

陈雷基于脐八卦全息理论治疗妇科疾病医案3则

王莉莉，余毅

宁波市海曙区中医院，浙江 宁波 315000

〔关键词〕脐八卦；针灸；产后恶露不绝；子宫脱垂；产后尿潴留

〔中图分类号〕R249 〔文献标志码〕B 〔文章编号〕0256-7415 (2026) 04-0189-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.04.032

陈雷主任系浙江省名中医，浙江省中医药重点学科带头人。从事针灸临床工作30余载，在中医及针灸的临床施治和理论研究方面颇有建树。陈雷主任基于脐八卦全息理论，结合《黄帝内经》“气虚宜掣引之”的治则，治疗气虚型妇科疾病常获良效。产后恶露不绝、子宫脱垂及产后尿潴留，多属气虚之证，陈雷主任以“掣引”为法，运用脐针治疗，均获良效，现整理医案3则，介绍如下。

脐八卦全息理论由齐永教授等人创立，是将传统的易经八卦理论与现代全息生物学相结合，应用于肚脐(神阙穴)进行诊断和治疗的一种微针系统^[1]。脐八卦全息理论认为脐部(神阙穴)为人体最大全息元^[2]，将腹部视为一个“后天八卦”图^[3]，其周部分区按八卦方位与特定脏腑经络相应，通过辨证针刺相应区域，可通达病所，调节全身气血阴阳。肚脐及其周围的区域不是一个孤立的点，而是一个完整的全息反射区。在这个区域内，可以找到与全身五脏六腑、四肢百骸相对应的点^[3]。脐居人身之中正，为先天命蒂之所系，后天形气之所归；任主胞胎，督统诸阳，冲为血海，带约诸经；脐于女子胞宫气血之调摄，实具枢机之要，虽方寸之地，却内通五脏，外连经络，尤借带脉以维系任督，更与冲脉相会于此^[4-5]。故陈雷主任认为脐针对女科专病之治疗有独到的优势。

1 产后恶露不绝

产后恶露不绝是指产后阴道血性恶露持续10天

以上淋漓不尽者^[6]。常见于产后子宫复旧不良、胎膜胎盘残留等。清代《胎产心法》曰：“由于产时伤其经血，虚损不足，不能收摄，或恶血不尽，则好血难安，相并而下，日久不止，渐成虚劳。”陈雷主任认为本病的病机为气虚血瘀，其中气虚为核心病机。妇人在生产之时努责、出汗，劳伤过多，损津耗气，又因分娩失血，致使阴血亏虚，气随血脱，元气愈虚；产后乳子，精血上化为乳汁，亦耗气血，致使产后元气更虚。气能行血，气虚推动无力则血行涩滞不畅，瘀滞经脉；气能生血，阴血耗伤又生血不及，脉道失养，血运不畅而致瘀血。人体脏腑经络的功能活动皆赖于气的推动。气虚则冲任失司，胞宫收缩无力，血不归经，瘀血留滞胞宫，胞宫恢复不良而致恶露不绝^[7]。

陈主任认为，治疗上当首先明确其出血情况及宫腔内情况。若宫内残留物较大且出血过多，则需行手术治疗。产后恶露不绝无宫内残留的患者，用脐针结合四君子汤合生化汤加减治疗，益气养血，活血化瘀，以扶正祛邪、补气摄血。对有宫内残留的患者，重用黄芪、枳壳各30 g以上为君，配以生化汤加减口服；脐针基础方：坤、离、兑、坎位，按照“补”的顺序进行施针。此补土-清血-行气-固肾的施针顺序，增强了益气摄血、化瘀生新的整体疗效，与内服汤药形成呼应。若宫内残留或积血较多者，可加桂枝、益母草、牛膝等药，并加刺震位；为防止出血过多，可随证应用止血药，以化瘀止血

〔收稿日期〕2025-09-12
〔修回日期〕2025-12-20
〔基金项目〕浙江省名中医陈雷名老中医专家传承工作室项目(GZS2020038)
〔作者简介〕王莉莉(1986-),女,医学硕士,副主任中医师。
〔通信作者〕余毅(1981-),女,医学硕士,副主任中医师。

