

# 少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗 青春期痛经的临床效果

阮宝华 周秀春 李 莉

(广东江门市新会保健院妇产科, 江门, 529100)

**摘要** 目的:探讨少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗青春期痛经寒凝血瘀证的疗效及对血清性激素水平的影响。方法:选取2015年6月至2017年6月江门市新会保健院收治的青春期痛经患者110例,采用前瞻性随机临床对照研究方法,按数字表法随机分为观察组和对照组,每组55例。对照组口服布洛芬,1粒/次,2次/d;观察组采取少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗。2组均观察3个月经周期。对2组患者疼痛视觉模拟评分法(VAS)、痛经症状评分、痛经持续时间评分,以及血清CA125、卵泡生成激素(FSH)、黄体生成激素(LH)、雌二醇(E<sub>2</sub>)、催乳激素(PRL)及孕酮(P)蛋白水平进行评价。结果:经过3个月经周期治疗,与对照组比较,观察组能明显降低患者VAS评分(2.12±0.25)分比(4.03±0.49)分,差异有统计学意义( $P<0.05$ );改善痛经症状评分(3.12±0.34)分比(6.21±0.72)分,差异有统计学意义( $P<0.05$ );减少痛经持续时间(3.01±0.11)d比(4.31±0.49)d,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组总有效率明显高于对照组(94.55%比78.18%, $P<0.05$ );同时,观察组能够明显降低患者血清CA125水平(20.05±2.17)IU/mL比(31.44±3.67)IU/mL,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),下调患者FSH、LH、E<sub>2</sub>、PRL表达(7.52±0.86)IU/L比(11.45±1.31)IU/L;(8.24±0.98)IU/L比(11.68±1.33)IU/L;(21.01±3.08)nmol/L比(26.41±3.34)nmol/L;(20.06±2.85)IU/L比(25.06±4.89)IU/L,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮可能通过抑制血清FSH、LH、E<sub>2</sub>、PRL蛋白表达水平进而起到改善青春期痛经患者临床症状及体征。

**关键词** 少腹逐瘀汤;艾灸;地屈孕酮;青春期痛经;卵泡生成激素;黄体生成激素;雌二醇;催乳激素

## Clinical Research on Shaofu Zhuyu Decoction and Moxibustion Combination with Dydrogesterone in Treating Adolescent Dysmenorrhea

Ruan Baohua, Zhou Xiuchun, Li Li

(Department of Gynecology and Obstetrics, Jiangmen Xinhui Women and Child Health Care Hospital, Jiangmen 529100, China)

**Abstract Objective:** To investigate efficacy of Shaofu Zhuyu Decoction and moxibustion combined with dydrogesterone in treating adolescent dysmenorrhea with syndrome of congealing cold with blood stasis, and the influences on serum levels of sex hormone.

**Methods:** A total of 110 adolescent dysmenorrhea patients in our hospital from June 2015 to June 2017 were divided into control group ( $n=55$ ) and treatment group ( $n=55$ ) using randomized clinical trials method. The control group was orally administrated with ibuprofen capsules (1 particle/time). The treatment group was administrated with Shaofu Zhuyu Decoction and moxibustion combination with dydrogesterone. All cases were observed for 3 menstrual cycles. The change of visual analogue scale (VAS), scores of dysmenorrhea symptoms, duration time were compared, and serum CA125, follicle-stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), estradiol (E<sub>2</sub>), prolactin (PRL), and progesterone (P) protein levels were detected and evaluated. **Results:** The VAS and scores of dysmenorrhea symptoms and duration time of treatment group were remarkably lower than that of control group after treatment (2.12±0.25 vs. 4.03±0.49; 3.12±0.34 vs. 6.21±0.72; 3.01±0.11 vs. 4.31±0.49; all  $P<0.01$ ). The total effective rate of the treatment group was significantly higher than the control group (94.55% vs. 78.18%,  $P<0.05$ ). Meanwhile, the treatment group could significantly decrease the serum CA125 level (20.05±2.17 vs. 31.44±3.67,  $P<0.01$ ), and down-regulated the expression levels of FSH, LH, E<sub>2</sub> and PRL (7.52±0.86 vs. 11.45±1.31; 8.24±0.98 vs. 11.68±1.33; 21.01±3.08 vs. 26.41±3.34; 20.06±2.85 vs. 25.06±4.89, all  $P<0.01$ ). **Conclusion:** Shaofu Zhuyu Decoction and moxibustion combined with dydrogesterone could inhibit the levels of serum FSH, LH, E<sub>2</sub> and PRL, and improve the syndrome of adolescent dysmenorrhea patients.

