

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 48 例, 96 条输卵管, 治愈 65 条, 有效 21 条, 无效 10 条。其中, 两侧输卵管均无效者 2 例; 一侧输卵管无效, 一侧输卵管有效者 3 例; 一侧输卵管无效, 一侧输卵管治愈 3 例; 两侧输卵管均有效者 5 例; 一侧输卵管有效, 一侧输卵管治愈 8 例; 两侧输卵管均治愈 27 例。复查后对所有治疗有效的 46 例患者随访 6 个月, 妊娠 28 例, 其中正常妊娠 27 例, 异位妊娠 1 例。其输卵管治愈率为 67.71%, 有效率为 89.58%, 术后妊娠率为 60.87%, 异位妊娠率为 3.57%。对照组 40 例, 80 条输卵管, 治愈 34 条, 有效 19 条, 无效 27 条。其中两侧输卵管均无效者 4 例; 一侧输卵管无效, 一侧输卵管有效者 9 例; 一侧输卵管无效, 一侧输卵管治愈 10 例; 两侧输卵管均有效者 3 例; 一侧输卵管有效, 一侧输卵管治愈 4 例; 两侧输卵管均治愈 10 例。复查后对所有治疗有效的 36 例患者随访 6 个月, 妊娠 12 例, 其中正常妊娠 11 例, 异位妊娠 1 例。其输卵管治愈率为 42.50%, 有效率为 66.25%, 术后妊娠率为 33.33%, 异位妊娠率为 8.33%。两组比较, 治疗组治愈率、有效率及妊娠率明显高于对照组, 异位妊娠率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

我院采用的中药煎剂保留灌肠既简便易行, 又无副作用, 容易被患者接受并长期治疗。方中金银花、连翘、红藤、败酱草、鸡血藤、蒲公英、薏苡仁、牡丹皮清热解毒利湿, 活血化瘀消癥, 加白花蛇舌草、丝瓜络荡涤络路壅滞瘀结, 达邪排毒; 制乳香、制没药、三棱、莪术、桃仁可破血中之气滞, 通气分之血瘀, 消症散结, 延胡索、赤芍、理气止痛, 畅通胞脉, 取其疏化畅达之力, 夏枯草具有开郁散结之功与和连翘合用, 能有效防止术后粘连, 诸药合用共奏清热解毒、活血化瘀、软坚散结之效。现代药研究证明, 用活血化瘀中药能改善盆腔局部血液循环和组织营养, 调节合成代谢, 吸收炎症病灶, 有利于输卵管粘连的松解, 促进管腔粘膜的修复与再生, 提高输卵管运送卵子和精子的功能, 并能改善受精环境^[2]。

参考文献

- [1] 顾美皎. 临床妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 262.
[2] 徐仙, 张莉, 张翠霞. 中医综合治疗输卵管梗阻 39 例[J]. 陕西中医, 1999, 20(5): 201.

补精丸联合强的松及抗生素治疗
男性免疫性不育症 46 例

齐 凤

(江苏省徐州市中医院男科, 221000)

据统计, 男性不育症患者中大约 8%~10% 与免疫因素有关^[1], 目前大多以强的松治疗作为标准方法。笔者采用补精丸联合强的松及抗生素对男性免疫性不育症患者进行治疗, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例为我院门诊就诊的精液抗精子抗体阳性患者 92 例。其中 22~34 岁 78 例; 病程 1~10 年, 平均 2.2 年; 35~45 岁 14 例; 病程 1~8 年, 平均 2.3 年。随机分为补精丸治疗组和强的松对照组各 46 例。两组在病程、年龄、职业、吸烟史、饮酒史、家族史等方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 入选标准

①夫妻同居 1 年以上, 性生活正常, 有意妊娠而未孕, 或不明原因流产, 检查配偶正常而不育的男性病例; ②年龄在 22~45 岁; ③精浆中抗精子抗体阳性; ④精子密度 $> 10 \times 10^6 / \text{ml}$, 检测存在液化异常、密度降低、死精、少精、弱精、精子畸形率过高。

1.3 排除标准

①配偶有严重的妇科病且不能排除对生育的影响; ②精子密度 $< 10 \times 10^6 / \text{ml}$; ③同时患有其他严重影响生育的疾病; ④年龄超过 45 岁; ⑤规律的性生活少于 12 个月; ⑥曾用强的松低剂量治疗无效及不适宜强的松治疗; ⑦对本药物成分过敏。

