

引用:张卓,张瑛,古志林,徐振华.从“无病勿灸”探讨灸法“治未病”宜忌[J].中医导报,2023,29(10):204-207.

从“无病勿灸”探讨灸法“治未病”宜忌

张卓¹,张瑛¹,古志林²,徐振华²

(1.广州中医药大学针灸康复临床医学院,广东 广州 510405;

2.广东省中医院针灸科,广东 广州 510120)

[摘要] 梳理古代医籍,发现葛洪、巢元方、汪机三位医家持“无病勿灸”的观点,分析后认为其反对未病先灸并非是否定灸法的防病保健作用,原因分别为:随病而治的辨证用灸思想;对小儿生理特性的考量,以及对因地制宜原则的把握;对化脓灸滥用的批驳。结合相关文献,得出灸法“治未病”亦有宜忌:灸法防病须明确适应证,灸治已病须辨证,以防传变;灸法“治未病”宜遵循三因制宜的原则;保健灸不宜使用艾炷化脓灸。在临床上,不能忽视灸法的宜忌,以避免灸误、坏证的发生,提高疗效。

[关键词] 灸法;治未病;宜忌;化脓灸

[中图分类号] R245.81 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2023)10-0204-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.10.042

中医“治未病”理论起源于《黄帝内经》,“上工治未病,不治已病”。艾灸是中医外治法的重要组成部分,有“灸治百病”之说。唐代医家孙思邈最早将二者联系起来,提出灸法“治未病”^[1],其理论内涵包括未病先防与既病防变。孙思邈认为灸法可以预防疾病,如《备急千金要方·卷29·针灸上·灸例第六》记载:“凡人吴蜀地游宦,体上常须三两处灸之,勿令疮暂瘥,则瘴疠、温疟、毒气不能著人也。”^{[1]1912}在患病之后倡导及时治疗,截断病势,灭之于萌芽,如《备急千金要方·卷8·治诸风方·论杂风状第一》云:“夫诸急卒病多是风,初得轻微,人所不语,宜速与续命汤,依俞穴灸之。”^{[1]260}

诸多医家倡导未病先灸以预防疾病、强壮补虚、延年益寿,但有部分医家基于临床实践提出了“无病勿灸”的观点。笔者分析相关文献认为,其反对无病而灸并非否定灸法的防病保健作用,而是强调灸法“治未病”亦有宜忌,不可任意滥施。笔者不揣浅陋,论述如下。

1 葛洪“未有病,莫预灸”

晋代葛洪在《肘后备急方·卷2·治卒霍乱诸急方》中提出:“但明案次第,莫为乱灸。须有其病,乃随病灸之。未有病

莫预灸。”^{[2]21}其谓不可预灸以预防霍乱,要根据不同的临床表现采取不同的灸方。书中列举了随证而治的具体灸法,如:先腹痛者,灸太仓14壮;下利不止者,灸大都左右各7壮;干呕者,灸间使左右各7壮等^{[2]21-22}。孙思邈亦赞同此观点,《备急千金要方·卷20·霍乱第六·灸法》载:“凡霍乱,灸之或时虽未立瘥,终无死忧,不可逆灸。或但先腹痛,或先下后吐,当随病状灸之。”^{[1]630}以灸法辨证可治疗霍乱,但发病前不宜施灸。

《灵枢·五乱》云:“乱于肠胃,则为霍乱。”^{[3]79}霍乱是感受时邪及饮食不洁引起的以起病急骤、上吐下泻、腹痛或不痛为特征的疾病,既包括现代医学的急性胃肠炎,也包括由霍乱弧菌引起的烈性肠道传染病。后者发病危急,可数小时内因腹泻、脱水致死,预防重点在于饮食卫生,并非艾灸,可见葛洪对防治霍乱已有深刻把握,且强调重点在于明症而治。

2 巢元方“新生无疾,慎不可逆针灸”

隋代巢元方在《诸病源候论·卷45·小儿杂病诸候》云:“新生无疾,慎不可逆针灸,逆针灸则忍痛动其五脉,因喜成痲。河洛间土地多寒,儿喜病瘥。其俗生儿三日,喜逆灸以防之,又灸颊以防噤……江东地温无此疾。古方既传有逆针灸

通信作者:徐振华, E-mail: xzh197011@163.com

(6):651-658.

[43] 陈元.中医穴位按摩与情志护理对中晚期癌症患者进食及睡眠障碍的干预效果[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(增刊):289-290.

