

新編彩圖



# 針灸學

【下冊】

Newly Edited Color Book of  
Acupuncture and Moxibustion



林昭庚 編著

Editor Jaung-Geng Lin

新編彩圖



# 針灸學

【下冊】

主編著者 | 林昭庚

副主編 | 孫茂峰 施純全 楊建中 何宗融 李育臣 曾國烈  
陳易宏 李科宏 李德茂 許昇峰 陳必誠 陳方佩  
林新杰

執行編輯 | 李育臣 黃明正

編輯 | 尤紹雯 吳立工 吳宏乾 吳承恩 吳凱麗 李佩瑜  
李俐雯 沈炫樞 周立偉 林姿君 林建雄 林原禾  
林聖興 林榮志 林慶芳 林諭臨 俞馨媛 洪毓珮  
洪瑞鴻 胡文龍 唐遠雲 翁清松 高宗桂 張世良  
張哲彬 張晉賢 張清賢 張適安 張簡嬋鵲 曹永昌  
莊嘉豪 郭耿彰 陳中奎 陳玉昇 陳怡真 陳冠佐  
陳冠蓁 陳苡涵 陳資昀 傅元聰 傅彬貴 傅朝麟  
傅業成 彭昱憲 曾哲緯 曾瑋鈞 童曉翔 黃升騰  
黃俐瑜 黃郅涵 黃郅凱 黃頌儼 黃澤宏 楊潤  
葉柏巖 廖健琮 廖翊芳 劉耕豪 歐虹汝 潘隆森  
蔡欣育 蔡金川 蔡馥光 鄭鴻強 賴俊宇 薛宏昇  
謝明穎 顏志宇 蘇三華 龔彥綸 龔彥穎

編輯總顧問 | 黃維三

(以上以筆畫排序)

# Newly Edited Color Book of Acupuncture and Moxibustion

---

## Editor-in-Chief

Jaung-Geng Lin, M.D., Ph.D.

## Associate Editors

Mao-Feng Sun, M.D., Ph.D.

Chun-Chuan Shih, M.D., Ph.D.

Chien-Chung Yang, M.D., Ph.D.

Tsung-Jung Ho, M.D., Ph.D.

Yu-Chen Lee, M.D., Ph.D.

Kuo-Lieh Tseng, M.D., M.M.S.

Yi-Hung Chen, Ph.D.

Ko-Hung Lee, M.D., M.M.S.

Te-Mao Li, M.D., Ph.D.

Sheng-Feng Hsu, M.D., Ph.D.

Bih-Cheng Chen, M.D., Ph.D.

Fang-Pey Chen, M.D.

Hsin-Chieh Lin, M.D., M.M.S.

## Executive Editors

Yu-Chen Lee, M.D., Ph.D.

Ming-Cheng Huang, M.D., Ph.D.

## Editorial Board

Shao-Wen Yu, M.D.

Li-Kung Wu, M.D.

Hung-Chien Wu, M.D., Ph.D.

Cheng-En Wu, M.D.

Kari Wu, M.D.

Pei-Yu Lee, M.D.

Li-Wen Lee, M.D.

Hsuan-Shu Shen, M.D., M.S.

Li-Wei Chou, M.D., Ph.D.

Tzu-Chun Lin, M.D., M.A.

Jian-Xiong Lin, M.D.

Yuan-Ho Lin, M.D., M.M.S.

Sheng-Shing Lin, M.D., M.M.S.

Jung-Chih Lin, M.D., Ph.D.

Ching-Fang Lin, M.D.

Yu-Lin Lin, M.D.

Hsin-Yuan Yu, M.D.

Yu-Pei Hung, M.D.

Jui-Hung Hung, M.D.

Wen-Long Hu, M.D., M.M.S.

Yuan-Yun Tang, M.D. Ching-Sung Weng, M.D., Ph.D.  
Tsung-Kuei Kao, M.D., Ph.D. Shih-Liang Chang, M.D., Ph.D.  
Che-Pin Chang, M.D. Ching-Hsien Chang, M.D., Ph.D.  
Ching-Mao Chang, M.D., Ph.D. Shih-An Chang, M.D.  
Chen-Ying, Chang Chien, M.D. Yun-Tson Tsao, M.D., Ph.D.  
Chia-Hao Chuang, M.D. Keng-Chang Kuo, M.D.  
Jhong-Kuei Chen, M.D., M.S. Yu-Sheng Chen, M.D., Ph.D.  
Yi-Chen Chen, M.D., M.S. Kuan-Tso Chen, M.D., M.S.  
Kuan-Chen Chen, M.D. Yi-Han Chen, M.D.  
Tzu-Yun Chen, M.D. Yuan-Tsung Fu, M.D., Ph.D.  
Pin-Kuei Fu, M.D., Ph.D. Chao-Lin Fu, M.D., M.S.  
Chun-Yu Lai, M.D., M.S. Yu-Hsien Peng, M.D., M.M.S.  
Che-Wei Tseng, M.D. Wei-Chun Tseng, M.D.  
Hsiao-Hsiang Torng, M.D., M.S. Sheng-Teng Huang, M.D., Ph.D.  
Li-Yu Huang, M.D. Chih-Han Huang, M.D.  
Chih-Kai Huang, M.D., M.S. Sung-Yen Huang, M.D., M.M.S.  
Tse-Hung Huang, M.D., Ph.D. Jun Yang, M.D.  
Bo-Yan Yeh, M.D. Chien-Tsung Liao, M.D.  
Yi-Fang Liao, M.D., M.M.S. Geng-Hao Liu, M.D., Ph.D.  
Hung-Ju Ou, M.D. Lung-Sen Pan, M.D.  
Shin-Yuh Tsai, M.D., M.S. Chin-Chuan Tsai, M.D., Ph.D.  
Fu-Kuang Tsai, M.D. Hung-Chiang Cheng, M.D., Ph.D.  
Chun-Yu Lai, M.D., M.S. Horng-Sheng Shiue, M.D., Ph.D.  
Ming-Ying Hsieh, M.D. Chih-Yu Yen, M.D.  
San-Hua Su, M.D., M.S. Yen-Lun Kung, M.D., M.S.  
Yen-Ying Kung, M.D., Ph.D.

### **Emeritus Executive Editor-in-Chief**

---

Wei-San Huang, M.D.



謹以此書紀念

## 黃維三教授

黃維三教授（西元 1923-2001 年）為山東臨清人，歷任中國醫藥學院教授、中醫學系系主任、中國醫學研究所所長、副校長，桃李滿天下，其學術成就斐聲國際。黃教授之學問自《內經》、《難經》，而貫通《甲乙經》、《針灸大成》，其中《難經新解》乙書榮獲第一屆立夫中醫藥著作獎，可見其做學問之用心。

啟迪後進的黃教授，臨終前仍念念不忘提昇中醫教育水準，囑咐受其指導而成為台灣第一位中醫針灸博士的林昭庚教授賡續編纂針灸教材事宜。林教授為感念其德澤，亦主動擔任「黃維三教授獎學金」之召集人，於其榮退時，正式成立該獎學金，以光大其愛護學子精神，並永存其教誨之恩澤。終其一生行醫濟世的黃教授，德被痼瘵，畢生以傳授中國醫學為己任，誠為一代宗師，特以此書紀念黃維三教授。

# 【目 錄】

## 中篇 針灸技術

第四章 針法學.....	2
第一節 製針法.....	2
一、針之種類.....	2
二、製針之原料.....	5
三、製針的方法.....	6
四、毫針的長短與粗細.....	6
第二節 練針的性情與方法.....	7
一、習針人的性情.....	7
二、練針的方法.....	8
第三節 基本手法.....	9
一、下針的基本手法.....	9
二、行針基本手法.....	10
三、出針基本手法.....	11
四、左右轉動法與上下提插法.....	11
第四節 用針注意事項.....	11
一、用針順序.....	11
二、下針時應注意事項.....	12
三、進針的方法.....	17
四、行針時應注意事項.....	18
五、出針時應注意事項.....	22
第五節 治療手法.....	25
一、補瀉手法.....	25
二、寒熱手法.....	28
三、表裏手法.....	28
四、各家複式手法.....	29
五、《內經》官針二十九法.....	31
第六節 特殊針的用法.....	34

	一、三稜針用法.....	34
	二、火針用法.....	35
	三、皮膚針用法.....	35
	四、皮內針用法.....	36
	五、電針機的用法.....	37
	六、耳針的用法.....	39
	七、雷射針灸的用法.....	42
第七節	針法之適應症與禁忌.....	49
	一、針法的適應症.....	49
	二、針法的禁忌.....	50
第八節	針法之臨床應用與注意事項.....	56
	一、從歷代典籍到現代教科書看針刺深度研究與臨床運用... ..	56
	二、針灸處方之配穴原則.....	109
	三、針灸治療的施行時間.....	110
	四、針灸在急症上的應用.....	111
	五、針灸常見的併發症及其臨床處理原則.....	114
第九節	針灸的不良事件和不良反應.....	117
	一、緒論.....	117
	二、針灸不良事件與不良反應的定義.....	118
	三、針灸不良事件概述：系統性文獻回顧.....	119
	四、針灸不良事件主要類別.....	121
	五、針灸身體特定部位的預防措施.....	125
	六、針灸安全深度：減少針灸不良事件的要素.....	126
	七、結論.....	127
第五章	灸法學.....	140
第一節	灸的燃料.....	140
	一、艾.....	140
	二、艾絨.....	141
第二節	灸法的種類.....	142
	一、艾灸法.....	143
	二、非艾灸法.....	146
第三節	施灸之程式和注意事項.....	147

	一、灸前的準備.....	147
	二、灸時之操作.....	148
	三、施灸時應注意事項.....	149
	四、灸後的處理.....	149
第四節	灸法的適應症和禁忌.....	151
	一、灸法的適應症.....	151
	二、灸法的禁忌.....	151
第五節	灸法的臨床應用.....	153
	一、消化系統疾病.....	153
	二、呼吸系統疾病.....	153
	三、泌尿系統疾病.....	154
	四、婦兒科疾病.....	154
	五、心臟血管系統疾病.....	154
	六、運動、神經系統疾病.....	154
	七、其他.....	155
	八、養生灸.....	155
第六節	對「禁針」、「禁灸」腧穴應有的認識及其探討.....	156
第六章	拔罐學.....	158
第一節	拔罐療法的定義及治病機轉.....	158
	一、「拔罐療法」的定義.....	158
	二、「拔罐療法」的起源.....	158
	三、「拔罐療法」的治病機轉.....	158
	四、「拔罐療法」在診斷上的意義.....	159
	五、拔罐療法常選用的部位.....	159
第二節	拔罐療法的種類及吸引方法.....	160
	一、拔罐療法的用具.....	160
	二、拔罐療法的分類.....	161
	三、拔罐吸引方法.....	163
第三節	拔火罐法.....	164
	一、工具與材料.....	164
	二、罐型選用.....	164
	三、施罐步驟.....	164



四、起罐的方法.....	165
五、起罐後的處理.....	165
六、拔火罐應注意的事項.....	165
七、拔火罐的適應症.....	166
八、拔火罐的禁忌.....	166
第四節 刺絡拔罐法.....	166
一、「刺絡拔罐」的定義.....	166
二、適應範圍.....	167
三、操作方法.....	167
四、注意事項.....	168
<b>第七章 刮痧療法.....</b>	<b>169</b>
一、刮痧療法的定義.....	169
二、刮痧療法的歷史緣由.....	169
三、刮痧療法的作用原理.....	169
四、刮痧療法的器材準備.....	170
五、常用的刮痧療法.....	172
六、刮痧療法的患者體位選擇.....	173
七、刮痧療法的步驟.....	174
八、刮痧療法的適應症.....	174
九、刮痧療法的禁忌症.....	174
十、刮痧療法的注意事項.....	174
十一、刮痧療法的「暈刮」現象.....	175

## 下篇 針灸治療學

<b>第八章 疾病治療篇.....</b>	<b>178</b>
<b>第一節 神經系統疾病.....</b>	<b>178</b>
一、中風.....	178
二、頭痛／偏頭痛／顏面神經痛.....	180
三、顏面肌疾患（顏面神經麻痺）.....	183
四、脅肋痛.....	185
五、坐骨神經痛.....	186

第二節	骨骼肌肉系統疾病.....	188
	一、頸肌痛.....	188
	二、肩胛及臂肌肉痛（五十肩）.....	190
	三、背肌痛.....	192
	四、腰肌痛.....	193
	五、關節炎.....	194
第三節	呼吸系統疾病.....	196
	一、咳嗽.....	196
	二、支氣管性哮喘.....	198
	三、肺氣腫.....	199
第四節	心臟循環系統疾病.....	201
	一、怔忡（心悸）.....	201
	二、心肌梗塞.....	202
	三、高血壓.....	204
第五節	胃腸系統疾病.....	206
	一、胃脘痛.....	206
	二、嘔吐.....	207
	三、便秘.....	208
	四、泄瀉.....	209
	五、脫肛.....	211
第六節	肝膽系統疾病.....	212
	一、肝硬化.....	212
	二、黃疸.....	213
	三、膽石症.....	214
第七節	泌尿生殖系統疾病.....	215
	一、慢性腎炎.....	215
	二、陽痿.....	216
	三、遺精.....	218
第八節	婦科疾病.....	219
	一、經前期緊張症候群.....	219
	二、月經不調.....	220
	三、痛經.....	222
	四、功能性子宮出血.....	224

	五、子宮脫垂.....	225
	六、妊娠嘔吐.....	227
	七、更年期症候群.....	228
第九節	五官科系統疾病.....	230
	一、鼻炎.....	230
	二、牙痛.....	232
第十節	皮膚系統疾病.....	233
	一、濕疹.....	233
	二、痤瘡.....	234
	三、蕁麻疹.....	235
	四、帶狀皰疹.....	238
第十一節	小兒科疾病.....	240
	嬰兒腦性麻痺.....	240
第十二節	針刺鎮痛之臨床研究成果.....	242
第十三節	針灸實證醫學應用.....	243
第十四節	針灸實證臨床治療指引節錄.....	258
第十五節	林昭庚臨床十二總穴選摘.....	320
第九章	針灸學之研究進展與醫療體系之現況.....	324
第一節	針灸實證醫學之現況與展望.....	324
一、	背景.....	324
二、	實證醫學之背景.....	325
三、	實證醫學之基本概念簡介.....	325
四、	針灸醫學引入實證醫學之現況.....	326
五、	如何運用實證醫學促進針灸學之發展.....	327
六、	針灸實證醫學發展之困境及展望.....	327
第二節	針灸作用機轉簡介.....	329
一、	台灣有關針灸作用機轉、動物實驗和臨床療效評估的研究 成果.....	331
二、	大陸地區有關針灸作用機轉方面的成果.....	354
三、	經絡生物物理特性之現代研究簡介.....	376
第三節	世界衛生組織 (WHO) 認可之針灸研究指南.....	378
一、	總論.....	378

二、術語解釋.....	379
三、本規範之目的與目標.....	380
四、總體考慮.....	381
五、研究方法.....	382
六、本規範的使用.....	395
第四節 世界衛生組織 (WHO) 認可之針灸適應證及世界衛生組織 2002 公佈：針灸：回顧與分析經過臨床試驗的報告 .....	395
一、世界衛生組織 (WHO) 認可之針灸適應症.....	395
二、世界衛生組織 2002 公布：針灸：回顧與分析經過臨床試 驗的報告.....	402
文獻附錄一 歷代常見針灸歌賦選錄.....	414
一、總則類（四篇） .....	415
（一）標幽賦 .....	415
（二）金針賦 .....	417
（三）百症賦 .....	419
（四）玉龍歌 .....	420
二、經絡腧穴類（三篇） .....	423
（五）奇經八脈歌 .....	423
（六）十四經穴歌 .....	424
（七）四總穴歌 .....	426
三、特殊穴類（一篇） .....	426
（八）八脈交會八穴歌 .....	426
四、子午流注類（一篇） .....	426
（九）刺法啟玄歌 .....	426
五、手法類（二篇） .....	427
（十）通玄指要賦 .....	427
（十一）行針指要歌 .....	428
六、經驗穴組類（六篇） .....	428
（十二）肘後歌 .....	428
（十三）馬丹陽天星十二穴并治雜病歌 .....	429
（十四）孫真人十三鬼穴歌 .....	430
（十五）回陽九針歌 .....	431

	(十六) 禁針穴歌 .....	431
	(十七) 禁灸穴歌 .....	431
文獻附錄二	針灸標準作業程序 .....	432
文獻附錄三	對《西太平洋地區 WHO 標準針灸穴位》之修訂建議 ....	464
文獻附錄四	以電腦斷層測量成人胸背部穴位之安全深度 .....	475

新編彩圖

針灸學

【中篇】

# 針灸技術





## 【第四章】

# 針法學

## 第一節 製針法

### 一、針之種類

#### (一) 內經九針

古代將針灸所用的針分為九種，稱為「九針」。《靈樞·九針十二原》中有記載九針的形狀（如圖6）：

1. 鑱針：長一寸六分，頭大末銳，主瀉陽氣。若用來淺刺皮膚瀉血，可治療頭身熱症。
2. 圓針：長一寸六分，針如卵形，揩摩分間，不得傷肌肉，以瀉分氣。若用來擦摩體表，能治分肉間的氣滯，不傷肌肉。
3. 鍤針：長三寸五分，鋒如黍粟之銳，主按脈勿陷，以致其氣。若用來按摩經脈，可流通氣血，但不深陷皮膚之內。
4. 鋒針：長一寸六分，刃三隅，以發痼疾。用來瀉血、治療癰腫熱病。
5. 鉞針：長四寸、廣二分五分，末如劍鋒，以取大膿。用來做為癰腫外割以排膿用。
6. 圓利針：長一寸六分，大如釐，且圓且銳，中身微大，以取暴氣。用來治癰腫、痺證、深刺。
7. 毫針：長三寸六分，尖如蚊虻喙，靜以徐往，微以久留之，而養以取痛痺。用於寒熱痛痺。
8. 長針：長七寸，鋒利身薄，可以取遠痺。用來深刺、治療深邪遠痺。
9. 大針：長四寸、尖如挺，其鋒微圓，以瀉機關之水也。可用來瀉水，取大氣不出關節，用來治療癰癧，乳癰等症。

簡言之，鑱針用來淺刺皮膚，主治皮膚病痛無常處者；圓針可做按摩用，主治邪在分肉之間的病症；鍤針主要是用於按摩經脈，治療經脈的病症；鋒針可作刺絡放血之用，主治癰瘍；鈹針用於切開排膿，主治癰膿；圓利針主治癰腫和痺證；毫針主治寒熱痛痺、邪在絡脈的疾病；長針主治日久不癒的痺證；大針主治關節內有水氣停留的疾患，以作瀉水之用。



圖 6 九針圖式



圖 7 現代仿製黃帝九針





按古人九針，多已失傳，現醫師常用的只有毫針與鋒針兩種。

## (二) 九針的製造與針刺療法的關係

九針的製造與針刺療法的發展有密切的關係，如《內經》有「一針皮、二針肉、三針脈、四針筋、五針骨、六針調陰陽、七針益精、八針除風、九針通九竅。」的記載，這些說明臨床上九針有它的不同用途，各有它的適用症。經過時代的演變和實際的需要，九針的流傳，至今只剩毫針與鋒針（即今之三稜針）兩種。

