

中药辨证治疗痛经 139 例临床观察

曹 阳 赵 莉 张婷婷* 徐莲薇 连伟清 严培绮 徐 梅 陈 琼

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海市虹口区甘河路 110 号, 200437)

基金项目: 上海市科学技术委员会科研计划项目(09dZ1973700); 上海市高校优秀青年教师基金资助项目(szy10070); 上海市中医药事业发展三年行动计划(重大研究)资助项目(ZYSNXD-CC-ZDYJ019)

* 通讯作者: tingting185@yahoo.com.cn, (021)65161782 转 3307

[摘要] 目的 观察中药辨证治疗痛经的临床疗效。方法 将 231 例患者随机分为中药组 139 例、中成药组 45 例及西药组 47 例。中药组患者按照气滞血瘀证、寒湿凝滞证、湿热瘀阻证、气血虚弱证及宿瘀内结证给予中药辨证治疗, 西药组给予散利痛片, 中成药组给予血府逐瘀颗粒。各组均连续用药 3 个月经周期为 1 个疗程。观察各组中医证候及临床疗效, 并分别于治疗前后对患者痛经及其他主要临床症状、生活质量进行评分。结果 中药组、中成药组、西药组中医证候总有效率分别为 91.37%、75.56%、40.43%, 临床疗效总有效率分别为 82.01%、71.11%、8.51%, 中药组及中成药组疗效均优于西药组($P < 0.01$)。治疗后各组患者痛经程度及生活质量评分均较治疗前明显改善($P < 0.01$); 中药组其他主要临床症状评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 中成药组仅乳房胀痛、冷汗淋漓评分较治疗前降低($P < 0.05$), 西药组仅冷汗淋漓评分较治疗前降低($P < 0.05$)。结论 中药辨证治疗痛经有较好疗效, 且具有较好的远期疗效。

[关键词] 痛经; 气滞血瘀; 寒湿凝滞; 湿热瘀阻; 气血虚弱; 血府逐瘀颗粒; 散到痛; 生活质量

A Clinical Observation on Chinese Medication for 139 Cases of Dysmenorrhea

CAO Yang, ZHAO Li, ZHANG Tingting, XU Lianwei, LIAN Weiqing, YAN Peiqi, XU Mei, CHEN Qiong

(Yueyang Integrative Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai 200437)

ABSTRACT Objective To observe the efficacy and safety of Chinese medication for dysmenorrhea. **Methods** Totally 231 cases of dysmenorrhea were randomized into the Chinese medication group (139 cases), Chinese patent medicine group (45 cases) and western medication group (47 cases). The patients in the Chinese medication group were classified into qi stagnation blood stasis syndrome, congealing cold damp stagnation syndrome, damp-heat stasis obstruction syndrome, qi-blood deficiency syndrome and abiding stasis binding internally syndrome and given the corresponding therapy. The western medication group was given Saridon. The Chinese patent medicine group was given Xuefu Zhuyu Granules. One treatment course lasted for 3 menstrual cycles. The degree of dysmenorrhea, accompanied symptoms and quality of life (QOL) after treatment were observed and evaluated with Dysmenorrhea Degree Scale (DDS), Visual Analog Scale (VAS), Chinese Medicine Syndrome Scale and SF-36 QOL Scale. **Results** The scores of DDS and VAS were significantly improved in all groups after treatment ($P < 0.01$). The scores of DDS and VAS were significantly improved in the Chinese patent medicine group and western medicine group 3 months after withdrawal ($P < 0.05$). The Chinese medication group was significantly improved in breast tenderness, limb cold, lumbosacral pain, anal bulge, nausea, vomiting and cold sweat dripping after treatment ($P < 0.05$). The Chinese patent medicine group was significantly improved in breast tenderness and cold sweat dripping after treatment ($P < 0.05$). The western medication group was significantly improved in cold sweat dripping after treatment ($P < 0.05$). The efficacy of Chinese medicine syndrome and total efficacy in the Chinese patent medicine group (75.56%, 71.11%) and Chinese medication group (91.37%, 82.01%) were superior to those in the western medication group (40.43%, 8.51%) ($P < 0.01$). The QOL scores were significantly increased in all groups after treatment ($P < 0.01$). The QOL scores in the Chinese medication group were significantly higher than those in the western medication group after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Chinese medication is effective for dysmenorrhea with a better long-term efficacy.

