

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.05.004

针刺八髎穴联合康妇消炎栓对中度宫腔粘连分离术后子宫内膜及血流动力学的影响*

向 阳 胡晓文 王 婕 王慧颖[△]

北京中医药大学深圳医院(龙岗)妇科,广东深圳 518172

摘要 **目的** 探究针刺八髎穴联合康妇消炎栓对中度宫腔粘连(intrauterine adhesion, IUA)分离术后子宫内膜及血流动力学的影响。**方法** 选取 60 例中度 IUA 患者作为研究对象,将患者随机分为对照组与观察组,每组 30 例。2 组均行宫腔粘连分离术(transcervical resection of adhesion, TCRA),对照组术后予以常规治疗,观察组在对照组基础上予以针刺八髎穴联合康妇消炎栓治疗,2 组均治疗 1 个月经周期。比较 2 组临床总有效率、子宫内膜厚度、子宫动脉血流动力学指标、子宫内膜分型与血流深入分型以及不良反应发生情况。**结果** 治疗后,观察组总有效率为 93.33%,明显高于对照组的 73.33%($P < 0.05$);观察组子宫内膜厚度、子宫容积均高于对照组(P 均 < 0.05);观察组子宫内膜螺旋动脉血管指数(vascular index, VI)、血流指数(flow index, FI)、血管血流指数(vascular flow index, VFI)与双侧子宫动脉阻力指数(resistance index, RI)、搏动指数(pulsation index, PI)均低于对照组(P 均 < 0.05);观察组子宫内膜(A+B)型与血流深入 II、III 型占比均高于对照组(P 均 < 0.05),子宫内膜 C 型与血流深入 I 型占比均低于对照组(P 均 < 0.05)。**结论** 针刺八髎穴联合康妇消炎栓应用于中度宫腔粘连 TCRA 术后患者,可有效改善其子宫内膜结构及血流情况,缓解临床症状。

关键词 宫腔粘连;宫腔粘连分离术;八髎穴;康妇消炎栓;血流动力学

中图分类号 R271.9 **文献标志码** A

Effects of Acupuncture at Baliiao Points Combined with Kangfu Xiaoyan Suppository on Endometrium and Hemodynamics after Moderate Intrauterine Adhesion Separation Surgery

XIANG Yang, HU Xiaowen, WANG Jie, WANG Huiying

Department of Gynecology, Beijing University of Traditional Chinese Medicine Shenzhen Hospital (Longgang) Shenzhen 518172, China

Abstract **Objective** To investigate the effects of acupuncture at Baliiao points combined with Kangfu Xiaoyan suppository on the endometrium and hemodynamics after moderate intrauterine adhesion(IUA)separation surgery. **Methods** Sixty patients with moderate IUA were selected as the study subjects, and were randomly divided into the control group and the observation group, with 30 cases in each group. Both groups underwent transcervical resection of adhesion(TCRA)surgery. The control group received routine treatment after surgery, while the observation group received acupuncture at Baliiao points combined with Kangfu Xiaoyan suppository on the basis of the control group. Both groups were treated for one menstrual cycle. The total clinical effective rate, endometrial thickness, uterine artery hemodynamic indicators, endometrial classification and blood flow depth classification and the incidence of adverse reactions between the two groups were compared. **Results** After treatment, the total effective rate of the observation group was 93.33%, which was significantly higher than the 73.33% of the control group ($P < 0.05$). The thickness and volume of the endometrium in the observation group were higher than those in the

* 深圳市龙岗区科技创新专项资金医疗卫生科技计划项目(No. LGWJ2022-86)

[△]通信作者, Corresponding author, E-mail: ktcumg36@163.com

control group(all $P < 0.05$). The vascular index(VI), flow index(FI), vascular flow index(VFI), bilateral uterine artery resistance index(RI) and pulsation index(PI) of the observation group were all lower than those of the control group(all $P < 0.05$). The proportion of endometrial(A+B) type and blood flow depth type II and III in the observation group were higher than those in the control group(all $P < 0.05$), while the proportion of endometrial C type and blood flow depth type I were lower than those in the control group(all $P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture at the Baliao points combined with Kangfu Xiaoyan suppository could effectively improve the endometrial structure and blood flow in patients with moderate intrauterine adhesion after TCRA surgery, and alleviate clinical symptoms.