## (三) 現代常用的針具

現代常用的針具有毫針、三稜針及皮膚針等三種，分述如下：

### 1. 毫針：

毫針是取法於內經九針中的毫針和長針做成的。其針體細長，針尖細銳，用來刺皮膚，肌肉及組織，不會造成損傷，是目前臨床上最常使用的針具。

目前市面上，依針長度的不同，分為五分、一寸、一寸五分、二寸、三寸等數種。依針的粗細，分為 26、28、30、32 號等。其中 32 號針最細，一般臨床上最常用的有 28 號和 30 號。至於針質有金針、銀針及不銹鋼針等，目前臨床上最常用的是不銹鋼針。

依毫針的形狀分為針柄、針身、針尖等三部份。針柄由金屬絲纏繞針身之一端而成，是操作時手指撚持的地方，針身即是針的本體，臨床應用時將此部份插入皮膚及肌肉組織內。針身末端尖銳部份為針尖，也稱為針芒。

(1) 依毫針的結構：毫針的全長可分為五部分。

- ① 針尖—又名針芒，是針前端鋒銳的部份。
- ② 針身—針尖與針柄交界的地方。
- ③ 針根—為針身與針柄連接處，此處最易斷針。
- ④ 針柄—在針身之後，一般用銅絲或銀絲纏繞，是持針著力的地方。
- ⑤ 針尾—指針柄末端，一般用銅絲或銀絲橫纏繞成，呈圓筒狀，是溫針時裝置艾絨的地方。

(2) 毫針的用途：毫針有調和氣血，疏通經絡的作用。

## 2. 三稜針：

三稜針即《內經》九針中的「鋒針」，其形狀長約二寸，針柄作圓柱形，針身呈三角形，針尖三面有刃，以便於點刺放血之用，也是臨床上常用的針具之一。

## 3. 皮膚針：

皮膚針是專用來叩打皮膚部位，因十二皮部與經絡、臟腑之間有密切的關係，故運用皮膚針叩刺皮膚可以用來調節經絡、臟腑的功能，以治療疾病，因此得名。其狀長約五、六寸，末端有一狀如蓮蓬的針體，上裝小針數枚，七枚者稱為「七星針」，五枚者稱為「梅花針」，用皮膚針來叩打皮膚，痛感極微，安全而且有療效，尤其適用於婦女、小兒等患者。

## 二、製針之原料

### (一) 針術起源於砭石

早在史前石器時代，遠古先民就將的石頭磨銳，用來治療疼痛，這個用來治病的尖銳石頭，就是砭石。何謂砭石？南北朝全元起認為：「砭石者，是古外治之法，有三名：一針石，二砭石，三鑱石，其實一也。古來未能鑄鐵，故用石為針」；《說文解字》曰：「砭，以石制病也」。由上可見，砭石是用來治病的石頭。砭石主要用來治療什麼病？《山海經》載有「高氏之山，其下多箴石」的記載，而晉代郭璞注：「箴石，可以為砥針，治癰腫者」，當中的砥針就是砭石。《素問·異法方宜論》記載：「東方之域，其病為癰瘍，其治宜砭石」，高誘認為：「針石所抵，彈人癰瘞，出其惡血」，可見砭石主要用於刺破癰腫及放血治療。

### (二) 用金屬類來製針

戰國時代，冶鐵術興起，因此用鐵來製針，在《內經》中稱為「微針」。到了漢代，醫者已廢棄砭石，廣用鐵針，漢書中有：「以鐵鍼鍼之」的記載。明代楊繼洲《針灸大成》記載製針法，主張用馬啣鐵製針，因鐵經馬啣則無毒，除鐵針外，明代也用銅針、銀針、金針等。

### (三) 近代用不銹鋼針

雖純銀及九成金製的針，不生銹，質柔韌而不易折斷，但欠滑利，刺入人體時，會增加病患的痛苦，是它的缺點。現用不銹鋼製的針，有強韌性，不易折斷，光滑而不生銹，消毒容易，刺入銳利不痛，可說是最理想的針。



### 三、製針的方法

針灸醫師必須了解古今製針法，以免受環境限制，有補充困難之虞。製針方法如下：

#### (一) 《針灸大成》製針法

取馬啣鐵，先鍛鐵為絲，分長短斷之，然後用蟾酥塗針上，入火中微煅，不可令紅，取出照前塗蟾酥，煅二次至三次，趁熱插入臘肉，皮之裏肉之外，將書中所列藥品，先以水三碗煮沸，次入針肉在內，煮至水乾，傾於水中，待冷，將針取出，於黃土中插百餘下，色明方佳，以去火毒。次纏以銅絲為柄，磨其一端為針尖。

#### (二) 近世製針法

取不銹鋼絲，分五分、一寸、二寸、三寸等長短剪斷，一段即為一針桿，先將每針桿之一端，彎成一圓圈，在圓圈內穿入約五寸長之硬性鐵絲，另用細軟銅絲約一尺許，於硬性鐵絲之針桿圓圈兩邊，各繞兩圈，並折回交叉纏於針桿上，約一寸餘而止，將硬性鐵絲抽出，針柄即告製成。纏繞銅絲時，應注意其密度均勻，以防活動，妨礙操作；然後將針桿之另端磨銳為針尖，磨時先用細磨石，次用砂紙，再用牙粉或炭屑，只可直磨，不可橫磨，須有耐心，務使光滑圓利，銳鈍適宜，乃試在紙上刺過，以進退不聞雜音，方算完成毫針。三稜針製法是取直徑一分之不銹鋼，截取約二寸長，除寸餘纏繞銅絲為針柄外，將其餘部份銼成三角形，再用磨石磨光，使針尖銳利，即成。

### 四、毫針的長短與粗細

人之體型有肥瘦，肌肉有厚薄，故下針有深淺，刺激也分強弱，為適應針刺之深淺，則針之長短不可不講，為了適應刺激的強弱，則針的大小不能無別，以下就毫針的長短與粗細分述如下：

#### (一) 針的長短

針長的需四寸，短的需五分，從五分至四寸間，分為五分、一寸、寸半、二寸、三寸、四寸共計六種。臨床應用時可視身體部位厚薄的不同，選擇適合的針。深處如臀部髀樞，淺處如手足指端的部位。

#### (二) 針之粗細

醫者用針的粗細，常因習慣而定，兩者都有它的缺點：

##### 1. 針太粗的缺點：

- (1) 入肉時感痛苦；
- (2) 針後見針痕（古針皆粗，故《內經》稱刺一針為一瘡，瘡即針痕）；
- (3) 針孔大，細菌易侵入；
- (4) 針腹部諸穴時，如刺穿胃腸，則胃液腸液易滲入腹腔；
- (5) 病者見針畏懼，容易暈針。

## 2. 針太細的缺點：

- (1) 容易彎曲或折斷；
- (2) 刺激力弱，不能收速癒之效；
- (3) 不易刺入，刺時須用指扶持針身。

目前針灸醫師所用的毫針，大多選用 26 號至 32 號（直徑 0.4 ~ 0.2mm）之間的針，其較細的針適用於皮膚肌肉較薄的部位，或用於不須用強大刺激的病患。較粗的針適用於皮膚肌肉較厚的部位，或用於須強大刺激的病患。

表 17 毫針的粗細分類標準表

毫針代號	26 號	27 號	28 號	29 號	30 號	31 號	32 號
針身粗細標準 （直徑 mm）	0.457	0.417	0.378	0.345	0.315	0.295	0.274

上表所列毫針的長度和粗細類別，臨床應用時，各種規格均須具備；號碼愈大，針愈細，以 28 號至 32 號之毫針較常用。

因體型與施針技巧的關係，日本人喜用細針（0.14 ~ 0.34mm），中國人喜用 0.34mm 之針，而歐美則喜用較粗的針（大於 0.34mm）。毫針的粗細分類標準表僅供參考。

## 第二節 練針的性情與方法

### 一、習針人的性情

習針的人，必須性情安靜，心地仁慈，手指靈活。《靈樞·官能篇》有：「語徐而安靜，手巧而心審諦者，可使行鍼艾。」的記載，說明性情安靜的人，遇事觀察仔細，審病取



穴不致有誤。又說：「手毒者可使試按龜，置龜於器下，而按之其上，五十日而死矣，手甘者復生如故。」說明性暴手毒的人不宜習針。若欲手巧，最好自幼年學起，因幼年手指筋骨柔嫩，練習運針，轉、撚、提、插，易臻靈活。

## 二、練針的方法

### (一) 練針的初步

1. 第一先練「指力」。
2. 第二再練「指覺」。
3. 最後才能談到「手法」。

故學針的人須將右手三指，練成一種特殊感覺，然後下針時，一觸及血管外壁或神經束鞘，或抵骨骼外膜，立即有所感覺知所躲避，經由血管神經之罅縫中刺過，直達目的所在「穴」，這是學習針灸者的初步入門。

### (二) 練指力法 (練習穿過皮膚的力量)

疊紙練針：以左手平執練習紙塊，右手拇、食、中三指執住毫針針柄（初練用一寸半毫針），使針尖垂直抵觸在紙塊上，右手拇指與食、中二指前後交替撚轉針柄，手指漸加壓力，刺透紙塊後，另換一處如前刺之，反覆練習，在撚轉時應盡量使針體保持垂直，指力由弱逐漸增強，指腕對針體的壓力不宜過大，過大則易使針身彎曲，如果發覺撚轉時針身彎曲成大弧形旋轉者，宜適當的減輕手指壓力，退出針身，檢查針有無彎曲，若針已彎曲即修成挺直或另換毫針練習。開始練習時，如覺得進針滯澀，撚轉困難時，不宜急躁求速，在進針至一定程度難以再進時，可將針體漸漸退出紙塊，另換一處練習，待練到進針容易穿透紙塊的速度增快時，表示指力已有增進，可以逐轉加厚紙層和加強裹紮的堅度，此法持久鍛鍊，主要在增強指力的作用。

### (三) 練指覺法 (練習針刺到皮膚、肌膜、肌肉、神經血管與骨頭的感覺)

1. 用脫脂棉花一團，內放一至二條橡皮圈，揉成球形，以紗布包裹，外用棉線纏繞二十匝，以三寸長針一支，撚進撚出，隨意穿刺數百下，以後每日增纏棉球二十匝，撚針穿刺，練習不可間斷，迨百日後，棉球大而結實，撚持仍能運用自如，即告成功，至此，練習人的手指，已具有下列幾種不同的感覺能力。

(1) 當針刺穿過表層的棉線，漸入裏層的棉花時，如同針刺人體時由皮膚而入肌肉之中的感覺。

(2) 針穿過棉球中心，如穿刺到橡皮圈時，如同觸及人體的血管或神經一般富有彈性的感覺，則應知如何避免紮到血管及神經。

(3) 棉花多的部份，如同人體肌肉空虛之處血管神經分佈較疏，可以大膽撚刺。

2. 或用小石頭：模擬人體之骨頭。

(1) 橡皮圈：模擬人體的神經與血管。

(2) 紗布：模擬人體的肌膜（厚些）與皮膚（薄些）。

(3) 棉花：模擬人體的肌肉（厚些）與皮下組織（薄些）。

(4) 棉線；包紮棉球用。

#### （四）乳膠練針法

通過紙塊和棉球練習後，再應用本法，其練習方法以毫針置於乳膠上平面垂直刺入，然後作提插與撚轉練習，並可進行斜刺，乳膠質地類似人體肌肉組織，多作練習，便於以後臨床應用。

#### （五）練習次序

一般應先練習紙塊進針，鍛鍊指力，等到指力已有一定基礎後，加練棉球及乳膠，鍛鍊各種手法操作，但仍須有一部分時間練習指力。當一寸半毫針練習成熟後，可用二寸半的長毫針練習進出針的操作，這樣鍛鍊日久，自能使指力充沛，手法熟練，為以後臨床實習操作奠定基礎。

## 第三節 基本手法

### 一、下針的基本手法

1. 揣法：揣而尋之。凡點穴以手揣摸其處，在陽部筋骨之側，陷者為真；在陰部郛臑之間，動脈相應。其肉厚薄，或伸或屈，或平或直，依法取之。
2. 切法：切與爪法不同，凡欲下針之時，用兩手大指甲於穴旁上下左右四圍掐而動之，如刀切割之，令氣血宣散，不傷營衛。
3. 爪法：爪而下之。爪者掐也，用左手大指甲著力掐穴，右手持針插穴，方始有準，為不痛之法。



4. 進法：下針之後，應分三才進針，先由天部進至人部，中間暫停，再由人部進至地部。凡施補瀉，補者隨呼進針，瀉者隨吸進針。

## 二、行針基本手法

1. 撚法：撚針的方法，是以大(拇)、食、中三指持針，大指用力撚針，撚針向內者謂之撚進，撚針向外者謂之撚退。治下時大指向內撚，令氣行至病所；若治上則大指向外撚，令邪氣至針下而出。但應注意，撚退時，不可使針退至皮外，因針復入則感疼痛，退針之法亦同。
2. 搓法：搓而轉之。將針或左或右，如搓線一般，勿轉太緊，會使肌肉纏針，則會產生強烈的痛感。古人以轉針左右來分補瀉，本法左補右瀉，轉時以大指次指相合，大指往上進為左轉，大指往下退為右轉。
3. 提法：以手緊持針柄，慢慢升提豆許，不得轉動，再出，每次提之如前，可使氣往，故為瀉法。
4. 按法：以手緊持針柄，輕按豆許，如診脈一般，不得挪移，再入，每次按之如前，能助其氣之來，故為補法。
5. 彈法：補瀉之時，如氣不行，將針柄輕輕彈之，以大指次指相疊，病在上用大指彈之而上，病在下用次指彈之而下，使氣速行，故用以催氣。
6. 刮法：刮針之法，用大指甲從針尾刮至針腰，或從針腰刮至針尾，病在上則刮向上，病在下則刮向下，能止痛散風，若攣急者，宜頻頻刮之，可以疏和經絡。此法在不得氣時，用之可激發經氣，促使得氣。
7. 循法：以左手或右手於所刺腧穴四周或沿經脈的循行部位，進行徐和循按的方法。此法用在未得氣時用之，通氣活血，有行氣、催氣之功。若針下過於沉緊時，可宣散氣血，使針下徐和。
8. 攝法：下針之後，氣行滯澀，可用大、食、中三指甲，於所屬之經絡上下，來往攝之，使氣流通，故於行氣時用之。
9. 努法：以大指、次指撚在針柄，不得轉動，而用中指將針腰輕輕按之，四五息之久，如撥弩機一般，按之在前，使氣在後，按之在後，使氣在前，可運氣走至病所，是調氣的方法，古人所謂「龍虎升騰」的手法，即是努法。
10. 盤法：盤法，指用於腹部軟肉部位，其法如循環之狀。左盤九次，按之為補，右盤六次，提之為瀉，一補一瀉，能使氣和。

11. 動法：動，振動也。凡下針後，如氣不行，將針柄左右振動，如搖鈴之狀，可以增強針力，每次須搖五息，並配合呼吸提按以分補瀉。
12. 留法：凡運針之際，病者感覺酸脹難忍，或針下肌肉緊張，撚轉不動，退針不出時，用留針之法，將針留置原位，撒手停針，或將針柄扳倒，使針尖朝向病所，或上或下，或左或右，用手執住，約數分鐘或十數分鐘之久，以待針下鬆弛，可得到鎮靜止痛的效果，亦稱臥針。

### 三、出針基本手法

1. 搖法：凡欲退針出穴時，先用搖法，以兩指拏住針柄，如扶人頭搖動一般，向上下左右各搖數下，使穴孔開大，則針易退出。
2. 退法：退針之法，亦分三才，先由地部退至人部，稍停後再由人部退至天部，再停少時，方可拔出全部，凡施補瀉，補者隨吸退針，瀉者隨呼退針。
3. 拔法：出針的時候，先在皮下（天部）留置片刻，待針下氣緩，不沉緊，便覺經滑，即用指撚針，拔出體外，《針灸大成》謂如拔虎尾之狀，有不可妄用強力之意。
4. 捫法：捫而閉之。凡行補法於出針後，即用手指掩閉其穴，勿令氣泄，若行瀉法則不捫法也。古人出針用捫法為補，若行瀉法則不用捫法有待探討，因不用捫法易造成針後出血，在臨床上，出針後，建議以手指按壓其穴，避免針後出血。

### 四、左右轉動法與上下提插法

習針者瞭解行針與出針之基本手法後，可以用左右轉動與上下提插法來治療病人。

1. 左右轉動法：古人以轉針方向來分補瀉，左轉為補，右轉為瀉，但臨床上不宜只將針左轉或右轉，因單方向之轉動，針身會纏緊肌纖維，造成局部肌纖維發炎，故宜平衡式的左右轉動。
2. 上下提插法：針刺病人時，除左右平衡式轉動外，在進針時宜下插，出針時宜上提，故運針之際，無論下插或上提，均須配合左右轉動，徐徐進針，徐徐出針。

## 第四節 用針注意事項

### 一、用針順序

用針順序因各學派或各人習慣的不同，因此在用針順序上也不同，但一般針灸專家所共





同接受的用針順序敘述如下：

1. 揣按穴位 → 2. 彈努爪切 → 3. 令病人咳嗽一聲 → 4. 撚針入腠理 →
5. 補法令病人呼氣（瀉法吸氣） → 6. 隨呼（吸）進針 → 7. 候氣至 →
8. 覺針下沉緊為氣已至（如氣未至用催氣法） → 9. 行補（瀉）手法 →
10. 覺針下滑鬆為氣去不至 → 11. 搖針數下 →
12. 補法令病人吸氣（瀉法呼氣） → 13. 隨吸（呼）退針 →
14. 補法急捫閉穴孔（瀉法不捫閉穴孔）

## 二、下針時應注意的事項

### （一）檢查

用針之前，必先診斷病情，決定應針何穴，並視腧穴部位肌肉的肥瘦，選用長短粗細適宜的針。其次檢查針身有無斑銹，針身是否彎曲，針柄是否鬆散，針尖有無捲毛等現象，若有發現，應將針摒棄不用。檢查完畢後，遵照用針順序，依法下針、行針、出針。

### （二）消毒

現已使用無菌拋棄式的不銹鋼針，故針無須消毒，但行針刺前須先將針刺部位消毒，而施針者也須隨時注意無菌觀念，以防針刺傷口感染，或傳染疾病的發生。

### （三）體位

針刺時，患者體位選擇是否適當，對腧穴的正確定位，針刺的施術操作，持久的留針以及防止暈針、滯針、彎針，甚至折針等，都有很大影響，如病重體弱或精神緊張的患者，採用坐位，易使病人感到疲勞，容易發生暈針現象。又如體位選擇不當，在針刺施術時或在留針過程中，病人常因移動體位而造成彎針、滯針，甚至發生折針的事故。因此根據處方選取腧穴所在的部位，施針時應選擇適當的體位，如此有利於腧穴的正確定位，又便於施術操作和較長時間的留針，臨床上針刺時常用的體位，主要的有下列幾種：

1. 仰臥位：適宜於頭、面、胸、腹部腧穴和上下肢部分的腧穴。
2. 側臥位：適宜於身體側面少陽經腧穴和上下肢部分的腧穴。
3. 伏臥位：適宜於頭、項、脊背、腰尻部腧穴，和下肢背側及上肢部分的腧穴。

