

# 中药加热敏灸治疗慢性盆腔炎 30 例疗效观察

徐海燕 张波

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

**摘要:**目的:观察中药加热敏灸治疗慢性盆腔炎疗效。方法:选择慢性盆腔炎患者 60 例,随机分为两组各 30 例。治疗组采用盆腔方加热敏灸方法治疗,对照组采用盆腔方加穴位悬灸方法治疗。两组均治疗 3 个疗程,共 45d。结果:治疗组的治愈率为 66.67%,有效率为 26.67%,总有效率为 93.33%;对照组治愈率为 46.67%,有效率为 33.33%,总有效率为 80.00%;两组比较,有显著性差异( $P < 0.05$ ),提示治疗组疗效优于对照组。结论:热敏灸对治疗慢性盆腔炎有较好疗效。

**关键词:**慢性盆腔炎;中药;热敏灸;中医疗法

中图分类号:R 711.33

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0035-02

慢性盆腔炎是妇科常见病、多发病,且无明显的病原体感染,缠绵难愈,易复发,抗生素治疗效果不满意。临床上多采用中医药治疗,笔者从 2006 年 8 月~2008 年 1 月采用中药加热敏灸治疗慢性盆腔炎 30 例,取得较显著的疗效。现报道如下:

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 全部病例为本院 2006 年 8 月~2008 年 1 月的门诊病例,随机分为两组,治疗组 30 例,年龄 21~45 岁,平均(34.2±8.6)岁,病程 4 个月~13 年,平均(4.5±3.2)年。对照组 30 例,年龄 23~48 岁,平均(35.4±3.2)岁,病程 5 个月~12 年,平均(5.5±2.8)年。两组患者年龄、病程经统计学处理均无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《妇产科学》中慢性盆腔炎的诊断标准<sup>[1]</sup>及《中医妇科学》中气滞血瘀型标准<sup>[2]</sup>,拟定诊断标准如下:少腹部胀满或刺痛,经行腰部疼痛加重,经血量多有块,瘀块排出则痛减,带下量多,经前情志抑郁,乳房胀痛,舌体紫黯,有瘀斑、瘀点,苔薄,脉弦涩等。入选病例体表均可探查到热敏化腧穴,并排除其它妇科疾病。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用穴位悬灸与中药治疗。

冲动,兴奋交感通路并抑制副交感通路抑制膀胱收缩和降低膀胱收缩能力,增强膀胱容量,加强储尿能力。生物反馈治疗是通过放置在阴道内的压力感受器,将患者盆底肌肉收缩产生的压力传给计算机控制系统,再通过模拟的图像、声、光等将信号反馈给患者,使患者了解正常或异常的盆底肌活动状态,从而指导患者正确而有意识地进行以收缩提肛肌为主的盆底肌肉锻炼,以便加强控尿能力。两种方法联合治疗可以显著提高盆底肌肉的力量,提高尿道关闭压来改善控尿能力。

本文资料显示:盆底肌电刺激联合生物反馈盆底肌训练治疗女性 SUI,总有效率达 90.2%,高于冯静等<sup>[4]</sup>报道的 SUI 患者盆底肌电刺激治疗总有效率 87.5%。虽然这种联合治疗 SUI 的方法近期治疗效果明显,但由于我们观察的病例和随访时间有限,有待于扩大病例数和延长随访时间进一步观察其远期效果。另外,国内目前对于女性 SUI 及子宫脱垂的保守治疗尚处于起步阶段,因此我们还需要进一步探索更科学的治疗方法。

为提高患者的依从性和成功率,我们体会,在治疗过程中应注意下列问题:(1)治疗前向患者详细介绍盆底肌电刺激、生物反馈盆底肌训练的信息、性质、目的和作用以争取患

**2.1.1 穴位悬灸** 取穴:水道、足三里、子宫、次髎、中髎、关元、大肠俞、三阴交、归来。选择上述穴位中腹部、腰骶部各两个穴位,行定点艾灸,每穴 15min,每日 1 次,于每次月经干净 3d 后开始艾灸,灸 15d 为 1 个疗程,共 3 个疗程。

**2.1.2 中药治疗** 口服盆腔炎方(自拟方):红藤 30g,银花 15g,赤芍 15g,桃仁 15g,三棱 10g,皂角刺 10g,丹皮 10g,丹参 15g,延胡索 10g,王不留行 15g,泽兰 10g。服用方法:1d1 剂,水煎 2 次,分早晚 2 次服用,于每次月经干净 3d 后服用,连服 15d 为 1 个疗程,共 3 个疗程。

