

痛經的病因病機及中醫辨證分型治療文獻探討

吳龍源 醫師

摘要

痛經是婦科常見病之一，常可持續多年或多日。發生下腹部不適疼痛嚴重影響日常生活和勞動的，叫「痛經」。常伴有頭暈、噁心、嘔吐、腰骶酸痛、全身無力等。

月經週期是陰陽互生互長的過程，就像一幅太極圖，總是處在陰陽消長的過程中。經前期為陽長期，經期為由陽轉陰的過程，經後為陰長期，根據這三個時期，不同的分型應有相應的治則，寒痛：陽長期（經前）宜溫經散寒；陽轉陰（經期）宜溫通佐加溫補；陰長期（經後）方能“血得溫則行”。虛痛：陽長期（經前）宜滋補腎陽；陽轉陰（經期）宜補陽佐加滋陰等；陰長期（經後）方能血得其榮而不痛。熱痛：陽長期（經前）宜清熱涼血；陽轉陰（經期）宜涼血佐加活血；陰長期（經後）方能熱清血安而不痛。虛痛和寒痛建議服藥時間長，從經前一周到下次月經前。因經後為陰長期，陰相對偏盛而陽不足，臨床上可見經後腹痛者多由此，原則上可助陰長的同時稍加溫陽補氣血之品，不過仍應隨症加減，否則脫離了辨證論治的實質。熱痛者，服藥可從經前

到經期止，經後一般痛可緩解，再到下個月經前服藥，如此週期療法。

關鍵辭：痛經 中醫辨證分型 病因病機 痛經中醫 臨床治療

前言

痛經是婦科常見病之一，常可持續多年或多日。發生下腹部不適疼痛嚴重影響日常生活和勞動的，叫「痛經」。常伴有頭暈、噁心、嘔吐、腰骶酸痛、全身無力等。多數婦女在行經時有不同程度的盆腔不適感覺，如果腹痛不影響日常生活和勞動的，不能一概稱為痛經。

痛經可分為原發性痛經和繼發性痛經二種類型。原發性痛經多見於未生育過的年輕女子，體質衰弱或對疼痛敏感的人更易發生。於月經前1~2天就出現症狀，陣發性的下腹脹痛或腰酸，嚴重的可牽涉到外陰、肛門等部位，持續時間可長可短。一般在經血流暢後，疼痛就逐漸消失。原發性痛經的原因還不十分明瞭。精神因素可能有很大影響。對月經現象有羞澀、恐懼、厭惡等心理的，發生痛經的機會就較多。內分泌失調，子宮發育不良，子宮頸狹窄，子

宮位置過度前屈或後屈，都可引起痛經。繼發性痛經多見於已生育過的婦女或中年婦女，一般經檢查可找到發生痛經的原因。如盆腔炎症、子宮內膜異位症、子宮肌瘤等疾病。這種痛經常在月經來潮之前開始，持續整個月經期，到月經乾淨，盆腔充血解除，腹痛及其它症狀才逐漸解除。原發疾病治癒後，這種痛經即可消失(1)。

中國醫學認為痛經(又稱經行腹痛)主要是氣血運行不暢所致，即所謂“不通則痛”。導致氣血運行不暢的主要原因是情志不舒，肝氣鬱結，氣滯血淤，或感受寒涼，淤阻經絡(寒濕凝滯)，或體質虛弱，氣血不足(氣血虛弱)。生殖器無明顯器質性病變者稱為原發性痛經。青年婦女多見，痛經的發生率為33.19%(包括原發和繼發者)，其中原發性痛經占36.06%，屬婦科常見病。

一、中醫對痛經病因病機的認識

中醫學對痛經的病因早有認識《婦人良方大全》認為痛經有因於寒者、氣鬱者、氣結者。《醫宗金鑒·婦科心法要訣》指出痛經有寒熱、虛實之不同。《傅青主女科》認為痛經與肝、腎、脾有關。現代中醫對痛經的病因、病機有了進一步的闡述。認為經期或經期前後，血海由滿盈而瀉溢，

氣血變化急驟，這時致病因素如情志所傷、起居不慎或六淫為害等可乘機侵入，導致沖任瘀阻或寒凝經脈，使氣血運行不暢，胞宮經血流通受礙，以致不通則痛；或沖任、胞宮失於濡養，不榮則痛。羅元愷(2)認為，痛經病因有氣滯血瘀、寒凝胞中，濕熱下注、氣血虛弱、肝腎虛損等。

