

舒盆汤保留灌肠联合结肠透析 治疗妇科慢性盆腔痛 50 例临床观察

王冬芹¹, 罗志娟²(1. 江苏省南京市秦淮区中医医院, 江苏 南京 210001;
2. 广西中医药大学附属瑞康医院, 广西 南宁 530001)

[摘要] 目的: 探讨自拟舒盆汤保留灌肠联合结肠透析治疗妇科慢性盆腔痛的临床疗效。方法: 将 100 例湿热瘀阻型慢性盆腔痛患者随机分为治疗组和对照组各 50 例。治疗组采用自拟舒盆汤灌肠联合结肠透析机治疗, 对照组单用舒盆汤灌肠治疗。比较两组治疗前后证候积分及疼痛程度, 观察治疗期间及治疗后的不良反应。结果: 总有效率治疗组为 88.0%, 对照组为 72.0%, 两组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组证候积分、疼痛程度 NRS 评分的改善均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 自拟舒盆汤能有效治疗湿热瘀阻型慢性盆腔痛, 联合结肠透析机治疗可起协同作用, 提高临床疗效, 且近期疗效稳定, 是治疗妇科慢性盆腔痛的一种安全有效的方法。

[关键词] 慢性盆腔痛; 自拟舒盆汤; 保留灌肠; 结肠透析机

[中图分类号] R271.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-7705(2015)02-0049-03

慢性盆腔痛(chronic pelvic pain, CPP)是指持续大于 6 个月的非周期性疼痛; 疼痛位于盆腔、脐或脐以下的前腹壁、腰骶部或臀部; 疼痛强度可导致功能

障碍或需寻求医疗帮助的一类病症^[1]。在妇科普通病例中慢性盆腔痛的发病率为 16.9%^[2], 并呈逐年上升的趋势, 严重影响了患者的生活质量。舒盆汤是

表 1 两组治疗结果及疗效比较 [例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	49	20(40.82)	15(30.61)	8(16.33)	6(12.24)	43(87.76) ^a
对照组	49	9(18.37)	15(30.61)	10(20.41)	15(30.61)	34(69.39)

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

中医对本病大多从肾阴虚、肾阳虚进行辨证论治。但本病临床症状繁杂, 病程长短不一, 常表现为寒热错杂、虚实并见、多脏受累、休作有时, 因此单从脏腑辨证难以一概而全。导师丛慧芳教授提出从“枢机理论”认识围绝经期综合征。“枢机理论”源于《内经》,《素问·阴阳离合论》载“故是三阳之离合也, 太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢……是故三阴之离合也, 太阴为开, 厥阴为阖, 少阴为枢。”女子经断前后, 肾气由盛转衰, 天癸渐至衰竭, 值此女性生理转折之时, 人体气机升降、气血阴阳的平衡处于极度脆弱状态, 这种和谐极易被破坏, 而“枢机”其生理功能恰恰是保障气机升降出入、脏腑安和、气血流通、阴阳平衡的关键。又肾为元阴元阳之所, 肾中阴阳相互制约, 相互为用, 维持整个机体阴阳水火的相对平衡; “肾为五脏六腑之根”, “五脏之阴气非此而不能滋, 五脏之阳气非此而不能发”, 肾中水火升降有序, 对机体的升降出入至关重要。肾司开阖, 枢转阴阳, 使阴阳之气均衡地分布周身; 肾司开阖, 枢转气机, 使心

肾水火升降有序, 上下交融; 肾司开阖, 枢转寒热, 维持机体寒热平衡。女子七七之年, 肾气渐衰, 地道不通, 肾之阴阳失衡, 水火失调, 而致机体气机升降失常, 心肾失济, 阴阳不和, 邪气转枢, 诸症蜂起。因此丛慧芳教授认为围绝经期综合征是由肾虚“枢机不利”引发的脏腑、阴阳、气血、营卫诸多不和, 故应以和法为基本治疗大法。方中柴胡疏肝解郁, 调达肝气; 黄芩清降心肝之火, 二药配伍, 辛开苦降, 宣畅气机。白芍养血和营柔肝, 配伍柴胡, 一散一合, 疏肝气, 养肝体; 龙骨、牡蛎收敛固涩, 镇静安神, 与柴胡配伍, 有升有降, 宣畅气血, 收敛固涩。桂枝温通血脉, 与白芍配伍, 一散一收, 开合既济, 辛温发散, 敛阴和营。阿胶甘平, 养阴以滋肾水。菟丝子填精益髓, 平补肺脾肾之气。生姜、大枣一营一卫, 一气一血, 一散一补, 两者配伍, 调和营卫。诸药合用, 具有疏通气机, 调和营卫, 交通心肾, 镇静安神之功。

参考文献

- [1] 王淑贞. 实用妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 781.
- [2] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 363.
- [3] 张兰. 浅谈围绝经期综合征的中医辨证施治[J]. 陕西中医学院学报, 2007, 30(4): 8-9.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第3辑)[S]. 1997: 17-18. (收稿日期: 2014-07-21)

