

专题——热敏灸理论与应用研究

热敏灸理论体系的构建及其临床应用

陈日新 谢丁一

(江西中医药大学,南昌,330004)

摘要 针对课题组 30 年热敏灸理论体系构建的思路、方法、过程与结果。以临床灸疗热敏现象为切入点,探索灸疗热敏现象的出现规律,挖掘古典文献依据,紧扣临床疗效,提出了“腧学敏化”“灸之要,气至而有效”“辨敏施灸”三大灸疗新概念,构建了全新的热敏灸理论体系,展示了热敏灸开辟人体功能体表热敏调控的新天地。本文试图说明坚持继承与创新,发扬针灸特色与优势,提高临床疗效是针灸临床工作者永恒的科研主题。同时也试图说明中医临床科学研究的一般规律是:源于临床-基于经典-继承创新-提高疗效-升华理论-回归临床。

关键词 热敏灸;艾灸;理论体系;构建;临床应用

Construction and Clinical Application of the Theoretical System of Heat-sensitive Moxibustion

Chen Rixin, Xie Dingyi

(Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang 330004, China)

Abstract This paper aims to the ideas, methods, processes and results in the construction of theoretical system of heat-sensitive moxibustion during 30 years. Taking the heat-sensitive phenomenon of clinical moxibustion as the starting point, exploring the law of its occurrence, excavating the basis of classical literature and focusing on the clinical curative effect, the research team proposes 3 new concepts of moxibustion, which are “sensitization of acupoints”, “the essence of moxibustion lies in the arrival of qi because it ensures the curative effect” and “moxibustion according sensation differentiation”. The team has built a new theoretical system of heat-sensitive moxibustion, which provides a new way to promote heat-sensitive regulation on body surface. It attempts to illustrate that it is an eternal research theme for acupuncture and moxibustion clinicians to persistent the inheritance and innovation, promote the features and advantages of acupuncture and moxibustion and improve clinical efficacy. At the same time, it also attempts to explain the general rule of clinical research in Chinese Medicine: deriving from the clinic-based on the classics-inheritance and innovation-improving the efficacy-sublimating the theory-back to the clinic.

Key Words Heat-sensitive moxibustion; Moxibustion; Theoretical system; Construction; Clinical application

中图分类号:R245.81 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.08.001

灸疗学是针灸学的重要组成部分,在中医学史上曾有辉煌的时期。但长期以来灸疗理论发展缓慢,灸疗疗效没有与时俱进提高。近 30 年陈日新团队基于临床,源于经典,对灸疗热敏现象进行了系统研究,发现了灸疗临床新规律,创立了热敏灸新技术,显著提高了灸疗疗效。在此基础上,提出了“腧学敏化”“灸之要,气至而有效”“辨敏施灸”3 大灸疗新概念,由此构建了全新的灸疗理论体系,促进了灸疗学科的发展。本文将这 3 大新概念的研究进展综述如下。

1 “腧穴敏化”新概念

1.1 “腧穴敏化”概念的经典依据 早在《黄帝内

经·灵枢·九针十二原》就有论述:“所言节者,神气之所游行出入也,非皮肉筋骨也”。这就是说,腧穴不是指一般的皮肉筋骨等有其特定的形态结构及固定不变的位置,而是神气游行出入的、动态的、功能变化的部位。《黄帝内经·灵枢·背腧》论述:“胸中大腧在杼骨之端,肺腧在三椎之傍,心腧在五椎之傍,膈腧在七椎之傍,肝腧在九椎之傍,脾腧在十一椎之傍,肾腧在十四椎之傍,皆挟脊相去三寸所。则欲得而验之,按其处,应在中而痛解,乃其腧也”。这段经文表明:腧穴具有“通过按压等方法会产生特殊感应”的敏感特征。《黄帝内经·灵枢·五邪》再次列举临床病例论述腧穴的敏感特征:“咳

动肩背,取之膺中外膺,背三节五节之傍,以手疾按之,快然,乃刺之”。这段经文也告诉我们:膺穴具有“按之快然”的高敏特征。

1.2 “膺穴敏化”新概念的提出

“膺穴敏化”的提出是基于我们团队临床灸疗热敏现象的发现与系统研究。在临床中,当手持艾条悬灸患者某个膺穴时,患者会产生一些特殊感应。这些特殊感应主要包括透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热及非热感觉等6大类。这些特殊感应有一个共同特征,就是膺学对艾热刺激产生的一个强度与空间的放大反应。因此,这些特殊感应又称热敏灸感。而艾灸患者这个膺穴的邻近部位或另外某个体表部位时,患者没有这种特殊感觉产生,仅仅是局部与表面的热感^[1-2]。深入研究发现膺穴发生热敏化有以下临床规律。

1.2.1 膺穴热敏现象具有普遍性 通过对颈椎病、腰椎间盘突出症、膝关节骨性关节炎、支气管哮喘、慢性支气管炎、非溃疡性消化不良、肠易激综合征、慢性盆腔炎、痛经等20种疾病以及健康人对照的普查的研究,结果表明,在疾病状态下,膺穴热敏现象的出现率为70%,明显高于健康人的10%。疾病痊愈后膺穴热敏出现率降为15%左右。表明人体在疾病状态下,体表膺穴发生热敏具有普遍性,与疾病高度相关^[3]。

