

# 自拟痛经方治疗寒凝血瘀型痛经临床研究<sup>\*</sup>

王静

(武汉市中医医院妇科, 湖北 武汉 430014)

**摘要:**目的 观察自拟痛经方治疗原发性痛经的临床效果。方法 用自身前后对照, 纳入 2014 年 4 月 ~ 2016 年 9 月于武汉市中医医院妇科门诊笔者接诊的原发性痛经(寒凝血瘀型)患者 96 例, 均于就诊时开始服用中药, 一个月为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程, 观察两次月经经期腹痛情况及中医证候评分。结果 痛经总有效率为 95.8%, 比较两个疗程治疗前后有显著差异( $P < 0.05$ ); 中医证候疗效总有效率为 96.9%, 比较两个疗程治疗前后有显著差异( $P < 0.05$ )。结论 自拟痛经方能明显减轻经行腹部疼痛程度, 临床观察期间未发生不良反应。

**关键词:**原发性痛经; 痛经方; 寒凝血瘀

**中图分类号:** 的 171.11<sup>+</sup>3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1672-0571(2019)06-0116-04

**DOI:** 10.13424/j.cnki.mtem.2019.06.035

痛经分为原发性痛经和继发性痛经。原发性痛经指月经前后或行经期间, 出现腹部痉挛疼痛, 并伴有腰酸、下腹坠痛等其它不适症状, 严重时伴呕吐和晕厥, 是最常见的妇科疼痛性疾病, 严重危害女性的身心健康, 影响其正常的学习工作。国外报道痛经的发病率为 43% ~ 90%, 其中重度痛经约占 18%, 有文献报道 10% 的原发性痛经患者经期数天无法正常工作<sup>[1]</sup>, 并且痛经会造成女性精神、心理压力, 有经前紧张感、恐惧感。西医目前对此病的治疗主要方法是止痛, 比如口服非甾体类抗炎药, 该治疗可暂时止痛, 但治标不治本, 痛经情况仍会反复, 并且存在药物依赖和痛域增高副作用的风险, 中医中药治疗痛经有独特优势, 笔者采用自拟痛经方口服治疗寒凝血瘀型痛经疗效明显, 现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 4 月 ~ 2016 年 9 月我院妇科门诊笔者接诊的原发性痛经患者 96 例, 其中未婚 57 例, 已婚 39 例, 年龄 14 ~ 44 岁, 平均年龄  $23.59 \pm 2.14$  岁, 病程半年 ~ 10 年。

**1.2 诊断标准** 所有患者均符合西医原发性痛经诊断标准及中医寒凝血瘀证型。西医诊断标

准, 参照全国高等学校教材《妇产科学》<sup>[2]</sup>: 月经前后或月经期出现下腹部疼痛、坠胀, 伴有腰酸或其他不适, 并且妇科检查并未发现阳性体征。中医诊断标准, 参照全国高等中医院校规划教材《中医妇科学》<sup>[3]</sup>。痛经, 寒凝血瘀型: 经前或经期小腹冷痛拒按, 得热痛减; 月经或见推后, 量少, 经色黯而有瘀块; 面色青白、肢冷畏寒; 舌黯苔白、脉沉紧。

**1.2 纳入标准** ①符合痛经的西医诊断标准和中医症候标准者; ②13 ~ 45 岁女性; ③月经规律, ( $28 \pm 7$ ) d; ④接受此次治疗前未接受其它治疗最少 1 个月者, 且治疗前 2 周末服用任何激素、止痛药物等; ⑤愿意参与受试者。

**1.3 排除标准** ①继发性痛经; ②精神障碍者或合并其它系统严重疾病者; ③两周内服用止痛片、激素等药物; ④非寒凝血瘀型痛经者; ⑤妊娠及哺乳期妇女。

**1.4 治疗方法** 治疗组予以中药汤剂口服, 中药饮片由武汉市中医医院药学部提供, 处方自拟痛经方: 当归 10g, 川芎 10g, 白芍 15g, 柴胡 10g, 香附 10g, 枳壳 10g, 延胡索 10g, 乌药 10g, 小茴香 10g, 五灵脂 10g, 丹参 10g, 牛膝 10g, 等水煎服, 每日一

\* 基金项目: 武汉市卫生和计划生育委员会科研项目立项任务书(WZ17Q09)

剂,每天两次,一次 200mL,一个月为一个疗程,共治疗两个疗程,经期停药。

1.5 疗效标准 症状程度:①采用视觉模拟评分法(VAS)评估痛经时疼痛程度,用一条长 10cm 直尺,“0”表示无痛,“10”表示难以忍受最剧烈疼痛,在直尺上标出能代表痛经的相应位置,读出刻度即为 VAS 评分。见图 1。

