

寿胎丸加味配合黄体酮治疗肾虚型早期先兆流产临床研究

叶运慧

潮州市潮安区人民医院, 广东 潮州 515644

[摘要] 目的: 观察寿胎丸加味配合黄体酮治疗肾虚型早期先兆流产的临床疗效。方法: 将 62 例患者随机分为 2 组各 31 例。治疗组采用寿胎丸加味配合黄体酮治疗, 对照组采用黄体酮治疗, 均以 5 天为 1 疗程, 连续治疗 3 疗程。结果: 治疗组愈显率为 83.87%, 总有效率为 93.55%; 对照组愈显率为 61.29%, 总有效率为 80.65%, 2 组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组间愈显率曲线比较, 经 log-rank 检验, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组证候积分均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$); 治疗组积分下降更加显著, 治疗前后积分差值与对照组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 寿胎丸加味配合黄体酮治疗肾虚型早期先兆流产临床疗效显著, 值得推广应用。

[关键词] 早期先兆流产; 肾虚型; 中西医结合疗法; 寿胎丸加味; 黄体酮

[中图分类号] R714.21 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 03-0110-03

早期先兆流产指在妊娠 12 周内出现阴道血性分泌物, 无妊娠物排出, 伴腰酸腹痛、小腹下坠; 妇科检查宫颈口未开, 胎膜未破; B 超检查子宫大小与停经周数相符的病证。经过休息和治疗, 患者若症状消失可以继续妊娠, 若症状加重可能发展为难免流产。近年来, 笔者应用寿胎丸加味配合黄体酮治疗肾虚型早期先兆流产取得明显效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2012 年 2 月~2013 年 6 月本院门诊患者, 共 62 例。按随机数字表分为治疗组和对照组各 31 例。治疗组年龄 23~38 岁; 孕周 7~12 周; 初产妇 14 例, 经产妇 17 例; 曾有自然流产史者 12 例; 阴道出血 1~6 天。对照组年龄 22~40 岁; 孕周 7~11 周; 初产妇 13 例, 经产妇 18 例; 曾有自然流产史者 10 例; 阴道出血 1~5 天。2 组年龄、孕周、产次、自然流产史、病程等比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《妇产科学》^[1]中相关标准制定: ①有停经史和早孕反应; ②尿妊娠试验阳性; ③症状: 阴道少量出血, 伴或不伴小腹坠痛或腰酸胀

痛; ④妇科检查宫颈口未开, 子宫体软, 大小与孕周相符; ⑤B 超检查子宫大小、孕囊或胚胎(胎儿)发育与孕周相符。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中肾虚证相关标准制定。主证: 阴道少量出血, 色淡暗, 质薄, 小腹坠痛或坠胀, 腰痛; 次证: 头晕耳鸣, 两膝酸软, 夜尿频多, 有自然堕胎史; 舌脉: 舌淡、苔薄白, 脉沉细略滑。

1.4 纳入标准 ①孕 12 周内, 符合诊断标准、辨证标准; ②年龄 20~40 岁, 同意接受保胎治疗和随访者。

1.5 排除标准 ①20 岁以下或 40 岁以上的患者; ②合并有生殖器畸形、肿瘤或子宫肌瘤者; ③合并心脑血管、肝、肾等严重原发性疾病, 精神病患者; ④未按规定用药, 无法判断疗效, 或因数据不全无法判断疗效。

2 治疗方法

2.1 治疗组 寿胎丸加味治疗。处方: 菟丝子 15 g, 山药 30 g, 杜仲、桑寄生各 20 g, 白术、续断、阿胶(烊化)、熟地黄、黄芩、艾叶各 10 g, 甘草 5 g。

[收稿日期] 2013-09-22

[作者简介] 叶运慧 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事中医妇科临床工作。

用法：每天1剂，水煎取汁150 mL，复煎1次，2次药汁混合，早晚分服。黄体酮注射液20 mg，肌肉注射，每天1次。

2.2 对照组 黄体酮注射液20 mg，肌肉注射，每天1次。

2组均以5天为1疗程，每个疗程后评价疗效，3疗程后观察总疗效。治疗过程中嘱患者勿劳累，均衡饮食、注意个人卫生、禁夫妻生活。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 对患者主要症状阴道流血时间、出血量、腰酸胀痛、小腹疼痛或坠胀、B超结果等按无、轻、中、重计0、2、4、6分；对次要症状两膝酸软、夜尿频多、有自然堕胎史、头晕耳鸣、神疲肢倦按无、有计0、1分。统计治疗前后症状积分，计算疗效指数(N)=[治疗前积分-治疗后积分]/治疗前积分]×100%。

3.2 统计学方法 使用SPSS21.0统计软件包进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，2组计量资料比较采用t检验；等级资料采用秩和检验；2组愈显率采用Kaplan-Meier生存曲线法，组间愈显率差异比较采用log-rank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(试行)》^[2]拟定。治愈：阴道出血停止，小腹疼痛及腰酸胀痛等症消失，B超检查胚胎发育良好，与停经月份相符，N≥95%。显效：阴道出血停止，小腹疼痛及腰酸胀痛等主症明显减轻，B超检查胚胎发育良好与停经月份相符，70%≤N<95%。有效：阴道出血停止，小腹疼痛及腰酸胀痛等主症有所减轻，B超检查胚胎与停经月份基本相符，30%≤N<70%。无效：仍有阴道出血，病情无明显好转或流产者，N<30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组愈显率为83.87%，总有效率为93.55%；对照组愈显率为61.29%，总有效率为80.65%，2组比较，差异均有显著性意义(P<0.05)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	31	15	11	3	2	83.87 ^①	93.55 ^①
对照组	31	9	10	6	6	61.29	80.65

