

Research Progress in the Treatment of Primary Dysmenorrhea

Yue Wang Haixia Hao

Inner Mongolia Medical University, Hohhot, Inner Mongolia, 010059, China

Abstract

Primary dysmenorrhea is one of the common gynecological diseases, which seriously affects women's life and work. Because of its complicated etiology, high incidence and repeated attacks is listed as one of the three gynecological diseases. Traditional Chinese medicine, western learning and Mongolian medicine have been deeply studied on primary dysmenorrhea, and different methods of diagnosis and treatment have certain curative effect. This paper reviews the research progress of TCM, modern medicine and Mongolian medicine on primary dysmenorrhea from two aspects of pathogenesis and treatment, in order to promote the clinical treatment of primary dysmenorrhea.

Keywords

primary dysmenorrhea; traditional Chinese medicine; Mongolian medicine; pathogenesis

原发性痛经的治疗研究进展

王悦 郝海霞

内蒙古医科大学, 中国·内蒙古 呼和浩特 010059

摘要

原发性痛经是妇科常见病之一,严重影响着女性的生活和工作。因其病因复杂、发病率高且反复发作被列为妇科三大疑难病症之一。中医、西学以及蒙医对原发性痛经均有深入研究,应用不同的诊治方法均具有一定的疗效。论文从发病机制与治疗两个方面综述中医、现代医学以及蒙医对原发性痛经的研究进展,以期对临床治疗原发性痛经有推动作用。

关键词

原发性痛经; 中医; 蒙医; 发病机制

1 引言

痛经是指经期或行经前后,出现周期性小腹疼痛,或痛引腰骶,甚则剧痛昏厥者。根据有无盆腔器质性疾病将其分为原发性痛经和继发性痛经。前者病因不明确,不伴盆腔器质性疾病。后者病因明确,因盆腔器质性疾病引起的经期腹痛。本文主要论述原发性痛经。目前,中医疗治原发性痛经方法多样,疗效确切且副作用少。西医治疗主要以非甾体抗炎药和避孕药为主;蒙医治疗原发性痛经效果显著且不易复发。现将有关原发性痛经的研究进展综述如下。

2 中医对于原发性痛经的研究进展

2.1 中医对痛经的认识

痛经的最早论述见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》:

【作者简介】王悦(1995-),女,中国黑龙江哈尔滨人,硕士在读,执业医师,从事中医妇科学研究。

“带下,经水不利,少腹满痛,经一月再见者,土瓜根散主之”。张仲景认为此病乃瘀血阻滞所致。隋代名医巢元方在《诸病源候论·妇人杂病诸候·月水来腹痛候》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……其经血虚,受风冷,故月水将下之际,血气动于风冷,风冷与血气相击,故令痛也”,认为本虚标实乃此证的临床辨证要点。宋代《妇人大全良方》记载:“妇人经来腹痛,由风冷客于胞络冲任”,认为痛经因寒凝所致,所创立的“温经汤”用于治疗寒凝引起的痛经,一直沿用至今。金元时代,朱丹溪以气血立论提出气滞、气血俱虚、血瘀等均可引起经行腹痛。明代《景岳全书·妇人规·经期腹痛》“经行腹痛,有虚有实”提出以虚实立论。清代傅青主提出了五脏与痛经的关系,认为此病与肝郁、肾虚、寒湿有关。现代医家多认同痛经的发生在经期及其前后,由于气血变化,瘀血阻滞胞宫、冲任失于濡养,从而导致“不通则痛”和“不

荣则痛”。其病位在冲任、胞宫，变化在气血，表现为痛证。将痛经主要分为寒凝血瘀、气滞血瘀、肝肾亏损、阳虚内寒、气血虚弱、湿热瘀阻6种证型，其中以寒凝血瘀、气滞血瘀证最多。

2.2 中医药治疗

2.2.1 辨证分型论治

王采文认为痛经关键是“瘀”，除湿热蕴结型为继发性痛经特有证型外，原发性痛经可分为气滞血瘀、寒凝血瘀、气血虚弱、肝肾亏损四型，“并强调治病必求于本”，辨证无论虚实均加活血药。气滞血瘀证，治以行气活血、化瘀止痛，方以膈下逐瘀汤加减；寒凝血瘀证治以温经散寒、化瘀止痛，方以少腹逐瘀汤化裁；气血虚弱证治以圣愈汤加减；肝肾亏损证治以调肝汤加减^[1]。罗元恺将痛经分为气滞血瘀、寒凝血滞、瘀热壅阻、气血虚弱4型^[2]，其中以气滞血瘀和寒凝血滞型多见，对于气滞血瘀型治以行气活血、祛瘀止痛，膈下逐瘀汤加减；寒凝血滞型治以温经散寒、祛瘀止痛，少腹逐瘀汤加减；瘀热壅阻型治以清热凉血、活血通经，血府逐瘀汤加减；气血虚弱型治以补益气血，圣愈汤加减。

