

针灸经络

针刺得气临床初步观察

熊瑾¹ 袁琪¹ 张莉娟¹ 毕桂娟¹ 雷红¹ 王伟² 黄光英¹

表 1 单个穴位的得气率

得气率	穴位
100%	环跳、承山、委中、肩贞、肩井、承扶、三阴交、殷门、悬钟、丰隆、外关、内关、内膝眼、外膝眼、颊髎、手三里、梁丘、养老、中渚、八邪、下巨虚、秩边、风市、肘髎、建里、光明、中渚、飞扬、太溪、丘墟、次髎、伏兔、上髎、承筋、居髎、后溪、肩前髎、肩中髎、肩外髎、地机、天井、清冷渊、合阳、天宗、梁门、跗阳、阳谷、委阳、解溪、巨骨、秉风、印堂、下关、落枕、皱眉、身柱、大椎、风门、陶道、屋翳、关元、肺腧、人中、志室、腰宣、完骨、气海腧、上关、听会、巨髎、人迎、悬厘、曲鬓、率谷、鱼腰、耳门、天柱、口禾髎、神门、鼻根、水沟、神庭、悬颅、廉泉、命门、腰腧、上星、前顶、本神、支沟、子宫、鹤顶、绝骨、四神聪、头维、扶突、浮白、下脘、滑肉门、大横、天枢、大肠腧、小肠腧、肾腧、腰眼、腰阳关、关元腧
90%~100%	足三里、曲池、合谷、肩髃、肩髃、昆仑、风池、四白、颊车、中脘、夹脊、外陵
80%~90%	太冲、臂臑、阴陵泉、阳陵泉、髀关、太阳、翳风、内庭、气海
70%~80%	血海、百会
60%~70%	听宫、承浆
50%~60%	上巨虚、阳白、地仓、迎香、颧髎、牵正、攒竹、膻中
0	水道、大巨、厉兑、间使、围刺

针刺治疗是临床上治疗疾病的重要手段,而针刺疗效与针刺过程中所产生的感应——“得气”有密切的关系。得气对诊断疾病的虚实和预后也有一定的指导意义。针刺得气的快慢、强弱,以及针刺过程中所采用的手法又是影响治疗效果最直接的原因。而从古至今,对于“得气”的探讨只限于一些书面描述和医者的个人体会,现代实验研究很多关注针刺后的疗效,对得气的研究一直不够全面和深入。如对得气主要包括哪些感觉,这些感觉在程度上有无差异,以及采用何种针刺手法更易促使患者得气等问题上一度缺乏足够的实验数据。本课题组对临床上接受针刺治疗的患者进行了随机抽样调查,对其得气情况包括穴位的得气率、得气的感觉及程度和针刺手法做了如下统计。

1 资料与方法

1.1 研究对象

研究组根据随机抽样的原则,于 2008 年 7 月~9 月对武汉市医院进行分层抽样,选取省部属综合型医院 1 所,市综合性医院 1 所,市专科医院 1 所。上述样本医院的针灸科在武汉地区均拥有较强的医疗卫生服务资源,就诊患者约占全市针灸科接诊患者的 80%。样本医院的选择对本研究中患者的得气情况具有良好的代表性。本研究共随机抽取 262 名患者作为研究对象。男性 137 例,平均年龄(47.6±3.5)岁,女性 125 例,平均年龄(45.4±4.2)岁。男女患者在年龄上差别无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 研究方法

当医生施针时,询问得气时患者的感觉(包括酸、麻、胀、重、放射及其他)和医生手下的感觉(包括沉、紧、涩、滞),感觉的程度分为“轻度”、“中度”、“重度”,记录时分别用“1 分”、“2 分”、“3 分”表示。同时记录患者得气时医生所采用的针刺手法,包括捻转手法,提插手法和复合手法(捻转+提插)。同时记录未得气的穴位。

1.3 统计学方法

用 SPSS 13.0 统计软件进行统计学分析,对患者得气的感觉,医者手下的感觉及各自感觉的不同程度所占百分比值用 Pearson 卡方检验进行数据分析。

2 结果

2.1 穴位的得气率

本研究共收集穴位 145 种(按穴位种类统计)。穴位的总得气率:(所有得气穴位数/所有得气与未得气穴位数之和)×100%。得出的总得气率为 89.1%。单个穴位的得气率:(每个穴位的得气人数/每个穴位的总人数)×100%,结果如表 1。

