暢、調節寒溫、適當休息、戒食生冷和辛辣食。

(三)、痛 經

ICD-9-CM 及西醫病名：

625.3 痛經症 (Dysmenorrhea)

中醫診斷：

經痛臨床常見有氣滯血瘀、寒凝胞中、氣血虛弱、肝腎虧損等所致痛經證候。

病因病機：

經痛或行經前後，發生下腹疼痛或痛引腰薦，以致影響工作及日常生活者稱為痛經。原發性痛經指生殖器官沒有器質性病變，又稱功能性痛經；續發性痛經指因生殖器病變所引起的痛經，如子宮內膜異位症、盆腔炎、子宮粘膜下肌瘤等。本節主要敘述原發性痛經，症狀多為陣發性下腹絞痛、脹痛或墮痛，或痛引腰薦部，痛劇者可放射至股內側及陰道、肛門。多數患者覺小腹痛，喜熱喜按，得熱痛減，按之痛減，經量增多，外流通暢後，疼痛漸緩解或消失。除腹痛外，可伴有噁心嘔吐、腹瀉等消化系症狀，也可有尿頻、尿急、肛門墮脹，患者面色蒼白、冷汗淋漓、四肢厥冷，甚者暈厥虛脫。

痛經常發生於精神緊張、抑鬱、恐懼、情緒不穩定的患者。另外，對痛敏感、痛閾較低者較易發生痛經，而且痛經多發生於有排卵周期的患者，但若口服避孕藥抑制排卵可以治療痛經。若有解剖生理功能異常，如子宮頸管狹窄或子宮過度前傾或後屈時，子宮峽部成角，阻礙經血外流；子宮發育不良，常伴血管供應異常，造成組織缺氧，發生痛經。

診斷要點：

首先應根據疼痛發生的時間、性質、部位以及疼痛的程度，結合月經期、量、色、質及兼症、舌脈，並根據素體情況等辨其寒、熱、虛、實：

1. 虛實：

一般痛在經前、經期多屬熱實；痛在經後多屬虛。疼痛劇烈拒按多屬實；隱隱作痛喜按多屬虛。

2. 寒熱：

絞痛冷痛者屬寒；灼熱痛者屬熱。得熱痛減多為寒；得熱痛增多為熱。

3. 氣血：

痛甚於脹，塊下痛減，或刺痛者多為血瘀；脹甚於痛多為氣滯。經前痛多為氣滯；經後痛多為血虛；經期痛多為氣滯血瘀。

4. 部位：

痛在兩側少腹，病多在肝；痛連腰際，病多在腎。

以上辨證一項不足為憑，臨證時根據上述辨證要點，結合全面情況具體分析，方能辨清症因。

治療方法：

1. 體針

主要穴位為八髎、公孫、三陰交、陽陵泉、太衝、太谿、血海、天樞、子宮、內關、合谷。

2. 耳針

處方：子宮、內分泌、交感、神門、卵巢、腎。

方法：每次選 2-4 穴，中強刺激，留針 20 分鐘，每日 1 次。疼痛較甚者

可用埋針法，埋針期間，讓病人自行按壓針處，加強刺激。

3. 灸療法

處方：關元、中極、氣海、三陰交。

方法：艾條溫和灸，在月經前 1-2 日或月經來潮時施灸，每日 1-2 次，

每次每穴灸 15-20 分鐘。

方義淺解：

八髎穴中的上髎係膀胱經與膽經之交會穴；中髎係膀胱經與膽經、肝經之會穴，與次髎、下髎合稱八髎穴，是治腰痛與盆腔疾病的要穴。中極屬任脈經穴，又為三陰與任脈之會，陽陵泉為膽經合穴，太衝為肝經原穴，兩者同用，則疏利肝膽，理氣調經。氣海為任脈經穴，具有調理衝任的作用；足陽明經所入之合穴足三里，以調補衝任之功。氣海可調氣機，加灸可溫暖子宮散寒瘀；關元可溫陽散寒；太衝乃肝經原穴，可疏肝理氣，加上三陰交穴以調經止痛；太衝、合谷則開四關，通調氣機。

注意事項：

1. 痛經的諸多症狀極適合用針灸治療，因為針灸有快速、有效、安全、價格便宜的治療特性，可積極考慮列為原發性痛經的第一線治療。
2. 續發性痛經，如子宮內膜異位症、盆腔炎、子宮粘膜下肌瘤等。可以用針灸來作症狀緩解的輔助性治療，亦常有療效。
3. 出血量多欲虛脫者，可灸百會或關元穴來急救，可治療出血過多，而導致

