

用,未见促进黄体功能之效。本研究提示,对于黄体抑制流产模型,补肾和肾脾并补均优于单纯健脾,补肾法在增进黄体功能方面起主要作用。

离体子宫兴奋试验表明,助孕 3 号方水提液和含药血清均能降低离体子宫肌条收缩的强度,体外试验中药组的子宫收缩频率也显著降低。对子宫的舒缓作用呈量效相关性。在体子宫兴奋试验显示助孕 3 号方组子宫收缩强度减弱,提示该药具有直接抑制子宫收缩的作用。

综上所述,本项目建立的病证结合模型成功模拟了妊娠肾虚、脾虚和黄体抑制的状态,通过对妊娠期子宫蜕膜 PR 的实验研究发现补肾和补肾健脾中药保胎的主要作用环节是提高靶细胞 PR 及其基因表达。通过离体与在体子宫兴奋试验,还证实了助孕 3 号方对

子宫平滑肌的舒缓作用,为中医药防治自然流产提供了实验依据。

参 考 文 献

- 1 罗颂平,张玉珍,梁国珍,等.自然流产的免疫学因素与中医药治疗.中国医药学报 1996;11(4):219—221.
- 2 赵颖,张玉珍.助孕 3 号丸治疗脾肾虚证胎漏、胎动不安、滑胎疗效观察.新中医 1999;31(12):20—21.
- 3 王钦茂,姚道云,杨耀芳,等.孕康口服液保胎作用的实验研究.中国中西医结合杂志 1994;14(7):418—420.
- 4 朱金凤,余运初,周楚华.寿胎丸加味治疗先兆流产的临床观察及实验研究.中西医结合杂志 1987;7(7):407—409.
- 5 李小球,罗颂平.补肾健脾中药对妊娠大鼠孕激素及其受体的影响.广州中医药大学学报 1998;15(3):195—197.

(收稿 2002-11-13 修回 2003-04-05)

中西医结合治愈输卵管间质部妊娠误诊 1 例

连方¹ 张宁² 张建伟² 穆琳² 孙振高² 李海仙² 张鹏²

病例简介 患者王某,女,26岁,住院号:103895,以停经时间>3个月,阴道不规则流血2个月,于2002年12月6日上午11:00急诊入院。患者既往月经规律(3~5/28~30天),末次月经2002年8月15日,量、色、质与以往相同。9月15日出现阴道不规则流血,量少,伴下腹隐痛,持续至10月中旬,伴恶心。10月21日于当地医院测尿绒毛膜促性腺激素(HCG,+),诊断为早孕,行药物流产。用药后阴道流血增多,未见胚胎组织排出。10月29日查血 β -HCG为 $>10\,000\text{mU/ml}$,B超提示怀疑滋养细胞疾病,当地医院诊断为绒癌。给予5-氟尿嘧啶1500mg、氨甲喋呤20mg,静脉滴注,每日1次,连续8天。11月7日、23日分别复查血 β -HCG $>10\,000\text{mU/ml}$ 和 591.1mU/ml 。12月6日来我院就诊,查血 β -HCG为 148mU/ml (正常值 $<4.5\text{mU/ml}$)。妇科检查:宫体略大,左宫底前方触及一约 $3\text{cm}\times 3\text{cm}$ 突起,质软,压痛。B超示:子宫增大,内膜增厚 1.2cm ,宫腔内未探及妊娠囊样反射,横断面观察,子宫横径增大,左侧宫角膨隆,其内探及 $4.8\text{cm}\times 4.1\text{cm}$ 妊娠囊样反射,囊内回声不均匀,有丰富血流信号,囊壁菲薄,直肠子宫陷凹探及 $4.9\text{cm}\times 1.1\text{cm}$ 液性暗区。核磁共振提示:子宫左侧间质部妊娠(照片略)。临床诊断:异位妊娠(左侧输卵管间质部)。

治疗经过 入院后急行剖腹探查术,术中见:子宫略大,左侧宫角部膨隆约 $5\text{cm}\times 5\text{cm}$ 大小,呈紫蓝色,囊壁行将破裂,立即阻断左侧子宫动脉,遂行子宫楔形切除术,保留生育功能。术后病理示:送检组织内见大量绒毛细胞,并有巢状淋巴细胞浸润。术后静脉滴注抗生素以预防感染及营养支持治疗,术后第2天给予术后通腹汤(大黄6g,厚朴12g,枳实9g,芒硝3g,党参15g,黄芪15g等)口服以促进肠蠕动,术后24h肛门排

气,即予饮食调理,加强营养。术后第3天给予归脾汤加减以益气养血、固本扶正,患者恢复良好,以治愈出院。

讨论 该患者10月21日就于当地医院即因未做B超检查,误诊为宫内妊娠而服药物流产药,从而延误了治疗的时机,于10月29日又以因B超误诊为绒癌,再一次延误了治疗的时机。绒癌是滋养细胞高度增生所致,故其HCG升高,妊娠性绒癌病变始发于子宫,可继发于正常或不正常的妊娠,虽有所谓的直接绒癌之说,前次妊娠至发病之间时间间隔约1~2年。其在临床常见症状为葡萄胎、流产或足月产后,阴道有持续不规则流血,量多少不定,检查子宫增大,变软,形态不规则,可触及双侧卵巢黄素化囊肿,B超下亦有其影像学特征。我们综合患者临床表现,结合妇科检查子宫左侧角部明显突起,考虑输卵管间质部妊娠的可能性大,立即行阴道彩色超声及核磁共振检查,从而纠正误诊,为治疗成功奠定了基础。四诊合参并结合现代诊疗方法是我们能够正确诊断的关键。在作出初步诊断的基础上,考虑输卵管妊娠囊壁菲薄,加之患者的病情延误时间过长,危险甚大,一旦囊壁破裂,会导致急性大出血,甚至休克而死亡。故我们采取果断的剖腹探查术,术中囊壁行将破裂,立即阻断左侧子宫动脉和卵巢子宫血管,行左侧宫角楔形切除术,保留了双侧卵巢及双侧输卵管,从而成功地为患者保存了生育功能,同时避免了腹腔内大出血为患者带来的不良损伤。异位妊娠患者盆腔粘连的发生率较高,所以术后第2天我们给予术后通腹汤以促进肠蠕动,预防盆腔粘连的发生,并可使患者早日进食,有利于身体康复。因患者手术前曾行化疗8天,免疫力低下,自身修复能力低,故于术后第3天给予中药归脾汤加减以益气养血、扶正固本,提高患者的免疫功能。

(收稿 2003-02-24 修回 2003-03-30)