

少腹逐瘀汤对子宫内膜息肉术后患者复发情况及炎症指标、中医证候评分的影响

王爽

(河南省南阳市第二人民医院中医妇科 南阳 473000)

摘要:目的:探讨少腹逐瘀汤对子宫内膜息肉术后患者复发情况及炎症指标、中医证候评分的影响。方法:选取南阳市第二人民医院 2018 年 4 月至 2020 年 3 月收治的 84 例子宫内膜息肉患者,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各 42 例。对照组采用宫腔镜子宫内膜息肉切除术联合黄体酮胶囊治疗,观察组在对照组基础上加用少腹逐瘀汤治疗,两组连续治疗 3 个月。比较两组术后随访 6 个月疾病复发情况,术前、术后 3 个月炎症指标[干扰素- γ (IFN- γ)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-4(IL-4)]水平及中医证候评分。结果:随访 6 个月,观察组疾病复发率(2.38%)低于对照组(19.05%),差异有统计学意义($P<0.05$);术后 3 个月,两组 IFN- γ 、IL-6 及 IL-4 水平均低于术前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);术后 3 个月,两组中医证候评分均较术前降低,且观察组较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:子宫内膜息肉患者术后采用少腹逐瘀汤治疗可有效减少疾病复发,减轻机体炎症反应,改善临床症状。

关键词:子宫内膜息肉;少腹逐瘀汤;宫腔镜手术;复发率

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.04.022

子宫内膜息肉多发于 35 岁以上女性,可引发腹痛、白带异常、子宫不规则出血等症状,严重者可直接导致不孕,对患者身心健康造成较大影响^[1]。宫腔镜手术因其手术风险低、对子宫伤害小等优点在子宫内膜息肉治疗中应用较多,切除息肉组织可减轻患者症状,但术后疾病复发风险较高,需给予药物治疗以降低疾病复发率^[2]。黄体酮胶囊作为一种外源性激素类药物,可促使子宫内膜向分泌期转化,抑制其过度增生,从而降低术后疾病复发风险。但该药对机体刺激较大,可能会引发嗜睡、头晕目眩等不良反应,降低患者耐受性,影响其身体恢复^[3]。因此,临床需寻找其他更加安全、有效的药物辅助治疗子宫内膜息肉术后患者。中医治疗子宫内膜息肉以温阳散寒、活络化瘀为主要原则,且安全性较高、治疗效果较好获得广泛认可。少腹逐瘀汤可通经止痛、活血化瘀,在月经不调、瘀血阻滞、久不受孕等疾病治疗中有较好效果^[4]。本研究探讨少腹逐瘀汤对子宫内膜息肉术后复发情况及炎症指标、中医证候评分的影响,以便为该类患者的治疗提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经南阳市第二人民医院医学伦理委员会审核批准。选取医院于 2018 年 4 月至

2020 年 3 月收治的 84 例子宫内膜息肉患者,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各 42 例。对照组年龄 23~42 岁,平均 (32.57 ± 3.26) 岁;产次 1~3 次,平均 (2.01 ± 0.25) 次;息肉类型,单发 29 例,多发 13 例;息肉直径 15~33 mm,平均 (20.03 ± 3.16) mm。观察组年龄 25~41 岁,平均 (32.86 ± 3.29) 岁;产次 1~3 次,平均 (2.08 ± 0.26) 次;息肉类型,单发 28 例,多发 14 例;息肉直径 14~35 mm,平均 (20.15 ± 3.19) mm。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者对本研究内容知情,自愿参与并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: (1) 符合《AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps》^[5]中子宫内膜息肉相关诊断标准,且经阴道超声及病理检查确诊。(2) 中医符合《中医病证诊断疗效标准》^[6]中瘀滞胞宫证诊断标准,主症经漏淋漓不绝,或骤然暴下,色暗或黑,夹有瘀块;次症小腹疼痛,块下痛减;舌质紫暗,脉沉涩或弦紧。(3) 近 3 个月内无激素使用史。(4) 符合宫腔镜手术适应证,可耐受本研究手术。(5) 依从性好,可严格遵医嘱用药,并配合完成本研究调查。排除标准: (1) 对本研究药物过敏患者; (2) 存在

