位妊娠未破裂或流产;(2)盆腔包块<3 cm;(3)血β-HCG<2 000 I U/L, 或>2 000 IU/L 而患者有药物治疗要求;(4) 血WBC>4×10⁹/L,PCT>100×10⁹/L,肝肾功能正常。两组年龄、停经时间、盆腔包块大小及血β-HCG值差异无显著性(P>0.05)。

1.2 方法:观察组采用MTX 1 mg/kg单次肌肉注射,同时口服米非司酮50 mg 12小时1次用3天; 对照组采用MTX 1 mg/kg 单次肌注。所有患者用药前及停药后7天、14天查血常规、肝肾功能及B超,用药前1天开始隔日查血β-HCG值。观察和比较两组疗效和不良反应发生情况。

1.3 治愈标准:临床症状消失,血β-HCG降至正常范围,异位妊娠病灶不再扩大,孕囊明显缩小、消失。

1.4 统计学方法:采用t检验及χ^2检验。

2 结果

2.1 两组疗效比较:观察组治愈率95.34% (41/43) ;对照组治愈率86.04%(37/43),两组差异有显著性(P<0.05)。

2.2 两组不良反应情况比较:停药后7天观察组血白细胞计数低于4×10⁹/L 5例,对照组4例,两组无1例低于2.5×10⁹/L;停药后7天观察组谷丙转氨酶升高8例,对照组5例,两组无1例高于150 IU/L,停药14天后均恢复正常;观察组胃肠道反应8例,对照组5例。两组均无严重不良反应发生。两组比较差异无显著性(P>0.05)。

3 讨论

异位妊娠传统治疗方法是手术,近年来由于血β-HCG水平测定,B超及腹腔镜的广泛应用, 使异位妊娠早期诊断率提高,从而为药物治疗创造了条件,成功率亦越来越高,应用更加广泛,应用MTX全身用药治疗异位妊娠报道很多,多能取得较好疗效,而在腹腔镜、宫腔镜、B超指导下MTX局部用药,更能提高成功率,降低不良反应,但因辅助设备价格昂贵、技术性强,难以广泛应用。本组资料显示单次大剂量MTX联合米非司酮治疗异位妊娠成功率更高,不良反应无明显增加。

MTX治疗异位妊娠的机制为:MTX抑制二氢叶酸还原酶,干扰二氢叶酸还原为四氢叶酸,使DNA合成受阻,从而抑制细胞型增殖,进而影响中间及合体型滋养细胞的形成[1]。在促进胚胎停止发育的情况下,联合应用米非司酮杀胚能进一步阻止滋养细胞及胚胎生长,提高了治愈率。2种药物不会破坏输卵管壁组织及其本身的修复功能,为需保留生育功能的患者带来希望。治疗期间患者应注意卧床休息,保持大便通畅,防止腹压增加导致孕囊破裂出血,注意监护血压、脉搏等生命体征,严密观察腹痛、阴道出血、肛门坠胀等症状,及时发现和处理各种危险因素。

参考文献:

[1] 乐 杰.妇产科学[M].第六版.北京:人民卫生出版社出版,2005.110.
[2] 欧 俊,吴效科.异位妊娠的治疗现状[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,19(5):309.

收稿日期:2006-09-08

活血通窍刺灸法对椎动脉型颈椎病的临床症状积分的影响

张红卫[1],艾双春[2],吴龙娣[3],袁秀丽[2],李安洪[2],周祖刚[2]
(1.马边彝族自治县人民医院,四川 马边 614600;2.绵阳市中医院,四川 绵阳 621000;3.江油市中医院,四川 江油 621700)

【摘要】目的:观察活血通窍刺灸法对椎动脉型颈椎病的主观指标积分、体征积分的影响。**方法**:选择椎动脉型颈椎病患者180例,随机分为两组,即活血通窍组(简称A组)、西比灵组(简称B组)。**结果**:A组在治疗椎动脉型颈椎病中,能提高临床综合疗效、升高主观指标积分及主观体征积分,其作用优于B组,两组比较差异有极显著性意义(P<0.01)。**结论**:A组在治疗椎动脉型颈椎病在临床综合疗效、主观指标积分、主观体征积分方面,其作用优于B组。

