

0.01);两组治疗后比较,ALT、AST、TBIL 差异均无显著性($P>0.05$)。

表 2 两组治疗前后 ALT、AST 及 TBIL 变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	ALT (IU/L)	AST (IU/L)	TBIL ($\mu\text{mol/L}$)
加服中药	30	治疗前	259.56 $\pm$ 65.35	242.24 $\pm$ 258.36	68.41 $\pm$ 38.91
		治疗后	86.40 $\pm$ 34.85**	84.23 $\pm$ 41.34**	30.52 $\pm$ 12.66**
常规治疗	30	治疗前	263.54 $\pm$ 54.47	221.28 $\pm$ 244.26	59.17 $\pm$ 34.13
		治疗后	95.13 $\pm$ 29.25**	103.90 $\pm$ 43.65*	38.97 $\pm$ 21.80**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

3 两组患者治疗前后病原学指标的变化 两组患者各有 1 例 HBeAb 由阴转阳,其余患者治疗前后 HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb 无变化。

4 两组患者治疗前后中医证候积分的变化 加服中药组和常规治疗组治疗前中医证候积分分别为(9.43 $\pm$ 1.92)分、(9.43 $\pm$ 1.72)分,差异无显著性($P>0.05$);治疗后中医证候积分均下降,分别为(1.93 $\pm$ 1.80)分、(3.10 $\pm$ 1.84)分,与治疗前比较差异均有显著性($P<0.01$);两组中医证候积分下降程度比较,差异亦有显著性($P<0.05$)。

讨论 本研究表明,慢乙肝湿热蕴脾证患者 IFN- γ 水平降低,IL-10 水平升高,是慢乙肝病情慢性化的重要因素之一;中医辨证用药能有效调节患者的免疫功能,临床上应予重视。

(收稿:2005-08-05 修回:2005-09-19)

中药配合经宫腔镜子宫内膜切除治疗 顽固性月经过多的临床观察

浙江省诸暨市中医院 (浙江 311800)

陈建凤 赵越秀 翁霞 俞菊红
周剑萍 楼玲芳

我院自 2003 年 6 月—2004 年 6 月对 60 例有药物治疗史 0.5 年以上的顽固性月经过多患者予中药配合宫腔镜子宫内膜切除术(TCRE),疗效确切,报告如下。

资料和方法

1 临床资料 参照《中华妇产科学》(曹泽毅主编.北京:人民卫生出版社,2000:2125)与《现代宫腔镜诊断治疗学》(关铮编著.北京人民军医出版社,2001:219—220)月经过多诊断标准,每次月经总量 20~60ml 为正常量,超过 80ml 为月经过多。根据使用卫生巾数量初步估算,每个卫生巾含血量超过其面积的 1/3 至 2/3 为 1 个,每次使用卫生巾的个数超过 30 个为月经过多,16~30 个为正常量,6~15 个为少量,少万方数据

于 5 个为微量。并符合手术适应证:(1)符合月经过多,经药物治疗无改善或不能耐受副反应或停药复发。(2)40 岁以上,无生育要求,但不愿切除或不能耐受子宫切除。(3)经妇科及 B 超检查无明显器质性病变。(4)宫颈管与宫腔深 $\leq$ 12 cm,子宫内膜厚度 $<$ 3 mm。(5)无子宫恶性肿瘤。(6)无急性生殖系统感染及重要脏器功能衰竭。按预约手术奇偶随机分成中药组和激素组各 30 例。中药组:平均年龄(42.5 $\pm$ 3.5)岁,每次行经使用卫生巾(34.3 $\pm$ 5.4)个,治疗史(15.6 $\pm$ 6.3)个月,伴头晕、乏力 15 例,诊刮史 1 次 23 例、2 次 7 例,子宫内膜厚度(0.9 $\pm$ 0.5)cm,血红蛋白(87.7 $\pm$ 10.4)g/L,有内科合并症 3 例。激素组:平均年龄(42.8 $\pm$ 3.3)岁,每次行经使用卫生巾(34.8 $\pm$ 5.1)个,治疗史(15.8 $\pm$ 6.1)个月,伴头晕、乏力 15 例,诊刮史 1 次 24 例,2 次 6 例,子宫内膜厚度(1.0 $\pm$ 0.3)cm,血红蛋白(87.3 $\pm$ 10.5)g/L,有内科合并症 4 例。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性,具有可比性。

