

☆文献研究☆

论针灸施治处范畴与分类

赵京生

(中国中医科学院针灸研究所, 北京 100700)

【摘要】 针灸疗法的实施是在体表选定的点位针刺或灼艾, 这些点位的性质和类别多样, 而现有针灸理论体系中与之相关的只有“腧穴”范畴及其分类, 未能全面涵盖, 对针灸的传承、应用及研究等造成不利影响。本文基于对前人有关理论认识的挖掘和提炼, 分析不同针灸体表点位的性质特点, 提出针灸施治处分类的框架设想, 以期针灸理论体系不断完善, 发挥其应有作用。

【关键词】 针灸施治处; 腧穴; 针灸理论体系; 内经; 官针

【中图分类号】 R245.2 **【文献标志码】** A **【DOI】** 10.13702/j.1000-0607.200736

Category and classification of acupuncture treatment sites

ZHAO Jing-sheng (Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

【ABSTRACT】 The implementation of acupuncture and moxibustion refers to acupuncture or moxa burning at the selected sites on the surface of the body, and such sites have different natures and belong to different categories. The current theoretical system of acupuncture and moxibustion only contains the category of “acupoints” and their classification and does not cover all related concepts, which has an adverse effect on the inheritance, application, and research of acupuncture and moxibustion. Based on a deeper analysis of related theories, this article analyzes the nature and features of different sites for acupuncture and moxibustion on the surface of the body and proposes a frame for the classification of acupuncture treatment sites, hoping to constantly improve the theoretical system of acupuncture and moxibustion and give full play to its role.

【KEYWORDS】 Acupuncture treatment site; Acupoint; Theoretical system of acupuncture and moxibustion; Yellow Emperor's Inner Canon; Official Needles

针灸施治处是指在体表实施针灸疗法的刺激处所, 古称“砭灸处”(《史记·扁鹊仓公列传》)。对针灸施治处有关内容的理论认识, 古今都主要集中在腧穴范畴。然而, 腧穴只是针灸施治处中位有定处的一类(阿是穴不应在此列, 详见后), 是施治处的重要组成部分, 而并非全部。相应地, 腧穴体系并不能代表和涵盖针灸施治处的整体。当今以针灸统编教材为代表的理论体系中, 有关针灸施治处的内容, 只有腧穴及其分类, 未能包含所有施治部位, 也缺少整体范畴以及划分框架, 不能全面笼括针灸的经验用法与特性认识, 造成理论与实践有所脱节。因此, 若要全面认识针灸疗法效应原理, 完善针灸理论体系结构, 发挥理论对临床应有的指导作用, 就需要宏观思考针灸施治处的实际范畴与间架逻辑。本文在既往研究基础上^[1-2], 试重新审视这一范畴的内容, 并就基本分类提出初步框架设想。

1 钩沉与提炼——从《官针》说起

溯源古代理论, 对解决上述问题有重要意义的是《灵枢·官针》篇。一般视之为刺法专篇, 其中对实施针灸疗法的两个基本要素——施治处(刺处)与施术法(刺法), 都有论述。有关刺处的内容, 更具普遍意义的是以下两段:

病在皮肤无常处者, 取以鑱针于病所, 肤白勿取。病在分肉间, 取以员针于病所。病在经络痼痹者, 取以锋针。病在脉, 气少当补之者, 取以鍤针于井荣分输。病为大脓者, 取以铍针。病痹气暴发者, 取以员利针。病痹气痛而不去者, 取以毫针。病在中者, 取以长针。病水肿不能通关节者, 取以大针。病在五脏固居者, 取以锋针, 泻于井荣分输, 取以四时。

凡刺有九, 以应九变。一曰输刺; 输刺者, 刺诸经荣输脏腧也。二曰远道刺; 远道刺者, 病在上, 取

项目来源: 国家自然科学基金资助项目(No. 81873241)

