

化瘀调经方配合盆炎液治疗子宫内膜异位症 52 例临床研究

张 帆* 邓雷厉* 盘 娟*

摘要 目的:观察化瘀调经方配合盆炎液治疗子宫内膜异位症的疗效。方法:选择子宫内膜异位症患者 52 例,采用化瘀调经方内服,盆炎液保留灌肠,对照组 38 例口服丹那唑治疗,观察比较两组有效率。结果:治疗组总有效率为 96.15%,对照组为 76.32%,两组疗效比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:化瘀调经方配合盆炎液治疗子宫内膜异位症有较好疗效。

主题词 子宫内膜异位症/中医药疗法 @ 化瘀调经方 @ 盆炎液

子宫内膜异位症是子宫内膜组织生长在子宫腔被覆粘膜以外的身体其他部位的一种疾病,好发于生育年龄妇女,约占育龄妇女 7%~15%,占不孕症妇女 30%以上,是妇科常见病。近年来发病有年轻化趋势。而其病变异位内膜周期性出血和周围组织纤维化形成的痛性结节、血肿包块不易消除,又属疑难病。我们采用化瘀调经方配合盆炎液治疗子宫内膜异位症 52 例,并与丹那唑治疗作疗效对比观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组观察病例为 1996 年 10 月~2001 年 3 月就诊患者,共 90 例,根据就诊次序随机分为两组。治疗组 52 例,年龄 22~47 岁,平均 29.3 岁,病程为 6 个月~10 年。其中轻度 14 例,中度 30 例,重度 8 例。对照组 38 例,年龄 23~46 岁,平均 30.2 岁,病程为 6 个月~9 年。其中轻度 10 例,中度 23 例,重度 5 例。两组资料比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),具可比性。

1.2 诊断标准:参照卫生部制定的《中药(新药)临床研究指导原则》^[1]中盆腔子宫内膜异位症的诊断标准,经临床诊断、腹腔镜或病理诊断为子宫内膜异位症,并排除子宫肌瘤及全身性严重疾病者。

1.3 中医辨证:腹痛有定处,盆腔可扪及包块,月经紊乱,痛经,不孕,舌紫暗或瘀斑。中医辨证为血瘀证。

2 治疗方法

2.1 治疗组:(1)化瘀调经方(自拟方)内服。组方:柴胡 10g,枳壳 10g,两面针 10g,当归 10g,桃仁 10g,何首乌 20g,三七末 5g(冲服),茯苓 15g,延胡索 10g,菟丝子 15g。加减:月经过多者去桃仁,加艾叶;经前乳房胀

痛者加郁金;经期少腹冷痛,疼痛拒按,得热痛减,加干姜、桂枝、小茴香;疼痛有灼热感,肛门坠胀,经色淡、质稀,神疲肢倦,加黄芪、党参、升麻;腰酸,经少色暗,婚久不孕,加续断、菟丝子、淫羊藿。服法:每天 1 剂,水煎分 2 次口服,3 个月为 1 个疗程。(2)盆炎液保留灌肠。组方:大黄、毛冬青、白花蛇舌草、两面针、枳壳、丹参、三棱、莪术等组成,由本院制剂室将其制成 500ml 瓶装药液备用。每次 150ml,温度 40℃,保留灌肠。每日 1 次,经期停药,3 个月为 1 个疗程。

2.2 对照组:口服丹那唑,每天 600mg,连服 3 个月为 1 个疗程。

2.3 观察方法:(1)安全性观测:一般体格检查;血、尿常规化验,肝、肾功能检查。(2)疗效性观测:治疗期间观察症状、体征改善情况,每月定期妇科检查,复查 B 超,观察包块及结节的变化。两组均于治疗 2 个疗程后统计治疗结果。

2.4 统计方法:率的比较用 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订的子宫内膜异位症疗效判断标准^[2]判定。(1)临床痊愈:症状全部消失,盆腔包块基本消失,不孕症患者在 3 年内妊娠或生育。(2)显效:症状基本消失,盆腔包块缩小,虽局部体征存在,但不孕患者得以受孕。(3)有效:症状减轻,盆腔包块无增大或略缩小,停药 3 个月内症状不加重。(4)无效:主要症状无变化或恶化,局部病变有加重趋势。盆腔包块、B 超检查均以月经周期的同时期检查对比。

3.2 治疗结果

总体疗效比较:治疗组 52 例,痊愈 12 例,占 23.08%;显效 14 例,占 26.92%;妊娠 8 例;有效 24 例,占 46.15%;无效 2 例,占 3.85%;总有效率 96.15%。对照组痊愈 3 例,占 7.89%;显效 10 例,占 26.32%,妊娠 1 例;有效 16 例,占 42.11%;无效 9

表 1 两组疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	52	12(23.08)	14(26.92)	24(46.15)	2(3.85)	50(96.15)
对照组	38	3(7.89)	10(26.32)	16(42.11)	9(23.68)	29(76.32)

* 广东省茂名市中医医院妇科,茂名市油城五路 7 号(525000)

收稿日期:2003-04-18;修回日期:2003-05-27

表2 两组症状、体征有效率(症状体征消失+好转)比较(%)

