

中药外敷灌肠配合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕症疗效观察

黄少雅, 谭茗丹

茂名市中医院, 广东 茂名 525000

[摘要] 目的: 观察中药外敷、灌肠配合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕症的临床疗效。方法: 将输卵管阻塞性不孕症患者 208 例随机分为 2 组, 对照组 96 例予腹腔镜治疗, 治疗组 112 例予腹腔镜治疗后联合中药外敷、灌肠治疗, 疗程为 7~14 天, 随访观察 0.5~1 年, 观察比较 2 组患者妊娠情况及临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 55.4%, 对照组为 25.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。正常妊娠率治疗组为 31.3%, 对照组为 8.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 中药外敷灌肠配合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕有确切的疗效, 能有效降低再次粘连、堵塞率, 提高正常妊娠率。

[关键词] 不孕症; 输卵管阻塞; 中西医结合疗法; 中药外敷; 灌肠疗法

[中图分类号] R711.75 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0149-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.066

凡婚后未避孕、有正常性生活、同居 2 年而未受孕者, 称为不孕症。各种不孕原因中, 女方因素占 40%~55%, 其中以输卵管因素和排卵障碍最为常见。针对输卵管阻塞性不孕, 根据输卵管阻塞部位和程度的不同, 可有不同的手术治疗方案。中医药治疗不孕症积累了丰富的经验, 治法方药丰富, 而现代中医结合辨病辨证, 探索出一系列的治疗方案和方药。近年来, 笔者应用中药外敷、灌肠配合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕症, 取得较满意疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2011 年 10 月 1 日—2013 年 5 月 31 日在本院妇科住院治疗的输卵管阻塞性不孕患者共 208 例, 将所有患者随机分为 2 组。治疗组 112 例, 年龄 18~40 岁, 平均 (30.7 ± 5.0) 岁; 病程 1~8 年, 平均 (4.5 ± 1.5) 年。对照组 96 例, 年龄 20~39 岁, 平均 (28.7 ± 4.5) 岁; 病程 1~7 年, 平均 (4.0 ± 1.7) 年。2 组患者住院年龄、病情等情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1] 标准拟定。输卵管炎所致不孕症诊断标准: 育龄妇女, 婚后或未次妊娠后, 夫妻同居, 有正常性生活 2 年以上, 男方生殖功能正常, 未避孕而未孕者; 子宫输卵管造影(HSG)证实输卵管不通畅、阻塞或积水等, 腹腔镜检查下做输卵管通液, 证实输卵管不通畅或不通, 并且盆腔内粘连。

1.3 纳入标准 同居有正常性生活, 配偶生殖功能正常, 未避孕未孕 2 年的育龄女性; 造影提示单侧或双输卵管阻

塞、输卵管炎、输卵管积水; 腹腔镜下通水, 输卵管不通或通而不畅; 月经规则。

1.4 排除标准 生殖系统畸形者; 排卵功能障碍者; 子宫内膜异位症 III 或 VI 期; 免疫性不孕, 包括封闭抗体缺乏、抗精子抗体阳性、抗心磷脂抗体阳性等; 子宫多发肌瘤、子宫发育不良、恶性肿瘤者。

2 治疗方法

2.1 对照组 行腹腔镜下盆腔粘连松解术, 必要时行双侧输卵管造口术、双侧输卵管介入术, 术后常规抗生素预防感染对症。疗程为 3 天。

2.2 治疗组 在对照组的基础上加用中药外敷、灌肠治疗。

中药外敷。盆炎散(院内制剂)组成: 白花蛇舌草、蒲公英各 40 g, 赤芍、黄柏各 30 g, 侧柏叶、生大黄各 25 g, 白芷、薄荷、两面针各 20 g。将以上药物混合粉碎成中粉, 过筛, 搅匀, 装袋即得, 每袋 250 g。操作: 取盆炎散 250 g 蜜糖调或水调加热, 趁热外敷下腹部, 配合红外线照射下腹部 30 min, 待药降至肤温后, 药上覆盖一层保鲜膜及毛巾, 予腹带固定在下腹, 至完全凉却。中药灌肠。妇科灌肠液(院内制剂)组成: 毛冬青、白花蛇舌草、蒲公英、败酱草各 30 g, 生大黄、枳壳、丹参各 15 g。先将上述药物置于 500 mL 水中浸泡 30 min, 武火煮沸后改为文火, 煎 20 min 后取液即得。操作: 取妇科灌肠液 150 mL, 药物温度 39~41℃, 用 14~16 号肛管插入肛门 15~20 cm, 缓慢注入药物, 保留灌肠。术后第 3~5 天始加用中药敷药灌肠(阴道流血时停灌肠), 治

[收稿日期] 2015-07-17

[基金项目] 广东省中医药局科研课题 (20122069)

