

穴 性 论

徐 斌 导师: 杨兆民

(南京中医药大学针灸研究所, 江苏210029)

摘 要 通过分析经典及现代穴性观, 认为由于腧穴是一种机体内在的并通过针灸等治疗手段而起作用的治疗因素, 所以研究腧穴的性质不能沿用研究药性的模式; 由于腧穴的主治是由病性、病情、腧穴、针灸方等因素综合作用而形成的, 所以也不能以主治为其基础。研究腧穴的性质必须以《内经》从经论穴、从穴调经的观点出发, 以腧穴的两个特性为依据, 只有具体的而无抽象的穴性。

主题词 穴位特异性 穴位生理 穴位研究

关于腧穴的性质, 历来有许多观点, 近来有一种趋势, 要把穴性按药性的模式来归纳, 并特别强调单穴的性质作用。在对针灸处方的研究中亦反映出穴性药性化的思想。如果真能把穴性如药性一样规范下来, 对于针灸临床和科研极有意义, 但这恐非易事。因为腧穴与药物虽然都在治疗疾病的过程中起重要作用, 两者却存在重大区别: (1) 腧穴是机体内在的, 药物是外源性的; (2) 腧穴是通过针灸等手段作用后才起疗效的, 药物的效应并不依赖于此; (3) 药物的性质是通过体外分析来测定的, 腧穴则不能。所以, 研究穴性显然不能走研究药性的路子, 那么, 决定腧穴性质的因素是什么? 确定腧穴性质的原则是什么呢?

1 经典文献对穴性的论述

1.1 腧穴具有定位性

《素问 阴阳应象大论》“气穴所发, 各有处名”; 表明在《内经》时代的腧穴(气穴)概念中, 它是具有其位置的, 《气府论》、《骨空论》、《水热穴论》均详细描述了腧穴的具体位置, 从而表明了腧穴具有定位的特性。

1.2 腧穴具有循经性

《素问 气府论》以“×××脉气所发”讨论了手足三阳经及督、任、冲等经腧穴的特性, 表明腧穴是与经脉相联系的。《素问 调经论》“夫十二经脉者, 皆络三百六十五节”, 《素问 痹论》“五脏有俞, 六府有合, 循脉之分, 各有所发”, 则明确表明了腧穴的循经特性。

1.3 腧穴具有脏腑归属性

如上面的引文“五脏有俞, 六府有合”就表明有一些腧穴是与一定的脏腑相关联的。《素问 气穴论》“脏俞五十六, 府俞七十二穴”, 这表明腧穴与脏腑的联系不仅仅是指腧穴通过经络与所属脏腑的联系, 而且有一些腧穴与脏腑有不同于其它腧穴的特殊联系。

1.4 腧穴具有主治特性

《素问》中“热俞、水俞、寒热俞”等概念表明当时已认识到一些腧穴是与特定性质的疾病相关联的, 《灵枢 终始篇》“从腰以上者, 手太阴阳明皆主之; 从腰以下者, 足太阴阳明皆主之”, 表明腧穴具有分部主治的特点, 但全书没有对具体腧穴的性质进行归纳。后世的一些歌赋特别强调腧穴的主治性质, 《歪龙歌》是其代表, 它导致了人们以主治代穴性的倾向。主治是腧穴的一个重要特性, 但并不代表穴性, 现在往往是从主治来概括穴性, 曰××穴具有补益肝肾的性质, 其实这只是××穴在特定条件下(病性、配伍、手法)的一个作用, 并不是该穴固定不变的性质, 所以不能以主治代穴性, 故《针灸问对》(明 汪机, 见江苏科技出版社, 1985)云: “治病无定穴也”。另外, 腧穴的主治亦不应与经络的主治混同, 经络的主治是该经腧穴的共性, 不能代替具体腧穴的特征。

此外腧穴还具有定名性、配伍性、定时开阖性、特定归属性(五输穴、下合穴、络穴、原穴等)等等性质, 但就是没有与药性相类的穴性, 这并不是由于先哲们不想这样做, 而是他们意识到, 穴性是无法这样归纳的。《针灸问对》云“邪客于

