



王居易 中国科学院针灸研究所

针灸学是我国传统医学的组成部分。针灸治疗学理论在基本理论、辨证原则上,与内科治疗学理论有许多相同点,但在诊察、分析、治疗方面突出地依附于经络理论,从而构成了有别于内科治疗学的辨证特点。

察经是诊断、分析重要依据

察经是指在分析临床病候的基础上,对有关经脉(包括本经、表里经、同名经、相生相克经等)和穴位进行审、切、循、按、扪的检查,以发现异常的变动经脉。

变动经脉,是指经络诊察中发现的异常经脉。如循行部位的异常(包括经络中的形态变化)、疼痛,医者在循切诊察中的指感等,动脉搏动过盛过弱,局部皮肤色泽变化等。

察经发现的变动经脉与临床病候,有时是一致的,如咳嗽病候是手太阴经变动;有时是不一致的,如咳嗽病候反见手阳明经变动,心悸病候见足少阴经变动,便秘病候见足厥阴经变动。这种不一致恰恰反映出中医关于疾病转变、标本、经络理论的深刻性。

通过察经而发现、确定变动经脉,是针灸治疗学辨证过程的重要步骤,是临床“辨经”的基础,“选经”的根据。《灵枢·刺节真邪》曾明确提出:“用针者,必先察其经之虚实,切而循之,按而弹之,视其应动者,乃后取之而下之。”在《内经》《甲乙经》的许多篇章中都讨论了察经的内容。概括起来,察经的主要方法有如下几种。

审:包括审视和审度两层意思。审视是观察、比较体表经色泽的异常,络脉的浮显、沉陷等,以判断经络的虚实、寒热。审度是分析、综合经络系统的全部变化,以确定哪些经脉发生了异常变动,以及与临床病候的联系形式。审度应贯穿经络诊察的全部过程。

切:指切候全身体表经络的“脉动”之处,了解动脉的充盈、虚小,包括人迎、头角、颊车、脐上、脐下、足背扶阳、足跟太溪等各部位的脉动情况,并加以比较。以测知何经何络有异常变化。脉盛者为实,脉弱者虚,实则多热,虚则多寒。

循:指循摩、推压体表经络的循行部位,了解经络下有无结节、条索样物,胸腹部有无肿物、疼痛,肢体部位有无畸形、触痛等变化。

按:指按压体表局部和腧穴,特别是各经脉的原、络、背腧、募、郄、五腧穴等,了解其反应变化,如喜按、拒按、按压时产生舒适感、疼痛感、麻木感等等。

扪:以掌面触贴患者的体表皮肤。比较各部位皮肤温度有无明显差别,区分

验案赏析

高明超 北京市丰台区兴隆中医医院

囿于当前中医分科越来越细,临床各科相互之间的沟通与配合越来越少。诸多如针刺、灸法、饮片内服、汤剂外用、理疗等本应协同配合发挥良好疗效的治法因门户之见或视野不够开阔、理论或实践经验不足等在临床上越来越难以相互倚重,导致越来越多的针不用药、药不用针、针药俱不用灸等现象。

这不仅制约了中医临床疗效,更削弱了中医学整体观念和全科医学的根本特色,使中医师的思路和视野越来越狭窄,值得中医人思索。

笔者不揣冒昧,结合临床治疗1例接触性皮炎患者的验案探讨中医临床针药并用的重要性,以抛砖引玉。

病案
安某,女,60岁,2013年5月6日来诊。患者因以稀盐酸洗刷出租房屋内厕所诱发周身泛发暗红色斑、风团、粟米样丘疹1周余。刻下皮损以腰部以上躯干及颈部、耳后为主,四肢及头面部散在,局部有血痂,身痒甚,汗出及夜间加重,时欲搔抓,以致彻夜难眠,面部浮肿,以眼周为甚,纳可,无口苦舌黏腻,眼部分泌物增多,便调。舌暗红胖苔白厚腻满布,脉弦。自服西替利嗪、外涂无极膏均无效。既往有高血压病史。

