

[文章编号] 1007-0893(2023)20-0052-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.20.016

固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴治疗脾虚型崩漏临床疗效

郭桂红¹ 占梅英²

(1. 上杭县中医院, 福建 上杭 364200; 2. 武夷山妇幼保健院, 福建 武夷山 354300)

[摘要] 目的: 探究脾虚型崩漏行固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴治疗的临床效果。方法: 选取上杭县中医院2021年11月至2023年3月期间收治的86例脾虚型崩漏患者, 随机分为对照组与观察组, 各43例。对照组患者给予地屈孕酮片治疗, 观察组患者给予固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴治疗。比较两组患者的症状积分, 性激素水平, 治疗总有效率及不良反应情况。结果: 治疗后两组患者的各项症状积分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的各项症状积分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后两组患者的雌二醇(E2)、卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的E2、FSH、LH水平均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗总有效率为97.67%, 高于对照组的83.72%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发生率为4.65%, 低于对照组的20.93%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴的方案效果优良, 可调节性激素水平, 改善各类脾虚型崩漏症状, 而且不良反应少, 可降低崩漏治疗风险。

[关键词] 崩漏; 脾虚型; 固本止崩汤; 艾灸; 大敦穴; 隐白穴

[中图分类号] R 271.12; R 711.51 **[文献标识码]** B

崩漏属于一种症状, “崩”即阴道大量出血, “漏”即出血量有所下降, 但淋漓不尽, 该病在月经来潮后的各年龄层均有发生, 常造成贫血、会阴感染等情况, 也有部分女性无法生育^[1]。子宫肌瘤、排卵障碍等疾病均会造成崩漏, 该症状出现后临床多行激素调节治疗, 可降低崩漏程度, 但其远期疗效差, 仍有崩漏反复的情况, 若仍行激素治疗可能有激素紊乱等情况, 安全性不足^[2]。中医对崩漏的研究多, 认为胞宫为崩漏主要位置, 其病机为劳伤血气、脏腑损伤, 血海蓄溢失常, 冲任二脉未能约制经血所致, 在各种崩漏证型中, 脾虚型有较高发生率, 需在补血止血的基础上, 辅以健脾补气治疗, 推动崩漏的恢复。固本止崩汤顾名思义有止崩的效果, 可增强止血效果, 但其见效速度慢, 为缩短康复时间, 常辅以其他中医治疗方案^[3]。隐白穴、大敦穴较特殊, 对此类穴位实施艾灸后可产生热辐射机制, 使皮下神经、血管受到较大刺激, 可生成较多阿片样物质, 提高去甲肾上腺素兴奋程度, 达到固气止血、温通经络的效果, 调节体质, 促进脾虚型崩漏的康复^[4]。基于此, 本研究目的是了解固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取上杭县中医院2021年11月至2023年3月期间

收治的86例脾虚型崩漏患者, 随机分为对照组与观察组, 各43例。对照组病程6~50周, 平均病程(28.41 ± 2.93)周; 年龄18~51岁, 平均年龄(34.64 ± 4.59)岁。观察组病程7~51周, 平均病程(29.02 ± 2.44)周; 年龄19~50岁, 平均年龄(35.26 ± 4.01)岁。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 诊断及辨证标准 (1) 主症: 经血色淡; 淋漓不尽; 质稀薄; 非时而至; 量多如注。(2) 次症: 面肢浮肿; 气短神疲; 舌苔薄白; 手足寒凉; 脉沉弱。主症均有, 结合2项次症即可确诊。

1.2.2 纳入标准 (1) 确诊为崩漏; (2) 均为脾虚型; (3) 对本研究知情同意; (4) 3个月内未行崩漏治疗。

1.2.3 排除标准 (1) 穴位处皮肤溃烂者; (2) 皮肤病者; (3) 艾灸不耐受者; (4) 有其他妇科病者; (5) 器质性病变者; (6) 对本研究药物过敏。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予常规治疗, 具体内容: 给予地屈孕酮片(扬州奥锐特药业有限公司, 国药准字H20233769)治疗, 口服, 每次10 mg, 早晚(间隔12 h)各口服1次, 治疗10 d。

