

基层中医适宜技术手册

（2026 版）

《基层中医适宜技术手册（2026版）》

编委会

主 编

刘金峰

副主编

王思成 陆建伟

执行主编

孟庆彬 严华国 范劲松

执行副主编

邢 超 董云龙 欧阳波 刘陆阳
张 瑞 王 瑾 李 素 亓 玢
陈 锐 任 艳 许伟明

专家组

（以姓氏笔画为序）

朱立国（组长） 翁维良（组长）
于永铎 王锡友 王麟鹏 刘保延
杜双庆 杨龙会 杨志敏 宋柏林
张维波 陈日新 陈泽林 胡镜清
高思华 常淑玲 符文彬 董福慧

编 委

(以姓氏笔画为序)

于 杰	于 娟	于永铎	于雪峰	马 瑞	马玉侠	王 平
王 顺	王 程	王 聪	王文远	王权午	王莹莹	王桂玲
王锡友	王澍欣	田 宁	田纪钧	朱立国	朱秀峰	刘长信
刘俊昌	刘媛媛	关 玲	严 振	李 彬	李云英	李丹丹
李昭凤	李滋平	杨 明	杨 莉	杨 路	杨 巍	杨华元
杨志敏	杨继国	吴兴全	吴海芳	邱鹏栋	余 瑾	沈 潜
宋柏林	张 丽	张安仁	张春红	张振宇	张晓辰	张海波
张维波	张敬文	陈日新	陈昌乐	陈泽林	林定坤	周 斌
秦凤霞	袁 军	袁普卫	徐振华	高思华	郭 义	唐 勇
唐宏亮	符文彬	符仲华	梁 宜	梁 浩	梁凤霞	寇久社
董福慧	焦 琳	谢长才	裴 建	裴 莹	樊志敏	薄智云

工作人员

(以姓氏笔画为序)

马雅蓉	王 萱	王毓岩	公一囡	石建美	邢 凯	刘锡政
祁秋菊	许达成	孙 健	苏克雷	李 新	吴 倩	余晓伟
余柯晓	张 宇	陈 辰	范建虎	金信妍	段华鹏	贾术永
唐 静	曹 越	谢丁一	路 越	鲍 玺	廖结英	

前 言

习近平总书记指出，中医学是我国各族人民在长期生产生活和同疾病作斗争中逐步形成并不断丰富发展的医学科学，是我国具有独特理论和技术方法的体系。《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》明确要求，通过完善相关技术规范等方式，鼓励引导基层医疗卫生机构提供适宜的中医药服务。《中医药振兴发展“十五五”规划》和《医疗卫生强基工程中医药行动方案》均对推广中医适宜技术提出明确要求。基层中医药服务是中医药发展的根基，是维护人民群众健康的重要保障。面向基层推广中医适宜技术，是提升基层中医药服务能力和水平的重要内容，是落实分级诊疗制度的有力抓手，是促进中医药传承创新发展的重要任务，对于方便群众就医、减轻群众负担、维护群众健康具有重要意义。

为推进医疗卫生强基工程中医药行动实施，进一步提升基层常见病、多发病中医诊疗水平和服务能力，国家中医药管理局在《基层中医适宜技术手册（2025 版）》的基础上，对照新版《中医医疗技术手册（2026 版）》等技术规范标准，充分吸纳基层意见建议，突出质量安全管理要点，修订形成《基层中医适宜技术手册（2026 版）》，收录 11 类 70 项中医适宜技术。《基层中医适宜技术手册（2026 版）》对每项技术的使用提供了规范性指引，内容包括简介、临床应用、禁忌证、操作前准备和操作步骤、注意事项和常见不良反应的处理等 5 部分。简介部分，简要介绍技术内容；临床应用部分，包括主要适应证和病证举例，其中病证举例以基层常见病、多发病为主；禁忌证部分，列出主要禁忌疾病状态和不宜使用的特定情况；操作前准备和操作步骤部分，对操作器具、准备和步骤进行说明；注意事项和常见不良反应的处理部分，说明了主要不良反应和防范措施。

《基层中医适宜技术手册（2026 版）》供包括基层医疗卫生机构在内的各

级各类医疗机构参考使用。使用过程中，相关技术人员需遵守有关法律法规并具备相应资质。医疗机构应当按照《医疗技术临床应用管理办法》及相关规章制度要求，开展与其功能定位、技术能力相适应的技术服务，确保医疗质量安全，防控各类风险隐患。同时，医疗机构和人员应严格执行《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）等文件要求。

基层使用中医适宜技术不限于《基层中医适宜技术手册（2026版）》所列类别和项目，地方各级中医药主管部门可根据实际适当扩充群众需求强烈、基层广泛应用、临床疗效确切和安全性高的基层中医适宜技术项目。我们将持续根据基层中医药服务需求，适时优化相关技术、增补其他适合在基层使用的中医适宜技术。使用过程中如有问题和意见建议，请反馈至中国中医药科技发展中心。

《基层中医适宜技术手册（2026版）》编委会
2026年9月

目 录

第一章 针刺类技术	1
第一节 毫针技术	1
第二节 头针技术	4
第三节 耳针技术	8
第四节 面针技术	11
第五节 腕踝针技术	15
第六节 皮肤针技术	19
第七节 腹针技术	22
第八节 三棱针技术	25
第九节 皮内针技术	28
第十节 火针技术	30
第十一节 镵针技术	33
第十二节 浮针技术	36
第十三节 电针技术	40
第十四节 穴位注射技术	44
第十五节 穴位埋线技术	47
第十六节 平衡针技术	50
第十七节 醒脑开窍技术	54
第十八节 靳三针技术	57
第十九节 贺氏三通技术	60

第二章 推拿类技术	65
第一节 皮部经筋推拿技术	65
第二节 脏腑推拿技术	67
第三节 关节运动推拿技术	70
第四节 关节调整推拿技术	72
第五节 经穴推拿技术	75
第六节 小儿推拿技术	76
第七节 膏摩技术	79
第八节 足部推拿技术	81
第九节 中医手法通乳技术	84
第三章 刮痧砭术类技术	87
第一节 刮痧技术	87
第二节 撮痧技术	92
第三节 砭石治疗技术	95
第四章 拔罐类技术	98
第一节 拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术	98
第二节 药罐技术	102
第三节 刺络拔罐技术	105
第四节 针罐技术	108
第五章 灸类技术	112
第一节 麦粒灸技术	112
第二节 隔物灸技术	115
第三节 悬灸技术	118
第四节 温针灸技术	121
第五节 热敏灸技术	122
第六节 雷火灸技术	125
第七节 督灸技术	129
第八节 脐灸技术	132
第九节 火龙罐综合灸技术	134

第六章 敷熨熏浴类技术	138
第一节 中药敷贴技术	138
第二节 中药热熨敷技术	141
第三节 中药冷敷技术	143
第四节 中药湿敷技术	145
第五节 中药熏蒸技术	148
第六节 中药泡洗技术	151
第七节 蜡疗技术	154
第八节 三伏贴技术	157
第七章 中医微创类技术	160
第一节 针刀技术	160
第二节 刃针技术	163
第八章 骨伤科技术	168
第一节 脱位整复（复位）技术	168
第二节 外固定技术	171
第三节 牵引技术	178
第九章 肛肠科技术	185
第一节 挂线技术	185
第二节 结扎技术	188
第三节 中药灌肠技术	190
第十章 气功类技术	194
第一节 五禽戏	194
第二节 八段锦	203
第三节 六字诀	215
第四节 易筋经	223
第十一章 其他类技术	234
第一节 芳香治疗技术	234
第二节 吹药技术	237

第三节	五音治疗技术	239
第四节	中药涂擦技术	242
第五节	中药离子导入技术	245
第六节	经皮穴位电刺激技术	248

第一章

针刺类技术

第一节 毫针技术

一、简介

毫针技术是指运用一次性使用无菌针灸针，通过一定的手法刺激人体的腧穴，从而疏通经络、调节脏腑，达到扶正祛邪、防治疾病目的的一种技术。毫针为古代“九针”之一，在古今针灸临床中运用最多，手法也最为丰富。毫针技术广泛适用于内、外、妇、儿等科的多种常见病的治疗。

二、临床应用

（一）主要适应证

毫针技术适用于针刺类技术的全部适应证，可用于运动系统、神经系统、消化系统、呼吸系统、循环系统、内分泌免疫代谢系统、皮肤等多个系统器官疾病及亚健康状态的治疗。

（二）病证举例

1. 头痛（偏头痛）

取百会、风池、合谷、太冲、头维、外丘。少阳头痛加率谷、角孙、太阳、阳白、外关、足临泣；太阳头痛加天柱、后顶、后溪、申脉、金门；阳明头痛加攒竹、印堂、内庭、梁丘；厥阴头痛加四神聪、太冲。在风池操作时，针尖向鼻尖方向斜刺 20～30mm，或平刺透风府。其余头部穴位多采用斜刺或平刺。进针后行提插捻转手法，以得气为度，留针 20～30 分钟。每周治疗 3～5 次，10 次为 1 个疗程。

2. 漏肩风（肩关节周围炎）

取肩髃、肩髃、肩贞、肩前、条口透承山、阿是穴。手太阳经证加养老，手阳明经证加温溜，手少阳经证加支沟，手太阴经证加列缺。先取远端穴位，进针后行提插捻转手法，以得气为度，嘱患者缓缓活动肩关节 5～10 分钟后，余穴常规操作，留针 20～30 分钟。每周治疗 3～5 次，10 次为 1 个疗程。

3. 痛经（原发性痛经）

取中极、关元、三阴交、地机、血海、公孙、水泉。进针后行提插捻转手法，以得气为度，留针 20～30 分钟。月经前 1 周开始针刺，每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 孕妇的下腹部、腰骶部，以及肩井、合谷、三阴交、至阴等穴不宜针刺。

2. 小儿囟门未闭合时，囟门附近不宜针刺。

3. 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位，除特殊治疗需要外，均不应在患部直接针刺。

4. 凝血功能障碍者不宜针刺。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

根据取穴、患者体质选择不同规格的一次性使用无菌针灸针。使用前应注意检查针具的质量。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法

根据近部选穴、远部选穴、辨证选穴、对症选穴等原则选穴。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 进针法

常用进针方法有指切进针法、舒张进针法、提捏进针法、夹持进针法、管针进针法。

(1) 指切进针法

用左手拇指或食指的指端切按腧穴皮肤，右手持针，针尖紧靠左手指甲缘迅速刺入。

(2) 舒张进针法

用左手拇指、食指或食指、中指将所刺腧穴部位的皮肤撑开绷紧，右手持针刺入。

(3) 提捏进针法

用左手拇指、食指将拟刺腧穴两旁的皮肤提捏起来，右手持针从被提捏的腧穴上端刺入。

(4) 夹持进针法

用押手拇指、食指持捏无菌干棉球夹住针体下端，将针尖固定在拟刺腧穴的皮肤表面，刺手向下捻动针柄，押手同时向下用力，将针刺入腧穴。

(5) 管针进针法

将针先插入特制的小针管内，放置在腧穴皮肤表面，用左手固定压紧，右手食指对准针尾叩击，使针尖迅速刺入皮肤，然后将针管去掉，再将针刺入腧穴。

5. 行针法

基本手法包括提插法和捻转法。

(1) 提插法

将针刺入腧穴一定深度后，持针在穴内上提、下插。保持针体垂直，指力均匀，以得气为度。

(2) 捻转法

将针刺入腧穴一定深度后，用右手拇指与食指、中指夹持针柄，进行向前向后的旋转捻动。指力应均匀，以得气为度。

6. 留针与出针

根据病情确定留针与否及时间长短，一般可酌情留针 20 ~ 30 分钟。出

针时，左手持无菌干棉球按住针孔周围皮肤，右手将针缓慢提至皮下，然后起出。用无菌干棉球按压针孔，以防出血。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 对初次针刺或精神紧张者做好针前解释工作；过饥、过饱或劳累者不宜立即进行针刺；身体虚弱、气血亏虚者应尽量取卧位，且手法不宜过强。

2. 若出现晕针，应立即停止操作，去枕平卧片刻，可通过饮温水来缓解；若症状严重，见不省人事、呼吸微弱、脉微欲绝者，应采取相应的急救措施。

3. 针刺时应避开大血管。针刺深部有脏器的前胸、上背、眼区和颈部穴位时，应掌握针刺方向和深度，不宜大幅度行针和长时间留针。

4. 行针时，提插幅度和捻转角度的大小、频率的快慢、时间的长短等，应根据病情灵活掌握。若发生滞针，则应嘱患者放松，恢复进针时体位。由单向捻转过度导致的，应反向捻转，也可在该部位附近进行循按或叩弹针柄，即可消除滞针。

5. 对头皮、眼周等易出血部位，或留针时间较长者，出针后应立即用无菌干棉球适当用力按压，切勿揉按，以免出血。

（撰稿人：王顺、张杨）

第二节 头针技术

一、简介

头针技术是指在头皮特定的部位进行针刺的一种治疗技术，起源于古人针灸头部腧穴治疗疾病的实践。如《素问·骨空论》记载：“汗出头痛，身重恶寒，治在风府。”《灵枢·五乱》云：“气在于头者，取之天柱、大杼。”该疗法可调节大脑皮层功能，有改善脑部血液循环状态、改善血管弹性等作用。头针技术可适用于多种疾病，尤其是脑病（如中风、痴呆等）及痛证等。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 脑卒中、血管性痴呆、癫痫、眩晕、抑郁障碍等脑病。
2. 颈椎病、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎等导致的疼痛，以及胃脘痛等。
3. 哮喘、高血压等其他疾病。
4. 针刺麻醉。

（二）病证举例

1. 中风（脑卒中）

肢体感觉障碍取对侧顶颞后斜线、顶旁 1 线、顶旁 2 线等；肢体乏力取对侧顶颞前斜线、顶旁 1 线、顶旁 2 线；平衡障碍取枕下旁线；失语取对侧顶颞前斜线下 2/5、颞前线；尿潴留取额旁 3 线、顶旁 1 线。局部消毒后取毫针，与皮肤表面约呈 30° 刺入穴内，深度约 30mm，在针体进入帽状腱膜下层后快速捻转，频率为 120～180 次/分钟，留针 15～30 分钟，每天 1 次。

2. 腰痹（急性腰扭伤）

取双侧枕下旁线、顶旁 1 线。局部消毒后取毫针，与皮肤表面呈 30° 刺入穴内，深度约 30mm，在针体进入帽状腱膜下层后行快速捻转，频率为 120～180 次/分钟，留针 15～30 分钟，每天 1 次。

3. 痛经（原发性痛经）

取顶中线、额旁 3 线（双侧）。局部消毒后取毫针，与皮肤表面呈 30° 刺入穴内，深度约 30mm，在针体进入帽状腱膜下层后行快速捻转，频率为 120～180 次/分钟，留针 30 分钟，留针期间每隔 5～10 分钟行针 1 次，每天 1 次。

三、禁忌证

1. 同第一章“毫针技术”禁忌证。
2. 严重心脏病、重度糖尿病、重度贫血者不宜用头针治疗。
3. 脑卒中急性期不宜用头针治疗。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

根据取穴、患者体质选用直径 0.25～0.35mm，长 40～50mm 的一次性

使用无菌针灸针。使用前应检查针具的质量。

(二) 操作步骤

1. 严格无菌操作

(1) 针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗—修针—整理—灭菌—无菌保存”的处置。

(2) 皮肤消毒

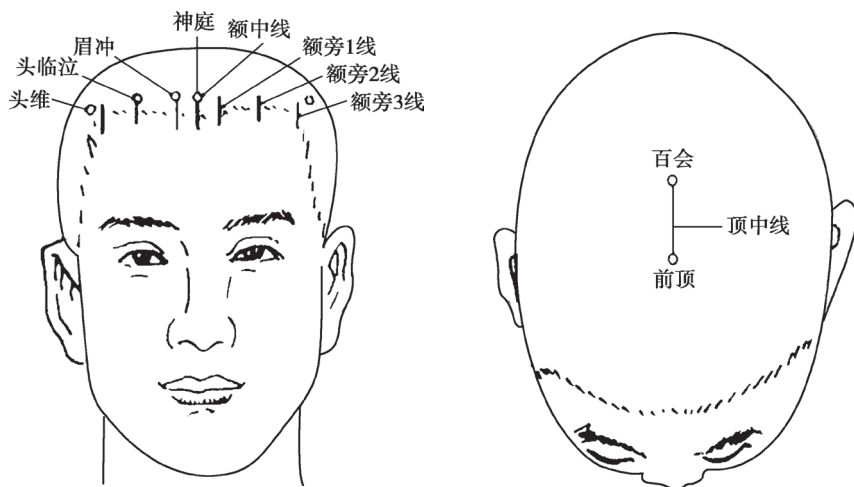
采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

(3) 手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法及体位

运用头针技术治疗疾病时，按颅骨的解剖名称额区、顶区、颞区、枕区 4 个区，14 条标准线（左侧、右侧、中央共 25 条），根据疾病选用不同头针穴线进行治疗。穴位定位参照《针灸技术操作规范 第 2 部分：头针》（GB/T 21709.2—2021）。根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。头针腧穴定位具体见图 1-1。



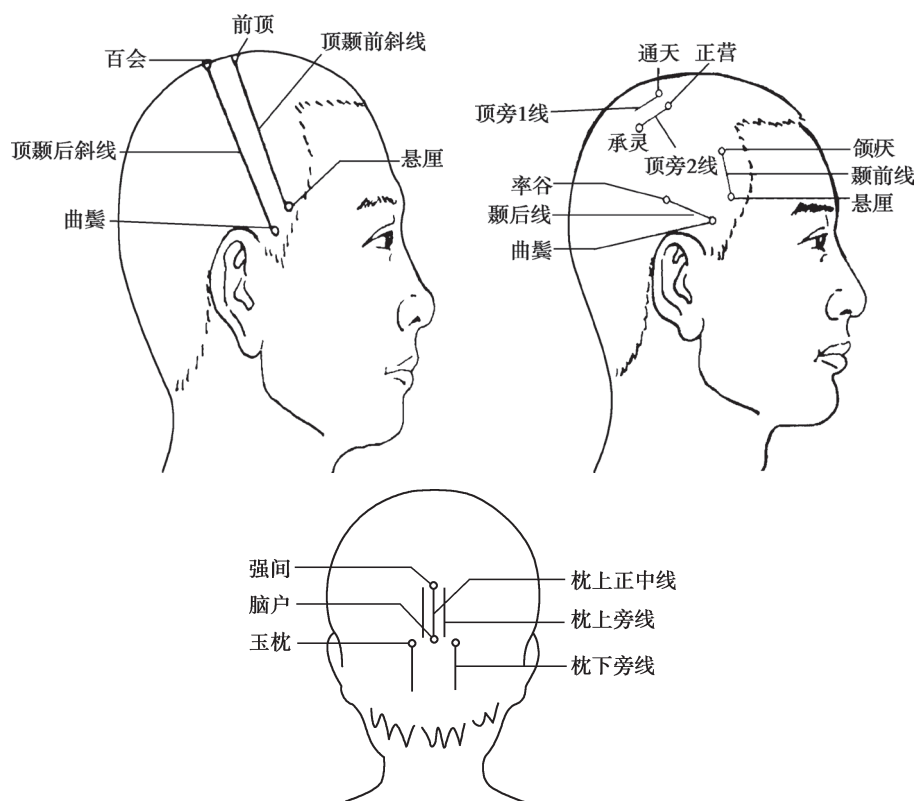


图 1-1 头针腧穴定位图

3. 头针刺法

(1) 进针

快速进针：将针迅速刺入皮下，当针尖到达帽状腱膜下层时，指下感到阻力减小，然后使针与头皮平行，根据不同穴线刺入不同深度。

进针角度：一般针体宜与皮肤呈 30° 左右对准穴位进针，然后平刺进入皮下。

进针深度：宜根据患者具体情况和处方要求决定。一般情况下，针刺入帽状腱膜下层后，使针体平卧，进针 3cm 左右为宜。

(2) 行针

捻转：在针体进入帽状腱膜下层后，施术者肩、肘、腕关节和拇指固定不动，以保持一次性使用无菌针灸针相对固定，食指第一、第二节呈半屈曲状，用食指第一节的桡侧面与拇指第一节的掌侧面持住针柄，然后食指掌指关节做伸屈运动，使针体快速旋转，要求捻转频率为 120 ~ 180 次 / 分钟，持续 1 ~ 2 分钟。

提插：手持一次性使用无菌针灸针沿皮刺入帽状腱膜下层，将针向内推进 3cm 左右，保持针体平卧，用拇指、食指紧捏针柄，进行提插，指力应均匀一致，幅度不宜过大，如此反复操作，持续 3～5 分钟。提插的幅度与频率根据患者的病情而定。

（3）留针

静留针：在留针期间不再施行任何针刺手法，让针体安静而自然地留置在头皮内。一般情况下，头针留针时间宜为 15～30 分钟；症状严重、病情复杂、病程较长者，可留针 2 小时以上。

动留针：在留针期间间歇重复施行相应手法，以加强刺激，在较短时间内获得即时疗效。一般情况下，15～30 分钟宜间歇行针 2～3 次，每次 2 分钟左右。

（4）出针

先缓慢出针至皮下，然后迅速拔出，拔针后必须用无菌干棉球按压针孔，以防出血。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 留针时针体应露出头皮，不宜碰触留置在头皮下的一次性使用无菌针灸针，以免折针、弯针。如局部不适，可稍稍退出 2～5mm。对有严重心脑血管疾病，但需要留针时间较长者，应加强监护，以免发生意外。

2. 行针捻转时，应防止晕针等不良反应发生；精神紧张、过饱、过饥者慎用此法，且不宜采取强刺激手法。

3. 出针时需反复检查，切勿漏针。

4. 头针长时间留针，并不影响肢体活动，在留针期间可嘱患者配合运动，有提高临床疗效的作用。

5. 头皮血管丰富，出针时应用无菌干棉球适当用力按压，切勿揉按，以免出血。

（撰稿人：徐振华、房繁恭）

第三节 耳针技术

一、简介

耳针技术是指用特定针具或丸状物在耳郭相应穴位实施刺激以防治疾

病的一种针灸技术。早在春秋战国时期就有耳郭治病的记载。《灵枢·五邪》云：“邪在肝，则两胁中痛，寒中，恶血在内，行善掣……取耳间青脉以去其掣。”其后，通过望耳的形态、色泽等辅助诊断疾病，用针刺、按摩和塞药等方法刺激耳郭以防治疾病等有关叙述更是散见于历代医书中。刺激耳郭穴位具有调整阴阳、疏通经络、改善全身脏腑功能的作用。耳针技术适用于内、外、妇、儿各科疾病的治疗，也可用于美容保健。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 心脏神经症、心律不齐、高血压、眩晕、睡眠障碍、癔症等心脑血管疾病。
2. 各种扭挫伤、牙周炎导致的疼痛，以及神经性疼痛、头痛等痛证。
3. 功能性腹胀、皮肤过敏、肥胖、月经病等其他疾病，以及戒断综合征等。

（二）病证举例

1. 不寐（睡眠障碍）

取皮质下、心、肾、肝、神门、垂前、耳背心等穴位。耳穴毫针法每次选3穴，行针手法要轻。出针后可选用耳穴埋针法或耳穴压丸法巩固治疗。

2. 痛经（原发性痛经）

取内生殖器、肾等穴位。发作期施耳穴毫针法，每次选2～3穴，行针手法要轻。缓解期可选用耳穴压丸法，嘱患者定时按压，留置2～4天。

3. 瘾疹（荨麻疹）

取心、风溪、交感、神门、脾等穴位。发作期施耳穴毫针法，每次选3穴，行针手法要轻。缓解期可选用耳穴埋针法或耳穴压丸法巩固治疗。

三、禁忌证

1. 耳穴局部有溃疡或炎症者禁用耳针技术。
2. 习惯性流产者禁用耳针技术。
3. 凝血功能障碍者禁用耳穴刺血法。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

根据不同病证的需要，选用不同的耳针器具。常用的器具为直径

0.18 ~ 0.30mm, 长 13 ~ 25mm 的一次性使用无菌针灸针或揸针, 以及王不留行籽、磁珠、莱菔子等丸状物。使用前应检查器具质量。

(二) 操作步骤

1. 严格无菌操作

(1) 针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用; 可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南(试行)》(国中医药办医政发[2017]22号)的要求进行“清洗-修针-整理-灭菌-无菌保存”的处置。

(2) 皮肤消毒

采用碘伏或 75%乙醇擦拭 2 遍, 皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

(3) 手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》(WS/T 313—2019)。

2. 耳穴定位与选穴方法

耳穴定位参照国家标准《耳穴名称与定位》(GB/T 13734—2008)。

选穴方法包括: ①根据所患疾病部位选穴, 如胃痛选胃穴、肺病选肺穴、肩痛选肩穴等。②根据中医理论选穴, 如皮肤病选肺穴, 是根据“肺主皮毛”的理论; 耳鸣选肾穴, 是因“肾开窍于耳”; 偏头痛选胆穴, 是因胆经“上抵头角”, 循行于侧头; 目赤肿痛选肝穴, 是因“肝开窍于目”等。③根据现代医学理论选穴, 如月经不调选内分泌、睡眠障碍选神门、高血压选降压沟等。④根据临床经验选穴, 如目赤肿痛用耳尖等。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 操作

(1) 耳穴毫针法

常规消毒, 施术者一手固定耳郭, 另一手拇指、食指、中指持针刺入耳穴。针刺方向视耳穴所在部位灵活掌握, 针刺深度宜为 0.1 ~ 0.3cm, 以不穿透对侧皮肤为度。针刺手法与留针时间应视患者的病情、体质及耐受度综合考虑。宜留针 15 ~ 30 分钟, 留针期间应间断行针 1 ~ 2 次。出针时一手固定耳郭, 另一手将针拔出, 应用无菌干棉球或棉签按压针孔。

(2) 耳穴压丸法

常规消毒, 将表面光滑、质硬、大小适中的王不留行籽(或磁珠、莱菔子)等固定在胶布上。耳穴定位后, 施术者左手固定耳郭, 右手持止血钳夹住带有压丸的胶布贴敷在穴位上, 适当按压使耳郭有热感。留置 2 ~ 4 天,

其间嘱患者根据病情适当按压。

(3) 耳穴埋针法

常规消毒，穴位定位后，施术者左手固定耳郭，右手持止血钳夹住揸针针柄对准耳穴刺入，外敷胶布固定，一般留针 2～3 天。

(4) 耳穴刺血法

施术者佩戴一次性乳胶或薄膜手套，刺血前宜按摩耳郭使所刺部位充血，常规消毒，一手固定耳郭，另一手持针点刺耳穴，挤压使之适量出血。施术后以无菌干棉球或棉签压迫止血并消毒刺络部位。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 严格消毒，防止感染。
2. 紧张、疲劳、虚弱者宜取卧位针刺，预防晕针。
3. 湿热天气，耳穴压丸、耳穴埋针留置时间不宜过长，耳穴压丸宜 2～3 天，耳穴埋针宜 1～2 天。
4. 耳穴压丸要选择表面光滑、质硬、大小适中的压丸；耳穴压丸、耳穴埋针留置期间应防止胶布脱落或污染。对普通胶布过敏者宜改用脱敏胶布。
5. 对患有严重心脏病、高血压者手法要轻；妊娠期慎用耳针。
6. 对扭伤和运动障碍者，进针后配合运动疗法，有助于提高疗效。

（撰稿人：马瑞、马铁明）

第四节 面针技术

一、简介

面针技术是指针刺面部特定穴区以治疗全身疾病的一种针刺技术。面针穴区分布是基于古代医家面部望诊技术发展而来的。《灵枢·五色》记载：“五色各见其部，察其浮沉，以知浅深；察其泽夭，以观成败；察其散抟，以知远近；视色上下，以知病处。”面部可反映疾病的病位、浅深及转归。该书还指出，面部可根据“五脏、六腑、肢节之部”分区。具体面部分区的记载：“庭者，首面也；阙上者，咽喉也；阙中者，肺也；下极者，心也；直下者，肝也；肝左者，胆也；下者，脾也；方上者，胃也；中央者，大肠也；夹大肠者，肾也；当肾者，脐也；面王以上者，小肠也；面王以下者，

膀胱子处也……”面针技术具有通经活络、麻醉镇痛、美容等作用，主要用于治疗各种痛证、消化系统疾病、皮肤病等，以及麻醉镇痛。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 头痛、颈痛、心痛、肋间神经痛、胆绞痛、肾绞痛、胃脘痛、膝关节痛等痛证，以及急性腰扭伤、肩关节周围炎等导致的疼痛。
2. 胆囊炎、胆囊息肉、胃肠功能紊乱等肝胆脾胃疾病。
3. 美容等。

（二）病证举例

1. 黄疸（胆汁淤积症）

取肝穴透胆穴。局部消毒后用直径 0.20mm，长 13 ~ 40mm 的一次性使用无菌针灸针沿皮刺，从肝穴透刺至胆穴，轻轻捻针至得气。

2. 针刺麻醉

取胃穴透膺乳穴、大肠穴透胃穴。局部消毒后用直径 0.20mm，长 25 ~ 40mm 的一次性使用无菌针灸针从胃穴透刺至膺乳穴、大肠穴透刺至胃穴，加用电针连续波 / 疏密波 14 ~ 25Hz，强度加至患者可耐受的最强范围。先测患者手术部位痛阈，记录皮肌肌电、心率和呼吸频率作为电针前痛反应指标。电针后出现皮肌肌电抑制、呼吸变慢加深时（镇痛效应），停止电针，如此反复至手术结束。

3. 粉刺（痤疮）

取肺穴、大肠穴、胃穴及面部痤疮处。局部消毒后用直径 0.20mm，长 13 ~ 25mm 的一次性使用无菌针灸针沿皮刺或直刺，对局部痤疮进行围刺，针刺角度与皮肤表面呈 15°，每一皮损区围刺 4 ~ 6 针。

4. 不寐（睡眠障碍）

取心穴、肺穴、肾穴。局部消毒后选用直径 0.20mm，长 13 ~ 25mm 的一次性使用无菌针灸针沿皮刺或直刺。

三、禁忌证

1. 严重心、肝、肾功能不全者。
2. 局部皮肤有感染、溃疡或瘢痕者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

根据面部具体穴位深浅选择直径 0.18 ~ 0.35mm，长 13 ~ 40mm 的一次性使用无菌针灸针。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗—修针—整理—灭菌—无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75%乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 面针选穴原则

（1）根据对应部位选穴

根据病变器官或手术需涉及的脏器选用相应的穴位，如心脏疾病取心穴，胃病取胃穴，小儿夜尿取膀胱穴、肾穴，胃部手术取胃穴，阑尾切除术取大肠穴。

（2）根据脏腑病位选穴

如皮肤病取肺穴，因“肺主皮毛”，所以针刺麻醉时经常取肺穴来减轻或抑制切皮、缝皮时的疼痛；因“心藏神”，所以往往取心穴以起到镇静安神、加强镇痛的作用等。也可选用与该脏（腑）有表里关系的穴位，如肝穴与胆穴、肾穴与膀胱穴往往同取等。

面针腧穴定位具体见图 1-2、表 1-1。

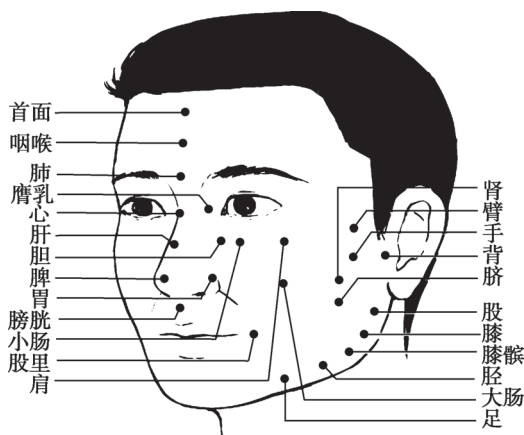


图 1-2 面针腧穴定位图

表 1-1 面针腧穴定位与针法

分区	穴位	定位	针法	穴数
额区	首面	眉心至前发际正中连线的上、中 1/3 交界处	沿皮刺	单穴
	咽喉	眉心至前发际正中连线的中、下 1/3 交界处	沿皮刺	单穴
	肺	两眉内侧端连线的中点	沿皮刺	单穴
鼻区	心	鼻梁骨最低处,两目内眦连线的中点	沿皮刺	单穴
	肝	鼻梁骨最高点下方,正中线与两颧连线之交叉点	沿皮刺	单穴
	脾	鼻尖上方,鼻端准头上缘正中处	沿皮刺	单穴
	胆	鼻梁骨外缘偏下方,目内眦直下,肝穴的两旁	沿皮刺	双穴
	胃	鼻翼中央偏上方,脾穴两旁,胆穴直下,两线交叉处	沿皮刺	双穴
眼区	膺乳	目内眦稍上方,鼻梁骨外缘凹陷处	沿皮刺	双穴
口区	膀胱	人中沟的上、中 1/3 交界处	沿皮刺	单穴
	股里	口角旁 5 分,当上、下唇吻合处	直刺	双穴
耳区	背	耳屏前方,耳屏内侧与下颌关节之间	直刺	双穴
颧区	小肠	颧骨内侧缘,肝穴、胆穴的同一水平线上	沿皮刺	双穴
	大肠	颧面部,目外眦直下,颧骨下缘处	直刺	双穴
	肩	颧部,目外眦直下,颧骨上缘处	沿皮刺	双穴
	臂	颧骨后上方,肩穴后方,颧弓上缘处	斜刺	双穴
	手	颧骨后下方,臂穴下方,颧弓下缘处	直刺	双穴
颊区	股	耳垂与下颌角连线的上、中 1/3 交界处	直刺	双穴
	膝	耳垂与下颌角连线的中、下 1/3 交界处	直刺	双穴
	膝髌	下颌角上方凹陷处	直刺	双穴
	胫	下颌角前方,下颌骨上缘处	沿骨刺	双穴
	足	目外眦直下方,下颌骨上缘处	沿骨刺	双穴
	肾	颊部,鼻翼的水平线与太阳穴直下垂线的交叉处	直刺	双穴
	脐	颊部,肾穴下方约 7 分处	直刺	双穴

3. 体位选择

以施术者能正确取穴,操作方便,患者感觉舒适为原则。

4. 进针方式

按毫针刺法进针,视穴位处皮肤的厚薄及针刺的需要,分别以横刺、斜刺或直刺,迅速穿皮,再徐徐刺入一定的深度。前额部、鼻部、口旁的穴位都采用横刺或斜刺;颊部、颧部及耳前的穴位都采用直刺。

5. 留针处理

针刺得气后可留针 10 ~ 30 分钟，每隔 5 ~ 10 分钟运针 1 次，如有需要也可用皮内埋针法。在面针麻醉时，一般采用持续捻针，在不利于长时间运针的额、鼻和眼旁的穴位，往往用电针持续刺激，脉冲频率一般为 180 ~ 240 次 / 分钟，连续波，强度以患者能耐受为度。

6. 出针后处理

若出血不止，可用无菌干棉球或棉签擦拭或按压止血。

7. 疗程

每次留针 30 分钟，10 次为 1 个疗程。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 面部，尤其是鼻唇区属“危险三角区”，针具和皮肤必须注意严格消毒。

2. 由于鼻部皮肉较薄，故选用针具宜短不宜长，不宜直刺进针，以免引起强烈疼痛。出针后，一般任其自然止血即可，必要时使用输液贴贴敷。

（撰稿人：王聪）

第五节 腕踝针技术

一、简介

腕踝针技术是指在腕踝部选取特定的进针点，用一次性使用无菌针灸针循肢体纵轴沿真皮下刺入一定长度以治疗疾病的针刺技术。标本根结理论是腕踝针技术的核心理论基础。该理论强调四肢为经脉之“根”“本”，是经气始发之处，故针刺四肢远端（如腕踝部）能高效激发经气，不仅能治局部病，还能治远离腧穴部位的脏腑病、头面五官病。同时，腕踝针技术还基于经络十二皮部学说。《素问·皮部论》云：“凡十二经络脉者，皮之部也。”其认为浅刺皮部可直接调节循行于体表的十二经气血，从而发挥调和气血、祛邪止痛的临床作用。两者共同构成了腕踝针“取远治广、浅刺调气”的诊疗特色。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 头痛、偏头痛、胃痛、肝区痛、痛经、肩痛、坐骨神经痛等痛证。
2. 睡眠障碍、焦虑、抑郁、创伤后应激障碍等疾病。

(二) 病证举例

1. 内伤头痛（偏头痛）

取上 1、上 2。局部消毒后用一次性使用无菌针灸针沿上 1、上 2 真皮下缓慢刺入，留针 30 分钟，可依病情延长留针时间，2 天 1 次。

2. 腰痹（急性腰扭伤）

取下 5、下 6。局部消毒后用一次性使用无菌针灸针沿下 5、下 6 真皮下缓慢刺入，留针 30 分钟。

3. 不寐（睡眠障碍）

针刺点以两侧上 1 为主，再辨证取穴。心脾两亏证，加下 3 和下 4；肝肾不足证，加下 1 和下 2；心肾不交证，加下 1 和下 6；肝胆火旺证，加下 2 和下 5。局部消毒后用一次性使用无菌针灸针沿刺激点真皮下缓慢刺入，留针 24 小时。左右肢体的相同刺激点交替使用，1 天 1 次。

三、禁忌证

1. 同第一章“毫针技术”禁忌证。
2. 腕踝部位肌肉痉挛者。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

根据病情和进针点选择直径 0.20 ~ 0.25mm，长 25 ~ 40mm 的一次性使用无菌针灸针。针体必须保持光滑、无锈蚀，针尖必须确保锋利、无倒钩。

(二) 操作步骤

1. 严格无菌操作

(1) 针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗 - 修针 - 整理 - 灭菌 - 无菌保存”的处置。

(2) 皮肤消毒

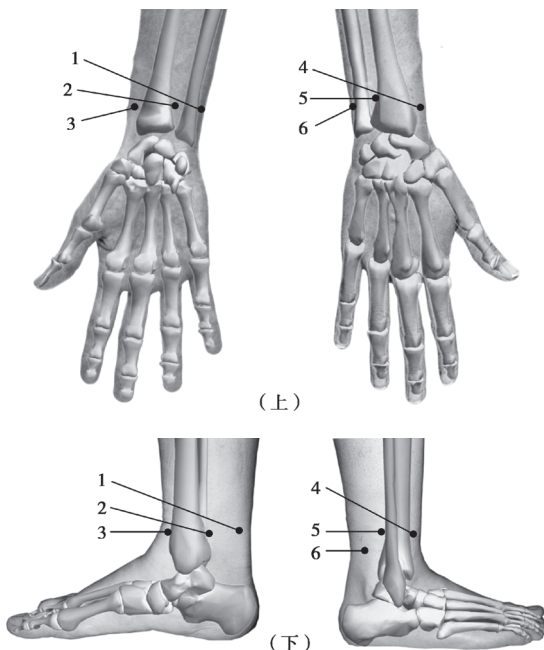
采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

(3) 手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》(WS/T 313—2019)。

2. 选穴方法及体位

运用腕踝针治疗疾病时，要求施术者根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腕踝针刺激部位的主治特点和治疗规律取穴。根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。腕踝针进针点具体见图 1-3。



上 1: 在小指侧的尺骨缘与尺侧腕屈肌腱之间。

上 2: 在腕掌侧面的中央, 掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间, 相当于内关穴处。

上 3: 在桡骨缘与桡动脉之间。

上 4: 在拇指侧的桡骨内外缘之间。

上 5: 在腕背的中央, 桡骨与尺骨两边缘之间, 相当于外关穴处。

上 6: 在腕背侧, 距小指侧尺骨缘 1 分(同身寸)处。

下 1: 靠跟腱内缘处。

下 2: 在踝部内侧面中央, 靠胫骨后缘。

下 3: 在胫骨前嵴向内 1 分(同身寸)处。

下 4: 在胫骨前嵴与腓骨前缘之间的胫骨前肌中点。

下 5: 在踝部外侧面中央, 靠腓骨后缘。

下 6: 靠跟腱外缘处。

图 1-3 腕踝针进针点示意图

3. 操作

(1) 进针

选定进针点后，以押手固定进针部位皮肤，刺手拇指、食指、中指持针，针体与皮肤呈 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，快速刺入真皮下，然后压平针体，使针体循肢体纵轴沿真皮下缓慢刺入 $30 \sim 35\text{mm}$ 。针刺方向一般朝向近心端。病变位于四肢末端时，针刺方向朝向远心端，此时进针点位置可沿纵轴向近心端移动，使一次性使用无菌针灸针刺入适宜长度，以针尖不超过腕踝部高骨近端起点为宜。

(2) 行针

针刺过程中，不提插捻转，以针下松软、患者无针感为宜。如果患者有酸、麻、重、胀等感觉，说明针刺入筋膜下层，进针过深，须将针退至皮下，重新沿真皮下刺入。

(3) 留针

一般情况下留针 $20 \sim 30$ 分钟。若病情较重或病程较长者，可适当延长时间，但不宜超过 48 小时。留针期间不行针。

(4) 出针

出针时，施术者一手用无菌干棉球轻压进针点，另一手将针拔出。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 如穴位皮下有较粗的血管，或针刺入后出现明显疼痛时，进针点宜适当移位。移动进针点应注意遵循移点不离线的原则，即沿纵线方向移位，不能向两旁移点。

2. 针刺时如出现针感，应将针退至真皮下重新刺入；留针期间可用医用胶布固定针柄。

3. 注意防止晕针。

4. 孕妇慎用踝部进针点。

5. 精神病患者不宜长时间留针。

(撰稿人：郭义、吕中茜、潘兴芳)

第六节 皮肤针技术

一、简介

皮肤针技术是运用皮肤针作为针具，叩刺人体体表一定部位或穴位，激发经络功能，调整脏腑气血，达到防治疾病目的的一种操作技术。按照皮肤针的形式及所含针数的不同，可分别称为梅花针、七星针、罗汉针和丛针等。皮肤针技术由《黄帝内经》中“半刺”“浮刺”“毛刺”等刺法发展而来，起源于“九针”中的“鑱针”，具有疏通经络、补虚泻实等作用，临床上常用来治疗痛证、皮肤疾病、肝胆脾胃疾病、肺系疾病等。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 头痛、带状疱疹后神经痛、肩背痛、腰痹、痛经等痛证。
2. 呃逆、胃脘痛、腹痛等消化系统疾病。
3. 鼻塞、哮喘等呼吸系统疾病。
4. 遗尿、遗精等泌尿生殖系统疾病。
5. 睡眠障碍、口僻、脑瘫等神经系统疾病。
6. 斑秃、荨麻疹、痿证、皮肤麻木、小儿惊风等其他疾病。

（二）病证举例

1. 感冒（急性上呼吸道感染）

以肺经、膀胱经、督脉穴位为主。常规消毒后沿督脉、胃经（胸腹部的循行路线）、膀胱经（背部的循行路线）、肺经（列缺）、大肠经（曲池）进行叩刺。头痛甚者加百会；胸闷呕吐者加内关、公孙；鼻塞流涕者加迎香。皮肤针叩刺，自上而下，手法宜轻快，每天治疗1次，7次为1个疗程。

2. 内伤头痛（偏头痛）

以阿是穴、督脉、膀胱经、胆经穴位为主。常规消毒后沿督脉，患侧头部的膀胱经、胆经，依次由前发际向后发际叩刺，每条经叩刺3～5遍。在四神聪、太阳、率谷、悬颅、额厌、风池处用丛针中度叩刺，以微微出血为度；阿是穴处需重度叩刺，以出血为度。健侧头部的膀胱经、胆经则予轻度叩刺，以头皮潮红为度。10次为1个疗程，疗程间休息2天，连续治疗2～3个疗程。

3. 痛经（原发性痛经）

取腰骶部膀胱经腧穴，任脉、肾经、脾经在腹部的循行部位。重点叩刺气海、关元、肝俞、肾俞、三阴交等。按经脉循经叩刺程度由轻到重，以局部皮肤微红为度。根据刺激强度和病情，梅花针治疗可每天或2天1次，以10次为1个疗程，连续治疗2～3个月经周期。

三、禁忌证

1. 有感染、溃疡、烧伤、创伤或瘢痕等皮肤区域。
2. 凝血功能障碍者。
3. 孕妇腹部和腰骶部，以及合谷、肩井、三阴交等穴位处。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

确保皮肤针针尖应呈松针状，全束针尖需平齐，避免偏斜、钩曲、锈蚀。检查针具时，可用干脂棉轻触针尖，如针尖有钩曲或有缺损，则棉絮易被带动。针具应用高压消毒法处理，或选择一次性皮肤针。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或75%乙醇擦拭2遍，皮肤消毒范围应大于等于5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 叩刺部位选择方法

可分为循经叩刺、穴位叩刺和局部叩刺3种方法。根据近部选穴、远部选穴、辨证选穴、对症选穴等原则选穴。

（1）循经叩刺

沿经脉循行路线进行叩刺。最常用的部位是循行于项背腰骶部的督脉及膀胱经。

（2）穴位叩刺

在穴位处进行叩刺。较常用的部位是特定穴，如背俞穴、募穴、郄穴、原穴、络穴、华佗夹脊穴等。

（3）局部叩刺

在患病局部进行叩刺，主要包括发病部位、压痛点、敏感点、感觉异常区域，以及阳性反应物（通过触摸发现的皮下结节状、条索状物）等。如扭伤局部、瘀血肿痛、顽癣、斑秃等处，可在局部进行叩刺。

3. 皮肤针刺操作方法

施术者以右手拇指、中指、无名指、小指握住硬柄皮肤针的针柄，无名指、小指将针柄末端固定于小鱼际处，拇指、中指夹持针柄，食指伸直压在针柄上，针头对准皮肤叩刺部位，运用腕部的弹力，使针尖垂直地叩打在皮肤后立即弹出，如此反复叩击，以局部皮肤略见潮红或隐隐出血为度。软柄皮肤针的持针方法是：将针柄末端固定在掌心，拇指在上，食指在下，其余手指呈握拳状握住针柄。手持针柄以腕力进行弹叩，遵循先轻后重、着力均匀、由上而下、自内向外的原则，至皮肤潮红充血或有微量出血为度。注意叩刺频率要均匀。

叩刺强度可分为轻叩、中叩、重叩。

（1）轻叩

叩打时腕力较轻，患者有轻度疼痛感，皮肤局部潮红。轻叩适用于小儿、年老体弱者、初诊患者，以及头面部等敏感度高的部位、虚证或病程较长的慢性病患者。

（2）中叩

叩打时腕力稍大，患者有痛感，局部皮肤潮红或有出血点。中叩适用于治疗一般常见病。

（3）重叩

叩打时腕力较重，患者有明显痛感，局部皮肤发红并有轻度出血。重叩多用于体格强壮者、痛证、慢性皮肤病局部病灶，以及背、肩、臀部等肌肉丰厚的部位。

4. 出针后处理

操作结束，一般任其自然止血即可，若出血不止，可用无菌干棉球或棉签擦拭，或按压止血。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 治疗前检查针具，凡针面不平整、针锋参差不齐者，或针尖有毛刺或缺损、锈蚀者不可用。
2. 针具及针刺局部皮肤应消毒，以防感染。
3. 叩刺时，针尖要垂直上下，用力均匀，避免斜、钩、挑等，以减轻患者疼痛。初次治疗的患者宜予轻叩。
4. 针后如皮肤有过敏样丘疹，应向患者解释清楚，待过敏样丘疹消退后可继续治疗。
5. 重叩有出血者，先用无菌干棉球将渗血擦拭干净，保持清洁，随后再用 75% 乙醇棉球消毒，以防止感染。

（撰稿人：梁凤霞、周仲瑜）

第七节 腹针技术

一、简介

腹针技术是通过针刺腹部特定穴位以治疗全身疾病的一种针刺方法。腹针将在腹壁的进针深度分为天、人、地 3 个层次。天部是指刺至腹部真皮层和皮下；人部是指刺至腹部浅筋膜和脂肪层，位于天部与地部之间；地部是指刺至腹部肌层。该技术根据以神阙穴为中心的腹部先天经络系统理论，寻找与全身部位相关的反应点，并对其进行相应的轻微刺激，从而达到治疗疾病的目的。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 面神经炎、面肌痉挛、高血压、睡眠障碍、焦虑症、抑郁症、中风后遗症、癫痫、帕金森病、孤独症、脑肿瘤及脑外科术后综合征等神经系统疾病。
2. 偏头痛、痛风，以及颈椎病、肩关节周围炎、肱骨外上髁炎、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎、强直性脊柱炎导致的疼痛。
3. 月经不调、慢性盆腔炎、产后尿潴留、乳腺增生、围绝经期综合征、小儿脑瘫等。

（二）病证举例

1. 项痹（颈椎病）

取中脘（深刺）、关元（深刺）、商曲（双侧，浅刺）、滑肉门（双侧，中刺）。患者取仰卧位，施术者站于患者右侧，检查患者头部前屈、后伸及向左右旋转的活动度，并进行记录。根据患者体形选择适当的 A 类Ⅱ型 / Ⅲ型针具，依据腹针处方顺序和深度进行针刺。针刺入后对患侧的活动度进行检查，并与治疗前进行比较。如果病情没有改善，则继续调整针刺深度至临床症状改善。在针刺过程中应用双手托住患者枕部，引导其向运动障碍方向做徐缓的主动运动。症状较轻者，在针刺过程中即可进行适当的颈部前屈、后伸、左右侧屈及环转等主动运动。

2. 漏肩风（肩关节周围炎）

取中脘（深刺）、商曲（健侧，中刺）、滑肉门（患侧，浅刺）。患者取仰卧位，施术者站于患者右侧，检查患肢的外展、外旋等被动活动度并进行记录。根据患者体形、体质选择适当的 A/B 类Ⅱ型 / Ⅲ型针具，依据腹针处方顺序和深度进行针刺。针刺入后对患肢的活动度进行检查并与治疗前进行比较。如果病情没有改善，继续调整针刺深度至临床症状改善。在治疗时需配合适当的肩部功能锻炼。方法可选用前后摆动、回旋运动、爬墙高举、内收外展，以及牵拉滑车等。

3. 膝痹（膝骨关节炎）

取中脘（深刺）、关元（深刺）、气旁（健侧，中刺）、外陵（患侧，中刺）、下风湿点（患侧，浅刺）。患者取仰卧位，施术者站于患者右侧，检查患膝的屈伸活动度并进行记录。根据患者体形、体质选择适当的 A/B/C 类Ⅱ型 / Ⅲ型针具，依据腹针处方顺序和深度进行针刺。针刺入后对患膝的活动度进行检查并与治疗前进行比较。如果病情没有改善，继续调整针刺深度至临床症状改善。

三、禁忌证

1. 凝血功能障碍。
2. 不明原因的急腹症。
3. 妊娠期女性。
4. 腹部皮肤有感染、溃疡、大面积静脉曲张者。
5. 腹部肿瘤。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

腹针针具多选择一次性套管针。根据针具的不同直径分为 A、B、C、D、E 五类（ $\Phi 0.22\text{mm}$ 、 $\Phi 0.20\text{mm}$ 、 $\Phi 0.18\text{mm}$ 、 $\Phi 0.16\text{mm}$ 、 $\Phi 0.14\text{mm}$ ）。每类又根据针具的不同长度分为 I 型、II 型、III 型、IV 型，分别为 50mm、40mm、30mm、15mm。操作时需根据患者病情选用适当的针具。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法

腹针穴位定位应符合国家标准《针灸技术操作规范 第 16 部分：腹针》（GB/T 21709.16—2013）。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 腹针操作

（1）针刺手法

进针时应避开神经、血管，根据处方的要求，按照处方顺序进行针刺。

1) 进针：准确度量，确定穴位后，采用与适应证相符的腹针针具，快速弹入皮下。

2) 针刺深度：浅刺－皮下，中刺－脂肪层，深刺－肌层。

3) 行针：缓慢捻转不提插或轻捻转慢提插，不追求得气。

（2）留针

留针 30 分钟。

（3）出针

根据进针顺序缓慢捻转出针，可用无菌干棉球或棉签按压。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 注意规范操作，操作过程中不追求患者有酸麻胀痛的感觉。
2. 操作过程中要密切观察患者的反应，预防晕针。
3. 局部皮肤和针具应严格消毒，以防感染。
4. 任何时候均不得刺入腹腔。
5. 过度饥饿及情绪激动者慎用。

（撰稿人：薄智云）

第八节 三棱针技术

一、简介

三棱针技术是通过运用三棱针对腧穴、血络进行点刺，放出适量的血液以达到治疗全身疾病目的的一种技术。三棱针技术基于《黄帝内经》中“凡治病必先去其血”“病在脉，调之血；病在血，调之络”“血实宜决之”“病在经络痼痹者，取以锋针”等有关理论，是“九针”中“锋针”“铍针”等的发展，具有通经活络、开窍泄热、调和气血、消肿止痛等作用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 高热、中暑、中风闭证等属实证、热证者。
2. 咽喉肿痛、目赤肿痛、扭挫伤导致的疼痛、头痛等属实证、热证、瘀血证者。
3. 顽癣、痤疮、疮疡初起、湿疹等皮肤病。

（二）病证举例

1. 外感热病（急性上呼吸道感染）

取大椎、身柱、曲池。局部消毒后用三棱针散刺穴位3～5针，予以拔罐，出血量1～5mL，留罐3～5分钟，以局部青紫为度，每天1次。

2. 喉痹（急性咽喉炎）

取大椎、少商、商阳。局部消毒后用三棱针散刺大椎3～5针，予以拔罐，出血量1～5mL，留罐3～5分钟，以局部青紫为度；点刺少商、商阳，予以挤压，出血量1～2mL。每天1次或2天1次，3～5次为1个疗程。

3. 腰痹（急性腰扭伤）

取委中、阿是穴或其周围显露血络。委中操作时，患者取站立位，暴露操作部位，常规消毒，用三棱针点刺委中1～3针，局部加火罐，嘱患者活动腰部，做试探性前俯、后仰及旋转。留罐5分钟后取罐，用无菌干棉球擦净血迹，消毒局部。阿是穴操作同上，患者可采取俯卧位。2天1次，3～5次为1个疗程。

三、禁忌证

1. 同第一章“毫针技术”禁忌证。
2. 严重心、肝、肾功能不全者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

根据不同病证和患者的形体强弱，选择不同大小的三棱针。针体必须保持光滑、无锈蚀，针尖必须确保锋利、无倒钩。临床上应用三棱针技术进行刺络放血时，可灵活选用三棱针、注射针头、针刀及皮肤针等。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或75%乙醇擦拭2遍，皮肤消毒范围应大于等于5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法及体位

运用三棱针技术治疗疾病时，要求根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴。根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

3. 三棱针刺法

（1）点刺法

针刺之前，施术者需要使用手指推按穴位上下，促进血液聚集，而后

进行常规消毒；针刺时，左手拇指、食指、中指夹紧点刺部位或穴位，右手持针，用拇指、食指捏住针柄，中指指腹紧靠针体，对准已消毒的部位或穴位，迅速刺入 3～5mm 后将针退出，随后轻轻挤压针孔周围，使出血少许，然后用无菌干棉球或棉签按压针孔部位。

（2）散刺法

根据病变部位大小不同可刺 5～20 次不等，由病变外缘呈环形向中心点刺，针刺深度视局部肌肉及血管情况而定。

（3）刺络法

先将橡皮止血带结扎在针刺部位上端（近心端），再进行常规消毒，施术者左手拇指掐住被针刺部位下端，右手持三棱针对准针刺部位，快速刺入 2～3mm 后将针退出，使局部出血，出血停止后，再用无菌干棉球或棉签按压针孔。

（4）挑治法

施术者先用左手按压施术部位两侧，或捏起皮肤，以固定皮肤，用右手持针快速刺入皮肤 1～2mm，然后倾斜针体使其破皮，并流出少量血液或黏液；或将针刺入 5mm，然后轻轻斜挑针头，将皮下的白色纤维组织挑断。将针退出后，局部消毒，并盖上敷料。

4. 出针后处理

施术后，宜用无菌干棉球或棉签擦拭或按压。中等量或大量出血时，可用敞口器皿承接，所出血液应做无害化处理。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 为避免接触患者所出血液，建议施术者佩戴手套。
2. 体质虚弱、饥饿、疲劳、精神紧张者，应在进食、休息、解除思想顾虑后再进行施治。
3. 若患者出现晕针或晕血，应立即停止操作，静卧片刻；或抬高双腿，头部放低（去枕），饮温水；或用艾条灸百会等以助缓解症状，适当休息后再让其离开。
4. 掌握好施术部位及进针角度、深度、速度，做到“稳、准、快”，防止损伤重要器官和组织。
5. 控制出血量。体质强壮者出血量可稍多，瘦弱者出血量则宜少。刺头面、四肢末端指（趾）部及井穴，出血量宜少；刺血络及静脉，出血量较多。阳证、热证、新病出血量宜多；阴证、久病出血量宜少。出血量定量标

准：微量为 1.0mL 及以下；少量为 1.1 ~ 5.0mL；中等量为 5.1 ~ 10.0mL；大量为 10.0mL 以上。

（撰稿人：符文彬、吴倩）

第九节 皮内针技术

一、简介

皮内针技术是以皮内针刺入并固定于腧穴部位的皮内或皮下，进行较长时间的刺激以治疗疾病的技术。临床上主要包括颗粒型皮内针（又称麦粒型皮内针）和揸钉型皮内针（又称图钉型皮内针）两种针具。皮内针技术源自《黄帝内经》，又称“埋针法”，具有调整经络脏腑气血等作用，主要适用于治疗慢性疾病和疼痛类疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 偏头痛、神经性头痛，以及颈椎病、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症等引起的疼痛。
2. 神经衰弱、高血压、睡眠障碍、抑郁等心脑血管疾病。
3. 哮喘等肺系疾病。

（二）病证举例

1. 项痹（颈椎病）

取百劳、肩中俞、大椎、局部阿是穴。常规消毒，在双侧百劳、肩中俞操作时，针尖朝向脊柱方向，双侧相对而刺。埋入皮肤后，在针体下和皮内针上以胶布固定，用指腹轻轻按压，无刺痛即可。留针 2 ~ 3 天，每周 2 次。

2. 腰痹（腰椎间盘突出症）

取腰阳关、腰眼、局部阿是穴。常规消毒，进针方向与督脉、经络循行方向呈“十”字。急性腰痛者可加取双侧耳穴，包括腰骶椎、坐骨神经、臀、心、肾，以及局部阳性反应点等。留针 2 ~ 3 天，每周 2 次。

3. 不寐（睡眠障碍）

取心俞、胆俞，均为双侧取穴。选用图钉型皮内针，常规消毒后，用镊子夹住针柄，将针尖对准穴位，垂直刺入，然后以 1.0cm × 1.0cm 胶布将针柄固定于皮肤，要求圆环平整地贴在皮肤上。留针 2 ~ 3 天，每周 2 ~ 3 次。

三、禁忌证

同第一章“毫针技术”禁忌证。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 颗粒型皮内针

针尾呈椭圆颗粒状的皮内针，又称麦粒型皮内针。针体长 5mm，直径 0.28mm（32 号）；针柄呈圆形，直径 3mm。针体与针柄在同一平面。此类型皮内针可应用于身体大部分皮肤平坦、屈伸度不大的部位，头、颈、背部及四肢均可埋针。

