

台北区分会中医门诊痛经患者临床用药频率与形态分析

吴龙源^{1,2}, 黄碧松², 彭文煌¹, 蔡鲁³, 张照敏³, 蔡美霞³, 吴秀惠³, 杨万清³

(1. 台湾 中国医药大学中国药理学研究所士后中医学系; 2 台湾 中保会台北区分会; 3 台湾 中央健康保险局台北业务组)

摘要:目的:探讨中医门诊痛经患者年龄层之分布、申报医疗费用型态、处方用药排行、单方及复方排行前 20 名用药费用结构、治疗方法等为主要目的。材料方法:本研究资料来源以 2004-2008 年中央健康保险局台北分局特约中医院所申报全数据为数据库,以门诊痛经病患数据撷取条件,依中医院所申报 ICD-9-CM 主、次诊断为 6253 之所有患者。结果:2004-2008 年中医门诊主、次诊断申报痛经人数为 132 411 人,件数为 457 924 件,而平均每人就医件数为 2.5~2.9 间。主、次诊断痛经患者各年龄层分布为 16~35 岁分布最多;单方药材排名前 5 名分别为延胡索、香附,益母草,丹参,五灵脂。复方药材前 20 名药品当中,前五名的复方分别为,加味逍遥散,当归芍药散,温经汤,桂枝茯苓丸,少腹逐瘀汤。其中每张处方的用药品项数以 3~7 个占最多。以开药 4~7 天占最多,其中治疗方式以纯内科件数占 98.33%;平均每件给药天数为 6.9 天。持续就医 5 年者追踪占率为 22.41%。结论:本研究提供中医师临床治疗痛经的用药频率及型态,从研究中无法了解痛经的证型分类,但从用药的频率及型态得知,痛经的临床治疗原则是以温经、活血、化瘀、调养肝脾及行气止痛为主,对于中医师临床用药处方应是很好的参考价值。致于相关的方剂及药物的作用机转仍有待日后进一步加以阐明。

关键词:痛经;传统中药;中药用药频率与型态;中央健康保险局

中图分类号:R271.113 文献标识码:A 文章编号:1673-7717(2011)01-0185-08

Frequency and Pattern of Chinese Medicine Prescriptions for Dysmenorrhea in Taipei Area

WU LongYuan^{1,2}, HUANG Bìsong², PENG Wen-huang¹, CAI Lu¹,
ZHANG Zhao-min³, CAI Meixia³, WU Xiuhui³, YANG Wanqing³

(1 Graduate Institute of Chinese Pharmaceutical Sciences College of Pharmacy, China Medical University, Taiwan

2 Taipei Chinese Medical Doctors Association Taiwan; 3 Taipei Branch of Bureau of National Health Insurance Taiwan)

Abstract Objective To conduct a large-scale pharmacoepidemiological study and evaluate the age distribution, fre-

验的分歧,为肿瘤患者的中西医结合治疗提供有力支持。

参考文献

[1] 闰俊杰. 恶性肿瘤与活血化瘀研究进展 [J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23(51): 77

[2] 丁罡, 宋明志, 于尔辛. 丹参、赤芍对大鼠 Walker256 癌肝转移影响机制的研究 [J]. 中国癌症杂志, 2001, 11(4): 364

[3] 张培彤, 裴迎霞, 祁鑫, 等. 活血药对人肺癌细胞黏附和侵袭的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(2): 103-105

[4] Goldman E. The growth of malignant disease in man and the lower animals with special reference to the vascular system [J]. Lancet 1907, 2: 1236

[5] Folkman J. Tumor angiogenesis: therapeutic implications [J]. N Engl J Med 1971, 285(21): 1182-1186.

[6] 郭勇. 中医肿瘤的四阶段概念探讨 [J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(2): 247-248

[7] 刘永惠, 张玉五, 梁国光, 等. 肿瘤转移与微观血瘀证的临床和实验研究 [J]. 现代中医, 1996, 9(4): 224-228

[8] 马文建, 程广泽. 肿瘤的血行转移与血黏状态的关系 [J]. 中级医刊, 1992, 27(4): 7-9

[9] Jain RK. Normalizing tumor vasculature with anti-angiogenic therapy: A new paradigm for combination therapy [J]. Nat Med 2001, 7(9): 987-989

[10] Tong RT, Boucher Y, Kozin SV, et al. Vascular normalization by vascular endothelial growth factor receptor 2 blockade induces a pressure gradient across the vasculature and improves drug penetration in tumors [J]. Cancer Res 2004, 64(11): 3731-3736

[11] Jain RK. Lessons from multidisciplinary translational trials on anti-angiogenic therapy of cancer [J]. Nat Rev Cancer 2008, 8(4): 309-316

[12] Lee CG, Heijn M, di Tomaso E, et al. Anti-Vascular endothelial growth factor treatment augments tumor radiation response under normoxic or hypoxic conditions [J]. Cancer Res 2000, 60(19): 5565-5570.

[13] Jain RK. Normalization of tumor vasculature: an emerging concept of anti-angiogenic therapy [J]. Science, 2005, 307: 58

收稿日期: 2010-08-11

作者简介: 吴龙源 (1959-), 台湾云林人, 副教授, 博士, 研究方向: 中药药理、实证医学、肝病、高脂血症、脂肪肝药理、中药保肝药理、中药抗炎药理学。

quency pattern top ten of TCM prescriptions in treating dysmenorrheal *Methods* we obtained the database of traditional Chinese medicine outpatient (including ICD-9-6253) claims from the National Health Insurance in Taipei Division for the whole 2004-2008. Patients with dysmenorrhea were identified by the corresponding diagnosis of International Classification of Disease among claimed visiting files. Corresponding prescription files were analyzed and association rule were applied to evaluate the co-prescription of TCM in treating dysmenorrhea. *Results* Among the 132 411 subjects 457 924 formulas treated by TCM for dysmenorrhea the peak age was in the range of 16-35 yrs. Corydalis yanhusuo, Cypripedium rotundus, Leonurus sibiricus, Salvia miltiorrhiza and Trigonotis xanthippes were the first five single herbs used for treating ICD-9-6253 disease. The first five ranks of TCM prescriptions for treating ICD-9-6253 disease were Jia-wei-xia-yao-san (JWXY), Dang-gui-shao-yao-san (DGSYS), Wen-Jing-Tang (WJT), Gui-Zhi-Fu-Ling-Wan (GZFLW) and Shao-Fu-Zhu-Yu-Tang (SFZYT). The number of TCMs and days for taking in a prescription that traditional physicians wrote out almost contained 3-8 TCMs and 4-7 days respectively. There were 22.41% patients who were treating for five years. *Conclusion* This study showed the utilization pattern of Chinese herbal drugs or prescription in treating dysmenorrhea. The treating principle of dysmenorrhea in TCM clinic is Wen-Jing blood-activating and stasis-resolving. Xing-qi-stop pain or nourishing liver and spleen. The present results are worthy of being considered as the reference by the traditional physicians.

