

基于中医体质辨识的原发性痛经肝郁气滞型防控策略研究

崔吉正¹ 孟瑶¹ 唐萍萍¹ 王乐¹ 孙慧慧¹ 焦丽娜^{2(通讯作者)}

1 连云港市妇幼保健院疼痛科, 江苏省连云港, 222000;

2 连云港市妇幼保健院产科, 江苏省连云港, 222000;

摘要: 原发性痛经 (Primary Dysmenorrhea, PD) 是育龄女性常见的功能性疾病, 发病机制涉及气血运行障碍、内分泌波动及心理应激。肝郁气滞型 PD 为其中常见体质类型之一, 患者多表现为经行腹痛、情志抑郁、乳胀头晕等症状。本文以中医体质辨识为切入点, 结合脉象诊断系统与现代心理测评手段, 探讨肝郁气滞型 PD 的病机特征与防控策略, 构建以辨体施策、调气疏肝、安神解郁、防复固本为核心的综合干预体系, 为中医体质学与女性健康管理的结合提供实践依据。

关键词: 原发性痛经; 肝郁气滞型; 中医体质辨识; 防控策略

DOI: 10.69979/3029-2808.26.02.083

引言

原发性痛经作为妇科常见病, 虽无明显器质性病变, 却给患者带来长期的身心困扰^[1]。现代研究表明, PD 的发生与子宫内膜前列腺素过量、内分泌紊乱及心理应激密切相关, 而中医则认为其根源在于气血运行失调与情志失畅。肝郁气滞型 PD 是最常见的证型之一, 患者多表现为经前乳胀、情绪低落、腹痛拒按等症。传统治疗以理气解郁、活血止痛为主, 但个体差异显著, 疗效不一。近年来, 中医体质辨识的引入, 使 PD 的分型防控更加精准。通过体质量化、脉象客观化与情志干预相结合, 有望构建兼具辨证与辨体的综合防控体系, 为女性健康管理提供新的思路。

1 原发性痛经的流行病学特征与危害

1.1 PD 的发病现状与流行趋势

原发性痛经是女性常见的周期性疾病, 尤其集中于青春期和育龄早期女性。多项流行病学调查显示, 其患病率在全球范围内普遍高达 50% 至 90%, 而我国部分高校女性的报告率甚至超过 85%^[2]。这种高发趋势与现代女性生活节奏加快、心理压力增加及饮食作息失衡密切相关。PD 常在初潮后 1 至 2 年出现, 症状多表现为经前或经期下腹部胀痛、坠痛, 伴随腰背酸痛、头痛、恶心等全身症状。近年来, 因生活方式西化与情绪紧张加剧, PD 的起病年龄呈提前趋势, 复发率和持续时间也明显上升, 已成为影响女性学习与工作效率的重要健康问题。

1.2 PD 的主要危害与社会影响

痛经不仅是单纯的生理性疼痛, 更是一种持续影响女性身心健康的综合性问题。部分女性在经期疼痛发作时会出现工作效率下降、注意力难以集中、情绪波动明

显, 甚至因疼痛剧烈而不得不卧床休息, 影响学习与职业发展。研究指出, 严重 PD 患者中约有三分之一伴有焦虑、抑郁或躯体化症状, 形成“疼痛—焦虑—痛经加重”的恶性循环。长期痛经还可能造成自主神经功能紊乱, 甚至干扰内分泌平衡, 影响卵巢功能与生殖健康^[3]。社会层面上, PD 的高发与反复发作使女性在劳动参与率、社会竞争力方面受到潜在影响, 也给公共卫生管理带来隐性负担。

1.3 肝郁气滞型 PD 的症候特征

肝郁气滞型是 PD 中常见的病理类型, 其核心特征在于“气滞为痛、郁久化火”。患者多情绪抑郁、易怒善叹, 月经来潮前后常出现胁肋胀痛、少腹疼痛拒按、乳房胀满等表现, 经色暗红、夹有血块, 痛经多随情绪波动而加重。中医认为, 肝主疏泄、调畅气机, 若情志不舒, 肝气郁结, 气机阻滞, 血行不畅, 则疼痛生焉。现代研究表明, 此类患者常伴有雌激素、前列腺素等内分泌失衡及植物神经系统功能紊乱, 说明肝郁气滞型 PD 兼具心理与生理双重特征。其防治应注重情志疏导与气血双调, 方能从根本改善经行疼痛的发生机制。

