

# 温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴对原发性痛经患者影响

王莹

(河南科技大学第一附属医院妇科 洛阳 471003)

**摘要:**目的:分析温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴对原发性痛经患者的影响。方法:选取 2018 年 4 月至 2020 年 4 月收治的原发性痛经患者 92 例为研究对象,按入院顺序分为观察组和对照组,各 46 例。对照组采用穴位敷贴治疗,观察组采用温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴治疗。治疗 12 周后,对比两组临床疗效、中医症候积分、痛经情况、性激素及疼痛相关因子水平。结果:观察组治疗总有效率为 95.65%,高于对照组的 82.61%( $P < 0.05$ );治疗后观察组中医症状积分均低于对照组( $P < 0.05$ );观察组视觉模拟评分(VAS)低于对照组( $P < 0.05$ );观察组患者前列腺素  $E_2$ ( $PGE_2$ )、孕激素(P)水平均高于对照组,雌激素( $E_2$ )水平低于对照组( $P < 0.05$ );观察组  $\beta$ -内啡肽( $\beta$ -EP)水平明显高于对照组,内皮素(ET-1)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴治疗原发性痛经患者,有利于提高临床疗效,缓解患者疼痛,降低中医症候积分,调节患者性激素及疼痛相关因子水平。

**关键词:**原发性痛经;温疏化痰定痛汤;穴位敷贴;性激素水平

中图分类号:R246.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.008

原发性痛经多于经期前或经期时发生,主要表现为下腹部伴痉挛性疼痛及腹胀感、四肢厥冷<sup>[1]</sup>。引发痛经常见因素为日常生活中不良的生活习惯、心理压力、情绪不稳、内分泌失调等,是最常见的妇科疾病之一,严重影响女性生活质量及社会活动<sup>[2]</sup>。临床治疗主要以布洛芬镇痛为主,可有效缓解患者疼痛,但无法根治,且长期服用会损伤神经系统<sup>[3]</sup>。中医学将原发性痛经归属“经行腹痛”范畴,主要为寒气稽留、气血运行不畅所致,治疗应温经散寒、化痰止痛<sup>[4]</sup>。

温疏化痰定痛汤及穴位敷贴中所含配方均有温经散寒、活血化瘀之功效。本研究分析温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴对原发性痛经患者的影响。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 4 月至 2020 年 4 月医院收治的原发性痛经患者 92 例为研究对象,按入院顺序分为观察组和对照组,各 46 例。两组一般资料对比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。见表 1。

表 1 两组一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	年龄(岁)	病程(年)	初潮年龄(岁)	痛经疼痛程度(例)		
					轻度	中度	重度
观察组	46	31.34± 4.29	2.34± 0.45	14.23± 1.33	28	11	7
对照组	46	32.56± 4.97	2.25± 0.57	14.67± 1.54	21	12	13
$\chi^2/t$		1.260	0.841	1.467	2.140	0.058	2.300
P		0.211	0.403	0.146	0.144	0.810	0.129

**1.2 入组标准** (1)诊断标准:西医符合《妇产科学》<sup>[5]</sup>中原发性痛经相关诊断标准,妇女在经前及经后数小时出现下腹疼痛、伴腹泻、恶心、呕吐等症状,妇科检查排除生殖系统器质性病变。中医符合《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中相关辨证标准,主症:小腹冷痛,得热减痛;次症:月经量少、经色紫黯、手足欠温;舌、脉象:舌黯苔白,脉沉紧。(2)纳入标准:

符合上述西医与中医诊断标准;年龄 16~35 岁;月经周期 28~35 d;自愿参加本研究,并签署知情同意书;病程在 6 个月以上。(3)排除标准:因子宫腺肌症导致继发性痛经者;患严重恶性肿瘤、传染病者;患严重心、肾、肝等重要脏器功能障碍者;备孕或妊娠期妇女;1 周内服用过激素药物或预防疼痛性药物者。

