

# 温针灸加膏摩治疗原发性痛经 (寒凝血瘀型)的疗效观察

● 陈旭军<sup>1</sup> 王晓钦<sup>2</sup> 王伟强<sup>1</sup>

**摘要** 目的:观察温针灸配合膏摩治疗痛经临床效果。方法:将62例寒凝血瘀型原发性痛经患者随机分为对照组与治疗组各31例,对照组口服少腹逐瘀汤,治疗组采用温针灸加膏摩治疗,比较两组不良反应发生情况以及临床疗效。结果:治疗后,治疗组不良反应发生率以及VAS评分明显低于对照组( $P < 0.05$ );治疗组及对照组治疗有效率分别为87.1%和64.5%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:温针灸配合膏摩治疗原发性痛经,具有明显的临床疗效,且副作用较小、不良反应发生率低,可有效缓解患者疼痛感,是一种安全高效的治法。

**关键词** 温针灸;膏摩;原发性痛经;寒凝血瘀型;疗效

痛经是妇女经行前后或经期发生的周期性下腹痛,可伴腰骶部酸痛,严重者可剧痛晕厥,影响患者的生活质量<sup>[1]</sup>。临床上以原发性痛经更为常见,属于中医“经行腹痛”范畴。研究发现中重度原发性痛经的病机以寒凝血瘀为主<sup>[2]</sup>。近年来中医外治法作为一种简便有效的疗法越来越受欢迎,温针及膏摩疗法作为中医外治法的重要组成部分在镇痛方面有良好的作用。本研究选取原发性痛经(寒凝血瘀型)患者为对象,观察温针灸配合膏摩治疗此类痛经的临床效果,报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 病例来源** 选取2018年1月~2019年6月福州市中医院针灸门诊及福州市第一医院妇科门诊的原发性痛经患者共62例,将患者随机分为对照组(口服少腹逐瘀汤)与治疗组(温针灸加膏摩)各31例。对照组年龄(19~36)岁,平均年龄为(27.5±2.3)岁;治疗

组年龄(21~41)岁,平均年龄为(31±2.7)岁。对照组病程6个月~9年,平均病程为(4.75±2.1)年;治疗组病程4个月~11年,平均病程为(5.67±1.1)年。两组在年龄、病程等方面比较,无统计学差异( $P > 0.05$ ),有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>和医学院校统编教材《妇产科学》<sup>[4]</sup>中原发性痛经的诊断标准,以及《中医妇科学》<sup>[5]</sup>中寒凝血瘀型原发性痛经的诊断标准制定。主症:经前或经期小腹冷痛,得热则痛减。兼症:月经量少或经行不畅,色黯有块;经色紫黯有块,块下痛减;四肢欠温或畏寒怕冷。舌脉:舌质紫黯或有瘀点,苔白;脉沉弦或沉紧。具备主症及2项或以上兼症,结合舌脉即可诊断。

**1.3 纳入标准** ①确诊为寒凝血瘀型原发性痛经的患者;②19~41岁之间,月经规律(28±7)天;③愿意参与本项研究,并积极配合者。

**1.4 排除标准** ①因腹部疾病导致的腹痛;②继发性痛经;③就诊前有口服止痛药的患者;④局部皮肤存在破损及感染的不适宜行针灸治疗的患者。⑤严重的心、脑、肝、肾及造血系统等病患者。

• 作者单位 1.福州市中医院(福建福州350001);2.福州市第一医院(福建福州350009)

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 参照《中医妇科学》<sup>[5]</sup>中寒凝血瘀型原发性痛经的辨证论治给予少腹逐瘀汤治疗。处方:小茴香 10 g, 肉桂 10 g, 赤芍 10g, 干姜 10 g, 延胡索 15 g, 五灵脂 10 g, 没药 10 g, 川芎 10 g, 当归 10 g, 蒲黄 15 g。于月经前 7 天开始服用, 隔日 1 剂, 分早晚温服, 至本次月经来潮后 5 天结束, 连续治疗 3 个月经周期。

