

广泛吸收各家经验。经方疗效备受推崇,正因它是“博采众方”的产物。若固守经方而排他,恰恰违背了张仲景的本意。要以博大的胸怀,学好中医各家,更学好西医,最后真正兼容并包,成为精诚大医。

## 6 结语

张仲景《伤寒杂病论》的经典方是中医历代经验方的优秀代表,学经方、用经方是提高中医临床疗效的基础。历代医家皓首穷经,在经方应用方面积累了丰富的经验。掌握经方应用技巧,如辨方证、抓主症、识腹证等等,具有重要意义。重视“方证对应”的丰富内涵,重视经方的煎服法和配伍剂量比例,尊重经典理法,合理应用经方。另外还要充分领会经方本身蕴含的“包容”精神,博采众长,衷中参西,促进中医学术进步,提高中医诊疗水平。

## 赵进喜教授简介

北京中医药大学东直门医院内分泌科主任医师、教授、博士研究生导师,医学博士,首届全国中医优秀临床人才优秀奖获得者,师从黄文政、王永炎、吕仁和教授等,首都国医名师吕仁和教授学术继承人。著有《四大经典与中医现代临床(丛书)》。

## 贾海忠教授简介

中日友好医院中西医结合心内科主任医师、教授、硕士研究生导师,全国第二批优秀中医临床人才,全国第三批名老中医史载祥教授学术继承人。

## 冯学功教授简介

北京市中西医结合医院脑病科主任医师、教授、博士研究生导师,医学博士,北京中医药学会仲景学说专业委员会主任委员,中华中医药学会脑病分会常委,全国第二批优秀中医临床人才。

## 肖相如教授简介

北京中医药大学基础医学院伤寒教研室教授、主任医师、博士研究生导师,医学博士,师从时振声、李培生、梅国强教授等,中华中医药学会肾病分会常委。著有《肖相如论伤寒》、《时振声伤寒发挥》。

## 刘宁博士简介

北京中医药大学东直门医院针灸科主治医师,医学博士,国家级名老中医刘景源教授学术继承人。

(收稿日期:2015-01-21)

(本文编辑:黄凡)

## · 临床报道 ·

# 加味血府逐瘀汤联合中药保留灌肠治疗子宫内膜异位症疗效观察 40 例

刘书婷

**【摘要】 目的** 探讨加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗子宫内膜异位症(内异症)的临床疗效。**方法** 选取 2011 年 7 月至 2013 年 10 月河北省内丘县中医院收治的内异症患者 80 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。观察组给予加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗,疗程为 3 个月;对照组给予孕三烯酮胶囊口服治疗,疗程为 6 个月。观察并对比两组的临床疗效、盆腔包块变化、妊娠情况及不良反应情况。**结果** 观察组与对照组临床总有效率分别为 92.5%、90.0%,盆腔包块缩小率分别为 84.0%、79.0%,受孕率分别为 53.0%、50.0%,以上三方面组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。观察组与对照组不良反应发生率分别为 7.5%、30.0%,观察组较低,两组差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗内异症临床疗效与孕三烯酮胶囊无显著差别,但是其疗程短,副作用小,容易为患者接受,值得临床推广应用。

**【关键词】** 子宫内膜异位症; 血府逐瘀汤; 中药保留灌肠

**【中图分类号】** R271.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.03.021

子宫内膜异位症简称内异症,是妇科临床常见病、疑难病<sup>[1]</sup>。该病在育龄妇女主要表现为进行性痛经或/和不孕史以及盆腔的疼性包块,严重的影响妇女的身体健康及生育能力<sup>[2]</sup>。目前在西医方面内异症的药物治多采用激素治

疗,一般需服用 6 月以上,因其服药时间长,副作用较多,不易被患者所接受,许多患者因中途停药而影响治疗效果<sup>[3]</sup>。中医药在治疗妇科疾病方面具有一定的优势,认为内异症与“血瘀”关系密切,因此作者设计本研究采用血府逐瘀汤口服

