

## ◆ 护理研究 ◆

## 中药保留灌肠配合中药外敷辅助治疗急性盆腔炎 50 例临床观察

陈敏, 束龙文, 秦薇

湖州市中心医院妇产科, 浙江 湖州 313000

**[摘要]** 目的: 观察中药保留灌肠配合中药外敷辅助治疗急性盆腔炎湿热瘀结证的临床疗效。方法: 将 100 例急性盆腔炎湿热瘀结证患者随机分为观察组和对照组各 50 例。对照组给予注射用头孢他啶和替硝唑葡萄糖注射液静脉滴注治疗, 观察组在对照组用药基础上辅以中药保留灌肠和中药外敷, 2 组均治疗 14 天。观察临床症状、体征及血象的改善情况, 记录腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间, 检测治疗前后盆腔炎症包块直径和盆腔积液。结果: 观察组总有效率 100%, 高于对照组的 86.0%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。观察组腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。治疗后, 2 组盆腔炎症包块直径及盆腔积液均较治疗前缩小, 观察组的盆腔炎症包块直径和盆腔积液均较对照组缩小更明显 ( $P < 0.01$ )。结论: 在西药常规抗感染的基础上辅以中药保留灌肠和中药外敷治疗急性盆腔炎湿热瘀结证, 可更有效地缩短腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间, 缩小盆腔炎症性包块和减少盆腔积液。

**[关键词]** 急性盆腔炎; 湿热瘀结证; 注射用头孢他啶; 替硝唑葡萄糖注射液; 中药; 保留灌肠; 外敷

**[中图分类号]** R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 06-0124-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.06.042

## Observation of Herbal Retention Enema Combined with Herbal External Application in Adjuvant Treatment of Acute Pelvic Inflammation : A Report of 50 cases

CHEN Min, SU Longwen, QIN Wei

**Abstract:** Objective: To observe the clinical effect of herbal retention enema combined with herbal external application in adjuvant treatment of acute pelvic inflammation with stagnant dampness-heat syndrome. Methods: Divided 100 cases of patients with acute pelvic inflammation with stagnant dampness-heat syndrome into the observation group and the control group randomly, 50 cases in each group. Both groups received ceftazidime injection as well as tinidazole and glucose injection, while the observation group additionally received herbal retention enema and herbal external application. Both groups received treatment for 14 days. Recorded disappearance time of abdominal pain, recovery time of leukocyte and hospitalization time. Determined the diameter of pelvic inflammation mass and the pelvic effusion before and after treatment. Results: The total effective rate in the observation group was 100%, being higher than 86% in the control group ( $P < 0.05$ ). Disappearance time of abdominal pain, recovery time of leukocyte and hospitalization time in the observation group were all shorter than those in the control group ( $P < 0.01$ ). After treatment, the diameter of pelvic inflammation mass and the depth of pelvic effusion in both groups were all improved, comparing with those before treatment ( $P < 0.01$ ). The improvements of two indexes in the observation group were more evident than those in the control group ( $P < 0.01$ ). Conclusion: The adjuvant therapy of herbal retention enema combined with herbal external application based on routine anti-infection western medicine therapy for acute pelvic inflammation with stagnant dampness-heat syndrome can effectively shorten disappearance time of abdominal pain, recovery time of leukocyte and hospitalization time. It can also reduce the pelvic inflammation mass and decrease pelvic effusion.

**Keywords:** Acute pelvic inflammation; Stagnant dampness-heat syndrome; Ceftazidime injection; Tinidazole and glucose injection; Chinese medicine therapy; Retention enema; External application

