

# 中西医结合治疗乳痛的临床观察

洪秀芳 江来富 李银英

(江西省婺源县妇幼保健院 婺源 333200)

关键词:乳痛;中西医结合疗法;瓜蒌牛蒡汤;金黄膏

中图分类号:R 655.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.050

乳痛是发生于乳房部的一种急性化脓性疾病,多见于哺乳期妇女,以初产妇多见,好发于产后 3~4 周,是乳房疾病中的常见病。笔者自 2010 年 1 月~2011 年 6 月将本院门诊的 64 例乳痛患者分为两组,其中 34 例用中西医结合疗法治疗,取得了满意的效果。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 64 例乳痛患者符合文献<sup>[1]</sup>诊断标准,均来源于我院 2010 年 1 月~2011 年 6 月妇科门诊,随机分为观察组、对照组。64 例中,年龄最小者 20 岁,年龄最大者 38 岁。观察组平均年龄(26.58±3.57)岁;对照组平均年龄(27.22±3.68)岁,两组患者年龄无显著性差异(P>0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法 观察组 34 例给予头孢噻肟钠 6 g+0.9%生理盐水 500 mL 静滴,1 次/d,如头孢过敏,则改用磷霉素钠 6 g 静滴。中药以瓜蒌牛蒡汤为主方(瓜蒌仁 15 g,牛蒡子 12 g,天花粉 12 g,黄芩 12 g,山栀子 10 g,金银花 10 g,蒲公英 30 g,连翘 10 g,皂角刺 12 g,柴胡 6 g,青皮 6 g,生甘草 6 g),每日 1 剂,煎水分 2 次服。乳房胀痛明显者,加穿山甲、王不留行、制乳没;恶露未尽者,加当归尾、益母草、川芎;热重者,加石膏、黄芩。同时对乳房红肿部位给予金黄膏外敷,每日 1 次。对照组 30 例则给予头孢噻肟钠或磷霉素钠抗感染,并同时给予湿毛巾热敷乳房,每次 20 min,每日 1 次。

1.3 统计方法 计数资料用  $\chi^2$  检验,计量资料用  $(\bar{X} \pm S)$  描述,用方差分析检验。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 痊愈:临床症状消失,肿块消退,血常规检查白细胞总数及中性粒细胞正常;好转:症状体征明显减轻,白细胞总数及中性粒细胞数接近近期手术。使用硝矾洗剂治疗,不须火煎,开水冲化即可熏洗坐浴,较为方便,且不污染浴盆和患者内裤,洗浴后局部感觉轻快、柔润、舒服,广大患者乐于接受。所以使用硝矾洗剂有利于减轻术后患者痛苦,改善临床症状,加速伤口愈合,具有很好的社会效益和推广价值。

正常;无效:症状体征无改善,或发展为乳腺脓肿期,需切开引流者。

## 2.2 两组临床疗效比较 见表 1。

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
观察组	34	28	6	0	100
对照组	30	14	12	4	87

注:两组总有效率比较,P<0.01,差异有非常显著性意义。

## 2.3 两组治疗时间比较 见表 2。

组别	n	4 d	7 d	10 d	平均治疗时间(d)
观察组	34	10	18	6	6.65±2.02
对照组	30	4	10	16	8.20±2.14

注:两组平均治疗时间比较,P<0.01,差别有非常显著性意义。

## 3 讨论

乳痛是乳房部的急性化脓性疾病,几乎所有病人都是产后哺乳的妇女,以初产妇多见,患者乳房疼痛,局部红肿发热。一般认为是在乳汁淤积的情况下,细菌通过乳头进入乳房引起的化脓性感染。致病菌多为金黄色葡萄球菌<sup>[1]</sup>,治疗上多用抗生素,但起效慢,治疗时间长,近年来,随着耐药菌株的增加,细菌对多种抗生素已不敏感,临床疗效往往受到明显的影响。局部热敷,仅达乳房表面,难以达到乳房深层。中药瓜蒌牛蒡汤能疏肝清热,解毒消痈,适用于乳痛早期尚未成脓者,方中瓜蒌仁、牛蒡子、金银花、连翘、生甘草、天花粉、皂角刺清热解毒消痈,柴胡、青皮疏肝理气,黄芩、栀子清肝泻火。现代药理研究表明,金银花为广谱抗菌中药,连翘、蒲公英对金黄色葡萄球菌有抑菌作用。乳房局部红肿发热者,早期用之有消散之功。金黄膏中大黄、黄柏、天花粉清热泻火,解毒消痈;白芷、姜黄疏风活血消痈;南星、苍术、川厚朴、陈皮、甘草燥湿化痰,行气止痛,对疮疡早期有消散作用<sup>[2]</sup>。因而对本病具有较好的疗效。另外乳痛的治疗关键在于避免乳汁淤积,同时防止乳头损伤,保持乳房清洁。哺乳期妇女要养成婴儿定时哺乳、排空乳房、哺乳后清洗乳头

### 参考文献

[1]金虎.现代肛肠学[M].北京:人民军医出版社,2009.274  
 [2]黎鳌.现代创伤学[M].北京:人民卫生出版社,1996.142-149  
 [3]江苏新医学院.中药大辞典(下册)[M].上海:上海科学技术出版社,2005.2 465  
 [4]凌一揆.中药学[M].上海:上海科学技术出版社,1984.267

