

化瘀止崩汤治疗气滞血瘀型崩漏患者的效果及安全性分析

何玉衬^{1*#}, 陈俊安², 黎舒琴³, 黄色新³, 梁 栋⁴

¹灵山县中医医院妇科, 广西 钦州

²灵山县中医医院针灸科, 广西 钦州

³钦州市第一人民医院妇产科, 广西 钦州

⁴大化县人民医院中医科, 广西 河池

收稿日期: 2025年6月25日; 录用日期: 2025年7月19日; 发布日期: 2025年7月29日

摘 要

目的: 观察和分析化瘀止崩汤治疗气滞血瘀型崩漏患者的作用机制。方法: 分析我院收治的80例气滞血瘀型崩漏患者, 分为对照组和观察组, 每组40例, 对照组患者给予常规西药治疗, 观察组在对照组治疗基础上予以化瘀止崩汤加减治疗, 连续干预3个月经周期。比较两组患者的治疗前后中医症候评分、出血控制情况、临床有效率、用药安全性。结果: 观察组患者治疗后的中医症候评分(经量异常、无规律经血、经血色质暗紫伴血块、下腹部疼痛)低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组临床有效率为优于对照组($95\% > 82.5\%$), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组的出血控制、完全止血时间以及用药安全性均优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 化瘀止崩汤加减治疗气滞血瘀型崩漏临床效果显著, 且安全性高, 值得临床推广。

关键词

化瘀止崩汤, 气滞血瘀型, 崩漏

Analysis of the Efficacy and Safety of Huayu Zhibeng Decoction in Treating Patients with Metrorrhagia Due to Qi Stagnation and Blood Stasis

Yuchen He^{1*#}, Jun'an Chen², Shuqin Li³, Sexin Huang³, Dong Liang⁴

¹Department of Gynecology, Lingxian Traditional Chinese Medicine Hospital, Qinzhou Guangxi

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 何玉衬, 陈俊安, 黎舒琴, 黄色新, 梁栋. 化瘀止崩汤治疗气滞血瘀型崩漏患者的效果及安全性分析[J]. 临床医学进展, 2025, 15(7): 1751-1756. DOI: 10.12677/acm.2025.1572182

²Department of Acupuncture and Moxibustion, Lingxian Traditional Chinese Medicine Hospital, Qinzhou Guangxi

³Department of Obstetrics and Gynecology, The First People's Hospital of Qinzhou, Qinzhou Guangxi

⁴Department of Traditional Chinese Medicine, Dahua County People's Hospital, Hechi Guangxi

Received: Jun. 25th, 2025; accepted: Jul. 19th, 2025; published: Jul. 29th, 2025

Abstract

Objective: To observe and analyze the mechanism of Huayu Zhibeng Decoction in treating patients with metrorrhagia due to qi stagnation and blood stasis. **Method:** We analyzed 80 patients with metrorrhagia of qi stagnation and blood stasis type treated in our hospital, who were divided into a control group and an observation group, with 40 patients in each group. The control group received conventional western medicine treatment, while the observation group was treated with Huayu Zhibeng Decoction in addition to the control group's treatment, for three consecutive menstrual cycles. We compared the TCM symptom scores, bleeding control, clinical effectiveness rate, and medication safety between the two groups before and after treatment. **Results:** After treatment, the TCM symptom scores in the observation group (abnormal menstrual volume, irregular menses, dark-purple menstrual blood with clots, lower-abdominal pain) were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The clinical effective rate was also superior in the observation group (95% vs 82.5%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The bleeding control, complete hemostasis time, and medication safety in the observation group were better than those in the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** The modified Huayu Zhibeng Decoction demonstrates significant clinical efficacy and high safety in treating metrorrhagia due to qi stagnation and blood stasis, and is worthy of clinical promotion.

Keywords

Huayu Zhibeng Decoction, Qi Stagnation and Blood Stasis Type, Metrorrhagia

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

功能性子宫出血(中医称为崩漏)是一种常见的妇科疾病,其主要表现为月经周期、经期及经量的显著紊乱。临床研究表明,约 1/3 的女性可能在一生中遭遇该病症,其中排卵功能障碍是其主要诱因之一[1]。在功能性子宫出血的临床治疗中,主要采用性激素调节、周期调整及止血干预等方法。雌激素和孕激素是首选药物,但长期使用可能引发血栓等不良反应,且存在停药后复发的风险[2]。中医认为,崩漏的发生主要与冲任二脉失调及胞宫固摄功能失常有关。其中,气滞血瘀型是临床常见证型,多因情志不畅或脏腑功能紊乱所致。若长期情志抑郁或易怒,可导致肝气郁结,气血运行受阻,久而形成胞宫瘀滞;此外,肾气不足则推动无力,血行迟滞,若兼有阳虚寒凝,更易使脉络瘀阻,最终引发崩漏[3]。气机郁滞与瘀血内阻相互影响,形成恶性循环。气行不畅则血运受阻,而瘀血停滞又进一步加重气机壅滞,最终导致冲任二脉功能失调,血液失于固摄而异常外溢,遂成崩漏之证。本研究用化瘀止崩汤辅治崩漏气滞

