颊针调督治疗子宫内膜异位症疼痛医案2则

陈弦[1]，潘丽贞[1]，季丽平[2]，王英[1]，邓赠秀[1]，王靖仪[1]

1. 福建中医药大学附属南平市人民医院妇产科，福建 南平 353000
2. 福建中医药大学附属南平市人民医院麻醉科，福建 南平 353000

［关键词］子宫内膜异位症；疼痛；颊针；督脉
［中图分类号］R249　［文献标志码］B　［文章编号］0256-7415（2025）16-0117-03
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.16.022

子宫内膜异位症疼痛包括痛经和慢性盆腔痛，是促使女性就诊的主要原因之一，严重侵蚀女性身心健康。颊针疗法是通过刺激颊部的全息系统治疗全身疾病的一种无痛微针疗法，对于疼痛疾病具有显著疗效，其治疗原发性痛经和子宫内膜异位症痛经也可见最新报道[1-3]。颊针疗法结合传统中医理论、现代解剖及心理学成果，覆盖全息-三焦-心身三个层次的诊治理论，具有取穴标准、靶点明确、快速起效、无痛安全的特点[4]。颊针具备中医整体观思路，将脊神经-内脏有机结合，以消除靶点为基础，通过针尖的调整达到对解剖病灶的精准治疗，实现针到病除的独特疗效。其中，颊部腧穴上颈、颈、背、腰、骶、尾构成了调节督脉的关键关联取穴。在临床中，颊针全息调节督脉的诊疗思路对重度子宫内膜异位症相关疼痛也具有较好疗效。现整理颊针调督治疗子宫内膜异位症疼痛医案2则，介绍如下。

例1：患者，女，41岁。病史：月经初潮即伴痛经，经后症缓，痛经渐进性加剧，常服药物止痛。4年余前行宫腹腔镜下盆腔肠粘连松解联合内异灶电烙术，术后诊断：子宫内膜异位症 Ⅲ期，子宫腺肌病，术后GnRh-α治疗3个疗程，转经后仍有轻微痛经。3个月前因子宫内膜息肉和子宫内膜炎于外院行手术及抗炎治疗。术后首次月经痛经加重，疼痛范围扩大至髋部及肛门，经净后仍腹痛隐隐，平日需服用止痛药、康妇消炎栓、妇科千金片等改善症状。本次月经来潮疼痛剧烈，经净后不能缓解，增加口服药物剂量及双氯芬酸钠塞肛不能缓解。遂前来就诊，妇检提示宫体质硬，饱满，活动欠佳，压痛明显。辅助检查糖类抗原125（CA125）46.5 U/mL，彩超经阴道检查：子宫腺肌病伴腺肌瘤。CT检查：骶髂关节轻度退行性病变。症见：渐进性腹痛，牵涉髋及肛门，烦躁，纳可，寐欠，二便调，舌红、有瘀点、苔黄腻，脉弦滑。既往有多囊卵巢综合征和高血压病史。月经史：15岁，5/27～38天，经量中，痛经（++），血块（+）。婚育史：已婚，孕育史0-0-0-0，生化妊娠1次。入院时西医诊断：子宫内膜异位症复发，子宫腺肌病伴腺肌瘤、子宫内膜息肉术后。中医诊断：腹痛，湿热瘀结证。入院后采用2天综合治疗干预：①予中药汤剂清热利湿，化瘀止痛。处方：半边莲15 g，白花蛇舌草10 g，乌药10 g，枳壳6 g，栀子10 g，蒲公英15 g，赤芍10 g，茯苓10 g，虎杖10 g，延胡索10 g，川楝子10 g。每天1剂，水煎取汁250 mL，每天2次，口服。②予中药灌肠清热化瘀。处方：赤芍15 g，延胡索10 g，红藤15 g，牛膝10 g，王不留行15 g，血竭3 g，香附10 g，枳壳6 g。浓煎取汁100 mL装瓶，睡前灌肠，15 min滴尽，保留药液至少2 h。③于阴道侧穹窿内行丹参药物注射

