

银蒲四逆四妙失笑散加减辨治盆腔炎性疾病远期后遗症及对免疫-炎症因子的调节作用

张秀荣¹, 郝浩^{2*}

(1. 山东省妇幼保健院, 济南 250014; 2. 山东中医药大学附属医院, 济南 250006)

[摘要] 目的:观察银蒲四逆四妙失笑散辨证加减治疗盆腔炎性疾病远期后遗症(SPID)(湿热瘀阻证)的临床疗效及对T淋巴细胞亚群和Th1/Th2细胞因子的调节作用。方法:将符合要求的132例SPID采用区组法,按SAS软件生成的随机分为对照组和观察组各66例。两组患者均给予盆腔清灌肠,于月经干净后3d开始,每晚1次,连续10d。对照组口服妇科千金胶囊,2粒/次,3次/d;观察组内服银蒲四逆四妙失笑散辨证治疗,1剂/d。两组患者连续治疗3个月经周期,行经期停药。进行治疗前后湿热瘀阻证和盆腔体征评分;进行治疗前后生活质量评价;检测治疗前后T淋巴细胞亚群(CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺)和白细胞介素-2(IL-2), IL-4, IL-6, IL-10, 肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。结果:治疗后观察组患者湿热瘀阻证和盆腔体征评分均低于对照组($P < 0.01$);观察组生活质量各维度评分和总分均高于对照组($P < 0.01$);观察组CD4⁺水平和CD4⁺/CD8⁺比例均高于对照组($P < 0.05$), CD8⁺低于对照组($P < 0.05$);观察组患者血清IL-2, IL-4和IL-10均高于对照组($P < 0.01$), IL-6, IL-8和TNF- α 均低于对照组($P < 0.01$);观察组临床疗效总有效率为95.16%,高于对照组的83.33%($\chi^2 = 4.481, P < 0.05$)。结论:在采用中药保留灌肠的基础上,银蒲四逆四妙失笑散加减内服辨证治疗湿热瘀阻型SPID患者,可减轻症状、体征,提高患者的生活质量,并能调节免疫-炎症因子的作用,临床疗效明显,值得进一步的研究。

[关键词] 盆腔炎性疾病后遗症; 湿热瘀阻证; 银蒲四逆四妙失笑散; T淋巴细胞亚群; 辅助性T细胞

[中图分类号] R271;R271.1;R271.11+1;R271.11+5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)11-0179-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20181135

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20180315.0919.005.html>

[网络出版时间] 2018-03-15 10:40

Modified Yinpu Sini Simiao Shixiao palvis on Immune Inflammatory Factors of Patients with Long-term Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease

ZHANG Xiu-rong¹, HAO Hao^{2*}

(1. Maternal and Child Healthcare Center of Shandong Province, Ji'nan 250014, China;

2. Hospital Affiliated to Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan 250006, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of modified Yinpu Sini Simiao Shixiao palvis on long-term sequelae of pelvic inflammatory disease (SPID) with damp heat stasis syndrome, and its regulatory effect on immune inflammatory factors. **Method:** One hundred and thirty-two patients with SPID were randomly divided into control group and observation group by random number table. Both groups' patients got Pengyanqing enema at night since the third day after the end of menstruation, for successively 10 days. Patients in control group got Fuke Qianjin capsule, 2 grains/time, 3 times/days. Patients in observation group got modified Yinpu Sini Simiao Shixiao palvis, 1 dose/day. The treatment lasted for 3 menstrual cycles, and discontinued during the menstrual period.

