

红藤汤灌肠联合微波理疗治疗慢性盆腔炎临床观察

潘惠珍¹, 朱敏²

1. 武义县中医院, 浙江 武义 321200; 2. 金华市人民医院, 浙江 金华 321000

[摘要] 目的: 观察红藤汤灌肠联合微波理疗治疗慢性盆腔炎(湿热毒盛型)患者临床疗效。方法: 将82例慢性盆腔炎(湿热毒盛型)患者随机分为2组, 对照组40例采用抗感染治疗, 观察组42例在对照组治疗基础上加用红藤汤保留灌肠联合下腹微波照射治疗。观察2组患者治疗前、后疼痛、炎性包块及积液变化、2组血常规恢复时间、临床疗效及不良反应。随访2月, 统计2组治愈后复发情况。结果: 治疗后, 2组VAS评分、炎性包块直径及盆腔积液深度均较治疗前下降, 观察组下降程度较对照组显著($P < 0.05$)。观察组白细胞及中性粒细胞恢复正常时间分别为(4.09±2.22)天、(4.41±2.37)天, 明显短于对照组(6.68±2.36)天、(7.49±2.46)天($P < 0.05$)。治疗总有效率观察组97.6%, 明显高于对照组80.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治愈后复发率8.3%(3/36)低于对照组25.0%(6/24), 2组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=16.47, P < 0.05$)。结论: 慢性盆腔炎(湿热毒盛型)采用红藤汤灌肠联合微波理疗辅助治疗疗效显著且安全。

[关键词] 慢性盆腔炎; 湿热毒盛型; 红藤汤灌肠; 微波理疗; 复发

[中图分类号] R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0155-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.060

盆腔炎是妇科疾病中常见的感染性疾病, 该病致病因素较多, 如月经期不良卫生习惯、产后感染、宫腔术后感染等。因患者病情反复发作且迁延不愈, 久之可致不孕, 所以给患者日常生活质量及身心健康产生极大影响。目前现代医学主要以抗生素治疗为主, 虽可取得较好疗效, 但长期应用抗生素治疗可致胃肠功能紊乱及肾功能损害等不良反应^[1]。本研究采用红藤汤灌肠联合微波理疗治疗慢性盆腔炎, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中有关湿热毒盛证慢性盆腔炎诊断标准, 带下量多、下腹胀痛或刺痛、神疲乏力、经期腹痛加重、小便黄、大便干燥、舌质红等。西医符合《妇产科学》^[3]有关慢性盆腔炎诊断标准, 下腹部坠胀或疼痛, 腰骶部酸痛、月经期、劳累或性交后症状加重, 部分患者存在肛门坠胀或低热, 少数患者存在白带增多等, 妇科检查提示子宫旁可触及条索状或包块、压痛或触痛、子宫活动受限; B超提示附件区

增粗、界限不清等。

1.2 排除标准 不符合上述诊断标准, 入组前1月使用抗生素治疗、严重肝肾功能障碍、妊娠或哺乳期妇女、过敏体质、精神疾病、恶性肿瘤疾病等。

1.3 纳入标准 符合以上各项标准, 年龄20~55岁, 签署知情同意书。

1.4 一般资料 将2012年10月—2015年10月武义县中医院82例慢性盆腔炎(湿热毒盛型)患者分为对照组40例, 观察组42例; 年龄23~55岁, 平均(42.1±4.3)岁; 病程9月~6.4年, 平均(3.3±1.1)年。2组年龄、病程等资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予高蛋白及高热量、维生素等全流食或半流食, 及时纠正电解质紊乱和酸碱平衡等, 高热者需及时采取物理降温, 腹胀者可行胃肠减压。头孢替坦二钠2g加250mL生理盐水, 静脉滴注, 每12h1次; 甲硝唑氯化钠注射液(四川科伦药业股份有限公司, 批号: C15080604-2, 国药准字

