

电子灸结合普通针刺法对寒凝血瘀型原发性痛经的临床观察

刘兰英 潘文谦 庄垂加 黄志强 程维芬 卢明香 杨如杏
泉州市中医院 福建泉州 362000

摘 要 目的 探讨张永树名老中医“养阳育阴”理论指导下的电子灸结合普通针刺疗法对原发性痛经（寒凝血瘀证）的临床影响。方法 把 60 例原发性寒凝血瘀型痛经患者随机分为治疗组（电子灸配合普通针刺组）和对照组（普通针刺组）各 30 例，电子灸配合普通针刺组在普通针刺法结束后行电子灸法，普通针刺组只采用单纯的普通针刺疗法，在治疗前 1 次月经时间、第 1 疗程、第 2 疗程、第 3 疗程、随访期第 3 次月经周期等各时间点采集 VAS 评分及疼痛症状积分并评估比较，在治疗前、治疗后（3 个疗程结束）、随访期第 3 次月经时间对痛经严重程度进行分级并评估比较，于治疗后（3 个疗程结束）、随访期第 3 次月经时间对临床效果进行对比。结果 3 个疗程结束后及随访 3 个月后，电子灸配合普通针刺组总有效率分别为 96.7% 和 86.7%，高于普通针刺组 86.7% 和 73.3%（ $P < 0.05$ ）。在第 1、2、3 疗程后，2 组 VAS 及疼痛症状积分值均下降，与前一评估时间点比较，差异明显（ $P < 0.01$ ），随访期第 3 次月经时间点，2 组 VAS 及疼痛症状积分均有所上升，第 1、2 疗程结束后 2 组间 VAS 及疼痛症状积分比较，差异无意义（ $P > 0.05$ ），随访期第 3 次月经时间及第 3 疗程结束后 2 组间 VAS 及疼痛症状积分比较差异明显，治疗组更低（ $P < 0.01$ ）。2 组病例治疗前及 3 个疗程结束后痛经症状严重程度分级比较无意义（ $P > 0.05$ ），随访 3 个月后组间痛经症状严重程度分级比较有统计学差异，对照组严重（ $P < 0.05$ ）。结论 “养阳育阴”理论指导下的电子灸结合普通针刺法是治疗原发性寒凝血瘀型痛经有效且可行的中医外治方法，能较快减轻患者的疼痛及相关症状，降低其发病的严重程度，远期疗效持久。

关键词 针刺疗法；电子灸；痛经；寒凝血瘀型**中图分类号** R271.113**文献标识码** A**文章编号** 1672-4356（2020）03-001-04

通常所说的功能性痛经即原发性痛经（PD），是指经临床及相关检查没有发现器质性相关生殖器官的病变，于行经期或行经前后表现为下腹部坠胀疼痛、腰背部酸楚疼痛或其他相关不适，原发性痛经患者约占所有痛经患者的 90% 以上^[1]，轻者影响患者的情绪波动、影响学习、工作和生活，重则痛至休克昏厥，病患者的身体和心理健康受到严重影响。国外调查发现，约占 7.7%—57.8% 的患者因痛经原因致其辍学，21.8% 的患者失去了他们的社交活动^[2]。目前，中药内服、贴敷、针刺、灸疗、埋线、针刀、推拿等等方法治疗此病取得一定疗效，但有些方法操作烦琐、欠安全，且长期疗效无法巩固。因此，寻得有效、安全、方便的中医治疗方法是中医界的重要任务。在临床实践中发现，寒凝血瘀证型是 PD 患者各种中医证型中发病率最高的、最为常见的一型。本人在全国名老中医张永树教授的教导下，对其创立的“养阳育阴”的学术思想深受启发，在临床实践中，应用电子灸结合普通针刺法治疗原发性寒凝血瘀型痛经，获得较好的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集自 2017 年 11 月至 2019 年 10 月就诊于我院针灸科门诊，确诊为寒凝血瘀证型的 PD 患者 60 例，随机分为电子灸配合普通针刺组和普通针刺组各 30 例，2 组病例在年龄、病程、治疗次数等方面比较，无统计学差异（ $P > 0.05$ ），具有可比基础（表 1）。

表 1 一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	治疗数 (次)
治疗组	30	23.15 ± 5.39	5.66 ± 2.07	21.44 ± 4.61
对照组	30	22.49 ± 5.42	6.11 ± 3.45	20.36 ± 4.35

