

中西医结合治疗无排卵性功血临床效果

李艳梅

(甘肃省临夏回族自治州临夏县掌子沟乡卫生院门诊 甘肃临夏回族自治州 731800)

摘要: 目的探究对无排卵性功能失调性子宫出血患者开展中西医结合治疗后的具体疗效。方法选择 2021 年 6 月至 2022 年 6 月期间在接受妇科诊疗的 78 例无排卵性功血患者为课题研究对象, 按入院病历顺序分组, 西医组 (n=39, 单一西药治疗)、中西医结合组 (n=39, 基于西医组施以中西医结合治疗), 评价两组整体治疗疗效。结果治疗后, 中西医结合组总有效率显著高于西医组 ($P<0.05$); 中西医结合组子宫内膜厚度、血红蛋白、性激素、炎症因子等各项指标水平均优于西医组 ($P<0.05$)。结论中西医结合治疗妇科无排卵性功血疾病, 能够加速月经周期紊乱等不适症状消退, 减少子宫内膜厚度, 抑制继发病症风险, 降低复发率, 整体治疗成效更佳, 可实行进一步推广。

关键词: 中西医结合治疗; 妇科; 无排卵性功血

无排卵性功能失调性子宫出血, 可简化为无排卵性功血, 该病症多为患者机体内分泌轴功能 (下丘脑-垂体-卵巢轴 HPO axis) 出现紊乱所产生的异常子宫出血情况^[1]。其具体的不适表现为月经周期紊乱、经期时短时长、经量时多时少、月经间期出血, 严重者可导致不孕^[2]。临床在治疗无排卵性功血时多以药物为主, 如醋酸甲羟孕酮、去氧孕烯-炔雌醇等, 若有需要可借助于子宫内膜去除术完成治疗^[3]。经治疗的大部分患者, 预后情况均较好。经试验探究发现, 单纯西药治疗虽对无排卵性功血有一定的效用, 但效果未达到最佳, 故临床尝试在西药治疗上增加中西医结合疗法, 用以治疗无排卵性功血, 为进一步确切中西医结合治疗具体疗效, 现将试验探究结果详细报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 6 月至 2022 年 6 月期间在接受妇科诊疗的 78 例无排卵性功血患者为课题研究对象, 按入院病历顺序分组, 西医组、中西医结合组各有 39 例。其中, 西医组患者年龄范围 22-33 岁, 年龄均值 (26.05 ± 1.45) 岁, 患病周期 2 个月-1 年, 均值 (6.43 ± 0.57) 年; 中西医结合组患者年龄范围 23-35 岁, 年龄均值 (27.48 ± 4.52) 岁, 患病周期 1 个月-1.5 年, 均值 (7.62 ± 1.38) 年。通过询问纳入者既往病史、体检与实验室检查, 结合相应体征状况与不适症状, 所有纳入试验的患者均确定为无排卵性功血。经对比上述两组基础纳入者信息, 两者差异微小, 此处选择忽略不计 ($P>0.05$)。

纳入标准: ①伴有多种不适症状的患者, 如月经异常 (点滴淋漓或大血块)、月经不调 (经期、周期过短或过长) 等; ②30 天内未接受影响观察结果的治疗者; ③遵医治疗性高, 能合作度高, 且未见心理或精神、意识与交流方面障碍者。

排除标准: ①近期不适当应用性激素或避孕药物出现子宫出血者; ②存在子宫恶性肿瘤者; ③对试验所涉及药物不耐受者; ④宫内放置节育环者。

1.2 方法

两组患者均实施基础治疗, 对于伴有继发贫血现象的患者需予以补充铁剂、维生素 C 以及蛋白质; 对于存在流血时间过长的患者为其提供相应的抗生素治疗, 以此防止感染情况发生。此外, 在患者出血期间要强化对其营养供给, 患者不可过度疲劳、禁止剧烈活动, 需确保充分睡眠时间。

西医组开展单一西药治疗。针对处于青春期或是育龄阶段的病患均基于常规治疗, 增加雌孕激素序贯疗法, 持续给药治疗 3 个周期。在出血第 5d 的时候, 给予患者由法国 DELPHARM Lille S.A.S. 分包拜耳医药保健有限公司广州分公司 (J20171038) 生产的戊

