

于宜昌地区 15.52%^[15]。提示吉林市近期存在人型结核分枝杆菌的传播风险,应在结核病的预防和治疗过程中加强监测。

由于本研究收集样本的时间段较短,样本例数较少,且未对其他常用抗结核药物如乙胺丁醇(EMB)、吡嗪酰胺(PZA)、莫西沙星(MFX)、阿米卡星(AMK)等进行药物敏感性试验,未能评估菌株基因型与其他药物的耐药相关性;另外,本研究的样本仅来源于吉林市,具有一定的地域局限性,不能代表整个吉林地区的人型结核分枝杆菌流行情况。因此,后期研究应扩大样本的收集范围和数量,全面分析吉林地区人型结核分枝杆菌感染的流行情况。

参考文献

[1] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report 2024[J]. Geneva: World Health Organization, 2024.
[2] 刘一典, 桂徐蔚, 申晓娜, 等. 2019 年《ATS/CDC/ERS/IDSA 临床实践指南: 耐药结核病治疗》解读及与我国《耐药结核病化学治疗指南(2019 年)》对比[J]. 中国防痨杂志, 2020, 42(1): 12-16.
[3] SRIKAR A, RAMANA B V, SARMA PVGK, et al. "Genetic diversity of Mycobacterium tuberculosis complex in treatment naive sputum smear positive patients as revealed by spoligotyping and MIRU-VNTR." [J]. Indian J Med Microbiol, 2025, 57: 100939.
[4] 刘思洁, 袁燕莉. 吉林省结核病实验室质量管理与检测技术工作指南[M]. 长春: 吉林大学出版社, 2016: 72-125.

[5] 赵雁林, 陈明亭. 中国结核病防治工作技术指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021: 173, 242.
[6] XU C, PANG Y, LI R, et al. Clinical outcome of multidrug-resistant tuberculosis patients receiving standardized secondline treatment regimen in China[J]. J Infect, 2018, 76(4): 348-353.
[7] WANG J, ZHOU M, CHEN Z, et al. Survival of patients with multidrug-resistant tuberculosis in Central China: a retrospective cohort study[J]. Epidemiol Infect, 2020, 148: e50.
[8] 叶静芬, 方晴, 胡耀仁, 等. 北京基因型耐多药结核分枝杆菌二线抗结核药物耐药基因突变特征分析[J]. 浙江预防医学, 2021, 33(10): 983-987.
[9] 于圣铭, 夏良华, 詹佳欢, 等. 江西省耐多药结核分枝杆菌链霉素基因突变特征[J]. 实用医学杂志, 2024, 40(1): 91-96.
[10] 钱源, 范怀艳, 何志坚, 等. 云南省昭通地区结核分枝杆菌临床分离株遗传多样性和耐药分子特征[J]. 传染病信息, 2024, 37(1): 35-40.
[11] 高媛, 雷卉, 张书, 等. 四川省农村地区 222 株结核分枝杆菌基因型及耐药分析[J]. 寄生虫病与感染性疾病, 2025, 23(1): 37-42, 47.
[12] 魏淑贞, 赵永, 林建, 等. 2017-2019 年福建省结核分枝杆菌分离株基因型特征及其耐药性分析[J]. 中国防痨杂志, 2023, 45(1): 73-78.
[13] 梁小烟, 林玫, 梁大斌, 等. 广西壮族自治区耐多药结核分枝杆菌耐药情况与基因型特征分析[J]. 中国防痨杂志, 2020, 42(6): 578-582.
[14] 姬妍娜, 邢小艳. 延安地区结核病患者结核分枝杆菌的成簇特征及传播危险因素[J]. 医学临床研究, 2022, 39(7): 988-991.
[15] 纪律, 刘晓俊, 余云芳, 等. 宜昌市耐药结核分枝杆菌 MIRU-VNTR 分子特征及耐药基因突变分析[J]. 浙江预防医学, 2021, 33(2): 149-152.

