

王启才教授学术思想探析

南京中医药大学 03 级针灸研究生 李德发 (210029)

王启才教授 1969 年毕业于湖北中医学院中医专业，即留校从事针灸的教学、医疗和科研工作。现任南京中医药大学国际教育学院教授，硕士研究生导师。兼任中国针灸学会临床分会秘书长，美国自然医学研究院荣誉院士，美国纽约中医学院客座教授，加拿大中医研究院学术顾问，香港大学中医药学院针灸研究生班特邀授课教授，香港中医药研究院客座教授、学术顾问，新世纪全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》主编，全国成人高等教育规划教材《针灸学》主审。弟子有幸师从王启才教授门下深造，对导师精湛的学术造诣，由衷钦佩。现不揣浅陋，将王启才教授的学术思想简介如下：

1. 考古问今 注重经络研究

王启才教授在从医从教的实践中深深体会到，经络学说是中医学理论体系的重要组成部分，更是针灸医学的理论核心。他认为：学中医必学经络，业针灸必通经络。所以，多年来一直注重对经络学说的整理和研究。《灵枢·经脉》篇有云：“经脉者，所以能决死生处百病，调虚实，不可不通。”《灵枢·经别》篇也说：“十二经脉者，人之所以生，病之所以成，人之所以治，病之所以起。学之所始，工之所止也。”为什么经络的理论对业医者来说“不可不通”？既是“学之所始”，又是“工之所止”呢？经络学说对中医学的理论有何指导意义？在中医临床各科的医疗实践中究竟起着什么重要作用？这些一直是王师多年来潜心思考的问题。然而，纵观古今经络文献，叙述理论者多，联系实际者少，偶有联系中医、针灸临床实际应用者，也只是一鳞半爪、挂一漏万，如同蜻蜓点水，一带而过。老师有感于此，乃著书立说，编著了《经络的研究及临床应用》一书。书中遵前贤之明训，纠后人之偏颇，理论联系实际，系统而详尽地阐明经络学说对中医理论的指导意义及其在中医临床各科的具体应用，对于经络的基本理论则从简述之。简要而规范地介绍了经络学说的基本知识、历史渊源和现代研究进展，系统而全面的论述经络学说与中医阴阳五行、生理病理之间的有机联系，对中医整体观念的指导意义，在中医诊断、辨证论治、药物归经以及针灸、推拿、气功、内外妇儿五官各科、老年医学、预防医学领域的具体应用。书中既有笔者对经络学说潜心研究的心得体会，又以他人丰富翔实的临床科研资料为引证。对经络学说的理论有颇多的发挥，临床应用方面也不乏独到的见解。体例规范，层次井然，内容充实，富于新意，突出临床，实用性强。发前人之微，启后人之思，对推动和促进经络学说的研究和发展具有重要意义。我国著名针灸老前辈邱茂良教授在为本书作的序言中盛赞王师：“勤奋好学，精研学术，善于思考，勤于笔耕，对经络的学习和钻研更为倾心，成绩卓著，实乃当今针灸界之佼佼者……佳文易得，好书难求。本书的问世，乃医界之喜！针界之幸！对经络学说的研究和发展必将起到积极的推动和促进作用。”

《经络的研究及临床应用》一书，1998 年 10 月由中医古籍出版社出版，对导师后来参与国家“八·五”攀登计划“经络文献研究之临床应用”的整理工作起到了很好的引导和促进作用。

关于奇经八脉的特点，现今针灸文献几乎众口一辞，均认为它们既不属络脏腑，又无表里配偶，也不加入十二正经的循环。对于这一重大理论问题，王师提出了自己独到的见解：

1. 1 奇经八脉别道奇行，不受十二正经循行的约束，但加入十二正经的循环：奇经八脉在人体是别道奇行的，没有类似十二经脉的那种固定的流注次序和循行、分布、交接规律。但并不是说它们就不加入十二经脉的循环之中，只是不受十二经脉循行的限制而已。除参与十二正经的循环之外，还另有自己独特的循行方式。例如带脉、维脉、跷脉本身就是从十二经脉中分行出来的，依附于十二正经循行或作为十二正经的分支；冲脉起于胞宫，浅出于足阳明胃经的气冲穴，在循行中又同十二经中的许多经脉发生交叉、交会和衔接关系；任脉在胸腹部与诸阴脉相连，督脉通过大椎穴与诸阳脉相连，更是直接加入了十二经脉的循环体系，使正经与奇经的气血交会贯通、融为一体。十二经脉的流注情况可以说是一种大循环，而任、督二脉与十二经之间还相应存在着一个小的循环，即手太阴肺经→任脉（头面部）→督脉→任脉（胸腹部）→手太阴肺经。

