

〔文章编号〕 1007-0893(2022)23-0035-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.23.011

# 化瘀散结法治疗子宫内膜息肉患者术后临床疗效

周玉衡<sup>1</sup> 金 田<sup>2</sup> 肖秀丽<sup>2\*</sup>

(1. 麻城市妇幼保健院, 湖北 麻城 438300; 2. 麻城市人民医院, 湖北 麻城 438300)

〔摘要〕 **目的:** 分析化瘀散结法对子宫内膜息肉患者术后的治疗效果。**方法:** 选择麻城市妇幼保健院 2021 年 2 月至 2021 年 11 月期间收治的 100 例行宫腔镜子宫内膜息肉电切术患者, 根据术后治疗方案差异分为对照组和观察组, 每组 50 例。对照组患者术后给予去氧孕烯炔雌醇片治疗, 观察组患者在对照组的基础上采用化瘀散结法治疗。比较两组患者治疗效果。**结果:** 治疗后, 两组患者月经量和子宫内膜厚度均有不同程度的下降, 观察组患者月经量、子宫内膜厚度均小于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者中医证候评分均有不同程度的下降, 观察组患者中医证候评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者总有效率为 94.00%, 高于对照组的 80.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组患者复发率为 4.26%, 低于对照组的 22.50%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对行宫腔镜子宫内膜息肉电切术的患者术后采用化瘀散结法治疗, 可有效改善其临床症状, 降低术后复发率, 提高临床疗效, 安全性较高。

〔关键词〕 子宫内膜息肉; 化瘀散结法; 去氧孕烯炔雌醇片; 宫腔镜子宫内膜息肉电切术

〔中图分类号〕 R 711.74      〔文献标识码〕 B

子宫内膜息肉是由局灶性子宫内膜增生引起的良性病变, 35 岁以上的女性是高危人群, 发病率约为 25%<sup>[1]</sup>。该病主要是由于子宫内膜基底的局部增生, 从而形成突向宫腔的赘生物, 在临床中可呈现出不孕、白带异常、阴道异常出血、腹痛、排卵期出血等症状<sup>[2]</sup>。宫腔镜子宫内膜息肉电切术作为治疗此病的有效方法, 成功率高, 但术后复发率可达 13.3%<sup>[3]</sup>。因此, 术后给予预防性药物干预对降低复发风险、提高手术治疗效果具有重要意义。常规西药治疗可以抑制子宫内膜增生并降低复发风险, 但长期使用性激素会增加药物不良反应的风险<sup>[4]</sup>。有学者发现<sup>[5]</sup>, 中医药对子宫内膜息肉的治疗有很好的效果。中医学将子宫内膜息肉归入“崩漏”范畴, 主要病因是肾、肝、脾的功能紊乱, 从而导致血瘀、肿块的形成。治疗原则是活血化瘀, 消除肿块。笔者选择麻城市妇幼保健院 2021 年 2 月至 2021 年 11 月期间收治的 100 例行宫腔镜子宫内膜息肉电切术患者, 应用化瘀散结法治疗子宫内膜息肉患者术后, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择麻城市妇幼保健院 2021 年 2 月至 2021 年 11 月期间收治的 100 例行宫腔镜子宫内膜息肉电切术患者,

根据术后治疗方案差异分为对照组和观察组, 每组 50 例。对照组 26~52 岁, 平均年龄 ( $39.42 \pm 8.36$ ) 岁; 月经异常 38 例, 月经正常 12 例; 息肉直径 0.28~4.12 cm, 平均息肉直径 ( $1.52 \pm 0.46$ ) cm; 息肉单发 28 例, 多发 22 例。观察组年龄 26~52 岁, 平均年龄 ( $39.42 \pm 8.36$ ) 岁; 月经异常 36 例, 月经正常 14 例; 息肉直径 0.25~4.23 cm, 平均息肉直径 ( $1.49 \pm 0.43$ ) cm; 息肉单发 30 例, 多发 20 例。两组患者一般数据比较, 具有可比性 ( $P > 0.05$ )。

