

# 抗生素联合中药治疗湿热瘀结型盆腔炎疗效观察

孙霞<sup>1</sup>, 丁世幸<sup>2</sup>

奉化市妇幼保健院, 浙江 奉化 315500

**[摘要]** 目的: 观察抗生素联合中药治疗湿热瘀结型盆腔炎的临床疗效。方法: 采用随机双盲法将 100 例湿热瘀结型盆腔炎患者分为对照组与治疗组各 50 例, 对照组采取常规抗生素治疗, 治疗组在对照组基础上联合中药内服与保留灌肠治疗, 比较 2 组的临床疗效、治疗前后中医证候积分、局部体征(子宫活动受限及压痛、单侧或双侧附件包块)的改善及不良反应情况。结果: 总有效率治疗组为 94.0%, 对照组为 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组中医证候总积分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗组中医证候总积分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 治疗组子宫活动受限及压痛、单侧附件包块及双侧附件包块比率均低于治疗前, 并优于对照组治疗后, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 抗生素联合中药治疗湿热瘀结型盆腔炎安全有效, 能明显改善下腹坠痛、附件包块等症状及局部体征。

**[关键词]** 盆腔炎; 湿热瘀结型; 中西医结合疗法; 抗生素; 中药; 二藤汤; 红白汤

**[中图分类号]** R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0137-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.063

盆腔炎性疾病常常为混合感染, 可同时累及几个部位, 若未能得到及时、彻底的治疗, 可导致不孕、异位妊娠、慢性盆腔痛、炎症反复发作, 具有病程较长、反复发作、病因复杂等特点<sup>[1]</sup>, 主要表现为反复盆腔疼痛、阴道分泌物增多, 甚至月经紊乱等症状, 严重影响患者的生活质量。目前临床治疗慢性盆腔炎以抗生素为主, 但长时间使用可能产生耐药性, 且引发一定的不良反应, 影响疗效<sup>[2]</sup>。中医学认为慢性盆腔炎属于妇人腹痛、带下病等范畴, 多与湿、瘀有关, 治疗以活血化瘀、清热祛湿为主。近年来中医药在治疗盆腔炎性疾病等妇科疾病中的应用较多且疗效明显, 基于此, 本研究对本院诊治的湿热瘀结型盆腔炎患者行抗生素联合中药治疗, 效果令人满意。报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 符合《妇产科学》<sup>[3]</sup>中盆腔炎性疾病的诊断标准, 表现出宫颈举痛, 子宫、附件压痛, 发热(体温超过 38.3℃), 宫颈或阴道分泌物异常等症状, 血沉及 C-反应蛋白升高, 实验室检查示宫颈淋病奈瑟菌或衣原体阳性, 阴道超声或磁共振检查显示输卵管增粗、积水, 伴或不伴有盆腔积液、输卵管、卵巢肿块, 或腹腔镜检查发现盆腔炎性疾病征象。

**1.2 辨证标准** 符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>中湿热瘀结型盆腔炎的诊断与辨证标准, 症见下腹坠痛, 白带多、味臭; 乏力, 月经紊乱, 经期腹痛更甚, 大便干燥; 舌质

