

本研究认为,中西医结合治疗PID能发挥现代医学和传统中医学各自优势,通过红外热像评估,客观量化地证明了中西医结合治疗较单纯抗感染治疗更有效,中西医结合治疗应当成为PID的主要治疗方法。红外热像检测可作为PID理想的诊疗评估手段和科研工具,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 275-282.
- [2] 吴士明, 张传富, 曾品菊, 等. 医用红外热像技术临床应用研究[J]. 激光杂志, 2003, 24(1): 63-65.
- [3] 钟红雨, 梁业安, 卢桂森. 红外热像图诊断慢性盆腔炎305例临床分析[J]. 黑龙江医学, 2005, 29(6): 424-425.
- [4] 苏萍, 黄东晖, 熊承良. 红外热像图对盆腔炎的诊断价值[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26(3): 183-185.
- [5] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎性疾病诊治规范(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 43(7): 556-558.
- [6] 国家中医药管理局医政司. 中医临床路径——22个专业95个病种[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 520-522.
- [7] 黄庆道, 钟南山. 广东省常见病基本诊疗规范第三册(妇产科)[S]. 广东省卫生厅, 2003: 15-16.
- [8] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 293-298.

(责任编辑: 冯天保)

补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产临床研究

朱巧君, 李爱萍

温岭市中医院妇产科, 浙江 温岭 317500

[摘要] 目的: 观察补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产的临床疗效。方法: 84例肾阳虚型早期先兆流产患者, 随机分为2组。治疗组42例给予补气温肾汤治疗; 对照组给予黄体酮治疗。疗程均为10天。观察2组患者治疗前后临床症状改善情况, 并检测血清绒毛膜促性腺激素(β -HCG)、孕酮(P)、血清雌二醇(E_2)、抗心磷脂抗体等指标。结果: 总有效率治疗组95.24%, 对照组76.19%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后主症评分较治疗前均有所降低, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 治疗后对照组主症积分远高于治疗组的, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 2组各孕周患者治疗后 β -HCG、P、 E_2 水平均较治疗前有所提高, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 治疗组各孕周患者治疗后血清 β -HCG、P、 E_2 水平均高于对照组同孕周患者治疗后水平, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产有较好的疗效, 能显著提高患者血清 β -HCG、P、 E_2 水平, 同时调节免疫功能。

[关键词] 补气温肾汤; 肾阳虚; 早期先兆流产; 中医疗法

[中图分类号] R271.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0145-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.070

早期先兆性流产是指妊娠12周内孕妇阴道出现少量血液, 且伴有腰疼、腹痛、小腹下坠等临床症状^[1]。中医学认为该疾病属于胎漏、胎动不安、滑胎范畴, 是妇产科常见疾病与多发病。黄体酮可以稳定患者病情, 但远期治疗效果不显著。笔者采用补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产, 收到较好的

疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2011年4月—2014年3月本院肾阳虚型早期先兆流产患者, 共84例, 随机分为2组, 每组42例。治疗组年龄(30.87 ± 5.43)岁, 孕周(9.43 ± 1.88)周; 对照组

[收稿日期] 2014-07-22

[作者简介] 朱巧君 (1977-), 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作。

(31.08 ± 4.78)岁,孕周(9.37 ± 1.99)周。2组一般资料比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 参照文献[2]并结合临床拟定。①年龄20~40岁妇女;②西医诊断参照全国高等医学院校《妇产科学》;中医辨证诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3];③患者及家属知情并签字同意,能配合随访。

1.3 排除标准 ①有神经、内分泌、脏器、心血管、肝管和造血系统及精神疾病者;②子宫畸形、卵巢肿瘤或生殖畸形者;③近6月使用过性激素或对性激素水平有影响的药物;④难免性流产、生殖道反复感染、宫外孕、阴道宫颈疾病所致的出血。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服黄体酮胶丸(浙江爱生药业有限公司,国药准字H20031099),每次100mg,每天2次。

2.2 治疗组 给予患者补气温肾汤加味治疗,组成:黄芪12g,益智仁、桑螵蛸各10g,焦白术、乌药各6g,山药15g。在混合药物后加入水500mL,武火加热,浓缩至200mL以后,调为文火,煎2次以后,2煎混合,分2次服用。

