

自拟止血方治疗 慢性子宫内膜炎致经期延长 35 例疗效观察

黄高艳¹, 匡继林²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005)

[摘要] 目的:观察自拟止血方治疗慢性子宫内膜炎致经期延长气虚血瘀证的临床疗效。方法:将70例诊断为慢性子宫内膜炎致经期延长、辨证为气虚血瘀证的患者随机分为2组各35例,对照组采用抗生素治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用自拟止血方治疗。结果:2组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);中医证候疗效、慢性子宫内膜炎疗效及综合疗效总有效率组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:自拟止血方治疗慢性子宫内膜炎致经期延长气虚血瘀证有较好的临床疗效。

[关键词] 慢性子宫内膜炎;经期延长;气虚血瘀证;中医药疗法;止血方

[中图分类号] R271.917.4 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.04.030

慢性子宫内膜炎(Chronic Endometritis, CE)是盆腔炎性疾病的一种病理改变,属于中医学“经期延长”“妇人腹痛”等范畴,以月经经期延长、白带增多、下腹隐痛等为主要证候特点,少数患者可有发热、子宫触痛等,可反复发作^[1]。若未经及时有效治疗,可导致女性月经失调、不孕。中医学认为此病病情迁延反复,加之患者素体羸弱,或劳累过甚,或忧思不解,耗损脾气,气虚则冲任不固,无法约束经血、带下,则经期延长、白带增多;气虚则血液运行缓慢,血行不畅,瘀血停滞胞宫,致腹痛;瘀血蕴久,热邪内生,故可见发热。匡继林教授依据多年临床经验,以益气化瘀止血为法,自拟止血方止血调经治疗慢性子宫内膜炎致经期延长、中医辨证属气虚血瘀证的患者35例,取得一定疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 70例均为2015年8月至2016年8月湖南中医药大学第二附属医院妇科门诊或住院患者,按随机数字表法分为对照组和治疗组各35例。对照组年龄20~45岁,平均 (31.97 ± 8.06) 岁;病程1~18个月,平均 (8.51 ± 4.41) 个月;行经时间9~14d,平均 (11.65 ± 2.15) d。治疗组年龄21~45岁,平均 (31.74 ± 7.90) 岁;病程2~18个月,平均 (8.71 ± 4.88) 个月;行经时间8~14d,平均 (10.94 ± 1.98) d。2组一般资料比较,差异无统计学意义

($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中华妇产科学》^[2]及相关文献^[3]拟定。(1)临床表现:白带、月经量多,经期延长,盆腔区域疼痛或痛经等;(2)超声检查显示子宫内膜回声不均匀或增厚等;(3)宫腔镜检查示子宫内膜基质水肿,可见点状或弥散性的充血,或散在细小息肉(直径小于1mm)^[4];(4)组织学检查:子宫内膜及间质生长缓慢,毛细血管和静脉窦扩张且增多,内膜间质内浸润有浆细胞及淋巴细胞。中医辨证分型标准:参照《中医妇科常见病诊疗指南》^[5]中经期延长气虚血瘀证诊断标准拟定。(1)主症:月经周期正常,或伴有经量增多,行经期超过7d,甚或2周方净。(2)次症:①神疲乏力;②少气懒言;③自汗;④经色紫暗夹血块;⑤经期前后下腹部疼痛;⑥腰骶酸痛。(3)舌脉:舌暗或有瘀斑,薄白苔,脉弦细。主症必须具备,次症①~③、④~⑥中同时各具任意1项,联合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准 (1)年龄在20~45岁之间,有性生活史的女性;(2)符合上述诊断标准;(3)未怀孕并同意在观察期间避孕;(4)自愿参加本观察。

1.4 排除标准 (1)年龄 > 20 岁, < 45 岁;(2)妊娠相关出血等其他引起阴道异常出血;(3)子宫内膜急性感染,病情严重需行手术;(4)合并严重原发性疾病或重要器官受损;(5)合并有精神、神经疾病而无法合作;(6)对观察药组成成分过敏或耐

