

# 桂枝茯苓胶囊联合康妇消炎栓治疗 湿热瘀结型慢性盆腔炎疗效观察

张霞晖, 杨幼林, 安利红, 赵荷兰, 闫金雨

温岭市第一人民医院妇产科, 浙江 温岭 317500

**[摘要]** 目的: 观察桂枝茯苓胶囊联合康妇消炎栓治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎的临床疗效及对血液流变学的影响。方法: 将80例患者随机分为2组, 对照组39例给予左氧氟沙星、甲硝唑治疗, 治疗组41例在对照组的基础上加用桂枝茯苓胶囊、康妇消炎栓治疗。2组均连续观察12周, 观察比较2组中医症状评分、临床疗效及血液流变学指标水平。结果: 总有效率治疗组为95.12%, 对照组为76.92%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后, 治疗组各中医症状评分均较治疗前及对照组治疗后明显下降( $P < 0.01$ ); 对照组各中医症状评分治疗前后变化不大( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组血浆黏度及高切、中切、低切全血黏度均较治疗前下降( $P < 0.01$ ); 且治疗组上述指标改善优于对照组( $P < 0.01$ )。结论: 桂枝茯苓胶囊联合康妇消炎栓治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎的疗效确切, 改善患者血液流变学指标可能参与了其疗效发挥。

**[关键词]** 慢性盆腔炎; 湿热瘀结; 桂枝茯苓胶囊; 康妇消炎栓

**[中图分类号]** R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0134-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.058

慢性盆腔炎多由急性期治疗不彻底, 迁延不愈所致, 临床主要表现为下腹疼痛、腰骶酸痛及盆腔包块。临床资料显示, 对慢性盆腔炎不及时处理, 将引起炎症反复发作, 甚者导致异位妊娠或输卵管阻塞<sup>[1]</sup>。近年来, 笔者以桂枝茯苓胶囊联合康妇消炎栓治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎, 收到较好临床疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例均为2013年1月—2015年1月间本院收治的慢性盆腔炎患者, 共82例, 经中医辨证为湿热瘀结证。全部患者按数字表法随机分为治疗组41例和对照组41例, 其中对照组中途脱落2例。对照组年龄23~51岁, 平均(35.73±4.87)岁; 病程7月~2.5年, 平均(1.60±0.21)年。治疗组年龄24~52岁, 平均(35.94±5.10)岁; 病程6月~2年, 平均(1.55±0.19)年。2组患者在年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 根据《妇产科学》<sup>[2]</sup>中相关标准制定: ①伴有子宫内膜、宫体及附件等炎症病史; ②月经紊乱, 下腹疼痛, 腹痛为持续性, 活动或性生活后加重; ③阴道分泌物增加; ④妇科检查提示子宫压痛或附件区压痛; ⑤影像学检查提示输卵管积液、输卵管增粗、盆腔积液。

**1.3 辨证标准** 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>

标准制定湿热瘀结证标准: ①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。②次症: 低热起伏, 神疲乏力, 经期腹痛加重, 月经量多或伴经期延长, 小便黄赤, 大便干燥或溏而不爽。③舌脉: 舌质红或暗红, 或见边尖瘀点或瘀斑, 苔黄腻或白腻, 脉弦滑或弦涩。

**1.4 纳入标准** ①符合慢性盆腔炎诊断标准者; ②符合湿热瘀结证辨证标准者; ③年龄20~55岁; ④所有患者自愿接受本治疗方案, 且签署知情协议书。

**1.5 排除标准** ①妊娠或哺乳期妇女; ②合并心、肺、肝、肾、内分泌系统疾及精神障碍者; ③合并妇科其他疾病者, 如子宫内异位症、妇科肿瘤等; ④服用其他中药治疗者; ⑤不配合用药者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予左氧氟沙星(浙江医药股份有限公司)治疗, 每次0.2g, 每天2次, 静脉滴注; 甲硝唑(上海百特医疗用品有限公司), 每次500mg, 每天2次, 静脉滴注, 疗程10天。疗效欠佳者, 间隔1周后再继续治疗, 共治疗2~3疗程。

**2.2 治疗组** 在对照组基础上给予口服桂枝茯苓胶囊(江苏康缘药业股份有限公司), 每次3粒, 每天3次, 饭后服。康妇消炎栓(葵花药业集团有限公司), 于每晚临睡前排空大便, 清洗肛周, 取1粒进行肛塞, 置入直肠内约10cm。每次1粒,

**[收稿日期]** 2016-02-14

**[作者简介]** 张霞晖(1981-), 女, 主治医师, 研究方向: 妇产科学。

每天1次,经期停用。

2组患者均连续观察12周统计疗效。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2组中医症状评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>标准拟定。对湿热瘀结证相关症状下腹胀痛或刺痛、腰骶胀痛、带下量多、色黄质稠、神疲乏力、低热起伏、经期腹痛加重、小便黄赤、大便干燥进行量化分级记分,无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)、重度(4分)。②2组血液流变学指标检测:FASCO-3010全自动血流变快测仪测定2组血浆黏度及高、中、低切率全血黏度,分别于治疗前后进行。

