

输卵管再通术结合中药治疗输卵管阻塞性不孕症的临床研究

张亚萍 潘小平*

(内蒙古包头医学院第二附属医院,包头市 014030)

【摘要】 目的 观察输卵管再通术结合中医药治疗输卵管阻塞性不孕症的临床疗效,并探讨应用中药的作用机理。方法 选取180例输卵管阻塞性不孕症患者作为研究对象,随机分成3组,每组60例。第1组行输卵管再通术结合中药治疗,第2组行输卵管再通术,第3组使用中药治疗。观察各组患者治疗后的输卵管再通有效率、妊娠率和输卵管再粘连率。结果 (1)第1组有效率为81.7%,第2组有效率为78.3%,第3组有效率为56.7%。第1、2组与第3组间有效率差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)术后随访1年,各组怀孕数占输卵管再通数的比例,3组分别为65.3%、53.2%、64.7%,虽然各组间差异无统计学意义,但使用中药组内的怀孕比例高于单纯输卵管再通组。(3)术后1年内,输卵管再粘连病例第1组5例、第2组12例、第3组5例,再粘连率分别为10.2%、25.5%、14.7%,第1组和第2组之间差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 介入性输卵管再通术可以提高输卵管再通有效率,中药治疗可以降低输卵管再通术后再粘连率,并有助于术后患者的怀孕,两种治疗手段可以配合使用。

【关键词】 输卵管阻塞性不孕; 输卵管再通术; 中药; 介入放射; 血瘀

【中图分类号】 R 711.76; R 815 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2014)02-0172-04

DOI: 10.11864/j.issn.1673.2014.02.15

Clinical research for the treatment of tubal obstructive infertility by fallopian tube recanalization combined with traditional Chinese medicine

ZHANG Yaping, PAN Xiaoping

(the Second Affiliated Hospital of Baotou Medical College, Baotou 014030, Inner Mongolia P. R. China)

【Abstract】 Objective To observe the clinical curative effect of fallopian tube recanalization combined with traditional Chinese medicine and to explore the mechanism of traditional Chinese medicine in the treatment of tubal obstructive infertility. **Method** We selected 180 patients with tubal obstructive infertility and randomly divided them into 3 groups, each group contained 60 subjects. The subjects of the first group received treatment of fallopian tube recanalization combined with traditional Chinese medicine, the second group received fallopian tube recanalization alone, and the third group received traditional Chinese medicine alone. Then we observed the success rate of each group according to their fallopian tube patency rate, pregnancy rate and fallopian tube re-adhesion formation rate. **Result** (1) The success rate of the first group was 81.7%, while that of the second group was 78.3%, and 56.7% for the third group. There was a significant difference between the first group and the third group, as well as the second group and the third group ($P < 0.05$). (2) One year's follow-up after treatment showed the pregnancy rate (defined as numbers of pregnancy over numbers of successful recanalization procedures) of the first, second, and third group were 65.3%, 53.2%, and 64.7%, respectively. Although there was no significant difference between these 3 groups, the pregnancy rate of the combination group was higher than that of the group which applied recanalization procedure alone. (3) One year after treatment, there were 5 fallopian tube re-adhesion cases in the first group, 12 cases in the second group, and 5 cases in the third group, the re-adhesion rate was 10.2%, 25.5%, and 14.7%, respectively. There was a significant difference between the first group and

作者简介: 张亚萍(1971~),女,大专,主管护师,研究方向:高级护理。

* 通讯作者

the second group ($P < 0.05$). **Conclusion** Interventional fallopian tube recanalization can increase the rate of patency of occluded fallopian tube, while traditional Chinese medicine can decrease post-operational tubal re-adhesion formation rate and facilitate pregnancy. The two treatments can be combined to treat tubal obstructive infertility.

