

基于“脾主运化”理论的脾运散塌渍腹部在异位妊娠保守治疗中的应用*

胡雪梅¹, 胡道敏¹, 程勤², 王江燕¹, 马建榕³, 夏雪怡³

(1. 宜宾市第二中医医院妇产科, 四川 宜宾 644000; 2. 宜宾市第二中医医院护理部, 四川 宜宾 644000;

3. 宜宾市中医医院妇产科, 四川 宜宾 644000)

摘要:目的: 探讨基于“脾主运化”理论的脾运散塌渍腹部在异位妊娠保守治疗中的效果。方法: 抽取 2022 年 1 月~2023 年 9 月于宜宾市两所中医医院保守治疗的异位妊娠患者 60 例, 按入组顺序随机分为对照组和研究组, 对照组采用甲氨蝶呤肌注+米非司酮口服+加味宫外孕 II 号方口服治疗, 研究组在对照组基础上给予脾运散塌渍腹部, 观察治疗 1 周后异位妊娠包块、盆腔积液深度、血绒毛膜促性腺激素 (β -HCG)、炎症因子 [白介素 33 (IL-33)、可溶性生长刺激表达基因 2 蛋白 (sST2)]、临床症状消除时间和疗效, 并比较治疗完成 1 个月后输卵管通畅率。结果: 两组患者治疗第 1、4 天包块直径、盆腔积液深度、 β -HCG、IL-33 和 sST2 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗第 7 天研究组优于对照组 ($P<0.05$)。研究组患者下腹隐痛、腹部压痛和阴道出血消除时间低于对照组 ($P<0.05$)。研究组输卵管总通畅率高于对照组 (90.0% vs 63.3%, $P<0.05$)。研究组保守治疗成功率优于对照组 (93.3% vs 73.3%, $P<0.05$)。结论: 脾运散塌渍腹部能加速包块和盆腔积液的消除, 降低 β -HCG 和炎症因子, 提高输卵管通畅率。

关键词: 脾运散; 脾主运化; 异位妊娠; 保守治疗

中图分类号: R 714.22 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 10-0158-05

Application of Piyun powder collapsed abdomen in ectopic pregnancy conservative treatment based on theory of “spleen governing transformation and transportation” /HU Xuemei¹, HU Daomin¹, CHENG Qin², et al// (1. Department of Gynaecology and Obstetrics, The Second TCM Hospital of Yibin, Yibin Sichuan 644000, China; 2. Department of Nursing, The Second TCM Hospital of Yibin, Yibin Sichuan 644000, China)

Abstract: Objective: To explore the effects of Piyun powder collapsed abdomen in the conservative treatment of ectopic pregnancy masses based on theory of “spleen governing transformation and transportation”. Methods: Sixty patients with ectopic pregnancy who received conservative treatment at two TCM hospitals in Yibin from January 2022 to September 2023 were randomly divided into control group and research group in the order of enrollment. Patients in control group was treated with intramuscular injection of methotrexate, oral administration of mifepristone, and oral administration of modified ectopic pregnancy formula II. Patients in study group was treated with Piyun powder collapsed abdomen on the basis of the control group, and the diameter of ectopic pregnancy masses, the depth of pelvic effusion, blood chorionic gonadotropin (β -HCG), inflammatory factors [interleukin-33 (IL-33), soluble growth stimulating gene 2 protein (sST2)], clinical symptom relief time and efficacy was observed after one week of treatment, and compared fallopian tube patency rate after one month of treatment completion. Results: On the first and fourth day of treatment, there was no difference of the diameter of the ectopic pregnancy masses, the depth of pelvic effusion, β -HCG, IL-33, and sST2 levels in both groups ($P>0.05$), and on the 7th day of treatment, these indexes in research group was better than those in control group ($P<0.05$). The elimination time of lower abdominal pain, abdominal tenderness, and vaginal bleeding in research group was lower than those in control group ($P<0.05$). The total patency rate of the fallopian tubes in research group was higher than that in control group (90.0% vs 63.3%, $P<0.05$). The success rate of conservative treatment in research group was better than that in control group (93.3% vs 73.3%, $P<0.05$). Conclusion: Piyun powder collapsed abdomen can accelerate the elimination of masses and pelvic effusion, and reduce β -HCG and inflammatory factors and improve the patency of the fallopian tubes.

