主　　编　张俊龙　肖　飞

副 主 编　刘　玮　张　娟　王晶晶

吕志平　杨振宁

编写人员　（以姓氏笔画为序）

王晶晶　牛和平　刘　玮

吕志平　李如辉　任静萍

肖　飞　张　娟　张俊龙

陈茂仁　岳瑞芝　杨振宁

郑乃庚　段学忠　杨文彬

祝维峰　盛钦业　冀秀香

序

《素问·异法方宜论》说："故圣人杂合以治，各得其所宜。故治所以异而病皆愈者，得病之情，知治之大体也"。中医学对疾病的认识，具有精密分析所不及的视野，它以中医学独特的理论为逻辑出发点，在四诊方法基础上，对患者所呈现的"表象"加以辨识，这种辨识称为辨证，辨证的最终目的则在于论治。中医学治疗疾病的方法手段，内容丰富，异彩纷呈，有内治、外治，有药物、非药物等的不同，在运用这些不同的治疗时，均需以"各得其所宜"为原则，做到"得病之情，知治之大体"。

张俊龙博士等遴选临床常见疑难病共20种，以现代医学病名为纲，遵从中医辨证论治原则，荟集各种疗法，缕析各疗法的具体应用细节，并就各疗法的意义予以理论上的阐发。每一疗法既可独立应用，又可彼此联合而对疾病进行综合调理，灵活而又实用。

总之，丛书内容丰富，资料全面翔实，论述透彻，通俗易懂，深入浅出，条理清晰，层次彰明，基本上反映了中医学独特疗法的方方面面，具有很高的实用性和理论价值，故本书不仅是家庭保健之良师益友，而且可作为临床医师及科研工作者之参考。

予受读既竟，欣缀数语，以为序。

张珍玉

1995年12月于济南

前言

现代医学的发展出现了这样的一种难点，这就是，对于诸如糖尿病、冠心病、类风湿性关节炎等大量难治性疾病，既不能在理论上给予科学的解释，更缺乏有效的根治措施。从某种程度上讲，寻找确切有效的治疗方法当是当代医学的首要任务。然而，藉助于现有的医学水准，则难以实现它的历史使命。在经历了种种挫折之后，医学家们的目光再次投向了具有非凡疗效的中国传统医学独特疗法。

相对于现代医学的理论和实践，中医学不但有其独特的理论，而且还具有独特高效的疗法体系。这些疗法大多源远流长，在其形成过程中，充分吸收了几千年中医临床实践的经验，经过历代医家的运用和发展，至今已趋于成熟、自成体系。这种独特的治疗方法，从其理论基础上看，与现代医学的疗法存在着明显的不同，“道法自然”便是它们的精髓所在。它依据自然之理，通过药石、针灸、导引、按摩、内服、外治、食疗等方法，扶正祛邪，恢复人体正常功能；采用天然药物，无病健身，有病疗疾，却并无化学药品的毒副作用。从根本上讲，高效、便廉、实用且无毒副作用是这些疗法的特点，而这正是医学家和现代人类生活所追求的绝妙措施。

为了系统地总结常见疑难病的中医独特疗法治疗经验，为广大医患提供完整有效的中医独特疗法治疗措施，我们组织有关学者编写了本套丛书。丛书以糖尿病、冠心病、支气管哮喘、慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、类风湿性关节炎、颈椎

病、慢性肾炎、病毒性肝炎、慢性支气管炎、感冒、中风、高血压、阳痿、肥胖、癫痫、痔疮、头痛、失眠、慢性前列腺炎等常见疑难病为研究对象，分别集结成书。每书分上下两篇，在上篇介绍中西病证辨识的基础，下篇收录了大量有效的独特疗法。既介绍了某一疗法的基本知识，又提出了该疗法对这种疑难病的具体治疗方法，具有很强的实用性和可读性。

囿于学识，从书定有许多不妥之处，敬请医学界同仁教正。

张俊龙　肖飞

1995 年 4 月

目　录

序

前言

上篇　病证辨识

一、概论 …… (1)

§1. 前列腺解剖 …… (1)

§2. 前列腺生理功能 …… (2)

§3. 慢性前列腺炎的概念 …… (3)

§4. 中医对慢性前列腺炎的认识 …… (4)

§5. 前列腺按摩 …… (4)

§6. 慢性前列腺炎患者的生活调理 …… (5)

二、病因病理 …… (7)

§1. 西医病因病理 …… (7)

§2. 中医病因病机 …… (10)

三、临床表现 …… (12)

§1. 症状与体征 …… (12)

§2. 实验室及其他检查 …… (14)

四、临床诊断 …… (18)

§1. 西医诊断 …… (18)

§2. 中医辨证 …… (21)

下篇　独特疗法

一、内服类 …… (23)

§1. 汤剂疗法 …… (23)

§2. 丸剂疗法 …… (36)
§3. 散剂疗法 …… (40)
二、针法类…… (43)
§4. 体针疗法 …… (43)
§5. 耳针疗法 …… (47)
§6. 脊背针疗法 …… (49)
§7. 手象针疗法 …… (51)
§8. 足象针疗法 …… (53)
§9. 芒针疗法 …… (55)
§10. 陶针疗法…… (57)
§11. 冷针冷灸疗法…… (58)
§12. 脉冲电针疗法…… (59)
§13. 激光针疗法…… (61)
§14. 水针疗法…… (63)
§15. 穴位埋线疗法…… (66)
§16. 直流电药离子导入疗法…… (69)
§17. 磁场敷贴穴位疗法…… (71)
§18. 挑治疗法…… (73)
三、灸法类…… (75)
§19. 艾条灸疗法…… (75)
四、推拿类…… (77)
§20. 推拿疗法…… (77)
§21. 房事自我按摩疗法…… (80)
§22. 因是子静坐疗法…… (83)
五、外治类…… (86)
§23. 敷贴疗法…… (86)

§24. 敷脐疗法 …… (87)
§25. 药栓疗法 …… (89)
§26. 灌肠疗法 …… (91)
§27. 熏洗疗法 …… (95)
六、杂治类 …… (99)
§28. 湿泥疗法 …… (99)
§29. 矿泉疗法 …… (100)
§30. 沐浴疗法 …… (102)
§31. 药带疗法 …… (104)
§32. 白降丹划点疗法 …… (105)
主要参考文献
编后语

一、概论

§1. 前列腺解剖

前列腺是男性生殖泌尿系统最大的附属腺体，不成对，位于盆腔内、直肠前、膀胱颈部，包绕尿道前列腺部。前列腺外观呈倒锥体形，如同栗子大小，前面隆起，与耻骨联合相对，后面平坦，与直肠相邻，后面正中有一条浅沟，称为前列腺沟，沟上端为前列腺切迹。体检时可由直肠触及前列腺沟。前列腺可分为基底部、尖端、前面、后面和两个侧面。底向上，尖向下，底部横径约4厘米，纵径约3厘米，前后径约2厘米，重约20克。

前列腺一般分为五叶，即前叶、中叶、后叶和两个侧叶。前叶很小，位于两个侧叶和尿道之间，临床上无重要意义。中叶位于尿道后方、两个侧叶和射精管之间，前面正对尿道开口。中叶在老年人往往肥大，轻度者向上压迫，将尿道口后方的膀胱三角下角处的粘膜顶起，形成膀胱悬雍垂，严重时可压迫尿道引起排尿困难。后叶位于射精管的后下方及中叶、两个侧叶和尿道的后面，此叶很少发生肥大，其增大多见于前列腺肿瘤。两侧叶肥大时，从侧面压迫尿道，可致尿潴留。

前列腺的动脉有三条，即膀胱下动脉、痔中动脉和阴部内动脉。主要的供应动脉是膀胱下动脉，该动脉来自髂内动脉前支，在膀胱两侧面，经膀胱和前列腺交界处，分为前列腺包

膜上动脉和下动脉。上动脉沿两侧壁向上向前分布于包膜上部，下动脉则由侧面 5、7 点的部位，分别进入腺体。

前列腺的静脉位于被膜内，是膀胱前列腺静脉丛的一部分，经膀胱下静脉入髂内静脉。前列腺静脉和痔静脉有吻合支，这是前列腺癌引起肝脏转移的主要原因。前列腺静脉和骶椎及髂骨有很多丛枝状吻合，这是前列腺癌在骨转移时首先引起骶骨、髂骨转移的原因。

前腺列的淋巴毛细管网分布于腺体的各小叶，形成前列腺周围的淋巴网络，并汇合成 3～4 根前列腺外侧淋巴管。前列腺前面的淋巴液注入髂内淋巴结和骶淋巴结；前列腺后面的淋巴液则注入髂外淋巴结。此外，在小骨盆中与精索淋巴结相通，但不与腹股沟淋巴结相通。

前列腺的平滑肌由盆腔神经丛的交感神经支配。前列腺的神经来自胸 10 至骶 3 的神经，因面前列腺病变可引起自横膈以下所有部位的反射性疼痛，最常见的是腰骶部、髋部、会阴部、耻骨上区及腹部疼痛。

§ 2. 前列腺生理功能

前列腺是男性最大的副性腺体，受雄激素的控制。其主要功能是供应精液中的某些成分，对生育尤其重要。前列腺主要的生理功能可简单概括为三个方面。

(1)解剖学作用，前列腺构成近端尿道壁，包括尿道内括约肌，此肌由环状平滑肌纤维围绕前列腺部尿道。内括约肌为膀胱逼尿肌之延长，当逼尿肌收缩时，内括约肌就松弛，无拮抗作用。

(2)运输功能：前列腺将精囊及输精管中的内容物经管道输入尿道，间歇性地随尿液排出体外。

(3)分泌功能：前列腺液中含有多种物质，如锌、柠檬酸盐、ACP 和其他酶、多胺、蛋白质、血纤维蛋白溶酶原激活因子等。对前列腺液成分的研究尚不深入，但目前研究表明其中许多成分对入的生殖功能产生影响。如锌可参入前列腺分泌的负反馈调节，还有抗微生物的作用，患前列腺炎时，锌的分泌量下降；柠檬酸可能参入精液的凝固和液化过程，它能使精液保持渗透平衡，维持在适宜的 pH 值，有保护精子和 ACP 功能的作用。

§ 3. 慢性前列腺炎的概念

慢性前列腺炎是指发于前列腺的慢性炎症，临床以少腹、会阴、睾丸及腰骶部疼痛，尿频、尿痛或尿道有灼热感，尿道中常有白色分泌物为特征，但也有一些患者无任何自觉症状。本病一般分为细菌性和无菌性两类，但不论是细菌性还是无菌性，两者都有慢性前列腺炎的症状和体征，前列腺都有一定的异常改变，其唯一的差别就是细菌性前列腺炎可以查到致病菌，而无菌性前列腺炎则查不到病原菌。

慢性前列腺炎好发于 20～40 岁的青壮年。据统计，35 岁以上的男性有 31～40%患有前列腺炎。也就是说，大约每 3～4 个成年男性中就有一个是慢性前列腺炎的患者，只是其中有一部分病人并不表现症状。

§4. 中医对慢性前列腺炎的认识

中医学中无慢性前列腺炎这一名称，也无与其相对应的比较固定的症证。由于慢性前列腺炎的临床表现差异比较大，其中医辨证也就不尽一致。当慢性前列腺炎以排尿时疼痛、不适或烧灼感、尿频等为主要表现时，当属于“淋证”的范畴。中医认为“淋证”是由肾虚、膀胱湿热，气化失司，水道不利所致。淋证又有血淋、气淋、石淋、膏淋、劳淋之分。慢性前列腺炎所致的淋证主要见于气淋和膏淋。当慢性前列腺炎以腰骶、会阴部坠痛，倦怠乏力、阳痿、遗精、性功能减退等为主要表现时，当归属于“肾虚劳”的范畴。当临床症状不甚明显，而以尿道经常有白色分泌物为主要表现时，当属于“精浊”的范畴。所谓“精浊”是指尿道口经常流出糊状浊物，但尿色并不混浊。精浊常因于酒色无度，败精瘀阻，或肾精亏损，相火妄动，败精夹火而出，或由于湿热流注精室而成。但久病不愈者，往往又可形成虚证。

§5. 前列腺按摩

前列腺按摩可获取前列腺液供化验检查用。此外，前列腺按摩对慢性前列腺炎有治疗作用。不论是慢性细菌性前列腺炎还是无菌性前列腺炎，通过按摩可以人为地促使积聚在前列腺内的液体排出体外，同时也把隐伏在前列腺内的细菌和脓性分泌物排泄出去，从而达到治疗的目的。适当的按摩还能达到改善局部血液循环、减少前列腺溢液的目的，并且有利于

炎症的吸收，对缓解症状也有一定好处，因此前列腺按摩是颇受患者欢迎的一种方法。

按摩方法：病人排尿后取立位弯腰或胸膝位。检查者右手食指戴指套，涂以润滑剂后置于肛门，在前列腺两侧叶自外上方向内下方按压 2～3 次，再在中央沟由上向肛门口按压 2～3 次，然后挤压会阴部尿道，即有乳白色前列腺液流出，用玻璃片或无菌试管接取检查。由于前列腺的病变不同，前列腺液的取得速度也不同。如无菌性前列腺炎因前列腺触及敏感，略事按摩即可取得前列腺液。

注意事项：①前列腺有急性炎症时，禁忌前列腺按摩；②按摩时用力均匀，切忌使用暴力，以免引起疼痛及损伤；③按摩时应注意前列腺的外观，并行镜检；④在按摩中应注意前列腺的大小、硬度，表面是否光滑，有无结节与压痛，中央沟是否存在、变浅或消失，腺体是否固定，触诊时有否捻发音，从而达到检查的目的。

§ 6. 慢性前列腺炎患者的生活调理

慢性前列腺炎是一种慢性疾患，积极治疗是一种方面，在日常生活中学会合理、科学的调理对疾病的康复有时可以起到至关重要的作用。

(1)生活规律：起居有常，避免过度劳累及精神紧张。适当的体育锻炼，如打太极拳、适度的跑步等，可以改善血流循环，有利于局部炎症的吸收消散。

(2)多饮水：平时养成多饮水的习惯，通过多排尿起到冲洗尿道、帮助前列腺分泌物排出的作用，此可以减轻前列腺的

炎症并有助于防止重复感染。

(3)戒手淫、节房事：手淫及频繁的性生活可以加重前列腺的充血，不利于前列腺炎的恢复。此外同房前后要注意清洗阴茎及会阴部，避免感染。

(4)忌刺激性强的食物：蒜、辣椒、胡椒、洋葱等刺激性强的食物应尽可能不吃或少吃，因这类食物可以引起血管扩张，加重前列腺的充血、水肿。

(5)戒烟酒：吸烟可以加重前列腺炎的病情，而吸烟对精子的生成、成活率及活力皆能产生不利影响。饮酒可以显著加重前列腺的充血，使病情加重。

(6)热水坐浴：养成每晚热水坐浴的习惯对于预防和治疗慢性前列腺炎具有很好的作用。

第二章 病因病理

§1. 西医病因病理

一、病因

慢性前列腺炎的病因尚不十分清楚，看法也不一致，有的甚至相互矛盾。一般认为慢性前列腺炎有细菌性和无菌性两种，病因也有所不同。

1. 慢性细菌性前列腺炎

(1)急性前列腺炎：如病情严重或治疗不彻底，炎症可以转为慢性。

(2)血行感染：体内某一病灶内的细菌经血流而致前列腺炎。如上呼吸道感染时，口腔及咽部细菌可进入血流，先形成菌血症，细菌随血流到达前列腺引起炎症。如细菌数量少，毒力低，病人抗毒能力又较强，临床多不明显，但可因失治、误治而转为慢性炎症。

(3)淋巴感染：下尿路或结肠的炎症，可通过淋巴管而感染前列腺。

(4)直接蔓延：后尿道的炎症通过前列腺管而入腺体，尿道器械的应用以及上尿道感染均可使细菌经尿道进入前列腺，这是最常见的途径。

(5)性欲过旺：前列腺充血，会阴部及尿道损伤，其他泌尿

生殖系疾病如尿道狭窄、前列腺增生、下尿路梗塞及前列腺结石等都可能成为慢性细菌性前列腺炎的诱因。

慢性前列腺炎非特异性感染的病原菌以金黄色葡萄球菌最多，其次为白色葡萄球菌、类链球菌、大肠杆菌及类白喉杆菌。球菌与杆菌混合感染常见，也有特异性与非特异性感染共同存在者。

2. 无菌性前列腺炎

无菌性前列腺炎病因不明，有人认为是由于机体植物神经功能紊乱引起的一种泌尿系症候群，也有人认为是因为机体的免疫反应功能紊乱，诱发前列腺所引起的一种变态反应性炎性疼痛。目前认为可能的原因有以下情况。

(1)性生活不正常：如性生活过度、性交中断、频繁的手淫等，都会造成前列腺充血。

(2)性欲兴奋而不能射精：如已婚男子常习惯于有规律的性生活，如果女方有病、怀孕等原因不能进行性生活，而男方的性欲又十分旺盛，这种旺盛的性刺激能引起性冲动，却又不能得到射精的机会，或性生活过度抑制，也会产生长的自动兴奋，均可产生前列腺充血。

(3)手淫：未婚男子经常手淫或经常的性冲动引起生殖器勃起，会导致前列腺充血。

(4)会阴部直接受压：如骑自行车、骑马过久、长时间久坐不动等，都会引起前列腺充血。

(5)其他：如饮酒、嗜食刺激性食物、不适当的前列腺按摩(如按摩次数过频、按摩时用力过大等)、受冷受寒等，也常是诱发前列腺充血的因素。

二、发病机理

细菌感染并不是慢性前列腺炎发病的唯一因素，前列腺本身内在性不足也是发病的重要因素。目前认为除细菌感染之外，以下因素也是慢性前列腺炎发病的原因。

1. 内分泌机能不足

前列腺是男性最大的附性腺体，只有在大脑高级中枢的调节作用下才能发挥正常的分泌功能，以维持腺体的正常组织结构。随年龄的增长，神经中枢的控制能力逐渐减弱，男性激素水平下降，出现内分泌平衡失调。此时腺体本身可发生退行性变，即腺体的分泌机能下降，纤维组织增生，从而为细菌的感染提供了有利条件。

2. 腺体的血液循环障碍

前列腺的血液供应十分丰富，它来自前列腺上、中、下三条动脉，而回流血液的静脉则少些，要先经过许多细小的血管，才能逐渐回到大的静脉血管中，这就使得前列腺内的血流阻力增大。此时如再遇到一些使静脉回流障碍加重的因素，就可以使前列腺充血。长时间的前列腺充血会加快前列腺的退变，并给细菌滞留创造条件。

3. 腺体内梗阻

前列腺有15～20条排泄管开口于尿道前列腺部，前列腺液就是从这里排出去的。由于排泄管在腺体的不同部位走行方向不同，所以前列腺液排出时受到的阻力也不同。在腺体的中心区，排泄管与尿道的走行方向基本一致，所以阻力也很小；而在外周部，排泄管与尿道成直角相交，阻力较大，分泌物就不易排出，可出现尿潴留和继发感染。

三、病理变化

慢性前列腺炎的病理变化表现为腺泡、腺管和间质呈炎性反应，有多核细胞、淋巴细胞、浆细胞和巨噬细胞浸润，结缔组织增生、坏死灶纤维化，腺管管腔变窄，或小管被脓细胞和上皮细胞堵塞引起腺泡扩张，腺泡扩张则腺体呈现柔韧感。最后腺体结构被破坏皱缩而成纤维化，前列腺因纤维性变而缩小。纤维化波及后尿道，可使膀胱颈硬化。精囊及输精管壶腹也有纤维组织增生，壁层增厚，精囊及射精管开口可致纤维化狭窄。

§2. 中医病因病机

1. 湿热蕴结

忍精不泄，频繁手淫或房事，溢液败精内阻瘀滞，生湿化热；入房不慎，衣裤不洁，湿热由下窍而入，浸淫于上；饮食不节，嗜食肥甘辛辣刺激食品，以及饮酒太过，酿成湿热，留注下焦而成本病。

2. 瘀血阻滞

瘀血既可以是慢性前列腺炎发病的致病因素，也可以是病理变化过程中的一种病理产物。临床所见，一旦有瘀血产生，病情往往会变得比较顽固。导致血瘀的原因，可由于久坐、久行，使血液郁积于下，运行不畅；感受寒邪，寒邪凝涩经脉；湿热蕴结，日久不去，阻遏气血运行，脉络瘀滞等。

