

# 中医辨证施治治疗妇科崩漏的效果及有效率分析

赵小兰<sup>1</sup> 刘红梅<sup>2</sup> (通讯作者)

1. 北京市平谷区金海湖镇社区卫生服务中心 北京 100000  
2. 国家康复辅具研究中心附属康复医院 北京 102600

**摘要:**目的:评价妇科崩漏采用中医辨证施治治疗的有效率与临床效果。方法:在2021年5月至2024年3月的时间范围内收集整理试验对象,34例崩漏患者均来自于本院,依照双色球法分成17例为一组的对照组、研究组,分别进行常规西药治疗、中医辨证施治,临床疗效、不良反应发生率、凝血指标及子宫内膜厚度、Hb水平改善情况、月经情况等是两组需要进行比较的主要内容。结果:研究组高于对照组的总有效率、低于其不良反应发生率,两组差异明显, $P < 0.05$ ;治疗前未见两组的凝血功能指标、月经周期、月经量、经期及子宫内膜厚度、Hb水平有明显不同, $P > 0.05$ ;治疗后,研究组较对照组的APTT、PT更低,同时较其子宫内膜更薄、Hb水平更高、月经周期更长、经期更短、月经量更少,各项均具备显著性差异, $P < 0.05$ 。结论:通过中医辨证施治能够有效提高妇科崩漏的止血效果,促进月经情况和凝血功能快速改善,安全性高,值得临床优先选择和进一步推广。

**关键词:**妇科崩漏;中医辨证施治;临床效果

崩漏在临床中的另外一个称呼为崩中漏下,具体指的是患者在非月经期间发生阴道大量流血的情况,或出现淋漓不止的少量出血情况。崩是指血量来势凶猛,且非常多;漏是指血量虽然来势较缓,但却始终淋漓不尽。二者具有相同的发病机制,可以互相转化,中医学将其合称为“崩漏”。该病在青春期和更年期女性中发病率较高,属于临床妇科常见病,严重影响患者的身心健康与生活质量<sup>[1]</sup>。辨证施治作为中医治疗的主要方式,其强调急性发作主要指标,缓慢发作主要治本,表现出效果确切、安全可行的优势。本文的试验对象为34例就诊于本院的崩漏患者,详述如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

试验对象的收集整理时间为2021.5-2024.3,自本院收治的崩漏患者中选取34例,双色球法作为依据分成两组。17例录入对照组:最小年龄20岁,最大年龄40岁,年龄平均值为 $(25.8 \pm 3.7)$ 岁;病程最短5个月,最长7年,病程平均值为 $(3.6 \pm 0.2)$ 年。17例录入研究组:最小年龄21岁,最大年龄42岁,年龄平均值为 $(25.9 \pm 3.6)$ 岁;病程最短4个月,最长8年,病程平均值为 $(3.7 \pm 0.3)$ 年。组间进行基本情况的比较, $P > 0.05$ ,可予以公平对比。

病例纳入标准为:(1)满足崩漏的中医辨证分型标准;存在阴道不规则流血情况;(2)可提供完整的临床资料,治疗意愿、配合意识良好;(3)入组前并未接受过其他任何治疗。病例排除标准为:(1)孕期发生的阴道出血;(2)患有女性生殖器肿瘤或炎症;(3)依从性不佳。

### 1.2 方法

接受西药治疗的为对照组患者:针对青春期女性的用药为戊酸雌二醇,确定出血量得到控制后,调整药物剂量为每次1mg,每天1次,待出血彻底停止后依然

需要连续进行3周的治疗,于第4周予以黄体酮肌注,每天20mg;针对育龄期女性的用药为炔诺酮,口服方式给药,每天1次;针对更年期女性的用药为妈富隆,连续进行3周的治疗。

接受中医辨证施治的为研究组患者:(1)针对气血两虚型患者:以归脾汤加减的方式进行治疗,其中茯苓、酸枣仁、当归、升麻炭、桂圆肉、白术的用量均为10克,远志、甘草、木香的用量均为6克,阿胶、党参的用量均为15克,白茅根的用量为50克;(2)针对冲任虚寒型患者:以温经汤加减的方式进行治疗,其中当归、白芍、阿胶、桂枝、吴茱萸的用量均为10克,半夏、甘草、川芎的用量均为6克,生姜、党参分别为3片、15克;(3)针对气滞血瘀型患者:以血府逐瘀汤化裁的方式进行治疗,其中赤芍、枳壳、川芎的用量均为6克,甘草、柴胡的用量均为5克;当归、牛膝、生地、红花的用量均为10克;桃仁的用量为12克;(4)针对阳盛血热型患者:以清经散加减的方式进行治疗,其中海螵蛸、生地的用量均为20克,黄柏、酒军(后下)、青蒿(后下)、地骨皮、白芍、丹皮、茯苓的用量均为10克,囊茅摄的用量为50克。以上药方按照每天1剂、早、中、晚各1次的标准服用,1个疗程为5天,共进行为期6个疗程的治疗。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 疗效评价标准

