

清热逐瘀合剂保留灌肠联合抗菌药物治疗慢性盆腔炎疗效观察

王磊, 杜敏, 许彩凤, 刘迎萍, 田莉

甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050

[摘要] 目的: 观察中药清热逐瘀合剂保留灌肠联合抗菌药物治疗慢性盆腔炎的临床疗效。方法: 将慢性盆腔炎患者 122 例随机分为 2 组, 观察组采用清热逐瘀合剂保留灌肠联合抗菌药物治疗; 对照组采用常规抗菌治疗。观察 2 组临床疗效。结果: 治疗有效率观察组 95.16%, 对照组 76.67%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组临床症状体征积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 2 组间比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 清热逐瘀合剂保留灌肠联合抗菌药物治疗慢性盆腔炎疗效确切。

[关键词] 慢性盆腔炎; 清热逐瘀合剂; 保留灌肠; 中医疗法

[中图分类号] R711.33 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 10-0131-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.054

慢性盆腔炎是妇科临床常见病、多发病。主要是由于急性盆腔炎治疗不彻底或者治疗不当等迁延形成的, 具有发病隐匿、病程时间长、治愈率较低和容易复发等特点^[1], 严重危害着妇女的身心健康, 甚至造成不孕不育的后果。笔者采用清热逐瘀合剂保留灌肠联合抗菌药物治疗慢性盆腔炎, 取得了满意的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2010 年 6 月~2012 年 12 月本院收治的慢性盆腔炎性疾病患者 122 例, 随机分为观察组 62 例和对照组 60 例, 年龄 20~48 岁, 病程 3 月~10 年; 自然分娩史 54 例, 剖宫产史 37 例; 人工或药物流产史 88 例, 异位妊娠手术史 8 例。观察组年龄 21~47 岁, 平均(35±5.6)岁; 病程 3 月~10 年, 平均(25±20.7)月。对照组年龄 22~48 岁, 平均(36±5.4)岁; 病程 5 月~10 年, 平均(24±21.5)月。2 组年龄、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 参考中华医学会妇产科分会 2008 年盆腔炎诊断标准^[2]: ①子宫或附件区压痛, ②宫颈举痛或摇摆痛, ③属于性活跃人群, ④阴道或宫颈分泌物异常, ⑤B 超检查显示附件区增厚, 输卵管伴有或不伴有积液, 或显示有包块, 或可见盆腔内有异常

积液。

1.3 排除标准 ①慢性盆腔炎合并肿瘤、结核的患者; ②慢性盆腔炎合并有心、肝、肾及造血系统疾病的患者; ③妊娠期及哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规的抗菌药物治疗, 奥硝唑注射液 0.25 g, 静脉滴注, 每天 3 次; 克林霉素 0.8 g, 静脉滴注, 每天 2 次。7 天为 1 疗程, 治疗 3 疗程。

2.2 观察组 在对照组基础上采用自拟中药清热逐瘀合剂保留灌肠方案治疗。处方: 红藤 50 g, 蒲公英、紫花地丁、败酱草各 30 g, 丹参、鸡血藤、皂角刺各 20 g, 三棱、莪术、太子参各 15 g。上述药物文火煎至 200 mL, 过滤去渣, 每 100 mL 真空包装以备用, 患者排空膀胱及大便, 左侧卧位于治疗床上, 提前将药液加热至 37~39℃ 倒入灌肠袋中, 灌肠袋高于床面 35~45 cm, 医生用石蜡油润滑肛管后, 将肛管缓慢插入肛门 15~20 cm, 再缓慢注入药液, 灌肠完毕拔出肛管, 嘱患者左侧卧位休息, 不要将药物马上排出(建议患者将药液在直肠内保留 2~6 h), 每天 1 次, 10 天为 1 疗程, 经期停药, 连续治疗 3 疗程。