之品为宜,如三七粉、蒲黄炭等;气虚严重者,可以重点强化坤位和离位,并采用补法;若出血日久,也可酌加清热解毒之品,以防邪毒感染。

例1:蔡某,女,30岁,已婚,2024年4月5日初诊。主诉:产后11天发现宫内稍强回声1天。现病史:患者11天前足月顺产一活婴,2024年4月5日查彩超示:子宫增大(119 mm×70 mm×86 mm),单层内膜1 mm,宫腔分离13 mm,CDFI扫查未见明显血流信号,右宫角处见稍强回声范围约13 mm×10 mm×12 mm,结构疏松。超声结论:产后子宫增大伴宫腔积液及稍强回声,血块可能。建议患者行清宫术,患者拒绝,故当即寻求中医治疗。平素月经规律,周期30天,经期5天。孕育史:1-0-0-1。症见:患者恶露量少,色红,喂奶时出血增多,伴少许血块,无明显小腹疼痛。精神可,乳汁量一般,舌质淡红、苔薄,脉细弦。西医诊断:产后子宫复旧不良。中医诊断:产后恶露不绝,气虚瘀血证。脐针处方:坤、离、兑、坎位,补法,加刺震位;操作:患者取仰卧位暴露肚脐,脐部常规消毒后,以脐蕊为中心,按取穴顺序沿脐壁上1/3呈15°进针,不提插捻转,留针30 min。中药处方:生黄芪50 g,枳壳30 g,怀牛膝12 g,川芎10 g,当归6 g,益母草30 g,当归6 g,姜炭6 g,桃仁6 g,三七粉(冲服)3 g,炙甘草6 g。共5剂,每剂水煎2次,分2次服用,每次200 mL。

2024年4月10日二诊:诉服上方后第2天阴道出血增多,2天后减少。症见:患者现阴道出血量不多,无小腹疼痛,乳汁较前增加。舌质淡红、苔薄白,脉细。当日复查彩超示:宫体大小(57 mm×71 mm×87 mm),内膜毛糙不均,宫腔中下段分离,较宽处约7 mm,CDFI未见明显血流信号。超声结论:产后子宫,内膜毛糙,宫腔少量积液。继用上法善后。脐针处方及操作方法同前。中药处方:生黄芪40 g,枳壳30 g,怀牛膝12 g,川芎10 g,当归6 g,益母草15 g,当归6 g,姜炭6 g,桃仁6 g,三七粉(冲服)3 g,炙甘草6 g。共5剂,煎服方法同前。

1个月后电话随访,诉服二诊药后阴道出血基本干净。产后42天检查,彩超提示子宫大小正常,子宫内膜厚4 mm,回声均匀。

按:妇人生产,分娩之时需要气的推动,分娩之后又需要气的摄血。本案患者甫顺产后11天,气血俱损,元气衰惫,恶露无力排出,滞留胞宫,故

见恶露欠畅,子宫增大,宫腔仍有积血及血块。总属气虚血瘀之证,虽有瘀血内阻胞宫,但其根本病机仍为气虚。陈雷主任认为治疗关键在于提掣清气以上行,疏导浊瘀以下出,通过补益、升提、疏导,使下陷之气得以升举,内滞之瘀得以降泄。故刺坤位以健脾益气,培土生血,离位补心气,推动血行,兑位补肺气,助心行血,坎位补肾气,固本培元,加刺震位肝主疏泄,调畅气机,增强活血化瘀之力。中药则重用黄芪、枳壳为君药。陈主任认为,黄芪善补善升,如提壶揭盖,掣下陷之清阳上行;枳壳善降善走,理气宽中,引浊瘀之气下行。二药相合,一掣一引,一升一降,气机立转,则胞宫排浊之力自生。黄芪补气升阳,张锡纯谓其“既善补气,又善升气”^[8];枳壳入气分,善行气,现代研究证实其能兴奋子宫平滑肌,加强子宫收缩的作用,与黄芪一补一行,则收缩之力愈强^[9]。配合生化汤加益母草以活血散瘀,怀牛膝活血引血下行并补肝肾,消瘀血排积血,旧血去而新血归经,恶露自止。服药后患者出血量增多,子宫大幅缩小,宫内积血及血块消除。胞宫居小腹在下,双乳位胸部居上,冲任二脉下起胞宫,循腹至胸^[10],宫内瘀浊壅阻,则冲任气逆,乳络不畅。因此,子宫复旧不良也是缺乳的重要原因。现患者宫内血块已排,胞宫积血得消,恢复有度,下窍通利则上窍自开,冲任气血得以正常上奉化为乳汁,故而乳汁亦见增加。