黄红以“中庭为主, 辨证配穴”方法 治疗痛经的经验总结

王浩渊¹ 缪婷¹ 黄红²

1. 安徽中医药大学附属芜湖市中医医院针灸科, 安徽 芜湖, 241000;
2. 芜湖市中医医院针灸科, 安徽 芜湖, 241000)

摘要: 痛经在常规治疗中存在着药物依赖性强、手术创伤大的缺陷。本研究系统总结了黄红主任医师在临床工作中运用中庭穴作为任脉络穴新解, 建立“一穴为主, 辨证配穴”的治疗模式, 并结合中医传统“治未病”思想, 创新性采用维生素 B6 注射液穴位注射治疗痛经。临床实践表明该法具有即效性、便捷性、安全性优势, 为基层推广提供可复制方案。附典型医案两则以验证。

关键词: 痛经; 经行腹痛; 临床经验; 穴位注射; 中庭穴

中图分类号: R245.95 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-19-0181-05

Acupoint Injection Treatment of Dysmenorrhea Experience

WANG Haoyuan¹ MIAO Ting¹ HUANG Hong²

1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Wuhu Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Anhui University of Chinese Medicine, Wuhu Anhui, 241000, China;
2. Department of Acupuncture and Moxibustion, Wuhu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhu Anhui, 241000, China)

Abstract: Dysmenorrhea has the drawbacks of strong drug dependence and large surgical trauma in conventional treatment. This article systematically summarizes the application of the Zhongting point as a new interpretation of the Ren Meridian

point by Chief Physician Huang Hong in clinical work, establishes a treatment model of "one point as the main focus and acupoint selection based on syndrome differentiation", and innovatively adopts the acupoint injection of VitB6 injection to treat dysmenorrhea in combination with the traditional Chinese medicine idea of "preventing disease before it occurs". Clinical practice has shown that this method has the advantages of immediate effect, convenience and safety, providing a replicable solution for grassroots promotion. Two typical medical cases are attached for verification.

Keywords: Menstrual cramps; dysmenorrhea; clinical experience; acupuncture injection; zhongting point

痛经 (dysmenorrhea), 中医学称“经行腹痛”, 指行经期间或经行前后出现的下腹部疼痛、坠胀及其他不适, 可放射至腰骶部、背部或大腿内侧, 严重者伴乏力、恶心、呕吐、腹泻、昏厥等症状, 影响患者日常工作生活^[1]。西医学把痛经分为: 原发性痛经 (primary dysmenorrhea, PD) 和继发性痛经 (secondary dysmenorrhea, SD)。原发性痛经又称功能性痛经, 是指月经期间由于子宫内膜分泌和释放前列腺素较多, 使子宫平滑肌收缩增强而引起的生殖器官无器质性病变的下腹痛; 继发性痛经又称器质性痛经, 多见于子宫内膜异位症、子宫腺肌症、子宫内膜息肉、盆腔炎等生殖器官器质性病变引起的继发性疼痛^[2-3]。

近年来流行病学调查统计发现, 痛经的发病率呈明显上升趋势^[4]。该病已成为困扰女性的世界性难题, 特别是严重影响学习、工作、生活的痛经, 更应引起重视^[5]。因此, 积极探索治疗痛经的有效方法, 在临床上尤为重要。目前临床上治疗痛经常用前列腺素抑制剂或含有雌激素及黄体激素的避孕药, 或采取手术治疗的方式, 虽可控制患者痛经症状, 但多数患者治疗后不良反应较大, 包括胃肠道症状、中枢神经系统症状、肾毒性和肝毒性效应等, 且复发率高^[6-8]。因此, 探究一种安全的治疗方法, 降低痛经远期复发率或发病率具有重要价值和意义。

黄红, 副主任中医师、芜湖市针灸学会副会长、十一至十三届芜湖市政协委员、安徽中医药大学硕士生导师、安徽省中医学术确有专长人员医师资格考核专家库评委、擅长针灸优势病种如: 面瘫、中风、痛经、带状疱疹及颈肩腰腿痛等病的治疗, 具有疗程短、疗效好的特色。深挖失传八百余年的“三才”“三部”配穴法, 用于治疗内科杂病, 临床疗效较前期明显提高。已运用维生素 B₆ 注射液穴位注射中庭穴治疗大量痛经患者并取得显著疗效。笔者有幸随侍左右, 并将此经验记录。

1 辨证论治

痛经的病机归纳为以“虚”“实”为纲领的两个方面, 包括虚实两端或虚实夹杂, 病位在冲任及胞宫, 病变在气血。实者, 不通则痛, 为气血运行失畅, 瘀阻胞宫、冲任, 经血流通受阻所致; 虚者, 不荣则痛, 为气血虚弱, 肝肾亏损, 胞宫失养引起。根据上述致病因素, 2024 年发布的《中医病证诊断疗

