

井 穴 补 泻 论

朱彦岑 胡宝凤

内容提要:本文在分析井穴的穴性特点、“泻井当泻荣,补井当补合”的井穴变通补泻方法以及古代针灸医家运用井穴的经验基础上,从多方面论证了井穴补泻的可行性,并针对井穴特点,相应提出了八种补泻手法——补泻前按摩、迎随补泻、呼吸补泻、开阖补泻、提插补泻、灸法补泻、荣合补泻、刺血泻法等,还对施行补泻时需注意的一些问题,如针刺手技、井穴特异性及辨证选择刺激量等也作了说明。对扩大井穴应用范围、丰富针刺手法内容、提高临床治疗效果将有所裨益。

《难经·73难》指出:“诸井者,肌肉浅薄,气少,不足使也,刺之奈何?……当刺井者,以荣泻之。”元代滑伯仁在《难经本义》中补充说:“若当补井,则必补其合。”历代医家多遵此说沿用迄今,病当泻井时改为泻荣,病当补井时改为补合,但对具有重要治疗作用的井穴本身则多忽略不用,即使使用也仅限于井穴刺血治疗中风昏迷等急症,不讲手法,不论补泻,致使井穴应用范围日益缩小。有鉴于此,为探微索隐,阐发古义,笔者查阅了有关文献,试就井穴补泻问题略陈管见如下。

一、井穴可否补泻

《难经》认为井穴肌肉浅薄,经气较其它穴位微少,不宜使用复杂的补泻手法,但笔者认为井穴和全身其他穴位一样,临床上同样可以补泻。理由如下:

1. 井穴本身有补的作用,也有泻的作用。根据五输穴的五行属性和“补母泻子法”原则,十二经中心、心包、膀胱三经井穴有“补”的作用,可用于治疗本经虚证;胃、肾二经井穴有“泻”的作用,可用于治疗本经实证。临床上,心、心包经有热,取少冲、中冲泻之能清心除烦,起泻实的作用;肾经有病多虚,针补或艾灸、敷灸涌泉穴,能起补虚的作用。依此看来,十二经井穴有泻实的一面,也有补虚的一面,子母补泻只是说出了它的一个方面。

2. “泻井当泻荣,补井当补合”是根据五输穴之间相生规律提出的,并能生荣,泻荣即泻井,合能生水,补合即补井,临床上有一定实用价值,但这只是古代井穴补泻的变通方法,而不是常法,不可以一概全,以此代替整个井穴的补泻,忽视井穴的全身性调节作用。

3. 《灵枢·九针十二原》云:“所出为井”,《类经》注:“井者脉气由此而出,如井泉之发,其气正深”,所以《灵枢·本输》有“肺出少商,心出中冲……”等十二经所出的记载,说明井穴是十二经脉之“根”,各经经气发源之处,阴阳经脉气交接之所,内连五脏六腑,因此位于四肢末端的井穴治疗作用广,对头身、脏腑病尤宜,如《灵枢·顺气一日分为四时》“病在脏者取之井”、“冬刺井”、“冬刺井荣,必深以留之”,《难经·67难》“井主心下满”等。因此,补泻井穴可培其不足,开其郁滞,达到通经接气、交通阴阳之目的。

4. 《素问·缪刺论》中提出,邪客于手阳明、手少阳……足少阴之络,均宜刺井,邪客于手足少阴、太阴,足阳明之络所致“五络俱竭”的“尸厥”证,宜先后针刺隐白、涌泉、厉兑、少商、中冲等穴;《灵枢·热病》篇提出:“气满胸中,喘息,取足太阴大趾之端,去爪甲如韭叶,寒则留之,热则疾之,气下乃止。”《素问·刺法论》亦指出:“木欲发郁,亦须待

