

保妇康栓和裸花紫珠栓治疗念珠菌性阴道炎的疗效对比观察

陈端端 陈惠芳
(广东省佛山市顺德区妇幼保健院 佛山 528300)

摘要:目的:评价 2 种中药栓剂保妇康栓和裸花紫珠栓治疗念珠菌性阴道炎的临床疗效。方法:108 例念珠菌性阴道炎患者随机分为保妇康栓组和裸花紫珠栓组,每组 54 例。保妇康栓组每日顿服伊曲康唑 200mg,连服 7d,同时将保妇康栓 1 粒置入阴道深部,用药 7d 为 1 个疗程。裸花紫珠栓组每日顿服伊曲康唑 200mg,连服 7d,同时将裸花紫珠栓 1 粒置入阴道深部,用药 7d 为 1 个疗程。2 组每月用 1 个疗程,连用 2 个月经周期后到门诊妇科复查,观察 2 组治疗前后症状变化。结果:保妇康栓组痊愈率及总有效率分别为 85.1%及 96.3%,裸花紫珠栓组痊愈率及总有效率分别为 66.7%及 85.2%,2 组痊愈率及总有效率有显著性差异($\chi^2=5.07, P<0.05; \chi^2=3.98, P<0.05$)。结论:在抗真菌药物伊曲康唑的基础上,联合应用保妇康栓治疗念珠菌性阴道炎,疗效满意,安全可靠。

关键词:念珠菌性阴道炎;中西医结合疗法;保妇康栓;裸花紫珠栓;伊曲康唑;对比研究

中图分类号:R 711.31 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2006)02-0028-02

目前念珠菌阴道炎的的治疗重点是以抗真菌药物直接消灭病原菌为主,主张局部与全身用药相结合^[1]。一般而言,局部用药多以栓剂为主,保妇康栓和裸花紫珠栓为常用的中药栓剂^[2]。我们在抗真菌药物伊曲康唑的基础上,联合应用保妇康栓和裸花紫珠栓治疗念珠菌性阴道炎,旨在评价 2 种中药栓剂的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 选择 2003 年 8 月~2004 年 10 月我院妇科门诊收治的念珠菌性阴道炎患者 108 例,均为已婚或未婚有性生活史妇女,年龄 20~51 岁,病程 6 个月~5 年,平均(3.5±1.9)年,治疗前未用过其它药物。随机分为保妇康栓组和裸花紫珠栓组,每组 54 例。2 组年龄、病程无显著性差异,具有可比性($P>0.05$)。

止血措施中,有些手术难度大、设备条件和技术要求高、风险大,许多医师尚未能掌握,因此不能在临床实际工作中很好推广和运用。重度产后出血,是产科危急重症,传统上为挽救生命最终行子宫切除,使产妇以器官丧失为代价,并且由此引起一系列生理上的变化,影响患者的生活质量。因此如何因地制宜,选择一种快速、简便、有效、适当的止血方法,一直是广大妇产科医生所关注的。B-Lynch 缝合术系由英国 Milito Keynes 医院报道^[3]的一种新的外科手术控制产后出血的缝合方法,即在子宫前后壁缝线加压子宫,使子宫呈纵向压缩态势,交织于肌纤维间的子宫壁间血管被有效挤压,血窦被关闭,出血迅速停止。从我院 21 例的临床应用和观察资料表明,B-Lynch 缝合术操作简便、易行、手术时间明显较对照组短(表 1)。这对于争分夺秒的抢救是至关重要的;且安全,止血效果迅速、可靠、持久,可有效控制出血,避免切除子宫和席汉综合征后遗症等不良结局的发生。医用可吸收线缝合子宫,不会造成术后肠管嵌顿和异物残留等并发症;对月经恢复无影响。因此,B-Lynch 的临床应用为治疗产后出血,特别是严重宫缩乏力性出血,增添了一个行之有效的方法。尤其在基层医院,易于掌握及临床推广应用。

产后出血应用 B-Lynch 缝合术适应症选择:(1) 子宫收缩乏力性性出血的产妇,经缩宫术和止血药物、局部缝合、按摩子宫、结扎子宫动、静脉血管等综合处理无效,而术者双手前后用力挤压子宫体时可使出血明显减少。(2)前置胎盘,尤其

