

中药综合疗法治疗湿热瘀毒蕴结证盆腔炎合并盆腔积液 40 例

王秀宝¹ 陈月玲¹ 张季青¹ 刘秋兰² 陈秋妮¹ 张嘉男¹

(1 福建中医药大学附属泉州市中医院, 福建泉州市鲤城区温陵南路 215 号, 362000; 2 福建省泉州市医药研究所)

关键词 盆腔炎性疾病/中药综合疗法; 湿热瘀毒蕴结证

我们自 2006 年 6 月 - 2010 年 6 月采用中药综合干预疗法治疗湿热瘀毒蕴结证盆腔炎合并盆腔积液 40 例, 疗效满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 盆腔炎性疾病的西医诊断标准参照《妇科疾病诊断标准》^[1]和全国中药新药临床研究指导原则《女性生殖系统炎症》的诊断标准^[2]制定。病史: 有急性盆腔炎病史。B 超检查有盆腔积液, 且排除以下原因引起的盆腔积液: 1) 恶性肿瘤; 2) 结核性腹膜炎; 3) 肝硬化腹水; 4) 布 - 卡氏综合征; 5) 外伤引起的内脏出血; 6) 宫外孕破裂出血; 7) 贫血等非妇女盆腔炎引起的盆腔积液。临床表现均有不同程度的小腹痛、腹胀, 多兼有腰酸、腰痛、白带或黄带多、乏力等症。

中医辨证诊断标准: 参照“中药新药治疗女性生殖系统炎症的临床研究指导原则”^[3]制定。湿热瘀毒蕴结证主症: 下腹胀痛或刺痛, 痛处固定; 腰骶胀痛; 带下量多, 色黄质稠, 有臭味。次症: 经行腹痛加重, 月经增多有块, 经期延长, 神疲乏力, 大便燥结或溏而不爽, 小便黄, 余热未除或低热起伏。舌脉: 舌质红或暗红, 或见瘀点或瘀斑, 苔黄腻或白腻, 脉滑数或弦数或弦滑或弦涩。以上主症具备 2 项, 次症具备 2 项, 结合舌象、脉象即可诊断。

1.2 纳入病例标准 全部入选病例均符合盆腔炎性合并盆腔积液诊断标准, 中医辨证属湿热瘀毒蕴结证; 年龄在 18 ~ 50 岁之间, 平均年龄 36.2 岁, 病程 12d ~ 12 个月, 平均 7.9 个月。

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毒蕴结证者; 妊娠或近期准备妊娠的妇女, 哺乳期妇女; 合并有心、肝、肾和精神病等严重患者。

1.4 治疗方法 严格控制可变因素后, 将 80 例患者

用随机数字表法按 1:1 比例分为中药综合干预组(治疗组)与奥硝唑组(对照组)各 40 例进行试验对照。2 组在年龄、症状、体征、病程等方面经统计学处理, 无统计学意义, 具有可比性($P > 0.05$)。

治疗组: 内服蒲皂愈炎汤: 蒲公英、皂角刺、败酱草、赤芍、路路通、王不留行各 15g, 牡丹皮、桃仁各 12g, 薏苡仁 30g, 香附 10g。加减法: 血瘀见症明显加当归、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; 兼有炎症性包块者加夏枯草、三棱。每日将 1 剂方药加 500mL 水煮沸至 150mL 左右, 倒出备服; 残药再加水 300mL 煮沸至 150mL 左右, 倒出备服。服法: 每次服用 150mL, 分早晚 2 次温服。盆腔灌肠方: 蒲公英、紫花地丁、赤芍、透骨草、延胡索、半枝莲各 15g, 伴有炎症性包块加三棱、莪术、夏枯草各 10g。水煎浓缩至 100mL 备用。

对照组: 阳性对照药片为奥硝唑(广东彼迪药业有限公司, 国药准字 H44021585), 每次 1.0g, 每天 2 次, 温开水冲服。2 组患者用药 7 天为 1 个疗程(月经期间暂停), 所有试验病例在试验期间不得合并使用消炎药及治疗本病的其他药物。

1.5 疗效标准 治愈: 盆腔积液全部消退, 症状、体征消失, 妇科检查恢复正常。显效: 积液消退 $\geq 70\%$, 症状、体征明显改善。有效: 积液消退 $\geq 30\%$, 症状、体征有所改善。无效: 积液消退不明显或增多, 症状、体征无改善。总有效率: 治愈率 + 显效率 + 有效率之和。

1.6 统计学方法 等级资料采用秩和检验, 计数资料采用 χ^2 检验; 采用 SPSS 11.0 软件分析。

表 1 2 组治疗结果与疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈 (%)	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	总有效率 (%)
治疗组	40	22(55.00)**	10(25.00)	5(12.50)	3(7.50)	92.50*
对照组	40	7(17.50)	11(27.50)	13(32.50)	9(22.50)	77.50

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

2 结果

2.1 2 组治疗结果与疗效比较(见表 1) 从表 1 可知, 中药综合干预组的治疗结果优于奥硝唑组, 其

痊愈率和总有效率分别为 55.00% 和 92.50%。

2.2 2 组患者治疗前后 B 超检查盆腔积液变化的比较(见表 2) 表 2 提示 2 组患者治疗后 B 超检查的改善差异有统计学意义($P < 0.05$),表明中药综合干预疗法组改善盆腔积液优于奥硝唑组。

