

动穴定位钩玄

● 魏 稼*

关键词 动穴 定位 疗效

动穴佳效原由,还与其多是直取病所有关。因不少病症,往往伴有病原微生物感染,特别是一些缠绵难愈的局限性炎症,其病原体盘踞之处,如血管较少,循环不畅,机体本身免疫物质或用抗生素等治疗,均可因通路受阻而难达病所以发挥应有的杀灭作用。此时如用针灸等直接刺激患部或其周围,则可产生以下效应:①刺激后局部潮红发热,象征着血管扩张,血液流速加快,循环系统功能与新陈代谢改善,起到了“疏通经络,运行气血”的作用。表明运输线获得畅通,突破了制约其免疫效应的屏障,从而可发挥更大消炎效果。②病所受到针灸等外伤性刺激之后,可产生白细胞等免疫物质吸引素,不但克服了免疫体的惰性,激发了其抗击入侵者的潜能,而且免疫体的数量及功能均有提升,改变了其免疫力度在全身的配置,将机体免疫物质吸引聚焦至病灶,起了调兵遣将集中优势火力打歼灭战的作用。③实验证明,针灸可提高全身免疫作用,如今局部免疫也得

到加强,两者互为补充,相得益彰,杀伤力必然能获得最大限度释放。④刺激引起的机体一系列生物化学变化,造成不利于病原体繁殖生存的环境与条件。⑤刺后可加速局部水肿,毒素的驱散、排泄与吸收,改善机体活动从而使疾病较快痊愈。

以上仅是对动穴佳效之因提出的一些推论。不过,其作用途径的最后确认,仍须通过科研实验证实。

动穴检测定位可分无需特殊检测与需要检测两种,分述如下:

无需特殊检测定位的动穴

只要通过一般诊断,即可明确痛在何处、病在何处、病灶在何处,穴亦在其处,以直取病所。多指病位比较局限明晰,覆盖面较小的病症,如鸡眼、带状疱疹、腱鞘囊肿、急性结膜炎、中耳炎、毛囊炎以及毒虫、虫蛇、狂犬咬螫伤等等。均可于其病所或周围取穴。曾用此法治鸡眼多例,收效颇佳。一右足

底大趾本节下生一黄豆大鸡眼患者,检见有圆锥形质地坚硬的角质物嵌入皮下,略高出表皮,呈灰黄色,跛行年余,行走时痛甚,颇感痛苦,经其它疗法治疗失效。严密消毒后,乃取三棱针刺入鸡眼中心,深至患者觉痛时为止,再将针稍退出,复斜刺入,如此一进一退反复向不同方向刺3~4次,出针令出血少许,每日施术一次,连治三日,鸡眼渐渐枯落而愈。1995年赴美国旧金山出席会议后又治另一患者,因畏针而征得患者同意后改用艾灸,将艾炷盖患部施灸3~5壮,始灸不觉痛,灸至觉痛为度,再换新炷,再灸。一周后,鸡眼亦枯萎而愈。再如治腱鞘囊肿,一般用毫针、三棱针、圆利针或火针刺入囊肿中心,拔针后挤出粘液,再渗入少许碘酊以破坏其囊肿壁,每日一次,连治3~5日,治愈亦多。对急性结膜炎,眼球虽不可针刺,但可选择眼周各动穴治疗。有夫妇俩均患一般细菌感染性急性结膜炎,临床表现基本相同。其夫先病一日,次日妻子亦被传染发病。两结膜发红,双目稍肿,有时微痛,晨起睁目困难、眵多,流泪,畏光,但不影响视力。曾用眼药水、药膏并服抗生素,好转不甚明显,要求继续

* 作者简介 魏稼,男,著名针灸学家。教授,主任医师。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)

