



ISSN 1672-3422
CN 11-5479/R

医药论坛杂志

YIYAO LUNTAN ZAZHI

张

2021年5月 第42卷 第10期

May, 2021 Vol.42 No.10

JMF

JOURNAL OF MEDICAL FORUM

国家卫生健康委员会 主管
中华预防医学会 主办
河南省医学情报研究所

10

2021

ISSN 1672-3422



9 771672 342217

中华预防医学会系列杂志
SERIAL JOURNAL OF CHINESE PREVENTIVE MEDICINE ASSOCIATION



扫描全能王 创建

| | |
|--|-------------------|
| 磷酸肌酸与 1,6-二磷酸果糖治疗小儿急性病毒性心肌炎的效果分析····· | 李丽英,李海燕(38) |
| 急性心肌梗死患者 PCI 术后并发心力衰竭的影响因素····· | 张鸿梅(41) |
| CTA 诊断颈动脉狭窄效能分析····· | 路远(44) |
| 利伐沙班联合双联抗血小板治疗对急性冠脉综合征 PCI 术后无复流及左心室的影响 ····· | 刘丽英,张丽娟,吕指南(47) |
| 无痛穴位埋线联合失笑芍甘汤治疗寒凝血瘀证原发性痛经临床疗效观察····· | 乔敏,左刚(50) |
| 中枢性尿崩症患者病因分布及临床特点分析····· | 申姗姗,张青立,王娇(54) |
| 血管内皮生长因子在布-加综合征患者血清中的表达及临床分析····· | 游翔宇,党晓卫,李路豪,等(57) |
| · 公共卫生 · | |
| 安阳市第六人民医院 2016—2020 年输血不良反应情况及其影响因素分析····· | 韩丽娟(62) |
| · 医学研究 · | |
| 尿动力学检查在前列腺增生并逼尿肌收缩乏力患者中的临床应用····· | 李海清,温儒民,范川(66) |
| 电视胸腔镜肺叶切除术联合纵隔淋巴结清扫术在非小细胞肺癌中的应用····· | 曹佩佩,崔广晖(69) |
| 咽鼓管球囊扩张术对慢性分泌性中耳炎患者临床疗效及咽鼓管功能障碍评分的影响····· | 孙江涛(73) |
| CHK1 通过 RhoA/ROCK 信号通路对宫颈癌细胞放疗敏感性的影响及机制研究····· | 王红云,王武亮(76) |
| 血清 miR-374a-5p、miR-205 水平对髌膝关节置换后下肢深静脉血栓形成诊断的价值 ····· | 李博文,李世清,周君(81) |
| 单间室膝关节骨性关节炎患者全膝关节置换术后假体周围骨溶解的影响因素····· | 郭瑞峰(85) |
| 早期胃癌患者经口牙线牵引辅助内镜下黏膜剥离术治疗的疗效及安全性分析 ····· | 李知翰,张西亮,赵建波,等(89) |
| 经尿道绿激光前列腺剜除术对良性前列腺增生患者最大尿流率及膀胱残余尿量的影响····· | 吕明宇(92) |
| 联合检测 Hey、hs-CRP 及 D-二聚体与 2 型糖尿病合并冠心病相关性研究····· | 韩保宁,于丽媛(96) |
| 急性脑梗死患者发生吞咽功能障碍的影响因素····· | 刘文校(99) |
| miR-21、miR-145 与急性心肌梗死患者 PCI 术后冠脉无复流的相关性分析····· | 赵鹏(102) |
| 腰椎管狭窄症患者腰椎椎体间融合术后下腰痛发生状况及其影响因素····· | 郑俊杰(107) |
| Toll 样受体 4 及 ANA、ENA 多肽抗体联合检测对儿童系统性红斑狼疮的诊断价值····· | 贺珊(111) |
| 影响重度颅脑损伤合并继发性急性脑梗死的因素分析····· | 王文甫(114) |



