

· 中医药 · 中西医结合 ·

消癥汤联合孕三烯酮治疗 162 例子宫内膜异位症的疗效观察

王海玲

武威凉州医院妇产科, 甘肃 武威 733000

摘要: **目的** 探讨子宫内位症患者采用中西医结合治疗的效果。**方法** 选取在 2012 年 1 月到 2014 年 2 月收治的 162 例子宫内膜异位症患者,按随机抽样的方式分为研究组与对照组各 81 例,对照组患者采用单药孕三烯酮(内美通)胶囊口服治疗,研究组患者采用中医方剂消癥汤联合内美通治疗。观察两组患者的临床治疗效果、治疗前后的血清糖类抗原(CA)125 值水平及血清性激素水平。**结果** 研究组总有效率为 85.19%,对照组为 67.90%,研究组临床总有效率明显优于对照组($\chi^2 = 5.07, P = 0.0417$);两组患者治疗后的血清 CA125 值均较治疗前显著下降($t = 21.1149, P = 0.0000; t = 36.4511, P = 0.0000$),研究组患者血清 CA125 值下降程度优于对照组($t = 5.9207, P = 0.0342$);研究组患者复发率低于对照组(8.64% vs 24.69%, $\chi^2 = 6.21, P = 0.0385$);两组患者治疗后的血清雌二醇(E2)、卵泡生成激素(FSH)、黄体生成激素(LH)值均较治疗前显著下降($t = 12.0384, P = 0.0000; t = 5.3640, P = 0.0407; t = 7.0519, P = 0.0217$),研究组患者血清 E2、LH 值下降程度优于对照组($t = 16.0708, P = 0.0000; t = 4.8716, P = 0.0415$)。**结论** 消癥汤联合孕三烯酮不仅能够显著改善子宫内位症临床症状,还可以使血清 CA125、E2、FSH、LH 值得到显著下降,且复发率低于单药孕三烯酮治疗。

关键词: 子宫内位症; 消癥汤; 孕三烯酮; 糖类抗原 125

中图分类号: R 711.71 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0255-03

子宫内位症的病理生理特点为子宫内位组织生长在子宫腔外的任何部位,其本质为良性病变,但亦具有较强的侵袭性、破坏性、转移性及复发性等类肿瘤特点,多见于卵巢功能正常的生育期女性。子宫内位症可引起性交痛、盆腔痛、不孕^[1]以及月经异常等情况,严重影响女性患者的生活质量以及身心健康。有研究指出,子宫内位症的发病率约在 15%,目前临床上主要以手术治疗及保守治疗为主。西医疗法主要有药物治疗、手术治疗以及联合治疗,中医则多以中药内服、外治或者针灸为主。为提高子宫内位症的临床治疗效果,笔者采用中西医结合的方法对我院收治的 162 例子宫内位症患者进行治疗,并与同期采用单药孕三烯酮(内美通)治疗的患者进行比较,效果满意,现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院住院部 2012 年 1 月至 2014 年 2 月收治的 162 例子宫内位症患者的临床资料,所有患者均自愿受试,均由腹腔镜检查确诊。所有患者均已婚,按随机抽样的方式分为研究组与对

照组,研究组患者 81 例,年龄 19 ~ 42 (35.2 ± 2.5) 岁;病程 0.9 ~ 5 年;伴随症状:性交痛 20 例,继发进行性痛经 30 例,继发性不孕 20 例,盆腔结节 11 例。对照组患者 81 例,年龄 21 ~ 46 (36.5 ± 1.7) 岁;病程 0.4 ~ 4.8 年;伴随症状:性交痛 22 例,继发性痛经患者 35 例,继发性不孕 14 例,盆腔结节 10 例。两组患者基线资料匹配(P 均 > 0.05)。

1.2 临床症状 继发性痛经并进行性加重,经期延长,经量过多,经色暗红夹瘀,盆腔痛,性交痛,腰骶酸痛,乳房胀痛等。

1.2.1 西医诊断标准 (1)病理检查诊断:①子宫内位腺体;②子宫内位间质;③有组织内出血证据,见红细胞、含铁血黄素、局部结缔组织增生可确诊。(2)腹腔镜检查诊断:①子宫直肠窝、后腹膜见多个紫蓝色小点,伴腹腔液增多(常为血性);②子宫骶骨韧带增粗,伴有灰白色结节,输卵管病变可造成不孕;③卵巢包膜增厚,表面不平、粘连,并常见表面有褐色陈旧性出血斑块;④卵巢粘连严重。