[收稿日期] 2016-02-11

[作者简介] 潘惠珍(1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 慢性盆腔炎的治疗。

20044011, 规格: 100 mL), 每次 100 mL, 每天 2 次, 7 天为 1 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用红藤汤保留灌肠联合下腹微波照射治疗, 处方: 三棱、莪术、蛇床子、生黄柏、延胡、川芎各 10 g, 大血藤、紫花地丁、半枝莲各 30 g, 乌梅 8 g。加水煎汁至 100 mL, 温度 37℃~40℃, 然后用石蜡油润滑后, 将导尿管慢慢插入肛门约 15~20 cm, 缓缓注入药液, 注完后, 折叠导尿管尾部将其抽出, 继续卧床休息, 使药液保留至第 2 天, 每天 1 次, 7 天为 1 疗程, 经期停用, 治疗 2 疗程。微波理疗: 采用天津产 LY-2 型多功能微波治疗仪, 最大输出功率 50 W, 长方形电极板置于下腹部, 不直接接触皮肤, 患者感觉微热为宜, 治疗时间 20 min, 每天 1~2 次, 7 天为 1 疗程, 月经期停做, 治疗期间禁止性生活、盆浴。

2 组均治疗 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者治疗前、后疼痛、炎性包块及积液变化; 统计 2 组血常规恢复时间、临床疗效及不良反应。随访 2 月, 统计 2 组患者治愈后复发情况。采用视觉模拟评分法(VAS)^[4]系统评价患者疼痛情况, 以 0~10 分表示, 0 分为无痛, 10 分为剧烈疼痛。采其静脉血液, 并应用日立全自动生化分析仪检测白细胞计数及中性粒细胞百分比, 观察恢复正常的时间^[5]。采用阴道彩超检查患者盆腔炎性包块情况。

3.2 统计学方法 数据应用 SPSS17.0 软件分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 计数资料采用率表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]有关疗效评价, 治愈: 治疗后患者各项症状及体征均完全消失, 超声检查提示包块消失, 实验室检查结果为阴性且各项指标均正常。有效: 治疗后, 患者各项症状及体征均好转, 超声检查提示包块缩小且实验室检查结果好转。无效: 治疗后各项症状无改善或包块更大。

4.2 2 组治疗前、后 VAS 评分、炎性包块直径、盆腔积液变化比较 见表 1。治疗前, 2 组 VAS 评分、炎性包块直径及盆腔积液深度比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 VAS 评分、炎性包块

直径及盆腔积液深度均较治疗前下降, 观察组下降程度较对照组显著($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前、后 VAS 评分、炎性包块直径、盆腔积液变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	VAS(分)	炎性包块直径(cm)	盆腔积液(cm)
对照组	40	治疗前	4.32±1.31	4.71±1.95	2.92±0.91
		治疗后	2.91±1.25 ^①	3.31±1.12 ^①	1.12±0.28 ^①
观察组	42	治疗前	4.29±1.36	4.69±1.98	2.89±0.88
		治疗后	1.24±0.71 ^②	2.11±1.02 ^②	0.32±0.09 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组比较, ② $P < 0.05$

4.3 2 组白细胞及中性粒细胞恢复正常时间比较 观察组白细胞及中性粒细胞恢复正常时间分别为(4.09±2.22)天、(4.41±2.37)天, 明显短于对照组(6.68±2.36)天、(7.49±2.46)天($P < 0.05$)。

4.4 2 组临床疗效比较 见表 2。治疗总有效率观察组 97.6%, 明显高于对照组 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	24	8	8	80.0
观察组	42	36	5	1	97.6 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.5 2 组治愈后复发情况比较 观察组治愈后复发率 8.3%(3/36)低于对照组 25.0%(6/24), 2 组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=16.47$, $P < 0.05$)。

4.6 不良反应 对照组 1 例轻度呕吐, 1 例腹痛; 观察组 1 例腹泻, 经对症处理后症状均消失且未影响后续治疗。

5 讨论

近年来, 随着各种妇科手术操作开展, 细菌进入创面造成感染或因经期性交等致疾病发生, 该病甚至会致不孕, 严重影响患者日常生活^[7]。目前临床主要通过改善患者盆腔血液循环和组织营养状态等来缓解其症状, 并通过缓解疼痛等实施对症处理。近年来, 随着抗生素的广泛应用, 使细菌耐药性情况不断严重, 从而影响疗效。因女性盆腔处于人体腹腔较低位置, 且炎症物质难以被吸收, 所以会致患者病情迁延不愈及反复发作。然中医学认为该病属于癥瘕及带下病范畴, 主要受经期或余浊未尽而致瘀毒积聚于细胞中, 或因劳累过度或房事不节等致湿热邪气郁久化

