

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.11.007

基于表型多样性和定位不确定性的阿是穴探寻规律浅析

郑思懿¹, 黄孝笑¹, 刘祎玥¹, 聂娜², 沈琮颖¹, 范新政¹, 李童¹, 叶思婷¹, 梁宜^{1,2}✉, 方剑乔^{1,2}

1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路548号, 310053; 2. 浙江中医药大学附属第三医院

[摘要] 基于对阿是穴内涵的认识, 剖析阿是穴表型多样性、定位不确定性等特性, 进而探究阿是穴探寻规律。认为阿是穴作为参照患者主观反馈来定位的穴位, 其广义、狭义之别应考量患者的主观感受。狭义阿是穴可以理解为医者按、捏局部可引起疼痛激发、缓解、消失的点或区域, 或由患者自发产生且表现为痛觉异常或痛觉过敏的点或区域; 广义阿是穴可以理解为所有异常反应点的统称, 包括除疼痛感外的酸、麻、胀、重、热、凉、蚁行感、触电感等感觉异常以及皮肤色泽的改变、局部隆起或凹陷及皮下结节等形态异常。基于现代检测技术革新和穴位敏化研究, 将痛反应点(痛敏化点)、热敏化点、耳穴阳性反应点等穴位敏化现象归于阿是穴的典型具象表型; 但阿是穴表型具有多样性, 并不仅仅局限于此。阿是穴探寻需综合考虑疾病种类、穴位特有属性等因素, 不同表型阿是穴的探寻规律亦存在一定差异, 进一步揭示阿是穴探查规律依赖于更多临床客观研究实施和先进检测技术革新。

[关键词] 阿是穴; 痛反应点; 穴位敏化; 阿是穴表型

阿是穴由孙思邈于《千金要方》中提出, 目前仍广泛应用于临床实践, 尤其在骨关节疾病、软组织病变、疼痛类疾病中应用最为广泛^[1-2], 在阿是穴处施治甚至可产生针到痛立减的效果^[3]。有学者认为阿是穴是可以产生特殊感应的部位, 与穴位敏化关系密切^[4], 故而穴位痛敏化、穴位热敏化、穴位光敏化等敏化现象被视为阿是穴的更为具象的内涵阐释。阿是穴确有疗效且广泛使用, 然其应用仍停留在泛化式概念层面, 主要集中在“阿是之法”对临床痛症取穴的概念性指导。如何精准定位阿是穴、快速寻找阿是穴、正确使用阿是穴等临床应用规律仍不甚清楚。目前临床应用阿是穴时始终无法突破“只可意会, 不可言传”的局限, 也因缺乏标准化操作指南而大大限制了其推广应用。本研究试从阿是穴表型和定位特征着手, 探究阿是穴探寻规律, 以飨同道。

1 阿是穴的内涵

阿是穴首载于《千金要方》, 仅形象描述为

基金项目: 国家重点研发计划中医药现代化研究重点专项(2018YFC1704600); 浙江省国医名师传承工作室建设专项(浙中医药[2020]12号 GZS2020008)

✉ 通讯作者: liangyiwww@126.com

“若里(果)当其处, 不问孔穴, 即得便快成(或)痛处, 即云阿是, 灸刺皆验, 故曰阿是穴也”。历来学者一直重视对阿是穴定义和范畴的研究。有学者^[5]认为阿是穴即受到刺激后会产生痛感的点, 并将其分为痛显阿是穴、痛止阿是穴、痛舒阿是穴; 有学者^[4]认为阿是穴是病理反应点, 是“有诸内必形诸外”的体现; 有学者^[6]认为阿是穴其实是一种取穴法, 并由此引申出通过经脉与穴位的切诊来探寻穴位的“阿是之法”。

另有学者^[7]基于经络穴位理论将阿是穴分为广义与狭义两个层面, 狭义阿是穴为“以痛为输”指导下选取的穴位, 广义阿是穴则在此基础上囊括了经穴与奇穴。我们认为, 阿是穴作为一类由患者主观反馈来定位的穴位, 其广义狭义之别应考量患者的主观感受。狭义阿是穴应是医者按、捏局部可引起疼痛激发、缓解、消失的点或区域, 或由患者自发产生且表现为痛觉异常或痛觉过敏的点或区域。这是基于孙思邈探寻阿是穴有关“即得便快成(或)痛”描述以及《黄帝内经》“以痛为输”相关理论提出的, 如激痛点^[8]、宣蛰人压痛点^[9]、反阿是穴^[10]等都是通过探寻痛感变化找到的反应点, 可归属狭义阿是穴范畴。广义阿是穴是在狭义阿是

