

学术论坛

郑州帖氏飞针学术流派

针入贵速 既入徐进

□ 郁 蕾

针灸是中国一种独特的治疗方法。随着经济社会的发展和国际化进程的加快,针灸代表中医药文化率先走出了国门,走向了世界。针灸治病简便易行,并且效如桴鼓,深受群众的喜爱。“帖氏飞针”是创始人帖亚林博采众长、汇通诸家、化裁创新出来的一种针法。

郑州帖氏飞针学术流派独有的飞针手法,是由帖亚林创制的。他秉承何若愚“针入贵速,既入徐进”的进针理念,以减少患者疼痛、便于操作为目的,在传统针刺基础上,不断尝试各种进针手法。帖亚林经过无数次试验,总结各种针刺手法的特...

并传授给学生。后来,全国各省市的针灸同仁及外国医疗界友人纷纷来到郑州市中医院交流学习。他们均对帖亚林进针手法之快速与无痛的特点感到惊讶,称其为“飞针”“神针”。自此,“帖氏飞针”逐渐流传开来。该针法以其快速无痛进针、快速得气的理想手法,逐步摸索出一种能够快速无痛进针、快速得气的理想手法...

要特点有以下几方面。无痛进针 因“帖氏飞针”进针速度极快,刺激时间短,疼痛信号尚未通过反射弧传导至中枢神经系统,针体已刺入患者穴位,进针过程即告完成。因此,“帖氏飞针”能够有效实现无痛进针。快速得气 施术者进针时,拇指内收,食指与中指同时外展发力。在针体刺入瞬间,针体高速旋转,使进针过程兼具捻转行针之效,从而有效调动机体经气,实现快速得气。同时,

得益于进针的高速无痛,患者痛觉缺失,因此能更清晰地感知针下得气感。惠及患者 “帖氏飞针”手法进针快速无痛,减少治疗时患者的恐惧感,患者更能够接受针灸治疗,在治疗时能够充分放松,提高针灸治疗的效果。同时,“帖氏飞针”手法在进针时能够快速得气,以使针灸效果可以快速发挥,也使针灸疗效进一步加强。通过系统练习,掌握“帖氏飞针”进针“快、稳、准”的核心要诀后,才能实现快速

无痛的进针效果。此后,还需要日复一日,年复一年的坚持练习,才能够体会到“帖氏飞针”的精髓。“帖氏飞针”的真正价值,不在于无痛进针的技法,亦非行云流水的操作风采。那一枚银针承载的,是帖亚林毕生“以仁心驭针术”的济世情怀,为减患者毫厘之苦,甘付数十载寒暑之功。这份“大医精诚”的执着坚守,才是学术流派绵延传承的薪火真谛。(作者供职于河南省郑州市中医院)

跟师学医

中医“标本”论的临床实践

□ 乔 俭

深究“标本”的原意:“标”者,原指树木的末梢,引申为事物的枝节或表面;“本”者,原指树木的根干,引申为“根本的”“中心的”“本质”的东西。“标本”概念引入中医学领域后,“标”指疾病的外在表现,包括各种症状、体征;“本”则首先指患者之机体,其次指发病的各种原因及内在的病理机制。《黄帝内经》对“标本”概念有精辟的论述,并强调明辨“标本”关系、进行“标本”辨证论治的重要性。如《黄帝内经·素问·至真要大论》所言:“知标与本,用之不殆,明知逆顺,正行无问。此之谓也。不知此者,不足以言诊,足以乱经。”

“标本”作为一个相对性的概念,内涵丰富,运用广泛而灵活。就邪正关系而言,“正气为本,邪气为标”。以疾病而论,则“人体为本,疾病为标;病因为本,症状为标;病机

与本,证候为标”。视病变部位不同,“病在内者为本,病在外者为标;在脏者为本,在腑者为标”。从病之先后、症之新旧来分,则“旧病为本,新病为标;原发病证为本,继发病证为标”。就医患关系而言,则“患者为本,医者为本”……不一而足。任何疾病,在其发生、发展过程中的每一阶段,都有一定的“标本”关系,故《黄帝内经·素问·至真要大论》曰:“夫标本之道,要而博,小而大,可一言而知百病之害。”明代医学家张景岳进一步解释说:“要而博,小而大者,谓天地之运气,人身之疾病,变化无穷,无不有标本也。”

中医将引起疾病的各种原因视为“本”,将各种临床症状及体征作为“标”,二者之间存在着决定和被决定的因果关系。但是,后者(“标”)在一定条件下可向前者(“本”)转化,即某种情况下的“标”症,可能是另一种情况下的疾病之“本”。例如,外感风寒引起的咳嗽,外感风寒为病因,是致病之“本”;咳嗽、痰多则是主要症状,是该病之“标”。在组方时,必须用相当分量的解表散寒药

