

· 临床研究 ·

门氏消癥煎联合盆腔理疗治疗湿热瘀结型 输卵管炎性不孕症疗效分析※

● 付晓君 门波[▲] 孙自学

摘 要 目的:探讨门氏消癥煎联合盆腔理疗治疗湿热瘀结型输卵管炎性不孕症的临床效果。方法:共搜集 100 例湿热瘀结型输卵管炎性不孕症患者,随机分为两组:治疗组 50 例,对照组 50 例。治疗组选用门氏消癥煎联合盆腔理疗治疗,对照组选用治疗性通液术联合口服盐酸左氧氟沙星、甲硝唑片。两组患者均治疗 3 个月经周期,比较分析两组中医证候积分、临床疗效、血清白细胞介素-6 (IL-6)、子宫内膜细胞黏附分子-1(ICAM-1)水平。结果:治疗组的临床疗效优于对照组;治疗后,两组患者在中医证候积分、血清 IL-6 和 ICAM-1 含量等方面比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组比对照组降低得更明显。结论:门氏消癥煎联合盆腔理疗治疗湿热瘀结型输卵管炎性不孕症,能够明显改善中医临床症状和局部体征情况,降低血清 ICAM-1、IL-6 表达水平,提高临床疗效。

关键词 消癥煎;输卵管炎性不孕;湿热瘀结;盆腔理疗

不孕症是指育龄期妇女有正常性生活 1 年,未避孕而未孕者。据世界卫生组织统计,不孕不育夫妇占已婚育龄夫妇的 7%~15%^[1-2],其中因输卵管病变导致不孕者占不孕症患者总数的 30%~35%^[3-4]。因炎症刺激造成的输卵管损伤、粘连、阻塞等,均可严重影响卵子运输及受精卵功能,增加不孕不育症发生率^[5-6]。西医目前多采用手术介入治疗^[7],虽然在一定程度上可以起到疏通输卵管的作用,但在改善其正常的运送功能方面有一定局限性。中医治疗本病讲究病证结合,辨证论治,具有一定优势^[8]。本研究主要观察中原门氏验方消癥煎联合盆腔理疗治疗湿热瘀结型输卵管炎性不孕症患者的效果并探讨其作用机理。

※基金项目 国家自然科学基金项目(No.81974573);河南省中医药科学研究专项课题(No.2019ZY2020)

▲通讯作者 门波,男,主任中医师。研究方向:中医妇科。
E-mail:15188332029@163.com

• 作者单位 河南省中医院生殖医学科(河南 郑州 450002)

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究选取河南省中医院生殖医学诊疗中心 2018 年 2 月—2019 年 4 月就诊的输卵管炎性不孕症患者 100 例。根据随机对照数字表法分为两组:治疗组 50 例,对照组 50 例。治疗组平均年龄(29.50 ± 3.76)岁,病程(19.80 ± 3.01)月;对照组平均年龄(30.76 ± 3.67)岁;病程(20.54 ± 3.32)月。两组患者在一般临床资料方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照由人民卫生出版社发行的第八版《妇产科学》^[9]中不孕症及输卵管炎性疾病的诊断标准。病史:未避孕 1 年及以上未孕。具体临床表现:①小腹单侧或双侧疼痛,腰骶部胀痛,带下异常,妇科检查见输卵管单侧或双侧有条索状增粗物,并有压痛;②子宫输卵管造影证实输卵管通而不畅。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]及 2013 年张玉珍^[10]主编的《中医妇科学》综合制定湿热瘀结证的辨证标准。主症:①久婚不孕,

下腹部刺痛或者胀痛,且痛处固定;②腰骶胀痛;③带下量多而色黄质黏稠。次症:④妇科检查宫体、附件时有压痛;⑤经期腹痛加重;⑥月经量多,或伴月经周期延长;⑦小便黄;⑧大便干燥或溏而不爽。舌脉:舌质淡红或舌质暗红,苔白腻或苔黄腻,脉弦滑或脉弦涩。以上主症全部具备,次症具备1项或1项以上,结合舌脉,则可以辨为本证。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准及中医证候诊断标准;②诊疗前1个月内不曾服用激素类药品;③年龄为20~38岁之间的已婚女性且月经周期为28~30 d;④已签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①生殖器官伴有畸形,或有子宫内膜异位症、子宫肌瘤、子宫结核等病变者;②因遗传、免疫、内分泌、排卵障碍或不明原因等导致的不孕不育者;③合并心、肝、肾等脏器的严重内外科疾病以及精神病患者;④过敏体质,对本研究所使用的药物成分过敏者;⑤男方生殖功能异常者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 (1)在每个月经周期的第1~7 d进行盆腔理疗,每日1次,共治疗3个月经周期。具体如下:①穴位注射:首先取双侧子宫穴为穴位注射点;其次用10 mL注射器分别逐次抽取5 mL氯化钠注射液、2.5 mL盐酸利多卡因注射液、1 mL硫酸庆大霉素注射液、1 mL地塞米松磷酸钠注射液,排出空气后,在穴位点进行盆腔封闭注射,双侧交替进行。②中频脉冲治疗:采用中频脉冲治疗仪脉冲治疗,同时将电极片消毒后放置于穴位注射点附近进行加热,15~20 min/次。③中药直肠滴入:将中药(药物组成:当归15 g,川芎15 g,炒桃仁10 g,甘草6 g,炮姜6 g,醋乳香6 g,醋没药6 g,土炒白术15 g,大血藤15 g,丹参30 g)浓煎100 mL,逐渐冷却到37~40℃,直肠滴入(将涂有石蜡油的导管插入直肠中约15 cm处,滴入后保留约20~30 min)。(2)从月经周期的第1 d开始给予口服门氏消癥煎加味。药物组成:金银花12 g,连翘18 g,茯苓15 g,薏苡仁25 g,牡丹皮15 g,桂枝6 g,炒桃仁12 g,赤芍12 g,丹参30 g,烫水蛭6 g,川芎9 g,甘草9 g,川牛膝15 g。每日1剂,分早晚温服,共治疗3个月经周期。

