

· 中医药 · 中西医结合 ·

中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病的临床研究

张冬梅, 鲍梅淑, 张晓玲

徐州市睢宁县中医院, 江苏 徐州 221200

摘要: **目的** 研究中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病的临床疗效。**方法** 研究对象共 80 例,均来自 2015 年 10 月至 2016 年 4 月睢宁县中医院妇科住院及门诊接收的湿热瘀结型盆腔炎性疾病患者,随机分为对照组和治疗组,每组 40 例。治疗组给予综合治疗方案(西药抗炎 + 中药口服治疗 5 d,后予侧穹窿注射 + 中药灌肠治疗 10 d);对照组给予单纯西药抗炎治疗。观察两组治疗前后的症状、体征变化情况。**结果** 治疗组治疗总有效率高于对照组(97.5% vs 82.5%, $P < 0.05$)。治疗后,治疗组患者盆腔积液发生率低于对照组,差异有统计学意义(7.5% vs 32.5%, $P < 0.05$),附件增粗及盆腔包块发生率亦低于对照组,但差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。**结论** 采用中西医结合法治湿热瘀结型盆腔炎性疾病效果显著,可促进盆腔炎症的吸收,改善盆腔炎性疾病症状。

关键词: 湿热瘀结型; 盆腔炎性疾病; 中西医结合; 临床疗效

中图分类号: R 271.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)09-1266-03

盆腔炎性疾病属临床上较常见的妇科疾病,该病的发病率呈逐年上升趋势。盆腔炎性疾病具有反复发作的特征,严重影响患者的生活质量。目前,治疗该病最常使用的方案是单纯西药治疗,虽然对盆腔炎性疾病有一定的治疗效果,但病情易复发,也为之后的治疗带来一定的难度。中医认为盆腔炎性疾病是湿、热、瘀邪郁结于胞宫胞脉,导致冲任气血失调,其中以湿热瘀结型为最常见,“湿热”为其重要病因,“血瘀”为其病理产物。为了寻求湿热瘀结型盆腔炎性疾病更有效的治疗方法,笔者展开了本次研究。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 80 例研究对象均来自 2015 年 10 月至 2016 年 4 月睢宁县中医院妇科住院及门诊患者。按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 40 例。治疗组年龄 18 ~ 46(36 ± 0.9)岁;对照组年龄 19 ~ 47(34 ± 0.8)岁。治疗组有手术史 7 例,对照组有手术史 8 例。两组患者年龄、手术史比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照卫生部颁发的《中药新药临床研究指导原则》(2002 年版)中有关慢性盆腔炎性疾病的临床研究指导原则,《妇产科学》(全国高等医药院校教材第 6 版)的有关内容制定^[1-2]。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指

导原则》(2002 年版)、《中医妇科学》(高等医药院校教材第 6 版)有关内容拟定。湿热瘀结型:主症见(1)下腹胀痛或刺痛,痛处固定;(2)腰骶胀痛;(3)带下量多,色黄质稠。次症见(1)神疲乏力;(2)低热起伏;(3)性交、劳累及经期加重;(4)月经量多或伴经期延长;(5)小便黄,大便干燥或溏而不爽。舌脉见舌质红或暗红,或见边尖瘀点或瘀斑,苔黄腻或白腻,脉弦滑或弦涩。以上证候至少具备主症 2 项,次症 3 项,参照舌脉方可诊断。

1.3 纳入与排除标准 **纳入标准:**(1)确诊为慢性盆腔炎性疾病;(2)中医辨证均符合慢性盆腔炎性疾病中医辨证诊断标准的育龄期妇女;(3)心、肝、肾、造血系统等无明显异常者;(4)阴道和宫颈分泌物检查未检出阴道假丝酵母菌、阴道毛滴虫、衣原体、支原体和淋球菌;(5)3 个月内未进行影响疗效的相关治疗;(6)愿意接受治疗,且能配合定期随访。符合以上所有标准者方可纳入。**排除标准:**(1)合并有妇科肿瘤、子宫内膜异位症、子宫腺肌症、滴虫性或霉菌性或淋菌性阴道炎、细菌性阴道病、支原体或衣原体生殖道感染、急性盆腔炎性疾病病情危重者;(2)中医辨证不符合湿热瘀结型盆腔炎中医证候诊断标准;(3)术前 3 个月内曾进行相关治疗,如服用清热利湿、活血化瘀之类中药,外用肛门栓剂,或阴道用药等;(4)非育龄期、妊娠期或哺乳期;(5)合并有心、肝、肾和造血系统等严重疾病,神经、精神疾患者;(6)过敏体质或对多种药物过敏;(7)不能随访,不愿意合作者。符合以上标准任意一项即可排除。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 头孢唑肟 + 奥硝唑治疗 5 d。

