

中药灌肠联合西医疗疗盆腔炎性疾病的疗效分析

吴香竹, 王凤英, 吴亚琴 (浙江省德清县中医医院, 浙江 德清 313200)

盆腔炎性疾病 (pelvic inflammatory disease, PID) 是指女性上生殖道的一组感染性疾病, 主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎, 可分为急性和慢性两类。PID 病因复杂, 病情反复, 治疗棘手, 能导致育龄妇女不孕、异位妊娠和慢性盆腔痛, 严重影响患者的身体健康和生存质量^[1]。本文分析 2005 年 1 月至 2012 年 12 月在浙江省德清县中医医院就诊的 300 例 PID 患者采用中药辨证分型灌肠联合西医疗疗的效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2005 年 1 月至 2012 年 12 月在浙江省德清县中医医院住院的 PID 患者 300 例, PID 诊断依据妇科检查和超声检查 (B 超) 结果和《妇产科学》^[1]、《中医妇科学》^[2] 的诊断标准。按患者同期就诊顺序, 以及患者自愿使用中药原则, 分为治疗组和对照组, 各 150 例。治疗组年龄 20~54 岁, 平均 28.35 ± 6.67 岁; 病程 1 个月至 15 年, 平均 5.96 ± 4.18 年; 慢性输卵管炎 43 例, 慢性输卵管卵巢炎 26 例, 慢性子宫内膜炎、子宫体炎 30 例, 慢性盆腔结缔组织炎 13 例, 多部位炎症 38 例; B 超显示盆腔积液 109 例, 盆腔炎症包块 26 例, 包块直径 2.4~7.3 cm, 平均 (5.42 ± 1.68) cm。对照组年龄 21~53 岁, 平均 (29.10 ± 5.78) 岁; 病程 2 个月至 14 年, 平均 (5.74 ± 4.20) 年; 慢性输卵管炎 38 例, 慢性输卵管卵巢炎 28 例, 慢性子宫内膜炎、子宫体炎 34 例, 慢性盆腔结缔组织炎 15 例, 多部位炎症 35 例; B 超显示盆腔积液 105 例, 盆腔炎症包块 25 例, 包块直径 2.5~7.2 cm, 平均 (5.56 ± 1.95) cm。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者均半卧位休息, 以利于脓液积聚于直肠子宫陷凹, 从而使炎症局限。同时, 给予高热量、高蛋白、高维生素流质或半流质饮食, 补充液体, 尽量避免不必要的妇科检查。对照组, 给予

头孢呋辛 4 g 加入 0.9% 氯化钠溶液 500 mL 和甲硝唑 2 g 静脉滴注, 每天 1 次, 7 d 为 1 个疗程。治疗组, 在对照组的基础上, 结合中医辨证分型治疗, 根据患者脉像及舌苔等情况, 湿热瘀结型采用红藤汤加减保留灌肠。方药: 红藤 30 g, 白花蛇舌草 30 g, 柴胡 15 g, 当归 15 g, 赤芍 15 g, 三棱 15 g, 莪术 15 g, 乳香 6 g, 没药 6 g, 丹参 15 g, 黄芪 15 g, 皂角刺 15 g, 细辛 10 g, 穿山甲 5 g。急性者加元胡和败酱草, 慢性者加桃仁。每天 1 剂, 浓煎成 100 mL, 待药温在 37~40℃ 时保留灌肠^[3]。

保留灌肠方法: 患者取左侧卧位, 用石蜡棉球润滑输液管及肛门周围, 将一次性输液器的主管输液管缓慢插入肛门 10~14 cm, 调节滴速, 约 30 min 滴完。卧床休息保留药液 60 min 以上, 每天 1 次, 7 天为 1 个疗程。两组均治疗观察 3 个疗程, 月经期停用。

1.2.2 疗效判断标准 治愈: 下腹疼痛及腰骶胀痛等症消失, 白带无异常, 妇科检查正常、B 超显示盆腔包块及积液均消失, 停药 1 个月内未复发。显效: 下腹疼痛及腰骶胀痛等症明显减轻, 妇科检查体征明显改善, B 超显示盆腔包块缩小 70% 以上, 盆腔积液吸收 2/3 以上。有效: 下腹疼痛及腰骶胀痛等症减轻, 妇科检查体征有所改善, B 超显示盆腔包块缩小 30% 以上, 盆腔积液吸收 1/3 以上。无效: 下腹疼痛及腰骶胀痛等症无减轻或加重, 带下仍量多、色黄、质稠, 妇科检查体征无改善, B 超显示盆腔包块无明显缩小, 盆腔积液无明显吸收。总有效率 = (治愈人 + 显效人数 + 有效人数) / 治疗总人数 × 100%。

