

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220209-k0005

中图分类号: R 224 文献标志码: A

浮针进针点与传统腧穴的关系及对针灸学的启示

蒋亚楠¹△, 李 晶¹, 陈宇航¹, 周文珠¹, 王 悦¹, 范刚启²✉(¹南京中医药大学针灸推拿养生康复学院, 江苏南京 210023; ²南京中医药大学附属南京中医院脑病科, 江苏南京 210001)

[摘要] 针对浮针进针点“去腧穴化”现象, 笔者梳理了浮针进针点的演变过程及特点, 从形态及结构、定位、命名、数目及分类归经、作用主治、针刺手法 6 个方面, 将浮针进针点与传统腧穴进行比较, 认为: ①浮针进针点具备腧穴的基本属性, 不仅是操作部位, 也是病症反应部位, 更是有着显著疗效的治疗部位; ②优化后的浮针进针点将有不同的名称, 以及相对固定的位置和数目; ③浮针进针点与传统腧穴将进一步交集、整合, 部分传统腧穴将成为浮针进针点; ④接纳融合浮针进针点, 扩大腧穴范畴, 可能是传统腧穴学面对的新课题。

[关键词] 浮针进针点; 传统腧穴; 腧穴范围; 腧穴特性

Relationship between the inserting sites of *Fu*'s subcutaneous needling and traditional acupoints: revelation to acupuncture and moxibustion

JIANG Ya-nan¹△, LI Jing¹, CHEN Yu-hang¹, ZHOU Wen-zhu¹, WANG Yue¹, FAN Gang-qi²✉ (¹School of Acupuncture-Moxibustion, Tuina, Health Preservation and Rehabilitation, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, Jiangsu Province, China; ²Department of Encephalopathy, Nanjing Hospital of Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210001, Jiangsu Province)

ABSTRACT Focusing on the phenomenon of "de-acupoints" of the needle insertion sites in *Fu*'s subcutaneous needling (FSN), the authors allocated the evolution and characteristics of the needle insertion sites of FSN. From six aspects, named morphology and structure, location, nomenclature, numbers and meridian tropism, indications and acupuncture manipulations, the comparison was made between the insertion sites of FSN and traditional acupoints. It is believed: ①The needle insertion sites of FSN has the basic attributes of acupoint, which not only refers to the operation site, but also indicates the reaction of disease; moreover, it is the treatment site with significant therapeutic effect. ②The optimized sites of insertion in FSN should be named differently and their locations and numbers should be specified relatively. ③The insertion sites of FSN should be further intersected and integrated with traditional acupoints, and a part of traditional acupoints should become the insertion sites of FSN. ④Accepting and integrating the insertion sites of FSN, and expanding the scope of traditional acupoints may be the new project in the research of traditional acupoints.

KEYWORDS insertion sites of *Fu*'s subcutaneous needling; traditional acupoints; acupoint scope; acupoint specificity

浮针疗法作为一种现代针灸疗法, 脱胎于传统针灸学, 融入了现代基础医学的新观点、新理论。与传统针刺比较, 浮针以其独有的针具、针刺方法而具有鲜明特点, 对于涉及骨骼肌系统疾病的躯体痛证具有显著的疗效优势^[1-2]。然而, 浮针疗法的“去经络化”“去腧穴化”“去针刺补泻手法”等“浮针现象”, 给传统针灸学带来诸多挑战^[1], 其中《浮针医学纲要: 基于基础医学的现代针灸》提及“浮针疗法对进针点的选取与穴位、经络不相干”^[3]¹⁴⁶。浮针进针点与传统腧穴两者究竟存在什么联系, 浮针进针点是否与穴

位“不相干”, 浮针进针点的“去腧穴化”现象对于针灸学发展又有何启示, 本文试对此加以剖析。

1 浮针进针点

1.1 浮针进针点的演变

浮针疗法由符仲华于 1996 年创立, 其进针点经历了多次演变。第 1 步, 在浮针发明应用之初, 浮针发明人受腕踝针疗法的启示, 将其进针点由腕踝针进针点附近逐渐移至病灶周围, 但仍在腕踝针的 6 个纵区内^[4]²⁻³。第 2 步, 在浮针进针点位移的过程中, 发现无论进针点位于病灶的上下、左右或是其他方向, 只要进针点在病灶周围 (有时可很远), 针体位于浅筋膜内且针尖直对病灶 [多数为肌筋膜触发点 (MTrP)], 都能取得显著疗效^[5]。由此, 浮针进针