任、督、冲三脉“起于胞宫”之说也很荒唐，男子没有胞宫，那任、督、冲三脉又起于何处？反过来说，男性身上岂不是少了 3 条脉而成为“残疾”之人了吗？关于这个学术问题，现在欧洲出版的针灸书已经改为“任、督、冲三脉，女子起于胞宫，男子起于两肾之间”，仍旧比较含糊。而在教授的个人针灸专著《王启才新针灸学》中，是这样描述的：“任、督、冲三脉起于小腹内——女子胞宫，男子精室（相当于前列腺和睾丸系统）。”非常具体明确，言之成理。

1. 2 既连属奇恒之腑，又与六脏六腑相关：奇经八脉在人体内直接与奇恒之腑相连，与六脏六腑虽然不组成相应的属络关系，但却也有着直接而又广泛的联系。如督脉就是“贯脊属肾”，并与心相通（《素问·骨空论》）；带脉与足少阴经别有一定的联系，《灵枢·经别》篇说：“足少阴之正，至膻中别走太阳而合，上至肾，当十四椎，出属带脉。”可见带脉与肾也是有联系的；任脉、冲脉、阴维、阴跷也均通过肾经与肾发生联系。

再从奇恒之腑与六脏六腑的关系看，奇经八脉与六脏六腑之间也有着不可分割的关系。奇恒之腑即胆、脉、骨、髓、脑、胞宫六者，其形体似腑，功能如脏，在体内并不是孤立存在的。其中，胆本来就是六腑之一，与肝互为表里；脉归心所主；脑与六脏六腑、四肢百骸均有关联，尤其与六脏的关系最为密切。所谓心藏神、肺藏魄、脾藏意、肾藏志、肝藏魂主谋虑等这些思维、意志、精神活动，其实均为大脑的功能。所以，在中医学中又有“脑为元神之府”（李时珍《本草纲目》）、“灵机记性在脑”（王清任《医林改错》）的记载。

骨和髓均为肾所主，与脑又自然相联系。即肾主骨，骨生髓、藏髓，髓通脑、养脑。《素问·阴阳应象大论》说：“肾生骨髓”，《灵枢·海论》说：“脑为髓之海”。脑和髓的名称虽异，但却同出一源，既有赖于先天肾精的造化，又需要后天之本的资助。《灵枢·海论》篇说：“髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫痠眩冒，目无所见，懈怠安卧。”说明脑髓充足则身体强健、精力充沛、耳聪目明。反之，髓海不足则可出现头晕、目眩、耳鸣、健忘、腰膝痠软等一系列证候。治疗法则多是从补肾入手，在补肾的范围之内，就包括了补脑和骨髓。

胞宫又称“胞脏”、“子脏”、“子宫”（包括卵巢、输卵管等连系组织在内）。明·张介宾《类经》说：“胞者，子宫是也，此男女藏精之所，女子于此受孕，故名曰‘胞’。”《石室秘录》说：“胞宫为一腑，男女皆有。”《医经精义》也说：“男子之胞，一名‘精室’，乃藏精之所。”女子之胞宫和男子之精室乃是人体繁殖、生长、发育的基地所在，也均为肾所主。肾藏精，精为繁殖、生育的物

质基础。肾精旺盛，在女子则月经调达，在男子则精液充盈。男女交合，则繁殖、生育正常。反之，如果肾精亏损，在女子则可致月经失调、不孕，在男子则可见遗精、阳萎、不育。当然，胞宫和精室的这些生理作用和病理变化，也与心主血脉、肝藏血主疏泄、脾统血主运化的功能息息相关。正由于此，《黄帝内经》才有“胞脉属心，系于肾”之说。叶天士所谓：“八脉隶乎肝肾”，旨在言明奇经八脉在与脏腑的广泛联系中与肝、肾的联系尤为突出。