2. 揸钉型皮内针

针尾呈环形并垂直于针体的皮内针，又称图钉型皮内针。针体长 2～2.5mm，直径 0.28～0.30mm（30～32 号）；针柄呈圆形，直径 4mm。针体与针柄垂直。临床以针体长 2mm，直径 0.28mm（32 号）者最为常用。此类型皮内针多用于面部及耳穴等需垂直浅刺的部位，也可用于皮肤屈伸度较大的部位。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法

运用皮内针技术治疗疾病时，要求根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要选择易于固定且不妨碍活动的腧穴。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 操作

(1) 进针

1) 颗粒型皮内针：施术者一手将腧穴部位皮肤向两侧舒张，另一手持镊子夹持针尾平刺入腧穴皮内。

2) 揜钉型皮内针：施术者一手固定腧穴部位皮肤，另一手持镊子夹持针尾直刺入腧穴皮内。

(2) 固定

1) 颗粒型皮内针：先在针尾下垫一橡皮膏，然后用脱敏胶布从针尾沿针体向刺入的方向覆盖、粘贴固定。

2) 揜钉型皮内针：宜用脱敏胶布覆盖针尾、粘贴固定。

(3) 固定后刺激

宜每天按压胶布 3～4 次，每次约 1 分钟，以患者耐受为度，两次间隔约 4 小时。

(4) 出针

施术者一手固定埋针部位两侧皮肤，另一手取下胶布，然后持镊子夹持针尾，将针取出。

(5) 出针后处理

应用无菌干棉签按压针孔，局部常规消毒。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 埋针处不宜用水浸泡。夏季多汗时，要检查埋针处有无汗浸、皮肤发红等。若埋针时发生疼痛，可以调整针刺的深度、方向。若埋针处发红、疼痛，有感染现象，则应立即取针，必要时可给予外科包扎处理。

2. 患者可以用手指间断按压针柄，以增加刺激量，加强治疗效果。

(撰稿人：唐勇、邵鑫)

第十节 火针技术

一、简介

火针技术是用特制的针具，经加热烧红后快速刺入人体腧穴或患处的一种针灸技术。火针技术基于《黄帝内经》中“九曰焮刺，焮刺者，刺燔针则取痹也”“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为腧”等有关理论发展而来，起

源于“九针”中的“大针”，具有温通经络、扶正助阳、祛邪引热等功效。火针技术主要适用于皮肤科、骨科、外科、内科、妇科及部分难治性疾病的治疗。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 痤疮、带状疱疹、下肢静脉曲张、湿疹、白癜风、神经性皮炎、静止期寻常型银屑病等皮肤科疾病。
2. 膝骨关节炎、肩关节周围炎、肱骨外上髁炎、颈椎病、类风湿关节炎、强直性脊柱炎等引起的疼痛，以及头痛、面痛、腕腹痛、肋肋疼痛、下腰痛等。
3. 眩晕、不寐、面肌痉挛、口僻、哮喘、中风、高血压、痛风、痿证、肠炎、呃逆等内科疾病。
4. 乳腺增生、乳腺炎、痛经、月经不调、子宫肌瘤、卵巢囊肿、外阴白斑等妇科疾病。

（二）病证举例

1. 膝痹（膝骨关节炎）

取犊鼻、内膝眼、阳陵泉、梁丘、血海、足三里、阿是穴。采用细火针，行点刺法操作，进针深度约 5mm。2～3 天治疗 1 次。

2. 蛇串疮（带状疱疹）

取疱疹局部阿是穴。采用细火针、中粗火针、多头火针，行点刺法、围刺法及刺络法操作，以刺破疱疹为宜，可局部加用火罐，每罐留置时间 5 分钟。疱疹中会有液体流出，以无菌干棉球擦拭，针后局部皮肤可予碘伏外涂，以防止感染并减少渗出。2～3 天治疗 1 次。对有全身症状者，可结合其他针药疗法。

3. 精癯（前列腺增生）

取关元、水道（双侧）、曲骨。患者排尿后取仰卧位，采用中粗火针，行点刺法操作，进针深度为 10～20mm。每周治疗 2～3 次。

三、禁忌证

1. 同第一章“毫针技术”禁忌证。
2. 孕妇，精神过于紧张者，饥饿、劳累及醉酒者。
3. 严重的心脏病、大失血、凝血功能障碍、糖尿病血糖控制不佳者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

根据不同病证和患者的形体强弱，选择不同粗细及针尖的火针，包括粗火针、中粗火针、细火针、平头火针、多头火针、三棱火针 6 类。针尖应圆利、无倒钩。针体应光滑、无锈蚀。针柄与针体缠绕应牢固、无松动。

烧针工具：打火机或火柴用于点火，酒精灯或其他安全方式（如乙醇棉火把等）用于针体加热。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法及体位

运用火针技术治疗疾病时，要求根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴。根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

3. 烧针

右手以握笔式持针，用火焰外焰烧红针尖及针体，根据针刺深度确定烧针的长度。

4. 进针

针体烧红后，应迅速、准确地刺入针刺部位。

5. 火针常用刺法

按照进针方法，分为点刺法、密刺法、散刺法、围刺法及刺络法。

①点刺法：在腧穴上施以单针点刺。②密刺法：在体表病灶上施以多针密集刺激，每针间隔距离不超过 1cm。③散刺法：在体表病灶上施以多针疏散刺激，每针间隔距离 2cm 左右。④围刺法：围绕体表病灶施以多针刺刺激，针刺点通常在病灶与正常组织交界处。⑤刺络法：用火针刺入体表血液瘀滞的血

络，以放出适量血液。

按照是否留针，分为快针法和慢针法。①快针法：进针后迅速出针的一种最常用的刺法，即进针后不停留，迅速出针。②慢针法：火针刺入穴位或部位后，留针1～5分钟再出针。

6. 出针

针体达到治疗深度后，即可出针。

7. 出针后处理

(1) 针具灭菌及保存

为避免由针体产生的交叉感染，应重新用酒精灯从针根沿针体到针尖连续移动将其烧红，消毒备用。

(2) 处置针孔

为减轻疼痛，促进愈合，出针后可用无菌干棉球或棉签按压针孔。针孔如有出血或渗出物，可用无菌干棉球或棉签擦拭按压。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 操作时注意避开大血管、神经干、内脏，以及重要的器官。
2. 防止烧伤或火灾等意外事故。
3. 体质虚弱的患者，在治疗过程中应采取卧位。
4. 须向患者交代以下内容：针后针孔可能发红、瘙痒，或有高出皮肤的红点，一般可自行消退；应注意针孔局部清洁，忌用手搔抓，不宜用油、膏类药物涂抹；针孔当天不宜着水；穿宽松衣服，避免过度摩擦针孔。

（撰稿人：王桂玲、曹柏龙、张帆）

第十一节 镊针技术

一、简介

镊针技术是通过皮肤表面的经络、穴位进行按压以治疗疾病的一种操作技术。因操作时以推按腧穴（按脉勿陷）为主，故又称为“推针”。镊针技术基于《黄帝内经》中“主按脉取气，令邪出”“病在脉，气少当补之者，取以镊针于井荣分输”等有关理论发展而来。镊针是“九针”之一，具有疏通经络、调和气血、补虚泻实的作用，主要用于治疗内科、外科、妇科、儿科、五官科等各科疾病，也可用于经络辨证时探查病变的经络、穴位。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 脑卒中及其并发症、面神经炎、睡眠障碍、头痛、焦虑抑郁、呃逆、功能性胃肠病等内科疾病。

2. 颈椎病、腰椎病、落枕、肩关节周围炎、关节损伤、软组织损伤等外科疾病。

3. 月经不调、痛经、围绝经期综合征、乳腺增生、乳腺炎等妇科疾病。

4. 小儿疳积、吐泻、消化不良等儿科疾病。

5. 青少年近视、过敏性鼻炎、牙痛、耳鸣等五官科疾病。

(二) 病证举例

1. 落枕（枕下肌群劳损）

取落枕穴。患者取坐位，两肘屈曲放在桌面上，两手掌俯伏，食指、中指分开，局部消毒后用针在落枕穴上点按，同时嘱患者活动颈部。每次治疗5～10分钟，每天1次。

2. 呃逆（膈肌痉挛）

取天突、内关、足三里、膻中、中脘、期门。患者取仰卧位，局部消毒后用镊针交替点按上述穴位。每穴约5分钟，每天或2天1次。

3. 不寐（睡眠障碍）

取三阴交、内关、神门、足三里。患者取坐位或仰卧位，局部消毒后用针交替点按上述穴位。每穴约5分钟，每天或2天1次。

三、禁忌证

1. 孕妇，以及有出血倾向、高血压危象、严重心脏病的患者。

2. 骨折部位、感染及溃疡部位。

3. 皮肤对金属过敏者。

4. 骨骼、脏器内有金属内置物及装有心脏起搏器者禁用电镊针。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

根据操作要求准备镊针针具、电镊针治疗仪、75%乙醇、消毒棉签或棉球等。镊针针具的针头应光滑圆钝、不宜过尖；针体应光滑、无锈蚀；针柄与针体缠绕应牢固、无松动。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法及体位

运用镊针治疗疾病时，要求根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴。根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

3. 刺法

（1）镊针刺法

用四指持针法（以拇指、中指和无名指夹持针身，食指抵住针尾）或执笔式持针法（以拇指、食指、中指捏持针身中上部，无名指抵住针身下部）持镊针，拿持力度适中，将针头垂直按压在所选取的经络或腧穴上，以得气为度。为增强刺激，可结合刮法或震颤法。每穴每次按压 2～5 分钟，每天或 2 天 1 次，10～15 天为 1 个疗程。

（2）电镊针刺法

使用前将脉冲电针治疗仪各调节旋钮调至零位，将导线连接到治疗仪上，接通电源；将无关电极导线连接于所取经络腧穴的同侧肢体上（宜在腕踝上部）；在相应的经络腧穴部位涂以导电液或导电膏，将针头垂直按压在相应经络腧穴上；调节仪器输出旋钮，刺激强度以患者可耐受为度。时间与疗程参照镊针刺法。治疗结束后将治疗仪控制旋钮置回零位，取下电极，关闭电源开关。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 患者过饥、过饱或过于疲劳时慎用镊针，避免刺激过强，以防发生晕针。

2. 镊针操作时宜垂直按压，不宜斜按，压力应适度，勿损伤皮肤。

3. 使用电镊针时应注意检查仪器是否漏电。
4. 注意避免灼伤与电伤。

(撰稿人: 李彬、张涛)

第十二节 浮针技术

一、简介

浮针技术是运用一次性浮针在患肌周围或邻近四肢进行大面积扫散的皮下针刺法。患肌是指在放松状态下,目标肌肉的全部或一部分处于紧张状态。浮针技术基于《黄帝内经》的“十二皮部”“以痛为腧”理论发展而来。该书记载“皮者脉之部也”“客于脉中则气不通,故卒然而痛”“以手疾按之,快然乃刺之”。该法具有通经活络、行气活血、祛瘀止痛等作用。浮针技术主要适用于治疗软组织疼痛和部分内科、妇科杂病,如颈肩腰腿痛、口僻、睡眠障碍等。

二、临床应用

(一) 主要适应证

浮针技术主要适用于可导致肌肉紧张或疼痛的疾病(肌肉前病痛),如类风湿关节炎、哮喘、痛风、帕金森病、面神经炎、头痛、慢性前列腺炎、尿失禁、呃逆、睡眠障碍、慢性咳嗽、功能性便秘等;肌肉病痛,如脊柱退行性病变、肱骨外上髁炎、踝部劳损或扭伤、肩关节周围炎等;肌肉病理性紧张或病变导致的疾病(肌肉后病痛),如眩晕、心律失常、周围神经病、局限性水肿、糖尿病足、特发性无菌性股骨头坏死、脊柱畸形等。

(二) 病证举例

1. 项痹(颈椎病)

冈上肌、斜方肌、肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌、斜角肌、三角肌、肱桡肌等为主要患肌。如肱桡肌为患肌,进针点选取上臂外侧中部,针尖朝向近心端进针,运针,扫散。如冈上肌、斜方肌为患肌,进针点选取冈上肌外侧缘,针尖朝向颈部进针,运针,扫散。如肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌为患肌,进针点选取第七胸椎旁开约3cm处,针尖朝向头部进针,运针,扫散。

2. 腰痹(腰椎间盘突出症)

竖脊肌、腰方肌、臀大肌、臀中肌、梨状肌、阔筋膜张肌、股二头肌、

腓肠肌等为主要患肌。如竖脊肌为患肌，进针点选取竖脊肌下段，针尖朝向臀部方向进针，运针，扫散。如腰方肌为患肌，进针点选取腰方肌外侧，针尖朝向脊柱方向进针，运针，扫散。如臀大肌为患肌，进针点选取臀部内上方，针尖朝向臀大肌肌腹方向进针，运针，扫散。如臀中肌为患肌，进针点选取髂后上棘下方约 15cm 处，针尖朝向臀中肌方向进针，运针，扫散。如梨状肌为患肌，进针点选取股骨大转子内上方，针尖朝向骶骨方向进针，运针，扫散。如阔筋膜张肌为患肌，进针点选取髂前上棘后方约 8cm 处，针尖朝向阔筋膜张肌肌腹方向进针，运针，扫散。如腓肠肌为患肌，进针点选取腓肠肌外侧头中下段，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。

3. 膝痹（膝骨关节炎）

膝关节周围相连属的肌肉为主要患肌，如股直肌、股外侧肌、股内收肌群、腓肠肌、股二头肌、胫骨前肌、腓骨长肌等。如股直肌为患肌，进针点选取大腿前面中下 1/3 交界处，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。如股外侧肌为患肌，进针点选取髂前上棘下方约 10cm 处，针尖朝向股外侧肌肌腹方向进针，运针，扫散。如股内收肌群为患肌，进针点选取大腿内侧中下 1/3 交界处，针尖朝向大腿根部进针，运针，扫散。如腓肠肌为患肌，进针点选取腓肠肌外侧头中下段，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。如股二头肌为患肌，进针点选取大腿后面外侧中下 1/3 交界处，针尖朝向臀部进针，运针，扫散。如胫骨前肌为患肌，进针点选取外侧膝眼下方约 15cm 处，针尖朝向足背方向进针，运针，扫散。如腓骨长肌为患肌，进针点选取腓骨头下方约 10cm 处，针尖朝向外踝方向进针，运针，扫散。

三、禁忌证

1. 严重心、肝、肾功能不全者。
2. 凝血功能障碍者。
3. 孕妇的下腹部、腰骶部及肩井、合谷、三阴交、至阴等穴。
4. 小儿囟门未闭合时，囟门附近。
5. 传染病、恶性肿瘤患者，以及皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位。
6. 年老体弱、孕妇及不配合者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

浮针技术所使用的针具为特殊的一次性浮针，并且配有专门的进针器。

浮针为复式结构，由内至外分为3部分：针芯及芯座、软套管、保护套管。一次性针具严禁重复使用。浮针进针器包括底座、控制按钮、传动杆、固定槽。通过进针器底座一侧的控制按钮控制一次性浮针快速进针。具体见图1-4、图1-5。

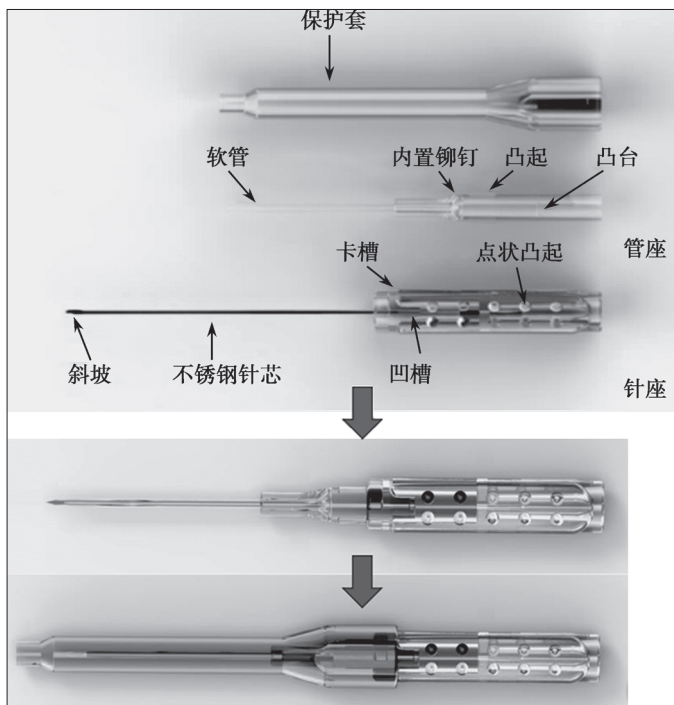
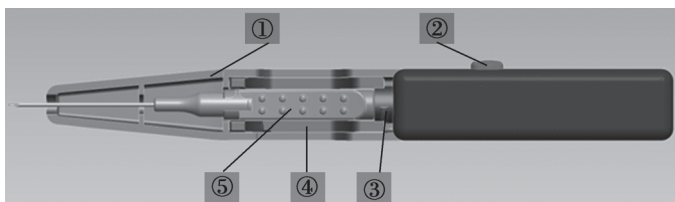


图 1-4 浮针构造



①底座；②控制按钮；③传动杆；④固定槽；⑤一次性浮针

图 1-5 已安装浮针的进针器

(二) 操作步骤

1. 严格无菌操作

(1) 针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循

《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法

（1）确定患肌

根据患者提供的临床资料认真综合分析，基本明确诊断，查找和触摸相关患肌，确定患肌，针对治疗。

患肌的特点：一是在运动中枢正常的患者相关肌肉放松的情况下，施术者触摸该肌肉时，指腹有“紧、僵、硬、滑”的感觉，患者局部常有酸胀不适感；二是该肌肉的相关活动范围减小，偶尔还有乏力现象。

（2）确定进针点

浮针技术进针点的选择是根据病痛部位查找相应患肌，进而确定治疗部位。进针点的选择与患肌相关，可选择患肌周边，上下左右或斜取皆可，针尖指向患肌，方向不能与患肌相反；避开皮肤上的瘢痕、关节，尽量选择在平坦易操作的部位进针。

3. 操作

（1）进针

操作时，进针器与进针点处皮肤呈 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ，施术者一手将进针器前端皮肤向前稍推起，另一手放于浮针针具上方以防浮针弹起。针尖进入皮下后，施术者左手提起并固定浮针，右手持进针器后退撤出；之后放下浮针，调整浮针至浮针自由卧倒于皮肤，使浮针处于皮下组织层。

（2）运针

完成浮针进针后，上提皮肤，顺势推进针体，以软管完全进入皮下为宜。在操作过程中应避免针体误入肌层，并且尽量避开血管。如果出现刺痛，可能是针体触碰到了血管壁，故需要调整针体角度。运针的操作要点为平稳、匀速、上提、滑进。

（3）扫散

扫散是浮针操作的核心内容。运针结束后，芯座后退旋内，软套管的点状凸起固定在塑料芯座的凹槽内。此时软套管完全把不锈钢针芯包裹，便可以开始扫散操作。扫散操作时，施术者拇指、中指夹持针柄，以拇指为支点

固定在皮肤，食指、无名指自然放在软套管座和芯座处，均匀有节奏地行扇形扫散。

（4）出针和留管

经过浮针技术治疗后，患肌与症状有所改善即可以出针结束治疗。出针时，外旋芯座，使软套管和芯座分离；拔出针芯，把软套管留在皮下，以达到疗效更持久的目的。留管时间一般以4～6小时为宜。留管位置通常选择在平坦且不影响活动的部位。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 触摸患肌时，注意应使目标肌肉保持放松状态；进针点的选择应避免瘢痕、破损、关节等。

2. 选择平坦不影响活动的地方留管；针孔周围避免浸水，以防感染。

3. 如出现皮下血肿，微量皮下瘀血可自行吸收，充分安抚患者即可；若皮下血肿范围较大，可先出针按压止血，安抚患者并告知冷敷止血，24小时后再行热敷促进瘀血吸收。

4. 对于初次治疗、体质虚弱，或在精神紧张、饥饿等状态下的患者，应进行充分解释，同时选取合适体位，降低出现晕针的可能性；若出现晕针，应即刻出针停止操作，嘱患者平卧休息，饮少许温开水。

（撰稿人：符仲华、孙健）

第十三节 电针技术

一、简介

电针技术是将一次性使用无菌针灸针刺入穴位得气后，在针具上通以低频脉冲电流，使机体处于持续的电刺激状态，从而提高针刺疗效，起到防治疾病作用的一种针刺操作技术。它具有镇静、止痛、促进循环、改善肌肉张力等作用，在临床上常用于治疗痛证、各种慢性疾病及神经系统疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 高血压、脑卒中后遗症、面神经炎、精神障碍、神经发育障碍等心脑血管疾病。

2. 颈肩腰腿痛、头痛、三叉神经痛、内脏绞痛（心、脾、胃、泌尿生殖器官）等痛证。

3. 荨麻疹、血管性水肿、休克等其他疾病。

4. 针刺麻醉。

（二）病证举例

1. 口僻（面神经炎）

口僻恢复期：取地仓、大迎、颊车、阳白、四白、太阳、翳风、合谷。口僻后遗症期：在上穴基础上，上唇歪取口禾髎、水沟；下唇歪取夹承浆、承浆；不能耸鼻取迎香；不能皱眉取鱼腰、攒竹。选取一次性使用无菌针灸针快速刺入皮肤，平刺或斜刺，采用连续波电针治疗，输出强度以面部有轻微跳动为度，连续通电 20 分钟。

2. 项痹（颈椎病）

主穴：第 2～7 颈夹脊穴。配穴：养老、天柱、大椎、肾俞、大肠俞、曲池、外关、合谷、阳陵泉、秩边。主穴以一次性使用无菌针灸针呈 45° 角向脊椎方向刺入，然后接通电针仪，负极接主穴，正极接配穴，连续波或断续波，电流强度不宜过大，以患者舒适为宜，且应密切观察患者治疗过程中有无不适。

3. 腰痹（腰椎间盘突出症）

主穴：肾俞、大肠俞、秩边、委中、环跳、承山或阿是穴。配穴：寒湿加风府、腰阳关；劳损加膈俞、次髎；肾虚加命门、太溪；急性腰扭伤、闪挫伤可刺水沟、后溪等。常规消毒后，根据病情选择 1～4 对穴位，选择一次性使用无菌针灸针针刺相应穴位得气后，接通电针仪，连续波或疏密波，强度以患者能耐受为度。

三、禁忌证

1. 同第一章“毫针技术”禁忌证。

2. 心脏附近、安装心脏起搏器者、颈动脉窦附近禁用。

3. 严重精神疾病及不能配合者，严重脏腑衰竭、过度劳累、饥饿、醉酒者及高度水肿者禁用。

4. 极少数对电流特别敏感者禁用。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

准备好一次性使用无菌针灸针与电针仪；检查电针仪电源开关；使用需要干电池的主机要准备好电池，并确保电量充足；检查输出电极线，并保证导电性能良好，应确保电针仪能够正常工作。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法

按毫针技术操作选取主穴及配穴进行针刺，每次选取 1～3 对穴位。

3. 电针操作

使用电针仪前，先把强度调节旋钮调至零位，再将电针仪的每对输出电极连接在同侧躯体穴位的两根针柄上，一般负极接主穴，正极接配穴。然后打开电针仪电源开关，根据疾病选好波形，调节频率和刺激量旋钮，使电刺激强度以患者可接受为度。选择电针治疗时间，当达到预定时间后，先将输出电位器调至零位，再关闭电源开关，取下电线并出针。

（1）波形选择

临床常用的电针仪输出波形为连续波、断续波和疏密波等。

连续波是单个脉冲采用不同方式组合而形成的波形，由基本脉冲波进行重复，中间没有停顿，频率连续可调，其兴奋作用较为明显，刺激作用强。一般频率低于 30Hz 的连续波叫疏波，频率高于 30Hz 的连续波叫密波，可用频率旋钮选择疏波或密波。密波能抑制感觉神经和运动神经，常用于止痛、镇静、缓解肌肉和血管痉挛等；疏波能兴奋肌肉，增强肌肉韧带的张力，调节血管的舒缩功能，改善血液循环，促进神经肌肉功能的恢复，常用于治疗瘫痪、慢性疼痛，以及各种肌肉、关节、韧带、肌腱的损伤等。

断续波是有节律的时断、时续自动出现的一种波形，能提高肌肉组织的兴奋性。脉冲电流的交替输出对人体神经肌肉的兴奋较连续波和疏密波的作用更强，对横纹肌有良好的刺激收缩作用，常用于治疗痿证、瘫痪等。

疏密波是疏波与密波自动交替出现的一种波形。疏密波交替持续的时间一般各约 1.5 秒。其能克服单一波形易产生电适应现象的缺点，能引起肌肉有节奏地收缩，可增强代谢，促进气血循环，改善组织营养，消除炎性水肿，常用于治疗扭挫伤、关节周围炎、坐骨神经痛、口僻、肌无力、局部冻伤等。

（2）电针刺激强度

在治疗过程中，当脉冲电流达到一定强度时，患者有麻刺感。若电流强度再稍增加，患者会突然产生刺痛感。患者不易接受超过痛阈的电流强度，故一般应以患者能耐受的强度为宜。当患者对电流刺激量产生耐受时，需及时调整脉冲电流刺激量。

4. 治疗时间

根据患者病情选择电针治疗时间，一般电刺激时间为 15 ~ 30 分钟，用于针刺麻醉时可持续更长时间。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 因电针仪品牌不同，故而使用方法有异，使用前应仔细阅读产品说明书，掌握电针仪的性能、参数、使用方法、注意事项及禁忌等内容。

2. 电针感应强，通电后会产生肌收缩，故须事先告诉患者，让其思想上有所准备，便能更好地配合治疗。电针刺激强度应逐渐从小到大，不要突然加强，以免出现晕厥、弯针、断针等异常现象。

3. 每次治疗前，均需检查电针仪导线接触是否良好，输出的脉冲电流是否正常。治疗后需将输出调节旋钮等全部调至零位，关闭电源，撤去电针仪脉冲电流输出导线。

4. 电针刺激强度应逐渐从小到大，不要突然加强，以免出现患者晕厥、弯针等异常现象。若出现晕针现象，应立即关闭电源将针取出，并按毫针技术晕针处理方法处理。

5. 在靠近延髓、脊髓等部位使用电针治疗时，电流量宜小，并注意电流的回路不要横跨中枢神经系统，切不可刺激过强。

6. 禁止电流回路通过心脏，如左右上肢的两个穴位不可连接于同一对电极。

7. 在头针左右两侧对称的穴位上使用电针，如出现一侧感觉过强，这

时可以将左右输出电极对换。对换后，如果原感觉强的变弱，而弱的变强，则是电针器输出电流的性能所致；如果无变化，则为针刺在不同的解剖部位引起。

（撰稿人：杨华元、王军）

第十四节 穴位注射技术

一、简介

穴位注射技术是一种以中西医理论为指导，依据穴位作用和药物性能，在穴位内注入药物以防治疾病的方法，又称“水针”，具有操作简便、用药量少、适应证广、作用迅速等优点。穴位注射技术的适用范围非常广泛，内、外、妇、儿等各科疾病均可运用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 头痛、面痛、颈痛，以及肩关节周围炎、腕管综合征、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、膝骨关节炎等导致的疼痛。
2. 中风、眩晕、口僻、面肌痉挛、抑郁、焦虑、帕金森病、小脑性共济失调、睡眠障碍、慢性疲劳综合征等心脑血管疾病。
3. 月经病、围绝经期综合征、痛经、产后身痛、小儿抽动障碍、小儿遗尿、小儿发育不良等妇科、儿科疾病。
4. 过敏性鼻炎、耳鸣、耳聋等五官科疾病。

（二）病证举例

1. 漏肩风（肩关节周围炎）

取肩贞、肩前、肩髃、肩井、天宗、曲池。配制适合注射液若干。局部消毒后用规格为 2mL 的一次性使用无菌注射器在肩贞、肩髃、肩前各缓慢注射 2mL，曲池、肩井、天宗各缓慢注射 1mL，以局部酸胀为度。3 天 1 次，3～5 次为 1 个疗程。

2. 泄泻（胃肠炎）

取天枢、上巨虚。配制适合注射液若干。局部消毒后用规格为 2mL 的一次性使用无菌注射器在各穴位缓慢注射 2mL，以局部酸胀为度。3 天 1 次，3～5 次为 1 个疗程。

3. 瘾疹（荨麻疹）

取曲池、血海、大椎、合谷、膈俞。配制适合注射液若干。局部消毒后用规格为 2mL 的一次性使用无菌注射器在各穴位缓慢注射 2mL，以局部酸胀为度。3 天 1 次，3～5 次为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 关节腔、脊髓腔和血管内。
2. 孕妇下腹部、腰骶部和合谷、三阴交等穴位。
3. 需要注射的穴位周围或局部有感染，或严重皮肤病患者。
4. 诊断不明确并伴有意识障碍者。
5. 对某种药物过敏者，禁用该药。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

核查患者姓名、年龄，药物名称、浓度、剂量、有效期限、用法及有无用药禁忌，配制注射所需药物。根据病情、注射部位、药量的需求选择不同型号的一次性使用无菌注射器、一次性使用无菌注射针和药物。针体必须保持光滑、无锈蚀，针尖必须确保锋利、无倒钩。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法及体位

运用穴位注射技术治疗疾病时，要求根据中医针灸理论进行辨证论治，同时需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴。根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

3. 取药与穿刺进针

仔细核对患者科别、姓名、年龄，药物名称、浓度、剂量、保质期、用法及用药禁忌。从包装中取出注射器，将针头斜面与注射器刻度调到一个水平面并旋紧，检查注射器是否漏气。遵医嘱取药，药液吸入针筒后再次核对。将注射器内空气排尽。依据穴位所在的部位、注射器的规格等因素选择不同的持针方式、进针方式及进针角度。施术者用前臂带动腕部的力量，将针头迅速刺入患者穴位处皮肤。进针后要通过针头获得各种不同感觉，并注意握持注射器的手指感应及患者的反应，细心分辨针头在不同组织中的进程情况，从而调整进针的方向、角度。

4. 调整得气

针头刺入穴位后细心观察针下是否得气。针尖到达一定深度后若得气感尚不明显，可将针退至浅层，调整针刺方向再次深入，直至患者出现酸、胀的得气反应。

5. 注入药物

患者产生得气反应后回抽针芯，无回血、无回液时即可注入药物。在注射过程中随时观察患者的反应。

6. 出针

根据针刺的深浅选择不同的出针方式。浅刺的穴位出针时，施术者用左手持无菌干棉球或棉签压于穴位旁，右手快速拔针；深刺的穴位出针时先将针退至浅层，稍微等待后缓慢退出。针下沉紧或滞针时，不应用力猛拔，宜循经按压或拍打穴位外周以宣散气血，待针下感觉轻滑后方可出针。出针后如发现针孔溢液或出血，可用无菌干棉球或棉签压迫 0.5 ~ 2.0 分钟。最后整理用物，嘱患者保持舒适的体位休息 5 ~ 10 分钟，以便观察是否出现不良反应。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 检查并确保注射药物在有效期内使用。注射前明确药物的性能、药理作用、剂量，以及药物禁忌、不良反应和过敏反应等情况。注射操作应在药敏试验结束并合格的前提下进行。注射两种药物时，应注意药物的禁忌，最好在不同部位注射。

2. 禁止将药物注入血管内，若回抽针芯见血或积液时应立即出针，并用无菌干棉球或棉签压迫针孔，情况允许时更换注射器及药液后再进行注射。

3. 针刺胸、背部穴位，宜平刺或斜刺。穴位注射时，患者不可随意变换体位。

4. 发生过敏反应时，应立即停止注射。必要时应用脱敏药物，如遇过敏性休克需迅速组织抢救。

5. 发生气胸后，患者需半卧位休息，医生需严密、动态观察其情况。少量胸腔积气可自然吸收；积气量较大时，应行胸腔排气引流，促使肺脏尽早膨胀。

（撰稿人：李滋平、付勇）

第十五节 穴位埋线技术

一、简介

穴位埋线技术是将可吸收性外科缝线置入穴位内，利用线体对穴位产生的持续刺激作用以防治疾病的一种技术。穴位埋线技术基于《灵枢》中“年质壮大，血气充盈，肤革坚固，因加以邪，刺此者，深而留之”“久病者……深内而久留之”等有关理论，是在“留针”的基础上发展而来的，具有疏通经络、调和气血、补虚泻实的作用。穴位埋线技术主要适用于治疗多种慢性疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 原发性高血压、中风偏瘫、癫痫等心脑血管疾病。
2. 支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张等肺系疾病。
3. 功能性胃肠病（胃食管反流病、功能性消化不良、肠易激综合征、功能性便秘）、慢性胃肠炎、溃疡性结肠炎、胃脘痛、便秘、脂肪肝等肝胆脾胃病。
4. 肥胖症、2型糖尿病、甲状腺疾病等内分泌疾病。

（二）病证举例

1. 哮喘（哮喘）

取定喘、肺俞。将可吸收性外科缝线1～2cm装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位。2周埋线1次，3次为1个疗程。

2. 泄泻（胃肠炎）

取中脘、天枢、关元、足三里、脾俞、大肠俞。将可吸收性外科缝线 1~2cm 装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位。1~2 周埋线 1 次，3 次为 1 个疗程。

3. 肥胖（肥胖症）

取中脘透下脘、滑肉门、天枢、大横、气海、胆俞、胃俞、大肠俞、气海俞、足三里、阿是穴。将可吸收性外科缝线 1~2cm 装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位。1~2 周埋线 1 次，6 次为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 有出血倾向、精神疾病不能配合者。
2. 关节、颜面部位及瘢痕组织处禁止埋线。
3. 皮肤局部有皮肤病、炎症、溃疡、破损。
4. 2 型糖尿病血糖不稳定者、蛋白过敏者及其他各种疾病导致皮肤和皮下组织吸收和修复功能障碍者。
5. 5 岁以下儿童、孕妇的下腹部和腰骶部，以及女性经期禁用埋线。
6. 关节腔、脊髓腔和血管内。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 线体

各种型号的可吸收性外科缝线。可吸收性外科缝线应符合《可吸收性外科缝线》（YY 1116—2020）的要求。

2. 埋线针

根据病情需要和操作部位选择不同种类和型号的埋线工具。其中，套管针一般可由一次性使用无菌注射针配合适当粗细的磨平针尖的针灸针改造而成，或用适当型号的腰椎穿刺针代替，也可以选用一次性成品注射埋线针。一次性使用无菌注射针应符合《一次性使用无菌注射针》（GB 15811—2016）的要求；针灸针应符合《针灸针》（GB 2024—2016）的要求；腰椎穿刺针应符合《腰椎穿刺针》（YY/T 1148—2024）的要求。

（二）操作步骤

1. 可吸收性外科缝线处理

开包后即剪即用，剪成长度为 1~2cm 的线体备用。

2. 穴位选择

根据患者病情选取穴位，应选择肌肉丰富部位，常用腹部、腰背部穴位，慎用头面部穴位。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 环境要求

注意操作台环境清洁卫生，避免污染，有条件应设立独立埋线诊室。

5. 严格无菌操作

(1) 针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

(2) 皮肤消毒

采用碘伏或 75%乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

(3) 手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

6. 施术方法

(1) 套管针埋线法

施术者首先戴口罩、帽子，双手按《医务人员手卫生规范》进行洗手消毒。打开埋线包及外科缝线包，将可吸收性外科缝线剪成 1～2cm 长度的线体备用，取一次性注射针头接一次性平头针灸针针芯。将准备好的可吸收性外科缝线放入一次性注射针头的前端，线头勿超出注射针头。用一手拇指和食指固定拟进针穴位，另一手持针刺入。选择适当针刺方向刺入，达到所需深度后，边推针芯边退针管，将线体埋植在穴位的皮下组织或肌层内。拔针后用无菌干棉签按压针孔止血，保持创口干燥 6 小时。

(2) 埋线针埋线法

施术者首先戴口罩、帽子，双手按《医务人员手卫生规范》进行洗手消毒。打开埋线包及外科缝线包，取适当长度的可吸收性外科缝线放入埋线针针头的前端，线头勿超出埋线针针头。一手拇指和食指固定拟进针穴位，另一手持埋线针，以 $15^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 角刺入，将线推入皮内（或将线套在埋线针针尖后的缺口上，一手持针，另一手持钳，针尖缺口向下，以 $15^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 角刺入皮内）。当针头的缺口进入皮内后，持续进针直至线头完全埋入穴位的皮下，再适当进针后，把针退出。用无菌干棉球或棉签按压针孔止血，保

持创口干燥 24 小时。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 严格施行无菌操作，埋线后 24 小时内局部禁止接触水，创面应保持干燥、清洁，防止感染。
2. 若发生晕针应立即停止治疗，按照晕针处理。
3. 穴位埋线时，拟留置体内的可吸收性外科缝线线头不应露出体外。如有线体露出皮肤，则一定要拔出，重新定位、消毒、操作，以免感染。
4. 穴位埋线后 1～3 天禁止进行剧烈运动，防止埋线部位出现肿胀。
5. 穴位埋线后 1 周尽量减少海鲜等高蛋白饮食，防止埋线后过敏反应的发生。埋线后若出现硬结反应则慎用埋线法。
6. 每次埋线前都要对患者进行埋线前评估及知情同意告知，排除不宜埋线的患者或暂时无须埋线的患者。
7. 埋线后 1 周如局部出现红、肿、热、痛，说明有感染，轻者热敷即可，重者应做抗感染处理。如已化脓，应放出脓液，再进行抗感染处理。
8. 在胸背部穴位埋线时应注意针刺的角度和深度，不要伤及内脏、脊髓。在面部和四肢部穴位埋线时应注意不要伤及大血管和神经。
9. 在同一个穴位反复治疗时，应偏离前次治疗的进针点。
10. 埋线后要留观 30 分钟，如有不良反应须及时处理。
11. 埋入线体后如果 2 周左右出现局部红、肿、痒等症状属线体过敏现象，则应停止再次埋线，同时进行抗过敏处理，口服抗过敏药物治疗，病情严重者应到皮肤科会诊。
12. 精神紧张、过劳或进食前后 30 分钟一般不做埋线，以免发生晕针。

（撰稿人：谢长才、魏清琳）

第十六节 平衡针技术

一、简介

平衡针技术是通过针刺相应腧穴或部位，达到调控和治疗疾病的目的。平衡针技术基于《黄帝内经》之“凡刺之真，必先治神”理论，阐明针刺的核心定位并不是有病之脏器，而是负责管理脏器的脑神。平衡针技术主要适用于痛证、心脑血管疾病、肝胆脾胃病等。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 颈椎病、肩部软组织损伤、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症、梨状肌综合征、膝骨关节炎、关节扭伤、风湿性关节炎、末梢神经炎等导致的疼痛，以及头痛、肋间神经痛、三叉神经痛、坐骨神经痛等痛证。

2. 冠心病、高血压、眩晕、面肌痉挛、脑梗死、脑出血、癔症、癫痫、精神分裂症等心脑血管疾病。

3. 普通感冒、流行性感、慢性支气管炎、支气管哮喘等肺系疾病。

4. 胃下垂、胃痉挛、急性胃肠炎、慢性胃炎、胃溃疡、消化不良、胆囊炎、肝炎、便秘等肝胆脾胃病。

5. 假性近视、白内障、过敏性鼻炎、神经性耳鸣等五官科疾病。

6. 糖尿病、前列腺炎、急性乳腺炎、月经不调、原发性痛经等其他疾病。

（二）病证举例

1. 项痹（颈椎病）

取穴：颈痛穴（位于手背部，半握拳，第四掌骨与第五掌骨之间，掌指关节前凹陷中）。

操作：患者取仰卧位或正坐位。一侧颈椎病症状采用交叉取穴，双侧颈椎病症状采用双侧取穴。局部皮肤常规消毒后，采用三步到位手法或强化针感手法，出现局限性、强化性针感后即可出针。每周治疗3次，10次为1个疗程。

2. 漏肩风（肩关节周围炎）

取穴：肩痛穴（位于腓骨小头与外踝高点连线的上1/3处，相当于足三里下2寸偏于腓侧1寸）。

操作：患者取仰卧位。一侧肩关节周围炎采用交叉取穴，双侧肩关节周围炎采用双侧取穴。局部皮肤常规消毒后，采用一步到位手法或提插手法，出现触电式针感向足面、足趾放射后即可出针。每周治疗3次，10次为1个疗程。

3. 腰痹（腰椎间盘突出症）

取穴：腰痛穴（位于前额正中）。

操作：患者取仰卧位或正坐位，局部皮肤消毒后，采用两步到位手法或强化针感手法，右侧腰痛向左平刺1.5寸，左侧腰痛向右平刺1.5寸，双侧

腰痛向下平刺 1.5 寸，出现局限性、强化性针感后即可出针。每周治疗 3 次，10 次为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 同第一章“毫针技术”禁忌证。
2. 凝血功能异常者。
3. 妊娠期女性。
4. 局部皮肤感染、溃疡和瘢痕体质者。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

常用器具为直径 0.25 ~ 0.35mm，长 40 ~ 75mm 的一次性使用无菌针灸针。使用前应注意检查针具的质量。

(二) 操作步骤

1. 严格无菌操作

(1) 针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗 - 修针 - 整理 - 灭菌 - 无菌保存”的处置。

(2) 皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

(3) 手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴方法及体位

(1) 特异性取穴

特异性取穴主要是指在临床实践、验证中确定治疗疑难病的特定靶点的取穴方法。

(2) 交叉取穴

交叉取穴是指在上下肢之间进行左右交叉取穴，即上肢的病变取下肢的相应穴位，下肢的病变取上肢的相应穴位。

(3) 对应取穴

对应取穴是基于人体解剖结构和功能的对称性或关联性，以选取与病变部位相对应的穴位。

(4) 区域性取穴

区域性取穴是针对某一特定区域采取的取穴方法。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 针刺方法

(1) 提插手法

提插手法包括上提和下插两个部分。操作中通过改变针尖的方向、角度、深浅以获得针感。该法主要适用于有特殊针感要求的平衡针穴位。

(2) 强化针感手法

强化针感手法是指针刺深度达到要求后采用的一种捻转手法，主要适用于病情较重、有特殊针感要求的平衡针穴位。

(3) 一步到位手法

一步到位手法指针刺深度在 25mm 以内的针刺手法，适用于比较浅表的穴位，进针后即可出针。

(4) 两步到位手法

两步到位手法指针刺深度在 50mm 以内的针刺手法。第一步将针尖刺入体内，第二步将针体刺入达到要求的深度。进针后即可出针，不提插、不捻转。

(5) 三步到位手法

三步到位手法指针刺深度在 75mm 以内的针刺手法。第一步将针尖刺入体内，第二步将针体刺入 25 ~ 50mm，第三步再将针体刺入达 62.5mm 左右即可出针。

(6) 针感说明

触电式针感：针刺后出现的类似电击样感觉，向远端放射。

放射性针感：针刺后出现的由局部向上或向下的放射性麻胀针感。

局限性针感：针刺后在局部出现的酸麻胀痛感。

强化性针感：针刺后未出现以上针感，可通过单方向旋转捻动针体，使局部纤维组织适度缠绕针体，可快速产生局部酸麻胀痛的针感。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 针刺刺激量应适度，出现针感即可出针，避免反复强刺激损伤软组织。

2. 过于饥饿、疲劳及精神过度紧张者不宜针刺。体质虚弱者宜平躺针

刺，针刺手法不宜过重，针刺穴位不宜过多。

3. 注意预防晕针、滞针、弯针、断针、血肿及误伤重要组织器官等情况。

4. 当针刺部位出现不适时，可采用对侧对应部位指压或针刺来缓解症状。

（撰稿人：王文远）

第十七节 醒脑开窍技术

一、简介

醒脑开窍技术是一项突出针刺“醒神、调神、安神”功效，以针刺手法量学规范为核心特征的中医特色针灸技术。该针刺技术基于《黄帝内经》中“凡刺之法，先必本于神”“得神者昌，失神者亡”，以及《本草纲目》中“脑为元神之府”等相关理论，在选穴上以取阴经和督脉穴为主，并强调针刺手法量学规范。该技术主要适用于治疗中风及其并发症，亦可用于其他疑难脑病、郁证、痛证等。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 脑梗死、脑出血、短暂性脑缺血发作及其并发症、多发性硬化、进行性肌营养不良、帕金森病、重症肌无力、面神经炎、梅杰综合征、脊髓损伤、睡眠障碍、焦虑障碍、抑郁障碍、癔症等心脑血管疾病。

2. 坐骨神经痛、臂丛神经痛、三叉神经痛、颈椎病等痛证。

3. 干眼症、突发性耳聋等五官科疾病。

（二）病证举例

1. 中风（脑卒中）

主穴取内关、水沟、三阴交。辅穴取极泉、尺泽、委中。操作按照醒脑开窍针刺法基本操作规范及手法量学规范要求进行操作。

2. 郁证（抑郁障碍）

主穴取内关、水沟、印堂、上星透百会、四神聪、四白。四神聪平刺13～25mm，采用捻转补法。余穴操作按照醒脑开窍针刺法基本操作规范及手法量学规范要求进行，留针20～30分钟。

3. 痿证（重症肌无力）

主穴取内关、水沟。辅穴取上星、印堂、百会。操作按照醒脑开窍针刺法基本操作规范及手法量学规范要求进行，留针 20～30 分钟。针刺后予关元、足三里艾条灸，温和灸补法，每穴 10 分钟，1 天 1 次。

三、禁忌证

1. 同第一章“毫针技术”禁忌证。
2. 凝血功能异常者。
3. 妊娠期女性。
4. 局部皮肤感染、溃疡和瘢痕体质者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

目前临床常选用一次性使用无菌针灸针，型号以直径 0.25mm，长 40mm 居多，也可采用直径 0.30mm，长 40mm；直径 0.30mm，长 75mm 等其他型号。需根据患者的形体强弱选择毫针型号。针身必须保持光滑、无锈蚀，针尖必须确保锋利、无倒钩。

（二）操作步骤

1. 严格无菌操作

（1）针具

应达到灭菌水平。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号）的要求进行“清洗－修针－整理－灭菌－无菌保存”的处置。

（2）皮肤消毒

采用碘伏或 75% 乙醇擦拭 2 遍，皮肤消毒范围应大于等于 5cm。

（3）手卫生

应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

2. 选穴

主穴：内关（双侧）、水沟、三阴交（患侧）。

辅穴：极泉（患侧）、尺泽（患侧）、委中（患侧）。

配穴：椎基底动脉供血不足加风池、完骨、天柱、颈部夹脊穴；吞咽障碍加风池、完骨、翳风，咽喉壁点刺；语言不利加上廉泉，金津、玉液点刺放血；手指握固加合谷、八邪；足内翻加丘墟透照海。

3. 操作手法

针刺顺序：按照内关、水沟、三阴交、其他腧穴的顺序针刺。

内关：直刺 13 ~ 25mm，采用提插捻转泻法，双侧同时操作，施手法 1 分钟。

水沟：向鼻中隔方向斜刺 7 ~ 13mm，刺入穴位后，将针体向一个方向捻转 360°，使肌纤维缠绕在针体上，施重雀啄手法，至眼球湿润或流泪为度。

三阴交：沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45° 斜刺，进针 25 ~ 37mm，采用提插补法，以患侧下肢抽动 3 次为度。

极泉（下极泉）：极泉沿经下移 1 寸，避开腋毛，直刺 25 ~ 37mm，采用提插泻法，以患侧上肢抽动 3 次为度。

尺泽：屈肘呈 120°，直刺 25mm，用提插泻法，以患者前臂、手指抽动 3 次为度。

委中：仰卧直腿抬高取穴，刺入穴位后，针尖向外 15°，直刺 13 ~ 25mm，施提插泻法，以患侧下肢抽动 3 次为度。

风池、完骨、天柱、颈部夹脊穴：双侧风池，向对侧眼角直刺 25 ~ 40mm；双侧完骨、双侧天柱，直刺 25 ~ 40mm；颈部夹脊穴，直刺 13 ~ 20mm。上穴均采用小幅度、高频率捻转补法，行手法 1 分钟。双手同时操作，留针 15 分钟。

风池、完骨、翳风：向结喉方向斜刺，进针 50 ~ 63mm，采用小幅度、高频率捻转补法，每穴施手法 1 分钟。双手同时操作，留针 15 分钟。

咽喉壁点刺：以长 75mm 毫针或圆利针于咽后壁点刺。

上廉泉：位于舌骨上缘至下颌之间 1/2 处，针向舌根刺 37 ~ 50mm，用提插泻法，以舌部麻胀为度。

金津、玉液：用三棱针点刺放血，以出血 1 ~ 3mL 为度。

合谷：针向三间，进针 25 ~ 37mm，采用提插泻法，以握固的手指自然伸展或食指不自主抽动 3 次为度。

八邪：分别在第 2 ~ 3、第 3 ~ 4、第 4 ~ 5 掌指关节上 1 寸，向掌指关节基底部斜刺，进针 25 ~ 37mm，用提插泻法，以各手指分别不自主抽动 3 次为度。

丘墟透照海：进针 45 ~ 60mm，行手法 30 秒，手法结束后，将针体提出 25 ~ 37mm，留针 15 分钟。

4. 疗程时间

每天针刺1次，14天为1个疗程。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 对初次接受治疗的患者，应做好解释工作，消除其恐惧心理，医患双方均应“宁神”再进行针刺。

2. 针刺眼区穴位和项部的风府、哑门等穴位，以及背部的穴位时，要注意角度，不宜大幅度提插、捻转和长时间留针，以免伤及重要组织器官，产生严重的不良后果。

3. 对尿潴留等患者，在针刺小腹部的穴位时，也应掌握适当的针刺方向、角度、深度等，以免误伤膀胱等器官，出现意外事故。

4. 对胸、胁、腰、背、脏腑所居之处的穴位，不宜直刺、深刺。肝脾肿大、肺气肿患者更应注意。

5. 所有手法操作均应严格按照基本操作规范及手法量学规范要求进行，各穴位针刺深度、补泻手法、施针时间均需严格遵守。

6. 在临床上可能会出现如晕针、滞针、弯针、断针、血肿、创伤性气胸、刺伤其他内脏、刺伤脑脊髓、刺伤神经干等情况，应根据病情需要给予对症处理。

（撰稿人：张春红、孟凡欣）

第十八节 靳三针技术

一、简介

靳三针技术是用三穴为一组治疗一种病证的技术。临床上，靳三针技术以治神调神、辨气补泻、穴少而精为主要特色，适用于内科疾病、痛证及五官科疾病等。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 脑卒中、眩晕、偏头痛、睡眠障碍等内科疾病。
2. 急性腰扭伤、腰肌劳损、肩关节周围炎、颈椎病、腰椎病、痛经、带状疱疹等导致的疼痛。

3. 鼻炎、咽喉炎等五官科疾病。

(二) 病证举例

1. 鼻鼽（过敏性鼻炎）

取鼻三针，患者取仰卧位。迎香：针尖向鼻翼平刺 10～20mm。上迎香：即鼻通穴，鼻唇沟上端尽处，针尖向下平刺 10～20mm。印堂：针尖向下平刺 5～10mm。进针得气后施以捻转补泻法，中等刺激。每天 1 次，1 周为 1 个疗程。

2. 腰痹（腰肌劳损或腰椎病）

取双侧腰三针，患者取俯卧位。诸穴均直刺 25～30mm，进针得气后施以提插捻转补泻法，中等刺激。每天 1 次，1 周为 1 个疗程。

3. 中风之中经络（脑卒中）

取颞三针。虚证用平补平泻法，实证用捻转泻法。用直径 0.30mm，长 50mm 的毫针，针尖与穴位呈 15°～30°，向下沿皮平刺 40mm 左右，使局部产生麻胀酸感或放射至整个头部。风痰瘀血，闭阻脉络者加舌三针、手三针、足三针，用泻法，可灸。肝阳暴亢，风火上扰者加足三针。痰热腑实，风痰上扰者加肠三针、大肠俞，用泻法。气虚血瘀者加胃三针、阳三针，行补法。阴虚风动者加四神聪，针刺时针尖向百会沿皮刺入 25mm，平补平泻。靳三针取头部穴位时一般选偏瘫对侧。靳三针技术主张健侧和患侧交替进行，可以防止机体产生耐受性。本法可应用于中风各期。

三、禁忌证

1. 孕妇的下腹部、腰骶部及肩井、合谷、三阴交、至阴等腧穴不宜针刺。
2. 小儿囟门未闭合时，囟门附近不宜针刺。
3. 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位，除特殊治疗需要外，均不应在患部直接针刺。
4. 凝血功能障碍者。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

临床上常选用直径 0.30mm，长 15～50mm 的一次性使用无菌针灸针。使用前应注意针具的质量。

（二）操作步骤

1. 消毒

对操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

运用靳三针治疗疾病时，主要根据患者不同病证选择不同的穴组。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 靳三针针刺法

（1）进针和行针

靳三针技术常用小幅度捻转、缓慢压针进针法。以右手拇指、食指、中指夹持针柄，将针体垂直于皮肤刺入穴位，然后将拇指、食指互相推前退后，小幅度捻动针柄（捻转幅度小于 90° ），在捻转时适当用力下压，边压边捻边体会手下针感，得气即止。捻转时要求施术者集中精神运用腕力和指力到针上，并注意针体垂直，不要弯曲。

（2）补泻手法

靳三针技术常用补泻手法包括大补大泻法、小补小泻法和导气同精法。

大补大泻法是指进针得气后，三进一退为补，一进三退为泻。该法总的原则是慢入快出为补，快入慢出为泻，进退频次可结合患者具体病情而增减。

小补小泻法只操作一度。补法操作是进针得气后将针体缓慢压至地部，紧压穴位 30 秒后快速出针；泻法操作是进针得气后快速将针推至地部，然后立刻缓慢用力将针退出。

导气同精法则是进针在卫部得气后，通过三进三退，使气至病所。

（3）留针与出针

可根据病情确定留针时间，一般病证宜留针 15 ~ 30 分钟。出针时，右手持针柄轻微捻转，缓慢将针退至皮下，然后迅速拔出，用无菌干棉球按压针孔，以防止出血。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 患者在过于饥饿、劳累及精神过度紧张时，不宜立即进行针刺。

2. 对身体虚弱、气血亏虚的患者，针刺时手法不宜过强，并尽量让患者采取卧位。

3. 胸、胁、腰、背、脏腑所居之处的腧穴，不宜深刺。

4. 针刺眼区和颈部穴位时，要注意掌握一定的角度和深度，不宜大幅度提插、捻转和长时间留针，以免伤及重要的组织器官。

5. 对尿潴留的患者，针刺下腹部腧穴时，应注意针刺角度及深度。

6. 针刺治疗一般比较安全，但如患者体位不当，或操作不慎，或犯针刺禁忌，或针刺手法不当，或对人体解剖部位不熟悉，以及针具质量等原因，在临床上也会出现如晕针、滞针、弯针、断针、血肿、创伤性气胸、刺伤内脏、刺伤脑脊髓、刺伤神经干等情况，届时需根据病情需要给予对症处理。

7. 避开血管针刺，以防出血。

8. 进针时有触电感，疼痛明显或针尖触及坚硬组织时，应退针而不宜继续进针。

（撰稿人：王澍欣、于海波）

第十九节 贺氏三通技术

一、简介

贺氏三通技术是以一次性使用无菌针灸针为主的“微通法”，以火针、艾灸为主的“温通法”，以三棱针为主的“强通法”，三法合用，或独用一法或两法的技术。该技术具有疏通经络、调理气血、开窍泄热、消肿止痛等作用，主要适用于内、外、妇、儿、五官科多种疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 偏头痛、三叉神经痛、腰痹、痛风等痛证，以及颈椎病、肩关节周围炎、肱骨外上髁炎、强直性脊柱炎、类风湿关节炎、膝骨关节炎等导致的疼痛。

2. 脑卒中及其并发症、面肌痉挛、面神经炎、睡眠障碍、焦虑抑郁障碍等心脑血管疾病。

3. 外阴白斑、乳腺增生、乳腺炎、子宫肌瘤、子宫脱垂、痛经、闭经、月经不调、多囊卵巢综合征、子宫内膜异位症、小儿遗尿、小儿脑瘫、注意缺陷多动障碍、小儿疳积、小儿泄泻等妇科、儿科疾病。

4. 痤疮、带状疱疹、下肢静脉曲张、湿疹、白癜风、黄褐斑、神经性

皮炎、皮肤血管瘤、银屑病等皮肤科疾病。

5. 耳鸣、耳聋、鼻炎、咽炎、腮腺炎、扁桃体肿大等五官科疾病。

6. 排尿障碍、输尿管结石、功能性胃肠病、肥胖及代谢综合征等其他疾病。

（二）病证举例

1. 内伤头痛（偏头痛）

微通法：取丝竹空透率谷、合谷、列缺、足临泣、风池、中脘、悬钟，平补平泻，留针 30 分钟（后续相同），每天 1 次。温通法：取头部阿是穴，采用火针行点刺法操作，2～3 天治疗 1 次；取气海，采用温和灸，每次灸 15 分钟，每天治疗 1 次。强通法：取头维、太阳、攒竹，采用速刺法刺入 3mm 左右，立即出针，挤压针孔，使出血 3～5 滴，2～3 天治疗 1 次。

2. 膝痹（膝关节炎）

微通法：取阿是穴、鹤顶、犊鼻、内膝眼、阳陵泉、阴陵泉、足三里、血海、梁丘等穴。阿是穴为阳性反应点，多出现于膝关节内侧，在股骨内侧髁附近，平补平泻。其余诸穴施以提插泻法或平补平泻。以上诸穴均留针 30 分钟，每天治疗 1 次。温通法：取犊鼻、内膝眼、阳陵泉、梁丘、血海、足三里、阿是穴。采用细火针，行点刺法操作，进针深度约 5mm。2～3 天治疗 1 次。强通法：取委中、足三里、阴陵泉、阳陵泉、曲泉、血海、膝阳关、内膝眼、犊鼻、鹤顶、梁丘、阿是穴。1 次取 2～3 个穴位，或在穴位附近的经脉上找青紫怒张的血络处，行三棱针点刺，可局部加用火罐，每罐留置时间 5～10 分钟，出血量 1～10mL。2～3 天治疗 1 次。

3. 蛇串疮（带状疱疹）

微通法：取疱疹局部阿是穴、督脉穴、夹脊穴、支沟、丘墟，平补平泻，留针 30 分钟，每天治疗 1 次。温通法：取疱疹局部阿是穴，采用细火针、中粗火针、多头火针，行点刺法、围刺法及刺络法操作，以刺破水疱为宜，可局部加用火罐，每罐留置时间 5 分钟。水疱中会有液体流出，以无菌干棉球擦拭，针后局部皮肤可予碘伏外涂，以防止感染并减少渗出。2～3 天治疗 1 次。强通法：取龙眼穴（位于小指尺侧第二、第三指节之间，握拳于横纹尽处取穴），行三棱针点刺，予以挤压，出血 3～5 滴后用无菌干棉球擦净。2～3 天治疗 1 次。

三、禁忌证

1. 凝血功能障碍者。

2. 局部皮肤破溃、感染者。
3. 孕妇腹部、不明原因的肿块部位。
4. 危重精神疾患及大失血者。
5. 小儿囟门未闭者。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

根据不同病证和患者的形体强弱,选择不同的操作针具。微通法用毫针。温通法用火针和艾灸。强通法依据放血疗法不同的需要和条件选择不同的针具,临床上常用的针具包括三棱针、毫针、梅花针、火针、注射针头等。辅助用具包括罐具、止血带等。

