

王启才教授临症经验辑要

南京中医药大学 03 级针灸研究生 李正善（210029）

王启才，南京中医药大学国际教育学院教授，硕士研究生导师。兼任中国针灸学会临床分会秘书长，美国自然医学研究院荣誉院士，美国纽约中医学院客座教授，加拿大中医研究院学术顾问，香港大学中医药学院针灸研究生班特邀授课教授，香港中医药研究院客座教授、学术顾问，新世纪全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》主编，全国成人高等教育规划教材《针灸学》主审。1969年毕业于湖北中医学院中医专业，即留校从事针灸的教学、医疗和科研工作。针灸临床擅长治疗面神经麻痹、中风后遗症、肩关节周围炎、坐骨神经痛以及各科疑难奇症。并参加过针灸治疗风湿热、胃下垂、痢疾、黄疸型肝炎等病症的临床科研工作。

辨证论治是中医诊治疾病的一个特色，“针灸临床应以脏腑辨证为基础，以八纲辨证为纲领，以经络辨证为核心。”这是老师对中医辨证论治方法的精辟理解。老师主张针灸临床应走“西医诊断——中医辨证——针灸施治”三结合之路，在“针灸治病必须突出经络辨证，处方选穴力求局部、远端结合”思想的指导下，他的临床技艺常常有出神如画之妙。弟子有幸师从王启才教授门下深造，耳闻目睹老师精湛的针灸技术，颇有感受。现摘其要者整理如下，以飨读者。

1. 面瘫 洪·穆罕默德·阿里，男，47岁，阿尔及利亚人，警官，1980年6月14日就诊。

主诉：一天前突发右侧面部口眼歪斜，自感面部紧板不适，眼睛不能闭合，流泪，嘴角向左歪斜，喝水漏水，吃饭漏食。随即到中国医疗队请求针灸治疗。检查：右侧额纹明显变浅，不能蹙额、抬眉、皱眉，右眼闭合不全，眼裂约0.9cm，贝尔氏征（+），鼻唇沟平坦，口角及人中沟、颏唇沟向左歪斜，鼓腮漏气，不能吹口哨，耳后乳突无明显压痛。诊为周围性面神经麻痹（风寒型）。

以颜面部“合谷刺法”为主要治疗措施，主穴共分为3组：阳白分别透刺攒竹、鱼腰、丝竹空；颧髎分别透刺地仓、大迎、颊车；地仓分别透刺迎香、水沟、承浆；配穴为对侧远端的合谷和双侧的太冲穴。平补平泻手法施术，每次留针20~30分钟，一周后加用电针。取针之后，再在患侧面部施以“闪罐”法

10~20下，以皮肤红润为度。最后略施局部按摩，结束治疗。

治疗期间，嘱病人每日自行按摩患侧面部2~3次，每次5~10分钟，并多做蹙额、抬眉、皱眉、闭眼、鼓腮、示齿和欠口哨等面部运动。每晚睡觉时，在瘫痪面部复位的基础上，以宽4~5cm的胶布一端固定于口角，一端固定于耳后乳突，第二天早上取下。6次针灸治疗为1个疗程，间隔1天，开始第二个疗程。在针灸治疗期间不加服中西药物，只给抗菌素眼药水滴眼，防止眼部感染。经治疗，1周内即见明显好转，2个疗程痊愈。

2. 顽固性呃逆 冯××，男，30岁，文艺工作者，1977年8月26日就诊。10天前因突击专业训练（吹小号）而发生呃逆。起初每间隔3~5分钟发作1次，每次发作持续1小时左右。因忙于工作，未作治疗。后见病情无好转，遂在本单位医务室针刺内关、中脘等穴，同时口服冬眠灵、安定、普鲁本辛等药物，均未见效。3天前症状加剧，呃逆呈持续状态，呃声高亢、洪亮，伸颈仰头、面红耳赤、大汗淋漓、全身抖动，并感呼吸困难，不能进食和饮水，食则呕吐，夜间不能睡眠，以致疲惫不堪，患者甚为焦虑、紧张和痛苦。乃求治于湖北中医学院附属医院中医内科。

