

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

纳氏囊肿者光束穿刺取出囊内容物并烧灼囊壁。术毕烧灼面敷呋喃西林粉。术后嘱患者 2 个月内禁止性生活及盆浴。术后每周复查 1 次,共复查 8 次,同时创面敷呋喃西林粉。C 组:采用玉清片联合激光治疗。玉清片于激光手术前用药 2 个疗程,方法同 A 组,激光治疗(方法及注意事项同 B 组)术毕,立即放置 1 片玉清片于后穹窿,以后每周由医生放置 1 片,4 次为 1 个疗程,实施 2 个疗程。术后继续服药 2~4 个疗程。B、C 两组激光手术治疗均为 1 次。3 组患者均于接受治疗后 3 个月(12 周)评定疗效。

结 果

1 疗效评定标准 痊愈:阴道镜下病变处上皮完全再生,宫颈全部光滑,涂 3%醋酸液后无葡萄状上皮;卢戈氏碘液染色全部着色,糜烂面消失,纳氏囊肿消失。有效:病变处上皮大部分再生,病变范围缩小,重度糜烂转变为中度或轻度;中度糜烂变为轻度;乳突型或颗粒型转变为单纯型。无效:治疗前后无变化。

2 治疗效果 A 组 74 例患者中痊愈 21 例(28.38%),有效 35 例(47.30%),无效 18 例(24.32%);B 组 68 例患者中痊愈 54 例(79.41%),有效 14 例(20.59%);C 组 78 例患者中痊愈 77 例(98.72%),有效 1 例(1.28%);3 组疗效经 χ^2 检验(C 组与 A、B 两组比较)均有显著性差异($P < 0.01$)。

3 不良反应 A 组无明显不适。B 组术时宫颈出血 7 例(10.29%),术后阴道排液 1~3 周,相当于月经量。脱痂期宫颈出血少于月经量者 38 例(55.88%),相当于月经量者 25 例(36.76%),多于月经量者 5 例(7.35%)。C 组术时无宫颈出血,术后阴道排液 1 周,仅略多于平时白带者 67 例(85.90%),少于月经量者 11 例(14.10%)。脱痂期宫颈出血少于月经量者 18 例(23.08%),无出血 60 例(76.92%)。

讨 论 激光治疗宫颈糜烂的疗效已被国内外学者肯定。但调节阴道清洁度是提高激光治愈率的关键。手术时机一般应在月经周期的 5~7 天内为宜。玉清片的主要成分为广东紫珠(占成分 83%)、乌药、益母草等。广东紫珠的化学成分含有黄酮甙、酚类、鞣质等。乌药具有抗炎作用;益母草具有收缩平滑肌止血作用,诸药配伍具有清热解毒、止痛止血、利水消肿之功效。由于玉清片是薄膜包衣全浸膏片,具有易溶解、易吸收之特点,用于局部(阴道后穹窿),其消炎、收敛、止血效果尤为显著,用药期间无明显不适,方便易行,对未生育者或有生育要求者尤为适用。宫颈糜烂采用物理与玉清抗宫炎片联合疗法,能提高痊愈率和减少物理治疗的不良反应。

(收稿:1999-08-02 修回:1999-10-20)

中西医结合治疗支气管扩张 30 例

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

唐玲华 许建中

支气管扩张是呼吸系统的常见病,以往用西医治疗支气管扩张虽取得一定疗效,但效果不显著。中医学认为本病属“肺癆”、“咯血”等范围。我们采用中西医结合疗法治疗支气管扩张症 30 例,取得了较好的临床效果,现报告如下。

临床资料 诊断标准参照《疾病临床诊断和疗效标准》(刘昕曜等主编,南京:江苏科学技术出版社,1990:45—46)拟定。中医辨证分型参照《中西医临床呼吸病学》(武维屏等主编,北

