

- [3] 周怀君. 子宫肌瘤的诊断[J]. 中国计划生育和妇产科, 2012, 4(3): 34.
- [4] 王慧芝, 常虹. 桂枝茯苓丸合当归芍药散治疗子宫肌瘤52例临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(4): 322-323.
- [5] 毛小刚, 方珊珊. 桂枝茯苓丸联合米非司酮治疗子宫肌瘤33例临床观察[J]. 亚太传统医药, 2012, 8(4): 125-126.
- [6] 王菊英. 米非司酮联合桂枝茯苓丸治疗子宫肌瘤100例疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(15): 47, 66.
- [7] 向群. 围绝经期子宫肌瘤患者应用米非司酮配伍桂枝茯苓丸治疗的临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(13): 1878-1880.
- [8] 徐爱玲. 米非司酮联合桂枝茯苓丸治疗子宫肌瘤的临床效果分析[J]. 中国民族民间医药, 2013, 22(4): 101-102.

(责任编辑; 马力)

清热化湿汤治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证疗效观察

张黎

嵊州市中医院妇科, 浙江 嵊州 312400

[摘要] 目的: 观察清热化湿汤治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证的临床疗效。方法: 将100例患者随机分为对照组和治疗组各50例, 2组患者均采用抗生素作为基础治疗, 对照组加用黄藤素分散片; 治疗组加用清热化湿汤, 疗程均为12周。观察治疗前后2组患者湿热瘀结证候评分, 并采用世界卫生组织生活质量测定简表(WHOQOL-BREF)评价患者生活质量。结果: 总有效率治疗组为94.0%, 对照组为72.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后第4、8、12周, 2组湿热瘀结证候评分均逐渐下降($P < 0.01$); 且治疗后第4、8、12周治疗组湿热瘀结评分均低于对照组($P < 0.01$)。治疗后2组WHOQOL-BREF量表各因子评分及总分均较治疗前升高($P < 0.01$), 且治疗组升高较对照组更显著($P < 0.01$)。结论: 清热化湿汤治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证疗效显著, 能有效改善临床症状, 提患者高生活质量。

[关键词] 慢性盆腔炎; 中西医结合疗法; 清热化湿汤; 湿热瘀结证; 生活质量

[中图分类号] R711.33 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0176-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.085

慢性盆腔炎是妇科临床中的常见疾病, 在育龄期的妇女发病率更高, 主要是因为内生殖器及其周围的结缔组织发生了慢性的炎症所致, 可累及输卵管、子宫内膜、卵巢等附件, 炎症范围有可能累积某一个组织, 但以累及多个组织最为常见, 严重的患者甚至遍布整个盆腔组织。由于长期受炎性因素的刺激, 以及炎症渗出性增生的增加, 可以导致盆底组织的增厚, 器官与周围组织的粘连, 还可以导致循环障碍, 局部充血水肿, 瘀血产生。临床实践发现, 中医学治疗本病具有独特优势^[1]。笔者临床中以抗生素作为基础治疗, 联合自拟方清热化湿汤治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证, 疗效满意, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 慢性盆腔炎标准和湿热瘀结证辨证标准均参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]制定。

1.2 纳入标准 ①符合慢性盆腔炎及湿热瘀结中医证候诊断标准; ②年龄20~50岁的已婚或有性生活史的患者; ③没有相关药物过敏; ④近1月没使用同类药物治疗者; ⑤取得患者知情同意, 用药依从性较好者。

1.3 排除标准 ①合并妇科肿瘤等严重妇科疾病; ②妊娠哺乳期妇女; ③合并心、脑血管、肝、肾、造血系统等严重疾病及精神病患者; ④同时服用治疗其他疾病的中药, 难以判断疗效者。

[收稿日期] 2014-11-09

[作者简介] 张黎(1975-), 女, 主治中医师, 主要从事中医妇科临床工作。

1.4 一般资料 选取本院妇科2013年1月—2014年10月的门诊患者,经临床确诊为慢性盆腔炎湿热瘀结证者共100例。根据随机数字表法分为治疗组和对照组各50例。治疗组的年龄26~46岁,平均(34.72±6.56)岁,病程为5~45月,平均(10.65±8.23)月。对照组年龄23~44岁,平均(32.46±8.98)岁;病程为5~47月,平均(11.36±9.48)月。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 予盐酸氧氟沙星(江苏恒瑞医药股份有限公司)0.2 mg 静脉滴注,每天2次;替硝唑注射液(山东凤凰制药股份有限公司)0.8 g 静脉滴注,每天1次。疗程14天。

