

雷火灸治疗子宫腺肌病合并不孕的疗效观察^{*}

陈 琰, 王 华[△], 王赛莉, 王 琴, 房彩平, 朱娇芳

(南京中医药大学附属泰州市中医院, 江苏 泰州 225300)

摘要: **目的** 评价雷火灸联合排卵监测治疗子宫腺肌病合并不孕临床疗效。**方法** 选择符合子宫腺肌病合并不孕且中医辨证属于寒凝血瘀诊断的患者60例,随机分为治疗组和对照组各30例。治疗组予雷火灸联合排卵监测,对照组单纯予排卵监测,比较2组6个月经周期内的妊娠率、痛经症状及中医证候的改善情况,以及血清CA-125、子宫直径的变化。**结果** 治疗组6个月经周期内妊娠率与对照组相比有统计学意义($P<0.05$)。治疗组痛经症状、中医证候改善明显,与对照组相比,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组血清CA-125相比有统计学意义($P<0.05$)。子宫平均直径与对照组相比差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 雷火灸联合排卵监测能提高子宫腺肌症不孕患者的受孕率,是一种有效的方法。

关键词: 子宫腺肌病; 不孕; 雷火灸

中图分类号: R246.3

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)05-0075-05

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.05.018

Therapeutic Effect of Thunder-fire Moxibustion of Adenomyosis Combined with Infertility

CHEN Yan, WANG Hua, WANG Saili, WANG Qin, FANG Caiping, ZHU Jiaofang

(Taizhou Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Taizhou 225300, China)

ABSTRACT: **Objective** Evaluating the clinical efficacy of Thunder-Fire moxibustion combined with ovulation monitoring in the treatment of adenomyosis (AM) combined with infertility. **Methods** There were 60 cases of patients who were diagnosed with uterine AM combined with infertility and their syndrome differentiation of traditional Chinese medicine (TCM) belonged to cold blood coagulation and blood stasis, which were randomly divided into treatment group and control group with 30 cases in each group. The treatment group was gave the combination of Thunder-Fire moxibustion and ovulation monitoring, while the control group was only treated with ovulation monitoring. The pregnancy rate, the improvement of dysmenorrhea symptoms and TCM syndromes, and the changes of serum CA-125 and uterus diameter in 6 menstrual cycles were compared between the two groups. **Results** The pregnancy rate in the treatment group was statistically significant compared with the control group ($P<0.05$). The dysmenorrhea symptoms and TCM syndromes in the treatment group improved significantly. Compared with the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was a significant difference in serum CA-125 between the two groups ($P<0.05$). There was no significant difference in the average diameter of the uterus compared with the control group ($P>0.05$). **Conclusion** Thunder-Fire moxibustion combined with ovulation monitoring was an effective method to improve the pregnancy rate of patients with AM.

KEY WORDS: adenomyosis; infertility; thunder-fire moxibustion

子宫腺肌病(adenomyosis, ADS)是指具有生长功能的子宫内膜腺体和间质存在于子宫肌层中,伴

随周围肌层细胞的代偿性肥大和增生^[1-2]。临床多表现为痛经进行性加重,子宫呈均匀性增大或有局限

收稿日期: 2018-09-24

^{*} 基金项目: 江苏省“333工程”科研资助项目(BRA2016183);江苏省“六大人才高峰”高层次人才项目(WSW—260);泰州市科技支撑计划(社会发展)项目(TS201642, TS201808)

第一作者简介: 陈琰(1978-),女,博士在读,副主任中医师,研究方向:中药外治法在妇科疾病的临床应用和基础研究。

[△]通信作者: 王华, E-mail: ccy0222@126.com

性结节隆起^[3]。随着女性生育年龄的延迟,子宫腺肌病相关性不孕症患者显著增加^[4],约有 50% 的患者合并不孕^[5]。

药物治疗和保守性手术能减轻其相关症状,增加妊娠机会,但妊娠后有子宫破裂风险^[6]。我院采用雷火灸联合排卵监测治疗子宫腺肌病合并不孕取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1 月–2017 年 12 月就诊于我院妇科符合子宫腺肌病合并不孕纳入标准的患者 60 例,按照随机数字表法分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组年龄 25~37 岁,平均年龄 (30.37±3.58) 岁,不孕年限 1~6 年,平均不孕年限 (2.27±1.20) 年,其中继发性不孕 19 例,原发性不孕 11 例,数字疼痛评分 (NRS) 轻度疼痛者 11 例,中度疼痛患者 13 例,重度疼痛患者 6 例;对照组年龄 26~36 岁,平均年龄 (29.83±3.64) 岁,不孕年限 1~5 年,平均不孕年限为 (2.82±1.42) 年,其中继发性不孕 21 例,原发性不孕 9 例,数字疼痛评分轻度疼痛者 12 例,中度疼痛患者 11 例,重度疼痛患者 7 例。2 组患者一般资料经统计学比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 子宫腺肌病西医诊断标准 参照 2015《子宫内膜异位症的诊治指南》^[7]及《妇产科学》八年制 (第 3 版)^[8]制定。