4. 仰靠坐位：適宜於前頭、顏面和頸前等部位的腧穴。
5. 俯臥坐位：適宜於後頭和項、背部的腧穴。
6. 側伏坐位：適宜於頭部的一側，面頰及耳前後部的腧穴。

在臨床上除上述常用體位外，對某些腧穴則應根據腧穴的不同，而採取不同的體位。同時也應注意根據處方所取腧穴的位置，若能用一種體位而能針刺處方所列腧穴時，就不應採取兩種或兩種以上的體位。如因治療需要和某些腧穴定位的特點而必須採用兩種不同體位時，應根據患者體質、病情等實際情況靈活掌握。對初診、精神緊張或老年、體弱、病重的患者，應盡量採取臥位，以防患者感覺疲勞或暈針等。

#### （四）尋穴

取穴的方法，是將患者選用適宜的體位，先按照經穴所定之距離尺寸，用同身寸法度量，求得表皮部位，然後以指揣摩其處，大致上在頭部、背部及四肢外側的腧穴，大多位在骨側凹陷處，按之有酸麻感；在胸部、腹部及四肢內側的腧穴，按之大多有動脈應手；下針後，醫者仍應隨時詢問患者，有無疼痛，酸麻脹重等感覺，因疼痛代表針尖有偏差，須立即矯正；受針者必感覺酸麻脹重，才是針中穴位，若酸麻如觸電樣，並走散他部，則有較好的療效。如針手部合谷穴，酸麻直達拇指、食指尖與上至鎖骨部；針下肢環跳穴時，酸麻直至足跟等現象。

#### （五）知為針者信其左

《難經·七十八難》曰：「知為針者信其左，不知為針者信其右，當刺之時，必先以左手，壓按其所針榮膈之處，彈而努之，爪而下之，其氣之來，如動脈之狀，順針而刺之。」此言下針之時，宜先彈努爪切而後進針。所謂彈而努之，是以拇指拉其中指，令中指搏擊其穴；或以食指交疊中指，令食指彈其穴處，如撥弩機一般，鼓舞該部氣血，使絡脈脹。所謂爪而下之，是以拇指爪甲掐至肉中，用力稍重，使皮部之氣血宣散，如此不但不傷營衛，而且可使該部之神經麻痺，而下針不痛。待經氣聚於指下穴中，如動脈之狀，即所謂得氣，然後乘其氣至，右手持針刺之。

#### （六）持針

左手拇指爪切後，隨後用右手拇指、食指，將針持起，持針的方法也很重要。《靈樞·九針十二原》說：「持鍼之道，堅者為寶，正指直刺，無鍼左右，神在秋毫，屬意病者，審視血脈者，刺之無殆。」又《靈樞·邪客》說：「持針之道，欲端以正安以靜。」《針灸大成》說：「持針者，手如握虎，勢若擒龍，心無依慕，如



待貴人。」，這些都在強調醫者持針，須聚精會神，屬意於指端，針尖。又古人於臨刺時，先念針咒，楊繼洲認為：「咒法非《素問》意，但針工念咒，則一心在針。」，也就是說醫師施針時，須聚精會神的意思。

### (七) 呼吸

臨床應用針刺治療疾病時，進針開始，就須先決定補瀉。《素問·調經論》說：「瀉實者氣盛乃內針，補虛者候呼內針。」，也就是說瀉法，是先令病人吸氣，醫者則隨吸氣時進針；而補法，是令病人呼氣，醫者則隨呼氣時入針。

### (八) 進針的方向

進針的方向可分為直針、斜針和橫針等三種：

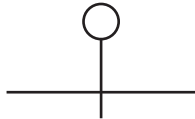
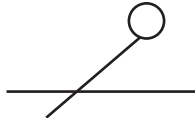
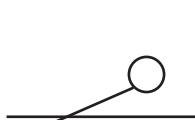
名稱	示意圖	針與皮膚之間的角度	應用
直刺		90 度	絕大多數部位都可用直刺，尤其軟組織較厚的部位，更適合於直刺。
斜刺		30 ~ 60 度之間	用於軟組織較薄的部位，如頭頂部、胸部、為了控制感覺的方向也應斜刺。
橫刺		10 ~ 20 度之間 (約 15 度)	用於軟組織極薄的部位，如兩眉之間的印堂穴，手腕的列缺穴，或為了加重刺激，沿皮下橫刺，一針透數穴。但耳針之針刺，如耳神門穴須沿皮橫刺低於 10 度以下。

圖 8 進針的方向圖

### (九) 三才刺法

進針入皮後，至所應達的穴位，其間過程，分為天、地、人三部，名曰「三才刺法」。是由《內經》之三刺法與《千金方》之三分法演變而來。其法初刺入皮內，撒手停針十息，號曰天才；再針刺入肉內，停針十息，號曰人才；再進針至筋骨之間，停針十息，號曰地才，此為極處，再停良久，以候氣行針（如圖 9 所示）。退針時亦同樣分地人天三部退出皮外，總之，當進針時，醫者須力求心靜、手穩，徐徐撚針而入，不傷營衛，免生疼痛，是進針的要領。

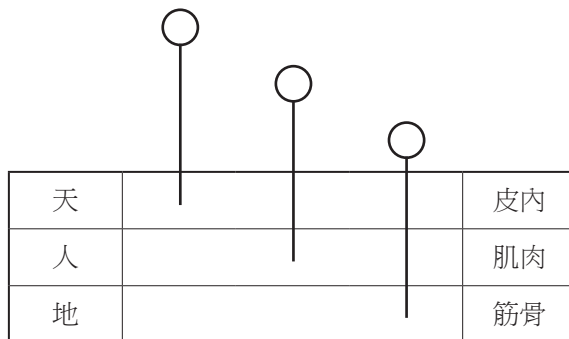


圖 9 三才進針圖

### (十) 毫針針刺的深度

一般以針刺部位與患者反應來決定其深度。

1. 深度是指針尖所達到的部位與皮膚面之間的垂直距離而言，孔穴各論中所規定的分寸，僅可作為成年人的大概標準，但仍須因人、因病不同，而有所伸縮，成人可深，兒童應淺，肥人可深，瘦人應淺，病深可深，病淺可淺，綜合如表 18：

表 18 針刺深度表

部 位	區 分		情 況	針 刺 深 淺
	四肢 軀幹	內側		肌肉豐厚
外側			皮肉淺薄	淺
胸背			心肺所在之處	淺
腰腹			臟腑所在之處	淺
	頭面		諸陽之會，皮薄骨多	淺
體 質	區別	針刺	淺	深
	年齡		老人、嬰兒	青年、壯年
	性別		婦女	男人
	體形		羸瘦	肥胖
體 質	氣血		氣虛、血少	氣盛、血旺
時 令	春夏宜刺淺，秋冬宜刺深			
病 型	針刺		淺	深
	病型		虛症	實症
病 位	(淺)皮、肉、筋、骨(深)			



2. 對於接近重要器官的部位，如頭、頸、項、背、腰、胸等，針刺不可過深，以免刺傷大動脈造成出血，刺傷肺組織造成氣胸，刺傷橫膈膜發生呃逆，刺傷脊髓有時會使人發生癱瘓，所以必須注意針刺的深度。
3. 由於科技之發達，現在可以利用電腦斷層掃描的技術獲得穴位的體壁厚度，經由大樣本數的統計分析之後，依照不同體型計算出每個穴位的預估深度。

#### (十一) 下針的多寡

一般針灸醫師認為，下針數多，較容易對症，但下針過多會使患者畏懼而生厭煩。但若下針太少，可能不會產生療效，因此下針的多寡如何決定是一門值得研究的學問，臨床上可保持下列原則：

1. 依照針灸治療的原則，取穴應分君、臣、佐、使之穴位。
2. 按照針灸之配穴法則。
3. 穴位之選取以少穴為原則，如不效，依針灸之配穴法則再逐步增多。

#### (十二) 下針穴位的順序

對於下針穴位的順序，可參考下列一些原則：

1. 先針主要經穴，後針次要經穴。
2. 先針不甚痛的經穴，後針較痛的經穴（恐病人畏懼針痛，拒絕再下針）。  
例如喉痛，須針合谷、少商，則應先針合谷，後針少商。
3. 先針離病灶遠之經穴，後針距病灶近之經穴。例如：頭痛，應先針合谷、列缺，後針頭維、風池。
4. 留針的時間：有針刺後施行手法完畢就出針，或再留針幾分鐘至十幾分鐘，如風濕病、疼痛等，可留針十五至三十分鐘。若治療痙攣，留針時間還可以酌情延長，如為了加強效應，也可以採取留針和行針交替進行，每隔五至十分鐘行針一次。

#### (十三) 下針時醫師的態度

針灸療法，欲達良好的效果，除詳細診斷、確認穴位、熟練手法外，醫師的下針態度，也會影響治療，故應注意下列幾點：

1. 患者有問題時，須詳加解釋，增加患者對於針灸的瞭解。

2. 態度和藹，言語親切，增加患者對醫師的好感。
3. 正襟危坐，行動莊重，引發患者對醫師的敬重。
4. 善言安慰，告以無痛，減少患者的畏懼心理。
5. 精神鎮定，細心施術，增加患者的信賴。

### 三、進針的方法

《難經·七十八難》說：「知為針者信其左，不知為針者信其右。」《針經指南·標幽賦》說：「左手重而多按，欲令氣散；右手輕而徐入，不痛之因。」提示我們在進行針刺時，應雙手協同操作。臨床上一般用右手拇、食、中指挾持針柄，如持毛筆般，又稱為「刺手」，主要在掌握針具，施行手法。左手爪切按壓所刺部位或輔助針身，又稱為「押手」，主要有下列四種作用：

1. 固定穴位，使進針時不致移位。
2. 進針時，幫助針身不致彎曲，使進針順利。
3. 減少進針時的疼痛感。
4. 加強針刺作用，提高治療效果。

臨床常用的進針方法有以下幾種：

#### （一）爪切進針法

用左手拇指或食指端切按在腧穴位置的旁邊，右手持針，讓針尖盡量靠近左手指甲將針刺入腧穴，適宜於短針的進針。

#### （二）夾持進針法

使用3寸以上長針時，如果指力不足無法順利進針，可用左手拇、食二指持捏消毒乾棉球，夾住針身下端，將針尖固定在所刺腧穴的皮膚表面，右手撚動針柄，將針刺入腧穴。

#### （三）提捏進針法

腧穴位於皮肉淺薄部位時，可用左手拇、食二指將針刺部位的皮膚捏起，右手持針，從捏起的上端將針刺入。



#### (四) 舒張進針法

腧穴位於皮膚鬆弛的部位如腹部時，可用左手拇、食指將所刺腧穴部位的皮膚向兩側撐開，使皮膚繃緊，右手持針，使針從左手拇、食二指的中間刺入。

現在臨床因講求無菌法，最常使用的是押管進針法，左手將針管緊壓在腧穴部位，用右手食指拍打針尾或用中指彈擊針尾，即可使針刺入腧穴，然後退出針管。

### 四、行針時應注意事項

#### (一) 候氣至

下針之後，進至一定的深度，須停針以候氣至。所謂「氣至」，是針下肌肉因受刺激後所引起的一種感應。一般而言，凡針感覺有沉重、滯澀、緊實的現象，即氣已至。若針下感覺輕浮、虛滑、遲緩的現象，則氣未至。

候之片刻而氣猶未至者，應配合運用撚、轉、提、按、循、彈等方法來催氣，稱為「催氣」；若氣仍未至，可再催，必待氣至，方可施行補瀉手法。遇此情況，醫者切忌急躁，必須寧心靜氣，反覆行之。

#### (二) 留針的方法

「留針」即停針不動的意思，茲述其用法及作用如下：

1. 當下針之時，行三才刺法，於天地人部，各撒手停針十息，然後繼續進針。即所謂「三刺則穀氣出」，容易發揮針灸的療效。
2. 候氣之時，必留針以待氣至。《難經·七十八難》說：「不得氣，乃與男外女內。」也就是說男子淺留於衛分，女子深留於營分，停針以候氣至，或配合運用撚、轉、提、插等催氣的方法。
3. 行針之時，若酸脹難忍、推轉不動，或拔退不出時，應停止行針，使針下鬆弛，然後再慢慢將針退去。
4. 出針之時，出至天部時，須在皮膚之間，再留片刻才出針，其作用是使營衛之氣沿經疏散，不致隨出針而外逸，古籍常有「留幾呼」的記載，這些都與留針時間有關。

一般而言，男子、壯年、實證、寒證，宜久留針，而女子、老幼、虛證、熱證，不宜久留針。痛症患者，須針刺止痛後，繼續留針數分鐘，才能發揮良好的治療效果，

若一止痛，即將針拔出，則常引起疼痛立即再發。若在用針過程中，患者感覺疲倦，或發生暈針時，須立即停針，不可繼續行針，以免發生意外。

### （三）針力強弱的應用

行針時，刺激力量有強弱之分，所謂「強刺激」，常用長而粗大的針，取穴多，下針深，捻轉角度大，提插次數多，留針時間長；而「弱刺激」，常用短而細小的針，取穴少，下針淺，捻轉角度小，提插次數少，留針時間短。刺激力量的強弱，應視患者身體的狀況和病情而定，若刺激力過重，容易引起暈針，而刺激力不足，則沒療效，因此刺激力的大小，往往根據經驗而來。

#### 1. 病體：

男子、壯年、身體健康，屬多血質、脂肪質的患者，可用較強大刺激力，而女子、小兒、身體虛弱，有貧血體質、神經疾患者，要用較弱刺激力。

#### 2. 病證：

神經痛、神經痙攣、知覺麻痺者，可用較強的刺激力，而肺結核、心臟病等，則用較輕微刺激力。對於初次接受針刺的人，應用較輕微刺激力，以免其畏懼心理，俟其習慣後，刺激力可以逐漸加強。

### （四）行針時刺痛的处理

當行針捻轉時，有時因針尖觸及神經，而產生刺痛，此時宜將針尖之方向略作改變，以避開最敏感處，然後繼續行針，來免除痛感。若因捻轉過速或角度太大，而引起皮膚與肌肉緊張，致纏住針體而發生劇痛，可用上下循攝等的手法，使肌肉鬆弛，來解除疼痛。

### （五）行針刺穿血管的处理

行針不慎，將體內靜脈刺穿，或針尖觸破附近的毛細血管而造成破裂，使血液流至肌肉中間，因而發生脹痛，此時不可再行深入，應緩緩撚退，使血液自行凝固，不致流出；待針尖提出血管，應以手持酒精棉壓迫止血。

### （六）行針刺及骨骼的处理

行針時，感覺堅硬頂碰，是針尖刺及骨骼，應急速退針數分，或退至皮下，然後改變方向，繼續刺入，否則針尖被碰，而發生捲曲，常造成出針困難，且容易傷及骨膜，發生骨膜炎。





## (七) 暈針的處理

行針時，患者因受刺激過劇，而發生暈仆現象，稱為「暈針」。

### 1. 暈針的原因：

- (1) 患者的身體衰弱（如貧血、神經衰弱、汗下失血之後，久病元氣虛損）。
- (2) 神經過敏，緊張過度。
- (3) 膽小，畏懼下針過重。
- (4) 醫師手法刺激過強。
- (5) 刺穿大動脈引起出血現象。
- (6) 於患者饑餓或疲倦時施針。

### 2. 暈針的情況：

症狀輕微時，臨床上只出現頭暈、眼花、噁心欲嘔、心悸亢進的現象。而症狀嚴重時會出現面色蒼白、四肢冰冷、出汗的現象。

### 3. 暈針的治療：

一發覺患者出現暈針的現象時，應立即停針，微微退針，飲以溫水或糖水，休息片刻，輕者可立即回復，或用手指重掐人中、中衝等穴，或刺人中、素膠、內關、足三里、灸百會、關元、氣海等穴。若遇病情嚴重時，應送醫治療。

茲將各醫學中心對於針灸患者暈針之處理方法，整理如下：

- (1) 病患暈針通報：醫護人員發現患者有疑似暈針的情形時，必須快速報告該患者之主治醫師。
- (2) 病患暈針確認：醫師確認患者有下列情況時，則判定為暈針，如頭暈、眼花、嘔心、欲嘔、心悸、面色白、四肢冷、欲解大小便、暈厥、體溫下降、汗出淋漓、瞳孔放大，甚者猝然撲倒、唇甲青紫，脈象細弱而數或浮。
- (3) 停止治療：確認為暈針現象時，則停止針灸治療，由醫護人員依取針程序進行，將患者身上所有的針取出。
- (4) 仰臥休息：迅速讓患者採垂頭仰臥，平躺休息並保暖。
- (5) 身體評估檢查：由醫護人員測量患者之呼吸、心跳、血壓、體溫，並加以記

錄，每 15 分鐘一次，直至患者生命徵象穩定；當患者意識清醒時，可經醫囑提供溫開水飲下。

- (6) 患者意識不清：患者意識不清時，醫護人員立刻施行急救措施，至患者恢復意識為止。
- (7) 生命徵象不穩定：若患者之生命徵象不穩定，立刻給予高級心肺復甦術急救，並通知總機呼叫 119。
- (8) 確認患者可安全自行離去：解釋暈針的原因，讓患者安心。如獨自就診的患者，確認是否可以自行離去或安排志工協助其他事項。

補充說明：

一般而言，臨床上遵守針灸治療原則，暈針的現象並不常見，據統計約佔 0.15% 左右（中國醫藥大學附設醫院），較國外報導的為低（國外約佔 0.5%~0.8%），這可能與華人對針灸的認識與醫師施針灸的技術熟練有關。

#### 4. 暈針的預防：

- (1) 第一次施針，選穴宜少，下針不可太深，刺激力不可太強，待患者習慣後，再逐漸加強。
- (2) 無論針刺何穴，讓患者用躺臥姿勢，然後行針，可避免發生暈針。
- (3) 下針與行針時，應嚴守一切禁忌。

### （八）滯針和彎針

#### 1. 現象：

針刺入人體後，撚轉和提插時，感覺針下十分沉重緊澀，撚動及退針發生困難；或出現針柄兼有歪斜，改變了原來位置，而不易拔出時，須考慮滯針和彎針的發生。

#### 2. 原因：

進針時，用力太猛、太快或針質脆硬或針身彎曲，撚轉提插時，指力不夠均勻，或進針後，患者體位移動，外物碰觸或壓迫針柄，或患者精神緊張或因病痛而致肌肉痙攣，或撚轉幅度過大，或向同一方向撚轉，使肌肉纏住針身等因素都會造成滯針和彎針。



### 3. 處理：

- (1) 滯針：因患者精神緊張，或局部肌肉痙攣而引起的滯針，可用指攝法或在鄰近處再一針，以宣散氣血，或延長留針時間，以緩解緊張狀態。若因針身撚轉太緊，則須向相反的方向退轉，並向左右輕撚，使之鬆懈。若因體位移動所造成，則須先矯正體位。
- (2) 彎針：針身彎曲較小時，可以慢慢退出，不可撚轉，若彎曲太大者，必須輕微搖動針體，順著彎曲的方向退出。如針身彎曲不止一處，須視針柄扭轉傾斜的方向，逐漸分段退出，切忌急躁的猛抽針，以免折針。