**Key Words** Shaofu Zhuyu Decoction; Moxibustion; Dydrogesterone; Adolescent dysmenorrhea; FSH; LH; E<sub>2</sub>; PRL

中图分类号: R289.4 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.12.046

青春期痛经是妇科常见病,主要表现为经期或行经前后的周期性小腹疼痛,常常伴有恶心呕吐、头晕头疼、全身乏力等症状,对女性的工作和正常生活造成严重不良影响,极大降低了生命质量<sup>[1]</sup>。西医治疗青春期痛经常采取口服止痛药、避孕药,通过缓解子宫收缩达到减轻疼痛症状,但单纯西药干预不能解除疼痛的致病因素,且长期服用会导致药物的依赖性不良反应<sup>[2-3]</sup>。青春期痛经是中医药治疗的优势病种,通过辨证施治和整体调节,从源头上根除其致病因素,其疗效已获得广泛认可<sup>[4]</sup>。然而,青春期痛经起病较急,中医药起效较缓,采取中医药联合西药可能在控制症状和治愈疾病方面更具优势。

本研究根据纳入青春期痛经寒凝血瘀证患者的病证特点,采取少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮的中西医结合方案干预。少腹逐瘀汤加艾灸治疗青春期痛经寒凝血瘀证,在改善痛经症状和血液循环及调节前列腺素方面发挥了重要作用<sup>[2]</sup>。地屈孕酮是一种口服孕激素,其对青春期痛经的疗效已被临床研究证实<sup>[5]</sup>。然而,少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗青春期痛经寒凝血瘀证鲜见报道。本研究观察了该治疗方案对患者痛经总体情况的改善作用,总结治疗效果,分析其在改善性激素水平等的作用,为临床治疗用药或治疗方案的应用提供更多可参考依据。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年6月至2017年6月江门市新会保健院收治的青春期痛经患者110例,随机分为观察组和对照组,每组55例。观察组患者年龄13~18岁,平均年龄(17.62±2.04)岁;病程7~39个月,平均病程(21.72±2.88)个月;痛经分级<sup>[6]</sup>:轻度9例,中度29例,重度17例;疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分<sup>[7]</sup>(6.05±0.97)分。对照组患者年龄13~18岁,平均年龄(17.55±2.15)岁;病程8~41个月,平均病程(21.94±2.92)个月;痛经分级:轻度8例,中度31例,重度16例;VAS评分(6.11±0.99)分。2组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究符合医学伦理学标准,并经本院医学伦理委员会批准(江伦审[2015]052号),取得患者或家属知情同意。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 青春期痛经诊断标准 依据《妇产科学》<sup>[8]</sup>标准拟定。1)发于青年未婚女子。2)经期或行经前后出现小腹疼痛、痛及腰骶甚至昏厥,呈周期性发

作。3)排除腹盆腔器质性病变等引起的腹痛。

1.2.2 寒凝血瘀证诊断标准 依据《中医妇科学》<sup>[9]</sup>标准拟定。主症:经前或经期小腹冷痛,得热痛减。次症:1)经量少。2)色紫黯有瘀块。3)伴形寒肢冷。4)面色青白。5)小便清长。舌脉:舌质淡黯或有瘀点,苔白,脉沉紧。确诊条件:主症加次症2项并结合舌脉即可。

