

中西医结合治疗不明原因复发性流产患者 40例临床观察

齐丹

(南京市妇幼保健院, 江苏南京 210004)

摘要 目的:观察中西医结合治疗对不明原因复发性流产(URSA)患者的临床疗效。方法:选取URSA患者80例,随机分为治疗组40例与对照组40例。2组均给予常规西药保胎治疗,治疗组在对照组常规治疗基础上加服补肾健脾方,观察2组临床疗效、血激素水平及妊娠结局。结果:治疗组总有效率优于对照组($P<0.05$),可促进血激素水平分泌,改善患者妊娠结局。结论:中西医结合治疗能提高URSA患者的妊娠成功率。

关键词 复发性流产 补肾健脾 中药复方 血清激素 妊娠结局 中西医结合疗法

中图分类号 R714.210.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)10-0043-03

复发性流产(Unexplained recurrent spontaneous abortion, URSA)是常见的妊娠障碍性疾病之一,也是世界性共同关注和亟待解决的疑难病症之一,西医治疗虽然取得了丰硕的成果,但仍存在着一定的局限性。而在中医学这块瑰宝中,历代中医文献对复发性流产已有充分的认识,其中记载了丰富而宝贵的诊治经验和经验名方,而且在现阶段应用于临床治疗仍然疗效显著。近年来,我们应用补肾健脾方联合西药治疗URSA患者40例,取得了满意的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2013年1月至2015年12月就诊于南京医科大学附属南京市妇幼保健院中医科门诊及病房诊断为URSA的患者80例,随机分为治疗组40例与对照组40例。治疗组年龄24~41岁;流产次数2~5次。对照组年龄25~41岁;流产次数2~4次。2组患者的年龄、流产次数经统计学处理差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 纳入标准 (1)连续发生2次或2次以上自然流产。(2)夫妻双方血染色体核型正常。(3)通过三维B超或输卵管碘油造影、常规妇科检查无生殖道解剖结构发育异常。(4)性激素、甲状腺功能检查结果正常。(5)TORCH检查提示弓形体、风疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒IgM阴性。(6)无生

殖道感染。(7)抗心磷脂抗体(ACA)、抗精子抗体(ASAb)、抗子宫内膜抗体(EMAb)结果阴性。(8)人组织相容性抗原(HLA-I、II类)均阴性。(9)男方精液报告正常。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医妇科学》^[1]辨证符合脾肾两虚表现。主症:孕早期屡孕屡堕2次以上者。次症:①腰膝酸软;②神疲乏力,精神萎靡;③小腹疼痛下坠;④夜尿频多;⑤大便溏薄;⑥眼眶黯黑或面色晦暗;⑦口淡纳差;⑧月经量少或后期。舌脉:舌淡胖、苔白,脉沉细。辨症:以上主症具备,次症具备一项或以上,结合舌脉。

1.3 排除标准 ①不符合本病西医诊断标准或中医证候诊断标准;②通过三维B超、输卵管碘油造影、腹腔镜检查发现生殖器官有器质性病变者;③妊娠期因跌扑损伤而致自然流产者;④有内分泌代谢异常的患者;⑤过敏体质或对多种药物过敏者;⑥凝血功能异常、肝肾功能异常者;⑦患者抗心磷脂抗体、抗子宫内膜抗体、抗精子抗体、抗卵巢抗体等自身免疫型抗体异常者。

2 治疗方法

2.1 对照组 患者确诊妊娠后常规给予地屈孕酮10mg口服,每日2次,根据患者血孕酮值水平酌情肌注黄体酮20mg或40mg,每日1次,至停经14周。肌注绒毛膜促性腺激素,2000U,隔日1次,至停经10周。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,同时服用补肾健脾方。方药组成:川断15g,菟丝子15g,党参

基金项目:江苏省中医药局一般项目(YB2015074)

10g, 桑寄生 10g, 白术 10g, 山药 10g, 黄芩 10g, 砂仁 3g, 炙甘草 3g。水煎, 每日 1 次, 分 2 次口服, 根据患者临床症状加减。至停经 14 周停药。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1) 2 组的临床疗效; (2) 每周检查血清孕酮 (progesterone, P)、绒毛膜促性腺激素 (chorionic gonadotropin, HCG) 数值; (3) 2 组妊娠结局。

