

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.06.015

激痛点与阿是穴、压痛点、腧穴、经筋点、 结筋病灶点辨析^{*}

王 列^{1,2} 马 帅³ 马铁明^{1,2△} 董宝强^{1,2} 徐文嵩⁴ 李格格^{1,2}

¹ 辽宁中医药大学针灸推拿学院, 沈阳 110847

² 辽宁省针灸养生康复重点实验室, 沈阳 110847

³ 沈阳市第七人民医院神经内科, 沈阳 110000

⁴ 辽宁中医药大学附属医院骨伤科, 沈阳 110032

关键词 激痛点; 阿是穴; 压痛点; 腧穴; 经筋点; 结筋病灶点

中图分类号 R246 **文献标志码** A

“激痛点”亦名“扳机点”或“触发点”，是指骨骼肌内可触及的紧绷肌带中存在的局部高度敏感的压痛点，最早由美国临床医师 Janet Travell 于 1942 年提出。临床上根据激痛点所引发的症状将其分为活化激痛点和隐性激痛点 2 类，按压活化激痛点可引起 3 个主要临床现象：局部疼痛、局部肌肉抽搐反应及远端的牵涉疼痛^[1]。这一系列的疼痛症候群，临床上称之为筋膜疼痛综合征（myofascial pain syndrome, MPS），激痛点是诊断和治疗 MPS 的核心。针刺激痛点可导致激痛点的灭活，影响疼痛信号传导进而达到治疗 MPS 的目的^[2]。激痛点作为一个疼痛靶点予以刺激，从而治疗 MPS 等疼痛类病症，已得到广泛认可，这与传统阿是穴极为相似，有很多学者将激痛点视为阿是穴的现代医学解释^[3]，但是二者是否相同？同时还有许多学者对激痛点与压痛点、腧穴、经筋点、结筋病灶点也做了诸多方面的对比分析，激痛点与这些又有何差异？这些都将在本文中进行探讨。

1 激痛点与阿是穴之异同

“阿是”一名，始于唐代孙思邈《千金要方》：“有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若里当其处，不问孔穴，即得便快成痛处，即云阿是，灸刺皆验，故曰阿是穴也”。从判断标准而言，阿是穴不仅可痛，还有快然之感，其治疗不仅可针，还可灸；而从激痛点的判断标准上看，其中最重要的一点就是按压或针刺后，疼

痛再次出现或减轻；可见，阿是穴与激痛点的判定标准是十分相似的。从穴位的发展史而言，穴位经历了从阿是穴到经穴的发展历程，从模糊的概念一直延伸到精准定位；激痛点由最初的发现，到现今的发展，个体不同定位也是不一样的，只是为了描述方便，才标记出来；由此可见，关于定位，激痛点与阿是穴并没有差异，因此，有人主张将激痛点归属于阿是穴范围之内^[4]。从切诊取穴（触诊）而言，激痛点往往是局部疼痛，90% 出现在肌腹处，并伴有远处牵扯痛，医生触诊或治疗时会出现局部的肌颤现象；而阿是穴可出现在任何部位，无论是肌腹、肌腱结合处还是肌腱附着处都可，同时伴有触诊时痛感出现；可见二者切诊取穴上极为相同。从病理机制而论，阿是穴是人体在疾病情况下出现的特殊反应点，是“有诸内必形诸外”的特殊表现形式；激痛点可被视为是数个头尾相接集聚在一起的串珠样肌纤维挛缩结节^[5-6]；二者都为病理性存在，但是否所有阿是穴都伴有组织结构的改变现阶段还未有证据表明，但随着科学技术的不断发展，相信在不久的将来一定会有明确的答案。

中医学认为，人体产生疼痛主要有两大原因，“不通则痛”与“不荣则痛”。激痛点的本质是退变挛缩的肌小节，这些退变挛缩的肌小节阻碍了气血的流通，造成局部的气血瘀滞而产生疼痛。二者从定位、取穴、病理机制等方面都极为相似，并且在临床治疗上都是局部取点，激痛点要求出现“扎跳”反应，这与针刺阿是穴得气时出现的“气至，如摆龙尾”的现象基本相同^[7]。因此，从上述之论述我们可以得出，激痛点并不能完全等同于阿是穴，但是在阿是穴范畴之内，

^{*} 辽宁省科学技术计划项目-自然科学基金指导计划(No. 2019-ZD-0947); 辽宁省“兴辽英才计划”项目-科技创新领军人才(No. XLYC1902004)

△通信作者, Corresponding author, E-mail: matieming999@sohu.com

这一点毋庸置疑。

2 激痛点与压痛点之异同

压痛点是指用拇指或食指指腹在触压皮肤过程中,出现的以疼痛为主要感觉的阳性病理反应点。其有原发病灶,当受到外力压迫时,使原来的刺激增强而产生更为显著的固定位置的疼痛感觉。根据疼痛的轻重可分为 3 级:轻压即产生无法忍耐的疼痛,为“+++”;中压疼痛,但可忍耐,为“++”;重压只觉轻痛,为“+”。其在临床上有 3 大特点:“痛过敏”,同样压力在本该不足以引起疼痛的情况下出现痛觉;“痛反应”,随疼痛的产生,患者不自主出现面部扭曲、大喊大叫、肢体扭动等情绪与肢体反应;“痛持久”,疼痛可持续数周、数月甚至数年。