## 五、出針時應注意事項

### (一) 出針貴緩

行針完畢後，患者感覺舒暢，針下感覺鬆滑，完成針灸治療後，即將針退出。

退針時需慢慢撚退，如插拔過猛，則使患者產生劇痛，或引起出血，所以《金針賦》說：「下針貴遲，出針貴緩。」

退針時，先搖動針，使穴孔增大。其次分三才，由地部退至人部，由人部退至天部，留置片刻後，再將針拔出體外。

針拔出後，急以酒精棉花在針孔上消毒。瀉者不閉孔穴，補者急用手指在穴上揉按數下，使組織回復，針孔自合。

### (二) 出針困難的處理

#### 1. 出針困難常見的原因：

- (1) 患者體位移動，導致針身在體內彎曲，或者進針手法不熟練，進針用力過猛，以致針尖碰觸堅硬組織而造成針身彎曲。
- (2) 針身有傷痕，或醫者撚轉太甚，以致肌肉纖維纏繞針身不脫。
- (3) 內部運動神經偶爾興奮，肌肉痙攣，吸住針身，或因留針過久，造成滯針。

#### 2. 出針困難的處理方法：

要解除出針困難，首先應瞭解出針困難的原因，然後才根據原因做適當的處理，若不問原因，而做一味強力的取出，會使患者產生劇痛，而且有折針的可能，處理方法如下：

- (1) 針難撚動，深進不能，退出亦不能，屬第一種原因之針身彎曲。應立即矯正患者的體位，再探求其曲度與彎度方向，以左手拇指、食指，按針下肌肉，右手持針柄，須順其彎曲的方向，輕提輕按，一起一伏，慢慢將針拔出。
- (2) 若針身可以撚轉，而提插時，感覺疼痛，是屬於第二種原因，肌肉纖維纏繞針所致。宜或左或右，向其反方向撚轉，當覺針下鬆弛時，即可輕輕出針。
- (3) 如覺針下沉緊，撚動困難，按之周圍肌肉結硬，是屬於第三種原因，由於肌肉痙攣所造成。宜用搖針法使針孔增大，或用爪切法，使異常興奮之運動神經得以鎮靜，而使痙攣的肌肉緩解，針自易退出，若肌肉仍痙攣不緩解，則於此穴附近約一、二寸處的穴位，另下一針，則可解除肌肉痙攣，而針就能取出。

### (三) 折針

#### 1. 現象：

出針後，發現針身折斷，針尖和部份針身埋入組織內。

#### 2. 原因：

針身先有損傷剝蝕，而進針前疏於檢查，或因患者體位移動較大，或肌肉強力攣縮或醫者技術不熟練，行針時，用力過猛，遇滯針、彎針時，強力抽拔，或外物大力碰壓等。

#### 3. 處理：

醫者態度必須鎮靜，囑患者切勿移動肢體，勿驚慌亂動，安慰並穩定患者的情緒。若折斷處尚有部份暴露於皮膚外面時，則可用鑷子拔出，針身斷折之殘端，已與皮膚相平，或雖低於表皮，而尚可微見殘端，距離表皮平面甚近者，可用左手食、中二指在針孔兩旁，垂直壓下，使針折殘端頭露出表皮外面，右手執鑷子夾住殘端拔出。如折針殘端已深入皮下或肌肉者須視所在部位，若折在重要臟器附近，或肌肉活動處妨礙運動時，必須立即施行手術切開取出。

### (四) 針後出血腫痛的處理

施針時，如針刺部有微量的出血或針孔局部小塊青紫，是針刺時刺破局部小血管引起的，一般可不加處理。嚴重時，發生青腫疼痛，或局部活動不利時，可用按摩或熱敷來處理。如出針後針孔出血，則以手指執棉球局部壓迫止血，直到血不續出為止。針尖鉤毛也容易造成針後出血，術後須仔細檢查。



## (五) 出針後遺感覺的處理

### 1. 酸脹或疼痛增加：

出針後，酸脹或疼痛仍未消失，或反增重，遺留較長時間，其原因多由手法不熟練，或針刺太重，太快所致，這種情況一般不加處理。如數日後仍未減輕或消失，則可局部按摩或用熱敷來治療。醫者遇此現象，可在該部或附近的穴位，用循、按、攝、切法，輕輕按揉，或於相距該部尺許的部位，補行一針，來解除遺感。

### 2. 內臟和深部神經受傷：

針刺過深，提插過度時，會損傷內臟或深部神經造成嚴重事故。在臟器附近的穴道針刺，須特別小心謹慎。例如胸背腧穴，針刺過深，會刺破胸膜，而造成外傷性氣胸，若患者針後突然出現呼吸急促、胸悶、胸痛、心慌或有咳血，面色蒼白、多汗、走路如欲倒地等現象，應立即做 X 光檢查。刺破肝脾者，會出現上腹部劇痛；膀胱破損，則少腹出現劇痛，有氣促、唇青、出汗等危急症狀，遇此狀況時，宜施急救，太晚有時會造成死亡。四肢的深部神經損傷，大多由於手法太重，或用粗針刺激所造成。在損傷神經分佈的範圍，會出現劇痛或發生麻痺、肢體不仁等。

### 3. 預防的方法：

- (1) 首先應瞭解病人的顧慮和對針刺的反應耐受力，以及病人的體質與病情。
- (2) 對針刺有恐懼感的病人，應多加安慰、解釋，針刺穴位儘量小，手法須輕淺些。

## (六) 針後何時再針

有些疾病需要多次針刺治療，才能達到療效，但針畢一次，何時再針？一般而言，痛證，針後可立刻止痛，如同日再發，可以再針。針灸之翌日，患者不覺疲倦，可以每日施針；如針後感覺疲倦頗甚，不能每日受針，則可隔一日或二日再針。如連續每日施針最好不要在同一穴位，可隔一日或二日再針刺同一穴位，以免造成肌纖維炎。

## (七) 針刺治療的次數問題

針刺治療的次數決定可依下列幾個原則：

1. 針刺入經穴，病人感覺酸困脹腫，或麻痺走竄，則病較容易痊癒；若感應遲鈍，

則需要更多次的治療，一般以 10 次為一個療程。

2. 針刺後，立即見效者，易癒；針刺後無感覺者，需時必久。
3. 新病容易治療，而久病痼疾，針的次數需要較多。
4. 痛證較易治療，麻痺需時較多。
5. 急性病容易治療；慢性病則需時較多。
6. 身體強健者容易治療，而身體衰弱者則需時較多。
7. 能忍受針久強刺激者，容易治癒，否則需時較多。

## 第五節 治療手法

針灸療法的治療原則首先應先判斷病證的陰、陽、表、裡、寒、熱、虛、實等八種屬性，再決定施行何種手法。根據《靈樞·經脈》說：「盛則瀉之，虛則補之，熱則疾之，寒則留之。」的原則，茲將常用傳統的行針手法（補瀉、寒熱、表裏）分述如下：

### 一、補瀉手法

補瀉手法應用之原則：「虛證補之，實證瀉之。」虛證為正氣虛，凡諸痛證喜按者為虛，麻木者為虛，元氣衰弱者為虛，聲小息微者為虛，脈象沈小微短澹細而無力者為虛，針下輕鬆浮滑者為虛。

實證為邪氣實，凡諸痛證拒按者為實，元氣充盛者為實，目光有神者為實，聲大音粗者為實，脈象浮大牢實滑長而有力者為實，針下沈重滯澹者為實。

虛證宜用補法，隨而濟之，實證宜用瀉法，迎而奪之，故補瀉手法的作用，能添助經氣，疏泄邪氣，使營衛調和，經脈暢通，而達扶正祛邪，治癒疾病之目的。若補瀉不當，虛虛實實，則必造成精氣內奪，正虛邪實的不良後果，所以《靈樞·邪氣藏府病形》說：「補瀉反則病益篤。」

表 19 補瀉應用表

		元氣	脈象	針下
虛	痛證喜按	衰弱	沉小微弱短澹細無力	輕鬆浮滑
實	痛證拒按	充盛	浮大牢實滑長有力	沈重滯澹



常用的補瀉手法，分述如下：

### (一) 呼吸補瀉法

病人呼氣時進針，吸氣時出針為補法。吸氣時進針，呼氣時出針為瀉法。呼吸補瀉法的要點，著重於病人的呼吸，隨呼氣吸氣時進針出針，或提按撚轉針，而分別補瀉，故名「呼吸補瀉法」。本法源自於《素問·離合真邪論》中：「吸則納針，呼盡乃去，故命曰瀉；呼盡納針，候吸引針，故命曰補。」的說法。

《濟生拔萃》說：「瀉法，先以左手揣按得穴，以右手置針穴上，令病人咳嗽一聲，撚針入腠理，得穴，令病人吸氣一口，針至六分，覺針沉澹，復退至三分，再覺沉澹，更退針一豆許，仰手轉針頭向病所，以手循捫經絡，迴針引氣，直過病所三寸，隨呼徐徐出針，勿閉其穴，命之曰瀉。補法先以左手揣按得穴，以右手置針穴上，令病人咳嗽一聲，撚針入腠理，得穴，令病人呼氣一口，納針至八分，覺針沉緊，復退一分許，更覺沉緊，仰手轉針頭向病所，依前循捫其病所，氣至病已，隨吸出針，速按其穴，命之曰補。」如此得知：瀉法是針入，得穴，令「吸氣」，行針隨「呼」徐徐出針，勿閉其穴。而補法是針入，得穴，令「呼氣」，行針，隨「吸」出針，速按其穴。

### (二) 提按補瀉法

提按補瀉法的要點，著重在醫者指力的提按，按者為補，提者為瀉。本法源自於《難經》「推而內之，動而伸之。」內即是按，伸即是提，或稱提插。瀉法是提多按少，而補法是提少按多。

### (三) 迎隨補瀉法

「迎隨補瀉法」有「針芒迎隨補瀉法」、「轉針迎隨補瀉法」和「子母迎隨補瀉法」等三種。

#### 1. 針芒迎隨補瀉法：

針芒迎其經脈所來方向為瀉，而針芒隨其經脈所去方向為補。

《靈樞·終始》說：「瀉者迎之，補者隨之，知迎知隨，可令氣和。」

《難經·七十二難》說：「所謂迎隨者，知營衛之流行，經脈之往來，隨其順逆而取之，故曰迎隨。」

《難經》張世賢註：「凡欲瀉者，用針芒向其經脈所來之處，迎其氣之方來未盛，乃逆針以奪其氣，是謂之迎；凡欲補者，用針芒向其經脈所去之路，隨其氣之

方去未虛，乃順針以濟其氣，是謂之隨。」

## 2. 轉針迎隨補瀉法：

撚轉角度大，用力重，頻率快，時間長，右轉（逆時針），為瀉法；而撚轉角度小，用力輕，頻率慢，時間短，左轉（順時針），為補法。

左轉為補，右轉為瀉；背腹相反，左右相反，手經足經相反，男女不同，午前午後不同。

《素問·八正神明論》說：「瀉必有方，……候其方吸而轉針，……補必用員，員者行也。」此法著重針身之左轉右轉。當血氣有餘時，藉針力的牽制使氣血運行減弱，迎而奪之，謂之瀉法，而當血氣不足，藉針力推送，使氣血運行增強，隨而濟之，謂之補法。轉針補瀉法的手法如下：

- (1) 《針灸大成》說：「以大指次指相合，大指往上進謂之左轉，大指往下退謂之右轉。」又說：「左轉為補，右轉為瀉，是乃補瀉之大法。」主要目的在調和十二經經氣的虛實。
- (2) 《醫學入門》引《圖註難經》認為：「手三陽經從手走頭，足三陰經從足走腹，此兩經針芒從外往上為隨；針芒從內往下為迎；足三陽經從頭走足，手三陰經從胸走手，此兩經針芒從內往下為隨，針芒從外往上為迎。」，針芒往上往下是言與經脈之順逆，屬針芒迎隨補瀉法。針芒從外從內言針身之左右轉，屬轉針迎隨補瀉法。
- (3) 李南豐《醫學入門》認為：「病者左手陽經，以醫者右手大指進前呼之為隨，退後吸之為迎；病者左手陰經，以醫者右手大指退後吸之為隨，進前呼之為迎；病者右手陰經，以醫者右手大指進前呼之為隨，退後吸之為迎；病者右足陽經，以醫者右手大指進前呼之為隨，退後吸之為迎；病者右足陰經，以醫者右手大指退後吸之為隨，進前呼之為迎；病者左足陽經，以醫者右手大指退後吸之為隨，進前呼之為迎；病者左足陰經，以醫者右手大指進前呼之為隨，退後吸之為迎。男子午前為然，午後與女人反之。」
- (4) 《神應經》說：瀉法，如針左邊，醫用右手持針，大指向前，食指向後；如針右邊，醫用左手持針，大指向前，食指向後。補法，如針左邊，醫用右手持針，食指向前，大指向後；如針右邊，醫用左手持針，食指向前，大指向後。凡針背腹部，分陰陽經補瀉。針男子背上中行，左轉為補，右轉為瀉，女子則相反；針男子腹上中行，右轉為補，左轉為瀉，女子則相反。





### 3. 子母迎隨補瀉法：

《難經·七十九難》說：「迎而奪之者，瀉其子也；隨而濟之者，補其母也。」可由經絡和穴位來瞭解子母關係。

(1) 經絡：五臟六腑皆可歸五行，由相生關係來決定母子概念。

(2) 穴道：每條經絡之井榮俞（原）經合分屬五行，由穴道之屬性與本經之屬性看出其母子關係。

#### (四) 平補平瀉法

得氣後均勻地提插、撚轉後，即可出針。主要在同時施行補瀉二法。人有疾病，皆邪氣所湊，非虛實明顯之證，只宜平補平瀉，不可專用補法或瀉法。《神應經》認為，針刺入後，先行瀉法瀉邪氣，後用補法補真氣。後人以撚針不疾不徐，不獨左右撚轉，不偏上下提按，亦稱「平補平瀉法」。

## 二、寒熱手法

寒證手法的主要概念是：「寒證留之，熱證疾之」。寒證徵狀有：振振惡寒，手足厥冷，面色蒼白，舌苔白滑，口不渴，或口渴而不欲飲，小便清長，大便溏薄，脈象沉遲弦急，及一切冷痺頑麻等。

熱證症狀有：蒸蒸發熱，面赤舌紅，心中煩躁，口渴喜冷，小便短赤，大便祕結，脈象浮緩滑數，及一切肌熱骨蒸等。

後世提插、急慢手法，以及複式手法之燒山火和透天涼等法，都是根據這種概念而來。寒熱手法如下：

#### (一) 提插法

《金針賦》以男子午前提針為熱，插針為寒，午後提針為寒，插針為熱。女子午前提針為熱，提針為寒，而午後插針為寒，提針為熱。

#### (二) 急慢法

《醫學入門》說：「急提慢按如冰冷，慢提急按火燒身。」它的意義和《內經》刺寒熱法相似，是退寒除熱的正確方法。

## 三、表裏手法

表裏手法的主要概念是：「新病在表，當淺刺之，如病入裏當深刺之。按所謂表裏者，

臟腑為裏，經絡為表；筋骨為裏，皮膚為表，營為裏，衛為表；七情之傷病自內生者為裏，六淫之邪病從外入者為表。」表證裏證之刺法，在《素問·刺齊論》及《刺要論》中，有深淺之分，各有劑量，不可太過或不及。總之，刺骨者無傷筋，刺筋者無傷肉，刺肉者無傷筋，刺筋者無傷骨，刺胸腹者必避五臟。

表裏方法來源自於《內經》，經絡有病，有刺經、刺絡、刺腧穴之法。臟腑有病，如係重要臟器，不可用直接針刺，仍宜刺其募、俞及臟腑之四關腧穴，皮膚筋骨有病，有毛刺、分刺、短刺之分。營衛有病，以營行於脈中為陰，衛行脈外屬陽。《難經·七十一難》說：「針陽者，臥針而刺之，刺陰者，先以左手攝按所針榮俞之處，氣散乃內針，是謂刺營無傷衛，刺衛無傷營也。」對於久病邪氣入深的患者，可根據《靈樞·終始》中的方法：「久病者，邪氣入深；刺此者，深內而久留之，間日而復刺之。」

表裏手法，有下列三種：

#### （一）淺刺法

刺新病在表者，其法用特製的皮膚針，扣打於皮膚上，普通只刺一二分，輕輕刺入皮膚，每次觸刺二十次左右。

#### （二）橫針法

刺衛分，其法臥倒針身，針尖橫達肌肉，下針之時，使針與皮膚相會，約成 15 度銳角，則不及營分，亦稱「臥針」。

#### （三）深刺法

刺病入裏可依三才部位，將針刺入後，停針候氣，辨其寒熱虛實，而分別採用補瀉、寒熱等手法。

### 四、各家複式手法

複式手法，是用針基本手法和各種補瀉等手法的綜合應用。

#### （一）燒山火

燒山火是綜合提插法、九六數和疾徐法。有祛寒的功用，能治久病癱瘓，頑麻，遍身走痛，及風癩寒瘡一切冷症。用針時，先淺後深，如須刺入一寸，則先撚入五分之一中，行九陽之數，若得氣，覺針下沉緊，即漸漸運入一寸之中，三出三入，慢提緊按，提按之時，三進一退，即慢慢將針退至皮內，再分作三次迅速插進，此時患者，即產生熱感，冷氣自除，若未見效，則依前法再施。



## (二) 透天涼

透天涼是綜合提插法、九六數和疾徐法，有泄熱的功用。能治風痰壅盛、中風、喉風、癲狂、瘧疾、身熱，及一切肌熱骨蒸等症。用針時，先深後淺，先刺進一寸，行六陰之數，若得氣，覺針沉緊，復退針至五分之中，三入三出，緊提慢按，提按之時，三退一進，即將針作一次慢慢刺至應進之深度，然後分作三次，迅速提至皮內，徐徐舉之，患者即產生冷感，熱病自除。如未見效，則依前法再施。

## (三) 子午搗臼

子午搗臼是綜合提插法、撚轉法、九六數和呼吸法，有攻補兼施的作用。能治水蠱、膈氣、脹滿等久病痼疾。《金針賦》曰：「落穴之後，調氣均勻，針行上下，九入六出，左右轉之，千遭自平。」《針灸大成》更云：「不已，必按陰陽之道，其症即癒。」

## (四) 龍虎交戰

龍虎交戰是綜合撚轉法和九六數，一補一瀉，有止痛的作用。能治腰背肘膝痛，渾身走注痛。用針時，先行左龍，則左轉，凡得九數；卻行右虎，則右轉，凡得六數，如此反覆行之，得氣後行補瀉。以龍虎奇偶、陰陽相對，故曰「龍虎交戰法」。

以下龍、虎、龜、鳳四法，能治一切經絡鬱閉、氣血不通諸症，有通關過節、催運氣血的作用，故在金針賦中，稱之為「飛經走氣」。

## (五) 青龍擺尾

青龍擺尾是綜合提插法和搖針法，有行氣的作用。行針時，針提至天部，如扶船舵，執之不轉，不進不退，一左一右，慢慢擺動，每穴左右各搖五息。

## (六) 白虎搖頭

白虎搖頭是綜合提插法和撚轉法，有行血的作用。行針時，針插至地部，持針提而動之，如搖鈴之狀，轉動肉內針頭，每穴各施五息。

## (七) 蒼龜探穴

蒼龜探穴是綜合提插法和斜刺法，有行經脈的作用。得氣之後，以兩指扳倒針頭，一退一進，向上鑽剔一下，向下鑽剔一下，向左鑽剔一下，向右鑽剔一下，先上而下，先左而右，如龜入土之相。

## (八) 赤鳳迎源

赤鳳迎源是綜合提插法、撚轉法和呼吸法，有行絡脈的作用。入針至地部，提針至天部，候針自搖，復進至人部，以二指持針，向上下左右四周飛旋，如鳳迎風展翅之儀，病在上吸而退之，病在下呼而進之。