注：一般资料比较， $P > 0.05$ 。

1.2 诊断标准

西医学中 PD 的诊断标准参照《妇产科学》^[3]。中医学中 PD 的辨病和辨证标准参照《中医妇科学》^[4] 中的辨病和辨证依据。

1.3 纳入的标准

与中医及西医诊断标准相符；年龄 12—36 岁；病程 ≥ 6 个月；行经的周期（28 ± 7）天；15 天内未服用激素、消炎止痛、镇静类等药物；治疗前 1 个月经周期内未进行 PD 相关的干预治疗；知情并同意进入实验。

1.4 排除标准

子宫内位、结构异常、肌瘤、炎症等继发原因引起的痛经；身体其他系统患有较为严重的疾病；有精神异常者；备孕期女性；对艾、金属过敏者。

1.5 剔除标准

研究途中发现不符合纳入及排除标准；依从性差不遵从研究程序及方案，无法进一步给予疗效评估者。

1.6 脱落标准

治疗过程中发生艾、金属过敏者；疼痛剧烈无法继续实验，需要用镇静、消炎、止痛药物干预者；出现较重副反应不能继续参加治疗者；月经出现先后无定期无法按疗程完成者；其他组织器官疾病发作需要治疗而影响研究者；评估指标记录不完整者；拒绝全程参与者。

2 干预方法

2.1 取穴

督脉上的大椎穴和命门穴，任脉上的关元穴和气海穴，脾经的血海穴、三阴交穴及地机穴，经外奇穴子宫穴和十七椎穴，膀胱经上的次髎穴。取穴方法参考《腧穴学》^[5]。

2.2 操作

对照组单纯进行普通针刺操作，治疗组则在同样的普通针刺操作完毕、取针后，休息 10 分钟再施于电子灸疗。

2.2.1 针刺操作

嘱患者排空小便后取侧卧位，术者先消毒以上穴位的皮肤，

再消毒自己双手指,押手协助进针,刺手夹持一次性针刺针(0.25mm×50mm),快速将针灸针刺入相应腧穴,十七椎、大椎、命门穴向上斜刺0.5—1寸,子宫穴直刺0.5—1.2寸(具体深度据患者胖瘦而定),其余的穴位则直刺1—1.5寸,得气后予施行提插捻转平补平泻手法,留针30min后取针,用无菌棉纤轻压针孔。

2.2.2 电子灸疗操作

针刺操作完毕,休息10分钟后嘱患者侧卧位,打开灸疗仪电源开关,将装好灸片的灸头安放固定于大椎、关元、命门、气海、子宫、三阴交、次髂等10个穴位上,设定温度为40—55℃,时间为30分钟,点击开始键电子灸疗仪即开始工作。

2.3 疗程

月事来临前1周开始安排针刺及电子灸疗,1次/日,30分钟/次,到月事以下则停止针刺及灸疗。1疗程/1个月经周期,共治疗研究3个疗程,随访时间为疗程结束后的第3次经期。

3 效果观察

3.1 观察指标

3.1.1 视觉模拟量表法(VAS)评估^[6]

表2 VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(人)	治疗前1次月经时间	第1疗程	第2疗程	第3疗程	随访期第3次月经时间
治疗组	30	68.12±8.08*	56.66±6.48**	40.37±7.11**	19.73±5.09#	24.35±5.44#
对照组	30	69.75±7.42	59.32±7.78#	45.32±7.78#	29.98±6.69#	39.21±5.94

注:同对照组比较* $P>0.05$,与前一次评估时间点比较# $P<0.01$,前2个疗程治疗后与对照组比较* $P>0.05$,治疗第3疗程后及随访期第3次月经时间组间比较,• $P<0.01$ 。

由表2可见:2组病例治疗起点的VAS值比较* $P>0.05$,具备可比基础;两组病例在第1、2、3疗程后,与前一评估时间的VAS比较,疼痛评分值都有下降,• $P<0.01$,2组治疗方法均有明显的镇痛效果;前两次疗程结束后的VAS组间比较* $P>0.05$,差异无意义,早期疗效相似;第3疗程治疗后及

取一标尺,长100mm,1mm表示1分,共100分,0分表示不痛,100分表示非常疼痛,让患者标记其最具代表性的疼痛位置,医者给予记录(两组均在进入实验治疗前1次月经时间、第1疗程、第2疗程、第3疗程、随访期第3次月经时间进行评分和记录)。

3.1.2 痛经症状积分、痛经程度分级评估^[7]