[收稿日期] 20171117(142)

[基金项目] 山东省科技厅重点项目(2016GSF202029)

[第一作者] 张秀荣,副主任中医师,从事中西医结合妇科的临床诊疗工作,E-mail:18615585827@163.com

[通信作者] *郝浩,硕士,主治医师,从事中西医结合临床工作,E-mail:haohao0826@163.com

Before and after treatment, the damp-heat stasis syndrome and pelvic signs were scored, and the quality of life was evaluated. Levels of T lymphocyte subsets (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ and CD4⁺/CD8⁺), interleukin-2 (IL-2), IL-4, IL-6, IL-10 and tumor necrosis factor- α (TNF- α) were detected. **Result:** The scores of damp-heat stasis syndrome and pelvic signs in observation group were lower than those in control group ($P < 0.01$). And the score at all dimensions and the total score of life scale in observation group were higher than those in control group ($P < 0.01$). Levels of CD4⁺ and CD4⁺/CD8⁺, IL-2, IL-4 and IL-10 in observation group were higher than those in control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$), and levels of IL-6, IL-8 and TNF- α in observation group were lower than those in control group ($P < 0.01$). The total effective rate in observation group was 95.16%, which was higher than 83.33% in control group ($\chi^2 = 4.481$, $P < 0.05$). **Conclusion:** In addition to retention enema with Chinese medicine, modified Yinpu Sini Simiao Shixiao palvis is also given to relieve symptoms and signs, improve the quality of life and immunity of the patients, and regulate immune inflammatory factors.

[**Key words**] sequelae of pelvic inflammatory disease; damp-heat stasis syndrome; Yinpu Sini Simiao Shixiao palvis; T lymphocyte subsets; helper T cell

盆腔炎性疾病后遗症 (sequelae of pelvic inflammatory disease, SPID) 是盆腔炎性疾病 (PID) 未得到及时治疗, 或病程迁延而发生的女性生殖道周围组织粘连、增生及瘢痕形成等一后遗症^[1]。除躯体症状外, 往往伴有精神不振、失眠等神经衰弱症状, 且长期反复发作, 较难完全治愈, 严重地危害着广大妇女的身心健康, 引起社会行为和家庭生活障碍^[2]。其远期后遗症主要慢性盆腔痛 (CPP), PID 反复发作、不孕、异位妊娠等, 治疗主要以手术、药物治疗和激光疗法、超短波疗法、微波疗法等, 但药物目前治疗尚未形成明确的诊治规范^[3], 手术可切除病变部位, 可松解盆腹腔粘连, 以达到消除或者缓解盆腔疼痛目的, 但术后的复发、造成的新盆腹腔粘连及手术中未找到病灶等, 是临床重新思考手术, 权衡利弊, 严格把握入选手术对象^[4-5]。中医治疗本病历史悠久, 有其独特优势。中药可单独使用, 也可联合西药, 还可通过多种途径综合治疗, 可缩短治疗时间和疗程, 在改善临床症状, 降低复发、后遗症发生及不良反应的发生, 并提高药效, 减少西药副作用等方面均有显著的优势^[5-6]。中医将本病归为妇人腹痛、带下病、癥瘕等病证, 其病机为邪气留连, 与冲任胞脉气血搏结而成瘀; 或肝郁气滞, 气滞血瘀, 久则成癥, 瘀阻冲任胞脉, 不通则痛^[5]。其中瘀滞胞脉是 SPID 的病机关键, 湿热余毒留连和气血不足与疾病的反复发作密切相关。银蒲四逆四妙失笑散是近代妇科学者治疗 PID 和 SPID 的验方^[7], 由银蒲四逆散 (《伤寒论》)、四妙散 (《成方便读》)、失笑散 (《素问病机气宜保命集》) 加减。银花藤、蒲公英、柴胡、枳壳、赤芍、苍术、黄柏、薏苡仁、川牛膝、生蒲黄、炒五灵脂、延胡索、炒川楝子组成。具有行气活

血, 清利湿热, 化瘀消癥之功, 用于湿热瘀阻型 SPID 的治疗。SPID 的病理过程为继细菌感染后, 机体刺激所发生的免疫反应导致的慢性炎症过程及免疫病理损伤, 其中 T 淋巴细胞亚群平衡紊乱及 Th1/Th2 的失衡起着重要的作用^[8], 因此, 本研究笔者探讨了银蒲四逆四妙失笑散辨证对 SPID 患者免疫-炎症因子的调节作用, 为临床使用提供进一步依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共选择山东省妇幼保健院妇科和山东中医药大学附属医院妇科 2015 年 10 月至 2017 年 5 月就诊的 132 例 SPID 患者作为研究对象, 采用区组法, 按 SAS 软件生成的随机分为对照组和观察组各 66 例。对照组年龄 25 ~ 41 岁, 平均 (32.72 ± 4.52) 岁; 病程 6 ~ 32 个月, 平均 (16.24 ± 5.75) 个月。观察组年龄 23 ~ 44 岁, 平均 (33.05 ± 4.84) 岁; 病程 8 ~ 43 个月, 平均 (15.24 ± 6.11) 个月。两组患者一般基线资料比较, 差异均无统计学意义, 具有可比性。研究期间对照组和观察组分别有 6 例和 4 例脱落, 临床观察见图 1。

