

三七红藤汤配合灌肠、理疗治疗输卵管阻塞性不孕症 120 例

★ 孙云 (浙江省温州市中医院 温州 325000)

摘要:目的:探索一种治疗输卵管阻塞性不孕症有效、实用且经济的方法。方法:120 例输卵管阻塞性不孕患者,采用内服三七红藤汤,配合活血化瘀灌肠液保留灌肠以及理疗综合治疗,通过观察治疗前后子宫输卵管造影动态过程及结果与造影注射平均压力的比较,以及输卵管积水情况对治愈率及总有效率的影响对比差异。结果:治愈 59 例、有效 53 例、无效 8 例,总有效率为 93.3%。结论:三七红藤汤配合灌肠、理疗治疗输卵管阻塞性不孕症效果显著。

关键词:不孕症;输卵管阻塞;中医药疗法;综合治疗

中图分类号:R 271.14 **文献标识码:**B

三七红藤汤是全国名老中医、温州市中医院妇科主任医师马大正自拟的经验方,本人对本院 2000 年 1 月~2005 年 12 月门诊 120 例输卵管阻塞性不孕症患者,采用三七红藤汤配合灌肠、理疗综合治疗,取得了肯定的疗效。现报道如下。

1 临床资料

全部病例均来源于本院 2000 年 1 月~2005 年 12 月妇科不孕不育门诊,治疗前均行子宫输卵管造影 1 次,并筛选符合标准的临床观察对象共 120 例。其中原发性不孕 48 例,继发性不孕 72 例;年龄为 22~41 岁,平均 29 岁;病程 2~17 年,平均 3.8 年;共有 229 条输卵管(因宫外孕切除一侧输卵管 11 例),其中不通无积水 49 条,壶腹部及伞端粘连积水不通 45 条,通而不畅无积水 78 条,通而不畅伴积水 11 条,通畅 46 条。

临床病例纳入标准为:(1)夫妇同居,性生活正常,男方生殖功能正常,未避孕 2 年而未受孕者。(2)子宫输卵管造影证实输卵管阻塞不通或通而不畅(包括输卵管梗阻、积水、粘连)。(3)腹腔镜证实输卵管阻塞不通或通而不畅(包括输卵管梗阻、积水、粘连)。

排除标准为:(1)年龄 22 岁以下或 45 岁以上。(2)先天性生理缺陷或畸形、遗传、内分泌、免疫等因素所致不孕。(3)经检查证实为子宫病变者(如子宫内膜异位症、腺肌症、肌瘤或恶性肿瘤等)或生殖器结核患者。(4)合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。(5)使用药物过敏者。(6)男方生殖功能异常。(7)未按规定用药,无

法判断疗效或资料不全等影响疗效和判断者。

2 方法

2.1 治疗方法 (1)内服方:三七红藤汤(三七 6 g、红藤 30 g、延胡索 10 g、路路通 10 g、三棱 10 g、莪术 10 g、大腹皮 10 g、蒲公英 15 g、败酱草 15 g、乳香 4 g、没药 4 g、皂角刺 15 g、石见穿 30 g、水蛭 9 g)水煎服,每日 1 剂,于月经干净后开始服用至下次月经来潮前,经期停服。

(2)中药保留灌肠:活血化瘀灌肠液(丹参 30 g、红藤 30 g、三棱 15 g、莪术 15 g、乳香 10 g、没药 10 g、海藻 15 g、桃仁 10 g),经本院制剂室浓煎至 50 mL 药液,嘱患者排净二便,将药液加温至 42℃ 左右,保留灌肠,经期停药。

(3)理疗:应用 ZPZ-5 型智能式女子不孕症、盆腔炎治疗仪,每日 1~2 个小时,每月 20 小时,避开月经期。

以上综合治疗 2 个月为一疗程,共治疗 1~4 个疗程,第一个疗程结束后未受孕者复查子宫输卵管造影术(HSG),并继续下一个疗程治疗,每位最多复查 3 次 HSG,随访 1 年。

2.2 观察指标 (1)子宫输卵管造影动态过程及结果:治疗前后行 HSG,动态观察造影剂通过速度、输卵管活动性及有无积水、造影剂盆腔弥散等情况,判定输卵管通畅程度。应用多功能带 X 线电视系统、X 线机附点片摄影装置进行 HSG。

(2)造影注射平均压力(仪器提示诊断结果不代表造影结果):HSG 操作时通过输卵管通液诊断治疗仪的测压系统,在计算机系统描绘压力表,平均压

力 ≤ 15 kPa,仪器诊断提示通畅;15 kPa $<$ 平均压力 ≤ 26 kPa,提示通而不畅;平均压力 > 26 kPa,提示不通。输卵管通液诊断治疗仪产自北京利国电子技术有限公司。其优点是造影结果把造影注射平均压力与动态透视、摄片结果相结合,更能准确诊断,给诊断、治疗带来了更明确的指导。

