

易黄汤灌肠联合西医常规治疗湿热毒盛型盆腔炎临床观察

李锦丹, 应士贵

缙云县第二人民医院, 浙江 缙云 321404

[摘要] 目的: 观察易黄汤灌肠联合西医常规治疗湿热毒盛型盆腔炎临床疗效。方法: 104例患者随机分为观察组和对照组, 对照组给予西医常规抗炎治疗, 观察组在对照组治疗基础上给予中药易黄汤灌肠治疗。结果: 总有效率观察组 94.23%, 对照组 80.77%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P=0.0379$)。2组 C-反应蛋白、白细胞计数治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组治疗后白细胞计数、C-反应蛋白与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。2组治疗前后中医症状评分比较, 差异均有统计学意义 ($P=0.0000$), 治疗后, 2组中医症状评分比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 随访 6 月, 2组复发率比较, 差异均有统计学意义 ($P=0.0170$)。结论: 易黄汤灌肠联合西医常规治疗湿热毒盛型盆腔炎临床疗效优于单纯西医治疗, 能明显改善患者临床症状, 降低复发率。

[关键词] 盆腔炎; 易黄汤; 湿热毒盛; 灌肠

[中图分类号] R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0167-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.081

盆腔炎为女性常见妇科疾病, 患者主要以反复的下腹部疼痛、坠胀和腰骶部位疼痛为主, 多数患者在劳累、同房和经期加重, 部分患者出现白带异常和月经失调, 病情缠绵不愈, 容易反复, 严重的影响女性身心健康^[1]。现代医学在治疗上主要采取综合治疗, 如使用透明质酸酶类改善局部血液循环, 静脉或者口服抗菌药物消炎治疗, 但是疗程较长、疗效一般、费用较高, 中医治疗盆腔炎上具有一定优势^[2]。笔者采用采用易黄汤保留灌肠联合西医常规治疗湿热毒盛型盆腔炎, 取得了满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院 2013 年 1 月—2013 年 12 月住院患者, 共 104 例, 随机分为 2 组各 52 例。观察组年龄 24~56 岁, 平均 (41.55 ± 4.64) 岁; 病程 1~7 年, 平均 (3.27 ± 1.09) 年。对照组年龄 21~58 岁, 平均 (41.72 ± 4.71) 岁; 病程 1~7 年, 平均 (3.33 ± 1.12) 年。2 组患者年龄、病程等一般情况比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准: 患者符合下列诊断标准: 临床症状可见下腹部坠胀、疼痛或者腰骶部酸痛, 阴道分泌物增多, 月经不调, 部分患者出现低热, 子宫区压痛或者附件区压痛, 子宫一侧或者双侧可触及条索状增粗的输卵管, 盆腔一侧或者双侧可触及囊性肿物, 子宫活动受限或者粘连固定, 一侧或者双侧伴有片状的增厚, 血沉检查略微增快, 超声可探及盆腔炎性包块或者积液^[3]。中医诊断符合湿热毒盛型, 患者下

腹部胀痛刺痛明显, 带下量多, 质黏稠, 月经增多或者经期延长, 经血夹杂血块, 口腻, 纳差, 大便干燥小便黄, 舌质暗红或者舌尖瘀点瘀斑、苔黄腻, 脉涩或滑^[4]。所有患者年龄在 20~60 岁, 均自愿参加本临床试验。排除标准: 妊娠或者哺乳期女性, 合并有严重心脑血管、肝、肾以及造血系统严重原发疾病患者, 过敏体质患者, 有严重认知、智力障碍患者, 合并有恶性肿瘤患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予患者基础抗炎治疗, 应用头孢地尼 + 奥硝唑 0.5 g 静脉滴注, 每天 2 次。治疗 10 天为 1 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予易黄汤灌肠治疗, 方药: 山药、芡实、蒲公英、薏苡仁各 30 g, 车前子、白果各 10 g, 土茯苓、黄柏、蛇舌草各 15 g。瘙痒严重加白鲜皮、地肤子; 疼痛较重加白芍、丹参; 带下偏白加党参, 带下黄加红藤、败酱草; 腰痛严重加桑寄生、杜仲。将上述药物煎取成 100 mL 浓缩药液, 温度保持在 40℃ 左右进行灌肠, 灌肠液保留每次 30 min, 每天 1 次, 连续治疗 10 天为 1 疗程, 经期停止使用。

2 组均连续治疗 3~4 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录 2 组患者白细胞计数、C-反应蛋白(C-反应蛋白采用散射比浊法)、血沉等检查情况。记录 2 组治疗后症状积分变化情况, 其中子宫活动受限、压痛记为 5 分,

[收稿日期] 2014-10-09

[作者简介] 李锦丹 (1969-), 女, 副主任护师, 主要从事妇产科护理。

输卵管条索状压痛记为5分,子宫一侧或者双侧片状增厚压痛记为5分,下腰部疼痛下坠感记为3分,带下增多记为1分,低热记为1分,经期腹痛记为1分,得分越高提示患者病情越重,同时对患者随访6个月,记录复发情况。