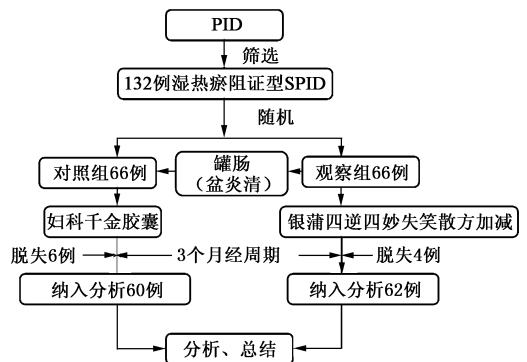


图 1 临床试验流程
Fig.1 Test flow chart

1.2 诊断标准

1.2.1 SPID的西医诊断标准 参照2014年中华医学会妇产科学分会制定的《盆腔炎性疾病诊治规范(修订版)》^[9],根据临床症状、体征和实验室检查综合拟定标准。

1.2.2 中医湿热瘀阻证辨证标准 参照国家中医药管理局医政司2012年制定的《中医临床诊疗方案-22个专业95个病种》^[7]制定标准。主证为下腹胀痛或刺痛,腰骶胀痛;带下量多,色黄质稠、味臭。次证为会阴坠胀,低热起伏,神疲乏力;经期腹痛加重,月经量多或伴经期延长,婚久不孕;胸闷纳呆;小便黄赤,便干燥或溏而不爽。舌脉见舌质红或暗红,或见边尖瘀点或瘀斑,苔黄腻或白腻,脉弦滑或弦涩。主证2项+次证3项,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合SPID的西医诊断标准;②符合湿热瘀阻证辨证标准;③无急性发作的证据如发热(腋下体温 $\geq 38^\circ\text{C}$),白细胞计数或中粒细胞增加($>$ 正常1.2倍);④年龄20~45岁,已婚或有性生活者;⑤患者同意配合本方案治疗,并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①盆腔炎急性发作,病情危重或有手术指征者出现输卵管卵巢脓肿、盆腔脓肿,弥漫性腹膜炎、败血症等;②合并妇科肿瘤、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、盆腔瘀血综合征等妇科疾病者;③妊娠或近期准备怀孕和哺乳期妇女;④合并严重心、肝、脑、肾和造血系统等疾病或精神病患者或肿瘤患者;⑤合并肛门或肛周疾病不适合灌肠治疗者;⑥严重过敏体质或对研究已知药物成分过敏者;⑦正在参加其他临床试验者;⑧同期采用其他中药治疗影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 两组患者均给予盆炎清灌肠方,药物组成有丹参30 g,赤芍15 g,连翘15 g,皂角刺12 g,透骨草18 g,制乳香12 g,制没药12 g,败酱草18 g,由各自医院制剂室加水煎至100 mL/袋,用时加热至38~40 $^\circ\text{C}$,保留灌肠,于月经干净后3 d开始,每晚1次,连续灌肠10 d。对照组口服妇科千金胶囊(株洲千金药业股份有限公司,国药准字Z20020024),2粒/次,3次/d。观察组内服银蒲四逆四妙失笑散加减辨证,药物组成有银花藤30 g,蒲公英15 g,川牛膝15 g,炒薏苡仁30 g,元胡10 g,生蒲黄10 g^(包煎),五灵脂10 g^(包煎),丹参20 g,路路通15 g,当归10 g,柴胡12 g,白芍12 g。湿热重者加红藤、败酱草各15 g;瘀血重者加桃仁15 g,三棱10 g,莪术10 g;气滞重者加王不留行、香附各10 g;肾虚

