588.

[7] LIU S, CHONG W. Roles of LncRNAs in regulating mitochondrial dysfunction in septic cardiomyopathy [J]. *Front Immunol*, 2021, 12: 802085.

[8] LIU YC, YU MM, SHOU ST, et al. Sepsis-induced cardiomyopathy: mechanisms and treatments [J]. *Front Immunol*, 2017, 8: 1021.

[9] NG PY, SIN WC, NG AK, et al. Speckle tracking echocardiography in patients with septic shock: a case control study (SPECKSS) [J]. *Crit Care*, 2016, 20(1): 145.

[10] SONG J, PARK DW, MOON S, et al. Diagnostic and prognostic value of interleukin-6, pentraxin 3, and procalcitonin levels among sepsis and septic shock patients: a prospective controlled study according to the Sepsis-3 definitions [J]. *BMC Infect Dis*, 2019, 19(1): 968.

[11] LIU S, WANG X, SHE F, et al. Effects of neutrophil to lymphocyte ratio combined with interleukin-6 in predicting 28-day mortality in patients with sepsis [J]. *Front Immunol*, 2021, 12: 639735.

[12] JENSEN IJ, MCGONAGILL PW, BUTLER NS, et al. NK cell-derived IL-10 supports host survival during sepsis [J]. *J Immunol*, 2021, 206(6): 1171-1180.

[13] SAXTON RA, TSUTSUMI N, SU LL, et al. Structure-based decoupling of the pro- and anti-inflammatory functions of interleukin-10 [J]. *Science*, 2021, 371(6535).

[14] 杨卉卉, 崔传峰, 范开亮, 等. 醒脑静注射液治疗脓毒症的研究进展 [J]. *中国中医急症*, 2017, 26(3): 460-463.

[15] 王翔, 李建国, 李志峰, 等. 参附注射液联合糖皮质激素对脓毒血症患者PCT、NT-proBNP及炎症因子的影响 [J]. *中国中医急症*, 2019, 28(6): 954-957.

[16] 赵锋利, 罗苑苑, 赵馥, 等. 参附注射液调控巨噬细胞自噬对脓毒症小鼠免疫功能影响 [J]. *辽宁中医药大学学报*, 2019, 21(8): 34-37.

[17] 孙必强, 李美珍, 李果丽, 等. 大承气汤对肠源性脓毒血症大鼠细胞因子IL-6、IL-10、TNF- α 表达的影响 [J]. *内蒙古中医药*, 2019, 38(11): 146-148.

[18] LI T, QIAN Y, MIAO Z, et al. Xuebijing injection alleviates Pam3CSK4-induced inflammatory response and protects mice from sepsis caused by methicillin-resistant staphylococcus aureus [J]. *Front Pharmacol*, 2020, 11: 104.

(收稿日期 2022-09-24)

贺氏针灸三通法配合芬必得治疗原发性痛经临床观察

黄炉仪^{1△} 刘瑞琪² 申敏鑫¹

(1.浙江省中医院,浙江 杭州 310000;2.天津市中医药研究院附属医院,天津 300110)

中图分类号:R711.51 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)02-0288-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.02.026

【摘要】 目的 观察贺氏三通法治疗原发性痛经的临床疗效。方法 将90例原发性痛经青年患者按随机数字表法分为西医组、针刺组、针刺+西医组,每组30例。西医组采用口服芬必得治疗,针刺组予贺氏三通法治疗,针刺+西医组采用贺氏三通法配合口服芬必得治疗,共3个月经周期。记录并比较3组患者治疗前后COX评分、视觉模拟量表(VAS)评分、前列腺素2 α ,并评估两种治疗方法的安全性。结果 治疗后,各组的COX评分、VAS评分、前列腺素2 α 均有不同程度的降低(均 $P < 0.05$),但针刺+西医组显著优于其他两组($P < 0.05$),且在停药后痛经反弹程度也较其他两组低($P < 0.05$)。各组患者安全性评估方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 采用贺氏三通法配合芬必得治疗原发性痛经,较单用芬必得或单用贺氏三通法临床疗效更好,且安全可靠,可重复性强。

【关键词】 原发性痛经 贺氏针灸三通法 针刺 芬必得

原发性痛经在我国的发病率高达50%以上,且其中超过10%的青年女性患者的日常生活会被痛经严重影响^[1]。西医治疗多以非甾体消炎药、避孕药等为主,副作用较大,且不能治本^[2]。原发性痛经在中医学中被称为“痛经”“经行腹痛”,最早见于《金匱要略》。中医学认为其病机在于精血亏虚,邪气内伏导致经期前

