

宫腔镜插管通液联合黄桂灌肠剂保留灌肠治疗 输卵管阻塞性不孕症 60 例

朱剑红

(江苏省如皋市中医院 如皋 226500)

摘要:目的:观察宫腔镜插管通液联合黄桂灌肠剂保留灌肠治疗输卵管阻塞性不孕症的效果。方法:采用宫腔镜插管通液联合黄桂灌肠剂保留灌肠治疗输卵管阻塞性不孕症 60 例,并与以输卵管通液治疗 40 例作对照,观察 2 组输卵管通畅情况、再通率、妊娠率。结果:治疗组输卵管再通率 75.8%,妊娠率 75.0%,对照组分别为 40.0%和 32.5%。2 组比较治疗组效果明显优于对照组($P<0.01$)。结论:宫腔镜插管通液联合黄桂灌肠剂保留灌肠治疗输卵管阻塞性不孕症疗效显著。

关键词:输卵管阻塞;不孕症;宫腔镜;黄桂灌肠剂;保留灌肠

中图分类号:R 713.7 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)06-0038-02

输卵管阻塞是导致女性不孕的主要原因,约占不孕症的 1/3^[1]。我院自 2002 年 5 月以来采用宫腔镜直视下进行输卵管插管通液,配合黄桂灌肠剂保留灌肠治疗输卵管阻塞性不孕症,取得较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 自 2002 年 5 月~2005 年 5 月,将本院妇科门诊经子宫输卵管造影证实为输卵管阻塞或者通而不畅的不孕症患者 100 例,随机分为 2 组。治疗组 60 例,年龄 22~40 岁,平均(28.4±3.6)岁;不孕时间 2.0~10.0 年,平均(3.5±1.0)年;原发性不孕 22 例,继发性不孕 38 例;输卵管双侧不通 33 例,双侧通而不畅 6 例,单侧不通对侧通而不畅 10 例,单侧不通或通而不畅 11 例。对照组 40 例,年龄 23~39 岁,平均(28.2±3.5)岁;不孕时间 2.0~9.5 年,平均(3.6±1.1)年;原发性不孕 15 例,继发不孕 25 例;输卵管双侧不通 21 例,双侧通而不畅 3 例,单侧不通对侧通而不畅 8 例,单侧不通或通而不畅 8 例。2 组年龄、不孕时间、输卵管通畅情况比较,无显著差异($P>0.05$),组间有可比性。

1.2 子宫输卵管造影的诊断标准 使用 40%碘化油或 76%泛影葡胺通过通液器缓慢注入子宫腔,观察造影剂通过宫腔及双侧输卵管情况,若输卵管显影,造影剂进入腹腔呈弥散状,即为输卵管通畅;若输卵管造影剂充盈,部分进入腹腔弥散不佳,则为通而不畅;若输卵管部分充盈,无腹腔内弥散或输卵管无造影剂显影,则为输卵管阻塞。

2 治疗方法

2.1 治疗组 宫腔镜插管通液联合黄桂灌肠剂保留灌肠。应用国产 XG-301 型固定弯管宫腔镜,于月经干净 3~5d 进行宫抗胆汁淤积作用与下列作用有关:(1)促进腺苷蛋氨酸-依赖性膜磷脂的合成(降低胆固醇/磷脂的比例)而恢复细胞质膜的流动性。(2)克服转甲基反应障碍,促进内源性解毒过程中甲基的合成。肝内腺苷蛋氨酸的生物利用度在正常范围内,可以退黄、降酶,促进肝细胞再生,防止肝内胆汁淤积^[2]。ICP 患者由于体内腺苷蛋氨酸合成酶活性下降,导致腺苷蛋氨酸合成下降^[3]。通过补充外源性腺苷蛋氨酸,以克服腺苷蛋氨酸合成不足,阻止胆汁淤积,促进恢复。

从妊娠结局来看,治疗组可延长孕周,降低早产率,增加新生儿体重,降低胎儿缺氧的发生率,减少胎儿窘迫。这是由于思美泰降低了血中胆汁酸浓度,增加了胎盘的绒毛间隙,从而减少了对子宫平滑肌的刺激,以及改善胎盘功能,增加母

