

中西医结合治疗围绝经期综合征 30 例临床研究

唐军伟¹ 刘芹¹ 马一丹¹ 柏莉娟²

(1.南充市中心医院川北第二临床医学院中西医结合科,四川南充 637000 ;

2.成都中医药大学附属广安医院,四川广安 638500)

摘要 目的:观察中医调和营卫法配合常规西医治疗围绝经期综合征的临床疗效及对性激素水平的影响。方法:采用随机数字表法将 60 例围绝经期综合征患者分为治疗组和对照组,每组 30 例。对照组给予戊酸雌二醇片,治疗组在对照组用药的基础上给予桂枝汤治疗,2 组均治疗 3 月。比较 2 组治疗前后 Kupperman 评分、血清促卵泡激素(FSH)、雌二醇(E₂)和促黄体素(LH)水平的变化。结果:2 组治疗后 Kupperman 评分均较治疗前显著下降(P<0.05),治疗组总分及部分单项症状积分明显低于对照组(P<0.05)。2 组治疗后 FSH、LH 水平均较治疗前显著下降(P<0.05),E₂ 水平均较治疗前显著上升(P<0.05),治疗后组间比较差异无统计学意义(P>0.05)。治疗后治疗组临床疗效显著优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。结论:中西医结合治疗围绝经期综合征,可有效改善患者的血清性激素水平,提高临床疗效,且安全性较高,值得临床推广应用。

关键词 围绝经期综合征;调和营卫;桂枝汤;性激素;戊酸雌二醇片

中图分类号 R711.750.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2019)01-0045-03

基金项目 四川省中医药管理局青年项目(KY-1607)

围绝经期综合征又称绝经综合征(MPS),主要指妇女绝经前后性激素波动导致的以自主神经系统功能紊乱为主,伴有神经心理症状的一组症候群。目前临床治疗该病以激素补充疗法为主,虽能有效改善临床症状,但副作用明显,长期使用激素会增加

子宫内膜癌和乳腺癌发病风险^[1],且存在一定的不良反应。围绝经期综合征属于中医学“脏燥”“绝经前后诸症”等范畴,其病机与营卫失调密切相关^[2],治疗应以调和营卫为主。本研究在西医常规治疗的基础上加用桂枝汤治疗MPS,效果满意,现报告如下。

导致肛门内括约肌闭合不全。术后Wexner评分对照组明显高于治疗组,更加证实了这一观点,主要表现为对照组的部分患者有漏气漏液现象。

综上,我们认为定向控制挂线不仅具有传统挂线在治疗高位肛瘘的慢性切割、引流、异物刺激、标记作用,同时还有慢性定向切割、减少括约肌缺损等优点,能更好地保护肛门功能,提高患者生活质量。我院的痔科生肌散能够促进创面愈合,临床疗效确切。本研究仅对高位肛瘘患者手术后的近期疗效及相关指标进行了研究,对患者的远期疗效尚待随访。由于本研究收集病例数不足,未能将治疗组细分为应用痔科生肌散组和未用痔科生肌散组,待后期增加病例数再进一步研究。

参考文献

- [1] DHOORE A, PENNINGCKX F. The pathology of complex fistula-in-ano[J]. Acta Chir Belg, 2000, 100(3): 111.
- [2] CORMAN MSRVIN L. 结肠与直肠外科学[M]. 吕厚山,译. 北京:人民卫生出版社,2002:897.

- [3] 韩江涛,马富明.高位复杂性肛瘘挂线临床治疗研究[J].内蒙古中医药,2014,33(7):115.
- [4] 中华中医药学会肛肠分会,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.肛瘘临床诊治指南[M].北京:中国中医药出版社,2006:219.
- [5] 丁曙晴,丁义江.肛周脓肿和肛瘘诊治策略——解读美国和德国指南[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(12):1224.
- [6] 徐春甫.古今医统大全(下)[M].张若兰,刘思恕,点校.北京:人民卫生出版社,2008:400.
- [7] 陈玉根,丁义江,杨伯霖.等.定向挂线技术的提出与生物学研究[J].南京中医药大学学报,2009,25(5):352.