[收稿日期] 2023-08-13

[作者简介] 郭桂红, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医妇科学。

1.3.2 观察组 给予固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴治疗。(1) 固本止崩汤组方: 当归 20 g, 黄芪 30 g, 黑姜 10 g, 白术 20 g, 墨旱莲 10 g, 海螵蛸 10 g, 熟地黄 10 g, 茜草 10 g, 党参 10 g, 椿根皮 10 g, 女贞子 10 g。每日 1 剂, 水煎煮取药汁 400 mL, 分早晚温服。(2) 艾灸大敦、隐白穴治疗: 调整至坐姿, 准备艾条, 高度为 5 cm, 点燃艾条, 放入艾灸盒, 放在两侧大敦穴、隐白穴上方, 观察穴位的皮肤, 有微红感即可, 一般艾灸时间为 20 min, 在上午固本止崩汤口服后 1.5 h 时实施艾灸。此期间注意防寒保暖, 维持清淡饮食, 严禁劳累, 每日 1 次。治疗 10 d。

1.4 观察指标

1.4.1 症状积分 围绕崩漏相关症状实施评估,

(1) 淋漓不尽标准: ①出血时间在 7 d 以内, 即 0 分; ②出血时间在 7~10 d, 为 2 分; ③出血时间在 11~15 d, 为 4 分; ④出血时间超过 15 d, 即 6 分。(2) 经血血量标准: ①经血量在 20~60 mL, 即 0 分。②经血量约为正常状态下的 2 倍, 即 61~120 mL, 即 2 分; ③经血量约为正常状态下的 3 倍, 即 121~180 mL, 即 4 分; ④经血量超过正常状态下的 3 倍, 即 181~240 mL 即 6 分。(3) 经血色淡标准: ①为正常经血颜色, 即 0 分; ②性质正常, 颜色微淡, 即 2 分; ③性质偏稀, 颜色较淡, 即 4 分; ④性质稀, 颜色很淡, 即 6 分。

1.4.2 性激素水平 检测时间为治疗前后, 检测方法为生化检验, 为各崩漏患者采集静脉血, 将其转移到离心机中, 根据各项激素指标的检测需求调整参数, 一般为 10 min、10 cm, 3000 r·min⁻¹, 在上述参数下得到血清, 经放射免疫法完成检测即可, 具有雌二醇 (estradiol, E2)、卵泡刺激素 (follicle-stimulating hormone, FSH) 等, 同时涉及到黄体生成素 (luteinizing hormone, LH)。

1.4.3 临床疗效 (1) 未观察到崩漏相关症状, 或者各项症状积分的降幅达到 90%, 即治愈。(2) 可观察到轻微崩漏症状, 各项症状积分所得结果降幅为 75%~89%, 即显效。(3) 可观察到崩漏症状, 各项症状积分所得结果降幅为 50%~74%, 即好转。(4) 可观察到明显崩漏症状, 各项症状积分所得结果降幅未达到 50%, 即无效。总有效率 = (治愈 + 显效 + 好转) / 总例数 × 100%。

1.4.4 不良反应发生率 需要通过不良反应进行评估, 有皮疹、嗜睡、消化道症状等。

1.5 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 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状积分比较

治疗后两组患者的各项症状积分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的各项症状积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后症状积分比较 (*n* = 43, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	淋漓不尽	量多如注	经血色淡
对照组	治疗前	4.85 ± 1.09	3.78 ± 0.80	4.62 ± 1.31
	治疗后	1.47 ± 0.43 ^a	1.03 ± 0.39 ^a	1.27 ± 0.35 ^a
观察组	治疗前	4.71 ± 1.23	3.96 ± 0.75	4.55 ± 1.19
	治疗后	0.82 ± 0.46 ^{ab}	0.46 ± 0.22 ^{ab}	0.71 ± 0.39 ^{ab}