休克之患者。

4.失血較少者，可用艾炷隔薑灸神闕、隱白、腰陽關 3-5 壯。

5.痛經的治療時間，以經前 3-5 日開始至月經期末為宜，連續治療 3 個月經周期。平時宜忌生冷，鍛煉身體。

(四)、功能性子宮出血

ICD-9-CM 及西醫病名：

626.80 功能性子宮出血 (Dysfunction uterine bleeding)

中醫診斷：

崩漏、經漏、經崩、血熱內擾證、氣不攝血證、腎陽虧虛證、腎陰虧虛證、瘀滯胞宮證。

病因病機：

功能性子宮出血，是指經婦科檢查未發現生殖器官器質性病變，是指與腫瘤、炎症或懷孕無關的不正常出血，會併發卵巢功能不良及無排卵的現象。係由內分泌失調所引起的子宮內膜異常出血。分為無排卵型和排卵型之分。前者係排卵功能發生障礙，好發於青春期和更年期；後者係黃體功能失調，多見於育齡期婦女。臨床主要表現為月經周期紊亂，經量增多，出血時間延長，淋漓不盡等。長期出血可伴有面色蒼白、心慌無力等貧血症狀。

診斷要點：

崩漏病因有虛、熱、瘀，發病日久常相互轉化。

1.虛者：

有脾腎之虛，有氣血兩虛及臟腑俱虛。

2.熱者：

有實熱及虛熱，熱傷衝任，迫血妄行。

3.瘀者：

七情所傷，衝任瘀滯；或經期、產後未盡復感寒熱致瘀，衝任瘀阻，血不歸經發為崩漏。

治療方法：

1.體針

主要穴位為關元、三陰交、太衝、隱白。

2.耳針

處方：子宮、內分泌、卵巢、皮質下、神門。

方法：中等強度刺激，留針 15-20 分鐘，每日一次，也可用埋針法。

3.灸療法

灸神闕、隱白、腰陽關。

方義淺解：

關元為足三陰、衝、任之會，可以調補衝任，加強固攝，制約經血妄行。三陰交為足三陰經之交會穴，有補脾統血之功效。太衝係肝經之俞穴、原穴，有疏肝理氣，通絡活血之作用。隱白為脾經井穴，是治療婦科出血的常用效穴。合用可調肝、脾、腎三經穴可收到舒肝理氣，統血固攝的效果。

(五)、帶下病

ICD-9-CM 及西醫病名：

623.0 陰道細胞化生不良 (Dysplasia of vagina)

623.5 白帶，未明示為傳染者 (Leukorrhoea, not specified as infective)

623.50 白帶 (Leukorrhoea)

中醫診斷：

白帶、五色帶下

病因病機：

帶下是婦女常見的症狀，由於細菌性、病毒性、特異性或非特異性的感染，造成盆腔充血，引起帶下分泌物增多。包括非特異性感染：使用強鹼、強酸性藥物沖洗外陰、陰道或放置避孕工具、藥物、棉球時間過長等刺激，造成粘膜充血、水腫、分泌物增多。全身患有慢性消耗性疾病，如腎臟疾患、糖尿病等。另外，患有急慢性盆腔炎、陰道炎、宮頸炎或因生殖器損傷、手術，抵抗力下降導致寄生蟲、黴菌性外陰炎、陰道炎及子宮頸炎，病毒性感染及性傳播疾病，例如皰疹、淋病等，亦會造成帶下。患有生殖器官腫瘤，由於腫瘤組織壞死變性，可出現大量血性、惡臭的白帶。

診斷要點：

本病多為濕熱下注引起帶脈失約，沖任失調，濕濁之液下注而成。伴有腰酸腹痛，帶下色白或黃，質稀薄或粘稠量多。一般說來，帶下色白多在氣分；色黃有在氣、在血之分；色赤黑在血分。

1. 濕熱症：

帶下色深（黃、綠、青、赤），質粘稠，有臭味者。

2. 虛寒症：

陰部寒冷，帶下色淡，質稀或有臭味者。

3. 脾虛症：

帶下量多色白質稀，如涕如唾，淋漓下斷者。

4. 腎虛症：

量多質薄，清稀如水。

治療方法：

主要穴位為帶脈、關元、三陰交、足三里、陰陵泉、太衝、中極。

方義淺解：

關元可以清利下焦濕熱之邪，陰陵泉、三陰交可利濕止帶。

注意事項：

絕經前後的婦女，臨床常用灸帶脈，脾俞、腎俞加灸氣海、關元，足三里溫針，是治療帶下的經驗穴，對於下元虛弱者療效顯著。針灸治療帶下病有療效，但應作婦科檢查，明確診斷，而進行治療。年齡在40歲以上的婦女，宜作子宮抹片檢查，排除惡性腫瘤。平時均應節制房事，注意經期衛生。保持外陰清潔。現代醫學治療白帶有沖洗、陰道栓劑、口服藥等等，療效也不錯。但仍有部分的病患無法痊癒而轉向中醫婦科求診。較常見的如黴菌感染後又復發，每一次的治療皆有療效。另外就是也查不出是黴菌、滴蟲或細菌感染，用陰道栓劑稍有改善，但仍天天都有白帶者，尚需配合針灸及藥物治療較佳。

