

〔文章编号〕 1007-0893(2022)17-0034-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.17.011

抗菌药物静脉滴注结合吴茱萸热奄包理疗 对盆腔脓肿患者的治疗效果

曾凌倩 王淑兰*

(厦门市第五医院, 福建 厦门 361000)

〔摘要〕 目的: 研究抗菌药物静脉滴注结合吴茱萸热奄包理疗治疗盆腔脓肿患者的效果。方法: 选取厦门市第五医院2019年7月至2021年7月收治的100例盆腔脓肿患者, 采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 各50例。对照组患者采用抗菌药物静脉滴注治疗, 观察组患者采用抗菌药物静脉滴注结合吴茱萸热奄包理疗, 比较两组患者临床疗效、临床症状缓解时间、治疗前后视觉模拟评分法(VAS)评分、中医证候积分、血清炎症因子水平及不良反应发生率。结果: 观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者腹痛消失、下腹坠胀消失、白带恢复正常、盆腔肿块消除、月经恢复正常时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗后VAS评分、中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗后C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-8(IL-8)、降钙素原(PCT)水平均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 抗菌药物静脉滴注结合吴茱萸热奄包理疗治疗盆腔脓肿患者可缓解临床症状, 促进病情恢复, 缓解机体炎症反应, 且安全性高。

〔关键词〕 盆腔脓肿; 抗菌药物; 吴茱萸热奄包

〔中图分类号〕 R 711.33 〔文献标识码〕 B

盆腔脓肿多发生于盆腔炎亚急性期、急性期或慢性盆腔炎发作期, 由病原菌经宫颈黏膜上行入侵感染输卵管黏膜所致, 因炎症物质渗出导致输卵管黏膜上皮肿胀、坏死, 管腔粘连形成输卵管脓肿, 而炎症可经宫颈旁淋巴扩散至宫旁结缔组织, 造成周围组织粘连, 还可侵入卵巢实质引发卵巢脓肿, 当急性盆腔炎未得到积极有效的治疗措施, 形成盆腔脓肿^[1]。抗菌药物是治疗盆腔脓肿首选药物, 由于盆腔脓肿患者腹腔感染渗出较重, 腹膜自身吸收能力弱, 患者一般全身情况较差, 单独使用抗菌药物治疗难以到达一定疗效, 故需联合用药以提高整体疗效^[2]。中医认为盆腔脓肿归因于正气不足、湿浊之邪阻滞下焦、气机不顺、郁而化热、血行不利, 故主张以活血化瘀、利湿排脓、清热解毒之法治疗, 吴茱萸热奄包理疗属中药热敷法, 具有温经通络、调和气血、祛湿驱寒之功效^[3]。但通过抗菌药物静脉滴注结合吴茱萸热奄包理疗治疗盆腔脓肿患者效果如何, 临床报道甚少。基于此, 本研究选取盆腔脓肿患者100例, 旨在探究上述联合方案应用价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取厦门市第五医院2019年7月至2021年7月收治的100例盆腔脓肿患者, 采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 各50例。其中观察组年龄20~53岁, 平均年龄(36.54 ± 7.37)岁; 病程1~7个月, 平均病程(3.87 ± 1.58)个月; 体质量指数18.3~26.3 $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$, 平均体质量指数(22.37 ± 1.38) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ 。对照组年龄22~53岁, 平均年龄(37.51 ± 7.76)岁; 病程1~6个月, 平均病程(3.71 ± 1.23)个月; 体质量指数18.6~26.4 $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$, 平均体质量指数(22.71 ± 1.49) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ 。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。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合盆腔脓肿相关诊断标准^[4]; (2) 均行后穹窿穿刺, 抽出脓液确诊为盆腔脓肿; (3) 患者均 > 18 岁以上; (4) 患者知情同意。

