

中医防治一本通

痛经

防治一本通

主编 / 孟安琪



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中医防治一本通

痛经

防治一本通

李帮权 李静 刘晓燕

周刚



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

痛经防治一本通/孟安琪主编. —北京: 人民军医出版社,
2010.10

(中医防治一本通)

ISBN 978-7-5091-4298-1

I. ①痛… II. ①孟… III. ①痛经—中医治疗法 IV. ①R271.11

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 200128 号

策划编辑: 秦伟萍 张伏震 文字编辑: 郁 静 王俊慧 责任审读: 张之生
出 版 人: 石 虹

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8723

网址: [www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 850mm×1168mm 1/32

印张: 7 字数: 163 千字

版、印次: 2010 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~4500

定价: 19.80 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

本书系统地介绍了有关痛经的中医诊疗和日常养生常识，内容包括痛经的诊疗常识、中医分型辨治、多种治疗方法、食疗药膳、保健常识等。全书内容系统全面，方法简单实用，语言通俗易懂。本书适合痛经患者及家属使用，还可供中医、西医及中西医结合的临床、科研工作者阅读参考。

前言

中医药是我国劳动人民在长期与疾病作斗争的过程中的伟大创举。应用中医药治疗一些常见病、疑难病有着独特的疗效。

然而中医学又自成理论体系，知识内容繁杂，没有深入、系统的了解，很难掌握、运用。没有对中医药学的深入研究，就很难运用中医药学的成果对自身的健康有所助益。有鉴于此，我们编写了这套“中医防治一本通”，以期向读者全面系统地介绍有关常见病的西医知识、中医诊查、治疗要义、代表方剂、临床效方、名医方选、饮食疗法、典型病案等知识。

众所周知，中医药学理论体系与临床实践中，最为独特的是讲求“辨证论治”。所谓“证”，是指机体在疾病发展过程中某一阶段病理本质的概括。这一病理本质包括疾病的原因、病变的部位、性质、邪正关系等多方面的病理特征，反映疾病过程特定阶段的本质。比如同是感冒，冬天感受风寒称为风寒感冒（证），夏天感受风热，则有可能是风热感冒（证），其治疗方法、用药都不尽相同，如果不能对证治疗、用药，有可能起到相反的作用。

而以往所流行的中医药书籍，并不讲求辨证论治。只是将一些方子、方法简单地罗列在一起，读者即使明白自己所患何病，却难以明白自己的病是什么证，所以就难以取得满意的效果。

为了加强本丛书的实用性，采用对各疾病的常见证型进行分类，以其为纲，收集了这一证型所常见的代表方剂、临床效方、典型病案、饮食疗法及一些其他疗法，以期读者能对中医药学治疗疾病有一个新的认识，也能在本书的帮助下取得一定的效果。

由于历史原因，书中有的方、药涉及的某些中药，如犀角、穿山甲等现已被禁止用于临床。如果需要用到这些方、药时，可选择其替代品。

另外，书中所录方、药，请务必在专业人员的指导下进行应用。

编 者

目 录

第 1 章 痛经概述	1
第一节 月经形成	1
一、月经周期	1
二、月经周期划分	2
第二节 原发性痛经	4
一、原发性痛经病因	5
二、原发性痛经临床表现	7
三、原发性痛经的治疗及预防	7
第 2 章 继发性痛经	10
第一节 子宫内膜异位症	11
一、临床表现	11
二、病史及体征	12
三、鉴别诊断	13
四、治疗常规	13
第二节 子宫腺肌病	16
一、临床表现	17
二、病史及症状	17
三、辅助检查	17
四、鉴别诊断	18

五、治疗	18
第三节 盆腔炎	18
一、临床表现	19
二、病史及症状	19
三、辅助检查	20
四、鉴别诊断	21
五、治疗	21
第四节 子宫肌瘤	22
一、临床表现	23
二、病史及症状	24
三、辅助检查	25
四、鉴别诊断	25
五、治疗	26
第五节 子宫颈炎	27
一、临床表现	28
二、病史及症状	28
三、辅助检查	29
四、鉴别诊断	29
五、治疗	29
第六节 盆腔淤血综合征	31
一、临床表现	31
二、病史及症状	32
三、辅助检查	33
四、鉴别诊断	34
五、治疗	35
第七节 其他引起痛经的疾病	35
一、经前期综合征	35
二、经间痛	38
三、卵巢子宫内膜异位囊肿破裂	40