后胞宫气血运行不畅、失于濡养,不通则痛。本研究对原发性痛经患者给予贺氏三通法配合芬必得进行治疗,并与单用贺氏三通法和单用芬必得对照。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:参照《中医妇科学》^[3]和《原发痛经指南》^[4]关于原发痛经的标准,辨证为气滞血瘀证。2)纳入标准:16~35岁未妊娠;经诊断为原发

△通信作者(电子邮箱:1461485472@qq.com)

性痛经;月经周期基本正常;近3个月未接受其他痛经治疗;中医辨证属气滞血瘀证。3)排除标准:近3个月接受过中药、中成药、针灸等治疗过痛经者;精神病史者、恶性肿瘤者、其他糖尿病、高血压等慢性病患者;月经周期不规律者。

1.2 临床资料 选择2021年3月至2021年5月浙江省中医院康复科门诊就诊的青年原发性痛经患者90例,按照随机数字表法分为3组,各30例。针刺组中,年龄17~28岁,平均(22.50±3.71)岁;病程1~3 d,平均(2.10±0.61) d。针刺+西药组中,年龄18~30岁,平均(22.23±3.78)岁;病程1~3 d,平均(1.90±0.55) d。西医组中,年龄20~28岁,平均(22.40±2.16)岁;病程1~3 d,平均(1.83±0.53) d。各组患者年龄、病程等临床资料比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。

1.3 治疗方法 1)西药组:给予芬必得(中美天津史克制药有限公司生产,规格0.3 g,国药准字H20013062)口服,于经期第1日开始服用,0.3 g,每日2次,连续口服3 d。2)针刺组:采用贺氏三通法进行针刺治疗。取穴:四神聪、中脘、天枢、气海、关元、气冲、合谷、阳陵泉、地机、三阴交、太冲。操作:3号火针加热后快速点刺四神聪、中脘、天枢、气海、关元、气冲,刺入深度1 mm;0.25 mm×40 mm针灸针针刺四神聪、中脘、天枢、气海、关元、气冲、合谷、阳陵泉、地机、三阴交、太冲,施以平补平泻手法,得气后留针30 min,治疗于月经来潮前7 d开始,每日1次。3)针刺+西药组:采用贺氏三通法联合芬必得治疗,针刺及药物治疗方法同上。整个疗程共3个月经周期。为确保本研究介入时机的一致性,统一设定于第1个月月经来潮前7 d,且视觉模拟量表(VAS)评分≥4分开始治疗,共7 d。第2、3个月经周期的治疗均始于月经来潮前7 d,每日1次,共7 d,直至月经来潮。

1.4 疗效观察 于每次月经周期治疗结束后的1个星期内,采用电话随访或门诊复诊等方式进行随访,每位患者均连续随访3个月经周期。1)COX评分^[5]:总均为0~68分,得分随着症状严重程度的减轻、症状持续时间的缩短而降低。2)VAS评分^[6]:分别于治疗前后进行评分,在经期或经期前后进行评价。3)前列腺素2α^[7]:治疗前,治疗后经行48 h抽取空腹静脉血2 mL。4)安全性评价^[8]。Ⅰ级:无任何不良反应。Ⅱ级:有轻微不良反应,但无需任何处理,可继续治疗。Ⅲ级:有明显不良反应,经过处理后可继续治疗。Ⅳ级:有严重

不良反应,需要终止治疗。

1.5 统计学处理 应用统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,符合正态分布的数据采用ANOVA检验,不符合正态分布的数据采用非参数检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组治疗前后COX痛经评分比较 见表1。各组的COX评分、VAS评分、前列腺素2α在接受干预后均有不同程度的降低,但针刺+西药组显著优于其他两组,且在停药后痛经反弹程度也较其他两组低($P<0.05$)。

表1 各组治疗前后COX痛经评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗1月	治疗2月	治疗3月	治疗后1月	治疗后2月	治疗后3月
针刺组	30	26.73±5.55	23.60±5.41 [△]	21.26±5.14 [△]	18.93±4.98 [△]	21.26±5.14 [△]	22.40±5.11 [△]	23.60±5.41 [△]
西药组	30	24.93±6.11	20.26±5.81 [△]	20.23±6.11 [△]	20.43±5.99 [△]	23.26±5.91 [△]	24.63±6.03 [△]	24.80±6.00 [△]
针刺+西药组	30	26.76±5.07	20.13±4.76 [△]	15.40±3.53 [△]	12.03±3.61 [△]	15.60±3.60	17.50±3.98	24.26±4.18