Keywords: Piyun powder; Spleen governing transformation and transportation; Ectopic pregnancy; Conservative treatment

异位妊娠是指受精卵在宫腔外着床, 最常见的着床位置是输卵管, 随着胚胎的长大, 可能导致腹痛、输卵管破裂等, 若治疗不及时可能导致大出血甚至危及生命^[1], 对尤其是存在生育需求的患者造成生理和心理上的巨大困扰^[2]。异位妊娠治疗主要包括手术和保守治疗, 而传统中医药在保守治疗中起到非常重要的作用^[3]。既往保守治疗多采用活血化瘀中药联合西

药方案^[4], 但对存在附件包块和盆腔积液的患者来说效果不佳。中医将异位妊娠根据是否破损分为未破损期、已破损期和包块期, 其中包块期指异位妊娠流产、少量出血后或保守治疗杀胚后盆腔积血所致包块, B 超下呈不规则 3~4cm 的衰减包块, 若不及时治疗可能导致包块机化黏连继而诱发盆腔炎甚至不孕症^[5]。临床评估保守治疗效果通常以绒毛膜促性腺激素 (β -

* 基金项目: 宜宾市科学技术局中医药领域科技计划项目 (编号: 2021ZYY021)。第一作者: 胡雪梅, 本科, 副主任护师, 研究方向: 妇产科护理及科研工作, E-mail: huaxi19791@126.com。

human chorionic gonadotropin, β -HCG)降低为参考, 尽管有部分患者 β -HCG降至100mIU/mL以下, 仍可能由于包块的存在引发腹腔内大量出血而手术的问题^[6]。有研究认为: 腹腔或盆腔包块、积液等适合采用中药外敷, 不仅解决中药口服时间长依从性差的问题, 也能加速口服药物快速达到病灶处^[7]。本研究观察基于“脾主运化”理论的脾运散塌渍腹部对异位妊娠包块的临床效果, 拟为异位妊娠包块临床治疗提供新思路。本研究经宜宾市第二中医医院伦理委员会审批通过(编号: 2022014)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年1月~2023年9月宜宾市第二中医医院和宜宾市中医医院妇产科收治的保守治疗异位妊娠患者70例, 按入组次序编号, 单号入对照组, 双号入研究组, 每组各35例, 观察过程中有7人因手术排除(对照组4例, 研究组3例), 3例中途退出(对照组1例, 研究组2例), 最终纳入研究的患者共60例, 每组30例。年龄20~39岁, 平均(26.4±4.0)岁, 体质量(54.6±8.8)kg, 妊娠次数(1.59±0.66)次, 停经天数(44.8±5.2)天。两组患者在年龄、体质量、妊娠次数和停经天数等一般资料方面差异无统计学意义($P>0.05$)。所有患者均知情同意并签署知情同意书。本研究经宜宾市第二中医医院伦理委员会审批通过(2022-ET-003)。

1.2 诊断标准 符合《异位妊娠(输卵管妊娠)中医诊疗方案(2021年版)》^[8]中关于异位妊娠诊断。

1.2.1 中医诊断标准 ①多有停经史和下腹疼痛, 或有不规则阴道流血; ②妇科检查: 子宫可略大, 一侧附件区或可触及包块, 有压痛; ③ β -HCG阳性, 或曾经阳性现转为阴性; ④盆腔B超: 宫内未见孕囊, 宫旁出现轮廓不清的液性或混合性回声区, 或该区查有胚芽或原始心血管搏动, 或腹腔内存在无回声暗区或子宫直肠窝有积液。

1.2.2 西医诊断标准 ①症状: 有停经、下腹痛和阴道流血异位妊娠三联征; ②体征: 后穹窿饱满触痛, 子宫后方或患侧附件扪及包块; ③B超: 宫内无孕囊, 宫旁见边界不清回声不均的包块; ④实验室检查: 血 β -HCG升高或正常, 48h倍增不足66%。

1.3 纳入标准和排除标准 纳入标准: ①符合异位妊娠未破损型中西医相关诊断; ②患者有生育要求且自愿要求保守治疗; ③血 β -HCG<3000mIU/mL且包块直径<6cm; ④肝肾功能及心电图正常; ⑤基本生命体征平稳, 无腹腔内活动性出血及休克表现。排除标准: ①不愿意使用中药者或对使用中药成分过敏的患者; ②本研究所用的保守治疗方法无效必须行手术治疗者; ③患者伴有恶性肿瘤不宜参与试验者; ④精神类疾病无法配合者。