1.4.2 治疗组 先予头孢唑肟 + 奥硝唑 + 中药口服 (盆腔炎 I 号) 治疗 5 d, 后予侧穹窿注射 + 中药灌肠 (盆腔炎 II 号) 治疗 10 d。(1) 盆腔炎 I 号方: 延胡索 15 g, 败酱草 12 g, 野菊花 12 g, 白花蛇舌草 12 g, 蒲公英 12 g, 红藤 9 g, 当归 12 g, 丹参 9 g, 赤芍 10 g, 三棱 9 g, 莪术 9 g, 黄柏 10 g, 泽泻 9 g, 香附 12 g, 山药 12 g, 薏苡仁 12 g, 党参 12 g, 白术 12 g, 山楂 9 g, 盆腔炎 I 号方由我院统一代煎, 并随证加减, 早晚各服 1 次, 每次 100 ml, 饭前 30 min 温服, 连续用药 5 d。(2) 盆腔炎 II 号方: 土茯苓 12 g, 白花蛇舌草 12 g, 红藤 12 g, 败酱草 12 g, 蒲公英 15 g, 鱼腥草 9 g, 紫花地丁 9 g, 党参 9 g, 苍术 12 g, 透骨草 9 g, 苦参 9 g, 鳖甲 12 g, 水蛭 9 g, 茵陈 9 g, 三棱 9 g, 莪术 9 g, 排空大便, 睡前灌肠, 每日 1 次。将盆腔炎 II 号方 100 ml 用灌肠袋从患者肛门塞入约 20 cm, 打开调速器, 缓慢灌入药液, 药液温度保持在 36 ~ 37 °C, 保留至少 30 min, 每日 1 次, 连续用药 10 d。(3) 侧穹窿注射: 胎盘组织液 10 mg, 地塞米松 5 mg, 庆大霉素 2 ml, 奥硝唑 20 ml 制成混合液备用。患者取膀胱截石位, 头高臀低, 经常规消毒, 充分暴露侧穹窿, 碘伏消毒, 取以上配好药液使用规格为 10 ml 的注射器, 距宫颈外侧约 1 cm 的阴道穹窿处进针, 方向与宫颈平行, 深约 2 ~ 3 cm, 注射前先抽吸, 确定无血液吸出后, 再缓慢注射入盆腔。隔天注射 1 次, 左右穹窿轮流注射, 5 次为 1 个疗程 (共 10 d)。每次注射完后予微波理疗 30 min, 嘱患者注意休息^[1]。

1.5 观察指标及疗效评定标准 本研究以《中药新药临床研究指导原则》为参考, 将疗效评定等级划分成 4 个等级, 分别是痊愈、无效、显效以及有效^[2]。

(1) 痊愈: 治疗后患者自觉症状完全消失, 妇科检查结果显示为阴性体征, B 超检查结果显示为正常; (2) 显效: 治疗后患者自觉症状有明显好转, 妇科检查结果显示附件压痛感及子宫压痛感明显减轻, B 超检查结果显示盆腔包块减小 66.67% 以上, 盆腔内积液也减少 66.67% 以上; (3) 有效: 治疗后患者自觉症状稍有好转, 妇科检查结果显示附件压痛感及子宫压痛感稍有缓解, B 超检查结果显示盆腔包块减小 33.33% 以上, 盆腔内积液也减少 33.33% 以上; (4) 无效: 治疗后患者自觉症状未见好转或加重, 妇科检查结果显示附件压痛感及子宫压痛感明显, B 超检查结果显示盆腔包块减小 33.33% 以下, 盆腔内积液减少 33.33% 以下^[3]。以痊愈 + 显效 + 有效计算总有效率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较行独立样本 t 检