3.2 疗效判定标准^[2] (1) 治愈: 治疗后阴道流血干净, 兼症消失, B 超检查提示子宫大小及胚胎发育与停经时间相符。(2) 有效: 治疗后出血量减少, 兼症改善, B 超提示子宫大小及胚胎发育与停经时间基本相符。(3) 无效: 出血不止, 小腹疼痛及腰酸胀痛加重, 或流产或胎死腹中。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 15.0 软件进行分析, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间用 t 检验; 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效
治疗组	40	35 (87.5)	2 (5)	3 (7.5)	37 (92.5)*
对照组	40	27 (67.5)	3 (7.5)	10 (25.0)	30 (75.0)

注: *与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组经治疗后不同阶段血 HCG 值比较 见表 2。

组别	例数	停经 40 ~ 50d	停经 51 ~ 60d	停经 61 ~ 70d
治疗组	40	54755.69 ± 15762.43	138594.61 ± 22648.76*	190468.65 ± 24986.18*
对照组	40	53264.27 ± 14745.57	86763.54 ± 22545.64	105648.72 ± 24313.25

注: *与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组经治疗后不同阶段血 P 值比较 见表 3。

组别	例数	停经 40 ~ 50d	停经 51 ~ 60d	停经 61 ~ 70d
治疗组	40	30.26 ± 6.26*	35.64 ± 6.48*	39.23 ± 7.32*
对照组	40	20.35 ± 5.67	25.63 ± 6.35	29.87 ± 6.52

注: *与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.4 2 组患者妊娠结局比较 见表 4。

组别	例数	活产	早期流产	晚期流产	存活率 (%)
治疗组	40	37	3	0	92.5*
对照组	40	28	10	2	70.0

注: *与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

复发性流产是生殖医学及妇产科中较难防治的疾病, 重者甚至导致不孕, 不仅对患者心理上造成了严重的压力, 也影响家庭和谐及社会发展。随着我国二胎政策的开放, 高龄女性再生育要求迫切, 亟待有效的治疗措施改善复发性流产的不良生育现状。目前复发性流产多以针对病因进行治疗为主, 本病病因复杂, 西医治疗方法主要包括手术干预、胚胎植入前基因诊断、激素治疗、抗凝疗法和免疫调节治疗, 其中关于淋巴细胞主动免疫治疗和免疫平衡等免疫调节治疗的研究成为近年的研究热点。尽管目前疗法众多, 仍有很多不明原因的 RSA 患者得不到有效的治疗。

中医药对于 URSA 的治疗已有千年的理论基础和实践经验。复发性流产可归属于“滑胎”“数堕胎”的范畴。复发性流产病人多因屡孕屡堕, 耗伤气血, 脾肾内亏, 所以皆以虚为主。肾藏精, 主生殖, 妊娠过程中的每一个阶段包括受精、着床、种植、胚胎的生长发育均依赖肾的功能。历代医家均高度重视肾的生殖功能, 认为肾虚是流产发病的根本因素, 指出“胎儿居于母体之内, 全赖母体肾以系之”, 而肾为先天之本, 所谓“肾旺自能萌胎也”。《女科百问·卷下》以“应期而下”来概括滑胎的特点, 首创补肾安胎法, 记载有胎动不安者“可预服杜仲丸”。论治本病之时, 既要重视肾气的调养, 亦不可忽视脾气的培补。《妇人规》认为反复堕胎“必以气脉亏损而然”, 强调脾气的虚损是流产后的病理现象。胞胎者, 系于肾, 亦系于脾胃, 脾为后天之本, 脾主运化, 主中气, 气血生化之源, 胎儿赖气血滋养, 肾气的旺盛与后天脾胃水谷之精气的滋养密不可分; 脾气健运, 水谷精微得到滋养, 才能血旺而肾精足; 如果脾气虚弱, 气血不旺, 则会导致肾精不足。因此脾肾两脏虚弱必然导致先、后天不足, 胎失所养, 导致胎元不固, 屡孕屡堕。脾肾两脏相互影响, 因此必须脾肾同治, 先后天同补, 才能使得胎有所系, 即先天与后天相互支持促进, 从而使得胚胎健康稳定发育, 达到胎元稳固的根本疗效。因此治疗滑胎的根本治法是肾脾合治。这也与妇科名家傅青主的学术思想一致。从几千年来的中医文献记载和历代医家的著作中, 关于脾肾功能虚弱导致流产的论述屡屡可见, 在一定程度上反映了脾肾功能在女性整个妊娠过程中的重要作用。

