

补肾调冲汤治疗青春期功血临床观察

钟佩灼¹, 边丹秀²

1. 杭州市拱墅区米市巷街道社区卫生服务中心妇科, 浙江 杭州 310005

2. 诸暨市妇幼保健院产科, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察补肾调冲汤治疗青春期无排卵性功血的临床疗效。方法: 将 106 例青春期功血患者参照随机数字表法分为 2 组各 53 例; 对照组采用妈富隆治疗, 治疗组在对照组治疗方法的基础上采取补肾调冲汤内服治疗 (每天 1 剂, 常规煎煮 2 次); 2 组疗程均为 3 个周期; 观察 2 组临床疗效和基础体温 (BBT); 检测 2 组患者血清雌二醇 (E₂) 和黄体生成素 (LH) 水平。结果: 总有效率治疗组 83.02%, 对照组 64.15%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。治疗组治疗后 BBT 双相型例数 41 例 (77.36%) 高于对照组 30 例 (56.60%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后患者的控制出血时间和完全止血时间少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组治疗后患者血清 E₂ 和 LH 高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论: 在西医基础上, 补肾调冲汤治疗青春期功血可改善患者基础体温和激素水平, 其疗效优于单纯西药治疗。

[关键词] 青春期功血; 肾阴亏虚; 补肾调冲汤; 雌二醇 (E₂); 黄体生成素 (LH); 基础体温 (BBT)

[中图分类号] R711.52 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0133-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.062

青春期功血为女性常见病, 多为下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调所致, 临床表现以子宫异常出血为主。青春期功血异常出血的症状给患者的生活、学习带来很大困扰。目前, 西医治疗该病以多用性激素、抗纤溶治疗, 然而西药治疗虽然能够止血, 但止血仅仅为治标, 未能从根本上解决导致异常出血的主因, 故西药治疗易反复, 且副作用较多。中医药治疗青春期功血能够调节肾-天癸-冲任-胞宫轴的平衡, 促进下丘脑-垂体-卵巢-子宫内在功能的恢复^[1]。笔者针对青春期功血的病证特点, 采取补肾调冲汤治疗肾阴亏虚型青春期功血, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《临床妇产科学》拟定: 月经周期紊乱, 子宫不规则出血, 特点是月经周期紊乱, 经期长短不一, 经量不定, 甚至大量出血。出血时间持续 10~28 天, 多伴有贫血。年龄 < 20 岁, 未婚或无性生活史, 病程 2 月以上且单相型基础体温曲线。

1.2 辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。肾阴亏虚: 经血时多时少, 色鲜红; 头晕耳鸣, 五心烦热, 夜寐不安; 舌质红、苔少或无, 脉细数。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准者; ②符合中医诊断标准者; ③年龄 12~20 岁; ④签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①合并子宫、附件器质性病变者; ②严重心、肝、肾、血液等系统疾病及精神异常患者; ③依从性差者; ④药物过敏史或过敏体质者; ⑤治疗前 1 周内曾采用其他药物治疗者。

1.5 一般资料 选择青春期无排卵性功血患者 106 例, 均为杭州市拱墅区米市巷街道社区卫生服务中心和诸暨市妇幼保健院妇产科门诊 2011 年 3 月—2014 年 4 月的病例, 按照随机数字表法分为 2 组各 53 例。治疗组年龄 12~18 岁, 平均 16.3 岁; 病程 2 月~3 年, 平均 14 月。对照组年龄 12~20 岁, 平均 15.8 岁; 病程 2 月~3.4 年, 平均 16 月。2 组年龄、病程资料经统计学分析, 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 采用妈富隆 (荷兰欧加农制药有限公司, 国药准字 H20030559) 治疗, 每次 1 片, 每天 3 次; 血止 3 天后, 每天 1 片, 共给药 21 天; 停药后撤退性出血反应第 5 天开始下一周期治疗, 每天 1 片, 连续 21 天。

2.2 治疗组 在对照组治疗方法的基础上, 采取补肾调冲汤, 处方: 续断 30 g, 党参、黄芪、山茱萸、制黄精各 15 g, 艾叶、仙鹤草、地榆、煅龙骨、煅牡蛎、当归各 10 g。内服治疗, 每天 1 剂。常规煎煮 2 次, 口服。临证时, 血虚重者加

