

动穴疗效钩玄

● 魏稼*

关键词 动穴 临床疗效

“动穴”，即动态型俞穴的简称。乃指遍布体表、无具体名称、数量、无固定部位、且隐现无常或呈游移状态，如阿是等一类俞穴即是。是与简称“静穴”的另一类各有特殊名称、有一定数量、且有固定部位而相对不变的静态型俞穴，如十四经穴、经外奇穴相对而言的。

将所有针灸俞穴区分为动静两大类，可以更好体现俞穴的性质与特征。

动静两类俞穴的定位依据不同，前者多据临床检测结果取穴，而后者则按文献记述定位。

动穴与阿是相同之处是，均属动态型俞穴；不同之处则是：前者一般按压诊、视诊、电诊、热诊……检测后定位；后者则指直取主动显现的病所或被动按压的敏感点取穴。故动穴可包括阿是，而阿是则难涵盖动穴。

长期以来，人们多偏重于静穴的临床应用，对动穴的广泛深入探索，却未引起足够的关注。窃以为

打破这一思维定势，加大动穴的探索力度、扩大动穴的应用范围、增加动穴的使用频率，将对开发动穴潜能、提高临床疗效乃至发展与重构俞穴理论，都有重要的现实与深远意义。

动穴疗效不凡

古往今来，古今中外的许许多多学者，都对动穴的疗效好评如潮。如《内经·纵刺论》谓邪客于足太阳之络（足太阳经病症），可在脊椎旁按压，当出现应手而痛处刺之可“立已”（痛立止之意）；《素问·举痛论》谓自寒气客于背的痛症，按之而现热感则“痛止”；《明堂经》谓治癆瘵可按膏肓穴，于出现中指麻处灸之，则“无不效”；《千金方》谓取阿是穴治病，“灸刺皆验”；《针灸资生经》谓背疼灸背部痛点“即不痛”或“愈”、带下于带脉穴按之痠疼则“灸无不愈”、哮喘在肺俞按之痛即用火针刺之“即愈”；《普济方·针灸》谓足不能行，灸下肢痠疼处“无不效”；《医

说续编》与《类经图翼》谓：下血症如在命门出现痠痛，灸之多能“根治”……再看国外文献，日本学者于公元十五世纪就根据我国孙思邈的阿是学说，写出了专论阿是的专著；近年来，日本著名学者代田文誌与幸羽赤兵卫等均在其著作中反复盛称应用动穴获得的神奇功效。

“立已”、“痛止”、“无不效”、“皆验”、“即愈”、“无不愈”……这些交口赞誉之词，决非无稽之谈。我的一些临床经历，也印证了前人对动穴的推崇，的确实践有据而非空穴来风。

第一次冲击较大的经历，是在50~60年代农村巡回医疗期间。当时，常治牙痛、腹痛、面瘫、疮疖……病症。其牙痛求诊者，多用合谷、颊车、下关……常规静穴有效，但有时疗效并不尽如人意，乃改于头面或手阳明经各处寻找敏感点针刺，往往效如桴鼓。如一患者，即是在改压人迎穴下寸许与肩髃过敏处针刺后而立时止痛的。其次是农村多见消化道疾病的腹痛症，按一般经验用足三里、合谷、中脘、天枢……有效，但也并非百发百中，针到病除。于是改于胸腰椎旁夹脊或肘膝以下诸阳明经处寻

* 作者简介 魏稼，男，教授，主任医师。全国著名针灸学家。曾任或兼任国家卫生部医学科学委员会委员、国家中医药管理局全国高校针灸规划系列教材主审、中国针灸学会常务理事、《中国针灸》杂志编委。本刊学术顾问。

• 作者单位 江西中医学院(330000)

