# 固冲汤加减治疗崩漏气不摄血证疗效观察及对凝血功能的影响

柯雪爱，汪婷婷

玉环市中医院妇产科，浙江 玉环 317600

［摘要］**目的：**观察固冲汤加减治疗崩漏气不摄血证的临床疗效及对凝血功能的影响。**方法：**纳入2022年1月—2024年1月玉环市中医院收治的80例崩漏患者，按随机数字表法分为西药组与中药组各40例。西药组采用地屈孕酮治疗，中药组采用固冲汤加减治疗。比较2组临床疗效、中医证候评分、出血情况、凝血功能［活化部分凝血酶原时间（APTT）、凝血酶原时间（PT）］和不良反应发生率。**结果：**中药组总有效率为97.50%（39/40），西药组为82.50%（33/40），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组经血量、淋漓不尽、色淡质稀等中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，西药组出血控制时间、完全止血时间均短于中药组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组APTT、PT水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组2项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。治疗期间，西药组不良反应发生率为15.00%（6/40），中药组未出现相关不良反应，2组不良反应发生率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**固冲汤加减治疗崩漏气不摄血证能够提高临床疗效，有效改善中医证候，增强凝血功能，降低不良反应发生率，但其控制出血和完全止血效果不及地屈孕酮。

［关键词］崩漏；气不摄血证；固冲汤；中医证候评分；凝血功能

［中图分类号］R271.12 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）12-0007-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.12.002

## Observation on the Efficacy of Modified Guchong Decoction for Metrorrhagia and Metrostaxis with Syndrome of Qi Failing to Control Blood and Its Effect on Coagulation Function

*KE Xue'ai, WANG Tingting*

Deptmental of Obstetrics and Gynecology, Yuhuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yuhuan Zhejiang 317600, China

**Abstract: Objective:** To observe the clinical efficacy of modified Guchong Decoction in the treatment of metrorrhagia and metrostaxis with syndrome of qi failing to control blood, and to analyze its effect on coagulation function. **Methods:** A total of 80 patients with metrorrhagia and metrostaxis admitted to Yuhuan Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2022 to January 2024 were enrolled and divided into the western medicine group and the Chinese medicine group using the random number table method, with 40 cases in each group. The western medicine group was treated with Dydrogesterone, while the Chinese medicine group was treated with modified Guchong Decoction. The clinical efficacy, traditional Chinese medicine syndrome scores, bleeding, coagulation function [activated partial thromboplastin time (APTT), prothrombin time (PT)], and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate was 97.50% (39/40) in the Chinese medicine group and 82.50% (33/40) in the western medicine group, with statistically significant differences ($P<0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores such as menstrual blood volume, dribbling menstruation,

［收稿日期］2025-02-20
［修回日期］2026-03-05
［基金项目］浙江省中医药科技计划项目(2023ZF200)
［作者简介］柯雪爱(1989-)，女，副主任中医师。

and light-colored thin menstrual blood in both groups decreased compared with those before treatment ($P<0.05$), and the scores in the Chinese medicine group were lower than those in the western medicine group ($P<0.05$). After treatment, the bleeding control time and complete hemostasis time in the western medicine group were shorter than those in the Chinese medicine group, with statistically significant differences ($P<0.05$). After treatment, the APTT and PT in both groups decreased compared with those before treatment ($P<0.05$), and the values of these two indicators in the Chinese medicine group were shorter than those in the western medicine group ($P<0.05$). During treatment, the incidence of adverse reactions was 15.00% (6/40) in the western medicine group, while no medicine-related adverse reactions occurred in the Chinese medicine group. The difference in the incidence of adverse reactions between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion**: Modified Guchong Decoction in the treatment of metrorrhagia and metrostaxis with syndrome of qi failing to control blood can improve clinical efficacy, effectively alleviate traditional Chinese medicine syndromes, enhance coagulation function, and reduce the incidence of adverse reactions. However, its effects on bleeding control and complete hemostasis are not as rapid as those of Dydrogesterone.

