

2.2 肛管直径、术后愈合时间 见表 2。

表 2 两组肛管直径、术后愈合时间比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	肛管直径变化(mm)		术后愈合时间(d)
		治疗前	治疗后	
联合手术组	30	9.1± 0.9	25.2± 5.4*	10.3± 2.2*
纵切横缝术组	30	9.2± 0.8	19.3± 4.9	16.8± 1.9

注：与纵切横缝术组相比，*P<0.05。

2.3 并发症发生率 纵切横缝术组 8 例出现并发症(水肿 3 例、疼痛 2 例、切口感染 3 例)，并发症发生率 26.67%；联合手术组 2 例出现并发症(水肿 1 例、疼痛 1 例)，并发症发生率 6.67%；两组比较，P<0.05。

3 讨论

肛门狭窄分为先天性肛门狭窄和后天肛门狭窄，先天性肛门狭窄主要是在胚胎发育时期，直肠和肠管间的肛门直肠膜发育失常，出生后该膜不能完全消失或者开裂不全等，形成肛门闭锁或肛门狭窄；后天肛门狭窄主要是因为肛门肛管炎症、局部损伤和肛门肿瘤等原因导致，该病主要临床症状有排便困难、疼痛、出血、粪便变形以及肛门失禁等，对患者造成较为严重的伤害^[4]。

临床上治疗肛门狭窄主要是为了扩大肛门和肛管直径，保持患者排便顺畅，纵切横缝术和挂线术是

临床较为常用的手术方法。纵切横缝可通过手术切开患者的肛管皮肤和部分括约肌，使患者的肛门和肛管逐渐扩大^[5]。该手术方式具有创伤性，术后疼痛剧烈，恢复缓慢。挂线术是在中医基础上开展治疗，可采用橡皮筋将患者的狭窄部位勒开，通过弹性药线缓慢切割，同时压迫止血，该治疗方法较为安全，可根据患者的狭窄范围多处挂线，缓解患者的环状高位狭窄，可避免直肠出血、肛门失禁及大面积损伤，术后患者创口疼痛轻微，恢复速度较快。临床上将两种手术方式结合，可综合提高患者的治疗效果^[6]。本研究结果显示，采用纵切横缝联合挂线术治疗肛门狭窄，临床效果较好，术后愈合时间较短，并发症发生率较低，值得临床应用。

参考文献

[1]邵明,彭文,刘恒良,等.改良纵切横缝术用于痔术后肛门狭窄的临床观察[J].浙江临床医学,2016,18(9):1663-1665
[2]杜忠群,李艳德,王晓林,等.可吸收线改良纵切横缝术治疗重度医源性肛门狭窄 4 例[J].广西中医药大学学报,2014,17(1):55-56
[3]梁爽,刘斌.婴幼儿医源性肛瘘 80 例的临床分析[J].中国现代药物应用,2016,10(3):89-90
[4]罗准.低位切除瘻管结合高位挂线与单纯挂线治疗高位肛瘘的研究[J].中外医学研究,2016,14(15):44-46
[5]朱晓秋.手术结合挂线疗法治疗高位复杂性肛瘘的临床特点及疗效观察[J].中国保健营养,2016,26(21):149
[6]高欣,陈敏.内镜治疗在克罗恩病中的应用(2)--技术及并发症处理[J].医学新知杂志,2016,26(5):360-362,365

(收稿日期：2017-01-05)

二至地黄汤加减配合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期功能失调性子宫出血临床研究

张利敏

(河南省西平县妇幼保健院 西平 463900)

摘要:目的:探讨二至地黄汤加减配合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期功能失调性子宫出血(DUB)的临床疗效及安全性。方法:选取 2013 年 9 月~2016 年 5 月我院收治的 104 例排卵期 DUB 患者,随机分为对照组和观察组各 52 例。对照组给予屈螺酮炔雌醇片治疗,观察组在对照组基础上辅以二至地黄汤加减治疗。结果:观察组治疗总有效率 98.08%显著高于对照组 84.62%,差异有统计学意义(P<0.05);观察组不良反应发生率 5.77%与对照组 7.69%比较,差异无统计学意义(P>0.05)。结论:二至地黄汤加减联合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期 DUB,临床效果显著,安全性高。

