

内膜异位症最常发生于盆腔腹膜及卵巢等部位,临床常表现为进行性加重的痛经及不孕、性生活困难等,严重影响患者的生活质量^[3]。对于该病,常以手术及促性腺激素激动剂进行治疗。该病复发率较高,患者常面临再次手术或接受昂贵的性腺激素治疗的风险。对于围绝经期复发性子宫内膜异位症患者,多对再次手术存在较强的抵制心理^[4]。因此,对于该类患者,找到一种能够抑制症状、减少并发症、使患者平安度过绝经期的治疗方法十分重要。另一方面,再次手术或使用促性腺激素激动剂治疗会对患者造成较大的经济负担。此外,患者在治疗期间还会出现诸多不良反应,甚至需要反复治疗,故该方法不易被患者接受。相比之下,应用米非司酮对该病进行治疗,患者的经济负担较小,且无明显的毒副作用,因而患者更易接受。

米非司酮是一种具有抗孕激素、抗糖皮质激素作用的甾体类药物,与孕激素受体有较强的亲和力,可直接或间接作用于下丘脑-垂体系统,减少促性腺激素分泌^[5]。它通过影响 FSH、LH 等抑制排卵,诱发闭经,因而改善内异症症状^[6]。米非司酮可拮抗孕激素,使子宫内膜萎缩,而直接作用于子宫内膜^[7]。米非司酮为孕激素受体拮抗剂,最早用于终止早期妊娠,随着研究的不断深入,该药也应用于如异位妊娠、子宫肌瘤、子宫腺肌症及功能失调性子宫出血等疾病的治疗。连续小剂量应用米非司酮,可以抑制垂体分泌促性腺激素,降低患者体内雌激素及孕激

素水平,以达到治疗孕激素依赖性疾病的目的。子宫内膜异位症属于孕激素依赖性疾病,应用该药可以明显限制子宫内膜囊肿的生长,减轻患者症状,从而使患者平稳度过绝经期,从而避免再次手术。

本研究使用米非司酮对围绝经期复发性子宫内膜异位症患者进行治疗,通过观察发现,小剂量、长疗程(半年)的应用,43 例患者停药后直接进入绝经期,14 例患者进入第 2 个疗程后也平稳过渡到绝经期,仅 3 例最终手术治疗。疗效较为确切,患者的临床症状明显改善。同时该药副作用发生率较低,患者多能耐受。可见,采用小剂量、长疗程的米非司酮连续给药,可直接诱导闭经乃至绝经,为治疗围绝经期复发性子宫内膜异位症提供了一个安全有效的治疗方案。

参考文献

[1]吴玲玲,谌小卫,余妙真.HCG 治疗复发性卵巢子宫内膜异位症 16 例临床分析[J].中国实用医药,2012,7(15):119-120
[2]陈燕会.腹壁子宫内膜异位症患者围手术期的护理体会[J].中国实用医药,2012,7(25):235-236
[3]Fleseriu M,Biller BM,Findling JW,et al.Mifepristone, a glucocorticoid receptor antagonist, produces clinical and metabolic benefits in patients with Cushing's syndrome [J].J Clin Endocrinol Metab,2012,97 (6): 2039-2049
[4]Guo SW,Liu M,Shen F,et al.Use of mifepristone to treat endometriosis: a review of clinical trials and trial-like studies conducted in China [J]. Women's Health,2011,7(1):51-70
[5]聂志宏.米非司酮治疗围绝经期功血 56 例[J].中国实用医药,2011,6(33): 168-169
[6]潘秀荣.米非司酮联合桂枝茯苓胶囊治疗子宫内膜异位症疗效观察 [J].中国实用医药,2011,6(36):136-137
[7]张玉霞,马丽,张瑞兰,等.米非司酮治疗围绝经期功能性子宫出血疗效分析[J].中国实用医药,2012,7(12):178-179

(收稿日期:2014-10-17)

中西医结合治疗输卵管性不孕 68 例临床分析

王海玲¹ 寇新华²

(1 甘肃省武威市凉州医院 武威 733000;2 甘肃省武威职业学院 武威 733000)