(收稿日期:2011-07-26)

# 宫腔微管人流方法临床应用研究

罗密娥<sup>1</sup> 胡敏红<sup>2</sup>

(1 江西省上高县计划生育服务站 上高 336400; 2 江西省上高县人民医院 上高 336400)

关键词: 宫腔微管; 早孕; 人工流产

中图分类号: R 169.42

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.051

目前人工流产仍是避孕失败后的一种补救措施, 负压吸引术是传统的人流手术, 一次性宫腔微管(润婷)作为一种新型的人流技术正应用于临床。本站对要求终止妊娠的 400 例早孕妇女采用两种方法进行人工流产术, 观察对比其疗效。现将结果报道如下:

## 1 对象与方法

1.1 观察对象 确诊为早孕(停经天数 38~50 d)要求终止妊娠的妇女 400 例随机分为两组, 每组各 200 例, 分别采用常规负压吸引术和一次性宫腔微管, 两组均无人工流产禁忌证。观察组: 初孕者 118 例, 流产史者 44 例, 经产史者 38 例(其中剖宫产者 12 例), 平均年龄 29.8 岁; 对照组: 初孕者 120 例, 流产史者 40 例, 经产史者 40 例(其中剖宫产者 10 例), 平均年龄 27.5 岁。

1.2 手术方法 观察组: 采用上海宇度医学科技有限公司研制的一次性宫腔组织吸引管(Y 型), 术前准备同普通人流术, 术时不用扩张宫颈, 将微型管由宫颈进入宫腔底部, 确定宫腔深度和方向, 固定微管后, 将抽吸管最大限度外抽, 形成管内固定负压, 然后同常规人流术, 用套管在空腔内抽吸组织物<sup>[1]</sup>。对照组: 采用常规负压吸引术。

1.3 观察指标 (1) 妊娠囊大小: B 超观察, 妊娠囊最大径线值以 3.0 cm 为界, 分为 <3.0 cm 及 ≥3.0 cm。(2) 宫颈内口大小: 用常规人流手术中 5 号扩宫器测量未用任何药物处理的自然状态下宫颈内口, 无阻力进入宫颈内口的为 ≥5 号, 有阻力为 <5 号。(3) 人工流产综合征: 在人工流产手术中因疼痛或机械牵拉, 病人出现心动过缓、心律紊乱、血压下降、面色苍白、出汗、头晕、胸闷, 甚至发生昏厥和抽搐。(4) 子宫穿孔: 人流手术中操作者自觉器械进入宫腔突然出现“无底”的感觉, 或其深度明显超过检查时子宫大小, 后经 B 超或手术证实为子宫穿孔。(5) 不全流产: 胚胎组织部分吸出, 阴道出血不多, 的习惯, 对乳头内陷者, 要经常提拉予以矫正, 以尽量减少乳痛的发生。

经 B 超证实有组织残留。漏吸: 未吸出胚胎组织, 经 B 超证实妊娠囊完整, 且有长大。(6) 人流术后阴道流血时间。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验和  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 术中并发症的比较 见表 1。对照组中发生子宫穿孔的 10 例病人均为哺乳期, 其中 3 例剖宫产术后 3 个月。观察组发生术中并发症者明显少于对照组, 两组有显著差异性 ( $P < 0.05$ )。

表 1 人流综合征及子宫穿孔情况比较 例

组别	n	人流综合征	子宫穿孔
观察组	200	3	0
对照组	200	35	10

2.2 漏吸及不全流产的比较 观察组漏吸及不全流产 13 例, 对照组 12 例, 两组比较无明显差异。

2.2.1 根据妊娠囊大小比较漏吸和不全流产情况 两组按妊娠囊大小再分组, 观察组妊娠囊直径 <3.0 cm 的 150 例, ≥3.0 cm 的 50 例; 对照组妊娠囊直径 <3.0 cm 的 145 例, ≥3.0 cm 的 55 例。观察组妊娠囊直径 ≥3.0 cm 人群发生漏吸和不全流产率明显高于妊娠囊 <3.0 cm 人群 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 根据妊娠囊大小比较漏吸和不全流产情况 例(%)

项目	观察组		对照组	
	<3.0 cm	≥3.0 cm	<3.0 cm	≥3.0 cm
n	150	50	145	55
漏吸和不全流产	8(5.3)	5(10.0)	8(5.5)	4(7.3)

2.2.2 根据宫颈内口大小比较漏吸和不全流产情况 两组按宫颈内口大小再分组, 观察组宫颈内口 <5 号的 90 例, ≥5 号的 110 例; 对照组宫颈内口 <5 号的 85 例, ≥5 号的 115 例。见表 3。由表 2 和表 3 不难看出: 利用润婷进行人工流产发生漏吸和不全流产的情况与妊娠囊大小有关, 而与宫颈内口大小无关。

表 3 根据宫颈内口大小比较漏吸和不全流产情况 例(%)

项目	观察组		对照组	
	<5 号	≥5 号	<5 号	≥5 号
n	90	110	85	115
漏吸和不全流产	6(6.7)	7(6.4)	5(5.9)	7(6.1)

2.3 阴道出血情况 观察组阴道出血大于 7 d 的

[2] 顾伯华. 中医外科临床手册[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1983. 152

(收稿日期: 2011-09-19)

## 参考文献

[1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 305