✉通信作者: 范刚启, 教授、主任中医师。E-mail: sfy044@njucm.edu.cn
△蒋亚楠, 南京中医药大学硕士研究生。E-mail: 846892375@qq.com

点已基本脱离腕踝针疗法的影响,而发生了质的变化。第 3 步,随着临床应用和研究的深入,以及浮针理论的完善,浮针进针点进一步演变,由原来的于病灶周围进针(多距痛点 6~10 cm),但也可相隔较远(如梨状肌综合征可选膝关节上方或踝关节上方进针,进针点与病痛处之间最好不要间隔关节^{[4] 17,27-28});至于 MTrP 周围进针,小范围病痛进针点宜近,大范围多痛点宜远^{[6] 24-26};再到 MTrP 所在的患肌(患肌指处于病理性紧张状态的肌肉)进针。目前浮针疗法对于进针点的选择,多是根据病痛部位,查找相应患肌(更准确地讲,应为责任患肌),进而确定治疗部位(进针点)^{[3] 145}。多数情况下,进针点选择在患肌周边,上下、左右或斜取皆可^{[3] 146},但多选肌腹^{[3] 112-113}。进针点的选择和数量与患肌极为密切,进针点与患肌的距离越远,浮针疗法的效应越差,但影响范围越大;反之距离越近,效应越好,但影响范围越小。故选择进针点时,小范围、少患肌宜近,大范围、多患肌宜远^{[3] 146}。

1.2 浮针进针点的特点

在浮针疗法创立、应用及完善过程中,浮针进针点与传统针灸的进针点(穴位)有很大区别,浮针进针点表现出鲜明的特色,可概括为以下方面:①仅是治疗点^{[3] 145}。浮针进针点是浮针针具刺入皮肤的部位,而非病理部位。②位置及数目不固定^{[3] 145}。在上述浮针进针点演变过程中,无论是最初在腕踝针的 6 个纵区内进针,还是第 2 步的于 MTrP 周围进针,抑或是第 3 步的患肌进针,浮针进针点的位置均具有不固定这一特点。由于浮针进针点位置不固定,既没有严格或标准的上下、左右的距离,也没有方位或角度的严格限制,因此在理论上可存在无数个浮针进针点。③无固定名称。对浮针进针点的称谓,即使在浮针疗法发明 25 年后的今天,仍然只称为“浮针进针点”,而无具体或特殊的名称。何为浮针进针点,其内涵是什么,外延又是什么?对此问题至今仍无一个明确的概念或定义。④无经络或腧穴特性。符仲华认为“在选择进针点的时候,不要对中医的经络穴位念念不忘。浮针疗法进针点的选择,与传统穴位的选取是截然不同的”^{[3] 145-146}。“浮针疗法对进针点的选取与穴位、经络不相干,进针点的选择与患肌的多寡有很大关系”^{[3] 146}。但随着浮针疗法临床应用的深入,浮针进针点包括了部分传统腧穴^[7-9],貌似不相关的浮针进针点与传统腧穴产生了部分交集或重合。因此,从传统针灸学及现代医学等多层次、多角度分析浮针进针点和传统腧穴的关系,可能对传

统腧穴和浮针医学的发展均有所裨益。

2 传统腧穴特点及与浮针进针点之比较

笔者既往研究^[10]曾对浮针疗法及传统针刺疗法进行比较,但其中对于浮针进针点与传统腧穴的比较相对笼统,并不系统深入。

2.1 形态及结构之比较

(1)形态方面:“穴”在《说文解字》中解释为“土室”,引申为孔隙、空窍、凹陷处。腧穴在《黄帝内经》中常称为“穴俞”“节”“会”“空”“气穴”“气府”“骨空”“溪”“谷”等。《针灸甲乙经》则称腧穴为“孔穴”,在论及腧穴的定位时,即言穴在“空中”“宛宛中”“陷者中”等^[11]。可见古人对于腧穴的认识,大多是人体体表的凹陷部位。穴位依据解剖学特征可分为孔隙型、隧道型和终末型 3 类^[12]。在形态上,腧穴大多是凹陷的。与之相反,目前多数情况下,浮针进针点选择在患肌周边,上下、左右或斜取皆可,但多选肌腹。