作者单位:054200 邢台,内丘县中医院妇产科

作者简介:刘书婷(1964 - ),女,本科,副主任中医师。研究方向:妇产科疾病的诊断与治疗。E-mail: nqxlst@163.com

联合保留灌肠治疗本病,观察其治疗效果,并与孕三烯酮胶囊相比较,旨在为内异症提供更好的治疗选择,现报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2011 年 7 月至 2013 年 10 月河北省内丘县中医院收治的内异症患者 80 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。所有患者均经妇科检查、超声及腹腔镜检查确诊为内异症。其中观察组:年龄 18~44 岁,平均年龄(26.4±5.8)岁;病程 6 个月~12 年,平均病程(5.5±2.8)年;其中不孕者 15 例,人工流产史 23 例,剖宫产史 5 例;放环史 11 例;盆腔囊肿史 25 例,痛经史 33 例,性交痛 6 例,月经不调史 34 例;美国生殖医学协会制定的内异症分期法(R-AFS 1985):Ⅱ期 20 例,Ⅲ13 例,Ⅳ7 例。对照组:年龄 19~42 岁,平均年龄(27.2±5.3)岁;病程 4 个月~10 年,平均病程(5.1±2.6)年;其中不孕者 14 例,人工流产史 25 例,剖宫产史 6 例;放环史 10 例;盆腔囊肿史 24 例,痛经史 35 例,性交痛 8 例,月经不调史 32 例;美国生殖医学协会制定的内异症分期法(R-AFS 1985):Ⅱ期 21 例,Ⅲ13 例,Ⅳ6 例。两组患者在年龄、病程、病史及病情程度等一般资料方面比较无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究获得医院伦理道德委员会批准,所有入选患者均签订知情同意书。

### 1.2 诊断标准

西医诊断<sup>[4]</sup>:符合《妇科学》中关于内异症的诊断标准:(1)育龄妇女有进行性痛经或/和不孕史,妇科检查时扪及盆腔内有触痛性硬结或子宫旁有不活动的囊性包块;(2)超声、CT 或 MRI 发现子宫内膜异位囊肿;(3)腹腔镜下看到典型内异症病灶。

中医诊断<sup>[5]</sup>:符合《中药新药临床研究指导原则》中关于内异症的诊断标准。临床表现主要为渐进性痛经、性交痛、盆腔痛、月经不调及不孕等,舌质紫暗,或有舌边瘀斑,舌苔白腻,脉沉弦。

### 1.3 排除标准

参考文献<sup>[6]</sup>设定为:(1)纳入研究前 3 个月使用女性激素治疗者;(2)合并有严重心血管、肝、肾及造血系统等原发性疾病者;(3)哺乳期及对实验所用药物过敏者;(4)患有精神病等不能配合治疗及观察者。

### 1.4 治疗方法

观察组:给予加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗,加味血府逐瘀汤组方如下:生地黄 15 g、续断 15 g、桑寄生 15 g、巴戟天 12 g、黄芪 20 g、小茴香 9 g、干姜 6 g、延胡索 12 g、没药 9 g、当归 12 g、川芎 12 g、桂皮 6 g、赤芍 9 g、蒲黄 9 g、五灵脂 9 g、三棱 12 g、皂角刺 12 g、莪术 9 g。非月经期,水煎,每天 1 剂,分 2 次服;月经期去三棱、皂角刺、莪术等破血之品,加山楂 9 g、益母草 12 g,每天 1 剂水煎服。保留灌肠中药组方如下:桃仁 9 g、红花 9 g、丹参 12 g、败酱草 12 g、红藤 12 g、紫花地丁 9 g、黄柏 12 g、蒲公英 9 g。非月经期水煎 150 mL 保留灌肠,每天 1 剂。连续用药 3 个月为 1

个疗程。

对照组:给予孕三烯酮胶囊(生产厂家:赛诺菲-安万特,规格:2.5 mg/粒,生产批号:H20110020)口服治疗,自月经第 1 天开始服药,2.5 mg/次,2 次/周,连续用药 6 个月为 1 个疗程。

### 1.5 观察指标

观察两组患者临床症状体征变化,疗程结束后分别行妇科检查及 B 型超声检查,观察盆腔包块大小变化,评价临床疗效,不孕患者随访了解妊娠情况。

### 1.6 疗效评价

参照《中药新药临床研究指导原则》中关于内异症的临床疗效评价标准<sup>[7]</sup>:痊愈:痛经、盆腔包块等临床症状体征完全消失,不孕患者在 1 年以内妊娠者;显效:临床症状基本消失,盆腔包块缩小 1/2 以上,不孕患者得以受孕者;有效:临床症状减轻,盆腔包块略缩小或无增大,停药 3 个月后症状不复发加重者;无效:临床症状体征无变化,甚至加重。临床总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