关键词:排卵期功能失调性子宫出血;屈螺酮炔雌醇片;二至地黄汤加减

中图分类号:R711.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.019

功能失调性子宫出血 (Dysfunctional Uterine Bleeding, DUB) 是临床常见子宫异常出血,多发于青春期与围绝经期,主要分为无排卵性与排卵性两类。排卵期 DUB 是排卵生理期间子宫发生出血,常伴下腹部隐痛,血色呈黑棕色,对广大女性身心健康造成严重影响。DUB 属中医“崩漏”范畴,冲任损伤而不能制约经血为其主要发病机制,且与脾亏肾虚、气虚血瘀、阴络损伤等密切相关^[1]。本研究选取我院收治的 104 例排卵期 DUB 患者为研究对象,采用

分组对比的方法,探讨二至地黄汤加减配合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期 DUB 的疗效及安全性。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 9 月~2016 年 5 月我院收治的 104 例排卵期 DUB 患者为研究对象,所选对象均符合排卵期 DUB 相关诊断标准^[2],排除无排卵性 DUB,按照随机数表法分为观察组和对照组各 52 例。观察组年龄 18~43 岁,平均(32.25± 8.74)

岁;对照组年龄 19~44 岁,平均(33.15± 8.62)岁。两组临床一般资料对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予屈螺酮炔雌醇片(国药准字 J20130120)治疗:口服 3 片/次,1 次/d,3 d 后调整剂量为 2 片/次。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联合二至地黄汤加减治疗:(1)方剂组成:山药、女贞子、墨旱莲、茯苓、枸杞子、桑寄生、生地黄各 15 g,牡丹皮、延胡索、海螵蛸、赤芍、白芍、合欢皮、酸枣仁各 12 g,山茱萸、芡实各 10 g,甘草、香附各 6 g;(2)随症加减:出血期加三七、荆芥炭,阴虚兼湿热加薏苡仁、黄柏,腰痛者加杜仲、续断,相火偏热加知母,肾阳不足加鹿角片;(3)用法用量:加水煎煮取汁 200 ml,1 剂/d。两组均连续治疗 3 个月经周期。

1.3 观察指标 统计两组临床疗效及不良反应发生率。参照《中药新药临床研究指导原则》,对疗效进行评估^[3],治愈:止血成功,月经周期及经期、经量恢复正常;显效:止血成功,月经周期及经期、经量明显改善;有效:出血量明显降低,月经周期及经期、经量有所改善;无效:上述指标均无明显改善或停药后出血复发。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 应用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行统计分析,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率 98.08%显著高于对照组 84.62%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	52	31(59.62)	17(32.69)	3(5.77)	1(1.92)	51(98.08)
对照组	52	25(48.08)	15(28.85)	4(7.69)	8(15.38)	44(84.62)
χ^2						4.379
P						<0.05

2.2 两组不良反应发生率比较 观察组不良反应发生率 5.77%与对照组 7.69%比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组不良反应发生率比较[例(%)]					
组别	n	恶心	头晕	情绪波动	总发生
观察组	52	2(3.85)	1(1.92)	0(0.00)	3(5.77)
对照组	52	3(5.77)	0(0.00)	1(1.92)	4(7.69)
χ^2					0.000
P					>0.05

3 讨论

排卵期 DUB 是临床常见疾病类型,好发于育龄妇女,可表现为排卵型月经过多、排卵期出血及黄体功能障碍,其发病机制在于排卵刺激导致体内雌激素发生波动,进而引起子宫少量出血。屈螺酮炔雌醇片是常见女性避孕药物,主要由屈螺酮与炔雌醇组成,本品可有效避免子宫内膜波动,并使其快速恢复正常,进而达到止血的目的。孙嘉庚等^[4]在研究中指出,给予青春期 DUB 患者屈螺酮炔雌醇片治疗,止血效果显著,有利于控制患者月经周期并减少月经量,且不会增加患者体质量,有助于提高患者治疗依从性。

