

从三个著名案例看针灸临床研究的复杂性

黄龙祥^①, 黄幼民^②

① 国家中医药管理局针灸理论与方法学重点研究室, 中国中医科学院针灸研究所, 北京 100700;

② 北京中医药大学, 图书馆参考咨询部, 北京 100029

E-mail: hlxtcm@vip.sina.com

2011-04-18 收稿, 2011-07-26 接受

国家中医药管理局重大项目(03XD)和科技部社会公益研究专项资金项目(110)资助

摘要 “孔最穴治疗痔疮”、“迎香透四白治疗胆道蛔虫”、“条口透承山治疗肩周炎”作为当代针灸穴位临床应用新发现的三个代表, 对国内外针灸学教科书及针灸临床均产生了深远的影响. 本文通过对这三个案例的层层剖析, 揭示了这三项针灸治疗经验在传播和研究过程中出现的明显失误, 指出了当代针灸临床研究设计, 特别是近年来国外著名医学刊物发表的针灸临床研究设计的主要问题, 并提出了相应的改进思路.

关键词

痔疮/孔最穴
胆道蛔虫症/迎香透四白
肩周炎/条口透承山
针灸临床设计与评价

当代针灸穴位临床应用的新发现, 主要体现在两个方面: 第一, 是对传统经穴新的治疗作用的发现; 第二, 是成百上千新穴位的发现. 关于旧穴新用, 影响最大者当数“孔最穴治疗痔疮”、“迎香透四白治疗胆道蛔虫”、“条口透承山治疗肩周炎”(最初称作“条山”穴, 归入“新穴”类)三项, 重复验证此三者显著疗效的临床报道不断见诸书刊, 且很早便被写入中医高等院校的针灸学教材, 其影响不限于中国针灸界, 而且早已远播海外; 也不限于学术圈内, 而且深入到民众, 成为人们耳熟能详的当代针灸临床“新发现”的三个代表. 笔者通过对三个案例的回顾和梳理, 发现了此三项针灸治疗经验在传播过程中的失误以及在研究过程中的偏差.

1 历史与现状

孔最穴位于腕掌侧横纹上 7 寸(见图 1). “孔最治痔”是 20 世纪 50 年代末引自日本针灸家泽田健的经验; 迎香穴位于鼻唇沟中, 横平鼻翼外缘中点(见图 2). 四白穴在面部眶下孔处(见图 2). “迎香透四白(从迎香穴刺至四白穴)治胆道蛔虫”出自 20 世纪 60 年代末的“新针疗法”; 条口穴在小腿外侧, 犊鼻下 8 寸处(见图 3). 承山穴在小腿后面, 腓肠肌两肌腹与肌腱

交角处(见图 3). “条口透承山(从条口穴刺至承山穴)治肩周炎”是 20 世纪 50 年代发掘自河北一带的民间经验. 三条“新发现”所出虽不相同, 然而皆有相当大的代表性, 长期以来一直被当作中国当代针灸穴位临床应用新发现的三个代表, 特别是后二者还进入了中医针灸的行业标准——《蛔虫病中医诊疗技术》、《肩周炎针灸诊疗技术》(见“国中医药办发(2008)38 号”文). 几十年来, 人们应用和传授这三条针灸经验时, 极少对它们的来历进行认真的考察. 2003 年国家中医药管理局重大项目“中华人民共和国针灸穴典”专项立项后(见“国中医药办发(2003)27 号”文), 专门设立了条口透承山治疗肩周炎的多中心临床研究课题. 课题组首先考察了此经验方的来历, 之后我研究室专门从事现代针灸文献研究的彭增福副研究员再次考察, 虽然较前更进一步, 但依然没有达到“水落石出”的地步. 至于其他两条“新发现”的来历, 则迄今未见研究, 此次深入考察, 发现了诸多疑点与困惑.

1.1 孔最治痔

关于孔最治痔的记载, 中国古代文献中只在周树冬手稿《金针梅花诗钞》孔最穴下查到一条: “对于痔疾, 如痔痛、痔出血等亦主之者, 也当与列缺、尺



图1 孔最穴



图2 迎香、四白穴

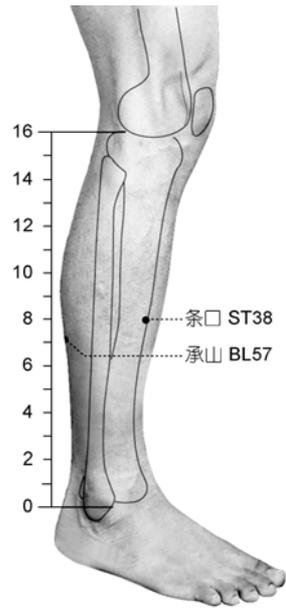


图3 条口、承山穴

泽等穴能主下腹及前阴诸病之义相同。”此书虽系晚清作品，但直到1982年才由其孙周楣声教授整理补注后出版，即便上述文字出自周树冬先生之笔，仍可判定现代中国针灸教材中关于孔最穴治疗痔疾的记载非出于此。经考察，中国针灸学教材关于孔最治痔的记载系出自日本文献，较早的报道见于日本《针灸真髓》所载之泽田先生的临床经验，该书由其弟子代田文志整理，于1941年出版，中文版出版于1958年^[1]。该书明言：“治痔用孔最最有效。孔最在普通书上说去腕七寸，但应在近尺泽处取穴，即尺泽下同身寸二寸处之陷中，此处很有效，如依普通取法则不见效。”

既然明确说，按普通取法的经穴“孔最”无效，说明中国针灸学教材中记述的“孔最”不具治疗痔疾的作用。那么，如何判定中国针灸学教材中关于孔最治“痔疾”记载是直接或间接来自日本泽田氏用穴经验，而不是中国针灸医生临床实践经验的总结呢？查得1958年北京市中医学校编写的内部教材《针灸学讲义》第37页孔最穴下有如下说明：“本间祥白：孔最治咯血、痔出血，代田文志：孔最治痔痛”。这里所引“本间祥白”是指该作者的《经络治疗讲话》一书，著于1950年，中文版出版于1957年，书中第53页载孔最穴主治“咯血、痔出血”。由于该书引录泽田先生孔最穴主治经验时，未注明其特定的部位，之后中国的

《针灸学讲义》又间接地从《经络治疗讲话》引录“孔最治痔出血”的说法，遮盖了日本泽田氏“孔最”与中国传统经穴“孔最”的名同实异，遂成为后来中国针灸教材关于“孔最治痔”以讹传讹的根源。

由此可见，《针灸学讲义》及此后的中国统编针灸学教材关于“孔最治痔”的记载犯了“张冠李戴”的错误。

1.2 迎香透四白治胆道蛔虫症

古代文献所记载的迎香穴主治，正如其穴名所提示的那样——治疗鼻部病症。当代针刺治疗胆道蛔虫的临床观察见于1958年^[2,3]，而选用迎香穴治胆道蛔虫的记载，大量见于20世纪60年代末至70年代“新医疗法”类书中，由于这个特定时期发表的论文多不署个人名，因而无法考定最先提出此经验方的个人。而应用“迎香透四白治胆道蛔虫症”较完整的临床观察出自遵义医学院附属医院，该项研究始于1965年，但该成果于1970年发表时，针刺取穴中还没有提及“迎香”或“四白”穴^[4]，至1971年发表时才明确提到“病重者迎香透四白”（见：北京中医学院编《新医疗法资料汇编》，1971年，201~203页）。