［收稿日期］2025-02-07
［修回日期］2025-07-02
［基金项目］福建省中医药重点学科建设项目（闽卫中医函〔2024〕363号）
［作者简介］陈弦（1986-），男，医学硕士，副主任医师，E-mail：fjfcfyytwaljr@126.com。
［通信作者］潘丽贞（1961-），女，主任医师，教授，硕士研究生导师，E-mail：panlz6156@aliyun.com。

改善盆腔血流。④腹部射频缓解子宫平滑肌痉挛1次。上述方案治疗2天，症状缓解不佳。遂再配合针灸治疗2天，按常规方案针刺取穴为百会、天枢(双侧)、气海、关元、地机(双侧)、三阴交(双侧)、腰眼(双侧)、秩边(双侧)、次髎(双侧)，配合艾灸盒灸小腹部及腰骶部，治疗结束后患者仍腹痛隐隐，牵涉肛周。

其后对该患者进行全身详细查体，发现于双侧C_3～T_{12}棘突旁广泛压痛(+)；双侧L_5～S_4骶孔周围及尾骨压痛(+)，S_2～S_4骶筋膜触及条索；右胸大肌、前锯肌压痛(+)，右腹肌群紧张，右下腹和中下腹深压痛(++)，右髂嵴酸痛(+)，右腹股沟、髋关节压痛(+)，右股后侧及小腿肌群紧张，右腘窝压痛(+)。考虑此患者压痛阳性体征的靶点涉及督脉和右侧胸腹部，疼痛激发点并非局限于小腹和腰骶，故改用颊针调督思路治疗。取颊部脊柱6穴：双侧上颈、颈、背、腰背、腰、骶；配合右中焦、下焦调理脏腑气机(穴位见图1)；取0.16 mm×25 mm规格一次性套管针，进针后再次查体，根据靶点缓解情况调整针尖深度和角度，并行雀啄手法，至压痛靶点部分消失或缓解70%以上。调针后患者诉腹痛即刻缓解，右臀仍有牵扯感，又取右颊部尾穴针刺并调针至牵扯感消失。留针20 min，患者起针后自觉舒适。嘱患者继续配合同前中药、灌肠巩固治疗。

2天后患者诉右下腹疼痛再发，症状减半，再次全身查体后，发现之前的压痛靶点范围和程度较前减轻，依前法再次行颊针治疗后症状即刻消失。此后，患者继续中药治疗，未再行针刺。半个月后随访，患者诉月经来潮，疼痛未复发。

按：中医学认为血瘀是子宫内膜异位症疼痛的核心证素，且“瘀”多积于胞宫、盆腔，指南中从任脉、下肢和局部取穴治疗[5]。从督脉入手并非常见的诊治思路，仅少数学者将子宫内膜异位症疼痛与“督脉为病”相联系，用督灸法治疗而获效[6]。从经络理论认识，“督脉者，起于少腹”，与冲任脉同源于胞宫，为“一源三歧”。督脉为统领一身阳脉，脉气营养六腑，调节全身阳气运行与分布，督脉又入络于脑，助脑之元神调控人体五脏六腑。“泛督脉”[7]概念进一步认为督脉与夹脊穴、背俞穴经气互通，能视作对脏腑器官功能起到直接或间接的调控作用的一个整体，督脉背段为中心的不同脊柱节段区域能够诊治对应脏腑器官疾病。从现代医学分析，子宫内膜异位症发生发展与周期性炎性刺激伴随神经重塑密不可分[8]，脊髓背根节由于受长期交感-感觉耦联和神经生长因子作用，神经元兴奋性增强，从而导致背根节感觉异常或痛觉敏化[9]。本案患者为重度子宫内膜异位症合并子宫腺肌病，经诊治转经后仍有痛经，提示周期性炎性损害仍存在，本次又因子宫内膜炎症诱发加重，且出现慢性盆腔痛表现。采用中药、灌肠、常规针灸等手段干预后疗效不佳，较为棘手。经全身详细查体后发现患者疼痛靶点多汇聚于督脉和右胸腹，而非任脉和小腹局部。督脉背段痛觉敏化后会放大痛感引发中枢神经反馈调节，刺激病灶周围肌纤维再次收缩，诱导疼痛循环加重，故局部久治效果不佳。根据颊针全息理论，将督脉-脏腑视为一个整体，采用颊部对应脊柱和中下二焦腧穴针刺，并调针至靶点消失或缓解，以此疏通经气传导，达到满意的止痛效果。

