

中西医结合治疗复发性外阴阴道念珠菌病疗效观察

聂莹

佛山市南海区妇幼保健院妇科, 广东 佛山 528200

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗复发性外阴阴道念珠菌病的临床疗效。方法: 将 100 例患者随机分为 2 组各 50 例, 治疗组予中西医结合治疗, 对照组予单纯西药治疗。观察 2 组患者治疗前后主要症状体征积分变化, 并进行临床疗效评定。结果: 总有效率治疗组为 94.0%, 对照组为 66.0%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组症状体征总积分均较治疗前下降, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组在改善白带量、色质、阴部瘙痒灼热、阴道黏膜症状、外阴皮肤、口苦纳差方面优于对照组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗复发性外阴阴道念珠菌病疗效肯定。

[关键词] 复发性外阴阴道念珠菌病; 中西医结合治疗; 湿热下注型; 止带方

[中图分类号] R711.31 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0143-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.069

外阴阴道念珠菌病(vulvovaginal candidiasis, VVC)是妇科常见病, 约 75% 的女性在一生中至少患过一次 VVC, 5%~10% 妇女反复多次发生 VVC。长期以来, 复发性外阴阴道念珠菌病(RVVC)一直困扰着数以万计的妇女。笔者选取 2012 年 11 月~2013 年 6 月本院妇科门诊就诊的 50 例确诊为 RVVC 湿热下注型的患者采取中西医结合方法进行治疗, 取得了较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例来自本院妇科门诊就诊的 18~45 岁确诊为 RVVC 湿热下注型患者 100 例, 按随机数字表法分为 2 组。治疗组 50 例, 平均年龄(28.3 ± 3.6)岁; 平均病程(23.5 ± 4.8)月。对照组 50 例, 平均年龄(31.1 ± 5.2)岁; 平均病程(25.1 ± 2.6)月。所有患者均自愿签署知情同意书。2 组患者年龄、病程等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中华妇产科学》^[1]中关于 RVVC 的诊断标准: 外阴瘙痒、烧灼感、白带增多, 排尿烧灼感, 妇科检查发现阴道黏膜充血、水肿、白带增多呈豆腐渣样或凝乳样或膜样覆盖阴道黏膜, 同时其诊断符合下列情况: 用其阴道分泌物镜检发现真菌菌丝和孢子为阳性。经过治疗, 临床症状和体征消失, 真菌学检查阴性后又出现症状, 且真菌学检查阳性。1 年内发作 4 次或以上者。中医湿热下注证辨证参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]及《中医妇科学》^[3], 以下主症具备一项以上, 次症具备两项以上, 结合舌脉即可诊断。主症: 分泌物增多, 白色稠厚呈凝乳状或豆腐渣样,

或有无异味; 阴痒或灼热或疼痛。次症: 口苦纳差; 尿频尿急; 尿黄; 接触痛; 舌象: 舌红、苔黄或黄厚或黄腻; 脉象: 脉滑或滑数。

1.3 排除标准 1 月内服用或局部应用过抗真菌药物患者; 妊娠期及哺乳期妇女; 肝、肾等器质性疾病、糖尿病、长期使用抗生素及类固醇制剂或血液病患者; 对此类药物有过敏史者; 伴有非外阴阴道念珠菌病患者; 正在参加其他药物临床试验的患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 初始治疗。克霉唑栓(马应龙药业集团股份有限公司生产), 每次 150 mg, 每天 1 次塞阴道深部, 连用 7 天; 同时服用止带方, 每天 1 剂, 水煎分 2 次服, 共 7 天。点穴: 选穴为中极、阴陵泉, 每天点穴 1 次, 每次 2 min, 刺激穴位, 教会患者点穴操作的自我保健方法(操作时拇指伸直, 用拇指指腹施力于治疗部位, 垂直向下按压, 余指帮助固定, 并协同用力, 按压用力由轻到重, 直至使患者有酸、麻、胀、痛等感觉)。自初始治疗开始, 避开经期, 每天 1 次, 治疗 6 月。维持治疗。于经后 3 天开始予克霉唑栓(德国拜耳医药保健有限公司生产), 每次 500 mg 塞阴道, 同时服用止带方 3 天。每周 1 次。点穴: 同初始治疗中所述。止带方处方: 猪苓、车前子、泽泻、赤芍、牡丹皮、黄柏、山栀子、牛膝各 10 g, 茯苓、茵陈各 15 g。

2.2 对照组 初始治疗。克霉唑栓, 每次 150 mg, 每天 1 次, 塞阴道深部, 连用 7 天。维持治疗。经后 3 天开始予克霉唑栓, 每次 500 mg, 每周 1 次塞阴道。

[收稿日期] 2014-01-03

[基金项目] 佛山市卫生局医学科研立项项目 (编号: 2014271)

