

- of the European criteria proposed by the American European Consensus Group[J]. Ann Rheum Dis, 2002, 61: 554-558.
- [2] 王承德, 沈丕安, 胡萌奇. 实用中医风湿病学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 331-332.
- [3] 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: 41.
- [4] Zhao Y, Li J, Yu K, et al. Sinomenine inhibits maturation of monocyte-derived dendritic cells through blocking activation of NF-kappa B [J]. Int Immunopharmacol, 2007, 7(5): 637-645.
- [5] Shu L, Yin W, Zhang J, et al. Sinomenine inhibits primary CD+4 T-cell proliferation via apoptosis[J]. Cell Biol Int, 2007, 31(8): 784-789.
- [6] Feng H, Yamaki K, Takano H. Suppression of Th1 and Th2 immune responses in mice by Sinomenine, an alkaloid extracted from the chinese medicinal plant Sinomenium acutum [J]. Planta Med, 2006, 72(15): 1383-1388.
- (责任编辑: 冯天保)

活血化瘀综合疗法治疗输卵管性不孕症 50 例临床研究

彭清慧

阳江市中医医院妇科, 广东 阳江 529500

[摘要] 目的: 观察活血化瘀综合疗法治疗输卵管性不孕症的临床疗效。方法: 将 100 例患者随机分为治疗组和对照组各 50 例。2 组均采用常规输卵管通液术治疗, 治疗组加用活血化瘀综合疗法治疗。结果: 总有效率治疗组为 86.0%, 对照组为 48.0%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组宫内妊娠 19 例 (38.0%), 异位妊娠 3 例 (6.0%); 对照组宫内妊娠 4 例 (8.0%), 异位妊娠 3 例 (6.0%); 2 组宫内妊娠率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 活血化瘀综合疗法对输卵管性不孕症具有良好疗效。

[关键词] 输卵管性不孕症; 输卵管通液术; 活血化瘀; 综合疗法

[中图分类号] R711.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0119-03

不孕症是一个困扰社会和家庭的实际问题, 据统计, 目前不孕症的患病率约为 9%, 输卵管因素是育龄妇女继发性或先天性不孕的重要原因之一, 约占女性不孕症的 12%~33%^[1]。自 2009 年以来, 笔者针对输卵管性不孕症患者瘀血内阻的病机本质, 充分发挥中医药特色, 以活血化瘀综合疗法治疗, 取得了良好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均来自于 2009 年 11 月~

2012 年 6 月本院妇科门诊, 共 100 例, 随机分为 2 组各 50 例。治疗组年龄 20~44 岁, 平均(29.54±4.91)岁; 输卵管双侧通而不畅 27 例, 双侧积水 3 例, 一侧阻塞一侧通而不畅 10 例, 一侧阻塞一侧积水 2 例, 一侧通而不畅一侧积水 8 例。对照组年龄 21~43 岁, 平均(30.11±5.02)岁; 输卵管双侧通而不畅 26 例, 双侧积水 2 例, 一侧阻塞一侧通而不畅 11 例, 一侧阻塞一侧积水 2 例, 一侧通而不畅一侧积水 9 例。2 组患者年龄、病情经统计学处理, 差异

[收稿日期] 2013-05-14

[基金项目] 阳江市科技局立项课题 [编号: 卫 2007 (42)]

[作者简介] 彭清慧 (1965-), 女, 副主任医师, 研究方向: 不孕不育症、月经不调、生殖器炎症。

均无显著性差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《不孕症中西医结合治疗》^[2]的输卵管阻塞性不孕的相关标准。症状:同居有正常性生活, 配偶生殖功能正常, 未避孕未孕 ≥ 2 年。体征:非炎症发作期, 无异常体征; 妇检:正常或有子宫活动受限或粘连固定, 在子宫的一侧或双侧可触到增粗的输卵管, 呈条索状, 无明显压痛。子宫输卵管造影提示单侧或双侧输卵管阻塞、输卵管通而不畅、输卵管积水。中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中血瘀证标准: 多年不孕;

月经后期, 量少或多, 色紫黑, 有血块; 经行不畅, 甚或漏下不止; 少腹疼痛拒按, 经前痛剧; 舌紫暗, 或舌边有瘀点、瘀斑; 脉弦涩或沉涩有力。凡具备 、 、 及 ~ 中任何 1 项, 即可确诊。