1.5.2 对照组 ①输卵管通液术:在每个周期月经干净后的第3~7 d,术前检查后嘱患者膀胱截石位,消毒外阴和阴道,用窥阴器逐渐撑开阴道,暴露宫颈口,消毒宫颈口及前、后穹隆,用宫颈钳夹住宫颈口的前唇向外牵拉,将通液管插入宫腔,使注射液缓慢注入。

手术完毕后,取出通液管和窥阴器。周期内第1次通液结束后观察,若无出血则隔日通液1次,若有出血则待不出血后1 d继续通液,根据患者不同情况每个月经周期通液1~3次。②口服抗生素:于每个周期月经干净后的第2~3 d开始使用盐酸左氧氟沙星片(0.4 g/次,2次/日)联合甲硝唑片(0.4 g/次,2次/日),连续使用14 d,经期停用。共治疗3个月经周期。

1.6 观察指标

1.6.1 实验室指标 观察两组患者治疗前后的血清IL-6和ICAM-1水平。

1.6.2 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]制定评分标准:以症状按照无、轻、中、重分级,主症积分分别为0分、2分、4分、6分,次症积分分别为0分、1分、2分、3分。观察两组患者治疗前后的中医证候积分情况。

1.6.3 临床疗效 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]制定疗效判定标准:痊愈,即正常宫内妊娠;好转,即一侧或两侧输卵管通畅程度较治疗前有明显好转;无效,即输卵管通畅程度无变化或加重。观察两组患者的临床疗效。

1.7 统计学方法 数据资料经Office 2010 Excel整理后,导入IBM SPSS Statistics 22.0统计分析软件分析。计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验,等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 或 $P<0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 两组患者总有效率比较,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。经秩和检验,两组患者临床疗效比较, $Z=-3.386$, $P=0.001$,治疗组明显高于对照组($P<0.01$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效
治疗组	50	15(30.00)	22(44.00)	13(26.00)	37(74.00)*
对照组	50	7(14.00)	19(38.00)	24(48.00)	26(52.00)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 两组患者治疗前后血清IL-6、ICAM-1、中医证候积分比较 治疗前,两组患者的血清IL-6、ICAM-1、中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者的血清IL-6、ICAM-1、中医证候积分均较治疗前下降,且治疗组比对照组降低更明显,

差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组血清 IL-6、ICAM-1 及中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-6(pg/mL)	ICAM-1(μ g/L)	中医证候积分(分)
治疗组	50	治疗前	88.33 \pm 5.65	319.60 \pm 32.12	20.46 \pm 3.23
		治疗后	59.39 \pm 5.83 Δ \blacktriangle	186.90 \pm 28.85 Δ \blacktriangle	10.84 \pm 3.91 Δ \blacktriangle
对照组	50	治疗前	89.16 \pm 5.80	317.56 \pm 31.68	21.34 \pm 3.40
		治疗后	69.50 \pm 6.08 Δ	210.36 \pm 30.24 Δ	16.36 \pm 4.29 Δ

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\blacktriangle P<0.05$

3 讨论

本病属于中医“不孕”范畴,多因湿热蕴结下焦,气血瘀阻冲任而发病^[11-12]。该病缠绵日久,病程较长,久病伤正,正虚邪恋,形成湿、热、瘀、虚长期并存的病理状态,临证时湿热瘀阻证为其常见证型之一^[12-14]。