效标准·原发性痛经(修订)》^[9]有关内容制定把痛经分为实证类的气滞血瘀型、寒湿凝滞型、湿热瘀阻型及虚证类的气血虚弱型、肝肾亏损型。辨证论治是中医治疗的基本原则, 对症施药, 据证选穴, 方能药到病除。

1.1 瘀阻为标

《景岳全书·妇人规》^[10]曰:“经行腹痛, 证有虚实”。实者或由于寒气郁结, 或由于血气郁结, 或由于热气郁结; 虚者, 有气虚的原因, 也有血虚的原因。南宋医家陈自明在《妇人大全良方》^[11]曰:“妇人腹中瘀血者, 由月经痞涩不通, 或产后余秽未尽……成瘀血也……瘀久不消则变成积聚癥瘕也”。可见痛经的成因多与“瘀”字相关。气血虚弱无力推动血行、寒湿或湿热之邪阻滞冲任胞宫, 导致血行不畅, 形成瘀血, 加上女性经期及其前后生理变化, 此时气血变化迅速, 邪气更易侵入, 瘀血也更严重, 不通则痛, 故表现为痛经。瘀阻型痛经多表现为绞痛拒按, 痛有定处, 舌可见瘀斑瘀点, 脉涩。对于瘀血型痛经患者, 瘀血既是导致其疼痛的病因, 又是其产生的病理产物, 若病程日久, 从瘀血形成到阻滞胞宫胞络, 甚则形成癥瘕^[12-13]。

1.2 体虚为本

冲任虚损, 才给予病邪可乘之机。《素问·刺法论》^[14]曰:“正气存内, 邪不可干。”人体正气充盈, 病邪便难以入体; 相反, 若正气不足, 病邪才能乘机作乱。冲脉为“血海”“十二经脉之海”“五脏六腑之海”, 总领诸经气血之要冲, 上下循行, 营养全身, 行气运血, 起于胞中, 上隶阳明, 下连少阴, 通足厥阴肝经, 上渗诸阳, 下灌三阴, 溢诸经, 注诸络, 与十二经相通, 分布广, 与子宫内膜异位症发病部位广泛的特点相符^[15]。任脉为“阴脉之海”“任主胞胎”“任脉起于胞宫, 上行于脊柱之内, 会肾经”, 任脉与六阴经皆有联系, 维系胞宫。《上古天真论》中也提到“女子七岁, 肾气盛, 齿更发长; 二七, 天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子……七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏无子也。”《诸病源候论》^[16]曰:“妇人月水至腹痛者, 由劳伤血气, 以致体虚, 受风冷之气, 客于胞络, 损冲任之脉”。《傅青主女科》^[17]曰:“夫寒湿乃邪气也, 妇人有冲任之脉, 居于下焦……经水由二经而外出, 而寒湿满二经而内乱, 两相争而作疼痛”。以上著作均指出冲任二脉与女子月经的生成密切相关。李时珍《本草纲目》^[18]曰:“女子, 阴类也, 以血为主。其血上应太阴, 下应海潮。月有盈亏, 潮有朝夕, 月事一行, 与之相符, 故谓之月水、月信、月经”。阐述了月经的规律性、周期性。

基金项目:安徽省高等学校科学研究项目(2024AH051067号);安徽中医药大学科研基金项目科发[2024]3号。

作者简介:王浩渊(2000—),女,汉族,籍贯:陕西省渭南市,硕士研究生在读,研究方向:针灸治疗常见疾病。

女子处于非月经期, 气血维持稳定, 尚不能引起冲任、胞宫气血瘀滞或不足, 故不会感到腹痛。而在经期或经期前后, 由于子宫的血海经历由满而溢, 泄而不畅的过程, 冲任气血迅速变化^[19], 易被病邪干扰, 以及患者的个体化差异, 这些因素导致冲任气血不畅形成瘀阻或失于濡养, 从而引发痛经^[20]。虚证类型的痛经多表现为腹痛喜按, 隐隐作痛, 并无具体疼痛部位, 可见唇舌色淡, 脉细弱无力。

