

温化痰瘀法治疗原发性痛经疗效观察

张满侠 巨晓绒* 马永琦

(咸阳师范学院医院, 陕西 咸阳 712000)

摘要:目的 观察温化痰瘀法治疗原发性痛经疗效。方法 采用中医温化痰瘀法及相应方药内服治疗原发性痛经 53 例, 并与西药布洛芬缓释胶囊内服治疗原发性痛经 51 例对照, 观察两组治疗综合疗效、病情与疗效关系、治疗组治疗前后血液流变学指标变化、用药后副作用。结果 治疗组各项疗效指标明显优于对照组, 且治疗组治疗前后血液流变学指标明显改善。结论 温化痰瘀法治疗原发性痛经疗效满意。

关键词:原发性痛经; 温化痰瘀法; 疗效观察

中图分类号: R 271.11⁺3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-168X(2015)06-0055-03

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.06.021

原发性痛经是妇科常见病, 是以月经前后及行经期出现周期性下腹部和腰部痉挛性疼痛、坠胀, 重者伴有头晕、恶心呕吐, 甚则见面色苍白、手足厥冷、冷汗淋漓、虚脱昏厥等危重象, 严重影响着女性工作学习与生活质量。笔者采用中医温化痰瘀法治疗该病, 尤其是顽固性痛经, 疗效显著, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为我院 2010 年 3 月~2014 年 9 月门诊患者。按随机分组的原则, 分为中药治疗组和西药对照组。治疗组 53 例, 年龄 15~29.5 岁, 平均 19.8 岁; 未婚 45 人, 已婚 8 人; 经前腹痛 42 人, 经期腹痛 11 人; 病程 0.5~8.5 年, 平均 5.5 年; 痛经分度^[1]: 轻度 13 例, 中度 22 例, 重度 18 例。对照组 51 例, 年龄 16~28.5 岁, 平均 20.5 岁; 未婚 42 人, 已婚 9 人; 经前腹痛 44 人, 经期腹痛 7 人; 病程 0.5~9.5 年, 平均是 6.2 年; 痛经分度^[1]: 轻度 11 例, 中度 24 例, 重度 16 例。两组患者年龄、病情、病程、腹痛程度等资料经统计学处理, 无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照卫生部颁布的《中药新药治疗痛经的临床研究指导原则》^[1] 中原发性痛经诊断标准制定。中医辨证标准参照文献^[1] 和全国高

等中医药院校规划教材《中医妇科学》^[2]、全国高等中医药院校规划教材《中医诊断学》^[3] 中的有关内容制定, 证属寒凝血瘀痰阻, 证见: 经前或经期小腹冷痛拒按, 得热痛减, 经血量少, 经行不畅, 血色紫黯有块, 伴带下清稀量多, 胸闷恶心欲吐, 畏寒肢冷, 舌质紫黯或有瘀点, 苔白腻, 脉沉弦紧。

1.3 纳入和排除标准 以痛经为主症, 经妇科及 B 超检查无器质性病变, 经行腹痛连续 3 个月经周期以上, 定期连续复诊 3 个月以上; 排除因炎症、子宫内膜异位症等引起的痛经, 合并其他疾病、未按医嘱服药、无法判断疗效或资料不全等病例均不在观察范围。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用中医温化痰瘀法, 其方药组成: 肉桂 6 g, 小茴香 9 g, 川芎、红花、当归、五灵脂、延胡索各 10 g, 丹参、益母草各 15 g, 木香 6 g, 蒲黄、茯苓各 10 g, 甘草 6 g; 兼气滞者加枳壳、陈皮、郁金; 血瘀甚者加三棱、莪术; 兼见小腹冷凉, 四肢不温者, 酌加熟附子、巴戟天; 兼见胸闷恶心呕吐者, 加陈皮、半夏、吴茱萸; 经量过多者去川芎, 加田七末、血竭; 痛及腰骶加杜仲、川断。每日 1 剂, 水煎早晚 2 次分服, 于月经前 1 周开始服药, 连续服药 7 天至经期第 1 天。

2.2 对照组 采用西药布洛芬缓释胶囊, 每次

* 通讯作者: 巨晓绒 (1966-), 女, 中医妇科副主任医师, 主要从事妇科及全科诊疗工作。E-mail: mayongqi_0890@sohu.com.

