

• 经验交流 •

中西医结合治疗宫颈糜烂 48 例

金 哲 魏爱平 王阿丽

1993 年 10 月~1996 年 1 月,我们在门诊应用波姆红外光配合中药抗宫炎片治疗宫颈糜烂 48 例,并与单纯波姆红外光治疗 40 例进行对照,报告如下。

临床资料

全部病例均符合下列条件:(1)宫颈糜烂 I~Ⅲ度。(2)阴道清洁度 I~Ⅱ级。(3)宫颈刮片巴氏涂片 I 级或Ⅱ级,排除恶变。宫颈糜烂分期按全国高等医药院校教材《妇产科学》(第 3 版,北京:人民卫生出版社,1992:253)规定标准划分。

88 例均为门诊患者,中西医结合组(中西医结合组)48 例,年龄 22~47 岁,平均 35 岁;病程 1~2 年 20 例,3~8 年 21 例,>8 年 7 例;宫颈糜烂 I 度 15 例,Ⅱ度 22 例,Ⅲ度 11 例。对照组 40 例,年龄 24~49 岁,平均 36 岁;病程 1~2 年 16 例,3~8 年 19 例,>8 年 5 例;宫颈糜烂 I 度 11 例,Ⅱ度 21 例,Ⅲ度 8 例。

治疗方法

两组患者均于月经后 3~7 天给予治疗。对照组单纯用波姆红光治疗仪(北京波姆红外技术公司研究生产)。患者取膀胱截石位,常规消毒外阴、阴道,充分暴露宫颈,用干棉球擦净阴道分泌物,打开波姆光治疗仪,调节功率 13~18W,再打开手柄开关,将治疗头端面与宫颈糜烂面距 5mm 处,进行垂直均匀移动照射,照射糜烂面为灰白色止。照射时间以糜烂深度及面积决定,一般为 1~2min。照射完毕后创面涂以 1%龙胆紫。术后保持外阴清洁,1 个月内禁止同房和坐浴。下次月经干净 3 天后行第 1 次复查。根据病情每隔 7~10 天复查 1 次,直至痊愈。中西医结合组在波姆红外光治疗仪治疗后当日开始口服由紫珠草、乌药、益母草组成的中药制剂抗宫炎片(湖南南开制药厂生产),每天 3 次,每次 6 片(每片 0.25g),连服 14 天。

结 果

1 疗效判定标准 痊愈:子宫颈糜烂面完全愈合,表面光滑。有效:糜烂面缩小 1/3 以上,并由深变浅。无效:治疗前后无变化。

2 结果 于治疗后 12 周以内评估疗效。若痊愈为 1 次性治愈。术后 12 周对有效或无效者,则施行第 2 次治疗,治疗方法与前相同。

2.1 两组共 88 例,均治愈。中西医结合组 48 例中 1 次性治愈 45 例(93.8%);2 次性治愈 3 例(6.2%)。对照组 40 例中 1 次性治愈 35 例(87.5%);2 次性治愈 5 例(12.5%)。两组 1 次性治愈率无明显差异($P>0.05$)。

2.2 治愈时间比较 中西医结合组总平均治愈时间为 42.9 天,对照组总平均治愈时间为 49.03 天。中西医结合组治愈时间较对照组缩短,但经统计学处理,无显著差异($P>0.05$)。

2.3 两组术后阴道排液时间比较 中西医结合组平均为 12.2 天,排出的液体为淡黄色,无臭味。对照组平均为 18.6 天,排出液体为赤黄色,有的伴血水,有的伴有腥臭味。两组比较,中西医结合组优于对照组,有显著性差异($P<0.01$)。

附表 两组术后阴道排液时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	排液时间(天)		
	I 度	Ⅱ度	Ⅲ度
中西医	10.47±1.51* (15)	12.23±1.97* (22)	14.45±2.21* (11)
对 照	17.82±2.18 (11)	19.00±1.89 (21)	21.25±1.58 (8)

注:与对照组比较,* $P<0.01$;()内为例数

讨 论

宫颈糜烂是妇科门诊最常见的疾病之一,约占妇科门诊总数的 40%~60%。以白带增多,腰骶部酸痛,少量阴道出血及下腹坠胀等为临床特点,属于中医的“带下病”范畴。其发病机理为脾虚湿盛,郁久化热或肝郁脾虚,湿热下注,损伤任带二脉,或由于经行、产后,湿毒之邪乘虚而入,使邪毒湿热秽浊之气内侵,久蕴结于宫颈而产生本病。我们所采用波姆红外光治疗宫颈糜烂的原理是利用红外可见光辐射的光热效应,使局部病变组织细胞蛋白质发生凝固、变性、坏死及脱落等一系列反应,从而使新生的鳞状上皮细胞修复创面而达到治愈的目的。经观察 88 例患者表明,波姆红外光治疗宫颈糜烂效果确切,不足之处是在治疗后