黄红医师认为痛经病因有寒热虚实, 但总体与冲任虚损、胞络受阻、血行不畅、瘀阻脉络有关, 其中又以寒湿凝滞、血行不通的寒凝血瘀引起的痛经占绝大多数^[21], 这与现代女性喜冷饮、着装时常暴露神阙、三阴交等穴位导致寒气入体的饮食生活习惯密切相关。

2 三元调节

冲任虚损为本, 脉络瘀阻为标, 故在治疗上要补虚固本, 疏通经络, 活血化瘀。根据黄师多年临床经验选取任脉上的中庭穴为主穴, 配穴根据患者的辨证类型进行选择, 寒凝血瘀型配双肾俞、腰阳关穴; 气血亏虚型配双足三里、双血海; 湿热瘀阻型配双三阴交、双曲池; 肝肾亏损型配双肝俞、双肾俞。取穴少而精, 操作时间短, 以达到简单、高效的治疗效果。

2.1 任脉调节

通过对传统文献的重新解读与临床实践观察, 黄红医师对任脉络穴的定位提出了学术探讨性观点, 参考《黄帝内经》云“任脉之别, 名曰尾翳。下鸠尾, 散于腹”, 与清代黄元御《灵枢悬解》^[22]曰: “详尾翳, 当是中庭别名, 中庭在鸠尾之上, 故曰下鸠尾, 散于腹”。黄红医师倾向于认为任脉络穴的实际位置应在鸠尾穴正上方的中庭穴^[23]。

《卫生宝鉴》^[24]记载: “赵运使夫人, 年近六十, 病脐腹冷痛, 相引胁下, 痛不可忍, 反复闷乱, 不得安卧, 乃先施灸法, 取中庭穴, 艾灸五壮, 任脉气所发, 后以当归四逆汤温经散寒通脉止痛。水煎温服, 数服而愈。”表明中庭穴能够治疗妇人腹痛, 亦为任脉络穴(中庭穴)治疗经期腹痛提供佐证。《灵枢》云: “任脉之别, 名曰尾翳。下鸠尾, 散于腹。实则腹皮痛, 虚则痿痒。取之所别也。”均表明在我国古代应用任脉络穴治疗腹部痛症有良好疗效。但任脉络穴自《黄帝内经》记载以来, 对其部位、主治功用历代医家多有论述, 至今却缺少公开报道的临床案及研究, 尤其是腹痛及痛经治疗方面的研究报道, 使任脉络穴的临床研究未能得到充分重视, 临床运用受到限制。在治疗的选穴上, 黄红医师选取任脉上的中庭穴作为治疗痛经的主穴, 取其作为任脉络穴, 具有“通调冲任、疏利胞宫”之义。

2.2 配穴增效

腧穴的选择需要主穴与配穴共同作用, 选穴时不仅需要多个单穴作用的叠加, 还要使穴位配合, 使人体整体功能得以调理, 增强疗效。女子月经以血为本, 而脾是气血化生之源, 后天之本。月事以时下, 经血充盈, 有赖于脾之生化。肾中精气为先天之本, 决定女子先天气血是否充盛。先天已定, 后天的蓄溢调节作用至关重要。故在配穴的选择上, 以

脾肾二经选穴为主。针对不同证型的患者, 穴位注射所采用的穴位有所区别: 寒凝血瘀型患者配穴时选取双肾俞、腰阳关作为配穴, 取肾之背俞穴与督脉上的腰阳关以温阳活血化瘀, 而气血亏虚型患者则选取双足三里、双血海, “冲脉者, 起于气冲, 并足阳明之经, 挟脐上行, 至胸中而散也”, 有“冲脉隶于阳明”之说^[25]; 足三里为胃经合穴, 与冲脉密切相关, 血海亦为血症要穴, “妇人经事常改, 自有血海地机”, 用于调理脾胃, 行气活血。湿热瘀阻型配双三阴交、双曲池祛湿泻热。痛经患者常在阴陵泉有明显的阳性反应点, 具有反映痛经急性发作病理状态的作用^[26]。曲池是手阳明大肠经上的合穴, 与胃经同属阳明经, 有平肝潜阳、舒筋通络、调和气血的功效。三阴交为下肢三条阴经交会穴, 通调肝脾肾三经。肝肾亏损型配足太阳膀胱经的背俞穴。女子体属阴, 肝藏血, 肾主精, 此二脏与女子月经密切相关, 故补益双肝俞、双肾俞。