2组疗程均为10天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察患者治疗前后的症状、体征变化,测定患者治疗前后的血清内分泌激素[血清绒毛膜促性腺激素(β -HCG)、孕酮(P)、血清雌二醇(E_2),免疫指标(抗心磷脂抗体)以及超声检查。

3.2 主症评分 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4],对7方面症状进行评分:①阴道出血:出血时间 ≥ 7 天为3分,出血时间4~6天为2分, ≤ 3 天为1分;出血持续不净,需要垫纸为3分,出血淋漓难净,量少为2分,出血时有时无,点滴而下为1分;出血色泽淡黯,如黑豆汁为3分,出血色泽淡暗,质清稀为2分,出血淡紫,质薄为1分。②腰酸:腰酸胀痛,持续存在为3分,腰酸胀不适,持续存在为2分,腰酸胀不适,时有时无为1分。③小腹坠胀:小腹疼痛伴坠胀不适,持续存在为3分,小腹疼痛或坠胀不适,持续存在为1分,小腹疼痛或坠胀不适,时有时无为1分。④头晕耳鸣:频繁出现为3分,时有时无为2分,偶有出现为1分。⑤夜尿频数多:夜尿 ≥ 4 次为3分,夜尿3次为2分,夜尿2次为1分。⑥自然流产史: ≥ 3 次为3分,2次为2分,1次为1分。⑦眼眶黧黑或有面部黧斑:有为1分。各项症状评分相加之和为总分,总分共有25分,得分越高,则症状越重。

3.3 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]

拟定。 $n = [(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。
痊愈: $n \geq 90\%$;显效: $75\% \leq n < 90\%$;有效: $30\% \leq n < 75\%$;无效: $n < 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组95.24%,对照组76.19%,2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	42	13(30.95)	18(42.86)	9(21.43)	2(4.76)	95.24
对照组	42	7(16.67)	11(26.19)	14(33.33)	10(23.81)	76.19 ¹

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后主症评分比较 见表2。2组治疗后主症评分较治疗前均有所降低,差异有显著性意义($P < 0.05$);治疗后对照组主症积分远高于治疗组,差异有显著性意义($P < 0.05$),提示治疗组患者症状改善情况远优于对照组。

表2 2组治疗前后主症评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	42	12.33 ± 3.57	1.74 ± 1.07 ^{1,2}
对照组	42	12.45 ± 3.19	7.32 ± 2.09 ¹

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后血清检测指标比较 见表3。2组不同孕周患者治疗后 β -HCG、P、 E_2 水平均较治疗前有所提高,差异有显著性意义($P < 0.05$);治疗组不同孕周患者治疗后血清 β -HCG、P、 E_2 水平均高于对照组同孕周患者治疗后水平,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后抗心磷脂抗体阳性数比较 见表4。2组治疗前后比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$),提示2组患者经过治疗后,免疫情况均有所改善;治疗后2组比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。

5 讨论

先兆流产是指孕妇在妊娠28周前,阴道出现暗红色流血或血性白带,且无妊娠组织物排出,伴有阵发性下腹痛或腰背痛,经过妇科检查宫口未开、胎膜未破、子宫大小与停经周数相符合,经过休息与治疗临床症状会消失,可以继续妊娠。若阴道流血量增多或下腹加剧疼痛,会发展成为流产。先兆性流产属于妇产科常见病,发病率占全部妊娠的10%~15%,且80%发生在妊娠12周内,被称为早期先兆流产。临床上普遍认为引发先兆流产的因素有很多,例如工作压力过大、情绪过于焦虑和紧张,生存环境遭到污染,吸入或接触过有毒化学物质,孕妇出现微生物感染,免疫功能出现异常或是内分泌紊乱等原因。临床上口服黄体酮可以稳定患者的病情。本研究通过对84例肾虚型早期先兆流产患者的临床资料进行回顾性分析,对比黄体酮与补气温肾汤两种治疗方法的治疗效果,

