

我院妇科门诊就诊并有随访的患者,根据临床症状、妇科检查及 B 超确诊的盆腔内异症、巧克力囊肿及腺肌症患者共 178 例,主要的症状体征有痛经、后穹隆结节、触痛、子宫后倾、增大、活动受限、卵巢增大。按就诊时间顺序随机分为两组:西药组 63 例,其中 22 例为术后患者,年龄 24~43 岁,平均 34.54 岁,病程 3 个月~13 年,平均 4.45 年。中成药组 115 例,其中 37 例为术后患者,年龄 23~45 岁,平均 35.84 岁,病程 4 个月~16 年,平均 4.95 年。两组临床资料有可比性 ($P>0.05$)。

治疗方法 西药组 63 例内美通(Pattheon, U. K. Limited, 学名孕三烯酮,每粒 2.5mg)口服,1 次 1 粒,每周 2 次,疗程 3~6 个月;治疗组 115 例联合应用桂枝茯苓胶囊(江苏康缘药业股份有限公司生产,组成:桂枝、茯苓、牡丹皮、白芍、桃仁)和参芪片(鲁南制药厂生产,组成:人参皂甙、五味子、山药、地黄、麦冬、黄芪),每天 3 次,每次各 3 粒,月经期停用,疗程 3~6 个月。并于疗程结束后 12~30 个月作随访。统计学处理采用 χ^2 检验。

结 果

1 **疗效标准** 治愈:症状全部消失,盆腔包块等局部体征基本消失;不孕症患者在 3 年内妊娠或生育。显效:症状基本消失,盆腔包块缩小,虽局部症状存在,但不孕者得以受孕。有效:症状减轻,包块无增大或缩小,停药 3 个月内症状不加重。无效:主要症状无变化或加重,局部病变有加重趋势。

2 **两组的治疗效果** 治疗 3~6 个月后复查,中成药组,治愈 41 例(35.7%),显效 36 例(31.3%),有效 23 例(20.0%),无效 15 例(13.0%);西药组,治愈 28 例(44.4%),显效 20 例(31.7%),有效 9 例(14.3%),无效 6 例(9.5%)。两组的治疗效果差异无显著性($\chi^2=1.981, P>0.05$)。

3 **两组复发率和受孕率比较** 随访 12~30 个月,中成药组复发率为 18.0%(18/100 例)。西药组复发率为 33.3%(19/57 例)。中成药组的复发率低于西药组($\chi^2=4.739, P<0.05$);所有不孕有生育要求的患者,中成药组受孕率为 40.8%(29/71 例),西药组受孕率为 18.9%(7/37 例),中成药组的受孕率高于西药组,两者比较差异有显著性($\chi^2=5.262, P<0.05$)。

4 **药物不良反应** 中成药组整个治疗过程中无闭经、月经周期、经期及月经量无明显改变;西药组治疗期间卵巢早衰如闭经、潮热、阴道淋漓出血等发生率为 42.1%(24/57 例),雄激素反应如体重增加、痤疮、乳房缩小、血压升高、水肿等的发生率为 77.8%(42/54

例),肝功能损害的发生率为 14.8%(8/54 例)。

讨 论 对于内异症,目前治疗方法很多,有手术和(或)中药、西药治疗。西药如假绝经、假孕、雄激素以及促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-1)等疗法,均能在一定程度上缓解症状,但它们副作用明显,价格昂贵,使患者常常不能坚持治疗。

中医学认为“瘀”是产生内异症的关键,活血化瘀是基本的治疗法则。活血化瘀药能使异位子宫内膜萎缩、吸收,降低血液黏稠度,改善子宫微循环,抑制机体免疫机能亢进。有人认为本病以肾虚为本,出血粘连造成局部块是标,因此需注意恢复肾功能。桂枝茯苓胶囊与参芪片联合应用可以达到活血化瘀以及温肾的双重目的。与临床常用的、疗效确切的西药内美通相比,对内异症症状体征的改善以及预防术后复发效果相差无几,且中成药对患者的受孕情况优于西药组,基本无副作用,价格低廉。

