

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.07.024

试论“拿放动脉”与“号脉”

吴更伟¹, 郝东方^{2*}

(1. 国际中医综合研究所, 日本爱知县名古屋市中村区名站南 3 丁目 3-33, 4500003; 2. 香港大学中医药学院)

摘要 论述三部九候之脉诊与拿放动脉治法的相互关系, 探讨、提倡古代医家诊治合一的思维模式。基于临床实践, 提出天人相应、有的放矢、圆通教诲等拿放动脉应用要素, 并结合三部九候理论, 具体提出拿放动脉的作用、部位、适应病证、操作方法等, 同时强调拿放动脉手法的局限性、临床应用禁忌及注意事项。

关键词 拿放动脉; 号脉; 脉诊; 三部九候

中医学有诊脉即“号脉”或称为“把脉”“切脉”“按脉”的传统。诊脉有三部九候之说, 古时三部是指人体的上、中、下三大部位, 具体可概括为头颈、上肢、下肢; 在归结为穴位时则有不同的提法, 如太阳、耳门、扶突、人迎、缺盆、极泉、寸口、合谷、神门、太冲、箕门、急脉、冲阳、太溪等^[1-4]。以上所有穴位都在动脉接近体表的位置, 换言之, 也就是能够感触到动脉波动的体表部位的穴位。同时脉诊在许多民族医学中也有类似的记载和应用^[5-8]。

“拿放动脉”属于中医推拿学的复合手法, 是施术者在受术者动脉循行处进行的拿放手法。首先, “拿”即在接近于体表的动脉搏动处采用拿按手法, 施加压力, 以期短时间内在局部有效阻止或减缓动脉血液的正常流动; 随后, “放”即解除拿按手法的压力, 让动脉血液迅速恢复正常流动。其对动脉的直接作用如同治水疏浚, 先“截流筑坝”再“开闸放水”, 水流借势可以涤荡污浊、疏通河道、充盈周布, 能收到疏导气血、祛邪生新、濡养四末的功效。

1 “拿放动脉”与“号脉”的关系

从表面上看, “号脉”为诊断方式, “拿放动脉”为治疗手法, 相互之间似无关联。但实际上, 古代医家奉行的整体观之思维模式决定其多遵循诊治一体的方式, 不会主观地把二者完全分离与割裂。就此而论基本思考有如下三点。

1.1 全方诊治

古时医家或走方或坐堂, 绝无现在的仿照西方

的分科, 一般理解也是内、外、妇、儿兼收, 并无选病择人而医之理; 同样治疗时针、药、灸、拿并举, 更无只药不针只揉不按之由。在条件允许的情况下, 可以三部九候尽参, 针灸推拿内外药物并施; 条件不允许时则重点而为, 先取患要, 因此, 诊治一体更符合中医学实践技能的客观需要。

1.2 简化易偏

在中医学的后世传承中, 避繁就简是完全可以理解的。只是到了无章省略之时, 自张仲景师起就动容感慨、口诛笔伐, 更何况其后的年代, 若言偏颇叠加也实不为过, 甚至言诊脉必不离寸口, 不管三部所在。另外, 将原本简单施为的“拿放动脉”演化成“脚踩火轮”“黄蜂出洞”“蚂蚁搬家”等冠名手法, 在某种意义上也割裂了诊治一体的作用。进而言之, 正是后世的“就简”与“分化”使原本一体的内容支离分化了。

1.3 自然施为

脉诊部位是动脉在体表的搏动之处, 反映内在的脏腑经络之气。如果在全身三部脉诊之时发现某种异常, 而这种异常又是通过简单的“拿放动脉”可以解决或改善的。换言之, 参脉之时若见脉下“动紧”、有“贼”、有“邪”, 脏腑经络之气运行失常, 而实施“拿放动脉”即可以“搜贼”“祛邪”, 调节脏腑经络之气恢复正常循行, 即是诊治一体的自然施为。如临证时患者主诉双手无力、冰冷, 少气懒言, 面色^㿔白, 遍诊上肢脉细弱, 即可采用拿放青灵、曲泽处肱动脉手法, 使血脉遽然达于指末而症状即时消除, 然后再以药物补气扶正而标本兼顾, 可谓诊治一体的具体结合。