1.3 纳入标准 1)满足青春期痛经诊断标准。2)满足寒凝血瘀证诊断者。3)年龄13~18岁。4)近1个月未服用中药和接受其他治疗者。5)入组时VAS评分 $\geq 4$ 分,且干预前接受本疗法前2周内未采用止痛药物等治疗者。6)患者或患者家属知情,且签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)月经周期不规律者。2)精神病患者。3)体质过敏者。4)不配合用药者。5)伴心、肝、肾及内分泌系统等严重障碍者。

1.5 脱落与剔除标准 1)治疗中出现严重病情变化、不良反应者。2)患者或家属主观意愿不能坚持本研究者。3)未能严格按照本研究计划接受治疗者。

1.6 治疗方法 对照组:给予布洛芬(广东华南药业集团有限公司,国药准字H20065680),口服,1粒/次,2次/d(早晚各1次),痛止停药。观察组:采取少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗。少腹逐瘀汤方药组成:小茴香7粒(炒),延胡索9g、没药(研)9g、丹参9g、肉桂9g、川芎12g、赤芍9g、蒲黄9g、五灵脂(炒)9g;1剂/d,常规水煎早晚各1次。艾灸:取穴为关元穴和神阙穴,具体操作:患者取仰卧位,点燃灸条,在关元穴和神阙穴上方距皮肤5cm左右位置行温和灸约20min,以患者局部皮肤的温热感适宜为度;月经来潮前4d开始,1次/d,20min/次,月经来潮后停止。地屈孕酮片(Abbott Biologicals B. V.,批准文号H20130110),月经周期第14d开始服用,2次/d,1片/次。

1.7 观察指标 1)2组痛经程度评分:采用VAS评分<sup>[7]</sup>,具体操作:在纸上面划一条10cm的横线,横线一端刻度为0(表示无痛),另一端为10(表示剧痛),中间刻度代表不同程度疼痛,刻度越大提示疼痛程度越高;评分过程中患者根据自我感觉在横线上画一记号,表示疼痛的程度,分别于治疗前后进行评分。2)2组痛经症状评分:经期及其前后小腹疼痛为5分(基础分),腹痛明显0.5分,坐卧不宁1分,腹痛难忍1分,休克2分,面色苍白0.5分,四肢厥冷1分,冷汗淋漓1分,疼痛在1d以内0.5分(疼

痛期每增加 1 d 加 0.5 分)<sup>[6]</sup>。3) 2 组痛经持续时间评分:嘱患者记录月经周期中痛经时间,经期结束后合计整个经期痛经时间;无:0 分;持续时间 < 3 h:2 分;持续时间 3 ~ 7 h:4 分;持续时间 7 ~ 24 h:6 分;持续时间 > 24 h:8 分。4) 2 组肿瘤标志物血清 CA125 水平:常规抽取患者静脉血约 3 mL,用酶联免疫吸附试验(ELISA)在治疗前及治疗后 6 周、12 周测定。5) 2 组血清中卵泡生成激素(FSH)、黄体生成激素(LH)、雌二醇(E<sub>2</sub>)、催乳激素(PRL)及孕酮(P)水平:样本采取:患者在晨起空腹下抽取外周血约 3 mL,离心提取血清,存储在 -70 °C 备测;分别采取酶联免疫吸附试验于治疗前后检测。

1.8 疗效判定标准 依据《中药新药临床指导原则》<sup>[6]</sup>标准拟定。临床治愈:腹痛等症消失,痛经情况评分为 0 分,停药 3 个月经周期未见复发者。显效:腹痛等症明显改善,痛经情况评分降至治疗前积分的 1/2 以下,不服止痛药能坚持工作。有效:腹痛等症减轻,痛经情况评分降至治疗前积分的 1/2 ~ 3/4,服止痛药能检测工作。无效:腹痛等症未见改变者。总有效率 = (临床治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.9 统计学方法 采取 SPSS 19.0 统计软件处理数据,计量数据用均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,用 *t* 检验,计数资料以率表示,用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2 组痛经情况评分比较 2 组患者治疗前 VAS、痛经症状、痛经持续时间评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。经过 3 个月经周期的治疗后,2 组患者 VAS 评分、痛经症状、痛经持续时间均明显改善(均  $P < 0.05$ );与对照组比较,观察组能明显改善患者 VAS 评分、痛经症状、痛经持续时间( $P < 0.05$ )。见表 1。