【Key words】 Tubal obstructive infertility; Fallopian tube recanalization; Traditional Chinese medicine; Interventional radiography; Blood stasis

输卵管阻塞性不孕(tubal obstructive infertility, TOI)是妇科常见病,占女性不孕症患者的40%~60%^[1]。如何开通阻塞的输卵管,并保持输卵管的通畅和功能,是目前本学科研究的重点。提高TOI患者的宫内妊娠率,是治疗本病的终极目标。我们根据目前临床常用的治疗手段,随机选取TOI患者作为研究对象,观察介入性输卵管再通术(fallopian tube recanalization; FTR)和中药治疗(chinese traditional medicine),以及两种治疗手段同时使用治疗本病的疗效,就结果进行相关性分析,并进一步探讨中药治疗本病的作用机理。

1 资料与方法

1.1 病例来源 所有病例均来自内蒙古包头医学院第二附属医院介入科2006年6月至2012年6月行输卵管造影术的患者。

1.2 病例入选标准 患者身体健康,行输卵管造影术诊断为输卵管阻塞,并同时具备以下4项要求:①超声检查子宫及附件未见异常,卵泡监测发育良好;②性激素6项检查正常;③配偶(男性)生育检查正常;④能配合治疗,有近期生育愿望。

1.3 病例排除标准 患者有不适合怀孕的疾病,或者有下列条件之一:①非输卵管原因导致的不孕症;②治疗过程中同时接受其他相关性治疗;③不能遵循医生指导意见者。

1.4 一般资料 根据病例入选标准及排除标准,我们将180例输卵管阻塞性不孕症患者作为研究对象,年龄22~41岁,平均(31.36±3.78)岁,不孕时间为1~12年,平均(4.53±1.88)年,其中原发性不孕58例,继发性不孕122例。本组病例中共有333条输卵管阻塞,梗阻部位分别为:间质部101条,峡部74条,壶腹部62条,伞端及周围粘连96条。将180例患者平均分成3组,对各组间患者年龄、病程、不孕类型、输卵管堵塞部位等方面进行统计学分析,各组患者之间差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.5 使用器材 X机:荷兰飞利浦公司 Philips FD10;手术器械:美国Cook公司 FTC-900 输卵管再通系列(Cook Incorporated, Bloomington, IN, USA);造影剂:300 mg/ml 欧乃派克注射液。

1.6 治疗方法 第一组行FTR结合中药治疗,第二组

单纯行FIR,第三组单纯使用中药治疗。

1.6.1 FTR 对造影结果显示输卵管阻塞的病人,要求月经干净3~7d,排除生殖系统炎症,碘过敏试验阴性,签署知情同意后安排手术。术前肌注解痉药。取截石位,常规消毒外阴,用窥器扩张阴道暴露宫颈,并充分消毒阴道和宫颈。应用FTC-900输卵管再通系列器械进行输卵管再通术。经导管注入造影剂,见输卵管显影良好,造影剂经输卵管进入腹腔作为成功标志。应用庆大霉素8万单位、地塞米松5 mg、糜蛋白酶4 000单位溶于生理盐水20 mL灌注输卵管。术后口服抗生素,2周内禁止性生活。

1.6.2 中药治疗 中医专科医生根据病人情况辨证加减药剂,包括口服中药和腹部热敷中药制剂。口服中药方剂以传统通管汤为基础,药物组成:桃仁、红花、香附、丹参、三棱、莪术、大黄、泽泻、当归、细辛等,煎水100 mL,每天2次,经期停药。腹部热敷中药材有:穿山甲、皂角刺、路路通、当归、赤芍、柴胡、枳壳、败酱草、红藤等。将药装入布袋缝好,湿蒸半小时,趁热敷于下腹部,每晚1次,经期停药。

1.6.3 中药疗程 中医治疗第3个月经周期后复查输卵管通畅度,并指导怀孕。

1.7 疗效评价 经过治疗后,于第3个月经周期进行检查输卵管通畅程度。输卵管至少有一侧通畅为有效,欠通或不通为无效。计算输卵管再通有效率。随访术后1年内怀孕例数,计算妊娠率。术后1年,再通有效而未孕者,复查造影,记录输卵管欠通或不通患者。计算输卵管再粘连率。本研究中,将宫外孕与宫内妊娠都认为是怀孕成功例数。

