

孙思邈“孔穴主对法”针灸处方理论初探

姚舜宇, 孙艺玮

(天津中医药大学, 天津, 300193)

[摘要] 孙思邈精于针灸, 并指出处方是针灸辨证论治的中心环节, 但其著作难学难懂, 继承存在困难。经研究发现“孔穴主对法”是孙氏针灸处方理论的核心; 浅层含义为根据病证选择对应主治的腧穴使用, 深层含义为应用共同主治的对穴进行治疗。“主”的含义很广, 包括今天所说的体质、疾病、证型、证候、病因等内容。药物处方也有类似的“主对”理论, 所以“主对法”可以指导针药并用。同时“经方”不等于“经验方”, 而是在理论指导下完成, 其中的“对症治疗”可谓中医特色的精确治疗。

[关键词] 孙思邈;《备急千金要方》;《千金翼方》;孔穴主对法;针灸处方

[中图分类号] R245.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.061

孙思邈是隋唐时期著名医家, 他精于针灸, 并提倡“针药并用”和“针灸并用”^[1], 曾言:“若针而不灸, 灸而不针, 皆非良医也; 针灸不药, 药不针灸, 亦非良医也”。孙氏指出处方是针灸辨证论治的中心环节^[2], 但所著《备急千金要方》和《千金翼方》(简称《千金》)内容博大精深, 给我们研究其处方理论带来了困难。为了解决这一研究难题, 我们对《千金》及初唐前诸多文献进行研究, 初步总结出孙思邈的针灸处方理论——“孔穴主对法”。现阐述如下。

1 基本内涵

“孔穴主对法”语出《备急千金要方·针灸下》卷首。“孔穴”即腧穴、穴位、穴道^[3], “主”指腧穴的主治, “对”是配合、对应的意思。简言之, “孔穴主对法”就是根据病证, 选择对应主治的腧穴使用。在《千金》中, 孙思邈以先写腧穴名称, 再论述主治为固定格式, 就是为了方便按照“孔穴主对法”进行选穴。

“主”包含内容很广, 包括今天所说的体质、疾病、证型、证候、病因等, 其中以“证候”为主。《千金》等宋以前古籍将“证候”简称“症”或“候”, “症”也作“证”, 没有严格地区分^[4]。是医师可以诊查、作为治疗依据的所有内容的总称, 不仅包括现代医学所说的症状和体征, 还包含可以反映患者身心状态的其他事物。例如孙氏认为应当留心患者喜欢的音乐, 或由患者演奏的音乐, 因为可以根据五音配五脏理论而指导辨证论治。现代也有研究证实, 音乐对心理、精神方面的疾病具有一定诊断作用^[5]。

“孔穴主对”还有更深的含义, 即应用“主对”治疗。类比药物处方的“对药”, 针灸处方的“主对”指有共同主治的对穴。而且《千金》针灸处方中的任何一个腧穴, 均可以和其他多个腧穴构成“主对”, 进而形成较为复杂的“孔穴主对”网络, 正如孙思邈说:“或一病有数十穴, 或数病共一穴, 皆临时斟酌作法用之”。

2 应用举隅

腧穴主治以《备急千金要方》第二十九、三十卷, 《千金

翼方》第二十六至二十八卷, 专论针灸的五卷为主要研究资料, 另参考《黄帝内经》《针灸甲乙经》等初唐以前的中医古籍, 以求准确把握孙思邈的针灸处方理论。

现以《备急千金要方·诸风·偏风》的“治偏风、甄权处疗安平公方”为例, 介绍孙思邈的针灸处方理论。《诸病源候论·风病诸候·偏风候》记载:“偏风者, 风邪偏客于身一边也。人体有偏虚者, 风邪乘虚而伤之, 故为偏风也。其状: 或不知痛痒, 或缓纵, 或痹痛是也”^[6], 《备急千金要方·诸风·偏风》也说:“大风周身, 四肢挛急, 风行在皮肤”“中风手足拘挛, 百节疼痛”。所以偏风是隋唐时期的中医病名, 类似于今天所说的中风。病机为人体正气虚损、风邪乘虚伤人, 证候为一侧肢体痛痒觉消失, 或肢体松弛不收, 或挛缩, 或痹阻疼痛, 或言语不利, 严重者表现为突然昏仆、不省人事、口眼歪斜等^[7]。

