

- 研究进展[J]. 疾病监测与控制, 2013(6): 355-357.
- [3] 徐仲翔. 中西医结合治疗骨质疏松性股骨粗隆间骨折临床研究[J]. 新中医, 2014, 46(1): 95.
- [4] 陈晓敏, 曾沛英. 中西医结合治疗老年骨质疏松症疼痛临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(5): 128.
- [5] 黄明炜. 联用补肾益骨方治疗绝经后骨质疏松症患者临床观察[J]. 中国骨质疏松杂志, 2014(1): 49-53.
- [6] 商学征. 补肾通络治疗糖尿病骨质疏松临床观察[J]. 中国药师, 2010(9): 1329-1331.

(责任编辑: 马力)

杀胚方联合西药综合干预治疗异位妊娠疗效观察

方霞, 林燕

瑞安市人民医院妇二科, 浙江 瑞安 325200

[摘要] 目的: 观察杀胚方联合西药综合干预治疗异位妊娠的临床疗效。方法: 将 80 例未破裂型异位妊娠患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组予甲氨蝶呤注射液治疗, 观察组在对照组治疗的基础上联合杀胚方治疗, 观察比较 2 组患者血 β 人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 复常时间、腹痛消失时间、盆腔包块直径大小、临床疗效及不良反应, 并统计有生育要求者输卵管通畅度情况。结果: 总有效率观察组为 77.5%, 对照组为 50.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组血 β -HCG 复常、腹痛消失时间短于对照组, 包块直径小于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。有生育要求患者输卵管通畅率观察组为 94.44%, 对照组为 56.25%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 杀胚方联合西药综合干预综合治疗异位妊娠疗效显著, 可加速包块消失, 促进其生殖功能恢复。

[关键词] 异位妊娠; 中西医结合疗法; 甲氨蝶呤注射液; 杀胚方

[中图分类号] R714.22 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0144-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.064

异位妊娠的发生主要是受盆腔手术和输卵管炎症及宫内节育器使用等影响, 然输卵管炎症是其发病主要因素。当患者发生输卵管炎症后, 输卵管粘连致使纤毛功能受损, 降低其蠕动, 最终导致受精卵于输卵管内的运动受阻而发生异位妊娠。近年来, 该病的发病率不断升高, 且逐渐趋向年轻化^[1]。目前, 初产妇发生异位妊娠的人数不断增加, 而具有生育要求的患者也逐渐增多。以往采用保守性手术治疗可取得一定疗效, 但因其易致输卵管损伤, 从而造成局部粘连而增加盆腔炎症发病率。随着临床医学技术的发展, 采用血人绒毛膜促性腺激素(HCG)检测及阴道 B 超可提高异位妊娠的诊断率, 同时为临床保守治疗提供有力条件^[2]。本次研究通过采用自拟杀胚方联合西药综合干预综合治疗异位妊娠, 收到较好临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断符合《妇产科学》^[3]有关异位妊娠诊

断标准: 患者有停经史且血 β -HCG > 10 mIU/mL, 阴道不规则流血、下腹隐痛, 妇科检查提示宫颈举痛, 子宫增大, 可触及包块, B 超声提示未见子宫内妊娠囊, 附件处可见妊娠囊或肿块、原始心管搏动等。中医诊断符合《中华妇产科学》^[4]瘀热证未破裂型异位妊娠诊断标准: 主症: 下腹部疼痛、月经停闭不行且阴道淋漓出血且色红; 次症: 口干便秘、胸闷、心烦、苔薄黄、脉弦滑等。

1.2 纳入标准 符合以上诊断标准; 血 β -HCG ≤ 2500 mIU/mL; 附件包块 < 4 cm; 盆腔积液直径 < 3 cm; 自愿参与研究且签署知情同意书; 医院伦理委员会批准。