给药。当告以可用针刺治疗配合或可加速痊愈时,其夫表示同意一试,妻子则拒绝接受,当即为男子针眼周的压痛过敏点。第二天巡诊至其家,男子称诸症大有好转,此时其妻也主动要求配合针刺,之后二人均每日针一次,三日而愈。至于毒虫等咬螫伤,早年在农村诊治亦多。一人因翻砖砌墙,突然被一条窜出的蜈蚣咬伤其右手食指,当时痛不可忍,急用敬神香点燃代艾卷,将火头置于距咬伤处约 1~2 公分左右,以灼艾痛掩盖过咬伤痛感为度,少顷痛即消失。另治一左手前臂被蜜蜂螫伤患者,亦用此法改用艾灸而立时止痛。由此联想到古籍为何反复记述灸动穴阿是治疗诸毒虫、毒兽……咬螫伤之法而效果甚佳之说,的确言之有据。如针灸治疗犬伤、狂犬病。《素问·骨空论》谓:“犬所啮之处灸二、三壮。”此后,历代文献屡有论述,葛洪《肘后备急方》、陈延之《小品方》、日本《医方考》、王焘《外台秘要》、王怀隐等编纂的《太平圣惠方》、王惟一的《铜人腧穴针灸图经》……均载灸法治狂犬咬伤法,特别是宋·王执中《针灸资生经》的刊印者元代蒲登辰中还提到治验:“近年有为狂(即黄鼠狼等兽类)獠(音制,或作瘰,本作獠,即疯狗)所伤者,亦尝依经灸活三人。”并称有为狂犬伤已八日的患者,用药失效,亦灸之而安。此后《针灸聚英》、《针灸大成》也转载此法。明·薛己《外科心法》亦载一例,谓用隔蒜灸获效。1982 年 1 月 7 日《光明日报》报道河南沈丘一医生用祖传针灸治愈狂犬病达千余例之多,均表明此法疗效确实,值及进一步验证,其机理是否因咬螫伤后,毒素仍留在伤口,未进入血液循环,及时用灸火高温灼

其处,既可止痛又可破坏其毒素有关。

直取病所的动穴定位法,对于某些病症,如痈疽疮疡、恶性肿瘤等,用之可否致病原微生物及毒素乃至肿瘤细胞扩散转移至循环系统到达重要脏器而引起严重后果?乃是值得深入探讨的重要问题,故目前仍须慎用为宜。

需要检测后定位的动穴

目前主要有目测、指测、热测、电测四法。

1 目测法 即以视觉扫描,目测搜索患者皮肤色泽、形态异常的小丘疹、小白点、小黑点、小红点、“红瘰”、“红疙瘩”、“红筋”、“青筋”……作为动穴定位标志。《肘后备急方》载:“救中恶卒死方,视其上唇里絃絃者(似指上门齿缝上唇系带),白如黍米大,以针决去之。”此以白色的点作定位指标,乃采自民间验方。八十年代末,应邀赴乌鲁木齐讲学,在郑州转车后的第二天,车上一中年女性旅客突发昏厥,因晕车而久未进食,似是低血糖之故。当即找来注射针头,再掀开患者上唇发现其唇系带上确有一灰白色小点,于是针其处,移时而苏。又清代《医宗金鉴》称灸腋气(狐臭)方,先剃去腋毛,“乃用淀粉水调搽患处。六七日后,看腋下有一点黑点,必有孔如针大,或如簪头,即气窍也。用艾炷如米大灸之,三四壮愈,永不复发。”此乃据黑点出现处作为定位座标。这里所谓“腋气”当属局限性臭汗症,“气窍”或“孔”指腋窝大汗腺的排汗口而言。至于腋臭形成,乃由汗液中的蛋白质、碳水化合物、分泌汗液的细胞或加上乳臭杆菌在皮肤上分解,其腋窝细菌和汗液中的有机物起作用后,形成了不饱和脂

肪酸,从而产生出腥骚气味。关于“黑点”,则又可能为兼有慢性便秘病人肠中的叫喙酚,从汗中排出经氧化后所呈现的青绿或黑褐色凝结而成的色汗症表现。白点、黑点之外,更有所谓小红点之说。清·鲍相璈《增广验方新编》谓麦粒肿可在“背上膏肓穴处第三节骨两旁有小红点,用针挑破……或用灯芯一烧即愈。”并补充说,如不现小红点,可“用梳背频刮之,红点自现。”以上记载有两点值得注意:一是说明皮肤颜色异常的点可有隐性显性之分。其不现于体表者属隐性,可用化学(淀粉水)或物理(梳背刮)方法激发而使之向显性转变。二是其动穴定位,也有局部与远隔之异。臭汗取局部而麦粒肿则取远隔部处。回忆六十年代曾治一麦粒肿患者,右下眼睑生麦粒肿两处,红肿数日,稍有痛感,影响睡眠,始用热敷加服抗生素失效,乃据上述方法,于背部第五胸椎旁约二寸处找到一小红点。当即取毫针直刺其处,令得气并出血数滴,每日一次,连治三日竟愈。表明其验方确有可重复性。关于各种痛症红点出现部位的规律性,目前尚未明了。如李时珍《本草纲目》引“济急方”与清·吴尚先的《理瀉辨文》中有治绞肠痧、阴痧、腹痛、肢冷法,只笼统地称在“身上”找红点,然后用灯芯草油点火炸爆其上,并未具体指明红点现于何处。某年夏天治一青壮年农民因饮食不洁突发腹部脐周痛伴吐泻,四肢厥冷,脉数,舌苔白腻,当即针足三里、天枢、内关等穴,仍痛甚,继于腹背部找红点,于下腕与肝俞旁发现淡红色小丘疹处,施艾卷灸约五分钟,腹痛渐去,再灸约 20 分钟,四肢回温,吐泻少止,翌日再灸一次而愈。

