

熨切法治疗子宫颈癌前病变 993 例

张洪林¹ 张 丽² 赵景明³ 许景峰⁴ 张鸿来⁵ 孟渝梅⁵ 王裕颐⁵

子宫颈癌是妇女中最常见的恶性肿瘤, 积极治疗子宫颈癌前病变是阻断子宫颈癌发生的重要途径。近 17 年来, 我们用传统中医熨切疗法(下称熨切法)治疗子宫颈癌前病变患者 993 例, 疗效满意, 现报告如下。

临 床 资 料

993 例患者, 均按《妇科肿瘤》^①诊断标准, 结合宫颈刮出组织病理检查确诊。年龄 24~67 岁, 平均 34.7 岁。病程(从受检即日算起)1 个月~5.7 年, 平均 0.5 年; 其中要求生育者 102 例。993 例患者中近 1/2 者有不同程度的腰困、带下增多、小腹胀痛等症状。妇科检查发现宫颈口息肉 109 例, 宫颈部结节样增生 69 例, 宫颈肥大、质硬、触易出血 16 例。这部分患者经息肉摘除及组织切片检查确定诊断后, 行本法治疗; 宫颈糜烂者 799 例, 其中曾经激光、电烙治疗(483 例)、子宫颈手术锥切(35 例)、冷冻治疗(193 例)、中药宫颈部贴敷治疗(88 例)。经以上不同方法治疗后定期复查时发现仍有轻或中度宫颈糜烂; 复行宫颈刮片细胞学检查巴氏 II~III 级组织切片仍呈轻、中、重度不典型增生而以本法治疗。在 993 例中取局部组织病理检查, 属轻度不典型增生者 69 例, 中度不典型增生者 402 例, 重度不典型增生者 522 例。

治 疗 方 法

非妊娠期间, 依据宫颈刮片分级及病理切片轻、中、重度不典型增生情况, 于月经净后 3~5 天内, 常规消毒阴道、宫颈、宫颈管。后用宫颈热熨治疗器的熨头^②, 于酒精灯上烧至微红, 或电熨器温度调控在 170℃ 2 min, 然后根据病情、病位依次用熨头顶端对准宫颈口、宫颈管部熨切, 熨切宫颈口、移行带处时间约 1 min, 宫颈管部时间约 1~1.5 min。熨切后的宫颈呈圆锥形, 锥顶、锥腰、锥底表面光滑, 并呈无渗出的筒状缺损, 宫颈口部缺损直径约 1.5 cm~3 cm, 个别宫颈肥大者直径 4.5 cm~5.0 cm, 深度约 1.5 cm~2.0 cm。宫颈管深处病变, 熨切深度可达 2.5 cm~3.0 cm 以上。重度不典型增生者熨切宫颈口面积宜大, 宫颈管部宜深, 熨切时间应长, 以

2.5~3 min 为宜。

术毕用消毒带线棉球蘸双紫膏(紫草 30 g 黄柏 15 g 莪术 15 g 炉甘石 10 g 象皮 10 g, 共碾末, 过 80 目筛高压消毒后加入冰片 2 g 麝香 1.5 g 灭滴灵末 15 g, 再用煮沸待凉的紫苏子油 100 g 调匀, 分装小瓶内密封备用)约 3 g 塞压于熨切后的锥腔以消炎止痛, 预防出血, 减少渗出, 24 h 后自行将棉球拉出。一般塞药 1 次即可, 若术后出血可隔日如法上药 2~3 次, 出血自止。2 个月后复查: 宫颈口移行带处熨切面积直径 < 2.5 cm, 宫颈管深度 < 2.0 cm 者形成鳞状上皮覆盖, 表面光滑与正常产型宫颈无异的新宫颈; 宫颈口移行带处熨切面积直径 > 3.0 cm, 宫颈管深度 > 3.0 cm 者形成小圆锥形, 锥顶、锥腰、锥底整齐, 鳞状上皮覆盖, 表面光滑的新宫颈。防止术后宫颈管粘连狭窄, 对后者复查时可用宫颈扩张器扩张宫颈管。术后 3 个月~0.5 年内每次月经净后, 每晚用带线棉球蘸双紫膏 2 g 塞入阴道深处, 连用 7 天。若 1 次治疗不愈者隔 3 个月复行如法治疗。术后 5 年内每年复查 1 次, 5 年后隔 1 年复查 1 次。经熨切 3 次为 1 个疗程, 5 个月进行复查, 评定疗效。

结 果

疗效标准: 症状与体征消失, 局部创面完全愈合, 宫颈刮片巴氏 I 级, 局部病理组织活检属正常宫颈组织为痊愈。993 例患者全部治愈。其中经 1 次治疗痊愈者 973 例, 占 98.0%; 2 次治愈者 12 例, 占 1.2%; 3 次治愈者 8 例, 占 0.8%。对其中 924 例病理检查为中、重度不典型增生, 细胞学检查巴氏 II~III 级者, 经 5~15 年随访, 均未发生癌变。经治疗 993 例术后观察, 熨切术后出血 26 例, 占 2.6%(出血量一般在 20~40 ml 之间, 其中出血量最多 3 例也未超过 60 ml); 术后宫颈口狭窄 2 例, 占 0.2%; 感染 3 例, 占 0.3%; 痛经、性交痛 3 例, 占 0.3%。102 例要求生育者中, 99 例妊娠, 其中 98 例足月顺利分娩, 1 例难产, 妊娠者中均未发生流产、小产。其中 3 例不孕者中, 2 例为输卵管不通, 另 1 例为结核性盆腔炎所致。

