

痛”及《灵枢·邪气脏腑病形》“荣俞治外经”的理论,故选取该四条经脉的荣输穴鱼际、三间、后溪和中渚,协同阳陵泉穴,共奏“调和气血,舒筋活络,解痉止痛”之功效。

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[M]. 1997:141-142.

中药保留灌肠治疗子宫内
膜异位症术后 16 例

杨东霞 丛慧芳

(黑龙江中医药大学附属第二医院,150040)

子宫内
膜异位症(以下简称内异症)已成为妇科常见病,治疗方法有手术治疗、药物治疗与综合治疗,但术后易复发,单纯西药治疗有较多副反应。为寻求更好的治疗方案,我们观察自 2006 年 3 月~2007 年 3 月在我院行保守(保留生育功能)或半保守(保留卵巢功能)手术的内异症患者术后应用中药保留灌肠的疗效和安全性,并与孕三烯酮治疗作对照,观察结果如下。

1 临床资料

回顾分析了
我院 2006 年 3 月~2007 年 3 月行保守或半保守手术,并经病理证实为盆腔内异症(包括卵巢内异囊肿)。43 例中 29 例有人工流产史,14 例无人工流产等宫腔操作史,25 例为不孕症患者;术前均有不同程度的痛经、月经过多、下腹痛或腰骶部疼痛、性交痛。43 例分为 3 组,中药保留灌肠组 16 例,年龄 23~43 岁,平均年龄(36.8±5.3)岁,手术方式半保守 6 例,保守 10 例。孕三烯酮组 14 例,年龄 27~42 岁,平均年龄(36.9±5.9)岁;手术方式半保守 5 例,保守 9 例。对照组 13 例,年龄 25~38 岁,平均年龄(36.8±6.5)岁;手术方式半保守 4 例,保守 9 例。3 组的年龄、疾病分期、术前临床症状及手术方式差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。所有病例对其治疗方案均知情同意,所有病例均随访至 2009 年 4 月,均无高血压、心脏病、糖尿病病史,术前半年无服用激素类药物史,血常规、尿常规及肝肾功能均正常。

2 治疗方法

中药保留灌肠采用少腹逐瘀汤加减(饮片购自黑龙江中医药大学附属第二医院药局):小茴香、干姜、延胡索、没药、当归、川芎、肉桂、赤芍、蒲黄、五灵脂、牛膝、柴胡、三棱、莪术、皂角刺。月经期于上方去三棱、莪术、牛膝、皂角刺等破血之品。以上药物浓煎成 200ml,高位保留灌肠,每日 1 次,同时下腹部微波治疗 30min,着重于包块部位或痛甚部位,3 个月为 1 个疗程,连续治疗 3 个月,月经期不停药。孕三烯酮组于术后 7 天开始服孕三烯酮(北京第三制药厂生产),每次 2.5mg,每周 2 次,连续 3~6 个月为 1 个疗程。服药后患者每 3~6 个月复查 1 次,了解其症状、体征、妊娠及 B 超检查情况。用药期间每月复诊,主要了解药物不良反应情况,复查血常规、肝功能等。对照组术后前两组药物均不用,其他观察方法同前两组。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准^[1]

缓解:无症状,未发现盆腔肿块;改善:仍有症状,但程度减轻,无阳性体征,未发现盆腔肿块;复发:B 超再次发现内异囊肿或再次出现周期性,渐进性下腹痛。

3.2 两组临床疗效比较

中药保留灌肠组缓解 11 例(68.8%),改善 4 例(25%),复发 1 例(6.3%),术后妊娠 3 例(30%)。孕三烯酮组缓解 11 例(78.6%),改善 2 例(14.3%),复发 1 例(7.2%),术后妊娠 3 例(33.3%)。对照组缓解 7 例(53.9%),改善 2 例(15.4%),复发 4 例(30.7%),术后妊娠 1 例(11.1%)。3 组比较,中西药物两组缓解率明显高于对照组($P<0.05$)。