还有所谓“红筋”、“红瘰”、“红疙瘩”、“红线”、“红丝”诸说,清·赵学敏《串雅外编·针法门》:“挑闷疹子,分开顶门有红筋、红瘰,挑破即止。”所谓闷疹子,当指欲发未发的斑疹;“红瘰”则似高出表皮的圆形突起疹点,与“红筋”之属长条形者有异。该书又载:“喉痺,觅红疙瘩,用针挑破即愈。”故“红疙瘩”似与“红瘰”类似。关于“喉痺”乃咽喉肿痛总称。学生谢强教授以中药针灸配合治耳鼻喉科擅名,尤擅治喉科疾患,其治急性咽喉炎症,用清代郑宏纲《重楼玉钥》所载之法,以刺营放血为主,除于大指端耳轮等处出血外,还选取局部刺出血,如治急性咽炎于咽窍患部,治急性出血性或化脓性扁桃体炎以及扁桃体周围炎等,于舌腭弓和软腭红肿处,选肿起处刺数下使出血少许,多能速效。(参见上海中医药大学出版社邵水金等主编的《魏稼针灸经验集》)目前该课题已申报国家科技部获准实施进一步研究。

尚有“红线”、“红丝”说,如清·王洪绪《外科证治全生集》载:“手小臂、足小腿,生如红线一条者,名红丝疔。要在红线始末两头刺破,毒随血出而愈。此(应作“迟”)则毒入肠胃,不救。”此法还见于许多中医外科专著。所谓“红丝”,当指四肢感染细菌及其毒素进入血脉的表现,刺其两头放血,意味着排除菌毒,增强免疫,免致扩散到重要脏器(未必只是肠胃)而引发严重后果。

此外,明·龚廷贤《万病回春》中,有“血筋”、“青筋”记述,该书云腹中有痞块,可于脊两侧找到“血筋”发动处灸。该书还称治脐风,可于脐青筋上行于腹部的分岔处“青筋头”施灸。其“红筋”、“青

筋”,当指显露于体表的静脉而言。

寻觅皮肤小红点施挑刺,近代应用颇多,证明疗效确实。因前已述及,兹不赘。

以上只是仅凭目测,即可于体表显现的颜色异常处定位的动穴。至于诸病于体表呈现的颜色异常处究竟与疾病有何特定联系?其治疗机理又如何?密码待解。

2 指测法 乃用手指或器物按压体表,以寻觅患者感觉或形态异常之处。系应用最广历史最悠久的一种简易检测法。今人多称其处为反应点、敏感点、阳性点、良导点、牵涉点等。也包括古称阿是穴、天应穴、不定穴……。日本柳谷素灵《针灸医学全书》则称奇穴、奇俞、别穴、畦穴、打当穴。其感觉异常情况,按患者主诉,又可分为以下几类。

(1) 快感:这是一种与针刺“得气”感相同的感知,古今文献记述颇多,如《灵枢·五邪》:“邪在肺…取之膺中俞三节五藏(肺俞、魄户)之傍。以手疾按之,快然乃刺之。”又“癫狂”篇:“咳而动手者,与背俞。以手按之立快者是也。”孙思邈《千金方》中关于阿是描述,亦有“人有病痛,即令捏其上。者当其处,不问孔穴,即得便快或痛”之说。宋代《圣济总录》中谓取穴“有按之快然者。”日本玉森贞助谓:“喘息,从第七颈椎至第一胸椎旁按之有快感处是穴”。均指按压后出现快感而言。至于《灵枢·背俞》篇谓取背俞“欲得而验之,按其中应在中而痛解,乃其俞也”,当然也可视为快感而作定位依据。曾治一胃下垂患者,男性,53岁,平时体质弱,加以长途负重行走而致胃下垂至脐下二横指,常感上腹胀满不适,食欲减退,体重减三公斤,全身肌肉松弛。按诊背

