

康妇消炎栓治疗盆腔积液或盆腔炎性包块效果观察

齐应开¹ 万承联²

(1 江西省军区门诊部 南昌 330006; 2 江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词: 盆腔积液; 盆腔炎性包块; 康妇消炎栓

中图分类号: R 711.33

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.043

盆腔炎包括子宫炎、输卵管卵巢炎、盆腔结缔组织炎及盆腔腹膜炎,多以慢性为主,为妇女常见病之一。患者常以下腹部坠痛、腰骶部疼痛为主,月经期前后、性生活及劳累后多见,病情较复杂,经抗炎治疗后易复发。我院门诊部自 2009 年 1 月~2010 年 12 月采用康妇消炎栓治疗盆腔积液或盆腔包块,疗效明显。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 80 例盆腔炎患者均为我院门诊病人,临床症状、体征及 B 超诊断均符合盆腔炎的诊断,年龄 21~55 (41.56± 9.78) 岁,病程 3 个月~4.5 年 (1.68± 0.89) 年。B 超检查见盆腔积液或盆腔包块,并伴有下腹部坠痛、腰骶部胀痛、月经不调、白带增多等症状,妇检时均有宫旁及附件压痛。随机分为两组,两组患者的年龄、病程、病情程度均无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组静脉滴注左氧氟沙星加甲硝唑,1 周为 1 个疗程。治疗组用中成药康妇消炎栓,患者每晚排空大便,肛周洗净后,取蹲位,戴上一次性手套,用一手的食指或中指将栓剂沿肛门送入直肠 10~15 cm 后,取仰卧位将臀部稍抬高平躺半小时以上。每晚 1 次,1 周为 1 个疗程。治疗 2 个疗程后复查 B 超统计疗效。

1.3 疗效评定标准^[1] 痊愈:治疗 2 周后患者的临床症状及局部体征消失;妇检:宫旁及宫旁组织软,无压痛;B 超检查盆腔积液消失或盆腔包块消失,单或双侧附件形态正常,边缘光滑;停药 4~6 周复查 B 超无复发。好转:患者的临床症状及局部体征明显好转或近消失;B 超检查盆腔积液消失,炎性包块较治疗前缩小 1/2 以上;单或双侧附件稍增粗,边缘尚光滑。无效:临床症状及体征无明显减轻,B 超检查注射及肛门紧缩术,术后予以抗炎、口服补中益气汤及对症治疗,术后第 3 天排便,便时直肠未再脱出,住院 13 d 伤口痊愈,随访至今未再复发。

3 讨论

直肠脱垂多由于营养不良、身体虚弱、中气不足而发病,反复脱出久之使肛提肌、骨盆底部肌群及肛门松弛而加重病情。笔者用 1:1 消痔灵硬化剂于脱垂之直肠黏膜与肌层间作柱状加点状注射,使

盆腔炎性包块及渗出液较治疗前均有不同程度地缩小。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件,进行 χ^2 检验。

2 结果

治疗组痊愈 16 例,有效 20 例,无效 4 例,总有效率 90%;对照组痊愈 9 例,有效 21 例,无效 10 例,总有效率 75%;两组总有效率比较有显著性差异 ($\chi^2=7.98, P<0.05$)。两组治疗前后检查肝、肾功能均无明显改变。

3 讨论

慢性盆腔炎多由急性期延误治疗或治疗不彻底病情迁延而致,输卵管、卵巢、宫旁结缔组织及盆腔发生炎性改变,局部出现水肿、炎性渗出及包裹性积液,使神经纤维受到刺激、激惹和压迫,以致患者产生一系列临床症状和局部体征,当遇到行经期盆腔充血或劳累后使下腹部坠胀、腰骶部疼痛等临床症状加重,如不及时治疗,病程迁延导致一系列后遗症,如不孕症、异位妊娠、输卵管积水或脓肿、盆腔的炎性积液。由于渗出液的沉淀、粘连、包裹形成包裹性积液称盆腔炎性包块,因包块周围血管较少,影响血液循环,由于受病变部位解剖生理特点的限制,一般抗生素药物不易到达局部,而影响治疗效果。本对照组总有效率为 75%,治愈率仅为 22% (9/40),说明单纯抗菌治疗盆腔炎或盆腔包块虽有一定疗效,但治愈率低。由于女性盆腔静脉丛密集,肠黏膜血管丰富且管壁薄,与盆腔器官相邻,使康妇消炎栓药物的有效成分易通过局部淋巴循环或渗透直接作用于盆腔组织,增加组织对药物的吸收,使药物的作用充分发挥,促进炎症的吸收,松解周围组织粘连,并能避免抗生素对胃肠道的刺激,其产生无菌性炎症,组织萎缩,形成纤维化粘连而固定直肠不外脱;肛门紧缩术加强了在肛门括约肌松弛的情况下肛门括约肌及肛管对直肠的支持作用;口服中药补中益气汤可达到补中益气、升阳举陷作用。笔者应用硬化剂注射、肛门紧缩及口服中药治疗直肠脱垂简单、创伤小、疗效佳,适用于基层医院。

