

中西医结合治疗妇科慢性 盆腔炎的临床疗效观察

贾小林* 张金玲**

(1. 府谷县中医医院, 陕西 府谷 719000; 2. 黄陵县人民医院, 陕西 黄陵 727300)

摘要:目的 观察中西医结合治疗妇科慢性盆腔炎的临床效果。方法 将 2018 年 1 月~2018 年 12 月 60 例在我院接受治疗的慢性盆腔炎患者纳入研究对象, 遵循随机原则将患者分为治疗组(30 例)与对照组(30 例), 分别给予中西医结合治疗与常规西医治疗, 对两组患者治疗前后肿瘤坏死因子水平、中医证候积分、治疗效果以及不良反应发生情况进行综合评价。**结果** 治疗组患者治疗后的 TNF 水平显著下降, IL-2 水平提升, 与对照组比较差异显著($P < 0.05$), 有统计学意义; 治疗组患者治疗后下腹坠胀、腰骶部疼痛等中医证候积分明显降低, 与对照组比较差异较大($P < 0.05$), 有统计学意义; 治疗组患者治疗后总有效率达到 93.33%, 与对照组的 70.00% 差异有统计学意义($P < 0.05$); 对两组患者不良反应予以观察随访, 发现治疗组不良反应发生率为 3.33%, 低于对照组的 20.0% ($P < 0.05$), 统计学有意义。**结论** 中西医结合治疗妇科慢性盆腔炎, 能够促进患者肿瘤坏死因子相关指标改善, 加快症状消失, 且不良反应少, 值得推广应用。

关键词: 中西医结合; 慢性盆腔炎; 肿瘤坏死因子

中图分类号: R711.33 文献标识码: B 文章编号: 1672-0571(2019)06-0112-04

DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2019.06.034

作为临床上一种极为常见的妇科疾病, 慢性盆腔炎主要指的是女性内生殖器官及周围盆腔腹膜、结缔组织产生的炎症症状, 患者多伴随不同程度下腹疼痛、发热等, 严重影响着女性的生活质量^[1]。文献报道, 当前我国女性慢性盆腔炎发病率高达 30%~60%, 且呈现出逐年增高的趋势, 该疾病病程长、治愈率低, 且具有反复发作的特点^[2], 若治疗不及时或治疗方式不当, 轻则引起输卵管妊娠、慢性盆腔痛, 重则导致不孕, 影响到女性的生殖健康。传统临床上治疗慢性盆腔炎多以西医为主, 其尽管能够缓解患者病情, 然而复发率高, 且伴随一系列不良反应的发生, 效果达不到预期^[3]。近年来, 中医在治疗慢性盆腔炎方面积累了丰富的经验, 为探究其有效性, 纳入的病例均为我院慢性盆腔炎患者, 共计 60 例, 结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 于府谷县中医医院妇科科收集 2018 年 1 月~2018 年 12 月 80 例慢性盆腔炎患者病例资料, 随机数字表法实施分组, 治疗组与对照组各 30 例。治疗组: 年龄为 24~54 岁, 平均年龄为 (34.5 ± 6.6) 岁, 病程为 4 个月~8 年, 平均病程为 (3.1 ± 1.4) 年, 其中有生育史患者 19 例, 无生育史患者 11 例; 对照组: 年龄为 23~56 岁, 平均年龄为 (34.4 ± 6.5) 岁, 病程为 3 个月~7 年, 平均病程为 (3.2 ± 1.1) 年, 其中有生育史患者 18 例, 无生育史患者 12 例。为确保研究的科学性与合理性, 两组患者一般资料均予以统计学分析, 证实两组间差异较小($P > 0.05$), 具有可比性, 可予以比较分析。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: ①患者接受临

* 作者简介: 贾小林(1974-), 女, 副主任医师, 研究方向: 妇产科方面。Email: 1324696389@qq.com

** 通讯作者: 张金玲, 副主任护师。Email: 514876910@qq.com

床诊断及 B 超检查,证实为慢性盆腔炎,与国际临床诊断标准相符^[4];②研究符合医学伦理,并经过医学伦理委员会批准、认可,所有研究对象均为自愿参与研究,签订知情同意书。排除标准:①肝肾功能疾病及确诊为重要脏器疾病者;②意识模糊、认知功能缺陷患者以及精神障碍疾病患者;③合并恶性肿瘤疾病及血液系统疾病患者;④妊娠期及哺乳期妇女;⑤存在其他生殖系统疾病患者;⑥对研究药物过敏或过敏体质患者;⑦不配合研究或中途退出研究者。

