

固冲汤加减联合西药治疗围绝经期功能失调性子宫出血 56 例

王新花*

(河北省迁安市妇幼保健院妇产科,河北 迁安 064400)

[摘要] 目的:观察应用固冲汤加减联合西药治疗功能失调性子宫出血的临床疗效。方法:56 例功能失调性子宫出血患者随机分为两组。对照组予米非司酮,治疗组在对照组的基础上加用固冲汤加减治疗,疗程 3 个月。治疗结束后比较两组的临床疗效、止血时间及不良反应。结果:治疗组总有效率 89.3%,对照组总有效率 71.4%,治疗组临床疗效明显高于对照组($P<0.05$);治疗组止血时间明显短于对照组($P<0.05$);治疗组不良反应明显少于对照组。结论:采用固冲汤加减联合西药治疗功能失调性子宫出血,治疗效果优于单用西药米非司酮治疗。

[关键词] 功能失调性子宫出血;固冲汤;米非司酮

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)07-0241-02

功能失调性子宫出血是临床常见疑难病,是指由调节生殖的神经内分泌,主要是下丘脑-垂体-卵巢功能轴的各部位内分泌的功能失常,导致异常的子宫出血^[1]。临床主要表现为月经周期失去正常规律,经量过多,经期延长,甚至不规则阴道流血等。由于本病迁延不愈,严重影响了妇女的生活及健康。本文采用固冲汤加减联合西药治疗功能失调性子宫出血,取得了不错的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集我院 2009 年 5 月至 2010 年 9 月我科住院功能失调性子宫出血患者,全部病例均依据临床症状、妇科检查及 B 超检查、诊断性刮宫、内膜组织病理学检查,排除血液病,子宫、附件器质性病变,妊娠及全身性疾病引起的子宫异常出血,确诊为围绝经期功能失调性子宫出血患者。将全部病例随机分为对照组和治疗组。其中对照组 28 例,年龄 45~54 岁,平均 49.2 岁。月经量增多 11 例,月经周期延长 9 例,月经紊乱 8 例。治疗组 28 例,年龄 43~52 岁,平均 49.1 岁。月经量增多 12 例,月经周期延长 7 例,月经紊乱 9 例。所有病例基础体温测定为单相。两组病例中医辨证均为脾气虚型,症见出血量多,气短无力、面色苍白、腹胀便溏、纳食减少,舌淡,苔白,脉细。两组资料在年龄、病程及临床症状方面比较均无显著差异,具有可比性。

1.2 诊断标准^[2] ①月经过多:周期规则,但经期

延长(>7 d)或经量过多(>80 mL);②经量过多:周期规则,经期正常,但经量过多;③子宫不规则过多出血:周期不规则,经期延长,经量过多;④子宫不规则出血:周期不规则,经期可延长经量不太多。

1.3 治疗方法 对照组:于诊断性刮宫术后 3 d 开始每晚睡前口服米非司酮,12.5 mg/次,1 次/d,连服 3 个月。治疗组:在对照组的基础上给予固冲汤加减治疗,方药组成:白术 25 g,黄芪 20 g,煅龙骨 20 g,煅牡蛎 20 g,山茱萸 15 g,白芍 12 g,熟地黄 12 g,茜草 9 g,棕榈炭 9 g,五倍子 3 g。随证加减:若血热甚者加地榆炭、白茅根,血瘀甚者加三七、五灵脂,脾虚甚者加大白术、黄芪用量,阴虚甚者加女贞子、枸杞,阳虚甚者加巴戟、菟丝子。上药水煎,每日 1 剂,早晚温服,1 个月为 1 个疗程,治疗 3 个疗程。服药期间禁食辛辣刺激性食物,禁饮酒,注意休息。治疗结束后观察两组病例的月经改善情况,并行妇科检查及 B 超检查,于疗程结束后行疗效评估。

1.4 疗效评价标准 疗效评定标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3]。治愈:经量、经期、周期恢复正常,且维持 3 个月经周期以上;好转:经量、经期、周期虽恢复正常,但不能维持 3 个月经周期,或经量少,或周期缩短;无效:阴道出血无变化。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件包进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 对照组 28 例中,治愈 11