红、苔黄腻, 脉弦滑。

**1.3 纳入标准** 符合辨证标准; 根据病史、临床症状及体征、超声检查确诊为盆腔炎; 肝肾功能正常; 获得医院伦理委员会批准, 患者知情并同意。

**1.4 排除标准** 妊娠期或哺乳期妇女; 患有子宫癌、子宫肌瘤等严重妇科疾病; 肝肾功能不全、精神异常者; 经期 10 天以上或子宫内膜异位症者; 对抗生素过敏者。

**1.5 一般资料** 抽取本院 2012 年 2 月—2014 年 6 月住院治疗的湿热瘀结型盆腔炎患者, 共 100 例, 采用随机双盲法将患者分为对照组与治疗组各 50 例。对照组年龄 20~56 岁, 平均(34.6±2.8)岁; 病程 3 月~9 年, 平均(2.5±1.0)年; 明显盆腔炎性疾病病史 44 例。治疗组年龄 22~54 岁, 平均(34.8±2.4)岁; 病程 5 月~8.5 年, 平均(2.4±0.9)年; 明显盆腔炎性疾病病史 45 例。2 组年龄、病程、盆腔炎性疾病病史情况比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用抗生素治疗, 月经第 1 天开始用药, 每次 0.2% 左氧氟沙星注射液(宁波天衡药业股份有限公司)200 mL 加 100 mL 奥硝唑注射液(四川科伦药业股份有限公司)静脉滴注, 每天 2 次, 1 周为 1 疗程, 治疗 2 周。

**2.2 治疗组** 行抗生素联合中药治疗, 抗生素用药方案同对照组, 另外给予中药内服与中药保留灌肠治疗。 中药内服,

**[收稿日期]** 2015-06-14

**[作者简介]** 孙霞 (1971-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中医治疗盆腔炎。

自拟二藤汤加减, 用药: 红藤、忍冬藤各 30 g, 川楝子、大青叶、牡丹皮、延胡索、赤芍、制大黄、紫草根各 9 g, 生甘草 3 g; 腰酸乏力者添加补骨脂、续断各 10 g; 小腹坠胀、疼痛严重者添加没药、乳香各 10 g; 白带多、味臭者添加焦栀子 10 g, 龙胆草 5 g; 有炎性包块者添加莪术、炙鳖甲(先煎)、三棱各 15 g; 便溏者去大青叶及大黄, 添加茯苓、炒白术各 15 g。每天 1 剂, 水煎, 每天服用 2 次, 每次 250 mL。中药灌肠, 自拟红白汤, 用药: 白花蛇舌草、蒲公英、红藤、败酱草、白毛藤各 30 g, 煎煮后浓缩成 100 mL 药液。叮嘱患者排便且清洁干净后取侧卧位, 利用导尿管(插入肛门约 14 cm)将药液缓慢注入, 30 min 内完成, 注完后适当抬高患者臀部, 保留药液至少 30 min。每天 1 次, 月经干净 3 天后开始。以 1 周为 1 疗程, 治疗 2 周。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后行中医证候评分, 主要包括小腹坠痛、白带多、月经紊乱等症状, 各单项分为 0 分、1 分、2 分、3 分 4 个等级, 0 分表示无, 3 分表示极严重, 将各单项分数相加计算证候总积分。分数越高提示整体症状越严重。观察治疗前后子宫活动受限及压痛 - 单侧附件包块、双侧附件包块等局部体征情况, 通过 B 超等妇科检查完成。观察不良反应情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计软件分析处理数据。计数资料以百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用 *t* 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>[4]</sup> 拟定。临床治愈: 临床症状及体征消失, 证候总积分减少 95% 以上; 显效: 临床症状及体征明显改善, 证候总积分减少 70%~95%; 好转: 临床症状及体征有所改善, 证候总积分减少 30%~69%; 无效: 临床症状及体征不变或加重。

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 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义( $\chi^2=5.17, P<0.05$ )。

组别	n	临床治愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	50	30(60.0)	11(22.0)	6(12.0)	3(6.0)	47(94.0)
对照组	50	11(22.0)	8(16.0)	21(42.0)	10(20.0)	40(80.0)

与对照组比较, ① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后中医证候总积分比较 见表 2。治疗后, 2 组中医证候总积分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ ); 治疗组中医证候总积分明显低于对照组( $P<0.05$ )。

4.4 2 组治疗前后局部体征变化情况比较 见表 3。治疗后, 治疗组子宫活动受限及压痛、单侧附件包块及双侧附件包块比率均低于治疗前, 并优于对照组治疗后, 差异均有统计学

