

· 中蒙医药论坛 ·

# 中药联合选择性输卵管再通治疗输卵管梗阻性不孕

卜庆云

(徐州市中医院介入科,江苏 徐州 221003)

**摘要:**目的:探讨中药联合选择性输卵管再通治疗输卵管梗阻性不孕的临床疗效及安全性。方法:回顾性研究输卵管梗阻性不孕患者120例,均行选择性输卵管造影+再通术治疗。60例术后可在常规预防感染治疗基础上,接受妇康汤口服、盆腔炎I号保留灌肠改善盆腔微循环(治疗组);60例术后可仅常规抗感染治疗(对照组)。记录输卵管梗阻部位,是否为双侧梗阻,手术成功率,受孕情况及手术相关并发症。结果:治疗组间质部梗阻(65条)、峡部梗阻(43条)全部复通(100.0%),壶腹部(4条)复通(80.0%),伞端粘连包裹1条(1.5%)改为腹腔镜手术;单侧梗阻6例,双侧梗阻54例。对照组间质部梗阻(64条)、峡部梗阻(42条)全部复通(100.0%),壶腹部(4条)复通(66.7%),伞端阻塞2条改为腹腔镜手术;单侧梗阻7例,双侧53例。两组选择性再通成功率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗组术后粘连梗阻发生率(1.7%,1/60)低于对照组(13.3%,8/60),治疗组妊娠率(95.0%,57/60)高于对照组(81.7%,49/60),差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:中药联合选择性输卵管再通可降低输卵管梗阻术后再粘连,提高受孕率。

**关键词:**不孕症;选择性输卵管造影术;输卵管梗阻;输卵管再通术

**中图分类号:** R476.5

**文献标识码:** B

**文章编号:** 2095-512X(2022)01-0008-03

输卵管病变是较为常见的导致不孕症的原因,其中又以输卵管梗阻多见<sup>[1]</sup>。随着介入诊疗技术,如子宫输卵管造影术、选择性输卵管造影术等治疗手段的广泛应用,目前已可在微创条件下对病情进行评估,其中子宫输卵管造影术是评价输卵管通畅性的经典方法<sup>[2]</sup>。而在选择性输卵管造影术基础上还可进行输卵管再通术,但部分患者术后可因局部黏膜损伤、瘢痕挛缩等再发粘连、梗阻,严重影响手术效果。我国中医学认为,输卵管梗阻为湿热凝聚、气滞血瘀所致,故治以行气通络、活血化瘀为主<sup>[3]</sup>。笔者通过对部分输卵管梗阻术后患者采用妇康汤口服、盆腔炎I号保留灌肠等治疗,获得了较为满意的效果,报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2016-02~2018-02我院收治的120例输卵管梗阻性不孕患者。接受中药联合选择性输卵管造影+再通术60例(治疗组);仅接受选择性输卵管造影+再通术治疗60例(对照组)。两组一般资料比较见表1。

表1 患者一般资料比较( $\bar{x} \pm s, n$ )

组别	年龄(岁)	类型		病程(月)
		原发性不孕(例)	继发性不孕(例)	
治疗组	28.6 ± 1.8	8	52	5.3 ± 1.0
对照组	28.4 ± 2.0	10	50	5.5 ± 1.1
$t/\chi^2$	0.576	0.2614		-1.042
$P$	0.5659	0.6091		0.2995

### 1.2 入组标准

(1)年龄17~46岁;(2)男方生殖功能正常,正常性生活1年以上,未避孕情况下未孕;(3)中医辨证分型:湿热瘀阻证;(4)居本地区,以便随访;(5)患者及家属知情并自愿接受中药治疗;(6)符合“涉及人的生物医学研究伦理审查办法(试行)”相关规定<sup>[4]</sup>,并签知情同意书。

### 1.3 排除标准

(1)合并子宫病变、盆腔疾患及内分泌失调等疾病;(2)选择性再通术禁忌;(3)合并其他系统脏器器质性病变;(4)精神异常并存在认知障碍;(5)对中药过敏或不耐受;(6)同时接受其他治疗或者药物应用。

