

局部热敷治疗 43 例。对照组 30 例,年龄 20~63 岁,平均(30.76±4.51)岁 病程 2 个月~3.5 年,平均(2.1±1.5)年 有明显感染病史 23 例,其中慢性睾丸、附睾炎 10 例,慢性前列腺炎合并睾丸痛 11 例,腮腺炎后睾丸痛 2 例;睾丸有触压痛 17 例,伴后尿道触压痛 6 例,无明显原因的睾丸痛 7 例;既往曾接受过抗炎、抗病毒或局部热敷治疗 10 例。

2 治疗方法 治疗组采用自拟银黄止痛方,有蒲公英、金银花、乌梅、乳香、没药、大黄、黄柏、白芷、薄荷、天花粉、冰片等。将冰片研磨成粉末状另包,其它药物碾碎至米粒大小,搅拌均匀,装入 15cm×10cm 布袋内并封口,放入温水中浸湿透,然后放入蒸锅内蒸 30min,取出后迅速平放入塑料袋内,布袋表面撒冰片 2~3g,并洒白酒 20g。袋口朝向阴囊及会阴部,熏蒸患处,待药袋温度降至大约 40~45℃,直接将药物布袋紧贴于阴囊皮肤,直到逐渐变凉为止。每天 3 次,每袋药物使用 3 天,7 天为 1 个疗程,连续使用 2 个疗程后检查判定疗效。治疗过程中未接受其它治疗方法。

对照组有明显感染病史者采用每天静脉滴注氨苄青霉素 8.0g 或先锋霉素 V6.0g 及甲硝唑 0.5g 或病毒唑 0.4g 对无明显感染病史者,在上述抗炎、抗病毒的同时,每天用热水坐浴 3 次。7 天为 1 个疗程,连续使用 2 个疗程后检查判定疗效。

结果

疗效判定标准 治愈 疼痛消失,患处无明显触压痛,睾丸、附睾大小恢复正常;有效 疼痛消失或减轻,睾丸、附睾大小较前变小,有轻度触压痛;无效 治疗前后无明显变化。治疗组 103 例,1 个疗程治愈 51 例,2 个疗程治愈者 23 例,有效 20 例,无效 9 例,总有效率 91.3%。对照组 30 例,1 个疗程治愈 7 例,2 个疗程治愈 4 例,有效 6 例,无效 13 例,总有效率 56.7%。两组总有效率比较,差异有显著性($P<0.01$)。有效者随访 1 年,治疗组复发 9 例(9.5%),对照组复发 4 例(23.5%)。

讨论

慢性睾丸痛不是一种独立存在的疾病,而是某种疾病在睾丸、附睾上所表现出的一种疼痛不适症状,如慢性睾丸、附睾炎,慢性前列腺炎,腮腺炎等,另外还有一种原因不明的睾丸、附睾疼痛,我们称之为原发性睾丸痛,即无明显的原发病,查体时无明显的阳性发现,但睾丸疼痛不适症状存在。按照中医学观点,慢性睾丸痛的病因病机为外感寒湿或湿热,侵犯阴器,气血凝滞,结毒而发 或者湿毒下陷,流注肝经,滞于肝肾 或者跌扑损伤,睾丸血瘀气滞,复感邪毒,不通则痛。治宜清热解毒,活血清热止痛,自拟银黄止痛方,方中蒲公英、金银花清热解毒 薄荷清热解毒止痒 乌梅消疮毒 乳香、没药、大黄活血化瘀,消肿止痛 大黄伍黄柏、天花粉清热除湿 白芷燥湿,消肿止痛 冰片有通诸窍散火,消肿止痛之功效,另外,用于局部易吸收。采用药物熏托局部皮肤,药力借助热力透过表皮吸收到人体,从而提高了药物的利用度。治疗过程中未见明显不良反应。因此,该方法为原发性睾丸痛及慢性睾丸、附睾炎,慢性前列腺炎,腮腺炎等引起的睾丸痛又寻求了一种新的治疗方法。

中药对体外碎石输尿管损伤修复的影响

福建省武平县中医院(福建 364300)

钟炳安 魏秋珍

我们用自拟化瘀利石汤对输尿管结石体外碎石后组织损伤的保护进行观察,报告如下。

资料与方法

1 一般资料 输尿管结石 115 例均为一次碎石排石者,其中男性 88 例,女性 27 例 年龄 18~76 岁,平均 41 岁 输尿管上段结石 54 例,中段结石 22 例,末端结石 38 例,双侧末端结石 1 例,结石直径 7~10mm,体外碎石治疗前后未用任何特殊治疗。115 例结石患者按就诊顺序随机分 3 组:中药组 43 例,心痛定组 42 例,对照组 30 例,采用 BYS-V 型体外冲击波碎石机,B 超定位,工作电压 8~11kV,平均 10.8kV,冲击次数 1500~3000 次,平均 2500 次。

