

少腹逐瘀汤联合布洛芬治疗原发性痛经的临床疗效观察

蔡馥蔚¹, 王文华^{2*}, 李航², 杜航²

¹重庆市大足区第二人民医院消毒供应中心, 重庆

²重庆市大足区人民医院药学部, 重庆

收稿日期: 2026年4月26日; 录用日期: 2026年5月21日; 发布日期: 2026年5月29日

摘要

目的: 分析少腹逐瘀汤治疗原发性痛经的临床效果。方法: 纳入2024年6月至2025年12月本院接诊的128例原发性痛经病例作为研究对象, 依循随机数字表设定两组队列(各64例)。对照组口服布洛芬, 观察组辅以少腹逐瘀汤联合治疗。围绕整体疗效、中医证候积分、疼痛感(VAS评分、CMSS评分)及生化指标(PGE2、PGF2 α 、 β -EP水平)展开对比, 并基于网络药理学结合分子对接解析少腹逐瘀汤活性成分治疗原发性痛经的抗炎镇痛分子机制。结果: 与对照组疗效的81.25% (52/64)比较, 观察组疗效为95.31% (61/64)显著升高($P < 0.05$); 治疗后两组月经量少、小腹冷痛、畏寒身冷评分均降低, 且与对照组比较, 观察组上述中医证候积分变化更明显($P < 0.05$); 在月经期间, 观察组患者VAS评分及持续时间、严重程度等CMSS评分均低于对照组($P < 0.05$); 治疗后两组PGE2、 β -EP水平均升高, 两组PGF2 α 水平均降低, 且与对照组比较, 观察组上述指标变化更明显($P < 0.05$)。结论: 少腹逐瘀汤通过降低PGF2水平, 提升PGE2、 β -EP水平, 可有效改善原发性痛经患者月经期间疼痛情况, 降低中医证候积分, 具有良好的临床疗效。

关键词

少腹逐瘀汤, 原发性痛经, 抗炎镇痛

Clinical Observation of Shaofu Zhuyu Decoction Combined with Ibuprofen in the Treatment of Primary Dysmenorrhea

Fuwei Cai¹, Wenhua Wang^{2*}, Hang Li², Hang Du²

¹Disinfection Supply Center, The Second People's Hospital of Dazu District, Chongqing

²Pharmacy Department, The People's Hospital of Dazu District, Chongqing

*通讯作者。

Abstract

Objective: To analyze the clinical effect of Shaofu Zhuyu Decoction in the treatment of primary dysmenorrhea. **Methods:** 128 cases of primary dysmenorrhea treated in our hospital from June 2024 to December 2025 were included as the research objects, and two groups of queues (64 cases each) were set up according to the random number table. The control group was treated with ibuprofen orally, and the observation group was treated with abdominal Shaofu Zhuyu Decoction. The overall efficacy, TCM syndrome score, pain (VAS score, CMSS score) and biochemical indicators (PGE2, PGF2 α , β -EP levels) were compared, and the anti-inflammatory and analgesic molecular mechanism of active components of Shaofu Zhuyu Decoction in the treatment of primary dysmenorrhea was analyzed based on network pharmacology combined with molecular docking. **Results:** Compared with 81.25% (52/64) of the control group, the curative effect of the observation group was 95.31% (61/64), which was significantly higher ($P < 0.05$). After treatment, the scores of less menstruation, cold pain in the lower abdomen and chills in the two groups decreased, and compared with the control group, the changes of the above TCM syndrome scores in the observation group were more obvious ($P < 0.05$). During menstruation, the CMSS scores of VAS score, duration and severity in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of PGE2 and β -EP in the two groups increased, and the levels of PGF2 α in the two groups decreased. Compared with the control group, the changes of the above indexes in the observation group were more obvious ($P < 0.05$). **Conclusion:** Shaofu Zhuyu Decoction can effectively improve the pain of patients with primary dysmenorrhea during menstruation and reduce the TCM syndrome score by reducing the level of PGF2 and increasing the levels of PGE2 and β -EP. It has good clinical efficacy.