### 1.7 统计方法

本研究所获数据处理采用 SPSS 16.0 版统计学软件,计数资料以百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组的临床疗效

观察组临床总有效率为 92.5%,对照组总有效率为 90.0%,观察组高于对照组,但两组经  $\chi^2$  检验, $\chi^2=0.157$ , $P=0.692$ , $P>0.05$  差异无统计学意义。见表 1。

表 1 两组的临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
观察组	40	14	10	13	3
对照组	40	13	9	14	4

### 2.2 两组盆腔包块缩小率

观察组与对照组的盆腔包块总缩小率分别为 91%、90%,观察组高于对照组,但两组经  $\chi^2$  检验, $\chi^2=0.191$ , $P=0.662$ , $P>0.05$ ,差异无统计学意义。见表 2。

表 2 两组盆腔包块缩小率比较

组别	例数	包块消失	包块缩小	包块无变化
观察组	25	10	11	4
对照组	24	9	10	5

### 2.3 两组受孕率

观察组不孕患者共 15 例,治疗后一年内受孕者 8 例,受孕率为 53.3%,对照组不孕患者共 14 例,治疗后 1 年内受孕者 7 例,受孕率为 50.0%,观察组高于对照组,但两组经  $\chi^2$

检验,  $\chi^2 = 0.032, P = 0.858, P > 0.05$  差异无统计学意义。

#### 2.4 两组不良反应发生率情况比较

观察组有 3 例患者出现轻度消化道反应, 未经特殊处理, 自行缓解, 不良反应发生率为 7.5%, 对照组有 2 例患者最初几周有点滴出血, 有 5 例患者体重增加, 3 例患者出现脂溢性皮炎, 2 例患者出现潮热, 其不良反应发生率为 30.0%, 观察组低于对照组, 两组经  $\chi^2$  检验,  $\chi^2 = 6.646, P = 0.010, P < 0.05$ , 差异具有统计学意义。

### 3 讨论

子宫内膜异位症简称内异症, 是指子宫内膜在子宫腔外异位生长所引起的疾病, 是导致痛经、不孕、子宫异常出血等病症的重要原因<sup>[8]</sup>。根据临床症状体征, 内异症可归属于中医学的“痛经”、“不孕”、“症瘕”等病证, 而这些病证的发生均与肾虚、血瘀有关, 例如明代傅青主在其所著的《傅青主女科》中提出“妇人行经之后少腹疼痛者, 人以为乃气血之虚所致, 谁知是肾气之调乎”<sup>[9]</sup>; 清代吴谦在其所著的《医宗金鉴》中提出“妇人不孕之故, 乃伤其冲任或突血积于胞中, 致不能成孕”<sup>[10]</sup>; 清代沈金鳌在其所著的《妇科玉尺》中提出“所谓积聚瘕瘕者, 乃男女皆有之病, 妇人患此, 皆因胞胎生产, 月水往来或血脉精气不调积聚于腹中之所致”<sup>[11]</sup>。根据以上这些认识, 作者认为肾虚血瘀是内异症的主要病机, 治疗应以补肾益精、活血化瘀为主。作者以《医林改错》中的经典方剂血府逐瘀汤为基础加用补肾药物及破血药物治疗内异症。其中血府逐瘀汤功以活血祛瘀、温经止痛, 主治少腹瘀血积块疼痛或不痛, 或痛而无积块, 或少腹胀满; 或经期腰痛少腹胀, 或月经一月见三五次, 连接不断, 断而又来, 其色或紫或黑, 或有瘀块, 或崩漏兼少腹疼痛, 或瘀血阻滞, 不受孕等症, 前世医家称其为“调经种子第一方”<sup>[12]</sup>, 方中小茴香、干姜、官桂味辛而性温热, 入肝肾而归脾, 理气活血, 温通血脉, 温经止痛; 当归、赤芍入肝, 行瘀活血; 蒲黄、五灵脂、川芎、元胡、没药入肝, 活血理气, 使气行则血活, 气血活畅故能止痛, 共成温逐少腹瘀血之剂。针对内异症肾虚血瘀的基本病机, 作者又在血府逐瘀汤的基础上加用熟地黄、续断、桑寄生、巴戟天功以补肾益精、温肾助阳。现代研究发现内异症与机体免疫力关系密切<sup>[13]</sup>, 因此加用黄芪以健脾益气, 提高机体的免疫力; 这对盆腔包块的患者加用三棱、莪术、皂角刺功以破血祛瘀, 消症瘕痞块; 月经期间去掉破血药物, 加用益母草、山楂功以活血调经。

