

引用:林婉玲,陈波,戴晓喬. 中西方针灸发展的比较研究与思考[J]. 湖南中医杂志,2022,38(1):111-114.

中西方针灸发展的比较研究与思考

林婉玲^{1,3}, 陈波^{2,3}, 戴晓喬^{1,3}

(1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300381;

2. 天津中医药大学针灸推拿学院, 天津, 301617;

3. 国家针灸临床医学研究中心, 天津, 300381)

[摘要] 对西方针灸和中国针灸的优势与不足进行比较, 分析西方针灸的发展, 从西方针灸的发展中寻找启示。针灸疗法是我国独具特色的、疗效肯定的一种治病方法, 理论体系完整, 针刺手法丰富, 优势病症广泛, 临床疗效肯定。西方针灸在我国针灸的基础上得到了快速发展, 在针灸理论、针具、治疗师的培养方面都取得了进步。鉴于此, 得到以下五个方面的启示: 对于我国针灸, 应当深化针灸理论, 促进理论客观化; 加快针灸保险立法, 保护知识产权; 加强科研人才队伍建设, 推进针灸标准化进程; 挖掘针灸优势病种, 扩大针灸服务群体; 渗入危机意识, 加强针灸教育。只有中国针灸加快了自身发展的脚步, 提升自己的水平, 才能阻挡西方针灸带来的冲击。

[关键词] 针灸; 西方; 中国; 发展; 比较研究; 思考

[中图分类号] R245-0 **[文献标识码]** A **DOI:** 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2022. 01. 033

针灸源自于两千多年前的中国, 在海外的传播最早可以追溯到 17~18 世纪的法国, 在 19 世纪初美国本土医学界就已经对针刺进行了研究。西方针灸与中国针灸不可分割, 如二十世纪五十年代西方开始出现的“激痛点”“干针”, 就有可能是受到了中国针灸的启发^[1-2]。干针的概念首次出现于 1947 年, Paulette JD 发现不注射药物的“干针”和注射 0.9% 氯化钠注射液的“湿针”同样可以缓解下腰部的疼痛^[3]。激痛点是由美国医学专家 Janet G. Travell 于 1952 年提出的肌筋膜疼痛扳机点 (MTrPs)。MTrPs 是指骨骼肌肌腹上能够被激惹的敏感点, 按压此点会产生疼痛, 阻止肌肉的完全延长, 使肌肉变弱, 并且这种疼痛感由患者指认, 且充分刺激激痛点会引起肌肉纤维的局部抽搐反应^[4]。1983 年 Janet G. Travell 与 Simons 将干针作为激痛点的治疗手法之一并正式写入《肌筋膜疼痛与机能障碍: 激痛点手册》中, 由此使用干针作用于激痛点治疗纤维肌痛、筋膜炎等痛症在

西方国家得到流行。西方国家的肌筋膜疼痛扳机点与中国传统针灸中的阿是穴十分相似。《肌筋膜疼痛与机能障碍: 激痛点手册》中指出其具体位置常因人而异, 激痛点与针灸穴位在解剖上有 92% 的重合^[5]。从其内涵上看, 干针属于针刺疗法^[6]。但是有学者认为干针是“去经络化”的针灸, 否认“去经络化”等于“去针灸化”^[7]。近年来, 通过针刺激痛点治疗慢性疼痛疾病的干针疗法在西方国家受到越来越多的关注和应用, 研究干针的队伍也不断扩大, 其研究方向致力于干针疼痛扳机点的位置、作用机制、效应及操作等。干针疗法是西方医学针灸发展的第一块里程碑, 是西方针灸学进一步发展的重要形式。本文通过总结西方针灸和中国针灸的优势与不足, 分析西方针灸对中国针灸所产生的冲击以及给中国针灸带来的启示。

1 西方针灸与中国针灸的优势与不足

近年来, 西方国家热衷于针刺疗法的研究,

基金项目: 全国名中医武连仲传承工作室建设项目

第一作者: 林婉玲, 女, 2018 级硕士研究生, 研究方向: 针刺治疗中风后遗症

通讯作者: 戴晓喬, 女, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 针刺治疗中风后遗症, E-mail: drdaixiaoyu@163.com