(二) 操作步骤

1. 消毒

对针具、操作部位、施术者进行常规消毒。

2. 选穴方法

微通法:与常规毫针技术的取穴原则相同。

温通法:与火针技术和灸类技术的取穴原则相同。

强通法:按近部取穴、远部取穴、循经取穴、辨证取穴及经验取穴等原则选穴。

3. 体位选择

根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4. 操作

贺氏三通技术分为微通法、温通法、强通法。

(1) 微通法

微通法的操作方法与常规一次性使用无菌针灸针的操作方法相同。

(2) 温通法

温通法包括火针技术与艾灸技术。艾灸技术参照灸类技术操作方法。本节主要介绍温通法的火针操作技术。

1) 按照进针方法,分为点刺法、密刺法、散刺法、围刺法及刺络法等。

①点刺法:在腧穴上施以单针火针刺激。②密刺法:在体表病灶上施以多针火针刺激,每针间隔不超过1cm。③散刺法:在体表病灶上施以多针火针刺激,每针间隔2cm左右。④围刺法:围绕体表病灶施以多针火针刺激,针刺点在病灶与正常组织交界处。⑤刺络法:用火针刺入体表血液瘀滞的血络。

2) 按照是否留针, 分为快针法和慢针法。①快针法: 进针后迅速出针的一种最常用的刺法, 即进针后不停留, 迅速出针。②慢针法: 火针刺入穴位或相应部位后, 留针 1 ~ 5 分钟后出针。留针期间可行各种补泻手法。本法主要适用于痈疽、囊肿等各种组织坏死和异常增生类疾病。

(3) 强通法

1) 速刺法: 右手持针迅速刺入皮下 2 ~ 3mm, 立即出针, 挤压针孔周围, 使血液流出数滴即可, 最后以无菌干棉球按压针孔。

2) 缓刺法: 将橡皮止血带系在所刺部位的上端或下端, 右手持针对准穴位或静脉怒起处, 徐徐刺入 2 ~ 3mm, 然后将针缓缓退出, 血即随针流出。停止放血时, 将止血带解开, 用无菌干棉球揉按针孔。

3) 挑刺法: 左手按压施术部位的两侧, 或捏起皮肤, 使皮肤固定, 右手持三棱针将表皮挑破, 使血或黏液流出, 最后以无菌干棉球按压针孔。

4) 散刺法: 用三棱针在病灶周围点刺多针, 然后用手轻轻挤压局部, 使之出血。

5) 叩刺法: 用梅花针对准叩刺部位, 使用手腕之力, 将针尖垂直叩打在皮肤上, 并立即提起, 反复进行。根据不同情况分别选用弱、中、强 3 种刺激强度, 可使局部充血或微量出血。

6) 针罐法: 先用三棱针、皮肤针或粗的一次性使用无菌针灸针点刺出血, 然后在局部拔罐, 5 ~ 10 分钟后, 待罐内吸出一定量的血液时起罐。

7) 火针法: 将火针烧热后刺入所选部位, 使血液流出。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 因三棱针及火针等针具相对粗大, 针刺后针孔不会马上闭合, 所以针刺前后局部应严格消毒, 预防感染。施术者应严格执行《医务人员手卫生规范》(WS/T 313—2019), 操作时应尽量避免手指直接接触针体。

2. 火针施术后嘱保持局部清洁, 针孔当天不宜着水, 避免针孔感染。

3. 出血适量: 诊治过程中, 应结合具体情况, 多方面综合考虑。一般情况下, 穴位点刺出血时, 3 ~ 5 滴即可; 如在静脉处放血, 血色由深变浅时则可停止。

4. 阴血亏虚的患者应慎用强通法。孕妇及有习惯性流产史的患者, 或大劳、大饥、大渴、大醉、大怒者不宜放血。针刺手法不宜过重, 针刺深度应适宜, 忌针刺过深, 以免穿透血管壁。

5. 针刺要避开内脏和重要器官，勿损伤动脉及神经干。
6. 糖尿病血糖控制不佳者、瘢痕体质者慎用火针。

（撰稿人：李彬、侯学思）

第二章

推拿类技术

第一节 皮部经筋推拿技术

一、简介

皮部经筋推拿技术是以十二经筋为基础，使用按法、揉法、擦法、滚法等手法作用于全身各部体表，刺激皮部（包括皮肤、皮下组织）、经筋（包括筋膜、肌肉、韧带、关节囊等组织），使皮部受到良性刺激或使经筋张力发生改变，进而达到温通气血、舒筋解痉、理筋活血、松解粘连等功效的一种推拿技术。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 适用于落枕、颈椎病、肌筋膜炎、肩关节周围炎、肱骨外上髁炎、腱鞘炎、急性腰扭伤、腰肌劳损、腰椎间盘突出症、棘上（棘间）韧带损伤、梨状肌综合征、膝骨关节炎、踝关节扭伤等骨伤科疾病。
2. 胃脘痛、睡眠障碍、痛经、月经不调、慢性疲劳综合征等内科、妇科疾病。
3. 肌性斜颈、脑瘫等儿科疾病。
4. 痤疮、黄褐斑等皮肤科疾病。

（二）病证举例

1. 项痹（颈椎病）

操作时以患者颈项、肩背部为主要施术部位，通过放松局部肌群，同时

在肌筋紧张带（筋结）处着重使用点按、弹拨等理筋手法进行松解，从而改变病变部位皮部经筋张力。一般1天1次，每次操作20分钟左右。

2. 腰痹（腰肌劳损）

操作时以松筋、理筋、解筋、舒筋为技术要点。操作手法由浅至深、由轻至重，刚柔相济，以局部发热、松软为宜。腰骶部操作时，需要辅助推拿介质，以保护皮肤。一般1天1次，每次操作20分钟左右。

3. 漏肩风（肩关节周围炎）

操作时手法宜柔和渗透，急性期手法刺激强度不宜过重。擦法操作时，需要涂擦介质以保护皮肤。治疗后，患者需适当进行功能锻炼，并注意保暖。一般1天1次，每次操作20分钟左右。

三、禁忌证

1. 各种感染性疾病。
2. 治疗部位皮肤有破损或有传染性皮肤病者。
3. 严重心、脑、肺疾病。
4. 有出血倾向或凝血功能障碍者。
5. 肌腱断裂、骨折、脱位及较严重的骨质疏松症。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 物品准备

推拿床、推拿巾、推拿凳、推拿枕、推拿介质。

2. 体位选择

嘱患者选取合适的操作体位，以能使施治皮部经筋放松为宜。

（二）操作步骤

1. 项痹（颈椎病）

患者取坐位。操作步骤如下：①在颈项部及肩背部采用滚法、揉法操作，以放松局部肌群。②在肌筋紧张带（筋结）处着重使用点按、弹拨等理筋手法进行松解。③揉按肩背部，配合拍法操作，以使患者有轻快感为宜。

2. 腰痹（腰肌劳损）

患者取俯卧位。操作步骤如下：①用滚法、揉法沿腰部及双下肢足太阳经筋自上而下进行操作。②用按揉、弹拨法在腰部及双下肢沿足太阳经筋、足阳明经筋等循行部位进行松筋、理筋，对肌筋拘紧处或存在条索样变的筋

结部位重点行点按、弹拨等手法进行松筋解结。③最后以横擦法作用于腰骶部，以透热为度。

3. 漏肩风（肩关节周围炎）

患者取坐位。操作步骤如下：①用滚法在肩背及上臂手少阳经筋、手太阳经筋、手阳明经筋、手太阴经筋部位进行操作，手法柔和渗透，以放松局部肌群。②于肩关节周围相关腧穴施以按揉法，以酸胀为度。③用弹拨法在肌紧张处（筋结点）进行弹拨松解，拿揉肩背及上臂手少阳经筋、手太阳经筋、手阳明经筋、手太阴经筋循行部位，以松筋解结。④抖上肢，以搓法、擦法施于肩部，以透热为度。

（三）操作要点

1. 术中注意事项

手法以“均匀、持久、有力、柔和、深透”为要。操作以松筋、理筋为技术要点，操作手法由浅至深、由轻至重，刚柔相济，以局部发热、松软为宜。

2. 术后嘱咐

可配合功能锻炼，并观察治疗后反应，若有推拿异常情况应及时处理。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 操作时应注意手法力量的控制，切勿使用暴力与蛮力。
2. 如果直接在皮部操作，需要辅助以推拿介质，以保护皮肤。
3. 必要时需及时配合其他推拿技术。

（撰稿人：唐宏亮、冯跃）

第二节 脏腑推拿技术

一、简介

脏腑推拿技术是指在中医理论指导下，根据脏腑经络学说，在人体体表运用特定的推拿手法，可起到外通经络、内调脏腑作用的以预防和治疗脏腑功能失调导致的相关病证的一种推拿技术。在临床上，该技术主要用于预防与治疗代谢类疾病、消化系统疾病及精神情志类疾病等。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 肥胖症、代谢综合征、胰岛素抵抗等代谢类疾病。
2. 腹胀、便秘、肠易激综合征等消化系统疾病。
3. 睡眠障碍、焦虑、抑郁等精神情志类疾病，或上述疾病伴有躯体化症状。
4. 其他功能性疾病。

(二) 病证举例

1. 脾瘕（肥胖症、代谢综合征、胰岛素抵抗等）

治疗时以患者腹部为主要操作部位，重在调理气机，以达到化浊降脂的治疗效果。操作过程中，医患呼吸配合尤为重要，医患双方均需全神贯注，尤其是腹部操作时要噤声。一般1天1次，每次操作30分钟左右。

2. 郁证（睡眠障碍、焦虑、抑郁等）

精神情志类疾病患者多以肝郁气滞为主，久则易出现肝郁化火，继则出现阴虚内热等表现。故在力量上，要求医生的手法宜轻缓，用以缓解患者的紧张状态；在频率上，要求医生根据手下所感受到的气机变化，做出相应的频率改变，以期达到舒缓情志的作用。治疗频率一般为1天1次，每次30分钟。

3. 脾约（功能性便秘）

治疗便秘时，由于患者体内宿便堆积，在施以按腹法时，力量要适中，作用时间宜短。治疗后，若患者表现出频转矢气、腹部肠鸣音亢进，则表示预后良好。若患者腹胀症状较重，可以延长运腹及按腹时间。首次治疗应以患者适应为度。

三、禁忌证

1. 胃、十二指肠等部位急性穿孔。
2. 月经期、妊娠期女性的腹部、腰骶部。
3. 过饱、过饥、过劳、醉酒者。
4. 不明原因的腹痛。
5. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 物品准备

推拿床、推拿巾、推拿凳、推拿枕、推拿介质。

2. 术前准备

一般应在餐后 0.5 ~ 1 小时施术。患者术前排空二便，不饥不饱。监测血压、心率是否异常。患者仰卧于床，全身放松，解开衣扣及腰带，保持受术部位的平坦，以利于手法操作。医生根据施术手法不同，选择立于患者左侧或右侧进行施术。

（二）操作步骤

1. 脾瘕（肥胖症、代谢综合征、胰岛素抵抗等）

操作步骤如下：①摩腹法：以脐为中心，顺时针掌摩腹部 5 分钟，上达中脘，下达中极，左右至两侧足太阴脾经。②揉腹法：按揉后，可双手交替拿揉脾经、胃经（腹部节段），以局部透热为度。两手交替向腹部中心提拿带脉，以透热为度。双掌交替捏揉腹部，作用层次在皮下脂肪层，以透热为度。此步骤以患者自觉口渴为最佳。③运腹法：以双掌叠掌置于患者神阙处，沿带脉做垂直于患者前正中线的往返运动，带动前正中线两侧皮下组织向前正中线方向运动。④振腹法：掌振神阙，5 ~ 10 分钟；指振气海、关元、天枢，每穴 0.5 分钟。⑤循肺经、胃经（四肢节段）进行拿揉，遇筋节要重点干预。

2. 郁证（睡眠障碍、焦虑、抑郁等）

操作步骤如下：①摩腹法：同上。②揉腹法：同上。③振腹法：同上。④按腹法：随着患者呼气由轻到重地逐层按压神阙，按而留之，出现“跳动”感觉后，随着患者呼气抬手，操作时间为 5 分钟，以达到引气归原、宁心安神的目。

3. 脾约（功能性便秘）

操作步骤如下：①揉腹法：同上。②运腹法：如患者腹胀较重，则以双手叠掌扣放在神阙的左侧，将腹部向右侧做弧形推动，再将腹部向左侧做弧形回带，如此反复，治疗时间约 2 分钟。③指振法：以食指、中指指端置于气海、天枢，做连续、快速的上下振动。每穴治疗时间 1 分钟。④按腹法：如患者腹胀较重，则可以让其取仰卧位，医生位于患者左侧，将左手食指掌指关节置于腹部中脘处，其他四指并拢平置于腹部，再将右手掌小鱼际部重

叠在左手食指掌指关节的背面，并随患者的呼气徐徐着力向耻骨联合、脊柱方向按压。当按压至可感觉到腹主动脉搏动时，维持此时的压力及所达到的深度，静待患者腹部、腰部、会阴部及双下肢出现酸、麻、凉、胀的得气感觉后，医生的右手随患者的吸气徐徐上提。治疗时间约 5 分钟。⑤点穴法：以拇指指端依次点按双侧膀胱经腧穴，并重点点按肺俞、脾俞、肝俞、大肠俞及背腰部的敏感点，以有酸胀感为宜，每穴治疗时间约 0.5 分钟。

（三）操作要点

推拿过程中，要随时观察和询问患者的反应，适时地调整手法与用力的关系，要求手法深透、有力、柔和、均匀、持久，再依据病情用力。应轻重适宜，轻而不浮，重而不滞，刚柔相济，呼吸相合，重按轻提，手随心转，法从手出。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 切勿餐前进行治疗，一旦患者术中出现心慌、手抖、出汗等疑似低血糖症状或低血糖反应，须立即停止操作，测即刻血糖，根据血糖水平对症处理。

2. 当治疗过程中患者出现晕厥时，应立即停止推拿，让患者平卧于空气流通处，饮用温开水，一般经休息后可以缓解。如果晕厥严重，可采取掐人中、拿肩井等方法，也可配合针刺等方法或采取其他急救措施。

3. 出现微量的皮下出血或局部瘀血时，一般不必处理；若局部肿胀疼痛较剧烈且影响到活动功能时，可先做冷敷止血，再做热敷或在局部轻揉，以促使局部瘀血消散吸收。

4. 治疗部位出现皮肤破损时，局部涂擦碘伏，且避免在破损处进行操作，并防止感染。

5. 治疗后出现局部疼痛，一般不需要处理，可自行消失。若疼痛较剧烈，可局部配合湿热敷，并做轻柔的按揉。

（撰稿人：吴兴全、李华南）

第三节 关节运动推拿技术

一、简介

关节运动推拿技术是在中医理论指导下，根据经络学说和现代解剖知

识，以预防及治疗关节粘连、肌肉痉挛、关节退行性病变等功能失调病证的一种推拿技术。该技术具有舒筋通络、滑利关节、松解粘连、增大关节间隙等功效，可以促进局部气血运行、血液循环和新陈代谢，改善关节活动度。

二、临床应用

（一）主要适应证

关节运动推拿技术适用于肩关节周围炎、关节术后粘连、疼痛性肌痉挛、中风后肌痉挛，以及膝骨关节炎等退行性骨关节病。

（二）病证举例

漏肩风（肩关节周围炎）

运用屈伸扳法类、摇法类、拔伸法类等手法作用于肩关节，使关节在生理运动和患者可耐受的极限范围内做各种运动形式和运动方向，以起到舒筋通络、滑利关节、松解粘连、增大关节间隙的作用。

三、禁忌证

1. 肌腱、韧带损伤或断裂。
2. 骨折及较严重的骨质疏松症。
3. 严重的心脑血管病变，中风后关节脱位及其他关节脱位。
4. 关节部位患肿瘤、结核者。
5. 严重心、脑、肺疾病。
6. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 物品准备

推拿床、推拿巾、推拿凳、推拿枕、推拿介质。

2. 术前准备

术前应完善相关影像学辅助检查，以明确诊断，排除禁忌证；予以治疗关节充分放松手法准备。

（二）操作步骤

漏肩风（肩关节周围炎）

操作步骤如下：①摇法：患者取坐位，两肩部放松，医生立于其侧，一手扶接近侧肩部，另一手握住其手部，稍用力将其手臂牵伸，待拉直后协同

施力，做肩关节顺时针或逆时针方向的环转摇动。在肩关节活动的最大范围处摇动，逐步增大活动范围，反复摇动数次。也可以根据患者肩关节的活动度采用握肘摇肩法。②拔伸法：患者取坐位，医生站于其身后，双掌握住患侧上臂近肘部，慢慢引导上肢上举至最大限度，并保持向上的牵引力。如凳子较低，医生可握住患者的前臂近腕部向上拔伸。此操作可起到分离关节、牵拉经筋、松解粘连等功效，应反复进行。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 注意关节运动范围的控制，不要有超过生理运动范围或患者可耐受范围的运动。
2. 对于活动范围受限的关节，治疗时注意应逐步扩大关节运动范围。
3. 皮部经筋推拿技术常在关节运动推拿技术之前使用，可以提高安全性和有效性。

（撰稿人：周斌）

第四节 关节调整推拿技术

一、简介

关节调整推拿技术是以拔伸法、扳法等手法作用于关节，调整关节周围组织张力、关节位置、肢体力线，从而改善或恢复关节功能状态的一种推拿医疗技术。该技术主要包括拔伸法、扳法等手法，具有舒筋通络、滑利关节、整复错位、松解粘连的功效，适用于全身各部关节，多用于治疗骨关节疾病和脊柱相关疾病等。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 关节疼痛与功能障碍，明确诊断为关节紊乱（错缝）者。
2. 有明确的骨伤科疾病诊断，并伴有关节位置异常或者力学平衡失常者。
3. 脊柱相关性疾病，有关节位置异常。
4. 关节发育异常，如青少年脊柱侧弯、小儿下肢包括足部的发育异常等。

5. 部分受体态姿势异常影响的健康者，如脊柱曲度异常、膝关节内外翻畸形等。

（二）病证举例

1. 项痹（颈椎病）

颈项部僵硬，活动受限，查体时发现颈椎棘突偏歪、小关节错位，或寰枢关节紊乱者。可先通过轻柔的揉法、一指禅推法、按揉法等放松颈部肌肉，再施以颈椎拔伸及颈椎斜扳技术调整关节紊乱。一般操作1次即可，1天操作不超过2次。

2. 腰痹（腰椎关节错缝）

腰部肌肉紧张僵硬，活动受限，查体时发现腰椎棘突偏歪或小关节错位者。可先通过轻柔的揉法、点法、按揉法等手法松解腰臀、下肢部肌肉痉挛，然后再施以腰椎斜扳法进行操作。一般2天1次。

三、禁忌证

1. 既往有关节固定类的手术史，一般不宜使用关节调整推拿技术。
2. 诊断不明时禁用扳法，手法治疗前必须有明确的影像学检查支持。
3. 骨肿瘤、骨结核、精神异常、出血风险较高、严重感染疾病的患者，以及妊娠期女性。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

物品准备：推拿床、推拿巾、推拿凳、推拿枕、推拿介质。

（二）操作步骤

1. 项痹（颈椎病）

操作步骤如下：①松解颈部肌肉：患者取俯卧位，医生立于患者一侧，以拿、揉、点、拨等手法依次放松颈阔肌、斜方肌、冈上肌、胸锁乳突肌、斜角肌、头夹肌、颈夹肌、头最长肌、颈最长肌、头半棘肌、颈半棘肌、头后大直肌、头后小直肌等。②颈椎拔伸法：患者取仰卧位，医生坐于床前椅子上，一手托其枕部，另一手托其下颌部，然后医生上身缓缓后倾，两手同时缓慢用力，使其颈椎向头端持续牵拉1～2分钟。③颈椎斜扳法：患者取坐位，颈项部放松，头部微屈。医生站立于患者侧后方，一手掌托其下颌部，另一手掌面置于其枕部，两手协同，先使患者头向一侧旋转至有阻力感时，然后用“寸劲”做一突发有控制的扳动，常可听到“喀”的声响，但不

可强求此声响。④结束手法：可采用拿法、揉法、点法、按法等放松类手法进行操作，结束本次治疗。

2. 腰痹（腰椎关节错缝）

操作步骤如下：①患者取俯卧位，医生以轻柔的揉法、点法、按法操作于患侧腰臀部及下肢，以松解腰臀部、下肢的肌肉紧张痉挛。②患者取健侧卧位，健侧下肢在下，自然伸直，患侧下肢在上，屈膝屈髋。医生站于其面前，一手按患者肩前部向后推，同时另一手肘部半屈，以前臂上段抵住其臀部向前扳，把腰椎旋转至有阻力感后，做一突发有控制扳动，扩大扭转幅度 $3^{\circ} \sim 5^{\circ}$ 。③医生沿受损伤神经支配区域施用按法、点法、揉法、拿法等手法，促使损伤的神经恢复功能。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 患者手法治疗后可能出现眩晕、出冷汗等症状，这可能是在颈部扳法旋转时造成椎基底动脉供血不足，从而导致短暂缺血眩晕。症状较轻者应立即停止推拿操作，让患者躺于床上，头稍低位，监测血压与脉搏，饮少许糖水或温开水；症状严重者应及时送至急诊采取进一步治疗。

2. 操作时手法过重可能导致局部瘀斑，甚者破皮。对于局部小块瘀斑，一般无须处理；对于局部青紫严重，可先制动、冷敷，待青紫处面积不再扩大，疼痛明显减轻后，再加湿热敷以消肿、止痛，促进局部瘀血消散、吸收。对于皮肤破损患者，应在局部伤口处消毒清创，防止感染。

3. 做颈椎关节调整手法操作时，可能会刺激到患者的颈动脉窦或颈部迷走神经，进而出现血压、心率及呼吸的变化，可能导致患者严重不适，故可在其反映身体不适、心中难受时，立即停止操作，扶患者坐起或令其仰卧休息，监测脉搏、呼吸及血压。若患者症状缓解不明显或有加重趋势，则应及时送至急诊进行进一步治疗。

4. 对于部分年纪较大且有骨质疏松的患者，在进行关节调整手法操作时，手法过重或是采取暴力操作可能会导致其骨折。出现此情况应立即停止手法操作，采取制动、包扎、固定，并做X线检查以明确诊断。明确诊断后，做必要的对症处理，及时予以复位和固定。

（撰稿人：严振、李海）

第五节 经穴推拿技术

一、简介

经穴推拿技术是运用适当的推拿手法，如一指禅推法、揉法、按法等，作用于一定经络腧穴部位，起到推动经气、调节脏腑功能等作用的推拿技术。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 胃痛、便秘、功能性消化不良等消化系统疾病。
2. 睡眠障碍、偏头痛、后循环缺血等神经内科疾病。
3. 颈椎病、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症等各种软组织损伤及疼痛。
4. 其他功能性疾病。

（二）病证举例

脾约（功能性便秘）

本技术临床治疗功能性便秘时，需在患者放松腹部肌肉的情况下，医生以其脐部为中心，逆时针或顺时针行揉法，而后沿着升结肠、横结肠和降结肠的走向做腹部推拿。这种操作可以有效加快胃肠的蠕动，从而起到加速排便的作用。还可以借助手指压按足三里和八髎来促进肠道蠕动。

三、禁忌证

1. 结核性和感染性疾病。
2. 骨折及较严重的骨质疏松症。
3. 月经期、妊娠期女性的腹部、腰骶部禁止操作。
4. 严重心、脑、肺疾病。
5. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 物品准备

推拿床、推拿巾、推拿凳、推拿枕、推拿介质。

2. 术前准备

全身评估和局部评估，判断患者是否适合推拿操作。若患者有思想顾虑或畏惧情绪，应先做好解释工作。

（二）操作步骤

脾约（功能性便秘）

操作步骤如下：①患者取仰卧位，医生以一指禅推法作用于中脘、天枢、大横，每穴2～3分钟。②顺时针方向揉腹8分钟。③患者取俯卧位，医生以一指禅推法作用于肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞、八髎，每穴1～2分钟。④沿脊柱两侧，从肝俞、脾俞到八髎行按揉法往返治疗，约5分钟。⑤按揉肾俞、大肠俞、八髎，每穴1分钟。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 注意辨证取穴，要求循经推穴，宁失其穴，不失其经。

2. 治疗过程中如出现皮肤破损及瘀斑、软组织损伤、疼痛、晕厥等，应立刻停止手法，针对相应症状采取相应措施。

（撰稿人：王权午、李正飞）

第六节 小儿推拿技术

一、简介

小儿推拿技术是在中医基础理论指导下，根据小儿的生理、病理特点，在其体表特定穴位或部位施以推拿手法，以防治疾病、增强免疫力、助长益智的一种外治疗法。该技术的主要适用年龄为0～14岁。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 发热、感冒、咳嗽、肥胖症、厌食、呕吐、泄泻、便秘、遗尿等内科疾病。

2. 近视、鼻炎、扁桃体炎、腺样体肥大等五官科疾病。

3. 肌性斜颈、小儿麻痹症、脊柱侧弯等骨伤科疾病。

（二）病证举例

1. 近视

小儿近视往往为用眼过度、缺乏户外运动所致。在采用小儿推拿技术干预近视时，应用小儿推拿手法于眼周腧穴，以疏通眼部经络气血，缓解眼部肌肉疲劳状态。在进行放松手法时，动作要轻快柔和，对穴位按揉要深透均匀。同时，在平时的日常生活中，患儿应养成科学的用眼习惯，避免长时间用眼，少吃零食，多进行户外活动，以减轻视疲劳，延缓近视发生。每次推拿治疗时间约 20 分钟，1 周治疗 3 次（星期一、星期三、星期五或星期二、星期四、星期六），6 次为 1 个疗程。可调节性近视（假性近视）应治疗 1～2 个疗程，轴性近视（真性近视）应治疗 3～4 个疗程。由于儿童处于生长发育阶段，用眼时间较多，故后期还需要进行巩固治疗，1 周 1 次或 2 周 1 次。患儿平时应做眼保健操等，进行视力保护。

2. 感冒

小儿感冒的病因多为感受风寒或风热邪气。故在治疗时要明确病因，以疏风为主，并加用能够清热或散寒的穴位。手法刺激强度不宜过重，以轻快柔和为主。由于小儿肺脏娇嫩，脾常不足，神志怯弱，故在感邪后易出现夹痰、夹滞、夹惊的证候，在治疗中应加以鉴别。推拿治疗一般 1 天 1 次，重者 1 天 2 次，3 天为 1 个疗程。

3. 咳嗽

对于咳嗽的治疗，重在宣降肺气，止咳化痰。推拿时要轻柔，按摩的力度和速率要适中，避免力度过猛否则会刺激咳嗽加剧。患儿咳嗽期间，嘱其家长为其提供温热的饮食，以缓解喉咙不适，同时避免过冷、过热、过硬或者刺激性食物。推拿治疗 1 天 1 次，重者 1 天 2 次，3 天为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 各种皮肤破损（烧伤、烫伤、擦伤、裂伤等）、局部皮肤炎症。
2. 严重感染性疾病，如结核、骨髓炎等。
3. 传染病，如水痘、猩红热等。
4. 有出血倾向或凝血功能障碍者。
5. 骨与关节结核和化脓性关节炎局部应避免推拿。
6. 有可能存在的外伤骨折、脱位等。
7. 严重心、脑、肺等脏器疾病。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

1. 医生准备

操作前,医生应修剪指甲并锉平,洁净双手,用免洗消毒凝胶进行手部消毒。

2. 介质准备

头面部操作时,可使用按摩乳等油剂;四肢部操作时,可使用医用滑石粉、淀粉等介质。

(二) 操作步骤

1. 近视

采用“四明穴”小儿推拿技术,操作步骤如下:①开天门、推坎宫、运太阳、揉耳后高骨(合称“四大手法”),各30~50次。②按揉上明、睛明、翳明、光明(合称“四明穴”),各30~50次。③刮上、下眼眶,各12~24次;沿“∞”方向按揉眼周12~24次;推宝瓶12~24次;温经熨目6次。④分推胸八道6~12次,摩腹30~50次。⑤揉法施术于背部两侧膀胱经2分钟,按揉肝俞、肾俞各1分钟。⑥拿揉颈项部、按揉风池各30~50次。⑦面色无华,伴心烦失眠者,加揉内关、心俞各30~50次。食欲不振,四肢乏力者,加补脾经100次,揉关元30~50次。

2. 感冒

操作步骤如下:①“四大手法”各100次,拿风池30次。②流清涕、无汗者,加揉一窝风、推三关各100次。流黄涕、咽痛者,加清肺经、清天河水各300次。夹滞者,加揉板门100次,顺时针摩腹3分钟。

3. 咳嗽

操作步骤如下:①“四大手法”各100次,清肺经、顺运内八卦各300次,按揉肺俞100次。②痰清稀者,加推三关300次。痰黄稠、咽痛者,加清天河水300次。干咳少痰者,加揉二马300次。痰吐不利者,加揉丰隆100次。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 医生操作前需清洁双手,避免发生交叉感染。

2. 操作时应注意手法的规范性、合理性,做到轻快柔和、平稳着实、补泻分明,并根据患者的年龄选择合适的推拿力度。

3. 操作后局部皮肤充血泛红为正常反应，无须处理。
4. 若儿童持续哭闹，难以配合操作时应先暂停，适当安抚后再继续进行。

（撰稿人：于娟、许丽）

第七节 膏摩技术

一、简介

膏摩技术是指将制备好的药物涂擦在体表后，再在其上施以推拿手法的技术。膏摩技术常用油剂、膏剂、散剂、水剂、酒剂等剂型的中西药物制剂，涂擦、喷洒在体表，再在其上施以摩法、推法、擦法、揉法等手法。该技术有增强手法效力、保护皮肤，以及促进药物效用以提高疗效的作用。该法常与其他推拿技术结合使用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 膝骨关节炎、肩背肌筋膜炎、急性腰扭伤、肩关节周围炎等，以及其他各种关节炎、软组织损伤、疼痛。
2. 感冒、发热、咳嗽、便秘、泄泻、厌食等内科疾病。

（二）病证举例

1. 膝痹（膝骨关节炎）

参考膏摩验方如下。

松筋易骨膏组成：丹参 12g，当归 12g，红花 6g，伸筋草 12g，海桐皮 9g，秦艽 9g，桂枝 6g，艾叶 6g，草乌 1.5g，川乌 1.5g，独活 3g，乳香 6g，没药 6g，牛膝 42g，杜仲 12g，地龙 6g，狗脊 6g，甘草 6g。

陈元膏组成：当归 15g，黑附片 16g，细辛 10g，干姜 16g，秋水仙 10g，白芷 10g。

桂枝羌活膏组成：桂枝 12g，羌活 12g。

2. 腰痹（急性腰扭伤）

参考膏摩验方如下。

经验方组成：刘寄奴 12g，苏木 9g，透骨草 12g，三棱 9g，莪术 12g，羌活 9g，泽兰 12g，伸筋草 9g，五加皮 6g，络石藤 6g，大黄 6g，川乌 1.5g，

草乌 1.5g。

3. 漏肩风（肩关节周围炎）

参考膏摩验方如下。

川花膏组成：川芎 9g，红花 6g，川乌 1.5g。

三、禁忌证

1. 结核性和感染性疾病。
2. 所操作的部位皮肤有烧伤、烫伤或有皮肤破损。
3. 月经期、妊娠期女性的腹部、腰骶部。
4. 对选用的膏剂及乙醇过敏者。
5. 急性软组织损伤及骨折早期 48 小时内禁用。
6. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 液态类膏剂的制备

（1）水煎剂

准备砂锅（或非铜、铁、铝制锅），将用于制膏的中药放入，加水没过中药，浸泡 30～60 分钟，加入水至药上 2cm。开大火将水煮沸，后改为小火继续煮 60 分钟。滤除药渣，将中药汤剂浓缩至约 100mL 后关火，将药液倒入容器内备用。

（2）酒剂

将中药加工成药散，药与乙醇容积比例为 1:5～1:4，用 50%～75% 的乙醇浸泡 5～7 天，备用。

2. 固态类膏剂的制备

固态类膏剂的制备具有较强的专业要求，可联系当地县级以上医院制剂室进行制备。

3. 用物准备

操作前遵医嘱配制的药液、治疗盘、纱布或棉布数块、镊子、弯盘、防水布单或橡胶单、特定制膏设备、推拿床、推拿巾、推拿凳、推拿枕。

（二）操作步骤

1. 膝痹（膝骨关节炎）

患者取仰卧位，医生以滚法施术于其大腿股四头肌以放松局部肌肉；将

药膏涂于膝关节周围压痛点及鹤顶、血海、梁丘、伏兔、内膝眼、外膝眼、阳陵泉等穴；在局部施以拿法、摩法，在膝关节两侧施以擦法，以透热为度。或患者取俯卧位，医生以滚法施术于其大腿后侧，将药膏涂于腘窝及小腿后侧，再施以拿法、摩法，点按委中、承山等穴以得气为度，再施以擦法，以透热为度。

2. 腰痹（急性腰扭伤）

患者取俯卧位，医生将药膏均匀敷于其腰痛局部，先以掌按法按腰部痛点，以局部轻度发热为度，再以掌推法推两侧膀胱经，最后采用擦法横擦腰部。

3. 漏肩风（肩关节周围炎）

患者端坐，患肢放松，自然下垂。医生站于患侧，一手握住患肢使其外展，另一手涂抹膏剂，沿患侧肩关节到受累一侧肢体由轻渐重、自下而上反复行擦法，疼痛明显处稍加按压，重点推拿并按局部压痛点 3～5 分钟。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 使用膏摩技术时，注意外用药物的选择。
2. 对于关节周围出现肿胀的患者，注意手法力度应轻柔。
3. 治疗时选择患者轻松舒适的体位，不强行要求处于某体位。
4. 进行操作时注意患者耐受程度。治疗时保证室内温暖，避免患者治疗部位受凉。

（撰稿人：刘俊昌）

第八节 足部推拿技术

一、简介

足部推拿技术是以传统中医理论及现代足部反射区理论为指导，针对下肢经络、腧穴及足部反射区进行刺激的一类推拿技术。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 足底筋膜炎、跟腱炎等骨伤科疾病。
2. 睡眠障碍、神经衰弱、神经症、高血压、眩晕、自主神经功能紊乱

等内科疾病。

（二）病证举例

1. 跟痛症（足底筋膜炎）

足部推拿技术在治疗足底筋膜炎、跖筋膜劳损、足痛等方面疗效显著。临床操作时要力度均匀、柔和，刺激度以患者耐受为宜。治疗后尽量用36～40℃水浸泡足部15～20分钟。一般1天1次，每次20分钟左右。

2. 跟腱筋伤（跟腱炎）

足部推拿技术以传统的点、按、揉、拿、摩等手法作用于小腿后侧肌群及跟腱处，以解除小腿肌肉紧张，缓解局部疼痛，消除无菌性炎症，恢复运动功能。操作时注意手法力度适中，避免造成医源性损伤。一般1天1次，每次20分钟左右。

3. 糖尿病足

足部推拿技术主要通过刺激足底反射区及下肢经络、腧穴，同时配合中药足浴起到活血通络、祛瘀止痛的作用，从而改善患者因糖尿病造成的下肢末梢循环差及末梢神经病变引起的下肢异常感觉。一般1天1次，每次20分钟左右。

三、禁忌证

1. 各种急性传染病，如白喉、伤寒、甲型病毒性肝炎。
2. 有骨折或骨折倾向的患者。
3. 各种皮肤病局部或有破损的局部皮肤。
4. 足部开放性软组织损伤。
5. 有出血倾向的各种疾病。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 物品准备

足浴桶、足浴药包、一次性擦脚巾、足浴子母凳、沙发、一次性足浴袋、一次性床单、凡士林、足底按摩棒。

2. 术前准备

嘱患者选取坐位，以肢体放松为宜。

（二）操作步骤

1. 跟痛症（足底筋膜炎）

患者取仰卧位或坐位，伸直下肢，暴露患足皮肤。操作步骤如下：①施以点按法：点按阴谷、阴陵泉、三阴交、太溪、照海、然谷等，每穴 30 秒，力度以患者耐受为度。②施以捏拿法：双手多指重叠，用力适度捏拿整个足跟部 20 次，捏拿时可配合小幅度转动，大约 3 分钟，直至皮下组织有松弛感。③施以滚法：用左手固定足部，右手小指掌指关节或食指、中指屈指采用滚法定点滚足跟部痛点 2～3 分钟。④施以拉伸法：用左手固定足踝部，右手握拿足掌部，再拉伸足底筋膜，而后用双手握挤足部 3 遍。⑤施以擦法：右手大鱼际或掌根着力，擦足跟疼痛部位 3 分钟左右，以透热为度。

2. 跟腱筋伤（跟腱炎）

患者先取俯卧位，伸直下肢，暴露患足皮肤。操作步骤如下：①在小腿后侧及跟腱处施以揉法、滚法 5 分钟。②点按委中、承山、昆仑、仆参、太溪、大钟、水泉、阿是穴等穴位，每个穴位 0.5 分钟。③弹拨跟腱 3～5 次。

患者仍取俯卧位，屈曲膝关节呈 90°。操作步骤如下：①被动活动患侧踝关节，重点使踝关节被动背伸和跖屈。②局部采用非甾体抗炎药外用制剂或中成药活血化瘀类外用制剂进行涂抹，并在局部施以指揉法或者指摩法促进药物吸收。

3. 糖尿病足

患者取坐位，暴露小腿及足部皮肤。操作步骤如下：①取水温为 36～40℃ 的温热水进行足浴，以患者微微出汗为度，用热毛巾将足部擦净、包裹。②先按左侧，顺序是肾、膀胱及输尿管、肾上腺、十二指肠反射区，每个反射区按 3 遍。③小腿部位穴位推拿的选穴大多为足三里、阳陵泉、阴陵泉、三阴交、内膝眼、外膝眼、委中、丰隆、涌泉，或配合八风、太溪、昆仑、申脉、照海等穴，每个穴位 0.5 分钟。④同样顺序操作右侧。

（三）操作要点

本技术施术部位以足部为主，小腿部为辅，重在舒筋通络，活血止痛。主要操作方法为点按法、捏拿法、滚法。施以点按法时，要求穴位定位准确，力度柔和、持久、有力；施以捏拿法时，手法强度要求适中，主要在穴位和反射区上捏拿；施以滚法时，手指要着实于皮肤，腕关节放松，压力、速度、频率要均匀，操作过程中避免不自觉地耸肩，以防止疲劳。每次治疗时间为 20 分钟左右，1 天 1 次或 2 天 1 次。刺激量以患者能耐受为宜。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 避免手法操作过重、过强。
2. 治疗时使患者选择合适体位。
3. 若患者第一次接受推拿治疗，应嘱其放松，不要过度紧张。
4. 患者正当饥饿、饱腹、过度劳累或者大汗出后，不宜推拿。
5. 刺激量以患者能耐受为宜。

（撰稿人：王程）

第九节 中医手法通乳技术

一、简介

中医手法通乳技术是指在中医理论指导下，根据脏腑经络学说，在人体体表运用特定的推拿手法治疗哺乳期乳汁淤积型乳腺炎和哺乳期乳少的一种操作技术。该技术具有消肿止痛、通络散结的作用，适用于哺乳期乳痛、乳癖等病证。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 乳房内乳管不畅、乳汁淤积者。
2. 哺乳期乳汁量少者。
3. 哺乳期乳汁淤积型乳腺炎见乳房胀痛、局部包块形成者。

（二）病证举例

1. 乳痛（哺乳期乳汁淤积型乳腺炎）

本技术以乳房为主要操作部位，重在疏通乳络，排出淤积的乳汁，可起到消肿止痛、通络散结的作用。治疗期间应勤与患者沟通，舒缓患者紧张心理，及时调整手法力度，做到轻重交替、舒缓有度，一般每次治疗时间为10～30分钟。

2. 乳癖

本技术以乳房为主要操作部位，重在疏肝解郁，健脾生血，通络下乳。本病可分为肝郁气滞型和气血亏虚型。治疗期间应勤与患者沟通，舒缓患者紧张心理，及时调整手法力度，做到轻重交替、舒缓有度，一般每次治疗时

间为 15 ~ 30 分钟，可随辨证加减穴位。

三、禁忌证

1. 乳腺炎形成的脓肿。
2. 有乳房其他良、恶性实质肿块者。
3. 肿块表面破溃、周围充血水肿、局部张力较高者。
4. 局部患有皮肤病者。
5. 彩超检查显示局部形成囊肿。B 超检查或肿块穿刺检查显示局部血肿形成。
6. 继发细菌感染者。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

1. 用物准备

推拿床、推拿巾、推拿凳、推拿枕、一次性产褥垫、一次性橡胶手套、纱布、温水等。

2. 医生准备

医生清洁双手后戴一次性橡胶手套。

3. 患者准备

操作前嘱患者用温水清洁乳房，仰卧位暴露患侧乳房。

(二) 操作步骤

1. 乳痈（哺乳期乳汁淤积型乳腺炎）

医生用右手中指在膻中、乳根、屋翳按揉数次；用除拇指外四指指腹触诊乳房肿块的大小，用拇指与食指、中指指腹对捏乳晕，观察乳汁分泌情况；先排出非肿块处的乳汁以减轻乳房胀满程度。医生在肿块处操作时，先由离乳头较近的部位开始，用左手食指、中指、无名指指腹按在肿块上，缓慢向胸壁方向按压，同时右手拇指在肿块处行推法至乳晕处，再用拇指、食指、中指捏住乳晕行捏法操作，使淤积的乳汁逐渐由乳孔排出。患者整理好衣物，取坐位，医生站立于患者身后，用双手在双侧肩井施以拿法数次，拇指按揉天宗数次。

2. 乳癖

患者仰卧，暴露双侧乳房，医生在膻中、屋翳（双侧）、膺窗（双侧）、天溪（双侧）、食窦（双侧）、乳根（双侧）处用按揉法操作数次。医生先将

右手拇指与食指、中指置于乳晕两侧，三指指腹对捏，观察乳孔中乳汁分泌情况，左手拇指用推法由远及近地将乳汁推向乳晕处，右手拇指、食指、中指在乳晕处对捏，将乳汁排出。左手拇指做推法时用力要由轻到重，直至将整个乳房全部疏通。患者整理好衣物，取仰卧位，医生站立于患者身旁，用右手拇指在双侧少泽掐数次，拇指按揉双侧太冲数次，可根据证型加减穴位。患者取坐位，医生站立于患者身后，在双侧肩井施以拿法数次，按揉双侧天宗、双侧肝俞数次。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 操作前必须严格掌握手法操作适应证，判定局部肿块尚未成脓。
2. 手法轻柔，力度均匀，尽量减轻患者疼痛。
3. 排乳前热敷乳房，以便于手法施行，提高排乳疗效。
4. 医生施术前修剪指甲，用指腹按摩排乳，避免指尖抠伤患者皮肤。
5. 确保喂食姿势及婴儿的吸吮方式正确，并避免摄入过多脂肪。

（撰稿人：李丹丹）

第三章

刮痧砭术类技术

第一节 刮痧技术

一、简介

刮痧技术是在中医经络腧穴理论指导下，使用不同材质和形状的刮痧器械及不同介质在体表进行相应的手法刮拭，以防治疾病的中医外治技术。刮痧技术具有疏通经络，改善血液循环，调整关节结构和功能等作用，常用于治疗外感性疾病和骨关节疼痛性疾病等。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 头痛、头晕、睡眠障碍、发热、胃痛、腹痛、便秘、泄泻、中暑、痹证、痿证、口僻、哮喘、中风后遗症、胁痛、呃逆、疲劳、肥胖等内科疾病。
2. 落枕、项痹、腰痹等痹证及静脉曲张等外科疾病。
3. 痛经、月经不调、带下病、闭经等妇科疾病。
4. 黄褐斑、痤疮、荨麻疹等皮肤科疾病。
5. 耳鸣、耳聋等五官科疾病。

（二）病证举例

1. 项痹（颈椎病）

刮痧治疗项痹的主要操作部位是头部、颈肩部和上肢。患者取坐位。

(1) 头部

用梳刮法单方向刮拭，从前额发际及双侧太阳向后发际区域刮拭，使头部放松。重点刮拭太阳、百会和风池。

(2) 颈肩部

患者低头向前倾，医生一手扶持患者头顶部，保持头部相对稳定，另一手握持刮痧板刮拭。①用直线刮法轻刮督脉风府至陶道循行区域，刮10～20次。身体消瘦、颈椎棘突明显突出者，宜用刮痧板的边角由上向下依次点压按揉每个椎间隙3～5次，以局部有酸胀感为度。②用直线刮法刮颈部脊柱两侧。重刮膀胱经天柱至风门循行区域，每侧20～30次；点压按揉风门。③用轻刮法、弧线刮法刮拭颈部两侧风池至肩井循行区域，每侧20～30次；点压按揉肩井。

(3) 上肢

患者头颈向对侧平旋，医生用一手牵拉前臂，另一手握刮板，刮拭上肢大肠经肩髃至合谷循行区域，每侧10～20次。可重刮肩髃、曲池，点压按揉合谷3～5次。

2. 漏肩风（肩关节周围炎）

刮痧治疗漏肩风的主要操作部位是颈肩部、上肢和下肢。

(1) 颈肩部

①用轻刮法直线刮拭颈部正中，即督脉风府至大椎循行区域，刮10～20次。若肌肉薄弱、棘突明显者，可用刮板棱角点压按揉椎间隙，自上而下，每个间隙按压3～5次。②用重刮法直线刮拭肩髃内侧，即膀胱经天柱至膈俞循行区域，每侧20～30次。③用弧线刮法刮拭肩上部，即风池经肩井至肩髃区域，每侧20～30次；点压按揉风池、肩井。④用直线轻刮法由内向外刮拭肩髃冈上、下，再用弧线刮法刮拭腋后线，每个部位20～30次。⑤用弧线刮法刮拭肩前部，由上向下刮拭腋前线，每侧20～30次。⑥用重刮法、直线刮法刮拭肩三角肌正中及两侧缘，每侧10～20次。

(2) 上肢

刮拭上肢大肠经肩髃至合谷循行区域，每侧10～20次，可重刮肩髃、曲池；点压按揉合谷3～5次。

(3) 下肢

用直线刮法刮拭胃经足三里至条口循行区域，每侧20～30次，可重刮条口。

3. 腰痹（腰肌劳损、腰椎间盘突出症）

刮痧治疗腰痹的主要操作部位是背腰部和下肢。患者取俯卧位。

（1）背腰部

①用轻刮法从上向下刮拭督脉循行区域，刮 10～20 次。身体消瘦、椎体棘突明显突出者，宜用刮痧板的边角由上向下依次点压按揉每个椎间隙 3～5 次，以局部有酸胀感为宜。②用直线重刮法刮腰背部脊柱两侧。从上向下刮拭背腰部脊柱旁开 1.5～3.0 寸区域，或背腰部膀胱经两条侧线区域，每侧 20～30 次。③用直线轻刮法刮腰骶部。刮拭上髂至会阳循行区域，每侧 10～20 次。

（2）下肢

以膝关节为界分上、下两段分别刮拭，以每段 20～30 次为宜。

方法一：用直线刮法先刮拭膀胱经承扶经股门至委中循行区域，再刮拭委中经承筋至承山循行区域。点压按揉委中，可重刮承山。

方法二：用直线刮法先刮拭胆经环跳经风市至膝阳关循行区域，再刮拭阳陵泉至悬钟循行区域；点压按揉环跳。

4. 粉刺（痤疮）

刮痧治疗粉刺的主要操作部位是背部、上肢和下肢。

（1）背部

用直线泻刮法刮拭督脉大椎至命门循行区域，刮 10～20 次为宜。用直线重刮法刮拭膀胱经肺俞至肾俞循行区域，每侧 20～30 次，以刮至皮肤出现紫痧为宜。

（2）上肢

刮拭前臂大肠经循行区域，每侧 10～20 次为宜。重点刮拭曲池，亦可点压按揉。

（3）下肢

用直线刮法依次刮拭下肢胃经足三里至丰隆循行区域、下肢脾经阴陵泉至三阴交循行区域，每侧 20～30 次为宜；点压按揉内庭、厉兑。

三、禁忌证

1. 严重心脑血管疾病、肝肾功能不全等疾病出现浮肿者。
2. 有出血倾向的疾病，如严重贫血、血小板减少性紫癜、白血病、血友病等。
3. 感染性疾病，如急性骨髓炎、结核性关节炎、传染性皮肤病、皮肤

疖肿包块等。

4. 急性扭挫伤、皮肤出现肿胀破溃者。

5. 不能配合者，如醉酒、精神分裂症、抽搐等。

6. 特殊部位，如眼睛、口唇、舌体、耳孔、鼻孔、乳头、肚脐、前后二阴、大血管显现处，以及孕妇的腹部、腰骶部。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

准备刮痧板、刮痧油、棉签、75%乙醇等。检查刮痧板的完整性及光滑度，并将室内温度保持适宜。凡肌肉丰满处（如背部、臀部、胸部、腹部、四肢），宜用刮痧板的横面（薄面、厚面均可）刮拭；对于一些关节处、四肢末端、头面部等肌肉较少、凹凸较多的部位，宜用刮痧板的棱角刮拭。

（二）操作步骤

选取适当的刮痧部位，以经脉循行和病变部位为主。

1. 选择正确体位

根据病证及所要刮拭的部位选择正确的体位，充分暴露刮拭部位并进行必要的检查。

2. 涂刮痧介质

将刮拭部位用75%乙醇消毒，或用热毛巾、一次性纸巾等进行清洁。擦拭清洁后均匀涂抹刮痧介质，用刮痧板摩擦刮拭部位的皮肤，以局部产生热感为度。

3. 刮痧次序与方向

刮痧次序的总原则为先头面后手足，先背腰后胸腹，先上肢后下肢，逐步按顺序刮痧。刮痧方向的总原则为由上向下、由内向外，单方向刮拭，尽可能拉长距离。下肢静脉曲张或下肢肿胀者，宜由下向上刮拭，采用逆刮法。

4. 刮痧时间

包括每次治疗时间、治疗间隔和疗程。

（1）每次治疗时间

每次通常选用3～5个部位，每个部位一般刮拭20～30次。局部刮痧一般用时5～10分钟，全身刮痧宜用时10～20分钟。

（2）治疗间隔

两次刮痧之间宜间隔3～6天，或以皮肤痧退、手压皮肤无疼痛感为宜。

若病情需要，或刮痧部位的痧斑未退，则不宜在原部位进行刮拭，可另选其他相关部位进行刮痧。

（3）疗程

急性病至痊愈，慢性病一般以 7 ~ 10 次为 1 个疗程。

5. 刮痧程度

刮痧时用力要均匀，由轻到重，以患者能够承受为度。一般刮至皮肤出现潮红或紫红色等颜色变化，或出现粟粒状、丘疹样斑点，或片状、条索状斑块等形态变化，并伴有局部热感或轻微疼痛。对一些不易出痧或出痧较少的患者，不可强求出痧。年迈体弱者、儿童、对疼痛较敏感的患者宜用轻刮法刮拭。

6. 刮痧手法

根据病情和刮痧部位的不同，刮痧操作的方向、刮痧板边角接触的部位，以及刮痧配合手法应有所不同。

7. 刮痧反应

刮痧过程中产生的酸、麻、胀、痛、沉重等感觉，均属正常反应。刮痧后皮肤出现潮红或紫红色等颜色变化，或出现粟粒状、丘疹样斑点，或片状、条索状斑块等形态变化，并伴有局部热感或轻微疼痛，亦属于正常反应，数天后即可自行消失，一般不需要进行特殊处理。

8. 刮痧后的操作

刮痧后，医生应用干净纸巾、毛巾或无菌干棉球将刮拭部位的刮痧介质擦拭干净。有条件者可嘱患者饮 1 杯温水。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 刮痧时应注意室内保暖，尤其在冬季应避免感受风寒。夏季刮痧时，应避免风扇、空调直吹刮拭部位。

2. 刮痧结束后，最好饮用 1 杯温水，不宜即刻食用生冷食物；刮痧出痧后 30 分钟以内不宜洗澡。

3. 若出现头晕目眩、心慌、出冷汗、面色苍白、恶心欲吐，甚至神昏仆倒等现象，应立即停止刮痧，使患者呈头低脚高平卧位，饮用温开水或温糖水，并注意保暖，必要时用刮痧板点按患者百会、水沟、内关、足三里、涌泉等穴。

（撰稿人：杨金生、郑君圣）

第二节 撮痧技术

一、简介

撮痧技术是指医生以手指或手掌为工具，在患者特定体表部位，通过撮、扯、拧、提、推、挤等手法，使皮肤出现紫红色痧斑为特征的一种治疗疾病的技术。该技术具有行气开闭、调畅气机、宣泄痧毒等功效，常用于治疗外感性疾病、疼痛性疾病等。

二、临床应用

（一）主要适应证

撮痧技术主要用于头面部印堂、颈部天突和背部夹脊穴等部位，治疗如头痛、中暑、喉痹（急、慢性咽炎）等疾病。

（二）病证举例

1. 头风（头痛）

撮痧技术治疗头风的主要操作部位是头部和颈后部。根据操作部位不同，患者依次取仰靠坐位和俯伏位，充分暴露施术部位。

撮头部：采用扯痧法或挤痧法，撮挤前额印堂和双侧太阳，每穴 10～20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑。

撮颈后部：采用推痧法推大椎与后发际正中之连线，从上往下推 20～30 次；沿枕骨粗隆从风池向乳突方向挤压推按，然后用扯痧法或挤痧法撮挤风池、大椎各 10～20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑。

2. 伤暑（中暑）

撮痧技术治疗中暑的主要操作部位为头部、颈部和背部。根据操作部位不同，患者依次取仰靠坐位、俯伏位或俯卧位，充分暴露施术部位。

撮头部：采用扯痧法或挤痧法，撮挤前额印堂和双侧太阳，每穴 10～20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑。

撮颈部：采用扯痧法或拧痧法，撮拧风池、大椎各 20～30 次，至皮肤出现紫红色瘀斑。

撮背部：采用推痧法依次从上往下推督脉陶道至命门、膀胱经大杼至胃俞的循行区域，各推 20～30 次，至皮肤出现紫红色瘀斑。

3. 急喉痹（急性咽炎）

撮痧技术治疗急喉痹的主要操作部位是颈部。根据操作部位不同，患者依次取仰靠坐位和俯伏位，充分暴露施术部位。

撮颈前部：采用扯痧法或拧痧法，撮扯廉泉、天突、廉泉与天突连线中点及喉结两侧等，每处 10 ~ 20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑。

撮颈后部：采用推痧法自上向下推大椎与后发际正中之连线 20 ~ 30 次，然后用扯痧法或挤痧法撮挤大椎 10 ~ 20 次，至皮肤出现紫红色瘀斑。

三、禁忌证

1. 咽喉严重感染者或凝血功能障碍者。
2. 血管瘤部位、不明原因的肿块部位及痈肿、疮疡、皮肤溃烂或损伤部位。
3. 身体严重虚弱、极度消瘦者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

准备刮痧油、清凉油、清水、棉签、75%乙醇、碘伏等，将室内温度保持适宜。

（二）操作步骤

1. 选择正确体位

根据病证及所要撮痧的部位选择正确的体位，充分暴露操作部位并进行必要的检查。

2. 消毒

撮痧部位要在常规消毒后再施撮痧技术，一般用 75%乙醇或碘伏在施术部位消毒；医生双手应用肥皂水清洗干净，再用 75%乙醇擦拭。

3. 撮痧手法

常用撮痧手法有以下几种。

（1）拧痧法

医生五指屈曲，以拇指与食指对准撮痧部位，用力夹紧并扯起，提拧患者皮肤至最高处时，两指和被夹起的皮肤一同适度旋转，然后松开，使皮肤恢复原状。如此一提一拧一放，反复进行，在同一部位可连续操作 10 ~ 30 次，撮拧至皮肤出现紫红色痧斑为度。此法多用于颈部。

（2）扯痧法

又称揪痧法。医生五指屈曲，将中指和食指弯曲如钩状，用食指、中指的第二节对准撮痧部位，把皮肤与肌肉夹起，用力向外滑动，然后松开。如此一夹一扯一放，反复进行，以有“叭叭”声响为佳。在同一部位可连续操作 10～30 次，扯至被夹起的部位出现紫红色或暗红色痧斑为度。也可用拇指和食指的第二节夹起皮肤与肌肉，依上述手法扯拉。此法适用于面部的鼻根、前额，以及颈、背部等处。

（3）挤痧法

医生用两手拇指指腹，或两手食指、拇指指腹，或单手食指、拇指指腹相对用力，有规律地互相挤压，挤压至皮肤出现紫红色痧斑为度。此法主要用于头面部、颈部、肩背部。

（4）抓痧法

医生以拇指、食指、中指三指用力或五指并用，在体表相应部位，将肌肉迅速抓紧提起后自然松开，手指依次在患者体表移动，并交替、持续、均匀地提起施治的部位或穴位，反复至皮肤出现痧痕斑点为度。此法主要用于背部、腹部。

（5）推痧法

医生用拇指指腹、大鱼际、小鱼际或手掌根紧贴相应的治疗部位，以适当的压力在皮肤上进行单方向直线移动，反复推按 20～30 次，至皮肤充血出现痧痕为度。此法主要用于背腰部。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 撮痧治疗室要宽敞明亮、空气流通，但要注意保暖，防止患者冒风受邪。

2. 撮痧部位要先做常规消毒再施撮痧技术。

3. 撮痧手法要轻重适宜、频率轻快，不能用猛力，以患者能耐受为度，以挤出紫红痧斑为宜。

4. 手法的轻重、抓撮穴位的多少、每穴抓撮的次数，要视患者的年龄、体质、疾病性质、疾病轻重等具体情况而定。对儿童与年老体弱者施以的撮痧手法宜轻，撮穴宜少，防止撮伤皮肤，引起感染；对体质壮实者施以的撮痧手法宜重，撮穴宜多。

5. 在撮痧过程中，如见冷汗不止、吐泻不止、脉象沉伏等情况，应停止撮痧，并及时行综合抢救，防止发生意外。

6. 撮痧后，患者宜适量饮用温开水或姜汤，禁食生冷油腻食物。
7. 在用此法治疗的同时，可配合药物、针灸、推拿等技术，以求尽快治愈疾病。
8. 长期服用抗凝药物或存在血小板减少的患者应慎用撮痧法。

（撰稿人：王莹莹、杨莉）

第三节 砭石治疗技术

一、简介

砭石治疗技术简称“砭术”，指使用特制的砭板、砭镰、电动（热）砭具、砭贴等工具，在中医经络腧穴理论指导下发挥疏通经络、调节脏腑、防治疾病作用的一种外治技术。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 感冒、头痛等外感疾病。
2. 腰腿痛、颈肩背痛、四肢关节风湿痛等骨关节疾病。
3. 肌肉痉挛、肌肉粘连等软组织疾病。
4. 痛经、月经不调、乳癖等妇科疾病。
5. 面神经炎、睡眠障碍等神经系统疾病。