无痛穴位埋线联合失笑芍甘汤治疗寒凝血瘀证原发性痛经临床疗效观察

乔敏, 左刚

河南中医药大学第三附属医院康复科, 郑州 450003

摘要:目的 观察无痛穴位埋线联合失笑芍甘汤治疗寒凝血瘀证原发性痛经(PD)的临床疗效。方法 将2019年4月—2021年3月在河南中医药大学第三附属医院门诊收治的122例原发性痛经(寒凝血瘀证)患者随机分为两组:治疗组61例采用穴位(肾俞、次髎、三阴交)无痛埋线联合失笑芍甘汤中药内服治疗;对照组61例口服布洛芬缓释胶囊治疗。观察治疗后有效率、VAS评分、血清 β -内啡肽(β -EP)及前列腺素E₂(PGE₂)的变化及治疗不良反应。结果 两组经过治疗后,治疗组和对照组的总有效率分别为95.33%和80.33%,经统计分析,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗后VAS评分进行比较,近期VAS评分($P > 0.05$),表明两组差异无统计学意义,而远期 $P < 0.05$,在VAS评分改善方面差异有统计学意义,治疗组在VAS评分改善方面明显优于对照组。治疗后,2组 β -EP及PGE₂水平均较治疗前上升($P < 0.05$);治疗组 β -EP、PGE₂水平均高于对照组($P < 0.05$)。在治疗不良反应方面,对照组使用布洛芬缓释胶囊因部分患者出现恶心、呕吐及腹泻等情况不能继续服用,而无痛穴位埋线联合失笑芍甘汤对此类患者能适用,二者相比较具有绝对优势。结论 无痛穴位埋线联合失笑芍甘汤治疗寒凝血瘀证原发性痛经疗效显著,无不良反应。

关键词:原发性痛经;寒凝血瘀证;无痛穴位埋线;失笑芍甘汤;布洛芬缓释胶囊

中图分类号:R245.9*1 文献标识码:B 文章编号:1672-3422(2021)10-0050-04

Clinical observation of painless acupoint embedding combined with Shixiao Shaogan decoction in treatment of primary dysmenorrhea with cold pain syndrome

QIAO Min, ZUO Gang

Department of Rehabilitation, The Third Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450003, China

Abstract: Objective To observe the clinical effect of painless acupoint embedding combined with Shixiaoshaogan decoction on primary dysmenorrhea (PD) with syndrome of cold coagulation and blood stasis. **Methods** A total of 122 patients with primary dysmenorrhea (syndrome of cold coagulation and blood stasis) admitted to the Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine from April 2019 to March 2021 were randomly divided into two groups: 61 patients in the treatment group were treated with painless catemetry at acupoints (Shenshu, Ciliao and Sanyinjiao) combined with Shixiaoshaogan decoction; 61 patients in the control group were treated with oral ibuprofen sustained release capsules. The effective rate after treatment, VAS score, serum β -endorphin (β -EP) and prostaglandin E₂ (PGE₂) were observed and adverse reactions were treated. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group and the control group was 95.33% and 80.33%. After statistical analysis, there was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The VAS scores of the two groups after treatment were compared. The recent VAS score was $P > 0.05$, indicating that there was no difference between the two groups, but the long-term $P < 0.05$, there was significant statistical difference in the improvement of VAS score. The treatment group was superior in the improvement of VAS score. In the control group. After treatment, the levels of β -EP and PGE₂ in the two groups were higher than those before treatment ($P < 0.05$). The levels of β -EP and PGE₂ in the treatment group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). In the treatment of adverse reactions, the control group using ibuprofen sustained-release

capsules due to some patients with nausea, vomiting and diarrhea can not continue to take, and painless acupoint

基金项目:河南省中医药科学研究专项课题(2018ZY2056)



embedding needle combined with Shixiaoshaogan decoction can be applied to such patients, which has an absolute advantage. **Conclusion** The painless acupoint embedding combined with Shixiao shaogan decoction for the treatment of cold clotting syndrome has significant curative effect and no adverse reactions.

Keywords: Primary dysmenorrhea; Cold clotting syndrome; Painless acupoint embedding; Shixiao Shaogan Decoction; Ibuprofen sustained release capsule

原发性痛经(primary dysmenorrhea)又称功能性痛经,指行经前后或月经期出现下腹部疼痛、坠胀,可伴有腰酸或其他不适,症状严重影响生活质量者,但不伴有明显的生殖器官器质性疾病,以年轻女性为常见。现代医学认为其发生多与月经时子宫内膜释放前列腺素过高以及植物神经功能紊乱有关^[1-2],临床治疗多采用口服非甾体类消炎药^[3-4]、前列腺素合成酶抑制剂^[5]等,但复发率高、疗效短暂且有不良反应^[6]。本研究观察指标之PGE2能够有效松弛子宫平滑肌,抑制其自发性收缩; β -EP参与子宫收缩与松弛,具有内源性镇痛作用^[7-8]。采用无痛穴位埋线联合失笑芍甘汤治疗寒凝血瘀证原发性痛经患者,疗效显著,结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2019年4月—2021年3月在河南中医药大学第三附属医院门诊就诊的122例患者,采用随机法分为对照组和治疗组各61例。诊断符合PD的中西医诊断标准且签署知情同意书均可纳入;两组患者在年龄、病程等方面无明显差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[9]相关痛经的中西医诊断标准。中医辨证标准:月经前后小腹冷痛,局部热敷疼痛可减轻,遇寒加重,喜暖喜按,经紫黯有块,或伴有腰骶下肢冷痛,舌质淡暗或有瘀斑,可见舌底脉络迂曲,苔白润,脉沉涩紧。西医诊断标准:①经期或/和行经前后出现小腹疼痛,痛及腰骶,甚则昏厥者,呈周期性发作。②多见于年轻的未婚女性。③相关检查排除盆腔器质性病变。