1. 3 既有阴阳之分，又有表里之别：《素问·金匱真言论》说：“人身之阴阳，则背为阳，腹为阴。”任脉循行于身前，在胸腹部与手足六阴经贯通；督脉循行于身后，在大椎穴处与手足六阳经交会，从而维持着身体前后的平衡状态。在任、督二脉的命名、分布和功能之中，均寓意着阴阳表里配偶之意。《十四经发挥》所云：“人身之有任督，犹天地之有子午也。人身之任督以腹背言，天地之子午以南北言，可以分，可以合者也。分之于见阴阳之不杂，合之于见浑沦之无间，一而二，二而一者也”即是谓此。阴维脉起于内踝，维系诸阴，主一身之里；阳维脉起于外踝，维系诸阳，主一身之表。阴跷脉起于足跟内侧，伴足少阴经上行，主一身左右之阴（里）；阳跷脉起于足跟外侧，随足太阳经上行，主一身左右之阳（表）。二跷出入相交也是阳入阴，阴出阳。《难经·二十九难》说：“阳维为病苦寒热（表证），阴维为痛苦心痛（里证）。阴跷为病，阳缓而阴急；阳跷为病，阴缓而阳急。”二维脉和二跷脉的这种阴脉主里、阳脉主表的生理联系和病理表现，本身就是一种阴阳表里配合关系。

冲脉起于少腹之内，其主干在身前与足少阴经并行，为血海——渗灌诸经；带脉出于十四椎下，围腰一周，似束带——约束诸经。也是一对阴阳相合之脉。所以，杨继洲在《针灸大成·注标幽赋》中说：“阳跷、阳维并督带，主肩背腰腿在表之病……言此奇经四脉属阳，主治肩背腰腿在表之病；阴跷、阴维任冲脉，去心腹肋肋在里之疑……言此奇经四脉属阴，能治心腹肋肋在里之疑。”本来，《标幽赋》的原句是：“阳跷、阳维并督脉，主肩背腰腿在表之病；阴跷、阴维任冲带，去心腹肋肋在里之疑。”《针灸大全》原注为：“奇经三脉属阳，主治肩背腰腿在表之疾也……奇经五脉属阴，能治心腹肋肋在里之疾也。”对此，笔者认为：《针灸大成》所言极是。杨氏将原文中的“脉”、“带”二字互易，改“三脉属阳”、“五脉属阴”为“四脉属阳”、“四脉属阴”，虽仅一字之变，但确为真识卓见。因为人之一体，脏腑十二有六阴六阳，经脉十二也有六阴六阳，此即“阴平阳秘”之生理平衡。那么，奇经八脉何言三脉属阳而五脉属阴呢？这显然不合经脉阴阳平衡之理。《标幽赋》的原意是谈八脉交会穴的临床运用，然而不论是从历代文献对带脉病候的记载，还是带脉所通足少阳胆经足临泣穴的主治范围，也都是以头面、四肢、肋肋、腰背疾患为主的。均足以说明带脉应属阳脉之列，而非阴脉范畴。任脉、冲脉、阴维、阴跷四脉属阴主里，督脉、带脉、阳维、阳跷四脉属阳主表，既与临床实际情况相符，又合乎经脉阴阳表里平衡之理。

古今针灸文献还记载：“经筋不入内脏”，对此，王师也大胆质疑。认为：十二经筋的主体结构是机体外周的筋肉系统，虽然在循行分布中与脏腑没有属络关系，但也并非象杨上善《黄帝内经太素》所云：“十二经筋内行胸腹廓中，不入五脏六腑。”部分经筋除在体表聚结外，也进入体内散络，形成有关脏腑的组织结构（如内脏系膜、平滑肌等）。据《灵枢·经筋》篇的记载，手太阴、手厥阴经筋病候中的“息贲”，就类似现代临床中的肺积、肺癆等病症；手少阴经筋病候中的“伏梁”，就相当于现今的胃痛、痞块等症。除此之外，导师还认为：

