

本文引用:方园,范丽红,黄河,钟欢,胡舒宁,刘密,常小荣.艾灸与针刺疗法的差异分析[J].湖南中医药大学学报,2020,40(9):1070-1076.

艾灸与针刺疗法的差异分析

方园¹,范丽红¹,黄河¹,钟欢¹,胡舒宁¹,刘密^{1,2*},常小荣^{1*}

(1.湖南中医药大学针灸推拿学院,湖南长沙410208;2.浏阳市中医医院,湖南浏阳410300)

〔摘要〕 艾灸和针刺是中医学两种独立且具特色的外治法,艾灸为温热刺激,针刺则为机械刺激。通过分析古代文献,结合现代研究,从器、用、效、感、术、证6个方面分析艾灸与针刺疗法的不同,认为阴证、寒证、虚证、里证宜用灸法治疗,艾灸具有更好的温热效应及增强免疫的作用;阳证、热证、实证、表证多选用针刺疗法,针刺主要具有通经脉、调气血、和营卫作用,抗炎止痛效果更佳。临床应用时应从整体观念出发,辨证论治,因证择法,选择最佳的灸刺方案。

〔关键词〕 艾灸;针刺;文献研究;差异分析

〔中图分类号〕 R245

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2020.09.005

Analysis of the Difference Between Moxibustion and Acupuncture Therapy

FANG Yuan¹, FAN Lihong¹, HUANG He¹, ZHONG Huan¹, HU Shuning¹, LIU Mi^{1,2*}, CHANG Xiaorong^{1*}

(1. College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China;

2. Liuyang Hospital of Chinese Medicine, Liuyang, Hunan 410300, China)

〔Abstract〕 Moxibustion and acupuncture are two independent and characteristic external treatments in traditional Chinese medicine. Moxibustion is warm stimulation and acupuncture is mechanical stimulation. Through the analysis of ancient documents, combined with modern research, the difference between moxibustion and acupuncture therapy was analyzed from the aspects of apparatus, function, effect, sensation, skill and syndrome, and it is considered that Yin syndrome, cold syndrome, deficiency syndrome and interior syndrome should be treated with moxibustion, and moxibustion has a better effect of warming and enhancing immunity; Yang syndrome, heat syndrome, excess syndrome and exterior syndrome were mostly treated with acupuncture, while acupuncture mainly has the effects of dredging meridians, regulating Qi and blood, reconciling nutrient Qi and defensive Qi, and the effect of anti-inflammation and relieving pain is better. In clinical application, we should proceed from the concept of holism, treatment of syndrome differentiation, select the method based on syndrome, and choose the best scheme of moxibustion and acupuncture.

〔Keywords〕 moxibustion; acupuncture; literature research; analysis of differences

针灸是中医学的重要组成部分,艾灸和针刺是针灸学中最常用的两种独立的治疗方法^[1]。艾灸与针刺均是在中医理论指导下,以经络腧穴学为基础,作用于人体的经络、腧穴或特定部位,通过调节经络系统功能以达到防治疾病目的,避免了药物引起的

不良反应,是世界认可的绿色疗法。艾灸与针刺作为两种不同的治疗方法,艾灸为温热刺激,针刺为机械刺激,两种不同的刺激方式与手段对机体产生不同的调节作用。基于文献研究,本文从器、用、效、感、术、证6个方面入手,分析艾灸与针刺疗法的不同

〔收稿日期〕 2020-05-11

〔基金项目〕 国家重点基础研究发展计划(973计划)项目(2015CB554502);国家自然科学基金项目(81674084,81874509);国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室项目(国中医药人教函[2019]41号);湖南省自然科学基金项目(2018JJ2295);湖南省高校创新平台开放基金项目(18K066)。

〔作者简介〕 方园,女,在读博士研究生,研究方向:针灸治病机制的研究。

〔通讯作者〕 *常小荣,女,教授,博士研究生导师,E-mail: xrchang1956@163.com;刘密,男,教授,博士研究生导师,E-mail: newmean9722@qq.com。