孫巍巍等(3)認為痛經以肝鬱氣滯型和寒凝血瘀型最為多見。觀察35例，兩者各占19/35和16/35，薑春瑩等(4)認為痛經多由寒凝血運滯澀或熱鬱氣滯不暢，或氣滯血行不暢，或血瘀阻塞難行，或氣虛沖任失養所致。張嘉男(5)認為痛經的發生與肝關係密切，在臨證中注意從肝論治，取得了滿意效果。王慶松(6)認為痛經產生有虛有實，然而虛實之證均不離乎滯和瘀，而滯和瘀的根源在於腎，從腎論治是治療該病的關鍵。

二、現代醫學對痛經病因病機的認識

現代醫學認為，子宮合成和釋放前列腺素的增加是原發性痛經的重要原因，尤其是前列腺素F₂α (PGF₂α)增高，前列腺素E₂ (PGE₂)下降時疼痛加劇。研究發現PGF₂α可刺激子宮收縮，而PGE₂可使子宮平滑肌鬆弛。樂傑(7)認為當PGF₂α異常升高時，子宮過度收縮，引起子宮血流不足，

子宮肌肉組織缺血，刺激子宮自主神經疼痛纖維而發生痛經，這也符合中醫“不榮則痛”的理論。血管加壓素和催產素也是引起痛經的原因之一，血管加壓素與雌激素水準有關，它又可被孕激素抵消。原發性痛經的患者在月經前期雌激素水準異常升高，月經期血管加壓素水準高於正常人的2~5倍，造成子宮過度收縮及缺血。實驗證實，非孕子宮也存在催產素受體，它也能增加子宮收縮導致痛經(8)。近年又有研究表明，痛經患者的免疫細胞和免疫反應發生改變，血中單核細胞， β -內啡肽(β -endorphen)含量明顯高於對照組。其他肽類及自主神經系統、內皮素、去甲腎上腺素增高也可造成子宮肌肉及子宮血管收縮而導致痛經。

韓蓁等(9)報導由於精神因素、環境因素、社會因素、運動等也可導致或加重本病的發生。董秀梅等(10)調查結果顯示，對機體最適合的相對濕度是20~60%，高溫環境下作業可使機體的體溫調節發生障礙，且可通過大腦皮層——下視丘——腦下垂體——卵巢軸調節，引起月經異常及痛經。謝春光等(11)人的證明，痛經患者的全血高切粘度、全血低切粘度、血漿粘度、紅血球壓積、紅血球電泳時均異常升高，血沉值降低，與無痛經者相比有顯著差異，提示痛經患者微

血流處於粘滯狀態，說明患者體內確實存在氣血阻滯的病理狀態，即中醫的“瘀血”狀態。

現代醫學普遍認為痛經主要與以下幾方面因素關係密切：

前列腺素(PG)

原發性痛經的病理機制與子宮內膜的PG 關係密切。前列腺素是一類化學結構相似，具有廣泛生理活性的不飽和脂肪酸，其含量極微，而活性極強。所有的PG都是含有20 個碳原子的不飽和羥基脂肪酸，由1 個五元環及2 個脂肪族側鏈組成。目前研究較多並與生殖系統密切相關的前列腺素有前列腺素E₂ (PGE₂)、前列腺素F₂α (PGF₂α)等(12)。

子宮前列腺素的生物合成與其他組織相似，首先是在磷脂酶A₂ 的作用下將磷脂轉化為花生四烯酸，又繼續在環氧合酶的作用下將花生四烯酸轉變為中間體前列腺素H₂，進而轉化成不同的PG，如前列環素(PGI₂)、PGE₂、PGF₂α、血栓素A₂(TXA₂) 等。免疫組織化學定位顯示，PG合成酶和磷脂酶A₂ 主要位於子宮內膜腺上皮的胞漿和溶酶體內，生化測定也表明腺上皮細胞內合成PGE₂和PGF₂α的含量明顯高於間質細胞。有研究表明，子宮肌細胞不僅是PG的靶細胞，其自身亦可在激素和某些介質的特定作用下，產生各種不同