1.8 统计学方法 所有资料建立数据库,使用SPSS 13.0统计软件进行统计处理。计量资料比较使用 t 检验,计数资料使用卡方(χ^2)检验。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 输卵管通畅程度 通过输卵管通液、输卵管造影等检查输卵管通畅程度。第1组有效率为81.7%(49/60),第2组有效率为78.3%(47/60),第3组有效率为56.7%(34/60)。三组有效率差异有统计学意义。第1组与第2组间差异无统计学意义,第1组与第3组

以及第2组和第3组间差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 随访情况 术后随访1年,三组妊娠率分别是53.3%(32/60)、41.7%(25/60)、36.7%(22/60)。剔除治疗后输卵管不通病例,即各组怀孕例数占输卵管再通例数的比例,第1组65.3%(32/49)、第2组53.2%(25/47)、第3组64.7%(22/34),三组妊娠率差异无统计学意义。

2.3 再粘连情况 对术后1年再通有效而未孕者,复查输卵管造影,输卵管再粘连患者第1组5例、第2组12例、第3组5例,分别占各组输卵管再通例数的10.2%(5/49)、25.5%(12/47)、14.7%(5/34)。第1组和第2组之间差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

输卵管阻塞多由于细菌、病毒或支原体等感染引起。输卵管壁炎性渗出造成局部狭窄、肉芽肿形成、管腔粘连、炎性栓子栓塞,并最终导致输卵管阻塞。随着性病、盆腔炎症、子宫内膜异位症等疾病的增多,以及子宫内操作频繁,输卵管阻塞的发病率有逐年增高的趋势。目前临床治疗手段有应用抗生素、输卵管通液术、输卵管再通术、宫腹腔镜联合、中医等方法,但每种方法都各有优劣。

输卵管再通术是一种疗效好、简便、安全的介入性治疗手段^[2-4],1985年Platia首先报道;随后Thurmand开发出一套专门用于输卵管再通的器械,并大力推广此项技术。Schmitz-Rode等^[5]先后改进了再通装置,并取得较为满意的疗效。1992年这项技术引进中国,多数介入专家在临床实践中不断改进再通器械,也取得了与国外相似的输卵管疏通率^[6,7]。但是这种方法属于单纯性机械性疏通,只是矫正了输卵管管腔内的解剖结构,慢性炎症等病因没有解决,治疗过程中采取的抗感染和防粘连措施,对慢性炎症的作用不大,再粘连发生因素仍然存在,导致术后输卵管再粘连发生率高和受孕率低^[5]。因此术后如何维持输卵管的持久通畅、预防其发生粘连,提高患者妊娠率、降低宫外孕发生率,一直是研究的热点问题。另外,输卵管远端堵塞、输卵管积水和输卵管周围粘连等病变、介入性输卵管再通效果差等也是大家不断探讨的方向。

中医药对输卵管阻塞性不孕症患者的治疗具有独特的优势和广阔的前景。祖国医学通过“辨证论治”,认为“血瘀内阻”是引起输卵管阻塞性不孕症的主要病因和发病机制,并进行了分型^[8]。在治疗上很多医家从“血瘀(blood stasis)”着手,多采用活血化瘀药物,结合患者体质,制定综合方案。通过内治法(口服中药)和外治法(外敷、灌肠、针灸等)相互配合,使药力直达病灶,提高药效^[9]。现代药理学研究证实,活血化瘀中药具有

改善血流动力学和血液流变学的作用,并具有抗炎疗效,可以改善输卵管阻塞病人局部微循环,分解输卵管粘连,抑制炎症,加速瘢痕组织修复和管腔蠕动功能,从而促使阻塞的输卵管复通。但中医缺乏统一的治疗标准,部分中药作用机制不明确,以及治疗周期长和给药途径不方便等,影响其疗效。

