

中西医结合治疗原发性痛经临床分析

陈煜华

(长江航运总医院 湖北武汉 430019)

摘要:目的:对原发性痛经采用中医辨证分型,分别用中西药结合和西药治疗,观察两种治疗方法的效果。方法:原发性痛经按辨证分型分成气滞血瘀型、寒凝血瘀型、气血两虚型、肝肾虚损型四种。106 例病人分成两组,治疗组 60 例用中西药按四型治疗,对照组 46 例单纯用西药治疗。结果:治疗组在临床疗效方面明显优于对照组,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗原发性痛经疗效显著。

关键词:原发性痛经;中西医结合疗法;消炎痛;中药煎剂

中图分类号:R 711.51

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.053

原发性痛经是指生殖器官无明显器质性疾病的经期疼痛,常发生在月经初潮或初潮后不久,主要表现为经期前后或在经期中下腹部和腰骶部阵发性绞痛,甚至剧痛难忍,少数患者可伴面色苍白、冷汗淋漓、手足厥冷、恶心呕吐等症状,并伴随月经周期发作,给患者带来极大痛苦,严重者甚至可引起晕厥。本病缠绵难愈,反复发作,严重地影响着妇女的生活和工作。笔者自 2006 年 1 月~2009 年 12 月采用中西医结合疗法治疗原发性痛经,疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例为本院门诊原发性痛经患者,经妇科检查或 B 超等辅助检查,无明显器质性病变,排除继发性痛经的病因,如子宫内膜异位症、慢性盆腔炎或炎症或子宫颈狭窄阻塞等。随机分为两组:治疗组 60 例,年龄 13~37 岁,平均 20.2 岁,病程最短 3 个月,最长 17 年;对照组 46 例,年龄 13~36 岁,平均 19.7 岁,病程最短 3 个月,最长 18 年。两组临床资料经统计学处理,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 基础方:当归 12 g,川芎 15 g,赤芍 10 g,白芍 10 g,熟地 10 g,延胡索 15 g,蒲黄 10 g,五灵脂 10 g。偏气滞血瘀者加柴胡 10 g,川楝子 10 g,木香 6 g,郁金 12 g,益母草 15 g;偏寒凝血瘀者加炮姜 10 g,小茴香 10 g,肉桂 6 g,吴茱萸 6 g,细辛 3 g,艾叶 5 g;偏气血两虚者加黄芪 15 g,党参 15 g,茯苓 10 g,白术 10 g,炙甘草 6 g;偏肝肾虚损者加枸杞 10 g,女贞子 10 g,旱莲草 10 g,鹿角霜 6 g,杜仲 10 g,川断 12 g,仙灵脾 10 g。于每次行经前 5 d 开始,连服 5 剂,每日 1 剂,水煎 2 次兑均,分 2~3 次口服,连用 3 个月经周期。疼痛开始时服用西药消炎痛 25 mg,1 d 3 次,应用 1~2 d 或疼痛消失后停药,不必预先服用。

1.2.2 对照组 单纯服用西药消炎痛 25 mg,3 次

/d,自疼痛开始时服药,应用 1~2 d 或疼痛消失后停药,不必预先服用。连用 3 个月经周期。

1.3 疗效标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[1]制定。临床治愈:疼痛消失,连续 3 个月经周期没有复发;好转:疼痛减轻或疼痛消失,但不能维持 3 个月以上;无效:疼痛没有改善。

1.4 结果 见表 1。经统计学处理,两组总有效率有显著性差异($P<0.05$)。

表 1 两组疗效比较 例(%)					
组别	n	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	60	35(58.33)	23(38.33)	2(3.33)	58(96.67)
对照组	46	12(26.09)	14(30.43)	20(43.48)	26(56.52)

2 讨论

原发性痛经又称功能性痛经,系指生殖器官无明显器质性病变,多发生在青春未婚女性。临床表现为每次月经来潮时小腹疼痛难忍,面色苍白,手足冰冷或伴有恶心,严重者可出现晕厥。中医认为痛经主要为情志内伤、起居不慎或六淫为害,加上行经前后的生理环境等原因,使冲任胞宫受扰,经脉受阻,血行不畅,不通则痛所致。现代医学观点认为,原发性痛经和子宫过度收缩^[2],使子宫血管被挤压,子宫血流循环受阻致子宫缺血、缺氧有关。另外,内分泌激素失调,体内前列腺素异常增高^[3],引起子宫肌肉和血管痉挛性收缩亦可导致疼痛。

根据中医的病机,治疗原则当以通为要。方中用当归补血活血、调经止痛,为妇科调经要药;川芎活血祛瘀以调经,行气开郁而止痛,有血中气药之称;白芍养血和阴,调经止痛;熟地滋阴养血;赤芍活血调经;再配以延胡索舒肝理气止痛;蒲黄、五灵脂活血祛瘀止痛;诸药合用使活血行气、祛瘀止痛作用大大增强。又采用辨证分型,按分型分别辅以疏肝理气、温经祛寒、益气补血、补肾养肝等,从而使滞得行、瘀得化、寒得散、虚得养、经得调,气血调和,自无经来腹痛之虑。结合西药消炎痛能抑制前列腺素合成酶的活动,减少前列腺素的释放量,防止过强收缩和痉挛,从而消除疼痛。在治疗原发性痛经中,中西医相互取长补短,标本兼治,不失为一

