

宫外孕Ⅱ号方和甲氨喋呤治疗非破裂型输卵管妊娠 50 例临床观察

王宝珍 吴松华 曾灵芝
(江西省瑞昌市中医院 瑞昌 332200)

摘要:目的:观察宫外孕Ⅱ号方和甲氨喋呤联合治疗非破裂型输卵管的妊娠临床疗效。方法:回顾并分析我院 2006 年元月~2009 年 10 月应用甲氨喋呤和宫外孕Ⅱ号方治疗非破裂型输卵管妊娠 50 例患者的临床资料。结果:42 例治愈,治愈率 84%,15 例出现轻度恶心呕吐、腹泻,2 例转氨酶轻度升高,10 例出现明显腹痛,阵发性,持续 24~48h 症状减轻或消失。8 例无效,中转手术。结论:甲氨喋呤和宫外孕Ⅱ号方治疗非破裂型输卵管妊娠成功率高,且应用方便,可减轻患者手术痛苦,不失为理想的保守疗法。

关键词:宫外孕Ⅱ号方;甲氨喋呤;中西医结合疗法;非破裂型输卵管妊娠

中图分类号:R 714.22 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.026

异位妊娠习称宫外孕,指受精卵在子宫体腔以外着床,以输卵管妊娠多见,占异位妊娠的 95%以上。随着科学技术特别是医疗技术和检查的完善,如高灵敏度的血 β -HCG 检测和分辨清晰的阴道超声检查,异位妊娠的早期确诊率提高,从而为输卵管妊娠保守治疗争取了先机。许多非破裂型输卵管妊娠应用药物保守治疗取得良好的效果,尤以甲氨喋呤为著。我院采用宫外孕Ⅱ号方联合甲氨喋呤治疗非破裂型输卵管妊娠效果满意。现报道如下:

3.2 结果 见表 1。两组疗效有显著性差异 ($P < 0.01$),治疗组疗效优于对照组。

表 1 两组疗效比较 例(%)					
组别	n	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	120	102(85.00)	14(11.67)	4(3.33)	0(0)
对照组	80	10(12.50)	21(26.25)	25(31.25)	24(30.00)

4 典型病例

肖女士,35 岁,2008 年 3 月初诊。结婚 8 年未孕,月经期延长达 8d/次,色暗,下腹及腰骶隐痛,经期及同房后加重。曾做输卵管造影示:一侧输卵管阻塞,一侧输卵管通而不畅,伴有血瘀挟湿,治以益气活血化瘀祛湿。选用妇炎酱薏汤,水煎 100mL 并加糜蛋白酶 4 000U、地塞米松 5mg 于月经后 3d 开始灌肠,1 次/d,1 个疗程后停药。月经期依时而下,量色正常,妇检双侧附件区无压痛,宫体活动好,余症消失。复查 B 超示:盆腔积液全部吸收,病人不愿意再行输卵管造影术。2008 年 9 月 15 日停经,停经 38d 查尿 HCG 为阳性,提示早孕。2009 年 6 月顺产一健康男婴。

5 讨论

慢性盆腔炎属中医学“带下、不孕、少腹痛、癥瘕”等范畴,早在《内经》中即有“任脉为病……女子带下瘕聚”之记载。其病因如宋代陈自明所谓:“因经行产后,风邪恶入胞门,传于脏腑而致之。”《傅青主女科》:“夫带下俱是湿症……不荣则痛,不通则痛。”由此可见,寒湿热乃本病主要因素,而寒湿热凝聚,气滞血瘀,久病多虚又是其主要病机。现代医

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2006 年 1 月~2009 年 10 月 50 例非破裂型输卵管妊娠患者,均符合下列条件:一般情况良好,无明显下腹痛或偶尔自觉轻度下腹胀痛,生命体征正常,无明显腹腔出血或估计出血量少于 100mL,血 β -HCG<3 000U/L,B 超示:异位妊娠包块最大直径 ≤ 3 cm,未见原始心管搏动,肝肾功能、凝血功能、血常规正常,要求保守治疗且无甲氨喋呤禁忌证。年龄 18~42 岁,有停经史 43 例,停学认为是各种病原体侵入盆腔内引起盆腔内炎性渗出,器官粘连,局部组织增厚,或结缔组织增生所致病理改变。

