

表 2 两组患者治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	便血		痔核脱出及回纳		肛门不适程度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	4.11± 1.03	1.86± 0.52	1.52± 0.43	0.89± 0.23	1.82± 0.45	1.41± 0.36
观察组	45	4.13± 1.05	1.21± 0.34	1.58± 0.46	0.61± 0.14	1.85± 0.46	1.01± 0.31
t		0.091	7.018	0.639	6.976	0.313	5.507
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者术后并发症及复发情况比较 观察组并发症发生率和复发率均明显低于对照组, $P<0.05$, 差异有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者术后并发症及复发情况对比[例(%)]

组别	n	迟发性出血	感染	肛门狭窄	总并发症	复发情况
对照组	45	2 (4.44)	3 (6.67)	1 (2.22)	6 (13.33)	4 (8.89)
观察组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)
χ^2					8.607	9.304
P					<0.05	<0.05

3 讨论

痔疮患者多表现为肛门疼痛、便血、脱出等症状。目前临床治疗方案多为手术切除以及硬化剂注射治疗。一般对于有明显脱垂的患者采用手术切除, 而无明显脱垂的患者则给予硬化剂注射^[7]。由于手术治疗创伤较大, 部分老年痔疮患者对手术不耐受, 导致手术治疗在老年群体并不全部适用^[8]。近年来 RPH 的出现为痔疮治疗提供了新方式。RPH 借助负压吸住痔块, 便于圈套痔核, 从而阻断痔疮供血, 使痔疮缺血坏死, 达到治疗目的, 具有操作简单、出血少、疼痛轻等优势^[9]。但研究认为^[10], 单纯 RPH 治疗可能导致继发性出血, 适当联合使用硬化剂注射治疗, 可明显降低并发症的发生, 提高治疗效果。消痔灵注射液是目前最为理想的血管、组织黏连硬化剂, 可使痔疮产生无菌性炎症栓塞, 达到抑

菌、止血的效果。本研究结果显示, 观察组治疗总有效率高达 97.78%, 明显高于对照组, 且观察组患者并发症发生率和复发率以及相关症状评分均明显低于对照组, $P<0.05$, 说明联合治疗具有多重效果。综上所述, RPH 联合消痔灵注射液治疗轻中度痔疮可较快改善患者的临床症状, 并发症少, 复发率低, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]周启昌,叶辉,龚治林,等.自动痔疮套扎术联合消痔灵注射液治疗 II~IV 度内痔的临床观察[J].国际中医中药杂志,2014,36(4):352-353
[2]Yano T,Nogaki T,Asano M et al.Outcomes of case-matched injection sclerotherapy with a new agent for hemorrhoids in patients treated with or without blood thinners[J].Surgery Today,2013,43(8):854-858
[3]曹秋锐,祝月英,段文志,等.痔上黏膜环切吻合联合自动痔疮套扎并消痔灵注射术治疗重度痔的临床研究[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(4):398-401
[4]申海波.自动痔疮套扎术联合消痔灵注射液治疗痔病的价值分析[J].医学理论与实践,2016,29(12):1610-1611
[5]赵亮,张尚华.自动痔疮套扎术治疗老年痔出血 90 例总结[J].湖南中医杂志,2016,32(3):6-8
[6]胡响当,李帅军,罗敏,等.自动痔疮套扎术(RPH)结合剪刀结扎术治疗混合痔的临床研究[J].中国中医急症,2016,25(3):403-404
[7]魏从明,郭颖.自动痔疮套扎术(RPH)治疗轻中度痔疮疗效观察[J].中医临床研究,2015,7(27):65-66
[8]邓业巍,王东,张胜威.RPH 治疗混合痔合并直肠粘膜内脱垂临床研究[J].中华结直肠疾病电子杂志,2015,4(5):511-514
[9]霍斌,王家凯,谭信菊.自动痔疮套扎术联合消痔灵注射治疗痔病 57 例[J].河南中医,2015,35(10):2474-2475
[10]Yukihiko T,Hirokazu S.Impact of less invasive treatments including sclerotherapy with a new agent and hemorrhoidopexy for prolapsing internal hemorrhoids[J].International Surgery, 2013,98(98):210-213
(收稿日期: 2017-01-16)

