

经络的三阴三阳称谓及其临床意义

王居易

(中国中医研究院针灸所,北京100700)

主题词 经络/历史 阴经/历史 阳经/历史 手经/历史 足经/历史

经络的称谓指:肺手太阴之脉,大肠手阳明之脉,胃足阳明之脉,脾足太阴之脉……,后世多称:手太阴肺经、手阳明大肠经、足阳明胃经、足太阴脾经……。二者所含内容完全相同,其中的手足,脏腑分布配属容易理解,其深一层的理论内容,拟另文探讨。本文仅讨论三阴三阳的称谓与临床意义。

1 三阴三阳称谓的来源及其含义

《素问·至真要大论》“帝曰:愿闻阴阳之三也何谓?岐伯曰:气有多少异用也……”。《素问·天元纪大论》“帝曰:何谓气有多少,形有盛衰?鬼臾区曰:阴阳之气各有多少,故曰三阴三阳也……”。说明了三阴三阳亦来源于远古的阴阳理论,它是先人对自然、人体诸多事物内在变化过程认识的深化。一阴分为太阴、少阴、厥阴;一阳分为太阳,少阳阳明,不仅是一分为三,而且表述了事物发展过程中,阴阳消长、转化的数量,性质的变化过程。

根据《内经》的记载,三阴三阳中阴气、阳气的消长和各自发展阶段的功能特征可用下式表示:

太阳(主开)	→	阳明(主阖)	→	少阳(主枢)
(三阳)		(二阳)		(一阳)
太阴(主开)	→	少阴(主枢)	→	厥阴(主阖)
(三阴)		(二阴)		(一阴)

由于三阴三阳理论较好地表述了阴阳两个方面的对立,变异,转化的运动发展过程,被广泛地应用到天气、地候、经脉、脏腑和对疾病的认识分析理论中。正如《内经》所云:“夫圣人之起度数,必应于天地。故天有宿数,地有经水,人有经脉……”(《素问·离合真邪篇》)。仲景先师引六经以概百病,立辨证施治之祖训。

2 六气,六经,藏象的关系

《素问·六节藏象论》云“夫自古通天者,生之本,本于阴阳,其气九州九窍,皆通乎天气,故其生五,其气三,三而成天,三而成地,三而成人……”。三阴三阳外化为天之气则为风寒、暑(热)、湿、燥、火六气;外化为人之经脉则为六经;外化为脏腑则为六脏(五脏加心包),六腑。这六气,六经,藏象都在某些方面符合三阴三阳的运动变化规律,相互之间存在着相感、相通、相因的联系。

2.1 六气六经相感。六气六经相感并不是泛指,而是有严格的对应关系和联系规律的。正如《素问·天元纪大论》所说:“厥阴之上,风气主之;少阴之上,热气主之;太阴之上,湿气主之;少阳之上,火气主之;阳明之上,燥气主之;太阳之上,寒气主之。”就是说,厥阴经承受风气的作用,并使人体与之相适应;少阴经承受热(暑)气的作用,并使人体与之相适应……。如果六气太过或不及,超过了六经的调节与平衡能力,人体不能适应,就要发生疾病,轻则经脉病,重则累及相应的脏腑发病。由此可知,六经必须时时与六气相应,使人体与自然界保持协调统一。

2.2 六经、藏象(六脏六腑)相连。根据脏腑功能,六脏六腑乃至四肢百骸分别与六经相连,这种联系除了经络的直接连属、分布外,更多地体现在功能联系上。古典医籍把六经与脏腑分别配属于阴阳,手足两两相应的关系,即手太阴→肺,手阳明→大肠,足阳明→胃,足太阴→脾,手太阴→心,手太阳→小肠,足太阳→膀胱,足少阴→肾,手厥阴→心包,手少阳→三焦,足少阳→胆,足厥阴→肝。

2.3 六经外接六气,内调脏腑,对人体发挥着“决死生、处百病、调虚实”的作用。六经承受六气的作用已如前述,人为一小天地,自身也会产

生种种异常之气,亦依仗六经的调节、化解。六经通过与其相连脏腑的协同作用,共同承担各种生理病理活动。现结合脏腑功能分述如下:

(1) 太阴经主湿,通过与脾、肺相连,一下一上分别主宰人体的水湿运行和水液的代谢。湿气太过则肿满伤脾;不及则液枯致燥伤肺。

(2) 少阴经主热(君火),通过与肾、心相连,一下一上分别主宰人体的元气和心阳的温化、鼓动之职。太过则心火过旺;不及则水泛伤肾。

(3) 厥阴经主风,通过与肝、心包相连,一下一上分别主宰阴血的储存和流动。太过则风木妄动伤肝;不及则凝滞失畅。

(4) 太阳经主寒,通过与膀胱,小肠相连,分别主宰人体的腠理开闭,营血运营。太过则鬼门、净府失常;不及则营血煦濡不足。

(5) 阳明经主燥,通过与胃、大肠相连,共同主宰水谷的腐化与传导。太过则消谷善饥,不及则谷道壅滞不通。

(6) 少阳经主火(相火),通过与胆、三焦相连,分别主宰人体的中正洁净与气机枢转。太过则相火逆上;不及则疏泄不利。

值得指出的是,人们较多地强调了六经与脏腑的有形联结,忽视了六经、脏腑的气化内容,实际上六经、六气、脏腑正是依靠了三阴三阳的气化、传变,才能体现出六经的“决死生、处百病、调虚实”的生理、病理作用。六经对六气、脏腑起桥梁、通道、媒介的作用,是古人在长期医学实践中总结出来的,蕴含着深刻的科学内容和实用价值。

3 六经的开、阖、枢理论及其临床意义

六经称谓来源于三阴三阳,但三阴与三阳之中尚有开、阖、枢的不同。《素问·阴阳离合论》云:“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢”是指太阳主阳气发于外,为三阳之表;阳明主阳气蓄于内,为三阳之里;少阳主阳气在半表半里,可出可入,如枢机。又云:“太阴主开,厥阴主阖,少阴主枢”是指太阴主开,居阴分之表,厥阴主阖,居阴分之里,少阴主枢,居阴分之中。

六经的开、阖、枢理论揭示了在有形的经

络、脏腑之中,还存在着无形的营卫、气血的气化过程,这样才构成了“阴阳氤氲,积传为一周,气里形表,而为相成也”(《素问·阴阳离合论》)。

下面根据六经的开、阖、枢理论,结合笔者的临床经验,分别讨论各经的功能和临床意义:

3.1 太阴经(含手太阴肺,足太阴脾)为阴分之表,专主在里之出,有利水化湿,行气调气的功能。

太阴经对外接纳湿气的影晌,对内控制水湿的代谢。这一过程的完成不仅需要脾气运化,还要靠肺气的调节。因此凡见诸湿肿满、气机失畅,调之太阴皆可取效。例如,临床上遇到喘咳胸满,足跗肿胀的病症,本人选用手足太阴的尺泽、阴陵泉,以行气化湿,常能取得很好的效果。

3.2 少阴经(含手少阴心,足少阴肾)为阴分之中,专主阴分之出入,转枢,有泻火清心,疏通络脉的功能。

少阴经对外承接热气的影响,对内透发络脉瘀阻。因此凡见热邪内闭、疮疖火毒或心络脑络郁滞,可调手足少阴经。临床上笔者常用通里、照海治疗少阴络脉郁滞的失语症。

3.3 厥阴经(含手厥阴心包,足厥阴肝)为阴分之里,专主在里之入,有育阴安神,养血调经的功能。

厥阴经对外承受风气的作用,对内有疏风、熄风的功能。凡见风邪客络、风动伤阴诸证,可选厥阴经治疗。临床上,本人常用内关、蠡沟治疗更年期综合征;用大陵、行间治疗阴血郁滞的失眠症,常能获效。

3.4 太阳经(含手太阳小肠,足太阳膀胱)为三阳之表,专主宣发、行阳,有温阳解表,升阳散寒的功能。

太阳经对外抵御寒邪入客,对内行阳化气。凡见寒邪袭表,阳微气化失常的病证,皆可取太阳经治之,临床上,本人常用京骨、束骨治疗项背强痛,回顾不能,包括一部分颈椎病患者,亦可取效。

3.5 阳明经(含手阳明大肠,足阳明胃)为三阳之里,专主在里之阳,有腐化水谷、传导糟粕,维

养胃气,温煦肌肤的功能。

阳明经对外承受燥气的影响,对内调节燥与湿的平衡,凡见腐化失常,传导失度,肌肤枯萎皆可取之阳明经。临床上常用手三里、足三里治疗慢性消化不良,慢性结肠炎等顽症,常能获效。