0.3 g,每日 2 次,于月经前第 5 天开始服用至经期第 1 天。

两组均服药 3 个月经周期为 1 疗程,疗程结束后评定疗效,停药 3 个月经周期后随访 1 次。疗程中不得服用任何其它与本病有关的药物。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 依据《中药新药治疗痛经的临床研究指导原则》^[1]制定。治愈:用药后腹痛及其他症状消失,停药 3 个月经周期未复发,疼痛程度积分恢复至 0 分;显效:腹痛明显减轻,其余症状减轻或消失,不服止痛药能坚持工作,疼痛程度积分降低 1/2 以下;有效:腹痛减轻,其余症状有所改善,服止痛药能坚持工作,疼痛程度积分降低 1/3 以下;无效:腹痛及其他症状无改善。

3.2 观察项目 ①两组疗效比较;②两组病情与疗效关系;③治疗组治疗前及治疗三个月经周期后血液流变学指标变化;④两组治疗副作用观察。

3.3 统计学处理 记数资料比较采用 χ^2 检验,治疗前后自身比较采用 *t* 检验。

4 结果

4.1 两组疗效比较 见表 1。两组总有效率、愈显率比较差异均有统计学意义($P<0.05$),治疗组

疗效优于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 (n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效(%)
治疗组	53	37	6	10	0	81.13*	100*
对照组	51	9	16	18	8	49.02	84.31

与对照组比较,* $P<0.05$ 。

4.2 两组病情与疗效比较 见表 2。两组治疗后,在轻度痛经改善方面无显著差别($P>0.05$)。而在中度和重度痛经治疗中,治疗组较对照组优势明显($P<0.05$)。

表 2 两组病情与疗效比较 (n)

	治疗组				对照组			
	n	轻度	中度	重度	n	轻度	中度	重度
治愈	37	6 [*]	10 ^{**}	21 [#]	9	2	3	4
显效	6	1 [*]	2 ^{**}	3 [#]	16	2	6	8
有效	10	0 [*]	2 ^{**}	8 [#]	18	2	5	11
无效	0	0 [*]	0 ^{**}	0 [#]	8	0	1	7

与对照组比较* $P>0.05$,** $P<0.005$,# $P<0.005$ 。

4.3 治疗组治疗前后血液流变学指标变化比较 见表 3。治疗组治疗后血液流变学指标均较治疗前明显改善。

表 3 治疗组治疗前后血液流变学指标变化比较 ($\bar{x}\pm s,n=53$)

	全血黏度	血浆黏度	血细胞比容(%)	血小板聚集率(%)	凝血因子 I
用药前	4.48±0.43	1.58±0.45	0.48±0.04	39±12	2.95±0.28
用药后	3.89±0.26	1.04±0.19	0.37±0.06	34±11	2.79±0.22
P 值	<0.01	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05

4.4 两组治疗的副作用 治疗组在服药过程中未见任何副作用,对照组有 17 例出现不同程度的头痛、头晕、腹胀、胃部不适、食欲下降等症状,副作用出现率为 33.33 %。

5 讨论

原发性痛经属中医“经行腹痛”范畴,该病病因病性复杂,常呈现病程缠绵,周期性发作,现临床常采用对症治疗,远期疗效不佳,而用中医药整体调理、辨证施治正日益受到医学界的重视。中医学认为,痛经主因经期或经期前后受致病因素及体质因素的影响,冲任、胞宫气血运行不畅,经脉瘀阻,“不通则痛”,或冲任、胞宫失于濡养,“不荣则痛”,其病机主要责于血脉不畅。笔者临床观察发现,原发性痛经患者在临床中以寒凝者居多,

并有痰瘀内阻之患,年轻女性不慎摄生,行经期间,衣少感寒,或冒雨涉水、或坐卧湿地、或过食生冷等,此时,适值胞门开放,冲任空虚,致寒邪内客,与血搏结,血得寒则凝结不畅而瘀滞,寒与瘀又可致水湿津液难以运化而生痰湿内阻之患,痰湿已成又可反致血脉瘀滞,如此寒、瘀、痰(湿)三邪相互兼挟,互为因果,寒性凝滞血脉,痰瘀为有形之实邪,易阻血碍气,三邪相合,终致胞脉、胞宫、冲任气血津液运行不畅,当经前、经期气血下注冲任,胞脉气血津液益加壅滞,经血流通受阻而腹痛难忍,加之寒、瘀、痰均为阴邪,缠绵难祛难化,常致“痛经”顽固难治。因此,寒凝血瘀痰阻是原发性痛经的重要病机,从散寒、化瘀、祛痰着眼,温化痰瘀、调经止痛不失为治疗顽固性痛经之较