者去蒲公英、银花藤加杜仲、菟丝子、川续断各15 g;气虚者去蒲公英、银花藤加黄芪30 g,党参20 g;癥瘕形成者加生牡蛎30 g^(先煎),三棱10 g,莪术10 g,炙鳖甲20 g^(先煎)。饮片由各自医院中药房统一提供,煎药室煎煮2次,混合药液至400 mL,200 mL/次,分早、晚两次温服,1剂/d。两组疗程均连续治疗3个月经周期,经期停用药物。

1.6 观察指标 ①湿热瘀阻证评分^[7],症状分为无、轻、中、重4级,3个主证分别记0,2,4,6分,次症状记0,1,2,3分,舌脉不记分;治疗前后各评价1次。②盆腔体征评分^[7],子宫、附件增厚包块(左、右),附件压痛(左、右)和宫骶韧带增粗,触痛共4个体征,根据无、轻、中、重4级分别记0,1,2,3分;治疗前后各评价1次。③生活质量评价,采用世界卫生组织生活质量测定简表(WHOQOL-BREF),包括生存质量、健康状况、日常活动及自我感觉4个方面,总分119分,分数越低,代表生活质量越差;治疗前后各评价1次。④T淋巴细胞亚群CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺检测,采用流式细胞测量仪,治疗前后各检测1次。⑤免疫炎症因子检查,包括白细胞介素-2(IL-2),IL-4,IL-6,IL-10,肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(深圳晶美生物科技公司,批号均为20170604);治疗前后各检测1次。

1.7 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》和文献^[7]拟定。临床痊愈为下腹胀痛、腰骶胀痛等症状消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效为下腹胀痛、腰骶胀痛等症状消失或明显改善,证候积分减少70%~94%。有效为下腹胀痛、腰骶胀痛等症状有所改善,证候积分减少30%~69%。无效为下腹胀痛、腰骶胀痛等症状无改善甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 20.0统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后湿热瘀阻证评分比较 治疗后两组患者湿热瘀阻证主证(下腹胀痛或刺痛,腰骶胀痛,带下量、色黄质稠、味臭),次证评分及总分均明显下降($P < 0.01$),治疗后观察组患者湿热瘀阻证主证、次证及总分均低于对照组($P < 0.01$),见表1。

2.2 两组患者治疗前后盆腔体征评分比较 与治疗前比较,治疗后两组患者子宫、附件增厚包块

表 1 两组患者治疗前后湿热瘀阻证评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of scores of damp-heat stasis syndrome in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

分

| 组别 | 例数 | 时间 | 主证 | | | 次证 | 总分 |
|----|----|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | | 下腹胀痛/刺痛 | 腰骶胀痛 | 带下量,色黄质稠、味臭 | | |
| 对照 | 60 | 治疗前 | 5.12 ± 0.86 | 4.45 ± 0.73 | 4.67 ± 0.68 | 15.62 ± 2.78 | 31.37 ± 4.35 |
| | | 治疗后 | 1.68 ± 0.39 ¹⁾ | 1.25 ± 0.24 ¹⁾ | 1.42 ± 0.29 ¹⁾ | 3.85 ± 0.63 ¹⁾ | 7.74 ± 1.32 ¹⁾ |
| 观察 | 62 | 治疗前 | 5.09 ± 0.84 | 4.53 ± 0.75 | 4.78 ± 0.67 | 15.94 ± 2.85 | 31.62 ± 4.25 |
| | | 治疗后 | 0.95 ± 0.27 ^{1,2)} | 0.75 ± 0.31 ^{1,2)} | 0.64 ± 0.27 ^{1,2)} | 2.77 ± 0.86 ^{1,2)} | 4.27 ± 1.09 ^{1,2)} |

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 2,3,5 同)。

(左、右),附件压痛(左、右)和宫骶韧带增粗、触痛等 4 个盆腔体征评分和总分均有明显降低,比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$);治疗后观察组患者 4 个盆腔体征评分和总分均低于对照组,比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$),见表 2。