部夹脊诸处,当按至膈俞外半寸时,患者连称“舒适”,乃以此穴为主,再结合其它压痛点针治约20次,诸症大减,胃下垂上升寸余。

(2) 痛或痠疼感:类同针刺得气感,出现最多。即按《灵枢·经筋》篇所说“以痛为输”。这里的痛,当包括按前痛与按后痛两种。前者属患者主动出现的症状,后者似指按压后被动呈现的体征。所谓按前痛,即未经按压检测,先有痛感,如宋·许希《针经》谓:“妇人产后浑身痛……于痛处即下针。”明·薛立斋《外科心法》谓:“肺疽中府隐隐痛”;龚廷贤《万病回春》谓:“心痛针肘后痠疼处”。当指取患者施压前出现的痛感部位而言。其次,所谓按后痛,即用按压检测后出现的痛感部位,如《素问·纵刺论》谓:“邪客于臂掌之间……刺踝后。先以按之痛,刺之”;又:“邪客于太阳之络。”于背夹脊穴“按之应手如痛,刺之”。承淡安《针灸薪传集》谓肺病按诊中府有痛感等均是。

所谓“痠痛”,疼即痛,痠通酸,均为同义词。痠疼当指患者痛痠兼现的主观感受而言。如王执中《针灸资生经》谓癆瘵取膏肓穴,且“按之痠痠”或“疼甚”定位;治“足杂病”以按之痠疼处施灸方效;治偏风便血,谓“按之痠疼方灸,不疼则不灸也”。王氏书中多处谈到取静穴亦以此为定位指标,如治历节风取曲池、合谷、三里;治痢取风池;肾虚取肾俞;肠风取大肠俞;带下取带脉;气喘取膈俞等,均以按之是否现痠疼,为决定是否采用的依据。到了明代,张景岳《类经图翼》中亦谓虚损取掌中与合谷相对处,以“按之极痠者是穴”认为用灸甚妙。综上可见,痠痛既可兼见,亦可单见,可只痠不痛或只

疼不痠。

对于每一患者痠疼出现部位,古籍尚难找到有关规律性认识的记述。但据临床所见,可有如下几种现象:①多在病所或其周围;②多与受病脏器经络有关;③多与神经分布有关。临床可据此在病灶或有关经络脏器、神经分布区域找穴定位,无须大海捞针式的作全体扫描,盲目寻找。其次是痛点覆盖面积,一般较局限,多为 1~2 平方厘米;第三是每一患者敏感点出现数量,也不一致,以 3~4 处为多,有时仅有一处,有时则可达数十处之多。如 1994 年在西欧讲学期间,在比利时下榻饭店主人介绍一位女性患者,称因下楼摔伤脊椎,从颈椎直到骶椎均有不同程度损伤,出现颈、肩、臂、背、腰、骶等多处疼痛,大便失禁,每日 6~7 次,检查以上各处出现压痛敏感点竟达 20 余处之多,其分布部位,主要在夹脊及其两侧或脊椎上下等处。为之针刺其处数天,止痛甚佳,每日大便次数减至 2~3 次。

(3)麻感、热感、放射感:类似针刺得气。《素问·举痛论》谓寒气客于背,按之可现热感。《明堂经》谓取膏肓穴须得中指麻;《外科大成》谓瘰癧取尺侧肘尖突出骨尖,认为按之小指麻方是“真穴”。《名医类案》谓张景岳诊胸腹痛,按章门感觉可连胸腹等。不过,以上现象,临床较少见。

(4)医生诊查时的指感异常:与前述三类均为患者主诉的感觉异常不同,如《素问·骨空论》谓“灸寒热之法……缺盆骨上,切之坚痛如筋者灸之……”。日本代田文志《针灸临床治疗学》谓“有病的经穴,比其它健康部分的皮肤感觉缺乏弹力,在其中可以触知疙瘩状的硬结,有时指尖可触到纺锤状