初诊以旋复代赭石汤加减，服药未吐，但因服药后呃逆未止并感腹中膨胀疼痛而自动停药。二诊经西医内科肌肉注射苯巴比妥镇静处理，昏睡约3小时，呃逆停止，但醒后呃逆即发。三诊由针灸科其他医生先后针刺内关、中脘、足三里、梁丘、膻中、气海、期门、三阴交、神门、大陵等常规止呃腧穴，并以三棱针点刺中冲出血，按压膈俞、至阳、眼球等均不见效。四诊由王启才教授针刺天突穴，强刺不留针，按压攒竹穴，呃声变得低微，并有1~2分钟的间歇，但尚不能完全停止。最后以重力按压双侧翳风穴，呃逆顿时停止。于是鼓励患者吃糕点3块，喝果汁约300ml，没有呕吐，亦未致呃逆发作。隔3小时后，呃逆又发作，为进一步验证翳风穴对呃逆的治疗作用，又先针其它穴位，并作耳穴膈点埋针，仍无效果。再重力按压翳风穴，呃逆又立刻停止。当天和次日呃逆未发，饮食及睡眠正常，当晚即正常参加演出。两月后随访，未再发作。

3. 胃下垂 刘××，女，39岁，兽医，湖北武汉人，1986年6月23日初诊。主诉：脘腹胀痛伴下坠感4年。曾在当地作X线钡餐拍片检查为“胃下垂”，

服中西药治疗无明显疗效。近期胃痛、腹胀及下坠感加重，胃纳极少。由门诊以“胃下垂”（Ⅱ度）收入院针灸治疗。查体：身高 1.64 米，形体偏瘦，体重 46 公斤；腹部膨隆，有震水音；舌淡、苔白，脉细弱。胃“B”超提示：饮水后胃下极位于脐下 8cm，排空功能差；钡餐透视及拍片提示：胃角隅部在髂嵴连线下 4cm，胃下极 9cm，胃蠕动减弱，排空功能差。

主穴：提胃（中脘穴旁开 4 寸）、升胃（下脘穴旁开 4 寸）；配穴：中脘、气海、百会、胃俞、脾俞、足三里。提胃、升胃穴用 26~28 号、5~6 寸长的毫针分别朝肚脐（或脐下）方向斜刺，得气后先用行针辅助手法——搓法，造成人为滞针现象，然后双手持针柄向上提拉 30~50 下（也可以在针刺得气的基础上接电针仪，用断续波中强刺激 3~5 分钟，以腹肌出现阵发性规律收缩为佳）。间歇 5 分钟左右再重复进行，反复操作 3~5 次。最后将针按反方向单向捻转，待针体松动后即可出针。每日 1 次，20 次为 1 疗程。每个疗程完成后，作 B 超和胃钡餐透视或拍片复查。治疗 5 次后症状开始好转，1 个疗程后各种症状明显减轻。复查：体重 49 公斤；胃“B”超示：饮水后胃下极位于脐下 6cm，排空加速；钡餐透视及拍片示：胃角隅部在髂嵴连线下 2.5cm，胃下极 7cm，胃蠕动增强，排空有力。续治 2 个疗程，诸症消失。“B”超和胃钡餐检查：胃恢复到正常位置，胃蠕动力强，排空正常。临床治愈而出院。

4. 眨眼耸鼻症 姚××，男，11岁，小学生，江苏扬中人。患儿眨眼耸鼻近1年，每日频发不停，尤以吃饭和看电视时为甚，入眠后方终。曾求治于当地中西医，均认为此非病，乃不良习惯而已，未予治疗。1992年6月由笔者接治。

查：患儿面色淡白，双目干涩（患有夜盲症），眨眼耸鼻不停，心烦易怒，烦于回答医者问话，舌淡苔白，脉细而缓。证属肝血不足，脾虚生风。遂取印堂、四白、迎香、合谷、太冲 5 穴，平补平泻手法，留针 30 分钟，间歇行针 2~3 次。每日 1 次。经治 2 次后，耸鼻次数减少，但眨眼依然。上穴再加风池，续治 4 次，耸鼻完全控制，眨眼好转。七诊去印堂、迎香，以四白、合谷、太冲加攒竹透丝竹空为第 1 组穴；风池加肝俞、太溪、三阴交为第 2 组穴。每日针刺一组，两组交替使用。1 周之后，眨眼现象也完全消失，终日不发，遂愈。

