

千金膏治疗盆腔炎性疾病后遗症的临床研究

李晓玲, 殷红莲, 宋映涛, 杨思思, 李 珺, 韦启飞

(玉溪市中医医院, 云南玉溪 653100)

摘要: 目的 研究中医药减少盆腔炎性疾病后遗症的发生或消除已经出现的盆腔炎性疾病后遗症。方法 将 234 例盆腔炎性疾病患者随机分成 A 组(抗生素+口服中药+中药千金膏保留灌肠)154 人, B 组(抗生素+口服中药)40 人, C 组(单纯应用抗生素)40 人, 治疗并观察其疗效。结果 A 组治愈率 100%, B 组治愈率 77.5%, C 组治愈率 60%, 3 组比较差异有显著性意义($P<0.01$)。结论 A 组对盆腔炎性疾病后遗症治疗疗效优于 B 组及 C 组, 是治疗盆腔炎性疾病的一种有效方法。

关键词: 盆腔炎性疾病后遗症; 抗生素; 千金膏灌肠

中图分类号: R271.13 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2013)03-0066-03

盆腔炎性疾病(PID)长期反复发作或“隐匿性”PID 治疗延误, 出现盆腔炎性疾病后遗症在临床更为普遍^[1], 故临床上对其诊断和治疗就显得更为重要。因此本课题针对盆腔炎性疾病后遗症患者的治疗研究, 充分发挥中医药治疗病原体的优势, 当出现抗生素耐药性的时候, 运用中药可改变体内致病菌对抗生素的敏感性, 进而有利于药物对病原体的彻底杀灭, 标本兼治, 整体合参, 显著提高盆腔炎性疾病后遗症的治愈率。

1 资料和方法

1.1 临床资料

课题组收集 2009 年 9 月~2011 年 8 月经检查拟诊为盆腔炎性疾病后遗症病例 581 人, 将符合纳入标准的 549 人取其宫颈分泌物培养结果阳性者 234 人, 年龄最小 18 岁, 最大 65 岁; 其中, 18~40 岁(青年)培养 310 例, 阳性 122 例, 阳性率 39.35%; 41~65 岁(中年)培养 239 例, 阳性 112 例, 阳性率 46.86%; 年龄组之间比较, 差异无统计学意义($\chi^2=2.918, P=0.232$)。见表 1。

表 1 各年龄段细菌培养情况

年龄段	例数	阳性	阳性率/%	P 值
18~40 岁	310	122	39.35	
41~65 岁	239	112	46.86	
合计	549	234	42.62	>0.05

将 234 人随机分成 A 组(抗生素+口服中药+中药保留灌肠)154 人、B 组(抗生素+口服中药)40 人、C 组(单纯应用抗生素)40 人。

1.2 诊断及辨证标准

1.2.1 西医诊断标准^[1]

参照中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组制定的《盆腔炎症性疾病诊治规范(草案)》最低诊断标准(minimum criteria)、支持 PID 诊断的附加条件、PID 的特异性诊断标准、腹腔镜诊断 PID 标准。

1.2.2 中医辨证标准^[2]

湿热蕴结证: 主症: 下腹胀痛或刺痛, 痛处固定, 腰骶胀痛, 带下量多, 色黄质稠, 低热起伏。次症: 行经腹痛加重, 月经量多有块, 或淋漓不净, 神疲乏力, 舌苔黄腻, 脉弦数滑。

1.3 病人入选条件

1.3.1 纳入标准

① 符合 PID 和中医湿热蕴结证辨证标准者; ② 年龄 18~65 岁的妇女; ③ 观察前 15 d 内未服用过治疗上述病症为主要适应证的中西药物, 未采用过针对上述病症的其他治疗方法; ④ 愿作为受试对象, 接受观察药物剂型, 保证完成疗程。

1.3.2 排除标准

① 妊娠或哺乳期妇女, 对本药过敏者; ② 伴有血管、肝、肾和造血系统等严重复发性疾病以及精神病患者; ③ 存在肿瘤及癌前病变者, 或宫颈炎由

收稿日期: 2012-05-22 修回日期: 2012-10-03

作者简介: 李晓玲(1963~), 女, 云南江川人, 主任医师, 从事妇科诊疗和手术工作。

滴虫、霉菌、细菌、病毒所致者;④慢性阑尾炎所致下腹痛;子宫内膜息肉、功能失调性子宫出血、异位妊娠、外伤等所致的阴道不规则出血;⑤未按规定用药,无法判定疗效或资料不全等影响疗效和安全性判定者。⑥中医辨证非湿热蕴结证者。