1.1.2 排除标准 (1) 哺乳、妊娠期者; (2) 依从性差; (3) 严重恶性肿瘤; (4) 子宫出血者; (5) 严重心血管疾病; (6) 肛周、结肠、直肠及大便失禁手术患者; (7) 严重器质性病症; (8) 严重肝肾功能异常者;

〔收稿日期〕 2022-07-15

〔作者简介〕 曾凌倩, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇科良性肿瘤及妇科常见疾病。

〔*通信作者〕 王淑兰 (E-mail: chw0504@qq.com)

(9) 凝血功能异常；(10) 精神异常者；(11) 自身免疫性疾病，过敏体质。

1.2 方法

两组患者均予以保持外阴清洁、卧床休息等常规治疗。

1.2.1 对照组 接受抗菌药物治疗，取头孢曲松钠（海南海灵化学制药有限公司，国药准字 H46020482）2 g 加入 100 mL 0.9 % 氯化钠注射液，静脉滴注，2 次·d⁻¹；甲硝唑（江西制药有限责任公司，国药准字 H36020784）0.5 g 溶于 100 mL 0.9 % 氯化钠注射液，静脉滴注，2 次·d⁻¹。

1.2.2 观察组 在对照组基础上予以吴茱萸热奄包理疗，将 500 g 吴茱萸装入棉布袋内，置于微波炉或蒸锅加热至 50 ~ 70 °C 后，放于患者腹部，力度均匀，初始要轻，以患者耐受为宜，速度可稍快，随着热奄包温度降低，可加大力度，减缓速度至热奄包微热后，以脐为中心，药麩推按 15 ~ 30 min，涉及穴位（天枢穴、建里穴、中脘穴、下脘穴、气海穴、神阙穴），2 次·d⁻¹。

1 周为 1 个疗程，两组患者均持续治疗 2 个疗程。

1.3 疗效评估标准

治疗 2 个疗程后实施疗效评估，临床症状及脓肿消失，阴道分泌物、月经正常，子宫、附件无压痛，腰骶部疼痛消失，经 B 超检查盆腔积液、包块消失为显效；临床症状有所好转，脓肿病灶减小，阴道分泌物轻微异常，子宫、附件压痛轻，腰骶部疼痛减轻，经 B 超检查盆腔包块、积液减少为有效；临床症状、体征无好转，甚至加重为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数×100 %。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者治疗总有效率。(2) 比较两组患者治疗前、治疗 2 个疗程后临床症状缓解时间，包括下腹坠胀消失时间、腹痛消失时间、白带恢复正常时间、月经恢复正常时间、盆腔肿块消除时间。(3) 比较两组患者治疗前、治疗 2 个疗程后视觉模拟评分法（visual analogue scales, VAS）评分及中医证候积分（主证：下腹定处刺痛坠胀、腰痛彻背、疲劳加重、涉水；次证：情志不畅、白带异常、经前难纾郁闷）。VAS 评分最高 10 分，分值越低，患者情况越佳；中医证候积分：主证、次证根据病情分为无、轻、中、重严重程度分别计为 0、2、4、6 分及 0、1、2、3 分。(4) 比较两组患者治疗前、治疗 2 个疗程后血清炎症因子 C 反应蛋白（C-reactive protein, CRP）、白细胞介素-1β（interleukin-1β, IL-1β）、白细胞介素-8（interleukin-8, IL-8）、降钙素原（procalcitonin, PCT）水平，取静脉血 3 mL，3000 r·min⁻¹ 转速离心 10 min（r = 10 cm），分离血清，以酶联免疫吸附法测定。(5) 比较两组患者不良反应

发生率。

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 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较（*n* = 50, *n*(%)）

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	23(46.00)	20(40.00)	7(14.00)	43(86.00)
观察组	31(62.00)	18(36.00)	1(2.00)	49(98.00) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者临床症状缓解时间比较

观察组患者腹痛消失、下腹坠胀消失、白带恢复正常、盆腔肿块消除、月经恢复正常时间均短于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者临床症状缓解时间比较（*n* = 50, $\bar{x} \pm s$, d）