1.1.1 西医诊断标准 (1) 临床表现: 主要表现为月经过多、经期延长、月经前后出血、不孕不育等<sup>[6]</sup>。

(2) 多普勒超声检查: 宫内不均匀回声、高回声、混合回声。(3) 宫腔镜: 子宫内膜表面脱垂的坠物呈细长的圆锥形或卵圆形, 形成宫腔占位, 表面光滑有血管, 单发或多发, 大小不同, 肉眼检查显示息肉直径一般为 2~3 cm, 表面呈灰红色, 表面细胞为低柱状上皮细胞或立方体, 有成纤维细胞和炎症细胞<sup>[7]</sup>;(4) 息肉和子宫内膜腺体中的腺体可能会或可能不会同步出现周期性变化。

1.1.2 中医诊断标准 主要症状: 月经过多或过少, 或不干净, 月经暗淡伴有血块, 同时或伴有腹痛, 以刺痛为主, 痛处固定不移。次要症状: 腹痛, 或见经间期

〔收稿日期〕 2022-09-22

〔作者简介〕 周玉衡, 男, 副主任医师, 主要从事妇外科工作。

〔\*通信作者〕 肖秀丽 (E-mail: 759393039@qq.com; Tel: 18771586011)

氤氲之时出血，口干、食欲不佳等。舌脉：脉细涩或弦涩，舌紫暗，有瘀斑。只要有以上两种主要和次要症状，患者就可以被诊断为血瘀型<sup>[8]</sup>。

1.1.3 纳入标准 (1) 符合上述中西医诊断标准；(2) 尚未绝经的已婚妇女；(3) 行宫腔镜子宫内膜息肉电切术；(4) 近期未进行同类中药或激素治疗。

1.1.4 排除标准 (1) 近3个月内有生育需求；(2) 临床资料不完整；(3) 对本研究所用药物过敏者；(4) 有严重精神疾病；(5) 合并造血系统等重大内科疾病。

## 1.2 方法

两组患者均行宫腔镜子宫内膜息肉电切术治疗。

1.2.1 对照组 手术完成后第2日给予去氧孕烯炔雌醇片(南京欧加农制药有限公司, 国药准字H20130491, 每片含去氧孕烯0.15 mg, 炔雌醇30 μg), 1片·d<sup>-1</sup>, 经期停药, 撤退性出血的第5天开始服用第2疗程, 连续用药3个月。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用化瘀散结法分期治疗, 结合女性月经周期, 分期论治。(1) 经期方: 炒蒲黄、枳壳、丹参、炙甘草、续断、延胡索各10 g, 益母草、鸡血藤各20 g, 川芎、炮姜炭各6 g, 当归、生地黄、炒白芍各12 g。1剂·d<sup>-1</sup>, 水煎服, 取汁200 mL, 100 mL·次<sup>-1</sup>, 分早晚服用;(2) 非经期方: 鬼箭羽、半枝莲、五灵脂各12 g, 石见穿15 g, 桂枝5 g, 茯苓、赤芍、川牛膝、党参、三棱、香附、半夏各10 g。1剂·d<sup>-1</sup>, 水煎服, 取汁200 mL, 100 mL·次<sup>-1</sup>, 分早晚服用;(3) 外敷方中药组成: 透骨草、红藤各20 g, 三棱、莪术、路路通、海藻、昆布各10 g, 刘寄奴、赤芍各12 g。装袋后隔水蒸30 min, 加入白酒20 g, 待药包温度降低至患者能接受的温度后于患者下腹正中热敷, 1次·d<sup>-1</sup>。连续用药3个月。

## 1.3 观察指标

(1) 临床症状: 比较两组患者治疗前后月经量, 子宫内膜厚度变化情况;(2) 中医证候积分: 对两组患者

大便干燥、下腹刺痛、小便黄、月经不调、口干不欲饮、白带色黄质稠按从轻到重分别计0~4分<sup>[9]</sup>;(3) 临床疗效, 显效: 中医证候积分降低≥70%, 超声检测未见明显异常;有效: 中医证候积分降低≥30%且<70%, 超声检测未见明显异常;无效: 中医证候积分降低<30%, 超声检测有明显异常。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%;(4) 不良反应、复发率: 观察患者在治疗过程中的不良反应, 包括恶心呕吐、阴道异常出血、头痛等。治疗完成6个月后经B超检查有异常回声, 经宫腔镜检查符合子宫内膜息肉相关诊断标准, 则视为复发。复发率=复发例数/(显效+有效)×100%。