Keywords dysmenorrhea; qi stagnation and blood stasis; congealing cold and damp stagnation; damp-heat stasis obstruction; qi and blood deficiency; Xuefu Zhuyu Granules; Saridon; quality of life

痛经是妇科最常见的疾病, 亦称经行腹痛, 可分为原发性和继发性两种。据统计, 约有 50% 的生育期妇女曾经发生过痛经, 程度严重影响工作者占 13.55%^[1]。西医多采用镇痛、镇静、解痉以及激素

制剂等疗法, 虽能暂时缓解疼痛, 但远期疗效并不理想, 且有一定的副作用。本研究以“求因为主, 止痛为辅”原则辨证论治痛经, 观察其疗效, 客观评价痛经同病异治法的优越性, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]有关标准。妇女凡在经期或经前经后(1周以内)出现周期性下腹疼痛为主症,伴有其他不适,以致影响工作及生活者。

中医辨证标准参照文献^[2]有关标准。①气滞血瘀证:经前或经期下腹胀痛拒按,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。②寒湿凝滞证:经前或经期小腹冷痛,得热痛减,月经后期,量少,经血黯而有瘀块或如黑豆汁样,畏寒,手足欠温,带下量多,舌苔白或腻,脉弦或沉紧。③湿热瘀阻证:经前或经期小腹刺痛或胀痛拒按,有灼热感,或伴腰部胀痛,月经不调,血色黯红,质稠有块,带下量多,色黄质稠,或伴有低热起伏,舌质红,苔黄或腻,脉弦数或滑数。④气血虚弱证:经期小腹隐隐作痛,少腹及阴部空坠,喜按,月经量少、色淡、质清稀,面色无华,神疲乏力,舌质淡,脉细无力。⑤宿瘀内结证:经前或经期下腹胀痛刺痛,经血量中或多,经行不畅,血色紫黯有块,块下痛不减,腹内癥瘕积聚,舌质紫黯或有瘀点,脉弦。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:符合以上诊断及辨证标准;年龄16~49岁。

排除标准:对中药过敏者;合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病;精神病患者。

1.3 一般资料

231例研究病例来自2009年9月至2011年9月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院妇科门诊患者。采用随机数字表法将患者分为中药组139例、中成药组45例及西药组47例。中药组未婚77例,已婚62例;年龄17~49岁,平均(30.94±7.21)岁;病程6个月~20年,平均(5.30±4.53)年;痛经程度^[2]:重度39例,中度62例,轻度38例;气滞血瘀证46例,寒湿凝滞证35例,湿热瘀阻证20例,气血虚弱证11例,宿瘀内结证27例。中成药组未婚29例,已婚16例;年龄21~44岁,平均(29.89±5.57)岁;病程4个月~19年,平均(4.35±4.39)年;痛经程度:重度13例,中度22例,轻度10例;气滞血瘀证10例,寒湿凝滞证8例,湿热瘀阻证11例,气血虚弱证9例,宿瘀内结证7例。西药组未婚28例,已婚19例;年龄17~44岁,平均(30.39±

6.40)岁;病程3个月~17年,平均(5.33±4.85)年;痛经程度:重度15例,中度23例,轻度9例;气滞血瘀证14例,寒湿凝滞证11例,湿热瘀阻证9例,气血虚弱证7例,宿瘀内结证6例。各组患者年龄、病程、病情等资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

