盆炎灌肠方对盆腔炎性疾病的临床疗效及作用机理探讨

王秀宝[1] 张季青[1] 陈月玲[1] 陈秋妮[1] 刘秋兰[2]

（1 福建中医药大学附属泉州市中医院，泉州，362000；2 福建省泉州市医药研究所，泉州，362000）

摘要 目的：观察盆炎灌肠方保留灌肠治疗盆腔炎性疾病的临床疗效。方法：将入选的120例患者随机分为4组，每组30例，A组予盆炎灌肠方保留灌肠，B组予口服蒲皂愈炎汤，C组予口服蒲皂愈炎汤并保留灌肠，D组予奥硝唑分散片。结果：经14 d治疗后，A组、B组、C组的中医临床痊愈率、显效率和总有效率均明显优于D组（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）。A组与C组的显效率分别为50.00%和53.33%（$P>0.05$）；A、C组与B组比较（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）。总有效率依次为C组93.33%、A组90.00%、B组76.67%、D组66.67%，A组与C组比较（$P>0.05$）；A、C组与B组比较（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）。表明A组和C组的疗效明显优于B组和D组。4组患者治疗后的局部体征评分、疼痛评分、止痛疗效及中医症状评分均较治疗前明显改善（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）。止痛疗效A组、B组、C组、D组的总有效率依次为86.67%、76.67%、83.33%和73.33%，A组优于其他3组。A组有2例、C组有1例于1～3 d时出现肛门口轻微不适感，未经特殊处理自行好转；D组有7例有恶心感，加服维生素B_6后改善。表明A组无明显不良反应；治疗费4组从少到多依次为D组2.59×14＝87.63（元）、A组8.41×14＝114.94（元）、B组10.7×14＝149.94（元）、C组的费用（8.41＋10.7）×14＝264.74（元）。结论：盆炎灌肠方保留灌肠治疗盆腔炎性疾病的作用独特、疗效确切、费用低廉。

关键词 中药保留灌肠；盆腔炎性疾病；临床综合疗效；中医临床症候的疗效；安全性

The Exploration of Efficacy of TCM Clyster in the Treatment of Pelvic Inflammation and Mechanism of Action

Wang Xiubao[1], Zhang Jiqing[1], Chen Yueling[1], Chen Qiuni[1], Liu Qiulan[2]

(1 *Quanzhou TCM Hospital affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine*, *Quanzhou* 362000, *China*; 2 *Quanzhou Medical Institute*, *Quanzhou* 362000, *China*)

Abstract **Objective**: To observe the clinical curative effect of TCM Clyster on pelvic inflammation. **Methods**: the 120 patients were randomized into 4 arms: A, B, C and D, 30 cases in each arm. We gave TCM Clyster to Arm A, Puzao Yuyan Decoction to Arm B, TCM Clyster and Puzao Yuyan Decoction to Arm C, Ornidazole dispersible tablet to Arm D. **Results**: After treatment for 14 consecutive days, the recovery rate, significant effective rate and total effective rate of Arm A, B and C were significantly higher than that of Arm D ($P<0.05$ or $P<0.01$). The significant effective rate of Arm A and C were 50.00% and 53.33% ($P>0.05$), having statistical significance compared with Arm B ($P<0.05$ or $P<0.01$). The total effective rate of Arm C, A, B and D were respectively 93.33%, 90.00%、, 76.67% and 66.67%. Arm A was not statistically different than Arm C, however both arms were significant than Arm B ($P<0.05$ or $P<0.01$), which indicated that the efficacy of Arm A and C was superior to Arm B and D. After treatment, all the arms improved in terms of local symptoms, pain score, analgesic efficacy and TCM symptom score ($P<0.05$ or $P<0.01$). The total effective rate of analgesic efficacy of Arm A. B, C and D were respectively 86.67%、76.67%、83.33% and 73.33%. 2 patients in Arm A and 1 patient in Arm C felt slight discomfort in the anus at day1 - 3, which recovered spontaneously without corrective treatment. 7 patients in Arm D felt nauseated, which was relieved after taking vitamin B6. Patients in Arm A reported no obvious adverse reactions. Costs of treatment: Arm D: ￥87.63, Arm A: ￥114.94, Arm B: ￥ 149.94, Arm C :264.74. **Conclusion**: TCM Clyster is effective to treat pelvic inflammation, and less expensive compared to other treatments in this research.