[作者简介] 聂莹 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 妇科炎症。

凡阴道出血或患处溃灶出血、月经期禁用，注意浴具分开，以防交叉感染。急性 VVC 治疗期间避免性生活。共治疗 6 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 主要症状、体征的变化(白带量、白带色质、阴部瘙痒灼热、阴道黏膜、外阴皮肤、外阴触痛、口苦纳差、尿频尿急)；真菌学检测及真菌培养。采用尼莫地平法计算疗效指数。

3.2 统计学方法 采用 SPSS11.5 统计软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，两样本均数的比较采用 *t* 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床痊愈：主要症状体征总积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：70% \leq 主要症状体征总积分减少 $< 95\%$ ；有效：30% \leq 主要症状体征总积分减少 $< 70\%$ ；无效：主要症状体征总积分减少 $< 30\%$ 。总有效 = 临床痊愈 + 显效。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 94.0%，对照组为 66.0%，2 组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	21	26	3	0	94.0
对照组	50	12	21	17	0	66.0

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后症状体征总积分比较 见表 2、表 3。治疗后 2 组症状体征总积分均较治疗前下降，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组在改善白带量、色质及阴部瘙痒灼热、阴道黏膜症状、外阴皮肤、口苦纳差方面优于对照组，总积分差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后症状体征总积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	50	14.80 \pm 4.55	4.98 \pm 3.52
对照组	50	14.90 \pm 4.06	8.98 \pm 2.72

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

表 3 2 组治疗前后症状体征积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前								治疗后							
		白带量	白带色质	阴部瘙痒灼热	阴道黏膜	外阴皮肤	外阴触痛	口苦纳差	尿频尿急	白带量	白带色质	阴部瘙痒灼热	阴道黏膜	外阴皮肤	外阴触痛	口苦纳差	尿频尿急
治疗组	50	2.7 \pm 0.6	3.5 \pm 0.5	3.1 \pm 1.0	1.7 \pm 0.7	1.8 \pm 0.6	0.7 \pm 0.5	0.8 \pm 0.5	0.5 \pm 0.5	1.1 \pm 0.7	1.0 \pm 0.7	0.7 \pm 0.6	0.4 \pm 0.5	1.0 \pm 0.7	0.3 \pm 0.5	0.2 \pm 0.4	0.2 \pm 0.4
对照组	50	2.6 \pm 0.7	3.5 \pm 0.5	3.1 \pm 1.0	1.9 \pm 0.9	1.9 \pm 0.7	0.6 \pm 0.6	0.7 \pm 0.6	0.6 \pm 0.6	1.9 \pm 0.7	2.2 \pm 0.6	1.7 \pm 1.0	0.9 \pm 0.9	1.3 \pm 0.6	0.1 \pm 0.3	0.5 \pm 0.5	0.4 \pm 0.5

与对照组治疗后比较，① $P < 0.05$

5 讨论

从 VVC 患者阴道分泌物中分离出的念珠菌，85%~90% 为白假丝酵母菌^[4]，10%~20% 为光滑假丝酵母菌、近平滑假丝酵母菌、热带假丝酵母菌等，白假丝酵母菌为条件致病菌，10%~20% 非孕妇女及 30% 孕妇阴道中有此菌寄生，但菌量极少，呈酵母相，并不引起症状，是人类正常菌群之一，但在机体免疫力低下或某些有利于念珠菌繁殖、发芽等条件下，可转为致病菌而导致机体感染。有报道，VVC 是一种自身传播的疾病而非传播性疾病^[5]。此疾病出现反复的主要原因有如下几点：患者在上次治疗没有彻底地清除念珠菌，故在患者的阴道中再次出现繁殖的再燃，患者的配偶一般多携带有细菌但没有临床表现出现，此疾病还会引起肛周繁殖，并让患者的免疫能力出现下降的表现；频繁的再感染；患者如经常服用激素药物或有糖尿病的病史也易于发生此疾病^[6]。患者得病后会到各个医院进行治疗，期间会出现间断服药治疗的情况，患者一般会在有临床表现时使用药物治疗，没有症状时就会停药，故而此疾病出现反复的情况。

目前临床上治疗方法仍较单一。西医主要针对“致病性白念珠菌”这个病因为主。在诊断 RVVC 后设法去除致病诱因，再行抗念珠菌治疗，方案包括初始治疗和维持治疗。短治疗或

治疗不彻底，则不易完全杀灭菌丝和芽孢，易产生耐药性^[7]。由于 RVVC 目前尚无有效预防的方法。在 RVVC 的治疗中有如下瓶颈问题亟待解决：长期口服抗真菌药物致肝损害等副作用；因生育年龄妇女是念珠菌性阴道炎的好发人群，抗真菌药物不能排除致畸作用，故有生育要求妇女治疗受限制；有 30%~50% 患者维持治疗终止后又复发^[8]。RVVC 的复发与宿主的免疫力有关，全身调理有重要意义。

