

超声对中医药治疗乳腺增生症的疗效评价

章黎军

(浙江省平阳县人民医院 平阳 325400)

摘要:目的:通过超声随访观察中药治疗乳腺增生症过程中乳腺增生腺体组织及增生结节的变化,以评价中医药对乳腺增生症的疗效。方法:随机抽取服用中药辨证分型治疗的乳腺增生症患者 55 例,并与服用西药的乳腺增生症患者 47 例以及服用中成药的患者 51 例作对照,分别通过超声多次随访观测记录乳腺增生组织的厚度及增生结节的变化情况。结果:中药辨证组患者,其乳腺增生组织以及增生结节缩小明显或完全治愈,有效率分别为 92.73%、83.64%,与对照的两组患者有显著性差异($P<0.05$)。结论:中医药辨证分型治疗对乳腺增生组织及增生结节有明显地减轻或消散作用。

关键词:乳腺增生症;中医药疗法;超声;疗效评价

中图分类号:R 655.8

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0043-02

乳腺增生症是妇女的常见病、多发病,随机抽取我院 2006 年 2 月~2007 年 6 月的乳腺增生症患者 153 例,其中服用中药辨证分型治疗的患者 55 例,服用西药治疗的患者 47 例,服用中成药的患者 51 例。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 观察对象均为女性,年龄 18~48 岁,平均年龄为 35.7 岁。临床表现与超声声像图表现均符合乳腺增生症的患者共 153 例,其中服用中药辨证分型治疗的患者 55 例,服用西药的患者 47 例,服用中成药患者 51 例。

1.2 治疗方法 中药辨证组患者通过辨证施治运用不同方剂进行煎服,每周服用 2~3 次,服用 1~2 个月作一次方剂改动。服用中药应根据分型辨治:主要分三型,肝气郁结型:用逍遥散合加味金铃子散加减,药用以柴胡、青皮、淫羊藿、香附、延胡索、川楝子、玄参、全瓜蒌、白芍、生甘草、肉苁蓉为主药;冲任失调型:用二仙汤加减,药用以仙茅、淫羊藿、肉苁蓉、鹿角片、天冬、熟地、香附、郁金为主药;痰瘀凝结型:用桃红四物汤、莪贝散加减,药用以柴胡、白术、茯苓、姜半夏、当

归、川芎、桃仁、牡蛎、贝母、白芥子、郁金等为主药^[1]。西药组患者,主要是服用一些辅助性药物如天冬素、维生素 E 等;中成药组患者,服用的药物主要是乳必消等。每位患者超声随访 5~10 次,随访间隔时间 1~2 个月。

1.3 超声检查方法 仪器使用美国 ATL 公司 HDI-5000 彩超仪,探头频率为 5~10MHz,采用仪器设置的乳腺检查条件。患者平卧位,充分暴露乳腺组织。探头直接接触乳腺进行超声检查,腺体增生组织测量厚度以两侧乳腺靠近乳头的外侧区纵向扫查所测的厚度为准,增生的结节测量数据以较大的结节测量数据为准。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 痊愈:乳腺增生组织及增生结节超声检查已经消失,随访 3 次以上均未见复发;好转:乳腺增生组织及增生结节明显缩小;无效:乳腺增生组织及增生结节无明显变化。

2.2 结果 三组患者乳腺增生组织及增生结节的疗效比较见表 1、表 2。中药辨证组的患者其乳腺增生组织以及增生结

本研究采用芬太尼行 PCIA 和罗哌卡因行 PCRA,结果表明术后镇痛后 24h 内 PCRA 组 VAS、SPB、DPB、HR、按压次数和芬太尼总用量均低于 PCIA 组,表明 PCRA 组镇痛效果优于 PCIA 组。其原因在于两者的镇痛机制不同:PCIA 组是通过阿片类药物芬太尼与脊髓、延髓及中脑等痛觉传导区阿片受体结合后提高痛阈,对伤害性刺激不再感到疼痛;而 PCRA 组中 0.2%罗哌卡因能阻断传导痛觉的 A δ 和 C 纤维及交感神经,使疼痛刺激不能传入中枢,抑制了应激时激素的分泌,同时联合少量阿片类药物芬太尼经静脉吸收,可激发内源性阿片肽释放,因此 PCRA 组能更有效地在外周与中枢水平阻断伤害性刺激的传导,故镇痛效果优于 PCIA 组。PCRA 组恶心、呕吐的发生率均低于 PCIA 组,主要原因为 PCRA 组显著的减少了芬太尼的用量,降低了芬太尼的血药浓度,从而降低了不良反应的发生。综上所述:上肢手术术后 PCRA 可产生良好的镇痛效果,且不良反应较少,值得临床上推广使用。

参考文献

[1]庄心良,曾因明,陈伯玺.现代麻醉学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2003.1 054-1 061
[2]李利彪,欧阳红.臂丛鞘内置管用于断指再植术后镇痛的临床观察[J].中国疼痛医学杂志,2004,10(1):55
[3]谭冠先.疼痛治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2000.154

(收稿日期:2007-08-31)