1.3 方法

1.3.1 中医辨证 中医认为异位妊娠属少腹血瘀证, 中医辨证将其分为2类, 一类证属胎元阻络型, 以“活血化瘀, 杀胚止痛”为治疗原则; 一类证属正虚血瘀型, 以“补益气血, 活血化瘀”为治疗原则^[9]。给予的脾运散有活血化瘀、散结止痛、清热凉血之功效。

1.3.2 治疗方法 对照组: 米非司酮(上海新华联制药有限公司, 批号: H20000629, 规格: 25mg), 25mg口服, 每日两次, 连续使用4d; 甲氨蝶呤(澳大利亚Pfizer公司, 进口药品注册证号: H20140205, 规格: 50mg/2mL), 参考中国优生科学协会肿瘤生殖学分会《输卵管妊娠诊治的中国专家共识》^[10]中的单剂量方案, 即按50mg/m²体表面积深部肌肉注射, 单次给药, 分别于用药后4d、7d复查血 β -HCG水平, 若 β -HCG下降超过15%则每周复查随访 β -HCG至正常水平, 若下降小于15%则于第4d再次用药, 剂量同前, 若连续两次用药后 β -HCG不降则考虑手术治疗, 符合本研究排除标准; 同时在此基础上给予中药口服, 方剂: 宫外孕2号方加减, 丹参15g, 桃仁12g, 赤芍15g, 半枝莲15g, 紫草10g, 三棱15g, 莪术15g, 蜈蚣5g, 水煎300mL, 一日3次, 一次100ml。研究组: 在对照组基础上加用中药塌渍脾运散, 方剂: 陈皮30g, 丁香30g, 青皮30g, 升麻30g, 羌活30g, 防风30g, 小茴香30g, 茯苓30g, 泽泻30g, 猪苓30g, 车前子30g, 藿香20g, 法半夏30g, 苍术30g, 半枝莲30g, 党参30g, 打粉, 单次取粉40g, 加白醋和温水各50mL调制成糊状药膏, 将药膏均匀摊在双层无菌纱布上, 清洁患者腹部皮肤, 将涂抹上药膏的无菌纱布敷于下腹部病灶对应处, 用红外线灯(TDP)置于腹部上方30cm处低温照射, 一天两次, 总计1剂(约6天用量)。治疗过程中要求患者尽量卧床休息, 避免剧烈身体活动, 禁性生活, 采取易消化高蛋白均衡饮食, 保持大便通畅。

1.4 观察指标

1.4.1 主要观察指标 ①B超。分别于治疗第1、4、7天B超检查, 记录包块大小(包块直径)和积液多少(盆腔最大积液深度)。②血 β -HCG及炎症因子。分别于治疗第1、4、7天抽取清晨空腹静脉血, 采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定炎症因子白介素-33(IL-33)、可溶性生长刺激表达基因2蛋白(sST2)和血 β -HCG水平。③症状。住院期间每日观察下腹隐痛、阴道出血、早孕反应、腹部压痛等症状, 出院后电话随访, 记录症状消除时间。④输卵管造影。于治疗结束后1个月行输卵管造影, 观察输卵管通畅情况, 并将其分为通畅、基本通畅和不通畅3个等级, 本研究将通畅率定义为(基本通畅+通畅)/总例数。

1.4.2 疗效判定标准 参考文献^[11]将疗效定义为2分类变量, 成功: 临床症状和体征均消失, 血 β -HCG降至正常, 盆腔积液消失, 异位妊娠病灶缩小或完全吸收。失败: 患者临床症状无变化甚至加重, 治疗7d血 β -HCG不下降或升高, 异位妊娠病灶增大或破裂需要进行手术治疗。

1.5 统计学方法 采用SPSS 26.0进行统计处理, 正态分布的数值变量用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)描述, 其组间比较用成组 t 检验, 分类变量用频数(%)描述, 组间比较用 χ^2 检验, 等级资料组间比较用秩和检验(Mann-Whitney检验), 以 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者不同时间点包块大小和盆腔积液深度比较 两组患者治疗第1、4天包块直径和盆腔积液深度

