

清热调血汤内服联合五味消毒饮灌肠治疗湿热瘀滞证 盆腔炎性疾病后遗症的临床观察

胡春芳¹, 简皓¹, 陈姣洁², 熊员焕^{3*}

(1. 新余市妇幼保健院, 江西 新余 338025; 2. 江西省中医院, 南昌 330004;
3. 江西省人民医院, 南昌 330012)

[摘要] **目的:**清热调血汤内服联合五味消毒饮灌肠评价中医综合疗法治疗盆腔炎性疾病后遗症(湿热瘀滞证)的临床疗效及对免疫炎症因子的调节作用。**方法:**将160例患者按随机数字表法以1:1分为观察组和对照组各80例。对照组脱落、失访4例,剔除3例,完成73例;观察组脱落、失访4例,剔除2例,完成74例。对照组口服妇科千金胶囊,2粒/次,3次/d;采用五味消毒饮加减灌肠,1剂/d,煎制剂成150 mL,保留灌肠,1次/晚,保留2~4 h,于月经后3 d开始灌肠,每个周期连续灌肠14 d。观察组灌肠治疗同对照组,并给予清热调血汤加减内服,1剂/d。连续治疗3个月经周期,经期停药。盆腔疼痛程度采用疼痛视觉模拟评分(VAS)法,分别评价痛经程度和非经期下腹、腰骶的疼痛程度;进行治疗前后湿热瘀滞证,Mc Cormack量表,世界卫生组织生存质量测定简表(WHOQOL-BREF)评分;进行治疗前后阴道彩超检查、宫颈分泌物培养和白带常规检查;检测治疗前后CD4⁺,CD8⁺,CD4⁺/CD8⁺等T淋巴细胞亚群和肿瘤坏死因子(TNF)- α ,白细胞介素-2(IL-2),IL-6水平;并进行安全性评价。**结果:**经重复测量的方差分析,两组患者治疗后痛经VAS评分和非经期VAS评分均逐渐下降($P<0.05$),观察组在3个月经周期期间和治疗后的痛经VAS评分和非经期VAS评分均低于对照组($P<0.01$);观察组体征评分、湿热瘀滞证评分均低于对照组($P<0.01$),WHOQOL-BREF评分高于对照组($P<0.01$);观察组患者盆腔积液深度和盆腔炎性包块的体积均小于对照组($P<0.01$);观察组CD4⁺和CD4⁺/CD8⁺高于对照组($P<0.01$),CD8⁺低于对照组($P<0.01$);观察组TNF- α 和IL-6水平均低于对照组($P<0.01$),IL-2水平高于对照组($P<0.01$);观察组综合疗效优于对照组($Z=2.028, P<0.05$);观察组中医证候疗效优于对照组($Z=2.064, P<0.05$);研究过程患者均没有发生严重不良事件,未发现中药相关不良反应。**结论:**清热调血汤加减内服联合五味消毒饮加减灌肠的综合疗法干预SPID湿热瘀滞证患者,可明显改善临床症状和体征,提高患者生活质量,并能调节细胞免疫功能和炎症因子,有着较好的综合疗效和中医证候疗效,临床使用安全。

[关键词] 盆腔炎性疾病后遗症; 湿热瘀滞证; 清热调血汤; 五味消毒饮; T淋巴细胞亚群; 炎症因子

[中图分类号] R289;R71;R711;R711.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)20-0111-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20200734

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.r.20200508.1113.003.html>

[网络出版日期] 2020-5-8 14:05

Clinical Observation of Qingre Tiaoxue Decoction Combined with Wuwei Xiaodu Drink in Enema Treatment of Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease

HU Chun-fang¹, JIAN Hao¹, CHEN Jiao-jie², XIONG Yuan-huan^{3*}

(1. Xinyu Maternal and Child Health Hospital, Xinyu 338025, China;

2. Jiangxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanchang 330004, China;

3. Jiangxi Provincial People's Hospital, Nanchang 330012, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss clinical effect of comprehensive Qingre Tiaoxue decoction combined with Wuwei Xiaodu drink and enema to sequelae of pelvic inflammatory disease (syndrome of dampness heat

[收稿日期] 20200327(013)

[基金项目] 江西省卫生计生委中医药科研项目(2017B051)

[第一作者] 胡春芳, 硕士, 副主任医师, 从事产科急症重症和高危妊娠的诊治工作, E-mail: 1305792543@qq.com

[通信作者] *熊员焕, 博士, 主任医师, 从事妇产科临床工作, E-mail: xiongyuanhuan@163.com

stasis) and to study the moderating effect to immune inflammatory factor. **Method:** One hundred and sixty patients were randomly divided into control group (80 cases) and observation group (80 cases) by random number table. The 73 patients in control group completed the therapy (4 patients were exfoliated or lost to follow-up, 3 patients were eliminate), 74 patients in observation group completed the therapy (4 patients were exfoliated or lost to follow-up, 2 patients were eliminate). Patients in control group got Fuke Qianjin capsules, 2 grains/time, 3 times/day, and at the third day after menstruation, addition and subtraction therapy of Wuwei Xiaodu drink with enema for 14 days at every night, 1 dose/day, and enema continued for 2-4 h/day. Based on the treatment of enema in control group, patients in observation group added Qingre Tiaoxue decoction for 3 menstrual cycles, 1 dose/day, and stopping during menstrual cycle. Degree of pelvic pain, dysmenorrhea and the degree of pain in the lower abdomen and lumbosacral in the non menstrual period were evaluated by pain visual simulation score (VAS). Before and after treatment, scores of syndrome of dampness heat stasis, McCormack scale, and Summary of the World Health Organization Quality of Life Measurement Scale (WHOQOL-BREF) scale were graded, and vaginal ultrasonography, culture of cervical secretion and routine examination of leucorrhea were detected. And levels of CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺, T lymphocyte subsets, tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-2 (IL-2) and IL-6 were detected and safety was evaluated. **Result:** By ANOVA of repeated measurement, after treatment, scores of VAS during dysmenorrheal and VAS during non menstrual period in two groups decreased ($P<0.05$), and during 3 menstrual cycles, scores of VAS during dysmenorrheal and VAS during non menstrual period in observation group were lower than those in control group ($P<0.01$). Scores of physical sign and syndrome of damp heat and stasis were lower than those in control group ($P<0.01$), score of WHOQOL-BREF was higher than that in control group ($P<0.01$). The depth of pelvic effusion and the volume of pelvic inflammatory mass in observation group were less than those in control group ($P<0.01$). Levels of CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ and IL-2 were higher than those in control group ($P<0.01$), and levels of CD8⁺, TNF- α and IL-6 were lower than those in control group ($P<0.01$). Comprehensive curative effect in observation group was better than that in control group ($Z=2.028$, $P<0.05$). And curative effect of traditional Chinese medicine (TCM) Syndrome in observation group was better than that in control group ($Z=2.064$, $P<0.05$). And there were no serious adverse events and adverse reaction caused by Chinese medicine. **Conclusion:** Comprehensive therapy of Chinese medicine and enema to sequelae of pelvic inflammatory disease can improve the clinical symptoms and signs, improve the quality of life of patients, and regulate the cellular immune function and inflammatory factors. It has better comprehensive curative effect and TCM syndrome curative effect, and is safe for clinical use.

