

济方便,易于在各层次医院推广使用的方法。有研究认为,根据超声检测结果将不同状态的子宫瘢痕分为 3 级<sup>[2]</sup>:N 级瘢痕子宫为子宫下段肌层厚度均匀,无变薄现象,肌层厚度 3~7 mm、病理形态学检查证实子宫下段切口部位瘢痕已完全肌肉化。完全可以经阴道自然分娩,阴道分娩率 81.3%。O 级瘢痕子宫为子宫下段肌层均匀性变薄,肌层厚度超过 2 mm;病理形态学检查见子宫平滑肌束周围有少许结缔组织包绕。可在严密监护下经阴试产,并适时行阴道助产,阴道分娩率 55.6%。O 级瘢痕子宫为子宫下段瘢痕组织厚薄不均,或增厚,超过 8 mm;子宫下段形成不良。病理形态学检查见瘢痕主要由致密结缔组织组成,子宫平滑肌细胞成分明显减少,结缔组织深入到各肌束之间把肌束分割成孤立的片断;或变薄,<2 mm,或部分缺失,肌层失去连续性,宫缩时或可见羊膜囊从缺损处膨出,或在子宫膀胱反折腹膜下可见液性暗区。妊娠 38~39 周时,择期行剖宫产术,以防瘢痕子宫在产前或产时突然破裂给母婴造成损害。

**3.4 径线头盆指数的测定能对 76.2% 的阴道试产的孕妇预测分娩结局。**径线头盆指数:为骨盆中空前后径和横径的均值与胎儿双顶径之差,≤15.8 mm 时疑为头盆不称;>15.8 mm 时则认为无头盆不称。阴道超声骨盆测量的时间选择在孕 28~35 周之间,是由于骨盆径线随孕周增加而有所增大,孕 36 周后,胎头衔接可能影响阴道超声骨盆测量,临近分娩需尽量减少阴道操作,预防感染。而且多数大于胎龄儿发生在孕 28 周以后,故对临床怀疑骨盆狭窄或胎儿偏大时,建议在孕 28~35 周之间行阴道超声骨盆测量。临床研究证实,当径线头盆指数小于或等于 15.8 mm 时,应放宽剖宫产指征。径线头盆指数大于 15.8mm 时,可以顺利自然分娩,此种方法的预测率可达 76.2%。

**3.5 良好的医疗技术及完善的设备条件也是保障 VBAC 的重要因素。**

**3.5.1 试产过程中催产药物的应用及催产时间的掌握也是有效降低先兆子宫破裂发生率的重要因素。**

近年来文献报道已证明,有剖宫产史妊娠妇女在试产中应用缩宫素是合理的选择<sup>[3]</sup>。妊娠妇女临产后应根据宫缩情况应用小剂量、低浓度的缩宫素缓慢静脉滴注,一般采用 2.5 U 缩宫素加入 5%葡萄糖注射液 500 mL 中,从 8~10 滴/分开始,酌情控制缩宫素的滴速,最大剂量不超过 20 滴/分,直至规律宫缩,滴注过程中应严密监护胎心及宫缩情况。如果滴注浓度过高、滴速过快造成宫缩较强则会增加子宫破裂的危险性。另外,前列腺素在剖宫产后阴道试产中的安全性尚待研究,目

前不推荐使用,如果宫颈生物学评分不良的患者可以使用 Foley 尿管软化宫颈,虽然它的成功率较低,但是不会增加子宫破裂的风险。

在试产过程中可以参照改良头位分娩评分法进行动态观察,临产后评分,影响产程进展诸因素中的先露下降、宫口扩张、胎方位、宫缩强度等是可变的,改良法评分提高越明显,自然分娩概率越大,这对预估是否需要继续试产很有帮助。同时,面对有过一次剖宫产的产妇的试产应该有一定的限度,对试产无明显进展的产妇,应该适时剖宫产结束分娩,不应强求阴道分娩。

**3.5.2 拥有完善的抢救措施及条件是 VBAC 安全进行的重要保障。**

VBAC 产时产后必须有专人守护观察,谨慎使用缩宫素,随时做好开腹手术准备,一旦出现胎儿宫内窘迫、头盆不称或先兆子宫破裂则应及时改行剖宫产,第 2 产程禁止加腹压以防子宫破裂,适当阴道助产缩短产程。产后注意探查宫腔,尤其是子宫下段瘢痕处是否完整。VBAC 产后要密切并观察尿颜色泽、阴道流血情况,警惕子宫瘢痕裂开,若有异常,及时处理。