3. 脾气不足

素体脾胃虚弱，或饮食不节，过食辛辣厚味，损伤脾胃，或

久病内伤，脾胃呆滞，皆可使脾气亏虚。脾主运化水湿，又主升清降浊，脾气不足，则水湿不化，清气不升，湿浊下泄，发生本证。

4. 肾脏亏虚

先天禀赋不足、久病迁延不愈、房劳过度、长期手淫等，均可伤肾，导致肾虚。肾主藏精，司生殖；肾又主水液代谢，司小便的生成与排泄。因而，如肾气不足，则气化不利；肾阴不足，虚热内生，则内扰精室；肾阳亏虚，则温煦无权，精关不固。以上皆可以引起小便不利、精液外泄、生殖不能等病证。

三、临床表现

§1. 症状与体征

1. 排尿异常

主要表现为尿频、尿急、尿痛。一般慢性前列腺炎病人首先出现的是尿频，即排尿次数增多，尤其是在夜间更为明显。以后，随病情的发展，可以出现尿急，往往是一有尿意就迫不急待地要排。而尿痛则常常表现在尿终末时的尿道内涩痛或后尿道内烧灼痛，这疼痛有一个特点，就是多喝水、尿量增加时可以减轻，而尿减少、尿色发黄时尿痛会加重。

有一部分病人会发现尿道外口有白色分泌物，即俗称的尿道滴白。这种情况多数是发生在早上起床或大便用力时，常被误认为是"漏精"而异常恐惧。其实这只是一种尿道分泌物或前列腺溢液，属于慢性前列腺炎的一种表现，与精液外溢不是一回事。

还有少数病人会有排尿结束时出现鲜红的肉眼可见的血尿，即终末血尿。不过，对于这类病人，必须要先作泌尿系全面检查，只有在排除了全身其他疾病引起血尿后，才能确定为慢性前列腺炎引起的血尿。

2. 疼痛

疼痛有两种情况，一种是局部疼痛，一种是反射性疼痛。

(1)局部疼痛：局部疼痛是慢性前列腺炎病人常见的症

状，有许多人到处求医，就是因为常年受到会阴部、后尿道及肛门口周围疼痛的困扰。这种疼痛多数并不严重，只是觉得局部有胀痛、坠痛或酸痛，有人把它称为“前列腺痛”。其发生原因主要就是前列腺的炎症病理变化引起邻近肌肉的保护性痉挛，刺激了周围的神经而导致疼痛反应。

(2)反射性疼痛：这是由于前列腺出现炎症时，腺体内张力增加，刺激了前列腺的神经，再反射到腰骶部的低级神经中枢，而这种神经中枢还有着许多神经与腰腿等部分相连，一旦受到刺激，就引起一系列连锁反应，产生反射性疼痛。其特点是涉及范围广泛，包括腰骶部、大腿、臀部、阴茎及阴囊等各部分。在临床上，就有一些长期患腰腿痛的病人，几经治疗都没有效果，最后才发现是慢性前列腺炎所引起的。

3. **性功能异常**

慢性前列腺炎病人的性功能异常是颇为常见的，有时还是最主要、最早出现的症状。这就使得许多病人长期以来因为性功能障碍而感到烦恼和焦虑，四处奔波，寻医问药，终无好转，直到最后才发现是慢性前列腺炎在作祟。这类性功能异常几乎包括性功能的各种方面，如性欲减退、精液减少或/及不液化、不育、阳痿等。在疾病早期，约62%的病人会出现不同程度的性欲减退，原因可能与初病慢性前列腺炎的病人精神紧张、情绪低沉有关。随着疾病的加重，前列腺、精囊腺及周围组织充血、水肿，性敏感性增强，既可出现早泄现象，也可出现阴茎异常勃起和梦遗。而阳痿一般发生在疾病的后期，这时腺体纤维化、萎缩，内分泌障碍，易于导致阳痿。至于男性不育，可以是慢性前列腺炎的一种并发症，多数发生在疾病的晚期。这时，除了感染细菌可以直接影响精子存活外，腺体的纤

维硬化、腺管阻塞，也可妨碍精子的排出。应该指出，一旦到了这种地步，治愈不育的可能性已经很小了。

4. 神经衰弱

神经衰弱往往表现为梦多、易惊、神志不定和情绪低沉。如果慢性前列腺炎的其他症状不明显，就很容易误诊为单纯的神经衰弱。临床中常会碰到许多青年男性病人，长期神经衰弱没法治好，直到出现了性功能异常，来泌尿科检查后，才得知是慢性前列腺炎引起的。

5. 并发症

慢性前列腺炎可以引起其他一些并发症，如精囊炎、后尿道炎、膀胱炎和附睾炎等。这些炎症基本上都和细菌感染有关，既可以是前列腺炎引起的，也可以反过来加重前列腺的损害。

(1)附睾炎：致病菌经输精管逆行进入附睾造成发炎，可有周身不适及发热、阴囊红肿、附睾肿大触痛诸症。

(2)不育：前列腺炎可减少精子数量，降低精子活性；前列腺液有细菌存在时，细菌可引起细胞分解、精子寿命缩短及精子凝集等现象，从而导致不育。

(3)过敏性疾病：主要见于神经炎、虹膜炎、结膜炎和关节炎等。过敏由细菌毒素引起。

§2. 实验室及其他检查

1. 前列腺液检查

正常前列腺液是一种乳白色浆液，每日分泌量约为0.5～2.0ml，含总脂280mg%，其中磷脂占65%，而以卵磷脂为

主。显微镜下每高倍镜视野数在 10 个以内，卵磷脂小体满视野为正常。

慢性前列腺炎时，前列腺液体微黄浑浊或含有絮状物，巨噬细胞吞食大量脂类，使前列腺液中白细胞增多，每高倍镜视野超过 10 个以上诊断便可成立，严重者可成堆存在，而卵磷脂小体减少或消失。但镜检结果与前列腺液滴量之多少、厚薄，有无合并尿道炎、污染等情况有关，因此前列腺液检查，有时应连续 3 次复查前列腺液，所见者才较为可靠。

2. 前列腺液培养及药敏试验

将按摩收集的前列腺液置于血琼脂平板、EMB 琼脂及硫代乙醇酰肉汤等培养基中培养，在细菌性前列腺炎者可发现培养基内有大量细菌生长，并可作出药物敏感试验。

3. 尿液和前列腺液的细菌定位检查

一般均采用 Meares－Stamey 定位方法，可同时作分段尿和前列腺液的细菌定量培养。试验前让患者多饮水，清洁尿道口，收集首先排出的尿液 10ml(VB_1)作为尿道标本，继而收集中段尿 10ml(VB_2)作为膀胱标本，然后作前列腺按摩，并收集前列腺液 3～5 滴(EPS)，最后再收集前列腺按摩后立即排出的 10ml 尿(VB_3)作为前列腺及后尿道标本，然后将标本分别进行细菌培养计数和药敏试验。

当 VB_1、VB_2 无细菌或菌落小于 3000/ml，而 EPS 或 VB_3 菌落数大于 5000/ml，即可诊断为慢性前列腺炎。若不能获得 EPS，则 VB_3 的菌落数至少是 VB_1 的二倍方有意义。VB_1 等四个标本均无细菌时，可诊断为无菌性前列腺炎。上述方法比较繁琐，不必对每一个前列腺炎的患者都作该项检查，对久治不愈、疗效差的患者可以采用。

4. **精液检查**

前列腺感染严重时，在精液中可发现大量脓细胞和细菌，对不愿作前列腺按摩或按摩失败时，精液检查有一定参考价值。但精液检查很难作出定位诊断，因为附睾、精囊等有炎症时，精液中同样可以有细菌存在。

5. **前列腺液 pH 值测定**

正常前列腺液的 pH 值为 6.5 左右(6.3～6.5)，前列腺炎时可上升到 7～8(7.7～8.0)。一般认为：①pH 的测定对慢性前列腺炎的诊断有参考价值；②前列腺炎治疗后好转情况与前列腺 pH 回复正常成正比；③有时仅作此项检查可免除反复的细菌培养。

6. **前列腺液锌含量测定**

前列腺含锌量较体内其他组织多，锌的含量与前列腺液杀菌能力及抗菌保卫机制有关。国外资料表明：93 个正常人、136 次前列腺液含锌量测定为 488±18μg/ml(正常值 150±1000μg/ml)，而慢性前列腺炎时降低为 145±16μg/ml。

7. **免疫检查**

近年来国内外学者报道，慢性前列腺炎患者血清效价增高，应用抗生素治疗后恢复正常。Ablin 发现，此类患者前列腺液中的 IgG、IgA 和 IgM 的总量明显增加。有学者采用高敏感的固相放射免疫(SPRIA)的技术和福尔马林溶液固定菌体抗原法，在慢性前列腺炎者前列腺按摩液中发现 IgA 和 IgG，并对敏感细菌呈现特异性免疫反应。IgA 是起主要作用的抗体，但它的特异性尚不清楚。因为精液是性器官和组织排出的混合液，同时在前列腺增生及早期尚未合并感染的前列腺癌患者精液中 IgA 亦同样增高，但这一指标在诊断慢性前列腺

炎方面指出了方向，也有助于临床参考对此病采用免疫治疗，以提高治愈率。

8. **尿液检查**

尿的常规检查和培养对慢性前列腺炎的诊断意义不大。尿三杯试验有较大参考价值。前列腺炎常在第一杯出现孤状碎片，第二杯清晰，第三杯继续有碎屑、白细胞及上皮细胞。

9. **前列腺肛诊**

由于慢性前列腺炎病程长短、病情的轻重不同，指诊时前列腺的征象也不同。指诊时前列腺大小不一，可正常，也可偏大或偏小，两叶可不对称，表面也可不规则；硬度一般都有增加或质地不均匀，有时可扪及大小不等的结节。它可以有一定弹性和活动度，或比较坚硬，腺体周围粘连固定。大多数有轻度压痛。

四、临床诊断

§1. 西医诊断

一、诊断要点

慢性前列腺炎的诊断主要依据病史、症状和体检，辅以实验室检查。一般说来，如果无尿路感染及全身症状，而前列腺有脓性液体，培养有一定数量的致病菌，即可作出诊断。进行诊断时需注意以下几个方面。

1. 病史

可能有急性前列腺炎、尿道炎、尿道梗阻以及尿路感染病史，病程缓慢，尤多见于中年男性。

2. 症状

症状表现不一，一般而言，在排尿异常、疼痛和性功能障碍三大症状中，多数病人会表现 1～2 项症状。

3. 直肠指检

前列腺有触痛、腺体局部有硬性结节或表面不光滑、腺体缩小等改变。

4. 实验室检查

前列腺液检查、细菌学检查等有助于慢性前列腺炎的诊断（详见“临床表现”部分）。

有人以症状、直肠指诊和前列腺液化验检查作为诊断慢

性前列腺炎的主要指标，制定诊断标准，认为：①症状阳性，直肠指诊和前列腺液检查其中一项阳性者，可以确定诊断；②无症状，前列腺液脓细胞每个高倍镜视野内＞15个，不论直肠指检是否有压痛，皆可以诊断为隐性前列腺炎；③如症状阳性，但直肠指检和前列腺液阴性，要考虑其他疾病。

二、鉴别诊断

1. 前列腺痛

前列腺痛由于盆底肌群及尿道外括约肌痉挛引起，表现为尿频、尿急、尿痛、排尿困难、尿有白色分泌物、血尿等。病人会阴、肛周、下腹部、腰骶部、腹股沟等部位疼痛不适，久坐、骑车后加重，直肠检查两侧提肛肌压痛明显，前列腺触诊正常而无压痛。前列腺液检查无炎性细胞（白细胞及脓细胞），前列腺液及尿液培养无细菌生长。

2. 前列腺脓肿

前列腺脓肿多为急性细菌性前列腺炎的并发症，50～60岁多见，常伴有糖尿病，半数病人有急性尿潴留、尿频、排尿困难、直肠不适、血尿、尿道流脓，有的伴有附睾炎。直肠指诊前列腺病侧增大，触之软，有波动感。偶尔前列腺可自然向尿中破溃，也可向直肠破溃，被误认为直肠周围脓肿。

3. 前列腺结石

指发生在前列腺腺泡内和腺管内的结石。其发生与前列腺慢性炎症、前列腺液潴留、腺管狭窄、代谢紊乱等因素有关。无机盐如草酸钙、磷酸钙、磷酸镁等沉积在前列腺腺泡内的淀粉样体、上皮细胞和炎性渗出物上形成结石。患者可出现腰骶部、会阴部疼痛不适，性功能紊乱如阳痿、早泄等症状。合并尿

道炎时可有尿频、尿急、尿痛、终末血尿等，但直肠指诊检查可扪及前列腺有结石摩擦感；骨盆X线平片在耻骨联合区一侧有阳性结石影。

4. 前列腺结核

前列腺结核的症状与慢性前列腺炎相似，有会阴部、腰骶部隐痛及尿频、尿急、尿痛、尿道内分泌物等表现，但常具有泌尿系结核及其他部位结核病灶的病史，直肠指诊检查前列腺呈不规则结节状、附睾肿大变硬，输精管有串珠状硬结，前列腺液结核杆菌直接涂片或培养找到结核杆菌，前列腺活组织检查可见到结核结节或干酪样坏死。

5. 肉芽肿前列腺炎

肉芽肿前列腺炎是一种特殊类型的前列腺炎，多表现为急性过程，发热、脓尿、尿频、尿急、尿痛、会阴部疼痛，症状进展快，可迅速发生尿潴留。但也可表现为慢性过程。直肠指诊腺体增大，有硬结如癌肿，短期内硬结生长较快，细针吸取细胞学检查是获得形态学诊断最有效的方法，可以鉴别各种类型的肉芽肿前列腺炎。组织学检查表现肉芽肿性反应，用激素、中药、胎盘组织液等试验性治疗，硬结能逐渐缩小。

6. 前列腺癌

前列腺癌晚期可出现尿频、尿痛、排尿困难等症状，但患者常有消瘦、乏力、贫血、食欲不振等明显全身症状；直肠指诊前列腺坚硬如石，表面高低不平；血清碱性磷酸酶增高；前列腺液涂片或前列腺活检可发现癌细胞；超声检查可见腺体增大，边界回声不整齐或有缺损，内部光点不均匀，癌肿部分有较亮光点或光团；CT检查，当肿瘤局限于前列腺包膜内时，可发现前列腺形态不对称，在精囊和膀胱后壁间有一层很薄

的组织间隙，这间隙消失可能是前列腺肿瘤向外浸润的早期特征。CT 可以确定前列腺癌的浸润程度。

7. **耻骨骨炎**

临床上耻骨骨炎表现类似慢性前列腺炎。病人常有下腹、会阴等处的疼痛及尿频、尿痛等排尿不适症状，部分病人可出现尿流率下降。X 线检查可帮助诊断。耻骨骨炎 X 线特征为：①耻骨联合间隙增宽（>10mm）；②耻骨阶梯征（双侧耻骨上支水平相差 2mm 以上）；③耻骨联合边缘不规则，出现侵蚀和反应性骨硬化。以上征象一项或一项以上阳性即可诊断为耻骨骨炎。耻骨骨炎的病因尚不清楚，有人认为与病变处长期慢性劳损有关，可能与感染、骨坏死、软骨下骨折和耻骨联合处长期的剪力作用有关，也可因骨盆手术、怀孕、骨变性、风湿病等而伴发。

§2. 中医辨证

一、辨证要点

本症病情复杂，临床需分清瘀滞、湿热、阴虚、阳虚之不同。前两者属实，后两者属虚，但临床上单独出现者少，虚实夹杂者多。偏于湿热者，症见小便短赤，尿道刺痒、赤涩、疼痛，精浊黄浑；瘀滞者，以少腹、会阴、睾丸疼痛为主，或有尿血、血精，舌有紫斑，脉弦紧；肾阴虚者，相火必旺，症以遗精、早泄、头晕耳鸣、失眠多梦、舌红少苔、脉细数为特征；肾阳虚则腰膝酸软，形寒肢冷，阳痿不起，小便淋漓，舌质淡胖，脉沉弱。

二、辨证分型

1. 湿热下注

症见尿频、尿急、尿痛、尿短少，大便干或不爽，口苦口粘，肛周及会阴部疼痛，并有舌红、苔黄腻，脉滑数。直肠指诊前列腺肿大，压痛明显，前列腺液脓细胞较多，前列腺液培养有细菌生长。

2. 瘀血内阻

症见前列腺肿大压痛，或少腹、会阴、附睾、精索、腰骶等处疼痛，舌质紫暗或有瘀点，脉沉涩。直肠指诊前列腺质地硬或有结节，前列腺液中夹有脓细胞。

3. 肝肾阴虚

病程较长，症见小便短赤，或尿末白浊，遗精早泄，头晕目眩，盗汗，五心烦热，失眠多梦，口干咽燥，腰膝酸软，舌质红、苔少，脉细数。前列腺液中卵磷脂小体明显减少，或有红细胞。

4. 脾肾气虚

症见尿后白浊，阳痿，遗精，早泄，性欲减退，纳呆，精神疲乏，腰膝酸软，舌质淡、苔薄白，脉细无力。

5. 肾阳亏虚

症见尿后白浊，阳痿，遗精，早泄，性欲减退，大便不实或五更泄，精神疲乏，面色苍白，畏寒肢冷，腰膝酸软，舌质淡或胖、苔薄白，脉沉细无力。

一、内服类

§1. 汤剂疗法

一、疗法简介

汤剂疗法，又称汤液疗法，它是在中医学理论指导下，将一种或数种药物有机地配伍组合而成方剂，加水（亦有加醋或酒者）煎煮一定时间或浓度，经过滤渣取汁，制成汤液饮服的一种治疗方法。汤剂是中医临床治疗方法中应用最早、范围最广、灵活性最大、针对性最强的一种疗法，因而也是中医学最主要的疗法之一。

由于中草药多属原植物，通过汤法水煎煮后，可使有效成分易于溶解，饮服后易于吸收，取效也较迅速。各类方剂具有不同的治疗作用，故可广泛适用于临床各科多种疾病，灵活性极大。不仅历代医家创造了大量的有效汤剂，临床处方时还可以因人、因时、因地制宜，灵活加减，故治疗疾病的针对性较强。特别在病情复杂、急、危时更宜采用汤剂疗法。

汤剂相传由商代伊尹（商代汤王的宰相）发明。他擅长烹调，中药中又有许多药物药食相兼，故而积累烹调中煮"汤"的经验，逐渐演化为中医的汤剂。后世记载，伊尹曾编著《汤液经》，系中医汤剂的最早典籍。晋代医家皇甫谧在《甲乙经》中称"伊尹以亚圣之才，撰用《神农本草》，以为汤液"。汤剂至汉

代已被普遍应用。张仲景《伤寒论》载有 113 方，其中 93 方是汤剂。唐代孙思邈的《千金要方》、《千金翼方》和王焘的《外台秘要》，成为我国集唐以前方剂之大成的医学类书。宋元时期的《太平圣惠方》、《圣济总录》载方逾万，明朝的《普济方》记载六万余首。中医的方剂主要为汤剂，本疗法也据此成为中医之大法。

二、临床应用

1. 萆薢化湿汤

〔组成〕萆薢、薏苡仁、蒲公英、栀子、赤芍各 15 克，车前子、牡丹皮、黄柏、柴胡各 10 克，甘草 6 克。

遗精加苦参 15 克；小腹及会阴胀痛加川楝子、救必应、乳香、没药各 10 克；前列腺液有脓球加黄芪 15～30 克、当归 10 克；红细胞多或见血精加生蒲黄、小蓟、茅根各 15 克；睾丸痛加桔核 15 克，川楝子、乌药各 10 克；前列腺质硬有结节者，加夏枯草 30 克、红花 10 克，莪术、穿山甲各 6 克；头昏、腰酸胀、阳痿及性功能减退者，合二仙汤化裁。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服，服药期间每 2 周做前列腺按摩 1 次。

〔功用〕清热解毒、利湿。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治 53 例，治愈（症状、体征消失，前列腺液检查正常者）30 例，好转（症状、体征好转，前列腺液检查结果，卵磷脂小体增加，白细胞、红细胞减少者）22 例，无效（临床症状及体征无改善，前列腺液检查无变化者）1 例。

2. 复方地虎汤

〔组成〕地龙、虎杖、穿山甲、莱菔子各 20 克，木通、车前子

各 15 克，黄芪 30 克，甘草 10 克。

阳痿者兼服五子衍宗丸；血精者加生地、茅根；遗精者加金樱子、芡实；滑精者加补骨脂、菟丝子、五味子；早泄者加锁阳，或兼服金锁固精丸；性功能低下者，阳虚加淫羊藿、巴戟天、肉苁蓉、菟丝子，阴虚加女贞子、王不留行；前列腺有硬性结节者加莪术、雷丸。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服。

〔功用〕清热利湿，通络散结。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治疗 232 例，128 例治愈（主要症状消失，前列腺液每隔 1 月检查 1 次，连查 3 次正常，腺体变软，触痛消失），62 例好转（主要症状消失，前列腺液中白细胞数在正常范围，或腺体局部有硬结），42 例迁延（治疗过程中症状明显好转，停药后在诱因作用下出现反复，留有各种类型的性功能异常症状，或合并症尚未治愈）。