[作者简介] 黄少雅 (1976-), 女, 副主任中医师, 主要从事中西医结合妇产科临床工作。

疗时间为 7~14 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察分析 2 组患者术后临床疗效及妊娠情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件包, 计量资料先进行正态性分布检验及方差齐性检验, 两两比较时, 若呈正态分布, 进行 t 检验, 否则行 t' 检验; 计数资料采用卡方检验, 等级资料采用 Kruskal-Wallis H 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。治愈: 手术后 1 年内妊娠; 经子宫输卵管造影示双侧输卵管通畅, 造影剂弥散良好, 或经子宫输卵管通水提示无阻力或阻力小; 有效: 造影示通畅度有改善或通而不畅, 造影剂弥散不良, 或由治疗前双侧输卵管阻塞变为治疗后单侧阻塞; 无效: 造影示输卵管通畅程度无变化或输卵管通水示阻力大, 注入药液 $< 5 \text{ mL}$ 者。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 55.4%, 对照组为 25.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	112	46	16	50	55.4 ^①
对照组	96	18	6	72	25.0

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.3 2 组妊娠情况比较 见表 2。正常妊娠率治疗组为 31.3%, 对照组为 8.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组妊娠情况比较

组别	n	正常妊娠	异位妊娠
治疗组	112	35(31.3) ^①	6(5.4)
对照组	96	8(8.3)	6(6.3)

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

“不孕”一词始见于《周易·九五爻辞》中, 其云: “妇三岁不孕。”而作为病名首见于《素问·骨空论》: “督脉者……此生病……其女子不孕。”在中医古籍中, 其中与不孕相关的病名有无子、绝子, 断绪、全不产。金元时期著名医家朱震亨首次提出痰湿可致不孕, 他在《丹溪心法·子嗣》中指出: “若是肥盛妇人, 禀受甚厚, 恣于酒食之人, 经水不调, 不能成胎, 谓之躯脂满溢, 闭塞子宫, 宜行湿燥痰”。《千金方衍义》中云: “女子婚后不孕, 大多是受孕胎的器官有气血阻闭, 治疗时当用大量峻破瘀血的药物方能有效。”提出了“瘀”能致不孕, 并指出了用活血化瘀的治法。现代医家认为, 输卵管堵塞性不孕的病因主要责之于“瘀”和“痰湿”。情志不疏, 肝气郁结, 气滞血瘀; 或房事不节, 摄生不慎, 损伤肾气, 气

血不足, 血流不畅; 或堕胎小产后正气亏虚之时感受邪气, 瘀血与邪气互结; 或饮食失节, 痰湿内生, 湿邪阻碍气机, 气机不畅, 血瘀不行, 瘀血阻于胞络胞脉, 精卵不能结合, 难于受孕。

随着微创技术的发展, 现代医学针对输卵管阻塞性不孕在治疗上, 根据输卵管阻塞部位和程度的不同, 可有输卵管介入、腹腔镜下或经腹腔镜粘连松解、腹腔镜下输卵管造口、输卵管通液等方案。但如何预防术后再粘连, 改善输卵管功能, 提高妊娠率是现代医学难以解决的问题。

茂名地处北回归线以南, 属热带、亚热带季风温和气候, 岭南气候多湿、多热, 湿热郁久易致瘀, 本地居民久居岭南之地, 体质多偏于湿热。梁菁等^[3]收集调查表 302 份慢性盆腔炎病人的辨证分型, 其中, 以湿热瘀阻型和气滞血瘀型居多, 合计占 92.7%。综合输卵管阻塞性不孕发生的病因病机, 多为湿热瘀阻或气滞血瘀于胞宫胞络, 胞脉不通, 治疗应着眼于活血祛瘀, 疏通经脉, 在化瘀通络的基础上根据兼夹证加减。

本研究在腹腔镜治疗的基础上给予盆腔炎外敷下腹部及妇科灌肠液保留灌肠综合治疗, 两者联合发挥协同作用。盆腔炎外敷下腹部让药物直接渗透皮下, 促进局部血液循环, 改善组织营养状况, 提高新陈代谢, 以利于更好地提高疗效; 妇科灌肠液保留灌肠, 药物在直肠可吸收 50%~70%, 盆腔炎的病灶在盆腔, 直肠给药经盆腔静脉丛吸收, 药物直达病所以迅速发挥药效。盆腔炎方中白花蛇舌草味苦淡, 性寒, 能清热解毒、消痈散结; 生大黄、赤芍活血化瘀, 清泄湿热; 妇科灌肠液方白花蛇舌草、毛冬青清热解毒、活血通络; 丹参活血化瘀, 清泄湿热; 诸药合用, 共奏清热利湿、活血化瘀之功效, 可显著改善输卵管功能。

现代医学研究认为, 活血化瘀之品可不同程度地改善微循环障碍, 从而促使炎症、坏死组织的吸收和消退, 减轻组织增殖和溶解组织粘连, 改善输卵管的纤维化, 促进损伤内膜的再生和修复, 有利于输卵管畅通和功能恢复^[4]。本研究结果显示, 中药外敷、灌肠配合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕有确切的疗效, 有望为输卵管阻塞性不孕的治疗提供循证医学的临床实践依据。

[参考文献]

- [1] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.4.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 252.
- [3] 梁菁. 慢性盆腔炎的中医辨证分型探讨[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(12): 3113-3114.
- [4] 张玉珍, 罗颂平. 罗元恺教授论治不孕不育症学术经验介绍[J]. 新中医, 2002, 34(4): 729.

(责任编辑: 冯天保)