同,阐述如下。

1 干预器具

灸刺虽均为以经络腧穴学为基础,同以体表刺激为特点的外治疗法,但灸刺所用器具却不尽相同。“灸热为源”,灸法大约起源于人类学会火的利用以后。《说文解字》解释说:“灸,灼也,从火”,即灼体以疗病。早期人们可能利用树枝、杂草来烧灼,借用其烧灼产生的温热熏熨、烧灼体表,以缓解或消除疼痛。对艾做燃料有所认识大概是在殷商以前的占卜法,正如《梦溪笔谈》载“以艾灼羊髀骨,视其兆……”《诗经·王风》记载:“彼采艾兮”,这应是对艾的最早记录。《五十二病方》“取泉垢,以艾裹”,首载艾为灸材。《孟子·离娄》载:“七年之病,求三年之艾也”,可以看出艾灸疗法在当时临床应用中有着较高地位。至《黄帝内经》则把艾作为主要灸材,如《素问·汤液醪醴论》曰:“当今之世,必齐毒药攻其中,镵石针艾治其外也。”即当时的人患病,一定要用药物内服,用砭石、针刺和艾灸外治。灸法在其后的发展过程中相继用到菝茀席、蜡、硫磺、蔓荆子、木炭、灯草等灸材,且认识到八木(松木、柏木、竹木、榆木、枣木、枳木、橘木、桑木)不宜灸^[2-3]。在长期的医疗实践中,古代医家逐渐发现艾具有诸多优点,如《名医别录·中品》载:“艾叶,味苦,微温,无毒,主灸百病”;又《本草纲目》记载艾有“温中、逐冷、除湿”的功效,可用于“灸百病”。后世医家基于古籍文献及临床实践,把艾的性能功效及作为灸材的特点归纳为:味苦,微温,无毒,易燃,气芳香,火力持续,具有温经通络、逐寒湿、温煦气血、回阳救逆之功,且可防病保健,成为现代广泛应用于临床的灸材。

“针砭为器”,针刺用具,最初是用尖锐的石片——砭石。“故东方之域……其病皆为痈疡,其治宜砭石”,此即为《黄帝内经》对砭石治病的记载。砭字,《说文解字》解释说:“砭,以石刺病也”,即用尖锐的石片刺压体表或刺破脓肿以疗病。其后相继出现了骨针、竹针、陶针。冶金术发明以后,铜针、铁针、银针等针具相继问世^[2]。现代临床常用的是制作更精细、使用更方便的毫针、梅花针、三棱针,而应用最广的则是毫针。针刺是通过一定的手法,将针刺入人体特定穴位,从而调节机体的方法,具有调和阴阳、扶正祛邪、疏通经络、行气活血等功效。

2 作用特点

艾灸疗法,是将利用艾绒为主要原料制作的艾

炷或艾条点燃后,放在体表穴位上或患处进行烧灼、温熨或贴敷,借助火的温和热性,通过经络的作用,调整人体生理功能的平衡,从而达到防治疾病的一种外治疗法。《神灸经纶·说原》云:“夫灸取于火,以火性热而至速,体柔而用刚,能消阴翳,走而不守,善入脏腑”,“灸者温暖经络,宣通气血,使逆者得顺,滞者得行”,此经文即言艾灸具有温与通的作用,温是通的条件,通是温的目的,而通的目的便是宣通气血以使全身气血运行调和,进而达到防病治病目的。艾灸疗法属于温热刺激,其作用具有由点至面、由中及边、靶点大、范围广的特点,此与生物传热学相关。通过一定的手法、适宜的温热刺激,针对机体气血不通、气血不畅、阳气虚弱、阴血不足的病理状态,艾灸可起到温通经络、调和气血、补气助阳的作用和临床效应,此即艾灸的温通温补作用和温通温补效应。温通与温补,概括了灼艾的作用特点^[4]。笔者课题组经整理历代医家灸法学术思想及灸法的现代研究^[5-6],并基于课题组的有关艾灸临床研究,归纳出艾灸温通温补效应具有六大特点,即通补性、条件性、差异性、持续性、特殊性和程度性^[7]。

针刺疗法是一种机械性刺激,通过特制针具刺入机体腧穴或病变部位,借助一定的手法,以防治疾病的一种外治疗法,具有通经脉、调气血、和营卫等作用。如《灵枢·九针十二原》曰:“黄帝问于岐伯曰:……余欲勿使被毒药,无用砭石,欲以微针通其经脉,调其血气,营其逆顺出入之会”,表明针刺具有疏通经脉、调和气血的作用。《灵枢·刺节真邪》曰:“用针之类,在于调气,气积于胃,以通营卫,各行其道”,突出针刺通气、调营卫的作用。针刺作用具有由点至线、由浅及深、靶点小、范围窄的特点,此与生物力学相关。针刺作为一种机械性刺激具有非特异性,通过施用不同的针刺手法(刺激强度、刺入的浅深、刺激量的大小)激发经气或诱导体内固有的调节系统功能,使机体从阴阳失调状态逐渐恢复或趋于正常。可见针刺效应不止由针刺直接产生,还与体内固有的调节系统介导有关,这决定了针刺作用的基本特点是调节作用,而这种调节作用又具有双向性、整体性、品质性、自限性^[8-9]。

