

- of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation[J]. JAMA, 2001, 285(22): 2864-2870.
- 2 Spence J D. Stroke: Atrial fibrillation, stroke prevention therapy and aging[J]. Nat Rev Cardiol, 2009, 6(7): 448-450.
- 3 Hanon O, Assayag P, Belmin J, et al. Expert consensus of the French Society of Geriatrics and Gerontology and the French Society of Cardiology on the management of atrial fibrillation in elderly people[J]. Arch Cardiovasc Dis, 2013, 106(5): 303-323.
- 4 李小鹰. 老年心房颤动患者应用华法林的出血风险、影响因素与预防方法[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(3): 285-288.
- 5 孙艺红, 郭艺芳. 心房颤动抗凝治疗中国专家共识[J]. 浙江医学, 2012, 34(3): 1865-1924.
- 6 中华医学会心电生理和起搏分会心房颤动防治专家工作组. 心房颤动: 目前的认识和治疗建议 2010[J]. 中华心律失常学杂志, 2010, 14(5): 328-369.
- 7 黄从新, 马长生, 杨延宗, 等. 心房颤动: 目前的认识和治疗建议(二)[J]. 中华心律失常学杂志, 2006, 10(3): 167-197.
- (收稿日期 2017-07-13)
(本文编辑 蔡华波)

· 经验交流 ·

桂枝茯苓丸加减治疗盆腔炎性疾病后遗症患者的临床研究

赵梅 陈元宵

盆腔炎性疾病后遗症是女性内生殖器及其相邻的周围结缔组织长期慢性炎性浸润产生的一组疾病的总称, 是育龄期女性常见的疾病。盆腔炎性疾病后遗症患者多由急性盆腔炎治疗不及时或不彻底, 迁延日久, 转为慢性而造成。现代医学治疗此病多以药物治疗、手术治疗为主, 药物治疗主要包括抗生素、糖皮质激素、生物制剂糜蛋白酶类等, 但均具有一定的局限性^[1]。“久病必瘀”、“不通则痛”, 盆腔炎性疾病后遗症病程中必见瘀血阻滞病变, 与血瘀证有关。桂枝茯苓丸具有活血化瘀、缓消癥结的作用。本次研究采用桂枝茯苓丸加减治疗盆腔炎性疾病后遗症取得了良好的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月到2016年12月宁

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.06.017

作者单位: 315000 浙江宁波, 宁波市海曙区白云街道社区卫生服务中心中医科(赵梅), 针灸科(陈元宵)

波市海曙区白云街道社区卫生服务中心收治的盆腔炎性疾病后遗症患者90例, 年龄21~45岁, 平均(32.15±5.49)岁; 病程6~24个月, 平均(12.04±3.92)个月, 且符合全国高等学校教材《妇产科学》(第7版)^[3]和《中药新药临床研究指导原则(试行)》(2002年)^[2]中关于盆腔炎性疾病后遗症的临床诊断标准。所有患者均符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》(2002年)^[2]中关于血瘀证的诊断标准: 主症: ①下腹刺痛或胀痛, 痛有定处; ②腰骶胀痛; ③经行腹痛加重。次症: ①经期延长或月经量多, 色暗红, 夹血块; ②经前抑郁, 乳房胀痛; ③白带量多, 色黄或白; ④低热; ⑤不孕。舌脉: 舌质暗红, 或见瘀斑、瘀点, 苔薄, 脉涩或弦。以上症状至少具备主症2项或以上, 次症2项及以上方可诊断。所有患者3个月内未参与其他药物实验; 且自愿参与本实验, 签署知情同意书。并剔除: ①合并心脑血管等基础疾病患者; ②妊娠期或准备妊娠妇女; ③过敏体质或对本次研究使用

的药物过敏者。按照随机数字法将患者分为观察组和对照组,每组各45例。观察组的平均年龄(32.55 ± 5.63)岁;平均病程为(11.64 ± 4.21)个月。病情程度:轻度11例、中度21例、重度13例。对照组的平均年龄(31.74 ± 5.35)岁;平均病程为(12.44 ± 3.62)个月。病情程度:轻度12例、中度20例、重度13例。两组患者在年龄、病程、病情程度等一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组患者给予血府逐瘀颗粒(由浙江康恩贝制药股份有限公司生产)5 g开水冲服,每日三次。观察组患者给予桂枝茯苓丸加减,具体组方:桂枝6 g、茯苓10 g、赤芍15 g、桃仁6 g、牡丹皮15 g。加减:兼湿热,加红藤9 g、败酱草9 g;兼气滞,乳房胀痛者,加川楝子9 g、郁金6 g;兼气虚,加党参20 g、白术9 g;带下量多者,加白芷9 g、薏仁10 g。每日一剂,水煎至100 ml,分两次服用,每次50 ml。4周为一疗程,两组患者均连续治疗2个疗程。

