

腹腔镜手术联合中药治疗子宫内膜异位症 34 例临床观察

王希波 刘欣 柳林 王新艳

(山东省潍坊市人民医院妇科, 山东省潍坊市奎文区广文街 151 号, 261041)

[摘要] **目的** 观察补肾活血解毒方对腹腔镜术后的子宫内膜异位症患者的临床疗效。**方法** 将 96 例患者随机分为 3 组, 西药组口服孕三烯酮, 中药组口服补肾活血解毒方, 对照组未予药物治疗。观察临床疗效及妊娠情况。**结果** 西药组和中药组疼痛症状和体征完全缓解率高于对照组, 累积复发率也低于对照组; 中药组和对照组 2 年内妊娠率差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 中药组和西药组 2 年妊娠率差异虽无统计学意义 ($P > 0.05$), 但妊娠率高(分别为 72.73% 和 45%)。**结论** 腹腔镜手术联合补肾活血解毒方治疗内异症疗效明显, 尤其对合并不孕症的患者, 是治疗内异症的首选方法。

[关键词] 子宫内膜异位症; 补肾活血解毒方; 孕三烯酮

Clinical Observation on the Effect of Peritoneoscopy Operation plus Chinese Medicine for 34 Endometriosis Patients

WANG Xi-bo, LIU Xin, LIU Lin, et al.

(People's Hospital of Weifang City, Shandong 261041)

ABSTRACT **Objective** To observe the effect of Bushen Huoxue Jiedu Recipe (decoction for reinforcing the kidney, activating the blood, and removing toxins) on the endometriosis patients after peritoneoscopy operation. **Methods** The 96 patients were randomized into 3 groups. Western medicine was administered gestrinone, Chinese medicine group was given Bushen Huoxue Jiedu Recipe, and control group was not medicated. Their clinical effect and pregnant situation were observed. **Results** The complete remission rate of pains and signs of the two treated groups was higher and the accumulated relapse rate was lower than that of control group. The difference of within 2-year pregnancy rate of Chinese medicine group and control group was significant ($P < 0.05$). Although the difference of pregnancy rate of the two treated groups was not significant ($P > 0.05$), the pregnancy rate was high (72.73% and 45% respectively). **Conclusion** The effect of Bushen Huoxue Jiedu Recipe on the endometriosis was obvious, especially for those who are complicated with sterility, being the first choice for the treatment of endometriosis.

Key Words Endometriosis; Bushen Huoxue Jiedu Recipe (Decoction for reinforcing the kidney, activating the blood, and removing toxins); Gestrinone

子宫内膜异位症(内异症)多发生于育龄期妇女,是妇科难治性常见病,严重影响患者的生活质量,近年来发病率有逐渐上升的趋势,是导致不孕的一个主要原因,约占不孕症妇女的 40%~68%^[1]。异位病灶可发生在不同部位,以侵犯卵巢最为常见,约占 80%。手术切除子宫内膜异位病灶是主要的治疗措施,但治愈率偏低,复发率较高,因此手术后的药物巩固治疗一直是探索的课题。2002 年 3 月~2004 年 10 月我们对腹腔镜术后的内异症患者采用补肾活血解毒中药治疗。现报道如下。

1 临床资料

2002 年 3 月~2004 年 10 月在山东省潍坊市人民医院妇科施行腹腔镜下中重度内异症保守性手术 96 例,均有卵巢子宫内膜异位囊肿。所有患者均经腹腔镜检查,符合内异症诊断:(1)卵巢子宫内膜异位囊肿:卵巢表面突起囊肿与周围组织粘连,囊肿表面可见棕褐

色斑块,内容物为咖啡色黏稠囊液,囊壁组织送病理学检查,证实为卵巢子宫内膜样囊肿(卵巢囊肿);(2)盆腔腹膜或内生殖器浆膜层子宫内膜异位:盆腔腹膜或内生殖器浆膜层肉眼可见典型病灶,如紫蓝色、棕褐色、红色出血病灶或盆腔腹膜缺损的特征性改变。