Key words intrauterine adhesion; transcervical resection of adhesion; Baliao points; Kangfu Xiaoyan suppository; hemodynamics

宫腔粘连(intrauterine adhesion, IUA)以子宫内膜纤维瘢痕化为主要病理学改变,其致病因素主要包括宫腔手术操作或腔内感染或子宫内膜结核等,临床主要表现为月经异常、周期性腹痛或不孕等,随疾病进展将造成患者子宫腔内形态部分或者完全封闭,严重影响育龄女性生殖健康,降低其生活质量^[1]。IUA患者依据病情可分为轻、中、重度,轻度 IUA 患者早期无明显症状,难以察觉,故临床以中、重度粘连多见,此时必须采取手术治疗,以快速解除粘连。宫腔镜下宫腔粘连分离术(transcervical resection of adhesion, TCRA)通过宫腔镜直观分离粘连组织,可有效恢复宫腔形态,已然成为治疗 IUA 最直接有效的方法;然而,研究发现其作为一种创伤疗法,若单纯进行治疗,其术后复发率高达 40%^[2],且 TCRA 术后需留置球囊支撑管,以此有效隔离术后新鲜创面并促进其愈合,但感染风险也随之增高;因此,降低 TCRA 术后感染风险及复发成为临床研究的重点,亟待联合他法改善这一问题。IUA 在中医学中以“月经过少”“闭经”等论治,患者肾气虚弱而无以调冲任,使胞宫失养,加之该类患者均存在宫腔手术史,由此现代中医学者认为金刃损伤宫腔为诱发 IUA 的因素之一,其内因在于肾气亏虚,久病而正气虚弱,再金刃创伤、湿热侵袭,化为有形之邪而入血分,与血胶结而阻滞脉络,诱发月经不下之症,故其术后治则应为清热祛湿、补肾活血为主。康妇消炎栓为中成药(栓剂),已广泛应用于盆腔炎的临床治疗,具有清热解毒、利湿散结之功效,兼具操作便捷、安全性佳等优点,临床证实其对妇科炎症性症状的改善效果确切^[3]。八髎穴最早见于《素问》,为足太阳膀胱经腧穴,古代典籍多记载该穴与盆底疾病相关,且有临床研究证实刺激该穴可有效改善原发性痛经^[4]。基于以上内容,本研究以 TCRA 术后常规治疗为对照,探讨针刺八髎穴及康妇消炎栓应用于中度 IUA 患者 TCRA 术后的临床效果,以期为中医针刺联合中药栓剂应用于 IUA 提供临床经验。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 6 月—12 月北京中医药大学深圳医院(龙岗)收治的 60 例中度 IUA 患者作为研究对象,将患者随机分为对照组与观察组,每组 30 例。观察组 24~35 岁,平均(28.14±2.37)岁;病程 13~20 个月,平均(16.77±2.69)个月;流产次数 1~3 次,平均(2.12±0.30)次;宫腔操作次数:1 次 15 例,2 次 9 例,>2 次 6 例。对照组 25~35 岁,平均(29.26±2.62)岁;病程 13~21 个月,平均(17.87±2.97)个月;流产次数 1~3 次,平均(1.99±0.46)次;宫腔操作次数:1 次 17 例,2 次 10 例,>2 次 3 例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①西医诊断符合《宫腔粘连临床诊疗中国专家共识》^[5]中关于 IUA 的诊断标准,有宫腔操作史、宫腔感染病史,症见下腹疼痛、月经量逐月减少,结合宫腔镜检查确诊;②中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则》^[6]中湿热瘀结证的辨证标准,主证为月经量少、月经后期、经色黯或有瘀血块、质黏腻、数月不行或甚至闭经,少腹胀痛或灼痛,带下异常,次证为腰骶疼痛,神疲乏力,大便异常、小便黄,舌质红或有瘀斑,苔黄腻,脉弦数;③年龄 18~35 岁;④美国生育学会(American fertility society, AFS)评分 5~8 分;⑤均完成 TCRA 手术;⑥患者及家属接受并承诺遵循研究方案,且签署知情同意书。

