

燃床报道登

益冲任、通胞络治疗输卵管 阻塞性不孕症 65例

辽宁省营口市中医院妇科 (115000)

赵 齐 生

辽宁中医学院第一临床医学院妇科

陈 莹

沈阳市东方医疗集团菁华医院

孙 淑 杰

输卵管炎性阻塞为女性不孕的常见因素,其发病率约占女性不孕的 25%~50%,且有逐年上升趋势。我们根据患者大多继发于慢性非特异性渗出性炎性改变,导致输卵管形态和功能的损害,认为输卵管阻塞性不孕基本病机为脾肾阳虚,痰浊壅塞冲任及胞络,造成冲任亏虚,胞络受阻,治疗方法以益冲任、通胞络为主,采用内服与灌肠相结合的给药方式,疗效有所提高,现报道如下。

1 临床资料

病例资料分别来自 2005年 8月~2007年 12月,经营口市中医院妇科治疗的 118例患者,根据治疗过程中所采用的基本方剂,将 118例患者分为甲乙两组,其中甲组 65例,为近 1年来采用益冲任、通胞络法治疗的患者,作为观察组;乙组 53例,为 1年前采用逐瘀通络法治疗的患者,作为对照组。两组年龄 23~42岁,平均 33岁;发病时间 30天~16年;其中双侧间质部阻塞 26例,单侧间质部阻塞伴另一侧峡部或伞端阻塞 39例,双侧峡部或伞端阻塞 53例,合并输卵管少量积液 23例 31条输卵管;32例未经任何治疗,59例曾经中药及通液治疗,27例曾经输卵管插管或腹腔镜及开腹手术治疗;平素月经正常者 89例,月经不调者 29例;表现为白带量多或下腹部隐痛、腰酸乏力等症状者 56例,无明显不适者 62例;有急性盆腔炎或亚急性盆腔炎、人工流产或其他宫腔操作史者 76例,子宫内膜异位症病史者 9例,腹腔及盆腔手术史者 11例,无明显病史及特殊诱因者 22例。两组患者一般资料无明显差异 ($P>0.05$)。所有病例均符合不孕症临床诊断,经子宫输卵管造影证实。排除解剖异常、盆腔结核病史并伴有输卵管结核病变改变及重度输卵管积液最大径 $>2.0\text{cm}$ 的患者。

2 治疗方法

观察组采用益冲任、通胞络法,益冲任以《中医学新编》补肾固冲汤为基本方,药物组成:熟地黄 15g 菟丝子 15g 巴戟天 15g 枸杞子 20g 川续断 15g 鹿角霜 20g 当归 15g 杜仲 15g 党参 20g 白术 20g 阿胶 15g 砂仁 5g 通胞络,选用《不孕不育症单验方》通管活络汤加减,药物组成:皂角 10g 白花蛇舌草 20g 柴胡 10g 赤芍 15g 红花 10g 乌药 10g 半夏 15g 丝瓜络 10g 补骨脂 15g 香附 10g 路路通 10g 丹参 30g 天竹黄 10g 对照组采用

逐瘀通络法,以少腹逐瘀汤加减。药物组成:当归 15g 川芎 15g 赤芍 15g 蒲黄 10g 五灵脂 10g 小茴香 10g 干姜 7.5g 延胡索 10g 没药 15g 肉桂 7.5g 加减方法:根据患者体质及临床辨证调整药物剂量并酌情加减,伴气虚加黄芪、党参、白术;阴虚去小茴香、干姜,加熟地黄、天花粉、石斛;肾阳不足去没药、五灵脂,加菟丝子、补骨脂、淫羊藿等。两组均于月经周期第 5 天用药,连用 9 天。药物采用水煎法,每剂煎煮两次取汁 350ml 内服与灌肠结合应用。观察组用补肾固冲汤口服法给药,每剂分 3 次服用,早、晚饭后半小时各服药 1 次;通管活络饮,每剂分 3 次给药,于每晚睡前 1 小时,排空大小便后灌肠使用;对照组用少腹逐瘀汤加减,每剂分 3 次给药,早、晚饭后半小时各服药 1 次,于每晚睡前 1 小时灌肠 1 次,每日 1 剂。两组月经后半周期均停用灌肠药,观察组继续以补肾固冲汤口服 9 天,停药至月经来潮,然后进入下一周期,用药期间适时指导同房,治疗期间未孕者,满 1 个疗程后输卵管通液复查;对照组月经后半周期继续以少腹逐瘀汤加减小腹口服 9 天,停药至月经来潮,然后进入下一周期,用药期间注意避孕,每个月经周期复查一次输卵管通液,如果输卵管通畅则停药。用药 3 个月经周期为 1 个疗程,疗程间及通液周期不停药,至停药后半年内为观察期。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