差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗第 7 天研究组包块直径和盆腔积液深度低于对照组 ($P<0.05$); 同组不同时间点比较, 与第 1 天比, 对照组包块直径和盆腔积液深度仅第 7 天差异有统计学意义 ($P<0.05$), 而研究组第 4、7 天均低于第 1 天 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者不同时间点包块大小和盆腔积液深度比较($\bar{x}\pm s, \text{cm}$)

组别	包块直径			盆腔积液深度		
	第 1 天	第 4 天	第 7 天	第 1 天	第 4 天	第 7 天
对照组($n=30$)	4.41 $\pm$ 1.70	3.72 $\pm$ 1.23	2.86 $\pm$ 1.03 ^a	2.43 $\pm$ 0.89	2.03 $\pm$ 0.83	1.52 $\pm$ 0.61 ^a
研究组($n=30$)	4.50 $\pm$ 1.83	3.37 $\pm$ 1.15 ^a	1.98 $\pm$ 0.95 ^{ab}	2.36 $\pm$ 0.81	1.76 $\pm$ 0.77 ^a	0.98 $\pm$ 0.50 ^{ab}

注:^a表示与同组治疗第 1 天比较差异有统计学意义,^b表示与对照组比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

2.2 两组患者不同时间点血 β -HCG 浓度比较 两组患者治疗第 1、4 天血 β -HCG 浓度差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗第 7 天研究组低于对照组 ($P<0.05$), 两组治疗第 4、7 天时血 β -HCG 浓度均呈明显下降趋势 ($P<0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者不同时间点血清炎症因子比较 两组患者治疗第 1、4 天 IL-33 和 sST2 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗第 7 天差异有统计学意义 ($P<0.05$), 两组患者治疗后 (第 4、7 天) IL-33 和 sST2

均有明显下降 ($P<0.05$), 见表 3。

表 2 两组患者不同时间点血 β -HCG 浓度比较($\bar{x}\pm s, \text{IU/L}$)

组别	第 1 天	第 4 天	第 7 天
对照组($n=30$)	637.48 $\pm$ 162.12	427.42 $\pm$ 123.17 ^a	329.42 $\pm$ 105.38 ^a
研究组($n=30$)	654.34 $\pm$ 180.37	400.65 $\pm$ 106.45 ^a	295.30 $\pm$ 94.52 ^{ab}

注:^a表示与同组治疗第 1 天比较差异有统计学意义,^b表示与对照组比较差异有统计学意义, $P<0.05$

表 3 两组患者不同时间点血清炎症因子比较($\bar{x}\pm s$)

组别	IL-33 (pg/mL)			sST2 ($\mu\text{g/mL}$)		
	第 1 天	第 4 天	第 7 天	第 1 天	第 4 天	第 7 天
对照组($n=30$)	68.45 $\pm$ 11.31	47.26 $\pm$ 9.61 ^a	31.69 $\pm$ 8.35 ^a	1.41 $\pm$ 0.29	1.05 $\pm$ 0.26 ^a	0.53 $\pm$ 0.16 ^a
研究组($n=30$)	67.82 $\pm$ 10.36	42.98 $\pm$ 9.17 ^a	24.80 $\pm$ 7.91 ^{ab}	1.38 $\pm$ 0.31	0.96 $\pm$ 0.27 ^a	0.39 $\pm$ 0.11 ^{ab}

注:^a表示与同组治疗第 1 天比较差异有统计学意义,^b表示与对照组比较差异有统计学意义, $P<0.05$

2.4 两组患者症状消除时间比较 两组患者下腹隐痛、腹部压痛和阴道出血消除时间差异有统计学意义 ($P<0.05$), 早孕反应消除时间无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者症状消除时间($\bar{x}\pm s, \text{d}$)

组别	下腹隐痛	腹部压痛	早孕反应	阴道出血
对照组($n=30$)	9.04 $\pm$ 1.91	11.47 $\pm$ 3.13	6.64 $\pm$ 1.30	14.25 $\pm$ 3.81
研究组($n=30$)	7.49 $\pm$ 1.66 ^a	9.93 $\pm$ 2.05 ^a	6.12 $\pm$ 1.19	11.74 $\pm$ 3.46 ^a