有人分析该经验的形成是受明代《百症赋》“面上虫行有验，迎香可取”的启发^[5]，或将此处的“面上虫行”理解成了面部的蛔虫斑。而实际上这里的“面

上虫行”是说面痒如虫行,历代腧穴典籍描述得非常清楚,与胆道蛔虫实不相干.又有解剖学者试图为“迎香、四白治疗胆道蛔虫”提供解剖学依据:认为面部的迎香、四白穴所以能治疗胆道蛔虫,是因为针刺此二穴所引起的神经冲动,经三叉神经上颌神经的感觉纤维传到三叉神经脊束核的上颌节段内,影响孤束核的胆道节段,再传到迷走神经背核的胆道节段,发出反射经迷走神经引起奥狄氏括约肌放松和胆道蠕动增加而驱出蛔虫,治愈疾病^[6].然而这一推断难以解释其他与三叉神经相关的穴位不用于治疗胆道病症.

1.3 条口透承山治肩周炎

据现代针灸临床文献统计,肩周炎已成为条口穴的第一主治^[7],但古代文献没有类似的记载.关于条口穴治疗肩周炎的最早记载,有考证为胡学曾氏报道于1966年^[8],近年我研究室的彭增福副研究员^[9]再次对此进行了深入的考察,发现1965年李志明氏、盛燮荪氏二人已有相关报道,将此项研究又推进了一步,然而仍未最后理清来历.至于有文献指出^[10]:条口穴治疗肩臂痛已早见于1955年人民卫生出版社出版的承淡安的《中国针灸学》,经查非是.所以出错可能是将程莘农主编的同名《中国针灸学》(人民卫生出版社,2001年)与承淡安的《中国针灸学》相混所致.

笔者最新考察的结果表明:“条口透承山”针方于20世纪50年代发掘自河北唐山市东矿区古林联合诊所李玉良治腰痛经验方,当时将这一特殊的透穴法起了一个专门的穴名——条山,最初的主治病症很明确——腰痛^[11,12],1965年河北省卫生厅编写的中医培训教材《针灸》将“条山”归入“经外奇穴”类下,主治仍为腰痛、背痛.直到1975年河北新医大学编写的《针灸》教材中,“条山”还是归入“经外奇穴及新穴”中,但主治变成了“腰痛、肩臂痛”,也就是说,直到这时,条口透承山的主要治疗病症还是腰痛,肩痛是次要的主治症.

最初治疗肩凝症的是从小腿部压痛点透刺承山穴,见于天津市中医学院附属医院王文绵治肩凝方:压痛点在足三里下三寸左右,见图4.操作:用毫针在压痛点向承山穴方向捻转进针二至四寸,留针五分钟.如果找不到压痛点,即取条山穴(即条口透承山穴),但条山穴不如压痛点效果好(见:河北省卫生厅编《河北省针灸技术交流会议资料汇编》.1959年,

79, 315页.按:同样的经验又于同一资料汇编所收录的河北中医院王蕴山“条山和悬钟穴的临床应用”一文).

显然,在这一时期,“条口透承山”只是治疗肩凝症的一个替代方.主方乃是足三里穴下的压痛点,而这压痛点分别被再次发现,命名为“肩痛穴”(足三里穴下二寸,偏于腓侧一寸,见图5)、中平穴(足三里下一寸,见图5)和“胆蛔压痛点”(足三里穴下,见图6).由附图可见,治疗肩周炎的“肩凝压痛点”、“肩痛穴”和“中平穴”都位于“胆蛔压痛点”的区间.

尽管类似的经验方和穴位主治反复出现于河北人民出版社的民间验方^[11](又见:河北省卫生厅编《河北省针灸技术交流会议资料汇编》.1959年,79, 315页)和针灸教材中^[13],然而产生广泛影响的还是1974年上海中医学院编的《针灸学》的明确载录,该书被翻译成多种文字,影响到国外.20世纪80年代初,国内多位学者^[14-16]几乎同时又将国外的这些研究报道翻译到国内,再次引起了国内同行的普遍关注.由于人们不知此针方的来历,而一直误以为是专治肩周炎的特效方.

与“孔最治痔”之误传、“迎香治胆”之误解不同,“条口治肩”的经验直接来自临床实践,2003年局级重大项目“中华人民共和国针灸穴典研究”立项时,专门设计了“电针条口穴治疗肩关节周围炎临床研究”(03XDLZ25)、“针刺条口穴治疗肩关节周围炎临床疗效研究与评价”(03XDLB)两个课题.课题组也格外地重视,从这个经验方的起源,到它的临床应用现状都进行了非常努力的考察,最后又进行了多中心、对照、盲法的实验设计,从文献到临床和最后的实验研究都得到了肯定的肯定结果:针刺条口穴治疗肩周炎有效^[17-19].但各组实验均未设计相关的对照组观察此效应的特异性,因而这个结果并没有打消我们的疑问,于是我们决定将这个问题置于更大的背景中考察.

考察一项新发现的影响度,有两个非常有效的途径:其一是教科书,其二是相关的国家或行业标准.“迎香透四白治疗胆道蛔虫病”的报道为20世纪60年代末(例如:北京军区后勤部卫生部编内部资料《新医疗法手册》,1969年,87页;中国人民解放军第四七九三部队后勤医院编内部资料《新医疗法与针灸奇穴汇编》,1969年,159页),载入中医学教材的时间为1970年(长春中医学院革命委员会教育革命组编