(收稿日期: 2011-02-12)

米非司酮联合甲氨蝶呤治疗输卵管妊娠疗效观察

幸琼 唐习文

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

关键词:米非司酮;甲氨蝶呤;输卵管妊娠

中图分类号:R 714.221

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.044

近年来,输卵管妊娠发病率有明显上升趋势,随着 B 超和血 HCG 检测技术的提高,以及医师对输卵管妊娠的高度警惕,临床 80%的输卵管妊娠在未破裂前被诊断。用非手术方法治疗输卵管妊娠能最大限度地保全患者的生育功能,尤其适用于年轻而有生育要求的妇女,其中甲氨蝶呤(MTX)和米非司酮被认为是目前最常用、最有效的治疗药物。我院 2006 年 1 月~2009 年 12 月应用米非司酮联合 MTX 治疗输卵管妊娠 62 例,取得较好效果。现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 资料来源 126 例患者均为我院 2006 年 1 月~2009 年 12 月收治的确诊为输卵管妊娠患者,被证实具有保守治疗条件,无米非司酮用药禁忌。将 126 例患者随机分为两组:研究组 62 例,年龄 19~40 岁,停经 (43.2± 10.3) d,血 HCG 值 (2 091.5± 1 206.6) IU/L,B 超包块直径 (3.3± 2.5) cm;对照组 64 例,年龄 20~39 岁,停经 (43.6± 11.6) d,血 HCG 值 (2 152.3± 1 156.9) IU/L,B 超包块直径 (3.4± 1.9) cm。两组停经时间、血 HCG 值及 B 超包块直径比较,差异无显著性 ($P>0.05$)。

1.2 输卵管妊娠诊断依据、保守治疗指征^[1] (1)有或无停经史,有异常出血史,伴轻腹痛或不伴腹痛。(2)生命体征平稳,无活动性出血。(3)血 HCG < 3 000 IU/L。(4)输卵管妊娠包块直径≤4 cm,有胎心搏动为禁忌证。(5)无肝肾疾病史。(6)无 MTX 及米非司酮使用禁忌。

1.3 分组及用药情况 按给药方法分为两组,对照组 64 例采用单次肌肉注射 MTX 50 mg/m²,治疗后 7 d 血 HCG 下降小于 15%者,重复单次肌肉注射 MTX 50 mg/m²;研究组 62 例单次肌肉注射 MTX 50 mg/m²,同时口服米非司酮 50 mg,1 d 2 次,连用 3 d。治疗期间监测生命体征、腹痛及阴道流血情况,4~7 d 复查血 HCG 及盆腔超声检查,每周常规复查

血常规及肝肾功能。

1.4 疗效评价 治疗后症状消失,阴道流血停止,无内出血发生,盆腔包块缩小,血 HCG 持续下降或下降≥15%为治愈。如用药 5 周后血 HCG 仍高于正常值可考虑持续性输卵管妊娠或与妊娠有关的其他疾病诊断。治疗后出现腹痛或腹痛加剧,发生内出血症状,包块增大,血 HCG 持续不降或升高为治疗失败。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

研究组 54 例治愈,无重复用药,8 例腹痛加剧、HCG 持续上升改行腹腔镜或剖腹手术。对照组 44 例治愈,其中 6 例因单次肌肉注射 MTX 7 d 后血 HCG 下降小于 15%重复用药后成功治愈,20 例 HCG 持续上升而行腹腔镜或剖腹手术。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)				
组别	n	治愈	血 HCG 下降≥15%	治疗 3 周后盆腔包块缩小或消失
研究组	62	54(87.10)	54(87.10)	49(79.03)
对照组	64	44(68.75)	44(68.75)	38(59.38)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

米非司酮是一种合成类固醇,其结构类似炔诺酮,具有抗孕酮、糖皮质激素和轻度抗雄激素特性,对子宫内膜孕激素受体的亲和力比孕酮高 5 倍,可以竞争性抑制蜕膜组织中的孕酮受体,阻断孕酮活性而终止妊娠^[2]。MTX 是叶酸拮抗剂,能抑制四氢叶酸生成而干扰 DNA 合成,使滋养细胞分裂受阻,胚胎发育停止而死亡。MTX 单一用药效果并不令人满意,有时用药需几个疗程,而米非司酮具有强烈的抗孕激素活性,使蜕膜、绒毛变性,黄体溶解,二者协同作用,加速绒毛、胚囊坏死。本文米非司酮联合 MTX 的治愈率为 87.10%,明显高于单用 MTX 的治愈率(68.75%)。故米非司酮联合 MTX 治疗效果确切,是一种安全、有效、给药方便的治疗方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.105-110

全无痛苦,无不良反应,疗效确切,值得推广。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2005.243-253

(收稿日期: 2011-05-18)

减轻肝脏的负担,极大地提高药物的生物利用度,从而提高治愈率。本治疗组痊愈 16 例、有效 20 例、无效 4 例、总有效率 90%,且无不良反应。因此采用康妇消炎栓塞肛治疗,操作简单,治疗方便,安