两组均于进入实验治疗前1次月经时间、第1疗程、第2疗程、第3疗程、随访期第3次月经时间进行评分,每次评估均根据痛经症状积分表进行分值累加,给予记录。于进入实验治疗前1次月经时间、治疗3个疗程结束后、随访期第3次月经时间对痛经严重程度进行分级评估并予记录。

3.2 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[7],在第3疗程结束后及随访3个月对两组实验组的临床效果进行评估。

3.3 统计学方法

运用SPSS 20.0软件进行数据处理,计量资料行t检验($\bar{x} \pm s$ 表示),计数资料使用卡方检验,等级资料使用秩和检验。

3.4 干预结果

3.4.1 2组病例VAS评分值比较(表2):

随访期第3次月经时间的VAS组间比较• $P<0.01$,治疗组的镇痛效果在即时效应(近期效果)及远期疗效方面都比对照组更佳。

3.4.2 2组病例疼痛症状积分及严重程度分级比较(表3、表4):

表3 疼痛症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(人)	治疗前1次月经时间	第1疗程	第2疗程	第3疗程	随访期第3次月经时间
治疗组	30	10.22±2.74*	8.42±2.29**	6.44±3.11**	3.28±2.72#	5.22±3.02#
对照组	30	10.45±2.55	8.46±2.34#	6.72±3.32#	5.27±3.96#	8.01±3.26

注:治疗前同对照组比较* $P>0.05$;与前一评估时间点比较# $P<0.01$,治疗第1、2疗程后与对照组比较* $P>0.05$,治疗第3疗程后及随访期第3次月经时间组间比较,• $P<0.01$ 。

表4 严重程度分级比较(n)

组别	例数(人)	治疗前*			治疗后(3个疗程结束)*			随访3个月后#		
		轻度	中度	重度	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
观察组	30	10	16	4	20	9	1	16	12	2
对照组	30	9	18	3	18	10	2	11	16	3

注:治疗前及治疗后症状程度分级组间比较* $P>0.05$,随访3个月后两组间比较# $P<0.05$ 。

由表3可见:2组病例治疗起点的疼痛症状积分组间比较* $P>0.05$,具备可比性;2组病例在第1、2、3疗程后,分别与前一评估时间比较,症状积分值明显下降,• $P<0.01$,2组治疗方法均能够明显改善本病疼痛相关症状;第1、2疗程结束后,2组间疼痛症状积分比较* $P>0.05$,差异无意义;第3个疗程结束后及随访期第3次月经时间的疼痛症状积分组间比较• $P<0.01$,减轻疼痛症状积分方面,治疗组的即时效应(近

期效果)及远期疗效都比对照组更好。

由表4可见:2组病例治疗前及3个疗程结束后患者症状严重程度分级* $P>0.05$,具备可比性;2组病例严重程度相当,但随访3个月后两组患者症状严重程度分级比较* $P<0.05$,差异有意义,治疗组的远期疗效维持时间更久。

3.4.3 2组病例治疗后(3个疗程结束)、随访3个月后临床疗效比较(表5):

表5 临床疗效比较[n(%)]

组别	例数(人)	治疗后(3个疗程结束)					随访3个月后				
		痊愈	显效	有效	无效	总有效率	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	10	10	9	1	96.7*	12	10	4	4	86.7*
对照组	30	9	11	6	4	86.7	7	7	8	8	73.3

注：治疗 3 个疗程及随访 3 个月后，两组间比较 $P < 0.05$ 。

由表 5 可见：治疗组与对照组在 3 个疗程结束后及随访 3 个月后均能有效改善痛经的疼痛及其他相关症状，治疗组效果优于对照组 $P < 0.05$ ，治疗组的疗效维持时间更长久，远期疗效好。

4 讨论

痛经，亦称经行腹痛，分为实证之“不通则痛”和虚证之“不荣则痛”，而从古文献来看，实证中的寒凝血瘀证是原发性痛经的主要证型，因寒、因滞而痛，是引起该病的重要原因。而从现代临床实践来看，在原发性痛经的证型中，寒凝血瘀型所占比例大，最常见^[8]。随着科技的发展，人们长期处于空调、风扇的环境中，若妇女正值有经期，其身体的机能相对低下，加之当代女性爱美，衣着暴露、喜食冰镇之品，寒邪易于入侵而客于冲任，与机体的气血相搏，寒凝则血滞，蕴结于胞宫、冲任而发为本病，因此，本课题选择此最为常见证型进行临床研究。