1.3 纳入标准 符合上述输卵管阻塞性不孕西医诊断标准, 中医辨证属血瘀证型; 年龄 20~45 岁; 自愿者, 并签订知情同意书。

1.4 排除标准 (1)以下原因之一所致的不孕症: 男方因素; 子宫因素; 排卵障碍; 免疫因素; 染色体异常; 先天性生殖系统缺陷或畸形等。(2)不按规定治疗, 无法判定疗效或因资料不齐等影响疗效判断者。(3)合并心血管、肝、肾等系统严重疾病及精神病。(4)药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 在月经干净后 3~7 天, 采用子宫双腔通水管进行输卵管通液术, 输入液为庆大霉素 8 万 U、 α -糜蛋白酶 5 mg、地塞米松 5 mg 加入生理盐水 20 mL; 常规口服抗生素预防治疗。治疗 1 月为 1 疗程。经治疗后, 若连续 2 次输卵管通液术过程中显示阻力小、无回流, 可于第 2 个月经周期排卵期同房争取妊娠; 3 疗程后, 若未妊娠的患者, 选择月经后 3~7 天内采用 75% 泛影葡胺进行子宫输卵管造影, 显示输卵管通畅后第 2 个月经周期排卵期可择期同房争取妊娠。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上, 同时配合活血化瘀综合疗法。口服活血助孕经验方, 处方: 当归、赤芍、牡丹皮、香附各 9 g, 川芎、红花各 6 g, 丹参 15 g, 枳壳 12 g。加减: 偏瘀热加地榆 12 g, 大黄(后下)6 g; 偏寒凝血瘀加桂枝、乌药各 9 g。每天 1 剂, 水煎服。归来穴注射: 患者取仰卧屈膝位,

选脐下 4 寸、旁开 2 寸的双侧归来穴, 75% 酒精消毒皮肤后, 用 10 mL 注射器吸取丹参注射液 4 mL、地塞米松 2 mL 分别在双侧归来穴直刺 1.5 寸, 得气回抽无血后各缓慢注入 3 mL 上述混合液。中药灌肠: 将妇科灌肠液(本院制剂, 由毛冬青、黄柏、败酱草、苏木、延胡索、没药、赤芍等组成)100 mL 保留灌肠, 完成后胸膝位卧床 15 min。均每天 1 次, 治疗 10 天后, 休息 2 天, 重复治疗 10 天或月经来潮即止, 月经干净后继续下一疗程。

2 组均观察 3 疗程。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察统计 2 组临床疗效, 计算宫内妊娠、异位妊娠率。

3.2 统计学方法 采用 SPSS14.0 统计软件包建立数据库和进行统计分析, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献^[4]中相关标准拟定。治愈: 妊娠或子宫输卵管造影确诊双侧输卵管通畅或单侧通畅(一侧切除); 好转: 子宫输卵管造影治疗前确诊双侧输卵管不通畅或单侧不通畅, 治疗后子宫输卵管造影确诊输卵管单侧不通畅或阻塞病灶范围明显缩小; 无效: 子宫输卵管造影提示治疗前后无任何变化或比治疗前加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后总有效率治疗组为 86.0%, 对照组为 48.0%, 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 治疗组疗效高于对照组。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	50	20	23	7	86.0
对照组	50	9	15	26	48.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组宫内妊娠率、异位妊娠率比较 2 组均随访至 2012 年 12 月。治疗组宫内妊娠 19 例(38.0%), 异位妊娠 3 例(6.0%); 对照组宫内妊娠 4 例(8.0%), 异位妊娠 3 例(6.0%)。2 组宫内妊娠率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

5 讨论

不孕症是临床常见病、疑难病, 输卵管阻塞性不孕是不孕症的主要原因之一。不孕症属中医学无子、全不产、绝产等范畴。中医学认为, 妇人所以无子者, 多由冲任不足, 肾气虚寒所致。肾气不足, 痰湿

