

中西医结合分期治疗哺乳期乳腺炎 580 例

吴建华

(江苏省徐州市中医院外科 徐州 221000)

摘要:目的:探讨哺乳期乳腺炎中西医结合分期治疗方法。方法:对 580 例哺乳期乳腺炎采用中西医结合分期治疗的临床资料进行回顾分析与总结。结果:本组 580 例全部治愈,278 例早期郁乳患者经方法 1 治疗治愈 276 例(占 99.28%),一般需治疗 3~5 d,2 例病情发展成中期患者;232 例中期患者经方法 2 治疗治愈 196 例(占 84.48%),一般需治疗 7~10 d,36 例病情发展形成脓肿;70 例后期脓肿形成患者经方法 3 治疗痊愈,一般需治疗 2~3 周。结论:分期中西医结合治疗哺乳期乳腺炎疗效满意。

关键词:哺乳期乳腺炎;分期治疗;中西医结合疗法

中图分类号:R655.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.031

哺乳期乳腺炎多因抵抗力下降、乳头破损、乳汁郁积、细菌侵入乳管而引起,起病较急,肿痛严重,影响正常哺乳。该病治疗不当往往迁延不愈,给产妇造成很大的生理不适和心理压力,严重影响母婴健康。本研究采用中西医结合分期治疗哺乳期乳腺炎 580 例,取得较好疗效。现总结报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005~2014 年我院就诊的 580 例哺乳期乳腺炎患者,年龄 19~43 岁,左乳发病 276 例,右乳发病 289 例,双乳发病 15 例。分期:初期(乳汁郁积)患者 278 例,中期(肿块酿脓)患者 232 例,后期(脓肿形成)患者 70 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 初期治法 (1)中药治疗:乳腺炎 1 号方(柴胡、瓜蒌皮、青陈皮、蒲公英、王不留行、漏芦、路路通、穿山甲、荆芥、防风等),水煎服,或配置颗粒剂冲服,每日 1 剂。(2)手法按摩通乳,双手自乳房基底按摩,缓慢向乳头方向挤压推进,按摩的用力程度以病人能够耐受为度,切忌用力过猛,否则导致传囊。在按摩同时可以轻揪乳头数次,以扩张乳头部的乳络。每日 1~2 次,每次 3~5 min。(3)金黄膏外敷,具有箍围、消肿、止痛效果。(4)乳头皲裂者每次喂奶后将乳头清洗消毒再用蛋黄油涂抹。(5)除发热者一般不需使用抗生素,发热者可选青霉素、头孢菌素、氨曲南等不影响哺乳的抗生素。

1.2.2 中期治法 (1)中药治疗:乳腺炎 2 号方(柴胡、瓜蒌皮、青陈皮、王不留行、路路通、蒲公英、赤芍、川芎、炮甲片、乳香、没药、红花、当归、延胡索等),用法同上。(2)穿刺抽吸积乳,乳汁积久即成败乳,成为细菌繁殖的良好培养基,穿刺吸除之有利于控制炎症,可在彩超定位下进行,抽吸干净后注射适量抗生素,操作须注意无菌,针眼用碘伏棉球覆盖,隔日进行 1 次,一般需 1~3 次。(3)金黄膏外敷。(4)抽吸之积乳做细菌培养,根据药敏试验之结果选择

既敏感又不影响哺乳之抗生素。

1.2.3 后期治法 (1)中药治疗:乳腺炎 3 号方(当归、生黄芪、炒山甲、川芎、皂角刺、黄芩、生石膏、金银花、蒲公英、赤芍、白芷、天花粉、连翘等),用法同上。(2)排脓引流:采用静脉全麻,肿块中软处做放射状小切口,血管钳撑开脓腔,手指钝性打通各个脓肿间隔以防残留,用吸引器充分吸除脓液及败乳,用双氧水、生理盐水反复冲洗,填塞纱条引流。(3)中西药物外用:切口周边外敷金黄膏,脓尽后创腔内用生肌散或生肌膏纱条填塞促进愈合,或用表皮生长因子促进愈合。(4)回乳:术后发生乳汁漏者须回乳,予乙底酚 1 mg/d,每日 3 次口服,或溴隐亭 2.5 mg/d,每日 2 次口服,需连续服用 3~7 d。同时予生麦芽 150 g、生山楂 150 g 或生枇杷叶 50 g 水煎代茶频服,每日 1 剂。(5)炎症局限者可停用抗生素,否则仍要酌情选用敏感抗生素。

2 治疗结果

本组 580 例全部治愈,278 例初期患者经方法 1 治疗治愈(乳房胀痛等症状消失、乳汁通畅)276 例(占 99.28%),一般需治疗 3~5 d,2 例病情发展成中期患者;232 例中期患者经方法 2 治疗治愈(肿块消散、疼痛消失、乳汁通畅、恢复哺乳)196 例(占 84.48%),一般需治疗 7~10 d,36 例病情发展形成脓肿;70 例后期脓肿形成患者经方法 3 治疗均痊愈(肿痛消失、疮口愈合),一般需治疗 2~3 周。