奇经八脉中的冲任督脉都同起于胞宫，在少腹部与带脉交会，胞络系于肾，肝、脾与冲脉交于三阴交穴，可见冲任督带四脉及肾、肝、脾脏与胞宫在经络上相互交织，对胞宫的生理病理功能有着重要的影响作用。次髎穴、子宫穴是治疗妇女痛经的经验效穴，而次髎穴为足太阳膀胱经在骶部的穴位，前面邻近盆腔，与冲任、督脉及肾密切相关，子宫穴为少腹部的经外奇穴，后面邻近胞宫，两穴相配为前后配穴，针灸之可以调冲任以理胞宫，暖胞宫而祛寒止痛。地机是脾经郄穴，郄穴是经气深聚之所，能治急症、血症、痛症，血海亦为脾经之穴，此穴具有强大的活血化瘀之功，脾经在上循过程中行经胞宫所在之少腹部，故针灸地机、血海两穴能活血化瘀、调经止痛，三阴交为治疗妇科疾病的重要穴，是足三阴经脉的交会穴，通过对脾肝肾的调节以达调经镇痛之效。

《素问·调经论篇》曰：“血气者，喜温而畏寒，寒则涩不能流，温则消而去之”，故寒凝血瘀型 PD 的中医治疗原则，当以振奋阳气为要，温阳以散寒、活血以止痛。“养阳育阴、通调督任、灸刺并重、针药结合”是全国名老中医张永树主任医师的“养阳育阴”学术思想，张老认为：阴阳平衡是人体健康的前提，阴阳之间存在“阳主阴从”的关系，自然界的生命源自于阳气，依赖于天上之红日，人的生命依赖于体内之真阳。张老常强调“自然界万物的生长均依靠太阳的光和热，而再明亮的月光也是晒不了谷子的”，临时时，张老主张扶助阳气，其所扶之阳，是具备化生功能的含有阴精的阳气，是“阴中求阳”，而不是单纯的阳气、易致温燥伤阴的阳气。张老的上述学术思想重点在于通调督脉和任脉，即阳脉及阴脉之海，《灵枢·官能》云：“针所不为，灸之所宜”，《医学入门》说：“药之不及，针之不到，必须灸之”，张老临证亦强调针刺疗法与用药相结合、灸疗与刺法同等重要，或针或灸或灸刺结合，其在临床手技操作方面能灸善针。本课题即在张老学术思想的启发下，应用前后配穴法，选择督脉之大椎、命门以温阳散寒，任脉之阴中阳穴关元和气海以达“阴中求阳”之功效。大椎为阳中之阳，能壮全身之阳，命门位于双肾俞之间，具有强壮真阳之效，少腹部之关元和气海，与胞宫密切相关，其深部即胞宫底部，解剖位置相近，具有治疗妇科疾病的近治作用。有研究发现，子宫与此二穴的传入神经在相应的神经节内有汇合及重叠，可能是子宫与此二穴相关的神经基础^[9]，关元穴位于少腹部的任脉上，是任脉与足太阳

脾经、足厥阴肝经及足少阴肾经的交会穴，二穴均是强壮要穴，互相配合具有暖宫散寒、调理冲任之功。经外奇穴之十七椎穴，位居第五腰椎脊突下凹陷之中，督脉经上，亦能温通周身之阳。

电子灸仪是祖国医学理论与现代物理技术相结合的产物，具有操作简单、省时省工（多穴同治），安全便捷的优点。研究认为，电子灸能加速神经的传导，增加其供氧量、毛细血管的数量、微血管的生长，从而促进组织的代谢以防病治病^[10]。传统艾灸则因温度控制不当则烫伤、吸入一定量的艾烟则咽燥、咽痒、目痛、甚则发热、扁桃体肿大发炎等不良后果，因此本课题选择电子灸进行干预治疗。

