

# 穴位艾灸联合肌肉运动对气滞血瘀型原发性痛经的影响

张颖 高修安

(广东省佛山市妇幼保健院中医科 佛山 528000)

**摘要:**目的:探讨穴位艾灸联合肌肉运动对气滞血瘀型原发性痛经(PD)患者疼痛程度及中医证候的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月就诊的 80 例气滞血瘀型 PD 患者作为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 40 例。对照组给予常规干预,观察组在常规干预基础上实施穴位艾灸联合肌肉运动,持续干预 3 个月经周期。对比两组疼痛程度、中医证候积分。结果:干预前两组疼痛程度、中医证候积分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组干预后疼痛程度轻于对照组,中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:穴位艾灸联合肌肉运动用于气滞血瘀型 PD 患者中,利于减轻患者腹部疼痛程度,降低中医证候积分。

**关键词:**气滞血瘀型原发性痛经;穴位艾灸;肌肉运动;腹部疼痛;中医证候积分

中图分类号:R711.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.14.017

原发性痛经(PD)是妇科常见病,患者于月经来潮前出现疼痛感,经期过程中痛感逐渐加剧,且疼痛呈现痉挛性与阵发性,由下腹部放射至大腿内侧或腰骶部<sup>[1]</sup>。目前西医主要采取解痉、镇痛、镇静等药物治疗 PD,可在一定程度上减轻疼痛症状,但用药周期长,且药物仅能暂时缓解疼痛,远期效果不佳。PD 属于中医“行经腹痛、痛经”等范畴,肝气郁结是其主要病机,气机不利,气血运行不畅,经血瘀滞胞中而致痛。中医针对 PD 应以行气活血、舒经活络等为主要干预原则。穴位艾灸是中医特色疗法,主要借助艾热刺激人体特定穴位,通过激发经络之气,从而调节脏腑功能,发挥医疗保健的作用。临床有研究显示,肌肉运动通过拉伸肌肉,增加盆骨活动范围,能够减轻肌肉痉挛,促进子宫血液循环,达到缓解疼痛的效果<sup>[2]</sup>。本研究将穴位艾灸联合肌肉运动用于气滞血瘀型 PD 患者中,观察其对患者疼痛程度及中医证候的影响。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月就诊于我院的 80 例气滞血瘀型 PD 患者作为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 40 例。观察组年龄 16~35 岁,平均年龄( $23.67\pm 2.44$ )岁;病程 1~9 年,平均病程( $5.06\pm 0.38$ )年;月经周期 25~32 d,平均周期( $29.06\pm 1.12$ )d。对照组年龄 15~34 岁,平均年龄( $23.52\pm 2.51$ )岁;病程 1~8 年,平均病程( $5.11\pm 0.42$ )年;月经周期 24~31 d,平均周期( $28.85\pm 1.16$ )d。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经医院医学伦理委员会审核通过。

**1.2 入选标准** 纳入标准:符合第 9 版《妇产科学》<sup>[3]</sup>中 PD 相关诊断标准,患者经期前、中、后伴有肌肉痉挛性疼痛,同时伴有呕吐、恶心、疲乏等症状;中医

符合《中医病症诊断疗效与标准》<sup>[4]</sup>中气滞血瘀型 PD 相关诊断标准,经期小腹胀痛拒按,经行不畅,乳房胀痛,舌紫黯,脉弦或弦涩有力;患者及家属均知情同意。排除标准:伴有急性传染性疾病;精神、行为障碍;继发性痛经,如子宫内膜异位症、盆腔炎等;月经周期严重不规律;不配合随访。

**1.3 干预方法** 对照组患者月经期间均接受解痉、镇痛、镇静等常规药物治疗,并嘱咐患者注意经期卫生,避免进食辛辣冷刺激食物,配合适当运动锻炼(不可剧烈运动),减少或避免同房,定期接受妇科检查;经期保持充足睡眠,腹部疼痛难忍时,可将热水袋敷于腹部。持续干预 3 个月经周期。观察组在对照组基础上加用穴位艾灸联合肌肉运动:(1) 穴位艾灸。选患者中极、神阙、关元、气海、双侧子宫穴,将延胡索、郁金香、柴胡、益母草、当归、白芍等药物研磨后备用,鲜生姜榨汁与药物混合,制作成  $2.0\text{ cm}\times 0.3\text{ cm}$  的药饼,底部粘少量冰片,牙签扎孔。消毒穴位部皮肤,然后放置药饼,艾绒柱灸,以患者小腹有温热感为宜,艾灸期间及时清理艾灰,每次 20 min,1 次/d,连续干预 3 个月经周期。(2) 肌肉运动,包括直立拉伸、前弓步拉伸、侧弓步拉伸、蝶式拉伸、平躺弓式拉伸、平躺内收肌拉伸、单腿拉伸、侧卧式肋骨拉伸、眼镜蛇式拉伸 9 个拉伸动作,每次 40 min,1 次/d,每月持续做 7 d。持续干预 3 个月经周期。

**1.4 观察指标** (1) 疼痛程度:干预前后使用视觉模拟评分法(VAS)评估,患者在 10 cm 长的尺上标出自己所感受的疼痛强度,0~10 分,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛。(2) 中医证候积分:干预前后参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>制定,小腹无胀痛为 0 分;经前或经期伴有明显小腹疼痛,但可坚持工作或学习,无全身症状为 2 分;经期前后腹部疼痛难

