

[参考文献]

- [1] 曾强, 解晔, 王劲松. 江苏省扬州市 2018 年心脑血管疾病全人群流行现状研究 [J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23 (24): 37-40.
- [2] 孔晓琳, 刘冠男, 高丽霓, 等. 经皮冠状动脉介入术后主要并发症中医证候学研究进展 [J]. 世界中医药, 2018, 13 (12): 3251-3254.
- [3] 王明磊, 杨秀慧. 葛根素注射液对冠心病患者 PCI 术后并发症的影响 [J]. 中国民康医学, 2018, 30 (24): 15-16.
- [4] 吴海花, 熊萍, 邹辣, 等. 瑞芬太尼调节 2 型糖尿病并动脉粥样硬化大鼠炎症反应、氧化应激和脂代谢 [J]. 免疫学杂志, 2019, 35 (10): 860-866.
- [5] 冯奇桃, 王日兴, 陈士军. 丹红注射液配合调脂治疗对冠心病心绞痛患者血管内皮功能的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2017, 35 (9): 2412-2414.
- [6] 任兰芳, 赵显杰. 麝香保心丸的临床应用进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17 (15): 2291-2292.
- [7] 胡大一. 中国心血管病康复 / 二级预防指南 (2015 版) [M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2015: 36-37.
- [8] 严丽. 麝香保心丸耳穴压豆和穴位贴敷用于气滞血瘀型胸痹的疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36 (14): 97.
- [9] 南格利. 冠心病颈动脉超声参数与斑块稳定性及炎症反应水平相关性分析 [J]. 陕西医学杂志, 2020, 49 (4): 453-457.
- [10] 赵星星, 贾永平, 范春雨, 等. 阿托伐他汀联合依折麦布对冠心病患者脂代谢指标及炎症反应的影响 [J]. 中国药物与临床, 2019, 19 (4): 590-592.
- [11] 王赛. 氯吡格雷联合阿司匹林对老年冠心病不稳定心绞痛患者血清炎症因子及心功能的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2018, 38 (3): 529-531.
- [12] 罗明, 李瑾, 余卫强, 等. 国内外他汀类药物对脂肪细胞内质网应激反应影响的研究现状 [J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28 (12): 2204-2206.
- [13] 沈秀张, 何小洁. 麝香保心丸联合阿托伐他汀治疗老年冠状动脉粥样硬化性心脏病临床疗效 [J]. 中华中医药学刊, 2021, 39 (2): 174-176.
- [14] 李慧洋, 李剑, 吴帮卫, 等. 麝香保心丸对冠心病支架植入后靶血管血流改善作用的随机、双盲、对照研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38 (3): 295-299.
- [15] 王振兴, 刘志超, 等. 麝香保心丸作用机制研究进展 [J]. 中国中医急症, 2020, 29 (7): 1309-1312.

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0040-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.013

固崩止漏汤治疗围绝经期功能性子宫出血临床效果

陈宁¹ 韩飞²

(1. 商丘市梁园区中医院, 河南 商丘 476000; 2. 商丘市第三人民医院, 河南 商丘 476000)

[摘要] 目的: 探讨固崩止漏汤治疗围绝经期功能性子宫出血 (DUB) 的临床疗效及对患者性激素、出血情况、中医证候的影响。方法: 选取商丘市梁园区中医院 2020 年 8 月至 2021 年 8 月期间收治的 74 例 DUB 患者, 按随机数字表法分为对照组与观察组, 各 37 例。对照组患者予以去氧孕烯炔雌醇治疗, 观察组患者在对照组的基础上给予固崩止漏汤治疗, 比较两组患者的治疗效果。结果: 观察组患者治疗总有效率较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者雌二醇 (E2)、卵泡刺激素 (FSH)、黄体生成素 (LH) 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的出血时间、控制周期短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者子宫内膜厚度低于对照组, 血红蛋白水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者经血淋漓、色淡质稀、神疲懒言、面色萎黄及头晕心悸评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的复发率为 2.70% (1/37), 低于对照组的 24.32% (9/37), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 固崩止漏汤可增强 DUB 治疗效果, 调节机体性激素水平, 加快出血停止及血红蛋白水平复常, 改善中医证候, 减少疾病复发, 安全可靠。

