

# 化癥消癥汤保留灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎的疗效

施庆丽<sup>1</sup> 贾政军<sup>2</sup> 李秀兰<sup>1</sup>

(1. 驻马店广济医院, 河南 驻马店 463000; 2. 南阳市骨科医院, 河南 南阳 473000)

**[摘要]** **目的:** 探讨化癥消癥汤保留灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎(CPID) 47例的临床疗效。**方法:** 选择驻马店广济医院2020年3月至2021年4月期间收治的94例CPID患者, 按随机数字表法将其分为对照组与观察组, 各47例。对照组采用甲硝唑、头孢曲松钠治疗, 观察组采用甲硝唑、头孢曲松钠联合化癥消癥汤保留灌肠治疗。比较两组临床疗效、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素(IL)-10、IL-2、中医证候积分及不良反应。**结果:** 治疗前两组的TNF- $\alpha$ 、IL-10、IL-2及中医证候积分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者的TNF- $\alpha$ 、中医证候积分低于对照组, IL-10、IL-2高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者不良反应发生率为6.38%, 与对照组的14.89%比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:** 化癥消癥汤保留灌肠联合西药治疗CPID可加快临床症状缓解, 改善炎症反应, 临床应用安全性较高。

**[关键词]** 慢性盆腔炎; 化癥消癥汤; 保留灌肠; 甲硝唑; 头孢曲松钠

**[中图分类号]** R 711.33 **[文献标识码]** B

慢性盆腔炎症(chronic pelvic inflammatory disease, CPID)作为常见妇科疾病, 具有病情复杂、复发率高及病程长等特点, 对患者心理健康及生活质量影响较大, 甚至会造成不孕。西医治疗CPID多以消炎、抗菌治疗为主, 但治疗效果一般, 且长期使用不良反应多<sup>[1]</sup>。中医学认为, CPID是因湿毒、湿热侵袭, 气血相搏结, 气血运行受阻, 挟瘀血阻胞络, 瘀血凝滞, 发为本病。近年来中医疗法在CPID治疗中不断应用, 中药保留灌肠自肛门将中药汤剂灌入直肠至结肠, 并可通过肠黏膜吸收, 进而达到治疗的目的<sup>[2]</sup>。鉴于此, 本研究将探讨化癥消癥汤保留灌肠联合西药治疗CPID的临床疗效, 以期为CPID患者的治疗提供参考, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择驻马店广济医院2020年3月至2021年4月期间收治的94例CPID患者, 按随机数字表法将其分为对照组与观察组, 各47例。其中观察组年龄22~48岁, 平均年龄(33.27±2.09)岁; 身体质量指数(body mass index, BMI) 17.5~26 kg·m<sup>-2</sup>, 平均BMI(22.75±0.34) kg·m<sup>-2</sup>; 病程4个月~6年, 平均病程(2.49±0.51)年。对照组年龄21~49岁, 平均年龄(33.35±2.13)岁; BMI 18~27 kg·m<sup>-2</sup>, 平均BMI(22.80±0.29) kg·m<sup>-2</sup>; 病程4个月~5年, 平均病程(2.41±0.53)年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 入选标准 (1) 对本研究知情同意; (2) 西医诊断符合《妇产科学》<sup>[3]</sup>相关标准; (3) 中医诊断标准参照《中医妇科学》相关标准<sup>[4]</sup>; (4) 对中药保留灌肠及西药治疗耐受。

1.2.2 排除标准 (1) 合并结核病、肿瘤患者; (2) 妊娠、哺乳期女性; (3) 肝、肾功能损伤; (4) 失语或患有精神疾病; (5) 近30 d接受过相关药物治疗。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 静脉滴注250 mL甲硝唑氯化钠注射液(西安秦巴药业有限公司, 国药准字H61020046), 1次·d<sup>-1</sup>; 2.0 g·次<sup>-1</sup>头孢曲松钠(瑞阳制药股份有限公司, 国药准字H20013189)+250 mL 0.9%氯化钠注射液静脉滴注, 1次·d<sup>-1</sup>。连续治疗10 d。