Key Words TCM Clyster; Pelvic inflammation; Clinical overall efficacy; TCM symptoms efficacy; Safety

中图分类号：R244.9；R271.13 **文献标识码**：A **doi**：10.3969/j.issn.1673－7202.2014.02.016

盆腔炎性疾病（Pelvic Inflammatory Disease，PID）是妇科常见多发病，隶属于中医学“带下病”“月经不调”“瘕”等范畴。该病顽固，易反复发作，久治不愈，导致长期慢性盆腔痛、不孕不育或宫外孕等一系列家

基金项目：福建省泉州市科技局重点课题（编号：Z20100159）

通信作者：王秀宝（1952.9—），女，主任医师，硕士生导师，主要从事中医中药对不孕症、盆腔炎症性疾病和妇科疑难病症的研究，E－mail：LDH583@sohu.com

庭和社会问题,严重影响妇女的身心健康[1]。现代医学对本病尚无有效的治疗方法[2]。中医药在治疗盆腔性疾病方面,有一定特色和优势[3]。为了探讨中药保留灌肠疗法治疗盆腔性疾病有无独特的疗效和明显优势,我们于 2010 年 1 月至 2012 年 12 月对单独使用中药保留灌肠疗法的 30 例盆腔炎性疾病与口服中药、中药保留灌肠加口服中药以及口服奥硝唑分散片这 3 种疗法进行了临床研究,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　诊断标准　盆腔炎性疾病后遗症的西医诊断标准参照《妇产科学》(第 7 版)[2]中的有关诊断标准制定。中医辨证诊断标准参照《中药(新药)临床研究指导原则(2002 版)》中"盆腔炎湿热瘀结证"的诊断标准制定[4]。

1.2　病例来源　2010 年 1 月至 2012 年 12 月就诊于我院门诊及住院的盆腔炎性疾病患者,中医辨证属湿热瘀结证,年龄在 18 ~50 岁之间。治疗组 30 例,平均年龄(34.8 ±5.6)岁,平均病程(4.2 ±1.6)年;对照组 30 例,平均年龄(34.7 ±5.9)岁,平均病程(4.4 ±1.8)年。经统计 2 组在年龄、病程方面无统计学意义($P>0.05$)。

1.3　排除病例标准　年龄在 18 岁以下,50 岁以上者;中医辨证不属于湿热瘀结证者;妊娠或近期准备妊娠的妇女,哺乳期妇女;合并有心、肝、肾和精神病等严重疾患者。

1.4　研究方法　将入选的 120 例病例用随机数字表法按 1∶1 比例分为灌肠组(A 组)、中药口服组(B 组)、中药综合组(C 组)和奥硝唑组(D 组)各 30 例。

A 组:盆炎灌肠方保留灌肠。蒲公英 15 g,紫花地丁 15 g,赤芍 15 g,透骨草 15 g,延胡索 15 g,半枝莲 15 g,王不留行 24 g,路路通 24 g,乳香、没药各 15 g,加水 1000 mL,将上药水煎浓缩至 100 mL 备用(医院中药房代煎)。灌肠方法:药温保持在 39.0 ℃,患者排空膀胱、直肠,取侧卧位,以一次性吸痰管插入肛门,深度在 12 ~15 cm 左右,然后将药液导入容器内于 30 min 内缓慢注入,每日 1 次,月经期间暂停。药注入完后,嘱患者将臀部抬高,尽量延长保留时间,以利于药物的吸收。