Keywords

Shaofu Zhuyu Decoction, Primary Dysmenorrhea, Anti-Inflammatory Analgesia

Copyright © 2026 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

原发性痛经指患者不存在盆腔器官异常,但在月经前后或经期出现疼痛的情况,疼痛部位集中于下腹部正中,可伴随腰酸、乏力、恶心呕吐等症状,不随年龄增长而加重,部分女性婚后或生育后疼痛减轻甚至消失[1]。原发性痛经在临床较为常见,据报道,在全世界25岁以下年轻女性中,约有3/4患有原发性痛经[2]。中医认为,原发性痛经属“痛经”“经行腹痛”范畴,多是外感病邪、生活饮食不慎、体弱虚损,导致气血运行不畅,不通则痛,或冲任、胞宫失于濡养,不荣亦痛[3]。少腹逐瘀汤出自《医林改错》,具有活血祛瘀,温经止痛之功效[4]。本研究纳入2024年6月至2025年12月本院接诊的128例原发性痛经病例作为研究对象,旨在分析少腹逐瘀汤治疗原发性痛经的临床效果,现将结果总结如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

纳入2024年6月至2025年12月本院接诊的128例原发性痛经病例作为研究对象,依循随机数字表设定两组队列。对照组64例,患者年龄20~35岁,体质量指数22~28 kg/m²,病程7~32个月;患者平均

年龄(30.76 ± 3.21)岁, 平均体质指数(24.32 ± 2.12) kg/m^2 , 平均病程(19.87 ± 4.23)个月。观察组 64 例, 患者年龄 20~34 岁, 体质指数 22~28 kg/m^2 , 病程 6~32 个月; 患者平均年龄(30.18 ± 3.45)岁, 平均体质指数(24.42 ± 2.09) kg/m^2 , 平均病程(19.25 ± 4.61)个月。使用统计学分析比较两组患者基线资料, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 可比。纳入标准: 患者西医诊断与《妇产科学》[5]中的相关标准相符; 患者中医诊断与《中医妇科学》[6]中的相关标准相符; 原发性痛经病程持续 6 个月及以上; 入组前未接受相关药物治疗。排除标准: 有药物过敏史, 对本研究使用药物过敏者; 子宫不健全者; 无法配合研究者; 严重肝肾功能不全。研究对象了解研究内容同意入组, 并签署相关文件。

2.2. 方法

对照组患者口服布洛芬, 月经期间服用布洛芬缓释胶囊(湖北荆江源制药股份有限公司, 国药准字 H20249479, 0.3 g/粒), 每次服用 0.3 g, 每天服用两次, 服用 3~5 d, 3 个月经周期为 1 个疗程。观察组辅少以腹逐瘀汤联合治疗, 药物组成: 小茴香(炒) 1.5 g (7 粒)、干姜(炒) 3 g、延胡索 3 g、没药(研) 6 g、当归 9 g、川芎 6 g、官桂 3 g、赤芍 6 g、生蒲黄 9 g、五灵脂(炒) 6 g。若痛甚而厥, 症见面色青白, 冷汗淋漓为寒邪凝闭, 阳气失宜之象, 宜加制附片、艾叶各 10 g, 以温通阳气。水煎 400 mL, 分早晚两次服用。3 个月经周期为 1 个疗程。两组患者均给予 1 个疗程的治疗。