1.2.2 中医诊断标准 (1)舌质瘀紫或舌体瘀斑、瘀点;(2)脉涩或结;(3)固定性刺痛并拒按;(4)附件粘连包块伴包膜结节感;(5)血管异常,包括舌下及其他部位静脉曲张、毛细血管扩张、血管痉挛、舌及肢端发绀、血管阻塞;(6)出血及各种出血引起的瘀

血、黑粪、皮下瘀斑等。

1.2.3 纳入与排除标准 凡是符合中西医诊断标准,确诊为子宫内膜异位症者纳入,不符合者排除。

1.3 方法 对照组患者采用单药内美通胶囊口服治疗,每周 2 次,每次 2.5 mg,分别于月经期的第 1 天及第 4 天服药 2 次,中途不可停,连续用药半年。研究组患者采用中西医结合治疗。予中医方剂消癥汤,方剂组成:炙山甲片(先煎)、炙地鳖虫、党参、夏枯草、三棱、黄芪、莪术各 10 g,石打穿与马鞭草各 15 g,昆布 20 g。以水煎煮,于饭后 30 min 温服,每天早晚各 1 次,连续用药 3 个月,合并胃肠道疾病的患者可少量频服。用药期间忌辛辣刺激以及寒凉食物,忌咖啡和浓茶。同时给予患者内美通治疗,方法与对照组相同。

1.4 观察指标 于半年后两组患者疗程结束后对两组患者的临床治疗效果、治疗前后的血清糖类抗原(CA)125 值水平及血清性激素水平进行观察对比。

1.5 疗效判定^[2] 疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则》中的相关规定。(1)痊愈:痛经和腹部下坠感等子宫内膜异位症的主要病症消除,盆腔内结节或者包块完全消失,压痛消失,月经正常;(2)显效:痛经和腹部下坠感等子宫内膜异位症的主要病症消除,盆腔内结节或者包块明显缩小,压痛减轻,月经基本恢复正常;(3)有效:子宫内膜异位症状明显改善,盆腔痛减轻,盆腔包块或结节变化不明显;(4)无效:治疗后临床症状与体征无明显改善或加重。总有效率 = 痊愈率 + 显效率 + 有效率。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 18.0 软件对数据进行处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比 研究组患者总有效率为 85.19%,对照组为 67.90%,研究组临床总有效率明显优于对照组($\chi^2 = 5.07, P = 0.0417$)。见表 1。

2.2 两组患者治疗前后血清 CA125 值对比 两组患者治疗前的血清 CA125 值比较差异无统计学意义($t = 1.6815, P = 0.9472$);两组患者治疗后的血清 CA125 值均显著下降,与治疗前比较差异有统计学意义($t = 21.1149, P = 0.0000; t = 36.4511, P = 0.0000$);研究组患者血清 CA125 值下降程度优于对照组,差异有统计学意义($t = 5.9207, P = 0.0342$),研究组患者复发率低于对照组($\chi^2 = 6.21, P = 0.0385$)。见表 2。

2.3 两组患者血清性激素水平对比 两组患者治疗前的雌二醇(E2)、血清卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)值比较差异无统计学意义($t = 1.0781, P = 0.0872; t = 1.8409, P = 0.0906; t = 1.9357, P = 0.0936$);两组患者治疗后的血清 E2、FSH、LH 值均较治疗前显著下降,差异有统计学意义($t = 12.0384, P = 0.0000; t = 5.3640, P = 0.0407; t = 7.0519, P = 0.0217$);研究组患者血清 E2、LH 值下降程度优于对照组,差异有统计学意义($t = 16.0708, P = 0.0000; t = 4.8716, P = 0.0415$)。见表 3。

表 1 两组患者临床治疗效果比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
研究组	81	16(19.75)	32(39.51)	21(25.93)	12(14.81)	85.19 ^a
对照组	81	9(11.11)	26(32.10)	20(24.69)	26(32.10)	67.90