注: 与同组治疗前比较, ^a*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后性激素水平比较

治疗后两组患者的 E2、FSH、LH 水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的 E2、FSH、LH 水平均低于对照组, 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* = 43, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	E2/nmol·L ⁻¹	FSH/IU·L ⁻¹	LH/IU·L ⁻¹
对照组	治疗前	382.78 ± 30.65	10.39 ± 1.85	8.89 ± 1.06
	治疗后	228.91 ± 24.56 ^c	6.49 ± 1.22 ^c	6.22 ± 0.59 ^c
观察组	治疗前	383.66 ± 29.12	10.08 ± 1.54	8.91 ± 1.57
	治疗后	187.53 ± 20.08 ^{cd}	5.02 ± 0.81 ^{cd}	5.38 ± 0.76 ^{cd}

注: E2—雌二醇; FSH—卵泡刺激素; LH—黄体生成素。与同组治疗前比较, ^c*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^d*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 97.67%, 高于对照组的 83.72%, 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* = 43, *n*(%)]

组别	无效	好转	显效	治愈	总有效
对照组	7(16.28)	9(20.93)	13(30.23)	14(32.56)	36(83.72)
观察组	1(2.33)	8(10.60)	12(27.91)	22(51.16)	42(97.67) ^c

注: 与对照组比较, ^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者不良反应情况比较

观察组患者不良反应发生率为 4.65%, 低于对照组的 20.93%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者不良反应情况比较 [*n* = 43, *n*(%)]

组别	皮疹	嗜睡	消化道症状	总计
对照组	2(4.65)	3(6.98)	4(9.30)	9(20.93)
观察组	1(2.33)	1(2.33)	0(0.00)	2(4.65) ^f

注: 与对照组比较, ^f*P* < 0.05。

3 讨论

约有 20% 的女性会出现脾虚型崩漏, 其中绝经前、

青春期等时期有激素代谢紊乱的情况，故而成为崩漏的高发时期^[5]。崩漏出现后会使得月经周期处于紊乱状态，出血较多，部分患者有经血淋漓不尽的情况，色淡质薄，持续处于崩漏状态会造成失血过多的问题，有较高贫血发生率，还容易造成局部感染，需重视脾虚型崩漏的治疗^[6]。西医对崩漏的治疗方案以调节激素水平为主，此方案可纠正激素代谢状态，但崩漏有较高复发率，需要反复使用激素药物，不良反应多，导致崩漏治疗安全性下降。中医对崩漏有较多研究，认为该病为忧思过度、脾气亏虚、劳损过度所致，根据崩漏原因可划分为多种类型，其中脾虚型较常见，该证型有经血无法制约的特点，即会造成血流如注等症^[7]。脾虚型崩漏造成的影响多，中医治疗重点为止崩，此时固本止崩汤有较好效果，但其作用时间长，为缩短康复时间，常配合艾灸大敦、隐白穴治疗。

本研究中，治疗后观察组患者的症状积分、性激素水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。即双重方案可快速减轻崩漏相关症状，并能恢复代谢情况，改善崩漏患者生活质量。固本止崩汤方中含有较多药材，其中当归功效除了调经止痛外，还可以补血活血；黄芪功效主要是升阳举陷、益气补脾；黑姜能够引血归经、补火温阳；白术作用为健脾除湿；墨旱莲可以达到滋补肝肾的效果；海螵蛸功效为收敛止血；熟地黄可以滋养肝肾、补血益气；茜草能够化瘀止血；党参作用是健脾益气；椿根皮能够燥湿止血；女贞子能够滋补肝肾^[8-9]。全方有滋补肝肾、健脾补脾、止血化瘀的作用，可快速推动脾虚型崩漏的康复。单纯固本止崩汤仅能从内里调节代谢状态，有见效速度慢的不足，中医常辅以艾灸大敦、隐白穴治疗^[10]。大敦穴受到刺激后可以达到疏肝理气的效果，隐白穴受到刺激后可以扶正固本、固崩止血，联合艾灸后有热力效应，提升脾肾功能，调节气血，快速消除崩漏相关症状^[11]。