**Keywords**: Metrorrhagia and metrostaxis; Syndrome of qi failing to control blood; Guchong Decoction; Traditional Chinese medicine syndrome score; Coagulation function

崩漏是中医妇科临床常见疾病，其指月经周期、经期、经量发生严重失常，发病率为11%～13%[1]。临床将经血非时、暴下不止称为“经崩”，将经血淋漓不尽称为“经漏”，崩、漏二者常相互转化，故统称为崩漏[2-3]。根据崩漏的临床表现，其与现代医学无排卵型异常子宫出血(AUB)相类似，主要病理机制为多种因素导致中枢神经系统下丘脑-垂体-卵巢轴(HPOA)神经内分泌调控异常或卵巢子宫内膜、肌层局部调控功能异常，内源性孕激素不足，长期单一雌激素刺激而无相应孕酮对抗，子宫内膜增生过度，进而引起雌激素突破性、撤退性出血症状[4-5]。围绝经期是女性卵巢功能衰退的重要过渡阶段，此阶段AUB发病率较高，占总AUB病例的70%以上[6]。临床治疗无排卵型AUB多用地屈孕酮，其作为孕激素类药物，能够促使子宫内膜进入完全分泌相，抑制由雌激素引起的子宫内膜增生，降低癌变风险，并发挥止血效果，但存在部分患者应用效果不佳和停药后易反复的问题[7-8]。中医学认为，崩漏的发病与脾虚失摄密切相关，脾虚气弱是其核心病机，脾虚进一步导致气不摄血是发病的关键环节，二者一脉相承，气不摄血证为脾虚证发展而来的主要证型[9]，针对崩漏脾虚气不摄血证，治当补脾益气、固冲摄血。固冲汤出自《医学衷中参西录》[10]，具有健脾益气、固冲止血的功效，临床常用于崩漏的治疗。本研究观察固冲汤加减治疗崩漏气不摄血证脾虚的临床疗效，结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参考《妇产科学》[11]中无排卵型AUB相关标准。异常出血情况源自子宫腔，以经期长短不一、周期紊乱、淋漓不尽、月经量或多或少；基础体温呈单相型；子宫内膜活检诊断为单纯性增生或增殖。

**1.2 辨证标准** 参考《中医病证诊断疗效标准》[12]中崩漏气不摄血证相关标准。主症：经血量多或淋漓不尽、色淡质稀；次症：面色萎

黄、神疲懒言、动则气促、心悸头晕、纳呆便溏；舌脉：舌淡胖或有齿痕、舌苔薄润，脉芤或脉细无力。主症必备，次症≥2项，结合舌脉即可辨证为气不摄血证。

**1.3 纳入标准** 满足无排卵型AUB诊断标准，并经阴道超声、宫腔镜及其他相关检查确诊；符合脾虚气不摄血证辨证标准；有完整的临床就诊信息；患者或其家属签署相关责任书；精神状态良好，依从性高。

**1.4 排除标准** 存在重要脏器功能不全，凝血、免疫、内分泌功能障碍或恶性肿瘤疾病；近3个月内有激素类药物应用史；合并其他生殖系统疾病；妊娠或哺乳期妇女；对受试药物过敏。

**1.5 一般资料** 将2022年1月—2024年1月玉环市中医院收治的崩漏气不摄血证患者80例，按随机数字表法分为西药组与中药组各40例。西药组年龄46～51岁，平均(48.45±2.26)岁；平均病程(2.48±0.85)个月；平均体质量指数(BMI)23.58±3.21。中药组年龄46～52岁，平均(48.78±2.04)岁；平均病程(2.25±0.68)个月；平均BMI 23.43±3.27。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经玉环市中医院伦理委员会审核批准(批件号：20211206)。

## 2 治疗方法

2组均给予相应营养支持治疗，包括嘱患者保持充足睡眠，适量运动，避免过劳；对合并贫血的患者给予维生素、铁剂进行辅助治疗。

**2.1 西药组** 给予地屈孕酮片(荷兰Abbott Biologicals B.V.，国药准字HJ20170221)口服，每次10 mg，每天2次。

**2.2 中药组** 采用固冲汤加减治疗。处方：炒白术30 g，煅龙骨24 g，煅牡蛎24 g，山萸肉24 g，黄芪18 g，党参18 g，白芍12 g，海螵蛸各12 g，茜草9 g，棕榈炭6 g，五倍子1.5 g。随症加减：血热者加用生地黄12 g，牡丹皮12 g；夜间可见潮热、盗汗症状者加用龟甲12 g，女贞子12 g；平素自觉腰膝酸软者加用菟丝子12 g，覆盆子12 g。每天1剂，水煎成400 mL，早晚分服。

