

性阻塞,而确诊为输卵管阻塞性不孕症。均排除局部结核。随机分为两组。治疗组 62 例,年龄 24~38 岁,平均 27.8 岁;病程 2~12 年,平均 3.8 年;其中慢性盆腔炎者 32 例,双侧附件炎者 21 例,无明显症状、体征者 9 例;原发性不孕症 20 例,继发性不孕症 42 例。对照组 30 例,年龄 24~37 岁,平均 27.3 岁;病程 2~11 年,平均 3.6 年;其中慢性盆腔炎者 15 例,双侧附件炎者 10 例,无明显症状、体征者 5 例;原发性不孕症 9 例,继发性不孕症 21 例。

治疗方法 治疗组:中药保留灌肠(自拟抗炎通管汤)基本方药:丹参 15g 赤芍 15g 三棱 10g 莪术 10g 穿山甲 10g 细辛 10g 海藻 12g 连翘 12g 鸡血藤 30g 路路通 12g。加减:小腹疼痛、下坠、带下量多色黄,舌红苔黄腻,脉滑数,属湿热下注者,基本方加黄柏 10g,苦参 10g,土茯苓 20g;小腹冷痛,带下清冷,舌淡苔白,脉细,属寒湿凝滞者加桂枝 10g,茯苓 10g,细辛加至 12g;乳房胀痛,烦躁易怒,属气滞者加乳香 10g,没药 10g;附件增厚或有炎性包块者加皂角刺 10g,夏枯草 12g。用法:每日 1 剂,水煎 2 次,将药汁合并后,再浓煎至 100 ml 药液,每晚临睡前嘱患者排净二便,将药液加温至 42℃ 左右,保留灌肠。经期停药。1 个月为 1 个疗程,共观察 3 个疗程。并配合理疗,采用北京翔云电子设备厂生产的 K-8832-T 型电脑中频电疗仪(简称电脑多功能治疗仪)和周林频谱仪交替应用,上午应用多功能治疗仪,下午应用周林频谱仪在双侧附件区的体表投影处理疗和照射,隔日 1 次,每次 30 min,腰骶疼痛者加八髎穴区的理疗。对照组:口服中药金鸡冲剂(每包 10g,广东中山市中药厂生产。药物组成:金樱根、功劳木、鸡血藤、两面针、千斤拔、穿心莲),每次 1 包,每日 2 次口服,1 个月为 1 个疗程。共观察 3 个疗程。并配合理疗,仪器、用法同治疗组。

结 果

1 疗效判定标准 参照《中药新药治疗女性不孕症的临床研究指导原则》拟定。痊愈:经碘油造影检查确诊双侧输卵管通畅或已妊娠。好转:造影见单侧通畅或阻塞病灶的面积明显缩小。无效:输卵管阻塞部位无任何改变。

2 治疗结果 治疗组痊愈 45 例(72.58%),好转 10 例(16.13%),无效 7 例(11.29%)。在痊愈的 45 例中妊娠者 39 例,有 6 例患者输卵管通畅后要求择期妊娠而避孕。对照组痊愈 9 例(30.00%),好转 13 例(43.33%),无效 8 例(26.67%)。在痊愈的 9 例中妊娠者 5 例,其余 4 例要求择期妊娠而避孕。治疗组痊愈率和好转率明显优于对照组($\chi^2 = 15.1524$, $P < 0.001$)。

讨 论 输卵管阻塞是造成女性不孕的重要原因。现代医学认为输卵管阻塞的主要原因在于炎症引起输卵管粘膜充血、肿胀、渗出、粘连、闭塞。中医学认为,本病的病因病机主要为湿热毒邪从阴部上行客于胞宫,与余血浊液搏结,形成血瘀,瘀阻胞脉胞络,致冲任不通,胞脉阻塞而发为本病。病机重点在于湿热导致血瘀,日久成癥,亦有因寒湿凝滞成瘀者。故治疗重点应以活血化瘀、疏通经络为主,并佐以清热解毒、软坚散结、温经散寒、利湿除痰之品。自拟抗炎通管汤具有活血化瘀、理气行滞、疏通经络、清热解毒、软坚散结之功效,并可抑菌、抗

