

# 加味桃红四物汤治疗异位妊娠未破损型 43 例临床观察

宋家欣

大庆市中医医院, 黑龙江 大庆 163311

**[摘要]** 目的: 观察加味桃红四物汤治疗异位妊娠未破损型的临床疗效。方法: 将 86 例患者随机分为 2 组各 43 例。对照组采用米非司酮联合甲氨蝶呤治疗, 治疗组在对照组的基础上加用加味桃红四物汤内服, 疗程均 10 天, 并进行 4 周随访, 记录腹痛、阴道流血消失时间和血  $\beta$ -HCG 恢复正常时间, 采用 B 超动态监测异位妊娠包块变化情况, 并观察输卵管通畅性。结果: 总有效率治疗组为 93.02%, 对照组为 76.74%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后治疗组腹痛、阴道流血消失时间和血  $\beta$ -HCG 恢复正常时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ ); 治疗组患侧输卵管通畅情况优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 应用加味桃红四物汤保守治疗异位妊娠未破损型患者能提高疗效, 缩短病程, 并促进输卵管功能的恢复。

**[关键词]** 异位妊娠; 未破损; 中西医结合疗法; 加味桃红四物汤

**[中图分类号]** R714.22 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0155-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.067

异位妊娠是妇科产常见急腹症之一, 有逐年增加的趋势, 近年来由于超声检查及血  $\beta$ -HCG 检测等诊疗技术的不断提高, 大多数病例能够在异位妊娠未破裂前得到诊断, 为保守治疗提供了机会。对异位妊娠未破损型患者采用保守治疗, 可使患者免受手术痛苦, 减轻患者经济负担, 并可保留生育功能, 增加再孕机会<sup>[1]</sup>。临床治疗多以甲氨蝶呤和米非司酮为主, 但药物副反应较明显, 并且不能有效地消除已形成的包块。笔者临床中在常规治疗的基础上加用加味桃红四物汤治疗异位妊娠未破损型患者, 取得较好的效果, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择 2014 年 5 月—2015 年 7 月本院收治异位妊娠患者 86 例作为研究对象, 采用随机数字表法分为 2 组各 43 例。对照组年龄 22~37 岁, 平均(29.6±7.2)岁; 停经 34~58 天, 平均(44.3±5.2)天;  $\beta$ -HCG(1857.2±406.8) IU/L。治疗组年龄 23~40 岁, 平均(30.1±6.5)岁; 停经 34~60 天, 平均(43.9±5.7)天;  $\beta$ -HCG(1901.2±427.4) IU/L。2 组年龄、停经时间、 $\beta$ -HCG 水平等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《妇产科学》<sup>[2]</sup>制定: ①多数患者有 6~8 周停经史; ②一侧下腹部隐痛或酸胀感; ③常有少量不规则阴道流血; ④妇科检测子宫大小与停经月份不相符, 一侧附件可触及软性包块, 有压痛; ⑤血  $\beta$ -HCG 阳性; ⑥B 超检查提示宫腔内空虚, 子宫内膜增厚, 宫旁一侧出现边界不清回声不均的混合型包块。

**1.3 辨证标准** 符合《中医妇科学》<sup>[3]</sup>中气滞血瘀型标准: ①

月经停闭不行; ②阴道出血淋漓, 量或多或少; ③下腹部胀痛或隐痛不适, 尤以患侧明显; ④晨起恶心、呕吐; ⑤胸闷乳胀, 心烦易怒, 口干便秘。

**1.4 纳入标准** ①符合异位妊娠未破损型诊断标准, 且辨证为气滞血瘀证者; ②生命体征稳定, 腹腔无明显活动性出血; ③血  $\beta$ -HCG < 2 000 IU/L, B 超示盆腔包块直径  $\leq$  3 cm, 无手术指标; ④同意保守治疗, 取得患者知情同意。

**1.5 排除标准** ①卵巢妊娠、输卵管间质部妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠及子宫残角妊娠者; ②破裂型或有大量腹腔内出血, 出现手术指征者; ③严重肝肾功能损害或凝血机制障碍者; ④合并严重的全身系统性疾病者; ⑤拒绝保守治疗或不配合采用中药治疗者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 米非司酮片(上海新华制药有限公司), 每次 50 mg, 1 次/12 h, 连用 3 天, 内服。注射用甲氨蝶呤(浙江万马药业有限公司), 每次 1 mg/kg, 分两侧臀部深部肌注, 给药 1 次。7 天后复查血  $\beta$ -HCG, 若下降小于 15%, 肝功能正常, 可重复上述疗程。

**2.2 治疗组** 西医治疗同对照组, 并予加味桃红四物汤治疗。处方: 当归、川芎、桃仁、地鳖虫、天花粉、王不留行各 15 g, 熟地黄 30 g, 路路通 20 g, 红花 10 g, 三棱、莪术 12 g, 蜈蚣 3 条。每天 1 剂, 常规水煎 2 次, 煮取药液 400 mL, 分 2 次口服。

疗程均 10 天, 并进行 4 周的随访。观察期间密切关注患者情况, 若腹痛加剧伴血压下降、血红蛋白减少等内出血增多征象, 则随时转为手术治疗<sup>[4]</sup>。

**[收稿日期]** 2016-03-15

**[作者简介]** 宋家欣 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医妇科学。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①症状改善情况：记录腹痛、阴道流血消失时间和血  $\beta$ -HCG 恢复正常时间；②异位妊娠包块：采用 B 超动态监测异位妊娠包块变化情况，并观察输卵管通畅性<sup>[4]</sup>。