B 组:中药口服组(内服自拟蒲皂愈炎汤)。蒲公英、皂刺、败酱草、赤芍、路路通、王不留行各 15 g,牡丹皮、桃仁各 12 g,薏苡仁 30 g,香附 10 g。水煎服,日 1 剂,14 d 为 1 个疗程。血瘀证见明显加当归、五灵脂;偏于湿热内阻者加茯苓、绵茵陈、白花蛇舌草、金银花、黄芩;偏于肝肾不足者加续断、菟丝子、淫羊藿、肉苁蓉;兼有炎症性包块者加夏枯草、三棱。

C 组:中药综合组。内服自拟蒲皂愈炎汤的同时加用盆腔灌肠方保留灌肠。

D 组:奥硝唑分散片(河南天方药业股份有限公司,国药准字 H20040375,规格:0.25 g/片)0.5 g,1 日两次。

14 d 为 1 个疗程,疗程结束后统计 4 组的疗效,所有试验病例在试验期间不得合并使用其他消炎药及治疗本病的其他药物。

1.5　观察指标

1.5.1　综合疗效判定　参照《中药新药临床研究指导原则》中慢性盆腔炎的疗效标准拟定[4]。采用症状积分量表法,分 4 个级别进行疗效判定评分[4]。根据积分法判定疾病疗效:疗效指数 =(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 ×100%。

1.5.2　中医证候疗效判定标准　痊愈:治疗后各症状消失,证候积分值减少 ≥90%;显效:治疗后各症状明显减轻,证候积分值减少 ≥70%,<90%;有效:治疗后各症状有所减轻,证候积分值减少 ≥30%,<70%;无效:治疗后各症状无减轻或有加重,证候积分值减少 <30%。

1.5.3　中医症状疗效判定　临床痊愈:积分减少 ≥90%;显效:90% >积分减少 ≥70%;有效:70% >积分减少 ≥30%;无效:积分减少 <30%。

1.5.4　局部体征疗效评定　临床痊愈:试验后局部体征消失,积分为 0;显效:试验后局部体征明显减轻,试验后较试验前积分降低 ≥2/3;有效:试验后局部体征有所减轻,试验后较试验前积分降低 ≥1/3 且 <2/3;无效:试验后体征无改善或有加重,试验后较试验前积分降低 <1/3。

1.5.5　疼痛程度评分　采用视觉模拟评分法(Visual Analoyne Scale,VAS)作为镇痛效果评价的主要指标,以视觉模拟尺的 0 端代表无痛,10 端代表最剧烈的疼痛,中间表示不同程度的疼痛。以患者根据自我感觉在横线上划上记号,来表示疼痛的程度,0 分为无痛,1 ~3 分为轻度,4 ~7 分为中度,8 ~10 分为重痛[5]。治疗前后由患者圈出一个最能代表其疼痛程度的数字。

1.6　统计学处理　计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料用 *Ridit* 检验;$P<0.05$ 为差异有统计学意义。所有运算均在 SPSS 11.0 windows 软件中进行。

2　结果

2.1　可比性分析　试验入组病例 120 例在年龄、病程、病情程度、中医症状、症状积分、局部体征、合并用

药等情况均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 4组治疗后中医临床综合疗效比较 经连续14 d治疗后,A组(灌肠组)、B组(中药口服组)、C组(中药综合组)的临床痊愈率、显效率和总有效率均明显优于D组(奥硝唑组)。A组与C组的显效率分别为50.00%和53.33%,差异无统计学意义;A组和C组分别与B组比较,差异有统计学意义。总有效率依次为C组93.33%、A组90.00%、B组76.67%、D组66.67%,A组与C组差异无统计学意义;A组和C组分别与B组比较,差异有统计学意义(结果见表1)。

表1 4组治疗后临床综合疗效比较

组别	例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
A组	30	3(10.00)$^{\triangle\triangle}$	15(50.00)$^{\triangle\triangle\blacktriangle}$	9(30.00)$^{\triangle\blacktriangle\blacktriangle}$	3(10.00)$^{\triangle\triangle\triangle\blacktriangle\blacktriangle}$	90.00$^{\triangle\triangle\blacktriangle}$
B组	30	3(10.00)$^{\triangle\triangle}$	6(20.00)$^{\blacktriangle\square\square}$	14(46.67)$^{\square}$	7(23.33)$^{\triangle\square\square}$	76.67$^{\triangle\square}$
C组	30	3(10.00)$^{\triangle\triangle}$	16(53.33)$^{\triangle\triangle}$	9(30.00)$^{\triangle}$	2(6.67)$^{\triangle\triangle}$	93.33$^{\triangle\triangle}$
D组	30	2(6.67)	5(16.67)	13(43.33)	10(33.33)	66.67