3 机体反应

将艾条或艾炷点燃后对腧穴或其他部位进行艾灸,机体局部及全身产生一种特殊感觉和反应,即艾

灸得气,又称“灸感”。除一般的温热感外,机体可出现酸重、麻木、虫行、灼痛、抽痛等非热感或红晕、出汗、红白相间花斑、痒感、肌肉跳动等反应^[10-12]。陈日新教授通过多年的临床实践将其归纳为透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热、非热觉(痛、麻、冷、胀、压、重、酸等)6种特殊灸感现象^[13]。周楣生教授的灸感三相中,作用发挥期提到机体可出现凉热、盘旋、蚁行感及压重感^[14]。古代文献虽无艾灸得气的概念,但已有诸多关于灸感的记载,如《灵枢·刺节真邪》中记载:“火气已通,血脉乃行”,指出艾灸得气后,血脉即可恢复正常运行;《备急灸法·骑竹马灸法》云:“经半日许,灸疮内流水甚多,觉火气游走,周遍一身,蒸蒸而热”,艾灸时机体产生温热的灸感可在全身行走;《备急千金要方·杂病第七》中指出“灸两胛中各一处至六百壮,多至千壮,当觉气下砉砉然如流水状”,表明艾灸时机体可产生流水状行走的灸感。

针刺入腧穴或其他部位后,施行一定手法,将产生一种复杂独特的复合感觉^[15],即针刺得气,近又称“针感”。包括医者的针下感觉和患者的机体反应。医者的针下感觉多表现为“沉、涩、紧、滞”等^[15],古代文献已有相关描述,如《标幽赋》云:“轻滑慢而未来,沉涩紧而已至”,即针感出现时,医者指下应是沉、涩、紧的感觉。清末时已出现以患者机体反应为主的针感记载,如《针灸内篇》中记述“凡针入穴,宜渐次从容而进,攻病者,知酸知麻知痛,或似酸似麻似痛之不可忍者即止”,指出针刺入机体施行一定手法后,机体可出现酸、麻、痛或似酸、似麻、似痛的针感。现代研究将机体反应归纳为酸、麻、胀、重、热、凉等一般感觉和蚁行、震颤、跳动、抽搐、触电、烧灼等特殊感觉。KONG等^[16]基于文献研究设计的主观针感量表,包含刺入感、刺痛感、跳动感、烧灼感、沉重感、满胀感、麻感、酸楚感和痛感9种机体反应。WHITE等^[17]在设计南安普顿针感问卷中,提到针刺后机体可产生深痛、钝痛、刺痛、重感、压感、热感、麻电感、跳动感、不舒适感、扩散感等反应。

4 起效关键

陈日新等^[18]提出“灸之要,气至而有效”。其在艾灸治疗腰椎间盘突出症、膝关节骨性关节炎的大样本、多中心、随机对照的临床研究^[19-21]中均发现气至组的疗效明显优于未得气者。古代文献已有关

于“气至”与“灸效”的记载,如《针灸资生经·心痛》云:“它日心疼甚,急灸中管数壮,觉小腹两边有冷气,自下而上至灸处即散,此灸之功也。”艾灸治疗心痛难忍,当小腹两边出现冷气并走行至中脘穴,即气至艾灸起效;《针灸大成·取灸痔漏法》曰:“……然后灸,觉一团火气通入肠至胸,乃效”,当感觉艾灸的温热之气由肠行走至胸部,气至艾灸起效,即表明灸效与气至密切相关。而《医宗金鉴·刺灸心法要诀》中曰:“凡灸诸病,必火足气到,始能求愈”,指出艾灸起效的关键除“气至”外,还与灸量密切相关。又如《万病回春》云:“彭祖小接命熏脐秘方……灸至腹内作声作痛”,即施足够的灸量,直至腹内出现声响疼痛方可达到灸效。周楣生在《灸绳·灸不离宗赋》中写到:“夫灸者久之用也,久者灸之法也。灸必须久,效由久生,从火从久,灸义可征”,进一步论证足够的灸量是艾灸起效的另一个关键因素,因此,艾灸治疗时气至量足则效彰。

“刺之要,气至而有效”(《灵枢·九针十二原》)。针刺治疗起效的关键在于气感是否能到达病所,气至而有效。《黄帝内经》以后的医家不仅认识到“气至而有效”,且对气不至时施行多种手法至气至病所。如《针经指南·真言补泻手法》曰:“……又令病人吸气纳针,捻针,使气下行至病所”,让患者吸气时进针,刺入后行捻转针体,使气至病所;《针灸大成·经络迎随设为问答》云:“有病道远者,必先使气直到病所”,说明针刺时出现气至病所现象,可提高疗效;《针灸大全·金针赋》曰:“气不至者,以手循摄,以爪切掐,以针摇动,进捻弹搓,直待气至”,指出气不至时施行一定的催气手法,直到气至病所,可见气至病所是针刺起效的关键。王毅等^[22]、刘运珠^[23]在治疗胃下垂、呃逆的临床研究中均发现运用气至病所疗法的治疗效果明显优于非气至病所。

