

中西医结合治疗慢性盆腔炎疗效观察

柯玲

(广东省茂名市人民医院 茂名 525000)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗慢性盆腔炎的疗效。方法:120 例慢性盆腔炎患者随机分为治疗组和对照组各 60 例,对照组给予左氧氟沙星、替硝唑每天 2 次静滴,10d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程。治疗组在对照组的基础上配合中药灌肠和外敷治疗,连续用药 2 个疗程。结果:治疗组治愈 42 例,显效 15 例,有效 3 例,总有效率 100%;对照组治愈 23 例,显效 21 例,有效 9 例,无效 7 例,总有效率 88.3%;差异有统计学意义($P<0.05$)。两组都有少数患者出现恶心、呕吐、大便次数增多,停药后均自行缓解,无肝、肾功能损害发生。半年内对两组治愈者进行随访,对照组有 4 例诉有轻微症状,治疗组均无症状。结论:中西医结合治疗慢性盆腔炎可明显提高治愈率,降低其复发率,值得在临床上推广应用。

关键词:慢性盆腔炎;中西医结合疗法;中药灌肠;中药外敷

中图分类号:R 711.33

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0039-02

慢性盆腔炎是妇科的一种常见病、多发病,常为急性盆腔炎未能彻底治疗或体质虚弱、病程迁延日久所致,有的无急性发作病史,起病缓慢,反复发作。由于慢性盆腔炎病程长,疗效差,月经期症状往往加重,当机体抵抗力下降时常反复发作,不仅严重影响妇女健康,而且给生活和工作带来一定的影响。本院采用中西医结合治疗慢性盆腔炎,疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2007 年 6 月~2008 年 6 月在门诊妇科随机选择慢性盆腔炎患者 120 例,年龄 23~45 岁,病程最短 2 年,最长 15 年。随机分为治疗组和对照组各 60 例,两组年龄、发病史均无明显的差异。全部病例均有不同程度的自觉症状和体征:下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛,常在劳累、性交后及月经前后加重;白带增多,有的伴月经失调,甚至还可引起不孕;妇科检查:子宫多呈后位,活动受限,附件单侧或双侧触及条索状增厚或片状增厚、压痛,或宫旁扪及痛性包块;B 超检查可提示:盆腔有积液,附件有包块。

1.2 诊断标准 (1)西医诊断标准:均有不同程度的下腹部(一侧或双侧)隐痛、坠痛,腰骶部酸痛,常在劳累后、同房、月经前后加重,伴有月经不调,白带偏多,有异味,当机体抵抗力下降时以上症状反复发作。妇科检查:子宫常呈后位,活动受限,双侧附件增厚呈片状或条索状,子宫骶韧带增粗,触痛。B 超检查发现盆腔炎性包块或积液。(2)中医诊断标准:下腹胀痛,痛处固定,腰骶酸痛,带下量多,色黄,经行腹痛加重,经量增多,经期延长,神疲乏力,大便燥结或溏而不爽,小便黄,舌红,苔黄腻或白腻,脉滑数或弦数,辨证为湿热蕴结兼血瘀证。

1.3 方法 对照组:0.3%左氧氟沙星注射液 100mL,0.4%替硝唑 100 mL,均 2 次/d 静脉滴注,10 d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程。治疗组在对照组

的基础上配合中药灌肠和外敷治疗。灌肠用中药方:败酱草 25g,红藤 30g,黄柏 30g,蒲公英 30g,鱼腥草 25g,丹参、车前子各 15g。用水 1 000mL,浸泡 2h,煎后取 100mL,每晚睡前保留灌肠,每日 1 次,10d 为 1 个疗程,连续用药 2 个疗程。外敷中药组成:大黄 300g、牡丹皮 200g、桃仁 150g、冬瓜仁 100g、芒硝 120g。将大黄、牡丹皮、桃仁、冬瓜仁四味药研磨为末,分 3 份,用时取 1 份加米醋搅拌均匀,以润而不渗为宜,然后加入芒硝 40g 装入布袋内,放入锅内蒸热,乘热敷于小腹,药袋上加热水袋,温度以热而不烫为宜。每日早晚各敷 40min,10 d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程。