觅过敏点针刺,往往取得出人意料
的佳效。一次,诊治一胃十二指肠
溃疡患者,即是在改于胸10、12椎
旁找到压痛过敏处一针止痛的。
再是治面神经麻痹症,按常规用静
穴疗效亦佳,但有一次治一因带状
疱疹引起本病的患者,却迟迟难以
奏效。原来,患者左侧耳廓以及头
发中散在多处疹点,于是改为重点
针对原发病加用了病灶局部取穴,
即将针于每一病损处刺2~3针,
不但疱疹消失快,口眼喎斜也很快
好转以致痊愈。还有一例面瘫患
者,自觉半侧舌部味觉缺失发麻,
始用一般取穴诸症有所好转,但舌
麻如故,乃于下额大迎穴下寸许找
到压痛敏感点,用针在其处沿下颌
骨内侧向上刺入1寸半,二次舌麻
即除。此外,农村有不少皮肤局限
性感染如多现于肩部臀部的疮疖
脓肿患者,往往用抗生素难以根治
甚至失效,乃改于距病灶四周上下
左右约寸余处或敏感点施针刺,炎
症很快控制,病程显著缩短而愈。
通过在农村用针灸治病,一方面使
我认识到针灸对消炎确有较好疗
效,这从我后来专门从事针刺治
“流脑”的临床观察与参加甘肃省
针灸治菌痢的科研鉴定中也得到
了证实。其次,是通过临床探索,
感到书载静穴理论与实践仍有一
定距离,不可视为一成不变的定
律,它具有较大的不确定性与局限
性,应当不断用临床实践验证,并
在应用中加以发展。从以上事例
还可看出,通过临床观察,用自身
对照法说明,动穴有较好的补静穴
不足功能。

第二次经历是在八十年代的
切身体验。当时,笔者常患慢性鼻
炎、上呼吸道感染,随着反复感冒
而逐渐加重。虽也用药调治,但疗
效难以差强人意。往往鼻涕横流,

咳嗽痰多,甚至胸闷胸痛,缠绵难
愈。1983年春的一次重感冒,用
药失效后,思考着可否用穴位刺激
法一试。于是重温了王执中的《针
灸资生经》,按其指压定穴说,在左
侧中府穴内侧寸许找到了压痛敏
感点,乃自用指针法施重压约一分
钟,顿感胸痛大减,继续治疗三天,
每隔5~6小时施压一次,随着痛
点消失,约十天左右痊愈。当年冬
天又一次患“上感”,虽未现胸痛与
中府旁压痛,但在右乳上一肋间膺
窗穴内寸许找到了敏感点,乃于此
处施压如前,三次后,敏感点转移
到再上一肋的库房穴外侧,再跟踪
施压,约一周即愈。次年春,一次
更重的感冒袭来,压敏点则出现于
左乳下渊腋穴附近数处,指针二次
效不显,思考着可能与刺激量、强
度、频率、时间不够有关,乃加重手
法,使有较重的得气感,改为每4
小时施术一次,每次每穴指压时间
延长到一分半钟,三次后,诸症渐
减,病程缩短至六天痊愈。此后,
每次感冒即施上法及早防治,均获
捷效,数十年“老慢支”由此逐年减
轻,且日后甚少感冒。通过切身体
验,意识到动穴施压与针刺法一
样,也有着相同的抗感染作用。对
动穴出现的部位,也认识到同一患
者与疾病,在其反复发作过程中,
每次出现的动穴,并非固定在某一
处所,而是在治疗中不断变换和转
移的。

第三次经历是应用耳针治病,
开始也是按照原制定的数十个耳
穴定位与主治理论应用的。例如
治急性扁桃体炎取所谓“咽喉”、
“扁桃体”等静穴施针,当然也有一
定疗效,但有一次遇一患者,按此
取穴效果不佳,乃改用火柴棒头在
耳廓部寻找敏感点施压2~3处,
每处按压100次左右,患者即感喉

痛大减,继续每隔5小时左右施术
一次,炎症很快控制,扁桃体红肿
消失,四天后基本痊愈。此后,不
论何种病症,如用耳针治疗即按此
法取穴施治,疗效与应用静态型耳
穴比较,似乎有过之而无不及。这
使我感到耳部应用动穴,同样有较
大临床意义。同时也省去了许多
不必要的记忆、精力以及选穴定穴
带来的浪费与麻烦。强化了我对
原有耳穴理论科学性与实用性的
怀疑。