【关键词】活血通窍刺灸法;椎动脉型颈椎病;治疗
文章编号:1009-5519(2007)02-0182-02 **中图分类号**:R26 **文献标识码**:A

本研究运用活血通窍刺灸法,量化临床症状积分,为治疗椎动脉型颈椎病提供一条新的简便的治疗途径及可靠的实验依据。

1 临床资料

1.1 一般资料:患者为门诊和住院病人,诊断为椎动脉型颈椎病者180例,按随机数字表分为两组,即活血通窍组(简称A组)、西比灵组(简称B组)。病例观察表、随机数字、治疗方法装于大纸袋内密封,符合椎动脉型颈椎病诊断标准和排除标准的患者进入观察时,才将纸袋打开,给予相应的治疗方法。按照病例剔除、脱落和中止标准,共剔除4例,完成本研究者共176例,A组89例、B组87例;其中绵阳市中医院79例,A组40例、B组39例;绵阳市四0四医院48例,A组24例、B组24例;绵阳市中心医院49例,A组25例、B组24例。其中女90例, 男86例; 年龄27~70岁, 平均48.78岁。A组中,因出差中断治疗1例;B组中,因有事外出脱落1例,因出现肌肉疼痛而中断治疗2例。治疗前两组的主观指标积分A组平均(16.72±3.52)分,B组平均(17.63±2.96)分;体征积分A组平均(4.26±0.98)分,B组平均(4.02±1.11)分,经统计学处理,P>0.05,两组具有可比性。

1.2 诊断标准: 参照1993年全国第二届颈椎病专题座谈会提出的诊断标准修订[1]:(1)头痛、头晕、眩晕在颈后伸或倒弯时加重,可伴晕厥,甚至猝倒;多伴有交感症状(如恶心、呕吐等)及耳鸣、视物不清。(2)旋颈试验(+)。(3)X线片显示颈椎节段不稳或有钩椎关节增生,或CT、MRI见椎间盘膨出或突出。(4)除外其它非颈椎病所致类似表现者。

1.3 纳入标准、排除标准及脱落标准

1.3.1 纳入标准:符合颈椎病的诊断标准,年龄18~70岁,并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准:(1)排除其它非颈椎病所致类似表现者,如:美尼尔氏病、脑动脉硬化、位置性眩晕、内耳药物中毒、神经官

基金项目:四川省中医药管理局科研资助(编号:200237)

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

能症、锁骨下动脉偷漏综合征等所致者。(2)年龄在18岁以下或70岁以上。(3)合并心脑血管、肝、肾、造血系统等严重疾病，精神病患者。(4)妊娠期及哺乳期妇女。

1.3.3 病例脱落标准：(1)发生不良反应：晕针、针刺部位的感染、损伤等。(2)病情加重。(3)合并其它并发症。(4)患者或其代理人要求终止治疗。(5) 合并使用其它与本病治疗相关的药物。

1.4 治疗方法：(1)A组：针刺取穴为双膈俞、风池、百劳穴(经外奇穴)，进针1~1.5寸，留针30分钟，每隔8分钟捻转针柄20次；同时灸百会、上星穴，雀啄灸，每穴100次。10次为一疗程，间隔3天后继续第二疗程，共治疗20天。(2)B组：口服西比灵，小于60岁者，睡前服10 mg，大于60岁者，睡前服5 mg，10天后休息3天，再服药10天，共治疗20天。

1.5 疗效评价标准：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》[1]中颈椎病疗效评定，以主观指标积分、体征指标积分前后变化为依据。改善率=(治疗后积分-治疗前积分)÷(满分治疗前积分)×100%

基本痊愈：改善率≥90%。显效：改善率≥75%<90%。有效：改善率≥30%<75%。无效：改善率<30%。

主观指标包括眩晕的程度、频度、持续时间、颈肩痛、头痛、恶心、呕吐、耳鸣、视物不清、肢麻、日常生活及工作、心理及社会适应的程度，即椎动脉型颈椎病临床常见症状程度；体征包括叩顶试验、椎动脉扭曲试验、颈屈伸试验、椎动脉点压痛试验、舌脉象，即临床检查方法，制定分值。

2 结果

2.1 A组89例，痊愈40例、显效36例、有效9例、无效4例；B组87例，痊愈20例、显效38例、有效18例、无效11例，差异有显著性($P<0.05$)。A组临床综合疗效比B组好。

2.2 对主观指标积分的影响：治疗前、后主观指标积分A组分别为(16.72±3.52)和(35.23±2.66)；B组分别为(17.63±2.96)和(30.38±4.56)，与治疗前自身比较和与B组比较，P值均<0.01。

