

为主,而成苦寒甘酸之剂。诸药相合,使阴复火降,水火既济,心肾相交,烦除而寐安。对于阴虚阳亢,邪实正虚,心肾不交之失眠证,有很好的疗效。

酸辛热苦寒配伍:舒筋缓急。如《霍乱论》中蚕矢汤,方中用味酸之木瓜,除湿和中,舒筋活络以缓挛急、除吐泻,《名医别录》谓其:“主湿痹邪气,霍乱大吐下,转筋不止。”配伍辛温(热)之蚕沙、吴茱萸,苦寒之芩连,升清降浊,化浊和中,用治湿热霍乱而见转筋之证。

厦门大学医学院(361005) 杨丽华 周海虹

腧穴渊源考

1973 年长沙马王堆三号汉墓中出土的《帛书》,是迄今发现最早的医学文献,因其中《足臂十一脉灸经》与《阴阳十一脉灸经》未见腧穴名称,一些学者由此而否定了“由点到线说(腧穴早于经脉)”,而产生了“由线到点说(经脉早于腧穴)”。本文力图在探讨腧穴的形成过程中诠释这一问题。

1 点与腧穴

在人类对火的发现和使用过程中,发现局部取暖可以消除一些病痛。在接触火时,火星溅到身体某处被灼伤,此时却减轻或消除了某种疼痛或疾病,当这些疾病再发生时,试探性地烧灼该部位,而收到同样的效果。刺法也是如此,先是在某处按压或意外创伤,却减轻或消除了某种疼痛或疾病,而后又逐步发展到用砾石或砭石按、刺该部位,达到了治疗病痛的效果。如头痛,灼或刺两眉之间或两眼角;腹痛,灼或刺脐上四寸等(这些刺、灸点即是后来的印堂、太阳、中脘等腧穴),或在痛处(即后来的阿是穴)。《千金要方·卷二十九·灸例第六》:“有阿是之法,言人有病痛,即令捏其上,若里当其处,不问孔穴,即得便快,成痛处,即云阿是,灸刺皆验,故曰阿是穴也”)以灼或刺之,取得了治疗效果。在文字还未形成之前,《易·系辞》:“上古结绳而治,后世圣人易之以书契”。当时就是以体表的某些标记来相互传播其治疗点的作用来治疗疾病。这些“点”就是穴名的前身。通过漫长的医疗实践,人类对灼、刺点(穴)的认识逐步深刻(但仍未能对这些点命名),由于当时文字难以普及(只掌握在少数人当中),在言传口授的医疗活动中,以标志取穴法最为实用,此方法延续了相当长的一段时间。这就是腧穴的萌生期。

笔者认为,“在长期的刺、灸实践过程中发现了在刺、灸某一治疗点(穴)时,常有一种异常感觉向一定方向传导,(经脉效应以及出现经脉循行带,敏感线、皮疹等),这种常见的现象使人们自然地联想到点与点之间贯穿着一条线,并且凭借肉眼可见和可触摸的血管为其初形,进而加以总结,逐步形成了经脉的雏形”。然而,经脉循行线的确定,为治疗点(腧穴)的命名有了可循的依据。因此,在《阴阳十一脉灸经》、《足臂十一脉灸经》至《内经》形成时期,将治疗点根据其功用以经脉循行线为中心,对各种不同的取穴法和称呼,进一步予以定位、命名,逐步由分散到系统,直至《内经》才较完整地予以厘定和统一。这就是腧穴的确定期。

据有关的资料,《内经》成书之前已有不少的医籍著作和各类学派,如“《奇恒五中》、《阴阳从容》、《揆度》、《明堂》、《上经》、《下经》等”,惜已亡佚。是否这些书中已有腧穴名称的记载,有

待进一步证实。

在目前所存的古文献中虽然未能找到具体的穴名。但是在《内经》仍有“取三阴之经”、“取足太阴、少阳”等提法。汉代张仲景《伤寒论》(原文 292 条)“少阴病,吐利,手足不逆冷,反发热者,不死;脉不至者,灸少阴七壮”。(原文 292 条)“伤寒六、七日,脉微,手足厥冷,烦躁,灸厥阴,厥不还者,死”。在《内经》和《伤寒论》这两大经典著作中,亦有只云脉而不云穴,与《阴阳十一脉灸经》、《足臂十一脉灸经》同出一辙,说明古人在经脉线上早已有治疗点存在的认识,可见《阴阳十一脉灸经》、《足臂十一脉灸经》中未见穴名则也不足为奇,更不能以其未见穴名而认定为“脉先于穴”。从现存众多的腧穴别名中,如“三阳五会”“五脏之俞”等,亦可窥其原始形成的痕迹。当然、更重要的是在当时特定的历史条件下,在实际应用腧穴中,以体表标志或采用简单工具度量较为简便和实用,既可以言传口授,又便于推广,而达到人人皆可施灸、刺的目的,这一方法直至《内经》已确定穴名及腧穴体系形成之后的很长的历史时期中,针灸界尚沿用标志取穴法,“但言其分寸,不名孔穴。凡人览之,可了其所用”(葛洪《肘后备急方》序),这一状况可以从晋代《肘后备急方》、北齐的《龙门石刻》和诸多古医籍中得到佐证。鉴此,可以推论古人对腧穴(虽未命名)的认识和应用早于经脉。笔者认为,未能命名的原因有以下几点:(1)文字的局限;(2)以标志取穴法最为实用,并得到大众的认可;(3)有散在性的腧穴称呼(如三阳五会),但称法不一,因历史条件所限,难以确定和统一;(4)经脉理论尚未确立(循行线的争议较大)。