第3章 中医分型辨治	42
第一节 痛经病因病机	42
一、日常生活不慎致病	42
二、外部“六淫”致病	43
三、内因“七情”致病	46
四、“痰饮”“瘀血”致病	46
五、脏腑功能失常致病	47
六、气血失调致病	48
第二节 痛经辨证分型	50
一、何为辨证论治	50
二、痛经的辨证	52
第三节 气滞血瘀型痛经	55
一、治疗要义	55
二、代表方剂	55
三、临床效方	56
四、名医方选	68
五、典型病案	73
六、饮食疗法	77
第四节 阳虚内寒型痛经	80
一、治疗要义	80
二、代表方剂	80
三、临床效方	81
四、名医方选	93
五、典型病案	94
六、饮食疗法	99
第五节 寒湿凝滞型痛经	100
一、治疗要义	100
二、代表方剂	100
三、临床效方	101

四、名医方选	111
五、典型病案	112
六、饮食疗法	116
第六节 气血虚弱型痛经	118
一、治疗要义	118
二、代表方剂	119
三、临床效方	119
四、名医方选	129
五、典型病案	131
六、饮食疗法	135
第七节 肝肾虚损型痛经	137
一、治疗要义	137
二、代表方剂	137
三、临床效方	138
四、名医方选	146
五、典型病案	147
六、饮食疗法	152
 第4章 多种疗法	154
第一节 针刺疗法	154
第二节 艾灸疗法	162
第三节 耳穴疗法	164
第四节 敷贴疗法	168
第五节 其他疗法	174
第六节 中成药辅助治疗	180
第七节 民间验方疗法	189
第八节 常用中药简介	198
 第5章 答疑解惑	204

第1章 痛经概述

痛经是指月经期发生的疼痛，是一种常发生在下腹部的痉挛性的疼痛，常发生在年轻女性。

痛经分为原发性和继发性两种，原发性痛经是指痛经不伴有明显的盆腔疾病，又称为功能性痛经；继发性痛经是由于盆腔疾病导致的痛经，又称为器质性痛经，常见于子宫内膜异位症、子宫肌腺症、生殖道畸形、慢性盆腔炎、宫腔粘连及子宫肌瘤等疾病。

第一节 月经形成

一、月经周期

女性的生殖功能一生经历几个阶段。在青春期以前，下丘脑等中枢尚未发育成熟，促性腺激素释放激素（GnRH）分泌很少，故卵巢的功能也未发育成熟。一般到12~15岁进入青春期，下丘脑中枢发育渐趋成熟，促卵泡激素（FSH）和黄体生成素（LH）分泌量开始增加，生殖活动表现出周期性变化，开始出现月经周期。18岁以后进入生育年龄。45~50岁，衰老的卵巢对FSH和LH不再发生反应，月经停止，即为绝经期。

月经的直接原因是子宫内膜脱落出血。这种周期性的子宫

内膜脱落，产生流血现象，称为月经。由月经来潮的第一天至下一次月经来潮的前一天所经历的时间，称为1个月经周期。月经周期的长短因人而异，平均28天，一般为20~40天。一般每个人的周期是比较固定的。每次月经可持续3~5天。经血量一般为50~150ml。由于经血中含有纤溶酶原激活物和纤维蛋白溶解酶，故经血不凝固。月经期内，子宫内膜脱落形成创面容易感染，故应注意保持外阴清洁和避免剧烈运动，以及避免月经期进行性交。

月经周期的调节是一个非常复杂的过程，主要涉及下丘脑、垂体和卵巢。下丘脑分泌GnRH，通过GnRH调节垂体分泌促性腺激素（包括LH、FSH等），垂体通过分泌促性腺激素来调控卵巢功能，包括促进卵泡生长发育、促进排卵及支持黄体功能等。由此启动一个月经周期。