[Key words] sequelae of pelvic inflammatory disease; syndrome of damp heat and stasis; Qingre Tiaoxiang decoction; Wuwei Xiaodu drink; T lymphocyte subsets; inflammatory factors

盆腔炎性疾病后遗症(SPID)是盆腔炎症性疾病(PID)未及时、未正确或未彻底治疗,使病程迁延而致,临床表现输卵管卵巢脓肿、输卵管炎、盆腔粘连、慢性盆腔痛(CPP),异位妊娠、不孕症等,其中CPP最为常见,症状可反复出现,迁延难愈,引起社会行为和家庭生活障碍,给患者的身体及精神上均造成巨大的痛苦^[1-2]。SPID临床以保守治疗为主,多以抗生素、理疗等措施,药物治疗无效或脓肿破裂才考虑手术治疗^[3],但由于抗生素的耐药问题,且因患者负性情绪影响等,使得临床疗效难以满意。

根据SPID不同表现,中医可归为“癥瘕”“妇人

腹痛”“带下病”等范畴,“湿热”为本病的主要致病因素,多因治疗不及时、不彻底,正气不足,余邪未尽,邪气留恋,阻滞于冲任、胞宫,邪气与气血搏结,聚结成瘀,形成湿热瘀滞病机特点,病情缠绵关键在于“湿”“瘀”“虚”^[1,4]。中医采用“扶正祛邪”治疗本病,从整体和局部综合考虑,标本兼治,内外合治,多种途径给药,联合西医有提高疗效、缩短疗程、防止复发等优势 and 特色^[5]。针对湿瘀阻滞证盆腔局部的病机特点,前期笔者采用五味消毒饮加灌肠配合合理疗的外治干预SPID收到了近期疗效^[6],该方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》,具有较强的

体外抑菌作用。为进一步提高临床疗效,内外合治的特色,在前期的基础加用了清热调血汤内服,以提高临床疗效,该方源于《古今医鉴》,具有清热除湿,化瘀止痛之功,正投SPID湿热瘀阻的病机特点,也有学者观察到治疗SPID有较好的效果^[7]。本研究进一步的观察了清热调血汤加减内服联合五味消毒饮灌肠的综合疗法干预湿热瘀滞证SPID的疗效,及对免疫炎症因子的调节作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究经新余市妇幼保健院伦理委员会审查批准(批号XYFYKY201704017-02)。采用随机、多中心、对照、前瞻性研究设计。符合要求的患者160例。分别来源于保健院妇科门诊80例、江西省中医院妇科门诊40例和江西省人民医院妇科门诊40例。纳入时间为2017年9月至2019年8月。以SAS软件生成的随机数字表法,按1:1分为对照组和观察组。对照组年龄22~43岁,平均(32.72±2.81)岁;病程6个月~4年,平均(16.07±1.48)个月;主要临床特征有CPP 61例,痛经35例,不育26例,性交痛22例,白带增多48例。观察组年龄22~45岁,平均(33.15±2.96)岁;病程6个月~5年,平均(16.36±1.51)个月;主要临床特征有CPP 58例,痛经39例,不育25例,性交痛24例,白带增多50例。研究期间对照组脱落、失访4例,剔除(违背方案)3例,完成73例;观察组脱落、失访4例,剔除(违背方案)2例,完成74例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①SPID西医诊断标准,参照《妇产科学》^[8]制定。病史有PID病史,SPID反复发作史、不孕史;临床表现为下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛,常在劳累、性交后或月经前后加剧;妇科检查见下腹部压痛、反跳痛,子宫一侧或两侧压痛明显,子宫活动受限或粘连固定,呈后倾后屈状,触诊有片状增厚感,子宫骶韧带可变硬、增粗,有触痛感。B超检查为输卵管阻塞、盆腔有炎性包块、积液、炎性渗出等表现。②湿热瘀滞证诊断标准,参照《中医妇科常见病诊疗指南》^[9],下腹隐痛、胀痛或刺痛,疼痛拒按,腰骶部酸痛,或阴部坠胀,经行或劳累后加重,经期延长,月经量多,伴痛经,带下量多、色黄、质稠,小便黄,大便干结或溏,胸闷纳呆,可有低热,婚久不孕,舌质淡暗,苔黄腻,脉滑数。