胃、胆、膀胱、大小肠这些实质性的组织结构，也应属于有关经筋的范畴。

几年前，王启才教授又应美国中医学院之请，编著了一本反映十二经脉以外的经络体系（即奇经八脉、十二经别、十二经筋、十二皮部以及络脉、根结标本、气街四海）的理论研究及临床应用的专著《二级经络学》，可以说是自《黄帝内经》问世以来关于十二经脉之外的经络系统的第一部学术专著，是导师对针灸医学中“二级经络”基础理论和临床实践的心领神会之作。该书的中、英文版已经由人民卫生出版社出版发行。

2. 触类旁通 精于腧穴应用

2.1 总结归纳腧穴性能：对于十四经穴而言，各经腧穴的性能、功能和主治作用各有异同。概括它们的主治共性，区别它们的主治特性，就能引导临床医师从繁到简，变难为易，增强理解，加深记忆，全面了解和掌握腧穴的主治作用及临床应用。

老师认为：腧穴的功能作用就是穴性，它是客观存在的，穴性既是对腧穴主治作用的概括，也是决定腧穴主治范围的前提和基础。腧穴好比中医治病的药物，药物有药性，有各自的主治病症，而腧穴也有自己的主治病症，又怎么能没有穴性呢？针灸医学完全可以用药性的模式来类比、归纳穴性。诸如百会穴能救治昏迷、休克，即有“醒脑开窍、回阳固脱”的穴性；风池穴能治疗感冒，并用于耳鸣、近视等，即有“疏风解表、聪耳明目”的穴性。反过来看，知道了一个腧穴的穴性，也就知道了它的主治范围。例如内关的穴性是“宽胸理气、和胃降逆”，即可用于治疗因心肺疾患引起的胸痛、胸闷、心悸、咳嗽，因胃肠病导致的胃痛、恶心、呕吐、呃逆、嗝气、反酸等；阳陵泉的穴性是“疏肝利胆、舒筋通络”，即可用于治疗因肝胆疾患引起的各种肝炎、胆管炎、胆石症、胆道蛔虫症以及一切与“筋”有关的病变如肢体痉挛、角弓反张、落枕、急性腰扭伤、关节扭挫伤等等。

穴性与主治之间，实际上存在着一种互为因果关系。研究穴性，是对腧穴主治作用认识的一种深化，有利于开拓腧穴的主治范围，有利于针灸临床选穴配方。经过对全身腧穴治疗作用的总结、分析、归纳，老师将腧穴划分为强身保健穴、补气穴、补血穴、宁心安神穴、醒脑开窍穴、回阳固脱（升压）穴、滋阴潜阳（降压）穴、祛风穴、止痒穴、清热穴、温经散寒穴、发汗（止汗）穴、止咳平喘穴、健脾化痰穴、止呕（催吐）穴、健胃消食穴、止泄（通便）穴、利尿消肿穴、理脾调经穴、止血穴、定痉穴、宣通官窍穴以及镇痛穴等 23 类。

2.2 经外奇穴的“四奇”与归经：对“经外奇穴”的理解，历来众说不一。“经外”二字，有认为指“十四经脉之外”者，也有认为指“十四经穴之外”者。“奇”字，有认为“奇零之义”者，也有认为“奇特疗效”者。

王师认为：“经外奇穴”的“经外”，当指“十四经脉之外”。“经”字，显然是指的经脉，而非经穴。在经外奇穴中，不该包括那些实际上是位于十四经脉循行线上的腧穴。“奇”者，异于常也。归纳起来有以下“四奇”。

2.2.1 部位奇：十四经 361 个穴位，除督脉的腧交穴外，其余 360 穴均分布在体表各部。而不少奇穴所处的部位却是很奇特的。例如内迎香在鼻腔内；颊里穴在口腔内颊粘膜上；聚泉穴在舌上；海泉和金津、玉液均藏在舌下。