2.3 药物协同

维生素 B₆ 能减少肌细胞对外界活性物质的刺激, 提高子宫肌细胞内镁离子浓度, 使子宫肌松弛, 从而达到治疗痛经的目的。维生素 B₆ 参与氨基酸的合成, 氨基丁酸为中枢神经抑制递质, 促进其合成可引起肌肉松弛, 降低子宫平滑肌张力, 从根本上治疗痛经^[27]。此外, 维生素 B₆ 具有不良反应少的特点, 但需要控制服药的剂量, 以确保治疗的效果和治疗的安全性, 且用药的阶段没有发现不良反应情况。此种方法能够防止反复服用止痛片, 出现不良反应及耐药性等, 价格低廉, 且复发情况较少。崔悦婵等^[28]对原发性痛经的研究结果证明, 维生素 B₆ 治疗原发性痛经, 不良反应少, 疗效好, 复发率亦低, 可作为简便易行有效的治疗方法。在陈波^[29]对原发性痛经行去氧孕烯炔雌醇联合维生素 B₆ 治疗的疗效分析研究中, 也显示原发性痛经行去氧孕烯炔雌醇联合维生素 B₆ 治疗的疗效较为显著。故在治疗痛经的药物选择上, 黄红医师选择了维生素 B₆ 注射液, 保证安全性的同时具有复发率低的优点。

3 操作精要

3.1 选穴方法

近年出版的如《腧穴学》《针灸学》《针灸治疗学》等普通高等教育中医药类规划教材对中庭穴的定位为: 在胸部, 前正中线上, 平第 5 肋间, 即胸剑结合部。但在操作上, 这种取穴方法却有不便之处, 比如患者形体偏胖, 则胸剑结合部不好定位; 患者体型偏瘦, 则容易混淆胸剑结合部与剑突, 在取穴时造成误差, 使疗效降低。黄红医师在临床中为提高穴位定位的准确性, 自创中庭穴同身寸法——一拃法, 进行定位。一拃, 指患者张开大拇指和中指两端的距离。具体操作如下: 患者大拇指指尖指向天突穴(在颈部, 前正中线上, 胸骨上窝正中凹陷处), 手指充分伸展张开, 中指方向垂直向下, 中指指尖下即为中庭穴。以此法取穴, 大大缩短了取穴所花费的时间, 提高了工作效率; 同时, 以患者自身一拃的长度定位, 既保证了定位的准确性, 也保留了手指同身寸定位法的因人而异的特性。此外, 双肾俞定位为第 2 腰椎棘突下

旁开 1.5 寸,操作时需注意:肥胖者髂嵴定位困难时,可嘱患者侧卧屈膝以显露棘突,且直刺深度不超过 1.5 寸,避免伤及肾脏。腰阳关定位为:第 4 腰椎棘突下凹陷中,操作时需注意进针时略向上斜刺 0.5 ~ 1 寸,避免深刺入椎管。足三里定位为犊鼻下 3 寸,胫骨前嵴外一横指,直刺 1 ~ 2 寸,瘦弱者需控制深度防透伤胫骨。血海定位为髌底内侧端上 2 寸,斜刺时避免向内上方深刺以防损伤股动静脉。三阴交定位为内踝尖上 3 寸,胫骨内侧缘后方,注意该穴位孕妇禁针,避免诱发宫缩,且直刺应为 1 ~ 1.5 寸,深刺可能刺激胫神经。阴陵泉定位为胫骨内侧髁下缘凹陷处,注意老年骨质疏松者忌重手法。曲池定位为屈肘成直角,肘横纹外侧端,直刺 1 ~ 1.5 寸,注意避免过度提插伤及桡神经。第 9 胸椎棘突下旁开 1.5 寸为肝俞定位,针刺时注意向脊柱方向斜刺 0.5 ~ 0.8 寸,严禁直刺过深。所有穴位均需结合患者体型调整:肥胖者适当增加进针深度,消瘦者减少进针深度。

3.2 分层注射

嘱患者取平卧位,以马克笔标记取穴位置。医师双手、患者局部皮肤消毒,医师以 2.5 mL 注射器(生产企业:安徽宏宇五洲医疗器械股份有限公司,国械注准 20193141643)吸取维生素 B₆ 注射液 2.5 mL,排空空气,垂直皮下注射中庭穴 0.1 ~ 0.2 mL(视患者疼痛程度、胖瘦差异而定),随后深刺至胸骨骨膜前注入 0.3 mL,以增强刺激量。配穴视患者辨证类型选择,每穴 0.5 mL。注射完成后以消毒干棉球或无菌棉签按压穴位,嘱患者留观 15 min。注射时注意刺入皮下穴位后回抽无血方可推药,推药时应均匀、慢速给药,注意观察患者有无晕针等现象,以便及时处理。