1.4 检查及治疗

1.4.1 检查

①妇科检查:双合诊;②B超、彩色超声多普勒、CT、磁共振等检测手段能对感染形成的炎性包块、脓肿以及静脉血栓作出定位及定性诊断。③血常规、血沉、C-反应蛋白。血、宫颈分泌物培养+药敏试验,宫颈分泌物涂片检查,宫颈分泌物衣原体、支原体检查。

1.4.2 治疗

1.4.2.1 抗生素治疗

参照《盆腔炎症性疾病诊治规范(草案)》,对有发热等全身感染症状明显者,全身使用抗生素,根据经验选择广谱抗生素覆盖可能的病原微生物,包括淋菌、沙眼衣原体、支原体、厌氧菌和需氧菌等。病原微生物检查阳性者则依据药敏试验结果调整用药;抗生素的剂量足够,疗程为14d。初始治疗时根据病情轻重可静脉给药或非静脉给药;病情好转后可改为口服给药。

1.4.2.2 中药治疗

A组、B组病人在使用抗生素的基础上,口服中药清热调血汤,每日1剂,连服15d;A组病人同时用千金膏保留灌肠(本院制剂室自己生产成品药200mL 1瓶),每日1次,15d为1疗程,经期停用。

1.4.3 疗程

1~3个疗程,对于需氧菌、厌氧菌感染的PID,经治疗10d后复查宫颈分泌物培养阴性为治愈;对于沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染的PID,同时治疗性伴侣,治疗结束后4~6周复查病原体,连续3次阴性为治愈。

1.4.4 观察指标

体温,腹痛腹胀情况,阴道分泌物的量和性状,妇科检查(由专人负责):子宫附件的情况,妇科B超检查,宫颈分泌物培养(对于沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染的PID,连续3次阴性为治愈)。

1.5 统计学方法

采用SPSS17.0统计软件包进行统计学分析:资料首先做研究基线的一致性检验。计数资料用卡方检验,1<T<5时用校正公式。计量资料用t检验,偏

态分布时用t'检验。两样本均数的比较用t检验。

2 疗效标准与治疗结果

2.1 疗效标准

病情记分标准及病情程度分级按《中药新药治疗女性生殖系统炎症的临床研究指导原则》^[1]标准制订:子宫活动受限、压痛,记5分;输卵管呈条索状、压痛,记5分;子宫一侧或两侧增厚、压痛,记5分;下腹腰部酸痛下坠,记3分;带下增多,记1分;低热,记1分;经期腹痛,记1分;病程每增加1年,加0.5分。

2.2 结果判断

疗效标准制定同样按上述标准制定。痊愈:症状、体征及妇科检查恢复正常,病原体转阴(对于沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染的PID,连续3次阴性)。显效:症状消失,妇科检查有明显改善,积分降低2/3以上;病原体转阴(对于沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染的PID,连续3次阴性)。有效:症状、体征及检查均减轻,积分降低1/3以上;病原体转阴(对于沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染的PID,连续3次阴性)。无效:症状、体征无改善,积分降低小于1/3。

2.3 阶段疗效评价

第1阶段评价(开始治疗3d):临床改善:患者感染的症状、体征改善,伴体温改善;临床失败:患者感染的症状、体征持续和(或)无体温改善。

第2阶段评价(开始治疗10d):持续治愈:临床复发:PID的症状体征又出现。

第3、4阶段评价为治疗后2月、3月:持续治愈;有后遗症:遗留有以盆腔痛为主的不适等现象;临床复发:PID的临床体征又出现。

2.4 治疗结果

总疗效比较A、B、C3组患者经过完整疗程的治疗后,A组治愈率明显高于B组、C组($P<0.01$),见表2。

表2 3组治疗后总疗效比较

组别	例数	痊愈、显效、有效例数	无效例数
A	154	154	0
B	40	31	9
C	40	24	16

注:A组、B组、C组治疗后疗效比较结果,经 χ^2 检验, $\chi^2=60.3$ $P<0.01$ 差异有极显著性,有统计学意义。A组与B组治疗后疗效比较: $\chi^2=31.41$ $P<0.01$ 差异有极显著性;A组与C组治疗后疗效比较: $\chi^2=61.96$ $P<0.01$ 差异有极显著性;B组与C组治疗后疗效比较: $\chi^2=2.85$ $P>0.05$ 差异无显著性。

