

冲脉要上行 肾经要下行

《灵枢·经脉》篇云：“肾足少阴之脉……贯脊属肾，络膀胱。其直者，从肾上贯肝膈，入肺中……其支者，从肺出络心，注胸中”。历代各家对此段循行的看法极不一致。大体上可分为三种画法。第一种画法依《发挥》“贯脊会于脊之长强穴。还出于前，循横骨、大赫……育俞，当育俞之所，脐之左右属肾，下脐下，过关元、中极而络膀胱也……其直行者，从育俞属肾处上行，循商曲……通谷诸穴。贯肝上，循幽门上膈，历步廊，入肺中，……支者，自神藏别出绕心”之说，即自腹前的育俞向后下方属肾络膀胱的自前而后说。因这种说法只是会了一下长强，算不上“贯脊”（图1），故后世极少从之。第二种画法依《太素》“贯脊，谓两箱二脉，皆贯脊骨而上，各属一肾，共络膀胱”和《类径》、《经脉图考》“结于督脉之长强，以贯脊中而后属于肾，前当关元、中极之分而络于膀胱”之说，由脊柱从后向前属肾络膀胱的自后而前说。这种说法又可分为自络膀胱处（横骨）上行于体表（如《内经讲义》、《针灸学》、《经络挂图》、《针灸穴位解剖图谱》等。图2）和自属肾处（育俞）在体表分行上下（如《经络学》、

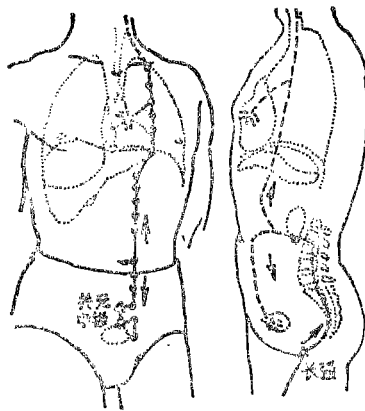


图 3

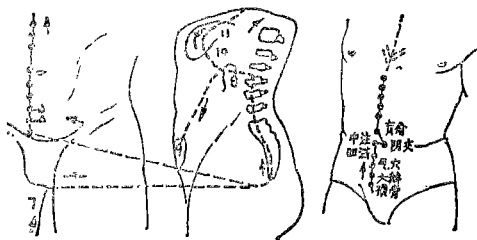


图 4

图 5



图 1

图 2

《中医基础理论》等。图3)两种。第三种意见主张自长强穴分行内外。内支贯脊属肾络膀胱，上贯肝膈，入肺注心；外支自长强前行出横骨，夹脐上行至俞府。如《经络图解》、《论经络学说的理论与临床应用》及《中国针灸学概要》的插图等（图4）。自后而前的第二种画法在目前大多数针灸书籍、教材中被采用。但仔

细分析，这种画法也存在很多矛盾。如这种画法的第一种在体表的长强至横骨穴一段出现了中断（图2），不符合经脉循行的规律；第二种把外行线作为内行线在体表的投影处理。如孔最指出：“足三阴经的共同特点，都没有分出有穴通路和无穴通路，内部属络脏腑与外部发为腧穴的通路是相同的”。李鼎在《略谈穴位排列与经络循行的关系》一文中指出“足少阴肾经‘贯脊，属肾，络膀胱’一段，应是指会于督脉长强之后，向上属肾，再向下络膀胱，相应的穴位是脐旁的育俞及以下的中注、四满、气穴、大赫、横骨诸穴；‘从肾上贯肝膈’一段，则是指育俞以上各穴”。实际上，这种处理方法也是很很不合理的。其一，“内部属络脏腑”的内行线和“外部发为腧穴”的外行线相去太远。如肾至少位于正中线一寸半之外（同身寸，下同），而育俞等穴却仅距中线五分。按照解剖位置描绘，“属肾，

络膀胱”一段应是自外斜向内下的一条斜线，而肾经线却被画成一条平行于前正中线的直线。所以，“内部属络脏腑与外部变为输穴的通路是相同的”一说是实际的。其二，这种画法使经脉的主干变成了躯干部的支脉。考察十二经脉终末支脉的发出分布部位多在头面肢末及胸腹内腔。发于头面的，作用是沟通各经联系，交经流注，并营养润滑五官七窍；发于胸腹内腔的，作用是属络和联系脏腑，并濡养温煦五（六）脏六腑；发于四肢末端的，则主要是沟通表里经的联系和流注——都有其重要的生理意义。而发于躯干体表的终末分支则确为少见，更无从谈及它的作用和意义，只能使经脉循行流注的理论和经脉本身变得支离破碎。其三，这种画法使经脉气血流注方向出现混乱。