的前列腺素物質，參與調節子宮肌細胞的收縮和舒張。在非妊娠子宮，子宮內膜主要合成PGE2 和PGF2 α ，PGE2 可抑制子宮平滑肌的自發活動，而PGF2 α 則促使子宮平滑肌收縮，在子宮螺旋動脈壁上存在PGF2 α 受體，PGF2 α 與受體結合後局部血管收縮，子宮血流量減低，肌肉缺血，引起疼痛。在月經週期的不同階段，內膜中PGE2 與PGF2 α 含量呈週期性變化，在黃體期PGE2 的含量比PGF2 α 高，而月經期則相反。痛經患者子宮內膜中前列腺素含量較正常婦女明顯升高，且PGF2 α / PGE2 的比值更是明顯升高(13)，PGF2 α / PGE2 比值的升高導致子宮過度收縮。痛經越嚴重的婦女，其經血中PGF2 α 水準就越高，在月經開始的最初2 天症狀最嚴重時，PGF2 α 水準亦達到最高峰。

加壓素(精胺酸血管加壓素. Arginine Vasopressin, AVP)

子宮肌層小血管對血管加壓素的敏感性大於粗大的血管，AVP 作用於子宮V1 加壓素受體，引起子宮肌層活力增強和子宮收縮，尤其子宮肌層小血管收縮，引起子宮局部缺血和疼痛。痛經患者對血管加壓素的敏感性較高，AVP 分泌可增加子宮收縮活性，加重痛經症狀。許多研究證實血管加

壓素是一種比催產素更強烈的子宮收縮劑，對非孕子宮有較強的刺激作用，尤其在孕激素效果存在時作用明顯(14)。

催產素(Oxytoxin. OT)

OT 不僅直接作用於子宮肌細胞引起子宮收縮，而且還同時刺激內膜細胞釋放PG。痛經患者體內OT 含量較正常非妊娠婦女高。

β - 內啡肽(β - Endorphin. β - EP)

β - 內啡肽(β - EP) 目前被認為是與疼痛有關的神經激素。李繼俊(15)認為子宮是 β - EP 的靶器官，其參與子宮功能活動的調節。黃體期 β -EP 水準的降低致子宮功能活動失常，成為疼痛的原因之一。Marchini(12)等對原發性痛經患者分別在第一個月經週期的第26 天，第2 個週期第1、3 天測定外周血單核細胞 β - 內啡肽含量，發現在第二個週期第3 天時 β - 內啡肽含量痛經患者明顯高于正常組。 β - 內啡肽的作用目前尚不能肯定。另外，其他肽類及自主神經系統:內皮素、去甲腎上腺素也可造成子宮肌肉及子宮血管收縮，而導致痛經(16)。

鈣(Calcium)

目前已知Ca²⁺ 在卵母細胞成熟中起重要作用，應用鈣離子通道阻滯劑治療原發性痛經，如尼卡地平，收效較好，副作用小。Ca²⁺ 與原發性痛經的聯繫，還有待於進一步研究。

遺傳

隨著遺傳基因研究的發展，發現母親染色體中有特定的基因傳遞資訊至第二代的個別女性，使其性情不穩定，易受刺激或子宮痛閾降低而患痛經。

其他

有人調查研究後示：對機體最適宜的相對濕度是40 %～60 %，高濕環境下作業可使機體的體溫調節發生障礙，且可通過大腦皮層下丘腦-垂體-卵巢軸，引發月經異常及痛經(17)。李京龍等認為Mg²⁺ 不足可能為痛經的原因之一(18)。此外，運動、經濟因素等心理、社會因素亦可導致或加重本病的發生。

三、中醫治療痛經辨證分型探討

痛經病因有氣滯血瘀、寒凝胞中，濕熱下注、氣血虛弱、肝腎虛損等(1)，據研究指出中醫治療痛經辨證分型主要可分為以下幾種證型，分別探討如下(2)：

(1)氣滯血淤型

由於經期勞累過度，或精神不愉快，以致肝氣鬱結，氣機不暢，淤血停留，月經排出困難，「不通則痛」。表現為下腹脹痛，連及胸脅，疼痛拒按，經色紫黑有塊。舌質暗紅有淤點，脈澀沉。治宜舒肝利氣，活血逐淤。

方藥組成：當歸三錢、川芎二錢、赤芍二錢、桃仁三錢、紅花二錢、生蒲黃二錢、五靈脂二錢、枳殼二錢、青皮二錢、柴胡三錢、香附四錢，水煎服。

(2)寒濕凝滯型

經期涉水、淋雨、游泳、坐臥濕地或過食生冷食物等，使寒濕聚積于胞宮，血得寒則凝而不暢，經血流通受阻而腹痛。表現為經前或月經期中下腹冷痛，得熱痛減。月經量少色暗或有血塊，面色青白，舌邊紫暗，脈沉緊。治宜溫經散寒，活血止痛。