①继发性痛经进行性加重;②可伴有月经量多或经期延长;③妇检子宫均匀性增大呈球形,质地较硬,亦可有局限性的突起,可有压痛;④B 超:子宫增大,肌层弥漫性增厚,回声不均,或有局限性隆起,病灶与周围肌层界限不清,子宫内膜线受压或无改变;⑤CA-125 水平轻、中度升高。

1.2.2 中医证候辨证标准 根据国家中医药管理局重点专科协作组制定的《痛经 (子宫内膜异位症、子宫腺肌病) 中医诊疗方案 (试行)》制定^[9]。

寒凝血瘀证。主症:经前或经期小腹冷痛,得热痛减,形寒肢冷。次症:经色紫黯有块,经行呕吐,经行大便溏泻,带下量多,色白。舌紫黯,或有瘀斑、瘀点,苔白,脉弦涩或沉紧。

1.2.3 不孕症的诊断标准 (根据《妇产科学》八年制

(第 3 版)^[8])

育龄期女子婚后或末次妊娠后,夫妇同居 1 年以上,有正常性生活,男方生殖功能正常,未避孕而不孕。从未妊娠者称原发不孕,有过妊娠而后不孕者称为继发不孕。

1.3 纳入标准 ①符合子宫腺肌病诊断标准;②中医辨证为寒凝血瘀型;③符合不孕症的西医诊断标准;④年龄在 20~40 岁之间;⑤同意接受本组治疗,并可以追踪观察者。

1.4 排除标准 ①合并双侧输卵管阻塞经再通手术后双侧均不通者;②合并排卵障碍性疾病、免疫性因素等不孕者;③伴重要脏器系统的严重疾病,急性盆腔炎或其他生殖系统肿瘤。④子宫发育不良或畸形、先天性生理缺陷等所致不孕者;⑤合并男方不育因素者;⑥夫妻双方性生活不正常者;⑦严重过敏体质者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 将符合纳入病例标准的患者 60 例,按随机、对照试验方法,分为治疗组 (30 例) 和对照组 (30 例)。

(1) 治疗组:①一般治疗:月经周期的第 10 天开始,B 超监测卵泡发育及排卵情况,根据卵泡监测情况,指导同房。②雷火灸腹部摆阵治疗:患者取仰卧位,暴露腹部,取穴关元、气海,放置雷火灸阵盒。熏灸 20 min。③治疗时间和疗程:于 B 超监测成熟卵排出后开始予雷火灸腹部摆阵,连用 10 d,月经来潮停用,3 个月经周期为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程 (6 个月经周期)。

(2) 对照组:仅予一般治疗。

1.5.2 观察指标 ①主要观察指标:2 组 6 个月经周期内的累积妊娠率。②次要疗效指标:采用数字疼痛评分 (NRS) 评价痛经程度。0~10 代表不同程度的疼痛,0 为无痛,10 为疼痛无法忍受。1~3 为轻度疼痛,4~6 为中度疼痛,7~10 为重度疼痛。于治疗前、治疗 1 个疗程、2 个疗程由患者圈出 1 个最能代表其疼痛程度的数字。③中医证候改善情况:于治疗前、治疗 1 个疗程、2 个疗程分别评定 1 次。④2 组患者治疗前、治疗 1 个疗程、2 个疗程血清 CA-125 的变化、子宫直径的变化。

1.5.3 疗效判断标准 ①主要疗效判定标准。有效:

观察 6 个月经周期内妊娠;无效:观察 6 个月经周期内未妊娠。②次要疗效指标判定标准:疼痛程度 NRS 评分。治愈:治疗后痛经症状消失,NRS 评分积分减少 $\geq 90\%$;显效:治疗后痛经症状明显减轻,NRS 评分积分 $\geq 70\%$;有效:治疗后痛经症状减轻,NRS 评分积分减少 $\geq 30\%$;无效:治疗后痛经症状无减轻或有加重,NRS 评分积分减少 $<30\%$ 。③中医证候疗效评定标准:疗效指数 $N=(\text{疗前积分}-\text{疗后积分})/\text{治疗前积分}\times 100\%$ 。治愈:症状全部消失,疗效指数 $\geq 90\%$;显效:症状基本消失,疗效指数 $\geq 70\%$;有效:症状减轻,疗效指数 $\geq 30\%$;无效:主要症状无变化或恶化,证候

