

探析妇产科临床中阴道流血的临床中西医结合治疗措施

岳书芳

邯郸市丛台区黄梁梦镇卫生院 河北 邯郸 056001

摘要: **目的:** 探析妇产科常见阴道流血患者应用中西医结合治疗的临床效果, 对比单纯西医治疗与联合治疗的差异, 为临床优化诊疗方案提供依据。**方法:** 选取我院妇产科2024年1月-2025年1月收治的90例阴道流血患者为研究对象, 随机分为对照组、西医组、联合组各30例, 西医组采用常规西医止血、调经、抗感染治疗, 对照组单纯采用中医辨证施治, 联合组采用中西医结合方案, 对比三组临床疗效、止血时间、月经量改善情况及不良反应发生率。**结果:** 联合组总有效率96.67%, 显著高于西医组80.00%、对照组83.33%, 平均止血时间(2.15±0.42) d, 短于其余两组, 不良反应发生率3.33%, 低于两组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 中西医结合治疗妇产科阴道流血, 能快速止血、改善症状, 降低不良反应, 优势显著, 值得临床推广。

关键词: 妇产科; 阴道流血; 中西医结合治疗; 临床疗效; 对照研究

引言: 阴道流血是妇产科临床最常见的症状之一, 病因复杂, 涵盖功能失调性子宫出血、流产相关出血、产后恶露不尽、子宫内膜病变、妇科炎症等多种类型, 可发生于各年龄段女性, 轻者表现为点滴出血、经期延长, 重者出现大量出血、贫血, 甚至休克, 严重影响患者身心健康与生活质量。临床西医治疗多以止血药、激素调经、抗感染、清宫术为主, 虽能快速控制急性出血, 但长期应用激素易引发胃肠道不适、月经紊乱, 部分患者复发率较高。中医将阴道流血归属于“崩漏”“恶露不绝”“胎漏”等范畴, 以辨证论治为核心, 注重调理气血、固冲止血、祛瘀生新, 起效温和、副作用小, 但单独应用止血速度较慢。本次研究结合中西医结合治疗优势, 开展对照研究, 探究联合治疗的临床价值, 优化临床诊疗路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院妇产科2024年1月-2025年1月收治的90例阴道流血患者为研究对象, 纳入标准: 符合妇产科阴道流血相关诊断标准, 经妇科查体、超声、性激素六项等检查明确病因, 排除恶性肿瘤、血液系统疾病、肝肾功能严重障碍患者, 患者知情同意并配合研究。采用随机数字表法分为三组, 每组30例。联合组年龄22-48岁, 平均(32.56±4.31)岁, 病程3-18d, 平均(7.25±2.13) d, 其中功能失调性子宫出血12例, 流产后出血8例, 产后恶露不尽6例, 妇科炎症致出血4例; 西医组年龄21-49岁, 平均(33.12±4.57)岁, 病程3-20d, 平均(7.41±2.26) d, 功能失调性子宫出血11例, 流产后出血9例, 产后恶露不尽5例, 炎症出血5例; 对照组年

龄23-47岁, 平均(32.89±4.28)岁, 病程3-17d, 平均(7.18±2.09) d, 功能失调性子宫出血13例, 流产后出血7例, 产后恶露不尽6例, 炎症出血4例。三组患者年龄、病程、病因等一般资料对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性^[1]。

1.2 治疗方法

1.2.1 西医组

采用单纯西医常规治疗, 针对不同病因制定方案: 功能失调性子宫出血患者, 给予氨甲环酸片口服止血, 1g/次, 3次/d, 配合雌孕激素序贯疗法调经, 连续治疗3个月经周期; 流产后出血、产后恶露不尽患者, 给予缩宫素肌注促进子宫收缩, 头孢类抗生素预防感染, 宫腔残留较多者行清宫术; 妇科炎症致出血患者, 针对性给予抗炎、局部用药治疗, 持续用药至出血停止、症状改善。所有患者均给予补血、营养支持, 纠正贫血症状。