方藥組成：當歸三錢、赤芍三錢、延胡索10g、生蒲黃二錢、五靈脂二錢、川芎二錢、乾薑二錢、小茴香二錢、肉桂二錢、吳萸二錢，水煎服。

(3)氣血虛弱型

體質虛弱，氣血不足，或大病久病之後，氣血不足或氣

血兩虧。主要症狀有：經期或行經後下腹隱隱作痛，纏綿不休，按壓下腹則痛減。經色淡紅，量少質稀，面色蒼白或萎黃，舌色淡，脈細弱。治宜補益氣血。

方藥組成：黨參一兩、黃芪一兩、熟地六錢、首烏五錢、茯苓三錢、白朮三錢、當歸三錢、白芍三錢、延胡索三錢、鬱金三錢，水煎服。痛經患者應注意經期衛生如：月經期不宜過累，儘量避免劇烈運動；月經期應注意保暖，不下冷水，以免受寒而降低身體的抵抗力；月經期應保持局部清潔，勤換衛生巾和內褲，以免細菌滋生，引起生殖器炎症；月經期飲食宜選擇新鮮而易於消化的食品，不宜吃得過飽，禁止飲酒，要多喝開水，保持大便通暢；已婚女子，在月經期間應避免性生活，以免細菌侵入陰道而引起感染。

痛經患者還要正確的認識月經的生理現象，糾正對月經現象羞澀、恐懼、厭惡等心理因素，保持樂觀情緒，平時（指月經未來潮時）要適當參加體育鍛煉和體力勞動，增強體質；適當控制性生活，以減少盆腔充血；生育不宜過多過密。

四、痛經中醫臨床治療相關文獻探討

(1)治療方法與治療時機

1. 以調理月經週期法治療痛經

整個月經週期分為4 個時期:行經期、經後期、排卵期、經前期，存在由陽轉陰和由陰轉陽的兩個過程，在月經週期的不同階段，分別選用不同的治法，適時調整。婦科名家龐泮池認為，治痛必須審證求因，痛時治標，不痛時固本。對於原發性痛經屬先天腎氣未充者，可用烏雞白鳳丸、河車大造丸等血肉有情之品，經後連服至下次月經前。李惠娟(19)提出按時間分期，根據經前期、經期、經後期的病機特點，分別採用疏肝理氣、溫通血脈，溫腎暖宮、祛瘀止痛，溫補脾腎、益氣養血等方法，在整個月經週期中連續治療，有效率達96 %。武志宏(20)分三期進行調治，總有效率84.4 %。他認為月經期治宜溫腎活血、行氣止痛，自擬溫腎活血湯隨證加減；經間期治宜滋腎補血、調養胞宮，方用六味地黃丸；經前期治宜溫補腎陽、填充精血，方用右歸丸或金匱腎氣丸。

2. 以辨體質調週期治療痛經

體質的形成和發展與先天遺傳，後天因素，飲食起居，精神活動，自然及社會環境多種因素有關，體質往往決定著對某些病邪的易感性和發病趨勢以及發病之後“證”的

特點。苗凌娜(21) 對1899 名18~22 歲女生進行體質與月經的調查，其中痛經人數占總數的17.74 %，經過四診合參與舌脈辨證，將體質分為正常型、陰虛型、陽盛型、痰濕型、濕熱型、氣虛型、瘀血型和陽虛型八種體質，分析表明，陽盛型和瘀血型體質最多見，分別占19.28 %和15.21 %。前者多表現為體型偏胖，面赤喜熱飲，怕熱，四肢出汗，舌紅苔少，脈弦數；後者多表現面色黯黑，肌膚晦滯，性情抑鬱，舌紫黯，脈沉弦或澀。針對不同體質，不同病因，病情的輕重，不同證型分別在經前、經期、經後予以週期調理。痛經中常有各型之間發展變化或兼症出現，這種病理變化也與體質有關。同樣是勞倦過度，陰虛體質者營陰耗傷，陰虛內熱，熱擾沖任而脹痛；陽虛體質者陽氣耗傷，氣血生化不足而空痛。根據個人體質的不同進行週期療法治療痛經充分體現了“因人制宜”的原則和特點。

(2)傳統方劑之應用文獻探討

劉錦榮(22)採用失笑四物加減(當歸、熟地、赤芍、蒲黃、五靈脂各三錢、川芎二錢) 隨證加減，體虛氣弱者加黃芪、黨參各五錢，腹痛明顯者加桑寄生、續斷各三錢，小腹惡寒者加桂枝、小茴香各二錢半；肝鬱氣滯者加柴胡、香

