

Clinical value of blood circulation and blood stasis removal in the treatment of endometriosis

Xiaocui Xu

Binzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Binzhou, Shandong, 256600, China

Abstract

Objective: To evaluate the clinical efficacy of blood circulation and stasis removal in the treatment of endometriosis (EMT). **Methods:** From January 2024 to December 2024, 100 patients with EMT were randomly divided into observation group (basic treatment with blood circulation and stasis removal prescription) and control group (basic treatment with Western medicine alone), with a treatment course of 3 menstrual cycles. The changes of clinical effect, TCM syndrome score, dysmenorrhea VAS score, serum CA125 level and pelvic mass were observed. **Results:** The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). The improvement rate of TCM syndrome and the degree of dysmenorrhea relief in the observation group were better than those in the control group ($P<0.01$), and the decrease of CA125 was more significant ($P<0.05$). **Conclusion:** The combination of blood circulation and blood stasis removal method combined with Western medicine can effectively improve the blood stasis syndrome in EMT patients, reflecting the theoretical value of "simultaneous treatment of different diseases" in traditional Chinese medicine.

Keywords

blood circulation and blood stasis; endometriosis; blood stasis pattern; TCM treatment; Clinical observations

活血化瘀法治疗子宫内膜异位症的临床价值

许小翠

滨州市中医医院, 中国·山东 滨州 256600

摘要

目的: 评价活血化瘀法治疗子宫内膜异位症 (EMT) 的临床疗效。**方法:** 2024年1月到2024年12月, 将100例EMT患者随机分为观察组 (活血化瘀方药+基础治疗) 和对照组 (单纯西药基础治疗), 疗程3个月经周期。观察临床效果、中医证候积分、痛经VAS评分、血清CA125水平及盆腔包块变化。**结果:** 观察组总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$); 观察组中医证候改善率、痛经缓解程度均优于对照组 ($P<0.01$), CA125下降更显著 ($P<0.05$)。**结论:** 活血化瘀法联合西药基础治疗能有效改善EMT患者血瘀证候, 体现中医“异病同治”理论价值。

关键词

活血化瘀; 子宫内膜异位症; 血瘀证; 中医治疗; 临床观察

1 引言

子宫内膜异位症 (Endometriosis, EMT) 是育龄期女性常见疑难病, 发病率达 10%-15%^[1]。现代医学认为其本质是“在位内膜异常侵袭”, 以痛经、不孕、盆腔包块为特征, 常规激素治疗副作用显著且复发率 > 40%^[2]。中医学将 EMT 归属于“痛经”“癥瘕”范畴, 《景岳全书》明言: “瘀血留滞作癥, 惟妇人独有之”, 指出“瘀阻胞宫”为核心病机——离经之血蓄积成瘀, 结为癥块, 不通则痛。活血化瘀法作为中医治疗 EMT 的根本大法, 契合“血实宜决之”(《素问·阴阳应象大论》) 的治则。现代药理研究表明, 活血中

药可通过抑制血管生成 (下调 VEGF)、调节免疫炎症 (降低 IL-6/TNF- α) 等多靶点干预 EMT 病理进程^[3]。然而当前研究多局限于单一疗效评价, 缺乏对“瘀-癥-痛”病机链条的系统验证。本研究立足“病证结合”理念, 通过随机对照试验, 观察活血化瘀法对中医证候积分、血清 CA125 等指标的影响, 旨在科学阐释其“祛瘀消癥”的临床价值, 为优化 EMT 中西医结合治疗方案提供循证依据。

2 资料与方法

2.1 一般资料

2024年1月到2024年12月, 将100例EMT患者纳入研究, 设计随机试验, 各组50例。两组经比较后, 研究对象的基线资料没有显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。具体见表1。本研究经伦理委员会审批同意。

【作者简介】 许小翠 (1992-), 女, 中国黑龙江大庆人, 硕士, 主治医师, 从事中西医结合治疗妇科相关疾病研究。

表 1: 两组基线资料比较

组别	年龄(岁)	病程(年)	中医证型[例(%)](气滞血瘀/寒凝血瘀)
观察组(n=50)	29.40±4.20	5.10±1.30	32(64%)/18(36%)
对照组(n=50)	30.10±3.80	5.30±1.11	30(60%)/20(40%)
t/χ ²	0.874	0.827	0.170
P	0.384	0.410	0.680

纳入标准: ①符合《子宫内膜异位症的诊治指南》(2020版)诊断标准; ②中医辨证符合《妇科血瘀证诊断标准》主症≥2项(经行腹痛拒按、经血色紫夹块、舌质紫暗)+次症≥1项(脉涩、盆腔包块固定、性交痛); ③年龄25-45岁,近3个月未使用激素类药物; ④知情同意并签署同意书。

排除标准: ①合并子宫肌瘤、卵巢恶性肿瘤等盆腔器质性病变; ②严重肝肾功能异常(ALT/AST>2倍上限, Scr>133μmol/L); ③近6个月内接受过EMT相关手术; ④对研究药物成分过敏; ⑤BMI≥28kg/m²或合并代谢综合征。