1.4 观察指标 (1)疗效标准:痊愈:症状完全消失,妇科检查体征阴性,B 超提示盆腔无异常;显效:症状消失,妇科检查盆腔脏器压痛不明显,B 超提示附件炎性包块明显缩小,盆腔积液消失;有效:腹痛减轻,妇科检查盆腔脏器压痛有所改善,B 超提示附件炎性包块缩小,盆腔积液范围缩小;无效:治疗 2 个疗程,症状及体征均无改善,B 超无变化。(2)不良反应。(3)半年内对两组治愈者进行随访。

1.5 统计学方法 采取 SPSS11.0 软件,计数资料应用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率为 100%,对照组总有效率为 88.3%,经统计学处理,有显著性差异($P<0.05$)。见表 1。两组都有少数患者出现恶心、呕吐、大便次数增多,停药后均自行缓解,无肝、肾功能损害发生。见表 2。半年内随访,对照组有 4 例诉有轻微症状再出现,治疗组均无症状。

表 1 两组疗效对比 例(%)						
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	23(38.3)	21(35.0)	9(15.0)	7(11.7)	88.3
治疗组	60	42(70.0)	15(25.0)	3(5.0)	0(0.0)	100

表 2 两组不良反应比较 例				
组别	恶心	呕吐	大便次数增多	肝、肾功能损害
对照组	4	3	3	0
治疗组	5	3	7	0

3 讨论

慢性盆腔炎是由于慢性炎症刺激盆腔病变部位,出现器官周围组织粘连、增厚,中医认为其系湿热内结、寒凝气滞、血瘀气滞等所致的临床证候,属中医“腰痛”、“带下”、“癥瘕”等范畴^[1],是妇科常见病、多发病。随着现代生活节奏加快,工作压力增大,慢性盆腔炎发病率逐渐增高,患者疼痛缠绵难愈,不仅给自身带来不便,同时也增加经济和社会负担。本文对照组总有效率为 88.3%(53/60),治愈率仅为 38.3%(23/60),说明其对慢性盆腔炎的治疗虽有一定疗效,但痊愈率低。目前西医治疗慢性盆腔炎主要使用抗生素、激素及物理疗法,但疗效都不明显,而且长期使用抗生素易致耐药菌产生及两重感染等多种弊端。现代医学研究表明引起慢性盆腔炎的菌群复杂,主要有链球菌、葡萄球菌、大肠埃希菌、厌氧菌及支原体、衣原体等,左氧氟沙星对多种细菌有较强的抗菌作用,对支原体、衣原体作用较好,替硝唑对厌氧菌疗效明显。但慢性盆腔炎主要是由于湿热而致血瘀,导致结缔组织增生^[2],静脉输注抗生素不能完全到达病灶,故疗效并不十分理想。

中医学认为慢性盆腔炎发病机制为湿热之邪与气血相搏蕴蒸,气滞血瘀,凝聚下焦或失治、误治致病情缠绵,久治不愈邪盛正衰,湿邪瘀结正气不达而为慢性炎症,有的形成肿块。采用药物保留灌肠,其药物直达病所,药力无损,见效快,疗效高。现代药理研究证实^[3]红藤、蒲公英对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、大肠杆菌均有较强的抑制作用;鱼腥草、丹参清热排毒利湿,活血止痛,对葡萄球菌、链球菌、结核杆菌均有不同程度的抑制作用;败酱草、黄柏、车前子用于清热解毒,消痈排脓,对大肠埃希菌、淋球菌、葡萄球菌、变形杆菌、链球菌等均有较强的抑制作用;诸药合用,共奏清热利湿、活血化瘀、软坚散结之良效,通过理气、化瘀、利湿,使病变局部血液循环得到改善,增加病变组织的供血供氧,抑制