(六)、子宮脫垂

ICD-9-CM 及西醫病名：

618.1 子宮脫出，未提及陰道壁脫出者(Uterine prolapse without mention of vaginal wall prolapse)

中醫診斷：

陰挺、陰挺下脫、產腸不收、子腸不收、陰突、陰茄、陰脫。

病因病機：

凡子宮位置沿陰道下移，低於坐體棘水平以下，甚至脫出陰道口處，稱子宮脫垂。多發於已婚已產婦女，與分娩損傷、盆腔支援組織薄弱和張力減低，腹腔壓力增加，體勢用力影響及骨盆傾斜度的改變有關，常因過勞、劇咳，排使用力等引起反覆發作。

診斷要點：

1. 中氣下陷證：

子宮脫垂，小腹下墜，勞則加劇，神疲肢倦，面色少華，帶下量少；
舌淡苔白，脈虛細無力。

2. 腎氣不固證：

子宮脫垂，小腹下墜，腰酸腿軟，小便頻數，夜間尤甚，頭暈耳鳴，
舌淡苔白，脈沈無力。

治療方法：

1. 體針

主要穴位為百會 關元 曲骨 子宮 足三里 腎俞 曲泉 大赫
維道 照海。

2.耳針

處方：子宮、腎、皮質下（均雙側）。

手法：中弱刺激，每天或隔天1次，也可針刺一側，用藥籽貼敷另一側，每天按壓3-5次，以痛為度。

3.灸療法

處方：百會、關元、氣海、陰交。

方法：艾條懸灸百會，時間約半小時；關元、氣海艾炷直接灸或隔薑灸，每穴5-7壯；三陰交艾條懸灸。此法主治脾腎陽虛所致之子宮脫垂。

方義淺解：

百會為督脈穴，督脈總督一身之陽氣，可升陽舉陷；三陰交、足三里可健脾補胃，培補中氣；子宮為經外奇穴，有提攝子宮之效，是治療子宮脫垂的有效穴。關元為任脈穴，是小腸的募穴，具有強壯作用。

注意事項：

1. 針刺時，須先將脫出於陰道外的子宮推入陰道後再進行，同時還要墊高臀位。
2. 針刺腹部穴位時，要用強刺激手法，使針感散至前陰部或使前陰部有向上收縮的感位，效果會更佳。每次針刺後，配合膝胸臥30分鐘。
3. 應迅速改善便秘、慢性咳嗽的情形，以減少因腹壓而加重子宮脫垂的病症。

(七)、妊娠嘔吐

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 643.03 妊娠輕度嘔吐，住院為治療產前合併症或狀況 (Mild hyperemesis gravidum, antepartum condition or complication)
- 643.030 妊娠輕度嘔吐 (Mild hyperemesis gravidum)
- 643.130 妊娠嘔吐伴有代謝性失調 (Hyperemesis gravidarum with metabolic disturbance)

中醫診斷：

妊娠惡阻(脾胃虛弱、肝胃不和、痰濕阻滯)

病因病機：

半數婦女在妊娠 6 週左右出現輕度噁心嘔吐、頭暈、擇食、體倦等，但有少數婦女出現頻繁嘔吐，甚至嘔吐膽汁，不能進食、進水，進而發生體液平衡失調及新陳代謝不平衡，以至孕婦營養受到嚴重影響者稱為妊娠劇吐。輕度妊娠嘔吐不影響健康和工作，不需要特殊治療，於妊娠 12 週時可自然消失。但中、重度妊娠嘔吐如不及時治療，會造成水電解質和酸鹼平衡失調。