2.2 患者得气时的各种感觉所占百分比及其程度

①得气感觉百分比:(相应感觉的穴位数/总得气穴位数)×100%。表 2 示,患者所有得气感觉百分比差异有统计学意义($P<0.01$)。②得气感觉不同程度所占百分比:(不同程度的穴位数/相应感觉的总穴位数)×100%。表 3 示,每种感觉 3 种程度之间差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表 2 患者得气感觉百分比结果

得气感觉	穴位数	总得气穴位数	百分比(%)
酸	152	1240	12.3
麻	140	1240	11.3
胀	1063	1240	85.7
重	15	1240	1.2
放射	183	1240	14.8
其他	102	1240	8.2

表 3 得气感觉不同程度所占百分比结果(%)

得气感觉	轻度	中度	重度
酸	61.8	25.7	12.5
麻	46.4	42.9	10.7
胀	27.2	51.8	21.0
重	13.3	66.7	20.0
放射	15.8	19.1	65.0
痛	48.9	34.8	16.3
热	62.5	25.0	12.5
凉	100	0	0

2.3 医生手下感觉

记录了 1062 个穴位, 178 个穴位未记录。①医生手下感觉各自所占的百分比: (相应感觉的穴位数/已知医生感觉的总穴位数) $\times 100\%$ 。表 4 示, 所有感觉差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。②医生感觉不同程度之间的所占百分比: (不同程度的穴位数/相应感觉的总穴位数) $\times 100\%$ 。表 5 示, 每种感觉 3 种程度之间差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 4 医生感觉百分比结果

医生感觉	穴位数	医生感觉总穴位数	百分比 (%)
沉	702	1062	84.4
紧	896	1062	66.1
涩	247	1062	23.3
滞	168	1062	15.8

表 5 医生感觉不同程度百分比结果 (%)

医生感觉	轻度	中度	重度
沉	32.6	64.2	3.1
紧	40.1	57.7	2.2
涩	71.7	26.3	2.0
滞	67.3	31.0	1.8

2.4 得气方式

包括即刻得气和手法得气。表 6 示, 即刻得气和手法得气各自所占百分比差异有统计学意义。表 7 示, 3 种不同手法得气所占百分比差异有统计学意义。

表 6 得气方式所占百分比

得气方式	穴位数	得气总穴位数	百分比 (%)
即刻得气	358	1240	28.9
手法得气	882	1240	71.1

表 7 不同手法得气所占百分比

手法	穴位数	总穴位数	百分比 (%)
捻转	137	882	15.5
提插	189	882	21.4
复合	556	882	63.0

3 讨论

得气的含义在我国古代早有精辟的论述。《素问·离合真邪论》说:“吸则内针, 无令邪忤, 静以久留。吸则转针, 以得气为故。”其所言是指当针刺入腧穴后, 通过施行一定的针刺手法, 使针刺部位产生特殊的感觉和反应。过去的临床和实验数据表明, 并不是所有的人或动物在针刺后都有得气的反应, 或在接受针刺治疗后产生相应的治疗效果^[1]。本研究在随机抽取的 262 名患者和 145 种穴位中, 穴位的总得气率为 89.1%。而单个穴位的得气率在 54.5%~100% 之间。

