

中西药联合治疗子宫内膜异位症

黄礼云*

(山东省枣庄市妇幼保健院, 山东 枣庄 277100)

[摘要] **目的:**探讨中药联合促性腺激素释放激素治疗子宫内膜异位症的疗效。**方法:**将诊断为子宫内膜异位症的240例患者随机分为对照组和中西医结合治疗组,对照组应用促性腺激素释放激素亮丙瑞林,0.375 mg·kg⁻¹,1次/月,sc共6次;中西药联合治疗组在对照治疗的基础上,加用中药汤剂内服和肛门灌肠。比较两组治疗期间的围绝经期症状严重程度、两组的治疗效果及停药后复发情况。**结果:**治疗组用药期间围绝经期症状轻或无症状,对照组症状加重,Kupperman评分治疗组明显低于对照组。治疗组显效率为74.17%,复发率15%;对照组显效率为33.33%,复发率81.67%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**中西药结合治疗子宫内膜异位症具有疗效好,副作用小,复发率低的特点。

[关键词] 促性腺激素释放激素;子宫内膜异位症;围绝经期症状

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)18-0303-03

子宫内膜异位症是子宫内膜生长在子宫腔以外的其他部位所引起的症状和体征,主要表现为进行性加重的继发性痛经、不孕、月经不调和盆腔痛性结节等,是难治病之一。目前子宫内膜异位症的主要治疗方向是控制疼痛,主要采用性激素控制病情。但激素类药物的副作用大,患者难以接受。近年来,我们采用中药联合促性腺激素释放激素治疗子宫内

膜异位症,使因应用激素所致围绝经期症状加重得以控制,具有疗效好,副作用小,复发率低的特点,取得了很好的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2010年1月至2011年7月在我院妇科门诊诊断为子宫内膜异位症的患者240例,按抽签法随机分为两组:对照组和治疗组;治疗

[收稿日期] 20120222(193)

[基金项目] 山东省枣庄市科技局2012年立项科研项目[2012073]

[通讯作者] *黄礼云,副主任医师,从事妇产科疾病的中西医结合治疗, Tel:13863234223, E-mail:13863234223@163.com

[参考文献]

[1] 中华医学会神经科学分会,神经外科学分会. 各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996,29(6):379.

[2] 中华医学会神经科学分会,神经外科学分会. 临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996,29(6):381.

[3] 王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:747.

[4] Kag R, Wong K S, Yug L, et al. Low-molecular-weight heparin for the treatment of acute ischemic stroke [J]. N Engl J Med, 1995, 54(Suppl 3):1588.

[5] 陈清堂. 临床神经病学[M]. 北京:北京科学技术出版社, 2000:36.

[6] 吴天云,张俊. 灯盏花素注射液对急性脑梗死患者血脂、血液流变学的影响[J]. 临床神经学杂志, 2004, 17(4):305.

[7] 陈康宁,董为伟. 灯盏花注射液对脑缺血损伤的防治研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(11):12.

[8] 刘海江,詹细平,楼小亮. 灯盏花素注射液对急性脑梗死患者血浆溶血磷脂酸水平的影响[J]. 江西医药, 2010, 45(3):228.

[9] 冯志武,胡正操. 灯盏花素注射液治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 广西医科大学学报, 2005, 22(3):438.

[10] 周坤,黄智武. 低分子肝素钙治疗进展型脑梗死的疗效观察[J]. 内科, 2010(2):267.

[11] 曾贤翠,顾克繁,关维莉. 低分子肝素钙治疗进展型脑梗死21例[J]. 神经损伤与功能重建, 2007, 5(3):166.

[12] 黄麟,孙耀辉,黄健聪. 低分子肝素钙治疗进展型脑梗死的临床疗效观察[J]. 中国医学创新, 2011, 8(11):157.

[责任编辑 何伟]

组 120 例, 年龄 21 ~ 39 岁, 平均 (26.3 ± 0.4) 岁; 病程 1 ~ 3 年, 平均 (2.1 ± 0.2) 年; 对照组 120 例, 年龄 20 ~ 41 岁, 平均 (25.4 ± 0.3) 岁; 病程 10 个月 ~ 3.5 年, 平均 (1.9 ± 0.4) 年。两组患者资料比较无统计学差异, 有可比性。

1.2 纳入标准 符合妇产科学子宫内位症的诊断标准^[1]; 已婚妇女; 有生育要求; 能自愿参加并可随访者; 近 1 个月未服用任何激素类药物。

1.3 排除标准 严重的胃肠道疾病影响药物吸收者; 合并心、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病者; 有恶性肿瘤病史; 未按规定服药, 无法判断疗效及资料不全者。