验, 计数资料以频数和百分数 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗疗效分析 治疗组痊愈 16 例 (40.0%), 显效 14 例 (35.0%), 有效 9 例 (22.5%), 无效 1 例 (2.25%), 总有效率 97.5% (39/40); 对照组痊愈 14 例 (35.0%), 显效 12 例 (30.0%), 有效 7 例 (17.5%), 无效 7 例 (17.5%), 总有效率 82.5% (33/40); 治疗组总有效率高高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者 B 超检查结果比较 治疗前, 两组患者盆腔积液、附件增粗及盆腔包块发生率比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05); 治疗后, 治疗组患者盆腔积液发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 附件增粗及盆腔包块发生率亦低于对照组, 但差异无统计学意义 (P 均 > 0.05)。见表 2。

表 1 两组患者的治疗疗效 (例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	40	16	14	9	1	97.5*
对照组	40	14	12	7	7	82.5

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者的 B 超检查结果 例 (%)

组别	例数	盆腔包块	盆腔积液	附件增粗
治疗组	40			
治疗前		20(50.0)	27(67.5)	31(77.5)
治疗后		6(15.0)	3(7.5)*	7(17.5)
对照组	40			
治疗前		17(42.5)	26(65.0)	32(80.0)
治疗后		9(22.5)	13(32.5)	10(25.0)

注: 与对照组治疗后比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

西医认为盆腔炎性疾病主要和妇科手术史以及不良妊娠史相关, 由链球菌及沙眼衣原体等致病因素引起。中医没有盆腔炎病名一说, 但根据该疾病的临床症状可将其归入“热入血室”、“经水不调”、“带下病”、“经行腹痛”及“不孕”病症范畴。中医认为该疾病的发生大多与经行空虚或者产后胞脉空虚以及湿热侵入胞宫, 引发血结阻滞、气血不畅所致, 或是由邪热炽盛蕴积体内, 损伤血脉, 日积月累耗伤气血所致。因此, 治疗应以清热利湿、活血止痛、兼顾扶正、化瘀软坚以及扶正固本为主。

盆腔炎性疾病发病初期多表现为炎性反应, 日久不愈会引发慢性盆腔痛、异位妊娠、不孕症等疾病。因此, 盆腔炎性疾病需尽早发现治疗^[4-6]。目前, 临

床上通常采取抗炎药物治疗,由于抗生素的广泛应用易导致菌群失调,引发致病菌产生耐药性,因此,西药抗炎治疗极易导致疾病反复发作,加大后期治疗的难度。

由于女性盆腔内血运丰富,盆腔和直肠黏膜仅一壁之隔,因此,通过中药灌肠,可以使盆腔充分吸收药物,并促进盆腔内血液循环,使药物直接作用于盆腔病灶部位,提高药物的治疗效果^[7]。本研究盆腔炎 II 号方中土茯苓、白花蛇舌草、红藤、败酱草、蒲公英、鱼腥草、紫花地丁清热解毒利湿,党参补气扶正,透骨草活血止痛利湿,苍术、苦参、茵陈清热燥湿,鳖甲、水蛭、三棱、莪术活血化瘀,软坚散结。通过中药灌肠使药物直达盆腔病灶,促进盆腔血液循环,软化粘连的结缔组织,促进组织修复与再生,使水肿充血组织消退,加快新陈代谢,加快炎症的吸收,达到消癥散结的目的^[8]。所以中药灌肠局部给药的方式能够提高药物的治疗浓度,提高治疗效果。

侧穹窿注射能够有效的集中药力,使药物能够与盆腔病变部位充分接触,直接作用于病灶位置,提高药物的吸收率,充分发挥药物的作用,提高疗效。侧穹窿注射所使用的药物主要有胎盘组织液、地塞米松、庆大霉素及奥硝唑。将这些药物以侧穹窿注射的方式直接送达患者盆腔中,使药液能够和患者的盆腔组织充分接触,起到改善组织营养、促进血液循环、加快新陈代谢以及促进炎症吸收的作用。药物侧穹窿注射除了能够提高药物的吸收利用率之外,还能够减轻全身用药给患者胃肠黏膜所带来的副作用^[9]。