3 讨论

3.1 哺乳期乳腺炎分期与治疗要点 (1)初期炎症引起乳腺大导管不畅、乳汁郁积,见于发病 3 d 之内,症见乳房局部区段肿胀疼痛,结块或有或无,皮色不变,伴恶寒发热等症,治疗以疏肝清热、通畅乳管、消肿止痛为大法,重点是通乳,此期中西医结合治疗效果最好。本组 278 例初期患者经 3~5 d 治疗治愈 276 例,占 99.28%,因此抓住这一有利治疗时机是控制病情发展之关键。如早期治疗失当或单纯

使用抗生素往往发展成中期病变。(2)中期炎症进一步加重导致乳房局部区段大中小乳管堵塞,乳汁壅滞聚积结块,此期积乳虽未败但乳毒互结、气滞血瘀明显,多见发病 3~7 d,症见肿块增大变硬,皮色不变或暗红,有刺痛或跳痛等酿脓之象,发热或无发热,治疗以疏肝清热、行气活血、消肿散结为大法,重点是消散,积极地采用中西医结合治疗大多数患者可治愈,避免化脓传囊。此期积乳抽吸并注射敏感抗生素可收事半功倍之效,是促进消散的关键之法。本组 232 例经 7~10 d 治疗治愈 196 例,占 84.48%。(3)后期炎症加剧,热毒炽盛、气滞血瘀、血败肉腐、积乳腐败而形成脓肿,多见发病 7 d 以上,症见乳房

肿痛加剧、皮肤焮红、灼热、肿块中软波动,治疗以清热解毒、托里透脓、排脓引流、促进愈合为大法,重点是引流排脓、促进愈合。本组 70 例经 2~3 周中西医结合治疗全部治愈。分期中西医结合治疗该病重点突出,符合其发生发展规律,因此疗效满意。

3.2 治疗哺乳期乳腺炎要药 蒲公英、赤芍、穿山甲三味药均应用于早、中、后三期方药中,是治疗该病的三味要药。蒲公英、赤芍具有清热解毒、通乳散结、活血消肿之功效,对乳腺炎疗效最佳;穿山甲具有通乳、散结、透脓之功效,涵盖三期治疗要点。三者是治疗该病必用之品。

(收稿日期: 2015-03-16)

腹腔镜与开放手术治疗输卵管异位妊娠临床对比观察

邹慕秋

(广东省茂名石化医院 茂名 525000)

摘要:目的:研究分析腹腔镜与开放手术治疗输卵管异位妊娠的临床治疗效果。方法:选择我院 2013 年 6 月~2014 年 6 月收治的 80 例输卵管异位妊娠患者作为研究对象,将所有患者按照随机数字法分为观察组和对照组,每组 40 例。对照组采取开放手术治疗,观察组采取腹腔镜手术治疗,对比分析两组患者手术时间、术中出血量、肛门排气时间、住院时间以及血 β -hCG 恢复时间,并且对比两组患者术后妊娠率和镇痛剂使用率情况。结果:观察组患者的术中出血量、肛门排气时间以及住院时间均显著优于对照组,观察组患者的术后妊娠率显著高于对照组,观察组患者的镇痛剂使用率显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:输卵管异位妊娠患者采用腹腔镜手术能够有效减少术中出血量、缩短住院时间,并且能够有效提高术后妊娠率,值得临床推广应用。

关键词:输卵管异位妊娠;腹腔镜;开放手术

中图分类号:R714.221

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.032

为了进一步对比腹腔镜与开放手术治疗输卵管异位妊娠的临床治疗效果,本研究选择我院收治的 80 例输卵管异位妊娠患者,分别采用开放手术和腹腔镜手术治疗。现将研究结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2013 年 6 月~2014 年 6 月收治的 80 例输卵管异位妊娠患者作为研究对象,将所有患者按照随机数字法分为观察组和对照组,每组 40 例。对照组患者年龄 20~33 岁,平均年龄(27.5 ± 2.6)岁,停经时间 51.4~63.6 d,平均停经时间(57.3 ± 4.6)d,初产妇 23 例,经产妇 17 例。观察组患者年龄 21~35 岁,平均年龄(28.6 ± 2.5)岁,停经时间 50.8~62.2 d,平均停经时间(58.1 ± 4.4)d,初产妇 24 例,经产妇 16 例。两组患者在性别、年龄以及停经时间等一般资料方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规开放手术,手术方式选择患侧输卵管切除术或部分切除术。观察组患者采用腹腔镜手术,患者进行气管插管静脉复合麻醉,取

仰卧位,在肚脐上或下缘弧形切开大约 15 mm,10 mm trocar 穿刺进入腹腔,置入腹腔镜,观察患者子宫附件和双侧附件,从而确定患者输卵管异位妊娠的类型。然后在腹腔镜下探查盆腔情况,依据患者异位妊娠的类型进行不同手术方法。输卵管切除术:此方法适合没有生育要求或输卵管无保留价值的患者,沿输卵管伞端开始电切输卵管系膜,直至剪断系膜,近宫角处横断电凝后切断输卵管。输卵管开窗术:适用有生育要求的患者,选择输卵管妊娠最为突出的部位,单极电凝纵行切开输尿管 1.5 cm,内容物吸除后,如果有出血症状需要采用生物蛋白胶喷射止血,从而避免电凝止血,最后冲洗管腔,不进行缝合。

1.3 观察指标 对比分析两组患者手术时间、术中出血量、肛门排气时间、住院时间以及血 β -hCG 恢复时间情况,并且对比两组患者术后妊娠率和镇痛剂使用率情况。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 17.0 统计软件,计量数据以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2