

子宫内膜异位症的易患因素及其预防

卢翠云

(天津中医学院 300193)

中图分类号: R711.71 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2001)04-0018-02

子宫内膜异位症(简称内异症,英文缩写 EMT),传统观点认为:是指具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔被覆粘膜以外的部位。最新观点认为:只有当异位的内膜反复周期性出血,并出现症状时,方能认为是疾病。内异症的发病率有逐年上升趋势,严重影响着广大患者的身心健康和家庭幸福。现已引起国内外学者的广泛关注。所据流行病学的调查研究,发现内异症有其独特的发病规律。如能及早发现易患体质并采取相应的预防措施,则可减少部分妇女患此病的痛苦。现将其易患因素及其预防措施简述如下:

1 易患因素

1.1 年龄因素:内异症可发生在初潮后至绝经前的任何年龄,以 20~45 岁体内雌激素高水平阶段为好发时期。

1.2 身高、体重和血型:按标准体重(kg)=身高(cm)-105 的公式计算,体重小于标准体重 10% 的妇女易患;A 型血妇女的发病率较其它血型为高。

1.3 受教育程度:受高等教育者,患病率的相对危险性增加。这与 Konincks 认为的应激状态与 EMT 发生有关,具有一致性。

1.4 痛经:原发性痛经亦是本病的危险因素之一,而痛经又是其典型的临床症状。目前,痛经与 EMT 的因果关系尚处于争论的状态。

1.5 月经情况:初潮较早,周期缩短(<27 天),经期延长(>8 天)。经期剧烈活动、负重、性交等都是本病的诱发因素。

1.6 孕产史:不孕是 EMT 的高危因素,而妊娠有保护作用。妊娠期无月经来潮,无经血逆流,大量孕激素使异位内膜发生蜕膜样变,直至坏死萎缩。故妊娠能减少其发生发展。Makhiouf 等报道 EMT 患者的孕产次数明显低于对照组。

1.7 避孕方式:Kirshon 报道,使用宫内节育器是发生 EMT 的一个危险因素。认为节育器所造成的月经量多,可引发 EMT。

1.8 生殖道梗阻:任何妨碍经血畅流的因素,如无孔处女膜、阴道闭锁、宫颈狭窄、子宫后倾后屈等均易发生本病。

1.9 盆腔手术史:人流刮宫、剖腹取胎、剖宫产、肌瘤剝出术等常导致 EMT 的发生。这些现象说明有活力的子宫内膜细胞有种植作用。有学者认为:近年 EMT 的发病率升高,与人工流产的广泛施行有关,并提醒广大医务工作者要注意医源性 EMT 的发生。

1.10 内分泌功能紊乱:据文献报道,内分泌功能紊乱疾患,如子宫肌瘤、多囊卵巢综合症(PCO)、黄素化未破裂卵泡综合症(LUFS)、黄体功能缺陷(LPD)及高催乳素血症患者,常伴 EMT 的发生。

1.11 遗传因素:EMT 有家族遗传倾向,约有 15~20% 有家族史,约 7% 有近亲关系,当母亲患本病时,女儿有 70% 的发病率。

1.12 免疫因素:大量研究表明 EMT 的发生发展与其自身免疫功能异常有密切关系。而且有研究发现:不少 EMT 患者伴有系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、雷诺病等自身免疫性疾病。

1.13 药物诱发:绝经妇女的患病率很低,但接受雌激素替代疗法者,亦有发生 EMT 的可能。

1.14 其它因素:饮食、吸烟、种族等因素,也影响 EMT 的发病率。

2 预防措施

2.1 20~45 岁年龄段的妇女,应自我稳定情绪,避免精神刺激或思想负担过重。

2.2 合理饮食,积极锻炼身体,保持身高与体重的正常比例关系。

2.3 有遗传倾向者,或有原发痛经、经期延长、量多、周期缩短等月经紊乱者,可考虑间断、周期性服用避孕药,直到要求生育时停用,或及时服用中药调治原发疾病。

2.4 经期避免剧烈运动及不必要的盆腔检查,防止人为造成的经血逆流而发生 EMT。

- 2.5 婚后 1 年以上, 未避孕而不孕者, 应积极全面进行不孕原因检查, 针对病因积极治疗。如发现 LUFs、PCO、LPD 患者, 可用克罗米酚合并绒毛膜促性腺激素(HCG)或口服中药制剂, 促其排卵, 增强黄体功能。高催乳素血症者及时查因治疗。
- 2.6 不要求生育的已婚妇女, 应选用安全期、安全套等安全、有效、无副作用的避孕方式。
- 2.7 对晚婚妇女, 尤其是有内分泌紊乱史者, 应劝其婚后不要避孕, 要早生育。
- 2.8 有生殖道畸形者, 及早矫正。
- 2.9 盆腔手术操作时, 动作要轻巧, 少用宫缩剂, 以

