

红外热像评估中西医结合治疗女性盆腔炎性疾病疗效观察

邱扬¹, 余洁¹, 区宝珠¹, 梁艳菁¹, 陈俞儒¹, 卢德伟², 陈素萍²

1. 江门市五邑中医院妇科, 广东 江门 529000; 2. 江门市五邑中医院治未病科, 广东 江门 529000

[摘要] 目的: 使用红外热像检测对女性盆腔炎性疾病 (PID) 中西医结合治疗的疗效进行客观量化评估。方法: 将PID患者235例随机分为2组, 对照组108例单纯抗感染治疗, 观察组127例在对照组治疗的基础上联合中医辨证论治, 并根据红外热像及常规方法进行临床疗效评估。结果: 红外疗效标准总有效率观察组为96.06%, 对照组为88.89%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。常规临床标准总有效率观察组为98.43%, 对照组为90.74%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。同组间红外标准与常规临床标准疗效结果比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 提示红外评估效能与常规临床评估效能相当。治疗后2组 ΔT_2 值均小于 ΔT_1 均值, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗后观察组 $\Delta T'$ 值大于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 红外热像评估客观量化地证明了中西医结合治疗PID较单纯抗感染治疗更有效; 红外热像检测具有客观、直观、量化、对非器质性改变同样敏感等多种优点, 可作为PID理想的诊疗评估手段和科研工具

[关键词] 盆腔炎性疾病; 盆腔炎; 中西医结合治疗; 红外热像; 疗效评估

[中图分类号] R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0143-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.069

盆腔炎性疾病(PID)是妇科常见病、多发病, 可严重影响妇女身心健康, 增加家庭及社会经济负担^[1]。中西医联合抗感染治疗本病, 不但能综合利用两种治疗方法的优点, 也能弥补各自的不足, 其疗效也早已有许多研究报导证实, 为目前众多医家所推崇。但多数研究从症状体征、炎症指标改善, 合并输卵管积液、盆腔脓肿等器质性改变者, 或通过B超、CT等影像学改变进行疗效评估, 尚缺乏较直观的功能性检测手段对疗效进行评估的研究报导。红外热像检测属功能影像学检查, 具有客观、灵敏、直观、无损伤等优点^[2], 相关研究已证实可作为PID诊疗评估的客观依据, 即使在无明显器质性改变的患者也同样适用^[3-4]。本研究中, 笔者采用中西医结合疗法治疗的PID, 并与单纯使用抗生素抗感染治疗作对比观察, 并根据红外热像及常规方法进行临床疗效评估, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为本院妇科2012年3月—2014年2月收治的PID患者, 共235例, 随机分为2组。治疗组127例, 年龄18~50岁, 平均(31.0±5.9)岁; 病程平均(8.6±6.9)月。对照组108例, 年龄21~46岁, 平均(29.0±5.4)岁; 病程平均(8.8±7.1)月。2组一般资料比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 采用中华医学会妇产科分会感染协作组2008年所公布的PID诊断标准^[5]。最低诊断标准: ①宫体压痛; ②

附件压痛; ③宫颈触痛。满足前述3项中任意1项即满足最低诊断标准。支持PID诊断的附加条件: ①口腔温度 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$; ②宫颈或阴道黏液脓性分泌物; ③阴道分泌物显微镜检查有白细胞增多; ④血沉加快; ⑤C-反应蛋白升高; ⑥实验室检查证实有宫颈淋病奈瑟菌或衣原体感染。特异标准: ①子宫内膜活检显示有子宫内膜炎的病理组织学证据; ②经阴道超声或磁共振成像技术显示输卵管增厚、管腔积液, 可伴有盆腔游离液体或输卵管卵巢包块; ③腹腔镜检查结果符合PID表现。

1.3 排除标准 ①未达到诊断标准中的基本标准者; ②无法排除阑尾炎、输卵管妊娠流产或破裂、卵巢肿瘤蒂扭转或破裂等情况; ③月经期者; ④盆腔结核、合并妊娠、合并非生殖系统炎症所致的不规则阴道出血者; ⑤合并严重内科疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 根据中华医学会妇产科分会感染协作组2008年所公布的PID治疗规范^[6], 结合患者病原学检测及药敏试验结果等选用恰当的抗生素治疗方案进行规范抗感染治疗。一般使用头孢西丁静脉滴注加多西环素口服, 或左氧氟沙星加甲硝唑静脉滴注等。

2.2 观察组 抗生素治疗规范同对照组。同时参照国家中医药管理局2011年颁布的盆腔炎中医临床路径^[7]结合本院自身经验优化后的方案进行辨证论治。主要证型有: 湿热瘀结型、

[收稿日期] 2014-08-04

[基金项目] 广东省中医药局科研课题 (20122049)

