

中药离子导入与中药保留灌肠治疗盆腔炎性包块 30 例疗效观察与体会

魏春娥 李清芹 邢天伶 李建芹

(北京市怀柔中医医院 北京 101400)

关键词: 中药离子导入; 中药保留灌肠; 盆腔炎性包块; 疗效观察

中图分类号: R 711.83

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0058-02

盆腔炎是妇女常见疾病, 当炎症延误治疗或没有得到彻底治疗或患者体质较差, 会导致病程迁延形成不规则炎性包块^①。单用西药抗炎治疗缠绵难愈, 难以消除包块, 且使患者承担许多抗生素的不良反应。2004 年 5 月~2006 年 5 月我科运用中药离子导入与中药保留灌肠治疗盆腔炎性包块 30 例, 取得了较满意的效果。现报告如下:

1 一般资料

30 例患者均为本院妇科门诊病人, 年龄 18~53 岁, 其中 18~30 岁者 13 例, 31~40 岁者 9 例, 41~50 岁者 6 例, 51~53 岁者 2 例; 病程 10d~3 月, 因各种原因造成的急慢性盆腔炎抗炎治疗不彻底造成, 其中半年内有流产及引产术者 9 例, 产后 8 例, 上环术后 3 例, 妇科手术后 3 例, 取环术后 1 例, 无明显诱因 6 例。均有不同程度的下腹疼痛, 妇科检查宫 H20000629)25mg × 6 片及米索 (批准文号: 国药准字 H10960144)200μg × 3 片。米非司酮必须在空腹或进食后 1~2h 服用, 第 1 天上午 9 点服米非司酮 50mg, 禁食 1~2h, 12h 后再服 1 片, 凉开水冲服, 第 2 天服法同上。第 3 天上午 8 点服米索 600μg 来院观察。6h 内患者可能会出现恶心、呕吐及腹痛症状, 一般无需特殊处理。如果呕吐严重可予口服或肌注甲氧氯普胺(灭吐灵)、Vit B₆, 如腹痛剧烈可口服地芬诺酯 2 片, 如出现阴道大量出血, 多是由于胚胎组织嵌顿于子宫颈口所致, 可肌注催产素 10~20U 或口服米索 400 μg, 如出血仍多则行刮宫术。

2 结果

2.1 流产效果 完全流产 73 例, 占 91.2%; 不完全流产 6 例, 占 7.5%; 失败 1 例, 占 1.2%。

2.2 胚胎排出时间 80 例中失败 1 例, 2 例在服米索前已排出, 余 77 例绒毛排出时间见表 1。

表 1 77 例胚胎排出时间 例

停经天数(d)	服米索后胚胎排出时间(h)						
	1	2	3	4	5	6	>6
>45	3	7	9	8	2	1	1
≤45	6	10	12	11	3	2	2

2.3 阴道出血及月经复潮情况 单纯服米非司酮后阴道少量流血者 25 例, 服米索后 1h 内阴道出血 15 例, 1~2h 21 例, 2~3h 13 例, 超过 3h 以上 6 例。阴道出血量少于月经量者占 50.0%, 似月经量者占 36.2%, 超过月经量者占 13.8%。阴道出血持续时间: 1 周内停止者占 35.0%, 1~2 周内停止者占 50.0%, 2 周以上持续不净者占 15.0%。月经复潮最短 24d, 最长 52d, 大多数人均延迟, 平均 33.16d。有 3 例月经来潮而再次受孕。

2.4 副作用 服用米非司酮后, 少数人可出现少量阴道流血

体周围及附件区可触及不规则炎性包块, 有压痛, 活动受限。30 例均做超声检查, 示盆腔有炎性包块, 不规则大小, 在 3~7cm 之间, 伴盆腔积液者 12 例, 血象基本正常。

2 治疗方法

2.1 中药处方 蒲公英 30g、败酱草 30g、鱼腥草 30g、丹皮 15g、赤芍 15g、土茯苓 30g、红花 15g、乳香 9g、没药 9g、三棱 10g、莪术 10g、延胡索 10g、生甘草 6g。每日 1 剂, 水煎取汁 300mL, 其中 200mL 行中药离子导入, 100mL 行中药保留灌肠, 月经期停用。上述方剂可根据具体症状适当加减。

