

中药保留灌肠法治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎临床 优化方案及疗效观察:基于正交设计

张丽,王瑞杰,刘向娥*,张熙渊

(白银市中西医结合医院,甘肃 白银 730900)

摘要:目的:中药保留灌肠法广泛应用于中医临床,但由于其缺乏标准的操作方案,造成疗效逐渐下降,及其他一些不良后果。探讨采用正交设计试验法,优化中药保留灌肠法治疗湿热瘀结型 CPID 的临床治疗方案及疗效。方法:将 178 例符合纳入标准的湿热瘀结型 CPID 患者,按照正交设计方案随机分组,共为 9 组。选择插入肛管的深度(cm)、药液在肠道的保留时间(h)和灌肠操作的时辰作为因素,每个因素设计 3 个水平,按照 $L_9(3^4)$ 正交表安排试验,进行临床观察。入组患者均给予西药抗生素治疗方案,结合中药保留灌肠疗法,1 个疗程为 7 d,临床疗效观察 2 个疗程。治疗效果以慢性盆腔炎湿热蕴结证中医证候、局部体征积分、红细胞比容等作为指标进行方案评价。结果:结果显示,中药保留灌肠法治疗湿热瘀结型 CPID 的最佳操作方案是在早晨 9:00—11:00 之间进行灌肠操作,将肛管插入肛门 15 cm,灌肠药液在肠道保留 4 h。结论:通过研究建立的中药保留灌肠的最佳操作方案,可在一定程度上提高临床治疗湿热瘀结型 CPID 的效果。同时,该优化治疗方案可减轻操作过程中对患者造成的不适,还可减少在灌肠过程中由于操作不规范而造成的药液浪费,节省医疗资源,从而提高患者对该中医治疗方案的依从性及满意度,提高患者对医疗水平的认可度。

关键词:中药保留灌肠;正交设计试验法;湿热瘀结型;慢性盆腔炎;临床研究

DOI:10.11954/ytctyy.202311021

中图分类号:R271 文献标识码:A

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

文章编号:1673-2197(2023)11-0111-06



调,逍遥散中药配方颗粒与传统中药饮片可互为补充,可满足不同人群需求,并可在临床上进一步推广应用,患者可根据自身实际情况选用具体剂型。

参考文献:

- [1] 彭丹,杜安阳.逍遥散加减联合针灸治疗肝郁脾虚型月经不调的疗效探究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(82):145.
- [2] 史玉梅.逍遥散加减治疗肝气郁滞型月经不调的临床观察[J].中国民间疗法,2019,27(13):19-20.
- [3] 李林肖.逍遥散妇科临床应用[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(47):149,180.
- [4] 刘磊,董超,刘腾.中药颗粒剂与中药饮片治疗风热感冒 186 例[J].河南中医,2015,7(35):1621-1623.
- [5] 付玮辰,韩德强,刘彦,等.中药颗粒剂制剂工艺现状和展望[J].医药卫生(文摘版),2016(6):97.

- [6] 汤艳莉,郭重威.中医辨治月经失调的临床研究进展[J].国际中医中药杂志,2017,39(9):859-862.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:532-533.
- [8] 李雅敏.中医治疗妇科月经不调的临床疗效观察[J].中国医药指南,2023,21(10):119-122.
- [9] 陈燕珠.月经不调患者应用逍遥丸联合四物汤治疗的效果及安全性分析[J].中外医学研究,2023,21(3):53-57.
- [10] 郝臻凤,周留林,姜郁,等.逍遥散加减治疗女性绝经综合征的 Meta 分析[J].中外医学研究,2023,21(6):156-162.
- [11] 太平惠民和剂局.太平惠民和剂局方[M].陈庆平,陈冰鸥,校注.北京:中国中医药出版社,1996:205.
- [12] 徐秋露,韩秀珍,李悦,等.逍遥散及其类方治疗慢性疲劳综合征研究进展[J].江苏中医药,2023,55(5):74-77.