注:与D组比较,$^{\blacktriangle}P<0.05$,$^{\triangle\triangle}P<0.01$;与B组比较,$^{\blacktriangle}P<0.05$,$^{\blacktriangle\blacktriangle}P<0.01$;与C组比较,$^{\square}P<0.05$,$^{\square\square}P<0.01$。

2.3 4组治疗后中医证候疗效比较 疗程结束后,C组(中药综合组)、A组(灌肠组)、B组(中药口服组)的中医证候疗效均明显优于D组(奥硝唑组),组间比较差异有统计学意义。A组与C组比较,差异有统计学意义;A组与B组比较,差异无统计学意义(结果见表2)。

表2 4组治疗后中医证候疗效比较

组别	例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
A组	30	10(33.34)$^{\triangle\triangle}$	9(30.00)$^{\triangle\triangle\triangle}$	7(23.33)$^{\triangle}$	4(13.33)$^{\triangle\triangle\square\square}$	86.67$^{\triangle\square\square}$
B组	30	7(23.33)$^{\triangle\triangle}$	8(26.67)$^{\square\square\triangle}$	8(26.67)$^{\triangle\square}$	7(23.33)$^{\triangle\square\square}$	76.67$^{\triangle\square\square}$
C组	30	12(40.00)$^{\triangle\triangle}$	9(30.00)$^{\triangle}$	7(23.33)$^{\triangle}$	2(6.67)$^{\triangle\triangle}$	93.33$^{\triangle\triangle\blacktriangle\blacktriangle}$
D组	30	5(16.67)	7(23.33)	9(30.00)	9(30.00)	70.00

注:与D组比较,$^{\triangle}P<0.05$,$^{\triangle\triangle}P<0.01$;与B组比较,$^{\blacktriangle\blacktriangle}P<0.01$;与C组比较,$^{\square}P<0.05$,$^{\square\square}P<0.01$。

2.4 4组治疗前后疼痛评分及止痛疗效比较 治疗前4组疼痛评分统计学上差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后4组疼痛评分自身比较均明显下降($P<0.05$);A组、B组、C组3组的分值差异无统计学意义。止痛疗效比较,A组、B组、C组、D组的总有效率依次为86.67%、76.67%、80.00%和73.33%,组间比较,D组与其他3组的差异有统计学意义;A组与C组、A组与B组比较,差异均有统计学意义(表3)。说明中药综合组、盆炎灌肠组、中药口服组在缓解盆腔炎性疾病后遗症慢性盆腔痛的患者自觉疼痛方面明显优于奥硝唑组,尤其盆炎灌肠方疗效更佳。

表3 4组止痛疗效比较

组别	例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
A组	30	3(10.00)$^{\triangle\triangle\blacktriangle\blacktriangle}$	12(40.00)$^{\triangle}$	11(36.67)	4(13.33)$^{\triangle\triangle}$	86.67$^{\triangle\blacktriangle\square}$
B组	30	2(6.67)	12(40.00)$^{\triangle\square\square}$	9(30.00)	7(23.33)$^{\triangle\square\square}$	76.67$^{\square\square}$
C组	30	3(10.00)$^{\triangle\triangle}$	12(40.00)$^{\triangle}$	9(30.00)	6(20.00)$^{\triangle\triangle}$	80.00$^{\triangle\triangle\blacktriangle\blacktriangle}$
D组	30	2(6.70)	10(33.33)	10(33.33)	8(26.67)	73.33