穴基础上,对孙思邈提出的“阿是”“快”含义的拓展,包括除了疼痛感之外的多种感觉异常反应点,还涵盖了局部各种病理反应点,故可理解为所有异常反应点的统称,包括除疼痛感外的酸、麻、胀、重、热、凉、蚁行感、触电感等感觉异常以及皮肤色泽的改变、局部隆起或凹陷及皮下结节等形态异常。

2 阿是穴的客观表现形式

随着现代检测技术不断革新和穴位敏化研究不断更新,有学者^[11]提出机体在病理过程中通过神经源性牵涉反应诱发体表对应部位产生感觉异变,穴位可以被敏化从“沉寂”(生理状态)到“唤醒”(病理状态),即腧穴敏化或穴位敏化。这与阿是穴的内涵不谋而合,穴位敏化是阿是穴理论的继承与发展^[12]。现代医学理论体系中的痛反应点(痛敏化点)、热敏化点、耳穴阳性反应点等都可理解为阿是穴的表现形式(表型)。

2.1 阿是穴客观表型之一:痛反应点(痛敏化点)

痛反应点是机体病理状态下产生的,表现为感觉异常的点。痛反应点产生的原因有很多,包括内脏病变、炎症、软组织损伤等。因内脏疾病牵涉导致的痛反应点通常用于临床诊断;因软组织病变产生的痛反应点通常具有治疗价值,也更符合阿是穴的内涵。

压痛点、激痛点是痛反应点最常见的呈现方式,可视为阿是穴的痛敏化表现形式,其异同点详见表1。其中,压痛点(tender points)一词最早于1977年由Huge Smythe和Harvey Moldofsky提出^[13],用于纤维肌痛的诊断;《中国针灸辞典》将其解释为临床操作体格检查过程中找到的体表反应点,即用拇指或食指末节指腹触压皮肤时,在呈现阳性病理反应的部位出现的以疼痛为主要感觉的点^[14];压痛点的探查目的主要为其诊断意义,泛指所有出现疼痛的部位和点。宣蛰人基于数十年临床实践,提出了软组织压痛点的定义,命名为宣蛰人压痛点^[9](下文均表述为软组织压痛点),表现为于压

痛点按压后,可引出远大于施加力本身可致的疼痛,这与穴位敏化中“小刺激引起大效应”的特点类似,也符合阿是穴中“快成(或)痛”的描述。宣蛰人^[9]认为,软组织压痛点的病理特点为急性损伤或慢性劳损后形成的局部无菌性炎症,其产生是由于炎性粘连、炎性纤维组织增生、炎性组织变性和挛缩所致,并提出软组织压痛点的探查规律,即于肌肉和骨骼附着处探寻。

激痛点,又称肌筋膜激痛点(myofascial trigger point, MTrP),由Janet等于1952年提出,特指可在骨骼肌筋膜的紧绷带中触诊到的高度受激惹的点^[15]。压迫激痛点或肌肉主动活动收缩时,可令患者产生跳跃征、局部压痛、局部抽搐、牵涉痛等剧烈反应^[8]。激痛点可分为活跃点(能自发产生疼痛)和潜伏点(仅压迫时产生),可产生类似经络感传的牵涉痛^[16-17]。激痛点也曾被描述成肌肉硬结、痛性结节等。有学者^[18]认为其在解剖位置、临床主治、针刺引起线性感传等方面,都与阿是穴非常相似,曾被认为是阿是穴的现代医学解释。随着研究的进展,已经证实激痛点的本质是退变挛缩的肌小节,其发生机制有运动终板功能异常、能量代谢危机、肌梭异常电位、肌组织瘢痕纤维化等学说^[19],其中运动终板功能异常学说最为公认。该学说认为退变挛缩的肌小节会导致肌肉运动终板障碍,增加肌肉代谢而形成高能耗与缺氧的环境,刺激神经血管产生H⁺、K⁺、自由基等肌肉代谢产物和前列腺素、白细胞介素、P物质等血管神经反应物;在肌筋膜内有许多敏感感受器或神经末梢,生物化学物质的局部堆积会导致伤害感受器敏化从而出现激痛点^[20]。