盆炎康合剂与助孕 3 号丸联合腹腔镜对盆腔炎不孕症患者细胞因子水平的影响

孙莉影
(河南省郑州圣玛妇产医院产科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨盆炎康合剂与助孕 3 号丸联合腹腔镜对盆腔炎不孕症患者细胞因子水平的影响。方法:选取我院 81 例盆腔炎不孕症患者,随机分为对照组(40 例)和观察组(41 例)。对照组予以单一腹腔镜手术治疗,观察组予以盆炎康合剂+助孕 3 号丸+腹腔镜手术治疗。观察比较两组妊娠率及血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)水平变化情况。结果:观察组妊娠率高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$;治疗后观察组 TNF- α 、IL-6 水平均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:盆炎康合剂与助孕 3 号丸联合腹腔镜可改善盆腔炎不孕症患者细胞因子水平,提高妊娠率。

关键词:盆腔炎性疾病;不孕症;腹腔镜手术;盆炎康合剂;助孕 3 号丸
中图分类号:R711.6 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.019

盆腔炎性疾病 (Pelvic Inflammatory Disease, PID)是指发生于女性生殖道的感染性疾病, 主要包含输卵管炎、盆腔腹膜炎、子宫内膜炎等。患者发生 PID 后极易出现输卵管阻塞、盆腔粘连、慢性盆腔痛等后遗症, 进而导致不孕, 影响患者身心健康及其家庭稳定。腹腔镜手术为目前临床治疗盆腔炎性不孕

症常用方法,可显著改善患者临床症状,提高妊娠率。有学者^[1]指出在采用手术治疗的同时辅助一定的中药治疗,可改善患者炎性因子水平,缓解炎症反应,促进预后。本研究选取 81 例盆腔炎不孕症患者,通过分析研究,观察盆炎康合剂与助孕 3 号丸联合腹腔镜对盆腔炎不孕症患者细胞因子水平的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 12 月~2016 年 6 月收治的 81 例盆腔炎不孕症患者,随机分为对照组和观察组。对照组 40 例,年龄 23~40 岁,平均年龄(28.18±3.51)岁;不孕史 2~7 年,平均(4.31±2.10)年。观察组 41 例,年龄 24~39 岁,平均年龄(29.41±3.37)岁;不孕史 2~8 年,平均(5.27±2.14)年。对比两组基线资料,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 于月经干净后 3~7 d 实施腹腔镜手术。行全麻,取截石位,于脐轮下行 1.2 cm 左右切口,进入气腹针,建立人工气腹,控制气腹压为 1.37 kPa,置入 10 mm Trocar 对腹腔进行探查,将 2 个 5 mm Trocar 锥鞘分别放置于腹部两侧(麦氏点水平位点),对子宫双侧附件及盆腔粘连状况进行仔细探查,钝性或锐性分离盆腔粘连,位于子宫与肠襻间中等厚度的血管性粘连于牵拉状态下以手术剪剪开,若血管粘连较厚则实施结扎、电切,于输卵管伞端实施造口术,以同样方法处理对侧粘连,对输卵管予以整形处理,复原盆腔解剖结构,若输卵管不通则于腔镜下进行再通术,术后予以抗生素抗感染治疗。

1.2.2 观察组 手术方式同对照组。术后第 1 个月经周期第 5 天起口服盆炎康合剂(组成:丹参 20 g、赤芍 15 g、蒲公英 15 g、黄芪 15 g、香附 6 g、薄荷 5 g、菝葜 5 g、苍术 9 g、败酱草 10 g、黄精 15 g、台乌 10 g),25 ml/次,3 次/d,直至排卵前。于排卵后口服助孕 3 号丸(组成:续断 10 g、党参 15 g、菟丝子 10 g、桑寄生 10 g、黄芪 15 g),3 次/d,12 g/次,月经第 1~4 天停药。两组患者均于术后第 1 个月经周期第 10 天起对卵泡发育状况进行监测,卵泡发育为成熟卵泡时指导患者性生活。若盆腔中度粘连则可于术后第 1 个月经周期后第 3~5 天实施子宫输卵管通液术。若已妊娠则终止治疗,若仍未妊娠则于下次月经来潮第 5 天起继续按周期给药,持续使用 3 个月经周期。

1.3 观察指标 (1) 治疗 6 个月后比较两组妊娠

率;(2)于治疗前及治疗后 6 个月均抽取 5 ml 空腹静脉血,以 2 000 r/min 转速离心 20 min,以酶联免疫吸附法测定比较两组血清 TNF- α 、IL-6 水平。

