

“泻井当泻荥，补井当补合”小议

南京中医学院八四级针灸研究生 王 宇 华

古代针灸医家在长期的临床实践中，总结出一种子母补泻针法，就是根据井、荥、输、经、合五输穴的五行相生原理，结合脏腑五行属性，实则泻其子，虚则补其母的一种针刺补泻法则。如肝属木，肝经实证可泻其子穴——荥(火)穴行间，虚证可以补其母穴——合(水)穴曲泉，这是子母补泻的一般常法。此外，根据临床需要，古人又提出“泻井当泻荥，补井当补合”这一子母补泻的变通法则。

《灵枢·九针十二原》谓：“所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合”这是以水流的名称来形容五输穴的特点，其从四肢末端向肘、膝方向排列，经气从小到大，从浅到深，从远到近。五输穴中的井穴为经气的发源之处，经气较其他穴位浅小，且井穴位于手足指(趾)末端，皮肉浅薄，感觉异常敏锐，适于一般闭证、急证迅速刺血之用，而不适于一些比较复杂的补泻手法的操作。所以，如果临床上遇到某些病，按子母补泻法需要取井穴进行补泻操作时，应采用“泻井当泻荥，补井当补合”的变通法则。如心经(火)虚证，当补其井穴少冲(木)，临床上多取其合穴少海(水)补之。

“泻井当泻荥”之法首见于《难经》。《难经·七十三难》云：“诸井者，肌肉浅薄，气少，不足使也，刺之奈何？然，诸井者，木也；荥者，火也。火者，木之子，当刺井者，以荥泻之。故经言补者不可以为泻，泻者不可以为补，此之谓也。”《难经》因为井穴都在肌肉浅薄的部位，气少不足以使用泻法，故根据五行相生原理，“实则泻其子”。盖井穴属木，荥穴属火，火为木之子，当泻井穴者可以取荥穴泻之，此即“泻井当泻荥”之理。

但是，《难经·七十三难》于此只言泻井，而未及补井，似乎井穴的作用范围就只是泻实祛邪，而无补虚扶正之功；且末尾所云“故经言补者不可以为泻，泻者不可以为补。此之谓也。”这段文字也不能得到圆满的解释。故后世医家在学习、研究《难经》时，注意到这一不足之处，进而提出“补井当补合”之说，发展和完善了《难经》“泻井当泻荥”的观点。

那么，是谁最早提出“补井当补合”的呢？全国高等医药院校教材《针法灸法学》在《难经》论针法一节中说“明代汪机《针灸问对》说‘此者(按：原文作‘专’)为泻井者言也。若当补井，则必补其合’。因此有‘泻井须泻荥，补井当补合’之说。”⁽¹⁾此显然认为“补井当补合”之意首见于《针灸问对》，其实并非如此。

考《难经集注》引宋代医家丁德用之所谓：“井为木，是火之母；荥为火，是木之子。故肝木实，泻其荥；肝木气虚不足，补其合。泻之复不能补，故言‘不可以为补’也。”⁽²⁾丁氏此说虽然没有明言“补井当补合”，但字里行间实已含有此意。因此，据现存文献看来，应该说“补井当补合”之意，是宋代丁德用最早阐明的。

至于明确提出“补井当补合”这一说法的，要推元代滑伯仁的《难经本义》。书中曰：“诸经之井，皆在手足指梢，肌肉浅薄之处，气少，不足使为补泻也。故设当刺井者，只泻其荥，以井为木，泻为火，火者木之子也。详越人此说，专为泻井者言也。若当补井，则必补其合，故引经言‘补者不可以为泻，泻者不可以为补’，各有攸当也。补泻反，则病益笃，而有实实虚虚之患，不可谨欤！”⁽³⁾这把《难经·七十三难》原文的意义作了进一步的阐述，指出当用补法

