

• 临床报道 •

中西医结合治疗输卵管
阻塞性不孕 50 例

广东省珠海市香洲区香洲医院妇产科(519000)
何建新 鲍海兰

慢性盆腔炎导致输卵管阻塞是造成继发性不孕的主要原因,其治疗方法较多,但各有千秋。2001年3月~2005年6月我们采用中西医结合疗法治疗50例输卵管阻塞性不孕患者,在此基础上再行输卵管通水治疗,明显改善了患者的预后,疗效满意,现总结如下。

1 临床资料

选取2001年3月~2005年6月在广东省珠海市香洲区香洲医院妇科门诊就诊的100例继发性不孕患者,年龄21~38岁,平均32岁;患者平时月经基本正常,不孕年限1~8年,平均4年。所有病例均在我院及外院行输卵管造影或通水确诊为输卵管阻塞患者。将100例患者随机分为两组,治疗组与对照组各50例。并对治疗组患者进行中医辨证,分为气滞血瘀、湿热阻络;阳气不足、寒凝血瘀;痰湿内生、胞脉受阻3型。

2 治疗方法

治疗组依据中医辨证分型分别采用不同的方剂治疗:(1)气滞血瘀、湿热阻络型给予行气活血、清热解毒方药,组成:柴胡9g,香附12g,枳壳15g,当归15g,赤芍15g,白术20g,败酱草20g,红藤15g,王不留行15g,通草10g,皂角刺5g。(2)阳气不足、寒凝血瘀型给予温阳散寒、活血化瘀方药,组成:少腹逐瘀汤加牛膝15g,香附10g,三棱9g,路路通10g,淫羊藿15g,菟丝子15g。(3)痰湿内生、胞脉受阻型给予燥湿化痰通络方药,组成:制半夏9g,苍术15g,香附10g,茯苓20g,浙贝母15g,白术15g,皂角刺5g,王不留行15g,路路通10g,三棱10g,甘草6g,佩兰15g。以上3种类型方剂均每日1剂,每日2次,共服10剂为1个疗程,同时给予克林霉素0.6g及替硝唑0.4g,每日1次,静脉滴注,7天为1个疗程,配合微波治疗,每日1次,每次40分钟,10天为1个疗程。对照组使用抗生素配合微波治疗,剂量、方法、疗程同治疗组。两组病例在各自治疗基础上均服用维生素E 100mg、叶酸0.4mg,每日1次;胎盘组织液2支,隔日1次,肌肉注射。经上述治疗1个疗程后两组患者均于月经干净后第3天、第5天分别行输卵管通液治疗(通液药物为生理盐水20ml+庆大霉素8万U+地塞米松5mg+α糜蛋白酶1500U),并根据通水情况决定疗程。

3 结果

3.1 疗效判定标准

治疗5个疗程后行输卵管造影提示双侧输卵管通畅并受孕者为治愈;治疗5个疗程后行输卵管造影提示输卵管阻塞情况明显改善(至少有一侧通畅)者为好转;治疗5个疗程后行输

卵管造影提示输卵管阻塞无改善者或改为其他方法治疗者为无效。

3.2 两组总体疗效比较

治疗组50例,治疗5个疗程后,40例妊娠,5例好转,5例无效;其中受孕40例中足月产36例,早产3例,异位妊娠1例,总有效率为90%。对照组50例,26例妊娠,9例好转,15例无效;其中受孕26例中足月产20例,早产2例,异位妊娠3例,自然流产1例,总有效率为70%。经 χ^2 检验,治疗组治愈率、总有效率均明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

目前,现代医学较先进的治疗方法有输卵管导管介入治疗、宫腔镜下输卵管插管疏通术、腹腔镜下输卵管染色通液术及粘连松解术等,虽有较好疗效,但存在操作繁琐、机械作用可致输卵管穿孔或发生再粘连等不足之处。我们以中医学“病久入络,多虚多瘀”理论为依据,对输卵管阻塞性不孕患者在西医治疗基础上进行中医辨证,分为气滞血瘀、湿热阻络;阳气不足、寒凝血瘀;痰湿内生、胞脉受阻3型,分别采用相应方药治疗,取得了较好的临床疗效,治愈率、总有效率均明显优于单纯西医疗法。方法简单、费用低廉,适合基层医院推广应用。

补肝益肾汤联合苦参素治疗
慢性乙型肝炎 76 例

宁夏回族自治区银川市第二人民医院(750011)
丁荣华 钱俊芳 姜菊星 霍敏

乙型肝炎病毒(HBV)的持续感染和复制以及机体免疫功能的紊乱是慢性乙型肝炎损伤的主要原因。我们应用补肝益肾汤联合苦参素治疗慢性乙型肝炎76例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组151例来源于2002年5月~2004年5月银川市第二人民医院肝病科门诊和住院患者。按照随机数字表法,单盲随机分组,治疗组76例,其中男49例,女27例;年龄15~50岁,平均(32.69±10.41)岁;病程13~50个月,平均(33±19)个月;丙氨酸氨基转移酶(ALT)32~325IU/L。对照组75例,其中男46例,女29例;年龄16~52岁,平均(30.63±9.51)岁;病程11~48个月,平均(31±20)个月;ALT34~351IU/L。两组性别、年龄、病情、病程等方面比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

全部病例均符合2000年9月西安中华医学会传染病与寄生虫病学会肝病分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》中关于慢性乙型肝炎的诊断标准,且病毒呈活动性复制:(1)肝炎病史半年以上或肝组织学检查证实为慢性肝炎;(2)HBsAg(+),

HBeAg(+)和HBV-DNA(+)

