

宫腹腔镜输卵管造口术后热敏灸合穴位注射治疗不孕症分析

董雪 王晓静

(郑州大学第二附属医院妇科 河南郑州 450014)

摘要:目的:探讨经宫腹腔镜输卵管造口术后热敏灸联合穴位注射治疗不孕症患者的疗效。方法:选取 2017 年 1 月~2018 年 6 月收治的输卵管性疾病不孕症患者 120 例为研究对象,按随机对照原则分为对照组和观察组,各 60 例。对照组宫腹腔镜输卵管造口术后采用期待疗法治疗,观察组术后采用热敏灸联合穴位注射治疗。对比两组妊娠情况,治疗后输卵管通畅率,治疗前后窗口期子宫内膜厚度及妊娠患者受孕时间。结果:观察组自然妊娠率 65.0%高于对照组的 38.33%,其中宫内妊娠率 55.0%高于对照组的 25.0%($P<0.05$);术后输卵管通畅率 95.0%高于对照组的 80.0%($P<0.05$);观察组妊娠患者受孕时间(4.48 ± 1.13)个月短于对照组的(6.27 ± 1.25)个月;观察组治疗后窗口期子宫内膜厚度(10.06 ± 1.01) mm,厚于对照组的(9.21 ± 0.95) mm,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:不孕症患者经宫腹腔镜输卵管造口术治疗后行热敏灸联合穴位注射治疗,能提高自然妊娠率,缩短受孕时间。

关键词:不孕症;宫腹腔镜输卵管造口术;热敏灸;穴位注射

中图分类号:R711.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.016

不孕症是女性常见的生殖系统疾病,也是困扰家庭及社会的实际问题。我国不孕症发生率为 7%~10%,其中输卵管因素造成的占 30%~40%^[1]。宫腹腔镜输卵管造口术是当前治疗不孕症的主要方式之一,随着内镜技术及现代医学的发展,宫腹腔镜手术成为不孕症治疗的首选。但不孕症患者术后存在输卵管功能恢复不佳、盆腔再度粘连等情况,影响术后功能恢复效果^[2]。中医学治疗不孕症的历史悠久,内外疗法治疗有着明显优势。本研究探讨经宫腹腔镜输卵管造口术后热敏灸联合穴位注射治疗不孕症患者的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 1 月~2018 年 6 月收治的输卵管性疾病不孕症患者 120 例为研究对象,按随机对照原则分为对照组和观察组,各 60 例。对照组年龄 20~36 岁,平均(27.39 ± 2.47)岁;原发性不孕 39 例,继发性不孕 21 例;不孕病程 1~11 年,平均(6.89 ± 1.29)年;输卵管间质部病变 39 例,输卵管峡部病变 21 例。观察组年龄 20~35 岁,平均(28.16 ± 2.51)岁;原发性不孕 42 例,继发性不孕 18 例;不孕病程 1~12 年,平均(7.01 ± 1.25)年;输卵管间质部病变 40 例,输卵管峡部病变 20 例。两组基线资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)经实验室指标及影像学技术综合检查,结合临床表现诊断为输卵管性不孕;符合《妇产科学》第 8 版^[3]中输卵管性不孕诊断标准;(2)无避孕性生活超过 12 个月;(3)宫腔镜术后一侧输卵管通畅;(4)患者及家属自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准:(1)配偶精液检查异常;(2)因其他原因导致的不孕;(3)合并心、肝、肾等器质性疾病;(4)造血系统障碍;(5)存在艾

灸或穴位注射禁忌证;(6)中途退出研究。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 宫腹腔镜输卵管造口术后予以持续密切期待观察,告知患者科学饮食,注意个人卫生,维持良好的心理情绪,正确性生活。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上行热敏灸联合穴位注射治疗。于术后 8~10 d 行热敏灸治疗,主穴为关元穴、子宫穴、中极穴、次髂穴及腰阳关穴;配穴为三阴交及阳陵泉穴。取 2 根艾条,采用回旋灸、雀啄灸,巡经反复灸 1~2 min。热敏穴:热灸穴位无酸麻、胀痛感觉,取 2~3 个热敏穴,进行温和灸,灸至热敏灸感消失,每次 30 min,每天 1 次,每月避开月经期、排卵期,每月行热敏灸 10~15 次,次月月经干净 5~7 d 后再次治疗,连续 3 个月。穴位注射:患者取仰卧位,选择关元穴、双侧三阴交穴及子宫穴,穴位消毒后左手按压穴位,以一次性注射器抽取 5 ml 丹参注射液(国药准字 Z32021228),将注射器快速刺入皮下组织,待感到酸、麻、胀、沉,回抽无回血后缓慢推注药液,每个穴位注射 1 ml,于月经干净后第 1 天注射,每 3 天注射 1 次,经期不停药,1 个月经周期为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。

1.4 观察指标 (1)两组定期随访 12 个月,统计两组妊娠例数及妊娠结局;妊娠判断标准参考《新编不孕不育治疗学》^[4],下个月经周期超过 1 周末来潮,血尿 β -HCG 检测阳性,超声检查宫内孕,伴胎心搏动;(2)比较两组术后输卵管通畅率;(3)统计两组妊娠患者受孕时间;(4)比较两组治疗前后窗口期(月经周期基础体温升高第 6~10 天)子宫内膜厚度,采用超声检查。

1.5 统计学方法 应用 SPSS23.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计

学意义。

2 结果

2.1 两组妊娠情况比较 观察组自然妊娠率 65.0%，高于对照组的 38.33%，其中宫内妊娠率 55.0%，高于对照组的 25.0%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；而两组异位妊娠率、自然流产率比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组妊娠情况比较[例(%)]