组别	例数	痛经	性交痛	附件包块	附件增厚	盆腔结节
治疗组	52	95.21(10/42)	90.91(10/11)	72.00(18/25)*	100(40/40)**	100(20/20)*
对照组	38	88.00(22/25)	71.43(5/7)	43.75(7/16)	28.57(8/28)	53.85(7/13)

与对照组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

例,占23.68%;总有效率76.32%。两组疗效比较见表1。

两组症状、体征有效率比较:表2示,治疗后两组痛经、性交痛、附件包块、附件增厚、盆腔结节等症状或体征均有改善,但治疗组改善较对照组更为显著,附件包块、附件增厚、盆腔结节的有效率比较有显著性差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。随访1年,治疗组又有4例妊娠,对照组有2例妊娠。停药后治疗组复发5例,占9.62%,对照组复发12例,占31.58%。两组复发率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

两组用药后副反应比较:两组治疗后复查血尿常规、肾功能均未见异常。治疗组中除2例出现痤疮外,余无其他副反应。对照组中,14例出现肝功能异常,丙氨酸转氨酶增高60~100U/L,13例体重增加2~6kg,8例出现痤疮,5例出现多毛,21例闭经。对照组副作用较治疗组明显。

4 讨论

子宫内膜异位症主要以进行性和继发性痛经、经量增多或经期延长、不孕为基本特征,妇科检查有痛性结节、盆腔包块等,属中医痛经、症瘕、不孕等范畴,也属沉痾难疗的腹中积聚病症。根据其腹痛有定处,多扪及盆腔包块,并常见舌质紫暗或有瘀斑的临床特征,多辨证为血瘀证。主要病机是瘀血为患。中医有“离经之血”即为瘀血之说,瘀血留结下腹,瘀阻冲任、胞宫、胞脉、胞络,不通则痛。瘀积日久,形成症瘕。故治宜活血祛瘀,消症,调经止痛。化瘀调经方中柴胡、枳壳、当归、三七、延胡索活血化瘀,理气止痛。两面针、桃仁消症散结,何首乌、菟丝子养血补肾调经。全方共奏行气活血,

祛瘀消症,调经止痛之功。盆炎液中毛冬青、白花蛇舌草、两面针、丹参、三棱、莪术活血祛瘀,消症散结,大黄活血行滞通腑。用灌肠法使药物直达病所,内外合用,有效地作用于异位的子宫内膜,消除症状,控制病灶,调整月经。病理研究显示,子宫内膜异位症中有纤维组织增生、内分泌失调、自身免疫反应等相关因素。活血化瘀类中药能改善微循环,促进包块吸收和粘连的松解,消除异位症症状,菟丝子等补肾类药能调节内分泌,并通过增强机体自身免疫力,提高对异位内膜的排斥作用。

治疗结果显示,中药治疗子宫内膜异位症能有效地改善症状和体征,不影响月经周期,且无明显毒副反应,患者易于接受。临床中发现部分服用西药治疗的患者因其副反应大中途停药而影响治疗。但对晚期病程长的患者,纯中药治疗作用较慢,疗效也不稳定。故对本症的治疗,应早期发现,早期确诊,早期治疗。根据美国生育协会修订的子宫内膜异位症的分期,期别愈早,有效率愈高,受孕率也较高^[8]。若症状较重,药物治疗无效,或较大的卵巢子宫内膜异位囊肿(大于5~6cm),则应考虑手术治疗。

在药物治疗的同时,还需注意调养情志,少吃生冷或刺激性食物,注意经期卫生,才能获得满意效果。

参考文献

- 1 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第1辑). 1993:267-271.
- 2 中国中西医结合学会妇产科专业委员会修订. 子宫内膜异位症中西医结合诊疗标准. 中西医结合杂志, 1991, 6(11): 376-377.
- 3 王德智, 罗焕频, 石一复. 中国妇产科专家经验文集. 沈阳: 沈阳出版社, 1994: 374-377.

(上接第829页)

上亦须随证治之,其实者可直接通导之,或可宣肺以畅之,或可调脾胃而通之,或可滋阴液以濡之,或可理气以行之。

便秘与五脏气机关系尤为密切,通腑亦可从调节五脏气机入手,如宣发肺气、疏肝理气、补益中气、温补肾气等,亦可有通腑的作用。便秘日久可致变证丛生,因气机紊乱、清浊失常而引发他证。故通腑之时当区别表里、脏腑经络、虚实、标本,分而治之。或可通过通腑以治他证,或可通过调理五脏气机以通腑等,皆当随证

治之。

此外,通腑法还包括通膀胱腑,泻膀胱以泻肾,疗水湿内停之疾;温胆腑法,脏易热而腑易寒,温胆以助生发,疗气机郁滞之证等。六腑实证,治宜通泻,以通为补。反之,五脏实证,则宜泻其相应之腑,使浊邪从腑而出。如肝实证宜通达胆腑,脾实证宜通降胃腑,心实证宜通导火腑,肺实证宜通泻肠腑,肾实证宜通利水腑,心包实证宜通调孤腑,腑气畅则脏气安。总之,六腑之治当以通泻为主。六腑通畅传化,才能发挥其正常的生理功能。