根据患者妊娠结局及输卵管通液结果,进行效果分析:其中自然妊娠为痊愈;输卵管通液,药液推注无明显阻力为显效;输卵管通液,药液推注有阻力,稍加压力后能够注入药液为有效;输卵管通液,药液推注有明显阻力为无效;治疗期间发生异位妊娠视为无效;总有效率以显效加痊愈计。

3.2 结果

观察组 65 例,痊愈 32 例,显效 17 例,有效 11 例,无效 5 例,愈显率为 75.38%,总有效率为 92.31%。对照组 53 例,分别为 20 例、11 例、12 例、10 例、58.49%、81.13%。两组愈显率比较,观察组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。

4 讨论

中医一般从瘀论治输卵管炎性阻塞,辨证分型包括寒凝血瘀、气滞血瘀、肝郁血瘀,采用逐瘀通络法,以少腹逐瘀汤为主或类似方剂加减治疗。该方活血化瘀、温通走窜,善于攻破积滞。逐瘀通络虽能取得一定的作用,但总的临床效果并不是很理想。仅从瘀滞的角度来看待输卵管炎性阻塞是很片面的,必须回到肾—天癸—冲任—胞宫这个女性生殖生理的整体层面来对待此类不孕问题。继发于慢性非特异性渗出性炎性过程的病理改变,具有痰饮湿浊的致病特性,而慢性炎性过程易于伤及正气,导致阳气不足、虚寒内生,这些因素是瘀滞产生的基本原因。

我们开展的益冲任、通胞络法通过益肾健脾养血,扶助先后天之本以补充正气,另一方面益肾健脾是温化痰饮湿浊的有效手段;通胞络法采用化痰饮、除湿浊、畅血脉之品,相互配

合,以灌肠给药的方法来化解局部壅塞。益冲任与通胞络相互配合标本兼治,从而提高了疗效。

中药外洗为主治疗乳腺癌术后患侧上肢淋巴水肿 24例

广西中医学院附属瑞康医院 (530011)

白 广 德

上肢淋巴水肿是乳腺癌术后常见的并发症,目前临床治疗较为困难,严重影响患者的生活。笔者自 1999年 9月~2008年 3月,采用自拟化瘀通络汤外洗联合局部功能锻炼及复方丹参注射液静脉滴注治疗乳腺癌术后患侧上肢淋巴水肿 24例,并与 22例应用局部功能锻炼及复方丹参注射液静脉滴注治疗对照观察,现将结果报道如下。

1 临床资料

两组共 46例,均为女性患者,均经病理确诊为乳腺癌根治术后患侧上肢淋巴水肿。按就诊顺序分为治疗组 24例,对照组 22例。治疗组 24例中,年龄 29~67岁,平均 48.63岁;左上肢 10例,右上肢 14例;病程 2~10个月;I级(凹陷性水肿,肢体抬高则水肿消失)8例,II级(中度纤维化,肢体抬高水肿不消失)14例,III级(橡皮肿)2例;患肢腕横纹处、腕上 10cm 处以及肘部、肘上 10cm 处分别测量其周径与健侧对比,轻度水肿 9例(患侧上肢水肿最明显处的周径比健侧粗 3cm 以下,多限于上臂近端);中度水肿 12例(患侧上肢水肿最明显处的周径比健侧粗 3~6cm,水肿范围影响到整个上肢,包括前臂和手背);重度水肿 3例(患侧上肢水肿最明显处的周径比健侧粗 6cm 以上,皮肤硬韧,水肿波及整个上肢,包括手指,使整个上臂和肩关节活动受限)。对照组 22例中,年龄 28~69岁,平均 49.51岁;左上肢 8例,右上肢 14例;病程 2~9个月;I级 8例,II级 12例,III级 2例;轻度水肿 8例,中度水肿 12例,重度水肿 2例。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