2.2.2 数目奇：十四经脉中除了任、督二脉的腧穴为单数外，其余十二条正经的腧穴都是左右对称的双穴；而奇穴少则一穴，多则数穴乃至数十穴。例

如印堂是单穴，太阳是双穴，二白左右4穴，四缝左右8穴，十宣左右10穴，十二井左右12穴。至于华佗夹脊就更多了，左右对应共有34穴。

2.2.3 取法奇：十四经腧穴的取穴方法主要有骨度分寸、解剖标志、手指同身寸和简便取穴法四种。而奇穴除了可以采用上述方法外，常常还有一些独特的取穴方法，如运用目寸、口寸等。

2.2.4 疗效奇：经外奇穴对某些疾病有特殊的治疗作用。如《扁鹊神应针灸玉龙经》中记载印堂穴治小儿惊风为“通神之穴”。《玉龙歌》云：“两眼红肿胀难熬……太阳出血自然消。”再如针刺阑尾穴治疗急性或亚急性阑尾炎有满意的疗效。

针对“十年动乱”期间涌现出来的数以千计的所谓“新穴”，而且命名也极端混乱（诸如重复命名、以病症命名、以医学术语命名、以政治词语的庸俗命名、玩弄文字游戏，甚至于自相矛盾、含糊不清的命名），王教授第一个在《上海中医药杂志》1979年第3期发表了“经外奇穴和新穴浅析”一文。奇穴和新穴的数目究竟应该比经穴多还是比经穴少？他认为：既然十四经是整个经络系统的主体，那么，经穴也理所当然应是人体所有腧穴的主体，即在防治疾病方面是起主导作用的，在数目上也应占绝对优势，否则，就是主次颠倒。“十年动乱”期间，奇穴和新穴的数目已大大超过了经穴的4倍还多。但许多都是同十四经穴异名同位或几近重合的，有的则属于组合穴或配穴处方，甚至有些针刺方法也被视为“新穴”（如“二关”即内关透外关、“向尾针”包括大椎透至阳、筋缩透悬枢、命门透腰阳关等）。凡此种种，均有巧立名目、滥竽充数之嫌。可以想象，那个时候人体上的腧穴就象天上的星星一样数也数不清。倘若把它绘制成图，所有腧穴将会密密麻麻地彼此连在一起，什么也分不清楚。

老师认为：穴位的无止境增加，就意味着人身处处都是穴。反过来说，就成了人身只有一个穴，那就是阿是穴。“十年动乱”期间流行的“人身处处都是穴，无须通读十四经”，这实际上是无经无穴论。它不但不利于针灸疗法的应用和发展，更不会对针灸学的丰富和发展发生什么深远的影响，而只能使针灸学处于名存实亡的境地。腧穴的发展，不仅表现在数目的增加，更重要的还表现在对腧穴功能作用认识的不断深化。发展新穴，必须坚持实事求是的科学态度，杜绝弄虚作假的华而不实作风。当前，首先必须对大量的奇穴和新穴来一个严格地检验和认真地筛选。

后来，老师又先后在《南京中医学院学报》和《新加坡中医杂志》上发表文章，提出对印堂、太阳、阑尾穴、胆囊穴、胃脘下俞（即“胰俞”）等20个经外穴的“归经转正”问题。主张去掉足阳明胃经的乳中一穴，因为根据古今针灸文献的一致记载，乳中并无任何治疗作用，且既不能针刺，也不宜施灸，仅仅作为体表的定位取穴标志，已经失去了作为腧穴的意义，理应废弃。这样，人体十四经穴的总数就暂定为380个了。

2.3 发现翳风穴治疗呃逆新用：在多年针灸临床实践中，导师摸索出按压翳风穴治疗顽固性呃逆的新方法。自从在《新中医》杂志1980年第4期首次报导了指压翳风穴治疗1例持续11天之久的顽固性呃逆的病例之后，国内许多同道按照老师所介绍的方法，对翳风穴治疗呃逆的效果进行了临床验证，均收到十分满意的疗效。

此外，导师还先后发表了“阳陵泉在内脏急性痛症中的新用”和光明穴治疗特殊眼病的临床报道文章。结合临床应用的心得体会，他总结的“合谷十大配穴的临床应用”，均体现了他触类旁通、精于腧穴应用的学术造诣。