第一作者: 赵京生, 教授, 研究方向: 针灸基础理论与针灸学术史。E-mail: kxy2761@sina.com

之下,刺府腧也。三曰经刺;经刺者,刺大经之结络经分也。四曰络刺;络刺者,刺小络之血脉也。五曰分刺;分刺者,刺分肉之间也。六曰大泻刺;大泻刺者,刺大脓以铍针也。七曰毛刺;毛刺者,刺浮痹皮肤也。八曰巨刺;巨刺者,左取右,右取左。九曰焮刺;焮刺者,刺焮针则取痹也。

对照前后两段,内容及认识大多一致,只是角度不同,论刺处,前段以病症治疗统之,后段以“刺法”之名统之。这些有关针灸施治处的认识,属于治疗经验提炼后的条理化,着眼于实用,还未形成针对刺处的系统理论,因此,其理论价值需要带着问题意识去领会与挖掘。

其一,前段内容是以“九针”理论为框架论述各类病症的针刺方法(针具和刺处),其九针顺序(两处“锋针”位置有异)及功用对应于《灵枢·九针十二原》的专论。对刺处类别的认识体现于“病在某某……针于某某”,可归纳为“针于病所”与“针于井荣”两类。

其中,“病在皮肤……病在分肉间”的“病所”具体所指,从后段论“毛刺”“分刺”可知,是在病痛处刺至皮肤或分肉间,为层位角度而言的病邪所在处。皮肉筋为身体基本组织构成而分布全身,是针刺入的深浅层位。凡取体表病痛处针刺都论及深浅,这是皮肉筋骨之外经病的刺治方法特点,在“官针”篇大量痹痛刺法(如“十二节”刺)中都有体现。所以,从分类角度将“针于病所”作为一种取病痛所在之处的划分方法,可概括“病痹气暴发……病痹气痛而不去……病在中……病水肿不能通关节”四者。属于此类的,还有“病在经络”的“痼痹”,方法是“取以锋针”。锋针之用,据《灵枢·九针十二原》“锋针者,刃三隅,以发痼疾”和《灵枢·九针论》“主痛热出血”之论,即刺血络或(经分)结络,法同后段之“经刺”“络刺”。以上这些“刺法”,所刺之体表的“刺处”,都是随病痛所在而取,没有一定之处。“井荣”代指五输穴,位有定处,为四肢肘膝以下相应于脏腑的体表特定处所,也是脉气所行之处,即“五脏五腧,五五二十五腧;六腑六腧,六六三十六腧。经脉十二,络脉十五,凡二十七气以上下,所出为井,所溜为荣,所注为腧,所行为经,所入为合,二十七气所行,皆在五腧也”(《灵枢·九针十二原》),所以“病在五腧”和“病在脉”(指脉象异常的气血盛虚病变),就“针于井荣”之腧穴。

其二,后段9种“刺法”所持认识,已不拘于“九针”框架,主要从所刺之处进行归纳分类。其中,所刺“脏腧、府腧,大经结络、小络之血脉”,为体表刺处,包括腧穴及血络、结络。腧穴具体为五脏之原(输)和荣穴、六腑之下合穴,皆在四肢肘膝以下,较

早形成理论认识而被特别重视,如《灵枢·寿夭刚柔》所说“病在阴之阴者,刺阴之荣输;病在阳之阳者,刺阳之合”(按:“阳之阳”应为“阴之阳”)。血络、结络位置不定,多在病痛附近,为体表的一种可见或可触及的病理反应点或阳性反应物,是《内经》中针刺治病的常用刺处。刺“皮肤,分肉之间”,大类仍属刺处,却意在刺处之立体纵深,为体表刺处位置选定后刺入的操作层位,对应于前段“病在皮肤”“病在分肉间”的“针于病所”。“焮刺者,刺焮针则取痹也”实指经筋刺法(《灵枢·经筋》十二经筋条下皆有“治在焮针劫刺,以知为数,以痛为输”),包括两个因素,即“以痛为输”之所选刺处与“焮针”之刺法,理论上所刺在“筋”,则“九刺”所及体表组织得以涵盖“皮肉脉筋”。而“巨刺者,左取右,右取左”,也属刺处,不过是取对侧而已。所以,“九刺”一节包含了古人对刺处的主要认识,为条理化总结,见表1。

