

宫腹腔镜配合中药治疗输卵管性不孕的临床研究*

李晓玲, 李 萍, 施德丽, 张 菊, 郑秋萍, 郭 红, 张丽娟, 高 芳, 何玉宁

(玉溪市中医医院, 云南玉溪 653100)

〔摘 要〕目的:口服中药及中药保留灌肠在治疗盆腔炎性疾病导致输卵管阻塞性不孕的研究。方法:应用宫腔镜、腹腔镜检查及治疗后确诊为盆腔炎性疾病导致输卵管阻塞性不孕患者 107 人,随机分成手术组 37 人(A 组)、手术+口服中药组 30 人(B 组)、手术+口服中药+中药保留灌肠组 40 人(C 组)。结果:C 组的宫内妊娠率(55.00%)高于 A 组(13.51%)、B 组(23.33%);A 组与 B 组宫内妊娠比较差异无显著性($P>0.05$),A 组与 C 组宫内妊娠比较差异有极显著性($P<0.01$),B 组与 C 组宫内妊娠比较差异有显著性($P<0.05$)。结论:对盆腔炎性疾病导致输卵管阻塞性不孕的患者,宫腹腔镜手术治疗后配合口服中药及中药保留灌肠之疗效优于单纯宫腹腔镜手术或宫腹腔镜手术配合口服中药治疗者。

〔关键词〕宫腔镜;腹腔镜;千金膏;清热调血汤;不孕;输卵管阻塞

中图分类号:R271.14 文献标志码:A 文章编号:1000—2723(2011)01—0035—04

2005 年 8 月—2010 年 1 月应用电视腹腔镜联合宫腔镜治疗盆腔炎性疾病导致输卵管阻塞性不孕症 110 例,随访病例资料完整的 107 例,失访 3 例,现回顾性分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

课题组在 2005 年 8 月—2010 年 1 月,应用宫腔镜、腹腔镜检查后确诊为盆腔炎性疾病导致的输卵管阻塞性不孕患者 107 人,其中原发不孕 35 人,继发不孕 72 人,不孕年限 2~16 年,年龄 27.8 ± 2.32 岁(22~40 岁),月经正常,术前经过输卵管通液治疗、宫腔碘油造影提示输卵管阻塞;男性检查精液常规正常;心、肺、肝、肾等脏器功能检查正常。宫腔镜检查宫腔形态正常,输卵管开口可见。107 人随机分成宫腹腔镜手术组 37 人(A 组)、宫腹腔镜手术+口服中药清热调血汤加减组 30 人(B 组)、宫腹腔镜手术+口服中药清热调血汤加减+中药千金膏保留灌肠组 40 人(C 组)。

1.2 治疗方法

1.2.1 腹腔镜诊断

腹腔镜下见输卵管伞端粘连、闭锁,或输卵管周围粘连、扭曲、伞端闭锁或输卵管积水导致双侧

输卵管不通,或只有一条输卵管(既往因手术切除另一条输卵管)且不通者,诊断为输卵管阻塞性不孕。

宫腔镜诊断 经宫腔镜检查见输卵管开口,无颈管及宫腔粘连、无宫腔内病变(粘膜下肌瘤、宫腔粘连、子宫内膜息肉、先天性子宫畸形、宫腔内异物)。

1.2.2 手术方法

手术中常规行腹腔镜探查,对盆腔有粘连者,用等离子双极电凝松解粘连,尽量使输卵管充分游离,恢复正常解剖状态,术中尽量避免损伤输卵管浆膜层,以减少术后粘连,对于输卵管远端闭锁积水者,行造口术。术中止血彻底,反复用 0.9% 氯化钠冲洗手术创面,并吸尽冲洗液。经宫腔镜检查见输卵管开口,子宫腔无颈管及宫腔粘连、无宫腔内病变(粘膜下肌瘤、宫腔粘连、子宫内膜息肉、先天性子宫畸形、宫腔内异物)。双腔管经宫腔用稀释亚甲蓝液行输卵管通液提示双侧或单侧输卵管再通成功。

1.2.3 手术中输卵管状态评级

参考来佩琨主编的《妇科疾病诊断标准》中对外周输卵管闭塞时输卵管损害的分级方法,对输

* 收稿日期:2010—12—02 修回日期:2010—12—22

作者简介:李晓玲(1963~),女,云南江川人,主任医师,主要从事妇科临床工作。

卵巢状态进行评级^[1]，Ⅰ级：①输卵管积水 < 15mm^f；②输卵管伞外翻；③无输卵管周围粘连；④无肌层纤维化。Ⅱ级：①输卵管积水 > 15mm^f；②输卵管伞部分保留；③输卵管周围粘连，不固定；④肌层轻度纤维化。Ⅲ级：①输卵管积水 > 30mm^f；②输卵管伞包埋，分离后见伞端皱壁缺失 < 1/2；③输卵管部分固定；④肌层中度纤维化。Ⅳ级：①输卵管积水 > 30mm^f；②无输卵管伞或输卵管伞包埋，分离后见伞端皱壁缺失 > 1/2 或完全消失；③输卵管固定；④肌层明显纤维化。