1.3 纳入标准 ①已婚或有性生活史,符合SPID的西医诊断标准;②病程≥6个月;③符合湿热瘀滞证诊断标准;④年龄20~45岁,月经周期为28~

35 d者;⑤白细胞计数 $\leq 12 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例 $\leq 90\%$;⑥妊娠试验为阴性,依从性良好,自愿参加本方案研究,均取得患者签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并输卵管卵巢脓肿、肝周围炎、异位妊娠等并发症者;②合并妇科肿瘤、盆腔瘀血综合征、子宫内膜异位症、子宫腺肌病等妇科疾病者;③有盆腔手术史,考虑术后出现粘连者;④妊娠或近期备孕或哺乳期妇女;⑤合并心肺肝肾功能严重不全者;⑥肿瘤、精神病患者,沟通或认知功能障碍者;⑦过敏体质,对本研究使用药物有禁忌者;⑧合并肛周疾病,不适合开展灌肠治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 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;采用五味消毒饮加减灌肠,药物组成有金银花30g,蒲公英30g,紫花地丁30g,败酱草30g,大血藤30g,桃仁15g/d,1剂/d,由医院统一煎煮2次,合并药液,至150mL,保留灌肠,1次/晚,保留2~4h;于月经后3d开始灌肠,每周连续灌肠14d。

1.5.2 观察组 内服清热调血汤加减,药物组成有当归10g,川芎12g,白芍15g,生地黄15g,香附12g,桃仁10g,红花5g,延胡索10g,川牛膝10g,莪术10g,大红藤10g,炒椿白皮10g,党参片15g,甘草片5g。随证加减,带下量多、色黄、质稠者加苍术10g,生薏苡仁30g,黄柏10g;腰骶部酸痛者加续断15g,桑寄生20g;阴部坠胀,经行或劳累后加重者加生黄芪30g,北柴胡10g;大便干结或溏,胸闷纳呆者加麸炒白术15g,茯苓15g。1剂/d,饮片由研究中心的中药房提供,采用煎药机统一进行煎煮2次,合并药液至300mL,分早晚2次饭后1h服用。灌肠治疗措施同对照组。两组疗程均连续治疗3个月经周期,经期停药。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①盆腔疼痛程度,采用疼痛视觉模拟评分(VAS)法,分别评价痛经程度和非经期下腹、腰骶的疼痛程度,以最高的VAS评分作为当期痛经程度和非经期疼痛程度,治疗前后每个月经周期评价1次。②体征评分,采用Mc Cormack量表^[2],包括4个象限子宫压痛、腹部压痛或反跳痛、左或右附件区压痛、宫颈举摆痛等,根据不同疼痛程度分4级,记0~3分,总分0~36分,评分越高表示局部体征越重,治疗前后各评价1次。

1.6.2 次要疗效指标 ①湿热瘀滞证评分,参照《中药新药治疗盆腔炎临床研究指导原则》,各症状

按无、轻、中、重4级进行分级,分别记0~3分,治疗前后各评价1次。②阴道彩超检查,于经后3~5d行阴道彩超检查,评价盆腔积液、包块大小、输卵管阻塞、炎性渗出等情况,治疗前后各评价1次。③进行治疗前后宫颈分泌物培养和血带常规检查。④生活质量,采用世界卫生组织生活质量测定简表(WHOQOL-BREF),总分0~119分,分数越高,代表生活质量越好,治疗前后各评价1次。⑤免疫功能检测,治疗前后CD4⁺,CD8⁺,CD4⁺/CD8⁺等T淋巴细胞亚群,采用流式细胞仪检测,试剂盒(北京科瑞美科技有限公司,批号201902049)。⑥炎症因子检测,治疗前后肿瘤坏死因子(TNF)- α ,白细胞介素-2(IL-2)和IL-6水平,采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(南京建成生物科技公司,批号分别为201806504,201805814,201903472)。⑦安全性评价,记录治疗期间不良事件,检测与药物相关血常规、尿常规、肝、肾功能和心电图等安全指标。

