

介入治疗在盆腔淤血综合征中的应用研究

汪利群 舒宽勇
(江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词: 盆腔淤血综合征; 介入疗法; 肝动脉灌注; 对比观察
中图分类号: R 711 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2005)06- 0023-02

盆腔静脉淤血综合征是由于盆腔静脉曲张淤血引起的一种妇科疾病。因临床主诉多, 体征往往与症状不相符, 所以诊断较困难, 极易误诊。我们总结了本院从 1996 年以来的盆腔静脉淤血综合征 60 例, 对其诊断和治疗作一分析。

1 资料和方法

1.1 病例选择 患者年龄 29~41 岁, 均为经产妇。58 例有输卵管结扎史, 病程 8 个月~12 年, 所有病例均经多次检查未能明确诊断, 经多次治疗亦未能好转。所有病例均有慢性盆腔疼痛, 耻骨上区疼痛。月经功能紊乱症状 20 例。盆腔检查: 后位子宫 45 例, 除 26 例有附件区轻压痛外, 无其它明显阳性体征。2 组患者在年龄、病史, 症状体征等方面差异无显著性 ($P>0.05$)。见表 1。

表1 2组患者术前情况比较($\bar{X} \pm S$)					
组别	n	年龄/岁	手术史/例		
			宫腔操作	输卵管结扎	
研究组	30	30.4± 3.86	25	29	
对照组	30	32.6± 3.13	27	29	
P值		>0.05	>0.05		

1.2 治疗方法 对 60 例盆腔静脉淤血综合征患者随机分为研究组和对照组各 30 例, 研究组采用腹壁下动脉灌注, 治疗组采用介入治疗。具体方法: 在局部麻醉下于任意一侧腹股沟平行上 2cm 左右中 1/3 段切开皮肤、皮下、及筋膜层, 在腹膜前脂肪中找到腹壁下动脉, 远端结扎、断离, 近心端剪开一小孔插入输尿管导管或硬膜外麻醉导管 1 根, 插入深度在 25~28cm 左右, 长度因患者身高而异或在 X 线透视下见导管远端位于卵巢动脉起点、腰₁₂水平即可。导管固定于腹壁切口处, 末端套用 1 枚注射针头及甘油栓, 之后注入 2mL 枸橼酸钠液以防导管内血栓形成。每日用微量注射泵于导管内注入 5% 葡萄糖液 200mL 加复方丹参注射液 20mL 次, 注射完毕后再用 1g 氨苄青霉素 (皮试阳性者该用 0.6g 林可霉素) 及 2mL 枸橼酸钠推注, 以防感染及血栓形成, 连用 15~20d 后拔管。视症状改善情况拔管或休息 1 周后重复 1 个疗程。对照组采用静脉输注复方丹参液或传统方法治疗。

1.3 检查项目 治疗前后行彩色多普勒 (CDFI) 检查及血流变学方面的检查, 2 组患者行彩色多普勒 (CDFI) 检查均证实有盆腔静脉淤血症, 血流丰富, 管径增粗, 血液流变学均提示有不同程度的血栓病先兆。

1.4 随访 出院后半年~1 年采取书信或门诊随访, 定期行有关检查。

1.5 观察内容 治疗后观察 2 组病人的阳性症状及体征的改善情况。

1.6 统计学处理 均采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后彩超血管内径均有不同程度的减少, 但减少不明显, 2 组无明显差异。

2.2 2 组病例治疗后一般情况恢复比较治疗后随访治疗组 80% 的病人症状有不同程度的改善, 而对照组只有 30% 的病人有所改善, 2 组在统计学有明显差异。见表 2。治疗组中有 5 例因治疗效果不明显而行手术治疗, 对照组有 10 例行手术治疗, 术中均发现有明显的卵巢静脉、输卵管静脉、宫旁静脉、膀胱表面静脉曲张淤血。

表 2 2 组治疗后恢复情况比较						
组别	疼痛情况			一般情况		
	加重	不变	减轻	好	中	差
研究组	2	4	24	25	4	1
对照组	5	19	6	10	5	15
P	<0.05			<0.05		