软组织压痛点治疗的原理为通过松解产生无菌性炎症病变的软组织从而达到治疗目的,即通过“去痛致松、以松治痛”的原则达到治疗作用,这也为《灵枢·经筋》阿是穴理论之“治在燔针劫刺,以痛为输,以知为数”提供了科学的解释。针对激痛点的治疗多以镇痛为主,针刺镇痛的基本神经机制是“以痛制痛”,通过针刺提插捻转等手法

表 1 软组织压痛点、激痛点与阿是穴的异同点

项目	软组织压痛点	激痛点	阿是穴
提出者	宣蛰人	Janet 等	孙思邈《千金要方》
分布特点	肌肉、软组织附着处	肌筋膜	泛在
病理特点	无菌性炎症	退变挛缩的肌小节	疾病状态下的异常反应点
主要症状	以疼痛为主的感觉异常	以疼痛为主的感觉异常	感觉异常(包括疼痛)、形态异常等
理论来源	临床解剖理论	临床解剖理论	中医经络理论

兴奋Ⅲ(A_δ)和Ⅳ(C)类传入纤维,激活脑内镇痛系统的痛负反馈调制机制,从而引起广泛、强而持久的镇痛作用^[21]。无论是软组织压痛点还是激痛点,最终都能达到“灸刺皆验”的效果,故而从治疗角度来看,激痛点、软组织压痛点与阿是穴之间也有着密不可分的联系。

由此可见,痛反应点理论是基于解剖理论体系,而阿是穴是中医经络理论指导下的产物;两者虽然基于两套不同的理论体系,但对机体异常状态下表现出异常疼痛的描述高度相似。然而阿是穴的范畴不仅限于出现异常疼痛的区域,还包括机体病理状态下出现的各种异常反应点。因此我们认为,软组织压痛点、激痛点及各类痛反应或痛觉敏化现象与阿是穴存在高度相似度和作用共通性,均是对阿是穴痛敏化表型的补充和拓展。

2.2 阿是穴客观表型之二:热敏感点

热敏感点是指疾病状态下出现的能对温度改变产生敏感效应的反应点。经穴对热的敏感度变化于1950年由日本学者赤羽幸兵卫氏提出,通过测定左右同名经穴赤羽指数(即知热感度数值)可以判断机体是否处于病理状态,最早称为知热感度变化^[22]。有学者^[23]基于临床观察到的施灸时出现的热敏现象,包括透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热、产生其他非热感觉(酸、胀、压、重、痛、麻、冷)等,将其命名为腧穴热敏化,能产生热敏化的穴位称为热敏穴。通常机体处于病理状态更易观察腧穴热敏化,且热敏穴的热觉阈、热痛阈、热耐痛阈值均高于非热敏穴;艾灸热敏穴更容易激发循经感传,其发生率在95%以上^[24-25]。热敏穴施灸后能令患者主观上有舒适、疼痛缓解之感^[24],这也与阿是穴描述中“快成(或)痛”相符。有学者^[26]提出通过热视觉诊断可以评估穴位的功能状态。部分腧穴热敏现象如扩热、传热等一定程度上可被红外成像客观显现^[27],但是其他灸感(酸、胀、压、重、痛、麻等)目前只能依靠患者主观感受,无法以客观数值或图像呈现。

通过对涉及热敏、热敏灸的文献统计发现,其应用研究最多的疾病主要集中在骨骼肌肉系统,生殖、消化、神经系统疾病次之^[28]。调查热敏灸治疗的疾病谱分布情况显示,研究最多的病症为腰椎间盘突出症、膝骨性关节炎和面瘫,颈椎病、腰背痛、痛经次之^[29]。可见,热敏点施灸对肌肉骨骼、神经、内脏系统均有调节作用,然而其作用机制仍

不甚清楚。Chen等^[30]研究观察到产生热敏现象的悬灸能明显减少大鼠脑梗死面积,降低短暂性大脑中动脉梗死大鼠神经缺损评分、环氧合酶-2及诱导型一氧化氮合成酶表达水平。宋云娥等^[31]通过静息态功能磁共振技术观察原发性痛经患者热敏灸前灸后局部一致性变化,观察到灸后患者多个与疼痛相关的脑区存在局部神经元活动的一致性改变,且与脑疼痛矩阵情感部分可能相关。熊俊等^[32]进一步提出脑功能网络的响应特征或许是研究穴位敏化状态形成与作用中枢整合机制的切入点。综上,热敏点与阿是穴之间有着密切的联系,然其具体作用机制仍有待进一步探寻和研究。

