

引用:陈智颖,黄熙理,洪丽美,沈燕慧. 热敏灸结合败酱汤治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎40例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(6):67-70.

热敏灸结合败酱汤 治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎40例

陈智颖,黄熙理,洪丽美,沈燕慧

(福建中医药大学附属漳州市中医院,福建 漳州,363000)

[摘要] 目的:观察热敏灸配合败酱汤治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎的临床疗效。方法:将80例慢性盆腔炎患者随机分为治疗组和对照组,每组各40例。对照组采用败酱汤治疗,治疗组在对照组的基础上加用热敏灸治疗,观察2组综合疗效、中医证候积分及腰腹部疼痛缓解时间。结果:总有效率治疗组为97.5%(39/40),对照组为92.5%(37/40),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。与本组治疗前比较,2组治疗后下腹痛、腰骶胀痛、带下量多各项评分均有所下降,且治疗后治疗组下腹痛、腰骶胀痛评分下降幅度较对照组高,差异均有统计学意义($P<0.05$),但2组带下量多评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗前炎症程度为轻度的患者,腰腹部疼痛症状缓解(症状积分较治疗前减少 $\geq 50\%$)所需的治疗时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗前炎症程度为中度及重度的患者,疼痛缓解所需时间治疗组明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:热敏灸结合败酱汤对于湿热瘀结型慢性盆腔炎的治疗临床疗效显著,尤其对于疼痛症状,配合热敏灸疗法能缩短疗程,提高疗效。

[关键词] 慢性盆腔炎;热敏灸;败酱汤;湿热瘀结;临床疗效

[中图分类号] R246.3, R271.913.3

[文献标识码] A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.024

慢性盆腔炎是女性盆腔内生殖器官的慢性炎症,病情顽固难愈、病程较长、易反复发作、并发症多,严重影响患者的健康、生活和工作,增加家庭和社会的负担,给患者带来巨大痛苦。本病是妇科临床常见病、多发病,且发病率呈上升的趋势^[1]。目前西医尚无治疗该病的特异性疗法,而中医药辨证治疗独具优势,临床上多采用多途径综合治疗的方法以提高疗效。热敏灸是一种新型艾灸疗法,对热敏腧穴进行施灸,激发透热、扩热等经气传导,并施以个体化饱和消敏灸量,能显著提高艾灸疗效。笔者应用热敏灸结合第六批全国名老中医专家黄熙理主任医师经验方败酱汤治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集2018年11月至2019年12月就诊于我院门诊及病房的慢性盆腔炎患者80例,按随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各40例。治疗组中,年龄20~55岁,平均 (35.95 ± 8.89) 岁;病程2个月至7年,平均 (1.82 ± 1.89) 年;病情轻度12例,中度23例,重度5例。对照组中,年龄21~55岁,平均 (35.50 ± 9.24) 岁;病程2个月至6

年,平均 (1.71 ± 1.67) 年;病情轻度16例,中度21例,重度3例。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 符合《临床诊疗指南·妇产科学分册》^[2]中盆腔炎的诊断标准。症状:下腹疼痛,腰骶部酸胀疼痛,常在劳累、性交、经期加重,可伴月经不调,白带增多,低热,疲乏,或不孕。体征:子宫活动受限或粘连固定,可有子宫压痛;附件区可触及条索状增粗,或片状增厚,可伴压痛;或可触及盆腔囊性包块,活动多受限;或有子宫骶韧带增粗、变硬、触痛。上述体征至少需同时具备下列2项:子宫活动受限(粘连固定)或压痛;附件区压痛。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中的有关标准拟定湿热瘀结证的辨证标准。主症:1)下腹胀痛或刺痛,痛处固定;2)腰骶胀痛;3)带下量多,色黄质稠或气臭。次症:1)经行腹痛加重;2)经期延长或月经量多;3)口腻或纳呆;4)小便黄;5)大便干结或不爽。舌脉:舌质红或暗红,或见边尖瘀点或瘀斑,苔黄腻或白腻,脉弦滑或

