

# 桂枝茯苓胶囊治疗慢性盆腔炎气滞血瘀证疗效观察

李兴国<sup>1</sup>, 戴幼琴<sup>2</sup>

1. 宁波市鄞州区姜山镇茅山卫生院, 浙江 宁波 315193; 2. 宁波市第二医院 浙江 宁波 315010

**[摘要]** 目的: 探讨桂枝茯苓胶囊治疗慢性盆腔炎气滞血瘀证的临床疗效。方法: 将 80 例慢性盆腔炎患者随机分为对照组与观察组各 40 例。对照组采用左氧氟沙星注射液及替硝唑静脉滴注, 苦参栓直肠给药治疗; 观察组在对照组基础加用桂枝茯苓胶囊治疗。连续治疗 2 个月经周期后, 记录不同时点气滞血瘀证候评分, 检测治疗前后血液流变学指标, 并采用世界卫生组织生活质量测定简表 (WHOQOL-BREF) 评价患者生活质量。结果: 总有效率治疗组为 97.5%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组血液流变学指标高切全血黏度、低切全血黏度、血浆黏度和血沉均较治疗前改善 ( $P < 0.01$ ); 观察组上述各指标改善优于对照组 ( $P < 0.01$ )。治疗后 2 组生存质量、健康状况、日常活动及自我感觉四个维度评分及总分均较治疗前明显升高 ( $P < 0.01$ ); 治疗后观察组上述指标评分均高于对照组 ( $P < 0.01$ )。治疗后 4、8 周 2 组气滞血瘀证候评分呈下降趋势 ( $P < 0.01$ ), 观察组治疗后第 4、8 周的证候评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 桂枝茯苓胶囊口服能改善慢性盆腔炎气滞血瘀证临床症状, 提高临床疗效。

**[关键词]** 慢性盆腔炎; 气滞血瘀证; 桂枝茯苓胶囊; 生活质量; 血液流变学

**[中图分类号]** R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0155-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.074

慢性盆腔炎包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎等, 是临床常见病, 多发病, 且病情顽固, 易反复发作, 长期慢性炎性刺激造成局部组织充血水肿、炎性渗出、粘连, 甚至形成包块, 临床以反复下腹痛、腰骶酸痛、白带增多为主要表现, 可导致输卵管阻塞性不孕症, 输卵管通而不畅可致异位妊娠, 严重影响患者的生活质量<sup>[1]</sup>。目前现代医学主要采用抗生素治疗, 但疗效不一。桂枝茯苓胶囊具有温通经脉、活血消瘀、化湿散结止痛之功。笔者临床中在西医常规疗法的基础上联合了桂枝茯苓胶囊内服治疗慢性盆腔炎气滞血瘀证患者, 疗效满意, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择本院 2013 年 4 月—2014 年 4 月收治的 80 例慢性盆腔炎患者, 随机分为对照组与观察组各 40 例。对照组年龄 24~41 岁, 平均(34.2±10.5)岁; 病程 4 月~2.2 年, 平均(1.2±1.0)年。观察组年龄 26~40 岁, 平均(32.7±11.9)岁; 病程 3 月~3 年, 平均(1.5±1.2)年。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《妇产科学》<sup>[2]</sup>制定: 多有急性盆腔炎病史; 月经经期延长或者经量多; 腰骶胀痛或者下腹坠胀疼痛, 常在月经前后或劳累后加重; 带下色黄或白,

量多, 或有脓性分泌物; 不孕; 疲倦, 低热。

**1.2.2 气滞血瘀证辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>制定: 主症: 腰骶胀痛; 下腹刺痛或者胀痛, 痛处固定; 行经腹痛加剧。次症: 白带色黄或白, 且量多; 经期延长, 色暗红, 有血块或者月经量多; 经前情绪低沉, 乳房胀痛或者胸肋; 不孕; 低热。

**1.3 纳入标准** 符合慢性盆腔炎西医诊断标准; 符合气滞血瘀证辨证; 年龄 20~45 岁; 取得患者知情同意。

**1.4 排除标准** 合并免疫系统、循环系统等严重疾病或者对其生存具严重影响的疾病; 合并心、脑、肾等严重躯体性疾病; 合并子宫内异位症、宫颈病变、阴道炎、子宫肌瘤等疾病; 对所用药物有过敏反应者; 近期内使用过同类药物治疗; 妊娠期妇女。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用左氧氟沙星注射液及替硝唑常规静脉滴注, 14 天为 1 疗程, 1 个月经周期内治疗 1 疗程。苦参栓(威海华新药业集团), 每次 1 粒, 每天 1 次, 自月经干净后 3 天开始直肠给药, 10 天为 1 疗程, 1 个月经周期内治疗 1 疗程。