[作者简介] 邱扬 (1984-), 男, 主治中医师, 研究方向: 中西医结合妇科学。

[通讯作者] 余洁, E-mail: jie-soul@163.com。

气滞血瘀型、寒湿凝滞型、脾虚湿瘀互结型。内治法包括：辨证中药煎剂口服，如银甲丸、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、理冲汤等；中成药口服，如金刚藤胶囊、桂枝茯苓胶囊、妇乐胶囊、散结镇痛胶囊等；中成药针剂静滴，如复方丹参注射液、黄芪注射液等。外治法包括：蒲公英灌肠液或辨证中药保留灌肠、自制妇青子散敷贴下腹部、红外线照射下腹部、箱灸灸关元穴、神阙贴外贴神阙及肾俞穴、中药封包、沐足等。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用维恩伟业 WN III 0805 型数字式医用红外热像仪进行盆腔红外热像。治疗前检测记录盆腔病变区域与正常区域之间的温差为 ΔT_1 ；治疗后检测记录盆腔病变区域与正常区域之间的温差为 ΔT_2 ；治疗前后温差改变量 $\Delta T' = \Delta T_1 - \Delta T_2$ 。常规记录治疗前后患者症状、体征、实验室及影像学检查结果。并进行常规临床疗效评价。

3.2 统计学方法 应用 SPSS17.0 进行统计学处理，计数资料比较采用 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较使用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照广东省常见病基本诊疗规范中盆腔炎性疾病疗效评价标准^[7]。治愈：症状体征消失；好转：症状、体征明显减轻；无效：症状体征无减轻，或出现局限性包块。

4.2 红外热像疗效标准 参照正常人群红外热图下腹部温差 $\leq 0.5^\circ\text{C}$ ^[8]，将红外热像的疗效评估标准拟为：治愈： $\Delta T_2 \leq 0.5^\circ\text{C}$ ；好转： $\Delta T_1 > \Delta T_2 \geq 0.6^\circ\text{C}$ ；无效： $\Delta T_1 \leq \Delta T_2$ 。

4.3 2组临床疗效比较 见表1。红外疗效标准总有效率观察组为96.06%，对照组为88.89%，2组比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。常规临床标准总有效率观察组为98.43%，对照组为90.74%，2组比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。同组间红外标准与常规临床标准疗效结果比较，差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)，提示红外评估效能与常规临床评估效能相当。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	疗效标准	治愈	好转	无效	总有效
观察组	127	红外标准	2(1.57)	120(94.49)	5(3.94)	122(96.06) ^①
		临床标准	3(2.36)	122(96.07)	2(1.57)	125(98.43) ^②
对照组	108	红外标准	1(0.93)	95(87.96)	12(11.11)	96(88.89)
		临床标准	0	98(90.74)	10(9.26)	98(90.74)

与对照组红外标准比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组临床标准比较，^② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后盆腔红外温差变化比较 见表2。治疗后2组 ΔT_2 值均小于 ΔT_1 均值，差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗后观察组 $\Delta T'$ 值大于对照组，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)，提示观察组疗效优于对照组。

表2 2组治疗前后盆腔红外温差变化比较 $(\bar{x} \pm s)$ $^\circ\text{C}$

组别	n	ΔT_1	ΔT_2	$\Delta T'$
观察组	127	1.93 ± 0.75	1.21 ± 0.56 ^①	0.72 ± 0.42 ^②
对照组	108	1.91 ± 0.94	1.40 ± 0.65 ^①	0.51 ± 0.57

与同组 ΔT_1 比较，^① $P < 0.01$ ；与对照组比较，^② $P < 0.05$

5 讨论

PID 属中医学妇人腹痛范畴，论述首见于《金匱要略方论·卷下》：“妇人腹中诸疾痛，当归芍药散主之”；“妇人腹中痛，小建中汤主之”。其后各家对该病的因机证治多有论述。《女科要旨·卷四》中提到：“寒、热、虚、实、气、食等邪，皆令腹痛。”其病机主要有湿热瘀结、气滞血瘀、寒湿凝滞、血虚失荣、肾阳虚衰等^[9]。中医学常应用清热利湿、行气活血、温经散寒等治则进行治疗，还能根据患者不同的体质特点进行辨证加减，其治疗原理除了部分中药具有一定的抗感染作用外，更重要的是从整体上改善患者的体质及抗病能力。而且除了中药内服之外，中药灌肠、封包、艾灸等多种外治手段可在临近盆腔部位发挥作用，直达病所，起到改善盆腔微循环及内环境的作用，能加速有毒有害物质的清除及炎症的消退，防止或减少盆腔粘连形成，减少复发。现代医学认为，PID 可由需氧菌、厌氧菌、衣原体等多种病原体引起，目前主要治疗方法为及时正确的抗生素药物治疗^[1]，其优势在于针对性强，起效迅速，但由于女性盆腔的解剖结构有一定的特殊性，且 PID 常缠绵反复，易形成盆腔粘连包裹，抗生素在病灶局部难以形成理想的血药浓度，故单一抗感染治疗效果常欠理想。中西医结合治疗 PID，既能发挥抗生素针对性抗感染的优势，又能发挥中医药治疗整体调理、辨证施治、内服外治手段丰富等特色，相辅相成，相得益彰。

