

桂枝茯苓丸联合宫腔镜手术对输卵管阻塞性不孕患者的影响

张晋雨

(河南省南阳市卧龙区妇幼保健院妇产科 南阳 473062)

摘要:目的:探讨输卵管阻塞性不孕患者联合应用桂枝茯苓丸及宫腔镜手术的治疗效果。方法:选取 2017 年 6 月~2018 年 6 月收治的输卵管阻塞性不孕患者 86 例,随机分为对照组和观察组,各 43 例。对照组实施宫腔镜手术,观察组在对照组的基础上加用桂枝茯苓丸治疗,随访 1 年,比较两组输卵管通畅情况及妊娠情况。结果:治疗后 6 个月,观察组输卵管通畅率 76.74%,高于对照组的 53.49%,差异有统计学意义($P<0.05$);随访 1 年,观察组宫内妊娠率 67.44%,高于对照组的 39.53%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:输卵管阻塞性不孕患者联合应用桂枝茯苓丸及宫腔镜手术治疗,可疏通输卵管,进而帮助患者成功受孕。

关键词:输卵管阻塞性不孕;桂枝茯苓丸;宫腔镜手术;输卵管通畅率;妊娠率

中图分类号:R711.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.076

近年来女性不孕症发病率不断升高,其中输卵管阻塞性不孕占比较高。输卵管阻塞性不孕是由于输卵管阻塞,对卵子与精子的结合产生影响,最终导致的不孕。目前,临床常采用宫腔镜手术治疗输卵管阻塞性不孕,可有效提高输卵管疏通率,帮助患者成功受孕,但部分患者术后存在局部组织粘连,影响输卵管疏通效果。中医学对输卵管阻塞性不孕症无确切阐述,但依据其症状归于“月经不调、带下、断绪”等范畴,认为邪气内侵,留于胞宫,致血瘀气滞,阻滞脉络,影响正常妊娠,故行通阳行水、活血化瘀治疗^[1]。桂枝茯苓丸出自《金匱要略》,有消癥、化瘀、活血之功效,是治疗妇科的主要方剂。鉴于此,本研究旨在探讨输卵管阻塞性不孕患者联合应用桂枝茯苓丸及宫腔镜手术的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月~2018 年 6 月我院收治的输卵管阻塞性不孕患者 86 例,经医院医学伦理委员会批准,根据盲抽法将其分为观察组和对照组,各 43 例。观察组年龄 22~39 岁,平均年龄(30.34±3.24)岁;病程 1~5 年,平均病程(2.31±0.97)年。对照组年龄 23~40 岁,平均年龄(30.18±3.47)岁;病程 1~5 年,平均病程(2.24±0.83)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可对比性。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:符合《不孕与不育》中输卵管阻塞性不孕症诊断^[2];符合《中医妇科学》中输卵管阻塞性不孕,辨证分型为瘀血内阻型^[3]。输卵管阻塞为 I~IV 度;无严重精神疾病;配偶生殖功能正常;患者及其家属均知晓并自愿参与本研究;有正常认知、书写、沟通能力。(2)排除标准:结核、子宫肌瘤、子宫内膜异位症等原因造成不孕者;输卵管先天性生理缺陷者;存在严重心、肝、肾等器官功能

异常者;造血系统异常者;不能配合治疗或中途退出者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 于月经撤退后 3~7 d 未同房,实施宫腔镜手术。应用腹腔镜对盆腔情况进行探查,针对性处理卵巢囊肿、输卵管远端积水、盆腔粘连等情况;实施输卵管再通术,疏通后,向宫腔缓慢注入 20 ml 生理盐水、8 000 U 注射用糜蛋白酶(国药准字 H22022843)、8 万 U 硫酸庆大霉素注射液(国药准字 H43022236)、10 mg 地塞米松磷酸钠注射液(国药准字 H41022642)混合液,并将 10 ml 医用凡士林凝胶置于卵巢、输卵管、子宫处,预防粘连。术后口服抗生素治疗 3 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上加用桂枝茯苓丸治疗。药方组成:茯苓 30 g,牡丹皮 15 g,白芍 15 g,桂枝 15 g,桃仁 12 g,甘草 6 g。气血亏虚者加淫羊藿 30 g,黄芪 45 g;气滞血瘀者加柴胡 15 g,当归 15 g,枳壳 15 g;湿热者加刘寄奴 15 g,川牛膝 15 g,泽兰 15 g;寒凝者加麻黄 15 g,小茴香 15 g;痰湿者加黄芩 10 g,清半夏 30 g。用水煎煮,取药汁 300 ml,1 剂/d,100 ml/次,3 次/d。15 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后试孕,未孕者持续治疗 6 个疗程,受孕后停药。

1.4 观察指标 (1)治疗后 6 个月,行宫输卵管通液检查,观察输卵管通畅情况,包括阻塞、通而不畅、通畅。(2)治疗后随访 1 年,根据月经周期指导同房,记录并统计妊娠情况。

1.5 统计学方法 数据分析采用 SPSS23.0 统计软件,以%表示计数资料,采用行×列表资料的 χ^2 检验,等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组输卵管通畅情况对比 治疗后 6 个月,观

察组输卵管通畅情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组输卵管通畅率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组输卵管通畅情况对比[例(%)]				
组别	n	通畅	通而不畅	阻塞
观察组	43	33 (76.74)	4 (9.30)	6 (13.95)
对照组	43	23 (53.49)*	9 (20.93)#	11 (25.58)#
Z			-2.148	
P			0.032	