随着优势卵泡的成熟及排卵，卵巢分泌的性激素（主要是雌激素、孕激素）又反过来抑制下丘脑-垂体的分泌功能，不再继续促进其他卵泡发育。如果此时卵子受精，则月经周期中止并进入妊娠期。如果卵子未能受精，则在一定时间卵巢分泌发生变化，对下丘脑-垂体的抑制作用被解除，下丘脑“重新开始”分泌GnRH诱发下一个月经周期。

下丘脑、垂体与卵巢之间相互调节、相互影响，称为下丘脑-垂体-卵巢轴。从内分泌角度讲，整个月经周期就是一个以GnRH、LH、FSH、雌激素与孕激素为代表的相互影响的激素分泌水平变化周期。

二、月经周期划分

在每个月经周期中，随着卵巢分泌激素的周期性变化，子宫内膜也发生相应的改变。每一个月经周期，按卵巢变化分为两个阶段，即排卵前的卵泡期和排卵后的黄体期；如按子宫内

膜变化,则可分为3期:月经期,持续3~5天;增殖期,持续10天;分泌期,持续14天。通常人们使用的是按照子宫内膜变化所划分的月经分期。通常月经期的第1天被称为月经周期的第1天,但实际上,月经的发生标志着子宫内膜周期的结束。

1. 增殖期 从月经停止到排卵为止,即月经周期的第5~14天。此期卵巢中卵泡生长发育并渐渐成熟;同时,发育中的卵泡分泌雌激素。在雌激素作用下,子宫内膜的上皮、腺体和螺旋小动脉迅速增生,表现为增殖期的变化,但腺体尚不分泌。卵泡到此期末发育成熟并排卵。因此在增殖期,尤其是增殖期末进行性交行为,容易受孕。

2. 分泌期 从排卵后到下一次月经前,即月经周期的第15~28天。排卵后的残余卵泡形成黄体,黄体继续分泌雌激素和大量孕激素。在孕激素作用下,子宫内膜呈现分泌期的变化,子宫内膜变得松软并富含营养物质,为受精卵着床和发育准备了条件。分泌期的前10天,卵子排出后,正在输卵管内向子宫方向运动,尚未退化、消失,因此也是容易受孕的时期。

3. 月经期 从月经开始至出血停止,即月经周期的第1~4天。若排出的卵未受精,黄体于排卵后8~10天开始退化、萎缩,孕激素、雌激素分泌减少。子宫内膜失去这两种激素的维持而发生变化,表面内膜最后因缺血坏死而血管断裂,内膜脱落出血,即月经来潮。出血过程中,子宫内膜脱落处得到修复,所以正常情况下出血量会逐渐减少并经过大约4天而最终停止。伴随这一阶段孕激素、雌激素分泌减少,卵巢对下丘脑-垂体的抑制作用被解除。下丘脑“重新开始”分泌GnRH诱发下一个月经周期。

第二节 原发性痛经

由于每个人疼痛阈值不同，临床上又缺乏客观的测量疼痛程度的方法，故有关痛经的发病率，文献报道差别较大。我国1980年全国女性月经生理常数协作组的全国抽样调查结果显示，痛经的发生率为33.19%，其中原发性痛经为36.06%，而轻度的痛经占45.73%，中度的占38.81%，重度的占13.55%。瑞士1982年对19岁女孩随机抽样调查结果显示，痛经发生率为72%，15%严重痛经限制日常活动并对止痛药无效，8%每月因此而缺课或误工。也有报道半数以上性成熟女性不同时期有过痛经，其中10%造成缺课或误工。

痛经的发生与年龄、是否分娩有关。月经来潮的最初几个月，很少发生痛经。16~18岁时发病率最高，可达82%，以后又逐渐下降，50岁时维持在20%。性生活的开始可以降低痛经的发生率。

研究表明，有过足月分娩史的女性其痛经的发生率及严重程度明显低于无妊娠史或虽有妊娠但自然流产、人工流产者。这是因为足月妊娠时子宫上支配平滑肌细胞的肾上腺素能神经几乎全部消失，产后这些神经末端仅部分再生，去甲肾上腺素水平达不到孕前水平，因此产后痛经减轻或消失。初潮早、月经期长、经量多的女性痛经严重，而口服避孕药者痛经的发生率明显降低。痛经还有一定的家族性，痛经者的母亲和姐妹也常有痛经的发生。文化水平和体力活动与痛经无关，寒冷的工作环境与痛经的发生有关。还有研究表明痛经的发生与长期接触汞、苯类化合物有关。