临床分期按 1985 年美国生育协会修订的内异症分期标准(r-AFS)进行分期。随机分为 3 组:西药组 32 例,年龄 24~45 岁,平均(34±3.7)岁,术前痛经或性交痛 22 例,双侧卵巢子宫内膜异位囊肿 12 例,单侧卵巢子宫内膜异位囊肿 20 例,盆腔触痛结节 18 例,术后分期Ⅱ期 15 例,Ⅲ期 10 例,Ⅳ期 7 例,合并不孕者 20 例;中药组 34 例,年龄 22~43 岁,平均(32±5.3)岁,术前痛经或性交痛 21 例,双侧卵巢子宫内膜异位囊肿 14 例,单侧卵巢子宫内膜异位囊肿 20 例,盆腔触痛结节 19 例,术后分期Ⅱ期 13 例,Ⅲ期 14 例,Ⅳ期 7 例,合并不孕者 22 例;对照组 30 例,年龄 22~44 岁,平均(32±4.6)岁,术前痛经或性交痛 19 例,双侧卵巢子宫

内膜异位囊肿 10 例, 单侧卵巢子宫内膜异位囊肿 20 例, 盆腔触痛结节 16 例, 术后分期Ⅱ期 14 例, Ⅲ期 10 例, Ⅳ期 6 例, 合并不孕者 19 例; 3 组年龄、身高、体重、孕产次、病程、手术方式和分期差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

所有患者既往无手术史, 术前 3 个月均未服用任何药物, 血、尿常规及肝肾功能正常, 无内科合并症, 腹腔镜检查诊断为内异症, 且无盆腔炎症和(或)合并子宫腺肌病。合并不孕者均符合以下条件: (1) 未采取避孕措施、有正常性生活 2 年未能受孕; (2) 月经规律, 基础体温双相; (3) 无手术史; (4) 丈夫精液常规正常。

2 方法

2.1 手术方法

硬膜外麻醉后, 自脐部置气腹针, 形成人工气腹, 穿入直径 10mm 套管针, 置入腹腔镜, 在腹腔镜直视下, 分别于左右下腹部各穿入 5mm 套管针; 腹腔镜下进行临床分期。分离粘连, 恢复解剖位置, 囊液抽吸及囊壁剥除; 镜下切除或电灼异位病灶, 并充分止血。不孕患者行美蓝通液检查, 显示输卵管均通畅。术毕时均用大量温生理盐水反复冲洗盆腔; 术后常规抗生素治疗 3~5 天。

2.2 治疗方法

西药组、中药组均于术后 1 周内开始药物治疗。西药组口服孕三烯酮(北京紫竹药业有限公司, 国药准字 H19980020) 2.5mg, 每周 2 次, 服药期间避孕; 中药组口服补肾活血解毒中药(组成: 枸杞子 15g, 菟丝子 15g, 黄芪 12g, 血竭 3g, 丹参 12g, 牡丹皮 12g, 红藤 15g, 甘草 3g 等), 每日 1 剂, 经期停药。两组疗程均为 6 个月(妊娠时停药)。对照组未予药物巩固治疗。

2.3 观察指标

术后跟踪观察随访, 每 3 个月复查 1 次, 由专人了解其症状、体征、妊娠情况、B 超情况以及用药期间药物副反应, 并复查肝功能。

2.4 疗效判定标准

内异症患者药物治疗后有效性主要通过其疼痛和不育缓解的程度进行评价, 国外文献报道以腹腔镜检查治疗前后 r-AFS 评分递减来判断疗效, 因此, 目前尚无统一的疗效判定标准, 本研究引用舒静等^[2]提出的标准, 并略加修改归纳如下。(1) 临床完全缓解: 原有疼痛症状缓解, 盆腔触痛结节消失; 或妊娠; (2) 临床部分缓解: 原有疼痛症状减轻和(或)盆腔触痛结节缩小、变软、触痛减轻; (3) 复发: 原有疼痛症状复发和(或)超声检查卵巢出现囊性肿块, 边界欠清晰, 内有稀疏光点, 囊液粘稠, 或出现密集粗光点的混合性肿块, 观察

