大黄廔虫胶囊联合通管汤治疗输卵管不畅型不孕症疗效观察

艾雯¹ 蒋贵林²

(1 江西中医药大学 2012 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医药大学第一附属医院妇科 南昌 330006)

摘要:目的:对大黄廔虫胶囊联合通管汤治疗输卵管不畅型不孕症效果加以临床研究分析,以更好地指导临床应用。方法:随机选择江西中医药大学第一附属医院 2012 年 3 月~2013 年 9 月输卵管不畅型患者 60 例,将其随机分成观察组和对照组各 30 例。观察组采用大黄廔虫胶囊联合通管汤治疗,对照组采用子宫输卵管通液术,同时口服罗红霉素缓释胶囊,观察比较两组治疗效果。结果:观察组治愈 18 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率为 86.7%;对照组治愈 9 例,有效 10 例,无效 11 例,总有效率为 63.3%;两组的治愈率和总有效率比较差异有统计学意义,观察组明显高于对照组($P<0.05$)。结论:大黄廔虫胶囊联合通管汤是治疗输卵管不畅型不孕症的一种有效治疗方法。

关键词:不孕症;大黄廔虫胶囊;通管汤

中图分类号:R711.76

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.045

不孕症是一种复杂的生理病理过程,是一种特殊的生殖健康的缺陷,因存在着生理、心理双重因素,给家庭乃至社会带来巨大的影响。不孕症的各种因素中,输卵管因素占 50%,主要是由慢性输卵管炎引起伞端闭锁或输卵管黏膜破坏,可使输卵管增粗、管腔变狭窄,乃至阻塞,导致不孕。中医认为瘀血内阻是引起输卵管阻塞性不孕的主要发病机理^[1]。2012 年 3 月~2013 年 9 月经江西中医药大学第一附属医院 X 线行子宫输卵管造影术确诊的输卵管不畅型不孕症患者 60 例,将其随机分为观察组和对照组各 30 例。观察组采用口服大黄廔虫胶囊联合通管汤治疗,对照组采用子宫输卵管通液术,同时口服罗红霉素缓释胶囊进行对照观察。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 60 例均为江西中医药大学第一附属医院的门诊患者,符合不孕症诊断标准,经 X 线下行子宫输卵管碘油造影术确诊,采用随机对照原则分为观察组和对照组。观察组 30 例,年龄 21~38 岁,已生育者 12 例,有人流史者 16 例。对照组 30 例,年龄 23~36 岁,已生育者 14 例,有人流史 17 例。两组一般情况、病情严重程度与造影检查等情况比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:依据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2]拟定。(1)原发性或继发性不孕 2 年以上,经超声检查排除生殖器官畸形、肿瘤,生殖内分泌检测等,排除排卵障碍、子宫因素、阴道因素、男性因素、免疫因素;(2)妇科检查示单侧或双侧附件区增厚,或有轻压痛;(3)子宫输卵管碘油造影片示单侧或双侧输卵管不通或通而不畅。中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中有

关输卵管炎性不孕症的标准及辨证分型。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 口服大黄廔虫胶囊(用法用量:每次 3 粒,每天 3 次)及中药通管汤。大黄廔虫胶囊组成:熟大黄、土鳖虫(炒)、水蛭(制)、虻虫(去翅足,炒)、蛭螬(炒)、干漆(煨)、桃仁、苦杏仁(炒)、黄芩、地黄、白芍、甘草。通管汤组方:红藤 15 g,败酱草 15 g,紫花地丁 15 g,茯苓 10 g,猪苓 10 g,泽泻 10 g,白术 10 g,皂角刺 15 g,路路通 15 g,王不留行 15 g,地龙 15 g,丹参 10 g,三棱 9 g,莪术 10 g,黄柏 10 g。腰膝酸软者加川断、川牛膝、杜仲等;痰湿重者加苍术、半夏、陈皮等;小腹冷痛者加肉桂、艾叶等。服药方法:水煎服,1 剂/d,分 2 次温服,于每次月经干净后连服 20 d 为 1 个疗程,服用 3 个疗程,如若怀孕则停止服用。

1.3.2 对照组 每月月经干净后第 3~7 天为治疗日,在无性生活并白带常规清洁度为 I° 情况下进行子宫输卵管通液术。常规外阴阴道消毒,探子宫位置,再次宫颈消毒,探宫深,用聚乙烯双腔气囊管置入宫腔底部并回拉 1 cm,即气囊越过宫颈内口,气囊腔缓慢注气 2.5~3 ml,轻轻下拉导管,使气囊紧塞宫颈内口。将 0.9%氯化钠注射液 40 ml、庆大霉素 8 万 U、A-糜蛋白酶 4 000 U、地塞米松 5 mg、2%利多卡因 10 ml 混匀后缓慢注入宫腔,注意观察其阻力及药液回流情况,来判断输卵管通畅度^[4]。同时服用罗红霉素缓释胶囊,每次 1 粒,每日 2 次。两组均在 3 个疗程后复查子宫输卵管碘油造影术,评定其疗效,如若怀孕则免除此项。