3.3 未病先防,既病防变

在穴位注射的治疗中,每个月经周期选取 3 个时间段,即患者有痛经反应(如乳房胀痛、小腹坠胀疼痛)时至月经来潮前、月经来潮 24 h 内、月经来潮 24 ~ 72 h 内各治疗 1 次,共 3 次。连续观察治疗 3 个月经周期,治疗结束后 3 个月随访疾病有无反复。大部分患者反映,在第一次穴位注射后 10 ~ 15 min,经行疼痛即刻有明显缓解,甚或不痛;治疗 2 ~ 3 个周期后停止治疗无不良反应。选择在月经即将来潮前注射第一针,体现了“消未起之患,医之于无事之前”的“未病先防”“未病先医”思想,在疼痛尚未发作时进行预防性治疗,减轻疼痛;而后两针的治疗时间,则选在月经来潮后 3 d 内,对应“既病防变”的思想,此时女子刚进入月经期,体内气血变化迅速,是大部分痛经患者疼痛开始或持续的时间,作为治疗的切入点,可有效缓解患者的疼痛。

4 典型医案

典型病案一:患者甲,女,15 岁,2024 年 5 月 10 日初诊。主诉:痛经 1 年,疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)8 分。现病史:14 岁月经初潮,月经周期规律(28 ~ 30 d),经期 3 ~ 4 d,月经量少,色暗夹血块。经前 1 d 及经前 2 d 小腹绞痛拒按,伴胸胁胀痛、腰骶酸冷,疼痛持续至经行第 2 d 缓解。末次月经 2024 年 4 月 28 日。个人史与既往

史:平素喜冷饮,畏寒喜暖,无慢性病史。现症:舌质红,苔白厚黏腻,脉弦滑。辅助检查:子宫及双附件 B 超未见异常。西医诊断:原发性痛经。中医诊断:痛经(寒凝血瘀证)。治法:温阳散寒、活血化瘀。选穴:中庭(调理冲任气机)、双肾俞(温补肾阳)、腰阳关(温通督脉)。操作:嘱患者在有痛经反应(如乳房胀痛、小腹坠胀疼痛)时至月经来潮前、月经来潮 24 h 内及月经来潮 24 ~ 72 h 内来我科就诊,给予维生素 B₆ 注射液注射中庭穴、双肾俞、腰阳关(各 0.5 mL),连续治疗 3 个周期。

复诊记录:患者 5 月 30 日第二周期复诊治疗,注射后 10 min VAS 评分降至 3 分,小腹冷痛明显缓解;6 月 28 日第三周期复诊,反映本次月经前仍有少许小腹痛,疼痛较前明显好转,无胸胁胀痛及腰酸,经量中等,血块减少,为巩固治疗,嘱其再续治 1 个周期;第四周期治疗时腹痛症状消失,痛经痊愈。

按语:患者嗜食生冷,损伤脾肾阳气,寒邪内伏胞宫。寒凝则血行不畅,瘀阻冲任,故见经少夹块、小腹冷痛;阳气不达四末则畏寒喜暖;舌红为寒郁化热之象,苔白厚腻、脉弦滑乃寒湿瘀滞之征。因此治疗应以“温通”为要,重在散寒化瘀。肾俞为肾之背俞穴,灸之可温补肾阳,驱散内寒;腰阳关属督脉,功擅温通经脉、散寒止痛;中庭位于任脉,调气机以疏冲任。三穴配伍,共奏温阳散寒、活血通络之效。维生素 B₆ 注射液穴位注射兼具药物解痉与针刺温通双重作用,尤宜寒凝血瘀型痛经。本案印证“通则不痛”之理,针对寒凝血瘀型痛经,以肾俞、腰阳关温补下焦,中庭调畅气机,结合穴位注射疗法,可有效改善阳虚寒凝、瘀阻胞宫之病理状态,临床宜早期干预并巩固治疗。

