

隔药灸治疗原发性痛经的研究现状与治疗进展

朱春红

玉林市第一人民医院 广西玉林 537000

〔摘要〕中医在我国传承已久，历经千年，积累了丰富的临床医疗经验，对于各种疾病均有所涉猎。痛经是很早之前便存在的疾病，中医对其研究颇为深入，治疗方法也不局限于一两种。目前中医较为常用治疗痛经的方法有中药内服和外敷、综合疗法、针灸等。其中，隔药灸主要是利用艾灸，让药物进入人体，达到治疗目的。本文主要对隔药灸的治疗原理机制、适用程度、证型、穴位配伍等多方面进行综述。

〔关键词〕隔药灸；原发性痛经；研究现状；治疗进展

〔中图分类号〕R246.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 04-212-02

痛经 (dysmenorrhea) 是常见女性疾病，而且以未婚女性较为多见，主要指在月经期出现不同程度下腹部疼痛、坠胀，部分患者还会出现腰酸，症状明显者则会影响到其生活质量^[1]。痛经可分为原发性和继发性两大类，其中，原发性痛经往往不会伴随生殖器官器质性病变。现代医学的治疗方法以药物治疗为主，口服避孕药是最常用的方法之一，可以达到止痛作用；对于部分病情严重患者，需要进行手术治疗，但西医治疗均有一定共通性，不仅副作用明显，而且还会产生较多不良反应。

1 隔药灸治疗原发性痛经的现状分析

1.1 痛经和隔药灸在中医中的理论基础

痛经属于中医传统问题，在中医研究发现痛经与冲、任、肝、肾等经脉有内在联系，结合这一因素，临床上将治疗重心放在针刺研究上。

针灸类疗法可有效治疗疼痛类疾病，但在痛经治疗中，需要将针刺入患者皮肤，从而进一步增加刺痛感，导致女性患者难以接受。因此，结合我国中医中理念“针所不为，灸之所宜”，通过隔药施灸，可以降低针灸对人体皮肤的刺痛感，减少疼痛带来的刺激，使患者更易接受，且无需采用特殊手法，进一步降低了实施难度。

1.2 隔药灸作用机制

从现代医学中进行分析，隔药灸主要机制是调节原发性痛经患者异常激素水平，使激素水平恢复正常，来缓解痛经带来的疼痛。而且在激素水平调节当中，患者会出现明显亮氨酸、皮质酮、苯甲酸等代谢物质的改变。隔药灸一般会刺激人体神阙穴，通过持续不断的隔药灸，孕激素、雌激素和前列腺素水平，延缓子宫平滑肌收缩速率，使血管收缩速度放慢，缓解女性患者子宫内缺氧、缺血现象。隔药灸还有助于调节炎症因子，如白细胞介素-4 (IL-4)、白细胞介素-10 (IL-10)、细胞因子 (γ-干扰素) 等，降低致痛物质的影响，调节机体免疫功能平衡。在中医治疗理念中，隔药灸的作用原理不单单是穴位或药物，而是穴位、热力、药物的综合作用所致。在杨星月等的《基于代谢组学的隔药灸治疗原发性痛经的机理研究》中提到^[2]，在隔药灸的治疗过程中，测定神阙穴电阻，可以发现原发性痛经患者神阙穴电阻出现明显升高，在隔药灸结束后，电阻恢复正常值。还有部分中医专家认为隔药灸出现的电阻特异性反应与患者证型存在联系。女性患者在出现痛经时，气血会快速下降，呈现衰弱状态，在体质等因素的影响下，子宫、冲任气血变化较为显著，当出现气血不足时，随即出现痛经现象，所以在调理痛经的过程中，要时刻注意冲任气血。现阶段艾灸的治疗作用得到了证实，通过燃烧艾条的方式，在热力的帮助下，使药物渗透皮肤，进入人体，驱散寒邪、调节气血并温暖子宫。而且艾条作用较大，不仅可以生气活血，而且

利用隔药灸这一治疗方式时，能很好的益气活血。同理，采用隔姜灸也能取得一定效果^[3]。

1.3 隔药灸适用证型和适合痛经程度

中医通过气血、阴阳等多种角度，可将原发性痛经分为五种类型：(1) 寒湿凝滞型。(2) 气滞血瘀型。(3) 湿热瘀阻型。

(4) 气血亏虚型。(5) 肝肾亏虚型。在张晓宁等的《隔药灸脐法对原发性痛经患者下腹部疼痛及额外卧床时间的影响》研究中发现^[4]，随着女性患者证型的改变，隔药灸的效果也有所差异，相比之下，隔药灸更适用于气滞血瘀型和寒湿凝滞型。以上两种证型为基础进行研究，隔药灸治疗后，患者显著发生雌二醇、前列腺素 F_{2α} 水平下降，而黄体酮和前列腺素 E₂ 水平上升。随后又有研究对痛经程度进行研究^[5]，直观发现当痛经疼痛程度超过一定等级时，隔药灸效果下降明显，而且可能无法发挥相应作用。所以在使用隔药灸进行治疗的过程中，以轻度痛经患者为最佳优先级考虑。