(2)结构方面:关于穴位形态结构的研究表明,腧穴不是体表孤立的点,而是与深层脏腑有着密不可分关系的立体结构^[13];穴位不是由一种组织构成,而是由多种组织共同构成的一个多层次的空间结构^[14-15]。而浮针进针点及其作用的组织层次结构,仅限于皮下疏松结缔组织^{[3] 36}。

2.2 定位之比较

腧穴有固定的位置。《太平圣惠方》云:“穴点以差讹,治病全然纰缪”,腧穴作为针灸的施术部位,其定位的准确与否直接关系到疗效的好坏,可见腧穴定位的重要性。而腧穴定位也经历了一个从区域到点,描述由相对模糊到逐步精确的过程,自我国第一部腧穴学专著《黄帝明堂经》始,大多数经穴定位保持着相对的稳定性^[16]。除阿是穴外,目前国家标准经穴及奇穴皆有其固定位置。而浮针进针点位置不固定,不是阿是穴,不在患肌所在的 MTrP 进针^{[3] 18},在其周围不同方向、不同距离皆可。

2.3 命名之比较

腧穴有规范的命名。《备急千金翼方》明言“凡诸孔穴,名不徒设,皆有深意”。早在《黄帝明堂经》时期就已综合汉以前各家之说对腧穴命名进行了规范化研究^[17-18]。腧穴的发现和发展,大致经过了从无定位、无定名到有定位,从定位到定名,再从定位、定名发展到系统分类这样一个过程。通过大量临床实践的反复验证留下了现今有着命名的腧穴。腧穴命名的规范化也明显促进了临床交流、理论完善和教育传

播等^[19]。而浮针进针点没有规范的命名,与腧穴的“专名专用”不同,其文本描述仅代表浮针操作的进针部位,不同浮针进针点在文本描述上不存在差异,不论针对哪个部位的 MTp,亦不论针对哪块患肌,均只称为浮针进针点。

2.4 数目及分类、归经比较

腧穴的数目相对固定,且形成了系统的分类与归经。在数目上,《黄帝内经》实际载有穴名者约 160 个;经穴专书《针灸甲乙经》记载古代《明堂》共 349 个穴;宋代《铜人腧穴针灸图经》穴名数达 354 个;明代《针灸大成》载有 359 个穴;清代《针灸逢源》经穴总数达 361 个^[20] 16-17。目前国家标准《经穴名称与定位》(GB/T 12346-2021)经穴总数为 362 个。可以看出,自清代《针灸逢源》至今,十四正经腧穴的数目几乎没有改变。在分类及归经方面,早在《黄帝内经》已开始出现以经脉为纲对腧穴进行分类,此后不同医家对腧穴的分类与归经进行了相关研究。至北宋时期,王惟一《铜人腧穴针灸图经》首创腧穴的十四经归类法,完成了全部十四经脉、354 个穴位的归经。而此后对这 354 个穴位的归经模式未做任何改动,一直沿循至今^[21-22]。而浮针医学发展至今,未发现其对进针点进行系统分类,更无归经内容,并且浮针进针点数目不固定,理论上可存在无数个进针点。

2.5 作用主治比较

腧穴不同于非穴,具有特异性^[23-24]。黄龙祥^[25]认为腧穴主治的演变呈现出从简至繁、由博反约的总规律,发展到最后的成熟阶段,腧穴主治将主要从特定的主治范围加以表述。腧穴相对特异性的诊断及治疗作用促进了其分类及归经。腧穴的归经及相对特异性的诊断治疗特点,体现了腧穴的特异性。而浮针进针点仅是接受浮针治疗的进针点,不具有治疗作用,无归经,不存在相应的主治病症,更不用说其特异性。

2.6 针刺手法比较

对于传统腧穴,不得气时可候气或催气,得气后可行各种相应的针刺补泻手法。浮针于进针点针刺后只行扫散手法^[3] 151-152,无针刺得气及补泻手法之说,更无于进针点行传统针刺补泻手法的观察或对比研究。