组别	n	自然妊娠	宫内妊娠	异位妊娠	自然流产
观察组	60	39(65.00)	33(55.00)	4(6.67)	2(3.33)
对照组	60	23(38.33)	15(25.00)	5(8.33)	3(5.00)
χ^2		7.506	10.504	0.120	0.209
P		0.006	0.001	0.729	0.648

2.2 两组术后输卵管通畅率比较 观察组术后输卵管通畅率 95.0%(57/60) 高于对照组的 80.0%(48/60)，差异有统计学意义 ($\chi^2=4.876, P=0.027$)。

2.3 两组妊娠患者受孕时间比较 观察组妊娠患者受孕时间平均为 (4.48± 1.13) 个月，较对照组的 (6.27± 1.25) 个月短，差异有统计学意义 ($t=5.792, P=0.000$)。

2.4 两组治疗前后窗口期子宫内膜厚度比较 两组治疗前窗口期子宫内膜厚度比较，差异无统计学意义 ($P<0.05$)；两组治疗后窗口期子宫内膜厚度较治疗前显著增加，且观察组治疗后窗口期子宫内膜厚度厚于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后窗口期子宫内膜厚度比较(mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
观察组	60	7.47± 1.58	10.06± 1.01	10.698	0.000
对照组	60	7.50± 1.56	9.21± 0.95	7.252	0.000
t		0.105	4.748		
P		0.458	0.000		

3 讨论

输卵管是卵子、精子及受精卵输送的主要通道，也是精子存储、受精的重要场所。输卵管梗阻、不通等均会影响受孕。由于输卵管处于腹腔及子宫中间位置，内径小，容易受到附近器官组织炎症、子宫内膜碎片等影响而粘连或阻塞^[5]。宫腹腔镜输卵管造口术是治疗输卵管性不孕的有效手段，但存在术后输卵管功能恢复欠佳以及输卵管再粘连等情况，是临床亟需解决的问题。

中医学对不孕有着深入的研究，《素问·骨空论》记载：“督脉者……此生病……其女子不孕”。按照输卵管性不孕症中医基础理论可将输卵管性不孕分为湿热瘀结、气滞血瘀、湿热凝滞、痰瘀互结及气虚血瘀五种证型，临床多以健脾清热、利湿化瘀中药口

服治疗，但口服药物起效慢，煎煮中药耗费时间，多数患者服药依从性差，因此中药外治疗法成为临床主要研究方向。热敏灸是基于循证医学的治疗方法，对腧穴进行热敏灸，艾绒等在燃烧过程中会产生相应的艾热，直接作用于相应穴位，所起到透热、扩热、传热等作用，产生相应的灸感及经气传导，能够减轻神经根粘连及压迫，促使病变组织水肿吸收，起到散寒除湿、温经通络的作用。同时热敏化穴位可发动循经感传、气至病所的作用，具有活血通络、调经活经、调理冲任、温通胞宫、疏通经气、开闭通窍、理气活血之功效。穴位注射是将经络作为治疗基础，在穴位内注入相应的药物，在具备传统针刺活血化瘀的作用同时也能够起到穴位渗透效果，进而刺激经络穴位，促使机体生理功能恢复正常。穴位注射选用丹参注射液，能起到活血化瘀、调经活血的功效。且丹参酮具有类似激素作用，可调节雌激素活性，提高自然妊娠率^[6]。

本研究观察组自然妊娠率 65.0%高于对照组的 38.33%，其中宫内妊娠率 55.0%高于对照组的 25.0%，妊娠患者受孕时间短于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。说明热敏灸联合穴位注射治疗宫腹腔镜输卵管造口术后患者，能改善患者妊娠结局，加快患者受孕时间。子宫内膜反映了机体妊娠期间子宫内膜对妊娠的容受性，是受精卵着床以及生长发育过程中的有利环境^[7]。观察组治疗后窗口期子宫内膜厚度厚于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结果表明热敏灸联合穴位注射能够改善患者子宫内膜容受性，提高自然妊娠率。

综上所述，不孕症患者经宫腹腔镜输卵管造口术治疗后采用热敏灸联合穴位注射治疗，能提高患者自然妊娠率，缩短受孕时间。

参考文献

[1]芦艳丽,马玉,韩璐.中药辅助宫腹腔镜手术治疗对输卵管炎性阻塞性不孕患者血液流变学及血清炎症因子水平的影响[J].中国卫生检验杂志,2017,27(16):2346-2348,2352
[2]许燕阳,叶敦敏,陈嘉琪,等.理气活血散结中药辅助宫腹腔镜手术治疗双侧输卵管近端堵塞不孕的临床观察[J].山西医药杂志,2018,47(15):1836-1838
[3]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.23
[4]冯缙冲.新编不孕不育治疗学[M].上海:复旦大学出版社,2011.46
[5]莫颖茵,陈宣明,谭桂云,等.宫腹腔镜手术联合中医综合疗法治疗女性不孕症的效果[J].广东医学,2016,37(s1):230-232
[6]戈娇,李群英.热敏灸联合穴位注射对输卵管积水性不孕症宫腹腔镜术后妊娠结局的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(14):1543-1546
[7]刘艳玲,潘丽贞,王英.热敏灸联合穴位注射对输卵管积水性不孕症宫腹腔镜术后患者子宫内膜容受性的影响[J].中国针灸,2018,38(1):22-26

(收稿日期: 2020-03-03)