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与针刺+西药组同时段比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 各组治疗前后VAS评分比较 见表2。各组VAS评分在治疗后均有不同程度的降低($P<0.05$),针刺+西药组显著优于其他两组($P<0.05$),停药后痛经反弹程度也较其他两组低($P<0.05$)。

表2 各组治疗前后VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗1月	治疗2月	治疗3月	治疗后1月	治疗后2月	治疗后3月
针刺组	30	5.76±1.19	4.20±0.76 [△]	3.63±0.66 [△]	3.03±0.76 [△]	3.40±0.77 [△]	3.73±0.90 [△]	4.26±1.01 [△]
西药组	30	5.66±0.95	3.50±0.68 [△]	3.80±0.80 [△]	3.80±0.84 [△]	5.33±0.92 [△]	5.63±0.99 [△]	5.70±0.98 [△]
针刺+西药组	30	5.76±1.07	3.00±1.05 [△]	2.83±0.87 [△]	2.56±0.72 [△]	3.26±0.90	3.53±0.86	3.93±0.82

2.3 各组治疗前后前列腺素2α水平比较 见表3。3组前列腺素2α水平在治疗后均有不同程度的降低($P<0.05$),针刺+西药组显著优于其他两组($P<0.05$),停药后痛经反弹程度也较其他两组低($P<0.05$)。

2.4 安全性评价 本研究疗程结束后,针刺组患者中,安全性评价Ⅰ级有29例,Ⅱ级有1例,均为局部皮肤不适,未给予特殊处理。针刺+西药组患者中,安全性评价Ⅰ级有29例,Ⅱ级有1例,均为肠胃不适,未给予特殊处理。西药组中,安全性评价Ⅰ级有28例,Ⅱ级有2例,均为肠胃不适,未给予特殊处理。各组患者安全性评估方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3 各组治疗前后前列腺素2α水平比较(ng/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗1月	治疗2月	治疗3月	治疗后1月	治疗后2月	治疗后3月
针刺组	30	727.40±82.00	623.00±81.10 [△]	542.92±125.77 [△]	502.14±78.33 [△]	571.77±82.42 [△]	607.63±79.74 [△]	638.03±81.54 [△]
西药组	30	724.65±78.46	538.49±68.64 [△]	526.86±73.84 [△]	517.89±70.66 [△]	656.64±76.66 [△]	696.89±76.35 [△]	713.14±71.69 [△]
针刺+西药组	30	741.66±80.33	511.33±94.78 [△]	430.39±86.96 [△]	367.90±86.66 [△]	473.35±89.70	541.72±86.93	623.24±76.34

3 讨论

《灵枢·刺节真邪》云“六经调者,谓之不病,虽病,谓之自己也”^[9]。说明人体阴阳六经通畅,经络中阴阳六气的有序运行是健康的保障,即使机体有小的疾病,也能够自愈。孙思邈在《千金翼方》中提出“凡病,皆由气血壅滞,不得宣通”^[10],这和贺普仁老先生的“病多气滞”的学术思想有异曲同工之妙。贺氏三通法可调气活血,无形调有形,有形者为“血”和“液”,无形者为“气”和“神”。临床中,我们要兼顾整体与局部,于痛经而言,气滞血瘀为局部,阴阳失和为整体,治疗法则有二,一为局部治疗,通畅气血液;二为整体调控,冲和阴阳神。该法则具有极强的临床可操作性和重复性。

任脉主气,督脉主神,以任督为纲的整体调控,即四神聪、中脘、双侧天枢、气海、关元、双侧气冲,调节“神机”与“气立”,对机体神经、内分泌以及免疫系统有着全面调控的作用。少阳本火标阳,标本一致,为阳性最强的经络;太阴本湿标阴,为阴性最强的经络,阴阳赋予“通”更高层次的含义,阴阳交泰即是通^[11]。贺氏三通法常用足少阳胆经的阳陵泉配合足太阴脾经的地机调和阴阳,使机体达到阴平阳秘的状态。双侧合谷配太冲称为“开四关”,疏肝健脾,调气活血,配合肝脾肾三经气血汇聚之穴三阴交,达到理气止痛,调和阴阳,标本同治的功效。