3.2 统计学方法 全部数据资料应用SPSS19.0统计软件分析,计量数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较用t检验;计数资料比较用 $\chi^2$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>拟定。临床痊愈:治疗后下腹胀痛及腰骶胀痛等症消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ ;显效:治疗后下腹胀痛及腰骶胀痛等症

消失或明显减轻,证候积分减少70%~95%;有效:治疗后下腹胀痛及腰骶胀痛等症减轻,证候积分减少30%~70%;无效:治疗后下腹胀痛及腰骶胀痛等症无减轻或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为95.12%,对照组为76.92%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	39	10	14	6	9	76.92
治疗组	41	18	11	10	2	95.12 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组中医症状评分比较 见表2。治疗后,治疗组下腹胀痛或刺痛、腰骶胀痛、带下量多、色黄质稠、神疲乏力、低热起伏、经期腹痛加重、小便黄、大便干燥等症评分较治疗前及对照组治疗后明显下降( $P < 0.01$ )。对照组各中医症状评分治疗前后变化不大( $P > 0.05$ )。

表2 2组中医症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	下腹胀痛或刺痛	腰骶胀痛	带下量多	色黄质稠	神疲乏力	低热起伏	经期腹痛加重	小便黄	大便干燥
对照组	39	治疗前	3.69±0.44	4.92±0.71	4.80±0.81	4.75±0.66	4.86±0.65	4.89±0.67	4.75±0.66	4.86±0.65	4.89±0.67
		治疗后	4.80±0.66	4.89±0.68	4.77±0.78	4.72±0.68	4.82±0.61	4.85±0.63	4.72±0.68	4.82±0.61	4.85±0.63
治疗组	41	治疗前	4.82±0.58	4.90±0.65	4.76±0.72	4.71±0.52	4.84±0.57	4.86±0.60	4.71±0.52	4.84±0.57	4.86±0.60
		治疗后	1.03±0.16 <sup>②</sup>	1.06±0.15 <sup>②</sup>	1.11±0.16 <sup>②</sup>	1.20±0.14 <sup>②</sup>	1.16±0.15 <sup>②</sup>	1.22±0.18 <sup>②</sup>	1.20±0.14 <sup>②</sup>	1.16±0.15 <sup>②</sup>	1.22±0.18 <sup>②</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表3。治疗后,2组患者血浆黏度及高切、中切、低切全血黏度均较治疗前下降( $P < 0.01$ );且治疗组上述各指标均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后血液流变学指标比较( $\bar{x} \pm s$ ) mPa·s

组别	n	时间	血浆黏度	高切黏度(150S <sup>-1</sup> )	中切黏度(60S <sup>-1</sup> )	低切黏度(10S <sup>-1</sup> )
对照组	39	治疗前	2.40±0.28	5.93±0.71	8.25±0.92	14.79±1.91
		治疗后	1.63±0.19 <sup>③</sup>	4.68±0.62 <sup>③</sup>	6.89±0.81 <sup>③</sup>	12.33±1.72 <sup>③</sup>
治疗组	41	治疗前	2.37±0.29	5.88±0.70	8.17±0.90	14.61±1.89
		治疗后	1.15±0.15 <sup>③</sup>	3.49±0.45 <sup>③</sup>	5.44±0.62 <sup>③</sup>	10.28±1.56 <sup>③</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

### 5 讨论

慢性盆腔炎归属于中医学腹痛、痛经、癥瘕等病范围,病理改变主要表现为湿、瘀、滞、结。中医学认为,本病与患者房事不洁、劳逸失当、七情内伤等相关,上述因素引起湿热邪毒乘虚侵入胞中及少腹盆腔,初期以邪实为主,表现为湿热瘀毒交阻于胞宫,伴随病情日久不愈,慢性迁延,湿瘀互结滞于冲任胞脉,形成癥瘕。《景岳全书·妇人规·癥瘕类》曰:“瘀

血留滞做癥,唯妇人有之,其证则或由经期,或由产后,凡内伤生冷,或外受风寒,或恚怒伤肝,气逆而血留……总由血动之时,余血未净,而一有所逆,则留滞日积,而渐以成癥矣。”因此,湿热瘀阻为本病的核心病机<sup>[4]</sup>,研究显示湿热瘀阻证为慢性盆腔炎的主要证型<sup>[5]</sup>。故临床治疗以清热利湿、活血化瘀为主。