* 通讯作者: danielhao2008@gmail.com

2 “拿放动脉”应用要素

实际上,“拿放动脉”的客观目的在于“截流筑坝”“开闸放水”,至于施术者本身的手法应归于“踩”“拿”“按”“压”何法,于医于患都没有很大的实际意义。一般来说“拿放动脉”产生的肢体远端变化全部在人体正常生理功能之内,不存在超越性的特殊效应,更不能简单地解释为所谓“治疗效果”。就现实应用而言,“拿放动脉”有以下三个要素要明确。

2.1 天人相应

古代天人相应的朴素观念不仅以物拟人,也通过以人拟物来表达人与自然的对应关系。《管子·水地》记载“水者,地之血气,如筋脉之通流者也”,将水比喻为血,水之流动有如血气在筋脉中运行,滋润生息。所以说,经脉有如江河水道,而循行其中的血气则如水流,周而复始,生生不息。《素问·离合真邪论》亦曰“天地温和,则经水安静;天寒地冻,则经水凝泣;天暑地热,则经水沸溢;卒风暴起,则经水波涌而陇起。夫邪之入于脉也,寒则血凝泣,暑则气淖泽,虚邪因而入客,亦如经水之得风也,经之动脉,其至也,亦时陇起,其行于脉中,循循然。”由此可见,外邪内虚引起的经脉循行病症与江河流经出现的洪涝旱灾一样,因寒热虚实而表现各异。

《管子·水地》曰“水,具材也。……量之不可使概,至满而止,正也;唯无不流,至平而止,义也。”对应于人体的气血,即具有充盈遍布和以平为期的周流不息的特点。对于运载气血的经脉,《灵枢·经脉》曰“经脉者,所以能决死生、处百病、调虚实,不可不通。”因此,临床应用拿放动脉手法,目的在于调节气血循行,补不足、泻有余,以通为用,以平为期。

2.2 有的放矢

首先,拿放动脉不是急救中的止血术,其目的并非为了减少失血而阻断动脉血流,因此,不要一味强调“拿动脉”时“肢端发紫、发麻、发凉”的效果^[1],其手法之精髓在于“放”,蓄势而发以达气血流通。其次,“拿放动脉”属中医推拿学手法之一,有其鲜明的技术特点和适用性。现代研究者曾提及“调血法”,具体列出动脉经过处 10 个穴位、手法及主治,认为手法运用在于“调节血行,使之产生热流,达到‘热气至则痛止’之功效”^[2]。由此可见,因其温通经脉、和血止痛的功

效,“拿放动脉”尤适用于治疗风、寒、湿所致的痹证,临床常用于治疗风湿、筋腱、血管及神经类疾病于肢体所表现的症状。

通过临床实践,并结合三部九候理论,我们总结归纳“拿放动脉”的部位和适应症如下。

1) 头面部: 穴位: 头维、本神, 经过动脉: 颞浅动脉额支; 穴位: 耳门、太阳, 经过动脉: 颞浅动脉; 穴位: 大迎、巨髃, 经过动脉: 面动脉; 穴位: 头窍阴, 经过动脉: 枕动脉、耳后动脉; 适应症: 头面部相应血液供应区域的症状, 如面神经麻痹、三叉神经痛等, 亦可用于面部美容按摩。

2) 颈部: 穴位: 人迎、扶突, 经过动脉: 颈总动脉(颈动脉窦), 适应症: 调节心血管功能, 适用于高血压病、心动过速等; 穴位: 缺盆, 经过动脉: 锁骨下动脉, 适应症: 同侧上肢及胸壁外侧血液供应区域的症状, 如胸胁挫伤、胸廓出口综合征等。