1.3 纳入标准

(1)符合上述诊断标准;(2)ALT≤正常值10倍,总胆红素(TBil)≤34.2μmol/L;(3)年龄14~60岁。

1.4 排除标准

(1)重叠嗜肝病毒感染;(2)妊娠期或哺乳期妇女;(3)肝硬化或癌症病例;(4)酒精性肝炎、药物性肝炎。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

治疗组采用补肝益肾汤(组成:黄芪、黄精、黄芩、菟丝子、女贞子、枸杞子等,由我院制剂室制备成500ml药液,瓶装备用),每次250ml口服,每日2次,连用180天。苦参素注射液(宁夏绿谷药业生产,200mg/支,批号:20020118)600mg,每日1次,肌肉注射,连用180天。对照组单用干扰素(北京远策药业公司生产,批号:20020120),300万单位,肌肉注射,每日1次,连用10天后改为隔日1次连用180天。治疗期间两组患者均不使用降酶药物及其他抗病毒和免疫调节药物。

2.2 观察指标及方法

ALT、天冬氨酸转氨酶(AST)、TBil、白蛋白(Alb)、球蛋白(Glb)采用自动生化分析仪分别在治疗阶段的第0、3、6个月及治疗结束后6个月各检测1次。血清病毒学指标包括HBV-M(ELISA法)及HBV-DNA(PCR法),同样在治疗阶段的第0、3、6个月及治疗结束后1个月各检测1次。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

参照2000年9月西安中华医学会传染病与寄生虫病学会肝病分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》制订。(1)完全应答(显效):ALT复常,HBV-DNA、HBsAg、HBeAg均阴转;(2)部分应答(有效):ALT复常,HBV-DNA、HBeAg阴转,但HBsAg仍阳性;(3)无应答(无效):未达到上述指标者;(4)持续应答:完全应答(显效)或部分应答(有效)者,停药6个月仍为显效或有效者。

3.2 两组总体疗效比较

疗程结束时治疗组76例中HBeAg、HBV-DNA同时阴转伴血清ALT正常者23例,部分应答率30.26%,对照组分别为21例、28.00%,两组比较差异无显著性意义。停药6个月治疗组显效2例,有效18例,持续应答率26.31%;对照组分别为0例、10例、13.33%,治疗组持续应答率明显优于对照组(P<0.05)。

3.3 两组不同时间HBeAg、HBV-DNA阴转率比较

治疗组HBeAg、HBV-DNA阴转率在治疗阶段的第3、6个月及治疗结束后6个月时分别为15.79%(12/76)、11.84%(9/76)、34.21%(26/76)、31.58%(24/76)、38.16%(29/76)、28.95%(22/76);对照组HBeAg、HBV-DNA阴转率在治疗阶段的第3、6个月及治疗结束后6个月时分别为14.67%(11/75)、10.67%(8/75)、32.00%(24/75)、29.33%(22/75)、22.67%(17/75)、14.67%(11/75)。治疗6个月后,治疗组HBeAg、HBV-DNA阴转率明显高于对照组(P<0.05)。

3.4 两组血清ALT复常率比较

治疗组和对照组治疗前血清ALT高于正常者分别为71例和69例,治疗后两组的ALT复常率分别为69.01%(49/71)、56.52%(39/69),差异无显著性意义(P>0.05)。治疗结束后6个月时两组的ALT复常率分别为76.06%(54/71)、59.42%(41/69),与治疗后相比均有不同程度递增,且治疗组明显优于对照组(P<0.05)。

3.5 不良反应

苦参素注射局部出现硬结,发生率7.89%(6/76);干扰素除流感样症候群外,尚有一过性骨髓抑制,发生率12.00%(9/75),未影响治疗。

4 讨论

中医学认为,肝胆是湿热之邪易侵部位,“邪之所凑,其气必虚”,肝气虚证在慢性肝炎发生发展过程中起着重要作用。现代研究表明,湿热与慢性肝炎HBV复制、肝组织病变有一定关系。补肝益肾汤由黄芪、黄精、黄芩、菟丝子、女贞子、枸杞子、白花蛇舌草等组成,补肾同时又可充实肝体,具“虚则补其母”之意;苦参素具有良好的抗病毒效应,二者配合可能通过免疫调节、打破免疫耐受继而进行HBV的免疫清除。同时发现,补肝益肾汤联合苦参素能有效抑制HBeAg、HBV-DNA,且与疗程呈正相关。

中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期28例

成都中医药大学附属医院急诊科(610072)

李 康 张晓云

我们对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者在西医常规治疗基础上给予中药宣肺化痰平喘治疗,在改善患者呼吸状况、减轻呼吸肌疲劳和缩短住院时间等方面较单纯西医常规治疗有一定优势,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所选病例均来自成都中医药大学附属医院急诊科住院部。治疗组28例,男性16例,女性12例;年龄53~79岁,平均(67.25±5.28)岁;病程5~23年。对照组26例,男性12例,女性14例;年龄55~80岁,平均(68.6±4.36)岁;病程6~21年。两组患者一般资料经统计学处理差异无显著性意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 慢性阻塞性肺疾病诊断标准

参照中华医学会呼吸病学分会《慢性阻塞性肺疾病诊断指南》。急性加重期依据病史(咳嗽气促加重、痰量增多、痰色由白转黄,或出现脓性痰,或伴心悸浮肿)、体征(紫绀或紫绀加重、肺部听诊有大小不等的湿啰音)及血常规(白细胞计数增多或中性粒细胞百分比增高)、X线胸片(肺部感染征象)等诊断。动脉血气二氧化碳分压(PaCO₂)>50mmHg,氧分压(PaO₂)<60mmHg,pH<7.30。

1.3 中医证候诊断标准

咳嗽气促,胸部满闷如塞,不能平卧,痰量增多,痰黏难咳、