

通畅助孕方结合腹腔镜治疗盆腔粘连性不孕的疗效观察*

赵淑媛, 苗晓玲[△], 周晓娜, 杨丽娟, 牛红萍

(云南中医学院, 云南昆明 650500)

摘要:目的 探讨腹腔镜术后结合中药通畅助孕方治疗的临床疗效及其意义。方法 入选确诊为盆腔粘连性不孕病例 60 例,随机分为治疗组(腹腔镜后给予中药通畅助孕方内服治疗)和对照组(单纯腹腔镜治疗),每组 30 例。6 月为 1 个疗程,进行 1 年的随访。结果 治疗组总有效率 96.67%,对照组总有效率 76.67%, $P<0.05$,具有统计学意义。结论 通畅助孕方结合腹腔镜治疗盆腔粘连性不孕有一定临床疗效。

关键词:腹腔镜;盆腔粘连;不孕

中图分类号: R271.14

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2013)05-0049-04

盆腔粘连性不孕是妇科的常见病,本研究纳入 2010 年 5 月—2012 年 9 月的盆腔粘连性不孕病例 60 例进行观察,其中 30 例给予腹腔镜结合中药通畅助孕方治疗并与单纯使用腹腔镜的病例作对照,取得一定疗效。现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 5 月—2012 年 9 月就诊于云南省第一人民医院生殖遗传二科及云南中医学院第一附属医院妇科治疗盆腔粘连性不孕的患者,随机分为治疗组(腹腔镜后给予中药内服)和对照组(单纯腹腔镜),每组 30 例。其中,治疗组年龄 23~32 岁,不孕年限在 1~4 年;对照组年龄 21~32 岁,不孕年限在 1~4 年。2 组在年龄、病程、病情严重程度等方面差异无统计学意义,具可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

1.2.1.1 盆腔粘连诊断标准

参照《中医妇科学》^[1]拟定。由于本研究对象均为腹腔镜术后病例,故以腹腔镜下见以下改变为准: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、浆液性渗出物聚集形成输卵管积水;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盆腔结缔组织表现为主、骶韧带增生、变厚,若病变广泛,可使子宫固定。

1.2.1.2 不孕症的诊断标准

世界卫生组织(WHO)将不孕症定义为:凡婚后性生活正常、未避孕同居 1 年而未受孕者,称为不孕症。其中,从未妊娠者称原发不孕,曾经妊娠而后不孕者称继发不孕。

1.2.2 中医辨证及证候积分标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]和《中医妇科学》^[3]拟定:不孕症瘀滞胞宫兼夹湿热证

婚后不孕,经期延长,经来腹痛,甚或呈进行性加剧,月经量少,经色紫黯,有血块。有时经行不畅、淋漓难净,或经间出血。或下腹隐痛、牵拉痛或腹部包块;或肛门坠胀不适,性交痛;或带下量多色黄质粘稠;舌质紫黯或舌边有瘀点,苔薄白,脉弦或弦细涩。

1.2.2.1 中医症状评分标准 见表 1。

1.2.2.2 局部症状体征评分标准 见表 2。

1.3 纳入标准

①符合西医诊断标准及中医证候分类标准,经腹腔镜行保留生育功能的手术,术中确诊为盆腔粘连且输卵管再通成功者(至少一侧通畅);②育龄期女性,年龄 21~32 岁,病程 1~4 年,有生育要

* 基金项目:云南省教育厅科学研究基金一般项目(NO:2011Y407)

收稿日期:2013-08-29 修回日期:2013-09-16

作者简介:赵淑媛(1981~),女,云南鹤庆人,实验师,中西医结合临床妇科学。

[△]通信作者:苗晓玲,787336341@qq.com

表 1 中医症状评分标准

症状	程度	积分
①下腹疼痛	无:无此症状	0
	轻度:疼痛时作时止	2
	中度:疼痛频繁发作	4
	重度:疼痛持续存在	6
主症 ②腰骶胀痛	无:无此症状	0
	轻度:腰骶酸胀不适	2
	中度:腰骶酸胀疼痛	4
	重度:腰骶胀痛,较难忍受	6
③带下异常	量多	2
	色黄	2
	臭秽	2
①经来腹痛	无:无此症状	0
	轻度:隐痛,不影响日常工作生活	1
	中度:较重,但不影响日常工作及生活,尚能忍耐	2
	重度:影响日常工作及生活,不能忍耐,需服止痛药或卧床	3
次症 ②经期延长	无:无此症状	0
	轻度:偶有发生	1
	中度:经常发生	2
	重度:每次月经均发生	3
③月经量少	无:无此症状	0
	轻度:偶有发生	1
	中度:经常发生	2
	重度:每次月经均发生且有加重趋势	3
④月经色质异常	无:无此症状	0
	轻度:偶有少量血块,色黯	1
	中度:有较多血块,色黯	2
	重度:有较多大血块或纯血块,色紫黑	3