注:与观察组比较,* $P<0.05$,# $P>0.05$ 。

2.2 两组妊娠情况对比 随访 1 年,观察组妊娠情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组宫内妊娠率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组妊娠情况对比[例(%)]				
组别	n	未妊娠	异位妊娠	宫内妊娠
观察组	43	11 (25.58)	3 (6.98)	29 (67.44)
对照组	43	20 (46.51)*	6 (13.95)#	17 (39.53)*
Z			6.743	
P			0.034	

注:与观察组比较,* $P>0.05$,# $P<0.05$ 。

3 讨论

输卵管阻塞性不孕主要是由于炎症引起的输卵管黏膜粘连,进而阻塞输卵管,并对卵子与精子结合或受精卵到达宫腔产生影响,临床主要采用手术治疗,通过腔镜可直观、准确地判断输卵管病变程度及位置,并实施镜下治疗,有助于恢复生殖器官功能及解剖结构,改善患者生殖功能^[4]。相关研究发现,对于输卵管黏膜受损、炎性细胞浸润严重的患者,通过宫腔镜手术虽然可较好的疏通输卵管近端阻塞,但妊娠率较低,如何加强术后再粘连的预防措施、有效维持输卵管通畅度仍是临床关注重点^[5]。

中医学认为,卵管阻塞性不孕是由于房事不洁、经期饮食不节等,造成邪气内侵,客居不去,毒邪内聚,至癥块遂生,而阻滞经脉,影响脏腑功能,导致输卵管阻塞,表现为经行腹痛、月经失调,并依据其诱因、症状等辩证分型,分为瘀血内阻型、气滞血瘀型、湿热瘀阻型等,其中瘀血内阻型以化瘀通络为主^[6]。本研究结果显示,与对照组相比,观察组治疗后 6 个

月输卵管通畅率较高,随访 1 年宫内妊娠率较高,表明输卵管阻塞性不孕患者联合应用中药桂枝茯苓丸及宫腔镜手术治疗,可有效疏通输卵管,帮助患者成功妊娠。分析原因在于,桂枝茯苓丸具有破瘀消症、活血散结的功效,方中包含茯苓、牡丹皮、白芍、桂枝、桃仁、甘草,其中茯苓可健脾、心,利水渗湿;牡丹皮可活血化淤、清热凉血;白芍可柔肝止痛、敛阴止汗、养血调经;桂枝可温经通脉、平冲降气;桃仁有活血祛瘀之功效;甘草可清热解毒、调和诸药。且现代药理研究证实,桂枝茯苓丸对炎症介质的释放具有抑制作用,有助于血管通透性的降低;同时可使巨噬细胞的吞噬作用增强,进而改善非特异性免疫功能;另一方面,可抑制血管内皮生长因子,以加速血管形成^[7]。刘静等^[8]研究发现,输卵管阻塞性不孕患者在宫腔镜下输卵管介入再通术基础上加用桂枝茯苓丸,可有效改善临床症状,减轻炎症反应,并维持输卵管再通,促进宫内妊娠,与本研究结果一致。因此,联合应用桂枝茯苓丸及宫腔镜手术可发挥协同作用,有效改善输卵管疏通情况,预防术后再粘连,提高妊娠率。综上所述,输卵管阻塞性不孕患者联合应用桂枝茯苓丸及宫腔镜手术可有效疏通输卵管,帮助患者成功受孕。

参考文献

[1]钟慧虹,马娟,沈关桢.中药多途径方案辅助宫腔镜腹腔镜手术治疗输卵管阻塞性不孕临床分析[J].中国药物与临床,2018,18(4):573-575
[2]罗丽兰.不孕与不育[M].北京:人民卫生出版社,2009.902-910
[3]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002.124-127
[4]陈丽融,刘常燕,李莹,等.宫腹腔镜联合治疗输卵管阻塞性不孕症的疗效及在不同年龄及阻塞类型中疗效差异[J].现代生物医学进展,2017,17(32):6340-6344
[5]叶翠芬.宫腹腔镜术后配合中药综合治疗输卵管阻塞性不孕的临床观察[J].中国妇幼保健,2019,34(24):5731-5733
[6]吴尚青,杨栋宝,赵静萍,等.孕通汤联合腹腔镜手术治疗输卵管不孕症疗效分析[J].华北理工大学学报(医学版),2018,20(6):448-452
[7]付静,朱桂兰,王娜梅.开郁二陈汤合桂枝茯苓丸治疗痰瘀互结不孕症疗效研究[J].陕西中医,2019,40(3):341-343
[8]刘静,王静,曲红卫,等.桂枝茯苓丸联合宫腔镜下输卵管介入再通术治疗瘀血内阻型输卵管阻塞性不孕症临床研究[J].国际中医中药杂志,2018,40(9):814-817

(收稿日期: 2020-03-20)

(上接第 134 页)论治泄泻,以“柔肝健脾,平调寒热”为法,重用酸收,选方乌梅丸加减,依据患者的伴随症状及寒热偏盛,随之加减,效果颇佳。

参考文献

[1]张伯礼,薛博瑜.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2012.179
[2]孙锦程.中医泄泻病名通考[D].南京:南京中医药大学,2018
[3]汪瑶,胡珂.胡珂从肝风论治泄泻经验浅析[J].中医药通报,2018,17

(2):22-23
[4]丁立国.从乌梅丸谈肝热脾寒型泄泻的证治[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(3):63-65
[5]陈燕珠.胡珂主任运用升降胃法治疗脾胃病的临床经验[D].南昌:江西中医药大学,2014.33
[6]陈燕珠,胡珂.胡珂主任医师御寒热,调升降治泄泻经验[J].广西中医药,2019,42(4):49-50

(收稿日期: 2019-12-05)