防止经血逆流。尽量避免做人工流产, 人流时正确使用负压, 吸管进出宫颈口时不要带负压, 免伤颈管组织。治疗宫颈糜烂时, 避免造成宫颈狭窄。

- 2.10 防止医源性 EMT 的发生, 行子宫、输卵管造影术、通气、通液术及输卵管结扎术, 宫颈裂伤修补术和宫颈糜烂治疗时, 要严格限定在经净 3~7 天内进行, 以免增厚的子宫内膜人为种植。分娩和剖腹产时, 一定要彻底清洗切口, 防止内膜种植。
- 2.11 绝经后接受激素替代疗法的妇女, 要在医生的指导下, 适当补充, 合理运用。

(收稿日期: 2001-03-13)

中西医结合治疗急性黄疸型肝炎 82 例临床观察

张 玲

(江苏省灌云县中医院 222200)

中图分类号: R512.6 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2001)04-0019-02

近年来, 我们运用中西医结合的方法治疗急性黄疸型肝炎 82 例, 经与对照组比较, 临床疗效明显, 现总结如下:

1 临床资料

本组患者系我院门诊及住院病人, 以住院病人为主。随机分为治疗组和对照组。治疗组(中西医结合组)82 例中, 男 52 例, 女 30 例; 年龄 13~79 岁, 平均 36.5 岁, 病程 3~22 天, 平均 12.5 天; 肝功能检查 ALT80u/L~100u/L10 例, 100u/L~200u/L25 例, >200u/L47 例。TbIL30~171umol/L59 例, >171u/L23 例。HBsAg 阳性者 37 例。对照组 80 例, 男 49 例, 女 31 例; 年龄 15~78 岁, 平均 35.8 岁; 病程 3~21 天, 平均 12.3 天; 肝功能检查 ACT75u/L~100u/L11 例, 100u/L~200u/L24 例, >200u/L45 例。TbIL28~171umol/L58 例, >171umol/L22 例。HBsAg 阳性者 34 例。

全部病例临床表现及生化指标均符合 1995 年北京全国传染病与寄生虫病会议制订的病毒性肝炎诊断标准。

2 治疗方法

2.1 对照组: 每日给予强力宁 80ml 或日利的 30ml 静滴, 给予门冬氨酸钾镁 20~30ml 加入能量合剂中静滴, 血清总胆红素(TbIL) < 171.0umol/L 给予茵栀

黄 30ml, TbIL > 171.0umol/L 给予苦黄 30ml 静滴, 肌注肝炎灵 2ml Bid。口服一般保肝药物如益肝灵 2 片, 护肝片 4 片, 五酯胶囊 2 粒, 均日 3 次, 并根据病情给予适当的对症治疗。对于病情相当危重者予以输新鲜血浆、白蛋白加强支持。

2.2 治疗组: 在对照组治疗方法的基础上, 每日口服本院协定处方。急性黄疸型肝炎一般多属湿热内阻, 辨证属热重于湿者给予肝炎 1 号方, 基本组成: 板蓝根 30g, 茵陈 30g, 白花蛇舌草 15g, 生大黄 10g (后下), 赤芍 20g, 山栀 10g, 败酱草 20g, 广郁金 10g, 六月雪 15g, 茯苓 10g, 夏枯草 15g, 焦三仙各 15g。随症加减: 腹胀加木香、陈皮; 胁痛剧者加元胡索、虎杖; 黄疸甚者加日基黄、苦参; 氨酶高者加五味子、垂盆草; 发热加连翘、贯众; 齿鼻出血加茜草、紫草; 黄疸持续不退加泽兰、龙胆草等。辨证属湿重于热者用肝炎 2 号方, 基本组成: 茵陈 20g, 苍白术 15g, 醋柴胡 10g, 厚朴 10g, 姜半夏 10g, 生薏仁 20g, 藿香 10g, 佩兰 10g, 干姜 5g, 猪茯苓各 15g, 夏枯草 15g, 垂盆草 30g。随症加减: 纳呆加鸡内金、焦楂曲; 胸腹胀加枳壳、苏梗; 便干加生草; 黄疸甚者加田基黄、赤芍; 瘀血明显加地鳖虫、水蛭。如见急黄, 湿热毒邪内陷, 中药给予“急黄汤”以清营解毒, 利湿退黄。基本方组成:

(下转第 37 页)