

# 少腹逐瘀汤加减治疗寒凝血瘀型痛经的临床观察

王小洁<sup>1</sup> 刘笑梅<sup>2</sup>

(1. 天津中医药大学研究生学院, 天津 300193; 2. 天津市南开医院妇产科, 天津 300100)

**摘 要:** **目的** 探讨中药少腹逐瘀汤加减辨证治疗寒凝血瘀型痛经的临床疗效。 **方法** 对妇科门诊 60 例痛经患者, 经四诊合参, 辨证为寒凝血瘀型后, 以中药少腹逐瘀汤为基本方进行加减治疗, 标本兼治, 达到消除与缓解疼痛的效果。 **结果** 60 例患者, 治愈 34 例 (56.67%), 好转 23 例 (38.33%), 无效 3 例 (5.00%), 总有效率为 95.00%。 **结论** 中药少腹逐瘀汤加减治疗寒凝血瘀型痛经疗效显著。

**关键词:** 少腹逐瘀汤; 寒凝血瘀; 痛经

**中图分类号:** R 271.11<sup>+</sup>3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-168X(2015)02-0064-02

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.02.025

痛经是指月经前后或行经期间出现周期性小腹疼痛或痛引腰骶, 甚至剧痛晕厥者, 亦称“经行腹痛”。可伴有全身不适, 如腰酸, 严重者可出现恶心、呕吐、汗出、肢冷等现象, 以致影响女性的身心健康和正常工作, 为妇科常见病症, 其发病率为 42%~90%, 其中原发性痛经占 53.2%<sup>[1]</sup>, 寒凝血瘀型是其最常见证型, 笔者有幸师从导师采用清代王清任的少腹逐瘀汤治疗寒凝血瘀型痛经 60 例, 取得了较好临床疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 60 例均为 2012 年 10 月~2013 年 6 月本院妇科门诊患者, 经过相应妇科检查和辅助检查, 均为排除全身或局部器质性病变的原发性痛经患者, 年龄 16~42 岁, 病程 5 个月~10 年, 其中年龄在 16~20 岁者 12 例, 20~30 岁者 27 例, 31~42 岁者 16 例, 40 岁以上者 5 例; 未婚 22 例, 已婚 38 例。

**1.2 诊断标准** 根据新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医妇科学》<sup>[2]</sup>、七版《中医妇科学》<sup>[3]</sup> 中寒凝血瘀型痛经的有关内容拟定。主症: 经前或经期小腹冷痛拒按, 得热痛减; 次症: (1) 经血量少或经行不畅; (2) 经色紫黯有块, 块下痛减; (3) 畏寒或手足欠温; (4) 腰部酸痛, 恶心呕吐或肛门坠胀。舌象: 舌质紫黯或有瘀点, 苔白。脉象: 弦沉紧。中医辨证要求: 主症必备, 次症具备两项或两项以上, 参考舌、脉即可诊断。

**1.3 治疗方法** 选用王清任《医林改错》之少腹

逐瘀汤 (小茴香 20 g, 干姜 20 g, 延胡索 15 g, 当归 30 g, 川芎 15 g, 官桂 15 g, 没药 10 g, 赤芍 15 g, 蒲黄 20 g, 五灵脂 10 g) 进行加减, 寒凝重者加乌药、艾叶、吴茱萸以温经散寒; 血瘀重者加三棱、莪术、桃仁以破血逐瘀; 伴腹胀、乳房胀痛者加柴胡、青皮、香附以疏肝解郁; 恶心呕吐者加吴茱萸、半夏、代赭石以降逆止呕; 肢体酸重不适, 苔白腻者加苍术、茯苓、羌活散寒除湿; 腰部酸痛者加桑寄生、杜仲以温肾散寒等。每日 1 剂, 分 2 次口服。经行前 5 天开始, 至经行第 5 天为 1 个疗程, 连服 3 个疗程。服药期间禁服其他止痛药, 忌食生冷及刺激性食物, 避免情绪起伏过大, 经期避免游泳、泡浴或当风着凉。

**1.4 疗效判定标准** 根据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断治疗标准》<sup>[4]</sup>, 治愈: 行经腹痛消失, 且连续 3 个月经周期未复发者为痊愈; 好转: 行经腹痛减轻或消失, 但不能维持 3 个月者为好转; 无效: 痛经无任何改善者为无效。

## 2 治疗结果

**结果:** 60 例患者, 治愈 34 例 (56.67%), 好转 23 例 (38.33%), 无效 3 例 (5.00%), 总有效率为 95.00%。

## 3 病案举例

李某, 女, 25 岁, 销售员, 初诊时间 2012 年 11 月 9 日。患者痛经 12 年, 加重 3 个月。月经初潮 13 岁, 周期 5~6 天/28~30 天, 量中, 色暗红, 夹血块, Lmp: 2012 年 10 月 18 日。每次行经都会有小