1.3.2 观察组 采用甲硝唑、头孢曲松钠联合化癥消癥汤保留灌肠治疗: 甲硝唑、头孢曲松钠治疗方法同对照组; 化癥消癥汤保留灌肠组方: 益母草25 g, 生牡蛎(先煎)、鳖甲(先煎)各24 g, 茯苓、夏枯草各15 g, 佛手、柴胡、桂枝各12 g, 马鞭草、牡丹皮、桃仁各10 g, 莪术、三棱、赤芍、白芍各9 g, 九香虫、甘草各6 g。每日1剂, 采用江阴天江制药公司颗粒剂配成, 冲制成药100 mL中药液, 取针筒(50 mL), 将针头去掉, 分两次吸入灌肠中药100 mL, 待药液温度37~39℃时, 将甘油作为润滑剂, 将针筒缓慢插入肛门, 并挤入中药, 肛管拔出, 患者左侧、俯卧、右侧各躺20 min, 随后平卧, 1次·d<sup>-1</sup>。连续治疗10 d。

**[收稿日期]** 2021-06-14

**[作者简介]** 施庆丽, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合治疗妇产科疾病。

### 1.4 观察指标

(1) 治疗 10 d 后评估疗效, 中医证候积分减少  $\geq 95\%$ , 临床症状消失为痊愈; 中医证候积分减少  $\geq 70\%$ 、 $< 95\%$ , 临床症状改善明显为显效; 中医证候积分减少  $\geq 30\%$ 、 $< 70\%$ , 临床症状减轻为有效; 中医证候积分减少  $< 30\%$  为无效。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数  $\times 100\%$ 。

(2) 采集两组空腹静脉血,  $300 \text{ r} \cdot \text{min}^{-1}$  离心 10 min, 离心半径 3 cm, 肿瘤坏死因子- $\alpha$  (tumor necrosis factor, TNF- $\alpha$ )、白细胞介素 (interleukin, IL)-10、IL-2 通过酶联免疫吸附法测定, 上信裕生物科技有限公司提供检测试剂盒, 2 次检测时间分别为治疗前、治疗 10 d 后。(3) 中医证候积分依据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup> 中标准评估, 对患者症状严重程度(无、轻度、中度、重度)评分为 0、1、2、3 分, 评分越高则症状越明显。(4) 观察比较两组患者的不良反应情况。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用  $t$  检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 95.74%, 高于对照组的 80.85%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 ( $n = 47, n(\%)$ )

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	10(21.28)	15(31.91)	13(27.66)	9(19.15)	38(80.85)
观察组	14(29.79)	17(36.17)	14(29.79)	2(4.26)	45(95.74) <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患者治疗前后 TNF- $\alpha$ 、IL-10、IL-2 及中医证候积分比较

治疗前两组的 TNF- $\alpha$ 、IL-10、IL-2 及中医证候积分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者的 TNF- $\alpha$ 、中医证候积分低于对照组, IL-10、IL-2 高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 TNF- $\alpha$ 、IL-10、IL-2 及中医证候积分比较 ( $n = 47, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	TNF- $\alpha$ / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	IL-10 / $\text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$	IL-2 / $\text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$	中医证候 积分 / 分
对照组	治疗前	2.45 $\pm$ 0.31	14.68 $\pm$ 3.05	3.67 $\pm$ 1.04	13.14 $\pm$ 2.07
	治疗后	1.91 $\pm$ 0.24	19.67 $\pm$ 3.62	4.18 $\pm$ 1.18	7.29 $\pm$ 1.48
观察组	治疗前	2.39 $\pm$ 0.28	14.81 $\pm$ 3.12	3.56 $\pm$ 0.98	12.95 $\pm$ 2.13
	治疗后	1.23 $\pm$ 0.20 <sup>b</sup>	26.69 $\pm$ 4.20 <sup>b</sup>	4.86 $\pm$ 1.25 <sup>b</sup>	4.21 $\pm$ 1.12 <sup>b</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