时,当刺足厥阴井。”可见,早在《内经》时代,就有针刺井穴治疗各种虚实疾病的应用。

5. 古今针灸医家临床上井穴补泻也有大量应用。如《灵枢·五邪》载:“邪在肾,则病骨痛……取之涌泉、昆仑,视有血者尽取之。”《难经·79难》说:“补手心井,是谓随而济之者也。”《针灸大成·卷六》云:“少冲,心虚补之,针一分,灸三壮”。《针灸大成·卷八·妇人门》载:“无乳,膻中(灸),少泽(补),此二穴神效。”《百症赋》亦云:“攀睛攻少泽、肝俞之所……发热仗少冲、曲池之津……大敦、照海患寒疝而善蠲……至阴、尾翳,疗痒疾之痛多。”《循经考穴编》云:“少泽:乳汁不通,先补后泻……至阴:膀胱虚补之,刺入一分,沿皮向后三分,灸七壮”。

二、井穴如何补泻

井穴虽可行补泻,但运用时又有其特殊性,兹特提出以下几种手法供同道参考。

1. 补泻前按摩法

进针之前,用按摩手法,如《内经》所谓“必先扞而循之,切而散之,推而按之,弹而怒之,爪而下之,通而取之”,以开启活动其气,则未用针气已流通,入穴后自易补泻。

2. 迎随补泻法

手三阳、足三阴经井穴补泻,操作时针尖斜向远端,迎其经脉,逆经而刺,进针2~3分后,大指向前,食指向后旋捻为泻法;反之,操作时针尖斜向近端,顺经刺入2~3分后,拇指向后,食指向前旋捻为补法。

手三阴、足三阳经井穴补泻,操作时针尖斜向近端,逆经而刺,进针2~3分后,拇指向后,食指向前旋捻为泻;反之,针尖斜向远端,顺经而刺2~3分后,拇指向前,食指向后旋捻为补法。

3. 呼吸补泻法

吸气时进针,待得气后,于呼气时出针为泻法;反之,呼气时进针,得气后,吸气时出针为补法。《针灸大成·经络迎随设为问答》:“补泻皆取呼吸出纳其针,盖呼则出其气,吸则入其气,欲补之时,气出针入,气入针出。

欲泻之时,气入针入,气出针出。”

临床上井穴呼吸补泻,常结合迎随、提插、开阖法同时施用。

4. 开阖补泻法

起针后速按针孔为补,出针时摇大针孔,不加按压为泻。《灵枢·官能》云:“泻必……摇大其空,气出乃疾;补必……气下而疾出之,推其皮,盖其外门,真气乃存。”

5. 提插补泻法

针刺的深度不变,重插轻提为补,轻插重提为泻。正如李梴《医学入门》所说:“凡提插,急提慢按如冰冷,泻也;慢提紧按火烧身,补也。”由于井穴肌肉浅薄,感觉敏感,手法不宜反复多次进行。

6. 灸法补泻

补法:采用温和灸、回旋灸、温针灸等,火力微而温和,徐燃自灭,灸后按其灸穴,使真气聚而不散。泻法:采用着肤灸、雀啄灸等,火力较猛,快燃快灭,灸毕不按其穴,使邪气得散。

7. 荣合补泻法

根据“泻井当泻荣,补井当补合”的母子补泻原则,补井时改补合穴,如少海、曲泽代替少冲、中冲治心经及心包经虚证,泻井时改泻荣穴,如临床上泻内庭代替厉兑治上齿痛,能止齿痛于顷刻。

8. 刺血泻法

十二井穴刺血治疗咽喉肿痛、大热、昏迷等痛证、实证、热证,常应手取效。方法:用三棱针快速点刺十二井穴,急入急出,有似电闪,刺破皮肤,使之出血。如出血量不足,可于刺后用手挤压。

三、井穴补泻时须注意的几个问题

1. 井穴位于四肢末端,为各经经气发源处,具有肌肉浅薄、经气微小、感觉敏锐、疗效迅速等特点,是人身要穴之一,具有重要的全身性治疗作用,但也存在着进针疼痛、不便使用复杂的补泻手法等缺陷。临床上欲扬长避短,达到疗效既高,患者又不受痛苦,关键在于医者的手技是否纯熟。若进针准确迅速,手

