

针灸经络

关于针灸处方四大要素

江西中医学院 魏 稼



魏稼副教授近影

针灸处方，即针灸临床治疗的实施方案。孙思邈《千金翼方》26卷《取孔穴法第一》谓：“良医之道，必先诊脉处方，次即针灸。”指出处方是针灸辨证论治的中心环节。

针灸处方的内容，有人认为选穴至关重要，也有人认为足够的刺激量是决定疗效的关键之一。然而，作为全面的处方，应当包括腧穴、疗法、操作、时间四大要素。只有恰当优选和组合应用这四大要素，才能最大限度地发挥针灸的作用，才是决定疗效的真正关键所在。这四大要素，应引起针灸工作者的重视。

刺激的部位、工具、手法、时机与疗程等，都有其各自的相对特异性，这是处方中相辅相成不可缺少的组成部分。虽然疗效的取得，有时可能某种要素起主导作用，但在许多情况下，乃是四大要素综合协同作用的结果。故在应用时，如何兼顾而不偏废，具有极其重要的临床意义。

腧穴——第一要素

腧穴，当然是处方的主要内涵。《针灸大全·席弘赋》：“凡欲行针须审穴”；《百症赋》：“百症俞穴，再三用心。”都告诉我们选穴必须认真思考，反复推敲。

临床选穴，有时显得特别重要。1970年在景德镇带学生实习期间，曾治一患者，女

性，65岁。中风半月余，神识已清，烦躁，语言蹇涩，口向左喎，右半身不遂，大便结，尿微黄，唇舌紫黯，舌少苔，脉弦涩而稍数，血压152/92毫米汞柱。此乃风火炽盛，气滞血瘀之证。以毫针泻刺风府及患侧肩髃、曲池、风市、绝骨等穴，留针30分钟；并以三棱针刺尺泽、委中放血，日一次。施针五日，未获寸效。乃思此证气滞血瘀较重，因通经活络不力，改用张洁古、云岐子的“大接经”法，在上方基础上去尺泽、委中，改用三棱针刺十二井穴，每穴放血半毫升左右，一次即获显效，此后每日针一次，3~4日放血一次，两月余而基本康复。又如：承山穴治痛经，是从一位普通医生那里学到的，当有的患者针中极、三阴交等穴效果不理想时，改针承山每能收到立竿见影之效。

以上说明：(1) 某些疾病、某些患者，处方中的疗法、操作、时间虽前后相同，但一旦改变用穴，则疗效迥异，说明选穴的重要；(2) 除了向古人学习选穴经验外，也要向今人学习；(3) 临床多掌握一些高效腧穴，对提高疗效有重要意义；(4) 有些腧穴，如承山治痛经，既不见于文献记载，也很难对其机理作出圆满解释，但实践证明行之有效，仍值得注意。

应当指出，穴位的特异性作用是可变的。不少慢性病，始用某穴有效，继用一段时间则疗效逐渐减弱以至消失，而当改变取穴之后，又出现明显进步。其中有两种现象，一是穴位的适应性现象，即穴位作用的惰性或衰变现象。如1964年在我院附院门诊期间治一患者，

后项部搔痒无度,已数年之久,局部皮肤变硬变厚,色素沉着,甚为痛苦,曾去上海等地检查,诊为神经性皮炎,乃取风池、风府、风门、外关等穴针泻,病情显著好转。但一月之后,效果停滞不前,改针血海、膈俞、曲池后,又获得明显进展。后将所用穴位分为三组处方,轮流交替针刺,二月余症状基本消除。其次是穴位特异性的游移现象,如近日治一患者,男性,43岁,患重症左侧周围性面瘫已旬余,针刺患侧颊车透地仓、听会、迎香、翳风、太阳、攒竹透鱼腰等,日一次,取中等针感。三日后,疗效不明显,乃细询病情,云发病前轻度感冒,至今仍感左风池附近痠疼不舒,指压之则减。显然,患者仍夹风邪,为加刺压痛点,次日诉面部轻松,左目能闭合,颊部进食滞留现象大减。守上法,继针二次,压痛消失。又于耳垂前约五分处出现压痛过敏,乃改针此穴,病情迅速好转,二月余基本痊愈。