组别	腹痛消失	下腹坠胀消失	盆腔肿块消除	月经恢复正常	白带恢复正常
对照组	7.29 ± 2.08	8.85 ± 2.37	12.67 ± 3.18	14.54 ± 3.18	8.14 ± 2.36
观察组	5.13 ± 1.74 ^b	6.07 ± 1.46 ^b	9.74 ± 2.63 ^b	11.78 ± 3.37 ^b	5.76 ± 1.53 ^b

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 VAS 评分及中医证候积分比较

两组患者治疗后 VAS 评分、中医证候积分均有不同程度降低，且观察组患者治疗后 VAS 评分、中医证候积分均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 VAS 评分及中医证候积分比较（*n* = 50, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	VAS 评分	中医证候积分
对照组	治疗前	3.77 ± 0.84	19.16 ± 4.23
	治疗后	1.93 ± 0.37 ^c	10.63 ± 3.22 ^c
观察组	治疗前	3.83 ± 0.78	19.45 ± 3.87
	治疗后	0.84 ± 0.25 ^{cd}	7.79 ± 2.14 ^{cd}

注：VAS 一视觉模拟评分法。与同组治疗前比较，^c*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

两组患者治疗后血清 CRP、IL-1β、IL-8、PCT 水平均有不同程度降低，且观察组患者治疗后血清 CRP、IL-1β、IL-8、PCT 水平均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 (n = 50, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP/g · L ⁻¹	IL-1β/pg · mL ⁻¹	IL-8/ng · mL ⁻¹	PCT/pg · L ⁻¹
对照组	治疗前	79.17 ± 12.33	31.96 ± 7.13	239.07 ± 34.56	4.07 ± 0.79
	治疗后	28.93 ± 8.25 ^e	8.76 ± 3.39 ^e	84.77 ± 21.54 ^e	0.69 ± 0.21 ^e
观察组	治疗前	78.49 ± 13.61	32.74 ± 6.28	237.15 ± 38.42	4.16 ± 0.83
	治疗后	26.58 ± 7.62 ^{ef}	8.06 ± 2.41 ^{ef}	79.25 ± 17.23 ^{ef}	0.63 ± 0.18 ^{ef}

注: CRP — C 反应蛋白; IL-1β — 白细胞介素-1β; IL-8 — 白细胞介素-8; PCT — 降钙素原。
与同组治疗前比较, ^eP < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^fP < 0.05。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05), 见表5。

表5 两组患者不良反应发生率比较 (n = 50, n (%))

组别	呕吐	食欲减退	失眠	皮疹	总发生
对照组	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	1(2.00)	3(6.00)
观察组	1(2.00)	2(4.00)	1(2.00)	0(0.00)	4(8.00)

3 讨论

盆腔脓肿为严重的盆腔炎症性疾病, 好发于育龄期女性, 主要包括输卵管卵巢脓肿、卵巢积脓、输卵管积脓及急性盆腔结缔组织炎症所引起的脓肿, 该病病因复杂、发病隐匿, 还可导致继发性不孕、妊娠异位、慢性盆腔疼痛等并发症, 严重影响患者身体健康^[5]。临床常以抗菌药物静脉滴注实施治疗, 可迅速吸收至盆腔, 抑制病原菌侵入, 促进炎症消退, 但单一用药治愈后复发现象, 且易出现耐药性, 效果欠佳^[6]。