炎、松解粘连、疏通管腔。方中丹参、赤芍、三棱、莪术行血破瘀、攻逐积滞。穿山甲活血通络散瘀。细辛散寒、止痛,取“血得热则行”之意。海藻软坚散结,促进积液、包块消散。鸡血藤活血通络。连翘清热解毒、抑菌抗炎。路路通活血通络祛湿。中药保留灌肠通过直肠给药,药效不受消化道诸多因素的影响,可使药物通过直肠直接吸收,维持时间较长,使药物直达病所。

中药配合理疗可产生协同作用。理疗的热效应可使盆腔局部血液循环加快,血管扩张,加速炎症组织的新陈代谢,促进炎症组织修复。对既有输卵管阻塞、又无排卵的患者,主张先治疗输卵管阻塞,治愈后再用中药促排卵,以避免在输卵管通而不畅的情况下发生宫外孕。

(收稿:1999-04-23 修回:1999-10-30)

中西医结合保守治疗早期异位妊娠的疗效观察

广西中医学院第一附属医院(南宁 530023)

施月秋

为探讨中西医结合保守治疗早期异位妊娠的临床效果,1996 年 9 月~1999 年 3 月,对 105 例早期异位妊娠患者采用中西医结合治疗及传统中药治疗,并对其疗效进行对比观察,现总结报道如下。

资料与方法

1 一般资料 所有病例均依据停经或虽无停经但有异常阴道出血、轻度腹痛之病史以及腹部、妇科检查体征,血 β -HCG $> 3.1 \text{ ng/ml}$ (正常值为 $< 3.1 \text{ ng/ml}$),B 超检查宫内未见妊娠囊而一侧附件有包块,部分伴子宫直肠窝有液平综合判断(保守治疗失败者,均经病理检查证实)。将诊断为早期异位妊娠的 105 例患者随机分为两组,观察组 54 例,年龄 18~42 岁,平均 (24.8 ± 4.3) 岁;停经天数为 35~53 天,平均 (44.6 ± 8.7) 天(其中 2 例无明显停经史);血 β -HCG 为 3.8~15.9 ng/ml,平均 $(8.56 \pm 4.12) \text{ ng/ml}$;B 超提示异位妊娠包块 3~5 cm,平均 $(4.16 \pm 1.32) \text{ cm}$;伴有子宫直肠窝积液 4 例,最大液平垂直深度 2.5 cm。对照组 51 例,年龄 19~40 岁,平均 (25.1 ± 4.3) 岁;停经天数 33~51 天,平均 (42.7 ± 8.9) 天,2 例无停经史;血 β -HCG 为 3.6~15.2 ng/ml,平均 $(8.23 \pm 4.20) \text{ ng/ml}$;B 超提示异位妊娠包块 3.0~4.8 cm,平均 $(4.05 \pm 1.14) \text{ cm}$;伴有子宫直肠窝积液 3 例,最大液平垂直深度为 2.3 cm。全部患者生命体征平稳,无腹腔内活动出血,肝、肾功能正常,外周血象 $\text{Hb} > 9.0 \text{ g/L}$, $\text{WBC} > 4.0 \times 10^9/\text{L}$, $\text{PLT} > 10.0 \times 10^9/\text{L}$,105 例中有生育要求者 72 例。

2 治疗方法 对照组:单纯用活血化瘀、杀胚、消癥散结中药治疗。处方:丹参 15g 赤芍 15g 桃仁 15g 天花粉 15g 蜈蚣(研粉冲服)2 条 三棱 10g 莪术 10g 党参 15g,并随证加减,伴腹痛者加乳香 15g,没药 10g,枳实 10g;伴恶心欲呕者加陈皮 6g,木香 6g;每日 1 剂,水煎服。复查血 β -HCG 降至正常值后内服方去花粉、蜈蚣;加用具有同等功效的中药直肠

