

## 原络配穴与气血流注

董宝强<sup>1</sup> 戴俭宇<sup>1</sup> 王富龙<sup>2</sup> (指导 陈以国<sup>1</sup>)

(<sup>1</sup>辽宁中医药大学针灸推拿学院, 沈阳 110032; <sup>2</sup>北京中医药科技发展中心, 北京 100036)

**关键词:** 原穴; 络穴; 原络配穴; 气血流注

原穴首载于《灵枢·九针十二原》,是指脏腑原气经过和留止的腧穴。原气,又称元气、真气、真元之气。《灵枢·刺节真邪》说:“真气者,所受于天,与谷气并而充身也。”所有的脏腑经络必得原气始能发挥各自的功能,脏腑经络之气的产生也要根于原气的滋养温煦。五脏有疾时,往往在相应的原穴部位出现一定的反应,反之,如果原穴部位出现各种异常变化,也同样可以推知五脏的盛衰情况。正如《灵枢·九针十二原》所云:“五脏有疾也,应出十二原,而原各有所出,明知其原,睹其应,而知五脏之害矣”。此外,《难经》曰:“脐中肾间动气者,人之生命也,十二经之根土也,故名曰原。三焦者原气之别使也,主通行三气,经历于五脏六腑。原者,三焦之尊号也,故所止辄为原,五脏六腑之有病者,皆取其原也”。可见原气起于脐下肾间,通过三焦,散布于五脏六腑,针刺原穴能通达三焦原气,调整内脏功能,进一步影响气血流注及水液输布和代谢。目前,五脏原穴与五脏之间具有密切相关的特异性通过研究得到了广泛的证实<sup>[1]</sup>。络穴是络脉从经脉分出部位的腧穴,其内容首载于《灵枢·经别》。络穴对本经络脉虚实病证具有重要的调整作用,络脉是对经脉支横别出的分支部分的统称,具有渗灌气血津液,满溢灌注和双向流动的特性<sup>[2]</sup>,是机体内外沟通的桥梁和纽带。经脉以运行“气”为主,即所谓“经气”,络脉以运行“血”为主,即所谓“血气”<sup>[3]</sup>,因此,原穴与络穴在经脉气血流注过程中起着重要的调整作用。

十二经气血流注及分布理论来自于《黄帝内经》,“气血多少”理论分别见于《素问·血气形志篇》、《灵枢·五音五味篇》、《灵枢·九针论》,但三段文字中仅阳经气血多少的记载相同。后世医家多遵循张景岳观点即“此必传录之误”,且《灵枢》多误,以《素问·血气形志篇》为准,即“夫人之常数,太阳常多血少气,少阳常少血多气,阳明常多气多血,少阴常少血多气,厥阴常多血少气,太阴常多气少血,此天之常数”。然哪些因素决定了经脉气血多少呢?首先,与经脉所属脏腑关系密切。脏腑功能特点决定了经脉气血多寡,如厥阴多血少气,这与肝藏血关系密切,太阴多气少血与肺主气司呼吸密不可分。其次,经脉气血多寡与气血流注次序关系密切。十二经脉气血流注始于手太阴肺,终于足厥阴肝,肺朝百脉、主气、司呼吸,气血流注动力来自于气量相对差的推动<sup>[4]</sup>。故太阴多气少血,而流注终

端的厥阴多血少气。最后,从脏腑阴阳表里关系立论,正如张志聪在《素问集注》中所云:“气为阳,血为阴,腑为阳,脏为阴,脏腑阴阳,雄雌相合……阳有余则阴不足,阴有余则阳不足,此天地盈虚之常数也”。即表里两经阴阳应相互协调,保持相对平衡,但气血流注的第一阶段却不能符合此标准。太阴多气少血,与之相表里的阳明应该多血少气,而实际上阳明经多气多血,笔者认为这是和阳明经所处气血流注位置有关。其位于气血循环第一阶段,承受来自于手太阴肺经的经气后,起到一个泵的作用,提高经脉气量以维持以后气血流注相对气量差所需,正如左心室强力收缩挤压出经肺静脉流入的动脉血。因此,在某种程度上说,阳明经含气量更高,“气有余便是火”,这也正与阳明经病候多为火热之证相合。总之,以上三种作用相互联系,密不可分,共同验证了《黄帝内经》中气血多寡与流注理论的科学性。同时在气血流注过程中,我们可以清晰地看到气的推动和络脉沟通表里两经协调阴阳平衡的巨大作用,而这两者可以通过针刺原穴与络穴进行调整,因此原络配穴在临床中有着广泛而深远的意义。

原穴单独应用,治疗本经病变,同时还可增强机体抗病能力,促进机体自然康复的趋势,与络穴相配可调整脏腑的功能,输布经气,增强疗效。原络配穴是临床上最常用的配穴法,可分为表里经原络相配及同经原络相配,而前者较为常用。①表里经原络配穴法:又称主客原络配穴法,是指本经原穴与其相表里经的络穴相互配合应用的方法。适用于表里经有病者,相表里脏腑经络同病,先病者为主,取本经原穴(主穴),后病者为客,取相表里经络络穴(客穴)。如脾经病变出现胃脘胀痛、呕吐,上齿痛等证,可取脾经原穴太白为主,配以胃经穴丰隆为客,反之,如胃经病变出现舌强,水肿,腹胀泄泻等证,则取胃经原穴冲阳为主,配以脾经络穴公孙为客。②同经原络配穴法:是取本经的原穴与络穴相配的一种配穴法。适用于由内伤、外感迁延而成的多种慢性疾病,两者有协同作用。如心悸胸痛,取心包经原穴大陵,心包乃心之外卫,代心行令,可调畅心络,安神宁心;内关乃其络穴,心包络是心脏所主的经脉,为治疗心脏病变的要穴,正如《针灸甲乙经》所说:“手心主之别名曰内关,实则心痛,虚则烦心”,取之既可安心神,又可散郁结,二穴相配,可以定悸安神,活血通脉。