人,与正周流上下,或在气分,或在血分,无有定止。故喻用针,正如用兵,彼动则此应,或出于奇,或守以正,无有定制。医者不究病因,不察传变,惟守某穴主某病之说,执中无权,按谱施治,譬之狂潦泛滥,欲塞下流,而获安者亦偶然耳!夫病变无穷,灸刺之法亦无穷,或在上,下取之,或在下,上取之,或正取之,或直取之。审经与络,分血与气,病随经所在,穴随经而取,庶得随机应变之理,岂可执以某穴主某病哉!……苟不知通变,徒执孔穴,所谓按图索骥,安能尽其法哉?‘因为用穴治病受到病性、刺法、取穴等诸多因素的影响,所以妄定穴性是不可取的。

2 腧穴特性的现代认识

现代对腧穴性质的认识是从腧穴的形态学特征研究开始的,试图找到腧穴的特殊结构,但终未有所发现;然后就注重于腧穴的相对特异性功能的研究,这方面虽有进展(如电、光特性),亦无成熟的成果;在理论研究方面,许氏提出“归纳穴位性能的思路:不管穴位的主治病证多少,都可以每个穴位的主治病证为依据,从中概括出这个穴位在去除病因、调整机能方面的作用”^[1],肖氏^[2]、张氏^[3]均提出要区分穴性的共性与个性的观点,但对如何区分没有作深入的论述。所以到目前为止,《腧穴学》教材还没有关穴性的系统内容。那么,究竟有没有穴性呢?笔者认为,穴性当然是有的,但归纳穴性只有跳出以主治为基础、以药性为模式的思路,全面考察腧穴的特性,才能形成科学的穴性学说。

3 腧穴的两个主要特征

3.1 腧穴的相对性特征

腧穴在《内经》中又称为“气穴”、“气府”;为“脉气所发”、“神气之游行出入”之处,同时又是“邪气之所客”,还是“针之所由行”、“游针之居”之处。这表明了腧穴的三个作用:生理上反映经络并通过经络反映脏腑的功能状况,病理上是邪气侵袭人体的地方,治疗上是针灸直接作用的部位。也就是说腧穴在发挥作用时是与脏腑经络的状态、病邪的性质、针灸的方法密切相关的。所以穴性也就是与以上诸因素相联系的相对的一种性质,是在诸因素的互动中表现的一

种特征。我们常常提到的腧穴作用的双向性就是腧穴的相对特性的典型表现。

3.2 腧穴的绝对性特征

《内经》时代以后(具体难以考证)人们常将腧穴称为穴位,现在也是不加区别地应用这两个概念。穴位即穴之位也,这种用法反映了一种观念:腧穴就是指的腧穴的位置,体现了人们重定位轻性质的思想,同时也体现了位置的重要性——它是固定不变的,是属于某个腧穴的绝对的特征,所以,腧穴的性质中亦包含了绝对性的内容。

这两个特征也反映了人们认识腧穴的发展的过程。在《内经》时代,人们重视的是腧穴的“腧”的特性——输布、疏通,而对它的定位特性则主要强调它的经络归属特性,并由此将经脉及络属脏腑的病症与具体腧穴联系起来,从而形成“经脉所过,主治所及”的原则,即使对特定穴的认识亦是与经脉中血气运行的状态相关联的,而对于腧穴的具体定位并不显得特别重视,可见当时对于腧穴的认识侧重的是其与经络的关系。《甲乙经》以后,则重视了腧穴的定位,甚至到了重穴轻经的程度,唐代《千金方》对经外奇穴的认识固然扩大了腧穴的范围,但从另一方面则削弱了腧穴与经络的联系,使《内经》中经与穴的有机联系开始瓦解。直到现在见穴不见经的流弊依然很严重,对单穴治病的推崇就是一种表现。人们常讲中医的理论自《内经》以来没有多大的发展,确实是这样,不但没有发展,反而是被肢解了,那么,是不是就应回到《内经》呢?当然不是,因为这是不必要也是不可能的,我们无论如何只能是现代人以现代的方式来研究它,应该做的是以《内经》给我们的启示来建立新的学说,《内经》关于穴性给我们的最大的启示是从经论穴、从穴调经。

通过以上分析,我们不难认识到决定腧穴性质的因素是:(1)腧穴的经络脏腑属性,这是它的绝对性质;(2)腧穴的即时状态,这是它的相对性质。腧穴的经络脏腑属性不仅仅是指腧穴属何经何脏,更重要的是指该穴在该经所处的位置——这个位置决定了该穴与经气的关

