基于激痛点和阿是穴诊疗特征的“以应为腧”取穴思路探讨

葛晓蕾[1],张佳乐[2],张凯琪[1],詹沐坪[1],翟煦[1],赵永刚[3],王柳青[4]*
(1. 中国中医科学院望京医院,北京 100102;2. 中国中医科学院中医基础理论研究所,北京 100700;
3. 中国中医科学院针灸医院,北京 100700;4. 中国中医科学院中国医史文献研究所,北京 100700)

摘要 激痛点和阿是穴源于不同领域,但在判断指征和应用范围上存在部分相似之处。然而,学界对于两者的概念、定位、诊疗范畴以及疗效方面存在认知上的分歧和混淆,这种分歧在一定程度上由于激痛点和阿是穴的诞生年代与背景不同。本文梳理了激痛点和阿是穴的异同点以及诊断特征,在此基础上,阐述“以应为腧”的辨证取穴思路。该思路将“阿是之法”和“以痛为腧”等传统取穴理论相结合,旨在综合利用患者主观感受和客观刺激反馈,并将其纳入取穴依据,以综合现有的阿是穴和激痛点理论诊疗优势。并在该视角下,提出两点取穴思路:①借助望诊、问诊等收集患者主客观体表反馈信息,确定宏观反应区域,再结合神经解剖学知识和中医诊断学思维,缩小“表型”痛点范围;②结合触诊、切诊反应和规范的体格检查等进一步确定病变位置,并整合超声弹性成像技术、红外线成像技术,借助皮下结构的病理改变来区分病理特性,帮助确定和区分激痛点和阿是穴位置。通过这两点取穴思路,旨在提高激痛点、阿是穴以及其他体表反应点在临床诊疗中的可应用性和可推广性。同时,该思路也有助于克服激痛点和阿是穴理论学说的局限性,为患者提供更加精准和灵活的诊疗服务。

关键词 激痛点;肌筋膜触发点;阿是穴;以应为腧
中图分类号:R245.9 **文献标识码**:A **文章编号**:1002-2392(2025)02-0005-06
DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.250023

阿是之法是最原始的针灸取穴法则,无固定位置,常参考患者感觉反馈取穴,是一种在临床诊疗中具有显著价值的体表反应点,这一法则既具有“以痛为腧”的特点,又强调了“体表投射”的特异性[1-2]。现代检测技术革新和穴位敏化研究常将“以痛为腧”的痛反应点这一敏化反应归于阿是穴的具象表型之一[3],并广泛应用于治疗局部痛症和脏腑疾病。随经络理论的逐步完善,“阿是之法”和“以痛为腧”的取穴思路被进一步推广和实践,推动了取穴模式的规范化发展。

激痛点又名肌筋膜触发点(Myofascial trigger points,MTrPs),由美国临床医师 Janet Travell 于 1942 年首次提出,指骨骼肌上易激惹疼痛的过度应激点,并可在此处触及条索或结节,在痛症领域有较好的临床意义[4],两者都具有疾病诊断的特异性和治疗的高效性。但两派学者对激痛点和阿是穴的诊断和定位存在明显的经验性、主观性,缺乏统一的诊断标准,且在临床疗效上存在认识上的不同,主要表现为诊疗范围的不同。虽然弥漫性伤害抑制性控制系统理论表明,伤害性刺激可在任何区域产生镇痛效应,即“定位不准也产生一定治疗效应”,但由于缺乏针对性的疾病治疗,多呈“刻下有效”状态,治疗持续效应较差且复发率高[5]。激痛点和阿是穴两个领域在理论体系和实践方法上的沟通不足以及由此产生的争议,限制了两者在临床中的有效结合与应用。本文对激痛点和阿是穴之间的异同点和判断指征进行归纳,并对“阿是之法”和“以痛为腧”诊断模式的演变进行分析,进一步阐述“以应为腧”取穴思路,即参照触诊后机体出现个体化、动态化、敏化的形态学和功能学机体反应来综合探讨激痛点和阿是穴这类体表反应点。在基于临床疗效的前提下,摆脱理论框架限制,兼顾两种取穴思路,拓展临床取穴范围,综合、丰富激痛点和阿是穴理论学说的优势,以期为临床诊疗带来更多可能性,引起医者对包括但不局限于激痛点和阿是穴这类体表反应点的