滴注治疗,方药组成:三棱 15g 莪术 15g 白花蛇舌草 20g 十大功劳 20g 蒲公英 15g 皂角刺 15g 败酱草 10g,每日 1 剂,水煎 100ml,温度保持在 37℃ 左右,用一次性输氧管接输液管及装有中药水的输液瓶,患者取侧卧位,将输氧管末端涂石蜡油润滑后经肛门插入直肠,深约 7cm,然后打开输液管开关,以 50~60 滴/min 速度每晚睡前直肠滴注,滴完后患者卧床休息,使中药保留于直肠内直至次日清晨,连用 20 天。观察组:在对照组中药治疗基础上中药内服方去天花粉,蜈蚣,加用西药氨甲喋呤(MTX)杀胚治疗,MTX 按 50mg/m² 剂量臀部肌肉注射,每周 1 次,最多用药 2 次,不用甲酰四氢叶酸解毒。用药治疗期间严密观察生命体征及腹痛情况,每周复查 1 次血 β -HCG 及 B 超(必要时随时复查),用药 1 周后复查血象及肝、肾功能,并记录临床症状消失时间、血 β -HCG 降至正常时间、包块吸收消失时间、药物副反应及 MTX 用药次数,治疗期间观察组禁服叶酸类药物,有生育要求者 3~4 个月后行碘油造影了解输卵管通畅情况并随访再次妊娠情况。

3 统计学方法 用 t 检验(计量资料)及 χ^2 检验(计数资料)。

结 果

1 疗效评定标准 (1)治疗成功:临床症状消失,血 β -HCG < 3.1 ng/ml, B 超示异位妊娠包块及子宫直肠窝液平消失或包块缩小 1/2 以上,月经恢复。(2)治疗失败:临床症状加重,血 β -HCG 持续上升或下降后又上升, B 超示异位妊娠包块增大或子宫直肠窝液平明显增加,需行剖腹探查术。

2 结果 治疗成功率观察组为 90.74%(49/54 例),对照组为 76.47%(39/51 例),两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。在治疗成功病例中观察组临床症状消失时间为(22.3 ± 14.0)天,血 β -HCG 降至正常时间为(30.0 ± 14.5)天,包块吸收消失时间为(26.7 ± 10.6)天;对照组分别为:(21.5 ± 11.0)天,(28.6 ± 15.5)天,(38.0 ± 13.6)天,两组比较有显著性差异($P < 0.05$, $P < 0.05$, $P < 0.01$)。

3 药物副反应情况 观察组用 1 次 MTX 38 例,用 2 次 16 例,用 MTX 后共有 19 例出现轻度恶心、纳差等反应,无呕吐、腹泻及口腔溃疡等发生,经对症处理后症状消失,用药 1 周后复查血象及肝、肾功能,有 33 例 WBC 及 PLT 轻度下降,SGPT 轻度升高,未作特殊处理 1 周后恢复正常。对照组未见明显毒副反应。治疗失败的 17 例患者均行手术治疗。术中发现输卵管峡部妊娠破裂 4 例,壶腹部妊娠破裂 8 例,伞端妊娠流产 1 例,壶腹部妊娠流产 4 例。

4 随访情况 105 例中有 72 例有生育要求,其中观察组 38 例,对照组 34 例,在治疗 3~4 个月后行输卵管碘油造影了解输卵管通畅情况。观察组获访 37 例,失访 1 例,输卵管通畅率为 94.59%(35/37 例),对照组获访 32 例,失访 2 例,输卵管通畅率为 75.00%(24/32 例)。

讨 论 本病属中医学癥瘕、妊娠腹痛等范畴,为少腹血瘀之实证。其病理机制为宿有少腹瘀滞,气血失调,冲任不畅,胎孕位置异常,胞脉破损,阴血外溢而成少腹血瘀之实证,治宜以活血化瘀、消癥散结为法。故选用丹参、赤芍、桃仁、白花蛇

