

糖。对照组除上述治疗外无其他治疗方法。治疗组在上述治疗的基础上予以柴芍承气汤:柴胡 15g 白芍 15g 黄芩 15g 枳实 20g 厚朴 20g 玄明粉 10g (冲) 生大黄 20g(后下) 莱菔子 10g 川楝子 10g 金银花 20g 连翘 20g, 以上为 1 剂, 每天用 3~4 剂, 每剂加水 800ml, 浓煎 300ml, 每 2~3h 用 100~150 ml 口服或从胃管内注入, 解出大便后改为每 4~6h 用 1 次, 连续用 3 天; 3 天后根据中医辨证改用除湿、健脾益气方:砂仁 10g 白蔻仁 6g 生薏苡仁 10g 茯苓 10g 泡参 20g 扁豆 10g 山药 10g 黄芩 10g 金银花 10g 连翘 10g 大黄 5g(后下), 每天 1 剂, 水煎服, 连续用 4 天, 保持大便每天 1~2 次。

观察指标:在治疗过程中(7 天)严密观察患者症状及体征变化, 治疗前后血、尿淀粉酶(采用碘-淀粉比色法测定)及 C 反应蛋白水平(采用免疫散射速率比浊法测定)变化。统计学方法:采用 *t* 检验。

结 果

1 疗效标准 显效:症状消失, CT 检查胰腺水肿较治疗前明显好转, 血清淀粉酶恢复正常;有效:腹痛偶作, 但程度较轻, CT 检查胰腺水肿存在, 血清淀粉酶 < 500U/L;无效:未达到有效标准。

2 临床疗效 治疗组 24 例, 显效 22 例, 有效 2 例, 总有效率为 100%。对照组 20 例, 显效 12 例, 有效 4 例, 无效 4 例, 总有效率为 80%。治疗组总有效率优于对照组 ($P < 0.05$)。

3 两组患者治疗前后血、尿淀粉酶和 C 反应蛋白测定结果 见表 1。血、尿淀粉酶治疗前两组比较差异无显著性, 治疗后两组均显著下降 ($P < 0.01$), 且下降幅度治疗组优于对照组 ($P < 0.01$)。C 反应蛋白两组治疗前比较差异无显著性, 治疗后治疗组显著下降 ($P < 0.01$), 且优于对照组 ($P < 0.01$); 对照组治疗前后比较差异无显著性。

表 1 两组患者治疗前后血、尿淀粉酶及 C 反应蛋白测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	淀粉酶(U/L)		C 反应蛋白(mg/L)
			血	尿	
治疗	24	治疗前	1485.3 ± 121.8	13289.5 ± 6896.4	82.30 ± 16.50
		治疗后	81.3 ± 12.4 * △	596.3 ± 81.5 * △	11.64 ± 3.20 * △
对照	20	治疗前	1825.4 ± 143.5	12863.5 ± 7110.3	78.20 ± 12.35
		治疗后	138.8 ± 19.5 *	1305.3 ± 118.4 *	81.30 ± 16.25

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, △ $P < 0.01$

4 两组患者主要症状体征情况 治疗组腹痛、腹胀缓解时间分别为(10.00 ± 6.20)h、(1.45 ± 1.28)d; 对照组分别为(26.40 ± 9.57)h、(2.67 ± 1.68)d; 两组比较差异有显著性 ($P < 0.01$)。