第四次经历是在“文革”时大
力推广“一根针、一把草”治病期
中,当时,盛行一种“挑痔疗法”。
此法一向流行于我国华南各省民
间,即用较粗的圆利针刺入人体皮
下,然后将针体扳斜至20度角度,
再刺深少许并向上向外挑破皮肤,
如此反复数次,每次挑断组织纤维
数根,令少量出血即可。至于刺激
部位,乃是选择那些多分布于腰、
背、骶、下肢等处皮肤颜色或形态
异常的疹点或斑块处施术。当时,
曾用此法治疗了一些痔疾患者,对
消炎止痛有较好疗效,一些病来短
且年龄不大的患者甚至可治愈。
一内痔患者,肛门内生疮,红肿刺
痛、时流黄水血液,药治月余不愈。
初为之针长强、二白、承山、昆仑等
穴效不明显,乃改用挑针法,于骶
部大、小肠俞附近找到了一直径约
0.5厘米小红丘点,施挑刺,每日
一次,连治三日,肛部炎症消除,再
治三日基本痊愈。后来用此法治
一卵巢功能异常的功能性子官出
血患者,亦于腰骶部施挑针取得了
很好的止血效果,说明挑刺动穴的
适应症、范围仍有扩大空间。

第五次经历是治呃逆。八十
年代末,在附院带研究生门诊,一
天,接诊一患者,病已半月,呃呃连
声,进食困难。当即用内关、天突、

上腕、足三里等常规穴施针,留针卧床后,每隔 10 分钟左右行捻转提插手法一次。半小时后,呃仍未止。乃告学生于攒竹、睛明间找压痛敏感点施压约一分钟后,再行针刺,呃声嘎然而止。此穴乃据宋代邵博《邵氏闻见续录》中载称安徽无为军医张济治“翻胃呃逆……针眼眚而立能食”之说而来。关于“张济”其人,北宋著名书法家米芾在公元 1107 年守无为时曾为济父章迪书写过的墓志(现存《宝晋斋法帖》中)与《无为州志》均称之为“章济”,并称一门三代均精针术,活人甚多。可见所谓“张济”实为“章济”之误。

第六次经历是治痛经,原先多用中极、关元、三阴交、肾俞……等常规穴治疗,收效尚可。后遇一患者,针上穴不效,乃据一学生介绍刺承山,止痛竟立竿见影。此后,凡遇本病患者,均加用此穴或单用此穴施治,疗效有所提高。2004 年秋天,诊所一护士痛经突发,小腹剧痛难忍,呻吟不已。因欲急于止痛,乞为之针。即用上法卧针约半小时,每 5~8 分钟运针一次,并使有较重得气感,半小时后痛未少减。乃用手指于腰骶部施按压,在右侧命门与志室间找到一敏感点,即于此处加刺一针,针入寸许,略施手法,患者即呼舒适异常、诸痛尽去,旁观者称奇。

第七次经历是去年夏天,我突然被一毒虫咬螫伤左侧前臂外肘下寸许一处,当时红肿灼痛、奇痒难忍,正感无法以对。寻思古籍记载多用灸伤处法治疗,乃取艾灶点燃于阿是施灸,当距离皮肤太近时,又感灼痛难耐。此时想到我院针灸科正在从事“腧穴热敏化”研究,据称热敏点可以不出现在病灶局部而现于病所的周围或远端。

乃用艾卷点燃的一端在病灶周围寻找,当移至肘下外方约三寸一处时,顿感原痒痛感消失,甚为舒适,这正符合原称“嗜热点灸”之说。照此再灸二次,痛痒红肿消失而愈。

综上所述:在应用静穴失效或疗效不佳时,改用或加用动穴施治,往往有不同凡响的疗效,足见动穴可补静穴之不足,对提高临床疗效有重要意义。不过,动穴并非万能,不少病症运用动穴失效而改用静穴取效者也并非绝无仅有。故静穴也有补动穴不足的功能。因而临床用穴应注意动静结合,最大限度发挥其优势互补作用,十分重要。