物外散风寒、消除病因(治“本”),同时配合温宣肺气、化痰止咳以缓解症状(治“标”)。随着病情的进一步发展,若咳嗽不止且剧烈,并牵引胸肋疼痛,则此时咳嗽(原“标”症)相对于新出现的胸肋疼痛而言成为“本”,胸肋疼痛成为“标”。治疗仍以宣肺止咳为主(治“本”),咳嗽缓解,胸肋疼痛自愈。这种建立在“辨证思维”基础上的“标本”观,正是中医“辨证求因”重要学术思想的哲学根基。万事万物在发生、发展过程中都存在着矛盾,疾病的发生发展亦是矛盾运动贯穿始终。疾病与人体本身即构成一对矛盾。在此矛盾中,患病的人体是疾病得以康复的内因,是矛盾的主要方面。内因和矛盾的主要方面在事物发展演变中起决定作用,因此治疗疾病,必须以人体为“本”。

疾病的临床表现错综复杂。既存在某一脏腑或局部的病变,又常累及他脏、他腑乃至全身。疾病发展阶段的不同,临床症状及体征亦处于动态变化之中。在纷繁复杂的病变和诸多矛盾之中,必有一种核心病变或关键证候起着决定性的作用(即主要矛盾),在“标本”辨证中视之为“本”;而其他病变兼夹证候,多由主要病变或主证衍生演变而来,居于从属、次要地位(即次要矛盾),在“标本”辨证中则视之为“标”。在临床上,强调“治病求本”,其重要内涵之一,便是抓住疾病的主要矛盾,针对核心病变或关键证候采取决定性治疗措施。主要矛盾一旦解决,其他相关问题往往迎刃而解,病痛随之消除,疾病即可痊愈。(作者供职于河南省洛阳市中心医院)

诊疗感悟

温病学理论在传染病防控中的应用

□ 李孟良

温病学是研究四时温病发生发展规律及其诊疗方法的一门中医临床学科,其研究范畴相当于现代医学的传染病学。长期以来,温病学理论有效指导着临床实践,为控制多种急性传染病与感染性疾病的发生与蔓延、保障人民健康做出了卓越贡献。清代以前,中医对急性传染病及感染性疾病的认识尚不清晰,缺乏具体的病名分类,主要沿用六经辨证等方法进行治疗。清代温病学派创立的三焦辨证、卫气营血辨证等理论体系,丰富和发展了温病诊疗体系。如今,温病学的理论与方法在现代传染病和急性感染性疾病的防治实践中仍广泛应用。

卫气营血辨治大叶性肺炎 以急性感染性疾病大叶性肺炎为例。患者王某,因外感风邪后突发高热、咳嗽,继而咯铁锈色痰,并见神昏谵语,四肢不温,舌质红、苔黄。此证乃风邪迅速化热,热邪壅肺,逆传心包所致,符合叶天士“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”之论。治疗当以清心开窍为主,可选用清宫汤配合安宫牛黄丸;或据证情选用紫雪丹、至宝丹,临床效果显著。大叶性肺炎属现代医学急性感染性疾病范畴,运用温病学卫气营血辨证理论指导治疗,常能取得较高的治愈率,缩短病程。

卫气营血辨治流行性出血热 治疗传染性出血热,以流行性出血热为例。初期因人们对流行性出血热认识不足,患者死亡率较高。后来,根据流行性出血热的发病特点,临床上运用卫气营血传变理论辨证施治,取得了显著疗效。流行性出血热传变急骤,在发热期即需要防范耗血动血之变。血耗则阴伤,真阴被耗,肾水枯竭,故出现尿少尿闭。动血则血不循常道而行,外溢肌肤,则见斑疹;脉络灼伤,则见衄血,二便下血;血少气弱,阳气衰竭,则形成寒厥(低血压休克)。邪热内陷,则心包经受邪,灼液成痰,痰热阻闭包络,神志被蒙,为神昏谵语,或昏厥不语。邪热内陷,厥阴肝经则发痉厥、抽搐(低血压休克和尿毒症同时出现)。患者病情危重,如果治疗不当,往往会造成死亡。清热解毒是治疗流行性出血热的关键,常用的方剂是银翘散。方用金银花、连翘、竹叶等药,为透热清气的立方。“三痛”(头痛、腰痛、眼眶痛)、“三红”(面红、颈红、胸红)及斑疹是流行性出血热的典型特征。治疗中常配伍活血化瘀药,如赤芍、牡丹皮、丹参等。若患者持续高热不退,须警惕神昏、肢厥、出血等危候,提前应用清瘟败毒散加金银花、丹参等药。少尿期,如伴大便秘结,可考虑应用大承气汤煎取100毫升药液保留灌肠,通腑泻热,防止毒邪蓄积诱发尿毒症。