2 单纯隔药灸治疗原发性痛经

2.1 穴位配伍

在多个穴位研究中得出相应结论，其中关元穴敏感度最高，其次是神阙穴，最低为三阴交穴。雷海燕在《辨证分型隔药灸治疗原发性痛经临床观察》中提及到^[6]，寒湿凝滞型患者最优选择是关元穴，神阙穴适用于气滞血瘀型，肝肾亏虚型适合三阴交穴。其于两种证型可以根据实际情况选择合适穴位，如无特殊要求，三个穴位效果无明显差异。如果患者属于多证型痛经患者，可选用 2-3 个穴位进行隔药灸，或在研究中寻找更加穴位。其中，神阙穴的使用最为广泛，其属于任脉重要穴位，连接冲脉、督脉和五脏六腑，在艾灸的帮助下，可以激活三条经络，达到温经通络的目的。药物通过艾灸的方式，直接进入患者子宫内部，作用在患处。人体脐下不存在脂肪组织，通过艾灸弥散快的特点，三脉气血涌动，通过神阙穴能有效避免开肝脏首过效应，提升药物疗效。在其他研究中还提到命门穴，该穴位能温肾壮阳，调节全身阳经。

2.2 隔药灸介质

隔药灸介质在选择中要选用能够调和肝脾、活血化瘀以及补血养阴的药物。以寒湿凝滞型痛经患者为例，隔药灸药物一般会选用肉桂、小茴香、桃仁等一些阳气充足药物；对于气滞血瘀型痛经患者而言，可使用白芍、吴茱萸、乳香等药物。

2.3 隔药灸剂量

在李振联等的《隔中药穴位贴敷灸治疗原发性痛经 55 例》中表明^[7]，在隔药灸剂量的选用当中，大剂量是首选。大剂量包括多个因素，如隔药灸时间的延长、燃烧所用艾条数量等。而且之后有调查提供理论基础，显示当艾条燃烧量上升时，IL-4 和 IL-10 水平显著上升，也表明免疫功能进一步增加。

3 隔药灸联合其他中医治疗原发性痛经

3.1 联合针刺

在针刺辅助治疗中,采用平补平泻法,可以进一步提升人体对药物的吸收量,而且药效会明显优于西药治疗。并且整体不良反应小,通过调养,患者能在短时间内摆脱痛经带来的痛楚。

3.2 联合中药内服

中药本身具有活血化瘀,温经通络的效果,通过内服和外用的联合治疗,可以起到相辅相成作用,进一步提升疗效。由于艾条药性偏温,所以一般会将艾叶作为主要内服药。

3.3 联合中药离子导入和耳穴压法

在刘照时等的《隔药灸治疗前后不同证型原发性痛经患者生殖激素水平检测研究》中详细提到^[6],该种联合治疗方式是近几年才出现的新颖治疗方法,在通过隔药灸关元穴的同时,将中药离子导入子宫、神门、内耳分泌,并且进行合理按压,在数个疗程后,即可取得优异疗效。

4 小结与未来展望

原发性痛经与多个因素有联系,如生理发育、神经、内分泌、吸烟、饮酒等。其中,内分泌因素是一种依赖研究的重点内容,而且经过实验证明,内分泌确实是原发性痛经最直接的影响因素。近年来,隔药灸的使用越来越多,其疗效也得到了大多数人的认可。

中医在临床上对原发性痛经类型进行分类,可将其划分为五个证型,其中寒湿凝滞型是原发性痛经最常见痛经类型,且对其研究相应较多,其他证型原发性痛经相对较少。因此,未来的研究方向上大体是对其他证型原发性痛经进行研究。此外,最佳穴位的选择也是临床重难点问题,具体是对于单一证型原发性痛经患者究竟是选择单一穴位还是多穴,或者是否存在其他特异性穴

位,均是研究重难点问题,并且,还涉及到最佳隔药灸介质问题以及用法用量,这些问题均需要展开深入探究,从而得到最佳治疗方案。而且目前中医发展迅猛,新型治疗方式更新换代较快,在不久的将来,可能会出现更加优质的辅助治疗方式,使隔药灸的疗效再提升一个档次。

[参考文献]

[1] 耿宝忠,范郁山,叶子维等.隔药灸命门穴对痛经模型大鼠子宫前列腺素表达的作用[J].北京中医药大学学报,2015,38(7):486-489.

[2] 杨星月,马玉侠,杜冬青等.基于代谢组学的隔药灸脐法治疗原发性痛经的机理研究[J].上海针灸杂志,2015,34(8):707-710.

