

补肾调周法联合铺灸八髎穴对寒凝血瘀型原发性痛经远期疗效的随机对照研究

金小容

浦江县中医院，浙江省金华市，322200；

摘要：目的：探讨补肾调周法联合铺灸八髎穴对寒凝血瘀型原发性痛经的远期疗效。方法：选取 2024 年 2 月至 2025 年 2 月就诊于本院妇产科、针灸科、推拿科的寒凝血瘀型原发性痛经患者 60 例，随机均分为对照组和观察组，每组 30 例。对照组采用布洛芬缓释胶囊治疗，观察组采用补肾调周法联合铺灸八髎穴治疗，对比月经症状量表评分、VAS 评分、痛经症状量表评分及综合疗效。结果：观察组月经症状量表评分、VAS 评分、痛经症状量表评分低于对照组，治疗有效率高于对照组 ($P<0.05$)。结论：补肾调周法联合铺灸八髎穴对寒凝血瘀型原发性痛经具有远期疗效。

关键词：补肾调周法；铺灸八髎穴；寒凝血瘀型；原发性痛经；远期疗效

DOI：10.69979/3029-2808.25.11.024

寒凝血瘀型原发性痛经的发生机制主要是阳虚和寒邪相搏，气血运行不畅而瘀阻胞宫。其临床表现为小腹冷痛，经血色暗红、质黏稠、有血块，遇温热刺激后缓解，严重影响患者的日常生活质量，具有明显的反复发作倾向^[1]。目前西医治疗多以缓解经期疼痛为主，效果不佳且易复发。根据中医“月经周期阴阳动态平衡”理论基础，“补肾调周”疗法采取分期辨证施治的方法，经后期以滋阴养血为主，通过调节卵巢功能，改善黄体功能障碍，达到气血阴阳全面调和，标本兼治的目的^[2-3]。铺灸技术运用到八髎穴上时，主要机制是依靠温热效果激活腰骶部位督脉及膀胱经的生理反应，进而影响盆腔气血循环的关键节点，此疗法既可推动经络温煦、改善气血流通状况，又可清除寒湿、疏通经络瘀堵处，还具有调节冲任二脉功能平衡的独特功效，从而达成对女性生殖系统的整体调理目的^[4]。

1 资料与方法

1.1 资料

选取 2024 年 2 月至 2025 年 2 月就诊于本院妇产科、针灸科、推拿科的寒凝血瘀型原发性痛经患者 60 例，随机均分为对照组和观察组，每组 30 例。对照组：年龄范围 18-35 岁，平均 (25.32 ± 4.21) 岁；病程 1~5 年，平均 (2.25 ± 0.82) 年。观察组：年龄范围 19-36 岁，平均 (25.92 ± 5.74) 岁；病程 1~6 年，平均 (2.52 ± 0.93) 年。纳入准则：研究对象需满足寒凝血瘀型原发性痛经的临床诊断要求，且年龄范围限定在 18 至 36 周岁间。排除准则：存在其他严重妇科合并症的患者，

近三个月内曾接受过其他痛经干预措施者，对本项研究拟采用的药物或治疗手段存在过敏反应者；处于妊娠期或哺乳期的女性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用布洛芬缓释胶囊治疗：布洛芬缓释胶囊（中美天津史克制药有限公司生产，国药准字 H10900089），每次 1 粒，每日 2 次，直至腹痛缓解，1 个月经周期为 1 个疗程，连续治疗 3 个月。

观察组采用补肾调周法联合铺灸八髎穴治疗。

行经期方：吴茱萸 6g、当归 10g、川芎 6g、党参 15g、桂枝 6g、甘草 6g、制香附 10g、延胡索 10g、益母草 15g、怀牛膝 10g。

经后方：当归 10g、熟地 10g、山萸肉 12g、牡丹皮 9g、茯苓 10g、怀山药 10g、枸杞子 10g、白芍 10g、怀牛膝 10g、桑寄生 10g、菟丝子 10g。

经间期方：丹参 10g、赤芍 10g、白芍 10g、怀牛膝 10g、熟地 10g、牡丹皮 10g、茯苓 10g、续断 10g、菟丝子 10g、鹿角霜 10g、制香附 6g、红花 5g。

经前期方：丹参 10g、赤芍 10g、白芍 10g、淮山药 10g、熟地 10g、牡丹皮 10g、茯苓 10g、川芎 12g、仙灵脾 10g、菟丝子 10g。

具体操作：生姜洗净后，挑出合适的尺寸切片，用专业的工具磨成细小的姜泥状物质，在过程中随时排除多余的姜汁，等到初步加工完毕后，姜泥放到微波炉里面加热大概 1min。八髎穴做常规的消毒处理，用 75% 浓度的乙醇棉球来进行擦拭，适量的姜汁均匀涂抹，撒上 10g 中药粉末覆盖在上面。调制好的姜泥均匀涂抹，厚