2008年美国国立卫生研究院成立了80个针灸临床研究项目^[1],2016年10月美国国立卫生研究院正式启动了“刺激外周神经改善疾病症状”研究计划^[8],美国发表的关于针灸的文章也不胜枚举^[9],可见国外针灸的发展势如破竹。西方针灸具有以下几方面的优势:第一,基于神经解剖学对激痛点进行研究,其对激痛点的描述是可触摸到条索、结节的痛点,这相对比穴位而言更加客观和可视化。第二,干针从病理生理角度分析了疼痛产生的原因和作用机制,其理论基础相对于中国针灸的传统理论更易被人理解和接受。第三,针刺疗法作为现代医学的补充和替代疗法,由于其简便、经济、疗效好,在西方国家备受欢迎和重视。然而干针疗法目前的适应证较为局限,临床主要用于治疗纤维肌痛和筋膜炎。干针操作手法和针具的单一性限制了干针疗法的应用范围,同时西方针灸否认干针疗法的激痛点与中国传统针灸的穴位有相关性,认为针刺的作用点是否为穴位与治疗效果关系不大,只与作用的部位有关,提出“废穴存针”,这已成为阻碍干针发展的原因之一。

我国早在两千年前就已经发现了阿是穴的存在,并逐步完善穴位的定位、穴名、归经、主治、操作等针灸治疗体系,有着深厚的文化底蕴和完整的理论体系。中国针灸针刺手法丰富,例如单式补泻、烧山火、白虎摇头等,不同的针刺手法产生的针刺效果不同,使得针刺治疗能够多样化。而且针具有多种选择,包括鑱针、毫针、长针等。针具和针刺手法的多样性,使得针刺治疗疾病的范围得以扩大。通过针刺穴位,不仅可以治疗疾病,还可以用于疾病诊断。例如,穴位局部出现感觉、颜色、异物等异常则提示穴位对应脏腑或穴位局部的病变,有学者据此提出了“阿是穴”的概念,丰富了针灸的临床诊治思路^[10]。针灸治疗疾病的范围不局限于各种痛症,对其他病症亦有良好的疗效,如糖尿病、高血压病、中风后遗症等。从1979—2008年,世界卫生组织认证的针灸适应证不断增多^[11-12]。杜元灏^[13]分析总结出针灸的优势病种多达16大类,共461种病症。然而中国针灸在当下科学技术发展迅速的时代慢慢出现弱点,传统中医理论指导下的中国针灸其作用机制

较难理解,且各方面的研究仍不够完善。

2 西方针灸的发展

西方医学在肯定中国针灸疗效的同时也对针灸的理论及其作用机制提出质疑,其并不接受中国针灸传统理论,认为经络、穴位和经气等概念都是抽象概念,不能作为科学依据^[14]。由于缺乏充分客观的科学解释,使得诸多学者对中国针灸持怀疑态度,认为针灸产生的效应只能给予安慰作用。虽然相关研究表明针灸的作用机制不是安慰效应,但由于在实验设计方面存在一定的缺陷,例如针刺手法难以量化、难以实现双盲、针刺疗效缺乏评判标准等,使得针刺实验结果饱受争议。Felix Mann认为中国针灸的理论过于神秘化,而西方医师将针灸理论简单化,更加客观、明了^[15],这对中国针灸造成了一定程度的冲击。

