

中西医结合治疗异位妊娠 30 例临床疗效观察

刘彩霞¹ 卢丽华²

(1 江西省武宁县中医院 武宁 332300; 2 江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗异位妊娠的临床疗效和安全性。方法:选取我院 2008 年 1 月~2009 年 10 月收治的 30 例异位妊娠患者,采用 5-氟脲嘧啶(5-Fu)、中药活络效灵丹、氨甲喋呤(MTX)中西医结合治疗。结果:30 例患者均治愈,26 例单次肌肉注射 MTX 50mg 即治愈,血清 β -HCG 2 周内均降至正常,12 例 B 超检查可见附件包块均被吸收。结论:中西医结合治疗异位妊娠临床疗效确切,且治疗方法简单、有效,值得临床推广和应用。

关键词:异位妊娠;中西医结合疗法;临床效果

中图分类号:R 714.22

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.027

异位妊娠是妇产科最常见的急腹症,也是早孕孕妇死亡的主要原因之一。正常妊娠时,受精卵着床于子宫体腔内膜,当受精卵在子宫体腔以外着床称异位妊娠,也称宫外孕。其中以输卵管妊娠多见,占 95%左右^[1]。异位妊娠发病率有逐年上升趋势,过去临床上经确诊后即行手术治疗。近年来我院采用中西医结合治疗异位妊娠,使患者避免了手术治疗,取得了一定的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月~2009 年 10 月我院收治异位妊娠患者 30 例,年龄最小者 19 岁,最大者 39 岁,平均 27.2 岁;初孕者 14 例,经孕者 16 例。

1.2 临床表现 30 例中有停经史 26 例,停经时间 5~7 周;下腹痛 16 例,均为患侧胀痛或隐痛;阴道出血 10 例。所有患者血清 β -HCG 值均高,最低 60IU/L,最高 1 620IU/L;B 超检查显示 30 例患者宫腔内均无妊娠囊,可见一侧附件区包块 12 例,直径 <3cm,盆腔内少量积液 5 例。

1.3 治疗方法 首先给予 5-氟脲嘧啶(5-Fu) 10~15mg/(kg·d),加入 5%葡萄糖液 500mL 中缓慢静滴 6~8h,连用 6~8d。对有消化道反应者,对症处理,坚持满疗程治疗。随后给予中医辨证治疗,采用中药活络效灵丹加减:丹参 20g、赤芍 12g、桃仁 12g、乳香 10g、没药 10g 为主方,如出现恶心呕吐、食欲不振、小腹疼痛等症状,可加陈皮、半夏、鸡内金、生蒲黄、延胡索等。每日 1 剂煎服,连服 14d。用药过程中严密观察病情,并隔日复查尿 HCG 1 次,每周黄体功能不全状态。排卵期加入行气活血药,可促使成熟卵泡排出,改善并维持黄体功能,提高受孕率。因此在中药补肾的基础上再配以活血化瘀药物能诱发排卵,提高受孕率。

本研究结果表明,在西医综合治疗基础上加补肾活血中药治疗女性排卵障碍性不孕症较单纯西医促排卵治疗能明显提高疗效,且临床观察未见不

复查 B 超 2 次。同时使用单剂量氨甲喋呤(MTX)治疗,给予 50 mg/m² 肌肉注射。应用 MTX 后 1 周复查 β -HCG 并行 B 超检查以判断是否有效并指导以后用药,如血 β -HCG 下降不满意,可重复使用 MTX 1~2 次。

1.4 疗效判定标准 治愈:下腹痛、阴道流血等症状消失,尿 HCG 转阴性,血 β -HCG 降至正常,复查 B 超附件包块消失。有效:下腹痛、阴道流血等症状消失,尿 HCG 转阴性或弱阳性,血 β -HCG 下降明显,复查 B 超附件包块消失或明显缩小。无效:治疗过程中腹痛及阴道流血等症状无改善或加重,尿 HCG 持续阳性,血 β -HCG 下降不明显,复查 B 超附件包块无缩小或增大。

2 结果

30 例患者均治愈,其中 26 例单次肌肉注射 MTX 50mg 即治愈,3 例肌肉注射 MTX 50 mg 2 次治愈,MTX 最小剂量 50mg,最大剂量 160mg,平均用量 58.67mg。血清 β -HCG 1 周内降至正常 10 例,2 周内降至正常 17 例,3 例于 3 周内降至正常,平均降至正常的时间为(12.5 $\pm$ 4.99)d;12 例 B 超检查可见附件包块者 1 周内吸收 6 例,2 周内吸收 5 例,4 周内吸收 1 例,平均包块吸收时间为(17.1 $\pm$ 7.65) d。所有患者在治疗过程中均未出现严重毒副作用,仅 7 例出现短暂厌食、恶心,1 例胸痛 3d 后自愈。18 例患者行输卵管通液术,通畅时间平均(19.2 $\pm$ 5.95) d,输卵管通畅 16 例,2 例通而不畅,输卵管通畅率为 88.9%。

不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 乐杰,谢幸,丰有吉.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.381
[2] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订.女性不孕症的中西医结合诊疗标准[J].中西医结合杂志,1991,11(6):378-379
[3] 刘金星,刘敏如,宋韬,等.养精汤促排卵的临床及实验研究[J].中国中西医结合杂志,2001,21(2):94-98

(收稿日期:2010-04-16)