2 子宫脱垂

子宫脱垂是一种盆底功能障碍性疾病,主要表现为子宫从正常位置沿阴道下降,宫颈外口达坐骨棘水平以下,甚至子宫全部脱出于阴道口以外^[11]。常合并有阴道前壁和(或)后壁膨出。中医学将此归为阴挺、阴脱范畴。《医宗金鉴》曰:“妇人阴挺,或因胞络伤损,或因分娩用力太过,或因气虚下陷,湿热下注。”晋代皇甫谧《针灸甲乙经·妇人杂病》曰:“妇人阴挺出,四肢淫泆,身闷,照海主之。”

陈雷主任认为,本病与肺、脾、肾三脏功能失司有关。脾胃为气血生化之源,脾虚则生化乏源,筋脉失养则痿废无力,失于固摄;肺气虚弱,宗气不足,肺失宣肃,中气下陷,则托举无力;肾虚则冲任不固,胞络损伤,带脉失约,发为阴挺。治疗以补中益气、升举固脱为原则。脐针首选坎、震、离位。“坎”为水,坎水生震木,震木生离火,取升

举阳气之用，加坤位补中益气以固其本，共同达成补中升提、益气固脱的综合功效^[12]。

例2：冯某，女，48岁，2024年7月25日初诊。主诉：发现阴道脱出物4年。患者4年前发现阴道有物脱出，蹲下努责排便后脱出明显，可用手自行回纳。于当地医院行妇科检查提示子宫脱垂Ⅱ度。也曾行盆底康复治疗，略有好转，但不久复脱。有子宫肌瘤史。近来自觉上述症状加重，用手回纳后，旋即又脱出，为进一步治疗，遂来就诊。末次月经(LMP)7月8日。症见：外阴部肿胀不适，活动后加重，自觉周身困乏，纳食可，夜寐可，排便困难伴乏力。面色欠华。舌质淡胖、苔薄白，脉沉细。查体：阴道前后壁膨出，用力屏气向下后子宫颈脱出阴道口2 cm。西医诊断：Ⅱ度子宫脱垂。中医诊断：阴挺，中气下陷证。治宜补中益气、升提固本。针刺处方：百会、气海、关元、子宫、维道、足三里、三阴交。患者取合适体位，常规消毒进针得气后，行补法，隔天针刺1次，每次留针30 min。补中益气汤化裁，处方：柴胡6 g，升麻10 g，生黄芪30 g，当归8 g，山萸肉10 g，陈皮6 g，桔梗9 g，枳壳30 g，枳实30 g，党参10 g。每天1剂，水煎，分早、晚2次服用。并配合盆底电刺激生物反馈治疗，每周2次。并嘱其注意休息，避免手提搬运重物。

2024年8月11日二诊：脱出情况较前稍有减轻，回纳时间增长。LMP 8月4日，5天净。经行腰酸。经后大便略干。舌质淡红、苔薄白稍腻，脉沉细。针刺方案同前。同时加用脐针：坎、震、离、坤位。操作方法：患者仰卧位并露出肚脐，常规消毒后依次于坎、震、离、坤四个方位平刺脐壁内上1/3处，捻转进针约15~22 mm，留针30 min，留针期间以神阙穴为中心放置艾盒灸。中药继用首诊方加肉苁蓉12 g。共14剂。盆底康复电刺激方案同前，每周2次。

2024年8月25日三诊：阴道脱出物较前缩小，近来带下略多，色白。查体：用力屏气向下后子宫颈脱出阴道口1 cm。面色较前好转，口唇略添红润。舌胖、质淡、边齿痕、苔薄白，脉细。上方加补骨脂10 g，共14剂。针刺及脐针方案同前。盆底电刺激生物反馈治疗方案同前。