观察结果显示，红外标准评估中西医结合治疗 PID 的总有效率优于单纯抗感染治疗 ($P < 0.05$)；其治疗后盆腔温差改变量均值较单纯抗感染治疗大 ($P < 0.05$)。以上结果客观量化地证明了中西医结合治疗 PID 较单纯抗感染治疗更加有效。但值得注意的是，本研究所采用的诊断标准，特别是最低诊断标准，在区分 PID 再发和慢性盆腔痛时有一定困难，对后者单纯抗感染往往效果欠佳，故对本研究的结果可能造成一定的干扰。

采用红外热像评估疗效，既能弥补临床上依据症状体征评估主观性强之缺点，又比炎症指标检测更直观，又较 B 超、CT 等影像学检查对功能性病变更敏感，且能通过反映病灶与周围正常组织的温度差，将病变程度量化。其可靠性在本研究中得到验证。本观察结果显示，同一组患者经红外标准和临床标准评估疗效差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，可认为两者评估效能基本一致。

因盆腔红外热图的形成可能受到腹壁脂肪、疤痕、衣物、情绪等多种因素的干扰^[10]，故不能单纯依靠它作为诊疗评估手段，仍须紧密结合临床，综合判断。

本研究认为,中西医结合治疗PID能发挥现代医学和传统中医学各自优势,通过红外热像评估,客观量化地证明了中西医结合治疗较单纯抗感染治疗更有效,中西医结合治疗应当成为PID的主要治疗方法。红外热像检测可作为PID理想的诊疗评估手段和科研工具,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 275-282.
- [2] 吴士明, 张传富, 曾品菊, 等. 医用红外热像技术临床应用研究[J]. 激光杂志, 2003, 24(1): 63-65.
- [3] 钟红雨, 梁业安, 卢桂森. 红外热像图诊断慢性盆腔炎305例临床分析[J]. 黑龙江医学, 2005, 29(6): 424-425.
- [4] 苏萍, 黄东晖, 熊承良. 红外热像图对盆腔炎的诊断价值[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26(3): 183-185.
- [5] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎性疾病诊治规范(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 43(7): 556-558.
- [6] 国家中医药管理局医政司. 中医临床路径——22个专业95个病种[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 520-522.
- [7] 黄庆道, 钟南山. 广东省常见病基本诊疗规范第三册(妇产科)[S]. 广东省卫生厅, 2003: 15-16.
- [8] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 293-298.

(责任编辑: 冯天保)

补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产临床研究

朱巧君, 李爱萍

温岭市中医院妇产科, 浙江 温岭 317500

[摘要] 目的: 观察补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产的临床疗效。方法: 84例肾阳虚型早期先兆流产患者, 随机分为2组。治疗组42例给予补气温肾汤治疗; 对照组给予黄体酮治疗。疗程均为10天。观察2组患者治疗前后临床症状改善情况, 并检测血清绒毛膜促性腺激素(β -HCG)、孕酮(P)、血清雌二醇(E_2)、抗心磷脂抗体等指标。结果: 总有效率治疗组95.24%, 对照组76.19%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后主症评分较治疗前均有所降低, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 治疗后对照组主症积分远高于治疗组的, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 2组各孕周患者治疗后 β -HCG、P、 E_2 水平均较治疗前有所提高, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 治疗组各孕周患者治疗后血清 β -HCG、P、 E_2 水平均高于对照组同孕周患者治疗后水平, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产有较好的疗效, 能显著提高患者血清 β -HCG、P、 E_2 水平, 同时调节免疫功能。

[关键词] 补气温肾汤; 肾阳虚; 早期先兆流产; 中医疗法

[中图分类号] R271.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0145-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.070

早期先兆性流产是指妊娠12周内孕妇阴道出现少量血液, 且伴有腰疼、腹痛、小腹下坠等临床症状^[1]。中医学认为该疾病属于胎漏、胎动不安、滑胎范畴, 是妇产科常见疾病与多发病。黄体酮可以稳定患者病情, 但远期治疗效果不显著。笔者采用补气温肾汤治疗肾阳虚型早期先兆流产, 收到较好的

疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2011年4月—2014年3月本院肾阳虚型早期先兆流产患者, 共84例, 随机分为2组, 每组42例。治疗组年龄(30.87 ± 5.43)岁, 孕周(9.43 ± 1.88)周; 对照组

[收稿日期] 2014-07-22

[作者简介] 朱巧君 (1977-), 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作。