

中药灌肠和口服治疗慢性盆腔炎疗效比较

郑玲燕

中国人民解放军第一一七医院, 浙江 杭州 310013

[摘要] 目的: 比较红藤汤灌肠和口服治疗慢性盆腔炎患者的临床疗效。方法: 将70例慢性盆腔炎患者随机分为2组, 口服组35例给予口服红藤汤治疗; 灌肠组35例以红藤汤保留灌肠。2组均以14天为1疗程, 共2疗程。结果: 总有效率灌肠组97.1%, 口服组82.9%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。口服组和灌肠组患者治疗前的盆腔内包块的大小比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。治疗灌肠组较口服组包块平均直径明显缩小。后2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 随访5月后复发率灌肠组5.8%, 口服组14.3%, 2组比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 慢性盆腔炎中药灌肠比口服给药的疗效更好, 能有效减小炎性包块, 复发率低。

[关键词] 慢性盆腔炎; 中药; 口服; 灌肠

[中图分类号] R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0141-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.068

慢性盆腔炎常常由于急性盆腔炎未能彻底治疗, 或患者体质较差, 病程迁延所致, 也可无急性盆腔炎病史^[1]。中医学认为本病的主要病机是气虚血瘀、寒湿凝滞、阳气阻遏, 中医疗法主要有中药口服、保留灌肠、熏蒸、外服、阴道给药、离子导入及针灸疗法等^[2]。红藤汤是近年来应用较多的治疗盆腔炎的中药, 具有清热解毒、活血化瘀、软坚散结、行气止痛的功能, 根据现代医学的观点, 红藤汤具有抗菌、消炎、改善盆腔脏器微循环等作用^[3]。本研究对70例慢性盆腔炎患者分别以红藤汤口服和灌肠2种给药途径, 对比其临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例来自2012年7月—2013年7月本院妇科门诊慢性盆腔炎患者, 共70例。各35例。随机分为口服组和灌肠组。口服组年龄20~56岁, 平均(34.3±9.5)岁; 病程2月~57月, 平均(21.2±13.6)月; 中医证候及体征总积分^[4]平均(48.7±7.2)分。灌肠组年龄22~53岁, 平均(36.7±8.4)岁; 病程4月~61月, 平均(22.8±15.3)月; 中医证候及体征总积分平均(50.1±8.9)分。2组患者年龄、病程及病情等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 参照文献[1,4]拟定。①症状: 下腹部坠胀、腰骶胀痛; 月经失调, 经期腹痛加重; 白带增多, 颜色异常, 可有臭味; 失眠、易疲倦, 精神不振等全身症状; ②体征: 舌质暗红、舌苔淡, 可有瘀点或瘀斑; 脉弦或弦涩; 子宫活动受限或粘连固定; 子宫可有压痛; ③有或无急性盆腔炎病史; ④

辅助检查: B超示盆腔内炎性包块、积液及输卵管增粗; 血常规可有白细胞或中性粒细胞数轻度升高; 阴道或宫颈分泌物检查可见病原菌或其他异常; 腹腔镜下查见炎性包块或子宫及输卵管粘连、渗出。

1.3 排除标准 ①急性盆腔炎患者或者慢性盆腔炎急性发作; ②对研究用药物过敏者; ③无法或不愿意合作者; ④合并有心、肝、肾等其他器官或系统严重疾患; ⑤合并有子宫内异位、重度宫颈炎、其他妇科急性炎症或肿瘤等患者; ⑥妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 口服组 口服红藤汤, 处方: 红藤、蒲公英各30g, 败酱草、紫花地丁各15g, 香附、忍冬藤、紫草、丹参各12g, 红花、赤芍、苦参各10g, 乳香5g。用水煎服, 每天1剂, 分2次服用。

2.2 灌肠组 红藤汤浓煎至100mL冷至适宜温度后倒入灌肠器内。嘱患者入睡前排便, 取左侧卧位, 头低臀高。用石蜡油润滑导尿管并连接灌肠器, 缓慢插入肛门内12~18cm, 设置药液缓慢滴入直肠, 使药液保留3~6h, 每天灌肠1次。

2组均以14天为1疗程, 共2疗程, 经期停药。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组临床疗效, 复查盆腔B超的情况, 随访5月, 统计2组的复发率。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0软件包对进行分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料用百分比形式

[收稿日期] 2014-10-09

[作者简介] 郑玲燕 (1982-), 女, 护士, 主要从事中西临床护理工作。

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《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]标准。痊愈:症状、体征消失,各项检查恢复正常。显效:症状基本消失,体征及各项检查有明显改善,治疗后积分降低2/3以上。有效:症状、体征及各项检查均有减轻,治疗后积分降低1/3以上。无效:治疗后症状体征无变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率灌肠组97.1%,口服组82.9%,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	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
灌肠组	35	2	15	17	1	97.1 ¹
口服组	35	1	6	22	6	82.9