注:与D组比较,$^{\triangle}P<0.05$,$^{\triangle\triangle}P<0.01$;与B组比较,$^{\triangle}P<0.05$,$^{\blacktriangle\blacktriangle}P<0.01$;与C组比较,$^{\square}P<0.05$,$^{\square\square}P<0.01$。

表4 4组治疗前后症状总积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
A组	30	22.36±1.82	5.46±1.77$^{\triangle\triangle\blacktriangle\square\blacktriangle\blacktriangle}$
B组	30	22.09±1.84	7.88±1.85$^{\triangle\square\square}$
C组	30	22.09±1.84	5.32±1.76$^{\triangle\square\square}$
D组	30	22.09±1.84	9.12±1.84

注:与D组比较,$^{\triangle}P<0.05$,$^{\triangle\triangle}P<0.01$;与B组比较,$^{\blacktriangle\blacktriangle}P<0.05$;与C组比较,$^{\square}P<0.05$,$^{\square\square}P<0.01$。

2.5 4组治疗前后症状总积分比较 4组治疗前后症状总积分自身比较,差异有统计学意义($P<0.01$);分值改善最明显的依次为C组、A组、B组、D组,组间比较的差异有统计学意义;A组与B组比较,差异有统计学意义;A组与C组比较,差异无统计学意义(结果见表4)。

2.6 4组治疗前后各项中医症状改善情况比较 4组均能不同程度改善慢性盆腔炎患者的各项中医症状

($P<0.001$),A 组和 C 组组间比较的差异有统计学意义(结果见表 5)。

表 5　4 组治疗前后各项中医症状改善情况比较

症状	组别	例数	治疗前				治疗后				Z	P
			+	++	+++	++++	+	++	+++	++++		
下腹胀痛或刺痛	A 组	30	2	6	12	10	3	3	6	1	−10.20	0.000
	B 组	30	2	7	11	10	3	4	7	2	−9.421	0.000
	C 组	30	2	7	12	9	2	5	7	2	−8.102	0.000
	D 组	30	3	6	12	9	4	6	9	7	−8.101	0.000
腰骶胀痛	A 组	30	4	4	10	12	9	9	9	3	−8.110	0.000
	B 组	30	4	5	10	11	7	9	10	3	−8.102	0.000
	C 组	30	5	9	12	10	9	3	7	7	−8.112	0.000
	D 组	30	4	3	11	12	4	9	8	6	−7.606	0.000
带下色黄	A 组	30	5	5	8	9	2	4	6	0	−8.112	0.000
	B 组	30	4	7	8	10	4	9	7	7	−7.284	0.000
	C 组	30	5	6	8	10	2	5	5	0	−8.123	0.000
	D 组	30	3	7	5	10	4	8	7	7	−7.282	0.000
带下量多	A 组	30	3	8	8	6	2	10	5	0	−8.042	0.000
	B 组	30	3	7	9	4	2	10	5	0	−8.040	0.000
	C 组	30	3	8	8	6	2	9	7	0	−8.039	0.000
	D 组	30	3	9	9	8	8	7	6	3	−7.596	0.000
带下气臭	A 组	30	4	6	10	8	2	10	6	2	−7.662	0.000
	B 组	30	5	6	9	8	2	10	6	2	−7.664	0.000
	C 组	30	4	6	10	8	2	10	6	2	−7.661	0.000
	D 组	30	3	5	10	8	2	10	4	2	−6.884	0.000
经行腹痛加剧	A 组	30	5	3	5	12	4	7	7	2	−7.476	0.000
	B 组	30	5	4	5	13	4	6	8	2	−7.456	0.000
	C 组	30	4	4	6	12	4	7	6	1	−7.477	0.000
	D 组	30	3	4	6	11	8	5	6	0	−7.823	0.000

2.7　4 组的治疗费用比较　在 4 组的治疗费用中,A 组 1 个疗程的费用为 $8.41\times14=114.94$(元),B 组为 $10.7\times14=149.94$(元),C 组的费用为 $(8.41+10.7)\times14=264.74$(元),D 组的费用为 $2.59\times14=87.63$(元)。4 组中的费用由高到低依次为 C 组、B 组、A 组和 D 组。