基金项目:福建中医药大学临床专项校管项目(XB2018064)

第一作者:陈智颖,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中医妇科学

通讯作者:黄熙理,女,教授,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:妇科疾病的临床研究, E-mail:cmx602135@163.com

弦数。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)年龄 20~55 岁的已婚妇女;3)宫颈分泌物检查解脲支原体 DNA、沙眼衣原体 DNA、淋球菌 DNA 均为阴性;4)患者知情同意,并能够按疗程计划坚持治疗。

1.4 排除标准 1)妊娠期或哺乳期妇女;2)糖尿病患者以及施灸部位皮肤有感染、溃疡或肿瘤者;3)合并有重要脏器和造血系统等严重疾病,合并神经、精神疾患而无法合作者;4)急性盆腔炎病情严重者,病原学检查阳性尚未治疗转阴者;5)中途擅自终止治疗,影响疗效判定者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以败酱汤治疗。处方:败酱草 15 g,红藤 15 g,赤芍 15 g,丹参 15 g,炒蒲黄 10 g,五灵脂 10 g,川楝子 10 g,延胡索 10 g,制香附 10 g,茯苓 15 g。湿偏重者,酌加苍术、薏苡仁、泽泻等;热较重者加蒲公英、连翘等;瘀滞重者,酌加活血化瘀之品。每天 1 剂,早晚各 1 包,饭后温服(康仁堂全成分颗粒)。

2.2 治疗组 在对照组的基础上加用热敏灸治疗。热敏灸疗法:在热敏高发部位关元、子宫、腰阳关、次髂、三阴交、阴陵泉穴进行穴位热敏探查。若出现如透热、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、痛等非热感灸感中的 1 种或 1 种以上的反应,则表明该腧穴已发生热敏化,然后继续在热敏化腧穴上悬灸至热敏灸感消失。主穴:关元、子宫;配穴:腰阳关、次髂、三阴交、阴陵泉。每次选取主穴加任意 2 组配穴,每天 1 次。

2 组均于月经周期第 20 天开始治疗,连续 15 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,覆盖经期。随访 2 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)2 组治疗前后中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中慢性盆腔炎的有关标准对 2 组治疗前后中医证候积分进行评定。主要的中医证候包括以下 3 个方面:①下腹疼痛。无下腹痛,计 0 分;轻微疼痛,时作时止,计 2 分;明显疼痛,频繁发作,计 4 分;持续性疼痛,计 6 分。②腰骶胀痛。无腰骶胀痛,计 0 分;酸胀不适,计 2 分;胀痛,计 4 分;胀痛较难忍,计 6 分。③带下量多。带下量正常,计 0 分;较平时增多<1/2,计 2 分;较平时增多≥1/2、但<1 倍,计 4 分;较平时增

多≥1 倍,计 6 分。评分越高表明症状越严重。2)2 组治疗前后腰腹部疼痛症状缓解时间。参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中慢性盆腔炎的有关标准对 2 组治疗前后腰腹部疼痛症状缓解时间进行评定。评定的腰腹部疼痛内容包括以下 3 个方面:①子宫活动度正常,无压痛,计 0 分;子宫活动轻度受限,轻压痛,计 1 分;子宫活动受限或粘连固定,压痛,计 2 分;子宫粘连固定,压痛明显,计 3 分。②附件增厚、包块。正常,计 0 分;附件条索状增粗,计 1 分;附件片状增厚,计 2 分;附件区包块,计 3 分。③附件压痛。无压痛,计 0 分;轻度压痛,计 1 分;明显压痛,计 2 分;疼痛拒按,计 3 分。病情程度分级标准如下。①轻度:症状、体征积分和≥10 分、但<19 分。②中度:症状、体征积分和≥19 分、但<28 分。③重度:症状、体征积分和≥28 分。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中慢性盆腔炎的有关标准拟定。积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。痊愈:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状消失,妇科检查及理化检查正常,证候、体征积分减少率≥95%,停药后 1 个月内未复发;显效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状消失或明显减轻,妇科检查及理化检查明显改善,证候、体征积分减少率≥70%、但<95%;有效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状减轻,妇科检查及理化检查有所改善,证候、体征积分减少率≥30%、但<70%;无效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状无减轻或有加重,妇科检查及理化检查无改善或加重,证候、体征积分减少率<30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验; $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

