

中药灌肠联合超声药物透入技术治疗盆腔炎后遗症的临床效果观察

唐晓容¹ 罗悦¹ 毛雪琴¹ 王麒麟¹ 梁丽娟¹ 姚远²

1. 四川省成都市龙泉驿区第一人民医院 四川 成都 610100

2. 四川大学华西妇女儿童医院 四川 成都 610041

摘要:目的:本研究旨在探讨中药灌肠联合超声药物透入技术治疗盆腔炎后遗症临床疗效,以期获得更好的治疗效果。方法:从2021年09月—2023年02月,对在本院妇科就诊的180例盆腔炎后遗症的病人,随机分为三组,分别接受为期三个疗程的超声药物透入(B1组),中药保留灌肠(B2组)和超声药物透入联合中药保留灌肠(A组)治疗。治疗前后测定肿瘤坏死因子(TNF- α)和白细胞介素-2(IL-2水平),并收集临床中医证候评分以及疼痛视觉模拟评分(VAS)。结果:治疗之后三组总的有效率均在93%以上,A组显效率为63.33%,明显优于B1和B2组($P < 0.05$)。治疗后,三组IL-2水平则明显增高,TNF- α 明显下降,但A组变化更大;同样地,三个治疗组的中医证候评分以及VAS评分和在治疗之后均有明显下降,但A组临床改善效果更为明显($P < 0.05$)。结论:超声药物透入和中药保留灌肠对盆腔炎后遗症均具有明显的疗效,但中药保留灌肠联合超声药物透入技术治疗盆腔炎后遗症在改善病人临床症状、减轻疼痛、降低炎症反应等方面,效果更为突出。

关键词: 中药灌肠; 超声药物透入; 盆腔炎后遗症; 治疗效果

盆腔炎性疾病(PID)是妇科高发疾病,主要危害妇女内生殖器官和周围结缔组织,累及子宫、卵巢、输卵管以及盆腔腹膜等多个部位^[1],若病人未接受及时、规范、有效的治疗可导致一系列后遗症发生,即盆腔炎性疾病后遗症(SPID),主要包括盆腔炎反复发作、白带异常、长期反复慢性盆腔痛、不孕症和异位妊娠,患者身体健康和生活质量受到严重影响。我国《盆腔炎症性疾病诊治规范(2019修订版)》的指出盆腔炎治疗仍以广谱、经验性抗菌药物为主,但部分患者由于病情反复复发、长时间抗生素使用副反应较大、依从性差、耐药、导致治疗效果欠佳、久治不愈。根据中医“腹痛”“癥瘕”的观点,以及清热利湿、扶正祛邪、活血化瘀的治疗理念,近年来一些中医药治疗手段,逐渐发展并在临床广泛使用。2020年《中成药治疗盆腔炎性疾病后遗症临床应用指南》指出,中医药治疗SPID有明显的优势和特色,包括中药、中成药辨证内服、直肠导入、中医特色治疗,可明显改善临床症状和体征,减少输卵管炎性不孕和异位妊娠的发生^[2]。

但由于盆腔炎性疾病容易刺激病灶器官形成粘连,药物不易进入,影响治疗效果。超声电导仪经皮给药透入技术是近年来新发展起来的技术,其主要通过局部给药,将药物通过生物孔道直接注入受损的组织和器官,使得病变部位的药物浓度达到最高,从而提升治疗效果^[3]。鉴于此,本文以180例SPID病人为对象,探索中药保留灌肠联合超声药物透入技术对SPID病人治疗的临床效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

从2021年09月到2023年02月,以来我院诊治SPID的180例病人为对象。纳入标准:①18-65岁女性,参照《盆腔炎症性疾病诊治规范(2019修订版)》^[4]明确诊断为SPID,且按中医辨证分型标准及疗效评价符合《中医妇科常见病诊疗指南》^[5],均伴有不同程度的疲乏、下腹胀痛、白带增多、月经不调等症状;②在治疗期间未使用其他治疗。

排除标准:①有活动性出血者;②妊娠期或欲妊娠、哺乳期妇女;③对相关药物过敏者;④急性盆腔炎患者;⑤患有恶性肿瘤患者;⑥患有严重心血管或肝、肾疾病者。

采用随机数字表法将患者随机分为三组,每组60例,分别接受超声波药物透入联合中药保留灌肠(A

作者简介:唐晓容(1974-05),女,大学本科,妇科副主任医师

通讯作者:姚远(1967-05),男,博士,妇科副教授,硕士研究生导师,邮箱:251796203@qq.com

基金:四川省成都市医学科研课题(2021262)