3.3 不良反应及随访情况

中药保留灌肠组 12.5%(2/16)出现腹泻,其中有 1 例伴痔疮加重,症状轻,患者能耐受,均未停药。孕三烯酮组 35.7%(5/14)出现副反应,表现为恶心、头昏、乏力、呕吐、燥热、阴道不规则出血,其中 21.4%(3/14)出现肝功能损害,肝酶升高,经护肝治疗,2 例好转,1 例持续升高,中断治疗停药后恢复正常。停药后 6~30 个月随访,孕三烯酮组 9 例保留子宫者中,8 例月经当月复潮,当月 BBT 呈双相 6 例,占 44.4%;中药保留灌肠组 13 例保留子宫者在服药期间及停药后月经正常无改变。中药保留灌肠组与孕三烯酮组复发各 1 例,复发率分别为 6.3%和 7.1%,两组差异无显著性意义($P>0.05$)。而单纯手术组中有 4 例复发,占 30.7%,与中药保留灌肠组、孕三烯酮组比较,差异均有显著意义($P<0.05$)。中药保留灌肠组妊娠率为 30%(3/10),孕三烯酮组 33.3%(3/9),单纯手术组 11.1%(1/9),中药保留灌肠组、孕三烯酮组比较,差异无显著意义($P>0.05$);中药保留灌肠组与孕三烯酮组与单纯手术组比较差异均有显著性意义($P<0.05$)。

4 讨论

许多学者认为,内异症是雌激素依赖性疾
病,然而多年的临床和研究显示,激素抑制疗法并不能改善内异症患者的健康状况^[2],手术治疗内异症易复发。本资料显示,未治组 2 年内复发率为 30.7%,随访年限愈长,复发率可能还会升高,所以术后辅助药物治疗,促使残留小病灶萎缩,有利于降低复发率。孕三烯酮(内美通)始于 20 世纪 80 年代,一直沿用至今,该药物疗效确切,但进口内美通价格较贵,而且不能完全控制月经和肝功能损害,影响了临床广泛使用。虽然国产孕三烯酮价格明显低于进口内美通,但用药后仍有 1/3 左右患者出现阴道流血淋漓不净和肝功能损害。内异症属中医“痛经”、“月经不调”、“癥瘕”和“不孕”的范畴,故中医辨证以气滞血瘀为主,治疗当以活血化瘀,消癥散结为主。本方以当归,川芎,赤芍,蒲黄,石灵脂,牛膝活血化瘀;三棱,莪术,皂角刺消癥散结;延胡索,柴胡疏肝理气止痛;小茴香,干姜,肉桂温经活血通络;当归补血、活血,寓有祛瘀不忘扶正之意。如此组方用药,使下焦瘀血消散,气畅痛止。中药保留灌肠可使药液经直肠黏膜渗透吸收,既可减少中药对直肠的刺激,又可使药力直达病所,且药物不经肝脏,直接进入大循环,迅速起到治疗作用,从而缩短疗程。本治疗方法可抑制Ⅲ期内异症术后的复发,其疗效与孕三烯酮相近,并且副反应远低于孕三烯酮,价格合理,是内异症术后较理想的辅助

治疗药物。

参考文献

[1] 舒静, 方素华, 盛露芳, 等. 重度盆腔子宫内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) : 181-183.

[2] Blumenfeld Z. Hormonal suppressive therapy for endometriosis may not improve patient health[J]. Fertil Steril, 2004, 81(3) : 487-489.

补肾活血法治疗人工流产后肾虚血瘀型月经过少患者 34 例

程 红 梁文珍

(安徽中医学院第一附属医院妇科, 230031)

人工流产术作为避孕失败的补救措施被广泛运用, 但部分患者术后导致月经过少, 甚至闭经、不孕。西医采用雌孕激素周期治疗, 但副作用较大, 停药后易复发, 疗效不理想。我院采用中药补肾祛瘀法治疗, 取得了很好的效果, 现报告如下。

1 临床资料

64 例人工流产后月经过少患者均为我院 2007 年 4 月~2009 年 2 月门诊病例, 均为人工流产后 3 个月以上, 性激素测定在正常范围辨证属肾虚血瘀型, 随机分为治疗组 34 例, 对照组 30 例。治疗组年龄 20~37 岁, 平均(28.72±1.35) 岁; 人流次数 1~5 次, 平均(2.53±0.96) 次; 病程 3~13 个月; 平均(7.16±3.59) 个月。对照组年龄 21~35 岁, 平均(29.03±0.39) 岁; 人流次数 1~4 次, 平均(2.55±1.01) 次; 病程 3~14 个月; 平均(6.89±3.01) 个月。两组病例年龄、病程、临床表现差异无显著性(*P* > 0.05) 。

诊断标准根据《中医妇科学》^[1]制定。月经周期正常, 月经量明显少于既往, 或行经时间不足 2 天, 甚或点滴即净者。一般认为月经量少于 20ml 为月经过少。中医辨证诊断标准根据《中药新药临床研究指导原则》^[2]及《中医妇科学》(六版) ^[1]制定。经色淡暗, 腰膝酸软, 头晕耳鸣, 经期小腹疼痛, 舌质淡暗、或有瘀斑瘀点、舌苔薄白, 脉细涩。