3. **前列汤**

〔组成〕粉萆薢、菟丝子、牛膝、云茯苓、泽泻、车前子、台乌药、石菖蒲、马鞭草、甘草、沙苑子、益智仁、淮山药。

尿黄、尿道灼热疼痛者加碧玉散或合导赤散；小腹、会阴、睾丸胀痛明显者加川楝子、玄胡索、荔枝核；腰骶酸痛者加杜仲、川断；遗滑不止者加煅龙牡；性机能减退者加五味子、仙灵脾、黄精；口渴、便秘者加天花粉、生山栀；口渴、小便不利者加滋肾丸；会阴、睾丸坠胀明显者加补中益气丸；前列腺液中脓细胞多者加蒲公英、白花蛇舌草；前列腺液或精液中有红血球者加女贞子、旱莲草；前列腺质地偏硬、高低不平或有结节者加三棱、莪术、鳖甲。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕固肾导浊。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治 133 例，痊愈（主要症状消失，肛门指检恢复正常，前列腺液连续 2 次以上镜检白细胞不超过 10 个/HP，卵磷脂小体增多）50 例，占 37.6%；临床治愈（主要症状消失，肛门指检较治疗前好转，前列腺液中白细胞在 10～20 个之间/HP）42 例，占 31.6%；好转（主要症状减轻或消失，但肛门指检及前列腺液镜检无明显变化；或肛门指检及前列腺液镜检基本恢复正常，而主要症状无明显改善）36 例，占 27%；无效（主要症状、肛门指检及前列腺液镜检较治疗前均无明显好转）5 例，占 3.8%。治愈率为 69.2%，总有效率为 96.2%。疗程最短者 10 天，最长者 1 年半，平均疗程 95 天。

4. 活血治浊汤

〔组成〕赤芍 12 克，丹皮 12 克，丹参 12 克，桃仁 12 克，红花 9 克，泽兰 15 克，王不留行 15 克，败酱草 30 克，蒲公英 20 克，黄柏 12 克，木香 9 克，牛膝 15 克，皂角刺 9 克，穿山甲 15 克，车前子 9 克，甘草 8 克。

伴有肾阴虚出现头晕耳鸣、失眠、多梦、遗精、五心烦热、盗汗、腰酸腿软、舌红少苔、脉细数者，加女贞子、龟板、杞子、柏子仁、酸枣仁、远志、五味子等；伴有肾阳虚出现畏寒、精神不振、自汗、乏力、阳痿、舌淡苔白、脉沉迟无力者，加杜仲、补骨脂、锁阳、菟丝子、肉苁蓉、巴戟天、桑寄生；气虚者，加党参、黄芪；肉眼血精者，加仙鹤草、大蓟、小蓟、茅根。

〔用法〕水煎服；日 1 剂。同时辅以热水坐浴，1 日 2 次，每次 30 分钟。超短波理疗，每次 15 分钟，15 次为 1 疗程。

〔功用〕活血化瘀，清热利湿。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治 110 例，其中 41 例服药 12～16 剂后，症状明

显减轻，继服 30～50 剂，症状消失。59 例服药 16～20 剂症状开始减轻，继服 40～70 剂症状基本消失或显著减轻。以上 100 例中，3 例肉眼血精均消失；4 例不育症患者中，3 例已生育。有效率 91%。对 100 例有效者进行了直肠指诊与前列腺液检查，发现前列腺压痛明显减轻或基本消失，卵磷脂小体增加或基本恢复正常，红细胞消失或少于 3×10^{12}个/L，白细胞少于 0.01×10^{9} 个/L(均高倍视野)。

5. 清利理化汤

〔组成〕川楝子、川牛膝、刘寄奴、桃仁、甘草、黄柏、小茴香各 10 克，苡仁、白芍各 20 克，败酱草 30 克，熟附子 3 克，瞿麦、玄胡各 15 克。

若小便灼痛甚者，去附子、小茴香加滑石；小腹及睾丸坠痛、气短神疲者，加党参、黄芪；阳痿、早泄、脉沉细者，合五子衍宗丸温养肾气；射精疼痛及血精排出者，去附子、小茴香，加生地、知母、茅根、炒蒲黄；前列腺体有结节者，加醋炒鳖甲、生内金。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕清热利湿，理气化瘀。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治疗 34 例，治愈(临床症状消失及实验室检查正常，并追访 1 年以上无复发)14 例，好转(症状及体征减轻，实验室检查有改善)16 例，无效(症状及实验室检查均无改善)4 例。其中，服药 30～50 剂者 10 例，51～100 剂者 19 例，100 剂以上者 5 例。

6. 化浊饮

〔组成〕公英、丹参各 30 克，黄柏、仙灵脾、橘荔核各 12 克，鹿角霜 20 克，牛膝 15 克，乳香、没药、枸杞子各 10 克，小

茴香 9 克，六一散 10 克(包)。

膀胱刺激症状明显者加知母 10 克、苍术 15 克；疼痛剧烈者加元胡、皂角刺各 15 克；性机能减退者加鹿衔草 30 克、寄生 15 克。

〔用法〕每日 1 剂，连服 40～60 天，根据病情配合服用六味地黄丸。服药同时配合作前列腺按摩，每周 2 次，症状减轻后每周按摩 1 次，6 周后可半月按摩 1 次。

〔功用〕补肾活血。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕治疗 30 例。凡诸症消失，前列腺液检查红、白细胞消失，卵磷脂小体 70%以上，有关功能恢复者，为治愈，共 20 例；症状基本消失，前列腺液检查接近正常，红、白细胞在 3 个以下，卵磷脂小体在 50%以上，有关功能好转者，为好转，共 8 例；症状改善不明显，前列腺液化验波动不定，功能无改善者，为无效，共 2 例。有效率达 93.3%。

7. 萆薢化浊汤

〔组成〕萆薢、木通、泽兰、肉苁蓉、生地、桃仁各 12 克，公英、淫羊藿各 20 克，车前子、丹参、覆盆子各 15 克，红花 10 克。

尿道刺激症重者，加元胡、白茅根各 12 克；阳痿重用淫羊藿、肉苁蓉，加阳起石 15 克；血精加地榆、白茅根、小蓟；遗精、早泄加芡实 12 克、生龙牡各 20 克、金樱子 15 克；性功能低下加重淫羊藿、肉苁蓉、生地、覆盆子的用量。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。同时早晚热水坐浴 1 次，每周行 1 次前列腺按摩。15 天为 1 个疗程。

〔功用〕清热利湿，化瘀补肾。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治疗 26 例，3 个疗程内患者症状、体征消失，化

验结果正常者，为痊愈，共16例，其中最短7天治愈，最长3个疗程；症状、体征消失，化验白细胞每高倍镜下大于10个，卵磷脂小体仍低于50%，但较治疗前明显好转者，为显效，共8例；症状、体征、化验改善不显著者，为无效，共2例。总有效率为92.8%。

8. **益蒲车苓汤**

〔组成〕益母草30克，蒲公英20克，土茯苓20克，车前子20克，瞿麦10克，玉米须20克，甘草梢5克，赤芍10克，皂角刺10克，乌药10克。

若热盛者加紫地丁、龙胆草；湿邪偏重者加苡仁、萆薢；阴虚者加枸杞、生地；气阴两虚者去皂角刺，加黄芪、党参、白术。

〔用法〕水煎服，日1剂，连服1～2个月，待病情大减后，再以补肾固摄巩固疗效。

〔功用〕清热利湿，活血解毒。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治35例，痊愈（临床症状消失，前列腺触痛消失，前列腺液镜检脓细胞＜5个/HP）22例，好转（症状和体征消失或减轻，前列腺液脓细胞减少）10例；无效（症状、体征和前列腺液检查均无改善者）3例。

9. **锦琥汤**

〔组成〕大黄（锦纹）、半夏各10～15克，琥珀5～10克。

〔用法〕将大黄、半夏水煎成200毫升，用100毫升冲服琥珀5～10克，1次服完，每日早晚各服1次。初用本方，药量从轻到重，因人而异。服用前3剂时，大黄用量10克，病人服药有轻度腹痛，不用停药，两日后腹痛可自行缓解。

〔功用〕清热活血化痰。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕治疗34例，经服药1～2周治愈（自觉症状消失，

前列腺无压痛，中央沟存在。前列腺液检查：白细胞数 10 个/HP 以下，卵磷脂小体明显增加，在 70%以上）30 例，好转（自觉症状消失，但前列腺液中白细胞数达不到正常标准范围，卵磷脂小体增加不明显）2 例，无效（虽自觉症状消失，前列腺液基本无变化）2 例。

10. **三法汤**

〔组成〕生地、熟地各 15 克，知母、黄柏、龙胆草、车前草、黑猪苓、川泽泻、全当归、桃仁、淮牛膝各 9 克，蜣螂 3 克。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕补肾填精，清利湿热，活血化瘀。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治疗 10 例，痊愈（症状消失，尿常规、前列腺液镜检正常）7 例，占 70%；好转（自觉症状基本消失，尿常规趋于正常，前列腺液镜检卵磷脂小体稍偏低，白细胞数及脓球较前减少）2 例，占 20%；无效（自觉症状、尿常规、前列腺液镜检均无明显改善）1 例，占 10%。服药少则 50 天，多则半年。

11. **二仙三妙汤**

〔组成〕芡实 30 克，金樱子 30 克，黄柏 20 克，苍术 5 克，牛膝 10 克。

小腹胀甚者加川楝子 10 克；尿急、尿痛者加竹叶 10 克、甘草梢 10 克、木通 5 克；遗精、早泄者加煅牡蛎 30 克、白莲须 10 克；头昏加太子参 30 克；不寐加合欢皮 30 克；关节疼痛者加防己 10 克。

〔用法〕1 日 1 剂，加水 500 毫升，浓煎取汁 250 毫升，分两次温服，忌食辛辣肥甘。

〔功用〕补肾固涩，清热利湿。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治疗 53 例，经治疗后，临床症状消失，直肠指检前列腺大小正常，无压痛，前列腺液检查正常（每一高倍视野白细胞＜10 个）者 32 例，占 60.4%；临床症状消失，直肠指检前列腺较治疗前缩小，但仍大于正常，压痛明显减轻，前列腺液检查，白细胞明显减少（每一高倍视野白细胞 10±个）者 9 例，占 17%；无效 12 例。总有效率为 77.4%。服药最少 15 剂，最多 47 剂，平均服药 29 剂。

12. **六味地黄汤**

〔组成〕地黄、茯苓、丹皮、泽泻各 9 克，山药、山萸肉各 12 克。

膀胱湿热证明显者加 薏、瞿麦、车前草各 15 克；肾阳虚明显者重用地黄 15 克，加知母、黄柏各 9 克；肾阳虚明显者加附子 9 克、肉桂 6 克。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服，1 月为 1 疗程。此外，服药同时每日热水坐浴 1 次。

〔功用〕滋补肾阴。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕本组 25 例，经以上治疗后，自觉症状消失，前列腺检查无触痛，腺体质软、弹性正常，前列腺液镜检正常者为治愈，共 13 例，其中膀胱湿热 8 例，肾阳虚 2 例，肾阴虚 3 例；自觉症状消失，前列腺检查无触痛，腺体质软、弹性正常，前列腺液镜检卵磷脂小体稍偏低、白细胞数较前减少者为好转，共 7 例，其中膀胱湿热 1 例，肾阳虚 4 例，肾阴虚 2 例；自觉症状、前列腺检查及前列腺液镜检均无改善者为无效，共 5 例，其中膀胱湿热 2 例，肾阴虚 3 例。本组有效病例，服药最多为 3 疗程，最少为 1 疗程，平均为 1.8 疗程。

13. 升清降浊汤

〔组成〕柴胡 8 克，升麻 6 克，桔梗 9 克，茯苓 10 克，猪苓 10 克，泽泻 10 克，车前子 10 克，木通 10 克。

如辨证为湿热型，症见尿频、尿急、尿痛、排尿不适或灼热感，尿末有白色或浑浊分泌物滴出，会阴、腰骶部胀痛，睾丸坠胀，舌苔黄腻、脉滑数者，加苍术 10 克、黄柏 10 克、金银花 10 克、蚕砂 10 克；如为瘀滞型，以会阴、小腹或阴囊部疼痛为主，小便淋沥不爽，血尿或血精或闭塞不通，舌质正常或有紫斑、苔色正常，脉弦紧或细涩者，加丹参 12 克、王不留行 8 克、赤芍 6 克、琥珀末 5 克、当归尾 9 克；如为肾虚型，症见腰酸腿软、头晕眼花、耳鸣、失眠、多梦、遗精，尿频、余沥不尽，舌质淡、脉细弱者，去车前子、木通、猪苓，加山萸肉 10 克、枸杞 12 克、菟丝子 9 克、覆盆子 10 克。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕升清降浊。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕本组 43 例，显效：临床症状消失，前列腺液镜检白细胞在 10 个以下，无脓细胞，前列腺无触痛，有 27 例，占 63%；有效：有关症状减轻，前列腺无改变，镜检白细胞在 10 个以下，无脓细胞，有 13 例，占 30%；无效：临床症状仍在，直肠指诊前列腺仍肿胀触痛，前列腺液镜检白细胞仍在 10 个以上、少数脓细胞、卵磷脂小体减少，有 3 例，占 7%。总有效率为 93%。一般服药 1～3 周多可见效，2～4 周疗效明显，其中有 50%病人直肠指诊前列腺明显缩小。

14. 萆薢分清饮合菟丝子丸

〔组成〕萆薢、菟丝子、石菖蒲、茯苓、山药、车前子、生草梢、黄柏、沙苑子、丹参、牡蛎等。

滴白多者重用革薤，加五味子；腰酸加川断；少腹胀痛合金铃子散、乌药；肛门坠胀、面色少华加白芍，兼服补中益气丸；便溏加芡实、苡仁、鸡内金；便秘口渴加天花粉、麦冬、石斛；尿频、尿急、尿痛合导赤散；性功能减退合大补阴丸、黄精；前列腺液或精液中有红细胞，甚至血精者，合二至地黄汤；溲黄或前列腺液、精液中脓细胞多者，加荔枝草、蒲公英、黛滑石；卵磷脂消失或减少者加益智仁、远志、制首乌；症状消失或复查前列腺液、精液正常后，服五子衍宗丸、胚宝片。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕补肾利湿。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕经治 18 例，临床症状全部消失，精液和前列腺液恢复正常。其中爱人怀孕者 12 例，女方正在妇科治疗者 6 例。服药最少 20 剂(2 例)，最多 150 剂(1 例)，一般在 30～50 剂间，平均在 46 剂。

15. **七寸金汤**

〔组成〕败酱草 15 克，蒲公英 30 克，七寸金(学名地耳草) 30 克，穿山甲 15 克，三棱 10 克，莪术 10 克，泽兰 9 克，王不留行 10～12 克，生芪 30 克。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕清湿热，祛瘀血。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治 50 例，其结果：临床症情控制(主要症状明显改善或基本消失，兼有前列腺液或按摩前列腺后尿常规镜检恢复正常，性功能有所恢复)者 20 例，显效(主要症状明显改善，B 超或直肠指诊前列腺缩小，兼有前列腺液或按摩前列腺后尿常规化验白细胞减少，未见脓细胞)者 19 例，好转(症状或客观检查皆有所改善)者 15 例，无效(症状或检查未见明显

改善)者 6 例。总有效率为 88%。

16. **玄地阿胶汤**

〔组成〕玄参 15 克，生地 15 克，阿胶 10 克(烊)，黄柏 10 克，蒲公英 20 克，紫草 20 克，车前子 10 克，乳香 10 克，没药 10 克。

气虚乏力者，加党参、黄芪；阳虚肢冷者，加附子、肉桂；大便燥结者，加大黄、元明粉；下腹胀甚者，加乌药、川楝子。

〔用法〕日 1 剂；水煎服，忌食辛辣、肥、甘、酒、酸。

〔功用〕补肾活血，清利湿热。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治 86 例，显效(临床症状消失，直肠指诊前列腺大小如常、无压痛，前列腺液检查，每一高倍视野白细胞<10个)46 例，占 53.47%；好转(临床症状大减，直肠指诊前列腺亦缩小，但仍大于正常，前列腺液检查，白细胞较前明显减少，但仍高于正常)28 例，占 32.57%；无效(临床症状、前列腺指诊和前列腺液检查无明显改变)12 例，占 13.96%。总有效率为 86%。

17. **前列腺Ⅱ号方**

〔组成〕地龙 15～30 克，王不留行 20～30 克，土茯苓 15～20 克，白花蛇舌草 20～30 克，木通 10 克，车前子 10 克，黄柏 6～10 克，蒲公英 10 克，川芎 10 克，川断 20 克。

湿热重加萆薢；瘀血重加丹参、红花、桃仁，去黄柏、蒲公英；浊邪重，前列腺液常规有脓球者加萆薢、败酱草；气滞少腹会阴坠胀疼痛，去黄柏，加首乌、柴胡、倒提壶；阳痿加蜈蚣、蜂房，去黄柏、蒲公英；睾丸肿胀疼痛加龙胆草、荔枝核、桔核；肾阳虚去黄柏、蒲公英，加怀牛膝、巴戟、补骨脂；肾阴虚加知母、生地。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕清热利湿，活血祛浊通络。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕治疗 44 例，痊愈（临床症状消失，前列腺液检查恢复正常）8 例，显效（临床症状明显减轻，前列腺液检查有好转）15 例，（有效者临床症状减轻，前列腺液检查改变不明显）16 例，无效（临床症状和前列腺液检查均无变化）5 例。痊愈的 8 例中疗程最短者 20 天，最长者 40 天，病程均在 1 年以内。无效者年龄均在 45 岁以上，病程均在 2 年以上。总有效率为 89%。

三、注意事项

1. 煎药器皿

制作汤药的容器不宜用铁、铝锅。中药内含有鞣质，遇铁则产生化学反应，会破坏药物原有的生物活性，造成沉淀或产生对人体粘膜具有不良刺激的物质等。中药含有有机酸类成分，加热至 100℃时，会与铝制品产生化学反应，释放出铝的化合物，若这些铝化合物被人体吸收，会积蓄于肝、肾、脑等组织中，使人体血清无机磷水平显著下降，发生关节疼痛、软弱无力等症状。因此，制作汤药时，不宜用铁、铝锅，宜采用沙锅、搪瓷锅。

2. 煎药火候

要掌握好煎煮汤药的用火。《苏沈良方》曰："药有可久煮，有不可久煮，有宜炽火，有宜温火者。"如：解表药则不宜久煮，取味薄汁淡为好，沸后大火煮 15 分钟，即可取药汁；滋补药则宜久煮，取味厚汁浓为好，沸后改用小火，温火煮 30～40 分钟，再取药汁。

3. **服药须知**

(1)服药次数：汤药法一般每天服 1 剂，分 2 次服。高热或病情严重者，可以一天服 2 剂，分 4 次服，每隔 6 小时服 1 次。某些汤药，根据病情需要，要求煎出药汁量大，甚至二煎共取汁 600～800 毫升，二煎药汁和合后频频饮服，至病情减轻为止，故方名取"饮"。滋补汤药，可一剂煎 3 次，1 日分 3 次服。某些发汗、攻下汤药，一般以得汗、泻下为度，适可而止，不必尽剂，以免耗伤正气。小儿服药汁量，是成人的 1/3～1/2。

(2)服药时间：应根据汤药的性能，遵医嘱。大凡补养药在饭前服；活血舒筋药在饭后服；泻下、驱虫药在空腹服；急性疾病当煎好药后就服；疟疾病人在发作前 2 小时服；镇静安神药在临睡前服。一般分早、晚 2 次服；慢性病、长期服汤药者，有的可以两天服 1 剂，或隔天服。

(3)服药温度：一般以温和适度为好。某些特殊情况，如热性病要冷服，寒性病要热服；还有寒性药要热服，热性药要冷服等等，这些都必须遵照医嘱。

§2. 丸剂疗法

一、疗法简介

丸剂方法是将中药研成细末，掺合水、炼蜜或其它赋形剂制成的圆形固体制剂，用以治疗慢性疾病为主的一种方法。

丸剂疗法的临床应用历史悠久，《黄帝内经》即有"四乌鲗骨一芦茹二物并合之，丸以雀卵，大如小豆，以五丸为后饭，饮以鲍鱼汁"治疗血枯经闭的记载，并对丸剂的名称、加工方法、