排除标准:①既往经期、经量不规律者;②伴随子宫肌瘤、子宫内膜异位症及其他子宫疾病者;③合并严重心、肝、肾器质性病变者;④合并生理性闭经或其他因素致月经病者;⑤伴随糖尿病、甲状腺功能亢进及其他内分泌疾病者;⑥存在本研究药物过敏史者;⑦施针部位局部皮肤感染或溃烂者;⑧合并生殖系统先天性畸形者。

1.3 治疗方法

2 组均行 TCRA 术,术后放置一次性使用的三角

球囊子宫支架,术中于球囊内留置生理盐水 3~3.5 mL,术后第 7 天释放球囊内生理盐水,月经来潮后第 1 天拔除一次性使用的三角球囊支架,2 组术后均予以抗生素常规抗感染。对照组术后予以常规治疗:①术后 1~21 d 予以戊酸雌二醇片(拜耳医药保健有限公司广州分公司,国药准字 J20171038)口服,2 mg/次,2 次/d;②术后 12~21 d 予以地屈孕酮片(Abbott Biologicals B. V., 国药准字 HJ20170221)口服,10 mg/次,2 次/d;嘱患者术后禁性生活和盆浴至下次月经来潮干净后。观察组在对照组基础上予以针刺八髎穴联合康妇消炎栓治疗:①术后 1~14 d,予以康妇消炎栓(葵花药业集团伊春有限公司,国药准字 Z23022143)直肠给药,1 枚/次,每晚睡前 1 次;②依据《经穴名称与定位》^[7]准确选取八髎(上、次、中、下髎)穴,患者取俯卧位,施针部位局部消毒后,以 0.35 mm×50 mm 不锈钢毫针(华佗牌)直刺进针 10~25 mm,以患者腹部有酸麻感为宜,得气后行小幅度泻法捻转,留针 30 min,行针 10 min/次,针刺治疗间隔 48 h,2 次/周。2 组均治疗 1 个月经周期。

1.4 观察指标与疗效评价

临床疗效:依据《中药新药临床研究指导原则》^[6]中的疗效标准评定临床疗效,其中治愈:证候积分减少>90%,临床症状基本消失;显效:证候积分减少 70%~90%,临床症状显著改善;有效:证候积分减少 30%~<70%,临床症状稍有缓解;无效:证候积分减少<30%,临床症状未变化或加重。总有效率=[(治愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

子宫检查指标:治疗前及治疗 1 个月经周期后,于月经第 15 天上午行超声检查,采用多普勒超声诊断仪(美国 GE, Volunson E6 型)检测子宫内膜厚度、子宫内腔容积。

血流动力学指标:治疗前及治疗 1 个月经周期后,于月经第 15 天上午行超声检查,采用多普勒超声诊断仪检测子宫内腔螺旋动脉血管指数(vascular index, VI)、血流指数(flow index, FI)、血管血流指数(vascular flow index, VFI)与双侧子宫动脉阻力指数(resistance index, RI)、搏动指数(pulsation index, PI)。

子宫内膜分型与血流深入分型:治疗前及治疗 1 个月经周期后,于月经第 15 天上午行超声检查,统计 2 组子宫内膜分型与血流深入分型的例数和百分比,依据 Gonen 分型标准^[8]评定子宫内膜分型,具体细则为:①A 型,三线型,外层、内层及中线回声分别为高、低、高,中line回声明显;②B 型,内膜回声相对均匀增高,内膜分层结构欠清,两层内膜间宫腔线模糊,但与