枸地氯雷他定联合 复方甘草酸苷治疗慢性荨麻疹疗效观察

蓝 野

(泗阳县疾控中心皮肤性病科, 江苏 泗阳 223700)

摘 要:目的 探讨枸地氯雷他定片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效;方法 70 例慢性荨麻疹患者随机分为两组, 试验组口服枸地氯雷他定片 8.8 mg, 复方甘草酸苷片 2 片, 对照组单用枸地氯雷他定片 8.8 mg。两组用药 4 周, 于治疗结束及治疗后 4 周观察疗效。结果 治疗前两组的症状总积分比较, 差异无统计学意义($t=0.19$, $P>0.05$)。治疗 4 周时实验组有效率为 90%, 对照组为 54.84%, 两组有效率比较差异有统计学意义($\chi^2=10.80$, $P<0.01$)。两组分别有 3 例出现不适, 停药后不良反应消失。结论 枸地氯雷他定片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹可以提高慢性荨麻疹的治愈率, 亦可提高其远期疗效, 值得临床推广应用。

关键词:枸地氯雷他定; 复方甘草酸苷; 慢性荨麻疹

中图分类号: R 758.24 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-168X(2015)06-0057-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.06.022

笔者于 2013 年 5 月~2015 年 5 月, 使用枸地氯雷他定片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨

疹, 并与单独应用枸地氯雷他定片进行对照, 现将结果报道如下。

佳治法。也提示临床治疗痛经既要关注血脉瘀滞, 同时还须注意津留痰阻, 只有寒、痰、瘀同治, 气血津液同调, 方能消除这类反复顽固痛经。

方中肉桂散寒止痛, 活血通经; 小茴香温经散寒, 行气止痛; 当归、红花、丹参活血祛瘀, 为调经止痛之要药, 且当归、丹参又具养血活血之能; 川芎甘温, 气香升散, 为血中之气药, 能活血行气止痛; 延胡索活血散瘀, 理气止痛; 五灵脂甘苦性温, 行血散瘀, 活血止痛, 消积化痰; 益母草既能活血祛瘀调经, 又能利水消痰, 为痰瘀同治之佳品; 蒲黄辛甘微寒, 有活血化瘀之功, 又具利水消肿之能, 与五灵脂合用共成瘀水(痰)同消之调经止痛方; 茯苓甘淡, 为治痰化饮之主药, 也具活血化瘀之功; 木香温中行气, 以助痰除瘀消。诸药相合, 散寒以助化痰祛瘀, 祛瘀有助于痰消, 化痰亦有利于瘀除血活。现代医学认为原发性痛经是女性生殖器官非器质性疾病, 是由各种因素导致子宫内膜中生成和释放过多前列腺素(PGF_{2a}), 刺激子宫肌痉挛性收缩, 并使子宫血管缩窄, 血流减少, 局部组织缺血缺氧引起疼痛^[4], 这和中医学“胞脉瘀

滞”学说相同。该临床观察表明, 温化痰瘀法能显著改善血液流变性, 改善血液循环, 消除胞脉的瘀阻状态, 增强子宫及卵巢等内分泌腺的血液供应, 推测通过降低经期子宫内膜中前列腺素等致痛物质及改善胞宫气血津液运行而起到多靶点调控作用, 阻断了原发性痛经的发病机制, 切中病因病机, 从而达到瘀去痰除痛消之目的。较之西药的解痉止痛、前列腺素拮抗、钙通道阻滞等治疗, 有疗效可靠、近期和远期疗效满意、不良反应少等独特优势。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药治疗痛经临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993: 263-266.
- [2] 马宝璋, 齐聪. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 93-97.
- [3] 朱文峰, 庄泽澄, 吴承玉. 中医诊断学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 154-167.
- [4] 张惜阴, 戴钟英, 于传鑫, 等. 实用妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 833-835.

(收稿日期: 2015-04-27 编辑: 王益平)