2组均治疗2周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①中医证候评分。于治疗前后参考《中医病证诊断疗效标准》对经血量、淋漓不尽、色淡质稀等崩漏相关症状进行评分，其中经血量分为20～60 mL(0分)、61～120 mL(2分)、121～180 mL(4分)、181～240 mL(6分)；淋漓不尽分为7天以内(0分)、7～10天(2分)、11～15天(4分)、15天以上(6分)；色淡质稀分为正常色质(0分)、色偏淡，质正常(2分)、色偏淡，质偏稀(4分)、色淡质稀(6分)。②出血情况。于治疗前后观察记录2组患者的出血控制时间和完全止血时间，其中出血控制时间指初次用药至出血量显著下降所用时长，完全止血时间指初次用药至完全止血所用时长。③凝血功能。于治疗前后抽取2组患者空腹静脉血4 mL，采用血凝分析仪(日本Sysmex公司，CS-5100全自动凝血分析仪)检测活化部分凝血酶原时间(APTT)、凝血酶原时间(PT)水平。④不良反应。记录治疗期间患者出现与治疗相关的呕吐、腹泻、头痛、皮肤过敏等不良反应。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS25.0统计学软件进行数据处理。K-S检验后，计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本$t$检验，组内治疗前后比较采用配对样本$t$检验；计数资料以百分比(%)表示，组间比较采用$\chi^2$检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

## 4　疗效标准与治疗效果

**4.1　疗效标准**　参考《中医病证诊断疗效标准》[12]拟定。痊愈：临床症状完全消失，阴道出血停止，能维持3个月经周期及以上；显效：临床症状较治疗前有明显改善，阴道出血停止，但不能维持3个月经周期；有效：临床症状较治疗前有所好转，阴道出血减少；无效：临床症状和阴道出血量较治疗前无明显变化或出现加重趋势。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

**4.2　2组临床疗效比较**　见表1。治疗后，中药组总有效率为97.50%，西药组为82.50%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1　2组临床疗效比较　例(%)

| 组　别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 中药组 | 40 | 16(40.00) | 12(30.00) | 11(27.50) | 1(2.50) | 39(97.50) |
| 西药组 | 40 | 14(35.00) | 10(25.00) | 9(22.50) | 7(17.50) | 33(82.50) |
| $\chi^2$值 | | | | | | 5.000 |
| $P$值 | | | | | | 0.025 |

**4.3　2组治疗前后中医证候评分比较**　见表2。治疗前，2组中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组经血量、淋漓不尽、色淡质稀等中医证候评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且中药组各项评分均低于对照组($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

| 组　别 | 时　间 | 例数 | 经血量 | 淋漓不尽 | 色淡质稀 |
|---|---|---|---|---|---|
| 中药组 | 治疗前 | 40 | 4.33±1.04 | 3.90±0.76 | 4.53±1.10 |
| | 治疗后 | 40 | 0.88±0.21①② | 0.63±0.15①② | 0.58±0.12①② |
| 西药组 | 治疗前 | 40 | 4.30±1.06 | 3.85±0.78 | 4.48±1.13 |
| | 治疗后 | 40 | 1.75±0.42① | 1.20±0.26① | 0.95±0.28① |

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与西药组治疗后比较，$P<0.05$。

**4.4　2组治疗后出血控制时间、完全止血时间比较**　见表3。治疗后，西药组出血控制时间和完全止血时间均短于中药组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3　2组治疗后出血控制时间、完全止血时间比较($\bar{x}\pm s$)　h

| 组　别 | 例数 | 出血控制时间 | 完全止血时间 |
|---|---|---|---|
| 中药组 | 40 | 8.68±1.43 | 16.63±0.97 |
| 西药组 | 40 | 5.35±0.88 | 12.68±0.54 |
| $t$值 | | 12.543 | 22.503 |
| $P$值 | | <0.001 | <0.001 |

**4.5　2组治疗前后凝血功能比较**　见表4。治疗前，2组凝血功能指标水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组APTT、PT水平均较治疗前降低($P<0.05$)，且中药组2项凝血功能指标水平均低于对照组($P<0.05$)。

表4　2组治疗前后凝血功能比较($\bar{x}\pm s$)　s

| 组　别 | 例数 | APTT | | PT | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 中药组 | 40 | 32.14±2.56 | 24.87±1.52① | 11.46±1.13 | 8.65±0.83① |
| 西药组 | 40 | 32.28±2.40 | 27.49±1.85① | 11.52±1.10 | 9.82±0.97① |
| $t$值 | | 0.252 | 6.921 | 0.241 | 5.796 |
| $P$值 | | 0.801 | <0.001 | 0.810 | <0.001 |

