

中西医结合治疗药物流产后阴道出血疗效观察

程荔榕 梁晓樱

(福建省福州市妇幼保健院 福州 350001)

摘要:目的:观察中药(自拟汤药)和西药(安络血、环丙沙星、替硝唑)结合治疗药物流产后阴道出血疗效、流产效果。方法:选择药物流产后孕妇 120 例,随机分成两组各 60 例。在口服米非司酮加米索前列醇的基础上,待胚胎排出后,加服中西药为治疗组,加服西药为对照组,主要观察药流后阴道出血持续时间和流产效果。结果:(1)药流效果:治疗组完全流产 57 例(95%),不全流产 3 例(5%);对照组分别为 48 例(80%),12 例(20%)。(2)阴道出血持续时间:治疗组(7.9±3.8)d,对照组(13.2±3.7)d。结论:中西医结合是一种十分有效的防治药物流产后阴道出血和盆腔感染的治疗方法。

关键词:药物流产;中西医结合疗法;阴道出血

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0013-02

1 资料与方法

1.1 一般资料 于 2005 年 6 月~2006 年 12 月来我院门诊自愿要求药流者共 120 例,经 B 超确诊为宫内孕,B 超检查孕囊直径 <2.5cm,尿 HCG 阳性,白带常规和血常规正常,停经 35~49d,符合药物流产要求,且妊娠无阴道出血,无药物流产禁忌证,均为非带器妊娠者,年龄在 18~38 岁,随机分为两组,中西医结合组(治疗组)60 例,西医治疗组(对照组)60 例,两组孕次、停经时间、年龄及孕囊大小比较差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组年龄、孕次、产次、停经天数比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	平均年龄/岁	平均孕次/次	平均孕囊/cm	停经天数/d
治疗组	60	25.48±2.2	2.20±1.1	1.5±0.4	41.48±2.4
对照组	60	25.12±2.6	2.14±1.2	1.4±0.6	40.86±2.5

1.2 药物流产给药标准 米非司酮 25mg,每天上午 9 点服 2 片,下午 3 点服 1 片,连用 2d,于第 3 天上午 6 点顿服米索管等。本组 2 例因其鹿角形结石的一个分支较大,取石时引起盂颈部撕裂致大出血,临时分别阻断肾血流 8 及 15min。另有 1 例因结石时间长,局部慢性炎症、组织脆弱,取石时造成肾盂撕脱。总体来看,采用肾盂或肾窦内肾孟切开取石术取石顺利,出血少,损伤小,但要注意术前对病人结石大小和时间的考察。

大型鹿角形结石的肾盂多为肾内型,取石手术较困难,若强行从肾盂切口取石容易撕裂肾内血管和肾盂,而采用肾盂肾后唇肾实质切开取石效果良好,此手术径路能充分显示肾盂及中下组肾盏。手术时,先游离肾脏,在肾后面将肾盂与肾中、下级肾后唇组织钝性分离 2cm,用 0 号无创线扣锁缝合该区肾组织,以阻断该区肾血液,两线结间切开肾后唇,根据结石形态、大小可再向下弧形同法延长切口。如结石鹿角分支较多,可用血管钳将某个鹿角支颈部夹断以分块取出,再用脑膜剥离器剥离松动大块结石,先将较短的鹿角支理出,再顺切口方向带出大块结石,后取出或冲洗出小块结石。此术式的优点为:(1)肾动脉后支在肾门上上部进入,横跨肾盂上方,越过点多在肾盂与肾大盏交界处,在小拉钩拉肾后唇时可用手指触感肾动脉后支位置,从而能避免损伤此动脉;(2)无需阻断肾血流和局部低温,简化了手术操作,缩短了手术时间。

肾部分切除和肾实质切开取石术主要适用于肾盏结石、结石大于肾盏颈部不能经肾盂切开取石者,以及嵌顿于肾盂、肾盏的鹿角形结石。一般情况下,除了肾实质较薄,可直

前列醇 3 片(每片 200 μ g,由英国 Scarle 药厂提供)。嘱第 3 天 8 点到本院观察,腹痛及阴道出血多时随诊^①。

1.3 治疗方法 两组孕妇服用米非司酮和米索前列醇的时间、用量、用法一致。两组孕妇均于第 3 天服米索前列醇后来院观察,待胚胎排出后,对照组口服安络血 5mg, Tid; 环丙沙星 0.25g, Bid; 替硝唑首日 2g 顿服,次日起 0.5g, Bid, 共用 3d。治疗组在西药治疗基础上口服中药(当归 24g,川芎 12g,桃仁 9g,炮姜 6g,炙甘草 4.5g,益母草 20g,牛膝 6g),每日 1 剂,连服 5d。服药 1 周后仍有出血者,来院 B 超检查,发现宫腔内有残留物者,再用上方加减调理。若腹痛不甚,可减桃仁;若瘀块留滞,腹痛甚者,可加蒲黄、五灵脂、延胡索以祛瘀止痛;若小腹冷痛甚者,可加肉桂以温经散寒;头晕、面白、多汗、小腹空虚者,加人参、黄芪;出血鲜红或暗红、有臭味者,去炮姜加丹皮、败酱草;小腹胀痛者,加香附、川楝子、枳壳。接切取石外,其余均需低温及阻断肾蒂,手术耗时长,且易出血和引起肾功能明显减退等并发症,本组即有 3 例术后继发较大出血,3 例皆为肾功能不全,因此对于肾功能不全的患者应尽量避免采用肾部分切除和肾实质切开取石术。

