

针灸临床中的辨证思维

Dialectical thinking of acupuncture in clinical

谢睿¹ 刘峰² 冯玲媚¹

(1.贵阳中医学院第二附属医院, 贵州 贵阳, 550001; 2.贵阳中医学院 09 级在读针灸推拿研究生, 贵州 贵阳, 550000)

中图分类号: R246 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 16-0064-02

【摘要】对如何提高针灸临床疗效进行讨论。认为针灸临床中应以解决临床问题为核心, 针灸所特有的经络辨证配合中医内科辨证方法、针药结合才能解决疑难临床问题; 同时重视六经辨证在针灸临床中的作用, 建立适合针灸临床思维。目的是为针灸临床提供点思路。

【关键词】 针灸临床; 辨证思维; 临床治疗

【Abstract】 Discussing how to improve the clinical effect of acupuncture, which holds that acupuncture is the core to solve clinical problems in acupuncture clinical. Acupuncture peculiarly owned the method of meridians plus TCM internal medicine and acupuncture plus medicine could resolve difficult clinical problems, meanwhile, paid attention to six meridians in acupuncture clinical role, and established a suitable acupuncture clinical thinking so that to provide some ideas of acupuncture in clinical.

【Keywords】 Acupuncture clinical; Dialectical thinking; Clinical treatment

当今中国针灸临床忽视了辨证论治; 针灸临床治疗病症有逐步呈现固定配穴处方的“套餐”模式倾向; 不少针灸医师只是问一问病名就扎针, 几乎看不到辨证论治; 甚者干脆认为针灸治疗与中药治疗不同, 勿需辨证论治^[1]。随着董氏奇穴、靳三针、一针疗法及针灸医生的经验积累, 针灸临床越来越朝着格式化、经验化的方向发展。在临床中笔者发现很多疑难杂症很难用单用针灸经验取穴来解决问题, 在寻求突破的过程中发现只有针灸结合中医内科辨证、针药结合才能发挥中医治疗的最佳效果。以下我们来看一下现在针灸临床辨证方法的局限性及解决方法。

1 经络辨证的局限性及解决方法

经络内属脏腑、外络肢节, 具有运行气血、协调阴阳、抗御病邪、调整虚实、反映证候及传导感应等生理功能。经络辨证的内容具体包括十二经脉辨证、奇经八脉辨证和经别、经筋、皮部辨证 3 个方面。《灵枢·经脉》篇说: “经脉者, 所以决死生, 处百病, 调虚实, 不可不通”; “不明十二经络, 开口动手便错”, 这些话道明了中医临床医生对明白经络循行重要性, 十二经络循行是针灸临床医师的基本功之一, 但往往由于太过强调而忽视了其他方法的重要性。在针灸临床中会发现, 属于疼痛类的疾病, 如头痛、腰痛、胃脘痛、腹痛、痛经等疾病用经络辨证就很好指导治疗。比如我们所熟知的六经头痛(太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛、太阴头痛、少阴头痛、厥阴头痛), 经络辨证就可以指导临床治疗, 而临床中的很多内科疾病却很难只用经络辨证来指导治疗。如: 患者甲, 23 岁, 女。腰部疼痛 2 天, 呈持续性胀痛, 脉浮缓, 询问知感冒 3 天, 不是月经期间。辨为风寒外束, 经脉痹阻导致的腰部胀痛, 用经络辨证配合六经辨证取穴: 睛明、手三里、腰痛穴疏风散寒, 通络止痛。仅仅针刺一次即愈。而对许多慢性、复杂、涉及面广、病机变化大的病证作用就不大, 疗效不明显^[2]。如果单纯用经络辨证来指导针刺治疗, 就会感觉思维局限, 如眩晕、中风、咳嗽、失眠等疾病。这时候针药配合, 往往会取得意想不到的临床疗效, 如: 患者乙, 48 岁, 女, 失眠 10⁺年, 夜间舒乐安定已经服到 4 粒均难以入睡。查舌质红, 舌苔黄腻, 脉弦滑。辨

为痰热扰心, 针刺取穴: 四神聪、百会、神门、内关、足三里、阴陵泉、三阴交、太冲、安眠, 耳尖三棱针点刺放血。中药予黄连温胆汤合半夏秫米汤加减, 再配合心理疏导, 治疗当晚患者即可入睡 3h, 患者大喜, 积极配合治疗, 治疗 7 次后夜间可入睡 6h 左右。可见, 经络辨证对一些疾病有优势, 而对内科的大多疾病都需结合内科辨证进行治疗。

