

中西医结合治疗慢性盆腔炎 117 例分析

陈菁 高红月

(福建省漳州市医院妇产科 漳州 363000)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗慢性盆腔炎的疗效。方法:慢性盆腔炎患者 117 例按妇科体检征不同及 / 或 B 超、腹腔镜下表现不同将其分为 3 组:A 组,附件区具压痛但未及包块增厚感;B 组,附件区触及具压痛的增厚感,腹腔镜下见附件区慢性充血;C 组,附件区包块 <5cm 或触及索状物,腹腔镜下提示输卵管壁增粗,僵硬。根据不同病程采用西药抗生素静脉输注及 / 或中药红藤汤加减保留灌肠治疗。结果:A、B、C 组分别获得 100%、86.19%、43.3% 的治愈率,且均未出现肝、肾功能损害等严重副反应。结论:中西医结合治疗慢性盆腔炎疗效显著。

关键词: 盆腔炎;红藤汤;普鲁卡因;抗生素类;保留灌肠;中西医结合疗法

中图分类号: R 752.5¹²

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0013-02

慢性盆腔炎是妇科常见病之一,常因病程长、症状反复而影响患者的日常生活,本文收集 1995~2000 年我院门诊及病房慢性盆腔炎患者 117 例,采用中西医结合治疗,取得良好的治疗效果。现总结如下:

1 临床资料

年龄 22~45 岁,以 35 岁左右居多,近年来有年轻化趋势,均为已婚或未婚有性生活史育龄妇女;病程 3 个月~12 年。均具有不同程度反复下腹坠胀、疼痛及腰骶部酸痛病史并常于劳累、性交后及月经前后加剧,可伴低热、易疲倦、月经不调、不孕等;妇检子宫常呈后倾后屈位,活动受限或粘连固定,宫旁可及增厚感、索状物或包块,常具压痛且活动受限;B 超提示附件区炎性包块与周围组织粘连、境界不清,输卵管增粗;腹腔镜下见宫旁炎性包块,输卵管慢性充血或伴管壁增粗、僵硬。根据妇科体检征不同及 / 或 B 超、腹腔镜下表现不同分为 3 组:A 组为附件区具压痛但未及包块及增厚感;B 组为附件区触及具压痛的增厚感,腹腔镜下见附件区慢性充血;C 组为附件区包块 <5cm 或触及索状物,腹腔镜下提示输卵管壁增粗,僵硬(腹腔镜下见炎性包块,行剔除术后也归入该组)。

2 治疗方法

首先采集宫颈管分泌物行聚合酶链反应(PCR)检查衣原体、支原体、淋球菌感染情况;急性或亚急性发作病人同时进行细菌培养加药敏检查并根据培养结果或 PCR 检查报告选择敏感抗生素静脉输注 7~10d。在检查结果未报之前,先给予广谱抗生素治疗,近期首选喹诺酮类抗生素经静脉抗感染 2~3d 后同时加用中药红藤煎加减+普鲁卡因保留灌肠治疗。慢性期仅采用中药保留灌肠治疗,具体如下:A 组方药:红藤 20g,败酱草 20g,蒲公英 20g,鸭跖草 20g,紫花地丁 20g,延胡索 12g,香附 10g。B 组方药:红藤 20g,败酱草 20g, 蒲公英 20g,紫花地丁 20g,丹参 12g,三棱 10g,莪术 10g,延胡索 12g。C 组方药:红藤 20g,败酱草 20g,蒲公英 20g,紫花地丁 20g,赤芍 12g,炮山甲 12g,三棱 10g,莪术 10g,延胡索 12g。以上方剂浓煎成 100mL 药液冷却至 40℃ 左右,加入 2%普鲁卡因 6 mL,嘱患者排便后用胶管经肛门送入 15cm 以上,然后缓慢将药液注入,注药后嘱患者卧床休息 1h,每 1d 保留灌肠 1 次,10d 1 个疗程,经期暂停,1 个疗

程后间歇 10d 可开始下 1 个疗程治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:A 组,腹痛症状完全缓解为治愈;B 组,附件区压痛症状消失为有效,附件区压痛症状消失及增厚感消失为治愈;C 组,索状物、包块缩小≥ 1/3 为有效,索状物、包块缩小≥ 1/2 为显效,索状物、包块完全消失为治愈。

3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 3 组疗效比较					
组别	n	有效	显效	治愈(%)	疗程 / 个
A	41			41 (100.00)	1~4
B	46	6		40 (86.19)	3~8
C	30	4	10	13 (43.30)	4~11

3.3 副反应 3 组病例均未出现二重感染,肝、肾功能亦无损害等副反应。

4 讨论

慢性盆腔炎常因炎症浸润导致内生殖器组织纤维增生、变硬,并可使其与周围组织广泛粘连,常见有:(1)慢性输卵管炎、输卵管积水;(2)输卵管卵巢炎、输卵管卵巢囊肿;(3)盆腔结缔组织炎等几种类型。

抗生素对于炎症急性期细菌的抑制、杀灭作用较佳,而对于慢性期因组织增生,结构改变,局部较难达到有效血药浓度,因而作用较弱。况且长期大量使用抗生素易导致肠胃功能紊乱,菌群失调及机体重要脏器特别是对肝、肾功能的损害。