1.7 临床疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》。①综合疗效评定标准,临床痊愈为主观症状消失,B超、妇科检查和理化检查恢复正常,体征积分和中医证候积分减少 $\geq 90\%$;显效为主观症状明显减轻,B超、妇科检查及理化检查有明显改善,70% \leq 体征积分和中医证候积分减少 $< 90\%$;有效为主观症状减轻,B超、妇科检查及理化检查有所改善,30% \leq 体征积分和中医证候积分减少 $< 70\%$;无效为主观症状无减轻或加重,B超、妇科检查及理化检查无改善或加重,体征积分和中医证候积分减少 $< 30\%$ 。②中医证候疗效标准,痊愈见疼痛消失,经、带正常,中医证候积分减少 $\geq 90\%$;显效见疼痛减轻,经、带基本正常,70% \leq 中医证候积分减少 $< 90\%$;有效见疼痛减轻,经、带有所改善,30% \leq 中医证候积分减少 $< 70\%$;无效见疼痛、经、带均、无改善甚至加重,中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

1.8 统计学处理方法 采用SPSS 22.0统计分析软件进行数据管理,计数资料比较采用 χ^2 检验,VAS采用重复测量的方差分析,等级资料采用秩和检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,均以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者不同时点盆腔疼痛程度比较 治疗后经重复测量的方差分析,两组患者3个月经周期的痛经VAS评分和非经期VAS评分均逐渐下降($P < 0.05$);治疗后观察组3个月经周期的痛经VAS评分和非经期VAS评分均低于对照组($P < 0.01$)。见

表1,2。

表1 两组患者不同时点痛经VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of scores of dysmenorrhea VAS at different time points in two groups ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗/月经周期		
			第1个月	第2个月	第3个月
对照	73	5.16 \pm 0.43	4.37 \pm 0.41 ¹⁾	3.46 \pm 0.37 ¹⁾	2.16 \pm 0.24 ¹⁾
观察	74	5.20 \pm 0.46	3.89 \pm 0.39 ^{1,2)}	3.01 \pm 0.32 ^{1,2)}	1.54 \pm 0.46 ^{1,2)}

注:与本组前一时点比较¹⁾ $P < 0.01$;与同期对照组比较²⁾ $P < 0.01$ (表2同)。

表2 两组患者不同时点非经期VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of non menstrual VAS score at different time points in two groups ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗/月经周期		
			第1个月	第2个月	第3个月
对照	73	4.57 \pm 0.42	4.01 \pm 0.38 ¹⁾	2.43 \pm 0.28 ¹⁾	1.83 \pm 0.22 ¹⁾
观察	74	4.61 \pm 0.44	3.52 \pm 0.36 ^{1,2)}	1.93 \pm 0.20 ^{1,2)}	1.41 \pm 0.16 ^{1,2)}

2.2 两组患者治疗前后阴道彩超检查结果比较

与治疗前相比较,治疗后两组患者盆腔积液深度和盆腔炎性包块的均明显缩小($P < 0.01$);治疗后观察组患者盆腔积液深度和盆腔炎性包块的体积均小于对照组($P < 0.01$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后阴道彩超检查结果比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of color doppler examination of vagina before and after treatment in two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	盆腔积液/mm	盆腔炎性包块/cm ³
对照	73	治疗前	34.86 \pm 4.15	15.47 \pm 1.87
		治疗后	6.93 \pm 1.54 ¹⁾	8.24 \pm 1.41 ¹⁾
观察	74	治疗前	35.15 \pm 4.26	15.43 \pm 1.71
		治疗后	4.11 \pm 0.79 ^{1,2)}	5.57 \pm 0.68 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与治疗前对照组比较²⁾ $P < 0.01$ (表4~6同)。

