

· 临床研究 ·

doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2018.16.012

中西医结合治疗急性盆腔炎 74 例临床观察*

丁海霞,孙志敏,王爱军,牟晓霞,杨晓燕

(河北省沧州市妇幼保健院,河北 沧州 061001)

摘要:目的 探讨中西医结合治疗急性盆腔炎的临床效果。方法 收集2014年8月至2017年2月来医院就诊的患者148例,随机分为治疗组(中西医结合治疗)和对照组(纯西医治疗),各74例。观察两组临床疗效指标及治疗后半年复发情况。结果 治疗组总有效率为90.54%,明显高于对照组的79.73% ($P < 0.05$),半年后复发的患者明显少于对照组(7例比15例, $P < 0.05$);治疗后,两组患者白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C反应蛋白(CRP)水平及盆腔积液深度均下降,且治疗组下降程度优于对照组 ($P < 0.05$);治疗组不良反应发生率为2.70%,明显低于对照组的13.51% ($P < 0.05$)。结论 与单纯西医治疗急性盆腔炎相比,中西医结合治疗效果更确切,复发率更低,值得临床应用。

关键词:急性盆腔炎;中西医结合;临床疗效

中图分类号:R2-031;R271.1

文献标识码:A

文章编号:1006-4931(2018)16-0037-03

Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease in 74 Cases

Ding Haixia, Sun Zhimin, Wang Aijun, Mou Xiaoxia, Yang Xiaoyan

(Cangzhou Maternal and Child Health Care Hospital, Cangzhou, Hebei, China 061001)

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of acute pelvic inflammatory disease. **Methods** Totally 148 patients with acute pelvic inflammatory disease admitted to our hospital from August 2014 to February 2017 were selected and randomly divided into the treatment group (treated with integrated traditional Chinese and Western medicine) and the control group (treated with Western medicine), 74 cases in each group. The clinical efficacy indexes and recurrence after half a year of treatment in the two groups were observed. **Results** The total effective rate of the treatment group was 90.54%, which was significantly higher than 79.73% of the control group ($P < 0.05$). After half a year, the recurrent patients in the treatment group were significantly fewer than those in the control group (7 cases vs. 15 cases, $P < 0.05$). After treatment, the levels of IL-6, TNF- α , CRP and the depth of pelvic effusion in the two groups were decreased, and the decrease in the treatment group was

*基金项目:河北省卫生厅课题[20171207]。

第一作者:丁海霞(1969-),女,大学本科,副主任医师,研究方向为妇科学,(电话)0317-3778059。

- 2011,43(2):96-101.
- [5] Miao ZQ, Xiao LW, Dong SZ, et al. Efficacy and safety of capecitabine as maintenance treatment after first-line chemotherapy using oxaliplatin and capecitabine in advanced gastric adenocarcinoma patients: a prospective observation[J]. Tumor Biol, 2014, 35(5): 4369-4375.
- [6] 杨冬阳,黎莹,刘建化,等. 晚期结直肠癌联合化疗后卡培他滨维持治疗的临床评价[J]. 南方医科大学学报, 2013, 33(12): 1815-1818.
- [7] Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1) [J]. Eur J cancer, 2009, 45(2): 228-247.
- [8] Liu YJ, Zhu GP, Guan XY. Comparison of the NCICTCAE version 4.0 and version 3.0 in assessing chemoradiation-induced oral mucositis for locally advanced nasopharyngeal carcinoma[J]. Oral Oncol, 2012, 48(6): 554-559.
- [9] Huang H, Jiang Z, Wang T, et al. Single-agent capecitabine maintenance therapy after response to capecitabine-based combination chemotherapy in patients with metastatic breast cancer[J]. Anti-cancer Drugs, 2012, 23(7): 718-723.
- [10] Miwa M, Ura M, Nishida M, et al. Design of a novel oral fluoropyrimidine carbamate, capecitabine, which generates 5-fluorouracil selectively in tumours by enzymes concentrated in human liver and cancer tissue[J]. Eur J Cancer, 1998, 34(8): 1274-1281.
- [11] Waddell T, Gollins S, Soe W, et al. Phase II study of short-course capecitabine plus oxaliplatin (XELOX) followed by maintenance capecitabine in advanced colorectal cancer: Xel Quali study[J]. Cancer Chemotherapy and Pharmacology, 2011, 67(5): 1111-1117.
- [12] Luo HY, Li YH, Wang W, et al. Single-agent capecitabine as maintenance therapy after induction of XELOX (or FOLFOX) in first-line treatment of metastatic colorectal cancer: randomized clinical trial of efficacy and safety[J]. Ann Oncol, 2012, 23(6): 1074-1081.
- [13] Alderton GK. Metastasis: Epithelial to mesenchymal and back again[J]. Nat Rev Cancer, 2013, 13(1): 3-7.
- [14] 王瑞玲,李雪,孙鹏,等. 结直肠癌循环肿瘤细胞的研究进展[J]. 中华临床医师杂志, 2014, 8(16): 85-90.
- (收稿日期:2017-12-28;修回日期:2018-02-06)