妇炎酱薏汤主要抓住寒、湿、热、瘀、虚几方面进行论治,方中薏苡仁、黄芪、当归、细辛既能养血调经,又能美容祛斑,抗衰老,调节免疫功能,同时有消炎抗肿瘤等作用;当归、细辛、三棱、莪术可抑制血小板聚集,抗血栓形成及改善循环;生苡仁、土茯苓、败酱草、鱼腥草、黄柏有广谱抗菌消炎及杀虫作用,对金黄色葡萄球菌、链球菌、孢子丝菌、厌氧菌等有不同程度的抑制作用;延胡索、香附、柴胡散瘀清热,解痉镇痛;诸药合用对各种妇科炎症及血瘀证有非常好的治疗效果。配合西药 α -糜蛋白酶加强消除炎症坏死细胞及其它分泌物,使毛细血管、淋巴管畅通,炎症消退。地塞米松加强中药抗炎解毒及抗过敏作用,同时防止各药配伍之反应,能抑制结缔组织增生,降低毛细血管细胞膜通透性,减少炎性渗出,抑制成纤维细胞增生和肉芽组织形成,减少炎症引起的疤痕和粘连。且灌肠效果较口服显著,药物加温后不刺激肠道,可以充分作用于局部炎症,吸收快,从而发挥较好的疗效。

参考文献

[1]尤昭玲.中西医结合妇产科学[M].北京:中国中医药出版社,2001. 399
[2]刘敏如,谭万信.中医妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2001. 853

(收稿日期:2010-01-15)

经时间 32~56d, 初孕者 12 例, 有孕产史 38 例。

1.2 方法 甲氨喋呤 50mg 单次肌注, 同时口服宫外孕Ⅱ号方汤剂(赤芍 15g、丹参 15g、桃仁 9g、三棱 5g、莪术 5g), 每日 2 次, 共服 7 剂。用药期间静滴抗生素预防感染。在治疗第 4 日或第 7 日测血 β -HCG, 若治疗后 4~7d 血 β -HCG 下降小于 15%, 应重复甲氨喋呤剂量治疗, 然后每周重复直至血 β -HCG 降至 5U/L, 一般需 3~4 周。治疗期间须严密监护并注意患者病情变化、生命体征变化、下腹痛、阴道流血等情况及药物毒副反应, 必要时中药方可随症加减控制并发症。

1.3 疗效标准 若用药后 14d 血 β -HCG 下降并连续 3 次阴性, 腹痛缓解或消失, 阴道流血量减少或停止, B 超盆腔包块缩小或不继续增大, 血 β -HCG 下降 30%~50%或接近正常为治愈; 腹痛加剧, B 超包块未缩小或增大, 血 β -HCG 未下降或增高, 治疗过程中出现手术指征, 改行手术治疗者为无效。

1.4 结果 42 例治愈, 治愈率 84%。15 例用药后出现轻度恶心呕吐、腹胀腹泻, 可以忍受, 继而症状渐渐消失; 2 例出现转氨酶升高; 10 例用药 3~4d 出现明显腹痛, 阵发性, 持续 24~48h 减轻或消失。8 例无效, 中转手术。

2 讨论

输卵管妊娠是妇科常见的病种, 治疗方法分为保守治疗及手术治疗(腹腔镜及开腹手术), 手术治疗虽然直截了当, 迅速消除病灶, 但由于其可能切除患侧输卵管, 减少了术后的妊娠机率, 对患者的身体造成一定的创伤, 且费用较高, 存在一定的局限性, 故而许多患者不愿接受。近年来, B 超检查结合血 β -HCG 定量检测, 可使大多数输卵管妊娠在破裂之前确诊, 从而为输卵管妊娠的非手术治疗创造了先机与有利条件。药物治疗方法多样, 但甲氨喋呤为首选, 其疗效确切。甲氨喋呤是叶酸拮抗剂, 可抑制四氢叶酸生成而干扰 DNA 的合成, 使滋养