3) 上肢: 穴位: 极泉, 经过动脉: 腋动脉, 适应症: 同侧肩、臂血液供应区域的症状, 如肩袖损伤、颈椎病、肩关节周围炎等; 穴位: 青灵、曲泽, 经过动脉: 肱动脉, 适应症: 同侧上臂及前臂血液供应区域的症状, 如臂丛神经损伤、尺神经沟卡压综合征、网球肘等; 穴位: 经渠、太渊, 经过动脉: 桡动脉, 适应症: 同侧手、腕血液供应区域的症状, 如类风湿关节炎、腕管综合征、尺管综合征等; 穴位: 神门, 经过动脉: 尺动脉, 适应症: 同经渠、太渊。

4) 胸腹: 穴位: 食窦、天溪、胸乡、周荣, 经过动脉: 胸外侧动脉, 适应症: 同侧胸壁外侧血液供应区域的症状, 如岔气、胸闷、气喘、肋间神经痛等; 穴位: 冲门, 经过动脉: 髂外动脉, 适应症: 同侧腹股沟、髋关节及下肢血液供应区域的症状, 如下肢动脉阻塞性疾病、腰腿疼痛、股神经损伤等。

5) 下肢: 穴位: 足五里、箕门, 经过动脉: 股动脉, 适应症: 同侧大腿血液供应区域的症状, 如坐骨神经痛、下肢动脉阻塞性疾病、膝关节退化性关节炎等; 穴位: 委中, 经过动脉: 腓动脉, 适应症: 同侧小腿及足部血液供应区域的症状, 如小腿静脉曲张、坐骨神经痛等; 穴位: 太溪、三阴交, 经过动脉: 胫后动脉, 适应症: 同侧足踝血液供应区域的症状, 如踝管综合征、胫后肌综合征、跖腱膜炎等; 穴位: 解溪, 经过动脉: 胫前动脉, 适应症: 同侧足踝血液供应区域的症状, 如踝关节

扭伤、中风后遗症等; 穴位: 冲阳、陷谷, 经过动脉: 足背动脉, 适应症: 同侧足背血液供应区域的症状, 如扁平足、松弛性跖痛症等。备注: 穴位是定位标识, “拿放动脉”手法作用的是穴位附近经过的动脉。

2.3 圆通教诲

谈到“拿放动脉”的具体操作, 若只要讲“踩法”则必“踩”, 讲“拿放动脉”则必至“肢端发紫、发麻、发凉”, 那就成了机械论而大损益处了^[1]。再者, 牢记整体观念, 广识利弊而应用是中医临证的原则。因此, 临床应用时需注意以下 5 点: 1) 推拿手法的禁忌证或慎用病症同样适用于“拿放动脉”, 特别因加速血液运行的功效, 尤其不可用于治疗感染、炎症急性期等病症。2) 操作时间: 除人迎、扶突附近的颈总动脉(颈动脉窦)外, 一般接近体表的动脉阻断安全时间在 10 min 之内, 因此建议“拿动脉”时间为 0.5 ~ 2 min。掌握“拿动脉”时间, 一是候经脉之气血于施力手下是否蓄积充足、搏于指下、澎湃激荡; 二是观察受术者相应动脉支配区域是否出现发冷、麻木、发胀等感觉异常。待出现“截流筑坝”的效果, 再释放之, 相当于“开闸泄洪”, 使气血借势疏通经脉, 达于四末。3) 人迎、扶突附近的颈总动脉(颈动脉窦)是脑部供血的主要通路, 因此, 不能运用常规“拿动脉”的手法, 特别禁止在左右两侧同时阻断其分支颈内动脉的血流。以中等力度按摩手法在左右两侧颈旁顺序操作, 时间不超过 5 s, 两侧间隔 15 s 以上, 可用于治疗阵发性室上性心动过速、顽固性高血压病^[9-10], 但操作不当也会造成头晕、昏厥等意外事故, 应慎为之。4) 操作力量 “拿动脉”多将穴位附近行经的动脉压向邻近的骨面, 易于达到阻断或减缓动脉血流的目的。手法施治时要因部位而异, 头面部、腕、踝的穴位多是浅表的小动脉行经处, 寻摸动脉轻取方得, “拿动脉”施加轻度力量即可; 上臂、大腿处穴位行经的动脉常藏于丰厚的肌肉之间, 故“拿动脉”需较大的中等力量, 亦要求向深层的骨面施力^[11]; 胸腹部的穴位行经的动脉深藏于丰厚肌肉之下, 甚至体腔之内, 需重取方能寻至, 手法操作时亦需重度力量才能达到目的^[12]。5) 操作次数: 每个穴位处行经的动脉每次治疗 1 ~ 2 次; 同一条动脉上的不同穴位可选取 2 ~ 3 个穴位, 从近端向远端顺序操作。