1.2 病例诊断标准^[4] (1)临床表现:外阴瘙痒,阴道黏膜充血、糜烂,白带呈白色凝乳状或豆腐渣样。(2)实验室检查:阴道分泌物湿片镜检见念珠菌芽生孢子及假菌丝,阴道 pH<3,阴道分泌物清洁度Ⅳ度。

1.3 病例排除标准 妊娠或哺乳期妇女,肝、肾功能损害或有严重系统疾病患者,应用免疫抑制药患者,糖尿病患者,对此类药过敏者。

1.4 给药方法 所有患者每日晚餐后口服伊曲康唑(斯皮仁诺片,西安杨森制药有限公司生产)200mg,连服 7d。保妇康栓组:在每次月经干净第 2 天开始,每晚临睡前洗净外阴及阴道内分泌物,将保妇康栓(海南碧凯药业有限公司生产)1 粒置入阴道深部,用药 7d 为 1 个疗程。裸花紫珠栓组:同法给予裸花紫珠栓(海南中元制药有限公司生产),常规冲洗阴

合并部份胎盘植入的产妇,经前述方法处理后仍在明显的出血倾向时,为避免出血过多和保留生育功能,应尽早尽快实施该术。我们的体会是,应用越早,止血效果越好,可避免失血性休克、输血并发症、甚至产妇死亡等严重不良结局的发生。特别是在剖宫产时发现宫缩乏力性子宫出血量达 800mL 以上时就可采用这种外科缝合术。

开展该项缝合术的注意点:(1) 子宫后壁缝合时的进出针部位要与子宫下段前壁的切口部位同在一水平,而且要穿透全层,以保证拉线用力均匀,使子宫前后壁的受力均衡,而且不易撕脱;贯穿子宫切口的缝线一定要距离切缘 2~3cm,以免该处组织被缝线切割断。(2)缝合完毕,拉线均匀、适度,拉线打结松紧度以打结后缝线可被提起并能容纳 1 指为宜。避免拉线过紧,影响血液供应,导致该术失败。(3)缝合结束后必须观察 15min 左右,必要时延长观察时间,观察的内容包括:子宫的颜色、阴道流血量、尿量和生命体征等。

参考文献

[1]Hansch E , chitkara U , Mc Alpine J , et al. Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage : a five - year experience[J].Am J Obstet Gynecol, 1999,18(6): 1 454

[2] 全国孕产妇死亡监测协作组. 全国孕产妇死亡监测结果分析[J]. 中华妇产科杂志, 1999, 34(11): 647

[3]曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 801~ 802

中西医结合治疗排卵障碍性不孕 60 例

葛小红 应震红
(浙江省宁海第一医院 宁海 315600)

关键词:排卵障碍性不孕;中药月经周期疗法;克罗米芬;中西医结合疗法

中图分类号:R 711.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0029-02

近年来,笔者采用中西医结合方法治疗 60 例排卵障碍性不孕患者,并与常规西药克罗米芬治疗的 50 例进行对照,收到了较为满意的疗效。报告如下:

1 一般资料

所有病例均为本院门诊就诊的不孕症患者。纳入标准:夫妇同居或流产后 2 年以上,有正常性生活,未采取避孕措施而未受孕者;基础体温记录单相 3 个月以上,放免测定血

道后,每晚 1 粒,7d 为 1 疗程。2 组每月用 1 个疗程,连用 2 个月经周期,停药 3d 后到门诊妇科复查。

1.5 疗效判定^[1] (1)痊愈:自觉症状消失,局部检查正常,实验室病原菌检查阴性,阴道分泌物清洁度 I 度或 II 度;(2)显效:外阴、阴道瘙痒、灼痛症状明显减轻,局部检查体征明显好转,实验室检查病原菌明显减少,阴道分泌物清洁度 III 度;(3)有效:外阴、阴道瘙痒、灼痛症状减轻,局部检查体征减轻,阴道分泌物减少,清洁度 IV 度,实验室病原菌检查阳性;(4)无效:治疗后症状、体征无变化,实验室病原菌检查阳性,阴道分泌物清洁度 IV 度。在统计疗效时,以痊愈、显效和有效例数合计所占百分率作为有效率。

1.6 统计学处理 计量资料用($\bar{X} \pm S$)表示,采用两样本均数的 t 检验分析处理,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 2 种治疗方案的疗效比较 与裸花紫珠栓组比较,保妇康栓组痊愈率及总有效率均有显著性增高($\chi^2=5.07, P < 0.05$; $\chi^2=3.98, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 种治疗方案的疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
保妇康栓组	54	46(85.2) [▲]	3(5.6)	3(5.6)	2(3.7)	52(96.3) [▲]
裸花紫珠栓组	54	36(66.7)	7(13.0)	3(5.6)	8(14.8)	46(85.2)