求;③夫妻性生活正常,分居者每年应有半年以上同居时间,且性生活正常;④男方生殖功能正常;⑤签署知情同意书者。

1.4 排除标准

①急性盆腔炎未消退者;②合并有心脑血管、肝、肾和造血系统严重疾病及精神病患者;③有生殖道畸形、内分泌异常、免疫性不孕、排卵功能障碍、子宫肌瘤等可导致不孕的其他因素存在的患者;④患结核病或手术过程中发现子宫内膜异位病灶者;⑤由于男方因素所致不孕者;⑥过敏体质者(有过敏史);⑦根据研究者判断,认为不宜入选者。

表 2 局部症状体征评分标准

局部症状体征	程度	积分
子宫压痛及活动受限	无:无此局部症状体征	0
	轻度:子宫轻压痛和(或)活动轻微受限	2
	中度:子宫明显压痛和(或)活动明显受限	4
	重度:子宫压痛明显伴子宫固定	6
附件区压痛及增厚	无:无此局部症状体征	0
	轻度:输卵管增粗或子宫旁片状增厚、软及压痛(±)	2
	中度:输卵管条索状增粗或子宫旁片状增厚、韧及压痛(+)	4
	重度:一侧或双侧触及囊性包块,活动受限、压痛(+)	6
舌脉	舌质黯红	2
	有瘀点	2
	脉弦或弦涩	2

2 治疗方法

月经干净后 3~7d 行腹腔镜下盆腔粘连分离术,治疗组术后当天即给抗生素氧氟沙星 400mg+甲硝唑 400mg,两者均为统一厂家生产。饭后口服,每日 2 次,连用 14d 停药。术后 3~4d 出院,次月月经干净后开始服用中药通畅助孕方,治疗期间于每月月经周期第 9d 开始用 B 超监测卵泡发育及排卵,2 天 1 次,直到卵泡排出为止,指导患者于排卵前后 1~2d 内性生活,受孕后即停药,如未受孕,则下个月经周期经净后又重复上述治疗。

通畅助孕方煎服法:冷水浸泡 30min 后煎药,每剂煎 4 次,每次取 150mL,将 4 次所得药液混合共 600mL,浓缩取 400mL,每次 100mL,饭后温服,每日 2 次,连续服 6d 即停药,连服 6 月为 1 个疗程。

对照组术后当天即给抗生素同治疗组,术后 3~4d 出院,出院后监测排卵指导受孕同治疗组。

术后每月进行门诊或电话随访;妊娠者停经 45d 以后行产科 B 超检查,监测妊娠情况;未妊娠者第 1 个疗程结束后进行证候积分调查问卷评分,第 2 个疗程结束后进行输卵管通畅情况的检查。

疗效判定:综合疗效判定标准(根据《中药新药临床研究指导原则》^[2]、《中医病症诊断疗效标准》^[4]拟定:治愈:术后 1 年内正常妊娠。显效:术后 1 年内未妊娠或非正常妊娠(异位妊娠、自然流产),经子宫输卵管造影示双侧输卵管通畅程度明显改善,小腹疼痛等症状明显改善,症状、体征积分和减少,

其指数为 $N \geq 70\%$. 有效:术后 1 年内未妊娠或非正常妊娠(异位妊娠、自然流产),经子宫输卵管造影示双侧输卵管通畅程度有所改善,或小腹疼痛等症状有所改善,症状、体征积分和减少,其指数为 $30\% \leq N < 70\%$. 无效:术后 1 年内未妊娠,经子宫输卵管造影示双侧输卵管通畅程度无改善,小腹疼痛等症状无减轻或有加重,症状、体征积分和减少,其指数为 $N < 30\%$. 症状、体征积分疗效指数 $N = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$.