3 关于浮针进针点的思考和启示

通过以上比较,似乎可以得出浮针进针点与传统腧穴基本不相关的结论,即《浮针医学纲要》中所说“进针点的选取与穴位、经络不相干”^[3] 146。浮针进针点看似与传统腧穴不相干,却又具备临床的捷效、高效特点,这无疑是对传统腧穴的巨大质疑和挑战:既然传统腧穴是针灸治疗的最佳治疗点^[26],若浮针

进针点不是腧穴,却仍具有捷效、高效之优势,则传统腧穴在很大程度上将失去其治疗优势,其存在的价值或将受到质疑。

大量实践经验^[27-28]表明,只要是在病痛的体表部位施以一定刺激,均有一定的治疗作用。近治作用为腧穴的普遍作用,被广泛应用于临床病痛局部取穴,其中最广为人所知的是“以痛为输”和阿是穴^[29]。

“以痛为输”出自《灵枢·经筋》,以“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为输”的固定形式,作为十二经筋病症的针刺治疗原则与方法,出现在每条经筋病症的内容之后。经筋病症多发生在体表局部组织,病痛部位即针刺治疗之处,所以称为“以痛为输”。阿是穴的取穴方法则是在病痛处按压探寻反应点^[30]。不难看出,无论是“以痛为输”,还是阿是穴,本质上皆为寻找病痛部位,这与浮针进针点的选取多根据病痛部位查找相应患肌不谋而合。

根据上述分析,“浮针进针点与传统腧穴不相干”的结论似乎并不成立。浮针进针点与传统腧穴二者究竟是何关系?要回答这个问题,必须在弄清传统腧穴概念或定义的要旨基础上,分析浮针进针点有无腧穴属性或其腧穴属性的多寡。腧穴是人体脏腑经络气血输注于体表的部位^[31]。关于腧穴的定义,“十三五”教材《经络腧穴学》进一步充实为“腧穴是脏腑经络之气输注出入的特殊部位,既是针灸治疗的刺激点,也是疾病的反应点”^[20] 16。腧穴具有多重特性及作用,生理上,腧穴是脏腑经络之气输注出入的特殊部位;病理上,腧穴可以从内通向外来反映疾病,是病理反应点,可以反映和诊断病症^[32];在治疗方面,腧穴是由外通向内、接受针灸等刺激的点,是最佳治疗点。浮针进针点是否具备传统腧穴的这些特性,现分析如下。

3.1 浮针进针点具备腧穴的特性

(1) 浮针进针点是“脏腑经络之气输注出入的特殊部位”

筋膜组织既是经络的解剖学基础,又是针灸的作用部位^[33]。皮下疏松结缔组织毫无疑问是浮针疗法获效的特殊结构和物质基础^[3] 37-39。符仲华认为浮针主要作用于皮下疏松结缔组织。皮下疏松结缔组织是液晶状态,具有压电效应和反压电效应。当用浮针行扫散等手法(引徕点)时,液晶态的疏松结缔组织的空间构型改变,由于压电效应,释放出生物电;疏松结缔组织能够高效率地传导生物电;当生物电到达病

变组织(效应点)时,产生反压电效应,可迅速缓解病痛^{[3] 41}。

浮针疗法可产生显著的引徕效应,不同的进针点和病痛点之间均存在显著的引徕效应,两点之间存在治疗状态下的“引徕线”^{[3] 188-190}。如果将“引徕线”称为“经脉”,则这样的经脉无处不在、无时不在。这样的“引徕线”,与汉代以前任何医家在发现无法用当时已有经脉解释其发现的关联治疗时,都可以建立一条新的经脉或延伸已有经脉异曲同工^[34],与古人发现和精炼的经络腧穴诊疗作用规律相同或相似。

目前浮针进针点多位于患肌肌腹,多为患肌最高点。于患肌最高点的浮针进针点行浮针扫散,可对患肌涉及的一系列疏松结缔组织产生最大的牵拉(犹如牵拉撒网的纲对整个撒网的牵拉效应),从而产生最大程度的良性干预作用,即最大程度地调整经络脏腑之气。从这一点说,浮针进针点是“脏腑经络之气输注出入的特殊部位”,似乎不为过。正是因为浮针进针点是“脏腑经络之气输注出入的特殊部位”,于此处进针并行扫散治疗,才能最大程度地调整“经络之气”,进而调整“脏腑之气”。近年来,浮针广泛应用于治疗脏腑疾病,如浮针疗法治疗原发性痛经、阑尾炎、慢性支气管炎急性期发作、慢性阻塞性肺疾病等^[9,35-37],皆为通过循触相关肌群,找到“患肌”后给予浮针干预,调整经络脏腑之气,从而进一步证实了上述结论。