2 治疗方法 中药组 体外碎石治疗后服中药化瘀利石汤 金银花 15g 甘草 10g 海金沙 20g 滑石 20g 车前子 20g 牛膝 15g 三七 3g 穿山甲 15g 黄芪 15g 黄精 15g 补骨脂 15g,水煎服,每天 1 剂,7 天为 1 个疗程。心痛定组 体外碎石治疗后口服心痛定 10g,每天 3 次,7 天为 1 个疗程。对照组 碎石后不作任何处理。以上 3 组于体外碎石治疗前后,用 B 超测结石前后输尿管壁厚及尿常规检查,体外碎石后每天复查 1 次,共 8 次。

结果

体外碎石治疗前输尿管前壁回声增强,壁厚约 1~2mm,有些局部毛糙。体外碎石后 B 超可见 结石前方局部管壁厚约 2~3mm,呈强回声带,其间出现间断或连续的弱回声带,形成“双边影”,输尿管末端结石上方的管壁呈月牙样改变,管壁厚 2~3mm。中药组服药后 3~5 天管壁“双边影”消失,结石 5 天排尽 42 例(98%),尿常规 2 天内转阴。心痛定组服药后第 7 天管壁“双边影”消失,结石 5 天排尽 31 例(74%),尿常规 3 天内转阴。对照组 7~10 天管壁“双边影”消失,结石 5 天排尽 21 例(70%),尿常规 3 天内转阴。5 天结石排尽率中药组与心痛定组比较差异有显著性($\chi^2=9.98, P<0.05$),中药组与对照组比较差异亦有显著性($\chi^2=11.44, P<0.05$);心痛定组与对照组比较差异无显著性。

讨论

体外碎石时,声阻抗聚变能量以部分热能形成或释放,在焦点处产生的脉冲性高压振荡和高温可以引起组织细胞挫伤、灼伤、细胞结构改变,使组织微血管、毛细血管破裂,致输尿管壁短暂性、无菌性局部缺血、水肿。故 B 超见管壁呈“双边影”。心痛定是钙离子阻滞剂,可通过直接或间接对冲击波所致的粘膜损害起保护作用,用 B 超观察,服心痛定后 5~10min,发现不增加输尿管的蠕动,对输尿管的修复无明显影响,输尿管粘膜肿胀的消退 7 天以上,5 天结石排尽率与对照组比较,差异不显著。中医学认为体外冲击波是外来伤害,挫伤加灼伤耗伤阴津,引起局部气血凝滞,气阻络闭等。故治以清热解毒、活血化

瘀、行气利水、养阴益气。方中金银花、甘草清热解毒消肿；三七、牛膝、穿山甲活血祛瘀，行气止痛，使离经之血消散；牛膝引碎石下行；黄芪、黄精、补骨脂益气养阴、温阳补肾，增强利尿排石之功；金钱草、海金沙、车前子、滑石利水通淋，增强输尿管蠕动；诸药合用，清热利尿益气养阴化瘀，加快输尿管损伤的修复，利于排石道的通畅，而起到快速排石作用。用 B 超观察，服化瘀利石汤后 5~10min，发现输尿管的蠕动增加，3~5 天管壁“双边影”消失，5 天结石排尽率明显优于心痛定组和对照组。

(收稿 2001-08-22 修回 2001-10-22)

介入注射甲氨喋呤加口服中药治疗 输卵管妊娠 25 例

云南省开远市人民医院妇科(云南 661600)

王美玲 纳 猛 杨红俊

2001 年 1~6 月我科对 25 例输卵管妊娠患者行介入注射甲氨喋呤及口服中药消 止妊汤保守治疗，取得良好疗效，现报告如下。

临床资料

25 例输卵管妊娠患者均为本院住院患者，年龄 19~41 岁，平均(27.28±6.71)岁；未婚 3 例，已婚未孕 5 例，曾有剖宫产史 2 例，有阴道分娩史 13 例，属再次宫外孕 2 例。停经 40~59 天，平均停经天数(43.4±4.4)天，平均孕次(2.64±0.86)次，尿妊娠试验阳性 24 例，弱阳性 1 例；停经后伴有下腹坠痛及少量咖啡色阴道流血 18 例，仅有少量阴道流血 3 例，无腹痛及阴道流血 4 例。B 超检查附件有包块 25 例，其中伴有盆腔积液 22 例(后穹窿穿刺抽出不凝血 11 例)，无盆腔积液 3 例。均符合输卵管介入治疗指征：未破裂型输卵管妊娠，生命体征平稳正常，无明显腹痛及腹腔内出血表现，B 超检查宫腔内未见妊娠囊，附件包块直径<6cm，盆腔仅有少量积液，尿妊娠试验阳性，血常规，肝、肾功能检查均正常，妇科检查一侧附件可触及包块。

