

中西医结合治疗输卵管炎性阻塞性不孕症 74 例

徐晓宇¹ 卢燕¹ 马宝璋²

(1 黑龙江中医药大学 2003 级博士研究生 哈尔滨 150040;
2 黑龙江中医药大学附属第一医院 哈尔滨 150040)

摘要:目的:观察中西医结合治疗输卵管炎性阻塞性不孕症的临床疗效。方法:采用口服中药丹元散,同时于经净后 3d 行宫腔镜下输卵管通液术治疗患者 74 例,1 个月经周期为 1 个疗程,总观察时间为 6 个周期并评定疗效。结果:74 例中痊愈 26 例,显效 27 例,有效 19 例,无效 2 例,总有效率 97.3%。结论:中西医结合治疗输卵管炎性阻塞性不孕症可取得较好的临床疗效,弥补了单纯中、西医治疗的不足。

关键词:中西医结合疗法;输卵管炎性阻塞性不孕症;丹元散;宫腔镜;输卵管通液术

中图分类号:R 711.6 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2006)01-0036-01

输卵管炎性阻塞是导致女性不孕的重要原因之一,约占女性不孕因素的 20%~45%^{〔1〕}。本病给患者及家属在精神上带来极大的困扰,患者求嗣心切,单纯的中医或是西医非手术治疗多收效较缓,手术治疗又因有再次阻塞的风险,往往不易为患者所接受,而采用中西医结合治疗则弥补了这些不足。

1 一般资料

本组 74 例,均参照中国中西医结合学会妇产科专业委员会第 3 届学术会议制订的《女性不孕症中西医结合诊疗标准》^{〔2〕},结合临床症状与妇检、输卵管造影、腹腔镜下通液等检查确诊为输卵管炎性阻塞。23~30 岁 39 例,31~35 岁 27 例,36 岁以上 8 例;原发性不孕 26 例,继发性不孕 48 例;继发于人流术后 37 例,自然流产后 9 例,阑尾炎术后 3 例,宫外孕术后 1 例,经期性交史 3 例,其余原因不详;病程 2~3 年者 32 例,4~5 年者 36 例,5 年以上者 6 例;双侧通而不畅 27 例,双侧伞端阻塞 9 例,一侧伞端阻塞、一侧通而不畅 21 例,右侧伞端通而不畅、左侧宫外孕行输卵管均除术 1 例,双侧峡部阻塞 2 例,左侧峡部阻塞、右侧伞端阻塞 9 例,双侧角部阻塞 5 例,均排除局部结核。

2 治疗方法

2.1 内服中药 丹元散加味治疗。基础方:赤芍 20g、柴胡 15g、香附 20g、玄胡 15g、金银花 30g、黄芩 20g、莪术 25g、薏米 30g 等。腰酸者加狗脊 20g,经前乳胀者加川楝子 25g,盆腔包块者加皂刺 15g。每日 1 剂,水煎服。

2.2 宫腔镜下输卵管通液术 糜蛋白酶 5mg、地塞米松磷酸钠注射液 5mg、庆大霉素 8 万 U,加入生理盐水 20~50mL 中,以 1mL/min 速度注入宫腔。从经净后第 3 天开始进行,隔日 1 次,3 次为 1 个疗程。每个月经周期行 3 次通液术。

3 疗效分析

3.1 疗效标准 治疗 3 个疗程后复查 1 次,总观察时间为 6 个疗程,并随访半年评定疗效。痊愈:经子宫输卵管造影术确诊为双侧输卵管通畅,且在半年内妊娠,临床症状消失。显效:经子宫输卵管造影术确诊为双侧输卵管已通畅,临床症状明显好转。有效:经子宫输卵管造影术确诊为原双侧输卵管不通,现有一侧通畅,或阻塞病灶面积明显缩小,临床症状有所改善。无效:治疗前后无变化。

3.2 治疗结果 经治疗后,74 例中痊愈 26 例,显效 27 例,有效 19 例,无效 2 例(占 2.7%),总有效率 97.3%。

4 讨论

4.1 祖国医学中对输卵管炎性阻塞性不孕尚无明确的阐述,

其自身症状可散见于“无子”、“断绪”、“带下”、“癥瘕”、“小腹痛”等篇章中。本病多见于继发性不孕以及既往曾有过腹部手术史、经期不注意卫生、房事不洁等原发性不孕的患者。

4.2 中医学认为本病多因妇女经期产后血室正开,摄生不慎,或经期同房,或宫腔手术消毒不严,以致外感湿热之邪,入侵胞宫,与瘀血相搏,蕴郁而结,湿热瘀滞胞脉;或急性期治疗不当、不彻底,余邪未尽,瘀积胞宫、胞脉、胞络,阻滞气血,致冲任受损,经隧不通。其病机本质为瘀阻冲任、胞宫,不能摄精成孕,因而“清热除湿、化瘀通络”是其首选治则。丹元散中赤芍清热祛瘀,行气止痛;香附、柴胡活血化瘀;玄胡活血行气止痛;金银花、黄芩、薏米清热解毒,祛湿止痛;莪术破血行气,软坚散结消癥。现代药理研究也证实了本方剂对病灶具有活血化瘀、消炎止痛、软坚散结通络、改善局部血液循环的作用,使得局部吞噬细胞增多,粘连纤维化的组织软化、消散、吸收。

4.3 应用输卵管通液术可使药物直接作用于病灶,尽快改善局部血液循环,使粘连的纤维组织松解,促使炎症吸收,消除组织水肿。同时借助于推药时的机械压力还可使轻度粘连的输卵管分离、通畅。通液中速度及力度的掌握尤为关键。第一次通液时绝大多数患者可以耐受,少数患者会出现腹痛拒按,考虑为输卵管痉挛,待注射阿托品后再缓慢推液。对于高度紧张的患者可在术前 30min 肌注阿托品 0.5mg,以防因情绪紧张导致输卵管痉挛。

4.4 研究中还发现患者年龄越大,病程越长,阻塞程度越严重,其治疗的难度就越大。这可能是由于输卵管局部炎症引起的充血、粘连,最后纤维化,且随着时间的延长,这种损伤将逐渐变得不可逆。因此,对于各种生殖道炎症应积极治疗,尤其是一旦确诊为输卵管炎性阻塞致不孕症者,需尽早治疗,以免贻误病情,加大治疗难度。

4.5 在治疗期间当禁止性生活,以避免因宫腔操作后同房致急性盆腔炎的发作,增加治疗难度。输卵管通畅后,宜再予以补肾调经 1~2 月,使输卵管黏膜纤毛上皮的功能得以恢复,从而有利于提高妊娠率。

参考资料

[1]陈如均,江鱼.不孕不育治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,1995.70
[2]中国中西医结合学会妇产科专业委员会.子宫内膜异位症、妊娠高血压综合征及女性不孕症的中西医结合诊疗标准[J].中西医结合杂志,1991,11(7):376~379

(收稿日期:2005-09-08)