

中医周期疗法治疗排卵障碍性不孕的相关研究

廖越 吴熙 王小红 陈捷 陈丽莹
(福建中医药大学附属人民医院妇科 福州 350004)

摘要: 目的: 探讨中医周期疗法治疗排卵障碍性不孕的临床疗效及对其子宫内膜容受性的影响。方法: 选取 2013 年 4 月~2016 年 3 月在我院妇科就诊的 133 例排卵障碍性不孕患者,按数字表随机分组法分成对照组 60 例和研究组 73 例,对照组予以常规治疗,研究组予以中医周期疗法联合常规治疗,对比分析两组患者的临床疗效以及对子宫内膜容受性的影响。结果:经过治疗后,研究组临床妊娠率为 67.12%,高于对照组($P<0.05$);研究组最大子宫内膜厚度、A 型内膜所占比率、宫颈黏液评分显著高于对照组($P<0.05$);研究组子宫内膜血流 PI、RI 显著低于对照组($P<0.05$)。结论:排卵障碍性不孕患者采取中医周期疗法治疗,可显著提高患者妊娠率,对于改善患者子宫内膜容受性、提高整体临床疗效具有重要临床价值。

关键词: 排卵障碍性不孕;中医周期疗法;子宫内膜容受性

中图分类号:R271.14

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.018

随着全面二孩时代的到来,不孕症这一严重影响家庭和谐的疾病危害日益突出,发病率逐年增高,其中由多种原因导致的排卵障碍性不孕占约 1/3 的比例。传统临床治疗主要是给予促排卵西药治疗,尽管促排卵效果较好,但是总体妊娠率低,这一直是困扰临床医生的难题。随着临床对更为安全、有效的治疗方案的不断探索,中西医结合研究在此领域日益深入,本病在治疗上正朝着方法多样化和规范化的方向发展。本院近年来采取中医周期疗法治疗排卵障碍性不孕,取得了较为理想的临床疗效。现将相关数据资料汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 4 月~2016 年 3 月在我院妇科就诊的 133 例排卵障碍性不孕患者,按数字表随机分组法分成对照组 60 例和研究组 73 例。两组患者一般资料经统计学分析,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1、表 2。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)	BMI(kg/m ²)	基础FSH(mIU/ml)	原发不孕(例)	继发不孕(例)
研究组	73	27.82±4.31	22.27±2.52	7.03±1.54	49	24
对照组	60	28.04±3.95	21.94±2.16	6.89±1.38	41	19

表 2 两组排卵障碍主要原因比较(例)

组别	n	持续性无排卵	多囊卵巢综合征	卵巢功能减退	黄体功能不足	高泌乳素血症	黄素化卵泡不破裂综合征
研究组	73	3	35	5	13	8	9
对照组	60	2	31	3	10	6	8

1.2 纳入标准和排除标准 纳入标准:(1)符合《妇产科学》^[1]第 8 版排卵障碍性不孕症临床诊断标准;(2)愿意接受本研究的相关治疗措施,并配合完成相关检查随访者;(3)患者 BMI<25 kg/m²,年龄<40 岁,基础 FSH 值<10 mIU/ml。排除标准:(1)配偶生育能力严重异常者;(2)同时存在其他如输卵管因素、子宫腺肌病等不孕原因者;(3)合并子宫、附件器

质性疾病者;(4)低促性闭经、卵巢早衰或合并其他严重内分泌疾病者;(5)肿瘤、精神障碍或肝肾功能异常者;(6)克罗米芬(Clomiphene Citrate, CC)过敏、抵抗或曾使用 3 个月以上者。

1.3 方法

1.3.1 入组前预处理 完善各项检查,明确病因,查月经第 3 天性激素五项及黄体中期孕酮,明显异常者可给予内分泌治疗 1~3 个月。给予多囊卵巢综合征患者达英-35 治疗,卵巢功能减退的患者给予雌孕激素人工周期治疗,黄体功能不足者给予孕激素后半周期疗法,高泌乳素血症患者予以溴隐亭治疗,超重者需减肥。停药后可自然试孕,3 个月后未受孕者参照标准纳入或剔除研究,并进行随机分组。