1.3 观察指标 治疗前后分别依据《中药新药临床研究指导原则》^[2]对下腹刺痛或胀痛、腰骶胀痛、经行腹痛加重等中医证候症状积分进行比较,中医症状量化标准按照无、轻、中、重四个评级,分别记录为1分、2分、4分、6分。治疗前后采用全自动血流变分析仪检测两组患者的全血粘度测定、血浆粘度测定及红细胞沉降率等血液流变学指标。治疗前后行超声检查,并计算盆腔炎性包块面积(彩超下测定包块最大平面时互相垂直的长径短径)。

1.4 临床综合疗效 评定标准依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2](2002年)^[2]进行评价。痊愈:症状消失或基本消失,妇科双合诊阴性,实验室相关检查阴性,症状及体征总积分下降大于95%,且停药后1个月未复发。显效:症状基本消失或显著减轻,妇科双合诊及实验室相关检查显著改善,症状、体征总积分下降幅度在70%~95%之间。有效:症状轻度缓解,妇科双合诊部分好转,实验室相关检查部分好转,症状及体征总积分下降幅度在30%~70%之间。无效:症状无缓解甚至加重,妇科双合诊无缓解甚至加重,实验室相关检查无缓解甚至加重,症状及体征总积分下降幅度小于30%。

1.5 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床综合疗效对比见表1

表1 两组患者临床综合疗效比较/例(%)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效
观察组	45	22(48.89)	10(22.22)	8(17.78)	5(11.11)
对照组	45	12(26.67)	14(31.11)	10(22.22)	9(20.00)

由表1可见,观察组临床综合疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($u=2.39, P < 0.05$)。

2.2 两组患者主要中医证候积分对比见表2

表2 两组患者主要中医证候积分对比/分

组别	下腹刺痛或胀痛	腰骶胀痛	经行腹痛加重
观察组			
治疗前	4.67 $\pm$ 1.08	4.55 $\pm$ 0.72	4.42 $\pm$ 0.88
治疗后	1.14 $\pm$ 0.57 [※]	1.26 $\pm$ 0.40 [※]	1.05 $\pm$ 0.43 [※]
对照组			
治疗前	4.65 $\pm$ 1.21	4.52 $\pm$ 0.89	4.37 $\pm$ 0.92
治疗后	1.85 $\pm$ 0.64 [*]	1.72 $\pm$ 0.55 [*]	1.56 $\pm$ 0.55 [*]

注:※:与同组治疗前比较, $P < 0.05$;*:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组患者治疗前的下腹刺痛或胀痛、腰骶胀痛、经行腹痛加重比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.83、0.18、0.26, P 均 >0.05)。两组患者治疗后下腹刺痛或胀痛、腰骶胀痛、经行腹痛加重均较治疗前有明显改善,差异均有统计学意义(t 分别=18.42、17.64、18.96;11.68、12.53、12.14, P 均 < 0.05)。观察组患者治疗后在下腹刺痛或胀痛、腰骶胀痛、经行腹痛加重等中医症状积分上明显优于对照组治疗后,差异均具有统计学意义(t 分别=5.56、4.54、4.90, P 均 < 0.05)。

2.3 两组患者血液流变学和盆腔炎性包块的吸收情况比较见表3

由表3可见,两组治疗前的全血高切粘度、全血低切粘度、血浆粘度、血沉、盆腔炎性包块面积比较,差异均无统计学意义(t 分别=1.11、0.09、0.43、0.39、0.63, P 均 >0.05)。两组患者治疗后血高切粘度、全血低切粘度、血浆粘度、血沉、盆腔炎性包块面积均较治疗前有明显改善,差异均有统计学意义(t 分别=6.56、8.16、19.82、5.82、5.96;3.44、5.58、9.19、3.48、2.62, P 均 < 0.05)。观察组治疗后血高切粘度、全血低切粘度、血浆粘度、血沉指标明显优于对照组治疗后,盆腔炎性包块面积明显小于对照组治疗后,差异均有统计学意义(t 分别=2.69、2.98、8.06、2.37、2.41, P 均 < 0.05)。

表3 两组患者血液流变学和盆腔炎性包块的吸收情况比较

组别	全血高切粘度/mPa·s	全血低切粘度/mPa·s	血浆粘度/mPa·s	血沉/mn/h	盆腔炎性包块面积/cm ²
观察组 治疗前	6.44±1.42	10.85±2.63	1.83±0.21	19.32±7.68	13.45±4.79
治疗后	4.55±1.31 [*]	6.64±2.25 ^{*#}	1.19±0.12 ^{*#}	11.75±4.15 ^{*#}	8.23±3.41 ^{*#}
对照组 治疗前	6.12±1.25	10.90±2.71	1.85±0.23	18.71±7.32	12.79±5.12
治疗后	5.25±1.15 [*]	7.99±2.04 [*]	1.45±0.18 [*]	14.08±5.11 [*]	10.19±4.25 [*]