辨证分析:患者虽有较清晰的化学

针灸辨证 不离经络

通过察经而发现、确定变动经脉,是针灸治疗学辨证过程的重要步骤,是临床辨经的基础,选经的根据。

察经发现的经脉,有时是一条经脉,有时是两条以上的经脉,这就需要结合临床病候出现的先后、演变过程,来分析其标本所属、传变过程。

察经时发现的异常经脉,还需辨别出这些异常经脉的虚实属性和虚实程度,明确其虚实、缓急。

在辨经的基础上,再根据经络气化理论,结合脏腑功能的相互影响,即可选择出最适宜的经脉,进行治疗、调整。

寒热发于阳或发于阴,了解皮肤润泽、枯涩变化。

经络诊察仍属中医的四诊范围,只是着眼于体表经络、腧穴的诊察,目的在于了解经络的变动情况。

察经是在人体自身上寻找病候的客观指征,是中医古代的物理检查方法,临床上必须熟练、细致地进行,才能取得比较可靠的诊察材料。

辨经是辨证核心

辨经指辨别疾病的所在经脉和累及经脉,是在察经的基础上,结合临床出现的症候分析、认识疾病的过程。

《灵枢·经别篇》:“经别者,所以决死生,处百病,调虚实,不可不通。”非常明确地提出了经脉是疾病的反映系统,同时也是疾病的治疗系统。辨经就是根据察经所发现的变动经脉,临床病候,来判断疾病所在的经络(经脉、经别、络脉)所属,确定该经的虚实、寒热状态。辨经要点如下:

辨认经脉的标本传变

察经发现的经脉,有时是一条经脉,有时是两条以上的经脉,这就需结合临床病候出现的先后、演变过程,来分析其标本所属、传变过程。

例如,某45岁女性患者,以心悸不眠1个月就诊。察经发现心、肝、脾经有异常反应。

患者10个月前患肝炎,经住院治疗6个月恢复正常。上月经水骤至(已闭经1年之久),且量多,延续15天之久。此证系肝病传脾,太阴已虚,统摄失司,血下过多,心之生血无源,故悸动不宁,阳不入阴故不眠。

辨其病本在脾,标在心。选足太阴经、足阳明经为治疗经脉,培补后天,滋生化之源。取隐白、大都、足三里、建里。针治10余次而安。

辨别经脉的虚实、缓急

察经时发现的异常经脉,还需辨别出这些异常经脉的虚实属性和虚实程

度,明确其虚实、缓急。

例如,某50岁女性患者,哮喘不得卧3个月。前医或治肺或调治脾肺或从脾肾入手均未效,并曾用西药(从前用之有效)亦不愈。察经发现脾、肺、肾、大肠4条经脉均有异常反应。结合患者有自汗、恶风等症状,既往有咳嗽宿疾,半年前做过子宫全摘术;肺与大肠两经反应特点是中府、尺泽、曲池明显压痛等情况。辨其病本为脾肾两经,属虚;病标为肺、大肠两经,属实;病机为太阴不布、阳明不降。

根据急则治标,缓则治本的原则,本例标本急、本缓,选太阴、阳明两经,配手足同名经的合穴、尺泽、阴陵泉、曲池、足三里,以升其清、降其浊。针治3次已得平卧,咳嗽缓解。再拟治本,缓缓调之。

在辨经的基础上,再根据经络气化理论,结合脏腑功能的相互影响,即可选择出最适宜的经脉,做为治疗、调整经络。

病案分析

为说明针灸治疗学辨证理论的临床应用,兹举例分析如下。

例1

徐某,女,53岁,1978年8月28日初诊。主诉:左面湿疹半个月。患者8月初因亲人病故,情志郁结,遂发现左侧面部有虫行感,肿胀,发湿疹,局部痒痛,3日后破溃流黄水,痛苦难忍,夜不成眠。就诊于某医院皮肤科,谓“病毒性疱疹”。曾用中西药物、外敷雄黄软膏等,无明显效果,故来诊治。