该处方选取风池、肩髃、曲池、支沟、五枢、阳陵泉、巨虚下廉(下巨虚)7个腧穴: 原文记载风池“主项如拔, 不可左右顾”; 肩髃“主偏风, 半身不遂, 热风、头风、刺风, 手不上头, 捉物不得, 挽弓不开, 臂冷酸疼无力”; 曲池“主恶风邪气; 手不可举重, 腕急, 肘中痛, 难屈伸, 肘节痹, 臂酸重, 腋急痛, 肘难屈伸, 臂痿不仁, 肩重痛不举”; 支沟“主暴暗不能言, 肘节痹, 臂酸重, 腋急痛, 肘难屈伸、肩臂酸重”; 五枢“主阴病两丸上下, 小腹痛”; 阳陵泉“主角弓反张”; 下巨虚“主胫重, 足跗不收, 跟痛”。可以看出选穴均按照“孔穴主对”理论, 腧穴又可分为3大类。第1类是辨病处方: 直接对治偏风这一疾病, 如本方的肩髃穴; 第2类是辨证处方: 针对风邪侵袭证而选穴, 如本方的肩髃、曲池。此外, 风池的名称带有“风”字也暗示其主祛风^[8], 可以归入此类。第3类是对症处方: 针对患者的证候表现, 本方的所有腧穴均属于此类。尤其是五枢穴主治的小腹疼痛、疝气、睾丸收缩或松弛等并非偏风的必见病候, 也未见五枢主治祛风的证据, 所以五枢是根据所治患者的特殊表现而“因人制宜”地选用。也因此除五枢穴主治比较独特外, 其余的6个腧穴互为“主对”(对穴)。

(下转第134页)

病患者之间比较,参加过健康教育的糖尿病患者的得分要高;不同病程之间比较,随着病程越长,其得分也越高。中国六省糖尿病患者的调查结果显示性别和文化程度是影响健康知识素养的主要原因^[2]。Kobayashi L等^[9]调查研究报道中提出不同年龄层次的老年人,其健康知识素养认知功能的差异是有统计学意义的。蒋燕燕^[10]于2013年对社区200例T2DM患者进行调查,结果显示患者的健康知识素养水平低与文化程度和是否接受过健康教育及教育次数呈正相关。以上得出的结论都与本研究结论相一致。

从糖尿病功能性健康知识素养水平的多因素分析的数据结果来看,学历和是否接受健康教育是影响糖尿病功能性健康知识的主要因素。综合单因素、多因素结果比较,不管采用何种统计学方法,糖尿病患者的学历与是否接受过健康教育都是重要因素。因此,提高糖尿病患者健康知识素养水平很大程度上可以通过针对性地健康教育干预和管理得到改善。然而健康教育的形式多样,有网络式健康教育、电话回访式健康教育、个体化健康教育、回授式健康教育等形式,采取何种形式的健康教育让糖尿病患者最容易接受,也最有效,将成为研究的热题。

参考文献

[1] 聂雪琼,李英华,李莉.中国6省糖尿病患者糖尿病防治素养

现状及影响因素研究[J].中国健康教育,2014,30(1):7-10,30.

[2] 叶任高,陆再英.内科学(6版)[M].北京:人民卫生出版社,2004:787.

[3] 李英华,毛群安,石琦.2012年中国居民健康素养监测结果[J].中国健康教育,2015(2):99-103.

[4] 陈敏芝,梁爽.糖尿病患者疾病相关知识掌握程度的调查分析[J].解放军护理杂志,2009(24):33-34,37.

[5] 李沙沙,郭菊红,陈茜.老年糖尿病患者糖尿病足相关知识和行为调查[J].实用医院临床杂志,2015(1):140-141.