2.1.2 治疗组 采用温针灸配合膏摩治疗。温针灸取穴:天枢(双)、气海、关元、归来(双)、三阴交(双)。具体操作:患者取仰卧位, 以 75% 酒精棉球行皮肤消毒, 用 0.30 mm×40.00 mm 毫针进针得气后, 将 2~3cm 的艾条从下端点燃后插在针尾部, 将厚纸片置于针柄下端, 防止燃烧后的灰烬灼伤患者皮肤, 艾条燃尽后保持 20 分钟, 针灸完毕。然后患者俯卧进行膏摩治疗。膏摩取穴:腰骶部八髎穴。膏摩剂制作方法:膏摩制剂主要成分为吴茱萸 300g、桂枝 300g、生蒲黄 300g、生大黄 200g、制乳没各 300g、乌药 200g, 取以上全部中药饮片(生蒲黄包煎)加水过药面, 浸泡 2 小时, 然后加热煮沸, 改文火煮 1 小时, 滤取药液, 药渣再加水文火煮 1 小时, 滤取药液, 合并 2 次药液, 浓缩成流浸膏状, 然后加入 4 倍量 95% 酒精, 3 倍量水, 充分搅拌后放置冰箱冷藏 48 小时, 再过滤, 取滤液浓缩至适量备用, 配入凡士林基质中, 搅拌均匀, 定量分装于药盒内。

操作方法:将膏摩剂均匀涂抹于腰骶八髎穴及周围, 横擦八髎穴大约 5 分钟, 以医者感到手下发热, 热度渗透到穴区, 并以患者感觉舒适为度。

治疗组与对照组除治疗方法不同外, 其他条件均同, 即从经前 7 天开始治疗, 隔日 1 次, 至本次月经来潮后 5 天结束, 连治 3 个月经周期。

### 2.2 疗效评定方法

2.2.1 不良反应评估 分为 4 级<sup>[6]</sup>。I 级:没有任何不良反应; II 级:轻微不良反应, 但无需任何处理, 可继续治疗; III 级:明显不良反应, 经过处理后可继续治疗; IV 级:严重不良反应, 需要终止治疗。

2.2.2 疗效判定标准 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>中痛经治愈、好转及无效的评定标准制定。分别为:①治愈:疼痛消失, 连续 3 个月经周期, 未见复发; ②好转:疼痛减轻或消失, 但不能维持 3 个月以上; ③无效:疼痛未见改善。

2.2.3 疼痛标准评分(VAS 评分)<sup>[8]</sup> 根据患者在标尺上标出的疼痛情况进行 0~10 分评分, 0 分表示无

痛, 10 分为剧痛, 评分越高疼痛越剧烈。在治疗前后进行评分。

2.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件包进行数据分析, 计数资料用百分率(%)表示,  $\chi^2$  检验, 计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,  $P < 0.05$  为统计上有显著差异。

## 3 结果

3.1 两组不良反应比较 治疗后, 治疗组不良反应 I 级、II 级、III 级各有 1 例, IV 级为 0; 对照组不良反应 I 级为 3 例, II 级为 2 例、III 级及 IV 级各有 1 例。两组不良反应发生率分别为 9.7% 和 22.6%, 治疗组与对照组不良反应发生率差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组不良反应比较(例·%)

分组	例数	不良反 应 I 级	不良反 应 II 级	不良反 应 III 级	不良反 应 IV 级	不良反 应发生率
对照组	31	3	2	1	1	22.6
治疗组	31	1	1	1	0	9.7*

注:与对照组比较, \* $P < 0.05$

3.2 两组治疗有效率比较 治疗后, 治疗组治愈 17 例, 好转 10 例, 无效 4 例; 对照组治愈 11 例, 好转 9 例, 无效 11 例。两组治疗有效率分别为 87.1% 及 64.5%, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗有效率对比(例·%)

分组	例数	治愈	好转	无效	治疗有效率
对照组	31	11	9	11	64.5
治疗组	31	17	10	4	87.1*

注:与对照组比较, \* $P < 0.05$

3.3 两组治疗后疼痛评分(VAS 分)比较 治疗后, 治疗组患者疼痛评分(VAS 分)为  $3.1 \pm 0.7$ , 对照组 VAS 分为  $4.7 \pm 1.5$ , 治疗组疼痛评分(VAS 分)显著低于对照组, 两组比较差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 3。

## 4 讨论

痛经可分为原发性痛经和继发性痛经, 原发性痛

表 3 两组治疗后疼痛评分(VAS 分)对比( $\bar{x} \pm s$ , 分)

分组	例数	治疗前疼痛评分	治疗后疼痛评分
对照组	31	$6.2 \pm 1.4$	$4.7 \pm 1.5$
治疗组	31	$6.6 \pm 1.2$	$3.1 \pm 0.7^*$