动穴佳效探因

应用动穴之所以效佳,乃与提高了用穴的针对性、应变性乃至命中要害的精度有关。

虽然中医的辨证论治,包含了针对病人、病因、病性、病位……诸多方面,但针灸的辨证论治,则以其特别强调经络与按经取穴而偏重针对病位。故用动穴的针对性,亦主要指针对病位而言。

应用动穴,为何能提高用穴的针对性?这与其作用途径相关。基于皮肤藏器相关学说,体表皮肤与内在藏器之间,存在着特定的解剖、生理、病理……的联系。当某一藏器发生病变时,因“有诸内必形诸外”,故可在体表一定部位出现皮肤色泽、形态、感觉……的异常反应。临床只要找准其反应点,即是找到了古称“真穴”的最佳刺激部位——靶穴。当目标明确之后,再实施恰当的刺激,即可通过神经反射机制,以反向准确作用于受病藏器,从而

收到恰到好处调控治疗作用。我国宋代针灸大师王执中早在其《针灸资生经》中指出此反应点(靶穴)即“受病处”。针灸此靶穴,即可“直捣黄龙”而针对受病藏器发生效应。

动穴可提高用穴针对性,还在于它具有穴无定处、病无定穴的原生态特点,它可针对具体病人病情的个体差异,通过即时实践检测、根据反应点提供的信息定位。在精确定位后,再实施针锋相对的“精确打击”,故针对性与命中要害的机率较高,疗效也可获最大限度释放。运用静穴虽然也要求提高针对性,但由于其定位主治相对固定不变,且早已形成了某病用某穴、某穴治某病、某穴在某处的“公式”、“定理”,临床只需“按图索骥”依法实施即可,因而机动灵活性受限,较难适应千差万别的具体治病需要。总之,动穴强调定位主治的“个性”与“特异性”,而静穴则注重“共性”与“普遍性”;动穴是以实践检测结果为定位依据,静穴则多以文献记载理论为定位依据。显然,二者优越性不可同日而语。

七十年代中期,我在突尼斯执行援外医疗任务,接诊了不少支气管哮喘患者。当时,为减少病人远道就诊频繁往来的不便,采用了 10~15 天施术一次的穴位“注线”疗法。即用长约 2 厘米的较粗医用羊肠线,置入输血针管前端,插入穴位后,将装于针柄一端的针芯前推,以埋入皮下肌肉之中(此法操作简便,优于一般穿线疗法),共治疗观察数十例,疗效尚可。但也并非万应灵方、百发百中。寻思可能是选穴针对性不强、难以切中要害之故。乃加用胸椎旁与胸肋下各处反应敏

感点施术,采取动静穴结合应用,无论即时平喘或远期疗效均有提高,表明应用动穴可补静穴之不足。

其次,动穴疗效,还与选穴应变性有关。众所周知,宇宙万事万物,既是千差万别,也在千变万化,疾病也不例外。故治疗手段方法忌“刻舟求剑”、一成不变;应当机动灵活、随机应变。即所谓病有万变,治亦万变,用穴也有万变。而动穴变化无常,更好地体现了易于应变的特点,它“以万变应万变”,较之“以不变应万变”者具有明显的优点。再按“万变不离其宗”之说,通过搜索、捕捉动穴,抓住这个靶点,即是抓住了“宗”,即为“针到病除”提供了先决条件。

针对性与应变性是紧密联系、相辅相成的。应变是为了针对,针对也须应变,提高了应变性,实即提高了针对性。两者相得益彰而不可截然划分。针对性与应变性提高了,也就意味着目标正确与命中要害的精度提高了,故临床一针中穴、立竿见影现象,并不罕见。

六十年代初,我在附院应诊,接治了不少由药治失效转来的胃十二指肠溃疡患者。当时采用的疗法,主要有针灸、穴位药物注射、穴位埋线等;选用穴位开始多为足三里、上下巨虚、中脘、下脘、脾俞、胃俞、内关等,但有时止痛不甚理想。一次,在无奈之下,加针了第八胸椎下的反应敏感点,收到了较好疗效。但当再治另一位病人时,此敏感点却无法找到,只是经反复搜索后,在第十一、十二胸椎间发现了压痛反应点,乃加针此处,腹痛渐减。但续治数次,压痛点又神秘消失。原来转