2.2 2 组血清 CA125 水平比较 2 组患者治疗前血

清 CA125 表达比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。经过 6 周、12 周治疗,2 组患者血清 CA125 均有所下调(均  $P < 0.05$ );且观察组患者血清 CA125 水平明显低于同期对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

2.3 2 组临床疗效比较 观察组总有效率为 94.55%,明显高于对照组 78.18% ( $P < 0.05$ )。见表 3。

2.4 2 组血清性激素比较 2 组患者治疗前血清 FSH、LH、E<sub>2</sub>、PRL 表达比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。经过 3 个月经周期治疗,2 组患者血清中 FSH、LH、E<sub>2</sub>、PRL 蛋白明显降低(均  $P < 0.05$ );且观察组能明显下调患者 FSH、LH、E<sub>2</sub>、PRL 蛋白表达( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 1 2 组痛经情况评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	VAS 评分	痛经症状评分	痛经持续时间评分
对照组( <i>n</i> = 55)			
治疗前	6.11 ± 0.99	9.93 ± 1.13	7.72 ± 0.85
治疗后	4.03 ± 0.49*	6.21 ± 0.72*	4.31 ± 0.49*
观察组( <i>n</i> = 55)			
治疗前	6.05 ± 0.97	9.86 ± 1.17	7.67 ± 0.87
治疗后	2.12 ± 0.25* <sup>△</sup>	3.12 ± 0.34* <sup>△</sup>	3.01 ± 0.11* <sup>△</sup>

注:本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

表 2 2 组血清 CA125 水平比较( $\bar{x} \pm s$ ,IU/mL)

组别	治疗前	治疗后	
		6 周	12 周
对照组( <i>n</i> = 55)	56.35 ± 7.88	44.67 ± 5.57*	31.44 ± 3.67*
观察组( <i>n</i> = 55)	56.21 ± 7.75	36.12 ± 4.40* <sup>△</sup>	20.05 ± 2.17* <sup>△</sup>

注:本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

表 3 2 组临床疗效比较

组别	临床治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
对照组( <i>n</i> = 55)	15	17	11	12	78.18
观察组( <i>n</i> = 55)	20	22	10	3	94.55*

注:本对照组比较,\* $P < 0.05$

表 4 2 组血清性激素比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	FSH(IU/L)	LH(IU/L)	E <sub>2</sub> (nmol/L)	PRL(IU/L)
对照组( <i>n</i> = 55)				
治疗前	15.72 ± 1.93	15.06 ± 1.85	31.66 ± 4.19	38.61 ± 5.06
治疗后	11.45 ± 1.31*	11.68 ± 1.33*	26.41 ± 3.34*	25.06 ± 4.89**
观察组( <i>n</i> = 55)				
治疗前	15.60 ± 1.97	15.03 ± 1.90	31.69 ± 4.13	39.38 ± 5.53
治疗后	7.52 ± 0.86* <sup>△</sup>	8.24 ± 0.98 <sup>△</sup>	21.01 ± 3.08 <sup>△</sup>	20.06 ± 2.85* <sup>△</sup>

注:本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

### 3 讨论

青春期痛经是原发性痛经的一种类型,多发于青春期少女和未婚年轻妇女。随机调查表明,92.2%的女性在月经来潮和经行时会发生痛经<sup>[10]</sup>。其主要是由于经期子宫平滑肌强烈收缩,血管痉挛,导致子宫缺血缺氧,物理刺激痛阈值降低,进而引起酸性代谢产物堆积于子宫肌层而发为痛经。痛经在中医学属“经行腹痛”病范畴,认为“通则不痛,不通则痛”,其病机主要表现为不通,目前临床常见证型有寒凝血瘀、气滞血瘀以及气血虚弱等,临床上又以寒凝血瘀这一证型较为多见<sup>[11]</sup>。寒凝者,或因经期涉水,冒雨,或经行贪食生冷,内伤于寒,或过于贪凉,风冷寒湿客于冲任胞宫,以致经血凝滞不畅,或素因阳虚,阴寒内盛,冲任虚寒以致经水运行迟滞,上述原因都均可引起气血运行不畅,冲任失调,经行滞涩,最终导致不通则痛,其中“寒”“瘀”是本病的关键病机<sup>[12]</sup>。《傅青主女科》记载:“夫寒湿乃邪气也,妇人有冲任之脉居于下焦,……经水由二经而外出,而寒湿满二经而内乱,两相争而作疼痛”。因此,临床治疗当以温经散寒、化瘀止痛为主要治则。