1.2.4 中药治疗

B、C 组在术后第 2 天，口服中药清热调血汤加减，每日 1 剂，连服 15d；C 组在下次月经干净的第 3 天开始，用中药千金膏保留灌肠（本院制剂室生产成品药 200mL 1 瓶），每日 1 次，10d 为 1 疗程。经期停用。

清热调血汤的药物组成为：赤白芍、丹皮、当归、川芎、生地、元胡、香附、败酱草、苡仁、土茯苓、萆薢。千金膏的药物组成为毛冬青、黄芪、萆薢、莪术。

1.2.5 随访时间

随访时间为 6 ~ 60 个月，平均 16.6 个月。

1.2.6 统计学方法

采用 SPSS11.0 统计软件包进行统计分析， χ^2 检验。

2 结果

2.1 一般资料

手术组（A 组）、手术后口服中药组（B 组）、手术后口服中药及中药保留灌肠组（C 组）3 组病人的年龄、原发不孕和继发不孕例数，3 组比较差异无统计学意义（ $\chi^2 = 0.0074$ ， $P > 0.05$ ），资料具有可比性，见表 1。

分组	例数	原发不孕	继发不孕	平均年龄/岁
A 组	37	12	25	28.7
B 组	30	10	20	27.5
C 组	40	13	27	29.4

2.2 手术后妊娠情况

A 组宫内妊娠 5 例、异位妊娠 1 例，未孕 31

例，宫内妊娠率 13.51%；B 组宫内妊娠 7 例、异位妊娠 2 例，未孕 21 例，宫内妊娠率 23.33%；C 组宫内妊娠 22 例，异位妊娠 5 例，未孕 13 例，宫内妊娠率 55.00%。3 组宫内妊娠比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 22.76$ ， $P < 0.01$ ）。其中，A 组与 B 组宫内妊娠比较，差异无统计学意义（ $\chi^2 = 1.88$ ， $P > 0.05$ ）；A 组与 C 组宫内妊娠比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 20.65$ ， $P < 0.01$ ）；B 组与 C 组宫内妊娠比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 9.69$ ， $P < 0.05$ ）。见表 2。

分组	例数	宫内妊娠	异位妊娠	未孕	宫内妊娠率/%
A 组	37	5	1	31	13.51
B 组	30	7	2	21	23.33
C 组	40	22	5	13	55.00

2.3 A 组输卵管分级结果及妊娠结局

I ~ II 级 20 例，其中宫内妊娠 5 例、异位妊娠 1 例、未孕 14 例，宫内妊娠率 25.00%；III ~ IV 级 17 例，其中宫内妊娠 0 例，异位妊娠 0 例，未孕 17 例，宫内妊娠率 0%，两组宫内妊娠比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 6.09$ ， $P < 0.05$ ）。见表 3。

分级结果	例数	宫内妊娠	异位妊娠	未孕	宫内妊娠率/%
I ~ II 级	20	5	1	14	25.00
III ~ IV 级	17	0	0	17	0
合计	37	5	1	31	13.51

2.4 B 组输卵管分级结果及妊娠结局

I ~ II 级 11 例，宫内妊娠 7 例，异位妊娠 2 例，未孕 2 例，宫内妊娠率 63.64%，III ~ IV 级 19 例，宫内妊娠 0 例，异位妊娠 0 例，未孕 19 例，妊娠率 0%，两组宫内妊娠比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 22.21$ ， $P < 0.01$ ）。见表 4。

2.5 C 组输卵管分级结果及妊娠结局

I ~ II 级 14 例，其中宫内妊娠 9，异位妊娠

2, 未孕 3, 宫内妊娠率 64.29%; Ⅲ~Ⅳ级 26 例, 其中宫内妊娠 13 例, 异位妊娠 3 例, 未孕 11 例, 宫内妊娠率 50.00%。两组比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2=1.53, P>0.05$)。见表 5。

表 4 B 组输卵管分级结果及妊娠结局

分级结果	例数	宫内妊娠	异位妊娠	未孕	宫内妊娠率/%
I - II 级	11	7	2	2	63.64
Ⅲ - IV 级	19	0	0	19	0
合计	30	7	2	21	23.33

