

中西医结合治疗青春期功能失调性子宫出血

张晓南 李媛

(江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

关键词: 青春期; 功能失调性子宫出血; 中西医结合疗法; 倍美力; 黄体酮; 安冲汤

中图分类号: R 711.52

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0038-02

功能失调性子宫出血(简称功血)是指由于卵巢性激素分泌的调节机制失常引起的异常子宫出血,而非生殖道器质性病变或内科疾病引起。功血可分为排卵性和无排卵性两类,其中无排卵性功血对妇女健康的危害较大,严重可造成失血性贫血、失血性休克,甚至危及患者的生命。青春期功血多属于无排卵性功血,以往对于青春期功血均采用大剂量雌激素、孕激素联合治疗,因激素量大,副反应大,病人顺应性差,同时仍有部分病人止血疗效差。笔者从 2005~2007 年用中西医结合治疗青春期功血 68 例,取得满意疗效。现报道如例;病情最长者 13 年,最短者 3 个月;经前痛者 44 例,经期痛者 64 例,经后痛者 32 例;属原发性痛经者 121 例,继发性痛经者 19 例。

1.2 诊断标准 按照《中医病症诊断疗效标准》^[1]拟定:妇女在行经前后,或正值行经期间,小腹及腰部疼痛,甚至剧痛难忍,常伴有面色苍白、头面冷汗淋漓、手足厥冷、呕吐等症状,并随着月经周期发作。

1.3 治疗方法

1.3.1 痛经贴外敷 组成:小茴香、干姜、延胡索、没药、当归、川芎、肉桂、赤芍药、生蒲黄、五灵脂、制附子、苍术、茯苓、蚤休、炒穿山甲等。用法:用温水清洗少腹,将痛经贴外贴在肚脐下,一次一贴,24h 后更换。经前 2d 开始使用至经期结束。

1.3.2 少腹逐瘀汤内服 组成:小茴香 12g,干姜 8g,延胡索 30g,没药 15g,当归 20g,川芎 15g,肉桂 6g,赤芍药 30g,生蒲黄 15g,五灵脂 15g,苍术 20g,蚤休 15g。加减:寒重者加制附子 15g;气滞明显者加青皮 18g,制香附 20g;血瘀明显者加益母草 50g,丹参 20g;湿重者加炒苡仁 30g;冲任虚寒者加仙茅 12g,巴戟天 15g 等。服用方法:经前 5d 开始服用,水煎服,每天 1 剂,每剂 3 次,饭后温服,连服 5 剂,服用 3 个月经周期后停药观察并随访 1 年。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 按照《中医病症诊断疗效标准》^[1]拟定。痊愈:疼痛消失,停药后连续 3 个月经周期未复发。好转:疼痛减轻或疼痛消失,但不能持续 3 个月经周期以上。无效:疼痛未见好转。

2.2 治疗结果 140 例中治愈 84 例,好转 50 例,无效 6 例:治愈率为 60.0%,好转率为 35.7%,无效率为 4.3%,总有效率为 95.7%。

3 讨论

痛经贴外敷联合少腹逐瘀汤加减内服治疗痛经疗效显著。笔者认为,该法能有如此疗效,是在于抓住了痛经发病的中心环节“气滞血瘀”。早在《金匱要略》中张仲景就曾指出:“妇人之病,阴虚,积冷,结气。”清·尤在《金匱要略·心

下:

1 资料和方法

1.1 对象 68 例患者均来自本院中西医结合门诊,年龄为 10~18 岁,其中 10~12 岁 13 例,13~15 岁 32 例,16~18 岁 23 例;病程 <1 年 30 例,1~3 年 34 例,>3 年 4 例;症状:月经周期紊乱、行经期延长、淋漓不断如漏或经量过多如崩,3 症俱有 22 例,3 症中具有 2 症者 33 例,仅有 1 症者 13 例。68 例随机分为对照组和治疗组各 34 例。