酸雌二醇片 (补佳乐 $1\text{mg} \times 21$ 片) 进行治疗, 该药物需经口吞服, 基础药用剂量为 1 次/日, $1\text{mg}/\text{次}$, 连续给药 3 周。自用第 11d 起, 需加服 10mg 北京斯利安药业有限公司 (H11021562) 生产的醋酸甲羟孕酮片 (创盈 $0.25\text{g} \times 30$ 片), 同样为经口吞服。若患者血量较多, 可于常规治疗的基础上, 改变戊酸雌二醇片的药用剂量, 增至 4 次/日, $1\text{mg}/\text{次}$; 待出血情况有所缓解或是停止后, 可依据个体实际状态逐步递减服药剂量, 可每 3 日药量减去 30%, 直降基础药用剂量, 再继续使用雌孕激素序贯疗法。针对绝经过渡阶段的病患而言, 首先, 需借助诊断性刮宫术, 将刮出组织送检, 确定非肿瘤。在基于常规治疗, 予以患者荷兰 N.V.Organon (HJ20171176) 生产的去氧孕烯炔雌醇片 (妈富隆 $0.15\text{mg}:30\text{ug} \times 21$ 片)。在经期第 1d 天开始经口服本药品, 在每日的相同时间点依据箭头指示方向服用 1 片药物, 持续用药 21 日后, 暂停用药 7 日, 后于第 8 日开始继续服用新的一盒, 连续给药 3 周, 出血终止后停药 24 周到院进行复查。

中西医结合组基于西医组施以中西医结合治疗。中医部分则采用中药剂, 其具体的方剂组成为: 生山药、熟地黄、菟丝子各 30g , 紫河车 20g , 黄芪、山萸肉、白术、香附、党参各 15g , 旱莲草 12g , 陈皮、当归、白芍、五味子、荆芥炭、泽泻各 10g , 1 剂/日, 经水煎后, 一剂三份, 早、中、晚分服, 血止后, 可改成一剂两三份, 早、晚分服。

1.3 判断指标

(1) 重点分析两组治疗成效情况, 显效: 月经周期紊乱等不适症状几乎消退, 月经、闭经正常。有效: 月经周期紊乱等不适症状一定程度得到改善, 仍伴有不规则出血情况, 经血量较少。无效: 月经周期紊乱等不适症无变化或发生持续恶化现象。

(2) 记录并分析两组临床相关指标水平情况, 包括子宫内膜厚度、血红蛋白 HB 等几项。其中, 患者子宫内膜厚度应用超声检查与测定, HB 水平通过全血细胞计数仪实施测定。

(3) 记录并分析两组临床相关指标水平情况, 包括性激素 (雌激素 E2、促卵泡激素 FSH、促黄体生成素 LH) 与炎症因子 (肿瘤坏死因子- α /TNF- α 、白细胞介素-2/IL-2)。性激素: 治疗当日, 取两组患者空腹时 5mL 臀部静脉晨血, 并于 3 小时内完成送检进行性激素相关指标水平测定。炎症因子: 采血、送检步骤同上, 测定时应用酶联免疫法, 所用试剂盒均上海恒远生化试剂有限公司提供。

1.4 统计学处理

使用 SPSS21.0 统计软件, 对本次实验观察数据予以统计学分析。其中, 计量资料选用 ($\bar{x} \pm s$) 计算, 使用 t 检验核算结果; 计

数资料则选用百分比 (%) 表示, 结果计算利用 χ^2 检验完成。若 $P < 0.05$, 则表示此次实验探究存在明显差异, 统计学具有临床意义。

2 结果

2.1 对比两组治疗成效情况

治疗后, 中西医结合组总体治疗成效高于西医组 ($P < 0.05$), 详见下表 1。

表 1 两组治疗成效比较 [n (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
中西医组	39	15 (38.46)	13 (33.33)	9 (23.08)	2 (5.13)	37 (94.87)
西医组	39	10 (25.64)	10 (25.64)	10 (25.64)	9 (23.08)	30 (76.92)
χ^2						12.041
P						<0.05

2.2 对比两组临床相关指标水平情况

治疗前, 两组两项指标数据参数, 未见明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 中西医结合组子宫内膜厚度小于西医组 ($P < 0.05$), 血红蛋白高于西医组, 差异明显 ($P < 0.05$), 详见下表 2。

表 1 两组临床相关指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=39)	中西医组	西医组	t	P	
子宫内膜厚度 (cm)	治疗前	12.28 ± 2.43	12.15 ± 2.47	4.079	<0.05
	治疗后	4.25 ± 0.67	5.32 ± 0.33	2.108	<0.05
	治疗前	91.73 ± 9.38	91.75 ± 9.49	19.287	<0.05
	治疗后	125.35 ± 10.21	113.72 ± 10.34	26.729	<0.05

2.3 对比两组性激素与炎性因子指标水平情况

治疗后, 中西医结合组雌激素、FSH 及 LH 等指标水平均高于西医组 ($P < 0.05$), 而 TNF- α 、IL-2 等指标水平均低于西医组, 差异明显显著 ($P < 0.05$), 详见下表 3。

表 3 两组性激素与炎性因子指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=39)	中西医组	西医组	t	P	
性激素	E2 (pmol/L)	55.13 ± 10.05	42.34 ± 9.76	12.418	<0.05
	FSH (U/L)	28.25 ± 4.31	20.05 ± 4.67	9.146	<0.05
	LH (U/L)	27.53 ± 4.28	19.32 ± 4.49	7.229	<0.05
炎性因子	TNF- α (ng/L)	0.55 ± 0.36	1.51 ± 0.40	2.520	<0.05
	IL-2 (pg/ml)	6.64 ± 2.48	12.34 ± 3.56	4.457	<0.05

