

中西医结合治疗 湿热瘀结型盆腔炎性疾病 70 例临床观察

张冬梅, 张晓玲

(江苏省睢宁县中医院, 江苏 睢宁, 221200)

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病的临床疗效。方法: 将湿热瘀结型盆腔炎性疾病患者 150 例随机分为治疗组 70 例和对照组 80 例, 对照组采用常规西药治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加盆腔炎 I 号方口服、西药侧穹窿注射、盆腔炎 II 号方灌肠治疗。结果: 总有效率治疗组为 94.3%, 对照组为 83.7%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组附件增粗、盆腔积液、盆腔包块治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病疗效显著, 值得推广应用。

[关键词] 盆腔炎性疾病; 湿热瘀结型; 中西医结合疗法; 盆腔炎 I 号方; 盆腔炎 II 号方

[中图分类号] R271.913.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.033

盆腔炎性疾病是临床上较为常见的妇科疾病。近年来, 该病发病率呈上升趋势, 对患者正常生活

产生了不同程度的影响, 降低了患者的生存质量^[1]。西药治疗盆腔炎性疾病虽然可缓解病情, 改

3.5 不良反应 治疗组未见明显不良反应, 对照组有头晕、头痛、腹胀等不良反应, 不影响治疗。

4 讨论

己酮可可碱为二甲基黄嘌呤类衍生物, 可明显改善精子的活动率^[3-4], 其机制是增加精子胞浆内 cAMP 浓度, 激活 cAMP 依赖性蛋白激酶, 引起精子尾部蛋白磷酸化, 增强精子活动能力^[5]。但是临床发现己酮可可碱有一定的毒副作用, 常见的有头晕、头痛、腹胀、呕吐等, 偶见低血压、呼吸不畅、水肿、神经系统焦虑、心律失常、肝功异常、白细胞减少等^[6]。而沈氏菟丝子丸合归脾汤加减治疗未发现毒副作用, 疗效与己酮可可碱比较, 差异无统计学意义, 说明沈氏菟丝子丸合归脾汤加减治疗弱精子症具有较为理想的效果。

弱精子症属于中医学“不育”范畴。《素问·上古天真论》载: “二八, 肾气盛, 天癸至, 精气溢泻, 阴阳和, 故能有子。”认为男子生育与先天肾气有着密切的关系。《石室秘录·论子嗣》载: “一精寒也, 一气衰也, 一痰多也, 一相火盛也, 一精少也, 一气郁也。”认为治疗当予以补肾精之法, 可见补肾是治疗弱精子症的主要方法。《杂病源流犀烛》载: “所谓二阳者, 手阳明大肠、足阳明胃也。夫肠胃发病, 心脾受之, ……致男子少精, 不得为隐蔽委曲之事, ……男子不得隐曲, 亦即血病也(宜菟丝子丸、鹿胎丸)。”意为心脾之病变可引发血枯形瘦的风消病, 而心病失所主而血不流, 脾病失所主而味不化, 导

致男子少精, 认为精既是血, 所以治以菟丝子丸。精与血都为脾胃水谷精微所化, 故称“精血同源”, 因此血枯与精少有着重要的关联性, 而心脾二脏又是血化生的重要脏腑, 所以补益心脾对补精有着重要的作用。沈氏菟丝子丸方中山药、茯苓、莲子健脾; 菟丝子、枸杞补肾。现代药理研究表明, 菟丝子可以提高冻存后精子的整体存活率和活力^[7]。而其治疗弱精子症的机制是通过提高精子悬液中可对抗氧自由基的超氧化物歧化酶活力, 干预活性氧对精子膜的脂质过氧化反应^[8]。全方共奏补心益脾、补肾填精之功效, 故能收到较好疗效。

参考文献

- [1] Trevor G. Cooper. 世界卫生组织人类精液检查与处理实验室手册(5版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 2.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 1993.
- [3] 徐维海, 陈颖丽. 己酮可可碱对睾丸精子活动力及存活率的影响[J]. 浙江预防医学, 2006, 18(11): 47.
- [4] 李彤, 李汉忠, 李宏军, 等. 己酮可可碱对精子活力的体外改善作用[J]. 中国男科学杂志, 2005, 19(3): 34-35.
- [5] Nassar A, Mahony M, Morshedi M, et al. Modulation of sperm tail protein tyrosine phosphorylation by pentoxifylline and its correlation with hyperactivated motility[J]. Fertil Steril, 1999, 71(5): 919-923.
- [6] 雷启发, 雷启峰, 王爱侠. 补肾强精汤及己酮可可碱治疗弱精子症 320 例疗效对比观察[J]. 中国性科学, 2010, 19(3): 33-34.
- [7] 仲跻高, 何映. 菟丝子保护人精子冻存的初步研究[J]. 医学研究杂志, 2008, 37(6): 100-102.
- [8] 杨欣, 丁彩飞, 张永华, 等. 菟丝子水提取物对人精子顶体和超微结构的保护作用[J]. 中国中药杂志, 2006, 31(5): 422-425.

