

子宫内膜异位症合并不孕腹腔镜术后 中医干预方案的探讨

王英 潘丽贞 陈弦

(福建中医药大学附属南平人民医院 福建 南平 353000)

摘要:目的:观察轻度子宫内膜异位症(内异症)合并不孕腹腔镜术后在月经周期的不同时机采用中药内服结合保留灌肠干预的临床疗效。方法:将符合纳入标准的90例轻度内异症合并不孕腹腔镜术后的患者,采用随机数字表分为A组(经净后干预20天)、B组(经净后干预10天)和C组(经前干预10天),每组30例,比较3组治疗后的子宫内膜厚度、回声类型、子宫动脉血流情况、宫颈黏液评分、周期排卵率和妊娠率。结果:3组患者子宫内膜平均厚度、内膜类型、PI及RI比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。子宫内膜平均厚度组间比较除A组与B组差异无统计学意义外($P > 0.05$),其余两组均有统计学意义($P < 0.05$)。3组患者宫颈黏液评分、周期排卵率及妊娠率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:轻度内异症合并不孕腹腔镜术后采用中药内服结合保留灌肠经净后干预20天疗法,可提高子宫内膜容受性,获得较好的临床疗效。

关键词:子宫内膜异位症;不孕;腹腔镜;中药内服灌肠;干预时机

中图分类号:R271.9 文献标识码:A 文章编号:1002-2406(2019)05-0076-03

doi: 10.19656/j.cnki.1002-2406.190147

Chinese Medicine Intervention after Laparoscopic Surgery for Endometriosis Combined with Infertility

WANG Ying, PAN Lizhen, CHEN Xian

(Nanping Affiliated Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Nanping 353000, China)

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of mild endometriosis combined with infertility intervened by oral administration of Chinese herbal medicine combined with retention enema after laparoscopic surgery at different time of menstrual cycle. Methods: 90 cases of mild endometriosis with infertility after laparoscopy were randomly divided into group A(20 days of intervention after menstruation), group B(10 days of intervention after menstruation) and group C(10 days of intervention before menstruation), with 30 cases in each group. The thickness of endometrium, the echo type, uterine artery blood flow, cervical mucus score, cycle ovulation rate, pregnancy rate were compared among the three groups after the treatment. Results: There were statistical differences in the average thickness of endometrium, endometrial types, PI and RI among the three groups ($P < 0.05$). There was no significant difference in endometrial mean thickness between group A and group B ($P > 0.05$), but every other two groups had statistical significance ($P < 0.05$). There were statistically significant differences in cervical mucus score, cycle ovulation rate and pregnancy rate among the three groups ($P < 0.05$). Conclusion: The intervention of oral administration of Chinese herbal medicine combined with retention enema 20 days after menstruation can improve the endometrium receptivity and increase clinical effect in the treatment of mild endometriosis with infertility after laparoscopic surgery.

Key words: Endometriosis; Infertility; Laparoscopy; Oral administration of Chinese herbal medicine combined with retention enema; Timing of intervention

作者简介:王英(1978-),女,副主任医师,主要研究方向:不孕症及相关妇科内分泌的中西医结合诊治。

收稿日期:2018-12-17

修回日期:2019-01-03

子宫内膜异位症(Endometriosis, EMT), 简称内异症。目前内异症合并不孕腹腔镜术后的治疗方案需要根据患者年龄、病情程度及不孕年限等综合评估, 对于 I ~ II 期轻度的 EFI 评分高的患者多主张期待疗法^[1]。近年来研究发现^[2], 采用中药口服结合灌肠可提高内异症患者的生育率, 但采用中医干预的方案及时机不尽相同。笔者对轻度内异症合并不孕腹腔镜术后在月经周期的不同时间窗采用中药内服结合保留灌肠进行干预, 现总结分析如下。

1 资料

1.1 一般资料

选择 2016 年 1 月—2017 年 6 月福建中医药大学附属南平人民医院符合纳入标准的内异症性不孕症患者 90 例, 按随机数字表分为 A 组、B 组和 C 组 3 组, 各 30 例。年龄分别为 A 组(27.10 ± 2.35) 岁, B 组(27.40 ± 2.66) 岁, C 组(26.97 ± 2.59) 岁; A 组原发性不孕 14 例、继发性不孕 16 例, B 组原发性不孕 17 例、继发性不孕 13 例, C 组原发性不孕 16 例、继发性不孕 14 例; 不孕病程分别为 A 组(1.93 ± 0.83) 年, B 组(1.90 ± 0.71) 年, C 组(1.73 ± 0.79) 年; 内异症期别: A 组 I 期 16 例、II 期 14 例, B 组 I 期 14 例、II 期 16 例, C 组 I 期 13 例、II 期 17 例。3 组患者年龄、不孕类型及年限和内异症期别比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 肾虚痰瘀证诊断标准