(上接第 32 页) 鼻交替用药, 每日 3~5 次, 以出现多次喷嚏为佳, 连续用药 4 周。同时将以上药末加入适量醋, 做成黄豆大小的醋药丸, 每晚用胶布固定于迎香穴(双侧)、印堂穴。有季节性发作史者, 冬季发作可夏天治疗, 夏季发作可冬天治疗。

1.2.2 对照组 口服息斯敏 3mg, 1 次/d, 外用滴鼻净, 2 次/d, 连续用药 4 周。

1.3 治疗结果 治疗组 38 例, 治愈 10 例, 好转 24 例, 无效 4 例, 总有效率 89.5%; 对照组 24 例, 治愈 2 例, 好转 16 例, 无效 6 例, 总有效率 75.0%。两组比较有显著差异($P<0.05$)。

细胞分裂受阻, 胚胎发育停止而死亡, 反复用药对输卵管组织无破坏性, 多数患者治疗后输卵管通畅。中医认为异位妊娠为少腹血瘀之实证, 治疗始终以活血化瘀、消癥杀胚为法, 中西医结合, 可加速胚胎死亡, 使瘀血得去、气血通畅, 且可预防输卵管瘀血阻滞粘连, 中药方随症加减, 还可减轻甲氨喋呤的毒副作用。

宫外孕Ⅱ号方和甲氨喋呤联合治疗非破裂型输卵管妊娠应该注意: (1) 要严格掌握药物治疗的指标, 根据症状及 B 超、实验室检查综合判断, 治疗前必须向患者及家属详细说明病情、治疗的目的、方法、优势、注意事项及可能的预后转归, 取得患者及家属的同意与配合。(2) 治疗过程中有少数患者(本组 6 例)的血 β -HCG 出现一过性升高, 然后降至正常, 这或许是甲氨喋呤自身的衍生物细胞内谷氨酸聚合反应增加了 HCG 代谢及滋养细胞坏死, HCG 释放入母体血循环中所致, 不一定是药物化疗无效, 故此时不应急于手术治疗, 可观察, 若血 β -HCG 用药后成倍快速上升或出现内出血征象时应考虑手术治疗。(3) 少数患者在用药初期腹痛加剧, 可能与药物作用使滋养细胞坏死溶解, 与输卵管分离, 少许渗血或妊娠组织物流至腹腔内刺激腹膜, 引起子宫收缩有关, 如生命体征稳定, 血 β -HCG 无异常, B 超盆腔内积液无或无增加, 亦可继续观察, 不应急于手术。(4) 部分患者有用药后阴道流血量增多并排出蜕膜组织的现象, 这可能是杀胚的反应, 因此, 我们认为这很可能是观察药物治疗效果或预测成功的一个征兆。(5) 甲氨喋呤毒副作用较大, 用药前应让患者及其家属知情, 并在用药期间注意检查血常规、肝肾功能, 防止发生不良后果。

总之, 宫外孕Ⅱ号方和甲氨喋呤联用治疗非破裂型输卵管妊娠疗效确切, 预后良好, 患者乐于接受, 可在临床上广泛应用。

(收稿日期: 2010-01-14)

2 讨论

过敏性鼻炎属中医“鼻鼽、鼽嚏、鼽衄”范畴。由于生态环境失衡、空气污染、气候反常等因素, 本病发病率逐年增高。本病病程缠绵, 反复发作, 中西医结合治疗方法多而疗效欠佳。经皮肤黏膜给药治疗过敏性鼻炎, 可有效克服药物所产生的毒副反应和耐药性, 其局部产生的血药浓度对改善和修复病变组织有明显的效应。细辛、辛夷花、苍耳子、薄荷、白芷、冰片具有辛散走窜、解毒消炎的功效; 苍耳子、辛夷花有类似于“抗组织胺”作用。本组结果显示, 中医外治法治疗过敏性鼻炎疗效较好, 值得临床推广。

(收稿日期: 2010-01-11)