腔镜插管通液,每月 1 次,3 个月为 1 个疗程。患者取膀胱截石位,局部常规消毒,宫颈旁注射 1%利多卡因行阻滞麻醉,探测宫腔,用宫颈扩张器扩张宫颈至 7~7.5 号,置入电视宫腔镜,用 5%葡萄糖注射液做膨宫介质,待宫腔充分扩展后,先观察宫腔内情况,找到输卵管开口,然后将导管(外径 14mm 医用塑料管)插入输卵管口 2~3mm,导管外接注射器,先注入亚甲蓝液试其推注阻力和有无染液回溢以判断输卵管通畅度,然后加压注入 0.5%甲硝唑注射液 15mL,同法处理对侧输卵管。下次月经后再行输卵管插管通液。所有患者均配以黄桂灌肠剂(我院研制的复方中药制剂,处方:大黄 10g,黄芩 10g,黄柏 10g,桂枝 20g。水煎 2 次,去渣混合制成 500mL 药液)保留灌肠治疗。方法:将药液加温至 39℃左右,每晚睡前排空大小便,用润滑剂(液状石蜡或植物油)润滑一次性灌肠器的肛管前端,插入直肠 15~20cm,将药液缓慢注入,嘱患者尽量使药液在体内保留 2h 以上。每日 1 次,每次 100~150mL,3 个月为 1 个疗程。

2.2 对照组 输卵管通药液:于月经干净后 3~7d 进行,隔日 1 次,共 3 次,3 个月为 1 个疗程。药物:庆大霉素 16 万 U,地塞米松 5mg,α-糜蛋白酶 4 000U,生理盐水 20mL,宫腔注射。

3 疗效观察

3.1 观察项目 (1)近期疗效:比较 2 组治疗前后输卵管通畅情况及治疗后输卵管阻塞的疏通效果(再通率)。(2)远期疗效:比较 2 组治疗后 2 年内妊娠情况(妊娠率)。

3.2 统计学方法 输卵管通畅情况、再通率、妊娠率比较,采用 χ^2 检验。

婴儿营养交换,从而使孕周延长,增加新生儿体重。

综上所述,思美泰结合中药治疗 ICP 有较好疗效,而且副作用少,对孕妇及胎儿无不良影响,值得推广应用。

参考文献

[1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.500~507
[2]Ribalta J, Reyes H, Gonzalez MC, et al. S-adenosyl-L-methionine in the treatment of patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy:a randomized, double-blind, placebo-controlled study with negative results[J]. Hepatology,1991,13(6):1 084~1 089
[3]梁晓丽,吴娜.思美泰[J].中国新药杂志,1999,8(4):263
[4]吴秋萍.妊娠期肝内胆汁淤积症的药物治疗[J].实用妇产科杂志,2002,18(1):9

(收稿日期:2007-05-16)

中药对单纯乳房早发育女童血浆雌二醇的影响

毕美芬 黄如红 费晓颖
(浙江省宁波市镇海区中医医院 宁波 315200)

关键词:单纯乳房早发育;血浆雌二醇;中医药疗法

中图分类号:R 725.8

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0039-02

单纯乳房早发育或称单纯乳房发育 (precocious thelarche) 是指女童在婴幼儿时期出现乳房增大而无其他性征表现者,检测发现本病患儿血浆雌二醇常增高,促性腺激素水平正常^[1]。笔者在临床工作中运用滋阴泻火、舒肝散结法,调节血浆雌二醇水平,治疗女童单纯乳房早发育,取得一定的疗效。现报道如下:

1 临床资料

临床共用中药汤剂治疗单纯乳房早发育女童 23 例,一般都是在第一次出现单纯乳房早发育,就诊考虑假性性早熟用知柏地黄丸和(或)逍遥丸口服治疗好转 4~6 个月,第二次出现乳房早发育的患儿。年龄 <5 岁 2 例,5~7 岁 13 例,7~8 岁 8 例;病程 <4 个月 15 例,4~6 个月 6 例,6 个月~1 年 2 例;单侧乳房增大 15 例,双侧乳房增大 8 例,可触及增生的乳腺组织,乳晕色泽加深 2 例。23 例均伴有阴虚内热症状,如:性情急躁易怒、潮热、口渴、便秘,舌质红,其中兼夹痰湿者 10 例。经检查排除特发性性早熟或中枢神经系统病变、卵巢肿瘤、误差雌激素等引起的性早熟。实验室检查:23 例常规盆腔 B 超测定,子宫、卵巢大小基本正常;骨龄测定与实际年龄相符;血浆雌二醇 (E₂)>100 nmol/L,FSH、LH 正常。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组治疗前后输卵管通畅情况及再通率比较 见表 1。治疗前 2 组输卵管通畅情况比较:χ²=0.0398, P>0.05,无统计学意义。治疗后 2 组输卵管通畅情况比较:χ²=30.25, P<0.01,差异有极显著意义,治疗后治疗组输卵管通畅情况明显优于对照组。2 组治疗后再通率比较:χ²=41.97, P<0.01,有极显著意义,治疗组再通率明显优于对照组。