内生,冲任失调,气机不利,而致瘀血内停,痰瘀互结,胞胎痹阻,两精相隔,遂无子。据中医学文献报道,大多医家认为,输卵管性不孕的基本病因是邪瘀相搏,并将其总病机归纳为邪瘀胞中、脉络受阻、瘀阻不通^①。笔者认为,瘀是本病的最主要病因,可将本病的病机归纳为:诸邪瘀阻胞中,脉络受阻。瘀血阻滞胞宫,气血运行不畅,冲任二脉不通,精卵运行受阻,精卵不能结合而导致不孕。针对本病的病机本质,笔者在应用输卵管通液术治疗的基础上配合活血化瘀综合疗法,包括活血助孕经验方口服、归来穴注射、本院制剂妇科灌肠液保留灌肠治疗。

活血助孕方中当归、川芎、赤芍、丹参、红花、牡丹皮活血化瘀;枳壳、香附理气调经。在此基础上可根据患者的兼夹症状加减用药。丹参注射液归来穴注射是笔者多年的临床心得。丹参注射液由中药丹参提取制成,功效活血化瘀,局部用药操作简单,利于推广,无副作用。归来穴是足阳明胃经在下腹部的重要穴位。胃为水谷之海,冲为血海隶属阳明,归来穴与生殖系统疾病关系密切,故常被用于治疗月经不调、附件炎、痛经、闭经等生殖系统疾病。穴位药物注射具有穴效药效两者结合,产生本穴主治和药物主治的叠加效应^②,以丹参注射液为主归来穴注射可起到更好的活血化瘀作用。妇科灌肠液方中苏木、延胡索、没药、赤芍活血化瘀;毛冬青、黄柏、败酱草清热解毒。诸药合用,共奏活血化瘀、清热解毒之效。利用直肠血管神经、淋巴丰富的特点,保留灌肠局部药物浓度高,直达病灶,简单、安全、有效。

值得一提的是,本研究对照组的临床疗效总有效率为48.0%,但宫内妊娠率仅为8.0%,说明常规输卵管通液术即使能疏通输卵管,在提高妊娠率上仍差强人意。虽然输卵管性不孕的基本病机为瘀血阻滞、胞络不通,但与肾气虚弱、痰浊内停、肝气郁结、湿热蕴结等不无关系。妊娠的机理与肾气、天癸、冲任气血密切相关,肾气实,任通冲盛,月经正常,阴阳相合,阴施阳化,乃成胎孕。因此,要提高妊娠率,

除了恢复输卵管功能,还应根据中医学整体观与辨证论治的原则,既应采用综合方法,调整患者整体状态;又要针对不同的兼夹证,采取个体化调治。比如在中药内服治疗上,在血瘀证基本方中根据患者的兼夹症候随证加减。本研究在常规输卵管通液术基础上运用活血化瘀综合疗法,大大提高了总有效率与妊娠率。在治疗输卵管性不孕中,运用现代医学先进检测手段进行诊断,采用中西医结合疗法,充分发挥中西医的长处,应当成为我们积极探索与研究的方向。

笔者认为,治疗本病应辨证与辨病相结合。临床上应该在辨证基础上重视辨病用药,寻求专病专方,选择有针对性的方和药,以提高临床疗效。比如本院制剂妇科灌肠液就是本院的专科专药,在中药内服辨证等基础上运用此制剂治疗,事半功倍。此外,将传统中医中药和现代的治疗技术联系起来,多途径运用,如穴位注射、直肠给药,都为中医药治疗本病提供了更多的途径。临床观察结果显示,活血化瘀综合疗法可提高患者的临床疗效及宫内妊娠率,疗效优于常规的输卵管通液术治疗,值得进一步运用和研究。

[参考文献]

- [1] 严晓,孙晓溪.输卵管因素不孕的诊断及治疗策略[J].国际生殖健康/计划生育杂志,2008,27(2):70-73.
- [2] 黄健玲,李丽芸.不孕症中西医结合治疗[M].北京:人民卫生出版社,2006:305.
- [3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则:第1辑[S].1993:276-279.
- [4] 熊晓英,谢丽莎,刘娟.无痛通液术诊治输卵管阻塞性不孕中的应用[J].现代妇产科进展,1999,8(3):280-281.
- [5] 何间欢.中西医结合治疗输卵管不孕症174例临床观察[J].广东医学院学报,2003,21(2):166-168.
- [6] 诸毅晖,陈玉华.论八位注射的穴药效应[J].中国针灸,2005,25(1):46.

(责任编辑:冯天保)