第一作者:周阿成(1986—),男,医学硕士,主治中医师,研究方向为肛周疾病及结直肠肿瘤的诊治。

通讯作者:储正达,医学硕士。573519194@qq.com

收稿日期:2018-06-09

编辑:吴宁

1 临床资料

1.1 一般资料 收集南充市中心医院2017年1月至2017年12月诊治的围绝经期综合征患者共60例,按随机数字表法分为治疗组与对照组,每组30例。治疗组患者年龄45~56岁,平均年龄(50.2±2.3)岁;病程6~30个月,平均病程(13.3±3.1)个月。对照组患者年龄45~55岁,平均年龄(50.8±2.5)岁;病程5~26个月,平均病程(13.5±2.9)个月。2组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 本方案参照《妇产科学》^[3]中的相关标准。年龄45岁以上,处于绝经过渡期或绝经后;出现潮热汗出,心烦易怒,或焦躁不安,失眠,疲倦乏力,或心悸,头晕头痛,或关节肌肉酸痛,或感觉异常,皮肤瘙痒等不同的植物神经功能紊乱症状;或有卵巢功能衰退的内分泌指标改变,血清促卵泡激素(FSH)上升,绝经后FSH上升20倍。

1.2.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局公布的《中医病证诊断疗效标准》^[4]中关于绝经前后诸证的诊断标准。

1.3 纳入标准 符合上述疾病诊断标准;Kupperman评分总分 ≥ 15 分或总分 ≥ 10 分但某症状特别严重者^[5];近3月未使用雌、孕激素替代治疗;患者知情并同意治疗。

1.4 排除标准 子宫及双侧卵巢切除者;盆腔器质性病变、急性感染性疾病患者;重度乳腺增生、乳腺肿瘤及其他肿瘤患者;明确诊断患有呼吸、心脑血管、肝肾、血液、内分泌等系统疾病的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用戊酸雌二醇片(商品名:补佳乐,拜耳医药保健有限公司广州分公司,国药准字:J20130009)治疗。每日1次,每次2mg,晚餐后半小时服用。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,予桂枝汤治疗。基本方组成:桂枝15~30g,白芍15~30g,大枣15g,生姜15g,炙甘草10g。化裁法:偏阴血虚者加生地30g、当归15g;偏阳气虚者加生黄芪15~30g、党参15g;偏气郁者加郁金、青皮各10g;伴失眠、心悸症状者加柏子仁15g、酸枣仁15g;潮热汗出严重者加煅龙骨、煅牡蛎各30g,浮小麦20g。每日1剂,水煎分3次服。

2组均连续用药3个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察和记录2组患者临床疗效、不良反应、治疗前后主要症状积分及血清激素水平变化情况。其中主要症状积分通过Kupperman评分完成;血清激素指标包括FSH、 E_2 (雌二醇)、LH(促黄

体生成素),清晨空腹抽取静脉血,采用放射免疫法测定。

3.2 疗效评定标准 以Kupperman评分为依据,各单项症状积分根据程度评分后计算总分。痊愈:疗程过后总积分减少90%及以上;显效:疗程过后总积分减少70%~90%;好转:疗程过后总积分减少30%~70%;无效:疗程过后总积分减少30%以下。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 见表1。

| 组别 | 痊愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 总有效 |
|-----------|----------|----------|----------|---------|-----------------------|
| 治疗组(n=30) | 10(33.3) | 12(40.0) | 6(20.0) | 2(6.7) | 28(93.3) [*] |
| 对照组(n=30) | 5(16.7) | 8(26.7) | 10(33.3) | 7(23.3) | 23(76.7) |