相关论述还见于《素问·调经论》所载“其病所居,随而调之。病在脉,调之血;病在血,调之络;病在气,调之卫;病在肉,调之分肉;病在筋,调之筋;病在骨,调之骨。焮针劫刺其下及与急者;病在骨,焮针药熨。病不知所痛,两蹠为上。身形有病,九候莫病,则缪刺之;痛在于左而右脉病者,巨刺之”,表述上虽概括简明,但偏于针刺治病“随而调之”的法则。

总体上,经典理论对所刺之处的认识还在具体层面,多从针刺操作角度划分,归纳其内容,可划分为腧穴、病所、反应点3类,其中后两类有一定共性,都不是既定的刺处;划分的基础是所治病症类别,病有内外,四肢腧穴主要对应于内脏病,“病所”和“反应点”主要对应于外经病。可以说,“官针”篇对针灸施治处的划分,给出了大体框架,对理论建构思路有重要启发,见表2。

2 完善与建构

2.1 前人探索

古代有关针灸施治处的较全面陈述,以《灵枢·官针》为代表。后来提出的“阿是穴”,是对概念及取法的创新与明确,其性质上仍属非既定之处,本质则古已概之。对认识针灸施治处分类问题有所推进的,是“定穴”(《医学纲目》)和“不定穴”(《扁鹊神应针灸玉龙经》)概念的提出,不再限于刺处的具体所在,而着眼于刺处的特性——“定”与“不定”,按共有特性来归类,更具高度。只是,将位置不固定的刺处纳入“腧穴”范畴,则“腧穴”概念含义已然变化,而其他如血络等针灸施治处则游离在外。然而这种思路方法,对今天完善理论体系却足资启迪。

表 1 九针、九刺与刺处相关内容对照

九针			九刺	
《灵枢·九针十二原》			《灵枢·官针》	
文序	针具	功用	前段	后段
一曰	鑱针	去泻阳气	病在皮肤无常处者,取以鑱针于病所	输刺,刺诸经荣输脏腑 远道刺,刺府输 毛刺,刺浮痹皮肤 分刺,刺分肉之间 经刺,刺大经之结络经分 络刺,刺小络之血脉 焠刺,刺燔针则取痹 巨刺,左取右,右取左 大泻刺,刺大脓
二曰	员针	指摩分间,不得伤肌肉,以泻分气	病在分肉间,取以员针于病所	
三曰	鍉针	主按脉勿陷,以致其气	病在脉,气少当补之者,取以鍉针于井荣分输	
四曰	锋针	发痼疾	病在经络痼痹者,取以锋针病在五脏固居者,取以锋针,泻于井荣分输	
五曰	铍针	取大脓	病为大脓者,取以铍针	
六曰	员利针	取暴气	病痹气暴发者,取以员利针	
七曰	毫针	取痛痹	病痹气痛而不去者,取以毫针	
八曰	长针	取远痹	病在中者,取以长针	
九曰	大针	泻机关之水	病水肿不能通关节者,取以大针	
角度	刺法			刺处

注:“前段”“后段”原文顺序按内容类别略作调整

表 2 《灵枢·官针》刺处类别归纳

范畴	类别	具体处所	相应“九刺”	适用范围
刺处	腧穴	四肢经穴	输刺,远道刺	脏腑病
	病所	皮肤	毛刺	外经病
		分肉	分刺	
		筋	焠刺	
	反应点/物	血络 结节	络刺 经刺	



图 1 针灸施治处系统立体结构示意图

2.2 新范畴及结构

对针灸施治处的理论建构,需首先补齐概念,将视野从“腧穴”的局限扩展至各种针灸处的全局范围;其次,汲取古人对这些施治处性质的认识,从固定与否的角度分别归类。

固定施治处,包括传统腧穴概念和现代“微针系统”^[3-5]。传统腧穴遍及全身,故有“体穴”^[6-7]之谓;微针系统是以体表局部影射全体(如耳穴、头皮穴等),可称“微系统穴”^[8]或“区域穴”。