## 1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用t检验, 计数资料用百分比表示, 采用 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后月经量、子宫内膜厚度比较

两组患者治疗后月经量、子宫内膜厚度均有不同程度减少, 且观察组患者治疗后月经量、子宫内膜厚度均较对照组少, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表1。

表1 两组患者治疗前后月经量、子宫内膜厚度比较  
( $n = 50, \bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 月经量/mL                     | 子宫内膜厚度/mm                 |
|-----|-----|----------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 134.44 ± 21.52             | 11.35 ± 1.21              |
|     | 治疗后 | 74.46 ± 11.43 <sup>a</sup> | 8.64 ± 1.10 <sup>a</sup>  |
| 观察组 | 治疗前 | 136.85 ± 21.63             | 11.25 ± 1.22              |
|     | 治疗后 | 69.86 ± 9.36 <sup>ab</sup> | 6.46 ± 1.02 <sup>ab</sup> |

注: 与同组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

两组患者治疗后中医证候积分均有不同程度的下降, 且观察组患者治疗后中医证候积分均较对照组低, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 两组患者治疗前后中医证候积分比较  
( $n = 50, \bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 时间  | 大便干燥                      | 下腹刺痛                      | 小便黄                       | 口干不欲饮                     | 白带色黄质稠                    | 月经不调                      |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 3.25 ± 1.21               | 3.62 ± 1.28               | 3.62 ± 1.27               | 3.85 ± 0.95               | 3.26 ± 1.35               | 3.75 ± 1.24               |
|     | 治疗后 | 1.12 ± 0.39 <sup>c</sup>  | 1.27 ± 0.41 <sup>c</sup>  | 1.25 ± 0.42 <sup>c</sup>  | 1.17 ± 0.46 <sup>c</sup>  | 1.25 ± 0.42 <sup>c</sup>  | 1.57 ± 0.45 <sup>c</sup>  |
| 观察组 | 治疗前 | 3.28 ± 1.12               | 3.27 ± 1.22               | 3.52 ± 1.26               | 3.68 ± 0.92               | 3.52 ± 1.16               | 3.62 ± 1.21               |
|     | 治疗后 | 0.86 ± 0.07 <sup>cd</sup> | 0.84 ± 0.06 <sup>cd</sup> | 0.76 ± 0.05 <sup>cd</sup> | 0.72 ± 0.05 <sup>cd</sup> | 0.82 ± 0.05 <sup>cd</sup> | 0.81 ± 0.06 <sup>cd</sup> |

注: 与同组治疗前比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者总有效率为94.00% (47/50), 较对照组

的80.00% (40/50)高, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表3。

表 3 两组患者治疗总有效率比较 (n = 50, n (%))

| 组别  | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效                    |
|-----|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| 对照组 | 18(36.00) | 22(44.00) | 10(20.00) | 40(80.00)              |
| 观察组 | 25(50.00) | 22(44.00) | 3( 6.00)  | 47(94.00) <sup>a</sup> |

注：与对照组比较，<sup>a</sup>P < 0.05。

### 2.4 两组患者不良反应与复发率比较

两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)，见表 4；观察组患者复发率为 4.26 % (2/47)，低于对照组的 22.50 % (9/40)，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 (n = 50, n (%))

| 组别  | 恶心呕吐    | 阴道异常出血  | 头痛      | 总发生      |
|-----|---------|---------|---------|----------|
| 对照组 | 2(4.00) | 3(6.00) | 1(2.00) | 6(12.00) |
| 观察组 | 2(4.00) | 2(4.00) | 1(2.00) | 5(10.00) |

## 3 讨论

子宫内膜息肉作为妇科常见疾病之一，好发于生育期女性，主要是由子宫内膜腺体、基质和伴随的血管过度生长引起的，是导致育龄妇女子宫异常出血和不孕的主要因素，对女性的健康和家庭生活产生严重影响<sup>[10]</sup>。宫腔镜子宫内膜息肉电切术可明确子宫内膜息肉具体位置、大小和数量，已逐渐成为治疗子宫内膜息肉的首选方案，但术后容易复发，会给患者的身心健康带来很大的危害。因此，如何预防子宫内膜息肉术后复发已成为目前研究热点。常规西药治疗可以抑制子宫内膜的发育，积极改善患者的内分泌异常，但治疗效果难以达到预期。近年来，研究发现<sup>[11]</sup>，中药对宫腔镜子宫内膜息肉电切术后效果较好，并有预防疾病复发的作用。中医认为子宫内膜息肉是由于新血不生，气血循环不畅，痰瘀互结于胞宫形成，主要发病机制是血瘀，故治疗应以活血化瘀、消癥散结为基本原则。王新梅等<sup>[12]</sup>研究表明，中药化瘀散结法方中各种药物具有化瘀散结、散结消癥等作用，对子宫内膜息肉患者术后复发有较好的预防效果。

