

组治疗 8 周后, 治疗组的 SSR 潜伏期明显改善, 且与对照组比较有显著差异 ($P=0.013$)。补阳还五汤加減能显著地改善 DAN 患者上下肢的 SSR 潜伏期, 使其潜伏期缩短, 且上肢较下肢更明显好转, 与对照组对比差异有统计学意义 (上肢对比 $P=0.001$, 下肢对比 $P=0.013$)。补阳还五汤加減可不同程度地减轻患者的肢体麻木、疼痛及发凉等临床症状, 减轻 DAN 之发作性晕厥、眩晕、心悸、多汗等临床症状。

3 讨论

对糖尿病患者早期检测外周器官自主神经功能状态以 SSR 检测的阳性率最高, 能发现无临床症状及体征的亚临床病变, 由于 SSR 检测具有简单、快速、重复性好的特点, 与患者的配合程度关系不大, 而心脏自主神经功能检测等大多数自主神经系统功能评定方法与患者的配合程度关系密切, 相对较为复杂昂贵, 少有临床实用价值。SSR 检测可以作为早期是否存在糖尿病自主神经功能损害的常规筛选检查, 也为临床动态检测糖尿病自主神经功能状态及观察药物疗效提供一项重要的检测工具。而对于这种高发的糖尿病患者的周围神经病变的早期诊断、早期治疗, 无疑是延长糖尿病患者的生存时间、提高其生存质量的重要手段。

我们发现 DAN 患者下肢 SSR 异常率高于上肢, 文献报道 DAN 特点为起病隐匿, 进展缓慢, 下肢症状重于上肢, 且先于上肢出现, 感觉障碍重于运动障碍, 下肢神经传导速度的异常率高于上肢。自主神经功能损害可能与感觉神经损害的特点相似, 或缘于下肢传导路长、易衰减有关。糖尿病患者 SSR 与病程呈正相关, 即发病时间越长, 合并有自主神经功能障碍的发病率也越高, SSR 异常

也越明显。

我们认为糖尿病自主神经功能损害的病机缘于脾失健运, 气虚血瘀, 络脉瘀滞是其主要病理基础和核心病机, 气虚则贯穿于疾病的始终, 因自主神经病变涉及系统广泛, 多分系统辨证治疗不易操作, 我们采用健脾益气化瘀通络法治疗本病, 以补阳还五汤加減而成。补阳还五汤本乃王清任为气虚血瘀中风后遗症所设, 即所谓“因虚致瘀”, 意在补气活血, 化瘀通络。气虚则卫外不固, 营卫不和而易自汗出; 气虚血滞, 脉络瘀阻, 气机升降及津液敷布则失调, 瘀血阻络肢体可无汗或少汗。方中黄芪、桂枝益气固表, 调和营卫; 当归、赤芍、地龙、桃仁、红花、川芎活血化瘀通络; 全蝎、蜈蚣和地龙通经活络, 力专善走, 周行全身; 生龙骨、生牡蛎敛阴止汗, 生地黄、熟地黄和葛根滋阴润燥, 生津止渴。全方共奏益气固表、调和营卫、活血化瘀、疏通经络、敛阴止汗之功。方中重用生黄芪 30~60g 补益元气, 意在气旺则血行, 瘀去络通, 为君药, 当归尾活血通络而不伤血, 属臣药。全方的配伍特点是重用补气药与少量活血药相伍, 使气旺血行以治本, 祛瘀通络以治标, 标本兼顾, 且补气而不壅滞, 活血又不伤正, 益气化瘀通络, 彰显其力。本研究显示, 补阳还五汤加減能显著地改善 DAN 患者上下肢 SSR 潜伏期, 使其潜伏期缩短, 且上肢较下肢更明显好转, 与对照组比较差异具有统计学意义, 补阳还五汤加減治疗 DAN 有肯定的疗效。

基金项目: 上海市浦东新区中医领军型人才培养计划资助项目 (PWZ-2008-20-105)

1 上海市浦东新区中医医院 (201200)