附各三錢，月經量少，色暗者加桃仁、紅花、益母草各三錢，治療54例，治癒39例，顯效11例，好轉4例。

(3)自擬方治療文獻探討

陳衍軍等(23)應用痛經方治療原發性痛經216例。氣滯血瘀型給予痛經I號方(柴胡、當歸、紅花、白芍、生蒲黃、枳殼、甘草)，有效率為96.22%，寒濕凝滯型給予痛經II號方(即痛經I號方加艾葉、肉桂)，有效率為92.98%。李來平等(24)應用補腎法治療痛經191例，分為腎虛肝鬱型和腎虛血瘀型。主方為益腎調經湯(杜仲、川斷、巴戟、當歸、白芍、焦艾葉、台烏藥)，腎虛肝鬱者加牡丹皮、梔子、柴胡；腎虛血瘀型以主方加山楂肉，總有效率為81.2%。寇惠英(25)應用調經止痛湯(丹參、元胡、川芎、白芍、紅花、甘草)治療原發性痛經92例，分為氣滯血瘀、寒凝血瘀、血熱挾瘀、氣血虧虛、腎虛等型，隨證加減，總有效率為93.4%，認為疏肝理氣、活血調經是治療痛經的有效方法。金峰(26)用歸芍棧烏萸草湯治療150例痛經，氣滯血瘀加香附、丹參、益母草、蒲黃；陰虛血滯去烏藥加生地、牡丹皮、北沙參；陽虛寒凝加肉桂、巴戟天、紅花；肝腎虧損加狗脊、枸杞子、女貞子、旱蓮草，總有效率96.66%。

(4)痛經臨床用藥上的選擇

據研就指出痛經用藥上之選擇主要以活血化瘀之藥才為主(27)，活血化瘀藥為主要的組成藥物依研究所收132首方劑中共涉及藥物136種(甘草除外)，其中活血化瘀藥25種，幾乎囊括了五版《中藥學》該類藥物的全部，雖只涉及藥物種類的18.38%，但在總使用次數上高達45.70%，由此可見活血化瘀藥在治療本病中的重要地位。常用藥物主要有當歸、延胡索、川芎、五靈脂、丹參等，其中當歸的出現頻率高達90.90%。當歸，能活血補血，調經止痛，“尾破血，身和血”。(張潔古《醫學啟源》)因方中多用歸尾，故歸於活血類。現代研究證明，當歸的揮發油1:50濃度即對子宮呈抑制作用，使子宮節律性收縮減少，子宮肌弛緩。1:25濃度可完全停止收縮。而延胡索乃“活血化瘀，第一品藥”(李時珍《本草綱目》)。

根據不同的病證表現選擇不同的配伍：氣血虛弱配伍補益藥，如白芍、熟地等。白芍“止血虛之腹痛”(《本草正》)，常與當歸配伍治痛經，如《金匱要略》之當歸芍藥散，現代研究證明其能抑制中樞，有明顯鎮痛作用。氣滯血瘀配理氣藥，如香附、烏藥等。香附，“開氣鬱，調血

滯之藥也----乃血中之氣藥，為婦科之仙珍也”（《本草匯言》），氣滯血瘀之痛經常用之。寒凝血瘀配溫裡藥，如肉桂、小茴香等。肉桂《藥性論》謂其能“主治九種心痛----止腹內冷痛，痛不可忍----”為溫陽散寒治痛經之首藥。

熱結血瘀配清熱藥，如赤芍、丹皮等。赤芍藥“破瘀血而療腹痛，煩熱亦解”（《用藥法象》），治熱結血瘀痛經常用之，既清熱涼血，又活血化瘀。

總之，以方測證，痛經病機可歸為血瘀二字，治宜活血化瘀為主，根據不同的病因，適當配伍補益藥、理氣藥、溫裡藥或清熱藥等。

結論

月經週期是陰陽互生互長的過程，就像一幅太極圖，總是處在陰陽消長的過程中。經前期為陽長期，經期為由陽轉陰的過程，經後為陰長期，根據這三個時期，不同的分型應有相應的治則，寒痛：陽長期（經前）宜溫經散寒，如吳茱萸等；陽轉陰（經期）宜溫通佐加溫補，如肉桂等；陰長期（經後）方能“血得溫則行”。虛痛：陽長期（經前）宜滋補腎陽，如鹿角片等；陽轉陰（經期）宜補陽佐加滋陰，如山茱萸等；陰長期（經後）方能血得其榮而不痛。熱痛：陽長期（經