PD 的发生主要是因为行经期子宫内膜中的前列腺素 (PG) 含量较平日增多，从而使子宫血管、平滑肌过度痉挛、收缩，子宫缺血缺氧、代谢产物堆积、痛阈下降^[11-12]。针灸临床研究发现，针刺能抑制 PG 的合成而降低其含量，缓解子宫平滑肌及其血管的收缩，增加子宫的血氧供应，促进代谢产物排泄而镇痛^[13]。本课题两组方法在治疗过程中的 3 个月经周期均取得明显的止痛效果 ($P < 0.01$)，第 1、2 个周期结束后两组间疼痛值相当 ($P > 0.05$)，在随访期第 3 次月经时间点，两组的疼痛值都有所升高，第 3 疗程结束后及随访期第 3 次月经时间点，治疗组疼痛值明显低于对照组 ($P < 0.01$)。3 个疗程结束后及随访 3 个月后，治疗组总有效率均高于对照组 ($P < 0.05$)。随访 3 个月后治疗组的严重程度低于对照组 ($P < 0.05$)，考虑电子灸、普通针刺均可抑制 PG 的合成。由上可见，在张老“养阳育阴、灸刺并重”理论指导下，选择前后、远近配穴法，应用电子灸结合普通针刺疗法能够有效治疗寒凝血瘀型 PD，远期疗效持久，灸法应在临床中进一步的推广应用和研究。

参考文献

- [1] 刘海永, 张瑾, 尹爽, 等. 百笑灸灸关元、神阙穴配合毫火针针刺次髎穴治疗原发性痛经的临床研究 [J]. 河北中医学报, 2020, 5(02): 29-32.
- [2] De Sanctis V, Soliman A T, Elsedfy H, et al. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country [J]. Acta Biomed, 2017, 87(3): 233-246.
- [3] 刘颖华, 王听, 孙晶, 等. 隔药灸对寒凝血瘀证原发性痛经患者症状及中医证候的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 10(06): 107.
- [4] 刘贺年. 药膳食疗配合电针治疗寒凝血瘀型原发性中度痛经的临床观察 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4(35): 1-2, 5.
- [5] 王福山. 温经汤加减联合艾灸治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床价值研究 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(21): 115.
- [6] 赵梅, 张文峰, 甘兴华, 等. 丹艾痛经贴联合温针治疗原发性痛经寒凝血瘀型患者的医护观察 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(23): 126, 128.
- [7] 张继红, 赵文武. 针灸联合温经散寒汤治疗寒凝血瘀型原发性痛经临床观察 [J]. 新中医, 2018, 531(08): 175-177.
- [8] 施丽洁. 隔药脐灸法治疗原发性痛经寒凝血瘀证临床研究 [J]. 光明中医, 2019, 34(08): 105-108.
- [9] 代顺华, 吴必展. 温通针法治疗原发性痛经寒凝血瘀

(下转第 5 页)

他室壁并发心肌夹层现象。

本次实验过程中对患者进行超声检查的时间是在急性心肌梗死后的七天至一个月内,都发现了具有心肌夹层的发生。患者表现出来的共同超声特征是:第一患者心肌层内可见囊性无回声区,在心室的收缩下出现扩张的现象,在舒张期是出现了缩小的情况;第二心肌梗死处的心内膜细小并且很薄,具有一定的活动性,同时表现出了回声中断现象,心外膜比较完整;第三彩色多普勒可见收缩期左心室血流通过破口进入囊腔,在舒张期就返回到左心室内位置中;第四心肌夹层是盲腔,出现了左、右心室之间的交通现象,并且没有处于同一水平。当囊腔在右心室位置上具有出口的存在,这时血流的速度能够达到每秒四米;第五,右心室壁的心肌夹层位置一般处在右心室下壁,胸骨旁切面比较不容易显示,因此首选的切面是剑下四腔心切面;最后在患者并发症上会出现一定的程度的有室间隔穿孔、乳头肌或腱索断裂、假性室壁瘤以及心包积液等疾病。

综上所述,心肌夹层属于目前一种急性心肌梗死后出现的

并发症,在传统的治疗过程中由于缺乏对其的正确认识可能会出现漏诊与误诊现象,不利于疾病的治疗。虽然具有自愈的可能性与倾向,但是在临床上心肌夹层破口往往比较大,其他并发症的发生疾病的程度也比较大,发展到一定程度会对患者的生命安全造成一定威胁,因此需要加紧进行外科手术。采用超声心动图能够有效探查患者的心肌梗死部位与心肌夹层、破口大小及其他并发症的发生情况从而进行有效治疗。

参考文献

- [1] 穆振霞,常宇,石悦.不同破口面积和位置的Stanford A型主动脉夹层风险的数值研究[C]//第十二届全国生物力学学术会议暨第十四届全国生物流变学学术会议.2018.
- [2] 石连山.胺碘酮治疗急性心肌梗死后室性心律失常的临床效果分析[J].中国医药指南,2019(9):128-129.
- [3] 李智婷.重组人脑利钠肽治疗急性心肌梗死后失代偿性心力衰竭的价值分析[J].中国医药指南,2019(15):139-140.