1.3 统计学分析

采用 Excel 2003 建立数据库, 运用 SPSS13.0 软件进行统计分析, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用 Mann-Whitney 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组基本情况比较

两组年龄、病程、B 超检查结果及包块直径等无

指压内关穴在急诊阑尾切除术中的应用

姚丽萍, 朱惠芳 (浙江中医药大学附属湖州中医院, 浙江 湖州 313000)

急性阑尾炎是腹部外科急诊手术中最常见的疾病,在行急诊阑尾切除术中经常发生不同程度的内脏牵拉反射。为减少手术过程中恶心、呕吐发生的频率和程度,在手术医师将要处理阑尾系膜时,给予指压内关穴,本文报道其实施效果。

作者简介:姚丽萍(1969—),女,主管护师。

1 对象与方法

1.1 对象

2011年1月至2013年1月间160例硬膜外麻醉下实施阑尾切除术的急性阑尾炎患者按住院号尾号奇偶数分为两组:奇数者列为治疗组,给予常规手术护理,并在手术医师将要处理阑尾系膜时,给予指压内关穴;偶数者列入对照组,给予常规手术护理。

明显差异(P 均 >0.05)。见表1。

表1 两组患者基本情况比较($n=150$)

组别	年龄(岁)	病程(年)	盆腔积液(例)	炎症性包块(例)	包块直径(cm)
治疗组	28.35±6.67	5.96±4.18	109	26	5.42±1.68
对照组	29.10±5.78	5.74±4.20	105	25	5.56±1.95
t 值	-1.04	0.45	—	—	-0.67
χ^2 值	—	—	0.26	0.02	—
P 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组总的疗效比较

治疗组总有效率为96.0%,高于对照组的75.3%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组疗效比较

组别	例数	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)	U 值	P 值
治疗组	150	83	36	25	6	96.0	7.314.5	<0.05
对照组	150	48	26	39	37	75.3		

2.3 不良反应

两组在治疗观察期间无明显不良反应发生,血、尿常规,肝功能,肾功能,血清电解质水平均未见明显异常改变。

3 讨论

PID病程长,治疗时间相对较长,单纯用抗生素治疗急、慢性PID主要是以杀灭病原菌为主,但由于病程迁延容易导致细菌耐药,尤其是慢性盆腔炎患者往往已有炎性浸润致结缔组织增生、盆腔广泛粘连,

临床效果往往欠佳。

PID在中医辨证上基本上属于湿热瘀结型,通过对慢性盆腔炎患者微循环和血液流变学的研究,发现患者多有盆腔血管收缩、变窄、血流减慢、黏度增高等高黏血症状态和微循环的异常改变,这从微观上揭示了慢性盆腔炎“血瘀”证的实质。故治疗用红藤汤,根据病情随证加减,以清热除湿、化瘀止痛。方中红藤、败酱草清热解毒;当归、桃仁活血祛瘀通络;三棱有效成分三棱总黄酮具有较强的抗血小板聚集及抗血栓作用,可改善血液循环;莪术有效成分莪术二酮具有显著的抗炎镇痛作用,共奏清热、除湿、化瘀之功效。

本研究结果表明,中西医结合治疗PID的疗效明显好于单用抗菌药物,而且直肠给药经盆腔(直肠)静脉丛吸收,药物直达病灶,能起到药半功倍的效果,同时也避免了药物对胃肠的刺激,减轻了肝脏的负担。研究显示,中西医结合治疗PID有明显的疗效和独特的优势。

4 参考文献

- [1]乐杰. 妇产科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2008:246-252.
- [2]张玉珍,刘敏如. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:313-320.
- [3]魏子刚,罗秀莉,付梅. 中医辨证分型治疗慢性盆腔炎126例[J]. 长江大学学报:自然科学版,2011,8(4):150-151.

(收稿日期:2013-10-14)