2.2 中药离子导入 上方水煎取汁 200mL, 通过中药离子导入仪导入, 正极使用 34 层纱布垫(约 12cm × 16cm 大小, 浸于中药液中)放在患者耻骨联合上方腹部, 负极用 8cm × 10cm 湿布垫于患者腰骶部相对应部位, 电流密度及轻微恶心、呕吐、头昏、乏力以及皮疹, 一般不需特殊处理。对于恶心、呕吐严重者, 可改行器械流产; 对于阴道流血多于月经量者, 必须尽快就医, 必要时行清宫术; 皮疹严重者, 可给予 Vit C 及葡萄糖酸钙静注或静滴。

3 讨论

米非司酮是作用于受体水平的药物, 它本身无孕激素、雌激素、雄激素和抗雌激素活性, 通过与孕酮受体结合而引起阻断孕酮的作用^②。其主要作用于子宫内膜的孕酮受体, 引起脱膜和绒毛变性, 导致出血和体内 HCG 水平下降, 继发黄体溶解、内源性前列腺素释放, 促进宫缩和宫颈软化, 从而排出绒毛。米索是人工合成的 PGE₁ 类药物, 已被广泛应用于终止早、中、晚期妊娠。其作用主要为促进宫颈软化、宫口扩张, 兴奋子宫和诱发宫缩。

经过数年的研究表明, 药物流产已成为终止妊娠的新技术、新方法, 并在全国推广试用。但药物流产不同于吸宫流产, 前者的流产过程类似于自然流产, 少数人经历先兆流产、不全流产、胚胎停止发育而致过期流产^③。另有极少数人达不到完全流产, 因阴道流血多而需清宫, 因此, 用药前应向患者讲明药物效果、副作用及急诊清宫指征等, 以免延误治疗。

米非司酮配伍米索是一种比较理想的药物流产方法, 完全流产率达 93% 以上, 具有安全、有效、副作用少、损伤小、痛苦轻等优点, 便于推广使用。

参考文献

[1] 王莉莉. 国内外米非司酮的应用及探索 [J]. 实用妇产科杂志, 1997, 13(2): 72
 [2] 莫绍伶. 临床应用米非司酮应重视严密随访 [J]. 实用妇产科杂志, 1996, 12(2): 98

(收稿日期: 2006-07-17)

压肠板在剖宫产娩出胎头困难中的临产应用

王丽惠

(浙江省苍南县中医院 苍南 325800)

关键词:剖宫产术;压肠板;胎头娩出;临床应用

中图分类号:R 719.82

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0059-02

剖宫产术尤其是腹壁横切口剖宫产术,由于诸多因素常有娩出胎头困难发生,通常采用产钳帮助胎头娩出,但若使用不当,操作时间长,极易造成母婴损伤。我院应用压肠板在剖宫产娩出胎头困难中协助胎头娩出,取得了较满意效果。现报道如下:

1 一般资料

我院 2004 年 5 月~2006 年 5 月 2 年间剖宫产分娩 1 453 例,其中术中娩出胎头困难 148 例,占 10.18%。148 例术中应用压肠板协助胎头娩出 65 例作为治疗组,随机选取按常规徒手或使用产钳协助胎头娩出 65 例作为对照组。治疗组年龄 19~39 岁,平均 23 岁,其中初产妇 54 例,经产妇 11 例;对照组年龄 18~37 岁,平均 23 岁,其中初产妇 56 例,经产妇 9 例。2 组一般情况比较差异无显著性($P>0.05$)。

2 方法

治疗组打开子宫,发生娩出胎头困难后,右手伸入子宫上托胎头,左手持压肠板,在宫腔内手的指引下,沿手心滑至枕骨下方,随后术者退出右手,让器械护士一手压在压肠板

0.1~0.5mA/cm²,使中药的有效成分透过小腹部皮肤导入体内,起到活血化瘀、散结通络作用,减轻由于炎症引起的盆腔充血水肿、粘连和纤维化。每日上午 1 次,每次 40min,10d 为 1 个疗程。