注:^a表示与对照组比较差异有统计学意义, $P<0.05$

2.5 两组患者治疗后 1 个月输卵管通畅情况 对照组和研究组输卵管总通畅率分别为 63.3% 和 90.0%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 两组患者输卵管通畅等级比较, 差异也有统计学意义, 研究组优于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者治疗后 1 个月输卵管通畅情况[n (%)]

组别	通畅	基本通畅	不通畅	总通畅率(%)
对照组($n=30$)	9(30.0)	10(33.3)	11(36.7)	19(63.3)
研究组($n=30$)	16(63.3)	11(36.7)	3(10.0)	27(90.0)

注:^a表示两组治疗后输卵管通畅情况比较差异有统计学意义, $P<0.05$

2.6 两组患者疗效比较 对照组和研究组保守治疗成功率分别为 73.3% (22/30) 和 93.3% (28/30), 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.320$, $P<0.05$)。

3 讨论

输卵管阻塞是女性不孕症的重要原因, 其中异位妊娠手术治疗影响输卵管完整性, 直接影响女性生育

能力, 中医药治疗对输卵管阻塞性不孕症有着重要作用^[12]。异位妊娠保守治疗不仅能保留患者生育能力, 还能显著降低患者心理应激, 对有生育需求的育龄女性尤为重要^[13]。中西医结合治疗早期异位妊娠效果有独到之处^[14], 中医将异位妊娠归类为“癥瘕”, 认为其基本病机为少腹瘀滞、胎阻胞络, 治疗上应以活血化瘀、杀胚消癥为治则^[15]。通常西药甲氨蝶呤通过结合二氢还原酶使细胞失活, 干扰 DNA、RNA 和蛋白质合成, 从而起到杀胚作用^[16], 而米非司酮具有抗孕酮作用, 可促进妊娠黄体萎缩, 从而阻止胚胎的发育^[17]。中医认为年轻女性若气血不和、瘀血阻滞、冲任失调, 可能致使胚胎孕育于宫腔以外的异常部位, 气血瘀滞成包块, 应以活血化瘀为主要治疗原则, 活血化瘀中药可通过死亡受体通路和线粒体通路促使异位妊娠胚胎死亡, 宫外孕 I、II 号方则是建立在此基础上的经典方。宫外孕 I 号方由桃仁、丹参、赤芍 3 味药物组成, 其中以丹参为君药, 白芍、桃仁为臣药, 共奏化瘀消癥、活血杀胚之功, 现代药理学已证明其能促进腹腔凝血块的吸收^[18]; 宫外孕 II 号方中利用丹参、赤芍、桃仁、三棱和莪术等药材的凉血、活血、活血化瘀、消癥散结、行气破血和消积止痛等作用, 达到消除妊娠包块的目的^[19]。内服汤药虽能活血化瘀、杀胚消结, 但对促进包块吸收方面还有不足, 以化瘀通络的中药外敷和灌肠等外用方法能促进包块吸收, 防止盆腔粘连, 促进输卵管恢复通畅性^[20], 从而达到更好的治疗效果。

异位妊娠的发病机理与少腹宿有瘀滞, 冲任胞脉、

络不畅,或先天肾气不足,后天脾气受损等有关^[21]。

由于脾肾气虚,不能把孕卵及时运送至子宫,或由于瘀阻,运送孕卵受阻,不能移行至子宫,而在输卵管内发育,以致破损脉络,阴血内溢于少腹,发生血瘀、血虚、厥脱等一系列证候。其病机本质是少腹血瘀实证。常见病因病机为气虚血瘀证和气滞血瘀证。气虚血瘀证,包括肾气虚或脾气虚,气虚运血无力,血行瘀滞,以致孕卵不能及时运达子宫,而成异位妊娠。在临床中,患者已成异位妊娠者,伴腹腔内出血,气随血脱,故气更虚。脾虚失于健运,则腹胀不适,肠鸣食减,表现出胃脘不适症状,加重使用米非司酮