收稿日期: 2021-11-06; 修回日期: 2021-12-29

作者简介: 卜庆云(1977-),男,徐州市中医院介入科副主任医师。

## 1.4 方法

**1.4.1 选择性输卵管造影+再通术** 经期结束后3~5 d手术。取膀胱截石位,窥阴器显示宫颈。宫腔内引入5.5 F输卵管再通同轴导管,对目标子宫角选择性插管,成功后造影。如发现梗阻,或腔内密度不均、通而欠畅,采用0.035 inch超滑导丝再通,成功后撤超滑导丝,再以0.015 inch微导丝选择左侧输卵管峡部并将3 F微导管进至输卵管间质部,以奥硝唑100 mL+盐酸左氧氟沙星注射液0.2 g+地塞米松5 mg+胎盘组织液8 mL充分混匀成治疗液,取50 mL逐步加压推注,改善输卵管通畅程度,再次行输卵管造影可见造影剂顺利通过伞端进入盆腔,输卵管通畅度较前明显改善,退管术后保持外阴清洁,头孢西丁钠2 g静脉滴注,2次/d(见图1)。

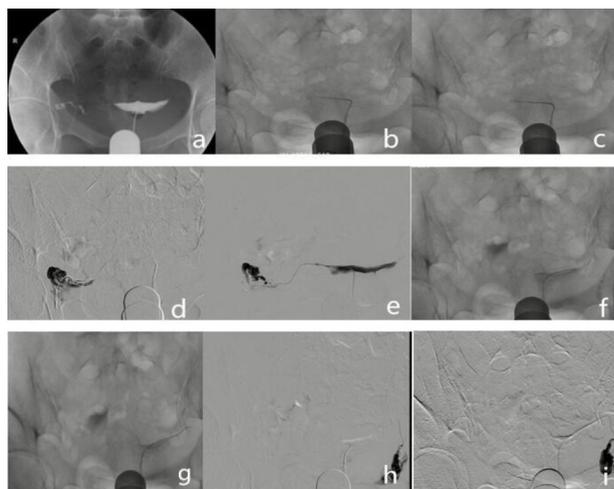


图1 患者,28岁,G1P1,继发不孕3年。a:造影左侧输卵管宫角以远未见显示,右侧输卵管显示至峡部中远段;b:以0.035 inch超滑导丝选择右侧输卵管,并进至输卵管峡部近端;c:以0.015 inch微导丝选择至输卵管峡部并经其将3 F微导管进至输卵管间质部;d:造影,右侧输卵管各部顺次显示至造影剂游离进入盆腔内,造影提示输卵管通而不畅;e:取50 mL上述治疗液加压推注,再造影,右侧输卵管通畅程度较前明显改善;f:以0.035 inch超滑导丝选择左侧输卵管,再通输卵管间质部梗阻处,并进至输卵管峡部近端;g:同理以0.015 inch微导丝选择左侧输卵管峡部并将3 F微导管进至输卵管间质部;h:造影,左侧输卵管各部顺次显示至造影剂游离进入盆腔内,输卵管壶腹部走形扭曲,造影提示输卵管通而不畅;i:取50 mL上述治疗液加压推注,再造影,左侧输卵管通畅程度较前明显改善,壶腹部走形扭曲同前。

**1.4.2 中药治疗** (1)妇康汤:组方:黄芪22 g、清半夏18 g、赤芍18 g、桂枝13 g、泽泻30 g、红花20 g、桃仁18 g、莪术13.5 g、昆布22 g、海藻12 g、枳壳5 g、白花蛇舌草22.5 g、鳖甲25 g、香附13.5 g、丹参15 g。1剂/d,水煎400 mL,早晚各服200 mL。