Key words dysmenorrhea; traditional Chinese medicine; frequency and pattern of Chinese medicine prescriptions; national health insurance

月经期前后发生的下腹痛,或其它伴随症状如头痛、恶心、四肢冰冷、腹泻等,称为“痛经”,这是一般妇科常见的问题。好发于 15~25 岁及初潮后的 6 个月至两年内,是青春常见症状之一。其发生率报导不一,约占 42%~90%,其中重度痛经约占 18%^[1]。腹痛一般于初潮后数月出现,也有发生在初潮后 2~3 年的年青妇女。疼痛的时间可于月经前 1~2 天即开始,或月经第 1~2 天,甚至月经刚净时亦可发生。疼痛的特点是呈阵发性下腹部绞痛、胀痛、坠痛,并放射到腰骶部及阴道、肛门。一般疼痛可持续数小时甚至 1~2 天,经血外流通畅后疼痛即消失^[1-2]。据统计,痛经的发生率在青少年期约 30%~50%,成年妇女约有 10%~20%,严重者会影响日常生活及工作等^[3-5]。

中医学认为:妇女在经期及月经前后,生理上冲任的气血较平时变化急骤,此时若感病邪或潜在病因与气血相干,以致冲任、胞宫气血运行不畅,则“不通则痛”;或致冲任、胞宫失于濡养,而“不荣则痛”。痛经多因情志所伤。六淫为害,导致冲任阻滞,或因精血不足,胞脉失于濡养所致^[1]。

依据中医文献记载,痛经的中医辨证与治疗可分为以下几种证型:①气滞血瘀型,症见每于经前一二天或月经期小腹胀痛,拒按,或伴胸胁乳房胀,或经量少,或经行不畅,经色紫黯有块,血块排出后痛减,经净疼痛消失,舌紫黯或有瘀点,脉弦或弦滑。治宜理气化瘀止痛;②寒湿凝滞型,症见经前数日或经期小腹冷痛,得热痛减,按之痛甚,经量少,经色黯黑有块,或畏冷身疼,舌苔白腻,脉沉紧。治宜温经散寒除湿,化瘀止痛;③气血虚弱型,症见经后一二天或经期小腹隐隐作痛,或小腹及阴部空坠,喜揉按,月经量少,色淡质薄,或神疲乏力,或面色不华,或纳少便溏,舌淡,脉细弱。治宜益气补血止痛;④湿热下注型,症见经前小腹疼痛拒按,有灼热感,或伴腰骶疼痛;平时小腹痛,经来疼痛加剧。低热起伏,经色黯红,质稠有块,带下黄稠,小便短

黄,舌红,苔黄而腻,脉弦数或濡数。治宜清热除湿,化瘀止痛^[6-8]。

现代医学将痛经分为“原发性痛经”和“继发性痛经”两类,原发性痛经最常见于 20 岁前后的未婚女性,主要在月经来的前后时期有下腹阵痛,持续约 2~3 天,会随年龄增加及生产后,症状会改善或消失,痛经主要发生原因在于内分泌失调、前列腺素过多造成子宫收缩过强而使肌层产生缺血及缺氧,进而引发疼痛,在排卵后雌激素和黄体激素增加,促进了前列腺素的合成也会增加痛经的可能,另外,子宫本身的发育或位置、体质、遗传、心理等皆与痛经有关^[3,8-9]。

本研究主要是探讨台北分局从 2004-2008 年中医申报医疗费用的数据库中医临床治疗痛经的用药型态与频率,医疗费用申报情况,单方及复方的用药频率,以探讨逐年之医疗费用及提高中医临床治疗痛经的一些信息为目的。

1 研究材料与方法

本研究资料来源以 2004-2008 年台湾中央健康保险局台北分局特约中医院所申报全数据为数据库,以门诊痛经病患数据撷取条件,依中医院所申报 ICD-9-CM 主、次诊断为 6253 之所有患者探讨患者年龄层之分布、申报医疗费用型态、处方用药排行、单方及复方排行前 20 名用药为主要目的。

2 统计方法

统计分析:使用分析工具软件为 SAS 9.1.3。

3 结果

3.1 探讨 2004-2008 年中医主、次诊断申报痛经 (ICD-9-6253) 人数与件数

如表 1 所示,2004 年中医主、次诊断申报痛经人数为 30 385 人,件数为 75 515 件,平均每人就医件数为 2.5 件;2005 年中医主、次诊断申报痛经人数为 32 937 人,件数为 82

369件,平均每人就医件数为2.5件;2006年中医主诊次诊断申报痛经人数为32741人,件数为88243件,平均每人就医件数为2.7件;2007年中医主诊次诊断申报痛经人数为35973人,件数为96845件,平均每人就医件数为2.7件,2008年中医主诊次诊断申报痛经人数为39950人,件数为114952件,平均每人就医件数为2.9件;2004-2008年中医主诊次诊断申报痛经人数共计为132411人,件数为457924件,平均每人就医件数为3.5件。

表1 探讨2004-2008年
中医主、次诊断申报痛经人数与件数

年度	人数	件数	平均每人就医件数
2004	30385	75515	2.5
2005	32937	82369	2.5
2006	32741	88243	2.7
2007	35397	96845	2.7
2008	39950	114952	2.9
2004-2008	132411	457924	3.5

注:①各年度人数为跨院所归户统计;②年度2004-2008人数为跨年跨院所归户统计。

3.2 探讨2004-2008年各年中医主诊次诊断痛经(ICD-9 6253)患者各年龄层分布

如表2所示,2004-2008各年中医主诊次诊断痛经患者各年龄分布当中,以16~35岁占最多,其中21~30岁之间占率为43.43%。

表2 探讨2004-2008年各年
中医主、次诊断痛经患者各年龄层分布

年龄层	病人数	占率(%)
0~9	32	0.02
10~15	8199	6.19
16~20	18846	14.23
21~25	29206	22.06
26~30	28302	21.37
31~35	19301	14.58
36~40	14180	10.71
41~45	9610	7.26
46~50	4108	3.10
51~55	591	0.45