从上述案例可见:(1)穴位的作用并非僵固不变,其疗效往往在一定时期表现突出,超越了一定时限,原作用即减弱甚至消失,或转移到另一些穴位上去,这从时间上、部位上体现了穴位的特异性是相对的;(2)多选几组腧穴交替刺激,是克服穴位惰性的有效措施;(3)注意选压痛点,是优选穴位的重要原则之一。宋代著名针灸家王叔权在《针灸资生经》中强调按痠疼处取穴,确为经验之谈;(4)临床应用穴要灵活掌握,不可一成不变。

近年来,否定选穴意义者,也不乏其人。特别是从大量针麻实践中看到,一病可选多穴,一穴可治多病,甚至无穴处针刺也可取效。这种现象,虽我在临床中也时有所见,但细心观察,在众多的针灸处方中,终究有疗效较好的穴位。如急性腰痛,始用针刺肾俞、委中等有效,后用针合谷透后溪亦效,甚至在手背部不加选择地任刺一针或针八风穴,同样也有效。然而对比之下,合谷透后溪穴出血少许疗效更佳。又如我用合谷治疗的病种,初步统计约有50多个,但以阳明经病变疗效更为可观。再如农村夏秋季节多发性毛囊炎,五十年代初

我在家乡治此病,多取疮疖周围距患部约1~2寸针刺二处,不问经穴,炎症多能控制;六十年代初,我在临川县巡回医疗,按刘河间治疮疡分经络辨证法,先确定患部所属经络,然后在其上下(经络线上)各一针,疗效则更捷。由此可见,穴位作用的相对特异性是千真万确地存在的,临床选穴的必要性毋庸置疑。

穴位的作用,似与疾病的种类、性质有关,一些急性痛症,如牙痛、腹痛等,好像特异性不甚明显,急性胃痛,我曾试用了20多组腧穴,均有止痛作用;而另一些病,如小儿麻痹症、尿潴留等,似乎局部穴位在所必用,否则疗效为之逊色。此中规律性究竟如何?尚有待于进一步观察和探讨。

以上论证了腧穴的治疗作用虽不可绝对化,但选穴在针灸处方中的现实意义是肯定的。临床如何寻求最佳穴位,的确值得“再三用心。”

疗法——第二要素

这里所谓疗法,是除外以刺激部位区分的耳针、头针……,指运用各种不同工具的疗法而言。近三分之一的世纪以来,五花八门的刺激疗法相继问世,层出不穷,刺激工具与材料已遍及物理、化学、生物诸领域,针灸二字已不能概括其全部内容,而应当称之为穴位刺激疗法了。当然,这些疗法的作用,也非单纯由刺激产生,还包含了一些药物的化学治疗作用在内。

刺激工具也有相对特异性。《灵枢·官针》说:“九针之宜,各有所为,长短大小,各有所施也。”这是指古代九针而言。然而,现代刺激工具,何尝不是如此。有些疾病,似以选用物理刺激工具为宜,如所周知的急腹症用电针疗法,疝积用三棱针刺四缝,瘰癧用火针、挑刺法,皮肤病用七星针疗法等,各有不同适应范围,毋庸赘述。

这里仅重点论述三棱针放血疗法问题。我临床赏用放血疗法,是由于:(1)《内经》论放血治病法甚多,肯定不是无稽之谈;(2)金元

四大家用此法获得了较好疗效,又经历代名医如薛立斋、郭又陶、夏春农等在实践中作了反复的验证;(3)我临床体会到放血疗法确能补其它疗法之不足。如急性扁桃体炎,我原先用毫针刺耳轮三点(即耳轮的上中下各一处,距离相等),不放血,有一定疗效。1969年在江西医大门诊时,曾治一重症病已三日的患者,扁桃体肿大几乎填满了咽喉上部,影响语言及进食,曾用药治未效。当即于上穴施三棱针挤出血液少许,患者立感轻松,次日肿消大半,连针五日痊愈。后来,用此法治此病,疗效大为提高。又如1953年夏在家乡农村治小儿惊厥,多用毫针刺十宣、八邪有效;后读刘完素《素问玄机气宜保命集》,其中有“大烦热,昼夜不息,刺十指间出血,谓之八关大刺。”1967年在治疗流行性脑脊髓膜炎过程中,改用此法,退热止痉,更为显著。