中药组:给予中药汤剂。气滞血瘀证:当归12g,川芎9g,牛膝12g,香附9g,延胡索12g,丹参12g等随症加减。寒湿凝滞证:白芍12g,制香附9g,小茴香3g,吴茱萸3g,延胡索12g等随症加减。湿热瘀阻证:生地黄12g,赤芍12g,牡丹皮9g,红藤15g,败酱草9g等随症加减。气血虚弱证:党参12g,白术12g,茯苓12g,当归12g,川芎9g,白芍12g等随症加减。宿瘀内结证:五灵脂12g,乌药9g,牛膝12g,水蛭6g,没药6g,乳香6g等随症加减。以上均每日1剂,水煎服,每日2次。月经前第7天开始用药,月经期停用。

西药组:给予散列通片(复方对乙酰氨基酚片,太极集团西南药业股份有限公司,国药准字H20013003)口服,每次1片(含对乙酰氨基酚250mg),痛经发作时服用,每日不超过6片。

中成药组:给予血府逐瘀颗粒(内蒙古伊泰药业有限责任公司圣龙分公司,国药准字Z20050019),月经前第7天开始用药,月经期停用,开水冲服,每次5g,每日3次。

以上各组均连续治疗3个月为1个疗程。停药3个月后随访1次。

2.2 观察指标及方法

痛经程度评分参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中评分方法,分值越高,疼痛程度越重。其他临床症状包括四肢厥逆、腰骶酸痛、肛门坠胀、乳房胀痛、恶心呕吐、冷汗淋漓等以4分法^[2]进行评分,无症状计0分,症状轻度计1分,症状中度计2分,症状重度计3分。

痛经疼痛程度采用疼痛视觉模拟评分表(VAS)^[3]。

生活质量评定采用生活质量评分量表(SF-36)^[4]。

2.3 疗效判定标准

中医证候疗效标准^[5]参照尼莫地平法。疗效指数(n)=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积

分]×100%。痊愈: $n \geq 90\%$; 显效: $66.67\% \leq n < 90\%$; 有效: $33.33\% \leq n < 66.67\%$; 无效: $n < 33.33\%$ 。

临床疗效标准参照文献[2]。痊愈: 治疗后积分恢复至 0 分, 腹痛及其他症状消失, 停药 3 个月经周期未复发者。显效: 治疗后积分降低至治疗前积分的 1/2 以下, 腹痛明显减轻, 其余症状好转, 不服止痛药能坚持工作。有效: 治疗后积分降低至治疗前积分的 1/2~3/4, 腹痛减轻, 其余症状好转, 服止痛药能坚持工作。无效: 腹痛及其他症状无改变者。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 若符合正态分布且方差齐, 治疗前后比较用配对 t 检验, 组间比较采用单因素方差分析, 两两比较采用 LSD 检验; 若资料不符合正态分布, 则采用非参数秩和检验。等级资料采用 Ridit 分析。

3 结果

3.1 各组患者临床疗效比较

表 1 示, 各组患者临床总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.01$), 中药组及中成药组明显优于西药组。

表 1 各组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	139	10(7.19)	46(33.09)	58(41.73)	25(17.99)	114(82.01)
中成药组	45	2(4.44)	9(20.00)	21(46.67)	13(28.89)	32(71.11)
西药组	47	1(2.13)	0	3(6.38)	43(91.49)	4(8.51)

3.2 各组患者中医证候疗效比较

表 2 示, 各组患者中医证候疗效比较差异有统计学意义($P < 0.01$), 中药组及中成药组明显优于西药组。

表 2 各组患者中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	139	2(1.44)	41(29.50)	84(60.43)	12(8.63)	127(91.37)
中成药组	45	1(2.22)	15(33.33)	18(40.00)	11(24.44)	34(75.56)
西药组	47	0	4(8.51)	15(31.91)	28(59.57)	19(40.43)