（二）病证举例

1. 项痹（颈椎病）

先在颈项部自风府、风池水平向下用砭板或砭镰沿督脉、膀胱经、胆经施以推法、刮法，配合点揉颈部夹脊穴等。再用砭板的角或砭镰的尾锥着重点揉肩井等穴，亦可在肩井等穴处定罐或热熨。最后在上肢部根据经络辨证，取肺经及大肠经穴位。若疼痛或麻木感位于上肢中间，则取心包经、三焦经穴位；若疼痛或麻木感以尺侧为主，则取心经、小肠经穴位；若疼痛或麻木感以手部为主，则重点点揉劳宫、中冲、关冲。每天1次，7～10次为1个疗程。

2. 肩凝症（肩关节周围炎）

在颈项部、背部用椭圆砭石或砭板自风府向下沿颈背大面积实施推法、刮法操作；在肩背部用椭圆砭石或板形砭具大面积实施推法、刮法，自肩髃

向下、向后操作。同时，用砭板或砭镰点揉颈部夹脊穴、百劳、大杼、风门、肩中俞等穴及肩胛内上角，并在大杼、肩中俞、肩井、巨骨间走罐或来回振动按摩。用锥棒类砭具点按条口、阳陵泉、足三里。手法选择根据病情而定，实证用泻法，虚证用补法。每天1次，7~10次为1个疗程。

3. 不寐（睡眠障碍）

将砭贴贴敷于心经、心包经、脾经、肾经相关经穴及经外奇穴，常用神门（双侧）、内关（双侧）、安眠（双侧）、三阴交（双侧）、太阳（双侧）、太溪（双侧）。选择好相关穴位后，先将砭贴贴于穴位上，然后可在所选穴位上做轻柔按摩，以疏通局部气血。每天1次，7~10次为1个疗程。神门、内关处的砭贴在活动中容易掉落，故患者调治期间应适当减少活动。

三、禁忌证

1. 某些感染性疾病或急性传染病，如丹毒、骨髓炎、急性肝炎、肺结核等。
2. 有出血倾向的疾病，如血友病或外伤出血。
3. 手法操作区域有烫伤、皮肤病或化脓性感染。
4. 急性脊柱损伤诊断不明者，或不稳定性脊柱骨折及脊柱重度滑脱。
5. 肌腱或韧带完全或部分断裂。
6. 妊娠期女性的腰骶部、臀部和腹部，禁忌使用砭术。
7. 凡遇过饱、过饥、醉酒、大怒、大惊、疲劳过度、精神紧张等情况，不宜立即使用砭术。
8. 出现皮肤破损、化脓、溃疡、皮疹者禁止使用；对砭贴成分过敏者禁止使用。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

准备砭板、砭镰、电动（热）砭具、砭贴、刮痧油、棉签、75%乙醇等。

（二）操作步骤

1. 体位准备

诊疗室内温度和湿度适宜。患者根据医生要求选定合适体位，如坐位、仰卧位、俯卧位等。

2. 选定穴位

根据操作要求暴露相关部位皮肤，并明确需要操作的部位和穴位。

3. 具体操作

操作时，先在局部进行常规消毒，并在相应皮肤上涂抹刮痧油等相关润滑介质，随后按照一般砭具、电动（热）砭具和砭贴工具的技法要求进行治疗操作。一般而言，砭具的基本操作方法根据砭术手法的不同和砭石的物性共分为摩擦类（刮法、推法、抹法、摩法、擦法）、摆动类（揉法、缠法、滚法、划法、拨法）、挤压类（点法、按法、振法、拿法）、叩击类（拍法、叩法、剁法）、熨敷类（温法、清法、佩法、贴法）5 大类 21 种方法。电动（热）砭具的基本操作方法主要分为电热砭石温熨法、电动砭石拔罐法、电动砭石按摩法。砭贴疗法操作需揭开贴片防粘膜，将贴片贴于相关穴位，按揉 1～3 分钟。每次贴穴时间不少于 6～8 小时，次日更换新贴。因本品与皮肤结合后持粘性较强，故在揭贴时应先揭开 1 个小角，然后慢慢牵拉即可揭掉。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 在砭术操作过程中，医生要认真观察患者的反应，经常询问患者的感觉，必要时调整手法。

2. 使用拍法和叩法时，力量不要过大，着力点要浅，次数勿多，以防止软组织损伤。

3. 若面部有痤疮或疮痍，不要使用力度较大的手法，如刮法等。

4. 在颈部的侧面进行点揉按压时要注意此处的颈动脉，不可持续按压。

5. 使用砭具操作前，应检查砭具边缘有无破损、裂痕，以免划伤皮肤。不能使用不合格的砭具。

6. 使用热熨法时，砭具温度应控制在安全范围内，以免烫伤皮肤。

7. 使用罐法时，砭罐内负压和扣罐时长应控制在安全范围内，以免造成体表软组织损伤。

8. 使用高频按摩法时，应注意避免直接触及骨节突出体表的部位，注意砭具的作用强度和使用时长，以免造成软组织损伤。

9. 儿童使用砭贴时，需在成人监督下进行。哺乳期女性、安装心脏起搏器患者勿用此法。使用过程中需观察皮肤情况，若有轻微不适或偶有皮肤发红等过敏症状，应停用并对症处理。

（撰稿人：张维波、贾术永）

第四章

拔罐类技术

第一节 拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术

一、简介

拔罐（留罐、闪罐、走罐）技术是以罐为工具，利用燃烧、抽吸、蒸汽等方法形成罐内负压，使罐吸附于腧穴或相应体表部位，令局部皮肤充血或瘀血，从而产生良性刺激，以防治疾病的一种方法。该技术常用于咳嗽、感冒、口僻、不寐、肩凝症、腰痹、项痹等疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 留罐法主治感冒、咳嗽、颈椎病、腰椎病、带状疱疹及后遗神经痛、荨麻疹、软组织损伤、腰肌劳损、睡眠障碍、胃肠功能紊乱、慢性疲劳综合征、痛经、小儿遗尿等。

2. 走罐法主治颈椎病、肩关节周围炎、项背筋膜炎、银屑病、感冒、腰痹、带状疱疹后神经痛、急性热病等病。

3. 闪罐法多用于治疗局部皮肤麻木、疼痛，身体虚弱及功能减退等病，如口僻、股外侧皮神经炎等；特别适用于不宜留罐的部位（如面部）及儿童患者。

（二）病证举例

1. 咳嗽（急慢性支气管炎）

咳嗽可采用留罐法。取穴以背部特定腧穴为主，可选肺俞、定喘、肺底

(经验用穴,位于腋后线与背部后正中连线中点,平第七胸椎棘突处),3穴均取双侧。风热犯肺证配合大椎,痰湿蕴肺证配合双侧脾俞。采用火罐法将罐吸拔于施术部位,取穴务求准确。根据患者年龄、体质、证型等情况,留罐时间可参考以下标准:5岁以内留罐不超过5分钟,5~14岁留罐8分钟,14岁以上留罐10~15分钟。虚证患者留罐时间宜短,实证患者留罐时间宜长。每天或2天1次。注意拔罐力量适度,力量过小则影响疗效,过大则患者难以耐受。拔罐后嘱患者注意背部保暖。

2. 感冒(上呼吸道感染)

感冒的风寒束表证、风热犯表证、暑湿伤表证可采用走罐法。走罐法以背部腧穴为主要操作部位。于施术部位涂抹适量温水或润滑液,并以闪火法将大小适宜的玻璃火罐吸附于患者一侧大杼上,沿脊柱旁膀胱经第一侧线推至同侧大肠俞,上下反复推动罐体,直至皮肤潮红或出痧,以同法操作另一侧。根据患者病情及痧斑消退情况,1周施治1~2次。走罐时,拔罐力量需适度,力量过小则影响操作,过大则难以完成。走罐法推拉速度要快慢适宜,推拉力度要均匀一致。注意罐具应选用口径相对较大、罐壁较厚且光滑的玻璃罐。施术部位应面积宽大、肌肉丰厚,如腰背部。体虚及儿童患者不宜施走罐疗法。走罐过程中应密切关注患者反应,对一些不易出痧或出痧较少的患者,不可强求出痧。走罐结束后,嘱患者注意背部保暖。

3. 口僻(面神经炎)

口僻可采用闪罐法。一般以患侧阳白、颧髎、颊车、地仓、下关、牵正为主。采用闪火法将罐吸拔于施术部位后迅速取下,反复进行上述操作。如口僻后期出现面部肌肉僵硬、萎缩或感觉减退等,可选择患侧四白、颧髎、颊车等进行闪罐,停留1~2秒后,辅以沿面部松弛下垂肌肉的方向向上提、拉、牵手法后迅速取下,再闪罐,可于双侧面部进行操作。对于耳后疼痛的患者,可以在风池闪罐后留罐5~15分钟。每天或2天1次。操作至局部皮肤潮红为度。为保证治疗的安全性,闪罐法操作时需及时更换罐,且务必注意查验罐口温度。若罐口温度较高,需及时更换罐具,避免烫伤患者。注意闪罐操作中,乙醇棉球必须小于罐口直径,避免罐口过热烫伤患者。在闪罐过程中,若吸拔力度较大,起罐时需按压罐口皮肤,切忌强力将罐具取下,避免造成局部皮肤或肌肉组织损伤。

三、禁忌证

1. 精神过于紧张、醉酒、过饥、过饱、过劳、抽搐、不能配合者。

2. 重度心脏病、呼吸衰竭、皮肤局部溃烂或严重过敏、活动性肺结核、全身消瘦以致皮肤失去弹性、全身高度浮肿者及恶性肿瘤患者。

3. 有出血倾向或凝血功能障碍者。

4. 妊娠期女性的腹部、腰骶部。

5. 局部疝气（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、静脉曲张、癌肿等。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

适宜型号罐具、打火机、血管钳、95% 乙醇、棉球、治疗盘等。

（二）操作步骤

1. 留罐法

留罐法是指采用火罐法、煮罐法或抽气罐法等将罐吸拔于施术部位，留置一定时间后起罐。

（1）拔罐

火罐法：①闪火法：此法一般用于玻璃罐及陶罐。一手持血管钳或镊子夹住含适量 95% 乙醇的棉球，用打火机将其点燃，另一手持罐（罐口朝下），将火迅速伸入罐内旋转 1 周后退出，随即将罐快速吸拔在选定部位。②投火法：此法一般用于玻璃罐。将含适量 95% 乙醇的棉球或易燃纸片用打火机点燃后投入罐内，迅速将罐吸拔在选定部位。③贴棉法：此法一般用于玻璃罐及陶罐。根据罐具大小选择合适规格的含适量 95% 乙醇的棉片，并将其贴附在罐内壁的中下段，用打火机点燃后，将火罐迅速吸拔于选定部位。

煮罐法：此法一般用于竹罐。将竹罐放置于沸水或配制好的药液中煮沸煮透，用长镊子或止血钳将竹罐捞出后，以毛巾捂住罐口并吸去表面水分，待温度降低至略高于皮温时，迅速将竹罐按拔于相应部位，并按压数十秒直至吸牢。

抽气罐法：①手动抽气罐法：此法一般用于抽气罐、磁罐。将抽气罐置于选定部位，抽出空气使其产生负压而吸拔于相应部位。②电动抽气罐法：此法一般用于电火罐。将罐置于选定部位，打开电源开关，选择适宜吸力档位，将罐具吸拔于相应部位。

（2）留罐

因为患者年龄、体质、病情等情况不同，所以留罐时间也不相同。5 岁以内留罐不超过 5 分钟，5～14 岁留罐 6～8 分钟，14 岁以上留罐 10～15 分钟。

（3）起罐

起罐时，一手握住罐体中下部，另一手拇指或食指按压罐口边缘的皮肤，使罐口与皮肤之间产生空隙，空气进入罐内即可取下。推荐采用三点式起罐法，左手扶握罐体，右手拇指或食指于罐口旁4点、8点、12点位置各轻轻按压，使空气进入罐内，待罐口与皮肤完全脱离后，方可顺势将罐取下。若罐吸拔力过强，则可加大右手对罐口皮肤的按压力量，切不可硬行上提或旋转提拔，以免损伤皮肤。抽气罐则提起上方的阀门使空气进入罐内，罐具即自行脱落。

2. 闪罐法

此法用于玻璃罐。医生以闪火法（同留罐法）将罐吸拔于患者皮肤后，随即取下，如此反复操作，以皮肤潮红、发热、充血或瘀血为度。

3. 走罐法

走罐又称推罐，此法用于玻璃罐、电火罐。医生先于患者吸拔部位涂抹适量温水或润滑剂，采用火罐法或电动抽气罐法（同留罐法）将罐吸拔于皮肤上，再以手握住罐底，稍倾斜罐体，沿一定方向推拉或做环形旋转运动，如此反复数次，至皮肤潮红、深红或出现痧点。操作完成后将罐起下（起罐方式同留罐法）。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 拔罐前首先要一手持罐，另一手以小鱼际在罐口旋转1周，检查所用罐具是否有裂纹、毛刺或破损，避免损伤患者皮肤。对于初诊患者，在治疗前医生应向其说明施术要求，做好思想工作，消除恐惧心理，取得患者配合，以防发生“晕罐”现象。保持室内温度适宜，环境清洁舒适，注意避风，防止受凉。应充分暴露施术部位，选取舒适体位，并根据所拔部位面积的大小选择适宜型号罐具。皮肤松弛或褶皱过多处、毛发浓密处或骨骼较为突出的凹凸不平处不宜拔罐。小儿及体虚者不宜施走罐法。

2. 施术中注意棉球需饱含乙醇而不下滴，以保证火力大小适度，且避免点燃棉球后乙醇下滴烫伤患者。若出现烫伤，应即刻终止操作并取下罐具，及时处置。拔罐时双手配合娴熟，动作迅速、流畅；火焰应伸至罐底部，勿反复烧灼罐口，且火焰不宜在罐内停留过久。闪罐时注意罐口温度，以免罐口、罐体过热烫伤皮肤。操作过程中应注意防火。在治疗时，医生应嘱咐患者保持相对固定体位，不要随意变动体位，以免出现罐体脱落。操作时，火罐与所拔部位距离不要太远；可根据火的大小、闪火后火罐拔至皮肤

的时间调控拔罐力度。拔罐时间以 5 ~ 15 分钟为宜。拔罐力度应视患者情况而定,一般小儿、体弱者时间宜短,力量宜小;青壮年、体强者时间可长,力量可大。走罐推拉速度要快慢适宜,推拉力度要均匀一致。若拔罐力量过大或留罐时间太长导致皮肤出现水疱,则需分情况处理。米粒大小的水疱无须处理;水疱较大时,可局部消毒后以消毒针具从水疱基底部刺破放出组织液,用消毒纱布包敷,保持局部皮肤干燥,以防感染。操作时需避开有严重皮肤病、局部溃疡、水肿或烫伤的部位。小儿俯卧位时,一定注意暴露口鼻,以防窒息。在施术时,医生需专心致志,随时了解患者的反应,出现异常情况需及时处理。若出现“晕罐”现象,应立即起罐,令患者平卧,注意保暖并予其饮用热水或糖水,按揉内关、合谷、太阳、足三里等穴。严重者按急症处理。拔罐后需盖好衣被,注意保暖,使患者处于放松状态,避免因感风、感寒使其肌肉处于紧张状态而影响疗效。

3. 施术后嘱患者放松休息 10 ~ 20 分钟再离开诊室;嘱患者调情志、避风寒、戒劳累、忌饥饿,注意生活调控。罐具直接接触患者皮肤,应一人一用一清洗一消毒。具体操作遵照《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南(试行)》(国中医药办医政发〔2017〕22号)执行。

(撰稿人:袁军、余伟佳)

第二节 药罐技术

一、简介

药罐技术是以中药浸煮的竹罐或玻璃罐内放入一定量的药液吸拔于相应的部位以治疗疾病的一种方法。常见的药罐技术有煮药罐法、储药罐法、抹药罐法等。药罐技术可发挥药物和拔罐的双重作用,常用于治疗多种痛证及慢性疾病。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 关节软组织损伤及疼痛,如类风湿关节炎、风湿性关节炎、颈椎病、腰椎病、腰肌劳损、膝骨关节炎、顽固性疼痛等。
2. 消化系统疾病,如肠易激综合征、功能性消化不良等。
3. 呼吸系统疾病,如感冒、咳嗽、慢性支气管炎、肺气肿等。

4. 皮肤病，如湿疹、皮肤干裂等。
5. 其他疾病，如疲劳综合征、肥胖症等。

（二）病证举例

1. 蛇串疮（带状疱疹）

本病可采用煮药罐法、储药罐法或抹药罐法。根据临床辨证分型，以阿是穴和相应的夹脊穴为主要操作部位。发病初期，可选取具有清热祛湿解毒、活血通络止痛作用的药物，如蒲公英、青黛、龙胆、栀子、延胡索、川楝子、乳香、没药、苍术、大黄、当归、桃仁、川芎等。上述方药，按常规方法熬制成药液进行煮药罐法操作；若用储药罐法，可将其泡制成30%的溶液，每次用量20～40mL；若用抹药罐法，可将其制成药膏，每次用药20～30g。留罐5～15分钟，发病初期每天1次。后遗症期可选用具有行气通络止痛作用的药物，治疗时间可稍延长。

2. 慢性支气管炎

本病可采用煮药罐法、储药罐法治疗，也可采用抹药罐法治疗。选穴以大椎、定喘、肺俞为主。脾肾不足可配合肾俞、志室、脾俞，痰湿瘀阻可配合丰隆、阴陵泉。治疗选用的药物应具有润肺化痰、止咳平喘作用，如蛤蚧、紫菀、麻黄、麦冬等。治疗本病时，可按照常规方法将药物煎煮成药液，采用煮药罐法或储药罐法治疗；也可将药物制成药膏，或将所选中药打粉加入姜汁、蜂蜜调糊，用抹药罐法治疗。每次用药20～30g，留罐5～10分钟，每天或2天治疗1次。

三、禁忌证

同一般拔罐疗法禁忌证。

1. 接触性传染病、严重心脏病、心力衰竭者。
2. 皮肤严重过敏、传染性皮肤病及皮肤肿瘤（肿块）部位。
3. 血小板减少性紫癜、白血病及血友病等凝血功能障碍者。
4. 心尖区、体表大动脉搏动处及眼、耳、口、鼻等五官孔窍部位。
5. 精神分裂症、抽搐等不能配合者。
6. 局部疝气（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、粉碎性骨折、皮肤大面积溃疡、肌肉断裂、重度水肿等部位。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

常用器具可准备竹罐、玻璃罐、专用储药罐、煮药锅、纱布袋、止血钳或长镊子等。药物可煎煮成药液，也可做成膏药或打粉制成药糊。药物的选择以辨证为依据。根据所拔的部位和经络不同，可适当选用相应的归经药，如拔少阳经可以配柴胡、拔阳明经可以配白芷等。

（二）操作步骤

1. 煮药罐法

此法一般使用竹罐。将药物置于纱布袋中，放入锅内浸泡半小时，煮沸1小时左右，将药袋取出。然后将竹罐放入药锅中煮沸煮透，用止血钳或长镊子夹持罐底将药罐取出，罐口向下，稍微甩干罐内药水，然后用毛巾捂住罐口并吸去罐口水分，待罐口温度降至略高于皮温时（42℃左右），迅速将竹罐按在相应腧穴或应拔部位的肌肤上，按压数十秒，直至竹罐吸拔牢固。

2. 储药罐法

此法可使用专用储药罐或普通玻璃罐。将专用储药罐在吸拔部位吸牢，再向其中注入一定量的药液，药液温度以45℃左右为宜，留罐5～15分钟。若使用玻璃罐，则在罐中放入一定量（一般为罐容积的1/5左右）的药液（温度保持在45℃左右），用闪火法，一手持盛有药液的罐具，罐口斜向上，另一手持点燃的乙醇棉球快速伸入罐内并快速退出（注意伸入罐内的火焰不要接触到药液），然后迅速将罐扣在应拔部位，稍微按压至吸牢。

3. 抹药罐法

此法可用玻璃罐、抽气罐等罐具。将药膏或药糊在穴位上均匀摊开，面积和厚度适量，然后将罐吸拔于穴位上，注意药膏或药糊应全部扣在拔罐的罐口内。

五、注意事项和常见不良反应的处理

一般拔罐技术的注意事项也是药罐技术的注意事项。此外，药罐技术还要注意患者的皮肤是否对所选药物有过敏反应。

1. 施术前注意保持室内温度适宜，环境清洁舒适，避开风口，防止受凉。对患者做耐心细致的解释工作，消除患者的紧张感。大饥、大渴、大怒、饱后不宜施术。检查罐口是否受损或罐口边沿是否光滑。应充分暴露施术部位，有毛发者宜剃去。选取舒适的体位，并根据所拔部位面积的大小选

择适宜的罐具。

2. 施术中：①拔罐动作要迅速轻巧，罐内负压要适宜。使用排罐时，罐距不宜过密，以免相互牵拉引起疼痛。②拔罐时间及间隔时间应根据患者的年龄、体质、气候、病情及拔罐的施术部位而灵活掌握。一般体质强、病程短、瘀斑消失快者，间隔时间宜短；体质弱、病程长、瘀斑消失慢者，间隔时间宜长。③询问并观察患者的反应。如拔罐部位出现明显疼痛或灼热感时，应立即起罐或减小吸拔力。若出现晕罐、水疱，则参照本章相关内容进行处理。④应用煮药罐法时，煮药罐后必须甩净罐内热药液或热水，以免烫伤。⑤储药罐法起罐时可移动罐体或令患者调整身体位置，使罐内药液至罐体一侧后，一手稍微用力按压罐体，另一手食指按压另一侧罐口边缘的皮肤，使空气进入罐内，顺势使药液倾斜入罐底后将罐取下。

3. 施术后让患者休息 10～20 分钟再离开；嘱患者勿暴怒、劳累、饥饿、惊恐，注意避风。

（撰稿人：陈泽林、公一因）

第三节 刺络拔罐技术

一、简介

刺络拔罐技术是将刺络放血与拔罐相结合以治疗疾病的一种方法。该法具有泄热逐瘀、通经活络、消肿止痛、活血止痒等作用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 急慢性软组织损伤及疼痛，如扭挫伤、筋膜炎、颈椎病、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症及头痛、急性咽喉肿痛等。
2. 皮肤病，如神经性皮炎、湿疹、丹毒、带状疱疹、皮肤瘙痒。
3. 急症中的实证，如高热、昏厥、中暑、中风闭证、急性乳腺炎、腮腺炎等。

（二）病证举例

腰痹（急性腰扭伤）

患者站立，充分暴露委中及其以下部分，足底垫一次性垫巾。医生双手消毒后佩戴一次性无菌手套，常规消毒委中及其周围皮肤。手持三棱针对委

中或阿是穴周围小静脉进行散刺，快进快出，使之出血，待出血颜色改变或血流速度缓慢时，可用闪火法在点刺部位拔罐并留罐 5～15 分钟，观察罐内出血停止后，可缓慢起罐。用无菌干棉球清理患者皮肤上的残存血液，并对罐具进行彻底清洗消毒，清理治疗场所，妥善处理三棱针。每天 1 次或 2 天 1 次，3～5 次为 1 个疗程。建议出血量：委中穴每次 1～10mL，其余穴位每次 1～5mL 即可。

三、禁忌证

1. 有出血倾向或凝血功能障碍者，如血小板减少性紫癜、白血病及血友病等。
2. 血管瘤部位、不明原因的肿块部位及大血管处。
3. 过度紧张、疲劳、饥饿、醉酒者。
4. 局部疝气（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、皮肤大面积溃破、皮肤严重过敏、癌肿及传染性皮肤病。
5. 精神分裂症、抽搐及心力衰竭等。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

常用器具可准备治疗盘、针具（三棱针、一次性使用无菌针灸针、一次性采血针、一次性注射针头等）、洁净罐具、75% 乙醇或碘伏、95% 乙醇、一次性无菌手套、无菌干棉球、打火机或火柴、镊子、止血钳或卵圆钳、无菌敷料等。根据病证、操作部位的不同，选择适宜的针具和罐具。使用前注意检查针具和罐具的质量。

根据病情选取适当施术部位，并选择患者舒适、医生便于操作的体位。注意保持环境温度适宜、清洁卫生。

（二）操作步骤

1. 无菌操作

（1）部位消毒

嘱患者充分暴露施术部位，用 75% 乙醇或碘伏进行消毒。

（2）医生消毒

医生双手用流动清水和肥皂清洗干净后，用 75% 乙醇擦拭，戴一次性无菌手套。

2. 刺络操作

刺络前，可在被刺部位或其周围施以推、揉、挤、捋等方法，四肢处还可在被刺部位的近心端结扎止血带，使局部充血。

刺络时，用一手固定被刺部位下端，另一手持三棱针或相应针具，露出针尖 3 ~ 5mm，对准所刺部位快速刺入后出针，放出适量血液，松开止血带。

3. 拔罐操作

(1) 留罐

待出血颜色改变或血流速度缓慢时，用闪火法在施术部位以刺血部位为中心拔罐，根据病情及出血情况确定留罐时间，一般留置 5 ~ 15 分钟。

(2) 起罐

起罐时应缓慢，以避免罐内污血喷射而污染周围环境，对患者的血液要进行无害化处理。

4. 施术后操作

用无菌干棉球轻轻擦拭施术部位，清理皮肤上的残存血液，当创口较大或较深时，可用无菌敷料覆盖创口。

处置针具及清洗消毒罐具，将一次性针具丢弃到利器盒中。一次性针具严禁重复使用；可重复使用针具应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）的要求进行“清洗 - 修针 - 整理 - 灭菌 - 无菌保存”的处置。罐具内若存有血液，应先用吸湿材料吸附去除，用流动清水冲洗，再用含氯消毒剂溶液（2000 ~ 5000mg/L）浸泡 30 分钟以上，用流动清水冲洗干净后干燥放置。

对治疗场所进行清理。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 对患者做必要的解释工作以消除其思想顾虑，尤其是放血量较大者。
2. 选择适当体位和易于拔罐的部位，注意避开骨骼凹凸不平及毛发较多部位，或单纯采用刺络法或剃去毛发后再行刺络拔罐操作。
3. 严格消毒，防止感染，医生应避免接触患者的血液。
4. 刺络手法应轻、稳、准、快，不可用力过猛，防止刺入过深。
5. 拔罐时要根据不同部位选择大小适宜的罐。拔罐的吸附力度应视病情而定，身体强壮者吸附力可稍大，年老体弱及儿童吸附力应稍微小一点。
6. 拔罐和留罐过程中要注意观察患者的反应，注意晕针、晕血的发生，

如有必要可监测血压、心率的变化。患者如有不适，立即停止治疗，并给予相应的处理。

7. 妊娠期、经期女性，以及体弱、贫血、低血压者刺激量不可过大。

8. 出血过多者，宜适当休息后离开。

9. 根据病情确定针刺深度、出血量、治疗的间隔时间。

10. 若出现血肿、微量的皮下出血而局部小块青紫时，一般不必处理。如局部疼痛肿胀较剧，影响活动功能时，应在 24 小时之内先冷敷止血，24 小时之后再做热敷，以促进局部瘀血消散吸收。

（撰稿人：马睿杰、李昭凤）

第四节 针罐技术

一、简介

针罐技术是针刺与拔罐技术相结合的一种方法，即针刺穴位得气后，再以针刺处为中心拔罐，常见的有留针拔罐法和出针拔罐法。针罐技术具有针刺与拔罐的双重作用，可提高临床疗效。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 各种软组织损伤及疼痛，如急性腰扭伤、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、颈椎病、肩关节周围炎、风湿性关节炎、顽固性疼痛等。

2. 皮肤病，如湿疹、带状疱疹、荨麻疹等。

3. 内科疾病，如睡眠障碍、肥胖、便秘等。

（二）病证举例

1. 漏肩风（肩关节周围炎）

采用留针拔罐法或出针拔罐法。针刺肩前、肩髃、肩髃、肩贞和局部阿是穴，可在留针期间或出针后在针刺部位拔罐，留罐 10～15 分钟，临床可配合合谷、后溪、外关、内关、风池、足三里等常规针刺，每周 2～3 次，15 天为 1 个疗程。急性期以缓解疼痛为主，慢性期及恢复期可配合肢体功能锻炼。

2. 项痹（颈椎病）

采用留针拔罐法或出针拔罐法。针刺颈夹脊穴、天柱、风池、曲池、外

关和局部阿是穴，可在留针期间或出针后在针刺部位拔罐，留罐 10～15 分钟，可配合风府、合谷、内关、膈俞、肝俞、肾俞等常规针刺，每周 2～3 次。

三、禁忌证

1. 一般毫针技术和拔罐技术的禁忌证也是针罐技术的禁忌证。
2. 局部疝气（如脐疝、腹壁疝、腹股沟疝等）、粉碎性骨折、肌肉断裂、重度水肿部位。
3. 皮肤严重过敏及皮肤肿瘤（肿块）部位。
4. 血小板减少性紫癜、白血病及血友病等凝血功能障碍者。
5. 癫痫、精神分裂症等不能配合者。
6. 心尖区，体表大动脉搏动处，眼、耳、口、鼻等部位。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

一次性使用无菌针灸针、玻璃罐（也可选用竹罐、陶罐、抽气罐）、75% 乙醇棉球、95% 乙醇棉球、无菌干棉球、镊子等。

（二）操作步骤

1. 针刺操作

医生双手洗净消毒。在患者需要针刺的穴位皮肤上用 75% 乙醇棉球擦拭消毒，或先用 2% 碘酊涂擦，稍干后，再用 75% 乙醇棉球擦拭脱碘。根据病情与部位，选用相应规格的一次性使用无菌针灸针，在进针、行针操作得气后，进行留针或出针。针刺过程应严格按照第一章“针刺类技术”无菌操作的相关内容执行。

2. 拔罐操作

（1）留针拔罐

此法可用玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。消毒皮肤后，按一次性使用无菌针灸针操作方法进针、行针、得气、留针，然后用闪火法以留针部位为中心留罐，一般留罐 10～15 分钟，以局部皮肤潮红、充血或瘀血为度。若使用抽气罐，以留针部位为中心将其置于皮肤上，抽出空气，使其吸附于体表。

操作范围：应选择适宜操作的体位，一般选择肌肉较厚的部位。胸胁部腧穴慎用此法。

（2）出针拔罐

此法可用玻璃罐、竹罐、陶罐和抽气罐等。消毒皮肤后，按一次性使用无菌针灸针操作方法进针、行针、得气后出针，然后用闪火法以针刺部位为中心留罐，一般留罐 10～15 分钟，以局部皮肤潮红、充血或瘀血为度。若使用抽气罐，以针刺部位为中心将其置于皮肤上，抽出空气，使其吸附于体表。

操作范围：应选择适宜操作的体位，一般选择肌肉较厚的部位。

五、注意事项和常见不良反应的处理

一般毫针技术和拔罐技术的注意事项也是针罐技术的注意事项。

1. 施术前检查针具及罐具质量，注意保持室内温度适宜，环境清洁舒适，避开风口，防止受凉。

2. 患者应充分暴露施术部位，施术部位毛发浓密的宜剃去毛发。医生应指导患者选取舒适的体位，根据所拔部位面积的大小和形态结构选择适宜的罐具。

3. 对初次针刺或精神紧张者做好解释工作。过饥、过饱或劳累者不宜立即进行针刺。身体虚弱、气血亏虚者，应尽量采取卧位，手法不宜过强。

4. 针刺时应避开大血管；深部有脏器的前胸部、上背部、眼区和颈部穴位应掌握针刺方向和深度，不宜大幅度行针和长时间留针。

5. 留罐时间应根据患者的年龄、体质、病情及施术部位灵活掌握。体质虚弱者、老年人、儿童，或肌肉较薄处，留罐时间宜短。

6. 留针拔罐时应注意罐具大小与一次性使用无菌针灸针长度的比例，留罐时针尾尽量不要触碰到罐具底部。

7. 用闪火法拔罐时应注意乙醇棉球不宜过大，乙醇含量不能过多，以防止灼伤或烫伤皮肤。若烫伤或留罐时间太长而皮肤起水疱时，水疱较小者通常无须特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可；水疱较大者可用消毒针扎破疱壁后将疱液放出，然后用消毒纱布覆盖起疱处。

8. 治疗过程中，患者出现面色苍白、恶心欲吐、多汗等晕针、晕罐现象，医生应立即停止治疗，将针和罐全部取下，使患者平卧，给予适量温开水或糖水饮用。重者可加刺水沟或素髻、内关、足三里等穴，四肢冰凉或冷汗多者可加灸百会、关元、气海等穴。

9. 施术后患者应休息 10～20 分钟再离开。

10. 一次性针具严禁重复使用。罐具直接接触患者皮肤，应一人一用一清洗一消毒。具体操作遵照《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）执行。

（撰稿人：张安仁、李明月）

第五章

灸类技术

第一节 麦粒灸技术

一、简介

麦粒灸技术是将艾绒搓成如麦粒样大小的艾炷直接置于皮肤上施灸以防治疾病的一种技术。其特点是所需艾绒量少、烟雾小、刺激量可大可小，灼热、灼痛感穿透性明显。该技术应用范围广，尤其适用于风寒湿痹、寒痰喘咳、脏腑虚寒等疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

凡灸法之适应证，均可用此灸法。麦粒灸技术适用于一些慢性顽固性疾病，如哮喘、慢性胃肠疾病、慢性支气管炎、风寒湿痹等，以及气血虚弱证、虚寒轻证，如阳痿、遗精、早泄、小儿发育不良等。

（二）病证举例

慢性泄泻（慢性肠炎、肠功能紊乱）

主穴：气海、大肠俞、上巨虚。配穴：脾虚加脾俞、足三里；肾虚加关元、命门。制作麦粒形软丸样艾炷。每次施灸2～3穴，每穴7～9壮，2天施灸1次，治疗1个月为1个疗程，疗程间隔休息1周，连续治疗3个月。

三、禁忌证

1. 一般在空腹、过饱、过饥、极度疲劳时不宜施灸。

2. 颜面部、心前区、体表大血管部和关节、肌腱部，以及糖尿病患者，不可用化脓灸。

3. 妊娠期女性的腰骶部和小腹部禁用化脓灸。

4. 对艾绒过敏者禁用。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

艾绒、中药油膏或凡士林或新鲜蒜汁或水、线香或点灸笔、干棉签、棉球、灭火用的盛水小杯、无菌敷料等。

（二）操作步骤

1. 麦粒艾炷制作

用拇指、食指反复均匀地搓捻艾绒，搓成麦粒状的艾炷。

2. 选穴特点

全身大多数穴位都可施以麦粒灸。临床多选用背腰、腕腹和下肢等肌肉较丰厚部位穴位。选穴宜少而精，每次 2～4 穴为宜。近部与远部选穴相结合。定位要准确，以免修正定位造成更多、更大的灸痕。分布于颜面、大血管部位的穴位不可采用化脓麦粒灸。

3. 施灸壮数

麦粒灸常规灸量为每次每穴 1～7 壮。具体实施时还需要考虑多方面因素，才能使壮数与施灸程度共同作用，达到“适宜刺激”的理想程度。

4. 施灸程度

根据麦粒灸对皮肤的灼烫程度，分为非化脓麦粒灸和化脓麦粒灸两种。

（1）非化脓麦粒灸

选择便于取穴、患者放松的体位。在选定的穴位上涂抹黏附剂，将艾炷竖立置于穴位上，用线香暗火点燃艾炷顶端，使其燃烧。线香接触艾炷之前应将线香积灰弹尽，以防灰烬掉落在皮肤上。待艾炷烧剩至 1/5～2/5 或者患者呼“烫”时，即用干棉签快速点按将残余的艾炷熄灭，再进行下一壮的操作。灸完预定的壮数后，用无菌干棉球将穴位处残留的灰烬和油膏轻轻擦拭干净，不用涂抹消毒药物。

（2）化脓麦粒灸

化脓麦粒灸要求每壮艾炷都要燃烧完毕，因此刺激程度比非化脓麦粒灸强，且施灸后会出现起疱、化脓等现象。

采用患者舒适的体位，在选定的穴位上涂抹黏附剂。医生将艾炷竖立置

于穴位上，点燃艾炷。当每壮艾炷燃尽后，弹除艾灰，再安放下一个艾炷继续施灸。为减轻患者灼痛感，可用手指轻轻按压灸穴周围皮肤。灸完规定壮数至局部皮肤焦黑后，用无菌干棉球擦拭灰烬，覆盖无菌敷料，不用涂抹消毒药物。化脓麦粒灸施术后，往往出现起疱、结痂、溃烂等现象。为了防止摩擦，保护痂皮，预防感染，可用无菌敷料覆盖。

进行化脓麦粒灸 5～7 天后，焦痂开始松动，内有脓样分泌物。可每隔 1～2 天更换敷料 1 次，疮口周围用乙醇或盐水棉球揩净，仍用无菌敷料覆盖，妥善保护灸痂，以便在需要增加脓量继续施灸时，可以在灸痂上施灸，使患者容易忍受灼痛。如继发感染，可用黄芩油膏等涂敷。若溃烂面不大，可任其自然结痂恢复。一般情况下，化脓后 20～30 天，灸疮可愈合并形成瘢痕。若瘢痕颜色紫暗或为坚硬疙瘩，则需在原处重复施灸；若瘢痕颜色灰白，平坦柔软，表明已达到治疗要求。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 施灸前要给患者解释本技术的操作特点，说明施灸程度和反应，并让患者签署知情同意书。

2. 灸后起疱较小可待其自行吸收；若水疱较大，可用一次性消毒针从疱底刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

3. 皮肤感觉迟钝者、糖尿病患者等应谨慎控制麦粒灸烧灼强度，避免过度灼伤。

4. 施行非化脓麦粒灸后可以正常洗浴。在化脓麦粒灸的灸疮上贴敷创可贴，则可以洗浴，洗浴时应避免触碰疮面，不要洗脱灸痂。长期施行麦粒灸，有疮面、渗出物或结痂者，可用防水创可贴保护灸疮，采用冲淋的方式洗浴，不要进行过多浸泡和擦洗。

5. 施灸过程中，若出现晕灸应立即终止治疗，按晕针处理。

6. 施灸过程中，室内宜保持良好的通风环境，严防艾火烧坏衣服、床单等。施灸完毕，必须把艾火彻底熄灭，以防火灾。

（撰稿人：关玲）

第二节 隔物灸技术

一、简介

隔物灸也叫间接灸、间隔灸，是利用药物等材料将艾炷和穴位皮肤隔开施灸的一种技术，可避免灼伤皮肤，还能借间隔物的药力和艾炷的温热刺激发挥协同作用，提高疗效。临床上该技术可用于治疗多种疾病，特别是证属虚寒的各类疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 隔姜灸适用于过敏性鼻炎、慢性疲劳综合征、原发性痛经、胃痛等疾病。
2. 隔蒜灸适用于阴疽流注、无名肿毒及疔、疮、疖、痈等疾病。
3. 隔盐灸适用于尿潴留、尿失禁、夜尿、化疗后胃肠道反应、腹泻、胃痛、痛经等疾病。
4. 隔附子饼灸适用于溃疡性结肠炎、肠易激综合征、尿潴留等疾病。

（二）病证举例

1. 痛经（原发性痛经）

治疗可选择隔姜灸及隔盐灸。医生取直径约 3cm，厚约 0.3cm 的新鲜姜片，中间针刺数孔，置于关元、水道、归来等穴。灸神阙则先用纯净干燥食盐填于脐中，再将姜片置于其上。医生将大艾炷置于姜片上点燃施灸，当艾炷燃尽后，易炷再燃。施灸过程中若患者感觉灼热疼痛不能忍受时，可用镊子上下移动姜片。轻度痛经可灸 4 壮，中度痛经可灸 6 壮，重度痛经可灸 8 壮。可在月经周期前 2～3 天开始施灸，每天 1 次，3～5 次为 1 个疗程（1 个月经周期），共治疗 3 个疗程。

2. 癃闭（尿潴留）

治疗可选择隔附子饼灸。医生将附子切细研磨成粉，以黄酒调和成直径约 5cm，厚约 0.5cm 的药饼，中间用针点刺数孔，置于神阙、关元上，然后上置艾炷点燃施灸，每穴 3 壮，或以局部红晕、烘热为度。每天 1 次，4 周为 1 个疗程。在治疗过程中应注意查看患者皮肤的潮红情况，避免烫伤。

3. 乳痈（急性乳腺炎）

治疗可选择隔蒜灸。医生取新鲜独头大蒜切成厚约 0.3cm 的薄蒜片，中间针刺数孔，置于未破溃的乳腺肿块处，然后将大艾炷放到蒜片上点燃施灸，艾炷燃尽后，易炷再灸。当患者感觉灼烫时，可将蒜片稍提起，稍停后放下再灸，以免烫伤。每穴 7 壮，或以灸处泛红为度，每天治疗 1 次，7 天为 1 个疗程。注意病变局部清洁和消毒，皮肤破溃处禁止施灸。

三、禁忌证

1. 皮肤严重过敏、损伤及传染性皮肤病的局部。
2. 昏迷或有严重精神障碍者。
3. 孕妇的腹部、腰骶部。
4. 过饥、过饱、大怒、酒后、极度疲劳、畏惧灸法者。
5. 糖尿病等疾病致感觉功能减退、肢体麻木者及阴虚阳亢、热毒炽盛等热证者慎灸。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 艾炷

将艾绒捏成圆锥形小团，即为艾炷。艾炷燃烧 1 枚称 1 壮。艾炷的底部直径与高度相等。炷底直径为 1cm、0.5cm、0.3cm，分别对应大、中、小艾炷。

2. 间隔物

根据病情制作不同的间隔物，如姜片、蒜片、食盐及药饼等，并在其上用针点刺小孔若干。

（二）操作步骤

1. 隔姜灸

医生取整块新鲜生姜纵切成厚 0.2 ~ 0.3cm 的姜片，厚薄均匀，用针点刺小孔若干，置于穴位上。将 1 枚圆锥形艾炷放置在姜片上，从顶端点燃，待燃尽后接续 1 个艾炷。灰烬过多时要及时清理，施灸过程中适时移动姜片，以局部出现大片红晕潮湿、患者觉热为度。

2. 隔蒜灸

医生取独头大蒜切成厚为 0.2 ~ 0.3cm 的蒜片，厚薄均匀，用针点刺小孔若干，置于穴位上。将 1 枚圆锥形艾炷置于蒜片上，从顶端点燃，待燃尽

后接续1个艾炷。灰烬过多时要及时清理，施灸过程中适时移动蒜片，以局部出现大片红晕潮湿、患者觉热为度。也可取适量大蒜捣成泥，上置艾炷点燃施灸。因大蒜汁对皮肤有刺激性，灸后易起疱，故应注意保护灸面。

3. 隔盐灸

该灸法一般用于脐部。医生用纯净干燥的食盐填平脐孔，上置1枚圆锥形艾炷，从顶端点燃，待快燃尽时再接续下一个艾炷。灰烬过多时要及时清理。以患者腹腔觉热为度。

4. 隔附子饼灸

医生将附子研成细粉，用黄酒调和捏成直径2~5cm，厚0.2~0.5cm的薄饼，待稍干，用针点刺小孔若干，置于穴位上。将1枚圆锥形艾炷放置在药饼上，从顶端点燃，待快燃尽时在旁边接续1个艾炷。灰烬过多时要及时清理。一饼灸干再换一饼，以皮肤出现红晕、患者觉热为度。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 根据患者的体质和病情选择隔物灸类型、艾炷规格及施灸壮数，体位要平正舒适、便于操作且能够充分暴露施灸部位。

2. 保持室内温度适宜、通风良好且避开风口。

3. 一般情况下，先灸上部，再灸下部；先灸壮数少的穴位，后灸壮数多的穴位；先用小艾炷，后用大艾炷。

4. 注意观察局部皮肤的情况及患者的反应。若患者感到灼热或疼痛，可用镊子上下移动所隔之物，将艾炷抬起或夹去；若感觉灸温不足，可加灸数壮或换大一号艾炷。

5. 防止艾火脱落烧坏患者衣服、被褥等。灸后须确保将艾火彻底熄灭。

6. 灸后嘱患者休息10~20分钟再离开；勿马上进食生冷寒凉之物，注意避风保暖。

7. 若皮肤出现水疱，小者通常无须特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可；若水疱较大，可用一次性消毒针从疱底刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

（撰稿人：田宁）

第三节 悬灸技术

一、简介

悬灸技术是指采用点燃的艾条悬于选定的穴位或病痛部位之上，利用艾热刺激穴位或病痛部位以防治疾病的一种中医外治技术，属灸疗方法的一种。该法具有温经散寒、扶阳固脱、行气活血、防病保健等功效，可用于寒、湿、瘀、虚诸证，也可用于养生保健。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 落枕、腰肌劳损、肩关节周围炎、膝关节炎、肌筋膜炎等痛证。
2. 功能性消化不良、胃脘痛、泄泻、便秘等消化系统疾病。
3. 过敏性鼻炎、风寒感冒、慢性支气管炎等呼吸系统疾病。
4. 原发性痛经、月经不调、盆腔炎等妇科疾病。
5. 手脚凉、畏寒怕冷、疲劳乏力等亚健康症状的调理。

(二) 病证举例

1. 胃脘痛（胃炎、胃十二指肠溃疡、功能性消化不良等）

可以选用温和灸、回旋灸等灸法。治疗时以中脘、胃俞、脾俞、足三里为主要操作部位。医生先于中脘、胃俞、脾俞分别采用旋转移动的回旋灸3~5分钟，每穴回旋范围直径约3cm，再施温和灸10分钟或灸至局部皮肤起红晕，其中胃俞、脾俞双侧取穴；然后于双侧足三里同时施往返移动回旋灸3~5分钟，回旋范围直径约3cm；最后施温和灸10分钟或灸至局部皮肤起红晕。每次取2~3个穴位，每个穴位10~15分钟，每天1次，10次为1个疗程，疗程间休息2~5天，共治疗3个疗程。注意调节情绪，忌忧思恼怒。注意饮食，忌生冷，忌辛辣，忌烈酒，忌煎炸，忌饥饱失常。

2. 痛经（原发性痛经）

可以选用温和灸、回旋灸等灸法。治疗时以关元或归来、次髂、三阴交为主要操作部位。医生先于关元或归来采用旋转移动的回旋灸3~5分钟，回旋范围直径约3cm，再施温和灸10分钟或灸至局部皮肤起红晕；然后于双侧次髂施往返移动的回旋灸3~5分钟，回旋范围直径约3cm，再施温和灸10分钟或灸至局部皮肤起红晕；最后于双侧三阴交施往返移动的回旋灸

3～5分钟，回旋范围直径约3cm，再施温和灸10分钟或灸至局部皮肤起红晕。每次在下腹部、骶部、下肢部各取1～2个穴位，每个穴位10～15分钟，均要灸至局部皮肤起红晕。每天1～2次，痛止为止。悬灸技术对原发性痛经疗效较好，对继发性痛经应当结合治疗原发病。对原发性痛经，一般施灸1～2次即可缓解疼痛。为巩固疗效，可在经前2～3天开始施灸，每天1次，每个月经周期3～5次，共治疗3个月经周期。

3. 亚健康调理

可以选用回旋灸、雀啄灸、温和灸等灸法。体力不支、易于疲乏者，取关元、足三里；情绪低落、心情沉重者，取脾俞、神堂；记忆力减退、容易忘事者，取百会、心俞；烦躁易怒、心烦意乱者，取肝俞、心俞；不易入睡、夜寐不安者，取百会、神堂；食欲下降者，取中脘、脾俞、足三里；自汗、盗汗、经常感冒者，取大椎、膏肓、关元。腹部、背部的穴位先施旋转移动的回旋灸3～5分钟，回旋直径范围约3cm，再用温和灸；灸足三里可沿胃经以足三里为中心往返移动回旋灸3～5分钟，回旋距离约3cm，再用温和灸；灸百会先用雀啄灸，灸3～5分钟，再用温和灸。以上取穴，除任脉、督脉的穴位取单穴外，其余穴位均双侧取穴。每次取2～3个穴位，每穴10～15分钟，均要灸至局部皮肤起红晕，每天1次，10次为1个疗程，疗程间休息2～5天，共治疗2～3个疗程。悬灸调理亚健康操作简便，一般需治疗3个月及以上，效果方可显现。嘱咐患者调整心态，切勿焦虑急躁；调整生活规律，劳逸结合，保证充足睡眠；增加户外体育活动，每天保证适当的运动量。

三、禁忌证

1. 中风闭证、阴虚阳亢、热毒炽盛、中暑高热等。
2. 咯血、吐血等出血性疾病。
3. 孕妇的腹部和腰骶部。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

艾条分为纯艾条、药艾条。

纯艾条指直接将干燥的艾叶磨碎，去其杂质，制成艾绒，然后卷成圆柱状，是灸法中常用的一种灸材。

药艾条指在纯艾条的基础上加入一些药物后卷制成的艾条，规格同纯

艾条。

（二）操作步骤

1. 温和灸

医生施灸时，艾条点燃的一端对准施灸的腧穴或患处，于距离皮肤2～3cm的地方进行熏烤，以患者局部有温热感而无灼痛为宜，一般每处灸10～15分钟，或灸至皮肤红晕为度。对感觉障碍者或小儿，医生可将中指、食指分开，置于施灸部位两侧，这样可通过医生手指的感觉来测知患者局部的受热程度，以便随时调节施灸的距离，防止烫伤。

2. 雀啄灸

施灸时，艾条点燃的一端与施灸部位的皮肤并不固定为一定的距离，而是像鸟雀啄食一样，一上一下地移动施灸，由上而下移动速度较慢，接近皮肤适当距离时短暂停留，在患者感觉灼痛之前迅速提起，如此反复操作。一般每穴5～10分钟，或灸至皮肤红晕为度。此法热感较强，故应注意防止烫伤。

3. 回旋灸

施灸时，艾条点燃的一端悬于施灸部位上方2～3cm处反复旋转或左右往返移动进行施灸，使皮肤感觉温热而不灼痛，一般每处灸10～15分钟，或灸至皮肤红晕为度。

悬灸是最常用的灸疗方法，容易操作，安全有效。以上3种操作方法可单独应用，也可相互结合使用。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 施灸前，医生指导患者选择正确的体位，使患者能舒适、持久保持，而且能充分暴露施灸部位。一般在患者精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时不宜施灸。

2. 施灸过程中，医生应注意观察患者的神色，防止晕灸。如发生晕灸，应立即停灸按晕针处理。温度不宜太高，以患者感觉温热而不灼痛为宜。尤其对于糖尿病、感觉障碍、认知障碍等患者，要注意施灸温度，防止烫伤。此外，还要注意防止艾火脱落而烫伤皮肤或烧坏衣被。如不慎灼伤皮肤，局部出现小水疱，可嘱患者保护好水疱，不要擦破，待其吸收。若水疱较大，可用一次性消毒针从疱底刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

3. 施灸后，将残余的艾条插入灭艾器中，彻底熄灭，以免复燃。

（撰稿人：焦琳、黄仙保）

第四节 温针灸技术

一、简介

温针灸技术是艾灸与针刺结合使用的一种操作技术，是在留针过程中将艾绒搓团捻裹于针柄上（或使用适当长度的艾条固定在针柄上）点燃，通过针体将热力传入穴位以治疗疾病的方法。温针灸技术具有温通经脉、行气活血的作用，适应范围较广，常用于治疗寒盛湿重、经络壅滞之证，如风湿疾患，肌肉关节痛、冷、麻木不仁，便溏腹胀等。

二、临床应用

（一）主要适应证

本法适用于既需要针刺留针，又需要施灸的病证，如风湿痹证、肩关节周围炎、坐骨神经痛、痿证，以及寒性胃痛、痛经等；多于患病局部和循经选穴。该法对软组织松解作用较强。

（二）病证举例

膝痹（膝骨关节炎）

取穴：犊鼻、梁丘、血海、鹤顶、阳陵泉、足三里。按照温针灸操作，每根针每次3～4壮（放置艾团时）或1～2壮（放置艾条段时），每次可选取2～6个穴位，每天1～2次，10次为1个疗程，疗程间休息2～5天。

三、禁忌证

1. 有皮肤感染与炎症的穴区。
2. 对艾绒过敏者。
3. 过度饥饿、疲劳、精神高度紧张者，忌立即进行温针灸治疗。
4. 妊娠期女性的腰骶部和小腹部。
5. 有出血倾向者或者出血性疾病患者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

一次性使用无菌针灸针、艾团或艾条（取粗艾绒，用右手拇指、食指、中指，搓成枣核大小，制作艾团，或直接使用小段艾条）。

（二）操作步骤

一次性使用无菌针灸针刺入穴位得气后，使针根与皮肤表面距离 2～4cm，留针不动。于针柄上裹以枣核大小粗艾绒制成的艾团，或取 1～2cm 长度的艾条套在针柄上。一般从艾团（条）下面点燃施灸，待其自灭，再换艾团（条）。如用艾绒每次可灸 3～4 壮，艾条则可用 1～2 壮。在燃烧过程中，为防止落灰或温度过高灼伤皮肤，可在该穴区置一带孔硬纸片以作防护。

其操作的关键环节主要有以下两点。

1. 放置艾团

取粗艾绒，用右手拇指、食指、中指，搓成枣核大小，中间捏一痕，贴于针柄上，围绕一搓，即将其紧缠于针柄之上。艾团要求光滑紧实，切忌松散，以防脱落。

2. 放置艾条

可在艾条中间先用针柄钻孔，然后将其安装在针柄上。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 针刺相关器具准备及操作，需严格按照第一章“毫针技术”执行。

2. 施灸时，要嘱咐患者不要任意移动肢体，以防艾团（条）脱落灼伤。若患者不慎烫伤，出现水疱，水疱较小可待其自行吸收，若水疱较大，可用一次性消毒针从疱底刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

3. 若患者温针灸过程中出现晕针或晕灸现象，立即终止治疗，按晕针处理。

4. 温针灸过程中若出现滞针、弯针、断针、血肿等，处理同第一章“毫针技术”注意事项。

5. 在温针灸过程中，严防艾火烧坏衣服、床单等。施灸完毕，必须把艾火彻底熄灭，以防火灾。

（撰稿人：关玲、李英）

第五节 热敏灸技术

一、简介

热敏灸是采用艾热，通过探敏定位找到热敏穴位，施以特定手法激发

艾灸得气，达到个体化消敏灸量，以提高疗效的一种现代灸法，具有温补阳气、温散寒湿、温通经络、温养心神的作用，适用于出现与病证相关热敏穴位的各种病证。

二、临床应用

（一）主要适应证

热敏灸适用于出现与病证相关热敏穴位的各种病证，尤适用于以下病证。

1. 颈椎病、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎等脊柱关节疾病。
2. 过敏性鼻炎、荨麻疹、支气管哮喘等过敏性疾病。
3. 功能性消化不良、功能性肠病等胃肠功能性疾病。
4. 慢性前列腺炎、前列腺肥大等前列腺疾病。
5. 原发性痛经、卵泡发育不良、卵巢功能早衰等宫寒性疾病。
6. 湿疹、神经性皮炎、带状疱疹等皮肤病。
7. 肿瘤放化疗后的阳气虚证。
8. 亚健康状态。

（二）病证举例

膝痹（膝骨关节炎）

首先在该病穴位热敏高发部位局部压痛点、内膝眼、外膝眼、梁丘、阴陵泉、血海、阳陵泉等穴区进行穴位热敏探查，当出现酸、胀、痛感或热感透至膝关节内并扩散到整个膝关节的得气感应时，就将此施灸部位标记为热敏穴位。每次选取上述1～2组热敏穴位，灸至得气感应消退。每天1次，10次为1个疗程，疗程间休息2～5天，共2～3个疗程。

三、禁忌证

1. 昏迷、脑出血急性期、大量吐（咯）血的危急症状患者。
2. 过饥、过饱、过劳、酒醉等状态者。
3. 孕妇的腹部和腰骶部、感觉障碍处与皮肤溃疡处不宜施灸。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 环境要求

艾灸治疗室应设有排烟或排烟装置，室内温度以22～28℃为宜。

2. 艾条选择

根据病情需要和穴位热敏面积选择适用直径的艾条。艾条一般规格为直径 22 ~ 30mm；艾绒纯度 8 : 1 ~ 15 : 1。

3. 穴位选择

在与该病证相关的热敏穴位高发区内，依据探敏定位、辨敏施灸原则，选取最佳施灸穴位。

4. 体位选择

体位的选择以被灸者感到舒适、充分暴露施灸穴位、肌肉放松为原则。常用体位：卧位、坐位，首选卧位。

5. 灸前宣教

医生应于灸前告知患者在治疗过程中要注意力集中，认真体会施灸过程中的艾灸得气感应，并及时告知医生。

(二) 操作步骤

1. 探敏定位

艾条与体表的距离调节在以被灸者热感强度舒适而无灼痛的范围内，施灸部位以传统穴位定位为中心，在其四周范围内应用回旋灸、循经往返灸、雀啄灸、温和灸等单式手法及其组合的复式手法进行探查，被灸者出现一种或一种以上艾灸得气表现（透热、扩热、传热、非热觉、肢端热、身烘热、喜热、皮肤扩散性潮红、面红或额汗出、胃肠蠕动等感应）的施灸部位即为热敏穴位。

2. 辨敏施灸

辨敏施灸通过辨别热敏穴位的艾灸得气特点，从而选取最优热敏穴位施灸。按下列顺序依次选择最优穴位：①出现非热觉的热敏穴位。②出现艾灸得气感应指向或到达病所的热敏穴位。③出现艾灸得气感应较强的热敏穴位。

3. 灸敏得气

在施灸过程中，采用回旋灸、雀啄灸、温和灸、循经往返灸等单式手法及其组合的复式手法对热敏穴位施灸，激发艾灸得气。

4. 敏消量足

每穴、每次的施灸时间以艾灸得气感应消退为度，平均施灸时间约为 40 分钟，具体时间因病、因人、因穴而异。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 施灸时应注意施灸过程中的热感强度，避免烫伤；注意防止艾火脱落，灼伤被灸者或烧坏衣物。

2. 施灸后须确保燃着的艾条及时熄灭。被灸者在施灸结束后 2 小时之内不宜洗澡与劳累，注意保暖，避风寒。

3. 施灸结束后部分患者会出现不适反应，具体情况及处理方法如下：

①对于少数素体较虚被灸者，可能灸后出现短暂的失眠或疲乏，发困欲睡。一般不用停灸，可嘱患者多休息或喝温粥，以温养胃气。②对于少数慢性病被灸者，可能灸后出现短暂性症状加重反应。一般不用停灸，应向患者及时宣教有关知识，消除紧张心理。③对于没有灸准热敏穴位或施灸时间过长的被灸者，可能会产生“上火”现象，如口干、咽干等。一般停灸 3～5 次，上述症状即可消失。④对于少数气血不畅被灸者，可能灸后出现短暂的暖气、肛门排气、病处局部疼痛加重或短暂的失眠。此种情况一般不需特殊处理，等待身体自然恢复即可。⑤对于少数痰湿内蕴被灸者，可能灸后出现短暂的咳痰变多，或排稀便、黏便。此种情况一般不需特殊处理，等待身体自然恢复即可。⑥对于少数素体郁热被灸者，可能灸后出现短暂的皮肤发痒，局部湿疹，大小便灼热等反应。一般停灸 2～3 次，上述症状即可消失。⑦对于灸后皮肤出现水疱的被灸者，如水疱直径在 1cm 以下，一般无须处理，保持局部卫生，待其自行吸收即可；若水疱较大，可用一次性消毒针从疱底刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