[关键词] 围绝经期功能性子宫出血; 固崩止漏汤; 去氧孕烯炔雌醇**[中图分类号]** R 711.52 **[文献标识码]** B**[收稿日期]** 2023-05-27**[作者简介]** 陈宁, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医妇科。

围绝经期功能性子宫出血 (dysfunctional uterine bleeding, DUB) 较为常见, 可引起月经过多、月经频发、子宫不规则出血等症状, 若不及时治疗, 还可诱发贫血、感染等并发症, 严重影响女性身心健康^[1-2]。药物是临床治疗 DUB 的重要手段, 去氧孕烯炔雌醇较为常用, 其内含去氧孕烯和炔雌醇, 可加快子宫内膜转化至分泌期, 并能正向反馈调节下丘脑、垂体等组织, 加快子宫内膜修复, 促进 DUB 症状消失^[3-4]。但单纯西药治疗效果有限, 仍有部分患者出血症状反复发作。中医将 DUB 归属于“崩漏”范畴, 认为气不摄血为诱发该病的主要原因, 可促使机体统摄血液的生理功能降低, 使得血不循经, 溢出脉外^[5]。固崩止漏汤则为传统中药制剂, 内含淮山药、黄芪、山茱萸、党参等药材, 在补脾固肾、益气摄血方面具有良好效果^[6]。鉴于此, 本研究对固崩止漏汤治疗 DUB 的临床效果进行分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取商丘市梁园区中医院 2020 年 8 月至 2021 年 8 月期间收治的 74 例 DUB 患者, 按随机数字表法分为对照组与观察组, 各 37 例。对照组年龄 45 ~ 57 岁, 平均年龄 (50.49 ± 2.12) 岁; 体质指数 18.5 ~ 28.1 kg · m⁻², 平均体质指数 (23.89 ± 1.92) kg · m⁻²; 子宫内膜病理检查: 28 例单纯性增生, 9 例复杂性增生; 病程 2 ~ 10 个月, 平均病程 (5.48 ± 1.14) 个月; 孕次 1 ~ 5 次, 平均孕次 (2.58 ± 0.59) 次; 产次 1 ~ 3 次, 平均产次 (1.62 ± 0.24) 次; 文化程度: 8 例高中及以上, 12 例初中, 17 例小学。观察组年龄 46 ~ 57 岁, 平均年龄 (50.52 ± 2.06) 岁; 体质指数 18.8 ~ 27.9 kg · m⁻², 平均体质指数 (23.92 ± 1.85) kg · m⁻²; 子宫内膜病理检查: 29 例单纯性增生, 8 例复杂性增生; 病程 2 ~ 11 个月, 平均病程 (5.52 ± 1.19) 个月; 孕次 1 ~ 5 次, 平均孕次 (2.62 ± 0.61) 次; 产次 1 ~ 3 次, 平均产次 (1.59 ± 0.26) 次; 文化程度: 7 例高中及以上, 12 例初中, 18 例小学。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 (1) 西医诊断符合《围绝经期异常子宫出血诊断和治疗专家共识》^[7] 中标准: 处于围绝经期, 伴有月经过多、月经频发、子宫不规则出血等症状, 子宫内膜增厚 ≥ 5 mm。(2) 符合《中医病证诊断疗效标准》^[8] 中气不摄血证: 经血量多, 或淋漓不净, 色淡质稀, 神疲懒言, 面色萎黄, 动则气促, 头晕心悸, 纳呆便溏, 舌质淡胖或边有齿印, 舌苔薄润, 脉芤或细无力。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合上述中西医诊断; 精神