## 五、《內經》官針二十九法

《內經》官針二十九法包括：九變刺、十二節刺、三刺、五刺等，合計二十九法。其內容包括施針部位，取穴原則，行針方法、下針層次，以及放血手法，火針用法等，分述如下：

### （一）分部施針類

《內經》針法中，有刺皮膚，刺經脈，刺分肉，刺筋，刺骨之分，刺經脈又有刺經，刺絡，刺腧穴之異。臨床上視病位來決定用何種法刺法。

1. 毛刺：「毛刺者，刺浮痺，皮膚也。本法淺刺皮毛之間，故曰毛刺，後世皮膚針，是根據此做成的。」
2. 經刺：「經刺者，刺大經之經絡經分也。」十二經脈有病，各於本經脈取穴來治療，所以稱經刺。
3. 絡刺：「絡刺者，刺小絡之血脈也。」脈之大而直行者為經，小而橫行者為絡，絡脈瘀滯，宜刺其血絡，去其瘀血則癒。
4. 腧刺：「腧刺者，刺諸經榮輸藏輸也。」諸經榮輸是指十二經的井榮俞經合穴；藏輸指五臟在背之俞穴，本法以刺腧穴為主，故名腧穴。古人以俞、輸、腧三字通用，今人則以輸為輸注之義，腧是所有孔穴的統稱。
5. 分刺：「分刺者，刺分肉之間也。」肌肉之近骨者名曰「分肉」，本法以治邪在分肉，較毛刺，經刺之刺入為深。
6. 關刺：「關刺者，直刺左右盡筋上，以取筋痺，慎勿出血。或曰淵刺，一曰豈刺。」本法以刺四肢肌肉之盡端，而治筋病。因肌肉之盡端皆位於關節部位，故名關刺。
7. 短刺：「短刺者，刺骨痺，稍搖而深之，致針骨所，以上下摩骨也。」所謂短者，是慢慢刺入的意思，此法要深達骨的附近，並行上下提插手手法，來治療骨間的疾病。

### （二）行針手法類



根據施針部位的深淺，針力強弱，留針久暫的不同，可分為以下數種手法：

8. 半刺：「半刺者，淺內而疾發針，無針傷肉，如拔毛狀，以取皮氣。」本法因刺入很淺而出針很快，故不傷肌肉，如拔毫毛之狀，用以宣洩皮毛的邪氣。
9. 直針刺：「直針刺者，引皮乃刺之，以致寒氣之淺者也。」本法刺針時先將腧穴部位之皮膚提起，然後將針沿皮刺入。所謂直者，是與皮膚平行之意，因針在皮下，故用以治療淺部的寒邪。
10. 浮刺：「浮刺者，傍入而浮之，以治肌急而寒者也。」本法就是斜針法，將針由穴旁刺入穴中，而浮舉之，用來治療受寒而肌膚緊張之類的疾病。
11. 恢刺：「恢刺者，直刺旁之舉之，前後恢筋急，以治筋痺也。」浮刺是由旁刺入穴中，而此法是直入其針，抵穴中後，再向四旁探刺，或舉針數度，或前或後，恢蕩其氣，能使神經肌肉痙攣鬆弛。
12. 輸刺：「輸刺者，直入直出，深內之至骨，以取骨痺。」輸是輸瀉的意思，其法將針深刺至骨，用來治骨痺，與短刺之意相似，但將針直入直出，屬五刺之一。
13. 報刺：「報刺者，刺痛無常處也，上下行者，直內無拔針，以左手隨病所按之，乃出針復刺也。」報是重複的意思，本法適用於痛處遊走不定的「行痺證」。將針直刺而入，用留針法，並以左手尋按，再得痛處，乃出前針，於新痛處，復刺之如前。
14. 輸刺：「輸刺者，直入直出，稀發針而深之，以治氣盛而熱者也。」本法原屬十二刺之一，直入直出，深內其針，與五刺之一的輸刺相似，不同的是本法留針較久，治療較廣，適用於病重而有熱者。

### (三) 異位施針法

除在病痛處，或其附近之腧穴施針外，另取未病部位下針，即所謂「上工救其萌芽也。」

15. 遠道刺：「遠道刺者，病在上取之下，刺府腧也。」本法是上病下取，在距病灶較遠部取穴施針，故名。如《靈樞·終始》所說：「病在頭取之足，病在腰取之膕。」及《靈樞·邪氣臟腑病形》所說：「足之合穴主治六腑」。
16. 巨刺：「巨刺者，左取右，右取左。」本法是左病取右，右病取左。《素問·調經論》說：「痛在左而右脈病者，巨刺之。」另有「繆刺」，出自《素問·

繆刺論》，是左病取右，右病取左，其與巨刺之間的區別，是邪客於經用巨刺法刺其經脈，邪客於絡，用繆刺法以刺其絡脈。

#### (四) 分層進針法

《內經》所記載的是針法，進針時，分作三層，名曰「三刺」，後人改成天人地三部進針。

17. 始淺刺：「始淺刺之，以逐邪氣，而來血氣。」。

18. 後深刺：「後深刺之，以致陰氣之邪。」。

19. 最後極深刺：「最後極深刺之，以下穀氣。」

這些都是說明進針的方法，於一刺之中又分作三刺也。又進一步說：「所謂三刺則穀氣出者，先淺刺絕皮，以出陽氣；再刺則陰邪出者少益深絕皮，致肌肉未入分肉間也；已入分肉之間，則谷氣出。」。

#### (五) 一穴多針法

《內經》中有記載一穴多針的方法，分述如下：

20. 傍針刺：「傍針刺者，直刺傍刺各一，以治留痺久居者也。」本法用二針，一針直入正穴，一針從穴旁，入穴中，以助針力，可用來治療時間較久之痺症。

21. 齊刺：「齊刺者，直入一，傍入二，以治寒氣小深者，或曰三刺，三刺者，治痺氣小深者。」一針直刺穴中，另二針夾刺兩旁，三針齊下，故名齊刺，又名三刺。適用於寒氣滯留面積小而深的痺症。

22. 揚刺：「揚刺者，正內一，旁內四而浮之，以治寒氣之博大者也。」共用五針，於穴之正中下一針，穴之周圍下四針，而浮泛上舉，故名揚刺，適用於寒氣滯留，面積較大而淺的痺症。

23. 合谷刺：「合谷刺者，左右雞足，針於分肉之間，以取肌痺。」此處合谷非言穴名，而是指肌肉之大會合處。用三四針，攢合刺於附骨分肉之間，分向左右，如雞足狀，用來治療肌痺症。

#### (六) 兩面俱針類

《內經》中記載上病下取，左病右取之異位施針法，分述如下：

24. 偶刺：「偶刺者，以手直心若背，直痛所，一刺前，一刺後，以治心痺，刺此者，



傍針之也。」本法用二針，一刺胸前，一刺背後，使針力前後呼應，用來治療心胃窒塞之症，但須將針斜刺，避免刺傷臟腑。

25. 陰刺：「陰刺者，左右率刺之，以治寒厥，中寒厥，足踝後少陰也。」左右同刺，大多用來治療寒厥之症，寒屬陰，故名陰刺。如少陰證寒厥，治療可刺左右足內踝後之太谿，是足少陰經的腧穴。

### (七) 放血的方法

《內經》中有絡脈之中血有瘀結，積久則成為痺，用針刺之出血，使血行調暢，病自消除的記載。《靈樞·官針》所記載放血的方法，除絡刺外，尚有贊刺、豹文刺、大瀉刺等法。

26. 贊刺：「贊刺者，直入直出，數發針而淺之出血，是謂治癰腫也。」本法宜用三稜針，直入直出，淺刺其絡脈，反覆行針數次，以後助前，使之出血，故名贊刺，用來治癰腫之症。
27. 豹文刺：「豹文刺者，左右前後針之，中脈為故，以取經絡之血者，此心之應也。」於患部的前後左右，多針數處，如豹文一般，目的在刺中血脈，使其出血。
28. 大瀉刺：「大瀉刺者，刺大膿以鉞針也。」本法是用鉞針行切開手術以排出膿血，故名大瀉刺。

### (八) 火針的用法

29. 焮刺：「焮刺者，刺燔針，則取痺也。」以火將針燒紅刺入，可以用來治療寒痺之症，又名「燔針」，亦名「火針」。

## 第六節 特殊針的用法

除毫針外，針灸醫師常用的還有三稜針、火針、皮膚針，以及皮內針、電針等，分述如下：

### 一、三稜針用法

三稜針，也就是九針中的「鋒針」，刺絡脈放血時用之。《靈樞·九針十二原》說：「菀陳則除之。」其意是指用針放出惡血。放血之法，應用頗廣，《內經》有「蓋絡脈之中，血有鬱結，積久成痺，倘久而不去，則傳入經脈，甚至內達臟腑，轉成大病，用針刺之，

出血少許，使血行調暢、往往輕者立痊，重者轉輕。」的記載，如霍亂，痧症、猝仆等病，可於十宣、委中、尺澤等穴放血。

用三稜針放血的方法：

### (一) 點刺：

先將患部用酒精消毒後，右手持三稜針，迅速刺入半分至一分許，立刻退出，刺微血管或小靜脈，儘量靠近穴道處，以能出血為度，待黑血流盡，再用消毒棉花揉閉針孔。此法適用於卒中、昏仆等症，可刺人中、十宣等穴。

### (二) 散刺：

適用於癰腫流火之類的疾病，施行時可在患處紅腫部的前後、左右多刺幾針，然後用手上下揉按，壓出惡血，使紅腫迅速消退。此法只能應用於實症，而虛症氣血兩虧者禁用，用七星針放血最好。

若刺較大的絡脈，如肘窩尺澤部位，膝膕委中部位之靜脈管，須先將血液之去路，用橡皮帶紮緊，以手用力擠之，使血管擴張，靜脈非常明顯時，用三稜針急速刺入，隨即拔出，務使結聚之瘀血流出。須注意，刺時針尖適達血管的前壁內，不可太過，若刺穿血管後壁，則會造成血液內流進入肌肉組織中。若惡血已盡，血色由暗黑轉成鮮紅，仍不止者，可用消毒棉花，壓住針孔，輕輕揉按數下來止血。

除三稜針外，可用粗短之毫針（28或30號），或用注射針、採血針、七星針來代替。

## 二、火針用法

火針又名「燔針」，亦名「焮刺」，是以火將針燒紅，用來治療寒痺在內之症，其法源自於《靈樞·壽夭剛柔》，其篇中有「黃帝問曰：刺寒痺內熱奈何？伯高曰：刺布衣者，以火焮之。」的記載，又《靈樞·經筋》說：「焮刺者，刺寒急也。」，《靈樞·官針》說：「焮刺者，刺燔針，則取痺也。」。

火針用法，先將針在酒精燈上燒紅，次用墨點記穴位，並安慰患者，使其無恐懼，醫者急以左手按穴，右手持針迅速刺入，切忌太深，不可久留，速便出針，隨以左手揉按針孔。人身各穴都可用火針，惟面上忌火針，又腳氣病不宜用，用之反加腫痛。火針也適用於癰疽發背，潰膿在內而外面無頭者。

## 三、皮膚針用法

皮膚針又名「小兒針」，因所用之針為七枚並陳，所以也稱「七星針」。使用簡便，痛





感極微，尤以婦女、小兒之畏針者適用。可用在背部膀胱經、病灶部位，也可循經取穴。

皮膚針的作用，是源自於十二經的皮部，內與臟腑相連，故叩打皮部，可借經氣之傳達到達內臟，因此用皮膚針叩打皮膚，不但能治體表局部之酸痛癢麻，也可治療內臟的疾病，尤其慢性疾患最適合用皮膚針來治療。

用皮膚針叩打時，用力必須均勻，不可忽快忽慢，忽輕忽重，更不可用力太過，刺入皮內，利用腕部柔力，隨勢叩打皮膚。使用皮膚針之前，應作消毒，可將針浸在酒精內約十分鐘，叩打之部位，也須用酒精棉拭淨。

皮膚針依部位，可分為三種叩打法：

#### (一) 局部叩打法

於患部及其周圍，叩打三、五下，如目疾紅痛，叩打目眶周圍，耳鳴叩打耳殼周圍。

#### (二) 脊椎中樞叩打法

自頭骨下方頸椎至尾椎骨，及其兩側，以足太陽膀胱經所屬各臟腑之背俞穴為基礎，分排向其兩旁叩打，如胃病叩打脾俞、胃俞，直到意舍、胃倉等穴附近。

#### (三) 末梢叩打法

四肢手不過肘，足不過膝之四關俞穴，可視其病之所屬，選擇適當穴位叩打。如胃病可打脛外廉足陽明胃經所循行穴位的皮部。叩打之次序：先叩打中樞脊椎，其次打局部，最後為末梢。

### 四、皮內針用法

皮內針為日本赤羽幸兵衛氏所發明，將針刺入體內，留置數小時乃至數日，給予持續的刺激，適用於慢性疾患，如胃下垂、胃弛緩等病，對虛性神經痛症也有很好的療效，如項背痛、腹痛、腰痛、月經痛等。

此種針法所用的針，目前有兩種形式，一為如同普通毫針，較細而短，針尾呈顆粒狀；一為如圖釘式，針柄捲成圓圈形。前者須用鑷子，將針夾住，露出針尖少許，次以左手拇、食二指將皮膚攝起，右手用鑷子持針，沿水平方向刺入皮內。後者的用法，是先以左手將皮膚攝起後，只用右手持針安置穴上，用拇指按壓針柄，將針埋入皮內。刺入皮內後，在針柄下墊以小塊橡皮膏。然後再在上面加貼固定，待數小時或數日起針時，掀起橡皮膏，針即隨手而出。

## 五、電針機的用法

電針與電療不同，電療係用電氣療法，電針乃於針上加電，為針法與電療兩種物理療法的綜合應用，故其功效較電療法好。電針機是法國針灸家薩郎第愛醫師（Sarlandiore）於 1825 年所發明，逐漸推廣至德、日及我國，現已被廣泛使用。

### （一）電針機種類：

電針機之種類很多，以輸出之電流性能來分，可分為三類：

1. 直流電針機：利用乾電池作電源，純粹將直流電搭於針。
2. 交流電針機：利用電廠之交流電為電源，用變壓器降壓至所需要的強度即可。
3. 脈動直流電針機：其構造原理與電鈴相似，利用電流之磁性，吸動一塊固定的鐵片，使輸出斷斷續續之電流，而產生震盪作用。

以上三種電針機，前者電力較強，適用於外科、頑癬、癩瘰等症，後二者功用相同，適用於一般疾患。兩者不同的地方是脈動機的震盪力，在正電則強，負電則弱，但交流機則正負相同。

### （二）電針機輸出波形及作用：

一般電針機可輸出的波形以連續波、疏密波以及續斷波三種最常見，依次介紹如下：

1. 連續波：多數電針機可輸出的連續波頻率約介於 1~1000Hz，一般頻率低於 30Hz 的連續波稱為疏波，頻率高於 30Hz 的連續波稱為密波。疏波可以引起較強的肌肉收縮，產生較強烈的震動覺，因此可以提高肌肉韌帶的張力，促進神經肌肉功能的恢復，常用於神經肌肉癱瘓性疾病。密波產生的震動覺較小，可用於治療痿證，癱瘓，也可用做電肌體操訓練。
2. 疏密波：利用電廠之交流電為電源，用變壓器降壓至所需要的強度即可。
3. 續斷波：其構造原理與電鈴相似，利用電流之磁性，吸動一塊固定的鐵片，使輸出斷斷續續之電流，而產生震盪作用。

### （三）電針治療的適應證：

一般適用於針刺療法及低頻電刺激治療疾病的範圍皆可使用電針療法，尤以神經麻痺、肌肉萎縮、神經痛或功能低下的疾病療效較佳，其止痛、解痙等作用較針刺為強。其適應範圍如下：



1. 腦中風後遺症
2. 頭部外傷後遺症
3. 頸椎壓迫症候群
4. 坐骨神經痛
5. 風濕病
6. 退化性關節炎
7. 癌症疼痛
8. 肌肉萎縮
9. 頑固神經痛
10. 中樞神經疾病
11. 周邊神經疾病

(四) 電針治療的禁忌症：

電針療法的禁忌症與針法、灸法相同，尤其對於初診及懼怕針法者，不予使用電針療法。其主要的禁忌症為：禁針部位（如重要臟腑、神經、血管及關節腔）禁用；禁針穴位禁用；孕婦、幼童及身體衰弱或高熱神昏譫語者禁用。同一組電線正、負不可橫跨脊髓兩側。

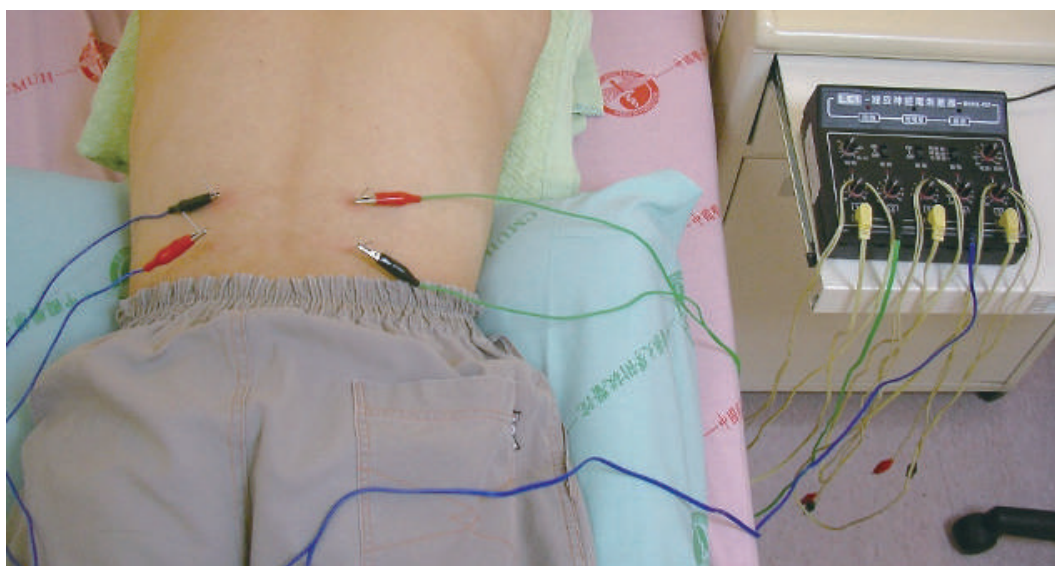


圖 10 電針機治療圖

### (五) 脈動直流機的使用程式如下：

刺針：取穴，施針，完畢後，即可通電。

通電：將電針機之電線搭於針柄上（正電搭於主要穴位，負電搭於次要穴位），然後扭動開關，此時電針機中發出顫動聲音的信號，即有電流輸出；次轉動調節器，使電流由小逐漸增大，直至患者感覺舒適為度。勿突然加大，或忽大忽小，以致暈針。

斷電：電針治療完畢後，扭轉調節器，先使電量由大逐漸減小，然後關閉開關，除去針柄電線，最後將針退出。

通電時間：一般為十至三十分鐘，對於實證的治療其通電時間可酌量延長，電流亦可加強；而用於治療虛證時，通電時間須短，電流不宜過大；通電期間，每隔三、五分鐘將正負電線互換一次，每隔十分鐘將穴擦運一次，以提高療效，行針時必須停電，針後加溫灸。