2.3 阿是穴客观表型之三:耳穴阳性反应点

耳作为人体的全息缩影,耳部出现的各类反应点通常被认为是人体病变的外在反应,通过针刺、压豆、皮内针等方式刺激耳廓对应的反应区可对相应的脏腑有一定的调节作用。耳穴因其操作简便、疗效较好,至今仍被广泛应用于临床。《素问·气穴论篇》中就有“耳中,多所闻二穴”的记述,后经法国Paul Nogier博士通过压痛法绘制了类似倒置于母体的胎儿的耳廓-躯体代表区,并由此演化出最初的耳穴定位^[33]。内脏疾患或病理性变化可以在耳廓出现各种反应点,如压痛点、低电阻点、耳廓变形变色等。有研究者^[34]通过双盲耳穴诊断(触痛感和电流量分析)发现,耳穴诊断和医学临床诊断的符合率为75.2%。通过功能性磁共振成像技术,可以在刺激耳部的反应点时观察到大脑与之对应的投影区出现明显的MRI信号,经过诸多学者的探索完善,耳-迷走之间的解剖基础已趋于完善,从而证实了通过刺激耳穴可以激活迷走神经对抗交感神经的紧张性而达到治疗作用^[35]。综上,耳穴的本质是病理状态下表现出的异常反应点,基于耳-迷走之间的关联性,通过刺激对应的反应点能对机体的疾病状态有调节作用,属于阿是穴的多种表型之一,有诊断与治疗双重作用。

此外,张文兵等^[10]提出反阿是穴,将其定义为按之疼痛减轻或消失的部位;通常位于肌纤维最紧张处,可触及条索状的肌纤维,通过刺激反阿是穴可改变骨骼肌纵向或者横向张力传递来达到缓解疼痛的作用^[36]。反阿是穴也被认为是阿是穴理论的补充和发展^[37]。此外,阿是穴还有形敏(局部形态与色泽改变)、光敏(局部穴位发光强度的变化)等多种表型,但相关研究仍未完善,还有待进一步探索。综上,我们认为痛反应点(痛敏化点)、

热敏化点、耳穴阳性反应点等穴位敏化现象可视为阿是穴的典型具象表型,但阿是穴的表型具有多样性,并不仅仅局限于此。

3 阿是穴的定位不确定性与探寻规律

阿是穴可理解为病理状态下处于敏化状态的点或穴,这些点或穴可以是经穴、奇穴,也可以是非穴位,具有动态性且分布范围较广,可涵盖十二经筋、十二正经、奇经八脉等全身出现敏化状态的穴位或非穴位,这也与孙思邈对阿是穴“不问孔穴”的描述较为吻合。但阿是穴的表型多样性和定位不确定性导致阿是穴探寻方式多样、探寻规律不清,很大程度上影响了其临床推广应用。由此可见,寻找一种快速、客观、准确的阿是穴探寻方式并总结其探寻规律,对临床推广阿是穴应用、促进阿是穴疗效发挥显得尤为重要。

3.1 阿是穴的动态变化属性决定其定位不确定性

阿是穴动态变化这一属性导致阿是穴定位存在极大的不确定性。阿是穴定位法与《灵枢·刺节真邪》中“用针者,必先察其经络虚实,切而循之,按而弹之,视其应动者,乃后取之而下之”的揣穴之法相似,故有学者^[38]基于此提出“阿是之法”来协助临床定位。阿是之法虽为临床探寻阿是穴提供操作性指导,但由于阿是穴定位的不确定性,在临床应用时存在探穴范围广、面积大、针对性差等问题,致使临床医生诊疗耗时过长、医生探查阿是穴主观性强难以实现标准化、患者依从性不佳从而限制阿是穴推广使用。

