

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

部炎症吸收。二者协同作用虽然可加速绒毛、胚囊坏死,达到较好的治疗效果,但只对病灶小、血 β HCG 水平低、发病时间较早的病例效果好,远不能满足临床需要。基于此,我们加用中药制剂进行治疗,利用丹参、莪术、桃仁能改善微循环,增加血管通透性,促进新陈代谢,促使包块吸收;鬼臼、野葡萄藤能使胎盘绒毛膜滋养细胞变性坏死;紫草根有对抗垂体促性腺激素及绒毛膜促性腺激素的作用,有效率明显提高。研究结果表明,米非司酮与 MTX 加中药治疗后,血 β HCG 下降率、包块吸收消失时间明显缩短($P < 0.05$)。从治愈的效果看,联合用药加中药治疗效果能达到 93%,与国外的 96.7% 相仿。而仅用 MTX 加米非司酮治疗的治愈率仅为 77%。

非手术治疗异位妊娠的过程,利用超声直观无创伤、可重复性强的特点对异位妊娠的附件包块进行追踪观察,我们发现,未破型异位妊娠大都在子宫一侧探及到完整环状均匀的中等回声,大小一般约 2~3cm,边界清,其中央部为大小不等圆形无回声,透声良好,部分可在无回声内见到卵黄囊及微弱的原始心管搏动。部分陶氏腔内可见液性暗区。CDFI:包块周边为环状血流信号,呈滋养层动脉频谱。米非司酮与 MTX 联用加中药治疗后,1 周超声复查,环状血流信号很快消失,仅为点线状血流信号,包块有所缩小。2 周超声复查,大多数包块的血流信号消失,包块缩小明显。超声检查结合 CDFI 改变为临床治疗异位妊娠提供客观的数据,以指导临床的用药及疗效观察,是一种简便、易行的检测方法。

参考文献

- [1]王大琬,丛克家. 妇产科疾病治疗学[M]. 17 版,天津:天津科学技术出版社,2000:431.
[2]于秀丽. 米非司酮联合甲氨喋呤治疗输卵管妊娠 101 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2007,(5):390.

益气清利化瘀方内服配合中药穴位敷贴治疗慢性肾功能衰竭 30 例

周庆华¹ 鲍玉芳¹ 朱爱国¹ 任云成²

(1. 上海市浦东新区人民医院,201200;
2. 上海市浦东新区中医医院)

慢性肾功能衰竭(CRF)是慢性肾脏疾病的终末期,严重危害患者的健康和生命。我科 2008 年 7 月~2009 年 12 月以益气清利化瘀方内服、化浊方涌泉穴位敷贴采用内病外治等综合方法,联合西医一体化疗法,多途径治疗 CRF,取得较好的临床疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

60 例患者均为上海市浦东新区人民医院及上海中医药大学附属曙光医院、上海中医药大学附属龙华医院门诊和住院病例,随机分为治疗组 30 例,对照组 30 例。治疗组中,男 17 例,女 13 例;年龄 21~79 岁,平均 44.8 岁;病程 6 个月~5 年,平均 4.7 年;原发病为慢性肾小球肾炎 18 例,慢性肾盂肾炎 7 例,糖尿病 4 例,高血压病 2 例,多囊肾 1 例,紫癜性肾炎 1 例。对照组中,男 18 例,女 12 例;年龄 24~80 岁,平均 48.07 岁;病

程 4 个月~6 年,平均 4.5 年;原发病为慢性肾小球肾炎 14 例,慢性肾盂肾炎 9 例,糖尿病 3 例,高血压病 3 例,痛风性肾病 1 例。两组性别、年龄、病程等临床资料无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准

有慢性肾炎或其他肾病病史,血肌酐(SCr)轻度增高($115 \sim 265 \mu\text{mol/L}$),或根据 2~3 期肾功能损害的分级标准:肾小球滤过率(GFR) $30 \sim 89 \text{ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{m}^{-2}$ 。

1.3 中医辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]有关慢性肾功能衰竭临床分型标准,进行中医辨证分型。本虚证为脾肾气虚、脾肾阳虚;标实证分为湿浊、湿热、瘀血。

2 治疗方法

对照组:包括纠正高钾血症用降钾树脂;纠正代谢性酸中毒用碳酸氢钠;纠正低钙及高磷血症用罗钙全等;纠正肾性贫血用促红细胞生成素;纠正肾性高血压用血管紧张素转换酶或受体抑制剂治疗,如蒙诺、科索亚等;调血脂用力平之等;抗感染;抗凝;降低蛋白尿等;原发病治疗(如糖尿病、活动性肾炎、肾盂肾炎等),祛除可逆的加剧因素;现代营养治疗:蛋白质及必需氨基酸的供给,优质低蛋白饮食,一般为 $0.5 \sim 0.6 \text{g/kg}$,适量的糖类、脂肪,以保证每日食物中足够的热量,低磷饮食。患者适当给予维生素与微量元素。全身浮肿时,钠量应限制在每日 3g 左右。

治疗组在对照组治疗的基础上,加用益气清利化瘀方内服,组成:生黄芪 40g,党参 30g,鱼腥草 18g,连翘 18g,白花蛇舌草 30g,益母草 18g,川芎 12g,牡丹皮 12g,茯苓 18g。每日 1 剂,水煎 2 次,分别取汁 150ml,两煎合并,分 2 次服,疗程 60d。涌泉穴化浊方穴位敷贴:生大黄 6g,红花 3g,冰片 1g 研粉醋调,用胶布固定,每晚 1 次。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]中的有关疗效判定标准。

综合疗效评定:显效:临床症状积分减少 $\geq 60\%$,肾小球滤过率(GFR)增加 $\geq 20\%$;SCr 降低 $\geq 20\%$ 。有效:临床症状积分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 60\%$,GFR 增加 $\geq 10\%$ 但 $< 20\%$,SCr 降低 $\geq 10\%$ 但 $< 20\%$ 。稳定:临床症状有所改善,积分减少 $< 30\%$;GFR 无降低,或增加 $< 10\%$;SCr 增加,或降低 $< 10\%$ 。无效:①临床症状无所改善或加重;②GFR 降低;③SCr 增加。以上各项均①项必备,②、③具备 1 项,即可判定。

3.2 两组症状积分比较

治疗后,治疗组脾肾气虚(27 例)、脾肾阳虚型(3 例)的症状积分均明显降低($P < 0.01$),对照组分别为 26 例、4 例,降低不明显($P > 0.05$)。

3.3 两组症状改善起效时间比较

治疗组症状改善起效时间平均为 8.3d,对照组为 27.6d,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.4 两组治疗前后 SCr、血清胱抑素 C(CysC)、GFR 比较

治疗组、对照组治疗后 SCr、CysC 均明显下降($P < 0.05$),