积分 $<30\%$ 。
1.5.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 软件包分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果与结论

2.1 结果
2.1.1 2 组治疗前各项指标比较 由表 1 可知,2 组治疗前痛经评分、中医症状评分、子宫平均直径、血清 CA-125 水平相比无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

表 1 2 组治疗前各项指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前痛经评分	治疗前中医症状评分	治疗前血清 CA-125 水平	治疗前子宫平均直径(mm)
治疗组	30	5.70 $\pm$ 1.64	10.47 $\pm$ 3.22	60.45 $\pm$ 17.12	68.63 $\pm$ 7.13
对照组	30	5.33 $\pm$ 1.30	9.80 $\pm$ 2.54	59.37 $\pm$ 13.84	67.83 $\pm$ 7.67
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.1.2 2 组有效率的比较 治疗组 30 例,治疗 2 个疗程有 15 例妊娠,妊娠率为 50%,其中有 6 例为 1 个疗程内受孕。对照组 30 例,治疗 2 个疗程有 7 例妊娠,妊娠率为 23.3%,其中有 2 例为 1 个疗程内受孕。

表 2 2 组治愈率的比较 *n*(%)

组别	<i>n</i>	有效	无效
治疗组	30	15(50.00) [△]	15(50.00)
对照组	30	7(23.3)	23(76.7)

注:0.01 $<P<0.05$
由表 2 可知,治疗组的有效率高于对照组,2 组

相比差异有统计学意义(0.01 $<P<0.05$)。
2.1.3 1 疗程后 2 组痛经评分、中医证候、血清 CA-125 水平、子宫平均直径的比较 1 疗程后治疗组妊娠 6 例,未妊娠 24 例,对照组妊娠 2 例,未妊娠 28 例。对未妊娠患者行痛经评分,中医证候评分、血清 CA-125 检测、子宫平均直径测定,治疗组痛经缓解有效 14 例,中医证候改善有效 16 例。
由表 3 可知,治疗组 1 疗程后痛经评分、中医证候评分下降,与对照组相比差异有统计学意义(0.01 $<P<0.05$)。1 疗程后血清 CA-125 水平有所下降,但与对照组相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。子宫平均直径与对照组相比差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 1 疗程后痛经评分、中医证候、血清 CA-125 水平、子宫平均直径的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	痛经评分	中医证候评分	血清 CA-125 水平	子宫平均直径(mm)
治疗组	24	4.58 $\pm$ 1.47	8.08 $\pm$ 3.09	57.52 $\pm$ 15.46	66.04 $\pm$ 7.77
对照组	28	5.46 $\pm$ 0.99	9.93 $\pm$ 2.14	61.96 $\pm$ 12.35	69.43 $\pm$ 6.74
<i>P</i> 值		0.01 $<P<0.05$	0.01 $<P<0.05$	>0.05	>0.05

2.1.4 2 疗程后 2 组痛经评分、中医证候、血清 CA-125 水平、子宫平均直径的比较 2 疗程后治疗组妊娠 15 例,未妊娠 15 例,对照组妊娠 7 例,未妊娠 23

例。未妊娠患者再次行痛经评分,中医证候评分、血清 CA-125 检测,子宫平均直径测定,治疗组痛经缓解有效 10 例,中医证候改善有效 9 例。

表 4 2 疗程后痛经评分、中医证候、血清 CA-125 水平、子宫平均直径的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	痛经评分	中医症状评分	CA-125 水平	子宫平均直径(mm)
治疗组	15	3.87±2.07	7.33±4.19	53.97±14.80	65.13±7.96
对照组	23	5.70±1.02	10.52±2.35	63.34±11.54	69.39±5.24
P 值		<0.01	<0.05	<0.05	>0.05

由表 4 可知,治疗组 2 个疗程后痛经评分明显下降,与对照组相比有显著性差异($P<0.01$)。中医证候评分下降,与对照组相比有统计学差异($P<0.05$)。2 个疗程后血清 CA-125 水平下降,与对照组相比,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 疗程后子宫平均直径缩小,但与对照组相比差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 结论 在雷火灸的同时进行排卵监测指导同房时间,能提高子宫腺肌症不孕患者的受孕率,能缓解患者的痛经症状及相关中医证候,是治疗子宫腺肌症合并不孕的一种有效的方法。