診斷要點：

1.脾胃虛弱：

懷孕早期出現噁心，嘔吐清水，納呆，倦怠乏力，嗜睡。舌淡，苔白潤，脈滑緩無力。

2.肝胃不和：

孕初期嘔吐酸水苦水，胸脅脹滿，噯氣喜嘆息，心煩口苦。舌苔微黃，

脈弦滑。

3.痰濕阻滯：

孕初期胸悶氣短，嘔吐痰涎，不思飲食，頭暈而重，全身困倦。舌苔白厚膩，脈滑。

治療方法：

1.體針

主要穴位：膻中、中脘、足三里、內關、太衝、陽陵泉。每日1次，每次20分鐘，3-5天後可隔日1次，如見效慢。也可針灸並用。

2.耳針

神門、胃、皮質下等穴，取雙側，每日1次，5天為1療程。

3.灸治法

先灸背部，後灸中脘、膻中，共15分鐘，每日1次，嚴重者每日2次，5天為1療程。

方義淺解：

膻中屬任脈，氣之會穴。任主胞胎，有調氣暢中安胎的作用，內關寬胸和中，主治心、胸、胃之疾，配中脘有和胃止嘔之效，足三里則有健運脾胃之功效。

注意事項：

應用針刺治療本病，較藥物效果快且療效顯著，但應注意妊娠早期胞胎未固，針時取穴宜少、忌用臍下腧穴以及針刺手法要輕，以免影響胎氣。惡阻孕婦宜調情志，節飲食，切忌肥甘生冷。

1.鑒別診斷：

(1).葡萄胎或雙、多胞胎嚴重噁心嘔吐

(2).急性腸胃炎或慢性腸胃炎急性發作：(噁心、嘔吐)

病史：飲食不當，食物中毒史

症：上腹及全腹，陣發性疼痛

合併腸炎：腹瀉

(3).病毒性肝炎(黃疸)(肝功能不良)

病史：有肝炎接觸史，嘔吐較妊娠劇吐輕

症：肝區疼痛，腹瀉

(八)、子癇症

ICD-9-CM 及西醫病名：

642.410 輕度或未明示之子癇前症 (Mild or unspecified pre-eclampsia)

642.500 重度子癇前症 (Severe pre-eclampsia)

642.600 子癇症 (eclampsia)

中醫診斷：

子冒、子暈、子風、兒瘡

病因病機：

妊娠 20 週以後，或分娩時或分娩後 1-2 日內，見於妊娠高血壓綜合徵患者，出現頸項強急、目睛直視、眩暈倒仆、牙關緊閉、口吐白沫、四肢抽搐、昏迷的症狀，少時自醒，反覆發作者，稱為子癇。患者常有下肢水腫、頭暈頭痛、眼花目眩、上腹不適、胸悶噁心、蛋白尿等症，稱為子癇先兆。另外，產婦在分娩過程中，感染破傷風桿菌，或產後感染發生腦病者，也可出現四肢抽搐。產後低血鈣的患者，由於血鈣過低，神經肌肉興

奮性增強，也會出現抽搐症狀。因此，應詳細診斷正確的病因，方能對症治療。

診斷要點：

1.肝鬱氣滯：

經前兩脅、乳房、乳頭脹痛或刺痛，煩躁易怒，失眠，口乾苦。舌質暗紅，苔薄白，脈弦或弦滑。

2.肝腎陰虛：

經前頭痛，眩暈，失眠健忘，手足心熱，腰膝酸軟，足後跟痛，口乾渴，耳鳴，大便乾，小便黃。舌質紅，少苔，脈細弦。

3.脾腎陽虛：

經前顏面、四肢浮腫，頭暈，體倦，嗜睡，腹脹納呆，腰膝酸軟，肢冷便溏，小便短少。舌苔白潤、邊有齒痕，脈細軟。

治療方法：

第一組：關元、太谿、豐隆、血海、太衝、陽陵泉、崑崙、帶脈、耳神門(埋針)。

第二組：中極、次髎、公孫、三陰交、曲泉、足臨泣、耳內分泌點(埋針)。

臨床針灸治療本症，分為兩組穴位，於經前 7-10 天即可使用，2 天 1 次，並可在耳上埋針，以加強療效。

方義淺解：

關元係小腸募穴，足三陰經與任脈之會穴，回陽固脫之要穴。太衝與太谿分別為肝腎二經之俞穴與原穴，可治疏肝理氣，又可調補腎氣。豐隆為胃經絡穴，血海為脾經清熱涼血之要穴，配合豐隆清脾除濕。陽陵泉為

膽經合穴，又為八會穴之筋會。帶脈係膽經與帶脈之會穴，有通經止帶利濕。昆崙係膀胱經之經穴，有疏通經絡，消腫止痛作用。耳神門具寧心安神功效。中極係膀胱經募穴，任脈與足三陰之會穴。次膠有通經活絡、強健腰膝之作用。公孫係脾經絡穴，別走胃經，也是八脈交會穴之一，通於衝脈，並可調理心胸胃疾病。針刺耳內分泌點有協助調整性腺功能。