3.3 各组患者治疗前后及停药 3 个月后痛经程度评分比较

表 3 示, 各组治疗后与治疗前比较痛经程度均有改善($P < 0.01$), 而停药 3 个月后, 中成药组及西药组痛经评分较治疗后明显升高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 中药组无明显变化($P > 0.05$); 停药 3 个月

后中药组及中成药组痛经程度评分均低于西药组($P < 0.01$)。

表 3 各组患者治疗前后及停药 3 个月后痛经程度评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	停药 3 个月后
中药组	139	11.41±2.15	6.05±2.93*	6.19±3.13▲
中成药组	45	10.26±1.85	5.59±3.57*	5.87±3.36#▲
西药组	47	10.43±1.71	5.37±3.00*	8.98±2.41##

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与本组治疗后比较, # $P < 0.05$, ## $P < 0.01$; 与西药组同时间比较, ▲ $P < 0.01$

3.4 各组患者治疗前后及停药 3 个月后 VAS 评分比较

表 4 示, 各组治疗后与治疗前比较 VAS 评分均有改善($P < 0.01$)。停药 3 个月后, 中成药组及西药组 VAS 评分较治疗后明显升高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 而中药组无明显变化($P > 0.05$); 停药 3 个月后中药组及中成药组痛经程度评分均低于西药组($P < 0.01$)。

表 4 各组患者治疗前后及停药 3 个月后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	停药 3 个月后
中药组	139	7.92±1.22	3.63±2.22*	3.72±2.30▲
中成药组	45	6.87±1.25	2.96±2.07*	3.30±2.11#▲
西药组	47	7.27±1.06	2.75±2.03*	6.64±1.59##

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与本组治疗后比较, # $P < 0.05$, ## $P < 0.01$; 与西药组同时间比较, ▲ $P < 0.01$

3.5 各组患者治疗前后生活质量评分比较

表 5 示, 各组患者治疗后与治疗前比较生活质量评分均明显提高, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 治疗后中药组生活质量评分明显高于西药组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 5 各组患者治疗前后生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
中药组	139	95.18±13.27	116.83±13.41*▲
中成药组	45	99.38±16.01	111.23±17.73*
西药组	47	96.46±15.79	107.95±16.55*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与西药组同时间比较, ▲ $P < 0.05$

3.6 各组患者治疗前后其他临床症状评分比较

表 6 示, 治疗后中药组乳房胀痛、四肢厥逆、腰骶酸痛、肛门坠胀、恶心呕吐、冷汗淋漓评分较治疗前明显降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 中成药组乳房胀痛、冷汗淋漓评分明显降低($P < 0.05$); 西药组冷

表6 各组患者治疗前后其他临床症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	乳房胀痛	四肢厥逆	腰骶酸痛	肛门坠胀	恶心呕吐	冷汗淋漓
中药组	治疗前	139	2.17±0.82	1.71±0.78	1.13±0.84	1.24±1.05	0.63±0.80	0.77±0.91
	治疗后	139	1.88±0.86**	1.56±0.68**	0.53±0.65**	1.08±1.02*	0.33±0.63**	0.43±0.80**
中成药组	治疗前	45	1.77±1.01	1.03±1.06	1.11±0.80	1.37±1.08	0.52±0.64	0.96±1.02
	治疗后	45	1.41±1.08*	0.96±0.98	0.93±0.78	1.22±1.05	0.48±0.58	0.74±1.90*
西药组	治疗前	47	1.97±0.85	1.20±1.06	1.60±0.81	1.30±0.95	0.67±0.83	0.70±0.82
	治疗后	47	1.87±0.78	1.03±1.00	1.47±0.90	1.13±0.86	0.59±0.69	0.41±0.50*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