一、原发性痛经病因

1. 子宫收缩异常 正常月经周期, 子宫的基础张力 $<1.3\text{kPa}$ (10mmHg), 活动时压力不超过 26.7kPa (200mmHg), 收缩协调, 频率为每 10 分钟 3~4 次; 痛经时, 子宫的基础张力升高, 活动时压力超过 $16\sim20\text{kPa}$ ($120\sim150\text{mmHg}$), 收缩频率增加并变为不协调或无节律性的收缩。

子宫异常活动的增强使子宫血流减少, 造成子宫缺血, 导致痛经发生。研究证明有些异常的子宫收缩与患者主观感觉的下腹绞痛在时间上是吻合的。引起子宫过度收缩的因素有前列腺素、血管加压素、催产素等。

2. 前列腺素合成与释放异常 许多研究表明, 子宫合成和释放前列腺素 (PG) 增加是原发性痛经的重要原因。PGF 2α 使子宫肌层及小血管收缩, 与痛经发生关系最密切。月经前 PG 释放主要在经期第 48 小时内, 痛经症状亦以此段时间最为明显。

前列腺素广泛存在于人体组织中, 其前体物质为花生四烯酸, 通过两条通路生成不同的物质。

(1) 在前列腺素合成酶的作用下生成前列腺素, 称之为还氧化酶通路, 甾体抗炎药可使还氧化酶乙酰化后灭活而阻断此通路, 所以应用甾体抗炎药有效。

(2) 5-脂氧化酶通路。部分病人前列腺素的合成和释放并不增加, 但由于 5-脂氧化酶通路活性增强, 使白三烯合成增加, 白三烯是强有力的缩血管物质。这样也可以解释为什么部分病人对非甾体抗炎药无效。

引起 PGF 2α 过度生成和释放的根本原因仍不十分清楚, 一些研究证实, 人类子宫内膜及肌层合成 PG 受月经周期的影响, 高雄激素水平尤其重要, 痛经妇女黄体晚期雌激素水平显著高于对照组。在相邻的肌细胞间, 通过缝隙连接调节收缩信号的

传递。月经期，子宫肌层内这种活动较为频繁，痛经的女性更为频繁。研究表明 $\text{PGF2}\alpha$ 可以诱导缝隙连接，这可能是造成过度子宫收缩的机制。

3. 血管加压素及催产素的作用 血管加压素是引起子宫收缩加强、子宫血流减少的另一种激素。垂体后叶受雌激素刺激可释放血管加压素（这种作用可以被孕激素抵消）。原发性痛经女性晚黄体期雌激素水平异常升高，所以在月经期血管加压素水平高于正常人 2~5 倍，造成子宫过度收缩及缺血。

以往认为催产素与痛经关系不大。但近来研究证实，血管加压素和催产素都是增加子宫活动导致痛经的重要因素。用催产素拮抗剂竞争性抑制催产素和血管加压素受体，可以有效缓解痛经。

4. 其他因素

(1) 精神因素：有关精神因素与痛经的关系，争论较大。有研究表明，精神因素在痛经女性的发病中起重要作用，痛经女性常表现为抑郁、焦虑和内向；也有研究认为精神因素只是影响了对疼痛的反应而非致病性因素。

(2) 宫颈狭窄：未产妇宫颈痉挛，导致宫内压力升高、经血逆流入盆腔。

(3) 其他肽类及自主神经系统：内皮素、去甲肾上腺素也可造成子宫肌肉及子宫血管收缩而导致痛经。胆碱能、肾上腺素能及肽能神经类自主神经也能影响子宫及其血管。骶前神经切除可以治疗痛经，足月妊娠产后痛经减少，也与子宫的自主神经纤维明显减少有关。