2 腧穴的厘定

至战国时期,文字已成为重要的信息交流工具,并得到了空前的普及。“在学术思想领域出现了:‘诸子蜂起,百家争鸣’的局面,特别是阴阳五行学说已逐渐发展成为一套比较完整的哲学体系,并普遍应用于各领域,成为学术界的指导思想,这种观点在战国时期(约公元前四、三世纪),形成了唯物主义哲学的主流。在这种历史文化背景下,中医学理论仍处于一盘散沙(中医学理论尚未统一)的状况中出现了巨大的变革”。以《内经》为代表的总结性医学论著,以阴阳、五行理论统一了这之前的中医学以诊疗经验为主,各类学说杂乱无章的局面,形成了庞大的理论体系,奠定了中医学理论基础。

在阴阳五行理论的指导下,确定了经脉循行线及各经的命名,尔后在经脉循行线上进而确定经穴并命名。在整合的过程中,腧穴的确定与经脉循行线的确认起到了相辅相承的作用,使经脉循行线的描述更为确切。同时,经脉循行线的确定又为腧穴的确认命名以及归纳腧穴的功效起到了提纲挈领的作用。如经穴,其特征是分属于十四经脉,而且都分布在循行线上,该腧穴具有主治本经病证的共点。所以有人认为,“其中有好多种腧穴是发现经络的基础”。而且,经络与腧穴的关系,“只有‘点’和‘线’的差异,其实质是不可分割的”。

《素问·阴阳应象大论》说:“气穴所发,各有处名”。穴位的命名也是在阴阳五行和藏象理论指导下进行的,而且穴位命名的含义,孙思邈在《千金翼方·卷二十八·杂法第九》论述得极为精辟:“见诸孔穴,名不徒设,皆有深意。故穴名近于木者,属肝;穴名近于神者,属心;穴名近于金玉者,属肺;穴名近于水

者,属肾。是以神之所藏,亦各有所属,穴名府者,神之所集;穴名门户者,神之所出入;穴名舍宅者,神之所安,穴名台者,神所游玩。穴名所主,皆有所况、以推百方,庶事皆然。”此外,尚有以古代解剖名称、经穴的生理功能、病理机制、临床治疗功效等等来命名,其目的更具体、更生动地反映出腧穴的特点,使之更容易记忆和应用。

腧穴理论与经脉理论的主要内容是以气血为中心,而且尤其强调经气的循行输布。《灵枢·刺节真邪》说:“真气者所受于天,与谷气并而充身者。”在经脉线上运行的气血,又称经气,经气在机体中不停地流动着,而分布在经气路线上的腧穴,都是以点状存在。《素问·气府论》提出:“神气之所游行出入也……。”(《灵枢·九针十二原》)又说:“皆卫气之所留止,邪气之所客也。”依据“神气之所游行出入”和“邪之所客”的这一理论,古人认为,腧穴是“脉气所发”之处(《素问·气府论》)。因此,腧穴具有输转流注出入的功能。并据此而推演出气血在运行的过程中流、注、输、灌、聚、散、交汇等各种不同的具有代表性的腧穴,如五输穴等。

腧穴,腧有输注(含出入)之义,穴乃孔隙也。文献中腧、输、俞三字,前者标明其关乎人体形肉,次则因其作用能转流注,后者为字原的假借而简写,三字相通,并无异义。《内经》腧穴的数量已具规模,并按十四经分类。在经文中屡见有365穴之说,然实际,去其重复仅得单穴25个,双穴135个,总穴160个,总穴数295个。该书从腧穴定名、腧穴的定位、取穴的方法、腧穴的功能、主治、禁忌等都已趋完备,因此,可以说《内经》的成书标志着经脉理论与腧穴理论已经形成。战国以降又得到各时期的不断充实,如《甲乙经》单穴49个,双穴300个,总穴名349个,总穴数649个。《铜人》与《十四经发挥》单穴51个,双穴303个,总穴名354个,总穴数657个。《针灸大成》单穴51个,双穴308个,总穴名359个,总穴数667个,至此十四经腧穴的命名基本定型。