(编辑:赵可)

收稿日期:2023-01-13

基金项目:白银市科技计划项目:基于正交试验设计法对中药保留灌肠法治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎(CPID)临床方案优化研究(2021-1-25Y)

作者简介:张丽(1988—),女,硕士,白银市中西医结合医院主管中药师,研究方向为中药临床合理用药、中药制剂开发。E-mail:17709431357@163.com

通讯作者:刘向娥(1975—),女,白银市中西医结合医院副主任医师,研究方向为中医妇科学。E-mail:17709431357@163.com

Study on the Clinical Optimization Scheme and Clinical Effect of Chronic Pelvic Inflammation by TCM Reserved Enema Method Based on Orthogonal Design

Zhang Li, Wang Ruijie, Liu Xiang'e*, Zhang Xiyuan

(Baiyin Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Baiyin 730900, China)

Abstract: Objective: Traditional Chinese medicine-sparing enema method is widely used in TCM clinical practice, but due to its lack of standard operation plan, resulting in a gradual decline in efficacy, and some other adverse consequences. **Methods:** 178 patients with stasis CPID who met the inclusion criteria were randomized according to an orthogonal design in 9 groups. The factors chose the depth of the anal canal, the retention time of the fluid in the intestine, and the time of the enema. Each factor was designed at three levels, and the trial was arranged according to the $L_9(3^4)$ orthogonal table for clinical observation. All the enrolled patients were given anti-inflammatory treatment plan with western medicine, combined with traditional Chinese medicine retained enema therapy. 7 days was 1 treatment course, and 2 treatment courses were observed. The treatment effect was evaluated by the TCM syndrome, local physical sign integral, and red blood cell specific volume of chronic pelvic inflammation. **Results:** The best retention enema method of traditional Chinese medicine for CPID is to perform the enema between 9 and 11 am, insert the anal canal into the anus for 15cm, and retain the enema solution in the intestine for 4h. **Conclusion:** Through this study, we established the best operation scheme for preserving enema, so as to improve the effect of clinical treatment of CPID. At the same time, the optimized treatment plan can reduce the discomfort caused by the operation process, but also reduce the waste of medicine liquid due to the irregular operation, save medical resources, so as to improve the compliance and satisfaction of the TCM treatment method, and improve the recognition of the medical level of our hospital.

Keywords: Traditional Chinese Medicine Retained Enema Method; Orthogonal Design Test Method; Damp Heat Stasis Type; Chronic Pelvic Inflammatory Disease; Clinical Observation

慢性盆腔炎(CPID)在妇科临床中非常多见,此病多为复发性疾病,其临床常见症状主要有下腹部坠胀、腰骶酸困、疼痛、月经异常、阴道分泌物增多等^[1]。该病治疗后易反复发作,缠绵难愈,患者治疗后很难恢复到病前健康状态,而且并发症较多,如异位妊娠、子宫粘连等^[2],导致患者不孕、流产,严重影响女性身心健康,增加家庭和社会经济负担。目前,西医治疗 CPID 多采用抗生素,对于急性病症疗效快,作用明显;而对于慢性炎症引起的子宫组织粘连、充血、水肿等,通过抗生素治疗效果并不理想,而且长期使用抗生素机体易产生耐药性,不利于提高临床疗效及患者的生活质量。

在临床治疗中,结合中医理论及临床经验,采用中医药综合疗法治疗 CPID,取得满意的临床疗效。中医认为 CPID 来源于机体气血运行不畅、七情内伤所致的脉络不通,病程虚实错杂,病情缠绵难愈。CPID 临床证候多样,但以“湿热瘀结证”最为常见^[3]。主要原因是湿邪属阴,重浊黏滞,流注于下焦,而盆腔位于人体下焦,易被湿困,湿邪在体内久居,就会阻滞气机,日久化热,湿热之邪与气血相搏结,气血运行受阻而成瘀,最终形成湿热瘀结之证^[4]。

中医药对 CPID 的治疗效果已经得到了广泛认同,不仅临床效果显著,而且疗效持久、稳定,不易反复发病;而且,中药不易产生耐药性,副作用较小,节省医疗成本。中医药治疗 CPID 已被列为国内高等院校妇产科教材中的首选治疗方法^[5]。白银市中西

