

12.5~25mg, 2~3 次/日, 疗程 3~6 个月, 卡托普利每日 1~3mg/kg, 分 3 次口服, 疗程 6 个月。

2 结果

2.1 疗效评定标准

各组病例均按治疗 6 个月统计, 痊愈: 浮肿消退, 尿蛋白转阴, 血清白蛋白、胆固醇恢复正常; 有效: 浮肿有不同程度的好转, 尿蛋白由 (++++) ~ (++++) 转为 (±) ~ (++), 血清白蛋白浓度 $\leq 25\text{g/L}$, 胆固醇 $\geq 5.7\text{mmol/L}$; 无效: 治疗前后四大指标无明显变化, 仍高度浮肿, 大量蛋白尿, 低蛋白血症及高胆固醇血症。

2.2 结果

治疗组 50 例, 痊愈 40 例, 有效 9 例, 无效 1 例, 总有效率为 98%; 对照组 50 例, 分别为 20 例、9 例、21 例、58%。治疗组与对照组比较有统计学差异 ($P < 0.01$), 治疗组疗效明显优于对照组。

3 讨论

中医综合疗法治疗肾病疗效明显, 治愈后不易复发, 它是治疗肾病的一种比较理想的方法。调养要求做到呼吸均匀, 全

身放松, 心情清静, 这样会降低机体耗氧量, 增强机体免疫力, 提高机体抗病能力, 促使身体早日康复。

中药副作用小, 疗效显著, 且愈后不易复发, 金银花、连翘、板蓝根清热解毒、抗菌消炎, 黄芪、白术、防风益气固本, 增强机体抵抗力, 消除蛋白。丹参、当归活血化瘀, 有降低胆固醇作用。生地黄清热凉血止血, 有强心利尿, 扩张肾血管的功用, 特别适合于肾炎肾病, 车前子、黄芩、泽泻利水渗湿, 消除浮肿, 增加尿量, 增加尿素氮、肌酐等有害物质的排泄。临床上对于比较顽固的蛋白尿, 我们适当应用些甘草益气固本, 有消除蛋白尿的作用, 甘草含有甘草次酸, 有类肾上腺皮质激素的作用。

对照组效果不理想, 原因在于应用激素后就会降低机体免疫力, 增加感染机会, 感染又会使病情加重, 造成恶性循环。运用调息即调养, 增强体质, 运用中药从根本上解决问题, 治病求本, 标本兼治, 以达到扶正祛邪, 病除而不伤正, 这种方法是值得同行进一步探讨和研究的。

* 河北省晋州市中医院 (052260)

中西医结合治疗多囊卵巢综合征合并不孕 48 例

王素平*

多囊卵巢综合征 (PCOS) 多因肝脾肾三脏功能失调, 直接影响冲任、胞宫、胞脉的摄精成孕功能; 外因以痰湿之邪侵袭为主, 二者互为因果作用于机体而致病。

1 临床资料

1.1 诊断标准

诊断标准参照妇产科学 7 版教材: ①稀发排卵或无排卵; ②雄激素水平升高的临床表现和 (或) 高雄激素血症; ③卵巢多囊性改变; 超声提示一侧或双侧卵巢直径 2~9mm 的卵泡 ≥ 12 个, 和 (或) 卵巢体积 $\geq 10\text{ml}$; ④上述 3 条中符合 2 条, 并排除其他致雄激素水平升高的病因, 包括先天性肾上腺皮质增生、Cushing 综合征、分泌雄激素的肿瘤等, 以及其他引起排卵障碍的疾病, 如高催乳素血症、卵巢早衰和垂体或下丘脑性闭经以及甲状腺功能异常。

1.2 纳入标准

①稀发排卵或无排卵: 初潮 2~3 年不能建立规律月经; 闭经 (停经时间超过 3 个以往月经周期或 ≥ 6 个月); 月经稀发, 即周期 ≥ 35 天及每年 ≥ 3 个月不排卵者; B 超监测排卵、月经后半期孕酮测定等方法有助于判断是否有排卵。②雄激素水平升高的临床表现: 痤疮 (复发性痤疮, 常位于额、双颊、鼻及下颌等部位)、多毛 (上唇、下颌、乳房周围、下腹正中线等部位出现粗硬毛发)。③雄激素水平升高的生化指标: 总睾酮、游离睾酮指数或游离睾酮水平高于实验室参考正常值; ④多囊卵巢 (PCO) 诊断标准: 一侧或双侧卵巢中直径 2~9mm 的卵泡 ≥ 12 个, 和 (或) 卵巢体积 $\geq 10\text{ml}$ 。

1.3 排除标准

催乳素水平明显升高, 应排除垂体瘤; 如存在稀发排卵或无排卵, 应测定卵泡刺激素 (FSH) 和雌二醇水平, 排除卵巢早衰和中枢性闭经等; 测定甲状腺功能, 以排除由于甲状腺功能低下所致的月经稀发; 如出现高雄激素血症或明显的雄激素水平升