或甲氨蝶呤所带来的胃肠道不适症状。中医使用化瘀通络治疗,虽然能达到杀胚的目的,但气行则血行,对于已成结块若不加以益气理气药物,则包块难以消失,盆腔积液靠患者自身的虚弱之气难以吸收。通过气能摄血理论,气虚不足,则患者异位病灶更容易出血。故我科使用益气理气之品打粉之方外敷下腹部,直达病所,疗效显著,弥补既往传统化瘀消癥杀胚的不足,在临床上能有效的缩短患者的住院时间,减少远期盆腔炎、盆腔粘连的并发症。

本研究纳入的疗效观察指标包括包块大小和积液深度、 β -HCG、炎症因子及临床症状缓解时间等,包块和积液反映囊胚和渗出液吸收情况; β -HCG反映机体激素水平,促使绒毛组织蜕变和黄体溶解, β -HCG下降表示胚囊死亡;炎症因子则反映机体炎症反应程度。我们采用中西医结合、内服外用结合治疗异位妊娠取得良好效果,治疗7天后两组包块和盆腔积液均有明显减少,且研究组优于对照组,说明脾运散腹部塌渍能加速盆腔积液吸收,同时促进包块消除。除此以外,脾运散塌渍对血 β -HCG、炎症因子、临床症状和远期输卵管通畅情况均有明显益处。脾运散全方旨在复脾运兼化瘀,用法半夏、苍术、陈皮行气燥湿以运脾,党参健脾益气,另利用防风、升麻、羌活祛风胜湿升阳从而达到抗炎、解痉镇痛的作用;土鳖虫抗缺氧、抗凝血、搜络化瘀,可使包块尽早脱落生新,加速包块吸收;茯苓、猪苓、泽泻利湿抗肿瘤,可加速代谢盆腔积液。蔡连香教授认为异位妊娠未破损型中医病机总属本虚标实、虚实夹杂,其中以气血不足为本,血瘀兼热为标,外敷药一般以祛湿活络、消肿止痛的千年健为君药,以祛风通络、除湿止痛的威灵仙为臣药^[22],与本研究用药虽有不同,但效果确有异曲同工之妙。

总之,异位妊娠保守治疗应结合中西医疗法,同时考虑内服外用联合,本研究在中西医结合基础上所用基于“脾主运化”理论的脾运散腹部塌渍法能显著改善患者临床症状,加速包块和盆腔积液的消除,降低 β -HCG和炎症因子,提高输卵管畅通率,对有生育需求的异位妊娠患者有着重要意义,值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] Mullany K, Mineci M, Monjazeb R, *et al.* Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation [J]. *Womens Health* (Lond Engl), 2023, 19: 17455057231160349.
- [2] Ren N, Rela RRD, Chen ZY, *et al.* Research progress on psychological distress in patients with ectopic pregnancy in China [J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2023, 19: 1633-1639.
- [3] Xu SJ, Jin S, Yang LQ, *et al.* Evidence-based complementary and alternative medicine conventional surgery combined with traditional Chinese medicinal retention enema for tubal obstructive infertility: A systematic review and meta-analysis [J]. *PLoS One*, 2023, 18 (5): e0285859.
- [4] 谢满莲. 化瘀消癥汤联合西药在宫外孕保守治疗中应用及对患者血清人绒毛膜促性腺激素、包块的影响 [J]. *内蒙古中医药*, 2021, 40 (11): 56-57.
- [5] 杨崎靖, 谢守勇, 邓利红, 等. 红酱汤加减联合中药封包治疗包块型宫外孕的效果 [J]. *内蒙古中医药*, 2022, 41 (12): 21-22.
- [6] WINTER TC. Ectopic pregnancy: Hemoperitoneum does not equate to tubal rupture [J]. *Radiographics*, 2021, 41 (1): 318-320.
- [7] Li X, Xiao QQ, Ze K, *et al.* External application of traditional Chinese medicine for venous ulcers: A systematic review and meta-analysis [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015, 2015: 831474.
- [8] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会. 输卵管妊娠中西医结合诊疗指南 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2021, 37 (2): 172-180.
- [9] 李琳锋. 米非司酮联合活血化瘀杀胚消癥方对胎元阻络型异位妊娠保守治疗的临床研究 [D]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2020.
- [10] 中国优生科学协会肿瘤生殖学分会. 输卵管妊娠诊治的中国专家共识 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2019, 35 (7): 780-787.
- [11] 贾子娟, 秦志娟, 刘双玉, 等. 活血化瘀汤联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠的疗效观察 [J]. *天津医药*, 2022, 50 (9): 988-992.
- [12] 邓欣云, 赵秀红, 崔艳国. 通络活血汤辅助治疗输卵管阻塞性不孕疗效观察 [J]. *四川中医*, 2021, 39 (1): 160-162.
- [13] Hao HJ, Feng L, Dong LF, *et al.* Reproductive outcomes of ectopic pregnancy with conservative and surgical treatment: A systematic review and meta-analysis [J]. *Medicine*, 2023, 102 (17): e33621.
- [14] 张国玮, 刘金星, 刘鹏飞. 中西医非手术治疗陈旧性异位妊娠的研究进展 [J]. *中国医药导报*, 2022, 19 (12): 42-45.
- [15] 征征, 高焕云, 刘艳霞, 等. 皂刺汤联合甲氨蝶呤治疗未破损型异位妊娠多中心回顾性研究 [J]. *辽宁中医杂志*, 2023, 50 (1): 76-79.
- [16] LEVIN G, OHAYONA, WEISSBACH T, *et al.* Ectopic first pregnancy treated by methotrexate versus salpingectomy—Maternal and perinatal outcomes in a subsequent pregnancy: A retrospective study [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2022, 160 (3): 823-828.
- [17] Stabile G, Romano F, Zinicola G, *et al.* Interstitial ectopic pregnancy: The role of mifepristone in the medical treatment [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18 (18): 9781.
- [18] 邱嘉菡, 袁烁, 张家旗, 等. 基于网络药理学的宫外孕Ⅰ号方治疗异位妊娠的作用机制研究 [J]. *中国医药导报*, 2021, 18 (22): 4-11, 197.
- [19] 陈思, 李净, 刘晓荣, 等. 基于网络药理学的宫外孕Ⅱ号方治疗异位妊娠作用机制 [J]. *中成药*, 2019, 41 (7): 1538-1547.
- [20] 傅荣, 王翠花, 方岚. 活血通络中药外敷促排卵作用的临床探讨 [J]. *中外医疗*, 2021, 40 (6): 1-4.