桂枝茯苓胶囊为桂枝茯苓丸(《金匮要略》)的成方制剂,方中桂枝辛甘而温,温通血脉以行瘀滞;桃仁味苦甘平,活血祛瘀,助桂枝化瘀消癥;牡丹皮、白芍味苦而微寒,既可活血以散瘀,又能凉血以清退瘀久所化之热,白芍且能缓急止痛;茯苓甘淡平,渗湿祛痰,以助消癥之功,健脾益胃,扶助正气。诸药共用,共奏活血化瘀、缓消癥块之功。康妇消炎栓属纯中药制剂,方中苦参杀虫止痒、清热燥湿;穿心莲、败酱草清热解毒、祛瘀止痛、消痈排脓;蒲公英、猪胆粉、紫花地丁清热解毒、利湿通淋;芦荟泻下解毒,使湿热从下而除。全方配伍,共奏清热解毒、利湿散结、杀虫止痒之效。研究发现,康妇消炎栓对慢性盆腔炎的具有较好治疗效果,且不良反应少<sup>[6]</sup>。经直肠黏膜直接给药,可使药物直达病所,从而提高药物的利用度。

本组观察结果显示,桂枝茯苓胶囊联合康妇消炎栓治疗的临床疗效及对患者湿热瘀结证相关症状改善明显优于对照组;且其对血浆黏度及低、中、高切全血黏度改善优于对照组。提示桂枝茯苓胶囊联合康妇消炎栓治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎疗效确切,并可能通过改善患者血液流变学指标,减轻病灶炎症反应,达到松解局部粘连,促进疾病康复的目的。

#### [参考文献]

- [1] 吕秀花,张晓莉,葛安靖,等. 洛美沙星、替硝唑联合盆腔灌注治疗慢性盆腔炎疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(10): 1596-1597.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 246.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 243-253.
- [4] 谷风,严英,陶红星. 利湿化瘀中药对慢性盆腔炎血液流变学及血清C-反应蛋白的影响[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(5): 1102-1103.
- [5] 周英,李凤葵. 慢性盆腔炎的中医辨证论治规律研究[J]. 云南中医学院学报, 2011, 34(2): 48-49.
- [6] 陈冬丽,陈双郎,陈勇. 桂枝茯苓胶囊配合康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎临床观察[J]. 湖北中医学院学报, 2010, 12(2): 52-53.

(责任编辑:冯天保)

## 温肾活血解痉中药对原发性痛经患者免疫功能的影响

仇华,杨晖,陈平

济南市中医医院妇科,山东 济南 250012

**[摘要]** 目的:观察温肾活血解痉中药治疗原发性痛经的临床疗效。方法:将100例原发性痛经患者随机分为治疗组60例和对照组40例,治疗组于经前7天开始服温肾活血解痉中药(调冲止痛方)10天,对照组于痛经时服用芬必得2~3天,2组均连续治疗3个月经周期。比较2组治疗前后临床症状(痛经程度评分、复发时间)、免疫功能状态(T淋巴细胞亚群CD4、CD8水平及比值)、前列腺素F<sub>2α</sub>(PGF<sub>2α</sub>)水平、子宫血流动力学(子宫动脉搏动指数和阻力指数)改变。结果:治愈率治疗组为65.0%,对照组为15.0%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后2组PGF<sub>2α</sub>水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ );但对照组PGF<sub>2α</sub>水平下降较治疗组更显著( $P < 0.05$ )。治疗后治疗组CD4、CD4/CD8值上升、CD8值下降,与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );且治疗组上述各指标改善较对照组更显著( $P < 0.05$ )。治疗后2组子宫动脉阻力指数均较治疗前下降( $P < 0.05$ );且治疗组动脉阻力指数下降较对照组更显著( $P < 0.05$ )。2组子宫动脉搏动指数治疗前后变化不大( $P > 0.05$ )。随访3月,痛经复发率治疗组为35.0%,对照组为85.0%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组出现过敏反应1例,对照组出现恶心、胃痛等不适8例。结论:调冲止痛方能提高患者免疫功能,改善子宫血流动力学,降低前列腺素水平,从而明显改善患者痛经症状。

**[关键词]** 原发性痛经;寒凝血瘀;免疫;前列腺素;调冲止痛方

**[中图分类号]** R711.51

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0136-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.059

痛经属于周期性疼痛,伴随月经前后出现。本病分为继发性痛经和原发性痛经,青春期女性痛经大部分是原发性痛经,发病率大约43%~90%,严重影响患者的学习和生活。本研究运用温肾活血解痉中药(调冲止痛方)口服治疗原发性痛经,观察患者治疗前后T淋巴细胞亚群CD4、CD8水平及其比值、前列腺素F<sub>2α</sub>(PGF<sub>2α</sub>)水平、子宫动脉搏动指数和阻力指数变化,

探讨中医药治疗痛经的作用机理,结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均来自2012年12月—2014年12月间在本院妇科门诊诊治的原发性痛经患者100例,随机分为治疗组60例和对照组40例。治疗组年龄(24.95±5.65)岁;病程(7.02±3.67)岁;痛经症状积分(13.88±2.07)分。对照组

**[收稿日期]** 2015-12-19

**[基金项目]** 济南市科技局自主创新计划项目[济科计(2012)3号]

**[作者简介]** 仇华(1977-),女,主治医师,主要从事中医妇科临床工作。