

• 临床报道 •

新通管方联合介入术治疗输卵管阻塞性不孕症 80 例

朱 琰¹ 李 强² 张勤华¹ 李 晶¹ 齐 聪^{1*}

(1. 上海中医药大学附属曙光医院妇科, 上海市普安路 185 号, 200021; 2. 上海市浦东新区妇幼保健院放射科)

基金项目: 上海市重点学科建设项目(S30303)

* 通讯作者: qicongxzq@yahoo.com.cn, (021)53827407

[摘要] 目的 观察新通管方联合选择性输卵管造影及输卵管再通术(SSG+FTR)对输卵管阻塞性不孕症的临床疗效和安全性。方法 将 169 例输卵管阻塞性不孕症患者随机分为治疗组 80 例和对照组 89 例。治疗组给予 SSG+FTR 术和口服新通管方, 新通管方每日 1 剂, 分 2 次口服, 每次 200ml; 对照组单纯行 SSG+FTR 手术。观察两组患者的宫内妊娠率、术后妊娠时间、早期流产率及异位妊娠率。结果 治疗组宫内妊娠率明显优于对照组($P < 0.05$)。治疗组第 1 疗程及第 3 疗程宫内妊娠率明显高于对照组($P < 0.05$)。两组早期流产率及异位妊娠率差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗期间未见明显不良反应。结论 新通管方联合 SSG+FTR 术后可提高输卵管阻塞性不孕症患者的宫内妊娠率, 缩短妊娠时间, 未见有明显不良反应。

[关键词] 新通管方; 不孕症; 选择性输卵管造影; 输卵管再通术; 输卵管阻塞

选择性输卵管造影及再通术(SSG+FTR)对输卵管阻塞有较高的再通率, 但宫内妊娠率偏低^[1-2], 且术后随着时间延长容易再阻塞^[3]。通管方由上海中医药大学附属曙光医院已故庞泮池教授经“桃红四物汤”、“乌贼骨一蓆茹丸”化裁而成, 具有补肾活血、消癥通络的功效, 主治输卵管炎、子宫内膜异位症、盆腔炎等造成的输卵管阻塞性不孕症^[4]。动物实验证实通管方具有抗输卵管炎症作用^[5]。齐聪教授根据多年临床经验在通管汤基础上化裁为新通管方, 本研究对该方联合 SSG+FTR 术治疗输卵管阻塞性不孕症患者进行疗效观察。

1 临床资料

1.1 一般资料

病例来源于 2010 年 3 月至 2011 年 3 月在上海市浦东新区妇幼保健院行子宫输卵管造影(HSG)后诊断为输卵管阻塞的不孕症患者 200 例, 根据随机数字表分为两组, 期间剔除 31 例(治疗组 20 例, 对照组 11 例), 实际入组 169 例。治疗组 80 例, 年龄 21~39 岁, 平均(29.06±3.97)岁; 不孕时间 1~12 年, 平均(3.06±2.76)年; 原发不孕 30 例, 继发不孕 50 例; 异位妊娠史 7 例, 输卵管阻塞 154 侧, 其中完全阻塞 32 侧, 不完全阻塞 122 侧, 复通 144 侧, 复通率 93.51%。对照组 89 例, 年龄 21~38 岁, 平均(29.65±4.04)岁; 不孕时间 1~14 年, 平均(3.80±3.16)年; 原发不孕 26 例, 继发不孕 63 例; 异位妊娠史 12 例, 输卵管阻塞 173 侧, 其中完全阻塞 31

侧, 不完全阻塞 142 侧, 复通 170 侧, 复通率 98.27%。两组临床资料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《妇产科放射介入治疗学》^[6]及《妇产科学》^[7]拟定: ①育龄期妇女有正常性生活, 男性生殖功能正常, 未避孕 1 年未妊娠者; ②辅助检查 HSG 示输卵管不通畅、阻塞或积水。

1.3 纳入标准

符合诊断标准; 年龄 20~40 岁; 具有 SSG+FTR 手术指征(HSG 示输卵管不通畅); 阻塞部位为间质部、峡部及壶腹部近端; 非结核性输卵管阻塞者; 非重度盆腔粘连、严重子宫角部闭塞、输卵管积水、结扎者; 非子宫、输卵管先天发育畸形, 肿瘤、息肉者; 非发热、生殖器急性炎症或慢性炎症急性发作及心肾功能不全者; 碘过敏试验阴性; 无阴道出血、非经期患者(月经干净 3~7 天且经净后无性生活患者)。

1.4 排除标准

生殖系统先天性生理缺陷、畸形、肿瘤等器质性病变及排卵障碍因素; HSG 未发现输卵管积水, 术后发现有积水; 无随访条件者; 术后未能复通者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组行 SSG+FTR 术。在 X 线透视监视下, 将 5F 导管经患者宫颈插入宫腔至输卵管开口处注