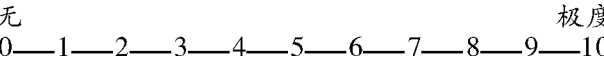


图 1 疼痛视觉模拟评分表

②远期疗效:采用国家中医药管理局制订的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>中相关内容。痊愈:经期末出现腹痛,连续 3 个疗程后未反复者;有效:腹痛症状部分缓解,不服药能坚持工作者;无效:疼痛无减轻者。

③中医证候疗效判定:中医证候疗效评价采用尼莫地平法,疗效指数(n) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%,临床痊愈: n ≥ 95%; 显效: 70% ≤ n < 95%; 有效: 30% ≤ n < 70%; 无效: n < 30%。

1.6 观察时间点 治疗前进行症状评分,每一疗程结束观察记录一次,连续观察 2 个疗程。随访期,对经治的患者进行三个月的随访观察。

1.7 统计学方法 应用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 t 检验。远期疗效等级资料以(例,%)表示,采用秩和检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。

2 结果

2.1 患者痛经疗效分析 96 例原发性痛经患者经治疗第 1 疗程与第 2 疗程后,痛经疼痛程度改善情况之间差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),且经治疗 2 个疗程后,患者痛经疼痛程度改善更明显(见表 1)。

表 1 第 1 疗程和第 2 疗程后原发性痛经患者疼痛程度改善情况(n)

疗程	n	痊愈	有效	无效	总有效率(%)	$\chi^2$	P
第 1 疗程	96	32	45	19	80.2	11.11	<0.05
第 2 疗程	96	60	32	4	95.8		

2.2 患者中医证候疗效比较 96 例原发性痛经患者经治疗第 1 疗程与第 2 疗程后,患者中医证候疗效改善情况差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),且

治疗 2 个疗程后,患者中医证候改善更明显,见表 2。

表 2 中医证候积分改善情况(n)

疗程	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	$\chi^2$	P
第 1 疗程	96	0	5	55	36	62.5	35.04	<0.05
第 2 疗程	96	25	36	32	3	96.9		

2.3 随访 96 例经治疗后痛经疗效痊愈和显效的患者,在停药后,随访三个月经周期,对患者痛经症状的改善与结束第 2 疗程时进行比较,痛经症状及痛经寒凝血瘀中医证候无复发。

2.4 安全性评价 本研究中经治疗的 96 例患者治疗期间及随访期间未见明显不良反应。

3 结论

本研究表明自拟痛经方治疗原发性痛经(寒凝血瘀型)临床疗效显著,治疗前后,患者痛经疼痛程度、中医证候积分比较疗效确切,且随访三个月无复发。临床用药未见不良反应,值得进一步研究和推广。

4 病案举例

患者陈某,女,18 岁,学生,2015 年 3 月 7 日初诊。主诉:“经行腹痛 4 年”。月经第 1 ~ 2 d 小腹坠胀,伴拘挛疼痛 4 年,14 岁初潮,初潮即有痛经症状。平时月经周期 28 ~ 30 天,量可,5 ~ 7 天干净。Lmp:2015.3.6,量可,有血块。就诊时小腹痛剧,面色苍白,表情痛苦,手足冰冷,恶心欲呕,舌淡暗苔薄白,脉细。患者诉每次月经来潮时小腹痛疼痛,热敷有一定好转,影响学习,不能上课,月经量中等,伴血块多,色紫暗,手足冰冷,恶心欲呕,大便正常。平时白带正常。妇科彩超提示子宫及双附件未见明显异常。辨为痛经,证属寒凝血瘀,治疗以温经散寒止痛为法。处方:当归 10g,川芎 10g,白芍 15g,柴胡 10g,香附 10g,枳壳 10g,延胡索 10g,乌药 10g,小茴香 10g,五灵脂 10g,丹参 10g,牛膝 10g,等。水煎服,每日一剂,每天两次,一次 200mL。并嘱患者忌生冷、辛辣、刺激及肥甘厚腻之品,平素勿贪凉,经期手足勿浸冷水。第一疗程治疗一个月后,经行腹痛症状消失。仍有血块,手足仍冰冷。第二个疗程结束后,无痛经症状,手足冰冷感明显减轻,血块有所减少。之后随访三个月,患者未发痛经症状,能正常进行学习和