1.4 治疗方法 两组患者均于月经周期的第 1 天 sc 亮丙瑞林 (上海丽珠制药有限公司, H20093852) 0.375 mg · kg⁻¹, 以后每隔 28 d 注射 1 次, 共 6 次; 治疗组同时应用中药, 中药组方: 当归 12 g, 川芎 12 g, 熟地黄 12 g, 白芍 12 g, 赤芍 12 g, 桂枝 6 g, 丹参 12 g, 桃仁 9 g, 红花 9 g, 三棱 12 g, 莪术 12 g, 黄芪 30 g, 女贞子 12 g, 菟丝子 12 g, 元胡 12 g, 香附 12 g, 野菊花 12 g, 蒲公英 12 g, 甘草 6 g 等加减; 水煎服, 每剂浸泡 1 h, 煎煮 2 次, 将 2 次药液混匀, 留出 150 mL 作灌肠用, 剩余部分分 2 次于饭后 0.5 h 温热口服; 每晚将留取药液于睡前排空大便后作保留灌肠, 药液温度 37 ~ 41 °C, 肛管应插入 15 ~ 20 cm, 灌肛后抬高臀部约 0.5 ~ 1 h, 1 次/d, 连用 10 d, 停药 20 d 再开始下 1 个周期, 方法同上, 共用 6 个周期。

1.5 测定指标

1.5.1 观察用药期间患者潮热、盗汗、心烦易怒、抑郁、阴道干涩及性交困难等症状的严重程度, 用积分法表示, 采用改良的 Kupperman 评分法, 评价治疗前后变化。

1.5.2 于用药期间, 复查症状、体征、彩超, 评价其治疗效果。

1.5.3 复发情况 于停药后的 3 个月、6 个月及 1 年月经干净后进行随访, 根据症状、体征及超声检查进行评估有无复发情况。

1.6 疗效评价标准

1.6.1 围绝经期症状程度 采用改良的 Kupperman 评分法^[2], 以症状程度乘以症状指数为总积分。症状指数: 潮热出汗为 4; 感觉异常、失眠、易激动、性交痛、泌尿系症状为 2; 其余的症状是 1。症状程度为 0 ~ 3 分 4 个等级: 即无症状为 0 分, 偶有症状为 1 分, 症状持续为 2 分, 影响生活者为 3 分。总积分为 0 ~ 63 分。

1.6.2 疗效评价标准^[3] 显效: 痛经及性交痛消失, 腰骶痛及下腹痛消失, 结节明显缩小或无明显触痛; 有效: 痛经及性交痛减轻, 腰骶痛及下腹痛减轻, 结节略有缩小或触痛减轻; 无效: 仍有痛经及性交痛, 仍有腰骶痛及下腹痛, 结节病灶如旧。

1.6.3 复发标准 停药 3 个月后再出现子宫内位症的临床症状及体征者。

1.7 统计学方法 数据采用 SPSS 17.0 软件进行统计学处理, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围绝经期症状比较 治疗组治疗前改良 Kupperman 评分 3 分者 113 例, 3 ~ 5 分者 6 例, > 5 分者 1 例; 治疗后小于 3 分者 102 例, 3 ~ 5 分者 16 例, > 5 分者 2 例。对照组治疗前评分 < 3 分者 115 例, 3 ~ 5 分者 5 例, > 5 分者 0 例; 治疗后 < 3 分者 0 例, 3 ~ 5 分者 12 例, > 5 分者 108 例。统计分析结果表明: 治疗组治疗前后围绝经期症状差异无显著性, 对照组治疗后积分明显增加 ($P < 0.01$), 治疗组围绝经期症状严重程度明显低于对照组 ($P < 0.01$)。临床观察到治疗组服药期间围绝经期症状轻或无症状, 而对照组几乎每例均出现了围绝经期症状, 而且症状重。

2.2 两组疗效比较 治疗组显效率 74.17%, 总有效率为 100%; 对照组显效率 33.33%, 总有效率为 95.83%。两组间显效率比较差异有显著性 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	例数	例 (%)			总有效
		显效	有效	无效	
治疗	120	89 (74.17) ¹⁾	31 (25.83)	0 (0)	(100.00)
对照	120	40 (33.33)	75 (62.5)	5 (4.17)	(95.83)

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 两组复发情况 治疗组停药后复发率明显低于对照组, 两组间比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组复发情况比较