3. 思路开阔 探索刺灸实践

3.1 针对临床中有的病人尤其是初次接受针刺治疗的人存在怕痛的心理，如何最大程度地减轻针刺时的疼痛？王启才教授在前人经验的基础上，结合自己的临床体会，总结出消（打消病人怕痛的心理顾虑）、选（选择好的针具与舒适的体位）、准（准确取穴）、干（下针必待消毒酒精挥发干，夹持进针或出针时必须用干棉球）、散（利用一定的方式分散病人的注意力）、避（进针时避开血管、肌腱、韧带、瘢痕和毛孔）、押（押手巧妙配合）、浅（进针适当浅一些）、轻（手法轻巧柔和）、问（正确发问，不问病人“痛不痛？”）的针刺无痛十要诀。

3.2 滞针是留针过程中比较多见的一种现象。王师传授：如果按常规处理无效，可酌情采用以下两种“调虎离山”之法。

3.2.1 针刺“调虎离山”：一处滞针，可在与滞针穴同一经脉或同一肌群的另一处加刺一针，当新刺的一针肌肉收缩后，原滞针穴自然松解，可顺势出针。例如光明穴滞针，可在阳陵泉穴加刺一针。这种“调虎离山”之计，起到了“围魏救赵”的作用。

3.2.2 冷敷“调虎离山”：一处滞针，可在局部热敷、艾灸的基础上，在距滞针处不远的地方实施冷敷法。根据热胀冷缩的原理，滞针处遇热松弛，冷敷处遇冷收缩，滞针现象也就自然解除了。

3.3 制定眼区腧穴针刺操作常规：“眼睛是心灵的窗户”，是人体最为重要的组织器官。眼区腧穴睛明、承泣、球后对多种眼科疾病诸如近视、夜盲、复视、斜视、飞蚊症、视物昏花、迎风流泪、青光眼、白内障、视神经萎缩等均有比较好的疗效。然而，眼区腧穴的深层除眼球之外，还有十分丰富的毛细血管。针刺中稍有不慎，就会导致疼痛，伤及眼球和血管，会给病人带来莫大的痛苦和不可弥补的损失。因此，导师告诫：对眼区腧穴的针刺，一定要慎之又慎！并从选针、消毒、固定眼球、进针、**行针**、留针、出针等各个环节制定出严格的针刺操作规范。

3.4 提出“经期禁针”的新见解：关于妇女针灸注意事项，古今针灸文献只注重孕期的禁针，提出怀孕3个月以下者少腹部禁针；3个月以上者上腹部、腰骶部禁针；孕妇体质虚弱或有习惯性流产史的，一些反应比较敏感而能引起子宫强烈收缩的穴位如合谷、三阴交、太冲、肩井、至阴、昆仑等也应禁针或予轻刺激。而对于经期是否适宜针刺却没有论及。许多医生对经期不宜针灸也不清楚，因而由经期针灸导致的月经异常也就时有发生。

在针灸临床工作中，老师发现一些中青年女性患者在用针灸治疗其它疾病的过程中，由于月经期间没有停止治疗，使得本为很有规律、比较正常的月经产生了紊乱。为此，老师提出了“经期禁针”的新见解，并于二十世纪七十年代末参编并审定国家统编教材《针灸学》（第4版）的时候首次将这一全新的学术观点写进了“针刺注意事项”之中，得到了同行专家的认同，并被后来的教材所沿用。

此外，以“合谷刺法”为主治疗颜面神经麻痹、用“人为滞针法”治疗胃下垂等病症，也是王师对《黄帝内经》以及古代刺法心领神会的运用。

4. 钻研内难 首倡治神守气

《素问·宝命全形论》篇说：“凡刺之真，必先治神……经气已至，慎守勿

失。”旨在言明治神守气是针灸施治的基础和前提。然而，这一重要问题却一直没有受到现代针灸临床的注重，始终没有在针灸教材中有所体现。也是王启才教授在主编新世纪国家规划教材《针灸治疗学》的时候首次写进“针灸治疗原则”之中的。