度控制在 2 到 3cm。本次研究选取安徽盛海堂中药饮片有限公司的纯艾绒作为实验用材,将其揉搓成橄榄状艾柱,艾柱置于姜泥上,叠瓦式摆放,每组艾柱分成四列,点燃艾柱时,每列艾柱的两端一起点燃,开始施灸,当第一壮艾柱燃完后,立刻换上第二壮继续施灸,整个疗程大概延续 90min。完整的月经周期当作一个独立治疗单元,安排成连续三个疗程。

1.3 观察指标

月经症状评分量表:本量表采用分级计分法对 PMS 临床症状进行量化分析。评分标准划分为三个严重等级:15-30 分为轻度,31-61 分为中度,62-90 分为重度。具体症状评分规则如下:无症状记为 0 分;可察觉但不影响日常生活的症状计 1 分;对生活工作造成干扰但仍可忍受的症状计 2 分;导致功能障碍且需药物治疗的严重症状计 3 分。

疼痛视觉模拟量表(VAS):该评估工具使用 10 厘米无刻度直线标尺,两端分别标注“无疼痛感”(0 分)和“难以忍受的剧痛”(10 分)。受试者根据主观痛感在标尺上作标记,研究人员测量标记位置并转换为具体分值。此方法能有效量化主观疼痛体验,经实证研究证实具有可靠的测量学特性。

痛经评估综合量表(CMSS):该工具从症状持续时间和严重程度两个维度进行综合评价。采用纵向研究设计,分别在干预前、干预后和随访期实施三次评估,通过动态数据对比分析治疗措施的持续效果。

临床疗效评价标准:依据《中药新药临床研究技术规范》建立四阶疗效判定体系。痊愈:症状评分降至 0 分,相关临床表现完全消失,连续 3 个月经周期无复发;显效:症状评分降低 $\geq 50\%$,主要症状明显缓解,可正常活动且无需止痛药物;有效:症状评分下降 25%~49%,主要症状有所减轻,偶需药物辅助维持日常活动;无效:症状评分降低 $<25\%$ 或无变化。总有效率计算公式为:(完全缓解病例数+显著改善病例数+部分有效病例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 分析,计量资料以均数 \pm 标准差 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。计数资料以例数或百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 月经症状量表评分

观察组月经症状量表评分低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 月经症状量表评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前评分	治疗后评分	随访评分
对照组	30	45.23 \pm 5.67	32.12 \pm 4.56	35.67 \pm 5.12
观察组	30	44.89 \pm 5.43	22.45 \pm 3.78	25.12 \pm 4.23
t	-	0.237	8.942	8.701
P	-	0.813	0.000	0.000

2.2 VAS 评分

观察组 VAS 评分低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前评分	治疗后评分	随访评分
对照组	30	7.23 \pm 1.23	5.12 \pm 1.02	5.67 \pm 1.12
观察组	30	7.12 \pm 1.18	3.45 \pm 0.98	3.89 \pm 1.05
t	-	0.353	6.467	6.351
P	-	0.725	0.000	0.000

2.3 痛经症状量表(CMSS)评分

2.3.1 痛经症状持续时间

观察组痛经症状持续时间短于对照组($P < 0.05$)。

表 3 痛经症状持续时间 ($\bar{x} \pm s$, h)

组别	例数	治疗前持续时间	治疗后持续时间
对照组	30	24.56 \pm 3.45	18.23 \pm 2.78
观察组	30	24.12 \pm 3.21	12.45 \pm 2.12
t	-	0.511	9.055
P	-	0.611	0.000

2.3.2 痛经症状严重程度

观察组痛经症状严重程度评分低于对照组($P < 0.05$)。

表 4 痛经症状严重程度评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前严重程度评分	治疗后严重程度评分	随访严重程度评分
对照组	30	6.23 \pm 1.23	4.12 \pm 1.02	4.67 \pm 1.12
观察组	30	6.12 \pm 1.18	2.45 \pm 0.98	2.89 \pm 1.05
t	-	0.353	6.467	6.351
P	-	0.725	0.000	0.000

2.4 综合疗效

观察组总有效率高高于对照组($P < 0.05$)。

表 5 总有效率[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	5	10	8	7	76.67
观察组	30	10	12	6	2	93.33
χ^2	-	-	-	-	-	6.405
P	-	-	-	-	-	0.021

3 讨论

原发性痛经属于妇科常见的慢性疾病,给女性的生活品质和日常活动带来明显的影响,在各种病理类型当中,寒凝血瘀型比较典型,突出症状是经期小腹感觉冷痛、经血的量少、颜色偏暗、质地黏稠而且混有血块。现在西医方面大多采用非甾体抗炎药来医治,因为可以减轻疼痛所以被普遍使用,不过药物如果长时间服用可能会出现胃肠道方面的不良反应,而且疗效并不稳定,促使研究者一直在寻找更为安全又有效的治疗方法,从而改善患者的预后并削减危险。