非固定施治处,包括病症所在部位及周围,和病变的体表反应处。病症所在较易确定,一般即患者诉说的病痛处或周围;体表牵涉处则需检视而得,包括反应点与反应物,如反应异常点(如阿是穴、“敏化点”^[9-10]等),血络或结络,或皮下结节、条索状物等,见图 1。

从两类针灸施治处的应用范围来看,虽然非固定施治处更多用于外经病,但随着病症认识发展和针灸诊治经验不断积累,内脏病与外经病的划分及

其治法对应关系也在发生变化,界限只能说是相对的。实际应用中,尤其在辨证选穴与配穴中,这两类施治处多以主辅相配形式结合为用。

3 相关问题

3.1 分类中的模糊概念

对针灸施治处,从“固定”与“非固定”的角度分为两类,关系对腧穴及其理论的理解认识。

古今都认为,腧穴并非如针尖般大小的点,而是一个有限的穴位区域^[11],这个区域的具体位置及大小,因个体及病症而存在一定范围内的差异。所以,腧穴可以说是一个位置确定的有限范围。相对于另一类非既定、随“病所”而异的针灸处,腧穴是位有定处的。之所以如此,主要因其与特定的脏腑器官及远隔部位有效应关系,在针灸实践中经反复的效验而被记录。这种效应关系,虽然理论上存在于所有

“腧穴”,但实际显著者主要在四肢肘膝以下、背部等处。这种体表远隔部位之间、体表与体内之间的关联,表明这些以“腧穴”相称的体表位域特性是身体本身所具有的。其所在的发现,经历从不确定到确定的过程,这种发现过程以及具体位置的个体差异,不应与“以痛为输”的方法及性质全然相混。“病所”即病痛所在处或周围,随病痛而异,相对随机。因此,“病所”等针灸处与“腧穴”之针灸处,尽管都有治疗效应,但性质并不相同。

阿是穴,本指“病所”及其周围有触按反应的针灸处,载于唐代《千金要方》,但方法本质却非新创,“阿是”称谓已明其为不具医学专门知识的一般百姓所用之法^[12],以孙思邈之博学,对此不会不知,其收录于是书,或有对比于医者、医书以经穴治病的“正法”之意。作为与定处之“腧穴”性质不同的一类针灸处,阿是穴实为明确取法的不定之“病所”针灸处的代表,本应另作划分,却被归入腧穴类,并且持续影响着学界对腧穴及针灸处分类的认识,虽然时有质疑之声^[13],但大多仍囿于腧穴范围,难以获得合理解决。

反应点,亦称“病理反应点”或“阳性反应点”。这个现代术语的内涵其实可以涵盖多种针灸体表刺激点,包括部分腧穴。如《内经》所论腧穴涉及的部分特点,位于四肢的五脏原穴,“五脏有疾也,应出十二原”(《灵枢·九针十二原》);位于背部的五脏背俞穴,“皆挟脊相去三寸所,则欲得而验之,按其处,应在中而痛解,乃其腧也”(《灵枢·背腧》)。除腧穴压痛等反应外,还有经脉分布区域中的血脉充盈、凹陷,以及压痛之结节或索状物等现象,如“腠下陷脉灸之……缺盆骨上切之坚痛如筋者灸之”(《素问·骨空论》)。阿是穴法所取之处,也属此类;而背俞穴“按其处,应在中而痛解”的现象也表明,至少部分经穴的发现也是这种方法。所以,一些现代中医工具书将“反应点”解释为“近代对腧穴的一种称谓。又称疾病反应点”^[14-15]。虽然并不很准确,但反应点与腧穴及其他刺激点的关系,不断被学界反复体认。如有医者发现慢性鼻窦炎患者中多数可在胸部第一侧线出现压痛点,且针刺获效^[16];认为反应点“是腧穴在人体病理状态下的表现”^[17]，“腧穴为脏腑经络病变的反应点”^[18]，“腧穴是疾病在体表反应点”^[19]；“耳穴是反映内脏疾病”^[20]。有研究者^[21]经系统观察后认为,穴位阳性反应包括感觉和形态变化。对这类现象,近几十年来又以“敏感点”^[22]“敏化点”^[9-10]等来表达。“敏化”可有多种表现形式,如“痛敏点”^[23-24]“压敏点”^[25]“热敏点”^[26]等等,无论