3.6 少阳经(含手少阳三焦,足少阳胆)为阳分之半表半里,专主筋骨,募原之间,有清泄、疏解的作用。

少阳经对外承接火气的影响,对内平复肝

胆相火之升越,调理少阳之郁结。凡见火热之邪上逆,少阳失于疏泄之头痛,目眩,胸胁胀满,便秘等诸种郁结之证,均可取少阳经治疗。临床上笔者常用外关、足临泣清泄少阳风热,用支沟、阳陵泉疏解少阳郁症,每每奏效。

根据经络称谓及其开、阖、枢的内容,深入领会经络气化理论,用之指导临床,可以明显的提高临床疗效,本文不能尽述,唯善读者可举一反三,所用无穷。

(收稿日期:1995-12-21)

电针抢救乙脑呼吸停止 10 例

秦守杰 侯长利

(河南省焦作市第三人民医院,454172)

1 一般资料 本组 10 例,其中男 4 例,女 6 例;年龄 8 个月 1 例,9~10 岁 3 例,20~40 岁 6 例。病例均为流行季节、经临床确诊、补体结合试验证实的乙脑重症患者。呼吸停止发生时间:病程 5~9 天者 3 例,10~15 天者 7 例。自主呼吸停止持续时间:40 分钟~4 小时 7 例,21~23 小时 3 例,均经降颅压、应用呼吸兴奋剂或气管切开应用人工呼吸机等治疗无效者。

2 治疗方法 取双侧劳宫和涌泉穴。常规消毒后用 1~1.5 寸毫针刺入穴位,接 G6805 型治疗仪,启动开关,将输出扭逐渐旋转增大到 2~3.5 档(10~18V±),电流强度以看到病人双上、下肢及胸部肌肉呈节律性、刺激性被动运动为宜,频率为每分钟 20~30 次。治疗过程中仔细观察病人呼吸运动情况,当看到微弱的自主呼吸运动出现、且幅度逐渐增大及规则时,复苏基本成功。呼吸复苏后幅度较大、换气功能较好、缺氧改善较快者,则应尽早停止电针刺激。反之,尽管有呼吸存在,但非常微弱,换气功能较差,缺氧未达到改善,甚至可能呼吸再度停止者,则应适当延长留针时间。本组病人留针最短 30 分钟,最长 2.5 小时。

3 治疗结果 本组 10 例经电针治疗均复苏成功。从启动治疗仪算起,出现呼吸的时间 30 秒~5 分钟 6 例,14~20 分 3 例,2 小时 1 例。其

中 4 例存活,2 例复苏成功后自动出院,4 例复苏成功后 24~72 小时恶化死亡。对存活 4 例于半年和一年后随访,除 1 例反应迟钝外,其余 3 例均无神经、精神后遗症。

4 典型病例 赵××,男,8 个月,发热 8 天,意识障碍,抽搐 3 天,于 1992 年 8 月 7 日入院。查体:T39.2℃,心率 140 次/分,呼吸 10 次/分。呈深昏迷,颈抵抗阳性,呼吸呈叹息状,不规则,病理反射阳性。诊断:乙脑(重型)合并呼吸衰竭。立即用脱水剂、呼吸兴奋剂等治疗。1 小时后呼吸停止,行气管切开术,用人工呼吸机协助呼吸,3 小时后仍无自主呼吸。立即针刺双侧劳宫、涌泉穴,接 G6805 电针仪,电流强度 10V±,频率 30 次/分。5 分钟后出现不规则自主呼吸,留针 30 分钟后呼吸逐渐规则,即停止治疗。7 天后神志逐渐转清,抽搐停止,住院 1 个月后痊愈出院。

5 体会 本组 10 例经电针双劳宫、涌泉穴后呼吸复苏全部成功,为抢救重症乙脑呼吸衰竭提供了一种简单、易行、有效的复苏方法。本组 10 例,复苏后存活 4 例,说明复苏后仍有许多问题需要解决。最主要是复苏后反复出现的脑水肿及脑疝,以及肺部感染及全身衰竭,这是死亡病例的主要原因,应引起重视。

(收稿日期:1995-02-17)