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 97.5%,对照组为 92.5%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	18(45.0)	17(42.5)	4(10.0)	1(2.5)	39(97.5)
对照组	40	10(25.0)	20(50.0)	7(17.5)	3(7.5)	37(92.5)
χ^2 值						-2.05
P 值						0.04

3.4.2 2 组治疗前后主要中医证候评分比较 与

本组治疗前比较,2 组治疗后下腹痛、腰骶胀痛、带下量多各项评分均有所下降,且治疗后治疗组下腹痛、腰骶胀痛评分下降幅度较对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$),但 2 组带下量多评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后主要中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	下腹痛		腰骶胀痛		带下量多	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	3.55±1.31	0.40±0.81	2.45±1.15	0.20±0.60	2.35±1.12	0.40±0.67
对照组	40	3.50±1.08	0.90±1.10	2.30±0.96	0.57±0.90	2.32±1.18	0.52±0.84
<i>t</i> 值		0.185	-2.308	0.630	-2.18	-0.100	-0.731
<i>P</i> 值		0.854	0.024	0.530	0.033	0.921	0.467

3.4.3 2 组腰腹部疼痛症状缓解时间比较 2 组治疗前炎症程度为轻度的患者,腰腹部疼痛症状缓解(症状积分较治疗前减少 $\geq 50\%$)所需的治疗时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗前炎症程度为中度及重度的患者,疼痛缓解所需时间治疗组明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组腰腹部疼痛症状缓解时间比较($\bar{x}\pm s$,d)

组别	例数	轻度	中度	重度
治疗组	40	4.62±1.59	6.64±3.10	11.23±2.33
对照组	40	6.00±1.41	9.66±4.28	13.54±3.23
<i>t</i> 值		-1.883	-2.162	-2.190
<i>P</i> 值		0.079	0.040	0.037

3.5 不良反应 治疗期间 2 组患者均未见严重不良反应,治疗组有 2 例皮肤轻微烫伤,经对症处理后痊愈。

4 讨 论

慢性盆腔炎是女性盆腔内生殖器官的慢性炎症,常因急性盆腔炎未及时治疗,或机体抵抗力低下,病程迁延所致,亦存在无急性发作史,初始即表现为慢性炎症病变。本病临床多表现为下腹疼痛、腰骶酸痛、带下量多三大症,可继发月经失调、痛经、不孕症、异位妊娠、盆腔静脉淤血综合征等多种并发症,进而影响生殖功能。

中医古籍中并无“慢性盆腔炎”的病名,但其症状可见于“妇人腹痛”“带下”“痛经”“癥瘕”“崩漏”“不孕”等疾病的论述中。病机主要为湿热毒邪未尽,客于胞宫、冲任所致,日久正气损伤,脏腑气血阴阳虚损,不仅易使余邪残留,也可使寒热湿瘀内生,导致疾病缠绵难愈。本病初以湿热瘀结较为多见,病久多见虚实夹杂,寒热错杂^[4],治疗上多以化瘀通络、理气化疏为主,佐以清利。败酱汤是全国第六批名中医黄熙理主任医师的经验方,该方多

年来应用于临床,对于治疗慢性盆腔炎具有较好的疗效,是我院的协定方剂。黄熙理主任认为,慢性盆腔炎的病机以湿、热、瘀为主。湿者,湿浊留恋,湿性黏滞,易致病程缠绵难愈;瘀者,即盆腔炎到了慢性期时,结缔组织增生,瘢痕粘连,形成类似癥瘕性血瘀,瘀滞胞宫胞络,不通则痛;热者,即湿蕴生热,瘀久化热,而盆腔炎为慢性期时,热者渐减,湿浊留恋,瘀滞经络,故以清热利湿、活血祛瘀之法立方^[5]。方中以败酱草、红藤清热解毒、活血化瘀、除湿排脓,共为君药;臣以赤芍、丹参活血散瘀止痛;佐以川楝子、延胡索理气止痛,炒蒲黄、五灵脂化瘀止痛,香附疏肝理气、调畅气机,气行则血行,茯苓健脾利湿、培土制水,以绝湿热之源。全方配伍精当,性质平和,对于湿热瘀结型慢性盆腔炎,无论初病湿热较重,还是久病兼有虚损者,均可加减灵活应用,祛邪而无伤正之弊。

