

# 脐灸干预寒凝血瘀型原发性痛经的临床疗效观察

何佳 李芳 罗欢 张咪

湖南中医药高等专科学校附属第一医院（湖南省直中医医院）中医特色护理门诊  
湖南 株洲 412000

**摘要：**本研究评估了脐灸干预寒凝血瘀型原发性痛经的临床疗效。通过将 80 例患者随机分为治疗组和对照组，治疗组接受脐灸干预，对照组使用布洛芬治疗。结果表明，治疗组在疼痛缓解、中医证候改善及子宫血流动力学指标方面优于对照组，总有效率为 92.5%，显著高于对照组的 72.5%。同时，脐灸组未发生严重不良反应，安全性良好。脐灸通过温阳散寒、活血化瘀的作用，显著改善寒凝血瘀型原发性痛经患者的症状。研究结果表明，脐灸作为一种安全有效的治疗方法，具有广泛的临床应用前景。

**关键词：**脐灸；寒凝血瘀；原发性痛经；疗效；中医外治

## 引言

原发性痛经是育龄期女性中最为常见的妇科问题之一，其主要表现为经期腹痛，常伴随乏力、头痛、恶心、情绪波动等症状，严重时甚至影响患者的学习、工作及日常生活<sup>[1]</sup>。据流行病学资料显示，原发性痛经的患病率可高达 50%~90%，其中以青少年和未婚女性为主，具有发病率高、持续时间长、治疗依从性差的特点。现代医学认为其主要机制涉及前列腺素分泌紊乱、子宫异常收缩、子宫血流减少等因素，但目前临床治疗多以非甾体抗炎药（NSAIDs）为主，虽能暂时缓解症状，但复发率高、药物依赖性强且存在一定副作用<sup>[2]</sup>。因此寻求安全、有效、无副作用的替代治疗手段，成为亟待解决的临床问题。

## 1 材料与方法

### 1.1 研究对象

本研究纳入对象为在 2023 年 1 月至 2024 年 6 月期间，前来中医医院妇科门诊就诊并被确诊为寒凝血瘀型原发性痛经的

患者共 80 例。所有患者均符合《中医病证诊断疗效标准》对寒凝血瘀型痛经的辨证标准及《妇科学》教科书中原发性痛经的现代诊断标准，具备明确诊断，年龄在 18 至 30 岁之间，月经规律，既往月经来潮即伴有明显腹痛症状，并连续三个以上周期疼痛达到中度或以上。纳入标准还包括：未婚、未育，未接受激素治疗，近三个月内未使用其他中医治疗方式。排除标准包括：因子宫内膜异位症、子宫肌瘤、卵巢囊肿等器质性疾病所致的继发性痛经；存在严重心肝肾功能障碍或精神疾病者；合并严重贫血、甲状腺疾病等影响月经周期的内分泌病史；以及在研究期间使用止痛药、避孕药或其他可能影响研究干预效果的药物者。所有受试者均签署知情同意书，研究获得本院伦理委员会批准。

### 1.2 分组与治疗方法

本研究采用随机数字表法将 80 名受试者分为治疗组和对照组，每组各 40 人，确保两组在年龄、病程、体质等基本资料方面具有可比性。治疗组接受脐灸干预，

取神阙穴（脐中）为主要施灸部位，药饼由附子、肉桂、干姜、艾绒等温阳散寒、活血化瘀中药组成，将药饼置于脐部，用艾灸器进行温灸，每次灸疗 30 分钟，每日 1 次，经期前 3 天开始连续施灸 5 天，为 1 个周期，共治疗 3 个经周期。对照组则接受常规西药治疗，选用布洛芬缓释胶囊口服，每次 400mg，经期前 1 日开始服用，每日两次，持续 3 日，亦连续治疗 3 个经周期。两组均要求在治疗期间保持生活规律、避免受寒，并禁止使用其他调经止痛药物或中医外治法，确保干预单一性与结果可靠性。

1.3 观察指标

本研究设置主观与客观相结合的多维度观察指标，以全面评估脐灸干预的临床效果。主观指标包括痛经程度视觉模拟评分法（VAS 评分）及痛经严重程度评分，VAS 评分采用 0 至 10 分法，由受试者根据自身疼痛感进行打分，其中 0 分表示无痛，10 分为剧痛，分数越高表明疼痛越严重。痛经严重程度则按照疼痛持续时间、影响日常活动程度等方面综合评估。客观指标方面包括中医证候积分及子宫血流动力学指标测量，前者涵盖腹痛、经色暗、有血块、手足不温、舌质暗红、脉象沉涩等症状体征的综合评分；后者通过彩色多普勒超声检测子宫动脉阻力指数（RI）与搏动指数（PI），反映子宫血流改善程度。