肌层分界清晰;③C 型,内膜为均匀强回声,无宫腔中线回声。依据 Applebaum 分型法^[9]评定子宫内膜血流分型,具体细则为:①0 型,未见血流信号;②I 型,血流穿过结合带,未达内膜高回声外缘;③II 型,血流穿过高回声外缘,进入内膜低回声,未超过内膜厚度 1/2;④III 型,血流超过内膜 1/2,逼近中线。

不良反应:统计治疗期间胃肠道反应、乳房胀痛、肝肾功能异常等不良事件发生情况,比较 2 组不良反应总发生率。

1.5 统计学方法

数据分析应用 SPSS 25.0 软件,计数资料包含宫腔操作次数、临床疗效等,以例数和百分比(%)形式描述,采用 χ^2 检验进行分析;计量资料均符合正态分布,包含患者年龄、病程、子宫检查指标、血流动力学指标等,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述,同组治疗前后比较行配对样本 *t* 检验,组间比较行独立样本 *t* 检验;设置检验水平 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床总有效率比较

治疗后,观察组总有效率为 93.33%(28/30),对照组为 73.33%(22/30),组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床总有效率比较($n=30$,例,%)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	7	12	3	8	22(73.33)
观察组	14	10	4	2	28(93.33) [△]

与对照组比较[△] $P<0.05$ 。

2.2 2 组子宫内膜厚度与子宫内腔容积比较

治疗后,2 组子宫内膜厚度、子宫内腔容积均较治疗前升高(P 均 <0.05),且观察组上述指标均高于对照组(P 均 <0.05)。见表 2。

表 2 2 组患者子宫内膜厚度与子宫内腔容积比较($n=30$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	子宫内膜厚度(mm)	子宫内腔容积(mL)
对照组	治疗前	6.87±0.87	1.94±0.39
	治疗后	7.36±0.82*	2.71±0.45*
观察组	治疗前	6.91±0.92	1.88±0.37
	治疗后	7.99±0.86* [△]	3.38±0.42* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$ 。

2.3 2 组血流动力学指标比较

治疗后,2 组 VI、FI、VFI、PI、RI 均低于治疗前(P 均 <0.05),且观察组上述指标均低于对照组(P 均 <0.05)。见表 3。

2.4 2 组子宫内膜分型与血流深入分型占比比较

治疗后,观察组子宫内膜(A+B)型与血流深入II、

III型占比均高于对照组(P 均 <0.05),子宫内膜C型与血流深入I型占比均低于对照组(P 均 <0.05)。见表4。

表3 2组患者血流动力学指标比较($n=30, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	子宫内膜螺旋动脉血流参数			双侧子宫动脉血流参数	
		VI	FI	VFI	PI	RI
对照组	治疗前	3.59±0.62	27.42±4.13	1.24±0.27	1.31±0.32	0.82±0.33
	治疗后	2.43±0.36*	23.35±3.19*	1.01±0.17*	1.13±0.26*	0.76±0.29*
观察组	治疗前	3.71±0.74	27.06±3.96	1.21±0.23	1.33±0.34	0.84±0.36
	治疗后	1.89±0.41* [△]	20.49±3.64* [△]	0.74±0.12* [△]	0.89±0.21* [△]	0.64±0.24* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$ 。

表4 2组患者子宫内膜分型与血流深入分型比较($n=30, \text{例}, \%$)

组别	时间	子宫内膜分型占比		子宫内膜血流深入分型占比		
		(A+B)型	C型	I型	II型	III型
对照组	治疗前	14(46.67)	16(53.33)	21(70.00)	7(23.33)	2(6.67)
	治疗后	19(63.33)	11(36.67)	17(56.67)	11(36.67)	2(6.67)
观察组	治疗前	17(56.67)	13(43.33)	18(60.00)	9(30.00)	3(10.00)
	治疗后	26(86.67)* [△]	4(13.33)* [△]	5(16.67)* [△]	17(56.67)* [△]	8(26.67)* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$ 。

2.5 2组不良反应发生情况比较

治疗期间,观察组有1例出现胃肠道反应,不良反应总发生率为3.33%(1/30);对照组有2例出现胃肠道反应,有1例出现乳房胀痛,不良反应总发生率为10.00%(3/30);不良反应总发生率组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