规格、剂量、服法等有所论述。《神农本草经》进一步阐述了"药性有宜丸者、宜散者、宜水煎者、宜酒渍者、宜膏煎者，亦有一物兼宜者，亦有不可入汤酒者，并随药性，不得违越"的制剂理论。汉代张仲景根据临床辨证论治的法则，丰富了丸剂法的内容，为丸剂疗法的发展作出了卓越的贡献。在张氏所著《伤寒论》、《金匮要略》等书中有用丸剂治疗多种病证的记载，如麻仁丸治疗便秘、乌梅丸治疗蛔厥、乌头赤石脂丸治疗胸痹等。张氏还应用了蜂蜜和淀粉糊等最常用的两种赋形剂来制作丸剂。唐代创制了蜡丸剂型。孙思邈《千金要方》、《千金翼方》和王焘《外台秘要》等书则有更多的丸剂疗法内容。宋代《太平惠民和剂局方》为我国第一部国家官修成药处方集。因为宋钦宗名桓，"丸"与"桓"音相近，为避其讳，宋靖康以后的著作或版本均无"丸"字，而改为"圆"或"元"。现存医药古籍中有用丸者，有用圆者，有用元者，亦有丸圆混用者，即因于此。至明清以后，在丸剂的制作工艺方面有了不少进步，改进制药工具，发展和推广了多种类型的丸衣，使得丸剂疗法的应用范围更趋广泛。近年来创制的滴丸剂等，是一种速效、高效的口服固体制剂，如苏冰滴丸等，为丸剂抢救和治疗危重急症提供了新的途径。

丸剂的分类方法甚多。有根据制法不同而分类为捏丸（用捏合法制备的丸剂）、泛丸（用泛丸法制备的丸剂）等；但临床一般多按照赋形剂分类，如蜜丸、糊丸、水丸、蜡丸、醋丸、煎丸、药汁丸、树脂丸等。其中，尤以前4种最为常用。

（1）蜜丸：亦称"炼蜜丸"。采用蜂蜜为赋形剂制备的丸剂。蜜丸服用方便，并可减少药物对胃部的刺激，是临床最常用的丸剂剂型之一。

(2)糊丸：采用米糊、麦糊(今多用糊精)为赋形剂制备的丸剂，成形后经过干燥，成为干燥的固体，其崩解速度慢于水丸和蜜丸。

(3)水丸：亦称水泛丸，即以水作粘合剂，用人工或机械的泛丸法制成，其崩解时间较蜜丸和糊丸为迅速。水丸由于不另加赋形剂，故以同样重量比较，水丸的药物效价大于蜜丸和糊丸。

(4)蜡丸：系用蜂蜡为赋形剂制备的丸剂(与仅将蜂蜡为壳包护丸药者不同)。蜡丸方中的药物多含有毒性物质，在普通水溶液中不能完全崩解，但在肠中能徐徐释放并发挥其疗效。

二、临床应用

1. 前列腺丸

〔组成〕鱼腥草、凤尾草、土茯苓、车前草、丹参、益母草各15克，萆薢、川楝子、莪术、肉苁蓉各12克，瞿麦、丹皮、女贞子、麦冬各10克，生甘草8克。

〔用法〕水煎浓缩后制丸(或片)，每丸含生药量1.4克。每次8丸，日服3次。肾阳虚加服金匮肾气丸，每次1丸，日2次；肾阴虚加服麦味地黄丸或六味地黄丸，每次1丸，日2次。连续服药1个月为1疗程，停药1周，继续第2疗程。

〔功用〕清热利湿，补肾行气活血。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治疗50例，结果痊愈(临床症状消失，前列腺局部检查正常，腺液常规连续两次化验正常，追踪一年未复发者)14例，显效(症状好转，前列腺局部检查基本正常，腺液常规检查卵磷脂小体仍减少，而白血球在10个以下)19例，进

步(症状好转,前列腺局部检查不正常,腺液常规检查有进步但不正常)15 例,无效 2 例。总有效率为 96%。其中 21 例症状消失,腺液连续两次化验正常者,治疗时间最长 7 个月,最短 1 个月,平均 75.8 天;1 年后复发率为 26.3%。

2. 前列康丸

〔组成〕丹参、泽兰、赤芍、桃仁泥、红花、王不留行、败酱草、白芷、乳香、川楝子、青皮、小茴香各 9 克。

〔加减〕气滞,加香附、木香;虚寒,加乌药、益智仁、巴戟天;瘀热,加蒲公英;正虚,加黄芪、党参、当归、首乌;湿热,加滑石、茵蓄、瞿麦、赤小豆;肾虚,加仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉、女贞子。

〔用法〕上药共研细末,炼蜜为丸,每丸重 9 克,1 次 2 丸,每日 2 次。或作水煎剂服用。

〔功用〕活血化瘀,理气解毒。治疗瘀血凝结、脉络阻滞所致的慢性前列腺炎,病程较长,会阴、少腹疼痛,前列腺腺体质韧而缩小,前列腺液不易取出或检查见有成堆脓细胞,舌有瘀点,脉涩者。

3. 菟丝子丸

〔组成〕菟丝子 120 克,茯苓、山药、沙苑子、车前子、远志各 60 克,牡蛎 30 克,石斛 120 克。

〔用法〕上药为末,用石斛熬膏,炼蜜为丸。每次 6 克,每日 2 次,开水送下。亦可作汤剂,用量按原方比例酌减。

〔功用〕补肾涩精。治疗肾精不固所致的慢性前列腺炎,症见病程较长,终末尿滴白,尿道口时有粘液溢出,小便余沥不尽,腰酸梦遗,潮热盗汗,性欲减退,舌红少苔,脉沉细,前列腺液中卵磷脂小体明显减少者。

三、注意事项

(1)应由医师指导，适量对症服用，切忌盲目大剂量服用，否则易碍胃滞脾，甚至产生不良后果。

(2)制备应严格按程序制作，贮藏应按丸剂的类别和品种妥善保存，以免质次或变质而影响疗效，或产生副作用。

§3. 散剂疗法

一、疗法简介

散剂疗法是用一种或数种药物的干燥粉末，按处方剂量规定，均匀混合后内服或外用以治疗疾病的一种方法。

散剂疗法是中医传统的独特疗法之一。所谓"散者散也，去急病用之"。早在《黄帝内经》中就有散剂治疗疾病的记载。汉代张仲景《伤寒论》、《金匮要略》所载的五苓散、硝石矾石散等，一直沿用至今。唐朝孙思邈《备急千金要方》、王焘《外台秘要》等也载有不少散剂。及至宋代，散剂疗法更日趋发展。《太平惠民和剂局方》中藿香正气散、参苓白术散、失笑散、平胃散等对某些疾病均具有非常显著的疗效。在散剂的制备方法上，《名医别录》对其粉碎方法已有"先切细，曝燥乃捣，有各捣者，有合捣者"的论述。外用散剂以明代陈实功《外科正宗》记载最为丰富。清代医家亦有诸多创新。由于散剂表面积较大，具有易分散、便于吸收、奏效较快的特点，至今仍是中医常用的治疗剂型。

二、临床应用

前列康复散

〔组成〕木香顺气丸(研粉)9克，四消丸(研粉)6克，海南沉香、炒春砂仁、绞股蓝、龙灰、虫蛀向日葵杆瓤各2克。

〔用法〕均分别研成极细末，诸药合为一处，是为1次服用量。服时佐适量白糖加温开水冲服，每日口服1次。服药期间忌食生冷、油腻、辛辣、鸡蛋、肉类食品。

〔功用〕调气散结，涤污荡浊通滞。主治慢性前列腺炎。

〔疗效〕治疗68例，以临床症状消失，直肠指诊前列腺体恢复正常，前列腺液实验室检查每个高倍视野白细胞数低于10个以下，卵磷脂小体恢复正常基数者为治愈，共51例，治愈率为75%。其中最短治愈时间为20天，最长治愈时间为2个月。以临床症状消失，直肠指诊前列腺体及实验室检查较治疗前明显好转者为显效，共13例。以临床症状好转或消失，但直肠指诊及实验室检查无明显改善者为有效，共4例。总有效率为100%。

三、注意事项

(1)散剂是一种粉末状的固体制剂，其与空气的接触面很大，极易吸潮。此外，含芳香成分的散剂容易挥发损失，含树脂类药物多的散剂，受热后易融结成块，易吸潮的散剂也易互相粘附成块，某些药物的成分容易氧化变质。因此，其保存与贮藏时以密闭不漏心气为原则，用瓶装、合装、袋装均可，并应放在暗冷干燥的地方。有特殊气味的散剂应单独贮放，以免沾染其他药物。

(2)为防止口服时散剂进入气管，一般以少量温开水将散剂调成糊状为宜。

(3)外用散剂，例如信石、轻粉一类含有毒性药物的散剂，内服宜慎重，必须在医生指导下服用。

§4. 体针疗法

一、疗法简介

体针疗法，又称"毫针疗法"，是以毫针为针刺工具，通过在人体十四经络上的腧穴施以一定的操作方法，以通调营卫气血，调整经络、脏腑功能而治疗相关疾病的一种方法。体针疗法，是我国传统针刺医术中最主要、最常用的一种疗法，是针刺疗法的主体。

针刺疗法起源于中国，已经有数千年的历史。一般认为可以追溯至石器时代。原始的针刺工具称作"砭石"。《说文解字》云："砭，以石刺病也。"《左传》曰："美疢不如恶石。"应用砭石治病，符合原始时代广泛使用石器的特点。先民最初是用打制的石器刺破痈疡，排出脓血，以减轻病痛，随着经验的积累，便产生了专门用于医疗的工具砭石，创造了砭刺激疗法。可以说，砭刺是针刺的前身。砭石的应用，《内经》中有多处记载。我国在内蒙古自治区和山东省的新石器时代遗址中共发现3枚砭石，就是有力佐证。除砭石以外，古代可能还将骨针、竹针及陶针等应用于医疗。

进入夏、商、西周及春秋时期，由于人们掌握了炼铜技术，开始出现了金属医针，但砭石仍为治病的主要工具。到了战

国、秦汉时期，冶铁术的发明使铁器得到了广泛的使用，砭石才逐渐被金属针所取代，针刺疗法得以迅速发展。《灵枢》记载的"九针"形状和用途，便是此时期的产物。1968年，河北省满城县出土的4根金针和5根银针，为我们提供了古代金属医针的实据。正是由于针具的制作达到了精细的程度，针刺疗法才得以丰富和发展。《内经》、《难经》有关针刺方法的理论，为后世的针刺补泻手法奠定了基础。如元、明时期的《针经指南》、《金针赋》、《针灸聚英》、《针灸大成》等有关针法的论述多是在《内》、《难》理论的指导下，结合临床实践逐步总结成章的。

二、临床应用

疗法一

〔取穴〕关元、中极、太溪、太冲、会阴。

〔针法〕均采取平补平泻法，得气后留针。关元、太溪各加灸3壮，中极使针感向下放射，会阴处点穴按摩并与艾条灸交替进行15～30分钟，隔日1次。

〔疗效〕共治疗44例，治愈37例，无效7例。治疗最少13次；最多44次。其中1例随访13年，14例随访10年，疗效巩固。

疗法二

〔取穴〕会阳、肾俞。

〔针法〕采用泻法，重刺激，不留针。会阳穴用26号4寸毫针，直刺2～3寸深，当患者的会阴部出现酸胀感时，提插3～5次后出针；不留针。肾俞穴用28号2寸针，斜向脊椎方向刺入1寸左右，待局部有酸胀感时出针，不留针。每日或隔日针

刺 1 次，10 次为 1 疗程。

〔疗效〕治疗 102 例，经治疗后自觉症状消失，前列腺液常规检查白细胞 10 个以下，卵磷脂小体 75%以上，被评为治愈者 47 例(46.1%)；自觉症状基本消失，前列腺液常规检查白细胞数较前减少 2/3 以上，卵磷脂小体在 50～70%之间，被评为显效者 20 例(19.6%)；自觉症状大部分消失，前列腺液常规检查白细胞数较前减少，卵磷脂小体较治疗前增多，被评为好转者 19 例(18.6%)；症状无变化，或症状虽有改善但前列腺液常规化验无变化，被评为无效者 16 例(15.7%)。

疗法三

〔取穴〕经外前列腺炎特定穴(待定名，位于会阴穴到肛门的中点)。

〔针法〕采用泻法，留针。用 28 号 3～4 寸毫针，直刺 1.5～2 寸深，待得气后小幅度提插 2～3 次，间或捻转，留针约 20 分钟出针。每日 1 次，10 次为 1 疗程。

〔疗效〕共治疗 30 例，治愈(症状消失，前列腺液检查：白细胞＋以下，卵磷脂小体＋＋以上)9 例，显效(症状基本消失，前列腺液检查：白细胞＋，卵磷脂小体＋＋)15 例，好转(症状减轻，前列腺液检查：白细胞较治疗前减少，卵磷脂小体＋)3 例，无效(症状和化验治疗前后无变化)3 例。

疗法四

〔取穴〕

(1)常用穴：中极、太冲、会阴、太溪。

(2)备用穴：①大椎、尺泽、合谷；②次髎、天枢、足三里；③秩边、三阴交；④肾俞、关元；⑤膀胱俞、阴陵泉、行间。

〔针法〕常用穴每次取 2～3 穴，备用穴配 1 组，5 组轮用。

中极、关元，深刺，使针感向会阴部放射；次髎，宜刺入髎孔，深进针，使会阴及小腹部有针感；余穴得气后，均采取平补平泻手法，留针20分钟。关元、太溪针后，各加灸黄豆大艾炷3壮，为无疤瘢着肤灸法。会阴穴采取点穴按摩和艾条悬灸交替进行，每次约15～30分钟。针灸每日或隔日1次，20次为1疗程。满1疗程后，停针灸1周，再继续针灸。

〔疗效〕共治疗91例，类似前述标准评判，痊愈66例(72.5%)，有效15例(16.4%)，无效10例(11.1%)，总有效率为88.9%。

三、注意事项

(1)患者在过于饥饿、疲劳及精神紧张时，不宜立即进行针刺治疗。对身体瘦弱、气血亏虚的患者，应取卧位，针刺手法不宜过重。

(2)妇女怀孕3个月以内者，下腹部禁针；怀孕3个月以上者，腹部及腰骶部不宜针刺。三阴交、合谷、昆仑、至阴等穴有通经活血作用，孕妇禁针；即使在平时，妇女也应慎用；对有习惯性流产史者，尤须慎重。

(3)小儿囟门未合，其所在部位的腧穴，不宜针刺。

(4)有皮肤感染、溃疡、瘢痕或肿瘤的部位，不宜针刺。

(5)常有自发性出血或出血不止的患者，不宜针刺。

(6)在位于神经干或神经根部位的腧穴进行针刺时，如病人出现电击样放射感，应立即停针或退针少许，不宜再作大幅度反复捻转提插，以免损伤神经组织。

§5. 耳针疗法

一、疗法简介

耳针疗法是以毫针、皮内针、艾灸、激光照射等器具，通过对耳廓穴位的刺激以防治疾病的一种方法。

祖国医学中有关利用耳廓诊治疾病的方法有着悠久的历史和丰富的经验。在1973年湖南长沙马王堆三号汉墓出土的帛书中包括有《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》，这是我国目前已知的最早的经脉学专著，其中在《阴阳十一脉灸经》中就有"耳脉的记载"。在《内经》和历代医著中都有借耳廓诊疗疾病的理论和具体方法。耳与经络的关系在《内经》中已有研究，认为循行耳的经脉以手足阳经为主，六条阴经虽不直接入耳，但却可通过经别与阳经相合，故十二经脉都可直接或间接上达于耳。故《灵枢·口问篇》曰："耳者宗脉之所聚也"。近年来，研究的大量事实表明耳与经络的整体联系是客观存在的。耳部经络与全身经络连成一体，针刺外耳可以通过经络反应到全身，从而治疗周身的多种疾病。祖国医学认为许多疾病是因为气血不能疏通、经络阻滞所致，故在耳廓施以针刺等刺激，可有疏通经络、调理气血的功能，故可以治疗疾病。另外，耳与脏腑也有密切联系。《灵枢·脉度》篇曰："肾气通于耳。肾和则耳能闻五音矣。"《素问·金匮真言论》曰："南方赤色，入通于心，开窍于耳，藏精于心。"唐·孙思邈《千金方》指出："心在窍为耳。……心气通于舌，非窍也，其通于窍者，寄见于耳，荣华于耳。"《素问·脏气法时论》曰："肝病者……虚则

……耳无所闻……气逆则头痛，耳聋不聪。”《难经·四十难》则说：“肺主声，令耳闻声。”《素问·玉机真脏论》曰：“脾……不及则令人九窍不通。”以上记载说明了耳与心肝脾肺肾五脏的密切关系。清·张振均汇集古代医著的经验，将耳分为心、肝、脾、肺、肾五部，这种分部方法体现了祖国医学的局部与整体相关的观点。因此脏腑辨证在耳穴诊断和治疗中有一定的实用价值。耳与脏腑、经络、气血的相互联系，是中医整体观念的具体体现，也是耳针疗法的理论基础和依据。

祖国医学中有关运用耳廓诊察和治疗疾病的经验也非常丰富。古人谓有诸内必形诸外。耳廓是体表的一部分，躯体内脏器官有病时，可以通过经络在耳廓上出现反应，如在耳廓的相应部位出现疼痛、脱屑、变色、丘疹等。而在这些特定的敏感点上施以针刺等刺激，则可以通过调整经络气血来治疗相应脏腑、器官或组织的疾患。这些已被前人的医疗实践所证明。

耳针和其他针刺一样，具有镇痛、增强免疫、调节躯体内脏功能等作用。耳针疗法的优越性较多，突出的有以下几点：一是应用范围广泛。目前耳针的应用范围已涉及到 200 多种疾病，内、外、妇、儿、五官科等疾病都可以用耳针治疗。不仅能治疗功能性疾病，而且可以治疗器质性疾病以及病毒、细菌、原虫性疾患。二是可以弥补体针的不足。耳针在抗过敏、改善循环、减轻体重、改善视力、增强免疫等方面，有其独到之处，从而弥补了体针的不足。三是安全可靠，简便易行。应用耳廓上的穴位治病，没有波及到重要器官，操作安全，便于留针，可避免由于药物服用欠妥、剂量过大、疗程过长等原因而引起药源性疾病。耳针的操作简单，易于掌握，尤适于广大山区、农村、边疆等地区的需要，因而深受医务人员及患者的欢迎。

二、临床应用

〔取穴〕肾、膀胱、脑点、皮质下。

〔针法〕用毫针法、埋针法均可。

三、注意事项

(1)严重心脏病者不宜采用，更不宜强刺激。

(2)严重器质性疾病及伴严重贫血者不宜采用。

(3)外耳有湿疹、溃疡、冻疮破溃等不宜采用。

(4)妊娠妇女、有习惯性流产史者宜慎用。

(5)消毒应严密，一旦耳廓感染较难痊愈，因耳廓血液循环差，严重的可导致耳廓肿胀、软骨坏死、萎缩、畸变，故应积极预防。

§6. 脊背针疗法

一、疗法简介

脊背针疗法是用特制的粗针在背部正中线及其他部位上沿皮下针刺以治疗疾病的一种方法。

本疗法由古代九针中的大针发展而来。《灵枢·官针》篇中记载："九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施。"古人将针具按长短、大小、粗细及不同的形态和不同的用途而定名。本疗法在我国东北民间流传较广，本世纪70年代有进一步发展，曾名为"赤医针疗法"。

脊背针针具有如下三种：

(1)钢针:用不锈钢制成,呈钉形,针尖不宜太锐,一般要求针柄长 17 毫米,针身长 63 毫米,针锋长 2 毫米;针身直径粗 1 毫米,针柄直径粗 1.2 毫米。

(2)套管针:用直径 1～1.2 毫米的不锈钢管制成。在针体侧壁钻 3～4 个小孔。如无特制的针具,也可以用硬膜外穿刺针刺钻孔代替。此种针具的特点,主要是便于在针刺或留针过程中注入药液。

(3)毫针:0.5 寸及 3 寸的毫针,常应用于屏尖穴、后合谷穴。

二、临床应用

〔取穴〕

(1)主穴:胸 6 穴(第 6 胸椎棘突上缘)。

(2)配穴:腰 1 穴(第 1 腰椎棘突上缘)、腰 4 穴(第 4 腰椎棘突上缘)。

〔针法〕取端坐位,两臂交叉于胸前,头部尽量前倾,两肩下垂,使背部皮肤紧张。医者对准穴位,右手持针,针尖向下,与皮肤呈 30～40° 角,快速刺入皮肤,顺脊柱向下沿皮下刺入 1.5～2 寸。