1.3 方法 对照组:给予常规西医治疗。给予 200mL 替硝唑注射液(南阳普康集团衡消制药有限公司,国药准字 H20057594)静脉滴注,1 次/d,乳酸环丙沙星注射液(上海长征富民金山制药有限公司,国药准字 H10930157)100mL 静脉滴注,2 次/d。治疗 2 周后改为 2 片/次替硝唑片(湖北广济药业股份有限公司,国药准字 H10950151)及 2 片/次环丙沙星片(广州南新制药有限公司,国药准字 H44020288)口服治疗,2 次/d。治疗组:在对照组基础上加用中医治疗,主要包括中药汤剂与中药灌肠治疗。中药汤剂:组方为金银花、蒲公英各 30g,丹参 18g,赤芍 15g,茯苓、木香各 12g,丹皮、生地、桃仁各 9g。若患者症状严重可加用延胡索 9g;针对湿热严重患者加用苍术 10g;针对合并严重腰膝酸软患者加用杜仲 10g 与牛膝 15g;伴随疼痛患者加用川芎 16g。上述药物水煎制,1 剂/d,分早晚两次服用。中药灌肠:组方为败酱草、野菊花、连翘各 20g,川楝子、赤芍、延胡索、丹参各 15g,三棱、红花各 12g。针对湿热夹瘀型加用金银花,针对气滞血瘀型加用蒲公英、土茯苓;针对寒湿凝滞型加用桂枝、小茴香,1 剂/d。用水煎制取汤汁 100mL,温度以 38℃ 为宜。指导患者保持侧卧位,将臀部抬高 10cm 左右,将肛管插入肛内,动作轻柔,长度为 15cm 左右,在肠腔内滴入药汁,药液保留 40min,1 次/d。两组患者均给予为期 1 个月治疗。

1.4 观察指标 检测两组患者治疗前后肿瘤坏死因子 TNF、IL-2 水平,评估治疗前后两组患者

中医证候积分以及治疗效果,并对患者治疗后不良反应发生情况予以观察,做好相应的记录。中医证候积分包括腰骶胀痛、下腹疼痛、盆腔积液以及月经不调四个方面,每项分值为 0~5 分,分值越高,患者症状越严重^[5]。疗效评估标准:(1)显效:治疗后患者症状消失,体征恢复正常,子宫附件无异常;有效:患者治疗后症状明显改善,盆腔炎性包块缩小,体征趋于正常;无效:治疗后症状无改善,甚至存在加重倾向。治疗总有效率 = 显效率 + 有效率^[6]。

1.5 统计学方法 研究所有数据均在 SPSS22.0 统计学处理软件上进行,所有计数资料采用% 予以表示,组间差异比较采用 χ^2 值予以检验,用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,组间差异性用 t 检验。以 0.05 作为结果判定界限, $P < 0.05$ 可判断组间比较具有明显差异,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后肿瘤坏死因子比较 与治疗前相比,两组患者治疗后 TNF、IL-2 水平均有所改善($P < 0.05$),有统计学意义;治疗组患者治疗后与对照组比较,TNF 明显降低,IL-2 水平提升,显著优于对照组($P < 0.05$),有统计学意义,见表 1。

表 1 两组患者治疗前后肿瘤坏死因子比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	TNF (ng · mL)		IL-2 (ng · mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	2.15 ± 0.36	1.20 ± 0.23	3.12 ± 0.63	4.51 ± 0.52
对照组	30	2.12 ± 0.26	1.82 ± 0.21	3.18 ± 0.59	6.01 ± 0.51
t		0.275	6.027	1.282	9.326
p		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗后,两组患者腰骶胀痛、下腹疼痛等证候积分均得到不同程度改善,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患者各项证候评分在治疗前与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后显著改善,优于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义,见表 2。

