

益肾；栀子清肝利胆；牡丹皮凉血滋阴；盆垂草清利湿热；白鲜皮祛风除燥、清热。诸药合用，共奏补肝肾、护肝利胆、利湿退黄、散热的效果。

本组研究中，观察组临床疗效显著高于对照组，新生儿结局优于对照组，且对临床症状、TBA、ALT的改善均优于对照组，提示清淤利胆汤联合西药治疗ICP疗效优于单纯西药治疗，临床疗效确切。

#### [参考文献]

[1] 吴星光. 双胎妊娠合并妊娠期肝内胆汁淤积症临床特点

分析[J]. 海南医学, 2012, 23(16): 81-83.

[2] 刘敏如, 谭万信. 中医妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.

[3] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 妊娠期肝内胆汁淤积症诊疗指南[J]. 中华妇产科杂志, 2011, 46(5): 391-395.

[4] 兰易, 黄健容. 妊娠期肝内胆汁淤积症的临床特点和发病危险因素分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(13): 1573-1575, 1578.

(责任编辑: 冯天保)

## 消癥止痛汤治疗气滞血瘀型子宫内膜异位症痛经疗效分析

刘颖, 陈仁

浙江省台州市立医院, 浙江 台州 318000

**[摘要]** 目的: 探讨消癥止痛汤治疗气滞血瘀型子宫内膜异位症(EMT)痛经的疗效以及对血清血清肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素(IL)-6水平的影响。方法: 将EMT痛经患者76例随机分为2组各38例; 对照组口服孕三烯酮胶囊治疗, 治疗组在对照组的基础上加用消癥止痛汤治疗。均连续观察12周, 比较2组疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、临床疗效, 以及血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平变化。结果: 总有效率治疗组为92.11%, 对照组为68.42%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后6、12周, 2组患者VAS评分均较治疗前明显下降( $P < 0.01$ ); 且治疗组各时点的VAS评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。治疗后2组血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平均较治疗前降低( $P < 0.01$ ); 且治疗组血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平均低于对照组( $P < 0.01$ )。结论: 消癥止痛汤治疗气滞血瘀型子宫内膜异位症痛经疗效明显, 抑制血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平可能是其作用机制之一。

**[关键词]** 子宫内膜异位症; 消癥止痛汤; 气滞血瘀证; 痛经

**[中图分类号]** R711.71

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0174-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.067

子宫内膜异位症(EMT)为女性生育期多发病, 其中约有60%~80%患者伴有痛经或不孕<sup>[1]</sup>。EMT以渐进性痛经、性交痛、慢性盆腔痛及月经异常为主要临床表现, 其中以痛经症状最为常见, 周而复始及渐进加重的痛经给患者的身心健康造成严重影响。西医临床EMT痛经主要采取止痛药物对症治疗, 且手术、激素等疗法整体效果有限, 且副作用较大, 其5年期的累积复发率高达40%以上<sup>[2]</sup>。近年, 中医药治

疗EMT可全面缓解病情, 减轻疼痛, 利于从整体性调控疾病<sup>[3]</sup>。笔者近年在常规西药治疗的基础上, 联合消癥止痛汤治疗气滞血瘀型EMT痛经, 取得较好疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择2012年1月—2014年12月本院收治的EMT患者, 共76例, 中医辨证均为气滞血瘀证。根据随机数字表法将所有患者分为治疗组

**[收稿日期]** 2015-12-10

**[作者简介]** 刘颖(1979-), 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作。

和对照组各 38 例。对照组年龄 20~40 岁, 平均(31.72±3.15)岁; 平均体重为(58.36±15.80)kg; 美国生殖医学协会(r-AFS)分期: Ⅲ期 25 例, Ⅳ期 13 例; 病程 1~5 年, 平均(3.84±0.66)年。治疗组年龄 21~42 岁, 平均(32.03±3.24)岁; 平均体重为(59.05±16.21)kg; r-AFS 分期: Ⅲ期 29 例, Ⅳ期 9 例; 病程 1~5.5 年, 平均(3.91±0.72)年。2 组在年龄、体重、r-AFS 分期、病程等基本资料比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 子宫内膜异位症痛经诊断标准** 参照《妇产科学》<sup>[4]</sup>以及《子宫内膜异位症的诊断与治疗规范》<sup>[5]</sup>制定; ①临床症状: 疼痛如痛经、性交痛、非经期腹痛以及排便痛等, 月经异常, 不孕, 盆腔包块, 经期不适; ②抗子宫内膜抗体检查阳性; ③血清糖类癌抗原(CA)125>35 U/mL; ④B 超显示: 附件区无回声包块, 内有强光点。临床症状满足 3 项或 3 项以上, 合并抗子宫内膜抗体检查阳性, 血清 CA125 中任何 1 项者即可确诊。EMT 病变程度诊断标准: 参照 r-AFS 子宫内膜异位症评分标准<sup>[6]</sup>: Ⅰ期(微小)1~5 分, Ⅱ期(轻)6~15 分, Ⅲ期(中)16~40 分, Ⅳ期(重)>40 分。