三、注意事项

(1)脊背针针具粗、刺激强,针刺前应让病人有思想准备,防止晕针和意外事故。

(2)体位要舒适,可采取坐位或卧位针刺。坐位时可采取低头、两肩下垂、腰背挺直的姿势。

(3)进针后沿皮下透刺,不可直刺深入内脏和脊髓。

(4)妊娠期及有严重出血倾向者，不宜采用本法。

§7. 手象针疗法

一、疗法简介

手象针是通过针刺手上微小的经络脏象系统缩形部位，用来治疗全身疾病的一种疗法。它是以经络学说和现代医学为理论基础，以临床实践经验为依据，不断总结发展起来的。通过大量的临床观察，发现手部同头部一样，存在着极为丰富的密集的特异功能刺激点，并十分有条理地分布于手骨周围的深浅组织内，若将这些刺激点，按体位顺序相互连接起来，则构成三个整体的人体缩形，纵排在手部。反应人体躯干腹面、肢体屈面的刺激点均分布于手掌面，称之为"脏"。反应人体躯干背面、肢体伸面的刺激点均分布于手背面，称之为"象"。针刺脏象投形区，就可以用来治疗全身疾病。

手与全身经络有着密切的联系。《灵枢·逆顺肥瘦》篇中说："手之三阳，从胸走手；手之三阴，从手走头。"手上经脉除属五脏六腑和循行于身体一定部位外，还借助经别、络脉网络的出入离合，表里阴阳及其与奇经八脉之密切联系，将人体构成了一个完整的机体。因此，脏腑有病，可以通过经络反映于手的有关部位；针刺手的有关部位，又可以治疗脏腑及全身的各部疾病。

手象针疗法具有经济、简便、安全、易学等特点，具有止痛、消炎、镇静、急救等功效，特别对神经、血管、运动系统及内脏和皮肤病疗效尤为显著。

二、临床应用

〔取穴〕手伏脏会阴部相应部位(左侧)。定位在手掌面腕横纹中点直上2寸处。

〔针法〕

(1)针具:一般选用28～30号的0.5～2寸毫针。

(2)进针:用快速直刺法穿透皮肤。进皮以后,可采取直刺、斜刺和平刺几种方法达到所需的深度。进针过程中,不要捻转,以减少疼痛。针刺的深度分几层,可在穴位处的表皮点刺,也可达皮内、皮下、肌肉、骨膜等组织。

(3)行针:行针是增加刺激量的一种手段。根据病情及病员的体质,可运用大、中、小刺激量的提插和捻转等手法。亦可以不行针。由于手部感觉灵敏,针刺时多出现抽、麻、胀、痛、酸、困、重、热等感觉。针感的性质与刺激部位有关。

(4)留针:一般每次留针20～30分钟,根据病情,亦可适当延长留针时间。必要时,还可采用皮内、皮下埋针刺激的方法。留针期间酌情行针一二次。有的可以不留针,略一行针奏效后,即可起针。

(5)疗程:根据疾病的轻、重、缓、急的不同,每疗程长短掌握在3～10次之间。可每天针1次,还可隔天或隔几天治疗1次。疗程间,视具体情况休息1周或几周。

三、注意事项

(1)针前须做好针具与皮肤的常规消毒。

(2)进针时要快速直刺,达到应有的深度,不要捻转以减少疼痛。

(3)体质虚弱或畏针者，不宜施强捻转刺激，以免晕针。

(4)如取穴不准确，需要适当改变针向，力求达到最佳刺激点。

(5)刺激强度不够，应酌情变换针刺手法以增加刺激量。

(6)患者病情较重或复杂，必须详细分析制定取穴方案，以及坚持疗程。

(7)起针后，注意保持针孔处清洁干燥。

§8. 足象针疗法

一、疗法简介

足象针是通过针刺足上微小的经络脏象系统缩形部位用来治疗全身疾病的一种疗法。同手象针疗法一样，足象针疗法也是以经络学说和现代医学为理论基础，以临床实践经验为依据，不断总结发展起来的。足部与手部、头部一样，存在着极为丰富的密集的特异功能刺激点，并十分有条理地分布于足骨周围的深浅组织内。若将这些刺激点按体位顺序相互连接起来，则构成三个整体的人体缩形，纵排在足部。反应人体躯干背面、肢体伸面的刺激点均分布于足跖面，称之为"脏"。反应人体躯干腹面、肢体屈面的刺激点均分布于足背面，称之为"象"。针刺脏象投形区，就可以用来治疗全身疾病。

二、临床应用

〔取穴〕足伏脏会阴部相应部位(右侧)。穴位在足底后根中点处。

〔针法〕

(1)针具：一般选用 28～30 号的 0.5～2 寸毫针。

(2)进针：用快速直刺法穿透皮肤。进皮以后，可采取直刺、斜刺和平刺几种方法达到所需的深度。进针过程中，不要捻转，以减少疼痛。针刺的深度分几层，可在穴位处的表皮点刺，也可达皮内、皮下、肌肉、骨膜等组织。

(3)行针：行针是增加刺激量的一种手段。根据病情及病员的体质，可运用大、中、小刺激量的提插和捻转等手法。亦可以不行针。由于手部感觉灵敏，针刺时多出现抽、麻、胀、痛、酸、困、重、热等感觉。针感的性质与刺激部位有关。

(4)留针：一般每次留针 20～30 分钟，根据病情，亦可适当延长留针时间。必要时，还可采用皮内、皮下埋针刺激的方法。留针期间酌情行针一二次。有的可以不留针，略一行针奏效后，即可起针。

(5)疗程：根据疾病的轻、重、缓、急的不同，每疗程长短掌握在 3～10 次之间。可每天针 1 次，还可隔天或隔几天治疗 1 次。疗程间，视具体情况休息 1 周或几周。

三、注意事项

(1)针前须做好针具与皮肤的常规消毒。

(2)进针时要快速直刺，达到应有的深度，不要捻转以减少疼痛。

(3)体质虚弱或畏针者，不宜施强捻转刺激，以免晕针。

(4)如取穴不准确，需要适当改变针向，力求达到最佳刺激点。

(5)刺激强度不够，应酌情变换针刺手法以增加刺激量。

(6)患者病情较重或复杂，必须详细分析制定取穴方案，以及坚持疗程。

(7)起针后，注意保持针孔处清洁干燥。

§9. 芒针疗法

一、疗法简介

芒针是一种特制的长针，一般用极细而富有弹性的不锈钢丝制成。因形状细长如麦芒，故称为芒针，运用芒针以防治疾病，称芒针疗法。

芒针是在古代九针之一的“长针”基础上发展而来。早在《灵枢·九针论》中就有“长针，取法于綦针，长七寸，主取深邪远痹者也”的记载。《扁鹊心书》、《医学纲目》等医籍中亦有关于芒针治疗方法的记载。芒针疗法以它独特的方法和显著的疗效，深受人们的欢迎。

二、临床应用

〔取穴〕

(1)常用穴：①前列腺穴；②会阴、肾俞。

(2)备用穴：气海、中极、关元、秩边透归来。

前列腺穴位置：又称前列腺特定穴。会阴至肛门中点，或距肛门下缘 1～2 厘米之正中线上。

〔针法〕每次取一组主穴。二组可单独应用，亦可交替轮用。取 2～3 个备用穴。前列腺穴用 3 寸 28～30 号芒针，直刺 1.5～2.5 寸深，留针 20 分钟，留针期间，间隙运针以加强针

感。会阴穴用4寸芒针，直刺2～3寸，至出现酸胀感为度，提插结合小幅度捻转，反复3～5次后取针。肾俞用28号2寸针，斜向脊柱方向刺入1～1.5寸，待局部酸胀后取针。气海、中极、关元等穴，用4寸芒针，直刺3～4寸(针前宜排空尿)，使针感直达尿道。秩边穴用7寸芒针，刺5～6寸，透向同侧归来穴，使有强烈窜麻感到达尿道，平补平泻手法1分钟，即去针。每日或隔日1次，10次为1疗程，疗程间隔3～5天。

〔疗效〕疗效评判标准：①痊愈：自觉症状消失，前列腺液检验，白细胞数<10个/HP，卵磷脂小体较前增加75%以上；②显效：自觉症状基本消失，前列腺液检验，白细胞数较前减少2/3以上，卵磷脂小体在50～70%之间；③有效：自觉症状明显减轻，前列腺液检验，白细胞数较治疗前减少，卵磷脂小体较前增加，但未超过50%；④无效：治疗前后，症状和体征改善均不明显。

共治疗200例，以上述或类似标准评定，痊愈70例(35.0%)，显效60例(30.0%)，有效38例(19.0%)，无效32例(16.0%)，总有效率为84.0%。

三、注意事项

(1)患者如初次接受芒针治疗，要耐心地说明芒针特点，消除恐惧心理。

(2)体位要舒适固定，不可随便移动。

(3)取穴宜少而精，手法宜轻而柔。

(4)诊断不明的急性病，切勿滥用芒针治疗，以免延误病情。

(5)掌握芒针治疗禁忌。如心、肺、肝、脾等处禁针；囟门、

眼球、鼓膜、喉头、气管、胸膜、睾丸、乳头等处禁针；胸背部不宜直刺；项后诸穴，如风府、风池切忌向上斜刺，以免伤及延髓。孕妇一般不宜芒针治疗。

§10. 陶针疗法

一、疗法简介

陶针疗法是采用消毒的陶瓷片，在人体不同的部位，运用不同手法施行针刺以防治疾病的一种方法。

本疗法属于针灸医学中的特殊技法，它的起源与针灸学术发展有着密切的关系。在陶器文化时期中，我们的祖先创用陶针治病，在我国南方各地的民间疗法中，特别是壮族疗法中，一向以陶针为主。明代李时珍在《本草纲目》中说："以瓷针治病，亦砭之遗意也"。清代鲍相璈在《验方新编》一书中，对瘴毒、痧症、霍乱等，均载有陶瓷针治法。陶针治病，其功能在于宣导经络，通调气血，助营卫运化，致阴阳平衡，其作用机理与经络学说相一致。

二、临床应用

〔取穴〕腰骶夹脊、水线、腹沟、下肢后棱、足小趾甲根。

〔针法〕腰骶夹脊部5针行刺（依纵线排成一列），水线5～7针行刺，腹沟5针行刺，下肢后棱5～7针行刺，足小趾甲根点刺（单针刺一点）。

三、注意事项

陶针是用旧陶瓷片作为针刺工具，所以一定要注意针具消毒。先把陶瓷片擦拭，水洗清洁，然后用刀背轻轻敲击使其分裂成锋，凡不成锋者即弃去，再用水煮沸半小时。使用时，重刺、放血刺选用锋芒粗者，一般治疗以中锋为宜，小儿则选用细锋。

§11. 冷针冷灸疗法

一、疗法简介

冷针冷灸疗法是采用电子冷热针灸仪，使刺入人体穴位的毫针制冷，或用仪器上的制冷金属头直接作用于穴位施“灸”以治疗疾病的一种方法。

用冷刺激方法治病的记载见于南北朝宋懔撰著的《荆楚岁时记》，谓“八月十四，民以露水点儿头额，名为天灸。即用露水调朱砂蘸小指点额去百病”。明代李时珍著《本草纲目》卷五露水条记载“八月朔日收取，磨墨，点太阳穴止头痛；点膏肓穴，治痨瘵，谓之天灸”。用冷冻法刺激穴位的治病方法见于1960年，如用氯乙烷喷射穴位表面治疗头痛。近年来才将它发展成一门独特的疗法。

二、临床应用

〔取穴〕

(1)主穴：关元、三阴交。

(2)配穴：肾虚加肾俞；湿热加行间；小便淋沥不尽加膀胱俞、次髎。

〔用法〕用冷针仪，针温 5～10℃，10～20 分钟。

三、注意事项

(1)首先要根据病人体质和所取之穴位，选好针之长短。将穴位常规消毒后刺入，得气后制冷，其灸柄紧贴于皮肤。温度不宜太低，以防造成深部冻伤。

(2)一般刺入得气后有冷感沿经传导，疗效佳。

(3)冷灸时，穴位出现与艾灸一样的水泡，其注意事项与艾灸相同。灸疮吸收后一般不留疤痕，但皮肤着色，其色会逐渐消失。

(4)如果应用"LRE－1 型电子冷冻增热针灸疗仪"时，一般可针灸并用，因制冷头本身也是灸头。对于畏针者、小儿、肌肉不丰满的部位或宜斜刺的部位，可用单纯冷灸法。如单纯施冷灸时，其制冷头部表面或穴位皮肤表面上宜敷盖纱布，或敷防冻油。

(5)低温针或灸时皮肤冻结，为了防止起疱，可用手心敷按穴位 1 分钟左右。

§ 12. 脉冲电针疗法

一、疗法简介

脉冲电针疗法是在古老的针刺疗法基础上，应用各种脉冲电针仪在刺入人体有关穴位的毫针上导入脉冲电流，用电

刺激加强针刺得气感应，以针 电的综合效应达到治疗目的，从而提高针刺疗效的一种方法。

电针疗法在 1934 年已有报道，但受当时电子技术水平的限制而未能推广应用。50 年代的蜂鸣式电针仪与电子管电针仪，亦因存在多种缺点而难以普遍推广。至 60 年代中期，随着半导体技术的发展，生产出了半导体电针仪后，由于它具有体积较小、便于携带、安全可靠、使用方便等特点，电针疗法才得以在临床上获得日益广泛的应用，成为一种深受病人欢迎的新疗法。

二、临床应用

疗法一

〔取穴〕肾俞、膀胱俞、关元、水道、三阴交、阴陵泉、八髎。

〔用法〕每次取 2～4 穴，采用断续波，逐渐加大刺激量，以病人能耐受为度，通电 20 分钟左右，隔日 1 次。

疗法二

〔取穴〕头针额旁 3 线、顶中线。

〔用法〕采用断续波，给予较强刺激，通电 20 分钟，隔日 1 次。

三、注意事项

(1)对危重病人、恶性肿瘤晚期患者、败血症及过度虚弱、疲劳、酗酒醉汉、精神极度恐惧者等，一般不宜施以本疗法。妊娠 3 个月以上，不可电针小腹、腰骶部；5 个月以上者，不要轻易电针治疗。

(2)电针疗法的针感较为强烈，对患有严重心脏病者取穴

时应避免电流回路通过心脏，如以双侧合谷穴为一对通电极的配置方法应尽可能避免。

(3)电针扶突穴可刺激迷走神经而出现心率、血压的变化，如出现期外收缩、血压下降等症状，应及时中止治疗或减少电刺激量。

(4)电针使用的针具应经常检查和更换，以防止折针及电极与针体接触不良。输出导线在使用过程中很容易导致铜丝折断，从而使输出电流忽有忽无，应注意随时检查和更换。

(5)不同型号的电针治疗仪输出的电刺激参量(电压、电流、频率、波形等)各不相同，因此必须熟悉和掌握其性能及操作方法；在治疗过程中应根据病人的反应随时调整其工作状态，以患者自觉舒适为宜；在接近患者最大治疗量时，调节输出旋钮时尤须注意。

§13. 激光针疗法

一、疗法简介

激光针疗法是应用医用激光仪输出的激光束替代毫针来刺激穴位以治疗各种疾病的一种方法。

激光针疗法是近代发展起来的一种新疗法。1960年第一台红宝石激光器问世，1961年又诞生氦氖激光器。由于激光具有单色性好、相干性好、聚焦好、瞬间功率大，能产生热效应、光压效应、光化效应、电磁效应等等一系列的特征，很快就被 应用于临床医疗。1961年始首先应用于眼病治疗，1963年始用于癌症的临床研究，但多限于烧灼、切割、气化范畴。1973

年制成的氦氖气体激光光针仪能够发射出波入为 6328 埃的红单色激光，功率在 1.5 毫瓦左右，光斑直径为 1～2 毫米。当它照射穴位时，可穿透组织达到 10～15 毫米深。如此的深度可直接作用到人体的大多数穴位。实践证明，它有抗炎、增加代谢、促进组织生长等作用。随着光导纤维的出现，使激光束可通过能任意弯曲的光导纤维导向穴位，使用时更觉方便。氦氖激光光针仪诞生后，相继出现了氩离子激光针仪、二氧化碳激光针仪、氪离子激光针仪、掺钕钇铝石榴石激光光针仪等等。目前国内外已应用激光针治疗内、外、妇、儿、神经、皮肤、五官等科疾病。

二、临床应用

疗法一

〔取穴〕

(1)常用穴：①前列腺穴、次髎、白环俞；②会阴穴。

(2)备用穴：肾俞、三阴交、中极、关元。

〔用法〕常用穴每次选 1 组，第 1 组选 1～2 穴(前列腺穴必取)，备用穴酌取 1～2 穴。应用刺入式氦氖激光仪，波长 6328 埃，末端输出功率 0.5～1.8 毫瓦，通过特制光导纤维，把激光束引到穴位上。先取主穴，消毒后，用特制的空心针，将光纤维插入针芯，左食指插入肛内作引导，针自会阴穴刺入前列腺内，末端输出功率为 1.8 毫瓦，照射 20 分钟。其余穴位，针刺入后，接通激光束，末端输出功率为 0.5 毫瓦，照射 15～30 分钟。每日 1 次，4 次为 1 疗程，不愈者，停 1 周后再照射。

〔疗效〕共治疗 184 例，以类似前述疗效标准评判，痊愈 97 例(52.7%)，显效 55 例(29.9%)，有效 29 例(15.8%)，无

效 3 例(1.6%)，总有效率为 98.4%。

疗法二

〔取穴〕会阳、关元。

〔用法〕穴位常规消毒，用 2%过氧乙酸消毒光导纤维，插入已行常规消毒的空心针灸针内并刺入上 2 穴，待有针感后照射 10 分钟。每日 1 次，4 次为 1 疗程，疗程间隔 3 日。

〔疗效〕共治疗本病 60 例，经 3～5 疗程痊愈者 45 例(75%)，2～3 疗程好转者 13 例(21.7%)，5 疗程仍无效者 2 例(3.3%)。

三、注意事项

(1)激光束亮度极强，氦氖激光的亮度可达太阳亮度的 8 倍，操作人员与接受面部激光治疗的患者均须戴防护眼镜。

(2)二氧化碳激光器射出 10.6 万单位的长波红外线，是一种不可见光，不能用眼看或手试，以防灼伤。

(3)在激光辐射的方向上应安置必要的遮光板或屏风。

(4)操作人员应定期检查，特别是检查视网膜。

§ 14. 水针疗法

一、疗法简介

水针疗法，又称穴位注射疗法，是选用药物注入有关穴位以治疗疾病的一种方法。

我国古代刺法中并无此法，它是在长期医疗实践中结合中医经络、经穴特点，将肌肉注射法移植而来的一种现代针灸

治疗方法。

二、临床应用

方法一

〔穴位〕会阴、命门、肾俞、关元。

〔药物〕硫酸庆大霉素注射液 16 万 u、地塞米松磷酸钠注射液 10mg、盐酸利多卡因注射液 2ml。

〔用法〕每穴位注射 2ml，隔 3 天注射 1 次，注射 6 次为 1 疗程。

方法二

〔穴位〕阿是穴。

〔药物〕1%奴夫卡因 5 毫升、0.5%甲硝唑液 6 毫升。

〔用法〕患者取截石位，臀部垫高，常规消毒，在左食指直肠内引导下，以 8 号心内注射针于肛门 1.0 厘米处局部后直刺 2.0 厘米，再斜向外侧 15° 进针 3～4 厘米。如感注药甚易，则已进入前列腺内，抽吸无回血，更换装有甲硝唑的注射器注药 3 毫升，以同法向对侧给药 3 毫升。

方法三

〔穴位〕阿是穴。

〔药物〕2%普鲁卡因 4 毫升、生理盐水 6 毫升、先锋霉素 5 号 0.5 克。

〔用法〕用 18 号腰麻针于肛门前方 12 点位置上 1 厘米处，用 2%普鲁卡因 4 毫升局麻后刺入 6 厘米左右，自觉有落空松弛感时，向外抽吸，见有白色液体，或稀薄血液吸出，证实已注入前列腺内，再换生理盐水 6 毫升稀释先锋霉素 5 号 0.5 克、透明质酸酶 1500U 的注射器推药。每周注射 1 次，4 次为

1疗程。经2～3个疗程治疗，症状消失，前列腺液细菌培养阴性。

方法四

〔穴位〕阿是穴。

〔药物〕丹参注射液2毫升、0.5%甲哨唑8毫升。

〔用法〕患者取截石位，医者于患者左侧会阴部消毒后，左手食指插入肛门摸到前列腺，在此指引导下，右手持8号心内注射针，在肛门齿线上2cm处，针尖斜向前列腺的左或右侧叶的方向进针(以后左右叶交替)，边进针边推注1%普鲁卡因4毫升，直达前列腺内。当针进入前列腺内时有一种落空感，抽吸无回血后，在原位注射针头内分别推注上药。每3天1次，每次注射一侧叶，6次为1疗程。注射不宜太深。