典型病案二:患者乙,女,36 岁,2024 年 10 月 11 日初诊。主诉:痛经 4 年,加重伴周期延长。现病史:患者 2020 年前月经周期规律,量、色、质正常,无经行疼痛。2021 年接种新冠疫苗后出现经期延长(10 ~ 15 d),经量增多,色暗红夹血块,周期仍规律,经行小腹冷痛,遇寒或食生冷加重,得温痛减,VAS 评分 9 分。曾针灸、中药治疗多次,效果不佳,遂至我科门诊就诊。末次月经 8 月 31 日,至 10 月 2 日方停。既往史与个人史:平素嗜食生冷,无手术史及盆腔炎病史。现症:唇黯,舌红伴有瘀斑,苔白厚腻,脉弦细。辅助检查:2024 年 8 月 20 日腔内 B 超示:子宫体上下径 61 mm,左右径 59 mm,前后径 59 mm,形态饱满,包膜完整,子宫后壁肌层明显增厚,回声增粗、增强,余肌层回声均匀,宫腔线清晰,内膜厚 17 mm。宫颈部可见薄壁无回声区,大者约 8 mm × 6 mm。右侧卵巢大小形态正常,边界清,内部结构清楚。左侧卵巢内可见薄壁无回声区,大小约 22 mm × 22 mm。西医诊断:子宫腺肌症。中医诊断:痛经(寒凝血瘀证)。治法:温经散寒,化瘀止痛。选穴:中庭穴(通调胞宫气机,缓解小腹冷痛)、肾俞+腰阳关(温补肾阳、散寒通络)。操作:嘱患者在有痛经反应(如乳房胀痛、小腹坠胀疼痛)时至月经来潮前、月经来潮 24 h 内及月经来潮 24 ~ 72 h 内来我科就诊,给予维生素

B₆ 注射液注射中庭穴、双肾俞、腰阳关(各 0.5 mL),连续治疗 3 个周期。

复诊记录:患者于 10 月 19 日行第一周期规律治疗,诉本次月经量仍大,色红,夹有血块,腹稍疼痛,程度较前缓解,VAS 评分 4 分;于 11 月 22 日行第二周期规律治疗,月经周期规律,上月行经天数 7 d,腹已不痛。患者于 12 月 4 日复查腔内 B 超示:子宫体上下径 73 mm,左右径 62 mm,前后径 57 mm,形态饱满,包膜完整,子宫后壁肌层明显增厚,回声增粗、增强,余肌层回声均匀,宫腔线清晰,内膜厚 5.1 mm。宫颈部可见薄壁无回声区,大者约 8 mm × 6 mm。双侧卵巢大小形态正常,未见明显异常声像改变;双侧附件区未见明显包块及占位。至 12 月 20 日复诊时患者已无腹痛,且经期正常、周期规律,再予巩固 1 个疗程,基本痊愈。

按语:本案属典型“寒凝血瘀”,《医林改错》云:“血受寒则凝结成块”。患者体内寒湿凝聚,阻滞冲任,瘀血内停,故见经期延长、血块、冷痛,得寒加重,遇热痛减,口唇晦暗,舌有瘀斑,苔厚腻,脉弦细。治法以“温通”为核心,取穴肾俞、腰阳关激发督脉阳气,散胞宫寒凝,中庭穴调和任脉,配维生素 B₆ 解痉止痛。从另一个角度讲,通过 2 个周期的规律治疗,患者痛经治愈,但仍巩固治疗 1 个周期,叮嘱其注意饮食休息,对应“瘥后防复”。结论:寒凝血瘀型痛经需紧扣“温通化瘀”,结合经期生理特点分期干预,佐以现代药理增效,可为腺肌症相关痛经提供新思路。

5 结语

黄红医师通过多年的临床经验总结和方法创新,采取维生素 B₆ 注射液穴位注射中庭穴的方法治疗女性痛经,不仅能有效缓解患者症状,突破传统针灸需留针 30 min 的局限,实现“即注即走”的便捷治疗,同时此法也易于广大临床工作者掌握和运用。近年来痛经发病率逐年上升,患者数量增加,因此寻找一种能够快速、简便、有效治疗痛经的方法尤为重要。黄红医师治疗痛经的方法,对缓解患者病痛具有重要意义。作为后学者,不仅要深入学习黄红医师治疗痛经的临床经验,也应学习其重视体格检查、不断钻研经典文献、研究创新的精神。

参考文献

[1] 江林臻,张鹏飞,张静.原发性痛经的磁共振神经影像学进展[J].磁共振成像,2023,14(11):193-197.
[2] 苏雪荣.中医外治法治疗青少年原发性痛经的临床效果分析[J].中国实用医药,2021,16(18):172-174.
[3] 杨黄珊,张晓东,张晓东治疗原发性痛经经验[J].中国民间疗法,2021,29(9):37-39.
[4] 贾林娜,严骅.少腹逐瘀胶囊联合复方炔诺酮治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床研究[J].现代药物与临床,2024,39(12):3167-3172.

