



· 论 著 ·

清热调血汤保留灌肠治疗慢性盆腔炎的临床疗效评价

邓美儿 (江永县人民医院 湖南永州 425400)

摘要: **目的** 评价清热调血汤保留灌肠治疗慢性盆腔炎的临床疗效。**方法** 选取 2016 年 4 月至 2017 年 4 月期间在本院接受治疗的慢性盆腔炎患者 80 例作为研究对象, 随机分为观察组和对照组各 40 例, 对照组给予抗消炎药物治疗, 观察组采用清热调血汤保留灌肠治疗, 对比两组患者炎症改善时间和不良反应发生率。**结果** 观察组患者炎症改善时间显著低于对照组, 观察组不良反应发生率 5.00% 显著低于对照组 27.50%, $P < 0.05$ 。**结论** 清热调血汤保留灌肠治疗可提高治疗效果, 降低不良反应发生率, 值得临床推广。

关键词: 清热调血汤保留灌肠 慢性盆腔炎 疗效

中图分类号: R271.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 16-016-02

慢性盆腔炎属于常见妇科疾病, 该病主要表现为女性生殖器官、周围缔结组织以及盆腔腹膜的慢性炎症性病变, 常见于已婚女性。传统医学主要采用抗消炎药物治疗, 但是该病致病原因复杂, 复发率高, 治疗效果欠佳, 对生活质量造成影响^[1]。而中医认为慢性盆腔炎属于“带下病”、“妇人腹痛”, 可采用清热调血汤进行治疗, 降低患者对药物的不良反应, 配合灌肠治疗, 提升治疗效果。本文对清热调血汤保留灌肠治疗慢性盆腔炎的临床疗效进行评价, 现将本次研究结果及分析作如下汇报:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验选取我院 2016 年 4 月至 2017 年 4 月期间接受治疗的慢性盆腔炎患者 80 例作为研究对象, 采用随机抽取法将患者分为两组, 每组各 40 例, 对照组年龄 21-53 岁, 平均年龄为 (30.56 ± 2.31) 岁; 观察组年龄 20-54 岁, 平均年龄为 (31.23 ± 2.12) 岁。分别对两组患者各项指标进行比较, 无显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采用青霉素钠 (华北制药股份有限公司, 国药准字 H13020657) 800 万 U, 氯化钠注射液 (浙江康吉尔药业有限公司, 国药准字 H20113239) 250ml 混合, 1 次/d 静脉滴注; 同时给予患者甲硝唑 (河南天方药业股份有限公司, 国药准字 H41021570) 200ml 静脉滴注, 1 次/d, 10-14d 为一疗程,

观察组给予清热调血汤保留灌肠治疗, 采用当归 10g、白芍药 10g、红花 10g、牡丹皮 30g、黄连 20g、生地黄 20g、桃仁 20g, 如患者有包块需加入三棱, 白带较多可加入茯苓, 混合煎熬, 药剂 100-150ml 为宜, 温度保持在 37℃。在药液温度适宜后, 取侧卧位进行灌肠, 1 次/d, 灌肠前嘱咐患者排空大小便, 使用石蜡油润滑肛门与吸痰管, 将吸痰管插入肛门 20-25cm 位置, 注意动作要轻柔, 将药液缓慢灌入, 完毕后嘱咐患者采用先采用膝胸卧位, 10-15min 后采用后平卧位, 保证药液可以充分达到直肠后壁凹陷位置, 便于子宫附件对药物的吸收, 10-15d 为一疗程, 月经期治疗暂停, 一个疗程后对治疗效果进行评价^[2]。

1.3 观察指标

对比两组患者炎症改善时间和不良反应发生率。其中患者炎症包括: 腰骶坠痛、带下质稠臭味、月经不调、神疲肢软。不良反应包括: 腹泻、头痛、恶心、食欲不振。

1.4 统计学处理

将本次研究资料所记录的数据均采用统计学软件 SPSS20.0 进行处理分析, 计量资料以 t 检验, 计量资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者炎症改善时间比较

观察组患者炎症改善时间显著低于对照组, $P < 0.05$, 详细数据见表 1。

表 1: 两组患者炎症改善时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	腰骶坠痛	带下质稠臭味	月经不调	神疲肢软
对照组 (n=40)	12.21 $\pm$ 2.32	13.68 $\pm$ 3.82	12.13 $\pm$ 3.21	13.56 $\pm$ 2.89
观察组 (n=40)	6.23 $\pm$ 2.11	7.25 $\pm$ 2.43	8.79 $\pm$ 2.66	9.25 $\pm$ 2.01
t	12.060	8.982	5.067	7.743
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率 5.00% 显著低于对照组 27.5%, $P < 0.05$, 详细数据见表 2。

表 2: 两组患者不良反应发生率比较 (n(%))

组别	腹泻	头痛	恶心	食欲不振	不良反应发生率
对照组 (n=40)	2(5.00)	2(5.00)	3(7.50)	4(10.00)	13(27.50)
观察组 (n=40)	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00)
χ^2	--	--	--	--	9.928
P	--	--	--	--	0.002

