

夏枯草柴胡方联合抗雌激素类药物治疗乳腺增生症疗效观察

李玉山¹, 李菊兰²

1. 武威市凉州区中医医院普外科, 甘肃 武威 733000

2. 武威市凉州区西关街社区卫生服务中心, 甘肃 武威 733000

[摘要] 目的: 观察夏枯草柴胡方联合抗雌激素类药物治疗乳腺增生症的临床疗效。方法: 将乳腺增生症患者 200 例随机分为 2 组, 对照组 80 例给予三苯氧胺治疗, 观察组 120 例在对照组的基础上加用夏枯草柴胡方治疗, 观察比较 2 组患者临床疗效, 评估治疗前后疼痛、肿块大小和硬度及血清雌二醇 (E₂)、孕酮 (P)、催乳素 (PRL) 水平变化。结果: 总有效率观察组为 94.17%, 对照组为 85.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组患者疼痛、肿块大小及硬度评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且观察组各项指标评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 E₂、PRL 水平较治疗前降低 ($P < 0.05$), P 水平升高 ($P < 0.05$); 且观察组上述指标改善均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 夏枯草柴胡方联合三苯氧胺能显著改善乳腺增生症患者疼痛程度, 缩小肿块, 改善血清性激素水平。

[关键词] 乳腺增生症; 中西医结合疗法; 三苯氧胺; 夏枯草柴胡方

[中图分类号] R655.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0160-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.069

乳腺增生症临床以乳房疼痛、肿块、乳头溢液、月经失调、情志改变为主要症状, 多发于女性, 发病后患者生活质量显著降低, 更有研究显示其与乳腺癌的发生具有一定关系^[1]。临床上现代医学主要以抗雌激素类药物治疗, 但因病变组织对药物敏感性差, 肿块消失慢, 往往需要长期服药, 且治愈后复发率较高。中医学认为该病多因情志不遂、肝郁气滞所致, 治疗应以疏肝解郁、软坚散结为原则^[2]。近年来, 笔者应用夏枯草柴胡方联合抗雌激素类药物治疗乳腺增生症, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合 2002 年中华中医药学会外科学会乳腺病专业委员会拟定的乳腺增生症诊断标准; ②符合《中医内科学》^[3]中乳癖诊断标准, 属肝郁痰凝证; ③乳房胀痛或刺痛, 乳房肿块岁喜怒消长, 伴胸闷胁胀, 善郁易怒, 失眠多梦, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦和细涩; ④女性患者, 年龄 20~55 岁; ⑤入组前 6 个月内停止激素类用药; ⑥自愿参与本研究且签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①妊娠和哺乳期妇女; ②合并心、肝、肾脏严重疾病者; ③精神障碍不能配合研究者; ④对本研究药物过敏者; ⑤临床资料不完整及治疗依从性差者; ⑥年龄 < 20 岁或 > 55 岁者; ⑦排除乳腺恶性肿瘤者。

1.3 一般资料 选择 2012 年 3 月—2015 年 4 月就诊于武威市凉州区中医医院的乳腺增生症患者 200 例, 按随机数字表法分为观察组 120 例和对照组 80 例。观察组年龄 24~43 岁, 平均(32.62±5.41)岁; 病程 3 月~11 年, 平均(2.47±0.97)年; 乳房单侧发病 33 例, 双侧发病 87 例; 肿块直径 1.41~8.93 cm, 平均(5.72±1.43)cm。对照组年龄 25~46 岁, 平均(31.68±5.70)岁; 病程 3 月~10 年, 平均(2.51±1.02)年; 乳房单侧发病 16 例, 双侧发病 64 例; 肿块直径 1.46~9.27 cm, 平均(5.78±1.50)cm。2 组年龄、病程、发病部位、肿块直径等基线资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予三苯氧胺(苏州第壹制药有限公司)口服, 每次 10 mg, 早晚各 1 次, 共治疗 3 月。嘱患者保持心情舒畅, 定期复查。

2.2 观察组 在对照组的基础上加用夏枯草柴胡方治疗。处方: 夏枯草 15 g, 柴胡、三棱、莪术、制香附各 10 g, 重楼、山慈菇各 6 g, 桔梗、荔枝核各 6 g, 海藻、昆布各 12 g, 陈皮 7 g。加减: 心血不足者加当归、白芍各 12 g。每天 1 剂, 水煎取汁 300 mL, 分 3 次温服。月经前约 15 日服药至月经来潮后停药为 1 疗程, 连服 3 疗程。

[收稿日期] 2016-04-06

[作者简介] 李玉山 (1971-), 男, 副主任医师, 主要从事中医外科临床工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①参照简明疼痛评估量表(BPI0-10分)评估2组患者治疗前后疼痛程度。②肿块大小和硬度采用积分法评分,无肿块为0分;肿块直径<2cm/质硬如鼻翼为3分;肿块直径2.1~5cm/质硬如鼻尖为6分;肿块直径>5cm/质硬如额头为9分,均以肿块最大直径参与评分。③检测治疗前后2组患者血清雌二醇(E₂)、孕酮(P)、催乳素(PRL)水平。