1.4 统计学分析 通过 SPSS19.0 对数据进行分析,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组妊娠情况 治疗后 6 个月观察组妊娠率为 80.49%(33/41),对照组妊娠率为 60.00%(24/40),组间比较,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。

2.2 两组细胞因子水平比较 治疗后观察组 TNF- α 及 IL-6 水平均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组细胞因子水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TNF- α (μ g/ml)		IL-6 (ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	84.21 $\pm$ 9.01	69.82 $\pm$ 5.48	4.19 $\pm$ 0.50	3.91 $\pm$ 0.19
对照组	40	85.31 $\pm$ 10.73	75.58 $\pm$ 8.80	4.21 $\pm$ 0.29	4.02 $\pm$ 0.28
t		0.500	3.546	0.220	2.074
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

盆腔炎性不孕症是由输卵管免疫功能异常、输卵管阻塞、细胞因子分泌异常等多种因素相互影响、相互作用所致。腹腔镜手术具有诊断与治疗双重功效,可于短时间内快速发现并处理患者盆腔局部病变,缓解其临床症状,改善患者生育功能,提高妊娠率。但该方法难以彻底消除整体病理机制,无法即刻恢复患者盆腔功能,且手术操作过程中牵拉、电灼、剥离等操作易导致感染扩散、术后再粘连阻塞等问题,故患者需于术后给予一定的辅助治疗^[2]。

中医学认为气滞血瘀、湿热郁结、胞脉受阻等为盆腔炎性不孕症主要病机^[3],《神农本草经》记载:“谓主妇人多无子,因无子者多系于冲任瘀血,瘀血去自能有子也”^[4],提示血瘀冲任为其主要之病机,而祛瘀活血为其治疗之根本。采用腹腔镜手术治疗的同时,佐以清热利湿、化瘀活血之中药可消除术后水肿,促进输卵管病损部位及盆腔内渗出物吸收,避免盆腔及输卵管粘连发生,恢复输卵管功能。盆炎康合剂由毛冬青、败酱草、蒲公英、黄芪、黄精等多味中药调制而成,其方中的丹参及毛冬青具有祛瘀活血、通脉活络之功效;败酱草及蒲公英具有止痛祛瘀、清热解毒之功效;黄芪可祛邪扶正、保护脾胃;香附具有理气疏肝之功能;诸药联用,共奏活血祛瘀、清热解毒、疏肝通络之功。助孕 3 号丸由续断、党参、菟丝子、桑寄生等组成,其方中的黄芪可升阳补中、益气健脾;菟丝子具有益精补肾、平补脾(下转第 40 页)

2.2 治疗前后两组产妇生活质量比较 治疗前两组产妇情感职能、躯体功能、总体健康评分比较差异无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后, 与对照组比较, 研

究组情感职能、躯体功能、总体健康评分均较高, 差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 治疗前后两组产妇生活质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前			治疗后		
		情感职能	躯体功能	总体健康	情感职能	躯体功能	总体健康
研究组	54	60.81± 14.63	59.03± 9.36	63.46± 15.28	87.42± 16.39	69.48± 10.26	72.39± 17.23
对照组	53	61.17± 15.08	60.47± 9.58	64.91± 15.67	75.62± 16.14	63.21± 10.03	65.92± 15.71
t		0.125	0.787	0.485	3.752	6.197	2.030
P		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组产妇不良反应发生情况比较 研究组不良反应总发生率与对照组比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 比较 2 组不良反应[例(%)]

组别	n	恶心	发热	寒颤	总发生
研究组	54	3 (5.56)	1 (1.85)	1 (1.85)	5 (9.26)
对照组	53	1 (1.89)	2 (3.77)	1 (1.89)	4 (7.55)
χ^2					0.001
P					>0.05

3 讨论

近年来,随着高危产妇不断增加,如妊娠期高血压、瘢痕子宫等,剖宫产术应用越来越广泛。产后出血是剖宫产术后的严重并发症,严重者可导致产妇死亡,产后 2 h 是防止产后出血的关键时机,因为产后 24 h 出血量约 3/4 是产后 2 h 内的出血。因此,高危产妇剖宫产术后出血控制已成为亟待解决的重要难题^[2]。