如此治疗2个月余至2024年10月10日来诊，患者诉努责时已无脱出。妇科检查：用力屏气向下后

子宫颈在阴道口内距处女膜缘约0.5 cm。

按：患者年近五旬，经产之体，症见阴中有物脱出，劳则加剧，伴小腹下坠、气短乏力、面色少华，舌淡苔白，脉虚弱。此乃脾胃虚弱，中气下陷，带脉失约，胞宫失固之典型证候。陈雷主任认为，治疗之法当以“虚者补之，陷者举之”为纲。针灸治疗，循经取穴，重在激发经气。百会位于巅顶，为督脉要穴，诸阳之会，是下病上取、陷者举之意；气海通于胞宫，可调补冲任、益气固胞；关元为元气之根，大补元气，温固下焦；子宫穴是治疗阴挺的有效穴位；维道穴收摄带脉，约束胞宫；足三里、三阴交升补中气。中药方选补中益气汤加减，方中重用黄芪为君，大补脾肺之气，升阳固表；辅以党参、白术、炙甘草为臣，健脾益气，助气血生化之源；更用升麻、柴胡为使，引清气上行，举陷固脱。在此基础上，酌加枳壳、枳实药对，其性虽降，但与升补之药相伍，则能理气宽中，调节气机，有“欲升先降”之妙。现代研究亦表明其能增强子宫平滑肌张力，协同升举之力。全方补泻兼施，升降相因，共奏益气升阳、固脱举陷之效。同时配合盆底电刺激生物反馈治疗加强盆底肌力。二诊症见减轻，陈雷主任认为虽已中病机，然气虚升举之力未复，本元待充。故加脐针坎、震、离、坤四卦，意在从先天与后天之本层面助长升提固摄之源。配合神阙温灸，煦养胞络。诸法相合，久则胞宫得固。

3 产后尿潴留

产后尿潴留为产后常见疾病之一，产后尿潴留是指产后6~8 h出现不能自主排尿或排尿不畅的症状，属中医癃闭范畴^[13]。《诸病源候论》载：“因产动气，气冲于胞，胞转屈辟，不得小便故也。”

陈雷主任认为，本病的发生多由于产时耗气伤血，正气不足，胞脉受损，膀胱气化失司，三焦气化无力，清气不升、浊阴不降，小便因之不利。其发病多因之于气虚，治疗时当“掣引”肺脾肾三脏之气，宣肺、运脾、通利三焦之气，则气机调畅，治节有度；肾气充足，蒸化固摄协调，则膀胱开阖有度，以达治疗之效。脐针运用多取艮位与兑位，随证配伍坎位或震位，激发经气，调节水道通利。

例3：章某，女，28岁，2024年10月24日初诊。主诉：产后小便不通10天。患者10天前会阴侧切后足月正常分娩一活婴，产程无延长。产后8 h时，不

能自行排尿,当日进液体量约900 mL。用温水冲洗尿道外口、热敷下腹部、摩腹及听流水声诱导排尿,均无效,予留置导尿,引出尿液约650 mL。48 h拔除尿管后,患者依旧不能自行排尿,再次留置导尿。期间予肌注新斯的明。患者排尿障碍未瘥。症见:小腹坠胀不适,留置尿管,神疲乏力,纳欠,大便干结不畅;舌质淡、苔薄白,脉细弱。西医诊断:产后尿潴留。中医诊断:产后癃闭,气虚证。治宜益气升清、行气利水。脐针处方:艮位、兑位、坎位。操作:嘱患者取仰卧位,充分暴露腹部皮肤,脐部常规消毒后,按照艮、兑、坎的顺序平刺进针,留针30 min。每天1次。针刺选穴:关元、中极、水道、膀胱俞、次髎、三阴交、肾俞、足三里。操作:患者先取仰卧位,关元、中极、水道针刺时针尖朝向耻骨联合平刺1寸,以针感传导至会阴部为度,接电针,选择疏密波,调节至能承受的电流强度,留针30 min。起针后患者取俯卧位,针刺部位常规消毒,肾俞、膀胱俞采用毫针直刺约1寸,以局部出现酸胀感为度,得气后行平补平泻法;次髎采用毫针直刺约65 mm,产妇感觉针感放射到前阴部。留针30 min。每天1次。起针后,患者诉有尿意,遂拔除尿管,排尿约180 mL。

