

自拟通管汤治疗输卵管不通所致不孕症 67 例临床观察

李凤芹 耿金凤 祝焕蕊

(山东省德州市中医院 德州 253013)

关键词: 输卵管不通; 不孕症; 自拟通管汤

中图分类号: R 711.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0069-01

输卵管阻塞不通是不孕症的常见原因之一。笔者经过多年的临床探索,采用活血行气、通络散结的自拟通管汤治疗输卵管阻塞不通所致的不孕症,疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择与分组 选择 2001 年 1 月~2007 年 12 月的门诊病例 97 例,符合 1986 年昆明会议“不孕症诊断标准”。治疗前经子宫输卵管造影,确诊为双侧或单侧输卵管阻塞,治疗后除妊娠者外,再次造影。97 例患者随机分为治疗组 67 例,对照组 30 例。治疗组 25~30 岁者 34 例,30~35 岁者 23 例,35~39 岁者 10 例;不孕时间 2 年者 22 例,3 年者 17 例,4 年者 9 例,5 年以上者 19 例。对照组 25~30 岁者 12 例,30~35 岁者 11 例,35~39 岁者 7 例;不孕时间 2 年者 9 例,3 年者 8 例,4 年者 4 例,5 年以上者 9 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 口服自拟通管汤,由丹参、赤芍、三棱、莪术、当归、川芎、桃仁、红花、路路通、香附、延胡索、穿山甲、甘草等组成。水煎服,日 2 次,月经第 5 天开始服,连服 20d 为 1 个疗程,休息 10d 再服下 1 个疗程。同时注意保持心情舒畅,禁食辛辣刺激食物,连服 3 个疗程后进行输卵管造影,无效者再服 3 个疗程。

1.2.2 对照组 用庆大霉素 8 万 U+α-糜蛋白酶 4 000U+地塞米松 5mg+生理盐水 20mL 行输卵管通液。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 痊愈:治疗后妊娠或再次造影证实为输卵管复通。好转:治疗后造影通而欠畅。无效:治疗前后无明显变化。

2.2 治疗效果 见表 1。治疗组妊娠 32 例,其中 2 例为双胞胎。

2 讨论

直肠肛管周围脓肿是一种常见的外科感染性疾病,终可形成肛管直肠瘘管^[1]。男多于女,偶发于婴幼儿。传统治疗不行一期根治术,除顾虑被切除的组织因水肿术后疼痛较重外,还怕损伤大、愈合时间长及伤及括约肌,更主要是脓肿尚未局限,认为“原发病灶”寻找困难,术后易复发。而传统治疗方法不外乎单纯切开引流,但极大多数手术后常形成肛瘘^[1,2],带给病人再次手术的痛苦,经济上也增加了负担,所以多年来对直肠肛管脓肿的治疗方法仍在不断地探索^[3]。我们认为一期根治术可避免肛瘘的形成和再次手术,其手术方法非常简单,即将肛周脓肿变为肛瘘,按肛瘘进行瘘管切开,既达到引流目的,又解决了瘘管。手术成败的关键在于:(1)要准确地找到内口。以往认为脓腔周围组织松软,不易找到内口。我们认为“原发病灶”易找到,这是因为肛门直肠周围脓肿也存在与肛瘘同样的“内口”,而脓肿未破,“瘘道”无内外口可言,故称“内口”为“原发病灶”,由于脓肿急性期腔内压力大,

胎,妊娠率 47.8%。妊娠后随访,仅 1 例宫外孕发生。对照组妊娠 6 例,妊娠率 20.0%。

表 1 两组疗效比较 例(%)

	n	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	67	45(67.2)	18(26.9)	4(6.0)	94.0
对照组	30	12(40.0)	5(16.7)	13(43.3)	56.7

3 讨论

输卵管阻塞一般由慢性盆腔炎、盆腔手术后造成的附件粘连、子宫内膜异位粘连等因素造成输卵管管腔阻塞。中医认为其发病机理为气滞血瘀,由于瘀血阻滞脉络,脉络不通,阳精阴血不能施摄,故不得孕。治宜活血行气,祛瘀通络。方中丹参、赤芍、桃仁、红花、延胡索、香附活血祛瘀、行气止痛;当归、川芎养血活血行气;穿山甲“宜通脏腑,贯穿经络,透达关窍,凡血凝血聚为病皆能开之”(张锡纯);路路通为通络通管良药,与穿山甲配伍,相得益彰;甘草调和诸药:诸药合用,共奏活血行气、通络散结之效,使瘀滞祛而络脉通,下焦气化复畅而摄精受孕。现代药理研究证实,活血化瘀能改善病变区的血运和血液流变学,促进慢性炎症的吸收和粘连的松解,使阻塞的管腔重新再通,这就是恢复输卵管功能和通畅的关键所在。临床观察发现,西药抗生素对控制敏感菌感染较为有效,但对消除慢性炎症浸润之纤维组织和结缔组织则效果较差,而活血行气、化瘀通络之通管汤,不但能消除炎症,并能促进炎症性病灶的消退及增生性病变的软化及吸收,使阻塞的输卵管管腔复通而恢复生育功能。而且对其伴随症状如下腹坠痛、腰酸疼痛及月经失调等也可获相应改善,这也是该药治疗输卵管阻塞不通的优势所在,值得临床推广应用。

(收稿日期: 2008-03-07)

扩肛后通过挤压脓肿在相应肛窦有溢脓而找到内口。(2)保持伤口基底部从深到浅、从里到外逐渐向表面愈合。每次便后用 P.P 溶液清洗肛门并换药一次,每次换药都必须把凡士林纱条填满伤口,以防皮肤切口桥形粘连,避免假愈合^[4]。

对于骨盆直肠窝脓肿,我们改变传统从皮肤切开引流的方法,采用经肛门由直肠直接引流的方法,不但避免了瘘管的形成,也避免了肛门括约肌的损伤。我们认为留置的三腔导尿管一方面可起固定和引流作用,避免过早脱出,另一方面可定时冲洗并随脓腔的缩小而逐渐放小气囊,直至完全愈合。

参考文献

- [1]喻德洪.肛瘘[A].见:吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,1994.1 260
- [2]王德昭,徐行化.肛管直肠周围脓肿[A].见:石美鑫,熊汝成,李鸿儒,等.实用外科学[M].北京:人民卫生出版社,1992.696
- [3]邱丽娟.一期根治术治疗肛周脓肿 112 例临床观察[J].大肠肛门病外科杂志,2004,10(1):30
- [4]董平.肛管直肠动力学在肛瘘手术中的意义[J].中国实用外科杂志,1997,17(1):39

(收稿日期: 2008-03-03)