医结合医院临床医生以“红藤汤”为基础,通过加减化裁形成的特色灌肠中药方剂,主要用于治疗湿热瘀结型 CPID,临床疗效显著。但是,针对灌肠时不同影响因素的优化研究较少,中药保留灌肠治疗方法仍存在操作不规范的问题。本研究采用正交设计法,优化中药保留灌肠法治疗湿热瘀结型 CPID 的临床方案,使中药保留灌肠法治疗 CPID 方案和操作更加优化,临床疗效评价更具科学性和可靠性,为指导中药保留灌肠法的临床应用提供了可靠的实验依据,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断 本研究的西医诊断标准根据《妇产科学(第八版)》中关于慢性盆腔炎的诊断标准制定^[6]。

1.1.2 中医诊断 本研究的中医诊断标准根据《中药新药临床研究指导原则(2002年版)》《中医妇科学(新世纪第二版)》的相关内容制定^[7,8]:①主证:下腹部坠胀、疼痛,腰骶酸困;行经和劳累后症状加重;带下量多,色黄,质黏稠,有异味;②次证:胸闷、食少,口干,低热;小便黄赤,大便溏或秘结;③舌脉:舌体胖大,色红,苔黄腻,脉弦数或滑数。

1.2 纳入标准

①入组患者均符合上述中、西医诊断标准;②接受本治疗方案;③能接受随访;④患者均知情并签署

知情同意书。

1.3 排除标准

①患有其他妇科疾病者;②患有严重其他脏器及造血系统疾病者;③不能配合或不愿配合本治疗方案者;④严重过敏体质者;⑤孕期、哺乳期妇女,准备妊娠者;⑥患有肛门、肛周疾病不能灌肠者;⑦近期服用相关药物致难以判断疗效者。

1.4 终止标准

①不符合以上纳入标准者;②治疗过程中不能遵守试验方案者;③发生严重不良反应者;④失访者。

1.5 研究方案

1.5.1 正交试验设计方案 通过查阅大量文献可知:灌肠疗法的影响因素较多,主要集中在肛管深度、药液保留时间、灌肠时辰、药液温度、灌肠速度等^[9-10]。根据治疗经验与临床观察,本研究选择 A:肛管深度(cm),B:药液保留时间(h),C:灌肠时辰(时)3 个因素为试验因素,每个因素设计 3 个水平,进行组合方案,按照 $L_9(3^4)$ 正交设计表进行试验研究。具体因素水平及试验安排,见表 1 和表 2。

表 1 因素水平设计

水平	肛管深度(cm)	药液保留时间(h)	灌肠时辰(时)
	A	B	C
1	10	2.0	9—11
2	15	4.0	15—17
3	20	6.0	19—21

表 2 正交试验设计

分组号	因素				方案
	A	B	C	D(误差)	
1	1	1	1	1	A ₁ B ₁ C ₁
2	1	2	2	2	A ₁ B ₂ C ₂
3	1	3	3	3	A ₁ B ₃ C ₃
4	2	1	2	3	A ₂ B ₁ C ₂
5	2	2	3	1	A ₂ B ₂ C ₃
6	2	3	1	2	A ₂ B ₃ C ₁
7	3	1	3	2	A ₃ B ₁ C ₃
8	3	2	1	3	A ₃ B ₂ C ₁
9	3	3	2	1	A ₃ B ₃ C ₂

注:A为肛管深度;B为药液保留时间;C为灌肠时辰。

1.5.2 一般资料 选择 2021 年 1 月—2022 年 7 月就诊于白银市中西医结合医院妇科确诊并接受治疗的湿热瘀结型 CPID 患者作为研究对象,入选患者符合以上纳入标准。本研究共选取研究对象 225 例,将其随机分为 9 组,每组 25 例,按照双盲法进行实验研究。在实际研究中每组都有脱落中止研究的患者,9 组患者年龄、病程、体质量、Hct、PV 等一般临床资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者一般资料详情,见表 3、表 4。

2 研究方法

2.1 给药方法

入组的 178 例患者均给予西药抗生素治疗加中药保留灌肠疗法。西药:左氧氟沙星注射液(山东

表 3 本研究 9 组患者年龄、体质量、病程资料比较

($\bar{x}\pm s$)