[44] 陈浩然,刘浩,代金刚.中医导引术预防和辅助治疗肿瘤的相关研究进展[J].中医药学报,2021,49(3):92-95.

[45] 刘浩,林洪生.中医肿瘤平衡治疗[J].世界中西医结合杂

志,2015,10(7):1006-1007,1010.

[46] 李锐,卢伯春.健身气功对人体身心健康影响的研究进展[J].中国老年学杂志,2022,42(18):4638-4644.

[47] 许陶,陈乐,金春晖,等.八段锦对42例胃肠道恶性肿瘤术后康复期患者癌因性疲乏及生活质量的影响[J].中医杂志,2020,61(10):881-885.

(收稿日期:2023-03-27 编辑:时格格)

之法,今人不详南北之殊,便按方用之,多害于小儿。是以田舍小儿,任自然,皆得无横夭。”^[1485]明代高武在《针灸聚英》^[15]解释“逆”的含义:“无病而先针灸曰逆。逆,未至而迎之也。”可见巢氏对新生儿应用针灸治未病是持反对意见的。

究其原因,是巢元方对新生儿生理特点与灸法特性的体悟及对因地制宜原则的把握^[6]。首先,新生儿皮肤与脏腑俱娇嫩、形气未充,当时灸法是以艾绒做成艾炷直接在皮肤上灸者居多,刺激量大,使其剧痛难耐经气逆乱,易诱发痫证等疾病;其次,新生儿逆灸“防病瘕”“防噤”是河洛地区的民俗,其地气候寒冷,而江东气候温暖,若是不辨南北地区气候之别,滥用温热灸法反贻害小儿;最后,巢元方指出养护小儿当顺其自然,患病才可依据病情采取治疗方法。病情轻浅时,亦要谨慎使用针灸,其云:“戒养小儿,慎护风池……有病乃治之。疾微,慎不欲妄针灸,亦不用辄吐下,所以然者,针灸伤经络,吐下动腑脏故也。”^[1485]

小儿稚阴稚阳之体,易实易虚,艾炷灸刺激量大,故健康小儿不宜用其预防疾病,患病小儿须辨证施灸,切勿过灸。

3 汪机“无病而灸,何益于事”

“若要安,膏肓、三里不要干”是流传甚广的一句养生谚语,意指在膏肓穴、足三里穴施以连续化脓灸用来强身健体、防病保健。明代汪机却对此不以为然,认为是“世俗之通论”。他在《针灸问对·卷之下》中反对在机体健康状态时使用艾灸,认为只有当机体处于“邪客经络”的病理状态下,患者“为其所苦”,医生不得已才可使用艾灸治疗,以求驱邪外出^[1794]。汪机观察到灸患处“肌肉为之坚硬”,“气血到此则涩滞不能行矣”。并举一医案详细说明:“昔有病跛者,邪在足少阳分,自外踝以上,循经灸者数穴。一医为针临泣,将欲接气过其病所,才至灸瘢,止而不行。始知灸火之坏人经络也。或有急证,欲通其气,则无及矣。”^[1794]古代医家十分注重针灸得气^[8],强调“气至而有效”。汪机认为无病时用灸,造成皮肤经络损伤,待到有病施灸时,瘢痕会影响针感的感传,使气不能至病所。另外,灸疮产生的疼痛也令人望而生畏,闻人耆年在《备急灸法》中描述“富贵骄奢之人”听闻要施以火灸,便“嗔怒叱去”^[9]。而汪机在《外科理例》中治疗疮疡患者时,多采用隔物灸替代直接灸,强调灸至温热即可,“不可令痛……微热,勿令破肉”^[10],其反对无病之人施灸也就不足为奇了。

《说文解字》曰:“灸,灼也,从火音灸,灸乃治病之法,以艾燃火,按而灼也。”在古代,艾炷的烧灼灸法长期居于主导地位^[11]。隋唐时期民间灸法兴盛,有医家认为其应用无所禁忌,普通民众亦可施,如陈延之在《小品方》云:“其灸则凡人便施……但遂病所在便灸之。”^{[12][172]}壮数则多至几十上百壮,强调发灸疮才可奏效。由此易致艾灸过度,加之选穴不准,缺乏消毒知识和条件,灸疮养护不当,坏证频发^[13]。宋代医疗事业规范发展,汤药、针刺等疗法逐渐惠及下层民众^[14],医家对化脓灸滥用开始有所反思,如《太平惠民和剂局方·治杂病》云:“世人着艾,多无法度,涂忍痛苦,罕能愈疾。”^[15]金元时期针法兴起,明清时期灸法由成熟走向衰落,艾卷灸法出现,瘢痕灸地位逐渐下降;后清政府以“针刺灸灸,究非奉君之所宜”为由,永久废除了太医院的针灸科^[16]。汪机生活于明代中后期,他反对无病施灸,实际上也是灸法在明代衰落迹象的