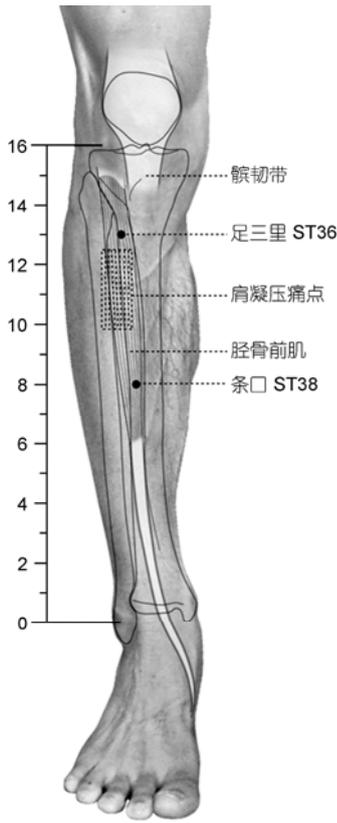


图4 肩凝压痛点

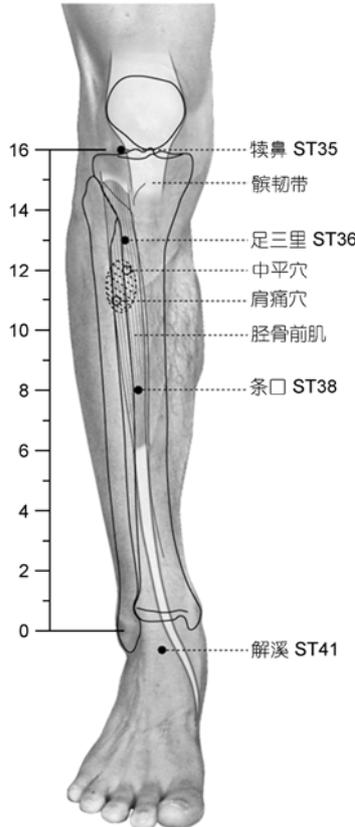


图5 肩痛穴、中平穴

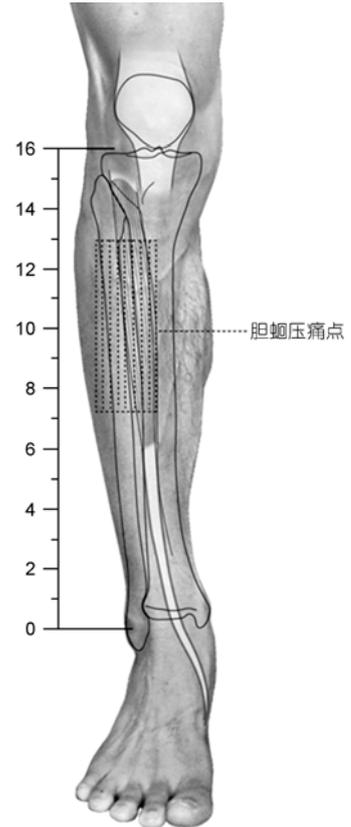


图6 胆蛔压痛点

《中医学讲义》，1970年，95页），写入针灸学内部教材的时间为1971年（北京中医学院编内部试用讲义《新针灸学》，1971年，45页），写入针灸学正式教材的时间为1974年^[20]；“条口透承山治肩周炎”编入针灸学培训教材的时间为1960年^[11]，写入针灸学正式教材的时间为1974年^[20]。“条口透承山治肩周炎、迎香透四白治胆道蛔虫症”的经验，除了国内外针灸学

教材之外，还被写入相关病症诊疗的行业标准《肩周炎针灸诊疗技术》、《蛔虫病中医诊疗技术》，进一步说明已经获得学术共同体的认同。“孔最治痔疮”写入针灸学教材的时间最早——1958年，但没有进入相关病症的针灸诊疗规范。以上三项“新发现”在国内外针灸教材中收录情况详见表1。

三者之中，“孔最治痔”进入针灸教科书的时间最

表1 国内外针灸学教材关于三项“新发现”的记载^{a)}

针灸学教材	孔最治痔	迎香/四白治胆	条口/承山治肩周炎
针灸学讲义(1958年,北京市中医学校内部教材)	√		
新针灸学(1971年,北京中医学院内部试用讲义)		√	√
针灸学(中国中医专业统编教材)	√ ^[21-23]	√ ^[22,24]	√ ^[22-24]
针灸学(1974年,上海中医学院教材) ^[20]		√	√
腧穴学(中国针灸专业统编教材)	√ ^[25-27]	√ ^[26,27]	√ ^[25-27]
针灸医学(1977年,日本针灸学教学参考书) ^[28]	√		
针灸学(2001年,韩国韩医学教材) ^[29]	√		
经穴学丛书(2002年,韩国针灸专业教材) ^[30]		√	√
针灸学手册(2000年,西方流行最广的腧穴学教学参考书) ^[31]	√	√	√

a) √表示该教材收录此项

早,但现行的研究与应用最少;其次是“迎香透四白治胆道蛔虫”;研究最多且势头不减的是“条口透承山治疗肩周炎”,由于此透刺穴法在针刺治疗肩周炎的应用越来越广,有人将此穴称作“肩凝穴”^[32],或受此影响,后来又在此穴附近发现了“肩痛穴”,进行了数以千例大样本的临床观察,并在此基础上形成了肩痛穴治疗肩周炎的技术规范^[33,34]。

2 缺失的思考与迟到的发现

有一点需要说明的是,虽然“孔最治痔”、“迎香透胆”是由当代人新增之主治,但此二穴原本的主治重点并没有变化,也就是说,治疗痔疮始终没有成为孔最穴的主要适应证,治疗胆道蛔虫也没能成为迎香或四白穴的主要适应证。但条口穴的情形完全不同,现代针灸文献统计的结果表明:肩周炎成了该穴第一主治,在有的教材中甚至是唯一主治,之前几千年积累的治疗下肢病的主治却很少应用^[35],这种突然的颠覆性变化如果能够站得住脚的话,完全配得上当代针灸临床的重要“新发现”。故以下重点考察、分析长期以来在人们眼中似乎是最没有疑问的“条口透承山治疗肩周炎”的是非曲直。

首先提出两个值得思考的问题:

(1) 几十年来,国内外对于“条口透承山治疗肩周炎”这一经验重复报道不绝,提到肩周炎的远端取穴,人们首先想到的就是“条口透承山”,以至于将其称作“肩凝穴”,视为治疗肩周炎的特效穴,而实际上当代针灸临床治疗肩周炎,也常常选用“条口”穴周围的其他穴,文献报道的疗效同样很好,为什么人们视而不见?更没有人想过用此经验方治疗胆道蛔虫症或腰痛等其他病症是否也有效,或者效果更好?

(2) 如果迎香或四白穴对胆囊、胆管确有特异的治疗作用,那么为什么在针刺治疗胆囊炎、胆石症中不用此经验方治疗?

2.1 运动本身对于疼痛调控的意义

上述三个“新发现”中由中国人提出的“迎香透四白”、“条口透承山”治疗的都是痛证,为了对这两条经验有一个正确而全面的评价,有必要将其置于整个痛证诊疗的大背景下考察,为此笔者对近 50 多年来有关软组织损伤疼痛的针灸临床文献进行了系统考察与分析,发现疼痛的针刺治疗有以下三个基本特点:

第一,局部或邻近取穴以沿皮下透刺或顺肌纤维斜刺为多;

第二,远端取穴要求强刺激+患部活动,特别是在急性痛且选穴部位与穴位一般主治规律不合时;

第三,在痛证治疗中远端穴位作用的特异性表现为一定区域内的动态敏感点,而不是固定的穴位。

关于第一点,最晚在元代,著名针灸大师窦默的《针灸玉龙歌》就明确指出:痛证针刺压痛点须卧针浅刺,当代的临床相关报道更多也更加明确^[36-40]。再从当代针灸临床的最新发展来看,综合考察以治疗疼痛见长的“腕踝针疗法”、“浮针疗法”、“皮下针疗法”等新兴针法,就会发现它们的一个共同特点,都是卧针皮下浅刺;临床研究发现,在疼痛局部或邻近部位皮下浅刺或皮内注射,其镇痛效果显著,起效迅速,其皮内注射生理盐水,起效时间更短于注射麻醉剂利多卡因^[41,42]。近年来,对于这一针灸临床新发现的机制已经着手研究,但确切、完整的作用机制尚未阐明^[43]。

关于第二点,在肩周炎、急性腰痛的针刺治疗中反映得尤为突出^[44,45]。有人还专门观察了远端肢体运动对于腰痛的治疗作用,发现针刺远端肢体穴位,如果不配合远端肢体的活动,其疗效远不如留针期间配合远端肢体活动者^[46]。