注:①年龄计算公式=2008年-出生年;②病人数为同一病患2004-2008年跨年跨院所归户

3.3 探讨2004-2008年主诊次诊断痛经(ICD-9 6253)患者使用中医单方药材前20名药品

如表3所示,2004-2008年中主诊次诊断痛经患者使用中医单方药材前20名药品中,前5名常用的单味中药材分别为第1名延胡索(共98084件,占21.42%),第2名为益母草(共72517件,占15.83%),第3名为香附(共67827件,占14.80%),第4名为丹参(共31372件,占6.85%),第5名为五灵脂(共28570件,占6.24%)。2004-2008年申报痛经总件数为457924件。

表3 探讨2004-2008年主诊次诊断痛经患者
使用中医单方药材前20名药品

排名	单方药材名	件数	占率(%)
1	延胡索	98084	21.42
2	益母草	72517	15.83
3	香附	67827	14.81
4	丹参	31372	6.85
5	五灵脂	28570	6.24
6	蒲黄	24336	5.31
7	川楝子	24088	5.26
8	杜仲	22544	4.92
9	香附子	21560	4.71
10	乌药	19016	4.15
11	续断	16189	3.54
12	泽兰	14676	3.20
13	大黄	13556	2.96
14	黄芩	12736	2.78
15	菟丝子	12201	2.66
16	莪朮	11831	2.58
17	黄耆	11483	2.51
18	甘草	11420	2.49
19	郁金	11317	2.47
20	红花	10653	2.33

注:2004-2008痛经总件数为457924件。

3.4 探讨2004-2008年主诊次诊断痛经(ICD-9 6253)患者使用中医复方药材前20名药品

如表4所示,2004-2008年中主诊次诊断痛经患者使用中医复方药材前20名药品中,前5名常用复方分别为第1名为加味道遥散(共84429件,占18.44%),第2名为当归芍药散(共81182件,占17.73%),第3名为温经汤(共69184件,占15.11%),第4名为桂枝茯苓丸(共60774件,占13.27%),第5名为少腹逐瘀汤(共40386件,占8.82%)。2004-2008申报痛经总件数为457924件。

表4 探讨2004-2008年主诊次诊断痛经患者
使用中医复方药材前20名药品

排名	复方药材名	件数	占率(%)
1	加味道遥散	84429	18.44
2	当归芍药散	81182	17.73
3	温经汤	69184	15.11
4	桂枝茯苓丸	60774	13.27
5	少腹逐瘀汤	40386	8.82
6	归脾汤	16903	3.69
7	逍遥散	15115	3.30
8	血府逐瘀汤	13847	3.02
9	芍药甘草汤	13660	2.98
10	麻子仁丸	13089	2.86
11	四物汤	11504	2.51
12	芎归胶艾汤	9596	2.10
13	香砂六君子	8398	1.83
14	小柴胡汤	8229	1.80
15	当归四逆汤	7916	1.73
16	桃仁承气汤	7155	1.56
17	柴胡疏肝汤	7063	1.54
18	葛根汤	6976	1.52
19	生化汤	6820	1.49
20	桃红四物汤	6776	1.48

注:2004-2008痛经总件数为457924件。

3.5 探讨 2004-2008 年中医主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 患者同一处方用药品项数 (不分单复方)

如表 5 所示, 2004-2008 年中医主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 患者同一处方用药品项数 (不分单复方) 中, 以 3~7 个品项数占最多。总件数为 377 294 件。

表 5 探讨 2004-2008 年中医主次诊断痛经患者同一处方用药品项数 (不分单复方)

同一处方用药品项数	件数	占率 (%)
1	5 129	1.36
2	20 406	5.41
3	40 271	10.67
4	60 835	16.12
5	80 069	21.22
6	74 824	19.83
7	45 730	12.12
8	25 464	6.75
9	10 945	2.90
> = 10	13 621	3.61
小计	377 294	100

注 1 资料撷取条件为 2004-2008 年中医痛经主次诊断码 6253 2 数据排除仅申报清单不含处方案件及药品编码不符件数。

3.6 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 开药日数件数分布

如表 6 所示, 2004-2008 年主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 开药日数件数分布中, 以开药 4~7 天的占最多, 件数为 394 588 件, 占率为 86.17%, 总开药件数计有 457 924 件。

表 6 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经开药日数件数分布

开药日数件数分布	件数	占率 (%)
< = 3 日	32 552	7.11
4~7 日	394 588	86.17
8~14 日	25 315	5.53
> = 15 日	5 469	1.19
小计	457 924	100.00

3.7 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 依治疗方式件数统计

如表 7 所示, 2004-2008 年主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 依治疗方式件数统计中, 总件数共 457 924 件, 其中以纯内科件数 450 281 占最多, 占率为 98.33%。

表 7 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经依治疗方式件数统计

项目	件数	占率 (%)
纯内件数	450 281	98.33
针伤件数	3 754	0.82
针伤内件数	3 889	0.85
件数小计	457 924	100.00

注: ①针伤指申报下列医令项目 (B41, B42, B43, B44, B45, B46, B53, B54, B55, B56, B57, B61, B62, B63); ②纯内指病患未使用上述针伤医令治疗; ③针伤内指同一病患于该年度同时使用纯内及针伤治疗。

3.8 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 费用结构占率

如表 8 所示, 2004-2008 年主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 费用结构占率当中诊察费费用 119.43 百万点, 占 53.46%, 药肺费用 94.43 百万点, 占率为 42.27%, 医疗费用总计 223.38 百万点, 给药天数计为 3 148 169 天, 总件数总计为 457 924 件。

表 8 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经费用结构占率

项目	费用 (百万点)	占率 (%)
诊 察 费	119.43	53.46
药 费	94.43	42.27
处 置 费	3.83	1.71
药 服 费	5.70	2.55
医 疗 费	223.38	100.00
给药天数	3 148 169	
件 数	457 924	
平均每件给药天数	6.9	

