

经脉根结标本特征及其临床应用

山东中医学院针灸教研室 张登部

经脉根结标本理论是经络学说的重要内容之一。对于经脉分布和经气活动,在其上下、内外对应关系方面进行了具体的论述。在针灸临床上有着重要的指导意义。笔者复习有关文献,将学习心得,结合临床体会,略抒管见,以便就正于同道。

一、经脉根结标本的意义

经脉根结学说始见于《灵枢·根结》篇,经脉标本学说始见于《灵枢·卫气》篇。二者内容虽不尽相同,但其基本精神是一致的。都是以十二经脉经气运行,说明四肢末端与头面躯干的特定联系,故皆属于十二经脉的重要内容。

《灵枢·根结》篇云:“奇邪离经,不可胜数,不知根结,……不可复取。”《黄帝内经太素》杨上善注:“风寒暑湿百端奇异,侵经络为病,万类千殊,故不可胜数也。离,历也。”奇邪是指六淫等一切不正之邪。外邪侵袭经络可以发生千变万化、不可计数的疾病。在治疗时,如果不知经脉所根所结,疾病就难于治愈。杨上善曰:“根,本也;结,系也。”即根本和归结的意思。清·张志聪更指出:“根者,结气相合而始生;结者,经气相将而归结。”这是说经气所起为根,所归为结,根有根本的意思,结有终结的含义。

所谓标本,是指经脉的本末。“本”犹树之根,“标”犹树之梢,从本到标,犹如树木的生长,从根到梢一样。《灵枢·卫气》篇云:“然其分别阴阳,皆有标本虚实所离之处”,“能知六经标本者,可以无惑于天下”。正如杨上善所云:“夫阴阳之气在于身也,即有标有本,有虚有实,有所离之处也。……十二经脉有阴有阳,能知十二经脉标本所在,则知邪入病生所

由也。”

从上述可以看出,根结和标本在意义上大体是一致的。但是,在具体内容方面却又有所区别。其特点是:根和本位于四肢末端,结和标位于头、胸、腹,即所谓“四根三结”。根之上有本,结之外有标。

二、经脉根结标本的基本特征

1. 十二经脉的本部及足三阴、足三阳的根部,皆在四肢肘膝以下,而标部和结部,都在头面和躯干。其中六阳经的标部在头面,六阴经的标部都在各该经脉所属的胸部募穴或背部俞穴及其附近。足三阴、足三阳的根部皆为井穴,其结部为足三阳经在头面,足三阴经在胸腹部。为什么没有手三阴、手三阳的根结呢?对于这个问题,张介宾解释道:“万物之气,皆自地而生也,……言足则通身上下经气皆尽,而手在其中矣,故不必言手也。”说明足六经根结包含手六经了。

2. 十二经脉的标本和根结,其方向是一致的,都是由四肢末端行向头面或躯干。本在根之上,标在结之外。

3. 六阴经的标部和足三阴经的结部,在胸腹部的募穴或其附近,或在背部的背腧穴处。根据《灵枢·背腧》篇:“五脏之俞出于背者”的论述,以及张介宾云:“五脏居于腹中,其气俱出背之足太阳经”,李东垣云:“凡治腹之募,皆为原气不足之病”的论述,可知背腧穴是五脏之气输注所出的地方,募穴是脏腑之气聚集之处,反映了阴经的经络之气由四肢本部作用于本脏,然后输注于足太阳经的背腧穴,或聚集于五脏募穴处的密切关系。

4. 六阳经的标部和足三阳经的结部皆在

头面部,这说明六阳经的元气不能直接作用于本腑,仅能对头面等外经循行所过处产生影响,而六腑与经络元气的联系,《灵枢·本输》篇指出:“六腑皆出足之三阳,上合于手者也。”是说六腑之气出于足三阳经而上合于手三阳经。说明手三阳经所属的大肠、小肠、三焦之气皆禀受了足阳明、足太阳之气,然后上合于手阳明、手太阳、手少阳与本经自肢端发出的经络元气相合而作用于标部(头面)的关系。六腑之气从足阳明、足太阳、足少阳三经发出,自合穴处别入内腑,其中大肠、小肠、三焦之气,上合于手三阳经。从而也就解释了《灵枢·经脉》篇手三阳经脉病候中“是动则病”为何无相应腑病症候记载的道理。