与口服组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后盆腔内包块平均直径比较 见表2。口服组和灌肠组患者治疗前盆腔内包块的大小比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),灌肠组较口服组包块平均直径缩小。

表2 2组治疗前后盆腔内包块平均直径比较($\bar{x} \pm s$) cm

组别	n	治疗前	治疗后
灌肠组	35	1.93±0.12	0.70±0.21 ¹
口服组	35	1.99±0.15	0.94±0.09

与口服组治疗后比较,① $P < 0.05$

4.4 2组随访期内复发情况 随访5月后复发率灌肠组5.8%,口服组14.3%,2组比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。

5 讨论

本研究旨在探讨红藤合剂口服和灌肠两种给药途径在治疗慢性盆腔炎上的不同作用。结果发现灌肠组有效率高口服组($P < 0.05$)。中药直接灌肠,药物经过直肠黏膜吸收后可以直接与盆腔接触,使药物中的有效成分可在短时间内到达炎症病变部位达并处于较高浓度。有研究表明,中药灌肠在吸收、显效速度上比丸、片、汤、栓及肌注等剂型均快,可与静脉注射剂相媲美^[5];而口服给药不仅在胃肠时可能被消化液破坏掉其有效成分,而且吸收后进入肝脏经首过消除效应后其生物利用度再次下降。此外,慢性盆腔炎患者因为长期炎症刺激,纤维结缔组织增生形成粘连或瘢痕,口服给药后难以通过血液循环渗透到病灶;而通过灌肠这一途径,直肠黏膜对药物的吸收改善局部微循环以及周围组织的营养供应,降低炎症组织毛细血管的通透性从而减少了渗出,利于炎症的吸收。不仅如此,口服给药所造成的胃肠道刺激如恶心、呕吐及腹泻等,都会降低药

物的利用率,使其疗效下降。

本研究中显示,灌肠组患者在治疗后的盆腔包块平均直径明显小于口服组患者,黎烈荣等^[6]认为盆腔炎症性病变,是盆腔内子宫、卵巢、输卵管、宫旁结缔组织及盆腹膜发生炎性改变,致局部神经纤维受到激惹和压迫而产生的一系列症状,而灌肠后血循环的改善有利于抑制结缔组织增生和包块的吸收,与笔者的观点一致。许亦韬^[7]的研究表明灌肠给药可有效降低慢性盆腔炎的复发率。本研究未观察到这种差异可能与所纳入的病例数较少有关,而且疾病的复发还受患者出院后个人治疗依从性、护理措施以及病情状况和病程长短影响。

综上所述,中药灌肠给药及口服给药都是治疗慢性盆腔炎的有效方法,但前者避免了口服给药的胃肠道破坏、肝脏的首过消除,且通过肠壁渗透直接作用与盆腔病变部位克服了全身用药难以达到病灶的缺点。口服给药还存可能刺激消化道引起恶心呕吐等不良反应给患者带来不适,长期口服中药还可能对肝肾功能造成损害。更重要的是中药灌肠在减轻患者症状和体征等方面疗效更为确切,对病情的控制较口服用药更具优势。笔者认为灌肠是比口服更为有效的给药途径。但是中药汤剂的熬制时间长,易变质以及灌肠温度的控制等问题仍需解决;且口服方便简单,更易被患者接受,因此大多数患者仍然选择口服用药;灌肠操作带来的不适也成为大多数患者不耐受该疗法的主要原因,且操作者不熟练时可能引起肛门疼痛及腹泻。这些因素都限制了灌肠给药的应用,因此,对护理工作者的要求尤为重要。

[参考文献]

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 274.
- [2] 王萌. 慢性盆腔炎的中医治疗概述[J]. 光明中医, 2008, 23(10): 1640-1641
- [3] 李桂华. 红藤汤灌肠联合抗生素治疗慢性盆腔炎的临床观察[J]. 承德医学院学报, 2012, 29(3): 271-272.
- [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: 255-260.
- [5] 梅全喜. 中药灌肠剂近年来的应用[J]. 中国中药杂志, 1989, 14(6): 29.
- [6] 黎烈荣, 谭异伦, 张建春. 慢性盆腔炎中药口服与保留灌肠的临床对比研究[J]. 中国医师杂志, 2002, 4(9): 1023-1024.
- [7] 许亦韬, 项迎春. 红藤合剂口服联合红藤汤灌肠治疗慢性盆腔炎86例疗效观察[J]. 海峡药学, 2013, 25(3): 155-156.

(责任编辑: 马力)