### (六) 電針療法的優點：

1. 可精確調整適當刺激量。
2. 保持長時間的得氣感應，不必經常運針。
3. 減少病患因運針所產生的不舒服感。
4. 可達到較強的刺激量。
5. 使肌肉收縮，對於肌肉廢用產生的萎縮症有療效。
6. 在使用針刺麻醉時，配合電針可使麻醉止痛效果更佳。

## 六、耳針的用法

### (一) 概述：

耳針是在耳廓穴位以針或壓按以治療身體疾病的一種方法。另外，通過對耳穴的望診、壓診、電位測定等方法還可用於診斷疾病。

耳穴的發展有著悠久的歷史，中國古代醫籍中就有一些關於耳穴的記載，如《靈樞·厥病》：「耳聾無聞，取耳中。」《千金方》：「耳中穴，在耳門孔上橫梁是，針灸之，治馬黃黃疸、寒暑疫毒等病。」以後歷代醫家不斷發展，如明代楊繼洲在《針灸大成》中說：「耳尖二穴，在耳尖上，卷耳取尖上是穴，治眼生翳膜。」在



明代對五臟在耳廓上的定位已有記述，如《小兒按摩經·察耳篇》載：「耳上屬心……耳下屬腎……耳後耳裡屬肺……耳後耳外屬肝……耳後耳中屬脾。」書中還附有耳穴圖。近幾十年來耳穴有了很大的發展，五〇年代中期，法國的 P. Nogier 發表了耳穴圖，記載了四十多個耳穴，對耳穴的發展起了促進作用。1975 年發表的耳穴達到二百多個，其他亞洲、歐洲、美洲一些國家，也做了很多耳穴的研究，致使耳穴增加到數百個。

為了便於科學研究、教學和臨床運用，和國際間的學術交流，世界衛生組織委託中國將耳穴進行歸納整理，中國針灸學會耳針學組對各國的耳穴名稱、部位、主治進行了歸納分析，也制定有「耳穴標準化方案」。

### (二) 耳與臟腑經絡的關係：

《素問·金匱真言論》：「南方赤色，入通於心，開竅於耳，藏精於心。」《靈樞·脈度》篇：「腎氣通於耳，腎和則耳能聞五音矣」《難經·四十難》也說：「肺主聲，故令耳聞聲。」《釐正按摩要術》中進一步將耳朵分為心肝脾肺腎五部「耳珠屬腎，耳輪屬脾，耳上輪屬心。耳皮肉屬肺，耳背玉樓屬肝。」說明臨床上觀察到了耳與臟腑生理方面是有密切相關的。

### (三) 耳穴的定位與主治：

耳穴在耳廓的分佈有一定的規律，一般來說，耳穴在耳廓的分佈好像一個倒置的胎兒，頭部朝下臀部朝上。其分佈規律是：與頭面部相應的穴位在耳垂及其鄰近處；與上肢相應的穴位在耳舟；與軀幹和下肢相應的穴位在對耳輪和對耳輪上、下腳；與內臟相應的穴位，多集中在耳甲艇和耳甲腔；消化道在耳輪腳周圍環形排列。



圖 11 耳圖



圖 12 耳神門放磁珠

#### (四) 耳穴探查方法：

1. 直接觀察法：直接觀察有無變形、變色等現象，如脫屑、水皰、丘疹、充血、硬結節、贅生物、色素沉積、以及血管的形狀、顏色的變異等。
2. 壓痛法：用探針探壓，尋找壓痛點。再根據敏感點所代表的臟腑，及解剖生理上的相對應部位分析，如肺區出現壓痛點，可能是肺病、大腸病或皮膚病的表現。
3. 電測法：電子儀器測定耳穴皮膚電阻、電位的變化，亦可得知相對應臟腑的功能變化。

#### (五) 耳穴在輔助診斷上的應用：

當人體內臟或軀體某部位發生病變時，往往會在耳廓上的相應區域出現各種反應。這種病理性反應可表現為變形、變色、脫屑、丘疹、壓痛敏感、皮膚電阻低等。這些現象出現在耳穴可作為輔助診斷的依據。醫者將觀察結果，結合病人的症狀便可作出正確的臨床診斷。

如腰腿痛在臀和坐骨區；胃痛在胃區等都有可能出現明顯的壓痛敏感點。又如耳垂部出現斜皺紋的耳折徵，可能與冠心病有關係。胃潰瘍患者，在耳廓胃區常出現小點狀圓形丘疹，並與周圍正常皮膚有別。

#### (六) 應用範圍：

耳針適應症有頭痛、偏頭痛、三叉神經痛、肋間神經痛、帶狀泡疹、膽石症、泌尿系結石、胃痛的內臟疼痛；氣管炎、心律不整、月經不調、過敏性鼻炎。另外，耳針還可用於針刺麻醉、戒菸、減肥、戒毒等。

#### (七) 注意事項：

1. 嚴密消毒防止感染，耳廓有凍傷或炎症的部位，不可針刺。針後，若針處紅腫或脹痛，需用 2% 碘酒塗擦，並服用消炎藥物。
2. 毫針、電針、用菜籽壓法，則每五至七天換一次。一般可輪流選用耳穴，一個耳穴平均治療五至十次。
3. 孕婦，年老體弱者，刺時手法要輕，以防發生意外。
4. 注意防止暈針。



## 七、雷射針灸的用法

### (一) 定義：

光能以多種方式用於治療用途，現代醫學使用連續和非連續光源對細胞和組織造成影響，如低劑量雷射（Low-level laser therapy）和發光二極體（Light-emitting diode, LED），即所謂光生物調節（Photobiomodulation, PBM）。低劑量雷射目前證實具有廣泛的治療效應，包括傷口癒合、改善炎症和減輕疼痛 [1]，且成功應用於現代醫學的許多領域，如婦產科、泌尿科、神經科、耳鼻喉科、兒科、牙科等，此外，低劑量雷射也應用在刺激穴位或肌肉骨骼激痛點，這種結合傳統穴位與現代雷射科技的治療形式即為「雷射針灸」。

雷射針灸（Laser acupuncture）為使用低強度、非致熱的雷射照射刺激傳統針灸穴位。相較起傳統針灸，雷射針灸只需較短的治療時間（10-20 秒 / 穴），且屬於非侵入性治療，除了更加安全，更具有無創、無菌、無痛的優勢，並且更適合用於那些被歸類為有治療困難的部位，例如黏膜、傷口、耳穴位、生殖器的周圍穴位等，因此，雷射針灸可能成為金屬針具的有效替代品，也是特定患者如兒童、老人、免疫低下者的首選針灸方式。

### (二) 起源：

世界第一台雷射機器發明於 1960 年，1967 年 Andre Mester（1903-1984）進行低劑量雷射對皮膚的治療試驗，並提出雷射生物刺激理論（Laser biostimulation）。1973 年 Friedrich MW Plog（1920-2009）以雷射替代金屬針應用在針灸穴位，於其論文《Biophysical Application of the Laser Beam》介紹雷射針灸治療腰部疼痛、失眠、頭痛、子宮頸疼痛等 17 個適應症。他的研究促使德國 Messerschmitt-Bolkow-Blihm GmbH（MBB）公司生產了第一個商用的雷射針灸系統，稱為“AkupLaser System Plog”。1973 年至 20 世紀末，雷射針灸蓬勃發展，此期間全世界發表了 500 多篇科學論文。20 世紀末，多項研究證明雷射針灸可能是針灸的替代品。2001 年至 2002 年，多通道雷射針灸裝置的發明，使雷射針灸同時完成多個穴道的治療，脫離單一位點、手持式的治療模式 [2]。

### (三) 操作方法：

雷射治療的有效性受許多參數影響，包括治療波長、穿透深度、照射時間、雷射能量、脈衝重複率和治療方案。臨床上，用於雷射針灸的波長介於 600-1000 nm 之間，屬於紅色光以及近紅外線的波長範圍，其中，光從 650-900 nm 的波長具有最佳的穿透力，較短的波長（低於 600 nm）容易被血紅素及黑色素吸收，較長的波

長（超過 900 nm）被水吸收的比率較高。一般雷射功率介於 5-500mW（毫瓦），雷射功率越大，治療時間越短。能量密度（Joule/cm<sup>2</sup>）在部分書籍稱為「劑量」，則受能量、工作週期（Duty cycle, d.c）、治療時間及治療面積所影響，計算公式如圖表中註一所示，例如：以 1000mW 的功率連續雷射照射 1 秒為 1 J/cm<sup>2</sup>。另外，為避免皮膚的反射作用導致雷射能量損失，建議將雷射探頭垂直皮膚表面照射，可直接接觸皮膚或距離皮膚 1-2 毫米 [3-5]，下表為其整理。

波長 (nm)	雷射針灸波長介於 600-1000 nm 之間
雷射功率 (mW)	雷射針灸介於 5-500mW( 毫瓦 )
能量密度 (Joule/cm <sup>2</sup> )	$\frac{\text{雷射功率 (mW)} * \text{治療時間 (Sec)} * \text{工作週期}}{\text{治療面積 (cm}^2\text{)}} = \text{Joule/cm}^2$ <p>註一：連續模式（continuous mode）的工作週期為 1，頻率調節模式（方波或正弦波，例如 Nogier 或 Bahr 模式）的工作週期為 0.5</p>

雷射針灸的安全性建立於正確的使用方式，首先，我們需依據針灸適應症擇定穴位（一般穴位、阿是穴、治療區域）與治療方案（單一 / 多通道雷射針灸裝置）、每週治療次數等，再選擇頻率（如 Bahr 頻率或 Nogier 頻率）、最後設定照射每個穴位的能量（Joule），另外，耳醫學理論提出以耳心反射（Reflex Auriculo-Cardiac, RAC）的方式來協助探測治療的位點。若將雷射應用於診斷和治療上，最著名且最廣被使用是德國醫師 Bahr 和法國醫師 Nogier 所提出的頻率設定，以下是這些頻率與相應治療疾病的對照摘要整理 [6-8]：

Bahr 頻率	對應疾病或身體的部位
1/599.5	深層組織 (lower tissue layer)
2/1199	中層組織 (central tissue layer)
3/2398	慣用側的表層組織 (surface tissue structure on the dominant side)
4/4796	非慣用側的表層組織 (non-dominant side)
5/9592	振盪頻率 (Oscillation)
6/19184	身心點，可對應 Nogier 的 G 頻





7/38368	牙齒疼痛，可對應 Nogier 的 F 頻
註二：另有 Bahr 頻率，Bahr 6 = 149,875、Bahr 7 = 299,75 則用於耳醫學。	

Nogier 頻率 /HZ	對應雷射針灸頻率 /HZ	對應疾病	身體的部位
A/2.28	A/292	發炎、退化性疾病、細胞運作功能	身體傷口
B/4.56	B/584	營養、代謝、消化、免疫、細胞營養功能	腹部
C/9.12	C/1168	肌肉收縮、括約肌功能障礙	骨骼肌肉、關節、四肢
D/18.4	D/2336	運動功能障礙 (locomotion dysfunctions)	接合點 (commissures)
E/36.5	E/4672	脊椎疼痛、神經炎、神經痛	脊椎、神經
F/73	F/9344	憂鬱、情緒或精神症狀、內分泌疾病、經期與更年期疾病	顏面、大腦皮質下 (subcortex)、情緒
G/146	G/18688	認知和身心失調、智能障礙	大腦皮質、眼睛

#### (四) 適應症：

本文在 Pubmed 資料庫（1966 年 -2023 年 4 月），以低劑量雷射、雷射針灸進行搜尋，採用資料庫收錄之 SCI 系統性回顧文獻（level Ia）、隨機分配臨床試驗（level Ib）的文獻來進行統整，結果發現雷射針灸對疼痛控制、夜間遺尿、肥胖具有治療效果。另外，隨機雙盲試驗結果指出雷射針灸在兒童氣喘 [9]、女性尿失禁 [10]、手術後噁心嘔吐、頭痛具有潛力 [11]，但因不同試驗間的結果差異性大，目前仍缺乏定論。

##### 1. 疼痛控制

一項收錄 49 篇臨床隨機對照研究之系統性回顧文獻（截至 2013 年 3 月 1 日止）結果顯示，疼痛控制為雷射針灸在臨床最主要的療效，包含肌筋膜疼痛、肌肉骨骼激痛點。在給予足夠的刺激劑量下，雷射針灸可有效地治療肌肉骨骼疼痛，且效果可持續達 6 週以上，甚至最長可達半年。最常使用雷射針灸的治療部位是激痛點（trigger point）（39%），可降低疼痛程度，而且緩解疼痛的長期效果優於短期效果。其中雷射針灸傳遞到治療目標點的能量必須達到閾值，即以

最低輸出 10 mW 的平均輸出功率和至少 0.5 J 進行雷射治療，雷射針灸才能產生預期的效果 [12]。另一系統性回顧文獻收錄 9 篇雷射針灸治療肌筋膜疼痛的研究，其設定的治療次數為 10-12 次，功率輸出範圍為 0.95-25 mW，劑量為 0.57-5 J [13]。

## 2. 顫顎關節功能障礙

2 篇報告隨機、雙盲的試驗顯示雷射針灸可有效改善顫顎關節疼痛與下顎運動功能 [14,15]，相關試驗內容摘要如下：

研究	參加者	介入	結果	治療參數和使用穴位
Madani A 等人，2020 年	n = 45	2 次 / 週，持續 5 週	改善疼痛程度和下顎運動功能	以 200-mW, 810nm 於 頰 車 (ST6)、下 關 (ST7)、合 谷 (LI4)，每穴照射 30 秒，21J/cm <sup>2</sup>
L.A. Ferreira 等人，2013 年	女性，n = 29	1 次 / 週，持續 3 個月	改善疼痛程度	以 50-mW 於 頰 車 (ST6)、聽 宮 (SI19)、風 池 (GB20)、俠 谿 (GB43)、合 谷 (LI4)、太 衝 (LR3)、中 渚 (TE3)、印 堂 (EX-HN3)，每穴照射 90 秒，4.5 焦耳，112.5-J/cm <sup>2</sup>

## 3. 退化性膝關節炎

一系統性回顧文獻指出雷射針灸可有效短期緩解膝蓋疼痛，但可能無法阻止退化性膝關節炎的進展 [16]，相關試驗內容摘要如下：

研究	參加者	介入	結果	穴位
Al Rashoud 等人，2014 年 [17]	VAS $\geq$ 3 之患者，n = 49	共 9 次	改善膝蓋短期疼痛	30-mW, 830nm 於 陰 陵 泉 (SP9)、血 海 (SP10)、足 三 里 (ST36)、犢 鼻 (ST35)，每穴照射 40 秒，總共 1.2J/cm <sup>2</sup> 。
Helianthi 等人，2016 年 [18]	第 2 或 3 級退化性膝關節炎，n = 59	共 9 次	改善疼痛程度	50mW, 785nm 於 犢 鼻 (ST35)、足 三 里 (ST36)、陰 陵 泉 (SP9)、陽 陵 泉 (GB34)、膝 眼 (EX-LE4)，每穴照射 80 秒，4 焦耳。



#### 4. 夜間遺尿

夜間遺尿，或稱為尿床，有三項隨機雙盲臨床研究指出 [19]，雷射針灸可減少平均尿床次數、改善膀胱日間平均排空體積和膀胱儲存量，臨床研究建議治療時間為 4-5 週，每週 2-3 次，常用穴位為足三里 (ST36)、中極 (CV3)、關元 (CV4)、腎俞 (BL23)、膀胱俞 (BL28)、次膠 (BL32)、三陰交 (SP6)、太谿 (KI3)，使用波長為 632-670nm，功率輸出範圍為 5-15 mW，總能量為 2.1-9 J/cm<sup>2</sup>。

#### 5. 肥胖

一項納入 7 篇文獻之系統性回顧文獻指出研究雷射針灸主要作用在體重、質量指數、腰圍、臀圍、腰臀比和體脂肪量，最常用穴位為天樞 (ST25) [20]。試舉其中一篇雙盲交叉試驗之設定治療參數如下：

研究	參加者	介入	結果	穴位
Tseng 等人， 2016 年 [21]	肥胖病患 BMI>31， n=52	3 次 / 週， 共 8 週	體重、質量指數、體脂肪量、腰圍、腰臀比、飢餓感下降，飽足感上升。	150mW, 808nm 於天樞 (ST25)、足三里 (ST36)、豐隆 (ST40)、內庭 (ST44)、合谷 (LI4)、曲池 (LI11)、三陰交 (SP6)、內關 (PC6)，每穴照射 10 秒，4.0 J/cm <sup>2</sup>

#### 6. 兒童牙科

一項針對雷射針灸應用於兒童牙科的系統性回顧文獻指出，雷射針灸可抑制兒童接受口內 X 光攝影時所致之嘔吐反射（穴位：內關）、降低牙科手術麻醉前疼痛（穴位：合谷）和減輕兒童睡眠磨牙症症狀（穴位：合谷、太衝、陽陵泉、足三里、聽宮、三陰交），其治療波長在 716-980nm 間，治療時間為 14-60 秒，劑量為 1-4 焦耳 [22]。

#### (五) 禁忌症：

臨床操作雷射針灸，多數患者接受低劑量雷射刺激時不會有任何感覺，少數患者表示會有皮膚刺痛感或輕微觸摸感。從截至 2020 年的 737 篇 RCT 文獻中去整理雷射針灸的不良反應，大多數文獻指出雷射針灸是安全的，僅有 6 篇文獻記載輕微不良反應，如刺痛和疲勞，且能在一日內緩解 [23]。

根據雷射安全標準與等級分類 (International Electrotechnical Commission

60825-1) ，雷射針灸屬於 3B 級，直接照射可能會導致眼睛損傷；因此，操作雷射針灸的過程中，患者和醫師皆須佩戴防護眼鏡。

目前有關雷射針灸的禁忌症仍存有爭議，節錄文獻建議如下：(1) 避免將雷射光束直接照射到患者眼睛周圍；(2) 如果患者懷孕，不能照射下腹部；(3) 心臟病患者與使用心律調節器者，不能照射其心臟區域；(4) 癲癇患者不能照射腦部；(5) 避免直接照射腫瘤區域、出血區域、甲狀腺與性腺；(5) 應避免照射兒童尚未閉合之凶門及骨垢線；(5) 不要用於使用免疫調節劑患者。前述建議供臨床醫師參考，有關雷射針灸施行與否，仍需由臨床醫師依病患情況經審慎評估後使用 [24]。

## ■ 參考文獻

1. Hu WL, Hung YC, Hung IL. Explore Laser Acupuncture's Role [Internet]. Acupuncture in Modern Medicine. InTech; 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/55092>
2. Litscher G. History of Laser Acupuncture: A Narrative Review of Scientific Literature. *Med Acupunct*. 2020;32(4):201-208.
3. Ash C, Dubec M, Donne K, Bashford T. Effect of wavelength and beam width on penetration in light-tissue interaction using computational methods. *Lasers Med Sci*. 2017;32(8):1909-1918.
4. Whittaker, P. Laser acupuncture: past, present, and future. *Lasers Med Sci*. 2004; 19, 69–80.
5. Chon TY, Mallory MJ, Yang J, Bublitz SE, Do A, Dorsher PT. Laser Acupuncture: A Concise Review. *Med Acupunct*. 2019;31(3):164-168.
6. Frank Bahr. Frequencies and instruments. Laser Acupuncture and Innovative Laser Medicine. Stulz-Druck & Medien GmbH;2018. ISBN: 398194660X, 9783981946604.
7. Nogier R. History of Auriculotherapy: Additional Information and New Developments. *Med Acupunct*. 2021;33(6):410-419.
8. Beate Strittmatter. Zone-Dominating Points—Overview. Ear Acupuncture: A Precise Pocket Atlas, Based on the Works of Nogier/Bahr. Thieme; 2nd edition.