2.3 中药保留灌肠 取余汁 100mL,温至 35~40 度行灌肠,灌肠前排空大小便,使用一次性灌肠器,插入深度 10~15cm,插管前端涂石蜡油,以减少对肛门的刺激。灌肠速度宜慢,拔管后抬高臀部,勿挤压腹部,以免药液外溢,灌肠后卧床 2h。每日下午或睡前灌肠,每日 1 次,10d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 治愈:腹痛消失,妇检盆腔无压痛,超声复查无盆腔异常;显效:腹痛消失,妇检及超声示包块有缩小,盆腔积液减少或消失;无效:临床症状、体征无改善。

3.2 治疗结果 1 个疗程结束后治愈 12 例,显效 16 例,无效 2 例;余 18 例进行第 2 疗程后治愈 11 例,显效 6 例,无效 1 例;余 7 例进行第 3 个疗程后治愈 6 例,1 例有效,同时查出为结核性的盆腔炎性包块,经过抗结核治疗 3 个月后愈。根据上述结果显示总有效率为 100%,治愈率为 96.7%。

4 体会

盆腔炎性包块多由急慢性盆腔炎未彻底治疗,造成盆腔炎症渗出物粘连、纤维化形成不规则包块。中医认为本病多因经行、产后摄生不慎或妇科手术处理不当,湿热邪毒乘虚直犯,以致气血瘀滞,冲任受阻,蕴积胞宫胞脉;或久病脾肾受损,脾气不足,水湿不化,聚湿成痰,瘀血痰湿积聚日久

的另一端,而术者两手轻轻向两侧拉开腹直肌,助手下压宫底,以耻骨联合为支点,使胎头沿压肠板滑出。对照组按常规反复用力徒手或使用产钳娩出胎头。观察 2 组手术时间、新生儿窒息、新生儿颅内出血、新生儿头面部损伤、子宫切口撕裂、术中平均出血量的区别。统计学采用 t 检验和卡方检验。

3 结果

3.1 娩出胎头困难原因 治疗组头位高浮 36 例(占 55.38%),巨大儿 21 例(占 32.31%),麻醉肌不松 5 例(占 7.69%),其他 3 例(占 4.62%)。对照组头位高浮 34 例(占 52.31%),巨大儿 23 例(占 35.38%),麻醉肌不松 6 例(占 9.23%),其他 2 例(占 3.08%)。2 组比较, $P>0.05$,差异无显著性。

3.2 手术时间 治疗组为 (37.98±8.26)s,对照组为 (45.33±12.64)s。 $P<0.05$ ($t=3.93$),2 组间差异有显著性,治疗组手术时间短于对照组。

3.3 产钳使用情况 治疗组使用 2 例,占 3.08%;而对照组使用 42 例,占 64.62%。 $P<0.05$,2 组差异有显著性。

而成包块^[1]。治则以清热解毒利湿、凉血活血、化瘀止痛、消癥散结为主。方中蒲公英、败酱草、鱼腥草清热解毒,土茯苓清热利湿,丹皮、赤芍凉血活血能增强红细胞的免疫功能,加速体内毒素的灭活和消除,红花、乳香、没药、三棱、莪术活血祛瘀散结消癥,延胡索活血止痛,生甘草清热解毒、调和诸药^[2]。中药离子导入是用直流电离子将阳性中药离子导入人体患病部位的一种内病外治的方法,中药的有效成分透过腹部皮肤进入体内通过活血化瘀、软坚散结,使慢性炎症增厚粘连得以松解,症状及体征随之缓解。中药保留灌肠是将中药有效成分通过肠黏膜吸收直接到达盆腔炎症部位,促进炎症的吸收,同时部分中药进入全身促进血液循环,提高新陈代谢,调节气血阴阳平衡,增加患者的体质及免疫功能。上述两种方法配合治疗盆腔炎症性包块 30 例,疗效显著,治愈率高,无明显毒副作用,它可使药物直接作用于病变部位减少全身用药的毒副作用及口服药物对胃肠道的刺激,避免长期滥用抗生素的不良反应及菌群失调耐药菌株产生,大多数患者乐于接受,值得进一步完善推广。治疗期间还应注意饮食清淡有营养,不要食用油腻及辛辣食物,多吃蔬菜保持大便通畅,注意个人卫生及经期卫生,加强锻炼,增强机体抵抗力。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.270~276
[2]刘敏如,谭万信.中医妇科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.851
[3]高学敏.中药学[M].北京:人民卫生出版社,2001.329,1 051

(收稿日期: 2006-07-22)