入造影剂,若造影剂弥散盆腔佳,则已再通。若未再通,经 5F 导管置入 3F 微导管及 0.018 英寸的导丝进入输卵管近段,缓慢推送导丝并反复抽送,退出微导丝再次注入造影剂,明确通畅度。经微导管向输卵管腔内缓慢注入含克林霉素、地塞米松、糜蛋白酶的生理盐水。术后密切观察有无阴道出血、腹痛等情况并及时处理。再通术后予克林霉素和甲硝唑治疗 3 天。术后常规避孕 1 个月后再行宫腔通液 1 次检查治疗效果。

治疗组 SSG+FTR 术后口服新通管方(桃仁 9g,红花 6g,当归 12g,白芍 12g,川芎 9g,丹参 12g,皂角刺 15g,路路通 12g 等)。新通管方由上海中医药大学附属曙光医院中药房代煎,每日 1 剂,分 2 次口服,每次 200ml。3 个月为 1 个疗程,连续用药 3 个疗程。

2.2 观察指标及方法

观察患者的宫内妊娠率、术后妊娠时间、早期流产率(早期流产人数/宫内妊娠人数)及异位妊娠率和药物不良反应情况。

术后第 3、6、9 个月电话随访,统计妊娠结局。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参考文献[8]拟定。有效:术后 3 个疗程内宫内妊娠;无效:术后 3 个疗程未妊娠。

3.2 两组患者临床疗效比较

表 1 示,治疗组有效 37 例,无效 43 例,有效率(即总妊娠率)为 46.25%;对照组有效 28 例,无效 61 例,有效率为 31.46%,治疗组有效率显著高于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组患者各疗程宫内妊娠率比较

表 1 示,治疗组第 1 疗程及第 3 疗程宫内妊娠率显著高于对照组($P<0.05$);两组第 2 疗程比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组患者各疗程宫内妊娠率比较[例(%)]

组别	例数	第 1 疗程	第 2 疗程	第 3 疗程	总妊娠率
治疗组	80	25(31.25)	7(8.75)	5(6.25)	37(46.25)
对照组	89	15(16.85)	13(14.61)	0	28(31.46)

3.4 两组患者早期流产率及异位妊娠率比较

表 2 示,两组早期流产率及异位妊娠率比较差异无统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者早期流产率及异位妊娠率比较[例(%)]

组别	例数	早期流产率	例数	异位妊娠率
治疗组	37	3(8.11)	80	1(1.25)
对照组	28	3(10.71)	89	2(2.25)

3.5 不良反应

患者在口服新通管方期间,未见有皮疹、痤疮、腹泻等明显不良反应。

4 讨论

SSG+FTR 术治疗输卵管阻塞再通率高,副作用较小,经济方便,是目前较为可行的西医治疗方法,但存在低妊娠率的问题。

输卵管阻塞性不孕症属于中医“无子”、“断绪”、“癥瘕”等范畴。证属肾虚血瘀,冲任瘀阻。新通管方中桃红四物汤养血活血为君药,皂角刺消肿散结排脓;路路通理气通络,二者相伍加强活血通络之效为臣药;丹参等益气养血,共为佐药。全方补肾活血,软坚散结,药性平和,适宜久服。

本研究结果提示,新通管方能提高介入术后患者的宫内妊娠率,缩短妊娠周期,恢复输卵管功能。

参考文献

- [1]Camuzcuoglu H, Yildirim Y, Sadik S, et al. Comparison of the accuracy of hysteroscopy and hysterosalpingography in evaluation of the uterine cavity in patients with recurrent pregnancy loss [J]. Gynecol Surg, 2005, 2(3): 159-163.
- [2]鲍平方. 输卵管介入再通术与传统输卵管加压通液治疗输卵管阻塞疗效比较[J]. 咸宁学院学报(医学版), 2011, 25(2): 136-137.
- [3]鲁琳, 严英, 王霞, 等. 输卵管阻塞性不孕介入再通术后通畅率的相关因素初步分析[J]. 新中医, 2011, 43(5): 84-86.
- [4]施志经. 妇科名家庞泮池学术经验集[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2004: 167.
- [5]李玲. 中医辨证治疗输卵管炎性阻塞性不孕的临床研究[J]. 中医杂志, 1985, 26(8): 35-38.
- [6]陈春林, 刘萍. 妇产科放射介入治疗学[M]. 北京: 人民卫生医学出版社, 2003: 254-255.
- [7]乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 351.
- [8]王曼, 俞瑾, 钱祖洪. 子宫内膜异位症、妊娠高血压综合征及女性不孕症的中西医结合诊疗标准[J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(6): 376-379.

(收稿日期: 2012-04-13; 修回日期: 2012-07-13)

[编辑: 王利芬]