血瘀证疗效较好,报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 基线资料

选取 2022 年 1 月至 2025 年末 1 月灵山县中医医院收治的 80 例气滞血瘀型崩漏患者为研究对象,按随机数字表法将其分为对照组($n=40$)和观察组($n=40$)。对照组年龄 40~56 岁,平均年龄(48.55 ± 4.73)岁,病程 5~30 个月,平均病程(17.43 ± 6.88)个月。观察组年龄 41~57 岁,平均年龄(47.25 ± 5.93)岁,病程 3~33 个月,平均病程(19.23 ± 8.04)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2. 纳入标准

① 经临床诊断符合功能性子宫出血[4](《妇产科学》诊断标准);② 中医辨证属气滞血瘀型崩漏[5](《中药新药临床研究指导原则》),临床表现为:经量异常、无规律经血、经血色暗夹血块、伴下腹胀痛或刺痛、舌质暗紫或有瘀斑、脉象弦涩;③ 患者签署知情同意书,自愿参与研究。

2.3. 排除标准

① 妊娠并发症、人工流产或外源性激素使用等明确病因导致的子宫出血患者;② 合并生殖系统器质性病变(如子宫肌瘤、子宫内膜异位症等)或生殖道畸形者;③ 研究开始前 3 个月内接受过激素治疗或其他可能干扰研究结果的药物治疗者;④ 合并心、肝、肾等重要器官功能不全者;⑤ 患有糖尿病、甲状腺功能异常等内分泌疾病或凝血功能障碍者;⑥ 已知对研究药物成分过敏或存在禁忌证者;⑦ 不能遵医嘱完成治疗或随访的受试者。

2.4. 治疗方法

对照组患者给予常规西药治疗。予以戊酸雌二醇片(国药准字 J20171038,规格:1 mg)口服,从月经周期的第 5 天开始服药,1 mg/次,2 次/d,每个月经期治疗 7 d,共治疗 3 个月经周期。

观察组对照组治疗基础上予以化瘀止崩汤加减治疗。方剂组成:丹参、川芎、当归、三七各 12 g,香附、黄芪、白术、熟地黄各 10 g,益母草、阿胶各 8 g,甘草 6 g,将上述药材水煎取汁 500 mL,1 剂/d,分早晚温服,从月经周期的第 5 天开始服药,每个月经期治疗 7 d,共治疗 3 个月经周期。

2.5. 观察指标

2.5.1. 中医症候评分

采用中医证候评分量表,分别在干预前及连续治疗 3 个月经周期后对两组受试者进行评估。评估指标包括:经量异常、无规律经血、经血色质暗紫伴血块及下腹部疼痛(胀痛或刺痛)等症状。各症状按严重程度进行量化评分,总分值与症状严重程度呈正相关。

2.5.2. 出血控制情况

统计 2 组出血控制时间,即开始出血至出血量降低 50%的时间;完全止血时间,即开始出血至完全止血时间。

2.5.3. 临床有效率

疗效评估标准[6],在完成 3 个月经周期干预后进行。评估标准如下:显效:月经周期恢复规律(21~35 天),经期持续 5~7 天,经量 30~80 mL,经色暗红无血块;有效:月经周期、经期及经量至少一项明显改善;无效:各项指标均未达上述标准。总有效率以显效与有效病例数之和计算。

2.5.4. 用药安全性

记录治疗期间 2 组用药相关不良反应发生情况。

2.6. 统计学方法

采用 GraphPad Prism 10.0 统计分析, 若计量资料符合正态分布, 用均值 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)描述, 满足方差齐时, 多组间比较采用单因素方差分析, 事后两两比较, 采用最小显著性差异法, 若方差不齐, 采用塔姆黑尼检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者中医证候积分比较