注:与裸花紫珠栓组比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.2 不良反应 在治疗过程中,2 组各有 1 例出现胃部不适,但不影响治疗,无严重不良反应。

3 讨论

念珠菌性阴道炎是由念珠菌感染所致,其中白色念珠菌是念珠菌性阴道炎最常见和最重要的病原体,占 85%~90%^[4]。正常情况下,白色念珠菌与机体处于共生状态,不引起疾病。当某些因素破坏这种平衡状态,白色念珠菌由酵母相转为菌丝相,局部大量生长繁殖,可引起皮肤、黏膜甚至全身性的念珠菌病。发生念珠菌病的重要原因是机体的正常防御功能受损导致内源性感染。

伊曲康唑是一种三氮唑类衍生物,为新型口服广谱高效抗真菌药物,具有高度亲脂性和亲角质性特点,其作用机制

清孕激素水平低于黄体期水平,系列 B 超监测未见优势卵泡及排卵者。排除高泌乳素血症、输卵管因素、免疫因素及男性引起的不孕。

110 例病人按随机单盲法分为治疗组 60 例,对照组 50 例。治疗组年龄最小 24 岁,最大 36 岁,平均(27.8 $\pm$ 3.5)岁;对照组年龄最小 22 岁,最大 38 岁,平均(28.4 $\pm$ 3.8)岁。治疗组病程 0.5~2 年 30 例,2~3 年 15 例,3~6 年 5 例;对照组病

是干扰真菌细胞色素 P450 的活性,使麦角固醇不能合成,致使真菌细胞膜受损,真菌细胞死亡^[5]。但单纯使用伊曲康唑等抗真菌药物,并没有修复机体已受损的防御功能,而且有报道少数白色念珠菌对广谱抗真菌药有耐药性,常致治疗念珠菌性阴道炎的疗效不佳,久治不愈。

保妇康栓以传统的中医中药理论为基础,将中药提炼、精制而成,其主要成分是莪术油和冰片等。现代药理学研究证实^[6],保妇康栓具有:(1)广谱抗病原微生物作用,对念珠菌、病毒、多种细菌、支原体及滴虫有直接灭活或抑制作用;(2)促进炎症等损伤黏膜的更新修复;(3)促进机体免疫功能,增加末梢血白细胞数,增强吞噬细胞的吞噬能力。保妇康栓为水溶性基质,在阴道内缓慢溶化,有效成分为挥发性,可充满阴道腔,并渗入黏膜皱褶内,充分发挥治疗作用。

本组结果显示,采用保妇康栓与伊曲康唑联合治疗念珠菌性阴道炎,在中西医结合抗真菌治疗的同时,能提高阴道自净作用及抗病能力,修复机体受损的防御功能,从而有效治疗念珠菌性阴道炎。裸花紫珠栓为中药制剂,有抗菌、消炎、收敛、止血之功效^[2]。但本研究结果显示,其在治疗念珠菌性阴道炎方面疗效不及保妇康栓。

由于保妇康栓是纯中药制剂,病原体不易产生耐药性,对解决当今临床上的耐药问题有积极的缓冲作用。保妇康栓与伊曲康唑联合治疗念珠菌性阴道炎,具有疗效好、不良反应小等优点,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 杨宝丽,马博,李少华.念珠菌性阴道炎的研究进展[J].牡丹江医学院学报,2005,26(1): 55~59
[2] 曲彩红,谌小卫,席云,等.4 种给药方案治疗念珠菌性阴道炎的成本-效果分析[J].中国药房,2005,16(10): 752~753
[3] 舒焰红.国产伊曲康唑治疗念珠菌性阴道炎临床观察[J].中国皮肤性病杂志,2004, 18(12): 767~768
[4] 刘朝晖,杜近云.外阴阴道念珠菌病的真菌学研究及治疗[J].实用妇产科杂志,2000,16(4): 190~191
[5] 寇欣,王雷.伊曲康唑的应用进展[J].天津药学,2003,15(1): 52~54
[6] 陈伟,吕乃群.保妇康体外抗病原微生物活性的研究[J].实用妇产科杂志,2002,18(4): 243~245

(收稿日期: 2005-10-09)