益气除湿化瘀方在慢性盆腔炎中的疗效观察

郝建军¹, 檀莹¹, 李海霞^{2,△}

(1. 山西省儿童医院(山西省妇幼保健院) 中医科, 山西 太原 030013; 2. 山西中医药大学附属医院妇产科, 山西 太原 030024)

摘要: 目的: 研究益气除湿化瘀方在慢性盆腔炎(CPID)中的疗效。方法: 选取2020年8月~2022年8月本院收治的72例CPID气虚湿热瘀结证患者为研究对象, 随机分为治疗组($n=36$)和对照组($n=36$), 对照组采用常规治疗方法(甲硝唑、左氧氟沙星), 治疗组在对照组基础上给予益气除湿化瘀方治疗。比较两组临床疗效、中医证候积分(主症、次症)、盆腔血液流变学指标(卵巢及子宫相关指标)、影像学指标(附件增粗或包块、盆腔积液、阴道分泌物异常)及不良反应。结果: 治疗组治疗总有效率(94.44%)高于对照组的(77.78%, $P<0.05$); 治疗后, 两组主症、次症评分均降低, 且治疗组低于对照组($P<0.05$); 两组卵巢及子宫动脉搏动指数(PI)、收缩期峰值流速(PSV)均升高, 且治疗组高于对照组($P<0.05$); 两组卵巢及子宫动脉阻力指数(RI)均降低, 且治疗组低于对照组($P<0.05$); 治疗组盆腔积液、阴道分泌物异常占比低于对照组($P<0.05$); 治疗组不良反应发生率(11.11%)与对照组(13.89%)比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论: 益气除湿化瘀方治疗CPID气虚湿热瘀结证的临床疗效显著, 可缓解患者临床症状, 改善影像学 and 盆腔血液流变学指标, 且治疗安全性较高。

关键词: 益气除湿化瘀方; 慢性盆腔炎; 气虚湿热瘀结证; 盆腔血液流变学

中图分类号: R 711.33 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649(2024)10-0162-04

