

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 25 例。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 个月后复查输卵管再通 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(中华肝脏病杂志 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。

结 果

疗效判定按照第六次全国病毒性肝炎会议讨论修订的病毒性肝炎治愈标准[中华内科杂志 1991;30(1):8—16]。治疗结果:基本治愈 4 例,好转 4 例。其中 HBeAg 转阴、抗 HBeAg 转阳 4 例,HBsAg 未转阴 4 例;5 例总胆红素升高和 8 例 ALT 升高病例均降至正常;A/G 比值转正常 5 例,未正常 3 例;AFP 正常 5 例,降至 100ng/ml 以下 3 例。全部病例经 3~5 年随访:病情稳定 2 例,时有反复,经治好转 3 例,死亡 3 例(死于重型肝炎 1 例,死于肝硬化并发症 2 例)。

讨 论

慢性乙肝可伴有 AFP 升高,但大多为一过性或持续低浓度升高,而持续高浓度升高者较为少见,极易误诊为原发性肝癌。本组病例经 3 年以上观察,均可排除肝癌,故笔者认为对 AFP 持续高浓度升高的慢性乙肝,虽要高度疑癌,但仍有慢性肝炎的可能,对此类患者除动态观察 AFP 外,尚须结合临床表现及多项化验指标进行综合判断,以免误诊。

本病 AFP 升高,可能与以下因素有关:(1)乙肝病毒复制活跃,肝细胞不断发生炎症、坏死,部分坏死后的肝细胞出现再生现象,会诱发体内 AFP-mRNA 上升,而出现 AFP 表达;(2)肝炎病毒对 AFP 的合成基因去抑制而使 AFP 升高;(3)肝细胞不断坏死,肝脏对雌激素灭活减少,致使雌激素水平增高,当与孕妇体内激素水平相当时,则有利于 AFP 的合成。因为孕妇体内 AFP 升高的同时伴有雌激素升高,两者可能有一定相关性。本组 ALT、AFP 均高度升高的 4 例中,有 3 例获得基本治愈,故此患者可能疗效更好。由于本病病毒复制活跃,免疫反应强烈,肝脏损伤严重,极有可能演变为重型肝炎、肝硬化,甚至肝癌,即使肝功能正常,病毒复制指标阴转,还有很大的复发可能,故必须坚持治疗,定期复查。本组死亡的 3 例患者,即与好转后未继续治疗、复查有关。

(收稿 2001-05-16 修回 2001-10-20)

中医药综合治疗颈源性头痛的疗效观察

广东省第二中医院(广州 510095)

刘悦 凌方明

近年来我们采用中医药综合治疗颈源性头痛,并与西医治疗对照组对比,对其近期、远期疗效进行临床观察,报道如下。

临床资料

参考 Sjaastad 提出的颈源性头痛的诊断标准(Sjaastad O, Fredriksen TA. Cervical Headache: Diagnosc Criteri. Headache 1998:442)。(1)临床症状:头痛通常起于颈部,每次发作持续时间不等,头痛呈持续性、波动性,颈部活动和(或)头部维持于非常规体位时头痛加重,可伴有同侧的颈、肩或上肢呈非根性疼痛,或偶有上臂的根性痛症状。(2)颈部体征:颈部僵硬,活动范围变小,在颈椎横突靠神经根处和枕神经处有压痛,斜方肌、胸锁乳突肌近端止点有压痛。(3)影像学检查:可有或无颈椎退行性改变的阳性发现。根据国际统一标准将头痛程度分为 3 级:1 级为轻度头痛,工作能力受轻度影响;2 级为中度头痛,工作能力受严重影响;3 级为重度头痛,需卧床休息。符合诊断标

准 80 例患者,按就诊先后顺序随机分为两组,单号为中医治疗组 40 例,其中男 11 例,女 29 例,年龄 23~58 岁,平均 42.3 岁;病程 20 天~10 年,平均 32.5 个月;头痛程度 1 级 12 例,2 级 23 例,3 级 5 例。双号为西医对照组 40 例,其中男 15 例,女 25 例,年龄 24~58 岁,平均 41.7 岁,病程 24 天~9 年,平均 31.8 个月;头痛程度 1 级 11 例,2 级 25 例,3 级 4 例。两组一般资料比较,差异无显著性。

治疗方法

治疗组(1)电针取穴:太阳(双)、玉枕(双)、风池(双)、完骨(双)、合谷(双)、太冲(双)。使用 30 号 1.5 寸毫针,头部穴位用捻转补法,太阳穴向后平刺,针感向颞侧传导,玉枕、风池、完骨针感向后枕部放散。合谷、太冲用平补平泻手法,得气后接 D8606-II 治疗仪(广州粤声电子仪器厂生产),使用连续波,强度以患者能耐受为度,留针 30min,每天 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程间休息 2 天。(2)穴位注射取穴:风池(双)与完骨(双)交替,用 5ml 一次性注射器抽取野木瓜注射液(野木瓜提取无菌水溶液相当于原生药 10g,广东和平制药厂,批号 981221)4ml,局部消毒后每个穴位注入 2ml 药物,每天 1 组,每天 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程间休息 2 天。(3)中药以血府逐瘀汤加减(当归 15g,生地 15g,桃仁 10g,红花 8g,赤芍 15g,枳壳 10g,柴胡 12g,川芎 20g,桔梗 10g,牛膝 20g,甘草 8g),每天 1 剂,水煎服,连服 22 天。对照组用神经阻滞疗法加西药口服(1)2%利多卡因 2ml 加强的松龙 20mg 加维生素 B₁₂ 1mg 加生理盐水 10ml,局部严格消毒后,对枕大、枕小、C₂、C₃ 神经根及颈椎小关节进行麻醉阻滞以止痛,5 天 1 次,连续 4 次。(2)扶他林(北京诺华制药厂,批号 01007)25mg 饭后口服,每天 3 次,持续服 22 天。统计学方法:疗效比较用 χ^2 检验。

结 果

(1)疗效标准:治愈:头痛及伴随症状完全消失,恢复正常的工作生活能力;好转:头痛及伴随症状明显减轻,工作生活能力提高;无效:治疗前后症状体征无变化。近期疗效在 2 个疗程(22 天)后评定,远期疗效在疗程结束后 1 年随访评定。(2)治疗结果:治疗组近期治愈 34 例,好转 5 例,无效 1 例,有效率 97.5%,观察组治愈 29 例,好转 7 例,无效 4 例,有效率 90.0%。两组比较差异无显著性。1 年后随访,治疗组随访 37 例中治愈 30 例,好转 4 例,无效 3 例,有效率 91.9%,观察组随访 35 例中治愈 15 例,好转 10 例,无效 10 例,有效率 71.4%。两组比较差异有显著性($\chi^2=5.05$, $P<0.05$)。

讨 论

目前西医治疗本病的方法主要有神经阻滞术、颈硬膜外麻醉、射频治疗及口服消炎止痛药。然而其操作难度大,副作用多,远期疗效不稳定,病情易反复。中医学认为“头为诸阳之会”,清阳之府,乃髓海所在。久病头痛,由伏邪和气血瘀结发病者多,局部气血运行不畅,不通则痛。本研究采用中医针药结合治疗,共奏活血祛瘀、通络止痛之功,则头痛可除。标本同治,操作简便易行,副作用小,患者容易接受,安全有效,疗程短,与西医治疗对比,更有理想的远期疗效。

(收稿 2001-04-18 修回 2001-10-23)