3.9 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经 (ICD-9 6253) 同病患归户历年持续就医追踪

如表 9 所示, 2004 年申报看诊痛经人数为 30 385 人, 2005 年申报看诊痛经人数为 32 937 人, 其中第 1 年就医者 26 460 人, 第 2 年持续就医者为 6 477 人, 追踪占率为 19.66%; 2006 年申报看诊痛经者为 32 741 人, 其中第 1 年就医者 25 642 人, 第 2 年持续就医 5 083 人, 第 3 年持续就医者有 2 016 人, 追踪占率为 21.68%; 2007 年申报看诊痛经者为 35 397 人, 其中第 1 年就医者 27 732 人, 第 2 年持续就医者 5 289 人, 第 3 年持续就医者 1 499 人, 第 4 年持续就医者 877 人, 追踪占率为 21.65%; 2008 年申报看诊痛经者为 39 950 人, 第 1 年就医者 30 998 人, 第 2 年持续就医者 6 250 人, 第 3 年持续就医者 1 650 人, 第 4 年持续就医者 608 人, 第 5 年持续就医者 444 人, 追踪占率为 22.41%。

表 9 探讨 2004-2008 年主次诊断痛经同病患归户历年持续就医追踪

费用年	第 1 年	第 2 年	第 3 年	第 4 年	第 5 年	总计	去年同期 成长率 (%)	追踪占率 (%)
2008	30 998	6 250	1 650	608	444	39 950	12.86	22.41
2007	27 732	5 289	1 499	877		35 397	8.11	21.65
2006	25 642	5 083	2 016			32 741	-0.60	21.68
2005	26 460	6 477				32 937	8.40	19.66
2004	30 385					30 385		

注: 病患归户指同一 ID 同年度跨院所归户。

4 讨 论

本研究以 2004-2008 年台湾中央健康保险局台北分局特约中医院所申报数据为主要研究对象, 以门诊病患主要诊断及次要诊断为痛经者为撷取条件, 总共收集 132 411 人, 457 924 件, 平均每人就医件数为 3.5 件。依中医院所申报 ICD-9-CM 主、次诊断为 6253 之所有患者, 探讨痛经患者年龄层之分布、处方用药排名、单方及复方使用次数排名、处置方式、费用结构及 5 年内持续就医率等为主药目的。

根据统计, 痛经好发于 15~25 岁及初潮后的 6 个月至

两年内,是青春期常见症状之一。其发生率报导不一,约占 42%~90%,其中重度痛经约占 18%^[1]。发生率在青少年期约 30%~50%,成年妇女约有 10%~20%,严重者会影响日常生活及工作等^[3-5]。腹痛一般于初潮后数月出现,也有发生在初潮后 2~3 年的年青妇女。

本研究首先探讨 2004-2008 年中医门诊申报痛经主诉患者各年龄层中以 16~30 岁间占最多,约占 57.89%,与其它学者研究结果相近。同时研究 2004-2008 年各年龄层中医门诊主诉诊断为痛经患者各年龄层分布,以 16~40 岁占最多,此结果与其它学者研究不尽相一致^[1,3-4],其主要的原因为应以痛经诊断不分主次,而无法真正反应其发病的年龄层有关。

从流行病学研究显示,痛经是临床妇科常见疾病,为影响妇女正常生活和生活质量的常见原因。传统医学认为妇人以血为本,其经、带、胎、产、乳等生理都与血有密切关系,各种病因导致血行阻滞、瘀塞不通,继而产生的疼痛、肿块、出血等为表现的“血瘀”是妇产科疾病的主要病机^[8]。中医认为“不通则痛”,根据病因病机,痛经可分为气滞血瘀型、寒湿凝滞型、湿热瘀阻型、气血虚弱型、肝肾亏损型。其中寒凝血瘀型、气滞血瘀型为主要类型,故临床应用多采用活血化瘀方剂治疗痛经,辨证为寒凝血瘀,治以温经散寒、祛瘀止痛^[9]。

痛经最早记载于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》“带下,经水不利,少腹满痛,经一月再见。”有关痛经病因病机的论述首见于《诸病源候论》,认为“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脉,损伤冲任之脉”^[10]。

现代医学认为痛经 (Dysmenorrhea) 是指月经前及行经期间,下腹及腰部痉挛性疼痛,严重时伴有恶心、呕吐、肢冷,尤其多见于未婚青年妇女^[11]。痛经可分为 2 大类^[12]: 一种是无生殖系统明显病变的,称为原发性痛经 (Primary Dysmenorrhea),一般在初潮开始就会发生。另一种是由明确的疾病引起的痛经,称为继发性痛经 (Secondary Dysmenorrhea),其与原发性痛经有明显区别,可由生殖器炎症、子宫肌瘤、子宫内膜异位等生殖器官疾病引起,出现痛经的时间是在正常行经一段时间(多为 3 年)后才开始发生。流行病学研究显示原发性痛经是目前妇科最常见疾病,运用不同的调查方法,其发病率在 20%~90% 之间^[13-14],为影响青少年上学缺课及妇女正常工作和生活质量的常见原因。

据现代医学研究指出^[8,11],原发性痛经的发病机制与前列腺素 (prostaglandin, PG) 有关,子宫合成和释放前列腺素的增加是原发性痛经的重要原因,尤其是前列腺素 F_{2α} (PGF_{2α}) 增高,前列腺素 E₂ (PGE₂) 下降时疼痛加剧。研究发现 PGF_{2α} 可刺激子宫收缩,而 PGE₂ 可使子宫平滑肌松弛。乐杰^[15]认为当 PGF_{2α} 异常升高时,子宫过度收缩,引起子宫血流不足,子宫肌肉组织缺血,刺激子宫自主神经疼痛纤维而发生痛经,这也符合中医“不荣则痛”的理论。血管加压素和催产素也是引起痛经的原因之一,血管加压素与雌激素水平有关,它又可被孕激素抵消。原发性痛经的患者在月经前期雌激素浓度异常升高,月经期血管