（撰稿人：陈日新、谢丁一）

第六节 雷火灸技术

一、简介

雷火灸是由多种中药配制结合灸具使用的一种灸法，能充分发挥药力峻、火力猛（温度达 240℃）、灸疗面广、渗透力强的特点，有较强的活血化瘀、祛风除湿、消肿止痛、扶正祛邪的作用。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 中风（非急性期）、咳嗽咳喘、慢性胃肠炎、腹痛泄泻、胸痛等内科疾病。
2. 风湿性关节炎、骨关节疼痛等骨科疾病。
3. 月经不调、不孕症、妇科炎症等妇科疾病。
4. 小儿消化不良、小儿遗尿、儿童咳喘、青少年近视等儿科疾病。
5. 干眼症、成人弱视、过敏性鼻炎、耳鸣、耳聋等五官科疾病。
6. 神经性皮炎、带状疱疹、荨麻疹等皮肤科疾病。
7. 肥胖症、睡眠障碍等其他疾病。

(二) 病证举例

鼻鼽（过敏性鼻炎）

(1) 穴位

上星、素髻、睛明、印堂、迎香、列缺、合谷。

(2) 灸疗方法

悬灸手法，火头距离皮肤 2～3cm，上下灸 10 次为 1 壮，约 3 秒，每壮灸后用手按压施灸处，缓和施灸处，使之不易起疱。

(3) 操作步骤

1) 上星至素髻，纵行灸 6 组。

2) 印堂至迎香，八字斜行灸，左右轮换各灸 6 组。额部横行灸，横行往复灸 3 组。穴位灸，印堂、睛明、迎香、上星，雀啄灸，每穴 5 组（12 岁以下 3 组）。

3) 耳部耳郭正面、背面用螺旋灸法，灸至耳郭发红、以患者有热感为度（两组间按压 1 次）；外耳道口雀啄灸，牵拉耳郭使外耳道口充分暴露，雀啄灸 3～5 组，两组间按压耳屏 1 次（3 秒）。

4) 鼻部鼻孔雀啄灸，令患者头后仰做深呼吸，灸 3 壮；配合列缺、合谷雀啄灸，每穴 3 壮（每壮之间按压 1 次），其中列缺、合谷雀啄灸 7 次为 1 壮。

每天 1 次或 2 次，治疗约 25 分钟，7 天 1 个疗程，一般为 3 个疗程。注意：裸眼操作时，需注意手法的稳定性，保持火头距离眼表 2～3cm，防止艾灸粉尘落入眼内。患者需要坐位施灸，头直立勿仰，以免艾灰掉入眼内。鼻部出血者禁灸。

三、禁忌证

1. 高血压、中风急性期患者。
2. 孕妇腹部禁灸。
3. 眼外伤、青光眼、眼底出血者。
4. 患者处于发热、哮喘发作等状态。
5. 各种出血性疾病，如消化道出血、子宫出血、皮下出血等。
6. 老人、儿童慎用泻法，禁用高温强刺激法。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 雷火灸器械

雷火灸条、悬灸棒、梅花灸棒、雷火灸盒。

2. 一般器具

酒精灯、电子点火器、不锈钢去（吹）灰盘。

3. 辅助品

选用大小合适、质地适宜的毛巾（用于覆盖雷火灸盒），建议毛巾尺寸为 $70\text{cm} \times 140\text{cm}$ 。

（二）操作步骤

1. 悬灸棒操作步骤

（1）悬灸棒使用方法

扭开悬灸棒上盖，露出雷火灸条，将备用大头针插入悬灸棒盒外两侧固定孔内，以固定雷火灸条。揭开雷火灸条头部包装纸，用点火器或酒精灯，均匀点燃雷火灸条，可吹火头助燃，待头部完全燃烧呈红色后，即可进行雷火灸治疗。

（2）网罩悬灸棒应用

面部或眼区悬灸，须使用网罩悬灸棒，以防止燃烧灰粉末掉入面部。先将针插入盒口针孔固定灸条，点燃灸条顶端，扣好网罩端，再继续悬灸。

（3）悬灸棒使用调整方法

雷火灸条火头燃至盒口时，需取出悬灸棒两侧固定的大头针，扭开悬灸棒底盖，再用拇指向前推出 3cm 雷火灸条，并用针重新固定，再行应用。

（4）悬灸棒使用手法

持雷火灸条单支、双支悬灸棒，均可进行悬灸手法，主要手法如下。

1) 雀啄灸: 雷火灸火头对准应灸部位或者穴位, 火头距离皮肤 1 ~ 2cm, 形如鸡啄米、雀啄食。

2) 小回旋灸: 雷火灸火头对准应灸部位或者穴位, 做固定圆弧形顺时针旋转, 距离皮肤 1 ~ 5cm。

3) 螺旋灸: 雷火灸火头对准施灸部位中心点, 螺旋式顺时针旋转至碗口大, 并反复操作, 火头距离皮肤 2 ~ 3cm。

4) 横行灸: 雷火灸火头悬至病灶部位之上, 做左右平行移动, 火头距离皮肤 1 ~ 5cm。

5) 纵行灸: 雷火灸火头悬至病灶部位之上, 做上下平行移动, 火头距离皮肤 1 ~ 5cm。

6) 斜行灸: 雷火灸火头悬至病灶部位之上, 做斜行移动, 火头距离皮肤 1 ~ 5cm。此方法在治疗鼻炎等疾病时常用。

7) 拉辣式灸: 雷火灸创新手法。医生右手持雷火灸, 左手食指、中指、无名指按压施灸部位肌肉等软组织, 左手指尖为施灸处, 手指往后移, 火头随指尖移动, 距离皮肤 2cm。随时保持红火头, 患者皮肤需有烧灼感。

8) 十指冲灸: 此手法先集合手指, 用火头对准十指尖端 (或指间关节), 做连续快速冲击手法 (或横行灸灸法), 产生强力的高温刺激效应, 使患者感到刺痛。此法偏泻法, 能快速止痛、缓解痉挛, 疗效较好。将此方法应用到足趾尖端, 又称“足趾冲灸法”。

2. 雷火灸盒操作步骤

(1) 雷火灸盒使用方法

取用双孔和多孔灸盒, 点燃放置 1/2 或 1/4 灸条, 火头向下装入盒孔中, 摆放在患者的治疗部位, 灸盒下边缘外侧有固定雷火灸盒的绳索挂钩, 灸盒底部有防尘网, 能防止灸灰落到体表。

(2) 灸盒使用方法

取用 2 个或多个灸盒, 呈平行、斜形或“丁”字形分布, 形成横阵、竖阵、斜阵、“丁”字阵排列, 即雷火灸治疗的摆阵方法。

(3) 灸盒覆盖

灸盒使用时, 需要两条或多条毛巾将灸盒覆盖, 尽量保持烟雾不向外泄漏, 以保持温度, 确保药效。

3. 雷火灸梅花灸具使用方法

(1) 梅花灸具介绍

梅花灸具有单头、双头和多头之分, 最多可达 5 ~ 8 头, 呈梅花形状,

故称梅花灸。梅花灸具为竹制品，头部有一个或多个柱形筒（直径 3cm，高 2cm），手柄长 15cm；每个头部外侧均有 2 个针孔，以固定雷火灸条。

（2）梅花灸具使用方法

将雷火灸条分割为 1/2、1/4 段，插入梅花灸具头部竹筒内，用针固定灸条；治疗时，点燃雷火灸条头部，手持梅花灸具，火头距皮肤 2～5cm，对病灶表面进行悬灸治疗。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 采用雷火灸治疗时，需要保持红火头，火头必须与皮肤保持安全距离，切忌火头直接接触皮肤，以免发生烫伤。
2. 在施灸过程中，要注意观察患者表情，随时询问患者情况，以患者舒适、耐受为治疗基础，避免发生灼烫伤。
3. 雷火灸治疗与推拿手法配合疗效更佳。灸疗后请勿即刻洗浴，否则易受风寒侵袭，影响疗效。
4. 对于精神紧张、焦虑不安的患者，应先令其休息 20 分钟，消除其顾虑后再行灸疗。对于体质虚弱、神经衰弱的患者，使用雷火灸治疗时火力宜小而温和。对于饥饿或脱水的患者，应先令其进食或给予糖水，待状态稳定后方可灸疗。
5. 准备发生烧烫伤时所需的药物，如烫伤膏、林可霉素利多卡因凝胶、碘伏等。
6. 一旦发生烧烫伤，需按照外科烧烫伤处理。
7. 治疗后 2 小时内勿擦洗灸疗部位，否则会影响疗效。

（撰稿人：张丽）

第七节 督灸技术

一、简介

督灸技术是指在督脉的脊柱段大椎至腰俞施以“隔药、隔姜艾灸，并使之发疱（或不发疱）”的一种中医外治技术，具有温肾壮阳、拔毒散结、祛寒利湿、通督止痛的功效。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 强直性脊柱炎、类风湿关节炎等免疫系统疾病。
2. 腰椎间盘突出症、肩关节周围炎等骨关节病。
3. 过敏性鼻炎、慢性阻塞性肺病等呼吸系统疾病。
4. 阿尔茨海默病、颈动脉粥样硬化等心脑血管疾病。
5. 寒凝血瘀之月经不调、痛经，继发性闭经等妇科疾病；阳痿、早泄等男科疾病。
6. 慢性泄泻、五更泻等消化系统疾病。
7. 亚健康、慢性疲劳综合征、阳虚体质等。

(二) 病证举例

大傣（强直性脊柱炎）

医生选用人工麝香、川乌、淫羊藿、附子、肉桂等药物，将此类药物研末，取 3g 备用，将 1.5kg 生姜打碎成姜泥备用。嘱患者俯卧位，医生沿其脊柱（督脉）凸处按压“十”字痕迹，常规消毒 3 遍后涂抹姜汁，并均匀铺撒督灸粉（上述药方）呈线条状，后铺桑皮纸，上铺姜泥，按压成上窄下宽的梯形，上放置梭形艾柱，点燃上、中、下 3 点，连续灸完 3 壮后取下姜泥，清理施灸部位。每次施灸约 90 分钟。若是发疱灸，每月 1 次，若是不发疱灸，每周 1 次，4 次为 1 个疗程。注意：强直性脊柱炎患者采用发疱督灸，在处理水疱时应严格按照上述流程及注意事项进行。

三、禁忌证

1. 有严重心、肝、肾、脑疾病患者，咯血患者，恶性肿瘤患者，严重糖尿病患者，严重过敏体质者，皮肤长有疱、疖或皮肤有破损者等禁用。
2. 发热或慢性支气管炎、支气管哮喘急性期患者禁用。
3. 阴虚火旺患者慎用。
4. 孕妇禁用。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

医生操作前检查督灸床、排烟机、打姜机等硬件设施，并准备以下物品：督灸粉、姜泥、研钵、研棒、毛笔、压舌板、打火机 / 线香、桑皮纸、

艾绒等。

（二）操作步骤

督灸技术基本操作 12 步如下：①选择体位：医生令患者裸背俯卧于床上。②取穴：医生用拇指的指甲沿患者脊柱（督脉）凸处按压“十”字痕迹。③施术部位消毒：以 75% 乙醇棉球自上而下沿患者脊柱常规消毒 3 遍。④涂抹姜汁：医生沿“十”字痕迹涂抹姜汁。⑤撒督灸粉：医生沿“十”字痕迹撒督灸粉呈线条状。⑥敷盖桑皮纸：将宽 8cm，长 80cm 的桑皮纸敷盖在药粉的上面。⑦铺姜泥：把姜泥牢固地铺在桑皮纸中央，要求姜泥底宽 5～6cm，高 3cm，顶宽 3～4cm，长为颈椎至腰俞的长度，形如梯形。⑧放置艾炷：在姜泥上面放置梭形艾炷。⑨点燃艾炷：以线香点燃艾炷的上、中、下 3 点，任其自燃自灭。⑩换艾炷：1 壮灸完后换 1 壮，连续灸完 3 壮。⑪移去姜泥：灸完 3 壮后取下姜泥。⑫轻擦灸处：用湿的热毛巾轻轻擦净灸后药泥。

若是发疱灸则需要放水疱：灸后 3～6 小时，施灸部位自然起水疱如珍珠状，第二天放水疱。放水疱时，患者取俯伏坐位，以 75% 乙醇棉球自上而下在水疱表面及其周围常规消毒 3 遍，自然干燥后，水疱小者通常无须特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可；若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 饮食要求：发疱督灸治疗前 7 天要求患者配合饮食调节。忌食一切水产品、羊肉、鸡肉、狗肉；酒类；蔬菜包括黄瓜、韭菜、香菜、辣椒。饮食以清淡素食为主，多食用植物蛋白，如大豆、花生、蔬菜等。

2. 功能锻炼标准：户外活动，早晚各 30 分钟为宜。

3. 常见不良反应处理：①如遇督灸过敏者，应及时采用 0.5%～1% 碘伏棉球擦拭过敏部位，严重者及时就医。②督灸发疱者，放疱时应严格按照上述消毒流程，一旦无法自行处理请及时就医。③如遇晕灸或遇放疱时晕疱者，应立即停止督灸，嘱患者平卧，开窗通风并注意保暖，服用适量温水，及时监测血压、脉搏、呼吸及体温等生命体征，如遇危重情况，及时送至急诊救治。

（撰稿人：杨继国）

第八节 脐灸技术

一、简介

脐灸技术也称隔药灸脐法，是指将药物填于脐部，上置艾炷施灸，刺激脐部以防治疾病的一种技术。脐灸技术具有操作简便、适应范围广、给药途径特殊、患者治疗无痛苦、安全可靠、方药方便贮存等优点，可广泛应用于内、外、妇、儿、五官等各科多种疾病的治疗，尤适用于胃肠病、妇科病、儿科病、男科病、病理性衰老等。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 虚脱、昏厥、中风昏迷等急证。
2. 胃痛、痞满、呕吐、泄泻、痢疾、纳呆等消化系统疾病。
3. 男性遗精、滑精、阳痿、早泄及女性滑胎、不孕等生殖系统疾病。
4. 月经不调、痛经、崩漏、带下等妇科疾病。
5. 癃闭、腹水、水肿、黄疸、自汗、盗汗、惊悸、睡眠障碍等其他内科疾病。
6. 痹证及诸痛症。
7. 虚劳诸疾和预防保健。

(二) 病证举例

1. 泄泻（腹泻型肠易激综合征）

生黄芪、炒白术、补骨脂、五倍子、乌梅肉各 30g，木香、黄连、肉桂、罂粟壳、冰片各 10g，共为细末，备用。取上述药粉 4～5g 进行脐灸操作，每周 2 次，4 周为 1 个疗程。

2. 便秘（功能性便秘）

芒硝 60g，大黄 30g，枳实 20g，厚朴 20g，猪牙皂角 20g，冰片 10g，共为细末，备用。取上述药粉 4～5g 进行脐灸操作，每 3 天 1 次，4 周为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 急性严重疾病、接触性传染病、严重心脏病等。

2. 皮肤严重过敏、传染性皮肤病、脐部或脐周长有肿瘤（或肿块）、脐部感染溃烂。

3. 精神分裂症、抽搐等不合作者。

4. 孕妇禁用，4岁以下儿童慎用。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

医生操作前，配制脐灸药粉，准备面圈、艾炷、75%乙醇棉球或0.5%～1%碘伏棉球、医用敷贴等。

（二）操作步骤

1. 环境要求

本法一般在室内进行，要求室内温度适宜（26℃左右），空气流通，清洁卫生。

2. 药粉制备

脐疗用药必须遵循辨证论治的原则，在此基础上，重点选用脐灸特色药物。首先，所用药物均应有一定的刺激性，但又不至于损伤皮肤，使患者发疱溃破。其次，所用药物应气味俱厚，但有毒之品一定要控制用量，做到低毒高效。再者，应注意选择具有浓烈芳香走窜性味的药物，以便增强药剂的皮肤穿透性。将所用药物混合、超微粉碎。

3. 面圈制备

医生用适量温开水将面粉调制软硬适中的面团，然后将面团制作成表面光滑、薄厚均一的面圈（外径6cm，内径2cm，内壁高约2cm，外壁高约3cm的圆柱状面圈）。

4. 艾炷制备

医生取纯净陈久的艾绒，将艾绒捏成上尖下平的圆锥形小体（直径约1.5cm，高约1.5cm）。

5. 消毒

部位消毒：患者仰卧位，充分暴露腹部，用75%乙醇棉球或0.5%～1%碘伏棉球，按常规消毒法擦拭消毒脐部及四周皮肤。

医生消毒：医生双手可用肥皂、清水清洗干净，再用75%乙醇棉球擦拭。

6. 施术方法

将面圈置于脐周，取上述药末适量（4～5g），填满脐孔，将艾炷置于

药末上，连续施灸8～10壮，1.5～2小时。灸后以脐部皮肤微发红为度，用医用敷贴固封脐中药末，1天后自行揭下，并用温开水清洗脐部。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 脐灸用药虽有其自身特点，但一般情况下仍需辨证用药，方能取得较好疗效。

2. 在施治前，应详细询问了解患者的全身情况，并询问药物过敏史、孕育及胎产史，避免药物过敏反应，或引起流产等医疗事故的发生。

3. 治疗应当在室内进行，注意保暖，避免受寒。

4. 在进行脐部灸疗时，要注意室内通风，或安装排烟设备，以免灸疗产生的烟引发患者严重的不适感。

5. 脐灸药物常具刺激性或温热性，应用时间长会出现局部皮肤发痒、灼热，甚至发生疱疹、溃烂。因此，贴敷药物剂量不宜过大，贴敷时间不宜过长，尤其是小儿皮肤嫩薄，建议间歇使用该法。若脐部出现水疱，水疱小者通常无须特殊处理，保持局部清洁干燥，避免摩擦或挤压，待其自然吸收即可；若水疱较大，可用一次性消毒针从疱底刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

6. 由于脐部吸收药物较快，个别患者会出现腹部不适或隐痛感，一般几天后会自行消失。

7. 脐疗药物中多含有芳香挥发成分，因此预制的各种制剂必须密封保存，以免有效成分挥发。

（撰稿人：马玉侠）

第九节 火龙罐综合灸技术

一、简介

火龙罐综合灸技术是采用特殊烧制、罐体内固定放置艾炷的陶瓷罐具，运用点、推、按、揉、摇、闪等手法，作用于腧穴或相应体表部位以防治疾病的一种技术，是一种集推拿、刮痧、艾灸、点穴、熨烫为一体的综合技术。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 腰椎间盘突出症、颈椎病、腰肌劳损或腰部扭伤等软组织损伤及痛症。
2. 痛经、月经不调、盆腔炎等妇科疾病。
3. 肠易激综合征、便秘、泄泻、腹胀、功能性消化不良等消化系统疾病。
4. 强直性脊柱炎、类风湿关节炎、风湿性关节炎等风湿免疫性疾病。
5. 慢性疲劳综合征、睡眠障碍、面神经炎等其他病证。

（二）病证举例

1. 慢性疲劳综合征

该病采用火龙罐综合灸技术治疗时，一般可沿督脉、足太阳膀胱经，或在颈肩部进行旋转、叩、振法操作，直到皮肤微红，操作时还可选取肝俞、脾俞、肾俞、足三里等重点穴位或酸痛部位，运用点按法重点治疗，同时可进行推、揉、刮等多种手法。一般每次操作 20～30 分钟，每周 2～3 次。

2. 项痹（神经根型颈椎病）

该病的瘀血痹阻型、气滞血瘀型和肝肾亏虚型可应用本技术治疗。医生可利用火龙罐的齿轮罐口，运用点、按、揉等操作手法。颈部操作时可自风府开始，由上向下运罐，直到大椎，可选取风府、风池、大椎等穴位重点操作；肩部及上肢操作时可沿手太阳小肠经，由上向下运罐，从肩中俞至少泽，着重在疼痛部位，可选取肩井、肩中俞、曲垣、肩贞、天宗等穴位重点操作。一般每次操作 20～30 分钟，每周 2～3 次。

三、禁忌证

一般拔罐技术的禁忌证也是火龙罐综合灸技术的禁忌证。

1. 接触性传染病、严重心脏病者。
2. 皮肤高度过敏、传染性皮肤病，以及皮肤肿瘤（肿块）部位。
3. 血小板减少性紫癜、白血病及血友病等凝血功能障碍者。
4. 心尖区、体表大动脉搏动处。
5. 急腹症、精神分裂症、抽搐、高度神经质及不能配合治疗者。
6. 粉碎性骨折、皮肤大面积溃疡、肌肉断裂、重度水肿部位。
7. 眼、耳、口、鼻等五官孔窍部。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

火龙罐、润滑介质（凡士林、润滑油等）、艾炷、点火器，毛巾、治疗手套等。

（二）操作步骤

1. 罐具准备

根据施术部位的面积大小选择适宜的罐具。检查罐口是否受损或罐口边缘是否光滑。

2. 调节环境

保持室内温度适宜，环境清洁舒适，避开风口，防止受凉。

3. 火龙罐操作

（1）备罐

在施术部位均匀涂抹凡士林或润滑油；将艾炷插入罐具内，点燃艾炷。用手掌测试罐口温度，当罐口温度适宜、艾炷燃烧升温均匀后，把火龙罐罐口对准施术部位。

（2）运罐

手掌的小鱼际先接触皮肤再落罐操作。运罐过程中手掌大小鱼际在施术部位进行推拿按摩，结合点、推、按、揉、摇、闪等手法，进行正旋、反旋、摇拨、摇振罐体，以作用于皮肤肌肉组织。运罐时可根据不同施术部位选用合适的手法，操作过程中应注意观察患者皮肤的温度，根据患者的耐受程度适时地调整手法。

（3）常用手法

1）点法：使用罐口突出处对选定穴位进行点按。

2）推法：罐口抬起 15° 弧边推，施罐过程中用手掌小鱼际在施罐部位揉推，亦可前后来回推刮，反复数次，以达到刮痧效果。

3）揉法：双手握罐底在施术部位打圈，自上往下或自下往上揉罐，或按照顺时针或逆时针方向进行操作。

4）闪法：以“摇骰子”动作对火龙罐进行扇风操作以加速艾炷燃烧，至皮肤潮红发热。

（4）起罐

治疗结束后，将火龙罐放入垫有湿巾的治疗盘中，待温度降低后，用水浇灭艾炷。用纱布清洁局部皮肤，观察患者皮肤有无红肿、水疱等情况，告

知注意事项。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 施术部位应注意润滑油不宜涂抹过多。
2. 插艾手法轻柔，点艾时注意燃烧均匀，用手掌测试罐口温度。
3. 火龙罐操作要迅速轻巧，皮肤微热、发红或出痧即可，以免造成皮肤破损及感染。
4. 操作时间根据患者的年龄、体质、气候、病情及施术部位而调整。
5. 操作过程中要及时询问并观察患者反应。患者疼痛较明显，或有灼热感难受时，或感到罐底发烫，艾灸基本燃尽时，即可结束操作，及时清除罐内艾灰，避免艾条脱落，注意勿灼伤或烫伤皮肤。若出现晕罐、水疱则参照拔罐、艾灸技术相关章节内容进行处理。
6. 施术后须嘱患者休息 10 ~ 20 分钟后再离开诊室，起罐后 4 小时内勿接触冷水、冷饮等。
7. 清洗火龙罐时需待罐温降低后再清洗，否则罐体容易炸裂。

（撰稿人：裴莹、李璟、刘鸣阳）

第六章

敷熨熏浴类技术

第一节 中药敷贴技术

一、简介

中药敷贴技术是采用适当的中药，经过一定流程制成中药外用制剂，敷贴在人体特定部位或穴位，通过药物与腧穴的共同作用发挥治疗作用的一种中医外治技术。根据敷贴部位或范围，中药敷贴技术可分为穴位敷贴、脐敷贴或大面积敷贴。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 腰肌劳损、腰椎间盘突出症、颈椎病等骨伤科疾病。
2. 上呼吸道感染、肺气肿、胃肠炎、高血压、便秘等内科疾病。
3. 月经失调、急性乳腺炎、盆腔炎等妇科疾病。
4. 小儿感冒、小儿咳嗽、小儿厌食、小儿遗尿等儿科疾病。

（二）病证举例

1. 咳嗽（急性上呼吸道感染）

将处方（桔梗、荆芥、紫菀、百部、白前各 9g，炙甘草 3g，陈皮 4.5g）共研细末，过 100 目筛，用生姜汁调成稠膏状，制成绿豆大药丸，敷贴在大椎、肺俞、天突、中府等穴位，用穴位敷贴贴固定，敷贴 2～4 小时，每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

2. 便秘（便秘）

将处方（火麻仁、大黄、炒枳实、炒白芍各 20g，苦杏仁、姜厚朴各 10g，芒硝 12g）除火麻仁、苦杏仁外，其余药物粉碎成细粉，再与火麻仁、苦杏仁掺研成细粉，过筛，混匀，用适量蜂蜜调成稠膏状，制成绿豆大药丸，敷贴在神阙，用穴位敷贴固定，敷贴 6～8 小时，每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面。
2. 对敷贴药物或敷料成分过敏者。
3. 瘢痕体质者。
4. 有出血倾向者，如血友病、重度血小板减少症等。
5. 孕妇腹部、腰骶部及某些可促进子宫收缩的穴位（如合谷、三阴交等），麝香、红花等药物。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

遵医嘱配制的中药饮片、药筛、打粉机、治疗盘、医用胶布、75% 乙醇棉球或生理盐水棉球、纱布、镊子、弯盘等。

1. 配制药剂

将药物研为极细粉末，过 80～100 目筛，与适量蜂蜜、水、黄酒、姜汁等其中一种或几种混合均匀，根据需要制成散剂、糊剂或丸剂，放入储药瓶中密封保存。

2. 调节环境

保持室内温度及湿度适宜。

（二）操作步骤

选择患者舒适、医生便于操作的体位。用 75% 乙醇对选定敷贴部位皮肤进行局部消毒。对乙醇过敏者，可用生理盐水擦拭。为防止药物移动或脱落，一般可直接用胶布固定，也可先将纱布覆盖其上，再用胶布固定。若敷贴在头面部，需外加绷带固定以防止药物掉入眼内。

如采用脐敷贴方法，取适量制作好的散剂、丸剂或糊剂填于脐窝内，用消毒纱布覆盖，医用胶布固定。敷贴结束后先将胶布揭下，用干棉签将脐窝的药物取净，并用蘸取温开水的棉签将脐窝及周围皮肤擦拭干净，也可取 1

个药丸，放置在一次性透气胶贴的珠光膜中心，贴于脐部。

一般情况下，刺激性小的药物，每1～3天换药1次；不需溶剂调和的药物，可适当延长至5～7天换药1次；刺激性大的药物，应视患者的反应和发疱程度确定敷贴时间，如需再敷贴，应待局部皮肤愈合后或改用其他有效穴位交替敷贴。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 敷贴前清洁皮肤，汗多者以干毛巾擦拭。检查局部皮肤是否有破损、皮炎等，皮肤破损部位不宜敷贴。

2. 敷贴当天应避免洗冷水澡，吹空调、电扇，注意防寒保暖。敷贴药物后，应注意局部防水。

3. 敷贴当天，贴药部位不宜用肥皂等刺激性清洁用品擦洗。

4. 敷贴期间禁食生冷油腻、海鲜、辛辣刺激性食物，宜清淡饮食，根据患者体质适当调补。

5. 敷贴后避免剧烈活动，减少出汗。

6. 传统剂型中散剂、糊剂、饼剂、丸剂相对含菌量大，存在易导致皮肤感染、易霉变、难以保存等不足，制作与使用时要时刻注意适当保存和无菌操作。

7. 若敷贴3～5次后病情仍不缓解，应及时就医，考虑是否采用其他治疗方法。

8. 穴位敷贴药物后，如果敷药处出现热、凉、麻、痒或轻度疼痛属正常现象，一般无须处理，待达到所要求的敷贴时间后除去药物即可。如敷贴处有烧灼或针刺样剧痛，患者无法忍受，可提前揭去药物。疼痛的程度与患者的年龄、性别及皮肤的个体差异有一定关系。出现全身性皮肤过敏症状者，应及时到医院就诊。

9. 患处因贴药而发生水疱、溃烂，可将膏药取下。若皮肤出现小的水疱，可用碘伏消毒。若水疱较大，可用一次性消毒针从水疱的基底部刺破水疱，放出疱液，或用一次性注射器从疱底刺入并抽吸疱液，再用无菌敷料覆盖。

10. 过敏是穴位敷贴过程中的常见现象之一。轻者表现为局部皮肤瘙痒、色赤，起丘疹或水疱；重者可出现局部溃烂。过敏主要因药物或胶布刺激皮肤所致。轻度过敏者，可适当缩短每次敷贴治疗的时间，或延长两次治疗的间歇时间。夏季，天热出汗多，尤其应当注意过敏问题。对胶布过敏

者，可改用纱布、绷带固定。

11. 敷贴后局部皮肤如有丘疹、水疱者，需保护敷贴面，防止继发感染。过敏严重者，应立即转至抢救室或上级医院。

12. 小儿皮肤娇嫩，不宜用刺激性太强的药物，贴敷时间也不宜太长。

（撰稿人：秦凤霞、朱勇）

第二节 中药热熨敷技术

一、简介

中药热熨敷技术是使用加热后的中药在患处热熨的一种技术，借助药性及温度等物理作用，起到开阖腠理、散邪止痛、祛风除湿、通调气血等作用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 急性腰扭伤、腰肌劳损、肩关节周围炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、退行性骨关节炎等骨伤科疾病。

2. 面神经炎、胃肠炎等内科疾病。

3. 月经不调、痛经、慢性盆腔炎等妇科疾病。

4. 小儿泄泻、小儿厌食、小儿遗尿等儿科疾病。

（二）病证举例

1. 口僻（面神经炎）

将处方（秦艽、白芷、细辛、羌活、防风、黄芩、赤芍各 15g）混匀后倒适量白酒使中药微潮，之后装入布袋，放锅中蒸 20 分钟，拿出时以不滴水为度，治疗部位铺纱布后将药袋平铺患处（面部及耳后），热敷患处 20～30 分钟（中途可换药袋 2～3 次）。每天早、晚各 1 次，5 次为 1 个疗程，可连续 2～3 个疗程，每个疗程间休息 1～2 天。药物可循环使用，每次使用前加白酒适量即可，每个疗程换 1 次药物。

2. 带下病（慢性盆腔炎）

将处方（吴茱萸 10g，花椒 20g，炒粗盐 70g）研碎混匀装入布袋内，用微波炉加热至 60℃左右，外裹一层毛巾后热敷在患者脐部 10 分钟，然后用热敷包按照顺时针的方式热熨腹部 10 分钟，中途药袋温度低可适时加热。

每天 1 次，治疗 5 天，休息 2 天为 1 个疗程。共治疗 2 个疗程。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面。
2. 孕妇腹部、腰骶部及某些可促进子宫收缩的穴位（如合谷、三阴交等），麝香、红花等药物。
3. 肢体感觉障碍者（如部分糖尿病患者），血液病，发热，严重心、肝、肾功能障碍者禁用。
4. 3 岁以下儿童禁用。
5. 获得性免疫缺陷综合征、结核病或其他传染病者禁用。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

不锈钢锅、微波炉、热水袋、布袋、毛巾、纱布、粗盐或沙子、白酒、米醋。

（二）操作步骤

热熨敷技术的常用方法有干热熨法、湿热熨法。

1. 干热熨法

工具准备：准备热水袋，将 60～70℃ 的热水灌满热水袋容量的 2/3，排出气体，旋紧袋口（注意不要漏水）；可用炒热的食盐或沙子装入布袋来代替。

热熨操作：将热水袋装入布套或用布包好敷于患部，每次热敷 20～30 分钟，每天 3～4 次。

2. 湿热熨法

药物配制：根据病情选择适当的方剂，将中药置于布袋内，放入锅中加热煮沸或蒸 20 分钟；或在中药中加适量米醋或白酒，炒热至冒气，装布袋备用（主要用于面部）。

工具准备：将 2 块小毛巾、纱布趁热浸在药液内，轮流取出并拧至半干，用操作者手腕掌侧测试其温度是否适当（必须不烫时才能敷于患部），亦可选取药袋热敷，或用米醋、白酒炒制的中药袋热敷。

热熨操作：将浸泡了药液、温度合适的毛巾、纱布敷于患处，上面再盖以棉垫，以免热气散失；如选药袋，将其从锅中取出，滤水片刻，然后将药袋放在治疗的部位上；如选用米醋、白酒炒制的中药袋，要保证药袋表面潮

湿不烫（主要用于面部）。每 5～7 分钟更换 1 次，总计 20～30 分钟，每天可敷 3～4 次。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 热敷的温度一般保持 50～60℃，不宜超过 70℃，老人、幼儿及感觉不敏感者，温度不宜超过 50℃，操作中注意保暖。药熨过程中应随时询问患者对温度的感受，以患者能够忍受为度，观察皮肤颜色变化避免发生烫伤，一旦出现水疱或烫伤时应立即停止，并给予适当处理。

2. 浸药毛巾必须折叠平整，这样不易烫伤皮肤，并可使热量均匀传递。

3. 热敷时可隔着毛巾使用拍法，但切勿在热敷时或刚热敷后使用其他刺激性手法造成皮肤破损，建议可将热敷放在患者治疗的最后环节。

4. 有外伤史患者热熨必须在伤后 48 小时后使用，情况严重者可在 5 天后使用。

5. 热敷后如果出现局部皮肤过敏现象应及时停用该法，过敏较轻者可不予处置，较严重者可参照药物过敏处理。

（撰稿人：王锡友、孙发安、赵锡平）

第三节 中药冷敷技术

一、简介

中药冷敷技术是将按一定处方配伍的中草药洗剂、散剂、酊剂冷敷于患处的治疗方法。该技术应用低于皮温的物理因子刺激机体，以起到降温、止痛、止血、消肿、减轻炎性渗出的作用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 外伤、骨折、脱位、软组织损伤的初期，以及蜇伤等外科疾病。
2. 感染性皮肤病、过敏性皮肤病等皮肤科疾病。
3. 需物理降温的发热疾病、中暑等内科疾病。

（二）病证举例

1. 发热（上呼吸道感染）

将处方（板蓝根 30g，金银花、连翘、荆芥各 20g，薄荷 15g，柴胡、紫

苏叶、防风各 10g) 加入 1500 ~ 2000mL 水中煎煮 10 ~ 15 分钟, 过滤去渣放冰箱冷藏。使用时用消毒纱布 7 ~ 8 层或干净毛巾, 保持 8 ~ 15℃ 的低温, 敷于大椎、曲池、委中等穴, 以及前额、颈部、腋窝、大腿根部、肘窝、腘窝等有大血管经过的部位。

2. 筋伤 (急性软组织损伤)

将处方 (黄柏、延胡索、木通、血竭、白芷、独活、木香、川芎、红花各 15g) 进行粉碎, 混合均匀制成散剂。使用时用凉开水调制至厚度 0.5 ~ 1cm, 面积大于患处, 其上覆盖 3 ~ 5 层纱布, 再用冷敷袋敷于纱布上以保持低温。

三、禁忌证

1. 伴有循环障碍, 如动脉栓塞、雷诺病等患者禁用。
2. 急性炎症后期、慢性炎症或深部化脓病灶禁用。
3. 系统性红斑狼疮、冷过敏及断肢再植后等患者禁用。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

1. 准备器具

配制好的药液或药粉、治疗盘、纱布或棉布、镊子、弯盘等。

2. 配制药液或药粉

(1) 水煎汤剂

准备砂锅 (或非铜、铁、铝制锅), 将中药放入, 加水煎汤, 过滤去渣、冷却后倒入容器内备用。

(2) 散剂

将中药进行粉碎, 混合均匀制成外用散剂备用。使用时用凉开水将中药散剂调成糊状。

(3) 酊剂

将中药放入密闭的玻璃容器内, 加入 60% 乙醇, 密闭静置、过滤去渣保存。

3. 调节环境

(1) 水煎汤剂

煎好备用待温, 于 0 ~ 4℃ 冷藏保存。

（2）散剂

放冰箱冷藏室保存。

（3）酊剂

于 0～4℃冷藏保存。

（二）操作步骤

1. 中药湿冷敷

使用时用消毒纱布 7～8 层或干净毛巾在药液中完全浸透，微挤压至不滴水为度，冷敷患处，及时更换，使患处的纱布层或毛巾保持 8～15℃的低温。

2. 中药冰敷

使用时用凉开水将中药散剂调成糊状外敷于患处，厚度 0.5～1cm，其上覆盖 3～5 层纱布，再用冰敷袋敷于纱布上以保持低温，其温度控制在 -4～3℃，一次冰敷时间 30 分钟左右。

3. 中药酊剂凉涂法

使用时将酊剂喷涂于病变部位，喷 2～3 层，面积大于病变部位，其上覆盖 3～5 层纱布，其温度控制在 -4～3℃，一次冰敷时间 30 分钟左右。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 单次冷敷时间不宜过长，以每次 20～30 分钟为度。

2. 冷敷时应密切观察皮肤的变化情况，特别是创伤靠近关节、皮下脂肪少的部位，要定时观察患肢末梢血运；如出现皮肤苍白、痒痛或破溃等症状及全身其他不适时，立即停止治疗，积极对症处理。

3. 冷敷完毕后，注意保持局部干燥，注意保温。

（撰稿人：裴建、张朝晖）

第四节 中药湿敷技术

一、简介

中药湿敷技术是将中药水煎成汤剂，或用 50%～75% 的乙醇浸泡 5～7 天，然后用纱布蘸药敷患处的一种技术，可以起到抑制渗出、收敛止痒、消肿止痛、控制感染、促进皮肤愈合等作用。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 风湿性关节炎、退行性骨关节病、颈椎病、腰椎间盘突出症、筋膜炎、骨折后功能障碍等骨伤科疾病。
2. 丹毒、疖、痈等急性化脓性感染疾病（未溃破）等外科疾病。
3. 皮炎、湿疹、带状疱疹等皮肤科疾病。
4. 中风后遗症及糖尿病周围神经病变等内科疾病。

(二) 病证举例

1. 丹毒（网状淋巴管炎）

将处方（生大黄、黄柏、苦参、马齿苋、生地榆、蒲公英各 30g）放入砂锅中，加适量水浸泡 30～60 分钟，煎沸后改为小火继续煮 60 分钟，用纱布蘸药汤摊放于患处，湿敷患处 20～30 分钟，配合特定电磁波治疗仪（神灯）照射。可另用 1 块纱布不断地蘸取药汤淋渍患处，使摊敷在患处的纱布层得以保持一定的湿热度。每天 2～3 次，3～5 天为 1 个疗程。

2. 腰痹（腰椎退行性病变）

将处方（制川乌、制草乌、桃仁、川芎各 10g，透骨草 30g，红花、白芍、牛膝、乳香、没药、伸筋草、秦艽各 15g）放入砂锅中，加适量水浸泡 30～60 分钟，煎沸后改为小火继续煮 60 分钟，用纱布蘸药汤趁热摊放于患处，湿敷患处 20～30 分钟，可配合特定电磁波治疗仪照射，每天 2～3 次，一般敷药 3～5 天为 1 个疗程。

3. 痉证（中风后关节挛缩）

将处方（制川乌 15g，川芎、透骨草、赤芍、红花、艾叶、桂枝、白芍各 20g）放入砂锅中，加适量水浸泡 30～60 分钟，煎沸后改为小火继续煮 60 分钟，用纱布蘸药汤趁热摊放于患处，湿敷患处 20～30 分钟，可配合特定电磁波治疗仪照射，每天 2～3 次，3～5 天为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面禁用。
2. 对湿敷药液及乙醇过敏者禁用。
3. 水痘、疥疮等皮肤急性传染病，疮疡脓肿迅速扩散者禁用。
4. 闭合性创伤，如急性软组织损伤及骨折 48 小时内禁用。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

配制药液，准备治疗盘、纱布或棉布、镊子、弯盘、防水布单或橡胶单、特定电磁波治疗仪等。

1. 配制药液

（1）水煎汤剂

准备砂锅（或非铜、铁、铝制锅），将用于湿敷的中药放入，加水没过中药，浸泡 30～60 分钟，加入水至药上 2cm。开大火将水煮沸，改为小火继续煮 60 分钟。中药煎至约 400mL 后关火，将药液倒入容器内备用。

（2）酊剂

中药加工成药散，药与乙醇容积比例 1：5～1：4，用 50%～75% 的乙醇浸泡 5～7 天，备用。

2. 调节环境

（1）水煎汤剂

汤剂煎好备用待温。以手试温热为度，避免过热过凉，药温为 35～40℃。保持室内温度及湿度适宜。

（2）酊剂

随用随取。

（二）操作步骤

打开特定电磁波治疗仪预热 10 分钟。将煎好的药汤趁热倒入容器内，用 6～8 层无菌纱布蘸药汤趁热摊放于患处，特定电磁波治疗仪放置距患处 30～50cm 处照射，另用 1 块无菌纱布不断地蘸药汤淋渍患处，使摊敷在患处的纱布层得以保持一定的湿热度，根据病情，每次湿敷 20～30 分钟。也可将煎好的药汤趁热倒在盆内，用 6～8 层无菌纱布蘸药汤，药液浸湿纱布，轻轻绞干，以不滴水为度，再折叠数层，趁热敷在患处，两手轻轻旋按片刻，稍凉再换，如此连续操作。根据病情，每次湿敷 20～30 分钟。酊剂经热水坐浴加热至 38℃左右，按上述操作外敷即可，亦可不经坐浴加热直接外敷。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 注意掌握更换湿敷垫及湿敷液的时间，以保持一定的湿度与温度。渗出伴浮肿较重者应持续湿敷，夜晚涂油膏，病轻者每天可湿敷 2～3 次。

2. 湿敷垫必须与皮肤密切贴合。颜面、耳后、肛周等部位，因形态不规则，应特别注意贴敷紧密。湿敷面积不可过大，一般不超过全身面积的1/3。

3. 湿敷纱布应是无菌纱布，避免交叉感染。

4. 湿敷所用中药，仅限外用，不得内服。

5. 糖尿病、感觉障碍、认知障碍患者，注意药液温度，防止烫伤。

6. 治疗过程中观察局部皮肤反应，如出现红斑、水疱、痒痛或破溃等症状及全身其他不适时，应立即停止治疗，积极对症处理。

7. 本法为辅助治疗，应在原发病治疗基础上使用本法。

（撰稿人：寇久社、张祝强）

第五节 中药熏蒸技术

一、简介

中药熏蒸技术是借用中药热力及药理作用熏蒸患处的一种外治技术，该技术以中药蒸汽为载体，辅以温度、湿度的作用，促进血液及淋巴的循环，有利于局部水肿及炎症的吸收，缓解局部肌纤维的紧张和痉挛，达到疏通经络、消炎止痛的目的。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 风湿性关节炎、膝骨关节炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、筋膜炎等骨伤科疾病。

2. 痔、肛痿、肛裂、肛周脓肿等肛肠科疾病。

3. 荨麻疹、银屑病、玫瑰糠疹、带状疱疹、黄褐斑、寻常型鱼鳞病、痤疮及激素依赖性皮炎等皮肤科疾病。

4. 糖尿病周围神经病变、中风后遗症、睡眠障碍、便秘、感冒等内科疾病。

5. 慢性鼻炎、眼干燥症、结膜炎等五官科疾病。

6. 围绝经期综合征、月经不调、慢性盆腔炎、痛经等妇科疾病。

（二）病证举例

1. 经行腹痛（原发性痛经）

将处方（吴茱萸、乳香各 15g，没药、川续断各 25g，红花 8g，当归 30g）制作成熏蒸药包。将患者肚脐以下置于熏蒸治疗仪中，加入配制好的熏蒸药包，设定熏蒸仪器的温度参数，使蒸汽温度控制在 45℃ 左右，蒸汽持续而均匀，每次熏 20～30 分钟，每天 1 次，10 天为 1 个疗程。行经前 10 天开始治疗。

2. 鼻鼽（过敏性鼻炎）

将处方（桂枝、炒白芍各 18g，炙甘草、蝉蜕、葶苈子各 9g，龙骨、牡蛎各 30g，生姜 5 片，大枣 5 枚）水煎 20 分钟，以药液熏蒸鼻孔，每天 2 次，每次 5～10 分钟，连续治疗 10 天为 1 个疗程。

3. 神水将枯（眼干燥症）

将处方（菊花 20g，枸杞子、党参、麦冬各 15g，五味子 10g）水煎 20～30 分钟，以药液直接熏蒸，或将药液过滤后，放入超声雾化仪中熏蒸眼球表面，每天 1 次，每次 5～10 分钟，连续治疗 10 天为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面。
2. 对熏蒸所用药液过敏者。
3. 女性妊娠期和月经期。
4. 结核、获得性免疫缺陷综合征等传染性疾病。
5. 对患有严重的肺系疾患、心系疾患、动脉硬化、重症高血压者，禁用 39℃ 以上的全身熏蒸技术。
6. 装心脏起搏器者。
7. 有出血倾向者，如血友病、重度血小板减少症等。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

操作前配制中药，并将药液置于特定容器中，按操作流程进行熏蒸治疗。

常用设备或器具：全身熏蒸治疗仪、半身熏蒸治疗仪、局部熏蒸治疗仪、熏浴盆等。

1. 配制药液

准备无纺布袋或纱布袋，将需要熏蒸的中药放入袋内并封口。将中药包放入砂锅（或非铜、铁、铝制锅），加入适量水浸泡 30 ~ 60 分钟（水需没过中药）。开大火将水煮沸，改为小火继续煮 30 分钟。

2. 调节环境

保持室内温度、湿度适宜。

（二）操作步骤

按作用部位可以把熏蒸技术分为 3 种：全身熏蒸技术、半身熏蒸技术、局部熏蒸技术。

1. 全身中药熏蒸技术

该技术是将头以下的部位全部置于熏蒸设备中进行治疗的一种方法。熏蒸设备自动补水或按设备要求在全身熏蒸治疗仪中放入适量热水，然后加入根据病情配制好的熏蒸药包。设定熏蒸仪器的温度参数，使蒸汽温度控制在 35 ~ 45℃。患者取舒适的半卧位或卧位，头颈部暴露在外，其下垫以毛巾枕。待蒸汽充盈后，每次熏蒸 20 ~ 30 分钟。熏蒸结束后，用毛巾擦身，穿好衣服，休息 10 ~ 20 分钟。可每天或每 2 天进行 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

2. 半身中药熏蒸技术

该技术是用中药蒸汽对腰以下的部位进行治疗的一种方法。患者将腰以下置于熏蒸治疗仪中，加入配制好的熏蒸药包。设定熏蒸仪器的温度参数，使蒸汽温度控制在 35 ~ 45℃。待蒸汽充盈后，每次熏蒸 20 ~ 30 分钟。熏蒸结束后，用毛巾擦身，穿好衣服，休息 5 ~ 10 分钟。可每天进行 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

3. 局部中药熏蒸技术

该技术是用局部熏蒸设备对肢体或身体的某一部位进行治疗的一种方法。按熏蒸的部位或方式的不同分为四肢熏蒸、头面部熏蒸、腰背部熏蒸等。

（1）四肢熏蒸

将调配好的药液置于局部熏蒸治疗仪中，设定好熏蒸温度和时间，待中药蒸汽喷出后，将蒸汽对准患者需要治疗的部位进行熏蒸治疗。每次熏蒸 20 ~ 30 分钟，一般 10 次为 1 个疗程。

（2）头面部熏蒸

患者取仰卧位，将调配好的药液置于局部熏蒸治疗仪中，设定好熏蒸温

度和时间，待中药蒸汽喷出后，将蒸汽对准患者头面部进行熏蒸治疗。每次熏蒸 20～30 分钟，一般 10 次为 1 个疗程。

（3）腰背部熏蒸

患者取俯卧位，将调配好的药液置于局部熏蒸治疗仪中，设定好熏蒸温度和时间，待中药蒸汽喷出后，将蒸汽对准患者腰背部进行熏蒸治疗。每次熏蒸 30～40 分钟，一般 10 次为 1 个疗程。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 全身熏蒸时间一般为 20～30 分钟，局部熏蒸时间为 5～30 分钟，最长不宜超过 1 小时，以免因缺氧导致头晕甚至晕厥。如患者感到头晕不适或胸闷、气短、心慌、大汗出、面色苍白等，应停止熏蒸，卧床休息，注意观察。

2. 熏蒸浸浴部位如有温度觉障碍者（如糖尿病周围神经病变）或认知障碍患者，注意药液温度，不宜用 42℃ 以上温度熏蒸，以免烫伤。如出现烫伤，应立即停止治疗，积极对症处理。

3. 熏蒸前宜饮淡盐水 200mL，避免出汗过多引起脱水；熏蒸治疗时，应注意保暖，防止感受外邪；熏蒸治疗结束后，宜休息 5～10 分钟再外出活动。

4. 全身熏蒸结束后应缓慢起身，如猛然站起，易引起直立性低血压而致眼前发黑、眩晕。

5. 患者每次使用过的熏蒸床以 500mg/L 含氯消毒溶液擦拭，熏蒸舱定时用 0.5% 过氧乙酸溶液喷洒消毒，熏蒸室每晚用紫外线灯照射 1 小时。患者所用被单或毛巾被应独立使用，每天更换，防止交叉感染。

6. 如熏蒸无效或病情反而加重者，则应停止熏蒸，改用其他方法治疗。

7. 饭前、饭后半小时内不宜熏蒸。

（撰稿人：张振宇、张祝强、范肃）

第六节 中药泡洗技术

一、简介

中药泡洗技术是使用含有中药成分的水液浸泡全身或局部皮肤的一种技术，其利用泡洗液的温热之力和药物本身的功效，起到温经散寒、益气养

血、活血消肿、祛湿止痛、化瘀生新、杀虫消毒等作用。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 湿疹、荨麻疹等皮肤科疾病。
2. 下肢静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎、肛肠类疾病等。
3. 风湿性关节炎、膝骨关节炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、筋膜炎等骨伤科疾病。
4. 睡眠障碍、中风后遗症等内科疾病。
5. 阴道炎、外阴瘙痒、痛经等妇科疾病。

(二) 病证举例

1. 不寐（睡眠障碍）

将处方（夜交藤、合欢皮、丹参、炒酸枣仁各 15g，肉桂、川芎、石菖蒲各 10g）煎煮出 500mL 药液后，倒入腿浴桶中与泡洗水混合至 4L，温度调整至 40℃，将双足置入腿浴桶中浸泡，泡洗过程中主动活动双足，并可按揉足部穴位，如三阴交、太溪、涌泉。每次泡洗 30 分钟，每天 1～2 次，7 天为 1 个疗程。

2. 膝痹（膝骨关节炎）

将处方（伸筋草、透骨草、牛膝、独活、制川乌、制草乌、川椒、当归、桃仁、红花、防风、宣木瓜、鸡血藤各 10g）煎取药液 500mL，倒入腿浴桶中，加水混合至 5L，加热到 40℃后，患者取坐位，暴露下肢至膝盖以上，将双足放入腿浴桶内泡洗。泡洗过程中，需按揉腿部穴位，如内膝眼、外膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里。每次泡洗 30 分钟，每天 1 次，7 天为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 开放性创面，如开放性骨折，皮肤未愈合伤口、溃破创面。
2. 对中药液皮肤过敏者。
3. 女性妊娠期、月经期。
4. 患有结核、获得性免疫缺陷综合征等传染性疾病。
5. 患有严重的心肺疾患，如心力衰竭、心肌梗死、冠心病、主动脉瘤、动脉硬化、重症高血压者。
6. 有出血倾向者，如血友病、重度血小板减少症等。

7. 装起搏器者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 准备器具

配制好的药液、泡洗容器、泡洗水、毛巾。

2. 配制药液

准备无纺布袋或纱布袋，将需要泡洗的中草药放入袋内，随后进行封口。药物装好后，准备砂锅（或非铜、铁、铝制锅），放入适量水没过中药，将中药包放入锅内浸泡 30～60 分钟，随后加入水至药包以上 2cm。开大火将水煮沸，改为小火继续煮 30 分钟。

3. 调节环境

中药煎好后关火，将药液倒入容器内，调至适宜温度，水温根据所处季节有所调节，秋冬季温度高一些，为 38～40℃；春夏季水温为 36～38℃。保持室内温度及湿度适宜。

（二）操作步骤

将煎好的药液倒入容器中，根据泡洗部位的不同，选取相应的泡洗水量和药液量。

1. 全身泡洗

泡洗水量：患者取舒适的半卧位，头颈部及前胸部稍高出浴盆边缘，泡洗水水平面以达到患者胸口水平为宜。

药液量：500～1500mL（根据患者年龄、体形调整）。

2. 半身泡洗

泡洗水量：患者坐入浴盆中，泡洗水高度以达到患者脐部为宜。

药液量：500～1000mL（根据患者年龄、体形调整）。

3. 局部泡洗

泡洗水量：将患病局部如腕、肘、踝、膝浸泡在泡洗液中。

药液量：200～500mL（根据泡洗部位大小调整）。

泡洗时需主动或被动地活动躯干、肢体，进行功能锻炼，以利于气血流通，协助药液发挥疏通经络、调和气血的作用；局部泡洗时，可点按泡洗部位的穴位和推揉经络。泡洗结束后，稍用清水冲洗（也可不冲洗）再进行擦干，穿好衣物，全身泡洗休息 10～20 分钟，半身泡洗、局部泡洗休息 5～10 分钟，再离开房间。

中药泡洗频率和疗程：全身泡洗可每天或每2天进行1次；半身泡洗可每天进行1次；局部泡洗每天1次或数次，一般10次为1个疗程。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 一般局部泡洗温度在41℃以下，中药泡洗时间最长不宜超过1小时，以免因缺氧导致头晕甚至晕厥。

2. 饭前、饭后半小时内不宜进行全身或局部泡洗技术，以免造成胃肠不适；临睡前不宜进行中药泡洗技术，因药液泡洗具有兴奋作用。

3. 全身泡洗后应慢慢地从浴盆中起身，避免猛然起身引起的直立性低血压。

4. 浴器简陋温度显示不准确时，中药泡洗技术的水温一定要适度，不可太烫，可先用手试一下温度，以免烫伤皮肤。浸浴部位如有温度觉障碍，如糖尿病周围神经病变患者，应密切关注泡洗温度，以免烫伤皮肤。

5. 中药泡洗时，冬天应该保暖，夏季要避风凉，防止感冒或关节感受外邪；中药泡洗结束后，宜在室内休息5～10分钟。

6. 如患者在泡洗中感觉不适，则需立即停止泡洗治疗，积极对症处理。

（撰稿人：刘长信、董桦）

第七节 蜡疗技术

一、简介

蜡疗技术是将石蜡加热熔化后涂敷于患处，将热量传入机体，发挥其机械压迫等作用的疗法，可通经脉、调气血，从而达到治疗疾病的目的，是一种集药物疗法、穴位刺激、温热疗法、中药透皮吸收于一体的外治技术，又称蜡敷疗法。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 软组织损伤，骨关节病，外伤或手术后组织器官粘连、瘢痕疙瘩及关节挛缩强直等骨伤科疾病。

2. 面神经炎、带状疱疹后神经痛、三叉神经痛、慢性胃肠炎、膈肌痉挛等内科疾病。

3. 慢性盆腔炎、痛经、月经不调和乳腺病等妇科疾病。
4. 肉芽生长缓慢的营养性溃疡、烫伤和冻伤等外科疾病。
5. 湿疹、黄褐斑、冻伤、神经性皮炎等皮肤疾病。

（二）病证举例

1. 腰痹（腰椎间盘突出症）

将处方（羌活、花椒、刘寄奴、千年健、威灵仙、红花、苏木、川芎、香加皮、制川乌、制草乌、伸筋草、防风、桂枝各 60g）药物研磨成细末，用醋调和备用，医用石蜡熔化后置于治疗盘。患者暴露所选治疗区域，一般选取痛点及附近区域（肾俞、大肠俞、腰阳关等穴位组成区域），医生先刷中药糊状物，然后按刷蜡法或蜡饼法将石蜡敷在中药上面，再加以敷料保温。每天 1 次，每次 30～50 分钟，10 次为 1 个疗程。

2. 带下病（盆腔炎）

将处方（延胡索 20g，当归、白芍、毛冬青、败酱草、大血藤各 15g，川芎、牛膝、生蒲黄、五灵脂各 10g）药物研磨成细末，用醋调和备用，医用石蜡熔化后置于治疗盘。暴露所选治疗区域，建议在 3 个区域交替治疗：①气海、石门、关元、中极、曲骨、水道、归来等穴位组成的区域；②阴陵泉、地机、漏谷等穴位组成的区域；③腰 5—骶 4 督脉段、腰俞、八髎等穴位组成的区域。医生先刷中药糊状物，然后按刷蜡法或蜡饼法将石蜡敷在中药上面，再加以敷料保温，温度保持约 50℃。每天 1 次，每次 30～60 分钟，10 次为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 高热、恶性肿瘤、温热感觉障碍、血液循环障碍者，心力衰竭、肾衰竭、体质虚弱、化脓性细菌或厌氧菌感染者。
2. 结核病、脑动脉硬化、甲状腺功能亢进症、获得性免疫缺陷综合征。
3. 出血及有出血倾向疾病患者，以及感染性皮肤病患者。
4. 局部渗出未停止者，面部油性皮肤、暗疮皮肤及微血管扩张者。
5. 孕妇、3 岁以下婴幼儿及体质虚弱者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

遵医嘱准备足量石蜡、盛蜡的容器、刷蜡的刷子、铲蜡的小铁铲、制作蜡饼的托盘、一次性保鲜膜及纱布垫等。

（二）操作步骤

1. 配制石蜡

准备蜡疗机或电饭锅用于加热，将医用石蜡直接放入加热容器中，设定好加热的最高温度，加热石蜡至液体状态备用。

2. 蜡疗操作

（1）蜡饼法

将加热熔化的蜡液倒入托盘，厚度为 2 ~ 3cm，当温度冷却到刚凝结成块时（表面温度 45 ~ 50℃），用小铁铲将蜡块取出，敷于患处，外包保鲜膜、棉垫保温 30 ~ 60 分钟。每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

（2）浸蜡法

将加热熔化后的蜡液冷却至 55 ~ 60℃时，将患者所需治疗的手或足浸入蜡液中，并迅速提出，蜡液在肢体浸入部位的皮肤表面冷却凝成一层薄蜡膜。如此反复浸入，直到蜡膜厚度达 0.5 ~ 1cm，成为手套或袜套样，再持续浸入蜡液约 10 分钟，最后取下蜡膜。每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

（3）刷蜡法

将加热熔化的蜡液冷却至 55 ~ 60℃时，用刷蜡用的刷子蘸蜡液均匀刷在患处，使蜡液在皮肤表面冷却凝成一层薄蜡膜，如此反复涂刷直至蜡膜厚度达 0.5 ~ 1cm，外面再包 1 块蜡饼或用保鲜膜、棉垫保温，持续 30 ~ 50 分钟。每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

（4）蜡垫法

将纱布垫充分浸入加热熔化的蜡液中，取出，冷却至皮肤能耐受的温度，迅速放于患处，再在纱布上放浸有 60 ~ 65℃液态石蜡的另一层纱布垫，最后用保鲜膜、棉垫保温。每次治疗 30 ~ 60 分钟。每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