3.2 阿是穴探查的主客观因素影响其定位准确性

探查阿是穴与患者痛阈高低、所患疾病状态、主观认知和情绪状况等多种因素密切相关。如慢性疼痛会受到感觉、认知、情绪的影响^[39],造成对疼痛的负性认知和过度感受^[40],降低对于损伤区域刺激感知的准确性,从而大幅降低阿是穴定位探查的精准性和可重复性。此外,临床探查阿是穴定位时也常观察到“即使定位不准确也可产生一定治疗效应”的现象。我们认为这一现象或可用弥漫性伤害抑制性控制(DNIC)系统理论^[41]来阐释。DNIC理论指出区域内的伤害性刺激可在任何其他区域观察到镇痛效应;但其只对症状有一定的缓解作用,对于疾病本身没有很好的针对性,虽可呈现“刻下有效”,但其治疗后的持续效应不理想且复发率高。

3.3 基于不同表型的阿是穴探寻规律初探

由于阿是穴的定位因疾病种类、疾病状态等不同而存在差异,故在穴位探寻时需综合考虑疾病种类(脏腑病、经脉病^[42])和阿是穴特定表型等因素。对于表型为痛反应点的阿是穴,若为内脏器官病变引起的牵涉痛,可基于靶器官与特定位置的交互作用寻找到牵涉痛区域,如心脏疾病可在心脏神经支配节段找到心源性牵涉痛区域^[43];若为软组织病变,可在软组织的骨骼附着或肌纤维最紧张处通过拇指指端滑动按压,找到的能诱发剧痛反应(如皱眉、挤眼、面部抽搐、脸色苍白、痛苦面容、全身冷汗、双手反应性阻挡以抵制压痛检查等)的点即为阿是穴^[9]。对于表型为热敏点的阿是穴,陈日新教授提出“探感定位二步法”^[24,44],先通过粗定位确定阿是穴出现的区域范围,如面瘫在翳风、感冒在风府和上印堂、盆腔疾病在三阴交、眼科疾病在耳垂区耳穴等;随后,采用细定位确定具体热敏点的位置,即先通过回旋灸、循经往返等方法升高皮温至约41℃;而后采取雀啄灸的方法通过局部脉冲热刺激以寻找激发热敏点;最后,采用温和灸在局部施灸。对于表型为耳部异常反应点的阿是穴,其探查方式可借助探针局部按压寻找压痛点、耳穴探测器探查电阻异常点和观察局部异常表现(变形、变色、脱屑等)的方式来寻找。另有研究报告甲状腺功能亢进症患者内关穴的伏安特性会出现左右失衡的现象^[45];冠心病患者的内关、劳宫、大陵、神门、太冲等腧穴的红外辐射光谱在某些波段明显低于正常人,并且左右大陵穴和内关穴辐射强度失衡^[46],这也为未来通过更多客观数据探寻阿是穴提供了可能性。

4 结语

阿是穴有广义和狭义两层含义。狭义阿是穴是局部出现痛觉异常的点;广义阿是穴为所有异常反应点的统称,包括除疼痛感外的酸、麻、胀、重、热、凉、蚁行感、触电感等感觉异常以及皮肤色泽的改变、局部隆起或凹陷及皮下结节等形态异常。阿是穴与穴位敏化关系密切,穴位敏化之形敏、痛敏、热敏、光敏、电敏等均可视为阿是穴的表型呈现方式。我们认为阿是穴与穴位敏化一脉相承,穴位敏化可视为阿是穴的现代补充。进一步揭示阿是穴探查规律要依赖于更多临床客观研究的实施和先进检测技术的革新。阿是穴施治时刺激方法和刺激强度的选择引起的疗效差异性及其作用机制也有待