移到第九胸椎旁夹脊穴,再改针此处,治九次基本痊愈,经X线钡餐复查,原龛影也大大缩小。由此表明,不同病人,即使同一疾病,其动穴出现部位可不相同;而同一患者,随着治疗次数的递增,反应点也可不断变异。运用动穴,则适应了这一嬗变无常的需要。

近年还接诊了一些面瘫患者,发现其原发病大多为眼、耳、鼻、喉、口腔等感染了病毒或细菌的炎症。一人素嗜烟酒,患慢性咽炎数年,常感咽喉部不适或微痛,药治少效。近因滥用空调器贪凉感冒而诱发左侧面瘫,左目闭合困难、额纹失、颊藏食、口向右歪……,经用常规穴针20余次未见好转,认为可能因选穴未针对原发病应变之故,乃着眼治本,加针喉结旁与天突上压痛敏感点,数次后,咽喉痛失,面瘫也有改善,再治十余次痊愈。还有一位患者,素患慢性牙根周围炎,服抗生素颇多,终难根除。近又患面瘫,经某处针治月余未效。诊见口眼喎斜甚轻,仅感耸鼻动作与面部肌肉麻木、活动受限;指按右迎香下寸余有3~4处压痛敏感反应,乃在原用常规穴基础上再加刺此敏感点四针。三次后,自觉症状减轻。但此时左侧外鼻道出现炎症,再加针左鼻梁凹陷压痛点,二次而炎症消失,其压痛敏感点复转现于左颊车附近,但加针此处后,效果却不甚满意。此时意识到可能因原24小时针一次、间隔时间太长之故。乃按实验研究关于针灸抗炎需每隔6小时施术一次提示,告诉患者在家自行寻找压痛点,自用指针配合治疗,即用一手指重压穴位,使有较重得气感,以能忍受为度,每

处按1~2分钟(或作旋转状按压100~150下),每日施术3~4次,按法施行三日后,压痛点基本消失,炎症得到有效控制,面瘫诸症也逐渐而愈。此案例说明,同一病症,由于其病原体侵犯部位在不断转移变化,取穴施治也须密切注意其转变轨迹与动向而实施“跟踪追击”以应变。这对缩短病程,提高疗效,同样存在重要意义。

由此可见,运用动穴的针对性,乃重在分析病人病情的差异,应变性则重在追踪病人病情的变化,其共同目的是提高针对性与命中率。两者均符合中医辨证论治与唯物辩证法思想。

应用动穴效佳,是否因易于使气至病所有关?明代杨继洲《针灸大成》指出:“有病远道者,必先使气直到病所”。言下之意,似表明只有气至病所,则疗效更佳。那么,应用动穴是否易于使气至病所?但临床所见,并不尽然。针灸任何俞穴,既无法使百分之百出现针感传导,即使出现传导,也难以精确制导而调控其传导方向与到达部位。曾治一些急性胆绞痛患者,其中少部分可在阳陵泉外上方的腓骨头前下方出现压痛敏感点,针此动穴时,往往针感传导方向只到达足背足趾部,而无百分之百把握使之向上向腹部以至病所放射。再如治急性结膜炎患者,发现有少部分病人可在翳风与风池间出现压痛敏感点;治冠心病、心肌梗死、心绞痛患者,不少主诉齿部、肩部痛,触诊检查时,亦可出现反应点。但于上述反应敏感点施行针灸后,则可有以下四种不同结果:一是针灸此动穴,有时只有局部得

(下转第63页)

表2 两组治疗前后临床积分变化比较($\bar{x} \pm SD$)

组别	n	治疗前	治疗后
中药组	30	37.20 ± 8.61	8.87 ± 4.84 Δ^*
对照组	29	36.51 ± 10.96	20.38 ± 9.27 Δ

注:与治疗前比较, $\Delta P < 0.01$;与对照组比较, $\star P < 0.01$ 。

表3 两组中医证候疗效比较(n·%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	30	7(23)	17(57)	5(17)	1(3)	29(97)
对照组	29	1(3)	4(21)	18(62)	6(21)	23(79)