5. 眼瘀血症 曾××，女，18岁，湖北省京山县人，系当地卫生员。因遭

受暴力所害，致面部青紫肿胀，双眼极度充血，肿胀疼痛，可见紫黑色瘀块。先经内科医治，服用活血化瘀中药 10 余剂，面部青紫肿胀逐渐消失，但眼部瘀血状况却无好转，而转针灸治疗。王师运用经络辨证，利用与眼区有关的腧穴，把药物的治疗作用直接输送到眼部，来弥补口服难以致效的不足。因考虑眼区局部不大适宜穴位注射，于是便选用两侧光明穴各注入 5% 的红花注射液 4ml（注射针头向上倾斜刺入，使针感向上放散）。每天 1 次，并配合眼部热敷。治疗 2 次后，眼内瘀血即开始消退，共治疗 6 次而获痊愈。

6. 顽固性尿道综合征 武××，女，51岁，退休工人，1992年5月3日初诊。患尿频、尿急、尿痛十余年，轻则昼夜小便30余次，重则每隔3~5分钟1次，昼夜小便难计其数，夜不能眠。每次尿量约20~50ml不等，色黄、混浊不清，排尿不畅，有时点滴而下，淋漓难尽，伴小腹胀痛，排尿时尿道灼热、刺痛。曾在多家医院诊治，作尿培养、妇科检查均属正常，小便化验偶有白色粘膜脱落，脓球（+），诊为“慢性膀胱炎”、“间质性膀胱炎”、“尿道综合征”。西医以磺胺、呋喃坦丁等抗生素治疗无效，1%克罗宁尿道灌注，效果也不明显。中医以八正散、知柏地黄汤治疗，收效甚微，而以补肾、收敛之剂，或投以中成药金樱子膏、缩泉丸、金匱肾气丸等反使病情加重。

查：患者精神尚可，面部色泽佳，舌苔薄白，质淡红，脉弦细。证属本虚标实，下焦湿热为主。拟针刺施治，穴取会阴、曲骨、中极、关元、三阴交、太溪、太冲、阴陵泉透阳陵泉，泻法，并于会阴、曲骨、阴陵泉穴处接G-6805输出电源，选择疏密波或断续波，每日1次，每次留针时间以病人出现尿意为止。

首次治疗，留针20分钟，病人即急呼取针，入厕小便。当日小便情况变化不大。第2次治疗，留针延长至30分钟，取针后白天小便次数减少，约30分钟1次，夜晚小便次数明显减少，近1小时1次。第3~4次治疗后，留针时间可达40分钟以上，昼夜排尿次数进一步减少，排尿开始已无尿道灼热刺疼之感，仅排尿结束时尚有轻微不适。前后针刺治疗共9次，白天小便可控制在1小时左右1次，夜晚则可达2小时1次，病人能放心入眠安睡。

7. 奇异“带脉病” 2004年5月，教授在南京市中医院针灸科专家门诊接治了一位奇异的“带脉病”患者，经过针灸治疗4次而临床治愈。

王某，男，74岁，南京市人，退休职工。

主诉：不能系裤带，系则全身不适2年。

现病史：1987年开始出现尿频、尿急和排尿困难，夜尿多，一晚5~6次不等。一直采用中西医治疗，效果不明显。1992年6月22日在南京市立第一医院就诊时体检发现左侧睾丸下方有一个约1.0cm×1.0cm的硬块，前列腺肛门指检：前列腺I°~II°肿大，表面不光滑，尾部肿大变硬，结节明显，有触痛。诊断为“附睾炎”、“前列腺癌（可疑）”，收住院作睾丸肿物切除术。术后因上述症状没有丝毫缓解，又于同年11月2日再次住院25天，行前列腺大部切除，病理切片排除癌症。术后近10年病情一直没有好转，且有所加重，小便开始带血。又于2002年3月22日第3次住院，4月5日作双侧睾丸全切术。