缩宫素是临床上治疗产后出血的常用药物,主要作用于子宫上段。邱冰等^[3]研究发现,缩宫素存在明显个体差异,其作用发挥与体内雌激素水平密切相关,加上缩宫素半衰期极短,需多次肌肉注射,限制了对子宫的收缩作用,且使用剂量过大会严重影响产妇的血压。米索前列醇采用直肠塞肛方式给药,吸收较快,可最大程度发挥药效,与缩宫素比较,其

收缩子宫幅度、频率效果更优。另外,米索前列醇对采用缩宫素治疗无效产妇依然有效,且更易保存,不良反应更少^[4]。赵荷兰等^[5]研究显示,采用米索前列醇联合缩宫素防止高危产妇剖宫产出血效果较佳,可有效协同增加产妇产后子宫收缩,减少子宫缩短时间。本组研究结果显示,研究组产妇术后 2 h、24 h 失血量均少于对照组,且情感职能、躯体功能、总体健康评分均高于对照组,提示联合采用米索前列醇与缩宫素可明显减少高危产妇剖宫产术后出血量,改善生活质量。另从本研究结果可知,两组产妇不良反应发生率均较低,表明米索前列醇与缩宫素联合治疗方案具有相对较高的安全性。综上所述,行剖宫产术高危产妇给予米索前列醇联合缩宫素治疗,可明显减少其术后出血量,显著改善生活质量,且安全性较高。

参考文献

[1]吴宏.益母草注射液联合缩宫素对剖宫产术中及术后出血的影响[J].现代中西医结合杂志,2015,24(11):1171-1174
[2]赵晓颖.缩宫素联合米索前列醇治疗产后出血 50 例的临床效果分析[J].中国妇幼保健,2014,29(5):807-808
[3]邱冰,王爱丽,裴雄越,等.米索前列醇、缩宫素联合钙剂防治高危孕妇产后出血的临床效果[J].实用临床医药杂志,2016,20(9):73-75
[4]马晓红,齐莉莉.卡前列素氨丁醇联合缩宫素对高危产妇术后出血影响研究[J].陕西医学杂志,2015,44(8):1069-1070
[5]赵荷兰.米索前列醇联合缩宫素在防止高危产妇剖宫产术中术后出血的效果研究[J].实用预防医学,2015,22(1):82-83

(收稿日期: 2017-01-16)

(上接第 33 页)胃阴阳之作用;桑寄生具有养血补肾之功效;续断可调补冲任、补肝益肾;桑寄生、续断与菟丝子配伍可达安胎补肾之作用。此外现代药理认为助孕 3 号丸可增加血清孕酮含量,改善黄体功能,提高孕激素受体 mRNA 表达,进而降低流产率;同时其可调节神经内分泌功能,增强激素效应,从而促进卵泡发育、成熟,提高妊娠率^[5]。本研究结果显示,观察组妊娠率高于对照组,治疗后 TNF- α 及 IL-6 水平均低于对照组,提示对盆腔炎不孕症患者给予腹腔镜手术与盆炎康合剂、助孕 3 号丸联合治疗,可改善患者炎性细胞因子水平,提高妊娠率。综上所述

述,盆炎康合剂与助孕 3 号丸联合腹腔镜手术应用于盆腔炎不孕症患者,效果显著,妊娠率高,可改善患者炎性细胞因子水平,具有临床推广应用价值。

参考文献

[1]刘益波,冯云,赵志伟.中药复方银翘红藤解毒汤联合腹腔镜治疗盆腔炎性不孕 46 例[J].环球中医药,2016,9(3):314-315
[2]王丹丹,毕芳芳,杨清.腹腔镜在诊断和治疗盆腔炎性疾病方面的应用[J].国际妇产科学杂志,2014,41(5):555-557
[3]张志琼.不同方法治疗盆腔炎所致不孕症的疗效对比研究[J].中国医药导刊,2013,15(6):980-983
[4]陶莉莉,傅艳红,朱玲,等.中药联合腹腔镜治疗盆腔炎性不孕的疗效研究[J].湖南中医药大学学报,2013,33(3):56-59
[5]徐雪梅.中药联合腹腔镜治疗盆腔炎性不孕的疗效[J].实用临床医学,2014,15(9):67-68

(收稿日期: 2017-01-23)