**2.2 治疗组** 中药治疗同对照组。

**2.2.1 热敏化腧穴确定** 取穴同穴位悬灸,在上述穴位上,分别进行回旋、雀啄、往返、温和灸操作,先行回旋 2min 温通局部气血,继以雀啄灸 1min 加强敏化,循经往返灸 2min 激发经气,再施以温和灸发动感传,开通经络。只要出现以下 1 种以上(含 1 种)灸感反应就表明该腧穴已发生热敏化,如透热、扩热、传热、局部不热远部热、表面不热深部热、施灸部位或远离施灸部位产生酸、胀、麻、痛等非热感。

**2.2.2 热敏化悬灸操作** 分别在每个热敏化穴上实施艾条悬灸,直到扩热、透热或感传现象消失为一次施灸剂量,每日 1 次,于每次月经干净 3d 后开始艾灸,灸 15d 为 1 个疗程,

者的配合,配合度越高,治疗意愿越强,则治疗成功的可能性越大。(2)针对每位患者制定适合其个人的治疗方案,循序渐进地完成训练计划。(3)加强孕期保健知识宣教,妊娠和阴道分娩被认为是 SUI 发病的重要危险因素,尿失禁的发病人群主要为产后及中老年妇女,所以,孕期和产后早期的盆底肌康复训练尤其重要。

随着我国逐步进入老龄化社会,女性 SUI 尿失禁的状况日益突出,广大妇女对生活质量要求不断提高,神经肌肉电刺激联合生物反馈盆底肌训练的治疗方法实为一种无损伤、简便、安全、有效的治疗方法,是 SUI 患者的最佳选择,适宜在门诊推广应用。

## 参考文献

- [1] 宋岩峰. 女性压力性尿失禁的流行病学 [J]. 实用妇产科学杂志, 2003,19(2): 67-68
- [2] 朱兰,郎景和. 女性盆底学[M].北京:人民卫生出版社,2008.68-71
- [3] 杨勇,王晓康,姚启盛,等.功能性电刺激联合生物反馈盆底肌肉锻炼治疗女性压力性尿失禁[M].山东医药,2006,46(33): 51
- [4] 冯静,陈庚敏,张晓红,等.压力性尿失禁患者盆底肌电刺激治疗临床分析[J].中国妇产科临床杂志,2006,7(1): 5-8

(收稿日期:2008-06-23)

# 宫颈癌根治术中行腹膜阴道延长术的临床应用

付小红 袁惠华

(江西省修水县第一人民医院 修水 332400)

关键词: 宫颈癌根治术; 腹膜阴道延长术; 手术疗法

中图分类号: R 737.33

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0036-02

近年来, 随着宫颈癌普查工作的开展及医疗技术设备的改进, 早期宫颈癌检出率明显提高。我县是宫颈癌高发区, 从 2005 年 10 月~2007 年 10 月我院妇科共收治宫颈癌患者 186 例, 其中 I a2~II a 期 86 例, 均施行了宫颈癌根治术, 对其中 20 例年龄 25~45 岁年轻患者在传统宫颈癌根治术基础上开展了腹膜代阴道延长术, 取得满意疗效。现总结如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 10 月~2007 年 10 月宫颈癌患者 I a2~II a 期 86 例, 均施行了宫颈癌根治术。选择其中 20 例年轻患者在传统宫颈癌根治术基础上开展了腹膜代阴道延长术作为观察组, 患者年龄 25~45 岁, 平均 35.45 岁; 根据国际妇产科联盟 (FIGO) 1995 年修订的临床分期标准: I a2 期 10 例, I b1 期 8 例, I b2 期 1 例, II a 期 1 例; 病理类型均为鳞状上皮细胞癌, 高分化 6 例, 中分化 13 例, 低分化 1 例。同期 66 例患者, 年龄 35~75 岁, 选择其中 32 例作为对照组, 年龄 35~45 岁, 平均 40.56 岁; I a2 期 12 例, I b1 期 13 例, I b2 期 3 例, II a 期 4 例; 病理类型: 鳞状上皮细胞癌 30 例, 腺癌 2 例; 高分化 10 例, 中分化 19 例, 低分化 3 例。

1.2 手术方法 麻醉方式为腰硬联合麻醉, 两组均采用广泛共 3 个疗程。

## 3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《妇产科疾病诊断治愈标准》<sup>[3]</sup>中慢性盆腔炎的治愈标准。治愈: 自觉临床症状及体征消失, 妇科检查正常; 有效: 自觉临床症状及局部体征明显减轻, 炎性条索及包块明显缩小; 无效: 症状及体征无明显改善。