生活。

## 5 讨论

原发性痛经,中医又称为经行腹痛,是从古至今中医妇科治疗的优势病种。中医对痛经的描述,见于《金匱要略方论》,其文曰:“带下,经水不利,少腹满痛。”随着历代医家对痛经病的认识不断深入,大多认为本病的病位在冲任、胞宫,病机是“不通则痛”“不荣则痛”,“不通”为实证,“不荣”为虚证,实证者可由气滞血瘀、寒凝血瘀、湿热瘀阻导致胞宫气血运行不畅——“不通则痛”<sup>[3]</sup>。虚证者由于肾气亏虚,气血虚弱,导致胞脉失养,从而不荣则痛。寒凝血瘀为临床常见证型,古代医籍对此多有描述。《素问·调经论》曰:“血气者,喜温而恶寒,寒则泣而不能流,温则消而去之。”《景岳全书》曰:“寒滞于经……以致凝结不行则留聚为痛而无虚。”《妇人大全良方》云:“夫妇人月经来腹痛者,由劳伤气血,致令体虚;风冷之气客于胞络,损于冲任之脉……其经血虚,则受风冷。故月水将行之际,血气动于风冷,风冷与血气相击,故令痛也。”现代医家也认为,痛经多为寒凝子宫、冲任,寒性收引,寒凝气结,气血运行不畅,日久必然化瘀,瘀血凝滞则不通,不通则痛<sup>[5]</sup>。临床中痛经以实证为多,有文献表明痛经实证中以寒凝血瘀证型为多见<sup>[6]</sup>。现代医学认为原发性痛经产生的主要原因有:子宫收缩异常从而增加子宫张力产生的痛经<sup>[7]</sup>;内分泌因素减低子宫血流量,或是增强子宫平滑肌剧烈收缩引起疼痛<sup>[8]</sup>;或因饮酒、吸烟、咖啡等导致的原发性痛经,另外,有研究表明痛经还与遗传、运动、睡眠、饮食等有关<sup>[9]</sup>,另有膜性痛经,是指月经期子宫内膜功能层脱落时引起,内膜脱落后疼痛即明显缓解。目前,西医对于原发性痛经的治疗主要以止痛为主,一般起效快、疗效尚可,但有耐药性以及副反应等弊端。

笔者继承本科室痛经经验方,结合多年的临床经验,自拟痛经方治疗寒凝血瘀型原发性痛经疗效明显。本临床观察中96例原发性痛经患者在第一疗程后,VAS评分明显降低,痊愈的患者有32例,有效的患者有45例,总有效率为80.2%;第二疗程后,痊愈患者60例,有效患者有32例,总有效率为95.8%,并且中医症候评分有显著下降,显示

自拟痛经方对治疗原发性痛经寒凝血瘀型疗效显著确切。中药治疗原发性痛经,临床接受度高,患者易坚持治疗,方便实用。笔者认为痛经者,大多初潮后即有此证,盖因先天肾气肾阳不足,阳气虚则内寒,寒性凝滞,阳气亏虚鼓动血脉无力,日久血脉瘀阻,阻于胞脉、胞宫则为经行腹痛;阻于手足四肢脉络则手足冰冷不温。故治疗应温阳散寒化瘀。经验方以当归四物汤为主,并合少腹逐瘀汤之意温经止痛,另加入少许疏肝理气药物,临床每见良效。方中延胡索行气止痛,可加强散寒止痛之效;川芎行气活血,当归补血活血调经,两者合用可加强活血调经之功;白芍酸甘敛阴、柔肝止痛,助延胡索止痛之效;牛膝引血下行。痛经病机本质为虚,表现为实,女子的月经相关疾病与肝、脾、肾三脏有关,因而寒凝血瘀证型痛经的治疗也离不开对肝、脾、肾三脏功能失调的调节,女子以血为本,以肝为先天,柴胡和营解郁,香附调理气血止痛,是妇科疾病常用药,枳壳理气宽中,丹参活血,乌药、小茴香、五灵脂为少腹逐瘀汤的底蕴,温经散寒止痛,全方由四物汤合少腹逐瘀汤化裁而来,共奏温经、活血、调经、止痛之效。药理研究证明当归之所以有抗痛经的作用,是因当归中当归精油的成分,当归精油能够抑制子宫前列腺素的产生<sup>[10]</sup>。川芎中的川芎嗪具有抑制血管痉挛的作用,并能抑制中枢神经系统<sup>[11]</sup>。延胡索的现代药理研究表明,其具有很强的镇痛作用<sup>[12]</sup>,并且文献研究表明延胡索中左旋延胡索乙素对神经痛亦有明显镇痛效果<sup>[13]</sup>。此方特点,用药平和,并无峻猛通络之品,亦无温燥之品,但临床疗效明显。在加减用药上,若临床上患者有睡眠欠安的症候,加首乌藤、酸枣仁;若经期大便稀溏,加白术、防风、补骨脂;若舌苔厚腻、口气重,纳谷不化,加砂仁、陈皮、木香、佛手等;若便秘,加生地黄、麦冬滋阴润燥通便;若腰骶疼痛,加续断、杜仲等补肾强筋骨;若夜尿多,加芡实、沙苑子、覆盆子、金樱子等;若痤疮较甚,生地黄加量,配合女贞子、墨旱莲、丹皮、郁金、浙贝母、金银花等。临床观察表明自拟痛经方能显著改善寒凝血瘀型原发性痛经症状,且便捷、经济、安全,值得临床推广。并待进一步扩大样本进行研究,包括该方剂的实验研究。

