

DOI:10.13703/j.0255-2930.2015.04.003

中图分类号:R246.3 文献标志码:A

疗效验证

电针治疗子宫内膜异位症疗效观察

张鑫鑫 李伟红

(第二军医大学附属长海医院中医科,上海 200433)

[摘要] 目的:比较电针与西药治疗子宫内膜异位症(EM)的临床疗效差异。方法:将 72 例 EM 患者按就诊科室分为电针组和西药组,每组 36 例。电针组穴取气海、关元、中极、子宫、地机、三阴交、合谷、太冲针刺,得气后双侧子宫分别与关元、中极相接 G6805-I 型脉冲电子治疗仪,选用连续波,频率 70 Hz,电流强度 3 mA,隔天治疗 1 次;西药组口服米非司酮片,12.5 mg/次,每天 1 次,疗程均为 6 个月。观察两组患者治疗前后疼痛程度评分,评定两组临床疗效及复发率,并采用酶联免疫法检测两组治疗前后肿瘤标志物血清 CA125 含量。结果:电针组总有效率为 94.4% (34/36),西药组总有效率为 91.7% (33/36),差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗后疼痛积分均较治疗前降低(均 $P<0.01$),且电针组低于西药组($P<0.05$);两组患者治疗后血清 CA125 明显下降(均 $P<0.01$),组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);随访 1 年,电针组复发率为 17.6% (6/34),西药组为 33.3% (11/33),组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:电针治疗 EM 临床疗效显著,且 1 年内复发率明显低于西药组,是一种可以推广运用的针灸临床治疗方法。

[关键词] 子宫内膜异位症;电针疗法;复发率;CA125

Efficacy on endometriosis treated with electroacupuncture

ZHANG Xinxin, LI Weihong (TCM Department, Changhai Hospital Affiliated to Second Military Medical University, Shanghai 200433, China)

ABSTRACT **Objective** To compare the difference in the clinical efficacy on endometriosis (EM) between electroacupuncture (EA) and western medication. **Methods** Seventy-two EM patients were divided into an EA group and a western medication group according to visiting departments, 36 cases in each one. In the EA group, acupuncture was applied to Qihai (CV 6), Guanyuan (CV 4), Zhongji (CV 3), Zigong (EX-CA 1), Diji (SP 8), Sanyinjiao (SP 6), Hegu (LI 4) and Taichong (LR 3). After *qi* arrival, G6805-I pulse electronic apparatus was attached to bilateral Zigong (EX-CA 1), Guanyuan (CV 4) and Zhongji (CV 3), with continuous wave, 70 Hz in frequency, 3 mA in intensity. The EA was given once every two days. In the western medication group, mifepristone tablets were prescribed for oral administration, 12.5 mg per treatment, once a day, for 6 months. The pain degree was observed before and after treatment and the clinical efficacy and recurrence rate were evaluated in the two groups. The enzyme-linked immunoassay (ELISA) was adopted to determine the tumor marker serum CA125 before and after treatment in the two groups. **Results** The total effective rate was 94.4% (34/36) in the EA group and was 91.7% (33/36) in the western medication group, without significant difference ($P>0.05$). The pain score after treatment was lower than that before treatment in the two groups (both $P<0.01$), but the score after treatment in the EA group was lower than that in the western medication group ($P<0.05$). Serum CA125 was reduced after treatment in the patients of the two groups (both $P<0.01$), and serum CA125 after treatment in the EA group was lower than that in the western medication group ($P<0.05$). In the follow-up visit of one year, the reoccurrence rate was 17.6% (6/34) in the EA group and was 33.3% (11/33) in the western medication group, indicating the significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** EA achieves the significant clinical efficacy and the reoccurrence rate in 1 year in the EA group is obviously lower than that in the western medication group. This therapy could be promoted in clinical practice of acupuncture and moxibustion.

KEY WORDS endometriosis; electroacupuncture therapy; re-occurrence rate; CA125

子宫内膜异位症(endometriosis, EM)是指具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔及宫体肌层以外的其他部位,并且生长、浸润、反复出血形成结

节和包块,是一种常见的慢性妇科疾病,主要临床表现有慢性盆腔痛、持续性下腹痛、剧烈痛经、性交痛、不孕等。育龄期女性子宫内膜异位症的发病率高达 10%~15%^[1],国内外发病率近年呈增高趋势,是导致不孕最主要的原因之一。EM 虽然是一种良性妇

第一作者:张鑫鑫(1982-),女,主治医师。研究方向:针灸临床。E-mail:ym1239966@sina.com

科疾病,但具有类似恶性肿瘤侵袭周围组织、局部种植、浸润生长及远处转移能力,甚至能转移至淋巴结和腹腔外,易复发的特性^[2],虽不危及患者生命安全,但严重影响患者生活质量。目前治疗该病的方法包括手术治疗和药物治疗,但都面临着较高的复发率和不良反应。笔者采用针刺配合电针治疗该病,并同药物组对比,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