万方数据

5 不良反应 治疗组患者服药后有阵发性加剧的腹痛, 但都能忍受。

讨 论 中医学认为本病以肝、胆、脾、胃病变为主, 其病机变化为湿热阻滞中焦, 故中药以清泄湿热、通腑导滞为主, 方中柴胡、枳实促使胃排空; 枳实、厚朴、玄明粉增加小肠蠕动, 抑制大肠球、杆菌作用, 抑制纤维蛋白原转化为纤维蛋白, 防止内毒素诱发 DIC; 柴胡还促使内源性糖皮质激素分泌, 抑制炎症; 方中生大黄为主药, 性味苦寒, 能使胃肠、肝胆湿热下行外出, 抑制胰酶活性; 金银花、连翘增加清热解毒之功; 莱菔子消食化积; 川楝子行气消胀止痛; 白芍缓急止痛; 诸药合用有促使胃肠道蠕动功能增强, 恢复胃肠道动力和回吸收功能, 排除积粪、细菌及内毒素, 减轻和避免了内毒素血症。恢复期由于湿热未尽, 脾胃功能已受损, 采用除湿、健脾益气中药, 方中砂仁、白蔻仁善化湿行气, 治疗脾胃湿阻及气滞所致的脘腹胀满; 薏苡仁渗利湿热而健脾; 泡参、山药、茯苓、扁豆益气健脾; 黄芩、金银花、连翘清泄余热, 大黄保持大便通畅, 整方应用, 恢复肠道功能快, 中西药联合应用缩短病程, 其疗效优于单用西医疗。

(收稿:2005-01-30 修回:2005-04-18)

中药加米非司酮和氨甲喋呤治疗 输卵管妊娠 31 例

辽宁省抚顺市第二医院妇产科(辽宁 113001) 芮广海

中国医科大学第二附属医院妇产科 李 辉

1997 年 1 月—2003 年 12 月, 我们用中药加米非司酮和氨甲喋呤(MTX)治疗输卵管妊娠 31 例, 现报告如下。

临床资料

1 病例选择 (1)生命体征稳定、无活动性出血; (2)异位妊娠的包块直径 < 4cm; (3)血 β -绒毛膜促性腺激素(β -HCG, 正常值 < 0.862 μ g/L) < 20 μ g/L; (4)肝、肾功能正常; (5)B 超提示无胎心搏动; (6)外周血白细胞 $\geq 4.0 \times 10^9$ /L, 血小板 $\geq 100 \times 10^9$ /L。

2 一般资料 64 例患者按入院先后顺序单双号分为两组, 治疗组 32 例, 年龄 21~42 岁, 平均(34.3 ± 6.8)岁; 停经时间 35~43 天, 平均(36.6 ± 6.8)天; 包块直径(3.04 ± 0.92)cm。对照组 32 例, 年龄 22~39 岁, 平均(33.9 ± 3.9)岁; 停经时间 37~45 天, 平均(37.1 ± 5.8)天; 包块直径(2.83 ± 1.08)cm。两组资料比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

方 法

1 治疗方法 两组均用 MTX 20mg, 每天 1 次肌

肉注射,连用 5 天;米非司酮 25mg,每天 2 次口服,连用 3 天。治疗组加用中药(由丹参 15g 赤芍 15g 桃仁 15g 三棱 5g 莪术 5g 等组成),每天 1 剂,水煎分 2 次服,5~10 剂为 1 个疗程。治疗组疗程为(14.6 ± 4.7)天,对照组为(19.5 ± 6.4)天。两组失败者均采用手术治疗,未采用其他治疗手段。

2 观察指标 (1)腹痛、阴道流血、生命体征变化;(2)药物不良反应(包括恶心、呕吐、口腔溃疡等);(3)每 4 天检测 1 次血 β -HCG、外周血白细胞、血小板,血 β -HCG 检测采用放射免疫法(由专人进行,按试剂盒方法操作);(4)15 天检查 1 次 B 超;(5)2 周后复查肝、肾功能;(5)对治愈患者出院后 3 个月行子宫输卵管碘油造影术。统计学方法:采用 t 检验。

结果

1 疗效标准 治愈:临床症状消失,血 β -HCG 降至正常水平,异位妊娠病灶不再扩大,或缩小或消失;孕囊明显缩小或消失。失败:腹痛加剧,血 β -HCG 不下降或增高,异位妊娠病灶扩大。

2 两组疗效 治疗组 32 例,治愈 31 例,失败 1 例;对照组 32 例,治愈 26 例,失败 6 例。治疗组治疗期间阴道流血量平均在 150ml 以下;失败 1 例患者因腹痛明显加剧而行手术治疗。对照组失败 5 例患者因腹痛明显加剧而行手术治疗,其中 1 例术中见有明显内出血,量约 400ml,另有 1 例因 β -HCG 无明显下降而行手术治疗。