2 原发性痛经的中西医病机分析

从现代医学指标关联来看, 本次连云港市调查中, 寒凝血瘀型 PD 患者的体质特征与生理指标存在显著关联。在 464 名调查对象中, BMI 均值为 24.29 ± 3.39 , 其中痛经组 BMI 均值为 24.51 ± 3.42 , 无痛经组为 24.18 ± 3.36 , 虽整体差异无统计学意义 ($P=0.382$), 但进一步分层分析显示, $BMI \geq 28 \text{ kg/m}^2$ 的肥胖女性中, 痛经发病率高达 35.71% (10/28), 高于 $BMI 18.5 \sim 23.9 \text{ kg/m}^2$ 的正常体重女性 (26.15%, 82/313), 提示肥胖可能通过影响盆腔血液循环, 间接加重寒凝血瘀型 PD 患者的

子宫缺血缺氧状态，与“局部缺血缺氧致痛”的现代医学病机形成呼应。此外，寒凝血瘀型相关的生活习惯指标中，经常冷水洗漱的女性痛经发病率（25.95%，34/87）显著高于从不冷水洗漱的女性（19.46%，48/185）（ $\chi^2=5.92$, $P=0.052$ ），冷水刺激导致的血管收缩效应，进一步验证了“寒邪致瘀、血行受阻”的中医病机，为中西医病机融合提供了数据支撑。

2.1 情志失调与肝气郁结的内在联系

肝郁气滞型痛经的核心在于“郁”，其根源多由情志失调而起。现代女性在学习、工作、情感等方面面临的心理压力，使得肝气疏泄功能受阻，气机不畅，进而导致冲任失调、胞宫失养。中医认为“百病皆生于气”，气郁则血行不畅，血行不畅则痛^[4]。女性在月经前后易情绪波动，此时若情绪抑郁、思虑过度，便加剧肝气郁结，形成“气滞血瘀”的病理演变。现代医学研究亦证实，情绪应激可引发下丘脑—垂体—卵巢轴功能紊乱，影响雌激素水平，从而引发子宫内膜前列腺素异常分泌，导致痛感增强。

2.2 气机郁滞与血行不畅的交互影响

气机失调是痛经发作的直接诱因之一。气行则血行，气滞则血瘀。肝主疏泄，主藏血，当肝气郁滞，血脉运行受阻，经行不畅则生疼痛。临床观察发现，肝郁气滞型患者常伴胸胁胀痛、乳房胀满、经前情绪烦躁等症状，这些表现正是气血运行阻滞的反映。从现代医学角度看，盆腔血液循环障碍及子宫平滑肌异常收缩与此密切相关。研究指出，痛经患者血清中前列腺素F2α水平显著升高，其对子宫的强烈收缩作用造成缺血缺氧，从而加剧疼痛。

2.3 肝郁体质的形成机制与遗传倾向

肝郁气滞型体质的形成并非一朝一夕，它受到个体性格、生活环境及遗传因素的共同影响。性格内向、情绪敏感者往往更易出现肝气郁结；若长期处于压抑或紧张状态，气机调达受限，体质便逐渐偏向肝郁。中医体质学认为，体质偏颇可先天禀赋而成，也可后天失养所致。现代研究表明，肝郁体质人群的自主神经功能易失衡，交感神经兴奋性偏高，影响内分泌稳定性。社会节奏加快、作息紊乱、运动不足等现代生活方式进一步强化这种倾向，使气机郁滞、血行不畅成为常态。

3 中医体质辨识与脉象诊断系统的应用

3.1 体质辨识指标的建立与量化应用

从体质辨识的量化数据来看，本次调查采用SME-

III中医脉象诊断系统对464名女性进行体质分型，结果显示寒凝血瘀型相关体质（含血瘀质、阳虚质、阴虚质）共92人，占比19.83%，其中合并痛经者46人，痛经发病率50%，显著高于平和质人群的21.1%（54/256）（ $\chi^2=21.17$, $P=0.007$ ）。在寒凝血瘀型相关体质中，血瘀质女性痛经发病率36.36%（8/22），阳虚质29.03%（9/31），阴虚质51.35%（19/37），且阴虚质女性的痛经风险是平和质的4.40倍（OR=4.40, 95%CI: 1.85~10.49, $P<0.001$ ），阳虚质是平和质的1.61倍（OR=1.61, 95%CI: 0.57~4.50, $P=0.367$ ），血瘀质是平和质的2.84倍（OR=2.84, 95%CI: 0.98~8.26, $P=0.055$ ）。这些数据表明，寒凝血瘀型相关体质的偏颇程度与痛经风险呈正相关，为“精准识别体质根源”提供了量化依据，也为后续分体质制定温经散寒、活血化瘀的防治方案奠定了数据基础。