意义( $P<0.05$ )。

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	50	17.84 ± 3.26	5.91 ± 3.41
对照组	50	17.75 ± 3.44	10.23 ± 4.27

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

组别	n	时间	子宫活动受限及压痛	单侧附件包块	双侧附件包块
治疗组	50	治疗前	45(90.0)	22(44.0)	6(12.0)
		治疗后	3(6.0)	3(6.0)	0
对照组	50	治疗前	46(92.0)	21(42.0)	8(16.0)
		治疗后	15(30.0)	10(20.0)	4(8.0)

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

4.5 2 组不良反应情况比较 治疗组无不良反应发生。对照组不良反应 6 例(12.0%), 主要为胃肠道反应、轻度皮疹、头晕等。2 组不良反应发生率比较, 差异有统计学意义( $\chi^2=4.07, P<0.05$ )。

### 5 讨论

盆腔炎性疾病发病原因较多且复杂, 包括病原体感染、免疫功能异常、菌群失调等<sup>[5]</sup>, 而且往往病程迁延, 反复发作。现代医学治疗盆腔炎性疾病以抗生素为主, 如左氧氟沙星与奥硝唑联合用药, 有一定的疗效, 本研究对照组以单纯抗生素治疗后总有效率为 80.0%, 临床治愈率仅 22.0%, 这可能是因为盆腔炎性疾病病程长, 需长期用药, 易致使菌群失调, 加上长时间炎症反应易使局部器官组织粘连, 抗生素难以进入, 影响疗效。另外, 抗生素用药存在一定的不良反应, 对照组不良反应发生率 12.0%。

中医学并无慢性盆腔炎的病名, 与带下病、妇人腹痛等症类似, 《金匱要略》曰: “带下, 经水不利, 少腹满痛”, 指出该病症表现出腹痛症状; 《诸病源候论》中记载“若经水未尽而合阴阳, 即令妇人血脉挛急, 小腹重急支满……月水不时……因生积聚, 如坏胎状”, 认为慢性盆腔炎与血瘀密切相关。白带多为慢性盆腔炎主要症状之一, 中医学认为带下多与湿邪有关, “夫带下俱是湿证”, 且内湿与脏腑功能异常有关, 外湿多由气候、体虚等损伤任带二脉引起, 血瘀也可能导致湿证<sup>[6]</sup>, 为此临床所见慢性盆腔炎患者多为湿热瘀结型, 治疗以活血化瘀、清热祛湿为主。本研究予患者自拟二藤汤加减内服与红白汤灌肠治疗, 二藤汤中红藤清热解毒、活血化瘀, 现代药理学研究认为红藤对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等抑制作用强; 忍冬藤清热解毒、祛湿活络; 川楝子主要功效为行气止痛、燥湿; 大青叶具有清热解毒、凉血功效; 牡丹皮活血化瘀; 赤芍具有清热散瘀、凉血止痛功效, 现代药理学研究表

明,赤芍不仅抑菌作用强,而且能明显增强机体免疫力;制大黄主要作用为活血化瘀、凉血解毒;紫草根解毒止痛、清热凉血,诸药合用,共奏清热解毒、活血化瘀、祛湿的作用。同时根据患者的不同症状加减用药,如腰酸乏力者添加补骨脂、续断,其中补骨脂具有温肾助阳功效;续断具有补益肝肾、止血功效,适用于腰膝酸痛等病症。小腹坠胀、疼痛严重者添加乳香及没药,起活血行气、止痛、消肿作用。