住院期间，前列腺肛门指检：前列腺呈II°增生，“B”超提示：肾囊肿、膀胱内实质性占位性病变，CT提示：脑萎缩。血压：160/100mmHg。PSA（前列腺游离抗原）：术前70.6mg/ml，术后0.07mg/ml；FPSA（前列腺特异抗原）：术前5.9mg/ml，术后0.05mg/ml。

自第3次出院后，患者便出现不能系裤带、系则全身上下不适的现象：表现为头昏、头痛、咽喉不适、胸闷、恶心欲呕、小腹坠胀连及阴囊、全身软弱无力、肌肉跳动、双手持物发抖、腰部发痒且酸软疼痛，不能用手触及，也不能系裤带。每日只好用手提着裤子，呆在家里，痛苦和烦恼之情难以言表。其间，曾经使用吊带式裤子，刚开始感觉尚可，时间不长就出现了原来一样的不适症状。曾四处求医，均认为是心理因素而不予接治。在笔者接治以前，病人也曾作过针灸治疗，但未收疗效。

2004年5月11日，笔者接治该患者后，按“带脉病”施治：首次治疗取天枢透大横，大横透带脉，外关合足临泣为主穴，配用百会、合谷、太冲、关元、三阴交，针刺得气后行泻法，再接电针治疗仪，用疏密波连续刺激30分钟。次日复诊，告之：昨日针刺后腰部已有好的感觉，不象原来那样怕接触裤带了，可以系裤带2个小时。

第2次治疗遵守原方，另加章门穴，治法同前。针后病情明显好转，病人说：治疗取得了突破性进展，回家后系裤带的时间增加到8小时，但吃饭时仍需要松开裤带。

第3次治疗仍宗原方，章门向京门穴方向透刺。此次治疗后，患者已能正常系裤带，走路无需用手提着裤带，吃饭也不用松开裤带了。又续治1次巩固而愈。

按：此例病人是在睾丸肿物切除术、前列腺大部切除、睾丸全切术3次手术之后出现的胸闷、恶心欲呕、腹坠胀连及阴囊、全身软弱无力、肌肉跳动、双手持物发抖、腰部发痒且酸软疼痛，不能用手触及，也不能系裤带等系列症状。因症状重点突出表现在腰部，故笔者命之为“带脉病”。

中医古籍中关于带脉的病变大约有以下几方面的记载：《素问·痿论篇》：“带脉不引，足痿不用”。《难经·二十九难》：“带之为病，腹满，腰溶溶如坐水中。”《脉经》：“带脉为病，左右绕脐，腰脊痛冲阴股。”《奇经八脉考》：“带脉为病，左右绕脐，腰脊痛。诸经上下往来，遗热于带脉之间，寒热郁抑，白带满溢，随漉而下，绵绵不绝。”《傅青主女科》：“带脉无力，则难以提系，必然胎胞不固。”这里面除了一部分妇科病症之外，其余的许多记载大多与本病的表现类似。故命之为“带脉病”，并围绕带脉的循行分布选取与带脉相关的腧穴予以治疗，是突出经络辨证论治的正确治法。

带脉围绕腰部环行一周，如束带然。天枢透大横、大横透带脉、章门、京门等穴本身都是位于腰部，而采用透刺法更能贯通和疏调带脉之气；外关配足临泣为八脉交会组穴，外关通阳维脉，足临泣通带脉，共同维持人体上下左右的平衡状态；百会安神定志；合谷配太冲是谓“开四关”，有通经络、行气血、平衡阴阳的作用；本病病位在生殖器官，病初即现小便方面的症状，继而向生殖器官发展、蔓延。关元、三阴交乃脾、肝、肾三经的交会穴，并与任脉贯通，是调理脾肝肾、治疗一切泌尿、生殖病症的重要组穴。诸穴巧妙合用，相得益彰，故能“奇”开得胜，收立竿见影之效。