当浮针主要作用于疏松结缔组织时,也必然作用于与疏松结缔组织密切关联的穿支血管、皮神经、皮肤感受器、肥大细胞等,其作用机制根本无法排除神经、血管等组织及体液的参与,更无法排除皮肤组织的参与^[38]。如果说浮针进针点是“脏腑经络之气输注出入的特殊部位”,除与疏松结缔组织关系极为密切外,与神经、血管等亦存在非常密切的关系。不过,与疏松结缔组织相比,浮针对血管、神经、皮肤等组织结构影响的研究甚少,值得深入研究。

(2) 浮针进针点具备腧穴具有的病症诊断价值

何为“患肌”?在运动中枢正常情况下,放松状态时,目标肌肉的全部或一部分处于紧张状态,此肌肉就称为患肌^{[3] 22}。MT_rP 是患肌形成的原因,患肌是 MT_rP 所在的肌肉。患肌对浮针医学独有的诊断、治疗及预后判断均非常重要。浮针医学认为,“由 MT_rP 引起的患肌是临床慢性病痛的主要原因,查找患肌是浮针疗法的一个核心环节”^{[3] 125-127}。“患肌几乎是浮针疗法的唯一目标”^{[3] 145},患肌即病症(含肌肉

前病痛、肌肉病痛、肌肉后病痛),确定了患肌,浮针治疗也就成功了一半。确定患肌后,浮针进针点基本上也就水到渠成地确定。“病痛→患肌→浮针进针点→浮针治疗”成为浮针诊疗的固定模式。浮针进针点多位于患肌,可以说,见浮针进针点即见患肌,浮针进针点理所当然地具备病痛诊断(确定患肌)价值。黄龙祥发现属于同一个针刺部位的穴位有时演化出多个不同的穴位,腧穴可以是一个点、一个线、或一个面,也可以是一条“血脉”^[34,39]。这与浮针进针点可以是一块患肌、一块病理性紧张区域的观点有较高的相似度。因此,浮针进针点满足腧穴的病理特性。

(3) 浮针进针点具备腧穴具有的治疗点的特性

腧穴是针灸治疗的最佳治疗点。从浮针进针点的演变过程及特点来看,优化后的浮针进针点是浮针治疗的最佳治疗点,对患肌涉及的一系列疏松结缔组织可实现最大程度的良性干预作用,从而表现出捷效高效的浮针效应。因此,浮针进针点完全满足腧穴是针灸最佳治疗点的特性要求。

以上分析表明,浮针进针点基本满足关于腧穴生理、病理、治疗方面的特性要求。

3.2 浮针进针点数目与最佳浮针进针点

(1) 浮针进针点数目

浮针进针点,可位于 MT_rP 或患肌的上下、左右或其他方向,且可远可近、距离不等。不同的医生进行浮针治疗时,其浮针进针点并不一致,即使是同一位医生采用浮针治疗同一位病痛患者,每次浮针进针点可能也不同。这意味着,浮针进针点数目不定,理论上讲可有无数个浮针进针点,缺乏统一标准。从腧穴的发展史看,早期古人在临床中发现、总结出大量单穴(治疗点),腧穴数目远超现在的规模^[40],穴位不是固定的点,而是包括脉动、血脉、肌肉缝隙、骨骼间隙等对应的体表部位和软组织发生异常改变的区域,此内涵与 MT_rP 一致^[41]。其后经过腧穴归经等多种形式的演变,无数的腧穴被淘汰,形成并固定了现有的腧穴数目。与早期的腧穴发现和数目比较,一个个不固定的浮针进针点的出现,似乎重现了穴位演变过程的原始阶段。而今日大量的浮针进针点,也势必会经历与早期腧穴类似的淘汰过程。