加压素浓度高于正常人的 2~5 倍,造成子宫过度收缩及缺血。

本研究探讨中医门诊在主诉诊断为痛经患者使用中药单方的排名前五名中药材当中可以看出痛经单方用药以止痛、行气及活血化瘀为主要治疗原则,据研究显示^[16-17],香附配延胡索,行气活血止痛香附为气分之药,据《本草纲目》谓其功能“利三焦,解六郁,消饮食积聚,痰饮痞满……妇人崩漏带下,月事不调,胎前产后百病。”然最善理气开郁,活血调经。延胡索辛苦而温,功能活血祛瘀,兼能行气,通滞散结,行气止痛。二药伍用,一走气分,一走血分,气行则血行,血畅则气顺,既可疏肝理气解郁,又可活血化瘀,气血并治,行气止痛作用倍增。临床用于肝郁气滞,血行不畅,症见胸胁胀痛,乳房胀痛,腕腹痞满,疝气疼痛及妇女痛经。

香附配丹参,行气化瘀,丹参苦微寒而润,苦能降泄,微寒清热,入心肝二经血分,有活血化瘀而不伤气血之特点,且能凉血消痛,养血安神;香附辛香气浓,能走善降,为疏肝理气,调经止痛之良药。二药合用,一气一血,气血并治,具有较好的行气化瘀,通络止痛之功^[18]。

丹参为常用中药,丹参为唇形科植物丹参 *Sakia miltiorrhiza* Bge 的干燥根及根茎。具有祛瘀止痛、活血通经、清心除烦等功效,丹参含有多种化学成分,可以分为丹参酮和丹酚酸两大类化合物。丹参有效成分的主要药理作用表现在多个方面,丹参酮类化合物以改善血液循环、抗菌和抗炎作用为主;而丹酚酸类化合物则以抗氧化、抗凝血和细胞保护作用特别显著^[19]。五灵脂首载于《开宝本草》,用于疗伤准积。李时珍在《本草纲目》中记述较为详细:“五灵脂,足厥阴肝经药也。气味俱厚,阴中之阴,故入血分。……五灵脂治崩中,非只治血之药,及祛风之剂也。主治心腹冷气,小儿五疳,辟疫,治肠风,通利气脉,女子血脉”^[20]。从历代本草看,五灵脂的主要功效集中为活血、化瘀、止痛、解毒。五灵脂的现代药理学研究始见于 1985 年,主要集中在活血化瘀、抗炎、抗溃疡、抗肿瘤、抗自由基等方面。五灵脂的水煎剂对血小板聚集有抑制作用^[21-23],五灵脂的水煎剂药理研究发现,经由腹腔注射对二甲苯所致的小鼠耳壳肿胀、角叉菜胶所致大鼠足肿胀有显著抑制作用。能明显降低炎症组织的前列腺素 E (PGE) 含量,但对血清皮质酮水平无显著影响,显示它的抗炎作用可能与抑制 PGE 的合成与释放有关^[23]。

痛经是妇科常见病之一,根据中医临床研究指出,痛经依临床中医辨证分型有以下几种证型,包括寒凝血瘀型,气滞血瘀型,气血亏虚型及肝肾亏虚型等四种证型^[24]。古代医家认为其主要证候实证多于虚证,而实证中以寒凝血瘀型最为常见,其次是气滞血瘀型;虚证中,以气血虚弱证为多。临床上多以温经汤、少腹逐瘀汤加减进行治疗。少腹逐瘀汤功在温阳通经,方中当归、川芎、赤芍,养血调经,活血祛瘀,辅以五灵脂、生蒲黄、延胡索、没药通利血脉祛瘀止痛进而推陈致新。其中没药散结气,通血滞,消肿定痛,祛腐生肌;延胡索能行血中气滞,气中血滞,专治一身上下诸痛,四药相配共奏散结定痛,祛瘀生新之功。小茴香、干姜、官桂温经散寒,理气止痛,并能引诸药直达少腹,全方组合

具有温经散寒,活血化瘀,消肿止痛,是调理气血的良方^[24]。温经汤也是临床妇科调经常用方剂,主治冲任虚寒而有瘀滞的月经失调、痛经等证。方以吴茱萸、桂枝温经散寒通脉为君;当归、川芎、芍药活血祛瘀、养血调经为臣;丹皮活血祛瘀,退虚热,阿胶、麦冬养阴润燥清热,制吴茱萸、桂枝之温燥;人参、甘草益气和中;半夏降气散结;生姜温里散寒,温中和胃;甘草调和诸药。诸药合用,温经散寒以活血,补养冲任以固本,则瘀血去,新血生,退虚热,月经调而病自除。

痛经的病因论述中,中、西医各有不同,现代医学研究认为压力、紧张、忧虑、焦虑都是也痛经的危险好发因素^[25]。中医认为,痛经的发病原因很多,但不外乎情志所伤、起居不慎或六淫为害等。受这些致病因素的影响,导致气血不和、运行不畅,冲任郁阻失调或寒凝经脉,导致胞宫经血流通受阻,以致“不通则痛”;或冲任、胞宫失于濡养,“不荣则痛”,使痛经发作。现代医学认为痛经主要与前列腺素(PGF_{2α})含量增高有关。此外,运动、神经内分泌、遗传、免疫、心理、社会等因素亦可导致或加重本病的发生^[26]。

在本研究中发现,2004-2008年中医主次诊断为痛经患者,其前五名复方用药方剂不外乎属于温经、活血化瘀、补血、疏肝理气等方剂,与文献记载痛经属于胞宫虚寒、气滞血瘀型占最多是一致的^[26]。

当归芍药散是张仲景为治疗妊娠腹痛而设的专方。《金匮要略·妇人妊娠脉证并治第二十》云:“妇人怀胎腹中痛,当归芍药散主之”。临床上用当归芍药散以调理肝脾气血为主,水肿者予以行气利水,痛经者予以活血行瘀,滑胎者予以益肾安胎,经迟者予以养血调经,随证加减,调整剂量,而获得良效^[27]。