组), 超声波药物透入(B1组)、中药保留灌肠(B2组)等3种方式治疗。三组患者年龄分别为 35.16 ± 5.74 、 33 ± 6.35 和 34 ± 5.21 岁; 病程分别为 14.23 ± 13.93 、 12 ± 14.28 和 15 ± 11.37 个月; 三组患者的年龄和病程没有统计学差异($P>0.05$), 具有可比性。

所有患者均签署知情同意书, 本次研究经过龙泉驿区第一人民医院伦理委员会审查。

1.2 治疗方法

超声波超声药物透入治疗: 采用成都德而塔生物科技超声电导治疗仪, 型号 UC7020功率1.5 w, 超声频率1MHz。药方(丹参20g、红花15g、虎杖30g、黄柏15g、黄芩15g、黄连15g、败酱草20g、桃仁15g、), 采用几味中药混合熬制成浓缩液, 我们将两剂方剂加入200ml水后继续熬制浓缩液50ml, 加凡士林乳膏调制为膏剂, 每份10g装, 采用0-4℃冷藏储存。穴位选择: 关元、气海、子宫(双)4个穴位。治疗前30分钟将准备好的中药膏取出置于室温备用, 治疗时将超声电导仪4个电极片的药垫上涂抹上中药膏, 然后将电极片药垫准确贴于所选四个穴位上, 用弹力绷带固定松紧适度, 每日治疗1次, 每次治疗时间持续30分钟, 一个疗程10次, 共计治疗三个疗程, 月经期不予治疗。

中药保留灌肠治疗: 采用上面相同的中药方, 水浓缩煎至100ml, 药液温度35-40度之间, 每日1剂保留灌肠, 保留灌肠时间 ≥ 2 小时, 每日1次, 一个疗程10次, 共计治疗三个疗程, 月经期不予治疗。

1.3 观察指标

① 疼痛视觉模拟评分法(VAS)

评估病人在接受治疗前后的下腹腰骶部疼痛情况, 该评分法将疼痛分为10级, 其中0级表示完全没有痛觉, 而10级则表示痛觉最严重的情况。为方便统计, 我们将病人划分为I级、II级、III级。I级, 0~3分病人的表情稳定, 没有明显的疼痛; II级, 4~6分病人的疼痛程度较轻, 可以承受; III级, 7~10分病人的疼痛程度较重, 表情痛苦, 难以承受。I级表示效果良好, II、III级表示无明显效果。

② 血清炎症因子(TNF- α 水平以及IL-2)

在治疗前及治疗三个疗程结束一周内两个时间点分别抽取病人的空腹静脉血液5mL, 在采集血液后的30分钟内采用美国BIO-RAD公司生产的680型酶标仪及上海酶联生物技术有限公司提供的酶联免疫吸附法试剂盒进行离心处理检验。TNF- α 的正常值为 (1.1 ± 0.1) ng/mL, IL-2正常值为 (4.8 ± 0.5) g/mL。

③ 中医证候等综合评分

参照《中医妇科常见病诊疗指南》中盆腔炎的临床症状及体征进行分级量化评分, 并结合病人治疗前后临床症状、体征、彩超检查改善情况进行综合评定。主症: 小腹及腰骶部疼痛、带下色异常、量多; 次症: 劳累后或经期感下腹及腰骶疼痛明显加重、月经异常, 脉弦数、弦滑, 舌象(舌苔黄厚腻或舌边尖瘀点、舌质暗红或红)。根据病情的严重程度, 主症据病情轻重划分、分别记为0分、2分、4分、6分, 如次症无记0分、有记2分。

妇科检查盆腔体征: 宫颈举摆痛、宫体明显有压痛; 一侧或两侧宫骶韧带增粗、触痛; 一侧或两侧附件区可扪及包块或片状增厚、压痛。我们将根据盆腔局部体征严重程度分别记0-5分。妇科彩超: 据彩超检查发现附件包块大小记分, 最大直径 > 5 厘米记3分, 最大直径2-5厘米记为2分, 最大直径 < 2 厘米记为1分, 无包块记0分。

1.4 疗效判定

痊愈: 指患者中医症状及临床表现均消失, 经检查各项指标正常, 症状积分下降幅度 $> 95\%$; 显效: 指患者的症状、检查指标均得到显著的改善, 症状积分下降幅度在75%-95%之间; 有效: 指患者症状、检查指标均得到了改善, 症状积分下降幅度在35%-75%之间; 无效: 指病人临床症状、检查指标、症状积分均无任何明显变化、症状评分下降幅度 $< 35\%$ 。

$$\text{总显效率} = (\text{痊愈} + \text{显效}) \text{例数} / \text{总例数} \times 100\%$$

$$\text{总有效率} = (\text{痊愈} + \text{显效} + \text{有效}) \text{例数} / \text{总例数} \times 100\%$$