1.3.2 治疗方法 对照组:月经第 5 天起,给予克罗米芬常规治疗,50 mg/d,连续给药 5 d。若未成功促排卵,第 2 周期用量 100 mg/d。若患者仍未排卵,第 3 周期用量 150 mg/d。研究组:在常规治疗基础上联合中医周期疗法,每日 1 剂,可随症加减。经后期(月经或撤退性出血第 5~12 天)连服 8 d,主方促卵泡汤:当归 20 g,淫羊藿 20 g,枸杞子 20 g,生地 20 g,熟地 20 g,白术 15 g,丹皮 12 g,山药 15 g,山茱萸 15 g,黄精 15 g;经间期(第 13、14 天)连服 2 d,主方促排卵汤:黄芪 20 g,党参 20 g,泽兰 12 g,桃仁 12 g,红花 6 g,赤芍 12 g,香附 12 g,川芎 6 g;经前期(第 15~28 天)连服 14 d,主方促黄体汤:黄芩 6 g,巴戟天 12 g,菟丝子 15 g,熟地 15 g,续断 15 g,桑寄生 15 g,杜仲 15 g,肉苁蓉 12 g,白术 15 g,当归 15 g;经期(第 1~4 天)停药。

1.3.3 研究内容 1 个月经周期为 1 个治疗周期,共治疗 3 周期。患者于每个周期第 10 天起,到门诊通过 B 超测卵泡(检查由同一组医师使用 GE-E8 型号彩超完成)。卵泡生长缓慢者,可适当延长服用促

卵泡汤时间（最多 7 d）。待单个卵泡直径达到 20 mm，记录子宫内膜螺旋动脉阻力指数（Resistive Index, RI）、搏动指数（Pulsatility Index, PI），予以 HCG 促卵泡破裂，并指导同房。记录排卵日宫颈黏液评分、子宫内膜最大厚度、内膜 ABC 分型。排卵后 14 d 测血 HCG，阳性则停药，门诊随访妊娠结局，记录是临床妊娠（宫内孕囊且有心脏搏动）还是不良妊娠（异位妊娠、自然流产、胚胎停育、生化妊娠）；血 HCG 阴性等待自然月经来潮，仍未潮者使用药物撤退。

1.4 观察指标 （1）统计两组患者周期排卵率（排卵周期数 / 治疗总周期数× 100%）、临床妊娠率（临床妊娠人数 / 患者总数× 100%）、不良妊娠率（不良妊娠次数 / HCG 阳性次数× 100%）；（2）观察两组排卵患者最大子宫内膜厚度、内膜 A 型及所占百分比；（3）观察两组排卵患者宫颈黏液评分情况；（4）观察两组排卵患者子宫内膜血流 RI、PI 情况。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件，排卵率、临床妊娠率、不良妊娠率、A 型内膜占比用 % 表示，采用 χ^2 检验；子宫内膜厚度、宫颈黏液评分、子宫内膜血流 RI、PI 用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者排卵率、妊娠率情况比较 研究组周期排卵率为 63.92%，高于对照组 57.04%， $P > 0.05$ ，无统计学意义。研究组临床妊娠率为 67.12%，显著高于对照组，不良妊娠率为 16.33%，显著低于对照组， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者排卵率、妊娠率情况比较 (%)				
组别	n	排卵率	临床妊娠率	不良妊娠率
研究组	73	63.92(101/158)	67.12(49/73)	16.33(8/49)
对照组	60	57.04(81/142)	41.67(25/60)	44.00(11/25)
χ^2		1.484	8.647	8.053
P		0.223	0.003	0.008

2.2 两组患者子宫内膜及宫颈黏液情况比较 研究组排卵日最大子宫内膜厚度、A 型内膜所占比率均显著大于对照组，宫颈黏液评分显著高于对照组， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。见表 4。

表 4 两组患者子宫内膜及宫颈黏液情况比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	排卵周期(个)	子宫内膜厚度(mm)	A 型内膜 [例(%)]	宫颈黏液 评分(分)
研究组	73	101	9.21± 0.85	76(75.25)	9.58± 1.64
对照组	60	81	8.73± 1.06	49(60.49)	8.82± 1.95
t/χ^2			3.31	4.549	2.802
P			0.001	0.033	0.006