药;(7)治疗前1周内使用同类药物及相关治疗手段;(8)不满足纳入标准或不按时用药等影响疗效。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药治疗。奥硝唑氯化钠注射液(批准文号:国药准字 H20060634)100mL;盐酸左氧氟沙星氯化钠注射液(批准文号:国药准字 H20066291)100mL。静脉滴注,2次/d。正值出血期,则于就诊当天二联抗菌药物治疗,连续治疗5d为1个疗程,第2、3个月经周期各于经期第1天开始治疗,连续5d,共连续治疗3个疗程。疗程结束3个月后随访。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加服自拟止血方治疗。处方:党参30g,黄芪60g,益母草15g,白芍10g,熟地黄10g,何首乌10g,田三七6g,蒲黄炭10g,地榆炭10g,茜草炭10g,海螵蛸30g,白及10g,甘草5g。每天1剂,水浓煎400mL,早晚各温服1次。出血期就诊,则当天开始服用本方,连续服用7d为1个疗程,第2、3个月经周期则于经期第3天开始,连服7d,持续治疗共3个月经周期。疗程结束3个月后随访。

3 疗效观察

3.1 观察指标 中医证候积分:治疗前后分别对行经天数、经血色质、神疲乏力、少气懒言、自汗、小腹痛、腰酸酸痛等症状进行评分。其中行经天数3~7d为0分,8~10d为4分,11~12d为8分,13~14d为12分;0分为经血色、质正常,2分为暗红有块,4分为紫暗有块,6分为紫黑、血块多;余证候无症状为0分,2、4、6分各代表轻、中、重度症状。

3.2 疗效标准

3.2.1 中医证候疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]及《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定。痊愈:经期正常($\leq 7d$),经量正常,无其他症状,积分减少 $\geq 95\%$;显效:经期正常($\leq 7d$),经量较治疗前明显改善,其他症状消失或明显缓解,积分减少 $\geq 70\%$,但 $< 95\%$;有效:经期较治疗前缩短,但仍 $> 7d$,经量较治疗前稍有改善,其他症状较治疗前缓解,积分减少 $\geq 30\%$,但 $< 70\%$;无效:经期、经量无明显变化,其他症状无改善,积分减少 $< 30\%$ 。疗效指数= $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}]\times 100\%$ 。

3.2.2 慢性子宫内膜炎疗效标准 参照《妇产科学》^[8]拟定。痊愈:月经正常,无腹部疼痛等其他症状,停药后3个月经周期内未复发;显效:月经正常,腹部疼痛等其他症状明显改善,停药后3个月经周期内未复发;有效:经期缩短,但未恢复正常,腹部疼痛等其他症状稍有改善,停药后3个月经周期内未加重;无效:经期无缩短,腹部疼痛等其他症状无减轻,停药后3个月经周期内病情反复。

3.2.3 综合疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]及《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定。痊愈:经期、经量正常,无腹部疼痛等其他症状,积分减少 $\geq 95\%$,停药后3个月经周期内未复发;显效:经期正常,经量较治疗前明显改善,腹部疼痛等其他症状明显改善,积分减少 $\geq 70\%$,但 $< 95\%$,停药后3个月经周期内未复发;有效:经期较治疗前缩短,但仍 $> 7d$,经量较治疗前稍有改善,腹部疼痛等其他症状稍有改善,积分减少 $\geq 30\%$,但 $< 70\%$,停药后3个月经周期内未加重;无效:经期、经量无明显变化,腹部疼痛等其他症状无改善,积分减少 $< 30\%$,停药后3个月经周期内病情反复。

3.3 统计学方法 所有资料均用SPSS 19.0统计软件处理。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,先进行正态性、方差齐性检验,满足用方差分析,不满足用秩和检验;等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为94.3%,对照组为85.7%。2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组中医证候疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	1(2.9)	9(25.7)	23(65.7)	2(5.7)	33(94.3) ^a
对照组	35	0(0.0)	3(8.6)	27(77.1)	5(14.3)	30(85.7)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组慢性子宫内膜炎疗效比较 总有效率治疗组为97.1%,对照组为82.9%,2组比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组慢性子宫内膜炎疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	2(5.7)	8(22.9)	24(68.6)	1(2.9)	34(97.1) ^a
对照组	35	0(0.0)	4(11.4)	25(71.5)	6(17.1)	29(82.9)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 94.3%,对照组为 82.9%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组综合疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	1(2.9)	8(22.9)	24(68.6)	2(5.7)	33(94.3) ^a
对照组	35	0(0.0)	3(8.6)	26(74.3)	6(17.1)	29(82.9)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中医证候积分治疗前组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	35	37.48 $\pm$ 5.91	17.20 $\pm$ 6.83 ^{ab}
对照组	35	37.60 $\pm$ 6.25	24.63 $\pm$ 5.13 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