注 * 其中一般情况包括精神、睡眠、饮食、生活及劳动能力等情况。

2.3 2 组患者治疗后性生活情况比较 2 组大多数病人治疗后半个月至 1 个月左右开始恢复性生活。由于 2 组病人中均有不同程度的性交困难, 治疗组中行介入治疗后性功能增强者 7 例, 不变者 14 例, 减弱者例, 认为术后性生活时道有疼痛、干燥等不适者 6 例, 无不适者 24 例。对照组治疗后性功能增强者 2 例, 不变者 20 例, 减弱者 8 例, 认为术后性生活时道有疼痛、干燥等不适者 14 例, 无不适者 16 例。

表 3 2 组患者术后性功能情况比较							
组别	阴道粘膜干涩	性生活频度				性生活满意程度	
		2 次 / 周	1 周 / 次	0.5 次 / 周	1 次 / 月	好	一般 差
研究组	6	2	13	13	2	16	5 9
对照组	14	0	5	20	5	8	4 18
P 值		<0.05					

3 讨论

盆腔静脉淤血综合征的患者主诉多, 体征往往与症状不相符, 所以诊断较困难, 极易误诊^[1]。据文献报道, 本症患者均有盆腔疼痛, 包括下腹疼痛、耻骨联合上区疼痛、阴道刺痛或低位腰痛等^[2]。25%~50% 患者有膀胱刺激症状, 25%~50% 患者有月经改变及白带增多, 相当部分患者有头晕、心悸、失眠、乏力等植物神经功能紊乱的症状^[3]。本组患者除了膀胱刺激症状, 均有上述症状, 且在彩超检查前误诊。误诊病种包括盆腔炎、子宫内膜异位症、慢性结肠炎、腰腿痛、神经官能症等, 经多次治疗均未见好转。另外, 输卵管结扎术因机械性干扰了盆腔静脉回流, 容易引起盆腔静脉曲张^[4]。本组患者中的 56 例输卵管结扎术后的患者, 经彩超和手术均发现有明显的盆腔静脉曲张淤血。所以, 临床上对主诉慢性盆腔疼痛, 体征与症状不相符, 多次治疗未愈的患者, 特别是有输卵管结扎

史的患者,均应高度怀疑盆腔静脉淤血症,可作彩超或盆腔静脉造影协助诊断。本文行彩超的 55 例中,盆腔淤血综合征是造成妇科慢性疼痛的重要原因之一,而其症状的出现多与流产、分娩、输卵管结扎等因素有关,主要症状是范围广泛的慢性疼痛、极度疲劳感和某些神经衰弱的症状。1949 年 Taylor 提出盆腔淤血综合征是一种独特的疾病。从此,对慢性盆腔淤血性疼痛的认识有了一个重大的突破。迄今为止,对本病的治疗虽方法很多,但疗效不好,病程迁延,是困惑妇科医生的一大难题^[9]。临床观察,大多重型患者多因输卵管结扎后引起,最终多采取经腹全子宫及双附件切除治疗,给计划生育工作带来了不少棘手的问题。

介入治疗是近十余年迅速发展起来的一门学科,为很多病例开辟了一条新的治疗途径^[6]。血管内药物灌注术始于 1921 年 BEICHRODER 试行经动脉注药治疗产妇的脓毒血症。随着介入放射学的发展,血管内药物灌注术的应用越来越广泛,其临床效果也得到充分肯定^[7]。血管内药物灌注术注重药物的局部效应,使药物直接作用于病变局部,药物首先经病变部位的细胞膜吸收滤过后再进入全身循环,从而提高局部治疗效果。

丹参属活血祛瘀药,具有通行血脉,促进血行,消散瘀血的作用,适用于血行障碍形成瘀血所致的各种症候^[8]。《妇人明理论》说:“一味丹参,功同四物,能活血补血。”其活血祛瘀的作用甚佳。受介入治疗的启发,加上丹参的药效,自 1996 年始,我院采用经腹壁下动脉插管血管内灌注复方丹参注射液治疗本病,取得很好的治疗效果。此项工作的开展,为本病