72 例入选病例为 2011 年 2 月至 2013 年 2 月第二军医大学附属长海医院中医针灸科和妇产科门诊确诊为 EM 的患者。按门诊就诊科室分组,中医针灸门诊的患者入电针组,妇产科门诊的患者入西药组。电针组 36 例,年龄 23~45 岁,平均(33±6)岁;病程最短 8 个月,最长 6 年,平均(33.6±18.9)个月。西药组 36 例,年龄 25~46 岁,平均(35±7)岁;病程最短 10 个月,最长 7 年,平均(31.4±16.9)个月。两组患者一般资料经分析差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:参照《妇产科学》^[3]有关标准,包括临床诊断、B 超及腹腔镜诊断标准。临床诊断:①渐进性痛经;②经期少腹、腰骶部不适,进行性加剧;③周期性直肠刺激症状进行性加剧;④后穹窿、子宫骶韧带或子宫峡部触痛性结节;⑤附件粘连包块伴包膜结节感,输卵管通畅;⑥月经前后附件上述肿块有明显大小之变化(未用抗炎治疗)。凡有以上①②③之一和④⑤⑥之一,两者共存时可作为临床拟诊。B 超示:①在子宫旁或在子宫直肠窝处探及边界模糊、壁较厚的无回声囊性包块,肿块一般与子宫有明显的分界;②囊肿呈圆形或椭圆形,囊内有点状细小回声,中央有衰减;③囊肿的大小随月经周期而变化;④囊肿非常固定。腹腔镜诊断标准:①子宫直肠窝、后腹膜见多个紫蓝色小点,伴腹腔液增多(常为血性);②子宫骶骨韧带增粗、灰白色结节,伴有疏松粘连,输卵管多数通畅;③卵巢包膜增厚、表面不平、粘连并常见表面有褐色陈旧性出血斑块,卵巢穿刺抽出巧克力样陈旧血;④卵巢有粘连,而输卵管大多通畅。

中医诊断标准:参照《实用中医妇科学》^[4]。主症:经行腹痛,逐渐加重,月经紊乱,经行不畅。次症:腰骶酸痛,不孕,或平时腹痛,性交痛,经期低热,经期直肠刺激症状。舌脉:舌紫暗舌体瘀斑、瘀点,苔薄黄,脉涩、结或代。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准者;②血、尿常规及肝、肾

功能均正常者;③近 6 个月未服用激素类药物者;④能按计划坚持治疗并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

①原发性痛经、盆腔炎、子宫肌瘤等疾病或其他因素引起的继发性痛经者;②近 3 个月接受过激素类药物治疗的患者;③治疗部位局部皮肤破溃者;④妊娠、哺乳期妇女;⑤心功能不全、有出血倾向、糖尿病并发肝肾功能不全及依从性不好的患者。

2 治疗方法

2.1 电针组

取穴:气海、关元、中极、子宫、地机、三阴交、合谷、太冲。操作:患者取仰卧位,穴位局部皮肤常规消毒,选用 0.30 mm×40 mm 一次性针灸针(无锡佳健医疗器械有限公司生产)快速进针,针刺腹部穴位时,针体与皮肤呈 45°角,气海、关元、中极穴针尖向下进入脂肪层,子宫穴针向子宫方向斜刺入脂肪层,使酸、麻、重、胀感扩散至整个盆腔为最佳。提插捻转得气后,接 G6805-I 型脉冲电子治疗仪(常州英迪电子医疗器械有限公司),双侧子宫分别与关元、中极两穴相配,连续波,频率 70 Hz,电流强度 3 mA,每次治疗时间 30 min,隔天治疗 1 次,月经期间停止治疗,共治疗 6 个月。

2.2 西药组

于月经第一天开始口服米非司酮片(北京紫竹药业有限公司,规格:25 mg/片)12.5 mg/次,每天 1 次,连续口服 6 个月。

两组均治疗 6 个月后统计各项指标,并随访 1 年统计复发率,于治疗结束后每 3 个月门诊复查 1 次,电话每 2 个月随访 1 次。

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1)疼痛程度^[5]:采用视觉模拟评分(VAS)于治疗前、治疗 6 个月后评定,用一条 10 cm 长的粗直线,一端为无痛(0 分),另一端为极度疼痛(10 分),患者根据自己所感受的疼痛程度在直线上某一点作记号,以表示疼痛的强度。0 为无痛,>1~3 为轻度痛,>3~5 为中度痛,>5~8 为重度痛,>8~10 为极重度痛。