总之,剖宫产后再次妊娠阴道分娩,在做好充分的预期评估和筛查后,能够有效地降低子宫破裂的发生率,提高阴道分娩的成功率,同时对降低产后母婴并发症也起到积极的推动作用<sup>[4]</sup>。对于 VBAC 在基层医院也能广泛开展起来具有重要的现实意义。

#### 参考文献

- [1] Hasbargen U, Margarita SM, Peter H, et al. Uterine dehiscence in a nullipara, diagnosed by MRI, following use of unipolar electrocautery during laparoscopic myomectomy: Case report [J]. Human Reproduction, 2002, 17: 21802-21821.
- [2] 崔艳丽. 剖宫产后瘢痕子宫妊娠阴道分娩的选择与分析 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2010, 11(4): 291-292.
- [3] Udayasankar V, Padmagirison R, Majoko F. National survey of obstetricians in Wales regarding induction of labour in women with a previous caesarean section [J]. J Obstet Gynaecol, 2008, 28(1): 48-50.
- [4] 蔡力红. 子宫瘢痕处妊娠临床分析 [J]. 中国现代医生, 2008, 46(35): 153-154.

(收稿日期:2010-12-02)

## 中西医结合治疗带状疱疹 50 例疗效观察

曾玲莉(重庆市渝中区大坪中医院 400042)

**【摘要】目的** 观察中西医结合治疗带状疱疹的临床疗效。**方法** 将 86 例患者随机分为两组。中西医结合组 50 例为中西医结合治疗。单纯西药组 36 例为单纯西药治疗。 $\chi^2$  检验比较两组疗效。**结果** 中西医结合组治疗后总有效率为 98.00%,单纯西药组治疗后总有效率为 63.89%,二者比较总有效率有统计学意义( $\chi^2 = 17.87, P < 0.05$ )。**结论** 中西医结合治疗带状疱疹可减轻疼痛,促进愈合,疗效显著。

**【关键词】** 带状疱疹; 中西医结合; 西药

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.052 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)10-1245-02

带状疱疹系由水痘-带状疱疹病毒引起,此病毒一般潜伏在脊髓后根神经元中。但机体抵抗力低下或劳累、感冒

发烧、生气上火等,病毒可再次生长繁殖,并沿神经纤维移至皮肤,使受侵犯的神经和皮肤产生激烈的炎症。其疼痛持续时间

短则 1~2 年,长者甚至超过 10 年,一般病史均长达 3~5 年。作者于 1997 年 9 月至 2009 年 9 月采用冰硫地痢酞外涂治疗带状疱疹,并与单纯西医疗法进行比较,取得很好的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 中西医结合组(A组)50例,其中男14例,女36例;年龄34~86岁;其中34~49岁4例,50~59岁13例,60岁以上33例;病程最短3个月,最长13年。单纯西药组(B组)36例,其中男15例,女21例;年龄25~69岁;其中25~49岁13例,50~59岁14例,60岁以上9例;病程最短8个月,最长12年。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》中相关标准拟定:(1)皮损呈群集的粟粒至绿豆大小丘疱疹,疱壁紧张,基底色红,常带状排列,单侧分布;(2)皮损严重者可有血疱、糜烂、坏死等改变;(3)皮损出现前,常先有皮肤刺痛或烧灼感,可伴有发热,疲乏无力,全身不适;(4)自觉疼痛明显,可有难以忍受的剧痛,或疱疹消退后疼痛。

1.3 治疗方法

1.3.1 A组 50例患者均采用冰硫地痢酞外涂治疗。处方:冰片10g,硫磺10g,痢特灵10片,地塞米松10片,4种药物共碾细泡沫加入70%的乙醇50mL中。用法:首先用双氧水对患者患处进行消毒后,再用消毒无菌棉签将已经制成的冰硫地痢酞药液搽患处,涂擦范围尽量扩宽,超出病变部位2~3cm以上为佳。每次涂擦时需将药液摇匀。每天涂擦3~5次(每次涂擦前均要用双氧水消毒),3d为1个疗程,治疗1~2个疗程判断疗效。