2.3. 观察指标

① 比较两组患者临床疗效, 患者经过药物治疗后下腹部正中疼痛、腰酸、乏力、恶心呕吐等症状基本消失可被归为治疗显效; 经药物治疗后患者下腹部正中疼痛、腰酸、乏力、恶心呕吐等症状明显改善可被归为有效; 经药物治疗后未达到以上标准被归为无效。临床疗效 = 显效率 + 有效率。② 比较两组患者治疗前后中医证候积分, 以《中医新药临床研究指导原则》[7]作为评估标准, 评估月经量少、小腹冷痛、畏寒身冷为评估指标, 各项分值均按程度分为 0、1、2、3 分, 分值越低患者症状越轻。③ 比较两组患者月经期间疼痛情况, 采取视觉模拟疼痛量表(VAS)评分、COX 痛经症状量表(CMSS)评分进行评估, VAS 评分总分 10 分, 分值越小疼痛感越轻, CMSS 评分分为持续时间、严重程度 2 个维度, 共 18 个条目, 每个条目均采取 5 级评分法, 分值越高痛经症状越严重。④ 比较两组治疗前后生化指标, 采集患者静脉血全血 3.5~4 mL, 按照每分钟 3000 转的速度离心 10 分钟, 离心半径为 16 厘米, 获得血清, 上清液不存在溶血、黄疸以及乳糜的情况。采用贝克曼 AU680 全自动生化检测仪测定前列腺素 E2 (PGE2)、前列腺素 F2 α (PGF2 α)、 β -内啡肽(β -EP)水平。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件分析。中医证候积分, 月经期间疼痛情况、PGE2、PGF2 α 、 β -EP 水平均经 Shapiro-Wilk 检验证实符合正态分布, 且经 Levene 检验证实方差齐, 以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验; 临床疗效结果以百分比表示, 卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 临床疗效

Table 1. Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients [cases (%)]

表 1. 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	64	22 (34.38)	30 (46.88)	12 (18.75)	52 (81.25)

续表

观察组	64	28 (43.75)	33 (51.56)	3 (4.69)	61 (95.31)
χ^2 值					6.117
P 值					0.013

与对照组疗效的 81.25% (52/64) 比较, 观察组疗效为 95.31% (61/64) 显著升高 ($P < 0.05$), 见表 1。

3.2. 中医证候积分

治疗后两组月经量少、小腹冷痛、畏寒身冷评分均降低, 且与对照组比较, 观察组上述中医证候积分变化更明显 ($P < 0.05$), 见表 2。

Table 2. Comparison of traditional chinese medicine syndrome scores between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$, Scores)

表 2. 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	月经量少		小腹冷痛		畏寒身冷	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	64	2.19 ± 0.36	1.65 ± 0.31	2.26 ± 0.39	1.73 ± 0.28	2.25 ± 0.32	1.69 ± 0.24
观察组	64	2.21 ± 0.43	1.24 ± 0.21	2.31 ± 0.41	1.31 ± 0.30	2.27 ± 0.28	1.18 ± 0.23
t 值		0.285	8.760	0.707	8.188	0.376	12.274
P 值		0.776	0.000	0.481	0.000	0.707	0.000

3.3. 疼痛情况

在月经期间, 观察组患者 VAS 评分及持续时间、严重程度等 CMSS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

Table 3. Comparison of pain conditions between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$, Scores)

表 3. 两组患者疼痛情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	VAS 评分	CMSS 评分	
			持续时间	严重程度
对照组	64	3.79 ± 1.02	15.29 ± 2.38	9.76 ± 1.18
观察组	64	2.19 ± 0.69	13.21 ± 2.09	7.43 ± 1.24
t 值		10.394	5.254	10.890
P 值		0.000	0.000	0.000

3.4. 生化指标

治疗后两组 PGE2、 β -EP 水平均升高, 两组 PGF2 α 水平均降低, 且与对照组比较, 观察组上述指标变化更明显 ($P < 0.05$), 见表 4。

Table 4. Comparison of biochemical indicators between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$, ng/L)

表 4. 两组患者生化指标比较 ($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	例数	PGE2		PGF2 α		β -EP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	64	210.76 ± 22.46	257.98 ± 26.18	531.89 ± 42.87	470.17 ± 37.98	143.19 ± 17.19	168.15 ± 18.34

续表

观察组	64	212.98 ± 23.87	299.38 ± 27.18	529.69 ± 40.16	433.65 ± 35.17	145.23 ± 18.09	195.76 ± 20.03
<i>t</i> 值		0.542	8.776	0.300	5.644	0.654	8.133
<i>P</i> 值		0.589	0.000	0.765	0.000	0.514	0.000