组别	预计例数(n)	脱落病例(n)	实际纳入病例(n)	年龄(岁)	病程(d)	体质量(kg)
1	25	6	19	47.14±10.05	277.86±121.95	61.00±9.36
2	25	4	21	46.44±14.43	447.00±412.34	59.03±5.80
3	25	5	20	36.64±6.55	571.86±290.41	60.04±6.25
4	25	4	21	46.31±8.81	296.08±267.92	65.69±6.86
5	25	7	18	42.72±11.02	368.56±250.08	60.83±10.64
6	25	5	20	38.36±9.65	401.32±118.96	58.54±6.21
7	25	5	20	36.85±10.29	385.47±214.28	62.35±9.24
8	25	6	19	45.31±11.95	298.25±119.36	58.02±8.52
9	25	5	20	48.12±9.56	336.85±138.26	62.35±6.28

表 4 本研究 9 组患者其他一般资料比较

($\bar{x}\pm s$)

组别	预计例数(n)	脱落病例(n)	实际纳入病例(n)	Hct(%)	PV(mPa/s)
1	25	6	19	41.86±3.12	2.29±0.37
2	25	4	21	41.96±2.98	2.21±0.29
3	25	5	20	40.14±2.98	2.34±0.29
4	25	4	21	40.90±4.74	2.53±0.42
5	25	7	18	40.46±3.49	2.35±0.42
6	25	5	20	41.23±5.23	2.22±0.41
7	25	5	20	40.55±4.92	2.35±0.24
8	25	6	19	42.31±2.39	2.03±0.52
9	25	5	20	41.25±5.74	2.35±0.28

齐都药业,国药准字 H20203477,0.5 g) ivgtt,0.5 g, qd;注射用头孢呋辛钠(深圳立健药业,国药准字 H20064533,1.5 g) ivgtt,1.5 g, q12h。中药保留灌肠疗法:处方(大血藤 50 g,北败酱草、蒲公英各 30 g,黄柏、三棱、醋莪术、茯苓、川楝子各 20 g,丹参、当归、川牛膝各 15 g,醋延胡索 10 g),保留灌肠,1 剂/次/d。西药治疗疗程为 5d;中药保留灌肠疗法 1 个疗程为 7d,观察 2 个疗程,所有临床检查在治疗前后均各进行 1 次。

2.2 中药保留灌肠法操作方法

2.2.1 灌肠液的准备 将上述灌肠方中药以 300 mL 冷水浸泡 15 min 后,煮沸,改文火继续煎煮约 20 min,将药液浓缩至 100~150 mL 以内,放凉至 38℃,灌入灌肠袋中备用。

2.2.2 治疗用品 治疗盘、灌肠装置、血管钳、一次性治疗巾、抬高垫、卫生纸、石蜡油等。

2.2.3 操作方法 (1)灌前准备:①患者脱裤露臀;②给患者垫抬高垫、臀部下铺一次性治疗巾,抬高臀部 10 cm,治疗盘放在患者右侧;③连接灌肠装置,润滑肛管前端;④排气、夹管。

(2)插管:显露肛门,润滑肛管前端,排气后夹住肛管,轻柔插管至所需深度。

(3)灌肠:测量药液温度,大约 38℃ 装入灌肠装置内。缓慢滴注药液(每分钟 30~50 滴,20~30 min 内滴完)。

(4)拔管:药液滴完,夹紧肛管,拔出肛管,用卫生纸轻揉肛门处,帮助整理床单、衣着。嘱患者至少平躺 2h。

(5)患者平卧休息,记录操作过程及相关信息。

(6)每天 1 次,7 次为 1 疗程,2 个疗程后复查。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件对数据进行分析处理,计数资料以例(%)表示,应用正交设计小助手 II 软件。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 观察指标

3.1 血液流变学

血浆黏度(PV)和红细胞比容(Hct)。

3.2 中医证候与局部体征积分

根据《中药新药临床研究指导原则》制定,对主证、次证分别按轻、中、重及妇科检查进行分级量化计分,得分之和即为中医证候、局部体征积分。治疗指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