治疗方法

患者膀胱充盈，取膀胱截石位，在 B 超监测指示下，严密消毒铺巾后，用扩阴器扩张阴道，宫颈钳固定宫颈，将宫腔导管置入宫腔，开口置入输卵管妊娠一侧宫角，将 3F 导管由宫腔导管内送入输卵管，并超出宫腔导管 2cm，或遇到阻力时向后退出 0.5cm，再将甲氨喋呤 30mg 用灭菌注射用水 2ml 稀释后，缓慢(约 8min)推入输卵管，注药后患者回病房卧床休息 24h，同时口服消 止妊汤(丹参 15g 赤芍 12g 桃仁 10g 黄芪 15g 川芎 10g 延胡索 10g)，每天 1 剂，水煎服，连服 10 天。胚胎杀死，内出血停止，血凝固后在上方中加三棱 6g，莪术 6g 口服，连服 3~7 天。如无异常，每周复查 B 超及尿妊娠试验 1 次，包块缩小或消失，盆腔积液消失，尿妊娠试验转阴后出院。如果注药后出现剧烈腹痛，有明显内出血倾向，B 超检查附件包块>6cm，盆腔积液明显增多，立即行急诊剖腹探查术。

结 果

成功(输卵管介入及服中药后腹痛消失，B 超检查包块缩

小或消失，心管搏动消失，盆腔积液减少，尿妊娠试验转阴性) 20 例，平均住院(19.2±5.4)天。出院时心管搏动消失，孕囊缩小，尿妊娠试验阳性 1 例，弱阳性 1 例，其余 18 例均痊愈出院。于出院 1 月后复查 2 例患者尿妊娠试验均转阴。4 个月复查输卵管再通 3 例，怀孕 1 例。本组失败 5 例，其中 4 例于输卵管介入及服中药后腹痛加剧，B 超检查附件包块>6cm，盆腔积液明显增多；1 例因注药后 11 天，尿妊娠试验持续阳性，经家属要求后改为手术。5 例患者分别于介入后第 1、2、2、6、11 天行剖腹探查术，术中见腹腔积血约 200~1200ml。

讨 论

输卵管妊娠占宫外孕的 95% 左右，过去多采用手术治疗，给患者带来痛苦和创伤，破坏了输卵管的完整性。而输卵管介入一次性局部注射甲氨喋呤阻止滋养细胞生长，杀胚，同时根据中医辨证：宫外孕属少腹血瘀，气机阻滞。加服中药协同杀胚，凉血止血、消 止痛、活血化瘀、促进盆腔包块吸收。避免手术创伤，保持输卵管完整性，有利于其功能的恢复。甲氨喋呤用药时间短、剂量小、副作用小。经观察，25 例患者经中西医结合治疗无明显毒副作用。故认为本疗法成功率较高，值得推广。

(收稿 2001-08-17 修回 2001-10-20)

中药为主治疗甲胎蛋白持续高浓度 升高的慢性乙肝临床观察

浙江省萧山市第二人民医院(浙江 311241)

陆传夫 任萍萍

1994 年 4 月~2001 年 3 月，笔者对 8 例伴有甲胎蛋白(AFP)持续高浓度升高的慢性乙肝进行了动态观察，采用中药为主治疗有较好疗效，现小结如下。

临床资料

全部病例除符合慢性乙型肝炎诊断标准(中华肝病杂志 2000 8(6):324-329)外，尚具备以下几点：(1) AFP>200μg/L 持续 8 周以上，或>400μg/L 持续 4 周以上；(2) 多次 B 超、CT 等检查均无肝癌依据；(3) 排除妊娠及生殖器胚胎性癌。其中男 6 例，女 2 例；年龄 29~65 岁，平均(44.25±12.09)岁；病程 1~10 年，平均(5.56±3.16)年；临床诊断慢性乙肝中度 4 例，重度 4 例；全部病例均为 HBsAg 阳性，抗 HBcAg 阳性，HBcAg 阳性；总胆红素升高 5 例，正常 3 例；ALT 均升高，其中>264U/L 4 例；A/G 均异常，其中 A/G 倒置 7 例；AFP>400μg/L 4 例，200~400μg/L 4 例。

治疗方法

基本方：白花蛇舌草、垂盆草、蒲公英、生黄芪各 30g，平地木、田基黄、车前子各 15g，黄芩、丹皮、连翘、广郁金、青皮各 10g。加减：伴黄疸者加茵陈、栀子、大黄；伴恶心呕吐、纳差者加姜半夏、藿香、山楂；肝功能正常而 AFP 仍升高者，加丹参、赤芍、当归。服法：每日 1 剂，水煎，分 2~3 次服。全部病例均酌情选用护肝片、肌苷、维生素 C 等，不使用抗病毒及免疫调节类西药。疗程 0.5~2 年。