虽然现阶段的干针在针具方面逐渐得到了改进,已从原来的注射针发展到现在的实心针具。然而目前我国的干针主要用于治疗筋膜炎、纤维肌痛等痛症,其治疗范围小,这一定程度上影响了干针的发展,使得西方干针疗法冲击着中国针灸领域。随着针灸发展,西方国家以速成简单的方式培养了大量的针灸医师。在西方国家,部分医师将干针治疗归于物理疗法,与中国针灸是有区别的,故不需要进行长时期的学习与培训^[16]。正常情况下获得针灸医师执照的医师平均需要学习或培训2000~3000 h,而干针治疗师却仅需要接受20~30 h的培训^[17]。由于西方干针治疗师的培养周期相对于中国针灸医师来说,投入与产出比例低,迫使更多人选择干针,这不仅冲击了中国针灸治疗师的利益,也影响了疾病治疗的安全性和有效性。

3 从西方针灸发展得到的启示

3.1 深化针灸理论,促进理论客观化 西方针灸注重运用神经学、解剖学、生理病理知识去解释针灸机制,中国针灸则由传统的中医学理论指导。中医学理论的抽象化概念使得西方医学对针灸产生质疑。因此,中国针灸要直面西方医学的质疑,在传统理论的基础上,应用现代科学技术开展高质量的实验研究。2009年梁繁荣教授首次提出循证针灸学的概念^[18],随后大量学者都在为针灸疗效寻找

证据,但是由于其治疗的特殊性,在科研设计中有许多难以跨越的障碍,使得证据等级较低。要想提高针灸疗效的证据等级,针灸科研不能照搬西方医学的研究设计,需要另辟蹊径,用真实世界研究代替临床研究逐渐成为新的针灸科研模式。另外,可利用核磁、ERP、PET等大脑成像技术,用现代科学技术来解释和证明中国针灸传统理论的科学性,在传统理论的基础上推陈出新,深层次剖析针灸的作用机制,完善针灸理论体系,提高针灸理论的科学性,提高现代医学对针灸的认可度,从而促使针灸在全球范围内的推进。

3.2 加快针灸保险立法,保护知识产权 近年来,多个国家认可了针刺的疗效,针灸也纳入多个国家的商业医疗保险^[19-20]。截止2012年6月,世界卫生组织129个成员国中有18个国家有针刺健康保险^[21]。目前美国50个州中有44个州通过了针灸立法^[22],但关于针灸的保险立法仍远远不足,目前联邦法案尚未通过针灸立法法案,针灸也仍未纳入他国重要的医疗保险体系中。美国物理治疗师也意图取得干针立法而从中获利。针灸的立法是针灸标准化的基础和前提,标准化只有在立法的前提下才能更有效地实现^[22]。所以海内外针灸医师应团结一致推进针灸在国际上的立法,尽快完善相关的医疗法律,以更好地保护中国针灸的知识产权。

3.3 加强科研人才队伍建设,推进针灸标准化进程 针灸标准化的内容包括针具、腧穴名称与定位、手法、刺激量等。在过去的10年里我们构建了中国针灸标准基本体系,制定了一系列针灸标准,然而在开展针灸标准化进程中仍面临着许多困难。针灸标准化需要科研的支撑,但是现阶段中国针灸科研基础薄弱、科研人才缺乏、战略研究不足等原因阻碍了针灸标准化的进程。因此,推进针灸标准化要加强科研人才队伍建设,吸引更多优秀科研人才加入队伍,加强科学研究,提升科研水平^[23]。强大的科研人才队伍,能加快针灸的标准化进程。同时针灸的量化与标准化、临床针刺操作规范化对针灸的实验研究具有积极作用。针灸标准化不仅有利于针灸在国际上的立法,也有利于中国针灸的传播和学习。缺乏针刺操作标准是针刺疗效可重复