1.2 治疗方法 对照组 34 例用西药治疗,应用激素止血、调典^[2]中提到:“言妇人之病,其因约有三端:曰虚,曰瘀,曰结气,概血脉贵冲乐,而地道喜温和,生气予条达也。”明言:妇人月经之病,因气滞、寒凝、体虚所致。而王清任创立的瘀血学说^[3],上综仲景而另有新意,以理气活血自成一派。其宗旨源于《内经》之“气为血帅,血为气母。”他认为“血受寒则凝结成块;血受热则煎熬成块。”指出气虚、气滞、血寒、血热、寒邪、热邪均能成瘀。在这一思想指导下,他提出了“治病要诀在于明白气血。只要能使周身气血通而不止,活而不瘀,气通血活,何患疾病不除。”故立方以理气活血为主,屡收显效。在痛经各证中,无论气虚、血虚、气滞寒凝,甚则湿热下注,均可见到瘀证表现:或见行经有块,或痛有定处,或痛如针刺,或月经过期不至,或少腹满痛,或少腹冷痛,或经血紫黑而量少。临证加减皆在于其理气活血化瘀之功,祛瘀生新,血气流通,诸病自愈。正如张子和所言:“《内经》一书,唯以气血流通为贵……陈苑去,胃肠洁,症瘕尽而荣卫昌。”^[4]历代医家均着眼于理气活血为法,由此可见痛经之治法要则。

以活血为主的方子很多,临床常用的有膈下逐瘀汤、桃红四物汤、胶艾汤、温经汤(《妇人大全良方》)等。笔者单选了少腹逐瘀汤为主方,是因其组方精当,适合病机,力猛而不峻,逐瘀而不伤正。再辅以痛经贴外敷,其温经散寒、暖宫止痛、化瘀除湿效果更好。纵观全方,以小茴香、干姜、肉桂温经散寒而不助热;当归、川芎、赤芍药调理阴血而不滋腻;生蒲黄、五灵脂、延胡索活血通经而兼止痛之功。立方不以峻攻,故不用桃仁、红花;着眼于寒凝而不用生地黄、黄芩;以化瘀为主而不用胶艾;功兼理气止痛,故不用失笑散。故可见王清任选药之精当,组方之严谨,正如其所言:“必亲治其证,屡验其方,万无一失,方可传于后人。”笔者经临床多年验证更彰显其名方之效验。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.61
 [2] 尤怡. 金匱要略心典[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001.184
 [3] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001.184
 [4] 张从政. 儒门事亲[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2001.50

(收稿日期: 2007-12-18)

散结镇痛胶囊治疗子宫内膜异位症保守性手术后的临床观察

杨芳讯

(浙江省长兴县中医院 长兴 313100)

关键词:散结镇痛胶囊;子宫内膜异位症;中医药疗法

中图分类号:R 711.71

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0039-02

子宫内膜异位症(EM)是生育年龄妇女的常见病,病变分布广泛、形态多样,具有侵袭性和复发性,是难治之症,严重影响患者的生活质量,近年来发病率有上升的趋势^[1]。对该病的治疗方法虽有多种,但治愈率低,复发率较高,特别是经手术治疗后仍有复发。因此,手术后的药物巩固治疗一直是人们探索的课题。本研究前瞻性地对散结镇痛胶囊与甲羟孕酮用于 EM 患者术后巩固治疗的疗效及副作用进行比较,旨在探讨散结镇痛胶囊的临床应用价值。

整月经周期。出血多者口服倍美力 1.25g,每 6 小时 1 次,服用 3d 减 1/3 量,至每日 0.625g,维持 20d,最后 7d 加用安宫黄体酮 10mg;出血少者口服倍美力 1.25g,每 12 小时 1 次,3d 后改为每日 0.625g,每日 1 次,维持 20d,最后 7d 加用安宫黄体酮 10mg。治疗组 34 例,在西医治疗基础上加用中药治疗。药物组成:黄芪 30g,白术 10g,煅龙骨 10g,煅牡蛎 10g,生地炭 15g,杭芍 15g,海螵蛸 30g,茜草 10g,补骨脂 10g,地锦草 15g,黑芥穗 10g。每日 1 剂,1 剂煎 2 次,早晚各服 1 次。止血后服用春血安胶囊(国药准字 Z12020211)每日 3 次,每次 4 粒,如症状严重可加大药量。

1.3 疗效判定标准^[1] 痊愈:停止治疗后连续 3 个月月经周期、经量正常,自觉症状消失,血色素在 100g/L 以上,BBT 呈双相;显效:月经周期基本正常,月经量基本正常或减少 1/2,经期较长(7~10d),自觉症状基本消失,血色素为 80~100g/L;有效:月经周期、经量减少 1/3,部分自觉症状明显改善,血色素在 80g/L 以上;无效:月经量和出血时间均无变化,全身症状无改善。