1.2.2 膺穴热敏状态具有动态性 连续选取颈椎病、腰椎间盘突出症的入院患者各80例,采用灸感法分别对大椎(颈椎病患者)腰阳关(腰椎间盘突出患者)进行膺穴热敏探查。每位患者在入院时(患病中)与出院时(好转后)分别进行1次膺穴热敏探测,观察同一穴位同一患者,但不同病程阶段的灸感反应。结果显示,同一膺穴不同患者,膺穴处的热敏灸感反应未必均出现,表明同一膺穴不同患者,其功能状态不同,有敏化态与静息态之别;同一膺穴同一患者,但在不同病程阶段,膺穴处的热敏灸感反应的出现会发生动态变异,随着病情的好转,其敏化态即朝着静息态转化,证实了膺穴热敏状态具有动态性^[4]。

1.2.3 艾灸热敏膺穴激发经气感传具有高效性 通过对膝关节骨性关节炎、慢性支气管炎、支气管哮喘、非溃疡性消化不良、肠易激综合征和痛经共14种病症,540例患者艾灸热敏膺穴激发经气感传研究,结果显示,艾灸热敏膺穴的经气感传出现率达94.0%,而艾灸非热敏膺穴的经气感传出现率仅约23.5%,显示艾灸热敏膺穴具有高效激发经气、气至

病所、提高灸疗疗效的巨大潜力^[3]。

基于上述临床研究,作者于2006年出版专著《膺穴热敏化艾灸新疗法》,首次正式提出“膺穴敏化”新概念^[1]。2011年撰文在《中国针灸》再次明确提出并全面论述膺穴敏化的学术观点^[4]:膺穴的本质属性具有功能状态之别,而不仅仅是固定部位之别,即膺穴具有“敏化”与“静息”2种功能状态。在生理状态下,膺学处于“静息”状态;在疾病状态下,膺学处于“敏化”状态,随着病情的好转,膺学敏化态即朝着静息态转化。膺穴敏化的类型多种多样,膺穴热敏是一种新发现的敏化类型。热敏膺穴对艾热刺激产生“小刺激大反应”,是提高灸疗疗效的突破口。2016年,作者依据新的研究成果从循证评价、基础研究与理论构建3个方面再次论述“膺穴敏化状态说”,提示以膺穴敏化为切入点与突破口,对我们重新认识膺穴,进一步夯实针灸学理论基石,提高针灸疗效具有十分重要的意义^[5]。

1.3 膺穴热敏现象在动物模型中再现 采用线栓法复制大鼠脑缺血再灌注损伤模型,通过悬灸“大椎”穴,部分大鼠能诱发大鼠尾温升高,表现出与人体临床相似的灸疗热敏现象。再灌注6h后进行悬灸。共治疗7d,悬灸1次/d。40min/次。在每次悬灸过程中采用电子数字温度计每2min精确测量大鼠尾部中点的温度。应用改良神经严重程度量表,分别在缺血再灌注后0h、1d、3d和7d后对大鼠进行神经学评估,获得神经功能缺损评分。结果表明:1)悬灸时,在脑缺血再灌注大鼠模型能产生远部热效应;2)产生远部热与疾病状态高度(脑缺血再灌注大鼠模型)相关;3)产生远部热效应能提高悬灸疗效。上述实验结果表明临床上膺穴热敏现象在动物模型中得到了再现^[6]。

1.4 选取“敏化膺穴”施灸能够显著提高灸疗疗效

灸位是影响灸疗疗效的关键因素之一,基于膺穴热敏规律的研究结果发现,敏化态穴位对外界艾热刺激呈现“小刺激大反应”,由此推测,热敏态膺穴的灸效优于非热敏态膺穴。陈日新团队对热敏灸技术治疗膝关节骨性关节炎、腰椎间盘突出症、支气管哮喘等多种病症的临床疗效进行了大样本、多中心、中央随机对照的临床试验循证评价,证实了选取热敏态膺学施灸能够显著提高临床疗效。陈日新等^[7-8]治疗膝关节骨性关节炎,设置热敏灸组($n=144$)、经穴艾灸对照组($n=144$)和玻璃酸钠药物对照组($n=144$)。3组治疗前症状积分分别为 (11.2 ± 3.3) 分、 (11.3 ± 3.2) 分、 (12.1 ± 2.9) 分,