碳酸利多卡因伍用盐酸山莨菪碱在人流术中的应用

唐国梅

(江苏省扬州市西湖医院 扬州 225000)

摘要:目的:探讨一种安全、有效、费用低、不良反应相对较少的终止早孕的镇痛方法。方法:自愿参加该项研究、无相关禁忌证且孕周<9周的要求行人工流产的早孕妇女 120 例,随机分为三组。I 组:施行手术前 30 min 肌肉注射盐酸山莨菪碱 5 mg,施行手术时用 1.73%碳酸利多卡因宫颈注射;II 组:宫颈注射 1.73%碳酸利多卡因;III 组:对照组,不进行任何干预。结果:镇痛效果 I 组最佳,与 II、III 组比较差异有显著统计学意义($P<0.001$);II 组效果次之,与 III 组比较差异仍有显著统计学意义($P<0.001$)。宫颈松弛情况 I 组效果最佳,II 组次之,I 组与 II、III 组比较 P 值均 <0.001 ;II、III 组比较, $P<0.001$ 。RAAS 发生率 I 组最低,II 组其次,I、II 组比较差异有统计学意义($P<0.05$),I、III 组比较差异有显著统计学意义($P<0.01$);II、III 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在人工流产术中,应有碳酸利多卡因伍用盐酸山莨菪碱具有安全有效、操作简便、价格低廉的特点,是基层医院一种较好的镇痛方法。

关键词:人工流产术;碳酸利多卡因;盐酸山莨菪碱;镇痛;人工流产综合征

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.028

我院妇产科自 2008 年 1~12 月,在行人工流产术前 30min 肌肉注射盐酸山莨菪碱 5mg,术中 1.73%碳酸利多卡因宫颈多点注射,获得了较满意的镇痛效果,有效地降低了人工流产综合征的发生率。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择门诊孕 6~9 周要求终止妊娠,且无手术禁忌证的健康妊娠妇女 120 例,年龄 21~35 岁,均经盆腔 B 超监测证实为宫内妊娠。按入院先后排序 1、4、7、10、13……118 病例定为 I 组,2、5、8、11、14……119 病例定为 II 组,3、6、9、12、15……120 病例定为 III 组。I 组为碳酸利多卡因伍用盐酸山莨菪碱组,II 组为碳酸利多卡因组,III 组为对照组。

1.2 方法 术前常规测血压、脉搏、呼吸作为基础值。I 组:施行手术前 30min 肌肉注射盐酸山莨菪碱 5mg,施行手术时常规碘伏宫颈消毒后,用 1.73%

碳酸利多卡因 2mL,分别在宫颈 3、9 点位置宫颈口外缘处刺入 0.5~1cm,回抽无血后各分别注射 1mL,约 1min 后进行手术。II 组:宫颈注射 1.73%碳酸利多卡因,方法同 I 组。III 组:常规操作。

1.3 观察项目及评定标准

1.3.1 镇痛效果 设定为三级:一级表情自如;二级主诉感下腹轻微疼痛,可忍受;三级为明显下腹疼痛,表情痛苦,出汗,呻吟不止。

1.3.2 宫颈松弛判定标准 以能否一次性顺利通过 6 号吸管为标准。

1.3.3 人流方法 采用国内电动负压吸引器完成手术。

1.3.4 人工流产综合征(RAAS)诊断标准 (1)术中心率下降至 60 次/min 以下,心律不齐,并伴有恶心呕吐、胸闷、头晕、面色苍白、抽搐,五项中有三项以上者。(2)术中血压降至 80/60mmHg 以下或收缩压下降 20mmHg 以上,且有三项全身反应者^[1]。

3 讨论

近年来,对于早期异位妊娠的治疗,提倡保守性手术、显微手术及非手术疗法。中药活络效灵丹加味配合 5-Fu 及 MTX 中西医结合治疗早期异位妊娠是非手术疗法之一。

MTX 是抗肿瘤药,滋养细胞对其高度敏感,其杀胚作用确切,但妊娠产物吸收缓慢。中药活络效灵丹加减可改善血液循环,提高腹膜通透性和血液纤溶活性,有利于血肿与妊娠产物的吸收以及输卵管再通,但杀胚能力差,易致内出血。中西医联合用于治疗早期异位妊娠,二者互补充分发挥各药的优势,MTX 可在较短时间内杀胚,防止病情发展,中药可在较短期内清除输卵管内的积血块及变性坏死的胚胎组织,有利于输卵管再通^[2],本研究结果表

明,中西医结合保守治疗异位妊娠疗效明显、给药方便、毒副作用小,值得临床推广应用。

中西医结合非手术治疗早期异位妊娠的适应证为:(1)血或尿 HCG 阳性;(2)B 超证实宫腔内无妊娠囊,而在附件区有 <3cm 的明显异常包块,无明显胎心搏动;(3)无输卵管破裂及急性内出血的体征^[3]。另外,在非手术治疗过程中一定要严密观察患者病情变化,对腹痛加剧、腹腔内出血增多病人应及时改行手术治疗。

参考文献

[1]朱翠兰.腹腔镜下保守手术治疗输卵管妊娠 32 例[J].新乡医学院学报,2007,24(3):259-260
[2]河北医学院.中医学(上册)[M].北京:人民卫生出版社,1980.323-324
[3]欧阳煜宏,孟丽娟,咸永松.腹腔镜治疗异位妊娠伴失血性休克 44 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2006,22(3):211

(收稿日期:2010-04-06)