2.8　安全性及不良反应评价　4 组患者治疗前后的血、尿、便常规、心电图、肝(ALT)、肾(Cr、BUN)化验检查对比均未见异常。A 组有 2 例、C 组有 1 例患者在接受治疗的 1 ~ 3d 出现肛门口轻微不适感,未经特殊处理自行好转;D 组有 7 例有恶心感,加服维生素 B_6 后改善。

3　讨论

1)临床综合疗效盆炎灌肠方保留灌肠组优于单纯口服中药或奥硝唑组。研究结果发现,A 组(灌肠组)、B 组(中药口服组)、C 组(中药综合组)的临床痊愈率、显效和总有效率均明显优于 D 组(奥硝唑组)。A 组与 C 组的显效率分别为 50.00% 和 53.33%,差异无统计学意义($P>0.05$);A 组、C 组与 B 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$,$P<0.01$)。总有效率依次为 C 组 93.33%、A 组 90.00%、B 组 76.67%、D 组 66.67%,A 组与 C 组差异无统计学意义($P>0.05$);A、C 组与 B 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$,$P<0.01$)。表明盆炎灌肠方保留灌肠和中药综合组(内服蒲皂愈炎汤加盆炎灌肠方保留灌肠)对慢性盆腔炎的疗效是肯定的,明显优于 B 组(中药口服组)和 D 组(奥硝唑组)。

2)单项证候、体征疗效方面盆炎灌肠方保留灌肠组优于其他 3 组。本研究结果提示,4 组患者治疗后临床症状体征均有所改善。治疗后 4 组患者局部体征评分、疼痛评分、止痛疗效及中医症状评分均较治疗前明显改善,其差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。止痛疗效比较,A 组、B 组、C 组、D 组的总有效率依次为 86.67%、76.67%、83.33% 和 73.33%,组间比较,D 组与其他 3 组的差异有统计学意义;A 组与 C 组、A 组与 B 组比较,差异有统计学意义。表明中药盆炎灌肠方保留灌肠组中医单项证候、体征疗效优于其他 3 组。

3)中药盆炎灌肠方保留灌肠组的费用低、无明显不良反应,安全可靠。保留灌肠组及其他 3 组均未发现过敏反应,治疗前后检查血、尿、便常规、心电图,肝肾功能等经 χ^2 检验,均无统计学意义($P>0.05$)。保

留灌肠组的每日的治疗费用 8.1 元,1 个疗程仅需 114.94 元。表明中药盆炎灌肠方保留灌肠组治疗慢性盆腔炎无明显不良反应,安全可靠,而且费用低廉。

4)慢性盆腔炎属妇科多发病、疑难病,属中医“妇人腹痛、带下病”等病范畴[7]。从中医的角度出发,慢性盆腔炎症状表现复杂,正气不足以御邪,热毒湿邪结于下焦、困阻气机,影响气血之畅行,滞而成瘀,血瘀又加重了湿热,湿热瘀血互结、缠绵不解,盘踞胞脉,瘀血内阻而致腹痛、痛经等病证[8];再加上抗生素的广泛应用,产生了不同程度的耐药性,导致了慢性盆腔炎迁延难愈的病理特征[9]。可见湿热和瘀血系本病关键所在[10]。因此临床上应抓住“湿、热、瘀”为其治疗要点[11]。

针对湿热瘀结这一主要病因病机,结合其局部病理改变,我们采用盆腔灌肠方灌肠治疗盆腔炎性疾病患者,观察其临床症状的改善情况。研究结果显示,经过盆腔灌肠方灌肠治疗后盆腔炎性疾病患者的临床综合疗效与 C 组(内服蒲皂愈炎汤加盆炎灌肠方保留灌肠)的疗效相仿,而单项症候和体征疗效明显优于其他 3 组,表明该疗法优于西药内服组和单纯口服中药组,且方法简单,患者在家中也能自己治疗,有明显的优势。