(2)肿瘤标志物血清 CA125:采用酶联免疫法检测患者治疗前后肿瘤标志物血清 CA125 的变化。

3.2 疗效评定标准

参照 1991 年中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订的《子宫内膜异位症中西医结合诊疗标准》^[6]拟定。痊愈:痛经、少腹腰骶部不适、周期性直肠刺激症状等全部消失,盆腔包块

基本消失;显效:临床症状、体征减轻,盆腔包块缩小在 1/2 以上;有效:症状有所减轻,盆腔包块缩小 1/3 以上,停药 3 个月内症状不加重;无效:用药后临床症状及体征无变化或加重。

复发评定标准参照“子宫内膜异位症的诊断与治疗规范”^[7];经过手术和药物治疗后,临床症状得到缓解、盆腔包块消失或缩小,随访再次出现治疗前临床症状或加重,或盆腔包块再次出现。

3.3 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 两组患者临床疗效比较(见表 1)

表 1 两组子宫内膜异位症患者临床疗效比较							例
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	
电针组	36	20	8	6	2	94.4	
西药组	36	21	6	6	3	91.7	

表 1 示,电针组总有效率为 94.4%,西药组总有效率为 91.7%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组疗效相当。

(2) 两组患者治疗前后疼痛程度评分比较(见表 2)

表 2 两组子宫内膜异位症患者治疗前后疼痛程度评分比较				($\bar{x} \pm s$, 分)
组别	例数	治疗前	治疗后	
电针组	36	5.58±1.52	1.94±1.66 ¹⁾²⁾	
西药组	36	5.50±1.56	2.78±2.11 ¹⁾	

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与西药组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 2 示,两组患者治疗前疼痛程度评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。经治疗后两组疼痛程度评分较治疗前均降低(均 $P < 0.01$),组间比较差异亦有统计学意义($P < 0.05$),提示电针组在缓解疼痛程度评分方面更有优势。

(3) 两组患者治疗前后血清 CA125 比较(见表 3)

表 3 两组子宫内膜异位症患者治疗前后血清 CA125 比较				($\bar{x} \pm s$, IU/mL)
组别	例数	治疗前	治疗后	
电针组	36	48.72±8.47	22.78±13.51 ¹⁾²⁾	
西药组	36	49.47±8.96	30.06±16.89 ¹⁾	

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与西药组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 3 示,两组患者治疗前血清 CA125 比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。经治疗后两组血清 CA125 较治疗前均降低($P < 0.01$),组间比较差异亦有统计学意义($P < 0.05$),提示电针组在改善血清 CA125 水平方面更有优势。

(4) 两组患者治疗后 1 年内复发率比较(见表 4)

表 4 两组子宫内膜异位症患者复发率比较				例
组别	例数	复发例数	复发率(%)	
电针组	34	6	17.6	
西药组	33	11	33.3	

表 4 示,电针组复发率明显低于西药组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

子宫内膜异位症(EM)根据其下腹痛、痛经、不孕、月经异常、性交不适等症状,归属于中医“痛经”“癥瘕”“崩漏”和“不孕”等疾病范畴。西医认为该病的病理特点为异位病灶随卵巢激素变化而发生的周期性出血。中医认为属于“离经之血”,因此“瘀血内停”作为该病的基本病因病机得到中医界的广泛认同。现代研究^[8]发现,EM 患者全血黏度、血浆黏度、红细胞聚积指数、血沉等值均增高,再次说明该病的基本病理变化为血瘀。任志珍等^[9]依据古代文献总结该病病因学认为其病位在冲任、胞宫,变化在气血,故凡能引起冲任、胞宫气血运行不畅或失于濡润的因素,均可导致该病的发生。女子因“经、带、胎、产”的特殊生理,经期或产后因外邪、饮食、或情绪调摄不当,从而引起 EM 的发生。

本研究针灸选穴从气血着手,以行气止痛、活血化瘀、消瘀散结为治疗原则,选取气海、关元、中极、子宫、地机、三阴交、太冲、合谷等穴,并配合电针治疗,取得较好临床疗效。气海、关元、中极 3 个穴位相邻,分布于腹部正中区域,是任脉本经穴。气海可调一身元气,气为血之帅,气充则能统血,固摄胞宫;关元为足三阴经、冲、任之会,为男子藏精、女子蓄血之处,是人身之关要,针之可调补冲脉、任脉之气,以加强固摄,制约经血妄行,二者合用,冲任自安;中极系足三阴经与任脉之交会穴,可通调冲任脉气,并具有补益气血、理气调经而止痛之功效。子宫穴为经外奇穴,左右各一,主下腹部疼痛、瘀滞,自其命名可知其为胞宫之外应,循其穴而针之,则其内应之奇恒之府,得效甚速。地机为足太阴脾经郄穴,为血中之气穴,能活血祛瘀、调经止痛。三阴交为足三阴之会穴,针灸该穴,有增强脾统血、调理气血作用。合谷为手阳明大肠经原穴,太冲为足厥阴肝经原穴,合谷、太冲配伍应用,名曰“四关穴”,有调和气血、疏肝理气、通经活络之功。合谷属阳,主气,清轻升散,太冲属阴,主血,疏峻下行,二穴伍用,一阳一阴,一气一血,一上一下,可调一身之气血、理阴阳之失衡。有研究^[10]报道电针能改善子宫动脉的血流参数,使血管扩张。上述诸穴并用再加上电针的持续刺激作