1.3 方法

1.3.1 治疗组 无痛穴位埋线具体操作:辨识体质,依据中医辨证论治,选取合适穴位,以肾俞、次髂及三阴交为主穴^[10];然后选择合适体位,在上述穴位上涂抹复方利多卡因乳膏以局部皮肤麻醉,30 min后清理药膏,局部皮肤消毒,取适当长度已消毒的可吸收性羊肠线,置入套管针的前端,后接针芯,押手拇指和食指固定穴位,刺手持针刺入穴

位,达到所需的深度,施以适当的提插捻转手法,出现针感后,边推针芯边退针管,将线埋置在穴位的肌层或皮下组织内。拔针后用无菌干棉球或纱布按压针孔片刻,可用创口贴贴敷创口。帮助患者恢复至平常体态,交代术后注意事项。治疗时间:经前第5天,每月1次,以治疗3个月经周期为一个疗程。失笑芍甘汤:五灵脂10 g,蒲黄10 g,生白芍30 g,甘草10 g,小茴香10 g,乌药10 g,红糖50 g,每次五副,同样是经前第5天开始服用,取上药浸泡30分钟后,煎两次取浓汁200 mL,分两次饭后半小时温服,连续服用3个月经周期为一个疗程。随访6个月,观察远期效果。

1.3.2 对照组 布洛芬缓释胶囊(芬必得)0.3 g \times 20粒(中美天津史克,国药准字H10900089),服用方法:于每次月经来潮前3日起服用布洛芬缓释胶囊0.3 g,每日2次,饭后服用,连服5天,以治疗3个月经周期为一疗程,随访6个月。

1.4 观察指标 采取视觉模拟评分法(Visual analogue scale, VAS)对比两组治疗前后及随访半年的痛经持续时间。具体如下:采用约10 cm的游动标尺,让患者依据痛感,作出评分(0~10厘米,分别代表疼痛的级别,呈递增性,最高分代表最难忍受)。疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[11]及治疗情况拟定。治愈:疼痛消失,半年内痛经症状未再发;显效:痛感消失或明显减轻,但不能维持半年;有效:经行痛感减轻,但并非显效;无效:接受治疗后疼痛无改善。观察治疗后血清 β -内啡肽(β -EP)及前列腺素E₂(PGE₂)的变化,取空腹肘静脉血3 mL,离心10 min后提取上清液,采用酶联免疫吸附法检测 β -EP及PGE₂水平。

1.5 统计学方法 数据统计分析将采用SPSS 20.0和SAS 9.2。计数资料以频数(构成比)进行描述;计量资料符合正态分布,采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)描述,组间比较,计数资料采用卡方(χ^2)检验;计量资料符合正态分布采用两独立样本t检验,不符合正态分布用Wilcoxon秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率观察组为96.7%,对照组总有



效率为 83.9%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治愈率治疗组为 80.6%, 对照组为

58.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较 [例(%)]

| 组别 | 例数 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|----------|----------|--------|----------|----------|
| 治疗组 | 61 | 50(80.6) | 8(12.9) | 2(3.2) | 2(3.2) | 60(96.7) |
| 对照组 | 61 | 36(58.1) | 10(16.1) | 6(9.7) | 10(16.1) | 46(83.9) |

治疗后第 1、2、3 个月及治疗后随访 6 月结果, 组间 VAS 评分均较治疗前明显改善, 差异有统计学

意义 ($P < 0.05$); 治疗组 VAS 评分降低与对照组同时段比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 治疗前后及治疗后 6 月随访组间 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 第 1 个月 | 第 2 个月 | 第 3 个月 | 随访 6 个月 |
|------------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 治疗组 | 61 | 6.82 ± 0.72 | 5.42 ± 0.42 | 4.12 ± 0.41 | 2.32 ± 0.28 | 2.42 ± 0.27 |
| 对照组 | 61 | 6.78 ± 0.73 | 5.82 ± 0.62 | 4.28 ± 0.43 | 2.82 ± 0.32 | 2.89 ± 0.28 |
| <i>t</i> 值 | | 0.2172 | 2.974 | 1.4994 | 6.5471 | 6.7276 |
| <i>P</i> 值 | | 0.8288 | 0.0042 | 0.1390 | 0.0000 | 0.0000 |