**1.3 气滞血瘀证诊断标准** 参照《中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑》<sup>[7]</sup>制定: 经前下腹胀痛, 经行痛剧, 痛引腰骶, 痛甚昏厥, 腹痛拒按, 经行不畅, 挟有血块, 块下痛减, 肛门坠胀, 经前乳房胀痛, 胸闷不舒, 性交疼痛, 舌紫暗, 边尖有瘀斑, 苔薄白, 脉弦。

**1.4 纳入标准** ①符合 EMT 诊断标准者; ②符合中医气滞血瘀证诊断标准者; ③年龄 20~42 岁; ④月经规律者; ⑤r-AFS 为 Ⅲ~Ⅳ期者; ⑥所有患者知情, 且签署同意书者。

**1.5 排除标准** ①合并生殖道炎症、子宫腺肌病和肿瘤患者; ②放置宫内节育器者; ③伴有心脑血管、肝、肾以及内分泌系统等严重疾病者; ④精神病史或精神疾病者; ⑤妊娠期或哺乳期妇女; ⑥近期 1 月内服用中药及相关制剂治疗者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 口服孕三烯酮胶囊(北京紫竹药业有限公司), 于月经第 1 天开始服用, 每次 2.5 mg, 每天 2 次。

**2.2 治疗组** 在对照组用药基础上给予消癥止痛汤

治疗。处方: 木香、丁香各 15 g, 三棱、莪术各 12 g, 枳壳、青皮、川楝子、茴香、桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍各 10 g。每天 1 剂, 水煎取汁 400 mL, 分 2 次服。

2 组均连续观察 12 周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①2 组疼痛评价: 根据疼痛视觉模拟评分(VAS)<sup>[8]</sup>进行评定。按症状分级记录为: 0 分记为无痛, >1~3 分记为轻度痛, >3~5 分记为中度痛, >5~8 分记为重度痛, >8~10 分记为极重度痛。于治疗前及治疗后 6、12 周进行评价。②2 组血清肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$  和白细胞介素(IL)-6 水平测定: 于治疗前后应用酶联免疫吸附(Elisa)法检测, TNF- $\alpha$ 、IL-6 试剂盒均由北京安必奇生物科技有限公司提供。

**3.2 统计学方法** 应用 SPSS19.0 统计软件包分析, 计量数据以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 组间用  $t$  检验分析; 计数资料用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑》<sup>[7]</sup>标准制定。临床痊愈: 疼痛等症状全部消失, 盆腔包块等局部体征基本消失; 显效: 疼痛等症状基本消失, 盆腔包块缩小, 仅局部体征存在; 有效: 疼痛等症状减轻, 盆腔包块无增大或缩小; 无效: 疼痛等主要症状无变化或恶化, 局部病变有加重趋势。

**4.2 2 组临床疗效比较** 见表 1。治疗组总有效率为 92.11%, 对照组为 68.42%, 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	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	38	7	13	6	12	68.42
治疗组	38	15	13	7	3	92.11 <sup>①</sup>

与对照组比较, ① $P<0.05$

**4.3 2 组治疗前后疼痛 VAS 评分比较** 见表 2。治疗后 6、12 周, 2 组患者 VAS 评分均较治疗前明显下降( $P<0.01$ ); 且治疗组各时点的 VAS 评分均低于对照组( $P<0.01$ )。

**4.4 2 组治疗前后血清 TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平比较** 见表 3。治疗后 2 组血清 TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平均较治疗前降低( $P<0.01$ ); 且治疗组血清 TNF- $\alpha$ 、IL-6 水

平均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后疼痛VAS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗6周	治疗12周
对照组	38	6.17±0.68	4.70±0.49 <sup>①</sup>	2.51±0.28 <sup>①</sup>
治疗组	38	6.21±0.71	3.66±0.40 <sup>①②</sup>	1.05±0.12 <sup>①②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组同时点比较, ② $P < 0.01$