2.2.2 专方治疗

黄绳武治疗痛经重补养经血，认为经期经血外流，在经血不足之时兼有气滞血瘀致痛，其机制为气血不和^[3]。对痛经的治疗遵循“通”的治则外，还注重培补耗损不足，注重补养精血。以四物汤为基本方，补中有养、活中有养，通治血中百病。方中当归养血活血，川芎又为血中气药行血气，熟地黄、芍药血中血药养精血。王琨等^[4]认为痛经机理主要是瘀血阻滞胞宫，使经行滞涩，不通则痛，予玄灵汤（延胡索、五灵脂、白芍、当归、川芎、甘草），寒凝血瘀型加艾叶、吴茱萸。

2.2.3 周期疗法

夏桂成自创补肾调整月经周期理论法治疗原发性痛经，分经调周，整个月经周期分7个时期治疗，即行经期祛瘀、经后初期养血滋阴、经后中期滋阴助阳、经后末期阴阳并重、经间排卵期活血补肾、经前期补肾助阳、经前后半期助阳健脾，疏肝理气来调整^[5]。郑绍周认为原发性痛经以肾虚为本，肝郁为关键，且与脾胃有关。凡属肝郁型痛经，治疗应在经前期。肾虚型痛经可周期性地运用补肾活血法，经后期采用滋阴补

肾，佐以疏肝；经前期温肾调肝，以补冲任；月经期血海满溢，应活血化瘀，理气通经，因势利导，使月经畅行^[6]。

2.2.4 中成药治疗

随着生活节奏的加快，中药剂型越来越倾向便利。中成药携带、服用方便且有效，受到患者的青睐。王燕^[7]用定坤丹治疗原发性痛经300例，总有效率90.0%。孙维峰等^[8]用脉血康胶囊治疗原发性痛经40例，结果显示总有效率为87.5%。

2.2.5 其他治法

针灸、穴位贴敷、耳穴、中药灌肠、理疗等方法治疗痛经同样具有很好的疗效^[9]。

3 西医对于原发性痛经的研究进展

3.1 西医对痛经病因的认识

3.1.1 机械因素

子宫颈狭窄、子宫过度屈曲使经血流出不畅，刺激子宫收缩引起痛经；子宫收缩不良致子宫收缩不协调可导致血管供血异常，子宫肌层组织缺血缺氧引发痛经。

3.1.2 内分泌因素

①前列腺素（prostaglandin, PG）。

原发性痛经的发生目前一致公认主要与子宫内膜PG增高有关^[10]。与生殖系统密切相关PG是PGF2 α 和PGE2。PGE2可抑制子宫平滑肌自发活动，而PGF2 α 则促使子宫平滑肌收缩。高浓度的PGF2 α 作用于螺旋小动脉壁上的PGF2 α 受体，引起子宫平滑肌痉挛性收缩从而引起子宫缺血缺氧，致使酸性代谢产物堆积于肌层引发痛经^[11]。同时，PGF2 α 还可提高其周围神经对疼痛的敏感性，引起痛经^[12]。

②催产素（oxytocin, OT）。

OT不仅直接作用于子宫肌细胞引起子宫收缩，还能激活磷酸肌醇循环，调节局部前列腺素的产生，引起并加重痛经。其与PGF2 α 的关系密切，OT能刺激PGF2 α 的合成与释放，PGF2 α 能增加OT的释放而不影响其合成，两者具有协同作用，共同导致子宫收缩^[13]。

③血管加压素（arginine vasopressin, AVP）。

一方面，这是一种作用强烈的子宫收缩剂，主要作用于子宫静脉加压素受体引起子宫收缩；另一方面，加压素可直接促进PG的生成，增强子宫平滑肌对宫缩药物的敏感性，使子宫血运减少，从而引发原发性痛经的发生^[14]。雌激素能

