

自拟慢盆汤加减小内服配合灌肠治疗慢性盆腔炎 49 例

胡德祥

(天津市静海县王口分医院 天津 301603)

关键词:慢性盆腔炎;中药内服;保留灌肠

中图分类号:R 711.33

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0054-01

慢性盆腔炎常因急性盆腔炎未能及时彻底治疗,或由于病人抵抗力弱,病情迁延所致。有的慢性盆腔炎没有明显的急性盆腔炎病史,慢性盆腔炎在机体免疫力减弱时也可急性发作。笔者于 2002~2006 年运用中药内服、保留灌肠的方法治疗慢性盆腔炎 49 例,并与 30 例西药治疗组对照。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例 79 例,均为本院门诊病例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 49 例,年龄 19~48 岁,平均 35 岁;病程 14d~2 年 10 个月,平均 11 个月;未婚 10 人,已婚 39 人。对照组 30 例,年龄 20~48 岁,平均为 34 岁;病程 12d~3 年,平均 10 个月;未婚 8 人,已婚 22 人。两组病例具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照 1998 年中西医结合研究会北京分会拟定的《中西医结合诊疗慢性盆腔炎标准》及规划教材《中医妇科学》:下腹部一侧或双侧疼痛,伴腰骶痛,白带增多,多数在劳累或房事后加重,或有月经失调、痛经,或有继发性不孕病史;妇科检查:脓样分泌物或可触及包块,有宫颈抬举痛,子宫略大,宫体活动受限、压痛,一侧或双侧附件增厚、压痛;B 超检查:显示炎性包块,输卵管积水,子宫直肠窝积液等。

1.3 治疗方法 治疗组于月经干净后 3d 开始,用自拟慢盆汤中药口服和保留灌肠。基本方药组成:丹参、延胡索各 10g,红藤 20g,蒲公英 15g。加减:有包块者,加三棱、莪术各 10g;积液者,加败酱草 15g、紫花地丁 15g;腰骶痛者,加续断、寄生各 15g;气虚者,加党参、黄芪各 15g。每日 1 剂,水煎,头煎内服,再煎 100mL 保留灌肠。灌肠方法:药温 40℃ 左右,患者

取侧卧位,用 5 号导尿管插入肛门 14cm 以上,30min 内灌完,卧床 30min,每日 1 次。

对照组用阿莫西林 0.5g、甲硝唑 0.2g,每日 3 次口服,再配合吉春康复胶囊 4 号,每日 3 次口服。两组均以 7d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 痊愈:临床症状、盆腔压痛及包块、积水、液性暗区消失。显效:临床症状、盆腔压痛减轻,包块、积水、液性暗区缩小。无效:临床症状及体征均无明显改变。

1.5 治疗结果 见表 1。

表 1 两组疗效比较					
组别	n	治愈	显效	无效	总有效率(%)
治疗组	49	40	6	3	93.9
对照组	30	16	8	6	80.0

注:两组比较, $\chi^2=6.23, P<0.05$ 。

2 讨论

慢性盆腔炎是妇科的常见病之一,多为急性盆腔炎未彻底治愈或炎症起病缓慢忽视治疗而发生。中医认为本病病机以气滞血瘀为关键。自拟慢盆汤方中:丹参活血化瘀;蒲公英、红藤清热解毒;延胡索理气止痛;诸药合用,共奏清热解毒、活血化瘀止痛之功。现代药理研究显示:红藤、蒲公英对于引起盆腔炎的常见致病菌如金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌均有抑制作用。女性阴道、子宫后方紧贴直肠,直肠子宫凹陷位于盆腔最低点,炎症渗出常聚于此,也是盆腔炎炎性包块最易形成的部位。炎症及包块与直肠仅一“壁”之隔,所以笔者采用自拟慢盆汤加减小内服和保留灌肠双管齐下的方法,使药物直达盆腔病灶,药物通过渗透达到患处,发挥其消炎、祛瘀止痛的作用。

(收稿日期: 2007-08-27)

血竭加生化汤治疗药物流产不全 52 例

颜叶璆 指导:华晓珊

(浙江省苍南县中医院 苍南 325800)