讨 论

所谓熨切法是指通过热熨方式, 消除病变组织的

1. 山西医学院附属第二医院(太原 030001); 2. 山西针织厂职工医院; 3. 山西寿阳县中医院; 4. 北京军区总医院; 5. 山西省中医研究院

一种治疗方法,是以高温热原理对病灶部熨切,数分钟内即可使病变区组织凝固形成焦痂,粘附于熨器上将凝固组织带出。如法反复熨切数次,宫颈、宫颈管部即可呈圆锥形。锥顶、锥腰、锥底表面光滑,无渗出的圆锥状缺损。从而彻底摧毁宫颈、移行带,尤其是宫颈管深部病变。而激光、电烙灼透度深浅不均,外形不规则,不能有效根治宫颈管深部病变;手术锥切、中药外用,因刺激性大,副反应多,尚需特殊观察护理,故皆非理想的治疗方法。故熨切疗法弥补了

以上疗法的不足,且操作简便,便于基层医院普及应用,是当前治疗子宫颈癌前病变较理想的治疗方法。

参 考 文 献

1. 林巧稚,王元萼,孙爱达,等. 妇科肿瘤,第一版,北京:人民卫生出版社,1992:21—35.
2. 赵景明,自志强,李 陞,等. 热熨疗法治疗宫颈糜烂 3997 例. 中国中西医结合杂志 1993; 13(1): 39—40.

(收稿:1995—03—30 修回:1995—10—10)

106 例老年期肢体闭塞性动脉硬化症中西医结合治疗观察

金 星 秦红松 赵徇德

1991 年 6 月~1994 年 2 月我们应用血液流变学检查方法,结合临床对 106 例老年期肢体闭塞性动脉硬化症(ASO)患者进行了系统检测及中西医结合治疗观察,现将结果报道如下。

临床资料 患者组根据中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会 1987 年制定的周围血管疾病诊断与疗效标准(临床荟萃 1990(增):39)确诊为老年期 ASO 患者 106 例,男 74 例,女 32 例;年龄 60~75 岁,平均 64.27 ± 2.19 岁;病程 1~12 年,平均 6 年 7 个月。动脉闭塞部位:四肢 18 例,左下肢 16 例,右下肢 20 例,双下肢 50 例,上肢 2 例。经超声多普勒检测及部分血管造影证实:股动脉闭塞者 56 例,腘动脉闭塞者 37 例,足背及胫后动脉闭塞者 11 例,上肢动脉闭塞者 2 例。经眼底血管检查:提示眼底动脉硬化者 88 例;接受心电图检查的 96 例中均符合冠心病者,陈旧性心肌梗塞者 30 例;血脂化验,超常值者 76 例。临床分期与分级:II 期(营养障碍期,均存在肢体动脉闭塞)者 38 例;III 期(坏疽期)者 68 例,其中属 I 级坏疽(坏疽局限于趾跖、关节以远)者 26 例,2 级(介于 I 级与 3 级之间)者 13 例,3 级(坏疽超过踝关节)者 29 例。

健康组 124 名,男 86 名,女 38 名,年龄 60~77 岁,平均 66.22 ± 1.04 岁。均为健康查体者,除外心、脑、肝、肾及血液疾患。

治疗方法

1 按中医辨证内服中药,以丹参通脉汤为主加减:丹参、黄芪各 30 g,石斛、牛膝、鸡血藤各 15 g,郁金、当归、川芎各 10 g,甘草 6 g,每日 1 剂,30 剂为 1 个疗程。同时加用低分子右旋糖酐 500 ml

或复方丹参注射液 20 ml、654-2 注射液 10 mg、脉络宁注射液 30~40 ml 等静脉滴注,每日 1 次,15 次为 1 个疗程。对肢体坏疽者,根据病情酌加有效抗生素及支持疗法,局部配合清洁换药,及时施行各种手术处理等。

2 **检测项目** 用上海产 XN-5 型血粘度计,检测各组全血比(高、低切)粘度,全血还原(高、低切)粘度,血浆比粘度,红细胞压积,红细胞沉降率及纤维蛋白原定量。

结 果 按照上述疗效标准,属临床治愈者 31 例(29.25%),显效 55 例(51.88%),进步 17 例(16.04%),无效 3 例(2.83%,包括死亡 2 例)。截肢 16 例(15.09%)。

ASO 患者男、女全血比高切粘度、血浆比粘度、红细胞沉降率、纤维蛋白原均高于健康组相应值($P < 0.01$)。III 期患者全血还原高、低切粘度、血浆比粘度、红细胞沉降率、纤维蛋白原含量均显著地高于 II 期($P < 0.05 \sim 0.01$)。2、3 级坏疽的全血还原低切粘度、血浆比粘度、纤维蛋白原含量均显著地高于 I 级坏疽者($P < 0.05 \sim 0.01$)。106 例老年期 ASO 患者经中西医结合治疗后,其血液流变学各值均较治疗前有明显改善($P < 0.05 \sim 0.01$)。

讨 论 中西医结合疗法是治疗老年期 ASO 的有效方法,具有明显抗凝、促纤溶、扩张血管,改善血液流变性质等作用。本组 106 例老年期 ASO 患者,经中西医结合治疗后,随着临床病情改善其血液流变学各值亦明显趋于正常。可以认为,益气活血的中药具备了改善老年期 ASO 患者血液流变学性质的作用。

(收稿:1994—04—27 修回:1995—07—12)