促进垂体后叶释放 AVP, 此作用可被孕激素抵消^[15]。

④雌二醇 (estradiol, E2) 与孕激素 (progesterone, P)。

黄体中期 E2 高峰促进月经前期子宫内膜 PGF2 α 的生成增加; P 可以促进 E2 转化为无活性的雌酮, 减少 PG 的合成和降低子宫平滑肌舒缩活性而缓解痛经。中国有研究发现雌、孕激素与其受体结合, 激活血清肥大细胞释放致痛物质, 参与了痛经的发生^[16]。

⑤内皮素 (endothelin, ET) 与一氧化氮 (NO)。

ET 和 NO 是两种作用相反的血管活性因子, 以旁分泌方式局部调节子宫血管张力和血流量, 其表达量为雌、孕激素及细胞因子所调节呈周期性。ET 与靶细胞受体结合后, 促进子宫平滑肌和血管的收缩, 导致疼痛的发生。NO 是一种具有多种生物功能的内皮源性舒张因子, 它使局部血管扩张、平滑肌细胞舒张、抑制血小板聚集、对抗血栓素 A2 引起的血小板激活、防止血栓, 从而缓解痛经症状^[17]。辛杰华等^[18]通过对 140 例受试者的临床观察发现 NO 和 ET 的异常表达可影响痛经。

⑥ B- 内啡肽。

B- 内啡肽是一类具有吗啡样活性的神经多肽, 具有内源性镇痛作用, 参与生殖内分泌的调节。孕酮能显著提高 B- 内啡肽的分泌, 而 E2 却抑制孕酮对 B- 内啡肽的作用, 因此黄体期 B- 内啡肽水平的降低导致子宫功能活动失常, 被认为是痛经发生的原因之一。

3.1.3 其他因素

有研究报道情绪因素、运动、饮食习惯、环境等与痛经发生有相关性。

3.2 西医治疗

3.2.1 一般治疗

采用口服布洛芬进行治疗, 每天 3 次, 3 天一个疗程。

3.2.2 非甾体抗炎药

布洛芬可通过抑制环氧酶 (cyclooxygenase, COX) 而减少 PG 的生物合成, 但该类药对 COX-1 和 COX-2 的选择性差, 易引起胃肠道和中枢神经系统不良反应。

3.2.3 口服避孕药

此类药物作用机制主要是抑制子宫内膜生长、抑制排卵、降低 PG 和 AVP 的水平。各类雌孕激素的复合避孕药均可以减少痛经的发生, 它们减轻痛经的程度无显著差异^[19]。

3.2.4 其他

有文献报道左炔诺孕酮缓释宫内节育器^[20]、维生素 E 等^[21]治疗痛经亦有好的疗效。对于顽固性痛经患者, 可采取腹腔镜下神经切断术, 阻断来自盆腔的痛觉信号传导通路, 是原发性痛经患者的一种新选择^[22]。

4 蒙医对于原发性痛经的研究进展

4.1 蒙医对痛经的认识

蒙医认为痛经主要由精神紧张、着凉、经期被雨淋、长期处于阴凉潮湿环境或过食生冷食物等因素造成的气血瘀滞所致。经血是由赫依、希日、巴达干的作用, 随七素的生成而产生的, 此血靠赫依的运行而排出。如果赫依发生病变, 其功能紊乱, 经血就无法正常运行和排出, 滞于宫内, 发生痛经。

4.2 治疗

4.2.1 治则

平下清赫依功能, 活赫依血, 痛经止痛为原则, 并结合患者体质随症施治。

4.2.2 方药

服格喜古那 -6、阿木日 -6、格喜古那 -15 等, 乌力吉 -18 用苏木毛都 -4 送服。用吉祥安坤丸为主剂。赫依、血相搏型在主剂上加用升阳十一味丸、沉香安祥散、苏木六味散、吉祥安坤就、协日汤等; 巴达干、黄水型主要用暖宫气味丸、六味安消散、吉祥安坤丸、升阳十一味丸等治疗。早服舒沙 -7 或苏日格斤 -11 加等量格喜古那 -6 用温水送服。午服乌力吉 -18, 用等量藏登 -3 汤及查干汤送服。晚服敖勒盖 -13 加等量格喜古那 -6, 用以上汤送服。在经前 1 周服上方 3~5 月后大多能好转。包春晶等。将蒙药日西那木吉拉、苏格木乐金高尔以当归、白芍、川芎等药引子用于临床, 并与疗效较肯定的田七痛经胶囊对照, 疗效高于田七痛经胶囊。沙特尔玛等^[23]用阿拉善范氏祖传 11 代传承人乌苏日乐特在多年痛经临床实践中研制出的专治痛经的痛经必备胶囊治疗方法, 在治疗期间按及随访之前未发生药物过敏反应, 未发现明显毒副作用, 疗效稳定性良好。随访时未发现复发者。