3 讨论

无排卵性功血多见于临床处于青春期或是围绝经前阶段的病患^[4]。青春期女孩 HPO axis 失调, 影响正常周期雌激素和孕激素的合成与分泌, 继而引发撤退性出血情况。围绝经期妇女的卵巢储备功能大幅度减退, 促卵泡激素指标水平上升, 卵泡不发育, 生理期呈现增长、缩短以及闭经情况, 而机体中的雌激素过高引起子宫内

膜增生, 波动时, 还会诱发子宫内脱膜出血现象。

目前, 中西医结合疗法在临床病症的治疗中, 拥有举足轻重的地位, 同时也已是医疗发展重要趋势。中医可固本, 西医则具备先进医疗技术手段。而者相互结合, 可大幅度提升整体的疾病治疗成效。对于无排卵性功血一症, 中医早有载录, 在《诸病源候论》中讲到, 非时而下淋漓不断, 谓之漏下。”“忽然漏下, 谓之崩中, 属经乱之甚也”^[5]。其认为该病症的诱因多为女性生殖轴功能紊乱, 致使经血下泄不畅, 阴虚益甚, 阴液亏虚, 需进行补肾益气、养血填精。方剂中所配制的紫河车、山茱萸、熟地黄等药材, 具有益肝养肾、养血补精的功效; 五味子能祛瘀止血; 当归、党参及黄芪则可补气血, 滋阴血, 止其流, 治其证, 治病求本。此外, 五味子与熟地黄对 HPO axis 拥有刺激调节效果, 既可强化中枢神经兴奋度, 又能增加抑制作用, 益于调控 HPO axis。炎症因子为功血患者患病后最关键的调节因子。在患者经血中蕴含大量的纤溶酶原激活物, 可以促进炎症因子表达上调, 进而增加出血时长^[6]。该方剂可抑制患者机体中的炎症因子表达, 提升其免疫能力, 抗炎保肝, 显著改善患者 阴虚发热情况, 机体缓解全身不适症状。诸药并用, 促使血液新生, 冲脉、任脉功能获得巩固, 心生血, 肝藏血, 脾统血恢复如常。再以西药加持, 使青春期或是育龄阶段的病患内分泌功能紊乱逐步恢复正常, 起到调经止血的目的, 同时防止处于绝经过渡阶段的病患出现子宫内膜增生情况。

本次研究结果所示, 治疗后, 中西医结合组总体治疗成效高于西医组 ($P < 0.05$); 中西医结合组子宫内膜厚度小于西医组 ($P < 0.05$), 血红蛋白水平高于西医组 ($P < 0.05$); 中西医结合组性激素各项指标水平均高于西医组 ($P < 0.05$), 炎性因子各项指标水平均低于西医组 ($P < 0.05$), 此次实验结果与周倩、李西娟^[7]等人所研究出结果相近高。由此可见, 运用中西医结合治疗无排卵性功血, 能加快患者月经回归正常, 平稳其机体 HB 水平, 降低子宫内膜厚度, 达到标本兼治的成效。

综上所述, 在无排卵性功血患者的治疗中, 应用中西医结合疗法, 其成效优于单一西药疗法。既能在患者出血阶段快速缓解病情、止血, 还可纠正继发性贫血现象, 同时可有效调控月经周期、诱导排卵, 防止病症二次复发, 预防远期并发症, 并对患者止血的后续治疗, 方案拟定拥有重要意义作用。

参考文献:

[1]李莲利.中西医结合治疗功能性子宫出血的疗效观察[J].《菏泽医学专科学校学报》,2020,32(1):8-11.
 [2]纪亚丽,白茹,訾小荣,等.功能失调性子宫出血的治疗进展[J].《临床医学进展》,2020,10(8):1537-1541.
 [3]关越交.益气养阴法治疗无排卵型功血的疗效观察[J].《中国现代药物应用》,2021,15(10):216-218.
 [4]张一倩,林炫,吴丹,等.地屈孕酮治疗无排卵型功能性子宫出血的疗效及对临床症状的改善作用[J].《医师在线》,2022,12(6):18-20.
 [5]宋丽.左炔诺孕酮宫内缓释系统及短效避孕药治疗无排卵性功血的临床效果情况[J].《黑龙江医学》,2022,46(5):559-563.
 [6]沈雪,王丽丽,章宪慧,等.中西医治疗无排卵性异常子宫出血的研究进展[J].《甘肃科技》,2022,38(8):100-120.
 [7]周倩,李西娟.固冲汤联合西药治疗气虚型无排卵性功能失调性子宫出血期的疗效及对凝血指标的影响[J].《血栓与止血学》,2022,28(1):35-37.