穴与非穴都可出现,在基本特征和性质上,除热敏点外,其实都可以阿是穴涵盖。

因此,反应点(及反应物),在针灸的固定处与非固定处都可以出现,相当一部分腧穴就是相对固定的反应点。换句话说,反应点有相对固定的和非固定的。而穴位阳性反应,在位有定处的体穴和微系统穴中,常作为达到准确定位的取穴方法,实际上可视为对固定处有限范围内的精准定位,有研究者称其为“腧穴二步定位法”^[27]。本文中将反应点和反应物作为非固定处的一类,也是用其所现“不定”的特性,来概括具有同样特性的阿是穴、敏化点、血络、结节等针灸施治处。阿是穴与敏化点,二者的具体内涵虽然有所重合,但考虑到阿是穴的历史性与影响力,具有特殊意义,所以仍保留;敏化点含更多反应特征和探查技术手段,所以单列。

3.2 点位与层次

针刺施治处,涉及针刺的部位与刺法两个方面,分属不同理论范畴。作为施治处,从体表到纵深是一个立体结构^[13],体表的平面点位都附有纵深组织。在针刺治疗过程中,每一施治处都有两个过程因素:确定平面点位,向内刺针操作。二者是针刺治疗过程中的连续阶段,共同决定着治疗效应。皮肉脉筋骨,为周身施治处基本结构层次,其组织层次特点因身体部位而异(亦即随体表点位而异),腧穴理论中兼顾位置与结构特点的认识内容是五输穴,以井、荣、输、经、合之水的源流与大小来比喻。针刺的体表点位(位置),主要关系功能联系;针刺的身体组织层次,主要关系刺激因素。所以,首部针灸专著《针灸甲乙经》所载腧穴,每穴除定位外,还有针刺深度内容。现代教材中,腧穴定位之下增设穴位解剖。也因此,对针刺施治处的探讨往往是从针灸(治疗)效应出发,“融合”二者,也就混淆了不同概念。本文针刺施治处分类所探讨的,简单说是针灸刺激点的类别。准确表达此意的是《史记·扁鹊仓公列传》“定砭灸处”。因此,针灸施治处的“部位”要区分位置与结构,从系统建构来说,位置分类与结构层次为施治处范畴的不同子范畴。在实践上,无论何种刺灸,先选定皮肤上的施术点位都是必经步骤。随“病所”而定时,确定方法直接,这个“必经步骤”并不明显,而对纵深层次的刺法操作有特别要求;刺处要求在腧穴者,这些既定位置的选定需要专门知识,作为“必经步骤”和内容强调就非常突出。

此外,取用腧穴也需要一定刺法,主要就是补泻。对补泻刺法及其作用,古代极为强调,所谓“凡用针者,虚则实之,满则泄之”(《灵枢·九针十二

原》),“本腧者,皆因其气之虚实疾徐以取之,是谓因冲而泻,因衰而补,如是者,邪气得去,真气坚固,是谓因天之序”(《灵枢·邪客》),“有余不足,补泻于荥输”(《素问·离合真邪论》),所以唐代孙思邈说“凡用针之法,以补泻为先”(《备急千金要方·针灸上·用针略例第五》卷二十九)等,但在现代的实际运用逐渐式微^[28-30]。而取用非固定处,其各种刺灸法的运用与作用,不仅古代视为关键,在现代愈加强调而突出,具体技术方法大量涌现。这样一来,固定处与非固定处的各自两个方面的趋势正好相反,即固定处的刺处地位意义突出而刺法式微(腧穴的因素),非固定处的刺处地位忽略而刺灸法突出(刺灸的因素)。这种情况也容易使针刺施治处内容与刺法范畴相混淆。在理论上,对针灸施治处相关内容缺乏全面认识和建构,仅有腧穴范畴的单一方面;教学及应用上,对针灸处选用所重视和强调的也在腧穴方面。对针灸施治处范畴的认识问题及其形成,上述因素可以说是互为因果。这种认识问题也是影响产生两类相反发展趋势的重要因素之一:在关于针灸施治处方面的现代研究中,关注点只在“腧穴”这一特殊性内容,甚至仅强调腧穴的特异性;对于可不考虑用穴的针灸治法与技法,本是行之千百年的常法,却常被冠以个人的“发明”与“经验”,以示其独特奥妙,甚至以此证明针灸理论之“无用”,如此是对知识积累与发展历史的无视与怠慢。