3.2 统计学方法 采用统计学SPSS19.0软件分析数据,计数资料以百分率(%)表示,行χ²检验;计量资料以(̄x±s)表示,行t检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中乳癖疗效标准评估。治愈:乳房疼痛和肿块消失,停药2月以上未见复发;显效:乳腺疼痛消失,肿块缩小>50%,质地柔软;有效:乳腺疼痛减轻,肿块缩小30%~50%,停药后疼痛加重;无效:疼痛等症状未见显著改善,甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为94.17%,对照组为85.00%,2组比较,差异有统计学意义(P<0.05)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例(%)				总有效
		治愈	显效	有效	无效	
观察组	120	43(35.83)	56(46.67)	14(11.67)	7(5.83)	113(94.17)
对照组	80	16(20.00)	37(46.25)	15(18.75)	12(15.00)	68(85.00)
χ ² 值						4.691
P值						0.030

4.3 2组治疗前后疼痛、肿块大小及硬度评分比较 见表2。治疗后2组患者疼痛、肿块大小及硬度评分均较治疗前降低(P<0.05),且观察组各项指标评分明显低于对照组(P<0.05)。

表2 2组治疗前后疼痛、肿块大小及硬度评分比较(̄x±s)分

组别	n	时间	疼痛	肿块大小	肿块硬度
观察组	120	治疗前	6.01±1.93	5.34±2.47	4.62±1.68
		治疗后	1.16±1.04 ^②	2.16±1.63 ^②	2.09±1.45 ^②
对照组	80	治疗前	5.92±1.87	5.42±2.51	4.70±1.63
		治疗后	2.05±1.30 ^①	3.27±2.18 ^①	3.29±1.94 ^①

与同组治疗前比较,①P<0.05;与对照组治疗后比较,②P<0.05

4.4 2组治疗前后激素水平比较 见表3。治疗后2组E₂、PRL水平较治疗前降低(P<0.05),P水平升高(P<0.05);且观察组上述指标改善均优于对照组(P<0.05)。

5 讨论

随着女性承担的工作及家庭压力增大,生活方式、饮食结构的改变,我国乳腺增生症发病率显著上升,且发病人群趋于

表3 2组治疗前后激素水平比较(̄x±s)

组别	n	时间	E ₂ (ng/L)	P(μg/L)	PRL(μg/L)
观察组	120	治疗前	151.34±0.47	12.06±6.14	25.17±10.52
		治疗后	122.75±0.31 ^②	18.62±7.58 ^②	16.84±9.64 ^②
对照组	80	治疗前	152.48±0.52	12.13±6.20	25.30±10.38
		治疗后	136.73±0.47 ^①	16.14±6.83 ^①	19.27±9.15 ^①

与同组治疗前比较,①P<0.05;与对照组治疗后比较,②P<0.05

年轻化,对女性身心健康威胁较大。乳腺囊性增生进一步发展将导致乳腺癌,即使是早期和中期乳腺增生症也有3%的几率发展成乳腺癌,故早期发现、及时治疗非常重要。

中医学将乳腺增生症归属于乳癖范畴。《疡科心得集·辨乳癖痰乳岩论》有云:“有乳中结核,形如丸卵,不疼痛,不发寒热,皮色不变,其核随喜怒消长,此名乳癖。”肝郁痰凝证为该病常见辨证分型,因情志不遂、精神刺激导致肝气郁结,气机阻滞,忧思伤脾,痰浊内生,肝郁痰凝,气血瘀滞阻于乳络而发病。患者自感乳房胀痛或刺痛,肿块时消时长,情志不畅、月经来潮时疼痛加重。治疗以疏肝解郁、化痰散结为则。本研究以自拟夏枯草柴胡方治疗,方中夏枯草散结消肿;柴胡、制香附疏肝解郁、理气调经;莪术、三棱破血行气、消积止痛;山慈菇、荔枝核化痰散结、行气祛寒止痛;海藻、昆布软坚散结;陈皮、桔梗理气健脾化痰;重楼消肿止痛。诸药合用,共奏疏肝解郁、软坚散结、消肿止痛之效。本研究中观察组中药联合三苯氧胺治疗,结果显示其临床总有效率显著高于对照组,治疗后疼痛、肿块大小及硬度评分均小于对照组,且患者激素水平改善情况也优于对照组。提示中药联合治疗可通过改善患者激素水平,调节内分泌而减轻患者疼痛症状,缩小乳核肿块,临床疗效更佳。

[参考文献]

- [1] 牛国英,徐中华.自拟通乳汤治疗乳腺增生症62例疗效观察[J].四川中医,2008,26(2):78-79.
- [2] 刘占平.解郁消癖通络汤治疗乳癖69例疗效观察[J].新中医,2008,40(8):23-24.
- [3] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:3.
- [4] 王宁华.疼痛定量评定的进展[J].中国临床康复,2002,6(18):2738-2739.
- [5] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:101.

(责任编辑:冯天保)