高的临床表现, 应排除非典型性肾上腺皮质增生 (NCAH)、Cushing 综合征、分泌雄激素的卵巢肿瘤等。

1.4 一般资料

48 例病例均来自 2006 年 1 月~2008 年 5 月就诊于河南油田总医院门诊的多囊卵巢性不孕患者。按随机表法将 96 例患者分为治疗组和对照组, 每组 48 例。治疗组年龄 21~42 岁平均 (27.93 ± 4.62) 岁; 病程 2~8 年, 平均 (3.57 ± 1.76) 年; 原发不孕 40 例, 继发不孕 8 例。对照组年龄 22~40 岁, 平均 (28.71 ± 4.53) 岁; 病程 2~8 年, 平均 (3.57 ± 1.68) 年; 原发不孕 38 例, 继发不孕 10 例。经统计学分析, 两组年龄、病程及病性比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗组

给予中药人工周期法并克罗米芬及 HCG: ①经后期 (即卵泡期或子宫内膜增殖期), 约为月经周期的第 4~13 天, 此期为阴长期, 即阴精积累期, 治疗上应补养肾精, 化生气血, 使精血充盈、气血和调, 以促使卵泡发育。基本方: 熟地黄 15g, 枸杞子 15g, 覆盆子 15g, 菟丝子 15g, 当归 10g, 女贞子 15g, 续断 15g, 桑寄生 15g, 淫羊藿 15g, 党参 12g, 泽兰 10g, 丹参 15g。偏阳虚者加肉苁蓉 12g, 仙茅 12g。从月经或黄体酮撤血的第 4 天开始, 每日 1 剂, 共 6~8 剂, 同时于经期第 5 天口服克罗米芬 50mg, 每晚 1 次, 共服 5 天, 在服中药第 6 天监测卵泡大小, 至 18mm 时肌肉注射 HCG 10000U 并开始真机期用药。②真机期 (排卵期) 约为月经周期的第 14 天左右, 此期的治疗主要是经后期养精血的基础上温阳通络, 行气活血佐以补肾以促发排卵。基本方: 桂枝 12g, 桃仁 10g, 红花 10g, 当归 10g, 川芎 10g, 丹参 15g, 香附 6g, 乌药 10g, 熟地黄 15g, 枸杞子 15g, 菟丝子 15g, 淫羊藿 15g, 于月经周期第 12~15 天左右, 每日 1 剂服用, ③经前期 (黄体期或子宫内膜分泌期) 约为周

期第 16~28 天,即排卵后至行经前的一段时间,此期是阴充阳长,肾阳之气渐旺,宫暖待孕的阶段,治疗以阴阳并补,而以补阳为主。基本方:熟地黄 15g,枸杞子 15g,菟丝子 15g,覆盆子 15g,巴戟天 15g,肉苁蓉 12g,续断 15g,淫羊藿 15g,鹿角 10g,当归 10g,党参 12g,紫石英 15g,本期晚期加疏肝理气药如柴胡、香附、白芍、绿萼梅、八月札等。④行经期:如本周期未受孕而月经来潮者,中医认为,如未妊娠,血海满盈以后,受阳气的推动而下泄,即为月经,此期就应因势利导,采用活血调经法,以求经行通畅。基本方:当归 10g,川芎 10g,赤芍 9g,熟地黄 12g,丹参 15g,泽兰 10g,茺蔚子 10g,香附 10g,川牛膝 12g,于周期第 1~3 天每日 1 剂服用。

以上周期疗法基本方,可根据证型加减痰湿内阻者加半夏、胆南星、茯苓、陈皮燥湿化痰;如气虚者加黄芪;湿热者加牡丹皮、黄芩、夏枯草、穿山甲等;偏肾阳虚者以补阳药为主,偏肾阴虚者,以滋补肝肾药为主。对雄激素水平升高者,于月经周期第 5 天加服螺内酯片 20mg,每日 2 次,共服 21 天为 1 个疗程。合并胰岛素抵抗者,二甲双胍 850mg,每天 2 次口服。

2.2 对照组

月经周期第 5 天口服去氧孕烯炔雌醇每次 1 片,连用 21 天,同时口服克罗米芬每日 50mg,若排卵效果不佳,逐渐加量,第 3 周期每日 150mg。3 个周期为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

服药 1 个疗程卵巢排卵或妊娠者为治愈,治疗 1 个疗程未受孕者为无效。

3.2 两组患者治疗前后子宫内膜厚度和周期性卵泡发育变化比较

结果显示,治疗前两组子宫内膜厚度,最大卵泡直径和卵泡直径 $\geq 12\text{mm}$ 的卵泡个数差异无统计学意义($P>0.05$),对照组治疗后较治疗前卵泡直径 $\geq 12\text{mm}$ 的卵泡个数显著增多($P<0.01$),而治疗后治疗组的内膜厚度,最大卵泡直径,最大卵泡直径 $\geq 14\text{mm}$ 的卵泡个数均与本组治疗前及对照组治疗后比较差异有统计学意义($P<0.01$),提示中西医结合治疗明显改善卵泡发育。