[收稿日期] 2015-06-03

[作者简介] 钟佩灼 (1974-), 女, 副主任中医师, 主要从事妇科的临床工作。

阿胶；气虚甚者加升麻；血热者加牡丹皮、地骨皮；血瘀者加牛膝。

2 组均以 1 个月经周期为 1 周期，连续治疗 3 周期。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①监测 2 组出血和止血情况：参照全国《功能失调性子宫出血的中西医结合诊疗标准》^[3]。速效：出血持续 3 天以内；显效：出血持续 7 天以内，经量正常；有效或好转：出血持续 10 天以内，月经量减少 1/3~1/2；无效：出血持续 10 天以上。②检测 2 组基础体温(BBT)，包括双相型和单相型；③2 组治疗前后性激素测定：雌二醇(E₂)、黄体生成素(LH)，均采用 ELISA 法检测，E₂ 试剂盒(上海远慕生物科技有限公司，批号 YM-S0772)；LH 试剂盒(上海江莱生物科技有限公司，A10411)。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS17.0 统计分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，进行 *t* 检验，计数资料采取 χ^2 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》^[4]中崩漏的疗效标准制定。治愈：经量、经期、周期恢复正常，能维持 3 个月经周期以上。好转：经量、经期、周期虽恢复正常，但停药后不能维持 3 个月经周期，或经量减少，或经期缩短。未愈：阴道出血无变化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 83.02%，对照组 64.15%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)，治疗组优于对照组。

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	53	21	23	9	83.02 ^①
对照组	53	12	22	19	64.15

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组 BBT 改善比较 见表 2。治疗后，治疗组 BBT 双相型例数 41 例(77.36%)，对照组 30 例(56.60%)，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	BBT 双相型	BBT 单相型	改善率(%)
治疗组	53	41	12	77.36 ^①
对照组	53	30	23	56.60

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组止血时间比较 见表 3。治疗后，治疗组患者的控制出血时间和完全止血时间少于对照组，2 组比较，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

4.5 2 组性激素水平比较 见表 4。2 组治疗后 E₂ 和 LH 均升高，差异均有统计学意义($P < 0.01$)；治疗组治疗后血清 E₂ 和 LH 高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)， $P <$

0.05)。

表 3 2 组止血时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	出血控制时间(h)	完全止血时间(d)
治疗组	53	25.27± 5.44 ^①	2.10± 0.87 ^①
对照组	53	31.61± 6.28	4.14± 1.39

与对照组比较，① $P < 0.01$

表 4 2 组性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	E ₂ (pmol/L)	LH(mIU/mL)
治疗组	治疗前	146.97± 45.15	7.36± 2.56
	治疗后	199.54± 61.34 ^③	12.53± 3.78 ^②
对照组	治疗前	147.14± 41.98	7.46± 2.31
	治疗后	175.61± 50.23 ^①	9.68± 3.04 ^①

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$ ，③ $P < 0.05$

5 讨论

青春期无排卵型功血病因复杂，其发病机制尚不十分明确。现代医学对青春期功血的发生尚存争议，主要包括下丘脑-垂体-卵巢轴发育不完善，子宫内膜局部因素，精神心理因素，遗传因素等^[5]。青春期功血属中医学崩漏范畴。认为是脏腑失调，冲任失固所致。《素问·上古天真论》记载：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下。”中医学认为青春期女子天癸初至，肾气盛而未充，肾精不充，致冲任不固，不能制约经血形成崩漏。故肾阴不足、冲任失固是根本，故治疗该病当以滋阴补肾，固冲止血为主。

补肾调冲汤为笔者所在医院治疗青春期功血的协定方，方中川断入肝、肾经，补肝肾补肾、固冲任、调血脉；制黄精养阴润肺、补脾益气、滋肾填精；山萸肉益精血、补冲任；煅龙骨敛汗固精、止血；煅牡蛎潜阳补阴；党参、黄芪大补元气，固脱生津；当归补血活血，调经止痛；艾叶散寒止痛，温经止血；仙鹤草、地榆止血，治崩漏下血。上述方药合用，能够补肾阴、调冲任、养血止血。本研究结果显示，在西药基础上，补肾调冲汤治疗青春期无排卵性功血能够改善临床症状，控制出血，减少止血所需时间。