治疗结束后积分分别为 (2.8 ± 1.8) 分、 (4.9 ± 2.8) 分、 (5.6 ± 2.1) 分,治疗结束 6 个月后积分分别为 (3.6 ± 1.6) 分、 (6.4 ± 1.5) 分、 (7.0 ± 1.9) 分。结果表明,热敏灸组在降低症状积分方面明显优于对照组。陈明人等^[9-11]治疗腰椎间盘突出症,设置热敏灸组($n=152$)、经穴艾灸对照组($n=152$)和扶他林药物合常规针刺对照组($n=152$)。3 组治疗前症状积分分别为 (18.6 ± 3.8) 分、 (17.5 ± 3.3) 分、 (17.2 ± 4.4) 分,治疗结束后分别为 (3.8 ± 2.6) 分、 (7.9 ± 3.0) 分、 (8.5 ± 2.9) 分,治疗结束 6 个月后积分分别为 (3.7 ± 2.2) 分、 (8.9 ± 3.1) 分、 (10.1 ± 2.9) 分。结果表明,热敏灸组在降低腰椎间盘突出症的症状积分方面明显优于对照组。陈日新等^[12-13]采用大样本、多中心中央随机对照试验方法,比较热敏灸与西药(舒利迭)治疗支气管哮喘(慢性持续期)的疗效差异,结果显示热敏灸组在治疗结束与治疗结束 3 个月后 ACT 评分和肺功能比较有显著性差异,热敏灸组均优于西药组;在治疗 6 个月后的随访期,热敏灸组哮喘发作频率明显降低。梁超等^[14]应用热敏灸治疗 36 例慢性持续期哮喘患者,结果显示热敏灸组在改善第 1 秒用力呼气容积和最大呼气流量等肺功能指标方面均明显优于西药对照组。

2 “灸之要,气至而有效”新概念

2.1 “灸之要,气至而有效”概念的文献 依据“气至”一词,首见于《灵枢·九针十二原》:“刺之要,气至而有效。效之信,若风之吹云,明乎若见苍天”。这段经文首先指出了“气至”是一个与针刺疗效密切相关的概念,即:“气至而有效”,但未说明艾灸是否需要气至。至清·吴谦《医宗金鉴·刺灸心法要诀》明确指出:“凡灸诸病,必火足气到,始能求愈”,说明灸法和针刺一样需要气至,才能取得更好疗效。那么,艾灸气至的表现是什么?当时并未阐明。但是通过查阅文献发现,历代医家却有一些关于艾灸时产生特殊灸感的记载,如:《万病回春》曰:“灸至腹内作声作痛”;《千金要方·杂病第七》云:“灸两胛中各一处,至六百壮,多至千壮,当觉气下砢砢然如流水状”。《备急灸法·骑竹马灸法》明确指出这种艾灸特殊灸感的出现与疗效密切相关:“经半日许灸,疮内流水甚多,觉火气游走,周遍一身,蒸蒸而热”,“其艾火即随流注先至尾闾,其热如蒸,又透两外肾,俱觉蒸热,移时复流足涌泉穴,自下而上,渐渐周遍一身,奇功异效盖原于此也”。《针灸资生经·痔》云:“然后灸,觉火气通至胸乃效”。《针灸大成·取灸痔漏法》:“痔疾未深,止灸长强甚效……

觉一团火气通入肠至胸,乃效”。可见,古人已为“灸之要,气至而有效”的论点提供了依据。

2.2 “灸之要,气至而有效”概念的提出 《针灸学》教科书在论述悬灸操作时有这样一段要求:使患者局部有温热感而无灼痛为宜,至皮肤出现红晕为度^[15],这显然与《黄帝内经》中原始定义的“气至”内涵不同。《灵枢·九针十二原》:“刺之要,气至而有效。效之信,若风之吹云,明乎若见苍天”。这段经文首先指出了“气至”是一个与疗效有关的概念,即“气至而有效”;接着用了一个天气变化的例子论述了“气至”的另一个重要表现与特征,即“效之信,若风之吹云,明乎若见苍天”。试想从天空乌云密布,马上就要下大雨的情景感受,到一阵风吹过,突然云开日见,一片蔚蓝天空出现在眼前,心神是何等的豁然开朗、心旷神怡及愉悦舒适。《黄帝内经》这个举例不仅说明了针刺得气之后的速效、特效,而且描述了得气时舒适愉悦的心-身感受。《灵枢·五邪》再次列举病例说明膻学得气具有“快然”的舒适愉悦的心-身感受。因此,我们认为:《黄帝内经》“气至”概念的原始定义与内涵是指针刺产生的一种与疗效有关的,愉悦与舒适的心-身感应。

在临床灸疗实践中,我们科研团队观察到艾灸热敏腧穴透热、扩热、传热等经气感传的平均出现概率为 70%。其中:透热现象出现概率为 60% 左右,扩热现象出现概率为 80% 左右,传热现象出现概率为 70% 左右。由此可知,艾灸确能像针刺一样发动经气感传,气至病所^[1]。

艾灸是否必须发动经气感传,才能提高疗效?我们对骨性膝关节炎、肌筋膜疼痛综合征、颈椎病、感冒、面瘫、三叉神经痛、胃动力障碍、肠激惹综合征、痛经、盆腔炎、支气管哮喘、中风、过敏性鼻炎等病症进行了临床观察,结果表明:艾灸必须发动经气感传,才能提高疗效^[16-19]。进一步以膝关节骨性关节炎、肌筋膜疼痛综合征、支气管哮喘(慢性持续期)患者为研究对象,通过悬灸患者体表热敏腧穴,同时以邻近压痛点、经穴进行悬灸为对照,观察比较其舒适情感体验的出现率。结果显示艾灸热敏腧穴能够有效激发人体产生舒适、愉悦的心-身情感体验^[20]。