2 治疗方法

治疗组: 经后期口服梁文珍自拟方补肾养精汤(熟地黄 15g, 菟丝子 20g, 枸杞子、山药、山茱萸、当归各 15g, 炒白术、白芍、太子参、麦冬、黄芪各 10g) 。便溏或苔腻去熟地黄, 便结易炒白术为生白术, 少寐心悸加炒酸枣仁、夜交藤, 情志抑郁加合欢皮, 虚热加炙鳖甲, 小腹胀楚加三棱、莪术, 胸胁满闷加荔枝核。经行第 5 天始每日 1 剂, 共计 10 剂。经前期补肾祛瘀汤(补肾养精汤加桃红四物汤: 当归、川芎、赤芍、桃仁、红花各 10g) 加丹参 15g。经行第 15 天始服, 每日 1 剂, 服至月经来潮。行经期口服通经汤(桃红四物汤去熟地黄, 加川牛膝 12g, 三棱、莪术、制香附各 10g, 益母草 15g, 月季花 5g) 以和血调经。经行 1~3 天口服。对照组: 经行第 5 天开始服倍美力每次 0.625mg, 每日 1 次, 共服 20 天, 经行第 11 天开始每次加服用羟孕酮 10mg, 共服 10 天。

两组均连续治疗 3 个月为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]和《中药新药临床研究指导原则》^[3]拟定。

痊愈: 经量恢复正常, 3 天≤经期≤7 天, 持续 3 个月以上。显效: 经量明显增加达到既往月经量的 2/3 以上, 3 天≤经期≤7 天, 并持续 3 个月以上。有效: 经量增加达到既往月经量的 1/3~2/3, 2 天≤经期≤7 天。无效: 经量无改善, 或仍少于既往月经量的 1/3, 或经期 < 2 天。

3.2 两组临床综合疗效比较

治疗组 34 例, 痊愈 12 例, 显效 13 例, 有效 5 例, 无效 4 例, 总有效率为 88.2%; 对照组 30 例, 分别为 7 例、5 例、8 例、10 例、66.7%。两组比较, 治疗组疗效明显为优(*P* < 0.05) 。

3.3 两组治疗后子宫内膜厚度改善情况比较

治疗组 34 例, 治疗前后子宫内膜厚度分别为(4.57±0.76) mm、(9.10±1.51) mm, 对照组 30 例, 分别为(4.46±0.81) mm、(8.04±1.62) mm。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组(*P* < 0.05) 。

3.4 两组复发率比较

治疗组总有效 30 例, 复发 1 例; 对照组总有效 20 例, 复发 6 例。两组复发率比较差异有显著性(*P* < 0.05) 。

4 讨论

养精汤的功效为补肾填精, 方中菟丝子为君药, 即能助阳又能益精, 不燥不腻, 为平补肝、肾、脾三经的良药; 当归补血和血行气。熟地黄归肝、肾经, 为补益肝肾要药, 不仅滋阴益血, 且可生精补髓, 共为臣药; 佐以枸杞子、山茱萸补益肝肾、养血益精; 白芍养血柔肝; 太子参、黄芪、炒白术健脾益气, 麦冬润燥生精。经前期用养精祛瘀汤则在补肾填精的同时, 兼顾活血祛瘀, 通补兼用, 补肾益活血, 活血助补肾。但补肾填精常助湿留滞, 化瘀燥湿又常伤耗阴精。而桃红四物汤为妇科活血化瘀之良方, 且作用平和, 不致伤耗阴精。经期服通经汤活血祛瘀, 引血下行。方中川牛膝活血通经、引血下行; 三棱、莪术活血祛瘀, 行气止痛。制香附理气止痛; 益母草活血祛瘀; 月季花疏肝解郁, 调畅气血而活血调经。全方行血而不伤新血, 补而不滞, 共奏行血活血行气调经之功。本研究应用中医周期疗法, 正是顺应了月经周期中阴阳气血的变化规律, 经期血室正开, 宜和血调气, 或引血归经; 经后血海亏虚, 宜于调补; 经前血海充盈, 宜于疏导, 所以疗效显著。

参考文献

[1] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 中国中医药出版社, 2005: 87-89.

[2] 郑筱英. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 239-240.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 232-233.

[编辑: 黄 健]