注意事項：

子癩先兆及子癩患者，針灸可減低高血壓及水腫之症狀，但若病患發生感染，宜中西醫結合積極治療方為穩妥。

(九)、更年期綜合徵

ICD-9-CM 及西醫病名：

- 627.1 停經後出血 (Postmenopausal bleeding)
- 627.2 停經或女性更年期之病態 (Menopausal or female climacteric states)
- 627.3 停經後萎縮性陰道炎 (Postmenopausal atrophic vaginitis)
- 627.90 停經及停經後之疾患 (Menopausal and postmenopausal disorder)

中醫診斷：

絕經前後諸症、臟躁、百合病

病因病機：

更年期是由育齡期過渡到老年期的過渡時期，婦女一般在 45 至 55 歲之間，由於卵巢功能衰退、消失，常引起一係系列內分泌失調和自律神經功能紊亂，若再加之心理因素和社會因素等諸多誘因的影響，很易發病。

發病後，除軀體症狀外，常伴有程度不同的神經、精神症狀。表現為潮熱、多汗、頭暈、目眩、煩躁、易怒或抑鬱、多慮，也常出現心悸、胸悶、氣短、肥胖、血管硬化及心肌梗塞或血壓增高另外，也有關節與肌肉疼痛、老年性骨質疏鬆、陰道炎及子宮、陰道萎縮等狀況發生。

診斷要點：

1.肝陽上亢：

頭暈目眩、心煩易怒、烘熱汗出、經來量多、淋漓漏下、舌質紅、脈弦細而數。

2.心血虧損：

心悸怔忡，失眠多夢，五心煩熱，舌紅少苔，脈細數。

3.脾胃虛弱：

浮腫、神疲乏力、瘦小腹脹、舌淡苔薄、脈沈弱。

4.痰氣鬱結：

形體肥胖、胸悶吐痰、脘腹脹滿、噁惡食少浮腫便溏、苔膩、脈滑。

治療方法：

1.體針

第一組：風池、心俞、腎俞、志室、命門、三陰交、太谿、太衝。

第二組：章門、足三里、關元、氣海、神門。

以上兩組主穴可交替使用。

2.耳針

處方：卵巢、內分泌、神門、交感、皮質下、腎、心、肝。

配穴：心律不齊配心、小腸；血壓偏高配降壓溝；面部潮紅、多汗配
交感、面頰、肺。

方法：先用輕手法，待得氣後中等刺激。每次選3-4穴，隔日一次。
或耳穴埋針。

方義淺解：

百會為督脈之俞穴；又是足太陽經交會穴，與風池相配，祛頭目眩暈。
太衝為足厥陰肝經原穴，太谿為足少陰腎經原穴，二穴合用，平肝潛陽，
調補腎水。心俞為心的背俞穴，是治療本臟疾病之主穴，能寧心安神。腎
俞與心俞相合，調和心脾，滋腎寧心。命門為督脈穴，善培元補腎；關元、
氣海為任脈腧穴和膀胱經腎俞，能補氣益元，補腎固本，以強壯體能。

注意事項：

一些研究也証實，對中年婦女而言更年期的生理變化並不是她們在中
老年期所遭遇的最大問題，許多生活事件的轉變、對老年的恐懼，角色的
再學習等，可能才是中年婦女困擾的主因。更年期的研究應超越病理主題，
同時應注意到心理、社會及心類學等其他層面的問題。因此更須整合各個
學科共同努力，針灸主要是做症狀的改善與調整生理的功能而已。

(十)、閉經

ICD-9-CM 及西醫病名：

626.0 無月經 (Absence of menstruation)

中醫診斷：

經閉、經閉不利、歇經

病因病機：

凡女子年齡超過 18 歲，仍無月經來潮（除暗經外）；或已形成月經週期，復停經 3 個月以上者（妊娠或哺乳期除外），均可稱為閉經。全身性疾病，如傳染病、慢性貧血；精神因素，如精神創傷、恐懼、悲傷、環境改變以及嚴重的營養不良等，都可幹擾月經週期引起閉經。

診斷要點：

1. 血枯閉經證：

月經超齡未至，或經期漸漸錯後，經量逐漸減少，終至閉止。或兼見面色蒼白，形體消瘦，皮膚乾燥，舌淡脈細；或兼見實暈耳鳴，腰膝酸軟，五心煩熱，盜汗，舌紅，脈弦細；或兼見神疲氣短，心悸怔忡，納少便溏，面色萎黃，舌淡，脈細弱。