性差的重要原因,所以应当加快针灸技术操作的量化,使中国针灸在对外传播中有标准的治疗方法和操作方式^[24-26]。

3.4 挖掘针灸优势病种,扩大针灸服务群体 加大针灸优势病种的研究力度,既是中国针灸发展的必经之路,也是阻挡西方针灸对中国针灸形成冲击的一道城墙。有学者利用针刺效应靶标分子预测63种针刺优势病种,根据临床报道文献数量对63种疾病进行优势等级分级,针刺Ⅰ级优势病种有单纯性肥胖、原发性高血压病、多囊卵巢综合征等15种疾病,针刺Ⅱ级优势病种2种,针刺Ⅲ级优势病种26种,针刺潜在优势病种20种^[27]。刘炜宏等^[28]根据循证针灸学等级病谱原则,检索国内发表的相关文章,整理出68种针灸优势病种,对针灸优势病种发展亦做了预测,总结出针灸优势病种覆盖了疼痛性疾病、神经功能障碍性疾病、精神认知情感性疾病、免疫内分泌障碍性疾病和某些内脏疾病,但是国内循证针灸学纳入评价的文章质量普遍偏低,必须加速开展针灸优势病种的研究,利用循证医学、真实世界研究、高质量的多中心随机对照实验来评价针灸治疗疾病的临床疗效。在科学数据支撑的前提下,尽早确定中国针灸除疼痛性疾病以外的优势病种,扩大针灸服务群体。

3.5 渗入危机意识,加强针灸教育 针灸教育提倡继承与创新,在对学生进行传统知识传授的同时应逐渐注重培养学生的现代医学思维。学生缺乏危机意识,未认识到中国针灸在国际上受到的严峻挑战。大部分学生认为只需学好针灸的传统理论,对针灸现代化的发展关注度则远远不够。有学者认为针灸的教育还应结合思政教育,培养学生的文化自信和专业使命感,这有助于激发学习热情和培养良好的医风医德^[29]。总而言之,当下的针灸教育不应止于知识技能的传授,还应让学生意识到目前面临的种种冲击,培养其居安思危的意识,加强思政教育,从而提高学生维护中国针灸利益的责任感。

4 小 结

综上所述,西方针灸与中国针灸各有利弊,西方针灸的研究不可能脱离中国针灸,中国针灸的发

展也需借鉴西方针灸的经验。不仅要利用现代科学技术发展中国针灸,同时针灸工作者也要提高危机意识,加强针灸的科学研究。只有中国针灸加快了自身发展的脚步,提升自己的水平,才能阻挡西方针灸带来的冲击。

参考文献

- [1] LI CC, BASSI GS, ULLOA L, et al. The evolving conception and practice of acupuncture-moxibustion[J]. *Acupuncture Tuina Sci*, 2018, 16(6): 370-374.
- [2] 王守东, 侯西娟, 孟凡红, 等. 美国针灸立法及标准化研究现状[J]. *针刺研究*, 2012, 37(3): 256-259.
- [3] PAULETT JD. Low back pain[J]. *Lancet*, 1947, 250(6469): 272-276.
- [4] TRAVELL JG, SIMONS DG. Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual [M]. USA: William & Wilkins, 1999: 132.
- [5] DORSHER PT. Trigger points and acupuncture points: Anatomic and clinical correlations[J]. *Med Acupunct*, 2006, 17(3): 21-24.
- [6] 彭增福. 论干针疗法是针灸学的一部分[J]. *中国针灸*, 2017, 37(6): 663-667.
- [7] GUAN Y, JIN, LOUIS, et al. Dry needling: A de-meridian style of acupuncture[J]. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion (WJAM)*, 2016, 26(2): 1-5.
- [8] 王晓宇, 于清泉, 何伟, 等. 从“分子药”到“电子药”: SPARC 计划和针刺研究[J]. *针刺研究*, 2019, 44(3): 157-160.
- [9] 巩昌镇. 中医在美国本土化研究[J]. *湖南中医药大学学报*, 2018, 38(11): 1350-1353.
- [10] 王凝露, 魏连海. 魏连海教授“阿色穴”的临床运用[J]. *世界针灸杂志*, 2017, 27(1): 63-66.
- [11] 韦勇. 世界卫生组织推荐针灸治疗的 43 种病症[J]. *右江民族医学院学报*, 1983, 5(2): 52.
- [12] 世界卫生组织认可的 64 种针灸适应证[J]. *针刺研究*, 2008, 33(3): 168.
- [13] 杜元灏. 现代针灸病谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [14] WHITE A, CUMMINGS TM, FILSHIE J. An introduction to

western medical acupuncture [M]. Elsevier: Churchill Livingstone, 2008: 4.