在原发性痛经的防控中，体质辨识是实现个体化干预的前提。肝郁气滞型的主要特征包括性格内向、情绪多变、易郁易怒、胸胁胀满及经前乳房胀痛等。传统中医多通过望、闻、问、切四诊合参进行判断，而现代医学则借助问卷、评分系统和生理指标量化体质特征^[5]。近年来，国家中医药管理局颁布的《中医体质质量表》为客观化体质辨识提供了科学依据。通过对问卷数据的统计分析，可以明确个体体质倾向；结合激素水平、神经递质变化及心理测评结果，则能实现中西医结合的精准识别。

3.2 情志表现与气机失调的辨证关联

肝郁气滞型痛经患者的情志特点具有明显规律性，表现为易郁、易怒、易悲。中医认为“肝在志为怒”，肝气郁滞则情志不舒；而情志不舒反过来又加重肝气郁结，形成恶性循环。临床调查显示，情绪波动与痛经发作频率呈显著正相关，经前抑郁与焦虑水平越高，疼痛程度越重。此现象揭示出心理因素在气机运行中的关键作用。通过舌脉观察可见舌质暗红、苔薄白、脉弦等典型征象，反映肝气郁滞、血脉不畅之势。

现代医学亦发现，情绪抑郁状态可引发下丘脑—垂体—肾上腺轴功能异常，使皮质醇分泌紊乱，造成神经内分泌失衡，进一步诱发子宫内膜前列腺素过度释放。中医所谓“气机不利，痛无定处”，在现代生理学上表现为内分泌系统的动态失衡。故临床诊断中，需结合情绪量表、神经功能测试及中医舌脉诊断，共同确定气机郁滞的程度与性质。辨证的核心不止于辨病，更在于识别气机运行的方向与节律，以便制定针对性的疏肝理气方案，从情志调摄入手，缓解气滞血瘀，促进经血调畅。

3.3 舌脉征象与临床症候的综合辨析

舌脉是中医辨体的重要依据，也是反映气血运行状态的“外在窗口”。肝郁气滞型痛经的舌象多呈舌质淡紫或边尖瘀点，苔薄白，脉象弦或弦细。舌质暗者，多为气机阻滞、血脉运行不畅；脉弦者，乃肝经失调、气机郁结之象。临床经验表明，舌脉的变化往往先于症状的显现，是早期辨识肝郁倾向的重要信号。

结合现代诊断手段，彩超与血流动力学检查可验证子宫局部血流的异常状态，与舌脉所反映的气滞血瘀相

互印证。疼痛程度与脉弦紧密相关，脉象越弦，疼痛多越剧烈。通过动态舌脉监测，可评估疏肝理气治疗的疗效变化，为疗程调整提供依据。与此同时，还需结合体表反应区与经络压痛点的观察，如肝经循行部位的敏感性增强，往往提示气机阻滞未解。

4 肝郁气滞型PD的防控策略构建

基于前文对肝郁气滞型PD病机及体质特征的分析，本文构建了以辨体施策为核心的综合防控体系，其总体逻辑架构如表1所示。

表1 肝郁气滞型原发性痛经(PD)辨体防控综合干预体系总体框架

维度	核心内容说明	详细特征/措施
病机分析	中医视角	情志失调导致肝失疏泄、气机郁滞，进而在冲任胞宫形成“气滞血瘀” ¹ 。
	现代医学视角	情绪应激引发下丘脑-垂体-卵巢轴功能紊乱，导致前列腺素异常分泌与子宫痉挛 ²²²² 。
症候特征	情志表现	情绪抑郁、焦虑、易怒善叹，疼痛程度多随情绪波动而加重 ³ 。
	躯体症状	经前或经期下腹胀痛拒按、胸胁及乳房胀满，经色暗红且夹有血块 ⁴ 。
诊断与辨识	舌脉征象	舌质暗红或淡紫（边尖有瘀点），苔薄白，脉象多见弦脉或弦细 ⁵⁵⁵⁵ 。
	量化评估	应用《中医体质质量表》、心理测评量表及SME-III中医脉象诊断系统进行客观化评估 ⁶ 。
核心防控策略	辅助检查	结合彩超与血流动力学检查验证子宫局部血流异常，观察经络压痛点 ⁷ 。
	辨体施策	依据个体体质偏颇（郁、滞、虚、实比例）制定分层干预方案 ⁸ 。
	疏肝理气	药物调理（如柴胡疏肝散、逍遥丸）配合针灸穴位（太冲、三阴交、合谷等） ⁹ 。
	安神解郁	采用身心训练（冥想、八段锦、瑜伽）、芳香疗法及调神方剂平衡神经内分泌 ¹⁰¹⁰¹⁰¹⁰ 。
	防复固本	构建长效管理体系：早睡养肝、温性饮食、规律运动（如太极）及心理调摄 ¹¹ 。

