

中西医结合治疗急性盆腔炎临床观察

吴兰芝¹, 谢娟娟²

1. 临海市第二人民医院中医科, 浙江 临海 317016; 2. 临海市中医院中医妇科, 浙江 临海 317000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗急性盆腔炎患者的临床疗效。方法: 将118例患者随机分为观察组60例, 对照组58例, 对照组采用抗生素治疗, 观察组在对照组基础上加用自拟中药方剂治疗, 2组均连续治疗10~15天, 比较2组疗效、治疗前后中医证候积分以及2组患者临床症状消失时间。结果: 观察组治疗总有效率96.67%, 高于对照组的总有效率81.03%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 2组中医证候积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组体温恢复正常时间、腹痛消除时间以及包块消除时间均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗急性盆腔炎患者疗效确切、显著改善患者中医证候、缩短患者临床症状消失时间, 值得临床推广运用。

[关键词] 急性盆腔炎; 中西医结合疗法; 清热除湿; 化瘀止痛

[中图分类号] R711.33 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0105-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.050

急性盆腔炎是临床妇科常见疾病, 包括输卵管卵巢炎、子宫炎、盆腔腹膜炎以及盆腔结缔组织炎, 可多处同时发病。若治疗不及时, 可引起弥漫性腹膜炎、感染性休克、败血症等严重病症, 同时急性盆腔炎是导致妇女不孕以及异位妊娠的一个重要原因^[1-2]。笔者采用中西医结合治疗急性盆腔炎, 取得确切疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入2012年1月~2013年1月急性盆腔炎患者118例, 清宫手术以及人工流产后发病41例, 不规则阴道流血期或者在月经期有性交史22例, 慢性盆腔炎急性发作16例, 分娩后发病13例, 无明显诱发原因26例; 年龄19~52岁, 平均(31.28±8.31)岁; 病程1~5天, 平均(2.36±0.73)天。按照随机数字表法将患者随机分为2组, 观察组60例, 对照组58例。2组年龄、病程等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]中相关诊断标准。

2 治疗方法

2.1 对照组 酌情进行补液、纠正电解质紊乱治疗, 参照《盆腔炎性疾病诊治规范(草案)》^[4]中的静脉药物治疗替代方案, 给予左氧氟沙星500mg, 静脉滴注, 每天1次; 甲硝唑400mg, 静脉滴注, 每天2次。若患者合并有支原体或者衣原体感染, 则加用阿奇霉素0.5g, 静脉滴注, 每天1次。

2.2 观察组 在对照组基础上加用自拟中医方剂, 处方: 败酱草、薏苡仁各15g, 牡丹皮、当归各12g, 川芎、生地黄、茯苓、桃仁、红花、延胡索各9g, 甘草6g; 伴有腰痛者加用狗脊12g, 桑寄生9g; 素体虚者加用黄芪15g、党参9g; 食欲不振者加用山楂9g、陈皮6g。每天1剂, 水煎服。

2组均连续治疗10~15天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组临床疗效, 比较2组患者治疗前后中医证候积分、临床症状消除时间(包括体温、腹痛以及包块)。主要症状: 下腹部胀痛或者刺痛: 无(0分)、轻微腹痛(2分)、严重腹痛但能忍受(4分)、剧痛不能忍受(6分); 发热: 无(0分)、自觉发热但口温不高(2分)、体温37.5~38.5℃(4分)、体温>38.5℃(6分); 白带: 量增多、色黄、恶臭、质浓稠, 无变化(0分), 具备上述1项(2分)、具备2项(4分)、具备3项及以上(6分)。次要症状: 畏寒、头晕头痛、肝门坠胀、腹胀、胸闷纳差、口干喜饮、小便短赤、大便燥结、腰骶胀痛, 次要症状按照无(0分)、有(2分)计分。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0对数据进行统计分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 计数资料采用百分率进行表示; 采用 t 检验以及 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献标准^[5], 治愈: 临床症状以及体征消失, 血常规检测血象恢复正常, B超检查显示单侧或者双侧附