5 施术手法

艾灸与针刺效应通过施术手法体现在量效关系上,而量效关系主要体现在灸刺频率、灸刺时间、灸刺强度上。

5.1 灸刺频率

艾灸量效关系的频率主要体现在缓急,而施灸时补泻手法操作上则是缓急的具体体现。《灵枢·背腧》载:“气盛则泻之,虚则补之。以火补者,毋吹其火,须自灭也。以火泻者,疾吹其火,传其艾,须其火

灭也”,不仅指出补虚泻实的治疗原则且描述了补泻手法的具体操作。即艾灸施补法时,艾点燃后,不要吹艾火,待缓慢燃烧直至自灭;艾灸施泻法时,艾点燃后,迅速吹旺,促其快速燃烧而迅速熄灭。《针灸大成·卷九》曰:“以火补者,毋吹其火,须待自灭,即按其穴;以火泻者,速吹其火,开其穴也”,不仅载有补泻施术手法且指出施灸完毕后,补法需用手按压施灸穴位,使真气聚而不散,而泻法施灸完毕后无需按压穴位,且开穴以驱除邪气。陈大中等^[24]对32例高血压患者施以“以火泻者,疾吹其火”的泻法灸治,灸后26例患者血压下降,有效率81.25%;采用“以火补者,毋吹其火”的补法灸治26例低血压患者,灸后患者血压上升,由此得出灸法亦有补泻之别。

针刺量效关系的频率主要体现在快慢,古之补泻中重要的参考因素便是手法操作快慢。《灵枢·九针十二原》曰:“徐而疾则实,疾而徐则虚”,《灵枢·小针解》解释说:“徐而疾则实者,言徐内而疾出也;疾而徐则虚者,言疾内而徐出也”,即补法为缓慢进针,快速出针;泻法则快速进针,缓慢出针。而《素问·针解》:“徐出针而疾按之……疾出针而徐按之”补充补法出针后迅速按压针孔,而泻法出针后不要立即按闭针孔。《灵枢·官能》曰:“泻必用员,切而转之,补必用方,微旋而徐推之”,此为《黄帝内经》中对捻转补泻针法及其操作的论述,“切而转之”,即转动针身时,用力重,角度大,速度快为泻法;“微旋而徐推之”即微旋针身,用力轻,角度小,速度慢为补法。李铁等^[25]通过观察不同频率捻转手法针刺双侧足三里穴对胃体表温度的影响,发现捻转频率为30次/min、60次/min时温度升高;捻转频率为120次/min、150次/min及以上时则温度降低,且以操作60次/min温度上升明显,操作120次/min温度下降明显,与空白组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。由此得出,60次/min操作“补”的效果最好,而120次/min“泻”的效果最好。

5.2 灸刺时间

艾灸量效关系的时间主要体现在单次灸时的多少,灸之壮数便是对单次灸时的体现。如《素问·骨空论》曰:“犬所啮之处灸之三壮,即以犬伤病法灸之”;《灵枢·癫狂》曰:“治癫疾者,常与之居,察其所当取之处……灸穷骨二十壮”。急救时,可不限壮数,《备急千金要方·积气》曰:“凡上气冷发,腹中雷鸣转

叫,呕逆不食,灸太冲,不限壮数,从痛至不痛,从不痛至痛止”。《外台秘要》曰:“凡灸有生熟,候人盛衰及老小也。衰老者少灸,盛壮强实者多灸。”意思是根据患者的年龄、体质进行施灸。“生”,即少灸之意;“熟”,即多灸之意。有临床研究分别观察不同壮数艾炷灸对风寒型颈椎病及阳虚寒凝型膝骨性关节炎的影响,发现施灸壮数多的患者艾灸感觉好且获得较好的临床疗效和症状改善^[26-27]。张英^[28]通过不同灸治时程对阳虚小鼠模型的红细胞免疫功能影响的比较,发现单次施灸15 min可显著提高阳虚小鼠红细胞免疫复合率,而单次施灸5、25 min则无明显作用,说明单次灸时对艾灸效应有一定影响。

针刺量效关系的时间主要体现在针刺操作时间的长短,古有留针时间长短之别,如《灵枢·逆顺肥瘦》曰:“年质壮大,血气充盈,肤革坚固,因加以邪,刺此者,深而留之,此肥人也,……瘦人者,皮薄色少,肉廉廉然,薄唇轻言,其血清气滑,易脱于气,易损于血,刺此者,浅而疾之”,指出形体肥胖者施术时应深刺且久留针,体瘦者则浅刺且留针时间短^[29],体现了中医理论三因制宜原则的应用。《灵枢·阴阳清浊》云:“故刺阴者,深而留之;刺阳者,浅而疾之”,指出浊气引起的病变(脏病)属阴,针刺治疗时留针时间须久,清气引起的病变(腑病)属阳针刺时留针时间短为宜。然不同经脉针刺留针时间亦不同,《灵枢·经水》曰:“足阳明刺深六分,留十呼;足太阳深五分,留七呼。”针刺不同经脉治疗时留针时间应以相应的呼吸为标准。现代研究在观察留针时间对针刺效应的影响时发现,疾病不同,最佳留针时间亦不同,具体应根据疾病性质而定^[30-32]。如针刺治疗中枢神经系统疾病,留针时间越长,针刺疗效越好;对面神经麻痹治疗上,则以留针20 min疗效更佳;而在对中风后痉挛瘫痪的研究中,发现在肌张力及运动功能改善方面,不留针、留针30 min较留针60 min疗效更优。