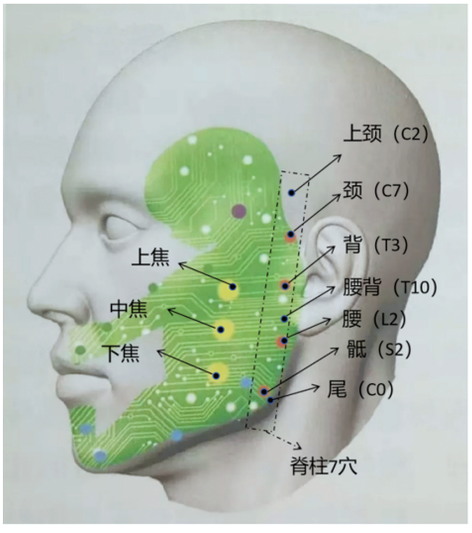


图1　颊针穴位图

例2：患者，女，37岁。病史：2年前因不孕行宫腹腔镜手术诊断：子宫内膜异位症Ⅲ期，子宫腺肌病，宫腔粘连，原发性不孕。半年前于外院生殖中心取卵4枚，移植失败1次。失败后患者子宫内膜持续小于6 mm，于我院综合治疗后子宫内膜最厚时＞7 mm。2天前患者于外院行胚胎移植，移植周期内大剂量服用补佳乐促内膜生长，为8 mg/d，移植日内膜为8 mm。移植后当晚患者出现持续性下腹坠痛，伴脊背酸痛，入睡困难。外院查彩超未见异常，并予头孢克肟、地屈孕酮、阿司匹林、间苯三酚、补肾活血中药等

治疗2天效果不佳。转诊寻求针刺治疗。症见：下腹坠痛，伴脊背酸痛，焦虑烦心，自汗，纳可，寐差，二便可，舌红、有瘀点、苔少，脉弦滑。月经史：15岁，5/30天，量少，痛经(+)。婚育史：已婚，孕育史0-0-1-0，稽留流产1次，生化妊娠1次。妇检拒查。入院西医诊断：腹痛、子宫内膜异位症Ⅲ期病史、子宫腺肌病、宫腔粘连病史、薄型子宫内膜病史、胚胎移植后。中医诊断：腹痛，冲任瘀阻。

就诊时经全身详细查体发现患者双侧C_2～C_7棘突、关节突和侧突周围广泛压痛(+)，双侧乳突压痛(+)，T_2～T_4棘突旁压痛(++)，T_5～T_{12}棘突旁压痛(+)，L_5～S_2椎体周围压痛(+)，S_2～S_4骶筋膜触及条索和压痛(+)；尾骨压痛(++)；双侧上腹腹肌稍紧张，右侧腹股沟压痛(+)，双侧腘窝压痛(+)；患者拒绝中下腹触诊。考虑患者具有压痛阳性征的靶点聚于任督二脉，并以督脉为重；且患者胚胎移植后，小腹和腰骶的腧穴属于孕期禁忌，故宜采用颊针调督思路干预。取颊部脊柱7穴：双侧上颈、颈、背、腰背、腰、骶、尾；配合双侧中焦、下焦。取0.16 mm×25 mm规格一次性套管针，进针后再次查体，根据靶点缓解情况调整针尖深度和角度，行雀啄手法，至压痛靶点部分消失或缓解70%以上。调针后患者疼痛即刻减轻。留针20 min，起针后患者自觉周身舒适。针刺后嘱卧床休息。患者当夜睡眠改善，汗出减少。