[5] MORENO GÓMEZ A, GUO P, DE LA LLAVE RINCÓN A I, et al. Women's experiences of primary dysmenorrhea symptoms: a systematic review of qualitative evidence and meta-aggregation[J]. Women Health, 2023, 63(8):658-668.
[6] DAWOOD M Y. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management[J]. Obstet Gynecol, 2006, 108(2):428-441.
[7] 李碧钦,张颖,周祖妹,等.地屈孕酮治疗痛经有效性及安全性的前瞻性、随机对照、开放标签、多中心临床研究[J].中国药房,2022,33(3):344-351.
[8] 林丽霞,肖薇,李深情,等.针刺对比布洛芬治疗原发性痛经临床疗效 Meta 分析[J].上海针灸杂志,2020,39(1):102-109.
[9] 梁潇,宋亚静.中医病证诊断疗效标准·原发性痛经(修订)[J].中华中医药杂志,2024,39(4):1884-1887.
[10] 张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,1991:231-235.
[11] 陈自明.妇人大全良方[M].王咪咪,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
[12] 王越,王清,和昭君,等.国医大师许润三用抵当汤加减治疗瘀血型痛经之经验[J].中医药学报,2024,52(9):88-91.
[13] 王中柯,王富春.中医药治疗寒凝血瘀型痛经临床研究进展[J].国医论坛,2022,37(6):76-78.
[14] 王冰.重广补注黄帝内经素问[M].北京:中医古籍出版社,2015.
[15] 巢元方.诸病源候论[M].宋白杨,校注.北京:中国医药科技出版社,2011.
[16] 黄林如.“冲气上逆,瘀血阻络”新病机理论指导下中药联合治疗子宫内腺异位症痛经的临床观察[D].南昌:江西中医药大学,2021.
[17] 清·傅山.傅青主女科[M].北京:人民卫生出版社,2006:19,26.
[18] 明·李时珍.本草纲目[M].北京:线装书局有限公司,2019:440-441.
[19] 焦小玉,王渊,郭新荣,等.国医大师郭诚杰运用少腹逐瘀汤结合针刺治疗瘀血型痛经经验[J].时珍国医国药,2024,35(14):3268-3271.
[20] 林悦,徐莲薇,李盛楠,等.自拟痛经方治疗寒凝血瘀型原发性痛经临床观察[J].光明中医,2024,39(24):4953-4956.
[21] 张静毅,迟笑怡,侯雁.侯雁治疗痛经的临床经验总结[J].中医临床研究,2023,15(28):133-136.
[22] 黄元御.灵枢悬解(孙国中、方向红点校)[M].北京:学苑出版社,2013:93.
[23] 黄红.任脉络穴新说[J].中国针灸,2021,41(2):210-212.
[24] 罗天益.卫生宝鉴[M].北京:中国中医药出版社,2007.
[25] 王洪亮,董志浩,汤晓艳,等.针灸治疗子宫内腺异位症痛经选穴规律分析[J].江西中医药,2025,56(1):47-52.
[26] 孙旖旎,侯学思,吴江昀,等.基于脾经膻穴阳性反应取穴针刺治疗原发性痛经:随机对照研究[J].针刺研究,2018,43(5):307-310.
[27] 朱仲初,陈秀文.去氧孕烯炔雌醇联合维生素 B6 治疗原发性痛经的临床疗效[J].数理医药学杂志,2016,29(10):1533-1534.
[28] 崔悦娟,任翠玲,毕春蕾.维生素 B6 治疗原发性痛经的临床应用[J].中外医疗,2008,28(24):75.
[29] 陈波.原发性痛经行去氧孕烯炔雌醇联合维生素 B6 治疗的疗效分析[J].药物与人,2014,27(7):240-241.