表3 2组治疗前后血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	TNF- $\alpha$ (mmol/L)	IL-6(pg/mL)
对照组	38	治疗前	126.09±13.80	28.72±3.15
		治疗后	55.72±6.12 <sup>①</sup>	21.52±2.49 <sup>①</sup>
治疗组	38	治疗前	125.98±13.87	28.66±3.11
		治疗后	43.91±5.17 <sup>①②</sup>	15.82±1.79 <sup>①②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

## 5 讨论

EMT相当于中医学痛经、月经不调、癥瘕等疾病。中医学认为, EMT的发生与冲任、胞宫的周期性生理变化有关, 在月经周期前后, 机体冲任二脉气血的生理变化极大, 加之情志不调或素性抑郁等影响, 从而产生肝郁气滞, 导致气滞血瘀; 或者产后余血内停, 在经期蓄而成瘀, 瘀阻冲任, 气血运行不畅, 且经前经时气血注入冲任, 加重胞脉气血壅滞, 不通则痛, 从而引发痛经。《景岳全书·妇人规》记载: “瘀血流滞作瘤, 唯妇人育之……总由血动之时, 余血未净, 而一有所逆, 则留滞日积而渐以成瘤矣。”因此, 气滞血瘀为EMT的主要证型, 临床治疗当以行气活血、祛瘀止痛为原则。

消癥止痛汤为本院治疗EMT痛经的协定方, 由《重订严氏济生方》香棱丸合《金匱要略》桂枝茯苓丸化裁而成, 具有疏肝行气、活血散结之功效。方中木香、丁香、茴香温经理气; 青皮疏肝解郁, 消积行滞; 川楝子、枳壳除下焦之郁结, 行气止痛; 三棱、莪术行气破血, 消癥散结; 桂枝温通血脉; 赤芍行血中之滞以开郁结; 茯苓淡渗以利湿, 与桂枝同用能入阴通阳; 牡丹皮、桃仁破瘀散结消癥。全方合用, 行气活血、消癥散结、理气止痛之功。

EMT是一种炎症反应性疾病, 其痛经症状与细胞因子、炎症因子、免疫细胞的参与密切相关<sup>[9]</sup>。其中TNF- $\alpha$ 、IL-6已被证实参与了EMT痛经的发生发展过程。TNF- $\alpha$ 在异位内膜的黏附、侵袭、生长

等环节及疼痛发生过程中均发挥重要作用<sup>[10]</sup>。研究发现, 外源性TNF- $\alpha$ 可直接作用于初级传入神经元而诱发痛觉, 引起神经病理性疼痛, 也能够通过调控其他的炎性介质产生长期的作用<sup>[10]</sup>。IL-6由活化的单核细胞、淋巴细胞产生, 能够诱发急性炎症反应、免疫反应以及细胞毒性反应等, 在子宫位内膜的转移、生长、浸润中均起到促进作用, 在EMT痛经过程中明显升高<sup>[9]</sup>。本组结果发现, 加用消癥止痛汤可明显抑制血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平, 这可能是消癥止痛汤治疗痛经的作用机制之一。

本次观察结果表明, 治疗组临床疗效、改善疼痛VAS评分均优于对照组, 提示消癥止痛汤治疗气滞血瘀型EMT痛经疗效确切, 可明显减轻患者疼痛, 值得临床推广应用。

## [参考文献]

- 牛向馨, 牛乾, 王小蔓, 等. 平冲化瘀通络法联合灸法治疗子宫内位症痛经32例的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(19): 329-332.
- Mahutte NG, Arici A. Medical management of endometriosis-associated pain [J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2003, 30(1): 133-150.
- 王静. 中医多途径疗法治疗子宫内位症痛经51例临床分析[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(4): 101-102.
- 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 272-274.
- 中华医学会妇产科学分会子宫内位症协作组. 子宫内位症的诊断与治疗规范[J]. 中华妇产科杂志, 2007, 42(9): 645-648.
- America Fertility Society. Revised American fertility society classification of endometriosis [J]. Fertility and Sterility, 1985, 43(3): 351-352.
- 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 267-271.
- 严广斌. 视觉模拟评分法[J]. 中华关节外科杂志: 电子版, 2014, 8(2): 273.
- 顾永忠, 孙湛博. 子宫内位症相关疼痛机制研究进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 6(10): 801-804.
- 齐之迎, 尹利荣. 子宫内位症盆腔痛患者血清雌二醇与TNF- $\alpha$ 水平变化的研究[J]. 天津医药, 2014, 42(2): 138-140.

(责任编辑: 冯天保)