隔天患者诉小腹闷痛，右侧腰骶坠胀，再次全身查体后，发现压痛靶点聚于背、骶、尾，已较前程度和范围减轻，依前法再次行颊针治疗后症状消失。此后患者继续配合使用地屈孕酮、间苯三酚和中药等药物，无再诉不适。8天后查血清β-人绒毛膜促性腺激素(β-HCG)312 mIU/mL，提示胚胎着床，25天后查彩超可见胚芽心搏。

按：本案处于试管后待孕阶段，且原发疾病和伴随症状较多，较前例更为复杂，可以从督脉角度剖析疾病潜伏和进展。督脉为一身阳脉之海，一方面推动脏腑气血；另一方面又入络于脑，助脑之元神调控人体脏腑和情志。长期的子宫内膜异位症可能会诱导神经重塑机制引发督脉脊柱循行段上的疼痛，“痛则不通”，督脉经气阻遏，督阳不升，脏腑失荣，脑髓失养，故有可能引发其他脏腑和情志方面异常。由于子宫内膜异位症病灶受月事影响，血瘀证素严重程度也发生周期性改变。在非经期时，督脉经气的阻滞虽得到缓解，但未消失，相应督脉疼痛靶点由显著转为隐匿，但仍容易受到诸多因素而再度激发。本案例中，激发因素有两点：其一，该患者有重度子宫内膜异位症和子宫腺肌症病史，在移植期间因“内膜薄”需连续服用大剂量雌激素。大剂量雌激素滋养下，异位病灶炎症复发，诱导神经敏化激活，使局灶-督脉疼痛靶点再度激发；其二，该患者有孕求且有试管失败史，本身心理压力较大，督脉背段疼痛又加重了中枢神经负担，引发焦虑、烦心、寐差等情志表现，情志问题又会降低机体对疼痛的抵抗，以此形成恶性循环。本案先前的药物治疗更注重于对局部解痉止痛和微循环的调节，忽略了此类疼痛的病机，故效果不佳。根据颊针调督方法，采用颊部对应脊柱和中下二焦腧穴针刺，一方面从督脉-脏腑角度疏导经气止痛；另一方面可以从“督脉入脑”角度调节情志问题，故能快速收效。在移植后的特殊时期，采用颊针也能恰当避开有流产之弊的相关腧穴，成为帮助成功着床的助力之一。

[参考文献]

[1] YANG Y，HUIJUN Y E，ZHENG H，et al. Clinical observation on 90 cases of primary dysmenorrhea treated by buccal acupuncture therapy：a randomized controlled study[J]. JTCM，2024，44(1)：172-181.

[2] 李阳，凌泽权，王志美. 颊针对于原发性痛经的镇痛疗效及对血清$PGF_{2\alpha}$和PGE_2水平变化的影响[J]. 针灸临床杂志，2024，40(3)：42-45.

[3] 关心怡. 颊针疗法治疗子宫内膜异位症痛经的临床研究[D]. 广州：广州中医药大学，2024.

[4] 王永洲. 颊针疗法[M]. 北京：中国中医药出版社，2017：2-13.

[5] 中华中医药学会子宫内膜异位症相关疼痛中医诊疗指南起草组. 子宫内膜异位症相关疼痛中医诊疗指南[J]. 中华中医药学刊，2024，42(5)：250-258.

[6] 冯雯，张彤，盖云. 三伏贴联合督脉灸治疗寒凝血瘀型痛经临床疗效观察[J]. 天津中医药，2017，34(9)：595-597.

[7] 张雪萍，张佳乐，计辰洋，等. “泛督脉”视域下的脏腑疾病诊治思路及临床应用探讨[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(1)：100-105.

[8] WEI Y J，LIANG Y C，LIN H S，et al. Autonomic nervous system and inflammation interaction in endometriosis-associated pain[J]. Journal of Neuroinflammation，2020，17(1)：80.

[9] 吴可晚，陈琳. 交感神经对周围神经功能影响的研究进展[J]. 解剖与临床，2010，15(1)：65-68.

（责任编辑：刘淑婷）