

保妇康栓联合聚甲酚磺醛治疗慢性宫颈炎效果分析

李高飞

(河南省洛阳市妇幼保健计划生育服务中心妇科 洛阳 471000)

摘要:目的:探讨保妇康栓联合聚甲酚磺醛溶液在慢性宫颈炎治疗中的临床疗效。方法:选取 2018 年 1 月至 2020 年 2 月就诊于洛阳市妇幼保健计划生育服务中心的 65 例慢性宫颈炎患者,按随机数字表法分为对照组($n=33$)和观察组($n=32$),对照组采用聚甲酚磺醛溶液治疗,观察组采用保妇康栓联合聚甲酚磺醛溶液治疗,均连续治疗 6 周。比较两组治疗 6 周的临床疗效,检测并对比两组治疗前与治疗 6 周的中医证候积分、炎症介质[血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]水平,并记录对比临床症状消退时间,比较两组治疗期间不良反应发生率。结果:治疗 6 周,观察组治疗总有效率 81.25%,高于对照组的 48.48%($P<0.05$);治疗 6 周,两组中医证候积分均低于治疗前,且观察组(9.75 ± 1.01)分比对照组(15.27 ± 1.53)分低($P<0.05$);治疗 6 周,两组血清 hs-CRP、IL-8、TNF- α 水平均低于治疗前,且观察组 hs-CRP (4.84 ± 0.43) mg/L、IL-8 (27.40 ± 2.76) pg/ml、TNF- α (1.55 ± 0.16) ng/ml 水平均比对照组(9.78 ± 0.92) mg/L、(36.21 ± 3.45) pg/ml、(1.82 ± 0.22) ng/ml 低($P<0.05$);观察组出血消失时间 (17.82 ± 1.74) d、分泌物改善时间 (11.22 ± 1.05) d、宫颈修复时间 (23.47 ± 2.75) d 均比对照组(21.90 ± 2.02) d、(16.70 ± 1.62) d、(34.83 ± 3.90) d 短($P<0.05$)。治疗期间,观察组不良反应发生率 3.13%与对照组 6.06%比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:保妇康栓联合聚甲酚磺醛溶液治疗慢性宫颈炎效果显著,可减轻患者临床症状,缩短临床症状消退时间,降低炎症介质水平,且不良反应发生率较低,安全性较高。

关键词:慢性宫颈炎;保妇康栓;聚甲酚磺醛溶液;炎症介质

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.07.021

慢性宫颈炎为常见妇科疾病,临床表现为白带异常、小腹坠胀、阴道出血等,患者若未得到及时、有效的治疗会产生恶性病变,造成患者不孕,严重影响患者的身心健康^[1-2]。临床治疗慢性宫颈炎以抗炎、抗感染为主,聚甲酚磺醛是治疗慢性宫颈炎的常用药物,可通过蛋白凝固及高酸作用破坏霉菌、细菌等结构,抑制细菌增殖,具有较好的抗菌、抗炎效果,但单一用药抗菌效果不佳,部分患者用药后仍会反复发作,需联合其他药物治疗以进一步提升治疗效果^[3-4]。近年来,中医疗法被广泛用于妇科疾病的临床治疗中,已获得显著成效。中医学认为,慢性宫颈炎属“带下”范畴,多由湿热瘀滞、任脉失固导致,而保妇康栓具有行气破瘀、生肌止痛的作用^[5]。本研究将保妇康栓与聚甲酚磺醛溶液联合应用于慢性宫颈炎患者,旨在探究其对慢性宫颈炎患者的炎症介质、临床疗效与症状消退时间的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经洛阳市妇幼保健计划生育服务中心医学伦理委员会批准,选取 2018 年 1 月至 2020 年 2 月就诊于洛阳市妇幼保健计划生育服

务中心的 65 例慢性宫颈炎患者,按随机数字表法分为对照组 ($n=33$) 和观察组 ($n=32$)。对照组年龄 23~49 岁,平均 (34.85 ± 3.09) 岁;病程 1~5 年,平均 (1.87 ± 0.26) 年;宫颈糜烂分度:Ⅰ级 12 例,Ⅱ级 16 例,Ⅲ级 5 例。观察组年龄 25~48 岁,平均 (35.03 ± 3.24) 岁;病程 0.5~4.0 年,平均 (1.81 ± 0.22) 年;宫颈糜烂分度:Ⅰ级 11 例,Ⅱ级 15 例,Ⅲ级 6 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者签署知情同意书。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《妇产科学》^[6]中相关诊断标准;中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]内湿热下注证,主症:分泌物量多、色黄、质黏稠或如豆渣、气秽或臭;次症:阴户灼热瘙痒、小便短赤、腹部掣痛;舌脉:舌红、苔黄、脉弦。