(2) 最佳浮针进针点

在诸多的浮针进针点中,理论和临床实践上都应该存在着若干个“最佳浮针进针点”^[1]。在经历了类似早期腧穴不断的淘汰过程后,每个患肌拥有很多个

“备选进针点”将被大量淘汰,最后剩下数目相对固定、优化后的浮针进针点,或称“最佳浮针进针点”。这个“最佳浮针进针点”,由可对患肌实现最大程度的良性干涉、具有操作简便的优势而确定,每块患肌最后可能只剩下 1 个或数个浮针进针点。因此,浮针进针点的优化和数目的确定,可能是浮针医学发展中一个必须要解决的问题。目前关于浮针的随机对照试验较少,且多为浮针疗法与传统针刺治疗的对比研究^[42-43],鲜见针对浮针进针点的相关随机对照试验。

3.3 浮针进针点与传统腧穴的交集、整合

浮针进针点已经与传统腧穴产生了部分交集。一些选择传统腧穴作为浮针进针点的临床研究已获良效^[7-9],随着应用和研究的深入,相当数量的浮针进针点将会与传统腧穴产生交集,相当数量的“最佳浮针进针点”可能非传统腧穴莫属。近年来,还出现应用传统针刺理论,指导浮针选取进针点治疗的尝试^[44]。这些研究,均为厘清浮针进针点与传统腧穴的关系建立了基础。浮针疗法在创立、完善过程中,借鉴了 MTTrP 理论。同样基于 MTTrP 理论,干针直接刺激 MTTrP 也取得了显著疗效。那么,为何浮针借鉴了 MTTrP 理论,寻找 MTTrP,却又不直接作用于 MTTrP?若将浮针针尖指向并针刺至 MTTrP,又将取得何种疗效?基于患肌理论,多位于患肌肌腹的浮针进针点,与初始的位于 MTTrP 周边、但指向 MTTrP 的浮针进针点,这两者间存在什么关系?厘清这些问题将是浮针医学发展过程中的必经之路。

3.4 浮针进针点优化的思路与策略

优化浮针进针点是浮针科学发展的必经之路。笔者认为,通过厘清、整合浮针进针点与传统腧穴的关系,优化浮针进针点后,对主要患肌的浮针进针点应统一制定名称,以便于更好地交流。优化浮针进针点包括优化进针点命名、进针点部位及进针点数目等。结合前述内容,笔者提出优化浮针进针点的思路与策略。

(1) 命名思路:①浮针进针点与传统腧穴完全或基本重合者,以传统腧穴命名,如肱骨外上踝炎,其浮针进针点多在手三里或手五里,则此处进针点可命名为手三里或手五里。②与传统腧穴无交集或重合,但进针点在传统经络或经筋循行线上,可命名为经络(经筋)+部位,如足阳明经筋小腿点、手厥阴经前臂点等;若范围较大,可再加方位,如足阳明经筋小腿上点等。③与传统腧穴不重合,且不在传统经

络或经筋循行线上,可根据其解剖特点及病理生理特点、治疗作用(主要依据骨骼肌结合肌筋膜经线、MTTrP 理论方法^[45])命名,如以其所在肌肉命名(臀大肌点等);若肌肉范围较大,可再加方位(如臀大肌上点等)。借鉴肌筋膜经线内容,如进针点在前螺旋线上,可视进针点部位,分别命名为前螺旋线上、中、下点等。

(2) 优化进针点部位及进针点数目,最主要的策略是开展浮针进针点的随机对照试验。随着研究的深入,进针点的部位、数目将逐步确定。确定了进针点部位及数目,其命名也将随之确定。

优化浮针进针点是一项较大的系统工程,应召集浮针医学、经络学、腧穴学、康复学、疼痛医学等多学科、多专业学者共同探讨与研究。

3.5 扩大腧穴范围

浮针进针点具备传统腧穴的大部分基本属性;浮针进针点与传统腧穴产生了交集、重合,小部分传统腧穴成为浮针进针点;对浮针进针点进行优化后,更多的传统腧穴可能成为浮针进针点;优化后的浮针进针点可以体现出更多的疗效优势。基于此,是否应该扩大传统腧穴的范畴,将优化后的浮针进针点纳入传统腧穴的范围,这是腧穴学研究遇到的新问题。而浮针进针点要纳入传统腧穴存在下列问题:①进针点部位:传统腧穴多位于体表凹陷处,而浮针进针点多位于患肌肌腹;②进针点的数目及名称;③进针点的定位;④进针点可能存在的归经问题;⑤主治规律;⑥进针点的针刺手法。上述问题可能也是腧穴学研究需要解决的主要问题。秉承开放心态,传统针灸学特别是腧穴学研究,应该借鉴现代医学特别是基础医学的研究成果,接纳、融合浮针进针点,扩大腧穴范畴,并赋予浮针进针点新内容、新规范,将促进腧穴学发展。