**1.3 治疗方法** 对照组采用穴位敷贴:取子宫双

侧、气海、天枢双侧 5 个穴位,将细辛 3 g、生附子 6 g、延胡索 9 g、川牛膝 9 g 上述药物细研为粉,麦芽糖调成糊状直接外敷,呈药饼状,厚度 0.5 cm,直径 2 cm,每周 2~3 次,每次 0.5 h,经期停止治疗,同时采用 TDP 神灯照射于患者腹部上方 30 cm 处加热,以患者感到温热为宜,照射时长为 0.5 h,1 个月为一个疗程,共治疗 3 个疗程。观察组采用温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴治疗,穴位敷贴方法同对照组,温疏化痰定痛汤,方剂组成:当归 12 g、川芎 12 g、五灵脂 12 g、小茴香 6 g、白术 6 g、赤芍 12 g、香附 12 g、生姜 3 g,水煎服,早晚 2 次服用。连续服用 6 d,连续治疗 12 周。

1.4 观察指标 (1)临床治疗效果<sup>[7]</sup>,痊愈:腹痛及症状完全消失,且连续 3 个月经周期无复发;显效:腹痛及症状明显减轻,3 个月经周期未加重;有效:腹痛及症状较治疗前减轻,但反复发作;无效:腹痛及症状均未好转或加重。总有效 = 痊愈 + 显效 + 有效。(2)中医症候积分<sup>[8]</sup>:治疗前后对患者相关症状进行评估,包括小腹冷痛、月经量少、经色紫黯等,按照病情严重程度分为无症状、轻度、中度与重度等,分别计 0、2、4、6 分,得分越高,说明病情越严重。(3)疼痛程度:采用视觉模拟评分(VAS)<sup>[9]</sup>对两组患者治疗前后痛经程度进行评估,总分 10 分,0 分为无疼痛,1~3 分为轻微疼痛,4~6 分为疼痛明显,7~10 分为疼痛剧烈。(4)激素水平:两组患者治疗前后采集

清晨空腹静脉血 5 ml,离心后用免疫吸附法检测患者雌激素(E<sub>2</sub>)、孕激素(P)、前列腺素 E<sub>2</sub>(PGE<sub>2</sub>),试剂由上海恪敏生物科技有限公司提供。(5)疼痛相关因子:治疗前后采集清晨空腹静脉血 5 ml,离心后用,分别采用双抗体夹心法、免疫吸附法检测血浆 β-内啡肽(β-EP)、内皮素(ET-1)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP),由中国上海蓝基公司提供试剂盒。

1.5 统计学方法 本研究采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量数据行正态性检验,符合正态分布数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间采用 *t* 检验,计数资料以%表示,采用  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床治疗效果比较 观察组临床治疗总有效率为 95.65%,高于对照组的 82.61% (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组临床治疗效果比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	46	24(52.17)	12(26.09)	8(17.39)	2(4.35)	44(95.65)
对照组	46	18(39.13)	16(34.78)	4(8.70)	8(17.39)	38(82.61)
$\chi^2$						4.039
<i>P</i>						0.044

2.2 两组中医症候积分比较 治疗前两组中医症候积分比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组中医症候积分低于对照组 (*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组中医症候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	小腹冷痛		经色紫黯		月经量少	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	4.28 ± 1.55	1.57 ± 0.24	4.25 ± 1.58	1.89 ± 0.65	4.46 ± 1.54	1.21 ± 0.21
对照组	46	4.21 ± 1.27	2.14 ± 0.36	4.16 ± 1.64	2.38 ± 0.14	4.38 ± 1.69	1.69 ± 0.14
<i>t</i>		0.237	8.935	0.268	4.998	0.237	12.899
<i>P</i>		0.813	0.000	0.789	0.000	0.813	0.000