记录两组治疗期间可能发生的不良反应，包括皮肤瘙痒、灼伤、胃肠不适等，作为安全性观察指标。评估时间点设定为治疗前、每个治疗周期结束时、及治疗结束后 1 个月随访期，以观察疗效持续性及可能的复发情况。

1.4 统计学方法

所有数据均采用 SPSS 26.0 软件进行录入和分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验；计数资料以百分比表示，采用卡方检验进行差异分析；多时间点测量值采用重复测量方差分析；疗效等级比较依据 Ridit 分析。检验水准设定为  $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义<sup>[3]</sup>。研究过程中严格控制数据质量，确保研究结果的科学性与可信度。

2 结果

2.1 各组一般资料比较

为确保研究数据的可比性与结论的科学性，研究在实施前对治疗组与对照组的基线人口学与临床特征进行了统计分析，包括年龄、痛经病程、月经周期及月经持续天数等指标。两组样本在性别、年龄结构、病程长短、月经周期长度等方面均无统计学差异（ $P > 0.05$ ），表明随机分组后两组对象的基线特征具有良好的均衡性，可进行后续疗效比较。下表展示了治疗组与对照组在干预前的一般资料比较情况。

表 1 两组患者干预前一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 项目        | 治疗组（n=40）  | 对照组（n=40）  | t值 / $\chi^2$ 值 | P值    |
|-----------|------------|------------|-----------------|-------|
| 年龄（岁）     | 23.15±2.74 | 22.90±2.81 | 0.411           | 0.683 |
| 病程（年）     | 3.18±1.10  | 3.25±1.03  | -0.293          | 0.770 |
| 月经周期（天）   | 28.05±2.42 | 27.88±2.39 | 0.319           | 0.751 |
| 经期持续时间（天） | 5.26±0.85  | 5.20±0.91  | 0.289           | 0.773 |

结果显示，两组在研究开始时具备良好的可比性，为干预效果的科学评价奠定了基础。

2.2 疗效比较结果

在完成 3 个经周期的治疗后，两组受试者的疼痛程度、症状缓解情况等均有改

善，治疗组在疼痛缓解及中医证候积分改善方面表现尤为显著。具体而言，治疗组 VAS 评分在治疗前后显著下降( $P<0.01$ )，对照组亦有改善但幅度较小。中医证候积分方面，治疗组在腹痛、经血色暗、有血块、手足不温等核心症状上的评分明显下降。

表 2 两组治疗前后 VAS 评分及中医证候积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 指标     | 时间点 | 治疗组 (n=40) | 对照组 (n=40) | t值     | P值     |
|--------|-----|------------|------------|--------|--------|
| VAS评分  | 治疗前 | 7.62±1.11  | 7.53±1.15  | 0.354  | 0.724  |
|        | 治疗后 | 2.63±0.94  | 4.95±1.07  | -10.72 | <0.001 |
| 中医证候积分 | 治疗前 | 15.20±2.13 | 15.05±2.25 | 0.299  | 0.766  |
|        | 治疗后 | 5.85±1.37  | 9.36±1.62  | -10.04 | <0.001 |

治疗组在 VAS 评分和中医证候积分上的改善幅度显著优于对照组，显示出脐灸干预在临床疗效方面的优势。

(痊愈、显效、有效之和)，发现治疗组的总有效率达到 92.5%，对照组为 72.5%，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

进一步按疗效标准评估两组总有效率

表 3 两组治疗后临床疗效比较 (n, %)

| 疗效等级 | 治疗组 (n=40) | 对照组 (n=40) | $\chi^2$ 值 | P值    |
|------|------------|------------|------------|-------|
| 痊愈   | 14 (35.0%) | 6 (15.0%)  | 8.217      | 0.016 |
| 显效   | 16 (40.0%) | 13 (32.5%) |            |       |
| 有效   | 7 (17.5%)  | 10 (25.0%) |            |       |
| 无效   | 3 (7.5%)   | 11 (27.5%) |            |       |
| 总有效率 | 37 (92.5%) | 29 (72.5%) |            |       |