厌氧菌生长,消除局部充血水肿。同时配用左氧氟沙星、替硝唑等静脉滴注以抗菌消炎,充分发挥中药的协同作用,起到消炎作用。有文献报道^[4-5],盆腔内静脉丰富,且与相应器官及周围组织形成的静脉丛相吻合,药物进入直肠后,经痔静脉丛进入盆腔静脉,使盆腔内迅速达到有效药物浓度,药物直达病灶,起到药半功倍的疗效。且药物不经肝代谢,减轻了肝脏的负担,亦避免了药物对胃肠的刺激。清·徐大椿《医学源流论》云:“若其病既有定所……可按而得者,用膏贴之,闭塞其气,使药性从毛孔而入其腠理,通经贯络,或攻而散之,较之服药尤有力,此至妙之法也。故凡病之气聚血结,而有形者,薄贴之法为良”^[6]。中药外敷^[7]下腹,药力集中,通过热的传导作用,可使较高浓度的药物直接渗透吸收,有利于改善盆腔的血液循环,促进炎症吸收,达到调整局部气血的目的,同时避免苦寒药物对胃黏膜的刺激。故此采用生大黄、丹皮、桃仁、冬瓜仁、芒硝共用外敷,以清热解毒、活血化瘀为目的,并且有明显的止痛效果。

本研究治疗组有效率为 100%,治愈率为 70.0%(42/60),明显高于对照组,且药物不良反应小,无肝、肾功能损害。半年内随访,对照组有 4 例诉有轻微症状出现,治疗组则无。对比结果表明中西医结合治疗慢性盆腔炎在改善盆腔血液循环、减轻临床症状、缩短治疗时间等方面优势突出,可明显提高慢性盆腔炎的治愈率,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]王洪才.直肠滴入临床应用[M].北京:人民军医出版社,2007.8
[2]王小英,刘士林.中西药治疗慢性盆腔炎疗效分析[J].中国医药导报,2007,4(6):66
[3]王浴生.中药药理与应用[M].北京:人民卫生出版社,1998.96
[4]伏晓华.地虎清盆汤保留灌肠与外敷治疗慢性盆腔炎 46 例[J].中国中医药科技,2003,10(3):192
[5]董悦,赵瑞琳.现代妇产科诊疗手册[M].北京:北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社,1994.206
[6](清)徐大椿.医学源流论[M].北京:人民卫生出版社,2007.50
[7]辜学敏,冯宗文,陈凤媚.中药外敷方辅佐治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J].中药材,2007,30(8):1 047-1 048

(收稿日期:2009-04-24)

本刊投稿要求

- 1.稿件要有先进性、科学性、实用性、逻辑性,内容新颖,真实可信。欢迎用电子邮件形式投寄稿件。
- 2.文题应恰当、简明,一般不超过 20 字,研究性文章,要有摘要(200 字左右)和关键词(3~8 个)。
- 3.文章内容层次一般按 3 级,序号均用阿拉伯数字编号,左顶格书写,不同层次序号之间用下圆点相隔(如 1.1、1.1.1)。夹在段内的序号用(1)、(2)书写。
- 4.文中图、表要清晰明了。表格内容不与文字、插图重复,均采用三线表。表中参数应标明量和单位的符号。文中凡涉及量和单位应按《中华人民共和国法定计量单位》规定执

- 行,并用规定缩写符号。
- 5.参考文献必须是公开发行业专业期刊所载文献,如属内部资料、转摘、保密资料不能作为参考文献。文中出现的次序号,在引文末右上角方括内注明,如[4~7],一般不超过 10 篇(综述文章不超过 30 篇)。参考文献目录、著录书写格式、间隔符号必须按温哥华格式。
- 6.现代医学名词术语应以中国科学院审定的名词为准,不常用或新兴学科中的新术语,文内首次出现时,应加中文说明。中西医药物名称应按《中华人民共和国药典》一、二部和卫生部药典委员会编订的《英汉、汉英药名词汇》书写。