按照中医理论来看,原发性痛经出现时,主要跟肝脾肾功能失调以及冲任气血运行不顺畅有着密切联系,体现出疾病发展过程中机体内部动态平衡机制的重要性,对于寒凝血瘀型原发性痛经而言,“不通则痛”是典型病机,其病理基础就是寒邪入侵造成气血运行受阻,从“肾主生殖”核心理念出发,联系到女性月经周期里气血阴阳改变的规律特征,补肾调周法利用分期施用有针对性的中药方剂,在特定时段开展周期性干预手段,以此来疏通冲任二脉气血循环,从而改良生殖系统内分泌环境并守住生理机能的稳定状况^[5-6]。八髎穴艾灸疗法凭借温热效果和药物渗透作用,可以促使经络通畅、驱散寒邪,改善局部微循环,痛经症状便能得到明显缓解。由研究所获得的数据可知,使用补肾调周法联合铺灸八髎穴来治疗寒凝血瘀型原发性痛经患者的患者,在各项量化分数、疼痛的量化分数、痛经的量化分析及总疗效评价优于对照组($P<0.05$),中医理论中,寒凝血瘀型原发性痛经的核心病机是阳虚与寒邪相互纠结,造成气血运行受阻,形成瘀血并滞留在胞宫,表现出阴阳失调以及气血瘀滞的病理特性,补肾调周法按照月经周期内阴阳动态变化的规律,分成七个阶段,依照阶段制订个性化的干预计划,目的在于达成气血平衡和阴阳协调,进而促使月经周期正常运行^[7-8]。在各个阶段执行不一样的治疗方法。经后期到排卵前期,着重滋补肾阴,守住冲任功能,给卵泡发育给予足够的物质基础。排卵到行经前,重点温补阳气,推进排卵进程,改善黄体功能,保证子宫内膜按时分泌和剥落,从而做到月经周期的有序转变和保持。铺灸疗法把八髎穴当作主要施治点,作用范围主要集中在腰骶部分,是盆腔内脏器神经和血管的主要交汇处,八髎穴附近有命门、关元、气海重要的穴位。经过调畅下焦气血运行,温养子宫经络、祛除寒湿、疏通瘀滞等多种途径,从而达到胞宫气血协调平衡的状态。艾灸疗法在温阳补气、疏通经络方面有着明显的优势,其产生的热效应能促使血管扩张,改善局部血

液循环,加快代谢产物的清除速度。由于八髎穴处于腰骶部位,与第3~5腰椎节段的脊神经节有着密切的联系,对区域施以刺激,可以激活神经体液调节,进而对盆腔生殖系统功能起到积极作用,缓解子宫平滑肌痉挛等症状。从中医“补肾调周”整体治疗观念出发,通过对脏腑功能进行精确调节,优化内分泌微环境,艾灸八髎穴所形成的局部干预与全身调理相互配合,共同针对寒凝血瘀的病机进行治疗,不仅能完成疾病本质上的矫正,还能提高机体自我修复能力,使疗效具有持久性与稳定性^[9-10]。

综上所述,补肾调周法联合铺灸八髎穴对寒凝血瘀型原发性痛经具有显著的远期疗效,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 朱晓红, 李小宏. 自拟痛经方治疗寒凝血瘀型原发性痛经疗效观察[J]. 河北中医药学报, 2024, 39(4): 59-62.
- [2] 吕武宾, 贺敏. 中医治疗寒凝血瘀型原发性痛经的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(7): 115-117.
- [3] 姜燕, 孙继香. 中医脐疗联合温针灸在寒凝血瘀型原发性痛经患者中的应用[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2025, 32(4): 29-32.
- [4] 刘贵珍, 农泽宁, 罗美华, 等. 中医外治法治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床研究进展[J]. 中国民间疗法, 2025, 33(2): 121-124.
- [5] 张韶峰, 许康, 朱太平. 少腹逐瘀汤加减联合腹部推拿治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床观察[J]. 当代临床医刊, 2025, 37(1): 95-96.
- [6] 周航, 陈莹, 孙晶. 隔药灸联合经痛汤治疗寒凝血瘀型原发性痛经临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(9): 156-159.
- [7] 李武奎, 方吉珍. 藏医灸法治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床效果[J]. 妇儿健康导刊, 2024, 3(23): 25-28.
- [8] 何雯娟, 王菊, 柏妮娜, 等. 腕踝针治疗寒凝血瘀型原发性痛经的即刻镇痛效果[J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(23): 118-121.
- [9] 金婕, 周天梅, 周媚, 等. 特色葫芦灸治疗寒凝血瘀型原发性痛经30例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(9): 683-684.
- [10] 申中金. 针灸治疗寒凝血瘀型原发性痛经的疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(10): 61-63.