

龙砂开阖六气针法退热案2例及文献复习

许雨柯 刘伊萱 郑文龙

浙江中医药大学附属杭州市中医院(杭州市中医院)中医内科,浙江杭州 310012

通信作者:郑文龙, Email: lotuszw@163.com

【摘要】 发热是临床最常见的症状之一,指机体产热大于散热导致体温异常升高。目前西医以抗感染或原发病治疗为主,而中医针刺退热因其“简、便、廉、验”的优势在临床广泛应用。龙砂开阖六气针法(以下简称“开阖六气针法”)是王凯军主任医师基于顾植山“三阴三阳开阖枢”理论研制的针刺疗法,近年来广泛应用于临床各科,并传播至欧美和东南亚。本文通过两例典型发热病例的治疗过程,结合现有针刺退热的文献复习,探讨开阖六气针法在退热治疗中的独到之处。病例1因感染性发热就诊,抗感染治疗不效,开阖六气针法选取少阳、少阴、阳明及引少阴,施针50 min后体温降至正常。病例2因结节性红斑伴周期性发热(下午4~5点体温升高)就诊,符合阳明经“欲解时”特点,经开阖六气针法治疗后,次日体温峰值明显下降。提示开阖六气针法针对感染性和非感染性发热都有良好疗效。普通针刺常用穴位包括大椎、少商、合谷、曲池等,通过调节血清抗炎因子、抑制交感神经兴奋等机制达到降温目的。开阖六气针法强调人体气机升降出入与天地阴阳变化相应。本文从运气学角度分析发病机制及选经施针原则,为后续开阖六气针法的高质量临床研究,进一步明确其适应症、机制及疗效边界提供新思路。

【关键词】 五运六气; 三阴三阳; 龙砂开阖六气针法; 针刺退热; 医案

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.01.018

Two cases of Longsha Kaihe Liuqi acupuncture for fever and literature review

Xu Yuke, Liu Yixuan, Zheng Wenlong

Department of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou Traditional Chinese Medicine Hospital of Zhejiang Chinese Medical University (Hangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine), Hangzhou 310012, Zhejiang, China

Corresponding author: Zheng Wenlong, Email: lotuszw@163.com

【Abstract】 Fever is one of the most common clinical symptoms, characterized by an abnormal elevation in body temperature due to heat production exceeding heat dissipation. In Western medicine, treatment primarily focuses on anti-infection therapy or management of the underlying disease. In contrast, acupuncture for fever reduction in traditional Chinese medicine (TCM) is widely used in clinical practice due to its advantages of being "simple, convenient, inexpensive, and effective." The Longsha Kaihe Liuqi acupuncture (hereinafter referred to as the Kaihe Liuqi acupuncture) is an acupuncture therapy developed by chief physician Wang Kaijun, based on Gu Zhishan "three yin and three yang opening, closing, and pivot" theory. In recent years, it has been widely applied across various clinical departments and has spread to Europe, the America, and Southeast Asia. This review discusses the unique aspects of the Kaihe Liuqi acupuncture in fever treatment by presenting two typical cases of fever and reviewing the existing literature on acupuncture for fever reduction. In the first case, a patient with infectious fever showed no improvement after anti-infective treatment. Following the application of Kaihe Liuqi acupuncture targeting the Shaoyang, Shaoyin, Yangming, and the "leading to Shaoyin" points, the patient's body temperature returned to normal within 50 minutes. The second case involved a patient with nodular erythema accompanied by periodic fever (temperature elevation occurring between 4–5 pm), which aligned with the characteristics of the Yangming meridian's "resolution time". After treatment with Kaihe Liuqi acupuncture, the peak body temperature was significantly reduced on the following day. These findings suggest that the Kaihe Liuqi acupuncture is effective for both infectious and non-infectious fever. Conventional acupuncture for fever commonly utilizes acupoints such as Dazhui (GV14), Shaoshang (LU11), Hegu (LI4), and Quchi (LI11), achieving antipyretic effects through mechanisms including the regulation of serum anti-inflammatory factors and inhibition of sympathetic nerve excitation. The Kaihe Liuqi acupuncture emphasizes the correspondence between the ascent, descent, exit, and entry of human qi and the variations of yin and yang in nature. This paper analyzes the pathogenic mechanisms and acupoint selection principles from the perspective of five movements and six qi, providing a foundation for future high-quality clinical research on the Kaihe Liuqi acupuncture, with the aim of further clarifying its indications, mechanisms, and therapeutic boundaries.