1.3 入选标准 纳入标准:符合上述中西医诊断标准;治疗依从性良好;可耐受本研究用药。排除标准:存在心肺功能不全或肝、肾功能障碍;伴有严重精神疾病;伴有免疫功能低下;伴有滴虫性阴道炎;既往有生殖系统手术史;合并盆腔肿瘤、多囊卵巢综合征等其他生殖系统疾病。

1.4 治疗方法 两组均行常规抗感染治疗,口服阿奇霉素片(国药准字 H20160246),第 1 天,0.5g 顿服,第 2~5 天,0.25 g/d,顿服;或 0.5 g/d,顿服,连服 3 d。

1.4.1 对照组 在常规治疗基础上使用聚甲酚磺醛溶液(国药准字 H20140836),于月经干净第 3 天开始使用,给药前应先用适量温水冲洗阴道和外阴,使用窥阴器露出宫颈后将浸有聚甲酚磺醛溶液的棉签置入宫颈管缓慢转动 10 次以达到彻底清洁的目的,再将药液轻轻涂抹于病变处,10 min/次,2 次/周,连续治疗 6 周。

1.4.2 观察组 在对照组基础上使用保妇康栓(国药准字 Z46020058),洗净外阴部,将 1 粒栓剂尖端推入阴道深处,每晚 1 次,连续治疗 6 周。

1.5 评价指标 (1)临床疗效:比较两组治疗 6 周结束时效果。宫颈外口表面光滑、临床症状消失为显效;宫颈糜烂情况明显缓解且糜烂面积减小,临床症状缓解为有效;宫颈糜烂程度与面积、临床症状均无明显改善甚至加重为无效^[8]。总有效 = 显效 + 有效。(2)中医证候积分:治疗前、治疗 6 周时参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]将患者的主症与次症按轻度、中度、重度划分,主症依次记 2、4、6 分,次症依次记 1、2、3 分,舌脉正常为 0 分,异常为 1 分,总分为 29 分,得分越高,病症越严重。(3)炎症介质:采集两组治疗前、治疗 6 周时空腹静脉血 5 ml,以 3 500 r/min 转速离心 10 min 处理后取血清,采用酶联免疫吸附法检测血清超敏 C 反应蛋白(Hypersensitive C-Reactive Protein, hs-CRP)、白细胞介素 -8 (Interleukin-8, IL-8)、肿瘤坏死因子 -α (Tumor Necrosis Factor-α, TNF-α)水平,试剂盒厂家为上海晶抗生物工程有限公司。(4)临床症状消退时间:记录两组出血消失时间、分泌物改善时间及宫颈修复时间。(5)不良反应:比较两组患者不良反应发生情况,如阴道烧灼感。

1.6 统计学方法 采用 SPSS24.0 软件进行数据处理,计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验,符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验,计数资料用 % 表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检

验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗 6 周时,观察组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	32	17(53.13)	9(28.13)	6(18.75)	26(81.25)
对照组	33	13(39.39)	3(9.09)	17(51.52)	16(48.48)
Z/χ^2		1.991			7.628
<i>P</i>		0.047			0.006

2.2 两组中医证候积分比较 治疗前,两组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 6 周时,两组中医证候积分均低于治疗前,且观察组比对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 6 周时	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	32	24.33± 2.12	9.75± 1.01	36.737	0.000
对照组	33	24.34± 2.13	15.27± 1.53	18.932	0.000
<i>t</i>		0.019	17.110		
<i>P</i>		0.985	0.000		