**[收稿日期]** 2017-01-09

**[作者简介]** 陈敏 (1982-), 女, 主管护师, 主要从事妇产科临床护理与助产工作。

急性盆腔炎是指女性内生殖器、周围结缔组织及盆腔腹膜发生的急性炎症性病变。临床治疗以抗生素为主,由于本病多为混合感染,常使用广谱抗生素,力求迅速杀菌,以缓解临床症状。中医学认为,急性盆腔炎病因以热毒为主,兼有湿、瘀,常采用中药内服、灌肠、外敷等方式进行辅助治疗,能起到较好的治疗效果,且副作用少<sup>[1-2]</sup>。本研究笔者在常规西药治疗基础上辅以中药灌肠合外敷治疗急性盆腔炎,取得了满意疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年1月—2016年5月在本院妇科住院部诊治的100例急性盆腔炎患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组各50例。对照组年龄22~44岁,平均(33.5±6.1)岁;病程1~3天,平均(1.3±0.5)天;慢性盆腔炎急性发作14例,流产后/清宫术后发病20例,放环、取环后患者6例,不明原因发病者4例。观察组年龄21~42岁,平均(31.9±5.8)岁;病程1~3天,平均(1.2±0.4)天;慢性盆腔炎急性发作11例,流产后/清宫术后发病23例,放环、取环后患者5例,不明原因发病者7例。2组年龄、病程、病史等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合急性盆腔炎的诊断标准:有产后或流产后感染、其他宫腔内手术后感染,或有经期卫生不良、感染性传播疾病,或有放置宫内节育器等病史;下腹疼痛伴发热,或伴见恶寒,白带量多,月经不调,恶心呕吐,尿频、尿急或排尿困难;妇科检查阴道可见脓性臭味分泌物,宫颈充血、水肿、举痛明显,子宫直肠陷凹饱满,穹窿触痛明显,宫体稍大、有压痛、活动受限,宫旁结缔组织炎时,可扪及宫旁1侧或2侧片状增厚,或2侧宫骶韧带高度水肿、增粗,压痛明显,血象升高,红细胞沉降率升高,C-反应蛋白可增高。

1.3 辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>中急性盆腔炎湿热瘀结证的辨证标准:下腹疼痛,或胀痛拒按,热势起伏,或寒热往来,带下量多,色黄,质稠,味秽臭,经量增多,经期延长,淋漓不止,大便溏或燥结,小便短赤,舌红有瘀点、苔黄厚,脉弦滑。

1.4 纳入标准 ①符合上述诊断标准和辨证标准;②年龄20~45岁,有性生活史;③急性起病,病程≤3天;④患者自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①各种急腹症患者;②妊娠、准备妊娠或哺乳期妇女;③合并有肝、肾、心、消化、血液系统严重疾病者;④精神障碍或肿瘤患者;⑤过敏体质者或对多种药物过敏者;⑥合并肛周疾病不能进行灌肠治疗者。

## 2 治疗方法

2组均给予高热量、高蛋白质、高维生素的流食或半流食饮食,补充液体、纠正水电解质紊乱及酸碱失衡等。

2.1 对照组 注射用头孢他啶(上海上药新亚药业有限公司,

国药准字:H20023439),静脉滴注,每天2次,每次2g;替硝唑葡萄糖注射液(四川科伦药业股份有限公司,国药准字:H51023159),静脉滴注,每天1次,每次0.8g。

2.2 观察组 在对照组用药基础上加中药灌肠和中药热敷。

①中药灌肠,取毛冬青30g,金银花、大血藤、红藤、败酱草、蒲公英、牛膝各20g,延胡索、川楝子各15g,莪术10g。水煎取汁约150mL,药温39℃左右,每天1次,每次保留时间至少4h。灌肠前嘱患者排空大便,用一次性肛管插入直肠约8~10cm,再用注射器将药液推入直肠内,拔除肛管。②中药外敷,等分取黄柏、大黄、侧柏叶、毛冬青、红藤、败酱草、五灵脂等中药混合后打细粉备用,用蜂蜜和温水调匀后敷于下腹部,每天2次,每次贴敷4h。

2组均治疗14天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察临床症状、体征和血象的改善情况;②记录腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间;③采用B超检测治疗前后盆腔炎性包块大小和盆腔积液情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 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)》<sup>[3]</sup>中的疗效标准拟定。治愈:临床症状、体征全部消失,血象恢复正常,盆腔炎性包块和炎性渗出液均消失;显效:临床症状、体征明显改善,血象及盆腔炎性包块、炎性渗出液均明显好转;有效:临床症状、体征减轻,血象及盆腔炎性包块、炎性渗出液均提示好转。无效:临床症状、体征无改善或加重,血象及盆腔炎性包块、炎性渗出液均无好转。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组治疗总有效率100%,高于对照组的86.0%,差异有统计学意义( $\chi^2=7.527$ ,  $P<0.01$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	13	21	9	7	86.0
观察组	50	20	18	12	0	100 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间比较 见表2。观察组腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。

4.4 2组治疗前后盆腔炎性包块直径及盆腔积液比较 见表3。治疗前,2组盆腔炎性包块直径及盆腔积液比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2组盆腔炎性包块直径均较治疗前缩小,盆腔积液均较治疗前减少( $P<0.01$ );观察组的盆腔炎性包块直径和盆腔积液均较对照组缩小更明显( $P<0.01$ )。