2~3 个月不消退。

2.5 统计学方法

采用 SPSS 11.5 统计软件进行统计分析。计量资料用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验进行统计学处理。

3 结果

3.1 临床疗效比较

术后平均 21 个月疗效随访观察, 3 组症状均有不同程度改善。西药组完全缓解 26 例(81.25%), 部分缓解 6 例(18.75%), 复发 4 例(12.50%); 中药组完全缓解 31 例(91.18%), 部分缓解 3 例(8.82%), 复发 2 例(5.88%); 对照组完全缓解 16 例(53.33%), 部分缓解 14 例(46.67%), 复发 10 例(33.33%)。西药组和中药组疼痛症状和体征完全缓解率高于对照组, 累积复发率也低于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 而西药组和中药组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.2 妊娠情况

西药组要求妊娠者 20 例, 其中术后半年妊娠 0 例, 术后 1 年妊娠 6 例(30%), 术后两年妊娠 3 例(15%), 总妊娠 9 例(45%); 中药组要求妊娠者 22 例, 其中术后半年妊娠 9 例(40.91%), 术后 1 年妊娠 4 例(18.18%), 术后两年妊娠 3 例(13.64%), 总妊娠 16 例(72.73%); 对照组要求妊娠者 19 例, 其中术后半年妊娠 4 例(21.05%), 术后 1 年妊娠 3 例(15.79%), 术后两年妊娠 1 例(5.26%), 总妊娠 8 例(42.11%)。西药组和对照组 1 年内妊娠率和 2 年内妊娠率差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 中药组和对照组比较, 1 年内妊娠率差异无统计学意义, 但 2 年内妊娠率差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 西药组和中药组比较差异亦无统计学意义 ($P = 0.059$ 和 $P = 0.067$), 但中药组妊娠率高于西药组。

3.3 毒副反应

西药组 7 例肝功能损害, 转氨酶轻度升高未予停药, 辅以护肝治疗后恢复正常; 其余副反应为痤疮、潮热、不规则阴道流血、体重增加、声音低钝等, 多数症状较轻, 患者多能耐受。中药组无不良反应。

4 讨论

内异症是一种容易复发的雌激素依赖性疾病, 石一复^[3]指出直径达 1cm 者, 完全依靠药物清除已不可行, 药物仅能控制不发展或稍有缩小, 症状缓解。随着微创外科技术的发展, 腹腔镜诊断已被公认是内异症诊断的金标准, 是目前治疗内异症的首选手术治疗方法。手术创伤小, 出血少, 术后恢复快, 住院时间短, 腹部疤痕小。但保守性手术只能去除肉眼能辨认的子宫内膜异位病灶, 而处于腹膜后、镜下才可见的微小病

灶、非典型的病损以及侵袭组织较深的病变,术中往往无法辨认或不便处理而被残留,一旦受激素的影响便可复发。据报道^[4],内异症保守性手术后复发率达40%。术后药物治疗对消除或抑制残存的病灶、预防医源性播散及防止复发非常必要。本研究结果显示,对照组的复发率为33.33%,与其余两组差异有统计学意义($P<0.05$)。表明单纯保守性手术治疗内异症复发率高,临床疗效远不如保守性手术联合药物治疗。因此将腹腔镜手术与药物联合起来治疗内异症可以达到较理想的效果。

内异症相关资料散见于中医学“痛经”、“无子”、“癥瘕”、“月经不调”、“经行发热”等病的论述中。综合近年来中医对内异症广泛而深入的研究,内异症中医辨为血瘀证是大多数医家达成的共识。随着近年来人们对中医中药的微观研究,已揭示出某些中医病症的本质。我们认为肾虚血瘀、瘀毒阻络为其病理基础,在疾病的发展过程中,虚、瘀、毒常交互错杂,共同构成对机体的损害。与此同时,三者之间又存在着密切的因果转化关系,甚至形成恶性循环。因此,治疗上宜补肾活血,祛瘀解毒。方中菟丝子、枸杞子、黄芪补肾温阳化气,温化气血;血竭破瘀积宿血,止血定痛,辅以丹参、牡丹皮活血化瘀;红藤清热解毒消痈,活血通络;甘草在本方中取其解毒与缓急止痛之用。对于内异症,现代研究已提出多种学说,近年来认为子宫内膜异位症与免疫有着密切的关系,是一种自身免疫反应性疾病^[5]。现代药理研究已证实^[6,7],补肾活血解毒中药均有免疫调节作用,对机体免疫系统紊乱的调节具有双向性和多效性,通过增强机体自身的免疫能力,增强对异位内膜的排斥作用,并改变微循环,促使病变消散,从而使增生及变性的结缔组织复原,并有调整内分泌的作用。