越来越多学者将传统中医和现代新技术联系起来治疗本病,如介入治疗加中药治疗^[10]、通液加中药治疗等。念丁芳等^[11]报道,输卵管再通术和中医相结合可以提高再通的有效率和妊娠率。我们设计此研究课题,结果显示,在输卵管开通方面,介入性输卵管再通术疗效显著,与单纯中药治疗比较有显著差异。关于输卵管开通后再粘连,使用中药也可以起到预防作用。在妊娠率比较中,虽然使用中药不能有效提高妊娠率,但有助于输卵管再通术后患者的怀孕。我们建议两种治疗手段可以配合使用。

我们使用的中药由中医副主任医师专人负责,根据病人情况辨证加减药剂。口服方剂以传统“通管汤”为基础,主要治疗血瘀型输卵管阻塞性不孕,且现代药理学研究证实其疗效^[12]。桃仁降低血管阻力,改善血流动力学;红花对子宫有兴奋作用,并有显著的镇痛效果;香附有抗炎、镇痛、镇静及解热作用;丹参能扩张外周血管,改善微循环;三棱通过减少血小板数,促进纤溶活性等抑制体外血栓形成;莪术能抑制金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、伤寒杆菌等;大黄有抗菌、抗炎、解热以及免疫调节作用;泽泻有利水消肿、渗湿泄热之功效;当归有明显的抗血栓作用;细辛有解热、抗炎、镇静作用。腹部热敷是借助中药和热度促进局部血液和淋巴循环。各种药物配合使用,达到祛瘀通络、疏肝理气和解毒散结的作用。

通过我们的临床观察,中医治疗在改善患者症状及体征方面也有独到的优势,在减轻腹部疼痛和调节月经周期有明显疗效。这可能是与中药促进盆腔局部组织血液循环,改善组织营养状态,促进炎性渗出物的吸收,以及调节机体免疫功能有关。另外中药的使用对输卵管远端梗阻的开通也有明显疗效。

总之,介入性FIR治疗输卵管阻塞疗效好,但术后粘连率高和妊娠率低。传统中医药可以改善局部体征,但疗效慢,输卵管再通率低。应该在中医辅助下行输卵管机械性再通治疗,可以达到标本兼顾,满足更多不孕患者的需求。

参 考 文 献

- [1] 张颖,韩向君. 输卵管因素引发不孕的研究进展[J]. 海南医学 2010 21(12):40-41.

(下转第180页)

我们体会应当注意以下几点: 在作肾脏穿刺时, 标记进针深度, 进行筋膜扩张时以该深度扩张, 操作时宁浅勿深, 以免导致损伤, 必要时置入输尿管镜观察后再行扩张; 我们通过 B 超定位穿刺, 术中只要仔细观察穿刺进针针道, 明确积水位置, 便可保证穿刺安全; 术中我们发现 4 例有结石手术史的患者并没有加大手术难度, 这与文献报道一致^[5]。可能是由于术后肾脏与周围组织粘连、固定, 使穿刺更加容易; 根据结石所在位置及肾积水程度选择穿刺肾盏, 尽量穿刺肾中盏或上盏^[6], 这样有利于寻找肾盂输尿管开口, 输尿管镜也更易于进入输尿管上段碎石, 从而可以避免输尿管镜在进入输尿管时角度过大出现肾实质撕裂出血; 如果寻找输尿管肾盂开口困难, 可通过逆行插入的输尿管导管注入亚甲蓝或从置入的输尿管导管中逆行置入斑马导丝帮助寻找; 术中如发现肾盏撕裂或输尿管穿孔一般不需要特殊处理, 成功留置双 J 管 1 个月皆可; 对于术中出血较多、视野不清或肾脏感染脓肿患者建议应当行单纯肾造瘘, 保持通道通畅, 选择二期碎石治疗^[7], 以保证手术安全; 对于术前伴有发热的患者, 术前术中应常规使用抗生素治疗, 预防由于感染基础上快速灌注液冲洗而在高压水流作用下引起细菌及毒素入血而导致严重的全身感染; 由于术中将改俯卧位, 且高灌注压引起的灌注液从创面吸收会增加心、肺负荷, 所以对于术前检查心肺功能不全或高龄患者应当告知手术风险, 做好充分的心肺功能锻炼及俯卧位锻炼非常必要。