more significant ($P < 0.05$). The incidence rate of adverse reactions in the treatment group was 2.70%, which was significantly lower than 13.51% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Compared with Western medicine, integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of acute pelvic inflammatory disease has more exact effect and less recurrence, which is worthy of clinical application.

Key words: acute pelvic inflammatory disease; integrated traditional Chinese and Western medicine; clinical effect

急性盆腔炎(PID)又称盆腔炎性疾病,是盆腔腹膜、生殖器及周围组织发生的急性炎性反应,临床表现为腰部酸痛、阴道分泌物增多、下腹坠胀感,甚至引发月经紊乱、盆腔痛、不孕症等^[1-2]。近年来其发病率逐年升高,西医以规范性抗生素治疗为主,但可能引起患者免疫系统紊乱,抗生素的普遍滥用,也导致细菌耐药性增强、变异性增加,易迁延难愈^[3-4]。本研究中采用中西医结合治疗妇科急性盆腔炎^[5],疗效较好。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

诊断标准:参考《2010年美国疾病控制中心盆腔炎治疗指南》和《中医临床病证诊断疗效标准》。临床表现有腰部酸胀疼痛,下腹部坠胀感,月经紊乱,阴道分泌物增加等症状,时有同房后及经期前后症状加重,部分患者存在白带分泌增多、异味,月经紊乱等症状。

纳入标准:单纯性妇科急性盆腔炎;无外伤性感染的炎性反应;患者自愿参加本研究,并签署知情同意书。

排除标准:肺炎、肝炎、肿瘤及甲亢等疾病;高血压、冠心病、糖尿病等其他内科疾病。

病例选择与分组:选取我院2014年8月至2017年2月收治的急性盆腔炎患者148例,均已婚,年龄22~45岁,平均 (29.7 ± 5.6) 岁,随机分为治疗组和对照组,各74例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表1。

表1 两组患者一般资料比较($\bar{X} \pm s, n = 74$)

组别	平均年龄(岁)	平均病程(d)	病情程度评分(分)
对照组	29.14 ± 1.08	2.01 ± 0.23	2.13 ± 0.52
治疗组	28.45 ± 2.21	1.60 ± 0.24	3.22 ± 0.74
<i>t</i> 值	1.1008	1.5935	0.4545
<i>P</i>	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组患者采用单纯西医常规治疗方法,联用注射用头孢呋辛钠(四川省长征药业股份有限公司,国药准字H20065523,规格为每支1.0g)和甲硝唑氯化钠注射液(西安秦巴药业有限公司,国药准字H61020046,规格为每瓶250mL:1.25g),其中注射用头孢呋辛钠1.25g加入0.9%氯化钠注射液100mL,静脉滴注,每天2次;甲硝唑氯化钠注射液0.5g,静脉滴注,每天2次;10d为1个疗程。