3 讨论

慢性盆腔炎属于常见妇科疾病, 在女性中发病率极高, 病情容易出现反复, 治愈困难, 传统的治疗方法主要采用抗炎药物治疗, 但因患者病情的反复, 产生耐药性, 造成抗炎药物的治疗效果欠佳, 因此需要对传统的西药治疗进行改进, 采

用中药治疗方法, 降低不良反应发生率, 提升治疗效果^[3]。

在研究中可以看出, 观察组患者炎症改善时间显著低于对照组, 观察组患者不良反应发生率 5.00% 显著低于对照组 27.5%, $P < 0.05$ 。原因分析为: ①与西医单纯的消炎相比, 清热调血汤保留灌肠治疗通过药物的局部渗透作用对患病部位的血液循环进行改善, 将盆腔炎症部位黏连的组织进行软化, 消除患病组织内的血肿, 针对性的进行治疗可提升药物吸收率, 促进患病位置恢复, 并且可避免西药对肾脏、肝脏的刺激, 降低患者不良反应发生率。②清热调血汤可对慢性盆腔炎进行因病机的辩证施治, 具有清热利湿、活血理气的功效, 其中生地黄可起到清热解毒的功效, 有利于患者体内包块的消除; 当归、红花具有活血化淤的功效, 可对患者患病部位进行消肿; 桃仁、三棱具有消炎止痛功效, 可缓解患者腹部坠痛, 将这些药物混合进行灌肠治疗, 可直接作用于

(下转第 18 页)



脾型, 第三类患者为脾肾阳虚型, 第四类患者为气血两虚型。最终症状及体征分类结果见表 1。

3.2 相关性及其一致性分析

结果表明: Spearman 相关系数为 0.833, $P < 0.05$, 说明两者之间存在相关性且较好。Kappa 值为 0.73 接近于 0.75, $P < 0.05$, 说明四类患者与卡氏评分之间存在一致性, 且一致的程度较为良好, 结果见表 2。

表 2: 4 类患者中医证候与 KPS 评分的相关性及一致性

分级	第一类	第二类	第三类	第四类	K 值	P 值	Spearman 相关系数	P 值
1 级	34	6	4	0	0.73	0.000	0.833	0.000
KPS 2 级	11	25	7	2				
评分 3 级	1	8	17	3				
4 级	0	1	2	8				

4 讨论

根据证候特点, 将观察的 129 例病例, 采取聚类分析及主成分分析统计方法, 将患者分为四类, 第一类患者的主要证型概括为肝郁脾虚型, 第二类患者的主要证型概括为湿热蕴脾型, 第三类患者的主要证型概括为脾肾阳虚型, 第四类患者的主要证型概括为气血两虚型。随着患者 KPS 评分的改变, 中医证候随之演变, 出现不同的证候特点, 其具体如下:

患者 KPS 评分为 100 ~ 80 分时, 以肝郁脾虚为主, 肝郁气滞, 气机不畅, 经脉不利, 则出现腹痛、腹胀; 肝失疏泄, 经气郁滞, 肝性失柔, 则出现心烦易怒; 肝郁乘脾, 肝脾不调, 则出现大便干稀不调; 肝郁脾虚, 则出现舌红, 苔白, 脉弦细。

患者 KPS 评分为 70 ~ 50 分时, 以湿热蕴脾为主, 湿热蕴结中焦, 运化失司, 气机受阻, 则出现腹胀; 气机不畅, 痰湿中阻, 则出现胸闷; 湿遏热伏, 郁蒸于内, 则出现发热; 邱志济等总结朱良春先生治疗湿热低烧证治体会^[4], 提出湿热病乃阳明太阴同病, 及脾胃同病为湿热病变之主辨证, 故见发热。湿热困脾, 脾胃纳运失职, 胃气上逆, 则出现恶心、呕吐; 湿热重着, 湿热下注, 则出现便溏; 《素问·至真要大论》^[6]病机十九条: “诸呕吐酸, 暴注下迫, 皆属于热。”; “诸腹胀大, 皆属于热。”等说明呕吐、便溏等在临床上病机虽然不同, 但在症候性质上却都属于热症。舌红, 苔黄腻, 脉濡数均为湿热蕴脾之象。

患者 KPS 评分为 40 ~ 30 分时, 以脾肾阳虚为主, 病久脾胃虚弱, 生化无源, 气血亏虚, 则出现神疲乏力; 心神失养, 则出现失眠; 脾失健运, 则出现纳差; 脾虚及肾, 脾肾阳虚, 阳气失于温运, 则出现畏寒肢冷; 水液输布不利, 水湿内停, 则出现下肢浮肿; 水液输布失调, 二便失司, 则出现尿少, 腹泻; 脾肾阳虚所致泄泻, 古籍中称为“五更泻”。五更泻以发病时间为特点命名, 较早见于《丹溪心法》^[6]“有每日五更处洞泻……, 随节饮食忌口, 但得日间上半时无事, 近五更其泻复作。”张景岳在《景岳全书》^[7]中说: “盖肾为胃关, 开窍于二阴,