4. 讨论

原发性痛经在女性中发病率较高,据调查发现,女性痛经中原发性痛经占 53.2%,其中 13.55%症状严重,影响日常工作生活[8]。原发性痛经的核心诱因是前列腺素的过量分泌,进而刺激子宫平滑肌强烈收缩,导致子宫缺血、缺氧,最终引发疼痛[9]。最近研究显示,炎症同样介导原发性痛经的病理过程[10]。非甾体抗炎药是治疗原发性痛经的常用药物,布洛芬是常用非甾体抗炎药,具有显著的抗炎效果,且能有效抑制前列腺素合成,缓解疼痛,但长期、过量使用可引发胃肠道不适,增加消化道出血风险[11]。

中医治疗痛经历史悠久,张仲景《金匱要略·妇人杂病脉证并治》中:“带下,经水不利,少腹满痛,经一月再见”,最早已对痛经临床症状进行记录。中医认为原发性痛经多是因为气滞、寒凝、湿热、虚损等病因导致气血“不通则痛、不荣则痛”,治疗宜结合寒热虚实以温之、清之、补之、通之。少腹逐瘀汤由小茴香、官桂、延胡索、没药、当归、川芎、干姜、赤芍、生蒲黄、五灵脂组成。小茴香具有散寒止痛,理气和胃之功效;延胡索有活血散瘀、利气止痛之功效;赤芍主治肝郁胁痛,经闭痛经;五灵脂主治瘀血阻滞诸痛证、瘀滞出血证;官桂、当归、干姜性温,可解决腹部寒凉问题,促进血液流动;生蒲黄、川芎、没药等活血化瘀,可改善局部血液循环,减少血液凝聚,解决血瘀问题;全方通过温通下焦、消散寒邪、活血行气,使胞宫气血通畅,从而对原发性痛经发挥出良好的治疗作用[12][13]。本研究结果显示,观察组患者月经量少、小腹冷痛、畏寒身冷评分等中医证候积分均低于对照组,临床疗效高于对照组。这一结果表明,少腹逐瘀汤可有效改善原发性痛经患者临床症状表现,具有较高的临床疗效。

PGE2 是一种由花生四烯酸通过环氧合酶(COX)、前列腺素 E 合成酶途径产生的脂质介质,在原发性痛经患者中,其水平往往相对不足;PGF2 α 是一种子宫平滑肌收缩剂,其水平异常升高,可导致子宫痉挛性收缩、张力增高、子宫血流量减少,从而引发缺血、缺氧、疼痛;患者的疼痛程度与二者比例失衡密切相关[14]。 β -EP 不仅参与中枢镇痛,也分布于子宫平滑肌,参与子宫收缩和舒张的调节,其水平下降导致内源性镇痛能力减弱和子宫功能活动失常,从而加重疼痛[15]。本研究结果显示,在月经期间,观察组患者 VAS 评分及持续时间、严重程度等 CMSS 评分均低于对照组,治疗后观察组患者 PGE2、 β -EP 水平高于对照组,PGF2 α 水平低于对照组。这一结果表明,少腹逐瘀汤通过降低 PGF2 水平,提升 PGE2、 β -EP 水平,可有效改善原发性痛经患者月经期间疼痛情况。通过网络药理学方法,从少腹逐瘀汤中筛选出多个潜在活性成分,分析可知,少腹逐瘀汤治疗原发性痛经的多个潜在活性成分共有 PPARG、PTGS2、CYP17A1 这 3 个共有靶标,川芎嗪、延胡索乙素、阿魏酸、半萜类化合物、桂皮醛等与前列腺素合成限速酶、炎症因子受体具有良好的结合亲和力,槲皮素、异鼠李素及丁香油酚等成分可能通过作用于 ESR1、CNR1、CALM1 等靶标参与多巴胺受体、eNOS 活化和 VEGFA-VEGFR2 通路等通路发挥治疗原发性痛经作用[16]。但本研究为单中心随机对照研究,纳入样本量相对较少,结果可能存在偏倚,且少腹逐瘀汤治疗原发性痛经的加减缺乏规范,对患者长期疗效的观察不足,后续可设计多中心、大样本、随机双盲对照试验,从分子机制进一步分析少腹逐瘀汤治疗原发性痛经的疗效。