摘要:目的:对中西医结合治疗输卵管性不孕的临床疗效展开分析。方法:选取我院 2012 年 1 月~2013 年 8 月收治的输卵管性不孕患者 68 例,均采用中西医结合治疗,对其治疗效果进行分析。结果:68 例患者治疗总有效率为 91.2%;1 年内共有 20 例患者妊娠,其中 4 例为异位妊娠;经分析,输卵管病变程度越重,则患者在术后 1 年内的妊娠率越低,同时异位妊娠发生率越高,有统计学意义($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗输卵管性不孕效果显著,且输卵管病变程度对患者术后妊娠情况及异位妊娠发生风险有直接影响。

关键词:不孕症;输卵管炎性梗阻;宫内妊娠;异位妊娠

中图分类号:R711.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.020

近年来,不孕症的发生率有一定升高,且对人们的生活质量及生活幸福感有明显影响。造成女性不孕的因素众多^[1],其中输卵管阻塞是最为常见的因素。相关统计显示,90%以上的输卵管性不孕患者均是因炎症造成输卵管堵塞、扭曲变形或周围粘连^[2]。输卵管阻

塞是不孕症治疗难题,尽管近年来生殖辅助技术迅猛发展,不孕症临床规范化诊疗水平不断提高,宫腹腔镜技术水平逐渐成熟,为许多输卵管性不孕患者带来了福音。但输卵管不同部位的阻塞,治疗后再通率、妊娠率不同,自然妊娠结局也不同^[3]。现将我院诊治的输

卵管性不孕 68 例情况作回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 1 月~2013 年 8 月来我院就诊的不孕症患者,其中诊断为输卵管炎性阻塞 68 例;患者年龄 20~40 岁,平均年龄为 (26.8±2.5) 岁;不孕年限 1~10 年;原发性不孕 23 例,继发性不孕 45 例;通过宫颈选择性输卵管造影检查发现,输卵管单侧阻塞 39 例,双侧阻塞 29 例。其中 27 例患者有药物及人工流产史,18 例有妊娠手术史,7 例患者有子宫内膜异位症病史,16 例患者有慢性盆腔炎病史。

1.2 诊断 按不孕症病因初筛临床路径^[4]排除男方因素、排卵障碍、生殖器官发育异常、明显器质性病变及其他不孕原因患者,在月经干净后第 3~7 天行子宫输卵管碘油造影初步诊断输卵管阻塞(排除结核),为排除输卵管造影可能会出现假阳性的结果^[4],次月在月经干净后第 3~7 天行腹腔镜联合检查进一步确诊并治疗。输卵管间质部及峡部梗阻称为输卵管近端梗阻,壶腹部及伞端梗阻称为远端梗阻;输卵管有远端梗阻同时合并另一侧近端梗阻者列入远端梗阻进行分析。

1.3 治疗方法 68 例患者于次月月经干净后第 3~7 天,在全麻下行腹腔镜联合诊治。腹腔镜全面观察宫腔形态,直视下行输卵管插管,并注入美蓝混合液(丁胺卡那 0.4 g、糜蛋白酶 8 000 U、地塞米松 5 mg、亚甲蓝 1 支、生理盐水 10 ml);腹腔镜下观察输卵管的形态、走形、通畅程度、阻塞部位、病变的程度及伞端是否有蓝色液体流出,对病变的程度进行分级^[5]。依据腹腔镜探查盆腔及输卵管的病变情况选择相应的手术:(1)对于单纯的输卵管、卵巢周围粘连选取粘连松解术,恢复正常解剖位置。(2)对于输卵管伞端粘连狭窄选取伞部成形术。(3)对于输卵