4.2.3 理疗法

在腰及下腹部用热水罨或可针灸。服药期间在腰 3、4 椎, 附近及下腹部热敷效果更佳。经过按揉、热敷、温热药等对症治疗以及饮食调理, 一旦经血畅通, 疼痛即减。吴荣梅等用脐

疗法,即先用浸透“西木替格乐-4味”水煎液的热毛巾在腹部热敷、按摩30分钟,然后将“照日格达苏-5味”,用茶水碱或黄酒调和后敷于脐中,每用于月经来潮前1天开始用药,连用5~7天,直到月经干净为止,治疗原发性痛经100例,临床痊愈47例,好转51例,无效2例,总有效率97.01%。

5 结语

综上所述,原发性痛经的治疗方法研究主要包含中医、西医和蒙医三方面,中医药方面所占比重更大。中医药治疗无副作用且更加安全、有效。针灸的使用也已被广泛接受,但是患者无法自行操作。穴位外敷等治疗方法患者可以自行操作,可进一步推广。中医方法的联合治疗,一般均会起到比单独使用更好的疗效。西药治疗的即时止痛作用明显,但是副作用大,且只能暂缓疼痛不能根治疾病。因此,原发性痛经治疗方法的下一步研究重点还要放在中医药的进一步研究上。

参考文献

- [1] 邓海霞.王采文治疗原发性痛经特色探析[J].中国中医药信息杂志,2001,8(5):71-72.
- [2] 朱秉匡,张绍石,周国雄,等.罗元恺教授的痛经辨证施治系统[J].新中医,1986(2):1-4.
- [3] 任晴,王昕.原发性痛经的中西医治疗进展[J].实用中医内科杂志,2020,34(7):29-32.
- [4] 王琨,陈康.玄灵汤加减治疗原发性痛经疗效观察[J].辽宁中医学院学报,2005,7(2):147-148.
- [5] 张元.夏桂成教授调周法治疗原发性痛经的经验[J].陕西中医学院学报,2009,32(6):17-18.
- [6] 贺燕,王丹.郑绍周教授治疗原发性痛经经验[J].光明中医,2013,28(1):25.
- [7] 王燕.定坤丹治疗原发性痛经300例[J].陕西中医,2010,31(3):278-279.
- [8] 孙维峰,陈丹纯,冯书梅,等.脉血康胶囊治疗原发性痛经血瘀证40例临床观察[J].中国妇幼保健,2013,28(62):1054-1055.
- [9] 简珮玉.原发性痛经的中医治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2010,19(5):634-635.
- [10] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2011.
- [11] 方玲,朱新冰,范同梅.缩宫素与原发性痛经的相关性研究进展[J].天津中医药,2011,28(5):435.
- [12] 连伟清,王唯迪,徐梅,等.原发性痛经发病机制及治疗的研究进展[J].国际妇产科学杂志,2012,39(1):29-31.
- [13] 嵇波,任晓暄,赵雅芳,等.原发性痛经发病机制与防治研究述评[J].中国现代医学杂志,2008,18(13):1857.
- [14] 蒲宝婵,姜国云,方玲.原发性痛经疼痛因子及其关联性研究[J].中华中医药学刊,2014,32(6):1368-1370.
- [15] 曹泽毅.中华妇产科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2014.
- [16] 陈琼,张婷婷.原发性痛经相关因素与治疗的研究进展[J].广东医学,2013,20(34):3208-3210.
- [17] 孙桂芳,王佩娟.原发性痛经血瘀证实质及活血化瘀研究[J].长春中医药大学学报,2012,28(1):98-100.
- [18] 辛杰华,姜学强,王绍光.米非司酮对子宫腺肌病异位病灶中NO/ET表达的影响和意义[J].现代妇产科进展,2010,19(10):747-749.
- [19] 华克勤.实用妇产科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2013.
- [20] 马蕾,董武,白枫,等.曼月乐治疗原发性痛经的临床观察[J].中国现代医学,2012,26(50):157.
- [21] 晏丽.维生素E治疗原发性痛经的临床观察[J].医学信息(中旬刊),2010,5(11):3070.
- [22] 刘志洪,吕东昊,石钢.腹腔镜下神经切断术治疗原发性痛经[J].实用妇产科杂志,2011,27(6):422-423.
- [23] 沙特尔玛,陈巴音岱.痛经必备胶囊治疗痛经986例观察[J].中国民族医药杂志,1999(S1):36.