关于第三点,临床上治疗肩周炎常用穴为小腿部的“肩痛穴”、“中平穴”,实际上正是 20 世纪 50 年代“肩凝压痛点”的再发现,也正因为肩周炎在小腿部的压痛点是一个具有一定范围的区域,而不是一个固定的穴点,因此各家报道的“肩痛穴”的位置互有出入,可以看出是在足三里穴下方,偏腓侧的较大区域内,与 20 世纪 50 年代报道的“肩凝压痛点”分布区域相同。同样,胆绞痛在小腿部出现的压痛点“胆蛔压痛点”也是一个较大范围的区域,临床上治疗胆囊、胆道病症的常用穴“阳陵泉”、“胆囊点”也都在这个区域内。而“肩凝压痛点”与“胆蛔压痛点”区域的部分重叠本身就模糊了穴位作用部位特异性的界线:如果是一个同时兼有肩周炎和胆绞痛的病人,在小腿部探查到一个明显的压痛点,针刺这个压痛点,是对肩周炎有效?或是对胆绞痛有效?还是同时对肩周炎和胆绞痛均有显著疗效?

治疗急性痛证,在远离疼痛部位处探查不到明显的压痛点时,可于不妨碍疼痛部位活动的远隔部位——尽可能与最痛点呈上下(处于同一条经脉上下)

或左右(同名左右对称经脉)对应的部位处,选取针感好的穴位或部位强刺激。大量针刺治疗肩周炎的临床报道显示:针刺治疗肩周炎临床常用的小腿部穴至少有 11 个之多;最初作为治疗急性腰扭伤的特效穴的“腰痛点”,如果探查不出压痛,即可在此穴附近选针感好的穴位或部位针刺^[47]。

“条口透承山”这一经验穴早在它进入针灸学教材时,就明确了一个附加条件:针刺的同时或针刺后活动患肩(见:北京中医学院编内部试用讲义《新针灸学》,1971年,45页)。现行针灸行业标准《肩周炎针灸诊疗技术》更明确要求:“凡在远端穴位行针时,均令患者活动肩部”。无独有偶,针刺治疗其他痛证,特别是急性腰痛,尽管远端取穴各有不同,共同的一点是针刺的同时或针后,要求患者活动疼痛部位。然而,在很长一段时间内,针灸医生一直认为活动的目的在于检验针刺是否已经起效(至今不少针灸医生依然这么认为),而没有意识到活动本身就有重要的治疗意义。直到 20 世纪 70 年代末,逐渐发现了疼痛局部的活动在针刺治痛中的治疗意义,并形成了一种新的以治疗疼痛见长的针法——“运动针法”(又称作“动气针法”、“针灸运动疗法”、“互动式针刺法”、“头针运动疗法”等)。其基本理念为:通过针刺提高痛阈,使疼痛暂时缓解,从而为运动患部提供了条件;而运动患部是在此基础上使疼痛获得持久缓解的决定因素^[48-56]。然而真正让人们认识到这一点的,还是现代医学意外地发现刺激脑运动皮质(而不是感觉皮质)治疗顽固性疼痛的效果最好,发明了运动皮层刺激(motor cortex stimulation, MCS)疗法^[52,57],无意间为中国针灸的“运动针法”提供了强有力的科学证据。直到这时针灸医生才真正理解了针刺配合运动治痛的实践经验的意義。此类研究素材很多,拟别撰文详述。

将针刺治疗肩周炎置于针刺治痛的大背景下考察,就不难发现并理解其两个特征:第一,肩关节局部以及耳穴多采用皮下斜刺或沿皮下透刺^[58-60];第二,远端取穴采用强刺激+运动^[53,61]。

目前,关于痛证治疗第一点——局部或邻近取穴以沿皮透刺或沿肌纤维斜刺,在肩周炎的针灸治疗中虽然得到越来越多的应用,但还没有成为普遍自觉遵守的规范;关于第二点——远端取穴要求强刺激+患部活动,已经成为临床针灸医生自觉遵守的规范。

2.2 刺激量对于针刺穴位效应的影响

关于穴位作用特异性的研究,为什么在如此长的时间,如此广的范围,产生如此大的争论呢?根本的原因在于人们忽略了这样一个关键点:同一个腧穴在不同的刺激强度下可以通过不同的作用途径,表现为特异性与非特异性两种性质不同的效应。针刺镇痛作用机制的研究已经揭示了这样的规律:低强度电针穴位通过脊髓节段实现特异性和即时性镇痛作用,这时只有邻近痛源的针刺穴位有镇痛效应,远离痛源的针刺穴位镇痛效果不明显;高强度电针通过脊髓上中枢的调节机制实现广泛性和长时段的镇痛作用,这时不管是邻近还是远隔痛源的针刺穴位均有镇痛效应。简言之,低强度电针穴位的镇痛作用表现出特异性,高强度电针穴位表现出镇痛的广泛性。这一规律在针刺麻醉以及经皮神经电刺激疗法(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)的大量实验中得到反复证明^[62,63]。

掌握了这一针刺镇痛的作用规律,再看针刺治疗肩周炎疼痛的临床操作,就会有不一样的理解和认识。“条口透承山”这样的透刺法本身就比一般刺法的刺激强度大,再加上通过特定的手法或加电针进一步加强刺激强度,从而产生明显的广泛镇痛效应;即时的镇痛有利于患者肩部的主动或被动活动,而活动本身又产生镇痛增强效应。这就是为什么采用“条口透承山”经验方对于多数肩周炎疼痛有效的机理所在。在这种刺法中,刺激强度加上活动是至关重要的,比穴位本身更重要。治疗肩周炎的远端选穴之所以取下肢穴,主要是因为不影响肩关节的活动。此外,病人的注意力集中在下肢,使得肩关节容易放松。针刺镇痛的作用还告诉我们另外一点:这样的刺法缺乏特异性,很多穴位皆能达到同样好的效果。大量针灸临床观察的结果已经提供了越来越多这样的证据,文献报道针刺治疗肩周炎在小腿部远端选穴较多的穴位有:下巨虚、三阴交、阴陵泉、阳陵泉、或阳陵泉透阴陵泉、条口透飞扬、昆仑透太溪;经外穴胆囊穴、中平穴(足三里下 1 寸)、肩痛穴、陵下穴(为阳陵泉直下 2 寸凹陷处压痛点)等。也就是说,只要是下肢部可以产生较强针感的穴位都可以起到同样的作用,不独条口一穴,也不独条口透承山一法^[64,65]。

腰痛点治疗急性腰扭伤痛也有效,但正如“条口透承山治疗肩周炎”一样,疗效的取得主要在于其特

殊的针刺方法:强刺激+活动患处(针刺前后及针刺过程中)。换言之,采用强刺激的方法,只要在疼痛远隔部位选择针感较好且便于腰部活动的穴位针刺,都能取得相同或相似的疗效。其机制在于:当给予穴位的刺激强度超过一定的域值时,其作用范围表现出一种超神经节段的广泛效果。这就使得可以在远离腰部的区域选穴针刺,以便于腰部活动。