管伞端梗阻和积水选取输卵管造口术。腹腔镜手术后,再次宫腔镜插管注入美蓝混合液,在腹腔镜下均看到美蓝混合液从输卵管的伞端溢出,说明输卵管已通,手术成功。术毕用 0.9%氯化钠液反复冲洗腹腔,并吸净冲洗液。术后应用抗生素 3~5 d。自术后第 3 天起每天 1 剂中药(自拟):红藤 15 g、丹参 15 g、赤芍 15 g、荔枝核 15 g、木香 10 g、败酱草 15 g、三棱 15 g、莪术 10 g、枳壳 10 g、当归 10 g、桂枝 10 g、柴胡 10 g,煎水 100~200 ml 保留灌肠;同时腹部用高频热疗,10 d 为 1 个疗程。第 3 个月月经干净后第 3 天再行 1 个疗程治疗。第 4 个月月经干净后第 3~7 天再行子宫输卵管碘油造影,确定通畅情况。术后 1 年内妊娠者,统计为妊娠数。

1.4 疗效判定 治愈:妊娠,通过子宫输卵管造影子宫及双侧输卵管均正常,输卵管通液术注入了 20 ml 药液后未见反流,未遇阻力且患者无明显不适,其下腹部双侧均可闻液过水声;好转:经造影原来的双侧输卵管不通变为单侧不通,或病灶阻塞范围限制减小,经通液术有一侧可闻液过水声;无效:通过造影及通液术检查,患者输卵管阻塞未见改善^[6]。治疗总有效率=(治愈+好转)/总例数×100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 68 例患者经相应治疗后,治愈 20 例,好转 42 例,无效 6 例,治疗总有效率为 91.2%。

2.2 输卵管病变程度与妊娠结局 见表 1。不同输卵管病变程度的输卵管性不孕患者的年龄及不孕时间无显著差异($P>0.05$)。输卵管病变程度越重,则术后 1 年内的妊娠率越低,同时异位妊娠发生率越高,有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 输卵管不同部位病变复通后的妊娠结局($\bar{x}\pm s$)

输卵管病变分级	n	年龄(岁)	不孕时间(年)	不孕类型		1 年内妊娠[例(%)]	异位妊娠[例(%)]
				原发(例)	继发(例)		
I 级	16	25.4±3.54	6±2.1	4	12	9(56.2)	0(0.0)
II 级	22	25.7±4.10	6±3.1	10	12	7(31.8)	1(14.3)
III 级	15	28.5±4.61	8±2.5	4	11	3(20.0)	2(66.7)
IV 级	15	28.2±3.32	8±2.7	5	10	1(6.7)	1(100.0)
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

输卵管是女性妊娠过程中具有运送精子、摄取卵子及把受精卵运送到子宫腔的重要器官,当输卵管发生病变甚至阻塞时,可导致异位妊娠或不孕^[7]。由于输卵管不同部位的组织结构及形态功能不同,

炎症时病理变化及愈合形式各异,用相同方法治疗后其妊娠结局也不同。输卵管近端炎症时为阻塞,远端炎症时为肿胀、积液、积脓、粘连、梗阻、纤维化僵硬。经治疗术后近端不孕患者,复通后再次粘连少,妊娠率高;远端不孕患者术后再次粘连多,疏通后妊

娠率低,且与输卵管病变程度(分级)有关,病变越重,术后妊娠率越低。

宫腹腔镜联合诊治是输卵管性不孕有效治疗方法,有研究显示在其基础上加用中医治疗可取得更为显著的治疗效果。在本次研究中,我院对 68 例输卵管性不孕患者均给予宫腹腔镜联合诊治,在术后采用自拟方药及高频热疗等方法展开治疗。在中医理论中不孕症属于“绝产、无子”等范畴,输卵管阻塞的基本病机是瘀血阻滞、肾气虚弱、包络不通、肝气郁结、血脉不利、湿热蕴结、气滞血瘀、寒凝血瘀、胞脉阻滞等,导致输卵管阻塞。我院自拟方药有化瘀通络、活血行气、滋阴补肾、软坚散结等功效。同时在为患者治疗时均采用高频热疗法,该方法是借助于频率为 13.56 MHz 高频振荡电流,促使空气成为电极与人的介质,对人体深部组织选择性形成高频电磁场,促使盆腔局部组织血管扩张,增强血液淋巴循环,对炎症吸收有明显的促进作用,同时可促进组织再生,能够对输卵管生理功能予以有效改善。本