腹腔镜下水冲疗法治疗输卵管妊娠分析

胡永青

(江西省修水县第一人民医院 修水 332400)

关键词: 输卵管妊娠; 腹腔镜; 水冲疗法

中图分类号: R 714.221

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.054

异位妊娠习称宫外孕,指受精卵在子宫体腔以外着床,以输卵管妊娠多见,占异位妊娠的 95%以上。随着科学技术特别是医疗技术和检查的完善,如高灵敏的血 β -hCG 检测和分辨清晰的阴道超声检查,异位妊娠的早期确诊率提高,从而为输卵管妊娠保守治疗争取了先机。

随着人工流产和药物流产的增多,随着衣原体和支原体感染的增多,输卵管妊娠的病例也跟着增多。如何更好地保护女性的生育功能,免于不孕的发生,是我们当今妇产科医师不可推脱的责任。传统的治疗常常是开腹行输卵管切除术和输卵管切开取胚术。由于开腹手术创伤大,恢复慢,已渐渐被腹腔镜手术所取代。腹腔镜下水冲疗法治疗输卵管妊娠有损伤小、出血少的优点,且不容易损伤输卵管,取得了良好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院 2005 年 10 月~2009 年 10 月期间住院经彩超证实为输卵管妊娠的患者 60 例,均应用腹腔镜下水冲疗法手术治疗。年龄 18~35 岁,平均 26 岁;停经 45~85 d;经产妇 24 例,未生育妇女 36 例;有人流史 35 例,有盆腔炎史 16 例,有节育环 5 例,有腹部手术史 5 例,有腹腔镜手术史 3 例;输卵管间质部妊娠 3 例,输卵管壶腹部妊娠 33 例,输卵管峡部妊娠 8 例,输卵管伞端妊娠 11 例,输卵管伞端流产 5 例;不规则阴道流血 48 例,腹痛 50 例。所有患者停经后腹痛或阴道出血,妇科检查和超声提示输卵管妊娠,且血 β -hCG 增高,输卵管妊娠包块直径大,临床诊断为输卵管妊娠,且需手术治疗和要求保留生育功能者。

1.2 方法 所有病例均在全麻气管插管下手术。使用 Storze 公司生产的电视腹腔镜系统,于脐轮下缘纵形切开皮肤约 1 cm 至皮下组织,用两把巾钳上提皮肤,气腹针穿刺成功后注入二氧化碳气体至腹腔内压力达 15 mmHg,拔出气腹针,用 10 mm 的穿

种有效的治疗方法。

刺鞘穿刺入腹腔,置入腹腔镜检查盆腔,直视下在左右两侧下腹部分别置入 5 mm 和 10 mm 穿刺鞘,检查子宫形状和大小、双侧输卵管及卵巢外形、盆腔其他部位存在的病变。提起输卵管妊娠部位,用电钩在最膨大处最薄处纵形切开输卵管壁,然后用负压吸引器头对着输卵管妊娠处用水冲洗,冲出一间隙来。将负压吸引器头伸进输卵管内间隙处将妊娠物冲出来或冲在切口处,用抓钳取出。用负压吸引器头搔刮植入部位时负压不宜太高,时间不宜太长,以免造成输卵管黏膜损伤,导致管壁大面积出血。检查输卵管壁有无出血点,如有出血采用单极或双极电凝及镜下缝合技术。腹腔镜输卵管保守治疗时有残留绒毛的可能,绒毛有的自行退化死亡,有的继续存活生长。故要求切口要充分,冲洗要彻底。术后病人追踪血 β -hCG,持续增高者,则为持续性宫外孕,要采取药物补救治疗或手术治疗。

2 结果

60 例病例中 57 例在电视腹腔镜下完成手术,无手术并发症,手术成功率 95%。28 例未破裂,有 32 例破裂,有盆腔积血,但出血量均在 200 mL 以下。有 3 例因创面有活动性出血,镜下止血失败而中转开腹。术后随访 β -hCG 下降明显,无 1 例发生持续性宫外孕。有 19 例术后 2~3 年均宫内妊娠,并已生育。

3 讨论

3.1 适应证 适用于异位妊娠有进展者,如血 β -hCG 处于高水平、附件区包块大等,彩超证实为输卵管妊娠。输卵管妊娠因妊娠部位血运丰富,且包块较大,术中容易出血,造成腹腔镜下止血较困难。近年来,随着腹腔镜器械的不断改进,腹腔镜手术操作技术的不断提高,越来越多的妇科医师不断地尝试在腹腔镜下完成输卵管妊娠的手术治疗。

3.2 手术的技巧 水冲疗法的关键是用负压吸引器头对着输卵管妊娠处用水冲洗,冲出一间隙来。

[2]郑怀美.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1994.346

[3]傅金荣.子宫内膜异位症致疼痛的研究概况[J].上海中医药杂志,1997,43(6):16-17

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.61-62