2.3 两组患者治疗前后生活质量评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者生活量表的生存质量、健康状况、日常活动及自我感觉 4 个维度评分和总分均明显升高 ($P < 0.01$),治疗后观察组生活量表和各维度评分和总分均高于对照组 ($P < 0.01$),见表 3。

表 2 两组患者治疗前后盆腔体征评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of scores of pelvic signs in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

分

| 组别 | 例数 | 时间 | 子宫 | 附件增厚包块 (左、右) | 附件压痛 (左、右) | 宫骶韧带 增粗、触痛 | 总分 |
|----|----|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | | | | | | |
| | | 治疗后 | 0.89 ± 0.36 ¹⁾ | 1.67 ± 0.65 ¹⁾ | 1.42 ± 0.53 ¹⁾ | 0.85 ± 0.34 ¹⁾ | 4.02 ± 1.15 ¹⁾ |
| 观察 | 62 | 治疗前 | 1.89 ± 0.66 | 3.42 ± 0.91 | 3.58 ± 0.76 | 1.95 ± 0.72 | 11.47 ± 2.09 |
| | | 治疗后 | 0.51 ± 0.25 ^{1,2)} | 0.93 ± 0.40 ^{1,2)} | 0.88 ± 0.42 ^{1,2)} | 0.42 ± 0.27 ^{1,2)} | 2.69 ± 0.84 ^{1,2)} |

表 3 两组患者治疗前后生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of scores of quality of life in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

分

| 组别 | 例数 | 时间 | 生存质量 | 日常生活 | 健康状况 | 自我感觉 | 总分 |
|----|----|-----|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | 治疗后 | 19.92 ± 4.84 ¹⁾ | 30.73 ± 5.19 ¹⁾ | 13.57 ± 3.36 ¹⁾ | 30.25 ± 5.83 ¹⁾ | 93.75 ± 13.48 ¹⁾ |
| 观察 | 62 | 治疗前 | 12.37 ± 2.64 | 22.82 ± 3.78 | 10.05 ± 2.18 | 18.94 ± 4.36 | 64.73 ± 8.87 |
| | | 治疗后 | 24.26 ± 5.67 ^{1,2)} | 34.27 ± 5.75 ^{1,2)} | 15.93 ± 3.80 ^{1,2)} | 35.11 ± 5.73 ^{1,2)} | 107.48 ± 15.62 ^{1,2)} |

2.4 两组患者治疗前后 CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 水平变化比较 两组患者 CD3⁺ 治疗前后变化差异无统计学意义;两组患者治疗后 CD4⁺ 均升高 ($P < 0.05$),观察组 CD8⁺ 下降 ($P <$

0.05),对照组 CD8⁺ 下降,但差异无统计学意义;两组患者治疗后 CD4⁺/CD8⁺ 比例均升高;治疗后观察组 CD4⁺ 水平和 CD4⁺/CD8⁺ 比例均高于对照组 ($P < 0.05$),CD8⁺ 低于对照组 ($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组 CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 水平变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of levels of CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ and CD4⁺/CD8⁺ in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | CD3 ⁺ / % | CD4 ⁺ / % | CD8 ⁺ / % | CD4 ⁺ / CD8 ⁺ |
|----|----|-----|----------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | 治疗后 | 60.41 ± 7.16 | 38.28 ± 4.24 ¹⁾ | 30.61 ± 3.24 | 1.24 ± 0.23 ¹⁾ |
| 观察 | 62 | 治疗前 | 58.76 ± 6.84 | 33.24 ± 3.67 | 32.79 ± 3.85 | 1.03 ± 0.19 |
| | | 治疗后 | 61.52 ± 7.38 | 43.49 ± 5.31 ^{1,2)} | 26.37 ± 3.16 ^{1,2)} | 1.55 ± 0.27 ^{1,2)} |

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者治疗前后 IL-2, IL-4, IL-6, IL-8,