综上所述研究结果可见,艾灸热敏腧穴能够有效激发《黄帝内经》原始定义的“气至”活动,因此我们于 2008 年在《中国针灸》提出了“灸之要,气至而有效”艾灸新理论^[3],阐明了艾灸和针刺一样,需要得气才能获效,完善和发展了“刺之要,气至而有效”的针

刺经典理论。

2.3 艾灸得气的客观显示研究 艾灸得气能否客观显示? 廖斐斐等^[21-23]通过 EGI 128 导高密度脑电系统记录慢性腰背痛患者静息态、艾灸中及艾灸后脑电信号,结果显示:艾灸得气时伴随显著头皮脑电活动改变,主要体现在出现热敏现象时的 theta, alpha 和 beta 频段功率谱密度增高。脑电地形图提示 theta 和 beta 频段 PSD 变化以额顶区为主,而 alpha 频段则为广泛性变化。此外,热敏现象伴随 theta 和 beta 频段相位同步化的也显著增强,而未出现热敏现象的患者以上变化均不明显。结果表明,在热敏位点艾灸过程中,大脑神经网络中确有明显不同的电活动产生,并且这种电活动有明显的调节紊乱功能的作用。

2.4 艾灸气至提高灸疗疗效的再证实 气至是针灸获效的基础,而出现热敏灸感是悬灸得气的重要指征。临床实践表明,悬灸过程中是否产生热敏灸感现象,即悬灸得气,直接影响着悬灸疗效。陈日新等^[24]采用神庭、大椎双点温和灸治疗椎动脉型颈椎病患者,根据艾灸治疗时有无热敏灸感分为热敏灸感组和无热敏灸感组。结果显示:热敏灸感组在总分项、眩晕项、颈肩痛项明显优于无热敏灸感组($P < 0.05$)。

陈日新等^[25]依据患者在艾灸患侧内膝眼外膝眼二穴治疗过程中有无热感透至膝关节腔内作为标准,将患者分为热敏灸感组(热感透至膝关节腔内)和普通灸感组(热感未透至膝关节腔内,或仅热感在施灸局部与表面),比较了不同灸感的2组患者临床疗效差异。结果显示,艾灸治疗过程中出现热敏灸感的疗效明显优于普通灸感(总有效率分别为85.19%与58.82%, $P < 0.05$),症状总积分及关节消肿程度亦明显优于普通灸感组($P < 0.05$)。

熊俊等^[26]观察艾灸治疗腰椎间盘突出症急性期不同灸感患者的疗效差异。分为热敏灸感(6种特殊的热敏灸感)与温热灸感(仅有局部温热感)2组患者。运用倾向性评分匹配法对不同灸感患者进行匹配,得到组间协变量均衡的样本,共30对,热敏灸感患者为观察组,温热灸感患者为对照组。分别于治疗前、治疗2周后、治疗后6个月观察2组患者改良日本骨科学会下腰痛评分量表(M-JOA)评分及疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。结果显示:结果表明产生热敏灸感者临床疗效优于温热灸感者,且热敏灸感患者疗效更为稳定。以上结果均表明艾灸气至是提高疗效的关键。

2.5 艾灸得气条目的筛选与初步评价 鉴于艾灸得气(气至)对艾灸疗效的重要性,我们曾专文提出“重视热敏灸感是提高疗效的关键”的学术观点^[27]。由于艾灸得气的量化评估必须以得气条目为基础,而灸感条目又是艾灸得气条目的基础,因此首先对灸感条目进行科学、系统的筛查,这是对艾灸得气进行量化及研制艾灸得气量表的前提。我们团队从古籍、文献和医患访谈中对灸感条目进行了系统筛查研究。在所得灸感初始条目40条的基础上,经层层筛选后剩余9条,建立了艾灸得气条目的量表初稿。采用探索性因子分析(主要成分)检测量表的结构效度,表明各因子内部一致性较好,信度可以接受,条目可靠。令作者惊讶的是:上述经临床采集与数学计算后得到的3个因子恰与《黄帝内经》“得气”概念的三特征殊途同归,一一对应:一是热觉感传对应躯体感应,二是全身舒适情感体验对应舒适心神感应,三是自主神经反应对应疗效反应。在上述研究的基础上,将上述艾灸得气条目进行量化,研发了艾灸得气量表^[28-29]。

3 “辨敏施灸”新概念

3.1 “辨敏施灸”的含义 腧穴的本质属性具有有敏化态与静息态之别,敏化态腧学对外界具有“小刺激、大反应”的特征,因此,施灸选穴与定量都依“敏”而定。辨敏施灸包括辨敏定位、消敏定量两方面。