岭南地域濒临南海，北有南岭拱卫，属亚热带海洋性气候。特别是珠江三角洲，长年受偏东或偏南暖湿气流影响，空气相对湿度；加之地下水位较高，使地表层含有大量水份。正是由于这种地理学、气象学特点，岭南医学在临床上有其特殊的规律，如清代南海名医何梦瑶在《医碥·卷六》中所谓：“岭南地卑土薄，土薄则阳气易泄，人居其地，腠理汗出，气多上壅。地卑则潮湿特盛，晨夕昏雾，春夏淫雨，人多中湿……”岭南之湿四季皆盛，久居湿地，感受湿邪，蕴而化热，伤及任带，故致湿热下注。加之岭南一向被称为“瘴疠之地”，缘于河涌密布、草蔓滋生。气候的炎热，更助百物纷扰争长，使“湿”与“热”统一成为特殊的环境征象。

如前所述，岭南地处湿热之地，在临床工作中笔者亦发现 RVVC 的患者以辨证湿热下注型为多。本研究从湿热下注证型

RVVC 开始, 开辟中医辨证调理体质治疗 RVVC 的新道路, 以改善临床症状, 提高临床疗效, 有效减少复发率。本研究发
现, 疗程结束后治疗组疗效优于对照组。临床实践证明, 采用
中西医结合方法治疗 RVVC 疗效满意。

[参考文献]

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1354- 1357.
- [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.
- [3] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997.
- [4] Sobel JD. Pathogenesis and treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis [J]. Clin Infect Dis, 1992, 14 (Suppl): S148- S153.
- [5] 左绪磊. 妇产科感染[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 186- 189.
- [6] 袁莉. 三种治疗复发性念珠菌性阴道炎的方案比较[J]. 医学信息, 2011(8): 3597.
- [7] 刘惜时, 张惜阴. 念珠菌外阴阴道炎的预防[J]. 实用妇产科杂志, 2000, 15(4): 179- 180.
- [8] 石一复, 李娟清. 阴道炎治疗进展及相关问题[J]. 国外医学: 妇科学分册, 2007, 34(5): 295- 296.

(责任编辑: 骆欢欢)

补肾疏肝化痰法治疗排卵障碍患者 49 例疗效观察

李小花¹, 徐惠群¹, 佟雪飞²

1. 上海市徐汇区大华医院妇科, 上海 200237; 2. 邢台市人民医院中医科, 山东 邢台 054001

[摘要] 目的: 观察补肾疏肝化痰法治疗排卵障碍的临床疗效。方法: 将排卵障碍患者 98 例, 随机分为 2 组, 每组 49 例, 对照组采用单纯补肾养血法治疗, 治疗组采用补肾疏肝化痰法治疗, 连续服用 3 个月经周期, 观察排卵率、卵泡发育、子宫内膜厚度、黄体功能等情况。结果: 排卵率治疗组 87.8%, 对照组 71.4%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组子宫内膜厚度、卵泡最大直径、卵泡发育到最大直径所需时间比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。2 组黄体功能不全发生率, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。未排卵患者中治疗组无未破裂卵泡黄素化综合征发生, 对照组有 7 例, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 补肾疏肝化痰法治疗排卵障碍性疾病疗效优于单纯补肾养血法, 疏肝化痰在治疗排卵障碍性疾病中发挥了重要的作用。

[关键词] 排卵障碍; 补肾养血; 疏肝化痰

[中图分类号] R711.7

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 06-0145-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.070

排卵障碍是指女子卵巢每月经周期无成熟卵子排出, 现代医学认为是由下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴功能失调所引起的。中医学认为排卵障碍病因病机是肾 - 天癸 - 冲任 - 胞宫性腺轴的失调所致, 依据临床表现认为排卵障碍主要归属不孕、闭经、崩漏等病证。临床上, 排卵障碍性疾病病机虚实错杂, 以肾虚为本, 常伴肝气郁滞。笔者采用补肾疏肝化痰法治疗排卵障碍性疾病患者, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例来自上海市徐汇区大华医院妇科

2011~2013 年就诊的排卵障碍性疾病患者, 共 98 例, 年龄 17~40 岁。随机分为 2 组, 治疗组 49 例, 平均年龄 (28.29 ± 4.19) 岁; 平均病程 (1.83 ± 0.97) 年; 不孕症 25 例, 月经失调 31 例, 闭经 4 例。对照组 49 例, 平均年龄 (28.0 ± 4.43) 岁, 平均病程 (1.77 ± 0.88) 年; 不孕症 23 例, 月经失调 33 例, 闭经 3 例。2 组年龄、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照中国中西医结合研究会妇科专业委员会第三届学术会议 1990 年修订标准: ①基础体温连续记录单相

[收稿日期] 2014-02-11

[作者简介] 李小花 (1977-), 女, 博士, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗月经失调、子宫肌瘤等疾病的临床研究。

[通讯作者] 徐惠群, E-mail: drxuhuiqun@gmail.com。