治疗组患者在对照组患者治疗基础上,予以中医药

疗法,本方剂由我院协定处方配备而成,内服加外洗。组方:双花15g,蒲公英15g,败酱草30g,炒白术15g,茯苓15g,川芎10g,白芷10g,薏苡仁30g,生黄芪30g,黄柏10g,赤芍15g,甘草9g。随证加减,带下臭秽者加椿皮根、茵陈;腹部胀满者加厚朴、枳实;里急后重者酌加槟榔、枳壳;盆腔脓肿者加红藤、没药;腹痛者加延胡索、炒白芍;身热不退可加柴胡、生甘草(挑选我院中药房的精品同仁堂小包装中药)。将上述中药放入煎药器中浸泡30~45min,武火熬开后以文火加熬20min后,凉温后装入中药袋中,每袋200mL,早晚各口服1袋;剩余药液中药药浴,将药液加入盆腔治疗仪中,加热后对外阴部熏洗,每天1次,每次30min;内服和外洗共用10d为1个疗程。

1.3 观察指标及疗效判定标准

观察指标:定期检查患者的临床化验指标,包括血常规、血沉、C反应蛋白、B超、阴道分泌物等,记录患者临床症状改善的时间及改善程度;均随访半年,记录复发及痊愈情况。

临床疗效:采用《新药(中药)治疗女性生殖系统炎症临床研究指导原则》中急性盆腔炎的疗效标准评定。痊愈,全身症状消失,盆腔检查及实验室检查正常;显效,全身症状消失,盆腔检查及实验室检查明显改善;有效,全身症状好转,盆腔检查可略有好转,实验室检查正常;无效,症状、体征无明显改善。以前三者合计为总有效。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件分析。计量资料以 $\bar{X} \pm s$ 表示,行*t*检验或秩和检验;计数资料以百分率表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

结果见表2至表4。

表2 两组患者临床疗效及复发情况比较[例(%), $n = 74$]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效	复发
对照组	12(16.22)	20(27.03)	27(36.49)	15(20.27)	59(79.73)	7(9.46)
治疗组	23(31.08)	32(43.24)	12(16.22)	7(9.46)	67(90.54)*	15(20.27)*

注:与对照组比较, $\chi^2 = 6.5622, 4.0572, *P < 0.05$ 。

表3 两组患者不良反应发生情况比较[例(%), $n = 74$]

组别	小腹胀痛	子宫触痛	阴部灼热	合计
对照组	4(5.41)	3(4.05)	3(4.05)	10(13.51)
治疗组	1(1.35)	1(1.35)	0(0)	2(2.70)*

注:与对照组比较, $\chi^2 = 5.0772, *P < 0.05$ 。

表4 两组患者其他指标比较($\bar{X} \pm s, n=74$)

组别	IL-6(ng/L)		TNF- α (μ g/L)		CRP(mg/L)		盆腔积液深度(cm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	80.69 $\pm$ 15.26	30.53 $\pm$ 8.26	1.78 $\pm$ 0.85	1.62 $\pm$ 0.73	29.84 $\pm$ 4.80	12.67 $\pm$ 1.58	1.92 $\pm$ 0.89	0.78 $\pm$ 0.84
治疗组	86.91 $\pm$ 20.56	15.57 $\pm$ 6.80	2.25 $\pm$ 0.97	0.74 $\pm$ 0.38	28.94 $\pm$ 4.76	5.68 $\pm$ 1.38	1.90 $\pm$ 0.86	0.52 $\pm$ 0.39
t值	0.4575	9.1575	0.2714	8.0572	0.8421	7.0451	1.0828	9.0542
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

中医理论认为,急性盆腔炎属“带下病”范畴,为瘀血停滞、下焦湿热、热毒内盛所致,机体禀赋差异与环境影响易导致复发,邪热与气血相搏结,邪正交争,而致腹痛发热^[6]。西医治疗本病以抗生素和手术为主^[7-8]。大剂量抗生素短暂有疗效,但不能完全根治,复发率极高。滥用抗生素还会造成细菌变异,耐药性强,随着耐药菌株的增多,抗生素的治疗效果也越发不明显^[9]。中医的整体辨证及个体化治疗,可起到活血化瘀、清热解毒、利湿的作用,从而有效治疗急性盆腔炎^[10]。我院结合患者的大多数症状,制订了协定处方,内服加外用,标本兼治,起到清热解毒、活血化瘀、清热除湿、化瘀行滞、消肿止痛及培元固本等作用,个别患者随证加减应用即可。研究表明,方中各单味药物对大肠杆菌、铜绿假单胞菌、多形杆菌、金黄色葡萄球菌等均有很好的抑制作用,但其抑菌作用机制不同于抗生素^[11]。中医药通过调节人体免疫力,充分调动患者自身免疫系统发挥免疫应答作用,从而治愈疾病^[12],其在治疗急性盆腔炎方面的作用越来越突出^[13]。本研究中,治疗组总有效率明显高于对照组,半年后复发率明显低于对照组,各种炎症指标水平明显降低,优势明显,这与林慧等^[14]的研究结果一致。