2 治疗方法

患者随机进入补精丸治疗组和强的松对照组, 比例为 1:1, 所有试验均征得本人或家属同意, 试验前两周停用一切药物, 随后进行 1 个月的治疗。

治疗组口服补精丸[补精丸方药组成: 熟地黄 20g, 山药 20g, 生黄芪 20g, 淫羊藿 15g, (制) 何首乌 15g, (制) 黄精 15g, 紫河车 15g, 续断 15g, 山茱萸 15g, 五味子(蒸) 10g, 枸杞子 15g, 楮实子 15g, 牛膝 15g 等], 每次 6g, 每日 2 次, 强的松每次 5mg, 每日 2 次, 左氧氟沙星每次 0.2g, 每日 2 次, 服药 1 个月。对照组口服强的松和左氧氟沙星, 方法同治疗组。疗程结束作指标检测。同时规定, 患者每 2 周复诊 1 次, 并记录安全性。观察期间所有受试者均不得使用其他对试验产生影响的药物或治疗方法。

3 疗效观察

3.1 两组抗体转阴情况比较

治疗组治疗前抗精子抗体阳性者 46 例, 治疗后 4 例, 总有效率为 91.30%; 对照组治疗前阳性者 46 例, 治疗后 11 例, 总有效率为 76.09%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 两组治疗后妊娠情况比较

经 3 个月随访, 治疗组 46 例, 妊娠 37 例, 总有效率为 80.43%; 对照组 46 例, 妊娠 32 例, 总有效率为 69.57%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 两组疗效分析

22~34 岁年龄段抗体转阴率治疗组显著高于对照组 ($P < 0.05$)。两组对血清阳性患者的转阴率无差异, 但在治疗精浆阳性和血清、精浆均阳性患者方面, 治疗组比对照组效果更佳 ($P < 0.05$)。对于高龄及病程超过 8 年的患者临床治疗难度较大, 两组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.4 治疗组精子计数及精浆抗体滴度与治愈例数关系

按精子计数 $\geq 20 \times 10^6 / \text{ml}$ 和精子计数 $< 20 \times 10^6 / \text{ml}$ 分组, 分析血清和精浆中抗精子抗体滴度对治疗的影响, 从而说明精子计数与抗精子抗体滴度在本病中的重要程度。经过直接计算概率法分析显示, 精子计数 $\geq 20 \times 10^6 / \text{ml}$, 无论血清抗体滴度如何, 只要精浆抗体滴度不高 ($< 1:200$), 其妊娠率仍高于精子计数 $< 20 \times 10^6 / \text{ml}$ 组 ($P < 0.05$)。

3.5 安全性评估

92 例受试者中, 服药后发生不良事件治疗组 3 例 (6.52%), 对照组 2 例 (4.35%)。常见的不良反应是面部潮红、头痛、口干及消化道不适, 不良反应都为轻度和短暂的, 且不需任何处理即可恢复。

4 讨论

中医学认为, 免疫性不育症与肾虚有关, 一般采用补肾填

精的办法,两种方法都有调节机体免疫机能抑制抗体产生的作用。补精丸以熟地黄、山药、黄芪为君药,有培补肾阴、益精血、补益气血、活血行滞的作用,山药又能补脾气,补脾阴,有培补先后天之本的作用。枸杞子、淫羊藿、制何首乌、制黄精、紫河车、续断、山茱萸、五味子、楮实子、牛膝补肾填精与君药相伍,取其壮腰膝、益元气、补虚劳的作用,其牛膝还有活血,引药下行的作用。五味子还有与人参相似的适应原样作用和提高酶的活性,枸杞子中的枸杞子多糖对某些异常毒物诱发的遗传损伤具有某些保护作用,熟地黄对单独使用激素时出现的垂体-肾上腺皮质轴失衡有预防作用,续断有抗维生素 E 缺乏症的作用。临床研究证明,补精丸与强的松及抗生素的联合应用,提高了男性免疫性不育症的抗体转阴率和 3 个月后随访女性的妊娠率,避免了长期使用激素及抗生素对人体产生的副作用。

参考文献

[1]王琦. 王琦男科学[M]. 郑州:河南科学技术出版社,1997: 384.

中药内服配合西药皮损内注射
治疗囊肿型痤疮 40 例

周 勇

(江西省鹰潭市中医院, 335000)

痤疮是临床上常见的一种皮肤病,好发于青少年。其中囊肿性痤疮是较严重的类型,皮损以囊肿为主,以颜面部好发,易形成瘢痕,破坏美观,影响患者生活质量,甚至引发不同程度的心理和社会问题。虽然其治疗方法较多,但效果均不理想。笔者采用中药内服配合皮损内注射治疗囊肿型痤疮,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

所有病例均来自 2009 年 1~12 月在我院治疗的门诊病例,均符合《临床皮肤病学》囊肿型痤疮诊断标准。中医参照《中医外科学》分型标准,症见:皮疹结成囊肿,或伴有纳呆,便溏,舌淡胖,苔薄,脉滑。