3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例 (%)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	20 (66.67) <sup>△</sup>	8 (26.67)	2 (6.67)	93.33 <sup>△</sup>
对照组	30	14 (46.67)	10 (33.33)	6 (20.00)	80.00

注: 与对照组比较, <sup>△</sup>P<0.05。

## 4 讨论

慢性盆腔炎, 中医无定名, 往往根据其证候表现归于“带下”、“少腹痛”、“不孕”、“痛经”、“癥瘕”等范畴内, 其发病机理为湿热邪毒侵入人体, 蕴积于下焦, 使气血瘀滞, 血运被遏, 瘀血阻滞于胞宫而发病。血瘀是其重要的病理变化。由于慢性盆腔瘀血症, 药物很难达到部位, 效果差, 多采用中医中药治疗。

三阴交为足三阴经交会穴, 可补肾养肝, 调理气血, 为妇科病之要穴; 次髎属膀胱经, 与肾、督脉密切联系, 能清利湿热, 理气调经; 足三里穴和胃健脾, 补气养血; 关元为足三阴经与督脉交会穴, 通胞宫, 灸之可通调冲任, 温肾助阳, 对此穴进行艾灸, 能调理脏腑功能, 疏通全身气血。艾灸在未热敏

子宫切除+盆腔淋巴结清扫术, 除 2 例腺癌外, 其余卵巢活检正常者均保留一侧或两侧卵巢, 并移位至中上腹侧腹膜腹腔内, 阴道均切除 3cm 以上。对照组按传统方法进行阴道残端连续缝合。观察组以 1/0 可吸收线间断单边缝合阴道残端, 同时阴道前壁与子宫膀胱反折腹膜、阴道后壁与子宫直肠反折腹膜间断缝合, 阴道残端角部与同侧盆腔腹膜缝合, 以 4 号丝线间断缝合两侧阔韧带前后叶腹膜, 然后于阴道断端上方 3~4cm 处将膀胱后壁腹膜与直肠前壁腹膜以 4 号丝线间断缝合使之形成延长阴道段的顶端, 经人工阴道两侧放置“T”型引流管从阴道引出, 术后 48~72h 拔除引流管。

1.3 术后随访 于术后 3 个月开始随访, 进行阴道深度测定及了解性生活情况。观察组有 1 例、对照组有 2 例术后病理诊断为盆腔淋巴结阳性, 术后补充放射治疗。另外观察组失访 2 例, 对照组失访 5 例。将余下观察组 17 例、对照组 25 例坚持随访 3~24 个月, 随访期间均无肿瘤复发。

1.4 统计学方法 采用 t 检验, 数据以 ( $\bar{X} \pm S$ ) 表示。

## 2 结果

2.1 手术结果 两组病例手术均获得成功, 术后 7~10d 出院, 均无严重并发症发生, 两组手术时间、术中出血量和术后

化的腧穴上悬灸, 在施灸过程中腧穴产生局部热感和皮肤红晕, 并不产生感传活动, 药力和热力达不到病所, 很短的时间就会出现灼热, 长时间难以耐受, 因此治疗作用有限, 临床效果并不十分满意。

陈日新等<sup>[4]</sup>认为人体腧穴存在静息与敏化态两种状态。人体在疾病状态下, 体表腧穴会发生敏化, 敏化态的腧穴对外界相关刺激呈现“小刺激大反应”。腧穴热敏化是腧穴敏化的一种新类型, 热敏化腧穴的最佳为艾灸热刺激, 极易激发感传, 乃至气至病所。其机理是通过激发或诱导体内固有的调节系统功能, 使失调、紊乱的生理生化过程恢复正常。热敏化穴灸不仅活血通络、消肿止痛, 而且能使药物通透性增强而起更佳疗效。盆腔炎方能活血化瘀, 改善微循环, 促进局部炎症吸收, 艾灸能调整脏腑功能, 疏通全身气血, 两者结合能更好地改善循环, 促进病愈。该研究表明, 盆腔炎方加热敏灸治疗慢性盆腔炎的总有效率优于盆腔炎方加穴位悬灸疗法, 能提高疗效, 且此法简单易行, 无副作用, 费用低, 值得临床推广使用。

## 参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 274-276  
 [2] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002. 316-319  
 [3] 罗惠文. 妇产科疾病诊断治愈标准[S]. 兰州: 甘肃科学技术出版社, 1990. 108  
 [4] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006. 6-7

(收稿日期: 2008-04-01)