原发性痛经是针灸治疗的优势病种^[12-13]。针刺可提高人或动物的痛阈^[14]。原发性痛经的辨证分型以实证居多,实证中以气滞血瘀和寒凝血瘀为多^[15]。月经期血液中前列腺素水平的升高是痛经重要原因之一,其中前列腺素 2α 可引起子宫平滑肌的收缩,能客观地反映患者的痛经水平。《中医妇科学》根据主证特点及兼证,把痛经分为气滞血瘀型、寒凝血瘀型、湿热瘀阻型、气血虚弱型、肾气亏虚型^[3],并根据证型的不同指定不同的治则治法。《黄帝内经·素问·举痛论》提出疼痛类型分为两种,不通则痛和不荣则痛^[16]。本研究结果显示,用贺氏针灸三通法治疗气滞血瘀型痛经效果显著,“病多气滞,法用三通”是贺氏针灸三通法的核心学术思想和治疗体系。

通过对疼痛症状评分、前列腺素水平的观察,我们发现针刺和布洛芬干预都可以减轻痛经发作的程度,但在每次干预中布洛芬对痛经的抑制程度大体一致,且在停药后更容易复发。而针刺干预可逐步缓解痛经的发作程度,干预时间越久痛经症状越轻。在疗程初期的效果不及单独布洛芬的干预,但在第2、3个月时的效果与单独布洛芬干预的效果相差不大。针刺结合布洛芬干预的疗效是最好的,COX、VAS和前列腺素下降的水平都是最大的,显著低于针刺组和西药组,且在停止干预后患者的痛经反弹情况也最轻,较基线期的

各种评分显著降低。证明针刺与布洛芬联合干预效果明显优于针刺组和西药组,不仅可以在疗程初期得到明显的改善,并且停止干预后对痛经的改善也显著优于另外两组。这提示我们针刺相对于布洛芬是一种治本的治疗方法,布洛芬仅能通过抗炎、降低前列腺素合成等作用达到镇痛效果,但针刺治疗可以通过调节患者的整体情况来改善痛经情况,这样不仅可以降低当下痛经的程度,还可以在下次月经来潮时达到缓解作用。

参考文献

- [1] 王荔源. 原发性痛经的发病机制及中医药治疗的研究进展[J]. 中外女性健康研究, 2019(22): 27-28, 55.
- [2] LEFEBVRE G, PINSONNEAULT O, ANTAO V, et al. Primary dysmenorrhea consensus guideline [J]. J Obstet Gynaecol Can, 2005, 27(12): 1117-1146.
- [3] 冯晓玲, 张婷婷. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 100-101.
- [4] 中国针灸学会. 循证针灸临床实践指南: 原发性痛经[J]. 北京: 中国中医药出版社, 2014.
- [5] 马玉侠, 马海洋, 陈少宗, 等. 中文版COX痛经症状量表的信效度检验[J]. 山东中医药大学学报, 2015, 39(1): 5-7.
- [6] 中国针灸学会. 循证针灸临床实践指南: 带状疱疹(修订版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 12-13.
- [7] 夏淑娟. 女大学生原发性痛经影响因素及健康教育效果评价[D]. 济南: 山东大学, 2014.
- [8] COPLAN PM, SCHMADER K, NIKAS A, et al. Development of a measure of the burden of pain due to herpes zoster and postherpetic neuralgia for prevention trials: adaptation of the brief pain inventory [J]. J Pain, 2004, 5(6): 344-356.
- [9] 佚名. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 145-146.
- [10] 孙思邈. 千金翼方[M]. 沈阳: 辽宁卫生出版社, 1997: 282.
- [11] 贺林. 贺普仁针灸三通法[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2019: 126-127.
- [12] WITT CM, REINHOLD T, BRINKHAUS B, et al. Acupuncture in patients with dysmenorrhea: a randomized study on clinical effectiveness and cost-effectiveness in usual care [J]. Am J Obstet Gynecol, 2008, 198(2): 166.
- [13] HABEK D, CERKEZ HABCK J, BOBI VUKOVI M, et al. Efficacy of acupuncture for the treatment of primary dysmenorrhea [J]. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch, 2003, 43(4): 250-253.
- [14] LI A, WANG Y, XIN J, et al. Electroacupuncture suppresses hyperalgesia and spinal Fos expression by activating the descending inhibitory system [J]. Brain Res, 2007, 1186: 171-179.
- [15] 高树中, 陈少宗, 马玉侠, 等. 针灸治疗原发性痛经优化方案评价及临床共性技术研究概述[J]. 山东中医杂志, 2009, 28(7): 443-444.
- [16] 佚名. 素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 77-78.

(收稿日期 2022-08-24)