本研究结果显示，治疗后观察组患者月经量、子宫内膜厚度改善程度显著优于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。提示化瘀散结法治疗能有效改善患者术后月经量，抑制子宫内膜的增生。与张宜群等<sup>[13]</sup>研究结论相一致，分析原因可能为，化瘀散结汤组方中各药合用，良性地促进子宫内膜修复，抑制血栓形成和子宫内膜异常增生，祛瘀活血、散结消癥之效，从多方面发挥作用，有效促进月经恢复。本研究结果显示，治疗后两组患者大便干燥、下腹刺痛、小便黄、口干不欲饮、色黄质稠、月经不调积分均有不同程度改善，观察组患者治疗后中医证候积分明显较对照组低，差异具有统计学意义

(P < 0.05)。提示化瘀散结法治疗能有效改善患者术后临床症状，促进其恢复。分析原因可能为，化瘀散结汤中当归、赤芍可行气活血、调经止痛；益母草能活血调经，祛瘀通络；延胡索、蒲黄、五灵脂散瘀去结、通利血脉；鸡血藤养血和血；石见穿、鬼箭羽活血化瘀散结；炮姜炭温经止血，散寒止痛；枳壳破气行痰、行气化淤；桂枝温经散寒；三棱行气破血消癥；川芎温通、活血化瘀；党参补中益气健脾；川牛膝祛风利湿，通经活血；续断养血荣筋，祛风通络；半枝莲清热解毒祛湿；炙甘草调和诸药，治疗子宫内膜息肉血症，与西药充分发挥协同作用，促进子宫内膜再生修复，进一步改善临床症状。本研究结果显示，观察组患者总有效率为 94.00 %，较对照组的 80.00 % 低，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。此外，本研究发现，两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)。观察组患者复发率为 4.26 %，较对照组的 22.50 % 低，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。提示化瘀散结法治疗具有较高的临床疗效，可有效降低息肉复发率，且具有较好的安全性。分析原因可能为，《普济方·妇人诸疾门》有云：“崩而淋漓不断，血瘀于内也”，相关研究证实<sup>[14]</sup>，活血化瘀中药可以显著改善血液流变学和微循环障碍，抑制异常组织增生和炎症，从根本上改变子宫内膜的血液循环状态，降低息肉的复发率。化瘀散结法的口服方中，当归可预防血栓形成，促进造血功能；川芎具有抑制血小板聚集、抗缺血再灌注损伤、改善微循环的作用；诸药配伍达到协同、拮抗等作用。外敷方中，海藻软坚散结消积；昆布消痰散结、利水消肿；路路通祛风活络、通经；红藤活血止痛、散瘀散结；刘寄奴破血通经、止痛止血；莪术行气破血；透骨草活血通络，导药物直达病所，加强了药物的集中性，内外合治，达到活血化瘀、软坚散结的目的，体现了活血化瘀、消癥散结的宗旨，从而增强临床疗效，有效预防息肉复发。

综上所述，对行宫腔镜子宫内膜息肉电切术的患者采用化瘀散结法治疗，可有效降低子宫内膜厚度，降低术后复发率，提高临床疗效，安全性较高。

### [参考文献]

- (1) Sletten T, Elise T, Arnes M, et al. Progestin Therapy as a New Approach to Premalignant Endometrial Polyps: A Prospective Observational Study (J). *Anticancer Research: International Journal of Cancer Research and Treatment*, 2019, 39(9): 4897-4903.
- (2) Cicinelli W, Ettore D, Bettocchi J, et al. Chronic Endometritis, a Common Disease Hidden Behind Endometrial Polyps in