慢性盆腔炎病位较深,药力难以速达,湿热胶结,难以速祛,瘀滞较重者,难以速解。《医学入门》曰:“药之不及,针之不到,必须灸之。”热敏灸是通过艾灸热敏态穴位,激发经气感传,并施以个体化消敏灸量,从而显著提高疗效的新型艾灸疗法。灸位应悬灸于热敏态穴位,此处最易激发经气感传,产生小刺激大反应的作用。灸感需产生透热、扩热、传热,局部不热远部热,表面不热深部热,非灼热感觉等热敏灸感及经气传导,达到“气至而有效”的要求,灸量方面讲究“敏消量足”,是最适的个体化充足灸量^[6]。根据章海风等^[7]研究发现,慢性盆腔炎患者的高发热敏穴区在腰阳关、关元、子宫穴区出现率较高,其次是在次髂、三阴交、阴陵泉穴区。关元为任脉之要穴,足三阴经和任脉之会,可通达胞宫气血,具有调补元气之功。慢性盆腔炎患者病久多兼有脾虚和肾虚,脾肾一虚,则湿浊更难祛除,艾灸关元有助于扶正祛邪;子宫穴为经外奇穴,有调理冲任、活血通络的作用,为子宫在体表的投影点之一。陈弦等^[8]研究认为,从双侧子宫穴到卵巢穴及其外侧 0.5 寸之间的连线上,存在着一近似于输卵管的体表投影,此处出现的热敏灸感可直达输卵管病灶,起到“气至而有效”的效果。腰阳关为督脉经穴,补肾温阳;次髂为足太阳膀胱经穴位,有补肾强腰、行血散瘀,利水渗湿的功效,其位于第二骶后孔,艾灸次髂穴可刺激骶后神经,调节经络气血及脏腑功能,改善盆腔血液循环;腹部关元、子宫穴三角区,腰部腰阳关、次髂穴三角灸,使热力集中,深入病所,更易“得气”。另有 2 个远端取穴,阴

陵泉健脾化湿;三阴交为肝、肾、脾三经之交会穴,可调理冲任、调畅气血、补肾健脾,是治疗妇科疾病的常用穴。诸穴相合,既能活血化瘀、散寒燥湿,又能补肾健脾、扶正祛邪。血瘀是慢性盆腔炎的一个核心病机,瘀阻胞宫胞络,不通则痛,而慢性盆腔炎患者存在不同程度的血瘀证,血液流变学各项指标升高^[9]。有研究表明,热敏灸疗法在改善患者的血液流变情况和血瘀状态时有独特的优势^[10]。热敏灸疗法是一种温热外治法,艾叶燃烧时产生的热力,由体表腧穴深入体内,温通经脉,血得温则行,湿得温则化,瘀去络通则疼痛减轻。现代研究表明,点燃的艾叶所产生的辐射能为红外线,可由体表腧穴通过神经-体液系统深入体内,传递细胞代谢所需的能量,热敏灸在传统艾灸的基础上更强调经气感传,使机体的内在调节功能进一步激发,深入病所,从而进一步提高疗效^[11]。热邪在慢性期已非主要矛盾,多由湿瘀蕴久化热,而非大实热,热敏灸虽为温热疗法,但散寒燥湿则湿去热孤,活血行瘀则郁热难生,再配合败酱汤之清热,并无助热之虞。