中医学认为排卵期 DUB 属“崩漏、经间期出血”等范畴,《素问》记载:“阴虚阳搏为崩”。即指出脾虚统摄无权、肝肾精血亏耗、冲任不固、瘀血内阻、血不归经等在排卵期 DUB 的发生进展中发挥着重要作用,故治疗应以滋肾益阴、补脾健肝、填精益髓、固冲止血为基本原则。近年来,随着临床研究的深入,学者们发现中西医结合治疗 DUB 疗效较中、西医单一治疗更为显著,且此结论在柳先廉等^[5]的研究中也得以证实。本研究结果显示,观察组临床疗效显著优于对照组 ($P<0.05$),而两组不良反应发生率无明显差异,提示二至地黄汤加减配合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期 DUB,更利于疾病转归。二至地黄汤加减治疗排卵期 DUB 运用中医学辨证理论,组方独到,其中山茱萸、山药、茯苓、地黄补肾滋阴、填精益髓;旱墨莲、女贞子、枸杞子滋肝补肾、宁血凉血、止血滋阴;杜仲、续断补肾益肝、调理冲任;牡丹皮凉血清热;赤芍、芡实、海螵蛸活血止血;香附除胀理气。诸药合用,随症加减,共奏滋阴助阳、补肾益阴、促进阴阳转化之功。王彩红等^[6]则从现代药理学角度分析二至地黄汤具有止血、促凝血活性、抗衰老、调节免疫功能、缩短凝血时间等显著作用,治疗排卵期 DUB 可取得良好疗效。本研究结果还显示,两组不良反应发生率差异无统计学意义 ($P>0.05$),提示在屈螺酮炔雌醇片治疗 DUB 基础上联合二至地黄汤治疗,不会增加患者治疗期间不良反应发生率,原因在于二至地黄汤的组成为中药,其毒性较低,一般不会引起严重不适症。综上,二至地黄汤加减联合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期 DUB,临床效果显著,安全性高。

参考文献

[1]柯忠妹,董新珍.中医药辨证论治功能失调性子宫出血[J].中华中医药学刊,2016,34(6):1514-1516
[2]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.349-352

液联合奥扎格雷治疗。奥扎格雷用法用量同对照组，银杏达莫注射液 30 ml 溶于 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射 250 ml 中静脉滴注，1 次 /d。两组均持续治疗 14 d。

1.3 观察指标 比较两组患者脑梗塞临床疗效、药物副作用发生情况及治疗前后血清学指标、神经功能。根据神经功能缺损评分^[2]，减分率 90% 以上为痊愈，45% 以上为显效，18% 以上为有效，不足 18% 为无效。治疗总有效 = 痊愈 + 显效 + 有效。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件分析数据，计数资料以百分比表示，采用 χ^2 检验，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 联合用药组临床疗效高于对照组，差异具有统计学意义， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较						
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	45	3	13	21	8	37(82.22)
联合用药组	45	8	24	11	2	43(95.56)
χ^2						4.050
P						<0.05

2.2 两组治疗前后血清学指标、神经功能比较 治疗前，两组血清学指标、神经功能比较无显著差异， $P > 0.05$ ；治疗后，联合用药组血清学指标、神经功能改善幅度明显优于对照组，差异具有统计学意义， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后血清学指标、神经功能比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	时间	n	神经功能缺损评分(分)	溶酶体颗粒膜糖蛋白水平(%)	二磷酸腺苷(%)	血浆黏度(mPa·s)
联合用药组	治疗前	45	2051± 212	125± 0.11	1248± 3.13	146± 0.13
	治疗后	45	811± 0.45**	0.21± 0.12**	4997± 1025**	1.31± 0.16**
对照组	治疗前	45	2031± 216	126± 0.11	1246± 3.15	146± 0.11
	治疗后	45	1224± 1.29*	0.49± 0.25*	3757± 6.12*	1.40± 0.15*