京:中国中医药出版社,1998:124—126)分为风热袭表,热毒伤肺;热毒内蕴,痰瘀互结;热毒久蕴,气阴亏耗;气血衰败,阳微欲绝 4 型。60 例患者均为我院 1996 年 9 月~1998 年 9 月门诊和住院治疗的支气管扩张患者,随机分为中西医结合治疗组和单纯西医组(对照组)。中西医结合治疗组 30 例,男 12 例,女 18 例;年龄 16~70 岁,平均(46.2±14.3)岁;病程 2~30 年,平均 16.3 年。其中合并慢性阻塞性肺病 7 例,伴肺气肿 9 例,伴发热 18 例,其中伴有咯血 15 例,有杵状指 5 例。舌红 20 例,舌暗红 10 例,苔黄腻者 20 例,苔黄者 4 例,苔薄少津者 6 例。伴周围血白细胞增高 18 例,胸片或肺 CT 显示支气管扩张:右上肺 3 例,右下肺 7 例,左下肺 12 例,两下肺 2 例,双中下肺 5 例,右全肺及左下肺 1 例;治疗前临床症状平均积分为(13.50±1.93)分。对照组 30 例,男 13 例,女 17 例;年龄 17~70 岁,平均(46.5±14.5)岁;病程 2~30 年,平均 16.5 年。其中合并慢性阻塞性肺病 6 例,伴肺气肿 8 例,伴发热 18 例,伴咯血 16 例,有杵状指 4 例。舌红 20 例,舌暗红 10 例,苔黄腻者 19 例,苔黄者 5 例,苔薄少津者 6 例。伴周围血白细胞增高者 18 例,胸片或肺 CT 显示支气管扩张:右上肺 2 例,右下肺 8 例,左下肺 12 例,两下肺 2 例,双中下肺 6 例。治疗前临床症状平均积分为(13.47±1.95)分。两组临床资料经统计学检验无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法 两组均采用相同的西医抗感染治疗,在急性感染期,一般选用青霉素,每次用 320~400 万 u,加入 0.9%生理盐水 250 ml 中静脉滴注,每日 2 次;庆大霉素,每次 8 万 u,加入 5%葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注,每日 2 次联用;青霉素过敏者,改用林可霉素,每次 0.6 g,加入 5%葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注,每日 2 次,与庆大霉素合用;其他抗生素的选择,根据痰菌培养及药敏试验而定。青霉素或林可霉素疗程为 2 周,庆大霉素疗程 7~10 天。2 周后改用口服阿莫西林胶囊,每次 0.5 g,每日 3 次,阿莫西林过敏者,选用交沙霉素,每次 0.2 g,每日 3 次,疗程 2 周。对于慢性感染患者,单纯用阿莫西林胶囊,或交沙霉素片口服 4 周,剂量和服法同前。中西医结合组在西医治疗基础上采用千金苇茎汤合二陈汤加减。基本方由苇茎 30 g 薏苡仁 10 g 桃仁 10 g 冬瓜仁 12 g 陈皮 10 g 半夏 10 g 茯苓 12 g 甘草 6 g 组成。感染重者,加鱼腥草 20 g,黄芩 12 g,金银花 15 g;夹肝火犯肺者,加青黛 10 g,海蛤壳 10 g,丹皮 12 g;热伤血络者,加白及 15 g,白茅根 15 g,生三七 5 g;肺热阴伤者,加沙参 12 g,麦冬 12 g,川贝母 10 g。水煎服,每日 1 剂,每日 2 次温服。疗程为 4 周。

统计方法 计数资料采用 Ridit 分析;计量资料采用 U 检验。

结 果

1 疗效判断标准 (1)支气管扩张中所出现的咳嗽、咯痰量、喘息、咯血、发热等症状判断标准均参照《最新国内外疾病诊疗标准》(陈贵廷等主编,北京:学苑出版社,1991:122—123,750—751,637—638);疗效统计采用积分法,用下例公式判断疗效。即:(治疗前总分值-治疗后总分值)/治疗前总分值×100%;积分分级:>60%为显效;59%~30%为有效;≤29%为