《灵枢·逆顺肥瘦》篇云：“足之三阴，从足走腹”，即说明足三阴经的体表外行线都是自下而上循行的。这种画法使经脉从盲俞穴下行至横骨而止，是逆足三阴经的上行之势的，因而不利于气血流注和针刺迎随补泻理论的解释，是不恰当的；其四，《灵枢·五音五味》篇指出：“冲脉……其浮而外者，循腹（右）上行”，《素问·骨空论》云：“冲脉者，起于气街，并少阴之经，夹脐上行，至胸中而散”。都指出冲脉在胸腹部的循行方向是自下而上的。《经络学》（李鼎主编）的冲脉循行图所标示的方向也是自下而上的（图5），这就与同一本书里所画的足少阴肾经循行图（图3）发生了矛盾冲突。在同一条循行线上，肾经要下行，冲脉要上行，势必要发生气血循行的混乱，所以，这种画法是根本讲不通的。

本人认为，比较正确的处理意见应当属自长强穴分行为内外的第三种画法。由于历史的原因，古人在创立经络学说时为阴阳学说的“阴主内，阳主外”之说所困，加之没有观察到足三阴经在胸腹部的较明确的循经感传线（至今也还是没有观察到），所以，在《灵枢·经脉》篇中叙述足三阴经胸腹部外行线时，古人采取了回避的态度，使这个问题至今各家仍纷争不已。但是，不论是从循经感传现象还是从经穴归经连线考虑，足三阴经胸腹部的外行线是客观存在的，是回避不了的。《灵枢·五音五味》和《素问·骨空论》对冲脉循行的记载，就是对肾经外行线的描述。

所以，本人认为，本经应自长强穴开始分为两支，内行支向上贯脊，于命门部位分属两肾，由肾分支下行络膀胱，并会关元、中极；上行贯肝膈，入肺；外行支自长强前行经会阴部位浅出横骨夹脐上行，至俞府穴而止。

山东省青岛疗养院 孙永显

从治疗疟腮方剂中得到的启迪

笔者近二年来，收集了五首治疗疟腮的方剂（1. 疟腮散：青黛、马钱子、甘草、生大黄、赤小豆、海藻；2. 军白散：大黄、栀子、黄柏、白矾；3. 腮腺炎膏：乳香、没药、连翘、生大黄、栀子、大青叶、板蓝根、五灵脂；4. 验方：吴茱萸、生大黄、制胆星；5. 大黄黄连散：大黄、吴茱萸、胆南星、黄连）。从上述五首验方的配伍来看，大黄是治疗疟腮的关键性药物。通过临床实践，证明单味大黄粉治疗疟腮确有明显疗效。具体方法是：将生大黄研细末装瓶备用。用时取大黄粉1.5~3克，加适量生理盐水调成软膏状，涂布在纱布上，厚2~3毫米，面积与肿胀范围同，敷于患处，用胶布固定。若伴全身发热，可予解热镇痛药。如患者全××，男，14岁。1987年4月19日初诊。昨日下午始右耳垂部有触痛，今晨见肿胀明显，局部灼热、疼痛。诊为疟腮。用以上方法治疗，次日来诊，诉敷药后症状减轻，夜晚疼痛消失。视肿胀消退，局部无压痛，病愈。曾治7例，疗效满意。

吉林省安图县中医院 李光淳

儿科临证偶拾

一、治痿辨干湿有感

古人论痿，名目繁多，惟晚清余听鸿最能提挈其中要领，提出干湿二字可以概括病机要点。并以“花卉菜蔬过燥则萎、过湿亦萎”形象比喻，诚为精辟之论。曾治一浙江籍张姓病孩，2周岁，形体胖嫩、肌肤柔白、平时每易罹病泄泻。暑夏突患痿证，并见发热（38~39℃），住院半月，且治且甚，遂至脊柱无力支坐，扶持不能稍立，终日瘫卧床榻，面色淡白，手足清冷，诊其舌淡苔白滑，纹色淡青，虽病经二旬，肌肤依然白润，惟松弛痿软。乃断为脾肾亏损，阳虚不布，痰湿聚生，浸淫筋脉；复因外湿所侵，因之病痿，与“花卉菜蔬，过湿亦萎”同理。选方金匱肾气丸合二陈汤组方，合计十一味药，不作加减，连进10剂，竟能放手慢步。继以温补脾肾，强筋健骨之剂调治，210日而尽全功。

二、暑湿夹湿一验之得

暑湿夹湿，证治与一般暑湿病例有异。寒凉苦重太过，往往令表湿不透，里湿蕴遏，病势缠绵，酿成坏证。胡孩，4岁，七三年盛夏病湿，高热痉厥，神识昏愤，无汗，时作呕哕，舌红不干，苔稍腻。暑湿夹湿，不难辨认，立法用药，并未离乎治湿。但因受“乙脑”时行治法影响，除以清暑化湿为主外，杂以清