中医认为, 盆腔脓肿属“带下病”“痛经”等范畴, 主要归因于胞脉空虚之时, 遭受邪热侵入, 阻滞胞脉、瘀阻胞宫、宿血淤积、肝肾亏虚、胞脉失养、冲任受损所致, 故主张以行气止痛、化瘀活血、散寒温经为主要治疗原则^[7]。吴茱萸热奄包理疗主要是通过刺激穴位疏通脏腑经脉, 暖肾温脾, 疏导气机, 天枢穴可调节大肠腑气运行, 理气行滞、斡旋下焦和中焦气机; 中脘穴可调和胃气, 促进大小肠、脾胃运化; 两穴配伍可疏通腑气。建里、下院穴可和胃健脾; 气海穴可补益精气; 神阙穴可和胃理肠、培元固本、回阳救脱、化瘀止痛。诸穴相配共奏调和腑气、调和中焦、调理肠胃、调和下焦气机之功效。吴茱萸性热, 味辛、苦, 可助阳止泻、散寒止痛、降逆止呕。现代药理研究表明, 吴茱萸具有镇痛、安神、抗菌、抗血栓等作用^[8]。本研究结果显示, 观察组患者总有效率高于对照组, 临床症状缓解时间短于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。可见在抗菌药物治疗盆腔脓肿患者基础上, 结合吴茱萸热奄包理疗疗效显著, 有效缓解临床症状, 且安全性高。分析原因为, 吴茱萸热奄包理疗通过热效应使机体深层及表层佐治均匀受热, 促进药物良性刺激、扩散、穿透皮肤, 刺激经络, 直达病灶, 从而消除病灶, 缓解病情。

本研究结果显示, 治疗2个疗程后观察组患者的VAS评分、中医证候积分低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。可见, 结合吴茱萸热奄包理疗可有效促进病情恢复。分析原因为, 通过吴茱萸热奄包理疗, 可促进患者各个方面症状的改善, 提升整体效果, 从而缓解患者心理、生理不适。

另有研究指出^[9], 多种炎症因子可促进盆腔脓肿的发生发展, 血清CRP由肝脏分泌的急性时相蛋白, 可促进炎症细胞因子分泌, 加重炎症反应; 血清IL-1β、IL-8是由巨噬细胞产生, 具有多种生物活性, 可参与生殖组织修复、再生; 血清PCT为降钙素前肽物质, 无激素活性, 其水平可反映机体细菌感染程度。本研究结果显示, 观察组患者治疗后血清PCT、IL-1β、IL-8、CRP水平低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。可见吴茱萸热奄包理疗可有效缓解机体炎症反应, 分析原因为, 吴茱萸热奄包理疗通过热敷可促进病灶部位血液循环, 改善盆腔局部微循环, 使局部组织营养得到供应, 从而加速炎症因子吸收及消退, 促进局部病灶产物的吸收及组织粘连松懈, 消除病灶。

综上所述, 抗菌药物静脉滴注结合吴茱萸热奄包理疗对盆腔脓肿患者可进一步提高效果, 缓解临床症状, 促进病情恢复, 缓解机体炎症反应, 且安全性高。

[参考文献]

- (1) 李晓玺. 分析盐酸左氧氟沙星、替硝唑与抗妇炎胶囊在盆腔炎症患者治疗中的临床效果 (J). 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(12): 66, 74.
- (2) 王文平, 黄锦, 敬巧, 等. 金刚藤胶囊联合甲硝唑治疗对慢性盆腔炎患者效果、生活质量及炎症因子水平的影响 (J). 中外医学研究, 2021, 19(11): 12-15.
- (3) 路帅. 中药热奄包外敷联合当归四逆汤加味内服治疗寒凝血瘀型原发性痛经疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2021, 30(32): 3613-3616.
- (4) 中国妇幼保健协会放射介入专业委员会, 中国医师协会微创医学专业委员会, 中华预防医学会生殖健康分会. 盆腔脓肿介入治疗专家共识 (2021年版) (J). 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(12): 1214-1219.
- (5) 朱竹君. 暖宫定痛汤与少腹逐瘀汤方辨证加减对寒湿凝滞型慢性盆腔炎患者的临床疗效评价 (J). 抗感染药学,