表 2 两组病人镇痛后各时间点 SBP,DBP 和 HR 的比较 ($\bar{X}\pm S$)

项目	组别	n	6h	12h	24h	36h	48h
SBP/kPa	PCIA	30	16.6 $\pm$ 3.5	17.6 $\pm$ 3.2	17.4 $\pm$ 2.8	15.5 $\pm$ 3.6	15.1 $\pm$ 2.9
	PCRA	30	13.2 $\pm$ 3.2 *	14.1 $\pm$ 3.5 *	14.0 $\pm$ 2.2 *	14.7 $\pm$ 3.8	14.3 $\pm$ 3.0
DBP/kPa	PCIA	30	12.7 $\pm$ 3.4	12.8 $\pm$ 3.1	12.6 $\pm$ 3.0	11.2 $\pm$ 3.5	11.7 $\pm$ 3.1
	PCRA	30	9.3 $\pm$ 2.7 *	9.5 $\pm$ 3.4 *	9.2 $\pm$ 2.9 *	10.8 $\pm$ 3.2	10.2 $\pm$ 2.2
HR/次·min ⁻¹	PCIA	30	86 $\pm$ 7	80 $\pm$ 9	78 $\pm$ 10	76 $\pm$ 7	78 $\pm$ 9
	PCRA	30	70 $\pm$ 8 *	68 $\pm$ 8 *	65 $\pm$ 8 *	70 $\pm$ 6	78 $\pm$ 7

注:与 PCIA 组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 不良反应和镇痛需求比较 见表 3。PCRA 组术后恶心、呕吐率(6.7%、0%)明显低于 PCIA 组(16.7%、16.7%)($P<0.05$),两组病人均无呼吸抑制。镇痛期间首次追加量的时间两组差异无统计学意义,按压次数 PCRA 组(3.2 $\pm$ 0.6)次,明显低于 PCIA 组(19.2 $\pm$ 9.3)次,芬太尼总用量 PCRA 组(0.24 $\pm$ 0.005)mg,明显低于 PCIA 组(0.92 $\pm$ 0.006)mg($P<0.05$)。

表 3 两组病人镇痛后不良反应和镇痛需求的比较 ($\bar{X}\pm S$) 例(%)

组别	n	恶心	呕吐	呼吸抑制	首次追加量的时间(h)	按压次数(次)	芬太尼总用量(mg)
PCIA	30	5(16.7)	5(16.7)	0(0)	13.98 $\pm$ 4.66	19.2 $\pm$ 6.3	0.92 $\pm$ 0.006
PCRA	30	2(6.7) *	0(0) *	0(0)	14.38 $\pm$ 5.05	3.2 $\pm$ 0.6 *	0.24 $\pm$ 0.005 *

注:与 PCIA 组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

术后疼痛对机体影响是多方面的。疼痛刺激可引起病人的一些内源性递质和活性物质的释放,如促进分解代谢的激素(儿茶酚胺、皮质醇、血管紧张素 II 和抗利尿激素)释放,并促使合成代谢的激素(如雌性激素和胰岛素)水平的降低,从而对机体造成一系列不良的影响,所以术后应提供充分的镇痛,以抑制内分泌应激反应,促进伤口的愈合和功能恢复^[2,3]。

麻杏止咳合剂治疗小儿肺炎临床疗效观察

林昱

(辽宁省营口市中医院 营口 115000)

关键词:肺炎;麻杏止咳合剂;中西医结合疗法;抗生素

中图分类号:R 563.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0044-02

笔者在北京中医药大学东直门医院儿科学习期间, 对院内制剂麻杏止咳合剂的临床治疗进行疗效观察。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择观察病例为 2002 年 3 月~2006 年 11 月在北京东直门医院儿科住院的小儿肺炎患儿, 中医辨证属痰热闭肺型。全部患儿均参照中华人民共和国卫生部 1986 年《小儿四病防治方案》中的小儿肺炎诊断依据、1987 年全国小儿呼吸疾病会议制定的标准及《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》进行诊断与分型。治疗组 60 例, 男 27 例, 女 33 例; 年龄 1~3 岁 8 例, 4~6 岁 40 例, 7~13 岁 12 例; 病程 3~6d 38 例, 6~9d 17 例, 9~12d 5 例; 病情轻度 2 例, 中度 51 例, 重度 7 例。对照组 30 例, 男 14 例, 女 16 例; 年龄 1~3 岁 5 例, 4~6 岁 21 例, 7~13 岁 4 例; 病程 3~6d 20 例, 6~9d 7 例, 9~12d 3 例; 病情轻度 2 例, 中度 25 例, 重度 3 例。两组临床资料经 χ^2 检验差异无显著性 ($P>0.05$), 具可比性。

1.2 治疗方法 治疗组: 给予麻杏止咳合剂 (规格: 100mL) 口服, 1~6 岁 20mL, >7 岁 25mL, 每日 2 次, 2 周为 1 个疗程。

对照组: 口服儿童清肺口服液 (国药准字 Z10890006, 规格: 每支装 10mL), 1~6 岁 10mL, >7 岁 20mL, 每日 3 次, 2 周为 1 个疗程。两组用药期间, 均使用西药 (头孢类) 抗感染治疗 7~10d。