进一步探索和研究。

参考文献

- [1] 叶永铭, 赵宏, 刘志顺, 等. 阿是穴研究概况[J]. 北京中医, 2006, 25(10): 633-636.
- [2] 李茜, 吴明霞. 阿是穴的临床应用[J]. 中医临床研究, 2021, 13(2): 146-148.
- [3] 蒲勤. 阿是穴双针平刺配合乳没散外敷综合治疗急性颈肩部软组织挫伤 300 例[J]. 中医杂志, 2010, 51(S2): 225.
- [4] 陈日新, 许能贵, 伊凡. 重视腧穴状态 提高针灸疗效[J]. 江西中医药, 2011, 42(1): 9-11.
- [5] 楚洪波, 徐明. 阿是穴在临床中的运用[J]. 长春大学学报(自然科学版), 2007, 17(5): 108-110.
- [6] 张树剑. 阿是取穴法源流论[J]. 中国针灸, 2013, 33(2): 165-167.
- [7] 陈艳杰, 赵雪, 高旸. 阿是穴的狭义与广义之分[J]. 西部中医药, 2012, 25(1): 55-56.
- [8] 杨日松. 近代西方医学“激痛点”与传统针灸学“腧穴”的比较研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2011.
- [9] 宣蛰人. 宣蛰人软组织外科学: 上卷[M]. 上海: 文汇出版社, 2009: 2-5.
- [10] 张文兵, 陈羽霄. 反阿是穴: 肌肉起止点疗法及其临床应用[J]. 上海中医药杂志, 2002, 36(3): 42-43.
- [11] 朱兵. 穴位敏化现象及其生物学意义[J]. 中国针灸, 2019, 39(2): 115-121.
- [12] 胡明岸, 刘迈兰, 黄河, 等. 从阿是穴与穴位敏化的关系探讨针灸治病选穴原则[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(11): 5477-5479.
- [13] SMYTHE HA, MOLDOFSKY H. Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome [J]. Bull Rheum Dis, 1977, 28(1): 928-931.
- [14] 高希言. 中国针灸辞典[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2002: 791.
- [15] TRAVELL J, RINZLER SH. The myofascial genesis of pain[J]. Postgrad Med, 1952, 11(5): 425-434.
- [16] MENSE S. How do muscle lesions such as latent and active trigger points influence central nociceptive neurons? [J]. J Musculoskelet Pain, 2010, 18(4): 348-353.
- [17] SHAH JP, THAKER N, HEIMUR J, et al. Myofascial trigger points then and now: a historical and scientific perspective[J]. PM R, 2015, 7(7): 746-761.
- [18] 杨国法, 靳聪妮, 原苏琴. 阿是穴的现代医学解析[J]. 中国针灸, 2012, 32(2): 180-182.
- [19] SIMONS DG. New aspects of myofascial trigger points: etiological and clinical[J]. J Musculoskelet Pain, 2004, 12(3/4): 15-21.
- [20] SHAH JP, GILLIAMS EA. Uncovering the biochemical milieu of myofascial trigger points using in vivo microdialysis: an application of muscle pain concepts to myofascial pain syndrome [J]. J Bodyw Mov Ther, 2008, 12(4): 371-384.
- [21] 刘乡. 以痛制痛: 针刺镇痛的基本神经机制[J]. 科学通报, 2001, 46(7): 609-616.
- [22] 萧友山. 从赤羽氏法(经络诊断治疗法)的临床看经络现象[J]. 中医杂志, 1958, 4(7): 480-484.
- [23] 陈日新, 康明非, 陈明人. 岐伯归来: 论腧穴“敏化状态说”[J]. 中国针灸, 2011, 31(2): 134-138.
- [24] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化及其临床意义[J]. 中医杂志, 2006, 47(12): 905-906.
- [25] XIE DY, JIANG YX, CHEN RX, et al. Study on the thermesthesia features of heatsensitive acupoints in patients with knee osteoarthritis[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2016, 14(2): 110-114.
- [26] OVECHKIN A, LEE SM, KIM KS. Thermovisual evaluation of acupuncture points [J]. Acupunct Electrother Res, 2001, 26(1/2): 11-23.
- [27] 田宁, 陈日新, 谢兵, 等. 支气管哮喘患者热敏穴红外辐射特征研究[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(2): 174-176.
- [28] 余婷, 许巍, 焦琳, 等. 基于文献计量学探讨近 5 年热敏灸研究现状[J]. 中医药导报, 2021, 27(4): 174-177, 182.
- [29] 柏琳. 基于文献数据挖掘的穴位敏化现象与规律研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2017.
- [30] CHEN RX, LV ZM, HUANG DD, et al. Efficacy of suspended moxibustion in stroke rats is associated with a change in tail temperature [J]. Neural Regen Res, 2013, 8(12): 1132-1138.
- [31] 宋云娥, 徐放明, 唐成林, 等. 基于 ReHo 方法的原发性痛经静息态功能磁共振成像研究[J]. 世界科技研究与发展, 2012, 34(3): 501-505.
- [32] 熊俊, 周星辰, 谢洪武, 等. 穴位热敏态脑机制功能性磁共振研究思路探讨[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 41-44.
- [33] 叶肖麟. 国外针刺疗法的新发现: 耳针疗法介绍[J]. 上海中医药杂志, 1958, 17(12): 45-48.
- [34] OLESON TD, KROENING RJ, BRESLER DE. An experimental evaluation of auricular diagnosis: the somatotopic mapping of musculoskeletal pain at ear acupuncture points[J]. Pain, 1980, 8(2): 217-229.
- [35] BUTT MF, ALBUSODA A, FARMER AD, et al. The anatomical basis for transcutaneous auricular vagus nerve stimulation[J]. J Anat, 2020, 236(4): 588-611.
- [36] 曹昂焱, 饶毅, 庄威, 等. 从骨骼肌张力传递解读反阿是穴的治疗效果[J]. 中国针灸, 2021, 41(2):