复杂性肾结石开放手术治疗,均对肾功能有一定的损伤,尤其对于肾功能不全的病人,术后仍可出现各种危险。所以重视术后处理也是保证手术成功的关键之一。术后患者可经历多尿期,仍会出现水电解质紊乱及酸碱失衡,易出现感染、继发出血及各重要器官功能障碍。因此,应当早期进行保肾治疗,使用肌苷及能量合剂,并定期复查血生化、肾功能,及时纠正水电解质紊乱及酸碱失衡。此外,还应注意预防感染,但应选择肾毒性小的抗生素。综上所述,开放手术治疗复杂性肾结石应综合患者实际病情选择合理的术式,一般而言遵循肾盂或肾窦内肾盂切开取石术、肾盂肾后唇肾实质切开取石术、肾实质切开取石术和肾部分切除术的优先顺序,并重视术后处理,从而保证治疗效果。

参考文献

- [1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004.745
- [2] 袁坚, 吴开俊. 经皮肾镜术并发大出血 16 例报告 [J]. 中华泌尿外科杂志, 1995, 16(9): 530-531
- [3] Harmon WJ, Kleer E, Segura JW. Laparoscopic pyelolithotomy for calculus removal in a pelvic kidney [J]. J Urol, 1996, 155(6): 2 019-2 020
- [4] 江晓海, 罗洪. 复杂肾结石的开放手术治疗体会 [J]. 贵州医学, 2003, 27(7): 654

(收稿日期: 2007-09-30)

连服 3d。

1.4 随访 药流后腹痛及阴道出血量多时随诊，若无异常，每周随访 1 次，至月经复潮止。

1.5 观察指标

1.5.1 流产效果 用药后阴道出血量少，B 超检查未见宫内残留物，至月经复潮后不需刮宫为完全流产；用药后阴道出血量多或反复不止，B 超检查提示宫内妊娠残留或机化血块，需作清宫术，刮出物见蜕膜组织为不完全流产。

1.5.2 阴道出血持续时间 从阴道开始出血至干净为阴道出血持续时间。显效：阴道出血时间≤7d，B 超示宫腔内无残留物或积血；有效：阴道出血时间≤14d，B 超示宫腔内无残留物或积血；无效：阴道出血时间>14d，或需行清宫术。

1.6 统计学方法 两组流产效果与阴道出血持续时间比较采用卡方检验，两组 B 超示药流后宫内蜕膜残留情况比较采用 t 检验，结果用均数± 标准差表示。

2 结果

2.1 两组流产效果比较 见表 2。两组资料经统计学处理差异有统计学意义 (P<0.05)，说明中西医结合治疗能提高药物完全流产率。

表 2 两组流产效果比较 例 (%)

组别	n	完全流产	不完全流产
治疗组	60	57(95)	3(5)
对照组	60	48(80)	12(20)

2.2 两组阴道出血持续时间比较 见表 3。治疗组平均出血天数为(7.9± 3.8)d，对照组为(13.2± 3.7)d。经 χ^2 检验，两组总有效率有非常显著性差异 (P<0.01)，治疗组优于对照组。

说明中西医结合能有效缩短阴道出血时间。

表 3 两组阴道出血持续时间比较 例 (%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	60	44(73.33)	12(20.00)	4(6.67)	93.33
对照组	60	14(23.33)	30(50.00)	16(26.67)	73.33

2.3 两组 B 超提示情况比较 120 例患者药流前 B 超检查孕囊长径及前后径无明显差异，药流后第 7 天 B 超显示见表 4。两组药流后第 7 天 B 超示宫内蜕膜残留情况有显著差异。

表 4 两组 B 超示药流后宫内蜕膜残留情况比较 ($\bar{X} \pm S$) cm

组别	n	子宫内粗光带或光团
治疗组	60	0.4± 0.32
对照组	60	1.4± 0.55

3 讨论

米非司酮配伍米索前列醇终止早孕的方法存在部分患者孕囊排出后阴道流血时间长和出血量多等问题(统称药物流产后出血)，其中主要原因是妊娠物残留^[2,3]。出血时间长多伴有炎细胞浸润。因此，对出血患者常规口服环丙沙星、替硝唑、安络血，以预防和控制炎症，促进子宫收缩而达到止血目的。替硝唑为硝基咪唑类化合物，可治疗多种厌氧菌感染，尤其在泌尿生殖道药物浓度更高，毒性和不良反应都明显低于甲硝唑。环丙沙星为第三代喹诺酮类抗菌药，具有广谱、高效而且安全的特点，它对革兰氏阴性菌和阳性菌有杀灭作用^[4]。

