

期刊報告--

中醫科 見習醫師李品萱

痛經

痛經的定義

- **中醫定義**：痛經是指月經來潮或經行前後出現下腹疼痛為主症。
 - **西醫定義**：痛經是指月經前及行經期間，下腹及腰部痙攣性疼痛，嚴重時伴有噁心嘔吐、肢冷，尤其多見於未婚青年女性。
-

中醫的病因病機

- **氣滯血瘀**：氣為血帥，血隨氣行，若氣滯不行則血亦不行，不通則痛。有因子宮發育不良、子宮外口狹窄或子宮位置不正；有因平素不注意經期衛生、過度勞累、劇烈運動、或精神情緒緊張，以致氣滯血瘀，肝氣鬱結氣機不利，導致局部鬱血，月經排出困難、不通則痛。
 - **寒濕凝滯**：經期涉水、淋雨、游泳、坐臥溼地、或飲食生冷等，皆可使寒濕客於胞宮胞脈，血得寒則凝，血行不暢，經血受到阻滯而作痛。
 - **氣血虛弱**：體質素虛，氣血不足，行經之時血海空虛，或大病久病之後氣血兩虧充任俱虛，經血運行無力。
-

中醫辨證

- 根據痛的時間、部位、性質，結合全身症狀辨其寒熱虛實。
 - 痛的時間：
 - 經前、經行時痛 → 實
 - 經後仍綿綿作痛，或經後始痛 → 虛
 - 痛的性質：
 - 實 → 拒按 血瘀 → 腹痛陣作瘀下痛減
 - 虛 → 喜按、綿綿作痛 氣滯 → 腹脹痛(脹重於痛)
 - 熱 → 得熱痛甚
 - 寒 → 得熱痛減、絞痛或冷痛
-

中醫論治

一、氣滯血瘀

- 主症：經前或經行少腹部脹痛或陣痛，瘀下則痛減，經血量少不暢，色暗或有瘀塊。胸脇或乳房脹痛。舌邊有瘀點、苔薄，脈弦。
 - 治法：理氣行瘀、止痛
 - 例方：膈下逐瘀湯、痛經散
-

中醫論治

二、寒濕凝滯

- 主症：經前或經行少腹冷痛，牽及腰脊酸楚。喜按得熱則舒，經水量少色淡，夾有血塊，行而不爽，畏寒便溏，苔白膩，脈沉緊。
 - 治法：溫經散寒
 - 例方：溫經湯、艾附暖宮丸
-

中醫論治

三、氣血虛弱

- 主症：經行至經淨後小腹綿綿作痛，且有下墜感，腹痛偏於一側或兩側，喜按痛減、腰痛酸軟，經水色淡質清，面色蒼白。舌質淡苔薄，邊有齒痕，脈虛細。
 - 治法：補氣養血、調攝衝任
 - 例方：八珍湯
-

西醫學對於痛經的認識

- **原發性痛經**：定義為無明確的器質性病變，其診斷依靠週期症狀時間。首次發作常在初潮或初潮後6-12個月內，持續時間達8-72小時。出現在經前或經期中，突發性，常位於下腹部，可放射至背部及大腿。可伴有噁心嘔吐、頭疼、腹瀉、眩暈。這些症狀常在女性產後減輕或消失，並且隨年齡增長減輕
- **繼發性痛經**：當有明確的器質性異常時，且疼痛由該原因引起稱之。其原因有：子宮內膜異位、盆腔感染性疾病、宮內節育器、子宮腫瘤和卵巢囊腫。症狀包括疼痛不限於經期，初次發作常在初潮後兩年，疼痛性質可為非週期性或慢性疼痛。