压痛点与激痛点有一定的相似性,但本质上也是有区别^[8]:二者分布部位不同,激痛点 90% 分布在骨骼肌的肌腹上,压痛点常位于肌肉筋膜与骨骼肌的附着点,与较表浅的肌筋膜炎或深部的损伤位置相吻合;疼痛特点不同,激痛点按压时会出现整块肌肉的疼痛,并伴有远端的牵扯痛,压痛点则以局部疼痛为特点,并且较为集中、固定、明显;病理特点不同,激痛点所在肌肉组织,常常触及到拉紧的紧张带或条索样结节,其本质是肌纤维内的肌小结收缩所造成的,压痛点是在肌肉起止点上存在的无菌性炎症反应。

3 激痛点与腧穴之异同

针灸疗法源远流长,远在公元 3 世纪的古医籍中就记载了 361 个经穴,其中位于十二正经及任督二脉之上的腧穴就高达 97%。在后续的不断发 展过程中,人们又发现了位于经脉之外的 191 个奇穴和 195 个新穴。随着中医影响力的不断扩大,西方医学界对经络的研究也在不断深入。美国物理治疗师 Peter T. Dorsher 博士^[9]利用解剖图及解剖图分析软件,观察和分析了 255 个激痛点和 747 个腧穴之间的对应关系,包括这些对应点的临床主治、激痛点的疼痛感传路径与其对应的腧穴所在的经络分布规律,研究发现:在 255 个激痛点中,92% 激痛点与传统经穴、经外奇穴及针灸新穴在解剖位置上相对应,其中经穴占 70%,新穴占 16%,奇穴占 14%;在 747 个腧穴当中,有 79.5% 腧穴主治的局部疼痛作用与其对应的激痛点相似,其中经穴占 82%,经外奇穴占 12%,新穴占 6%,只有 15% 的腧穴没有对应的激痛点,但是均可主治疼痛;在这些对应穴位中,有 76% 的腧穴所在的经络分布与肌筋膜感传痛路线完全或基本一致,局部或

远端感传痛路线一致占 14%。但是有一点要注意,激痛点是一种病理现象,不具备腧穴运行气血的生理功能。

4 激痛点与经筋点、结筋病灶点之异同

根据《经络腧穴学》^[10]中的定义,经筋是指与十二经脉相应的筋肉部分,其分布范围与十二经脉大体一致。全身筋肉按经络分布走行同样分成手足三阴、手足三阳,即十二经筋。十二经筋在循行过程中有“结”“聚”的特点,即在关节及筋肉丰厚之处聚合、联结,这一特点使十二经脉之气不断散布于经筋所过之处的肌肉、肌腱、组织、关节、韧带、骨骼等。而经筋聚合、联结的部位被称为筋结点,也成为经筋点^[11]。经筋起于四肢末端,结聚于骨骼和关节处,其作用是约束骨骼、活动关节。从这个定义可以看出,经筋与现代医学的肌肉、肌腱、韧带和筋膜等组织十分相近,多数医家也十分认同此观点。通过对比激痛点与经筋发现,二者关系密切,既有联系又有区别。

从分布上看,Peter T. Dorsher 研究^[9]显示,在 234 个与腧穴相对应的激痛点中,有 163 个激痛点与传统经穴解剖位置相吻合。而经筋的分布范围与十二经脉又大体一致,说明激痛点的分布与经筋的分布部位必然有重合的部分^[13]。90% 的激痛点位于骨骼肌的肌腹中央,而经筋点除在肌肉肌腹处外,在肌肉与肌腱的结合处,或肌腱附着于骨骼的部位均有,这更像一条分布的“点与线”的关系^[12]。但是,如果当肢体关节受活动过度影响或者关节部附着的肌肉、韧带等组织长时间处于磨损或牵拉状态时,经筋点就极易形成瘢痕、结块等病灶点。这些病灶点会使局部肌肉、关节的血流状态进一步受到影响,从而出现“不通则痛”以及局部功能受限等症状。这与活化激痛点产生原理和症状表现极为相似,而这些“病化”的经筋点又被称为结筋病灶点^[12]。从而可以得出“经筋点”是生理状态下的定义,“结筋病灶点”是由经筋点病化状态下所产生,活化激痛点与结筋病灶点极其相似,或者在某些情况下活化激痛点即为结筋病灶点。

从治疗上看,对于激痛点所引起的 MPS,其治疗原则是对激痛点的灭活,使肌肉内的挛缩肌束松开,改善局部的血液循环状态。临床上包括各种针法、推拿按摩、激光超声波等理疗方式以及局部药物注射等。对于经筋痹痛的治疗同样如此,虽说法不一,但原理相同,都是解除已机械化的纤维组织或条索结节等,临床治疗上更强调用针,“针至病所”是其治疗原则,小针刀、长圆针的应用越来越受到认可。有研