表 2 两组患儿治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	腰骶胀痛	下腹疼痛	盆腔积液	月经不调
治疗组 (<i>n</i> = 30)	治疗前	4.12 ± 0.74	3.46 ± 1.12	4.36 ± 0.55	3.79 ± 0.36
	治疗后	1.02 ± 0.56 [*]	1.26 ± 0.24 [*]	1.17 ± 0.52 ^{**}	1.01 ± 0.26 ^{**}
对照组 (<i>n</i> = 30)	治疗前	4.19 ± 0.84	3.45 ± 1.21	4.35 ± 0.62	3.74 ± 0.32
	治疗后	2.97 ± 0.63 [*]	2.38 ± 1.26 [*]	2.87 ± 0.37 [*]	2.36 ± 0.47 [*]

注:与同组治疗前相比,^{*}*P* < 0.05,与对照组治疗后相比,^{*}*P* < 0.05。

2.3 治疗组与对照组患者临床治疗情况比较

对照组患者中显效 18 例,有效 5 例,治疗的总有效率为 70.00%;治疗组患者中显效 22 例,有效 6 例,治疗的总有效率为 93.33%。治疗组患者治疗的总有效率显著高于对照组(*P* < 0.05),有统计学意义,见表 3。

表 3 治疗组与对照组患者临床治疗情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	22(73.33)	6(20.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	16(53.33)	5(16.67)	9(30.00)	21(70.00)
X ²	/	/	/	/	11.241
<i>P</i>	/	/	/	/	<0.05

2.4 治疗组与对照组患者不良反应发生情况比较

对两组患者予以随访观察,发现治疗组患者中有 1 例出现恶心呕吐,不良反应率为 3.3%,与对照组的 20.0% 比较差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 4。

表 4 治疗组与对照组患者不良反应发生情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	恶心呕吐	头晕	腹部不适	不良反应率
治疗组	30	1(3.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.3)
对照组	30	3(10.0)	1(3.3)	2(6.7)	6(20.0)
X ²	/	/	/	/	10.270
<i>P</i>	/	/	/	/	<0.05

3 讨论

盆腔炎是一种常见的女性生殖器官炎症,发病与盆腔位置,主要分为急性盆腔炎和慢性盆腔炎两种。急性盆腔炎发病急,症状严重,主要表现是持续的肚子痛、阴道分泌物增多,身体发烧等;慢性盆腔炎一般是因为急性盆腔炎未能彻底治疗,落下病根所致,主要表现是下腹部坠胀不适,

一般会在身体过度劳累、夫妻生活之后以及月经前后明显加剧^[7]。慢性盆腔炎病情顽固、复发率高,多数患者因久治不愈而痛苦。随着病程的延长,患者炎症组织机化不断增厚,导致微循环障碍,严重影响着女性的身心健康,严重者甚至影响到女性的生育功能。传统临床对慢性盆腔炎的治疗多为广谱抗生素,其对患者病情具有一定的控制作用,然而具有较高的复发率,且长期应用抗生素会导致肠道菌群失调,产生耐药性,难以彻底治愈,效果不佳。

中医学认为慢性盆腔炎属于“少腹痛”“癥瘕”的范畴,为气滞血瘀所致,在治疗时应以活血止痛、清热利湿为主^[8]。目前,国内已有相当多文献报道了中药治疗如中药口服、灌肠治疗等用于慢性盆腔炎的优势,临床研究证实中药治疗慢性盆腔炎效果优于单纯西医治疗^[9]。基于这一研究结果,此次研究引入了中药汤剂与中药灌肠两种中医治疗方案。中药汤剂组方中的茯苓、蒲公英均可清热利湿、消炎杀菌;木香、生地可健脾补肾、固涩止带,可辅助治疗湿热型盆腔炎,能有效改善带下异常、小腹隐痛等症状;丹参、赤芍可益气养血、滋补肝肾,是常用于妇科疾病的食疗佳品。中药保留灌肠组方中的败酱草能够起到清热解毒的作用,有效祛瘀止痛;野菊花、连翘可清热利湿、解毒;三棱、丹参能够活血化瘀、行气止痛;红花可祛瘀止痛、活血痛经;针对不同症形患者随症加减,能够提升治疗针对性,进而提升治疗效果^[10]。从本次研究结果看,治疗组患者治疗后的 IL-2 及 TNF 水平明显改善,体现了中西医结合治疗对患者炎症的控制作用,该组患者治疗后中医证候积分明显降低,与对照组差异有统计学意义,体现了

