

通管助孕汤配合导管扩通术治疗阻塞性不孕症 30 例临床观察

张晓春¹ 杨菊芳² 黄永杰²

摘要 目的:观察中药内服与直肠滴注给药配合导管扩通术治疗输卵管阻塞性不孕症的疗效。方法:52 例输卵管阻塞性不孕症患者分为中药组 30 例和西药组 22 例,中药组以通管助孕汤内服与直肠滴注方直肠滴注给药,X 线下输卵管导管扩通术治疗,西药组在导管扩通术同时给予地塞米松、玻璃酸酶,比较两组扩通术后再粘连、妊娠率方面的差异。结果:中药组、西药组导管扩通有效率分别为 96.5% 和 95.12%,中药组再粘连率 10.7%,妊娠率 53.3%,西药组再粘连率 17.9%,妊娠率 27.2%。两组再粘连率和妊娠率有显著性差异($P<0.01$)。结论:导管扩通术治疗阻塞性不孕症疗效直观可靠,与中药内服、直肠滴注治疗联合应用可有效减少输卵管再粘连,提高妊娠率。

主题词 输卵管阻塞/中西医结合疗法 不育,女性/中西医结合疗法 @ 通管助孕汤

输卵管阻塞性不孕症属于难治性不孕症之一。导管扩通术是比较有效的治疗方法,但是单用此法的再粘连率较高,影响其推广应用。我们用自拟通管助孕汤配合导管扩通术治疗本病,可有效防止术后再粘连并提高妊娠率。现报告如下。

1 临床资料

1.1 入选条件与分组:本组收治 52 例不孕症患者,病程 2~3 年 30 例,4 年 5 例,5 年 6 例,7~10 年 11 例。所有病例均经 X 线子宫输卵管造影证实双侧输卵管阻塞不通,按 Richard Doll 随机分配表分为中药组 30 例(其中 2 例属于宫外孕一侧输卵管切除术后),西药组 22 例(其中 3 例属于宫外孕一侧输卵管切除术后)。两组之间在病程、年龄、阻塞程度方面均无显著性差异,有可比性。

1.2 并发因素:52 例中诊断为原发性不孕症 18 例,继发性不孕症 34 例。中药组排卵障碍 8 例,黄体功能不全 15 例,附件炎性包块 8 例;西药组排卵障碍 8 例,黄体功能不全 8 例,附件炎性包块 6 例。

1.3 术前造影结果:阻塞输卵管按条数统计并根据《临床妇产科子宫输卵管造影学》^[1]的标准确定输卵管

通畅度。I 度:角部梗阻;II 度:峡部梗阻;III 度:伞部梗阻;IV 度:造影液排出输卵管但有粘连,未能到达盆腔;V 度:造影液排出输卵管虽有粘连,但能到达盆腔;VI 度:造影液快速顺利到达盆腔底。经造影证实中药组 I 度 19 条,II 度 7 条,III 度 21 条,IV 度 11 条,V 度 0 条。西药对照组 I 度 7 条,II 度 11 条,III 度 12 条,IV 度 11 条,V 度 0 条。

1.4 辨证分型标准:参照《新药(中药)治疗女性不孕症临床研究指导原则》^[2]中医辨证分型条件,分为肾阳虚证、肾阴虚证、肝郁证、痰湿证、血瘀证。

2 治疗及观察方法

2.1 中药基本方:通管助孕汤由柴胡 10g,枳实 10g,赤芍 12g,丹参 15g,三七粉 3g(冲服),穿山甲 10g,皂角刺 10g,麦冬 10g,路路通 12g,甘草 6g 组成。加减:阴虚加女贞子,旱莲草;肝郁加香附、郁金;痰湿加苍术,茯苓;小腹胀痛加延胡索、小茴香;附件有包块加三棱、莪术。直肠滴注方:丹参 30g,赤芍 30g,透骨草 15g,三棱 15g,枳实 15g,皂角刺 15g,当归 15g,乳香 10g,没药 10g。

2.2 材料:输卵管同轴导管导丝为澳大利亚 William A Cook 公司提供,导管直径单位为 Frenchscal 简称“F”,真空吸杯式子宫导管。

2.3 扩通术及中药治疗:两组病人均行输卵管导管扩通术。术前均行妇科检查及血常规、阴道分泌物清洁度检查,除外经阴道手术禁忌症。手术时间为月经干净后 3~5 天。术前 30 分钟肌肉注射阿托品注射剂 0.5mg,患者取膀胱截石位常规消毒后,将真空吸杯式子宫导管经阴道固定于子宫颈部,在 X 线透视下,依次从子宫放入 9F、5.5F 导管,在直径 0.03in J 型导丝引导下,将 5.5F 导管放入输卵管子宫开口处,撤去导丝,放入 3F 导管和 0.015 超软导丝,借助超软导丝的扩张分离作用和生理盐水的冲洗作用,使输卵管再通至伞端,撤出 3F 导管和超软导丝,注入造影剂,观察输卵管形态、通畅度、造影剂行走及在盆腔的弥散情况。

在进行扩通术同期,中药组口服通管助孕汤,每日 1 剂,治疗 2 周;术后中药直肠滴注治疗,直肠滴注方浓煎 200ml,药液温度在 38~40℃,用一次性肠管与输液管对接后经肛门缓慢插入直肠,深约 10~15cm,30 分钟内滴完药液,保留灌肠 4~5 小时以上,每日 1 次,治

基金项目:广西柳州市科委攻关课题(95169)

1 广西中医学院第一附属医院妇产科,南宁市园湖路 2 号(530023)

