

20ml,地塞米松 5mg,α糜蛋白酶 4000U,庆大霉素 8 万 U,保留 30min,3 个月经周期为 1 个疗程。同时配合微波治疗,每日 1 次,每次 40min,10d 为 1 个疗程。

2.2 治疗组

采用 X 线介入输卵管再通术配合中药治疗。患者于月经干净后 3~7d,碘过敏试验(-),排除手术禁忌症,检查凝血时间、免疫 8 项,并签署知情同意书。术前肌肉注射阿托品 0.5mg。取膀胱截石位,常规消毒铺巾置窥阴器,在 X 线电视监视下,将造影导管置入宫腔,造影剂显示子宫形态及宫角部,导管顶端气囊中注入 2ml 空气使导管固定,置入 5.5F 导管,并插入 0.035 导丝,将导管置于输卵管开口处,缓缓进入导丝,应用导丝的扩张分离作用使输卵管扩通至壶腹部,反复 2~3 次,使粘连充分分离,拔除导丝,通过导管造影,输卵管显示造影剂弥散,证实输卵管已通,缓慢注入复合液(庆大霉素 8 万 U、地塞米松 5mg、利多卡因 2ml、α糜蛋白酶 4000U)。术后按中医辨证组方。①气滞血瘀型:治以行气活血,化瘀通络。可用理气祛瘀峻峻煎,药用:三棱、莪术、赤芍、土鳖虫、丹参、当归、香附、穿山甲、柴胡、路路通、郁金、延胡索。②寒凝瘀滞型:可用温经祛瘀峻峻煎,药用:附子、桂枝、小茴香、紫石英、三棱、莪术、赤芍、土鳖虫、香附、路路通、丹参、淫羊藿、肉苁蓉、穿山甲、锁阳。③湿热瘀滞型:治以清热解毒,活血化瘀。药用:黄连、牡丹皮、桃仁、红花、香附、莪术、延胡索、生地黄、白芍、薏苡仁、败酱草、土茯苓等。④气虚血瘀型:治以补气活血,化瘀通络。药用:党参、黄芪、川芎、赤芍、陈皮、当归、桃仁、路路通、鸡血藤、穿山甲、山药、三棱、莪术、丹参、香附、赤芍、菟丝子。水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。连服 14 剂为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照中华人民共和国卫生部制订的《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。治愈:1 年内妊娠者;有效:1 年内子宫输卵管造影或宫腔镜检查示双侧输卵管通畅而未妊娠者;无效:1 年内未妊娠,子宫输卵管造影或宫腔镜检查不通者。

3.2 治疗结果

治疗组 68 例,治愈 37 例,有效 28 例,无效 3 例,总有效率 95.59%;对照组 22 例,治愈 6 例,有效 7 例,无效 9 例,总有效率 59.09%。两组总有效率比较,治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。

4 讨论

中医学认为,输卵管阻塞性不孕多由气滞血瘀、寒凝瘀滞、气虚血瘀和湿热瘀滞引起的冲任二脉闭涩、胞脉不畅、瘀阻脉络、精卵不能交融而形成,主要病因为瘀。其治疗的关键是活血化瘀、疏通经脉。笔者在 X 线介入基础上,根据中医分型予以破瘀通络、清解软坚之剂,可使瘀血化、脉络通。标本兼治,攻补兼施,有效提高了治疗效果。

参考文献

- [1]刘敏如,谭万信. 中医妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:748.
- [2]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M]. 1993:276-279.

包膜药饼穴位热敷治疗盆腔炎性疾病后遗症 30 例

陈利芳 蔡明华

(浙江中医药大学附属第三医院针灸科,310012)

包膜药饼穴位热敷疗法取隔药饼灸之意,以温经散寒、活血通络之中药经特殊工艺制作成药饼,包以透气膜,放置于盆腔附近腧穴热敷。近年来,我们用包膜药饼穴位热敷法治疗盆腔炎性疾病后遗症患者 30 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有病例均为 2007~2009 年就诊于本科门诊的患者,全部诊断为盆腔炎性疾病后遗症,共计 60 例,按就诊顺序随机分为试验组和对照组各 30 例,年龄 20~50 岁,平均 35.2 岁;平均病程 2.5 年。两组患者的年龄、病情及病程差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及纳入标准