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后的血清 CA125 值及复发率比较

组别	例数	治疗前		治疗后		复发[例(%)]
		(U/ml, $\bar{x} \pm s$)	(U/ml, $\bar{x} \pm s$)	(U/ml, $\bar{x} \pm s$)	(U/ml, $\bar{x} \pm s$)	
研究组	81	55.94 ± 5.29	22.50 ± 2.16 ^{ab}	22.50 ± 2.16 ^{ab}	7(8.64) ^b	
对照组	81	54.50 ± 5.19	33.56 ± 2.87 ^a	33.56 ± 2.87 ^a	20(24.69)	

注:与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者血清性激素水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	E2(pmol/L)	FSH(U/L)	LH(U/L)
研究组				
治疗前	81	196.6 ± 39.1	7.1 ± 1.5	7.3 ± 1.4
治疗后	81	66.5 ± 10.1 ^{bd}	5.0 ± 1.1 ^a	4.0 ± 1.5 ^{ac}
对照组				
治疗前	81	196.4 ± 39.3	7.0 ± 1.7	7.2 ± 1.7
治疗后	81	112.4 ± 12.5 ^b	5.1 ± 1.2 ^a	4.8 ± 1.1 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$;与对照组比较,^c $P < 0.05$,^d $P < 0.01$ 。

3 讨论

子宫内膜异位症在中医属于“痛经”、“月经不调”、“不孕”以及“癥瘕”范畴。从中医对脏腑功能受损的发病机制方面可推知,子宫内膜异位症的主要致病因素为瘀血,即瘀血积聚于胞宫^[3]。中医虽认为血瘀是此病的病机关键^[4]。由于瘀血内阻,气血在运行过程中受阻,不通则痛,因此患者多表现为下腹部疼痛,血液瘀积不散而形成血块,色暗紫,血气运行障碍,气血不能滋养肌肤,血气瘀滞,患者面色多呈黧黑之态,且较多患者出现月经异常情况^[5-6]。根据调查数据显示,子宫内膜异位症患者多为有孕、产史的妇人,其肝、脾、肾功能减退,而通过《黄帝内经·素问》中关于人体脏器的描述可发现肝主藏血、疏泄,功能减退则血行不畅,而脾主运化,具有生血统血的双重功能,肾主藏精,脾肾功能虚弱则导致精血不足,

痰湿易生,脉道受阻^[7-8]。

子宫内膜异位症不仅与局部血气阻滞、积聚有关,亦与脏腑及气血功能失调密不可分^[9]。患者多有饮食失节、情志不畅情况,且病情缠绵,长期损耗,故其证“正虚”为本,“瘀结”为标。因此,其治疗原则以“益气固本、活血化瘀”为主^[10]。

本研究采用癥汤与孕三烯酮联合进行治疗,孕三烯酮是临床常用的治疗子宫内膜异位症药物,效果显著^[11],其为中等强度孕激素,具有雄激素样活性,可以抑制机体释放促性激素,从而抑制卵巢分泌功能,降低机体的孕激素及雌激素水平。孕三烯酮还可以作用于子宫内膜及其受体,促使内膜组织萎缩,患者停药后即可恢复正常的排卵功能,是较好的子宫内膜异位症辅助治疗药物。消癥汤中的莪术、三棱、昆布、党参、黄芪具有散结之功效;夏枯草则能够抗炎;三棱、炙地鳖虫、莪术、炙山甲片亦具有降低血黏度、抗凝血的作用^[12],同时还可以消肿、止血;而当归、黄芪及党参还可益气,增强患者的机体免疫力^[13],又有抗凝血、抗血栓、降低血黏度,止血、消肿等作用;诸药联用,起到益气固本、活血化瘀之功效,这与王桂兰^[14]提出的子宫内膜异位症应以“消癥散结、活血化瘀、行气止痛,同时调理冲任,标本兼治”为治疗原则的观点相一致。

本研究中,研究组总有效率为 85.19%,对照组为 67.90%;两组患者治疗后血清 CA125 值均显著下降,且研究组下降程度优于对照组;研究组患者复发率明显低于对照组;两组患者治疗后的血清 E2、FSH、LH 值均显著下降,研究组血清 E2、LH 值下降程度优于对照组。由此可见,采用中西医结合治疗子

