

2 治疗方法

所有病例均不宜行全身化疗,或患者本人、家属拒绝全身化疗,自愿接受本方案治疗。

①中药治疗方法:加味十枣汤组成及用法:大枣20枚,甘遂0.5~1g(<60岁1g,≥60岁用0.5g),大戟0.5g,芫花0.5g,炙黄芪30g,生晒参12g。药物共煎30min,煎取约100ml,于每日早饭后口服,连续用药7天。同时嘱患者服食米粥,每日数次。②胸腔局部治疗:首先与患者本人或家属签署相关知情同意书。用B超或彩超探测胸水,胸水深度应≥4cm,初次抽取胸水量<800ml,胸腔留置管,然后注入卡铂300mg、白细胞介素2(IL-2)200万单位、速尿40mg、地塞米松10mg。第8天再抽胸水1次,抽净或抽至患者不适为止,用药同第一次(若无胸水,则直接注药)。共用药两次。患者出现消化道反应时可对症处理。治疗组采用中药加胸腔局部治疗,对照组只做胸腔局部治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效评价标准

根据WHO肿瘤药物疗效评定标准拟定。完全缓解(CR):胸水完全消失,持续4周以上;部分缓解(PR):胸水较原来减少≥50%,持续4周以上;稳定(NC):胸水较原来减少<50%,持续4周以上;恶化(PD):胸水无变化或增加。

生活质量根据Karnofsky评分法进行评定,若治疗前和治疗后1个月相比积分增加≥10分者为提高;增加或减少<10分者为稳定;减少≥10分为降低。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组33例,CR 15例,PR 13例,NC 5例,PD 0例,总有效率84.8%;对照组30例,分别为7例、11例、11例、1例、60%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组Karnofsky生活质量评分比较

治疗组33例,Karnofsky生活质量评分提高25例,稳定7例,降低1例,显效率75.8%;对照组30例,分别为14例、10例、6例、46.7%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组副作用发生情况比较

消化道反应:治疗组9例,对照组8例,均在Ⅱ度以下,经对症处理很快缓解。两组均未见到明显肝肾功能损害及电解质异常,未见发热等不良反应。

4 讨论

癌性胸腔积液为临床难治性并发症,以十枣汤治疗者报道较少,但用之得当可获良效^[1-2]。以肺癌为主的恶性肿瘤常常合并胸腔积液,多为肿瘤胸膜转移所致。治疗此种胸水顽固棘手,疗效多不理想,临床多采用中西医结合、局部结合全身、药物治疗结合物理治疗等方法。实验证明,芫花甲醇提取物及其各组分均可明显抑制由TPA诱发的小鼠耳廓肿胀作用,即减轻组织水肿作用;十枣汤则可以抑制由氧化偶氮甲烷(AOM)诱发的大肠异常隐窝灶(ACF),促进水分在大肠内的排泄。我们根据多年用药体会,以十枣汤为主,充分发挥其攻下胸胁水饮之功,辅以黄芪、生晒参以加强补益脾肺之气,既促进体内异常水湿外排,又防止十枣汤攻逐太过。煎汤口服,有利于药物迅速、充分吸收;服药后饮粥,防止药物伐胃太过。经过联合胸腔内给药,较单纯腔内给药疗效明显提高。

参考文献 (C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

[1]马俊.十枣汤辨证治疗胸腔积液38例[J].中国中医急症,2007,16(8):1002-1003.

[2]王国朝,程英申,樊如心.十枣汤为主治疗癌性胸水11例[J].中国中医急症,2004,13(9):604.

腹腔镜手术联合中药保留灌肠及理疗 治疗输卵管伞部阻塞48例

郑瑞芹 刘晓芹 张建英

(山东省桓台县妇幼保健院,256400)

不孕症是妇科常见病,其中输卵管阻塞性不孕约占30%~50%^[1]。近年来我院采用腹腔镜手术联合中药保留灌肠合并理疗治疗输卵管伞部阻塞,现报告如下。

1 临床资料

2004年6月~2009年6月经本院或外院子宫输卵管造影(HSG)证实为双侧输卵管伞端完全性阻塞积水者88例,经全面检查已排除子宫、内分泌、免疫及男方可致不孕的因素。随机分为两组,治疗组48例,平均年龄(30.2±4.5)岁;原发性不孕11例,继发性不孕37例;平均不孕年限(5.9±3.5)年。对照组40例,平均年龄(29.7±5.1)岁;原发性不孕8例,继发性不孕32例;平均不孕年限(5.5±3.9)年。两组患者年龄、病程、不孕年限等差异均无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

患者于月经干净3~7天,且经全面查体能够耐受手术,全麻下经腹腔镜行双侧输卵管伞端造口成形术及盆腔粘连松解术,然后用子宫造影管经宫颈管向宫腔内注入加有美兰的甲硝唑液,如在腹腔镜下见蓝色液体经双侧输卵管伞端顺利流入腹腔,视为手术成功。术毕用生理盐水常规冲洗盆腔,并涂透明质酸钠凝胶防粘连,术后常规应用抗生素治疗5~7天。治疗组于术后2天开始行中药保留灌肠并微波治疗。中药采用自拟银翘红酱解毒汤加减,方剂组成:金银花30g,连翘15g,红藤30g,败酱草30g,牡丹皮15g,赤芍18g,桃仁15g,薏苡仁30g,延胡索15g,制乳香15g,制没药15g,夏枯草30g,三棱18g,莪术18g,鸡血藤30g,蒲公英30g,白花蛇舌草30g,丝瓜络30g,甘草6g。每日1剂,水煎300ml,保留灌肠,连用18天为1个疗程。灌肠方法:将药液加温至40℃左右,装入无菌的500ml输液瓶内,插输液器,高位挂起,将静脉输液器剪去针头端,套入16号单腔导尿管,排空空气,将导尿管前段涂石蜡油润滑,嘱患者取左侧卧位,将导尿管轻缓的插入患者直肠内约10~15cm,缓慢将药液滴入患者直肠内,约30min滴完,嘱患者至少保留8h以上。微波理疗采用天津市兰德医疗器械有限公司生产的LD-W-99型微波治疗仪,频率为915MHz。使用时将其圆形辐射器置于患者小腹上方正中,距离小腹小于1cm,功率设定在25~35W之间,以患者感到温热舒适为宜,每次45min,每日1次,18天为1个疗程。对照组术后不采取任何治疗。所有患者均于术后次月月经干净3~7天,禁止性生活,行碘油子宫输卵管造影复查,并于复查后对所有治疗有效的患者随访6个月,观察其妊娠率及异位妊娠率。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准

治愈:HSG复查显示造影剂经输卵管伞端顺利流入腹腔,24h后复查,见输卵管内无造影剂残留;有效:HSG时见少量造影剂经输卵管伞端流入腹腔,24h后复查见输卵管伞端或其周围仍有少量造影剂残留;无效:HSG复查见造影剂未能经输卵管伞端流入腹腔,24h后复查见造影剂完全残留在输卵管伞端。

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。现代药理研究证明, 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