

· 基层园地 ·

健乳蠲癖胶囊治疗乳腺
小叶增生疗效观察

河南省人民医院(郑州 450003)

吴 瑕 何国强 张 伟

乳腺小叶增生是一种与内分泌功能紊乱有关的慢性乳腺良性增生性疾病。属中医“乳癖”范畴,我们根据中医学理论和临床经验研制了健乳蠲癖胶囊,自 1992 年 2 月以来试用于临床,取得了满意的疗效,现介绍如下。

一般资料 220 例观察对象均为河南省人民医院中医妇科门诊患者,符合乳腺小叶增生诊断标准[中医杂志 1995;36(8):494]。患者均有乳房一侧或双侧出现形状不一、大小不等的肿块,伴有乳房胀痛或刺痛,月经不调,胸闷太息,舌苔薄质略紫,脉弦滑或弦涩,中医辨证属肝郁气滞,痰瘀互结型。采取随机分组法将患者分为治疗组和对照组,两组患者均为女性。治疗组 155 例,年龄 18~60 岁,平均 32.78 岁;病程 6 天~10 年,平均 18.99 个月。对照组 65 例,年龄 20~60 岁,平均 33.19 岁;病程 10 天~20 年,平均 20 个月。两组病例经乳房钼靶片检查 108 例,乳腺 B 超检查 81 例,乳房远红外线透视 31 例,治疗前积分(积分标准为:乳房肿块 $\leq 1\text{cm}$ 积 1 分, $1\text{cm}<$ 乳房肿块 $\leq 2\text{cm}$ 积 2 分, $>2\text{cm}$ 积 3 分;乳房疼痛:隐痛、无触痛积 1 分,隐痛明显,有触痛积 2 分,疼痛及触痛均明显积 3 分,疼痛严重、不能碰并影响活动积 4 分;月经不调:量少色淡积 0.5 分,量少色暗积 1 分;胸闷太息:轻度胸闷无太息积 0.5 分,胸闷伴太息积 1 分,胸闷明显伴太息胁胀积 1.5 分);治疗组为 62.0 ± 12.5 ,对照组为 59.0 ± 11.5 ;并排除 <18 岁或 >60 岁者,或合并有心、肝、肾等系统严重疾病者。

治疗方法 治疗组用健乳蠲癖胶囊(组成:青皮 90g 瓜蒌 120g 全蝎 90g 蜈蚣 90g 穿山甲 90g 赤芍 90g 川贝母 90g 桃仁 90g,由河南省人民医院制剂室提供,每粒含生药 0.5g),口服每次 7 粒,每晚 1 次,也可用黄酒送服;对照组用乳癖消(每片 0.32g,由辽宁桓仁中药厂生产,批号:91-1021),每次 4 片,每天 3 次,两组均 30 天为 1 个疗程,可连服 3 个疗程,但在 1~2 个疗程内痊愈的均不再进行下 1 个疗程,服药期间禁服其他药物,并避免过劳及情志刺激。

结 果

1 疗效标准 痊愈:乳房肿块及疼痛消失,各项检查正常,稳定 0.5 年未复发者;显效:乳房肿块缩小 $\geq 1/2$,其他症状明显减轻,各项检查明显改善;有效:乳房肿块变软,缩小 $<1/2$,其他症状减轻,各项检查好转;无效:症状、体征与治疗前比较无改善者。

2 治疗结果 治疗组 155 例痊愈 96 例,显效 29 例,有效 21 例,无效 9 例,痊愈率 61.9%;对照组 65 例痊愈 16 例,显效 21 例,有效 22 例,无效 6 例,痊愈率 24.6%,两组痊愈率经

Ridit 分析具有显著性差异($P<0.01$)。两组症状及体征治疗前后积分比较显示:治疗组治疗后积分为 27.0 ± 9.6 ,治疗前后比较有显著性差异(χ^2 检验, $P<0.01$),而对照组治疗后积分为 48.0 ± 9.8 ,治疗前后比较无显著性差异($P>0.05$)。

讨 论 乳腺小叶增生的发病原理,目前尚不完全清楚,一般认为是卵巢功能失调后体内雌激素量相对增多,黄体素分泌减少,导致乳腺结构上的变化。中医学认为与忧思、劳倦有关,其病机主要为肝郁气滞,痰瘀互结。据此,我们制定了疏肝理气,活血化瘀,涤痰通络,软坚散结的健乳蠲癖胶囊。方用青皮疏肝理气,散结止痛;瓜蒌宽中利气,化痰散结为主药;穿山甲功专走窜行散,通达经络,能活血通经;桃仁活血化瘀,消肿止痛为辅药;赤芍凉血活血,消肿散结,川贝母清热化痰,散结消肿为佐药;全蝎、蜈蚣能散能行,通经络解毒消肿为使药。诸药合用共奏疏肝理气,活血化瘀,涤痰通络,软坚散结之功。临床应用证明,健乳蠲癖胶囊是一种良好的治疗乳腺小叶增生的新制剂,在服药期间未发现明显的不良反应。