3.2 “辨敏施灸”的经典依据 《黄帝内经·灵枢·背腧》论述:“欲得而验之,按其处,应在中而痛解,乃其腧也”。说明腧穴具有“通过按压等方法会产生特殊感应”的敏化特征。《黄帝内经·灵枢·五邪》再次列举临床病例论述腧穴的敏化特征:“咳动肩背,取之膺中外出腧,背三节五节之傍,以手疾按之,快然,乃刺之”。表明穴位具有“按之快然”的敏化特征。上述经文阐明的“辨敏施灸”之大法显而易见,为临床辨敏施灸奠定了基础。

3.3 “辨敏施灸”与“辨证施灸”关系 长期以来灸疗临床多采用“辨证施灸”的诊疗模式,忽视了穴位状态,缺少择敏的过程,影响了灸疗疗效的充分发挥。陈日新等在充分认识到腧穴具有状态之别的本质属性后,结合临床施灸经验,提出“辨敏施灸”新概念,倡导临床艾灸时不仅重视“辨证施灸”,更强调“辨证选穴、择敏施灸”(简称辨敏施灸),能够显著提高灸疗疗效。

3.4 “辨敏施灸”的临床指导作用

3.4.1 辨敏定位 腧穴是针灸获效的基础,取穴准

确与否直接影响针灸的临床疗效。陈日新通过对热敏灸感的系统研究,提出腧穴的精准定位方法是辨敏定位,即是根据热敏灸感来精准定位,只要出现热敏灸感中的一种或一种以上即可认为该部位为热敏腧穴。热敏穴位的定位是以传统辨证选穴为基础的经穴部位作为热敏穴位探查的高发区域,然后在上述穴位热敏高发区域进行悬灸探查,当悬灸至某一部位出现上述透热、扩热、传热等 6 种热敏灸感中的 1 种或 1 种以上时,此部位就是热敏穴位的准确位置,也是艾灸的精准定位^[30]。

3.4.2 消敏定量 艾灸剂量是决定艾灸疗效的另一个关键环节。陈日新等对灸疗过程中灸时与灸感的相关性进行了大样本、多中心临床研究,揭示了灸时-灸感发生发展呈现 3 个时相变化,即经气激发潜伏期、经气传导期、经气消退期。传统艾灸规定每穴治疗时间为 10~15 min,正处在经气激发的潜伏期,灸疗疗效尚未充分发挥;从艾灸开始至经气传导期结束,平均约为 40~50 min,这主要是经气传导与气至病所期,是灸疗疗效的充分发挥期,达到这个施灸时间,艾灸疗效明显提高;继后是经气消退期,这段时间继续施灸,疗效也无明显增加^[31]。因此“以热敏灸感消失为度”,为临床充分发挥灸疗疗效提供了量学标准,突破了灸疗临床长期以来 10~15 min/穴固定灸时的固有观念,实现了灸疗时间标准化与个体化的有机统一^[1-2]。

3.4.3 “消敏定量”能够提高灸疗疗效 陈日新等^[8]应用“以热敏灸感消失为度”的穴位个体化充足艾灸时间为每次施灸的灸量标准治疗膝关节骨性关节炎患者,采用疼痛、活动与疼痛的关系、功能障碍相关的分项评分进行疗效评估。30 d 与 6 个月后随访的临床显愈率分别为 52.8%、59.7%,而按照传统的每穴灸疗 15 min 标准治疗 30 d 与 6 个月后随访的临床愈显率分别为 29.2%、20.8%,疗效明显提高($P<0.01$)。陈明人等^[11]应用“以热敏灸感消失为度”的穴位个体化充足艾灸时间标准治疗腰椎间盘突出症患者,采用改良日本骨科学会腰痛评分表(M-JOA)进行疗效评估。治疗 14 d 后与随访 6 个月后的临床愈显率分别为 72.9%、80.2%,而按照传统的每穴灸疗 15 min 标准治疗 14 d 后与随访 6 个月后的临床愈显率分别为 37.5%、32.3%,前者疗效显著提高($P<0.01$)。特别是体现在工作能力、行走距离或时间、弯腰及提重物、放射痛、椎旁压痛以及肌力等方面,选取个体化消敏灸量对腰椎间盘突出症(急性期)改善优于传统固定灸量。