结语

浮针进针点的“去腧穴化”现象,似乎已经成为浮针医学与传统针灸学沟通的一道鸿沟,并日益成为浮针医学颇具争议性的问题。浮针进针点的自身特点、兼具的腧穴属性、与传统腧穴的交集重合现象、浮针进针点的疗效优势等,无不彰显了浮针进针点的先进性、科学性和复杂性。上述分析也暴露出浮针进针点的诸多新问题。如浮针进针点“仅仅是治疗点,是浮针针具刺入皮肤的部位,而非病理部位”^{[3] 145},此论点既不严格,也被诸多的证据推翻。事实上,浮

针进针点,不仅是浮针刺入皮肤的部位,同时也是病症反应部位,更是治疗部位,有着显著的治疗作用;随着研究的深入,浮针进针点的位置和数目也将相对固定,具有代表性的进针点将有基于 MTrP 或患肌的不同名称。

浮针进针点,是仍坚持“去腧穴化”的道路走下去,还是针对出现的诸多问题“回头看”,与传统腧穴理性交流、整合,充实浮针进针点的传统针灸学元素,已成为浮针医学发展面临的一个关键性节点问题。进行浮针进针点的腧穴特性研究、与患肌及 MTrP 的结构关系研究、数目及优化研究、命名及定位研究、主治规律等研究,将促进浮针医学迈向一个新台阶,加速浮针医学的规范化、科学化进程。

参考文献

- [1] 林祺,罗妮莎,杨春滢,等.再论浮针疗法对针灸学发展的启示[J].中国针灸,2020,40(3):307-314.
- [2] 贾文,雒琳,何丽云,等.浮针疗法临床适宜病种的系统整理与分析[J].中国针灸,2019,39(1):111-114.
- [3] 符仲华.浮针医学纲要:基于基础医学的现代针灸[M].北京:人民卫生出版社,2016.
- [4] 符仲华.浮针疗法[M].北京:人民军医出版社,2000.
- [5] 符仲华,孙文颖,吕瑞和.腕踝针大鼠实验方法及其对痛阈的影响[J].江苏中医,1997,29(2):29-30.
- [6] 符仲华.浮针疗法治疗疼痛手册[M].北京:人民卫生出版社,2011.
- [7] 施娟娟,陆瑾,卢杰,等.巨刺结合同名经取穴法在浮针治痛中的运用探析[J].中国针灸,2019,39(12):1283-1284.
- [8] 施娟娟,卢杰,陆瑾,等.浮针扫散“腰五穴”配合再灌注活动治疗非特异性下腰痛 23 例[J].中国针灸,2019,39(4):451-452.
- [9] 职良喜.浮针疗法治疗原发性痛经的随机对照观察[J].中国针灸,2007,27(1):18-21.
- [10] 刘玲,范刚启.浮针疗法与传统针刺疗法之比较[J].针灸临床杂志,2013,29(2):51-53.
- [11] 刘清国.杨甲三教授针灸学术思想简介[J].中国针灸,2008,28(5):359-364.
- [12] 楼新法,蒋松鹤.穴位的解剖学特征及其分类[J].中国针灸,2012,32(4):319-323.
- [13] 刘清国,王丽,支建梅,等.腧穴本义[J].北京中医药大学学报,2009,32(6):427-429.
- [14] 刘延祥,姜俊,严振国,等.数字化虚拟人体内关穴结构的三维重建[J].中国组织工程研究,2013,17(48):8301-8306.
- [15] 徐东升,余琛,王佳,等.大鼠“太冲”穴区皮肤组织中血管和神经纤维的显微结构特征[J].针刺研究,2016,41(6):486-491.
- [16] 王勇.经穴定位分歧的基本因素分析[D].北京:中国中医研究院,2005.
- [17] 黄龙祥.黄帝明堂经辑校[M].北京:中国医药科技出版社,1987.
- [18] 李宝金,武晓冬,黄龙祥.经外奇穴标准化的目标、路径与标志性成果[J].中国针灸,2020,40(11):1241-1244.
- [19] 金传阳,张建斌,许骞,等.腧穴理论发展特征分析[J].针刺

研究,2021,46(11):967-972.