阴道排液量较多,且连绵不断持续时间长,因此我们在波姆红外光治疗的基础上配合由紫珠草、乌药、益母草组成的抗宫炎片,其中主药紫草珠,具有止血散瘀,解毒消肿的功能;益母草可活血祛瘀,消肿解毒;乌药顺气止痛,散寒温肾,又可引药效走下焦,达少腹,充分发挥了清热解毒,活血化瘀,消肿排脓的功

效。既弥补了光疗后阴道排液多、且排液时间长的不足,又加速了鳞状上皮细胞的再生,进一步提高了治愈率,较单纯应用光疗有较理想的疗效。

(收稿:1996-06-14 修回:1996-11-30)

中西医结合治疗甲状腺囊肿临床研究

陈智民 易春涛 王修梅 彭 辉 刘彩华

甲状腺囊肿(thyroid cystic tuberculom, TCT)是常见多发病。我们开展了非手术中西医结合疗法的前瞻性研究。现将结果报告如下。

临床资料 诊断标准:205例TCT患者均符合下列条件:(1)颈前甲状腺区可见并触及结节,随吞咽上下移动;(2)B超或CT显示甲状腺增大并有无回声区或低密度暗区;(3)细针穿刺抽吸有液体吸出。205例按随机数字表法分为两组:中西医结合治疗组(A)104例,男15例,女89例;年龄16~51岁,平均 27.46 ± 18.19 岁($\bar{x} \pm s$,下同);病程15天~2年,平均7.81个月;甲状腺功能:TT₃、TT₄、FT₃、FT₄轻度增高42例,正常48例,偏低14例;吸¹³¹I率增高38例,正常56例,降低10例;囊液分析:数量1~14ml;颜色暗红70例,黄褐28例,脓性6例;TT₃、TT₄、FT₃和FT₄略高于血中水平;镜检见红细胞46例,白细胞6例,囊性变细胞55例,较大甲状腺细胞47例,正常甲状腺细胞36例。对照组(B)101例,男12例,女89例;年龄16~59岁,平均 29.61 ± 17.88 岁,病程1个月~2.5年,平均7.74个月;甲状腺功能轻度增高39例,正常45例,偏低17例。以上病例甲状腺结合球蛋白(TG_b)和TM_b阴性,细针穿刺抽液细胞学检查可排除恶性甲状腺囊肿。

治疗方法 A组采用7号针头穿刺抽吸囊液(37例较深囊肿由B超或CT引导),合并出血者用冰盐水冲洗,化脓性囊肿用2%灭滴灵和1%先锋霉素V交替冲洗,至囊液抽干后注入含90%酒精和10%利多卡因的白芥子复方酊剂(含元胡、三棱、莪术、甲珠、川芎、白芥子)1ml,术后加压包扎24h以上。每周2~3次,共4~12次。同时给予对症治疗和口服中药(甲状腺功能偏高者用1号:白芥子40g 麦冬20g 生地20g 夜交藤20g 龙胆草10g;功能正常和偏低者用2

号:白芥子40g 麦冬15g 生地10g 丹皮10g 夜交藤20g 黄芪20g。甲状腺功能偏高的42例还给予小剂量抗甲状腺药物,功能偏低的14例还给予甲状腺片20~40mg/d。B组只采用口服药物治疗,方法同A组。疗程均为1个月。

结 果

1 疗效评定标准 治愈:囊肿消失;有效:囊肿容积缩小50%以上;无效:囊肿无明显缩小。

2 疗效比较 A组治愈85例,有效12例,无效7例;B组治愈3例,有效39例,无效59例。A、B两组总有效率分别为95.19%和41.53%($P < 0.01$);A、B两组治愈率分别为81.73%和2.97%($P < 0.001$)。A组有效病例治疗前囊肿容积 $17.92 \pm 6.47 \text{ cm}^3$,治疗后 $1.39 \pm 0.81 \text{ cm}^3$ ($P < 0.001$),85例囊肿消失,12例明显缩小,平均缩小92.16%,其他症状也消失。7例无效者中5例为多发性囊肿,2例囊内出血不止。A组有效病例随访1年,仅4例复发(占3.85%)。

3 不良反应 A组39例无不良反应,43例有轻度疼痛,21例有颈部放射痛,给予镇痛剂后缓解,仅1例不能耐受而中断治疗。无其他不良反应和并发症。

讨 论 白芥子复方酊剂既有使囊壁粘连的特性,又有活血、止血、化瘀功能。经急性毒理试验,最大不死量为6.45ml/kg,相当于50kg的人每周用1ml的322.5倍,因此临床使用剂量相当安全。我们的研究表明,绝大部分患者接受治疗后无或仅有轻度不良反应。甲状腺囊肿的传统治疗方法是手术摘除或药物治疗,但前者有发生甲状腺功能减退的危险,不少患者拒绝接受,而后者疗效欠佳。本研究操作简便,治愈率和总有效率高,远期疗效也较理想,患者乐于接受。

(收稿:1996-07-01 修回:1996-12-03)