5. 经络元气自四肢末端而向躯干内脏渐行渐深,故古人以此现象比喻为水流,就形成了肘膝以下六十六个五输穴的来由。《灵枢·九针十二原》篇云:“所出为井,所溜为荥,所注为俞,所行为经,所入为合”,这一论述是否与《灵枢·经脉》篇和《灵枢·营气》篇的营气循行相矛盾,笔者认为是不矛盾的。可以从以下几个方面去认识:

(1) 《灵枢·经脉》篇是和《灵枢·营气》篇所述的经脉循行是“营气”的周流,《灵枢·营气》篇云:“营气之道,内谷为宝,谷入于胃,乃传之肺,流溢于中,布散于外,精专者行于经隧,常营无已,终而复始。”此出于中焦而循环无端。而经脉标本根结,则是指经气的活动有上下两极、内外相应的关系,二者概念不同。

(2) 井、荥、俞、经、合五输穴是古人将经气的作用以取类比象的方法喻作水流,这种认识与根结、标本理论去解释是有其渊源相承关系的。

(3) 关于经脉的循行方向问题,从目前来看,《黄帝内经》成书之时以及其前期,认为是自四肢末端流向头面、躯干的。如1973年长沙马王堆出土汉墓所发现的《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》记载的十一条经脉,其循行方向大都自四肢末端行向躯干。《灵枢·邪客》

篇所记载的手太阴肺经和心主之脉的循行均与《灵枢·经脉》篇相反,是从指端行向胸腹部。从经脉循行方向上可以看出,《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》对《灵枢》经脉循行是有影响的,并且可以看出《黄帝内经》非出自一人一时之作。经脉的形成是有其发展过程的。另外,从近年来对循经感传现象的研究工作中,发现感传的双向性特征,是对经脉根结、标本理论和经脉循行规律的进一步认识。

6. 从经脉根结、标本的活动规律,可见经络之气其“源”在根和本处,而其“流”在标和结处。这与近代对循经感传现象研究工作中发现四肢末端腧穴容易出现感传的事实相符合,说明经脉根结标本理论的创立是源于临床实践。

三、经脉根结标本理论的临床应用

1. 远道取穴的理论依据

(1) 病在上,取之下:《灵枢·官针》篇云:“远道刺者,病在上取之下。”为远道取穴方法之一。是在距离病变部位较远的肘膝关节以下选穴治疗。这种方法一般多用“经脉所过,主治所及”来解释。然而,如果从经脉根结、标本理论去认识,或更为恰当些的。因为根穴和本穴皆在四肢末端(下),而结和标穴在头面和躯干(上)。所以病在上,可取在下的四肢末端腧穴进行治疗。古代文献中有许多上病下取的记载,如《针灸聚英》载:“头面之疾针至阴”,就是因为足太阳根于至阴,结于头部的道理。

(2) 病在下,取之上:此种取穴法也是临床常用之法。病在下部,何以能取上部腧穴治疗。张景岳云:“病在下而脉通于上者,当取于上”,与“经脉所过,主治所及”一理。因此也应从经脉根结、标本理论角度去认识,因为经脉标结在上,根和本在下,故病在下可取上部腧穴治之。如肘后歌:“腿脚有疾风府寻”。近代有人针刺“睛明”穴治疗偏瘫者,若以根结标本理论解释,则更为概要。

(3) 井穴的应用:《灵枢·动输》篇云“夫

四末阴阳之会者，此气之大络也。”说明井穴为阴阳经脉之气所交接，又为经气所根之处，对于调节经络气血、阴阳虚实有重要作用。临床应用也很广泛，多用来治疗远隔部位的疾患以及急性疾患。如多用于开窍醒神、泄热苏厥、急救等。