慢性盆腔炎(chronic pelvic inflammatory disease, CPID)是育龄期女性的常见生殖道感染疾病, 其发病多主要与支原体、衣原体等病原菌感染有关, CPID患者多处于性活跃期, 往往有产后不洁性生活史、流产及妇科手术史^[1]。西医常以抗生素治疗, 其对敏感细菌感染和CPID急性发作的疗效较好, 但对于CPID的治疗效果欠佳^[2]。CPID可归属为中医“妇人腹痛”“癥瘕”“带下病”等范畴。CPID气虚湿热瘀结证以反复发作、缠绵难愈为特点, 多为经后、产后或宫内手术而致胞脉空虚, 易感外邪, 邪客冲任, 湿邪入里, 与冲任气血相搏, 气血运行受阻, 瘀滞不通, 故下腹胀痛; 病久则虚, 正气亏虚, 祛邪无力, 湿邪驱下, 易困遏中焦脾土, 脾失健运, 水湿运化失职, 痰湿困脾, 症见体虚乏力; 痰湿流注下焦, 损伤任带二脉, 带脉失约, 症见带下量多; 湿热瘀三者相互交织, 进一步损伤正气, 故疼痛反复发作, 因而以益气扶正、除湿化瘀为主^[3,4]。益气除湿化瘀方是在名医魏绍斌教授自拟的盆炎康富汤的基础上进行加减, 以治疗正气不足, 湿热瘀结。本文探讨益气除湿化瘀方治疗CPID气虚湿热瘀结证的治疗效果, 以期为临床提供指导, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 前瞻性选取2020年8月~2022年8月本院收治的72例CPID气虚湿热瘀结证患者为研究对象, 采用信封法分为治疗组($n=36$)和对照组($n=36$)。治疗组年龄28~48岁, 平均(37.35 ± 7.14)岁; 病程6个月~5年, 平均(2.41 ± 0.58)年; 妊娠

次数0~5次, 平均(3.02 ± 0.53)次; 产次0~3次, 平均(0.91 ± 0.24)次。对照组年龄25~50岁, 平均(36.84 ± 6.71)岁; 病程8个月~5年, 平均(2.34 ± 0.76)年; 妊娠次数0~5次, 平均(2.95 ± 0.66)次; 产次0~3次, 平均(0.95 ± 0.27)次。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 (1) 西医诊断标准: 符合《盆腔炎性疾病诊治规范(2019修订版)》^[5]中的诊断标准; (2) 中医诊断标准(气虚湿热瘀结证)^[6]: 主症: 下腹胀痛或伴腰骶酸胀, 带下量多, 体倦乏力; 次症: 月经量多, 经色暗红或夹血块, 胸脘痞闷; 口腻; 舌脉: 舌质黯淡, 舌苔白或腻, 脉沉或涩。

1.3 纳入及排除标准 (1) 纳入标准: ①符合上述CPID诊断标准; ②月经周期基本规律; ③已婚或有性生活者; ④对本研究知情, 自愿参加本次临床试验。(2) 排除标准: ①妊娠期或哺乳期; ②合并肝脏、肾脏、心脑血管等方面疾病; ③合并其他妇科疾病; ④合并精神疾病、恶性肿瘤、全身感染性疾病等; ⑤近期有接受CPID相关药物治疗; ⑥中途退出。

1.4 方法 (1) 对照组: 给予常规抗生素治疗, 口服左氧氟沙星片(黑龙江诺捷制药有限责任公司, 国药准字H20054408, 0.1g*24片)、甲硝唑片(上海信谊万象药业股份有限公司, 国药准字H31020379, 0.2g*10片), 药物剂量根据患者病情予以调整。(2) 治疗组: 在对照组基础上给予益气除湿化瘀方治疗。药方组成为当归20g, 丹参15g, 黄芪20g, 党参15g, 白术10g, 制大黄9g, 益母草15g, 鸡血藤20g, 车前

第一作者: 郝建军, 硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗妇科内分泌、盆底疾病, E-mail: haojianjun19830420@163.com; △通讯作者: 李海霞, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗妇科炎症性疾病, E-mail: 593315408@qq.com。

[21] 孙冬莉, 邓高丕. 中西医结合治疗异位妊娠作用机理的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(12): 155-158.

[22] 高山凤, 陈燕霞, 黄欲晓. 蔡连香教授治疗未破型异位妊娠

经验总结[J]. 中国医药导报, 2023, 20(09): 135-138, 149.

(收稿日期 2024-02-26)