体现。

虽然汪机“无病而灸,何益于事”的观点失之偏颇,但他观察到灸瘢阻滞经气运行这一现象,与现代经络研究发现的循经现象的可阻滞性一致,在当时的历史条件下,实属可贵。其对灸疮盛行引发坏证的批判精神、体悟患者疼痛的医者仁心,值得我们学习。

4 对灸法“治未病”宜忌的认识

4.1 灸法防病须明确适应证,灸治已病须辨证,以防传变 王执中提出灸足三里、绝骨预防中风^[17];窦材认为“灼艾第一”,提倡在无病之时,常灸关元、气海、命关、中脘,配合内服保元丹、保命延寿丹,可延年益寿^[18]。灸法并非可预防一切疾病,有其适用范围和局限。现代研究发现灸法在未病先防中的应用集中在呼吸系统疾病、心脑血管系统疾病及保健和延缓衰老等方面^[19]。胡蓉等^[20]在花粉期来临前采用温和灸与灸盒灸相配合预防性治疗季节变应性鼻炎,能显著改善患者花粉过敏症状及生活质量;郑海珍等^[21]发现艾条悬灸预处理哮喘大鼠能显著改善肺损伤,可能与其调节下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA)功能有关;杜琳等^[22]用艾条悬灸心肌缺血大鼠内关穴,发现能产生与缺血预适应相似的心脏保护作用,适度提高心肌细胞自噬能力,减少细胞凋亡;可以延缓衰老,具有清除自由基、提高免疫功能、调整脂质代谢及改善血液流变性质等作用^[23]。

清代吴亦鼎在《神灸经纶》云:“灸法要在明症审穴,症不明则无以知其病之在阳在阴,穴不审则多有误于伤气伤血。”^[24]灸治已病患者,若是不经辨证,盲目使用,就有可能导致变证。

张仲景认为对患三阳证和阴虚里热的患者,若用烧针、温针、艾灸等疗法,将助长阳热之邪,损伤阴液,导致“火邪证”“火劫证”^[25]。《伤寒论》的热证禁灸观对后世产生了一定影响,但也有医家根据“火郁发之”,“逆者正治,从者反治”理论及临床实践提出了热证可灸说。如刘完素提出“灸引其热”说,疮疡灸之可“引邪外出”,寒热格拒证灸之可“引热下行”^[26]。朱丹溪赞同灸法有攻泻的特点,“热者灸之,引郁热之气外发,火就发之意也”,“火以畅达,拔引热毒,此从治之意”^[27]。当代医家用灸法治疗疔腮、疔、痈疽等热病均取得了良好的疗效^[28-30]。热证可灸,并非遇热便灸,要在辨证的基础上合理选择灸材,予以适当的补泻手法,严格把握灸量,既要不过灸损伤气阴,以免“得恶火则骨枯脉涩”,又要灸满灸足防邪气滞留。

灸法有温补之功,“虚者灸之,使火气以助元阳也”,但并非一切虚证皆可使用灸法。汪机在《针灸问对》中指出:“有因灸而死者,盖虚甚孤阴将绝。其脉必浮数而大且鼓,精神必短而昏,无以抵当火气,宜其危也。”^[1796]汪机在论述灸治头目之疾时,还提出“当看病在气分血分,分类施治”。批评时医一见“眼目耳鼻等疾”,不经过辨证,便“于头部诸穴多灼艾炷”。因头是手足三阳与督脉所会之地,在头部穴位施灸是“抱薪救火”“妄灸助热”^[1794]。

再如治疗外科痈疽疔肿,古人多用灸法,然而并非所有痈肿皆宜灸治,王肯堂在《证治准绳》中提出:“疮疡自外而入者不宜灸,自内而出者宜灸。”^[31]陈自明在《外科精要》亦云:“脑疽及颈项有疽,不可用隔蒜灸,恐引毒上行。”^[32]