状态正常; 血红蛋白 > 70 g · L⁻¹; (2) 处于围绝经期; (3) 患者及家属对本研究知情同意。

1.2.3 排除标准 (1) 存有肝肾肾功能衰竭; (2) 伴有恶性肿瘤; (3) 合并子宫等严重器质性病变; (4) 对本研究用药过敏; (5) 治疗依从性差。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以去氧孕烯炔雌醇 (荷兰 N.V. Organon, 国药准字 H20171176) 治疗, 0.15 g · 次⁻¹, 3 次 · d⁻¹, 待出血停止后可酌情减少剂量, 0.15 g · 次⁻¹, 1 次 · d⁻¹, 维持该剂量持续治疗, 连用 21 d。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上予以固崩止漏汤治疗, 组方: 淮山药、黄芪、山茱萸、党参各 30 g, 煅龙骨 25 g, 生地黄 20 g, 地榆炭、棕榈炭、旱莲草各 15 g, 升麻、白芍、柴胡、女贞子、海螵蛸各 10 g, 甘草 6 g。1 剂 · d⁻¹, 水煎服, 取汁 400 mL, 200 mL · 次⁻¹, 分早晚服用, 连用 21 d。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效, 显效: 用药 3 d 后患者出血停止, 1 个疗程 (21 d) 后月经周期及月经量恢复正常; 有效: 用药 5 d 后患者出血停止, 1 个疗程 (21 d) 后月经周期及月经量基本恢复正常; 无效: 用药 1 周后出血仍未停止, 病情未见明显改善或加重。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 性激素水平: 治疗前后采集 3 mL 空腹外周静脉血, 离心处理后, 以全自动分析仪测定雌二醇 (estradiol, E2)、卵泡刺激素 (follicle-stimulating hormone, FSH) 和黄体生成素 (luteinizing hormone, LH) 水平。(3) 出血情况: 比较两组患者出血时间及控制周期。(4) 子宫内膜厚度和血红蛋白水平: 治疗前后以阴道超声检查两组患者子宫内膜厚度, 并通过血常规检测血红蛋白水平。(5) 中医证候积分: 治疗前后, 采用 4 级评分法评价两组患者色淡质稀、经血淋漓、面色萎黄、神疲懒言及头晕心悸等症状, 每项 0 ~ 3 分, 对应无、轻、中、重度, 得分越低证候改善越好。(6) 复发率: 随访 6 个月, 记录两组患者的复发情况。复发标准: 再次出现月经过多、月经频发、子宫不规则出血等症状。(7) 不良反应发生情况: 恶心、呕吐、头晕等。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件分析数据, 计数资料以百分数表示, 用 χ^2 检验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 t 检验; $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表1 两组患者治疗总有效率比较 [n = 37, n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	10(27.03)	19(51.35)	8(21.62)	29(78.38)
观察组	14(37.84)	21(56.76)	2(5.41)	35(94.59) ^a

注: 与对照组比较, ^aP < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后性激素水平比较

两组患者性激素水平治疗前比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后观察组患者 E2、FSH、LH 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

表2 两组患者治疗前后性激素水平比较 (n = 37, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	E2/pmol · L ⁻¹	FSH/U · L ⁻¹	LH/U · L ⁻¹
对照组	治疗前	320.41 ± 21.58	52.47 ± 5.23	36.71 ± 3.95
	治疗后	147.89 ± 12.42 ^b	30.41 ± 3.28 ^b	25.14 ± 3.34 ^b
观察组	治疗前	318.52 ± 21.49	52.36 ± 5.18	36.49 ± 3.82
	治疗后	124.15 ± 10.36 ^{bc}	24.59 ± 3.14 ^{bc}	20.32 ± 3.25 ^{bc}

注: E2 一雌二醇; FSH 一卵泡刺激素; LH 一黄体生成素。与同组治疗前比较, ^bP < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^cP < 0.05。

2.3 两组患者的出血情况比较

观察组患者的出血时间、控制周期短于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表3 两组患者的出血情况比较 (n = 37, $\bar{x} \pm s$)

组别	出血时间/h	控制周期/d
对照组	24.89 ± 3.02	28.53 ± 3.29
观察组	21.25 ± 2.81 ^d	25.41 ± 3.12 ^d

注: 与对照组比较, ^dP < 0.05。

表5 两组患者治疗前后中医证候积分比较

(n = 37, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	经血淋漓	色淡质稀	神疲懒言	面色萎黄	头晕心悸
对照组	治疗前	2.48 ± 0.36	2.34 ± 0.33	2.45 ± 0.39	2.24 ± 0.36	2.18 ± 0.32
	治疗后	1.29 ± 0.32	1.05 ± 0.19	0.95 ± 0.16	0.87 ± 0.13	0.75 ± 0.13
观察组	治疗前	2.51 ± 0.39	2.38 ± 0.35	2.43 ± 0.37	2.21 ± 0.34	2.15 ± 0.29
	治疗后	1.02 ± 0.25 ^f	0.87 ± 0.14 ^f	0.82 ± 0.13 ^f	0.72 ± 0.11 ^f	0.62 ± 0.11 ^f