2. 血滯閉經證：

突然閉經，或兼有煩躁易怒，精神抑鬱，胸脅脹滿，小腹脹痛拒按，舌暗或有瘀斑，脈沈弦；或形寒肢冷，小腹冷痛，苔白脈沈遲；或形體肥胖，胸脅滿閉，神疲倦怠，白帶量多，苔膩，脈滑。

(1). 肝腎不足 稟賦不足，腎氣未盛，精氣未裕，肝血虛少，衝任不充，無以化為經血，乃致經閉，此常是少女閉經的主要原因。或因多產、墮胎、房勞無節或久病及腎，致腎精虧損，肝血耗傷，衝任皆虛，胞宮無經血可下而成閉經。

(2). 氣血虛弱 脾胃虛弱，化源不足，或飲食勞倦，憂思過度，損傷心脾。或大病、久病、或數脫於血（吐血、下血、小產等），以致營血大虧，衝任血虛，無血化經水，致成經閉。

(3).陰虛血燥 素體陰虛，或失血陰虧，或久病營血虧耗，陰虛生熱，

燥灼營陰，血海乾涸，發為經閉，重至虛勞閉經。

(4).氣滯血瘀 七情內傷，氣結則血滯。或經期、產時血室正開，風冷

寒邪入胞宮，或內傷生冷寒涼，血得寒則瘀滯。或熱邪煎熬陰血

而稠澀。氣滯血瘀相因為患，衝任瘀滯，胞脈阻隔，故經水不行。

(5).痰濕阻滯 肥胖之人，痰濕之體，復因脾陽失運，濕聚痰盛，脂、

痰、濕阻滯衝任，胞脈壅塞而經不行。(知音中醫婦科)

治療方法：

1.體針

血枯閉經證：脾俞、腎俞、關元、氣海、足三里、三陰交，用補法或灸法。

血滯閉經證：中極、血海、三陰交、合谷、太衝、豐隆，用瀉法。

2.耳針

處方：內分泌、肝、腎、脾、神門、皮質下、子宮、卵巢、三焦、盆腔、下腹。

手法：根據臨床表現及耳穴陽性反應情況，每次選3-4穴，中等刺激，隔日1次，10次為1療程。先用毫針法1個療程後，怕痛者可直接用壓丸法。

3.電針

處方：歸來、三陰交、中極、地機、曲骨、血海。

方法：配對應用以上穴位，即歸來配三陰交，中極配地機，曲骨配血海。

每次選其中1對穴位，或各對穴交替使用，每日或隔日治療1次，每次15-20分鐘。

方義淺解：

膈俞為血之會，取腎俞合任脈穴氣海、關元、脾俞、足三里、三陰交調補脾胃腎諸經。中極屬任脈經穴，可調和沖任，血海為足太陰經穴，調和氣血之功；合谷是手陽明經原穴，配足厥陰經原穴太衝疏肝理氣；三陰交為脾經穴，配足陽明經穴豐隆，健脾和胃，祛濕化痰。諸穴合用，可以理氣活血通經。

注意事項：

1. 針灸治療閉經雖然有效，本病除了針灸治療外，配合藥物治療更易奏效。
2. 引起閉經的原因很多，如貧血、結核病、腎炎、心臟病均可繼發閉經，臨證應進行必要的檢查，以明確病因，以便採取相應措施。
3. 原發性閉經應要注意先天異常疾病之可能，任何情形下之主訴「停經」、「閉經」，仍以懷孕為第一優先要排除的可能。

肆、討論

經二次與會專家學者會議，相關討論事項如下：

1. 中醫證候分類，大多根據症狀，但是，針灸的辨證分型則不易截然區分的問題：

在專家學者會議中曾有人提出在臨床運用上，對於同一病症每位醫師所使用的穴位，可能會有極大的差異，為了追求大多數一致的意見，折衷方案則是在處方穴位上，宜有主要治療穴位（6~8個），但是可根據病症的需要而加減穴位或輪流使用（有主穴或君穴6~8個、臣穴、佐穴及使穴若干個，以供臨床使用）。

但是本手冊若作為健保審查之唯一依據的話，則有專家擔心，有些醫師的處方是否會依手冊所用之穴位而核刪申報經費，故會議中決議，只要對於某些病症之針灸治療，能提出針灸相關書籍或文獻做為佐證，則不應以本手冊所載穴位內容為限。