- [15] 秦雨冬, 戴翥, 贺霆, 等. 初探费利克思·曼恩与“西医针灸”的发源[J]. *中医药导报*, 2018, 24(20): 12-14.
- [16] 樊莹, 徐俊, 何红健, 等. 探秘“干针”之争拒绝“废医存针”[N]. *中国中医药报*, 2015-12-29(003).
- [17] 张树剑. “干针”对中医针灸的“入侵”与“独立”——兼论针灸概念与理论变革[J]. *自然辩证法通讯*, 2019, 41(6): 76-84.
- [18] 梁繁荣. 循证针灸学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [19] 魏辉, 巩昌镇, 田海河, 等. 美国针灸立法之路(三)[J]. *中医药导报*, 2019, 25(12): 9-14, 22.
- [20] 郭义, 孟向文, 刘炜宏, 等. 近年来国内外针灸医学发展比较和分析[J]. *中国中医药信息杂志*, 2013, 20(4): 1-5.
- [21] 蒋继彪. 针灸西传的跨文化传播研究综述[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2016, 22(9): 1284.
- [22] 杨毅. 大洋洲中医药标准化的启示[N]. *中国中医药报*, 2015-07-13(003).
- [23] 武晓冬, 刘保延. 我国针灸标准化的现状及面临的挑战与对策[J]. *中国针灸*, 2019, 39(4): 343-348.
- [24] 张维. 略谈针灸学在循证医学时代的发展问题[J]. *针灸临床杂志*, 2016, 32(1): 82-84.
- [25] 方磊. 从澳大利亚干针的发展看中医针灸海外传播的未来[J]. *海外中医*, 2017, 12(1): 42-45.
- [26] 李明月, 陈波, 陈泽林, 等. 中国针灸标准化研究进展及思考[J]. *世界中医药*, 2014, 9(10): 1395-1398.
- [27] 齐婧蕾, 陈勇, 公一因, 等. 基于针刺效应靶标蛋白阿片肽的针刺优势病种的预测研究[J]. *四川中医*, 2020, 38(1): 176-180.
- [28] 刘炜宏, 陈超, 王芳, 等. 关于针灸优势病种的思考[J]. *科技导报*, 2019, 37(15): 55-62.
- [29] 张允芝, 陈波, 李明月, 等. 思政教育融入针灸学教学的实践[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2020, 18(4): 20-22.

(收稿日期: 2021-03-02)

(上接第 85 页)

蒲老的百损丸组方与明代医家张景岳制方用药原则相似, 乃纯补不泄之剂^[1], 尤适用于肝肾血瘀之证, 但对症状较重者丸药疗效较缓, 故改丸为汤。国医大师朱良春老先生认为, 对于风湿顽痹用虫类药等血肉有情之品濡养经络可得奇效^[2]。故笔者采用有疏风活血通络止痛之效的全蝎代替炮穿山甲。《景岳全书·风痹论》载:“盖痹者, 闭也, 以血气为邪所闭, 不得通行而病也。”又云:“惟血气不充, 故风寒得以入之, 惟阴邪留滞, 故经脉为之不利, 此痛痹之大端也。”百损丸中川牛膝、川续断、当

归、鸡血藤、三七均能活血祛瘀, 血能载气, 气血通畅则瘀痛可除。土茯苓、豨莶草祛风除湿利关节治其标; 桂枝温阳通脉、散寒通滞, 加速药物直达病所; 且方中土茯苓用量建议至少 30 g 以上, 不然其药效欠佳。另地有南北, 时有冬暑, 证有殊变, 故临证还需因人因时因地灵活变通, 不可以偏概全, 如此方能取得满意效果。

参考文献

- [1] 张景岳. 景岳全书[M]. 李继明, 王大淳, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 345-346.
 - [2] 朱良春. 虫类药的应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 1-2.
- (收稿日期: 2021-05-08)