关键词:血竭;生化汤;药物流产不全

中图分类号:R 719.31

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0054-02

药物流产近年来广泛应用于临床,但其所致的流产不全却屡有发生,部分患者仍需行清宫术,给其带来较大的痛苦,也增加其再次损伤和感染的机会。笔者采用中药活血化瘀为主治疗药物流产不全 52 例取得良好疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 52 例均为采用米非司酮药物流产后,阴道出血,经 B 超检查证实为宫内残留者,其中 20 岁以下者 13 例,21~30 岁者 26 例,31~40 岁者 13 例;未婚者 22 例,已婚者 30 例;孕产史:孕₁产₀ 30 例,孕₂产₀ 15 例、孕₃产₀ 7 例;停经天数≤49d。

1.2 病例选择标准 (1)阴道出血量不多,无活动性出血且不伴急性感染者;(2)残留物大小≤1.8cm;(3)不愿清宫,要求药物治疗者。

1.3 治疗方法 方药组成:血竭 5g(吞服),生地炭 12g,当归尾 20g,赤芍 15g,桃仁 10g,红花 8g,炒茜草 15g,益母草 30g,炒蒲黄 10g。加减:若素体虚弱者加补气类药黄芪、太子参等,若素有下焦湿热者加红藤、败酱草以清热利湿。服用方法:每日 1 剂,煎服。

1.4 疗效标准 残留组织排出,阴道出血停止,临床症状消失,经 B 超检查证实宫腔内无残留组织者为治愈;残留组织

早孕合并子宫肌瘤人工流产 86 例临床观察

任建平

(浙江省宁波市江北区人民医院 宁波 315020)

关键词:早孕;子宫肌瘤;人工流产

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0055-02

早孕合并子宫肌瘤在进行人工流产时,属于高危人流的范畴,不仅给操作者造成手术困难,而且容易引起并发症。我院近两年来共收治早孕合并子宫肌瘤人工流产患者 86 例,现将临床观察报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 2005~2006 年共收治早孕合并子宫肌瘤人工流产患者 86 例。年龄 25~46 岁,平均年龄 36.5 岁;经产妇 78 例,未产妇 8 例;有人流史 1 次的 16 例,2 次的 32 例,3 次的 10 例,4 次的 3 例;孕 6~10 周 67 例,11~14 周 19 例。

1.2 诊断标准 (1)有子宫肌瘤病史;(2)内诊子宫大于停经月份,有结节感;(3)B 超检查子宫内有不均质回声结节。

1.3 子宫肌瘤生长部位及大小 经 B 超诊断,肌瘤生长部位:子宫前壁肌层 26 例(30.2%),子宫后壁 36 例(41.9%),子宫底部 10 例(11.6%),子宫侧壁 11 例(12.8%),子宫峡部 3 例(3.5%),其中多发性肌瘤 39 例(45.3%)。子宫肌瘤的大小:3cm 以下为 36 例(41.9%),3cm 以上为 40 例(46.5%),6cm 以上为 10 例(11.6%),其中最大的是 7.6cm,最小为 0.8cm。

1.4 处理 86 例患者均给予住院手术。术前按常规做好各项准备。根据患者具体情况,分别给予术前用药,做好宫颈准备。36 例肌瘤较小的术前未用药,50 例术前 2h 给予口服米索前列醇 2 粒。行负压吸引术 67 例,钳刮术 19 例,钳刮术前 2d 口服米非司酮 150mg(分 2d),术前 2h 口服米索前列醇 2 粒,宫口得到有效松弛,手术经过顺利,出血量在 10~100mL。未排出,阴道出血不止,需清宫手术者为无效。

1.5 治疗结果 治愈 45 例,无效 7 例。

2 典型病例

患者方某,女,29 岁。停经 45d 时,在某医院用米非司酮行药物流产,3d 后出现腹痛、阴道出血,继之娩出少许胚胎组织,此后阴道出血半月余而来我院就诊。就诊后查尿妊娠实验:阳性;B 超示:宫体饱满,宫腔内见一 18mm×10mm 大小强光团回声。舌边有瘀点,苔薄黄,脉弦。拟中药:血竭 5g(吞服),当归尾 15g,川芎 10g,赤芍 10g,制香附 15g,桃仁 10g,红花 6g,生地炭 12g,泽兰 15g,益母草 30g,红藤 20g,败酱草 20g,甘草 6g,陈皮 6g。每日 1 剂,煎服。治疗 5d 后阴道无再出血。复查 B 超示:子宫大小正常,宫腔无异常光点。