治疗的疾病不可错用泻法,当用泻法治疗的疾病不能错用补法,临床上必须补泻分清。而在需用井穴进行补泻时,则应采用“泻井当泻荥,补井当补合”之法。

《难经·七十三难》所揭示之“泻井当泻荥”的原则,是针对阴经井穴补泻而言,如病当泻少商(阴井木),可取鱼际(阴荥火)泻之。但推而广之,同样适用于阳经,如病当泻商阳(阳井金),可改取二间(阳荥水)泻之。盖金生水,水为金之子,此亦“实则泻其子”。同样,“补井当补合”对阴阳经也都适用。如病当补涌泉(阴井木)者,可取阴谷(阴合水)补之,水生木,水为木之母,此“虚则补其母”;病当补厉兑(阳井金)者,可取足三里(阳合土)补之,土生金,土为金之母,此亦“虚则补其母”也。

“泻井当泻荥,补井当补合”这种腧穴代为补泻的变通针法,在临床上确实有一定的疗效。据有人报道,常针上齿痛,属于阳明胃热实证,

按本经补母泻子法,应泻井穴厉兑,即以本经之荥穴内庭代替,施用泻法,能止齿痛于顷刻。另外,从近年的一些实验研究结果来看,已初步证明了五输穴的子母穴确有相互消长的规律。这就为临床运用子母补泻法提供了客观依据。

“泻井当泻荥,补井当补合”这一针刺补泻的法则,是基于井穴部位肌肉浅薄的特殊性而设,是变法,不是常法,有一定的局限性,不可机械搬用。因为腧穴不同,主治各异。临床上要以辨证施治为主,灵活运用各种不同的针刺法则,以达到治愈疾病的目的。

参 考 文 献

- (1) 全国高等医药院校教材《针法灸法学》,第36页,上海科学技术出版社,1985。
- (2) 明·王九思等编:《难经集注》,第93页,人民卫生出版社影印,1984。
- (3) 元·滑寿:《难经本义》,第69页,人民卫生出版社,1963。

升提活血汤治疗胃粘膜脱垂77例

解放军四〇一医院 马 山 薛长莲 赵 红 崔德安 姜士奎

胃粘膜脱垂是临床常见疾病,我们采用升提活血汤治疗77例,疗效较好,现报告如下。

临床资料:77例胃粘膜脱垂病中男性56例,女性21例;年龄最小12岁,最大64岁,以21~50岁为多。合并有慢性十二指肠球部炎症44例,胃体慢性炎症9例,疣状性胃炎3例,胃溃疡3例,十二指肠球部溃疡3例,食道裂孔疝(滑动型)8例,幽门口水肿不完全性梗阻1例,胆汁返流性胃炎3例,肥厚性胃炎3例。肠功能紊乱1例,食道炎4例。经纤维胃镜检查确诊为胃粘膜脱垂44例,钡餐检查确诊33例。病理检查确诊轻度萎缩性胃炎6例,中度萎缩性胃炎3例,重度萎缩性胃炎2例,腺癌1例。伴轻度肠上皮化生7例,中度肠上皮化生1例。

治疗方法:凡经确诊为胃粘膜脱垂病变者,均采用升提活血汤治疗。

处方:黄芪30克,党参10克,升麻10克,柴胡10克,细辛5克,蒲公英10克,枳实10克,肉桂10克,红花12克,蒲黄10克,川芎15克,丹参30克,

三棱10克,莪术10克,丹皮10克,甘草6克。水煎内服,每日一剂,分2次服。

合并有胃、十二指肠球部溃疡者,加白及12克,白芷10克,元胡8克,儿茶10克,或用锡类散3克饭后2小时服,日3次。伴有疣状胃炎或肥厚性胃炎者加炮山甲8克,王不留行12克;合并有萎缩性胃炎或肠化生者加水蛭5克或加土鳖10克;伴有食道炎者饭后吞服黄连素粉0.4克,每日3次,温开水送服(不能多喝水)。一般42天为一疗程。如合并有中或重度萎缩性胃炎或伴有肠上皮化生者,最少服60剂,最多120剂。

治疗结果:77例胃粘膜脱垂病患者服上药后,1例转化为腺癌(未治疗),1例好转,其余75例经胃镜、X线钡餐复查病变消失治愈。服药最少30剂,最多120剂。升提活血汤有补气升提、温中化痰作用,适用于虚寒性上腹疼痛,对饭后疼痛加重,尤以右侧卧位痛著,左侧卧位痛减,伴腹胀、嗝气、不泛酸、怕冷、喜暖、食欲减退,时有恶心者疗效较好。