该治疗方式对患者临床症状的改善作用。另外中药保留灌肠治疗方式无需通过上消化道,药物作用不会受到胃酸及酶等的影响,且能够减少对胃肠的刺激作用,药物能够直接达到盆腔,增加局部药物浓度,提高了药物利用度,疗效显著。本研究成果显示治疗组治疗总有效率达到 93.33%,不良反应率仅为 3.3%,提示了中西医结合治疗的有效性与安全性。

综上所述,对慢性盆腔炎患者给予中西医结合治疗,有利于改善患者 IL-2、TNF 水平,促进患者症状消失,降低不良反应发生率,疗效确切,可广泛应用于临床。

参考文献

[1]冯伟,马建文,吕瑞凤. 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, 21(24):186-187.

[2]Yang Y, Liu G, Zhong W. Clinical observation on the efficacy of integrated traditional Chinese and western medicine in treatment of chronic renal failure patients due to diabetic nephropathy[J]. Chinese Journal of Integrated Traditional & Western Medicine in Intensive Critical Care, 2015, 9(4):375-81.

[3]许霞光,秦红霞,曾广霞. 妇科千金胶囊配伍奥硝唑胶囊治疗慢性盆腔炎 150 例[J]. 现代中医药, 2017, 29(6):39-40.

[4]Zhao Y, Wang M, Tsering J, et al. An Integrated Study

on the Antitumor Effect and Mechanism of Triphala Against Gynecological Cancers Based on Network Pharmacological Prediction and In Vitro Experimental Validation [J]. Integrative Cancer Therapies, 2018, 17(3):153-154.

[5]向燕,文峰,杨秀英. 金刚藤胶囊联合妇科千金片治疗对慢性盆腔炎患者血清炎症因子、免疫功能及血液流变学指标的影响[J]. 海南医学院学报, 2017, 21(13):214-215.

[6]Ye X Q. Application of fast-track surgical nursing care to laparoscopic surgery in patients with gynecological tumors: Nursing effects and impact on psychological fluctuations [J]. World Chinese Journal of Digestology, 2017, 25(21):1976-1979.

[7]滕薇,王锁杏. 自拟通络逐饮消癥汤加味治疗慢性盆腔炎 138 例[J]. 现代中医药, 2016, 28(3):46-47.

[8]冯彦君,陈继兰,谢京蕊,等. 补肾调周法合二藤汤灌肠治疗慢性盆腔炎湿热瘀结型的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 24(3):109-112.

[9]林淑媛,范蔚芳,谢雪玲. 妇科千金片联合抗生素对慢性盆腔炎患者血液流变学及免疫功能的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(10):144-147.

[10]吴燕萍. 慢性盆腔炎盆腔理疗联合盆腔炎汤保留灌肠的效果观察[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S1):183-184.

(收稿日期:2019-05-13 编辑:巩振东)

(上接第 108 页)

参考文献

[1]Dilogo I H, Primaputra M R A, Pawitan J A, et al. Modified Masquelet technique using allogeneic umbilical cord-derived mesenchymal stem cells for infected non-union femoral shaft fracture with a 12 cm bone defect: A case report[J]. International Journal of Surgery Case Reports, 2017, 34(6):11-16.

[2]黄书晖,陈廷财,陈漫清. 下肢静脉血栓患者 D-二聚体联合股动脉彩超检测对治疗和预后的指导意义[J]. 河北医药, 2018, 40(4):515-517.

[3]叶兆莲,张娇,莫莉萍,等. 高龄多发骨折患者术后长期卧床并发深静脉血栓的原因分析[J]. 重庆医学, 2018, 47(1):101-103.

[4]李娟,孙绍裘,陈旭,等. 桃红四物汤在骨伤科中的临床应用及作用机制研究概况[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(6):171-173.

[5]杨一和,杨培炯. 骨伤内治初探[J]. 北京针灸骨伤学院学报, 1995, (2):21-23.

[6]李巧红. 桃仁红花煎抗血小板聚集及改善血液流变学实验研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(9):14-15.

(收稿日期:2019-05-05 编辑:方亚利)