

理气化痰汤治疗气滞血瘀型原发性痛经临床研究

刘艳玲 潘丽贞[△]

摘要:目的 观察理气化痰汤治疗气滞血瘀型原发性痛经的近期和远期疗效。方法 随机将 60 例气滞血瘀型原发性痛经患者分成对照组和观察组 2 组各 30 例,对照组予以布洛芬缓释胶囊治疗,观察组予以理气化痰汤加减治疗;观察 2 组患者用药前后及停药 3 个月后的临床疗效、痛经程度及 VAS 评分变化情况。结果 观察组临床总有效率在疗程结束后及停药 3 个月后均高于对照组(90% vs 73.3%, 83.3% vs 73.3% $P < 0.05$),差异有统计学意义;观察组痛经程度改善优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组疗程结束后及停药 3 个月后痛经 VAS 评分降低均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 理气化痰汤可以改善气滞血瘀型原发性痛经患者的痛经程度以及短期和远期疗效,在临床上有一定的应用价值。

关键词: 经行腹痛;原发性痛经;气滞血瘀证;理气化痰汤;中医药疗法

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2020.21.032 文章编号: 1003-8914(2020)-21-3399-03

痛经是常见的一种妇科疾病,指女性在月经期或者前后出现的小腹周期性疼痛,严重者可使患者的生活质量和工作效率降低;它包括原发性痛经和继发性痛经,约 90% 以上的痛经为原发性痛经^[1],其主要与月经时子宫内膜前列腺素(PG)含量增高有关^[2]。西医治疗本病主要是口服药物治疗,症状缓解明显,但停药后很容易复发,远期效果不好。近年来,中药已被广泛用于治疗原发性痛经,中药既有镇痛、镇静、调节机体免疫机制和激素内分泌功能,还可以调节患者的心理情绪和维持患者的身体内平衡功效^[3],在治疗原发性痛经方面,其效果显著,且不良反应小,患者易于接受。本研究报告气滞血瘀型原发性痛经患者服用理气化痰汤治疗效果,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 5 月—2017 年 5 月就诊于我院门诊并符合入选标准的 60 例原发性痛经患者随机分为对照组和观察组。对照组 30 例,病程 0.8 ~ 9.8 年,平均(5.31 ± 2.62)年;年龄 17 ~ 28 岁,平均(21.27 ± 3.12)岁;疼痛程度轻度 5 例、中度 20 例、重度 5 例。观察组 30 例,病程 0.8 ~ 10 年,平均(5.33 ± 2.65)年;疼痛程度轻度 4 例、中度 19 例、重度 7 例;年龄 16 ~ 30 岁,平均(21.87 ± 4.11)岁。2 组上述一般资料对比,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),具可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 痛经参考《妇产科》^[1]第八

版:行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,症状严重影响生活质量。

1.2.2 中医诊断标准 气滞血瘀型原发性痛经参考《中药新药临床研究指导原则》^[4]的诊断标准制定:经前或经期小腹胀痛拒按,经血量少,经行不畅,血色紫黯有块,块下痛暂减,经前乳房胀痛,胸闷不舒,舌质紫黯或有瘀点,脉弦。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:①符合原发性痛经的中西医诊断标准;②月经周期基本正常(28 ± 7)d,入组前 1 个月没有服用影响本次疗效的药物;③年龄 16 ~ 30 岁;④签署知情同意书者。排除标准:①对该研究药物有禁忌症或过敏者。②子宫内膜异位症、子宫腺肌病、子宫黏膜下肌瘤等盆腔生殖器官病变者;③哺乳期、妊娠期和接受避孕药治疗的患者;④合并肝、肾或心血管疾病和精神疾病患者;⑤参加其他药物临床试验或未按规定服用本药,影响疗效判断的患者。

1.4 治疗方法 2 组患者都持续治疗 3 个月经周期。对照组:于月经来潮疼痛发作时开始口服布洛芬缓释胶囊(中美天津史克制药有限公司,国药准字 H20013062) 0.3 g/次 2 次/d,饭后服,连服 3 d。观察组:给予自拟方理气化痰汤加减。处方:香附 12 g, 乌药 10 g, 枳壳 10 g, 川芎 9 g, 当归 12 g, 赤芍 10 g, 白芍 15 g, 熟地黄 10 g, 甘草 3 g。肝气犯胃者,加吴茱萸 10 g, 法半夏 6 g;瘀阻甚者,加炒蒲黄 10 g, 五灵脂 10 g;热象明显者,加牡丹皮 10 g, 丹参 10 g。①月经周期规则者,于经前 3 d 开始用药,1 剂/d,使用免煎颗粒,早晚温服,用至月经第 3 天;②月经周期不规律者,

作者单位:南平市人民医院妇科(福建 南平 353000)