刻诊:左侧额部、眼睑、面颊肿胀,破溃,局部有结痂及黄色分泌物。自述奇痒,疼痛,口苦思饮,便秘,苔厚黄,脉沉滑。

经络诊察:破溃结痂部位为足阳明经循行范围,三间、合谷、上巨虚等穴有压痛反应,左侧尤为明显,左侧风池、完骨等穴亦有压痛反应。手足阳明经、手足少阳经为反应经脉。

辨证:少阳郁结,阳明失其枢转,湿热内蕴,发为湿淫疮疡之疾。

立法:清泄阳明,宣散少阳。

取穴:商阳、厉兑、左风池、左外关。

治疗经过:针治1次疼痛减轻,治疗3次后(隔日1次),面肿消失,湿疹渐收,痒已止,便通眠安。为巩固疗效再针治1次,予中药3剂而停止治疗。随访半年未再发此疾。

按:本例病候分析与经络诊察均属阳明,少阳范围,其性质为湿热郁结,故选经亦为手足阳明、手足少阳经,此例之辨经和选经一致。选取手足阳明经的井穴,再配合手少阳之络穴外关,手足少阳、阳维脉之会风池。较好地发挥了泻热、利湿、疏解的作用。

例2

杨某,女,52岁,1983年1月21日初诊。主诉:左目视物障碍半年余,加重一月。患者素有近视,戴镜矫正视力左0.3、右1.2,1982年6月发现左目视物不清,视野缺损(上1/3),有闪光,近一月来加剧。既往有胃病,肝炎、肾炎、高血压、神经衰弱等病史。

刻诊:左目疼痛,头痛,流泪,左目视物不清,左目无味,胃脘胀,夜眠多梦,苔白舌胖有齿痕,脉弦略数。

眼科检查:矫正视力左0.03,右1.2,眼底视乳头正常,黄斑区不清,有水肿,中心及周边有出血点及渗出。诊断“中心性视网膜病变”。

经络诊察:左侧攒竹、瞳子髎、风池、会宗、光明、足临泣、地五会、左肝俞等穴有明显压痛反应,双太溪、育俞穴扪之有陷下感,表明足少阴经、手足少阳经为主要反映经脉。

辨证:肾水不足,肝脉失养,相火上升,目系受损。

立法:清肝通络,止痛明目,择足少阳、足太阳经,此为急则治标之法。滋补肝肾治本之法当缓图。

取穴:左肝俞(火罐放血),左风池,左外关。

治疗经过:隔日针刺,3次后目痛、头痛基本消失,标证已缓。改拟治本之法,选足少阴,足厥阴经为主。取下列穴位:太溪、复溜、太冲、建里、足三里、风池。治疗至第14次,诸症均好转。

眼科检查:视乳头正常,黄斑区无水腫渗出,陈旧性出血点见吸收,无新出血点及渗出。矫正视力左0.1,右1.2,自述视野缺损无明显改善。前穴组加左光明、左睛明,针治第18次,视野缺损已消失,但3米以外,视物仍不太清楚,余皆正常。

患者回原籍而停止治疗。给予滋补肝肾之剂,以巩固疗效。6个月后随访,疗效巩固。

按:本例病本为足少阴、足厥阴两经,病标为足少阳、足太阳两经,本属阴而标属阳,治则遵“病发而不足,标而本之,先治其标,后治其本”。(《素问·标本病传论》)故先选择足少阳、足太阳经,后选足少阴、足厥阴经,更配合足阳明经、任脉,调补后天,取得了较好的疗效。



余楠楠 郭义 陈泽林

天津中医药大学针灸标准化研究所

笔者在不同媒体见到《放血疗法急救不可靠》《中风了,针戳指头放血就OK?》等文章,否定放血疗法的急救作用。详读之余,为医学同道不了解祖国医学的宝藏而惋惜。

其实,放血疗法曾是世界范围内广泛应用的一种古老医疗技术,一度成为东西方治疗疾病的万灵药。成书于康熙年间的《痲胀玉衡》堪称放血疗法治疗急症的专著。笔者在此不惧赘言,希望能有更多医者正确认识放血疗法。