合并内异症的不孕患者,由于手术切除了异位病灶、分离粘连、恢复盆腔的解剖等缘故,术后短期内妊娠是妊娠的良机^[8]。林金芳^[9]等用腹腔镜治疗内异症

合并不孕者314例,术后不加药物巩固治疗,术后妊娠率80.9%,发现术后1年内是妊娠的最佳时机,术后半年内要积极指导患者生育。术后加用药物治疗,虽可预防及延缓内异症的复发,却可影响受孕的机会,错过妊娠的最佳时机。本研究显示,孕三烯酮治疗内异症有效,但与对照组比较,并不增加妊娠率;中药组治疗内异症疗效明显,副反应小,与对照组比较,2年内妊娠率差异有统计学意义($P<0.05$),虽然和西药组比较妊娠率差异不显著,但妊娠率较高,提示对合并不孕症的患者是首选方法;但中药治疗内异症的远期疗效,尚待积累更多的临床资料,扩大样本数,延长随访时间加以观察。

参考文献

[1]张惜阴主编.实用妇产科学.2版.北京:人民卫生出版社,2003:746.

[2]舒静,方素华,盛露芳,等.重度盆腔子宫内膜异位症术后应用米非司酮与内美通的临床观察.中国实用妇科与产科杂志,2002,18(3):181.

[3]石一复.子宫内膜异位症的诊断与治疗现状.中华妇产科杂志,1996,31(10):579~581.

[4]乐杰,谢兴,丰有吉.妇产科学.6版.北京:人民卫生出版社,2005:354~361.

[5]郎景和.子宫内膜异位症研究的新里程.中华妇产科杂志,2005,40(1):3.

[6]付友丰,梁建宁,时燕平.雷公藤治疗子宫内膜异位症26例临床观察.江苏中医,1993,14(4):38.

[7]张丽君,姜惠中.补肾化瘀法治疗子宫内膜异位症合并不孕症的实验和临床研究.上海中医药杂志,1996,30(11):14.

[8]曹泽毅主编.中华妇产科学.2版.北京:人民卫生出版社,2004:1517~1518.

[9]林金芳,孙翠翔,华克勤,等.应用腹腔镜诊断和治疗子宫内膜异位症及不孕症的疗效.中华妇产科杂志,2005,40(1):9~12.

(收稿日期:2006-11-09;修回日期:2006-12-30)

[编辑:叶晨]

(上接第115页)

皮、猪苓各9g,大腹皮6g,白豆蔻、通草各3g,全方祛湿尚可,清热不足,可加连翘、板蓝根等,以加强清热之力。

邪犯少阳,气机受阻而湿热内郁,当解郁开气、清利湿热,方用蒿芩清胆汤加栀子、茵陈,热重还可加板蓝根,对于湿热邪郁少阳有效,用于黄疸初期,湿热内郁胆腑证也有效。茵陈四苓汤为郭教授治疗湿热发黄而湿偏重的常用方,常加郁金、车前子、薏苡仁,以加强

解郁、利湿作用,分消化湿、利胆退黄。该方是郭教授对于“黄疸”属湿重热轻、肝胆气机受阻之证运用最多而收效较显的方子。对于阳黄证,郭教授常以茵陈蒿汤加板蓝根、郁金、车前子治疗,清热为主,兼化湿浊。若有恶寒头痛,加柴胡、黄芩,胁痛加白芍、丹参,腹胀便溏加枳壳、茯苓、白术。

(收稿日期:2007-04-16)

[编辑:洪涛]