痊愈标准:出血症状经过3d治疗后得到完全控制,月经周期、经量等恢复至正常,持续时间超过3个月;显效标准:出血症状经过1周治疗后得以控制,月经周期基本恢复正常,月经量减少超过50%;有效标准:出血症状经过3周治疗后有所好转,月经周期、月经量较治疗前有所改善,但尚未恢复正常;无效标准:出血症状、月经周期、月经量等均无变化,或同比治疗前,病情处于不断加重的状态<sup>[2]</sup>。

1.3.2 凝血功能

于治疗前、后通过 Sysmex CA7000 全自动血凝分析仪检测凝血指标，主要涉及 APTT（活化部分凝血活酶时间）、PT（凝血酶原时间）。

1.3.3 月经情况

治疗前、治疗后需要对两组月经周期、经期、月经量等进行记录。

1.3.4 子宫内膜厚度、Hb 水平

两组患者均需要在治疗前、治疗后月经干净 3d 内通过阴道超声对子宫内膜厚度进行检查；经血液分析，测定 Hb（血红蛋白）水平变化情况。

1.3.5 不良反应

治疗过程中需要记录两组发生的头晕头痛、恶心呕吐、皮疹等药物不良反应情况。

1.4 统计学评析

得到的全部相关数据均使用统计学软件包 SPSS25.0 进行处理，描述计量资料的为  $(\bar{x} \pm s)$ ，描述计数资料的为行百分率(%)，组间相比则进行 t 值检验、 $\chi^2$  值检验， $P < 0.05$  可用来判断存在显著性差异。

2 结果

2.1 对比临床效果的不同

表 1 内容显示：相较于对照组患者的临床治疗总有效率，研究组患者的临床治疗总有效率明显更高，数据差异显著， $P < 0.05$ 。

2.2 对比凝血指标的不同

表 2 内容显示：治疗前两组 APTT、PT 的差异较小， $P > 0.05$ ；治疗后，研究组两项凝血指标均低于对照组，均存在显著性差异， $P < 0.05$ 。

2.3 对比月经情况的不同

表 3 内容显示：月经周期、月经量、经期变化情况相比，两组治疗前无统计学差异， $P > 0.05$ ；研究组治疗后月经量少于对照组，经期短于对照组，月经周期长于对照组，各项均具备统计学意义， $P < 0.05$ 。

2.4 对比子宫内膜厚度、Hb 水平的不同

表 4 内容显示：Hb 水平、子宫内膜厚度在治疗前差异不大， $P > 0.05$ ；而相比于对照组，研究组治疗后子宫内膜厚度、Hb 水平变化更优，存在统计学意义， $P < 0.05$ 。

2.5 对比不良反应发生情况的不同

表 5 内容显示：研究组不良反应发生率 vs 对照组

表 1 对比临床效果的不同 [n (%) ]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
研究组 (n/17)	9 (52.94)	4 (23.53)	2 (11.76)	2 (11.76)	15 (88.24)
对照组 (n/17)	6 (35.29)	2 (11.76)	1 (5.88)	8 (47.06)	9 (52.94)
$\chi^2$					5.1000
P					0.0239

表 2 对比凝血指标的不同 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	APTT (s)		PT (s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n/17)	35.16±3.53	30.13±1.40	15.20±1.17	12.03±0.70
对照组 (n/17)	35.8±3.12	32.18±2.15	15.25±1.01	12.68±0.89
t	0.5601	3.2944	0.1334	2.3669
P	0.5793	0.0024	0.8947	0.0242

表 3 对比月经情况的不同 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	月经周期 (d)		月经量 (mL)		经期 (d)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n/17)	16.30±2.05	26.66±3.07	166.93±11.19	106.30±7.45	17.63±1.48	7.04±0.65
对照组 (n/17)	16.36±2.16	21.34±2.52	167.04±11.33	129.04±9.62	17.69±1.54	9.37±0.90
t	0.0831	5.5226	0.0285	7.7058	0.1158	8.6534
P	0.9343	0.0000	0.9775	0.0000	0.9085	0.0000