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后主要症状积分比较 见表2。

| 症状 (分值=基本分×程度分) | 时间 | 对照组(n=30) | 治疗组(n=30) |
|--------------------|-----|-------------------------|-------------------------|
| 潮热出汗(4×3) | 治疗前 | 6.30±1.15 | 6.52±1.23 |
| | 治疗后 | 2.83±0.55 [▲] | 1.08±0.34 ^{▲*} |
| 感觉异常(2×3) | 治疗前 | 1.81±0.42 | 1.92±0.37 |
| | 治疗后 | 1.33±0.35 [▲] | 0.66±0.20 ^{▲*} |
| 失眠(2×3) | 治疗前 | 3.73±0.95 | 4.12±1.05 |
| | 治疗后 | 1.53±0.35 [▲] | 0.88±0.16 ^{▲*} |
| 焦躁(2×3) | 治疗前 | 3.35±0.45 | 3.27±0.50 |
| | 治疗后 | 1.74±0.27 [▲] | 1.15±0.18 ^{▲*} |
| 忧郁(1×3) | 治疗前 | 1.01±0.25 | 1.13±0.25 |
| | 治疗后 | 0.60±0.16 [▲] | 0.37±0.12 ^{▲*} |
| 头晕(1×3) | 治疗前 | 1.02±0.21 | 1.09±0.20 |
| | 治疗后 | 0.33±0.10 [▲] | 0.28±0.04 [▲] |
| 疲倦乏力(1×3) | 治疗前 | 1.11±0.16 | 1.22±0.22 |
| | 治疗后 | 0.85±0.11 [▲] | 0.33±0.24 ^{▲*} |
| 肌肉痛(1×3) | 治疗前 | 0.90±0.14 | 1.02±1.23 |
| | 治疗后 | 0.53±0.10 [▲] | 0.48±0.14 [▲] |
| 关节痛(1×3) | 治疗前 | 0.84±0.09 | 0.92±0.10 |
| | 治疗后 | 0.66±0.06 | 0.32±0.05 ^{▲*} |
| 头痛(1×3) | 治疗前 | 0.80±0.25 | 0.77±0.19 |
| | 治疗后 | 0.43±0.10 [▲] | 0.28±0.09 ^{▲*} |
| 心悸(1×3) | 治疗前 | 1.78±0.55 | 1.73±0.54 |
| | 治疗后 | 0.82±0.27 [▲] | 0.50±0.11 ^{▲*} |
| 皮肤蚁走感(1×3) | 治疗前 | 0.57±0.24 | 0.60±0.23 |
| | 治疗后 | 0.53±0.10 | 0.28±0.04 ^{▲*} |
| 总分(51) | 治疗前 | 25.26±5.67 | 26.05±6.11 |
| | 治疗后 | 13.79±4.99 [▲] | 8.86±3.13 ^{▲*} |

注:与本组治疗前比较,▲ $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后性激素水平比较 见表3。

表3 治疗组与对照组治疗前后性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | FSH (mIU/mL) | LH (mIU/mL) | E ₂ (nmol/mL) |
|-----|-----|------------------------|------------------------|--------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 37.5±16.2 | 32.9±11.5 | 92.3±13.9 |
| | 治疗后 | 16.8±7.7 ^{▲#} | 15.3±7.3 ^{▲#} | 165.3±28.3 ^{▲#} |
| 对照组 | 治疗前 | 35.2±15.3 | 33.2±10.8 | 93.7±15.5 |
| | 治疗后 | 15.9±7.6 [▲] | 13.4±5.7 [▲] | 151.5±26.4 [▲] |

注:与本组治疗前比较,▲ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P > 0.05$ 。

3.5 不良反应 2组患者治疗期间均未出现明显与治疗药物有关的不良反应。

4 讨论

PMS是临床常见的一种妇科疾病,其发生机制复杂,主要有激素说、免疫说、神经-内分泌-免疫网络说、自由基说等观点^[6-7]。西方医学治疗围绝经期综合征主要采用性激素替代疗法,可获得较好的疗效,但不良反应多,停药复发率较高,长期服用会增加发生子宫内膜癌、乳腺癌等疾病的风险。

