

红藤汤灌肠辅助治疗慢性盆腔炎疗效观察

叶薇群¹, 罗赛群¹, 杨雪²

1. 宁海县中医医院, 浙江 宁海 315600; 2. 中国人民解放军第113医院, 浙江 宁波 315040

[摘要] 目的: 观察红藤汤灌肠辅助治疗慢性盆腔炎的临床疗效。方法: 将慢性盆腔炎80例分为2组各40例, 对照组采用头孢联合甲硝唑治疗, 治疗组于对照组治疗基础上加用红藤汤保留灌肠治疗。观察2组治疗前、后疼痛、炎性包块及积液变化; 观察2组血常规恢复时间、临床疗效及不良反应。随访2月, 统计2组治愈后复发情况。结果: 治疗后, 2组患者VAS评分、炎性包块直径及盆腔积液深度均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 然治疗组下降程度较对照组显著 ($P < 0.05$)。治疗组白细胞及中性粒细胞恢复正常时间分别为 (4.11±2.17) 天、(4.36±2.26) 天, 短于对照组的 (6.57±2.41) 天、(7.28±2.33) 天, 2组比较, 差异有统计学意义 ($t=4.80, 5.69, P < 0.05$)。总有效率治疗组 97.5%, 对照组 77.5%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治愈后复发率 5.7% (2/35), 低于对照组 28.6% (6/21), 2组比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=5.60, P=0.02$)。结论: 红藤汤灌肠辅助治疗慢性盆腔炎疗效显著且安全。

[关键词] 慢性盆腔炎; 红藤汤; 灌肠疗法; 甲硝唑; 复发

[中图分类号] R711.33

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 06-0145-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.063

慢性盆腔炎是妇科疾病中常见性感染性疾病, 该病致病因素较多, 如月经期不良卫生习惯、产后感染、宫腔术后感染等。因患者病情反复发作且迁延不愈, 久之可致不孕等, 所以给患者日常生活质量及身心健康造成极大影响。目前西医主要以抗生素治疗为主, 虽可取得较好显著, 但长期应用抗生素治疗可致胃肠功能紊乱及肾功能损害等不良反应^[1]。然单纯采用物理治疗及中药治疗, 虽可取得一定疗效, 且安全无毒副作用, 但单一治疗难以达到理想疗效。笔者采用红藤汤灌肠辅助治疗慢性盆腔炎, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断符合《妇产科学》^[2]有关慢性盆腔炎诊断标准, 下腹部坠胀或疼痛, 腰骶部酸痛、月经期、劳累或性交后症状加重, 部分患者存在肛门坠胀或低热, 少数患者白带增多等, 妇科检查提示子宫旁可触及条索状或包块、压痛或触痛、子宫活动受限; B超提示附件区增粗且界限不清等。中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]中有关湿热毒盛证慢性盆腔炎诊断标准, 带下量多、下腹胀痛或刺痛、神疲乏力、经期腹痛加重、小便黄、大便干燥、舌质红等。

1.2 纳入标准 符合以上各项标准, 年龄 18~55 岁, 签署知情同意书, 医院伦理委员会批准。

1.3 排除标准 不符合以上诊断、纳入标准, 入组前 1 月内使用抗生素治疗、精神疾病、严重肝肾功能障碍、妊娠或哺乳期妇女、过敏体质、恶性肿瘤疾病等。

期妇女、过敏体质、恶性肿瘤疾病等。

1.4 一般资料 回顾性分析宁海县中医医院 2014 年 6 月—2015 年 12 月湿热毒盛证慢性盆腔炎患者 80 例, 按照随机数字表法分为 2 组各 40 例。治疗组年龄 18~52 岁, 平均 (45.6±4.1) 岁; 病程 7 月~4.3 年, 平均 (3.2±1.4) 年。对照组年龄 18~55 岁, 平均 (46.1±4.0) 岁; 病程 6 月~4.1 年, 平均 (3.1±1.2) 年。2 组年龄、病程等资料经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予高蛋白及高热量、维生素等流食或半流食, 及时纠正电解质紊乱和酸碱平衡等, 高热者需及时采取物理降温, 腹胀者可行胃肠减压。静脉滴注头孢替坦二钠 2 g 加入 250 mL 生理盐水, 每 12 h 1 次; 甲硝唑(亚宝药业集团股份有限公司, 规格: 0.2 g/片), 口服, 每天 0.6~1.2 g, 分 3 次服用, 7 天为 1 疗程。

2.2 治疗组 于对照组治疗基础上加用红藤汤保留灌肠治疗, 处方: 败酱草、蒲公英、红藤、生黄芪、透骨草、丹参各 30 g, 野菊花 20 g, 莪术、赤芍、延胡索各 15 g, 制乳香、制没药各 6 g。加水煎至 150 mL, 温度 37℃~40℃, 然后用石蜡油润滑后, 将导尿管慢慢插入肛门约 15~20 cm, 然后缓缓注入药液, 注完后, 抽出导尿管, 卧床休息, 药液保留至 12 h, 每天 1 次, 7 天为 1 疗程, 经期停用。