【Key words】 Five movements and six qi; Three yin and three yang; Longsha Kaihe Liuqi acupuncture; Acupuncture for heat reduction; Medical case

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.01.018

发热是临床中最常见的症状,机体在致热源刺激下或体温调节中枢功能障碍时,产热增多而散热减少,体温就会超出正常参考值范围(腋温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$)。根据病因不同,发热可分为感染性发热和非感染性发热。感染性发热由各种病原体(如细菌、病毒、寄生虫等)引起,通常需要针对特定的病原体进行抗感染治疗;而非感染性发热多由血液病、内分泌代谢疾病、自主神经功能紊乱等非生物因素引起,需针对原发病对症治疗。解热镇痛药多能有效退热,但若原发病未得到解决,体温常很快回升。针灸是中医学中退热最为快速有效的方法,但随着现代医学的主导性逐渐增强,针灸退热的应用日渐式微。

龙砂开阖六气针法(简称开阖六气针法)是王凯军主任医师基于顾氏“三阴三阳开阖枢”理论研创的一种针灸治疗方法^[1],近年来广泛应用于临床各科,并传播至欧美和东南亚。但是有关开阖六气针法的退热治疗尚未见报道。本文整理、总结郑文龙主任中医师运用开阖六气针法治疗感染性发热和非感染性发热病案各一例,详情如下。

1 龙砂开阖六气针法退热案 2 例

1.1 病例 1:患者男性,33 岁。因“发热咽痛 1 周”于 2024 年 10 月 10 日来诊,伴畏寒、肌肉酸痛、前额至颞侧头痛,体温最高 41.0°C ,当地治疗后仍有发热畏寒,并见咳嗽、咳吐黄褐色痰液夹有血丝。体温 37.9°C ,鼻息鼾,咽充血,扁桃体 II ~ III 度肿大,可见大量脓性渗出,悬雍垂水肿延长,张口位置顶部触及舌根,发声可分离,心肺(-),舌质紫红、舌体胖、苔垢黄腻,脉细数、右濡、左弦、寸浮。实验室检查:白细胞计数(white blood cell count, WBC) $19.10 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞计数(neutrophil count, NEU) $17.77 \times 10^9/\text{L}$ 。给予六气针法:针刺少阳、少阴、阳明、引少阴;针刺后咽干咽痛不明显,鼻息不鼾;50 min 后复测体温 36.6°C ,检查扁桃体 I 度肿大、悬雍垂未触及舌根。

1.2 病例 2:患者女性,21 岁。因“双侧腕、踝关节远端结节性红斑 1 个月伴发热、干咳 2 周”于 2024 年 10 月 12 日来诊。温度升高前伴畏寒、枕部颞侧头痛、明显乏力,体温 39°C ,一般 16:00 ~ 17:00 后体温开始上升, $38 \sim 39^{\circ}\text{C}$ 服用退热药 1 ~ 2 h 后体温下降。某三甲医院检查提示 C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)进行性升高,余无阳性发现。体温 37.0°C ,咽充血,扁桃体 I 度肿大,咽后壁滤泡

增生,心率 105 次/min、律齐,舌红衬紫苔薄黄腻,脉细数、右关略浮、左虚弦、寸浮。给予六气针法:针刺少阳、少阴、阳明、引少阴,咽痒咳嗽减轻。2 d 后复诊,诉针刺后当日 16:00 后体温升高,伴枕后头痛,但干咳减轻,不畏寒,夜间体温最高 38.5°C ,夜间下降,昨日体温最高 37.4°C ,双侧腕、踝关节远端结节性红斑已经消退。

2 传统针刺退热的研究

研究表明,针灸退热的有效率高其他疗法,且可提高退热的效率^[2]。临床上多选用大椎、少商、合谷、曲池等穴位,多采用泻法、电针、刺络放血等方法,以达到退热的目的。

2.1 普通针刺:周小英等^[3]选取合谷、曲池 2 穴,行捻转泻法,发现针刺退热起效时间优于西药(阿司匹林),且针刺退热存在穴位特异性。王茜^[4]取大椎、曲池、合谷、少商 4 穴,行提插泻法,30 例高热患者中,退热显效达 93.33%,总有效率 100.00%。高英起^[5]选取合谷、大椎、足三里等穴位,施以“透天凉”手法,治疗组平均退热时间低于对照组。