2.3 两组患者子宫内膜血流情况比较 研究组子宫内膜动脉 RI、PI 显著低于对照组， $P < 0.05$ ，有统

计学意义。见表 5。

表 5 两组患者子宫内膜血流情况比较 $(\bar{x} \pm s)$			
组别	n	RI	PI
研究组	73	0.59± 0.09	1.03± 0.28
对照组	60	0.64± 0.13	1.12± 0.31
t		2.942	2.054
P		0.004	0.041

3 讨论

排卵障碍可由女性生殖内分泌轴任意环节的功能或器质性病变引起，具体表现在持续无排卵、小卵泡排卵、多囊卵巢、黄素化卵泡不破裂等。目前治疗以诱导排卵为主。CC 在促排卵方面已成熟用于临床近 60 年，其单独使用时，因其对子宫内膜及宫颈黏液的不良影响^[2]，虽促排卵效果好，但不良妊娠率偏高。其他促排卵西药亦可影响患者自身激素分泌，致使子宫内膜与孕卵发育不同步，降低内膜容受性，总体妊娠率及活产率并不高，而且西药在调整月经周期方面药物种类单一，多用孕激素撤退或雌孕激素序贯、联合治疗，虽然近期疗效确切，但是远期疗效较差，不如中医标本兼治，效果理想。但在临床中，单用中药促排卵往往起效慢，用药周期偏长，所以中西医结合治疗不失为一种更好的选择。

中医古籍中虽无“排卵障碍”之名，但近年来运用中药治疗排卵障碍性不孕相关报道常常见诸报端。某些中药具有雌孕激素活性，既可直接促进卵子发育，改善卵巢血供，维持黄体功能，又可通过调节下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴间接改良生殖内环境，促进子宫内膜生长，增加子宫内膜血供，有助于受孕^[3]。“肾藏精，主生殖”的功能决定了其在治疗不孕中的主导地位，肾中阴阳互根互用，卵泡的发育需要肾阴来滋养，卵子成熟并排出更有赖于肾阳的推动。精血不足，卵子难以将养，气机不畅，卵子难于破出，是不能受精成孕的主要原因，纠治肾 - 天癸 - 冲任这一中医内分泌轴的失调是治疗的关键所在。卵泡期血海空虚，宜滋阴养血生精，促卵泡生长，助内膜修整，使土壤肥沃，种子优良。排卵期重阴必阳，宜补气活血，助卵子破卵而出，把握真机，指导同房。黄体期阳升阴长，达到新的平衡，宜阴阳并重，气血双补，维持黄体正常功能，促孕卵着床，便于种子生根发芽。中医周期疗法正是根据月经周期中气血阴阳的变化，分期论治，治标更治本，可以矫正患者生殖内分泌轴的紊乱状态，从而达到月经调畅，胎孕乃成的效果^[4]。

月经周期中，子宫内膜随着激素的周期性变化发生增生、分泌到剥脱的改变。胚胎能否成功着床取决于子宫内膜在极其短暂的允许胚胎植入的种植窗期对胚泡的接纳程度，内膜容受性相关研究一直是

生殖领域的热点问题。超声参数评估内膜容受性具有经济、无创、重复性佳、可行性好的特点^[9]。尽管以厚度来评估其容受性尚有争议,但内膜过薄时孕卵无法着床是个不争的事实。超声下子宫内膜可分为 3 种类型:A(三线)、B(弱三线)、C(均质回声),多数学者赞同“卵泡发育晚期 A 型内膜较另外两型的妊娠率更高”的说法。此外,子宫动脉或子宫内膜螺旋动脉 RI、PI,也是易于测量的血流参数,部分学者认为,子宫血流灌注好和受孕率高呈正相关^[9]。

本研究结果显示,研究组子宫内膜较厚,且 A 型内膜比例较高,内膜血流更好,RI、PI 较低,说明中医周期疗法对调节患者子宫内膜血流灌注、提高子宫内膜容受性、促进受精卵着床起到了积极的作用。研究组排卵率高于对照组,虽无统计学意义,但也可以说明服用中药可能更有利于卵子的生长和排出。研究组排卵日宫颈黏液评分较高,明显优于对照组($P<0.05$),说明中药有稀化宫颈黏液,降低精