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

**4.6　2组不良反应发生率比较**　治疗期间，西药组出现呕吐1例、腹泻2例、头痛2例、皮肤过敏症状1例，不良反应发生率为15.00%；中药组未出现相关不良反应。2组不良反应发生率比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

## 5　讨论

现代医学认为，正常生理状态下，机体内雌、孕激素可产生协同、拮抗作用，雌激素可加快子宫内膜增生、修复，孕激素可促使子宫内膜由增生转为分泌，对其增生、修复作用产生抑制。当孕激素水平难以与雌激素产生拮抗作用时，子宫内膜可出现过度增生，进而诱发雌激素突破性、撤退性出血症状[13]，形成AUB。相关研究指出，无排卵型AUB发病主要与年龄、情绪状况、精神压力和营养水平等因素密切相关，随着近年来生活节奏加快、生

活压力，越来越多女性患者出现无排卵型AUB症状[14-15]。由于围绝经期女性体内性激素水平波动较大，且常伴多种躯体、精神症状，如烦躁易怒、心神不宁等，更易发生无排卵型AUB症状[16]。若患者不及时接受诊治，随着病情进展，可出现继发感染、贫血、不孕等并发症，严重者甚至可诱发癌变，对患者的身体健康和生活质量造成严重影响[17]。临床常用孕激素改善患者症状，地屈孕酮作为口服孕激素的一种，能够有效改善患者出血症状，但停药后易复发，且易出现多种不良反应[18]。

中医学认为，气不摄血证是临床崩漏的常见证型之一，其核心病因病机为饮食不节、劳倦过度、情志失调等因素损伤脾胃，致脾胃运化失常、气虚不足，脾虚则统血无权、气不摄血，冲任二脉失于固摄，血海不宁，进而引发经血非时妄行、量多或淋漓不尽等症状，故核心治则为补脾益气、固冲摄血，兼顾养血敛阴、化瘀止血[19]。固冲汤为张锡纯所创，具有健脾益气、固冲止血之功效，是治疗崩漏气不摄血证的代表方剂[20]。本研究应用固冲汤加减治疗，以固冲汤为基础，结合本院临床中脾虚气不摄血证崩漏患者的常见兼症（如血热、肾阴不足、腰膝酸软等）进行化裁，在原方补脾益气、固冲摄血的组方思路上，针对兼症随症加减，使方剂更贴合临床实际辨证需求，达到标本同治的目的。方中白术健脾益气；煅龙骨、煅牡蛎、海螵蛸收敛固涩、镇静安神；山萸肉补益肝肾、收敛固涩；黄芪益卫固表、补气摄血；党参益气健脾、养血补血；白芍柔肝止痛、养血敛阴；茜草凉血止血，止血不留瘀；棕榈炭、五倍子收敛止血；生地黄、牡丹皮均清热凉血止血；龟甲、女贞子滋补肾阴；菟丝子、覆盆子补益肝肾、固精缩尿。诸药合用，共奏滋阴补血、健脾益气、化瘀止痛、固冲止血的功效。

崩漏的发生与经血内纤维蛋白溶解酶激活物质量增多具有密切联系。PT与APTT分别作为检查外、内源性凝血因子的一种筛选试验，能够反映外、内源性凝血因子是否缺乏。本研究结果显示，治疗后中药组总有效率高于西药组，各项中医证候评分及APTT、PT水平均低于西药组；而西药组出血控制时间和完全止血时间缺明显短于中药组，提示固冲汤虽然能够有效改善患者的中医证候和凝血功能，从而提高临床疗效，但控制出血和完全止血效果不及地屈孕酮。究其原因，地屈孕酮在口服后能够快速被机体吸收并代谢，因此相较中药汤剂能够更加快速发挥止血效果[21]。现代药理学研究显示，固冲汤方中白术能够促进凝血酶原形成，具有良好的抗凝血作用[22]。棕榈炭与五倍子中均含有丰富的鞣质成分，可促使血管收缩，减少出血部位的血流量，降低血管压力，进而加快凝血过程；鞣质作用于出血部位时，可加快局部蛋白质沉淀凝固，对血管破损部位进行覆盖，进而达到止血效果。此外，棕榈炭中含有钙离子，可激活凝血因子，加快凝血酶原转化为凝血酶，促使纤维蛋白原转化为纤维蛋白，网罗血细胞，形成血凝块，达到止血目的[23-24]。因此，以上多药物联合应用，能够发挥显著的抗凝血效果，达到止血的效果。另外，本研究发现，中药组不良反应发生率低于西药组，提示固冲汤加减治疗崩漏具有较高的安全性。