(收稿日期: 2017-06-27)

善临床症状,但复发率高,整体疗效差。中医学认为,盆腔炎是由于胞宫胞脉中湿、热、瘀邪郁结,造成冲任气血失调所致。临床上最为常见的是湿热瘀结型。其中湿热是关键病因,而血瘀是病理产物^[2]。笔者采用中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病70例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年8月至2016年12月就诊于本院的湿热瘀结型盆腔炎性疾病患者150例,随机分为治疗组70例和对照组80例。治疗组年龄21~49岁,平均 (33.90 ± 6.97) 岁;11例有手术史。对照组年龄19~43岁,平均 (34.20 ± 6.39) 岁;9例有手术史。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照相关文献^[3]拟定。

(1)症状:下腹痛及腰痛,下腹坠胀,腰骶部酸痛,劳累、性交后,或者排便时、月经前后症状加重,可伴有低热、月经量增多等现象,部分患者表现为经期延长、白带增多。(2)体征:妇科检查时,子宫颈举痛,子宫活动受到限制,输卵管炎时,一侧或双侧附件区压痛,附件区有所增粗,甚至扪及包块。血常规辅查,白细胞或中性粒细胞呈轻度升高趋势。经B超检查,可见附件区炎性包块,输卵管增粗,或可见积液,或者盆腔内伴有大量积液。

1.2.2 中医湿热瘀结型辨证标准 参照相关文献^[4]拟定。主症:(1)下腹伴有胀痛或刺痛,且痛处固定;(2)带下量多,且色黄质稠;(3)腰骶胀痛。次症:(1)低热起伏;(2)神疲乏力;(3)性交、经期或劳累情况下有所加重;(4)月经量多,或者经期有所延长;(5)小便黄,大便较干燥。舌脉:舌质红、或呈暗红,苔黄腻、或呈白腻。具备主症2项,次症3项,参照舌脉,便可明确辨证。

1.3 纳入标准 (1)符合慢性盆腔炎性疾病诊断标准;(2)符合湿热瘀结型辨证标准;(3)3个月内未接受影响疗效观察的治疗;(4)阴道及宫颈分泌物未检出阴道毛滴虫、衣原体、支原体以及淋球菌等;(5)无心、肝、肾以及造血系统严重疾病;(6)治疗依从性高,愿意参与本次观察。

1.4 排除标准 (1)合并有细菌性阴道炎、子宫内膜异位症、子宫腺肌症等疾病;(2)不符合湿热瘀结型辨证标准;(3)治疗前3个月内接受过相关治疗;

(4)哺乳期、妊娠期;(5)合并有造血系统、心、肝、肾等严重疾病,精神异常;(6)过敏体质或对多种药物过敏。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。头孢唑肟 3.0g 加奥硝唑 0.5g,静脉滴注,每天1次,连续用药5d。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加盆腔炎I号方口服、侧穹窿药物注射、盆腔炎II号方灌肠治疗。(1)盆腔炎I号方。处方:败酱草 12g,丹参 9g,赤芍 10g,黄柏 10g,泽泻 9g,野菊花 12g,三棱 6g,莪术 6g,当归 12g,延胡索 15g,香附 12g,白花蛇舌草 12g,蒲公英 12g,红藤 9g,山药 12g,薏苡仁 12g,党参 12g,白术 12g,山楂 9g。每天1剂,水煎,分早晚2次服用。连服5d。(2)侧穹窿药物注射:用胎盘组织液 10mg、地塞米松 5mg、庆大霉素 2mL、奥硝唑 20mL 制成的混合液,于宫颈外侧约 1cm 的阴道穹窿处缓慢注入盆腔,左右各1针,隔天1次,5次为1个疗程。(3)盆腔炎II号方。处方:土茯苓 12g,白花蛇舌草 12g,红藤 12g,败酱草 12g,蒲公英 15g,鱼腥草 9g,紫花地丁 9g,党参 9g,苍术 12g,透骨草 9g,苦参 9g,鳖甲 12g,水蛭 9g,茵陈 9g,三棱 6g,莪术 6g。煎药液于睡前灌肠,每天1次。连服5d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后予以B超检查,观察附件增粗、盆腔积液、盆腔包块情况;随访记录患者复发情况;统计综合疗效。

3.2 疗效标准 参照相关文献^[5]拟定。治愈:自觉症状基本消失,经妇科检查无阳性体征,实验室检查血常规正常,B超检查无异常;显效:自觉症状改善明显,经妇科检查阳性体征大部分转阴,实验室检查血常规正常,B超检查包块缩小,或者积液减少 $>2/3$;有效:自觉症状有所缓解,经妇科检查阳性体征呈好转趋势,实验室检查血常规正常,B超检查包块缩小,或者积液减少 $1/3$;无效:自觉症状无明显改善,甚至有加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行统计分析,计数资料用 χ^2 检验,以百分比(%)表示;计量资料用 t 检验,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为94.3%,对照组为83.7%,组间比较,差异有统计学