组别	例数	例 (%)		
		停药后 3 个月	停药后 6 个月	停药后 1 年
治疗	120	1 (0.83) ¹⁾	12 (10) ¹⁾	18 (15.00) ¹⁾
对照	120	16 (13.33)	48 (40)	98 (81.67)

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

3 讨论

内膜异位症西药物目前国内主要采用的是性激素治疗, 以抑制雌激素受体的合成, 使异位种植的

子宫内膜萎缩或切断性腺轴的刺激和出血周期,以期从病因上起治疗作用。本研究选取治疗子宫内膜异位症疗效确切的亮丙瑞林为基本用药,其作用机制是通过下调垂体促性腺激素的分泌,进而抑制卵巢对雌激素、孕激素的释放,造成体内低雌激素状态,起到药物暂时性“去势”作用,使异位内膜萎缩而达到治疗目的。但应用此药能引起垂体-卵巢轴功能低下,雌激素水平过低,导致患者出现潮热、出汗、烦躁、阴道干涩、性欲低下及骨质丢失等围绝经期症状。为改善用药者的症状,消除药物副作用,现今理想的用药方法是合并应用雌激素,即反向“添加”治疗。但应用合成激素有严格的适应症、禁忌症,服药方法要求严格,剂量个体差异大,服药期间须定期测量血液中的雌二醇水平,因此使用上受到了限制。再者临床证实内异症药物治疗后复发率高。

祖国医学认为,子宫内膜异位症属于癥积范畴。病变部位主要在盆腔。子宫内膜异位症的内膜实质为“离经之血”,祖国医学将此“离经之血”归为瘀血,而瘀血阻滞,不通则痛。本病病因复杂多端,除血瘀为主外,一般兼有血虚气滞及热毒未清。故本组方以活血化瘀为主,兼以补益肝肾、气血,理气止痛,清热解毒。方中丹参、桃仁、红花、赤芍、三棱、莪术活血化瘀、消癥散积;四物汤及黄芪补益气血,当归、熟地黄、女贞子、菟丝子补益肝肾;香附、元胡理气止痛;蒲公英、野菊花清热解毒,诸药配伍,共奏活血化瘀、行气止痛、补益气血、清热解毒之功。临床实践证实^[4]:活血化瘀中药除能降低血液浓、黏、聚状态,改善局部血液循环,有助于异位内膜的吸收及症状改善,具有抑制体液免疫亢进作用外,还能降低毛细血管的通透性,减少渗出水肿,减轻炎症反应。现代研究证明^[5]黄芪能提高机体免疫功能,降低血液黏滞度,改善微循环,从而使血液通畅;丹参对纤维蛋白有溶解作用,并显著增强腹腔巨噬细胞

吞噬坏死组织及异物,促进血凝块的吸收;桂枝、元胡及甘草均能降低前列腺素,缓解痉挛以止痛;香附、女贞子、菟丝子等中药含有植物雌激素;熟地黄、当归能够改善卵巢微循环,促进生殖功能恢复。由于本病病程较长,多在经期反复发作,缠绵难愈,症状虚实夹杂,单一疗法不佳,本研究除中药内服外,还配合灌肠,利用其与子宫、输卵管、卵巢相邻,直接接触病灶,病灶周围浓度高,药物生物利用度高等特点,使粘连组织消散,水肿消失。中药内服配合灌肠,内外兼治,整体与局部相结合,可增强疗效,减少病灶复发。

临床实验研究证明^[6],中医药对主要由雌激素下降引起的围绝经期症状有较好的治疗作用,而且基本无不良反应。本研究表明:治疗组服药期间围绝经期症状轻或无;中医药对内异症有明显的疗效,治疗组显效率明显高于对照组,复发率明显低于对照组。中西药联合治疗内异症具有疗效好、复发率低,副作用少等优点,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:345.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:2281.
- [3] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会. 子宫内膜异位症及妊娠高血压综合症及女性不孕症的中西医结合诊疗标[J]. 中西医结合杂志,1991,11(6):376.
- [4] 陆耘,李伟莉,储继军. 通络汤合中药保留灌肠治疗血瘀型输卵管阻塞性不孕症40例[J]. 安徽中医学院学报,2008,27(1):19.
- [5] 吴大真,刘学春. 现代名中医妇科绝技[M]. 北京:科学技术文献出版社,2004:71.
- [6] 王文君,魏美娟. 补肾疗法治疗绝经相关疾病的探讨[J]. 中国中西医结合杂志,2008,28(3):198.

[责任编辑 何伟]