本研究中，观察组患者总有效率为 97.67%，高于对照组的 83.72%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。即固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴方案可使有效率得到大幅提升。对固本止崩汤实施药理研究发现，其中的黄芪能对多种免疫细胞发挥作用，可释放出较多免疫细胞因子，增强细胞功能，提升免疫机制，且能作用于凝血细胞，缩短凝血时间，快速达到止血效果^[12]。白术提取物可对子宫平滑肌发挥作用，促进子宫平滑肌的收缩，利于恢复子宫功能。熟地黄则能达到抗凝的效果。该方对性激素的调节效果明显，快速恢复患者子宫内膜厚度，短时间内即可止血，能规避脾虚型崩漏对生活造成的不良影响^[13]。大敦穴、隐白穴共同艾灸后可以达到调

理冲任、补益肝脾的效果，对于崩漏有较好效果^[14]。经穴位艾灸后能提高该位置的热辐射量，使穴位处的淋巴、血管均处于疏通状态，刺激阿片样物质的释放，不断提升去甲肾上腺素水平，提升脾肾统血机制，继而发挥固崩止血的作用^[15]。

综上，固本止崩汤联合艾灸大敦、隐白穴产生的不良反应少，短时间内调节性激素状态，快速舒缓各种崩漏症状。

[参考文献]

- [1] 徐素珍, 周丹. 固本止崩汤联合艾灸隐白穴治疗脾虚型崩漏临床观察 [J]. 光明中医, 2023, 38 (15): 2975-2977.
- [2] 呼延洁, 马阿苗. 固本止崩汤联合针灸治疗脾虚型崩漏的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (26): 158-159, 174.
- [3] 温利丹, 王颖超, 洪永波. 补中益气汤合清经散治疗围绝经期崩漏临床效果观察 [J]. 临床误诊误治, 2023, 36 (6): 129-132, 137.
- [4] 韩金琴. 固本止崩汤加减联合针灸治疗脾虚型崩漏的临床研究 [J]. 糖尿病天地, 2021, 18 (9): 9-10.
- [5] 李婷, 诸小丽, 胡欣欣, 等. 抑亢汤联合督脉温针灸治疗多囊卵巢综合征不孕症临床研究 [J]. 新中医, 2022, 54 (17): 148-152.
- [6] 徐素君, 雷丽红, 陈敏, 等. 针灸联合抑亢汤治疗多囊卵巢综合征疗效及对卵巢储备功能的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38 (7): 63-66.
- [7] 刘晓佳. 隐白穴艾灸合归脾汤加减治疗脾虚型崩漏的疗效观察 [J]. 中医外治杂志, 2022, 31 (2): 40-41.
- [8] 毛英姿. 益气健脾固冲汤治疗脾虚型崩漏疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2022, 38 (9): 1493-1494.
- [9] 陈思敏, 邱伟, 吴士连. 固本止崩汤加减治疗青春期脾虚型崩漏的疗效观察 [J]. 首都食品与医药, 2021, 28 (5): 172-173.
- [10] 赵贺. 补中益气汤加减治疗脾虚型崩漏的疗效分析 [J]. 中国保健营养, 2019, 29 (21): 362.
- [11] 李恩奎. 隐白穴艾灸合固冲汤治疗脾虚型崩漏止血疗效分析 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23 (8): 1135-1136.
- [12] 李文. 子午流注灵龟八法联合耳穴压籽对脾虚型崩漏病人的临床效果观察 [J]. 全科护理, 2021, 19 (32): 4507-4510.
- [13] 陈飞丽. 益气健脾固冲汤加减联合隐白穴断红穴艾灸治疗脾虚型崩漏临床疗效分析 [J]. 现代医学与健康研究 (电子版), 2019, 3 (22): 62-63.
- [14] 李焱, 李媛. 中医妇科学崩漏病脾虚证教学在不同教材中选方比较法的运用 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17 (2): 32-34.
- [15] 李皎. 益气健脾固冲汤治疗脾虚型崩漏的效果分析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17 (34): 195.