5.3 灸刺强度

艾灸量效关系的刺激量主要体现在强弱,而艾炷、艾条的大小决定了施灸刺激的强度。临床施灸时应根据患者年龄、体质、病情轻重、病位浅深等决定刺激量。《备急千金要方·卷二十九》曰:“凡新生儿七日以上,周年以还不过七壮炷如雀屎大”,新生儿用如雀屎状大小的艾炷施灸且不可超过七壮,即可达到刺激量;“凡言壮数者,若丁壮遇病,病根深笃者,

可倍多于方数”,若体质好的成年人患病,病位深、病情重施灸时壮数宜多、艾炷宜大。临床应用时对量效关系的把握施术,有助于取得更好的疗效。李守栋^[33]通过对不同刺激强度艾灸减轻雷公藤甲素对Wistar 雄性大鼠脏器不良反应的观察,发现不同刺激强度艾灸拮抗雷公藤甲素不良反应的影响不同。在升高白细胞方面,以较强刺激(艾灸7壮/穴/次组)的作用更为明显;在拮抗药物对于脏器的影响方面,则中等强度的刺激(艾灸5壮/穴/次组)更为有效。刘农虞等^[34]观察不同刺激强度艾灸家兔足三里穴对胃电活动的影响,发现大艾条刺激既能抑制胃电振幅的增强($P<0.01$),又能抑制胃电频率($P<0.05$),而小艾条刺激仅能抑制胃电振幅的增强($P<0.05$)。由此可见,艾灸刺激强度影响对胃电的调整作用。

针刺量效关系的刺激量主要体现在针刺的强度上,而针刺的强度是通过手法作用力的强弱实现的。古之针刺用力有轻重(刺激强度不同),如《医学入门》提出:“补则从卫取气,宜轻浅而针……泻则从荣弃置其气,宜重深而刺”提出针刺补法施术时用力宜轻且浅刺,泻法用力宜重且须深刺。而《千金翼方·杂法》则曰:“补泻之时,以针为之。重则为补,轻则为泻。虽有分寸,得气即止。”即针刺时用力重为补法,用力轻为泻法,与轻补重泻刚好相反。对此后世医家在刺法中得到验证,“烧山火”补法施术时,刺激重用时长,机体可产生热感甚至全身汗出;“透天凉”泻法施术时则相反。正如杨继洲提出的“刺有大小”,补法不仅是轻刺激,泻法也不只是重刺激,而是补泻均有属于轻的“平补”“平泻”,又有属于重的“大补”“大泻”,施术时应根据患者病情施用不同的补泻手法^[35]。李学军等^[36]观察强、中、弱3种不同的刺激强度针刺足三里、中脘、内关穴对功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)患者的临床疗效及胃排空的影响,发现中等强度的针刺能显著改善FD患者临床症状,且可提高其血清胃动素的水平,促进胃排空。王樟连^[37]观察不同针刺手法对心气虚患者搏血量的影响,发现采用强、中、弱3种不同的针刺强度针刺内关、足三里,均可增强心气虚患者左心搏血量,中、强刺激较治疗前有明显差异,以中等强度刺激最明显。

6 适宜病证

6.1 阴阳证治

针灸治疗遵循辨证论治基本大法。阴阳是辨别

疾病的总纲。《素问·阴阳应象大论》曰:“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”针灸治疗是通过调整阴阳盛衰,使机体维持在阴阳相对平衡状态。张仲景《伤寒论》六经辨证的治疗原则,明确揭示了“阴证宜灸,阳证宜针”。系病在三阳经,外邪初中,正气未衰,多为实证或热证,此时宜行针刺以疏通经络,祛邪外出。如《辨阳明病脉证并治》中“阳明病,下血谵语者,此为热入血室,但头汗出者,刺期门,随其实而泻之,泯然汗出则愈”;此即为阳明实热证,针刺期门穴,以逐邪外出,汗出不断则痊愈。而三阴经病证多虚多寒,宜用灸法以温阳扶正、回阳救逆。《辨少阴病脉证并治》中“少阴病,得之一二日,口中和,其背恶寒者,当灸之,附子汤主之”。少阴病,病二三天时,口中不苦不燥不渴,背部怕冷的患者,可用艾灸灸少阴经穴,并用附子汤主治。