4.2 灸法“治未病”宜遵循三因制宜的原则 《素问·宝命全

形论篇》云：“人以天地之气生，四时之法成。”^{[13]52}人的生理活动和病理变化必然会受时令气候、地域环境等因素的影响。患者的性别、年龄、体质等因素，也与疾病发展全过程关系密切。必须对以上因素进行全面分析，制定适宜的灸治疗方案。

在因时制宜方面，《灵枢·岁露论》云：“人与天地相参也，与日月相应也。”^{[13]62}昼夜晨昏、四时季节等时间因素，影响人体的生理病理活动，因此，要注意在不同的天气时候及时间节律条件下的治疗宜忌。《备急千金要方》有清晨不可艾灸，以防眩晕的记载：“皆以日正午以后，乃可下火灸之，时谓阴气未至，灸无不著。午前平旦谷气虚，令人癫眩不可针灸也，慎之。”^{[13]64}四时之气不同，灸刺之道亦不同。《素问·六元正纪大论篇》云：“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热。”^{[13]156}灸性温热，当避其气候之炎热。汪机《针灸问对》认为夏月阳气尽浮于表，灼艾犯火逆之戒，易导致热胀、发黄、腰痠、咽燥、唾血等热证^{[7]93}。现代针灸学家陆瘦燕^[94]基于“春夏养阳”的养生之道，提出伏针、伏灸说，但有其适用范围，阳邪有余或阴虚阳亢的患者不宜施行。天气寒温亦影响艾灸，《素问·八正神明论篇》云：“是故天温日明，则人血淖液而卫气浮，故血易泻，气易行；天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉。”^{[13]53-54}是故《外台秘要》言风雨阴寒天气禁灸：“大风灸者，阴阳大错。大雨灸者，诸经络脉不行。大阴灸者，令人气逆。大寒灸者，血脉蓄滞。此等日灸，乃更动其病，令人短寿。”^{[13]5}

在因地制宜方面，《素问·异法方宜论篇》云：“北方者，天地所闭藏之域也，其地高陵居，风寒冰冽……脏寒生满痛，其治宜灸焫。”^{[13]24}北方气候寒冷，人们脏腑受寒，易患胀满疼痛等病证，适宜灸法这种温热疗法。《小品方》云：“今江东及岭南地气温，风寒少，当以二分以还，极一分半也，遂人形阔狭耳。”^{[12]171}其认为气候温暖的南方地区，艾炷宜小。

在因人制宜方面，施灸要综合考虑患者的年龄、性别、体质、病情等因素。《外台秘要》云：“凡灸有生熟，候人盛衰及老少也。衰老者少灸，盛壮肥实者多灸。”^{[13]5}《备急千金要方》云：“凡言壮数者，若丁壮遇病，病根深笃者，可倍多于方数。其人老小羸弱者，可复减半。”^{[13]64}体质壮实、病重者宜多灸，年老体弱、病轻者可少灸。一般认为，妊娠妇女的腹部及腰骶部禁灸。王焘^[95]指出胎位不正可灸三阴交，产后乳痈可急灸双手鱼际。

4.3 保健灸不宜用艾炷化脓灸 《医宗金鉴》云：“凡灸诸病，必火足气到，始能求愈。”火足提示灸量宜足，气到表明应出现得气之灸感^[37]。古人常将发灸疮作为控制灸量的要素，认为须有灸疮才可治愈疾病，如《小品方》云：“灸得脓坏，风寒乃出，不坏则病不除也。”^[12]《针灸资生经》云：“凡著艾得疮发所患即瘥，不得疮发其疾不愈。”^[17]

实际上，“灸至疮发”并非是获取灸量、评价灸效的唯一指标。灸效评价标准还包括：以病愈为度；或是急症得到缓解；或是患者自身感觉变化，痛或不痛；或是灸感^[38]。如《肘后备急方》治疗面瘫，便是以患者的主观感觉作为灸量依据：“若口喎僻者。衔灸口吻横纹间，觉火热便去艾，即愈。勿尽艾，尽艾则太过。”^{[12]51-52}明代杨继洲认识到灸感的激发与疗效密切相关，在《针灸大成》里记载中脘穴施灸治疗胃痛，“然后灸，觉一团火气通入肠至胸，乃效”^[39]。