2.3 两组性激素水平比较 治疗前两组性激素水平比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察

组 PGE<sub>2</sub>、P 水平均高于对照组, E<sub>2</sub> 水平低于对照组 (*P* < 0.05)。见表 4。

表 4 两组性激素水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	E <sub>2</sub> (pg/ml)		P (ng/ml)		PGE <sub>2</sub> (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	44.36 ± 6.37	22.37 ± 5.33	0.68 ± 0.22	0.81 ± 0.15	211.34 ± 35.41	279.16 ± 30.25
对照组	46	45.21 ± 6.31	28.64 ± 5.29	0.60 ± 0.25	0.72 ± 0.18	213.46 ± 32.44	250.36 ± 31.59
<i>t</i>		0.643	5.663	1.629	2.605	0.299	4.466
<i>P</i>		0.522	0.000	0.107	0.011	0.765	0.000

2.4 两组疼痛相关因子水平比较 治疗前两组患者疼痛相关因子比较 ( $P>0.05$ ); 治疗后观察组

$\beta$ -EP 水平明显高于对照组, ET-1、hs-CRP 水平均明显低于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 5。

表 5 两组疼痛相关因子水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	$\beta$ -EP (pg/ml)		ET-1 (pg/ml)		hs-CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	96.24± 11.13	141.29± 12.34	124.56± 13.41	89.56± 8.21	12.58± 0.92	1.09± 0.51
对照组	46	94.51± 11.52	119.54± 11.23	121.95± 15.43	102.34± 9.29	12.69± 0.95	3.09± 0.48
t		0.114	8.841	0.866	6.991	0.564	19.368
P		0.909	0.000	0.389	0.000	0.574	0.000

2.5 两组 VAS 评分比较 治疗前两组 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后观察组 VAS 评分低于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 6。

表 6 两组 VAS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	46	4.51± 1.65	2.85± 0.62
对照组	46	4.25± 1.57	3.15± 0.58
t		0.856	2.397
P		0.393	0.019

### 3 讨论

痛经可分为继发性痛经与原发性痛经, 其中继发性痛经是指盆腔发生器质性病变所致, 如子宫畸形、慢性盆腔炎、子宫肌瘤等, 常在初潮数年后发生; 原发性痛经多由子宫结构异常、神经-内分泌异常所致<sup>[3]</sup>。中医根据原发性痛经症状与病因归为“腹痛”范畴, 认为寒湿凝滞、瘀血阻滞导致冲任、胞宫气血阻滞, 无法得之濡养, 出现“不通则痛”, 从而出现痛经。在《金匱要略》记录中“妇人之病……经络凝坚”<sup>[10]</sup>。认为病机与寒邪侵袭体内, 阳气被阻遏, 经脉气血不通畅, 阻滞不通, 瘀血内生, 导致其恶性循环而发本病, 因此在治疗上需以温经散寒、活血化瘀为治疗原则。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率高于对照组, 表明温疏化瘀定痛汤联合穴位敷贴对原发性痛经治疗效果更好<sup>[11]</sup>。分析其原因为温疏化瘀定痛汤, 当归味甘辛性温, 为君药, 归肝、心、脾经, 有极显著的生血作用。川芎、五灵脂、小茴香为臣药, 川芎味甘辛性温, 归肝、胆、心包经, 具有活血行气、祛风止痛之功效; 五灵脂味甘辛性温, 归肝经, 具有活血散瘀之功效; 小茴香味甘辛性温, 归肝、肾经, 具有行气

止痛、温通筋脉之功效。白术、赤芍、香附、生姜均为佐药, 白术具有益气健脾之功效, 赤芍具有散瘀止痛之功效, 香附具有调经止痛之功效, 生姜具有温胃降逆而散寒之功效。诸药联用可养血温经、祛瘀散寒, 通则不痛, 临床效果显著。治疗后观察组中医症候积分、VAS 评分均低于对照组, 表明温疏化瘀定痛汤联合穴位敷贴可有效改善原发性痛经患者临床症状及缓解疼痛。可能为温疏化瘀定痛汤方五灵脂可行气止痛、活血化瘀; 现代医学发现香附可以调节中枢神经系统功能, 刺激雌激素分泌, 抑制子宫收缩, 镇痛作用显著。全方通过改善子宫血供, 起到活血止痛之功效。此外, 通过药物穴位敷贴, 将药糊直接置于相应的穴位之上, 可循经络运行, 到达脏腑经气, 充分发挥药物功效, 敷贴中细辛、生附子、延胡索、川牛膝等药方成分均具有温经散寒、理气解郁、活血止痛的效果<sup>[12]</sup>。