综上所述,少腹逐瘀汤通过降低 PGF2 水平,提升 PGE2、 β -EP 水平,可有效改善原发性痛经患者月经期间疼痛情况,降低中医证候积分,具有良好的临床疗效,具有较高的临床参考价值。

声明

本研究获得重庆市大足区人民医院伦理委员会批准(批准号: 2023LLSC015)。

基金项目

资助基金: 重庆市大足区科学技术局项目(项目名称: 基于网络药理学、分子对接探讨少腹逐瘀汤治疗原发性痛经的机制), 项目编号: DZKJ2023JSYJ-KWXM1012。

参考文献

- [1] 江林臻, 张鹏飞, 张静. 原发性痛经患者自身不同状态下大脑低频振幅和功能连接的变化: 一项基于静息态功能磁共振的研究[J]. 磁共振成像, 2024, 15(6): 36-41.
- [2] 彭玉婷, 资艳, 魏艳蓉, 等. 基于 AMPK/mTOR 通路调控氧化应激探讨电针治疗原发性痛经大鼠的作用机制[J]. 康复学报, 2026, 36(2): 127-136.
- [3] 何喃, 林真静, 许学兵. 贺氏针灸三通法联合四逆汤对寒凝血瘀型原发性痛经患者性激素、疼痛介质及免疫功能的影响[J]. 陕西中医, 2026, 47(3): 406-410.
- [4] 苗璐, 张丽红, 李谦谦. 少腹逐瘀汤联合隔药灸对原发性痛经寒凝血瘀证患者子宫微循环及中医证候的影响[J]. 黔南民族医学学报, 2025, 38(4): 403-406.
- [5] 乐杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [6] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
- [7] 郑筱萸. 中医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.
- [8] 马筠程, 史渊源, 刘震, 等. 基于 COX-2/NF- κ B 信号通路探讨双花饮治疗原发性痛经的药效及作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(12): 72-80.
- [9] 侯小虎, 霍磊, 牛星雨, 等. 基于调节前列腺素水平探讨中医药治疗原发性痛经研究进展[J]. 河南中医, 2025, 45(1): 130-136.
- [10] 彭玉婷, 张游, 资艳, 等. 中医药治疗原发性痛经作用机制研究进展[J]. 现代中医药, 2025, 45(5): 8-16.
- [11] 曾丹, 程慧明, 严菁, 等. 热敏灸联合针刺、布洛芬治疗原发性痛经的临床效果[J]. 中国医学创新, 2025, 22(35): 111-115.
- [12] 张梅, 黄鹏, 宋梦瑶, 等. 少腹逐瘀汤治疗寒凝血瘀型原发性痛经有效性和安全性的 meta 分析[J]. 河南医学研究, 2024, 33(19): 3461-3465.
- [13] 李虹虹, 林雯雯, 袁菲菲. 火龙罐综合灸联合少腹逐瘀汤治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床疗效[J]. 中国性科学, 2025, 34(7): 127-132.
- [14] 李阳, 凌泽权, 王志美. 颊针对于原发性痛经的镇痛疗效及对血清 PGF 2α 和 PGE 2 水平变化的影响[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(3): 42-45.
- [15] 刘波, 石文英, 邹秋玉, 等. 浮针联合隔药灸脐法治疗寒凝血瘀型原发性痛经患者的临床疗效及其对前列腺素 F 2α 、前列腺素 E 2 、 β -内啡肽水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(11): 2250-2256.
- [16] 高宏杰, 李君, 贡磊磊. 基于整合药理学平台 V2.0 的少腹逐瘀汤治疗原发性痛经分子机制研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20(6): 682-684, 688.