(4) 免疫系统：近来有研究表明，痛经患者的免疫细胞和免疫反应发生改变，淋巴细胞增殖反应下降，血中单核细胞 β -内啡肽水平升高，认为痛经是一种反复发作性疾病，形成了一种身体和心理的压力，从而导致了免疫反应的改变。关于痛经

与免疫之间的关系还有待进一步的研究。

二、原发性痛经临床表现

原发性痛经常发生在年轻女性，初潮后 6~12 个月开始，30 岁后发生率下降。疼痛常在月经即将来潮前或来潮后开始出现，并持续在月经期的前 48~72 小时，常为痉挛性疼痛，有时需卧床休息。疼痛多集中在下腹正中，有时伴有腰酸或放射至股内侧。盆腔检查无阳性所见。

诊断原发性痛经，主要是排除盆腔病变的存在。根据病史及妇科检查，必要时结合辅助检查如 B 超、腹腔镜、宫腔镜、子宫输卵管碘油造影等，排除子宫内膜异位症、子宫腺肌症、盆腔炎症等，以区别于继发性痛经。另外，还要与慢性盆腔痛区别，后者的痛经与月经无关。

痛经程度的判定，一般是根据疼痛程度对日常活动的影响、全身症状及镇痛药的应用情况来进行，基本如下。

1. 轻度 有疼痛，但不影响日常活动，工作很少受影响，无全身症状，很少用镇痛药。
2. 中度 疼痛，使日常活动受影响，对工作能力也有一定影响，很少全身症状，需用镇痛药，用药后可缓解。
3. 重度 疼痛使日常活动和工作明显受影响，全身症状明显，镇痛药效果不好。

三、原发性痛经的治疗及预防

1. 一般治疗 对原发性痛经病人进行必要的解释工作十分重要，尤其是对青春期少女。讲解有关的基础生理知识，阐明“月经”是正常的生理现象，帮助病人打消顾虑，树立信心。痛经重时可以卧床休息，或热敷下腹部。注意经期卫生。可以应用一般非特异性镇痛药，如水杨酸盐类，有解热镇痛的作用；

阿托品 0.5mg 皮下注射等。也可用 2% 普鲁卡因 4ml 行曲骨穴封闭。

2. 口服避孕药 有避孕要求者，可采用短效口服避孕药抑制排卵达到镇痛的效果。20 世纪 60 年代以来，大量研究证实，口服避孕药可以有效治疗原发性痛经，使 50% 的病人痛经完全缓解，90% 明显减轻。

原发性痛经女性子宫活动增强，部分是由于卵巢激素失衡，黄体期及月经前期雌激素水平升高所致（雌激素可以刺激 PGF_{2α} 和血管加压素的合成、释放）。口服避孕药可能是通过降低血中前列腺素、血管加压素及催产素水平，抑制子宫活动。

此前曾有观点认为孕激素的活性是治疗痛经的重要因素。但后来的研究证明，各种雌-孕激素复合性的避孕药，无论孕激素含量多少，均可以减少痛经的发生或减轻痛经的程度，效果无显著性差异。

3. 前列腺素合成酶抑制剂 无避孕要求者或对短效口服避孕药效果不好者，可以用非甾体抗炎药（NSAID），它是前列腺素合成酶抑制剂，通过阻断还氧化酶通路（使还氧化酶乙烯化而灭活），抑制 PG 合成，使子宫张力和收缩性下降，达到治疗痛经的效果。由于 69%~90% 的痛经可以得到较好的治疗效果，服用方法简单，自 20 世纪 70 年代以来广泛用于痛经的治疗。

NSAID 不仅可以减轻痛经，还可以减轻相关的症状如恶心、呕吐、头痛、腹泻等。不良反应一般很轻，不常见，一般都能耐受。其不良反应以胃肠道和中枢神经系统症状为主，如消化不良、恶心、胃灼热、厌食、腹泻、便秘、头晕、烦躁、嗜睡及过敏性皮疹等。消化性溃疡病、支气管痉挛等患者应禁用。

一般于月经来潮、痛经出现后开始服药，连服 2~3 天。常用的有吲哚美辛 25mg；氟芬那酸每次 0.1~0.2g，每日 3 次；