1.4 疗效标准 根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2]评定。治愈:输卵管通畅(包括妊娠和再通

病例);有效:输卵管造影示阻塞较前明显缓解,或通液注药量、推注阻力及患者自我感觉较前明显好转;无效:输卵管通畅试验与治疗前相比无明显改善。

1.5 统计学方法 两组患者的治愈率和总有效率用卡方分析进行比较,应用 SPSS17.0 统计软件, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者的疗效情况见表 1。从表 1 可以看出观察组治愈率、总有效率与对照组比较,均有显著的统计学差异($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	有效	无效	总有效
观察组	30	18(60.0)	8(26.7)	4(13.3)	26(86.7)*
对照组	30	9(30.0)	10(33.3)	11(36.7)	19(63.3)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 典型病例

左某,女,32 岁,2013 年 3 月 6 日初诊。婚后 3 年未孕,丈夫检查无异常,平素月经规律,经行不畅,量中,色暗红,有血块,少腹冷痛,腰酸,经前伴乳房胀痛,白带量中,无异味,舌红苔薄白,脉弦涩。彩超示:子宫附件无明显异常。行子宫输卵管造影(HSG)示:双侧输卵管通而不畅。采用口服大黄廬虫胶囊(每次 3 粒,每天 3 次)及中药通管汤(红藤 15 g,败酱草 15 g,紫花地丁 15 g,茯苓 10 g,猪苓 10 g,泽泻 10 g,白术 10 g,皂角刺 15 g,路路通 15 g,王不留行

15 g,地龙 15 g,丹参 10 g,三棱 9 g,莪术 10 g,黄柏 10 g,艾叶 10 g,肉桂 3 g)水煎服,每日 1 剂,分 2 次温服。服用 5 个疗程。行 HSG 示:双侧输卵管通而欠畅。后以上方随症加减,调服四十余剂后顺利受孕。

4 讨论

输卵管炎症是临床上不孕症的最主要因素之一。中医学认为,发病原因多以脏腑失调、气血不畅或感受外邪、瘀血阻络、络脉不通所致。现代医学认为,输卵管阻塞多因妇科炎症、流产、小产以及经期感染等,导致输卵管炎变阻塞,使输卵管壁僵硬和输卵管粘连,影响输卵管蠕动和纤毛的摆动,妨碍精子的通过而造成不孕。通过临床观察,大黄廬虫胶囊联合通管汤治疗输卵管不畅型不孕症疗效显著。大黄廬虫胶囊能够活血破瘀,通经消痞。通管汤中皂角刺、路路通、王不留行、地龙、丹参活血化瘀,软坚散结;三棱、莪术通络止痛;红藤、败酱草、紫花地丁清热解毒,为抗菌消炎的良药。对于输卵管通而不畅型不孕症都有很好的疗效。因此,大黄廬虫胶囊联合通管汤是治疗输卵管不畅型不孕症的一种有效的治疗方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1]欧阳惠卿.中医妇科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.224
 [2]中国人民解放军后勤部卫生部.临床疾病诊断依据治愈好转标准[S].第 2 版.北京:人民军医出版社,2002.551
 [3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].1993.252-254
 [4]佟慕光.不孕与不育[M].上海:上海科学技术出版社,1984.151
 (收稿日期:2014-10-28)

中药杀胚治疗未破裂型异位妊娠的疗效观察

邱晶¹ 胡小荣²

(1 江西中医药大学 2012 级硕士研究生 南昌 330006;

2 江西中医药大学第一附属医院妇科 南昌 330006)

关键词:异位妊娠;中药杀胚;宫外孕 2 号方

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.046

受精卵在子宫体腔以外着床称为异位妊娠(ectopic pregnancy),习称宫外孕(extrauterine pregnancy)^[1],是妇科常见急腹症之一。近年来,异位妊娠的发病率呈上升趋势,现代医疗诊断技术的不断进步,能有效帮助医疗工作者在早期诊断发现,可避免手术治疗,最大限度保留和恢复患者的生育功能。本研究对我院妇科病区收治住院的 28 例未破裂型异位妊娠患者应用中药杀胚治疗,取得较好临床疗效。现回顾分析总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 28 例均为 2013 年 3 月~2014 年

9 月江西中医药大学第一附属医院妇科病区收治的住院患者,根据病史、血人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)及 B 超检查,确诊为未破裂型异位妊娠患者,所有患者符合保守治疗适用证,自愿选择药物保守治疗。年龄 19~46 岁,停经 36~59 d。

1.2 纳入标准 (1)病情稳定(腹痛不明显,阴道出血不多,面色可),生命体征平稳;(2)10 mIU/L < 血 β -HCG < 2 000 mIU/L (正常值 < 2 mIU/L),或 2 mIU/L < 血 β -HCG < 10 mIU/L,但动态观察不降或有上升者;(3)B 超提示输卵管妊娠为未破裂型,其中可见妊娠囊或胎心搏动,输卵管包块直径 ≤ 4 cm;