2.2 电针:邓玲等^[6]选取大椎穴施针,后给予 8 ~ 20 mA 电刺激,持续 20 min,结果显示,大椎电针的退热效果与给予复方氨林巴比妥注射液(商品名安定痛)比较,起效和痊愈时间更短,效果更佳。

2.3 刺络放血:戴春晖等^[7]通过对 60 例呼吸道感染患者的研究显示,西医常规内科治疗配合肺俞穴点刺放血相对于单用西医治疗而言,可缩短退热时间,提高疗效。林惠森^[8]取少商、商阳穴针刺放血治疗上呼吸道感染所致发热,治愈率达 81.4%。奚小土^[9]观察了大椎穴刺络放血对外感发热的疗效,结果显示,与对照组比较,治疗组退热更快,有效率达 96%,但放血量 $< 2 \text{ mL}$ 效果不佳,放血量越大效果越明显。

临床上大多不止施以一种针刺手法以达到退热效果。茅蓉等^[10]取合谷、外关、曲池等穴施以温针灸,于大椎穴刺络拔罐放血,研究其对轻型新型冠状病毒感染患者的退热效果,结果显示,治疗组较对照组可有效缩短退热时间。梁玮^[11]留针曲池、合谷,于大椎穴点刺放血,治疗后退热总有效率达 86.67%,明显高于对照组的 51.11%。

3 针刺退热的机制

针刺疗法是一种起效迅速、作用持久、无药毒作用的治疗手段,主要通过降低炎症因子(白细胞介素(interleukins, IL-1 β 、IL-6)、粒细胞-巨噬

细胞集落刺激因子 (granulocyte-macrophage colony stimulating factor, GM-CSF)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α) 水平, 提高血清抗炎因子 [IL-4、 γ -干扰素 (interferon- γ , IFN- γ)] 水平^[12], 减少中枢性发热介质 [环磷酸腺苷 (cyclic adenosine monophosphate, cAMP)、前列腺素 E₂ (prostaglandin E₂, PGE₂)] 等的释放^[13], 达到退热的目的。针刺还可抑制发热患者交感神经的兴奋性, 通过减少交感神经的活动, 降低机体代谢, 并且提高皮肤血流量来调节体温^[6]。传统针刺通常依据气血、阴阳、脏腑、经络辨证施治, 以期促进血液循环、疏通经络、调和阴阳平衡, 通过观察患者的得气感及排病反应^[14]掌握针刺疗效。

4 龙砂开阖六气针法核心理论及医案分析

4.1 三阴三阳开阖枢: 龙砂开阖六气针法创立的依据是顾植山教授提出的“三阴三阳开阖枢”理论。“开阖枢”最早见于《黄帝内经》, 阐释了阴阳气化离合规律; 三阴三阳是以一年中阴阳的盛衰变化为划分依据, 是对阴阳离合的6种状态的高度概括^[15]。《素问·阴阳离合论篇》曰: “圣人南面而立, 前曰广明, 后曰太冲, 太冲之地, 名曰少阴, 少阴之上, 名曰太阳……广明之下, 名曰太阴, 太阴之前, 名曰阳明……厥阴之表, 名曰少阳。是故三阳之离合也, 太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢……三阴之离合也, 太阴为开, 厥阴为阖, 少阴为枢。”通过三阴三阳开、阖、枢的气化运动, 实现阴阳动态平衡, 从而保证了万物的正常运行和人体的健康。

顾植山教授在此基础上创立了“顾氏三阴三阳开阖枢图”(图1)和“顾氏三阴三阳太极时相图”(图2)。秉持着“人身无处不太极”的理念, 以人体

任意一点为圆心都可作出三阴三阳开阖枢图。选择以百会为中心、以头顶为施针部位, 施针时医患双方均“面南而立”, 医者位于患者后方。根据患者就诊时的运气、出生年月、脉象、症状等特点, 确定施针位置后, 顺时针沿头皮平刺; 必要时增加百会平刺指向病机所在位置的“引经针”, 加强对病邪所在经络气机的调整, 恢复升降出入的动态平衡。

4.2 六经病欲解时: 六经病“欲解时”实则是三阴三阳开阖枢运动的“相关时”^[16]。时间顺序由三阳到三阴: 少阳(3:00~9:00)- 太阳(9:00~15:00)- 阳明(15:00~21:00)- 太阴(21:00~3:00)- 少阴(23:00~5:00)- 厥阴(1:00~7:00), 如此循环不息^[17]。三阳经欲解无重叠, 病症出现在对应时间段内都可从该经论治; 三阴经欲解有重叠, 顾植山教授认为第1个时辰意义更大, 即太阴病欲解时以“亥(21:00~22:59)”时为要、少阴病欲解时以“子(23:00~00:59)”时为要、厥阴病欲解时以“丑(01:00~02:59)”时为要^[16]。六经病各有其时, 把握时机, 将天、地、人互参, 随机达变, 因时识宜, 针到病除。