放血,一般认为属泻法,多用于实证。然而,南昌市中医院某老夫称用于治疗小儿麻痹肌萎缩取得了较好疗效,似乎说明虚证并非绝不适用。

1981年11月,我省召开了第一届针灸学术经验交流会,某主治医师介绍他去合肥学习放血疗法,并作了示范表演。他说合肥有位老夫擅用此法治病,医院专设“刺血”科应诊。因初去对其疗效未敢轻信,乃暗中对居住本市的十余名患者进行了家访,结果表明名不虚传,不得不为之信服。其特点是放血量多,每穴少则数毫升,多至十余毫升,类似《儒门事亲》所述。放血量的多少,直接关系到疗效。我治疗神经官能症,按《内经》癫狂病放血法施治,但只有当每穴放血达到一毫升以上时才有较好疗效,否则疗效不佳。这里联想到清代名医徐灵胎在《医学源流论》中慨叹放血疗法失传,其原因也许正在于此。因为放血太少,可影响疗效;太多,又使人见而生畏,拒绝接受。

有的疾病,似以应用化学药物刺激为优。如穴位注射小剂量药物治疗闭经,我省妇女保健院的经验证明,较之单纯应用化学药物或针刺优越得多。我在1960年到龙南县巡回医疗

用单纯针刺中极、关元、气海、三阴交、大赫、归来、地机、血海诸穴,每次针3~4个,仅有40%左右的患者有效。后来改用卵泡素1毫克注入上述穴位,日一次,注射七天后,继用黄体酮5毫克(每天量),注射三天,一般均可治愈。这显然是穴位刺激与化学疗法相加起到了互相促进作用,不仅节约了药物,也减少了激素的副反应。

还有些病,似以应用生物制品刺激为佳。如溃疡病、支气管哮喘等,临床用穴位注羊肠线法治疗,较毫针疗法等为优。1981年治某造纸厂一干部,患右侧腰腿痛(坐骨神经痛)已年余,诉以往用毫针疗法只能保持一天内有效,过时复发。乃改用一号羊肠线注入穴位,两次而愈,随访年余未见发作。然而,有的患者,并非自始至终都适用此种疗法。如1983年春治一患者,始患肩胛手臂等处游走痛已月余,实验室检查示血沉较快,类风湿因子弱阳性,于肩贞、秉风、臂臑、曲池等穴注羊肠线2~3厘米,二次后疼痛消失,半年未再发。后又出现左手腕肿痛,局部不红热,据上述经验,仍于外关、阳溪等穴注线,三次毫无进展,乃改用毫针刺上穴,一次而肿痛止大半,四次而愈。说明注线疗法的适应症,也是有限度的。

固然,有的病只需用一种疗法即可获效;但在某些情况下,必须采用多种疗法配合应用。如1976年我在突尼斯治遗尿症甚多,一般用氯酯醒作穴位注射,疗效尚可。但有些患者疗效不佳,当加用风池注线及毫针刺八髎穴后,则较快地控制了病情。

以上说明,选疗法在针灸处方中与选腧穴同样重要。各种疾病,不仅有最佳穴位,也有最佳疗法。探索针灸处方的最佳疗法,也是今后研究的重要课题之一。

操作——第三要素

元代杜思敬《济生拔萃·针经摘英集》云:“其病并依穴针灸,或有不愈者何?答曰:一则不中穴,二则虽中穴,刺之不及其分,三则虽

及其分,气不至出针;四则虽气至,不明补泻,故其病成。”说明影响疗效的因素很多,其中操作也是重要因素。

针刺补泻手法历来为医家重视,尤其到了明代,更是众说纷纭,出现了不少相互抵牾、互相矛盾的说法。如捻转补泻,有人说左转为补,右转为泻,有人则持相反看法;又如疾徐补泻,也有类似情况。再如《千金翼方》28卷“用针法”谓“补泻之时,以针为之,重则为补,轻则为泻”,既未明确指出是指刺激手法的轻重,抑或针下得气的轻重而言,又与现代之称轻刺激为补、重刺激为泻之说互为桎梏。