总之,原穴与络穴的巧妙配合与应用,不仅可以调理经脉病症,还可以通过对全身气血流注的干预,进而调整气滞血瘀脏腑失和等全身阴阳偏盛偏衰。对长期慢性病证所致正气亏虚、体质虚弱及疑难杂症等治疗开辟了一条新的路径,清代名医叶天士所云“久病入络”也正验证了这一点。

### 参 考 文 献

[4] 黄建军,程凯.原穴与脏腑相关性探析.中国针灸,

2001,21(6):347—349

[2] 颜乾麟,王宇锋.络病证治探析.中国中医药信息杂志,2004,11(8):739—740

[3] 李亭,陈晓东.试论经络的体本在于经气.针灸临床杂志,2002,18(3):1

[4] 陈以国,林侵武.试论十二经脉流注动力及调控.辽宁中医杂志,1996,23(8):373—374

(收稿日期2005年12月28日)

•临床报道•

## 乳腺增生病辨证分型研究探讨<sup>\*</sup>

张琼 陈家旭

(北京中医药大学,北京100029)

**关键词:**乳腺增生病;辨证分型;探讨

乳腺增生病以乳房部肿块和疼痛为两大主症,是乳腺主质和间质不同程度地增生及复旧不全所致的乳腺结构在数量和形态上的异常,常形成可触及的肿块,既非肿瘤,也非炎症。乳腺增生病居乳腺病发病率的首位,随着妇女社会地位提高及生活节奏的加快,乳腺病的发病呈上升趋势。现代医学对本病疗效不确切,中医药则对乳腺增生病有着独特的疗效。

乳腺增生病在中医中属“乳癖”范畴。祖国医学认为肝失疏泄,冲任失调而致气血运行不畅,气滞血瘀,痰凝结聚而成乳癖。乳癖之名始见于华佗《中藏经》,癖同义于痞,《黄帝内经》及《伤寒论》中均有“痞”的记载。《素问·五常政大论》:“备化之纪……其病痞。又云:“卑监之纪……其病留满痞塞”。《伤寒论》中:“病发于阳而反下之,热入因作结胸,病发于阴,而反下之因作痞……”。痞者癖也,痞是形容气机不畅,指在人体任何部位出现的胀满疼痛,症情时轻时剧,疼痛时隐时现,这和乳癖的临床表现一致。

本病的病因病机,如《外科正宗》云:“乳癖乃乳中结核,形如丸卵,或重坠作痛,或不痛,皮色不变,其核随喜怒消长,多由思虑伤脾,恼怒伤肝,郁结而成。”窦汉卿《疮疡经验全书》云:“乳癖此疾,因女子十五六岁,经脉将行,或一月两行,或过月不行,致生此疾”。女子乳头属肝,乳房属胃,脾胃相表里,肝喜条达,若忧思郁怒,则肝失疏泄,脾脏受损,导致气滞痰凝血瘀,则出现乳房结块疼痛。又冲为血海,任主胞胎,二经循腹而行止胸中,足少阴肾经,上贯肝膈而与乳联,冲任二脉隶属于肝肾,

冲任失调,痰气郁结,肝肾不足,阳虚痰湿内结,出现乳房肿块疼痛,并随月经周期改变。

### 乳腺增生病临床辨证分型现状

2002年中华中医外科学会乳腺病专业委员会第八次会议通过的乳腺增生病辨证标准是最新制定的标准,将乳腺增生病分为肝郁气滞证、痰瘀互结证、冲任失调证三型。然而在临床治疗过程中,基于对疾病发病规律及其病因复杂性认识,各医家根据自己的临床诊疗经验又有不同的辨证分型,差别很大。阙氏等<sup>[1]</sup>将本病分为肝气郁结型、肝郁化火型、气滞血瘀型、冲任失调型、痰瘀交阻型和气血两虚型6型。周氏等<sup>[2]</sup>将本病分为气滞血瘀型、痰瘀互结型、肝郁血虚型、肝肾阴虚型、肾阳虚衰型5型。张氏<sup>[3]</sup>将本病分为肝郁气滞型、阳明胃热型、肾阳虚型、肾阴虚型4型。刘氏<sup>[4]</sup>将本病分为肝郁痰结型、冲任失调型、肝肾阴虚型3型。张氏<sup>[5]</sup>将本病分气滞化热型和气结成瘀型2型。

### 乳腺增生病辨证分型规范化、客观化研究的迫切性

虽然有乳腺病专业委员会颁布的诊断标准,但医家根据自己在临床实践中的观察与研究,对本病的辨证分型众说纷纭,莫衷一是。这种现状首先不利于乳腺增生病的学术交流,目前中医对乳腺增生病的治疗有很多经验也有很多验方,但由于对辨证分型的认识不同,使这些经验在临床没有得到广泛的应用。其次,这种现状不利于乳腺增生病的临床研究,在对乳腺增生病进行临床大样本研究时,需要多家医院的配合,由于不同医院的专科对本病的辨证

<sup>\*</sup> 高等学校全国优秀博士学位论文作者专项资金资助 No.200059