3 两组患者治疗前后血 β -HCG 测定结果 治疗组治疗前为(7.43 ± 3.66) μ g/L,治疗后为(3.79 ± 1.92) μ g/L($P < 0.05$);对照组治疗前为(8.02 ± 4.19) μ g/L,治疗后为(4.25 ± 2.01) μ g/L($P < 0.05$);两组附件包块直径治疗前后比较差异无显著性。

4 随访结果 对治愈患者中的 46 例(治疗组 27 例、对照组 19 例)行子宫输卵管碘油造影术,治疗组及对照组的患侧输卵管通畅率分别 92.6% (25 例)、84.2% (16 例)。

5 不良反应情况 治疗组中有 2 例出现恶心;对照组 13 例出现恶心、呕吐,3 例出现口腔溃疡。两组患者复查肝肾功能、外周血白细胞、血小板均正常。

讨论 输卵管妊娠的治疗关键是杀死胚胎组织,清除血块及坏死组织。中医学认为本病是少腹血瘀证,孕卵在输卵管处种植发育导致气机阻滞,有包块形成;孕卵继续发育,脉络破损,伤络而自溢;血不能行而成瘀;瘀血内阻,新血不得归经,则阴道流血;瘀血成癥,癥块阻碍气机,则下腹坠胀,故治疗宜活血化瘀为主。MTX 具有抑制滋养细胞增生,破坏绒毛膜,使胚

胎组织坏死、脱落作用。米非司酮是一种孕酮拮抗剂,它能够在分子水平上与内源性孕酮受体竞争性结合,产生拮抗孕酮作用,使妊娠的绒毛组织及蜕膜变性,内源性前列腺素释放,促使 LH 下降,黄体萎缩,胚胎坏死。中药方剂主要是由丹参、赤芍、桃仁、三棱、莪术等组成,方中丹参有活血化瘀、凉血消痈,养心安神作用;赤芍有清热凉血、祛瘀止痛作用;桃仁有活血化瘀、润肠通便作用;三棱有破血祛瘀,行气止痛作用;莪术有破血祛瘀,行气止痛作用。动物实验证明,本中药方剂具有促进血液中巨噬细胞的吞噬能力,加快血块的分解和吸收作用。中药加 MTX 和米非司酮治疗输卵管妊娠的机理:通过 MTX 和米非司酮抑制滋养细胞增生,破坏绒毛,促进胚胎组织坏死和脱落;通过中药加快局部血块及坏死的胚胎组织的吸收,起到缩短病程,减轻临床症状的作用,最终达到治愈目的。

(收稿:2004-12-23 修回:2005-05-11)

补中益气汤保留灌肠对上消化道溃疡穿孔修补术后胃肠功能恢复的影响

中国中医研究院西苑医院外科(北京 100091)

金保亮 高 瞻

2002 年 4 月—2004 年 12 月我们用补中益气汤保留灌肠观察其对 35 例上消化道溃疡穿孔修补术后胃肠功能恢复的影响,并与常规西药治疗的 32 例作对照,现报告如下。

临床资料 67 例均为上消化道溃疡穿孔修补术后患者,按数字表法随机分为两组,治疗组 35 例,男 24 例,女 11 例;年龄 18~70 岁,平均(34.5 ± 11.4)岁。对照组 32 例,男 23 例,女 9 例;年龄 20~68 岁,平均(33.2 ± 10.25)岁。两组资料比较差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法 两组均在硬膜外麻醉下行穿孔单纯修补术,术后予持续胃肠减压,补充水、电解质及能量,应用抗生素。治疗组加用补中益气汤(党参 15g 黄芪 15g 白术 15g 炙甘草 10g 当归 10g 陈皮 10g 升麻 5g 柴胡 5g),每天 1 剂,浓煎 200ml 分两次给予保留灌肠,自术后 6h 开始给药,共给药 3 天(已排气及排便者则停止给药)。对照组加用新斯的明 0.5mg 肌肉注射,每天 2 次,第 1 次为术后 6h,疗程同治疗组。观察两组排气和腹胀消除时间。统计学方法:用 χ^2 检验。

结果

1 疗效标准 痊愈:首次用药后 24 h 内排气,腹胀消失;有效:首次服药后 24 h 内排气,腹胀明显减