子穿透阻力的作用。研究组妊娠率为 67.12%,不良妊娠率低,和对照组差异显著,显示了中医周期疗法在不孕治疗方面有较好的应用前景。综上所述,本文从子宫内膜容受性等角度探讨了中医周期疗法在治疗女性不孕方面的优势。排卵障碍患者采取中医周期疗法治疗,可显著改善内膜容受性,联合 CC 使用时妊娠率显著提高,不良妊娠事件减少,对于提高整体疗效具有一定的临床价值及指导意义。

参考文献

[1]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.369
[2]乔杰,马彩虹,刘嘉茵,等.辅助生殖促排卵药物治疗专家共识[J].生殖与避孕,2015,35(4):211-223
[3]胡天惠,辜卫红,杜敏.安坤种子丸改善黄体功能不全性不孕症患者子宫内膜容受性临床研究[J].中华中医药杂志,2015,30(3):923-925
[4]谈勇.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2016.45-46
[5]梁靓,李蓉,吕笑冬,等.子宫内膜容受性的超声评估方法研究进展[J].生殖与避孕,2015,35(12):873-878
[6]李予,苏圣梅,杨冬梓.多囊卵巢综合征患者子宫内膜容受性的特点[J].生殖与避孕,2014,34(7):571-575

(收稿日期:2017-09-08)

腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的疗效观察

董巧兰

(河南省新郑市人民医院妇产科 新郑 451100)

摘要:目的:探讨腹腔镜卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿患者术后血清相关性激素水平及预后妊娠率的影响。方法:选取 2014 年 7 月~2016 年 9 月我院收治的 92 例卵巢囊肿患者作为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 46 例。对照组采用开腹卵巢囊肿剥除术治疗,观察组采用腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗。统计比较两组的手术相关指标、术后血清相关性激素水平变化及预后妊娠率。结果:观察组的术中出血量、术后 VAS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;术后 3 个月和 6 个月两组血清相关性激素水平比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;观察组的预后妊娠率为 67.39%,高于对照组的 43.48%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿可减少术中出血量,减轻患者术后疼痛,提高预后妊娠率。

关键词:卵巢囊肿;腹腔镜卵巢囊肿剥除术;性激素水平;预后妊娠率

中图分类号:R711.75

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.019

卵巢是女性的重要生殖器官,可控制机体排卵,调节神经内分泌功能。卵巢囊肿是妇产科常见疾病,为多发肿瘤类型,其发病与患者所处的环境及内分泌等因素有关,临床症状表现为可动性和无触痛的腹内包块,会导致月经紊乱和排卵障碍等^[1]。根据卵巢囊肿的形态可分为囊性或实性,其中囊性肿瘤较为多见,而且恶性比例较高。临床治疗以手术为主,即通过手术剥除病灶并保留患者生理功能。为了研究腹腔镜卵巢囊肿剥除术可行性与安全性,选取我院收治的 92 例卵巢囊肿患者作为研究对象,分组观察了腹腔镜卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿患者术后血清相关性激素水平及预后妊娠率的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 7 月~2016 年 9 月我院收治的 92 例卵巢囊肿患者,按随机数字表法分为

对照组和观察组各 46 例。观察组年龄 21~43 岁,平均年龄(33.74 ± 6.56)岁,囊肿直径 4.18~10.31 cm,平均囊肿直径(6.76 ± 1.29)cm;对照组年龄 20~44 岁,平均年龄(33.95 ± 7.13)岁,囊肿直径 3.83~10.13 cm,平均囊肿直径(6.82 ± 1.35)cm。两组一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 经病理学证实为卵巢囊肿者;有生育要求者;B 超显示肿块为完全无回声区者;卵巢囊肿为囊性或混合型,且为良性肿瘤者;术前未采用激素药物治疗者;生命体征稳定者。

1.3 排除标准 伴有心血管疾病者;伴有内分泌疾病者;伴有凝血功能障碍者;有传染病史者。

1.4 方法

1.4.1 对照组 行开腹卵巢囊肿剥除术。患者取膀胱截石位,连续硬膜外麻醉,于腹部取一切口,切开