本文所述三个经验方虽皆与穴位主治常规不合,但有一个共同点:强刺激。为了观察两种针刺强度对胆囊、胆总管运动功能的影响,有研究者对30例胆囊结石住院患者,在B超下分别做了远道穴位强、弱两种刺激的临床观察。结果发现,强刺激引起的胆囊收缩幅度、胆总管扩张幅度明显大于弱刺激引起的胆囊、胆总管的相应改变^[66]。

由此可见,对于痛证的治疗,针刺一个穴位的作用究竟表现为特异性,还是非特异性效应,在很大程度上取决于刺激的强度。

2.3 有效性与特异性的区别

如前所述,当代新发现的三个经验方或出于讹传,或经历偶然的演变,或失于片面,那么为什么会有那么多临床用之有效的报道呢?这主要是长期以来我们混淆了一个基本概念:针灸穴位的有效性与特异性的区别。

经验方“条口透承山”原本用于腰痛的治疗,近年来也有类似的临床应用报道^[67-70]。而最初治疗肩凝症的经验方是以小腿部压痛点透承山穴,这个压痛点不是一个固定的穴点,后人发现用于治疗肩周炎的“中平穴”、“肩痛穴”都在这个压痛点区间,只是当肩周炎病人在这个区域探查不出压痛点,或压痛不明显时,才采用“条口透承山”这个经验方,显然它不是专治肩周炎的特效穴。之所以后来这个原本治疗腰痛的经验方越来越多地应用于肩周炎的治疗,一方面是由于人们很早就明此方的来历及演变过程,加上此经验方传国外应用后再回传到国内,引起人们更多的关注;另一方面,是由于受20世纪60、70年代的“新针疗法”的影响,其操作方法从最初治疗腰痛的中等强度的刺激量,不自觉地变成强刺激,并辅以患部的活动,因而可以获得确切的临床疗效。但在这种特定的操作下,此经验方不仅对肩周炎疼痛有效,对腰痛、胆绞痛等其他部位局限性的疼痛都有效,并不表现为穴位特异性的治疗作用。

再从当代针灸治疗肩周炎的临床文献报道的小腿部远端选穴的统计来看,取阳陵泉,或阳陵泉透阴陵泉治疗肩周炎并不比条口,或条口透承山少。可见,条口透承山强刺激并配合肩关节的活动治疗肩周炎的确有效,但并非对肩关节特效;条口透承山如果还采用中等刺激强度,则治疗腰痛更有效。新世纪全国高等中医药院校创新教材《针灸处方学》^[71]正是将“条口透承山”这一经验方更多地用于腰痛、背痛、骶部痛的治疗,又开始向几千年来总结出的穴位主治规律回归。

“腰痛点”如其穴名提示的一样,原本视为治疗急性腰扭伤的特效穴,然而很快就在其周围发现许多同样有效的治疗腰痛的穴点,于是“腰痛点”的有效性依旧,但其特异性早就不存在了。

孔最穴治痔、迎香透四白治胆蛔症之所以“张冠李戴”依然有效,道理大致相同:第一,刺法上多用长时间强刺激,而如前所述,在这种条件下,穴位的效应已经不表现为特异性。这与远端取穴治腰痛的情形相似:强刺激并配合患者主动或被动的活动,结果治腰痛的“腰痛点”到处都是,也确实有效——只不过不是特效而已。第二,用孔最治痔,往往还配其他对痔疮有确切疗效的穴;迎香透四白治疗胆道蛔虫症,也常配合对胆和胆道有确切作用的穴位。

对古今文献所记载的穴位主治的系统分析,得出这样的远端取穴规律:上肢穴主头面肩项,下肢穴主腰背腕腹。之所以治腰痛选手背穴(“腰痛点”),治肩痛选小腿部穴(“肩痛穴”、“条口”等),主要是因为:第一,在强刺激的状态下,穴位表现出作用部位的广泛性(可以突破上述规律的限制);第二,针上肢穴治腰、针下肢穴治肩,便于针刺过程中腰部或肩部的活动,而这一点正是痛证针刺治疗中的关键环节。可见,取手部穴治腰、小腿穴治肩是穴位作用广泛性的不自觉的应用,而不是穴位特异性的反映,不是远端穴主治规律的例外。

3 机遇与难关

随着中国针灸在国际上的影响越来越大,近年来在欧美,一系列基于规范的临床研究方法基础之上的大样本针灸临床研究论文相继在国际影响较大的知名学术期刊上发表,总体来说,肯定了针灸对软组织损伤及相应的痛证有明确的治疗作用;但同时认为穴位在治疗这些病痛方面不具有特异性。为此,

中国方面设立多个国家重点基础研究发展计划(“973计划”)项目进行研究,由此中国针灸的基础研究呈现出前所未有的优良条件与发展机遇。

其实,单为回答国外研究者的上述质疑,大可不必如此大动干戈,兵不血刃就可以解决问题,而且解决得更有说服力。中国针灸的基础研究的确要加强,只是要选准、瞄准针灸学的关键问题,而不是盲目跟在别人后面转。通过对过去半个多世纪以来针灸临床和实验研究的回顾与分析,我们提炼出以下几个针灸临床研究中急待解决的难题。

3.1 穴位本身效应规律

较之古代针灸,当代针灸临床变化最大的是刺法——从直刺到透刺、从浅刺到深刺的改变带来了穴位概念的潜移默化的悄然变化:今天的一个穴可以包含古代多个穴。例如足阳明经“下关”穴,在传统针灸学中主治牙齿、面部、耳部病症;而在神经阻滞疗法中,此处同时是阻滞下颌神经干、上颌神经干或翼腭神经节阻滞的体表穿刺点,进针点虽然相同,但针刺的角度、方向和深度不同,通过不同的神经干或神经节而治疗上下牙齿、鼻部等不同部位的病痛。神经阻滞疗法的这些不同刺法在针灸临床上也自觉或不自觉地被应用,其主治病症范围也相应扩大。可见,针刺方向、角度和深度的不同在很大程度上左右着腧穴的主治范围。与神经阻滞不同的是,针灸临床往往将这些相同进针点下的不同刺法都视为同一个穴,又没有像神经阻滞疗法那样,为同一穴对不同部位治疗作用所要求的特定刺法(方向、角度、深度等)建立严格的技术操作规范和科学的描述。因而在针灸穴位特异性的临床设计中,很难对这一影响穴位作用特异性的关键因素给出明确而科学的表述,这也是造成近几十年来国内外在这一领域的实验研究结果难以重复的根本原因。

一个针灸大家往往穷其一生也只是对很有限的几个穴的不同作用部位操作技法规律有深刻的理解与熟练应用,例如对于足太阳膀胱经秩边穴,经验丰富的针灸医生发现:直刺可使针感向下肢放散至足跟,治疗下肢瘫痪和疼痛等病症;如改变针刺方向,朝向会阴部,则可治疗泌尿生殖系统病症;针刺向内,可治疗脱肛、腹泄诸病症;刺向少腹,可治疗消化系统及妇科系统诸病症^[72-74]。但由于自身知识结构的限制,对于秩边穴主治不同部位病症所要求的具体