1.3 排除标准 不符合以上各项标准; 过敏体质; 严重肝肾功能障碍; 破裂异位妊娠; 输卵管以外其他部位异位妊娠等。

1.4 一般资料 观察病例均为本院 2013 年 3 月—2015 年 4 月未破裂型异位妊娠患者共 80 例, 按照随机数字表法分为 2

[收稿日期] 2015-09-17

[作者简介] 方霞 (1977-), 女, 主管护师, 研究方向: 妇科学。

组,各 40 例。观察组年龄 19~40 岁,平均(29.1±6.0)岁;停经时间 32~74 天,平均为(51.2±7.7)天;阴道流血者 28 例,阴道无流血者 12 例;腹痛者 20 例,无腹痛者 20 例;附件包块者 27 例,无包块者 13 例;有生育要求者 18 例,无生育要求者 22 例。对照组:年龄 20~40 岁,平均(29.5±6.1)岁;停经时间 31~75 天,平均为(51.4±7.4)天;阴道流血者 27 例,阴道无流血者 13 例;腹痛者 14 例,无腹痛者 26 例;附件包块者 24 例,无包块者 16 例;有生育要求者 16 例,无生育要求者 24 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 甲氨蝶呤注射液[Pfizer(Perth) Pty Limited 生产],每次 75 mg,肌肉注射,每天 1 次,7 天为 1 疗程,共治 1 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用杀胚方治疗。处方:三棱、桃仁、莪术、陈皮各 10 g,大血藤、益母草、丹参、天花粉、牛膝各 15 g,赤芍 16 g,蜈蚣(大号)2 条。由医院统一熬制,200 mL/袋,每天 1 剂,早晚各服用 1 次,7 天为 1 疗程,共治疗 4 疗程。

患者需多休息,尽量减少盆腔检查次数。严禁食用生冷、油腻及致肠管胀气类食物。严密观察其临床生命体征。治疗过程中与患者多交流及沟通,给予安慰及鼓励,消除其心中疑虑;如出现不适等均可随时示意或告诉医生,以满足其所需,同时可播放轻松音乐以缓解其紧张、恐惧等不良情绪。做好保密工作,尊重患者人格尊严,以取得患者信任,使其保持最佳心态接受治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 统计 2 组患者血 β -HCG 复常时间、临床疗效及不良反应;统计 2 组患者盆腔包块直径大小及腹痛消失时间,对有生育要求者进行子宫输卵管碘普罗胺造影,观察输卵管通畅度情况。每 3 天测量 1 次血 β -HCG,直至大致将至正常,每周进行阴道 B 超检查了解包块大小。

3.2 统计学方法 数据采用 SPSS 18.0 软件统计,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用率表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医内科学》^[6]拟定。有效:治疗后临床症状消失或减轻,血 β -HCG 持续下降且 $>2/3$,盆腔包块消失或缩小;无效:治疗后临床症状无改善或加重,血 β -HCG 下降不显著或升高,盆腔包块未缩小或增大,腹痛等症状加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 77.5%,对照组为 50.0%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2 组血 β -HCG 复常、腹痛消失时间及包块直径比较 见表 2。治疗后观察组血 β -HCG 复常、腹痛消失时间短于对

照组,包块直径小于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	有效	无效	有效率(%)
对照组	40	20	20	50.0
观察组	40	31	9	77.5 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

表 2 2 组血 β -HCG 复常、腹痛消失时间及包块直径比较($\bar{x} \pm s$)

组别	β -HCG 复常(d)	腹痛消失(d)	包块直径(cm)
对照组	45.74±5.20	9.77±1.19	1.39±0.46
观察组	41.49±3.74 ^①	5.68±0.89 ^①	0.41±0.30 ^①

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.4 2 组有生育要求患者输卵管通畅情况比较 见表 3。有生育要求患者输卵管通畅率观察组为 94.44%,对照组为 56.25%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组有生育要求患者输卵管通畅情况比较

组别	n	左侧通畅	右侧通畅	左右通畅	不通畅	通畅率(%)
对照组	16	4	3	2	7	56.25
观察组	18	8	7	2	1	94.44 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.5 不良反应 治疗期间 2 组均未见明显不良反应。

5 讨论

随着盆腔炎症及人工流产人数地不断增加,异位妊娠发生率也逐渐提高。目前治疗方法较多,然采用药物治疗可免除患者手术痛苦,防止术后并发症,同时最大程度保留患者生育功能^[6]。随着临床医学地不断研究,中药与西医治疗均存各自优缺点,中西医结合已成为目前保守治疗的发展趋势。中西医结合治疗可有效改善患者血液循环,增强杀胚效果,阻止滋养细胞和胚胎的生长,同时在活血化瘀作用下可加速包块吸收,促进其康复。