表 2 2 组患者治疗前后 B 超检查盆腔积液变化的比较

组别	检测例数	阳性例数	转阴例数	转阴率(%)
治疗组	40	31	19	61.29*
对照组	40	32	13	40.63

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 安全性分析 本课题研究过程中,中药综合干预疗法组与对照组均无不良反应发生;疗程结束后复查血常规、尿常规、肝肾功能与治疗前无明显区别,未出现肝功能指标异常以及肾功能指标异常。

3 讨论

中医认为,盆腔炎性疾病合并盆腔积液患者的症状表现复杂,乃正气不足以御邪,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。中药综合干预疗法组中的蒲皂愈炎汤和盆腔灌肠方则是针对“湿、热、瘀”这一病机要点而立方的。蒲皂愈炎汤和灌肠方中的蒲公英、紫花地丁、半枝莲等清热解毒,且对病毒、衣原体等有抑制作用,对多种病原体复合感染所致的慢性盆腔炎症有较好的疗效;败酱草、牡丹皮能清血分热,散营分瘀热,对盆腔炎常见的葡萄球菌、链球菌有杀灭作用;薏苡仁有健脾化湿之功;赤芍、皂角刺、桃仁、王不留行、透骨草、路路通、延胡索等活血化瘀。合而用之,既可较快的消除积液,又可明显改善临床症状。

参考文献

- [1] 国家药品监督管理局. 中药新药研究的技术要求[S]. 2000:29-30.
- [2] 朱兰,赵煜,刘军,等. 慢性盆腔炎国内外的研究现状. 西南国防医药,2007,17(3):376.
- [3] 中华人民共和国卫生部制定颁布,中药新药临床指导原则. 第一辑: 中药新药治疗女性生殖系统炎症的临床研究指导原则,1993:250-252.

(2011-09-13 收稿)◎

背俞撞击法治疗慢性便秘 76 例

樊哲礼¹ 樊晓云² 孙小萍¹

(1 南昌市卫生学校,330006; 2 南昌市第三医院)

关键词 慢性便秘/推拿疗法

1 一般资料

选择肠道功能性病变所致慢性便秘患者 76 例,男 39 例,女 37 例;年龄 20~72 岁,平均 46 岁;病程最短 9 个月,最长 10 年。伴有发作性下腹部痉挛疼痛 54 例,粪便干硬或呈羊粪状 64 例,食欲减退、口苦、腹胀、暖气、排气多等胃肠症状 52 例,伴有头昏、头痛、易疲劳等 42 例。

2 治疗方法

足跟离墙 15cm 左右站立,全身自然放松,用背腰部向后撞击墙壁,用力呼出浊气。待身体回弹时,用腹式缩唇法深吸清气,气贯丹田,直达小腹。动作要沉稳而有力,但不可过猛。每分钟约 24 次,节奏均匀自然。撞击的顺序从上向下,有利于排出浊气和食积、痰瘀。依次为背部之肺俞、厥阴俞、心俞、膈俞、督俞;下背部之肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、三焦俞;腰骶部之肾俞、气海俞、大、小肠俞。每部位撞击 10min,3 个部位全部刺激到。每天 2 次,根据病情决定活动量,注意循序渐进。从每次 10~15min 开始,渐渐增加到 30min 左右。如刺激部位有发热感觉,自觉呼吸通畅,出现打嗝、放屁现象,说明气机通畅,已产生效果。若 3 天后大便仍不通畅,可适量延长撞击时间或增加撞击次数为每天 3~4 次。忌食辛辣香燥,多食水果、绿叶菜及粗纤

维类食物。撞击 1 周后,停用通便药,30 天后观察疗效。

3 结果

疗效标准:痊愈:粪质不干,排出通畅,每天 1 次,无兼证。好转:每 1~2 天排便 1 次,少有腹痛、腹胀,不用通便药能努力自行排出。无效:治疗后症状无改善。

治疗结果:痊愈 54 例,好转 19 例,无效 3 例,总有效率 96%。

4 体会

肠道的病变、神经系统的病变、大肠运动异常引起、内分泌紊乱与代谢性疾病、饮食因素、没有定时排便的习惯、年老体弱、久病卧床之人,都会引起便秘。中医学认为,便秘的发生与肺脾胃肾胃肠功能失调,气血阴阳不足有关。肺气郁滞,不能敛降,脾胃升降失司,肾虚肠燥,均可导致大肠传导阻滞而便秘。阴血亏虚,大肠失润,气虚阳微,存在于病程的始终。病位在大肠,涉及多个脏腑。通便药虽可获一时之快,但长期应用,损伤津液,大便燥结更甚,久之,肠道麻痹,而使本病反复发作,难于痊愈。为避免药物治疗的依赖和副作用,指导患者通过由上而下撞击背俞,即可起到肃降肺气,调理脾胃,改善肠胃通降功能的目的,又可起到调节脏腑功能,旺盛正气,润滑肠道,增强大肠运动,养成定时排便的习惯,达到自行排便的目的。

(2010-12-27 收稿)