汗淋漓评分明显降低($P<0.05$)。

4 讨论

中医学认为痛经病位在胞宫,由外感六淫、情志内伤、起居不慎、饮食不节、先天不足等因素,导致冲任、胞宫气血运行不畅,瘀血形成,“不通则痛”;或导致冲任、胞宫失于滋养,“不荣则痛”。正如《诸病源候论》曰:“妇人月水来腹痛者,由劳伤血气,以致体虚,受风冷之气客于胞络,损伤冲任之脉”,指出痛经的病位在于胞宫、冲任,而由体虚兼感外邪为主要病因病机,奠定了痛经的理论基础。中医对痛经的认识未有原发性及继发性之分,但根据继发性痛经的主要临床表现,除了在“痛经”范畴内,还可属“癥瘕”、“不孕”等范围。《景岳全书·妇人规》指出“瘀血内停”是其病因病机,中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议亦将子宫内膜异位症中医诊断标准修订为“血瘀证”^[6],强调了继发性痛经与瘀有关。

临床上痛经病因多端,或虚、或实、或虚实夹杂,应辨证求因,治病求本。如《医学正传》所说,“夫百病之生也,各有其因,因有所感,则显其症。症者病之标;因者病之本”,强调了治病求因的重要性。我们根据长期的临床经验,辨证痛经多归属于气滞血瘀证、寒湿凝滞证、湿热瘀阻证、气血虚弱证及宿瘀内结证5个证型。“求因为主”的同时,我们根据疼痛的性质,或选理气之品;或予活血化瘀、温阳散寒暖宫之品。并针对疼痛部位,选择不同归经的止痛药物,结合伴随症状,“虚则补之,实则泻之,寒则温之,热则凉之”,纠正其病因,经过理气化瘀、温经散寒、清热化瘀、补益气血及活血破瘀一系列的中医治疗,改善痛经伴随症状及痛经的程度,最终达到止痛的目的,取得良好疗效,体现了“求因为主,止痛为辅”的精神。

此外,生活质量已经成为治疗疼痛的疗效判断标准之一^[7]。研究证明,慢性疼痛患者的生活质量与疼痛呈负相关,患者对疼痛的体验可以引起不同

程度的恐惧、惊慌、焦虑、悲伤等不良情绪,甚至影响其饮食起居,使整体生活质量下降^[8]。本研究结果显示,患者经过中药辨证治疗后,生活质量明显提高。这可能因中药组根据辨证求因,直接和间接地影响到患者生活质量多种维度如精力、体能、心理健康等,这点是血府逐瘀颗粒及散利通所未及之处。中医证候大部分属于患者的主观感受,通过中药治疗后,患者症状得以缓解,同时生活质量改善,由此可见,中医证候与生活质量之间有相通之处。

综上所述,根据中医辨证论治痛经,因人而宜的治疗大法,采取适宜对方的理法方药,运用个体化治疗,纠正病因所在,未用专门止痛药物而痛自止,伴随症状及中医证候亦得到改善,且具有远期的效应。

参考文献

- [1] Dawood MY. Dysmenorrhea[J]. Clin Obstet Gynecol, 1990,33(1):168-178.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M]. 1993:263-266.
- [3] Lesage FX, Berjot S, Deschamps F. Clinical stress assessment using a visual analogue scale[J]. Occup Med (Lond), 2012,62(8):600-605.
- [4] 任晓晖,刘朝杰,李宁秀,等. 用 SF-36 量表评价慢性病患者生命质量[J]. 华西医科大学报,2001,32(2):250-253.
- [5] 耿学斯,肖秋平,陈宣凯. 中西医结合三联疗法经验性治疗慢性功能性便秘临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2012,14(3):5-8.
- [6] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议. 子宫内膜异位症、妊娠高血压综合征及女性不孕症的中西医结合诊疗标准[J]. 中西医结合杂志,1991,11(6):376-379.
- [7] Katz N. The impact of pain management on quality of life[J]. J Pain Symptom Manage, 2002,24(Suppl 1):38-47.
- [8] 李乐之,姚树桥. 慢性疼痛患者生活质量影响因素的路径分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2010,19(4):319-321.

(收稿日期:2012-10-02;修回日期:2012-12-20)

©1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net [编辑:叶晨]