3.3 临床疗效评价

根据《中药新药临床研究指导原则》评定,分为痊愈、显效、有效和无效。

4 结果

4.1 中医治疗指数

4.1.1 直观分析 分别统计 9 个试验组中医证候和局部体征治疗指数的平均值,结果放在表格最右列。为综合考虑灌肠方案对 2 个指标的影响,采用权重法进行评分,具体是将 2 个指标中测得的最大值定为 100 分,其他数据按与最大值的比值计算得分。本研究对所得的中医证候治疗指数和局部体征治疗指数用权重法进行评分,将权重系数分别定为 0.6 和 0.4。综合评分=中医证候治疗指数×0.6/95.15+局部体征治疗指数×0.4/90.12。具体计算结果,见表 5。

由直观分析表可知,B(药液保留时间)因素的 R

表 5 本研究 9 组患者治疗后中医证候和局部体征治疗指数正交试验结果分析

实验号	因素				中医证候治疗指数($\bar{x}$)(%)	局部体征治疗指数($\bar{x}$)(%)	综合评分
	A	B	C	D(误差)			
1	1	1	1	1	90.91	88.45	0.96
2	1	2	2	2	95.15	87.89	0.99
3	1	3	3	3	91.75	77.11	0.92
4	2	1	2	3	89.58	80.45	0.90
5	2	2	3	1	92.90	87.77	0.98
6	2	3	1	2	88.89	85.62	0.94
7	3	1	3	2	91.02	87.23	0.96
8	3	2	1	3	92.22	89.52	0.98
9	3	3	2	1	90.58	90.12	0.97
K1	0.957	0.940	0.960	0.970			
K2	0.970	0.983	0.953	0.963			
K3	0.940	0.943	0.953	0.933			
R	0.030	0.043	0.007	0.037			

值最大,C(灌肠时辰)因素的 R 值最小,即药液保留

时间对中药保留灌肠法的疗效影响最大,灌肠时辰

对中药保留灌肠法的疗效影响最小;A(肛管深度)因素中 K_2 最大,B因素中 K_2 最大,C因素中 K_1 最大。故 A2B2C1 为最优方案,即最佳的中药灌肠方案——肛管插入深度 15 cm,灌肠药液在肠道保留 4 h,在早晨 9:00—11:00 之间灌肠。

4.1.2 方差分析 采用正交设计小助手II软件对数据进行处理,得到方差分析结果。见表 6。

表 6 本研究 9 组患者治疗后中医证候和局部体征
治疗指数正交试验结果分析

因素	偏差平方和	自由度	F 比	F 临界值	P 值
肛管深度	0.001	2	0.667		>0.05
药液保留时间	0.003	2	6.000	4.460	<0.05
灌肠时辰	0.000	2	0.000		>0.05
误差	0.002	2	1.333		

注: $P<0.05$ 表示实验因素对实验结果有显著性影响。

由方差分析可知,药液保留时间因素对中药保

留灌肠法的疗效有显著性影响,肛管深度、灌肠时辰对中药保留灌肠法的疗效没有显著性影响。

4.2 血浆黏度

4.2.1 直观分析 分别统计 9 个试验组治疗后红细胞比容(Hct)和血浆黏度(PV)的平均值,结果放在表格最右列。采用权重法进行评分,将权重系数分别定为 0.6 和 0.4。具体数据见表 7。

由直观分析表可知,B因素的 R 值最大,C因素的 R 值最小,即药液保留时间对中药保留灌肠法的疗效影响最大,灌肠时辰对中药保留灌肠法的疗效影响最小;A因素中 K_2 最大,B因素中 K_2 最大,C因素中 K_1 最大。故 A2B2C1 为最优方案,即最佳的中药灌肠方案——肛管插入深度 15 cm,灌肠药液在肠道保留 4 h,在早晨 9:00—11:00 点之间灌肠。

4.2.2 方差分析 采用正交设计小助手II软件对数据进行处理,得到方差分析结果。见表 8。

表 7 本研究 9 组患者治疗后 Hct 和 PV 正交试验结果分析

实验号	因素				PV($\bar{x}$)(mPa/s)	Hct($\bar{x}$)(%)	综合评分
	A	B	C	D(误差)			
1	1	1	1	1	2.05	38.96	1.00
2	1	2	2	2	1.94	36.45	0.94
3	1	3	3	3	1.78	36.25	0.89
4	2	1	2	3	1.90	36.58	0.94
5	2	2	3	1	1.80	38.41	0.92
6	2	3	1	2	1.94	37.58	0.93
7	3	1	3	2	2.03	37.23	0.97
8	3	2	1	3	1.92	38.66	0.96
9	3	3	2	1	1.87	37.86	0.94
K1	1.923	1.887	1.970	1.907			
K2	1.950	2.003	1.903	1.980			
K3	1.880	1.863	1.880	1.867			
R	0.090	0.140	0.070	0.113			