1.4 统计方法 计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用配对 t 检验。

2 结果

2.1 两组疗效比较 两组总有效率比较有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	34	12	15	6	1	97.06
对照组	34	6	7	16	5	85.29

2.2 两组治疗前后血象指标比较 两组治疗前后血 Hb、RBC、PLT 比较见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血 Hb、RBC、PLT 比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别		RBC($\times 10^{12}/L$)	Hb(g/L)	PLT($\times 10^9/L$)
治疗组	治疗前	3.42±0.25	100.13±13.61	171.10±30.02
	治疗后	4.14±0.42*	128.33±18.30*	182.07±39.31
对照组	治疗前	3.50±0.29	100.90±15.71	173.75±23.45
	治疗后	3.84±0.52**	114.15±26.66**	183.50±32.20

注:与对照组治疗后比较,* $P < 0.05$;与治疗前比较,* $P < 0.01$,** $P < 0.05$ 。

3 讨论

青春期功血大多是月经初潮后 1~2 年内,由于雌激素对

下丘脑-垂体正反馈机制建立不完善,无法诱导垂体黄体形成,月经周期后半期缺乏孕激素而致^[2]。子宫内膜受单一雌激素而缺乏孕激素的拮抗和保护,内膜呈持续增生或增生过长,引起雌激素撤退或突破性出血。临床表现为月经周期紊乱,经期长短不一,出血量时多时少,甚至大量出血。目前对青春期功血诊断,首先应排除生殖系统器质性疾病、全身性疾病或服用性激素引起的出血。其治疗方法主要为雌激素止血,同时纠正贫血,其后用人工周期疗法调节月经,通过雌、孕激素对中枢的反馈作用达到治疗目的^[3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 1 月~2006 年 12 月,选择因 EM 在我院妇产科行保守性手术的患者 52 例,再次手术及术前用过激素保守治疗者除外,不伴有其他子宫及附件疾病;手术

下丘脑-垂体正反馈机制建立不完善,无法诱导垂体黄体形成,月经周期后半期缺乏孕激素而致^[2]。子宫内膜受单一雌激素而缺乏孕激素的拮抗和保护,内膜呈持续增生或增生过长,引起雌激素撤退或突破性出血。临床表现为月经周期紊乱,经期长短不一,出血量时多时少,甚至大量出血。目前对青春期功血诊断,首先应排除生殖系统器质性疾病、全身性疾病或服用性激素引起的出血。其治疗方法主要为雌激素止血,同时纠正贫血,其后用人工周期疗法调节月经,通过雌、孕激素对中枢的反馈作用达到治疗目的^[3]。

中医学认为青春期无排卵性功能失调性子宫出血属“崩漏”的范畴,青春期少女先天禀赋不足,肾气稚弱,肾阳不足,冲任未充,加之后天大病久病失调,或情志刺激,导致脾肾两虚,封藏失职,统摄无权,冲任不固,不能约制经血^[4]。治疗关键在于温肾健脾,固冲止血^[5]。西医治疗止血快速、效果显著,但对性腺轴调节作用稍差,容易复发。中医治疗止血效果稍差,但对性腺轴调节作用明显,单纯中医治疗往往因为不能迅速止血,影响严重贫血病人的后续治疗。中西医结合治疗青春期功血,在西药迅速止血、控制周期的基础上,加用中药治疗。方中黄芪、白术、补骨脂补肾健脾,益气固冲,使肾气充脾气足,则经血自止,共为主药;生地炭、白芍滋阴养血,助主药发挥作用,为辅药;煅龙骨、煅牡蛎收敛止血;海螵蛸固冲止血;茜草化瘀止血以防血止留瘀。现代药理研究认为补骨脂具有明显缩短出血时间的作用^[6,7],对子宫有明显的收缩作用。本研究表明中西医结合治疗青春期功血疗效优于单纯西医方法,且对血 RBC、Hb 改善作用优于对照组。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 13-14
- [2] 李美芝. 妇科内分泌学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001. 262-264
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 361-362
- [4] 陈爱焕. 崩漏停治疗功能性子宫出血 60 例临床观察[J]. 河南中医学院学报, 2005, 20(4): 66
- [5] 杨文. 自拟滋阴止崩汤治疗青春期功能失调性子宫出血 32 例[J]. 中医药研究, 2001, 17(1): 15-16
- [6] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1986. 90
- [7] 陈淑健. 健脾补肾法治疗青春期功血 87 例临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(3): 310

(收稿日期: 2008-03-12)