原发性痛经一般无明显器质性病变, 与患者体内激素异常变化有关, PGE<sub>2</sub> 能刺激子宫平滑肌收缩, 当浓度降低时, 子宫平滑肌会出现痉挛性收缩而致痛经<sup>[13]</sup>; E<sub>2</sub> 参与痛经的病理变化, 能够与 P 协同增强子宫收缩力, 因此也与原发性痛经有着密切的关系, 当子宫 E<sub>2</sub> 表达增高时, 会使子宫平滑肌痉挛、缺血进而产生疼痛<sup>[14]</sup>。原发性痛经发病过程也是炎症反应过程, 发作时, 患者体内炎症介质、内皮素水平均呈异常增高状态。临床试验证实<sup>[15]</sup>, ET-1、hs-CRP 均参与疾病发生发展, ET-1 是子宫血管强烈收缩剂, 是引起原发性痛经的重要因素; hs-CRP 是炎症介质反应标志物, 其升高说明促炎性反应增加<sup>[16]</sup>;  $\beta$ -EP 是与疼痛有密切关系的神经激素, 与疼痛发生及疼痛程度呈负相关<sup>[17]</sup>。本研究结(下转第 88 页)

本研究提示, 观察组患者的并发症发生率仅为 10.00%。综上所述, 双切口双钢板内固定术治疗可改善 CTPF 患者术后下肢功能, 加快患者术后康复, 并发症发生率低。

#### 参考文献

- [1]钟远林,罗永进,古文炎. 双侧钢板内固定术治疗对复杂胫骨平台骨折患者膝关节功能的影响[J]. 医疗装备, 2021, 34(10): 48-49.
- [2]曹飞. 锁定钢板与双钢板内固定治疗复杂型胫骨平台骨折对比研究[J]. 临床研究, 2021, 29(5): 31-32.
- [3]张建国. 锁定钢板内固定术和普通解剖型钢板固定术在复杂胫骨平台骨折治疗中的疗效对比分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(3): 88-89.
- [4]柳国海. 双切口双钢板内固定对复杂胫骨平台骨折患者术后恢复的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(10): 85-87.
- [5]施立奇,李象钧,赵俊,等. 关节镜下锁定加压钢板治疗 Schatzker I ~ III 型胫骨平台骨折[J]. 临床骨科杂志, 2021, 24(2): 231.
- [6]王阳,李永全,叶松庆. 膝关节镜辅助治疗胫骨平台骨折的进展[J].

- 中国城乡企业卫生, 2021, 36(1): 38-40.
- [7]王海峰. 双切口双钢板内固定术治疗复杂胫骨平台骨折患者的效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32(21): 39-41.
- [8]吴国兵. 双钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36(5): 11-14.
- [9]胡志龙,李瑛,阙武堂,等. 双切口双钢板内固定应用于复杂胫骨平台骨折治疗的临床疗效评价[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(5): 1147-1149.
- [10]李宝贵,李超英. 双切口入路治疗复杂胫骨平台骨折效果分析[J]. 中国城乡企业卫生, 2020, 35(6): 135-136.
- [11]周钢. 锁定钢板三柱内固定治疗复杂胫骨平台骨折的临床分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2019, 36(5): 520-521.
- [12]史文丽. 腹腔镜下行困难子宫全切除术治疗的手术要点、效果及并发症分析[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(14): 69-71.
- [13]黄跃华,董冬. 内外侧双切口钢板治疗复杂胫骨平台骨折的疗效分析[J]. 中国校医, 2021, 35(10): 762-764.