注: *: 与同组治疗前比较, $P < 0.05$; #: 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

盆腔炎性疾病后遗症即盆腔炎性疾病未彻底或未及时治疗所遗留下的慢性盆腔结缔组织生殖系统炎症,可表现为输卵管炎、盆腔腹膜炎、子宫内膜炎等。目前现代医学对盆腔炎性疾病后遗症的病因、病机、治疗等已有了较为完善的认识,一般采用物理疗法、盆腔给药灌注。口服或静脉抗菌药物等治疗方案,但盆腔炎性疾病后遗症造成的组织增生、破坏、广泛粘连及瘢痕形成,其治疗疗效不够理想。而手术治疗往往创伤较大,费用较高,具有一定的局限性。因此寻找一种有效的治疗方案已成为妇科临床上亟需解决的问题,具有重要的临床意义和社会价值。

祖国医学认为盆腔炎性疾病后遗症属于“妇人腹痛”、“癥瘕”、“热入血室”、“带下病”、“不孕”等范畴。瘀血理论是中医学中独特且完整的学术体系,瘀血是一种病理产物,又是一种致病因素。现代医学的炎性疾病和传统医学的血瘀证在病理、病机、治疗上存在一定的相关性,两者对机体的血流动力学和血液微循环有类似的影响^[4,5]。现代医学研究发现,盆腔炎性疾病后遗症的患者其血液以浓、黎、凝、聚状态为主,大都存在着不同程度的血液流变学改变^[6,7],这与血瘀证相符。“久病必瘀”、“不通则痛”,盆腔炎性疾病后遗症病程中必见瘀血阻滞病变,均与血瘀证有关。因此,笔者从“血瘀”入手,随症加减,采用桂枝茯苓丸为基础方治疗盆腔炎性疾病后遗症。

桂枝茯苓丸出自张仲景《金匮要略》,现代研究表明,桂枝茯苓丸具有改善微循环,扩张血管,降低毛细血管通透性,对抗体内炎性介质的释放,抑制结缔组织增生,提高机体免疫力、抑制疼痛等作用^[8,9]。本次研究选用桂枝茯苓丸加减治疗盆腔炎性疾病后遗症,结果表明,桂枝茯苓丸组患者的临床综合疗效明显优于血府逐瘀颗粒组患者(P 均 < 0.05),治疗后,桂枝茯苓丸组患者在下腹刺痛或胀痛、腰骶胀痛、经行腹痛加重等主要症状积分上明显

优于血府逐瘀颗粒组(P 均 < 0.05),提示桂枝茯苓丸加减可有效提高例临床疗效,改善患者的症状和体征。治疗后桂枝茯苓丸组高切全血粘度、低切全血粘度、血浆粘度、血沉指标明显优于血府逐瘀颗粒组(P 均 < 0.05),提示桂枝茯苓丸加减可有效改善血液循环,从而减轻炎症反应。治疗后,桂枝茯苓丸组盆腔炎性包块面积明显小于血府逐瘀颗粒组(P 均 < 0.05),提示桂枝茯苓丸具有良好的化瘀消癥疗效。

综上所述,桂枝茯苓丸加减治疗盆腔炎性疾病后遗症患者具有良好的临床疗效,可有效改善患者的症状和体征,明显改善血流变各项指标,缩小盆腔炎性包块。

参考文献

- 1 于红娟. 盆腔炎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.
- 2 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中国医药科技出版社, 2002.243-252.
- 3 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.251-252.
- 4 杨超, 周岩, 孙晓红, 等. 中医热毒血瘀证表征的大鼠血液成分和流变学变化[J]. 中国比较医学杂志, 2007, 17(10): 607-612.
- 5 江欢, 周岩, 孙晓红, 等. 中医“热毒血瘀证”模型大鼠血管内皮损伤及血小板功能障碍研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(4):425-428.
- 6 李世蓉, 张三元. 盆腔炎性疾病发病机制的现代研究[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(27):4298-4301.
- 7 冯书梅, 孙维峰. 慢盆逐瘀汤对慢性盆腔炎大鼠血液流变学及病理组织形态学的影响[J]. 广东医学, 2011, 32(1):25-27.
- 8 高世荣. 桂枝茯苓丸药理及临床应用综述[J]. 河南中医, 2016, 36(2):358-359.
- 9 仲云熙, 孙建国, 王广基. 桂枝茯苓胶囊药理作用与临床应用研究进展[J]. 中草药, 2016, 47(17):3115-3120.

(收稿日期 2017-05-08)

(本文编辑 蔡华波)