（5）喷雾法

将蜡疗机设定为消毒状态，加热完成后冷却约 15 分钟至 70 ~ 80℃，再将蜡液倒入消毒过的喷雾器中（喷管直径为 2 ~ 3mm），此种方法可用于有创面的皮肤治疗。事先清除创面皮肤的痂皮、脓液或分泌物。喷蜡后可将浸有石蜡的纱布或蜡饼覆盖其上，并用保鲜膜、棉垫等保温。每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 避免石蜡温度过高烫伤皮肤，适宜温度为 55 ~ 60℃。全程治疗，蜡

液温度以患者耐受为度。

2. 石蜡可以反复使用，但必须去除其中的汗水、污秽物和其他杂质，加热 100 ~ 215 分钟，反复使用必须消毒。

3. 用于创面、体腔部位的石蜡不得重复使用，每次治疗都要严格消毒。

4. 蜡质不纯时，患者可能出现过敏反应，若在治疗部位或全身出现皮疹，立即停止蜡疗。症状轻微者，无须特殊处理；皮疹范围较大，伴瘙痒渗液，甚至伴头晕、呼吸困难等，立即急救处理。

5. 少数患者治疗后出现局部皮肤黝黑，这是黑色素沉积在皮肤中所致，是人体对蜡过热作用的防御性反应，可防止深部组织过热而发生烫伤。此种情况并不影响继续治疗，也不需处理，一般蜡疗后 2 天至 2 个月可自行消退。

（撰稿人：刘媛媛、肖法军）

第八节 三伏贴技术

一、简介

三伏贴技术是具有中医特色的时间治疗学与中药相结合，在相应穴位治疗某些疾病的治疗方法。本技术通过某些特定配制的药物在特定时间刺激穴位，以达到调节气血阴阳、扶正祛邪的功效。三伏贴技术主要用于治疗过敏性鼻炎、支气管哮喘、慢性支气管炎、虚人感冒、虚寒性胃痛、腰腿痛等病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 慢性支气管炎、支气管哮喘、过敏性鼻炎、虚人感冒、慢性肺气肿、慢性咳嗽等肺系疾病。

2. 慢性结肠炎、功能性腹胀、慢性胃炎、胃食管反流病、胃肠动力性疾病、便秘等胃肠疾病。

3. 颈椎病、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、膝骨关节炎、网球肘、肩关节周围炎等骨伤疾病。

4. 遗尿、慢性盆腔炎、乳腺增生、慢性疲劳综合征、肥胖症等其他疾病。

（二）病证举例

1. 慢性阻塞性肺疾病

芥子、甘遂、麻黄、细辛各等分，打粉混匀，用时以姜汁调成膏状，制成 $1\text{cm} \times 1\text{cm} \times 0.5\text{cm}$ 大小药饼，然后用约 $4\text{cm} \times 4\text{cm}$ 胶布固定敷贴于定喘（双侧）、风门（双侧）、肺俞（双侧）、大椎、厥阴俞（双侧）、脾俞（双侧）等穴位。成人敷贴 0.5 ~ 4 小时，儿童时间酌减。

2. 膝骨关节炎

透骨草、延胡索、芥子、桂枝、川乌、生马钱子各适量，研成细末，鲜姜 50g 榨汁，与以上药粉适量混匀，加入蜂蜜，调成敷贴膏备用，用时取直径 1cm 膏涂于胶布上，敷贴大椎、曲池（双侧）、阴陵泉（患侧）、丰隆（患侧）、梁丘（患侧）、鹤顶（患侧）等穴位。每次敷贴 0.5 ~ 4 小时，时间长短因人而异。

三伏贴技术在三伏天的初伏、中伏、末伏各进行 1 次。贴完 3 次为 1 个疗程。如能在三伏前后各增加 1 次治疗，可使疗效更加巩固。久病患者建议连续 3 年进行敷贴治疗。

三、禁忌证

1. 敷贴部位有创伤、破溃者禁用，瘢痕体质者、皮肤易过敏者慎用。
2. 对相关药物及姜汁过敏者禁用。
3. 高热（体温 38.5°C 及以上）、肺炎和各种感染性疾病急性发热期禁用。
4. 水痘、疥疮等皮肤急性传染病，疮疡脓肿迅速扩散者禁用。
5. 孕妇禁用，女性经期应在医生指导下使用。
6. 糖尿病、感觉障碍、认知障碍患者慎用。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

配制好的药膏、治疗盘、方形小纱布、方形专用敷贴胶布、镊子、小勺或涂抹板、针、弯盘等。

（二）操作步骤

1. 配制敷贴药膏

（1）药粉配制

准备容器，将所需药粉放入，搅匀备用。

（2）药膏配制及保存

药粉与鲜榨姜汁搅匀调制成糊状或膏状，随用随取，24 小时内可常温（不超过 24℃）放置，超过 24 小时需冷冻保存。

2. 敷贴操作

清洁穴位局部皮肤，将配制好的约 1cm × 1cm × 0.5cm 药膏置于方形小纱布中央，贴在相应穴位上，再取大小合适的方形专用敷贴胶布固定，每次取 6 ~ 8 个穴位。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 贴药时皮肤应保持干燥；贴药后不宜剧烈活动，以免出汗致药膏脱落。

2. 贴药后局部皮肤可能红肿，无明显不适可不予处理。

3. 贴药后若出现瘙痒、灼热、刺痛等症而难以忍受，应随即移去膏药，避免搔抓致皮肤破损。

4. 若局部皮肤出现水疱，应穿着柔软衣服，或外覆盖纱布，避免摩擦水疱，防止破溃，待其自然吸收。若水疱溃破应保护创面，可涂搽红霉素软膏、金霉素软膏以防止感染，水疱较大者应及时到医院诊治。

5. 若出现全身皮肤过敏现象或伴有发热，应及时到医院诊治。

6. 贴药当天戒酒、海鲜、牛肉等易致化脓的食物，并避免进食生冷、辛辣食品及进行冷水浴。

7. 注意掌握敷贴时间，时间长短根据患者个体反应而定。在敷贴过程中若皮肤灼痛感不明显者可适当延长敷贴时间；若灼痛感非常明显者则适当缩短敷贴时间。

（撰稿人：于雪峰、王一珂、张松兴）

第七章

中医微创类技术

第一节 针刀技术

一、简介

针刀技术是遵循《黄帝内经》关于“刺骨者无伤筋，刺筋者无伤肉，刺肉者无伤脉，刺脉者无伤皮，刺皮者无伤肉，刺肉者无伤筋，刺筋者无伤骨”的古训，结合现代医学局部解剖和层次解剖知识，采用各种型号针刀进行刺激、切割、分离等临床操作的技术。本技术可达到活血化瘀、舒筋通络、止痛除痹的治疗目的。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 多种软组织损伤引起的顽固性疼痛。
2. 部分骨关节退行性疾病，如颈椎病、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎等。
3. 肌肉、肌腱和韧带的慢性损伤、肌紧张、损伤后遗症。
4. 脊柱相关性疾病，如眩晕、头痛、睡眠障碍、心悸等。
5. 中风后遗症、帕金森病、抑郁症、癫痫等。

（二）病证举例

1. 项痹（肩胛提肌劳损）

肩胛提肌劳损表现为在颈2至颈3横突后结节的起点，或在肩胛骨内上角及内上缘止点处疼痛，肩胛提肌紧张，以上部位可有压痛点，尤以肩胛骨

内上角压痛显著。上肢后伸，并将肩胛上提或内旋，会引起疼痛加剧，或不能完成此动作。颈部、肩胛骨部 X 线检查可排除骨性异常。

治疗过程操作步骤如下：患者俯卧位或坐位，头部微前屈。如压痛点在肩胛骨内上角的边缘，将刀口线方向和肩胛提肌纵轴平行，针体和背平面呈 90° 刺入，达肩胛内上角骨面。先纵行剥离，后将针体倾斜，使其和肩胛骨平面呈 130° 。针刃在肩胛骨内上缘骨面边缘上做纵向切开剥离，1～2 次即可出针。如压痛点在颈椎横突后结节，即在压痛点处进针刀，刀口线方向和颈椎纵轴平行，达到深筋膜层或横突后结节骨面，点刺 3～5 次后，出针，无菌敷料按压针孔 1～2 分钟，封闭针孔。嘱患者 12 小时之内治疗部位避免接触水。针刺范围不能过大。在肩胛骨内上角进针刀时，肩胛骨缘较表浅，应紧贴骨面延长，不能过深，防止超过肋间，误入胸腔。操作要轻柔，同时注意患者感觉。术毕，医生一手压住患侧肩部，另一手压于患侧枕部，牵拉肩胛提肌 1～2 次。

2. 膝痛（髌下脂肪垫劳损）

本病的突出特征是膝关节前部疼痛或深部酸痛，活动后加重，休息后减轻。膝近伸直时疼痛最剧，膝稍屈曲痛即缓解。有时膝痛可向后放射至腘窝，检查可见髌韧带两侧均肿胀，发作期皮温稍升高，股四头肌轻度萎缩，髌下脂肪垫肥厚、压痛。过伸试验阳性。X 线检查膝关节骨结构无异常改变。

治疗过程操作步骤如下：患者取俯卧位，患肢伸直，常规定位、消毒、铺无菌孔巾。治疗髌下脂肪垫时，在膝髌韧带两侧压痛点处进针，针刃与韧带平行，点刺脂肪垫表面的纤维层 3～5 针；治疗股四头肌股骨远端附着处时，在压痛点处进针，针刃与肌腱平行，通透剥离痛性条索或硬性结节 3～5 针。术毕，用无菌敷料按压针孔 1～2 分钟，封闭针孔。嘱患者 12 小时之内治疗处避免接触水。

3. 头痛（枕大神经卡压综合征）

枕后腱弓紧张会刺激或压迫枕大神经及枕动脉，引起偏头痛，疼痛可涉及头顶及眶上部，呈持续性钝痛，后枕部胀痛明显，枕骨粗隆与乳突间下 2cm 范围处浅压痛。

治疗操作步骤如下：枕部头皮较薄，触诊比较容易发现痛点及条索状包块。患者取坐位，头伏于桌面或椅背上。医生做好皮肤标记后常规消毒，垂直颅骨方向进针，针刃与枕大神经走行方向平行，进针深度以穿过深筋膜为度，行多点式松解 3～5 针。患者常有局部酸胀感且向头顶放散，将针提至皮下，按压局部，如果疼痛减轻或消失，即可出针。术毕，无菌纱布按压针

孔 1~2 分钟, 封闭针孔。嘱患者 12 小时之内治疗处避免接触水, 术后患者应注重局部保暖, 避免感受风寒。平时患者应注意保持正确的工作姿势, 加强颈项部功能锻炼, 动作要适当, 运动幅度不宜过大。

三、禁忌证

1. 发热, 全身感染者; 施术部位和周围有感染。
2. 严重内脏疾病者。
3. 施术部位有难以避开的重要神经血管。
4. 出血倾向、凝血功能不全者。
5. 定性定位诊断不明确者。
6. 体质虚弱者或意识障碍不能配合治疗者。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

本技术的常用器具为针刀, 根据针刀的长短粗细分为 I、II、III 种型号, 以 I 型为常用, 每一种型号又以针刀体的直径分为 0.4mm、0.6mm、0.8mm、1mm、1.2mm 等。

(二) 操作步骤

1. 定位

患者取适宜体位, 暴露局部皮肤, 皮肤常规消毒 (用碘伏或 75% 乙醇由内向外擦拭, 直径大于 15cm)。医生按《医务人员手卫生规范》(WS/T 313—2019) 进行操作, 施术前执行外科手消毒, 用流动清水及肥皂清洗后, 佩戴无菌手套, 选用型号合适的针刀, 站立或者端坐于患者头端或者身旁。

2. 定点

医生通过询问病情等方式收集临床资料, 确定进针刀点, 一般每次选 3~6 个点, 或者视具体情况而定。有需要者可在麻醉下操作。

3. 定向

确定进针刀方向、刀口线方向及需要变化的方向。

4. 定层次

确定病灶组织的层次, 确保针刀在病灶组织层面进行治疗。

5. 操作

左手中指导引, 左手中指指腹按住病变组织的痛点、条索或结节, 右手持针刀贴近进针刀点的皮肤, 顺着左手中指指腹加压导引的方向, 针刀快速

进入皮下，然后慢慢探到病变组织进行操作：如刺摆、切割、通透、铲剥等刀法（刀口线与肌纤维方向垂直松解者谓之切或者谓之针刀泻法；结合临床还可以选用“十”字切割及叠瓦切割切摆结合等；与肌纤维方向平行进行松解者谓之割或者针刀补法；顺着肌肉层次松解者谓之通透；以进入皮下的针刀末端为支点，利用刀柄进行摇摆者谓之摆法，摆法有纵摆法和横摆法；针刀进入皮肤有针灸针一样的刺激作用，谓之刺法）。松解完毕，顺针刀最后操作的方向垂直慢慢出针刀。嘱患者 12 小时之内保持刀口清洁干燥。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 微创治疗室的环境应参照门诊手术室管理，有条件的医疗机构应在门诊手术室进行针刀技术操作并符合门诊手术室的管理要求。没有门诊手术室的医疗机构应设置独立的微创治疗室，不应与换药室等其他治疗室共用，面积应与诊疗活动相适宜，应划分无菌准备区、治疗区，区域之间要有实际隔断，非医务人员不得进入或穿行无菌准备区。

2. 操作时应检查诊疗器械、微创针具、埋线器具等物品的包装，确保完整无破损且在有效期限内。无菌包装不应过早打开以防污染，开包超过 4 小时不应继续使用。实施手卫生，进行洗手及手消毒。医务人员应当戴帽子、外科口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。施治部位应铺大小适宜的无菌单。

3. 针刀治疗属于侵入性操作，施术前应进行全面评估，严格掌握适应证与禁忌证，向患者说明治疗目的、操作过程、风险及替代方案，并签署知情同意后书后方可实施。

4. 个别患者出现晕针现象，应及时对症处理。

（撰稿人：董福慧、朱秀峰）

第二节 刃针技术

一、简介

刃针技术源于古九针中的“铍针”，是以中医学理论为构架，汲取现代诊疗理念，强调减张、调节经络和局部热效应的一种软组织微创治疗技术。

二、临床应用

(一) 主要适应证

刃针技术主要适用于软组织损伤导致的疼痛和功能障碍，以及内脏器官功能紊乱所致的临床症状。

(二) 病证举例

1. 肩痹（肩关节周围炎）

肩痹，也称肩胛周痹，痹者，闭也，经络阻塞而气血不通，不通则痛，一般指肩关节周围炎。肩关节周围炎也称五十肩、漏肩风、肩凝症等。操作步骤如下：

(1) 定位

通过“动诊评估”及受损的肌肉决定治疗点，选取某肌肉上的压痛点与硬结、条索等异常改变部位。

对于上举受限的患者，常用治疗点选取臑俞，相当于肩关节孟背面、肩胛冈下缘外端；对于摸对侧肩受限的患者，常用治疗点选取天宗，相当于冈下窝，损害的肌肉是冈下肌、小圆肌；对于翻手摸背受限的患者，常用治疗点选取中府、云门，相当于喙突外下部、锁骨下缘外端，损害的肌肉是喙肱肌、肩胛下肌、三角肌前部；对于外展受限的患者，常用治疗点选取天宗、中府、云门，相当于冈下窝、喙突外下部、锁骨下缘外端，损害的肌肉是冈下肌、小圆肌、喙肱肌、三角肌前部；对于旋动受限的患者，常用治疗点在肱骨大、小结节之间，损害的肌肉是肱二头肌长头腱、胸大肌。

(2) 消毒

常规消毒。

(3) 进针

与局部体表呈 90° 刺入。在喙突处治疗时，不要在喙突内侧过于深入。在肩关节孟背面治疗时，要朝前内方刺入。肱骨大、小结节之间的结节间沟内为肱二头肌长头腱，应切刺至腱鞘与肌腱间隙，切勿伤及肌腱。

(4) 切刺

达到筋膜层，纵行切刺，横行切刺，必要时“十”字切刺。

(5) 出针

用无菌敷料压住进针点，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

2. 项痹（椎动脉型颈椎病）

项痹指椎动脉型颈椎病，其主要的病理改变是椎动脉供血障碍。本病的

主要症状为间歇性或姿势和头部活动有关的眩晕，严重者可猝倒。发病年龄多在 40 岁以上，与颈椎退变及血管硬化有关。操作步骤如下：

（1）定位

患者俯卧位，胸部垫枕，头呈前屈位。在以下部位切寻压痛点和软组织异常改变的情况。

1) 枕骨下项线：多在天柱、风池、完骨、安眠、翳风附近。有头后大、小直肌，头上斜肌附着。

2) 颈椎棘突旁：多在颈夹脊线附近。主要有浅层的项筋膜，中层的斜方肌上部和深层的关节囊。

3) 胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：多在膀胱经内侧线上的大杼、风门、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、膈俞附近。主要有浅层的胸腰筋膜，中层的斜方肌中部、骶棘肌和深层的横突棘肌。

（2）消毒

常规消毒。

（3）进针

1) 枕骨下项线：与枕骨骨面呈 90° 刺入。

2) 颈椎棘突旁：与局部体表呈 90° 刺入。

3) 胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：与局部体表向上或向下呈 45° 刺入。

治疗部位操作都有一定难度，先要了解局部解剖，治疗时要频频询问患者感觉，逐层深入，仔细体会针下感觉，以保障安全。

（4）切刺

1) 枕骨下项线：达到筋膜层，纵行切刺，横行切刺。

2) 颈椎棘突旁：达到筋膜层，纵行切刺，横行切刺，必要时“十”字切刺。

3) 胸椎棘突与肩胛骨脊柱缘之间：达到病灶层，纵行切刺，横行切刺。

（5）出针

用纱布块压住进针点，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

三、禁忌证

1. 局部皮肤破损及软组织存在感染者。
2. 有凝血功能不全或出血倾向者。
3. 患有严重心脑血管疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者。
4. 非软组织损害所致的类似疾病。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

针具类型主要为切刺刃针、钩拉刃针、皮部刃针。切刺刃针针体直径有 0.35mm、0.50mm、0.70mm、0.90mm 四种型号，长度分别为 20mm、40mm、60mm、85mm。临床上以针体直径 0.35mm、0.50mm，长度 40mm、60mm 的刃针最为常用。

（二）操作步骤

包括定位、消毒、进针、切刺、出针。

1. 定位

按经络或肌肉走向切循，触找压痛点和异常改变点，用定点笔标记。

2. 消毒

患处局部常规消毒（用碘伏或 75% 乙醇由内向外擦拭，直径大于 15cm）。医生按《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）进行操作，施术前执行外科手消毒，用流动清水及肥皂清洗后，佩戴无菌医用手套。

3. 进针

手指按压并捏住套管，快速叩击穿过皮肤，患者无明显疼痛感。

按浅筋膜—深筋膜—肌肉—骨面的顺序，逐层深入。通过阻力突然减小的“落空感”来判断层次。

4. 切刺

纵行切刺：与针刃一致的方向，在病灶层间断切刺数下。

横行切刺：与针刃垂直的方向，在病灶层间断切刺数下。

十字切刺：先与针刃一致的方向，在病灶层切刺一下；随即退出病灶层，调转针刃 90°，再切刺病灶层一下。

5. 出针

用无菌敷料压住进针点，迅速将针拔出，稍按压，贴无菌敷料。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 患者描述治疗过程中突然出现神经放射痛、胸闷、气短，应立即停止不动，稍提起针，略改变方向深入，如不再出现疼痛继续操作，如仍出现疼痛则再稍提起针，略改变方向深入，直至无疼痛感。

2. 患者描述有较强的酸、沉、胀和微麻、微痛感；医生感觉针下组织较正常硬、厚、难以通过，是达到病灶的依据，即可切刺治疗。

3. 通过切刺，针下组织不再较正常硬、厚、难以通过，是达到刺激量的依据，立即结束切刺，不能刺激过度。

4. 特殊部位的操作要点。①项部与肩部之间：患者坐位，助手将患者斜方肌捏起，医生与局部体表垂直刺或由后向前刺。②肩胛提肌和菱形肌：患者俯卧位，翻手摸背，助手将患肘下压，医生在肩胛骨上角和内侧斜刺。③冈下肌和大、小圆肌：患者俯卧位，上肢放于床沿外、前臂下垂，随肌肉走行方向斜向外刺。

5. 微创治疗室的环境应参照门诊手术室管理，有条件的医疗机构应在门诊手术室进行刃针技术操作，并符合门诊手术室的管理要求。没有门诊手术室的医疗机构应设置独立的微创治疗室，不应与换药室等其他治疗室共用，面积应与诊疗活动相适宜，应划分无菌准备区、治疗区，区域之间要有实际隔断，非医务人员不得进入或穿行无菌准备区。

6. 操作时应检查诊疗器械、微创针具、埋线器具等物品的包装，确保完整无破损，在有效期限内。无菌包装不应过早打开以防污染，开包超过4小时不应继续使用。实施手卫生，进行洗手及手消毒。医务人员应当戴帽子、外科口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。施治部位应铺大小适宜的无菌单。

（撰稿人：田纪钧、董昌武）

第八章

骨伤科技术

第一节 脱位整复（复位）技术

一、简介

凡构成关节的骨端关节面脱离正常位置，引起关节功能障碍者，称脱位。该病历代有“脱臼”“出臼”“脱骱”“脱髌”“骨错”等多种称谓，多发生在活动范围较大、活动较频繁的关节。脱位整复（复位）技术是应用手法技巧，恢复受损关节正常解剖关系及功能的一套治疗技术。

二、临床应用

（一）主要适应证

脱位整复（复位）技术主要适用于四肢关节脱位及颞下颌关节脱位，以及新鲜脱位、陈旧性脱位、习惯性脱位。

（二）病证举例

1. 颞下颌关节脱位

以新发颞下颌关节前脱位为例。因新发颞下颌关节脱位整复较容易，故一般不必选用麻醉，有时可配合按摩、热敷或外擦舒筋药水等进行筋肉痉挛松解，之后进行复位手法。目前主要包括口内复位法和口外复位法。

（1）口内复位法

患者正坐位，助手站于其后，双手固定其头部，医生立于患者正前方，双手拇指用数层纱布包裹后伸入患者口腔内，按于两侧下臼齿上，其余四指在外托住下颌，先将两拇指徐徐用力向下按，余指协调地将下颌骨向后上方

送，听到入臼声，说明脱位已复入，此时拇指快速向两旁滑开并从口腔内退出。

（2）口外复位法

患者正坐位，头部紧靠墙壁或由助手固定，保持头颈部稳定，下颌牙弓平面尽量与地面平行（轻度低头位）。医生站在患者前方，双手拇指置于患者两侧下颌骨的髁突前缘（约位于耳屏前、颧弓下方），其余四指握住下颌角及下颌体部。拇指先向后下方持续按压髁突，使其从关节结节高点滑下，同时其余手指向上抬下颌角，提供对抗力，帮助髁突回位。听到“咔嗒”弹响声，患者突然闭口，咬合关系恢复正常，疼痛明显减轻，说明脱位已复入。

2. 踝关节脱位

在腰椎麻醉或硬脊膜外麻醉下复位。患者屈曲膝关节，助手握持固定患肢小腿，医生一手持足跖部，另一手握足跟部，用力对抗牵引。踝关节内脱位者，牵引下先将足极度内翻扩大畸形，足踝背伸，同时以两手拇指在内踝下骨突起处用力向外按压，一手余指环握踝部外侧向内对抗，即可复位；踝关节外脱位者复位手法与内脱位相反，牵引下将足极度外翻扩大畸形后，两手拇指在外踝下骨突处用力向内按压，一手环握踝部内侧向外端提，即可复位；踝关节前脱位者，医生一手握踝部由后向前端提，另一手握足跖部在牵引下将足跖屈，用力向后推压距骨，即可复位；踝关节后脱位者，医生一手握踝部由前向后按压，另一手握足跖部在牵引下将足背伸并向前提拉距骨，即可复位。

三、禁忌证

1. 开放性脱位。
2. 病理性脱位。
3. 陈旧性脱位关节、僵硬伴有严重骨质疏松者。
4. 伴有严重血管、神经损伤。
5. 多次手法复位失败者。
6. 患者无法配合或不耐受手法复位治疗，以及复位后无法将关节维持稳定者。
7. 踝关节脱位合并骨折，且具有手术指征者。

四、常用技术的操作要点

（一）拔伸牵引

该法具有克服脱位周围肌肉的痉挛性收缩、“欲合先离，离而复合”的作用。复位时一般先顺畸形方向牵引，再逆损伤机制方向复位。牵引过程中可同时施以屈伸、收展、旋转等手法，也可采用持续皮肤或骨骼牵引、悬吊牵引，使关节松解后复位。

（二）屈伸回旋

如脱位后骨端被撕裂的关节囊、韧带或肌腱组织嵌顿，单纯施以拔伸牵引难以复位，应采用本法。复位前注意明确受伤机制，以逆损伤机制而施行。

（三）提按端挤

采用提按、端挤手法复位，主要用于纠正脱位骨端的前后或侧方移位，可单独使用，也可联合其他手法综合使用。

（四）足蹬膝顶

在充分牵引的基础上，通常一个人操作，采用足蹬法或膝顶法进行复位，常用于肩、肘关节脱位及髋关节前脱位。

（五）杠杆支撑复位

本法利用杠杆为支撑点进行操作，力量较大，多用于难以整复的肩关节脱位或陈旧性脱位。整复肩关节脱位多采用一根长约1m，直径为4~5cm圆木棒，中间部位以棉垫裹好，置于患侧腋窝，两助手上抬，医生双手握住腕部，并外展40°向下牵引，解除肌肉痉挛，使肱骨头摆脱盂下的阻挡而复位。整复陈旧性关节脱位，需增大肩关节外展角度，使肩部各方面活动范围广泛，以松解粘连。本法因支点与牵引的对抗力量较大，活动范围亦较广，如有骨质疏松和其他并发症应慎用，并注意勿损伤神经及血管。此外，尚有椅背复位法、梯子复位法等，均同属杠杆支撑复位法。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 手法复位操作时，医生与助手应熟悉病变，手摸心会，通过手法触摸及影像学检查结果辨明脱位的程度、方向、性质等。

2. 医生应熟悉手法操作步骤，密切配合，动作宜缓慢、轻柔、灵活、持续，避免粗暴、反复地复位。

3. 复位前医生应做好与患者的沟通，以便取得患者良好的配合。

4. 根据患者具体情况, 选择有效的止痛或麻醉, 原则上应使手法复位在肌肉高度松弛及无疼痛感觉下进行。

5. 医生应该选择有效的复位手法, 伴有骨折者, 可先复位脱位, 再行正骨治疗。

6. 固定是脱位整复后巩固疗效的重要措施之一, 复位后患者需将肢体固定在功能位或关节稳定的位置上, 这也利于减少出血, 促进损伤组织迅速修复, 并可预防脱位复发等并发症发生。拆除外固定或取消制动后, 患者应尽早进行康复训练及功能锻炼, 以促进关节功能的良好恢复。

(撰稿人: 王平、李振华)

第二节 外固定技术

一、简介

外固定技术是为了维持损伤整复后的良好位置和稳定性, 防止骨折、脱位再发生, 保证损伤组织正常愈合的体外固定方法。其主要目的: 一是维持复位, 二是保障愈合, 三是利于肌肉关节早期活动。此外, 固定还有助于镇痛、解除肌肉痉挛等。外固定是指损伤后用于体外的一种固定方法。骨科外固定是试图通过最小局部的坚强、稳定的固定和尽可能短时间的制动, 以便于骨骼及肌腱、韧带、血管、神经等各种软组织的修复, 利于控制创口或创面感染, 使肢体及躯干的各个关节在不影响组织修复的情况下尽早进行活动锻炼。常用的外固定方法有夹板固定、石膏固定等。

二、临床应用

(一) 主要适应证

外固定技术主要适用于各类骨折、脱位复位后, 以及肌肉、韧带急性软组织损伤。

(二) 病证举例

1. 桡骨远端伸直型骨折

掌背侧板与前臂等宽, 背侧板较掌侧板长, 桡侧板较尺侧板长。纸压垫2个, 长6~7cm, 宽1.5~2cm, 厚0.3cm。复位后, 在维持牵引下, 局部可外敷中药膏。在骨折近端掌侧和远端背侧各放一个平压垫, 掌屈位置放4块夹板。桡背侧夹板应超过腕关节固定, 以限制手腕的桡偏和背伸活动。掌

侧与尺侧夹板远端与腕关节对齐，然后用 3～4 条布带分段结扎固定，中立位悬吊胸前。4 周后摄片复查，骨折愈合后去除外固定。

2. 踝部骨折

医生先在内外踝的上方各放一个塔形垫，下方各放一个梯形垫，或放置一个空心垫，防止夹板直接压在两踝骨突处。医生用 5 块夹板进行固定，其中内、外、后板上起自小腿上 1/3 处，下平足跟；前内侧及前外侧夹板较窄，其长度上起胫骨结节，下至踝关节上方。夹板必须塑形，使内翻骨折固定在外翻位，外翻骨折固定在内翻位。最后可加用踝关节活动夹板（铝制或木制），将踝关节固定于 90° 位置 4～6 周。兼有胫骨后唇骨折者，还应固定踝关节于稍背伸位；胫骨前唇骨折者，则固定在跖屈位，并抬高患肢，以利消肿。施行关节融合术者，应固定 3 个月。

三、禁忌证

1. 较严重的开放骨折。
2. 难以整复的关节内骨折。
3. 难以固定的髌骨、股骨颈、骨盆等处骨折。
4. 肿胀严重伴有水疱者。
5. 血管、神经损伤者。

四、常用技术的操作要点

（一）夹板固定技术

夹板固定技术主要包括超肩小夹板固定法、上臂超肘小夹板固定法、上臂双超夹板固定法、肘部塑形夹板固定法、前臂塑形夹板固定法、前臂超肘塑形夹板固定法、腕部塑形夹板固定法、大腿塑形夹板固定法、小腿塑形夹板固定法等。

1. 超肩小夹板固定法

（1）操作前准备

准备物品：肱骨超肩夹板 1 套、对肩带 1 根、小带子 3 根。根据不同年龄，制成不同大小的各种型号备用。

（2）操作步骤

骨折整复后，保持对位，依次放置前、后、内、外侧夹板，使前、后、外 3 块夹板上端超出肩上 3cm。医生操作时用 3 根带子将腋下部分依次绕 2 周结扎。助手用对肩带经健侧腋下，将对肩带的两端分别绑缚于前后夹板的

上端，再将前、后、外3块夹板绑扎在一起，腕颈带将患肢悬吊于胸前，肘屈 90° 。

2. 上臂超肘小夹板固定法

(1) 操作前准备

准备物品：肱骨超肘夹板1套，小带子3~4根。

(2) 操作步骤

保持对位，医生依次放置外、内、前、后侧夹板，使外、内、后侧板超出肘下3cm，先用1根带子将肘关节以上夹板中部绕2周结扎，以做临时固定，再用1根较长带子，在肘上方，由前侧板前方将带子两端分别经内侧、外侧夹板的内侧向后，至两侧板的后方反折，经外侧向前在前侧板的前方交叉，再向后绕4块板2周结扎（名反折带）。此反折带的目的是避免内、外侧板向后滑脱。然后再用带子将其上方绕2周结扎，最后将内、外、后3板于肘下方以带子做交叉结扎，腕颈带悬吊前臂于胸前即可。

3. 上臂双超夹板固定法（超肩超肘夹板固定法）

(1) 操作前准备

准备物品：上臂双超夹板1套，对肩带1根，小带子3~4根。根据不同年龄，制成不同大小的各种型号备用。

(2) 操作步骤

保持对位，医生依次放置外、内、前、后侧夹板，中段以带子绕2周结扎，其他对肩带的结扎方法同超肩夹板固定法，肘上方反折带和肘下方带子的结扎方法同超肘夹板固定法。实际上双超夹板为超肩夹板及超肘夹板的合用。最后以腕颈带悬吊前臂于胸前，肘关节屈曲度的大小根据需要而定。

4. 肘部塑形夹板固定法

(1) 操作前准备

准备物品：肘部塑形夹板1套，小带子4根。根据不同年龄，制成不同大小的各种型号备用。

(2) 操作步骤

保持对位，医生依次放置前、后、内、外侧夹板，先用带子于肘部绕2周结扎，然后再结扎肘部上下的带子，前臂以腕颈带悬吊。

5. 前臂塑形夹板固定法

(1) 操作前准备

准备物品：前臂塑形夹板1套，小带子4根。4块板皆上宽下窄，制成不同大小的各种型号备用。

(2) 操作步骤

保持对位，医生依次放置前、后、内、外侧夹板，4根带子依次绕夹板2周结扎。

6. 前臂超肘塑形夹板固定法

(1) 操作前准备

准备物品：前臂超肘塑形夹板1套，小带子4~5根。

(2) 操作步骤

保持对位、屈肘、前臂中立位，医生依次放置前、后、内、外侧夹板，使内、外、后3块夹板超出肘后3cm。先用带子将中部结扎，在近肘部用带子做反折结扎，再结扎最下端的1根带子，最后于肘后将内、外、后3块夹板做交叉结扎。腕颈带悬吊前臂，或将前臂固定于旋后位。

7. 腕部塑形夹板固定法

(1) 操作前准备

准备物品：腕部塑形夹板1套、小带子3根。

(2) 操作步骤

保持对位，医生依次放置前、后、内侧夹板，用3根带子于上、中、下部位分别各绕2周结扎。腕颈带悬吊前臂。

8. 大腿塑形夹板固定法

(1) 操作前准备

准备物品：大腿塑形夹板1套，小带子4根。

(2) 操作步骤

保持对位，医生依次放置前、后、内、外侧夹板，以3~4根小带子依次绕夹板2周结扎。

9. 小腿塑形夹板固定法

(1) 操作前准备

准备物品：小腿塑形夹板1套，小带子4根。

(2) 操作步骤

保持对位，医生依次放置后、后外、后内、前外、前内侧夹板，并以4根带子绕夹板2周结扎。患者小腿中立位，膝关节微屈，下垫枕或沙袋，腿两侧挤砖或沙袋固定，或放置于板式架上。

（二）石膏固定技术

1. 操作前准备

（1）材料准备

石膏固定之前，应预先准备好石膏工作台、石膏绷带、石膏衬垫（棉织套、棉花卷、软毡等）、胶布、纱布绷带、水桶（盆）、石膏刀、石膏剪、石膏撑开器、石膏电锯等。

（2）皮肤准备

伤肢局部处理应清洁伤肢皮肤，若有张力性水疱者应在无菌条件下穿刺抽吸后外涂龙胆紫（甲紫）；若有创口应更换敷料，并注意胶布条要纵行粘贴，避免环行，以免伤肢肿胀后影响肢体血液循环。

2. 操作步骤

（1）固定体位

一般置固定关节于功能位。

（2）石膏绷带的浸泡及去水

将石膏卷或折叠好的石膏条轻轻平放于 30 ~ 40℃ 的温水桶（盆）内，根据操作速度，每次放入 1 ~ 2 个，待气泡出尽后取出，以手握其两端，挤去多余水分，即可使用。

（3）制作石膏条

干石膏条：用干石膏绷带，按要求铺展，折叠数层，制成干石膏条，然后按折好，捏住其两端放入水中浸泡，取出挤去多余水分后应用。

湿石膏条：将浸湿去水的石膏卷，按所需的长度在石膏台上迅速铺展，来回折叠，边铺边用手抚平，以驱尽气泡，使各层黏合密切。

（4）包扎石膏绷带

包扎石膏卷时，一般由上而下按顺序包缠，要将石膏卷贴着肢体向前滚动，使下圈绷带盖住上圈的 1/3，并注意保持石膏绷带的平整。在躯干及肢体的曲线明显、粗细不等之处，当需向上、下移动绷带时，要提起绷带的松弛部分拉回打折，使绷带贴合体表。操作要迅速、敏捷、准确，两手相互配合，即一手缠绕绷带，另一手朝相反方向抹平，要使每层石膏之间紧密贴合，不留空隙。石膏的上、下边缘及关节部位要适当加厚，以增强其固定作用。整个石膏的厚度以不折裂为原则，一般为 8 ~ 12 层。

（5）塑捏成形、修整及标记

当石膏绷带包至一定厚度尚未凝固时，可用手掌在一定部分施加适当均匀、平面性的压力，使石膏能与肢体的轮廓相符（须在数分钟内完成），以

增强石膏的固定性能,如足弓的塑形。此外,移位骨折石膏固定后,为维持骨折的对位,可采用加压塑形的方法使石膏与肢体外形凹凸一致,形成三点固定作用力,以有效地控制骨折的移位。

3. 石膏的开窗、剖开、切开矫正和拆除

(1) 石膏开窗

应在石膏未干固之前,按需要的大小及部位,在石膏上做一四边形(或其他形状)的全层切开,待石膏干固后(一般术后第二天),将石膏块取出,换药后放归原处,外面再用绷带包扎。如需要紧急开窗,可用石膏电锯锯开,处理完毕后,需将石膏块安放原位并包扎,以免由于该处压力降低致使组织膨出,而在石膏窗边缘形成压迫性溃疡。

(2) 石膏剖开

针对石膏剖开者,可在包石膏前,于预计剖开的轴线置一湿绷带条。剖开石膏时,一手拉起纱布条的一端,另一手执刀切开石膏,并取出纱布条;然后用浸湿的纱布绷带包绕一次,使绷带与石膏黏在一起,石膏干固后固定性能不变。若固定过程中,患者肿胀处嫌石膏过紧时,仅需将剖缝处的纱布剪开,于剖缝处用撑开器扩大一些,并在剖缝处填妥棉花,外用绷带包扎。急诊石膏剖开者,应将石膏的两侧用电锯剖开,使之形成前后两部分,再做处理,如血液循环改善者,可再用绷带包扎。

(3) 切开矫形

以矫正成角畸形为例,石膏干固后,于成角凹侧横形锯开石膏周径的 $3/5 \sim 2/3$,撑开锯开处,矫正成角畸形,并填入相应大小的楔形木块,再以棉花堵塞剩余空隙以保持压力,预防肿胀发生,最后用浸湿石膏绷带封闭裂隙。

(4) 拆除石膏

骨折愈合拆除石膏时,应用石膏锯纵行剖开石膏,锯开时防止损伤皮肤。拆除后,应洗涤皮肤并用弹力绷带包扎,并加强锻炼以防水肿。

4. 石膏托

(1) 前臂石膏托

患者可取立位、坐位或仰卧位。固定范围:自前臂上 $1/3$ 至掌横纹,手指需要固定的须将石膏托向远端延长。拇指不需要固定的应将大鱼际露出,以便拇指充分活动。石膏托一般放在掌侧。固定位置是前臂旋前或中立位,腕关节 30° 背伸位,拇指对掌位,掌指关节功能位。

用卷尺测量由前臂上 $1/3$ 到掌横纹的长度,取宽10cm或7cm的石膏卷

一个，泡水后按测得长度做厚 8～10 层的石膏片，上面敷以棉花或棉纸，再用绷带固定在上述部位。注意保持腕关节及掌指关节功能位。

（2）全臂石膏托

患者取坐位、立位或仰卧位，固定范围自腋下到掌横纹。固定位置是肘关节屈曲 90°，腕背伸 30°，前臂中立或旋后位。石膏托可放在伸侧或屈侧，操作方法同上，可用宽 10cm 的石膏卷制作。

（3）短腿石膏托

患者仰卧位，助手扶患侧小腿，足部伸出台外；坐位则膝关节屈曲，小腿下垂在台外，足部放在医生膝上。固定范围自小腿上 1/3 至超过足尖 1～2cm 处。固定位置是踝关节 90°，足中立位，趾伸直位。

操作前用卷尺测量好长度，用 10cm 或 15cm 宽的石膏卷，泡水后按上述长度制成厚 10～12 层的石膏片。石膏片上放棉花或棉纸，跟骨和两踝部的衬垫要厚些，然后将石膏托和衬垫物用绷带固定在小腿后方。长期使用的石膏托在凝固后可拆卸并加装衬里。

（4）长腿石膏托

患者仰卧位，由助手扶持患侧下肢；俯卧位则将足伸到台外。固定范围自大腿上 1/3 到超过足尖 1～2cm 处。固定位置为膝关节在 165° 微屈位，其他位置同短腿石膏托。

医生先用卷尺测量好长度，将 15cm 宽的石膏卷泡水后制成适当长度、厚 12～14 层的石膏托。腓骨头、跟骨与两踝部要多放些衬垫，然后将石膏托用绷带固定在下肢的后方。

（5）石膏夹板

按石膏托的方法制作 2 条石膏带，分别置贴于被固定肢体的伸侧及屈侧，用手摸贴于肢体，绷带包缠。石膏夹板的固定稳定性优于石膏托，多用于骨关节损伤后肢体肿胀，便于调节松紧，以免影响肢体血运。

五、注意事项和常见不良反应的处理

（一）夹板固定技术

1. 抬高患肢，以利于肢体肿胀消退，可用软枕垫高。
2. 密切观察肢端的血液循环，在固定后 1～4 天注意肢端动脉搏动及肢端的温度、颜色、感觉、肿胀程度，手指或足趾主动活动等，防止缺血性肌挛缩发生。
3. 夹板内固定垫处、夹板两端或骨骼隆突部位出现固定的疼痛点时，

应及时拆开夹板进行检查，防止压迫性溃疡发生。

4. 注意经常调整夹板松紧度。

5. 定期进行影像学检查，了解骨折是否再发生移位，特别在2周内要勤于检查。如有移位，可及时复位。

6. 及时指导患者进行功能锻炼。

7. 根据骨折临床愈合的具体情况，决定是否解除夹板固定。

(二) 石膏固定技术

1. 制作湿石膏条时，须避免出现皱褶，每叠一层均须用手掌抚平，以驱尽气泡，使石膏的每一层凝固密切。石膏卷不可浸泡过久，或从水中取出后等待过久再使用，否则石膏将凝固失效，若勉强使用，各层石膏绷带将不能互相凝固为一个整体，影响固定的效果。

2. 上、下移动包缠时，不能采用翻转石膏卷的办法消除绷带的松弛部分，否则，可在石膏绷带的内层形成皱褶而压迫皮肤。

3. 石膏凝固前，不能变动患肢的体位，否则会使石膏折裂而失去固定作用，并可能在关节的屈侧产生内凸的皱褶，此皱褶外观不明显，但向内可压迫皮肤，甚至影响肢体血运。为加速石膏的干固，可用电吹风或红外线灯泡烘干。

4. 石膏固定完成后，应抬高患肢，以利于消肿，下肢可用软枕垫高，上肢可用输液架悬挂；肢体肿胀消退后，如石膏固定过松失去作用时，应及时更换石膏。

5. 防止局部皮肤尤其是骨突部受压，并注意患肢血液循环有无障碍，如有肢体受压现象，应及时将石膏纵行全层剖开松解进行检查，并做相应处理。

6. 石膏固定期间，应指导患者及时进行未固定关节的功能锻炼，以及石膏内肌肉收缩活动，并定期进行X线检查。

(撰稿人：袁普卫、于杰)

第三节 牵引技术

一、简介

牵引技术是通过牵引装置，利用悬垂之重量为牵引力，身体重量为反牵引力，达到缓解肌肉紧张和强烈收缩，整复骨折、脱位，预防和矫正软组织

挛缩，以及对某些疾病术前组织松解和术后制动的一种治疗方法，多用于四肢和脊柱。

二、临床应用

（一）主要适应证

皮肤牵引技术：骨折需要持续牵引治疗，但又不需要强力牵引或不适于骨骼牵引、布带牵引者，如小儿股骨干骨折、小儿轻度关节挛缩症、老年股骨转子间骨折及肱骨髁上骨折因肿胀严重或有水疱不能即刻复位者，以及成人股骨干骨折或股骨颈骨折的临时制动。

骨牵引技术：成人肌力较强部位的骨折；不稳定性骨折、开放性骨折；骨盆骨折、髌骨骨折及髌关节中心脱位；学龄儿童股骨不稳定性骨折；颈椎骨折与脱位；无法实施皮肤牵引的短小管状骨骨折，如掌骨、指（趾）骨骨折；术前准备，如人工股骨头置换术等；关节挛缩畸形者；其他需要牵引技术而又不适于皮肤牵引者。

（二）病证举例

1. 儿童股骨干骨折

患肢剃除毛发并用肥皂水、清水洗净，拭干。裁剪适当长（患肢2倍）、宽（3～5cm）的胶布，中部贴一个扩张板，孔中穿过牵引绳，胶布两端中央剪开一定长度。胶布上方一般与骨折平面平齐或稍高，扩张板与足底相距5cm，骨突部垫以小纱布。以绷带两卷自踝上缠绕患肢，直至胶布顶端远侧1cm处。患肢置于托马斯架上，通过滑车的重锤（一般为体重的1/12～1/8）牵引，牵引时间为4周。

2. 胫腓骨骨折

在小腿下方垫一沙袋，以使足跟抬高，消毒足跟周围皮肤，铺无菌巾，嘱助手执患肢前足部，维持踝关节于中立位，以内踝与足跟顶连线之中点作为穿针点。局部麻醉后，用手摇钻将克氏针自内侧旋转穿入，直达骨骼。克氏针贯穿跟骨至对侧皮外，套上牵引弓即可。穿针时应注意穿针方向，胫腓骨干骨折时，针与踝关节面略倾斜15°，即针的内侧进入处低，外侧出口处高，这样有利于恢复胫骨的正常生理弧度。成人初始牵引重量为体重的1/10～1/7，维持重量为3～5kg，牵引时间为4～6周。

三、禁忌证

(一) 皮肤牵引技术

1. 皮肤对胶布过敏者。
2. 皮肤有损伤或炎症者。
3. 肢体有血液循环障碍者，如静脉曲张、慢性溃疡、血管硬化及栓塞等。
4. 骨折严重错位需要重力牵引方能矫正畸形者。
5. 开放创伤污染严重者。

(二) 骨牵引技术

1. 牵引处有炎症或开放创伤污染严重者。
2. 牵引局部骨骼有病变及严重骨质疏松者。
3. 牵引局部需要切开复位者。

四、常用技术的操作要点

(一) 皮肤牵引技术

1. 操作前准备

操作前应准备以下物品。

宽胶布：长度为骨折线以下肢体长度与扩张板长度 2 倍之和，宽度为扩张板的长度。

扩张板：为长方形，长宽比为 4 : 3，宽度应比足中部宽 2cm。

其他：牵引绳、重锤等。

2. 操作步骤

按肢体粗细和长度，将胶布剪成相应宽度（一般与扩张板长度一致），并撕成长条，其长度应根据骨折平面而定，即骨折线以下肢体长度与扩张板长度 2 倍之和。

将扩张板贴于胶布中央，但应稍偏内侧 2 ~ 3cm，并在扩张板中央孔处将胶布钻孔，穿入牵引绳，于板之内侧面打结，防止牵引绳滑脱。

防止胶布粘卷，医生将胶布两端按三等分或两等分撕成叉状，其长度为一侧胶布全长的 $1/3 \sim 1/2$ 。

在助手协助下，于骨突处放置纱布，医生先持胶布较长的一端平整地贴在患者大腿或小腿外侧，并使扩张板与足底保持两横指的距离，然后将胶布的另一端贴于内侧，注意两端长度相一致，以保证扩张板处于水平位置。

用绷带缠绕，将胶布平整地固定于肢体上，勿缠绕过紧以防影响血液循环。将肢体置于牵引架上，根据骨折对位要求调整滑车位置及牵引方向。牵引重量根据骨折类型、移位程度及肌肉发达情况而定，小儿宜轻，成人宜重，但不能超过 5kg。

（二）垂直悬吊皮肤牵引技术

1. 操作前准备

操作前应准备以下物品。

宽胶布：长度为骨折线以下肢体长度与扩张板长度 2 倍之和，宽度为扩张板的长度。

扩张板：长方形，长度与宽度之比为 4 : 3，宽度应比足中部宽 2cm。

其他：牵引绳、重锤等。

2. 操作步骤

按肢体粗细和长度，将胶布剪成相应宽度（一般与扩张板长度一致）并撕成长条，其长度应根据骨折平面而定，即骨折线以下肢体长度与扩张板长度 2 倍之和。

将扩张板贴于胶布中央，但应稍偏内侧 2 ~ 3cm，并在扩张板中央孔处将胶布钻孔，穿入牵引绳，于板之内侧面打结，防止牵引绳滑脱。

防止胶布粘卷，医生将胶布两端按三等分或两等分撕成叉状，其长度为一侧胶布全长的 1/3 ~ 1/2。

在助手协助下，骨突处放置纱布，医生先持胶布较长的一端平整地贴在患者大腿或小腿外侧，并使扩张板与足底保持两横指的距离，然后将胶布的另一端贴于内侧，注意两端长度相一致，以保证扩张板处于水平位置。

用绷带缠绕，将胶布平整地固定于肢体上。勿缠绕过紧以防影响血液循环。

用同样的方法将两侧肢体垂直悬挂于牵引架上。牵引重量应使患儿臀部悬空，利用自身重量牵引。

（三）骨牵引技术

骨牵引技术主要包含颅骨牵引、尺骨鹰嘴牵引、股骨下端牵引、胫骨结节牵引技术。

1. 颅骨牵引

（1）操作前准备

患者取仰卧位，头下枕一沙袋，剃光头发，用肥皂及清水洗净，擦干。

（2）操作步骤

1) 定位：医生可采用以下方法：①用龙胆紫（甲紫）在头顶正中画 1 条前后矢状线，分头顶为左右两半，再以两侧外耳孔为标记，经头顶画 1 条冠状线，两线在头顶相交，相交处为中点。张开颅骨牵引弓两臂，使两臂的钉齿落于距中点两侧等距离的冠状线上，该处即为颅骨钻孔部位。②由两侧眉弓外缘向颅顶画 2 条平行的矢状线，两线与上述冠状线相交的左右 2 点，为钻孔的位置。

2) 消毒与铺巾：以颅骨牵引点为中心，消毒范围半径约 15cm，保护眼睛和耳部，防止消毒液体进入眼睛和耳朵。医生用碘伏（对碘伏过敏者用 75% 乙醇，以下相同）消毒 3 遍，先在头下铺 1 条无菌巾，其他 3 块在术区上面和左右露出 2 个颅骨牵引点，铺无菌巾。

3) 麻醉：采用 2% 利多卡因局部麻醉，用 5mL 注射器回抽 3mL 利多卡因，在进针点刺入皮下，回抽无血后注入利多卡因注射液，局部出现白色皮丘，范围约直径 2cm，对侧操作与本侧相同。

4) 安装牵引弓：安装流程如下。①切口：麻醉后，用尖刀在两点处各做一条长约 1cm 的小横切口，深达骨膜，如果有明显出血，用弯钳钳夹出血点，手术缝合线结扎止血。②钻孔：用带安全隔板的钻头在颅骨表面斜向内侧约 45°，以手摇钻钻穿颅骨外板（成人约 4mm，儿童为 3mm），操作时避免穿透颅骨内板损伤脑组织。③装颅骨牵引弓：将牵引弓两钉齿插入骨孔内，拧紧牵引弓螺丝钮，使其牵引弓钉齿固定牢固，缝合切口并用 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖伤口。④安装牵引架和牵引重锤：牵引弓系牵引绳，将带有滑轮的牵引架固定在床头（可以用自由的装置或其他绳子等），牵引绳通过滑轮，末端系好已经准备好的牵引重锤，抬高床头进行牵引。

2. 尺骨鹰嘴牵引技术

（1）操作前准备

患者仰卧位，屈肘 90°，前臂中立位。

（2）操作步骤

1) 定位：尺骨鹰嘴下 2cm，尺骨嵴旁一横指处，即为穿针部位，用龙胆紫（甲紫）标记。

2) 消毒铺巾：常规皮肤消毒（以进针点为中心，消毒范围半径约为 15cm，用碘伏或 75% 乙醇，消毒 3 遍），铺巾（先在肘下铺 1 块无菌巾，其他 3 块在肘上和左右，露出 2 个进针点，铺无菌巾）。

3) 麻醉: 局部浸润麻醉, 采用局部 2% 利多卡因麻醉, 用 5mL 注射器回抽 3mL 利多卡因, 在进针点插入, 至皮下, 回抽无血后注入利多卡因注射液, 局部出现白色皮丘, 范围约直径 2cm (对侧操作与本侧相同)。

4) 安装牵引弓: 医生先将克氏针安装到手摇钻上, 助手将进针点皮肤向上拉紧, 将克氏针自内向外刺入直达骨骼, 注意避开尺神经, 然后转动手摇钻, 克氏针与骨干垂直并与床面平行钻入, 并穿出对侧皮肤, 使外露克氏针两侧相等, 以 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针眼处, 安装牵引弓进行牵引。儿童患者可用布巾钳代替克氏针直接牵引。

3. 股骨下端牵引技术

(1) 操作前准备

患者取仰卧位, 伤肢置于牵引架上, 使膝关节屈曲 40°。

(2) 操作步骤

1) 定位: 内收肌结节上 2cm 股骨下端前后中点为穿针部位, 用龙胆紫 (甲紫) 标记。

2) 消毒铺巾: 常规消毒 (方法同上), 铺巾 (先在股骨下端下面铺 1 块无菌巾, 其他 3 块在术区上面和左右, 露出 2 个进针点, 铺无菌巾)。

3) 麻醉: 局部浸润麻醉 (方法同上)。

4) 安装牵引弓: 医生先将克氏针安装到手摇钻上, 助手将进针点皮肤向上拉紧, 将克氏针穿入皮肤, 直达骨质, 针与骨干垂直并与床面平行, 徐徐转动手摇钻, 当穿过对侧骨皮质时, 同样向上拉紧皮肤, 以手指压迫针眼处周围皮肤, 穿出钢针, 使两侧钢针相等, 之后用医用乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针孔, 安装牵引弓, 进行牵引。

4. 胫骨结节牵引技术

(1) 操作前准备

患者取仰卧位, 将患肢置于牵引架上。

(2) 操作步骤

1) 定位: 穿针的部位在胫骨结节向后 1.25cm 处, 在此点平面稍向远侧部位即为进针点, 用龙胆紫 (甲紫) 标记。

2) 消毒铺巾: 运用常规消毒 (方法同上), 铺巾 (先在胫骨结节下面铺 1 块无菌巾, 其他 3 块在术区上面和左右, 露出 2 个进针点, 铺无菌巾)。

3) 麻醉: 局部浸润麻醉 (方法同上, 注意避开腓总神经)。

4) 安装牵引弓: 医生先将克氏针安装到手摇钻上, 由外侧向内侧进针, 以免伤及腓总神经。助手将进针点皮肤向上拉紧, 将克氏针穿入皮肤, 直

达骨质，针与骨干垂直并与床面平行，徐徐转动手摇钻，当穿过对侧骨皮质时，同样向上拉紧皮肤，以手指压迫针眼处周围皮肤，穿出钢针，使两侧钢针相等，之后用 75% 乙醇纱布或碘伏纱布覆盖针孔，安装牵引弓，进行牵引。

（四）布托牵引技术

1. 颌枕带牵引

目前使用的颌枕带一般为工厂加工成品，分为大、中、小号，也可自制，用 2 条布带按适当角度缝在一起，长端托住下颌，短端牵引枕后，两带之间再以横带固定，以防牵引带滑脱，布带两端以金属横梁撑开提起，并系牵引绳，通过滑轮连接重量砝码进行牵引。

2. 骨盆悬吊牵引

布兜以长方形厚布制成，其两端各穿一木棍。患者仰卧位，用布兜托住骨盆，以牵引绳分别系住横棍之两端，通过滑轮进行牵引。

3. 骨盆牵引带牵引

用 2 条牵引带，一条骨盆带固定骨盆，另一条固定胸部，并系缚在床头上，再以两根牵引绳分别系于骨盆牵引带两侧扣眼，通过床尾滑轮进行牵引，也可以将两侧的牵引带连接到电动牵引床进行牵引。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 根据患者的年龄、体质、骨折的部位和类型、肌肉发达的程度和组织损伤情况的不同，可分别选用不同的牵引方式。

2. 牵引重量以骨折缩短移位程度和患者体质而定，应随时调整，牵引重量不宜太过与不及。

3. 注意有无皮炎发生，特别是小儿皮肤柔嫩，对胶布反应较大，若有不良反应，应及时停止牵引。

4. 注意胶布和绷带是否脱落，滑脱者应及时更换；特别注意检查患肢血运及足趾（指）活动情况，一旦发现血运异常，应及时解除牵引。

5. 经常检查足部两侧与皮肤接触的部位，防止压迫性溃疡。

6. 腘窝及跟腱处应垫棉垫，切勿悬空。

7. 密切观察双下肢远端及末梢血运情况，因为牵引时，双下肢高出心脏水平，易发生血液供应不足。

（撰稿人：林定坤、毕方杉）

第九章

肛肠科技术

第一节 挂线技术

一、简介

挂线技术是利用药线、橡皮筋等材料，选择性缚于瘻管，通过引流或缓慢切割治疗肛瘻及肛周脓肿等疾病的一种外治技术，挂线技术能有效减少对肛门括约肌的损伤。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 引流挂线技术的适应证，包括肛瘻、肛周脓肿引流。
2. 切割挂线技术的适应证，包括高位肛瘻、复杂性肛瘻。

（二）病证举例

1. 肛痈（肛周脓肿）

一般而言，浅表的肛周脓肿直接切开引流即可，而高位、复杂性的肛周脓肿常需要采用挂线技术治疗，以保护肛门功能。切开引流应保证通畅，不留死腔。

2. 肛漏（肛瘻）

肛瘻的主要治疗手段是手术，基本治疗原则是祛除病灶、消除肛瘻内口和上皮化的瘻管，保持引流通畅，最大限度减少对肛门括约肌的损伤，保护肛门功能。部分复杂性肛瘻可有计划地进行分期手术治疗，将切开、切除、挂线等多种术式组合应用。

三、禁忌证

1. 直肠阴道瘘。
2. 肛瘘恶变或因恶性肿瘤导致的肛瘘。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

常用器具：橡皮筋、丝线、探针、肛门镜。

(二) 操作步骤

1. 引流挂线技术

(1) 术前准备

术前备皮、灌肠清洁直肠下段。

(2) 体位

常用侧卧位或截石位。

(3) 麻醉方式

局麻或椎管内麻醉。

(4) 手术步骤

1) 肛周脓肿引流挂线：于脓肿波动明显处或在腔内超声引导下切开引流。出脓液后，用手指分离脓腔内间隔，对于波及多个间隙的脓肿采用引流挂线。用弯血管钳自切口处探入脓腔，以利于引流和避免损伤括约肌为原则，于肛旁1个或多个切口，分别引入橡皮筋或多股丝线形成对口引流，保持引流物呈松弛状态。对于内口明确的脓肿，可用探针探入，通过脓腔自内口穿出，引入橡皮筋或丝线，用于标记或二期切开。术后每天冲洗换药，至红肿疼痛消退，无明显脓水时，拆除引流物，以垫棉法包扎，至脓腔闭合。

2) 肛瘘引流挂线：根据肛瘘瘘管位置、数量、走行与括约肌的关系确定引流挂线部位。以球头探针自瘘管外口处探入，如外口暂时闭塞，可做切开，与主瘘管贯通后，用刮匙刮除瘘管内腐肉组织，再将球头探针置入管道内，探针头端与10股7号医用丝线连接后引入瘘管，使线保持松弛状态。多个支管可用同样方法处理。术后待脓性分泌物减少后可分次撤除丝线，撤线过程中配合垫棉法，至瘘管闭合。