6.2 寒热证治

“脏寒生满病,其治宜灸焫。”(《素问·异法方宜论篇》)即内脏受寒,容易发生胀满的疾病,对其治疗宜用艾火灸灼。《灵枢·官能》曰:“经陷下者,火则当之。”寒邪凝结,经脉下陷者,用艾灸治疗,以驱散寒邪。《备急千金要方》中艾灸疗法用于热证较多,如“小肠热满,灸阴都,随年壮”,“不能食,胸中满,膈上逆气闷热,灸心俞二七壮,小儿减之”,“五脏热及身体热,脉弦急者,灸第十四椎与脐相当五十壮,老小增损之”。《医学入门》曰:“寒者灸之使其气复温也;热者灸之引郁热外发。”指出寒证用艾灸治疗以温而散寒,热证用灸法以引郁热外出。《灵枢·九针十二原》曰:“刺诸热者,如以手探汤;刺寒清者,如人不欲行”,即针刺治疗各种热病,适宜用浅刺法,手法轻且快,针刺治疗寒性、肢体清冷的病证,适宜用深刺留针法,静待气至。《类经》中对此的解释是热属阳,阳主于外,故用针点到则止;阴寒凝滞难去,得气不易,故应留针。《灵枢·经脉》曰:“热则疾之,寒则留之。”可见寒证、热证均可针刺治疗。热证,针刺时手法宜快浅刺、不留针;寒证,针刺时宜深刺且久留针。艾灸与针刺疗法均可用于寒热证治,然灸之壮数、刺之浅深等却不尽相同。

6.3 虚实证治

《灵枢·通天》曰:“古之善用针艾者,视人五态乃治之,盛者泻之,虚者补之”,认为艾灸和针刺均以“补虚泻实”为原则。《素问·通评虚实论》中“络满经虚,灸阴刺阳,经满络虚,刺阴灸阳”,指出了用灸法

和针灸相结合来治疗络满经虚或经满络虚的疾病。经行于里属阴,络布于表属阳,“经虚”即阴虚,“络虚”即阳虚,此时均宜行灸法以补虚。《医学入门》曰:“虚者灸之使火气以助元气也;实者灸之使实邪随火气而发散也”,指出虚实病证皆可施以艾灸治疗,虚证灸可补益元气,实证用艾灸治疗可引实邪随灸火向外发散。然施行灸之补泄时,操作亦不同,正如《针灸大成·卷九》云:“以火补者,毋吹其火,须待自灭,即按其穴;以火泻者,速吹其火,开其穴也”。《灵枢·九针十二原》曰:“凡用针者,虚则实之,满则泄之……《大要》曰:徐而疾则实,疾而徐则虚”,即补虚泻实,徐缓进针而疾速出针,则能使正气充实,不致外泄,这属于补法;疾速进针而徐缓出针,则能使邪气随针外泄,由盛而虚,这属于泻法。《太平圣惠方·针经序》记载:“虚者徐而疾,实者疾而徐。徐即是泻,疾即是补。补泻之法,一依此也”,此与上述同义。可见,艾灸与针刺均可用于治疗虚实病证,然灸火之燃速、针刺之徐疾各有所宜。

6.4 根据天时、机体状态、施术部位选择灸刺疗法

《素问·举痛论》载:“天寒无刺”“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通”,即在寒冷的季节不宜行针刺之术。《灵枢·九针十二原》记载:“刺之要,气至则有效”,气血得热则行,遇寒则凝,寒冷时节进行针刺,由于气血运行不畅,针刺不易得气,而影响疗效。因此,为保证疗效,寒冷季节应以灸法为主^[38]。

《灵枢·本神》曰:“是故用针者,察观病人之态,以知精神魂魄之存亡得失之意,五者以伤,针不可以治之也”,指出针刺前,医者应观察患者的整体状况,当机体的五脏及其所藏精气损伤时,不能再妄行针刺治疗。而艾灸补虚扶正为主,作用温和,此时可考虑艾灸治疗。

《灵枢·背腧》云:“灸之则可,刺之则不可……”,说明背部腧穴可施灸不可针刺。当针刺背部腧穴时,若针刺角度、深度掌握不好,可引起心、肝、脾、肺、肾等重要脏器的损伤,甚则可导致死亡。《素问·四时刺逆从论》也指出:“刺伤人五脏必死。”可见误刺五脏会产生严重的后果,其进展迅速,即使在今天的医疗条件下,也常常救之不及^[39],而艾灸疗法则不易伤及内脏。