的治疗提供了一种疗效确切,具有广泛社会效益和经济效益及发展前途的治疗手段。临床实践证明,绝大多数盆腔淤血综合征患者完全可根据临床症状及妇科检查作出正确诊断,加之腹壁下动脉插管技术简便,费用低,动脉内灌注药物可通过高挂输液瓶来于克服动脉血阻力,故在基层卫生院亦可开展此项技术。

参考文献

[1]Beare RW,Reginald PW,Wadsworth J.Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion [J].Br J Obstet Gynecol,1988,95:153
[2]Beare RW,Highman JW ,Pearce S, et al. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain [J].Lancet, 1984,11: 946
[3]Reginald PW,Beard RW ,Kooner JS ,et al.Intravenous dihydroergotamine to relieve pelvic congestion with pain in young women[J]. Lancet ,1987,11:351
[4]Ruifang W,Zhenhai W,Li chang L,et al.Relationship between prostaglandin in peritoneal fluid and pelvic venous congestion after sterilization[J].Prostaglandins, 1996,51: 161
[5]Giacchetto C,Catizone F ,Cotroneo GB ,et al.Radiologic anatomy of the genital venous system in female patients with varicocele[J]. Sure Gynecol Obstet, 1989,169: 403
[6]Saxton DW,Garquhar CM,Rae T.Accruacy of ultrasound measurements of female pelvic organs [J]. Br J Obste Gynecol, 1990,97: 695
[7]Reginald PW,Adams J ,Franks S , et al .Medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic pain due to venous congestion[J].Br J Obs-tet Gynecol ,1989,96: 1 148
[8]Sichlau MJ ,Yao JST,Vogelzang RL.Transcatheter embolotherapy for the treatment of pelvic congestion syndrome[J].Obstec Gynecol , 1994,83: 892

(收稿日期: 2005-05-12)

中药熏洗治疗鹅掌风 30 例

张红毅 张红霞

(1 新疆煤矿总医院 乌鲁木齐 830091;2 新疆建工医院 乌鲁木齐 830002)

关键词: 鹅掌风; 中医药疗法; 中药熏洗; 疗效观察

中图分类号: R 268

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)06- 0024-01

鹅掌风是真菌感染性疾病,西药治疗效果不明显且易复发。我科采用中药熏洗治疗本病,取得良好效果。现报道如下:

1 一般资料

30 例病人中男 12 例,女 18 例,年龄在 20~72 岁,病程 2 个月~5 年,1~3 年 10 例,3 年以上 15 例。诊断标准: (1) 表现: 以指掌皮肤干燥脱屑皲裂,皮肤粗硬发红瘙痒间发水泡,皮损边界不清,指甲浑浊增厚为特征; (2) 碱性试验: 患者接触碱性溶液或有机溶液指掌皮肤可引起刺激性疼痛。

2 治疗方法

药物组成: 苦参、大风子、白矾、白鲜皮各 30g,雄黄、蛇床子各 20g,百部、地肤子、土茯苓、徐长卿、土槿皮各 15g; 加减: 渗液明显者加苍术、泽泻,瘙痒明显者加冰片(后下),皲裂加白及粉,将上药用水浸泡 0.5h,加醋 100g 煎 25min 后趁热先熏患处 10~15min, 待水温适宜后浸泡双手 10~20min

并摩擦双手使药液渗透皮内,每天 2 次,7d 为 1 个疗程。期间嘱患者保持双手掌干燥,忌烟酒辛辣食物

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈: 临床症状全部消失,停药半年后随访不复发; 显效: 治愈停药半年后再接触碱性溶液时皮肤干燥瘙痒用同样方法治愈; 无效: 停药半年后症状反复出现,用同样方法治疗症状容易反复者。

3.2 治疗结果 30 例中治愈 16 例,显效 12 例,无效 2 例,总有效率 93.3%。治疗最短的 3 周,最长的 16 周。

4 典型病历

杨某,女,47 岁,2001 年 2 月因双手指掌皮肤皲裂、脱屑瘙痒 10 年(从事染料生产 20 年)经外院诊断鹅掌风,来我科就诊。10 年来用过多种中西药物内服外洗,病情时有好转后又复发。初诊见: 双手呈半握拳状,指掌不能自主伸展,表皮皲裂,手指粗硬发红,皮屑脱落,可见小水泡,(下转第 53 页)