三、注意事项

(1)治疗时应对患者说明治疗特点和注射后的正常反应，如注射后局部可能有酸胀感，4～8小时内局部有轻度不适，有时不适感持续时间较长，但一般不会超过1天。

(2)严格遵守无菌操作，防止感染，最好每注射一个穴位换一个针头。使用前应注意药物的有效期，并注意药物有无沉淀变质等情况。

(3)注意药物的禁忌、剂量、配伍、副作用以及过敏反应等问题，凡会引起过敏反应的药物，均应先作皮试，阳性者不可应用，副作用较大的药物，使用时应谨慎。

(4)一般药液不宜注入关节腔、髓腔和血管内，以防引起关节红肿热痛等不良反应；误入骨髓腔，则有损害骨髓的可能。

(5)胸腹部穴位注射不宜过深，以防伤及内脏。主要神经干经过的部位作穴位注射时要注意避开神经干，以保护其不受损害。

(6)年老体弱者，注射部位不宜过多，用药量可酌情减少，以免晕针。孕妇的下腹部、腰骶部穴及合谷、三阴交等穴，一般不宜作穴位注射，以免引起流产。

§15. 穴位埋线疗法

一、疗法简介

穴位埋线疗法是将羊肠线埋入穴位，利用羊肠线对穴位的持续刺激作用以治疗疾病的一种方法。

本疗法古书中并无记载，为近人在长期临床实践中按照经络原理发展起来的一种现代针灸疗法。

二、临床应用

疗法一

〔取穴〕①肾俞、关元、太溪；②三阴交、膀胱俞、中极。

〔用法〕用注线法。用12号腰穿针装入1～2号肠线1厘米，局部消毒局麻后，在背俞穴直刺3厘米，使腰骶部出现酸胀感；腹部穴用斜刺，从穴位上方1厘米处向下斜刺进入穴下肌层；三阴交向上斜刺2厘米，如能使酸胀感向上传导为佳；太溪向上平刺入皮下1.5厘米，然后推入肠线，退出针具，外盖胶布。每次选穴1组，20天1次。

疗法二

〔取穴〕敏感穴位。血尿配血海；遗精加遗精（脐下三寸旁开1寸）；肾阴虚加大赫、志室；下元虚惫加关元。

本病敏感穴位多分布于腰、骶、小腹及下肢部的足太阳、任、督脉及足少阴、足太阴、足厥阴经等经脉上，常见结节或泡状软性物、压痛及按压舒适感等敏感反应，其常见的敏感穴位有：任脉之气海、关元、中极、曲骨；督脉之命门、腰阳关；足太阳经之膀胱俞、肾俞、大肠俞、八髎、志室、关元俞；足太阴经之阴陵泉、三阴交、血海；足厥阴经之太冲、曲泉；足少阴经之太溪、大赫、阴谷、气穴；足阳明经之归来、水道、足三里。

〔用法〕在有关经络进行探测，选出腰骶和小腹部敏感穴位各1～2个、下肢穴1个进行埋线。腰及下肢穴用注线法，根据穴位情况刺入2～4厘米，注入2号肠线1～2厘米。腹部穴用穿线法，从穴位上1.5厘米穿入，下1.5厘米处穿出，埋入1号肠线2厘米。20天1次。

三、注意事项

（1）严格无菌操作，防止感染，三角针埋线时操作要轻、准，防止断针。

（2）埋线最好埋在皮下组织与肌肉之间，肌肉丰满的地方可埋入肌层，羊肠线头不可暴露在皮肤外面。

（3）根据不同部位，掌握埋线的深度，不要伤及内脏、大血管和神经干，以免造成功能障碍和疼痛。

（4）皮肤局部有感染或有溃疡时不宜埋线，肺结核活动期、骨结核、严重心脏病或妊娠期等均不宜使用本疗法。

（5）羊肠线用剩后，可浸泡在75%酒精中，或用新洁尔灭

处理，临用时再用生理盐水浸泡。

(6)在一个穴位上作多次治疗时，应偏离前次治疗的部位。

(7)注意术后反应。一种属于正常反应，由于刺激损伤及羊肠线刺激，在1～5天内，局部出现红、肿、热、痛等无菌性炎症反应。少数病例反应较重，切口处有少量渗 出液，亦属正常现象，一般不需要处理；若渗液较多凸出皮肤表面时，可将乳白色渗液挤出，用70%酒精棉球擦去，覆盖消毒纱布。施术后患肢局部温度也会升高，可持续3～7天。少数病人可有全身反应，即埋线后4～24小时内体温上升，一般约在38℃左右，局部无感染现象，持续2～4天后体温恢复正常。埋线还可有白细胞总数及中性多形粒细胞计数的增高现象，应注意观察。

另一种则是异常反应，有以下几种情况：

(1)少数病人因治疗中无菌操作不严或伤口保护不好，造成感染，一般在治疗后3～4天出现局部红肿，疼痛加剧，并可伴有发热，应予局部热敷及抗感染处理。

(2)个别病人对羊肠线过敏，治疗后出现局部红肿、瘙痒、发热等反应，甚至切口处脂肪液化，羊肠线溢出，应适当作抗过敏处理。

(3)神经损伤。如感觉神经损伤，会出现神经分布区皮肤感觉障碍。运动神经损伤，会出现神经支配的肌肉群瘫痪。如损伤坐骨神经、腓神经，会引起足下垂和拇趾不能背屈。发生此种现象应及时抽出羊肠线，并给予适当处理。

§16. 直流电药离子导入疗法

一、疗法简介

直流电药离子导入疗法是应用药物离子透入仪输出的直流电，施加于浸有中草药液的电极板上，使药物离子透入入体穴位，从而获得药物与刺激穴位的双重治疗效应的一种治疗方法。

药物离子透入疗法已有上百年历史，是理疗中一种常规疗法。直流电药离子导入疗法则是我国针灸界的首创，最早始于1959年，当时应用电子管式"直流感应电疗仪"作为本疗法的主要仪器。1976年后，本疗法在全国应用较为广泛，而且应用的仪器也有了很大的改进与发展，出现了半导体化的药物离子透入仪，因其性能安全可靠，更推动了本疗法的发展。近年来又出现了用专科、专用途命名的中草药离子透入仪，如骨质增生治疗仪等，更丰富了对某些疾病的治疗手段。

二、临床应用

疗法一

〔药物〕抗炎Ⅰ号药剂（主要成份有大黄素，其中每2毫升注射液含生药大黄1克）。

〔用法〕使用E4L—Ⅰ型直流感应电疗机，运用电子定向流动的原理，在负极套垫上浸泡抗炎Ⅰ号药剂，每次用药4毫升，输入电流常规在20±5mA，治疗时间共20分钟。隔日1次，10次为1疗程，每疗程结束后休息10天，再做第2疗程。

两侧套垫覆盖面积为 8cm×10cm，腹侧覆盖于耻骨联合及部分小腹部，包括关元、中极、曲骨、横骨(双)、大赫(双)等穴位，背侧覆盖于骶骨及次髎、中髎(双)、膀胱俞(双)、中膂(双)等穴位。腹侧为负极导入区，其治疗原理为通电使电极板下浸有中药药液的纱布垫释放出中药离子，并定向导入病变部位及有关穴位；根据经络传变的原理直接或间接导入病变部位。另辨证服汤药，并可配有清热理气、活血化瘀的中药煎汤坐浴，药用红藤、败酱草、荆三棱、乳香、没药、王不留行、桃仁、川楝子、苏木、白芷、虎杖。每次 30 分钟，水温以 42℃为宜，并可在以上坐浴药方中加柴胡等引经药，放入锅中蒸透，然后装入布袋，热敷于会阴部(温度以不灼伤皮肤为度)。每晚入睡前使用，每次热敷 30 分钟，20 天为 1 疗程。用于慢性前列腺炎。

疗法二

〔药物〕赤芍、丹皮、穿山甲、皂角刺、三棱、莪术、紫花地丁、黄柏、败酱草、牛膝。

〔用法〕加工配制成前列腺 I 号液。用 DL—Z 型直流感应电疗机(广东汕头市广播仪器厂产)。用无菌空针管抽取药液 50 毫升，温度 36～40℃，患者取膝胸位，将无菌导尿管插入肛门 3～5 厘米，缓慢将药注入直肠。操作前嘱患者排空大小便。灌注药液后起坐片刻，取仰卧位或坐位，在体表腰骶部一耻骨联合通直流电。电极放置方法为：主极放在患者腰骶部，辅极放在耻骨联合部。主辅极极性交替，即主极本次连接阳极，下次则连接阴极，极板面积为 $10\times10cm^2$，电流强度以患者耐受极限为佳，通电时间每次 25 分钟。每日或隔日 1 次，14 次为 1 疗程。用于慢性前列腺炎。

三、注意事项

(1)凡是患有皮肤病、各种急性传染病、危重病人、严重心脏病患者及妊娠期妇女，禁忌用本疗法。

(2)治疗时注意电极板的金属部分不能与皮肤接触，以免灼伤。

(3)通电量大小以患者能耐受的麻电感为宜，不可有刺痛感。

(4)在治疗过程中不得改变电极板上的极性。若必须变换时，先将输出强度旋钮退回至零位，然后变换极性，再重新调节治疗量。

§17. 磁场敷贴穴位疗法

一、疗法简介

磁场敷贴穴位疗法，又称磁针疗法，是应用磁场代替毫针刺激穴位以治疗疾病的一种方法。

早在2000多年前，传说古代名医扁鹊曾用过磁石治病。西汉初期，在《神农本草经》一书中也记载过磁石的特性及其治疗的疾病。这些记载都是将磁石作为煎剂内服。1596年李时珍《本草纲目》中记载“真磁石豆大，塞耳中，口含生铁一块，觉耳如风雨声即通”，产生了磁石外治疗法。

近代把磁场和经络学说相结合起来，开创了磁针疗法。近年来又出现了磁珠耳穴敷贴方法、旋转磁场治疗仪。目前常见的磁针疗法有三种：第一种是用几百高斯至几千高斯，不同规

格的磁钢或磁珠，敷贴体穴或耳穴。第二种是将某种强度的磁钢，装在一个圆盘上，用电动机带动圆盘旋转，产生旋转磁场，作用于穴位。第三种是用 50 周交流或脉动直流电通过带铁芯的线圈，产生交变或脉动磁场，敷压在穴位上。磁针疗法对一些常见病进行了大量实践，取得一定疗效。

二、临床应用

〔取穴〕主穴取关元、中极、三阴交。配穴取曲骨、会阴、足三里、次髎。

〔用法〕应用表面磁场 1000～1500 高斯的圆形磁片，直径 9 毫米、厚 2 毫米，用胶布固定在穴位上。每次敷贴磁片后，一般保留 4～6 天，间隔 1～2 天，也可持续敷贴 2 周。

三、注意事项

(1)本疗法无明显禁忌症，对白细胞总数在 4000 以下及体质极度衰弱、高热等患者慎用。一般先用弱磁场磁片，少贴穴，作探索性治疗，如有副作用时即停止治疗。

(2)本疗法的治疗剂量，往往是由磁片的场强和数量、面积、场型、磁场梯度等量的总和所构成，而决定应用多少治疗剂量，则应以患者年龄、体质、病情、病程等为依据。新生儿无论患什么病，剂量应最小，如用 100 高斯磁片，最多不超过 4 片。具体剂量还需结合临床灵活应用。

(3)本疗法常见的副作用如头昏、乏力、心悸、疼痛加重等。这些反应出现后，绝大多数不需要特殊处理，停止 1～2 天或改变一下磁疗方法，即可消失。有少数患者，如继续治疗而致副作用持续加重，即停止磁疗，副作用亦会自行消退，一般

不会留下不可逆转的后遗症。

§18. 挑治疗法

一、疗法简介

挑治疗法，又称“挑针疗法”、“截根法”，是在一定部位或特定穴位，用三棱针或缝针挑断皮下纤维组织或挑刺挤压出血以治疗疾病的一种方法。

本疗法长期流传于民间。明代《证治准绳》记载了挑针治疗偷针（麦粒肿）的方法，“按世传眼，初生小脓，视其睑上即有红点，以针刺破即瘥”。清代郭右陶《痧胀玉衡》，将民间流传的挑刺刮治等治法进行了总结；陈修园在治疗痧胀急症中也介绍了针挑法、针刺法；吴尚先《理瀹骈文》则介绍了不少民间的挑治疗法。

二、临床应用

〔取穴〕主穴膀胱俞、八髎纵排连挑，长强。配穴为京骨、昆仑、太溪、三阴交。急性期配腰骶部脊柱两侧，并用挑罐法使之出血，配委中挑罐法。

〔用法〕用挑筋法、挑血法或挑罐法。

三、注意事项

(1)凡有严重器质性病变，如糖尿病、心脏病、肝硬化腹水、血液病等忌用本疗法。孕妇也禁用本疗法。

(2)应用本疗法时，病人取卧位。

(3)消毒必须严格，挑治 3～5 日内，局部不可用水洗，以免伤口感染。

(4)挑治后当日避免重劳动，不吃刺激性食物。

三、灸法类

§19. 艾条灸疗法

一、疗法简介

艾条灸疗法是用艾条或药条点燃后，熏烤腧穴或患处，通过温和热力来刺激皮肤以防治疾病的一种方法。

本疗法经明清医家范培兰、陈修园、叶天士等人倡用而流传。最早见于文字者，当推明初朱权《寿域神方》，但其时艾条内并不掺入药末。至李时珍《本草纲目》、杨继洲《针灸大成》，始在艾绒中加入麝香、穿山甲、乳香等药末。发展到现代，本疗法为针灸中一种常用疗法。

二、临床应用

〔取穴〕足三里、三阴交、会阴、膀胱俞、肾俞。腹胀痛者加关元、中极；阴虚者加太溪。

〔用法〕以上穴位，每日施灸2次，每穴多3～7壮。采用艾条温和灸疗法。

三、注意事项

(1)艾条灸疗法虽属灸法一类，但其施灸时远离皮肤，因此即使在颜面、五官、大血管处，也可酌情使用本疗法，故临床

上使用范围较广。

(2)施灸时要注意避免燃烧后的残灰掉落在皮肤上而导致烫伤。

(3)对一些皮肤感觉迟钝的患者以及小儿患者，治疗过程中要不时用手指置于施灸部位，以测知患者局部的受热程度，便于随时调节施灸的距离，避免烫伤。

四、推拿类

§20. 推拿疗法

一、疗法简介

推拿，又称“按摩”、“按跷”、“乔摩”，是指在中医基本理论（尤其是经络腧穴学说）指导下，通过在人体体表一定的部位施用各种手法，或配合某些特定的肢体活动来防治疾病的一种方法。由于本疗法具有疏通经络、滑利关节、调整脏腑气血功能、增强人体抗病能力等综合效应，又有不受设备、器械等条件限制，不干扰或影响 人体正常的生理活动等特点，因而千百年来一直广泛地应用于临床各科疾病的防治，并发展成为一门具有独特治疗规律的学科。

推拿疗法的起源，可以追溯至远古时期。先民们在生存竞争中遇到意外损伤时，由于用手按抚体表患处而感到疼痛减轻或缓解，从而逐渐发现其特殊的治疗作用，并在长期实践的过程中形成了这一独特疗法。据《素问·异法方宜论》载述：按跷之法出自我国中州地区，这是因为该地区生活安逸，环境潮湿，民众“病多痿厥寒热，其治宜导引按跷”的缘故。唐代王冰认为“按，谓抑按皮肉；跷，谓捷举手足”，说明本疗法既有在体表的按摩搓揉手法，又有举足投手的肢体活动。《内经》还对本疗法的适应症和禁忌症作了介绍，指出各种痹证、痛证、痿证

及某些急症可以按摩治疗，前腹部有脓肿者则应禁止施以切按手法，反映了先秦时期对本疗法已有相当深入的认识。战国时期名医扁鹊在抢救虢太子"尸厥"暴疾时，曾成功地运用了推拿等治疗方法(《周礼注疏》)，这是有关本疗法医治实例的最早文献记载。我国第一部推拿专著《黄帝岐伯按摩》十卷(见《汉书·艺文志》，已佚)，也成书于秦汉时期。东汉著名医学家张仲景在《金匮要略》中介绍了前胸按压抢救心跳、呼吸骤停的心肺复苏术和膏摩治疗方法；《肘后备急方》有爪掐人中治疗晕厥患者的急救法。隋唐时期设立了按摩专科，有按摩博士、按摩师、按摩工等职别，并在太医署展开了有组织的教学活动。嗣后各朝代均将推拿列为临床专科，促进了推拿疗法的普及和发展。明清时期，在全面总结推拿临床治疗经验的基础上，发展了许多各具特色的推拿治疗方法，形成了诸多不同的流派。

二、临床应用

疗法一

腰骶部以滚法或按揉法施术 3 分钟；肾俞、膀胱俞、八：及长强各穴点按 1 分钟，以酸胀为度；以一指禅推中极、气海各 3 分钟；双手叠掌顺时针摩气海穴周围 5 分钟，手法柔和有渗透力，以下腹部温暖舒松为度，再用右手掌面顺时针边摩边震关元处约 5 分钟，摩法频率 120 次/分，震法频率 600 次/分左右。接着术者以两手拇指分别按于气海穴，嘱病人作深呼吸，呼气时稍用力往下按，吸气时随之轻轻上提，但拇指掌面不可离开施术部位。第 5 次患者呼气到极限时，术者突然提起两手拇指，使患者腹部随之向外反弹，共做 5～10 遍。然后以

右手的掌面用疏法从神阙、气海、关元穴顺着往下疏，共做3～5遍。点按左右居髎穴1分钟，以拇指或中指点按下肢穴位各1分钟。术毕。以上手法治疗，隔日1次，每次30～35分钟，15次为1疗程。同时教患者练习大雁功前六十四式，每天早晨锻炼1次。

本法用于慢性前列腺炎。治疗期间忌饮酒及食葱、辣椒、韭菜等辛辣食物，节制房事。

疗法二

取凡士林适量涂中极穴，作顺时针按摩100次。每日2～3次。用治前列腺炎，有效。

疗法三

1. 基本手法

(1)患者俯卧，医者立其旁，以双掌按揉并搓擦尾骶部，以热为度。

(2)以双手拇指点按八髎穴3～5分钟，然后以掌指或虚掌叩击该部1分钟。

(3)患者仰卧，医者单掌或双掌相叠置关元穴上按揉、摩动至耻骨处，反复3～5分钟。

(4)双掌置患者脐旁，同时斜向耻骨部推擦，以热为度。

(5)以指按揉阴陵泉、三阴交穴各1分钟。

2. 随症加减

(1)湿热下注型：症见尿频色赤、尿痛，以及腰骶部、会阴区和大腿内侧不适等。基本手法再加：①单掌推擦大腿内侧，自上向下，以热为度。②按揉三阴交、太冲、阴陵泉穴各1分钟。③搓擦腹股沟处1分钟。

(2)肾气亏虚型：症见小便淋漓不尽、下腰部酸痛、小腹及

会阴坠胀等。基本手法再加：①单掌推擦大腿内侧，自下向上，以热为度。②横擦命门穴处，以热为度。③按揉足三里、太溪穴各1分钟。④搓擦涌泉穴1～3分钟。⑤按揉会阴部1分钟。

三、注意事项

(1)应用推拿疗法治疗疾病必须辨证论治，正确施用手法。

(2)对有结核性或化脓性骨关节病症，以及肌肤破损、烫伤、肿瘤或正在出血的局部，不宜进行推拿。

(3)妇女怀孕期或月经期，在腹部和腰骶部慎用推拿手法。

(4)在病人空腹状态下或剧烈运动之后，不宜立即施用推拿手法。

§21. 房事自我按摩疗法

一、疗法简介

房事自我按摩疗法是采取按摩的方法以和谐房事和治疗性功能障碍性疾病的一种兼有自我保健作用的治疗方法。

本疗法起源甚早，在近年出土的长沙马王堆西汉古墓《合阴阳》竹简书中，即已记载了房事自我按摩体表某些部位，可以激发情欲，和谐房事。其谓："凡将合阴阳之方，土揯阳，揯村(肘)房(犹"傍")，抵夜(腋)旁，上　纲，抵领乡，揯拯匡，覆周环，下缺盆，过醴津，陵勃海，上常山，入玄门，御交筋，上欲精神，乃能久视，而与天地牟(侔)存。交替者，玄门中交脉也。为

得操捕之，使　（　）皆乐养(痒)，说(悦)泽(怿)以好。”十分准确而又完整地记叙了按摩全身有关动情区域，以促进进入性兴奋状态的整个过程。这种按摩方法既可用来治疗性冷淡症，也可作为性交前使男女性反应周期同步和谐房事的方法。在《千金要方》中，记载了抑按屏翳穴以固精止泄的房中按摩法；《金丹秘诀》则载述了兜肾囊的按摩法；《修龄要旨》阐述了摩涌泉、肾俞的生精固阳法等等，使得本疗法成为房事保健的一种常用自我疗法。