治疗前, 2 组 β -EP 及 PGE2 水平比较 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 MCP-1 及 HMGB1 水

平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), β -EP 及 PGE2 水平平均高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 治疗前后及治疗后组间 β -EP 及 PGE2 比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 治疗前 β -EP | 治疗后 β -EP | 治疗前 PGE2 | 治疗后 PGE2 |
|------------|----|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
| 治疗组 | 61 | 116.63 ± 25.72 | 135.42 ± 30.42 | 234.12 ± 20.41 | 272.32 ± 20.28 |
| 对照组 | 61 | 115.78 ± 30.13 | 165.82 ± 30.62 | 234.28 ± 19.43 | 292.82 ± 23.32 |
| <i>t</i> 值 | | 0.2172 | 2.974 | 1.4994 | 6.5471 |
| <i>P</i> 值 | | 0.8288 | 0.0042 | 0.1390 | 0.0000 |

治疗组未见明显不良反应, 使用无痛穴位埋线方法减轻了治疗疼痛及惧怕治疗等心理作用, 亦未发生局部感染等副作用。口服布洛芬的对照组, 偶有恶心、反酸, 胃部不适等。

3 讨论

对于痛经的认识, 中医遵从“既发之病则治其标, 未发之病则治其本”的原则, 多以“不通则痛”或“不荣则痛”为主要病机, 根据辨证论治以温经散寒、活血理气为治疗原则辨证用药。本研究所使用的自拟失笑芍药汤其中芍药甘草汤出自《伤寒论》, 现代药理研究发现其对子宫及血管痉挛有双向调节作用, 该组方药物简单有效价格低廉, 能得到广大患者认同, 提高了其依从性, 故在临床上收到了良好的治疗效果^[12-16]。失笑散出自《局方》, 用于瘀血停滞少腹急痛、痛经, 功在活血祛瘀, 散结止痛, 治疗血

瘀型原发性痛经疗效肯定, 现代研究发现其能改善子宫动脉血流, 其中五灵脂味属辛温热, 有散寒止痛、调经养血、辛散解郁的功效^[12-16]。诸药合用, 有祛寒散瘀、调经止痛之效。

埋线疗法, 亦称“长效针感疗法”, 是用可吸收的医用肠线代替针刺的治疗方法, 将医用羊肠线埋入人体穴位, 通过肠线长时间刺激穴位及肠线逐渐液化被组织吸收的生物反应过程来提高疗效, 充分体现了对患者的经络腧穴施行“内病外治”的一种疗法, 达到通经络、调气血、平衡阴阳, 最终达到防病治病目的。穴位埋线疗法的作用机制与恢复神经功能、增强免疫力, 抑制炎性因子释放, 改善代谢有关^[14]。本研究选取的主穴, 其一肾俞穴, 《铜人腧穴针灸图经》所言此穴主“腰痛不可俯仰反侧及月经不调”; 《针灸大成·治症总要》卷九所言此穴主“经事不调”, 卷四提出治疗“室女月



水不调,淋漓不断”。其二为次髎,《针灸甲乙经》所言此穴主治月经不调、痛经。主穴之三,三阴交穴,即足三阴经交会之穴,是脾肝肾产生的湿热水湿寒凉之气交会之处,《备急千金要方》有言,此穴主治“女人漏下赤白及血”;《千金翼方》亦称主治“月水不禁”。故选取此三穴。而本研究所使用无痛穴位埋线法是改进了操作方法,通过利多卡因乳膏局部涂抹以减轻疼痛,从而减轻局部刺激及副作用,避免了因口服药物引起的胃肠道反应,消除了患者惧怕针刺的心理因素,从而提高了患者依从性,在临床中获得了广大患者的认可,并取得了很好的疗效。本研究还需拓展临床治疗数量,同时开展适宜技术推广。

参考文献

[1] 叶璐,都乐亦,吴昆仑.温通散神阙穴敷贴治疗寒凝血瘀型原发性痛经的疗效及作用机制研究[J].上海中医药杂志,2018,52(5):51-54.
 [2] 罗小敏,韦励,罗国英,等.原发性痛经患者血清维生素E水平与痛经时视觉模拟评分及月经量评分的相关性研究[J].生殖医学杂志,2021,30(5):679-682.
 [3] Feng X, Wang X. [EXPRESS] Comparison of the Efficacy and Safety of Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs for Patients with Primary Dysmenorrhea: A Network Meta-Analysis[J]. Molecular pain, 2018, 14:1744806918770320.
 [4] 潘宏信,罗光楠,孙莉颖.美国妇产科医师协会第760号委员会意见:青春痛经和子宫内膜异位症[J].国际妇产科学杂志,2019,46(1):66.

