

中药灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎 31 例疗效观察

朱芬芬¹, 黄美娟²

1. 湖州市和孚镇卫生院, 浙江 湖州 313017; 2. 湖州市妇幼保健院, 浙江 湖州 313000

[摘要] 目的: 观察中药灌肠联合西药内服治疗慢性盆腔炎的临床疗效。方法: 将 62 例慢性盆腔炎患者随机分为对照组与治疗组各 31 例, 2 组均采用氧氟沙星胶囊、甲硝唑片治疗; 对照组加用红藤汤口服治疗, 治疗组加用红藤汤灌肠治疗; 比较 2 组患者治疗前、后盆腔包块大小情况、临床疗效、不良反应, 并随访 6 月, 统计 2 组复发率。结果: 治疗后, 2 组患者盆腔内包块均较治疗前缩小 ($P < 0.05$), 且治疗组缩小较对照组更显著 ($P < 0.05$)。总有效率治疗组为 96.8%, 对照组为 74.2%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。随访 6 月, 治疗组复发率为 4.5% (1/22), 对照组为 6.3% (1/16), 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗期间 2 组均未见明显不良反应。结论: 在西药治疗的基础上, 红藤汤灌肠治疗慢性盆腔炎疗效优于红藤汤口服治疗, 且无明显不良反应。

[关键词] 慢性盆腔炎; 氧氟沙星胶囊; 甲硝唑片; 红藤汤; 中药灌肠

[中图分类号] R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0144-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.066

慢性盆腔炎常因急性盆腔炎治疗不彻底或因患者体质差而使其病情迁延所致。由于女性盆腔解剖结构较为特殊, 且感染病原复杂多样, 因此感染难以彻底清除, 最终导致疾病顽固且反复发作, 甚至可引起不孕或炎症反复发作。中医学认为, 本病的发病机制主要为寒湿凝滞和气虚血瘀等, 临床治疗有中药口服、灌肠或熏蒸或阴道给药等给方式。本次研究为探讨不同给药途径治疗慢性盆腔炎的临床疗效, 旨在选择最佳用药方式, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《妇产科学》^[1]有关标准: ①急性盆腔炎病史、下腹胀坠、腰腹疼痛等, 于劳累或性交后症状加重; 伴有白带增多、低热或月经过多。②子宫呈后位, 活动受限, 患者输卵管炎时, 其子宫一侧或双侧可触及条索状物, 且可轻度压痛等。③B 超检查可探及附件炎性肿块或输卵管积液或增粗; 血常规检查提示白细胞或中性粒细胞轻度升高。中医辨证参照《中医内科学》^[2]中湿热瘀阻证: ①主症: 下腹胀痛或刺痛且痛处固定; 带下量多、色黄、质稠且有臭气; ②次症: 月经量增加或经期延长或不规则阴道流血、性交痛; 舌质红、脉弦数。

1.2 纳入标准 ①符合以上中西医诊断标准; ②年龄 18~52 岁; ③签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①年龄 <18 或 >52 岁; ②精神疾病、过敏体

质者; ③妊娠或哺乳期妇女; ④伴子宫内异位或重度宫颈炎者; ⑤合并严重肝肾等功能不全、恶性肿瘤者。

1.4 一般资料 选取湖州市和孚镇卫生院及湖州市妇幼保健院 2012 年 8 月—2014 年 8 月间就诊的慢性盆腔炎患者, 共 62 例, 随机分为 2 组各 31 例。对照组年龄 18~48 岁, 平均 (45.5±4.2) 岁; 病程 2.6~51.4 月, 平均 (23.1±8.7) 月。治疗组年龄 19~49 岁, 平均 (46.0±4.6) 岁; 病程 2.4~51.6 月, 平均 (22.7±9.3) 月。2 组患者病程、年龄等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 西药治疗 2 组均予氧氟沙星胶囊 (广州欧化药业有限公司) 口服, 每次 400 mg, 每天 2 次; 甲硝唑片 (亚宝药业集团股份有限公司) 口服, 每次 400 mg, 每天 3 次。

2.2 对照组 加用红藤汤口服治疗。处方: 乳香 5 g, 红花、赤芍、苦参各 10 g, 香附、忍冬藤、紫草、丹参各 12 g, 败酱草、紫花地丁各 15 g, 红藤、蒲公英各 30 g。由本院药剂室煎熬装袋, 每天 1 剂, 水煎取汁 400 mL, 分早晚服。