注: TNF- $\alpha$  — 肿瘤坏死因子- $\alpha$ ; IL — 白细胞介素

### 2.3 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为 6.38%, 与对照组的

14.89% 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较 ( $n = 47$ , 例)

组别	食欲不振	呕吐	皮疹	发生率 / %
对照组	3	2	2	14.89
观察组	1	2	0	6.38

## 3 讨论

从中医角度出发, CPID 归属于“带下病”“妇人腹痛”等范畴, 且以气滞血瘀或湿热证较为常见, 故临床多以清热利湿化瘀为主治<sup>[6]</sup>。化瘀消癥汤方中益母草活血清热解毒、利尿消肿, 生牡蛎平肝潜阳、软坚散结, 鳖甲滋阴潜阳、退热除蒸, 茯苓健脾渗湿、利水消肿, 夏枯草清热泻火、散结消肿, 佛手理气和中、疏肝解郁、燥湿化痰, 柴胡疏肝解郁、解表退热, 桂枝温通经脉、通阳散邪, 马鞭草利水消肿解毒、活血散瘀, 牡丹皮活血化瘀、清热凉血, 桃仁活血祛瘀, 三棱、莪术消积止痛、行气破血, 赤芍、白芍散瘀止痛、清热凉血, 九香虫温中助阳、理气止痛, 甘草调和诸药。上述诸药共用可共奏活血化瘀、舒肝调脾、清火散结、破瘀消癥、渗湿利水之功<sup>[7]</sup>。中药保留灌肠属于中医外治法, 将中药及灌肠治疗优势集为一体, 经肛门将中药汤剂灌入直肠至结肠, 药物在肠道内保留, 直肠黏膜血供丰富, 经肠黏膜直接将药物吸收, 能够减少药物对胃肠影响, 避免肝脏首过效应, 有利于提高药物浓度及治疗效果。CPID 多是由病原菌感染所致的炎症反应, CPID 发病后患者机体内炎症因子水平发生改变, 其中 TNF- $\alpha$ 、IL-10、IL-2 等指标对炎症浸润敏感性较高, TNF- $\alpha$  是体内具有活性的细胞因子, 当机体感染时, 其可刺激血管内皮细胞黏附因子, 导致体内白细胞在炎症反应部位聚集, 加重炎症反应; IL-10 是 Th 2 型抗炎抑制因子, 在维持整体免疫反应稳态及抑制前炎症因子、炎症反应中发挥了重要作用; IL-2 作为人体内重要的抗炎因子, 在 CPID 中发挥单核细胞功能, 促进 B 细胞活性。本研究结果显示, 观察组治疗总有效率高于对照组, 治疗后 TNF- $\alpha$ 、中医证候积分低于对照组, IL-10、IL-2 高于对照组; 两组不良反应总发生率对比相近。提示西药治疗 CPID 基础上辅以化瘀消癥汤保留灌肠治疗, 有利于调节炎症因子水平, 消除炎症反应, 改善患者临床症状, 在提高 CPID 治疗效果外, 未增加药物副作用。

综上所述, 在 CPID 患者中采用化瘀消癥汤保留灌肠联合西药治疗, 能够有效控制患者病情, 改善临床症状, 减轻炎症反应, 临床应用安全、有效。

### [参考文献]

- (1) 陈进芳, 刘玉珠, 韩一栩. 保妇康栓联合头孢曲松钠、甲硝唑治疗慢性盆腔炎疗效分析 (J). 中华中医药学刊, 2018, 36(5): 1231-1233.
- (2) 王小蓉, 张亚娜. 化瘀除湿止痛方保留灌肠治疗慢性盆腔炎疗效及对炎症因子、盆空包块的影响 (J). 四川中医,

- 2020, 38(4): 171-173.
- (3) 乐杰. 妇产科学 (M). 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 246.
- (4) 张玉珍. 中医妇科学 (M). 7版. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 320-323.
- (5) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 243-253.
- (6) 黄文玲, 徐彩, 于妍妍, 等. 少腹逐瘀汤加减治疗配合药袋热敷对慢性盆腔炎患者炎症因子的影响 (J). 贵州医药, 2018, 42(5): 593-595.
- (7) 吴勃. 化瘀消癥汤治疗陈旧性宫外孕临床研究 (J). 河南中医, 2018, 38(3): 447-449.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)16-0068-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.16.027