康明非等比较了热敏灸量与传统灸量治疗慢性前列腺炎的临床疗效差异。结果表明,与传统灸量比较,消敏灸量组的临床疗效优于传统灸量组。周小平等^[32]将 60 例椎动脉型颈椎病(CSA)患者随机分为饱和灸量组和常规灸量组,结果显示:饱和灸量组治疗后愈显率为 56.7%,6 个月后随访时愈显率为 60.0%,均优于常规灸量组的 26.7%与 30.0%($P<0.01$, $P<0.05$)。消敏饱和灸量艾灸治疗椎动脉型颈椎病近期及远期疗效均优于传统灸量艾灸治疗。付勇等^[33]比较热敏灸治疗肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome, IBS)不同灸量的临床疗效差异。结果表明:治疗结束后,饱和灸量组愈显率为 75.0%(21/28),传统灸量组愈显率为 44.4%(12/27),饱和灸量组疗效优于传统灸量组($P<0.05$);饱和灸量组腹泻、腹胀症状评分较传统灸量组降低更明显。在治疗原发性三叉神经痛的临床疗效差异临床研究中,结果同样显示消敏饱和灸量艾灸治疗原发性三叉神经痛疗效优于传统灸量,且在视觉模拟评分(VAS)及头痛生命质量问卷(MSQ)量表(即功能受限、功能障碍、情感 3 部分)指标改善上,效果显著。郑嵩^[34]将 60 例肩周炎患者随机分为常规灸量组、饱和灸量组(以热敏灸感消失为度)和超饱和灸量组(在热敏灸感消失的基础上增加 10 min),在治疗前后对肩关节疼痛、功能活动及日常生活能力进行比较研究。结果显示:治疗后 3 组患者疼痛积分、肩关节活动度及 ADL 评分均有很大的改善,饱和灸量组总有效率为 95%,超饱和灸量组总有效率为 94.45%,超饱和灸量组与饱和灸量组差异无统计学意义($P>0.05$),但饱和灸量组明显优于常规热敏灸量组($P<0.05$)。以上研究结果表明热敏灸感消失后继续施灸,并不能提高疗效。余希婧^[35]将 90 例肌筋膜疼痛综合征患者分为常规灸量组(15 min)、饱和灸量组(以热敏灸感消失为度)和超饱和灸量组(在热敏灸感消失的基础上增加 15 min),比较不同热敏灸灸量治疗肌筋膜疼痛综合征的疗效差异。结果显示:常规灸量组、饱和灸量组、超饱和灸量组 3 组治疗后愈显率分别为 33.3%、80%、73.3%,且饱和灸量组、超饱和灸量组 VAS、PRI、PPI 积分的改善程度优于常规灸量组(均 $P<0.01$)。陈日新等^[36-37]通过线栓法制备大鼠脑缺血再灌注损伤模型,证实了热敏现象能在大鼠中出现,并且表现出人体临床相似的特征,表明热敏灸动物模型建立成功,突破了热敏灸机制研究的瓶颈。动物实验结果显示在悬灸“大椎”穴 15 min 左右时大

鼠尾温开始升高,40 min 后尾温开始降低。伴有大鼠尾温升高的持续悬灸能明显减少大鼠脑梗死面积,降低 tMCAO 大鼠神经缺损评分。与无尾温升高的 tMCAO 大鼠比较,伴有尾温升高的 tMCAO 大鼠 COX-2 及 iNOS 表达水平的下降尤为明显。伴有尾温升高的 tMCAO 大鼠 caspase-3 蛋白的表达受到抑制。尽管悬灸使大鼠尾温升高明显加强了悬灸的疗效,但悬灸 40 min 和 60 min 疗效差异无统计学意义,表明尾温开始降低后继续施灸对提高悬灸疗效无明显贡献。针对悬灸 40 min“大椎”穴减轻大鼠脑缺血损伤的神经保护效应问题,吕志迈等采用分子生物学技术,研究发现悬灸 40 min 组与缺血对照组比较,再灌注后、再灌注 1、3 d 后可明显减少梗死体积,再灌注后 3 d 可降低神经功能缺损评分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。悬灸 40 min 组($P < 0.01$)、悬灸 15 min 组($P < 0.05$)与缺血对照组分别比较,悬灸 40 min 组在缺血再灌注 7 天可明显降低缺血大鼠的神经功能缺损评分,传统悬灸 15 min 却没有任何神经保护作用。并且悬灸大椎穴 40 min 组在降低线栓法大脑中动脉缺血大鼠模型皮质诱导型一氧化氮合成酶、环氧化酶-2、半胱氨酸蛋白酶-3 的表达、减少脑梗死面积及神经缺损功能评分等方面明显优于悬灸 15 min 组。

在上述基础上,陈日新等提出了“消敏定量”的灸量新标准。该标准以个体化的热敏灸感消失为度来确定具体的施灸时间,是根据患者机体自身表达出来的需求灸量确定的灸量标准,是最适的个体化充足灸量。

4 小结

回顾热敏灸研究走过的历程,实践表明:中医研究基于临床很重要;源于经典很重要;遵循中医自身的研究规律很重要;理论创新很重要。30 年热敏灸的研究,我们仅仅是发现了灸疗秘密的冰山一角,艾灸疗效的潜力还有待我们继续挖掘、提高。我们深信,热敏灸深藏着人类调动本能、治疗疾病的秘密,我们将继续发现并开发这些秘密,为人类的健康造福!