4. 1 治神：王师认为：所谓治神，一是在针灸施治前后注重调治病人的精神状态；二是在针灸操作过程中，医者专一其神，意守神气；病人神情安定，意守感传。可见治神贯穿于针灸治疗的全过程之中。

《灵枢·官能》篇说：“用针之要，无忘其神。”《千金要方》首卷即列“大医精”一篇，篇中有云：“凡大医治病，必当安神定志。”提示我们在施行针灸治疗之前必须把“治神”放在首位。

4. 2 守气：《灵枢·刺节真邪》篇说：“用针之类，在于调气”。老师认为：针灸治病，注重调节经气的虚实，也就是发挥对脏腑、经络的调节作用。经气在针灸疗法中的体现有得气、气行、气至病所等形式。而得气的快慢、气行的长短、气至病所的效应，常常又与病人的体质、对针刺的敏感度、取穴的准确性、针刺的方向、角度、深度、强度及补泻手法等因素密切相关。在这些众多的因素中，医者的治神守气，病人的意守感传往往对诱发经气、加速气至、促进气行和气至病所起到决定性的作用。

老师还认为：守神也即守气，守气的过程也含有治神的内容，守气必先治神。而治神决非只是医者治病人之神，医者自身也有一个治神、正神的问题。《素问·诊要经终论》早有“刺针必肃”之古训，医者在病人面前要庄重、严肃，不可轻浮、失态。对待病人要和蔼、亲切，如待贵人，切忌冷漠粗暴、衣貌取人。在针灸施术的整个过程中，注意力必须高度集中。取穴认真、准确，操作细心、谨慎。不可粗心大意，马虎从事。特别是在行针过程中，要专心致志，做到“神在秋毫，意属病者”、“必一其神，令志在针。”认真体验针下的感觉，仔细观察病人的神色和表情，耐心询问病人针刺后的主观感觉，既察言又观色。如气不至，则可恰当运用切、扞、循、按等行气辅助手法，或巧妙配合语言暗示，以诱发经气出现。一旦针下气至，就要“密意守气”，做到“经气已至，慎守勿失……如临深渊，手如握虎，神无营于众物”（《素问·宝命全形论》）。老师临症正是这样作的，体现出高尚的医德医风，所以，深受病员的尊敬和爱戴。

在“治神”思想的指导下，王师还擅长灵活运用多种暗示疗法治疗“癱病性瘫痪”、“癱病性失语”等神经、精神病症，全部都是一针见效。这些出神如画的治疗方法及其治疗效果，在其发表的“暗示疗法的妙用”一文中可以一览无余。

5. 突出核心 强调经络辨证

辨证论治是中医诊治疾病的一个特色，但以往并不为针灸临床所注重，从而影响疗效。《百证赋》有云：“先究其病源，后攻其穴道”，先究其病源就是要把辨证放在首位。“针灸临床应以脏腑辨证为基础，以八纲辨证为纲领，以经络辨证为核心。”这是老师对中医辨证论治方法的精辟理解。老师主张针灸临床应走“西医诊断——中医辨证——针灸施治”三结合之路，只要能明确诊断和辨证论治方法，掌握针灸理、法、穴、方、术，何愁针灸疗效不能提高？

经络学说是针灸医学的核心理论，针灸临床必须突出经络辨证这个核心。“盖经络不明，无以识病证之根源，究阴阳之转变……经络为识病之要道”（宋·窦材《扁鹊心书》）。在经络辨证的指导下，明确病因病机、病位（涉及的脏腑和经脉）、病性，做到不同质的矛盾用不同质的方法解决——或针或灸或

针灸并用；或补或泻或补泻兼施。

经络辨证是以经络学说为主要依据的辨证论治方法。主要是根据经络的循行分布（包括经络的交接、交叉、交会关系）、属络脏腑、联系器官、生理功能、病候特点等来确定疾病的经络归属，从而选择相应的经络治疗方法。

与脏腑相比，经络有深入浅出的循行方式，分布于肢体的一定部位，联系一定的组织器官，具有浅行体表的特点。所以，经络证治多适用于体表部位的肌肉、关节、组织、器官的病变。学习、运用经络辨证，必须掌握“经脉所通，主治所及”的规律。