意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	70	29(41.5)	21(30.0)	16(22.8)	4(5.7)	66(94.3) ^a
对照组	80	19(23.7)	28(35.0)	20(25.0)	13(16.3)	67(83.7)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 B 超检查结果比较 2 组患者附件增粗、盆腔积液、盆腔包块治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 B 超检查结果比较[n(%)]

组别	n	盆腔包块		盆腔积液		附件增粗	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	70	35(50.0)	8(11.4) ^{ab}	47(67.1)	4(5.7) ^{ab}	54(77.1)	10(14.2) ^{ab}
对照组	80	39(48.7)	18(22.5) ^a	53(66.3)	15(18.7) ^a	60(75.0)	21(26.3) ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.5 2 组复发率比较 治疗组 70 例中复发 2 例,复发率为 2.9%;对照组 80 例中复发 9 例,复发率为 11.2%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨 论

盆腔炎性疾病是一组女性生殖道感染性疾病,链球菌与沙眼衣原体等是引起盆腔炎性疾病的主要致病菌。临床上,上行性蔓延、经淋巴系统蔓延、直接蔓延与经血循环传播是常见的感染途径^[6]。盆腔炎性疾病患者的主要症状有下腹痛、发热、白带增多,常伴有恶心呕吐、尿频尿急尿痛以及腹胀腹泻等症^[7]。

本病属于中医学“经水不调”“带下病”“热入血室”“经行腹痛”等范畴。主要病因病机为经行空虚,产后胞脉空虚,湿热侵入胞宫,体内蕴积邪热炽盛,损伤血脉。故清热利湿、兼顾扶正、活血止痛、化瘀软坚是治疗该病的关键所在^[8]。针对盆腔炎性疾病的中医药疗法主要包括以下几种。(1)中药内服:有学者将盆腔炎辨证分型治疗,肝经郁热型治以清热凉血、疏肝解郁;瘀热阻络型治以清化瘀热;寒湿凝滞型治以温经散寒;湿热蕴结型治以清利湿热^[9]。(2)中药外治:如中药灌肠、超声离子导入等。(3)针灸疗法:通过针刺以促进局部血液循环。(4)中成药治疗。

盆腔炎性疾病发病初期以炎症反应为主要表现,若未得到及时有效的治疗,可发展为慢性盆腔

痛、异位妊娠、不孕症等。因此,及时诊治盆腔炎症性疾病,显得尤为重要。其中,侧穹窿注射是治疗盆腔炎症性疾病的一种方式,该法可有效集中药力,使药物充分接触盆腔病变部位,直接作用于病灶,提高药物吸收率,促使药效得到充分发挥,提高临床治疗效果。抗炎药治疗盆腔炎,虽然可控制病情,缓解临床症状,但是,由于广泛应用抗生素,易造成菌群失调,导致致病菌产生耐药性,易反复发作,增加后期治疗难度。采取中药灌肠治疗,盆腔可充分吸收药物,改善盆腔内血液循环,药物直接对盆腔病灶产生作用,以达到提高治疗效果的目的。盆腔炎 I 号方中丹参活血祛瘀、通经止痛;泽泻利水渗湿;蒲公英清热解毒、消肿散结、利尿通淋。盆腔炎 II 号方中土茯苓解毒除湿、通利关节;败酱草清热解毒、祛痰排脓;苍术燥湿健脾、祛风散寒^[10]。本组观察结果表明,治疗组总有效率(94.3%)高于对照组(83.7%)。经 B 超检查,2 组附件增粗、盆腔积液、盆腔包块治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组复发率低于对照组($P<0.05$)。说明中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病疗效显著,具有推广价值。

参考文献

[1] 李晓红,冯依娜,吕新萍,等. 中医综合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病的临床观察[J]. 新疆中医药,2012,30(3):33-35.

[2] 梁菲困. 清利湿热汤治疗盆腔炎性疾病后遗症湿热瘀结证的临床研究[D]. 南京:南京中医药大学,2016.

[3] 李文英,刘霞. 中西医结合治疗盆腔炎性疾病 86 例疗效观察[J]. 甘肃医药,2010,29(5):522-524.

[4] 张冬梅,鲍梅淑,张晓玲. 中西医结合治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病的临床研究[J]. 中国临床研究,2016,29(9):1266-1268.

[5] 杨鉴冰,陈瑶,窦志芳,等. 中西医结合治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎临床研究[J]. 山西中医学院学报,2014,15(4):45-46,48.

[6] 曾惠颜. 中西医结合治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎临床研究[J]. 东方食疗与保健,2017(1):32.

[7] 谷灿灿,张静,胡国华. 朱氏益炎汤治疗盆腔炎性疾病后遗症(湿热瘀结型)疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2016,11(1):74-76.

[8] 康小前. 中药足浴治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症的临床观察[J]. 护理研究,2010,24(33):3051-3052.

[9] 彭宝珍. 盆康宁颗粒治疗慢性盆腔炎(湿热瘀结型)的临床研究[D]. 武汉:湖北中医学院,2006.

[10] 黄亦曼. 补肾调周法治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症临床观察[J]. 光明中医,2014,29(1):83-84.

(收稿日期:2017-06-20)