[6] 王芳,杨振贵,曾程慧.银川市居民糖尿病相关知识调查[J].中国公共卫生,2010(9):1105-1106.

[7] 李忠民.湖南省居民健康素养现状及影响因素研究[D].长沙:中南大学,2010.

[8] 朱祖红,陆明霞,徐芳.农村糖尿病患者的现状调查与社区管理的探讨[J].中国社区医师,2014(30):150-151.

[9] Kobayashi L,Smith S,Wolf M,et al.The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy:a cross-sectional analysis of older adults in Chicago,USA[J].BMJ Open,2015,5(4):007222.

[10] 蒋燕燕.2型糖尿病患者知识影响因素分析及健康教育策略[D].蚌埠:蚌埠医学院,2014.

(收稿日期:2017-12-21)

(上接第128页)

3 小 结

3.1 针药并用与“孔穴主对法” 上文的治偏风方,在原文中还有一个药物处方——防风汤。其中防风“主大风,头眩痛,恶风,风邪,目盲无所见,风行周身,骨痹,烦满,胁痛肋风,头面去来,四肢挛急,字乳金疮内瘡”,几乎每一项主治都与风邪有关,也与风池的主治基本相同。所以药物与腧穴均在“主对法”指导下使用,通过主治可以将药物和穴位紧密而合理地联系起来,构成“针药对”,进而指导“针药并用”并提高疗效。例如防风和风池穴就是“针药对”,临床可以配合使用增加祛风、息风之效。

3.2 “经方”不等于“经验方” 当下一般认为宋以前中医处方主要根据经验制定,并把“经方”解释为“经验方”^[9]。如果以“孔穴主对法”重新审视宋以前针灸处方,就会发现孙思邈的处方是有严谨的理论指导的。他甚至指出:“诸药无有一一历而用之,但据体性冷热、的相主对……入处方者宜准此”,即医师不可能将药物一一使用再根据经验处方。明确否认依据经验处方的观点。针灸处方也是一样,有学者研究发现东汉以前针灸处方以循经取穴法为主,其他取穴法为辅^[10]。孙思邈的取穴方法也是一脉相承,这为研究宋以前古方提供了崭新的视角。

3.3 “对症治疗”是中医特色的精确治疗 当下提倡“精确治疗”,中医相较于西医的优势应该不在微观层面的治疗,而是高度的个体化诊疗^[11]。注重体质、疾病和证型以及证

候的特异性。相同体质、疾病、证型的患者,其症状也会存在差异,这就要求使用不同的处方(穴位、刺激量),因人制宜地个体化诊疗^[12],这应该是真正有中医特色的精确治疗。

参考文献

[1] 严善余.试论孙思邈针灸学术思想[J].中国针灸,2000,20(2):121-122.

[2] 魏稼.关于针灸处方四大要素[J].中医杂志,1983(12):45-49.

[3] 张善忱.对几个经穴定位之我见[J].山东中医学院学报,1982,6(1):46-54.

[4] 刘可勋.试论中医学的疾病论与病、证、症名规范化[J].中医研究,2000,13(1):2-4.

[5] 欧·斯凯莱.音乐行为量表——一种诊断工具[C].北京:中国音乐治疗学会,1999:24-32.

[6] 丁光迪.诸病源候论校注[M].北京:人民卫生出版社,1991:26.

[7] 李红香.基于中医文献的中风病研究[D].南京:南京中医药大学,2011.

[8] 席宁.浅谈穴名释义在针灸教学中的作用[J].中医教育,1999,18(2):63.

[9] 张薛光.经方治验回忆录[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(7):113-114.

[10] 裴景春,冯起国,郑利岩,等.东汉以前针灸处方配穴原则及规律的探讨[J].辽宁中医杂志,2000,27(1):31-33.

[11] 陈健,陈启龙,苏式兵.中医药精确治疗的思考与探索[J].世界科学技术——中医药现代化,2016,18(4):557-562.

[12] 沙岩.谈因人因病掌握针灸刺激量[J].针灸临床杂志,2010,26(9):4-6. (收稿日期:2018-01-18)