2024年10月25日二诊:患者诉能自行排出小便少许,小腹胀满仍作,尿不尽感。脐针及针刺继守原方治疗。留针期间以神阙穴处放置艾盒灸。

2024年10月28日三诊:患者诉小便量较前一日增多,小腹胀满好转。治疗方案同前。

2024年11月3日四诊:患者诉小便量增多,已如常量,无尿频、尿不尽感。小腹胀满瘥。守原方治疗。1周后电话随访,诉排尿正常,遂告痊愈。

按:患者因生产时耗气伤血,致肺脾肾三脏功能减弱,三焦气机失调,膀胱开阖失司,水道不利,故小便不通,而成癃闭。陈雷主任认为治疗关键在于升提三焦之气,复其气化之职,而非单纯分利水道。故脐针取艮位健脾益气,兑位宣肺行水,坎位温肾化气,三穴相配,调节枢机,共奏升清降浊之功;体针则取关元、中极、水道平刺,针感达会阴以通调膀胱,配肾俞、膀胱俞、次髎激发经气,佐三阴交、足三里健脾固本,针后即现转机。二诊加用神阙灸法,借艾火温通之力,助元气蒸化,以推动水液运行。其后守方续治,终使小便畅通,腹胀

尽消。

4 小结

陈雷主任深入研究《黄帝内经》“气虚宜掣引之”之旨,并将其与脐八卦全息理论巧妙融合,形成了治疗妇科疾病气虚证的思路。“气虚”不仅指气之虚损,更关键在于气之运动与气化功能的不及^[14];故而“掣引”之法,亦非单纯补益,核心在于气的“调动、运行”,以恢复气机正常的升、降、出、入。《针灸大成》言神阙穴为“气舍”,是周身气机的枢纽^[15],故而多用脐针,同时处方用药,针刺选穴并不限于补气,随证运用行气、化瘀之法,动态地调动和恢复人体气的功能状态,从而达到“气血周流,百病不生”的动态平衡状态^[10]。

[参考文献]

- [1] 齐永. 脐针疗法、脐全息与脐诊法[J]. 中国针灸, 2004, 24(10): 732-737.
- [2] 董志航, 齐永. 脐针疗法[J]. 中国针灸, 2002, 22(8): 570-571.
- [3] 张含, 刘云霞, 李欣陆, 等. 从《黄帝内经》经络病位观浅谈脐针“落脏”方法[J]. 浙江中医杂志, 2022, 57(3): 160-162.
- [4] 赵雯雯, 孙晶, 王鹤, 等. 易医脐针联合填精化瘀方治疗宫腔粘连宫腔粘连分解术后患者的临床疗效[J]. 中国性科学, 2023, 32(6): 117-121.
- [5] 郑利芳, 孙占玲, 刘承浩, 等. 金亚蓓运用脐针右降四针治疗妇科病的经验[J]. 浙江中医杂志, 2022, 57(7): 518-519.
- [6] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 291.
- [7] 姜德友, 李爱东, 韩洁茹. 产后恶露不绝源流考[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(2): 258-261.
- [8] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 2002: 105.
- [9] 张维丽, 于同月, 冯艳娇, 等. 重构本草——枳壳(枳实)[J]. 吉林中医药, 2024, 44(6): 710-713.
- [10] 胡国华, 哈荔田. 产后恶露不绝对乳汁分泌影响的临床调研[J]. 天津中医学院学报, 1993, 12(4): 20-22.
- [11] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 342-343.
- [12] 缪舒雅, 何鸣翔, 楼雅洁, 等. 脐针治疗子宫脱垂验案一则[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(8): 1663-1664.
- [13] 程延君. 针灸治疗产后尿潴留的临床诊疗特点分析[J]. 基层中医药, 2022, 1(2): 63-67.
- [14] 郭召平, 赵坚, 严军, 等. 对《黄帝内经》若干问题的思考[J]. 国医论坛, 2021, 36(6): 17-19.
- [15] 胡玲香, 赖龙胜, 唐勇, 等. 神阙穴拔罐调气作用的理论认识与临床应用[J]. 中国针灸, 2002, 22(8): 1.

(责任编辑: 刘淑婷)