3 讨论

盆腔炎性疾病(PID)即指女性上生殖道及其周围组织的一组感染性疾病,包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿和盆腔腹膜炎。其病原体主要有外源性及内源性两种来源,外源性病原体主要为性传播疾病的病原体,如淋病奈瑟菌、沙眼衣原体、支原体等。内源性病原体主要有金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠埃希菌、阴道加德纳菌、脆弱类杆菌等^[4]。PID 多发生于性活跃期、有月经的妇女,常见的症状为下腹痛、发热、阴道分泌物增多。绝大多数 PID 能彻底治愈,若 PID 未能得到及时正确的治疗,则可由于盆腔粘连,组织增生、瘢痕形成而致不孕、输卵管妊娠、慢性盆腔痛,炎症反复发作等 PID 后遗症。近年来,Wolne-Han-ssen 提出“无症状”(asymptoms)或“非典型”(atypical)PID 的概念。这种“无症状”PID 并不是完全没有症状,它可能出现不典型的临床表现而未被重视从而未发现或诊断 PID,这种“隐匿性”PID 可能较临床症状明显者更为普遍^[5]。患者可表现为长时间的腰痛、下腹痛、白带异常、月经异常等,造成精神上的折磨。抗生素治疗 PID 有着良好的疗效,但 PID 可造成相当比例的后遗症,如上描述的慢性盆腔痛、炎症反复发作即为其中之一。因此,应用中医中药治疗减少 PID 后遗症的发生或消除已经出现的 PID 后遗症是本研究的目标。

本病属祖国医学“带下病”、“妇人腹痛”的范畴。中医认为本病的发生是由于经行产后,正气虚弱,外邪乘虚而入以致湿热内蕴,气滞血瘀,冲任受阻,凝集下焦,湿瘀互结而成。本课题收集中医辨证属湿热瘀结型患者,临床表现为下腹疼痛,带下量多,色黄,口干口苦,胸闷纳呆,小便黄短,大便干结,舌质黯红,有瘀点瘀斑,苔黄腻,脉弦数或濡数;治以清热利湿,活血化瘀;方选清热调血汤随症加减口服,主要药物组成为当归、川芎、白芍、生地、黄连、香附、桃仁、红花、延胡索、丹皮、莪术等。据现代药理学研究,清热解毒类中药具有抗菌、抗炎、抗病原体、抗纤维组织增生、增强免疫力等功效^[6]。如蒲公英、金银花等具有广谱抑菌作用,对金葡菌、溶血性链球菌有较强的杀灭作用^[7];黄连、黄柏、败酱草等清热解毒药可调节 TR 和 TS 细胞功能和比例,抑制肥大细胞的脱颗粒和递质的释放,抗菌和消炎,改善微循环和降低毛细血管的通透性,调节内分泌,

吞噬细胞对机体的免疫功能起双向调节作用^[8]。活血祛瘀类中药不仅能改善微循环,还可调节机体免疫功能^[9],如桃仁、红花、延胡索、川芎、三棱、莪术等能改变血液流变性,改善微循环,减少炎症组织的渗出,抑制结缔组织增生,加强炎性物的软化吸收,促使炎症消散^[8]。

由于治疗盆腔炎性疾病疗程长,长久服药,终有败脾胃之弊端,在盆腔炎性疾病的外治法中以灌肠居多,药物保留灌肠使药液通过直肠粘膜充分吸收,直达炎症部位,迅速发挥药物效应;同时还可免除口服药物受胃十二指肠、各种消化酶作用及胃中 PH 值的影响,从而保持药物的效价,破坏病原菌的生存环境,达到治疗的目的^[10]。本课题在抗生素应用加上中药清热调血汤口服的基础上,另予以我院制剂千金膏灌肠液,主要药物为毛冬青、黄芪、萆薢、莪术。据现代药理研究表明,金黄色葡萄球菌对毛冬青极度敏感;变形、痢疾(弗氏)、绿脓杆菌亦属敏感。这些药物合用抗菌谱广,且能扩张血管,促进血液循环,改善病灶周围血氧供应,降低毛细血管壁的通透性,改善组织微循环;改善组织营养,提高机体新陈代谢;促使炎症感染过程终止,促进炎症及增生组织的吸收和软化消散^[11]。

本课题研究结果显示,总疗效治愈率为:A 组 100%、B 组 77.5%、C 组 60.0%;3 组总疗效比较 $P < 0.01$,有统计学意义;A、B 两组比较 $P < 0.01$,有统计学意义;A、C 两组比较 $P < 0.01$,有统计学意义;B、C 两组比较 $P > 0.05$,无统计学意义;提示在盆腔炎性疾病后遗症的治疗中抗生素+口服中药+中药保留灌肠疗效明显优于抗生素+口服中药治疗组与仅使用抗生素组。

综上所述,抗生素配合中药口服+中药千金膏保留灌肠治疗,不仅明显缓解患者的主观症状,亦明显提高病原体转阴率。抗生素辅以中药口服及灌肠既发挥了抗生素的高效抗菌作用,同时也弥补了西药的相关副作用和不足之处,缓解盆腔粘连,减少炎症反复发作及慢性盆腔痛的发生率,提高生殖道病原体感染的转阴率,二者优势互补,协同作用,是一种值得进一步研究和推广的综合治疗方法,此方法值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎性疾病诊治规范(草案)[J]. 中华妇产科杂志(下转第 76 页)