ISBN-10:9783131319623

9. Zhang, J., et al. Laser acupuncture for the treatment of asthma in children: a systematic review of randomized controlled trials. *J Asthma*, 2012; 49(7): 773-777.
10. Chang YW, Lo TS, Chang HN, Shiao YH, Yeh YC. Laser acupuncture alleviates symptoms and improves quality of life in women with overactive bladder: a double-blind, pilot randomized controlled trial. *Evid Based Complement Altern Med*, 2020; 2020: 1705964.
11. Whittaker P. Laser acupuncture: Past, present, and future. *Lasers Med Sci*, 2004; 19(2):69-80.
12. Law D, McDonough S, Bleakley C, Baxter GD, Tumilty S. Laser acupuncture for treating musculoskeletal pain: a systematic review with meta-analysis. *J Acupunct Meridian Stud*. 2015;8(1):2-16.
13. Baxter GD, Bleakley C, McDonough S. Clinical effectiveness of laser acupuncture: a systematic review. *J Acupunct Meridian Stud*. 2008;1(2):65-82.
14. L.A. Ferreira, R.G. de Oliveira, J.P. Guimarães, A.C. Carvalho, M.V. De Paula. Laser acupuncture in patients with temporomandibular dysfunction: a randomized controlled trial. *Lasers Med Sci*, 2013; 28(6): 1549-1558.
15. Madani A, Ahrari F, Fallahrastegar A, Daghestani N. A randomized clinical trial comparing the efficacy of low-level laser therapy (LLLT) and laser acupuncture therapy (LAT) in patients with temporomandibular disorders. *Lasers Med Sci*, 2020; 35(1): 181-192.
16. Chen Z, Ma C, Xu L, Wu Z, He Y, Xu K, Moqbel SAA, Wu L. Laser Acupuncture for Patients with Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019; 2019: 6703828.
17. Al Rashoud AS, Abboud RJ, Wang W, Wigderowitz C. Efficacy of low-level laser therapy applied at acupuncture points in knee osteoarthritis: a randomised double-blind comparative trial. *Physiotherapy*, 2014; 100(3): 242-248.

- 
18. Helianthi DR, Simadibrata C, Srilestari A, Wahyudi ER, Hidayat R. Pain Reduction After Laser Acupuncture Treatment in Geriatric Patients with Knee Osteoarthritis: a Randomized Controlled Trial. *Acta Med Indones*, 2016; 48(2): 114-121.
  19. Ton G, Lin CH, Ho WC, Lai WY, Yen HR, Lee YC. The Effects of Laser Acupuncture Therapy on Nocturnal Enuresis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Acupunct*, 2022; 34(4): 228-239.
  20. Namazi N, Khodamoradi K, Larijani B, Ayati MH. Is Laser Acupuncture An Effective Complementary Therapy for Obesity Management? A Systematic Review of Clinical Trials. *Acupunct Med*, 2017; 35(6):452-459.
  21. Tseng CC, Tseng A, Tseng J, Chang CH. Effect of Laser Acupuncture on Anthropometric Measurements and Appetite Sensations in Obese Subjects. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2016; 2016: 9365326.
  22. Mira PCDS, Vilela LD, Corona SAM, Borsatto MC. Effect of low-level laser stimulation of acupuncture points in pediatric dentistry: a systematic review. *Lasers Med Sci*, 2023; 38(1): 52.
  23. Yang J, Mallory MJ, Wu Q, et al. The Safety of Laser Acupuncture: A Systematic Review. *Med Acupunct*, 2020; 32(4): 209-217.
  24. Navratil L, Kypplova J. Contraindications in noninvasive laser therapy: truth and fiction. *J Clin Laser Med Surg*, 2002; 20(6): 341-343.

## 第七節 針法之適應症與禁忌

### 一、針法的適應症

內、外、婦、兒、五官等科的任何疾病，都可以用針刺來治療，故俗有「萬病一針」的說法。古人認為針刺可以調氣，現代研究已知針刺能刺激神經，所以針刺對於氣分證如暴厥暴閉、胃腸失運、消化不良等，神經系統疾患如諸種神經痛、神經麻痺等的效果較好。至於器質疾患或部份傳染病的治療，則療效不一，或需要用其他治療方法的輔助。針法的適應症如下：



1. 神經系統的疾病：各種末梢神經之神經痛、麻痺、痙攣、神經衰弱、頭痛、齒痛、腳氣。
2. 循環系統的疾病：神經性心悸、神經性狹心症。
3. 運動系統的疾病：急慢性之關節風濕病、肌炎等。
4. 消化系統的疾病：耳下腺炎、急慢性胃炎、胃痙攣、神經性消化不良、胃肌衰弱、急慢性腸炎、腸疝痛、腸肌衰弱、腸痙攣、便秘、下痢等。
5. 呼吸系統的疾病：急慢性喉頭炎、氣管炎、支氣管炎、支氣管性氣喘等。
6. 泌尿生殖系統的疾病：腎臟炎、膀胱炎、膀胱痙攣、淋病、睪丸炎等。
7. 婦科疾病：子宮內膜炎、卵巢炎、月經異常等。
8. 小兒科疾病：消化不良、夜驚、遺尿、疳積等。

注意：施針時必須考慮部位、體質、病情及時間等因素，才使得增加療效，並避免發生不良後果。

## 二、針法的禁忌

對於有組織器官壞死、法定傳染病、有死亡危險、發高燒、血尿、骨折、脫臼等患者，不要施行針刺療法。

### (一) 禁針部位

#### 1. 重要臟腑部位：

《素問·刺禁論》有「刺中心，一日死；刺中肝，五日死；刺中脾，十日死；刺中肺，三日死；刺中腎，六日死；刺中膽，一日半死；刺少腹中膀胱，溺出，令人少腹滿。」的記載。

#### 2. 重要神經部位：

神經中樞及神經叢集的部位，不可針刺，如《素問·刺禁論》說：「刺頭，中腦戶，入腦立死；刺脊間中髓為傴；刺乳上中乳房，為腫根蝕；刺缺盆中內陷氣泄，令人喘，咳逆；刺膺中陷，中肺，為喘逆仰息；刺掖下脇間，內陷令人欬。」

#### 3. 重要血管部位：

人體重要血管分佈部位，尤其是動脈淺的部位，應避免刺傷。如《素問·刺禁論》所說：「刺面中溜脈，不幸為盲；刺客主人內陷中脈，為內漏為聾；刺眶

上陷骨中脈，為漏為盲；刺舌下中脈，太過出血不止，為瘡；刺臂太陰脈出血多，立死；刺手魚腹內陷，為腫；刺氣街中脈，血不出為腫鼠仆；刺陰股中大脈，血出不止，死；刺郄中大脈，令人仆，脫色；刺足少陰脈，重虛出血，為舌難以言；刺跗上中大脈，血出不止，死；刺足下布絡中脈，血不出為腫。」

#### 4. 大關節部位

《素問·刺禁論》說：「刺關節中液出，不得屈伸；刺膻腸內陷為腫；刺肘中內陷氣歸之為不屈伸；刺陰股下三寸，內陷令人遺溺；刺膝臏出液為跛。」

### (二) 針刺深淺

1. 腧穴有一定的位置，一般都位於筋骨凹陷或動脈旁，除了以刺血絡，刺筋肉為目的，一般都須避開筋骨和血管，臟器部位處則不可深刺。
2. 深度：除了只用於淺刺的各種針具外，應用毫針刺時應注意深度，標準決定於腧穴的規定深度和患者肌肉的厚度，薄宜淺刺，結合斜刺或橫刺；厚則宜深刺，可用直刺；特厚的部位如臀部，可用長針。
3. 淺刺（二至三分）：肢端、頭頂等皮肉淺薄處。
4. 中度（三至五分）：胸、背、手、足。
5. 深刺（六分至一寸五分）：腰、腹、腿、膝、肘、臂。
6. 特深（一寸五分至三寸）：臀部、肌肉深厚處。

### (三) 禁針腧穴

禁針腧穴共三十五穴，可分為下列五種：

1. 絕對禁針穴：神庭、腦戶、玉枕、絡卻、承靈、角孫、承泣、神道、靈臺、臑中、手五里、青靈、神闕、橫骨、氣衝、箕門、承筋、水分、會陰、乳中、三陽絡、伏兔。
2. 不可針深穴：缺盆、雲門、肩井、上關、人迎、鳩尾。
3. 忌出血穴：然谷、衝陽、顛息。
4. 婦女禁針穴：孕婦禁針合谷、三陰交。懷孕五月以下，肚臍下各穴禁針，五月以上，上腹部諸穴亦不可針。又石門穴針之有絕孕之慮，婦女均應禁針。
5. 小兒禁針穴：小兒未滿八歲，顛會不可下針。





分析《針灸大成》與《醫宗金鑑·刺灸心法要訣》所記載的禁針穴與禁灸穴，發現這些穴位大多位於體內重要臟器的鄰近位置，如肩井穴下為肺尖、百會穴之下為大腦，或大血管之所在（例：顱膠下針宜慎，以免出血）、或刺激性強的穴位所在（例：乳中穴極為敏感，不宜強加刺激）。因此，這些穴位在臨床上，應視為相對禁忌，未必為絕對禁針或禁灸之穴位，臨床上除非必要，宜盡量避免選取這些穴位。

至於合谷、三陰交等穴，為大多數病人常用的穴位，但對於某些患者如孕婦或虛證之患者，若對這些穴位刺激過度，有時會造成副作用。現將歷代典籍所記載的禁針穴與禁灸穴分別整理如下表 20、表 21：

表 20 禁針穴

屬 經	《針灸大成》之禁針穴名	《刺灸心法要訣》之禁針穴名
手太陰肺經	雲門	雲門
手陽明大腸經	手五里、合谷	手五里、合谷(孕婦)
足陽明胃經	承泣、氣衝、缺盆、衝陽、乳中	承泣、乳中、缺盆、衝陽
足太陰脾經	箕門、三陰交	箕門、三陰交(孕婦)
手少陰心經	青靈	青靈
手太陽小腸經	無	顱膠
足太陽膀胱經	玉枕、絡卻、承筋	玉枕、絡卻、承筋、膏肓、大杼、膈俞、膽俞
足少陰腎經	橫骨	橫骨
手厥陰心包經	無	無
手少陽三焦經	顱息、角孫、三陽絡	顱息、角孫、三陽絡
足少陽膽經	承靈、肩井	承靈、肩井(孕婦)、上關
足厥陰肝經	無	無
督 脈	腦戶、顱會、神庭、神道、靈臺	腦戶、顱會、神庭、神道、靈臺
任 脈	臆中、水分、神闕、會陰、石門、鳩尾	臆中、水分、神闕、會陰、石門、鳩尾

表 21 禁灸穴

屬 經	《針灸大成》之禁灸穴名	《刺灸心法要訣》之禁灸穴名
手太陰肺經	天府、少商、魚際、經渠	天府、少商、魚際、經渠
手陽明大腸經	口禾膠、迎香	口禾膠、迎香
足陽明胃經	頭維、下關、人迎、乳中、條口、伏兔、髀關、犢鼻、陰市	頭維、下關、人迎、乳中、條口、伏兔、髀關、陰市
足太陰脾經	周榮、腹哀、漏谷、陰陵泉、隱白	周榮、腹哀、漏谷、陰陵泉、大都 (胎產百日內)
手少陰心經	無	少海
手太陽小腸經	顴膠、肩貞	顴膠、肩貞
足太陽膀胱經	天柱、承光、攢竹、睛明、申脈、委中、殷門、承扶、白環俞、心俞	天柱、承光、攢竹、睛明、申脈、委中、殷門、承扶、白環俞、心俞、大杼
足少陰腎經	無	無
手厥陰心包經	中衝	中衝、勞宮
手少陽三焦經	絲竹空、天牖、陽池	絲竹空、天牖、陽池、耳門
足少陽膽經	頭臨泣、淵液、地五會、膝陽關	頭臨泣、淵液、地五會、膝陽關
足厥陰肝經	無	無
督 脈	痙門、風府、素膠、脊中	痙門、風府、素膠、脊中、腦戶
任 脈	鳩尾	鳩尾

(四) 施行針刺必遵守的原則

據《靈樞·終始》所記載，施行針刺須遵守以下的原則：

1. 新內勿刺，已刺勿內。
2. 已醉勿刺，已刺勿醉。
3. 新怒勿刺，已刺勿怒。



4. 新勞勿刺，已刺勿勞。
5. 已飽勿刺，已刺勿飽。
6. 已饑勿刺，已刺勿饑。
7. 已渴勿刺，已刺勿渴。
8. 大驚大恐，必定其氣，乃刺之。
9. 乘車來者，臥而休之，如食頃，乃刺之。
10. 出行來者，坐而休之，如行十里頃，乃刺之。

大汗、大泄及新產失血後，身體形氣大虧，不可再施行針刺治療，以防虛虛之過。或經診斷，脈證相逆，去死不遠，都不可用針。

#### (五) 病情的禁忌

有些疾病不是針灸的適應症，且疾病的性質有表裏、寒熱、虛實的不同，宜針宜灸，都須當細辨。

##### 1. 特殊症候：

《靈樞·五禁》提出五奪、五逆等證，對這些病證須審慎處理，如施針灸，不可施行瀉法。

##### (1) 五奪：

- ① 形肉已奪。
- ② 大奪血之後。
- ③ 大汗出之後。
- ④ 大泄之後。
- ⑤ 新產及大血之後。

以上正氣都已大損，不可再行瀉法。

##### (2) 五逆：

- ① 熱病脈靜，汗已出脈盛躁。
- ② 病泄，脈洪大。
- ③ 著痺不移脛肉破、身熱、脈偏絕，是三逆也。

④ 淫而奪形、身熱，色天然白，乃後下血衄，血衄篤重，是謂四逆也。

⑤ 寒熱奪形，脈堅搏。病證和脈象相逆，病情嚴重，須謹慎處理。

## 2. 暫時現象：

對暫時性的疲累、饑飽、情緒激動、氣血不定等情況，刺灸前後必須避免。在接受刺灸之前須稍加休息，如勞累、饑飽，都不宜施行針灸。刺灸之後也不宜馬上進行劇烈活動，必須休息一段時間，使氣血平和。

## 3. 疾病性質：

疾病有表裏、寒熱、虛實、病邪，留滯於淺表的宜淺刺，深錮的宜深刺，《靈樞·官針》說：「病淺針深，內傷良肉，……病深針淺，病氣不瀉……」凡表熱症，宜淺刺、疾出，可出血；表寒症，宜淺刺，溫針；裏熱症，宜深刺，行瀉法；裏寒症，宜深刺，行補法，多灸；虛寒症，宜行補法，少針多灸；虛熱症，宜行補法，多針少灸；表實症，宜行瀉法，淺刺；裏實症，宜行瀉法，深刺。

### (1) 表：

熱——疾出、出血、淺刺

寒——溫針

### (2) 裏：

熱——瀉法、多針、深刺

寒——補法、多灸

### (3) 虛：

熱——多針、少灸、補法

寒——少針、多灸

### (4) 實：

熱——淺刺、瀉法

寒——深刺

《靈樞·終始》說：「脈實者，深刺之，以泄其氣。脈虛者，淺刺之，使精氣得出。」這是根據病情的虛實以分別深淺、補瀉，如經氣虛陷等證，則宜用灸法，《靈樞·官能》說：「經陷下者，火則當之。」

## 4. 時間的宜忌：



時間包括留針的久暫、施術的時刻或時令；前者用於一般刺法，後者為特種刺灸法。

- (1) 留針的久暫：對表熱證宜急出針，對裏病和寒症，一般均須留針，留針的久暫，可以分六至三十分鐘，主要是為了延長針灸的作用。
- (2) 施術的時刻或時令：特種刺灸法，如子午流注配穴法和靈龜八法配穴法，都要非常注重時刻。

## 第八節 針法之臨床應用與注意事項

### 一、從歷代典籍到現代教科書看針刺深度研究與臨床運用

針刺治療是中國醫學的一大特點，其理論基礎是架構在經脈系統的知識上。由於該治療方式具有侵入性，並能以透過影響經脈而達到「決死生、處百病、調虛實」的目的，因此對於針刺治療自古即有各種嚴格的規範。其中，「針刺深度」是極受臨床醫家關注的重點之一。除了關係到治療安全性之外，針刺的深度更受到俞穴特性、患者體質、四季不同、病情病位及得氣與否的差異性所影響。自《黃帝內經》開始，歷代典籍就有針刺深度相關知識的探討。如《素問·刺要論》指出：「病有浮沉，刺有淺深，各至其理，無過其道。過之則內傷，不及則生外壅，壅則邪從之。淺深不得，反為大賊，內動五藏，後生大病。」說明適當針刺深度的重要性。而《難經》七十、七十一難也分別提出「春夏淺刺、秋冬深刺。」及「刺榮無傷衛、刺衛無傷榮。」以說明時序不同、人身部位差異與針刺深度的關係。因此正確掌握針刺深度的原則是治療成功與否的關鍵因素之一。

雖然在以《黃帝內經》為首的中古醫學時期提出不少針刺深度的原則性概念，但針刺深度規範的確切尺寸在當時僅見於《靈樞·經水》：「足陽明刺深六分，留十呼。足太陽深五分，留七呼。足少陽深四分，留五呼。足太陰深三分，留四呼。足少陰深二分留三呼。足厥陰深一分，留二呼。手之陰陽，其受氣之道近，其氣之來疾，其刺深者皆無過二分，其留皆無過一呼。」足經針刺深度依經脈氣血特性不同從一分到六分，而手經最多針二分，並需依患者「少長大小肥瘦」不同而隨時調整；在當時尚無特定穴位的標準深度記載。《脈經》沿襲《內經》精神，對於藉由脈診得知的經脈臟腑疾病，主治方法也僅以「某經或某穴針……分，卻至……分。」的方式描述特定經脈穴位的針刺治療深度。但同時期的《針灸甲乙經》不僅革命性的對人身 349 個俞穴的針刺深度加以記載，更成為現存最早的系統性針灸專著，影響了多數後世針灸典籍的針刺穴位深度標準。在唐代之後陸續有《銅人俞穴針灸圖經》、《十四經發揮》、《針灸聚英》、《針灸大成》、《醫

宗金鑑·刺灸心法要訣》、《針灸集成》等專書，雖沿襲《甲乙經》模式，但在穴位深度的記載已有增減不等的差異性。

由於針刺治療在臨床的大量使用及其顯著的療效，使得在世界各國受重視的程度日益增加；也因此研究與臨床上，針刺穴位深度量化標準的需求更加迫切。世界各國在這方面的研究一向甚少著墨，而近代海峽兩岸的針灸學者逐步將穴位結合現代解剖生理組織學加以系統化的整理，並運用現代科技儀器協助完成。中國大陸以上海中醫藥大學嚴振國、張建華等學者組成的研究團隊長期而持續的關注這個問題，相關研究以穴位解剖、穴位立體及顯微結構、穴位空間型態為主，近二、三年則開始發展相關電腦多媒體、醫學工程軟體，企圖建立數位化的虛擬針灸學。在臺灣則有中國醫藥大學林昭庚為首的研究團隊，以不同性別、身型、成人與小兒等差異，運用解剖方式及電腦斷層掃描照相術分別對屍體及人體在針刺深度安全性、針刺得氣深度、針刺深度與療效關係及針刺深度與劑量關係等議題上作有系統而持續的研究，這些成果並已獲得世界各國學者高度的肯定。