据研究报道,IUA的发病机制与子宫内膜纤维化、雌激素与雌激素受体异常等因素相关,主要致病因素为机械损伤及感染。机体发生损伤后不仅会激活子宫内膜功能层的修复功能,上调内膜组织纤维生长因子的表达而使其纤维化,同时增加感染风险。机体遭受感染后将激活免疫应激反应,通过上调炎症因子水平,致使炎症反应暴发,进而激活子宫内膜修复功能,升高纤维生长因子水平,加速子宫内膜纤维化而诱发宫腔粘连^[10]。另有研究发现,TCRA术后复发的原因与继发感染等因素相关,常规疗法予以雌激素替代治疗虽可有效缓解患者粘连症状,但需通过合用抗生素而及时改善感染情况,因此术后注重抗炎治疗对于促进创口愈合、降低TCRA术后复发具有重要意义^[11]。针刺为中医常用的外治疗法,临床用于改善术后炎症具有一定经验^[12],由此应用于TCRA术后患者具有可行性。

肾”,可知IUA系络脉为病;流产等宫腔操作为IUA直接的致病因素,患者术后胞络有形之血与无形之气均已受损,加之久病而使肾气不足,胞宫无以受养,再受金刃创伤、湿热侵袭,化为有形之邪而入血分,与血胶结而阻滞脉络,而使月经不下,故为本虚标实之证^[13];其治则为补肾益髓而养肾气之本,清热祛湿以散瘀阻之标。八髎穴主司强腰壮肾、活血化瘀、调经理气之职;肾为先天之本,主藏精,亦为天癸之源,闭经者,虽为冲任二脉血虚所致,但其根本在于肾气亏虚、天癸耗竭,致使经血失源;通过刺激八髎穴可补益肾气,肾阳充盈则可温煦气血而使其推行畅达,以此调畅冲任二脉之气滞血瘀,使月事以时下。康妇消炎栓是以苦参、穿心莲、紫草等中药研制而成的栓剂中成药,其中苦参善除下焦湿热,兼入膀胱经而可导热下行,使热有出路;穿心莲职在湿热之证,无论表里皆可除;紫草苦寒善清热毒,甘寒促瘀血迅速消散;败酱草具有清热散毒之效;蒲公英善清泄热毒、消肿散结;紫花地丁善解诸毒;芦荟功在泻下,助苦参而导热下行;猪胆粉具有清热解毒之效;另以栓剂直接作用于病灶,促进药物分子直达瘀滞、湿热毒邪之处而发挥效果。本研究结果显示,观察组临床总有效率显著高于对照组,由此可见基于常规疗法,联合针刺八髎穴及康妇消炎栓应用于中度IUA患者TCRA术后,其临床疗效确切,且较单纯西药治疗效果更佳。

《诸病源候论》曰:“堕胎,损经脉”,“胞络者,系于

治疗后,2 组子宫内膜厚度与子宫内膜容积较治疗前均升高,VI、FI、VFI、RI、PI 较治疗前均降低,但观察组升高或降低的幅度更大;观察组子宫内膜(A+B)型与血流深入 II、III 型占比显著升高,子宫内膜 C 型和血流深入 I 型占比显著降低。分析其原因为:有研究显示,将刺激八髎穴应用于早发性卵巢功能不全患者,可有效调节其子宫内膜螺旋动脉血管血流动力学参数而改善病情,其作用机制与改善卵巢血液灌注相关^[14];另有研究通过刺激该穴治疗寒凝血瘀型痛经,结果发现患者子宫动脉血流动力学指标确有改善^[15];另外,药理学研究发现苦参^[16]、穿心莲^[17]及紫花地丁^[18]等均具有抗炎活性成分;体外抑菌试验证实,紫草具有显著抑制葡萄球菌的功效,另有研究证实其抗炎活性成分——紫草素可通过调控多种炎症通路而抑制致炎因子水平,进而有效改善机体炎症反应^[19]。由此可见,基于常规疗法联合针刺八髎穴及康妇消炎栓应用于 IUA 患者 TCRA 术后,可有效促进子宫内膜生长发育,调节其血流情况,改善子宫形态。此外,2 组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义,由此提示针刺八髎穴及康妇消炎栓疗法不会增加不良事件的发生风险。