2 经验取穴的局限性及解决方法

随着工作经验的积累, 很多针灸临床医生多少都会有自己的一些临床经验, 并会在临床中不假思索的用上。久而久之便会丢掉其他辨证方法, 随着疗效平平的出现, 对针灸临床的提高失去了兴趣。如: 患者丙, 49 岁, 女。头顶发麻、疼痛不适 10⁺年, 40 岁时因子宫肌瘤做过“子宫全切术”, 术后便有此症, 舌质淡红, 苔薄白, 边有齿痕, 右脉平和, 左关脉弦细, 医生经验取穴: 百会、太阳(两侧)、印堂、神庭、风池、完谷, 针两次病情无明显变化。第 3 日, 再细诊: 辨为肝血不足, 虚风内动, 治疗针药配合, 针刺取穴: 百会、风池、完谷、天柱、合谷、足三里、太冲, 中药予柴陈泽泻汤加减五付。针第一次患者自述 10⁺年头部从来没有这么轻松过。遂高兴的配合服用中药, 经治疗五次后患者症状没有再次发作, 为巩固疗效, 隔天针刺一次上述穴位, 并再服柴陈泽泻汤 5 付, 再针刺五次症状完全消失, 随访 3 月没复发。从这个病例我们可以看出, 如果套用经验针法, 很难有很好的疗效, 只凭一些经验取穴, 那么疗效不明显, 患者也就不再相信针灸了。可见经验固然重要, 但临床辨证不能丢弃。

临床辨证丢弃的原因: 现在的针灸教育中, 大部分中医院校针灸专业要么无《伤寒论》、《金匱要略》的开课, 或直接作为考查课; 中医类专业直接把针灸学作为考查课。这些做法的结果是学针灸专业的没有接受到《伤寒论》、《金匱要略》的教育, 临床辨证时不知如何入手, 不知六经辨证为何物; 而中医等医学专业把针灸作为考查课的后果是学生只为应付考试, 临床时一些基本的穴位定位都不清楚。所以现在的中医学教育也是针灸临床中辨证思维下降的主要原因。同时在临床中由于针

(下转 66 页)

火，配伍入心经的木通、竹叶、甘草梢清心利水，导热下行。

2.1.3 按部位归经进行配伍

部位归经可分为归上部、中部、下部。如桔梗“上浮”，多为主治上部病症如咳嗽、肺胀等方剂中的主药；牛膝“下行”，多为主治下部病症如腰以下疼痛、不遂和“上病取下”（如肝阳上亢型眩晕）方剂中的主药；治疗腰痛（中），多以续断、杜仲为主药；川芎“直达三焦”、玄胡“专治一身上下诸痛”，所以两者配伍可上治头痛，中治腰痛、胸胁痛，下治痛经，旁达四肢治痹痛。

部位归经也可分为归经于卫、气、营、血、筋、骨、皮、肉、关窍等。如银花、连翘、大青叶、板蓝根等可入卫气营血四个层次，而有些药物则为“不行经络杂品”或“散品”，如蟾酥“专入筋骨”，樟脑“专入关窍”。这些药物进行配伍组成的方剂可治疗外感温热病、外伤病症等。如卫气营血辨证中，邪在卫分以入卫分的银花、连翘为主配伍组方；邪在阳明气分以入阳明气分的石膏、知母为主配伍组方；邪热传营，则以入营血的水牛角、生地为主清营凉血；邪热动血，又以青一色的入血分药水牛角、生地、赤芍、丹皮配伍，清解血分热毒，凉血散瘀。

2.1.4 选用引经药进行配伍

引经药是指能引方中诸药直达病所的药物，它是以经络理论与药物疗效作为依据的，大体可分为十二经引经药、病症引经药和局部穴位引经药。

十二经引经药多是外感六经病症各方的主要药物，但在治疗内科杂证的方剂中应用这些药物时，则多为引经报使之用。如白虎汤中的石膏，葛根芩连汤中的葛根等。另外，各经引经药尤其是十二经引经药中的不少药物，还可以通过手足同名经络的表里关系而互通。如柴胡是手足厥阴、手足少阳引经药；升麻为足阳明、太阴两经引经药。

病症引经药多数是对某些病症或某些方剂具有特殊作用的药物，或是对某些病症有显著疗效的药物，或是增加、扩大某方剂的治疗作用的药物。它除增强主方疗效外，还有引药直达病所之意。如《汤液本草·东垣先生用药心法·随证治病药品》中有：“如头痛，须用川芎，如不愈，各加引经药，太阳川芎、阳明白芷、少阳柴胡、少阴细辛、厥阴吴茱萸。”