参照国家中医药管理局医政司颁布的子宫内膜异位症诊疗方案^[3]。1) 主症: ①经行小腹刺痛或胀痛或坠痛; ②婚久不孕; ③带下量多; ④腰膝酸软。2) 次症: ①经色暗红或淡黯, 或夹块, 或夹黏液; ②月经量少或错后或经期延长; ③头晕耳鸣; ④夜尿频多; ⑤性欲减退; ⑥口腻或纳呆; ⑦大便溏而不爽。舌脉: 舌质淡黯, 或有瘀斑, 瘀点, 苔白腻; 脉细弦或弦涩。主症必备, 次症具备 2 项以上, 参考舌象、脉象即可作出证候诊断。

1.3 纳入标准

1) 符合不孕症的诊断标准; 2) 符合内异症腹腔镜诊断标准^[1], ASRM 分期, 评分为 1 ~ 15 分; 3) 术后双侧输卵管通畅; 4) EFI 评分 ≥ 5 分; 5) 年龄 ≥ 20 岁, ≤ 40 岁; 6) 月经周期规则者; 7) 符合肾虚痰瘀证诊断标准; 8) 同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准

1) 年龄 > 40 岁或 < 20 岁者; 2) 合并有其他不孕因素; 3) 合并有心、肝、肾和造血系统等严重疾病; 4)

合并精神疾病等无法合作者; 5) 近 3 个月内使用过激素类药物者。

2 方法

2.1 治疗方法

中医干预方案: 口服本院制剂消癥合剂(闽药制字 Z04903017), 药物组成: 三棱、莪术、法半夏、浙贝母、海藻、丹参、枳壳、柴胡、赤芍、党参、白术、仙鹤草、菟丝子和牛膝等, 15 mL, 每日 3 次。本院制剂妇科灌肠液(闽药制字 Z06903038), 药物组成: 红藤、血竭、赤芍、茯苓、王不留行、元胡和皂刺等, 每瓶 100 mL, 每晚临睡前保留灌肠。方法: 排空大便, 将妇科灌肠液放入温度为 40 ℃ 左右的温水中浸泡 10 min, 挂在输液架或挂衣架上, 液面距肛门约 30 ~ 40 cm, 取侧卧位, 润滑肛管前端, 与输液器连接, 排气后夹紧输液管, 轻轻插入肛门约 10 ~ 15 cm, 松开开关, 调节滴速, 每分钟 60 ~ 80 滴, 尽量保留药液 1 晚。

A 组: 腹腔镜术后第 7 天、次月月经净后 3 天开始按照上述治疗方案, 20 天为 1 个疗程, 经期停药; B 组: 治疗开始时间同 A 组, 10 天为 1 个疗程; C 组: 腹腔镜术后第 7 天、次月月经前第 14 天开始按照上述治疗方案, 10 天为 1 个疗程。均治疗 3 个疗程。

2.2 阴道彩色多普勒超声检测

3 组均于术后月经复潮第 10 天采用美国 GE (Voluson730) 彩超, 阴道探头频率 7.0 MHz, 专人操作, 观察子宫、卵巢形态、卵泡发育及子宫内膜厚度。当卵泡直径 ≥ 18 mm 时确定子宫内膜分型^[4]: A 型指三线型, 外层、中层强回声和内层低回声, 宫腔中线回声明显; B 型指子宫内膜均匀相对高回声, 内膜分层结构不清, 两层内膜间宫腔线模糊, 但与肌层分界清晰; C 型指内膜均质强回声, 无宫腔中线回声。测量子宫动脉血流收缩期峰值流速、舒张末期流速, 计算血流搏动指数(PI)和阻力指数(RI), 指导同房。连续测量 3 个月经周期。

2.3 观察指标

2.3.1 排卵超声判定

1) 原成熟卵泡消失; 2) 卵泡坍塌, 直径较原成熟卵泡减少 5 mm 以上; 3) 出现盆腔积液; 4) 血体形成; 不规则有强回声光点的囊肿。

周期排卵率^[5](%) = 本组患者周期排卵数/本组患者总周期数 $\times 100\%$

2.3.2 宫颈黏液评分

按照 Insler 评分标准^[6]: 排卵日取宫颈黏液, 0 ~ 3 分为无反应, 4 ~ 6 分为轻微反应, 7 ~ 9 分为中等反应, 10 ~ 12 分为完全性卵巢反应。