注:与对照组比较, \* $P < 0.05$

经与子宫痉挛性收缩有关,造成腹部疼痛、经血流通不畅,多发生于未婚未育的年轻患者中。中医认为月经周期是女性生理周期期间阴阳调和、气血变化的一个过程,应当与胞宫的充盈和亏虚规律的节奏一致。胞宫具有凝聚身体废血的功能,一定周期后胞宫将废血排出,是月经的一个过程。气血变化与胞宫的节奏不协调会使病邪入侵体内,而引起痛经<sup>[9]</sup>。现代人生活节奏加快,贪凉饮冷,尤其女性如果经期涉水冒雨或久居寒湿之地,感受寒邪,寒凝则血瘀。寒邪客于胞宫,经脉拘挛,气血流通不畅,冲任失于通调,加上各种压力增大,造成情志不舒,肝郁气滞,使气血更加瘀滞,不通则痛。因此寒凝、气滞、血瘀是原发性痛经的病机关键,治疗当温经通络,活血化瘀。本研究所选天枢、归来为足阳明胃经穴,具有健脾益胃、补养气血、调理经血的作用;关元、气海为任脉上的保健要穴,具有培元固本、调理冲任、温通胞脉的功效;三阴交为足三阴经交会穴,具有健脾调肝补肾、行气活血、疏经通络的功效。温针灸具有针刺和艾灸双重功效,通过毫针传导艾灸热能直达相应穴位,起到温通经络、调理气血的作用;加上八髎穴属足太阳膀胱经,膀胱与肾互为表里,八髎穴位于腰骶,与胞宫接近,可从阴引阳、强腰健肾、调经止痛,为治疗痛经的要穴。治疗组所用膏摩剂,含有多种温经活血止痛成分,如吴茱萸味辛性热,温经散寒;桂枝辛温,有温经散寒通阳之功效;蒲黄性味甘平,活血化瘀;大黄性寒,功擅行瘀止痛;乳香、没药味辛苦性温配合辛温之乌药,共奏活血行气止痛之功。以膏摩剂为介质,配合横擦八髎穴,有利于毛细血管扩张、开放,局部血循环加快,促进膏摩剂活血散寒止痛药物的透皮吸收。外用药物

不仅有效避免了药物的毒副作用,且手法和药物相得益彰、温针和腧穴协同作用,前后并治,阴阳同调,共同达到散寒活血、通络止痛的作用。

对照组所用的少腹逐瘀汤是临床治疗寒凝血瘀型痛经的常用方,但内服药物需经胃肠道消化,脾胃功能障碍者不够适宜。综上所述,温针灸加膏摩治疗原发性痛经(寒凝血瘀型)具有明显的临床疗效,且副作用较小,减少了不良反应发生率,缓解了患者疼痛感,同时避免了患者服药之苦,是一种安全、有效、经济的疗法,值得临床推广。

**参考文献**

[1]杜慧兰. 中西医结合妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 96-97.  
 [2]刘玉祁, 余延芬, 朱江, 等. 基于调查的中重度原发性痛经中医病因病机探讨[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(1): 54-57.  
 [3]中华人民共和国药政管理局编. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社. 1993: 263-265.  
 [4]谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 362-363.  
 [5]张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 127.  
 [6]蔡虹, 朱艺, 鄢继红. 关于艾灸疗法安全性评价的研究进展[J]. 中国医药指南, 2017, 15(11): 39-40.  
 [7]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 234.  
 [8]Kannan S, Gowri S. Visual analog scale: verify appropriate statistics[J]. Perspect Clin Res, 2015, 6(2): 120.  
 [9]陆阳. 桃红四物汤配合温针灸治疗痛经临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 15(1): 169-170.

(收稿日期: 2019-12-12)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第59页)

[2]张春和, 张春城. “通法”论治慢性前列腺炎研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(12): 1087-1090.  
 [3]周志杰. 应用腹四针的经验[J]. 陕西中医, 2010, 31(10): 1373-1375.  
 [4]李经纬. 中医大词典[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 269.  
 [5]周丹. 图解皮内针疗法[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 7-10.

(收稿日期: 2019-09-15)

(本文编辑: 蒋艺芬)

(上接第62页)

初期技术[J]. 中国乡村医药, 2011, 18(8): 84-85.  
 [8]连紫宇, 杨丽丽, 卞尧尧, 等. 中医治疗产后乳汁淤积临床研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(26): 2958-2960.  
 [9]胡俊艳, 赵春英, 郑洁, 等. 六步奶结疏通法预防急性乳腺炎的可行性[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(15): 2484-2485.

(收稿日期: 2019-03-10)

(本文编辑: 蒋艺芬)