注: 与对照组治疗后比较, ^fP < 0.05。

表6 两组患者的不良反应发生率比较 (n = 37, 例)

组别	恶心	呕吐	头晕	发生率/%
对照组	2	1	1	10.81
观察组	3	2	1	16.22

3 讨论

围绝经期是所有女性必经阶段, 该阶段卵巢功能不断衰退, 在受到情绪、环境等多种因素影响后, 可致使排卵中止, 而子宫处于无排卵阶段时无孕激素对抗雌激素, 导致雌激素撤退性及突破性出血发生^[9-10]。同时, 下丘脑-垂体-卵巢功能障碍可引起孕激素分泌不足, 子宫内膜在雌激素刺激下持续增殖, 从而发生不规则剥脱, 亦可引发异常子宫出血。临床若不尽早控制 DUB 病

2.4 两组患者治疗前后子宫内膜厚度和血红蛋白水平比较

两组患者子宫内膜厚度和血红蛋白水平治疗前比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后观察组患者子宫内膜厚度低于对照组, 血红蛋白水平高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 4。

表4 两组患者治疗前后子宫内膜厚度和血红蛋白水平比较

(n = 37, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	子宫内膜厚度/mm	血红蛋白/g · L ⁻¹
对照组	治疗前	9.02 ± 1.23	84.79 ± 6.52
	治疗后	5.23 ± 0.86	98.74 ± 8.43
观察组	治疗前	8.95 ± 1.18	85.16 ± 6.65
	治疗后	3.89 ± 0.42 ^e	105.41 ± 8.78 ^e

注: 与对照组治疗后比较, ^eP < 0.05。

2.5 两组患者治疗前后中医证候积分比较

两组患者中医证候积分治疗前比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后观察组患者经血淋漓、色淡质稀、神疲懒言、面色萎黄及头晕心悸评分低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 5。

2.6 两组患者的复发率比较

观察组患者的复发率为 2.70% (1/37), 低于对照组的 24.32% (9/37), 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。

2.7 两组患者的不良反应发生率比较

两组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05), 见表 6。

情, 可增加贫血发生风险, 并会促使子宫防御能力降低, 导致宫腔感染等, 加重患者痛苦。

去氧孕烯炔雌醇属于复合制剂, 其中去氧孕烯属于高选择性孕激素, 给药后, 可促使子宫内膜由增生转为分泌阶段, 并能够促进子宫内膜修复^[11-12]。同时, 去氧孕烯炔雌醇属于低雌激素高孕激素组合, 周期性用药有助于调节患者下丘脑-垂体-卵巢轴反馈机制, 加快月经周期复常, 且低雌激素刺激能增加孕激素受体数量, 提高孕激素作用^[13]。但单纯西药治疗治标不治本, 虽可减轻异常出血症状, 但病情易反复。本研究结果显示, 观察组患者总有效率高于对照组, 治疗后 E2、FSH、LH 水平低于对照组, 出血时间、控制周期短于对照组, 子

子宫内膜厚度较对照组低, 血红蛋白水平高于对照组, 经血淋漓、色淡质稀、神疲懒言、面色萎黄及头晕心悸等中医证候评分、复发率低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。提示固崩止漏汤治疗 DUB 效果确切, 能够调节性激素水平, 加快出血停止及血红蛋白水平恢复, 降低中医证候积分, 安全可靠。中医理论认为, 肾为先天之本, 围绝经期女性因房劳多产, 致使肾气损耗, 或久病伤肾, 肾气虚则致封藏失司, 难以制约经血; 脾为后天之本, 脾虚则难以统摄血液, 造成冲任不固, 无法约束经血, 气不摄血则致崩漏, 临床治疗应注重补脾固肾、益气摄血。固崩止漏汤则为治疗崩漏经典方剂, 淮山药能益气养阴、补脾益肾; 黄芪能益气固表、补气升阳; 山茱萸能补益肝肾、收涩固脱; 党参能健脾益肺、养血生津、补中益气; 煅龙骨能收敛固涩、镇静安神; 生地黄能清热凉血; 地榆炭能凉血止血; 棕榈炭能收敛止血; 旱莲草能凉血止血、养肝益肾; 升麻能升举阳气、清热解毒; 白芍能养血敛阴; 柴胡能疏肝解郁、升举阳气; 女贞子能补肾滋阴、养肝明目; 海螵蛸能涩精止带、收敛止血; 甘草能补脾益气、调和诸药^[14-15]。诸药合用, 共奏补脾固肾、收敛止血、益气摄血之效, 能够改善气不摄血情况, 加快出血停止。在去氧孕烯炔雌醇基础上联合固崩止漏汤治疗, 可标本兼治, 增强止血效果, 尽早改善 DUB 相关证候, 降低复发风险。此外, 中医药配伍注重平衡, 与西药联合应用毒副作用小, 多不会增加不良反应, 安全性高。