腹剧痛,伴有下坠感,发病时以热水袋外敷可缓解症状,血块排出后疼痛减轻。最近3个月经常在户外工作,病情尤为加重,本次行经时自觉小腹剧痛,拒按难忍,外敷热水袋也无法缓解,伴腰部酸痛,时有恶心感。月经量少,色紫黑有块,妇科B超检查子宫附件未见异常。诊时:面色苍白,四肢不温,手足麻木,畏寒喜暖,舌质紫黯有瘀斑,脉沉紧。诊断为痛经寒凝血瘀型,治当温经散寒,化瘀止痛。处方:干姜6g,肉桂6g,小茴香6g,当归10g,川芎10g,没药10g,延胡索15g,生蒲黄(包煎)15g,五灵脂10g,吴茱萸10g,杜仲10g,桑寄生10g,乌药10g。10剂,水煎服,日一剂,早晚分服,于经前5d开始服用。2诊:12月13日。患者11月19日月经来潮,诉痛经较前明显减轻,腰痛及恶心等症状也较前减轻。嘱其原方又服2个月经周期,痛经诸症消失。随访6个月未复发。

4 讨论

痛经属中医学“经行腹痛”范畴,是指月经前及行经期间下腹及腰部痉挛性疼痛,病位在子宫、冲脉、任脉,由于经期及经期前后的特殊生理状态,痛经伴随月经周期而发。经期前后,血海由满盈而泄溢,气血盛实而骤虚,子宫、冲任气血变化较平时急剧,易受致病因素干扰,加之体质因素的影响,导致子宫、冲任气血运行不畅或失于煦濡,不通或不荣而痛。痛经以实证居多,虚证较少<sup>[5]</sup>,临床多以寒凝血瘀证者较为多见。其病因病机主要为患者经期受凉饮冷,或经期冒雨、涉水,或感受寒湿之邪,寒客冲任,与血相搏而致子宫、冲任气血运行不畅,“不通则痛”<sup>[6]</sup>,如陈自明在《妇人

大全良方》则明确指出:“妇人经来腹痛,由风冷客于胞络冲任。”《傅青主女科》中有“寒湿满二经而内乱,两相争而作痛”的描述。故用清代名医王清任《医林改错》中少腹逐瘀汤加减以温经散寒,活血通经。方中当归、川芎、赤芍养血活血,祛瘀调经,祛瘀不伤正;蒲黄、五灵脂即失笑散,通利血脉祛瘀止痛,合用有生新除旧,促进子宫内膜修复之功,现代研究证实可以缓解子宫平滑肌痉挛而止痛<sup>[7]</sup>;延胡索、没药祛瘀止痛;小茴香、肉桂、干姜温经散寒除湿,理气止痛。诸药合用,寒瘀祛,冲任通,经血畅行,自无痛经之虞。综上所述,临床验证少腹逐瘀汤治疗寒凝血瘀型痛经疗效显著。

参考文献

[1] 李健,陈明骏,张丹英. 中医治疗原发性痛经用药规律研究[J]. 河南中医,2012,32(5):648-649.  
[2] 张玉珍. 中医妇科学(新世纪全国高等中医药院校规划教材),北京:中国中医出版社,2002:124.  
[3] 欧阳惠卿. 中医妇科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2002.  
[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断治疗标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:62.  
[5] 欧阳平,黄华. 红花当归汤加减治疗原发性痛经52例[J]. 西部中医药,2011,24(12):78-79.  
[6] 李小丽. 中医药治疗寒凝血瘀型痛经概况[J]. 湖南中医杂志,2012,28(3):172.  
[7] 周卫,宿树兰,刘培,等. 蒲黄-五灵脂药对在少腹逐瘀汤活血化瘀效应中的贡献[J]. 中国实验方剂学杂志,2010,15(6):179-183.

(收稿日期:2014-09-04 编辑:王益平)

撰稿知识

关于医学符号的使用

统计学符号不论用哪种字母,也不论大写或小写一律都用斜体。要注意区分拉丁字母和希腊字母。例如均数的符号是字母 $x$ ,卡方的符号是希腊字母 $\chi^2$ ,自由度的符号是希腊文“ $\nu$ ”,不是拉丁文“ $\nu$ ”。样本的相关系数是英文“ $r$ ”,不能误为希腊文“ $\gamma$ ”。

化学元素及核素在医学写作时一般多采用符号,都是拉丁字母正体大写。离子态是在右上角用数字加“+”或“-”表示。例如 $\text{Na}^+$ , $\text{Ca}^{2+}$ , $\text{P}^{3-}$ 等等,不采用 $\text{Ca}^{++}$ , $\text{P}^{---}$ , $\text{Al}^{+3}$ , $\text{O}^{-2}$ 表示。核素的核子素(质量数)应写在元素符号的左上角,例如: $^{131}\text{I}$ , $^{32}\text{P}$ 。表示激发状态的 $m$ 写在右上角,例如: $^{99}\text{Tc}^m$ , $^{133}\text{In}^m$ 。在科技论文和专著中不应写核素的中文名称,即不能写成 $^{131}$ 碘、 $^{133m}$ 、 $^{32}$ 磷。

近几年分子生物学发展很快,并已渗透到许多学科,大多数分子生物学名词术语的符号已有统一的确形式,要对符号的来源及其内涵有深刻的了解,使用时不致于发生错误,例如:RNA有rRNA(ribosomal RNA),tRNA(transfer RNA),mRNA(messenger RNA)3类。 $r$ , $t$ , $m$ 是表示类型的符号应小写,RNA应大写。

王益平 辑