[收稿日期] 2016-01-12

[作者简介] 叶薇群 (1974-), 女, 主管中药师, 研究方向: 慢性盆腔炎临床疗效分析。

2组均治疗3疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 随访4月,统计2组患者治愈后复发情况。采用视觉模拟法(VAS)评分^[4]系统评价患者疼痛情况,以0~10分表示,0分为无痛,10分为剧烈疼痛。采用其静脉血液,并应用日立全自动生化分析仪检测白细胞计数及中性粒细胞百分比,观察其恢复正常的时间^[5]。采用阴道彩超检查患者盆腔炎性包块情况。

3.2 统计学方法 数据应用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》^[6]有关疗效评价,治愈:治疗后患者各项症状及体征均完全消失,超声检查提示包块消失,实验室检查结果为阴性且各项指标均正常。有效:治疗后,患者各项症状及体征均好转,超声检查提示包块缩小且实验室检查结果好转。无效:治疗后各项症状无改善或包块更大等。

4.2 2组治疗前后VAS评分、炎性包块直径、盆腔积液变化比较 见表1。治疗前,2组VAS评分、炎性包块直径及盆腔积液深度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组患者VAS评分、炎性包块直径及盆腔积液深度均较治疗前下降($P < 0.05$),然治疗组下降程度较对照组显著($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后VAS评分、炎性包块直径、盆腔积液变化比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | VAS(分) | 炎性包块直径(cm) | 盆腔积液(cm) |
|-----|----|-----|------------------------|------------------------|------------------------|
| 对照组 | 40 | 治疗前 | 4.29±1.29 | 4.69±1.89 | 2.87±0.96 |
| | | 治疗后 | 2.82±1.11 ^① | 3.26±1.15 ^① | 1.06±0.31 ^① |
| 治疗组 | 40 | 治疗前 | 4.30±1.31 | 4.72±1.91 | 2.88±0.98 |
| | | 治疗后 | 1.12±0.58 ^② | 2.01±0.96 ^② | 0.31±0.10 ^② |

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

4.3 2组白细胞及中性粒细胞恢复正常时间比较 治疗组白细胞及中性粒细胞恢复正常时间分别为(4.11±2.17)天、(4.36±2.26)天,短于对照组的(6.57±2.41)天、(7.28±2.33)天,2组比较,差异有统计学意义($t=4.80, 5.69, P < 0.05$)。

4.4 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组97.5%,对照组77.5%,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

| 组别 | n | 治愈 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|------------|----|----|----|----|---------|
| 对照组 | 40 | 21 | 10 | 9 | 77.5 |
| 治疗组 | 40 | 35 | 4 | 1 | 97.5 |
| χ^2 值 | | | | | 12.47 |
| P值 | | | | | 0.00 |

4.5 2组患者治愈后复发情况 治疗组治愈后复发率5.7%(2/35),低于对照组28.6%(6/21),2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.60, P=0.02$)。

4.6 不良反应 对照组1例轻度呕吐,1例腹痛;治疗组1例腹泻,经对症处理后症状均消失且未影响后续治疗。

5 讨论

近年来,随着各种妇科手术操作开展,细菌进入创面造成感染或因经期性交等致疾病发生,该病甚至会导致不孕,严重影响患者日常生活。临床主要通过改善患者盆腔血液循环和组织营养状态等来缓解其症状,并通过缓解疼痛等实施对症处理。随着抗生素的广泛应用,使细菌耐药性情况不断严重,从而影响疗效。因女性盆腔处于人体腹腔较低位置,且炎症物质难以被吸收,所以会导致患者病情迁延不愈及反复发作。