与本组治疗前比较, 两组患者中医证候评分(经量异常、无规律经血、经血色质暗紫伴血块、下腹部疼痛)均降低($P < 0.05$)。与对照组治疗后比较, 观察组的中医证候评分(经量异常、无规律经血、经血色质暗紫伴血块、下腹部疼痛)均降低($P < 0.05$)。见表 1。

Table 1. Comparison of TCM syndrome scores before and after treatment in two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组患者治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	经量异常		无规律经血		经血色质暗紫伴血块		下腹部疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	3.75 $\pm$ 1.45	1.90 $\pm$ 1.35 [▲]	3.95 $\pm$ 1.47	1.60 $\pm$ 1.13 [▲]	3.65 $\pm$ 1.35	2.00 $\pm$ 1.36 [▲]	5.15 $\pm$ 1.10	3.45 $\pm$ 1.50 [▲]
观察组	40	3.70 $\pm$ 1.40	1.30 $\pm$ 0.96 ^{▲★}	4.00 $\pm$ 1.43	1.05 $\pm$ 1.11 ^{▲★}	3.60 $\pm$ 1.37	1.40 $\pm$ 1.03 ^{▲★}	4.90 $\pm$ 1.10	2.70 $\pm$ 1.32 ^{▲★}
t/u	-	0.17	1.25	0.32	0.43	0.19	2.15	1.71	3.78
P	-	0.86	<0.01	0.74	0.02	0.85	0.03	0.09	<0.01

注: 与本组治疗前[▲] $P < 0.05$; 与对照组治疗后[★] $P < 0.05$ 。

3.2. 两组患者出血控制情况比较

观察组出血控制、完全止血时间均短于对照组, 组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of bleeding control in patients with blood stasis type metrorrhagia between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组血瘀型崩漏患者出血控制情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	出血控制时间	完全止血时间
对照组	40	8.09 $\pm$ 0.51 [▲]	38.51 $\pm$ 1.81 [▲]
观察组	40	4.58 $\pm$ 0.69 ^{▲★}	25.98 $\pm$ 0.97 ^{▲★}
t/u	-	20.31	36.41
P	-	<0.01	<0.01

与对照组治疗后[★] $P < 0.05$ 。

3.3. 两组患者临床有效率

观察组治疗总有效率高于对照组(95% vs 82.5%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of clinical efficacy between the two groups [Cases (%)]
表 3. 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	22 (55.0)	11 (27.5)	7 (17.5)	33 (82.5)
观察组	40	30 (75.0)	8 (20)	2 (5)	38 (95)*
χ^2	-	-	-	-	7.07
P	-	-	-	-	0.007

与对照组比较* $P < 0.05$ 。

3.4. 两组患者不良反应发生情况

观察组治疗不良反应发生率明显低于对照组(12.5% vs 30.0%)，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Incidence of adverse reactions in the two groups of patients [Cases (%)]
表 4. 两组患者不良反应发生情况[例(%)]

组别	n	恶心呕吐	腹泻	皮疹	肝功能异常	合计
对照组	40	3 (7.5)	4 (10)	3 (7.5)	2 (5)	12 (30)
观察组	40	1 (2.5)	2 (5)	1 (2.5)	1 (2.5)	5 (12.5)
χ^2	-	-	-	-	-	8.71
P	-	-	-	-	-	0.003

与对照组比较* $P < 0.05$ 。

4. 讨论

崩漏在女性生殖周期两个关键阶段具有较高发病率：一是青春期生殖轴发育未臻完善时期，二是围绝经期卵巢功能衰退阶段。其典型临床表现包括：月经周期显著紊乱伴出血模式异常(淋漓难净)，部分患者可见经间期出血。持续失血易继发贫血，暴发性出血甚至可导致循环衰竭等危急重症[7]。现代医学治疗强调个体化策略：对育龄期患者着重周期调控与排卵功能重建；围绝经期患者则侧重出血控制与内膜病变防治。目前主流治疗方案采用性激素制剂(如雌孕激素复合剂)，通过负反馈调节抑制内膜过度增生，促进增生期内膜向分泌期转化，从而改善异常出血[8][9]。但临床观察发现，部分病例存在激素依赖现象，表现为疗效递减与停药复发，这一局限性促使学界寻求更优化的治疗途径。