王秀丽<sup>[7]</sup>认为中药保留灌肠在慢性盆腔炎治疗中有明显优势,这与中药保留灌肠原理有关:通过导尿管将中药液灌入肛门且保留一段时间,经由直肠黏膜使药物直接被吸收,直接作用病变组织<sup>[8]</sup>,同时温热药液可促使血管扩张,提高药液至盆腔组织的有效度,进而改善全身症状。另外,灌肠前需指导患者排空膀胱,且合理控制药液 1 次灌入量,以充分保持药性<sup>[9]</sup>。本研究采用的灌肠中药红白汤中含有白花蛇舌草、蒲公英、红藤、败酱草及白毛藤等成分,其中白花蛇舌草清热解毒、利尿除湿;蒲公英具有清热解毒、散结功效;败酱草主要功效为清热解毒、活血化瘀;白毛藤主要作用为清热利湿、祛风解毒。

本研究结果显示,治疗组总有效率高达 94.0%,高于对照组( $P < 0.05$ );同时治疗组中医证候总积分低于对照组,子宫活动受限及压痛、单侧附件包块及双侧附件包块改善情况明显比对照组佳( $P < 0.05$ ),提示抗生素联合中药治疗能明显促进盆腔炎性包块吸收,改善临床症状。

综上所述,抗生素联合中药治疗盆腔炎性疾病安全可靠,能明显改善盆腔炎性包块等症状及体征,可作为治疗湿热瘀结型盆腔炎的重要手段。

[参考文献]

- [1] 郭彦燕,李淑娟.中药保留灌肠联合抗生素治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎疗效观察[J].河北中医,2014,36(10):1506-1507.
- [2] 祝娟英,胡竹元,俞桂珍,等.中西医结合综合治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证 40 例临床观察[J].江苏中医药,2014,46(9):42-43.
- [3] 谢幸.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:262.
- [4] 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,2002:252-253.
- [5] 姜鸿雁.中西医结合治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(29):3240-3241.
- [6] 陈鸿,赵煜,赖玉琴,等.银藤合剂配合温针灸治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎 92 例临床疗效探讨[J].中国现代医学杂志,2014,24(15):66-70.
- [7] 王秀丽.改良中药保留灌肠法对慢性盆腔炎治疗效果的影响[J].河北医药,2014,36(13):2008-2009.
- [8] 陈晓娟,杨永刚.中药保留灌肠结合腹部中药贴敷治疗慢性盆腔炎 46 例临床观察[J].中医药导报,2013,19(10):115-116.
- [9] 刘玉兰,时菁静,徐鸿雁,等.盆腔炎方内服联合蒲地方保留灌肠对慢性盆腔炎免疫状况及细胞因子的影响[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(1):193-197.

(责任编辑:吴凌)

=====

· 书讯 · 1. 欢迎购买《新中医》杂志合订本。合订本便于收藏,易于查阅,最有益于读者。1996 年每套 53 元,1997 年、1998 年每套各 55 元,1999 年、2000 年每套各 67 元,2001 年、2002 年、2003 年、2004 年每套各 88 元,2005 年、2006 年每套各 110 元,2007 年、2008 年每套各 130 元,2009 年、2010 年每套各 150 元,2011 年每套 200 元,2012 年、2013 年、2014 年每套各 230 元(均含邮费)。欲购者请汇款至广州市番禺区广州大学城环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科(邮政编码:510006),并在汇款单附言栏注明书名、套数。

2. 欢迎邮购以下书籍 中国秘方验方精选续集(25 元)、岭南正骨精要(15 元)、郁症论(15 元)、儿童多动症(25 元)、许小士儿科临床经验集(13 元)、中药新用精选(23 元)、简明中药成分手册(58 元)、毒药本草(90 元)、中医经典新探索与临床发挥(15 元)、针灸精选(23 元)、实用针灸临床处方(15 元)、岭南针灸经验集(42 元)、岭南中草药撮要(45 元)、中药及其制剂不良反应大典(48 元)、当代著名中医学家临床经验蒲辅周研究(35 元)、岭南儿科双璧(20 元)、外科专病中医临床诊治(55 元)、消化科专病中医临床诊治(60 元)、血液科专病中医临床诊治(65 元)。购书款均含邮费。《新中医》编辑部