盆腔灌肠方中蒲公英、紫花地丁二者共为君药,具有清热解毒,活血祛瘀止痛,清利湿热,消肿排脓之功。赤芍、延胡索、透骨草、半枝莲、乳香、没药为臣药,具有清热凉血,活血化瘀;渗湿利水,清热排脓;疏肝理气,调经止痛,以上六味共助君药之力,为臣药,气血并治。王不留行、路路通为佐助药,活血通经,利尿通淋助君臣化瘀止痛。全方具有清热利湿、活血化瘀的作用。由于盆腔内诸静脉与痔静脉丛相互交通[12],通过中药保留灌肠,药物可直接通过直肠、结肠的吸收到达盆腔组织[13],药物滴入肛内被肠道吸收后,可促使局部气血运行,炎症局限吸收[14],且温热药液对周围组织起到热敷作用,能促使局部血液循环,修复炎症组织[15]。

参考文献

[1]郎景和,向阳. 高级医师案头丛书. 妇产科学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2000:1591.

[2]乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:246 - 252.

[3]韩崇. 中医治疗盆腔炎临床探讨[J]. 内蒙古中医药,2010,29(11):2 - 3.

[4]郑筱萸. 中药临床新药研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:244 - 253.

[5]国家药品监督管理局. 中药新药研究的技术要求[S]. 北京:中国医药科技出版社,2000:29 - 30.

[6]王恩真. 神经外科麻醉学[M]. 北京:北京人民卫生出版社,2000:902 - 903.

[7]程玲,丁永芬,黄楠,等. 多途径给药中医综合治疗慢性盆腔炎临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(4):667 - 668.

[8]曾倩,董婷,徐晓娟,等. “择期疗法”治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎 64 例临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(10):9541 - 9543.

[9]赵灵. 黄可佳教授论治湿热瘀阻型慢性盆腔炎经验[J]. 辽宁中医药大学学报,2012:14(9):167 - 168.

[10]洪建云,欧兰芳,李福,等. 腹丛刺合骶髂刺治疗慢性盆腔炎临床观察[J]. 中国针灸,2005,25(7):471 - 473.

[11]徐君霞. 加味红藤汤口服并保留灌肠治疗盆腔炎 151 例[J]. 中国中医急症,2009,18(4):629 - 630.

[12]陈建华. 腹针配合艾灸治疗慢性盆腔炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2008,27(4):26.

[13]陈妙玲,鞠琰莉. 慢性盆腔炎针灸治疗进展[J]. 上海针灸杂志,2011,30(10):714 - 717.

[14]陈红霞,金成兰,李素琴. 超短波抗炎及对细菌作用的国内研究概况与展望[J]. 中华理疗杂志,2000,23(6):375 - 376.

[15]许燕. 综合疗法治疗慢性盆腔炎 80 例[J]. 新中医,2007,39(12):63.

(2013 - 04 - 05 收稿 责任编辑:曹柏)

(上接第 187 页)

[6]景珩,韩涛,陈素玲,等. 43 例缺血性中风患者认知功能评估及影响因素分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(8):241 - 243.

[7]马松华. 阿司匹林联合西洛他唑治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(5):557 - 558.

[8]周红霞. 益气活血补肾法治疗缺血性中风之气虚血瘀证 28 例临床观察[J]. 中医药导报,2010,16(4):23 - 25.

[9]伍龙,刘一尔,李文华. 疏血通治疗缺血性脑卒中 40 例的疗效观察[J]. 广西医学,2009,31(1):100 - 101.

[10]闰也,赵用,李亚明,等. 眼针治疗缺血性中风 SPECT - rCBF 的临床研究[J]. 辽宁医学院学报,2009,30(3):212 - 214.

[11]韩雪梅,夏宝林,李科全. 针刺调节缺血性中风患者血脂和血液流变学的临床分析[J]. 中国医药导报,2012,9(14):116 - 117.

[12]祝美珍,王琳,胡跃强. 清热化瘀Ⅱ号方对急性缺血性中风患者神经功能及中医证候评分的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(8):950 - 952.

(2013 - 07 - 17 收稿 责任编辑:曹柏)