

加味完带汤联合硝酸咪康唑栓治疗 外阴阴道假丝酵母菌病 50 例

李彩霞

(南阳医学高等专科学校附属中医院,河南 南阳 473000)

摘要:目的 观察加味完带汤联合硝酸咪康唑栓治疗外阴阴道假丝酵母菌病的临床疗效。方法 选择 2012 年 7 月~2014 年 7 月期间本院收治的 90 例外阴阴道假丝酵母菌病患者为研究对象,并将其随机分为治疗组(50 例)和对照组(40 例)。对照组给予硝酸咪康唑栓,每晚 1 粒(200 mg),塞入阴道深处,连用 7 天;治疗组在此基础上加用,每日加用加味完带汤 1 剂,分早晚口服,疗程 7 天。结果 治疗组有总效率 96.00 % 高于对照组 77.75 % ($P<0.05$)。结论 加味完带汤联合硝酸咪康唑栓治疗外阴阴道假丝酵母菌病疗效优于单用硝酸咪康唑栓。

关键词:外阴阴道假丝酵母菌病;完带汤;硝酸咪康唑栓;疗效
中图分类号: R 711.31 **文献标识码:** B **文章编号:** 1672-0571(2015)03-0043-03
DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2015.03.018

外阴阴道假丝酵母菌病是由假丝酵母菌引起的常见外阴阴道炎症,主要表现:外阴瘙痒、灼痛、尿痛以及性交痛,部分患者阴道分泌物增多,分泌物由脱落上皮细胞和菌丝体、酵母菌及假菌丝组成,其特征为白色稠厚呈凝乳或豆腐渣样^[1]。相当于中医带下病,证属脾虚湿困型。本临床观察在 2013 年 7 月~2014 年 7 月期间,运用加味完带汤联合硝酸咪康唑栓治疗外阴阴道假丝酵母菌病取得较好疗效,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 7 月~2014 年 7 月本院门诊外阴阴道假丝酵母菌病已婚女性患者 90 例,随机分为两组,治疗组 50 例,年龄 22~57 岁;对照组 40 例,年龄 24~55 岁,两组病程均为 1~5 月之间,详见表 1。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 两组年龄、病程比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	平均年龄(岁)	平均病程(月)
对照组	40	33.97±4.18	3.23±1.71
治疗组	50	35.21±4.33	3.42±1.63

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准及外阴阴道假丝酵母菌病
评定标准 参照《妇产科学》^[1]、中华妇产科分会

感染性疾病协作组《外阴阴道念珠菌病诊治规范(草案)》^[2];临床症状:外阴瘙痒、烧灼痛、性交痛、尿烧灼痛;妇科检查:外阴红斑、水肿,抓痕。阴道粘膜充血、水肿、由脱落上皮细胞和菌丝体、酵母菌及假菌丝组成的阴道分泌物增多,其特征为白色稠厚呈凝乳或豆腐渣样。真菌学检查阳性。

1.2.2 中医诊断标准及评定标准 参照《中医妇科学》^[3]《中药新药临床研究指导原则》^[4]。临床表现:带下量多,色白或淡黄,质稀薄,或如涕如唾,绵绵不绝。面色㿔白或萎黄,四肢疲倦,或浮肿,脘肋不舒,纳差,便溏。舌质淡胖,苔白或腻,脉细缓,证属脾虚湿困。

1.3 纳入标准 (1)符合上述外阴阴道假丝酵母菌病的西医诊断标准。(2)女性,年龄范围 22~57 岁。(3)已婚或有性生活。(4)自愿参加本次调查者。

1.4 病例排除标准 (1)无性生活史,不符合上述诊断标准者。(2)妊娠期、哺乳期妇女。(4)混合阴道感染。(5)合并严重心、脑血管、肝、肾和造血系统等多器官障碍,长期使用抗生素及类固醇制剂。(6)依从性差者,如痴呆、精神病患者。(7)硝酸咪康唑栓剂过敏史者。

1.5 治疗方法 对照组给予硝酸咪康唑栓剂,每

晚 1 粒(200 mg),塞入阴道深处,连用 7 d;治疗组在此基础上加用,每日加用加味完带汤 1 剂,分早晚口服,疗程 7 d。药物组成:党参 30 g,山药 30 g,白术 30 g,白芍 15 g,苍术 15 g,车前子(包煎)15 g,陈皮 10 g,柴胡 10 g,黑荆芥穗 15 g,甘草 3 g,牡丹皮 10 g,栀子 5 g,地肤子 10 g,白鲜皮 15 g。

1.6 统计学分析 应用 SPSS17.0 软件进行,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 疗效标准与治疗结果