病因病機

- **前列腺素(PG)**：目前研究較多與生殖系統密切相關的前列腺素有PGE2、PGF2a等。研究表明子宮肌細胞不僅是PG的靶細胞，其自身亦可在激素和某些介質的特定作用下，產生各種不同的前列腺素物質，參與調節子宮肌細胞的收縮和舒張。PGE2可抑制子宮平滑肌的自發活動、而PGF2a則促使子宮平滑肌收縮。在子宮螺旋動脈壁上存在PGF2a受體，與PGF2a結合後會引起局部血管收縮，子宮血流量減低，肌肉缺血，引起疼痛。在月經週期的不同階段，內膜中PGE2和PGF2a的含量成週期性變化，在黃體期PGE2的含量比PGF2a高，而月經期則相反。痛經患者子宮內膜中前列腺素含量較正常婦女明顯升高。
-

病因病機

- **加壓素(AVP)**：子宮肌層小血管對血管加壓素的敏感性大於粗大的血管，AVP作用於子宮V1加壓素受體，引起子宮肌層活力增強和子宮收縮，尤其子宮肌層小血管收縮，引起子宮局部缺血和疼痛；痛經患者對AVP的敏感性較高。
 - **催產素(OT)**：OT作用於子宮肌細胞引起子宮收縮，同時亦可刺激內膜細胞釋放PG；痛經患者體內OT含量較正常非妊娠女性高。
 - **b-內啡肽(b-EP)**：目前被認為是與疼痛有關的神經激素，亦參與子宮功能活動的調節。黃體期b-EP降低是子宮功能活動失常、疼痛的原因之一。Marchini等對原發性痛經患者分別在月經週期的第26天，和下一個週期的第1、3天量測外周血單核細胞b-EP含量，發現在第二周期第3天時b-EP含量痛經患者明顯高於正常組。其作用尚不明。
-

病因病機

- **鈣**：目前已知蓋在卵母細胞成熟中有重要作用，應用鈣離子通道阻滯劑治療原發性痛經收效好、副作用小，但機轉不明。
 - **遺傳**：遺傳基因研究發現母親染色體中有特定基因傳遞信息至第二代的個別女性，使其性情不穩定、易受刺激，或子宮痛閥降低而易患痛經。
 - **其他**：對機體最適宜的相對溼度是40%-60%，若溼度太高可使機體的體溫調節發生障礙，且可通過大腦皮層下視丘-垂體-卵巢軸，引發月經異常及痛經。此外，運動、經濟、心理、社會等因素亦可導致或加重痛經的發生。
-

痛經的治療

- **NSAIDS**：如阿斯匹林、甲芬那酸等，是通過抑制環氧化酶而減少PG的生成，從而緩解PG引起的子宮痙攣性收縮；對80%-90%患者減輕疼痛有效。但可發生副作用，以腸胃道和中樞神經系統為主。
 - **口服避孕藥物**：如NSAIDS治療失敗。可考慮此藥。該激素是通過抑制排卵及減輕子宮內膜增生來發揮作用的。對90%原發性痛經患者有效。
 - **甘油三酯貼片**：可緩解子宮收縮。其優點是半衰期短，在循環中迅速消失。且貼片使用方便，可按疼痛部位需要來控制症狀。
 - **經皮電神經刺激(TENS)、針灸、局部加熱**等可緩解疼痛。
-