[3] 姬乐,陈日兰,周丽晶等.隔药灸不同灸量对寒凝型痛经的IL-4、IL-10和IFN- γ 影响[J].针灸临床杂志,2014,30(9):4-6,7.

[4] 张晓宁,杜冬青,马海洋等.隔药灸脐法对原发性痛经患者下腹部疼痛及额外卧床时间的影响[J].南京中医药大学学报,2015,31(6):528-531.

[5] 薛哲,刘存志,高树中等.隔药灸治疗原发性痛经及对患者生殖内分泌的影响[J].中国针灸,2014,34(3):209-212.

[6] 雷海燕.辨证分型隔药灸治疗原发性痛经临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(2):140-142.

[7] 李振联,李艳青,潘分乔等.隔中穴位贴敷灸治疗原发性痛经55例[J].上海针灸杂志,2013,32(2):130.

[8] 刘照时,黄月娜,赵苏萍等.隔药灸治疗前后不同证型原发性痛经患者生殖激素水平检测研究[J].中国妇幼保健,2016,31(4):779-781.

(上接第 210 页)

抗凝血酶和纤溶功能的关系[J].浙江临床医学,2004,6(4):274-275.

[13] 沈培辰,张代富,王娟,等.急性心肌梗死患者血浆TAT变化的价值[J].实用全科医学,2005,3(6):477-478.

[14] 芦璐,高辉,葛汝村,等.老年原发性高血压患者血栓前状态的研究[J].中国老年学杂志,2006,26(2):148-150.

[15] 李衬,李月川.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血浆D-二聚体、抗凝血酶Ⅲ、纤维蛋白原检测的临床意义[J].湖北中医学报,2007,9(3):39.

[16] 吕元文,姜正华,李昌喜,等.慢性阻塞性肺疾病患者血浆抗凝血酶及凝血3项的测定[J].临床荟萃,2005,20(12):702.

[17] 翟中良,汪宏良,蒋玉叶,等.凝固时间法测定血浆抗凝血酶Ⅲ活性及在肝病诊断中的临床应用[J].重庆医学,2006,35(21):1983-1984.

[18] Carr JM, McKinney M, Donagh J, et al. Diagnosis of disseminated intravascular coagulation roce of Ddimer[J]. AMJ Clinpathol, 2009, 91

(34): 1020-1022.

[19] 苏学飞,黄秋莲,陈广新,等.肿瘤患者抗凝物质的检测及临床意义[J].右江民族医学院学报,2006,28(3):454.

[20] 苍忠齐,蔡奕蓉,徐成轩,等.三种恶性肿瘤患者血浆D-二聚体、抗凝血酶Ⅲ活性、纤维蛋白原含量的测定及其临床意义[J].吉林医学,2011,32(20):4114-4115.

[21] 薛城敬,于钦凤,肖伟,等.胸腔积液患者抗凝血酶活性测定及其临床意义[J].山东医药,2002,42(31):83-84.

[22] 张一鸣,蒋雅琴,袁佩.孕妇血浆纤维蛋白原、D-二聚体和AT-Ⅲ动态检测的临床意义[J].临床检验杂志,2007,25(3):229.

[23] 杨锐,魏文宁,杨焰,等.血浆二聚体与抗凝血酶活性在血管内凝血诊治中的应用价值[J].中华内科杂志,2004,43(2):131.

[24] 殷勤,王丽馨,帖儒修,等.严重下肢创伤患者血浆纤溶酶原激活物抑制物和抗凝血酶Ⅲ水平变化及弥散性血管内凝血相关性研究[J].药物研究,2011,20(16)21-22.

(上接第 211 页)

出血特征,充分认识并了解诱发该现象的高危因素,提高对产前评估的重视力度,做好整个生产过程的监测工作,实时掌握患者病情。当出现产后大出血现象时,需及时对出血量进行准确评估。要想减少产后大出血并发症,降低孕产妇死亡率,就应做到早发现、早治疗,所以,在临床工作中,应了解并掌握易引发产后出血的因素,通过监测和防范来应对产后大出血的发生,做好产后大出血的急救抢救预案,采取科学的护理措施,为孕产妇的生命安全提供最大保障,提高产后大出血患者生存率。

[参考文献]

[1] 刘永杰.浅谈产后出血的临床原因及护理措施[J].临床医

药文献电子杂志,2015,2(15):3055-3056.

[2] 张钰梓.探讨产后出血的原因及护理对策[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(90):342-343.

[3] 叶金好.产后出血的原因及护理对策分析[J].内蒙古中医药,2016,35(3):155-156.

[4] 柯春华.产后出血的原因与护理方法分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2017,31(3):271-272.

[5] 肖碧蓉.早期产后出血发生的原因及护理干预措施[J].智慧健康,2017,3(6):109-110.

[6] 张丽.产后出血原因及护理体会[J].医药前沿,2017,7(24):278-279.