三焦(湿热)辨治伤寒 以肠道传染病伤寒为例,伤寒与副伤寒属于急性肠道传染病,死亡率较高。笔者认为,其当属中医学温病范畴。临床常将伤寒辨证分为湿重于热、热重于湿及湿重热并重三型。对于湿重或湿重于热者,常选用王氏连朴饮(加减)治疗。方中黄连、厚朴、行气除满,配伍栀子、半夏,共奏辛开苦降、和胃降逆之功;石菖蒲、芳香化浊、醒脾开窍,协助黄连、栀子以清热燥湿,厚朴、半夏,以除湿化浊;豆豉、芦根相配,清宣上焦郁热。诸药合用,共奏清热利湿、行气化浊之功,使湿热分清、气机调畅。

伤寒初起类似感冒,易致失治或误治。若误用解表发汗之法,非但湿邪之邪难解,反致邪气流注,病情恶化,出现神昏、耳聋,甚则目瞑不欲言等危候,故辨证尤须详审。伤寒即治疗得当,症状一时缓解,然湿性黏滞,病邪未根除,易于反复。为防止复发,患者需要坚持服药4周。待症状完全缓解,且连续2次伤寒血清凝集反应均正常后,继续服连花2周。患者如果在此期间检查结果均无异常,方可停止治疗。若湿重于热者,可加黄芩、滑石以增清热利湿之效;若见白痞(皮肤晶亮粟粒状疱疹),可加竹叶、薏苡仁,透热外达,渗利湿邪,使湿邪之邪表里分清。(作者供职于河南省鄱陵县人民医院)

风湿病的命名与分类特点

□ 姜玉铃

风湿病,亦称痹病,是指因人体正气不足或脏腑功能失调,“风、寒、湿、热、燥”等外邪乘虚侵袭,导致经脉气血不通或不荣,以肢体关节肌肉疼痛、重着、麻木、肿胀、屈伸不利,甚至关节变形,或累及脏腑为主要临床表现的一类疾病。它涵盖了中医传统所称的痹证、痹病、风湿,以及由“风、寒、湿、热、燥”等邪气引起的多种肢体、关节病变。《中华痹病大全》收录了此类相关病名40余种,并对其分类方法进行了探索。前人对风湿病命名与分类的记载,内容十分庞杂,这既反映了风湿病这一大类疾病本身的复杂性,也体现了前人对这类疾病的重视程度和研究深度。其中较有代表性的分类方式包括:按外因命名分类,按内因命名分类,按“五体”组织命名分类,按脏腑组织命名分类,按经络循行部位命名分类,按部位深浅命名分类,按轻重缓急及治疗难易程度命名分类,按特定时间发病命名

分类,按临床表现特点命名分类等。此外,还存在一病多名、一名多义以及复合命名的情况,这使得风湿病的分类体系更为复杂,甚至令人无所适从。随着科学技术的发展,对风湿病的研究日益深入。特别是自20世纪80年代成立全国性的中医风湿病学学术组织以来,在风湿病各个领域的研究空前活跃,取得了一系列成果。在此基础上,风湿病命名与分类的规范化研究也取得了相应进展。例如,国医大师路志正等学者对痹病提出了分类方法。现代中医风湿病学从临床实用性出发,主要从病因、部位、证候、特征4个角度进行分类。

按病因分类 从病因角度对风湿病进行分类历史悠久,早在中医古典医籍中即有记载和论述,至今仍是风湿病的主要分类方法之一,并有效指导着临床实践。风湿病之命名本身,即不难看出是针对2个主要病因——“风”与“湿”而确立的。《黄帝内

经·素问·痹论》所载“其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为著痹”,以及“其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热”,皆是以“风、寒、湿、热”等病因进行分类。临床上将风湿病分为风痹、寒痹、湿痹、热痹进行辨治,在大部分风湿病患者身上取得了较好疗效。然而,对于以口、眼、鼻等部位干燥症状尤为突出的风湿病患者,沿用上述方法论治常难以取得令人满意的疗效。风湿病的病因除“风、寒、湿、热”之外,尚有未被充分认识的类型。路志正提出的燥痹概念,完善了中医风湿病的病因学内容,解决了中医风湿病临床研究中一个长期悬而未决的问题。至此,从病因学角度已形成风痹、寒痹、湿痹、热痹、燥痹5种临床类型,可总称为“五因痹”或“五邪痹”。