- [20] 沈雪勇.经络腧穴学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016.
- [21] 任玉兰,李戎.《铜人腧穴针灸图经》腧穴归经探析[J].江苏中医药,2006,38(5):45-47.
- [22] 魏然.宋以前腧穴归经演变研究[D].北京:北京中医药大学,2021.
- [23] 李学智,梁繁荣.人体腧穴组织形态特异性研究的进展与现状[J].中国组织工程研究与临床康复,2008,12(33):6535-6538.
- [24] 朱兵.穴位敏化现象及其生物学意义[J].中国针灸,2019,39(2):115-121.
- [25] 黄龙祥.腧穴主治的规范化表述[J].中国针灸,2007,27(11):823-827.
- [26] 刘清国,胡玲.经络腧穴学[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012:43.
- [27] 王思佳,林佳平,李琰异,等.针刺局部阿是穴腹部对应点治疗慢性腰肌劳损 32 例[J].中国针灸,2020,40(8):863-864.
- [28] 刘首芳,马彦韬,张艳茹,等.针刺肌筋膜激痛点治疗带状疱疹后神经痛[J].中国疼痛医学杂志,2022,28(8):633-636.
- [29] 赵京生.论腧穴的基本作用:近治作用[J].中国针灸,2015,35(11):1196-1198.
- [30] 赵京生.“以痛为输”与“阿是穴”:概念术语考辨[J].针刺研究,2010,35(5):388-390.
- [31] 杨甲三.腧穴学[M].上海:上海科学技术出版社,1984:1.
- [32] 黄建华,冯鑫鑫,陈雷,等.基于慢性前列腺炎不同经穴红外热像图的改变探讨腧穴特异性[J].中华中医药学刊,2019,37(3):522-524.
- [33] 原林,白宇,黄泳,等.经络的解剖学发现与筋膜学理论[J].上海针灸杂志,2011,30(1):1-5.
- [34] 黄龙祥.经脉理论还原与重构大纲[M].北京:人民卫生出版社,2016:8.
- [35] 葛恒璧.浮针疗法治疗阑尾炎 3 例[J].上海针灸杂志,2002,21(4):47.
- [36] 李奕萱,刘梦,张瑞杰,等.浮针治疗非疼痛性疾病临床应用举隅[J].中国针灸,2018,38(5):562-564.
- [37] 周雪,陆瑾,符仲华,等.浮针治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 20 例[J].中国针灸,2013,33(6):527-528.
- [38] 范刚启,钱俐俐,赵杨,等.针刺镇痛机制的多样性及问题分析[J].中国针灸,2013,33(1):92-96.
- [39] 黄龙祥.黄龙祥看针灸[M].北京:人民卫生出版社,2008:11.
- [40] 路树超,陈思思,刘炜,等.从《黄帝内经》腧穴数目演变看腧穴发展[J].中华中医药杂志,2011,26(9):1937-1939.
- [41] 张树剑.基于经典与现代的腧穴理论认识[J].南京中医药大学学报,2021,37(6):807-811.
- [42] 葛鸿庆,白有翼,唐彬彬,等.浮针疗法促进肱骨外科颈骨折患者术后功能康复:随机对照研究[J].中国针灸,2019,39(5):473-476.
- [43] 周昭辉,庄礼兴,陈振虎,等.浮针疗法结合康复训练治疗中风后肩手综合征:随机对照研究[J].中国针灸,2014,34(7):636-640.
- [44] 郑涵,张建国,吴辛甜,等.“通脱法”理论指导浮针治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].中国针灸,2021,41(12):1313-1316.
- [45] 高秀花,贾敏,郭鸿,等.基于“解剖列车”理论的浮针再灌注结合关节松动术对肩袖损伤术后康复的疗效观察[J].中医临床研究,2020,12(26):102-105.

(收稿日期:2022-02-09,网络首发日期:2022-09-17,编辑:杨立丽)