表 8 本研究 9 组患者治疗后 Hct 和
PV 正交试验结果方差分析

因素	偏差平方和	自由度	F 比	F 临界值	P 值
肛管深度	0.007	2	0.378		>0.05
药液保留时间	0.034	2	6.838	4.460	<0.05
灌肠时辰	0.013	2	0.703		>0.05
误差	0.020	2	1.081		

注: $P<0.05$ 表示实验因素对实验结果有显著性影响。

由方差分析可得,药液保留时间因素对中药保留灌肠法的疗效有显著性影响,肛管深度、灌肠时辰对中药保留灌肠法的疗效没有显著性影响。

4.3 临床疗效

对 178 例患者进行临床疗效评价,结果发现,临床有效率最大为 95.24%,达到痊愈的程度。见表 9。

表 9 本研究 9 组患者临床治疗效果

(n)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	住院天数($\bar{x}\pm s, d$)	有效率(%)
1	19	5	8	5	1	10.23 $\pm$ 2.58	94.74
2	21	6	9	4	2	12.38 $\pm$ 2.92	90.48
3	20	5	10	4	1	14.72 $\pm$ 1.95	95.00
4	21	4	11	5	1	13.25 $\pm$ 2.52	95.24
5	18	5	8	4	1	14.32 $\pm$ 1.54	94.44
6	20	6	9	4	1	10.24 $\pm$ 1.85	95.00
7	20	5	10	3	2	9.56 $\pm$ 2.15	90.00
8	19	4	8	6	1	12.47 $\pm$ 1.58	94.74
9	20	4	9	5	2	13.45 $\pm$ 2.74	90.00

5 讨论

中药保留灌肠法是常见的中医外治法之一。该疗法是将药液灌注到患者的直肠中,保留一定时间,药液可通过直肠黏膜被吸收,能够快速将药液运送至病变的部位,药物的生物利用度高^[11-12]。此外,温热的药液在进入患者直肠后,还会使其直肠黏膜的温度升高,加快其局部血液循环的速度,提高其治疗效果。有研究证实,红藤汤直肠给药,药液可通过肠壁直接作用于相近的盆腔病变组织,从而改善因盆腔局部纤维化和粘连导致的药物不易吸收现象,提高治疗效果^[13]。李晓娟等^[14]采用红藤汤保留灌肠治疗 CPID,发现能改善 CPID 患者血流动力学和血液流变学指标,消除血瘀症状,表明红藤汤保留灌肠可显著提高 CPID 患者免疫功能,纠正失衡的 Th1 和 Th2 细胞因子,减轻炎症损伤。刘玥若等^[15]研究发现,盆腔炎汤联合中药灌肠能改善患者的盆腔微循环并降低机体炎症反应。李长娣等^[16]研究显示,应用脐灸结合中药灌肠治疗慢性盆腔炎,可明显减轻炎症反应,降低复发率。苏洪丽等^[17]研究发现,金英胶囊联合中药灌肠治疗慢性盆腔炎效果显著,可有效促进患者病情康复,防止病情反复发作。由此可见,采用中药保留灌肠法治疗 CPID 应用广泛,而且疗效普遍较好。但是,在保留灌肠的过程中,普遍存在着灌肠操作手法不便捷、操作标准不统一、患者接受率低等不足之处。基于此,本研究对相关文献研究进行了检索和整理,确定影响保留灌肠的主要因素及水平,并应用正交试验法优化操作方案,为临床应用保留灌肠法治疗 CPID 规范化操作提供了借鉴。