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

二、少腹逐瘀湯加減治療痛經

三、按摩治療婦女痛經

溫胞止痛飲治療 寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

《中醫中藥》

2005

黑龍江中醫藥大學

劉紅梅、王秀霞、韓延華、姚晶萍、金富銳

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

□ 寒凝血瘀型的診斷標準：

主要症狀(必備)：經前或經期小腹冷痛、得熱痛減。

伴隨症狀(具備兩項)：

- 1.月經量少、色黯有塊
- 2.面色蒼白
- 3.四肢不溫、甚則厥冷
- 4.噁心嘔吐、腰部酸痛或肛門墜脹
- 5.舌黯苔白
- 6.脈沉遲或沉緊

超音波檢查：盆腔檢查無異常或婦科檢查無陽性體徵

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

研究對象：

- 治療組(30例)：病程一年內12例；1-3年8例；4-6年5例；7-10年5例。

治療組應用溫胞止痛飲

- 對照組(30例)：病程一年內10例；1-3年5例；4-6年8例；7-10年7例。

對照組應用艾附暖宮湯

- 兩組平均年齡、病程及病情分佈情況比較 $P>0.05$ ，具有可比性。
-

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

□ 藥物：

溫胞止痛飲-炮薑、官桂、當歸、川芎、五靈脂、蒲黃、白芍、元胡、懷牛膝、小茴香、香附、甘草等。

艾附暖宮湯-艾葉、香附、當歸、川芎、白芍、生地、吳茱萸、肉桂、續斷、黃耆等。

□ 服藥方法：

取上述藥物一劑，水煎兩次，取汁200ml，每日分早晚兩次分服。經前七天開始服藥，經期停藥，經淨後隔日一次連服十劑。共治療三個月經週期後觀察療程。

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

□ 症狀評分標準：

- (1)經前或經期小腹冷痛 5分
 - 疼痛難忍 2分
 - 腹痛明顯 1分
 - 腹痛隱隱 0.5分
 - (2)面色蒼白 1分
 - 四肢厥冷 1分
 - 四肢不溫 0.5分
 - (3)影響工作學習，需臥床休息 1分
 - 一般止痛措施不緩解 1分
 - 一般止痛措施可緩解 0.5分
 - (4)月經量少、色黯有塊、伴噁心嘔吐、腰部酸痛、肛門墜脹、舌黯苔白、脈沉遲或沉緊、疼痛一天以內，以上各項皆為0.5分，惟疼痛每增加1天則加0.5分。
-

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

結果：

1. 治療後療效判定

組別	n	痊癒	顯效	有效	無效	總有效率(%)
治療組	30	7	15	6	2	93.33
對照組	30	6	6	11	7	76.67

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

□ 結果

2. 症狀改善率比較

疾病分期	分組	治療後改善例數	治療後無效例數	改善率(%)
輕度(積分<8分)	治療組	6	0	100
	對照組	4	0	100
中度(積分8-13.5分)	治療組	12	1	91.67
	對照組	13	2	84.67
重度(積分<14分)	治療組	10	1	90.00
	對照組	6	5	54.55