中医学认为该病属于癥瘕及带下病范畴,主要受经期或余浊未尽而致瘀毒积聚于细胞中,或因劳累过度或房事不节等致湿热邪气郁久化热,乘虚而入同气血搏结,积在胞脉与脉络,让任带经脉受阻^[7]。本研究患者均属湿热毒盛型,主要表现为湿、热、瘀,所以治疗应以清热解毒、活血化瘀为主,并辅以软坚散结等药物以降低治愈后复发。本研究结果显示,治疗组治疗疗效及改善患者疼痛、临床症状等均明显优于对照组($P < 0.05$)。由此说明应用中药辅助治疗具有较好的止痛效果,同时白细胞计数及中性粒细胞百分比升高也说明患者炎症发作,然此次研究结果显示患者炎症程度均明显好转,且治疗组优于对照组,因此而说明中药后抗炎效果显著。盆腔炎性包块及盆腔积液均为盆腔炎最易发生的炎症反应,短期应用抗生素虽可快速杀菌及缓解其症状,但慢性盆腔炎症致其盆腔内纤维结缔组织增生而形成广泛粘连,从而使抗生素药液不易进入吸收,因此单纯采用抗生素治疗疗效不理想。辅以中药治疗可有利于促进包块及积液的吸收,更能有效防止复发。本研究采用中药保留灌肠疗法,因盆腔具有静脉众多等特点,从而使盆腔脏器静脉系统像一个水网相连的沼泽,直肠静脉与子宫及附件静脉相互吻合,所以通过直肠吸收的药物将会在盆腔内弥散,并直达病灶,同时还可保持有效浓度,与抗生素合用可取得显著疗效。红藤汤可化瘀止痛、除湿散结、清热解毒,其中红藤可活血利湿、清热解毒、凉血化瘀;败酱草及蒲公英可抗菌抗病毒、凉血消痛;丹参和生黄芪及赤芍、透骨草可活血、凉血,增强红细胞免疫功能,同时还可加速体内毒素灭活及清除;野菊花、没药及乳香、元胡等可活血止痛及清热凉血;通过保留灌肠,药物可经患者直肠黏膜吸收,易达到病变部位,使药物浓度升高,药物于患者体内保留至第二日,更有利于药液被其肠道黏膜充分吸收,并在温度作用下刺激盆腔组织产生血管扩张而改善血液供应,有利于促进包块吸收。据现代药理学研究显示,红藤可清热利湿,热除则湿除;莪术可利水渗湿,当湿除后则带自然减少;蒲公英等可增强清热解毒及补脾除湿功效^[8]。该方可健脾祛湿,调补冲任,从而可有效调节人体神

经内分泌功能,有效抑制结缔组织增生,增强纤维蛋白溶解酶活性;同时清热解毒类药物可加速组织黏膜炎性水肿及渗出吸收,避免炎性细胞浸润,抑制毛细血管通透性增强。可见,应用红藤汤灌肠辅助治疗湿热毒盛证慢性盆腔炎疗效显著且安全。

[参考文献]

- [1] 徐勇,周铁中.少腹逐瘀汤联合中药热敷治疗慢性盆腔炎60例[J].河南中医,2013,33(2):227-228.
- [2] 乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:249,250-252.
- [3] 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,2002:356-360.

- [4] 赵永新,史志华.金刚藤不同剂型治疗慢性盆腔炎98例[J].中国老年学杂志,2013,33(7):1666-1667.
- [5] 刘玉兰,时菁静,徐鸿雁,等.盆炎平方内服联合蒲地方保留灌肠治疗慢性盆腔炎的临床研究[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(24):301-305.
- [6] 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,1994:241.
- [7] 杜视玲.中药灌肠联合针刺并艾灸取穴治疗慢性盆腔炎50例[J].中国药业,2014(12):110-112.
- [8] 梁引库.巨大型蒲公英根脂溶性成分的抗氧化活性及抑菌实验研究[J].食品工业科技,2013,34(12):153-156,160.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)

寿胎丸治疗肾虚型胎漏、胎动不安临床观察

俞丽娟

海宁市第二人民医院,浙江 海宁 314419

[摘要] 目的:观察加味寿胎丸治疗胎漏、胎动不安的临床疗效。方法:75例胎漏、胎动不安患者随机分为2组。治疗组43例予以加味寿胎丸治疗;对照组32例采用常规西药治疗。7天为1疗程,连续治疗2疗程。结果:总有效率治疗组95.34%,对照组78.08%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组阴道流血、腰酸、腹痛、下腹坠胀消失时间均短于对照组,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:加味寿胎丸治疗胎漏、胎动不安临床效果显著,主要症状改善明显。

[关键词] 胎漏;胎动不安;加味寿胎丸;临床疗效

[中图分类号] R271.41 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0147-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.064

妊娠期间阴道有少量出血,时出时止,或淋漓不断,而无腰酸、腹痛、小腹坠胀者,称为胎漏,亦称为胞漏,或漏胎。若妊娠期间出现腰酸、腹痛、小腹下坠,或伴有少量阴道出血者,称胎动不安^[1],相当于西医的先兆流产,为妇产科常见病,多发病,若能及时有效诊治可继续妊娠,否则症状加重,则可能导致流产。笔者采用加味寿胎丸治疗胎漏、胎动不安,效果显著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为2013年9月-2014年12月本院门诊及住院患者,共75例。随机分为2组,治疗组43例,

平均年龄(29.03±4.11)岁;孕次(2.13±1.03)次;自然流产次数(1.28±0.95)次。对照组32例,平均年龄(29.12±4.08)岁;孕次(2.34±1.12)次;自然流产次数(1.12±0.81)次。2组一般资料比较,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》^[2]拟定。表现:阴道少量出血,无妊娠物排出,伴有小腹疼痛或腰酸胀痛。尿妊娠试验阳性。子宫颈口未开,子宫体软,大小与孕周相符;超声波检查示:子宫大小、孕囊或胚胎(胎儿)发育与孕周相符。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]及《中医妇科学》^[4]拟定,主症:妊娠期间阴道少量出血,色

[收稿日期] 2015-08-11

[作者简介] 俞丽娟(1971-),女,副主任医师,研究方向:先兆流产及宫颈疾病诊治。