- 217-220.
- [37]梁玲君, 李良松. 浅谈阿是穴与“反阿是穴”[J]. 河南中医, 2016, 36(8): 1471-1473.
- [38]谢丁一, 陈日新. “阿是之法”是腧穴精准定位之法[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(2): 602-604.
- [39]WILLIAMS ACC, CRAIG KD. Updating the definition of pain[J]. Pain, 2016, 157(11): 2420-2423.
- [40]姜召彩, 王锦琰, 罗非. 预期调节疼痛的认知神经机制[J]. 中国临床心理学杂志, 2013, 21(6): 916-919.
- [41]WILLER JC, BOUHASSIRA D, LE BARS D. Neurophysiological bases of the counterirritation phenomenon: diffuse control inhibitors induced by nociceptive stimulation[J]. Neurophysiol Clin, 1999, 29(5): 379-400.
- [42]梁宜. 方剑乔痛证针灸治疗精要[M]. 北京:中国中医药出版社, 2017: 205.
- [43]朱兵. 经脉循行与身体分节的对应[J]. 针刺研究, 2021, 46(10): 815-820.
- [44]谢丁一, 陈彦奇, 李巧林, 等. 陈日新热敏灸临床安全操作经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(4): 1869-1871.
- [45]魏建子, 沈雪勇, 毛慧娟, 等. 甲状腺机能亢进症患者内关穴伏安特性研究[J]. 上海中医药大学学报, 2008, 22(6): 23-25.
- [46]章毓清, 丁光宏, 沈雪勇, 等. 正常人和冠心病病人穴位红外辐射光谱的差异性[J]. 中国针灸, 2004, 24(12): 34-37.

Brief Analysis of the Rules for Detecting *Ashi* Points based on Phenotype Diversity and Positioning Uncertainty

ZHENG Siyi¹, HUANG Xiaoxiao¹, LIU Yiyue¹, NIE Na², SHEN Qiongying¹, FAN Xinzhen¹, LI Tong¹, YE Siting¹, LIANG Yi^{1,2}, FANG Jianqiao^{1,2}

1. The Third School of Clinical Medicine, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou, 310053; 2. The Third Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University

ABSTRACT This paper discussed the phenotype diversity and positioning uncertainty of *ashi* points based on the meaning of the connotation, and explored the rules for detecting *ashi* points. It is believed that *ashi* points refer to the points of sensitivity or discomfort which may be chosen due to the patients' subjective feedback, and have broad and narrow senses with difference in the patient's subjective feeling. The *ashi* points in a narrow sense are the points or areas where pain is caused, relieved or eliminated through press or pinch of the local area by the doctors, or where allodynia or hyperalgesia is spontaneously generated and manifested in patients. The *ashi* points in a broad sense refers to a general term of abnormal reaction points, including abnormal sensations other than pain such as soreness, numbness, heaviness, heat, cool, formication, and electrical sensation, as well as morphological abnormalities such as changes in skin color, local bumps or depression, and subcutaneous nodules. Based on modern technological innovation of detection and researches on acupoint sensitization, the phenomena such as pain response points (pain sensitization points), heat-sensitization points, and positive reaction auricular points are considered as typical concrete phenotypes of *ashi* points, which are diverse and not limited to this. The exploration of *ashi* points needs to comprehensively consider factors such as the types of diseases and the unique attributes of acupoints, and has certain variation in the rules across different phenotypes. More objective clinical researches and technology innovation of detection are needed to deepen the interpretation of the rules for detecting *ashi* points.

Keywords *ashi* point; pain response point; acupoint sensitization; *ashi* point phenotype

(收稿日期: 2021-12-12; 修回日期: 2022-03-27)

[编辑: 焦 爽]