操作步骤,不能用科学的语言表达,这使他人难以重复。如果研究秩边穴的主治特异性,不清楚其在不同的操作条件下产生的针对不同部位的多种治疗作用,不建立产生特定部位效应所要求的操作规范的科学描述,要形成合理的秩边穴主治特异性的实验设计,并得出正确的实验结果,是不可能的。

针灸穴位特异性研究的复杂性在于:第一,对于一部分穴位而言,有多种针刺层次、针刺方向、针刺感应,有时一个极细微的针刺角度和深度的调整,针感的方向及到达的部位不同,产生的作用及作用的部位也不同。因此,穴位特异性的实验研究必须首先解决:究竟哪些穴位可以产生多种针对不同部位的效应,以及针对这些不同作用部位所要求的针刺操作规范,并用科学的语言加以描述,以便不同的人都能重复,只有这样对穴位作用特异性的研究结果才具有可比性,才能形成共识。第二,针刺不仅仅是针刺穴位所产生的直接治疗作用,同时不同的针刺方法对机体产生不同程度的损伤,损伤后产生的坏死组织(如瘀血、坏死肌肉组织)也可以起到类似埋线的连带后续作用,而这一作用往往被研究者忽视。第三,穴位在不同的针刺强度下,表现出不同的效应形式:针对特定部位的效应,即“穴位作用的特异性”,以及针对多个部位的效应,即“穴位作用的广泛性”。我们注意到,近年发表在国外著名学术刊物上有关痛证针刺穴位特异性的实验研究报道,可见到相反的结论^[75-78]。问题出在所选穴位的部位上,如果观察组与对照组的针刺穴位都在疼痛的局部或邻近部位,那么观察组的深刺与对照组的浅刺就不表现疗效的显著差异;如果在远隔部位选穴,这时疗效主要取决于刺激强度,这样采用强刺激的观察组的疗效自然明显优于采用浅刺弱刺的对照组。例如,2010年德国一项针刺治疗慢性肩痛的临床实验中,治疗组采用局部与远端选穴相结合,针刺深度1~2 cm,刺激强度由中等到强;而对照组取小腿内侧非穴点,采用针刺深度小于5 mm的微弱刺激^[79]。在这种条件下,治疗组与对照组的疗效自然有显著差异(如果针刺时不配合肩部的活动,那么治疗组与观察组的疗效差异会更显著)。但这种差异并不是由穴位与非穴位引起的,而在于刺法。即使是临床常用治疗肩痛有显效的经穴如条口穴等,采用这样的浅刺弱刺法同样疗效不明显。不了解这一点,则难以形成针对性强的合理实验设计,并最终得出正确的结论。

3.2 对疾病本身的认识

痛证是针灸临床研究中时间最长、发掘的治疗新方法和新穴位最多的病证。然而即便是对这一研究基础最好的病证，我们也没能及时总结、掌握其诊疗规律。

笔者通过对近 50 年来针灸临床文献的系统分析发现了这样的规律：在需要较大刺激强度与较长刺激时间的针刺麻醉以及痛证(特别是急性痛)的治疗中，穴位作用的特异性就不明显，而更多地表现为针刺强度与针刺深浅的影响。对于针刺麻醉而言，其镇痛作用主要取决于刺激强度、刺激时间、针刺深度；而对急性痛而言，其刺法则要求沿皮浅刺(皮内或皮下)、针尖朝向痛处，并特别要求针刺过程中配合痛处的活动。可见，穴位作用的特异性在不同病症中扮演不同角色。

以往虽然对于痛证的临床研究很多，但多局限于一个个具体疼痛性疾病的研究，很少自觉地研究整个痛证诊疗的总规律。由于没有掌握穴位作用的特异性与非特异性规律，以及穴位特异性在不同病症治疗中的表现形式的规律，在临床研究上采用了不合理的对照设计，因而得出了片面的结论。例如近年来发表于国外知名学术刊物上有关痛证的随机对照大样本针灸临床研究论文采用对于痛证有确切、显著疗效的浅刺法作为对照，因而得出针刺治疗痛证有效，但穴位与非穴位的疗效无差异的片面结论^[75-78]。

之所以半个多世纪以来，有那么多团队对条口这一个穴位的一个主治病症的实验研究，都没有获得正确的实验结果，固然与针灸临床研究的复杂性有关，但更重要的原因在于我们不善于总结、分析自身和他人既往的研究数据，并由此发掘出痛证针刺治疗的总规律。

3.3 现代医学本身的局限

首先，当代对于针刺效应的机制仍主要用神经的结构与功能来解释，而现代神经解剖学研究基本还处于大的神经干支的水平，对于组成这些神经束的每条纤维的形态与功能的认识还有太多空白，还难以对针灸临床极其丰富的针刺操作所产生的不同的复杂针感以及与之相对应的效应加以说明；

第二，对于疼痛性病症，为什么皮内、皮下平刺效果好？为什么针尖的方向性对于最终的疗效很重要？这些针灸临床现象用现有的医学知识还难以解

释，而这也正是针灸的魅力与价值所在；

第三，在运动皮层刺激(MCS)疗法发明之前，现代医学对于疼痛的调节只从感觉传入考虑，直到有一天现代医学意外地发现刺激脑运动皮质(而不是感觉皮质)治疗顽固性疼痛的效果最好，这时，人们似乎才理解了中国针灸临床上采用“运动针法”治疗痛证的实践经验的意義，因而这一具有坚实实践基础的治疗痛证的特效针法在很长时间内没能成为广大针灸医生自觉遵守的规范，同时在针灸临床实验研究设计上也没给予足够的重视，从而直接导致了片面的结论。

4 结语

本文所述的三个针灸临床“新发现”，发现的都不是事物的真相，其中“孔最穴治疗痔疮”完全是以讹传讹；“迎香穴治胆”或出于对正确文字的错误理解；“条口透承山治疗肩周炎”也经历了由治疗腰痛到肩痛的潜移默化的演变而鲜为人知，所谓“肩凝穴”、“肩痛穴”的命运也像“腰痛点”一样，仅仅是针刺治疗肩痛众多远端选穴方案中的一种而已，不具有特异性。

由于没有发现针刺治痛的“浅刺优效”的规律，一方面没有在痛证针刺治疗中自觉应用，更有甚者，发表于国外著名学术刊物上的针刺治疗痛证的大样本临床实验设计竟然将浅刺作为无效的假针刺对照组。

由此引发的思考为：从 20 世纪 50 年代全国范围内的献方运动，到 60, 70 年代的新针疗法，发掘的针灸验方何其多，为什么偏偏是“迎香透四白穴治胆道蛔虫”和“条口透承山治疗肩周炎”这两个验方吸引了人们的眼球，写入教材，传出国外，历数十年而不衰？第一，与常规不合，本身就引人注目。如前所述：“条口透承山”最初为治疗腰痛的经验方，尽管这一经验也一再出现于地方针灸学教材，但始终没有引起广泛的关注，主要是由于此方治腰痛完全在几千年形成的腧穴主治规律之内，称不上什么“新发现”。而当这个经验方被无意中用于治疗肩凝症时，便超出了常规，成为一种“新发现”，自然引人关注。第二，经过“新针疗法”的洗礼，“条口透承山”治疗肩周炎采用强刺激+肩关节的活动，因而可以获得确定的疗效，经得起“重复”的考验，而长期以来在人们的观念中，“可重复性”与“可靠性”二者之间是用等号连接的。这就是为什么“条口透承山”治腰痛没能引起注意，作