2. 其他配穴法的理论根据

(1) 上下配穴法：是常用配穴之一，为经脉根与结部、标与本部及附近腧穴相配合取穴法。可分本经相配与表里经相配。如侠溪配听会治疗耳聋、耳鸣；照海配肾俞治疗肾虚腰痛等，即属此法。

(2) 表里经配穴法：也可分表里经上下相配和一般配穴法。如取足少阳胆经的听会，配合足厥阴肝经的肝俞治疗眩晕、耳鸣、耳聋等。又如取足太阳膀胱经的睛明穴，配足少阴肾经的照海穴治疗色盲症，即为表里经上下相配法；取手太阴肺经的太渊穴，配手阳明大肠经的曲池穴治疗无脉症，即为表里经一般配穴法。

(3) 俞募配穴法：由于某些经脉的标、结部在胸腹部的募穴，或在背部俞穴，故可以俞募相配取穴。如足少阴肾经的标部肾俞配合足太阴脾经结穴中脘（太仓）治疗脾肾阳虚腹泻等，便是此法。

(4) 五输穴的临床应用：由于经脉根结、标

本的方向，皆从四肢末端走向头面、躯干。经谓：“所出为井，所溜为荥，所注为腧，所行为经，所入为合”的五输穴。而有“井主心下满，荥主身热，腧主体重节疼，经主喘咳寒热，合主逆气而泄”，并与五行相配合，构成阳经五输穴顺次为金、水、木、火、土；阴经五输穴顺次为木、火、土、金、水。临床上有以下几种常用法：①根据五输穴主病应用，如上述井主心下满等。②根据母子补泻法应用，如本经母子补泻法：譬如肺经（金）实证可泻尺泽（合水），即为实则泻其子，脾经（土）虚证可补大都（荥火），即为虚则补其母。异经母子补泻法是在表里经或他经之间根据“虚则补其母，实则泻其子”的原则进行选穴。如表里经相互可取补母泻子穴，以及泻子经子穴和补母经母穴。③子午流注取穴法：如纳干法、纳支法等。

(5) 下合穴的应用：由于手足阳经的标部皆在头面，其经脉元气不直接作用于本腑，而是“出足之三阳，上合于手”之故，如手三阳之大肠合于巨虚上廉，小肠合于巨虚下廉，三焦合于委阳等，故下合穴可用于治疗六腑病，即所谓“合治内腑”之义。

经脉根和本处尚有郄穴、络穴、八脉交会穴等，这些腧穴均具有治疗全身疾病的重要作用，与经脉根结、标本的理论同样有密切关系。

悬吊牵引并手法治疗腰椎后关节错位

北京铁路总医院 崔桂福 李宗民 陆军

一、牵引：患者进入特制的悬吊牵引器后，用特制的腰带捆扎于胸腰段，然后开动牵引器，患者双足离开地面即停，使其全身悬吊起来。牵引10分钟后腰椎间隙可明显增宽，此时可令患者双足慢慢着地，如腰部疼痛仍存在，再行悬吊牵引并配合手法治疗。

二、手法：(1) 摇摆法：在悬吊牵引下，术者立于患者身后，两手把按住患者两侧髂前上棘，左右摇摆，角度不宜过大。(2) 加大牵引重量：如上述治疗症状仍未缓解，术者（体重65公斤）双手抱住患者腰部，双腿夹住患者双下肢令助手推术者臀部作前后

摆动动作，加大牵引力。

三、注意事项：用此牵引方法治疗一次如症状未缓解，最好第二天再来就诊，间隔时间不宜过长。治疗后，一般休息2~3天，最好卧硬板床并避免腰部旋转动作，防止再度错位。待腰部疼痛症状消失后需加强腰背肌功能锻炼。年老体弱、明显的心血管机能障碍者、脊柱结核、肿瘤、妊娠者不宜使用此法。

我们共治疗78例，经悬吊牵引加手法一次治愈63例，二次治愈7例，三次治愈4例；一次悬吊、手法及增加牵引力而治愈4例。