表4 对比子宫内厚度、Hb水平的不同 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	Hb水平 (g/L)		子宫内膜厚度 (mm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n/17)	78.48±2.04	114.82±5.10	12.14±1.10	3.27±1.45
对照组 (n/17)	78.30±0.53	102.36±0.55	12.02±0.23	5.73±0.31
t	0.3521	10.0152	0.4403	6.8405
P	0.7271	0.0000	0.6627	0.0000

不良反应发生率, 得到统计学差异,  $P < 0.05$ 。

表5 对比不良反应发生情况的不同 [n (%)]

组别	皮疹	恶心呕吐	头晕头痛	总发生率
研究组 (n/17)	0 (0.00)	1 (5.88)	0 (0.00)	1 (5.88)
对照组 (n/17)	2 (11.76)	2 (1.76)	2 (1.76)	6 (16.67)
$\chi^2$				4.4974
P				0.0339

### 3 讨论

崩漏是中医学名词, 属于临床妇科发病率较高的病症之一, 以月经异常紊乱为典型的病情特点, 依据不同的发病速率、出血量等区分为“崩”和“漏”, 二者可以彼此转化<sup>[3]</sup>。崩漏与西医功能性子宫出血属同一范畴, 均表现出复杂性、严重性。通过对该病的致病因素进行分析可知: 长期处于过度紧张的精神状态、环境或气候改变、营养摄入不充足、代谢紊乱等会直接影响到卵巢正常功能, 引起排卵异常, 子宫内膜无法快速适应雌激素、孕激素的有益调节, 所以就会出现经量、经期紊乱的现象。西医治疗妇科崩漏, 主要从营养支持、补充铁剂、维生素C以及合理应用雌孕激素等方面入手, 不仅不能取得理想的治疗成效, 且容易引起药物不良反

应。

中医辨证施治顾名思义是以患者的不同症候和具体表现作为依据, 准确区别病因和发病机制后采取的对症治疗<sup>[4]</sup>。给予妇科崩漏患者中医辨证施治, 真正做到了以患者体质分型为依据的辨证论治。且该治疗方法明确指出治疗崩漏的关键在于益气健脾、止血祛瘀, 辩证给予患者止血补气、活血化瘀、固气止血等药物, 可以达到对症治疗的目的, 满足患者的需要<sup>[5]</sup>。临床研究发现<sup>[6]</sup>, 中医辨证施治的能够对崩漏患者的下丘脑-垂体-卵巢轴功能进行有效调节, 从而发挥调经止血的功效。相较于西药治疗, 中药在用药过程中基本上不会引起药物不良反应, 保证用药安全的同时进一步提高患者的治疗依从性。

根据本次试验所得结果可知: 研究组同对照组相比, 其治疗总有效率、治疗后的Hb水平更高, 治疗后凝血功能指标、月经量、周期、经期的变化更优, 子宫内膜厚度更薄,  $P$ 均 $< 0.05$ ; 两组不良反应发生率经比较, 研究组低于对照组,  $P < 0.05$ 。由此足以证明, 妇科崩漏选择中医辨证论治对切实提高止血效果、改善凝血功能、恢复月经情况具有重要意义, 且安全可行, 适合临床全面普及。

### 参考文献:

[1] 王婷, 徐继跃, 陈星, 等. 简析易氏芪断固崩汤治疗崩漏的中医思维 [J]. 中国民族民间医药, 2022, 31(20): 78-80.

[2] 张娅珍, 陈颖颖, 张静, 等. 中药联合艾灸治疗围绝经期功能性子宫出血出血期的疗效观察 [J]. 浙江中医杂志, 2022, 57(8): 600-601.

[3] 李翠云. 固冲止崩汤对围绝经期功能性子宫出血患者雌激素水平与炎症反应的影响 [J]. 内蒙古中医

药, 2022, 41(8): 38-40.

[4] 章成煜, 豆雨伟, 乐石旺. 辨证论治围绝经期功能性子宫出血 30 例疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019(91): 174, 177.

[5] 陈宁, 韩飞. 固崩止漏汤治疗围绝经期功能性子宫出血临床效果 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2023, 33(13): 40-43.

[6] 王莉. 功能性子宫出血运用中药归脾汤治疗的效果分析 [J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(4): 38-40.