(收稿 2004-05-19 修回 2004-06-18)

中西医结合治疗输卵管 阻塞性不孕症 120 例

山东省滕州市中心人民医院介入科(山东 277500)

周玉滕

山东省滕州市红十字中医院中医妇科

刘玉莲 杨丛忠

笔者自 1998 年 4 月开始,对 226 例输卵管阻塞性不孕症患者通过联合中医药及针灸和采用介入治疗进行了对照研究,现将临床治疗情况报告如下。

资料与方法

1 **临床资料** 226 例不孕女性患者,采用随机分组,单盲观察的方法。其中 120 例给予中医药治疗列为联合组,年龄 21~43 岁,平均 31.1 岁,不孕 2~12 年,平均 2.8 年,38 例为原发不孕,82 例系继发不孕,28 例有生育史,并采取避孕措施 2~10 年,47 例有流引产史,7 例宫外孕;另 106 例列为对照组,年龄 21~43 岁,平均 30.1 岁,不孕 2~12 年,平均 2.8 年,34 例为原发不孕,72 例系继发不孕,25 例有生育史,并采取避孕措施 2~10 年,42 例有流引产史,5 例宫外孕。226 例均行输卵管通液 1~4 次无效或阻力大。

2 **诊断标准** 根据中华人民共和国卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则、中药新药治疗女性不孕症的临床研究指导原则》。

3 **疏通液的配制** 庆大霉素 8 万 u,地塞米松 5mg,糜蛋白酶 4 000u 加入 40ml 生理盐水中。

4 中药组方内服与外敷法

4.1 证属 湿热下注 脉络不通。主证 婚后不孕, 经行延后, 甚或闭经, 带下量多, 质黏稠, 面色 白, 头晕心悸, 胸闷泛恶, 舌苔白, 脉滑。治宜 调经活血, 清热利湿。方药 逍遥散合止带汤加减。当归 15g 柴胡 12g 杭芍 15g 白术 6g 青皮 1g 香附 1g 路路通 1g 炒乳香 10g 没药 10g 红藤 15g 金银花 30g 蒲公英 30g, 于每月行经前服 3 剂, 连服 2 个月另配合针灸: 针刺子宫、气海、关元、中极并灸其穴。

4.2 证属 寒湿凝滞, 瘀阻胞宫。主证 婚后久不受孕, 月经后期量少, 色紫黑, 有血块, 时有痛经, 小腹有凉感, 疼痛, 舌质紫黯或舌边有紫点, 脉细弦。治宜 活血去瘀, 温经散寒, 消肿止痛。方药 少腹逐瘀汤合仙方活命饮加减。当归 15g 川芎 6g 杭芍 15g 五灵脂 10g 炒乳香 10g 没药 10g 小茴香 6g 川牛膝 15g 香附 1g 西红花 3g 元胡 1g 丹参 15g 穿山甲 12g 皂刺 10g。于每月行经时服 3 剂, 连服 2 个月, 并配合药包外敷法 将当归、红花、皂刺、路路通、透骨草、乳香、没药各 20g, 蒲公英、败酱草、丹参各 30g, 布包蒸 30min, 双侧下腹各一包敷 30min, 隔日 1 次, 连敷 1 个月。

5 介入操作方法 手术时间选在月经干净后 3~7 天, 术前 20min 肌肉注射 654-2 20mg, 排空小便后取膀胱截石位, 常规消毒铺巾, 阴道检查, 用窥器暴露宫颈, 钳夹宫颈行常规子宫输卵管造影证实阻塞性病变, X 线电视监视下将 9F、5.5F 导管依次经造影管送入宫腔, 用 0.035in 导丝插入 5.5F 导管内并协同移至子宫角, 用导丝探及输卵管开口, 即将导管沿导丝推进, 当导管头触及导丝顶端时抽回导丝后行输卵管造影, 如见有造影剂进入盆腔, 表明已复通, 可经导管注入疏通液 10~20ml。如不通或显示不畅, 用 3F 导管插入 5.5F 导管中, 再将 0.015in 铂金导丝送入其内, 在阻塞段轻柔地往返及推移, 其 3F 导管亦应进入输卵管间质部, 重复输卵管造影。