2 治疗方法 (1)纠正贫血:益血生 4 片,每天 3 次,口服至来院手术。(2)子宫内膜准备:中药组经期予举元煎加止血药:党参 15 g 黄芪 15 g 升麻 6 g 白术 12 g 炙甘草 6 g 阿胶 12 g(烊化) 乌贼骨 15 g 茜草根 12 g 地榆 12 g 血余炭 12 g 益母草 15 g 武火煎沸后文火再煎 30 min,早晚两次均煎 150 ml,每天 1 剂,连服 5 天。经前期用自拟方:党参 15 g 黄芪 15 g 白术 12 g 阿胶 12 g(烊化) 肉苁蓉 15 g 熟地 12 g 菟丝子 15 g 当归 10 g 制首乌 15 g 女贞子 15 g,煎药及服法同上,连服 5 天。16 例经期初诊者,用举元煎 2 个疗程;14 例经前期初诊者,举元煎加自拟方各 1 个疗程。激素组:参照《现代宫腔镜诊断治疗学》,予甲羟孕酮 30 mg,每天 1 次,连服 28 天。(3)手术治疗 术前米非司酮 75 mg,每 12 h 1 次,口服,2 次,术前 0.5 h 杜冷丁 50 mg 加阿托品 0.5 mg 肌肉注射或辅以鞍麻、腰麻、静脉麻醉。手术遵照《现代宫腔镜诊断治疗学》TCRE 操作常规。宫颈扩张器扩至 9 号,5%葡萄糖注射液持续灌流,宫腔压力保持 25 kPa 左右,电切功率 100 W,电凝 60 W,切除深度宫底及子宫前后侧壁约 5 mm 左右,两侧角肌层较薄 2~3 mm,测量所有切除组织,保证所取组织至少 2~3 mm 厚,>50 岁者切除全部内膜,<50 岁者切下组织 8~16 条,并做病理检查。

3 观察项目 术中一般情况、出血量、手术时间、术后阴道流血、月经变化、血红蛋白、头晕乏力等贫血症状改善情况,B 超监测子宫内膜厚度。

4 统计学方法 采用 t 检验。

结果

1 术中一般情况 宫腔深度 7.5~12 cm,发现宫腔占位性病变 6 例,同时行切除术。全部患者生命体征平稳,无 1 例子宫穿孔、大出血、宫颈撕裂及过渡水化综合征发生。

2 两组术中出血量及手术时间比较 出血量:中药组(37.8 ± 8.5)ml,激素组(46.7 ± 12.8)ml。手术时间 中药组(31.4 ± 5.2)min,激素组(35.9 ± 10.6)min。两组比较,中药组优于激素组,差异有显著性($P < 0.05$)。

3 两组阴道出血情况比较 中药组术后 3~7 天少量阴道出血,每天使用卫生巾 1~2 个;激素组血量较多,平均使用卫生巾 9.5 个。两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

4 两组月经变化比较 术后 6 个月,闭经 18 例,中药组 10 例,激素组 8 例;微量 8 例,中药组 3 例,激素组 5 例;明显少量 28 例,中药组 15 例,激素组 13 例;中药组 1 例、激素组 2 例闭经 3 个月发生阴道少量出血 2~3 天,再次出现无月经;中药组 1 例月经量减少 3 个月后闭经;激素组 2 例无明显疗效。

5 两组贫血症状改善情况比较 血红蛋白:术后 15 天,中药组为(105.8 ± 6.2)g/L,激素组(95.3 ± 8.2)g/L,两组均较术前明显升高,差异有显著性($P < 0.05$),且中药组明显高于激素组,差异有显著性($P < 0.05$);术后 6 个月,中药组为(122.7 ± 5.6)g/L,激素组为(122.6 ± 6.0)g/L,两组比较差异无显著性($P > 0.05$),与术前比较,差异有显著性($P < 0.01$),提示 TCRE 远期疗效显著。头晕、乏力症状改善程度与血红蛋白改善相平行。