表3 2组治疗前后血清检测指标比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	治疗组			对照组		
		≤8孕周患者 (n=20)	9孕周~10孕周 患者(n=12)	11~12孕周 患者(n=10)	≤8孕周患者 (n=21)	9孕周~10孕周 患者(n=11)	11~12孕周 患者(n=10)
β-HCG (mIU/mL)	治疗前	1244.6±241.8	3745.8±410.3	15478.2±2816.1	1186.4±346.8	3964.7±480.9	14879.4±3027.3
	治疗后	3547.8±246.8 ^{1②}	21057.1±467.1 ^{1②}	91720.4±3421.8 ^{1②}	2451.6±309.4 ¹	17562.1±284.3 ¹	74210.9±3127.5 ¹
P(ng/mL)	治疗前	20.7±2.5	28.4±2.3	38.7±3.1	20.9±2.1	26.9±3.1	39.1±3.2
	治疗后	27.4±5.8 ^{1②}	33.7±3.7 ^{1②}	45.9±3.7 ^{1②}	22.6±0.9 ¹	30.67±3.2 ¹	42.1±2.6 ¹
E ₂ (pg/mL)	治疗前	28.1±4.2	152.4±17.6	211.8±42.8	30.08±5.7	151.77±18.4	209.4±43.2
	治疗后	48.1±5.7 ^{1②}	230.4±39.1 ^{1②}	370.5±50.2 ^{1②}	36.8±6.2 ¹	180.7±40.3 ¹	267.4±40.3 ¹

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组相同孕周比较, ② $P < 0.05$

表4 2组治疗前后抗心磷脂抗体阳性数比较

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	42	8	1 ¹
对照组	42	10	3 ¹

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$

结果显示, 总有效率治疗组 95.24% 显著高于对照组 76.19% ($P < 0.05$)。

中医学认为先兆流产主要发病机制为冲任损伤、胎元不固。孕妇肾虚、血热、气血虚弱、血瘀等因素均可导致, 肾为先天之本, 肾藏精, 主生殖。肾气的盛衰影响是否受孕, 对妊娠后的胚胎生长发育具有重要作用。补气温肾汤, 意在温阳补肾暖土, 达到固冲安胎、固摄胎元的作用^[4-6]。黄芪具有较强的补气作用, 可以有效改善患者的贫血状况, 增加并调节患者机体内免疫功能, 提高抗体的抗病能力。桑螵蛸有固摄胎元作用, 有效抑制细菌、病毒, 降低血小板的黏附力, 改善患者微循环。益智仁温肾固精, 温脾暖胃的功能, 加速红细胞与血红蛋白生成左右, 促进钙吸收, 有利于胎儿的生长发育与生存。乌药具有行气开郁, 散寒止痛, 温肾化气, 可保护子宫内黏液。山药益气补脾, 能助消化补虚, 含有雌性激素。焦白术健脾益气, 止汗安胎, 可提高患者机体细胞与体液免疫功能, 可以有效抑制催产素引发子宫收缩。本结果显示, 治疗组治疗后在不同孕周内血清 β-HCG、P、E₂ 水平均高于对

照组患者 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后中医平均症状积分与抗心磷脂抗体阳性数均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。这表明肾阳虚型早期先兆流产采用补气温肾汤治疗效果显著性高于黄体酮。因此, 笔者认为, 临床上对于流产患者的治疗, 建议采用补气温肾方法治疗, 可有效缓解患者的临床症状, 同时提高患者的免疫功能。

[参考文献]

- [1] 袁媛, 侯莉莉. 补肾调冲法治疗早期不明原因反复自然流产 90 例临床观察[J]. 中国生化药物杂志, 2014, 34(3): 162-164.
- [2] 薛洪喜, 张传荣. 中西医结合治疗妊娠早期先兆流产 90 例观察[J]. 中医临床研究, 2012, 4(10): 12-13.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [4] 潘丽, 张丽华, 庞丽萍. 寿胎丸加减结合绒毛膜促性腺素及雌孕激素治疗复发性流产的疗效观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2011, 33(1): 82-83.
- [5] 黄宗琼. 健脾固肾安胎法联合 HCG 治疗先兆流产的安全性及可行性分析[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(2): 277-278.

(责任编辑: 马力)