次研究结果显示,68 例患者治疗总有效率为 91.2%;1 年内共有 20 例患者妊娠,其中 4 例为异位妊娠;经分析,输卵管病变程度越重,则患者在术后 1 年内的妊娠率越低,同时异位妊娠发生率越高,有统计学意义($P<0.05$),说明中西医结合治疗输卵管性不孕的疗效显著。

参考文献

[1]黄庆芝.宫腹腔镜联合手术在输卵管性不孕中的疗效观察[J].中国医学创新,2013,10(7):136-137
[2]陈子江.不孕症的规范化诊断治疗[M].北京:清华同方光盘电子出版社,2010.35-37
[3]刘鹤芬,臧志华.中西医结合诊疗输卵管性不孕症现状及研究进展[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(7):1037-1038
[4]张婧,白文佩.输卵管性不孕的诊断与治疗研究进展[J].妇产与遗传(电子版),2014,4(1):56-60
[5]杜丹,潘东娜.宫腹腔镜联合治疗输卵管性不孕的临床分析[J].河北医药,2014,36(11):1662-1664
[6]刘敏.中西医结合治疗输卵管性不孕症 35 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(9):140
[7]刘春思,张春雷.康妇宁联合西医治疗输卵管性不孕 60 例临床观察[J].河北中医,2012,34(9):1364-1365

(收稿日期:2014-10-16)

艾迪注射液联合白介素-2 治疗恶性胸腔积液临床疗效观察

苏兰¹ 周红² 吴娇¹

(1 成都中医药大学 四川成都 610672;2 成都中医药大学附属医院肿瘤科 四川成都 610672)

摘要:目的:观察艾迪注射液联合白介素-2 胸腔灌注治疗恶性胸腔积液的临床疗效。方法:将 52 例有胸腔积液的肺癌患者分为实验组和对照组,实验组采用艾迪联合白介素-2 治疗,对照组采用白介素-2 联合顺铂治疗。结果:实验组与对照组控制胸水生成临床疗效比较,无统计学差异, $P>0.05$;毒副反应实验组发生率较对照组低,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:实验组与对照组治疗恶性胸腔积液均有效,但实验组毒副反应更低,患者易于接受,有利于提高患者的生活质量,临床操作方便易行,值得临床推广应用。

关键词:恶性胸腔积液;胸腔灌注;艾迪注射液;白介素-2

中图分类号:R734.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.021

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 3 月~2014 年 2 月成都中医药大学附属医院肿瘤科住院部病人 52 例,病理诊断为肺癌^[1],其中男性 38 例,女性 14 例;年龄 35~75 岁,平均年龄 57.7 岁;双侧胸腔积液者 9 例;小细胞肺癌 18 例,肺腺癌 23 例,肺鳞癌 11 例;预期生存时间大于 3 个月。将 52 例患者随机分为两组,每组 26 例,实验组与对照组间性别、年龄及癌的类型无统计学差异。治疗前血常规、生化、心电图检查均无治疗禁忌证。排除标准:胸腔积液分隔,KPS 评分小于 40 分。

1.2 治疗方法 彩超定位下选择穿刺点,在无菌操作下行中心静脉导管植入术。首次放液不超过

500 ml,第 2 天放液不超过 1 500 ml,在引流不出胸水时,先行胸腔注射利多卡因 20 ml,地塞米松磷酸钠 5 mg 加 10 ml 生理盐水;然后实验组予艾迪注射液 40 ml,白介素-2 (IL-2)50 万 U 加生理盐水 50 ml;对照组予 IL-2 50 万 U 加生理盐水 50 ml,顺铂 40 mg 加生理盐水 100 ml,缓慢推注。胸腔灌注后 2 h 内嘱患者每 15 分钟更体位 1 次。治疗每周 1 次,每次胸腔灌注前将胸水排尽,4 周为 1 个疗程。

1.3 疗效评价 根据 B 超检查结果,参照 WHO 实体瘤疗效评价标准 RECIST1.1 进行评价:完全缓解(CR):胸水消失并维持 4 周以上;部分缓解(PR):胸水显著减少(50%以上)并维持 4 周以上;稳定(SD):胸水减少(不足 50%,但大于 25%)并维