表 5 C 组输卵管分级结果及妊娠结局

分级	例数	宫内妊娠	异位妊娠	未孕	宫内妊娠率/%
I - II 级	14	9	2	3	64.29
Ⅲ - IV 级	26	13	3	10	50.00
合计	40	22	5	13	55.00

2.6 A 组、B 组、C 组输卵管状态评级为 I - II 级的比较

A 组与 B 组宫内妊娠比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=7.70, P<0.05$); A 组与 C 组比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=7.77, P<0.05$); B 组与 C 组比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2=0.091, P>0.05$)。见表 6。

表 6 A 组、B 组、C 组输卵管状态评级为 I - II 级比较

分组	例数	宫内妊娠	异位妊娠	未孕	宫内妊娠率/%
A 组	20	5	1	14	25.00
B 组	11	7	2	2	63.64
C 组	14	9	2	3	64.29

2.7 A 组、B 组、C 组输卵管状态评级为 Ⅲ - IV 级比较

A 组与 B 组宫内妊娠比较没有意义, A 组与 C 组宫内妊娠比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=12.95, P<0.01$), B 组与 C 组宫内妊娠比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=17.26, P<0.01$)。见表 7。

表 7 A 组、B 组、C 组输卵管状态评级为 Ⅲ - IV 级比较

分组	例数	宫内妊娠	异位妊娠	未孕	宫内妊娠率/%
A 组	17	0	0	17	0
B 组	19	0	0	19	0
C 组	26	13	3	10	50.00

3 讨论

3.1 输卵管阻塞与不孕

在自然受精的过程中, 输卵管起着重要的通路作用。当卵子从卵泡中排出后, 输卵管蠕动使伞端接近卵巢, 靠其突触触及上皮细胞的纤毛摆动来捕捉卵细胞进入输卵管后完成受精及运送至宫腔。病变后的输卵管, 其伞端解剖组织的完整对恢复输卵管的功能及与卵巢的结构关系具有至关重要的作用。

盆腔炎性疾病 (pelvic inflammatory disease, PID) 指女性上生殖道及其周围结缔组织、盆腔腹膜的炎症, 主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎。炎症可局限于一个部位, 也可同时累及几个部位, 最常见的是输卵管炎、输卵管卵巢炎, 若盆腔炎性疾病未得到及时正确的治疗, 可能会形成盆腔炎性疾病后遗症, 主要病理改变为组织破坏、广泛粘连、增生及瘢痕形成导致: ①输卵管阻塞、输卵管增粗; ②输卵管卵巢粘连形成输卵管卵巢肿块; ③若输卵管伞端闭锁、浆液性渗出物聚积, 形成输卵管积水或输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿的脓液吸收, 被浆液性渗出物代替形成输卵管积水或输卵管卵巢囊肿; ④主、骶韧带增生、变厚, 甚至子宫固定。其临床表现为: 不孕、异位妊娠的发生率是正常妇女的 8~10 倍、慢性盆腔痛、盆腔炎性疾病反复发作。由输卵管阻塞导致不孕的患者占女性不孕症的 53.8%^[2], 是目前女性不孕症的主要原因之一, 并且有逐年上升的趋势。

目前, 输卵管阻塞的治疗方法, 主要是通过宫腹腔镜手术, 但术后妊娠率国内外报道的为 21.7%~24.5%^[3-5], 本资料对照组 (A 组) 术后宫内妊娠率为 13.51%, 低于文献报道, 但 A 组输卵管分级为 I~II 级的宫内妊娠率为 25.00%, 输卵管分级为 Ⅲ~Ⅳ级的患者无妊娠, 与文献报道的一致^[6]。

3.2 中医辨证论治^[7]

本课题收集病例中医辨证为湿热瘀结型，以下腹痛，带下量多，色黄，口干口苦，胸闷纳呆，小便黄短，大便干结，舌质黯红，有瘀点瘀斑，苔黄腻，脉弦数或濡数为主证；治以清热利湿，活血化瘀；方选清热调血汤加减治疗。方中丹皮、赤芍清热凉血、活血化瘀；当归、川芎养血活血、化瘀；生地清热凉血；香附、元胡理气止痛；败酱草、萆薢、土茯苓清热利湿解毒；苡仁清热利湿。

配合千金膏保留灌肠。方中毛冬青清热除湿、活血化瘀、消肿止痛；黄芪补气托表生肌；萆薢利湿；莪术破瘀散瘀、行气止痛。全方合用，补气托表生肌，清热祛风除湿，行气活血通络。