补肾健脾方借鉴了保胎名方“泰山磐石散”, 并根据临床经验及现代药理研究结果加减而来。泰山磐石散系《景岳全书·古方八阵》之方, 为《古今医统大全》中太山盘石散之异名, 有益肾健脾、养血安胎之效, 是治疗滑胎的常用方, 用于治疗气血虚弱所致的堕胎、滑胎、胎动不安。

中西医综合疗法治疗早期非创伤性股骨头坏死 95 例 121 髋临床研究

吴曦^{1,2} 张照庆³ 彭锐¹

(1.湖北中医药大学,湖北武汉 440061; 2.湖北医药学院附属人民医院,湖北武汉 442000;
3.武汉市第三医院,湖北武汉 430000)

摘要 目的:评估当归补血汤口服联合髋部低频电疗、低剂量微波照射、右旋布洛芬口服对早期非创伤性股骨头坏死的治疗效果。方法:早期股骨头坏死患者按随机分段数字法分为治疗组 95 例、121 髋和对照组 102 例、146 髋。2 组均接受髋部低频电疗、低剂量微波照射 1 次/d;口服右旋布洛芬 200mg/次,2 次/d。治疗组口服当归补血汤。2 组均以治疗 30d 为 1 个疗程,间隔 14d 行第 2 疗程。记录 2 组治疗前后 X 线、MRI 检查结果,评价影像学疗效,统计并比较 2 组患者治疗前后 Harris 评分变化情况。结果:治疗后 2 组患者影像学疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者治疗后患髋疼痛、功能评分和 Harris 总分均明显高于治疗前($P<0.01, P<0.001$);治疗后治疗组患髋疼痛评分、Harris 总分明显高于对照组($P<0.01, P<0.001$)。结论:在髋部低频电疗、低剂量微波照射、右旋布洛芬口服基础上加用当归补血汤口服可有效改善早期非创伤性股骨头坏死患者疼痛症状及生活质量。

关键词 当归补血汤 股骨头坏死 Harris 评分 右旋布洛芬 低频电疗 微波

中图分类号 R681.805 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)10-0045-03

非创伤性股骨头坏死(Non-traumatic osteonecrosis of the femoral head, NONFH)作为髋部常见疾患,其早期临床表现相对隐匿,起病后进展迅速,易遗留髋部残疾,严重影响患者生活及生存质量。笔者及

兄弟单位同行经过 6 年临床观察、总结,在髋部低频电疗、低剂量微波照射、右旋布洛芬口服等常规疗法基础上加用当归补血汤治疗早期非创伤性股骨头坏死,获得一定疗效,现将相关临床研究报道如下。

基金项目:第二批江苏省老中医药专家学术经验继承工作(苏中医政[2014]13号)

现代药理学研究证实,补肾健脾中药具有类激素作用,并可使母体产生免疫保护,使得妊娠正常进行^[3]。川断主要含脂溶性成分和水溶性成分,具有抗菌消炎、增强免疫调节、抗氧化抗衰老等作用;其对子宫的作用主要体现在通过川断中的总生物碱有效成分抑制子宫平滑肌收缩、减少子宫的过度紧张,降低张力使子宫肌松弛,从而起到安胎的作用^[4-5]。菟丝子可以兴奋 H-P-O 轴,改善卵巢的内分泌,促进卵巢对垂体黄体生成素(LH)的反应性,改善生殖内分泌^[6]。本研究提示,补肾健脾方联合西药可以有效改善 URSA 患者临床症状,促进激素水平分泌,改善 URSA 患者的妊娠结局,值得临床推广。

参考文献

[1] 张玉珍.中医妇科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2011:219.

- [2] 姚芳芳,刘宏奇.“菟参安胎颗粒”治疗先兆流产 30 例临床观察[J].江苏中医药,2017,49(2):46.
- [3] 王力,闻姬,韩彩艳.寿胎丸调节原因不明复发性自然流产患者免疫失衡机制[J].北京中医药大学学报,2012,35(11):785.
- [4] 何国萍.续断的药理作用与临床应用[J].中国药物滥用防治杂志,2010,16(2):120.
- [5] 董川川,陈亚琼.单味中药保胎的研究现状[J].光明中医,2013,28(2):404.
- [6] 秦达念,余白蓉,余运初.菟丝子黄酮对实验动物及人绒毛组织生殖功能的影响[J].中药新药与临床药理,2000,11(6):349.

第一作者:齐丹(1982—),女,医学博士,主治医师,中医妇科学专业。108272416@qq.com

收稿日期:2017-07-15

编辑:傅如海