用,能够更好地调节内分泌,改善盆腔微循环。

本研究表明,针刺配合电针治疗 EM 总效率为 94.4%,与西药组相比差异无统计学意义,说明二者总疗效相当;在疼痛程度改善方面,针刺组明显优于西药组;在复发率方面,针刺组 1 年内复发率远低于西药组。CA125 作为肿瘤标志物,是诊断和检测 EM 发病的重要依据,同时在监测疗效和复发方面更有临床价值。本研究显示,两组治疗后 CA125 均较治疗前显著下降,但治疗后两组 CA125 比较,针刺组下降更显著,差异有统计学意义。

综上所述,针刺配合电针治疗子宫内膜异位症,疗效显著,无不良反应,1 年内复发率较低,且简便经济,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 赵苏萍,韦艳萍,李远珺,等. 香莪胶囊治疗子宫内膜异位症的临床疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2011, 33(26): 5149—5151.
- [2] 俞超芹,俞瑾,韩洁,等. 葛根素对子宫内膜异位症细胞恶性行为调控机制研究[J]. 中西医结合学报, 2009, 7(1): 41—47.
- [3] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 352.
- [4] 罗元恺. 实用中医妇科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1996: 278.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 267—271.
- [6] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议. 子宫内膜异位症中西医结合诊疗标准[J]. 中国中西医结合杂志, 1991, 11(6): 376.
- [7] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症的诊断与治疗规范[J]. 中华妇产科杂志, 2007, 42(9): 6471.
- [8] 王小红,李奕祺,郭晓黎,等. 子宫内膜异位症患者周期性瘀血的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(4): 1152—1154.
- [9] 任志珍,赵瑞话. 从古代文献探讨子宫内膜异位症的病因病机[J]. 中医临床研究, 2010(15): 1—2.
- [10] 郭佳,王丽娜,李东. 改善子宫内膜血流状态提高体外受精-胚胎移植成功率的中医研究与思考[J]. 中西医结合学报, 2012, 9(12): 1301—1306.

(收稿日期: 2014-06-09, 编辑: 朱琦)

《中国针灸》第三届编委会委员名单 (按姓氏笔划为序)

编委会顾问: 邓良月 石学敏 孙国杰 李维衡 陈汉平 贺普仁 程莘农

编委会主任委员: 刘保延

编委会常务副主任委员: 喻晓春 刘炜宏

编委会副主任委员: 王之虹 王 华 王 舒 王麟鹏 方剑乔 朱 兵 刘炜宏 刘智斌
许能贵 劳力行 吴富东 张 仁 陈立典 沈志祥 梁繁荣 喻晓春

编委会委员 万 有 马胜兴(美国) 马 堃 王 凡 王之虹 王 华 王克键 王玲玲

王 顺 王富春 王 舒 王麟鹏 王国辰 王文清 方剑乔 石 现 东贵荣 田 捷

刘保延 刘炜宏 刘志顺 刘智斌 刘建平 刘振寰 刘农虞(中国香港) 齐淑兰 朱 兵

朱 江 朱广旗 许能贵 孙忠人 孙建华 刘伍立(中国香港) 余曙光 劳力行(美国)

吴中朝 吴根诚 吴 强 吴焕淦 吴富东 吴耀持 严 洁 张 仁 张 英 张 泓

何天有 杨 骏 杨永清 杨华元 杨金生 形井秀一(日本) 沈志祥 沈雪勇 陈日新

陈立典 陈以国 肖 宏 李明洙(韩国) 林昭庚(中国台湾) 林志秀(中国香港) 范郁山

范军铭 周德安 周美启 赵吉平 赵百孝 赵京生 赵 勇 胡 玲 高希言 高树中

贾春生 郭 义 夏有兵 徐 斌 徐 红(澳大利亚) 梁繁荣 黄龙祥 符文彬 符仲华

曹 炆 喻晓春 韩景献 景向红 储浩然 路 玫 冀来喜 CHENG Zhao(加拿大)

Gerhard LITSCHER(奥地利) Jason Hao(美国)