总之, 微创经皮肾镜碎石治疗肾合并输尿管上段结石具有微创、恢复快、并发症少、清除结石率高、可重复

等优点, 是理想的手术方法。当然应当严格掌握手术适应症、做好充分的术前评估及围手术期准备, 掌握和应用良好的手术技巧, 将有利于确保手术治疗效果和安全性。

参 考 文 献

[1] 董 锐,徐肇斌,王国举,等. 微通道与标准通道经皮肾镜碎石术治疗复杂性输尿管上段结石的临床对比分析[J]. 临床外科杂志, 2013, 21(1): 50-52.

[2] 沈伟华,徐庆康,于永涛,等. 标准通道经皮肾镜碎石术治疗肾和输尿管上段结石[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(5): 414-416.

[3] 杨雪松,曾德朗,龚志勇,等. 微创经皮肾镜治疗输尿管上段结石[J]. 重庆医科大学学报, 2011, 36(3): 362-362.

[4] 曹文锋,王 亮,黄晓科,等. 微创经皮肾镜联合输尿管软镜治疗嵌顿性输尿管上段结石[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(10): 933-934, 937.

[5] 何 俊,孙先禹,张 尧,等. 微创经皮肾镜碎石治疗肾合并输尿管上段结石 58 例分析[J]. 四川医学, 2007, 28(12): 1390-1391.

[6] 黄锦坤,李 逊,吴开俊,等. 3 种不同术式治疗复杂输尿管上段结石的疗效比较[J]. 中国微创外科杂志, 2006, 6(2): 103-105.

[7] 殷志平,孙正富,罗 明,等. 微通道经皮肾镜气压弹道碎石术一期治疗肾及输尿管上段结石的研究[J]. 临床泌尿外科杂志, 2009, 24(2): 121-122.

(收稿日期: 2014-01-04 修回日期: 2014-03-06)

(上接第 174 页)

[2] 李群英,周雪莲,秦惠萍,等. 选择性输卵管造影和再通术 1006 例随访分析[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 39(2): 80-82.

[3] Thurmond AS, Rosch J. Nonsurgical fallopian tube recanalization for treatment of infertility [J]. Radiology, 1990, 174(2): 371-374.

[4] Al-Jaroudi D, Herba MJ, Tulandi T. Reproductive performance after selective tubal catheterization [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2005, 12(2): 150-152.

[5] Schmitz-Rode T, Nenlen J, Gunther KW. Fluoroscopically guided fallopian tube recanalization with a simplified set of instruments [J]. Rofo, 2004, 176(10): 1506-1509.

[6] 杨建勇,李红发,冯敏生,等. 用自制同轴导管行选择性输卵管造影及再通术的临床应用[J]. 临床放射学杂志, 1996, 15(1): 49-52.

[7] 康林英,孙玲珠,田晓梅. 自制同轴导管引导下选择性输

卵管造影及再通术的临床应用[J]. 介入放射学杂志, 2001, 10(2): 222-224.

[8] 梁 欢. 输卵管阻塞性不孕的治疗新进展[J]. 医学综述, 2011, 17(5): 774-776.

[9] 杨晓梅,张 奕,张淑华. 输卵管阻塞性不孕的中西医结合治疗进展[J]. 中医学报, 2010, 3(25): 595-596.

[10] 连 方,赵 斌,胡安常,等. 导管扩张术和活血祛瘀中药治疗输卵管阻塞的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1994, 14(2): 80-82, 68.

[11] 念丁芳,周 军,李文华,等. 输卵管再通术联合中医治疗输卵管阻塞性不孕[J]. 实用放射学杂志, 2005, 21(2): 171-173.

[12] 沈映君,陈长勋. 中药药理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2012: 1-200.

(收稿日期: 2013-12-25 修回日期: 2014-02-28)