CE 是常见妇科疾病,是子宫内膜充血、水肿、炎性细胞浸润的病理状态^[9]。其发病常由病原体感染、产褥感染和感染性流产治疗不及时或不彻底、宫颈或宫腔内操作不当、经期性交、子宫腔内病变、妇科炎症、雌激素水平低下等所致。伴随各类辅助检查技术的提高,CE 的确诊率逐渐上升。

目前,西医治疗本病多使用二联抗菌药物(奥硝唑+左氧氟沙星)抗感染。奥硝唑常用于厌氧菌感染的治疗,左氧氟沙星可用于广谱抗菌。两者作用协同,能增强抗菌疗效。子宫内膜炎症得到控制,有利于子宫内膜修复,因内膜不规则脱落导致经期延长得以减轻。

中医学对于 CE 的中医病名、中医辨证尚无规范化标准,在临床上,CE 可使子宫内膜组织坏死、剥落迟缓,导致经期延长^[10]。因此 CE 属于中医学“经期延长”范畴。匡继林教授认为 CE 所致经期延长患者中气虚血瘀证居多,故自拟止血方益气化瘀止血。方中黄芪健脾益气、生肌敛疮;田三七化瘀定痛止血,两者共为君药。党参、白芍、熟地黄、何首乌辅助君药益气养血,兼补肾固冲止血之功效为臣;蒲黄炭、益母草、茜草炭助田三七化瘀止血;海螵蛸、白及收敛止血;地榆炭凉血止血,以上诸药通涩并用,把止血与化瘀相结合,共为佐药。甘草调

和诸药为使。若血量多加乌梅炭、牡蛎;兼血热加马鞭草;血瘀重加乳香、没药。现代研究^[11]发现,黄芪可使血小板凝聚减少,从而减少血栓生成;田三七能显著减少凝血和出血时间,有抗血小板聚集和溶栓、造血功能,两者联合能增强益气化瘀止血之效;党参有治疗子宫出血的功效;白芍、熟地黄、何首乌可改善细胞免疫功能,从而增强机体免疫力,有助于身体康复;蒲黄炭、茜草炭、白及有促进凝血的功用,且茜草炭能在一定程度上抵制金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌和流感杆菌、部分真菌;益母草所含益母草碱能使子宫收缩加强,瘀血排出增多,从而达到活血调经的功效;海螵蛸所含胶质和有机质能保护膜形成并黏附在疮面,促进血小板凝集从而止血;地榆制剂可使毛细血管通透性降低,组织水肿减轻,在收敛同时可预防感染;甘草有抗炎、抗过敏、抗病毒、抗菌作用。

本观察结果表明,2 组治疗 CE 致经期延长气虚血瘀证均有临床疗效,但自拟止血方与二联抗生素结合治疗疗效明显高于单纯使用二联抗生素治疗。

参考文献

[1] 李翠翠. 不明原因反复流产与子宫内膜 CD138 表达的相关性及慢性子宫内膜炎诊断方法的探讨[D]. 北京:首都医科大学,2016.

[2] 曹泽义. 中华妇产科学(2 版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:1363.

[3] 陈翠梅,庞赞,李明坤,等. 98 例慢性子宫内膜炎临床治疗实践探析[J]. 医学理论与实践,2014(14):1911-1912.

[4] 刘素婷,翟伟,孙霞,等. 宫腔镜与诊断性刮宫对异常子宫出血的临床诊断价值的对比观察[J]. 临床和实验医学杂志,2012,11(17):1400-1401.

[5] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南[S]. 北京:中国中医药出版社,2012:7-8.

[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,1994:211.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:239-243.

[8] 乐杰. 妇产科学(7 版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:351-355.

[9] Dolgushina VF, Troshina NA. Clinical and morphological characteristics of chronic Endometritis in women with hysteromyoma [J]. 2014,63(5):46-50.

[10] 黄梅. 内服固经汤治疗湿热型经期延长 50 例临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药,2013,22(12):84-84.

[11] 高学敏. 中药学(2 版)[M]. 北京:中国中医药出版社,2007.

(收稿日期:2017-06-27)