综上所述,康妇消炎栓以其清热祛湿、化瘀生肌之效,主要负责改善 IUA 患者病灶湿热毒邪之标,针刺八髎穴旨在调畅脉络气机、充盈肾气,以固先天之本,二者联合可标本兼治,能有效调节患者子宫内膜结构及其血流动力学参数,进而改善患者临床症状。

参 考 文 献

- [1] 王娜,范艳艳,徐文,等. 宫腔粘连诊断及发病机制的研究进展[J]. 中国实验诊断学,2021,25(6):939-941.
- [2] 马凯驰,刘明星,欧妙娴,等. 中重度宫腔粘连分离术后三种方式预防复发的对比[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(3):6-11.
- [3] 唐登凤,邬小龙,应洁敏,等. 康妇消炎栓联合左氧氟沙星治疗慢性盆腔炎所致疼痛的临床研究[J]. 世界中医药,2022,17(21):3074-3077.
- [4] 魏艳红,李文建,樊红霞. 八髎穴导气针法对原发性痛经患者即刻、远期镇痛效应研究[J]. 中医学报,2019,34(12):2687-2691.
- [5] 中华医学会妇产科学分会. 宫腔粘连临床诊疗中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志,2015,50(12):881-887.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [7] 武晓冬,黄龙祥,赵京生. 《经穴名称与定位》(GB/T 12346-2021)标准解读[J]. 中国针灸,2022,42(5):579-582,584.
- [8] 陈诚,王丽娜,李蓉. 子宫内膜容受性的评价指标及其应用价值[J]. 生殖与避孕,2015,35(4):271-276.
- [9] Applebaum M. The uterine biophysical profile[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*,1995,5(1):67-68.
- [10] 丘甜美. 子宫内膜炎性反应与宫腔粘连的相关性[J]. 现代妇产科进展,2019,28(4):317-318,320.
- [11] 沈海燕,胡林义,樊莉琳,等. 宫腔粘连分离术后患者复发现状及其相关影响因素分析[J]. 中国妇产科临床杂志,2021,22(5):520-521.
- [12] 张雅梅,刘东辉,杨伟. 补肾益髓汤联合调神益智针刺法对老年胃肠道肿瘤术后谵妄综合征患者衰弱评分及炎症反应的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(18):1998-2001.
- [13] 王蓓茹,许越,吴建军. 中医角度认识宫腔粘连病因病机及临床诊治[J]. 医学理论与实践,2021,34(10):1656-1658.
- [14] 白田雨,李虎. 八髎穴隔药饼灸结合调经促孕针法治疗脾肾阳虚型早发性卵巢功能不全临床研究[J]. 山东中医杂志,2023,42(10):1074-1079.
- [15] 王晓伟,高琪琪. 温针灸八髎穴治疗寒凝型痛经疗效观察[J]. 山东中医药大学学报,2017,41(4):330-333.
- [16] 王圳伊,王露露,张晶. 苦参的化学成分、药理作用及炮制方法的研究进展[J]. 中国兽药杂志,2019,53(10):71-79.
- [17] 杨汤佳,刘俊珊,曹惠慧,等. 穿心莲内酯磺化物的抗炎活性评价[J]. 中国药理学与毒理学杂志,2021,35(10):801.
- [18] 张静,邵永斌,谷新利,等. 紫花地丁总黄酮体外抗炎活性研究[J]. 中国畜牧兽医,2020,47(4):1258-1266.
- [19] 王钥,陈斌,蔡蕊,等. 紫草素抗炎的药理研究进展[J]. 时珍国医国药,2020,31(3):682-685.

(收稿日期:2024-06-06)