

有重要作用,且远期疗效确切。本研究所得结果与王昱^[7]的研究相似,该研究还显示,中药内服联合云南白药外敷可有效改善复发性口腔溃疡患者的免疫力。

综上所述,养阴扶正祛火方内服联合康复新液、云南白药外敷治疗复发性口腔溃疡疗效显著,可有效促进溃疡创面愈合,减轻溃疡面疼痛感,治疗后复发率低,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 于锋. 中西医结合治疗复发性口腔溃疡 60 例临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(2): 121-122.
- [2] 潘红艳. 中医、西医及中西医结合治疗复发性口腔溃疡临床对比研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(3): 312-313.
- [3] 吴小彬, 雷开芬, 梁超. 补气养阴除湿法治疗复发性口

腔溃疡临床观察[J]. 四川中医, 2013, 31(12): 112-113.

- [4] 赵军海, 苏涇渭. 六味地黄丸辅助治疗成人复发性口腔溃疡疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(18): 1975-1976.
- [5] 温爱平, 李蕾华, 李宁. 清热化湿口服液联合康复新液治疗手足口病疗效观察[J]. 新中医, 2013, 45(7): 93-94.
- [6] 何飞龙, 金玉弟, 袁金仁, 等. 康复新液、云南白药联合柳氮磺吡啶保留灌肠治疗溃疡性结肠炎[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(1): 114-116.
- [7] 王昱. 知柏地黄丸联合云南白药治疗复发性口腔溃疡阴虚火旺证临床研究[J]. 河南中医, 2015, 35(11): 2760-2762.

(责任编辑:吴凌)

棱莪逐膜汤联合药物流产终止早孕疗效分析

范晓艳¹, 虞小新², 庄微雅³

瑞安市人民医院中医科, 浙江 瑞安 325200

[摘要] 目的:探讨米非司酮、米索前列醇联合中药在终止早孕中的临床效果。方法:将宫内妊娠、要求终止妊娠且无明显药物流产禁忌证的患者 100 例,随机分为 2 组各 50 例,治疗组予口服米非司酮、米索前列醇联合中药治疗,对照组予口服米非司酮、米索前列醇治疗,观察比较 2 组流产情况、流产后出血情况。结果:治疗后完全流产率治疗组为 96.0%,对照组为 72.0%,2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 7 天内,治疗组止血率为 90.0%,对照组止血率为 64.0%,2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:米非司酮、米索前列醇联合中药进行终止早孕疗效显著,优于单纯西药治疗。

[关键词] 早孕;药物流产;中西医结合疗法;活血化瘀消癥;棱莪逐膜汤

[中图分类号] R714.21 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 06-0178-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.078

应用米非司酮配伍米索前列醇终止早孕的方法在临床已广泛应用,临床观察其成功率达 90%^[1],但美中不足的是此法仍存在不全流产率较高及流产后出血时间较长的缺点。为此,笔者尝试在药物流产时辅以口服中药治疗,观察发现其可提高药物流产的成功率及缩短流产后出血时间,在一定程度上弥补了药物流产的不足。结果报道如下。

1 临床资料

选择 2014 年 5 月—2015 年 5 月在本院自愿要求实施药

物流产的健康妇女 100 例,年龄 20~40 岁,近 5 月内无药物流产史,无药物流产禁忌证及其他系统性疾病,经尿妊娠试验或血 β -HCG 检测和 B 超检查确诊为宫内早期妊娠(停经 ≤ 49 d),随机分成治疗组(中药联合药物流产)与对照组(单纯药物流产)各 50 例。2 组患者在年龄、既往月经周期、停经时间及孕囊大小等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服米非司酮及米索前列醇治疗。第 1 天早 8

[收稿日期] 2016-02-04

[作者简介] 范晓艳 (1982-),女,主治医师,主要从事中医妇科临床工作。

时口服米非司酮 50 mg, 下午 5 时口服 25 mg, 次日早晚各服 25 mg; 第 3 天早 8 时口服米非司酮 25 mg 后 1 h, 在医院门诊口服前列醇 0.6 mg。

2.2 治疗组 米非司酮及米索前列醇的服用方法同对照组, 口服米非司酮的第 1 天开始即同时口服自拟棱莪逐膜汤, 处方: 三棱、莪术、当归、川芎、王不留行、制香附各 10 g, 丹参、赤芍、益母草、牛膝各 15 g, 蜈蚣 2 条。每天 1 剂, 水煎复渣共取汁 300 mL, 分早晚服, 连服 5 天。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 受试者需在第 3 天服完米索前列醇 0.6 mg 后, 留院观察 4~8 h, 重点观察孕囊排出时间、排出物是否完整以及阴道出血情况。并要求受试者在药物流产后 14、30 天门诊定期回访, 行常规妇检、复查 B 超, 并予以记录。