(3)统计方法:治疗前后通过子宫输卵管造影压力比较,应用配对样本 t 检验,输卵管积水情况对治愈率及有效率的影响对比差异应用 χ^2 检验。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照中华人民共和国卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》拟定。治愈:1年内妊娠。妊娠定义为停经40天以上,尿或血妊娠试验阳性而且B超检查宫内见孕囊或胎芽。有效:1年内输卵管造影显示双侧或单侧输卵管通畅而未妊娠者,或造影压力及造影剂弥散显示明显好转。无效:1年内未妊娠,输卵管造影检查显示无改变。

3.2 治疗结果 治愈59例(2个月内治愈者9例,3~6个月痊愈者21例,6个月~1年痊愈者29例),有效53例,无效8例(其中6例均为两侧输卵管积水不通或通而不畅,2例输卵管间质部阻塞不通),总有效率为93.3%。详见表1、2。

表1 输卵管积水情况对治愈率及总有效率的影响比较 例

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
无积水	84	55	27	2	97.6
伴积水	36	4	26	6	83.3
合计	120	59	53	8	93.3

对上表数据进行统计学 χ^2 检验,两组治愈率比较, $P < 0.01$; 两组间总有效率比较 $P > 0.05$, 无统计学意义。即证明此综合治疗输卵管阻塞性不孕症的方法,对输卵管阻塞性不孕症患者不管有无输卵管积水均有效,但对输卵管无积水者治愈率高于有积水者。

表2 第一个疗程治疗前后子宫输卵管造影平均压力情况比较(不包括9例已受孕者)

平均压力/kPa	治疗前例数	治疗后例数
> 26	83	47
$15 < \text{压力} \leq 26$	88	28
≤ 15	41	137

对上表数据进行统计学分析,治疗前后压力情况差异比较 $P < 0.05$, 可以认为治疗前后输卵管通畅性差异有统计学意义,疗效显著。

药物不良反应:治疗及用药过程中无任何不良反应,输卵管造影后有不同程度的阴道流血与下腹痛,特别是输卵管积水的患者,腹痛时间持续相对较长,可达30分钟~2小时不等,均经卧床休息后自

行缓解。

4 讨论

4.1 三七红藤汤配合灌肠、理疗治疗输卵管阻塞性不孕症的中医理论探讨 输卵管阻塞性不孕属中医学“癥瘕”范畴,现代医学研究证明,输卵管阻塞性不孕症发病机制与瘀滞有关,至少发病的中心环节是瘀滞所为,不论起病因素是先天与后天,其结果均与胞脉瘀滞有关,治疗大法应以化瘀为先,输卵管阻塞不通大多为炎症所致,管腔均存在不同程度的粘连变性和功能损伤,符合中医血瘀证病理的特点。瘀血既是病理产物,又是致病因素,早在西晋《针灸甲乙经·妇人杂病》已指出:“女子绝子,坏血在内不下,关元主之”;唐代《备急千金要方》亦指出“瘀血内停……恶血内漏”是无子原因之一。所以治疗首选活血化瘀之品。《神农本草经》云:“谓主妇人多无子,因无子者多系冲任瘀血,瘀血去自能有子也。”现代药理研究证明,活血化瘀中药对血管、血液流动病理性改变和组织的纤维化能起到多重作用,疏通瘀滞、松解粘连,改善输卵管腔的纤维化,促进损伤内膜的再生是其独特之处。还可降低毛细血管通透性、减少渗出水肿,改善局部微循环障碍,有利于功能的恢复。能改善盆腔局部的微循环和组织营养,抑制组织内单胺氧化酶活力,抑制胶原纤维合成,提高免疫力,调节合成代谢,吸收炎性病灶,有利于输卵管粘连的松解,促进管腔粘膜上皮的修复与再生,提高输卵管运送卵子和精子的功能,并能改善受精环境,增加子宫对孕卵的容受性,从而提高妊娠率。

三七红藤汤中以三七、红藤活血清热通络为主药,三棱、莪术、延胡索、乳香、没药配伍有活血化瘀、理气止痛之功,蒲公英、败酱草助红藤以清热解毒利湿,皂角刺、石见穿、水蛭、路路通共具有消癥散结、活血通络之效,加大腹皮下气、宽中、利水可增强消癥之力。活血化瘀灌肠液具有活血化瘀、通络散结消癥作用,通过保留灌肠能使药物有效成分通过直肠粘膜吸收,药到病所,以加速炎症的吸收,粘连的松解,包块的消散,起到口服药物不能代替的作用,从而提高疗效。物理治疗应用特种红外近光和红外线磁场加热的物理特性,采用了特制的治疗发射探头,直接插入阴道腔内炎症域,通过调入8倍以上的白细胞到病变区,改善阴道腔部域的血循环,使血管扩张,加速血流及淋巴液循环,增加网状内皮系统及白细胞的吞噬功能,加速新陈代谢产物及毒素的排泄,从而促进炎症的吸收,达到治疗目的。