1.3 结果 治疗组 60 例, 治愈 30 例, 显效 20 例, 好转 8 例, 无效 2 例, 总有效率 96.67%。对照组 30 例, 治愈 8 例, 显效 14 例, 好转 5 例, 无效 3 例, 总有效率 90.0%。经 χ^2 检验, $P<0.05$, 差异显著, 提示治疗组疗效优于对照组。而且经 t 检验, 两组在发热、咯痰、喘息、肺部罗音消失时间方面相比差异显著, $P<0.05$, 提示麻杏止咳合剂在退热、祛痰、平喘、促进罗音消失方面优于儿童清肺口服液; 两组在消除咳嗽、胸片阴影时间方面比较差异无显著性, $P>0.05$, 提示麻杏止咳合剂止咳促进胸片阴影吸收功效与儿童清肺口服液疗效相当。

2 讨论

小儿肺炎病属中医“喘咳”范畴, 本病病因, 外因责之于感受风邪, 内因责之于小儿形气未充, 肺脏娇嫩, 卫外不固。痰热是其主要病理产物。分析其痰来源有三: 肺气失宣, 输化无权; 邪热郁肺, 炼液成痰; 脾虚生痰, 上贮于肺。其热来源有

节缩小明显或完全治愈, 有效率分别为 92.73%、83.64%, 与对照的两组患者有显著性差异 ($P<0.05$), 提示中药辨证组的患者疗效较为明显。三组患者在服药过程中均未出现明显不良反应, 部分患者在服用中药期间有轻微呕吐等轻度消化道反应。

表 1 三组乳腺增生组织疗效比较 例 (%)				
	n	痊愈	好转	无效
中药辨证组	55	43 (78.18)	8 (14.54)	4 (7.27)
西药组	47	6 (12.76)	16 (34.04)	25 (53.19)
中成药组	51	14 (27.45)	17 (33.33)	20 (39.22)

表 2 三组乳腺增生结节疗效比较 例 (%)				
	n	痊愈	好转	无效
中药辨证组	55	22 (40.00)	24 (43.64)	9 (16.36)
西药组	47	2 (4.26)	9 (19.15)	36 (76.60)
中成药组	51	9 (17.65)	19 (37.25)	23 (45.10)

3 讨论

乳腺增生症在临床上非常常见, 其病因不十分明确, 现代医学认为其主要是与体内雌激素的分泌失调以及乳腺组织对雌激素的敏感性有关^[1]。中医学认为其病机与肝肾脾三经有密切关系, 肝郁气滞, 冲任失调, 痰瘀凝结是形成乳腺疼痛及乳腺肿块等症状的重要病机^[2]。

现代医学认为乳腺增生症的病程有一定的自限性, 没有特别有效果的治疗方法, 临床上一般服用天冬素、维生素 E 等辅助性药物, 多数患者效果不佳。而乳必消等中成药对减轻部分乳腺增生症患者的症状有一定的效果, 但长期效果很不理想, 尤其是停药后其病程常有反复, 本文中服用中成药的患者中有 29 例自述停药后疼痛症状没有减轻, 占 56.86%,

有 29.41% 的患者在超声随访中增生的腺体组织以及增生的结节没有显著缩小。因此我们认为中成药服用虽然方便, 但其药物配方固定, 没有个体针对性。

中医能够以其辨证施治的理论方法, 根据不同患者个体体质差异开出针对性的方剂, 在治疗乳腺增生症的同时兼顾调节患者全身状况。如肝郁气滞型患者以逍遥散合加味金铃子散加减, 冲任失调型以二仙汤加减, 痰瘀凝结型以桃红四物汤、莪贝散加减。由于乳腺增生症的治疗是一个长期的过程, 且中药需要煎熬, 平时服用不太方便, 有些患者较难坚持, 所以导致一部分患者服用中药的效果不太明显。本文中有 6 例患者在服用中药的初期, 其症状就有明显改善, 超声随访其增生组织及增生结节有所缩小, 后由于煎熬中药较麻烦而停药, 其后症状有所加重又重新继续服用直至痊愈。所以服用中药, 虽不方便, 但长期坚持服用效果明显。中医理论认为情志内伤对乳腺增生症的症状起加重作用, 所以服用期间患者应注意情绪调节, 注意心理疏导, 劳逸适当, 对乳腺增生症的治疗效果有促进作用。总之, 中医药辨证治疗乳腺增生症, 能够较大改善乳腺增生症患者的症状及体征, 对提高患者的生命生活质量有一定的积极意义。

参考文献

[1] 阙华发, 吴娟飞. 分型辨治乳腺增生病[J]. 辽宁中医杂志, 1999, 6 (26): 259-260

[2] 周永昌, 郭万学. 超声医学[M]. 第 5 版. 北京: 科学技术文献出版社, 2006. 153

[3] 覃兆伟. 辨证治疗乳腺囊性增生症 120 例[J]. 山西中医杂志, 1999, 6 (15): 14-15

(收稿日期: 2007-10-17)