

## 揸针治疗原发性痛经的疗效观察

陈敏\* 陈利华 陈兴良 鞠程 毛学芬

作者单位: 610021 四川 成都 四川省第四人民医院针灸理疗科

作者简介: 陈敏, 毕业于成都中医药大学 本科, 副主任医师, 研究方向为针灸治疗神经、内分泌系统疾病

\* 通讯作者, E-mail: 923497936@qq.com

**【摘要】**目的 评价揸针治疗原发性痛经(primary dysmenorrhea, PD)的临床疗效及安全性。方法 将2016年6月至2018年3月四川省第四人民医院针灸科门诊符合纳入标准的75例PD患者按照随机数字表法分为揸针组、揸针+药物组、假针+药物组,各25例。揸针针刺穴位选用地机穴,口服药物选用布洛芬缓释胶囊,3组均治疗3个月经周期,观察3组患者治疗期间和治疗3个月后的临床疗效。随访3个月后的复发情况。结果 治疗3个月经周期后,3组患者临床症状均得到明显改善( $P < 0.05$ ),总有效率分别为92%、92%、76%。3组间比较,揸针组与揸针+药物组疗效比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),但均优于假针+药物组( $P < 0.05$ );3组的复发率分别为34.8%、30.4%、68.4%,揸针+药物组的复发情况低于假针+药物组( $P < 0.05$ ),揸针+药物组与揸针组的复发情况比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 揸针组和揸针联合布洛芬组疗效相近,均能较好地改善患者临床症状,并可延长发作间歇期,降低复发率,临床上可以作为止痛的替代疗法。

**【关键词】**原发性痛经;揸针;疗效观察

**【中图分类号】**R 271.11<sup>+3</sup>

**【文献标志码】**A

**【文章编号】**1674-4020(2018)09-085-04

doi: 10.3969/j.issn.1674-4020.2018.09.24

## Effect of thumb - tack needle for subcutaneous embedding on primary dysmenorrhea

CHEN Min, CHEN Li - hua, CHENG Xing - liang, JU Cheng, MAO Xue - fen

Department of Acupuncture and Moxibustion, the Fourth People's Hospital of Sichuan, Chengdu Sichuan 610021, P. R. China

\* Corresponding author, E-mail: 923497936@qq.com.

**【Abstract】****Objective** To evaluate the clinical efficacy and safety of pressing needle in the treatment of primary dysmenorrhea (PD). **Methods** 75 patients who were diagnosed as PD in the Fourth People's Hospital of Sichuan from June 2016 to March 2018, according to the random number table method were divided into the press needle group, the press needle + drug group and the false needle plus drug group with 25 cases in each group. The press needle was ground machine, the drug was oral finp ibuprofen sustained - release capsules, the three groups were treated with 3 menstrual cycles, and the clinical effect of the three groups of patients during the treatment and after 3 months of treatment were observed. Followed - up recurrence after three months. **Results** After 3 menstrual cycles, the clinical symptoms of the three groups were obviously improved ( $P < 0.05$ ). The total effective rate was 92%, 92% and 76% respectively. The curative effect of the press needle group and the press needle + drug group was similar ( $P > 0.05$ ), and all were superior to the false needle + drugs ( $P < 0.05$ ). The recurrence rates of three groups were 34.8%, 30.4% and 68.4% respectively, the recurrence rate of pressing needle + drug was better than that of the false needle plus drug group ( $P < 0.05$ ), and the recurrence rate of pressing needle + drug was similar to that of the press needle ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Pressing needle and pressing needle combined with ibuprofen are both effective in improving the clinical symptoms of patients, prolonging interictal interval and reducing relapse rate, which can be used as a replacement therapy for pain relief.

**【Key words】**primary dysmenorrhea; press needle; curative effect observation.

原发性痛经(primary dysmenorrhea, PD)是妇科常见病、多发病,以青春期女性多见,约90%痛经患者为PD<sup>[1]</sup>。PD是指盆腔无器质性病变,在经期或行经前后小腹出现周期性痉挛性疼痛,或痛引腰骶,甚者可有恶心、呕吐、冷汗淋漓、手足厥冷甚至晕厥,严重影响患者的日常生活。该病治疗主要是针对痛症的对症治疗,临床上西医多采用前列腺素合成酶抑制剂、性激素人工周期抑制排卵等方法,都伴有不同程度的不良反应。针灸治疗PD具有疗效好、无不良反应的优势,但针刺有一定的疼痛使患者依从性差,而揸针具有针体细小,进针无痛,治疗时间持续较长的特点,适合临床开展。但到目前为止,运用揸针治疗PD的临床实验及报道较少,临床疗效及安全性也需进一步论证。本研究拟观察揸针治疗PD的临床疗效及安全性,以探索疗效好、简便有效的治疗方法,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2016年6月至2018年3月四川省第四人民医院针灸科门诊就诊符合纳入标准的75例患者,采用随机数字表法分为揸针组、揸针+药物组和假针+药物组,各25例。年龄17~25岁,平均(21.0±0.5)岁,病程均持续3个月经周期以上。3组患者年龄、病程、视觉模拟评分法<sup>[2]</sup>(Visual Analogue Scales, VAS)评分情况比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),详见表1。

