

- [4] Gowen GF. Rapid resolution of small-bowel obstruction with the long tube, endoscopically advanced into the jejunum[J]. Am J Surg, 2007, 193 (2): 184-189.
- [5] 陈新谦, 金有豫, 汤光主编. 新编药理学[M]. 第15版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 304.
- Chen XQ, Jin YY, Tang G, editors. Newly compiled pharmacology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2004: 304.
- [6] 周振理, 殷铭, 李伟, 等. 复杂性肠梗阻的治疗难题和中西医结合的优势[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11 (3): 151-153.
- Zhou ZL, Yin M, Li W, et al. Problem in treating complicated intestinal obstruction and the superiority of integrated traditional Chinese and Western medicine[J]. Chin J Tradit Chin Med West Med Crit Care, 2004, 11 (3): 151-153.
- (收稿: 2010-06-07 修回: 2010-09-08)

针刺关元穴搓柄提插法辅助治疗排卵障碍性不孕症临床观察

魏凌霄 周剑萍 赵 媛

排卵障碍是女性不孕症的主要原因之一, 约占25%~30%^[1]。目前临床常用也是首选的促排卵药物克罗米芬(临床上以枸橼酸氯米芬, 即进口克罗米芬替代), 但其有“高排卵低受孕”现象^[1], 而针灸疗法调节下丘脑—垂体—卵巢轴功能来诱发促排卵已得到证实^[2, 3], 临床上已实现针灸作为绒毛膜促性腺激素(HCG)的替代品诱导促排卵^[4], 但单纯针刺疗法疗程较长, 患者大多难以坚持。笔者采用针刺关元穴搓柄提插法配合口服枸橼酸氯米芬片治疗排卵障碍性不孕症, 取得了较好的疗效。现将结果报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 参照《不孕与不育》^[5]排卵障碍的临床诊断标准。即月经周期>35天或<25天; B超连续监测至少1个月经周期提示卵泡生长缓慢、无优势卵泡、生长发育过程中萎缩、卵泡不破、子宫内膜过薄、无排卵或闭经。阴道B超监测优势卵泡直径>17 mm, <23 mm后卵泡消失, 可见盆腔积液, 或卵泡壁塌陷(卵泡内出现密度较高光点为正常排卵)。

2 纳入标准 选择卵泡生长发育过程中卵泡生长缓慢、无优势卵泡形成或形成优势卵泡后生长发育中萎缩、停育、迟缓退化或变性, 卵泡不破, 比正常生长期明显迟缓, 子宫内膜过薄, 无排卵等排卵障碍为受试对象。

3 排除标准 (1) 排除配偶不育者, 排除生殖道畸形, 先天性性腺发育不全及子宫性闭经等器质病变; (2) 卵巢功能早衰、卵巢不敏感综合征等高促性腺激素者; (3) 肾上腺、甲状腺、糖尿病等内分泌功能异常所致者; (4) 3个月内用过激素治疗者; (5) 不能按要求治疗或坚持治疗者。

基金项目: 浙江省基层中医药适宜技术A级资助项目(No. 2009SA014)

作者单位: 浙江省诸暨市中医医院(浙江 311800)

通讯作者: 魏凌霄, Tel: 0575-87890288, E-mail: syw202@163.com

4 一般资料 127例排卵障碍性不孕症患者均为本院2009年1月—2010年3月针灸科、中医妇科门诊患者, 年龄25~45岁, 病程2.5~16年。按随机数字表随机分为观察组(针刺搓柄提插法配合口服枸橼酸氯米芬组)与对照组(常规针刺配合口服枸橼酸氯米芬组), 其中观察组65例, 对照组62例。两组患者平均年龄、病程、激素[卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、泌乳素(PRL)、孕酮(P)、雌二醇(E₂)、睾酮(T)]比较(表1), 差异无统计学意义(P>0.05)。

5 治疗方法

5.1 观察组 取穴: 关元、子宫穴、血海、三阴交、太溪、足三里、合谷、太冲。操作方法: 选用直径为0.25 mm、长度50 mm的佳辰牌一次性无菌针灸针(江苏省吴江市佳辰针灸器械有限公司), 关元穴得气后采用搓柄提插法, 以右手拇、食、中三指持针柄向顺时针方向捻转360°的同时上下提插, 重复3次, 并使针感向会阴部放射, 即搓柄法与提插法结合, 在排卵期则用更强刺激, 针感向会阴部放射明显, 子宫穴得气后针感向下放射, 其余穴得气后平补平泻各操作30 s, 留针40 min, 每隔10 min重复1次, 起针前又操作1次, 每次治疗共操作4次, 月经周期或黄体酮撤退性出血第5天开始治疗, 隔日1次, 同时开始口服枸橼酸氯米芬片(法地兰, 每片50 mg, Codal Synto Limited生产), 每次50~100 mg, 每天1次, 连服5天。针刺治疗以15次为1个疗程, 共治疗2个疗程, 服药以5次(即1个月经周期)为1个疗程, 最多服药3个疗程(即3个月经周期)。