(1)局部中药外洗:自拟化瘀通络汤,方药组成:丝瓜络 20g,苏木 20g,伸筋草 20g,赤芍 20g,川芎 20g,大黄 20g,金银花 20g,黄柏 20g,苍术 20g,鸡血藤 30g,苦参 30g,两面针 30g。用法:将上药加水约 4000ml 浸泡 30分钟后,水煎 3000ml 趁热将患肢放盆上熏蒸 10~15分钟,待药液温度降至 40~45℃ 时,再浸泡患肢 20~30分钟,早晚熏洗,每日 1剂。(2)局部功能锻炼:先进行手掌外翻,上臂抬举的爬墙锻炼,以恢复上肢基本的外展和抬举功能,继续进行上肢抬举、旋前、旋后、外展和扩胸运动。每天坚持锻炼 30~60分钟,循序渐进,直至最终达到患侧手能越过头顶摸到健侧耳部。(3)全身治疗:5%葡萄糖注射液 250ml 加入丹参注射液 20ml 静脉滴注,每日 1次。

2.2 对照组

除未用中药外洗之外,其余局部功能锻炼及全身治疗方法同治疗组。

两组均以 15天为 1个疗程,2个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

有效:治疗后患肢分级下降 ≥ 1 个等级,周径缩小 ≥ 1 个量度,随访 1个月上肢肿胀无复发。无效:治疗后患肢分级下降 < 1 个等级,周径缩小 < 1 个量度。

3.2 治疗结果

治疗组有效 21例,无效 3例,总有效率 87.5%;对照组有效 12例,无效 10例,总有效率 54.5%。两组总有效率比较经 χ^2 检验,差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

中医学认为,乳腺癌是由于正气不足、邪气积聚而致。乳腺癌经手术治疗必损伤脉络,耗气伤血,致气虚不能推动血行及运化水湿,水湿内停,瘀阻脉络而成肿胀。瘀血与湿阻是本病的主要病机,故应以活血化瘀、通络利湿为治则。自拟化瘀通络汤中鸡血藤、丝瓜络、两面针、苏木、伸筋草、赤芍、川芎、大黄活血化瘀通络,金银花、黄柏、苍术、苦参清热利湿;丹参注射液也为中药制剂,均能活血祛瘀、通络消肿。方证合拍,气血水同治,瘀去水消,肿胀自减。现代药理研究证实,赤芍、川芎、丹参、大黄均有扩张血管、改善微循环、降低血管通透性、增加血流量和促进侧枝循环建立等作用。同时配合患肢功能锻炼,可有效地促进患肢淋巴回流以消除水肿。临证之际应注意以适当的药液温度外洗,忌过热而烫伤皮肤导致感染。适宜的药液温度还可改善患肢局部循环,并有利于药物渗透直达病所,提高疗效。另外还应避免使用患肢输液、测量血压,患肢忌做抡、摔、拉、提重物等动作,及忌对患肢使用强力按摩和过冷过热的外敷刺激,戒除不良的生活习惯,合理安排作息时间,注意活动保护,均有利于本病的康复。

加味止痉散配合口针疗法治疗 脑血管意外假性球麻痹 95例

河北省望都县中医院脑血管病专科 (072450)

韩淑凯 张宝昌 张红昌

假性球麻痹是脑血管疾病的一种常见并发症。2001年 11月~2008年 1月,我们依据络病学说理论,采用自拟加味止痉散配合口针疗法治疗脑血管意外假性球麻痹,并与脑复康作对照观察,结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例均为本院脑血管专科住院患者,均在脑血管意外病情稳定之后,接受相应治疗。共 190例,随机分为两组。治疗组 95例,男 51例,女 44例;年龄 41~82岁,平均(51.7 $\pm$ 2.1)岁;其中脑出血 39例,脑梗死 56例。对照组 95例,男 53例,女 40例;年龄 40~79岁,平均(50.5 $\pm$ 3.4)岁;其中脑出血 36例,脑梗死 59例。两组病例一般资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

观察病例诊断参照中华医学会制定的《各类脑血管疾病诊断要点》标准:①发音及语言障碍,吞咽困难、饮水呛咳;②软