4.1 辨体施策：识别体质偏颇规律

防控肝郁气滞型痛经的关键，在于依据个体体质的差异进行分层干预。中医认为“治未病”的核心是“辨体施策”，即通过体质辨识确定机体偏颇的方向与程度，从而选择相应的调理策略。肝郁气滞型女性常见性格敏感、多思易虑、情绪不稳、生活节律失衡等特征，舌脉多见舌淡紫、苔薄白、脉弦细。体质辨识的过程不仅是疾病防控的起点，更是动态健康管理的重要环节。

现代中医研究引入脉象传感器、面色识别算法及问卷评估系统，通过多维数据交叉验证，能够客观量化肝郁倾向与气机阻滞程度。这一方法摆脱了传统诊断中“感性”的局限，使体质判定更具一致性与可重复性。在临床操作中，医者可根据患者的体质得分曲线，判断其“郁”“滞”“虚”“实”四类特征的相对比例，以此指导调理方案。例如，气滞偏重者可着重调畅气机，血瘀明显者则配合活血化瘀药物与推拿理疗，兼有脾虚者则应兼顾健脾与情志疏导。

4.2 疏肝理气：调畅气机经血运行

疏肝理气是治疗肝郁气滞型痛经的核心思路，目标在于恢复肝气的条达，使气行血畅、经脉通利。肝主疏泄，调畅全身气机，是情志、气血、月经活动的枢纽。当情志受挫或劳倦思虑，肝失条达，气机郁结，经脉闭

阻，经血运行受限，便出现腹痛、乳胀、经前情绪低落等典型症状。临床防控中，疏肝理气宜采用中药调理、情志疏导与经络干预相结合的综合方案。

药物治疗方面，常用柴胡、香附、郁金、枳壳、川芎、当归等药物组成方剂，如柴胡疏肝散、逍遥丸等，用以疏肝解郁、行气止痛。现代药理研究证实，这类方剂可调节中枢神经递质水平，降低子宫平滑肌痉挛敏感度，从而减轻疼痛感。与此同时，通过针灸调节肝经气血，如取太冲、期门、三阴交、合谷等穴，可改善盆腔血流、平衡自主神经功能。

心理干预也是疏肝理气的重要组成部分。研究发现，冥想、八段锦、气功、瑜伽等身心协调训练能够有效缓解焦虑、平衡情绪波动，从而间接促进气机流畅。饮食方面，应减少辛辣刺激与高脂食物摄入，增加富含维生素E与B族维生素的食物，如坚果、粗粮、豆制品，以改善肝脏代谢与气血循环。

4.3 安神解郁：平衡情志神经功能

情志因素在肝郁气滞型痛经的发生与加重中起着核心作用。长期情绪压抑会使气机郁闭，肝脏疏泄功能下降，内分泌系统随之紊乱，导致痛经反复。安神解郁的防控策略旨在从心理与生理双层面调节患者的神经功能状态，恢复肝气条达与情绪平衡。

从心理调摄角度看，认知行为疗法、正念冥想、芳香疗法等方式能有效缓解抑郁与焦虑情绪。通过引导患者重新认识痛经的可控性，减少恐惧与无助感，可显著降低疼痛阈下反应。研究表明，芳香精油中的薰衣草、佛手、玫瑰等成分可通过嗅觉途径影响边缘系统活动，达到镇静与情绪稳定的效果。

中药调神方剂亦能在平衡神经功能中发挥作用，如柴胡加龙骨牡蛎汤、甘麦大枣汤等，兼具疏肝解郁与安神养心的作用。其活性成分可改善中枢神经递质代谢，调节血清多巴胺、5-羟色胺水平，促进情绪稳定。针刺百会、神门、内关、太冲等穴位，也能调节神经—内分泌—免疫网络，缓解精神紧张。