2.3 两组患者治疗前后体征、湿热瘀滞证和WHOQOL-BREF评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者体征、湿热瘀滞证评分均明显降低($P < 0.01$),WHOQOL-BREF评分显著升高($P < 0.01$);治疗后观察组体征、湿热瘀滞证评分均低于对照组($P < 0.01$),WHOQOL-BREF评分高于对照组($P < 0.01$)。见表4。

2.4 两组患者治疗前后免疫功能情况比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者CD4⁺和CD4⁺/CD8⁺均有升高($P < 0.01$),CD8⁺下降($P < 0.01$);治疗后观察组CD4⁺和CD4⁺/CD8⁺均高于对照组($P < 0.01$),CD8⁺低于对照组($P < 0.01$)。见表5。

表4 两组患者治疗前后体征、湿热瘀滞证和WHOQOL-BREF评分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 4 Comparison of signs, syndrome of dampness heat stasis and WHOQOL-BREF before and after treatment in two groups ($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	时间	体征	湿热瘀滞证	WHOQOL-BREF
对照	73	治疗前	25.46±2.35	21.76±2.41	64.53±7.49
		治疗后	8.15±1.19 ¹⁾	7.18±1.23 ¹⁾	97.48±10.62 ¹⁾
观察	74	治疗前	25.38±2.46	22.03±2.38	63.75±7.82
		治疗后	4.63±0.49 ^{1,2)}	4.28±0.53 ^{1,2)}	105.29±11.87 ^{1,2)}

表5 两组患者治疗前后免疫功能检查情况比较($\bar{x}\pm s$)

Table 5 Comparison of immune function test before and after treatment in two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照	73	治疗前	32.97±3.25	32.46±3.23	1.03±0.12
		治疗后	37.42±4.08 ¹⁾	29.35±2.67 ¹⁾	1.26±0.14 ¹⁾
观察	74	治疗前	32.81±3.34	32.58±3.16	1.02±0.11
		治疗后	42.68±4.79 ^{1,2)}	26.83±2.59 ^{1,2)}	1.55±0.19 ^{1,2)}

2.5 两组患者治疗前后TNF- α 、IL-2和IL-6水平比较 治疗后两组患者TNF- α 和IL-6水平均有下降($P<0.01$), IL-2水平升高($P<0.01$); 治疗后观察组TNF- α 和IL-6水平均低于对照组($P<0.01$), IL-2水平高于对照组($P<0.01$)。见表6。

表6 两组患者治疗前后TNF- α 、IL-2和IL-6水平比较($\bar{x}\pm s$)

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

组别	例数	时间	TNF- α	IL-2	IL-6
对照	73	治疗前	27.86±2.81	85.77±9.84	29.04±3.28
		治疗后	18.53±2.14 ¹⁾	96.63±10.78 ¹⁾	20.10±2.15 ¹⁾
观察	74	治疗前	28.08±2.76	86.03±9.71	28.86±3.17
		治疗后	15.13±1.89 ^{1,2)}	109.38±11.69 ^{1,2)}	16.92±1.84 ^{1,2)}

2.6 两组患者综合疗效比较 经秩和检验分析, 观察组综合疗效优于对照组, 比较差异有统计学意义($Z=2.028, P<0.05$), 见表7。

表7 两组患者综合疗效比较

Table 7 Comparison of comprehensive curative effect in two groups 例

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效
对照	73	26	33	11	3
观察	74	38	29	6	1

2.7 两组患者中医证候疗效比较 经秩和检验分析, 观察组中医证候疗效优于对照组, 比较差异有统计学意义($Z=2.064, P<0.05$)。见表8。

表8 两组患者中医证候疗效比较

Table 8 Comparison of curative effect of traditional Chinese medicine syndrome in two groups 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
对照	73	29	32	10	2
观察	74	42	25	7	0