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

□ 結果

3.兩組治療前後症狀總評分變化

組別	n	治療前	治療後
治療組	30	11.58±3.84	4.65±2.98△△
對照組	30	11.75±3.37	6.83±3.96△△

注：治療組與對照組治療後比較 $P < 0.05$ ，組內治療前後比較

△△ $P < 0.01$

一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析

二、少腹逐瘀湯加減治療痛經

三、按摩治療婦女痛經

少腹逐瘀湯加減治療痛經

《中醫中藥》

2005/01

河南省安陽縣婦幼保健院

張淑芳

二、少腹逐瘀湯加減治療痛經

□ 痛經的診斷標準：

依中醫病症診斷療效標準，婦女經期前後和行經過程中，下腹部周期性疼痛，可伴噁心、嘔吐、冷汗淋漓、四肢厥冷，甚至可因劇烈疼痛而致昏厥。

二、少腹逐瘀湯加減治療痛經

□ 治療組：病程最短3個月，最長6年。

氣滯血瘀型 23例

寒凝胞宮型 30例

氣血兩虛型 8例

肝腎虧損型 5例

□ 對照組：病程最短4個月，最長5年。

氣滯血瘀型 12例

寒凝胞宮型 18例

氣血兩虛型 6例

肝腎虧損型 4例

二、少腹逐瘀湯加減治療痛經

□ 治療組：應用少腹逐瘀湯

當歸、川芎、赤芍、元胡、制沒藥、蒲黃、五靈脂、桃仁、紅花。

氣滯血瘀型 加香附、枳殼

寒凝胞宮型 加桂枝、小茴香

氣血兩虛型 加黃耆、山藥

肝腎虧損型 加杜仲、山萸肉

水煎服，經前一週開始服藥，每日一劑，連服十劑。

□ 對照組：選用治療組中的少腹逐瘀湯及其隨症加減。

二、少腹逐瘀湯加減治療痛經

□ 療效標準：

依中醫病證診斷療效標準：

痊癒-疼痛症狀完全消失，半年隨訪無復發

顯效-疼痛症狀基本消失或有時輕微反覆者

有效-月經疼痛症狀比以前明顯改善者

無效-疼痛症狀無明顯改變

二、少腹逐瘀湯加減治療痛經

□ 結果

組別	痊癒	顯效	有效	無效	有效率(%)
治療組	40	11	9	6	90.91
對照組	20	6	5	9	77.50

通過秩和檢驗， $P < 0.05$ ，對照組差別有顯著性。

-
- 一、溫胞止痛飲治療寒凝血瘀型原發性痛經60例分析
 - 二、少腹逐瘀湯加減治療痛經
 - 三、按摩治療婦女痛經
-

按摩治療婦女痛經

《按摩與導引》

2005/01第21卷

河北省唐山康復教育中心

崔俊華

三、按摩治療婦女痛經

- 73例病例，均經婦科檢查排除其他器質性病變，其中：
 - 未婚者38例，已婚者35例；
 - 年齡最小者17歲，最大者45歲；
 - 病程最短者1天，最長者18年。
-

三、按摩治療婦女痛經

□ 辨證分型：

1. 氣滯血瘀型：經前或經期小腹劇烈脹痛，經血紫黯夾血塊，量少而排出不暢，胸脇或乳房發脹，舌質紫黯或有瘀點，脈沉弦。
 2. 寒濕凝滯型：經前或經期小腹冷痛，得熱痛減，經血量少，經血紫黯或有凝塊，平時白帶多，舌質紫暗苔白膩，脈沉緊或沉遲。
 3. 氣血虛弱型：疼痛發生在經期或經淨後，成持續性的綿綿作痛，按之痛減，得溫則緩解，經量少色淡，面色無華，舌淡苔薄，脈沉細弱。
 4. 肝腎虧損型：經來色淡量少，或如黑豆汁，經後小腹脹墜作痛，腰痛脹無力，舌質淡紅苔薄，脈沉細。
-

三、按摩治療婦女痛經

□ 治療手法：

- 1.患者俯臥，醫師站在一側，用單掌根推法沿督脈，自上而下在腰骶部操作，後雙掌重疊，反復按揉腰骶部，重點在命門和八髎穴，以透熱為度。
 - 2.患者仰臥，曲膝曲髖，醫師站在一側，以掌根輕揉小腹部1分鐘，後用掌根按壓小腹1分鐘，再以關元為中心，作順時針摩腹法，以透熱為度，同時點按雙側公孫穴1分鐘。
-

三、按摩治療婦女痛經

- 氣滯血瘀型：用三陰交、血海、天樞、章門、期門等俞穴，每穴操作半分鐘。
 - 寒濕凝滯型：用脾俞、腰陽關、環跳、陽陵泉、中極等穴，每穴操作半分鐘。
 - 氣血虛弱型：用膈俞、脾俞、肝俞、關元、足三里、三陰交等俞穴，每穴操作半分鐘。
 - 肝腎虧損型：用肝俞、脾俞、腎俞、中脘、氣海、湧泉等穴，每穴操作半分鐘。
 - 每次月經來潮前一周按上法連續治療2次，三個週期為一個療程。
-

三、按摩治療婦女痛經

□ 治療結果：

痊癒68例，痊癒率為93.15%；

好轉3例，總有效率為97.26%；

無效2例。

參考資料

- 中醫婦科學 陳立德、陳榮洲 P65-72
 - 原發性痛經發病機制與治療新進展 秋桐
P60-61
 - 國外醫學護理學分冊 高敏、王立彥、張東
悌摘要 P24-25
-