少腹逐瘀汤对青春期痛经寒凝血瘀证的疗效已获临床报道<sup>[13]</sup>,方中川芎、丹参、赤芍活血散瘀,养血调经;小茴香、肉桂散寒通阳,温暖冲任;五灵脂、蒲黄、没药、延胡索活血化瘀,散结止痛;诸药合用达到化瘀散结、温经散寒、调经止痛之效。艾叶性辛温,艾灸通过温热性刺激经络穴位,可疏通人体的十二经脉,达到温经脉、理气血、逐寒湿及止冷痛的效果<sup>[14]</sup>。《本草从新》云:“艾叶苦辛,生温,熟热,纯阳之情,能回垂绝之阳,通十二经,走三阴,理血气,逐寒湿,暖子宫,止诸血,温中开郁,调经安胎……以之灸火,能透诸经而除百病”。关元 and 神阙均为任脉经穴,与胞宫直接联系,有温阳补肾、培元固本、调补冲任的作用,艾灸关元、神阙发挥了散寒暖宫、化瘀止痛的效果<sup>[2]</sup>。地屈孕酮通过降低前列腺素的生成,抑制患者子宫平滑肌活性,有效缓解痛经症状,起效快且持久<sup>[5]</sup>。因此,将少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗青春期痛经寒凝血瘀证,既迅速控制了痛经症状,也从根本上消除病因,又能发挥中西医结合从病证两方治疗的优势。

本组结果显示:治疗后,观察组的VAS、痛经症状、持续时间评分及血清CA125水平均显著少于对照组( $P < 0.05$ );2组疗后效果统计发现,观察组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。说明了少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗青春期痛经寒凝血瘀

证的疗效明显,且优于单纯西医干预。痛经的疼痛发作与女性体内的性激素含量关系密切,可能与内分泌异常包括前列腺素、 $\beta$ -内啡肽、缩宫素、催产素、雌孕激素,离子含量异常,精神因素有关<sup>[15-16]</sup>。痛经时机体的 $E_2$ 等雌激素水平显著升高<sup>[17]</sup>,而雌激素水平异常增加促使乳腺、盆腔充血,形成经前乳房胀痛、下腹坠胀等血瘀表现<sup>[18]</sup>。

此外,青春期痛经寒凝血瘀证中组织向细胞外液或血液中释放能诱发疼痛的内源性化学物质,目前已经证实的致痛物质如前列腺素,该物质在激素的介导下,释放多种不同的前列腺素物质,调节子宫肌的舒张、收缩,前列腺素F2a与受体结合能够收缩局部血管,降低子宫的血流量,导致肌肉缺血,最终出现疼痛<sup>[19]</sup>。本组结果显示,观察组治疗后患者血清中FSH、LH、 $E_2$ 、PRL水平明显低于对照组( $P < 0.05$ )。因此,少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗青春期痛经寒凝血瘀证可能通过降低女性的性激素FSH、LH、 $E_2$ 、PRL水平实现止痛效果。