第一作者: 王冬芹, 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 生殖内分泌疾病的临床研究

广西名中医罗志娟教授总结多年临床经验,拟清热利湿、活血祛瘀止痛之法研制而成的经验方,治疗CPP疗效显著。笔者采用舒盆汤灌肠配合结肠透析治疗慢性盆腔痛50例,取得较好的临床疗效,并与单用舒盆汤灌肠治疗的50例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2011年12月至2012年12月于广西中医药大学附属瑞康医院妇科门诊就诊的湿热瘀阻型慢性盆腔痛患者100例,将其随机分为两组。治疗组50例中,年龄21~48岁,平均(34.04±7.43)岁;病程最短6个月,最长30个月,平均(15.52±7.19)个月;盆腔炎症性疾病18例,子宫内膜异位症12例,盆腔淤血综合征10例,术后疼痛7例,不明原因3例。对照组50例中,年龄21~48岁,平均(34.82±7.74)岁;病程最短6个月,最长28个月,平均(16.26±6.38)个月;盆腔炎症性疾病22例,子宫内膜异位症10例,盆腔淤血综合征10例,术后疼痛5例,不明原因3例。两组年龄、病程、病情等经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中华妇产科学(临床版)》^[3]中慢性盆腔痛的诊断标准拟定。(1)女性盆腔疼痛部位多与妇科有关但无周期性;(2)疼痛是慢性,即疼痛程度明显轻于急性疼痛,经常发作,时轻时重;(3)疼痛反复长达6个月以上;(4)伴有抑郁、多疑、焦虑等情绪;(5)常有盆腔炎或盆腔手术史或有子宫内膜异位症、包块肿瘤等。

1.2.2 中医辨证标准 湿热瘀阻证辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]及《中医妇科学》^[5]中有关内容拟定。主症:(1)下腹胀痛或刺痛,腰骶胀痛;(2)带下色黄,量多质稠。次症:(1)神疲乏力;(2)经行腹痛加重;(3)月经量多或经期延长;(4)尿黄;(5)便秘;(6)低热;(7)舌脉舌质红或暗红或边尖有瘀点瘀斑,脉弦滑或弦数。以上主症必备,次症具备≥2项,参照舌脉即可诊断。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用自拟舒盆汤保留灌肠联合结肠透析治疗。结肠透析:采用广州今健医疗器械有限公司生产的结肠透析机(型号:JS-308F)。患者先行排便,取左侧屈膝位,按摩扩肛2min,取石蜡油润滑一次性注液管件的插芯和主体的末端,把插芯和主体轻轻插入患者的肛门约6cm深处,再将插芯抽出,连接好注液管件,开始“肠道清洁”。选择F4连

续清洁,将进水温度升至37℃左右,再选择F1,灌注纯净水,自动钳自动关闭,进水至患者感觉发胀,停止,保留1~3min,排泄单击V。再选择F1灌注,如此反复进行,至排出液体变清亮为止。每次灌洗结束后,嘱患者排空灌洗液。

中药保留灌肠:自拟功能康复舒盆汤(简称“舒盆汤”,又名“道地通管汤”),由蒲黄30g、土茯苓20g、红藤20g、千斤拔15g、三七6g、三棱10g、皂角刺15g、桂枝10g、艾叶10g、小茴香10g、生黄芪15g、紫花地丁15g、苦玄参15g、十大功劳15g等组成。由医院制剂室煎制,真空包装100mL。患者排空灌洗液后,取侧卧位,将热好的舒盆汤100mL灌入贮液瓶内,药温40℃左右,连接好一次性管道,取石蜡油润滑管道末端,按F5把管道内的空气排空,将管道轻插入肛门50cm深(有研究发现结肠透析插管深度达50cm疗效较好^[6]),再按F5,灌注药液,当药液全部注入肠道内后拔管,嘱患者平卧,保留30min以上。

隔天1次,15次为1个疗程,经期至经净后3d停用。连续治疗3个疗程。

2.2 对照组 单用舒盆汤保留灌肠治疗。每晚临睡前,患者排空大便,取侧卧位,将舒盆汤100mL药液放入灌肠袋中,药温40℃左右,以14~16号导管插入肛门内15~20cm(研究认为插管深度15~20cm时较大于20cm好,肛门水肿及黏膜损伤较少发生,患者易于长期耐受^[5]),外接灌肠袋将药液徐徐注入,当药液全部注入肠道内后拔管,嘱患者平卧,保留30min以上。

每天1次,15d为1个疗程,经期至经净后3d停用。连续治疗3个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察两组治疗前后症状、体征的变化,将其分为轻、中、重不同程度,并对其分别计1、2、3分,比较两组治疗前后证候积分,并计算疗效指数。疗效指数(尼莫地平法)=[(治疗前证候积分-治疗后证候积分)/治疗前证候积分]×100%;两组治疗前后疼痛程度采用NRS评分比较。记录治疗期间及治疗后两组不良反应发生情况。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。痊愈:疗效指数≥95%;显效:疗效指数≥70%,但<95%;有效:疗效指数≥30%,但<70%;无效:疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计分析处理。所有计量资料数据均以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;等级资料采用Ridit检验;