患者在治疗期间需要注意睡眠的时间和数量, 多喝水, 在饮食方法要以清淡食物为主, 忌食辛辣刺激

[收稿日期] 2014-03-15

[作者简介] 王磊 (1973-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗妇科病。

类食物,注意个人卫生,在月经期间禁止性生活。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录2组治疗前后的临床症状积分,评分标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]制定:子宫活动受限、压痛记5分;输卵管呈条索状、压痛记5分;子宫一侧或两侧片状增厚、压痛记5分;下腹、腰部酸痛下坠记3分;白带量多记1分;低热、疲乏记1分;病程每增加1年加0.5分。分级标准:重度:15分以上;中度:10~15分;轻度:5~9分。

3.2 统计学方法 采用SPSS15.0软件进行统计分析,计量资料采用 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 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中有关标准制定。治愈:临床症状消失,妇检无包块及压痛,B超检查无异常,积分为0分。显效:临床症状消失,妇检包块缩小,压痛明显减轻,B超检查包块缩小70%以上,积分降低2/3以上。有效:临床症状消失,妇检包块缩小,B超检查包块缩小30%~70%,积分降低1/3以上。无效:治疗后临床症状、体征、妇检轻微改善或无改善,积分降低不足1/3。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组95.16%,对照组76.67%,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 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	62	26(41.94)	20(32.26)	13(20.97)	3(4.84)	95.16 ^①
对照组	60	5(8.33)	15(25.00)	26(43.33)	14(23.33)	76.67

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组临床症状体征积分比较 见表2。治疗后,2组临床症状体征积分均较治疗前下降($P<0.05$),2组间比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

表2 2组临床症状体征积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	62	14.11±3.69	8.49±2.38 ^{①②}
对照组	60	14.98±3.43	5.65±1.44 ^①

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

5 讨论

现代医学治疗慢性盆腔炎仍以抗菌、消炎为主,西药中抗生素对控制盆腔炎急性期敏感细菌感染较为有效,但对于慢性盆腔炎,由于组织粘连、机化、局部循环障碍,抗生素难以渗入局部发挥作用,对消除炎症浸润之纤维组织和结缔组织效果较差,抗生素不具备缓解粘连及止痛作用,长期使用可产生耐药性,副作用大。故慢性盆腔炎单纯用抗生素治疗,疗效并不显著。而中医学从治本出发,标本同治,治病求因,则有明显优势。中药保留灌肠起源于论著《伤寒论》,现将其运用于盆腔炎的治疗,是对中药外治法这一传统疗法的灵活应用,使药效直达病所,且现代临床研究亦发现,直肠给药后药物经过直肠黏膜上皮细胞直接吸收可达50%~70%^[4],直肠黏膜吸收药液后可促进血液循环,改善组织营养,降低毛细血管通透性,从而减少炎症渗出,有利于抑制结缔组织增生,促进炎性包块吸收,同时直肠给药避免了药物的肝肾首过效应,使药物的治疗作用得以充分发挥,并能减轻药物的肝肾毒副作用。

本院的清热逐瘀合剂中药灌肠方中红藤能活血止痛,败酱草可祛瘀止痛,蒲公英利湿,紫花地丁有消肿散结之效^[5],三棱、莪术破血行气,消积止痛,丹参、鸡血藤、皂角刺活血化瘀,软坚散结;太子参补虚扶正,提高免疫力,如此配伍,湿热瘀虚寒共治,临床观察疗效显著,且未见毒副作用。

本研究采用清热逐瘀合剂保留灌肠联合抗菌药物治疗慢性盆腔炎临床疗效显著,简便易行,安全性强,疗效肯定,值得推广。

[参考文献]

- [1] 崔英华. 中西医结合治疗慢性盆腔炎的临床观察[J]. 医药产业资讯, 2006, 3(14): 16.
- [2] 刘朝晖, 廖秦平. 康妇消炎栓联合莫西沙星治疗盆腔炎临床试验[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26(10): 787-789.
- [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: 243-253.
- [4] 李军. 中药保留灌肠加离子导入治疗盆腔炎60例[J]. 中国中医急症, 2006, 13(12): 782-783.
- [5] 黄兆胜. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 92-105.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)