究^[13]显示,对于降低膝骨性关节炎患者 VAS 疼痛评分,即时疗效方面,激痛点优于结筋病灶点;疗程结束后,针刺激痛点和针刺结筋病灶点相比,差异无统计学意义;而远期疗效方面,结筋病灶点优于激痛点。

5 小结

近几年激痛点理论与传统针灸之争尤为突显,对于激痛点到底是什么、是否与传统针灸理论当中的穴位或阿是穴等相同,诸多的学者都在做着不同的分析与总结,出现百家争鸣之状。从以上的分析我们可以总结出:激痛点从定位、切诊、病理机制、治疗等方面与阿是穴对比而言,应属于阿是穴范畴之内;激痛点与压痛点比较而言,压痛点疼痛固定,无远端牵涉痛;激痛点与腧穴在感传路径上有诸多重合,但是激痛点是一种病理特征,不具备腧穴运行气血的生理功能;激痛点与结筋病灶点最为相似,结筋病灶点是由经筋点病化状态下所产生,在某些情况下活化激痛点即为结筋病灶点。

除激痛点与上述阿是穴等在诸多方面的差异之外,目前对于激痛点与传统针灸还在于中西医理论之争。随着现代实验医学的发展,传承 2000 多年的中医针灸从以往的模糊的、不确定的理论或事物逐渐通过神经电生理、病理形态等现代医学手段开始明朗起来。许多现代医学名词开始对传统针灸加以解释,其中激痛点理论就是对传统经络、经筋理论的部分现代诠释。针刺激痛点,西方医学称之为“干针”疗法,是将金属针具刺入激痛点以治疗疼痛类病症,这与传统针灸当中的阿是穴针刺类疗法相同,只不过名称不同而已。许多人强化激痛点、强化“干针”,无非是想逃脱传统的针灸医师漫长的培养过程。在国内培养一名针灸医师,需要最少 5 年时间的专业院校培养经历以及 3 年的住院医师规范化培训。而在西方,对于可进行干针治疗的物理治疗师仅仅需要几十个学时的相关理论的培养即可。这样显著的差异促使某些没有中医针灸基础及相关医学院校培养经历的人大肆宣扬激痛点而弱化经络理论、经筋理论。虽然激痛点与阿是穴、腧穴、经筋点有很多相似之处,甚至在某些情况下活化的激痛点即为结筋病灶点,但是激痛点理论却不能全面地诠释中医针灸理论,它只是现代针灸

理论的现代延伸与解释。

当然从诸多的争议当中我们也要清楚地意识到,现代针灸理论的重构是刻不容缓的,对于激痛点理论,中医人会一直秉承博大宽广的胸怀去包容与接纳;也相信随着针灸理论的不断充实与发展,针灸的明天会更好,针灸的临床疗效会进一步提高。

参 考 文 献

- [1] 彭增福. 肌筋膜疼痛综合征激痛点针刺疗法[M]. 广州: 羊城晚报出版社, 2019: 31.
- [2] Tekin L, Akarsu S, Durmus O, et al. The effect of dry needling in the treatment of myofascial pain syndrome: a randomized double-blinded placebo-controlled trial[J]. Clin Rheumatol, 2013, 32(3): 309-315.
- [3] 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.
- [4] Liu L, Skinner MA, Mc Donough SM, et al. Traditional Chinese medicine acupuncture and myofascial trigger needling: the same stimulation points? [J]. Complement Ther Med, 2016, 26: 28-32.
- [5] 赵贞妍, 叶刚, 黄强民, 等. 损伤性大鼠肌筋膜疼痛触发点的肌电活动和组织形态学特征[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(7): 594-599.
- [6] Huang QM, Ye G, Zhao ZY, et al. Myoelectrical activity and muscle morphology in a rat model of myofascial trigger points induced by blunt trauma to the vastus medialis [J]. Acupunct Med, 2013, 31(1): 65-73.
- [7] 王列, 马铁明, 曹锐, 等. 阿是穴与激痛点浅议[J]. 中医药导报, 2016, 22(20): 12-14.
- [8] 马尧, 布赫, 贾纪荣, 等. 针刺激痛点治疗肌筋膜疼痛综合征研究进展[J]. 中国针灸, 2012, 32(6): 573-576.
- [9] Peter T. Dorsher, 彭增福. 激痛点与腧穴的解剖与临床关系[J]. 国际中医中药杂志, 2008, 30(1): 3-5.
- [10] 沈雪勇. 经络腧穴学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 12.
- [11] 荆龙. 筋结点与激痛点的体表投影重合度研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2018: 13-41.
- [12] 沈宇平, 董宝强, 林星星, 等. 结筋病灶点与激痛点的比较[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(11): 2646-2649.
- [13] 张鹏. 针刺结筋病灶点、激痛点及传统经穴治疗 KOA 疗效评价研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2016: 1-61.

(收稿日期: 2021-04-15)