表2 2组腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ ) 天

组别	n	腹痛消失	白细胞恢复正常	住院时间
对照组	50	10.41±2.35	9.24±1.85	15.81±2.72
观察组	50	8.53±2.11 <sup>①</sup>	7.73±1.61 <sup>①</sup>	12.65±2.54 <sup>①</sup>

与对照组比较, ①P&lt;0.05

表3 2组治疗前后炎性包块直径及盆腔积液比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	炎性包块直径(cm)	盆腔积液(cm <sup>3</sup> )
对照组	50	治疗前	4.17±1.15	3.81±1.03
		治疗后	2.02±0.74 <sup>①</sup>	0.78±0.36 <sup>①</sup>
观察组	50	治疗前	4.29±1.23	3.79±0.96
		治疗后	1.12±0.57 <sup>①②</sup>	0.45±0.28 <sup>①②</sup>

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

## 5 讨论

急性盆腔炎包括急性子宫内膜炎、急性盆腔结缔组织炎、急性输卵管炎、输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿、急性盆腔腹膜炎等, 具有发病急、病情重, 病情进展迅速, 可引起弥漫性腹膜炎、败血症、感染性休克, 严重者可危及生命。若不及时治疗, 或治疗不彻底, 容易留下病根, 即转变为慢性盆腔炎, 甚至造成不孕、输卵管妊娠、慢性盆腔痛反复发作等后果, 严重影响妇女的生殖健康和生活质量<sup>[4]</sup>。中医学将本病归为妇人腹痛、癥瘕及带下病等范畴, 乃感受湿热毒邪, 致邪气入里, 客于胞宫、冲任, 蕴结下焦, 湿热毒邪阻滞气机, 气滞血瘀, 进一步形成湿热瘀阻之势而成, 病机特点为湿热、瘀毒互结, 治疗当以清热解毒、化瘀除湿为原则。

中药保留灌肠和中药外敷均为中医特色疗法, 其在局部药物浓度高, 药液直接渗透于炎性包块, 可改善局部血液循环, 促进炎症消退, 还避免了胃酸和酶对药物的影响及药物对胃肠的刺激<sup>[5]</sup>。中药灌肠方中金银花清热解毒、疏散风热; 蒲公英清热解毒、消肿散结; 毛冬青、大血藤清热解毒、活血通络; 红藤活血通络、败毒散瘀; 败酱草清热解毒、消痈排脓、祛瘀

止痛; 延胡索、川楝子行气止痛; 莪术破血祛瘀、行气止痛; 牛膝活血散瘀、清热解毒。全方共奏清热解毒、化瘀通络、行气止痛之功。通过灌肠给药可迅速由直肠子宫壁吸收, 直接作用于炎症部位, 充分发挥药物效应。外敷中药方中黄柏清热燥湿、泻火解毒; 大黄泻火解毒、活血祛瘀; 侧柏叶凉血、祛风湿、散肿毒; 红藤活血通络、败毒散瘀; 败酱草清热解毒、消痈排脓、祛瘀止痛; 五灵脂活血散瘀止痛。诸药合用, 共奏清热解毒、活血消痈之功。通过外敷治疗, 药物集中于靶器官、靶组织、靶细胞, 减轻炎症反应, 起到镇痛、抗炎作用<sup>[6]</sup>。灌肠前嘱患者排空大小便, 灌肠期间左侧卧位并抬高臀部, 灌肠药液温度38℃~41℃, 给药结束后停留数分钟再拔除肛管可以避免连续刺激肠壁引起便意。

本研究结果显示, 在西药常规抗感染的基础上, 采用中药保留灌肠和中药外敷治疗急性盆腔炎湿热瘀结证, 患者的腹痛消失时间、白细胞恢复正常时间和住院时间均缩短, 盆腔炎性包块直径缩小和盆腔积液减少均较常规抗感染治疗更显著, 疗效更优。

## [参考文献]

- [1] 刘茂芳, 陈小琴, 曾俞霖. 中西医结合治疗急性盆腔炎的临床体会[J]. 贵阳中医学院学报, 2012, 34(1): 52-54.
- [2] 蔡立. 中西医结合治疗急性盆腔炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(10): 1794-1795.
- [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: 243-253.
- [4] 李超. 急性盆腔炎的现代中医文献研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2011.
- [5] 刘焕丽. 中西医结合治疗急性盆腔炎的综述[D]. 北京: 北京中医药大学, 2008.
- [6] 冯伟华, 周萍. 中药外敷治疗盆腔炎396例临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(17): 1333.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)