我临床是依据《灵枢·官能》篇:“泻必用员,切而转之,……补必用方,……微旋而徐推之”以及《针灸大成》“其泻者,有凤凰展翅,用右手大指食指捻针头,如飞腾之象,一捻一放,……其补者,有饿马摇铃,用右手大指食指捻针头,如饿马无力之状,缓缓前进则长,后退则短”等而应用的。再结合针下得气情况,以针感轻者为补,重者为泻。实践证明,有一定临床意义。如急腹症多实,针感强则止痛消炎作用较好;又如视神经萎缩,一般病程较长,虚证居多,以轻针感为宜;再如产后缺乳或无乳症,针刺疗效甚佳,但体壮实者宜强针感,体弱而气血不足者宜轻针感。当然,在某种情况下也可变通掌握,不必拘泥。

疾病多属正虚邪实或虚实夹杂,故补泻兼施一法,尤为临床常用。例如坐骨神经痛,既有正气不足的一面,也有气滞血瘀等邪实的一面。原先,我只注意祛邪,采用局部穴以重刺激施治,不少患者于针后出现疼痛加剧,烦躁不安。后来学习我省针灸界老前辈徐师少廷先生的针健侧法,消除了这种反应,从而重新制订了患侧用补,健侧用泻,双管齐下的治疗原则,提高了治疗效果,杜绝了副反应。

在疾病过程中,虚实是可以互相转化的,故先补后泻或先泻后补也常用到。如重症小儿消化不良,虚证开始表现较突出,故宜先施补法,俟病情好转,体质渐佳,则采用泻法。又如面神经麻痹症,开始多邪实,面部感觉麻木,

宜用泻法以驱邪;但治疗一段时间后,外邪基本消除,面部反应敏感,此时则宜改用轻刺激的补法以收功。

针刺补泻手法是针灸临床处方不可忽视的一个环节。今后,如何结合人体反应性探索最佳补泻手法及其原理,将是研究工作中的重点。

再看灸法操作,现今通用的艾卷灸已有悠久的历史,明代朱权的《寿域神方》中早有记载。比它更古老的艾炷灸,目前已应用甚少,似乎已经被人们遗忘了。我认为这是一种不应有的现象,因为,艾炷灸虽然操作不大方便,但疗效确有独到之处。回忆儿时叔父为祖父治大腿痛一事,犹历历在目。当时大腿部坚硬如石,红肿焮痛,彻夜呻吟,不能入寐,虽服药而收效甚微。后来,叔父为他用了艾炷隔蒜灸法,于患部周围铺蒜泥,上置艾炷施灸,很快使肿消痛止,这件事至今记忆犹新。五十年代初,我参加了赵尔康老师主办的中华针灸学社函授学习,当时在农村也常遇到疖、痈、疽一类疾病,单用艾炷灸也收到较好效果,特别是对未成脓初起者,收效更佳;而采用艾卷灸法治疗者则疗效较差。说明艾炷灸操作不可偏废。

由此可见,选择最佳针灸操作,也是一门值得深入探讨的学问。

时间——第四要素

掌握时间要素的重要性,正如《灵枢·卫气行》所说:“谨候其时,病可与期,失时反候者,百病不治。”

时间要素,这里除按时间取穴如子午流注等,约可包括以下六个方面:一是总的治疗时间,二是每疗程的间隔时间,三是选择施术的时间,四是每次治疗的间隔时间,五是所需留针的时间,六是巩固疗效的治疗时间。

1. 总的治疗时间。一个病人大约需要多少时间治疗?这是处方时应当考虑到的。有些慢性病虽难作出准确的预测,但可试用针灸5~10次,以观后效。如需继续治疗,多数疗程较长,有的甚至数年才可结束治疗。至于急性炎