注: $\chi^2 = 23.38, P < 0.001$ 。

表4 两组总体疗效比较(n·%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
中药组	30	10(33)	13(44)	7(23)	23(77)
对照组	29	4(14)	14(48)	11(38)	18(62)

注: $\chi^2 = 9.18, P < 0.01$ 。

4 讨论

消渴在《内经》中称“消瘴”。吕绍光主任医师在历代医家的认识基础上认为,糖尿病为水谷精微不能正常的生成、输布和排泄而出现紊乱的疾病,倡导从痰湿论治。2型糖尿病患者以痰湿阻滞症状为主要临床表现,但脾虚贯穿糖尿病发生发展的全过程。本研究临床遣方用药祛邪兼顾正气,以健脾气、化痰浊为治法,方选黄芪配党参益气健脾为君药,补中气而生脾阳,摄纳脾精而生津液;苍术芳香化浊,煮半夏健脾燥湿,降逆止呕,消痞散结;天竹黄、胆南星相须为用清热化痰;山楂健脾消食化积,增强机体对药物的吸收;胶股蓝补气养阴,佐以天竺黄、胆南星,降低其毒性;荷叶健脾利湿,升清降浊,配以皂刺活血托毒以防浊毒之生,且活血有利于脾的升清。健脾化痰方在改善临床症状如胸闷脘痞、纳呆呕恶、全身困倦、头胀肢

沉等症状方面明显优于对照组。健脾化痰方健脾气,化痰湿,调气机,使血中精微物质通过血脉得以发挥它们的正常功能,从而降低血糖。其西医机理可能是通过增强外周组织对葡萄糖的摄取,减少肝脏肌肉组织中的糖之输出,减少糖元的异生而达到降糖的目的。

现代药理研究证实,黄芪有对血糖具有双相调节作用^[3],能不同程度地促进血管内皮细胞游走与增殖,有利于促进血管生成过程;党参^[4]能增强机体抵抗力,能扩张周围血管而降低血压;苍术^[5]能使兔、小鼠、大鼠等动物的血糖降低,同时降低肌糖原和肝糖原,抑制糖原生成;山楂^[6]其提取物具有降压、降血脂、促进消化作用;胶股蓝^[5]有降血脂、降血糖和改善糖代谢作用。

故从本观察结果可以看出,中西医结合治疗痰湿型2型糖尿病发挥了中西医证与病、整体与局部治疗的各自的优势,通过其有机结合,可调整机体虚实夹杂状态,恢复正气,容易为患者所接受,不失为一条好的治疗途径。在中医药改善糖尿病临床症状、减轻西药副作用、防治糖尿病血管病变的研究工作中,可以借鉴现代医学的研究成果,深入开展有关机理的研究从而筛选出高效特异、机理明确的中药和方剂,从而为中西医结合治疗2型糖尿病作出有益的探索。

参考文献

[1] 中国中医药学会内科学会消渴病专业委员会. 消渴病(糖尿病)中医分期辨证与疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1993, 8(3): 54-56.
[2] 郑筱萸主编. 中药新药临床指导原则[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
[3] 朱瑾波. 黄芪多糖对血糖的影响. 河北中医[J], 1996, (4): 21.
[4] 高野邦夫. 大建中汤促进消化器官运动的作用机制[J]. 日本东洋医学杂志, 1997, 47(6): 179.
[5] 高学敏主编. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.
[6] 罗玉梅, 王贺振. 山楂的化学成分及药理研究进展. 时珍国医国药[J], 2004, 15(1): 53-54.

(上接第27页)

气,而难使针感传导;二是虽有针感传导,但放射方向难以调控而使之必达病所;三是即使传导达病所,有时疗效未必满意;四是得气不达病所,有时效果并不逊色。可

见动穴与得气感传及其疗效之间,似无必然联系,其间规律尚待探索。

当然,针灸疗效的取得,除正确选择刺激部位外,还须正确选择

刺激工具、操作与时间。因本文专论刺激部位,故其它三要素,此处不予赘述。请参阅1983年12期《中医杂志》拙著“关于针灸处方四大要素”一文。