急性生殖道炎症的患者；(3)合并肝、心、肾等功能障碍患者；(4)合并子宫肌瘤、子宫内膜炎等其他子宫疾病患者；(5)合并恶性肿瘤患者；(6)疾病复发患者。

1.3 治疗方法 对照组采用宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗。术前对患者外阴进行清洗、消毒，并将米索前列醇片（注册证号 H20150043）400 mg 放置于患者阴道软化宫腔、膨宫，静脉麻醉后采用 10 号扩宫棒扩张宫颈口，将宫腔镜缓慢置入，对患者宫腔状态、子宫内膜息肉位置、大小及形态进行观察。采用宫腔镜电切环彻底切除子宫内膜息肉并电凝止血，将切除组织送病理检查。术后给予抗生素预防感染，并于月经来潮后第 15 天口服黄体酮胶囊（国药准字 H20041902），100 g/ 次，2 次 /d，连续用药 15 d，连续服用 3 个月经周期。观察组在对照组基础上服用少腹逐瘀汤。方剂组成：当归 10 g、蒲黄 9 g、川芎 6 g、没药 6 g、小茴香 6 g、赤芍 10 g、五灵脂 6 g、延胡索 10 g、官桂 6 g、干姜 6 g、益母草 30 g、莪术 15 g。1 剂 /d，加 400 ml 水煎煮至 200 ml，分早、晚 2 次饭后服用，连续服用 5 d，每次月经周期第 1~5 天服用，连续服用 3 个月经周期。

1.4 观察指标 (1)疾病复发率：两组分别于术后 6 个月行阴道超声检查，采用迈瑞 DC-N3S 超声诊断仪检查是否存在子宫内膜息肉复发情况。(2)炎症指标：分别于术前、术后 3 个月抽取 5 ml 患者空腹外周肘静脉血，以 3 500 r/min 离心 10 min，取血清，检测干扰素- γ （Interferon- γ ，IFN- γ ）、白细胞介素-4（Interleukin-4，IL-4）、白细胞介素-6（Interleukin-6，IL-6）水平。(3)中医证候评分：分别于术前、术后 3 个月，参照《中医病证诊断疗效标准》中相关标准对患者中医证候进行评分，主症按无、轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分，次症按无、轻、中、重度分别计 0、1、2、3 分，舌脉有计 1 分，无计 0 分，总分 31 分，分数越高，表明患者临床症状越严重。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件处理数据。计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验，符合正态分布用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较用独立样本 t 检验，组内比较用配对样本 t 检验；计数资料用 % 表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疾病复发率对比 术后 6 个月，对照组 8

例复发，复发率为 19.05%；观察组 1 例复发，复发率为 2.38%。观察组疾病复发率低于对照组，差异有统计学意义 ($\chi^2=4.480, P=0.034$)。

2.2 两组炎症指标水平对比 术前，两组 IFN- γ 、IL-6、IL-4 水平对比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；术后 3 个月，两组 IFN- γ 、IL-6、IL-4 水平均低于术前，且观察组低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组炎症指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	n	IFN- γ ($\mu\text{g/L}$)	IL-6 (ng/ml)	IL-4 (ng/ml)
术前	观察组	42	8.76 $\pm$ 1.03	495.26 $\pm$ 28.51	2.59 $\pm$ 0.36
	对照组	42	8.72 $\pm$ 1.01	493.19 $\pm$ 28.44	2.55 $\pm$ 0.35
	t		0.180	0.333	0.516
	P		0.858	0.740	0.607
术后 3 个月	观察组	42	2.39 $\pm$ 0.88*	394.62 $\pm$ 20.08*	0.76 $\pm$ 0.20*
	对照组	42	5.17 $\pm$ 0.93*	423.35 $\pm$ 22.64*	1.08 $\pm$ 0.23*
	t		14.072	6.153	6.804
	P		0.000	0.000	0.000