承淡安反对以灸疮定疗效，认为只要灸火足便可收效，无

需强求灸疮^[40]；陈日新等^[41]提出腧穴热敏化概念，认为艾灸热敏化腧穴极易激发循经感传，“灸之要，气至而有效”；谢锡亮^[42]倡导的麦粒灸压灭法、符文彬倡导的精灸技术^[43]，皆以激发经气，使气至病所为要。上述医家通过大量灸法临床实践得出结论，认为艾灸取得良好疗效以灸感气至为主，并非“灸至疮发”。并且非化脓灸可以避免灸疮的痛苦和养护禁忌，增加患者依从性。

有学者^[44]研究发现，不论艾炷直接灸还是艾条灸，只要有足够的施灸强度和持续时间，皆可使施灸局部皮肤有不同程度的炎性反应。灸疗技术本身无优劣，关键是要选择适宜的病证。《中国针灸学》^[45]将艾炷直接灸的适应证集中于疑难病症和急性传染病。艾灸养生是在机体健康状态下的长期行为，推荐使用间接灸、艾条悬起灸等相对安全灸法，徐徐温煦，注重积累效应。

5 小 结

通过分析相关文献，认为葛洪的“未有病，莫预灸”是强调施灸要辨证论治；巢元方的“新生无疾，慎不可逆针灸”，是基于对小儿生理特性的考量以及对因地制宜原则的把握；汪机的“无病而灸，何益于事”是对化脓灸滥用的批驳。运用灸法“治未病”，要遵循三因制宜的原则辨证论治，以确定适宜的介入时机、灸疗方法、灸材、灸量及穴位等，方可收获满意疗效，使之进一步规范。

参考文献

- [1] 孙思邈.备急千金要方[M].魏启亮,郭瑞华,点校.北京:中国古籍出版社,1997.
- [2] 葛洪.肘后备急方[M].汪剑,邹运国,罗思航,整理.北京:中国中医药出版社,2016.
- [3] 灵枢经[M].田代华,刘更生,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [4] 丁光迪.诸病源候论校注[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [5] 高武.针灸聚英[M].黄龙祥,整理.北京:人民卫生出版社,2006:188.
- [6] 马芳芳,潘诗霞,林殷,等.“逆灸”非保健灸考辨[J].中华中医药杂志,2017,32(10):4690-4692.
- [7] 汪机.针灸问对[M].李万瑶,仇裕丰,点注.南京:江苏科学技术出版社,1985.
- [8] 陈卓,张静,李智涵,等.得气与针刺技术多元化[J].中医导报,2022,28(9):97-100.
- [9] 闻人耆年.备急灸法[M].太原:山西科学技术出版社,2012:48.
- [10] 汪机.外科理例[M].戴铭,点校.北京:中国中医药出版社,2010.
- [11] 齐丽珍,马晓芑,洪珏.古今灸材及灸法的比较[J].中华中医药学刊,2013,31(11):2349-2354.
- [12] 陈延之.小品方新辑[M].祝新年,辑校.上海:上海中医药大学出版社,1993.
- [13] 马芳芳,王一辰,林殷,等.“灸疮”考辨[J].世界中医药,2019,14(2):385-389.
- [14] 于赓哲.唐宋民间医疗活动中灸疗法的浮沉:一项技术抉