参考文献

- [1] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:15.
- [2] 陈日新,陈明人,康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:5.
- [3] 陈日新,康明非. 灸之要,气至而有效[J]. 中国针灸,2008,28(1):44-46.
- [4] 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.
- [5] 陈日新,谢丁一. 再论“腧穴敏化状态说”[J]. 安徽中医药大学学报,2016,35(3):50-53.
- [6] Chen RX, Lv ZM, Chen MR, et al. Stroke treatment in rats with tail temperature increase by 40-min moxibustion[J]. Neurosci Lett,2011,503(2):131-135.
- [7] Chen R, Chen M, Su T, et al. Heat-sensitive moxibustion in patients with osteoarthritis of the knee: a three-armed multicentre randomised active control trial[J]. Acupunct Med,2015,33(4):262-269.
- [8] Rixin Chen, Mingren Chen, Jun Xiong, et al. Is there difference between the effects of two-dose stimulation for knee osteoarthritis in the treatment of heat-sensitive moxibustion[J] evidence-based complementary and alternative medicine,2012,696498:1-7.
- [9] Chen M, Chen R, Xiong J, et al. Effectiveness of heat-sensitive moxibustion in the treatment of lumbar disc herniation; study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials,2011,12:226.
- [10] Rixin Chen, Mingren Chen, Tongsheng Su, Meiqi Zhou, Jianhua Sun, Jun Xiong, Zhenhai Chi, Dingyi Xie, and Bo Zhang, A 3-Arm, Randomized, Controlled Trial of Heat-Sensitive Moxibustion Therapy to Determine Superior Effect among Patients with Lumbar Disc Herniation[J]. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2014,7:1-7.
- [11] Chen M, Chen R, Xiong J, et al. Evaluation of different moxibustion doses for lumbar disc herniation; multicentre randomised controlled trial of heat-sensitive moxibustion therapy[J]. Acupunct Med,2012,30(4):266-272.
- [12] Chen R, Chen M, Xiong J, et al. Curative effect of heat-sensitive moxibustion on chronic persistent asthma: a multicenter randomized controlled trial[J]. J Tradit Chin Med,2013,33(5):584-591.
- [13] Chen R, Chen M, Xiong J, et al. Comparison of heat-sensitive moxibustion versus fluticasone/salmeterol (seretide) combination in the treatment of chronic persistent asthma: design of a multicenter randomized controlled trial[J]. Trials,2010,11:121.
- [14] 梁超,张唐法,杨坤. 腧穴热敏灸与西药治疗慢性持续期支气管哮喘疗效对照观察[J]. 中国针灸,2010,30(11):886-890.
- [15] 王华,杜元灏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:155,164.
- [16] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化的临床应用[J]. 中国针灸,2007,27(3):199-202.
- [17] 康明非,陈日新,田宁. 热敏灸治疗肌筋膜疼痛综合征的临床疗效研究[J]. 江西中医药,2006,37(4):49-50.
- [18] 陈日新,康明非. 一种新类型的疾病反应点——热敏点及其临床意义[J]. 江西中医学院学报,2006,18(2):29-30.
- [19] 康明非,陈日新,付勇. 热敏灸治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效研究[J]. 江西中医学院学报,2006,18(2):27-28.
- [20] 董小玉,陈日新,张波,等. 艾灸热敏腧穴产生舒适情感体验的临床观察[J]. 江西中医药,2011,42(1):33-35.
- [21] Liao F, Zhang C, Bian Z, et al. Characterizing heat-sensitization responses in suspended moxibustion with high-density EEG[J]. Pain Med,2014,15(8):1272-1281.
- [22] 廖斐斐,张潺,边志杰,等. 慢性腰痛患者艾灸热敏现象的脑电机制初探[J]. 中国疼痛医学杂志,2013,19(12):719-726.
- [23] Wang J, Yi M, Zhang C, et al. Cortical activities of heat-sensitization

- responses in suspended moxibustion: an EEG source analysis with sLORETA[J]. Cogn Neurodyn, 2015, 9(6): 581-588.
- [24] 陈日新, 陈明人, 黄建华, 等. 热敏灸治疗椎动脉型颈椎病灸感与灸效关系的临床观察[J]. 江西中医药, 2011, 42(1): 48-49.
- [25] 陈日新, 张波, 蔡加. 温和灸治疗膝关节骨性关节炎(肿胀型)不同灸感的临床疗效比较研究[J]. 世界中医药, 2013, 8(8): 856-858.
- [26] 熊俊, 耿乐乐, 迟振海, 等. 艾灸治疗不同灸感腰椎间盘突出症急性期患者 60 例疗效观察[J]. 中医杂志, 2015, 56(21): 1836-1839.
- [27] 陈日新, 陈明人, 康明非, 等. 重视热敏灸感是提高灸疗疗效的关键[J]. 针刺研究, 2010, 35(4): 311-314.
- [28] 陈日新, 吕志迈, 谢丁一, 等. 热敏灸感条目德尔非法调查分析[J]. 中医杂志, 2018, 59(22): 1915-1919.
- [29] 陈日新, 吕志迈, 谢丁一, 等. 热敏灸得气灸感量表的研制与初步评价[J]. 中国针灸, 2018, 38(11): 1229-1234.
- [30] 谢丁一, 陈日新. 《内经》中腧穴二步定位法及其临床应用[J]. 中国针灸, 2014, 34(10): 979-982.
- [31] 郭义, 方剑乔. 实验针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 239-241.
- [32] 周小平, 林华, 付勇, 等. 热敏灸不同灸量治疗椎动脉型颈椎病: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(5): 461-464.
- [33] 付勇, 章海凤, 熊俊, 等. 热敏灸治疗肠易激综合征不同灸量的临床疗效观察[J]. 中国针灸, 2014, 34(1): 45-48.
- [34] 郑嵩. 热敏灸治疗肩周炎的灸效关系研究[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2015.
- [35] 余希婧. 热敏灸治疗项背部肌筋膜疼痛综合的灸效关系研究[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2015: 40-63.
- [36] Lv Z, Liu Z, Huang D, et al. The Characterization of Deqi during Moxibustion in Stroke Rats[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2013, 2013: 140581.
- [37] Zhimai Lv, Zhongyong Liu, Dandan Huang, et al. The Characterization of Deqi during Moxibustion in Stroke Rats[J]. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013, 2013: 1-5.