注：与同组术前对比，* $P < 0.05$ 。

2.3 两组中医证候评分对比 术前，两组中医证候评分对比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；术后 3 个月，两组中医证候评分均降低，且观察组较对照组低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组中医证候评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	术前	术后 3 个月	t	P
观察组	42	22.26 $\pm$ 2.21	10.75 $\pm$ 1.08	30.325	0.000
对照组	42	22.13 $\pm$ 2.30	12.17 $\pm$ 1.12	25.232	0.000
t		0.264	5.915		
P		0.792	0.000		

3 讨论

子宫内膜息肉是常见妇科病，雌激素水平过高、长期妇科炎症刺激、宫腔内异物刺激等均是该病的致病因素^[7]。临床治疗该病的主要方式为宫腔镜子宫内膜息肉切除术，通过宫腔镜可清晰观察患者子宫状态、息肉位置、大小等情况，从而精准、快速切除病灶，具有安全性高、创伤小等优点，可减少对子宫内膜造成的损伤，促进患者术后恢复^[8-9]。但单纯手术无法改变患者子宫环境，致病因素依然存在，术后疾病极易复发。因此，宫腔镜子宫内膜息肉切除术患者术后仍需采用有效的药物治疗，以便消除病因，预防息肉复发。黄体酮胶囊是子宫内膜息肉患者术后常用药物，可降低患者体内雌激素水平，抑制子宫内

膜生长,降低患者术后疾病复发风险。但单一用药治疗时间较长,且药物过量可引发诸多不良反应,影响疾病转归^[9]。因此,寻找其他更加安全、有效的药物对子宫内膜息肉术后患者进行辅助治疗十分必要。

中医学认为,子宫内膜息肉根据其临床症状归属于“月经不调、不孕”等范畴,气虚、湿热易导致脉络不通,血瘀胞宫损伤胞络,治疗应以温经散寒、化瘀活络为主要原则^[11]。少腹逐瘀汤中的小茴香味辛,性温,具有温经散寒、理气止痛的功效;干姜味辛,性热,可温中散寒、回阳通脉;官桂味辛、甘,性大热,可温阳活血、散寒止痛,三者共为君药,可起到理气活血、温通血脉的功效。当归味甘、辛,性温,可养血活血、调经止痛;益母草味苦、辛,性微寒,可活血调经、清热解毒,二者共为臣药,可起到活血调经的功效。蒲黄味甘,性平,可祛瘀通络、通淋止痛;五灵脂味苦甘,性温,可行血止痛、通利气脉;延胡索味辛、苦,性温,可行气活血、通脉止痛;没药味辛、苦,性平,可散瘀定痛;川芎味辛,性温,可行气开郁、活血止痛,共为佐药,可起到行气活血、散瘀止痛的功效。莪术味辛、苦,性温,为使药,能破血逐瘀、调和诸药。全方具有温阳散寒、活血化瘀通络的功效^[12-13]。

本研究将少腹逐瘀汤用于子宫内膜息肉术后患者治疗中,术后 3 个月,与对照组相比,观察组疾病复发率、中医证候评分均明显降低,表明子宫内膜息肉患者术后采用少腹逐瘀汤治疗可降低疾病复发率,改善临床症状。分析原因可能为,少腹逐瘀汤中的益母草可降低机体子宫内膜雌激素受体与孕激素受体数量,降低子宫内膜对性激素的敏感性,从而抑制子宫内膜过度增生,降低术后疾病的复发风险^[14]。此外,益母草还能改善机体凝血功能,调节患者月经量与月经周期,改善其月经不调、子宫不规则出血等症状。延胡索中的延胡索总碱与当归中的苯胺类化合物具有较强的镇痛作用,可有效减轻患者腹痛症状^[15]。

IFN- γ 是具有细胞毒效应的致炎因子,适量分泌可促进血管及组织细胞生长;IL-6、IL-4 可调节多种细胞生长与分化,具有调节机体免疫应答的作用,三者均可由子宫内膜间质细胞分泌,调节子宫内环境,当其水平过高时易引起机体内分泌系统失调,产生炎症反应,刺激子宫内膜过度增生,诱发子宫内膜息肉。本研究结果显示,术后 3 个月,观察组 IFN- γ 、