4 结语

针灸治疗应该落在身体的哪些地方?这是针灸学的一个基本问题,又牵涉广泛,全面认识其性质特点,予以系统分类,建构更具包容性的理论结构,也是必须进行的重要基础研究。对这一理论建构的初步设想,概括而言,原则上,要充分遵循前人的规律认识和合理思路,同时尽可能吸纳近现代较成熟相关新方法新认识;方法上,在针灸理论体系中,对各种施术处所应设施治处范畴涵盖,包括体表位置分类与结构层次两个子范畴。体表位置分为固定处与非固定处两大类。固定处有传统腧穴与微系统穴两个子类;非固定处,有“病处”、反应点及反应物两个子类。施术处的结构层次仍以“皮肉脉筋骨”表达(以方便对应丰富的传统针刺理法),具体内容与刺灸法(施术法)范畴交叉。由此,以期推助理论认识的深化,对针灸之处,从整体来认识其特殊性和普遍性两个方面,使理论能统御实际运用的方法与规律,更具现实意义。针灸理论自《内经》时代发展至今,呈现的突出特点之一是刺处的增加和刺法的丰富,

从本质来说,这种发展之“新”,更多是“量”的叠增,而非“质”的推陈。对针灸技术方法的涌现与翻新,还应冷静剖析内在因素与本质,做出理性评价。

参考文献

- [1] 赵京生. 从应用角度检视针灸理论[J]. 中国针灸, 2017, 37(10): 1115-1118.
- [2] 赵京生. “穴会”——针灸施治处理论的延伸[J]. 中国针灸, 2019, 39(8): 879-882.
- [3] 孟庆云. 祖国医学对生物全息现象的论述与现代系统论[J]. 医学与哲学, 1981, 2(4): 27-28.
- [4] 李胜利, 赵艳鸿, 王富春. 将全息穴纳入腧穴分类的探讨[J]. 长春中医药大学学报, 2003, 19(3): 93.
- [5] 王燕平, 侯学思. 论腧穴分类[J]. 中国针灸, 2019, 39(10): 1069-1072.
- [6] 中山医学院附属眼科医院针麻组. 眼科手术的针刺麻醉[J]. 新医学, 1971(1): 30-31.
- [7] 陈乃明, 林玉屏, 钟芬寿, 等. 耳、体穴经络感传关系: 附505例耳、体穴经络感传普查小结[J]. 中国针灸, 1983, 3(6): 23-25.
- [8] 王雪苔. 微计系统诊疗法的回顾与展望[J]. 中国针灸, 1996, 16(8): 43-45.
- [9] 类维富. “敏化点注射疗法”治疗脑血管意外性偏瘫的探讨[J]. 河北中医, 1997, 19(2): 8-10.
- [10] 彭嘉, 梁恩炽. 夹脊穴和敏化点选择的内在联系[J]. 按摩与导引, 2000(3): 2-3.
- [11] 肖永俭, 肖沛. 腧穴体表面积探讨[J]. 山东中医药大学学报, 1999, 23(1): 3-5.
- [12] 姜姍, 赵京生. “阿是”本义与“阿是穴”由来[J]. 中国针灸, 2016, 36(2): 197-199.
- [13] 高忻洙, 胡玲, 黄学勇. 关于腧穴的几个问题[J]. 中国针灸, 1998, 18(7): 3-5.
- [14] 李经纬. 中医名词术语精华辞典[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1996.
- [15] 陈汉平. 简明针灸辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007: 139.
- [16] 詹永康. 关于针灸选择穴位的一点体会[J]. 中医杂志, 1955(7): 41.
- [17] 康明非, 陈日新. 论“反应点”与腧穴[J]. 江西中医学院学报, 2006, 18(3): 37-38.
- [18] 苗艳换, 云洁, 李宏彦, 等. 从腧穴动态特性探讨针刺临近非穴对照法[J]. 中医杂志, 2014, 55(7): 563-566.
- [19] 张琼帅, 哈丽娟, 王富春. 基于现代文献腧穴是疾病在体表反应点的研究分析[C]//中国针灸学会. 2017世界针灸学术大会暨2017中国针灸学会年会论文集. 北京, 2017: 362-363.
- [20] 华兴邦. 耳穴的实验研究简介[C]//中国针灸学会耳穴专业委员会, 中国针灸学会腧穴专业委员会. 中国针灸学会耳穴、腧穴专业委员会全国学术研讨会论文集. 南京, 2006: 35-36.
- [21] 吴秀锦. 内脏体表联系的临床观察: 136例胃、肝疾病的穴位反应[J]. 广东医药资料, 1979(2): 46-49.
- [22] 詹永康. 针灸疗法上十二募穴的诊断价值[J]. 中医杂志, 1953(8): 4.