肿起。”又:“压诊经穴的反应时,须先知其有无硬结与压痛,指头触到的硬结,有时长长的作纺锤状,有时圆圆的作点状,有时又作带状…可见多有压痛。”五十年代我国著名皮肤针专家孙惠卿在其《刺激神经疗法》一书中谓“在有结节、障碍物、条索状物、变形性改变和有异常感觉处,应给予刺激。”当属这一反应。但这些现象,临床也不多见。

3 灸测法 是指艾灸体表以发现患者热感异常之处的一种检测方法,人民卫生出版社最近出版了我院学者撰写的《腧穴热敏化艾灸新疗法》一书,书中对此法作了详细的论介。

其法:点燃艾卷后,用回旋、往返、雀啄或固定法施灸,悬置于距患者体表约 1~3 公分左右处,以探查发现其热感反应异常处,即认定为该患者需用的热敏化腧穴,这些腧穴主要有以下几种表现:①透热:即热感向深部透入或表面不热深部热。②扩热:即热感向四周扩散。③传热:即热感向远部传导或局部不热远部热。④喜热:即其处特别喜热、嗜热,灸时有快感。⑤耐热:即其处对热感有较高耐受性。⑥或出现其它非热感,如酸、麻、胀、痛、压、重、凉、蚁行、流水样感觉。⑦灸后患者多诉症状明显减轻。以上反应每一患者或部位不必全部出现,也有少数患者可全不出现。其出现部位大多与原有腧穴部位不符,但也可重合,再是有时变特性,即随着时间推移,其部位与反应强度可有变化,治疗期中可出现反应点消失、转移现象。

敏化穴分布规律与高发区,临床观察发现了 20 多种疾病的敏化穴分布规律,即:①多出现于患部及其周围;②多出现于原治疗经穴

相关处;③多出现于相关神经节段分布部位。其次,如面瘫在翳风穴区;感冒在风池或上印堂穴区;盆腔炎于三阴交穴区;眼疾在耳垂区等,均为高发区。

灸敏化穴治疗的病症,观察了以下 28 种病症有较好疗效:感冒、慢性支气管炎、支气管哮喘、消化性溃疡、功能性消化不良、肠易激综合症、便秘、原发性痛经、盆腔炎、阳痿、偏头痛、面瘫、三叉神经痛、面肌痉挛、枕神经痛、疱疹后神经痛、脑梗死、失眠、过敏性鼻炎、荨麻疹、颈椎病、腰椎间盘突出症、肩周炎、膝关节骨性关节炎、肌筋膜疼痛综合征、网球肘。

灸法得气问题:关于灸法得气理论,历来论述甚少,只是到了金元时代,李东垣弟子罗天益曾在其《卫生宝鉴》一书中曾提及为体质极差患者施灸不得气效果不佳案例,以之印证窦汉卿气不至无效之说。到清代,《医宗金鉴》则提到“凡灸诸病,必火足气到始能愈”。明显提到用灸亦须强调得气。迄于今日,临床医生大都对灸法得气未予足够关注。本书作者发现施灸仍是“气至而有效”,仍须强调“气至病所”,热敏化穴在灸后感传反应出现率可达 90% 左右,还对其宽度、深度、走向、时间均作了探讨。发展了气至理论。

五十年代初,日本幸羽赤兵卫出版专著报道了“知热感度测定法”,即用其它热源测定俞穴,与艾灸测法不同,作者称于 1950 年曾患扁桃体炎,因置放热水袋于足部取暖,当与左脚趾贴近时毫不觉热,后于左大腿找到了敏感点,针后左脚趾恢复了热感,病也随之而愈。这一发现,引发了作者进行反复临床验证,治好了不少疾病,发

(下转第 21 页)

安故也”，此系神志不安引起的君火妄动。由于“心不主令，相火代之”，君火引起调控相火的作用功能紊乱，相火失于调控而妄动，故此“阴火”是内伤引起的君相火妄动所致的“邪火”、“壮火”。由于相火随脏腑所寄，其病亦随五脏而见，故有肝火、肾火、心火等别指。