6 再通术后处理 (1) 两组患者均行再通术并口服抗生素(PPA)1 周, 次月起每月通液 1 次, 1~3 个月, 当月禁止性生活, 第 2~3 个月经周期使用避孕套。6~12 个月复查和随访。(2) 联合组服用中药 3 个月, 并配合中药外敷法。

7 统计学方法 采用卡方和 t 检验。

结 果

1 输卵管造影及再通术结果 联合组(120 例): 236 根输卵管阻塞(4 例单角子宫), 术后 228 根输卵管再通, 对照组(106 例): 206 根输卵管阻塞(6 例单角子宫), 185 根输卵管再通。输卵管再通成功率 = 输卵管

再通根数/输卵管阻塞根数 $\times 100\%$ 联合组: 再通成功率 96.6%(228/236), 对照组: 89.8%(185/206), 两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

2 6~12 个月复查及随访结果 受孕者: 联合组 39 例、对照组 7 例; 未孕者: 联合组 81 例、对照组 99 例。对未孕者复查输卵管造影, 输卵管再通联合组 154 根、对照组 172 根, 输卵管再阻塞联合组 30 根、对照组 136 根。妊娠率: 联合组 32.5%(39/120), 对照组 6.6%(7/106), 两组比较差异有显著性($P < 0.01$); 再阻塞率: 联合组 19.5%(30/154), 对照组 79.1%(136/172), 两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

3 不良反应及并发症 治疗中两组无 1 例不良反应及并发症发生, 随访结果两组妊娠者中无 1 例宫外孕。

讨 论 中医学认为本病属于中医妇科的“妇人腹痛”、“带下病”、“瘕”及“不孕症”等病症, 多由经行、产后血脉空虚, 易受湿毒或六淫侵袭, 轻则影响胞宫的生理功能, 重则毒邪内聚, 邪居不去则瘀块逐生, 或气滞血瘀, 脉络不利, 影响经脉畅通致输卵管阻塞。因此, 中药以活血化瘀, 清热解毒, 消肿止痛, 散结通络为主, 用药则以少腹逐瘀汤、逍遥散合仙方活命饮为基础方, 起到活血祛瘀、温经止痛的作用, 其中当归、川芎、红花、川牛膝、丹参以活血化瘀; 乳香、没药活血止痛, 消肿生肌; 柴胡、杭芍、青皮、香附疏肝解郁, 缓急止痛; 皂刺、穿山甲、地龙祛瘀散结, 通经透络; 金银花、蒲公英、红藤清热解毒, 凉血活络。另外, 配合针灸及药包外敷, 起到调经活血、温通经络、消炎止痛的作用。

输卵管造影对输卵管阻塞的部位、范围能作出确切的诊断, 其治疗作用则是靠造影剂本身的流体静压力对输卵管腔的冲击、扩张作用, 因此, 对炎性碎屑、黏液栓造成的输卵管阻塞具有治疗作用。当输卵管造影不能疏通时, 则要通过 0.015in 细导丝对输卵管内膜炎性粘连进行分离、穿透作用。输卵管再通成功后, 为防止再阻塞, 两组均口服抗生素(PPA)1 周, 通液 1~3 次, 联合组连续 3 个月给予中医药针灸及外敷, 进行通畅维持治疗。因此联合组再阻塞发生率明显降低, 该组妊娠率较对照组也明显增高。由于中医药剂配合严谨合理, 手术规范化, 因此两组均无不良反应及并发症。总之, 选择性输卵管造影及再通术治疗输卵管阻塞性不孕症简便有效, 中医药及理疗能提高输卵管阻塞再通成功率、妊娠率, 降低了输卵管再阻塞, 因此具有临床实际意义。

(收稿 2003-07-07 修回 2004-02-28)