近年来有些学者从自觉反应和他觉反应这两个方面来概括得气。所谓自觉反应是指患者在针刺过程中出现的主观感觉和反应, 而他觉反应是指施针者感到和

观察到的现象。因此, 对得气的评价, 必须把患者的感觉和医者针下的感觉结合起来^[3]。本研究从得气时两者的感觉着手, 对究竟什么是得气, 得气主要包括哪些感觉, 程度上有无差异做了调查统计。结果显示, 得气时患者的感觉主要包括酸、麻、胀、重、放射、痛、热、凉这几种, 其中胀的感觉所占的比例是最高的, 然后依次是放射、酸、麻、重, 其他感觉则依次是痛、热、凉。提示临床上患者针刺得气时的感觉是以“胀”为主, 同时伴随着酸、麻、重、放射等感觉。且每种得气感觉均有不同程度上的差异。如酸、麻、痛、热和凉的感觉以轻度为主; 胀和重的感觉以中度为主, 放射感则以重度为主。这一结果与我国传统针灸学中对得气感觉种类上的描述是一致的, 和其他过去的文献资料报道也是一致的。而得气感觉的性质, 程度和快慢的不同则可能与患者体质的强弱, 病情轻重, 正气的盛衰, 针刺部位, 医者的技术有密切的关系^[1]。另有研究指出, 患者的每种得气感觉可能与不同的神经纤维系统的介导有关^[1]。

在记录的医者手下的感觉中主要包括沉、紧、涩、滞。我国古代医家对医者得气的论述也非常具体。如窦汉卿在《标幽赋》中说:“轻滑慢而未来, 沉涩紧而已至, ……气之至也, 如鱼吞钩饵之浮沉; 气未至也, 如闲处幽堂之深邃。”古代语言表达为沉涩紧, 现代语言则表达为沉紧, 涩滞。其中“沉”的感觉应是与“轻”的感觉比较而来, 在此当向下讲; “涩”有难, 即阻力增大的意思; 而“滞”有停的意思^[5]。本研究结果中, 紧的感觉所占的比例为最高, 其次是沉感。可见, 患者得气时, 医者手下的感觉主要是以沉、紧为主, 同时伴随着涩感和滞感, 且每种感觉均有不同程度上的差异。如沉感和紧感以中度为主, 涩感和滞感以轻度为主。医者得气是实施各种针刺的必要环节, 目前对医者得气的研究很少, 在针刺过程中, 也需要医者思想集中, 细心体会, 认真解读古人论述, 抓住关键, 同患者的感觉结合起来, 才能进一步提高针刺疗效。

得气是针刺取得治疗效果的基础, 而采取一定的行针手法则是针刺得气的关键。在针刺过程中, 必须运用一定的行针手法, 使针刺部位产生酸、麻、胀、重等经气感应, 并在此基础上适当的施行针刺补泻手法才能发挥治疗作用。如果针刺后没有得气, 就要采取一定的措施——“催气”与“候气”来促进得气^[6]。当然, 由于患者对针刺的敏感性和自身疾病性质的差异, 也会出现在毫针刺入穴位后即刻得气的情况。我们也对此做了统计, 结果显示, 即刻得气的占 28.9%, 而手法得气的则占 71.1%。说明临床上医者施针时一般都会使用相应的手法来促使患者得气。而医者采用的手法主要包括捻转和提插, 或者同时使用两种手法。结果显示, 复合手法的得气率是最高的, 其次是提插和捻转。在一定程度上说明复合手法可能更容易促使患者得气, 相对来说在临床上也应用得更为广泛。这对于我们在针刺过程中采用何种手法更能够提高针刺的得气率而达到治疗疾病的目的有

一定的指导意义。

参考文献

- [1] Kathleen KS Hui, Erika E Nixon, et al. Characterization of the "deqi" response in acupuncture[J]. BMC Complementary and Alternative Medicine, 2007, 7(33): 1-16.
- [2] 张宏如, 顾一煌. 浅议针刺得气与疗效的关系[J]. 江苏中医药, 2008, 40(11): 77-78.
- [3] 许幸. 略论针刺得气[J]. 中医函授通讯, 2000, 19(4): 60-61.
- [4] 徐元生. 浅谈针刺中的“得气”[J]. 临床针灸杂志, 2001, 17(11): 1-2.

- [5] 高铁, 阎丽娟, 温景荣. 谈医者得气[J]. 中国针灸, 2006, 26(12): 905.
- [6] 段爱平. 简述气及其在针刺过程中的作用[J]. 基层医学论坛, 2004, 8(11): 997.