2.2 对照组 在基础治疗的基础上加用黄藤素分散片(湖南方盛制药),每次4片,每天3次,连续服用12周。

2.3 治疗组 在基础治疗的基础上加用清热化湿汤。处方:茯苓、党参、败酱草、蒲公英、郁金各15 g,桃仁、川楝子、三棱各9 g,赤芍、丹参、莪术各10 g,白术12 g,薏苡仁20 g。每天1剂,水煎,取汁200 mL,分2次饭后服,连续治疗12周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①治疗前及治疗后第4、8、12周进行证候评分,湿热瘀结证候评分^[2]:主症轻、中、重分别为2、4、6分,次症轻、中、重分别为1、2、3分;②采用世界卫生组织生活质量测定简表(WHOQOL-BREF)评价患者生活质量^[4],WHOQOL-BREF包含27个问题,总分119分,分数越低,代表生活质量越差。

3.2 统计学方法 所有数据均采用SPSS17.0统计软件,计数资料分类变量服从正态分布,用 χ^2 检验。计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验进行统计。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《妇产科学》^[3]中相关标准拟定。痊愈:临床症状消失,无压痛,盆腔无肿块;显效:症状好转,B超检查子宫附件无异常,彩超检查无肿块;有效:症状基本改善,彩超示肿块缩小;无效:症状无改善,彩超示肿块仍然存在。

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72.0%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	17	22	8	3	94.0 ^①
对照组	50	5	15	16	14	72.0

与对照组比较,① $P<0.01$

4.3 2组治疗后第4、8、12周湿热瘀结证候评分比较 见表2。治疗后第4、8、12周,2组湿热瘀结证候评分均逐渐下降($P<0.01$);且治疗后第4、8、12周治疗组湿热瘀结评分均低

于对照组($P<0.01$)。

表2 2组治疗后第4、8、12周湿热瘀结证候评分比较($\bar{x}\pm s$)分

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	治疗12周
治疗组	50	23.54±4.43	17.34±4.78 ^{①②}	12.64±3.56 ^{①②}	6.43±2.45 ^{①②}
对照组	50	25.62±4.36	20.63±4.16 ^①	16.44±3.34 ^①	10.54±2.73 ^①

与同组前一时点比较,① $P<0.01$;与对照组同期比较,② $P<0.01$

4.4 2组治疗前后WHOQOL-BREF量表评分比较 见表3。治疗后2组WHOQOL-BREF量表各因子评分及总分均较治疗前升高($P<0.01$),且治疗组升高较对照组更显著($P<0.01$)。

表3 2组治疗前后WHOQOL-BREF量表评分比较($\bar{x}\pm s$)分

组别	n	时间	健康状况评分	日常生活评分	生存质量评分	自我感觉评分	总分
治疗组	50	治疗前	10.83±3.45	21.27±4.48	9.75±3.47	18.21±4.29	59.8±6.56
		治疗后	23.94±4.57 ^{①②}	33.78±4.54 ^{①②}	14.57±3.46 ^{①②}	33.42±5.26 ^{①②}	102.3±8.42 ^{①②}
对照组	50	治疗前	10.54±3.25	20.75±4.65	9.65±3.25	17.56±4.13	60.1±6.45
		治疗后	18.75±4.43 ^①	29.36±4.56 ^①	12.15±3.56 ^①	28.45±5.54 ^①	89.7±8.24 ^①

与同组治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组治疗后比较,② $P<0.01$

5 讨论

慢性盆腔炎症是妇科的常见疾病,主要是由于生殖器炎症及盆腔周围组织、盆腔腹膜等炎症病变的总称。该病往往迁延日久、不易痊愈、反复发作,患者常出现低热,下腹部不适,坐立不安、容易疲倦、烦躁等症状,长时间不治疗会诱发出神经衰弱等症候群,如失眠、健忘、精神不振、烦躁、心悸、周身不适并发症。盆腔的粘连水肿和充血可以引起经、带、产的异常及相关疾病。长期疾病缠身会导致下腹部坠胀不适、慢性疼痛和腰骶双下肢的酸胀痛;盆腔瘀血还可导致月经量的增多或减少,月经前后不定期,月经失调等症状,甚者可引起慢性输卵管炎、输卵管堵塞可以导致不孕、宫外孕^[9]。

中医学通过长期的临床实践,对本病有较为系统和全面的认识,传统中医学将该病归属于腹痛、癥瘕、月经不调、带下病等范畴。有学者认为,本病多由于湿热邪毒的乘虚入侵,与气血互结,聚集胞宫,导致胞脉瘀阻,或者由于气机瘀滞,气血运行受阻,肝经的积郁,两胁胀痛,不通则痛,气滞血瘀,久而久之内结成癥瘕积聚^[6]。从病理演变来看,本病以脾肾亏虚为本,痰湿瘀滞为标,或由于湿热未清,郁而化热,热毒内蕴,或者由于湿从寒化,表现为本虚标实,虚实夹杂,以湿热的表现为多,也可以表现为寒热互见^[7]。