血凉血之功。现代药理研究发现紫草有抗炎,免疫调节等作用^[7],仙鹤草能明显缩短出血时间,并增加血小板数,有明显的抗体外血栓作用^[8]。采用本方进行熏洗,一方面是通过药物蒸气由皮肤渗入,在通过受热扩张的毛细血管,直接作用于病变的部位,可促进气血畅通,加速局部血流速度,降低毛细血管的通透性。另一方面是通过蒸气本身的热力作用,使血管扩张,促进局部血液循环。通过药物熏洗局部,直接作用于体表皮肤、腧穴,发挥局部作用,还能通过经络、气血调整内在脏腑功能失调,促进经络疏通,气血调和,从而发挥整体治疗作用。从临床观察结果可以看出,三草汤熏洗配合临床用药治疗小儿过敏性紫癜,明显提高临床疗效,缩短皮肤紫癜及关节肿痛等临床症状的消退时间,还能明显降低过敏性紫癜的复发率,临床使用操作简便,不易产生不良反应,患儿易于接受,依从性高,值得临床进一步推广使用。

参考文献

- [1] 王雪峰. 中西医结合儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005:216-217.
- [2] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:688-690.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京:南京大学出版社,1994:444-445.
- [4] 杨阳,宫毅. 银芷肛肠熏洗剂治疗痔急性发作的临床观察[J]. 云南中医学院学报,2010,33(5):52-54.
- [5] 何平,朱瑛,苏艳. 刘以敏治疗小儿过敏性紫癜经验初探[J]. 中医药学刊,2006,24(3):404-405.
- [6] 陈钰沁,张超,赵明智,等. 昆明滇紫草质量标准初步研究[J]. 云南中医学院学报,2011,34(2):7-10.
- [7] 李亮,陈钰沁,张超,等. 紫草素的研究进展[J]. 云南中医学院学报,2011,34(5):62-66.
- [8] 谷燕,谢江海. 小蓟饮子加味治疗 IgA 肾病血尿 30 例疗效观察[J]. 云南中医学院学报,2012,35(2):40-42.

(编辑:徐建平)

Clinical Observation of Three Grass Soup Fumigation Treatment 60 Cases of Children Allergic Purpura

YANG Ruo-jun¹, HE Ping², SU Yan², YING Wei-ping¹, WANG Yan-fen², GUI Su-mei²

(1. Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650500;

2. The First Affiliated Hospital of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650021)

ABSTRACT: **Objective** To observe the clinical effect of traditional Chinese medicine three grass soup fumigation treatment of pediatric allergic purpura. **Methods** 120 cases of allergic purpura were randomly divided into treatment group and control group. The treatment group were treated with western routine therapy and traditional Chinese medicine fumigation treatment, control group mainly to Chinese and Western conventional treatment. **Results** the total effective rate of treatment group was 96. 7%, control group, the total efficiency of 85%, the treatment group was superior to the control group in improving symptoms onset time. **Conclusion** three grass soup significantly fumigation treatment of children allergic purpura curative effect, in particular, has significant effects on the aspects of the rash subsided, alleviate pain in joints, and use the method is simple and convenient, worthy of clinical application.

KEY WORDS: children; allergic purpura; Herbal Fumigation; three grass soup

(上接第 68 页)志,2008,43(7):556-558.

- [2] 马定璋. 中医妇科学[M]. 6 版. 上海:上海科学技术出版社,1997:106.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第 1 辑. 北京:卫生部出版社,1993:252.
- [4] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:279-285.
- [5] 王建六. 盆腔炎的诊断与治疗 [J]. 现代妇产科进展, 2006,15(1):10-12.
- [6] 孔一帆,史克莉. 莪术研究概述[J]. 湖北中医药大学学报, 2011,13(1):47-49.

- [7] 吴艳玲,朴惠善. 蒲公英的药理研究进展[J]. 时珍国医国药,2004,15(8):519-520.
- [8] 杨越. 慢性盆腔炎的辨证与治疗 [J]. 辽宁中医杂志, 2004,31(1):53-54.
- [9] 国家中医药管理局编委会. 中华本草[M]. 上海:上海科学技术出版社,1998.
- [10] 李国成,马永良. 中药盆灌液治疗慢性盆腔炎 75 例疗效观察[J]. 中药材,2005,28(1):76-77.
- [11] 陈颐,黄健玲. 中药内外合治慢性盆腔脓肿 21 例[J]. 中医研究,2006,19(8):36-38.

(编辑:岳胜难)