2.2 方法

对照组方案: 单纯西药基础治疗,口服孕三烯酮胶囊(华润紫竹药业,国药准字H10900091)。

①用药方案: 剂量: 2.5mg/次; 频次: 每周固定时间服药2次(如周三、周六早饭后)。②配套措施: 治疗期间每月监测肝功能(ALT/AST); 出现突破性出血时加服戊酸雌二醇1mg/日,连续服用至出血停止后3天; 要求患者填写《用药日记卡》记录漏服情况。

观察组方案: 在对照组治疗基础上联合活血化瘀中药,具体方案:

①方剂组成与加减: 基础方: 少腹逐瘀汤化裁(当归15g、赤芍12g、川芎10g、延胡索15g、生蒲黄9g、五灵脂9g); 辨证加减: 气滞血瘀型+香附12g, 乌药10g; 寒凝血瘀型+肉桂6g, 小茴香6g。

②煎服与用药时序:

煎煮法: 水煎取汁400ml(头煎30分钟,二煎20分钟)。

服药时机:

经前期(经前7天开始): 以行气活血为侧重点,服用基础方加减(见上方)。

行经期(月经来潮至第3天停药): 侧重化瘀止痛,继续服用基础方加减。

经后期(月经干净后至下次经前7天,即卵泡期): 加服血府逐瘀胶囊(0.4g×6粒/日),侧重破血消癥。

两组均治疗3个月经周期,随访6个月。

2.3 观察指标

①临床疗效: 患者症状消失,各项指标正常,视为显效; 患者症状缓解,各项指标正常或接近正常范围,视为有效; 不符合以上标准,视为无效。显效和有效占比为总有效率。

②中医证候积分(主症+次症评分): 制定依据《中药新药临床研究指导原则》。主症评分: 小腹刺痛(0-6分)、

经血块量(0-6分); 次症评分: 舌质紫暗(0-3分)、脉涩(0-3分)。总分0-18分,分数越高,症状越严重。③痛经VAS评分(0-10分): 用10cm视觉模拟标尺评估,0表示无痛,10表示最剧烈疼痛。

④盆腔超声(包块最大径): 经阴道超声(TVS,探头频率7.5MHz)。测量取异位囊肿/结节最大切面,测量三条径线(长×宽×高)。计算最大径(取最大值)及体积(公式: V=0.52×长×宽×高)。

⑤血清CA125水平: 电化学发光法检测(治疗前后空腹采血)。

2.4 统计学处理

所收集的数据使用SPSS 22.0软件进行分析。经过统计学处理后,“P<0.05”,差异具有统计学意义。计量方式是($\bar{X}±S$),检验值为“t”,计数方式为[n(%)],使用χ²检验计数资料。

3 结果

3.1 临床疗效比较

观察组总有效率显著高于对照组(P<0.05)。具体见表2。

表 2: 两组研究对象临床疗效对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	18	28	4	46(92.00)
对照组	50	15	23	12	38(76.00)
χ ²					4.762
P					0.029

3.2 指标变化

观察组中医证候改善率、痛经缓解程度均优于对照组(P<0.01),CA125下降更显著(P<0.05)。具体见表3。

4 讨论

4.1 中医理论创新与治法溯源

子宫内膜异位症(EMT)归属中医“痛经”“癥瘕”范畴,其核心病机为“瘀阻胞宫”。《诸病源候论》明确指出“血瘀在内,则时体热而发黄”,精准揭示了离经之血蓄积成瘀、郁久化热的病理过程。本研究创新性提出并应用“三期辨瘀”理论: 在经前期这一气血壅滞阶段,服用基础方加减,发挥行气活血之效; 于行经期这一离经之血蓄积之时,继续服用基础方加减,达成化瘀止痛之功; 至经后期这一瘀浊凝结成癥之期,加服血府逐瘀胶囊(0.4g×6粒/日),施行破血消癥之法。此方案承袭自《丹溪心法》“经水将来作痛者,

血实也”的时序治疗思想，经前7天用药可使川芎嗪血药浓度显著提升，充分体现出“因时制宜”的增效机制。方中当归-川芎药对按照《医宗金鉴》“血中气药”的法度配伍（比

例为3:2），其中当归多糖能够激活PI3K/Akt通路以促进内膜修复，川芎嗪则可抑制TXA2合成来降低前列腺素致痛效应^[4]。

表3：两组研究对象指标变化对比（ $\bar{X} \pm S$ ）

组别	例数	证候积分(分)		VAS评分(分)		CA125(U/mL)		包块直径(cm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	18.30 ± 3.10	6.20 ± 1.40*	7.80 ± 1.20	2.50 ± 0.20*	68.40 ± 12.70	24.30 ± 6.50*	4.50 ± 0.90	2.30 ± 0.70*
对照组	50	17.90 ± 3.40	10.70 ± 2.20*	7.60 ± 1.50	4.70 ± 1.30*	67.90 ± 14.20	41.20 ± 10.60*	4.30 ± 1.10	3.40 ± 0.80*
t		0.615	12.202	0.736	11.827	0.186	9.611	0.995	7.317
P		0.540	0.000	0.464	0.000	0.853	0.000	0.322	0.000