笔者在抗生素治疗的基础上,加用清热化湿汤治疗。方中赤芍清热凉血以祛瘀止痛;丹参活血化瘀、凉血消肿;茯苓健脾化湿;党参补中益气、健脾养血生津;白术燥湿健脾益胃;郁金、川楝子行气消痞;桃仁、三棱、莪术活血消肿化瘀血;败酱草、蒲公英、薏苡仁清热解毒,排脓破瘀。诸药合用,具

有活血化瘀、通经消痞、疏经通络、消肿定痛之功效。现代中药药理学认为,清热化湿汤中的三棱、莪术、桃仁、丹参等内含的小分子物质具有杀菌作用,具有广谱抗菌的功效;郁金、川楝子还有解除子宫痉挛、抑制子宫充血、调节月经的周期以及月经量的作用^[8-9]。诸药合用,具有消炎抗菌,改善微循环,提高免疫功能,进而调节内分泌的作用。

本研究表明,清热化湿汤可明显改善慢性盆腔炎患者的症状,经清热化湿汤治疗后患者的下腹部坠胀疼痛和腰骶部酸痛、困倦乏力等神经官能症状均得到缓解,明显优于对照组。治疗后患者生存质量评分治疗组高于对照组,提示清热化湿汤内服在提高患者生活质量方面具有明显优势。

[参考文献]

- [1] 张丽梅. 薏苡附子败酱散加减治疗慢性盆腔炎 52 例疗效观察[J]. 中医药导报, 2013, 19(1), 47-48.
[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: 245-246.

- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 274.
[4] 郝元涛, 方积干. 世界卫生组织生存质封测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. 现代康复, 2000, 4(8): 1127.
[5] 许晓芬, 张成燕. 膈下逐瘀汤治疗慢性盆腔炎临床分析[J]. 吉林医学, 2012, 33(35): 7622-7623.
[6] 吴丽华. 少腹逐瘀汤治疗慢性盆腔炎临床观察[J]. 中医药学报, 2010, 38(2): 117-118.
[7] 戴璐, 张思超. 当归芍药散治疗慢性盆腔炎 40 例[J]. 山东中医药大学学报, 2011, 35(1): 49-50.
[8] 谷风, 严英. 利湿化瘀中药对慢性盆腔炎血液流变学及血清 C-反应蛋白的影响[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(5): 1102-1105.
[9] 王加谋, 刘彤欧. 化瘀固本方对慢性盆腔炎模型大鼠表皮生长因子免疫组化表达影响的研究[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(2): 28-29.

(责任编辑: 冯天保)

龙胆泻肝汤治疗湿热下注型细菌性阴道病 临床疗效及对阴道内环境改变的影响

郑静飞

宁波市鄞州人民医院, 浙江 宁波 315040

[摘要] 目的: 观察龙胆泻肝汤治疗湿热下注型细菌性阴道病的临床疗效及对阴道内环境的影响。方法: 将 106 例湿热下注型细菌性阴道病患者随机分为 2 组各 53 例, 观察组给予龙胆泻肝汤口服; 对照组给予甲硝唑泡腾片阴道给药。比较治疗后 2 组临床疗效、中医证候疗效、中医证候积分变化、阴道 pH 值及乳酸杆菌数量评分、药物不良反应。结果: 总有效率观察组 92.45%, 对照组 77.36%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组中医证候积分均明显降低 ($P < 0.01$), 观察组中医证候积分明显低于对照组 ($P < 0.01$)。证候总有效率观察组 96.23%, 对照组 83.02%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组阴道 pH 值明显降低, 乳酸杆菌数量评分明显升高, 治疗前后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 观察组 pH 值明显低于对照组, 乳酸杆菌数量评分明显高于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 龙胆泻肝汤能有效改善阴道内环境及临床症状, 提高治疗效果。

[关键词] 细菌性阴道病; 龙胆泻肝汤; 湿热下注型; 阴道内环境

[中图分类号] R711.31 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0181-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.086

细菌性阴道病(Bacterial Vaginosis, BV)是育龄期妇女常见的阴道感染性疾病, 是多种因素导致的阴道内正常菌群失

调, 乳酸杆菌被多种微生物(主要为厌氧菌)引起的无明显阴道黏膜炎症的临床综合征^[1], 临床表现为白带增多、阴道异味

[收稿日期] 2014-12-22

[作者简介] 郑静飞(1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 妇产科。