5.2 对照组 取穴同观察组。操作方法: 选用针具同观察组, 所取各穴按常规得气后平补平泻各操作30 s, 留针40 min, 每隔10 min重复1次, 其余操作方法及服药、疗程均同观察组。若治疗中期受孕, 则停止各项治疗。

表1 两组资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均年龄(岁)	平均病程(年)	FSH(IU/L)	LH(TU/L)	PRL(ng/mL)	P(nmol/L)	E ₂ (pmol/L)	T (nmol/L)
观察	65	31.0 ± 3.1	7.0 ± 2.7	7.50 ± 0.88	12.02 ± 0.18	13.71 ± 1.33	0.99 ± 0.11	125.10 ± 1.87	1.84 ± 0.15
对照	62	30.0 ± 2.6	7.0 ± 2.0	7.39 ± 0.63	11.89 ± 0.32	13.43 ± 1.51	0.83 ± 0.31	127.30 ± 2.06	1.55 ± 0.72

6 观察项目与检测方法

6.1 基础体温的测定 按常规测量方法, 治疗开始每天测定并记录, 观察是否有高温相及其持续时间(黄体期体温较卵泡期高0.3~0.5℃, 为双相型体温), 判断是否有排卵周期。

6.2 B超检查 两组均自月经第11天开始监测卵泡, 每天1次, 观察卵泡发育的情况, 子宫内膜厚度及排卵情况, 并记录排卵期最大卵泡直径(FD)及此时子宫内膜厚度(Em)。

6.3 生化监测 治疗前后均于月经或激素撤退性出血第3~5天测定6项性激素(FSH、LH、PRL、P、E₂、T), 若排卵后高温相持续半月则查血清HCG判定是否受孕。

6.4 不良反应 治疗过程中是否有针刺后血肿、晕针、滞针等及药物引起的子宫内膜变薄、未破裂卵泡黄素化等。

6.5 疗效判定标准 显效: 月经来潮2个周期以上, 月经量、月经期正常2个周期以上或已受孕, B超示有成熟卵泡发育或基础体温曲线转为双相; 有效: 月经来潮至少1个周期, 或月经量、月经期较为正常, 但B超显示卵泡发育欠佳, 基础体温曲线为不典型双相, 或B超虽显示卵泡发育但无月经来潮者; 无效: 治疗前后临床症状及B超、基础体温曲线均无变化者。

7 统计学方法 数据均以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组治疗前后计量资料比较采用配对 t 检验, 两组间计量资料采用成组 t 检验, 率的比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 两组治疗前后Em及最大FD比较(表2) 两组治疗后Em及最大FD与治疗前比较, 均有明显改善($P < 0.01$); 而治疗后两组间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。表明针刺配合口服枸橼酸氯米芬片能明显改善子宫内膜厚度, 促进卵泡发育。

表2 两组治疗前后Em及最大FD比较 (mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	Em	最大FD
观察	65	治疗前	6.10 ± 1.12	11.81 ± 1.73
		治疗后	11.12 ± 0.77*	20.13 ± 1.79*
对照	62	治疗前	6.31 ± 1.33	12.11 ± 1.86
		治疗后	11.01 ± 0.52*	19.07 ± 1.96*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$

2 两组治疗前后血清性激素变化比较(表3) LH两组治疗后与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 两组间比较, 差异则无统计学意义($P > 0.05$)。

3 两组疗效比较 两组均取得了较好的疗效, 观察组显效58例, 有效5例, 无效2例, 总有效率96.9%; 对照组显效51例, 有效9例, 无效2例, 总有效率96.8%; 两组显效率、总有效率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 两组排卵率及受孕率比较 观察组排卵55例, 排卵率84.6%, 受孕44例, 受孕率67.7%; 对照组排卵41例, 排卵率66.1%, 受孕30例, 受孕率48.4%; 观察组疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。

5 整个治疗过程中未见不良反应发生。

讨 论 本病在中医学中属“月事不调”、“无子”等, 认为与肝、脾、肾及冲任督诸脉有关, 任脉经的关元为肝脾肾三经交会穴, 且冲脉起于关元, 因此关元是治疗本病之要穴, 关元穴位居下焦胞宫, 于排卵期采用搓柄提插法较强刺激, 针感直达会阴部, 促进子宫收缩, 使成熟卵泡破裂, 卵子成功排出。本课题关元配合子宫穴、三阴交补肾益气, 调理胞宫, 理气化痰, 调理月经; 太溪滋阴补肾; 血海补血行气, 活血化瘀; 足三里健脾补气养血; 加用合谷、太冲活血化瘀, 疏肝理气, 诸穴合用, 使肝脾肾与冲任诸脉气血调和, 经血如期, 摄精成孕。而枸橼酸氯米芬为临床首选促排卵药物, 其作用方式是通过对下丘脑内有效雌激素受体部位的竞争结合起作用的。雌激素从这些部位被置换出, 此时下丘脑觉察到明显缺乏循环雌激素, 从而使促性腺激素释放激素刺激FSH和LH分泌这些激素引发正常的月