2. 有關針灸治療適應證範圍，應如何界定比較恰當的問題：

本報告是以中醫師全聯會與世界衛生組織所公佈針灸治療適應證範圍為主，若有新增治療適應證，則視實際需要再擇期增訂之。

3. 有關在本參考手冊初稿完成後，要如何集思廣益以昭公信：

經與會專家學者討論，建議宜再召開專家及針灸醫師代表會議，以完成針灸參考手冊之定稿及審稿工作。

4. 有關研究成果的目錄中各“系統”名稱方式之問題：

本研究乃是以西醫系統分類為主，是為了方便中、西醫能夠參照現代醫學病名，加入現代醫學相關知識。至於有哪些病症應再加入針灸共

識手冊中或某些病應納入哪一系統之問題，例如：過敏性鼻炎將另行獨立為五官科一個章節或歸屬於呼吸系統疾病的問題，目前仍值得討論。本初稿目錄為暫時性訂定性質，將來再召開專家學者會議時，對於每一章節將會進行最後的修訂。

5. 專家學者會議中，曾有提及各種不同的臨床治療方式（例如：小針刀、藥餅灸、蜂針、水針、耳針、電針、拔罐、雷射灸、刮痧....等治法），或強調依特殊療效穴位（例如：董氏奇穴或依個人特殊經驗穴位等）有很好的治效，也應列入給付項目，但因考慮到將所有治療方式均納入給付的複雜性較高，所以治療方法暫時以針或灸法為主（6~8個主穴），總不離循經取穴、基本配穴的原則。但若將全部經驗納入，則篇幅過多，無法寫成精簡的共識手冊，因此討論的結果，基本內容大家並無重大歧見，但也應重視個人特殊之治療經驗，尤其在健保審查上，不應侷限一家之言之原則。

經充分討論結果，先由林昭庚教授完成初稿，交由各地區中保會代表充分討論後，再印製成冊，分發各位醫師參考，將來再擇期補充，增訂治療方式及治療穴位。

6. 電針多用於肌肉較多的穴位，比較適用於筋肉或骨節酸痛之病症，使刺激能持續一段時間，使用電針時，應注意體質虛弱的病人，電針使用的強度、頻率不宜太強、太久，穴位的選取，以各疾病灸主要穴位即可，故多數病症，不一定要明文規定。

電針之適應病症為皮膚感覺障礙、周圍神經損傷、遲緩性癱瘓、神經衰弱、神經炎、腰肌勞損、坐骨神經痛、急性扭挫傷、落枕、周圍神經麻痺所致癱瘓、慢性腰腿痛、神經性皮炎等。

穴位電刺激療法有較強的鎮痛作用，主要是電刺激皮膚感受器，通過軸突反射和大電流通過組織，使組織蛋白發生變性分解，而形成血管活性態或胺，以及電流刺激能抑制交感神經使血管擴張，改善局部缺血、缺氧狀態，加速滲出物的吸收，故能止痛。另外，電流作用於神經，刺激粗纖維，通過「閘門」的機制而呈現止痛作用。

在使用電針時，一般頭面部刺激要較弱，時間宜較短；四肢腰背部可較強，時間可較長。如應用感應電，頭面部可 5~30 秒鐘，四肢腰背可 1~3 分鐘。直流電頭面部用 10~15 毫安，2~3 秒鐘，連續 2~3 次。每天或隔天治療一次，一般 7~10 次為一療程。一療程後可停一周。

需特別注意的是直流電不應在心前區應用，通電量需視患者的耐受程度靈活掌握，第二腰椎以上通直流電治療時，電極應放在同側上下，防止電流橫貫脊椎。至於其刺激劑量，宜以當時情況調整，不必另外在各節另作規定。

對於神經肌肉相關疾病，使用電針的療效較佳，所以在臨床上是用以加強止痛效果為主，可在相近的兩個主穴（例如：同側的委中、承山穴）使用電針。電針有其效用，可推薦於臨床上使用，但是其劑量、直/交流電、波型選擇之掌握，醫護人員必須時時注意病患當時狀況變化，以防暈針情況發生。

伍、結論與建議

- (一)、W.H.O.建議治療的項目由 1979 年的 43 種增加到 1996 年的 64 種，大陸公告的針灸適應症已達到 100 多種疾病。我們也可試著以逐年增加的針灸治療適應症的項目方式，界定增加針灸治療適應證範圍。
- (二)、本參考手冊應增加針灸急症、安寧照護針灸治療，以彰顯針灸治療之特色，現在已編寫完成。
- (三)、大陸典籍的分類分型法僅可供參考，將來還需要加入現代醫學檢驗報告或超音波等儀器的診斷結果，將來應陸續在注意事項中寫出尚須鑑別診斷的病症名稱。
- (四)、本參考手冊目前僅完成初稿，將來宜再召開專家及針灸醫師代表會議，以完成針灸臨床處方參考手冊之定稿工作。
- (五)、專家均一致同意針灸臨床處方參考手冊，必須簡要以備臨症使用，但宜應註明本書僅作為臨床上重要參考資料，將來健保審查時不應以本書所列內容為限，仍然必須參考其他針灸專書與文獻才能完備。