IL-10 和 TNF- α 变化情况比较 与治疗前相比较,

治疗后两组患者血清 IL-2, IL-4 和 IL-10 均显著升高 ($P < 0.01$), IL-6, IL-8 和 TNF- α 均明显下降, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗后观察组患

者血清 IL-2, IL-4 和 IL-10 均高于对照组 ($P < 0.01$), IL-6, IL-8 和 TNF- α 均低于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 和 TNF- α 变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison of levels of IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 and TNF- α in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$) ng·L⁻¹

| 组别 | 例数 | 时间 | IL-2 | IL-4 | IL-6 | IL-8 | IL-10 | TNF- α |
|----|----|-----|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 对照 | 60 | 治疗前 | 89.42 ± 10.36 | 34.77 ± 4.83 | 24.52 ± 4.35 | 120.31 ± 15.39 | 70.05 ± 9.24 | 25.77 ± 3.91 |
| | | 治疗后 | 99.16 ± 11.72 | 43.26 ± 5.70 | 18.13 ± 3.17 ¹⁾ | 102.15 ± 13.45 ¹⁾ | 86.37 ± 10.72 ¹⁾ | 18.26 ± 2.75 ¹⁾ |
| 观察 | 62 | 治疗前 | 90.34 ± 9.85 | 35.26 ± 4.51 | 25.31 ± 4.69 | 118.53 ± 14.63 | 72.38 ± 10.97 | 25.39 ± 3.46 |
| | | 治疗后 | 112.53 ± 14.68 ^{1,2)} | 47.38 ± 6.35 ^{1,2)} | 12.56 ± 2.84 ^{1,2)} | 87.42 ± 11.36 ^{1,2)} | 103.51 ± 13.44 ^{1,2)} | 13.65 ± 2.26 ^{1,2)} |

2.6 两组患者临床疗效比较 观察组临床疗效总有效率为 95.16%, 对照组临床疗效总有效率为

83.33%, 观察组总有效率高于对照组, 比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.485, P < 0.05$), 见表 6。

表 6 两组患者临床疗效比较

Table 6 Comparison of clinical efficacy in two groups

| 组别 | 例数 | 临床痊愈/例 (%) | 显效/例 (%) | 有效/例 (%) | 无效/例 (%) | 总有效率/% |
|----|----|------------|------------|------------|------------|---------------------|
| 对照 | 60 | 15 (25.00) | 22 (36.67) | 13 (21.67) | 10 (16.67) | 83.33 |
| 观察 | 62 | 21 (33.87) | 27 (43.55) | 11 (17.74) | 3 (4.84) | 95.16 ¹⁾ |

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

对于 SPID 远期后遗症, 现代医学仍以抗生素治疗为主, 结合微波、红外线治疗、腹腔镜探查术等, 治疗难以痊愈^[2]。SPID 病情易反复发作, 缠绵难愈, 病程日久, 难以选择最佳方案, 女性患者情绪易忧郁、焦虑, 治疗信心不足等, 这些问题仍然困扰临床^[2]。

中医学者认为 SPID 的病理因素以湿、瘀、虚为主, 湿热瘀结证、气滞血瘀证较为常见, 其表现为腹坠疼痛或腰骶部胀痛, 白带增多等^[10]。SPID 其远期后遗症主要包括腹痛、月经及带下异常 3 个主证, 病变部位在胞宫、胞脉, 以气滞、瘀血、湿、虚为主要病理要素, 其中瘀血是关键^[11]。中药保留灌肠是中医治疗 SPID 最有特色的疗法之一, 药物经黏膜静脉丛吸收, 使药物直达病灶, 可增加病变部位的血流量, 改善血液循环, 减少炎症渗出、抑制结缔组织增生, 起到消除病灶、缓解疼痛的作用, 且操作简便、不影响患者正常生理功能, 是临床治疗 SPID 综合疗法的重要组成^[6,12]。因此本研究将盆炎清灌肠方作为基础治疗。方中丹参、赤芍凉血活血化瘀, 连翘清热解毒, 败酱草清热解毒、祛瘀止痛, 皂角刺消肿托毒, 透骨草活络止痛、化湿解毒, 乳香、没药调气活血定痛, 全方共奏清热化湿解毒, 通络活血止痛之功。