与对照组比较，^①P<0.05

4.3 2组治疗后证候积分比较 见表2。治疗后2组

证候积分均较治疗前明显下降，差异均有显著性意义(P<0.05)；治疗组积分下降更加显著，治疗前后积分差值与对照组比较，差异有显著性意义(P<0.05)。

表2 2组治疗前后证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	差值
治疗组	31	19.81±2.88	3.29±4.71 ^{①②}	16.52±2.98 ^②
对照组	31	19.16±2.81	5.77±6.21 ^①	13.39±4.10

与同组治疗前比较，^①P<0.05；与对照组比较，^②P<0.05

4.4 2组愈显率曲线比较 见图1。治疗组愈显率第1、2、3疗程分别为48.39%、70.97%、83.87%；对照组分别为25.81%、45.16%、61.28%。2组间愈显率比较，经log-rank检验，差异有显著性意义(P<0.05)。可见治疗组在短时间内愈显率明显高于对照组，说明治疗组控制病情较对照组快。

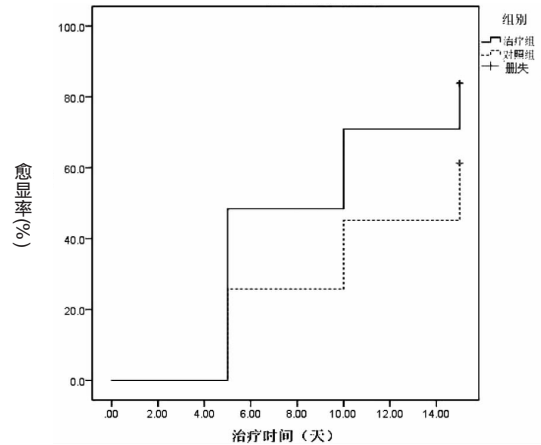


图1 2组愈显率曲线比较

5 讨论

现代医学认为，导致流产的原因非常复杂，常见原因有染色体方面、内分泌、免疫和全身性疾病。其中，黄体功能不全导致的流产较常见，故多以补充黄体酮为主，然其发病原因多样化，故部分患者疗效仍然欠佳，且见效慢。

中医学无早期先兆流产之名，将其归属于胎漏、胎动不安等范畴。本病主要是由于父母先天不足，肾气亏虚，或孕期房事，或久病伤肾，肾虚则冲任受损，胎元不固，胎失所养而成胎漏、胎动不安。《女科经纶》云：“肾为天一之水，主子宫以系胎，孕胎根蒂也。”肾气虚则系胎无力，肾气足则胎有所系；肾精足则胎有所养，肾阳盛则胎元得温煦，其胎自

安。可见，肾虚是本病的主要病理基础。治疗当以补肾固冲为主，安胎养血为辅。寿胎丸是清末名医张锡纯治疗滑胎的验方，功能补肾安胎，主治肾虚滑胎、及妊娠下血、胎动不安、胎萎不长者。方中菟丝子补肾益精，肾旺胎安，桑寄生、续断补肝肾，固冲任，使胎气盛。阿胶滋养阴血，使冲任血旺胎气固。熟地黄滋阴补血，益精填髓。白术补气健脾，山药健脾气益脾阴，以后天补先天，生化气血以化精，先后天同补，加强安胎之功。黄芩清热，与白术相配出于朱丹溪《丹溪心法·妇人·产前》所创“芩、术安胎”、“产前宜清热”之说。杜仲补肝肾安胎。艾叶温经止血，安胎止腹痛。诸药合用，补肾安胎止血力强。与

黄体酮配合使用，黄体酮快速补充体内激素，中药通过多个环节发挥调理作用，二者结合可以明显缩短疾病治疗时间，提高愈显率。

本临床研究是以门诊保胎治疗为主，所选病例症状相对较轻，故治疗结果比较理想。

[参考文献]

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2008：84- 85.
- [2] 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，2002：253- 258.

(责任编辑：冯天保)

加味抵当汤治疗药流不全 35 例疗效观察

朱朝萍，吉贤

白银市平川区宝积乡卫生院，甘肃 白银 730913

[摘要] 目的：观察加味抵当汤治疗药流不全的临床疗效。方法：将 50 例患者随机分为 2 组，治疗组 35 例采用加味抵当汤口服，对照组 15 例给予新生化颗粒口服，均用药 5 天，于第 7 天观察临床疗效。结果：治愈率治疗组为 91.4%，对照组为 46.6%，2 组比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论：加味抵当汤治疗药流不全疗效肯定。

[关键词] 人工流产；药流不全；米非司酮；米索前列醇；加味抵当汤

[中图分类号] R714.21 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 03-0112-02

药物流产，简称药流，指妊娠 7 周内用药物流产的方法。药流因其方法简便，痛苦小，不需宫内操作等优势，已广泛应用与临床，其完全流产率达 91%^[1]。近年来，部分人群反复、多次应用，或服药前用药复杂等因素，致其不全流产率较文献记录为高。笔者自 2008 年 1 月以来，观察本院妇科门诊服米非司酮合米索前列醇人流人群 240 例，均在服药后 10 天 B 超复查，发现其不全流产率为 20.8%。笔者临床中采用加味抵当汤治疗药流不全患者，收到较

好疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2008 年 1 月~2013 年 1 月本院妇科门诊患者，共 50 例，随机分 2 组。治疗组 35 例，年龄 18~40 岁，平均(28.21±1.31)岁。对照组 15 例，年龄 19~40 岁，平均(28.11±1.12)岁。2 组年龄经统计学处理，差异无显著性意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 ①妊娠史；②米非司酮合米索前列

[收稿日期] 2013-09-16

[作者简介] 朱朝萍 (1980-)，女，主治医师，主要从事妇产科临床工作。