舌草、十大功劳等活血化瘀,三棱、莪术、蒲公英、败酱草、皂角刺化瘀消癥散结,诸药合用,共奏活血化瘀、消癥散结之功,临证加减,以达行气止痛、降逆止呕、消除临床症状目的。

现代医学认为,慢性输卵管炎是异位妊娠主要发病原因,保守治疗是否成功,杀胚是最关键的一步。西药 MTX 是目前比较公认的杀胚效果确切的药物,采用 MTX 肌肉注射杀胚并结合中药内服、外用的治疗方法效果满意,方法简单,价廉,副作用小,值得临床上(特别是基层医院)推广应用。

(收稿:1999-07-20 修回:1999-10-30)

中西医结合治疗宫颈糜烂的临床观察

云南省昆明市延安医院(昆明 650051)

王应鸽

物理治疗宫颈糜烂早已广泛应用于临床,但副反应多(术后排液多、脱痂期宫颈出血,甚者可多于月经量数倍),为寻找一种能减少副反应,提高治愈率的治疗方法,本研究采用中药玉清抗宫炎片(简称玉清片)联合 CO₂ 激光治疗宫颈糜烂,疗效优于单用中药或单用 CO₂ 激光治疗。现报告如下。

资料与方法

1 临床资料 所有患者为 1998 年 6 月~1999 年 4 月本院妇科门诊及妇科学普查中发现的宫颈糜烂患者,共 254 例。根据宫颈糜烂面的大小分为轻、中、重度,根据糜烂的深浅程度分为单纯型、颗粒型、乳突型。年龄 22~53 岁,中位数为 37.5 岁。已婚有生育史 219 例,无生育史 12 例。未婚有性生活史 23 例,其中有孕史 18 例,无孕史 5 例。盆腔检查正常,宫颈刮片细胞学检查巴氏 III 级以下;白带常规检查滴虫、霉菌、清洁度及涂片查革兰氏阴性双球菌,阳性者对症治疗复查两次为阴性,方可治疗宫颈糜烂。254 例患者失访 30 例,资料完整 220 例。随机分组:周一、四初诊为 A 组,周二、五初诊为 B 组,周三、六初诊为 C 组。A 组 74 例,轻度 23 例,中度 26 例,重度 25 例;单纯型 39 例,颗粒型 34 例,乳突型 1 例。B 组 68 例,轻度 21 例,中度 25 例,重度 22 例;单纯型 34 例,颗粒型 30 例,乳突型 4 例。C 组 78 例,轻度 21 例,中度 29 例,重度 28 例;单纯型 33 例,颗粒型 38 例,乳突型 7 例。3 组间病情分布经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$)。

2 治疗方法 A 组采用玉清片治疗。玉清片由湖南正清集团怀化正清制药有限公司研制并提供,为广东紫珠、乌药、益母草等中药精制而成的纯中药制剂,每片 0.375g。口服每日 3 次,每次 4 片,同时每晚放入阴道深部 1 片,2 周为 1 个疗程,共 4 个疗程。每 2 周复查 1 次。B 组:采用激光治疗。用上海激光仪器厂制造的 YJCO₂-6 型手术器(波长 10.6μm,输出功率 20W,治疗电压 170V,治疗电流 30mA,光斑直径 3mm)于月经干净即日治疗。操作方法:患者取膀胱截石位,用 1:1000 新洁尔灭消毒外阴、阴道及宫颈,窥阴器暴露宫颈。激光刀头距离糜烂面 3~5cm,光斑超过糜烂面 2mm,以同心圆由外向内环形烧灼,不留空白碳化气化糜烂组织,深度 3~4mm,宫口处深度 4~5mm,烧灼面呈圆锥形,出血者用棉球压迫、激光止血。有