银蒲四逆四妙失笑散为专家推荐用于湿热瘀阻型 SPID 验方^[7], 以此方辨证用于 SPID 收效明

显^[13]。本方中银花藤、蒲公英清热解毒, 通络消肿散结; 川牛膝逐瘀通经, 补肾化湿, 引药下行; 炒薏苡仁健脾化湿; 生蒲黄、五灵脂活血止痛, 化瘀止血; 丹参、当归活血通络, 调经止痛; 元胡、路路通活血、理气、止痛; 柴胡、白芍舒肝解郁。全方共奏化湿解毒、行气通络、化瘀止痛之功。方中失笑散(蒲黄、五灵脂)含萜类、黄酮、多糖、有机酸等活性成分, 具有镇痛、镇静、抗血小板聚和改善血液循环作用, 可缓解子宫平滑肌痉挛收缩作用^[14]。丹参具有改善微循环, 抗氧化, 抗菌消炎, 改善血流变等多种作用, 用于 SPID 能使病灶变软, 粘连松解消散及抗菌消炎等作用, 还有抑制子宫肌肉的强烈收缩, 达到镇痛效果^[15]。元胡中的生物碱具有很强的镇痛和镇静作用, 左旋延胡索乙素具有抗炎、抗菌、抗病毒作用, 用于腹腰膝诸痛、月经不调、癥瘕、痛经等症^[16]。银花藤、蒲公英具有的广谱抗菌药, 且能增强机体的免疫功能, 并具有较强的抗炎作用^[13]。当归含挥发油、有机酸、多糖和黄酮等成分, 具有抗血小板凝聚、改善微循环作用, 抗炎镇痛作用, 有抑制子宫收缩、抗子宫平滑肌痉挛作用, 并对特异性免疫和非特异性免疫均有较强的促进作用, 用于月经不调、经闭痛经、腹痛等妇科疾病治疗^[17]。本组资料显示, 与妇科千金胶囊相比较, 采用银蒲四逆四妙失笑散加减内服后湿热瘀阻主证(下腹胀痛或刺痛; 腰骶胀痛;

带下量多,色黄质稠、味臭)评分,次证评分及总分均低于对照组;子宫、附件增厚包块(左、右),附件压痛(左、右)和宫骶韧带增粗、触痛等 4 个盆腔体征评分均低于对照组,生活量表和各维度评分和总分均高于对照组,观察组临床疗效总有效率为 95.16%,高于对照组 83.33%,提示了银蒲四逆四妙失笑散加减的使用可明显的改善患者的临床症状和体征。

T 淋巴细胞亚群主要包括 CD4⁺ 和 CD8⁺ 两个亚群,前者主要是辅助性 T 细胞(Th),后者主要为细胞毒性 T 细胞(Tc)或抑制性 T 细胞(Ts),Th/Ts 比值的动态平衡决定着机体免疫调控状态及免疫水平,但 SPID 患者的 CD4⁺ 升高,CD4⁺/CD8⁺ 比例下降,导致机体抵抗力降低,疾病反复发作或再次感染^[8,18]。Th 细胞根据功能不同分为 Th1 和 Th2 两个亚型,Th1 应答与增强巨噬细胞介导的抗感染能力和组织损伤有关,Th2 具有抗炎症的作用,应答与感染慢性化与持续联系密切^[19]。Th1 分泌的细胞因子如 IL-6,IL-8,TNF- α 等为重要促炎因子,虽然可起到有效地杀伤和清除细胞内的病原微生物的作用,但同时促进炎症损伤使之发生纤维化和疤痕形成^[18]。Th2 分泌 IL-2,IL-4,IL-10 及干扰素等细胞因子,介导体液免疫,抑制 Th1 型细胞因子,减轻炎症损伤^[20]。SPID 患者 Th1/Th2 动态平衡发生紊乱,Th1 过度激活,而 Th2 抑制,对 SPID 病情发展及结局中起到调节作用^[21]。本组资料显示治疗后观察组 CD4⁺ 水平和 CD4⁺/CD8⁺ 比例均高于对照组,CD8⁺ 低于对照组;观察组血清 IL-2,IL-4 和 IL-10 均高于对照组,IL-6,IL-8 和 TNF- α 均低于对照组,提示了采用银蒲四逆四妙失笑散加减内服提高了 SPID 患者机体免疫功能,并起到调节 Th1 和 Th2 细胞因子,促使 Th1/Th2 平衡的作用,从而起到减轻炎症损伤的作用。