收稿日期:2023-11-08 **修回日期**:2024-06-18
基金项目:中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(CI2021A00302)
作者简介:葛晓蕾(1999-),女,硕士研究生,研究方向:针灸治疗优势病种。
*通信作者:王柳青(1984-),女,博士,副研究员,硕士生导师,研究方向:经络腧穴理论与应用。

关注。

1 激痛点和阿是穴概念的异同

阿是穴是医者在体表按压后出现或患者自发出现的疼痛激发或按之“快然”的区域,其定义主要来源于孙思邈《备急千金要方·灸例》所载“即得便快成(或)痛”[3]。《灵枢·五邪》及《素问·调经论篇》中提到,“快然”指按压腧穴或体表不适处,患者感知的一种舒适、爽快的感觉。有研究者认为“快然”之感体现出腧穴或体表不适点的潜在治疗作用,而“以痛为腧”则可能反映病邪的存在,突出腧穴和不适点在体表病理反应识别中的诊断意义[6]。此外,《素问·调经论篇》云:“血气与邪并客于分腠之间,其脉坚大,故曰实。实者外坚充满,不可按之,按之则痛……寒湿之中人也,皮肤不收,肌肉坚紧,荣血泣,卫气去,故曰虚。虚者,聂辟气不足,按之则气足以温之,故快然而不痛。”指出患者主观体表反馈的差异可能提示不同的病因病机,即实证按之疼痛,虚证按之“快然”这一观点。按之“快然”表示体表某一部位对某一疾病具有特异性治疗效果;按压疼痛可能提示体表反应点具有诊断意义,触诊过程中体表的痛处可能是脏腑病变通过神经反射或经络系统传导至体表的特异性反应点。针对不同证候的虚实差异,患者体表的主客观反馈可能提示医者采用不同的治疗方法[7-8],此理论对经筋病、脏腑疾病的诊断和治疗具有重要的参考意义。激痛点是骨骼肌内结节处离散性、高度敏感的过度刺激应激点,也是诊断、治疗肌筋膜疼痛综合征的有效靶点[4]。研究显示,在疼痛靶点治疗的应用过程中,激痛点的治疗理念与“以痛为腧”观点吻合且疗效突出[9]。此外“以痛为腧”与“阿是之法”等传统取穴理论也体现出以患者主观反馈处作为疾病诊断和治疗靶点的重要性[10]。

激痛点和阿是穴在机体内都以两种对照状态存在,即“敏化态”和“静息态”。机械刺激“敏化态”的腧穴具有“小刺激大反应”现象[11]。而当激痛点处于“静息态”时,在缺乏机械性刺激的情况下,激痛点一般不出现自发性疼痛,但组织创伤、精神压力过大、免疫力降低、营养不足、长期姿势不当等因素可刺激激痛点由“静息态”转为“敏化态”[12]。此外,触诊“敏化态”阿是穴和活化激痛点时,皮肤都会出现结节、凹陷等现象,但刺激活化激痛点时,多额外伴有局部肌肉跳动、抽搐等反应[13]。在实验研究与临床治疗中发现了激痛点和阿是穴在痛感反馈、疾病信息、治疗效果上的相似性,同时两者也存在着诸多差异[11-13]。

除与穴位重叠的激痛点区域,激痛点和阿是穴之间的概念比较,见表 1。

表 1 激痛点和阿是穴概念比较

要点	激痛点	阿是穴
理论来源	JANET 等肌筋膜理论	孙思邈《备急千金要方·灸例》
出现时间	四岁后	未作限定
病理特点	以挛缩肌肉结节为主	未明确提出
躯体客观表现	肌肉跳动、抽搐等	未明确提出
患者主观反应	痛敏、牵涉痛	“痛”“快然”