1.2.2 对照组

采用单纯中医辨证施治, 遵循“急则治其标, 缓则治其本”原则, 分型论治: 气虚型患者, 表现为出血量多、色淡质稀、神疲乏力, 治以补气摄血、固冲止血, 方用补中益气汤合固冲汤加减, 药用黄芪、党参、白术、升麻、煅龙骨、煅牡蛎等; 血瘀型患者, 表现为出血淋漓不尽、色暗有血块、小腹刺痛, 治以活血化瘀、养血止血, 方用生化汤合失笑散加减, 药用当归、川芎、桃仁、益母草、蒲黄、五灵脂等; 血热型患者, 表现为出血量多、色深红质稠、心烦口干, 治以清热凉血、固冲止血, 方用保阴煎加减, 药用生地、熟地、黄芩、黄柏、白芍、续断等; 肾虚型患者, 表现为出血淋漓、腰膝酸软、头晕耳鸣, 治以补肾固冲、养血止血,

方用寿胎丸加减。每日1剂，水煎分2次温服，连续治疗7-14d，经期调整用药。

1.2.3 联合组

采用中西医结合治疗方案，在西医组常规治疗基础上，叠加对照组中医辨证施治用药，西医治疗快速控制急性出血，中医调理从根源改善气血亏虚、冲任不调问题，两者协同作用。用药剂量与疗程同上述两组，治疗期间叮嘱患者卧床休息、避免劳累、清淡饮食、禁止性生活，定期复查血常规、妇科超声，监测出血情况与子宫恢复状态^[2]。

1.3 观察指标与疗效判定

1.3.1 观察指标

记录三组患者平均止血时间，即用药开始至出血完全停止的时间；治疗前后检测血红蛋白（Hb）水平，评估贫血改善情况；统计治疗期间不良反应发生率，包括恶心呕吐、头晕、腹痛、月经紊乱等；随访3个月，记录复发率。

1.3.2 疗效判定标准

显效：治疗7d内出血完全停止，临床症状消失，Hb水平恢复正常，随访3个月无复发；有效：治疗7-14d出血逐渐停止，临床症状明显改善，Hb水平有所上升，偶有少量点滴出血；无效：治疗14d后出血未停止，症状无改善甚至加重，需更换治疗方案。总有效率 = (显效+有效)例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件处理数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组临床疗效对比

联合组总有效率显著高于西医组与对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)；西医组与对照组总有效率对比，差异无统计学意义($P > 0.05$)。详见表1。

组别	例数	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 $[n(\%)]$
联合组	30	22	7	1	29 (96.67)
西医组	30	14	10	6	24 (80.00)
对照组	30	15	10	5	25 (83.33)

2.2 三组止血时间与Hb水平对比

治疗前三组Hb水平对比，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后三组Hb水平均显著上升，联合组上升幅度优于其余两组，且平均止血时间短于西医组、对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

组别	例数	平均止血时间	治疗前Hb (g/	治疗后Hb (g/
		(d, $\bar{x} \pm s$)	L, $\bar{x} \pm s$)	L, $\bar{x} \pm s$)
联合组	30	2.15±0.42	92.36±5.17	118.42±4.63
西医组	30	4.68±0.75	91.89±5.32	105.76±5.28
对照组	30	4.21±0.69	92.15±5.24	107.33±5.11

2.3 三组不良反应与复发情况对比

联合组不良反应发生率3.33%，仅1例出现轻微恶心；西医组不良反应发生率16.67%，3例恶心呕吐、2例头晕；对照组不良反应发生率6.67%，2例轻微腹胀。随访3个月，联合组复发率3.33%，西医组复发率20.00%，对照组复发率13.33%，联合组不良反应与复发率均显著低于其余两组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 妇产科阴道流血的西医发病机制与单一治疗局限性

阴道流血是妇产科临床发病率居前的常见病症，结合临床实践与本次研究病例分布来看，其核心发病诱因多与内分泌紊乱、子宫收缩乏力、宫腔组织残留、子宫内膜修复异常及妇科炎症刺激相关，覆盖育龄期、产后及围绝经期各年龄段女性，病情轻重差异较大。西医针对该病的治疗思路以对症急救、快速控血为主，依托止血药物、激素调经、宫缩剂、抗感染及清宫术等常规手段，针对急性大出血、宫腔残留等急症的短期控血效果确切，能够快速缓解患者急性失血症状，避免贫血加重或休克风险^[3]。但从临床长期疗效来看，单纯西医治疗存在明显局限性，长期应用雌孕激素调经易打破机体自身内分泌稳态，诱发胃肠道不适、头晕、月经周期紊乱等不良反应，且该治疗模式仅聚焦于表面症状缓解，无法从根源调理患者机体状态，对于气血亏虚、冲任失调的内在问题无改善作用，导致部分患者停药后病情复发，难以实现根治，这一结论与本次研究中西医组20.00%的复发率、16.67%的不良反发生率相契合。