陸、參考文獻

1. 楊甲三主編，腧穴學，上海科學技術出版社出版，1983
2. 楊長森主編，針灸治療學，上海科學技術出版社出版，1983
3. 明·楊繼洲：針灸大成，世一書局，1987
4. 王德深：中國針灸文獻提要，人民衛生出版社，北京 1990
5. 楊甲三主編：針灸學，知音出版社出版，1990
6. 清·陳夢雷：古今圖書集成醫部全錄，人民衛生出版社，北京 1991
7. 丁光迪：諸病源候論校注，人民衛生出版社，北京 1992
8. 林昭庚：新針灸大成，中國醫藥學院針灸研究中心出版，台中 1993
9. 羅永芬：腧穴學，上海科學技術出版社出版，1994
10. 薛立功主編：針灸臨證指南，中國計量出版社出版，1995
11. 鄧良月，黃龍祥：中國針灸證治通鑑，青島出版社，青島 1995
12. 王德深：中國針灸文獻提要，人民衛生出版社，1996
13. 彭榮琛：針灸處方大辭典，北京出版社，北京 1997
14. 中國中醫藥光盤圖書館—針灸全錄，中國中醫藥出版社，北京 1997
15. 黃維三：針灸科學，正中書局出版，臺北 1997
16. 石學敏主編：針灸治療學，上海科學技術出版社出版，1998
17. 郭長青，張莉，馬惠芳主編：針灸學現代研究與應用，學苑出版社，1998
18. 疾病分類代碼查詢手冊，中國醫藥學院附設醫院印行，2000
19. 劉立公，顧傑：針灸典籍通覽，上海科學技術出版社出版，2000
20. 邱茂良主編：中國針灸治療學，江蘇科學技術出版社授權，知音出版社
(繁體字版) 出版，2001

21. 針灸臨床治療經驗集，臺北市中醫師公會，2001

22. 邱仙靈，孔昭遐，邱茂良：針灸治法與處方，上海科學技術出版社出版，
2001

附錄一：針灸臨床處方參考手冊會議記錄

針灸臨床處方參考手冊——第一次專家學者會議

時間：中華民國九十年四月二十九日（星期日）上午十點整

地點：中華民國中醫師公會全國聯合會

主席：林昭庚教授

出席委員：施純全、吳勝賢、黃蕙茶、許昇峰、郭文華、陳朝宗、
羅國鶴、徐煥權、鄭文雄、林文彬、梅翔、李政育、
盧樹森、遊智勝、吳宏乾

針灸臨床處方參考手冊——第二次專家學者會議

時間：中華民國九十一年十月二十八號（星期日）上午十點整

地點：中國醫藥學院立夫教學大樓 10 樓針灸中心

主席：林昭庚教授

出席委員：吳宏乾、林昭庚、孫茂峰、高宗桂、張永賢、盧樹森、
許世明、許昇峰、郭文華、陳旺全、陳俊明、曾國烈、
賴榮年、羅綸謙、蘇奕彰、吳勝賢、李育臣

會議結論：

為了達到健康保險的品質保證及符合健保制度，相較於西醫尚未編寫完整的臨床參考手冊，針灸臨床參考手冊的製作花了不少時間；編寫過程中，經過二次針灸專家學者會議討論，認為針灸臨床參考手冊必須簡要，著重在臨床上的實用，將臨床上針灸較有效的病症和西醫已遇瓶頸的疾病，特別加入成為針灸治療之特色。

希望各位專家學者集思廣益給予意見，以尋求常見疾病針灸診治常規

之共識，試著以逐年修訂的方式，增加針灸治療適應症的項目，以臻於完善。另建議審查針灸門診申報作業時，以本參考手冊為重要參考依據，但不應以參考手冊內容為限，仍然必須參考其他文獻才能完備。

目前在花蓮慈濟醫院安寧照護以針灸作為疼痛控制的治療，已有相當成就，故安寧照護針灸治療已編寫完成，加入參考手冊內容之中；而針灸對於急救有療效，學者建議應把昏厥等針灸急症加入，成為專章，目前已經加入相關資料，編寫完成。

本參考手冊為研究性質，初稿業已完成，目前依照專家學者意見，正陸續添加編寫內容，以求逐年充實參考手冊內容，且專家學者決議必須經過各公會代表開會通過後再公告實施，較為恰當。