前) 宜清熱涼血，如紅藤等；陽轉陰(經期) 宜涼血佐加活血，如炙乳沒等；陰長期(經後) 方能熱清血安而不痛。虛痛和寒痛建議服藥時間長，從經前一周到下次月經前。因經後為陰長期，陰相對偏盛而陽不足，臨床上可見經後腹痛者多由此，原則上可助陰長的同時稍加溫陽補氣血之品，不過仍應隨症加減，否則脫離了辨證論治的實質。熱痛者，服藥可從經前到經期止，經後一般痛可緩解，再到下個月經前服藥，如此週期療法。

參考文獻：

1. 崔偉娜李國龍等：中醫治療痛經辨證分型探討·邯鄲醫學高等專科學校學報. 2001.14(5)：p 411-412.
2. 羅元愷. 中醫婦科學[M]，1986. 4.
3. 孫巍巍，張俊學. 辨證分型治療痛經[J] . 山東中醫雜誌，2000，3(19)：153~154.
4. 薑春瑩. 中藥針灸治療痛經簡介[J] . 農墾醫學，1999，5(5)：352.
5. 張嘉男. 痛經從肝論治舉隅[J] . 四川中醫，1999，9(17)：42

- 43.

6. 王慶松. 痛經臨證要義[J]. 新中醫, 1999, 3(31): 3 - 6.
7. 樂傑. 婦產科學第四版[M]. 北京: 人民衛生出版社, 1996.
8. 李美芝. 婦科內分泌學[M], 2001, 4.
9. 韓蓁, 張明慧. 原發性痛經病因研究進展[J]. 國外醫學. 婦幼保健分冊, 1997, 8(1): 1~2.
10. 董秀梅, 李希洲. 冷藏加工間未婚女工月經情況調查[J]. 工業衛生與職業病, 1995, 21(2): 111~112.
11. 謝春光. 當歸芍藥散對痛經患者血液流變性PGF 2α 水準的影響[J]. 中西醫結合雜誌, 1990, 10(7): 410~412.
12. 韓蓁, 張明慧. 原發性痛經病因研究進展. 國外醫學·婦幼保健分冊, 1997, 8(1) 1 - 2.
13. 全國婦女月經生理常數協作組. 中國婦女月經生理常數的調查分析. 中華婦產科雜誌, 1998, 5(4): 2192.
14. 黨海珍, 滕久祥, 彭芝配, 等. 原發性痛經疼痛的中西醫研究概況. 湖南中醫學院學報, 2000, 20(3): 70 - 71.
15. 王淑貞. 實用婦產科學[M]. 北京. 人民衛生出版社,

1987. 803.
16. 李繼俊. 婦產科領域中的 β -內啡肽[J]. 實用婦科與產科雜誌, 1990, (3):155 - 156.
 17. 柯應夔. 臨床婦科學[M]. 天津:天津科學技術出版社, 1992. 746 - 748.
 18. 董秀梅, 李希洲. 冷藏加工間未婚女工月經情況調查. 工業衛生與職業病, 1995, 21 (2) 111 - 112 .
 19. 李惠娟. 分期辨證痛經50例[J]. 安徽中醫臨床雜誌, 2002, 14 (5) :3772378.
 20. 武志宏. 原发性痛經從腎論治的體會[J]. 山東中醫學院學報, 1998, 19 (4) :2462247.
 21. 苗凌娜. 對河南職工醫學院1899名女生體質月經周期痛經的調查報告[J]. 遼寧中醫學院學報, 2006, 8 (1) :1022103.
 22. 劉錦榮. 失笑四物湯加減治療痛經[J]. 湖北中醫雜誌, 1999, 8(21) :362.

23. 陳衍軍. 痛經方治療原發性痛經216 例[J] . 安徽中醫學院學報, 1995 , 14(4) :36.
24. 李來平, 孫家榮, 高 雲. 益腎調經湯治療原發性痛經191 例療效分析[J] . 現代中醫, 1996 , 9(2) :73.
25. 寇惠英. 調經止痛湯治療原發性痛經92 例[J] . 陝西中醫, 1999 , 20(5) :205.
26. 金 峰. 歸芍棧烏莢草湯治療原發性痛經150 例[J] . 天津中醫, 1997 , 14(2) :66.
27. 董克玲: 近15 年來中醫治療痛經方藥應用分析
國醫論壇2003. 18(3) : 50