表1 3组患者一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	平均年龄 (岁)	平均病程 (年)	VAS疼痛 评分(分)
揸针组	25	22.60±1.6	3.60±1.55	6.27±1.46
揸针+药物组	25	21.53±1.8	3.53±1.30	6.13±1.49
假针+药物组	25	20.5±0.8	3.05±1.10	6.41±1.38
t值		0.075	0.251	0.157
P值		0.914	0.772	0.821

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准:参照《妇产科学》<sup>[1]</sup>制定的PD诊断标准,月经来潮前或月经期出现腹部痉挛性疼痛、肛门坠胀感、腰痛等不适症状,连续3个周期以上,影响工作、日常学习和生活。

中医诊断:符合《中医病症诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中痛经的诊断标准,经期或行经前后出现周期性发作的小腹疼痛。

### 1.3 纳入标准

①符合PD的诊断标准;②年龄18~45岁;③月经周期规律,平均(28±7)d;④能配合计划疗程治疗且未接受其他治疗;⑤本研究经医院伦理委员会批准,入组患者均签署知情同意书(自愿加入本临床试验、对分组情况全盲)。

### 1.4 排除标准

①有布洛芬缓释胶囊药物禁忌证的患者,合并阿司匹林或其他非甾体抗炎药过敏者,对本品可有交叉过敏反应;哮喘及血管水肿患者;活动期消化性溃疡患者或有溃疡合并出血和穿孔者。②出血性疾病患者、皮肤过敏、化脓感染等不宜埋针者。③备孕的患者。④患者有肿瘤、心血管疾病、精神疾病和肝肾不全或有传染病等。⑤接受过其他对本研究产生影响的治疗。⑥B超检查示继发性痛经的患者。

### 1.5 剔除标准

①因不良反应终止治疗的患者;②不能完成试验的患者;③治疗期间服用其他药物而影响疗效观察的患者。

### 1.6 分组方法

采用SPSS 19.0统计软件包生成随机数字表,根据随机数字表填写随机分配卡,其上标有序号、组别。将随机分配卡装入不透光的密封信封,并在信封上编号。根据上述诊断、纳入和排除标准,确定纳入病例后,按就诊顺序打开序号相同的信封,并按随机分配卡的方案入组进行治疗。在治疗过程中对数据统计与相关指标评定者设盲,尽量做到评定者、操作者、统计者三者分离。

### 1.7 治疗方法

1.7.1 器具选择 针具:揸针组采用0.2mm×1.5mm清铃揸针;假针组采用定制的无针芯假针(其外表与揸针完全一致,按压时患者亦有揸针的微酸胀感)。

1.7.2 揸针组 ①取穴标准:参照《中华人民共和国国家标准:腧穴名称与定位(GB/T12346-2006)》。地机(双侧):在小腿内侧,当内踝尖与阴陵泉的连线上,阴陵泉下3寸。②操作步骤:于患者经期前7d治疗,患者取坐位,穴位局部安尔碘常规消毒后,医者左手固定所刺部位皮肤,右手持镊子取1.5mm揸针垂直缓慢刺入,贴埋于穴位上,患者感觉无刺痛后按压固定,按压时患者有微酸胀痛。留针时间长短根据气温决定,一般可3~5d后取针再行埋置,最长可留针7d。如遇天气炎热,留针时间不宜超过2d,以防感染。留针期间,嘱患者轻柔按压揸针,每天2~3次,以有微酸痛为佳,每次约1min,上述治疗10d为1疗程,共治疗3个月,随访3个月。③揸针治疗注意事项:1)重复留针时应与上次进针部位稍微偏离;2)嘱患者留针期间避免引起大量出汗的剧烈运动;禁用流水冲洗留针处,保持局部清洁干燥以防止感染;禁抓挠、撕扯揸针避免针体脱落。