所以二便之开闭, 皆肾脏之所主, 今肾中之阳气不足, 则命门火衰而阴寒独盛, 故于子丑五更之后, 当阳气未服, 阴气盛极之时, 即令人洞泻不止也。”也证实五更泻的病机与脾肾阳虚有关。脾肾两虚, 则出现舌淡, 苔白, 脉沉细症状。

患者 KPS 评分为 < 20 分时, 以气血两虚为主, 病久脾胃虚弱, 生化无源, 气血亏虚, 则出现消瘦; 形神失养, 则出现神疲乏力; 宗气不足, 则出现气短懒言; 气血不足, 推动无力, 不得上荣于头目, 则出现头晕目眩; 心神失养, 则出现心悸、失眠; 脾失健运, 则出现纳差; 舌淡, 苔白, 脉沉细为气血两虚之象。

目前的研究主要从证候的演变着手, 对中晚期大肠癌辨证论治, 总结规律。但以笔者的临床经验, 认为本病临床的证候复杂多变, 且虚实夹杂, 难以用单纯辨证全面概括, 应当见微知著, 以常达变, 研究证候的演变规律, 以证候的演变为线索, 以阴阳为核心, 六经辨证为经, 脏腑辨证为纬, 综合分析, 探索出疾病演变的本质。

5 结论

大肠癌是临床上常见的消化道恶性肿瘤之一, 中晚期原发性大肠癌的临床症候复杂多变, 研究发现中晚期原发性大肠癌患者的证候演变与 KPS 评分存在较好一致性和相关性。

1. 中晚期大肠癌的主要证型为肝郁脾虚型, 湿热蕴脾型, 脾肾阳虚型, 气血两虚型。且各辨证分型中, 以脾(气)虚的症状为患者的主要症状, 故脾(气)虚为中晚期大肠癌患者的主要辨证特点, 治疗上也应以健脾益气的治疗原则为基石, 在此基础上辨证论治, 临证加减。

2. 中晚期大肠癌的中医证候演变与 KPS 评分具有相关性, 其中以肝郁脾虚型患者最多, 且 KPS 评分最高, 症状较轻, 预后最好; 以气血两虚型患者最少, 且 KPS 评分最低, 症状较重, 预后最差; 对于临床上辨证治疗中晚期原发性大肠癌及分析患者病情有一定的参考意义。

3. 在临床治疗中, 应当注重患者不同阶段证候演变的规律, 以明确其证候特点, 以期改善患者症状, 提高患者生存质量, 延长生存期。

参考文献

- [1] 国家技术监督局.ZY/T001.1-1994 中华人民共和国中医药行业标准——中医病症诊断疗效标准[S].北京: 中国标准出版社.1994
- [2] 国家技术监督局.GB/T16751.1-1997 中医临床诊疗术语[S].北京: 中国标准出版社.1997
- [3] 朱文锋.证素辨证学[M].北京: 人民卫生出版社.2008
- [4] 邱志济.邱江东.邱江峰.朱良春治疗湿热低烧证经验的临床运用——著名广州中医药大学 2007 届博士学位论文老中医学家朱良春教授临床经验[M].辽宁中医杂志, 2004, 9(9):711-712
- [5] 黄帝内经素问(影印本).北京: 人民卫生出版社, 1982
- [6] 元·朱丹溪.丹溪心法[M].北京: 人民卫生出版社, 2005: 63
- [7] 明·张景岳.景岳医学全书[M].北京: 中国中医药出版社, 1999:1172-1173

(上接第 16 页)

患病部位, 提升治疗效果。③进行灌肠治疗中, 使用吸痰管, 相对于普通肛管, 吸痰管更加柔软, 并且深入位置相较于普通灌肠增加 5-10cm, 降低患者在进行灌肠中的不适反应, 延长药液存留时间, 提升盆腔药物浓度。同时药物温度保持在 37℃, 与人体温度接近, 不会因为药液温度较低造成腹泻, 降低治疗中的不良反应发生率^[4]。

综上所述, 清热调血汤保留灌肠治疗可提高治疗效果, 降低不良反应发生率, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 钟高堂.清热调血汤配合消癥散外敷对湿热瘀结型慢性盆腔炎患者免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志, 2016, 25(14):1533-1535.
- [2] 刘志超.清热调血汤加减治疗慢性盆腔炎临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(20):186-187.
- [3] 孙晓吉, 吕炳涛, 齐雨, 杨冬梅.中药择时灌肠治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].辽宁中医杂志, 2016, 43(2):289-291.
- [4] 周燕红, 梁锦红, 韦花莲, 蒙梅芬, 李秀锦.中药灌肠联合理疗治疗慢性盆腔炎 50 例效果观察与临床护理[J].齐鲁护理杂志, 2015, 21(1):73-75.