由此可见，脐灸干预在整体疗效评价上优于常规西药治疗，具备良好的临床推广前景。

究干预前后两组患者 RI (阻力指数) 及 PI (搏动指数) 变化情况，进一步评估脐灸对子宫血液循环的影响。结果显示，治疗组在干预后 RI 与 PI 数值显著下降，表明子宫供血改善；而对照组下降幅度较小，差异具有统计学意义。

2.3 子宫血流动力学指标变化

采用彩超检测子宫动脉血流参数，研

表 4 两组治疗前后子宫动脉血流指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 指标 | 时间点 | 治疗组 (n=40) | 对照组 (n=40) | t值     | P值     |
|----|-----|------------|------------|--------|--------|
| RI | 治疗前 | 0.71±0.08  | 0.70±0.07  | 0.587  | 0.559  |
|    | 治疗后 | 0.59±0.05  | 0.65±0.06  | -5.034 | <0.001 |
| PI | 治疗前 | 1.87±0.21  | 1.85±0.24  | 0.395  | 0.694  |
|    | 治疗后 | 1.43±0.16  | 1.71±0.20  | -6.374 | <0.001 |

数据表明, 脐灸能够有效改善寒凝血瘀型患者子宫局部循环障碍, 可能为其缓解疼痛提供了重要机制基础。

## 2.4 安全性评价

在整个干预过程中, 两组患者均未出现严重不良反应, 治疗组中 2 例出现局部皮肤轻微发红, 1 例感觉温度略高, 均在去除灸器后自行缓解, 无需特殊处理; 对照组中 3 例出现胃部不适, 1 例服药后头晕。所有不良反应均为轻度, 未影响继续治疗。两组间不良事件发生率无显著性差异 ( $P>0.05$ ), 说明脐灸干预具备良好的安全性。大多数患者对脐灸治疗表示满意并愿意继续接受该疗法, 治疗依从性较高, 未出现中途退出者。综上所述, 脐灸干预在治疗寒凝血瘀型原发性痛经中不仅疗效显著、机制明确, 且具有较高的安全性和接受度, 值得在临床中进一步推广应用。

## 3 讨论

### 3.1 结果分析与解释

本研究结果表明, 脐灸干预对于寒凝血瘀型原发性痛经患者在减轻疼痛程度、改善中医证候表现及促进子宫血流方面均表现出良好的临床效果。从中医学机理分析, 寒凝血瘀型痛经的病因多为阳虚体质, 感受寒邪, 寒凝胞宫, 导致气血运行不畅, 经脉失养而致疼痛, 脐灸通过温热刺激神阙穴, 借助药物成分的透皮吸收与局部灸热的协同作用, 可起到温阳散寒、活血化瘀、疏通经络的综合疗效<sup>[4]</sup>。神阙穴属任脉, 是人体阳气升发的重要枢纽, 脐灸通过此穴对腹部经脉与子宫产生直接调节, 改善胞宫寒冷状态, 从而缓解由寒凝引起的经行腹痛。

疼痛缓解机制方面, 现代研究认为脐灸可能通过调节神经内分泌功能, 降低外周前列腺素 E2 (PGE2) 与前列腺素 F2  $\alpha$

(PGF2  $\alpha$ ) 的水平, 抑制其诱导的子宫强烈收缩反应, 从而减轻子宫张力与疼痛感。脐灸刺激可改善盆腔局部微循环, 增加子宫血流灌注, 有助于瘀血排出与组织修复, 亦可间接缓解疼痛。本研究中治疗组 RI、PI 明显降低, 亦提示子宫动脉血流阻力下降, 血流状态得到优化, 从机制层面进一步佐证了脐灸在促进宫血流通畅方面的积极作用。

与常规西药治疗方式相比, 脐灸具有明显的多重优势。在安全性方面, 脐灸为纯中药外治, 无需内服药物, 避免了布洛芬等 NSAIDs 类药物可能引起的胃肠不适、肝肾负担等副作用, 患者依从性与满意度较高; 脐灸不仅针对疼痛症状进行缓解, 更从中医辨证角度出发, 调和整体气血阴阳状态, 实现“治标与治本”结合; 再次, 其操作简便、适用性强, 适合居家实施或在基层医疗机构广泛推广。对比本研究两组临床疗效发现, 治疗组总有效率明显高于对照组, 尤其在痛感缓解程度与中医证候积分改善方面更具显著差异, 说明脐灸疗法具有可靠的临床价值。