2.3 治疗组 加用红藤汤灌肠治疗。取同上红藤汤, 水煎熬至 100 mL 备用。灌肠前指导患者排便, 并处左侧卧位, 头低臀高。采用石蜡油润滑导尿管后连接好灌肠器, 然后再缓慢插入到患者肛门内, 深度大约为 12~18 cm, 将药液缓慢滴入直肠, 并保留 3~6 h, 每天 1 次。

[收稿日期] 2015-02-20

[作者简介] 朱芬芬 (1971-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗妇科疾病。

2组均以14天为1疗程,且于经期停药,共治疗2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较2组患者治疗前、后盆腔包块大小情况、临床疗效、不良反应,随访6月,统计2组复发率。于治疗前后采用B超检查盆腔包块直径变化情况。

3.2 统计学方法 数据采用SPSS18.0软件包统计,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用率(%)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《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。痊愈:治疗后,患者临床症状及体征均完全消失,B超检查提示盆腔恢复正常,白细胞等检查均恢复正常;显效:临床症状基本消失,且治疗后中医症状积分降低 $>2/3$;有效:治疗后患者临床各项临床症状及体征均好转,治疗后中医症状积分降低 $>1/3$;无效:治疗后患者临床症状无改善或更为严重。

4.2 2组治疗前后盆腔包块直径变化比较 见表1。治疗后2组患者盆腔内包块均较治疗前慢性缩小($P < 0.05$),且治疗组缩小较对照组更显著($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后盆腔包块直径变化比较 $(\bar{x} \pm s)$ cm

组别	n	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	31	2.01±0.13	0.81±0.07	45.25	0.00
治疗组	31	1.98±0.15	0.57±0.10	43.55	0.00
t值		0.84	10.95	-	-
P值		0.40	0.00	-	-

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组为96.8%,对照组为74.2%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	31	16(51.6)	4(12.9)	2(9.7)	8(25.8)	23(74.2)
治疗组	31	22(71.0)	6(16.1)	2(9.7)	1(3.2)	32(96.8) ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组复发情况比较 随访6月,复发率治疗组为4.5%(1/22),对照组为6.3%(1/16),2组比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.75, P > 0.05$)。

4.5 不良反应 治疗期间2组均未见明显不良反应。

5 讨论

慢性盆腔炎临床主要表现为下腹疼痛或阴道流血或发热、附件区压痛等,中医学将其归属于妇人腹痛、月经不调、痛经

等范畴^[4]。现代医学认为,该病发生与生殖道病原体感染有关,因此采用抗生素治疗^[5]。但由于该病程长且迁延难愈,如长期采用抗生素治疗则易损害患者肾功能,最终还会导致菌群失调,降低患者抵抗力而引起二重感染。中医学认为,该病主要原因为月经期、分娩后机体出现湿热、正虚状态,热毒之邪外侵,经络气血受损,出现胞络阻滞,热瘀毒互结,不通则痛。红藤汤由乳香、红花、赤芍、苦参、香附、忍冬藤、紫草、丹参、败酱草、紫花地、红藤、蒲公英等组成,全方有养血活血、清热解毒、化瘀通络止痛之效,切合本病病机,故而取得较好疗效。

从本次研究结果来看,治疗后,2组患者盆腔内包块均较治疗前缩小,且治疗组缩小较对照组显著($P < 0.05$),且临床疗效高于对照组($P < 0.05$),提示灌肠给药疗效更好。这可能是因为慢性盆腔炎患者因长期受炎症刺激,纤维结缔组织增生并形成瘢痕或粘连,口服中药较难通过血液循环渗透至病灶区,最终降低临床疗效。而灌肠给药时药物经人体直肠黏膜吸收后可直接与盆腔接触,从而可使药物中有效成分快速到达炎性病变区,且处于高浓度。且中药灌肠,可通过直肠对药物的吸收来改善患者局部微循环及周围组织营养供给,从而可有效降低炎性组织毛细血管通透性,减少渗出,加速炎症吸收。

治疗期间2组均未见明显不良反应。随访6月,2组复发率差异无统计学意义($P > 0.05$)。综上所述,采用中药灌肠治疗慢性盆腔炎疗效肯定,安全有效。但由于灌肠疗法治疗时需控制药液温度,且独自操作较困难。因此,临床可根据患者实际情况选择治疗方式。

[参考文献]

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:123-145.
 [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007:446.
 [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:61-62.
 [4] 刘秀峰. 中医辨证治疗慢性盆腔炎临床观察[J]. 中华中医药学刊,2011,29(6):1436-1437.
 [5] 赵淑赛,朱春磊. 中医辨证论治加保留灌肠治疗慢性盆腔炎患者的临床疗效及其护理措施[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(11):2365-2367.

(责任编辑:冯天保)