综上所述，固冲汤加减能够有效改善崩漏患者中医证候，减轻临床症状，调节凝血功能，提高临床疗效，且具有良好的安全性，但控制出血和完全止血效果不及地屈孕酮。

## [参考文献]

[1] 崔昊然，邹元君. 基于知识图谱的中医药治疗崩漏研究可视化分析[J]. 中国中医基础医学杂志，2022，28(8)：1304-1309.
[2] 李馥竹，胡翔，刘敏如. 18部《中医妇科学》统编教材对“崩漏”相关认识的对比研究[J]. 时珍国医国药，2023，34(4)：947-950.
[3] 中华中医药学会，世界中医药学会联合会. 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.
[4] 木力迪丽·努尔布拉提，孙红，海力且木·艾则孜. 中药治疗崩漏的研究进展[J]. 中国当代医药，2023，30(7)：49-53.
[5] 刘媛，王翠霞. 中医治疗无排卵性异常子宫出血的诊疗进展[J]. 中外医学研究，2022，20(8)：170-173.
[6] 方圆，叶咏菊，江伟华. 固本化瘀周期疗法对围绝经期崩漏患者卵巢功能的影响[J]. 新中医，2023，55(22)：100-104.
[7] 刘春花. 葆宫止血颗粒联合地屈孕酮治疗功能失调性子宫出血的临床观察[J]. 实用中西医结合临床，2023，23(24)：54-56，81.
[8] 何月萍，陈敏，黄健妹. 固经汤联合地屈孕酮治疗阴虚血热型围绝经期排卵障碍性异常子宫出血45例[J]. 福建中医药，2024，55(1)：66-67，70.
[9] 孙莹，范丽洁，马玉聪，等. 杜惠兰论治无排卵性异常子宫出血经验[J]. 中华中医药杂志，2023，38(11)：5311-5314.
[10] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 太原：山西科学技术出版社，2009：171-172.
[11] 谢幸，孔北华，段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京：人民卫生出版社，2018：335.
[12] 国家中医药管理局. ZY/T001.1～001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：235-236.
[13] 万艳. 宫血宁胶囊联合去氧孕烯炔雌醇治疗无排卵型异常子宫出血的临床效果观察[J]. 基层医学论坛，2024，28(4)：149-152.
[14] 冷伟香. 不同剂量孕酮治疗无排卵性异常子宫出血的临床疗效观察[J]. 中国实用医药，2020，15(24)：104-106.
[15] 陈雁娜. 不同剂量孕酮治疗无排卵性异常子宫出血的临床疗效比较[J]. 临床合理用药杂志，2022，15(10)：97-99.
[16] 潘扬，张大伟. 庞氏妇科治疗湿热瘀结型围绝经期崩漏经验探讨[J]. 中国中医基础医学杂志，2024，30(2)：216-219.
[17] 童卓君，张红，李伟莉. 张红基于“阴虚阳搏”论治无排卵性异常子宫出血[J]. 中医药临床杂志，2023，35(8)：1498-1501.
[18] 樊雄，苏晓丽. 地屈孕酮联合固冲汤对围绝经期异常子宫出血患者临床疗效及并发症的影响分析[J]. 贵州医药，2023，47(10)：1553-1554.
[19] 郭桂红，占梅英. 固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴治疗脾虚型崩漏临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志，2023，33(20)：52-54.
[20] 裴娅丽，许秀秀，司杰. 固冲汤治疗无排卵性功能失调性子宫出血期的分析[J]. 承德医学院学报，2023，40(3)：220-223.
[21] 魏姣龙，赵德珍，谢洪，等. 诊刮术后补肾化瘀方联合地屈孕酮治疗围绝经期崩漏临床研究[J]. 光明中医，2024，39(2)：338-340.
[22] 李天乐，王正娇，李亚玉，等. 近10年白术内酯药理作用研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育，2025，23(1)：172-174.
[23] 范桢亮，负捷，杨梦凡，等. 基于集合可视化分析系统探究宋立群教授运用炭类药治疗尿血用药经验[J]. 辽宁中医药大学学报，2020，22(1)：142-146.
[24] 梁正，徐强，张倩，等. 五倍子化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药，2022，53(18)：5908-5919.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]