**2.2 观察组** 在对照组的基础上, 采用桂枝茯苓胶囊(江苏康缘药业股份有限公司), 每次 3 粒, 每天 3 次, 饭后服用, 经

**[收稿日期]** 2014-10-17

**[作者简介]** 李兴国 (1981-), 男, 主管药师, 主要从事医院药剂科管理工作。

期停用,1个月经周期内治疗1疗程。

2组均连续治疗2疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 气滞血瘀证候积分评定<sup>[3]</sup>:主症按轻、中、重分别记录2、4、6分,次症记1、2、3分,分别于治疗前、治疗后4周和8周各评价1次。生活质量评价:采用世界卫生组织生活质量测定简表(WHOQOL-BREF)进行评价<sup>[4]</sup>,总分119分,分数越低,代表生活质量越差,分别于治疗前后各评价1次。血液流变学检测:治疗前后各检测1次。

3.2 统计学方法 采用SPSS 16.0统计分析软件,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>制定。治愈:临床症状及体征彻底消退,或B超检查显示盆腔无积液及包块,子宫附件正常或输卵管通畅;显效:自觉临床症状显著改善或者基本消退,B超检查显示盆腔包块缩小超所2/3,积液量少或者消失,附件区略增厚,无压痛;有效:自觉临床症状明显缓解,B超检查显示盆腔包块缩小低于2/3,积液少量,附件区略增厚,有轻微压痛;无效:临床症状同治疗前比较无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为97.5%,对照组为82.5%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	9(22.5)	15(37.5)	11(27.5)	7(17.5)	33(82.5)
观察组	40	11(27.5)	19(47.5)	9(22.5)	1(2.5)	39(97.5)

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后血液流变学指标变化比较 见表2。治疗后2组血液流变学指标高切全血黏度、低切全血黏度、血浆黏度和血沉均较治疗前改善( $P < 0.01$ );观察组上述各指标改善优于对照组( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后血液流变学指标变化比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	高切全血黏度(mPa·s)	低切全血黏度(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	血沉(mm/1h)
对照组	治疗前	6.32±1.21	10.87±1.65	1.82±0.17	28.5±7.7
	治疗后	4.98±0.79	8.01±1.15	1.39±0.21	20.7±6.4
观察组	治疗前	6.35±1.26	10.83±1.58	1.84±0.19	30.2±8.2
	治疗后	4.06±1.12	6.83±1.21	1.08±0.14	15.2±4.9

与同组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后生活质量评分比较 见表3。治疗后2组生存质量、健康状况、日常活动及自我感觉4个维度评分及总分均较治疗前明显升高( $P < 0.01$ );治疗后观察组上述指标评分均高于对照组( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后生活质量评分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	时间	生存质量	日常生活	健康状况	自我感觉	总分
对照组	治疗前	11.7±3.6	22.6±5.7	10.2±3.7	14.6±4.6	58.5±10.8
	治疗后	18.5±4.4	30.4±5.4	13.4±4.2	25.3±5.4	88.2±12.5
观察组	治疗前	10.9±3.7	21.7±5.3	10.5±3.5	14.2±4.9	56.7±9.3
	治疗后	22.5±4.6	35.1±5.9	16.3±4.1	32.4±5.6	104.5±11.4

与同组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.5 2组不同时间点气滞血瘀证候评分比较 见表4。治疗后4、8周2组气滞血瘀证候评分呈下降趋势( $P < 0.01$ ),且观察组治疗后第4、8周的证候评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表4 2组不同时间点气滞血瘀证候评分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周
对照组	40	21.8±3.6	17.3±3.3	10.5±2.7
观察组	40	22.3±4.2	14.2±3.6	6.6±2.2

与同组前一时点比较,① $P < 0.01$ ;与对照组同时点比较,② $P < 0.01$

### 5 讨论

中医学认为,慢性盆腔炎是因气滞血瘀、湿热毒邪下行等因素的影响使患者脏腑功能紊乱,最终导致气血失衡和经脉不畅。有学者认为,本病多由经期、产后、宫腔手术后、血室开放之时,湿热、湿毒或寒湿之邪乘虚内侵,与冲任气血搏结成瘀,蕴积胞宫、胞脉而致;或肝气郁结,气滞血瘀;若水湿日久不化,则聚而成痰;瘀血、痰湿积聚日久而成癥瘕<sup>[6]</sup>。正如《诸病源候论·八癥候》所言:“癥之聚,令人苦四肢寒热,身重淋露,不欲食……苦腰背相引痛,月水不利,令人不产。小腹急,下引阴中如刀刺,不得小便,时苦寒热,下赤黄汁,病苦如此,令人无子。”