2 上海市岳阳中西医结合医院

102 例输卵管阻塞性不孕症患者的前瞻性研究

刘 晓 燕*

我们收集自 2004 年 1 月~2007 年 2 月在我院就诊的输卵管阻塞性不孕症患者共 102 例, 对其进行追踪随访前瞻性研究。现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准: ①不孕症诊断标准: 参照 1995 年世界卫生组织《不育夫妇标准检查与诊断手册》和全国医药院校教材《妇产科学》第 5 版拟定。②输卵管阻塞性不孕症的诊断标准: 子宫输卵管造影证实输卵管不通, 或通而不畅; 或腹腔镜检查下输卵管通液, 证实不通或通而不畅。③输卵管通畅度判断标准: I 类: 角部梗阻。II 类: 峡部梗阻。III 类: 伞部梗阻。IV 类: 部分伞部梗阻合并少许造影剂排出。输卵管周围粘连, 盆腔腹膜不见散在造影剂。V 类: 部分伞部梗阻合并少许造影剂排出, 输卵管周围粘连, 盆腔腹膜可见散在造影剂。VI 类: 造影剂排出输

卵管, 迅速弥散入盆腔内, 弥散均匀。

中医证候诊断标准: 参照 1997 年国家技术监督局发布的《中医临床诊疗术语·证候部分》、《中药新药临床研究指导原则》、《中医妇科学》制定。分气滞血瘀证、湿热瘀阻证、寒湿瘀滞证、肾虚血瘀证和痰凝血瘀证。

1.2 一般资料

本研究对 2004 年 1 月~2007 年 2 月在我院妇科门诊及病房治疗输卵管阻塞性不孕症的患者进行前瞻性研究, 符合上述诊断标准的病例共 107 例, 随访 102 例, 失访 5 例, 随访率 95.33%。102 例患者中原发不孕 29 例, 继发不孕 73 例, 住院患者证型分布如下: 气滞血瘀证 35 例占 63.63%, 湿热瘀阻证 13 例占 23.64%, 寒湿瘀滞证 5 例占 9.09%, 肾虚血瘀证 2 例占 3.63%, 痰凝血瘀证为 0。55 例病房患者中, 气滞血瘀证是最常见的证型, 占 63.63%。

2 方法

2.1 治疗方法

门诊病例单纯口服中药, 输卵管部分性阻塞患者 47 例, 给予中药通管种子汤加减口服。组成: 香附、丹参、川芎、赤芍、穿山甲、白芍、延胡索、桃仁、当归、连翘、皂角刺、莪术、炒小茴香、生甘草等。有输卵管积水者, 加薏苡仁、泽兰; 月经后期者加紫石英、淫羊藿。

用法: 水煎服, 每日 1 剂, 分早晚两次服, 自月经干净起开始服用至下次月经来潮, 经期停药, 1 个月经周期为 1 个疗程, 月经干净再重复下 1 个疗程。用药期间不避孕, 一旦发现怀孕及时停药。停药后随访 1 年。

病房患者治疗方法: 月经干净两天入院, 查血、尿、大便常规, 血生化、肝炎系列、凝血系列、胸透及心电图无异常后, 行妇科检查, 排除生殖道急性炎症, 然后根据输卵管阻塞程度的不同, 给予不同的治疗方法。

综合疗法: 主要针对部分性阻塞患者, 即一侧或双侧输卵管通畅度为 IV ~ VI 类的患者。①口服中药: 基本药物: 香附、当归、赤芍、甘草、连翘、丹参、延胡索、桃仁、皂角刺、白芍、川芎等。用法: 水煎服, 每日 1 剂, 分早晚两次服, 自月经干净起开始服用至下次月经来潮。经期停药。月经干净再重复下 1 个疗程。②中药灌肠: 基本药物: 制乳香、制没药、红藤、丹参、败酱草、莪术、赤芍、三棱等。用法: 上药浓煎取汁 100ml 调温至 40℃ 左右, 保留灌肠, 月经干净 3 天开始, 每晚 1 次, 连续 10 天为 1 个疗程。下次月经干净再重复下 1 个疗程。③宫腔注药: 选用庆大霉素 8 万 u 地塞米松磷酸钠注射液 5mg 加入 20ml 生理盐水中, 以 1ml/min 的速度缓慢注入宫腔, 或在上药中加入 α 糜蛋白酶 5mg 从月经干净后第 3 天开始进行, 隔日 1 次, 若无不良反应连续进行 3 次为 1 个疗程, 若注药后阴道流血较多则暂停注药, 下一周期再治疗。治疗后禁房事、盆浴半个月, 下次月经干净再重复下 1 个疗程; 或以香丹注射液 10ml 加入 10ml 生理盐水注入宫腔, 方法同上。④静脉用药: 静脉用药从入院起开始应用, 连用 5~7 天。抗生素: 大环内酯类或奎诺酮类与抗厌氧菌抗生素联用。丹参注射液或香丹注射液。以上治疗均以 1 个月为 1 个疗程, 连续治疗 2~4 个疗程, 停药后随访 1 年。治疗及随访期间不再服用其他治疗本病的药物。