消癥煎是全国名老中医门成福教授的经验方。方中金银花、连翘清热解毒;丹参、赤芍、牡丹皮、川芎、桃仁活血化瘀;茯苓、薏苡仁健脾利水;川牛膝引药下行,通经化瘀,直达病所;烫水蛭性善走窜,破血通经、逐瘀消癥;桂枝温通经脉;甘草调和诸药。全方配伍得当,攻不伤正,补不留瘀,使热清湿化,瘀结消散,胞脉通畅。同时配合双侧子宫穴位封闭治疗,局部抗感染同时可有效抑制炎症介质的释放,起到了松解盆腔粘连、消除输卵管炎症的作用^[15-16];中药直肠给药,通过直肠黏膜吸收,药力直达病灶部位,更好地发挥疗效,改善盆腔微循环^[17-18];而中频脉冲疗法及电极片加热可增加局部病变组织温度,促进盆腔注射的药物吸收^[8,19]。因此,中药消癥煎联合盆腔靶向理疗,具有抗炎抑菌松解盆腔粘连、消除输卵管炎症的作用。

ICAM-1 表达于多种细胞表面,参与细胞介导的炎症反应^[20];IL-6 是一种多效细胞因子,在调节免疫和炎症反应等过程中发挥重要作用,对颗粒细胞分泌雌孕激素有一定影响,有研究显示过高的 IL-6 对卵巢分泌和卵泡发育影响较大,严重者会诱发不孕症^[21]。本研究发现这两种因子的发展趋势与病情严重性呈正相关,也就是说不孕症的发生与该两种因子参与关系密切。

本研究结果表明,门氏消癥煎联合盆腔理疗能从宏观上调控机体的免疫及细胞因子之间的平衡,改善中医临床症状和局部体征情况,降低血清 ICAM-1、IL-6 表达水平,提高临床疗效。

参考文献

- [1]陈晨光,李坤寅.李坤寅运用补肾调周法治疗不孕症验案 2 则[J].湖南中医杂志,2020,36(3):91-92.
- [2]万怡婷,陈静,张敏,等.朱氏调经促孕方加味结合克罗米芬对不孕症患者子宫内膜容受性的影响[J].上海中医药大学学报,2020,34(2):26-30.
- [3]中华医学会妇产科分会.临床诊疗指南-妇产科学分册[M].北京:人民卫生出版社,2007:22-24.
- [4]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:369.
- [5]沈念春,何造雄,曾琼,等.3 种方式治疗输卵管性不孕的临床效果及影响因素分析[J].中国计划生育学杂志,2011,19(2):127-129.
- [6]王一斌,黄洁贞,林耀华,等.地塞米松对输卵管堵塞再通术的疗效观察[J].广东医学院学报,2015,33(3):330-331.
- [7]范莎,陈小勇.中药观察联合康复消炎栓治疗输卵管炎性不孕 80 例[J].江西中医药,2017,48(45):36-38.
- [8]杨小蝶,强尧.输卵管炎性不孕症中医治疗的特色[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(32):19,24.
- [9]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:156-162.
- [10]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2013:16-17.
- [11]邓天琦.输卵管炎性不孕临床分型、用药规律分析及实验室观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2017.
- [12]邱雪玲.输卵管炎性不孕相关行为因素及中医病因分析[D].广州:广州中医药大学,2010.
- [13]赖双玲.章勤教授治疗输卵管炎性不孕症的用药规律研究[D].杭州:浙江中医药大学,2016.
- [14]徐莲薇,刘慧聪,李祥云运用补肾活血法治疗不同原因之不孕症探讨[J].江苏中医药,2016,48(3):17-20.
- [15]龚敏.中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕疗效分析[J].中外妇儿健康,2011,19(3):71.
- [16]王翠芳.中频理疗联合灌肠方治疗输卵管伞端粘连的疗效观察[J].中国妇幼保健,2009,24(20):2875-2877.
- [17]方玉秀,王传真.中药保留灌肠联合桂枝茯苓丸治疗输卵管性不孕症疗效研究[J].陕西中医,2018,39(9):1232-1234.
- [18]刘雅丽,史雅萍.中药保留灌肠联合盆腔理疗治疗输卵管性不孕症的临床效果[J].中国计划生育学杂志,2019,27(2):248-250.
- [19]蒿长玲,陈萍.输卵管炎性不孕的研究进展[J].光明中医,2019,34(10):1611-1614.
- [20]NAIDENOW J,HRGOVIC I,DOLL M, et al. Peroxisome proliferator activated receptor(PPAR) α and δ activators induce ICAM-1 expression in quiescent non stimulated endothelial cells[J]. Journal of inflammation, 2016,1(3):27.
- [21]KWACK MH, AHN JS, KIM MK, et al. Dihydrotestosterone Inducible-IL-6 Inhibits Elongation of Human Hair Shafts by Suppressing Matrix Cell Proliferation and Promotes Regression of Hair Follicles in Mice[J]. The Journal of Investigative Dermatology, 2011,132(1):43-49.

(收稿日期:2020-04-22)

(本文编辑:金冠羽)