基金项目: 国家重点基础研究计划(973 计划)资助项目(2006CB504502)

1 华中科技大学同济医学院附属同济医院中西医结合研究所(430030);

2 华中科技大学同济医学院附属同济医院神经内科

通讯作者: 黄光英, gyhuang@tjh. tjmu. edu. cn, (027)83663266

秦氏“头八针”为主针药结合对多发性硬化患者生存质量的影响

崔花顺¹ 陈中旭² 程玲³ 秦亮甫²

多发性硬化(multiple sclerosis, MS)是中枢神经系统炎性脱髓鞘性疾病。现代医学对本病的病因及发病机制尚无完全阐明, 主要认为本病是遗传易感个体在某些环境因素下触发自身免疫引起神经系统局灶性的炎症脱髓鞘病变, 主要侵犯中枢神经系统(脑髓、脑干、大脑、小脑和视神经)^[1]。国内外对 MS 尚无特殊疗法, 西医主要采用激素、免疫抑制剂治疗, 但长期使用副作用大, 易产生依赖性, 且不能有效阻止其复发, 预后差, 病残率高^[2]。2008 年以来, 我们采用秦氏“头八针”为主针药结合治疗多发性硬化, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部 20 例多发性硬化患者均来自我院 2008~2009 年针灸科住院部及门诊患者。其中男性 4 例, 女性 16 例; 年龄 24~40 岁, 平均 30.1 岁。病程 1~9 年, 平均 4.6 年。其中肝肾阴虚型 11 例, 阴阳两虚型 9 例。

1.2 诊断标准

参照 Poser 诊断标准^[3]。

1.3 纳入标准

符合多发性硬化诊断标准, 年龄 18~65 岁, 知情同意并配合完成相关检查及治疗者。

1.4 排除及退出标准

已接受其他有关治疗, 可能影响本研究效应者或妊娠或哺乳期患者; 试验过程中, 提出退出本试验、不能坚持治疗或出现严重的其他并发症或病情恶化者, 应中止临床试验, 并对其进行相应的临床评价和明确、详细的记录, 其结果纳入最终资料的统计分析。

2 方法

2.1 治疗方法

以补益气血、补肾, 佐以软坚散结, 疏通经络为治疗原则。针灸: 所有患者隔日针刺 1 次(每周 3 次), 中药每日 1 剂, 口服 2 次。6 个月为 1 个疗程。取穴: 秦氏“头八针”(百会、印堂、风池、率谷、头临泣)、曲池、足三里、太

冲。百会、头临泣、足三里行迎随补泻之补法, 余穴均施平补平泻针法。百会、头临泣、率谷、足三里、曲池各灸 1 壮。行针得气后留针 30min。出针后患者俯卧, 在其后背督脉拔罐, 留罐 10min。中药: 首乌益髓汤: 天麻 15g, 枸杞子 15g, 石决明 30g, 太子参 30g, 炙黄芪 30g, 黄精 15g, 丹参 10g, 川芎 10g, 白芷 10g, 羌活 10g, 独活 10g, 当归 15g, 熟地黄 15g, 牛膝 15g, 炒桑枝 15g 等。

2.2 指标观察

①世界卫生组织生存质量测量定量表(QOL), 治疗第 1 天、治疗结束时各以问卷形式调查 1 次。②扩展神经功能障碍评分(EDSS): 采用临床神经功能缺损程度评分法, 病情程度分组: 0~15 分为轻型, 16~30 分为中型, 31~45 分为重型。

2.3 疗效标准

疗效观察参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中所采用的方法: [(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] × 100%。完全缓解: >85%; 显效: 50%~85%; 有效: 20%~49%; 无效 <20%。

2.4 安全性指标

对患者在治疗过程中可能出现的晕针、出血、晕厥、皮肤烫伤等情况详实记录, 并分析原因。

2.5 统计学方法

利用 SPSS13.0 统计学软件进行统计学分析, 数据均以($\bar{x} \pm s$)表示, 两样本均数的比较用 t 检验。

3 结果

3.1 总体疗效比较

本组 20 例, 显效 1 例(5%), 有效 15 例(75%), 无效 4 例(20%)总有效率 80%。治疗前后有统计学意义($P < 0.01$)。

3.2 治疗前后患者生存质量比较

表 1 示, 治疗后 MS 患者在日常运动、情绪状况、精神状态、睡眠状况、精力改变、工作影响 6 个方面的积分与治疗前比较有统计学差异($P < 0.05$), 但未能显著提高