2. 切割挂线技术

切割挂线法的机制是利用挂线的弹性张力缓慢切割括约肌，切割后形成的纤维化，需要确保括约肌断端不分离。通常有两种切割挂线方法：一期

挂线切割法，通过保持静止张力或逐步紧线而达到切割目的；二期挂线切割法，包括先进行瘘管切开术，再进行挂线切割，或先做挂线引流，再做紧线切割。

（1）术前准备、体位、麻醉方式

同“引流挂线技术”。

（2）手术步骤

1) 内口的探查：肛门指检经肛管皮肤触及条索状瘘管，在齿线附近可触及硬结或凹陷，常为内口；或采用染色法，在肛管直肠内填塞纱布，从外口注入亚甲蓝药液，填入的纱布被染蓝，即可判断内口的存在与位置；也可以从外口注入双氧水溶液，若瘘管通畅，内口处会冒出气泡，即可判断内口的存在与位置，也可用双氧水配合亚甲蓝使用；最常用探针法，即将左手食指置入肛内，右手持球头探针自肛瘘外口探入，沿瘘管走行，轻柔而仔细地寻找内口所在，切忌使用暴力，以免造成假内口。如探针探至内口黏膜处，不能直接探出时，应将探针稍退出，向邻近肛隐窝探查，如仍不能确定，可在肛门镜下以隐窝钩探查可疑肛隐窝。如肛隐窝深度超过 1cm，则多为内口，继续探查常可与探针相遇，引导探针从内口探出。

2) 切割挂线：将探针自瘘管外口探入，沿瘘管走行切开皮肤、皮下，清除瘘管内腐肉或管壁，显露其括约肌部分。将丝线连接探针头端和橡皮筋，使橡皮筋自内口进入，从外口引出，收紧橡皮筋。

3) 紧线：术后 7～10 天再次紧线，在自然状态下缩短 2～5mm。对于复杂性肛瘘或瘘管弯曲者，如内口只有 1 处，可在内口与主瘘管处挂紧线，用中医垫棉法促进瘘管闭合。对于有多个内口的复杂性肛瘘，可同时分别行挂线处理。但每次紧线仅限 1 处，且根据括约肌厚度，先紧表浅处瘘管，以减少损伤。紧线时，可采用利多卡因注射液在挂线处周围肌肉内及创缘处注射以减轻疼痛。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 对于高位肛周脓肿内口不明确的患者，仅行挂线引流。如果后期形成肛瘘，可择期再次切开或切割挂线。

2. 对于有多个内口的多发性肛瘘，可同时分别挂线处理，交替紧线，避免同时切开，减少损伤，维护肛门功能。

3. 肛瘘创面较深时，需待创面缩小后逐步紧线。

4. 如内口较大，可采用多股丝线挂线引流，随创面缩小逐步撤除，直

至愈合。

5. 术前应行直肠腔内超声或磁共振成像检查,以帮助确定瘻管走行和内口位置,这对于多次治疗不愈或反复发作情况复杂者更有意义。

(撰稿人:杨巍、陆宏)

第二节 结扎技术

一、简介

结扎技术是一项中医传统技术,包含单纯结扎、胶圈套扎、弹力线套扎、痔动脉结扎、外剥(切)内扎及直肠脱垂黏膜结扎等,适用于各类痔病及直肠脱垂。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 单纯结扎技术适用于内痔Ⅱ期、Ⅲ期,痔核较小,分界清楚。
2. 胶圈套扎技术适用于内痔Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期。
3. 弹力线套扎技术适用于各期内痔和混合痔的内痔部分,尤其是Ⅱ期、Ⅲ期内痔。
4. 痔动脉结扎技术适用于各期内痔、混合痔的内痔部分、结缔组织外痔。
5. 外剥(切)内扎术适用于混合痔。
6. 直肠脱垂黏膜结扎技术适用于小儿Ⅲ度直肠脱垂,成人Ⅱ度、Ⅲ度直肠脱垂。

(二) 病证举例

内痔

内痔Ⅱ、Ⅲ期建议用单纯结扎技术,即用丝线或药制丝线缠扎在痔核的根部,使痔核坏死脱落,再经创面逐渐愈合。保守治疗无效的内痔Ⅰ~Ⅲ期患者及无手术禁忌证的内痔Ⅳ期患者,建议采用胶圈套扎法或弹力线套扎技术。内痔Ⅱ、Ⅲ期可采用痔动脉结扎技术,该技术是指在特殊肛门镜下采用B超定位痔动脉并缝扎,以阻断痔血供,引起痔萎缩。

三、禁忌证

1. 患有严重心、肝、肾疾病，炎症性肠病，直肠恶性肿瘤及凝血功能障碍者。
2. 妊娠期女性。
3. 乳胶过敏者禁用胶圈套扎技术。
4. 肛门直肠周围脓肿。
5. 急慢性腹泻。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

常用器具及操作设备：结扎线、套扎器、肛门镜，多普勒超声治疗仪器。

（二）操作步骤

1. 单纯结扎技术

麻醉消毒后，以血管钳自齿线上的2～3mm处夹持痔核上提，在痔核下方皮肤做一“V”字形切口，用弯血管钳钳夹内痔基底部，以丝线结扎或缝扎。

2. 胶圈套扎技术

（1）吸引套扎

以肛门镜直视痔核，以接有吸引器的套扎器接触痔核并吸入枪内，激发推进开关，套入目标组织，释放负压。

（2）牵引套扎

以肛门镜直视痔核，组织钳钳夹并牵引痔核进入套扎器内，推入胶圈扎于痔核根部。

（3）钳夹套扎

以组织钳夹住痔核基底，另用一血管钳将预先套在组织钳上的胶圈挑起，套于组织钳下完成套扎。

3. 弹力线套扎技术

以肛门镜直视痔核，通过负压将痔核组织吸入套扎器枪内，激发推进开关，将弹力线套扎于痔核根部并收紧，释放负压。

4. 痔动脉结扎技术

将带有多普勒超声探头的肛门镜置入直肠末端，探头置于齿状线上

2 ~ 3cm 处, 探测供应痔血流的动脉并进行缝合结扎。

5. 外剥(切)内扎术

常规消毒, 外痔边缘处做“V”字形切口, 剥离至齿线后, 再用弯止血钳夹住内痔部分, 在钳下行“8”字贯穿结扎。

6. 直肠黏膜脱垂结扎技术

麻醉成功后, 患者取截石位, 以弯止血钳钳夹脱垂的直肠黏膜, 10 号丝线结扎, 自脱垂顶端起始位置开始至脱垂底部, 沿直线每隔 0.5 ~ 1cm, 纵行间距 2cm 做黏膜结扎固定, 使结扎点成一纵行, 结扎脱垂段的全部黏膜。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 结扎要紧, 以免内痔达不到坏死程度而不能脱落, 出现出血风险。
2. 同时套扎不超过 3 个痔核, 避免因同一个平面套扎过多痔核导致肛门直肠狭窄。
3. 避免将齿线以下的肛管皮肤套入, 产生剧痛。
4. 痔动脉结扎术操作时, 缝扎在齿状线上 1 ~ 3cm 处进行, 缝扎深度应以结扎黏膜下动脉为宜。
5. 外剥(切)内扎术切口间要保留黏膜和皮肤 0.5 ~ 1cm, 以防肛门狭窄。
6. 直肠黏膜脱垂结扎技术操作时, 黏膜排列结扎术的各结扎点之间一定要保留正常黏膜至少 0.5cm, 防止因结扎点过近导致黏膜大片脱落坏死。
7. 术后保持大便通畅, 预防腹泻及便秘。

(撰稿人: 于永铎、路越)

第三节 中药灌肠技术

一、简介

中药灌肠技术是将中药药液自肛门灌入直肠及结肠, 使具有清热解毒、软坚散结、活血化瘀等作用的药液保留于肠道内, 通过局部和全身作用达到治疗目的的一种技术。该法对黏液便、脓血便、腹痛、泄泻及里急后重、便秘等症状疗效较好。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 不保留灌肠技术适用于便秘或肠道术前准备患者。
2. 保留灌肠技术适用于内、外、妇、儿等科疾病不便服药患者，尤其适用于肛肠局部炎性疾病患者。
3. 直肠滴注技术适用于休息痢（炎症性肠病）病变累及左半结肠者。
4. 气药灌肠技术适用于休息痢（炎症性肠病）病变累及全结肠者。

（二）病证举例

休息痢（炎症性肠病）

休息痢的灌肠处方为黄连 15g，黄柏 15g，马齿苋 10g，白头翁 10g，五倍子 10g，地榆炭 30g，出血多者加败酱草 10g，蒲公英 10g，地榆炭 10g，槐花炭 10g，仙鹤草 10g，诃子 10g。诸药放入砂锅中，加 500mL 水浸泡 30～60 分钟，浓煎后取 100mL，保留灌肠，每天 1～3 次。

三、禁忌证

1. 肛门失禁患者。
2. 急腹症和胃肠道出血者。
3. 妊娠期女性。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

配制药液所需的材料、一次性肠道冲洗袋、量杯、水温计、润滑剂（液状石蜡）、一次性巾单等，保持室温适宜。

（二）操作步骤

1. 不保留灌肠技术

（1）治疗前准备

- 1) 了解患者的病情、临床诊断、排便情况、理解配合能力等。
- 2) 关闭门窗，用屏风遮挡患者。室温适宜，光线充足。
- 3) 灌肠前 30 分钟，患者需排空小便。
- 4) 医生向患者介绍灌肠方法及注意事项，取得其配合。
- 5) 药温 37～41℃，药液量 80～100mL。

(2) 操作步骤

1) 体位: 患者取左侧屈膝卧位, 臀部垫高 10 ~ 20cm。

2) 插管: 连接好排气装置后戴手套, 润滑肛管, 嘱患者张口呼吸, 将肛管轻轻插入直肠 7 ~ 10cm。当因肛门括约肌收缩等原因导致肛管难以插入时, 可让患者放松或用指腹按摩肛周, 待患者放松后再将肛管缓缓插入。

3) 拔管: 药液注入完毕, 拔出肛管, 让患者平卧, 嘱保留 5 ~ 10 分钟后再排便。

2. 保留灌肠技术

(1) 治疗前准备

同“不保留灌肠技术”, 药液量可根据具体情况适当调整。

(2) 操作步骤

1) 体位: 患者取左侧屈膝卧位, 臀部垫高 10 ~ 20cm。

2) 插管: 连接好排气装置后戴手套, 润滑肛管, 嘱患者张口呼吸, 将肛管轻轻插入直肠 15 ~ 20cm, 以高位灌肠为佳。

3) 拔管: 药液注入完毕, 拔出肛管, 嘱患者收缩肛门, 保留灌肠液, 保留时间不少于 30 分钟, 每天 1 ~ 3 次。

3. 直肠滴注技术

(1) 治疗前准备

治疗前准备与“不保留灌肠技术”前 4 条相同, 药液量可根据具体情况适当调整, 常用药液量 200mL。

(2) 操作步骤

1) 体位: 患者取左侧屈膝卧位, 臀部垫高 10 ~ 20cm。

2) 插管: 连接好排气装置后戴手套, 润滑肛管, 嘱患者张口呼吸, 将肛管轻轻插入直肠 10 ~ 12cm。

3) 滴注: 滴速 60 ~ 90 滴 / 分钟。用胶布将肛管固定于臀部。为使灌肠液能较好保留, 药液滴注完成后可保持头低足高位 20 分钟。

4) 拔管: 药液注入完毕, 拔出肛管, 嘱患者尽量保留药液。

4. 气药灌肠技术

(1) 治疗前准备

同“不保留灌肠技术”。

(2) 操作步骤

患者取左侧屈膝卧位, 将电脑灌肠仪输出管连接于肛管皮条, 启动机器排空管道内空气后, 将灌肠压力设置为 7 ~ 11kPa, 根据患者病变范围和耐

受程度调节药液灌入时间，一般为 20 ～ 40 秒，液体量为 50 ～ 200mL。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 不保留灌肠技术需要注意的是，当患者感觉腹胀或有便意时，应将灌肠器适当放低并嘱患者张口深呼吸，以减轻腹压。

2. 保留灌肠技术需要注意的是，患者行灌肠后即休息，可抬高臀部，以保留灌肠液。每天灌肠次数、灌肠液量要因人、因病而异。

3. 直肠滴注技术需要注意的是，患者行灌肠后即休息，不要下床活动，有便意时可深呼吸，以降低腹压。注意患者是否耐受灌肠液的温度、流速、压力和溶液量。

4. 气药灌肠技术需要注意的是，该技术仅适用于轻中度休息痢。左半结肠病变为主者，灌肠液液体量酌减，约为 100mL。灌肠过程中应随时注意观察患者的病情变化，如发现患者脉搏加速、面色苍白、出汗、剧烈腹痛、心悸、胸闷，应立即停止灌肠，采取相应的急救措施。

（撰稿人：樊志敏、章阳）

第十章

气功类技术

第一节 五禽戏

一、简介

五禽戏之名首见于《后汉书·方术列传》，其云：“人体欲得劳动，但不当使极耳。动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生……吾有一术，名五禽之戏：一曰虎，二曰鹿，三曰熊，四曰猿，五曰鸟。亦以除疾，兼利蹄足，以当导引。体有不快，起作一禽之戏，怡而汗出，因以著粉，身体轻便而欲食。”五禽戏之动作具有虎的威猛、鹿的轻灵、熊的笨拙、猿的灵活、鸟的舒展。每一戏按照动物特征与中医五脏特性相配伍，虎属肾、鹿属肝、熊属脾、猿属心、鸟属肺。经常习练可强五脏，壮筋骨，通血脉。

二、操作技术

五禽戏由起式、正功十式及收式、功后整理组成。整套动作左右各做3遍。习练五禽戏应遵循动作缓慢、柔和且连绵不断的特点。习练1遍不少于12分钟。

（一）五禽戏基本手型

手型是五禽戏模仿动物特征动作的一个象征，所模仿的动物特征之“象”，通过手型配合肢体动作而得以体现，是做到“象形取意”的重要一环。同时，动作习练中不同手型变换增强了手部经筋的锻炼效果。

鹿角手型：中指、无名指屈曲内扣劳宫，拇指、食指、小指伸直。

猿钩手型：五指指端微屈对捏，屈腕呈钩手状。

熊掌手型：五指并拢，指末节屈曲。

鸟翅手型：中指、无名指并拢向下，其他3指上翘，如鸟翅展飞。

虎爪手型：五指撑开，虎口撑圆，第一、第二指指间关节弯曲内扣，呈钝钩，如虎爪抓物状。

（二）起式

1. 调身

松静站立，面南，两足并拢站立，两臂自然下垂，头正颈松，目视前方。

动作1：两足平行开立，左足向左平开一步，与肩等宽。

动作2：两肘微屈，两掌向前上托平肩。

动作3：两掌内合回拉，下按体侧。

做3遍。

2. 调息

动作1：自然呼吸。

动作2：收腹吸气。

动作3：松腹呼气。

3. 调心

动作2：意守劳宫。

动作3：意守丹田。

（三）鹿戏

1. 第一式：梅鹿伸腰

（1）调身

动作1：右腿站立，左腿提膝呈90°，两手提至腰间，掌心向上，指尖向前。

动作2：两手呈鹿角内旋上举，左足前蹬。

动作3：两臂与左腿外展下落。

（2）调息

动作1：自然呼吸。

动作2：收腹吸气。

动作3：松腹呼气。

（3）调心

存想梅鹿沐浴朝阳，伸展肢体。

动作2：意守劳宫。

动作 3：意守丹田。

(4) 操作提示

两手呈鹿角上举时内旋，使两臂旋扭以加大牵拉运动肋肋的力度；腿部展胯要完全打开，以利于肝经畅通。前蹬力在脚跟，以增强腿后部足太阳膀胱经筋的牵拉，肝肾同调。

2. 第二式：成鹿亮角

(1) 调身

动作 1：左侧弓步。两手呈鹿角，左臂向左平伸，坐腕，指尖向上。右臂举向头上方，掌心向外。

动作 2：回收转腰摆胯，右脚内扣，动作及手型还原。

目随手动。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

(2) 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

(3) 调心

存想麋鹿体态安详，伸颈亮角。

动作 1：意守劳宫。

动作 2：意守丹田。

(4) 操作提示

前出弓步为自然一小步，切勿向前方迈出大步，以免回收时膝关节受力不均；同时膝关节勿超过脚尖，以免前倾损伤关节。两臂伸举时，左手坐腕、指尖向上，右臂上举、掌心向外，均用旋扭之力，侧身牵拉运动两肋，自我按摩肝胆，伸展疏通肝胆经脉。

(5) 功理与作用

“鹿运两肋疏肝木”：疏肝利胆，养血强筋。鹿戏侧重运动两肋，按摩肝胆，疏通肝胆经脉，疏肝强筋，补养肝气。主治生殖系统、运动系统及肝气不畅、筋脉、目窍失养等病证。

(四) 猿戏

1. 第一式：白猿攀枝

(1) 调身

动作 1：轻提左膝抬右手，手脚同落。

动作 2：右腿提膝呈 90°，左臂上举，五指上攀，右手呈猿钩提至胸肋。

动作 3：动作及手型还原。

目随左手。右式方向相反。左式、右式各做3遍。

(2) 调息

动作1：自然呼吸。

动作2：收腹吸气。

动作3：松腹呼气。

(3) 调心

存想白猿敏捷灵巧，攀缘树枝。

动作2：意守左劳宫。

动作3：意守丹田。

(4) 操作提示

此式一上一下举臂与落臂，以纵向运动心胸。提膝高低可根据自身体质灵活掌握，循序渐进。注意提膝向身体中线内合，手上伸眼随手走，抬头上望。

2. 第二式：白猿抓痒

(1) 调身

动作1：两足平行站立。两臂平举，左手向头上方划弧，右手向下划弧至腹前。

动作2：左歇步。左手划向左胁，右手划向右额。

动作3：左手至左胁，右手至右额。再上下交换，左手上抬至左额，右手下落至右胁。然后两手移至胸前，分别做屈指、屈腕、掣肘连续小幅度仿白猿抓痒3次。

目随手动。右式方向相反。左式、右式各做3遍。

(2) 调息

动作1：收腹吸气。

动作2：松腹呼气。

动作3：自然呼吸。

(3) 调心

存想白猿抓痒，逍遥自在。

动作1：意守劳宫。

动作2：意守丹田。

动作3：意守鸠尾。

(4) 操作提示

屈指、屈腕、掣肘小幅度高频率仿白猿抓痒动作。抓痒时保持头正颈

松，含胸拔背，以利于心脉调畅。歇步上身保持脊柱自然平直，中正安舒，转头左看右看，要眼神内敛。颤抖肩带大臂，小幅度快速抖动，切记不要只动手指或抖动幅度过大。

(5) 功理与作用

“猿运心胸益心火”：养心通脉，提神健脑。猿戏运动部位侧重心、胸，通过不同角度伸展牵拉心、胸，能够按摩心脏，伸展疏通心、小肠经脉，刺激心神，养心健脑。主治心脑血管系统疾病及心血不畅、心神失养等病证。

(五) 熊戏

1. 第一式：笨熊游走

(1) 调身

动作 1：右腿站立。左腿提胯屈膝 90° 提踵，两手呈熊掌，左掌后搂，右掌前抓，高与脐平。

动作 2：动作及手型还原。

目随左手。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

(2) 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

(3) 调心

存想笨熊游走于林海，寻觅猎物。

动作 1、动作 2：意守中脘。

(4) 操作提示

左腿提胯与两掌平脐，右掌前抓，左掌后搂，且目随掌爪，肩与胯以相反方向形成拧力，左式、右式交替，以致胃肠有推挤感。提膝抬腿，要求用腹外侧、胯部及大腿上部的肌群，腹部要主动张紧，以增加腹部胃肠的按摩作用。

2. 第二式：笨熊晃体

(1) 调身

动作 1：身体左转 45°，左鸡形步。两手呈熊掌，左肩向后上抬，右肩下垂，以肩带臂，掌心相对。

动作 2：左肩下垂，右肩上抬，手型还原。目随左手。右式方向相反。左式做 3 遍。换右式做 3 遍。

(2) 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

（3）调心

存想笨熊晃动身躯，鼓荡周身。

动作 1、动作 2：意守中脘。

（4）操作提示

以肩带臂，肩部做辘轳样上下运动，以中焦脾胃为中心纵向晃动身躯，以致胃肠有推挤感，运动脘腹，自我按摩胃肠。腿部后坐，上身不后仰。脚尖翘起时，大脚趾稍用力，以利于脾经的牵拉伸展。

（5）功理与作用

“熊运脘腹健脾土”：健脾和胃，补益气血。熊戏运动部位侧重腹部胃肠，通过不同角度晃运按摩腹部胃肠，从而增强胃肠蠕动，伸展疏通脾、胃经脉，健脾和胃。主治消化系统疾病及胃失和降、肝胃不和等脾胃功能失调病证。

（六）鹤戏

1. 第一式：白鹤飞翔

（1）调身

动作 1：右腿站立。左腿提膝呈 90° 提踵，两手呈鸟翅，以手带臂，两臂平举，鸟翅打开。

动作 2：臂、腿下落，脚尖似触地，手型还原。目视前方。左式做 3 遍。换右式，做 3 遍。

（2）调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

（3）调心

存想仙鹤展翅翱翔，远征高飞。

动作 1：意守劳宫。

动作 2：意守涌泉。

（4）操作提示

手上抬为鸟翅手型，下落变掌。两臂抬举，勿使肩部僵硬，要以手带臂，下落时垂肩、坠肘、松腕、松指，逐节下落还原。腿下落时脚尖似触地，勿使之硬触地，以免影响气息。

2. 第二式：飞鹤展翅

(1) 调身

动作 1：两足平行站立，左转身 45°，左鸡形步。两手呈鸟翅，自前向后外展，掌心相对。

动作 2：两臂前收，手型还原，两掌相合。目视前方。右式方向相反。左式做 3 遍。换右式做 3 遍。

(2) 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

(3) 调心

存想仙鹤展翅凌云，翩翩飞翔。

动作 1：意守劳宫。

动作 2：意守丹田。

(4) 操作提示

肩臂后展和前收，注意以肩带臂，勿单一运动两臂；需在水平方向做肩臂后展与前收，勿抬肩或垂肩；勿在肩臂后展时仰身，仍保持头正颈松的姿势，以免影响运动胸肺。

(5) 功理与作用

“鸟运胸肺补肺金”：补肺固表，益气升阳。鸟戏运动部位侧重胸、肺，通过不同角度扩胸张肺、缩胸收肺，能够按摩肺脏，伸展疏通肺、大肠经脉，补肺固表。主治呼吸系统疾病及肺气不足、肺失宣降等肺功能虚实不调的病证。

(七) 虎戏

1. 第一式：猛虎觅食

(1) 调身

动作 1：两足平行站立，两臂平举。

动作 2：两手呈虎爪，左爪自头上方经腹前向左胯旁划弧，右爪经腹前向头上方划弧，两爪在胸前交叉，左爪在内。

动作 3：左前弓步，左爪划弧至左胯旁下按，爪心向下，右爪划弧至额前前推，爪心向前，头颈左转。

动作 4：动作及手型还原。

目随左手。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

（2）调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

动作 3：收腹吸气。

动作 4：松腹呼气。

（3）调心

存想饿虎寻觅食物，虎视眈眈。

动作 1：意守劳宫。

动作 2：意守丹田。

动作 3、动作 4：意守命门。

（4）操作提示

双手上翻下按，要用掣肘之力抻拉肩背，使背部筋膜紧张，最大程度刺激腰肾区。同时身体要注意略前倾，以增大对腿后部足太阳膀胱经的抻拉。前弓步时膝关节勿超过脚尖，以免前倾损伤关节。转颈时宜平视，勿昂头向上或低头向下，以免影响气行。

2. 第二式：猛虎扑食

（1）调身

动作 1：两手呈虎爪，两臂屈肘举虎爪与视线平，提左膝勾脚尖。

动作 2：左腿前踏呈弓步，两虎爪向左膝两侧垂直下按。

动作 3：手脚还原收回。

目随手动。右式方向相反。左式、右式各做 3 遍。

（2）调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

动作 3：自然呼吸。

（3）调心

存想猛虎捕捉猎物，起身扑按。

动作 1：意守劳宫。

动作 2：意守丹田。

（4）操作提示

双肘外撑时，用力在肘尖，虎爪撑圆，提膝脚尖回勾，以增强腰背牵拉感；下按时上身保持略前倾，不低头弓腰。

(5) 功理与作用

“虎运腰肾固肾水”：补肾壮骨，益精填髓。虎戏运动部位侧重腰、肾，通过不同角度运动腰、肾，按摩肾脏，能够伸展疏通肾、膀胱经脉，固肾壮骨。主治泌尿系统、生殖系统、骨关节及肾气不固、肾阳亏虚等病证。

(八) 收式：引气归原

1. 调身

动作 1：两足平行开立。两臂侧举至头顶，掌心相对。

动作 2：两掌指尖相对，内合下按体侧。

动作 3：两肘微屈，两掌向前上托平肩。

动作 4：两掌内合，回拉下按体侧。

目随手动。做 2 遍。

2. 调息

动作 1：收腹吸气。

动作 2：松腹呼气。

动作 3：收腹吸气。

动作 4：松腹呼气。

3. 调心

五戏结束，忘却五禽习性，回归虚静自然。

动作 1：意守劳宫。

动作 2：意守涌泉。

动作 3：意守劳宫。

动作 4：意守丹田。

4. 操作提示

双手、肩、臂要放松，呼吸柔和缓慢，周身放松。

5. 功理与作用

收式在于精气复原，回归虚静自然，孕育新的生机。调息动作宜舒缓匀畅，气息细匀深长。勿草草了事，匆匆步入日常状态。

(九) 功后整理

1. 调身

动作 1：闭目静养。两掌虎口交叉，叠于腹前。收腹吸气，导气自丹田沿督脉达人中。松腹呼气，导气自承浆沿任脉返丹田。均意守丹田。

动作 2：搓手 9 次。

动作 3：两掌自下颌向上经鼻两侧至前额，再分别向下至面颊浴面 5 次。

动作 4：两掌自下颌向上经鼻两侧、经前额至头顶，向下经耳后、经颈部，向下经胸至腹按摩。

动作 5：左足收回，两足并立，恢复如预备式，练功结束。

2. 调息

动作 1：收腹吸气，松腹呼气，4 息。

动作 2、动作 3、动作 4、动作 5：自然呼吸。

3. 调心

心身放松，静心怡神，回归自然。

4. 操作提示

搓手、浴面、按摩双掌微用力，以手热面热为度，动作宜轻柔舒缓，勿匆忙草率。

5. 功理与作用

功后整理加强整套功法习练效果，可助身心缓缓恢复日常自然状态。

三、注意事项

1. 练功时要选择背风向阳的地方，如树林、草地、河畔等安静、空气清新

清新的地方。

2. 练功前排空大、小便，可以喝一小杯温开水，时间以早上 5～9 点、下午 4～7 点为佳，晚上 9 点后不再练功，以免阳气升发，影响睡眠。

3. 过饥过饱时，以及大风、大雪、暴雨天气时都不适合练功。

4. 练功中不宜随意接听电话、与旁人说话，如需中断练功，要收功。

5. 练功结束后要注意做好功后整理及保暖。功后不宜喝冷水，立即用冷水洗手、洗脸，如果有汗可以用干毛巾擦拭。

6. 练功强度及境界以微微汗出、身体不疲劳、症状缓解、心情愉悦为度。

（撰稿人：邱鹏栋、王玉梅）

第二节 八 段 锦

一、简介

八段锦功法创编于南宋初年，有文字记载首见于南宋洪迈的《夷坚志》，距今已有近 900 年历史。在流传过程中，经过不断的修改，至清代光绪初期

逐渐定型为七言诀：“两手托天理三焦，左右开弓似射雕；调理脾胃须单举，五劳七伤往后瞧；摇头摆尾去心火，两手攀足固肾腰；攒拳怒目增气力，背后七颠百病消。”

二、操作技术

八段锦包括起势、收势和8节正功，其中每一个动作均重复做7~9次。完整练习1遍八段锦的时间应该不少于15分钟。

（一）预备势

1. 动作说明

动作1：两脚并步站立；后顶上领，颈部竖直，齿唇轻闭，舌尖轻贴上腭，眉宇间和嘴角放松；两臂自然垂于体侧，沉肩垂肘，松腕舒指，中指腹轻贴裤线；腋下虚掩，胸部自然舒展，腹部放松；目视前方。

动作2：随着松腰沉髋，身体重心移至右腿，左脚向左侧开步，约与肩同宽，脚尖朝前，继而重心平移至两腿之间；目视前方。

动作3：两臂内旋，两掌分别向两侧摆起，手臂与身体的角度约45°，掌心朝后；目视前方。

动作4：上动不停，身体重心垂直下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂外旋，两掌向前合抱至斜前方45°后，再屈肘、屈腕成抱球状，掌心朝内，与脐同高，两掌指尖相对，间距10~20cm；目视前方。

2. 呼吸方法

动作1、2自然呼吸，动作3吸气，动作4呼气。抱球后调息3次。

3. 意念活动

意念基本姿态与周身放松。

动作4意守丹田。

4. 技术要点

保持后顶上领，立身中正，收髋敛臀，打开命门。

抱球时腋下悬开，两臂拥圆，两掌微张，背向后倚，开启云门。

目视前方时精神内敛，神不外驰。

5. 功理与作用

端正身型，调匀呼吸，宁神静气，启动气机，培育元气，使机体从日常状态快速进入形、气、神的调和状态，为后续八段锦练习搭建稳固的身心基础。

（二）第一式：两手托天理三焦

1. 动作说明

动作 1：接上式。两臂外旋下落于小腹前，掌心朝上，掌指尖相距约 10cm，小指侧离小腹部约 10cm；目视前方。

动作 2：上动不停，两掌五指分开在小腹前交叉；目视前方。

动作 3：上动不停，身体重心徐缓升起；同时，两臂屈肘，两掌垂直向上抬至胸前，掌心朝上；目视前方。

动作 4：上动不停，两腿徐缓伸直；同时，两臂内旋，两掌向上托起，肘关节微屈，掌心朝上；抬头，目视两掌。

动作 5：上动不停，两掌继续上托，肘关节伸直；同时，下颌内收；动作略停，两臂保持抻拉；目视前方。

动作 6：身体重心缓慢下降，两腿膝关节弯曲；同时，十指慢慢分开，两臂分别向身体两侧下落至斜下方 45° 时再屈肘，两掌捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

本式托举、下落为 1 遍，共做 6 遍。

2. 呼吸方法

动作 1、2 自然呼吸；动作 3、4 吸气；动作 5 停闭呼吸；动作 6 呼气。

3. 意念活动

意念顶天立地、三焦通畅。

4. 技术要点

两掌上托舒胸展体，上下对拔拉长，节节抻开，脚趾抓地。

两掌下落时，松腰沉髋，沉肩坠肘，松腕舒指，上体中正。

5. 功理与作用

注意四肢、躯干的伸展抻拉，并配合调息和意念，可上下对拉拔长脊柱，刺激背部督脉及脊柱两侧的足太阳膀胱经，能激发人体阳气上行，培补先天之本，使元气输布全身、津液滋润脏腑，畅通任督二脉和手足三阴三阳经。可推动上焦肺气宣发、中焦脾胃运化、下焦水液代谢，使三焦气机升降有序，调和五脏六腑协同运作。

双手上托、躯干抻拉与缓慢回落的交替运动，可舒展筋骨经络，促进全身气血运行，牵拉按摩胸腔、腹腔和盆腔的脏器，提高脏腑功能，调节阴阳气血平衡。对防治肩部疾患、预防颈椎病具有良好作用。

(三) 第二式：左右开弓似射雕

1. 动作说明

动作 1：接上式。身体重心右移，松腰沉髋，左脚向左开步站立，两腿膝关节自然伸直；同时，肩部放松，两掌向上随两臂屈肘交叉搭腕于胸前，掌根约与膻中同高，左掌在外，两掌心朝内；目视前方。

动作 2：两臂沉肘稍回收，同时，右掌屈指成龙爪，左臂内旋坐腕成八字掌，掌心斜朝前，指尖朝上；目视前方。

动作 3：上动不停，两腿徐缓屈膝呈马步；同时，左掌向左侧推出，腕与肩平，指尖朝上，右龙爪向右平拉至肩前，犹如拉弓射箭之势，保持抻拉；目视推掌方向。

动作 4：身体重心右移，左腿膝关节略伸直；同时，右手指伸开成自然掌，向上、向右划弧，腕与肩同高，掌心斜朝前，指尖朝上，左手指伸开成自然掌，掌心斜朝前；目视右掌。

动作 5：上动不停，重心继续右移，左脚收回成并步站立；同时，两掌分别由两侧下落，屈肘，捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。

本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。

2. 呼吸方法

动作 1、2、4 吸气，动作 3、5 呼气，在动作 3 即将形成定势前开始停闭呼吸至定势结束。

3. 意念活动

动作 3 拉弓时意在夹脊，定势时意在食指指尖。

4. 技术要点

拉弓时注意手型变换，劲由脊发，转头要充分，两臂对拉保持一条直线。

马步屈蹲，膝盖不超过脚尖。

保持立身中正。

5. 功理与作用

左右开弓时，利于扩大胸腔，增大肺通气量、回心血量和打开上焦；通过八字掌坐腕翘指、龙爪置于肩前云门处，可有效刺激手太阴肺经、手阳明大肠经，对于改善微循环、增大肺活量、提高心肺功能及增加指关节灵活性具有促进作用。

肝升于左，肺藏于右。肝属木，主疏泄，肝气以升发为顺；肺属金，主

全身之气，肺气以肃降为畅，保持肝、肺之间正常的相克关系，是维持人体健康的重要保障。本式“左右开弓”可对左（主升之肝气）、右（主降之肺气）进行调节，使肝肺相互协调、气机调畅。

下蹲呈马步时，可加强股四头肌、小腿后侧肌群等肌肉收缩，能有效发展下肢力量，促进血液回流。扩胸展肩、转头，可加强颈椎、胸椎的运动，纠正局部小关节的异常位置，调节颈、肩、胸、背部肌肉平衡，利于矫正驼背等不良体态，防治颈椎病、肩关节周围炎等疾患。

（四）第三式：调理脾胃须单举

1. 动作说明

动作 1：接上式。身体重心稍升起；同时，左臂内旋上抬，左掌与胸同高，掌心朝内，指尖斜朝上；右臂内旋，右掌心对腹部，指尖斜朝下；目视前方。

动作 2：上动不停，左臂继续内旋上举，左掌翻转上托至头左上方，肘关节微屈，力达掌根，掌心斜朝上，指尖朝右，中指尖与肩并在同一垂直线上；同时，右臂继续内旋，右掌下按至右胯旁约 10cm 处，肘关节微屈，力达掌根，掌心朝下，掌指朝前；动作略停，保持抻拉；目视前方。

动作 3：松腰沉髋，身体重心缓缓下降；两腿膝关节稍屈；同时，左肩下沉，左臂屈肘外旋下落，左掌与胸同高，掌心朝内，掌指斜朝上；右臂外旋，右掌收至腹前，掌心朝内，指尖斜朝下；目视前方。

动作 4：上动不停，身体重心继续下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂外旋下落，两掌捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。

本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。

第三遍最后一动时，右臂外旋，右掌指尖转向后；身体重心下降，两腿膝关节弯曲；同时，右掌向前下落，按于胯旁约 10cm 处，掌心朝下，掌指朝前，左掌微前移，两肘微屈；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、2 吸气，动作 3、4 呼气，在动作 2 即将形成定势前开始停闭呼吸至定势结束。

3. 意念活动

两掌捧于小腹前时意念丹田。

动作 2 成定势时意念上手擎天、下手拄地，升清降浊，调理脾胃。

4. 技术要点

动作 1，左掌斜向上约 45°，右掌斜向下约 45°。

两掌上撑下按时，力在掌根，肘关节微屈，抻拉胁肋部，大脚趾有意下压，舒胸展体、拔长腰脊，有上擎天、下拄地、顶天立地之感。

上举掌下落时，要经上举路线原路返回。

5. 功理与作用

上举下按成定势时，脚大拇趾有意下压，可刺激足太阴脾经的隐白等穴位；抻拉、挤压两胁与中脘，可刺激足太阴脾经的大包和章门，以及背部的脾俞、胃俞等，促进胃肠蠕动；还可调节脊柱两侧肌肉、韧带的张力和刺激内脏神经，对五脏六腑尤其是脾胃的功能有促进作用。

两手上托下按的过程中，利于脾的升清功能和胃的降浊功能，可改善人体消化、吸收能力。

两掌上下对拉和左右交替练习，使脊柱两侧肌肉向相反方向用力，椎体两侧形成上下相对运动，利于增强脊柱的灵活性与稳定性，牵拉滑利肩颈部关节，利于优化体态和防治颈、肩疾病等。

（五）第四式：五劳七伤往后瞧

1. 动作说明

动作 1：接上式。两腿徐缓挺膝伸直；两肩下沉，两臂伸直，掌心朝后，指尖朝斜下伸出；目视前方。

动作 2：上动不停，两臂外旋，上摆至体侧约 45°，掌心朝斜后上方；同时，头向左后方转动，展肩扩胸；动作略停，保持抻拉；目视左斜后方。

动作 3：松腰沉髋，身体重心缓缓下降，两腿膝关节弯曲；同时，头转正，两臂内旋，屈肘，两掌按于胯旁，掌心朝下，指尖朝前；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。

本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。

第三遍最后一动时，两腿膝关节弯曲；同时，头向前转正，两臂内旋，屈肘，两掌捧于小腹前，掌心朝上，指尖相对，间距约 10cm；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、2 吸气，动作 3 呼气，在动作 2 即将形成定势前开始停闭呼吸至定势结束。

3. 意念活动

动作 1 意在肩井。

动作 2 意在大椎。

动作3意在丹田。

4. 技术要点

转头不转体，旋臂充分，转头用力适度，两臂于体侧抻拉拔长。

动作2，成定势时，劲在夹脊，意气贯于指间。

动作3，两掌收回按于胯旁时，两肩胛骨微外开，命门微后凸，脊柱竖直，保持头顶悬。

5. 功理与作用

两臂外旋、展肩扩胸动作，利于打开手三阴经和任脉，挤压手三阳经和督脉；两臂内旋时，肩胛微开、命门后凸动作，则利于打开手三阳经和督脉，挤压手三阴经和任脉，并刺激背部腧穴、夹脊穴。这种阴阳经交替开合，能发动全身经络气机、协调一身阴阳、调节五脏六腑功能、疏通任督二脉。

转头后瞧时，可刺激颈部大椎，牵拉两侧颈动脉，改善脑部供血，提升心肺通气，活动颈肩胸廓，增强颈、项、背部肌肉力量，有助于缓解视疲劳和防治阿尔茨海默病、颈椎疾病等。

（六）第五式：摇头摆尾去心火

1. 动作说明

动作1：接上式。身体重心左移；右脚向右开步站立，两脚间距约三脚宽，两腿膝关节自然伸直；同时，两掌上托至胸高时，两臂内旋，两掌翻转向上分托至头斜上方，肘关节微屈，掌心斜朝上，指尖相对；目视前方。

动作2：上动不停，身体重心下降，两腿徐缓屈膝下蹲呈马步；同时，两臂从两侧下落，肘关节弯曲，两掌指扶于膝关节上方，手腕松沉，掌指斜朝前；目视前方。

动作3：上动不停，身体重心稍起；目视前方。

动作4：上动不停，身体重心右移，右腿膝关节弯曲，左腿膝关节稍屈；同时，上体右倾约45°；目视前方。

动作5：上动不停，身体重心稍下降呈右偏马步状；同时，上体右转俯身；目视右脚尖。

动作6：上动不停，身体重心左移呈左偏马步状；同时，上体保持俯身左旋至左斜前方；目视右脚跟。

动作7：上动不停，身体重心稍右移，右髋向右侧送出，尾闾随之向右、向前、向左、向后旋转至正后方；同时，身体重心随尾闾转动移至两腿间，膝关节弯曲；胸微含，头向左、向后转至正后方；目视上方。

动作 8：上动不停，下颌与尾闾同时内收；身体重心下降呈马步；目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。

本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。

做完 3 遍后，身体重心左移，右脚收回，开步站立，与肩同宽；同时，两掌从两侧向上至肩高时外旋翻转掌心朝上，随之两臂上举，掌心相对；目视前方。身体重心缓慢下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂屈肘，两掌经面前下按至小腹前，掌心朝下，指尖相对，间距约 10cm，拇指侧距腹部约 10cm；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、3、4、7 吸气，动作 2、5、6、8 呼气。

3. 意念活动

动作 1 至 6，意念动作规范。

动作 7，尾闾转动和摇头时，意在大椎和尾闾。

动作 8，身体重心下降时，意在丹田。

4. 技术要点

首先要分清每一动的节分点，再求连接。

摇头摆尾时以尾闾旋转为主，头部跟随，意、气、劲由尾闾上传至大椎。

摇头时胸部微含、柔和缓慢；摆尾时要收腹，动作圆活连贯。

5. 功理与作用

摇头摆尾可提升阳气、通经泄热、平衡阴阳、畅通任督二脉、调理脏腑、滋阴补肾，使肾水上济，促进心肾相交。同时，可牵动脊髓和马尾神经，改善内脏神经功能，有助于改善盆腔局部血液循环，促进脏器功能改善。

脊柱的回环旋转，加之头、尾的牵拉转动，和提肛收腹与膈肌的下降，对脊柱有很好的保健作用。同时，腹腔脏器得到挤压、按摩，促进了中焦、下焦的消化、排泄及运化功能。

下蹲马步、左右移动重心，能活动髋关节，改善局部血液循环，并可发展下肢力量，提高身体的稳定性。

（七）第六式：两手攀足固肾腰

1. 动作说明

动作 1：接上式。两腿挺膝伸直站立；同时，两掌指尖转向前，两臂向

前、向上举起，肘关节伸直，掌心朝前；目视前方。

动作2：上动不停，两臂外旋，掌心相对，两掌随屈肘经胸前下按于胸前，掌心朝下，指尖相对；目视前方。

动作3：上动不停，两臂外旋，两掌心朝上，掌指内旋经腋下向后反插；目视前方。

动作4：上动不停，两掌心贴背，沿脊柱两侧向下摩运至臀部；目视前方。

动作5：上动不停，上体前俯，两掌继续沿腿后向下摩运至脚踝，再贴两脚外侧移至小脚趾处，随之旋腕扶于脚面，掌指朝前；目视下方。

动作6：上动不停，两掌不动，塌腰、翘臀、微抬头；两掌沿地面向前、向上远伸，以臂带动上体抬至水平；目视前方。

动作7：上动不停，两臂继续向前向上举至头上方，上体立起，两掌间距约与肩宽，掌心朝前，指尖朝上；目视前方。

本式一下一上为1遍，共做6遍。

做完6遍后，身体重心缓慢下降，两腿膝关节弯曲；同时，两臂向前下落，肘稍屈，两掌下按至小腹前，掌心朝下，掌指朝前；目视前方。

2. 呼吸方法

头往后仰、尾骨上翘、挺胸收肘时吸气，摆正时呼气。收腹拱腰、头面贴腿时吸气，放松时呼气。

3. 意念活动

动作1、3、4、7吸气；动作2、5呼气；动作6停闭呼吸。（有一定基础的练习者可根据自己的呼吸频率，将两吸两呼并为一吸一呼，即起吸落呼。）

4. 技术要点

向下俯身时，颈、肩、腰脊要节节放松，特别是命门要放松，呈弯弓状。

向上起身时，以臂带身，尽量伸展肢体，其用力点在命门，呈反弓状。

5. 功理与作用

两掌摩运与俯身攀足，可循经按摩、牵拉膀胱经，刺激督脉和命门、肾俞等穴，加之起身时能有效牵拉足少阴肾经，可取得充盈经气、固肾壮腰的效果。

脊柱的前屈与背伸运动，能增强脊柱相关肌肉力量，提升脊柱的稳定性、柔韧性和延展性，可有效防治颈椎、腰椎部疾病。

（八）第七式：攢拳怒目增气力

1. 动作说明

动作 1：接上式。身体重心右移；左脚向左开步，两腿徐缓屈膝下蹲呈马步；同时，两手握固，收至腰间，拳眼朝上；目视前方。

动作 2：上动不停，左拳缓慢向前冲出，与肩同高，肘关节微屈，拳眼朝上，当肘关节离开肋部时，拳越握越紧，眼睛注视左拳并逐渐睁大；同时，脚趾抓地；目视左拳。

动作 3：上动不停，向右转腰顺肩；同时，左臂内旋，左拳变掌前伸，掌心朝外，掌指朝前；目视左掌。

动作 4：上动不停，左掌指向下、向右、向上、向左、再向下依次旋腕一周，随之握固，拳心朝上；同时，脚趾抓地；眼睛睁圆，目注掌动。

动作 5：上动不停，左拳回收，随屈肘收至腰间，拳眼朝上；同时，脚趾放松；眼睛放松，目视前方。

右式动作同左式，唯左右相反。

本式一左一右为 1 遍，共做 3 遍。

做完 3 遍后，身体重心右移，左脚收回成并步站立；同时，两拳变掌，自然垂于体侧；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1、5 吸气；动作 2、3 呼气；动作 4 停闭呼吸。

3. 意念活动

冲拳时意在命门，两眼微带怒气。

旋腕时意在刺激手腕手三阴、三阳经原穴。

4. 技术要点

攢拳时，前臂与肘要贴肋部前送和回收。

攢拳、旋腕、握固，要注意眼随手动。

5. 功理与作用

通过怒目圆睁、摩运两胁、强力抓握、脚趾抓地、马步下蹲等动作，使全身肌肉、筋脉受到静力牵拉，刺激了手三阴、三阳经的原穴和足三阴、三阳经的井穴，加强了肝的藏血、疏泄功能，具有强筋壮骨、增强气力的作用。

冲拳时，通过保持胯关节和头部不动，加强了脊柱的左右拧转，利于提升脊柱的旋转幅度和灵活性，对调节脊柱小关节位置、维护脊柱健康有促进作用。

保持马步姿态，可牵拉足三阴三阳经，激活足三里、阳陵泉、三阴交等穴位，促进下肢气血运行，提高下肢肌肉力量和稳定性。

（九）第八式：背后七颠百病消

1. 动作说明

动作 1：接上式。立项竖脊，后项领起，沉肩垂肘，提肛收腹，掌指下伸；同时，脚跟提起，脚趾抓地；动作略停；目视前方。

动作 2：脚跟徐缓下落，轻震地面；同时，咬牙，沉肩、舒臂，周身放松；目视前方。

本式一起一落为 1 遍，共做 7 遍。

2. 呼吸方法

动作 1 吸气，动作 2 呼气，在动作 2 形成定势前开始停闭呼吸。

3. 意念活动

脚跟提起时意在后顶。

下落震地时意念周身放松，百病皆消。

4. 技术要点

提踵时，脚趾抓地、提肛收腹、后项上领。

脚跟下落时呼气，震脚刹那咬牙，周身放松。

5. 功理与作用

通过拉伸脊柱、回落震动，可挤压椎间盘、震动脊髓、调整脊柱小关节位置，加之收腹提肛和膈肌升降，强化了对内脏器官的挤压震动，具有促使内脏、关节复位，改善脏腑功能状态，解除全身关节、肌肉紧张，畅通全身气血运行，调节人体阴阳平衡的作用。

足三阴三阳经在足趾末端交会，相应的脏腑有脾、胃、肝、膀胱、肾、胆等。脚趾抓地和提踵，能刺激足三阴三阳经脉，调节相应脏腑功能，发展小腿后群肌肉力量，提升人体平衡能力。

（十）收势

1. 动作说明

动作 1：接上式。两臂内旋，两掌向两侧摆起约 45°，掌心朝后，掌指斜朝下；目视前方。

动作 2：上动不停，两臂外旋，两掌向前划弧至斜前方 45° 时，屈肘合抱至小腹，两掌相叠（男性左手在内，女性右手在内）；目视前下方，静养片刻。

动作 3：两臂自然下落，两掌指轻贴于腿外侧；目视前方。

2. 呼吸方法

动作 1 吸气，动作 2 呼气，动作 3 自然呼吸。

3. 意念活动

意在丹田。

4. 技术要点

体态安详，周身放松，气归丹田。

5. 功理与作用

引气归原，收敛气机，固本培元，调和脏腑，平衡阴阳，进一步巩固习练效果，并使机体逐步恢复到习练前的状态。

三、注意事项

1. 选择地势平坦、环境安静、空气新鲜（避免风口）、温湿度适宜和安全的场所。

2. 服装应宽松合体、冷暖舒适，宜穿运动鞋或平底布鞋。

3. 排空大、小便。

4. 避免过饱、过饥、过劳、醉酒状态，或大悲大怒等情绪不稳定。

5. 做好热身运动。

6. 循序渐进。练习的运动负荷、动作难度等应遵循从简到繁、从易到难、从少到多的原则，根据自身具体情况确定合适的量度。

7. 规范灵活。既注重按照技术规范精准练习，也可根据实际情况灵活拆解动作练习。

8. 持之以恒。宜每周练习不少于 3 天，每天练习不少于 2 遍，时间约 30 分钟。

9. 初始或加大练习负荷出现的肌肉酸痛属正常现象，可调节运动负荷后继续练习。

10. 习练过程中出现的手足温暖、心情舒畅、头脑清醒、食欲改善等现象，属习练良性反应。可能出现的热、凉、麻、痒、轻、重、大、小、有蚁行及肌肉跳动等感觉，多是体内气机变化的正常反应，顺其自然即可。

11. 习练过程中如出现头昏脑涨、气机紊乱、精神错乱等异常的生理、心理等变化，应暂停练习并及时向专业人士咨询。

（撰稿人：张海波、李淳、郑志坚）

第三节 六 字 诀

一、简介

六字诀文字记载最早见于南北朝时期陶弘景的《养性延命录》。六字诀流传版本众多，这里介绍的是《中医气功学》教材中收录的六字诀。本功法以呼吸吐纳为主要手段，共有嘘、呵、呼、咽、吹、嘻六个字诀，分别对应六个脏腑，每个字诀都有其特有的口型和吐气方法，再配以相应的动作，可以调节相应脏腑的功能，进而达到养生、防治疾病的效果。

二、操作技术

六字诀的锻炼应注意发音、口型、动作及经络走向4个方面。它们与三调操作关系是发音与口型属调息，动作是调身，关注经络走向属调心。每个字读6次后需调息1次。

（一）预备式

1. 调身

动作1：两脚平等站立，约与肩同宽，两膝微曲，头正颈直，下颏微收，竖脊含胸，两臂自然下垂，周身中正，唇齿合拢，舌尖放平，轻贴上腭，目视前下方。

动作2：接上式，吸气，两臂从体侧徐徐抬起，手心向下，待手腕与肩平时，以肘为轴转动前臂，手心翻向上，旋臂屈肘使指尖向上，掌心相对，高不过眉。

动作3：向中合拢至两掌将要相合时，再向内画弧，两手心转向下，指尖相对，目视前方。

动作4：呼气，两手似按球状，由胸前徐徐下落至腹前，两臂自然下垂，恢复预备式。

2. 调息

动作1：自然呼吸。

动作2：吸气。

动作3：屏息。

动作4：呼气。

3. 调心

头脑要清空，意念平静，想象全身由上而下放松。

4. 操作提示

全身放松，头脑清空，呼吸自然平稳，切忌用力；应体现出头空、心静、身正、肉松之境界。后面每变换一个字都从预备式起，因此，后面每次练功时预备式可多站一会儿，体会到松静自然、气血和顺之时再开始练功。

5. 功理与作用

调整身心，宁神定气。

(二) 嘘字诀

1. 调身

动作 1：同第一节“预备式”

动作 2：自然吸气，两手由带脉处起，两手相对向上提，经章门、期门上升至肺经之中府、云门。

动作 3：两臂如鸟张翼，手心向上，向左右展开，呼气并念“嘘”字，足大趾轻轻点地，两臂上升两眼随呼气之势尽力瞪圆。

动作 4：呼气后，则放松恢复自然吸气，屈臂两手经面前、胸腹前徐徐向下，垂于体侧。

动作 5：可做 1 个短暂的自然呼吸，稍事休息（下同），做第二次嘘字诀。

如此动作做 6 次为 1 遍，然后做 1 次调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气—屏息。

动作 3：呼气并念“嘘”字—屏息。

动作 4：吸气—屏息—呼气。

动作 5：自然呼吸。

3. 调心

意念领肝经之气由足大趾外侧之大敦起，沿足背上行。肝经过太冲、中都至膝内侧，再沿大腿内侧上绕阴器达小腹，夹胃脉两旁，属肝，络胆，上行穿过横膈，散布于胸胁间，沿喉咙后面经过上颌骨的上窍，联系于眼球与脑相联络的络脉，复向上行，出额部与督脉会于泥丸宫之内；另一支脉从肝脏穿过横膈膜而上注于肺，经中府、云门，沿手臂内侧之前缘，达手大拇指内侧的少商。故做嘘字诀时，功夫稍长，可能眼有气感，开始发胀，有的人

感到刺痛，流泪，大拇指少商处感到麻胀，慢慢眼睛明亮，视力逐渐提高。

4. 操作提示

发音口型：“嘘”字属牙音，发音吐气时，嘴角后引，槽牙上下平对，中留缝隙，槽牙与舌边亦有缝隙。发声吐气时，气从槽牙间、舌两边的空隙中呼出体外。

两臂如鸟张翼，手心向上，向左右展开时口吐“嘘”字音，收掌时鼻吸气，动作与呼吸应协调一致。

5. 功理与作用

中医学认为，嘘字诀与肝相应，该势具有疏肝理气、养肝明目的功效。口吐“嘘”字具有泄出肝之浊气，调理肝脏功能的作用，同时配合两目圆睁，还可起到养肝明目的功效。

（三）呵字诀

1. 调身

动作 1：同第一节“预备式”

动作 2：自然吸气，自冲门处起，循脾经上提，至胸部膻中处。

动作 3：两掌向外翻掌，呼气念“呵”字，足大趾点地，掌心向上上托至眼部。两手掌心向里，翻转手心向面，经面前、胸腹前，徐徐下落，垂于体侧。

动作 4：稍事休息，再重复做。

本式共吐“呵”字音 6 次。调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气—屏息。

动作 3：呼气并念“呵”字—屏息。

动作 4：吸气—自然呼吸后，重复动作 1～3。

3. 调心

以意领气，由脾经之井穴隐白上升。脾经循大腿内侧前缘进入腹里，通过脾脏、胃腑，穿过横膈膜流注心中，上夹咽，连舌本入目，上通于脑。其直行之脉从心系上行至肺部，横出腋下，入心经之首极泉，沿着手臂的内侧后缘上行，经少海、神门、少府等穴直达小指尖端之少冲。故做呵字诀时，小指尖、中指尖可能有麻胀之感，同时与心经有关之脏器也可能会有相应的感受。

4. 操作提示

发音口型：“呵”（读喝，字音 hē），为舌音。口半张，舌尖抵下腭，腮稍用力后拉，舌边靠下牙齿。发声吐气时，舌体上拱，舌边轻贴上槽牙，气从舌与上腭之间缓缓呼出体外。

吸气自然，呼气念“呵”字，足大趾轻轻点地；两掌捧起时鼻吸气，外拨下按时呼气，口吐“呵”字音。

5. 功理与作用

中医学认为，呵字诀与心相应，该势具有醒脑开窍、养心安神的功效。口吐“呵”字具有泄出心之浊气，调理心脏功能的作用。

（四）呼字诀

1. 调身

动作 1：同第一节“预备式”

动作 2：两手由冲门处起，向上提，至章门上翻转手心向上。

动作 3：左手外旋上托至头顶（注意沉肩），同时右手内旋下按至冲门处，呼气念“呼”字，至呼气尽。

动作 4：吸气，左臂内旋变为掌心向里，从面前下落，同时右臂回旋变掌心向里上穿，两手在胸前相叠。

动作 5：左手在外右手在内，两手内旋下按至腹前自然下垂于体侧。目视前下方。

动作 6：稍事休息，再以同样要领右手上托、左手下按做第二次呼字诀。如此左右手交替，共做 6 次为 1 遍，调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气—屏息。

动作 3：呼气并念“呼”字—屏息。

动作 4：吸气—屏息。

动作 5：呼气—屏息。

动作 6：自然呼吸后，重复动作 1～5。

3. 调心

当念呼字时，足大趾稍用力，并以意念引经气由足趾内侧之隐白起，沿大趾赤白肉际上行。脾经过大都、太白、公孙，于内踝上 3 寸胫骨内侧后缘入三阴交，再上行过膝，由腿内侧经血海、箕门，上至冲门、府舍入腹内，属脾脏，络胃，夹行咽部连于舌根，散于舌下；经气尚可于舌注入心经之

脉，随手势高举之形而直达小指尖端之少冲。念呼字的气感与呵字相同的原因也在于此。

4. 操作提示

发音口型：“呼”（读乎，字音 hū），为喉音。撮口如管状，唇圆似筒，舌放平向上微卷，用力前伸。这个口型动作，能牵引冲脉上行之气喷出口外。

吸气自然，呼气念“呼”字，足大趾轻轻点地；两掌向肚脐方向收拢时吸气，两掌向外展开时口吐“呼”字音。

5. 功理与作用

呼字诀与脾脏相应，该势具有健脾和胃、消食导滞的功效。口吐“呼”字具有泄出脾脏之浊气，调理脾胃功能的作用。

（五）咽字诀

1. 调身

动作 1：同第一节“预备式”。

动作 2：吸气自然，两手由腹前向上提，过腹渐转掌心向上，抬至膻中时，内旋翻转手心向外成立掌，指尖与喉平。

动作 3：然后左右展臂宽胸推掌如鸟张翼，开始呼气念“咽”，足大趾轻轻点地，目视前方。

动作 4：呼气尽，随吸气之势两臂自然下落。

动作 5：稍事休息，再重复做。

共做 6 次为 1 遍，调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气—屏息。

动作 3：呼气并念“咽”字—屏息。

动作 4：吸气—屏息。

动作 5：自然呼吸后，重复动作 1～4。

3. 调心

当念咽字时，意念引肝经之气由足大趾外侧之大敦上升。肝经沿腿的内侧上行入肝，经气由肝的支脉分出流注于肺，从肺系（肺与喉咙相连系的部位）横行出来，经中府、云门，循臂内侧的前缘入尺泽，下寸口经太渊走入鱼际，出拇指尖端之少商。故做此功两臂左右展开时，可能会有气感，以拇指、食指气感较强。

4. 操作提示

发音口型：“咽”（读四，sì）为齿音，发声吐气时，两唇微向后收，上下齿相对，舌尖入两齿缝内，由齿向外发音。上下门牙对齐，留有狭缝，舌尖轻抵下齿，气从齿间呼出体外。