2.3.3 妊娠判定

超过月经周期7天以上无月经来潮,测尿妊娠试验阳性,停经7周B超显示宫内孕囊并有胎心搏动。

妊娠率(%) = 妊娠例数 / 总例数 × 100%

2.4 统计学处理

采用SPSS17.0进行统计分析,计量资料采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,如服从正态分布及方差齐性,组间比较采用单因素方差分析;如不服从正态分布,则用Wilcoxon符号秩和检验;计数资料采用卡方检验

(χ^2); $P \leq 0.05$ 表示有统计学意义。

3 结果

3.1 各组排卵日子宫内膜平均厚度、回声类型、子宫动脉血流情况

各组子宫内膜平均厚度、类型、PI及RI比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);子宫内膜平均厚度组间比较除A组与B组差异无统计学意义($P = 0.428$)外,其余两组均有统计学意义($P < 0.05$)。PI值3组间两两比较均有统计学意义($P < 0.01$)。详见表1。

表1 各组排卵日子宫内膜厚度、回声类型及子宫动脉血流情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	内膜厚度(mm)	内膜类型(例)			PI	RI
			A型	B型	C型		
A组	30	10.05 ± 0.51	21	5	4	0.72 ± 0.01	1.57 ± 0.01
B组	30	9.96 ± 0.38	18	7	5	0.75 ± 0.01	1.59 ± 0.02
C组	30	9.71 ± 0.35	9	14	7	0.79 ± 0.01	1.95 ± 0.01
P		0.007	per 卡方 10.904 0.028			0.000	0.000

3.2 各组宫颈黏液评分、周期排卵率及妊娠率比较

随访至术后半年,A组及C组均脱落1例。3组宫颈黏液评分、周期排卵率及妊娠率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);组间两两比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

表2 各组宫颈黏液评分、周期排卵率及妊娠率比较

组别	例数	宫颈黏液评分($\bar{x} \pm s$)	周期排卵率(%)	妊娠率(%)
A组	29	9.73 ± 0.74	85.88(73/85)	72.41(21/29)
B组	30	9.37 ± 0.61	78.31(65/83)	63.33(19/30)
C组	29	8.93 ± 0.69	59.30(51/86)	41.38(12/29)
P		0.000	0.000	0.047

4 讨论

内异症合并不孕属中医学“不孕”“痛经”等范畴,由于房室所伤,脏腑气血功能失调,感受外邪等因素,导致瘀血阻滞胞宫、冲任,无法摄精成孕^[7]。笔者临证发现,内异症不孕腹腔镜术后的患者多久治不孕,瘀积日久,脏腑功能失常,气血津液运化失司而致痰湿内生,瘀阻痰结,胶结难化;或久病及肾,或禀赋不足,肾亏精少,冲任胞脉失养,不能摄精成孕,肾虚瘀阻痰凝,虚实夹杂,病程缠绵,故可从“肾、瘀、痰”论治。消癥合剂方中三棱、莪术破血逐瘀消癥、行气消积止痛为君药;法半夏、浙贝母、海藻燥湿化痰,软坚散结为臣;丹参活血调经,赤芍凉血化瘀,枳壳破气行痰,柴胡疏肝解郁,四药共奏疏肝理气、活血化瘀之功;党参、白术健脾益气,仙鹤草收敛止血,既可防止活血消癥之品攻伐太过,又可牵制三棱、莪术防其破血太过;菟丝子补肾益精,温而不燥,补而不滞,以上六者共为佐药;牛膝

活血通经,补肝肾,载药下行为使。诸药合用,痰瘀分消,攻补兼施。妇科灌肠液方中红藤长于活血散瘀、清热解毒、消痈止痛为君药;茯苓利水渗湿,血竭祛瘀定痛,共为臣药;赤芍清热凉血活血,元胡活血行气止痛,王不留行活血通络,三者共为佐药;皂刺活血消肿通络,引药达疮所,为使药。诸药保留灌肠,直达病所,共奏活血通络、祛湿清热之功。

内异症导致不孕的机制复杂,主要有盆腔解剖结构变化、免疫功能异常、卵巢功能影响、子宫内膜容受性下降、遗传学及基因表达等^[8],其中子宫内膜容受性下降是重要因素之一^[9]。子宫内膜容受性(Endometrial receptivity, ER)是指子宫内膜允许胚胎黏附、植入的一种状态,这一极短的时间被称为“着床窗口期”或“种植窗”,多发生在月经周期第20~24日,即排卵后的6~10日^[5]。影响ER的主要因素有子宫内膜的厚度及血流、激素及细胞因子、细胞黏附因子、基因组学和黄体支持等^[10]。对于hCG日末子宫血流阻力高者,目前多用阿司匹林、万艾可、雌激素、肝素等来提高子宫内膜容受性^[5]。