3.2 统计学方法 各观察指标采用 SPSS18.0 统计学软件分析, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料进行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《实用妇产科学》^[4]拟定。①完全流产: 用药后胚囊完整排出, 或未见完整胚囊, 但出血自行停止, 子宫恢复正常, B 超显示正常者。②不全流产: 用药后胚囊自然排出, 但因出血多, 或出血时间长而刮宫者。③失败: 用药第 8 天诊断继续妊娠, 或胚胎停止发育, 最终采用吸宫术者。

4.2 2 组流产情况比较 见表 1。治疗后完全流产率治疗组为 96.0%, 对照组为 72.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组流产情况比较 例(%)

组别	<i>n</i>	完全流产	不全流产	失败
治疗组	50	47(96.0) ^①	3(16.0)	0
对照组	50	36(72.0)	14(28.0)	0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组阴道出血情况比较 见表 2。治疗后 7 天内, 治疗组止血率为 90.0%, 对照止血率组为 64.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 2 组阴道出血情况比较 例(%)

组别	<i>n</i>	1~7 天	8~14 天	≥ 15 天
治疗组	50	45(90.0) ^①	5(10.0)	0
对照组	50	32(64.0)	14(28.0)	4(8.0)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

药物流产是现代一种安全、简便、有效的终止早期妊娠的

非手术方法, 因无手术并发症、痛苦小, 被临床广泛使用。其终止早孕的机理为蜕膜中 PR 受体结合而致无孕激素的作用, 从而引起一系列的反应(包括蜕膜、子宫肌、子宫颈), 导致早孕失去支持而流产。因此任何原因导致子宫收缩乏力, 绒毛或蜕膜组织不能完整顺利排出, 引起流产不全或失败、阴道出血时间过长等问题。故促进子宫收缩力乃是提高完全流产率、减少不全流产、缩短阴道出血时间的关键问题。笔者根据临床观察, 认为药物流产易致冲任二脉损伤, 瘀血留滞; 或因堕胎不全, 恶血内留, 新血难安以致恶露不尽。故治疗常采用活血化瘀法, 以起杀胚、促进子宫收缩的作用。笔者自拟棱莪逐膜汤, 方中选用药物均为活血化瘀, 甚至破血消癥之品。

中医学并无药物流产的概念, 其临床表现可归属在“堕胎”“恶露不绝”的论述中。《灵枢·邪气脏病形篇》说: “有所堕坠, 恶血留内。”《女科撮要·小产》云: “盖大产如粟熟自脱, 小产如生采, 破其壳, 断自根蒂, 岂不重于大产?” 又《诸病源候论·妇人妊娠病诸候·妊娠堕胎后血出不止候》云: “堕胎损经脉, 损经脉故血不止也, 泻血多者, 便致烦闷, 乃致死也。”综其病机病理, 均不离瘀、滞、虚。因此, 组方立意重在活血化瘀的同时, 不忘顾护胞脉, 佐以养血理血。棱莪逐膜汤方中三棱、莪术乃植物性强力活血消癥药, 能破血逐瘀、消积止痛, 两药相须、相使; 一味丹参、功同四物, 再搭配赤芍、当归、川芎等养血理血药, 可起养血理血、祛瘀通经, 有血去而正不伤之效, 减轻胞脉损伤; 益母草乃“经产要药”, 功能活血、祛瘀、调经, 尤宜产后; 牛膝活血祛瘀、引药下行, 顺应病机下行之势; 佐加动物性活血消癥药蜈蚣, 性善走窜、通达内外、通络散结, 加强活血杀胚作用; 王不留行活血散瘀、消肿止痛; 香附疏肝理气、气行则血行。诸药协同, 可增强子宫兴奋性, 促进子宫收缩, 促使宫内容物尽快完整排出。全方配伍, 相得益彰, 使瘀血得去, 新血得养, 可起到药物性清宫的作用。

经临床观察, 棱莪逐膜汤能提高完全流产率, 通过促进子宫收缩, 有效排出子宫蜕膜和陈旧性血块, 缩短药流的阴道出血时间, 临床疗效良好, 值得进一步研究及推广使用。

[参考文献]

[1] 蔡志妹, 赵庆海. 中西医结合治疗疤痕子宫药物流产 86 例疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(21): 2889-2890.
[2] 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1025.

(责任编辑: 冯天保)