(收稿:1998-09-07 修回:1998-11-20)

中西药对照治疗青春期功血疗效观察

广西中医学院第一附属医院(南宁 530023)

蒋秋燕 唐乾利

青春期功血是指无排卵型功血,属中医学“崩漏”范畴。自 1992 年 1 月~1995 年 12 月间,我们对 96 例该病患者分别采取中医辨证治疗(治疗组)和西药性激素治疗(对照组),经 2 年随访,现将疗效作对比分析并报告于下。

临床资料 96 例患者均有月经周期紊乱,经期延长,经量增多或淋漓不尽。肛腹诊子宫附件无异常,B 超检查排除了盆腔器质性病变,并经各种检查排除了全身性疾病引起的子宫出血。用药前记录 1~3 个月的基础体温测定(BBT)为单相型。参照“功血诊治探讨”[实用妇产科杂志 1992;8(4):174]诊断为青春期无排卵型功血。中医分型按《中医妇科学》(湖北中医学院主编,上海:上海科学技术出版社,1980;38-40)分为血热、血瘀、脾虚、肾阴虚和肾阳虚 5 型。治疗组 46 例,年龄 12~18 岁,平均 15.6 岁;病程 4 个月~3 年,平均 12 个月;持续出血时间 8~30 天,平均 11.5 天。中医辨证分型为肾阴虚型 14 例,肾阳虚型 9 例,脾虚型 9 例,血瘀型 8 例,血热型 6 例。对照组 50 例,年龄 12~17 岁,平均 12.5 岁;病程 3 个月~3.5 年,平均 12.5 个月;持续出血时间 9~27 天,平均 12.5 天。组间比较:年龄 $F=1.03$, $P>0.05$;病程及出血时间 $t=0.86$, $P>0.05$,组间无显著性差异。

治疗方法 治疗组:首先分型论治,肾阴虚型患者宜养阴止血,方用二至丸加味:女贞子 15g 旱莲草 15g 茜草根 15g 仙鹤草 30g 山茱萸 10g 菟丝子 10g 阿胶(烔化)10g 知母 10g 陈墨(研服)3g;肾阳虚型患者宜温阳止血,方选参附汤加味:制附子(先煎)3~6g 人参 10g 鹿角胶 10g 艾叶炭 3g 陈墨(研服)3g;脾虚气弱型患者宜补气摄血,方用独参汤加味:人参 6~30g 炮姜 6g 焦白术 12g 升麻 3g 陈墨(研服)3g;

血热型患者宜清热止血,方选清热固经汤加减:生地 10g 阿胶(烔化)10g 黄芩 10g 焦栀子 10g 地骨皮 10g 地榆炭 10g 陈棕炭 10g 茜草根 10g 藕节 30g 仙鹤草 30g 甘草 3g;血瘀型患者宜活血止血,方以失笑散加味:生、炒蒲黄各 5g 五灵脂 12g 泽兰 12g 当归 12g 丹参 12g 桃仁 12g 川芎 12g 赤芍 12g 益母草 12g 云南白药(冲服)1g 陈墨(研服)3g。并随证加减,每日 1 剂,水煎服(下同)。连服 3 天经血未止者另加服 3 天(本组有 6 例患者在连服 6 日后仍未完全止血而采用了性激素治疗)。然后再进行人工调周期,以 1 个月经周期为 1 个疗程,按顺序先后服用下方:(1)促卵泡汤(补肾养血、调理冲任):熟地 10g 当归 10g 何首乌 10g 黄芪 10g 山茱萸 10g 旱莲草 10g 香附 10g 女贞子 15g 黄精 15g 枸杞子 15g,从月经干净后第 1 天开始连服 8 剂。(2)促排卵汤(养阴益阳、温经通络):丹参 30g 紫河车 30g 肉苁蓉 12g 泽兰 12g 赤芍 12g 巴戟天 10g 当归 10g 川芎 6g 香附 6g 艾叶 6g,连服 3 剂。(3)黄体汤(补肾壮阳、调理冲任):巴戟天 12g 菟丝子 12g 女贞子 12g 龟版 10g 熟地 10g 白术 10g 川续断 10g 杜仲 10g 肉苁蓉 10g 当归 10g 山茱萸 10g 大枣 10g,每天 1 剂,水煎服至月经来潮。(4)调经汤(补血养血、活血调经):当归 12g 赤芍 12g 熟地 12g 菟丝子 12g 黄芪 12g 益母草 12g 川芎 10g 泽兰 10g 川续断 10g 香附 10g 丹参 10g 甘草 3g。经期每天水煎服 1 剂。以上 4 方经连服 3 个疗程,方能巩固疗效。对照组:均应用性激素止血、调理周期及促进排卵。止血:根据出血量及出血距上次月经时间长短而选择。凡出血量多且距上次月经时间较近时,用苯甲酸雌二醇 2mg 肌肉注射,每 6h 1 次,血止后改用求偶素 1mg,每天口服 1 次,维持用药 20 天,其中后 10 天加服安宫黄体酮片 10mg,每天 1 次,然后撤药出血来月经;若出血量少或距上次月经时间较远时用药物刮宫法:黄体酮注射液 20mg,肌肉注射,每天 1 次,连用 3 天,停药后 3~5 天撤退出血似为月经。调理周期:从月经第 5 天始,每晚口服乙烯雌酚 1mg,连服 22 天,其中后 10 天加服安宫黄体酮片 10mg,每天 1 次,撤退出血来月经。促排卵:从月经第 5 天开始,每天服 1 次克罗米酚片 50mg,连用 5 天。每 1 个月经周期为 1 个疗程,连用 3 个疗程。