7 结语

艾灸与针刺是最具传统特色的中医药外治疗

法。二者虽然均以中医理论为基础,以疏通经脉为根本,以平衡阴阳为目的,但艾灸与针刺具有器、用、效、感、术、证6个方面的不同,这就决定了艾灸与针刺疗法必然存有差异。艾灸与针刺的比较,源于《黄帝内经》,《灵枢·官能》中明确指出“针所不为,灸之所宜”,指出两者的不同。关于艾灸与针刺疗法的不同,在历代医籍中散在可见。如《华佗中藏经》载“灸则起阴通阳,针则行营引气”;《备急千金要方·明堂仰侧》曰:“针以开导之,灸以温暖之”;《针灸聚英》曰:“疾在腠理,熨炳之所及,在血脉,针石之所及”;《针灸大成》云:“以针行气,以灸散郁”;明代医家沈应旸说:“针有却病之力,灸有回生之效”,又言“针能去气病之痛,灸能消血症之形”;《中国医学百科全书·针灸学》载:“针刺偏于清泻,艾灸偏于温补”。

通过综合分析古文献发现,艾灸与针刺虽均可治疗阴阳、寒热、虚实病证,但有所偏向,艾灸疗法多用于阴性、虚性、寒性、陷下类病证。据《灵枢》记载,针刺所治病症广泛分布于《口问》《杂病》《寒热病》《热病》等篇章,病症涵盖较广,较之于艾灸,针刺多用于阳性、实热类病证。艾灸与针刺可用于急症,如《肘后备急方》载治卒腹痛“灸两足指头各十四壮,使火俱下良”,此即言艾灸对急症的治疗;春秋名医扁鹊用针刺百会穴结合熨法成功救治“尸厥”的虢太子。艾灸亦可治疗传染病,如《肘后备急方》“卒得霍乱,先腹痛者,灸脐上二十四壮,名太仓”。古文献里并未明确提出表里证的灸刺疗法,赵尔康在《中国当代针灸名家精英》提到的“因证择法”中指出“对表证、阳证,宜浅刺不留针,少灸或不灸;里证、阴证,宜深刺久留,多灸;虚证、寒证,宜补多灸;实证、热证,宜泻多针”。

现代研究中对灸刺治疗阴阳、虚实、寒热、表里病证的对比研究较少,一般偏向于灸刺治疗某一病证的对比研究。现代研究就灸刺的治疗效应比较发现艾灸具有更好的温热效应和增强免疫作用^[40];针刺抗炎止痛作用更优^[41-42]。临证应用时应从整体观念出发、辨证论治、因证择法,结合三因制宜的治疗原则,在灸刺治疗安全有效的前提下,理清并细化不同疗法各自的最大优势,选择最佳的灸刺诊疗方案,最终提高临床疗效^[43]。

参考文献

- [1] 余畅. 艾灸与针刺对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜保护作用 and 胃组织代谢组学的对比研究[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2017.