IL-6 及 IL-4 水平均低于对照组,说明子宫内膜息肉患者术后采用少腹逐瘀汤进行治疗可有效减轻机体炎症反应,这可能与少腹逐瘀汤中的川芎、五灵脂等可抑制组胺、前列腺素等炎症介质的合成与释放,降低 IFN- γ 、IL-6 及 IL-4 等致炎因子水平有关,可避免炎症对子宫产生刺激,预防疾病复发^[16]。

综上所述,子宫内膜息肉患者术后采用少腹逐瘀汤治疗可有效降低疾病复发率,减轻炎症反应,改善临床症状,疗效显著。但本研究也存在一定局限性,如未观察两组患者术后并发症发生情况,且未分析患者用药期间不良反应发生情况,这些都有待进一步研究。

参考文献

[1]Banas T,Pitynski K,Mikos M,et al.Endometrial polyps and benign endometrial hyperplasia have increased prevalence of DNA fragmentation factors 40 and 45 (DFF 40 and DFF 45) together with the antiapoptotic B-cell lymphoma (Bcl-2) protein compared with normal human endometria [J].Int J Gynecol Pathol,2018,37 (5): 431-440.

[2]崔婷,夏亚芳,高娟.宫腔镜电切术治疗子宫内膜息肉的临床疗效及安全性分析[J].江苏医药,2017,43(10):740-742.

[3]Venturella R,Miele G,Cefali K,et al.Subcutaneous progesterone for endometrial polyps in premenopausal women: a preliminary retrospective analysis [J].J Minim Invasive Gynecol,2019,26 (1): 143-147.

[4]张佳勉,范学宇,凌娜.少腹逐瘀汤加减联合宫腔镜手术治疗子宫内膜息肉不孕症临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(3):151-154.

[5]American Association of Gynecologic Laparoscopists.AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps[J].J Minim Invasive Gynecol,2012,19(1):3-10.

[6]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,2017.235-236.

[7]Sasaki LMP,Andrade KRC,Figueiredo ACMG,et al.Factors associated with malignancy in hysteroscopically resected endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis [J].J Minim Invasive Gynecol, 2018,25(5):777-785.

[8]赵剑英,陈慧娟.TCRP 术后 LNG-IUS 放置对子宫内膜息肉合并中度贫血患者内膜厚度、复发率及并发症的影响[J].中国内镜杂志, 2017,23(8):77-80.

[9]李立丽,蒋维,韩炜.左炔诺孕酮宫内缓释系统联合子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉的效果评价[J].中国性科学,2017,26(5):46-49.

[10]王小艳,李权,李黎,等.黄体酮软胶囊联合宫腔镜电切术治疗子宫内膜息肉不孕症的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2019,35(23): 3035-3037.

[11]林晶,张宜群.中药化瘀散结法对降低子宫内膜息肉患者宫腔镜术后复发的临床研究[J].中华全科医学,2018,16(6):946-948,960.

[12]吴修红,赵闯,杨东霞,等.少腹逐瘀汤药理作用及临床应用的研究进展[J].中国临床保健杂志,2017,20(5):612-616.

[13]于小普.针灸联合少腹逐瘀汤治疗子宫肌瘤临床观察[J].中医学报,2018,33(2):326-328.

[14]谢晓芳,陈俊仁,李刚敏,等.益母草对子宫的药理作用研究进展[J].世界中医药,2020,15(9):1263-1266.

[15]徐婷,麦霞沂,向俊,等.“黄芪-当归”药对主要活性成分的网络药理学研究[J].中药材,2017,40(9):2195-2201.

[16]沈玉莲,刘春丽.针灸配合少腹逐瘀汤治疗寒湿凝滞型盆腔炎性疾病临床观察[J].安徽中医学院学报,2019,38(4):50-53.

(收稿日期: 2021-12-14)