

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 李新究

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

(收稿:2005-04-25 修回:2005-09-12)

异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法 斯娜格膜组采用斯娜格膜(鞣酸小檗碱膜,由甘肃陇神戎发药业有限公司生产,每片 50 mg,每盒 6 片)外用治疗。每晚睡前清洗外阴后,患者自行用指套将斯娜格膜放入阴道深部,每天 1 片,6 天为 1 个疗程,停药 1 个月后复查。微波组采用北京木禾雨电子有限公司生产的 MH-IY 型多功能微波治疗仪,在月经干净后 3~7 天由同一个医生行微波治疗,功率 30~40 W,从超过糜烂面 3~5 mm 起,由外向内移动,直到距宫口 3 mm 处,脚控时间使表面凝固变白即可。治疗后 1 个月由该医生复查。详细记录治疗前后宫颈糜烂面的修复及糜烂面面积的改变及不良反应。

3 统计学方法 采用 SPSS 11.5 软件包分别进行 t 检验、 χ^2 检验及有序结果的 Logistic 回归分析。

结果

1 宫颈糜烂疗效标准 治疗后宫颈糜烂面全部被新生的鳞状上皮覆盖,宫颈光滑,自觉症状消失,宫颈刮片正常者为治愈;宫颈糜烂面积明显缩小,由重度转为中度或轻度,或由中度转为轻度者为有效;治疗后宫颈糜烂无明显改变者为无效。

2 两组治疗效果比较 斯娜格膜组治愈 15 例,有效 45 例,无效 8 例,总有效率 88.2%;微波组治愈 29 例,有效 39 例,总有效率 100%,明显优于斯娜格膜组($P<0.01$)。

3 不良反应 在应用斯娜格膜的 68 例患者中,均未发现明显的不良反应。微波组均有不同程度的阴道排液,其中 29 例有少量阴道出血及流液但无需治疗,3 例因阴道出血较多,以碘伏纱布压迫止血。

讨论 宫颈糜烂是妇科常见疾病,临床以物理治疗为主,通过物理方法破坏柱状上皮及化生上皮,使宫颈阴道部全部为新生的鳞状上皮覆盖,一般认为物理治疗效果要比外用药物明显且迅速,尤其是在糜烂面缩小和糜烂分型的改善方面。但由于物理治疗受时间限制(月经后 3~7 天),治疗后常出现阴道较大的排液,少数患者可能出血较多需止血治疗。而局部用药简单、方便。本观察发现,虽然斯娜格膜的疗效较微波差,大多数的患者在使用斯娜格膜后症状及体征均有不同程度的改善,并且在应用中未发现明显的不良反应,不失为一种较好的治疗方法。斯娜格膜即鞣酸小檗碱膜,小檗碱是从中药黄连、黄柏或三颗针中提取的有效成分。小檗碱的抗菌能力颇强,体外试验表明它的抗菌谱十分广泛,具有收敛抗菌作用,是治疗宫颈糜烂的一种新药,值得临床推广应用。

万方数据

通管汤联合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕的临床观察

浙江省丽水市中医院 (浙江 323000)

江伟华 徐旭群

输卵管阻塞是女性不孕诸多因素中最常见因素。2001 年 1 月—2003 年 12 月我们以自拟通管汤联合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕 87 例,取得满意疗效,现报告如下。

临床资料 174 例均为本院经腹腔镜治疗,明确输卵管阻塞性不孕患者,不孕病程 3~8 年,平均 4 年。原发性不孕 36 例,继发性不孕 138 例。按随机数字表法随机分为两组,治疗组 87 例,年龄 25~38 岁,平均(29.8±2.2)岁;输卵管积水 21 例,输卵管周围炎 43 例,输卵管远端阻塞 23 例,中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》(郑筱萸.中药新药临床研究指导原则.北京:中国中医药科技出版社,2002:342)肝经瘀阻型 28 例,湿热互结型 26 例,肾虚夹瘀型 20 例,气虚夹瘀型 13 例;对照组 87 例,年龄 25~37 岁,平均(28.7±2.3)岁,输卵管积水 23 例,输卵管周围炎 39 例,输卵管远端阻塞 25 例。其中肝经瘀阻型 29 例,湿热互结型 25 例,肾虚夹瘀型 21 例,气虚夹瘀型 12 例。两组患者一般资料比较,差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组均采用手术方式:腹腔镜下对输卵管伞端粘连、积水部分进行切开、分离,并使之翻卷以防粘连,对输卵管周围炎分离粘连。术中同时行美蓝通液术,术后左氧氟沙星 0.4 g 静脉滴注,每日 1 次,替硝唑 0.8 g 静脉滴注,每日 1 次,治疗 1 周。术后每个月在月经干净第 3 天、第 7 天通液(通液药物:生理盐水 20 ml,地塞米松 2 mg,庆大霉素 8 万 U,糜蛋白酶 4 000 U,胎盘组织液 4 ml)2 次,连续应用 2~3 个月经周期,这期间未避孕。治疗组同时根据中医辨证分型给以自拟通管汤加减内服治疗。通管汤组成:柴胡 10 g 枳壳 9 g 川芎 10 g 当归 15 g 赤芍 15 g 桃仁 10 g 王不留行 12 g 金银花 30 g 败酱草 30 g 土茯苓 20 g 车前草 30 g 黄芪 30 g 鹿角片 12 g,并随证型加减。每日 1 剂,水煎分 2 次口服。3 个月为 1 个疗程,连服 1~2 个疗程,2 个疗程后评定疗效。治疗后 3 个月行双侧输卵管造影,造影术后避孕 3 个月。观察两组输卵管再通情况。随访 0.5~1 年了解受孕情况。

统计学方法 采用 χ^2 检验。