- [2] 傅维康. 针灸发展史[J]. 中国科技史杂志, 1981, 2(3): 80-85.
- [3] 张 昆. 灸法的古今文献研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2011.
- [4] 张建斌, 王玲玲, 吴焕淦, 等. 艾灸温通温补概念的内涵分析[J]. 中国针灸, 2012, 32(11): 1000-1003.
- [5] 彭 芬, 易受乡. 古代医家对灸法的若干见解[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(4): 1-3.
- [6] 吴焕淦, 郑 锦, 马晓芑, 等. 中国灸法现代研究[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2013.
- [7] 常小荣, 刘 密, 严 洁, 等. 艾灸温通温补效应的作用机制及其规律研究[J]. 世界中医药, 2013, 8(8): 875.
- [8] 陈静子, 郭 义. 基于针刺镇痛的针刺作用特点探讨[J]. 吉林中医药, 2010, 30(4): 326.
- [9] 孙利军, 李 星, 薛明明, 等. 从针刺镇痛效应实验看针刺作用的特点[J]. 中医药导报, 2012, 18(6): 81-82.
- [10] 王桂英, 王耀帅, 王玲玲. 艾灸疗法中灸感、灸温、灸量与灸效关系[J]. 中医杂志, 2015, 56(17): 1519-1521.
- [11] 刘兰英, 雷玉婷, 王和生. 浅谈对艾灸灸量的认识[J]. 中国针灸, 2015, 35(11): 1140-1142.
- [12] 温 婧, 高 峻, 王孟雨, 等. 透灸法临床应用心得[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(2): 363-365.
- [13] 周 梅, 罗 佳, 陈日新. 陈日新教授“艾灸得气”学术思想及其临床应用[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(11): 1290-1294.
- [14] 庞亚铮, 鲁士友. 浅论灸感[C]. 中国中医药研究促进会、山东针灸学会. 中国中医药研究促进会针灸康复分会第二届学术年会暨山东针灸学会第九届学术年会论文集. 济南: 中国中医药研究促进会、山东针灸学会、山东针灸学会, 2017: 47-50.
- [15] HUI K K, NIXON E E, VANGEL M G, et al. Characterization of the “deqi” response in acupuncture[J]. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2007, 7(1): 1-16.
- [16] KONG J, GOLLUB R, HUANG T, et al. Acupuncture de qi, from qualitative history to quantitative measurement[J]. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 2007, 13(10): 1059-1070.
- [17] WHITE P, BISHOP F, HARDY H, et al. Southampton needle sensation questionnaire: Development and validation of a measure to gauge acupuncture needle sensation[J]. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 2008, 14(4): 373-379.
- [18] 陈日新, 康明非. 灸之要, 气至而有效[J]. 中国针灸, 2008, 28(1): 44-46.
- [19] CHEN R X, CHEN M R, SU T S, et al. A 3-arm, randomized, controlled trial of heat-sensitive moxibustion therapy to determine superior effect among patients with lumbar disc herniation[J]. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014, 2014: 154941.
- [20] CHEN R X, CHEN M R, XIONG J, et al. Comparative effectiveness of the deqi sensation and non-deqi by moxibustion stimulation: A multicenter prospective cohort study in the treatment of knee osteoarthritis[J]. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 2013: 1-7.
- [21] CHEN R X, CHEN M R, SU T S, et al. Heat-sensitive moxibustion in patients with osteoarthritis of the knee: A three-armed multicenter randomised active control trial[J]. *Acupuncture in Medicine*, 2015, 33(4): 262-269.
- [22] 王 毅, 朱艺荣, 施丹华. 针刺推拿治疗胃下垂 68 例[J]. 福建中医药, 2005, 36(5): 21-22.
- [23] 刘运珠. 电针背俞穴治疗顽固性呃逆 32 例[J]. 陕西中医, 2006, 27(12): 1563-1564.
- [24] 陈大中, 徐玉珍, 洪曼英, 等. 漫谈艾灸疗法的补和泻[J]. 中医杂志, 1984(10): 48.
- [25] 李 铁, 刘成禹, 严兴科, 等. 不同频率捻转手法针刺足三里穴对胃体表温度影响的研究[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(3): 39-41.
- [26] 宋直昇, 沈卫东. 不同灸量温针治疗风寒型颈椎病的临床观察[J]. 上海中医药大学学报, 2013, 27(4): 46-49.
- [27] 洪昆达, 万 甜, 李 俐, 等. 不同灸量温针治疗阳虚寒凝型膝骨性关节炎: 镇痛及改善症状的比较[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(41): 7748-7752.
- [28] 张 英. 不同灸治时程对红细胞免疫功能影响的比较[J]. 中国针灸, 2000, 20(10): 613-614.
- [29] 贺普仁. 针具针法[M]. 北京: 科技文献出版社, 2003.
- [30] 常晓波, 樊小农, 王 舒, 等. “针刺量学”研究之探本溯源[J]. 中医杂志, 2011, 52(5): 363-366.
- [31] 鲁 海, 张春红. 针刺量学研究在中风病治疗中的运用[J]. 新中医, 2018, 50(6): 230-233.
- [32] 包承东. 不同刺激量针刺方案对缺血性脑卒中患者面瘫恢复效果的影响[J]. 新中医, 2015, 47(9): 198-200.
- [33] 李守栋. 艾灸的不同刺激量对雷公藤毒素副作用的影响[J]. 甘肃中医, 2007, 20(1): 49-50.
- [34] 刘农虞, 张 蕊, 张京英, 等. 不同灸质、灸量、灸法刺激家兔“足三里”穴对胃电活动的影响[J]. 针刺研究, 1997(3): 173.
- [35] 韩 林, 王 舒, 樊小农. 古典文献中针刺量效关系的雏形[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(5): 16-18.
- [36] 李学军, 龙小娜, 刘礼梅, 等. 不同针刺强度对功能性消化不良患者临床疗效及胃排空的影响[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(9): 896-899.
- [37] 王樟连, 高镇五, 虞孝贞. 不同针刺手法及留针时间对心气虚搏血量的影响[J]. 上海针灸杂志, 1983(4): 10-11.
- [38] 王 晶, 刘惠娟, 欧阳里知, 等. 浅析“针所不为, 灸之所宜”[C]. 中国针灸学会. 新时代新思维新跨越新发展——2019 中国针灸学会年会暨 40 周年回顾论文集. 武汉: 中国针灸学会、中国针灸学会, 2019: 1374-1376.
- [39] 何亚敏, 刘 密, 李铁浪, 等. 《素问·刺禁论》学术思想探源[J]. 山东中医药大学学报, 2014, 38(2): 152-153.
- [40] 张国山, 刘 密, 邱冉冉, 等. 艾灸与针刺调节功能性消化不良大鼠胃肠动力障碍的对比研究[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(11): 2796-2798.
- [41] GOLDMAN N, CHEN M, FUJITA T, et al. Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture[J]. *Nat Neurosci*, 2010, 13(7): 883.
- [42] TAKANO T, CHEN X L, LUO F, et al. Traditional acupuncture triggers a local increase in adenosine in human subjects[J]. *The Journal of Pain*, 2012, 13(12): 1215-1223.
- [43] 黄龙祥. 中国针灸灸法通鉴[M]. 青岛: 青岛出版社, 1996.