表 1 患者心肌夹层部位与临床转归分析

病例	心梗部位	心肌夹层部位	临床转归
1	左心室下壁、后壁	左心房下壁	未处理,随访
2	左心室下壁、后壁	左心房下壁	未处理,随访
3	左心房下壁、后间隔、右心房	右心房下壁	合并后间隔穿孔
4	前间隔、心尖部壁瘤	心尖至室下壁	索断裂
5	前间隔	心尖至室间隔中下段	外科修复

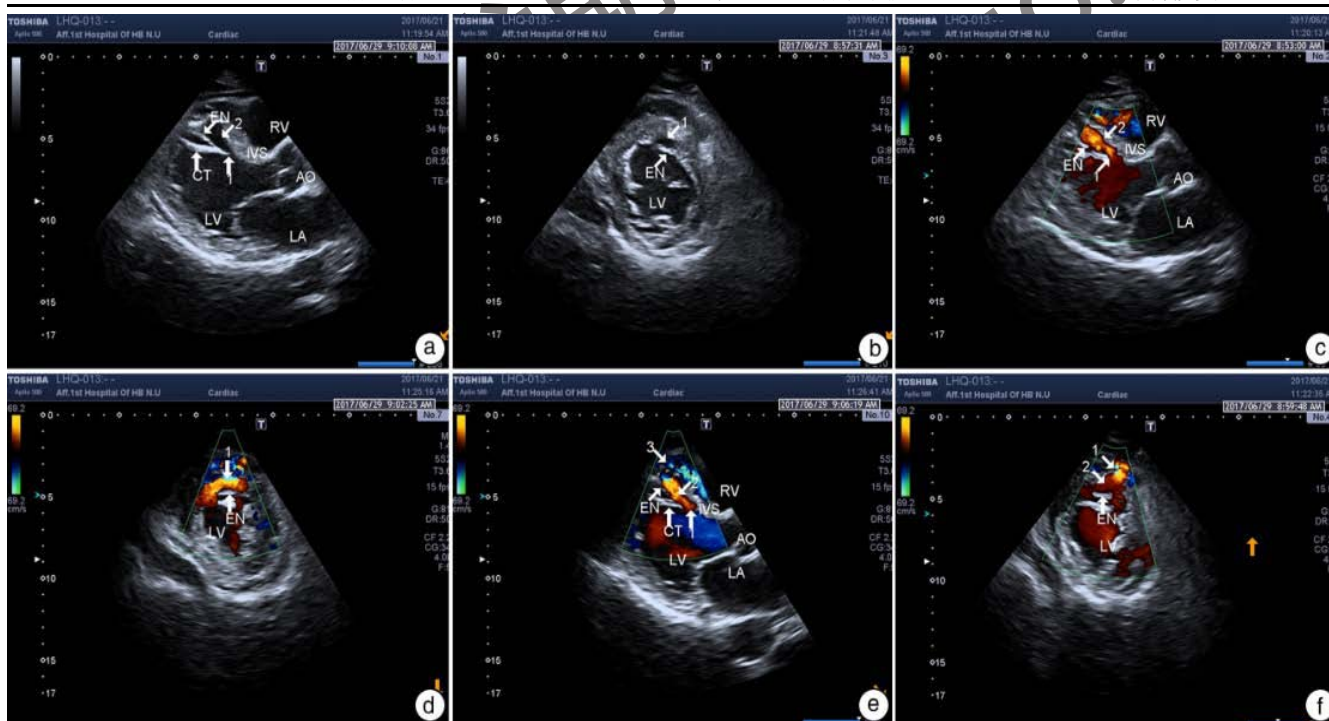


图 1 心脏超声图

(上接第 3 页)

证的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,5(76):103.

[10] 黄洪猷,唐艳芬.雷火灸治疗原发性痛经的护理及临床疗效观察[J].实用妇科内分泌杂志,2019(16):171.

[11] 喻佳,赵文楚,李宁.因时施灸对寒凝血瘀型原发性痛

经血清中 PFG2 α 含量影响[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(12):118-120.

[12] 刘兴平.温针次髎穴治疗寒湿凝滞型原发性痛经的临床观察[J].中医临床研究,2019,11(08):114-116.

[13] 田乐.温针灸治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床疗效观察[J].养生保健指南,2017,2(11):203.