吸气自然，呼气念“咽”字；两掌向上时吸气，两掌向外展开时口吐“咽”字音。

5. 功理与作用

咽字诀与太阴肺之气相应，该势具有宣肺化痰、止咳利咽的功效。口吐“咽”字有疏通太阴经脉，调和全身气机的作用。

（六）吹字诀

1. 调身

动作 1：同第一节“预备式”。

动作 2：吸气自然，两臂从体侧提起，两手经长强、肾俞向前画弧，沿肾经至俞府处，如抱球两臂撑圆，两手指尖相对，两掌前推，随后松腕伸掌，指尖向前，掌心向下。

动作 3：身体下蹲，两臂随之下落，呼气念“吹”字，呼气尽时两手落于膝盖上部，在呼气念字的同时，足五趾抓地，足心空如行泥地，引肾经之气从足心上升。

动作 4：下蹲时身体要保持正直，下蹲高度直至不能提肛。

动作 5：呼气尽，随吸气之势慢慢站起，两臂自然垂于身体两侧。

动作 6：稍事休息，再重复做。

本式共吐“吹”字音 6 次。调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气一屏息。

动作 3：呼气并念“吹”字一屏息。

动作 4：吸气一屏息。

动作 5：呼气一屏息。

动作 6：自然呼吸后，重复动作 1～5。

3. 调心

当念吹字时足跟着力，并以意念引肾经之经气从足心涌泉上升。肾经经足掌内侧沿内踝骨向后延伸，过三阴交经小腿内侧出腘窝，再沿大腿内侧股部内后缘通向长强、脊柱，入肾脏，下络膀胱；上行之支脉入肝脏，穿横膈

膜进入肺中，沿喉咙入舌根部，另一支脉从肺出来入心，流注胸中，与心包经相接，经天池、曲泽、大陵、劳宫到中指指尖之中冲。故做吹字诀时可能手心和中指气感较强。

4. 操作提示

发音口型：吹（读炊，字音 chuī），为唇音。口微张两嘴角稍向后咧，舌微向上翘并微向后收。发声吐气时，舌体、嘴角向后引，槽牙相对，两唇向两侧拉开收紧，气从喉出后，从舌两边绕舌下，经唇间缓缓呼出体外。

手提起、撑圆到前推时吸气，手下落并且身体下蹲时呼气。

5. 功理与作用

吹字诀与少阴肾之气相应，该势具有补肾壮腰、调和气血的功效。口吐“吹”字有疏通少阴经脉，调和全身气机的作用。

（七）嘻字诀

1. 调身

动作 1：同第一节“预备式”。

动作 2：两手如捧物状由体侧耻骨处抬起，过腹至臌中处，翻转手心向外。

动作 3：呼气念“嘻”字，足四、五趾点地；两手向头部托举，两手心转向上，指尖相对。目视前方。

动作 4：呼气尽时，吸气，两臂内旋，两手五指分开由头部循胆经路线而下，拇指经过风池，其余四指过侧面部，再历渊腋，以意送至足四趾端之窍阴。

动作 5：本式共吐“嘻”字音 6 次，调息，恢复预备式。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：吸气—屏息。

动作 3：呼气并念“嘻”字—屏息。

动作 4：吸气—屏息。

动作 5：自然呼吸后，重复动作 1～4。

3. 调心

读嘻字时，以意领气，出足窍阴、至阴上踝入膀胱经，由小腹处上升，历络下、中、上三焦至胸中，转注心包经，由天池、天泉而过曲泽、大陵至劳宫，别入三焦经。吸气时即由手第四指端关冲起，沿手臂上升贯肘至肩，走肩井之后，前入缺盆注胸中联络三焦。上行之支穿耳部至耳前，出额角下

行至面颊，流注胆经，由风池、渊腋、日月、环跳下至足窍阴。简而言之，意领时，由下而上，再由上而下复归胆腑。练嘻字诀，呼气时无名指气感强，下落时足四趾气感强，这是少阳之气随呼气上升与冲脉并而贯通上下，三焦理气之功能发挥，促进脏腑气血通畅之缘故。

4. 操作提示

发音口型：嘻（读希，字音 xī），为牙音。两唇微启稍向里扣，上下相对但不闭合，舌微伸而有缩意，舌尖向下，有嬉笑自得之貌、怡然自得之心。

“嘻”发声吐气时，舌尖轻抵下齿，嘴角略后引并上翘，槽牙上下轻轻咬合，呼气时使气从槽牙边的空隙中经过。

手提起时吸气，双手托起时呼气念“嘻”字，足四、五趾点地。

5. 功理与作用

嘻字诀可以调理三焦气机，该势具有疏通三焦、通调气机的功效。口吐“嘻”字能疏通少阳经脉，调和全身气机。

三、注意事项

1. 在医生的指导下进行练习，重点练习其中对应的功法动作，每节数十遍或百遍。每天可练2次，每次15～20分钟。

2. 练功前半小时避免剧烈活动。

3. 练功建议穿着宽松、柔软的衣服。

4. 过饥过饱不宜练功；练习前尽量排空大、小便，练习过程中也不可久忍二便。

5. 练功前要做好关节和肌肉的热身预备活动。

6. 练功后宜做温和的关节拉伸、拍打，以疏通气血，然后调息静息片刻。避免练功后直接吹风受凉，不宜触碰冷水、食用冷饮。

7. 在暴风雨、雷鸣闪电等恶劣天气要减少或者不练功，以免练功入静后受到惊吓。

8. 情绪不稳定、心情不佳时不宜练功。

9. 练功强度以微微汗出、症状缓解、心情愉悦为度。

（撰稿人：陈昌乐、吴云川）

第四节 易筋经

一、简介

易筋经功法相传源自南北朝时期。“易”是变易、改变的意思，“筋”指筋骨、肌肉，“经”为方法，易筋经就是通过锻炼来强筋健骨、祛病延年的方法。该功法重视姿势、意念与呼吸的协调锻炼，并按人体十二经脉、任督二脉循行及十二经筋分布进行练习，尤其重视对心性的修养。

二、操作技术

易筋经包括 12 节正功和收功势，共 13 个部分。其中每节动作重复次数因个人的身体状况不同可有所差异。每节功法对姿势动作、呼吸方式和意念状态虽有不同的要求，但总体上应把握“道法自然”的原则，使调身、调息、调心逐渐融为一体，进一步达到天人合一、祛病延年的目标。

（一）韦驮献杵势

歌诀：立身期正直，环拱手当胸，气定神皆敛，心澄貌亦恭。

1. 调身

动作 1：左腿向左横跨一步，两脚距离与肩同宽（两脚平行或呈外八字均可），两手自然下垂，头端正，两目半开半合，平视前方，舌抵上腭，松肩垂肘，含胸拔背，收腹松胯，膝松微屈，足掌踏实，全身放松。

动作 2：两手缓慢翻转为掌心向后，慢慢地向前、向上抬起与肩平，再逐渐变为立掌向胸前靠拢，两掌心相对，缓缓屈肘。

动作 3：两拇指少商轻轻接触，合十当胸，指尖向上，松肩沉肘。

2. 调息

动作 1：自然呼吸，逐渐使呼吸缓、慢、深、细、匀、长，调息 3～6 次。

动作 2：深吸气。

动作 3：姿势定位后开始呼气，然后逐渐变为腹式呼吸，在自然呼吸的基础上使呼吸缓、慢、深、细、匀、长，调息 3～6 次。

3. 调心

练动作 1 时，心境澄静，神意内敛。

练动作 2 时，意念专注于动作、姿势。

练动作 3 时，自觉全身气脉流动后，意念随呼吸在吸气时导引气从指尖

而出，进入鼻内，下沉丹田。呼气时，意念气从下丹田上胸，循手三阴经入掌贯指。

4. 操作提示

动作宜缓慢，配合柔和的自然呼吸，目光注视前方，视而不见。屈腕立掌稍用力。意念要淡，似有若无。

5. 功理与作用

该势具有培元固本、理气安神的功效。通过调身、调息、调心使身心全面放松，促进形、气、神三者和合，为后续整个功法的演练做好准备。

（二）横担降魔杵

歌诀：足趾拄地，两手平开，心平气静，目瞪口呆。

1. 调身

动作1：接上势，两掌慢慢向左右分开，至肩肘腕平，掌心向下，呈“一”字形，同时足跟微微抬起，脚尖点地（功夫深了只用足大趾点地）。

动作2：凝神贯注前方，含胸拔背，收腹松胯，舌抵上腭。

2. 调息

动作1：自然呼吸。

动作2：腹式呼吸。

3. 调心

练动作1时，随着动作，意念自然集中于两掌内劳宫及足趾部。

练动作2时，在吸气时意念集中于劳宫，呼气时意念集中于足大趾大敦。

4. 操作提示

足跟抬起，脚尖点地时要控制身体平衡，可将脚趾分开后再抬脚跟。

5. 功理与作用

该势具有疏通上肢经络、调节全身气血的功效。可用于上肢和躯干等部位的肌肉、骨骼、韧带的调理，并适用于心脑血管系统疾病的防治。

（三）掌托天门

歌诀：掌托天门目上观，足尖著地立身端，身周腿肋浑如植；舌下生津将腭抵，鼻中调息将心安，两拳缓缓收回处，用力还将挟重看。

1. 调身

动作1：接上势，两手从左右缓缓向上做弧形上举，将阴掌变成阳掌，掌心向上，指尖相对，直对天门（前发际上2寸）做托天状。同时两足跟提起，微微向外分开，足尖着地，闭住膻穴会阴，放开膀胱经之膻穴会阳。

动作 2：牙关咬紧，舌抵上腭，两目用内视法，通过天门，注视两手掌之间。

动作 3：两手握拳，两上肢顺原来路线缓缓下降至“横担降魔杵”的架子。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：腹式呼吸。开始可用鼻吸口呼，后改为鼻吸鼻呼，气沉丹田。呼吸细匀长缓，绵绵不断。

动作 3：自然呼吸。

3. 调心

练动作 1 时，专注于动作和姿势。

练动作 2 时，吸气时意守丹田，呼气时将意念逐渐转入两掌之间，感觉气脉运行时，则以意随气。

练动作 3 时，意念放松，似有若无。

4. 操作提示

两手掌心向下、指尖向外是为阴掌；两手掌心向上是为阳掌。

5. 功理与作用

该势具有通畅三焦、调节阴阳气血的功效，可用于防治消化系统、内分泌系统和呼吸系统的疾病。

（四）摘星换斗

歌诀：只手擎天掌覆头，更从掌中注双眸，鼻吸口呼频调息，用力收回左右眸。

1. 调身

动作 1：接上势，右手向右上方缓缓高举，离前额约一拳；同时左手放下，并反手以手背贴于左侧腰眼部。

动作 2：两目注视右手之内劳宫。

动作 3：左手高举，右手放下，右手背贴于右侧腰眼处，两目注视左手内劳宫。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：腹式呼吸，把息调匀。开始可用鼻吸口呼，后改为鼻吸鼻呼，气沉丹田。呼吸慢、细、匀、长，绵绵不断。

动作 3：同动作 1、动作 2 之呼吸。

3. 调心

练动作 1 时，专注于动作和姿势，意念要淡。

练动作 2 时，意念注视在高举之手的劳宫，并将内劳宫、两眼与在腰眼处之手背的外劳宫用意念连成一条气线，随着呼吸的吐纳，腰眼发生一凸一凹的运动。

练动作 3 时，意念与动作 1、动作 2 相同。

4. 操作提示

在呼气时注意内劳宫，吸气时注意下边手的外劳宫。意念内劳宫、眼睛、腰眼随着这种凸凹开合的动作，做微微的运动。

5. 功理与作用

该势具有活血通络、强腰补肾的作用，适用于心脑血管系统、内分泌系统、泌尿系统疾病的防治。

(五) 倒拽九牛尾

歌诀：两腿前弓后箭，小腹运气空松，用意存于两膀，擒拿内视双瞳。

1. 调身

动作 1：接上势，右手从腰眼离开，微向下垂，顺势变成阴掌向右前方抄去，至与肩相平，五指撮拢成“擒拿手”状，腕微屈，指尖朝上向外，劲蓄袖底。同时右腿跨前弯曲，左腿伸直，呈前弓后箭步。左手也同时放下，向左后方抄去。

动作 2：右手与额同高，左手与左箭腿成 15° ，然后两手同时前牵后拽 3～5 遍。

动作 3：右脚不动，左脚向左前方跨出换为左弓右箭步，左手反折抄向左前方，右手收回伸向右后方，动作要领同前。

2. 调息

动作 1：自然呼吸。

动作 2：可用鼻吸口呼法。

动作 3：呼吸与动作 1、动作 2 同。

3. 调心

练动作 1 时，专注于动作和姿势。

练动作 2 时，意想两手拉成一条线，似拽牛尾巴之状。吸气时，两眼内视前伸之手，向后倒拽；呼气时，两眼内视后伸之手，向前顺牵。

练动作 3 时，意念与动作 1、动作 2 同。

4. 操作提示

少腹丹田的气运开合之内劲与双手前牵后拽之外劲相合，两腿和腰、背、肩、肘等身段各部亦随着倒拽和前牵的韵味相应地颤动。如此反复操作3～5次。

5. 功理与作用

该势具有调节脏腑气机、补益心肺的作用，可用于心肺系统疾病的防治。

（六）出爪亮翅

歌诀：挺身兼怒目，推窗望月来，排山还海汐，随息七徘徊。

1. 调身

动作1：接上势，借前手向后倒拽之势，前腿后收，两脚并拢，两手收回，掌指翘立笔直，掌心向外，变成“排山掌”，放于胸胁部待势。

动作2：两手以“排山掌”向前缓缓推出。开始前推，轻如推窗，推至肩肘腕平时，五指用力外分，身体直立闭息，两目张开，不可眨眼，平直地望着前面，集中心念，观看两掌。

动作3：再把“排山掌”缓缓向胸胁内收，贴于左右两侧胸胁处。

动作4：如此反复做7次。

2. 调息

动作1：自然呼吸。

动作2：向前推掌时，配合呼气，推至极点时微停息。

动作3：吸气。

动作4：呼吸重复动作2、动作3。

3. 调心

练动作2向前推掌时，配合呼气，开始时轻轻用力，前推至极点，重如排山。

练动作3收回时，配合吸气，意念集中于两掌中间。

4. 操作提示

随向前推掌，五指慢慢外分，掌指翘立笔直，产生麻热感；两掌向胸胁收回，五指自然伸直并拢。

5. 功理与作用

该势具有调和气血、补益肺气的作用，可用于心肺系统疾病的防治。

（七）九鬼拔马刀

歌诀：侧首屈肱，抱头拔耳，右腋开阳，左阴闭死，右撼昆仑，左贴胛

脊，左右轮回，直身攀举。

1. 调身

动作 1：接上势，右手向上提，朝脑后做圆周运动，用掌心贴枕部“玉枕关”，用食指、中指、无名指三指轻轻夹拉左耳的上部尖端（在两耳尖端，把耳轮折卷，有折缝处），右腋张开；左手向左方划弧，反手以手背贴于脊部两肩胛间，左腋紧闭。

动作 2：右手放下，反手提起，以手背贴于两肩胛间。同时左手提至脑后，用掌心贴在玉枕关，手指轻轻压拉右耳。左腋张开，右腋紧闭。

2. 调息

动作 1：在肢体运动过程中自然呼吸，定势后，采用鼻吸鼻呼腹式呼吸。

动作 2：呼吸同动作 1。

3. 调心

练动作 1 上肢运动过程中，意念专注于动作和姿势。

定势后，吸气时，意念集中在抱头攀耳之手的肘尖，微微拔牵，头颈同时与掌相应地运动；呼气时，意念集中在贴于背部手背的外劳宫，气沉丹田。

4. 操作提示

左右反复 6～7 次。

5. 功理与作用

该势具有健脾和胃、通督强肾的功效，可用于消化系统、内分泌系统疾病的防治。

（八）三盘落地

歌诀：上腭抵尖舌，张眸又咬牙。开裆骑马式，双手按兼拿，两掌翻阳起，千斤仿佛加，口呼鼻吸气，蹲足莫稍斜。

1. 调身

动作 1：接上势，两手向左右平伸，肩肘腕相平，呈“一”字形，掌心向下，同时左足向左跨一大步，两脚的距离大约二尺五寸（可根据具体身高调整距离）。

动作 2：两膝弯曲慢慢下蹲呈开裆骑马式，含胸拔背，至大腿与小腿接近呈 90°。两腿下蹲的同时，两阴掌亦缓缓下按，按压至与膝相平。动作缓慢，稳稳用力，舌抵上腭，两眼睁大。

动作 3：将下按之掌翻转为阳掌，如托重物之状，随两腿的慢慢伸直一起上升，至与胸相平。

反复操作 3 ~ 5 次。

2. 调息

动作 1: 自然呼吸。

动作 2: 以口呼气。

动作 3: 以鼻吸气, 气沉于丹田。

3. 调心

意念集中于两手手掌。上升时, 意念两手像托拿沉重的东西。

4. 操作提示

下蹲时, 松腰、裹臀, 两掌如负重物; 起身时, 两掌如托千斤重物。年老和体弱者下蹲深度可灵活掌握, 年轻体健者可半蹲或全蹲。下蹲与起身时, 上体始终保持正直, 不应前俯或后仰。瞪眼闭口时, 舌抵上腭, 身体中正安舒。

5. 功理与作用

该势具有交通心肾, 强壮腰膝的作用。可锻炼筋骨, 增长气力, 可用于心脑血管系统、运动系统、内分泌系统、生殖系统疾病的防治。

(九) 青龙探爪

歌诀: 青龙探爪, 左从右出, 左掌纠行, 蹠傍胁部, 右爪乘风, 云门左露, 气周肩背, 扭腰转腹, 调息微嘘, 龙降虎伏。

1. 调身

动作 1: 接上势, 左脚向内收回, 至与肩等宽待势。

动作 2: 左手翻掌向下, 变成阴掌“龙探爪”(5 个手指的末节指间关节屈曲, 掌心空而圆), 用腰之劲运动, 左肘尖领先, 向左后方缩去; 同时右掌也翻转向下, 变成阴掌“龙探爪”, 借左掌后伸的姿势, 右掌如乘风破浪一般朝左侧面探爪。将左边的期门、云门放开, 右边的期门、云门闭着。随着左掌后缩, 右掌左探, 腰部、腹部相应地扭转, 同时要放得很松, 才能将“带脉”锻炼得柔韧如丝, 松紧合度。

动作 3: 左探爪做完, 再向右缩、右探。向左右探爪时, 要同时微微发出“嘘”音相配合。头颈亦跟随左探、右探动作转动。

2. 调息

用鼻吸口呼法。左缩左探或右缩右探的过程中吸气, 缩探至尽处呼气, 口念“嘘”字。

3. 调心

在左缩左探或右缩右探的过程中, 将吸入的气缓缓送入丹田。手十指末

节指间关节轻轻一抓时，意念集中于两手手掌。

4. 操作提示

伸臂探“爪”，下按划弧，力注肩背，动作自然协调，一气呵成。目随“爪”走，意存“爪”心。年老和体弱者前俯下按或划弧时，可根据自身状况调整幅度。

5. 功理与作用

该势具有疏肝理气，滋水涵木的功效。可用于肝系统和心脑血管系统疾病的防治。

(十) 卧虎扑食

歌诀：两足分蹲身似倾，左弓右箭腿相更，昂头胸做探前势，翘尾朝天掉换行，呼吸调匀均出入，指尖着地赖支撑，还将腰背偃低下，顺势收身复立平。

1. 调身

动作1：接上势。随即抬起右脚，向右前方跨进一步，成右弓左箭步，同时两手向前，五指着地，掌心悬空（初练可用整个手掌着地），头向上略抬。

动作2：下俯，臀部慢慢向后收，两目平视，腰部放松，似虎扑食之准备动作。

动作3：头昂起，前胸以低势（约离地4寸），头、腰、臀、四肢呈波浪形向前运动，似向前扑食之状，目视前方；至前臂呈垂直时，胸稍停，再收回。如此反复3～5次，最后还原为右弓左箭步。

动作4：做完收回站起，再以同法变左弓右箭步，照前法做足次数，还原为弓箭步后，站立为中裆（两脚与肩等宽）。

2. 调息

呼吸用鼻吸口呼法。撑起、后缩吸气；下俯、前冲呼气。

3. 调心

两手扶地，变前弓后箭步时，用意调匀呼吸。意念凝注前方，有向前扑捉之感。

4. 操作提示

用躯干的蠕动带动双手前扑绕环。抬头、瞪目时，力达指尖，腰背部成反弓形。年老和体弱者可根据自身状况调整动作幅度。

5. 功理与作用

该势具有调畅任督、活血通络的作用。可用于运动系统、内分泌系统疾

病的防治。

(十一) 打躬击鼓

歌诀：两掌持后脑，躬腰至膝前，头垂探胯下，口紧咬牙关，舌尖微抵腭，两肘对手弯，按耳鸣天鼓，八音奏管弦。

1. 调身

动作 1：接上势，两脚与肩宽，站立正直，待势。

动作 2：两手抱头，掌心按耳，两掌的中指尖微微接触，指头贴在“玉枕关”处。两肘屈曲，肘与肩平行。摆好姿势后，食指频频敲击“玉枕关”，耳中发出“隆隆”的响声，称“鸣天鼓”。

动作 3：“鸣天鼓”之后，双手抱头，慢慢俯身弯腰，将头向两膝的空当中间弯垂下去，以不能再垂弯为度，两腿挺直，腰胯放松，舌抵上腭，咬紧牙关，两目从胯裆中观看身后的天际。

动作 4：随即慢慢直立起来，还原全身笔直的架子，再度“鸣天鼓”与下弯。反复做 3～5 次。然后站立正直接下势。

2. 调息

用鼻吸鼻呼法，在弯腰、直立过程中慢慢地微闭口呼吸（久练后可闭住呼吸，直立起来）。

3. 调心

弯腰时意注丹田，直立时意注两手手掌。

4. 操作提示

身体前俯弯腰时，动作要缓慢，量力而行，动作不可过猛。患有脑血管病者慎做此势。

5. 功理与作用

该势具有壮腰强精、健脑补肾的作用。可用于心脑血管系统、内分泌系统、生殖系统疾病的防治。

(十二) 掉尾摇头

歌诀：膝直膀伸，推手及地，瞪目摇头，宁神一志，直起顿足，伸肱直臂，左右七次，功课完毕，祛病延年，无上三昧。

1. 调身

动作 1：接上势，将两手从脑后向正前方推出去，使两臂伸直，与肩相平，掌心向下。

动作 2：将两掌十指交叉扣起，掌心向地，慢慢向胸前收拢，至与胸两拳远时，弯腰，随即慢慢下推及地，两腿挺直。仍保持弯腰姿势，再向前、

左、右各推一下，头亦随之摇摆。

动作 3：再缓缓伸腰，两掌同时上提，双掌松开。

2. 调息

自然呼吸。

3. 调心

在推掌及地时意念集中在两掌心，直立时意念集中于鼻尖。

4. 操作提示

向下弯腰时量力而行，两掌不能及地也可。患有脑血管病者慎做此势。转头扭臀时，头与臀部做相向运动。高血压、颈椎病患者和年老体弱者，头部动作应小而轻缓。另外，应根据自身情况调整身体前屈和臀部扭动的幅度和次数。配合动作，自然呼吸，意念专一。

5. 功理与作用

该势具有培补元气、强腰补肾的功效。可用于免疫系统、生殖系统、内分泌系统疾病的防治。

(十三) 收功势

1. 调身

动作 1：接上势，两手竖掌向前推出，两脚跟微微提起，前脚掌着地。

动作 2：两手掌逐渐向外翻，至肩肘腕平时，掌心向外，划弧向两侧，翻掌提至腋下，掌心向上，两脚跟同时落地，脚掌提起。

动作 3：然后再推出，反复 7 次左右。

动作 4：恢复至第一式“韦驮献杵势”收功。

2. 调息

动作 1：自然呼气。

动作 2：自然吸气。

3. 调心

练动作 1、动作 2 时，意念专注于动作和姿势。

练动作 4 时，意想自身之气与天地分离，收归自身，下沉丹田。

4. 操作提示

收功要心平气和，体态安详，松静自然，收气静养。

5. 功理与作用

该势具有宁心安神、引气归原的功效。可使练功者逐渐由练功状态过渡到正常状态。

三、注意事项

1. 应根据身体状况选择适宜的功法内容和练功强度。可在医生的指导下，按照中医理论练习，重点练习其中的几节，以每节3～5遍为宜，每天可练2～3次，每次10～30分钟。女性经、孕、产期间，不练意守丹田、活动量大、腹式呼吸的功法。

2. 暴风雨、雷鸣闪电天气不宜练功，以免受到惊吓。

3. 过饥过饱不宜练功；练习前应尽量排空大、小便。

4. 练功前半小时内避免剧烈运动和文娱活动。

5. 练功衣着宜宽松、舒适。

6. 练功前可做松解关节、经络的预备活动。

7. 练功境界以微微汗出、心情愉悦为度，每次练功留有余兴。

8. 每次练功都要重视收功，逐渐从练功态过渡到常态。

9. 避免练功中和练功后吹风受凉。

10. 练功后避免触碰冷水及食用冷饮，以免引起身体不适。

（撰稿人：张敬文、刘刚）

第十一章

其他类技术

第一节 芳香治疗技术

一、简介

芳香治疗技术是以中医药理论为基础，借助芳香物质所特有的生理和心理方面的治疗功效，通过熏香、按摩等方式作用于人体以调理气血、平衡阴阳，达到防治疾病的作用。芳香治疗技术的应用非常广泛，可用于治疗情志心身类疾病（如抑郁、焦虑、睡眠障碍等），辅助治疗内、外、妇、儿等科的多种常见病、多发病。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 头痛、眩晕、睡眠障碍、抑郁、焦虑等。
2. 流行性感冒、鼻炎、慢性阻塞性肺疾病等。
3. 呕吐、腹胀、腹痛等。
4. 颈椎病、关节炎等。

（二）病证举例

不寐（睡眠障碍）

治疗不寐患者，需要先通过辨证判断证型，配好处方精油，再进行下一步治疗。

肝火扰心证：①选择柴胡、栀子、玫瑰等清肝泻火、镇心安神类精油，用适宜比例调配成方；②于临睡前将精油加入香熏机扩香，使患者随着香气

入睡；③用纯精油与植物油复配至浓度 1% ~ 10%；④滴适量精油在干净的手指上，按揉膻中，循肋合推两胁，透热为度；⑤对太冲、章门、内关等穴行适当力度点揉。

痰热扰心证：①选择陈皮、枳实等清热化痰类精油，用适宜比例调配成方；②于临睡前将精油加入香熏机扩香，使患者随着香气入睡；③用纯精油与植物油复配至浓度 1% ~ 10%；④滴适量精油在干净的手指上，对丰隆、百会、照海等穴行适当力度点揉。

胃气失和证：①选择沉香、藿香、砂仁等和胃理气安神类精油，用适宜比例调配成方；②于临睡前将精油加入香熏机扩香，使患者随着香气入睡；③用纯精油与植物油复配至浓度 1% ~ 10%；④滴适量精油在干净的手指上，对中脘、丰隆、足三里等穴行适当力度点揉。

精油按摩过程要求手法轻柔，按摩至精油完全吸收，可配合热熨、湿敷等方法使用。每次 30 分钟，每日 1 次，5 ~ 7 天为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 高血压、心脏病、出血性疾病、急性皮肤病、急性传染病、癫痫等疾病患者及月经期女性。
2. 过度疲劳及身体过度虚弱者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）常用器具

1. 精油盛放器具

常用的精油盛放器具包括滴管精油瓶、棕色遮光瓶等。棕色遮光瓶为盛放精油最常用的器具，一般有 5mL、10mL、50mL、100mL 等不同规格，可方便存放精油，深棕色瓶体可使其免受光照影响而发生变质。

2. 扩香介质等器具

常用的扩香介质包括扩香木、扩香石等。使用时将精油滴在扩香介质上，无须加水，即可通过扩香介质将芳香挥发性物质扩散至空气中，多供在一定空间内嗅闻使用。

3. 香熏仪器

常用的香熏仪器包括熏香炉、香熏机、冷香仪等。

（二）基本操作方法

1. 涂抹法

涂抹法是指将精油、复方油、纯露、精油乳膏等涂抹于肌肤，结合经络穴位，辅以适宜的按摩、推拿，促进芳香物质的吸收，以提高疗效的一种方法。

2. 吸嗅法

吸嗅法是经由人体嗅觉系统吸收香药之气的一种方法，主要包括直接吸嗅法、扩香法和蒸汽吸嗅法等。

直接吸嗅法：将少量精油（2～3滴）滴在掌心，搓揉双掌后将双掌捂住鼻子，用力地深呼吸；也可将精油按一定比例稀释（多用1%～3%浓度精油），用棉签涂抹在鼻部。

扩香法：将精油（3～5滴）通过扩香器具进行扩散，使芳香分子经鼻吸嗅进入体内，发挥作用。扩香时间30～60分钟。

蒸汽吸嗅法：将纯精油滴入热水（1～2滴）中，人体面部靠近蒸汽，熏蒸5～10分钟，距离以脸部感觉温热即可。

3. 熏洗法

熏洗法是指用药物煎汤或精油熏蒸、淋洗和浸浴的方法。其主要借助药力和热力，通过皮肤、黏膜作用于肌体，通调经络，行气活血，从而达到预防和治疗疾病的目的。根据熏洗部位不同可分为全身熏洗法和局部熏洗法。

4. 湿敷法

湿敷法是指用敷布浸吸芳香药液或芳香纯露，敷于体表皮肤的治疗方法，主要包括冷敷法和热敷法。即在冷水或热水中加入适量精油或纯露，将敷布浸泡于内，全部浸湿后将敷布取出拧干，按敷在患处，治疗性的按敷每次不少于15分钟。

5. 熏烧法

熏烧法是指以芳香中药为原材料做成适宜剂型，引燃后熏熨或温灼表皮穴道或患处，借助药物的热力和药力达到治疗的效果的治疗方法；或借助药物燃烧后芳香成分的扩散，达到芳香辟秽作用的治疗方法。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 精油应避光妥善存放，避免倾斜或倾倒，导致精油变质及渗漏。
2. 熏香炉使用时需注意安全，避免精油溶液烧干。
3. 高纯度精油未经稀释请勿直接涂抹至皮肤。

4. 精油使用前应进行敏感测试，将精油稀释后，在局部（肘、腕内侧或腋下）涂抹测试 15 分钟，如果出现皮肤过敏，立即停止使用；若出现大面积皮疹，及时对症处理或转专科治疗。

5. 气虚体质者、妊娠期女性、癫痫患者、精油过敏者、婴儿（格外注意）、老人应谨慎选择和使用精油。

6. 精油使用过程中，要避免滴入眼睛或误服。若不慎滴入眼中，应立即用大量清水冲洗；若误服精油，可以先服用牛奶，再转专科治疗。

（撰稿人：杨明、黄小英）

第二节 吹药技术

一、简介

吹药技术是指将药物研成极细粉末，吹布患处，使药物直接接触病变部位，以达到治疗目的的一种治疗方法。药粉具有清热解毒、消肿止痛、除痰祛腐、生肌收敛、滋阴凉血止血及通关开窍等作用，适用于口腔、咽喉、耳、鼻等部位的炎症性疾病。

二、临床应用

（一）主要适应证

吹药技术适用于咽喉肿痛、咽干、牙龈肿痛、口腔溃疡等口腔疾病及耳鼻咽喉疾病。

（二）病证举例

急喉痹病（急性咽炎）

操作前，将所备药物配好，研粉，过筛，混匀，装瓶备用。吹药时，嘱患者漱口，清除痰涎。患者面对操作者，端坐靠背椅上，儿童应有人在其背后扶住头部。头向后仰，张开嘴，查清病位，嘱患者暂屏气，操作者左手执握压舌板，将舌压下，使咽腔充分暴露，右手持吹药器将药物迅速均匀喷于病变部位。

三、禁忌证

1. 妊娠期女性、婴幼儿。
2. 对所用药物有皮肤、黏膜过敏者。

3. 化脓性中耳炎耳内脓液较多者，鼓膜小穿孔者。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

配制药液所需的材料、治疗盘、纱布或棉布、压舌板、额镜、镊子、弯盘、防水布单或橡胶单等。

(二) 操作步骤

1. 咽吹操作方法

将所备药物配好，研粉，过筛，混匀，装瓶备用。

吹药前嘱患者漱口，清除痰涎。患者面对操作者，端坐靠背椅上，儿童应有人在其背后扶住头部。头向后仰，张开嘴，查清病位，嘱患者暂屏气，操作者左手执握压舌板，将舌压下，使咽腔充分暴露，右手持吹药器将药物迅速均匀喷于患处。

2. 耳吹操作方法

将所备药物配好，研粉，过筛，混匀，装瓶备用。

患者取坐位或侧卧位，患耳稍向上偏。吹药前先清洁外耳道，拭干后进行。操作者持吹药器，在长嘴端放上少许药粉，轻轻插入外耳道内，对准患处；再用手指捏压鼓状的一端，用气流使药粉喷洒于患处。

第二次吹药前，必须清除原有药粉，防止堵塞外耳道。

五、注意事项和常见不良反应的处理

(一) 咽吹疗法

1. 吹入药末不宜过多。嘱患者吹药治疗时勿吸气，以免呛入气管，引起咳嗽。

2. 咽吹药的选药强调道地药材，对其药材的炮制也极其讲究。吹药药粉对颗粒度要求极高，药粉加工要求无声为度，指触无渣、点舌化水，使药粉不仅易于吸收，而且刺激性小。

3. 咽喉部吹药后半小时内不要喝水、进食，使药物在患处停留更长时间，以加强局部治疗作用。

4. 若咽喉患处有腐肉或厚膜，应先清除或漱口后，再行吹药治疗。

5. 儿童吹药时禁用玻璃器具，以防咬碎伤及口腔。

6. 喷粉器头每次用后均需清洁灭菌处理，以防交叉感染。

（二）耳吹疗法

1. 吹药前，先将外耳道清洗干净（可用生理盐水、3% 双氧水等），拭净耳内脓液及原有药粉后再吹药，防止药物堆积，妨碍脓液及分泌物排出。
2. 每次吹药时，吹入量不要过多，以免堵塞耳道，妨碍引流。
3. 鼓膜大穿孔者，药粉吹入耳内慎勿过多，否则堵塞穿孔，使引流不利，排脓受阻，影响预后。一般每天吹药 2～3 次。

（撰稿人：李云英、陈文勇、张君丽）

第三节 五音治疗技术

一、简介

五音治疗技术是以中医五行理论为基础，将五音与五脏、五志相结合，运用角、徵、宫、商、羽 5 种调式的中国传统五声性音乐以调畅气机、平复阴阳，从而调整脏腑状态，达到防治疾病目的的中医治疗技术。

二、临床应用

（一）主要适应证

五音治疗技术适用于抑郁、焦虑、睡眠障碍等心理情绪类疾病的辅助治疗。

（二）病证举例

郁证（抑郁症）

郁证是指以心情抑郁、胸脘痞闷、胁肋胀痛，或易怒欲哭，或咽中有异物感为主要表现的病证。五音治疗技术治疗郁证时，应先根据阴阳五态气质强弱盛衰，对相关五行的具体虚实状态进行判断，再选择符合补泻原则且具有疏肝解郁作用的乐曲，如《胡笳十八拍》《凌虚吟》《神人畅》等，进行内化式聆听与外化式表达，调和心身状态，促进康复。每天播放 2 次，上午、下午各 1 次，每次 30 分钟。治疗 6 天为 1 个疗程，每个疗程间休息 1 天。

三、禁忌证

严重焦虑抑郁，伴自杀自伤倾向者慎用。

四、操作前准备和操作步骤

(一) 操作前准备

1. 环境要求

准备单独的音乐治疗室，治疗室配备良好的音响设备，布置安全、舒适的音场治疗环境，以确保患者在治疗全过程中保持放松、自然的身心状态，避免因环境干扰产生不良感受，影响治疗效果。

一般环境下，要求安静、简洁、空气清新。空间内避免使用颜色明艳、对比强烈的装饰品。

高级环境下，可配置专业状态音场。有条件的音场环境，可以结合五色、五味、五触、五情等，形成多感官、多模态干预意识能动性的音乐主导心能空间。

2. 器具准备

准备五音音乐库（常规五行音乐或适合的五音音乐），调试音乐播放器、调试乐器。

3. 患者准备

嘱患者采取坐位或仰卧位，调整至舒适放松姿势。

(二) 操作步骤

首先进行中医五音评估，根据辨证、辨质、辨志和状态评估结果，确定患者的心身状态和靶向目标，从曲库中选择相应的乐曲，确定调治计划。

引导患者采用放松的姿势后，以自觉适宜的音量进行播放。简单病证选用单一调式曲目，复合证型可选用多种调式曲目组合，也可选用适合的音乐曲目。依据具体情况选择单曲循环播放或曲库音乐轮流播放。每次 30～45 分钟，每天 1～2 次，每周 5 次，2 周为 1 个治疗疗程。每次治疗结束后，进行自我评估。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 保持安静或自然的聆听环境，排除其他各项干扰，使患者身心沉浸在乐曲的意境之中。

2. 注意控制播放的音量，一般在 40～60 分贝即可，用于安神时音量可适量调低。

3. 注意根据病情辨证施治，关注疾病的不同发展阶段。对于兼具两种以上作用的乐曲，需进一步辨证使用，以免有悖病情。

4. 注意考虑患者的音乐偏好。除病情外，需综合评估患者的民族、地域、爱好、性格特点、文化程度、审美偏好等因素。

5. 重视患者的主观意愿，灵活选用音乐及表演方式。

6. 若患者突然出现头晕、恶心、面色苍白、出虚汗、脉搏加快，医生应先劝慰患者保持镇静，平卧于床，去枕，取头低脚高位，并开窗通风，再掐其人中、十宣，按揉印堂、内关、足三里、大椎等。

附录：常规五音音乐示例曲目

放松性聆听常规五音音乐的辅助治疗性曲目，在一定程度上可调节身心状态，调适各种脏腑证候。

以下相关曲目可供参考：

1. 角—肝

角调曲目：《胡笳十八拍》《凌虚吟》《玄天暖风》《碧叶烟云》等。

特点：曲调亲切清新，旋律舒展调达，描绘了大地春回、万物萌生、生机蓬勃的画面。五行属木，通肝，五志属怒。

功效：补益肝气，散寒解郁，清肝泻火。可防治肝气郁结，肋胀胸闷，夜寐多梦，肢体麻木，头晕胀痛，精神不快，烦躁易怒等证候表现。

2. 徵—心

徵调曲目：《神品徵意》《山居吟》《荷花映日》《雨后彩虹》等。

特点：旋律热烈欢快，乐曲风格活泼轻松，如火焰跃动，热力四散。五行属火，通心，五志属喜。

功效：补益心阳，清心降火，安神定志。可防治心脾两虚，头晕目暗，精疲力竭，睡眠障碍多梦，神思恍惚，心悸怔忡，胸闷气短，情绪低落，畏寒肢冷等证候表现。

3. 宫—脾

宫调曲目：《广寒游》《梅花三弄》《黄庭骄阳》《玉液还丹》等。

特点：乐曲风格悠扬沉静、敦厚庄重，如土般宽厚扎实。五行属土，通脾，五志属思。

功效：温中健脾，升阳益气，清火和胃。适用于治疗脾胃虚弱，食少腹胀，恶心呕吐，泄泻，消瘦乏力，胃脘胀痛，内火郁积等证候表现。

4. 商—肺

商调曲目：《忘机》《白雪》《晚霞钟鼓》《秋风清露》等。

特点：乐曲高亢、悲壮、铿锵、雄伟。五行属金，通肺，五志属悲。

功效：补益肺气，滋阴清热，润肺生津。适用于治疗肺气虚衰，自汗盗汗，喘咳无力，头昏目眩，悲伤不能自控等证候表现。

5. 羽—肾

羽调曲目：《乌夜啼》《春江花月夜》《伏阳朗照》《冰雪寒天》等。

特点：乐曲风格凄切哀怨、苍凉柔润，如高山流水，富于清澈与光彩。五行属水，通肾，五志属恐。

功效：温补肾阳，固精益气，滋肾定志。适用于治疗虚火上炎，腰酸腿软，小便不利，心烦意乱，眩晕耳鸣，滑精阳痿，宫寒带下等证候表现。

（撰稿人：余瑾、林法财）

第四节 中药涂擦技术

一、简介

中药涂擦技术是根据患者病情，辨证调配药物，将药物均匀轻柔地涂擦于患部，使药物通过体表深入经络、血脉，以达到治疗目的的一种技术。该技术具有清热解毒、祛风除湿、活血祛瘀、舒筋通络止痛、润肤生肌收口等作用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 湿疹、带状疱疹等皮肤疾病。
2. 急慢性软组织损伤，肢体麻木、肿胀疼痛。
3. 肛肠科疾病、骨科疾病。

（二）病证举例

1. 疮疡后期溃烂，脓腐不脱

组方：当归 60g，白芷 15g，白蜡 60g，轻粉 12g，甘草 36g，紫草 6g，血竭 12g，麻油 500g。

制法：先用当归、甘草、紫草、白芷入麻油内浸 3 天，大勺内慢火熬至微枯色，用细绢滤清，将麻油复入勺内煎滚，下血竭使之化尽，次下白蜡，微火化开。再用茶盅四枚，预顿水中，将膏分作四处，倾入盅内，等候片刻，下研极细轻粉，每盅内投和 3g，搅匀，候一昼夜取起。

治疗方法：将膏均匀涂抹在纱布上，敷贴患处。依溃疡局部情况，可掺

提脓祛腐药于膏上同用，效果更佳。

治疗时间：每天涂擦 3～5 次。具体治疗时间需依据病情做适当调整，以病情好转或转入另一阶段为疗程结束。

2. 中风后偏瘫

组方：艾叶 15g，五加皮 15g，红花 15g，海桐皮 15g，防风 15g，当归 15g，干姜 15g，冰片 12g（另包，后下）。

制法：将药材放入锅内浸泡 20 分钟（水浸过药材）。浸泡后的药材用武火煮开后，文火再煮 30 分钟，用纱布滤渣，将药液储存于保暖瓶内，24 小时内备用。

治疗方法：对于偏瘫肢体，涂药前先常规清洗皮肤，取药水约 100mL 于治疗碗内，以消毒长棉棒蘸取药液至干湿适宜，自上而下均匀涂擦患肢，再以手掌大鱼际对患肢进行向心性按摩。按摩时部分穴位（如肩井、曲池、外关、合谷、环跳、风市、足三里、阳陵泉、昆仑等）可适当增加力度并延长时间，以患者舒适、不感觉疼痛为宜。此操作可使药液充分渗透组织，同时有效促进血液循环，放松关节周围软组织，防止组织粘连。

治疗时间：每天 2 次，每次 3～5 分钟左右，2 周为 1 个疗程。

三、禁忌证

1. 妊娠期女性。
2. 对方剂中某种药物或介质过敏者。
3. 施术部位有骨折、开放性伤口及感染性病灶者。
4. 年龄过大或体质虚弱不能耐受者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

治疗盘、治疗碗、弯血管钳、无菌纱布、胶布或绷带、治疗巾等。

（二）操作步骤

1. 检查物品，根据患者病情评估选择方剂。
2. 核对患者信息，检查患者皮肤状况，并说明中药涂擦的目的。
3. 根据病情选择合适的体位，暴露涂擦的部位，在其周围垫治疗巾。
4. 用纱布蘸取适量药液擦拭，时间为 15 分钟左右。必要时以无菌纱布覆盖，并用胶布或绷带固定。
5. 操作结束后，用干净纱布将涂擦部位擦拭干净，协助患者穿衣，整

理用品。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 注意保护患者隐私。
2. 注意保暖，勿使患者受凉。
3. 根据不同的涂擦部位采用合适的体位，以防操作时间过久患者不能耐受。
4. 药液温度适宜，不能过热或过冷。
5. 涂药不宜过厚、过多，以防毛孔闭塞。
6. 刺激性较强的药物不可用于面部及婴幼儿。
7. 涂药后观察局部皮肤，如有丘疹、发痒或局部肿胀等过敏现象，立即停止用药，并将药物拭净，遵医嘱内服或外用抗过敏药。

附录：临床常用中药涂擦方剂

临床常用中药涂擦方剂剂型有水剂、酊剂、油剂、膏剂等。

1. 冲和膏（出自《仙传外科集验方》）

参考方药：紫荆皮（炒）150g，独活 90g，赤芍 60g，白芷 30g，石菖蒲 45g。研成细末。

功效：散风行气，活血消肿，祛冷软坚。用于治疗疮疡半阴半阳证。

用法：用葱汁、陈酒调后涂擦于患处。

2. 回阳玉龙膏（出自《外科正宗》）

参考方药：草乌（炒）、干姜（煨）各 90g，赤芍（炒）、白芷、天南星（煨）各 30g，肉桂 15g。研成细末。

功效：温经活血，散寒化痰。用于治疗一切阴证疮疡。

用法：热酒调后涂擦于患处，也可掺于膏药内贴于患处。

3. 生肌玉红膏（出自《外科正宗》）

参考方药：当归 60g，白芷 15g，白蜡 60g，轻粉 12g，甘草 36g，紫草 6g，血竭 12g，麻油 500g。先用当归、甘草、紫草、白芷四味入油内浸三天，大勺内慢火熬至微枯色，用细绢滤清，将油复入勺内煎滚，下整血竭使化尽，次下白蜡，微火化开。先用茶盅四枚，预顿水中，将膏分作四处，倾入盅内，等候片刻，下研极细轻粉，每盅内投和 3g，搅匀，候一昼夜取起。

功效：活血祛腐，解毒镇痛，润肤生肌。用于治疗一切疮疡溃烂脓腐不脱，疼痛不止，新肌难生者。

用法：将膏匀涂纱布上，敷贴患处，并依溃疡局部情况，可掺提脓祛腐药于膏上同用，效果更佳。

4. 红油膏（出自《中医外科学讲义》）

参考方药：凡士林 300g，九一丹 30g，东丹（广丹）4.5g。先将凡士林烱化，然后徐徐将两丹调入，和匀成膏。

功效：防腐生肌。用于治疗溃疡不敛。

用法：将药膏匀涂纱布上，敷贴患处。

5. 生肌白玉膏（出自《中医外科学讲义》）

参考方药：煅石膏 90%，制炉甘石 10%。煅石膏研粉，再加入制炉甘石粉和匀，以麻油少许调成药膏，再加入黄凡士林（配制此膏时用药粉约 30%，油类约 70%）。

功效：敛疮生肌，润肤止痛。用于促进慢性、难愈合的皮肤溃疡或创面收口长皮。

用法：将药膏匀涂纱布上，敷贴患处。

（撰稿人：吴兴全、周晶）

第五节 中药离子导入技术

一、简介

中药离子导入技术是根据患者病情，辨证调配药物，通过直流电将药物电离子导入穴位、经络或病变部位，以发挥腧穴和药物的综合治疗作用的一种技术，具有活血化瘀、软坚散结、抗炎镇痛、促进创面愈合等作用。

二、临床应用

（一）主要适应证

1. 多种神经痛、末梢神经炎、神经症、自主神经功能紊乱等。
2. 溃疡、关节炎、手术后肠粘连、慢性前列腺炎等。
3. 过敏性鼻炎、慢性中耳炎、角膜斑翳、眼出血等。

（二）病证举例

膝痹（膝骨关节炎急性期）

组方：黄芩 15g，大黄 15g，黄连 10g，黄柏 10g，赤芍 15g，川木通 10g。

准备工作：①药液制备：将 500mL 浓度为 75% 的乙醇加入 250mL 蒸馏水中配成溶液，再将上述中药放入溶液中浸泡，1 周后滤去药渣，备用。

②衬垫制备：准备适当大小的无菌纱布，用药液浸湿，备用。

治疗方法：将浸泡过的纱布衬垫分别放在正、负两个电极板上，然后将电极板放置于患者治疗部位。A 组正极置于外膝眼（患侧），负极置于内膝眼（患侧）。B 组正极置于梁丘（患侧），负极置于血海（患侧）。将重量为 0.5kg 的沙袋覆盖在电极板上，或用医用胶布固定，启动开关，选择中药离子导入处方、深度和强度（以在患者承受范围内，且有轻微酸胀感、舒适感为宜）。

治疗时间：每次 30 分钟，每天 1 次。7 天为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

三、禁忌证

1. 孕妇、婴幼儿。
2. 高热、出血性疾病、活动性结核患者。
3. 严重心功能不全或植入心脏起搏器的患者。
4. 对方剂中某味药物或介质过敏者。
5. 施术部位有开放性伤口及感染性病灶者。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

1. 常用器具

一般采用直流电治疗机作为中药离子导入技术的主要器具。药垫采用不加染色、吸收性能好的棉织品，如绒布制品、医用纱布。电极板取质地柔软、化学性质不活泼的金属片，厚度为 0.25 ~ 0.5cm，面积为 6 ~ 12cm²。

2. 药物制备

中药离子导入技术所用方剂临床常用剂型有汤剂、酊剂等，常用方剂如下：

（1）宣痹汤（出自《温病条辨》）

组方：防己 15g，杏仁 15g，滑石 15g，连翘 9g，栀子 9g，薏苡仁 15g，半夏 9g，蚕沙 9g，赤小豆 9g。

功效：清利湿热，宣痹通络。用于治疗湿热痹证。

用法：将上述中药煎至 20 ~ 30mL，或制成酊剂，配合中药离子导入仪器，在病变局部选穴治疗。

(2) 温经汤（出自《金匱要略》）

组方：吴茱萸 9g，当归 6g，川芎 6g，芍药 6g，人参 6g，桂枝 6g，阿胶 6g，生姜 6g，牡丹皮 6g，甘草 6g，半夏 6g，麦冬 9g。

功效：温经散寒，养血祛瘀。主治冲任虚寒、瘀血阻滞证。

用法：将上述中药煎至 20 ~ 30mL，或制成酏剂，配合中药离子导入仪器，在病变局部选穴治疗。

(3) 身痛逐瘀汤（出自《医林改错》）

组方：秦艽 3g，川芎 6g，桃仁 9g，红花 9g，甘草 6g，羌活 3g，没药 6g，当归 9g，五灵脂 6g，香附 3g，牛膝 9g，地龙 6g。

功效：活血祛瘀，通络止痛。主治气血痹阻所致的肩痛、臂痛、腰痹，或周身疼痛，日久不愈者。

用法：将上述中药煎至 20 ~ 30mL，或制成酏剂，配合中药离子导入仪器，在病变局部选穴治疗。

(二) 操作步骤

1. 将常用器具携至床旁，核对患者信息。
2. 告知中药离子导入技术的治疗目的及注意事项。
3. 遵医嘱确定中药离子导入部位及方法。
4. 将衬垫用药液浸湿，拧至不滴水，紧贴患处皮肤。根据药物选择电极，将带负电的药物衬垫放在负极板下，带正电的药物衬垫放在正极板下，必要时用纱布或绷带固定。
5. 打开离子导入器械，缓慢增加至一定电流强度，以不引起疼痛、患者仅有针刺样感觉为宜。通电治疗时间一般为 15 ~ 30 分钟。
6. 操作结束后，关机，取下电极片。
7. 用干净纱布擦净局部皮肤，整理用品。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 操作环境宜温暖，暴露治疗部位时注意保护患者隐私。
2. 治疗开始前，检查直流电治疗机有无故障。
3. 所用药物必须新鲜，日久或变质者均不宜使用。
4. 观察局部皮肤，如有丘疹、发痒或局部肿胀等过敏现象，立即停止治疗，遵医嘱予以处理。

（撰稿人：杨路）

第六节 经皮穴位电刺激技术

一、简介

经皮穴位电刺激技术是指通过皮肤穴位将特定的脉冲电流输入人体以达到治疗疾病的一种类针刺样穴位刺激技术，具有镇痛、改善肌肉张力等作用。该技术作用于皮部，基于《素问·皮部论》“欲知皮部，以经脉为纪者”“凡十二经络脉者，皮之部也”等皮部理论发展而来，属于现代穴位刺激技术。主要适用于痛证、功能失调性疾病、神经系统疾病等的治疗。

二、临床应用

(一) 主要适应证

1. 漏肩风、腰痹、膝痹、面痛、痛经、癌性疼痛等痛证。
2. 腰肌劳损、关节扭挫伤、肌痿、转筋等肌肉筋骨病证。

(二) 病证举例

1. 漏肩风（肩关节周围炎）

取患侧肩前（或肩髃）与肩髃（或臑俞）、外关与合谷。穴位局部皮肤消毒后，按同一部位穴组连接一对电极贴片，将电极贴片分别粘贴于患侧“肩前与肩髃”或“肩髃与臑俞”（此为穴组，不同穴组可隔次交替使用）和“合谷与外关”。刺激参数选用连续波，高频 100Hz 刺激 10 分钟后，转为低频 2Hz 刺激 30 分钟，强度以患者能耐受为度。每 2 天 1 次，5～7 次为 1 个疗程。

2. 腰痹（腰肌筋膜炎）

取双侧肾俞与大肠俞。穴位局部皮肤消毒后，将两对电极贴片分别粘贴于同侧“肾俞与大肠俞”。刺激参数选用连续波，频率为低频 2Hz，刺激 30 分钟，强度以患者能耐受为度。每 2 天 1 次，5～7 次为 1 个疗程。

3. 肌痿（松弛性偏瘫）

上肢取患侧肩髃（或肩髃）、肘髃、手三里、外关，下肢取髀关、梁丘、足三里（或阳陵泉）、悬钟，可选取位于上臂、前臂、股部、小腿外侧部两组穴位进行治疗。穴位局部皮肤消毒后，按同一部位穴组连接一对电极贴片。如上肢取患侧上臂部“肩髃（或肩髃）与肘髃”和前臂部“手三里与外关”，下肢取患侧股部“髀关与梁丘”和小腿外侧部“阳陵泉与悬钟”。刺激

参数选用断续波，频率为30～40Hz，刺激30分钟，强度以患者能耐受为度。每2天1次，5～7次为1个疗程。

4. 转筋（痉挛性偏瘫）

上肢取患侧尺泽、内关，下肢取患侧阴陵泉、三阴交。穴位局部皮肤消毒后，按同一部位穴组连接一对电极贴片，分别置于患侧“尺泽与内关”和“阴陵泉与三阴交”，刺激参数选用连续波，高频100Hz刺激30分钟，采用强刺激（刺激强度以患者能承受的最大强度为宜）。每2天1次，5～7次为1个疗程。

5. 膝痹（膝骨关节炎）

取患侧内膝眼、犊鼻（外膝眼）、髌关、梁丘。穴位局部皮肤消毒后，按同一部位穴组连接一对电极贴片，分别置于患侧“内膝眼与犊鼻”和“髌关与梁丘”。刺激参数选用疏密波，频率2Hz/100Hz，强度以患者能耐受为度，刺激30分钟。每2天1次，3～5次为1个疗程。

三、禁忌证

1. 严重心、肝、肾功能不全者。
2. 局部皮肤有感染、溃疡或瘢痕者。
3. 带有心脏起搏器或心脏复律除颤器者。
4. 孕妇的下腹部、腰骶部及头颈部。

四、操作前准备和操作步骤

（一）操作前准备

经皮穴位贴片（皮肤电极）、经皮穴位电刺激仪或电针仪（主机）。检查并确认经皮暨穴位治疗仪工作性能和输出状态正常、电极贴片完整无破损。

（二）操作步骤

1. 选穴方法

选穴应以辨证论治和循经取穴为基础，结合病位、主要症状及治疗目的，灵活采用局部取穴、远端取穴、上下配穴、表里经配穴及阿是穴。痛证宜以病变局部或阿是穴配远端循经穴；肌肉与神经功能障碍宜选择相关肌群、神经分布区附近腧穴；围手术期应用应根据目标选穴，术后疼痛常取合谷、内关、足三里并结合手术部位配穴，术后恶心呕吐以内关为主，配足三里、合谷，术后胃肠功能恢复以足三里、上巨虚为主，配三阴交、内关。单次治疗一般选取2～4对穴位，同一输出回路宜连接同侧或相邻穴位，避免

电流回路横跨心前区。

2. 消毒方法

患者穴位皮肤采用碘伏或 75% 酒精棉签行环形消毒，消毒范围 $\geq 5\text{cm}$ ；电极贴片提前用 75% 酒精棉签或喷雾剂进行表面消毒后备用。

3. 操作方法

①按照选定穴组，将电极片平整贴敷于穴位体表。每对穴位宜位于身体同侧或同一治疗区域。②施术时根据病证和治疗目的选择适宜的刺激方式，刺激强度由小到大逐渐增加，并及时询问患者感受。以局部出现酸、麻、胀或轻微节律性肌肉收缩，且无锐痛、灼痛或明显不适为宜。③治疗结束时逐渐降低刺激强度至零，再终止刺激，检查局部皮肤并记录取穴、刺激方式、治疗时间和患者反应。

4. 刺激方法

（1）波形选择

连续波刺激节律恒定，适用于需要持续感觉刺激或神经肌肉刺激的病证；疏密波可减少机体对单一频率的适应，兼顾镇痛、改善局部循环和调节肌肉舒缩，常用于疼痛、软组织损伤、关节病及围手术期辅助治疗；断续波可诱发节律性肌肉收缩，适用于肌痿、松弛性瘫痪等神经肌肉功能障碍。

（2）频率选择

高频率的脉冲波具有镇静止痛、缓解肌肉和血管痉挛功效，临床上常用 100Hz 高频电刺激治疗急性疼痛（如急性腰扭伤）、痉挛性偏瘫（中风后肌张力增高）等；低频率的脉冲波具有修复组织、改善神经功能的功效，常用于治疗慢性疼痛（如腰肌劳损），中风后软瘫，各种肌肉、关节、韧带和肌腱损伤等。

（3）强度选择

当电流增加到一定强度时，患者有麻、刺感，此时的电流强度称为“感觉阈”。如电流强度再增加，患者会突然产生刺痛感，此时能引起疼痛感觉的电流强度称为“痛阈”。电流强度因人而异，在各种病理状态下其差异也较大。临床上以感觉阈和痛阈之间的电流强度作为适宜的刺激强度，通常以患者耐受作为合适的输出电流。在对某些急性疼痛治疗时，适当加大电流，可取得更好疗效。

（4）治疗时间与频次

单次治疗一般为 20 ~ 30 分钟；以预防性镇痛或围手术期综合调节为目的时，通常可在麻醉诱导前约 30 分钟开始，持续时间可根据围手术期方案

延长。

治疗频次根据疾病性质和阶段确定。慢性痛证及功能障碍可每周 2～3 次或每 2 天 1 次；急性症状可每天 1 次，必要时短期增加频次。围手术期可于术前实施 1 次，并根据术后疼痛、恶心呕吐或胃肠功能恢复情况，术后早期每天 1～2 次、连续 1～3 天。

五、注意事项和常见不良反应的处理

1. 临床使用本技术，其输出参数设定根据不同疾病及其病情状态进行选择。

2. 因治疗仪厂家型号不同操作方法有所差异，使用前应仔细阅读产品说明书，尽量选择电流输出稳定、具备开短路保护设置的相关治疗设备。每次治疗前，应提前检查治疗仪是否处于正常工作状态，如检查并确认治疗仪工作性能和输出状态正常、电极贴片完整无破损等。

3. 经皮穴位电刺激仪治疗强度应从小到大逐渐增加至患者适宜刺激量，切勿加强过快、强度过大，以免引起肌肉强烈收缩，出现类似晕针等现象。

4. 避免电流回路通过心脏，尤其是安装心脏起搏器的患者，应尽量避免使用。

5. 在靠近延髓、脊髓等部位使用经皮穴位电刺激仪时，电流量宜小，切不可刺激过强，并注意电流回路不可横跨脊髓（治疗脊髓损伤者除外）。

6. 孕妇慎用；体质虚弱、精神紧张者，应注意刺激强度不宜过大。

（撰稿人：梁宜）