1.2 一般资料

将确诊的 80 例患者随机分为两组,治疗组 40 例,男 18 例,女 22 例;年龄 14~32 岁,平均 24.6 岁;病程 4 个月~3 年。对照组 40 例,男 19 例,女 21 例;年龄 15~32 岁,平均 25.1 岁;病程 3 个月~4 年。两组性别、年龄、病程等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组在对照组的基础上加用自拟中药方消痰汤,基本方为:法半夏 15g,陈皮、茯苓、瓜蒌、桃仁、红花、枇杷叶、桑白皮、川贝母、夏枯草、山楂、白花蛇舌草各 10g,生甘草 6g;重者加穿山甲 10g,皂角刺 15g;皮脂分泌旺盛者加薏苡仁 10g,冬瓜皮 10g,口干口苦者加黄连 10g,金银花 10g,生大黄 10g;对直径大于 1cm 的皮损给予盐酸林可霉素加利多卡因行皮损内注射。治疗前局部消毒,用粉刺针尽量挤净囊肿内的粉刺和脓液。根据囊肿大小选择 1ml 或 2.5ml 注射器,先用注射器抽取生理盐水刺破囊肿,采用边注射边抽式灌洗,反复多次,直至回抽液清亮或无脓液为止,再用盐酸林可霉素注射液加利多卡因,按 2:1

的比例配制后行囊肿内注射,以囊肿壁皮肤发白为宜,每周 2 次。对照组口服三蕊胶囊(重庆华邦制药有限公司生产,渝卫药准字:1997-002189),每次 50mg,每日 3 次。两组均以 4 周为 1 个疗程,两个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]拟定疗效判定标准。痊愈:皮损全部消退,无新疹出现,仅遗留色素沉着;显效:皮损消退 70% 以上,新出皮疹少于 5 个;有效:皮损消退 30%~69%,新出皮疹少于 10 个但多于或等于 5 个;无效:皮损消退 29% 以下或病情无明显变化甚至加重。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 40 例,痊愈 14 例,显效 19 例,有效 3 例,无效 4 例,治愈率为 35%,愈显率为 82.5%。对照组 40 例,痊愈 6 例,显效 12 例,有效 9 例,无效 13 例,治愈率为 15%,愈显率为 45%,两者疗效相比差异有统计学意义,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

囊肿性痤疮是一种多发生于面部的皮肤病,好发于青春 期,治疗有一定的难度,反复发作容易形成瘢痕,给患者的身心健康带来一定的不良影响。囊肿型痤疮属于重度痤疮,发病因素很多,目前认为,内分泌因素、毛囊皮脂腺导管角化异常、毛囊内微生物感染是发病的主要因素^[2]。虽然治疗痤疮的药物较多,但对囊肿型痤疮疗效并不满意。中医认为,本病发病的关键是在于发育之期,火气炽盛,加之饮食失节,外感风热,肺热、肝热、痰湿郁于肌肤,蕴蒸肌肤而发。我们通过临床观察发现,囊肿型痤疮多发于青少年阳气旺盛之期,患者多属于阳热有余之体,本身气血偏旺,加之现代物质生活丰富,过食辛辣油腻之品,致使聚湿生痰,痰热互结,使局部气血郁滞,即可影响脏腑功能,脾为生痰之源,肺为贮痰之器,脾主肌肉,肺主皮毛,肺脾蕴痰化热不解,熏蒸颜面等处肌肤,使毛窍壅闭,皮脂排泄不畅发为本病,痰热阻滞气血运行不畅,日久成瘀,痰瘀互结,使囊肿更甚,加重了治疗的难度,同时我们发现,多数患者均有纳呆、便秘溲赤、面部油腻、舌苔黄腻或白腻等表现,据此从痰、瘀入手,采用化痰散结法治疗囊肿型痤疮,方中制半夏燥湿化痰为君药,瓜蒌清肺化痰,陈皮健脾化痰,茯苓健脾渗湿,协助君药起到理气健脾,燥湿化痰的功效,桃仁、红花活血化痰,枇杷叶、桑白皮清泄肺热,上药共为臣药。川贝母清宣肺气,夏枯草清肝火,散郁结,山楂行气散瘀,白花蛇舌草清热解毒。上药共为佐药,加强君臣药的功效。生甘草调和诸药。全方共奏理气化痰,消瘀散结的功效。盐酸林可霉素为广谱抗生素,能抑制细菌蛋白质的合成,对大多数革兰阳性菌和某些厌氧的革兰阴性菌有抗菌作用,能有效杀灭痤疮丙酸杆菌,配合利多卡因可显著减轻注射时给患者带来的不适感,同时服用中药,能达到满意的疗效。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第 3 辑. 北京:人民卫生出版社,1997:89-90.
[2]王引珠. 三蕊胶囊治疗囊肿型痤疮 30 例临床观察[J]. 现代医药卫生,2006,22(3):451.

[编辑:黄健]