宫内膜异位症不仅效果显著,且安全性高。

参考文献

- [1] Anon. Investigation of the role of tubal factor sterility in pelvic endometriosis[J]. Akush Ginekol (Sofia), 2014, 53(5): 10-13.
- [2] Morotti M, Remorgida V, Buccelli E, et al. Comparing treatments for endometriosis-related pain symptoms in patients with migraine without aura[J]. J Comp Eff Res, 2012, 1(4): 347-357.
- [3] 董亚娜, 潘文. 子宫内膜异位症性不孕症的中西医治疗研究进展[J]. 甘肃中医, 2011, 24(6): 42-44.
- [4] 马秀兰. 自拟消癥止痛散治疗子宫内膜异位症 30 例[J]. 甘肃中医, 2011, 24(6): 53-54.
- [5] 李萍, 孙建萍. 子宫内膜异位症慢性盆腔痛中西医治疗研究进展[J]. 国医论坛, 2011, 26(2): 52-54.
- [6] 陆建英, 董莉, 谭蕾, 等. 朱南孙治疗子宫内膜异位症经验举隅[J]. 西部中医药, 2013, 26(10): 42-44.
- [7] Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis[J]. Fertil Steril, 2012, 98(3): 511-519.
- [8] 邱锦敏, 谈勇. 子宫内膜异位症合并不孕术后的中西医治疗进展[J]. 北京中医药, 2013, 32(2): 154-156.
- [9] 黄惠玲. 子宫内膜异位症及其不孕的中医证治规律研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [10] 郑翠红, 黄光英. 子宫内膜异位症的中西医治疗进展[J]. 中西医结合研究, 2010, 2(2): 90-92.
- [11] 申清香, 何凤英, 魏付桥. 腹腔镜联合药物治疗中重度子宫内膜异位症的疗效分析[J]. 中国临床研究, 2011, 24(2): 127-128.
- [12] 郭丽娜, 李芬, 栾继红, 等. 中西医结合治疗子宫内膜异位症合并不孕 36 例疗效观察[J]. 河北中医, 2012, 34(7): 1024.
- [13] 董国英. 剖宫产术后 4 年切口子宫内膜异位症 1 例[J]. 中国临床研究, 2011, 24(8): 720.
- [14] 王桂兰. 中西医结合治疗子宫内膜异位症 32 例疗效观察[J]. 河南中医, 2013, 33(7): 1121-1122.

收稿日期: 2014-09-26 修回日期: 2014-10-31 编辑: 王娜娜

(上接第 252 页)

- a potential biomarker identified by proteomics[J]. Oncol Rep, 2012, 27(2): 318-324.
- [10] Rosen DG, Wang L, Atkinson JN, et al. Potential markers that complement expression of CA125 in epithelial ovarian cancer[J]. Gynecol Oncol, 2005, 99(1): 267-277.
 - [11] 董丽, 昌晓红, 叶雪, 等. 血清人附睾分泌蛋白 4 和 CA125 水平检测在卵巢肿瘤中的诊断价值[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 43(12): 931-936.
 - [12] Moore RG, Brown AK, Miller MC, et al. Utility of a novel serum tumor biomarker HE4 in patients with endometrioid adenocarcinoma

of the uterus[J]. Gynecol Oncol, 2008, 110(2): 196-201.

- [13] 姚艳霞, 洪伟. 血清 HE4、CA125 和 CA724 检测在卵巢恶性肿瘤诊断中的应用[J]. 标记免疫分析与临床, 2012, 19(3): 149-152.
- [14] 谢则金, 王厚照, 刘青, 等. 血清 HE4 与 CA125 联合检测在上皮性卵巢癌风险评估中的应用[J]. 临床军医杂志, 2012, 40(2): 392-394.
- [15] 田峰, 易梦璐, 齐素文, 等. 联合检测 HE4、CA125 和 CYFRA21-1 在卵巢癌诊断中的应用[J]. 检验医学, 2014, 29(7): 697-700.

收稿日期: 2014-10-10 修回日期: 2014-10-29 编辑: 石嘉莹