#### （一）從歷代典籍到現代針灸教科書看穴位深度差異性

如上所述，穴位深度的記載在歷代典籍中有尺寸不等的差異性，造成後世使用時容易產生困惑，因此對於穴位深度差異實有釐清之必要。西元 1993 年，林昭庚、李德茂等對《針灸甲乙經》、《針灸大成》、《針灸科學》及《中西針灸科學》四本古今針灸專著中諸穴位針刺深度作了比較，結果顯示針刺深度有依年代的演進逐漸加深的現象，並具統計上的意義。其原因則可能由於針具的改良、對人體解剖學的瞭解、人種演化及營養攝食均衡等因素。後續並以此基礎擴大研究範圍，加入《勉學堂針灸集成》、《新針灸學》、《中國針灸學概要》、《中國針灸學》、《腧穴學》、《針灸學》、《標準針灸穴位圖冊》及《針灸學簡編》等古籍及海峽兩岸現代專書作交叉比對，並於 1995~1997 發表了研究成果；該研究發現隨年代的演進，晉、明、清三朝針刺深度並無很大差異性，但到了近代（《中國針灸學概要》1964 年、《針灸科學》1972 年），深度已逐漸加深，合乎 1993 年的研究結果。但從 1984 年出版的《腧穴學》之後，各著作穴位針刺深度深淺不定，甚至有些反而又變淺，原因可能由於作者臨床經驗的累積、針灸輔助儀器增加及參考古代文獻所致。

即使研究多年，海峽兩岸至今對穴位針刺深度的規範仍不一致，中國大陸對這個問題也相當困擾。孫永顯對古今專書內容的研究結果大致與台灣一致，認為針刺深度依年代的演進逐漸加深，並在元、明二朝代大幅成長，到清朝趨於穩定。但近代各學者意見不一，穴位針刺深度歧異的情況仍相當嚴重，甚至連各版本教材都沒有達成共識，孫氏認為可以透過大量現代人體樣本的數值，建立穴位深度的資料庫，以



取得更接近正常人體的深度數值；同時結合現代科技及規範世界通用長度單位來進一步規範。也有學者以非傳統中醫理論的觀點來探討穴位深度的問題，依全息率及疾病種類決定針刺深度。或認為闡述穴位刺法時，重點應闡明其針刺方向與針刺深度的關係；不同的角度，入針深度雖相同，但垂直深度不同，應分別寫明；同時人有大小胖瘦，針刺深度用絕對尺寸表示是不合理的，應改用同身寸來表示。

從歷代典籍到現代世界各國針灸教科書，穴位針刺深度之研究以林昭庚等的成果最具體而清楚。林昭庚認為，穴位針刺深度的標準化及操作方式必須透過更有效率的方法進一步制訂，由世界衛生組織（WHO）召集各國針灸專家學者訂定針刺穴位深度的標準及量化，以獲得多數學者的認同與臨床醫師的採用，使針刺深度更具規範而易於交流。

## （二）危險部位之針刺深度安全性探討

針刺治療有其風險，因此針刺深度多數人最關注的部分在其安全性。大約從西元 1979 年起，嚴振國等即開始有系統的以解剖學做為工具，研究身體各穴位的解剖構造，並探討針刺治療之機轉，但當時並未開始從事針刺深度安全性的研究。

針刺安全深度真正有系統的研究應該始於西元 1982 年。林昭庚等開始探討「人體背部膀胱經穴位直刺安全深度」，首先透過屍體解剖，依不同年齡、身高、體重、性別加以區分，計有新生兒、成年正常、成年過重及成年過輕或消瘦四組；探測背部經穴由表皮至體壁層肋膜或腹橫紋肌膜之深度分別記錄統計，再以變異數分析檢驗各組平均數差異及以複迴歸建立預測安全深度的迴歸方程式。1989 年開始，林昭庚更率先以電腦斷層掃描照相術陸續探討活人胸背部各穴位之安全深度；確定從皮膚層、脂肪層、肌肉層測試胸背穴位的實際深度，再以此基準求其胖、中、瘦三種體型之安全深度，並分別對男、女性，就胸、背部分別作組間變異數分析，並建立預測安全深度的迴歸方程式。從屍體探討到活人，從解剖進展到電腦斷層的運用，再以胖中瘦男女不同體型探討不同穴位實際深度，林昭庚等在「針刺深度安全性」的研究較具規模，並可供臨床應用，為針灸醫學史上，針刺深度安全性研究的一大突破。

1996 年起，嚴振國等人也開始以「針刺安全深度」為研究重心，發表了多篇期刊論文，範圍涵蓋頸、胸、腰、腹、背區域，並探討缺盆、肩井、風池數個危險穴位的針刺安全深度，從屍體解剖探討到以電腦斷層為活人定位決定深度。陸續另有多篇其他學者採用科學儀器為人體或動物作穴位深度定位而達一定研究成果的論文，但規模及延續性皆不若嚴氏的團隊。1989 年之後不少日本學者也透過解剖屍體來探討穴位解剖及深度，1994 年起則陸續加入電腦斷層及核磁共振設備等方式的使

---

用，並提出針刺深度與組織彈性黏性係數的關係。

臨床上穴位之針刺深度從歷代典籍、海峽兩岸及世界各國之教科書均有差異，且其危險部位(胸背腹部)之針刺深度的安全性也應加以注意，故列表說明十四經脈(包含十二經脈及任督二脈)之各經穴，各國針灸教科書(包括本書、中國大陸、台灣、英國、韓國、法國、德國)之針刺深度，及林昭庚以電腦斷層掃描照相術測量人體危險部位(胸背腹部)各穴位之平均深度，以利比對彼此之差異。

各國教科書穴位深度較深者以「\*」標示，臨床操作時應注意。古代典籍及現代教科書並未依性別及體型來建議穴位深度，因此下表電腦斷層掃描照相術之數值是不分性別及胖、中、瘦等不同體型之平均數值，以利與古代典籍及現代教科書比較。實際上醫師應考慮胖、中、瘦等不同體型之患者穴位深度之差異性。茲列表比較各國針灸教科書穴位針刺深度及電腦斷層掃描照相術測量人體胸背腹部各穴位之平均深度如下：





表 22 各國針灸教科書穴位針刺深度及電腦斷層掃描照相測量人體胸背腹部各穴位之平均深度 - 手太陰肺經 (Lung Meridian)

穴名	針灸學 (台灣, 本書)	針灸學 (中國)	針灸科學 (台灣, 黃 維三編著)	A Manual of Acupuncture (英)	鍼灸學集文堂 (韓)	D'Acupuncture (法)	Akupunktur (德)	電腦 斷層
中府 (LU-1)	3-5分	斜刺或平刺 0.5-0.8寸	3-5分	tr-ob 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5分-1寸	ob 0.5-1 cun	0.3-0.5 cun	3.65cm
雲門 (LU-2)	7分	斜刺 0.5-0.8寸	7分	tr-ob 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5分-1寸	ob 0.5-1 cun	0.3-0.5 cun nach lateral	4.82cm
天府 (LU-3)	5分	直刺 0.5-1寸	5分	p 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 1寸-1寸5分	p 0.5-1 cun	1-2cun senkrecht*	
俠白 (LU-4)	5分	直刺 0.5-1寸	5分	p 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 1寸-1寸5分	p 0.5-1 cun	1-2cun senkrecht*	
尺澤 (LU-5)	3-5分	直刺 0.8-1.2寸	3-5分	p 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5分-1寸	p 0.5-1 cun	0.5-1cun senkrecht	
孔最 (LU-6)	3-7分	直刺 0.5-1寸	3-7分	p or ob 0.5-1.5 cun	直刺 5分-1寸, 斜刺 1寸-1寸5分	p 0.5-1 cun	1-1.5cun senkrecht*	
列缺 (LU-7)	3分	向上斜刺 0.3-0.5寸	3分	tr 0.5-1 cun	直刺 2-3分, 斜刺 5分-1寸	t 0.5-1 cun	0.5-1cun	
經渠 (LU-8)	3分	直刺 0.3-0.5寸	3分	ob or p 0.3-0.5 cun	直刺 2-3分, 斜刺 5分-7分	p 0.3-0.5 cun	0.5-1cun senkrecht*	
太淵 (LU-9)	3分	直刺 0.3-0.5寸	3分	p 0.3-0.5 cun	直刺 2-3分, 斜刺 3分-5分	p 0.3-0.5 cun	2-3mm senkrecht	

穴名	針灸學 (台灣,本書)	針灸學 (中國)	針灸科學 (台灣,黃 維三編著)	A Manual of Acupuncture (英)	鍼灸學集文堂 (韓)	D'Acupuncture (法)	Akupunktur (德)	電腦 斷層
魚際 (LU-10)	5分	直刺 0.5-0.8寸	5分	p 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5分-1寸	p 0.5-1 cun	0.5-1cun senkrecht	
少商 (LU-11)	1分	淺刺 0.1寸	1分	p or ob 0.1-0.2 cun	直刺 1-2分, 斜刺 1-3分	ob 0.1-0.2 cun	1-2mm senkrecht	

註 1：A Manual of Acupuncture (英)：perpendicular 直刺，簡記為 p；oblique 斜刺，簡記為 ob；transverse 平刺，簡記為 tr；單位為寸 (cun)。

註 2：D'Acupuncture (法) 為 Dictionnaire Des Points D'Acupuncture 的簡稱，perpendicular 為直刺，簡記為 p；inclinee 為 0°-30° 的斜刺，oblique 為 30°-60° 的斜刺，簡記為 ob；tangentielle 為平刺，簡記為 t；單位為寸 (cun)。

註 3：Akupunktur (德) 為 Lehrbuch und repetitorium Akupunktur 的簡稱，senkrecht 直刺，schräg 為斜刺，subkutan 為平刺。

註 4：\*(星號)：表示此數值與其他原文書的穴位之針刺深度或電腦斷層的穴位平均深度，相較之下較大(深)，宜注意。

註 5：電腦斷層：林昭庚教授以電腦斷層掃描照相術測量人體危險部位(胸背腹部)各穴位之平均深度。電腦斷層掃描照相術測得的穴位深度單位是公分，針灸教科書中，穴位深度是以中指同身寸表示，以男左手、女右手之中指第二節兩橫紋端為一寸。經統計分析測量臺灣成年男女之中指第二節兩橫紋端平均長度為 2 公分左右，故各國教科書所記載之一寸約為 2 公分，電腦斷層測得的深度單位是公分，以利與各國教科書穴位深度互相比較。



表 23 各國針灸教科書穴位針刺深度—手陽明大腸經 (Large Intestine Meridian)

穴名	針灸學 (台灣, 本書)	針灸學 (中國)	針灸科學 (台灣, 黃維 三編著)	A Manual of Acupuncture (英)	鍼灸學 集文堂 (韓)	D'Acupuncture (法)	Akupunktur (德)
商陽 (LI-1)	1分	淺刺 0.1寸	1分	p or ob 0.1-0.2 cun	直刺 1-2分, 斜刺 1-3分	incline 0.1 cun	1-2mm senkrecht
二間 (LI-2)	3分	直刺 0.2-0.3寸	3分	ob 0.2-0.3 cun; p-ob 0.5 cun	直刺 2-3分, 斜刺 2-3分	p 0.2-0.3 cun	4-6mm senkrecht
三間 (LI-3)	3分	直刺 0.5-0.8寸	3分	p 0.5-2 cun*	直刺 2-3分, 斜刺 3-7分	p 0.5-0.8 cun	0.5-1cun senkrecht
合谷 (LI-4)	5分	直刺 0.5-1寸	5分	p 0.5-1 cun; ob 1-1.5 cun	直刺 5分-1寸, 斜刺 1寸-1寸5分	p 0.5-1 cun	0.5-1cun schräg
陽谿 (LI-5)	5分	直刺 0.5-0.8寸	5分	p 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 3-7分	p 0.5-0.8 cun	5-6mm senkrecht
偏歷 (LI-6)	3分	直刺或斜刺 0.5-0.8寸	3分	tr-ob 0.5-1 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5分-1寸	p or ob 0.5-0.8 cun	2-4mm senkrecht
溫溜 (LI-7)	5分	直刺 0.5-1寸	5分	tr-ob 0.5-1 cun	直刺 5分--1寸, 斜刺 1寸-1寸5分	p 0.5-1 cun	1-2cun senkrecht*
下廉 (LI-8)	5分	直刺 0.5-1寸	5分	p or ob 0.5-1.5 cun	直刺 5-8分, 斜刺 1-2寸	p 0.5-1 cun	1-2cun senkrecht*
上廉 (LI-9)	5-7分	直刺 0.5-1寸	5-7分	p or ob 0.5-1.5 cun	直刺 5分-1寸, 斜刺 1-2寸	p 0.5-1 cun	1-2cun senkrecht*

穴名	針灸學 (台灣, 本書)	針灸學 (中國)	針灸科學 (台灣, 黃維 三編著)	A Manual of Acupuncture (英)	鍼灸學 集文堂 (韓)	D'Acupuncture (法)	Akupunktur (德)
手三里 (LI-10)	5-7分	直刺 0.8-1.2寸	5-7分	p or ob 0.5-1.5 cun	直刺 5分-1寸 2分, 斜刺 1-2寸	p 0.8-1.2 cun	1-2cun senkrecht*
曲池 (LI-11)	5分-1寸	直刺 1-1.5寸	5分-1寸	p 1-1.5 cun	直刺 5分-1寸 5分, 斜刺 1寸-1寸 5分	p 1-1.5 cun	1-2cun senkrecht*
肘膠 (LI-12)	5分	直刺 0.5-1寸	5分	p 0.5-1 cun	直刺 3-7分, 斜刺 1寸-1寸 5分	p 0.5-1 cun	1-2cun senkrecht*
手五里 (LI-13)	禁針	直刺 0.5-1寸	禁針	p 1-1.5 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5-8分	p 0.5-1 cun	1-2cun senkrecht
臂臑 (LI-14)	5分-1寸	直刺或斜刺 0.8-1.5寸	5分-1寸	ob 1-1.5 cun	直刺 3-7分, 斜刺 1寸-1寸 5分	p or ob 0.8-1.5 cun	0.5-1.5cun senkrecht
肩髃 (LI-15)	6分, 可深刺 2寸半	直刺或斜刺 0.8-1.5寸	6分, 可深刺 2寸許	p 1-1.5 cun; tr- ob 1.5-2.0 cun	直刺 5分-1寸 2分, 斜刺 7分-1寸 5分	p 0.8-1 cun	senkrecht 0.5cun; schräg 1-2cun
巨骨 (LI-16)	1寸	直刺微斜向下 0.5-1寸	1寸	p or ob 0.5-1 cun	直刺 3-7分, 斜刺 5分-1寸	p 0.5-0.8 cun	0.5 cun senkrecht
天鼎 (LI-17)	3-4分	直刺 0.5-0.8寸	3-4分	p 0.3-0.5 cun; ob 0.5-0.8 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5分-1寸	p 0.5-0.8 cun	0.5 cun senkrecht
扶突 (LI-18)	3分	直刺 0.5-0.8寸	3分	p 0.3-0.5 cun; ob 0.5-0.8 cun	直刺 3-5分, 斜刺 5分-1寸	p 0.5-0.8 cun	0.5 cun senkrecht



穴名	針灸學 (台灣, 本書)	針灸學 (中國)	針灸科學 (台灣, 黃維 三編著)	A Manual of Acupuncture (英)	鍼灸學 集文堂 (韓)	D'Acupuncture (法)	Akupunktur (德)
禾膠 (LI-19)	3分	直刺或斜刺 0.3-0.5寸	3分	ob 0.3-0.5 cun	直刺 2-3分, 斜刺 3-5分	p or ob 0.3-0.5 cun	2-4mm senkrecht
迎香 (LI-20)	3-5分	斜刺或平刺 0.3-0.5寸	3-5分	tr 0.3-0.5 cun	直刺 2-3分, 斜刺 5分-1寸*	ob or t 0.3-0.5 cun	3-8mm schräg

註 1 : A Manual of Acupuncture(英) : perpendicular 直刺, 簡記為 p ; oblique 斜刺, 簡記為 ob ; transverse 平刺, 簡記為 tr ; 單位為寸 (cun)。

註 2 : D'Acupuncture (法) 為 Dictionnaire Des Points D'Acupuncture 的簡稱, perpendicular 為直刺, 簡記為 p ; inclinee 為 0° -30° 的斜刺, oblique 為 30° -60° 的斜刺, 簡記為 ob ; tangentielle 為平刺, 簡記為 t ; 單位為寸 (cun)。

註 3 : Akupunktur (德) 為 Lehrbuch und repetitorium Akupunktur 的簡稱, senkrecht 直刺, schräg 為斜刺, subkutan 為平刺。

註 4 : \*(星號) : 表示此數值與其他原文書的穴位之針刺深度或電腦斷層的穴位平均深度, 相較之下較大(深), 宜注意。

表 24 各國針灸教科書穴位針刺深度及電腦斷層掃描照相測量人體胸背腹部各穴位之平均深度－足陽明胃經 (Stomach Meridian)

穴名	針灸學 (台灣, 本書)	針灸學 (中國)	針灸科學 (台灣, 黃 維三編著)	A Manual of Acupuncture (英)	鍼灸學集文堂 (韓)	D'Acupuncture (法)	Akupunktur (德)	電腦 斷層
承泣 (ST-1)	3分	直刺 0.5-1.5寸	3分	p 0.5-1 cun	直刺 2-3分 深刺 1寸 5分	0.5-1 cun	2-4 mm	
四白 (ST-2)	4分	直刺或斜刺 0.3-0.5寸	4分	p 0.2-0.4 cun; ob 0.3-0.5 cun	直刺 2-3分 斜刺 3-5分 橫刺透顴膠 下關 5分-1寸	p 0.3-0.5 cun	0.3-0.5 cun senkrecht	
巨膠 (ST-3)	3分	斜刺或平刺 0.3-0.5寸	3分	p 0.3-0.4 cun	直刺 3-5分 斜刺 5分-1寸	ob 0.3-0.5 cun	0.3-0.5 cun senkrecht	
地倉 (ST-4)	8分- 1寸 5分	斜刺或平刺 0.5-0.8寸	8分- 1寸 5分	tr insertion to 1. 頰車 2. 迎香 3. 承漿	直刺 3-5分 橫刺 1-1寸 5分	ob or t 0.5-1 cun	0.3 cun senkrecht; 1 cun subkutan	
大迎 (ST-5)	3分	斜刺或平刺 0.3-0.5寸	3分	ob 0.3-0.5 cun	直刺 2-3分 斜刺 5分-1寸 橫刺 5分-1寸 2分	p 0.2-0.3 cun; t 0.5-1 cun	0.2-0.5 cun senkrecht	
頰車 (ST-6)	4分	直刺 0.3-0.5寸; 平刺 0.5-1寸	4分	p 0.5 cun	直刺 3-5分 斜刺 5分-1寸 橫刺 2-3寸	p 0.3-0.5 cun; t 0.5-1 cun	0.3 cun senkrecht	