### 3.2 理论联系

脐灸疗法在古代医籍中早有记载,《千金要方》《外台秘要》《针灸甲乙经》等经典文献中均对脐灸温阳通络、治疗痛经、泄泻、虚寒腹痛等疾病有明确论述。神阙穴作为“命门之火”的通道, 是脏腑气血交汇之处, 对人体生殖系统具有重要调控功能, 运用温灸及药饼配伍施灸, 不仅具备局部刺激的效应, 还可借助脐部皮肤毛细血管丰富与吸收能力强的优势, 将药力渗透入络, 调节脏腑机能, 起到以外治法调内疾的作用<sup>[5]</sup>。近年来现代医学也逐步揭示了脐灸可能影响神经—内分泌—免疫网络系统的调节作用, 通过局部温热与药物刺激引起体内相关炎性因子与疼痛介质

水平的变化,从而达到缓解痛经的临床效果。中医外治法因其天然、绿色、操作简易等特点,逐渐受到患者与临床医生的青睐,是中医药现代化发展过程中的重要路径之一。

### 3.3 局限性分析

本研究虽然在设计上尽量控制干扰变量,并结合多维度的评估指标对脐灸干预的疗效进行了综合分析,但仍存在一定的局限性。样本量相对较小,限制了研究结果的广泛推广与代表性;随访时间仅持续至治疗结束后1个月,尚不能全面评价其长期维持疗效及复发情况;部分关键评价指标(如VAS评分、中医证候积分)具有主观性,易受患者个体情绪、认知偏差等因素影响,可能导致偏倚。由于脐灸操作对手法、药物比例及施灸温度的标准化要求较高,而临床实践中操作者经验水平差异可能影响疗效的稳定性与重复性,这亦是后续研究中亟需改进的方向。

### 3.4 后续研究建议

针对上述局限性,建议今后可开展样本量更大、时间跨度更长的多中心随机对照研究,以提高数据的代表性与稳定性,同时将随访时间延长至6个月甚至1年,以观察疗效持续时间与复发情况的变化趋势。应进一步结合生物化学指标、功能影

像技术等手段,对脐灸作用机制进行深入探讨,明确其调节神经内分泌网络与免疫系统的具体路径。在临床干预方面,也建议将脐灸与针刺、艾灸、推拿等中医传统疗法联合应用,探索协同作用与疗效增强机制,构建多维协同干预模型,为痛经患者提供更系统、更高效的治疗方案。

## 结论

本研究结果表明,脐灸干预在治疗寒凝血瘀型原发性痛经方面具有显著疗效,能够有效缓解疼痛程度,改善中医证候表现,并促进子宫局部血流动力学指标的改善。与常规西药治疗相比,脐灸不仅在疗效上更为显著,而且具有不依赖药物、无系统性毒副作用的安全优势,患者依从性与满意度较高。研究过程中未发现严重不良反应,进一步证实了其临床应用的安全性及可行性。作为中医外治疗法的代表之一,脐灸依托“神阙”穴位的独特生理结构及中药热敷的协同机制,实现了内病外治、整体调和的治疗理念,具有良好的理论基础和操作简便、疗效确切等特点。基于本研究结果,脐灸可作为寒凝血瘀型原发性痛经患者的有效干预手段,具备较高的推广价值,值得在临床实践中进一步推广与应用,并为中医传统疗法的现代转化与国际传播提供了有益范例。

## 参考文献

- [1]李知然,张乐,王小丹,等.基于SrTO探析当代中医妇科领域名家和学派论治痛经的学术特点[J].中国中医基础医学杂志,2025,31(04):596-602.
- [2]赵欣,阳微,罗艳琴.中药铺灸联合艾附暖宫汤口服治疗原发性痛经虚寒型临床研究[J].实用中医药杂志,2025,41(04):731-733.
- [3]赵琳贝妮,龙金玲,柯倩蓉,等.痛经膏治疗原发性痛经(寒凝血瘀证)临床观察[J].中国中医急症,2025,34(04):653-656.
- [4]席鑫.温阳活血汤联合西药和中药热奄包治疗原发性痛经寒凝血瘀证的研究[J].中医研究,2025,38(02):46-51.
- [5]李新梅,王蓉,水蓉枝,等.中西医结合治疗寒凝血瘀型原发性痛经研究进展[J].实用中医内科杂志,2024,38(11):96-98.