2.1 疗效标准 痊愈:白带色、质、量、气味均正常,伴随症状、体征消失,白带检查常规假丝酵母菌阴性,随访 6 个月无复发;好转:带下量明显减少,无色或色白,质稍稀,伴随症状、体征减轻,白带检查常规假丝酵母菌阴性;无效:治疗前后白带色、质、量、气味,伴随症状、体征带减轻不明显或无变化,病原菌阳性。

2.2 治疗结果 两组临床疗效比较见表 2。

表 2 两组临床疗效结果比较(n)

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
对照组	40	20	11	9	77.75
治疗组	50	34	14	2	96.00*

* 与对照组相比, $P<0.05$

3 讨论

外阴阴道假丝酵母菌病,西医学认为约 80 % ~ 90 % 的病原体为白假丝酵母菌,其余常见的几种分别为近平滑假丝酵母菌、热带假丝酵母菌、光滑假丝酵母菌,约占 10 % ~ 20 %。白假丝酵母菌,菌体呈卵圆形或圆形,革兰氏染色阳性,以出芽方式繁殖,为有酵母相和菌丝相的双相菌,酵母相是芽生孢子,在无症状寄居及传播中起作用;菌丝相是芽生孢子生长为假菌丝,不与母菌体脱离,侵袭组织能力加强。其在普通琼脂及沙保培养基上均生长良好,耐酸。有丝酵母菌感染的阴道 pH 在 4.0 ~ 4.7,通常 <4.5 ,当机体的抵抗力降低,阴道内糖原增多,酸性增强时,即可迅速繁殖而引起炎症,故本病多见于孕妇、糖尿病、口服避孕药及接受大量雌激素治疗的患者、大量长期应用抗生素及。肾上腺皮质激素,亦可使菌群紊乱,而导致假丝酵母菌生长。其他如严重的传染病,消耗性疾病以及 B 族维生素缺乏等均为其生长繁殖的有

利条件。内源性传染为其主要的传播途径,少部分患者通过性交直接传染,或接触感染的衣物而传染。

单用硝酸咪康唑治疗外阴阴道假丝酵母菌病的一般短期疗效较好,能很好地改善临床症状,但有一定副作用,且不能有效预防复发。

中医根据外阴阴道假丝酵母菌病的临床症状及体征,将其归属为“带下病、脾虚湿困证”的范畴,脾气不足,运化失常,湿浊不化,湿邪下注,肝气失疏,损伤任带,使任脉不固,带脉失约而为带下量多;脾虚则中阳不振,化源不足,气血不能上荣于面,四肢不能濡养,则面色晄白或萎黄,四肢倦怠;脾虚湿滞,清阳不升,则纳少便溏,四肢浮肿;舌淡胖,苔白腻,脉缓弱皆为脾虚湿困之象^[5]。临床上当以补中健脾化湿止带为治疗大法。方选加味完带汤。方中白术、山药、党参健脾益气,祛湿止带同为君药;其中白术以健脾阳,燥湿化浊,山药以健脾阴,并补肾固精约束带脉,党参中益气健脾,更合健脾止带之用;党参补中益气,以助补脾;陈皮、苍术均可运脾燥湿,和胃行气,使气行脾健以利化湿,车前子利水渗湿通淋,使湿从小便而泄,使邪有出路,共为臣药,君臣相配,利湿而不伤正;白芍柔肝,柴胡疏肝解郁,以达肝气调达,黑荆芥祛风胜湿,以助收涩止带,俱为佐药;丹皮、栀子疏肝解郁清热,地肤子、白鲜皮化热除湿以利止痒;甘草合中并调和诸药,为使药。诸药合用共取补气健脾,祛湿止带之功。

综上所述,完带汤治疗脾虚型带下病是有据可循的,本次临床观察完带汤对于治疗外阴阴道假丝酵母菌病的临床干预作用的结果提示其与单纯应用硝酸咪康唑治疗外阴阴道假丝酵母菌病的疗效差异有统计学意义,总有效率 $P<0.05$,研究中治疗组的总有效率达 96.00 %,高于对照组(77.75 %),与部分文献^[5]研究资料显示的总有效率 90 % 基本一致,表明完带汤用于治疗外阴阴道假丝酵母菌病有一定的临床意义,是一种有效的、值得推荐的外阴阴道假丝酵母菌病治疗方法。本研究采用中西医结合的方法,扶正祛邪,健脾利湿止带,中药口服联合西药外用,一方面从全身调理提高身体免疫力,一方面以外用的方法杀灭致病菌,调节阴道菌群平衡,避免单纯(下转第 51 页)

3.4.4 其他 给患者及家属、陪护灌输康复意识,充分调动患者及其家属的积极性,将康复理念贯穿于生活的每一个细节,将康复治疗的疗效最大化。对于痉挛严重、病程较长者,康复治疗效果欠佳,应当有针对性选择药物治疗,严重者可考虑手术。