3 治疗结果

3.1 总疗效

表 3 两组综合疗效比较

组别	n(%)			
	治愈	显效	有效	无效
治疗组	11(36.67)	1(3.33)	17(56.67)	1(3.33)
对照组	6(20.00)	0(0.00)	17(56.67)	7(23.33)

注:两组综合疗效比较,用 Mann-Whitney U 检验, $P = 0.022$, $P < 0.05$,其差异有统计学意义,治疗组总有效为 29 例,占 96.67%;对照组总有效为 23 例,占 76.67%,治疗组总体疗效优于对照组。

3.2 两组正常妊娠情况比较

表 4 两组正常妊娠情况比较

组别	例数	正常妊娠	t	P
治疗组	30	11(36.67)	-2.316	0.024
对照组	30	5(16.67)		

注:两组正常妊娠情况比较,经 t 检验, $t = -2.32$, $P = 0.024$, $P < 0.05$,差异有统计学意义,治疗组治疗效果优于对照组。

3.3 两组未妊娠者治疗前、后输卵管通畅情况比较

表 5 两组未妊娠者治疗前、后输卵管通畅情况比较 n(%)

组别	输卵管数	通畅		通而不畅		堵塞	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	38	32	19	2	7	4	12
		84.21%	50.00%	5.26%	18.42%	10.53%	31.58%
对照组	50	40	16	2	9	8	25
		80.00%	32.00%	4.00%	18.00%	16.00%	50.00%

注:两组未妊娠者治疗前输卵管通畅情况比较,经 χ^2 检验, $F = 1.140$, $P = 0.565$, $P > 0.05$,其差异无统计学意义,具可比性;治疗组和对照组未妊娠者治疗后复查输卵管通畅情况,通畅率和堵塞率的比较经 χ^2 检验, $F = 7.967$, $P = 0.019$, $P < 0.05$,其差异有统计学意义,治疗后治疗组的输卵管通畅情况优于对照组。

3.4 治疗组治疗前、后中医证候积分情况比较

表 6 治疗组治疗前、后中医证候积分情况比较($\bar{x} \pm s$)

症状体征	治疗组		t	P
	治疗前	治疗后		
少腹痛	2.67±1.60	1.73±1.64	2.841	0.008
腰骶痛	3.00±1.88	1.60±1.92	5.460	<0.001
带下异常	3.07±1.87	1.93±1.86	4.001	<0.001
经来腹痛	1.67±1.03	1.13±1.04	3.395	0.002
月经周期紊乱	1.77±0.90	0.67±0.84	6.279	<0.001
月经量异常	1.40±1.04	0.80±0.85	2.693	0.012
月经色质异常	1.63±1.07	0.97±0.89	4.325	<0.001
宫体压痛	1.93±2.07	1.20±1.79	2.362	0.025
附件区压痛	2.20±1.77	0.93±1.26	4.829	<0.001
舌脉	3.27±1.62	2.13±1.38	4.572	<0.001
症状体征总积分	22.53±10.2	13.1±7.48	7.994	<0.001

注:治疗组治疗前、后症状体征积分比较,经配对样本 t 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。说明中药结合治疗在改善总体中医证候方面有意义。

4 讨论

盆腔粘连是盆腔炎性疾病未得到及时正确的治疗或未彻底治愈,或患者素体虚弱,病情迁延不愈而产生的病理改变,可累及输卵管、卵巢及盆腔结缔组织,从而引起不孕、异位妊娠、慢性盆腔疼痛等,严重影响着妇女健康,增加了家庭与社会经济负担^[1]。盆腔粘连性不孕,中医可在不孕、妇人腹痛、带下病、癥瘕等病症的记录中零散采集到相关描述。盆腔粘连性不孕可行手术来进行粘连的松解,尤其是腹腔镜运用于妇科手术以后,集检查治疗为一体,具有直观、准确、全面、疗效可靠、损伤轻等特点,应用价值较高。中医认为,本病的病机主要为:湿、热、瘀、滞,故通过理气化瘀、利湿清热治疗本病,张红,李云波等用《金匱要略》经方“当归芍药散”来治疗相关疾病 30 例,有效率 91.67%^[5]。罗元恺用中药对盆腔粘连进行辅助治疗,对严重的盆腔粘连患者行妇科手术联合中药治疗,可以加快术后康复,减少抗生素的应用,且能够减少术后并发症的发生^[6]。