动物实验表明^[8]，术后服用赤芍、丹皮和当归合剂的大鼠，无论粘连构成比、粘连范围、粘连程度、粘连部位的减少均优于对照组。章建朝^[9]等通过临床对照组发现，在腹腔镜复孕术后辅以中药灌肠治疗，治疗组术后复孕率较对照组升高，差异具有统计学意义。

中药直肠给药的优势^[10] 药物经直肠到达盆腔有三条途径：①药物经直肠粘膜吸收后到肝脏，代谢后进入循环。②直肠可吸收药物的 50%，绕过肝脏，从下腔静脉直接进入大循环。③药物可通过直肠粘膜、肠壁，通过与盆腔沟通的淋巴管、毛细血管直接作用于盆腔。

直肠给药方便、安全性好，避免肝脏首过效应，直肠吸收较口服药物生物利用度提高 100%；非口服给药，减少胃肠刺激，避免肝肾不良反应。因此决定了直肠给药更适用于妇科病需长期持续治疗者，与口服药协同作用可增加疗效。

3.3 本资料结果提示

3 组患者的年龄、原发不孕和继发不孕例数比较差异无显著性 ($\chi^2 = 0.0074$, $P > 0.05$)，提示资料具有可比性。

随着输卵管形态、伞端变异、破坏的加深，术后宫内妊娠率逐渐降低，而异位妊娠率相对增加。对于输卵管Ⅲ级以上的患者，由于输卵管管壁增厚、变硬，伞部突触萎缩退变或已消失，其捡拾卵子的功能已受到破坏，不能完成输卵管的通路功能，即使维持其通畅，也很难达到自然受孕的目的，与文献报道一致^[6]。

对于输卵管状态评级为Ⅰ~Ⅱ级的患者，单纯通过手术再通的 A 组宫内妊娠率 25.00%，在术后

及时口服中药清热调血汤加减的 B 组宫内妊娠率 63.64%，两组比较，差异有显著性 ($P < 0.05$)，提示在术后及时口服中药清热调血汤加减就能维持其通畅及功能，明显提高自然妊娠率。对于输卵管状态评级为Ⅲ~Ⅳ级的患者，A 组 17 例、B 组 19 例，共 36 例，无一例妊娠；C 组 26 例患者在手术再通后及时地口服中药清热调血汤加减和中药千金膏保留灌肠后恢复了部分患者的输卵管捡拾卵子的功能并维持其通畅，有 13 例宫内妊娠，但同时异位妊娠的发生率也增加 (3 例)，此组宫内妊娠率 50.00%；C 组Ⅰ~Ⅱ级的患者 14 例，其中宫内妊娠 9 例，宫内妊娠率 64.29%；C 组Ⅰ~Ⅱ级与 C 组Ⅲ~Ⅳ级患者的宫内妊娠相比较差异无显著性 ($P > 0.05$)，提示中药千金膏保留灌肠是恢复输卵管捡拾卵子的功能并维持其通畅的主要药物。

【参考文献】

[1] 来佩琍. 妇科疾病诊断标准 [M]. 北京: 科学出版社, 2001: 280.

[2] 周伟生, 张文字, 蔡欣. 输卵管阻塞病因病理学研究进展 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26 (5): 398-400.

[3] 张四友, 郑敏, 黄淑瑜. 腹腔镜治疗输卵管远端阻塞性不孕症的疗效性分析 [J]. 中国微创外科杂志, 2002, 2 (3): 158-159.

[4] Kasia JM, Raigi J, Doh AS, et al. Laparoscopic fimbrioplasty and neosalpingostomy. Experience of the yaounde general hospital, Cameroon (report of 194 cases) [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1997, 73 (1): 71-77.

[5] Taylor RC, Berkowitz J, Mocomb PF. Role of laparoscopic salpingostomy in the treatment of hydrosalpinx [J]. Fertil Steril, 2001, 75 (3): 594-600.

[6] 黄晋琰, 孙红燕. 腹腔镜下输卵管状态评级对不孕症预后的临床分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23 (7): 436-437.

[7] 罗云坚, 孙塑伦. 中医临床治疗特色与优势指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 524-525.

[8] 陈芳军, 赵青, 王欣. 活血化淤中药预防妇科手术后盆腔粘连的动物实验研究 [J]. 中国实用中西医结合杂志, 2004, 10 (11): 96-98.

[9] 章建朝, 陈晓燕. 腹腔镜手术结合中药灌肠治疗慢性盆腔炎性不孕的体会 [J]. 中国内镜杂志, 2004, 10 (11): 96-98.

[10] 沈明秀. 中医中药治疗盆腔炎性疾病初探 [J]. 中医药在妇产科应用研讨, 2009, (9): 15.

(编辑: 李 平)