本研究结果显示,败酱汤总体疗效较佳,对于腹痛、腰骶胀痛等以痛为主要症状的患者,联合热敏灸治疗能更快地缓解疼痛,缩短疗程,提高疗效。综上所述,热敏灸结合败酱汤用于治疗湿热瘀阻型慢性盆腔炎效果显著,热敏灸对于改善疼痛症状疗

效更佳,能显著降低下腹腰骶疼痛的中医证候积分,提高临床效率,缩短疗程,且操作方便,安全易行,值得临床上推广使用。

参考文献

- [1] 田永杰,汤春生. 急性慢性盆腔炎的药物治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(9):14-15.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南·妇产科学分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:25.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:245-247.
- [4] 肖承棕. 中医妇科临床研究[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:157.
- [5] 黄熙理,孙霞,洪丽美,等. 中西医结合治疗解脲支原体感染慢性盆腔炎的临床研究[J]. 福建中医学院学报,2010,20(1):10-12.
- [6] 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.
- [7] 章海凤,陈日新,付勇. 慢性盆腔炎患者热敏腧穴分布规律[J]. 河南中医,2011,31(2):177-178.
- [8] 陈弦,潘丽贞,王英. 输卵管积水热敏化腧穴分布和热敏化表现规律探究[J]. 世界中西医结合杂志,2018,13(6):854-857.
- [9] 孙霞. 红藤饮治疗慢性盆腔炎的临床研究[D]. 福州:福建中医学院,2007.
- [10] 周玲. 热敏灸加穴位注射治疗血瘀型慢性盆腔炎临床观察[J]. 上海针灸杂志,2013,32(12):1027-1029.
- [11] 杨华元,刘堂义. 艾灸疗法的生物物理机制初探[J]. 中国针灸,1996(10):17-18,59. (收稿日期:2020-05-29)

(上接第48页)主要责之于气、血、阴、阳虚衰,痰浊、血瘀、气滞、寒凝,心肌梗死后低血压状态的患者常见症状有胸闷痛、气短、动则加重、倦怠懒言、头晕、汗多、寐差。中医学认为,患者因心脉瘀阻后引起血行不畅,心失所养,心气虚损,故见气短、动则加重、倦怠懒言、低血压状态;气为血之帅,气行则血行,气虚则血液推动无力,心气不足则瘀阻于心脉之瘀血难以运行,进一步加重心脉瘀阻,故见胸闷痛;心气不足,气不摄津,津液外泄,故见汗多;汗为心之液,汗出过多则导致心阴耗损过多,心阴亏虚,不能润养心神,心神不安,故见寐差;阴津亏虚,不能濡养清窍,故见头晕;汗出后津液耗损,血脉不充,则加重低血压状态。病属本虚标实,以气虚阴虚为本,血瘀为标,治疗应标本兼顾。本研究运用大剂量的抗血小板聚集、抗凝药物治疗,意在治疗标实,采用中医药治疗气阴不足之本虚。参麦通脉汤方中人参大补元气,复脉固脱,益气强心;麦冬养阴生津,清心复脉,共为君药。黄芪益气固脱;生地、黄清热养阴生津;北沙参清热养阴,以上共为臣药。

五味子收敛固涩、益气生津;丹参活血祛瘀、安神宁心;赤芍化瘀止痛;川芎活血行气;红花活血散瘀;降香行气活血止痛;山茱萸滋补肝肾;酸枣仁宁心安神;知母清热泻火生津;上述诸药共为使药。全方共奏益气强心、养阴生津、通络复脉之功。

临床结果显示,参麦通脉汤治疗组总有效率为88.23%,不良反应事件发生率8.82%;对照组总有效率为67.65%,不良反应事件发生率为32.35%;治疗后,治疗组血压明显高于对照组,Nt-proBNP降低较对照组显著,表明参麦通脉汤治疗急性心肌梗死后低血压效果良好,可有效减轻症状,降低Nt-proBNP,减少不良反应事件发生率,安全性高,值得临床推广。

参考文献

- [1] KRISTIAN T, JOSEPH SA, ALLAN SJ, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018) [J]. Glob Heart, 2018, 13(4):305-338.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:72. (收稿日期:2020-11-07)