2 激痛点和阿是穴体表分布特征

阿是穴“不问孔穴”,其分布具有个体差异和依据病情变化而变化的特点,广泛分布于人体各部位,既可在病变局部,也常在疾病远端相关联的部位。在考虑阿是穴与激痛点重合区域外,可根据疾病类型、相关疾病非常规临床表现等辅以解剖知识探寻阿是穴分布规律,以期总结激痛点和阿是穴的诊断线索。阿是穴不仅对经筋病有显著诊断和治疗意义,在内伤杂病、皮肤病等方面也有广泛应用。对于经脉痛症而言,阿是穴常位于病变局部,可围绕病变相关的肌肉、筋膜寻找,如肌肉筋膜附着点,或支配此组织的神经隶属节段[14];对于脏腑痛症和软组织损伤导致的肢体痛症,阿是穴分布缺乏统一规律,如上腹部、膝关节外侧、足反射区、胃区都可发现胃痛反应点[15];对于皮肤病,阿是穴位置多与病灶处重叠;对于内科病和五官疾病而言,取穴规律较难统一,但可从病变局部及其在脊柱两侧的背部投影区域定位阿是穴。总体来说,阿是穴以局部选穴为主(约 50.7%),旁开和远端选穴约占 2.3% 和 34.5%,例如乳痈患者阿是穴多出现在第四、五胸椎至肩胛骨的区域,胆囊病患者阿是穴多在第八、九胸椎区域[14]。

此外,张钊汉先生针对阿是穴理论的不足,提出与阿是穴相仿的“原始点”的概念,与全身症状相对应,并归纳出“原始点”的位置多呈直线状态分布于骨旁,且基本不与十四经穴或者经外奇穴重合[16]。“原始点”的定位或许可为阿是穴的普适定位提供思路。

激痛点定位也较为广泛,但除与阿是穴重叠部位外,激痛点多分布在骨骼肌的紧张带上,通常提示病理性疼痛,具有更为特异性的分布特点[17]。例如,激痛点多位于受累骨骼肌的肌腹部位,也有一部分位于肌腱、韧带、关节骨膜等位置,这些分布特点根据中央型激痛点和附着型激痛点进行分类[4]。少数激痛点位于病变远端,如哮喘患者激痛点多于第七颈椎到第三胸椎的棘突下区域和两侧的肌肉,这些激痛点的分布不仅提示其可用于肌筋膜综合征的诊断,还可以对内脏疾病的治疗产生影响[15]。

除与穴位重叠的激痛点区域,激痛点和阿是穴分布特征与病灶关系的比较,见表 2。

表 2 激痛点和阿是穴的分布特征及与病灶关系比较

要点	激痛点	阿是穴
分布特点	肌腹中央和肌肉附着区	可在全身出现
病理特点	以挛缩肌肉结节为主	未明确提出
治疗原则	“灭活”	“气至而有效”
病位和治疗点	常一致	可不一致
反应病症	软组织病变和少数内脏病变	软组织病变、内脏病变及少见疾病

3 激痛点和阿是穴的定位

激痛点和阿是穴的体表位置均不固定,缺乏系统定位标准,但均在激活体表主客观效应及调节机体疾病方面发挥重要作用。本文研究激痛点和阿是穴的理论起源,并强调了两者刺激反馈的差异,结合问诊、医者经验等临床信息,统筹局部取穴法、辨证取穴法、对症取穴法等核心思想,采用“面”“点”“线”三步法,确立阿是穴“表型”范围,逐步刻画激痛点和阿是穴的“表型”痛点范围[13]。此外,在解剖学和生理学等现代医学理论背景下,根据疾病推断受累肌群,分析激痛点分布规律,也可确立激痛点的“表型”诊断范围。

继而,参考“阿是之法”“以痛为腧”等经典取穴理论的发展沿革,对敏感点处机体反馈的“表型”进行补充和解读,综合痛感、力敏点、低阻点和皮温变化等功能改变以及肌肉、皮肤、血管的形态改变来综合定位,再整合超声弹性成像技术、红外热像技术等现代辅助技术,在“表型”诊断范围下,剥离“亚型”病性,完成激痛点和阿是穴的临床诊断并指导治疗决策。