中风急性期,指尖刺络有奇效

井穴刺络放血法是我国治疗中风的传统急救措施,尤其在汉、藏、蒙等民族中应用广泛。《针灸大成》云:“凡中风跌倒,卒暴昏沉……急以三棱针刺手十二井穴,当去恶血……乃起死回生妙诀。”《古今医鉴》也指出“一切初中风、中气昏倒不知人事……急以三棱针刺手中指甲角十二井穴,将去恶血。”

《医宗金鉴》曰:“商阳主刺卒中风,暴仆昏沉痰壅,少商、中冲、关冲、少泽、商阳,使气血流行,乃起死回生救急之妙穴。”认为中风发生后可进行手十二井穴刺络放血以急救。此法在中国已使用千年,日本、法国、埃及等国也很重视本法。

如日本的代田文彦氏认为:“刺血的机制虽不甚明了,但搅动指尖动静脉吻合部血流,对全身血流,尤其是脑内血流的影响最大,因此,作为急救措施,应首先考虑刺血术。”如今,井穴刺络放血法急救中风已成为国家中医药管理局社区适宜推广技术之一。

笔者常遇到患者问:“针戳指头放血能有什么作用?”神经科大夫应该清楚,中风是神经系统疾病,病变的中心环节是脑实质血流供应出现障碍。手指部神经分布丰富,感觉灵敏,且为动静脉吻合部位,结合潘菲尔德“矮人图”,可知手指末端在大脑皮层体感区的投射区域面积最大,因此刺激手指末端能较大范围影响中枢神经的功能活动。

且中枢神经系统是由神经元构成的神经网络,具有牵一神经元而动整个神经网络的效应。从这个层面来说,刺激指尖能对中枢的神经网络产生效应,从而达到促醒、改善预后的效果。

天津中医药大学有学者从1988年开始致力于手十二井穴刺络放血的研究,观察中风患者600余例。其中《中华人民共和国针灸穴》专项临床研究子课题“手十二井穴刺络放血对中风初起意识障碍患者意识状态影响的即刻效应观察”,采用多中心(3家三级甲等医院)、大样本(治疗组180例,对照组180例)随机对照试验,对手十二井穴刺络放血法急救中风的临床效应进行了科学评价,证明此法对中等程度意识障碍的中风患者具有较好的促醒作用,对改善临床预后积极作用。

指尖刺络放血为急救赢得时间

中风患者早期治疗对预后非常重要的意义。中风发生后,随着病变部位脑血流量下降,脑组织出现缺血缺氧。如及时采取措施,可逆性损伤的脑组织可能被挽救,否则损伤范围继续扩大,而神经细胞的坏死是不可逆的。

美国Jeffrey L. Saver的研究结果表明,每延误1分钟,就会有190万个脑细胞死亡,导致140亿个突触和7.5英里的神经纤维损失,缺氧的大脑每小时的老龄化程度相当于3.6年。可知,中风发生后每1分钟都是急救的宝贵时间!治疗越早,受益越大。

那么,从中风发生到送进医院这段时间该如何救治?研究表明:手十二井穴刺络放血可以多靶点作用于中风早期病理损伤的多个环节,从而阻止可逆性缺血向不可逆损伤的进展。因此,不管是脑梗塞、脑栓塞还是脑出血患者,手十二井穴刺络放血都可以达到急救的效果,为进一步治疗赢得时间。

该疗法操作简便,从事急救的医疗工作者经过培训并加以练习就能在临床急救中使用,对于广大人民群众来说针灸急救也并不陌生,易于推广。倘若情况危急,可用缝衣针或瓷碗酒杯打碎取利刃面代替针具刺破于手指指尖的十宣穴或手十二井穴,放出少量血液,达到院前急救的效果。

在交通不发达的乡村,在地震等紧急情况下,在急救车到来之前的这段空白时间,早治疗1分钟便可以挽救上万个脑细胞,早治疗1分钟会降低诸多患者的残疾程度。手十二井穴刺络放血不仅不会耽误时间,更是院前急救的有效措施。

目前,中国针灸学会已专门成立了中国针灸学会刺络与拔罐专业委员会,在刺络放血的研究及推广应用方面做了大量工作。但综观研究成果,还难以完全揭示其关键机制,这将是今后着力解决的问题。