1.7.3 揸针结合布洛芬组 揸针操作同前。患者疼痛时口服布洛芬缓释胶囊,0.3g/次,2次/d,服至疼痛消失。服药期间出现过敏反应,立即停药,并对症处理。

1.7.4 假针结合布洛芬组 假针的取穴、操作步骤、疗程及治疗注意事项同揸针组,布洛芬服用方法同揸针+布洛芬组。

### 1.8 疗效观察

采用VAS在第1、2、3、6个月经周期进行疼痛评分疗效评定:①治愈:疼痛和其他临床症状消失,连续3个

月经周期未见复发。② 显效: 疼痛减轻度  $\geq 70\%$  ,其他临床症状明显减轻或消失 ,但不能维持 3 个月以上。③ 有效: 疼痛减轻度  $30\% \sim 69\%$  ,其他临床症状有一定的减轻。④ 无效: 疼痛减轻度  $< 30\%$  ,其他临床症状没有得到改善。疼痛减轻度 = ( 治疗前 VAS 评分 - 治疗后 VAS 评分 ) / 治疗前 VAS 评分  $\times 100\%$  ; 复发率 = 复发例数  $\div$  ( 显效例数 + 有效例数 )  $\times 100\%$  ; 总有效率 = ( 显效例数 + 有效例数 ) / 各组病例总数  $\times 100\%$  ; 治愈率 = 显效例数 / 各组病例总数  $\times 100\%$  。

1.9 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计学软件对数据进行分析处理。计数资料用率(%)表示 采用  $\chi^2$  检验 ,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示 ,组间比较采用  $t$  检验  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组临床疗效比较

治疗 3 个月后 ,揸针组、揸针 + 药物组疗效分别与假针 + 药物组比较 ,差异有统计学意义(  $P < 0.05$  ) ; 揸针

组与揸针 + 药物组比较 ,差异无统计学意义(  $P > 0.05$  ) ,详见表 2。

表 2 治疗后 3 组患者疗效比较 [例( % )]

组别	例数	显效	有效	无效	治愈率	总有效率
揸针组	25	12(48)	11(44)	2(8)	48.00 %	92.00 % <sup>▲</sup>
揸针 + 药物组	25	13(52)	10(40)	2(8)	52.00 %	92.00 % <sup>*●</sup>
假针 + 药物组	25	8(32)	11(44)	6(24)	32.00 %	76.00 %

注: ▲与假针 + 药物组比较 , $P < 0.05$ ; \* 与假针 + 药物组比较 , $P < 0.05$ ; ●与揸针组比较 , $P > 0.05$ 。

2.2 3 组患者视觉模拟评分情况比较

3 组患者每次治疗后疼痛评分均下降明显 ,说明 3 组治疗方法镇痛疗效确切(  $P < 0.05$  ) ; 3 个疗程结束后 ,揸针组、揸针 + 药物组分别与假针加药物组比较 ,差异有统计学意义(  $P < 0.05$  ) ; 揸针组与揸针 + 药物组比较 ,差异无统计学意义(  $P > 0.05$  ) ,详见表 3。

表 3 3 组患者 VAS 评分比较 (分  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	第一个月		第二个月		第三个月		P 值
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
揸针 + 药物组	25	6.27 $\pm$ 1.46	3 $\pm$ 1.2	6.5 $\pm$ 0.8	2.5 $\pm$ 1.2	3.8 $\pm$ 1.3	2.0 $\pm$ 1.2	0.000
假针 + 药物组	25	6.13 $\pm$ 1.49	5.5 $\pm$ 0.7	6.81 $\pm$ 0.7	4.5 $\pm$ 0.9	5 $\pm$ 0.9	4.2 $\pm$ 1.4	0.000
揸针组	25	6.51 $\pm$ 1.16	3.2 $\pm$ 0.6	6.47 $\pm$ 0.7	2.8 $\pm$ 0.6	3.5 $\pm$ 1.1	2.1 $\pm$ 1.6	0.001

2.3 3 组患者复发情况比较

随访 3 月后 ,3 组间复发情况比较 ,差异有统计学意义(  $\chi^2 = 6.027 P = 0.038$  ) 。揸针组、揸针 + 药物组与假针 + 药物组比较 ,差异有统计学意义(  $P < 0.05$  ) ,揸针 + 药物组与揸针组比较 ,差异无统计学意义(  $P > 0.05$  ) ,详见表 4。

表 4 3 组患者随访 3 月后复发情况比较( 例)

组别	显效和有效	复发	复发率
揸针组	23	8	34.8 % <sup>▲</sup>
揸针 + 药物组	23	7	30.4 % <sup>*●</sup>
假针 + 药物组	19	13	68.4 %