我院所用中药灌肠方剂由古方“红藤汤”加减化裁而来,处方重用大血藤清热败毒、消痈散结为君药;败酱草、蒲公英、黄柏清热解毒、消肿散结,丹参、三棱、莪术、元胡活血散瘀定痛,茯苓健脾渗湿止带,共为臣药;川楝子疏肝行气止痛,当归补血活血,川牛膝引药下行,三药共为佐使药。全方共奏化瘀散结、清热利湿、活血定痛之效。本研究结果显示,中药保留灌肠法治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎的最佳方案是将肛管插入肛门深度 15 cm,灌肠药液在肠道保留 4 h,在早晨 9:00—11:00 点之间进行灌肠,临床疗效显著。可能原因是直肠与子宫及其附件相邻,彼此通过静脉丛交互吻合,而且直肠吸收快速充分,直达病灶,发挥药物的治疗作用;另一方面,相对于口服给药,中药保留灌肠吸收总量更高,生物利用度更好。本研究临床效果显示,治疗有效率最高达 95%,高于董晶晶采用中药灌肠治疗慢性盆腔炎的总有效率(93.94%)^[18]。并且本研究所纳入病例经过随访,

治疗有效的患者没有因慢性盆腔炎再次住院治疗。

通过本研究,我们拟将依据后期临床疗效的观察,建立本院中药保留灌肠技术的优化操作方案。希望本优化操作方案在提高临床治疗效果的同时,减轻医护人员在操作过程中造成的患者不适,并减少在灌肠操作中由于操作不当造成的药液浪费,节省医疗资源,提高患者依从性及满意度,从而提高患者对我院中医药特色治疗的认可度,促进中药保留灌肠优化操作方案的推广应用。

参考文献:

- [1] 吴威,朱文丽,柴淑慧,等. 女性盆腔炎外周血补体 C3、C4 及 MCP-1 因子的表达[J]. 中华医院感染学杂志,2022,32(14): 2183-2186.
- [2] 任丹. 当归芍药散治疗盆腔炎性疾病的疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2015,34(7):113-113.
- [3] 张黎. 清热化湿汤治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证疗效观察[J]. 新中医,2015,47(6):176-178.
- [4] 魏绍斌,黄金燕,文怡. 从湿瘀内结论治妇科慢性盆腔疼痛病症[J]. 四川中医,2012,30(4):29-30.
- [5] 汤亚娟,陈回春,沈丹. 中医治疗盆腔炎炎症性疾病后遗症述要[J]. 河南中医,2013,33(2):310-312.
- [6] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [8] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 新世纪第二版. 北京:中国医药科技出版社,2007.
- [9] 於凤. 灌肠插管深度与灌入速度对急性胰腺炎患者清胰Ⅱ号保留灌肠疗效影响的研究[D]. 遵义:遵义医科大学,2019.
- [10] 邵珍珍. 香砂六君子汤高位保留灌肠防治乳腺癌化疗所致恶心呕吐的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2016.
- [11] 朱小贞,秦秀芳. 温宫消癥方穴位贴敷、中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎性疾病后遗症(寒凝血瘀型)疗效观察[J]. 四川中医,2022,40(9):167-171.
- [12] 张越,谢文娟,范丽丽,等. 红藤煎保留灌肠联合抗生素治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎临床研究[J]. 新中医,2022,54(16): 124-128.
- [13] 王翠平. 红藤败酱汤保留灌肠法治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎的效果探究[J]. 当代医药论丛,2019,17(19):187-188.
- [14] 李晓娟,邱育红. 红藤汤保留灌肠对慢性盆腔炎患者疗效及对免疫一炎症因子的调节作用[J]. 中医药学报,2020,48(10):26-31.
- [15] 刘玥若,刘文琼. 盆腔炎汤联合中药灌肠治疗慢性盆腔炎临床观察[J]. 湖北中医杂志,2021,43(2):8-11.
- [16] 李长娣,麦华荣,敖玥. 脐灸联合自拟中药方灌肠治疗慢性盆腔炎的临床效果[J]. 内蒙古中医药,2020,39(12):98-99.
- [17] 苏洪丽,林进容,苏宇雄. 金英胶囊联合中药灌肠治疗慢性盆腔炎临床分析[J]. 临床合理用药,2020,13(10):88-89.
- [18] 董晶晶. 中药灌肠治疗迁延难愈慢性盆腔炎的临床疗效[J]. 内蒙古中医药,2021,40(12):102-104.

(编辑:陈湧涛)