[收稿日期] 2010-12-17
[通讯作者] *王新花, Tel:0315-7662811

例 (39.3%) , 好转 9 例 (32.1%) , 无效 8 例 (28.6%) , 总有效率为 71.4% ; 治疗组 28 例中, 治愈 15 例 (53.6%) , 好转 10 例 (35.7%) , 无效 3 例 (10.7%) , 总有效率为 89.3% 。 治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$) 。

2.2 两组止血时间比较 见表 1。

治疗组止血时间较对照组有显著性缩短 ($P < 0.05$) 。

表 1 两组患者止血时间比较				例 (%)
组别	< 3 d	3 ~ 7 d	7 ~ 10 d	> 10 d
对照	4 (14.3)	7 (25.0)	11 (39.3)	6 (21.4)
治疗	7 (25)	12 (42.9)	6 (21.4)	3 (10.7)

由表 1 可见, 治疗组在 7 d 以内止血占 67.9% , 对照组为 39.3% , 而在 7 d 以上止血, 治疗组为 32.1% , 对照组为 60.7% , 治疗组止血时间较对照组有显著性缩短 ($P < 0.05$) 。

2.3 两组不良反应比较 有 5 例 (17.9%) 出现轻度恶心、呕吐、食欲减退、乏力等胃肠道反应, 2 例出现轻度的潮热、出汗, 停药后不良反应均消失。治疗组有 2 例 (7.1%) 出现轻度恶心、呕吐, 继续服药症状消失。两组治疗期间均无明显恶性不良反应发生。

3 讨论

功能失调性子宫出血主要是由于调节生殖的神经内分泌机制失调引起的子宫异常出血, 临床可见月经量多、经期延长、不规则子宫出血、而无生殖器官及全身的器质性病变。围绝经期功能失调性子宫出血占功能失调性子宫出血的 20% ~ 30% [4]。该病常导致围绝经期妇女不同程度贫血、继发感染、精神负担过重、甚至切除子宫, 严重危害其身体健康。米非司酮是一种孕酮受体阻断剂, 能取代体内孕酮与孕酮受体相结合, 从而抑制孕酮活性, 对子宫内膜增生具有特有的抗雌激素调节机制和明显的抗孕激素作用 [5], 目前已逐步将米非司酮用于围绝经期功能失调性子宫出血的治疗。

功能失调性子宫出血属中医“崩漏”范畴, 经血

暴下称为“崩”, 淋漓不断谓之“漏”。两者可相互转化, 久崩不止、气血耗损, 必致“漏”; 久漏不止、病势日进, 也将成“崩”。中医学认为是肝、脾、肾三脏亏虚、肝虚不能藏血、脾虚不能摄血、肾虚封藏不固、冲任不固、不能制约经血所致 [6]。治疗原则宜“塞流-澄源-复旧”, 即止血-求因-固本。方用固冲汤加减, 方中白术、黄芪健脾益气以摄血; 煅龙骨、煅牡蛎、棕榈炭、五倍子收涩止血; 山茱萸补益肝肾, 收敛固涩; 白芍、熟地黄阴止血; 茜草凉血行血, 去瘀止痛, 使血止而不留瘀。诸药相合, 固无形之气, 生有形之血, 共奏补气健脾, 固冲摄血之效。

本研究采用固冲汤加减联合米非司酮治疗功能失调性子宫出血, 结果显示, 治疗组临床疗效明显高于对照组, ; 治疗组止血时间明显短于对照组 (均 $P < 0.05$); 治疗组不良反应明显少于对照组。可见采用固冲汤加减联合西药米非司酮治疗功能失调性子宫出血, 可弥补单纯应用米非司酮治疗的缺陷, 单纯止血、调整周期、减少经量, 只能治标; 而加用中药固冲汤可标本兼治, 补气固冲以治本, 收涩止血以治标, 从而提高了临床疗效, 值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 陈淑音. 固冲汤治疗功能失调性子宫出血 61 例观察 [J]. 国际医药卫生导报, 2006, 12 (9) : 71.

[2] 乐杰. 妇产科学 [M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 383.

[3] 国家中医药管理局. 中医妇科病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 107.

[4] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 238.

[5] 徐小凤, 周焕娣. 李苗. 小剂量米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血 [J]. 中国当代医药, 2010, 17 (21) : 63.

[6] 张玉珍. 中医妇科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 102.

[责任编辑 何伟]