(下转第126页)

- [15] 韩丽. 桑菊饮合止嗽散治疗喉源性咳嗽的临床价值体会[J]. 中国医药科学, 2018, 23(8): 57-59.
- [16] 张喜峰. 止嗽散治疗肺癌咳嗽疗效观察[J]. 中医中药, 2017: 75.
- [17] 陈春亚. 中药止嗽散在小儿支气管肺炎治疗中的应用及有效性探析[J]. 中医中药, 2018, 6(16): 180-181.
- [18] 程国珍. 阿奇霉素联合止嗽散治疗小儿支原体肺炎疗效观察[J]. 北方药学, 2017, 10(14): 9-10.
- [19] 顾小青. 止嗽散加味治疗妊娠咳嗽的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(89): 149-150.
- [20] 林美斯, 陈哲杰. 生脉饮研究现状及其制剂开发中的问题分析[J]. 中药与临床, 2017, 8(2): 69-73.
- [21] 许十凯, 康小平. 现代抗衰老中药复方制剂研究进展(之三)[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(15): 1945-1948.
- [22] 刘荏萍. 生脉饮结合 ACBT 对老年肺部感染咳嗽无力患者咳嗽能力恢复的干预效果[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(2): 57-58.
- [23] 路一平, 陈德兴. 玉屏风散古今考[J]. 上海中医药杂志, 1986, 20(5): 32.
- [24] 刘冰贤, 王育勤. 王立忠教授妙用玉屏风散临床经验

[J]. 光明中医, 2018, 33(8): 1090-1092.

- [25] 彭静, 羊忠山. 玉屏风散加味方对慢性阻塞性肺疾病大鼠气道部分细菌定植量的影响[J]. 新中医, 2018, 50(7): 1-4.
- [26] 于柳, 王哲. 药对荆芥邓方风的现代研究现状[J]. 中药药理与临床, 2013, 29(5): 150-155.
- [27] 赵子佳, 周桂荣. 蝉蜕的化学成分及药理作用研究[J]. 杏林中医药, 2017, 37(5): 491-493.
- [28] 张玉龙, 王梦月. 炙甘草化学成分及药理作用研究进展[J]. 上海中医药大学学报, 2015, 29(3): 99-101.
- [29] 李铁敏, 李爱萍. 程国彭治咳探析[J]. 河南中医, 1998, 18(3): 146-147.
- [30] 王铭. 前胡药理作用分析及临床应用[J]. 亚太传统医药, 2016, 18(12): 75-76.
- [31] 杨国辉, 魏丽娟. 中药苦杏仁的药理研究进展[J]. 中鲁医学杂志, 2017, 4(197): 75-76.
- [32] 樊兰兰, 陆丽妃. 百部药理作用与临床应用研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(8): 55-58.
- [33] 秦金利, 高礼民. 止嗽散治疗外感咳嗽 42 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(10): 127-128.

(收稿日期: 2019-03-26 编辑: 文颖娟)

## (上接第 119 页)

### 参考文献

- [1] Dawood MY. Dysmenorrhea [J]. Clin Obstet Gynecol, 1990, 33(1): 168.
- [2] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 362-363.
- [3] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 134.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 264.
- [5] 乔怀丽. 温经汤治疗寒凝血瘀型原发性痛经 40 例[J]. 现代中医药, 2017, 37(5): 34-35.
- [6] 张翠红. 浅谈原发性痛经的发病机制和影响因素[J]. 广东职业技术教育与研究, 2015, (6): 187-189.
- [7] 刘玉祁, 余延芬, 朱江, 等. 基于调查的中重度原发性痛经中医病因病机探讨[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(1): 54.

- [8] 潘野清, 张健安. 原发性痛经的发病机制及治疗进展[J]. 安徽预防医学杂志, 2017, (2): 113-115.
- [9] 肖西峰, 谢丽, 金凡, 等. 当归精油治疗痛经的机制研究[J]. 陕西医学杂志, 2008, (2): 141-143.
- [10] 陆泮芙. 香港地区中医体质与原发性痛经的相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [11] 胡志妍, 齐天, 杨光, 等. 白芷、川芎药对配伍挥发油成分的 GC-MS 分析[J]. 第二军医大学学报, 2014, 35(2): 177-184.
- [12] Ingram SL. Pain: Identification of novel analgesics from traditional Chinese medicines [J]. Curr Biol, 2014, 24(3): 114-116.
- [13] Guo Z, Man Y, Wang X, et al. Levo-tetrahydropalmatine attenuates oxaliplatin induced mechanical hyperalgesia in mice [J]. Sci Rep, 2014, (4): 3905.

(收稿日期: 2019-03-26 编辑: 方亚利)