症、急性传染病等,一般治疗时间只需3~5天,少数疾患需要三周左右。掌握总的治疗时间很重要,我在临川县巡回医疗期间,曾治一急性结膜炎患者,刺睛明、合谷等穴一次,患者顿觉轻松,因当时正忙于处理其他急诊患者,拔针即匆匆离去,未告知需多少时间才可治愈。当第三天再去看他时,红肿变本加厉,且表示不愿继续接受针刺治疗,认为针灸疗法无根治作用。本来,急性结膜炎,一般只要每日针2~3次,连续治2~3日是基本可治愈的,然而这个患者却因不了解这些情况及中断治疗而失去信心,是一个教训。

2. 每疗程的间隔时间。对不少慢性病,目前一般以针刺7~10次为一疗程,每日一次,每疗程间隔3~5天再进行下一疗程。这是因为连续无休止地进行针灸,一方面增加了不必要的麻烦和患者的痛苦,另一方面也可影响疗效。临床上如面瘫等,都是在疗程间隔时间内出现明显好转的。

3. 选择施术的时间。对某些疾病的临床处方,也不可忽视。曾治一失眠患者,每日上午针三阴交、神门等穴,虽有一些好转,但不稳定。后改于每日下午4~5时施术,效果更显著。一些妇科疾病,如月经不调等,以经前3~5天开始治疗,连续7~10次更佳。如不孕症,用此法也取得了较好疗效。还有一些周期性发作病人,如疟疾等,《内经》早已告诉我们:“先其发时如食顷乃刺之”,实践证明亦为经验之谈。至于许多疾病都要注意抓紧有利时机,施行早期治疗,则是一致公认的治疗原则。

4. 每次治疗的间隔时间。一般慢性病,多是一天治疗一次,少数可每隔2~3天施术一次;但对一些需及早控制病情发展的急性传染病、急性炎症等,则需每隔5~6小时针灸一次,不可间隔太长,这是因为刺激疗法的作用,也只能保持一定时间,超过了这个时限,就会失去作用的。前述针治急性结膜炎一案,即说明了这个问题。

5. 所需留针的时间。对一些急性痛症、危重病显得特别重要。如我在初学针灸时,对

许多急腹症多不留针,止痛作用亦差;后来留针1~2小时并采用间歇运针法,提高了止痛率。又如用中西医结合治普通型流行性脑脊髓膜炎,用长达10多个小时留针法,24例中除一例无效外,余均于5~10小时退热,5~7天痊愈出院。再如七十年代广州、长沙等地治疗各种中毒性休克,均用久留针法,他们观察到虽多数患者于针刺后半小时左右血压开始上升,但也有少数重症,需经几小时甚至10多个小时留针运针的过程,才能使血压回升。

6. 巩固疗效的治疗时间。这是指一些经治疗后症状消失的患者以求根治而言,目的是为了预防复发。例如急性炎症,在症状消除之后,一般还需继续治疗3~5次;对一些慢性疾病,如慢性阑尾炎,则需较多次数治疗以巩固疗效。

针灸治疗时间选择的重要性显而易见,要想稳操胜券,不注意选择恰当的时间也是不行的。当然,上述治疗时间,也不是绝对的。例如疟疾在发时针刺,张子和就给我们开创了先例;又如妇科疾病,非经期针灸亦非绝不可行。其规律仍有待我们进一步探讨和研究。

结 语

腧穴、疗法、操作、时间既是针灸处方的四大要素,也是决定疗效的四大要素,决不能只注意其中一个方面而忽视了另一些方面。四大要素的作用,都有相对的特异性。但实现针灸临床疗效,有时是四大要素中的某一因素起主导作用,有时又是相互补充协同作用的结果。

由于从理论到实践还有一段距离,处方还要通过正确的临床实施才能实现其成效,故熟练掌握腧穴及针灸技术操作尤其重要。

影响针灸疗效的因素很多,其中规律性至今尚未完全揭示。例如腧穴的选择,一个穴有那么多治疗作用,一种病有那么多治疗腧穴,究竟什么是最佳腧穴?又如最佳疗法、最佳操作、最佳治疗时间等等,都应广泛深入探索,找出其规律性。对于针灸治疗原理的研究,更值得高度重视。只有真正弄清针灸治疗的全部奥秘,才有可能在提高疗效方面取得突破性进展。