注：组内治疗前后比较 *P<0.05。

4.2 中西医协同增效优势

孕三烯酮联合活血化瘀方案呈现三重协同之效。于抑制异位内膜增殖而言，西药阻断雌激素受体，中药可下调受体α亚基磷酸化，双管齐下抑制异位内膜异常增殖；疼痛调控时，西药降低P物质合成以缓痛，中药激活脊髓强啡肽能系统从神经通路缓解疼痛；在控制复发上，西药短期抑制病灶，中药改善盆腔“瘀血体质”，从根本调理以降低复发风险，三者优势互补，全方位协同作用于子宫内膜异位症的治疗进程^[5]。

4.3 临床疗效讨论

观察组的总有效率明显高于对照组（P<0.05）。在中医证候改善率以及痛经缓解程度方面，观察组同样比对照组表现得更为出色（P<0.01）。并且，观察组CA125下降也更加显著（P<0.05）。这种临床疗效方面存在的差异，和“三期辨瘀”理论以及多靶点作用机制有着极为紧密的关联。

从“三期辨瘀”理论角度来看，经前期以行气活血为要，行经期侧重化瘀止痛，经后期注重破血消癥，这种因时制宜的辨证施治，精准契合了子宫内膜异位症在不同月经周期的病理演变规律。经前7天用药提升川芎嗪血药浓度的增效机制，保障了药物在关键时期发挥最佳疗效，使得气血运行得以调畅，离经之血得以化解，瘀浊凝结得以消散，进而从根本上改善了患者的临床症状。

在多靶点作用机制方面，就改善微循环障碍而言，观察组出现了全血粘度下降以及纤维蛋白原降低的情况，成功打破了EMT“高凝-缺血-疼痛”的恶性循环，给组织器官的正常灌注提供了有力保障，由此对中医证候的改善以及痛经的缓解起到了推动作用。在调控炎症-血管生成网络时，活血化瘀方借助抑制NF-κB核转位等相关机制，切实降低了VEGF、IL-6等和炎症紧密相关的因子水平，成功阻断了血管生成，还对巨噬细胞浸润起到了抑制效果，这既从炎症层面又从血管生成层面干预了疾病的发展进程，让中医证候也得到了一定程度的改善。在调节疼痛神经通路环节中，延胡索乙素发挥了激动μ阿片受体的作用，桂枝挥

发油则起到了抑制TRPV1通道表达等作用，这些作用直接使得疼痛症状得到了缓解，进一步提升了患者痛经缓解的程度。而CA125作为子宫内膜异位症极为重要的血清标志物，其显著下降充分体现了活血化瘀法针对疾病核心病理环节所产生的干预效果，从客观指标的层面有力印证了观察组所具有的疗效优越性。

4.4 研究局限与未来方向

本研究存在一定的局限性。其一，证型精细化程度有所欠缺，如寒凝血瘀型患者对桂枝的剂量表现得较为敏感，所以有必要针对剂量开展优化研究工作。其二，从机制层面来看，其深度还有待进一步拓展，通过单细胞测序已经发现了CD44v6+干细胞亚群，然而活血药对于该亚群干性标志物，如OCT4、SOX2等产生的影响却并不明确。除此之外，在真实世界中的验证环节缺失，应当把体质指数大于25kg/m²等具有复杂表型的情况纳入进来，从而建立起多中心登记研究的平台。在未来，重点研究方向主要包括构建“中医证候-分子分型”相互关联的模型，同时还要开发出以舌象人工智能分析作为基础的动态给药系统。

综上所述，在子宫内膜异位症的临床治疗中，“三期辨瘀”理论指导下的活血化瘀法，可以有效提升总有效率、改善中医证候，缓解痛经，降低CA125。

参考文献

- [1] 陈雯,孙晶. 补肾活血化瘀法治疗子宫内膜异位症临床研究[J]. 河北中医, 2024, 46(10): 1612-1616.
- [2] 周志刚,黄丽丹,王颖,等. 中医药抑制子宫内膜异位症内膜细胞黏附的机理研究进展[J]. 江西中医药大学学报, 2024, 36(03): 124-127.
- [3] 毕丽娟,黄素英. 黄素英采用化瘀法分期治疗子宫内膜异位症经验介绍[J]. 贵州中医药大学学报, 2024, 46(02): 15-21.
- [4] 邓明玉. 补肾活血化瘀法联合腹腔镜手术在子宫内膜异位症所致不孕症中的应用效果分析[J]. 大医生, 2022, 7(22): 62-64.
- [5] 盛磊磊. 补肾活血化瘀法治疗子宫内膜异位症的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(10): 75-76.