此外, 古代医家诊治疾病时重视患者的气质与

性情, 对居住环境、生活习惯也要求察审掌握; 在此基础上, 参会自然节气、方与动静, 达到全方位认知, 作为诊治要纲。在实施“拿放动脉”时, 患者如有疑问, 则必须在耐心解释说明取得理解并接受疗法之后再施术。

概括而言, 可以实施三部脉诊的部位也完全可以实施“拿放动脉”。在使用“拿放动脉”时, 只要达到“截流筑坝”“开闸放水”的目的就视为成功, 不必强行追求“肢端发紫、发麻、发凉”的效果。施术之前必须把握患者情况, 并取得患者理解与配合, 再因人、因证、因时、因地、因位实施手法治疗。值得一提的是, 针灸推拿的临床中既利于实施三部脉诊, 又利于使用“拿放动脉”, 是临床实践的最好平台, 只要珍惜与把握必然可以收到良好效果。医, 小道也, 而益于民生者甚大; 习医, 曲艺也, 而关于民命者最深, 愿与同道共勉。

参考文献

- [1] 曹洪欣. 遍诊法探析 [J]. 中医药信息, 1990(4): 7-8.
- [2] 周韶九. 遍身诊脉法 [J]. 李育福, 整理. 广东医学(祖国医学版), 1964(1): 27-31.
- [3] 杨天权. 脉诊的演变及其与当今脉诊研究的联系 [J]. 张镜人, 审校. 辽宁中医杂志, 1986(5): 42-44.
- [4] 谢颖桢, 周莉, 徐栋, 等. 中医望诊须凝神, 三部九候示内涵: 王永炎教授大查房实录 [J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2011, 18(5): 9-12.
- [5] 王丹凤, 张岚. 瑶医摸手脉诊法和中医脉诊法的比较初探 [J]. 黑龙江科学, 2013, 4(4): 32-33.
- [6] 宝龙. 蒙医与中医脉诊技术比较研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(10): 1484-1486.
- [7] 袁烽, 崔立津. 袁靖按摩疗法 [M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2010: 46-47.
- [8] 李永昌. 中国按摩术 [M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1985: 37-41.
- [9] 王晓云. 快速性心律失常的非药物治疗 [J]. 黑龙江医学, 2004, 28(7): 487-488.
- [10] 褚稳稳, 吴秀萍. 刺激颈动脉压力感受器治疗顽固性高血压 [J]. 中华临床医师杂志, 2011, 5(13): 364-367.
- [11] 朱丽芬, 马菊仙. 徒手操作在神经内科介入术后股动脉止血的效果观察及护理 [J]. 北方药学, 2011, 8(9): 97.
- [12] BLAIVAS M, SHIVER S, LYON M, et al. Control of hemorrhage in critical femoral or inguinal penetrating wounds—an ultrasound evaluation [J]. Prehosp Dis Med, 2006, 21(6): 379-382.

(收稿日期: 2015-07-08; 修回日期: 2015-10-26)

编辑: 崔京艳