6 60 例患者子宫内膜厚度比较 术后 30 例子官内膜在 3 次不同时间内 B 超检查只是宫腔线,无子宫内膜增厚;18 例月经周期第 10 天检查,子宫内膜 ≤ 0.4 cm;12 例月经第 14 天子宫内膜 ≤ 0.6 cm。

讨论 月经过多的传统治疗措施有内分泌药物治疗、清宫术、全子宫切除术等。而 TCRE 仅仅去除导致出血的子宫内膜,不破坏盆腔正常解剖结构。手术不进腹,创伤小,可发现并同时切除宫腔占位性病变,可避免不必要的子宫切除。

为提高 TCRE 手术成功率,有文献报道术前使用内分泌药物促使子宫内膜变薄,或“一期法”不作内膜准备,术中先行诊刮术,由于引起内膜蜕膜样变、间质水肿,使宫腔内壁充血,影响术中视屏清晰度,增加手术难度和出血量。术后药物撤退性出血,在一定程度

上也影响患者恢复。

中医学认为,月经过多日久,气随血脱,气血两虚。治疗原则经期血多之际侧重止血,采用补气摄血,“塞流”佐以“澄源”治标为主;经前以“澄源”、“复旧”,益气养血、固冲补肾治本。我们利用中药所具的促进人体代谢、升高红细胞、血红蛋白作用,促进子宫收缩、内膜剥脱,止血及调理作用,用于 TCRE 术前内膜准备,缩短经期,创造手术条件,使患者在自然月经周期,子宫内膜尚薄的修复期或增殖早期接受手术。

本组随访时间尚短,TCRE 后期疗效及是否具有子宫内膜癌变倾向有待长期密切随访。

(收稿:2005-02-21 修回:2005-09-26)

斯娜格膜治疗宫颈糜烂 68 例

湖北省十堰市中医院 (湖北 442012)

陈宜斌 李新宪

宫颈糜烂是妇女常见病,斯娜格膜是治疗宫颈糜烂的一种新药。笔者通过对 136 例宫颈糜烂患者进行前瞻性的随机对照研究,比较宫颈局部应用斯娜格膜与微波治疗的疗效差别,了解斯娜格膜的治疗效果。

资料与方法

1 一般资料 136 例均为 2002 年 8 月—2004 年 8 月间在我院妇产科门诊就诊的宫颈糜烂患者,按就诊号随机分为斯娜格膜组(68 例)及微波组(68 例)。宫颈糜烂诊断标准按《妇产科学》分为 3 度和 3 型。I 度糜烂:宫颈糜烂面占整个宫颈面积的 1/3 以内;II 度糜烂:宫颈糜烂面占整个宫颈面积的 1/3~2/3;III 度糜烂:宫颈糜烂面占整个宫颈面积的 2/3 以上。单纯型:糜烂面仅为单层柱状上皮所覆盖;颗粒型:由于腺上皮过度增生并伴有间质增生,糜烂面凹凸不平呈颗粒状;乳突型:当间质增生显著,表面不平现象更加明显呈乳头状。并排除:(1)宫颈癌及宫颈上皮内瘤样病变(CIN);(2)妊娠及哺乳期妇女或不能排除妊娠可能的妇女;(3)进入本研究前 2 个月内曾因慢性宫颈炎接受过任何形式的物理治疗或药物治疗者。其中斯娜格膜组平均年龄(28.5 ± 7.2)岁,孕次(2.2 ± 0.8)次,产次(1.8 ± 0.5)次,流产次数(0.9 ± 0.6)次。微波组平均年龄(29.4 ± 6.5)岁,孕次(1.9 ± 1.1)次,产次(2.0 ± 0.4)次,流产次数(0.8 ± 0.9)次。宫颈糜烂程度斯娜格膜组 I 度 24 例,II 度 35 例,III 度 9 例;宫颈糜烂分型单纯型 28 例,颗粒型 30 例,乳突型 10 例。微波组 I 度 16 例,II 度 39 例,III 度 13 例;单纯型 27 例,颗粒型 33 例,乳突型 8 例。两组一般资料比较,差