[收稿日期] 2014-09-18

[作者简介] 吴兰芝 (1969-), 女, 主治医师, 主要从事中医妇科临床工作。

件恢复正常, 盆腔炎性包块以及炎性渗出液均消失。有效: 临床症状以及体征明显减轻, 血象以及 B 超检测提示明显好转。无效: 临床症状以及体征均无明显好转, 且血象以及 B 超检测无好转, 或者连续治疗 48 h 而体温持续不降低, 且包块有所增大, 有手术指征的患者。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组治疗总有效率为 96.67%, 对照组治疗总有效率为 81.03%, 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	32(53.33)	26(43.33)	2(3.33)	96.67
对照组	58	17(29.31)	30(51.72)	11(18.97)	81.03

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组患者治疗前后中医证候积分比较 见表 2。治疗前, 2 组患者中医证候积分比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组患者中医证候积分较治疗前均降低($P < 0.05$); 治疗后, 观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	60	26.18 ± 6.29	9.05 ± 1.83
对照组	58	25.94 ± 5.74	12.37 ± 2.52

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

4.4 2 组患者临床症状消失时间比较 见表 3。经治疗, 观察组体温恢复正常时间、腹痛消除时间以及包块消除时间均低于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者临床症状消失时间比较($\bar{x} \pm s$) 天

组别	n	体温恢复正常	腹痛消除	包块消除
观察组	60	4.06 ± 0.97	3.58 ± 1.07	7.86 ± 2.44
对照组	58	5.78 ± 1.31	5.26 ± 1.13	9.34 ± 1.93

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

急性盆腔炎是女性盆腔生殖器官及其周围的盆腔腹膜、结缔组织所发生的一种急性炎症, 育龄女性多发^[6]。在急性盆腔炎的传统治疗当中, 主要以抗生素治疗为主, 但单纯采用抗生素治疗, 周期较长、治疗效果不佳, 且治疗后病情容易反复发作, 导致患者发生一系列妇科疾病, 对患者的生活质量造成了

严重的影响^[7]。中西医结合疗法在治疗急性盆腔炎上显示出其优势, 故此本研究采用中西医结合治疗急性盆腔炎。在中医学中, 急性盆腔炎属于经病疼痛、带下病、癥瘕、热入血室、腹痛、产后发热、产后腹痛、产后恶露不绝等范畴, 其病因为产后或者流产后胞宫胞脉空虚, 且余血浊液未净; 或者由于妇女经期不洁, 导致湿热、热毒乘虚而入, 湿、热毒邪与血相搏, 导致胞脉气血的运行不畅、气凝血滞, 阻滞于胞中, 冲任受损而导致疾病发生^[8]。因此, 治疗急性盆腔炎应从清热除湿、化瘀止痛入手, 本研究的自拟方中, 败酱草祛瘀止痛、消痈排脓; 薏苡仁清热排脓、健脾祛湿; 牡丹皮活血化瘀、清热凉血; 当归活血补血、调经止痛; 川芎行气活血而止痛; 生地黄养阴生津、清热凉血; 茯苓健脾行气; 桃仁活血化瘀; 红花祛瘀止痛、活血通经、延胡索理气止痛、活血散瘀。全方配伍, 散瘀除湿止痛、活血调经的功效。

研究结果显示, 采用中西医结合治疗其疗效高于采用抗生素治疗, 且中西医结合治疗患者中医证候积分降低, 患者体温恢复正常时间、腹痛消除时间以及包块消除时间缩短。中西医结合治疗急性盆腔炎疗效确切, 值得临床推广运用。

[参考文献]

- [1] 朱叶, 任守忠, 尹德辉, 等. 妇炎汤对急性盆腔炎大鼠血清炎性细胞因子表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(15): 214-217.
- [2] 石继红. 腹腔镜手术治疗急性盆腔炎 36 例疗效分析[J]. 重庆医学, 2011, 40(34): 3497-3498.
- [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: 243-252.
- [4] 廖秦平. 急性盆腔炎诊治规范(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 43(7): 556-558.
- [5] 唐怀. 中西医结合治疗急性盆腔炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(11): 1824.
- [6] 龚咏雪. 左氧氟沙星在急性盆腔炎中的疗效与安全性观察[J]. 中国医药导刊, 2014(2): 257-258.
- [7] 武春梅. 100 例急性盆腔炎的治疗体会[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(5): 1297-1298.
- [8] 杨芳英. 中西医结合治疗急性盆腔炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(1): 153.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)