1.3.2 B组 单纯西医疗法,口服阿昔洛韦0.2g,5次/天,连续服用3d。维生素B20mg,3次/天。干扰素100万,肌肉注射,隔天1次。局部有感染者予以头孢拉定口服0.5g,3次/天;疼痛甚者加用芬必得口服0.3g,2次/天。

1.4 疗效标准 疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》中相关标准拟定。(1)痊愈:疱疹全部结痂或消退,疼痛消失;(2)显效:疱疹基本结痂,疼痛明显缓解,且无新增疱疹;(3)有效:疱疹基本消退,有轻微疼痛及少量新发疱疹;(4)无效:有新发疱疹,且疼痛未减轻。

2 结果

2.1 临床疗效比较 见表1。由表1可见,A组总有效率为98.00%,单纯西药组总有效率为63.89%,A组总有效率为B组差异有统计学意义( $\chi^2=17.87, P<0.05$ ),A组疗效明显优于B组。

表1 A组与B组临床疗效比较

组别	n	痊愈例数	显效例数	有效例数	无效例数	总有效率(%)
A	50	24	20	5	1	98.00
B	36	11	7	5	13	63.89
合计	86	35	27	10	14	83.72

2.2 典型病例 赵某,男,86岁,退休工人,患者于就诊前3d

在右上背处发现有刺痛性疱疹少许,而后迅速发展扩大,疼痛加剧。某院诊断为带状疱疹,用药后无效,经人介绍,来本院就诊。疱疹呈椭圆形,直径约15cm,皮肤潮红,丘疹簇集而不融合,大小如粟粒至黄豆般不等,有水疱,泡液澄清,泡壁紧张发亮,外周红晕,有破损。有向右肩颈及腋肋处扩展。痛苦面容,左侧半卧位,不能平卧,不时呻吟。亦诊断为带状疱疹,见其面积较大,予以冰硫地痢酞100mL外治。用药后1d疼痛减轻,3d疹消泡涸,5d结痂,7d痊愈。

3 讨论

带状疱疹是由水痘一带状疱疹病毒感染引起的一种以沿周围神经分布的群集疱疹和以神经痛为特征的病毒性皮肤病<sup>[1-2]</sup>。中医称为缠腰火丹,其发病机制是:水痘一带状疱疹病毒感染,当抵抗力下降时,神经节内的病毒即被激活活化,使受累神经节发炎或坏死,产生神经痛。同时病毒沿感觉神经通路到达皮肤即在该神经支配区内发生特有的节段性疱疹。因此,针对上述疾病特点,拟用有杀虫、攻毒的硫磺,有清热消肿止痛的冰片,有抗炎,除疹、止痒的地塞米松,有呈酸性、能抗菌杀虫的痢特灵,有消毒、杀菌的乙醇、双氧水,4种药物联合运用,功用协同共奏<sup>[3-5]</sup>。其作用机制:(1)杀抑病毒使病毒失去生存和复制环境,有效控制疾病发展;(2)抗炎、消肿、止痛、迅速缓解疾病症状,减轻痛苦;(3)保护神经和皮肤,增加耐受能力,促进康复。

现代药理及病毒学研究已经证明:(1)硫磺与皮肤或组织分泌物接触后,生成硫化氢与五硫磺酸,具有杀虫、杀菌、软化表皮、溶解角质等作用。(2)冰片具有抑菌,促进神经胶质细胞的分裂和生长,从而对损伤神经起到修复和再生作用,同时冰片对感觉神经有轻微的刺激作用而起止痛效果。(3)脂溶剂、氧化剂、醇类可直接消灭病毒。由此可见,冰硫地痢酞治疗带状疱疹从实践到理论都能击中疾病要害。同时与B组疗效比较,也表明其有优异的临床治疗效果<sup>[6-7]</sup>。

参考文献

[1] 李晓飞. 中西医结合治疗带状疱疹 67 例[J]. 山东医药, 2001,41(17):75.

[2] 黄滇生. 中西医结合治疗带状疱疹 43 例[J]. 中国乡村医药杂志,2001,8(7):27-28.

[3] 周晓良. 中西医结合治疗带状疱疹 34 例[J]. 湖北中医杂志,2000,22(11):19-20.

[4] 卢秋花. 中西医结合治疗带状疱疹 36 例[J]. 河南中医, 2004,24(2):55.

[5] 张翠月. 中药内外兼治带状疱疹后遗神经痛 86 例[J]. 国医论坛,2003,18(3):26-27.

[6] 刘翠丽,丁丽云. 综合治疗带状疱疹[J]. 内蒙古中医药, 2005,12(1):17-18.

[7] 周程. 阿昔洛韦治疗带状疱疹 64 例[J]. 皮肤病与性病, 2004,26(1):45-46.

(收稿日期:2010-12-22)