2.3 两组炎症介质比较 治疗前,两组血清 hs-CRP、IL-8、TNF-α 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 6 周时,两组血清 hs-CRP、IL-8、TNF-α 水平均低于治疗前,且观察组比对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组炎症介质比较($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	hs-CRP (mg/L)	IL-8 (pg/ml)	TNF-α (ng/ml)
治疗前	观察组	32	17.05± 1.42	51.78± 5.24	3.58± 0.37
	对照组	33	17.42± 1.47	52.07± 5.23	3.62± 0.39
	<i>t</i>		1.032	0.223	0.424
	<i>P</i>		0.306	0.824	0.673
治疗 6 周时	观察组	32	4.84± 0.43*	27.40± 2.76*	1.55± 0.16*
	对照组	33	9.78± 0.92*	36.21± 3.45*	1.82± 0.22*
	<i>t</i>		27.588	11.347	5.644
	<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

2.4 两组临床症状消退时间比较 观察组用药后出血消失时间、分泌物改善时间、宫颈修复时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组临床症状消退时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	分泌物消失时间	出血改善时间	宫颈修复时间
观察组	32	17.82± 1.74	11.22± 1.05	23.47± 2.75
对照组	33	21.90± 2.02	16.70± 1.62	34.83± 3.90
χ^2		8.713	16.129	13.534
P		0.000	0.000	0.000

2.5 两组不良反应发生情况比较 治疗期间,对照组出现阴道烧灼感 2 例,发生率为 6.06%;观察组出现阴道烧灼感 1 例,发生率为 3.12%。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.001, t=0.979$)。

3 讨论

慢性宫颈炎多由急性宫颈炎病灶清除不彻底转变而来,其病原体主要为厌氧菌属、链球菌等性传播疾病病原体,具有反复发作、经久不愈的特点,需及早进行有效的治疗^[10]。临床治疗慢性宫颈炎多以抗感染、抗炎、止血为主,聚甲酚磺醛溶液为常用抗菌药物,有良好的抗菌效果,但常规抗菌药物单一使用远达不到预期疗效,且难以从根本上消除病因。因此,需寻求更有效的治疗方案以提高慢性宫颈炎的治疗效果。

中医学中慢性宫颈炎属“带下”范畴,系湿邪为患,如明清傅青主有云:“带下俱是湿症,而以带名者,因带脉不能约束而有此病”;《景岳全书·妇人规》云:“妇人阴痒……多由湿热所化”,感受湿邪、湿热瘀滞是发病的主要原因,湿热郁久会导致气血运行不畅,造成湿热癖结、气滞血瘀,且每逢经期盆腔瘀血时会加重,导致病情反复发作,难以痊愈,治疗应以行气破瘀为主^[11]。而保妇康栓中莪术油可祛风火、行气破血、活血化瘀;冰片可清热止痛,该药具有生肌止痛、行气破瘀的作用,常用于带下病的临床治疗,效果显著^[12]。

慢性宫颈炎的发生与外源性致病菌的入侵、机体免疫功能降低等有关。病原菌入侵人体后会导致机体感染,同时也会刺激机体免疫功能,引发抗感染免疫,如抗感染免疫无法阻碍病原体入侵,将会导致继发性感染,造成炎症反应。TNF- α 、IL-8 是促炎因子,会参与机体的炎症反应与免疫反应,其水平升高会诱发炎症反应;hs-CRP 为全身性炎症反应的非特

异性标志物,常被用于炎症状态的监测^[13]。本研究将聚甲酚磺醛溶液与保妇康栓联合用于治疗慢性宫颈炎,结果显示,治疗 6 周时,观察组血清 hs-CRP、IL-8、TNF- α 水平均低于对照组,说明保妇康栓联合聚甲酚磺醛溶液可有效减轻慢性宫颈炎患者的炎症反应。分析其原因为:聚甲酚磺醛为弱酸性物质,可作用于滴虫、细菌、霉菌,具有广谱抗菌作用;同时,该药还有利于小血管收缩、提高纤维蛋白的凝固速度,从而加快创面愈合,抑制炎症反应。而保妇康栓经现代药理研究证明,莪术挥发油可抑制金黄色葡萄球菌,且其中蓬莪术环二烯与莪术烯对致炎因子具有较好的抑制作用;而低浓度冰片对白色葡萄球菌等病菌具有明显的抑制作用,高浓度冰片具有一定的杀菌作用,且局部外敷可减轻组织炎症反应,降低炎症介质水平^[14]。同时,冰片在中药配伍中常为佐药,有助于其他药物透过血脑屏障,提高药物活性,促进聚甲酚磺醛的透皮吸收,进一步缩短患者临床症状消退时间。