忍,止痛后有所缓解为 4 分;腹部疼痛难忍,影响生活,止痛后疼痛无明显缓解为 6 分;经期血量少、血色紫暗、血行不畅、经前乳房胀痛、胸闷不适、脉弦,有记为 1 分,无记为 0 分。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件分析数据,计数资料以%表示,用  $\chi^2$  检验;等级资料采用秩和

检验;计量资料用  $(\bar{x} \pm s)$  表示,用  $t$  检验。以  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度对比 干预前两组疼痛程度比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组干预后疼痛程度轻于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组疼痛程度对比[例(%)]

组别	n	干预前				干预后			
		无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
观察组	40	0(0.00)	16(40.00)	15(37.50)	9(22.50)	19(47.50)	17(42.50)	4(10.00)	0(0.00)
对照组	40	0(0.00)	17(42.50)	12(30.00)	11(27.50)	6(15.00)	14(35.00)	17(42.50)	3(7.50)
Z				0.087				4.154	
P				0.930				0.000	

2.2 两组中医症候积分对比 干预前两组中医症候积分比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组干预后中医症候积分低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组中医症候积分对比(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	干预前	干预后	t	P
观察组	40	7.93± 1.32	2.35± 0.48	25.126	0.000
对照组	40	7.81± 1.10	3.14± 0.37	25.450	0.000
t		0.442	8.244		
P		0.660	0.000		

3 讨论

PD 呈周期性发作,临床发病率高,发病机制复杂,给患者学习、工作等造成严重影响。中医学认为,PD 病位在子宫、冲任,变化在气血,主症表现为行经腹痛<sup>[6]</sup>。PD 为虚实结合之证,实证是气滞血瘀,致气血运行不畅,机体气血亏虚、禀赋虚弱,无法濡养胞宫、冲任;虚症为肝肾亏虚,气血虚弱,使得子宫有失濡养,不通则痛<sup>[7-8]</sup>。

PD 经期与经行前后阶段,因血海满盈溢泻,气血盛实而骤虚,致使多种致病菌侵入,引发痛经。中医护理需坚持调理冲任、补肝肾、理气血。本研究结果显示,观察组干预后疼痛程度、中医症候积分低于对照组,表明穴位艾灸联合肌肉运动能够缓解气滞血瘀型 PD 患者疼痛及中医症候。中医穴位艾灸以艾绒为主要施灸材料,借助对各穴位的温热刺激,通调机体气血。同时,艾灸在燃烧时产生的近红外线辐射穿透力强,可作用于穴位,对脏腑、经气形成影响,从而调节机体内环境。穴位艾灸中选取的中极、神阙、关元、气海、双侧子宫穴,关元、气海暖下焦,两者配合可调冲任、补肝肾;神阙位于腹中部,为平衡阴阳调节脏腑之枢纽,灸其可利水固脱、温阳救逆、温补脾肾、调和气血、温经通络;配合中极与双侧子宫穴,进一步通调脏腑气机,促进气血运行,从而改

善气滞血液,减轻疼痛等症状<sup>[9-10]</sup>。艾灸药方中延胡索具有活血化瘀、行气止痛之功效;郁金香活血止痛、行气解郁;柴胡疏肝解郁;益母草活血化瘀、通经止痛;当归调经止痛、养血活血;白芍可养血敛阴,柔肝止痛。将药饼置于上述穴位进行艾灸,诸穴配诸药,进一步增强行气活血、疏通筋络、行气止痛等效果,有效减轻患者腹部疼痛症状。在穴位艾灸基础上采取的肌肉运动,通过多方位拉伸肌肉,可增强肌肉纤维断裂阈值,扩大盆骨活动范围,消除肌肉痉挛,有效加快局部血液循环与新陈代谢,从而缓解痛经。此外,肌肉运动作用于患者体表,可产生热效应,有助于加快患者周身血液流动,使胞宫瘀血消散,畅通气机,恢复机体气血运行。穴位艾灸、肌肉运动两者结合,整体与局部兼顾,可有效减轻经前、经期的小腹疼痛、乳房胀痛、血色紫暗等症状。

综上所述,穴位艾灸联合肌肉运动在气滞血瘀型 PD 患者中应用效果良好,利于缓解患者症状。

参考文献

[1]陈丽. 中西医护理干预原发性痛经效果观察[J]. 西部中医药, 2019, 32(9): 136-138.  
 [2]吕亚楠, 李涵, 李亦梅. 湿针疗法联合家庭腹壁拉伸运动治疗原发性痛经的临床疗效研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(21): 2616-2621.  
 [3]谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[S]. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018. 351-352.  
 [4]国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效与标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 234.  
 [5]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 南京: 南京南京大学出版社, 1993. 263-266.  
 [6]任建坤, 侯永春, 张唯, 等. 悬灸关元穴治疗原发性痛经灸时、灸效的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(11): 5246-5249.  
 [7]刘笑, 陈丽敏, 郑肖. 原发性痛经患者使用腹针结合穴位艾灸治疗的有效性和临床价值[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(24): 4887-4889.  
 [8]廖柏丹, 柳元娥, 彭志谋, 等. 艾灸神阙配合温针灸关元、三阴交治疗原发性痛经疗效观察[J]. 中国针灸, 2019, 39(4): 367-370, 376.  
 [9]钟薇. 护理干预配合艾灸治疗原发性痛经的临床研究[J]. 四川中医, 2019, 37(2): 203-205.  
 [10]线舒文, 张妍妍, 李春卉, 等. 银质针配合艾灸治疗女大学生原发性痛经的疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(12): 2817-2819.

(收稿日期: 2021-05-28)