局部穴位引经药多用于治疗外科和伤科的病症方中，它使药物引经发展为方剂引经，推广了局部穴位引经药的应用。如仙方活命饮在《证治准绳·疡医》中论述：额疽属阳明胃经积热，宜加升麻、桔梗、羌活；太阳疽属阳明胃经，宜加升麻、

桔梗；发颐属阳明发热所致，宜加玄参、黄芩、黄连。

2.2 阐释方剂的组方配伍规律

对前人行之有效的方剂进行其组方配伍阐释，其目的是为了示人以法，剖析前人组方的原则，进而为临床实践中组方用药提供指导。金·成无己《伤寒明理论》开方论之先河，他将《伤寒论》中常见的 20 首方的配伍意义做了解释，其使用的方法多以六气胜复及五脏苦欲理论为依据，结合药物的四气五味，阐释方剂之君臣佐使。如其释桂枝汤，据《素问》中“风淫所胜，平以辛，佐以苦，以甘缓之，以酸收之”及“风淫于内，以甘缓之，以辛散之”的理论，释其配伍法则为“盖发散风邪，必以辛为主，故桂枝所以为君也，芍药味苦酸微寒，甘草味甘平，二物用以为臣佐者”。“生姜味辛温，大枣味甘温，二物为使者”^[5]。其后许叔《金镜内台方议》亦用此法阐释方剂，只是阐释方剂的范围不仅限于经方。

归经学说提出之后，有些医家即尝试以此说解方，如李时珍即应用药物归经的理论结合脏腑辨证的方法阐释《伤寒论》方药物的组方规律。如对桂枝汤的解释，其谓：“桂枝同甘草，外散风邪以救表，内伐肝木以防脾。佐以芍药，泄木而固脾，泄东所以补西也，使以姜枣，行脾之津液而和营卫也。下后微喘者加厚朴、杏仁，以利肺气也；汗后脉沉迟者加人参，以益肺气也；朱肱加黄芩为阳旦汤，以泻肺热也。皆是脾肺之药，是则桂枝虽太阳解肌之轻剂，实为理脾救肺之药也。”并谓：“此千古未发之秘旨，愚因表而出之^[6]。”

总之，归经理论形成以后，丰富、完善了中医药理论，后世医家运用这一理论成果于方解及遣药制方中，指导方剂用药配伍、阐释方剂的组方配伍规律，使理、法、方、药的结合更紧密，在一定程度上推动了方剂学的发展。

参考文献：

[1] 熊一鸣等. 24 味治痰药的性味、归经与功效分析[J]. 中医文献杂志, 1995, (2): 17

[2] 李兴广等. 常用中药归经的计算机分析[J]. 中医杂志, 1994, 35(5): 313

[3] 郭顺根等. 川芎嗪在动物体内分布的放射自显影研究[J]. 中国医药学报, 1989, 4(3): 17

[4] 王海东. 中药归经理论研究现状及受体学说关系的论证[J]. 浙江中医杂志, 2001, 36(8): 323

[5] 成无己. 伤寒明理论[A]. 中国医学大成[C]. 第二分册. 第 1 版. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 92

[6] 李时珍. 本草纲目[M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1009

编号：ER-11071501（修回：2011-08-19）

（上接 64 页）

刺是按针刺穴位数量收费，针的数量决定了收费，这时候为了生存，针灸医生便可能会针刺很多穴位，辨证可能就会觉得是多余的了，医院的管理模式、收费方法也是影响针灸临床辨证的原因之一。

小结：针灸临床中，当重视经络辨证，临证诊疗宜以循经辨证为纲；病候辨证为纬；兼及奇经辨证及皮部、经筋等有关理论；并须与脏腑辨证、八纲辨证等紧密结合，融会贯通，灵活运用^[3]。重视经络辨证，穴位诊查，配合中医内科辨证体系，那么针灸的特色可以发挥的同时，疑难杂症的治愈也指日可待。

参考文献：

[1] 何金森. 针灸临床辨证论治的思考[J]. 中国针灸, 2008, 9(9): 685

[2] 包克义. 针灸选穴配方治病时应重视整体观念和辨证施治[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(2): 249

[3] 管遵惠. 提高针灸临床疗效必须辨证论治[J]. 针灸临床杂志, 2008, 24(6): 7

作者简介：

谢睿（1986-），第一作者，贵州省贵阳市贵阳中医学院 09 级在读针灸推拿研究生。单位：贵阳中医学院第二附属医院针灸科。

刘峰，第二作者，贵阳中医学院 09 级在读针灸推拿研究生。

冯玲娟（指导），贵阳中医学院第二附属医院针灸科主任医师。

编号：EA-11060719（修回：2011-08-17）