(收稿日期: 2021-12-13)

(上接第 29 页) 果还显示, 治疗后观察组  $\beta$ -EP、hs-CRP、ET-1、 $E_2$ 、P、 $PGE_2$  改善效果均优于对照组, 说明温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴治疗, 能明显改善调节患者性激素及疼痛相关因子水平, 这是因为温疏化痰定痛汤内含香附与生姜, 发挥了两者的最大功效, 生姜性温, 有助阳散寒功效, 且为辅助药物, 能增强整体药物的治疗效果, 调整患者体内激素水平; 香附能够双向调节子宫平滑肌, 内含类雌激素物质, 通过松弛子宫平滑肌调节局部血流量, 改变机体血液流变学, 起到解热镇痛、抑菌抗炎的作用。

综上所述, 温疏化痰定痛汤联合穴位敷贴治疗原发性痛经, 有利于提高临床疗效, 缓解患者痛经程度, 降低中医症候积分, 调节患者性激素水平及疼痛相关因子水平, 值得临床应用。

#### 参考文献

- [1]孙敏,刘峰林,任远. 原发性痛经的现代医学认识及治疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(7): 29-30.
- [2]令狐翠华,李红. 温经汤联合盐药包外敷治疗冲任虚寒型痛经的临床疗效分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(16): 2777-2778.
- [3]满运军,李利荣. 温经汤对寒凝血瘀型原发性痛经的疗效及部分机制探讨[J]. 世界中医药, 2019, 14(6): 1476-1480.
- [4]祝玲,温贤秀,谭君梅,等. 改良中药热奄包法在寒凝血瘀型原发性痛经患者中的应用研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2016, 8(10): 52-55.
- [5]谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 362-363.

- [6]国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 26-28.
- [7]李锦丽. 硝苯啶联合消炎痛治疗原发性痛经的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(6): 951.
- [8]陈旭军,王晓钦,王伟强. 温针灸加膏摩治疗原发性痛经(寒凝血瘀型)的疗效观察[J]. 中医药通报, 2019, 18(6): 54-56.
- [9]王春艳,胡国华,陈静,等. 温疏活血定痛方治疗寒凝血瘀型原发性痛经临床研究[J]. 河北中医, 2019, 41(7): 996-999.
- [10]倪建刚,沈瑜. 基于数据挖掘技术探讨中药复方治疗痛经的用药规律[J]. 吉林中医药, 2019, 39(3): 385-388.
- [11]尚玉洁. 《金匱要略》从痰论治妇科病探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(7): 595-597.
- [12]陈杏梅,李林锋. 温经疏肝化痰通络汤治疗原发性痛经对血清前列腺素、 $\beta$ -内啡肽水平的影响[J]. 四川中医, 2020, 38(1): 163-165.
- [13]范大广,李慧芬. 毫火针治疗寒湿凝滞型原发性痛经对性激素水平的影响[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(8): 55-59.
- [14]徐广立,赵纪华,孙艳,等. 补肾逐瘀汤对肾虚血瘀型子宫内膜异位症术后预后及炎性因子的影响[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(12): 109-112.
- [15]徐胤聪,朱叶,李智慧,等. 经舒颗粒对原发性痛经大鼠 TRPV1、TRPM8 及相关炎性因子的影响[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(6): 1322-1324.
- [16]贾聚坤,刘桂英,魏倩璞,等. 清热化痰方联合孕三烯酮胶囊治疗子宫内膜异位症效果及对雌激素、NGF 和炎性因子的影响[J]. 解放军医药杂志, 2021, 33(6): 101-104.
- [17]王瑾,赵丽娜,吴珍,等. 温经疏肝化痰通络汤对原发性痛经患者疼痛、生存质量及相关炎性指标的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(32): 3543-3545, 3553.

(收稿日期: 2021-09-10)