综上,在采用中药保留灌肠的基础上,银蒲四逆四妙失笑散加减内服辨证治疗湿热瘀阻型 SPID 患者,可减轻症状、体征,提高患者的生活质量,并能调节免疫-炎症因子的作用。

[参考文献]

[1] 曹泽毅.中华妇产科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2014:1034-1035.
[2] 于红娟.盆腔炎症性疾病后遗症治疗难点及对策分析[J].江苏中医药,2017,49(3):49-51.
[3] 米兰,刘朝晖.盆腔炎症性疾病后遗症[J].实用妇产科杂志,2013,29(10):731-733.

[4] 秦君璞,张帝开.盆腔炎症性疾病与盆腔痛[J].中国实用妇科与产科杂志,2013,29(3):170-173.
[5] 马堃,罗颂平,李敏,等.中医药防治盆腔炎症性疾病优势与证据研究进展[J].中国中药杂志,2017,42(8):1449-1454.
[6] 金哲.盆腔炎症性疾病的中医药治疗[J].实用妇产科杂志,2013,29(10):733-735.
[7] 国家中医药管理局医政司.中医临床诊疗方案-22个专业95个病种[M].北京:中国中医药出版社,2012:531-532.
[8] 曾倩,靳素萍,曾庆秋,等.盆腔炎症性疾病与 T 淋巴细胞亚群及 S-IgA 的相关性探讨[J].辽宁中医杂志,2010,37(2):211-212.
[9] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组.盆腔炎症性疾病诊治规范(修订版)[J].中华妇产科杂志,2014,49(6):401-403.
[10] 朱文涛,李磊,张霄潇,等.中药治疗盆腔炎症性疾病后遗症(慢性盆腔炎)循证药物经济学评价技术要点[J].世界科学技术-中医药现代化,2013,15(3):461-465.
[11] 李健.盆腔炎症性疾病远期后遗症的文献研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(5):146-148.
[12] 杨兰,杨明末.益气消积汤内服和解毒化癥汤灌肠治疗慢性盆腔炎症性包块 54 例[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(10):212-215.
[13] 陈绍菲,何甜甜,魏玮,等.魏绍斌教授治疗湿热瘀结型盆腔炎经验介绍[J].云南中医中药杂志,2011,32(12):3-5.
[14] 周卫,宿树兰,段金廛,等.失笑散传统功用与现代研究关联分析[J].中成药,2009,31(10):1602-1604.
[15] 苏延峰,田昭涛,葛山山,等.丹参及其制剂在国内妇科疾病治疗中的应用现状[J].实用医药杂志,2014,31(5):453-455.
[16] 王红,田明,王淼,等.延胡索现代药理及临床研究进展[J].中医药学报,2010,38(6):108-111.
[17] 李曦,张丽宏,王晓晓,等.当归化学成分及药理作用研究进展[J].中药材,2013,36(6):1023-1028.
[18] 钱月芳,徐燕.康妇消炎栓对盆腔炎症性疾病的疗效及机体免疫功能的影响[J].世界中医药,2015,10(11):1701-1703.
[19] 李世蓉,张三元.盆腔炎症性疾病发病机制的现代研究[J].中国妇幼保健,2011,26(27):4298-4301.
[20] 刘晶晶,路莉,陈秀慧,等.盆腔炎症性疾病免疫学发病机制的研究进展[J].现代妇产科进展,2014,23(1):64-66.
[21] 王莉,吕耀凤,姚丽娟.盆腔炎症性疾病后遗症患者促炎因子与抗炎因子的关系[J].中国妇幼保健,2012,27(33):5292-5294.

[责任编辑 何希荣]