4.3 医案分析: 2024甲辰年, 二之气少阴君火被司天之气太阳寒水所遏, 郁而后发于甲辰五之气, 主气阳明燥金, 客气少阴君火。秋应燥金, 本该收敛, 少阴君火加临, 升腾之势明显, 故见高热表现。根据运气特点选取阳明、少阴加以针刺, 加取少阳, 配合少阴, 两枢呼应, 调畅全身气机, 祛邪外出。两位患者均有咽喉部症状, 加百会引针少阴, 病邪顺势而解, 疾病向愈。案例2患者每于申时以后体温开始升高, 符合阳明欲解时定时发病的特点, 针刺阳明, 得天时之助, “使经不传则愈”(《伤寒论》第8条)。

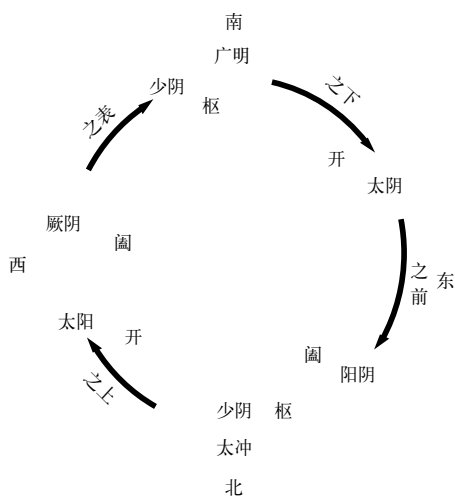


图1 顾氏三阴三阳开阖枢图

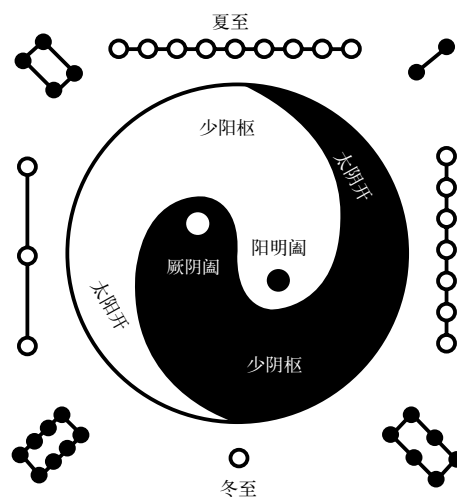


图2 顾氏三阴三阳太极时相图

5 总结与研究设想

开阖六气针法与传统针刺相比,有操作简便、取效迅速、简便易学的优点。该针法在行针前分析患者临床表现的三阴三阳共同病机,结合舌苔脉象,确定疾病的治疗方向,以针为引,引导机体阴阳开阖有度、气机升降出入有序,从而达到治疗疾病的目的。同时该针法可作为诊断性治疗手段,其疗效反应能直接指导临床辨证与选方用药,从而弥补中医学临床客观化判断指标不足的缺点。但因样本量有限需要后续增加病例进一步验证。

开阖六气针法的临床应用潜力巨大,未来可通过双盲对照试验、随机对照试验等现代临床研究方法,进一步评估其对不同疾病的治疗效果,尤其是在慢性病、亚健康、免疫调节等方面的效果;还可拓展到多学科交叉领域,如与心理学、行为学结合,探讨其在情绪调节、精神疾病治疗中的独到之处。

开阖六气针法的核心是中医学“天人合一”理念的具体应用。在全球气候变化的背景下,可以从环境变化与健康出发,研究如何通过针刺预防和调节气候变化给人体带来的负面影响。随着医学研究及技术的进步,开阖六气针法在全球医学体系中的地位将会进一步提升。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 刘宁,田毅,向丽萍,等.基于“六八为足”术理刍议开阖六气针法在痛性糖尿病足病治疗中的运用[J].陕西中医,2023,44(8):1102-1105. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2023.08.024.