逍遥散首载《太平惠民和剂局方》,由柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草(微炙赤)、烧生姜、薄荷八味组成。功用:疏肝解郁,健脾和营。主治肝郁血虚而致两胁作痛,寒热往来,头痛目眩,口燥咽干,疲困食少,月经不调,乳房作胀,脉弦。方中柴胡疏肝解郁,配当归、白芍养血柔肝,尤其当归之芳香可以行气,味甘可以缓急止痛,更是肝郁血虚之要药。白术、茯苓健脾祛湿,使运化有权,气血有源。炙甘草补中益气,缓肝之急,虽为佐使之品,却有襄赞之功。生姜烧过,温胃和中之力益专。薄荷少之,助柴胡散肝郁而生热。如此配伍,既补肝体,又助肝阴,气血兼顾,肝脾并治,立法全面,用药周到,故为调和肝脾之名方。《妇人大全良方》云:“忧愁思虑则伤心,而血逆竭,神色光散,月经关闭。”因此,七情过度,精神因素可以影响脏腑功能,进而发生妇科疾病。作者在治疗本病中发现,痛经者以郁怒、忧愁、思虑者居多,与现代医学主张 Depression Anxiety 及 Stress 都是痛经的好发危险因子是一致的^[28],使其肝失疏泄条达,藏血失职,脾胃运化功能失常,从而导致气血俱虚,进而痛经。运用逍遥散加减治疗痛经有一定效果,然在具体运用时,需依据整体观念辨证论治,因时、因地、因人而异,随证加减。只有具体情况具体分析,才能取得疗效^[29]。《临证指南医案》称逍遥散为妇科圣药。在妇产科广泛应用,有调经总方之称。这可能与逍遥散能调节体内激素水

平有关。逍遥散是调和肝脾的名方,临床应用广泛。“肝郁”是高级神经系统活动紊乱而表现出的一组症候群。有学者研究认为,中枢神经系统在应激作用下,经由神经内分泌、神经递质、神经肽等组成下视丘—脑下垂体—靶腺轴与外周交感神经系统、副交感神经系统共同影响循环、内分泌、免疫、消化等系统的功能。逍遥散可以调节中枢单胺类神经递质,调整体内激素水平,从而改善临床肝郁脾虚的症状。此外,逍遥散还具有保肝、抗自由基作用和改善微循环等作用。这些作用与逍遥散的功效:疏肝解郁、健脾益气、养血调经是一致的^[30]。

温经汤出自《金匮要略》,由吴茱萸、当归、川芎、芍药、人参、桂枝、阿胶、生姜、牡丹皮、甘草、半夏、麦冬组成,原治虚寒挟瘀之崩漏症,具有温经散寒、养血去瘀之效^[31]。据临床研究指出,温经汤能治瘀血不行,主治唇口干燥,因半产、瘀血在少腹不去而出现暮即发热,少腹里急,腹满,手掌烦热之瘀血症状。吴茱萸、桂枝温经散寒,通利血脉;牡丹皮主寒热邪气,除瘀血留滞于肠胃,适宜于此症;当归、白芍、川芎能活血行瘀;阿胶、麦冬养阴润燥而清虚热,阿胶还能止血;人参、甘草益气健脾,以资生血之源,并达统血之用;冲任二脉均与足阳明胃经相通,半夏能通降胃气而散结,有助于祛瘀调经;生姜温胃气以助生化。诸药合奏温经散寒通脉、祛瘀养血之用,则瘀血去,新血生,虚热消,月经调而病自解。汤名温经,以瘀血得温行也,方内多培养气血之药,未曾着重逐瘀,而瘀血自去者,此养正邪自消之法也。温经汤能补气血,能温能通,故亦主妇人少腹寒,久不受胎,崩中去血,至其不来者。热而迫血妄行者,不可用此汤也^[32]。

桂枝茯苓丸来源于汉代张仲景之《金匮要略》,其论注言:“药用桂枝茯苓丸者桂枝、芍药一阴一阳,茯苓、丹皮一气一血,调其寒温扶其正气,桃仁以破恶血消症瘕”。近代药理研究发现,桂枝茯苓丸有降低血液的黏稠度,抑制血小板聚集,增加血脉流通,解痉镇痛等作用。妇科痛证为子宫内异位症,宫外孕,产后恶露不绝是瘀血内阻,气机不通之主症,故应用桂枝茯苓丸活血化瘀消症散结行气止痛的作用以使病除^[33]。

少腹逐瘀汤是活血化瘀代表方之一,其功能是:活血祛瘀、温经止痛。主治少腹瘀血,或有块而不痛,或疼痛而无块,或少腹胀满,或崩漏少腹痛,亦治少腹瘀血所致不孕,兼白带。其所列症状与慢性盆腔炎症症状类同。近几年随着对瘀血症的研究,活血化瘀治疗疑难杂症逐步被采纳,活血化瘀药物具有明显改善骨盆盆腔血流量,抗菌消炎,调节机体免疫功能^[34]。另有研究指出,痛经为妇科临床常见病,《景岳全书》云:“经行腹痛,证有虚实,实者或因寒滞,热滞,或因气滞,血滞,虚者,或因气虚,或因血虚”。一般痛在经前,多属实;痛在经后,多属虚。临床上本病以实证居多,虚证较少,少腹逐瘀汤方中炒小茴、炮姜、肉桂,温中祛寒;当归、白芍、川芎,活血行气;蒲黄、五灵脂,化瘀止痛。诸药合用,共奏活血化瘀,行气止痛之效^[35]。

传统中医药已经应用 2000 年以上,在美国使用中医药结合针灸、推拿、气功对于疾病的治疗与保健越来越普遍^[36],中医临床治病都是依辨证论治的传统法则,除了对

疾病本身的治疗外,临床上常兼顾其并发症的治疗,因为疾病本身的稳定的,但证型是活动的是会改变的,因此在处方品项数会有所不同,本研究同时探讨一张处方上所用的药品品项数,研究结果显示,所用单方品项数以 3~7 个品项占最多,复方品项数以 1~3 方占最多,而在不分单、复方时,其处方之总药味品项数以 3~7 个品项数最为普遍,其平均约为 5 个药味品项数。在痛经治疗方式上,主诊断为痛经患者,以纯内服药者占 99.5% 最为普遍;而在主次诊断为痛经患者中纯内服药治疗者占 98.33% 最多。从治疗方式得知,一般痛经患者服中药的接受度相当高,这可能与民众认为中药的副反应较少较温和有关。

现代医学对于痛经的治疗包括,非类固醇抗炎药物(nonsteroid anti-inflammatory drugs, NSAIDs), NSAIDs 是最常用的一线药物,根据不同报导,大约有 64%~100% 患者应用此类药物后主观症状减轻。其作用机制为通过抑制环氧酶(cyclooxygenase, COX)而减少 PGs 的生物合成,从而缓解 PG 引起的子宫痉挛性收缩,如口服消炎痛(Metindol),甲氧氯苯胺酸(Meclofenamic Acid),布洛芬(Ibuprofen),吲哚美辛(Indomethacin)等,副反应以胃肠道和中枢神经系统为主。与其它镇痛止痛药联合运用可增强止痛的效果^[14-37]。