2.8 两组安全性比较 研究过程两组患者均没有发生严重不良事件, 均未发现中药相关不良反应。

3 讨论

SPID的远期后遗症为症状反复及多次发作, 缠绵难愈, 病情持久, 严重困扰着临床, 现代医学常常采用抗生素治疗, 但其疗效并不优于安慰剂^[2], 手术适应于盆腹腔粘连严重的患者, 可解除盆腔脓肿、输卵管积水或宫颈旁脓肿等病变部位, 但手术可造成新的盆腹腔粘连, 术后复发率也较高^[10]。

中医认为湿热之邪为SPID的始终因素, 湿热相交, 与盆腔冲任、胞宫气血相搏, 使冲任气血阻滞不畅, 气血与湿热邪毒搏结凝滞, 气滞血瘀, 日久蕴积结于胞宫形成“癥瘕”“气凝则血凝, 气滞则血滞”“初病在经, 久病入络”, 可见久病入络化瘀, 瘀滞日久又久积化毒, 使得病情变得更为复杂^[4, 11]。可见SPID的病机关键在于“湿热”“瘀滞”和“正虚”, 临床应抓住病机关键进行施治。

在SPID辨治时中医非常重视局部与整体的结合, 病位在胞宫, 局部以实为主, 整体上多与脾肾肝相关, 呈虚实夹杂的特点, 因此治疗上除了辨证内服中药, 还常常采用中药经阴道给药、灌肠、经下腹部离子导入、局部外敷等特色的局部治疗, 既可单独应用, 也可联合使用, 在综合治疗方案中发挥着重要作用^[12]。因此笔者采用内服和灌肠内外合治、整体和局部相结合的治疗措施。

五味消毒饮加灌肠中金银花、紫花地丁清热解毒, 蒲公英清热解毒、消肿散结, 败酱草清热解毒、活血排脓, 大血藤清热解毒、活血, 桃仁活血散瘀。全方共奏清热解毒、活血散结之功, 通过灌肠药物经肠黏膜吸收进入大循环, 直达病灶, 大大提高了盆腔局部药物吸收浓度, 使盆腔炎性渗出物吸收、粘连松解、肿块消散^[13]。清热调血汤加减内服以当归补血活血, 白芍养血敛阴、柔肝止痛, 川芎、延胡索行气、活血、止痛, 桃仁、红花活血散瘀、通络止痛, 莪术行气破血、消积止痛, 香附疏肝理气、调经止痛, 大红藤解毒、活血、燥湿, 炒椿白皮清热燥湿、止带, 川牛膝活血散瘀, 并载药下行, 直达病所, 党参片益气健脾, 甘草片益气解毒, 调和诸药。全方共

奏益气补血,活血散瘀,行气消滞,化湿解毒之功。

本组资料显示治疗后观察组3个月经周期的痛经VAS评分和非经期VAS评分和体征、湿热瘀滞证评分均低于对照组,WHOQOL-BREF评分高于对照组;观察组盆腔积液深度和盆腔炎性包块的体积均小于对照组,观察组综合疗效和中医证候疗效均优于对照组,以上结果表明了清热调血汤加减内服联合五味消毒饮加减灌肠的综合疗法干预SPID湿热瘀滞证可明显减轻疼痛程度、改善局部体征和中医证候评分,减少了盆腔积液和炎性包块,有着较好综合疗效和中医证候疗效。