## 补肾清利活血汤辅助治疗慢性肾小球肾炎的效果分析

林开亮 陈 阳

(阳江市阳东区人民医院, 广东 阳江 529931)

〔摘要〕 **目的:** 探讨补肾清利活血汤辅助治疗慢性肾小球肾炎 (CG) 的临床效果。**方法:** 选择 2019 年 1 月至 2020 年 10 月阳江市阳东区人民医院收治的 90 例 CG 患者, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 各 45 例。两组均接受基础治疗, 对照组给予厄贝沙坦, 观察组在对照组基础上增加补肾清利活血汤。比较两组患者中医证候评分和肾功能。**结果:** 治疗前两组患者的中医证候评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者的中医证候评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前两组患者的血肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN)、24 h 尿蛋白定量、 $\beta$ -微球蛋白 ( $\beta$ -MG) 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后观察组患者的 Scr、BUN、24 h 尿蛋白定量、 $\beta$ -MG 均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 补肾清利活血汤辅助治疗 CG, 可有效改善患者的肾功能, 提高治疗效果。

〔关键词〕 慢性肾小球肾炎; 脾肾气虚证; 补肾清利活血汤

〔中图分类号〕 R 692.3<sup>+1</sup> 〔文献标识码〕 B

慢性肾小球肾炎 (chronic glomerulonephritis, CG) 患者的肾功能均有不同程度下降, 有蛋白尿、血尿、水肿、高血压等表现, 该病具有恶化倾向, 可最终发展为肾功能衰竭, 故应积极采取治疗。临床的常规治疗是限制患者钠、蛋白质的摄入, 在此基础上给予厄贝沙坦治疗, 改善高血压和水肿, 但因 CG 为微炎症状态、氧自由基损伤等多种机制导致, 常规治疗改善肾功能的效果一般<sup>[1]</sup>。中医学认为 CG 属于“水肿”“虚劳”范畴, 多由于外邪入侵至脾肾, 引起两脏气虚, 常见脾肾气虚证, 故治疗以补脾肾、温阳化气为主<sup>[2]</sup>。补肾清利活血汤有黄芪、茯苓、白术等多味中药组成, 有益气祛邪、补脾健肾、利水消肿之功效, 其辅助治疗 CG, 可能会进一步提高治疗效果。基于此, 本研究探讨补肾清利活血汤辅助治疗 CG 患者的效果, 报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 研究对象

选择 2019 年 1 月至 2020 年 10 月本院收治的 90 例 CG 患者, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 各 45 例。观察组男 28 例, 女 17 例; 对照组男 25 例, 女 20 例, 两组患

者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 ( $n = 45, \bar{x} \pm s$ )

组 别	年龄 / 岁	病程 / 月
对照组	50.82 ± 5.42	6.61 ± 1.82
观察组	51.47 ± 5.33	6.46 ± 1.86

#### 1.2 病例选择

1.2.1 西医诊断标准 患者有水肿、高血压、贫血、尿量减少, 以及夜尿、低比重尿表现, 实验室检查可见尿蛋白, 尿沉渣可见颗粒管型或透明管型等表现, B 超可见双肾缩小<sup>[3]</sup>。

1.2.2 中医诊断标准 主症: 腰脊酸痛、浮肿、疲倦乏力、纳少或腹胀, 次症: 尿频、夜尿多, 舌质淡红、舌苔白, 脉细, 辨证为脾肾气虚证<sup>[4]</sup>。

1.2.3 纳入标准 (1) 符合上述中西医诊断标准;

(2) 无内分泌疾病; (3) 原发性肾病; (4) 对本研究药物不过敏。

1.2.4 排除标准 (1) 合并其他脏器功能损害;

(2) 合并血液疾病; (3) 合并恶性肿瘤。

〔收稿日期〕 2021-06-20

〔作者简介〕 林开亮, 男, 副主任医师, 主要研究方向是中医肾脏病学。