[5] 逯艳梅.中西医结合治疗痛经的疗效观察[J].基层医学论坛,2018,22(35):5014-5015.
 [6] 马春梅.中医药治疗原发性痛经临床研究[J].中医学报,2016,31(10):1600-1602.
 [7] 吴芳,杨冬梅,李鹏利.清热调血汤联合穴位埋线对湿热瘀结型痛经患者镇痛效应、子宫动脉血流动力学及前列腺素E-2、前列腺素F2 α 、 β 内啡肽的影响[J].环球中医药,2021,14(3):525-527.
 [8] 邵书颖.中医综合治疗寒凝血瘀型原发性痛经40例[J].河南中医,2016,36(1):138-139.
 [9] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国中医药出版社,1993:263-266.
 [10] 梁繁荣,王华《针灸学》[M].中国中医药出版社,2012,7:248-249.
 [11] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准:中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:62.
 [12] 樵成,郭延召,倪创社,等.芍药甘草汤加味配合针刺治疗中风后肢体痉挛疼痛25例[J].河南中医,2017,37(7):1174-1176.
 [13] 高志刚,戴卫红.芍药甘草汤的临床应用及方剂研究进展[J].河北中医,2019,41(5):792-796.
 [14] 左刚,任聪颖,王春兰.芍药甘草汤合失笑散加味治疗原发性痛经120例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(14):18-19.
 [15] 胡国静,隋新月,王潇,等.失笑散治疗原发性痛经的网络药理学研究[J].云南中医学院学报,2020,43(3):75-81.
 [16] 霍金,赵阿琪,袁永,等.穴位埋线疗法作用机制的研究现状[J].中国针灸,2017,37(11):1251-1254.

收稿日期:2021-02-06 修回日期:2021-04-15 责任编辑:邢洪波

(上接第49页)

[5] 中国医师协会急诊医师分会.急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南[J].中华急诊医学杂志,2016,25(4):397-404.
 [6] 王冰,陈富军,张军,等.心房颤动合并急性冠状动脉综合征患者抗栓治疗的效果分析[J].中国心血管杂志,2018,23(6):463-467.
 [7] 盛欣成,何奔.冠状动脉微循环障碍检测方法进展[J].中国循环杂志,2017,32(8):816-819.
 [8] 刘佳,张晶.PCI术后双联抗血小板治疗1年急性冠状动脉综合征患者应用不同抗血小板方案治疗的疗效和安全性比较[J].药物不良反应杂志,2017,19(5):359-363.
 [9] 李蕴,裘森涵,王贺阳,等.既往合并缺血事件急性冠脉综合征患者延长双联抗血小板治疗安全性研究[J].临床军医杂志,2019,47(5):441-443.
 [10] 张梅.氯吡格雷、阿司匹林单用及双联抗血小板长期治疗对老年冠心病患者经皮冠状动脉介入术后的影响[J].血栓

与止血学,2016,22(2):134-136.

[11] 张行,陈欣.进口及国产氯吡格雷联合阿司匹林治疗对老年急性冠脉综合征患者血小板抑制率的影响[J].山东医药,2016,56(5):39-41.
 [12] 周末子,李春,艾超.阿托伐他汀、阿司匹林联合氯吡格雷对脑血栓患者临床疗效、血小板参数及不良反应的影响[J].血栓与止血学,2019,25(6):942-943,946.
 [13] 彭文星,石秀锦,徐晓宇,等.替格瑞洛和阿司匹林双联抗血小板治疗的急性冠状动脉综合征患者出血事件发生情况及危险因素分析[J].药物不良反应杂志,2020,22(8):460-465.
 [14] 陈宏,张明,李丽,等.利伐沙班治疗老年急性冠脉综合征安全性观察[J].中国实用内科杂志,2016,36(3):247-248.
 [15] 王群,林文华.利伐沙班与华法林治疗心房颤动合并ACS行PCI患者效果比较[J].山东医药,2018,58(17):58-60.

收稿日期:2021-02-07 修回日期:2021-03-25 责任编辑:邢洪波