另一类治疗药为口服避孕药(Oral Contraceptives)此类药物尤其适用于需要生育的女性,但对于大多数患者来说口服避孕药仍是二线药物。因无需每天服用,使用口服避孕药比 NSAID 更加便捷。口服避孕药具有双重作用,一方面可以减少月经量,另一方面可抑制排卵,有研究表明^[38],口服避孕药对原发性痛经患者有效率高达 90%,此类药物作用机理可能是通过抑制排卵,降低血中雌激素的含量,使血中前列腺素、血管加压素及催产素水平降低,从而达到抑制子宫活动的作用。但此类药物对机体代谢有明显的影响,因而具有更多的不良反应^[38-39]。从以上论述可以了解,西药对于痛经的治疗仍有一些盲点及副反应,因此积极从中医药寻找有效及副作用少的治疗方药是今后中医药界应重视的课题。

中医药在治疗痛经方面,中医药对原发性痛经的治疗,疗效已被临床证实^[39-40]。中医认为,原发性痛经主要是由于妇女在行经期间,受到致病因素的影响,导致冲任郁阻或寒凝经脉,使气血运行不畅,胞宫经血流通受阻,以致“不通则痛”或冲任、胞宫失于濡养,不荣则痛。依据疼痛的时间、性质,并结合行经时月经的特点、患者的体质等进行辨证论治,可将痛经分为气滞血瘀、寒湿凝滞、湿热瘀阻、气血虚弱、肝肾亏损等证型,运用经典方剂如少腹逐瘀汤^[41]、四物汤^[42]、温经汤^[43]、调肝汤^[44]、当归芍药散^[45]、桂枝茯苓丸^[46]等加以加减进行治疗,可获得较好的治疗效果,且疗效稳定,不易复发。另外运用中医针灸疗法治疗痛经,疗效好,见效快,简便,不仅有实时止痛效果,而且能预防痛经的发作^[47]。药理实验也已证实,中药方剂可降低痛经大鼠模型血中 PGF_{2α} 水平^[48-49],但对其作用机理目前仍不明确,今后仍应投入更多的经费来加以探讨中医药治疗痛经的可能机转。在辅助疗法方面,原发性痛经除药物治疗外,其它辅助治疗也很有必要^[25-50],通常包括推拿^[50]、指压^[51]、隔

姜灸肚脐周围^[52]休息、下腹部及背部理疗、营养调节、有氧体育运动等^[52]在临床上多有很好的疗效报导。另有人认为对于原发性痛经的治疗首先应当采用放松疗法、认知疗法等心理治疗,同时辅以药物等治疗,疗效会更加显著^[53]。

原发性痛经由于其高发病率而引起临床医师的关注,在几项针对青年女性的调查中发现,痛经导致的女工缺勤率在 34%~50% 之间^[54-55],大约 10% 的原发性痛经患者会严重到每个月有 1~3 天无法工作,在美国这一情况导致的缺勤以及相应的经济损失大约每年有 6 亿工作时及 20 亿美元^[55]。另外,在那些病情严重但仍然坚持工作的患者当中,容易导致生产能力下降,发生事故的可能性上升,工作质量下降等。NSAIDs 及口服避孕药的出现,使得该病的发病率大为减少^[56]。近年来,国内外对原发性痛经的发病机制及治疗有了进一步的研究,并取得了不少成就。中医学对于痛经治疗也有非常好的效果,疗效稳定、毒副作用小,有着独特优势。对于中医药治疗痛经的机理的研究,以及如何对其开发并运用于临床,成为中医药研究人员的一大课题。

5 结 论

本研究提供中医师临床治疗痛经的用药频率及型态,从研究中我们无法了解痛经的证型分类,但从用药的频率及型态得知,痛经的临床治疗原则是以温经、活血、化瘀、调养肝脾及行气止痛为主,对于中医师临床用药处方应是很好的参考价值。从以上文献研究得知,中医药在治疗痛经的方法很多,未来中医界应当朝向对于痛经证型的标准化、一致化及规格化,唯有将证型标准化之后才能得到更有意义的实证医学资料,这对中医的发展才会有正面意义。如何应用现代医理及现代药理学的研究方法来证实中医药在治疗痛经的机制,对于中医朝向现代及科学是大家努力的重要课题。致于这些常用的单方、复方及其活性成分的临床疗效仍有待进一步评估。

(致谢:感谢中保会台北分会主委张景尧、副主委陈志芳、实证医学组组长林安邦博士的帮忙与支持及全体委员及各组组长的付出,使本研究能顺利完成,特此感谢。更感谢台北市中医师公会经费补助。)

参考文献

- [1] 罗元恺. 中医妇科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986 4
- [2] 韩素, 张明慧. 原发性痛经病因研究进展[J]. 国外医学·妇幼保健分册, 1997, 8(1): 1-2
- [3] Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea[J]. Am J Obstet Gynecol 1982, 144: 655-60.
- [4] Davis AR, Westhoff CL. Primary dysmenorrhea in adolescent girls and treatment with oral contraceptives[J]. J Pediatr Adolesc Gynecol 2001, 14: 3-8
- [5] Bankar C, Chacko MR, Kekler SH. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents[J]. Arch Pediatr Adolesc Med 2000, 154: 1226-9.
- [6] 医康网. 痛经[EB/OL]. <http://www.lkum.com/pages/QJKlnqhb.htm>
- [7] 姚建军, 张国宁, 李术惠, 等. 辨证分型治痛经[J]. 山东中医