本研究不足:未对患者进行随访观察,筛选的病例数尚小,今后课题组将联合其他医疗中心,采取大样本病例,对本治疗方案的治疗效果及可能作用途径进一步探讨。

综上所述,少腹逐瘀汤加艾灸联合地屈孕酮治疗青春期痛经寒凝血瘀证,可以下调患者血清中FSH、LH、 $E_2$ 、PRL水平,显著改善痛经整体程度。

#### 参考文献

- [1] 汤霞萍,杨勇,商美丽,等.中学生青春期痛经患病情况及辨证分型分析[J].山东中医杂志,2016,35(7):588-591.
- [2] 张小玲,张诗军,徐成康.加味少腹逐瘀汤联合灸法治疗原发性痛经55例[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(16):192-195.
- [3] 韩锋,效亚力.胶艾汤配合温针灸治疗青春期痛经的临床研究[J].中医临床研究,2016,8(33):60-61.
- [4] 花佳佳,张玲燕.加味少腹逐瘀汤联合隔姜灸天枢穴治疗原发性痛经临床观察[J].陕西中医药大学学报,2016,39(3):69-70.
- [5] 曲灵菊,王艳香.地屈孕酮与布洛芬对原发性痛经的治疗效果观察[J].中国继续医学教育,2016,8(7):169-170.
- [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,1993:263-266.
- [7] 郝双林,田宝斌,王玲,等.VAS测痛法的临床初步评估[J].中国医学科学院学报,1994,16(5):397-399.
- [8] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2010:357.
- [9] 张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002:127.
- [10] 王成双,柳下华,王志美,等.宜昌市1117名女大学生痛经状况调查分析[J].中国疼痛医学杂志,2014,20(10):757-759.
- [11] 郑琼,吕蒙.自拟痛经方与敷脐疗法治疗寒凝血瘀原发性痛经40例[J].医学信息,2012,25(6):343.

(下接第3149页)

肠消化排空的主要胃肠激素,当机体受到刺激时,MTL 大量释放入血,作用于胃、肠及延髓腹侧后区化学触发带的 MTL 受体,引起胃肠道痉挛,压力增高,诱发恶心、呕吐等<sup>[19-20]</sup>。本研究中,观察组术后 12 h 及对照组术后 12、24 h 血浆 MTL 水平均明显高于麻醉前,但观察组术后 12、24 h 血浆 MTL 水平低于对照组,观察组术后 24 h 及对照组术后 48 h 血浆 MTL 水平均恢复至麻醉前状态,提示 TAES 联合阿扎司琼对开颅术患者血浆 MTL 水平影响较小,推测其降低开颅术患者 PONV 的发生率的机制可能与血浆 MTL 浓度的动态变化有关。

综上所述,TAES 联合阿扎司琼对开颅术患者血浆 MTL 水平影响较小,可有效降低开颅术患者 PONV 的发生率,改善恶心、呕吐严重程度,临床疗效优于单独使用阿扎司琼,建议临床推广使用。

#### 参考文献

[1] 周岩,王蓓,宋一楠,等.小剂量右美托咪定对妇科腹腔镜手术患者术后恶心呕吐发生的影响[J].中华麻醉学杂志,2016,36(5):524-527.

[2] 翟云霞.全麻开颅术后早期发生恶心呕吐的原因分析及护理对策[J].护士进修杂志,2015,30(1):73-74.

[3] 周愚,王蔚,黄宏辉,等.自控经皮穴位电刺激对妇科腹腔镜术后恶心呕吐的影响[J].临床麻醉学杂志,2014,30(6):592-593.

[4] Fang B X, Chen F C, Zhu D, et al. Stability of azasetron-dexamethasone mixture for chemotherapy-induced nausea and vomiting administration[J]. Oncotarget, 2017, 8(63):106249-106257.

[5] Kranke P, Diemunsch P. The 2014 consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting: A leapfrog towards a postoperative nausea and vomiting-free hospital[J]. European Journal of Anaesthesiology, 2014, 31(12):651-653.

[6] 王永炎,严世芸.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2009:121-122.

[7] 国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:37-39.

[8] 刘佳勇,方志伟.2011 版《美国综合癌症网络软组织肉瘤临床实践指南》解读[J].中华骨科杂志,2011,31(6):726-728.

[9] 卢超,邱鹏飞,房军帆,等.内关穴刺激防治手术后恶心呕吐的研究进展[J].临床麻醉学杂志,2017,33(9):929-930.