本研究将中西医结合用于临床治疗中,采取局部与全身用药相结合,治疗总有效率高于对照组,盆腔

积液、附件增粗及盆腔包块改善情况优于对照组。

综上所述,对湿热瘀结型盆腔炎性疾病患者采用综合治疗的方式能够有效提高治疗效果,促进盆腔炎症的吸收,从根本上治愈盆腔炎症性疾病,减少疾病的复发及盆腔炎症性疾病后遗症的出现^[10-11]。

参考文献

- [1] 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,2002:243-253.
- [2] 林娜. 中医综合治疗对腹腔镜术后湿热瘀结型慢性盆腔炎性疾病的临床研究[D]. 福州:福建中医药大学,2010.
- [3] 任凤兰. 三联疗法治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症 70 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(6):59-60.
- [4] 申辉,欧小凤. 蒲苓盆腔炎康颗粒治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症血液流变学变化及临床诊疗分析[J]. 中国实用医药,2015,10(26):118-120.
- [5] 任凤兰. 中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症 60 例[J]. 中医临床研究,2015,7(16):80-81.
- [6] 陈楚红. 左氧氟沙星治疗盆腔炎的临床疗效与安全性考察[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2014,17(1):66-68.
- [7] 张爽,曾倩,何玲,等. 盆腔炎性疾病后遗症湿热瘀结型患者经期免疫状况分析[J]. 湖南中医杂志,2015,31(7):7-9.
- [8] 万庆芝,郭纪芬,张晓甦. 消积颗粒治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症 58 例临床观察[J]. 江苏中医药,2013,45(5):41-43.
- [9] 张秀娟,李军. 中医药治疗盆腔炎性疾病后遗症[J]. 吉林中医药,2014,34(4):363-365.
- [10] 杨鉴冰,陈瑶,窦志芳. 中西医结合治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎临床研究[J]. 山西中医学院学报,2014,15(4):45-46,48.
- [11] 王谋云. 自拟盆炎舒治疗盆腔炎性疾病后遗症 62 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2014,35(9):30.

收稿日期:2016-05-03 编辑:王国品

(上接第 1265 页)

- [25] Canale-Zambrano JC, Poffenberger MC, Cory SM, et al. Intestinal phenotype of variable-weight cystic fibrosis knockout mice[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol,2007,293(1):G222-G229.
- [26] Cremon C, Carini G, Wang B, et al. Intestinal serotonin release, sensory neuron activation, and abdominal pain in irritable bowel syndrome[J]. Am J Gastroenterol,2011,106(7):1290-1298.
- [27] 杨成,张声生,李晓玲,等. 痛泻要方对内脏高敏感大鼠的影响及机制[J]. 中华中医药杂志,2015,30(12):4268-4271.
- [28] 赵迎盼,苏敏,王风云,等. 肠安 I 号方对肠易激综合征内脏高敏感大鼠 5-HT 信号系统及海马 BDNF mRNA 表达的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2015,35(10):1228-1235.

- [29] Dainty A, Allcock N, Cooper J. Study of irritable bowel syndrome and co-existing psychological illness[J]. Nurse Res,2014,21(4):27-31.
- [30] 王丽杰,王杨,付晓丽,等. 肠易激综合征患者焦虑调查及人格特征分析[J]. 实用医药杂志,2015,32(7):631-632.
- [31] 宋素华,宋彬彬. 肠易激综合征中医证候与焦虑抑郁情绪的关系研究[J]. 中西医结合研究,2015,7(2):66-68.
- [32] 杨爱学,何家鸣. 抑肝法和扶脾法对肠易激综合征腹泻型患者心理因素的影响比较[J]. 世界中医药,2014,9(11):1500-1502.

收稿日期:2016-05-15 修回日期:2016-06-05 编辑:石嘉莹