研究发现，E₂ 和 LH 与青春期功血的发生密切相关^[5]。青春期女性由于学习、考试和升学竞争等压力，长期处于心理应激状态，引起部分性调节轴功能障碍，导致患者血清 E₂ 和 LH 降低^[6]。药理研究表明，补肾药能够发挥类似性激素的作用，增强垂体对促性腺激素释放激素和卵巢对 LH 的敏感性，在促进排卵的同时刺激 E₂ 的分泌^[7]。本研究结果表明，治疗组治疗后血清 E₂ 和 LH 高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)， $P < 0.05$)，可能是补肾调冲汤治疗青春期功血的作用机制之一。

[参考文献]

- [1] 陈霞,于红娟. 功血饮治疗肝肾阴虚型青春期功能失调性子宫出血的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(12): 936-937.
- [2] 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: 62-64.
- [3] 孙立华. 功能失调性子宫出血的中西医结合诊疗标准[J]. 中医中西医结合妇产科情报资料, 1998(2): 72.
- [4] 郎景和. 妇产科学新进展[M/CD]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2009: 57-58.
- [5] 吴心芳, 马炬. 地骨青宫停协定方治疗青春期功血的临床研究[J]. 宁夏医学杂志, 2014, 36(6): 554-556.
- [6] 何珏, 须义贞. 青春期功血的相关因素分析[J]. 陕西中医, 2011, 32(3): 260-263.
- [7] 陈长勋. 中药药理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 166.

(责任编辑: 刘淑婷)

中医辨证治疗小儿惊风临床观察

何红霞, 郭春华

新疆医科大学附属中医医院, 新疆 乌鲁木齐 830000

[摘要] 目的: 观察中医辨证论治疗小儿惊风的临床疗效。方法: 将 110 例小儿惊风, 随机分为 2 组。对照组给予西医常规治疗; 观察组在对照组治疗基础上予以中医辨证治疗。结果: 总有效率观察组 90.91%, 对照组 81.82%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组中医证候分值总分明显低于对照组, 2 组治疗后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 中医辨证治疗惊风临床疗效显著, 并可改善患儿临床症状。

[关键词] 小儿惊风; 辨证治疗; 临床疗效

[中图分类号] R720 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0135-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.063

惊风又名惊厥, 俗称为抽风, 临床主要症状为意识模糊、四肢抽搐, 一年四季均可发病, 以 2~4 岁小儿多见, 因其发病突然且迅猛, 病情凶险, 成为儿科临床重症之一。笔者以中医辨证治疗小儿惊风, 收到较好的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2013 年 5 月—2015 年 1 月本院小儿惊风患儿, 共 110 例。随机分为 2 组, 各 55 例。观察组男 30 例, 女 25 例; 年龄 2~11 岁, 平均(7.5±2.1)岁。对照组男 28 例, 女 27 例; 年龄 3~10 岁, 平均(7.8±2.5)岁; 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《现代儿科诊疗手册》^[1]拟定。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]标准。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予苯巴比妥(哈药集团三精制药股份有限公司; 批准文号: H23021167)肌注, 3~5 mg/kg 为首次剂量, 观察 15 min, 若未停止发作, 视情况进行追加(1~2 次), 每次追加剂量为 5.0 mg/kg, 每天剂量≤30 mg/kg。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上, 给予惊恐惊风加用五味异功散联合远志丸加减治疗; 根据中医辨证治疗, 邪陷心包者, 加用清瘟败毒散(犀角、羚羊角、山栀子、连翘等)加减治疗; 慢惊风中及脾肾阳虚者, 加用固真汤(肉桂、甘草、白术、高丽参等)加减治疗。水煎服, 每天 1 剂, 早晚口服。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 中医证候积分参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]。

[收稿日期] 2015-05-09

[作者简介] 何红霞 (1977-), 女, 主治医师, 主要从事小儿呼吸、急症等疾病的临床研究。