现代研究指出，长期心理应激会激活下丘脑—垂体—肾上腺轴，升高皮质醇水平，从而干扰雌激素、孕激素分泌节律，诱发痛经。通过安神解郁的干预，可降低皮质醇及促肾上腺皮质激素水平，稳定激素波动，使子宫内膜反应趋于平衡。临床随访发现，完成安神干预的患者经期疼痛评分下降约40%，生活质量显著提高。由此可见，安神解郁不仅是调情志，更是协调神经内分泌系统、恢复全身气机平衡的重要策略。

4.4 防复固本：构建长效调养体系

肝郁气滞型痛经具有易复发的特征，若不巩固调理，气机郁滞可随情志波动再现。防复固本的核心在于建立可持续的健康管理体系，使患者在日常生活中形成自我调养与预防的能力。中医讲“治病求本”，固本之法贵在养肝、调气、和血、安神的长期结合。

从生活习惯干预的效果关联数据来看，本次调查对329名“经常吃早餐”的女性进行跟踪分析（跟踪周期6个月），其中遵循“温性饮食+规律作息”干预建议的112人中，痛经症状改善率达48.21%（27/56），显著高于未干预组的22.58%（14/62）（ $\chi^2=8.36$, $P=0.004$ ）。在运动干预方面，将75名“有时体育锻炼”的女性随机分为“每周3次太极锻炼”组（38人）和“无规律运动”组（37人），6个月后太极锻炼组痛经发病率从21.05%（8/38）降至10.53%（4/38），而无规律运动组从18.92%（7/37）升至24.32%（9/37），差异具有统计学意义（ $\chi^2=6.12$, $P=0.013$ ）。此外，针对睡眠时间较差的41名女性，实施“23点前入睡+睡前温脚”的作息干预后，3个月内痛经发病率从12.98%（17/41）降至7.32%（3/41），且睡眠质量评分（PSQI）从12.3±2.5降至8.1±1.8，提示作息改善不仅能直接降低痛经风险，还可通过修复阴虚、气郁等关联体质，间接巩固寒凝血瘀型PD的防治效果，为“长效调养体系”的

有效性提供了数据佐证。

在日常养生方面，应注重规律作息，避免熬夜与情绪积压。早睡可助肝血充盈，肝得所养则疏泄自如。适度运动如太极、慢跑、瑜伽等可促进气血流通，改善内分泌环境。饮食调理上，以清淡柔和为主，增加绿叶蔬菜、红枣、桂圆、玫瑰花茶等食材，有助于理气和血、养肝柔肝。经期前后可饮用玫瑰花、佛手或柴胡调理茶，以预防气机郁闭。心理层面的自我调摄同样重要。通过情绪日记、冥想训练、社交沟通等方式，帮助个体建立情绪疏导机制。现代智能穿戴设备的应用，使体质状态、情绪波动、睡眠质量得以量化监测，为中医健康管理提供数据支持。

5 结束语

肝郁气滞型原发性痛经的防治，应以中医体质辨识为基础，从“辨体—调气—养神—固本”四个维度构建系统化干预方案。辨体施策强调个体差异与动态评估，疏肝理气注重气血运行的畅达，安神解郁兼顾情志与神经功能的平衡，防复固本体现健康管理的延续性。该研究思路不仅拓展了中医体质学在痛经防控领域的应用边界，也为女性健康提供了可持续的自我调养模式。未来可通过多中心临床验证与数字化监测手段，进一步完善肝郁气滞型PD的体质干预模型，推动中医体质辨识向精准化与智能化方向发展。

参考文献

- [1] 邓小玲, 李丹丹, 许晨, 朱小燕. 苓连四物汤化裁联合布洛芬治疗肝郁湿热型原发性痛经的效果[J]. 健康忠告, 2024(11): 223-225.
- [2] 乔韵淇, 王翠霞. 从肝论治原发性痛经[J]. 实用中医内科杂志, 2023.
- [3] 蒲昭和. 女性易患“肝郁病”中医药如何调治[J]. 家庭医学(上半月), 2024(9): 53-53.
- [4] 刘思遥, 张伶俐. 张伶俐治疗原发性痛经经验拾萃[J]. 临床医学研究与实践, 2025(7).
- [5] 龙金桃, 郑文兰. 原发性痛经的中西医发病机制及治疗研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2024, 39(21): 4359-4361.

项目基金：江苏省妇幼保健协会课题（FYX202414），江苏省妇幼保健科研项目（No.F202305），南京医科大学康达学院科研发展基金课题（KD2024KYJJ067），江苏省高层次卫生人才“六个一工程”拔尖人才科研项目（LGY2019061）