通畅助孕方全方由枳壳 15g,川楝子 10g,路路通 10g,丝瓜络 10g,赤芍 20g,川芎 15g,莪术 15g,黄柏 15g,败酱草 15g,红藤 15g,茯苓 15g,薏苡仁

30g, 泽泻 15g, 甘草 10g 组成。方中赤芍清热凉血、祛瘀止痛; 川芎活血行气、祛风止痛, 赤芍与川芎配伍, 二药共为君药, 增强活血通经的功效。茯苓利水渗湿、健脾安神; 薏苡仁利水渗湿、健脾、清热排脓, 常与茯苓同用, 增强脾胃运化功能, 使陈旧的瘀血积滞之邪“有所去路”。泽泻利水渗湿, 善泄下焦湿热, 茯苓、薏苡仁、泽泻三药共为臣药, 增强利水渗湿作用, 水去则湿无所聚, 以增强本方清热利湿之功效。红藤清热解毒、活血止痛, 配伍赤芍等用于热毒痈肿; 川楝子行气止痛; 枳壳行气消积、宽胸除胀, 枳壳、川楝子共用, 增强了行气导滞、散结止痛之功; 路路通疏肝气、通经络、祛风湿、利水道; 丝瓜络去风通络、解毒化痰; 莪术破血祛瘀、行气止痛, 可消散痰湿瘀血凝结而成的恶血停滞; 黄柏清热燥湿, 泻火解毒, 退虚热, 走下焦, 以除下焦湿热, 可治带下黄稠; 败酱草清热解毒、消痈排脓, 祛瘀止痛; 诸药共同辅佐君臣, 以加强理气化瘀、清热利湿之功效。甘草为使, 补脾益气、缓急止痛、缓和药性, 甘

草配伍芍药, 治营血受伤、四肢拘挛作痛, 此外, 本品还有缓和药性, 调和百药的功效。全方具有理气化瘀、利湿清热之功效。

参考文献

- [1] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 279-285.
- [2] 国家中医药管理局. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 246-253.
- [3] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 320-331.
- [4] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001. 1-001. 9-94《中医病症诊断疗效标准——中医妇科不孕病症诊断疗效标准》[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 73.
- [5] 张红, 李云波, 金哲. 当归芍药散治疗慢性盆腔炎疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(10): 58-59.
- [6] 罗元恺. 中医妇科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 328.

(编辑: 徐建平)

Observation of Curative Effects of Treatment on Pelvic Adhesion Infertility through the Combination of Patency Fertility and Laparoscopy

ZHAO Shu-yuan, MIAO Xiao-ling, ZHOU Xiao-na, YANG Li-juan, NIU Hong-ping
(Yunnan University of TCM, Kunming Yunnan 650500, China)

ABSTRACT: **Objective** The purpose of this study is that investigate clinical treatment effects of patients with pelvic adhesions infertility after laparoscopic surgery combined with traditional Chinese medicine (Tong chang zhu yun prescription). **Methods** Selected 60 cases diagnosed with pelvic adhesions infertility, which were divided into two groups randomly, treatment group (laparoscopic surgery combined with traditional Chinese medicine) and control group (laparoscopic surgery only), 30 cases of each group. 6 months for a course of treatment, track for 1 year. **Results** The comprehensive efficacy of treatment group was 96.67%; the control group was 76.67%. the difference had statistically significant. **Conclusion** There was certain clinical efficacy use traditional Chinese medicine (Tong chang zhu yun prescription) combined with laparoscopic surgery treat pelvic adhesions infertility.

KEY WORDS: laparoscopy; Pelvic adhesions; infertility

- (上接第 48 页) Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis a proposal for modification of the New York criteria [J]. Arthritis Rheum, 1984, 27(6): 361-368.
- [3] 中华医学会疼痛医学学会. 觉模拟评分法 (VAS) [J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2004, 9(11): 483.
 - [4] 郑筱萸. 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: 123.
 - [5] 吴启富, 叶志中. 风湿病中医特色治疗 [M]. 辽宁科学技术出版社, 2002: 156.

- [6] sartor RB. Colitis in HLA-B27/beta2 microglobulin transgenic rats [J]. Int Rev Immunol, 2000, 19(1): 39-50.
- [7] 苏金梅, 张文, 唐福林. 强直性脊柱炎研究进展-2008 年欧洲风湿病联盟年会纪要. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2009, 3(1): 78-79.

(编辑: 徐建平)