两个样本率比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果 总有效率治疗组为 88.0%, 对照组为 72.0%, 两组比较, 差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 两组治疗结果及疗效比较(例)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	50	8	21	15	6	88.0 ^a
对照组	50	5	15	16	14	72.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.5 两组治疗前后证候积分比较 两组治疗后、治疗结束 1 个月后证候积分比较, 治疗组均优于对照组, 差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 两组治疗前后证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗结束 1 个月后
治疗组	50	31.52 ± 4.73	8.90 ± 3.27 ^a	8.52 ± 3.52 ^a
对照组	50	32.46 ± 4.67	14.34 ± 4.52	14.12 ± 4.28

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.6 两组治疗前后 NRS 评分比较 两组疼痛评分治疗前后组内比较及治疗后、治疗结束 1 个月后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 两组治疗前后 NRS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后 1 月
治疗组	50	4.84 ± 1.22	0.78 ± 0.76 ^{ab}	0.76 ± 0.69 ^{ab}
对照组	50	4.96 ± 1.26	1.90 ± 1.11 ^a	1.88 ± 1.10 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3.7 不良反应 两组在治疗结束后, 生命体征、血常规、尿常规、粪常规、肝功能、肾功能、心电图指标未见异常改变。治疗期间, 治疗组中有 6 例出现肛周水肿, 3 例出现大便次数增多或腹泻; 对照组中有 3 例出现肛周水肿, 5 例出现大便次数增多或腹泻, 症状皆于治疗结束后 1 周内消失。

4 讨论

慢性盆腔痛(CPP)为育龄期妇女最常见的症状之一, 在妇科普通病例中发病率为 16.9%^[2]。该病临床上多表现为缠绵难愈, 病程较长或反复发作, 且病变部位模糊、疼痛程度与病变程度不成正比, 是妇科临床中较棘手问题之一。

慢性盆腔痛属于中医学“腹痛”、“妇人腹痛”、“癥瘕”、“痛经”、“不孕症”等范畴。中医学认为“不通则痛”、“不荣则痛”。笔者认为外感湿热是 CPP 的常见病因, 湿热瘀结是其主要病理机制, 瘀血阻滞是其主要病理结果, 湿热与瘀血胶结难解, 故病情缠绵, 反复难愈。舒盆汤是导师罗志娟教授

的临床经验方, 由蒲黄、红藤、紫花地丁、苦玄参、三七、三棱、十大功劳、千斤拔、皂角刺、土茯苓、桂枝、小茴香、艾叶、黄芪等组成, 具有清热利湿、活血化瘀之功效。方中蒲黄、红藤共为君药, 两者相使为用, 共奏活血化瘀止痛之功效, 兼可清利湿热。紫花地丁、苦玄参、三七、三棱为臣药, 紫花地丁、苦玄参两药合用, 加强清热利湿之功效; 三棱、三七两药合用加强活血化瘀止痛之功效。十大功劳、千斤拔、皂角刺、土茯苓、桂枝、小茴香、艾叶、黄芪同为佐药, 十大功劳、千斤拔、皂角刺、土茯苓四药相须为用加强清利湿热的功效, 同时祛湿而不伤阴; 桂枝、小茴香、艾叶、黄芪四药同用, 鼓舞阳气以行瘀血、利湿邪, 既能扶正祛邪, 又可防清热药之寒凉太过。全方具有兼顾内外, 扶正祛湿化瘀的功效, 能有效治疗妇科慢性盆腔痛。

自动结肠透析机是根据水疗的原理, 彻底清洗肠道粪便及肠道内的毒素。结肠各段均有结肠袋, 透析液进入结肠后随着肠腔曲折在肠腔内构成许多小的透析池, 加上结肠的频繁蠕动, 使透析液与结肠黏膜更加充分接触, 加速了肠腔内与血液间的水及溶质的交换, 使体内水及有毒物质排出体外, 根据肠黏膜吸收功能, 同时联合应用中药, 加强中药吸收, 调节机体内环境。自动结肠透析完善了传统的中药保留灌肠法肛管插入深度较浅、肠腔内药液保留时间与量均有限、患者灌药后便意感较强、排便次数增多、效果不稳定等弊端。

本临床观察舒盆汤在中医辨证施治的基础上联合结肠透析机治疗可起协同作用, 利于药物在肠道内更长时间的保留, 从而提高临床疗效, 且近期疗效稳定, 是治疗妇科慢性盆腔痛的一种安全有效的方法, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Tettambel MA. Using integrative therapies to treat women with chronic pelvic pain[J]. J Am Osteopath Assoc 2007, 107(10 suppl 6): 17-20.
- [2] 崔尚云. 慢性盆腔疼痛病因及发病率的分析[J]. 中国妇幼保健 2010, 25(4): 463-464.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版)[M]. 北京: 人民卫生出版社 2010: 388.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社 2002: 243-253.
- [5] 张玉珍. 中医妇科学(2版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 120.
- [6] 蔡敏, 肖春玲, 罗玫, 等. 比较两种脐敷疗法联合中药结肠透析对肝硬化难治性腹水诱发氮质血症的治疗效果[J]. 中西医结合肝病杂志 2004, 14(2): 81-82.

(收稿日期: 2014-07-21)