通过中医中药综合治疗,能够使输卵管阻塞情况得到改善,达到治愈的目的,并且能够明显缩短疗

程,提高妊娠率,使输卵管阻塞性不孕患者提高了输卵管的功能,考虑到目前国内 IVF-ET 的实际水平及经济因素,恢复患者自然生育功能,免受手术的痛苦。

4.2 中医中药治疗输卵管积水探讨 输卵管积水为慢性输卵管炎造成输卵管伞部及峡部粘连闭锁,浆液性渗出物积聚而形成,有时输卵管积脓变为慢性,脓液渐被吸收,浆液液体继续自管壁渗出而充满管腔亦可形成输卵管积水,抗生素难以取效。目前输卵管积水既是体外受精与胚胎移植(IVF-ET)最主要的指征之一,也是影响 IVF-ET 结局的不利因素^[4]。

输卵管积水对 IVF-ET 的影响机理目前认为有机械、化学的和细胞毒性等学说^[4]。输卵管积水降低卵巢对激素促排卵反应且使超声监测和取卵困难,并有人发现输卵管积水患者卵巢对激素促排卵反应减低,经阴道吸出积水后,卵巢对激素促排卵反应得到改善,并有人观察到,输卵管积水对卵巢功能、卵泡发育和卵子质量均有负面影响,其原因可能是输卵管积水影响了卵巢的血供。在未手术治疗输卵管积水的情况下接受 IVF-ET,其临床妊娠率及种植率均比无输卵管积水及已行手术治疗者低,而其异位妊娠率则明显增高。对输卵管积水的患者,怎样采用正确的治疗方案,在现代医学中有不少研究和争论。目前较常用的两种方法是输卵管切除与输卵管整形造口术,后者虽然可保留输卵管以及引流输卵管内的积水,但造口侧输卵管再次积水的复发率高。

通过本课题研究发现,对输卵管阻塞积水患者的治愈率低,此类患者因输卵管呈扩张状态,在通液诊断治疗中压力均在正常范围之内,或因输卵管囊状扩张,张力增加而压力逐渐缓慢增高,通液治疗亦

不能取效。但是,在临床观察过程中发现,应用三七红藤汤综合治疗输卵管积水患者,往往经过 1~2 个疗程的治疗后,在复查子宫输卵管造影术前经 B 超检查,输卵管积水情况消失或好转明显,此与三七红藤汤、活血化瘀灌肠液及物理治疗的清热化瘀消癥,行气通络利水的治疗功效有关。只因输卵管伞部及峡部粘连闭锁情况等仍旧存在,自然受孕率低,再次通液造影时可致药用液体积聚于局部,影响治疗结果的比较。故而,对输卵管积水患者应用本方法治疗后积水状况的好转情况,这种结果可以改善输卵管积水患者行 IVF-ET 的结局,本次研究虽然从主治不孕症的直接疗效角度证明了本方法对输卵管积水不孕症的治愈率低,但从辅助生殖的角度来看,具有重要的治疗价值。

为了明确中医药治疗输卵管阻塞性不孕症的适应症范畴,本研究证明了对无积水的患者治疗效果显著,对输卵管积水患者,特别是双侧积水患者,中医药治疗应该与现代医学技术有效的结合,盲目要求治愈率,反而增加此类患者的经济与精神负担。因此,为进一步探讨中医中药治疗输卵管积水的更好的方法,以及在辅助生殖过程中,与输卵管切除及输卵管整形造口术进行正确的比较与评价,有待今后进一步的研究总结。

参考文献

- [1] 严英. 输卵管阻塞性不孕的中医治疗研究进展[J]. 中医药研究, 2000, 16(3): 56
- [2] 潘文. 输卵管阻塞性不孕症的中西医结合治疗现状[J]. 中国民间疗法, 2004, 12(12): 63
- [3] 张晓春. 输卵管阻塞性不孕症诊治概况与研究思路[J]. 中医药研究, 2002, 18(3): 54
- [4] 胡晓东. 体外受精与胚胎移植前输卵管积水处理方式的探讨[J]. 现代妇产科进展, 2006, 15(3): 206~208

(收稿日期: 2006-11-24)

新专栏征稿

《江西中医学院学报》(双月刊)已全面改版,以下重点栏目面向全国征稿:

● **理论研究** 对中医重大理论问题进行专题论述。讨论专题有: 中医水理论研究、火理论研究、体质学说研究、梦理论研究、病证理论研究。

● **百家争鸣** 旨在打破中医学术界的沉闷局面,对中医药事业发展的重大问题展开讨论争鸣。争鸣要求坚持良好的学术道德,敢说真话,敢亮观点。争鸣的主要内容有: 中医教育反思、中医科研走向、中医发展前景、中西医结合前景、新时期中医的生存模式等。

● **中医文化研究** 主要反映中医与古代哲学、古代社会政治经济、人文地理等文化形态的研究成果以及五运六气研究、生命学说研究的最新动态。

● **道教医学研究** 包括道教医药文献研究、道教医药人物研究、道教医药史研究、道教医学理论研究、道教医学方药研究、道教医学养生研究等,要求观点正确,不违背国家宗教政策。

欢迎广大作者踊跃投稿。