系,从而也就决定了该穴的基本特征。特定穴是我们熟知的关于腧穴的理论,它的内容就是关于经气、脏腑之气等与腧穴的关系,而这些腧穴的特定性质的获得则取决于它在该经中的位置;腧穴的即时状态是指在某个具体的病理状态和治疗时腧穴所处的状态。病理有虚实之别,治疗有补泻之异,腧穴的即时状态就是在这些因素的综合下形成的,不是固定不变的,也就不可能有固定的补穴与泻穴。至于腧穴的主治则是更加不好固定的,我们只能说某穴与某病相关,因为治病是通过腧穴之间及腧穴与针法的

协同而实现的。这样关于穴性的基本原理是:只有具体的穴性而无抽象的穴性,穴性只能是以腧穴的经络脏腑属性及即时状态为基础确定的具体腧穴在具体治疗中的性质。

4 参考文献

- 1 许英章. 针灸穴位的性能和分类. 福建中医药, 1985; 2(5): 40
- 2 肖少卿. 试论腧穴主治的特异性. 上海中医药杂志, 1981; (1): 37
- 3 张慰民. 浅谈穴性. 上海针灸杂志, 1984; (3): 45

(收稿日期: 1997-12-29, 成平发稿)

针刺治疗假性球麻痹饮食呛咳30例

高丽英 指导: 张光泰

(北京市崇文区第一人民医院针灸科, 100075)

假性球麻痹又称延髓中枢性麻痹, 临床主要表现为咀嚼吞咽困难, 语言障碍, 饮食饮水呛咳, 多见于二次中风的病人。近年来, 对30例该型患者进行观察治疗, 收到了较好的效果, 现予报道。

1 临床资料

本组病人根据上海第一医学院编写的1983年版《实用内科学》确诊。共30例, 其中男17例, 女13例; 年龄最小46岁, 最大71岁; 病程最短1个月, 最长1年半。患脑梗塞27例, 脑动脉硬化1例, 脑出血2例。

根据全国中医急诊研讨会1987年制订的《中风诊疗规范》分型, 属于肝阳上亢型7例, 风痰阻络型10例, 风痰上扰型3例, 气虚血瘀型7例, 阴虚风动型3例。

2 治疗方法

2.1 取穴

主穴: 印堂、水沟。配穴: 肝阳上亢型加泻太冲; 风痰阻络型泻丰隆、阴陵泉; 风痰上扰型泻丰隆; 气虚血瘀型补关元、足三里; 阴虚风动型加补太溪。

2.2 操作

印堂平刺, 手法平补平泻捻转; 水沟, 针尖向鼻中隔刺入, 雀啄刺激, 以患者能耐受为度。每日1次或隔日1次, 10次为一疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

近期痊愈: 饮食不呛咳, 吞咽正常, 随访半年未复发。显效: 吞咽功能基本恢复, 偶有呛咳。有效: 饮食时偶有呛咳, 吞咽功能好转。无效: 经过10次治疗饮食呛咳及吞咽症状无进步。

3.2 治疗结果

本组30例, 经治疗近期痊愈23例, 显效3例, 有效2例, 无效2例, 总有效率为93.33%。

4 讨论

假性球麻痹属中风病的常见合并症。吞咽功能是人的本能运动, 从解剖角度看, 假性球麻痹是由于两侧皮质延髓束病理性损害所产生的, 临床表现为受延髓支配的肌肉瘫痪, 累及咽、喉、舌功能障碍。中医病机是肝肾不足而致肝风内动, 痰涎上扰或上逆, 脉道闭塞, 神明受蔽所致。选择水沟是因是督脉穴, 督脉络属于脑, 并辖于元神之府, 可以治疗元神之府所产生的病变, 也是醒脑开窍的要穴。印堂为经外穴, 是气血所集聚之处。根据《灵枢 五色篇》记载: 眉间为阙, 阙上即是咽喉在面部相应的位置, 可以治疗咽喉的疾病。配以太冲、丰隆、关元、足三里、太溪、阴陵泉等穴标本同治, 相互配伍, 主次分明, 取得良好的效果。

(收稿日期: 1997-09-22, 赵昕发稿)