[10] 陈静,魏国华,祁涛.阿扎司琼联合长托宁预防腹腔镜胆囊切除术后恶心呕吐的临床效果[J].江苏医药,2014,40(23):2906-2907.

[11] Lee H. Acupuncture compared to placebo-acupuncture for postoperative nausea and vomiting prophylaxis: a randomised placebo-controlled patient and observer blind trial[J]. Anaesthesia, 2015, 59(2):142-149.

[12] 段海峰,朱懿峰,路志红,等.刺激内关穴和足三里穴防治术后恶心呕吐的研究进展[J].国际麻醉学与复苏杂志,2017,38(2):166-170.

[13] 刘诗煜,滕秀飞,白文娅,等.经皮穴位电刺激联合雷莫司琼对全麻术后恶心呕吐的影响[J].现代生物医学进展,2017,17(15):2953-2956.

[14] 陶涛,陈婷,杨爱明,等.耳穴贴压辅助全麻对妇科腹腔镜术后恶心呕吐发生率及镇痛效果影响的临床研究[J].浙江中医药大学学报,2016,40(8):632-635.

[15] 刘延莉,王明山,李秋杰,等.经皮穴位电刺激治疗剖宫产产妇恶心呕吐及对血浆 5-HT 浓度的影响[J].中国针灸,2015,35(10):1039-1043.

[16] 杨笑宇,张军,陈燕慧,等.经皮穴位电刺激或托烷司琼联合地塞米松预防全麻腹腔镜妇科手术后恶心呕吐的效果比较[C]//中国医师协会麻醉学医师分会年会,2014.

[17] 林宣晨.耳穴压豆辅助全麻对妇科腹腔镜术后血浆胃肠激素及恶心呕吐的影响[J].浙江中西医结合杂志,2017,27(3):225-227.

[18] 殷国兵.经皮穴位电刺激预防开颅手术术后恶心呕吐的效果:血浆胃动素浓度测定[D].合肥:安徽医科大学,2017.

[19] 王晓宁,刘丽,张丽红,等.右美托咪定对七氟醚吸入麻醉妇科腹腔镜手术患者血浆胃动素及术后恶心呕吐的影响[J].医学研究杂志,2014,43(5):168-170.

[20] 陶涛,陈婷,杨爱明,等.耳穴贴压对全麻下妇科腹腔镜术后患者血浆胃动素的影响[J].中国针灸,2017,37(2):171-174.

(2018-09-17 收稿 责任编辑:芮莉莉)

(上接第 3145 页)

[12] 朱新叶,宋世华.宋氏妇科治疗原发性痛经经验[J].中医杂志,2013,54(3):257-258.

[13] 周鹿安,陆政日,刘妹烧,等.少腹逐瘀汤治疗寒凝血瘀型原发性痛经的 Meta 分析[J].药物评价研究,2016,39(5):858-864.

[14] 侯咪,张卫华.艾灸治疗原发性痛经 35 例临床研究[J].现代中医药,2016,39(2):50-53.

[15] Bateson D, Butcher BE, Donovan C, et al. Risk of venous thromboembolism in women taking the combined oral contraceptive: A systematic review and meta-analysis[J]. Aust Fam Physician, 2016, 45(1):59-64.

[16] Ou MC, Hsu TF, Lai AC, et al. Pain relief assessment by aromatic

essential oil massage on outpatients with primary dysmenorrhea: a randomized, double-blind clinical trial[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2012, 38(5):817-822.

[17] 史淑红,李佃贵,孟允鑫.化浊解毒活血法治疗子宫内异位症伴痛经 30 例临床观察[J].山东医药,2007,47(24):42-43.

[18] 范郁山,苗芙蕊,廖爱妮,等.隔药灸“命门”穴对痛经模型大鼠血清雌激素、孕激素水平及其受体表达的影响[J].针刺研究,2013,38(5):352-357.

[19] Teimoori B, Ghasemi M, Hoseini ZS, et al. The Efficacy of Zinc Administration in the Treatment of Primary Dysmenorrhea[J]. Oman Med J, 2016, 31(2):107-111.

(2018-01-23 收稿 责任编辑:杨觉雄)