王启才教授还擅长灵活运用多种暗示疗法治疗一些神经、精神系统的病症。

8. 张××，女，24岁，工人，吉林省长春市人。1975年4月28日，王师正在吉林医科大学第四临床学院门诊针灸科值班，一位50多岁的老工人背进一位24岁的张姓年轻女子，诉说其女前一日在工厂上夜班，离家时还是好好的，回来时神情慌张，一进门就瘫软在地，一句话也说不出来。直到次日清晨，还是不能说话，也站不起来。

王师接诊后发现该女神志、发育均正常，其父说以往从未有过类似发作。初步诊断为：“癔病性瘫痪、失语”，当即为其针刺廉泉、合谷二穴，强刺激泻法，并有意识问她感觉怎样？昨晚究竟出了什么事？有意识地同她讲话，诱其回答。果然，该女突然失声大哭起来，旋即开口讲话。原来她在下夜班回家途中，遇到一名小流氓跟踪，无理纠缠，受到惊吓后飞跑回家就发病了。

接着，王师为其针刺足三里、太冲、阳陵泉3穴，并告之（开始暗示）取针后就能走路了。留针30分钟后取针，病人下床便行走自如，自行回家了。

然而，1周之后，该女又一次被其父亲背来（这次只有下肢瘫痪，没有失语）。诉说：“前晚做梦，梦见那个小流氓又来与之纠缠不休，清早起床就不能动了。”王师一边为其作针灸治疗，一边佯称那个流氓在“五·一”期间作案已被公安拘捕了。她信以为真，十分高兴，从此再未发病。

9. 赵××，女，72岁，江苏省南京市人。有高血压病史20余年，1990年10月2日清晨上公共厕所时，遇见一患有“中风后遗症”的老邻居，一瘸一拐的，担心自己也会这样（自我暗示），紧张之感油然而生。数分钟后即感心慌、头痛、头昏，左侧肢体麻木，酸软无力，随即瘫痪于厕，伴口角歪斜。家人迅速将其送往江苏省中医院急诊室救治，脑CT显示：左侧丘脑部位有 $1.31 \times 1.31\text{cm}$ 的高密度区，诊为“脑溢血”。10月4日病情稳定后以“中风后遗症”收住针灸科病房（抬入）。

首次针灸治疗，取合谷、太冲、足三里、阳陵泉等穴，中强刺激，留针30分钟。在取常规腧穴通经活络、疏调气血的基础上，配合语言暗示。王师“胸有成竹”地告诉老人家：“类似你这种情况的病我治得多了，都是一针见效的，待一会儿取针后，你也会立即下床走路，而且不久便会恢复正常，放心好了！”

留针过程中，间歇行针3次，取针后下床，果然能在家属“象征性”的搀扶下行走数十米。此例患者因确有轻度脑出血，故住院1周而告痊愈。

10. 路易·法娣玛，女，43岁，公司职员，法国人。1996年，王启才教授赴法国讲学，其间也从事一些医疗活动。4月16日，该女士突发瘫痪并伴有失语，请王师诊治。法娣玛的丈夫是一名警官，为其代诉病史：1995年初夏，他们夫妇两人偕同两个儿女外出旅游度假，行车途中发生车祸，其子不幸身亡，其余3人也受了伤。夫人悲痛欲绝，并留下了重度的心理恐慌，每每在影视中看到发

生车祸的场面，就心惊肉跳，肢体疲软，不能行动，并伴发失语。此次发病，原因如故。

经采用与例8完全相同的针灸治疗方法，配合语言暗示，患者针后即能讲话，行走如常。该患者先后发病数次，每次都是针到病除。失语一症，后来甚至不用针刺，当病人一看到针具就能讲话了（条件反射→暗示→自愈）。其夫请求王师，能否给他几支针，等夫人再发病时拿出来展示一下，让她立即自愈。王师笑答：“那没有用，因为你不是医生，在病人心目中没有信任度，如果可行的话，您的警棍应该比针具更有威力。”这类病人作针刺治疗之所以能有如此奇效，这里面有患者对医生医疗行为的高度信赖感在起作用。