- 2019, 16(9): 1595-1597.
- (6) 徐萍, 赵艳, 吴嫣, 等. 康妇炎胶囊与抗菌药物联合治疗慢性盆腔炎的临床疗效及对患者不良情绪、生活质量及血清炎症因子水平的影响 (J). 贵州医药, 2020, 44(7): 1131-1132.
- (7) 陈德军, 雷燕, 邢琦, 等. 抗菌药物联合自拟中药灌肠汤对腹腔镜治疗盆腔脓肿预后临床疗效观察 (J). 湖北中医药大学学报, 2021, 23(4): 73-75.
- (8) 刘贵香, 叶建亚, 郭笋, 等. 中药热奄包促进产后子宫复旧疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(32): 3628-3631.
- (9) 李银银. 盆腔炎汤保留灌肠对慢性盆腔炎患者中医证候和炎症因子的影响 (J). 现代诊断与治疗, 2021, 32(9): 1356-1358.

(文章编号) 1007-0893(2022)17-0037-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.17.012

复方大承气汤联合西沙必利片治疗腹部手术后粘连性肠梗阻的临床疗效

刘思扬¹ 游中华²

(1. 乐安县疾病预防控制中心, 江西 乐安 344300; 2. 乐安县中医院, 江西 乐安 344300)

〔摘要〕 **目的:** 评价复方大承气汤联合西沙必利片治疗腹部手术后粘连性肠梗阻的临床疗效。**方法:** 选取乐安县中医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的 40 例行腹部手术且术后发生粘连性肠梗阻患者, 用随机数字表法的原则将其分为对照组与观察组, 各 20 例。对照组患者给予西沙必利片治疗, 观察组患者给予复方大承气汤联合西沙必利片治疗, 比较两组患者的治疗总有效率、临床症状改善时间、症状改善程度以及血清炎症因子水平变化情况。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 95.0%, 高于对照组的 70.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者首次排气时间、首次排便时间、腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、液气平面消失时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者腹痛腹胀、恶心呕吐评分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者腹痛腹胀、恶心呕吐评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者 C 反应蛋白、白细胞介素-6 水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者 C 反应蛋白、白细胞介素-6 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对于腹部手术后发生粘连性肠梗阻的患者, 运用西药西沙比利与复方大承气汤联合的方案进行治疗能够获得更为理想的治疗效果, 可以在短时间内改善患者的病症, 减轻炎症反应。

〔关键词〕 术后粘连性肠梗阻; 复方大承气汤; 西沙必利片

〔中图分类号〕 R 574.2 **〔文献标识码〕** B

腹部手术是治疗多种腹部疾病的常用手段, 但手术毕竟属于应激源, 且手术操作、术中反应、患者自身免疫情况等因素均会导致患者术后出现系列并发症^[1]。其中, 粘连性肠梗阻是腹部手术患者的常见术后并发症之一, 多发生在手术后的 1~3 周内, 需要予以及时有效的处理, 否则引发肠痿、败血症, 将会危及患者的生命安全^[2]。对于腹部手术后粘连性肠梗阻患者, 目前主要以禁食、补液、抗感染、持续胃肠减压等方法进行治疗, 西沙比利也是常用的治疗药物, 采用西药进行治疗可以改善患者的临床症状, 但一些患者治疗后效果不佳, 且治疗后病症恢复不彻底会出现病情反复的情况, 加重了患者的

身体负担^[3]。近年来, 中西医结合的理念广泛运用在疾病的临床治疗上。复方大承气汤是治疗肠梗阻的中药, 有活血化瘀、宽肠理气的作用。本研究将乐安县中医院在 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的 40 例腹部手术后发生粘连性肠梗阻患者作为主要对象, 旨在进一步分析和评价复方大承气汤联合西沙比利片的治疗效果, 现总结并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取乐安县中医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间

〔收稿日期〕 2022-07-07

〔作者简介〕 刘思扬, 男, 主治医师, 主要研究方向是腹部手术后粘连性肠梗阻治疗。