二、临床应用

临床上前列腺炎病人可选用如下自我按摩疗法。

1. 摩涌泉

本法见载于《修龄要旨》。取平坐或单盘(即以一脚置于另一腿上盘坐)式均可，双手搓摩至热，然后一手握持足趾，另一手旋摩涌泉穴，不计数目，以热为度，将足趾略略转动，左右足心更手握擦旋摩。本法有固肾培元、祛湿降火等功效。

2. 摩肾俞

本法见载于《修龄要旨》。临卧时坐于床，垂手解衣，略作吐纳闭息，舌抵上腭，目视顶门，提缩肛门数十次；然后两掌贴于肾俞穴，中指正对命门穴，作环形摩擦一百二十次。在摩擦肾俞时，配合意守命门，生精固阳功效尤佳。

3. 兜肾囊

《金丹秘诀》曰：一擦一兜，左右换手，九九之功，真阳不走。“戌亥二时，阴旺阳衰之候，一手兜外肾，一手擦脐下，左右换手，各八十一，半月精固，久而弥佳”(《勿药元诠》)，本法即“兜肾囊”法。练习时约在19～23时(即戌亥之时)，盘膝端坐，

解衣调息。先将双掌搓至极热，然后左手兜起阴囊，稍向上用力；右手摩擦脐下气海、关元部位，兜擦九九八十一次，再左右手互换兜擦八十一次。本法具有补肾固元、壮阳生精作用。常年不辍，可改善和增强睾丸生理机能，强壮性机能和防止性功能衰退。如在兜擦时出现阴茎勃起，可凝神于脐中，闭口咬牙，舌抵上腭，提撮肛门，存想气由会阴、尾闾而上，至巅顶，过泥丸，下至双目间，意守片刻，叩齿咽津，送入中丹田，即可使阴茎颓软。

在古代兜肾囊功法的基础上，后世又发展形成了诸多刺激阴囊、阴茎的方法，如提阳根（一手揉丹田、关元，一手握固阴茎，向上下左右各提拉数十次）、搓揉睾丸（先以两手食指、中指轻托同侧睾丸，拇指置其上，双向轻揉，以睾丸微觉酸胀为度。然后一手将阴茎上提并按置于脐下，另一手掌心揉擦阴囊根部，在揉擦时以掌根将睾丸上推，以轻柔的手法揉擦上推至微微发热为度。再左右换手，推揉方法同前）等，均有一定的生精固肾和强阳复壮功效。

4. **提肾功法**

提肾功是按摩与呼吸吐纳等方法相结合的一种保健强壮方法，适合于防治阳痿、阴冷、遗精滑泄、月经失调等病。先取坐位，两手指对搓至热，按揉中脘、神阙、气海、关元穴，再双掌搓热相叠，由中脘从上往下推擦至关元，再分揉两侧肾俞，然后两手虎口朝下，以全掌自京门往会阳穴推擦，均以透热为度。再根据体质情况，取站式或卧式均可，双目微闭，舌抵上腭，清神定虑，以腹式呼吸吐纳数遍，意守会阴部（男意守睾丸至肛门处，女意守阴道至肛门处）片刻，即可于吸气时收腹、撮肛、上提会阴部，稍稍闭气，如忍小便状，随后缓缓吐气的同时

松腹、放松肛门及会阴部。一收一松、一提一放为1遍，可做6～12遍。收功时可逐渐放松意念，缓缓睁目，叩齿咽津，同时两手搓热摩熨脸面、脐腹、腰胁，微动四肢，即可随意活动。一般每天可练习1～2次，饭后半小时内禁止练功。

三、注意事项

本疗法是以自我按摩为主防治各种房事疾病及有关的慢性疾患，因此既要较为熟练地掌握一定的按摩手法，又要按照各自的按摩要领坚持常年操练。

在操习提肾功法时，要注意避免用意过重。如果开始时行逆腹式呼吸有困难，也可采取腹式呼吸或自然呼吸，逐渐再向逆腹式呼吸过渡。有高血压病史者，操练遍数应适当减少；神经衰弱患者伴有严重失眠症状时，临睡前不宜行功。

§22. 因是子静坐疗法

一、疗法简介

因是子静坐疗法是近人蒋维乔(1873～1958)编订的一套以"小周天"功法为主的静坐养生保健疗法。

蒋氏字竹庄，号因是子，江苏武进人。自幼羸弱，年轻时患有肺病，中、西医调治未效，后按照《勿药元诠》所载"小周天"功法修习百余日而愈，遂潜心于养生保健功法之研究；曾修习天台宗止观法、密宗之藏密法等，颇有心得。《因是子静坐法》是其据练功治病之体会，再融合禅宗有关修善方法编订而成，初版于1914年，继版于1918年，建国后又多次修订重版，对

静坐功法的普及与推广曾起了一定的作用。

二、临床应用

1. 修习方法

本疗法是静坐方式进行修习锻炼。在静坐练功前后及日常的生活起居中，均应随时注意心、身、气息的调摄，做到心安气和，举止安详，呼吸时时以意从喉间、胸膺而下达丹田，勿使气息粗浅。

(1)入坐：入坐时，可随意坐在床上或凳上，宽衣解带，取盘坐或端坐姿势均可。将右手背叠放在左掌心上，于贴近小腹处轻置在腿上，随后左右微微晃动上身，做到头正颈直，鼻、脐相对，呈一垂直线，直至身形端正，自然放松，以便久坐安稳和进入入静状态。

(2)静坐行功：入坐后，即可收摄心神，将意念集中贯注于脐下小腹间，勿令心神驰散；先开口吐出浊气，吐毕舌抵上腭，口轻闭，以鼻徐徐吸入清气；行 3～7 次吐纳后，再微闭双目，正身端坐，调匀呼吸，使出入气息均匀细长。初习者，可以数息(即默数呼吸的次数)法协助收敛心神，调匀气息；纯熟之后，入坐便可做到心敛神守，息调气和。静坐时间的长短可随意掌握，一般每次不短于 15 分钟；静坐过程中若出现昏昏欲睡现象，可改意守鼻端，或再以数息之法来提作精神。

(3)下坐收功：下坐前，应先开口吐气 10 余次，令身中热气得以宣泄；然后慢慢摇动上身，再依次动肩胛、头颈，舒放手足；将拇指对搓致热，分摩双目耳鼻，再双掌搓热，分摩头面、胸腹、手臂、足趾等处，由上至下摩遍，直至足心为止，这才可离坐起身活动。

2. **周天效应**

静坐练功至一定程度后，就会出现内气在体内按照经络路线循行周转的现象，称之为“周天”。如果内气在督任二脉作周流运转，则称为“小周天”；倘若此基础上内气的运行扩大范围，超出了小周天任督二脉的循行路线，则可有在奇经八脉、乃至于十四经脉运行者等等不一，此种现象，近人习称之为“大周天”。周天现象是练功后内气逐渐充实的一种气感和练功效应。练功至产生周天效应，就可起到防病和治病的积极作用。

修习本疗法静坐功者，一般在纯熟之后，入坐时会出现丹田发热，如沸汤微动或剧动等现象，渐觉一般热气冲击尾闾；继续行功不辍，此股热气便会继续逆督脉而上，冲开夹脊、玉枕两关，再直上巅顶，由颜面鼻口分两路而下，至喉会合，循任脉而下返下丹田。此后，每当入坐，便会感到内气在任督脉上流走，即为“小周天”练就。随着练功的进展，还可逐步打通带脉，出现内气围腰、循带脉走向面旋转；继而逐一打通冲脉、阴跷、阳跷、阴维、阳维等经脉，以至于奇经八脉全部通畅无阻。

三、注意事项

(1)在日常生活中应注意保持清心寡欲，举止安详，劳逸适度，饮食清淡。初习者3个月内应禁绝房事，3个月后也须有所节制，以免影响练功进程。

(2)在静坐过程中，姿势要端正放松。若发生俯仰倚曲等现象，必须及时调整身形姿态。下坐期间，必须按照收功要求进行吐气、摇身、摩浴等收功活动，才能起身活动。

五、外治类

§23. 敷贴疗法

一、疗法简介

敷贴疗法又称外敷法，是将药物研为细末（可与各种不同的液体调制成糊剂）敷贴于体表的特定部位（穴位或患部）以治疗疾病的一种方法，是中医常用的外治法之一。

本疗法源远流长。在远古时期，先民就已学会用泥土、草根、树皮外敷伤口止血。马王堆汉墓出土的《五十二病方》载有许多外敷方剂，用以治疗创伤、外病等。晋代葛洪《肘后备急方》载用鸡子白、醋、猪脂、水蜜、酒等作为外敷药的调和剂；南北朝龚庆宣《刘涓子鬼遗方》用猪胆汁外敷治疗痈肿；唐代孟诜《食疗本草》用胡桃研泥外敷治疗白发；宋代《太平惠民方》以地龙粪研饼敷在小儿囟门，治疗小儿头热、鼻塞不通；明代《普济方》用生附子研末和葱涎为泥，敷涌泉穴，治疗鼻渊等，说明本疗法相沿习用甚久。清代吴尚先《理瀹骈文》集敷贴疗法之大成，标志着本疗法的临床应用达到了更为完善的水准。

二、临床应用

〔药物〕金银花、大飞扬草、蒲公英、川芎、乳香、没药、红花、独角莲、花生油或豆油、熟松香、冰片、麝香等适量。

〔用法〕将以上前几种药置油内浸泡 15 天，然后入油锅内，加热熬炸，至焦时捞出药渣，继续熬至滴水成珠后，加入松香不断搅拌使全融化，离开火源，再放入冰片和麝香面搅拌，放冷即得。取 20～30 克药膏，捏成薄片，敷于患处，外用敷料胶布固定，24 小时换药 1 次，直到痊愈为止。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

三、注意事项

(1)在应用过程中，如出现皮肤过敏，瘙痒潮红，发出小水泡，应立即停用。

(2)外敷时注意调节干湿度，过湿容易外溢流失；若药物变干，须随时更换，或加调和剂湿润后再敷上。

§24. 敷脐疗法

一、疗法简介

敷脐疗法简称“脐疗”，是将药物敷置于脐眼或脐部以治疗疾病的一种外治方法。

早在晋代葛洪《肘后备急方》中就有用盐纳脐中灸之，以治疗霍乱的记载。唐代孙思邈《千金要方》载有用东壁土敷脐，或用苍耳子烧灰敷脐，或用露蜂房烧灰敷脐，以治脐疮流水不止。清代更有所发展，如吴尚先《理瀹骈文》中用本疗法治病的方药就有数百处之多。

二、临床运用

疗法一

〔药物〕麝香 0.15 克，白胡椒 7 粒。

〔用法〕上药为 1 次量，白胡椒研为细末，瓶装密封备用。患者取仰卧位，洗净肚脐，将麝香粉倒入脐内，再将胡椒粉盖于上面，外覆盖圆白纸，后用胶布固定。每隔 7～10 天换 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间休息 5～7 天，连用 6 个疗程。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

〔疗效〕治疗 11 例，治愈 6 例，好转 3 例，另 2 例初治见效，因故中断。

疗法二

〔药物〕王不留行 150 克，天竺黄 100 克，土贝母 100 克，没药 100 克，蜂房 50 克，虎杖 100 克。

〔用法〕上药用 4000 毫升的水浸 2 小时，煎 30 分钟，取滤液，再加水复煎一次，两次滤液混合，浓缩成稠液，加益智粉 100 克，烘干压粉，装瓶备用。每次取药粉 100 毫克，放入脐中，上压干棉球，胶布固定，24 小时换药 1 次，用 5 天停 2 天。2 周为 1 疗程，连用 1～4 疗程。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

三、注意事项

(1)在治疗过程中有皮肤过敏，应暂缓使用；如出现皮肤溃疡或应用 7 天以上仍无效者，应停止敷脐，改用他法。

(2)在应用本疗法加用热敷或灸法时，要注意温度适宜，防止烫伤。如见脐眼感染者，应立即停止，宜先控制感染。

(3)小儿应用本疗法时，宜以绷带纱布等固定，防止脱落。

(4)此法收效慢，可配合药物内服、针灸、推拿等，以提高疗效。

§25. 药栓疗法

一、疗法简介

药栓疗法，又称"坐药疗法"，是将药物研成粉末，加入适当的赋形剂制成长圆形固体制剂，通过直肠或阴道给药的一种治疗方法。

药栓疗法的创始甚早。早在汉代张仲景《伤寒论》就有蜜煎导方塞入肛门治疗便秘的记载，并详细描述了制作及使用的方法："食蜜七合。上一味，于铜器内微火煎，当须凝如饴状，搅之勿令焦著，欲可丸，并手捻作挺，令头锐，大如指，长二寸许，当热时急作，冷则硬；以内(纳)谷道中，以手急抱，欲大便时及去之。"以后，栓剂不断有所发展，有的在蜜中加其他刺激性物质，如盐、皂角粉末、薄荷末、姜汁、葱汁等，以增强其通便作用。如宋代陈无择《三因极一病证方论》说："蜜煎法，蜜三合，盐少许，煎如饧(糖)，出冷水中，捏如指大，长三寸许，纳下部，令通"。在治疗方面，除用于通便外，晋朝葛洪《肘后备急方》尚有用半夏和水为丸纳入鼻中的鼻用栓剂，和用巴豆、鹅脂制成的耳用栓剂等。其他如《千金要方》、《证治准绳》等亦载有类似栓剂的制备与应用。至现代，栓剂的发展较快，治疗范围也不断扩大，除用于直肠、阴道起局部治疗作用外，还可通过直肠或阴道粘膜吸收，用于治疗全身性疾病。

二、临床应用

疗法一

〔药物〕白花蛇舌草、王不留行、马鞭草、三七、穿山甲、琥珀、土虫等。

〔用法〕上药制成栓剂，每日 1～2 枚，10 天为 1 疗程。每疗程间隔 1～2 天。睡前或便后将肛门处洗净，用套有胶质的食指将药物推入直肠 8～12cm 处。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法二

〔药物〕前列腺康栓。

〔用法〕直肠给药。

〔功用〕用于急慢性前列腺炎。

疗法三

〔药物〕野菊花栓。

〔用法〕1 枚塞入肛中，每日 1～2 粒。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法四

〔药物〕灭滴灵栓。

〔用法〕睡前将灭滴灵栓 1 粒塞肛内，共 30 天，并早晚各服利福平 0.45 克、甲氧苄氨嘧啶(TMP)0.16 克，30 天后再改利福平 0.45 克、TMP0.08 克。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法五

〔药物〕紫草 30 克，红花、穿山甲各 10 克，乳香、没药各 5 克。

〔用法〕上药共研细末，过 120 目筛，加适量凡士林调成糊状。患者取膝胸位，以碘酒棉球消毒会阴 3 次，术者戴无菌手套取药 3～5 克捏为团块，蘸少许石蜡油或植物油，以食指将药自肛门塞入送至直肠前壁，均匀涂于前列腺附近，嘱病人休息 30 分钟。每日或隔日上药 1 次，10 次为 1 疗程。疗程可间断重复。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

〔疗效〕共治疗 40 例，其中治疗 1 个疗程者 32 例，治疗两个疗程者 8 例。最后，痊愈者 23 例，占 57.5%；好转者 10 例，占 25%；无效者 7 例，占 17.5%。总有效率为 82.5%。

三、注意事项

(1)栓剂应避免应用对肛门粘膜有刺激性的药物。

(2)肛门用药前先将大便排出，以免影响药效。塞入肛门后要求保留 4 小时以上，让药物充分接触病灶，缓慢释放，以提高疗效。

(3)栓剂须贮存于干燥阴凉处或 25℃以下，贮存时间不宜过长，以免由于基质酸败而产生刺激性，或微生物繁殖而腐败。在夏季因气温较高，也易变软或腐败，有条件者可贮存于冰箱内。

§ 26. 灌肠疗法

一、疗法简介

灌肠疗法是以中药药液或掺入散剂灌肠以治疗疾病的一

种方法。

灌肠疗法起源较早，早在汉代张仲景《伤寒论》中就有用猪胆汁灌肠治疗便秘的记载。至近代，灌肠疗法发展比较迅速，应用于很多局部及全身性疾病取得较好疗效。如用以治疗溃疡性结肠炎、尿毒症、麻痹性肠梗阻及支气管哮喘等。通过实践证实，本疗法不仅可治疗结肠、直肠的局部病变，而且可以通过肠粘膜吸收治疗全身性疾病。其方法简便，吸收迅速，作用较快，还可以避免某些药物对胃粘膜的不良刺激。

二、临床应用

疗法一

〔药物〕赤芍、丹参各 30 克，蒲公英 15 克，桂枝 9 克，黄柏 9 克。

〔用法〕上药液煎 100 毫升，约 30～40℃，每晚保留灌肠。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法二

〔药物〕金银花 15 克，野菊花 15 克，蒲公英 15 克，紫花地丁 15 克，紫背天葵子 6 克。

〔用法〕上药水煎去渣，保留灌肠 100 毫升，每日 1 次。

〔功用〕用于急、慢性前列腺炎。

疗法三

〔药物〕桃仁 12 克，大黄 20 克，赤芍 20 克，丹参 30 克，土茯苓 30 克。

〔用法〕水煎浓缩至 60～120 毫升，保留灌肠，每日 2 次。

〔功用〕用于急、慢性前列腺炎。

疗法四

〔药物〕大黄、红花、川椒各 20 克，丹皮、王不留行、白头翁、野菊花各 30 克，黄柏 40 克。

〔用法〕上药水煎 2 次，合并 2 次煎液，过滤浓缩至 500 毫升。每次 100 毫升，每日 1 次保留灌肠。药温在 39～41℃。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法五

〔药物〕蒲公英 50 克，败酱草 50 克，土茯苓 30 克，当归 20 克，元胡 25 克，王不留行 50 克，赤芍 25 克，甲珠 10 克，木香 10 克，丹皮 15 克，仙灵脾 30 克，枸杞子 50 克，仙茅 20 克。

〔用法〕上药加水适量，水煎二遍，每遍滤出药液各 100 毫升，混合后用纱布过滤备用。用时将药液稍加温，用 100 毫升注射器抽药液 100 毫升，安上导尿管，前端沾润滑剂，插入肛门 5～8 厘米，将药液注入直肠。注药后嘱患者收缩肛门 30 次，胸膝卧位 15～30 分钟，1 日 2 次。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法六

〔药物〕金银花 30 克，野菊花 25 克，重楼 25 克，红花 20 克，三棱 25 克，桃仁 25 克，大黄 30 克。

〔用法〕每晚入睡前 1 剂，水煎。用 200 毫升的药液保留灌肠，每日灌肠 1 次，15 次为 1 疗程，每个疗程间歇 3 天。亦可配合中药进行治疗。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法七

〔药物〕半枝莲、白花蛇舌草、黄柏、土茯苓、红藤各 30 克。

〔用法〕上药共水煎成 150～200 毫升，每晚睡前温热灌肠

(35～40℃)，灌肠后慢行或站立 30～60 分钟，然后平卧保留。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法八

〔药物〕地龙 15 克，虎杖 30 克，木通 10 克，车前子 15 克，黄芪 10 克，穿山甲 10 克，丹参 20 克，女贞子 10 克，乌药 10 克，王不留行 10 克，金樱子 10 克，甘草 6 克。

〔用法〕将上面药物按常规煎药法煎两遍，将两次药汁去渣混合，浓缩至 100 毫升，备用。病人膝胸卧位，将 10 号导尿管前端(涂液体石蜡油做润滑剂)插入肛内 10 厘米左右。用 100 厘米注射器吸取药液，药温在 39～40℃之间，连接导尿管，缓慢注入肛门内；2 分钟左右拔出导尿管。嘱病人做提肛运动 30 次，卧床休息 1～2 小时，每日灌注 1 次，15 次为 1 疗程。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法九

〔药物〕水蛭 6 克，六一散 20 克，知母 10 克，瞿麦 15 克，黄柏 10 克，大黄 10 克，虻虫 9 克，桃仁 16 克。

〔用法〕若患者病程较久者加山萸肉 10 克、山药 15 克、生熟地各 10 克、丹参 10 克、黄芪 10 克、赤芍 10 克、肉桂 9 克。善后可用桃仁 12 克、大黄 20 克、赤芍 20 克、丹参 30 克、黄芪 30 克，水煎浓缩至 60 毫升，1 日 2 次，低压保留灌肠。药温 30℃左右，一般连用 1 周。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法十