- 学杂志, 2000, (19) 3: 153-154
- [8] 刘馨. 原发性痛经的病因病机研究和中医药治疗进展 [J]. 长春中医药大学学报, 2003, (19) 4: 65-66
- [9] 薛玉荣, 鲍连凤. 中医药治疗原发性痛经研究进展 [J]. 山东中医学杂志, 2004, (23) 10: 634-636
- [10] 张光海, 向书仪. 原发性痛经的中医药治疗进展 [J]. 泸州医学院学报, 2000, 23(2): 164.
- [11] Davood M Y. Dysmenorrhea [J]. Clin Obstet Gynecol 1990; 33: 168.
- [12] 李美芝. 妇科内分泌学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 234.
- [13] Jamison DJ, Støege J F. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome in primary care practices [J]. Obstet Gynecol 1996; 87: 55.
- [14] Davis AR, Westhoff CL. Primary dysmenorrhea in Adolescent girls and treatment with oral contraceptives [J]. J Pediatr Adolesc Gynecol 2001; 14(1): 3
- [15] 刘庆林. 香附药对的临床应用举隅 [J]. 湖南中医药导报, 2002, 8(11): 642-644
- [16] 黄芬. 丹参的药理作用及临床应用 [J]. 湖南中医药导报, 2004, 10(7): 69-71
- [17] 杜冠华, 张均田. 丹参现代研究概况与进展 (续前) [J]. 医药导报, 2004, 23(7): 435-440.
- [18] 李时珍. 本草纲目 (点校本) [M]. 上海: 中国古籍出版社, 1994, 1904
- [19] 陈嘉谟. 本草蒙筌 (点校本) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988: 412
- [20] 吴仪洛. 本草从新 [M]. 上海: 上海卫生出版社, 1957: 313
- [21] 严西亭. 得配本草: 禽部 [M]. 上海: 上海卫生出版社, 1958: 7
- [22] 乐兆升, 刘娟芳, 孙颖立, 等. 53 种中草药抗血小板聚集作用的初步观察 [J]. 中药通报, 1985, 10(1): 44
- [23] 王世久, 宋丽艳, 刘玉兰, 等. 五灵脂乙酸乙酯提取物抗炎作用研究 [J]. 沈阳药学院学报, 1994, 11(1): 49.
- [24] 董祖因, 吴晓燕. 辨证分型治疗痛经 60 例临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2002, 4(4): 298-299.
- [25] Cathleen Morrow MD, Elizabeth H. Naumburg. Dysmenorrhea [J]. Prim Care Clin Office Pract 2009; 36: 19-32
- [26] 薛玉荣, 鲍连凤. 中医药治疗原发性痛经研究进展 [J]. 山东中医杂志, 2004, 23(10): 634-637.
- [27] 彭先荣. 当归芍药散在妇科病中的运用 [J]. 河北中医, 2003, 25(11): 842
- [28] 王君. 逍遥散加减方治疗痛经 [J]. 北京中医药, 2008, 27(1): 40-41
- [29] 黄莉, 金若敏. 逍遥散药理研究 [J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(9): 61-64.
- [30] 熊静悦, 曾南, 张崇燕, 等. 逍遥散抗抑郁作用 [J]. 中药药理与临床, 2007, 23(1): 3-5
- [31] 金丽杰. 温经汤在治疗内科疾病中的应用 [J]. 光明中医, 1999, 20(3): 20-21
- [32] 王彩清. 温经汤在妇科临床运用体会 [J]. 四川中医, 2008, 26(6): 82-83.
- [33] 李莉, 陈光亮, 谷仿丽, 等. 桂枝茯苓丸防治大鼠子宫肌瘤的实验研究 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 2005, 10(7): 832-835
- [34] 刘清林. 少腹逐瘀汤治疗原发性痛经 150 例 [J]. 江西中医, 1999, 29(6): 32
- [35] 庞卫, 曲建娜. 少腹逐瘀汤治疗痛经 30 例 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2005, 7(1): 38
- [36] Chen F. P., Chen, T. J., Kung, et al. Frequency and pattern of Chinese herbal medicine prescriptions for chronic hepatitis in Taiwan [J]. Journal of Ethnopharmacology, 2008, 117, 84-91
- [37] Davood M Y. Dysmenorrhea [J]. Clin Obstet Gynecol 1990; 33: 168
- [38] Robinson JC, Plichta S, Weisman CS. Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending a family planning clinic [J]. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 578
- [39] 张光海, 向书仪. 原发性痛经的中医药治疗进展 [J]. 泸州医学院学报, 2000, 23(2): 164.
- [40] Griffiths V. Traditional Chinese medicine: a case of dysmenorrhea [J]. Aust J Holist Nurs 2000; 7(1): 42
- [41] 杨桂芹, 林亚琳, 等. 少腹逐瘀汤治疗原发性痛经 150 例 [J]. 江西中医药, 1998, 29(6): 32
- [42] 叶亮, 范欣生, 卞雅莉, 等. 古今治疗痛经的四物汤类方关联规则研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2008, 24(2): 94-96
- [43] 吴桂芳, 梅晓萍, 等. 温经汤的临床应用体会 [J]. 陕西中医, 2002, 23(1): 75-76
- [44] 李耀凡. 补肝散临床运用举隅 [J]. 河北中医药学报, 2002, 17(3): 15.
- [45] 孔令钧. 当归芍药散妇科应用举隅 [J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(9): 37
- [46] 钱静. 桂枝茯苓丸加味治疗子宫内膜异位症的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2000, 27(4): 170
- [47] Witt CM, Reinhold T., Brinkhaus B. Acupuncture in patients with dysmenorrhea: a randomized study on clinical effectiveness and cost effectiveness in usual care [J]. Am J Obstet Gynecol 2008; 198(2): 166-168
- [48] Coco AS. Primary dysmenorrhea [J]. Am Fam Physician 1999; 60(2): 489.
- [49] Proctor ML, Hing W., Johnson TC. Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhea [J]. Cochrane Database Syst Rev 2006 (3): CD002119
- [50] 张勇. 按摩手法治疗痛经 44 例临床效果观察 [J]. 按摩与导引, 1997, 3: 7-8
- [51] 葛建军, 孙立虹, 畚延芬, 等. 隔物灸对寒凝滞型原发性痛经患者血清 PGF_{2α} 含量的影响 [J]. 河北中医药学报, 2007, 22(4): 33-34.
- [52] French L. Dysmenorrhea [J]. Am Fam Physician, 2005, 71(2): 285-91
- [53] 华永庆, 洪敏, 朱荃. 原发性痛经研究进展 [J]. 南京中医药大学学报, 2003, 19(1): 62-64.
- [54] 董克玲. 近 15 年来中医治疗痛经方药应用分析 [J]. 国医论坛, 2003, 18(3): 50
- [55] Sundell G, Mikkelsen J, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women [J]. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 588
- [56] Deligeorgiou E. Dysmenorrhea [J]. Ann NY Acad Sci 2000; 900: 237