风痹 以感受风邪为主,侵犯肌肤、关节、经络,其症状特点为疼痛游走不定,走窜性强。因风为阳邪“上先受之”,故多发于上肢、肩背等处;卫阳不固,腠理空疏,故有恶风、汗出之临床表现,也称“行痹”。寒痹 因机体阳气不足,感受寒邪为主,在临床上以肢体关节冷痛剧烈、固定不移、遇寒加重、得热痛减或缓解为特征。诚如《黄帝内经》所言:“痛者,寒气多也,有寒故痛也。”因阳气不足,寒性收引凝滞,故常兼见恶寒、肢体拘挛、屈伸不利、脉弦紧等症,也称“痛痹”。湿痹 以感受湿邪为主,湿邪留滞于肢体、关节、肌肉之间,临床表现为上述部位肿胀疼痛、重着麻木为特征。因脾主湿,而湿性黏滞,阻碍气机,故一般湿痹患者多兼有脾湿不运、湿困脾土、气机不畅等症,如头沉而重、胸闷纳呆、腹胀身倦、苔腻、脉濡缓等,也称“著痹”“着痹”。热痹 因感受热邪或湿热之邪,或风寒湿邪郁久化热所致。在临床上,以肌肉关节红肿热痛,伴见发热、汗出、口渴、舌苔黄腻、脉象滑数为主要特点。因火热为阳邪,其色赤,易入心伤津,故红肿显著,常兼见红斑、皮下结节、口渴便干。此类风湿病疼痛剧烈,关节屈伸严重受限,也称“痿痹”。

燥痹 以感受燥邪为主,或因阳热之邪化燥伤阴,导致肌肉、筋骨、关节失于濡养而成的一类痹证。《黄帝内经》已提及:“痹或痛,或不痛,或不仁,或寒,或热,或燥,或湿,其故何也?”虽未详述燥邪致病,然其意已蕴其中。燥痹之临床表现,正如“燥胜则干”所述,以阴津液亏虚、筋骨关节失养为根本,出现肌肉消瘦、关节屈伸不利、口鼻干燥、目干涩等。“风、寒、湿、热、燥”外邪侵袭人体时,鲜少单独致病,多相兼为患。因此,上述“风、寒、湿、热、燥”诸痹,仅是以某一邪气为主导,临床常兼夹他邪。按部位分类 根据病变部位进行分类,是风湿病学中一种传统且重要的分类方法,在临床工作中具有

重要地位。《黄帝内经》提出,人体有“五体”——皮、肉、脉、筋、骨,分别对应于“五脏”——肺、脾、心、肝、肾。当“五体”组织发生痹证时,总称为“五体痹”。“五体痹”若进一步发展,可深入脏腑,影响相应脏腑功能,导致“五脏痹”。反之,“五脏痹”也可累及其所主的形体组织。“五体痹”与“五脏痹”理论具有重要的临床价值,中华中医药学会风湿病分会曾多次组织专题研讨,已统一了“五体痹”的概念、诊断标准、证候分类及疗效评定标准,为风湿病的深入研究奠定了坚实基础。按肢节分类 按肢节具体部位分类,同样是中医的传统方法。《黄帝内经》中已有“腰痛”“足痹”等记载。后世医家多有发挥,如《医林改错》所言:“凡肩痛、臂痛、腰痛、腿痛或周身疼痛,总名曰痹证。”此类以特定肢节部位疼痛为主要临床表现的风湿病,可统称为“肢节痹”。“肢节痹”

与现代解剖学定位关系密切,近年来在病因学、病理学、治疗学及康复学等领域取得了较快进展,成为中医风湿病学中一个富有成效的研究方向。按经络循行分类 此外,按经络循行部位分类的“十二经筋痹”近来日益受到重视。中国中医科学院针灸研究所主任医师薛立功指出:“经筋”主束骨而利机关,连缀百骸,维络周身,牵筋动节,主司运动。人一生劳作,尽筋承力,维筋反复劳损,必形成“横络”(即聚结增厚、卡压经脉的筋结)。横络卡压,必然导致经络痹阻不通而引发疼痛。“现代人群中‘十二经筋痹’患者日益增多,且常规内科治疗往往效果欠佳,而针灸(尤其是长圆针疗法)推拿等外治法常能取得良好的疗效。因此,‘十二经筋痹’概念的提出和深入研究具有十分重要的现实临床意义。”(作者供职于河南风湿病医院)