崩漏为中医学名称，其特征性表现为月经周期异常、经期延长或出血量明显增多[10]。中医对崩漏的诊治有着丰富的理论积累，其认识可追溯至《黄帝内经》时期。《素问·阴阳别论》载有：“女子不月，其传为崩”，首次明确了非周期性子宫出血的病证特征。后世医家在此基础上进一步细化，如宋代《妇人大全良方》将本病区分为两种临床表现：一为突发性大量出血(崩中)，二为持续性少量出血(漏下)，形象地描述为“暴下如崩”与“淋漓如漏”的不同证候特点[11]。此外，《金匱要略》从经络学说角度阐释了崩漏的发病机制，指出：“妇人下焦之疾，关乎冲任二脉，邪盛致崩，精亏成漏”，揭示了本病与冲任脉功能失常的密切关联。现代中医理论认为，冲任失调多由肾精不足、脾气虚弱、血热妄行或瘀血阻滞等病因所致。其中，血瘀证型在临床尤为多见，治疗当遵循活血祛瘀、调理冲任的治则，以恢复胞宫的正常藏泄功能[12]。基于此，本研究采用化瘀止崩汤加减治疗崩漏，方中丹参、川芎、当归、三七为君药：

丹参、川芎活血行气，祛瘀通经；当归补血活血，调经止痛；三七化瘀止血，活血而不伤正。香附、黄芪、白术为臣药，益母草专入血分，活血调经，促进子宫收缩以止血。香附为“气病之总司，女科之主帅”，能疏肝解郁，理气调经，使气行则血行，改善气滞血瘀状态；黄芪补中益气，提升脾统血功能；白术健脾燥湿，助气血生化。熟地黄、阿胶为佐药，熟地黄、阿胶滋阴养血，固冲任，防止活血药耗伤阴血。甘草调和药性，缓解腹痛，并增强补益作用。本方攻补兼施，既用丹参、川芎等活血化瘀以治标，又配黄芪等补气固冲以治本，使瘀血去而新血生，气机畅而经血调，适用于气滞血瘀型崩漏患者。本研究成果显示，采用化瘀止血汤治疗的观察组在多个疗效指标上均显著优于对照组($P < 0.05$)。观察组的总体疗效和临床症状改善方面以及出血控制时间和完全止血时间均明显缩短($P < 0.05$)。经过治疗 3 个月经周期后观察组在经量异常、无规律经血、经血色质暗紫伴血块、下腹部疼痛等症状的改善程度均更为显著且药物不良反应发生率明显低于对照组。以上结果证实，化瘀止血汤加减方对气滞血瘀型崩漏患者具有确切的治疗效果，能有效缓解临床症状并促进止血。

综上所述，化瘀止血汤通过逐瘀、固摄、调补气血多途径发挥作用，既有助于止血，又可整体调理气血，改善中医证候，提升治疗效果，且不会增加用药风险，具有较好的安全性，效果确切，值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 排卵障碍性异常子宫出血诊治路径共识专家组, 中华预防医学会生育力保护分会生殖内分泌生育保护学组. 排卵障碍性异常子宫出血诊治路径[J]. 生殖医学杂志, 2020, 29(6): 703-715.
- [2] 徐艺, 陈霞, 顾金云, 等. 醋酸甲羟孕酮片联合复方炔诺酮片治疗围绝经期功能性子宫出血患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(6): 768-771.
- [3] 牛梦贞, 王红. 基于“肾虚血瘀”论治排卵障碍型异常子宫出血[J]. 中医外治杂志, 2024, 33(3): 186-189.
- [4] 国际中医临床实践指南崩漏(2019-10-11) [J]. 世界中医药, 2021, 16(6): 870-877.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 20-21.
- [6] 罗月华. 固冲汤联合西药治疗脾虚型功能失调性子宫出血临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2025, 23(7): 167-170.
- [7] 孔众, 张玉媛. 黄体酮胶囊联合戊酸雌二醇片治疗无排卵性功能失调性子宫出血的效果[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(21): 5003-5005.
- [8] 马梅, 樊蕃. 去氧孕烯炔雌醇治疗青春期功能失调性子宫出血效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(16): 175-176.
- [9] 单海欧, 宋杨, 霍丽艳. 妇科止血灵胶囊联合去氧孕烯炔雌醇治疗功能失调性子宫出血的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2024, 39(6): 1534-1538.
- [10] 韦贞汁, 权丽丽, 薛丽霞, 等. 芪断固崩汤加减治疗肾虚血瘀型功能失调性子宫出血临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(12): 136-138.
- [11] 麦健敏, 肖文平, 曾彩霞. 固冲止崩汤联合地屈孕酮在围绝经期异常子宫出血的治疗效果分析[J]. 中医临床研究, 2020, 12(16): 99-101.
- [12] 王灿, 雷雯. 逐瘀止崩汤加减治疗气滞血瘀型崩漏疗效及对性激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(6): 784-787.