3 体会

药物流产不全,多为少许胚胎组织剥离未尽,影响子宫复旧而致。因流产不全后损伤血络,血不循经成瘀,瘀血内阻,新血不得归经故有阴道流血,中医认为瘀血不化,阻滞胞宫,为本病的病理机制。治疗始终坚持活血化瘀为主。方中血竭具有活血化瘀止痛、生肌敛疮、收敛止血的功效,现代药理表明其对血液系统有双向调节的作用:(1)止血作用:动物实验表明,本品能显著缩短家兔血浆再钙化时间,从而增加其

术后均行头孢类和替硝唑消炎,无术后出血及感染发生。

2 讨论

子宫肌瘤确切病因尚未清楚,可能是雌孕激素和局部生长因子间复杂互相作用结果^[1]。术中出血是早孕合并子宫肌瘤人工流产主要并发症,术中出血量与肌瘤的生长部位、大小关系密切,特别是肌壁间肌瘤,不仅影响子宫肌纤维的收缩而引起出血,而且大的肌瘤往往使宫腔面积增大,导致出血量增多。本文 86 例中子宫前壁、后壁、底部肌瘤共 72 例,占 83.7%,肌瘤大于 3cm 占 46.5%,6cm 以上占 11.6%,峡部肌瘤占 3.5%,这些都是引起术中出血的危险因素,所以思想上提高警惕,术前及时进行预防,减少术中出血是非常关键的。米索前列醇是一种合成前列腺中 GE2 类似物,可以使宫颈纤维组织软化,宫口松弛,同时作用于子宫平滑肌,使子宫收缩良好。本文 50 例,术前使用米索前列醇口服,由于软化和扩张了宫颈,又减少术中出血,效果显著。

子宫肌瘤在妊娠期容易引起红色样变,可能与肌瘤小血管退行性变引起的血栓及溶血有关^[2]。早孕合并子宫肌瘤人工流产术后 3~5d,是肌瘤变性的高发期,因而做好术前术后的预防工作至关重要。本人认为不提倡预防性应用缩宫剂。早孕合并子宫肌瘤病人人工流产手术难度增大,使手术时间延长,出血量增多,容易继发感染,术后抗炎预防感染仍然是不可忽视的重要问题。早孕合并子宫肌瘤,尤其是肌壁肌瘤向宫腔突出,在非直视下,操作时容易误认为探针已到达宫止血作用,本品还有抗肝素作用。(2)抗血栓形成作用:血竭能抑制 ADP 诱导的血小板聚集,提高血浆 cAMP 水平,降低血浆 cGMP 水平,缩短优球蛋白溶解时间,提高纤维蛋白溶解活性,有明显的抗血栓形成作用。(3)对血液流变性的影响:血竭能降低全血及血浆黏度,降低红细胞压积,增加血细胞及血小板的电泳速度,从而能改善微循环,增加血流。血竭还具有明显的抗炎作用,能消肿,减少脓性分泌物,收敛,加速伤口的愈合。所以其治疗上能达到很好的止血、镇痛、抗炎、消肿的功效。当归尾、川芎、桃仁活血祛瘀,温经止血,养血调经;红花活血散瘀,通经止痛,前人用于治疗胞衣不下,恶露不尽;益母草活血化瘀,调经止痛,现代报道有加强子宫平滑肌收缩的作用;生地炭凉血止血,防止胎下流血过多。诸药合用,共奏活血散瘀、催产下胎、凉血止血之功,使宫内残留尽快排出,促进子宫内膜的修复,使患者恢复正常月经周期。

药物流产作为一种新的流产术,在全世界范围内得到广泛应用,获得了很好的临床效果,是一种安全可靠的方法。但常常出现药物流产不全,给患者带来很大的痛苦。如何有效地治疗药物流产不全,笔者认为,选用中药治疗,不失为一种有效方法。

(收稿日期:2007-07-10)