法极轻,捻转时不超过10度,只微微转动,提插时深度不变,仅皮肉上下微动,如是则进针、起针不觉,补泻手法不痛,疗效自会提高。一般来说,针刺入后,随得气症状减轻时,尤其是针感直达病所时,可以不用手法,如果得气以后,仍不见效果,则可施行适宜的补泻手法。

2. 不同井穴与内脏分别有不同的特殊联系,主治上有特殊的选择性、定位性,故井穴补泻时要结合穴位主治的特异性,辨证选用,灵活掌握,必要时可与它穴配合应用。如喉病以少商为佳,昏倒刺中冲,疝痛刺大敦,难产矫胎针灸至阴,崩漏灸隐白,乳汁不足针少泽等。

3. 施行补泻手法时,要结合患者年龄、

体质、机能状态、病因病性等具体情况,作好补泻刺激量的选择。如老年人补量可大些,青、壮年泻量可大些,幼儿刺激量小些;体壮实证宜泻,体弱虚证宜补;敏感时,刺激量宜小,迟钝者,刺激量宜大;虚、寒、阴证补量宜大,或加重灸,或置皮内针,实、热、阳证泻量宜大,或用三棱针点刺出血。

4. 一般病证,补虚时多采用轻刺激,泻实时多采用重刺激,由于井穴的特殊性,手法上宜灵活掌握,不可拘泥。如休克是阴阳脱绝、阳气式微的危候,多取阳气盛而针感强的井穴治疗,而在操作方法上亦比较特殊,非重刺激、久留针难以振奋其脱绝之阳气,正如彭氏《针灸秘验·针刺手技》提出:“重刺井穴,有时能起到补虚的兴奋作用。”

健心汤治疗52例病毒性心肌炎的临床观察

上海医学院 邵启惠

上海第二医科大学附属瑞金医院 吴贤益 杨永华 过鑫昌

自1985年3月至1985年10月,我们以自拟方“健心汤”治疗病毒性心肌炎,取得一定疗效。兹将临床观察结果总结如下。

一、一般资料

本组52例中男27例,女25例;年龄7~56岁,以青年人为主;绝大多数病例出现程度不同的心律失常;病程:1月~33年,其中一年以内29例,1~3年13例,3~5年5例,5年以上5例。

二、诊断标准

参照《实用内科学》的诊断建议并结合我们临床实际,提出以下诊断标准:

1. 近2周内有过急性病毒感染史(呼吸道和消化道)。2. 出现过胸闷、心悸、气急等症状。3. 心电图示心律失常或ST-T波的改变,并能排除瓣膜病、高血压、冠心病、肺心病、心包疾病、甲状腺疾病等。如心电图正常,但时有早搏者。4. 抗心肌抗体阳性者。上述4条中,凡符合前3条标准者或无第1条符合后3条者,亦可诊断为病毒性心肌炎。

三、治疗方法

绝大部分病人单服“健心汤”,少数病人治疗初期曾辅以少量抗早搏西药(乙胺碘呋酮、心律平等),至治疗中、后期停用西药,单服中药。

方剂组成:生地15~30克,麦冬15克,桂枝6~9克,炙甘草15~30克,党参15~30克,苦参9~12克,甘松6~9克,丹参15~30克,紫石英30克,板蓝根12~15克。

随症加减:如阴虚火旺去桂枝加元参;早搏频繁加蒸树根、常山、生姜;心动过速加琥珀粉;胸闷胸痛加失笑散、郁金、檀香;夜寐不佳加莲子心、淮小麦、五味子;热毒盛加黄芩、银花、开金锁;夹痰湿加茯苓、制半夏;阳虚加熟附子;气虚加黄芪。

疗程:以三个月为一疗程,观察心电图和检测抗心肌抗体并作治疗前后对比。

四、疗效

本组病例显效24例(症状消失,心电图恢复正常);有效19例(症状明显减轻,心电图改善,或早搏较前减少一半以上);无效9例(症状稍有减轻,但心电图无改善)。