本研究结果还显示,治疗 6 周时,观察组治疗总有效率高于对照组,中医证候积分低于对照组,且出血消失、分泌物改善、宫颈修复所需时间均短于对照组,说明保妇康栓与聚甲酚磺醛联合治疗可有效减轻慢性宫颈炎症状,疗效显著,加快症状消失。这是因为聚甲酚磺醛溶液可抗菌、消炎;保妇康栓也有良好的抑菌、抗炎效果,与聚甲酚磺醛溶液联合使用可以强化杀菌效果,更快地减轻患者的临床症状。而两组患者治疗期间均未发生严重不良反应,仅有 1、2 例患者出现阴道烧灼感,且很快消失,说明上述二药安全性较高。分析原因在于,聚甲酚磺醛溶液具有广谱抗菌作用,可通过涂抹于患处直接发挥灭菌作用,不经人体消化系统,对人体的危害较小。保妇康栓所含成分为中药,且仅有莪术油、冰片 2 种成分,成分较简单,不会对人体造成危害,且该药塞入阴道后可直达患处,与聚甲酚磺醛溶液联用可强化抗菌效果,缩短用药时间,减轻长期用药引发的不良反应。

综上所述,慢性宫颈炎患者采用保妇康栓联合聚甲酚磺醛溶液治疗效果显著,可有效减轻炎症反应,缩短临床症状消退时间,且不良反应较少,安全性较高。但本研究也存在一定的局限性,本研究主要

研究对象为中年人，未探究老年慢性阴道炎患者采用保妇康栓联合聚甲酚磺醛溶液治疗的效果，也未对患者使用上述药物的远期疗效进行探究，更未探究其他抗菌药物联合保妇康栓治疗慢性宫颈炎的效果，临床可增加人员、资金投入，对此进行深入的探究。

参考文献

[1]张蔚,毛林,胡晓霞,等.聚焦超声联合巴特日七味丸治疗慢性宫颈炎临床分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2016,30(8):821-822.
[2]候晓峰,刘利华.阿奇霉素联合左氧氟沙星治疗慢性宫颈炎的疗效观察[J].中国妇幼保健,2018,33(11):2458-2460.
[3]王素兰.LEEP 刀联合聚甲酚磺醛溶液治疗慢性宫颈炎 120 例观察[J].药学服务与研究,2016,16(1):10.
[4]冯春春.黄藤素软胶囊联合聚甲酚磺醛溶液治疗慢性宫颈炎的疗效观察[J].现代药物与临床,2019,34(8):2428-2431.
[5]赵阔,任青玲,王子如.加味二妙颗粒联合辛复宁治疗慢性宫颈炎伴高危型 HPV 持续感染的临床研究[J].中医药导报,2019,25(8):74-77.
[6]谢幸.妇产科学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018.248-250.

(上接第 26 页)枝、附子、泽泻、葶苈子、人参、陈皮、红花、丹参、玉竹等中药组成,具有增强血流动力及心搏血量,改善高血压、心力衰竭临床症状的功效。已有研究证实,香加皮、黄芪具有利尿消肿、补气及改善心功能等功效;桂枝、附子具有抗菌消炎、利尿消肿及强心、维持血压、提升心肌收缩力、改善心脏供血等功效;泽泻、葶苈子具有利尿渗湿、泻肺平喘及扩血管等功效;人参、陈皮具有补气、理气、健脾、强心等功效;红花、丹参、玉竹具有养阴润燥、祛瘀止痛及扩张血管、改善机体局部微循环等功效^[12-13]。此外现代药理学证实黄芪及其多糖等成分在提高非特异性免疫功能方面具有重要意义,同时具有抗衰老、保肝、抗疲劳、抗寒等作用;泽泻具有显著利尿作用,能使患者降低血压、血清总胆固醇的同时还能防治动脉粥样硬化发生^[14];人参还能调节免疫功能,促进网状内皮系统吞噬功能;红花、丹参、玉竹等在增加冠脉血流,改善心肌缺血,抗心律失常,降低血压等方面可发挥巨大作用^[15]。另外,本研究结果显示 B 组不良反应发生率低于 A 组,说明芪苈强心胶囊辅助美托洛尔治疗在一定程度上可保证较好的安全性,且不增加不良反应发生的风险。但由于本研究仍缺乏具有中医药特色的观察指标,且 hs-cTnT 水平差值过小,其具体疗效及心肌改善效果应加大样本量延长观察日期深入研究。