《内外伤辩惑论》曰：“惟阴火独旺，上乘阳分，营卫失守，诸病生焉”。《脾胃论》又云“脾证始得，气高而喘，身热而烦，脉洪大而头痛，或渴不止，其皮肤不任风寒而生寒热。此阴火上冲，脾胃之气下流，使谷气不得升浮，是春生之令不行，则无阳以护营卫，则不任风寒”。其论皆不离乎营卫。东垣引《难经·三十六难》说：“水去则营散，谷消则卫亡，营散卫亡，神无所

依”，又云“血不可不养。卫不可不温，血温卫和，得尽天年”，是皆注重血中营卫耳。盖营卫之流通变化责之胃土之资，少阳肝胆主枢，故行升发之气于上焦，助中焦脾胃以化营卫，至上焦心肺转输营卫于肌表阳分，营卫布行，腠理玄府开合有度，气血津液调和，火温气和，体温恒定。“脾乃营之本，胃乃卫之源”，若脾胃伤则不输其谷气，而营卫不得受谷气充养，于是气日以削。脾虚谷气不得升举以充上焦，上焦主行营卫，谷气不充则卫虚营竭，肌表营卫失和，汗孔开合失度而发热，内之营卫之气虚，升降不得，郁滞于血脉之中，相火亦不得宣通，郁而不能泄越，“阴火得以乘其土位”而发病，若日渐煎熬，血气

亏少，则心失所养。故王履《医经溯洄集》曰：“胃不能纳而谷气衰少，则清无升而浊无降矣，故曰上焦不行，上不通则郁矣，郁则少火皆成壮火，而胃居上焦下脘两者之间，故胃气热，……但气有郁则成热耳”。水谷入胃，营出中焦，卫出下焦，营卫因脾胃虚弱而虚滞于血脉中，盖“脾胃虚弱，阳气不能生长，是春夏之令不行，五脏之气不生”，“诸阳气根于血脉之中”，故东垣指出“火乘土位，……系阳气衰弱不能生长”，“夫脾胃不足，皆为血病。”而血脉内外营卫郁滞不行，则君相之火亦不得宣行通畅，遏伏脾土血脉中。脾虚气陷是导致发热的内在原因，营卫失和则是中间环节。

(上接第18页)

表论文后引起了学界关注。其检测法是：点燃线香或用测定仪靠近井穴或背俞穴来回移动以观察患者感知热度的距离、时间和左右差等，作为诊断虚实的依据，进而施以针刺补泻以治疗疾病，其所用热源与艾条不同，所用俞穴亦异，是以“静态型俞穴”为主，且未提及灸法得气之说。

4 电测法 这是近半个世纪以来新兴的检测法。即用皮电测定仪，通过电流在体表的检测，初步发现了经穴具有较高的导电性—低电阻，于是认为腧穴具有低阻抗特性，即所谓良导点。近年来有人用各种经穴测定仪于耳穴找敏感点针刺诊治高血压、急性扁桃腺炎等，有较好作用。《中华外科杂志》1961年1期报道福建省立医院外

科治急性阑尾炎，用经穴测定仪在鼻翼沟处发现敏感点后施针刺，有较满意效果。虽然这种检测法目前似有被冷落现象，但其继续研究价值仍然存在。

以上是目下对动穴检测的四种主要方法。应当说这些检测法大多比较原始粗糙，精度不够，检测设备工具指标方法有待进一步提升其精准度，以期在临床诊断治疗上发挥更大作用。至于其它声、光、磁等物理、化学、生物检测法，也有待探索与发现。

动穴检测定位，必然涉及腧穴面积、数量及针刺深度角度等问题，每一腧穴覆盖面、广度究竟多大？目前尚无量化指标。但据临床应用，则有点、片、线之异，所谓点，则非常局限，如少商距拇指内

测爪甲角一分；所谓片，范围应较大，如拔罐直径可有数公分；至于“线”，则如用皮肤针，在经络线上下叩刺，可达数十公分甚至更长。至于动穴数量，因体表面积竟究有限。假设以一体态魁梧成人的体表面积为二平方米左右，每穴占0.5公分计算，那么将全身排满也就几万之数，即已爆满，再多则针插不进、水泼难入了。故应是有限的。再是目前所说的腧穴定位，乃指体表而言。其深部定位，究竟到达何处，也须用解剖组织学名词准确表述。因为表层定位不等于深层次定位之故。还有一个问题是有人认为力敏点适用针治，热敏点适用灸法，各种检测治疗工具与适应范围之间究竟有无特定联系，有待观察研究。