为变通的方法治疗肩周炎却能脱颖而出的重要原因。第三,对于“条口透承山”这一经验方的来历未加考察,对于相关经验方缺乏整体研究。如果研究者知晓“条口透承山”原本是治疗腰痛的经验方,又知胆绞痛患者也常在小腿膝下偏腓侧出现压痛,在临床上就不会将此经验方当成治疗肩周炎的特效方,在实验中就会设计得更加严谨。同样,如果研究者注意到针刺治疗胆囊炎和胆石症不用“迎香透四白”方,就会自觉地观察此经验方对胆系作用的特异性。

以前有一种说法:临床研究关键在于能不能重复,“可重复性”被视为“可靠性”的同义词。本文所述的所谓“三个新发现”,特别是后二者在临床上可重复性并不低,可是最后的结论却是片面的,并不可靠,

问题出在实验设计上。一个好的实验设计一定要有一流的领域专家实质性地参与。回过头来看,本文所举的近几年以来三项针灸“新发现”的临床实验研究,假如能有针灸理论、文献研究者的实质性参与,完全可以避免这种四五十年徘徊于误区中而不自知,不能自拔的局面。

出现这些问题并不奇怪,一方面是由于针灸临床研究本身的复杂性,另一方面更是由于在针灸临床实验研究中,只注意实验本身的方法而忽视了痛证针刺治疗规律的研究。从根本上说,观察针刺对某一病症的疗效,只有掌握了针刺对该病症的诊疗规律,才能设立合理的观察指标,才能设计有意义的对照,才能得出更接近事实真相的研究结论。

参考文献

- 1 代田文志. 承淡安, 承为奋, 译. 针灸真髓. 南京: 江苏人民出版社, 1958. 50-51
- 2 童裳泰, 周德宜. 针刺、乌梅汤治疗胆道蛔虫症 48 例. 中华外科杂志, 1959, 6: 547-548
- 3 山东淄博专区第一人民医院院刊室. 中西医结合治疗胆道蛔虫症 44 例报告. 中华外科杂志, 1959, 6: 545
- 4 遵义医学院附属医院. 中西医结合治疗胆道蛔虫症经验. 科技简报·医药卫生部分, 1970, 9: 36-37
- 5 王前琼. 针刺迎香穴治疗胆道蛔虫症 29 例. 中国民间疗法, 2003, 11: 12-13
- 6 张钦, 朱兰秀, 吴敬忠, 等. 穴位与神经节段局解学功能装置的关系. 苏州医学院学报, 1988, 8: 48-51
- 7 陈采益, 徐斌. 从胃经腧穴的现代应用探讨腧穴功效主治的归纳. 上海针灸杂志, 2008, 27: 36-37
- 8 张佛明, 郭长青. 条口穴用于肩关节周围炎治疗的起源初探. 时珍国医国药, 2006, 17: 1797-1798
- 9 彭增福. 条口穴主治肩周炎经验的追本溯源. 中国针灸, 2009, 29: 118
- 10 张万清. 针刺条口穴治疗肩周炎概况. 甘肃中医, 2006, 19: 26-27
- 11 河北省中医研究院. 十万金方(针灸第一集). 石家庄: 河北人民出版社, 1960. 178
- 12 保定市卫生工作者协会. 民间灵验便方(针灸). 天津: 河北人民出版社, 1959. 16
- 13 河北省卫生厅. 针灸(试行本). 北京: 人民卫生出版社, 1965. 57
- 14 Pothmann M D A, Weigel M D, Stux M D. 陈达理, 译. 刘羲传, 校. 冻肩: 用阳明胃经条口穴(ST38) 进行不同的针刺疗法. 广州医学院学报, 1981, 3: 63-64
- 15 Pothmann M D A, Weigel M D, Stux M D. 陈燕南, 摘译. 陈尚志, 校. 针刺条口穴治疗肩凝. 福建中医药杂志, 1981, 12: 59
- 16 Pothmann M D A, Weigel M D, Stux M D. 于立芬, 译. 王宝勤, 校. 针刺条口穴治疗肩周炎. 山东中医学院学报, 1981, 8: 30
- 17 郭长青, 张佛明, 付平, 等. 针刺条口穴治疗肩关节周围炎临床疗效研究与评价. 北京中医药大学学报, 2006, 29: 790-792
- 18 郭长青, 张佛明, 沙岩, 等. 针刺条口穴治疗肩周炎随机对照观察. 中国针灸, 2006, 26: 544-546
- 19 朱江, 刘存志, 王燕平. 针灸单穴临床研究. 北京: 北京科学技术出版社, 2008. 60-70
- 20 上海中医学院. 针灸学. 北京: 人民卫生出版社, 1974. 127, 524
- 21 南京中医学院. 针灸学. 第 4 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1979. 22
- 22 邱茂良. 针灸学. 第 5 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1985. 24, 32, 42
- 23 孙国杰. 针灸学. 第 6 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1997. 40, 56
- 24 石学敏. 针灸学. 北京: 中国中医药出版社, 2002. 38, 47
- 25 杨甲三. 腧穴学. 上海: 上海科学技术出版社, 1984. 29, 53
- 26 罗永芬. 腧穴学. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1996. 67, 94, 136
- 27 沈雪勇. 经络腧穴学. 北京: 中国中医药出版社, 2003. 46, 61, 80
- 28 竹之内诊佐夫. 针灸医学. 东京: 南山堂, 1977. 80
- 29 全国韩医科大学针灸经穴教研室. 针灸学(上下). 汉城: 集文堂, 2001. 308
- 30 安荣基. 经穴学丛书. 汉城: 成辅社, 2002. 134, 200