2.3 对体征积分的影响：治疗前、后主观指标积分A组分别为(4.26±0.98)和(8.52±1.42)；B组分别为(4.02±1.11)和(5.31±1.65)，与治疗前自身比较和与B组比较，P值分别<0.05和<0.01。

3 讨论

膈俞为足太阳膀胱经穴，能治脑部、项部、肩胛部内侧病变；又为血会穴，能补血活血，化瘀通络，治疗一切血证。风池为足少阳胆经穴，具有活血通络止痛作用，善治眩晕、头痛、颈项强痛。有研究针刺风池治疗椎动脉型颈椎病，针刺组的近期疗效和远期疗效均优于药物组[2]。还有风池穴位注射、针刺风池穴、低频电刺激风池穴治疗椎动脉型颈椎病[3,4]，也取得好的疗效。有人采用醋酸曲安缩松百劳穴位注射治疗椎动脉型颈椎病，总有效率为96.9%，与加服颈复康及眩晕停综合疗法组31例对照，总有效率为96.8%，两组治疗前后TCD检查提示椎-基底动脉血流速度在疗后有明显提高，两组间疗效差异无显著性，表明百劳穴位注射疗法对椎动脉型颈椎病具有确切的疗效[5]。

有人观察艾灸百会穴加磁贴疗法治疗颈性眩晕的临床疗效，结果中医治疗组与西药治疗组相比，近期临床症状改善相当，TCD变化的差异有显著性，认为艾灸百会穴加磁贴疗法能有效扩张血管，缓解椎-基底动脉的痉挛，降低其血流速度，从而减轻乃至消除临床症状[6]。以压灸百会穴为主要方法治疗颈性眩晕，愈显率85.7%，与单纯针刺组比较差异有极显著性。治疗组与对照组治疗后椎动脉(LVA、RVA)及基底动脉(BA)的收缩期峰值、舒张末流速及平均流速均较治疗前上升，治疗后治疗组的LVA、RVA、BA的收缩期峰值、舒张末流速及平均流速均比对照组上升幅度大[7]。

本研究表明：A组能显著增多主观指标、体征的分值，故活血通窍刺灸法临床综合疗效比B组好。主观指标积分越高，则临床症状越轻，反之，眩晕、头痛、颈肩部疼痛、恶心、耳鸣、视物不清，肩臂麻木不仁等临床表现较重。本研究表明：A组能极显著提高主观指标的分值，故活血通窍刺灸法改善主观症状比B组好。其原因可能是针灸疏经通络止痛作用较药物好。

参考文献：

[1] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京：南京大学出版社，1994.186.

[2] 杨 翊，周光涛.针刺治疗椎动脉型颈椎病70例疗效分析[J].中国针灸，2000，20(9)：525.

[3] 乔永祥，丁永良.手法推拿及风池穴位注射治疗颈性眩晕症60例[J].按摩与导引，2000，16(3)：36.

[4] 坑忠训.针刺四关、风池治疗颈性眩晕36例即时疗效观察[J].天津中医，2001，18(1)：31.

[5] 胡纪原，韩咏竹，任明山，等.水针百劳穴治疗椎动脉型颈椎病32例[J].安徽中医学院学报，1998，17(1)：38.

[6] 覃小兰，刘旭生，黄玉贞，等.艾灸百会穴加磁贴综合疗法治疗颈性眩晕66例临床分析[J].世界医学杂志，2001，5(4)：80.

[7] 庄礼兴，童 娟，李月梅.压灸百会穴为主治疗颈性眩晕的临床研究[J].针刺研究，2000，25(2)：124.

收稿日期：2006-08-18

108例外伤性脾破裂的治疗体会

尹铁林，王庆玉，杨晓龙

(盘锦市第二人民医院普通外科，辽宁 盘锦 124000)

【摘要】目的：探讨外伤性脾破裂的治疗方法。方法：回顾性分析我院10年间住院的108例脾破裂患者临床资料。结果：非手术治疗16例；手术治疗92例，其中脾完全切除80例，脾切除加自体组织大网膜移植术48例，脾修补术9例，脾部分切除加脾动脉结扎术3例，临床治愈106例，脾破裂合并多脏器伤死亡2例。结论：手术是治疗脾损伤的主要方法，非手术治疗要严格掌握适应证，在保证生命的前提下，应尽可能保留脾功能。

【关键词】

文章编号：1009-5519(2007)02-0183-02 中图分类号：R6 文献标识码：A

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net