3.2 统计学方法 采取SPSS19.0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 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[5]并结合临床拟定。痊愈:经治疗后临床症状和体征完全消失,盆腔检查和实验室检查恢复正常,超声提示包块消失;显效:经治疗后患者全身症状和体征明显好转,盆腔检查和实验室检查明显改善,超声提示包块缩小超过三分之二;有效:经治疗后全身症状有所好转,盆腔检查和实验室检查有所改善,超声提示包块略有缩小;无效:经治疗后患者临床症状未见改善,超声提示包括未缩小或者增大。两组患者临床疗效比较

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组94.23%,对照组80.77%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

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	52	29(55.77)	13(25.00)	7(13.46)	3(5.77)	94.23 ^①
对照组	52	18(34.62)	9(17.31)	15(28.85)	10(19.23)	80.77

与对照组比较, $\chi^2=4.3077$, $\textcircled{1}P=0.0379$

4.3 2组C-反应蛋白和白细胞计数变化情况比较 见表2。2组C-反应蛋白、白细胞计数治疗前后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗后白细胞计数、C-反应蛋白与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组C-反应蛋白和白细胞计数变化情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	C-反应蛋白(mg/L)		白细胞计数($\times 10^9/L$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	52	27.12 \pm 5.75	7.94 \pm 2.11 ^②	12.86 \pm 1.96	7.54 \pm 0.78 ^②
对照组	52	28.52 \pm 5.81	14.56 \pm 4.09 ^①	12.92 \pm 1.89	9.26 \pm 1.41 ^①

与治疗前比较, $\textcircled{1}P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\textcircled{2}P = 0.0000$

4.4 2组中医症状积分和复发情况比较 见表3。2组治疗后中医症状评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$),治疗后2组中医症状评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);随访6个月,2组复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

盆腔炎属于临床上妇科发病率较高的疾病之一,随着近年来剖宫产手术、流产等妇科手术操作的开展,细菌进入到创面造成感染或者经期卫生不洁、经期性交等造成疾病发生,本病严重的会造成不孕,影响了患者生活质量,目前临床上针对盆腔炎治疗主要通过改善盆腔的血液循环、组织营养状态以及促

表3 2组中医症状积分和复发情况比较

组别	n	中医症状积分 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$		复发率(%)
		治疗前	治疗后	
观察组	52	15.53 \pm 1.65	4.21 \pm 0.53 ^{③②}	4(7.69) ^②
对照组	52	16.01 \pm 1.71	8.85 \pm 1.03 ^①	13(25.00)

与治疗前比较, $t=28.8852$, $\textcircled{1}P=0.0000$; 与对照组治疗后比较, $t=5.6957$, $\textcircled{2}P=0.0170$

进炎症吸收为主,通过松懈粘连、缓解疼痛进行对症处理。但是近年来随着用药不规范以及疗程过短等会造成细菌产生耐药性,临床疗效一般,同时女性的盆腔处在腹腔最低部位,炎症物质不容易被吸收,这些均是造成盆腔炎迁延不愈、反复发作等重要因素^[6]。中医学认为本病属于癥瘕、带下病等范畴,主要是由于经期、产后胞脉空虚或者余浊未尽造成瘀毒积在胞中,或者房事不节、劳累过度造成湿热邪气郁久化热,乘虚而入同气血搏结,积在胞脉与脉络,让任带经脉受阻。湿热毒盛型盆腔炎患者主要是热、湿、瘀为主,因此在治疗上应以清热解毒、活血化瘀为主,同时要辅助行气活血、软坚散结的药物降低盆腔炎复发^[7-8]。

笔者采用易黄汤灌肠治疗湿热毒盛型盆腔炎,该方出自《傅青主女科》,主要用于治疗女性脾肾两虚、湿热带下症的专方,方中山药和芡实为君药,可以健脾除湿、补脾益肾,黄柏能够清热利湿解毒,热去则湿除,车前子可以利水渗湿,湿除带下自然减少,白果可以收涩止带,薏苡仁、土茯苓、蒲公英、蛇舌草可以增强补脾除湿、清热解毒的功效。现代药理学研究显示,通过健脾祛湿、调补冲任可以调节患者神经内分泌功能,能够抑制结缔组织增生,增强纤维蛋白溶解酶的活性,清热解毒类药物则可以促进组织黏膜炎症水肿与渗出的吸收,防止了炎性细胞浸润并抑制毛细血管通透性的增强,此外现代药理学证实易黄汤可以改善局部血液微循环,特别是作用在子宫壁的微循环,促进了盆腔病理变化的修复,促进炎症病灶消退和吸收^[9-10]。采用灌肠的治疗方法,利用了直肠同内生殖器邻近的解剖学特点和灌肠液存在一定温度的理论,通过给药后在直肠黏膜上皮细胞吸收后直接进入到直肠静脉丛,因此起效快、局部血药浓度高、副反应低等优势,而且药液具有一定的温度可以直接刺激盆腔的组织产生血管扩张改善血液供应的作用,加速血液流动速度,抑制了结缔组织增生,促进了包快的吸收,疗效显著。

[参考文献]

- [1] 欧玲. 中西医结合治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(5): 521-523.
- [2] 罗春花. 妇产科临床常用中成药应用及部分中药药理作用初探[J]. 陕西中医, 2012, 33(3): 362-363.
- [3] 丰有吉, 沈铿, 马丁, 等. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 275-278.