- 择的时代背景分析[J].清华大学学报(哲学社会科学版), 2006, 21(1):62-73.
- [15] 太平惠民和剂局.太平惠民和剂局方[M].刘景源,整理.北京:人民卫生出版社,2007:203.
- [16] 张建英.灸法的起源与发展应用[C]//中国中医药研究促进会针灸康复分会第二届学术年会暨山东针灸学会第九届学术年会论文集,2017:34-38.
- [17] 王执中.针灸资生经[M].黄龙祥,黄幼民,整理.北京:人民卫生出版社,2007.
- [18] 窦材.扁鹊心书[M].赵宇宁,江南,郭智晓,点校.北京:学苑出版社,2010:10-12.
- [19] 蔡虹,郭继红.关于灸法治未病应用的文献研究[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2011,18(3):34-36.
- [20] 胡蓉,唐森,刘祥,等.艾灸预防性治疗季节性变应性鼻炎临床观察[J].上海针灸杂志,2020,39(5):565-569.
- [21] 郑海珍,邱祺,陈骏,等.艾灸预处理改善哮喘大鼠下丘脑-垂体-肾上腺轴抑制肺损伤[J].江西中医药,2022,53(2):49-53.
- [22] 杜琳,谭成富,王超,等.电针、艾灸预处理对心肌缺血大鼠心肌细胞凋亡和自噬的影响[J].针刺研究,2019,44(1):31-36.
- [23] 韩丽,刘铜华,赵百孝,等.艾灸用于养生延缓衰老的研究进展[J].世界中医药,2014,9(12):1693-1696,1700.
- [24] 吴亦鼎.神灸经纶[M].邓宏勇,许吉,校注.北京:中国中医药出版社,2015.
- [25] 张仲景.伤寒论[M].王叔和,撰次.钱超尘,郝万山,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [26] 刘完素.素问玄机原病式[M].孙洽熙,孙峰,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [27] 朱震亨.丹溪心法[M].王英,竹剑平,江凌圳,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [28] 朱艳,俞红五,潘喻珍,等.刺血加艾灸治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察[J].中国针灸,2015,35(9):885-888.
- [29] 唐南淋,史佳.点灸联合仙人掌外敷治疗流行性腮腺炎临床观察[J].上海针灸杂志,2020,39(2):184-187.
- [30] 孟令艳,高希言,张明明,等.股内侧痲疽案[J].中国针灸,2020,40(5):472.
- [31] 王肯堂.证治准绳(四):疡医证治准绳[M].施仲安,点校.北京:人民卫生出版社,2014.
- [32] 陈自明.外科精要[M].盛维忠,校注.北京:中国中医药出版社,2007.
- [33] 黄帝内经·素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [34] 周丹,王富春.陆瘦燕的灸法经验[J].时珍国医国药,2014,25(6):1491-1492.
- [35] 王焘.外台秘要方[M].高文铸,校注.北京:华夏出版社,1993:781.
- [36] 刘未艾,林海波,晏桂华,等.《外台秘要》论灸法[J].湖南中医杂志,2013,29(12):1-4.
- [37] 王洪辉,张波,黄仙保,等.火足气到方为灸[J].时珍国医国药,2018,29(12):2979-2980.
- [38] 高兵,王荃,马强,等.论灸壮与灸效[J].中华中医药杂志,2022,37(5):2440-2444.
- [39] 杨继洲.针灸大成[M].靳贤,补辑重编.黄龙祥,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [40] 马强,王荃,曾永蕾.承淡安对近现代灸法理论及临床的贡献[J].中医杂志,2022,63(6):511-515.
- [41] 陈日新,康明非.灸之要,气至而有效[J].中国针灸,2008,28(1):44-46.
- [42] 谢锡亮.谢锡亮灸法[M].北京:人民军医出版社,2007:33.
- [43] 刘月,罗丁,李灵杰,等.精灸技术:灸类技术的革新[J].中华中医药杂志,2017,32(5):2186-2188.
- [44] 王玲玲.艾灸的特点及温通效应[J].中国针灸,2011,31(10):865-868.
- [45] 周攀,王玲玲,张建斌.承淡安《中国针灸学》对艾炷直接灸的贡献[J].中国针灸,2014,34(4):409-412.

(收稿日期:2023-01-04 编辑:刘国华)

(上接第199页) 掘近30年针灸治疗失眠临床取穴规律研究

- [19] 赵晋莹,王富春.针刺三阴交穴对原发性失眠患者PSQI与PSG的影响[J].中华中医药杂志,2018,33(12):5683-5686.
- [20] 李艳平.中药离子导入三阴交对妇科术后失眠患者的影响[J].中国高等医学教育,2018(10):132,139.
- [21] 杜莉,宋孝军,李仲文,等.神门、三阴交穴位配伍改善失眠症患者焦虑、抑郁状态:随机对照研究[J].中国针灸,2022,42(1):13-17.
- [22] WANG Y K, LI T, HA L J, et al. Effectiveness and cerebral responses of multi-points acupuncture for primary insomnia: A preliminary randomized clinical trial and fMRI study[J]. BMC Complement Med Ther, 2020,

20(1):254.

- [23] SATEIA M J, BUYASSE D J, KRYSTAL A D, et al. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American academy of sleep medicine clinical practice guideline[J]. J Clin Sleep Med, 2017, 13(2):307-349.
- [24] RIEMANN D, BAGLIONI C, BASSETTI C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia[J]. J Sleep Res, 2017, 26(6):675-700.
- [25] KIM S A, LEE S H, KIM J H, et al. Efficacy of acupuncture for insomnia: A systematic review and meta-analysis[J]. Am J Chin Med, 2021, 49(5):1135-1150.

(收稿日期:2023-05-10 编辑:蒋凯彪)