注: ▲与假针 + 药物组比较 , $P < 0.05$ ; \* 与假针 + 药物组比较 , $P < 0.05$ ; ●与揸针组比较 , $P > 0.05$ 。

3 讨论

随着生活节奏的加快 ,痛经的发病率越来越高 ,而 PD 占痛经患者的 90 % 以上<sup>[1]</sup>。针灸治疗 PD 疗效肯定 ,被广大患者所青睐 ,但常规针灸治疗具有疼痛和耗时较长的特点 ,是患者不能配合治疗的主要因素 ,本研究运用揸针治疗 PD 弥补了常规针灸治疗的缺陷 ,揸针进针时无疼痛及不适感 ,且 1 个月经周期仅需 2 ~ 3 次治疗 ,起效快、治愈率高、复发率低。

揸针又称为揸钉型皮内针 ,是将针具固定于腧穴的

皮内或皮下以达到较长时期的持续性“针灸治疗”效果的疗法。其特点是起效迅速 ,尤其是对疼痛性疾病 ,可产生针到痛减的效果。本研究采用的清铃揸针 ,是经过改良的新型皮内针 ,它的“改良型松叶状针尖” ,避免了传统皮内针刺入时的刺痛感 ,L 型结构的针体嵌入丙烯酸树脂体并和特殊胶布黏结成一个平面 ,大大减轻了对局部的压迫损害 ,无致敏性、防水的无纺胶布 ,不影响皮肤的伸缩和人体运动 ,在使用上更加人性化、更加安全。

揸针疗法源于《内经》 ,是皮部理论、浅刺法和留针术的结合。《黄帝内经·皮部论》云“凡十二经脉者 ,皮之部也” ,十二皮部原于十二经脉 ,它既能反映十二经脉相应脏腑的状态 ,也可以通过刺激它治疗相应脏腑的疾病《素问·离合真邪论》记载“静以久留 ,无令邪布” 。久留针的目的在于调气或候气 ,以达到调和气血 ,平衡阴阳 ,延长针刺作用 ,提高临床疗效的目的。现代研究表明皮内针刺入皮肤后 ,可直接刺激神经末梢 ,使神经兴奋沿着通路传至中枢神经系统 - 脊髓 - 大脑 ,进而激活神经 - 内分泌 - 免疫网络 ,发挥其调整和治疗作用; 皮内针留于相应穴位还可诱导肥大细胞脱颗粒 ,使其释放蛋白酶、组胺、缓激肽、细胞因子等化学物质 ,进一步兴奋神经末梢; 同时表皮中的朗格汉斯细胞作为免疫活性细胞参与免疫应答; 皮内针浅刺和留针产生的持续刺激 ,经神经 - 内分泌 - 免疫网络传导整合后 ,发挥其针

刺效应。本研究从经期前 7 d 开始在地机穴揸针治疗持续埋针 10 d, 经前期是胞宫气血最旺盛的时期, 也是阴盛阳生渐至重阳的时期, 此时最能发挥针刺调节虚实、平衡阴阳的作用<sup>[4-5]</sup>。地机是足太阴脾经的郄穴, 临床多将郄穴用于治疗该经的血证、痛证, 通过刺激该穴能疏通肝、脾、肾经使三脏气血调和, 还能抑制前列腺素分泌从而缓解疼痛<sup>[6]</sup>。近年研究也表明即刻和预先针灸治疗 PD 各有优势, 将经前针刺与疼痛发作时治疗相结合, 标本兼治, 更有利于减轻患者的痛苦, 最终达到治愈疾病的目的<sup>[7]</sup>。

本研究为了排除揸针的安慰剂效应, 设置了假针作对照, 特制的清铃假针在外观上与治疗所用的清铃揸针完全一致, 在揸针与假针操作上都要求进针无刺痛感, 同时按压固定时患者均要求有微酸胀痛, 另一方面, 为了防止假针组患者感觉上与揸针组的患者治疗方式方法不一致, 要求同一组患者均在同一时段内进行治疗, 最大限度实现了对患者的盲法。

本研究根据随机数字表填写随机分配卡, 并装入不透光的密封信封, 并按就诊顺序依次打开。做到评价者、操作者、统计分析人员、受试者均不知道随机分组的情况, 避免人为因素的干扰, 实现分配隐藏, 保证数据的准确性。

综上所述, 单纯运用揸针治疗取得了和揸针联合药

物治疗相当的临床疗效, 能有效改善患者临床症状, 并延长发作间歇期, 降低复发率, 避免了药物对人体的不良反应。说明揸针治疗 PD 是一种安全、具有良好依从性的疗法, 在临床上可以作为常规治疗 PD 的替代疗法, 值得推广。