3.4.5 注重影响针灸疗效的因素研究,优化临床方案 通过科学的研究方法,优化针灸临床方案,排除干扰因素,提高临床疗效,并因此制定临床路径,便于临床推广。同时借助肌电、生物反馈等现代医学技术和设备,发展现代针灸技术,为临床提供新的治疗思路。

综上所述,针灸在整体观念的指导下,结合现代康复治疗技术,寻求和优化治疗痉挛的最佳治疗方案,把康复理念贯穿到针灸治疗的每一个环节和始终,最大程度的获得患者及其家属的认同和配合,将针灸的治疗效果最大化,以缩短病程,减轻患者的痛苦,并因此形成规范的诊疗流程,是我们现代针灸工作者的追求目标。

参考文献

[1] 睢明河. 针刺手少阳经穴治疗中风后上臂痉挛的临床观察[J]. 针刺研究,2001,26(2):131-133.
[2] 胡俊霞. 泻阴补阳针刺法治疗脑卒中后痉挛性运动障碍的疗效评价[D]. 北京:北京中医药大学,2007.
[3] 张莉,王建成,闫付兰. 拮抗肌取穴法在治疗脑卒中与脑外伤后肢体痉挛方面的疗效分析[J]. 四川中医,2007,25(11):106-107.
[4] 娄必丹,章薇,刘智,等. 张力平衡针法改善脑卒中痉挛瘫痪患者残损功能的临床评价[J]. 中国针灸,2010,30(2):89-92.
[5] 盛国滨,卢凤娟,刘长燕,等. 针刺经筋结点结合康复治疗

法治疗中风后痉挛性瘫痪[J]. 针灸临床杂志,2011,27(5):25-26.
[6] 刘美荣,刘伍立. 针刺夹脊穴治疗脑卒中痉挛状态的临床研究[J]. 实用心脑血管病杂志,2006,14(6):450-452.
[7] 赵建国,徐振华,曹辰虹. 针刺锥体区治疗卒中偏瘫痉挛状态的临床研究[J]. 中国中医药信息杂志,2003,10(7):10-12.
[8] 敖金波,李旭英,彭力,等. 温针灸治疗脑卒中痉挛性偏瘫 80 例疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志,2008,15(7):11-12.
[9] 吴勇. 电针刺刺激神经干治疗中风偏瘫痉挛期疗效观察[J]. 湖北中医杂志,2005,27(12):38-39.
[10] 黄振彰. 针刺非痉挛侧穴位和痉挛侧穴位对脑卒中后痉挛偏瘫的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2008.
[11] 嵇海亮. 拮抗肌取穴针刺治疗脑卒中痉挛性瘫痪的临床观察[J]. 山西医药杂志,2010,39(4):363-364.
[12] 董贇. 针刺足三里血海穴对中风病恢复期患者下肢肌张力的影响[J]. 中国民间疗法,2001,3(9):16.
[13] 樊玲,赵菁菁,曾令川. 干预痉挛性瘫痪选经取穴的合理性分析[J]. 四川中医,2006,24(4):96-97.
[14] 程金莲,王麟鹏,王少松,等. 王氏夹脊穴逆针灸治疗对脑卒中偏瘫痉挛状态 117 例随机对照观察[J]. 北京中医,2007,26(8):467-469.
[15] 王茂斌. 脑卒中的康复治疗[M]. 北京:中国科学技术出版社,2006:58-59.
[16] 石学敏. “醒脑开窍”针刺法治疗脑卒中[J]. 中国临床康复,2003,4(7):1057-1058.
[17] 董贇. 脑卒中患者良姿位针刺的临床疗效[J]. 中国康复,2001,16(2):98.

(收稿日期:2014-10-11 编辑:巩振东)

(上接第 44 页)使用抗真菌药物引起的菌群失调,对外阴道假丝酵母菌病的治疗大有裨益,明显优于单一的治疗方法,治疗中无不良反应。患者易接受,经临床应用观察,效果良好,值得推广使用。

参考文献

[1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:249-240.
[2] 中华妇产科分会感染性疾病协作组. 外阴阴道念珠菌

病诊治规范(草案)[J]. 中华妇产科杂志,2004;39(6):430-431.
[3] 张玉珍,谭万信,尤昭玲. 中医妇科学[M]. 2 版. 北京:中国中医出版社,2007:187~188.
[4] 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,2002:361~385.
[5] 尹香花,尤昭玲,王瑛. 傅山完带汤临床应用进展[J]. 中华中医药学刊,2007,25(8):1713-1714.

(收稿日期:2015-01-21 编辑:王益平)