PMS属于中医学“绝经前后诸证”“百合病”“脏躁”等范畴。《素问·上古天真论》曰:“七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭……”最早记载了女子49岁左右身体的生理病理变化。绝经前后诸证是由于肾之精气亏虚,脏腑功能衰退,气血不足,营卫不和所致。其基本病机是营卫不和,包括营卫不足、营卫不调及营卫不行三种情况^[2]。《伤寒论》指出:“阳浮者,热自发,阴弱者汗自出。”阳浮阴弱,营卫不和,故见烘热汗出。《灵枢·营卫生会》曰:“老者之气血衰,其肌肉枯,气道涩,五脏之气相搏,其营气衰少而卫气内伐,故昼不精,夜不瞑。”营卫亏虚,气血不足,血不养心,神不守位,导致心悸、健忘、烦躁不安、失眠等。气血不足,营卫虚弱,腠理不固,邪气入侵,痹阻卫阳,气血阻滞,可致肌肉酸痛,或血不荣经,肌肉关节酸痛。气血虚不能上荣清窍,故头晕耳鸣,健忘。血虚生风,故皮肤瘙痒,出现蚁行感。针对本病营卫不和的病机,治宜调和营卫,方用桂枝汤加减进行治疗。桂枝汤首见于《伤寒论》,被称为调和营卫第一方。桂枝汤能温通经脉,调和气血,清代名医章楠在《伤寒论本旨》中论桂枝汤时说“此方立法,从脾胃以达营卫,周行一身。营表里,调阴阳,和气血,通经

脉,非攻伐,非补助,而能使窒者通,逆者顺,格者和。是故无论内伤外感,皆可取法以治之,要在因宜制宜裁……由此权衡变化而推而广之,则全论诸方之法,皆可一意贯之,而治之之法,亦不外乎此矣。”

研究结果显示,治疗组在西医常规治疗的基础上采用桂枝汤治疗后总有效率达93.3%,单纯使用西药戊酸雌二醇片治疗的有效率为76.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后潮热出汗、感觉异常、失眠、焦躁、忧郁、疲倦乏力、肌肉痛、关节痛、头痛、心悸、皮肤蚁走感及Kupperman总积分均明显低于对照组($P < 0.05$);改善性激素水平方面与对照组相当。结果表明采用调和营卫法配合西药治疗围绝经期综合征,可以提高临床疗效,明显改善临床症状,改善患者血清性激素水平与激素效果相当,且无明显不良反应发生,安全可靠,值得临床应用。

参考文献

- [1] 李丽,玛依努尔·尼亚孜,鲍彦平,等.围绝经妇女激素替代治疗与妇科肿瘤关系的回顾分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2010,26(11):849.
- [2] 柏莉娟,刘芹,马一丹.调和营卫法临床应用研究进展[J].河南中医,2017,37(9):1675.
- [3] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:320.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:66.
- [5] 曹缙孙,陈晓燕.妇产科综合征[M].北京:人民卫生出版社,2003:149.
- [6] SEOW K M, LIN Y H, HSIEH B C, et al.Characteristics of progesterone changes in women with subtle progesterone rise in recombinant follicle-stimulating hormone and gonadotropin-releasing hormone antagonist cycle[J].Gynecol Obstet Invest,2010,70(1):64.
- [7] 张鸿宇,罗晓.左归丸合逍遥丸治疗围绝经期综合征[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(12):295.

第一作者:唐军伟(1983—),男,医学硕士,主治医师,研究方向为脾胃病的辨证论治规律。tangjunweijuan@126.com

修回日期:2018-08-06

编辑:傅如海

切实把中医药继承好 发展好 利用好