### 【参考文献】

- [1] 乐杰. 妇产科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 318.
- [2] 佟术艳. 疼痛的护理评估 [J]. 中华护理杂志, 1995, 30(2): 123 - 125.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准 [S]. 1995.
- [4] CHEN B, TU X - h. Acupuncture for primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2011, 9(5): 295 - 297.
- [5] REN L - y, MA X - m. Observation on therapeutic effects of acupuncture and moxibustion for primary dysmenorrheal [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2011, 9(2): 107 - 109.
- [6] 黄志刚. 针灸辨证治疗原发性痛经疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(7): 377 - 379.
- [7] 李春华, 徐大钊, 胡妮娟, 等. 原发性痛经针灸介入时机的探讨 [J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(6): 639 - 642.

(收稿时间: 2018 - 05 - 16 实习编辑: 吕永胜)

(上接第 81 页) 的其它原因所致的低水平 T 和无精、少弱精<sup>[9]</sup>, 也通过生殖轴反馈机制促使垂体分泌 FSH 和 LH 增加, 这些与切除性腺后 LH、FSH 的紧张性分泌大幅度升高现象同理<sup>[12]</sup>。不育组血清 T 水平低于对照组 ( $P < 0.01$ )。如上所述, 高血清 PRL 通过中枢抑制机制和直接影响性腺、附性腺机制造成 T 水平下降。此外不育组中染色体核型异常的无精症病例和其它原因造成的无精或严重少弱精病例, 他们低下的 T 水平也是造成本组 T 水平低于对照组的原因之一。提示血清生殖激素异常是男性不育症的重要临床表现。

不育组中 15 例高 PRL 者血清 PRL 水平与 T、FSH、LH 都具有相关性, 高血清 PRL 水平与 T 水平呈负相关, 与血清 FSH 呈正相关, 与 LH 呈正相关, 提示过高的 PRL 可导致其它生殖激素异常改变, 是男性不育的原因之一。血清 PRL 增高的原因有多种<sup>[3]</sup>, 本文中 15 例 PRL 增高者有 3 例 CT 检查诊断为垂体腺瘤, 是血清 PRL 高的明确原因, 其余高 PRL 病例不能排除垂体微腺瘤可能, 此外, 长期不育造成患者心理压力、不良生活习惯都可能是造成血清 PRL 水平升高的原因。

综上所述, 血清生殖激素检测是诊断男性不育症的重要方法之一, 过高的 PRL 可导致其它生殖激素异常改变, 是男性不育的原因之一。

### 【参考文献】

- [1] Luciano AA. Clinical presentation of hyperprolactinemia [J].

- Reprod Med, 1999, 44(12Suppl): 1085 - 1090.
- [2] Ramot Y, Rapoport MJ, Hagag P, et al. A study of the clinical differences between women and men with hyperprolactinemia [J]. Gynecol Endocrinol, 1996, 10(6): 397 - 400.
- [3] 丁杰锋. 高催乳素血症诊断研究进展 [J]. 医学研究杂志, 2007, 36(7): 106 - 108.
- [4] 李彤, 李汉忠. 男性高泌乳素血症 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2005, 10(3): 184 - 186.
- [5] Main KM, Schmidt IM, Toppari J, et al. Early postnatal treatment of hypogonadotropic hypogonadism with recombinant human FSH and LH [J]. Eur J Endocrinol, 2002, 146(1): 75 - 79.
- [6] 郜亮, 阮衍泰. 高泌乳素血症 [J]. 中国计划生育杂志, 2012, 20(6): 426 - 432.
- [7] Gregerson KA, Selmanoff M. Selective effects of hyperprolactinemia on in vitro dopamine release from median eminence synaptosomes [J]. J Neurosci, 1988, 8(7): 2477 - 2484.
- [8] 刘柳, 陈锋, 李杨亮. 男性不育者血清生殖激素水平检测及其临床意义 [J]. 标记免疫分析与临床, 2011, 18(3): 195 - 198.
- [9] 王国镇, 殷奖悠, 陈露, 等. 血清泌乳素检测在男性不育症中的临床价值 [J]. 中日友好医院学报, 2014, 28(6): 341 - 342.
- [10] 张富荣. 男性不育症患者生殖激素检测的价值 [J]. 放射免疫学杂志, 2007, 20(1): 46 - 47.
- [11] 王军. 血清性激素水平与男性不育症的关系 [J]. 中国当代医药, 2015, 22(36): 103 - 107.
- [12] 黄平治, 李永海. 男性不育 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1990: 30.

(收稿日期: 2017 - 10 - 16 编辑: 杨叶)