3.2 统计学方法 数据分析采用 SPSS18.0 统计分析软件，计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，采用  $t$  检验；计数资料比较采用  $\chi^2$  检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《实用中西医结合诊断治疗学》<sup>[6]</sup>拟定。痊愈：治疗 2 周内临床症状消失， $\beta$ -HCG 值下降至正常，妇检及 B 超结果提示异位妊娠包块及盆腔积液消失；显效：治疗 2 周内临床症状消失，血  $\beta$ -HCG 值持续性下降 2/3 以上，妇检及 B 超结果提示异位妊娠包块逐渐缩小 2/3 以上；好转：保守治疗后主要症状消失，附件包块缩小 1/3，妊娠试验阴性；无效：保守治疗期间出现内出血，病灶破裂，需手术治疗。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 93.02%，对照组为 76.74%，2 组比较，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	43	8	14	11	10	76.74
治疗组	43	12	20	9	2	93.02 <sup>①</sup>

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2 组主要观察指标时间比较 见表 2。治疗后，治疗组腹痛、阴道流血消失时间和血  $\beta$ -HCG 恢复正常时间均短于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

组别	n	腹痛消失	$\beta$ -HCG 复常	阴道流血消失
对照组	43	8.75 ± 2.37	21.53 ± 5.21	17.92 ± 4.36
治疗组	43	6.08 ± 1.92 <sup>①</sup>	16.74 ± 4.35 <sup>①</sup>	14.03 ± 3.89 <sup>①</sup>

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.4 2 组患侧输卵管通畅情况比较 见表 3。治疗后治疗组患侧输卵管通畅情况优于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

组别	n	通畅	不通畅	阻塞	$\chi^2$ 值	P
对照组	43	16	18	9	4.835	<0.05
治疗组	43	29	11	3		

### 5 讨论

现代医学认为，导致异位妊娠因素包括流产史、盆腔感染、盆腔手术史、辅助生殖技术、吸烟、发育不良、宫内节育器等，导致受精卵在子宫体腔以外的地方着床发育，其中以输卵管妊娠占绝大多数，占 90% 以上。因输卵管只有一层纤维组织，缺乏肌性组织且其血运丰富，不能长时间维持孕囊发育，一旦破裂，出血量大且难以止血，病情凶险。

米非司酮可通过抑制滋养细胞的增殖和促进滋养细胞死亡来实现，它与孕激素受体结合阻断孕酮的作用，使卵巢中的妊

娠黄体萎缩，输卵管内的蜕膜变性、坏死，导致妊娠物损害，胚胎死亡<sup>[6]</sup>。甲氨蝶呤是抗肿瘤药物，可以影响 DNA 合成，同时也影响嘌呤核苷酸及核酸的合成，使胚胎滋养细胞不能分裂，导致胚胎死亡<sup>[7]</sup>。二者是临床保守治疗异位妊娠的常用药物。

本病可归为中医学妊娠腹痛、癥瘕等病症中，认为脏腑功能失常，气血失调，冲任损伤，胞宫、胞脉、胞络受损，孕卵运行受阻，孕卵异位着床所致，未破损型以少腹血瘀、阻滞脉络为主<sup>[8]</sup>。治疗多以活血化瘀、杀胚消癥为主。加味桃红四物汤中桃仁、红花、地鳖虫活血化癥；当归、熟地黄活血养血，三棱、莪术消癥散结；蜈蚣、天花粉杀胚下胎；路路通、王不留行、川芎行气通络止痛。全方共奏行气活血、化癥消癥之效。药理研究显示桃红四物汤具有镇痛作用，改善循环和抗炎作用等<sup>[9]</sup>。在保守治疗中，杀胚是一种重要手段。蜈蚣和天花粉均具有杀胚下胎作用。

本组资料显示，在常规西医治疗的基础上，采用加味桃红四物汤治疗异位妊娠未破损型患者，能缩短腹痛、阴道流血消失时间和  $\beta$ -HCG 恢复正常时间，提高临床疗效。同时还观察到，治疗后治疗组患侧输卵管通畅情况优于对照组，提示了加味桃红四物汤可通过改善血液微循环，促进异位妊娠包块的分解吸收，促进输卵管功能的恢复，为以后受孕提供了条件。

综上，中西医结合疗法保守治疗异位妊娠未破损型患者疗效优于单纯西药治疗，还能促进卵管功能的恢复，值得临床推广应用。

### [参考文献]

- [1] 尹凤玲, 严春寅, 沈宗姬, 等. 桂枝茯苓胶囊辅助西药保守治疗异位妊娠 40 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 17(6): 317-319.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 110-111.
- [3] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 201-202.
- [4] 张迎, 程琦, 王泓, 等. 经阴道二维超声和三维子宫输卵管超声造影评价输卵管通畅性的对比研究[J]. 临床超声医学杂志, 2012, 14(7): 440-443.
- [5] 陈贵廷, 杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1991: 899-900.
- [6] 曾燕霞. 中西医结合治疗未破损型异位妊娠 50 例临床观察[J]. 右江民族医学院学报, 2010, 32(5): 736-737.
- [7] 李真子, 李力, 郑秀惠, 等. 中西医结合治疗异位妊娠 152 例临床分析[J]. 重庆医学, 2010, 39(19): 2649-2650.
- [8] 蔡小辉, 吴新华. 吴新华分期辨治异位妊娠未破损型经验[J]. 山东中医杂志, 2011, 2: 125-127.
- [9] 吴芸, 陈志鹏, 蔡宝昌, 等. 桃红四物汤化学成分及药理作用的研究进展[J]. 中成药, 2011, 33(11): 1965-1968.

(责任编辑: 冯天保)