3.3 两组患者治疗前后 FSH、LH、E₂ 变化比较

结果显示,两组治疗前后各项指标比较差异无统计学意义($P>0.05$),两组治疗后 FSH、LH、E₂ 与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。治疗组患者治疗后 E₂ 含量较对照组治疗后明显升高,差异有统计学意义($P<0.01$)。

3.4 两组排卵率、受孕率比较

1 个疗程后,治疗组排卵 45 例,排卵率 93.75%,妊娠 31 例,受孕率为 64.6%;对照组排卵 29 例,排卵率 60.4%;妊娠 11 例,受孕率为 22.9%。治疗组与对照组受孕率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

4 讨论

中医学将月经周期分为后期、真机期、经前期、月经期,与现代医学的卵泡期、排卵期、黄体期、月经期完全一致。4 期之间正常的连续演化,循环往复,是月经正常来潮及受孕的必备条件。所以基于以上认识,在经后期(卵泡期)以补血养阴为主,同时根据“孤阳不生”、“独阴不长”的理论,于补阴中适当加入补阳药,即所谓“善补阴者必于阳中求阴”之意,而在真机期主要是在养精血的基础上温阳通络,行气活血佐以补肾以促发排卵,当到经前期(黄体期),应为孕卵着床准备条件。中医学认为,此期是阴充阳长,肾阳之气渐旺,宫暖待孕的阶段,治疗应阴阳并补,而以补阳为主。行经期中医认为,本期未受孕,血海满盈以后,受阳气的推动而下泄,此期应因势利导,采用活血调经法,以求经行通畅。

去氧孕烯炔雌醇治疗 PCOS 合并不孕,因其副作用大,同时克罗米芬虽有诱发排卵作用,但其有排卵率高、妊娠率低的矛盾。通过临床观察,发现中西医结合对 PCOS 有独特的优势和潜力,同时合用西药,可缩短疗程,提高妊娠率,且极少卵巢过度刺激及多胎妊娠。

本研究显示,从促进卵泡发育情况来看,两组治疗主卵泡直径大于治疗前,从排卵率比较,治疗组排卵率(93.75%)与对照组(60.4%)比较明显升高,因此临床运用补肾、祛痰、中药人工周期并加用小剂量克罗米芬及 HCG 改善无排卵患者的 FSH、LH 水平,使主卵泡的直径显著增大,说明中西医结合治疗能改善卵巢的内分泌机能,促进卵泡的发育和排卵,提高受孕率。

* 河南省南阳市河南油田总医院妇产科(473132)

中医特色治疗地震伤员 63 例

王之海*

地震引起的损伤,多属复合性损伤,可致多部位、多脏器损伤。我院在“5.12”地震期间,共筛选 63 例地震伤员采用以中医治疗为主,取得了很好的效果,现报告如下。

1 临床资料

63 例伤员中有 23 例不同部位骨折,脱位。其中尺桡骨折 2 例,腕骨骨折 2 例,柯氏骨折 2 例,手指骨折 2 例,股骨骨折 1 例,胫腓骨折 2 例,踝部骨折 4 例,跖骨骨折 2 例,骶骨骨折 2 例,脊柱骨折 1 例,肘关节脱位 1 例,肋骨骨折 2 例。肌腱、韧带损伤 7 例,1 例左下肢被埋受压 36h,其余 32 例为多处软组织挫伤或挫裂伤。其中 1 例胫腓骨开放性骨。有 3 例为多处骨折。伤员中男性 38 例,女性 25 例,年龄 22~77 岁,平均年龄 41.5 岁。

2 治疗方法

伤员中除 1 例胫腓骨折开放性骨折、1 例骶骨粉碎性骨折、1 例股骨骨折手术治疗外,其余伤员除有外伤创口予以清创缝合外,均采取中医特色治疗。脊柱骨折伤员经 X 线拍片和 CT 检查,属稳定型骨折,临床无神经症状,采用平卧硬板床,骨折处垫软枕。其余四肢骨折伤员均采用手法复位,小夹板外固定;肋骨骨折伤员采用手法复位、胶布固定。骨折伤员经手法复位和外固定后,药物治疗采用内外用药。外敷药物用我院自制消肿接骨散加活络酒调配后于伤处外敷,隔日 1 次换药。换药同时根据伤肢肿胀程度,调整小夹板松紧度。内服中药,损伤初期肿痛明显,属气滞血瘀,经络受阻,中药在桃红四物汤的基础上随症加减,疼痛甚者加乳香、没药、血竭等,肿胀者加获