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

2.3 两组患者药物副作用发生情况比较 两组患者药物副作用比较无显著性差异， $P > 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者药物副作用发生情况比较					
组别	n	恶心(例)	呕吐(例)	头痛(例)	发生率(%)
对照组	45	1	1	1	6.67
联合用药组	45	1	2	1	8.89
χ^2					0.155
P					>0.05

(上接第 34 页)

[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.239-242

[4]孙嘉庚,刘伟平,刘玲.屈螺酮炔雌醇片控制青春期功能失调性子宫出血患者月经周期的疗效观察[J].中国妇产科临床杂志,2014,15(4):359-360

3 讨论

脑梗塞患者血管内皮细胞以及脑组织细胞在缺血情况下极易引发脑水肿，诱发血栓素 A2 等因子释放，使血管内皮细胞血小板积聚和粘附，形成血栓，堵塞微血管，导致病情进一步加重。因此，给予早期溶栓治疗和抗血小板聚集至关重要^[3-4]。奥扎格雷是一种新型血小板抑制剂，可选择性抑制血栓合成酶，从而抑制血栓素 A2 的产生，促进前列环素 I2 合成，改善二者间的平衡。同时还可有效扩张血管，抑制血小板聚集，增加脑血流量，改善大脑局部缺血微循环和能量代谢^[5]。研究表明^[6]，采用奥扎格雷治疗脑梗塞能有效提高梗死区脑组织周围半暗区的血流供应，促使该区域神经元恢复，阻止梗死面积增大。银杏达莫是银杏叶和双密达莫复方制剂，主要成分黄酮类和银杏苦内酯属于 PAF 受体拮抗剂，可有效舒张血管，促进血液流动，抑制血栓形成，改善脑缺血所出现的认知下降情况及血液高凝状态，保护动脉内皮，解除血管痉挛^[7-8]。本研究结果显示，联合用药组临床疗效显著高于对照组，治疗后血清学指标、神经功能改善幅度优于对照组，且两组均无明显副作用。综上所述，银杏达莫注射液联合奥扎格雷治疗脑梗塞疗效确切，可有效改善患者血清学指标，减轻神经功能缺损，且无明显副作用，安全性高，值得临床推广应用。

参考文献

[1]叶仕能,阮靖,张小智.依达拉奉联合奥扎格雷钠对急性脑梗死患者 C 反应蛋白的影响及疗效[J].中国医药,2012,7(3):291-293

[2]胡锦全,李贞艳,刘勇,等.奥扎格雷钠对急性脑梗死患者神经功能状态及脑血流的影响[J].海南医学院学报,2014,20(7):919-922

[3]来斌.银杏达莫联合奥扎格雷钠治疗急性脑梗死的临床疗效观察[J].海峡药学,2010,22(3):150-152

[4]丁海英.银杏达莫注射液联合神经节苷脂治疗急性脑梗塞 30 例[J].陕西中医,2013,34(3):288-289

[5]方兴旺.银杏达莫注射液对 2 型糖尿病脑梗塞患者 CRP、IL-6 及 sICAM-1 水平的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2014,11(3):81-84

[6]苏成舜.评价银杏达莫注射液治疗脑梗塞的临床疗效[J].当代临床医刊,2016,29(3):2205

[7]储文梅.银杏达莫注射液治疗缺血性脑卒中患者的疗效观察[J].中国热带医学,2015,15(1):115-117

[8]王一沙,刘菲,郭婉妹.奥扎格雷钠对急性脑梗死患者神经功能及血脂联素水平的影响[J].实用药物与临床,2012,15(5):265-267

(收稿日期：2017-04-13)

[5]柳先廉,刘燕燕,袁秀英,等.复方益母草胶囊联合屈螺酮炔雌醇片治疗青春期功能失调性子宫出血的效果[J].广东医学,2016,37(z1):238-240

[6]王彩红,朱澄漪.二至地黄汤加减治疗排卵期功能失调性子宫出血 40 例临床观察[J].中医药导报,2016,22(3):61-63

(收稿日期：2016-11-24)