物质诱发史,但从临床表现上看,该病在表皮、以上部为主,以痒为主要表现,均符合以下特点:①风邪外犯易侵害皮毛和人体上部;②以痒为主要表现。此外,患者平素属痰湿体质,舌苔长期偏腻,又兼邪侵体表,卫外失司,体内湿聚更盛,甚有郁而化热之势,故苔较往日厚腻非常。

综上,笔者认为该病论治应从风邪外犯和湿热内蕴入手。

较既往治疗此类风、湿、热相杂皮肤病所不同的是,本次治疗笔者以针刺和中药汤剂并进,并使二法各有侧重。

针刺选穴:

主穴:风池、曲池、阴陵泉/双侧。

配穴:头维、合谷、血海、百虫窝/双侧;翳风/病侧。

手法:均采用提插泻法,以得气为要,留针30分钟,隔日治疗1次,逢周末休息1次。

方药:四妙散加味。

处方:苍术15克,黄柏15克,生薏仁米50克,滑石粉30克,桑叶30克,茯苓50克,猪苓50克,蝉蜕15克,柴胡15克,生甘草15克,陈皮30克,紫草15克,丹皮15克,生白术30克。

2013年5月13日复诊:服5剂后小便量较前明显增多,大便稀薄黏腻。原有斑疹数量减少,疹色减轻,无新发斑疹,夜间搔痒减轻,已能入睡3~4小时,仍偶有搔

痒,纳寐可,眼分泌物仍较多。舌暗红胖,苔白厚腻,舌尖、舌中白苔变薄,舌根部与初诊无异,脉弦。

针刺取穴及手法同前。

前方增滑石粉至50克,余同前。

患者针刺6次,二诊后服方5剂,斑疹全部消失。

按:针刺选穴:病由风邪外袭为患,风木胆经腧穴风池可宣散风邪,曲池为手阳明大肠经合穴,擅治瘾疹痒痒疾患,阴陵泉为足太阴脾经合穴,擅清热利湿,三穴最合本病病机,故选为主穴。

头维、翳风二穴均可散风祛邪,且为病变之相应部位,故取。合谷与主穴曲池俱属阳经大肠,相互配伍治疗痒疹效佳,故配伍之。血海擅清清热凉血,可消斑疹红肿之势。百虫窝为奇穴,擅治周身似百虫作痒之症,故取之以治其标。

中药处方配伍:从散风、除湿、凉血三方面予以考虑。

散风选取主入肺经散风清热之桑叶、主入肺、肝经散风止痒透疹之蝉蜕、主入肝经解散气机郁滞且有上述药性之柴胡。

除湿是本病以汤剂治疗的重中之重。处方选苦、辛、温燥湿之苍术、陈皮以燥除中焦湿邪,甘、淡渗利之生薏仁、茯苓、猪苓、滑石通过前窍小便以清利中



下焦湿邪,以苦寒之黄柏清燥下焦湿热,以甘温偏于健脾之生白术补虚祛湿,兼生白术30克有通利大便且不伤正气之妙,故以祛湿邪从后窍大便出。

以上除湿诸法中,苦温之剂燥湿虽佳但有助热之嫌,若过用则有致热盛入湿、湿热缠绵之弊,苦寒之药燥湿兼能清热,但过用又有败胃伤脾之虞,故以甘淡渗利为主,重用诸药以取祛邪而不伤中,利湿而不耗阴之效。

此外,凉血选用擅长消斑透疹之紫草,配合凉血清热之丹皮,以防疤痕湿郁热入血使血热更加炽张。

笔者认为此病的治疗关键在祛邪气以出路,一方面以针刺条畅经络之气,宣散风邪,是病在表而取之表,给风邪以出路;另一方面针对内生湿邪,采用苦辛燥湿、甘淡利湿、芳化湿浊多种途径宣畅三焦气机,给湿邪以出路。从两种治法的分工侧重点,针刺主要针对风邪,中药汤剂主要针对湿邪,而两者又相互兼顾以增进疗效。

总之,针药同用能提高疗效,往往比单纯用中药治疗缩短5~10天的疗程,且见效快,症状改善更全面,而服药量更少,具有明显优势,特提请各位同道重视。