桂枝茯苓胶囊处方来源于《金匮要略》中的桂枝茯苓丸,主要由牡丹皮、白芍、桃仁、桂枝以及茯苓等五味中药加工制成。该药对慢性盆腔炎动物模型可明显降低血液黏稠度,能调节炎症细胞因子,调控T细胞亚群和红细胞的免疫功能,从而提高机体免疫力<sup>[6-7]</sup>。该药临床多用于子宫内膜异位症、盆腔包块、继发性痛经、月经不调等病症的治疗,具有较好的临床效果。

本组研究结果显示,观察组临床疗效优于对照组,治疗后第4、8周气滞血瘀证候评分均低于对照组,提示了桂枝茯苓胶囊可有效减轻患者临床症状。治疗后观察组生活质量评分各个维度评分及总分均高于对照组,提示随着临床症状的减轻,患者的生活质量得以提高。治疗后观察组血液流变学指标改善均优于对照组,提示了桂枝茯苓胶囊能降低血液黏稠度,增强毛细血管的通透性,促进血液循环,减轻了炎症反应,这有利于促进局部粘连及结缔组织的松解,逐步溶解周围纤维组织,促进疾病的恢复。

## [参考文献]

- [1] 刘玉兰, 时菁静, 徐鸿雁, 等. 盆炎平方内服联合蒲地方保留灌肠治疗慢性盆腔炎的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(24): 301-305.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 4287.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 243.
- [4] 李伟莉, 余世强, 徐云霞, 等. 中医药综合干预对慢性盆腔炎患者生活质量的影响[J]. 中国临床保健杂志, 2009, 12(6): 586-588.
- [5] 张红英, 张艳. 慢性盆腔炎患者应用中西医结合治疗的疗效分析[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(7): 1465-1467.
- [6] 张海琴, 刘瑞芬. 桂枝茯苓胶囊对慢性盆腔炎大鼠 T 细胞亚群和红细胞免疫功能的影响[J]. 中药药理与临床, 2013, 29(2): 6-8.
- [7] 孙兰, 林楠, 吕耀中, 等. 桂枝茯苓胶囊对大鼠慢性盆腔炎的影响[J]. 中药药理与临床, 2013, 29(4): 21-24.

(责任编辑: 冯天保)

# 中西医结合保守疗法治疗妇产科手术后粘连性肠梗阻疗效观察

徐红艳

淳安县第一人民医院妇产科, 浙江 淳安 311700

[摘要] 目的: 观察中西医结合保守治疗妇产科手术后粘连性肠梗阻的临床疗效。方法: 将 86 例患者随机分为 2 组各 43 例, 对照组采取西医常规保守治疗, 观察组在对照组治疗的基础上采取经胃管注入大承气汤治疗, 观察比较 2 组临床疗效、首次肛门排气时间、白细胞计数恢复时间、气液平面消失时间等。结果: 总有效率观察组为 93.02%, 对照组为 76.74%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组肛门排气时间、症状消失时间、白细胞计数恢复时间及气液平面消失时间均显著低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 中西医结合保守治疗妇产科手术后粘连性肠梗阻疗效可靠, 并可缩短病程, 具有较高的临床推广价值。

[关键词] 粘连性肠梗阻; 妇产科术后; 中西医结合疗法; 保守疗法; 大承气汤

[中图分类号] R574.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0157-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.075

粘连性肠梗阻是临床妇科常见术后并发症之一, 为避免二次手术对患者带来不必要的创伤, 临床多建议采取保守治疗。粘连性肠梗阻主要因腹部手术后肠壁肿胀、渗出, 进而导致各肠管或肠管与其他器官发生粘连, 进而导致一系列临床症状产生, 主要有腹胀、腹痛、呕吐、排气排便停止等。临床上粘连性肠梗阻占肠梗阻的 40% ~ 60%<sup>[1]</sup>, 因此粘连性肠梗阻的治疗成为临床研究的重点之一。其难点主要在于是否选择手术治疗, 或确定手术方案后何时开展。有研究报告显示, 中西医结合保守治疗本病具有较好疗效, 可降低中转手术的几率<sup>[2~3]</sup>。临床中, 笔者采取中西结合保守治疗妇产科术后粘连性肠梗阻

患者, 收到较好疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

观察病例均为本院 2011 年 1 月—2014 年 2 月期间行妇产科手术患者共 86 例, 均伴发粘连性肠梗阻。年龄 20 ~ 67 岁, 平均(46.17 ± 5.62)岁。致病因素包括子宫切除术 22 例, 附件切除术 4 例, 剖腹产 60 例。均有妇科手术病史, 临床症状包括恶心、呕吐、腹胀、腹痛、排便排气停止等, 行腹部检查显示均存在不同程度的肠鸣音或腹部压痛。中医辨证分型参照文献[4]: 湿热壅滞 21 例, 气滞血瘀 17 例, 痰湿内结 24 例, 阴虚肠燥 24 例。所有患者随机分为观察组与对照组各 43

[收稿日期] 2014-08-03

[作者简介] 徐红艳 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作。