综上所述,高血压并发 CHF 患者应用芪苈强心胶囊 + 美托洛尔治疗,临床疗效明显增高,还有助

[7]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2019.241-242.
[8]王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010.904.
[9]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.243-253.
[10]陈红梅,赵海波.自拟祛毒散结方辅助壳聚糖治疗宫腔镜术后慢性宫颈炎疗效及对 hs-CRP、IL-2 及 TNF-α 的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(17):47-49.
[11]王剑.抗炎胶囊联合阿奇霉素治疗慢性宫颈炎的临床研究[J].现代药物与临床,2016,31(9):1487-1490.
[12]陈进芳,刘玉珠,韩一栩.保妇康栓联合头孢曲松钠、甲硝唑治疗慢性盆腔炎疗效分析[J].中华中医药学刊,2018,36(5):1231-1233.
[13]冯伟,马建文,吕瑞凰.中西医结合疗法治疗慢性盆腔炎的临床效果及对炎症相关因子和血液流变学的影响[J].中国医药导报,2017,14(24):151-154.
[14]费静.保妇康栓联合抗生素对慢性盆腔炎患者炎症细胞因子水平及血液流变学的影响[J].当代医学,2020,26(26):177-178.

(收稿日期: 2021-12-25)

于改善心功能,降低机体血清炎症介质水平,且安全性较高。

参考文献

[1]国小丽,杨博,庄晓赛,等.老年慢性心力衰竭合并高血压患者认知功能及其影响因素分析[J].中国医学前沿杂志(电子版),2021,13(3):90-94.
[2]祁承龙.酒石酸美托洛尔缓释片联合苯磺酸氨氯地平片治疗高血压合并慢性心力衰竭的临床效果[J].河南医学研究,2021,30(2):298-300.
[3]胡霜,蔡莉,张川平.美托洛尔联合芪苈强心胶囊治疗 CHF 的疗效观察[J].重庆医学,2017,6(5):119-121.
[4]盖郁博,李春暖.芪苈强心胶囊联合美托洛尔对 CHF 患者的疗效及血浆脑钠肽和高敏肌钙蛋白 T 的影响[J].解放军医药杂志,2016,8(11):1620-1621.
[5]顾伟.血清视黄醇结合蛋白、N 末端脑钠肽前体及铜蓝蛋白水平对高血压并射血分数保留的心力衰竭的诊断价值研究[J].实用心脑血管病杂志,2019,27(2):20-24.
[6]祖磊.芪苈强心胶囊辅助治疗高血压心力衰竭的疗效观察[J].蚌埠医学院学报,216(41):1228-1229.
[7]甄海旭.老年高血压合并慢性心力衰竭患者血清 TGF-β1、CTGF 水平变化及其与心功能的相关性分析[J].医学临床研究,2019,36(1):74-76.
[8]张建军,董楠,周锦豹,等.美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病伴心力衰竭患者的疗效及对心肌重构的影响[J].检验医学与临床,2021,18(6):833-836.
[9]陈夏剑,杨程堰.美托洛尔治疗慢性心力衰竭患者血药浓度与心功能恢复的相关性[J].河北医药,2021,43(19):2948-2950,2954.
[10]王娟,赵慧辉,陈建新,等.慢性心力衰竭患者中医证候与原发病的相关性研究[J].国际中医中药杂志,2019,41(4):331-334.
[11]郭莘,李雪韵,郭华,等.芪苈强心胶囊联合贝那普利对老年高血压伴心力衰竭的疗效及神经内分泌激素的作用分析[J].河北医学,2019,8(6):17-18.
[12]李朝阳,韩涛,李金海,等.芪苈强心胶囊治疗 CHF 疗效及安全性的 Meta 分析[J].中国循环杂志,2018,33(1):96-101.
[13]宋泽民.芪苈强心胶囊治疗 CHF 的疗效评价[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(24):3143-3144.
[14]张英,汪克纯.二丁酰环磷腺苷钙联合芪苈强心胶囊治疗 CHF 患者的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2019,23(3):54-57.
[15]印红梅,程艳春.美托洛尔联合芪苈强心胶囊对老年 CHF 患者的影响[J].实用心脑血管病杂志,2017,10(12):826-827.

(收稿日期: 2021-12-15)