3.1 根据基础理论定位

阿是穴虽无明确归经,分布广泛,但仍可在中医传统经络学理论指导下,通过局部取穴、辨证取穴、对症取穴、循经取穴等方法定位[13]。首先确定“面”“点”“线”三个方面。即将患者异常反应立为“面”,在“面”内区域探寻到的敏感处立为“点”,“线”则是经络系统中线性联系在体表的反映,医生可以通过分析病变部位与相关经脉、脏腑之间的络属关系,结合疾病的发生与发展过程,在经脉循行路径上识别出敏感点或阳性反应点,从而定位阿是穴[18]。如胆囊炎患者常在阳陵泉下方出现敏感点;心脉瘀阻型胸痹患者常在心经循经所过处出现敏感点[13]。

激痛点分布虽较为广泛,但多数出现在骨骼肌肌腹处,可在解剖学及病理学等理论支持下探寻位置。此外,可根据患者的问诊信息等,选择与之相关的肌群,沿肌纤维方向触压肌肉起止点区域,从筋膜线上寻找激痛点的具体位置[19]。定位时可参考激痛点以下特性,一是痛点及周围常出现痛性紧张带状或条索状物;二是机械性刺激活化激痛点可诱发局部疼痛和牵涉痛;三是受累肌肉牵张的范围受限和肌力减退;四是快速刺激激痛点可引发肌肉抽搐[20]。

3.2 根据刺激反馈定位

首先,参考《内经》时代的体表反馈定位阿是穴的方法,《灵枢·癫狂》和《素问·骨空论》中的记载表明,医患双方可以通过主观症状和客观体征的反馈来共同确定阿是穴的位置。如《灵枢·癫狂》载:“取之下胸二胁咳而动手者,与背腧以手按之立快者是也”,表明患者在某些体表位置出现“立快”感时,可作为取穴的依据。类似地,《素问·骨空论》中提到“视背俞陷者灸之”“缺盆骨上切之坚痛如筋者灸之”,提示除了“立快”这种体表反馈,还可以根据患者在触诊时感受体表改变进行定位,除上述提到到“陷”“坚痛”外,酸、胀、凉、热、触电感、蚁走感、皮肤颜色变化、皮肤隆起等表现,都是取穴的参考指征。此外,施针者在针灸过程中感受到的“如鱼吞钩”等反应,也可作为确认阿是穴位置的客观依据。以上这些主客观反馈的综合应用,有助于更精准地确定阿是穴[21]。其次,从穴位敏化这一角度提出的“探感定位二步法”即粗定位与细定位,对根据刺激反馈而定位进行了系统的描述;即可先根据解剖知识粗略确定解剖定位,再在解剖定位的基础上,根据刺激反馈进一步缩小施术范围,并参考感觉变化,实现精准定位[21]。再次,基于解剖学知识,也可通过反阿是穴和阿是穴分布规律进行定位。如确立肌肉起止点和肌腹位置,若于肌腹位置发现阿是穴,则可从该肌肉的起止点推断反阿是穴的位置,若于肌肉止点或起点发现阿是穴,则从肌腹或阿是穴所远离的一端取穴,确定反阿是穴的位置[22]。

激痛点导致的肌筋膜疼痛也可采用上述分步定位法来定位激痛点并灭活。即根据体表压痛点、紧张带、敏感结节、牵涉痛、肌肉抽搐反应、关节因完全牵拉产生的疼痛受限,此外,还需关注由结节压痛导致的肌肉疼痛、虚弱、痉挛和自主神经症状体表反馈等来参考定位[20]。