[△]通讯作者: E-mail: panlz6156@aliyun.com

于经期第 1 天开始用药,服药方法如前,连服 6 d。

1.5 观察指标 记录 2 组用药前后及停药 3 个月后的临床疗效、痛经程度及 VAS 评分变化情况。①痛经症状评分及程度轻重分级标准^[4]: 重度: 痛经症状评分 > 14 分; 中度: 痛经症状评分在 8 ~ 13.5 分; 轻度: 痛经症状评分 < 8 分。②痛经患者腹痛程度: 选用 VAS 视觉评分法,用一条标有 10 个刻度长 10 cm 的尺子,两头分别为“0”和“10”,0 表示无痛,10 代表难以忍受剧烈痛。由受试者把疼痛的分数在标尺之间标出,以此对患者疼痛做出评价。

1.6 疗效判定标准 ①痊愈: 疗程结束后下腹痛及其他症状消失,停药 3 个月后上述症状没有复发。②显效: 疗程结束后下腹痛明显减轻且其他症状同时减轻,在不继续服用上述理气化瘀汤或者如止痛药布洛芬缓释胶囊时可以坚持工作。③有效: 疗程结束后下腹痛减轻,其余症状同时减轻,服用上述理气化瘀汤或者如止痛药布洛芬缓释胶囊可以坚持工作。④无效: 上述原发性痛经原发性下腹痛或其伴随的症状无改善。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%^[4]。

1.7 统计学方法 运用 SPSS 20.0 统计分析,计量资料运用($\bar{x} \pm s$)表示,采取方差分析和 *t* 检验;计数资料用 χ^2 或秩和检验 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 2 组患者治疗后近期和远期临床疗效比较 治疗结束后,对照组总有效率 73.33%,观察组总有效率 90.00%;观察组的近期临床疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$),见表 1。从观察组的远期临床疗效看,其也明显优于对照组 ($P < 0.05$): 停药 3 个月后随访,对照组总有效率仅 53.33%,而观察组总有效率 83.33%。见表 2。

表 1 2 组患者近期临床疗效比较 (例,%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	8	5	9	8	22(73.33)
观察组	30	14	9	4	3	27(90.00) ¹⁾

注: 与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$

表 2 2 组患者远期临床疗效比较 (例,%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	4	4	8	14	16(53.33)
观察组	30	10	11	4	5	25(83.33) ¹⁾

注: 与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$

2.2 2 组患者治疗前后痛经程度分级比较 治疗前 2 组患者痛经程度分级比较无统计学差异 ($P > 0.05$); 2 组治疗后痛经程度分级改善均优于治疗前(均 $P < 0.05$); 治疗后观察组痛经程度改善优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后痛经程度分级比较 (例)

组别	例数	时间	轻度	中度	重度
对照组	30	治疗前	5	20	5
		治疗后	14	13	3 ¹⁾
观察组	30	治疗前	4	19	7
		治疗后	25	4	1 ¹⁾²⁾

注: 同组治疗前后比较,¹⁾ $P < 0.05$; 2 组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$

2.3 2 组患者治疗前后痛经 VAS 评分比较 治疗前 2 组 VAS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与治疗前比较 2 组治疗后均能降低痛经的 VAS 评分 ($P < 0.05$)。治疗后观察组痛经 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。停药 3 个月后观察组 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者治疗前后痛经 VAS 评分比较

(例 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	随访 3 个月
对照组	30	7.58 ± 0.69	4.64 ± 0.94 ¹⁾	6.33 ± 1.04
观察组	30	7.57 ± 0.63	2.32 ± 0.70 ¹⁾²⁾	2.80 ± 0.63 ²⁾

注: 同组治疗前后比较,¹⁾ $P < 0.05$; 2 组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$

3 讨论

原发性痛经是临床工作中经常遇到的妇科疾病之一,以青春期少女及未婚或未孕女性多见,因其发病率高,治疗后易复发,严重影响女性的身心健康和学习工作^[5]。近年来,随着女性饮食、生活习惯等改变及工作、生活压力的变化,其发病率呈上升趋势^[6]。而且痛经亦是引起乳腺增生的危险因素之一^[7],其病情严重者,如长期治疗不缓解者容易导致子宫内膜异位症、不孕症等。

目前西医对原发性痛经的发病机理还不能完全明确,但目前多数学者认为子宫内膜前列腺素类物质分泌量增多、催产素及血管加压素水平升高、子宫形态结构异常等为引起痛经发生的重要机制;其次与精神、神经、遗传因素等亦有关^[8]。西医目前治疗主要以药物对症处理,常用药物主要有非甾体抗炎药、避孕药两

种非甾体类抗炎药主要是通过减少前列腺素合成酶的产生,防治子宫过强的痉挛性收缩,从而使痛经缓解,作用迅速,即时疗效肯定,但不良作用较大,且复发率高,不易长期服用^[9];避孕药通过抑制排卵,降低前列腺素及加压素水平,使痛经程度降低,但该类药会影响患者机体的代谢功能,并且不能用于需要生育的患者。