中药直肠给药,药物吸收主要依赖药物溶于直肠分泌物中,再通过粘膜被吸收,可防止或减少药物在肝脏中的代谢,以及对肝脏的毒副作用,避免药物对胃的刺激,以及消化液的 pH 和酶类对药物的影响和破坏作用,比口服吸收快而规则^[1]。

方剂中红藤、败酱草、蒲公英、鸭跖草、紫花地丁具清热解毒(对葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、伤寒杆菌等有广谱抗菌)之功用,同时亦存在抗真菌、抗病毒作用,而且还具有解热、镇静、祛瘀止痛等作用,并能通过降低毛细血管通透性达到抗炎目的;三棱、莪术、炮山甲、赤芍、丹参理气破瘀,同时具有消肿排脓、活血祛瘀止痛的作用,可改善组织局部血供,促进炎症吸收,粘连松解;延胡索镇痛,具有麻醉作

综合溶栓法治疗急性心肌梗死临床研究

柳德学 姜海侠
(河南省南阳卫校附院 南阳 473058)

关键词:急性心肌梗死;中西医结合疗法;尿激酶;红花注射液;生脉注射液
中图分类号:R542.2+2 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2003)05-0014-01

急性心肌梗死是冠心病中的一种常见危急重症,早期再灌注是治疗的主要措施。早期静脉溶栓疗法因易于施行而被临床推广应用。为提高成功率,减少并发症发生,用中西医结合综合溶栓法治疗 82 例,将结果报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 158 例病人,为我院 5 年来住院病人,其中对照组 76 例,平均年龄(56.5±20.8)岁;治疗组 82 例,平均年龄(57.2±18.9)岁。

1.2 进入标准 诊断标准按 1979 年国际心脏病学会及世界卫生组织(WHO)缺血性心脏病命名和诊断标准。选择治疗标准,按中华心血管学会建议标准。发病时间<6 h;无绝对和相对溶栓禁忌证^[1,2]。

1.3 治疗方法 按随机数字法将病人分为对照组和治疗组。对照组用常规内科疗法即用硝酸酯类、低分子肝素、极化液、转换酶抑制剂、阿斯匹林,及对症治疗,疗程 1 周,并予尿激酶溶栓治疗;治疗组在对照组治疗基础上配伍应用红花注射液(国药准字 Z14020008,太原华卫制药有限公司生产),25mL/d 静滴和生脉注射液(国药准字 Z32021055,江苏苏中药业股份有限公司生产),250mL/日静滴。分别以 24h、48h 和 7d 为临床终止点,计 24h 冠脉再通率、48h 心电图疗效,疼痛缓解时间和 7d 内心衰、心源性休克、和恶性心律失常三大并发症发生率。

1.4 疗效评定 采用临床间接再通标准^[1]评定 24h 血管再通率;心电图有效标准为相邻 2 个或以上相关导联 ST 改善 0.2mv 或 1/2 以上;记录疼痛缓解时间,评定三大并发症发生率。

用,可提高痛阈,还有镇静、催眠、安定、降温作用^[3],对改善患者全身状况有利。

3 组患者治疗结果以第 1 组最佳,第 3 组最差,此与第 2、3 组患者,不能坚持治疗有一定关系,特别是第 3 组患者,常因对肿块的性质有顾虑而改行手术治疗。故对于已确诊特别是腹腔镜证实慢性盆腔炎患者,坚持采用中西医结合治疗,多能获得令人满意的效果。

1.5 统计方法 计量资料,以平均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表达,用 t 检验;计数资料,以 χ^2 检验。

2 结果

结果显示 2 组病人血管再通率分别为 68.4%和 70%,差异无显著意义。对照组对治疗组,心电图疗效为 62.9%对 85.7%,疼痛缓解时间为(3.2±2.2)h 对 (2.0±1.1)h,并发症发生率为 31.58%对 14.63%,统计学处理其差异均有显著性意义。

3 讨论

冠心病急性心肌梗死早期再灌注治疗为重要方法,以缩小梗死面积,挽救缺血和损伤心肌,最大限度地保护心脏功能。急性心肌梗死相关血管区域侧枝循环或微循环状况,亦与预后有密切关系。常规内科溶栓等疗法,有一定的血管再通率,但易发生再灌注心律失常。本研究以中西医结合方法,溶栓治疗在再通血管的基础上,以红花注射液扩张冠脉血管,同时改善相关区域心肌侧枝循环和微循环,增加心肌血流量;生脉注射液具有补气养心,增加自由基清除作用,有效防治氧超载引起的再灌注心肌损伤,同时具有升压强心作用,有效防止了三大并发症的发生。因此,中西药物共同作用,显示在溶栓、促进血管再通同时,可有效改善心电图、缩短疼痛时间、减少三大并发症发生,优于常规内科溶栓疗法。

参考文献

[1]中华心血管杂志编委会.急性心肌梗塞溶栓治疗参考方案[J].中华心血管病杂志,1991,19(1):137~138
[2]程瑛,陈灏珠.10 年来我国冠心病的诊断及治疗进展[J].现代诊断与治疗,1992,3(3):209~210

(收稿日期:2003-07-29)

参考文献

[1]董昆,王秀琴,董一凡.现代临床中药学[M].北京:中国中医药出版社,1998.41
[2]董昆,王秀琴,董一凡.现代临床中药学[M].中国中医药出版社,1998.208

(收稿日期:2003-04-25)