2 广西柳州市中医院

收稿日期:2002-12-30;修回日期:2003-02-10

疗10天,注意药液温度,避免过冷过热。西药对照组在术后第2~3天宫腔内注射地塞米松5mg、玻璃酸酶1500U,加0.9%NaCl注射剂20ml,隔日1次,共3次。

导管扩通术后第2个月经周期开始,嘱病人择期同房,争取怀孕,如治疗后6个月仍无怀孕者再次造影检查。再次造影Ⅲ度以下者再行导管扩通术。Ⅳ度者不再行扩通术。中药组月经间期依上述方法,通管助孕汤与直肠滴注方联合治疗3个月后停用直肠滴注治疗,以通管助孕汤为主加减治疗。西药组月经净后3~5天,用上述药物输卵管通液治疗2次,连续3个月终止通管治疗,进行促排卵治疗,并寻找其它不孕因素对症处理。Ⅴ、Ⅵ度病人中药组以通管助孕汤为主方辨证施治,西药组促排卵治疗。通管治疗期间不采取其它治疗方法。

组间比较用卡方检验。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:根据输卵管通畅度确定疏通疗效。显效:Ⅵ度;有效:Ⅴ度;无效:Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ度。据此决定扩通有效率和再粘连率。参照《中药(新药)治疗女性不孕症临床研究指导原则》,以2年内受孕为治疗终点,计算妊娠率。

3.2 证候统计:本组资料中有血瘀证特征者40例,占全部病例的76%,表现有肝郁者27例,占全部病例的51%,有痰湿内阻特征者12例,占全部病例的20%,无单纯肾阳虚、肾阴虚证候出现。

3.3 扩通治疗有效率与再粘连率:两组扩通术结果见表1。两组扩通有效率无显著性差异($P>0.05$)。两组中合并有炎性包块14例,扩通术前后无特殊不适,血常规无异常变化。

表1 扩通治疗后输卵管通畅度组间比较(条)

组别	输卵管数	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅳ度	Ⅴ度	Ⅵ度	有效率
中药组	58	0	0	0	2	14	42	96.5%
西药组	41	0	0	0	2	10	29	95.12%

表2 扩通治疗后输卵管再粘连率组间比较(条)

组别	输卵管数	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅳ度	Ⅴ度	Ⅵ度	再粘连率
中药组	56	0	0	0	6	11	39	10.7%
西药组	39	1	0	3	3	10	22	17.9%

3.4 再粘连率:中药组造影复查28例,西药组造影复查21例,再粘连率组间比较见表2。两组再粘连率有显著性差异($P<0.01$),中药组低于西药组。

3.5 妊娠率:中药组妊娠16例,其中6个月内妊娠1例,6个月~1年内妊娠15例,妊娠率53.3%,西药组

妊娠6例(其中6个月妊娠1例,6个月至1年内妊娠5例),妊娠率27.2%,组间比较差异有显著性($P<0.01$)。中药组排除其它不孕因素的8例外,全部受孕。西药组排除其它不孕因素的6例外,4例受孕。两组均无异位妊娠及流产。

4 讨论

输卵管阻塞性不孕症治疗的关键是疏通管腔,并促使卵子排出,造成受孕的条件。根据国内大多数医家的认识,阻塞性不孕症的基本病机以瘀阻胞宫,冲任不通为多,本组资料中属瘀阻胞宫者占76%,肝郁占51%,部分病人表现有痰湿内阻,与国内多数人的研究一致^[3]。我们认为,阻塞性不孕症的基本病机是以血瘀为基本环节,兼有肝郁气滞或痰湿内阻,以标实为主,因此,在四逆散基础上加味组成通管助孕汤。方中四逆散疏肝解郁,升阳化气,调理肝经郁滞而行气活血,有促使输卵管功能恢复促进排卵的作用^[4];辅以三七粉、丹参活血化瘀;佐麦冬养阴以防诸药之燥气;穿山甲、皂角刺、路路通疏通络脉为使。诸药合用,共奏行气、活血、通络之功,去胞宫之瘀阻,使气机调畅而冲任得通。

X线下导管扩通术治疗输卵管阻塞性不孕症,操作方法虽然有一定难度,但相对无创而安全,扩通管腔的疗效肯定,费用低,适合于在基层医院开展,缺点是术后如不采取有效措施可形成再粘连,据报道再粘连率可达到28%^[5]。由于输卵管阻塞性不孕症病人往往合并存在其它导致不孕的因素,如单纯应用本方法治疗,其疗效受限,防止术后再粘连是应用本方法的关键措施之一。我们借鉴用中药水煎剂直肠滴注治疗盆腔疾病的方法,在内服药物治疗的同时,配合化瘀通络、软坚散结的直肠滴注方给药,方中以散结通络的皂角刺、透骨草配破血消积的乳香、没药、三棱起到改善盆腔血液循环,促使炎症消散的作用,丹参、赤芍、当归与枳实相配则养血活血、行气通络,可调节输卵管功能,有效防止再粘连。直肠滴注给药方法简便安全,减少宫腔感染机会,病人容易接受,临床上易于推广。

参考文献

- 杨柯,戚延龄主编.临床妇科子宫输卵管造影学.天津:天津人民出版社,1974;44-45.
- 王净净,龙俊杰主编.中医临床病证诊断疗效标准.长沙:湖南科学技术出版社,1993;373-375.
- 王忠民,刘茜.中药方为主治疗输卵管疾患不孕的临床研究及其思路.中医药信息,1995,12(1):18-20.
- 张晓春.归肾丸合四逆散治疗排卵障碍性不孕症59例.山东中医杂志,2002,21(7):404-405.
- Lang EK, Dunaway HE Jr, Roniger WE. Selection ostal salpinfograph and transvaginal catheter dilation in the diagnosis and treatment of fallopian tube obstruction. AJR, 1990, 151(4):735-738.