1.5 统计分析

采用SPSS 19.0统计分析系统进行分析。计数资料以百分率(%)表示, 计量资料, 正态分布时, 以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 多组间比较采用方差分析, 两两比较用Dunnnett-t检验; 非正态分布用M(IQR)描述, 采用Kruskal-Wallis秩和检验进行组间疗效比较, 以Wilcoxon符号秩和检验进行同组治疗前后比较。以 $P<0.05$ 作为具有差异性的标准。

2 结果

2.1 三组临床疗效比较结果

三组治疗结果比较, 差异有统计学意义($P<0.01$)。各治疗组总有效率均在93%以上, A组总显效率明显高于B1和B2组, 见表1。

表1 观察组和对照组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总显效率 (%)	总有效率 (%)
A组	60	20	17	21	2	63.33	96.66
B1组	60	8	12	36	4	33.33	93.33
B2组	60	7	13	37	3	33.33	95.00
χ^2					14.37		
P					< 0.01		

2.2 三组TNF-α水平以及IL-2值水平变化

三组病人IL-2水平在治疗前后存在有明显的差异，治疗后各治疗组均明显升高，与B1、B2组比较，A组治

疗后IL-2水平较高；三组TNF-α在治疗前后也存在明显差异，各组治疗后均明显下降，同样地，与B1、B2组比较，A组下降幅度更为明显，见表2。

表2 三组IL-2和TNF-α测定结果比较

组别	IL-2(g/mL)		t	P	TNF-α(ng/mL)		t	P
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
A组(n = 60)	3.6±0.5	4.7±0.5 ^{ab}	12.05	< 0.01	1.9 ±0.3	1.2±0.1 ^{ab}	17.15	< 0.01
B1组(n = 60)	3.7±0.3	4.2±0.7	5.09	< 0.01	1.8±0.6	1.5±0.3	3.46	< 0.01
B2组(n = 60)	3.6±0.6	4.1±0.9	3.58	< 0.01	2.0±0.3	1.6±0.2	8.59	< 0.01
F		10.87				38.57		
P		< 0.01				< 0.01		

a: 与B1组比较, P < 0.05, b: 与B2组比较, P < 0.05。

2.3 VAS 评分和中医证候评分的比较

三组病人治疗后VAS 评分和中医证候综合评分均较治疗前降低，差异有统计学意义 (P < 0.05)；而观察组

A治疗后，VAS 评分和中医证候综合评分显著低于对照组B1、B2，差异有统计学意义 (P < 0.05)，见表3。

表3 观察组和对照组VAS 评分和中医证候综合评分的比较[M (IQR)]

组别	例数	VAS 评分		Z	P	中医证候评分		Z	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
A组	60	6.3 (5.0, 7.0)	1.3 (0.0, 2.2)	5.21	< 0.01	10 (6, 12)	2 (0, 3)	6.61	< 0.01
B1组	60	6.3 (6.0, 7.0)	2.5 (2.3, 3.6)	3.89	< 0.01	9 (7, 12)	3 (3, 6)	4.55	< 0.01
B2组	60	6.2 (5.0, 7.0)	2.3 (2.1, 3.3)	3.42	< 0.01	9 (8, 11)	3 (2, 5)	4.27	< 0.01
X ²		0.51	9.21			2.13	6.71		
P		0.67	< 0.01			0.19	0.03		

综上所述，超声药物透入或中药灌肠治疗SPID均能具有明确的治疗效果，但超声药物透入联合中药灌肠治疗方案，在降低炎症因子水平，缓解患者疼痛和改善中医相关临床症状方面，具有更为突出的临床效果，因此建议在临床推广使用。

参考文献

[1]漆磊，刘琴. 腹腔镜治疗急性盆腔炎546例临床观察[J]. 北京医学, 2012,34(04):310-312.
 [2]中成药治疗优势病种临床应用指南标准化项目组. 中成药治疗盆腔炎性疾病后遗症临床应用指南(2020年)

[J]. 中国中西医结合杂志, 2021,41(03):286-299.
 [3]周洁，吴群，王蕾，等. 桂枝茯苓加味保留灌肠联合超声药物导入治疗盆腔炎的疗效[J]. 北京医学, 2019,41(09):847-849.
 [4]中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. [Guideline of pelvic inflammatory disease (2019 revised edition)].[J]. Zhonghua fu chan ke za zhi, 2019,54(7).
 [5]王丽颖，刘孟宇，宇文亚，等. 《中医妇科常见病诊疗指南》临床应用评价研究[J]. 中国中药杂志, 2017,42(17):3262-3266.