表3 两组治疗前后血清性激素变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FSH (IU/L)	LH (TU/L)	PRL (ng/mL)	P (nmol/L)	E ₂ (pmol/L)	T (nmol/L)
观察	65	治疗前	7.50 ± 0.88	12.02 ± 0.18	13.71 ± 1.33	0.99 ± 0.11	125.1 ± 1.87	1.84 ± 0.15
		治疗后	7.89 ± 1.20	7.92 ± 0.31*	13.29 ± 1.02	1.13 ± 0.35	171.1 ± 2.05	1.49 ± 0.17
对照	62	治疗前	7.39 ± 0.63	11.89 ± 0.32	13.43 ± 1.51	0.83 ± 0.31	127.3 ± 2.06	1.55 ± 0.72
		治疗后	7.70 ± 0.78	7.98 ± 0.36*	13.21 ± 1.24	1.08 ± 0.43	172.0 ± 1.92	1.37 ± 0.48

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$

经周期。但其为雌激素拮抗剂,影响宫颈黏液,使之变稠,不利精子穿入;影响子宫内膜发育,使之变薄,不利胚胎着床;影响卵泡排出,发生未破裂卵泡黄素化,影响受孕。本疗法主要是将针刺基本手法提插法与辅助手法搓柄法结合,加强针感,运用长毫针搓柄提插法刺激关元穴促排卵,取穴少,患者容易接受,配合口服枸橼酸氯米芬,改善子宫内膜厚度,促进卵泡发育,改善机体内环境,提高排卵率和受孕率,明显缩短疗程,且能改善药物可能引起的不良反应,是一种较理想的治疗方法。

参 考 文 献

- [1] 鲍世平. 中西医结合治疗排卵功能障碍不孕症36例[J]. 上海中医杂志, 2000, 2 (2) : 36.
- Bao SP. Treatment of 36 cases of sterility due to ovulatory dysfunction by integrated Chinese and Western medicine[J]. J Shanghai J Tradit Chin Med, 2000, 2 (2) : 36.
- [2] 陈伯英, 季士珠, 高慧, 等. 电针调整大鼠下丘脑—垂体—卵巢轴异常功能[J]. 神经科学, 1995, (Suppl) : 167-169.
- Chen BY, Ji SZ, Gao H, et al. The effect of electroacupuncture in normalizing functions of hypothalamus-pituitary-ovary axis[J]. J Neuroscience, 1995, (Suppl) : 167-169.
- [3] 孙斐, 俞瑾, 笪翠娣, 等. 雄激素致不孕大鼠肥胖—无排卵机制及滋肾阴药作用的探讨[J]. 中华内分泌代谢杂志, 1999, 15 (5) : 259-262.
- Sun F, Yu J, Da CD, et al. Comments on the cause of obesity rats anovulatory infertility because of androgen and the effect of medicines of nourishing kidney yin[J]. Chin J Endocrinol Metab, 1999, 15 (5) : 259-262.
- [4] Cai X. Substitution of acupuncture for human chorionic gonadotropin in ovulation induction[J]. J Tradit Chin Med, 1997; 17 (2) : 119.
- [5] 罗丽兰. 不孕与不育[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998 : 213-217.
- Luo LL, editor. Infertility and sterility[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 1998 : 213-217.
- (收稿: 2010-06-02 修回: 2010-09-10)

2010年全国中药学术研讨会在武汉召开

2010年全国中药研究学术讨论会于2010年8月5-7日在武汉湖滨花园酒店召开。来自全国各地的170余名代表参加了中药研究学术讨论会,共收集论文69篇,21位专家和学者做学术报告,就中药目前研究的热点问题,进行了广泛交流,深入探讨,为全国的中药研究者提供了一个很好的交流平台。

中国中医科学院中药研究所黄璐琦研究员结合自身的研究实践,报告了道地药材标准的构建,从道地药材的鉴别、形成机理等方面进行了详细而系统的阐述。第二军医大学张卫东教授提出了“基于网络生物学的中药有效成分群的发现”的研究思路,并进行了实验研究。天津中医药大学高秀梅教授做了基于植物性雌激素的中药应用思考的报告,以补骨脂和丹参为例进行了介绍。江苏康缘集团有限公司董事长、总工程师萧伟教授结合当前大品种的研究现状和发展趋势,做了以标准化体系建设为核心,做大做强中药大品种的报告。华中科技大学同济药学院陈家春教授根据湖北麦冬的生长特点,结合相应的实验研究,对湖北麦冬的不育机制和多糖活性进行了探讨。以上专家的报告得到与会代表的一直好评。

本次中国中西医结合学会中药专业委员会2010年度工作会上,颁发了委员证书,并对副主任委员候选人进行投票表决,讨论拟增补委员及青年委员名单,对下一年度工作及会议举办事宜进行了讨论。

(中西医结合中药专业委员会 供稿)

(收稿: 2010-11-20)