分步定位法流程如下。通过通过病史及体格检查

等确定受累肌,再沿垂直于纤维方向的交叉纤维方向移动,触诊受累肌的压痛点,从而诱发病变远端的牵涉痛和局部的肌肉纤维震颤反应,继而根据牵涉痛规律确定牵涉痛区域,并寻找位于肌纤维中央的硬结和条索样的紧张带[23]。有研究者认为斜方肌紧张带在磁共振弹性成像中与周围组织存在明显差异,这或许是激痛点精准定位的突破点之一[24]。有研究者认为符合紧张带、高敏感点、牵涉痛中 2 项激痛点的诊断依据,便可诊断激痛点,其他症状(如痛感再现)为辅助诊断[25]。而肌颤的诊断可靠性低,不能作为必要诊断条件,此外,牵涉痛的具体感觉也存在争议,不少学者认为除痛感外也可能包括其他异常感觉,如灼热感等[26]。但有研究表明,除阿是穴与激痛点重叠区域外,一般触诊激痛点结节时,虽有痛感,但无"快然"感[10]。

此外,根据受累肌肉位置不同,触诊方法也不同,可分为寻找表浅肌肉激痛点的平滑式触诊,如斜方肌平滑式触诊、掌长肌平滑式触诊等;寻找游离缘肌肉激痛点的钳捏式触诊,如大圆肌钳捏式触诊、肱三头肌钳捏式触诊等;寻找深层肌肉激痛点的深部触诊,如腰大肌深部触诊弹拨法、腰方肌深部触诊弹拨法[23]。

虽然上述触诊反馈皆可作为参考依据,但对于触诊时间、力度、痛感的量化指标仍缺乏统一标准。因此,对触诊反应的评价、压痛程度的评估、时间计量的测定等也需要在未来进一步构建细化、量化的标准。

3.3 根据现代技术辅助定位

3.3.1 超声弹性成像技术

定位激痛点和阿是穴,除根据触诊反馈、传统针灸、干针疗法、患者病史推理等方法外,还可利用现代客观指标区分病理特征,为激痛点和阿是穴理论主观化客观指征提供依据。如超声弹性成像技术、肌电图记录自发电位、红外线热成像技术等被认为是诊断激痛点和阿是穴这类体表反馈点的重大突破技术[27]。

超声弹性成像技术被认为是诊断激痛点安全、简便的诊断方式,可通过定量反应组织硬度、黏性、弹性系数等特征为临床提供依据[28]。此外,高频超声影像也是阿是穴精确定位的方法之一,该技术可以辅助定位,为腧穴可视化、标准化提供重要参考,也有助于阐释激痛点和阿是穴的病理生理机制,但未来仍需进一步挖掘超声弹性成像技术定位的临床价值[29]。

3.3.2 红外热成像技术

红外热成像技术是另一种有助于检查、定位激痛点和阿是穴的技术。激痛点和阿是穴常以痛感为主要定位依据,但压痛程度、痛感反馈都缺乏细化、量化指标。细胞代谢会随着细胞结构功能的改变而变化,细胞间会出现温差变化,由高温至低温依次对应的色彩为白、深红、红、浅红、黄、绿、浅绿、浅蓝、深蓝和黑色。红外热成像技术可将细胞温差变化转为"人体疼痛谱",实现疼痛范围的准确化、可视化[30],故可结合该技术辅助阿是穴和激痛点的检查、定位。此外,触诊反应的客观评价、压痛程度和时间的测量等诊断体系的建立也依赖于该技术的配合。

4 "以应为腧"取穴思路的形成

基于阿是穴和激痛点体表反馈的共性特点、分布特征和诊疗属性的对比分析可知,从微观角度上,激痛点定位机理细化至肌肉解剖结构,其定位方法与"但疼痛便针"取穴理论背景类似;从宏观角度上,激痛点的定位点可属中医"筋"的范围,即肌肉、韧带及周围软组织等结构的总称,肌筋膜疼痛综合征也可划为经筋病的范畴[10]。此外,激痛点处产生的痛感是诊断激痛点的提示证据之一,该法符合"阿是之法"取穴理论的特点,是"阿是之法"定位微观化的直接体现[31]。笔者对"阿是之法"与"以痛为腧"理论的发展沿革进行剖析发现,随经络理论研究的深入,阿是穴的取穴方式逐渐革新和完善,这一变化对当下梳理激痛点与阿是穴的诊断模式具有显著的参考价值。