结 果

1 止血效果 用药后 24h 出血量明显减少或停止者为显效,72h 完全止血者为有效,超过 72h 仍有经血者为无效。结果:治疗组显效 6 例,有效 34 例,无效 6 例;对照组显效 19 例,有效 30 例,无效 1 例。止血效果对照组优于治疗组($\chi^2 = 12.26, P < 0.01$)。

2 调周期效果 经用药 3 个疗程后,停药随访 2 年。以月经周期 23~30 天,经期 5~7 天,经量以每次月经共换用卫生巾不超过 2 包(10 片/包)为准。凡停药后 1~2 年在此标准者为治愈,停药 0.5~1 年在此标准者为有效,在 0.5 年内复发者为无效。结果显示:治疗组治愈 37 例,有效 8 例,无效 1 例;对照组治愈 19 例,有效 27 例,无效 4 例。治疗组优于对照组($\chi^2 = 17.76, P < 0.01$)。

3 促进排卵情况 凡 BBT 呈双相型诊断为有排卵。停药

后 1~2 年 BBT 呈双相型为显效,0.5~1 年 BBT 呈双相型为有效,少于 0.5 年为无效。结果显示:治疗组显效 28 例,有效 16 例,无效 2 例;对照组显效 16 例,有效 30 例,无效 4 例。治疗组优于对照组($\chi^2 = 8.01, P < 0.05$)。

4 两组副反应比较 以出现恶心呕吐、食欲下降、腹胀不适等胃肠道反应者多见,其中治疗组有 6 例,对照组有 38 例;其次是头晕、头痛、乏力等表现,治疗组出现 4 例,对照组出现 5 例;无明显副反应者治疗组为 36 例,对照组仅 5 例。另外,对照组有 1 例反复出现谷丙转氨酶升高,总胆红素高于正常等肝功能损害表现,还有 1 例患者 1 年后 B 超检查发现有多囊卵巢。两组比较,治疗组患者的副反应明显少于对照组($\chi^2 = 45.59, P < 0.001$)。

讨 论 青春期功血,属无排卵型功血。西医学从病理生理学角度认为:下丘脑和垂体的调节功能不成熟,与卵巢间尚未建立稳定的周期性调节和正负反馈作用。由于卵巢无排卵,子宫内膜受单一的雌激素刺激而无孕激素对抗而呈增生状态,且脱落不全致不规则阴道流血。治疗上均用性激素止血、调周期及促排卵。

中医学认为女子二七初笄,肾气盛而未充,外加外感或内伤诸因作用于机体而致脾肾虚弱、血热妄行或瘀血阻络、血不循经致冲任不固,不能制约经血而成崩漏。治疗上宜急则治标、缓则治本或标本兼顾、塞流澄源并用,强调辨证施治。通过临床验证,陈墨研磨成汁兑服有良好的止血效果(以松烟制做者疗效尤佳)。复旧之法(中药调周期、促排卵)则据月经周期的不同时期分而治之,有的放矢。通过临床观察显示:虽然治疗组的止血效果较对照组差,但经过 2 年随访后显示,人工调周期及促排卵效果则是治疗组优于对照组。且治疗组的副反应明显少于对照组。从而说明了中医药治疗该病的优势和较为满意的远期疗效。

(收稿:1998-08-17 修回:1998-11-20)

针药结合治疗声带小结的临床观察

江西中医学院附属医院(南昌 330006)

谢 强 杨淑荣

1997 年 1~12 月间,笔者用针刺加中药治疗声带小结 109 例,疗效满意。并与西药组及单纯中药组作对照观察,现报告如下。

临床资料 227 例均为门诊患者,随机分为 3 组。针药组 109 例,男性 51 例,女性 58 例;年龄 17~46 岁,平均 28.7 岁;病程 1~6 年;西药组 56 例,男性 27 例,女性 29 例;年龄 16~44 岁,平均 26.3 岁;病程 1~5 年;中药组 62 例,男性 30 例,女性 32 例;年龄 17~45 岁,平均 29.2 岁;病程 1~6 年。3 组年龄、性别、病程经统计学处理,无显著性差异($P > 0.05$),均符合《中医病证诊断疗效标准》(国家中医药管理局,南京:南京大学出版社,1994:128)的诊断标准。以长期嘶哑、喉部干燥不适为主要症状,喉部检查两侧声带边缘在前中 1/3 处有对称性隆起状小结。