- 31 Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K. A Manual of Acupuncture. Eaphst Sussex: Journal of Chinese Medicine Publications, 2000. 83, 120, 163
- 32 张连记, 李玉梅, 张瑞锋. 针刺运动疗法治疗软组织损伤的应用与效应. 中国临床康复, 2005, 9: 189-190
- 33 王文远, 张利芳. 针刺肩痛穴治疗外伤性肩周炎 3850 例. 中医外治杂志, 2008, 17: 48-49
- 34 王文远. 针刺肩痛穴治疗肩周炎技术. 中医临床实用诊疗技术, 2007, 23: 33
- 35 陈采益, 徐斌. 从胃经腧穴的现代应用探讨腧穴功效主治的归纳. 上海针灸杂志, 2008, 27: 36-37
- 36 邝允沛. 针刺原穴、阿是穴对痛点痛域影响的实验观测. 湖南医学院学报, 1984, 9: 79-81
- 37 陈俊鸿, 郭佳土. 皮下针 821 例临床观察. 云南中医杂志, 1984, 1: 28-29
- 38 张家林. 皮下针对急性腹痛止效果观察. 中国针灸, 1994, 4: 54
- 39 刘世耀. 皮刺法治疗常见疼痛症的临床观察. 中国针灸, 1990, 6: 31-33
- 40 彭科志. 皮内针治疗痛症临床运用概况. 贵阳中医学院学报, 2007, 29: 36-37
- 41 刘莲芳. 阿是穴行皮内注射治疗胆道系急腹症疼痛 20 例疗效观察. 江西中医药, 1996, 27: 44
- 42 高峰, 陈京立. 注射用水与利多卡因皮内注射用于分娩镇痛的效果比较. 护理研究, 2008, 22: 3140-3142
- 43 章云海, 耿祝生, 徐志强, 等. 家兔“风门”穴皮内神经末梢感受器通路的研究. 中国组织工程研究与临床康复, 2007, 11: 2680-2683
- 44 朱萍. 腰痛穴强刺激治疗急性腰扭伤. 中国临床康复, 2002, 6: 270
- 45 范相成, 邵向明, 谭霞. 针刺+运动治疗急性腰扭伤 36 例. 颈腰痛杂志, 2006, 27: 61
- 46 陈剑明, 彭丽辉. 远端肢体运动配合远端穴位针刺治疗腰部伤筋 38 例疗效观察. 贵州医药, 2007, 31: 1135-1136
- 47 李鼎. 从“腰痛穴”谈起——关于急性腰扭伤的远道取穴. 赤脚医生杂志, 1977, 1: 34-36
- 48 何广新. 运动对针刺止痛作用的影响及其临床意义. 针刺研究, 1982, 1: 1-6
- 49 北京市中医研究所经络研究室. 运动系统软组织损伤的针刺——运动疗法. 新医药学杂志, 1978, 7: 50-51
- 50 田有粮. 针刺运动疗法在软伤科的运用. 中国民间疗法, 1997, 3: 18-19
- 51 夏琅炎, 邢绍英. 人同侧肢体运动对痛阈的影响. 针刺研究, 1985, 1: 56-57
- 52 曹刘, 牛朝诗. 运动皮质刺激治疗慢性疼痛的研究进展. 立体定向和功能神经外科杂志, 2006, 19: 181-184
- 53 张连记, 李玉梅, 张瑞锋. 针刺运动疗法治疗软组织损伤的应用与效应. 中国临床康复, 2005, 9: 189-190
- 54 张志芬, 张秀清, 杨曰和, 等. “运动针刺法”治疗肩周炎 120 例临床观察. 中外医疗, 2009, 106
- 55 曾雅才. 猕猴躯体感觉 I 区与运动区皮层内微刺激对外周皮肤痛阈的影响. 广西医科大学学报, 1994, 11: 156-160
- 56 Richards S C M, Scott D L. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: Parallel group randomised controlled trial. Br Med J, 2002, 325: 185-187
- 57 李勇杰. 神经源性疼痛与运动皮层刺激治疗. 中国疼痛医学杂志, 2005, 11: 196
- 58 邝允沛. 针刺原穴、阿是穴对压痛点痛阈影响的实验观测. 湖南医学院学报, 1984, 9: 79-81
- 59 张宏发. 长针辐状斜刺法治疗早期肩周炎 100 例. 中国针灸, 1999, 19: 88
- 60 贾春生, 李晓峰, 马小顺, 等. 耳针沿皮透刺与直刺对肩周炎快速镇痛效应的比较. 针刺研究, 2008, 33: 339-342
- 61 贾春生, 马小顺, 张会珍. 耳针沿皮透穴刺法配合肩关节运动治疗肩周炎 124 例. 陕西中医, 2003, 23: 737-738
- 62 何晓玲, 刘乡, 朱兵, 等. 强电针穴位对背角神经元镇痛效应广泛性的中枢机制. 生理学报, 1995, 47: 605
- 63 刘乡. 以痛制痛——针刺镇痛的基本神经机制. 科学通报, 2001, 46: 609-615
- 64 梁兴森, 温优良, 林吕. 针灸治疗肩周炎选穴的现状. 针灸临床杂志, 2010, 26: 73-75
- 65 任晓明. 针灸上病下取治疗急性期肩周炎临床观察. 中医药学刊, 2005, 23: 1335-1336
- 66 王有贵. 两种针刺强度对胆囊、胆总管运动功能的影响. 中国针灸, 1991, 6: 36-39
- 67 郑晓辉, 王霞. 电针条口透承山治疗急性腰扭伤. 中国针灸, 1992, 2: 29
- 68 孟宪喜. 条口透承山穴为主治验经筋病三则. 中医杂志, 1984, 8: 56
- 69 郭会卿, 孙科. 急性腰扭伤针灸治疗近况. 针灸临床杂志, 1993, 2-3: 85-86
- 70 刘书坤, 李志刚. 承山穴的临床应用举隅. 针灸临床杂志, 2008, 24: 31-32
- 71 李志道. 针灸处方学. 北京: 中国中医药出版社, 2005. 92-93
- 72 仝俐功, 崔会敏. 秩边穴临床治验. 四川中医, 1988, 3: 40
- 73 傅建宁. 秩边穴治疗新用初探. 云南医药, 1990, 11: 124-126
- 74 张远东. 秩边穴的针刺法及其临床应用. 针灸临床杂志, 2002, 18: 41-42
- 75 Rickards L D. Therapeutic needling in osteopathic practice: An evidence-informed perspective. Int J Osteopath Med, 2009, 12: 2-13
- 76 Witt C, Brinkhaus B, Jena S, et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: A randomised trial. Lancet, 2005, 366: 136-143
- 77 Haake M, Müller H H, Brittinger C S, et al. German acupuncture trials (GERAC) for chronic low back pain: Randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 group. Arch Intern Med, 2007, 167: 1890-1898

- 78 Lathia A T, Jung S M, Chen L X. Efficacy of acupuncture as a treatment for chronic shoulder pain. *J Altern Complem Med*, 2009, 15: 613–618
- 79 Albrecht F M, Schneiderb T, Gotthardt H, et al. German randomized acupuncture trial for chronic shoulder pain (GRASP)—A pragmatic, controlled, patient-blinded, multi-centre trial in an outpatient care environment. *Pain*, 2010, 151: 146–154

Complexity of acupuncture clinical research demonstrated by three well-known acupuncture clinical studies

HUANG LongXiang¹ & HUANG YouMin²

¹ *State Administration of Traditional Chinese Medicine Key Laboratory of Acupuncture Theory and Methodology, Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China;*

² *Information Department of Library, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China*

Three discoveries in modern acupuncture, namely Kongzui (LU6) to treat hemorrhoids, needling from Yingxiang (LI20) through Sibai (ST2) to control the pain of biliary ascariasis, and needling from Tiaokou (ST38) through Chengshan (BL57) to relieve shoulder pain, have had a significant influence on acupuncture textbooks and acupuncture clinics during the past half century. The newly found conclusive evidence presented herein shows that these discoveries are completely incorrect or far from truly novel findings. This demonstrates the complexity of acupuncture clinical research, including research methodology challenges. We also identify the main problems of the design of acupuncture clinical trials, especially those published in famous international medical journals, and offer solutions to these problems.

hemorrhoids/Kongzui (LU6), biliary ascariasis/needling from Yingxiang (LI20) through Sibai (ST-2), shoulder pain/needling from Tiaokou (ST38) through Chengshan (BL57), evaluation and design of acupuncture clinical trials

doi: 10.1360/972011-743