多个研究证实SPID存在免疫功能异常,细胞免疫功能减弱,是疾病反复发作或再次感染的重要原因,表现在CD8⁺细胞升高,CD4⁺细胞和CD4⁺/CD8⁺下降,在CD8⁺细胞具有细胞毒性,能特异性杀死异常靶细胞,CD4⁺细胞可通过合成和分泌细胞因子,促进B细胞,T细胞和其他免疫细胞的增殖与分化,二者是维持人体正常免疫功能的基础^[10,14-15]。SPID还在辅助性T细胞(Th)异常,表现在Th1/Th2失衡,Th2细胞及其所分泌的IL-2,IL-4,IL-10等受到抑制,而Th1细胞及其分泌的因子如TNF- α ,IL-6,IL-8等过度表达,加重了炎症反应,导致了盆腔局部的炎症损伤和炎症修复^[10,16-17]。本组资料显示治疗后观察组CD4⁺和CD4⁺/CD8⁺均高于对照组,CD8⁺低于对照组,TNF- α 和IL-6水平均低于对照组,IL-2水平高于对照组,提示了采用清热调血汤加减内服联合五味消毒饮加减灌肠治疗SPID可起到提高患者细胞免疫功能,调节Th1/Th2炎症细胞因子,减轻炎症损伤的作用。

综上,清热调血汤加减内服联合五味消毒饮加减灌肠的综合疗法干预SPID湿热瘀滞证患者可明显改善临床症状和体征,提高患者生活质量,并能调节细胞免疫功能和炎症因子,有着较好的综合疗效和中医证候疗效,临床使用安全。

[参考文献]

[1] 蒋南,姜嶂. 膈下逐瘀汤加减治疗盆腔炎性疾病后遗症-慢性盆腔痛临床研究[J]. 中药新药与临床药理, 2019,30(8):985-989.

[2] SUSS A L, HOMEL P, HAMMERSCHLAG M, et al. Risk factors for pelvic inflammatory disease in inner-city adolescents [J]. Sex Traosm Dis, 2000, 27: 289-291.

[3] 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(2019修订版)[J]. 中华妇产科杂志, 2019,54(7):433-437.

- [4] 杨丽,时燕萍. 时燕萍治疗湿热瘀阻型盆腔炎性疾病后遗症经验[J]. 长春中医药大学学报, 2019,35(6): 1065-1067.
- [5] 马堃,罗颂平,李敏,等. 中医药防治盆腔炎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] 胡春芳,简皓,毛连芬. 五味消毒饮灌肠配合VLH-D仪治疗盆腔炎性疾病后遗症临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019,17(22):117-119.
- [7] 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.
- [8] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社, 2013:258-264.
- [9] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:117-120.
- [10] 孙阿梅,刘长云,刘汉蓉,等. 中药灌肠联合体外电场热疗对慢性盆腔炎患者炎症因子、免疫功能及血流变学的影响[J]. 世界中医药, 2018,13(5):1111-1114.
- [11] 陈聪,苏泽琦,彭莉,等. 秦月好治疗盆腔炎性疾病后遗症经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2018,25(1): 111-113.
- [12] 王春环,李维民,刘秀云,等. 中医外治法在慢性盆腔炎中的应用研究进展[J]. 江苏中医药, 2016,48(2): 83-85.
- [13] 吴丹,陈晨,刘树民,等. 从“正虚邪恋”理论探讨盆腔炎性疾病后遗症的发病特点[J]. 中国医药导报, 2019,16(34):138-140.
- [14] STEVENB J S, CRISS A K. Pathogenesis of Neisseria gonorrhoeae in the female reproductive tract: neutrophilic host response, sustained infection, and clinical sequelae[J]. Curr Opin Hematol, 2018,25(1):13-21.
- [15] 任存霞,高升. 消炎一号方灌肠和口服治疗慢性盆腔炎疗效比较及免疫机制研究[J]. 中药药理与临床, 2015,31(5):126-128.
- [16] RASMUSSEN C B, KJAER S K, ALBIERI V, et al. Pelvic inflammatory disease and the risk of ovarian cancer and borderline ovarian tumors: a pooled analysis of 13 case-control studies [J]. Am J Epidemiol, 2017,185(1):8-20.
- [17] SHIGEMI D, MATSUI H, FUSHIMI K, et al. Laparoscopic compared with open surgery for severe pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess [J]. Obstet Gynecol, 2019,133(6):1224-1230.

[责任编辑 何希荣]