3.2 阴道流血的中医病机辨证与单一中医治疗特点

中医将妇产科阴道流血归属于“崩漏”“恶露不绝”“胎漏”等传统病症范畴，核心病机围绕“冲任损伤，不能固摄经血”展开，与机体气血、肝肾、脏腑功能失调密切相关。中医认为，气血亏虚则血失统摄，无法固护经血；瘀血内阻则胞脉不通，新血不得归经，进而导致出血淋漓不尽；血热妄行则经血失约，出血量多色稠；肾虚则冲任二脉不固，精血外泄，四类证型涵盖了临床绝大多数阴道流血病例。中医治疗遵循“急则治其标，缓则治其本”的核心原则，通过辨证分型精准用药，侧重补气养血、固冲止血、祛瘀生新、补益肝肾，

从整体调理患者体质，温和改善内在病机，副作用极小，适合长期调理，且能从根源降低复发风险^[4]。但单一中医治疗也存在短板，中药汤剂起效相对平缓，针对急性大量出血患者，无法快速实现止血目标，存在一定治疗滞后性，这也是对照组止血时间长于联合组的核心原因，体现出单一中医疗法难以兼顾急救与调理的双重需求。

3.3 中西医结合治疗阴道流血的协同作用与疗效分析

中西医结合治疗模式打破了单一疗法的局限性，将西医对症急救、快速止血的优势与中医整体调理、固本培元的特点深度融合，实现“标本兼治”的诊疗目标，也是本次研究联合组疗效显著优于其余两组的核心原因。从治疗机制来看，西医常规治疗负责快速控制急性出血、纠正贫血、预防感染，解决患者当下急症问题；中医辨证用药同步跟进，调理机体气血阴阳平衡，修复受损冲任二脉，改善内在病机，两者协同互补，既能缩短止血周期，又能杜绝病情反复。

3.4 分病因中西医结合治疗的临床应用要点

临床应用中西医结合方案治阴道流血，要依患者病因、证型与病情灵活调整，实现个体化诊疗。功能失调性子宫出血者，用西医雌孕激素序贯调经，配中医清热凉血、固冲止血方药，双向调节内分泌、改善月经紊乱；流产后出血、产后恶露不尽者，以西医宫缩剂、抗感染治疗，搭配中医生化汤等加减，活血化瘀、祛瘀生新，促宫腔残留排出、加速子宫复旧；妇科炎症致出血

者，西医抗炎、局部用药控炎症，联合中医清热利湿、养血止血方药，消除诱因并调理体质^[5]。治疗中应适当减少激素用量降副作用，全程配合饮食、作息指导，贴合基层需求且易被患者接受。

结束语

综上所述，妇产科阴道流血病因复杂，单一西医或中医治疗均存在局限性，中西医结合治疗立足标本兼治，发挥西医快速止血、对症急救与中医整体调理、固本防复发的双重优势，可显著提升临床疗效，缩短止血时间，改善贫血症状，降低不良反应与复发率。临床治疗中，需结合患者病因、病情轻重辨证施治，灵活调整联合用药方案，进一步优化诊疗流程，为女性患者提供更安全、高效、个性化的治疗方式，推动妇产科阴道流血诊疗水平提升。

参考文献

- [1]谢娟.妇产科临床中阴道流血的临床中西医结合治疗措施[J].中国保健营养,2021,31(10):32.
- [2]闫立梅.妇产科临床中阴道流血的临床中西医结合治疗措施[J].养生保健指南,2024(14):155-157.
- [3]马存秀.妇产科临床中阴道流血的病因及诊疗措施[J].智慧健康, 2025, 11(2): 45-48.
- [4]张秀娥.妇产科临床中阴道流血的病因及诊疗措施[J].婚育与健康, 2022, 28(4):13-14.
- [5]张园.妇产科临床中阴道流血的病因及治疗措施[J].健康之友, 2023(15): 102-104.