原发性痛经在中医学隶属于“经行腹痛”“痛经”的范畴,病位在子宫、冲任,变化在气血,涉及肝肾等脏腑,以“不通则痛”或“不荣则痛”为主要病机。临床辨证分型可以分为气滞血瘀型、寒凝血瘀型、肾气亏虚型、气血两虚型等^[10]。实证是因为气滞、寒凝、湿热导致瘀血阻胞宫而引起胞脉的气血运行受阻,即不通则痛;虚证则主要是因为气血亏虚、肾虚而引起胞宫失于濡养,即不荣致痛。临床上痛经实证较多,且最常见证型为气滞血瘀型^[11]。由于现代生活快节奏,来自学习、工作的压力,女性更容易出现情志不舒,气机郁滞,进而导致枢机不利,血行不畅,导致气滞血瘀,瘀血阻于胞宫冲任,经行不畅,不通则痛。因此临床上气滞血瘀型痛经的发生率也呈现出增长趋势。治疗上以理气行滞、化瘀止痛为治疗原则。

本研究中经验方具有理气行滞、化瘀止痛功效。其中香附疏肝理气,善于调经止痛,为妇科调经之要药;乌药味辛性温,能疏利气机,散寒止痛;枳壳理气宽中行滞;川芎味辛性温,既能活血化瘀,又能疏通气滞,为“血中气药”,功效善于止痛,为治疗气滞血瘀诸痛证的主要药物;赤芍入肝经血分,有活血散瘀止痛的功效;当归有补血活血、调经止痛的功效;熟地黄滋阴补血;白芍养血调经,缓急止痛;甘草缓急止痛。现代药理学表明,白芍可抑制催产素引起的子宫收缩,恢复子宫平滑肌的正常作用^[12]。香附的挥发油成分 α -香附酮对缩宫素引起的大鼠离体子宫平滑肌的收缩有抑制作用^[13]。乌药、枳壳具有抗炎镇痛的功效。桂枝成分桂皮醇具有镇痛、抗炎作用,可抑制前列腺素 E_2 的分泌^[14]。川芎成分中阿魏酸对子宫平滑肌收缩有抑制作用^[15]。各种药物联合作用,从而起到理气活血、化瘀止痛的作用,使冲任二脉疏通,气血顺畅,则疼痛自止。

结合本研究结果,观察组疗程结束后及停药 3 个

月后临床总有效率均高于对照组($P < 0.05$),说明理气化瘀汤临床总有效率高,其疗效明显。而且 2 组治疗后观察组痛经程度分级改善均优于治疗前(均 $P < 0.05$),说明理气化瘀汤改善痛经疼痛程度具有优势;观察组疗程结束后及停药 3 个月后痛经 VAS 评分降低均优于对照组($P < 0.05$),其长期疗效也得到肯定。综上所述,自拟理气化瘀汤可以改善气滞血瘀型原发性痛经患者的痛经程度以及短期和远期疗效,不易复发,推荐在临床上应用。

参考文献

- [1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版,北京:人民卫生出版社,2013:362-369.
- [2] 严欢,曹保利. 原发性痛经的中医研究进展[J]. 光明中医,2016,31(8):1203-1205.
- [3] 李娟,张小妹,王丹. 补肾祛瘀、行气止痛结合穴位烫熨治疗痛经的临床研究[J]. 光明中医,2017,32(17):2449-2551.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:第 1 辑[S]. 北京:中国医药科技出版社,1993:263-266.
- [5] 孙玉阳,纪宏宇,陈博,等. 原发性痛经的发病机制及中医药治疗的研究进展[J]. 中国药师,2017,20(1):144-147.
- [6] 韩莹,张岩,张春蕾. 大学女生中医体质与原发性痛经的相关性分析[J]. 中国妇幼保健研究,2016,27(32):349.
- [7] 李斌,廖秋月,王兆芬,等. 中国女性乳腺增生危险因素 Meta 分析[J]. 中国健康教育,2016,32(5):443-446.
- [8] 乔丽,乔云英,张卫东. 原发性痛经的病因分析及治疗进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(82):31-32.
- [9] 马青,刘少玲,师伟,等. 温经化瘀法治疗原发性痛经(寒凝血瘀证)即时止痛的临床研究[J]. 时珍国医国药,2016,27(12):2946-2948.
- [10] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:131-135.
- [11] 杨爱萍,陈群,路艳. 原发性痛经疾病中医证候分布及相关因素的文献研究[J]. 时珍国医国药,2012,23(5):1258-1259.
- [12] 江雁,张凌,熊贤兵,等. 白芍不同炮制品对原发性痛经药效的比较研究[J]. 时珍国医国药,2011,22(6):1317-1318.
- [13] 郭慧玲,许茜茜,胡志方,等. 四制香附对大鼠离体子宫平滑肌收缩的影响及作用机制研究[J]. 江西中医药大学学报,2014,26(5):76-78.
- [14] 张畅斌,李沧海,隋峰,等. 桂枝汤苯丙烯酸类化合物对环氧合酶-2 及前列腺素抑制的作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(9):157-161.
- [15] 高学敏. 中药学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社,2011:260-261.

(本文校对:王泽清, 收稿日期:2020-03-31)