本研究发现,内异症合并不孕腹腔镜术后采用中药内服结合保留灌肠治疗20天的非经期全程干预疗法子宫内膜的平均厚度(10.05 ± 0.51)mm,A型子宫内膜占70%,子宫动脉血流PI及RI均降低,周期排卵率85.88%,妊娠率72.41%,明显优于其他两种疗法。根据Kurjak等^[11]研究发现,子宫动脉血流阻力指数在月经期逐渐增加,增殖期达到最高值,排卵前开始下降,月经周期的第18天降到最低值并保持这种水平。

在经净后中药内服配合保留灌肠化痰祛痰补肾,直达病所,驱邪扶正,可降低子宫动脉血流阻力,改善盆腔器官的血流状况,从而提高子宫内膜容受性及妊娠率。有研究报道^[12-13],采用中药非经期保留灌肠治疗3个月经周期可有效改善内异症患者的临床症状,提高受孕率。并发现中医药可以通过改善内膜血流和缺氧状态、促进内膜腺体发育、调节雌孕激素水平以及调节免疫功能等改善子宫内膜容受性^[14]。本研究仅对轻度内异症合并不孕宫腔腹腔镜术后的患者进行观察,对于中重度内异症合并不孕中医药干预的切入时机、疗程长短及疗效机制还有待进一步深入探讨。

参考文献:

[1] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症的诊治指南[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(3): 161-169.
[2] 李璐琪, 高尚群, 范银萍, 等. 近5年中药灌肠治疗子宫内膜异位症疗效的Meta分析[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(7): 149-153.
[3] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京: 国家中医药管理局医政司, 2010: 546.
[4] GONEN Y, CASPER R F, JACOBSON W, et al. Endometrial thickness and growth during ovarian stimulation: a possible predictor of implantation in IVF[J]. Fertil Steril, 1989, 52(3): 446-450.

[5] 李力, 乔杰. 实用生殖医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 339+376-377.
[6] 邵敬於. 人类诱发排卵[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2006: 368.
[7] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 137-142.
[8] 谢雅芸, 谢桂珍, 肖彩霞. 子宫内膜异位症并不孕发生机制的研究[J]. 大众科技, 2017, 19(218): 40-42.
[9] SINGH M, CHAUDHRY P, ASSELIN E. Bridging endometrial receptivity and implantation: network of hormones, cytokines, and growth factors[J]. The Journal of endocrinology, 2011, 210(1): 5-14.
[10] 李欢欢, 刘嫻, 李媛, 等. 子宫内膜容受性影响因素的研究进展[J]. 生殖与避孕, 2016, 36(10): 833-838.
[11] KURJAK A, KUPESIC U, UREK S, SCHULMAN H, et al. Transvaginal color flow Doppler in the assessment of ovarian and uterine blood flow in infertile women[J]. Fertility and Sterility, 1991, 56(5): 870-873.
[12] 屈育莉, 刘艳巧, 党慧敏, 等. 内异消保留灌肠治疗子宫内膜异位症的临床疗效观察[J]. 西安交通大学学报(医学版), 2013, 34(3): 397-402.
[13] 秦文敏. 腹腔镜联合宫腔镜保留灌肠治疗子宫内膜异位症不孕临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(10): 97-100.
[14] 董光苹, 严骅. EMs患者子宫内膜容受性特点及中医药对其改善作用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(1): 109-113.

经验传承

马丙祥教授运用“活血熄风法”治疗儿童抽动障碍

吴秋艳¹, 马丙祥^{2*}, 史文丽², 崔洁琼¹

(1. 河南中医药大学, 河南 郑州 450000; 2. 河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

摘要: 抽动障碍是小儿常见疾病之一, 精神类药物已经成为主要的治疗手段, 但精神类药物的副作用明显且易导致症状复发。马丙祥教授通过总结前人经验, 并结合自身的临床实践经验, 基于“治风先治血, 血行风自灭”理论, 提出运用“活血熄风法”治疗儿童抽动障碍的临证思路, 临床效果突出。

关键词: 儿童抽动障碍; 活血熄风; 经验

中图分类号: R249; R277.7

文献标识码: A

文章编号: 1002-2406(2019)05-0079-03

doi: 10.19656/j.cnki.1002-2406.190148

基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题(No. 2017JDZX023); 河南中医药大学博士科研基金(No. BSJJ2016-09)

作者简介: 吴秋艳(1992-), 女, 2017级中医儿科学专业硕士研究生, 主要研究方向: 中医药防治小儿神经系统疾病。

通讯作者: 马丙祥(1963-), 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 主要研究方向: 中医药防治小儿神经系统疾病。

收稿日期: 2019-03-17

修回日期: 2019-04-03