- [23] 纪玉兰. 中华医学会麻醉学会第一次疼痛治疗专题学术会议简述[J]. 医学研究通讯, 1989, 18(12): 22-24.
- [24] 魏津平. 当归注射液痛敏点注射治疗慢性腰腿痛验案[J]. 河北中医, 1991, 13(5): 40.
- [25] 蔡圣朝. 压痛穴指压疗法简介[J]. 安徽中医学院学报, 1994, 13(1): 47-48.
- [26] 陈日新, 康明非. 一种新类型的疾病反应点: 热敏点及其临床意义[J]. 江西中医学院学报, 2006, 18(2): 29-30.
- [27] 谢丁一, 陈日新. 《内经》中腧穴二步定位法及其临床应用[J]. 中国针灸, 2014, 34(10): 979-982.
- [28] 李万瑶. 针灸方法在针灸临床中的应用[J]. 针灸临床杂志, 2003, 19(10): 1-2.
- [29] 刘炜宏, 齐淑兰, 成平, 等. 全国针灸临床现状初步调查与研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2008, 15(5): 1-3.
- [30] 张永旺, 图娅. 传统针刺手法临床运用情况医师调查问卷分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(3): 1-3.
- (收稿日期:2020-06-27 修回日期:2020-07-25)
[本文编辑:刘婉宁]

(上接第 855 页)

- [23] 胡幼平, 陈勇, 邢琳, 等. 精神和行为障碍疾病针灸病谱研究[J]. 中国针灸, 2011, 31(10): 937-940.
- [24] POZUETA A, RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ E, VAZQUEZ-HIGUERA J L, et al. Detection of early Alzheimer's disease in MCI patients by the combination of MMSE and an episodic memory test[J]. BMC Neurol, 2011, 11: 78.
- [25] LAI C, LIN R, LIOU L, et al. The role of event-related potentials in cognitive decline in Alzheimer's disease[J]. Clin Neurophysiol, 2010, 121(2): 194-199.
- [26] 楚佳梅, 包烨华, 邹超. 头穴久留针对血管性痴呆病人认知和生活能力及 P300 的影响[J]. 针刺研究, 2008, 33(5): 334-338.
- [27] POLICH J, HERBST K L. P300 as a clinical assay: rationale, evaluation, and findings[J]. Int J Psychophysiol, 2000, 38(1): 3-19.
- [28] 张津津, 逯志杰, 高艳杰, 等. 临床记忆量表的应用[J]. 医学理论与实践, 2017, 30(17): 2543-2546.
- [29] STAFFEN W, SCHÖNAUER U, ZAUNER H, et al. Brain perfusion SPECT in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: comparison of a semiquantitative and a visual evaluation[J]. J Neural Transm (Vienna), 2006, 113(2): 195-203.
- (收稿日期:2019-12-20 修回日期:2020-03-09)
[本文编辑:徐晖]