中药保留灌肠法已在临床使用多年, 是一个比较好的给药途径, 主要是通过肠壁的吸收, 可利用肠壁的半透膜的渗透性被迅速吸收, 而引起全身的治疗作用, 特别对临近的器官, 如盆腔、腹腔等作用更为显著<sup>[14]</sup>。临床发现内异症患者多伴有月经不调, 易合并生殖道感染, 表现为湿热瘀结的证候<sup>[15]</sup>, 因此作者采用中药保留灌肠的方法治疗内异症, 方选丹参、桃仁、红花功以活血化瘀, 红藤、败酱草、蒲公英、黄柏、紫花地丁功以清热利湿解毒, 改善盆腔血液循环, 促进盆腔瘀血包块消散及炎症吸收。

本研究结果显示加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗子宫内膜异位症临床疗效显著, 虽然在临床总有效率方面与孕三烯酮胶囊比较无显著性差异, 但是其明显缩短的疗程, 而且无激素类药物常见的不良反应, 容易为患者所接受。本研究在不孕的患者的疗效方面仍然存在受孕率低的问题, 而且本研究所入样本数量较小, 还须加大入样本数量, 进一步探讨不孕患者的治疗方法。

### 参 考 文 献

- [1] 陈碧晖, 刘奇志, 柴洪佳, 等. 补肾活血化瘀中药三联疗法在子宫内膜异位症合并木孕患者腹腔镜术后的应用[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(21): 3651-3653.
- [2] 文怡, 黄金燕, 钟振东, 等. MIF 表达与子宫内膜异位症血瘀证的相关性研究[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(2): 132-134.
- [3] 蔡莹莹, 林卫萍, 陈柏莲, 等. 扶正消异方联合促性腺激素释放激素激动剂预防卵巢子宫内膜异位囊肿术后复发的研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(4): 464-466.
- [4] 赵瑞华, 杨艳环, 李敏, 等. 活血消异方对子宫内膜异位症大鼠 ICAM-1、MMP-9 及 VEGF 的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2012, 35(12): 826-829.
- [5] 刘京芳, 陈景伟, 杜慧兰, 等. 补肾温阳化瘀法治疗子宫内膜异位症 30 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 8(6): 332-334.
- [6] 冯冬兰. 交痛消胶囊治疗子宫内膜异位症性交痛 76 例临床观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 2(5): 218-219.
- [7] 郝立爽, 谭丽, 张婷婷, 等. 中药对子宫内膜异位症患者有关不孕的治疗进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 2(8): 228-230.
- [8] 李富娟. 大黄蛰虫胶囊治疗子宫内膜异位症[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(4): 297-299.
- [9] 陈小平, 陈靓芬, 黄丽萍, 等. 活血化瘀中药联合腹腔镜对轻型子宫内膜异位症不孕患者血清 MCP-1, RANTES 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(4): 319-322.
- [10] 林艳明, 马卓飞, 卢笛, 等. 蜀蒲饮对子宫内膜异位症血清抗子宫内膜抗体(EmAb)的影响[J]. 现代预防医学, 2012, 39(3): 586-587.
- [11] 魏萍. 活血化瘀汤配合米非司酮治疗子宫内膜异位症 42 例临床分析[J]. 中外医疗, 2013, 8(8): 145-146.
- [12] 毕景芹, 薄国荣, 赵华兴, 等. 中西医结合治疗子宫内膜异位症临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 8(11): 1162-1164.
- [13] 黄晓晖, 薛素华, 冯宗文, 等. 腹腔镜联合冯氏内异方对 I、II 期子宫内膜异位症的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(3): 252-254, 274.
- [14] 张春青. 中药周期调治法防治子宫内膜异位症术后复发的临床观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2013, 1(3): 159-160.
- [15] 吴小丽. 消积冲剂治疗湿热瘀阻型子宫内膜异位症痛经 122 例的疗效观察[J]. 中国医学创新, 2013, 10(5): 28-29.

(收稿日期: 2014-11-15)

(本文编辑: 黄凡)