3 小结

腧穴,是针灸学的重要构架。从点(孔、隙、会、俞、穴等)到腧穴的命名,是古人对腧穴的认识过程。点本来是古代治病的刺激点,然而在实践的过程中,逐渐认识了经脉现象,就此逐步在实践中总结和升华为经脉和经脉理论。

中华民族的灿烂文化,其文字起源是从最原始的结绳到图画,从图画到文字(早期的文字有甲骨文、籀文亦称钟鼎文或大篆)。就现存的古代文字,当推商代后期卜骨上所刻文字为最早,但可以推论文字的产生一定远在这时期之前,它必需有创造和再创造的提升过程。中医学也是从灸(火)、砭(石)、草(植物)最基础做起,然后通过实践,认识,再实践而逐步总结升华为一门学科。

综上所述,笔者认为,“由线到点说(经脉早于腧穴)”不能全面地认识腧穴和经脉形成的历史条件,违背了事物发展的必然规律,无形中夸大了经脉的本意,不利于表达经脉的内涵。回顾历史,笔者认为已故的江南名医陆瘦燕老前辈提出的“经络学说主要是由治疗点归纳决定的,即由点到线”的观点是正确的。其认识过程应该是从刺、灸点→经脉→厘定(定穴、定名、定

性)→腧穴,这就是从点到线再从线到点的过程。这是事物发展的必然规律,与经脉及其理论的形成有着内在的联系。

福建省厦门市百草堂(361000) 林其盛

穴位埋线中补泻手法的运用

穴位埋线,是指将羊肠线埋入穴位内,对穴位持续刺激以治疗疾病的方法。本法于上世纪60年代开始应用于临床,历经数十年不断发展,针具不断革新,从最初的穿刺针、三角针,到后来的腰穿针、专用埋线针具;治疗病种也不断扩大;穴位选择已扩大到四肢头面。穴位埋线法是在针灸留针法的基础上发展起来的,它不仅延长了针刺的作用时间,巩固了治疗效果,而且避免了每日针刺的繁琐,方便了患者。

纵观文献记载,多数只粗略地提到穴位埋线时应有针感,如进针后施以提插捻转,待得气后再埋线。但这种针感与补虚泻实的操作还有着很大差距。受以往的埋线针具的限制,补泻手法无法操作,但腰穿针及专用的埋线针具的使用已使之成为可能。补泻是针灸的灵魂,针刺的核心。穴位埋线法也必须讲补泻,否则疗效将大打折扣。

在长期的临床实践中,我们发现,现代埋线针不仅能够完成传统针灸手法的补泻操作,而且获得针感更快,针感更强,许多毫针难以完成的手法也可以完成。当然由于埋线针针头尖端中空,不像毫针的圆润光滑,传统补泻手法,尤其是捻转补泻,又不能完全照搬,否则极易产生疼痛,使患者产生畏惧而难以接受。现将近年总结的穴位埋线补泻手法列举如下。

1 单式手法

提插补泻:先浅后深,重插轻提,提插幅度小,频率慢为补;先深后浅,轻插重提,提插幅度大,频率快为泻。这是穴位埋线补泻法的主要手法,也是复式手法的核心。

捻转补泻:左转时角度小,用力轻为补;右转时角度大,用力重为泻。注意埋线针前端非圆形,捻转角度过大,次数过多易引起肌纤维缠绕,大幅捻转宜避免。

徐疾补泻:进针慢、退针快为补;进针快、退针慢为泻。

开合补泻:出针后迅速按压针孔为补;出针时摇大针孔为泻。穴位埋线易致出血,补法要迅速扣闭针孔,压迫止血;泻法可提捏局部皮肤,促其出血。

2 复式手法

进火补法:在操作时或起针后可产生热感。《针灸大成·三衢杨氏补泻》说:“进火针,初进针一分,呼气一口,退三退,进三进,令病人鼻中吸气,口中呼气三次,把针摇动,自然热矣。”操作方法:令患者鼻吸口呼,均匀地深呼吸几次,随其呼气进针,将针刺入一分,小幅提插,左右搜寻以得气。然后拇指向前,食指向后用针尖拉着有感应的部位,连续急(重)插慢(轻)提3次。每进针一分,则按上述方法连续操作3次,然后握持针,留针守气片刻(留针时也要保持拇指向前食指向后的力),使热感放散传导。缓慢退针,边退边推进针芯,将羊肠线留在体内,按压针穴以止血。传统针灸补泻手法多通过反复提插捻转的刺激得气、经气,但穴位埋线针具针尖扁、尖,中空,操作时易导致肌纤