综上所述, 固崩止漏汤可提高 DUB 患者临床疗效, 调节机体性激素水平, 加快子宫内膜复常, 促进出血停止, 改善中医证候, 安全可靠。

[参考文献]

- [1] 任继荣. 宫血宁颗粒佐治围绝经期功能失调性子宫出血的效果及对性激素水平的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2021, 36 (8): 1909-1911.
- [2] 叶智慧, 尹家瑶, 王锋. 自拟加味生化汤联合不同剂量米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血的效果及对性激

素水平的影响 [J]. 解放军医药杂志, 2022, 34 (1): 105-108.

- [3] 陈琳, 王冬梅, 杨凤林. 去氧孕烯炔雌醇片对青春期功能失调性子宫出血患者血清促卵泡生成素、黄体生成素、雌激素水平的影响 [J]. 贵州医药, 2019, 43 (12): 1924-1925.
- [4] 张世应, 孙绪举. 围绝经期功能性子宫出血采用去氧孕烯炔雌醇 (妈富隆) 联合小剂量米非司酮治疗的临床疗效观察 [J]. 中国妇幼保健, 2020, 35 (9): 1686-1689.
- [5] 刘应锋, 张斌. 米非司酮联合补肾固冲止血方治疗围绝经期功能性子宫出血的疗效观察 [J]. 医学临床研究, 2019, 36 (5): 977-978.
- [6] 祁凤华. 固崩止漏汤联合去氧孕烯炔雌醇片对围绝经期功能性子宫出血患者子宫内膜及预后的影响 [J]. 四川中医, 2019, 37 (6): 148-150.
- [7] 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 围绝经期异常子宫出血诊断和治疗专家共识 [J]. 协和医学杂志, 2018, 9 (4): 313-319.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 235.
- [9] 甘红, 陈莉萍, 夏琼. 黄体酮软胶囊不同给药方式对围绝经期功能性子宫出血 bFGF、VEGF 的影响及预防复发作用 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2020, 21 (5): 520-521.
- [10] 张荣华, 鲁影. 黄体酮联合坤泰胶囊对围绝经期功能失调性子宫出血患者有效性及子宫平滑肌功能影响 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22 (5): 210-213.
- [11] 蔡丽艳. 去氧孕烯炔雌醇片与左炔诺孕酮节育系统在排卵障碍性异常子宫出血治疗中的应用 [J]. 中国计划生育学杂志, 2019, 27 (1): 57-60.
- [12] 朱亚芹, 赵敏. 去氧孕烯炔雌醇对围绝经期功能失调性子宫出血的疗效及激素水平影响 [J]. 西北药学杂志, 2020, 35 (1): 117-121.
- [13] 张桂兰, 胡晓薇, 黄志华. 去氧孕烯炔雌醇与地屈孕酮治疗青春期排卵障碍性异常子宫出血的效果观察 [J]. 中国妇幼健康研究, 2021, 32 (1): 111-114.
- [14] 周琼, 毛跃如, 皮阿琼, 等. 崩证固冲汤联合米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血临床研究 [J]. 陕西中医, 2020, 41 (11): 1587-1590.
- [15] 陈绵, 陈燕娥, 吴颖. 固崩止漏汤联合妈富隆治疗围绝经期异常子宫出血临床研究 [J]. 陕西中医, 2020, 41 (4): 453-455.