急性盆腔炎如果得不到及时、准确的诊断和治疗,易发展为慢性盆腔炎,其病程长,慢性疼痛迁延不愈,反复急性发作,低热,经期期间、性交及劳累后疼痛加重,甚者导致不孕症,对妇女的身心健康造成严重损害,同时增加社会及家庭的负担^[15]。中西医结合疗法,使本病的治疗思路更加开阔,中药随证加减治疗灵活,能真正做到“治病不伤正,祛病不留邪”。本病的预防和调摄更加重要,多数患者由于平时个人卫生保健意识较差,并发阴道炎、淋病、梅毒等疾病交叉感染,治疗不彻底而转变为慢性炎症,甚至终身不愈。建议平时养成良好的饮食习惯,多吃新鲜蔬菜、水果,多锻炼身体,增强个人体质;即使发病,需积极配合治疗,正确认识疾病的病因病机、发展及转归,增加治愈疾病的信心。

综上所述,中西医结合治疗急性盆腔炎的效果优于单纯西医治疗,且复发率低,可防止疾病反复发作,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 刘凤新. 中药灌肠配合微波治疗慢性盆腔炎 114 例疗效观察[J]. 吉林医学,2010,31(34):6249.
- [2] 田永杰,汤春生. 急性盆腔炎的药物治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2010,19(9):524-525.
- [3] Viberga I, Odland V, Lazdane G. Characteristics of women at low risk of STI presenting with pelvic inflammatory disease[J]. Eur J Contracept Reprod Health Care,2006,11(2):60-68.
- [4] Randriamiarisoa NA, Andriamady RC, Ranjalahy RJ, et al. Epidemiological aspects of acute pelvic pain of gynecologic origin at the maternity of the Befelatanana Hospital Center, Antananarivo[J]. Arch Inst Pasteur Madagascar,2000,66(1-2):72-74.
- [5] 史惠星,张丽. 急性盆腔炎 285 例分析[J]. 中国全科医学,2006,9(18):1510-1512.
- [6] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:313-316.
- [7] Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic therapy for acute pelvic inflammatory disease:the 2006 Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines[J]. Clin Infect Dis,2007,44(Suppl 3):S111-S122.
- [8] Belo JN, Thomas S. The practice guideline 'pelvic inflammatory disease'(first revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of general practice[J]. Ned Tijdschr Geneesk,2007,151(13):730-731.
- [9] Schnee DM. Pelvic Inflammatory Disease[J]. J Pediatr Adolesc Gynecol,2009,22(6):157-159.
- [10] 王天梅. 青霉素静滴联合庆大霉素保留灌肠治疗 40 例急性盆腔炎临床疗效观察[J]. 当代医学,2013,918(1):91-92.
- [11] 张世华,曾秀. 五味消毒饮及各味药物对化脓性细菌的抑菌试验与病理模型疗效观察[J]. 畜牧业,2000(6):22-24.
- [12] 何丽,胡丽娜,罗剑儒,等. 左氧氟沙星治疗急性盆腔炎的两种方案的药物经济学价值[J]. 四川医学,2011,20(6):245.
- [13] 殷啸俊. 中西医结合治疗急性盆腔炎的临床疗效[J]. 中国医药导报,2007,4(36):128-129.
- [14] 林慧,梅全喜. 中药灌肠剂在妇科疾病中的应用[J]. 今日药学,2012,22(11):685-686.
- [15] 李伟莉,余世强,徐云霞,等. 中医药综合干预对慢性盆腔炎患者生活质量的影响[J]. 中国临床保健杂志,2009,12(6):586.

(收稿日期:2017-12-09;修回日期:2018-01-15)