(2019-07-10 收稿 责任编辑: 王明)

关于开展“首荟通便胶囊、鼻渊通窍颗粒、脉络舒通丸”征文的通知

首荟通便胶囊, 商品名: 顺益舒[®], 鲁南厚普制药有限公司生产, 由何首乌、芦荟、决明子、阿胶、枸杞、人参、白术、枳实八味药材组方而成。适应证: 功能性便秘(气阴两虚兼毒邪内蕴证), 症见便秘、腹胀、口燥咽干、神疲乏力、五心烦热、舌质红嫩或淡、苔薄白或白腻、脉沉细或滑数者。在临床应用可达到泻浊通便, 养阴益气的效果, 国家专利组方, 精选地道药材, 临床治愈率高, 润肠通便, 排毒养颜, 减肥降脂, 可全面改善肠道功能, 安全性高。

鼻渊通窍颗粒, 山东新时代药业有限公司生产, 组方在宋代严用和“苍耳子散”基础上, 结合现代临床疾病特点, 化裁而来的经验方, 配伍严谨, 标本同治, 见效快, 疗效确切, 可以迅速改善鼻塞, 减少鼻腔分泌物, 清除鼻甲肿胀, 改善或恢复功能, 缓解头痛、头昏等症状, 对细菌感染和病毒感染均有效, 适用人群广泛: 儿童、成人、老人均可使用, 纯中药颗粒制剂, 服用方便, 不良反应少。由辛夷、苍耳子(炒)、麻黄、白芷、薄荷等 14 味中药组方而成, 适应证: 用于急鼻渊(急性鼻窦炎)属外邪犯肺证, 症见: 前额或颧骨部压痛, 鼻塞时作, 流涕黏白或黏黄, 或头痛, 或发热, 苔薄黄或白, 脉浮。

脉络舒通丸, 商品名: 通力达[®], 鲁南厚普制药有限公司生产, 是国医大师唐祖宣的临床经验方, 由二妙散、四妙勇安汤, 止痉散等 5 个方剂融合而成, 方药组成: 黄芪、金银花、黄柏、苍术、薏苡仁、玄参、当归、白芍、甘草、水蛭、蜈蚣、全蝎。具有一定的抗炎、抗凝溶栓、消肿止痛的作用, 临床用于防治浅静脉炎和深静脉血栓形成, 可以与抗凝药联合, 不增加出血风险。

为了进一步总结和评估首荟通便胶囊、鼻渊通窍颗粒、脉络舒通丸在人群中的临床疗效, 交流临床应用经验,

更好地提高疾病的临床治疗水平, 《世界中医药》杂志编辑部与鲁南制药集团有限公司自 2019 年 1 月 1 日起联合举办“助力中药科研,” 有奖征文活动。具体要求如下:

1. 征文内容及要求

内容: (1) 基础研究。(2) 临床疗效分析和临床应用经验总结。

要求: (1) 凡未在公开期刊上发表的论文均可投稿; (2) 应征论文写作规范请参照《世界中医药》杂志稿约的要求; (3) 本次征文只接受 E-MAIL 方式投稿, 电子版本请使用 Word 排版, E-MAIL 地址: lnzyzw@163.com(投稿后请注意确认)。(4) 来稿请注明支持文章的基金项目名称及编号、作者姓名、性别、出生年月、单位、学历、职称、研究方向、通讯地址、联系电话和电子邮箱。

2. 评选及奖励办法: 《世界中医药》编辑部将邀请国内知名专家及相关专业编委组成评审委员会, 对所有征文进行评审。本次征文活动设特等奖 1 名, 奖励科研基金 20000 元; 一等奖 3 名, 奖励科研基金 10000 元; 二等奖 5 名, 奖励科研基金 5000 元; 三等奖论文 10 篇, 奖励科研基金 2000 元; 参与奖 300 名, 获精美礼品 1 份。对获奖论文只奖励第一作者。优秀论文将择优发表, 获奖优秀文章将推荐到各级期刊发表。凡符合论文要求的所有优秀论文均收入产品论文汇编。

3. 征文截止日期: 2019 年 12 月 30 日。

4. 联系方式: 邮编: 276000; 地址: 山东省临沂市红旗路 209 号鲁南制药集团医学部; 电话: 15266651969(微信同号), 联系人: 医学部孙成磊; 邮箱: lnzyzw@163.com, 邮件主题请注明“鲁南制药有奖征文+姓名+医院+科室”。

《世界中医药》杂志社