表 1 2 组治疗前后输卵管通畅情况及再通率比较 条(%)					
组别	输卵管条数	通畅	通而不畅	阻塞	再通
治疗组	治疗前 120	11 (9.2)	24 (20.0)	85 (70.8)	
	治疗后 120	102 (85.0)	8 (6.7)	10 (8.3)	91 (75.8)
对照组	治疗前 80	8 (10.0)	16 (20.0)	56 (70.0)	
	治疗后 80	40 (50.0)	6 (7.5)	34 (42.5)	32 (40.0)

3.3.2 2 组治疗后妊娠率比较 治疗组为 45/60 例 (75.0%),对照组为 13/40 例 (32.5%)。χ²=25.3, P<0.01,有极显著意义,治疗组妊娠率明显优于对照组。

4 讨论

输卵管阻塞是输卵管本身病变与周围组织病变,二者常并存,病变原因以炎症为主^[1]。由于输卵管及其周围炎症导致输卵管粘连扭曲,以及输卵管腔内的组织碎片、黏液栓子、细小的纤维组织等因素,均可导致输卵管阻塞。宫腔镜下输卵管口插管通液,通过输卵管腔内直接加压注药,以比传统输卵管通液术大几倍甚至十几倍的压力,使输卵管腔部分粘连和轻、中度阻塞得以分离、疏通,再辅以药液,效果较好。通过

2 治疗方法

23 例均以滋阴降火、舒肝散结为法,自拟知柏地黄汤和柴胡舒肝散加减治疗。药物组成:黄柏 6g、知母 6g、柴胡 6g、白芍 9~12g、枳壳 6g、僵蚕 6g、莪术 6g、川芎 3g、橘核 6g、生地 6~9g、生山楂 20~30g、甘草 3g,浓煎取汁,早晚分服。随证加减:肝火重者加夏枯草、龙胆草;痰湿明显者配合二陈汤化裁;乳房胀痛或乳头触痛明显者加郁金、丝瓜络等。汤剂连服 1 个月,以后每月服药 5 剂,连续半年为 1 个疗程。分别于中药治疗前和中药治疗半年后抽取静脉血 2mL,分离血清做 FSH、LH、E₂ 的测定。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:乳腺恢复正常,无胀痛,血浆雌二醇 <75.0nmol/L。显效:乳腺明显缩小、变软,无胀痛,血浆雌二醇较自身下降 (<100 nmol/L)。无效:乳腺无变化或继续增大,血浆雌二醇无改变或增高。

3.2 结果 经过 1 个疗程治疗,痊愈 12 例,有效 10 例,无效 1 例;总有效率为 95.6%。血清雌激素测定:FSH、LH 治疗前后均在正常范围,经数据统计无明显差异 (P>0.05);E₂:治疗前 (124.28±13.34)nmol/L,治疗后 (89.76±24.25)nmol/L, P<0.05。宫腔镜检查,还可发现宫内其他导致不孕的病变,以便及时处理,提高疗效。

输卵管阻塞性不孕症属中医“不孕症”范畴,病机以湿热瘀阻为主。黄桂灌肠剂由大黄、黄芩、黄柏、桂枝组成,具有清热解毒利湿、活血化瘀之功。动物实验显示,黄桂灌肠剂具有明显的抗炎、抑菌和活血化瘀的作用^[2]。现代药理研究证明^[3],应用活血化瘀药物能改善输卵管和盆腔局部的血液循环,调节合成代谢,吸收输卵管炎症病灶,促进输卵管运送卵子和受精卵的功能,并能改善输卵管内的受精环境。采用肠道给药,既避免了苦寒药物对胃的不良刺激,又可以大大提高病变局部药物有效浓度,使药力直达病所,充分发挥疗效。药液加温后使用,可起到局部理疗、热敷作用,使局部血管扩张,改善微循环,加速病灶的吸收修复,进一步提高疗效。

观察结果表明,宫腔镜插管通液联合黄桂灌肠剂保留灌肠治疗输卵管阻塞性不孕症,输卵管再通率为 75.8%,妊娠率为 75.0%。与输卵管通药液治疗比较,优势明显。此方法疗效确切,操作安全、简便,有临床实用价值。

参考文献

[1] 罗兰. 不孕不育[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 149~150
[2] 黄兰英, 黄山峰, 许俊, 等. 黄桂灌肠剂药效学研究[J]. 河北中医, 2004, 26(11): 875
[3] 王桂枝. 中西医结合治疗继发性不孕症 70 例[J]. 河南中医, 2004, 24(11): 65

(收稿日期: 2007-07-10)