〔药物〕地锦草、蒲公英、地丁各 30 克，白茅根、石苇各 20 克，皂刺 12 克，穿山甲 9 克。

〔用法〕上药水煎成150毫升(40℃)保留灌肠，每日1剂，连用1月。

〔功用〕用于前列腺炎。

三、注意事项

(1)配制灌肠液时应避免使用对肠粘膜有腐蚀作用的药物。

(2)插入肛管时手法应轻柔，以免擦伤粘膜。如有痔疮者，更应审慎。

(3)灌肠液应根据病情保留一段时间，如某些病人不能保留，可采取头低足高侧卧位，灌肠液亦宜减少剂量。灌肠的时间一般以晚上临睡前为宜。

§27. 熏洗疗法

一、疗法简介

熏洗疗法是利用药物煎汤的热蒸气熏蒸患处，待温后以药液淋洗局部的一种治疗方法。它是借助药力和热力，通过皮肤粘膜作用于肌体，促使腠理疏通，脉络调和，气血流畅。药液的淋洗又能使疮口洁净，祛除毒邪，从而达到治疗疾病的目的。

本疗法起源甚早。马王堆汉墓出土的《五十二病方》中已载有熏洗方8首。张仲景《金匮要略》曰："蚀于下部则咽干，苦参汤熏洗之"。晋代葛洪《肘后备急方》有"渍之"、"淋洗"的论述。唐代《千金翼方》、《外台秘要》中，熏洗疗法已推广应用于

痈疽、癣疹等十余种疾病。宋代《太平圣惠方》有熏洗方 163 首，其中眼科 24 首，阴疮、阴部湿疹 24 首，扭伤骨折 11 首。金元时期张子和把熏洗疗法列为治病之大法。齐德元《外科精义》著有“溻渍疮肿法”专论：“疮肿初生，经一二日不退，即须用汤水淋射之，其在四肢者溻渍之，其在腰腹背者淋射之……，稍凉，则急令再换，慎勿冷用”。明代《外科正宗》、《证治准绳》、《景岳全书》、《外科启玄》、《奇效神书》等著作中都有所阐述。清代吴尚先将熏洗分为熏洗、蒸洗、淋法、坐浴和烫熨等法。本疗法主要是通过温热药液熏蒸洗浴的方法来治疗疾病，有别于熏蒸疗法单纯用药液的热蒸气熏蒸治疗疾病。

二、临床应用

疗法一

〔药物〕龙胆草、黑山栀、黄芩、鲜车前草、黄柏、生地、土茯苓、车前草各 12 克。

〔用法〕水煎后熏洗会阴部，每日 2 次。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法二

〔药物〕红花 9 克，银花 15 克，蒲公英、车前草各 30 克，粉萆薢 18 克。

〔用法〕上药水煎，坐浴熏洗。每次 30 分钟，每日 1 次。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法三

〔药物〕野菊花、苦参、马齿苋、败酱草各 30 克，延胡索 15 克，当归 12 克，槟榔 10 克。

〔用法〕加水煎成 1000～2000 毫升，熏洗坐浴 30 分钟，每

晚 1 次。

〔功用〕前列腺炎。

疗法四

〔药物〕白附子、黄丹、羌活、独活、白鲜皮、蛇床子、轻粉、花粉、山栀、枯矾、云矾、川乌、草乌、甘松、木通各 6 克，狼毒、地骨皮、木贼、艾叶、红花、生半夏各 10 克，花椒 15 克，大皂角 60 克（火煨），料姜石 120 克。

〔用法〕以上各药共研细末，水煎后先熏后坐浴，或装入布袋中蒸热敷于会阴部。

〔功用〕用于湿热蕴结的前列腺炎。

疗法五

〔药物〕黄柏、败酱草各 15 克，公英 30 克，滑石、泽泻、萆薢、苍术各 10 克，牛膝 20 克。

〔用法〕水煎熏洗坐浴，每日 2 次。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法六

〔药物〕王不留行、红花、蒲黄、当归、乌药、青皮、黄柏各 10 克，牛膝、鳖甲各 30 克，赤芍、桃仁各 15 克，公英 20 克。

〔用法〕上药加水 5000 毫升，煎后取液，坐浴，并可内服一部分。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法七

〔药物〕黄柏、知母、茯苓、泽泻、丹皮各 10 克，生地、女贞子各 20 克，牛膝 15 克，山药 30 克。挟湿热者加公英、滑石；血尿加白茅根、大小蓟等。

〔用法〕水煎，坐浴，并内服。

〔功用〕用于前列腺炎。

三、注意事项

(1)药物煎煮加水要适量，太多则浓度降低。蒸煮时间据药物性质而定，芳香性药物一般煮沸 10～15 分钟，块状和根茎类药物则须煮沸 30 分钟。

(2)应用时药液温度要适宜，防止烫伤皮肤。

(3)熏洗后要用干毛巾擦干患部，并注意避风和保暖。

(4)妇女经期和妊娠期不宜坐浴和熏洗阴部。

(5)熏洗药不可内服。

六、杂治类

§28. 湿泥疗法

一、疗法简介

湿泥疗法是用湿泥或药物湿泥敷在人体一定的部位，或将整个身体卧在泥中，以此来治疗疾病的一种治疗方法。

本疗法应用较早，马王堆汉墓出土的《五十二病方》载有用井中泥敷于伤面治疗疾病的方法。晋代葛洪《肘后备急方》载有用井底泥敷于局部，以治疗蝎螫伤等。唐代孙思邈、王焘等的医书中也载有类似内容，如《千金要方》中用灶火土（伏龙肝）加香油调和涂敷，治疗杖疮肿痛；《外台秘要》用蚯蚓泥加水调和涂敷，治疗丹毒等。宋代《太平圣惠方》记载用蚯蚓泥研细，加水调和作饼，敷贴囟门，治疗小儿头热、鼻塞不能。明清时期，本疗法应用更为广泛。《本草纲目》、《普济方》、《理瀹骈文》等均有不少的泥疗内容。

目前，湿泥疗法渐为人们重视，一些省市还设立了专门的治疗机构。

二、临床应用

〔药物〕茅蒿、土茯苓、金钱草各 30 克，刘寄奴、白花蛇舌草各 60 克，赤芍、桃仁、红花各 20 克，当归 15 克。

〔用法〕水煎滤液，配制成热泥，湿敷下腹部。也可以直接用天然泥加热敷下腹部。

〔功用〕适用于慢性前列腺炎。

三、注意事项

(1)恶性肿瘤、肺结核、心力衰竭、动脉瘤、甲状腺机能亢进、糖尿病、阿狄森氏病、骨折、内脏出血、恶性贫血、白血病、皮肤湿疹等忌用本疗法。

(2)应根据疾病的性质、部位和患者的身体状况等，选择不同的浴、敷方法。慢性虚寒性病症不宜用冷泥疗法；热性、急性病症一般不宜用热泥疗法。

(3)热泥疗法时，可出现脉搏加快、呼吸加速、体温增高、周身不适、疲倦乏力、头晕头痛、多汗失眠、食欲不振等不良反应。此时可延长两次泥疗的间隔时间或缩短每次治疗时间；也可以降低泥温和减少治疗用泥量，或暂时停止应用。

(4)要保持治疗场所的温度适宜，并通风良好，防止中暑或受凉。保证每次治疗后的清水冲洗，禁止用肥皂擦浴。治疗结束后要卧床休息 30 分钟以上。

§ 29. 矿泉疗法

一、疗法简介

矿泉疗法是利用矿泉水内服外用以防治疾病的一种方法。

本疗法起始于远古时期。据称"神农尝百草之滋味，水泉

之甘苦，令民知所避就……”《山海经》中也有用温泉治病的记载。北周庾信《温泉碑文》中记录了温泉治病的作用。至唐代，如陈藏器《本草拾遗》中载述“温汤……下有硫磺，即令水热……主诸疮”，“诸风筋骨挛缩及肌皮顽痹，手足不遂、无眉发、疥癣诸疾，在皮肤骨节者，入浴”。明代李时珍则将矿泉分为热泉、冷泉、甘泉、苦泉等。我国矿泉资源非常丰富，仅以温泉来说，现已发现的多达 3000 多处，其中有文献记载的就有 972 处之多，其中较为著名的有陕西临潼华清池、陕西蓝田汤峪温泉、辽宁汤岗子泉等。由于本疗法简便易行，有一定的防病治病和保健功效，一直为人们所珍视。

二、临床应用

〔处方〕单纯温泉或氡泉。

〔用法〕取单纯泉适量，水温 39℃，坐浴。每日 1 次，20 次为 1 疗程。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

三、注意事项

(1)凡患有严重心脏病、肾功能衰竭、子宫出血、恶性肿瘤、急性消化道出血、严重水肿等疾病者及体质极度虚弱和妇女妊娠期禁用本疗法。

(2)应用本疗法，不可草率从事，最好在医生指导下进行，以便选择合适的矿泉种类和应用方法。

(3)饮泉水以早晨空腹饮服为好，一般每日 3 次。但睡前不宜饮泉水。饮用时应缓缓喝下，切忌一口气喝净。

§ 30. 沐浴疗法

一、疗法简介

沐浴疗法是将身体浸泡在水中或药液中洗浴以治疗疾病的一种方法。

本疗法已流传数千年。《礼记·曲礼》载："头有疮则沐，身有疮则浴"。《内经》也载有"摩之浴之"的治疗方法。东汉时期《金匮要略》较详细地描述了本疗法，如"百合病一月不解，变成渴者，百合洗方主之……百合一升，以水一斗，渍之一宿，以洗身"。唐朝，本疗法有一定发展，《千金翼方》记录了治疗风痹、瘾疹的十余种沐浴方法。同时，本疗法也成为一种保健养生和常用方法。衍至明清时期，则进一步得到了发展，应用范围也有所扩大，《医部全录》、《理瀹骈文》等收录本疗法颇为详尽。

沐浴疗法包括有冷浴、热浴、药浴、矿泉浴、海水浴、蒸汽浴等。本文仅介绍前三种沐浴方法。其它的则有专篇或在其它疗法中叙述。

二、临床应用

疗法一

〔药物〕黄柏 15 克，野菊花 15 克，鱼腥草 15 克，紫草 15 克，丹参 10 克，赤芍 10 克，白花蛇舌草 15 克。

〔用法〕水煎取液 1500 毫升，再加水适量坐浴，每日 1 次。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法二

〔药物〕野菊花、苦参、马齿苋、败酱草各 30 克，元胡 15 克，当归 12 克，槟榔 10 克。

〔用法〕煎液 1200～1500 毫升，每晚坐浴半小时。

〔功用〕用于前列腺炎。

疗法三

〔药物〕金樱子、益母草各 20 克，芡实、薏仁各 30 克，芦根 12 克，枸杞子、麦芽各 15 克，甘草 6 克。

〔用法〕若患者属气虚者，加党参、黄芪各 20 克；阴虚者加麦冬 15 克、黄精 30 克；血虚加丹参、熟地各 20 克，当归 15 克；阳虚阴冷加熟附子 10 克、肉桂 6 克；挟瘀加桃仁、川芎各 10 克。上药每天服 1 剂，水煎分 3 次温服，渣再煎，每天睡前坐浴 15 分钟。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法四

〔药物〕白芷、蛇床各 30 克，甘草 5 克。

〔用法〕上药煎汤一盆，坐盆内水渍至小腹，用手按小腹至外阴部，以有温热感为度，水凉加温。每次坐盆半小时，每日 1 次，1 月 1 疗程。

〔功用〕用于前列腺炎。

三、注意事项

(1)凡肌肤破损出血、内脏出血、心力衰竭及一切需要绝对卧床休息的患者，均不宜用沐浴疗法。

(2)应用冷水浴时，要根据各人体质状况，不宜过冷，时间不宜过长。浴后一定要用干毛巾搓擦全身皮肤直至发红，以免

受冷感冒。

(3)应用热水浴时，应先测量水温，浴时要逐步适应，避免烫伤。如需较长时间沐浴，则要不断调节水温，以保持一定的温度。

(4)浴后宜休息半小时左右。

§31. 药带疗法

一、疗法简介

药带疗法是把药物加工后，装入如腰带样的布袋中，缠缚于腰部或其它部位，以此防治疾病的一种方法。

本疗法流传较久，以简便、无痛苦等为特点。历代虽无专著记载，但在明清时期，已有一些医家著作论及本疗法在临床上的应用。清代吴尚先《理瀹骈文》中记载："肾虚腰痛，用酒炒黑豆，布包作腰带缠腰"等。现代也不乏临床应用有效的报道。

二、临床应用

疗法一

〔处方〕桃仁、红花、乌药、革薢各 15 克，车前子、金钱草、败酱草各 20 克，刘寄奴、白花蛇舌草各 30 克，制香附 18 克。

〔方法〕共为细末，做成药带，缚于小腹部。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

疗法二

〔处方〕革薢10 克，车前子 12 克，桃仁 10 克，红花 10 克，金钱草 15 克，刘寄奴 30 克，白花蛇舌草 40 克，败酱草 15 克，

乌药 10 克。

〔方法〕将上药共研细面，做成药带，缚于小腹部，长期使用。

〔功用〕用于慢性前列腺炎。

三、注意事项

(1)在选药时，凡剧毒和对皮肤有严重刺激性的药物，不宜制作药带。

(2)药物必须研碎或成细末，以利取药效。

(3)凡治疗过程中出现皮肤过敏，应暂时停止治疗。对加热的药物，注意掌握好温度，防止烫伤。

(4)日夜缠缚如影响睡眠，可在睡时取下。但须坚持一段时间应用，否则难以奏效。

(5)凡属急性病症、对药物过敏者等不宜应用本疗法。

§32. 白降丹划点疗法

一、疗法简介

白降丹划点法，是用利刃轻轻划破人体的表皮，然后在划破的皮肤刀口处涂抹适量的白降丹，通过局部的化学腐蚀和持续性的物理刺激作用，从而达到腐蚀坚皮、拔毒外出、调和气血、通畅血脉的作用。它是将针刺、放血与涂药相结合的一种治疗方法。

白降丹是始载于清代《医宗金鉴》的一种外科常用药，是经升华制成的氯化汞和氯化亚汞的混合结晶品，有剧毒，具有

提脓拔毒的作用，并有强烈的腐蚀性。本世纪60年代李秀实等人，运用经络理论，创造性地把白降丹外用并与放血疗法相结合，经过反复实践，逐渐发展成能治疗各种疾病的白降丹划点疗法。本疗法操作简单，适应症广，既可治疗多种体表病变，又能治疗脏腑诸病，有着广泛的临床实用价值。

二、临床应用

〔穴位〕关元、中极、气冲(双)、冲门(双)。

〔划点法〕局部皮肤以70%酒精消毒，待干后，用消毒手术刀片在穴位上划痕，每个穴位划3～4痕，刀口长度＜0.5cm，宽度＜0.3cm，深度以不出血或仅有少许渗血为宜，刀痕方向为关元、中极上下划，气冲、冲门斜划。划完一穴后，用竹棒沾取白降丹粉约小米粒大小，准确地敷在划痕处穴位上，药末较集中为好，以小方块胶布(需在火上走过)覆盖即可，其余穴位均按同法划点。多为1次性治疗，复发者可于半月或1月后行第2次治疗。第2次治疗时，每个穴位均应避开原瘢痕，即紧靠原瘢痕之下缘。

〔疗效〕共治疗10例，全部治愈。其中9例划痕点药治疗1次后于1周左右治愈；1例症状消失后又复发，于半月后按上法施行第2次治疗，1周内治愈。随访2月～5年均无复发。伴有不育症5例中，有4例于第二年生育。

三、注意事项

(1)注意患者划点皮肤、划点器具及术者手指的消毒。

(2)划点轻轻挑破人体的皮肤，一般不会有危险。如术中遇到出血、疼痛剧烈时，应及时给予处理。

(3)白降丹含汞、砒成分，有毒性，凡对汞、砒过敏者禁用。对初诊者可先作小范围的皮肤试验，若发生过敏则停止治疗。

(4)口、眼、唇、鼻附近皮肤应慎用，以防止强烈的腐蚀作用而损容貌。

(5)饥饿或劳累过度的人，应在进食或休息后治疗。

(6)划点过程中，凡见不明原因的高热、乏力、口有金属味等汞中毒症状时，应立即停药。全身中毒症状明显者，应作急救处理。

(7)划点后，个别病人由于汗出或搔抓破溃而继发感染者，轻者可用生理盐水局部清洗，2～3 天可自行消退；重者可内服或外涂消炎药。

(8)个别病人，因紧张等因素在划点后出现头晕、心慌、胸闷、冷汗，甚至口唇青紫、昏不知人，应立即停止治疗。轻者饮些热茶，严重者针刺人中、内关、涌泉等穴，必要时中西医结合急救。

主要参考文献

1. 裘沛然主编 《中国中医独特疗法大全》 文汇出版社，1991年3月第1版

2. 麻仲学主编 《中国医学疗法大全》 山东科学技术出版社，1990年8月第1版

3. 苗彦霞，等 《水针疗法》 人民卫生出版社，1993年12月第1版

4. 谭德福，等 《中国实用刺血疗法》 科学技术文献出版社重庆分社，1990年4月第1版

5. 温木生，等 《实用穴位埋线疗法》 中国医药科技出版社，1991年12月第1版

6. 陈贵廷，等 《百病中医按摩疗法》 学苑出版社 1991年6月第1版。

7. 张 仁 《难病针灸》 人民卫生出版社，1991年1月第1版

8. 韩建涛，等 《家用拔罐治病小窍门》 中国中医药出版社，1993年8月每1版

9. 王营生，等 《百病中医气功疗法》 学苑出版社，1991年10月第1版

10. 阎国杰，等 《家用药物贴脐治病小窍门》 中国中医药出版社，1993年9月第1版

11. 刘静宇，等 《家用灸法治病小窍门》 中国中医药出版社，1993年9月第1版

12. 柴文举，等 《百病家庭重洗良方》 学苑出版社，1993 年 9 月第 1 版

13. 钱俊华，等 《中医鼻疗法》 人民卫生出版社，1994 年 8 月第 1 版

14. 杨 光，等 《百病中医针灸推拿高效疗法》 北京科学技术出版社，1992 年 1 月第 1 版

15. 胡熙明主编 《中国中医秘方大全》(上、中、下) 文汇出版社，1989 年 10 月第 1 版。

16. 范思行 《家用药物外敷治病小窍门》 中国中医药出版社，1993 年 8 月第 1 版

17. 柴文举 《药浴妙法治百病》 海洋出版社，1993 年 12 月第 1 版

18. 张尊祥 《穴位用药》 人民军医出版社，1993 年 8 月第 1 版

19. 盖国忠 《药枕治百病》 吉林科学技术出版社，1993 年 3 月第 1 版

20. 杨思澍 《百病中医药茶疗法》 学苑出版社，1991 年 1 月第 1 版

21. 高树中 《中医脐疗大全》 济南出版社，1993 年 9 月第 1 版

22. 刘玉兰 《千家食疗妙方》 北京科学技术出版社，1992 年 5 月第 1 版

23. 欧英钦 《中国饮食补疗大全》 中国旅游出版社，1992 年 4 月第 1 版

24. 雷正一 《常见病的中成药治疗》 中国中医药出版社，1994 年 1 月第 1 版

25. 程爵棠　《百病中医膏散疗法》　学苑出版社，1994年3月第1版

26. 程爵棠　《百病中医诸药疗法》　学苑出版社，1994年1月第1版

27. 刘　炎　《中华自然疗法》　上海科学技术文献出版社，1994年2月第1版

28. 刘　炎　《中华特种针疗法》　上海科学技术文献出版社，1995年6月第1版

编后语

历经数载寒暑，160余万字的《百病中医独特疗法小丛书》终于编写完毕，与广大读者见面了。回顾编写过程，感慨颇多。欣慰之余，自知有诸多不足，特存录以告读者。

1. 所谓疑难病系指西医诊疗上的疑难，我们选以研究的“百病”也多为西医病名，用中医的独特疗法给予治疗，这本身就是中西医结合研究的重要课题。囿于当代中西医结合研究的总体水平，尽管我们也做了很大的努力，但在内容上仍有许多不尽人意之处，请读者见谅。

2. 限于丛书的编写体例，中医的独特疗法重点介绍了其用以治疗该病的实用内容，未能反映疗法全貌，尤其一些具体操作，更欠系统。故敬告读者欲要选用，尚须参阅有关专著。书末所列参考文献中的著作会给您更为全面的介绍。

3. 丛书在编写过程中引用了许多学者的研究成果，如裘沛然、麻仲学等先生对疗法体系的研究成果及张仁等君的治疗经验。可以说，没有他们的工作，就不会产生这套丛书，在此致谢，并对限于体例而未能一一标出注明深表歉意。

4. 感谢所有支持我们工作的老师和朋友们。

未尽事宜，敬请与编者联系，我们愿与广大同仁共同研究疑难病中医独特疗法这一前景广阔而又诱人的课题。

张俊龙　肖　飞

1995年10月于济南

[Ｇｅｎｅｒａｌ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ]
书名＝前列腺炎中医独特疗法
作者＝张俊龙　肖飞
页数＝１１１
ＳＳ号＝１０７４７１０１
出版日期＝１９９６年０６月第１版