中医学无异位妊娠、宫外孕等病名记载,根据患者临床症状及体征,可散见于胎漏、妊娠腹痛等疾病范畴^[7]。中医学认为,异位妊娠乃胎元孕于异位,有碍气流畅及胎元本身的发育,以致瘀阻内生。治疗宜活血化瘀、消癥杀胚为主。杀胚方中蜈蚣活血祛瘀,行气止痛;莪术破血祛瘀,消坚消癥;三棱活血消癥;天花粉清热生津,消肿排脓;桃仁活血祛瘀,润肠通便;丹参活血行血,安生胎,落死胎;赤芍祛瘀止痛,清热凉血;牛膝活血通经;益母草活血调经清热解毒;大血藤活血通经;陈皮理气止痛。诸药合用,共奏活血止痛、消癥杀胚之功。此次研究结果显示,观察组总有效率明显高于对照组,血 β -HCG 复常时间明显短于对照组,这可能是中药治疗可通过影响患者绒毛滋养细胞、妊娠黄体功能活动,从而降低血 β -HCG;且治疗中加以护理,可增强患者自信心,有利于提高其免疫力,促进其康复。治疗后观察组包块直径明显小于对

对照组、腹痛消失时间短于对照组、输卵管通畅率明显优于对照组,说明应用杀胚方治疗异位妊娠疗效显著,同时加以护理干预可促进患者配合治疗,有利于提高其治疗依从性,提高临床疗效。此外,所选用的活血化瘀药物还可起到活血止血、抑制包块增大、促进炎症吸收的作用,从而解除患者输卵管周围粘连,有利于促进输卵管恢复正常解剖形态及功能。

[参考文献]

- [1] 黄黛苑,黄绮华. 中医护理干预对降低异位妊娠术后再次异位妊娠的影响[J]. 河北中医, 2012, 34(6): 925-926.
- [2] 张爱华,邵岚. 中医分期结合西药治疗异位妊娠 86 例[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(2): 213-215.
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010: 109.
- [4] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004: 1447.
- [5] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社, 2007: 446.
- [6] 胡惠英. 急性异位妊娠患者的中西医结合治疗[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5): 913-914.
- [7] 姜鸿雁,邱爽. 中药辅助 M TX 联合米非司酮保守治疗异位妊娠的疗效观察[J]. 中国医药导报, 2012, 9(17): 137-138.

(责任编辑:冯天保)

中药联合不同剂量米非司酮对异位妊娠影响的临床研究

周绿华,周素芬,黄爱武

临安市中医院妇产科,浙江 临安 311301

[摘要] 目的:观察不同剂量的米非司酮联合中药治疗异位妊娠临床疗效。方法:将 200 例异位妊娠者随机分为 4 组,每组 50 例。每组均予活血化瘀汤连服 3 月,4 组分别按米非司酮 15 mg、12.5 mg、10 mg、6.5 mg 口服治疗,每天 1 次,连续服用 3 月。比较治疗前后各组的性激素水平[孕酮、雌二醇、促卵泡生长激素(FSH)、黄体生成素(LH)],观察 4 组患者的临床疗效、异位妊娠包块变化情况、血人绒毛膜促卵腺激素(β -HCG)下降情况、盆腔积血吸收情况、腹痛消失时间及药物副作用。结果:中药联合 15 mg、12.5 mg、10 mg 与 6.5 mg 不同剂量米非司酮的成功率分别为 62.0%、72.0%、78.0%、86.0%,总有效率分别为 64.0%、76.0%、88.0%、96.0%,4 组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。各组在米非司酮治疗后血清雌二醇、孕酮、FSH、LH 浓度均有下降的趋势,12.5 mg 剂量组作用效果更为明显($P < 0.05$)。4 组间血 β -HCG 下降情况无明显差异($P > 0.05$);异位妊娠包块变化情况、盆腔积血吸收情况及腹痛消失时间,各组均有不同程度的改善,15 mg 剂量组要显著优于其他剂量组($P > 0.05$)。不良反应方面 15 mg 剂量组的恶心、乏力等不良发应发病率高于其他剂量组($P < 0.05$)。结论:中药联合米非司酮治疗异位妊娠的治疗效果明确,15 mg 剂量组不良反应较大,12.5 mg 剂量组次之,而 10 mg 剂量组连续服用 3 月,虽然不良反应稍微大于 6.5 mg 剂量组,但是综合治疗效果更佳。

[关键词] 异位妊娠;米非司酮;不同剂量;中药;活血化瘀汤

[中图分类号] R714.22 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0146-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.065

孕卵在子宫以外着床习称为异位妊娠,该病是妇科的常见急腹症,若得不到及时的救治会危及患者生命。随着雌激素药物的使用及辅助生殖技术的应用也造成了异位妊娠的发病率的

不断增加,甚至可以失去再次妊娠的机会,因此该病的治疗受到了越来越多妇产科医生的重视^[1]。现代保守的药物治疗方法之一的米非司酮已成为目前公认的有效药物,中医学对本病的

[收稿日期] 2015-06-08

[作者简介] 周绿华(1982-),女,主治医师,研究方向:中西医妇科。