符合盆腔炎性疾病后遗症的西医诊断标准^[1];符合盆腔炎性疾病后遗症气滞血瘀型和寒湿凝滞型的中医辨证标准^[2];受试者年龄范围为 20~50 岁;签署知情同意书者。

2 治疗方法

2.1 试验组

2.1.1 包膜药饼的制作 取当归、延胡索、乌药、肉桂、制附子、细辛、公丁香等药物高温灭菌 30min,用酵母菌悬液将冷却后的药物混匀,置于 25~28℃ 密闭容器中发酵,72h 后冷却,低温(4℃)保存。用前以沸水浴蒸 30min,冷却后制作成直径为 2cm、厚 0.5cm(用于下腹部气海、关元穴)及长 15cm、宽 8cm 的(用于腰骶部八髎穴)的药饼。用封口机将无纺布热封成薄膜透气袋,将药饼装入透气膜袋封口,4℃ 保存。

2.1.2 取穴 下腹部气海穴、关元穴,腰骶部八髎穴。

2.1.3 操作 将包膜药饼放置于上述穴位上,以医用胶布固定,覆一层毛巾使热量分布均匀避免烫伤。在毛巾上放置一热水袋,温度以感觉舒适为度。首次治疗在医院门诊进行,告知患者相关穴位的定位方法,后由患者带回包膜药饼自行热敷,每次热敷 1h,隔日 1 次,连续治疗 30d 后评价临床疗效。

2.2 对照组

用相同的药物制作相同大小的药饼,直接贴敷于相同穴位,用医用胶布固定,每次贴敷 8h,隔日 1 次,下腹部腧穴和腰骶部腧穴交替进行贴敷。连续治疗 30d 后评价临床疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

①综合疗效评定标准:痊愈:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症消失,妇科检查及理化检查正常,证候、体征积分减少 $\geq 95\%$,停药 1 个月内未复发。显效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症消失或明显减轻,妇科检查及理化检查明显改善,证候、体征积分减少 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$ 。有效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症减轻,妇科检查及理化检查有改善,证候、体征积分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$ 。无效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等无减轻

或有加重,妇科检查及理化检查较治疗前无改善或加重,证候、体征积分减少 $<30\%$ 。②证候疗效评定标准:参考《中药新药临床研究指导原则》^[2],根据主症和次症的轻、中、重程度分别设定不同分值,最后相加得出总的证候积分。

3.2 两组综合疗效比较

试验组 30 例,痊愈 3 例,显效 7 例,有效 20 例,无效 0 例,显愈率为 33.3%,总有效率为 100%;对照组 30 例,分别为 0 例、3 例、19 例、8 例、10%、73.3%。两组比较,试验组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后证候积分比较

试验组 30 例,治疗前后证候积分分别为 (18.47 ± 0.27) 分、 (7.10 ± 0.26) 分;对照组 30 例,治疗前后证候积分分别为 (17.57 ± 0.28) 分、 (9.90 ± 0.37) 分。两组治疗后积分较治疗前均有明显改善($P<0.01$),治疗后组间比较,试验组疗效为优($P<0.05$)。

4 讨论

本研究取隔药饼灸之意,以温经散寒、活血通络之中药,经特殊工艺制作成药饼,包以透气膜,放置于相关穴位上加以热敷,简化了操作程序。透气膜包裹药饼既不影响药效发挥,又可避免药物与皮肤直接接触,而且方便携带;热敷法既可达到温热刺激,又可避免艾火烫伤和艾烟污染空气,患者可以自行实施。取穴以下腹部的气海、关元温补下元,以骶部八髎穴行气活血、散寒祛瘀、通经止痛。药饼通过温热刺激,借助经络腧穴的循经传导作用,可以使药效直达病所,发挥疗效。

参考文献

- [1]乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2000:11,198.
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:5,248.