宫腔镜配合综合疗法: 主要针对双侧输卵管完全性阻塞患者 (双侧阻塞程度均为 I ~ III 类) 的治疗。①第 1 疗程行宫腔镜治疗: 月经干净 3~5 天, 禁性生活, 应用德国 LANTON 及国产 XG-5 型子宫腔镜, 膨宫液为 5% 葡萄糖液, 在宫腔镜直视下, 找到输卵管开口, 将输卵管导管分别插入两输卵管间质部 0.5~1.0cm, 注入香丹注射液, 判断输卵管通畅情况, 通畅者推注无阻力, 可注入香丹注射液 20ml; 梗阻者, 推注阻力大, 则加压推注, 可疏通阻塞的输卵管; 部分加压无效者则放弃疏通。②第 2~4 疗程采用综合治疗方案, 随访同综合治疗。

102 例输卵管阻塞性不孕症患者治疗方案的选择情况: 原发不孕 29 例, 单纯中药口服 15 例, 综合治疗 13 例, 宫腔镜配合综合治疗 1 例; 继发不孕 73 例, 分别为 32 例、27 例、14 例。

2.2 疗效判定标准

参照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》中中药新药治疗不孕症疗效判定标准拟定。痊愈: 1 年内宫内妊娠; 无效: 1 年内未妊娠。

2.3 统计学方法

本研究采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, Fisher 确切概率法, $P < 0.05$ 为差异显著, 有统计学意义。

3 结果

本研究单纯中药口服治疗 47 例 (输卵管 93 条), 治疗后 1 年内宫内妊娠 20 例, 总妊娠率为 42.55%。其中, 一侧输卵管阻塞及双侧输卵管部分阻塞的患者疗效较好, 优于有一侧输卵管梗阻的患者 ($P < 0.05$), 提示输卵管阻塞的程度越严重, 则疗效越差。

本研究综合疗法治疗 40 例 (输卵管 77 条), 治疗后 1 年内宫内妊娠 22 例, 总妊娠率为 55.00%。从输卵管阻塞程度分析, 一侧输卵管阻塞和双侧输卵管部分阻塞患者的疗效较好, 优于一侧或双侧输卵管完全阻塞的患者 ($P < 0.05$); 从证型分析, 气滞血瘀证患者痊愈率高于其他证型, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明综合疗法对气滞血瘀证患者的疗效最佳; 从药物方面分析, 香丹注射液宫腔注药患者痊愈率略高于西药宫腔注药者, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

本研究宫腔镜配合综合疗法治疗双侧输卵管完全性阻塞患者 15 例 (输卵管 30 条), 1 年内宫内妊娠 7 例, 妊娠率为 46.67%。从输卵管阻塞程度分析, 宫腔镜配合综合疗法对于输卵管近端梗阻疗效较好, 而对于双侧远端梗阻的患者基本无效。从证型角度分析, 气滞血瘀证与非气滞血瘀证疗效比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。由于本组样本量小, 结论尚不明确, 有待于进一步研究。

4 讨论

气滞血瘀证是输卵管阻塞性不孕症最常见的证型, 气滞血瘀是本病最主要的病机。中药及中西医结合治疗本病的疗效确切, 对于本病不同类型最佳方案的选择, 初步得出结论: 对于输卵管部分性阻塞的患者, 应采用单纯中药口服或综合疗法治疗; 对于输卵管近端梗阻的患者, 应先行宫腔镜下输卵管插管疏通术后再行综合治疗; 双侧输卵管远端梗阻患者, 尤其伴有积水者, 本研究基本无效, 应寻求其他治疗方法。本研究样本量较小, 应进行进一步深入研究, 以期更好的指导临床。

* 山东省青岛市黄岛中医院妇产科 (266500)