- [4] 王莉娜. 慢性盆腔炎辨证分型规律的文献研究[J]. 浙江中医杂志, 2006(6): 362-363.
- [5] 肖雁群. 浅论盆腔炎性疾病后遗症疗效评价的临床指标[J]. 求医问药, 2012, 10(6): 269-270.
- [6] 王学兰. 中药保留灌肠配合微波治疗慢性盆腔炎 153 例疗效观察[J]. 新中医, 2013, 45(3): 92-93.
- [7] 靳慧云, 王蕊, 董士霞, 等. 五味消毒饮联合针灸治疗慢性盆腔炎湿毒蕴结型临床观察[J]. 河北中医, 2013, 35(9): 1325-1326.
- [8] 赵敏. 中药保留灌肠联合盐酸左氧氟沙星片治疗慢性盆腔炎疗效观察[J]. 新中医, 2013, 45(7): 82-83.
- [9] 李晓红, 冯依娜, 吕新萍. 中医综合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病的临床观察[J]. 新疆中医药, 2012, 30(3): 33-34.
- [10] 徐春玲. 易黄汤治疗慢性盆腔炎 48 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(23): 16-17.

(责任编辑: 马力)

中医药综合疗法对子宫肌瘤腹腔镜术后康复的影响

孙兰恩, 常淑华

宁波市中医院, 浙江 宁波 315010

[摘要] 目的: 观察中医药综合疗法对子宫肌瘤腹腔镜剔除术后患者康复的作用。方法: 将 120 例子子宫肌瘤行腹腔镜术治疗的患者随机分为 2 组各 60 例, 对照组术后常规给予止血剂治疗及常规护理; 观察组术后在常规止血剂治疗的基础上联合中医药综合治疗, 疗程均为 10 天, 比较 2 组患者肠功能恢复时间、下床活动时间及住院时间, 比较 2 组患者术后并发症。结果: 观察组肠功能恢复时间、下床活动时间及平均住院时间均较对照组明显缩短 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。观察组感染、切口渗血、盆腔粘连、肩背酸痛、腹胀等并发症发生率明显少于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中医药综合治疗可有效促进子宫肌瘤患者行腹腔镜术后的恢复, 减少并发症的发生。

[关键词] 子宫肌瘤; 腹腔镜术后; 中医药疗法

[中图分类号] R711.74

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 03-0169-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.082

子宫肌瘤(UM)是育龄期妇女生殖系统最常见的良性肿瘤, 由平滑肌及结缔组织组成, 多见于 30~50 岁妇女^[1], 临床治疗以手术切除为主。腹腔镜子宫肌瘤剔除术(LM)是指在腹腔镜下切除肌瘤保留子宫的手术, 以其创伤小、术中出血少、术后恢复快、可以保留子宫、维持正常月经和生育功能等优点, 在治疗子宫肌瘤上逐步代替了传统的开腹切除术, 而患者治疗观念的改变及对术后康复要求的提高也进一步推进腹腔镜技术的发展^[2]。但腹腔镜子宫肌瘤切除术也存在缺点, 如何促进术后恢复, 减少术后并发症等问题应引起医护人员的重视。在中医理论指导下, 笔者对子宫肌瘤腹腔镜术后患者采取中医药综合治疗, 取得良好临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 6 月—2013 年 6 月在本院妇科

确诊为子宫肌瘤并行腹腔镜剔除术的患者 120 例, 按就诊时间随机分为观察组和对照组, 每组各 60 例。观察组平均年龄 (37.2 ± 9.4) 岁; 肌瘤平均直径 (6.0 ± 1.3) cm; 单发肌瘤 37 例, 多发肌瘤 23 例。对照组平均年龄 (35.9 ± 11.2) 岁; 肌瘤平均直径 (5.7 ± 1.8) cm; 单发肌瘤 34 例, 多发肌瘤 26 例。2 组患者在年龄、病情、麻醉及手术方式等方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《妇产科学》^[3]中子宫肌瘤诊断标准: ①患者可无症状, 或月经紊乱, 主要表现为经量增多, 经期延长, 月经周期缩短, 可伴白带增多, 下腹疼痛, 腰酸、下腹坠胀, 继发性贫血等; ②妇科检查: 子宫不规则增大如孕 2 个月半月大小以内, 质硬, 表面有球形或结节状突起, 光滑, 无粘连; ③B 超诊断为单发或多发性子宫肌瘤, 单个肌瘤直径小于

[收稿日期] 2014-09-10

[作者简介] 孙兰恩 (1975-), 女, 主管护师, 主要从事临床护理工作。