超声监测中西医结合治疗
未破裂型异位妊娠 30 例

喻林

(湖北民族学院附属医院功能科,445000)

异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一。不及时诊断和积极抢救,可危及生命。对异位妊娠的早发现、早诊断、早治疗是妇产科临床的重要工作。近年来,随着超声诊断技术的提高,绒毛膜促性腺激素 β 亚基(β HCG)测定方法的普遍采用,异位妊娠早期诊断率明显提高,保守治疗未破裂型异位妊娠日益受到重视,现将我院近两年来应用中西医结合治疗未破裂型异位妊娠 60 例报告如下。

1 临床资料

2008 年 1 月~2009 年 12 月我院收治确诊未破裂型异位妊娠 60 例,分 2 组,每组 30 例。A 组年龄 21~37 岁,平均 29 岁;停经 32~54 天,平均 44 天;尿 HCG 阳性 27 例,弱阳性 3 例。B 组年龄 20~38 岁,平均 26 岁;停经 31~55 天,平均 45 天;尿 HCG 阳性 25 例,弱阳性 5 例。两组资料具有可比性($P>0.05$)。60 例经阴道彩超检查均可见附件区包块,包块直径 3~4cm,52 例包块有环状血流信号,8 例包块呈点状血流信号。部分患者盆腔有少量积液。用药前 β HCG 2000~3000IU/L^[1]。

外周血白细胞 $>4\times10^9/L$,血小板 $>100\times10^9/L$,肝肾功能正常。

2 治疗方法

患者入院后常规检查,无禁忌症者可用药。A 组:每次用米非司酮 50mg,每日 2 次口服,连服 3d;同时用甲氨喋呤(MTX) 50mg/m²,一次性静脉注射。B 组:在 A 组用药的基础上,加服中药制剂。处方:丹参 20g,赤芍 15g,桃仁 10g,莪术 15g,鬼白 6g,野葡萄藤 10g,牛膝 15g,紫草根 10g,泽兰 15g。用法:每日 1 剂,水煎至 200ml,分 2 次口服,7d 为 1 个疗程,连续服 2~3 个疗程后统计疗效。

观察指标:治疗期间密切观察生命体征、腹痛及阴道流血情况。每 3 天复查血 β HCG、血常规,每周复查盆腔超声检查及肝、肾功能。

3 疗效观察

3.1 疗效评价标准

患者治疗后症状消失,盆腔包块缩小,阴道流血停止,无内出血发生,血 β HCG 降至正常者为治愈。治疗后包块增大,血 β HCG 持续上升,或发生内出血症状者为治疗失败。如用药 5 周后血 β HCG 仍高于正常值,可以考虑为异位妊娠持续状态或与妊娠有关的其他疾病的诊断^[2]。后二者情况均可视为治疗失败。

3.2 两组临床疗效比较

A 组 30 例中,治愈 23 例,失败 7 例,总有效率为 76.7%;B 组 30 例中,治愈 28 例,失败 2 例,总有效率为 93.3%。两组差异均有统计学意义($P<0.05$)。B 组治愈率高于 A 组,失败率低于 A 组。

3.3 两组治疗前后各项指标比较

结果表明,两组患者停经时间、治疗前血 β HCG 水平、治疗前盆腔包块大小的差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗 1 周后盆腔包块的大小,治疗 1 周后血 β HCG 下降率、包块吸收消失时间差异均有统计学意义($P<0.05$)。B 组治疗效果优于 A 组($P<0.05$)。

4 讨论

受精卵在子宫腔以外的器官或组织中着床发育称为异位妊娠,患者一旦发生破裂大出血,即可危及生命。早期正确的诊断、选择适当的治疗方法是降低死亡率及并发症发生率的关键。研究表明,异位妊娠的药物治疗效果与血 β HCG 浓度有着密切关系。

近年来,药物治疗异位妊娠有很大进展,最常用的药物是 MTX 和米非司酮。MTX 的药理作用是抑制二氢叶酸还原酶、干扰二氢叶酸还原为四氢叶酸,使 DNA 合成受阻。MTX 治疗异位妊娠的作用主要表现在抑制细胞型滋养细胞的增殖,进而影响中间型及合体型滋养细胞的形成,导致胚胎死亡。米非司酮是受体水平孕激素拮抗剂,可以竞争性抑制蜕膜组织中的孕酮受体,从而产生较强的孕酮作用,使妊娠绒毛组织及蜕膜变性,内源性前列腺素释放,使黄体生成素下降,黄体溶解,从而使依赖黄体发育的囊胚坏死,导致流产。MTX 单一用药效果并不令人满意,而且有明显的不良反应,如胃肠道反应、口腔溃疡、肝功能损害等,不宜推广。而米非司酮具有强烈的抗孕激素活性,使蜕膜、绒毛组织变性、黄体溶解、胚囊坏死,但不促进局