热,乘虚而入同气血搏结,积在胞脉与脉络,让任带经脉受阻^⑧。本研究的患者均属湿热毒盛型,该类患者主要表现为湿、热、瘀,所以治疗应以清热解毒及活血化瘀为主,并辅以软坚散结等药物以降低治愈后复发。

本研究结果显示,观察组治疗疗效及改善患者疼痛、临床症状等均优于对照组($P < 0.05$)。由此说明应用中药辅助治疗具有较好的止痛效果,同时白细胞计数及中性粒细胞百分比升高也说明患者炎症发作,然此次研究结果显示患者炎症程度均好转,且观察组优于对照组,因此而说明中药后抗炎效果显著。盆腔炎性包块及盆腔积液均为盆腔炎最易发生的炎症反应,短期应用抗生素虽可快速杀菌及缓解其症状,但慢性盆腔炎致其盆腔内纤维结缔组织增生而形成广泛粘连,从而使抗生素药液不易进入吸收,因此单纯采用抗生素治疗疗效不理想。辅以中药治疗可有利于促进包块及积液的吸收,更能有效防止复发。本研究采用中药保留灌肠疗法,因盆腔具有静脉众多等特点,从而使盆腔脏器静脉系统像一个水网相连的沼泽,直肠静脉与子宫及附件静脉相互吻合,所以通过直肠吸收的药物将会在盆腔内弥散,并直达病灶,同时还可保持有效浓度,与抗生素合用可取得显著疗效。经直肠吸收的药物还可在其盆腔内弥散,松解增生、粘连组织,更好地发挥中药的作用。本研究中红藤汤可化瘀止痛、除湿散结、清热解毒,其中红藤活血利湿、清热解毒、凉血化瘀;败酱草、蒲公英凉血消痈;丹参、生黄芪、赤芍、透骨草活血凉血;野菊花、没药、乳香、元胡等可活血止痛、清热凉血。通过保留灌肠,药物可经患者直肠黏膜吸收,易达到病变部位,使药物浓度升高,药物于患者体内保留至第二日,更有利于药液被其肠道黏膜充分吸收,并在温度作用下刺激盆腔组织产生血管扩张而改善血液供应,有利于促进包块吸收。该方可健脾祛湿,调补冲任,从而有效调节人体神经内分泌功能,有效抑制结

缔组织增生,增强纤维蛋白溶解酶活性;同时清热解毒类药物可加速组织黏膜炎症水肿及渗出吸收,避免炎症细胞浸润,抑制毛细血管通透性增强。本研究采用微波理疗治疗则可将光、点及药综合一身,经腹部治疗可直接畅通经络,增强患者免疫功能以提高白细胞、巨噬细胞的吞噬能力,电磁场还可增加药物离子化驱动力,从而使炎症局部药物处于较高浓度,最终可起到较好的抑菌、消炎及促进功能恢复等效果^⑨。

综上所述,应用红藤汤灌肠联合微波理疗辅助治疗慢性盆腔炎(湿热毒盛型)疗效显著,但此次研究因研究样本数量小,且随访时间短,所以难免存不足之处,所以为得出更为全面的结论,尚需深入研究。

[参考文献]

- [1] 徐勇,周铁中. 少腹逐瘀汤联合中药热敷治疗慢性盆腔炎 60 例[J]. 河南中医, 2013, 33(2): 227-228.
- [2] 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: 356-360.
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 249, 250-252.
- [4] 赵永新,史志华. 金刚藤不同剂型治疗慢性盆腔炎 78 例[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(7): 1666-1667.
- [5] 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.
- [6] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 241.
- [7] 崔媛,翟建军,冯碧波,等. 磷霉素氨丁三醇散联合止痛化症胶囊治疗慢性盆腔炎的临床疗效研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(13): 1559-1561.
- [8] 苏奎娟. 康妇消炎栓联合西药治疗慢性盆腔炎 48 例[J]. 中国药业, 2015(10): 109-111.
- [9] 肖玉凤,李雪鹏,孙宝华,等. 左氧氟沙星联合甲硝唑辅助妇科治疗仪治疗慢性盆腔炎 71 例[J]. 中国药业, 2013, 22(19): 106-107.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)