- [2] 周晓英,钟艳,张林,等.针灸退热的随机对照临床研究文献 Meta 分析[J].针灸临床杂志,2015,31(8):56-58. DOI: 10.3969/j.issn.1005-0779.2015.08.021.
- [3] 周晓英,李世兵,张林,等.针刺曲池与合谷对发热大鼠下丘脑前列腺素 E₂ 的影响[J].针灸临床杂志,2015,31(11):64-67. DOI: 10.3969/j.issn.1005-0779.2015.11.024.
- [4] 王茜.针刺治疗高热 30 例[J].中医外治杂志,2005,14(1):21. DOI: 10.3969/j.issn.1006-978X.2005.01.026.
- [5] 高英起.针刺透天凉治疗疟疾高热 154 例疗效观察[J].浙江创伤外科,2003,8(6):392-393. DOI: 10.3969/j.issn.1009-7147.2003.06.036.
- [6] 邓玲,赵建国.针刺大椎治疗感冒高热临床观察[J].中国针灸,2006,26(8):554-556.
- [7] 戴春晖,张丽君,吴平.呼吸道感染患者肺俞穴点刺放血治疗的临床观察[J].中华医院感染学杂志,2014,24(16):4016-4017,4025. DOI: 10.11816/cn.mi.2014-134930.
- [8] 林惠森.针刺放血治疗上呼吸道感染所致发热 43 例[J].中国民族医药杂志,2009,15(8):36-37. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6810.2009.08.034.
- [9] 奚小土.大椎穴刺血治疗外感发热的效应规律研究[D].广州:广州中医药大学,2010.
- [10] 茅蓉,向泽林,朱伟,等.温针灸联合刺络拔罐治疗轻型 COVID-19 感染的临床观察[J].上海针灸杂志,2025,44(1):38-42. DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2025.01.0038.
- [11] 梁玮.对外感风热型高热患者采取针刺结合放血治疗的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2024,18(7):151-154. DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2024.07.040.
- [12] 裴莹.刺络拔罐法对内毒素致热家兔的退热作用机制研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2020.
- [13] 肖蕾,蒋戈利,赵建国,等.针刺退热研究进展[J].中国针灸,2004,24(11):796-799.
- [14] 周睿,何青峰.浅谈针刺后排病反应[J/CD].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(43):246. DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.43.140.
- [15] 顾植山.从五运六气看六经辨证模式[J].中华中医药杂志,2006,21(8):451-454. DOI: 10.3969/j.issn.1673-1727.2006.08.001.
- [16] 陶国水.顾植山谈六经病“欲解时”及临床应用[J].时珍国医国药,2017,28(7):1707-1709. DOI: 10.3969/j.issn.1008-0805.2017.07.062.
- [17] 林兰燕,林瀚洋,胡炜圣,等.开阖针法针刺欲解时的时间规律分析[J].光明中医,2024,39(2):358-361. DOI: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.02.044.

(收稿日期:2025-03-13)

(责任编辑:邸美仙)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中国中西医结合急救杂志》关于作者署名的写作要求

所有作者姓名写在题名下,排序应在投稿时确定,在编排过程中不应再作更改,作者署名有争议或投稿后申请变更作者顺序者,需附全部作者亲笔签名的作者贡献说明,并加盖所有作者单位的公章。作者所属单位不同时,要求在作者名后用上角码编号,同时作者单位前均冠上编号,作者与作者单位通过编号对应。作者单位置于题名和作者姓名下一行,作者单位需著录全称并具体到科室,如作者为同一机构的不同科室,要全部著录,不做缩略处理。作者单位名称不能体现所在地者,在邮政编码前给出单位所在地。通信作者在作者单位下另起一行著录,注明其电子邮箱。作者应具备的条件为:①参与选题和设计,或参与资料的分析和解释者;②起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者;③能按编辑部的修改意见进行核修,对学术问题进行答辩,并最终同意该文发表者;④除负责本人的研究贡献外,同意对研究工作的诚信问题负责。作者中若有外籍作者,应附其本人同意的书面材料,并应用其本国文字和中文同时注明其通信地址,地名以国家公布的地图上的英文名为准。集体署名的论文必须明确对该文负责的关键人物,以通信作者的形式将其姓名和电子邮箱注于题名下。整理者姓名列于文末;专家组或协作组成员在文后、参考文献前一一列出,注明工作单位并具体到科室。虽对本文有贡献,但不具备作者条件者,在文后、参考文献前志谢。除指南、共识或集体署名的文章可以列多名通信作者外,其余文章只列 1 名通信作者,有关该论文的一切事宜均与通信作者联系。本刊对所有论文的作者署名均不标注论文的“同等贡献”;由不同组织联合发布的指南或专家共识类论文,可按照不同组织标注多个“通信作者”。