《备急千金要方·灸例》曰:"有阿是之法……即得便快成痛处,即云阿是。"可推断出,"阿是之法"是以触感反馈后所显示痛感加重或减轻的点为取穴参考位置,此处"痛"指可忍受且欢快的痛感而并非"病痛"。"阿是之法"与《内经》"以痛为腧"的取穴理论有相同之处,但后者的取穴方法更加系统和具体[32]。

除上述两个取穴思路外,"以知为数"取穴思路也丰富取穴理论体系。"以知为数"的"知",本义指"知觉",理解为得气或感知[33],表现为触诊局部区域或痛点周围出现酸、麻、胀、痛等一系列"得气"反应,如《内经》中提到的"快然""痛解"等都是"得气"的反馈,提示取穴基于痛感但不局限于痛感,还包括其他感知反应。《素问·缪刺论》曰:"疾按之应手如痛,刺之傍三痏",此时,取穴之处已不在"应手如痛"处,而是"刺之傍",即以病症处为腧,这不仅进一步补充、规范了触感反馈的取穴范围,也提示医者运用中医理论探寻、推理病灶定位,总结、验证取穴点周围表现,来进一步完善取穴方法,这是基于经络理论的阿是穴传统取穴思路。尽管阿是穴理论起源较早,且缺乏现代神经解剖学证据的系统支撑,其取穴方法过于依赖患者主观反馈,但这一理论仍具有积极意义。其取穴思路基于辨证施治的理念,强调患者的主观感受并以此作为取穴依据,同时揭示局部神经肌肉指征可能反映脏腑疾病

的状态,从而提示脏腑疾病的位置、性质及程度。阿是穴的优势在于其方法简单、易掌握且推广性强。与此不同,激痛点的定位依托现代神经解剖学研究,具有较为明确且客观的取穴依据,尽管其临床推广性不如阿是穴,但这一理论体系依然值得肯定。基于此,笔者分析阿是穴和激痛点体表反馈差异和诊疗属性,参考“阿是之法”“以痛为腧”等取穴理论,阐述“以应为腧”取穴思路。其中,“应”的表现形式不局限于痛感,可表现为体表个体化、动态化、敏化的机体反应,如力敏点、低阻点、皮温变化等功能改变,其肌肉处的条索状或结节样改变、皮肤红疹、浅表血管和色泽改变等形态改变皆属于“应”的表现形式[34]。

“以痛为腧”理论和“阿是之法”理论皆可归为“以应为腧”理论范畴。其中“痛”和“阿”的触感反馈都属于“应”的范畴,两者皆是疾病状态下在体表出现的反应点。并且,“应”的程度和性质会随疾病的发生而产生,随病情的改善而减轻或消失,这与激痛点和阿是穴因疾病而产生的机制相契合,因此,可以利用这种反应推断出需要刺激的激痛点和阿是穴的位置。相对于固定针灸方案,应在考虑症状鉴别等因素的基础上,通过刺激体表不固定部位,探寻阿是穴与激痛点为代表的体表反应点的临床定位,从而为患者提供更加个性化、高效的诊疗方案[35]。

5 展望

激痛点和阿是穴作为体表反应点,能够通过神经肌肉反应指示疾病的部位、性质和程度,广泛应用于临床。然而,激痛点与阿是穴的定义和诊断标准尚未统一,导致其应用受到一定限制。为解决这一问题,本研究阐述“以应为腧”取穴思路,整合了疾病导致机体出现的功能性异常反应与形态化异常表现,并结合现代影像技术进行诊断和定位,呼吁建立更加规范的诊断体系。该体系旨在为疾病诊断和治疗提供更精确的参考信息和临床靶点,同时也促使学者进一步关注和理解腧穴的本质,特别是激痛点和阿是穴等体表反应点的临床应用。在此基础上,未来应加强传统针灸和干针医学之间的交流和合作,促进两者理论的融合与发展,对激痛点和阿是穴进行更深层次、多维度的比较,划定两者的交集与并集,从而减少各领域间的混淆。

参考文献:

[1] 许云祥,郭菡,陈贵珍. 阿是穴形成及其镇痛机制探讨[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(6):80 - 82.
[2] 姜姗,赵京生. 被建构的“阿是穴”[J]. 中国针灸,2023,43(1):89 - 94.
[3] 郑思懿,黄孝笑,刘祎玥,等. 基于表型多样性和定位不确定性的阿是穴探寻规律浅析[J]. 中医杂志,2022,63(11):1026 - 1031.
[4] SIMONS D G,TRAVELL J G,SIMONS L S. 肌筋膜疼痛与功能障碍:激痛点手册[M]. 赵冲,田阳春,主译. 北京:人民军医出版社,2014:5.
[5] WILLER J C,BOUHASSIRA D,LE B D. Neurophysiological bases of the counterirritation phenomenon:diffuse control inhibitors induced by nociceptive stimulation[J]. Neurophysiol Clin,1999,29(5):379 - 400.
[6] 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.
[7] 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.
[8] 喻晓春,朱兵,高俊虹,等. 穴位动态过程的科学基础[J]. 中医杂志,2007,48(11):971 - 973.
[9] 王列,马帅,马铁明,等. 针刺激痛点结合康复训练治疗缺血性中风后肩手综合征Ⅰ期临床研究[J]. 针灸临床杂志,2020,36(1):8 - 12.
[10] 代顺心,任奎羽,姜建振,等. 基于“以知为数,以痛为腧”探析痛感取穴法演变[J]. 中华中医药杂志,2021,36(4):2372 - 2374.
[11] 谢晋,任玉兰. 关于敏化穴与激痛点相关性的初步探讨[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(2):289 - 291.
[12] HAN T I,HONG C Z,KUO F C,et al. Mechanical pain sensitivity of deep tissues in children—possible development of myofascial trigger points in children[J]. BMC Musculoskelet Disord,2012,13:13.
[13] 谢晓银,乔海法. 阿是穴与肌筋膜触发点比较性研究[J]. 陕西中医,2021,42(9):1264 - 1266.
[14] 叶永铭,赵宏,刘志顺,等. 阿是穴研究概况[J]. 北京中医,2006(10):633 - 636.
[15] 王庆波. 穴位按切诊和人体激痛点触诊的异同[J]. 中国中医基础医学杂志,2015,21(10):1283 - 1284.
[16] 张钊汉. 原始点健康手册[M]. 北京:世图电子音像出版社,2022,73 - 76.
[17] 寇智君,詹强,崔太松,等. 詹强“经痹点”理论浅析[J]. 中华中医药杂志,2018,33(9):3843 - 3845.
[18] 陈春艳,徐光耀,徐鸣曙. 浅析经穴阳性反应在刮痧中的应用[J]. 中医临床研究,2020,12(32):107 - 108.
[19] 吴梦,范晓雪,丁康,等. 肌筋膜链理论在疼痛诊疗中的应用探析[J]. 按摩与康复医学,2022,13(1):71 - 74.
[20] 黄强民. 肌筋膜触发点及肌筋膜疼痛综合征[J]. 颈腰痛杂志,2004,25 (5):360 - 362.
[21] 付勇,曹乾安,章海凤,等. 基于内经理论的敏化腧穴“快然”特征探讨[J]. 江西中医药大学学报,2020,32(4):9 - 11.
[22] 曹昺焱,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.
[23] 彭增福. 激痛点针刺疗法操作特点及其启示[J]. 云南中医学院学报,2009,32(5):55 - 58.
[24] SIMONS D G. New views of myofascial trigger points:etiology and diagnosis[J]. Arch Phys Med Rehabil,2008,89(1):157 - 159.
[25] FERNáNDEZ - DE - LAS - PEÑAS C,DOMMERHOLT J. International consensus on diagnostic criteria and clinical considerations of myofascial trigger points:a Delphi study[J]. Pain Med,2018,19(1):142 - 150.
[26] 王丽娜,黄强民. 激痛点技术的理论和实践进展[J]. 中国疼痛医