3 讨论

子宫腺肌病是一种常见的妇科疾病,主要影响育龄妇女,与不孕密切相关^[10]。子宫腺肌病影响生育的发病机制还不是十分清楚,但越来越多的证据表明,子宫腺肌病与在位子宫内膜和子宫肌层交界区(MJZ)的结构和功能缺陷密切相关,可能导致胚胎着床失败^[11]。子宫腺肌病引起的宫腔形态的异常也可能是不孕症的重要原因^[12]。另外,子宫的蠕动异常、子宫内膜的结构和功能改变,以及子宫内膜异常自由基等均可以影响胚胎的植入而导致不孕^[13]。越来越多的证据表明,腺肌病是内异症的一种疾病表型而非另一种疾病^[14],本质上是一种依赖雌激素的疾病,保守治疗使用抗雌激素药物和促性腺激素释放激素受体激动剂(GnRH-a)通常会使症状暂时改善,但最终会复发。子宫切除术是解决这些棘手问题的唯一方法。然而,许多妇女生育较晚并希望保留她们的生殖器官^[15]。

子宫腺肌病属中医“痛经”“不孕”“癥瘕”等的范畴^[16]。《证治准绳》中记载:“血瘕之聚,……腰痛不可俯仰,……小腹里急苦痛,背脊疼,深达腰腹,……此病令人无子。”《医宗金鉴·妇科心法要诀》中曰:“女子不孕之故,由伤其冲任也。……或因宿血积于胞中,新血不能成孕,或因胞寒胞热,不能摄精成孕……,当细

审其因,按证调治,自能有子也。”子宫腺肌病合并不孕患者大多数临床表现为经期小腹冷痛,得热痛减,经色紫黯有块,手足不温,经行呕吐,大便溏泻,多为寒邪克于冲任、胞宫或素体阳虚,阴寒内盛,冲任、胞宫失于温煦^[17]。寒凝血脉,瘀阻冲任,不通则痛,胞脉阻滞,两精不能相合,以致不孕。灸法是祖国医学传统治法之一,《灵枢·官能》中有“针所不及,灸之所宜”的记载。雷火灸是采用艾绒和多种药物按比例组成植物药柱,使用悬灸法,以现代解剖学为基础,运用中医辨证施治,以腧穴为辅的新施灸的方法^[18]。药柱燃烧时产生的独特的热辐射力和远近红外线具有很强的渗透力,使燃烧时产生的药化因子渗透皮肤、深入到深部组织细胞,直达病灶区域,从而达到温胞散寒、活血化瘀、通经活络、补养冲任的作用,使胞宫得以温养,缓解了子宫腺肌病不孕患者的痛经症状,胞脉通畅,精卵相合,摄精成孕。雷火灸药力峻、火力猛、渗透力强、起效快^[19-20],方法简便无创,无内服药的毒副作用,患者依从性高,是治疗子宫腺肌症合并不孕的一种有效的方法,其作用机理值得临床进一步研究。

参考文献:

[1] LOUIS L S,SASO S,CHATTERJEE J,et al. Adenomyosis and infertility[J]. Reproductive Biomedicine Online,2012, 24(5):586.

[2] 汪沙,段华. 子宫腺肌病合并不孕的研究进展[J]. 中国计划生育和妇产科,2018,10(9):3-5.

[3] 吴莺,高悦,王燕,等. 高强度聚焦超声单次整体治疗子宫腺肌症的临床研究 [J]. 中国超声医学杂志,2013(10): 918-922.

[4] 林芸,孙信,薛敏. 子宫腺肌症致女性不孕机制的研究进展[J]. 中国妇产科临床杂志,2018,19(3):284-286.

[5] 李著艳,龚宝兰,马亚琳. 贝依在子宫腺肌病合并不孕患者行体外受精-胚胎移植治疗中的应用[J]. 国际检验医学杂志,2018,39(12):1451-1454.