- Premenopausal Women: First Evidence From a Case-Control Study (J). *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2019, 26(7): 1346-1350.
- (3) Zhang H, He X, Tian W, et al. Hysteroscopic Resection of Endometrial Polyps and Assisted Reproductive Technology Pregnancy Outcomes Compared with No Treatment: A Systematic Review (J). *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2019, 26(4): 618-627.
- (4) 郝雪芳, 闻姬. 子宫内膜息肉切除术后预防复发中西医结合治疗进展 (J). *陕西中医*, 2022, 43(1): 124-126.
- (5) 李晓辉, 王庆玖, 田梦蝶. 少腹逐瘀汤化裁与桃红四物汤化裁对子宫内膜息肉行宫腔镜下电切术后患者的治疗效果 (J). *中国性科学*, 2021, 30(1): 116-119.
- (6) 谢幸, 孔北华, 段涛. *妇产科学* (M). 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 18.
- (7) 夏恩兰. *妇科内镜学* (M). 北京: 人民卫生出版社, 2001: 558-561.
- (8) 张玉珍. *中医妇科学* (M). 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 87-92, 96-116.
- (9) 郑筱萸. *中药新药临床研究指导原则* (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- (10) Ahmed G, Malcolm JP, Mohamed SE, et al. Prevalence of hyperplasia and cancer in endometrial polyps in women with postmenopausal bleeding: A systematic review and meta-analysis (J). *Post Reproductive Health*, 2019, 25(2): 86-94.
- (11) 王静, 孙晶. 中药活血化瘀法治疗子宫内膜息肉术后疗效的 Meta 分析 (J). *中医临床研究*, 2022, 14(5): 132-136.
- (12) 王新梅, 刘娜, 万莉, 等. 活血化瘀方加减联合消癥散外敷对维吾尔族子宫内膜息肉患者 ER、PR、Survivin 和 Bcl-2 的影响及与术后复发的关系 (J). *徐州医科大学学报*, 2020, 40(9): 661-664.
- (13) 张宜群, 赵珊琼. 化癥散结法对宫腔镜子宫内膜息肉切除术后复发的预防作用 (J). *中华全科医学*, 2020, 18(3): 442-445.
- (14) 周待兑. 化癥散结汤联合去氧孕烯炔雌醇片在宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后应用 (J). *中国中医药科技*, 2020, 27(1): 123-125.

(文章编号) 1007-0893(2022)23-0038-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.23.012

## 中药熏洗联合夹胫推肘牵膝手法 治疗膝骨性关节炎临床疗效

蔡艺勇 张世锋

(南靖县中医院, 福建 南靖 363600)

**[摘要]** **目的:** 研究中药熏洗联合夹胫推肘牵膝手法对膝骨性关节炎患者步态及疼痛程度的影响。**方法:** 选取南靖县中医院 2020 年 7 月至 2022 年 3 月期间收治的 150 例膝骨性关节炎患者, 随机分为对照组与观察组, 各 75 例。对照组患者采用夹胫推肘牵膝手法辅助治疗, 观察组患者在对照组基础上采用中药熏洗联合夹胫推肘牵膝手法辅助治疗。比较两组患者的临床疗效、治疗前后中医证候积分、视觉模拟疼痛评分 (VAS)、膝关节功能 (Lysholm) 评分、步态参数 (步长、步速、步频、步态周期)、肌力。**结果:** 观察组患者疗效较对照组高; 观察组患者中医证候积分、视觉模拟评分法 (VAS) 评分较对照组低, 膝关节评分量表 (LKSS) 评分较对照组高; 观察组患者步态周期较对照组短, 步长、步速、步频比对照组高; 两组患者屈膝肌群、伸膝肌群峰力矩 (PT) 值均较治疗前有提高, 且治疗后观察组患者屈膝肌群、伸膝肌群 PT 值均较对照组高, 上述差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 中药熏洗联合夹胫推肘牵膝手法治疗膝骨性关节炎患者疗效显著, 可有效缓解临床症状, 改善步态参数, 提高肌力。

**[关键词]** 膝骨性关节炎; 中药熏洗; 夹胫推肘牵膝手法

**[中图分类号]** R 684.3 **[文献标识码]** B

**[收稿日期]** 2022-09-14

**[作者简介]** 蔡艺勇, 男, 主治医师, 主要研究方向是创伤骨科及颈肩腰膝等慢性疾病。