实用中西医结合临床 2008 年 4 月第 8 卷第 2 期

中医学认为流产后冲任虚损，形体多虚多瘀，恶露排出不尽，瘀阻冲任，瘀血停积，阻碍新血归经。根据中医“瘀血不去、新血不生、祛瘀生新”的治疗原则，只有祛瘀而生新，才能达到止血的目的。自拟中药汤剂是由生化汤加减而来的，治疗均以温经散寒、养血化瘀为基础。方中重用当归补血活血生新；川芎活血行气，理血中之气；桃仁活血祛瘀，行血中之瘀；炮姜轻用入血，散寒温经，其色黑入营，助归、草以生新，佐芎、桃而化旧；益母草收缩子宫，养血止血；川牛膝活血利水引血下行，以助瘀血外排；炙甘草调和诸药；诸药合用，相得益彰，共奏活血止痛、祛瘀生新之功^[5]。但在治疗过程中，一定要注意选择绒毛孕囊已排出者，若绒毛孕囊未排出，或阴道大量出血者(多于平时月经量的 2 倍)，则应尽快行清宫术，以免出血过多^[6]。

若与西药同服，生化汤中的当归、川芎又可养血温经以扶正，达到祛邪而不伤正的效果。同时现代药理研究也证实：生化汤能显著降低子宫内中 PR(孕激素受体)的含量，使孕酮水平下降，不能维持残留蜕膜的继续生长，阻断了蜕膜与内膜之间的血管连接，有助于蜕膜从子宫壁剥落，而迅速达到止血的作用^[7,8]。生化汤具有改善红细胞变形、减少血小板凝集、降低血液黏稠度的作用，使微循环得到改善，即活血祛瘀；同时能促使产后妇女子宫收缩，加速子宫复原，从而帮助残留在子宫腔内瘀血和蜕膜组织随子宫收缩而排出体外，起到药物性清宫作用。药流后阴道出血不止，若服用中药可止血，能避免患者再受清宫之苦，降低宫内感染机会，减少因再次刮宫而引起的继发闭经、月经稀少等病症，体现出了中医“未病先防，既病防变”的防治原则^[9,10]。经临床观察，西药配合中药治疗药流后阴道出血有较好的疗效，可以迅速修复受损的子宫内膜，整体调整机体的机能状态，总有效率达 95%，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 来佩刑. 妇科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学出版社, 2001. 447
- [2] 左诗慧, 倪丽云, 刘隆华, 等. 米非司酮配伍米索前列醇终止早孕后长时间阴道流血的临床和病理[J]. 湖南医学, 1998, 15(1): 47-48
- [3] 沈忠飞, 方马荣. 药流绒毛中波形蛋白的免疫荧光和免疫电镜研究[J]. 解剖学杂志, 2004, 27(2): 173-175
- [4] 吴海燕, 段云葵. 甲基睾丸素治疗药物流产后阴道出血 31 例分析[J]. 中国实用妇产科杂志, 2000, 13(6): 383
- [5] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001. 221, 877
- [6] 高耀洁. 实用中西医结合妇产科学[M]. 第 2 版. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000. 553
- [7] 沈和, 黄俊, 刘永刚, 等. 妇康宝治疗药物流产后出血[J]. 中国计划生育学杂志, 2000, 8(6): 282-283
- [8] 戴德芙. 中西医结合治疗药流后出血和不完全流产的疗效观察[J]. 实用妇产科杂志, 1999, 15(5): 272
- [9] 陈培庄. 药物流产后加用清胚止血汤缩短阴道出血的观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(8): 991-992
- [10] 王娟. 消结安预防药物流产后异常子宫出血的临床观察[J]. 广西中医药, 2005, 28(2): 16-17

(收稿日期: 2007-09-03)

邮购信息

本刊存有自 2001 年创刊以来的《实用中西医结合临床》合订本。定价为: 2002 年合订本 (含 2001 年创刊号) 85 元; 2003、2004、2005、2006、2007 年合订本, 每本各 75 元。以上均含邮费, 需要者请直接与本刊发行部联系。地址: 江西省南昌

市文教路 529 号, 江西省中医药研究院院内。邮编: 330077。联系电话: 0791-8525621, 8528704, 传真: 0791-8528704。联系人: 刘丹, E-mail: szxl@chinajournal.net.cn, jxnc5621@tom.com。