[6] 焦雪丹,张清学. 子宫腺肌病合并不孕的助孕策略[J]. 生

- 殖医学杂志, 2018, 29(9): 888-891.
- [7] 曹卫民. 子宫腺肌症的 MRI 征象 17 例分析[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 33(2): 220-222.
- [8] 丰有吉, 沈铿, 马丁. 妇产科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 363-364.
- [9] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案(合订本)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 545-550.
- [10] 尚洪宇, 田苗, 郭滢, 等. 针药联合治疗子宫腺肌病合并不孕症[J]. 湖北中医杂志, 2016, 38(2): 66-68.
- [11] 李冬菊, 冒韵东. 辅助生殖前子宫腺肌病合并不孕的治疗策略[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2015, 34(4): 344-348.
- [12] 张京顺, 邹莹, 郑连文, 等. 子宫腺肌病对女性不孕影响的研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(8): 1809-1812.
- [13] 刘晓敏, 卫兵. 子宫腺肌病和不孕关系的研究进展[J]. 现代妇产科进展, 2012, 21(11): 904-905.
- [14] 郎景和. 子宫腺肌病的若干问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(2): 129-133.
- [15] 潘文威, 谈际范, 沈慧敏, 等. 子宫腺肌病保留子宫的治疗现状与进展[J]. 新医学, 2018, 49(10): 710-714.
- [16] 何菊. 中药周期治疗子宫腺肌病的临床效果观察[J]. 中国中医药科技, 2018, 25(3): 453-454.
- [17] 穆笑娜, 卢苏. 卢苏辨治子宫腺肌病合并不孕症经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(5): 696-698.
- [18] 赵时碧. 雷火灸疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 62-69.
- [19] 刘树正, 王阳, 陈鹏. 雷火灸临床应用概况[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(4): 362-365.
- [20] 冯群星, 庙春颖, 陈萍. 雷火灸的临床应用机理研究进展[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(7): 544-545.

- (上接第 59 页) Neonatal hyperbilirubinemia[J]. N Engl J Med, 2001, 344: 581-590.
- [2] IP S, CHUNG M, KULIG J, et al. An evidence-based review of important issues concerning neonatal hyperbilirubinemia[J]. Pediatrics, 2004, 114(1): e130-153.
- [3] American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline: Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation[J]. Pediatrics, 2004, 114: 297-316.
- [4] Maisels M Jeffrey, McDonagh Antony F. Phototherapy for neonatal jaundice[J]. N Engl J Med. , 2008, 358: 920-928.
- [5] 李晓军. 多次间歇蓝光照射与持续蓝光照射治疗新生儿黄疸的疗效及不良反应[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(3): 64.
- [6] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 441-444.
- [7] 汪受传, 虞坚尔. 中医儿科学[M]. 9 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 55.
- [8] 丁媛媛, 杨可达, 杨金慧. 新生儿黄疸诊疗的若干进展[J]. 中国优生与遗传杂志, 2013, 21(9): 132-134.
- [9] 唐移忠, 莫可良. 新生儿黄疸的早期预测与干预[J]. 右江民族医学院学报, 2005, 27(4): 568-570.
- [10] 农志飞, 潘利忠, 王丹谊. 胎黄的概念、病因病机及治法

- 探讨[J]. 中医儿科杂志, 2012, 8(6): 11-13.
- [11] 袁超, 李贵平. 从邪毒论治胎黄[J]. 中医杂志, 2016, 57(3): 257-259.
- [12] 刘殿瑞. 新生儿胎黄的辨证施治与护理[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(15): 70.
- [13] 王宏霞, 李小荣, 刘爱娟. 退黄合剂治疗湿热熏蒸型胎黄的临床研究[J]. 中医学报, 2012, 27(9): 1204-1205.
- [14] 张海燕, 邬伟魁, 李芳, 等. 栀子保肝利胆作用及其肝毒性研究[J]. 中国中药杂志, 2011, 36(19): 2610-2614.
- [15] 张希恩, 王利华. 大黄保肝利胆作用的药理与临床[J]. 中医药研究, 1995(4): 56-59.
- [16] 向怀, 覃薛文. 茵陈清热利胆汤治疗妊娠期肝内胆汁淤积症 30 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(6): 49-50.
- [17] 陈军, 魏俊婷, 陈辉扬. 120 例茵栀黄注射液不良反应文献分析[J]. 中国药物警戒, 2006, 3(3): 168-171.
- [18] 周伟. 双歧杆菌与婴幼儿健康[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(3): 260-262.
- [19] 杜敏, 南庆贤, 龚海岩, 等. 双歧杆菌及其保健机理[J]. 食品与发酵工业, 1995(2): 81-83.
- [20] Wan A, Mat D S, Teh S H, et al. Management of neonatal Jaundice in primary care[J]. Malays Fam Physician, 2016, 11(2-3): 16-19.