学杂志,2021,27(6):413 - 419.
[27] DO T P, HELDARSKARD G F, KOLDING L T, et al. Myofascial trigger points in migraine and tension - type headache[J]. J Headache Pain, 2018, 19(1):84.
[28] 吴乾玉,黄立群,王丽娜. 超声引导下激痛点诊断及治疗的研究进展[J]. 兰州大学学报(医学版),2022,48(9):57 - 60,65.
[29] 刘鑫,李珊珊,宓轶群. 超声在针刺治疗中的应用与研究进展[J]. 中国针灸,2023,43(1):119 - 122.
[30] 高巍巍,邹德生,王伍超,等. 红外热像图定位冲击波疗法治疗肌筋膜疼痛综合征的临床分析[J]. 中国疼痛医学杂志,2016,22(4):312 - 314,318.
[31] 吕海兵,张宏如,段佳强,等. 功能解剖下的"阿是之法"探析[J]. 时珍国医国药,2019,30(1):159 - 161.
[32] 张雪琳,谢瑾,高希言. 探讨阿是穴与"阿是之法"[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(1):49 - 51.
[33] 赵京生. "以痛为输":基于十二经筋治则语境的解读[J]. 针刺研究,2023,48(3):294 - 298.
[34] 焦琳,陈日新. 腧穴者 - 其态各异,动、敏为本[J]. 时珍国医国药,2018,29(1):143 - 145.
[35] LANGEVIN H M. Fascia mobility, proprioception, and myofascial pain[J]. Life (Basel),2021,11(7):668.

Discussion on the Acupuncture Approach of "Using Reaction Points as Acupoints" Based on Tender Points and Ouch Points

GE Xiaolei[1], ZHANG Jiale[2], ZHANG Kaiqi[1], ZHAN Muping[1], ZHAI Xu[1], ZHAO Yonggang[3], WANG Liuqing[4]

(1. *Wangjing Hospital*, *China Academy of Chinese Medical Sciences*, *Beijing* 100102, *China*;
2. *Institute of Basic Research in Traditional Chinese Medicine*, *China Academy of Chinese Medical Sciences*, *Beijing* 100700, *China*; 3. *Acupuncture Research Institute*, *China Academy of Chinese Medical Sciences*, *Beijing* 100700, *China*;
4. *Institute of Chinese Medical History and Literature*, *China Academy of Chinese Medical Sciences*, *Beijing* 100700, *China*)

Abstract Tender points and Ouch points originate from different disciplines, yet share some diagnostic indicators and applications. However, there is divergence and confusion in the understanding of their concepts, positioning, diagnostic and treatment scope, and therapeutic effectiveness within the academic community. This divergence is influenced by the different eras and backgrounds from which tender points and Ouch points emerged. Through research, the authors have identified the similarities and differences between tender points and Ouch points, as well as their diagnostic features, and on this basis, propose a diagnostic approach to acupuncture using the principle of "Using Reaction Points as Acupoints". This approach combines traditional theories of selecting acupuncture points such as the "Ouch method" and "using pain as a guide", aiming to utilize both subjective sensations of the patient and objective feedback to stimuli as bases for point selection. It integrates the strengths of existing Ouch points and tender point theories in diagnosis and treatment. Within this framework, a two - pronged point selection approach is proposed: 1) Utilizing inspection and inquiry to gather both subjective and objective feedback from the patient, identifying macro reaction areas, and then narrowing down the "phenotypic" pain points using neuroanatomical medical knowledge and TCM diagnostic thinking; 2) Combining palpation, percussion reaction, and standardized physical examination to further pinpoint lesion locations. Integration of ultrasound and infrared imaging technologies to uncover pathological changes in subcutaneous structures helps in determining and distinguishing the positions of tender points and Ouch points. This comprehensive approach to point selection aims to enhance the applicability and extendibility of tender points and Ouch points as well as other body surface reaction points in clinical diagnosis and treatment. Additionally, this approach helps overcome the limitations of the theories of tender points and Ouch points, providing more precise and flexible diagnostic and treatment services for patients.

Key words Tender points; Myofascial trigger points; Ouch points; Using reaction points as acupoints