《灵枢·卫气》篇说：“能别阴阳十二经者，知病之所生，候虚实之所在，能得病之高下。”《灵枢·官能》篇说：“察其所痛，左右上下，知其寒温，何经所在。”《灵枢·经脉》篇将不同的病候按十二经脉系统予以分类，这是经络辨证在《黄帝内经》中的最早体现。《伤寒论》关于六经辨证学说的创立又进一步发展和完善了《黄帝内经》的学术思想。《标幽赋》云：“既论脏腑虚实，须向经寻。”明·张三锡《经络考》说：“脏腑阴阳，各有其经，四肢筋骨，各有其主，明其部以定经。”围绕经络这个核心进行辨证，复杂的证候即有所归属。可以有的放矢指导循经取穴，选择归经药物，大大增强治效果。

过去几十年的《针灸治疗学》教材，对于各科病症都是仿照中医内科的形式辨证分型的。而在导师主编的新世纪全国高等医药院校规划教材《针灸治疗学》中，头痛、落枕、肩关节周围炎、急性腰扭伤、坐骨神经痛等病症都一改过去教材那种只按内科分型论治的写法，而完全按经络辨证论治。如落枕不能前俯后仰者按督脉和足太阳经论治；坐骨神经痛沿下肢后面放散疼痛者辨为足太阳经型，即在足太阳经选穴治疗；而沿下肢外侧放散疼痛者辨为足少阳经型，即在足少阳经选穴治疗。这样，就能充分体现针灸学科的临床辨证论治特色。

6. 执简驭繁 倡导一病一方

“针灸临床必须突出经络辨证，处方选穴力求局部、远端结合。”这是王启才教授临证治病的一个重要指导思想。在这种思想的指导下，老师告诫我们：针灸处方要少而精，切忌多而杂。这就要求我们掌握腧穴主治功能，选用效好、安全、痛轻（急救时例外）、操作方便的穴位，综合考虑腧穴的局部与整体、邻近与远端、一般与特殊、即时与远期、单一与复合等多方面的作用。

老师常常语重心长地说：在精简处方的问题上，我们真得好好向古代医家学习。《百证赋》载病八十多种，每一种病证基本上都是由2个腧穴组成一个处方。一般病症，2~5穴即可。对于确是需要选穴较多的一些病症（如痹证、痿证等），可采取分组交替选用的方法。千万不要打“穴海战术”（《医学入门》谓之：“百病一针为率，多则四针，满身针者可恶。”）须知，选穴一滥，章法就乱，有时难免违背五行相生、相克以及“虚则补母、实则泻子”之理。腧穴之间的相生关系会影响泻实，相克关系会影响补虚。同理，虚证用了子穴会使虚证更虚，实证用了母穴会使实证更实。例如肝虚证就不可用行间，肝实证也不可用曲泉；肾虚证不宜用涌泉，肾实证不宜用复溜。然而，上述这样的错误恰恰是许多针灸临床医生容易犯的常识性错误。

过去的《针灸治疗学》教材，对于各科病症都是按证型处方，致使一病多方。例如单纯的呕吐、呃逆就是5、6个证型、处方，胃脘痛有7个证型、处方，咳嗽甚至多达8个证型、处方。既不利于学习，也与临床实际脱节。在老师主编的《针灸治疗学》教材中，通过对每一个病症进行分析、归纳，从中找出规律，采取一病一主方，然后再随症予以加减腧穴。比如胃脘痛，根据特定穴的

性质和针灸临床实践，定出中脘（胃的募穴和腑之会穴）、足三里（胃的下合穴）、内关和公孙（主治心、胸、胃病症的八脉交会组合穴）4个腧穴为基本主方通调胃腑、和胃止痛，饮食积滞加梁门、建里消食导滞，脾胃虚寒加脾俞、胃俞温中散寒，肝气犯胃加期门、太冲疏肝理气。这样处理，使处方简洁明了，符合临床工作的实际需要，受到广大针灸授课教师、学生以及针灸临床医生的好评和赞许，成为新世纪规划教材的一大亮点。