(2)灌肠方:败酱草30 g、乳香6 g、没药6 g、郁

金10 g、忍冬藤30 g、延胡索10 g、细辛9 g、大血藤30 g、皂角刺20 g、马鞭草30 g、莪术15 g、甘草15 g、党参30 g、香附10 g、续断10 g、三棱15 g、黄芩30 g。水煎125 mL,保留灌肠,1次/晚。

## 1.5 观察指标

输卵管梗阻、伞端粘连、再通术后受孕情况,参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>《不育夫妇标准检查与诊断手册》<sup>[6]</sup>标准。

## 1.6 统计学方法

采用SPSS 23.0软件,计量资料采用独立样本 $t$ 检验,计数资料行 $\chi^2$ 检验,检验水准为 $\alpha=0.05$ , $P<0.05$ 定义为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 一般结果

治疗组间质部(65条)、峡部梗阻(43条)全部复通(100.0%),壶腹部(4条)复通(80.0%),伞端粘连包裹1条改为腹腔镜手术;单侧梗阻6例,双侧梗阻54例。对照组间质部(64条)、峡部梗阻(42条)全部复通(100.0%),壶腹部(4条)复通(66.7%),伞端阻塞2条改为腹腔镜手术;单侧梗阻7例,双侧53例。两组手术成功率差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 2.2 术中并发症

患者术中均出现轻度下腹部隐痛不适,输卵管梗阻程度较重者及伞端粘连、包裹者症状亦较为严重,一般不需要特殊处理,平静休息数分钟至数十分钟后多可缓解。无输卵管机械性穿孔等严重并发症发生。

### 2.3 随访结果

随访16~24个月[平均随访(18.5±6.5)个月],治疗组峡部阻塞者复通后发生远段积水粘连1条(1.7%);对照组输卵管阻塞者复通后发生粘连8条(13.3%),其中间质部2条、峡部6条。治疗组术后再梗阻、粘连发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

治疗组受孕57例(95.0%),对照组为49例(81.7%),均无输卵管妊娠。治疗组受孕率高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

目前输卵管梗阻是女性不孕重要原因之一<sup>[7]</sup>,对其治疗临床方案较多<sup>[8]</sup>。传统的诊疗方法为输卵管通

液或子宫输卵管造影等。输卵管通液,医生凭感觉盲目性大,并且部分可加重输卵管积水,降低受孕可能性。子宫输卵管造影是诊断输卵管梗阻的金标准。输卵管梗阻也存在一定的假性不通,有报道可达30%<sup>[9]</sup>。

随着介入技术的开展,DSA监视下输卵管梗阻的介入治疗后妊娠率较高,上述术式与体外受精、胚胎移植技术概率相仿,但创伤更小,患者经济压力小<sup>[10]</sup>。在本研究中,我们对120例输卵管梗阻患者采用选择性输卵管造影+再通术治疗,选择进入输卵管近段,通过3F微导管“液体加压”法增加输卵管内流体静压力,使管腔扩张再通,有效减少对输卵管的损伤,增加受孕率,降低了宫腔的扩张性疼痛以及常规造影所致的输卵管括约肌痉挛(假阳性)。此外,对术中无法水冲扩张的输卵管可立即行再通术。对于已经梗阻的管腔而言,作用于梗阻部位的净液体压力相当微弱,难以达到扩张效果。而选择性插管术中微导管及导丝直接作用于梗阻处,钝性突破<sup>[11]</sup>。药物推注后均再次行输卵管造影,造影显示输卵管通畅程度均得到不同程度的改善。本研究120例患者再通率达97.5%,且无输卵管机械性损伤穿孔等严重并发症发生,安全性高。

再通术后再次粘连梗阻是临床治疗较为棘手的问题。中医认为,输卵管梗阻性不孕主因湿热毒邪入侵,客于胞宫,病在胞脉,湿热凝聚、气滞血瘀、湿热瘀结致胞脉闭塞不通<sup>[12]</sup>。故治疗基本原则为行气通络、活血化瘀。尽管介入手术将梗阻部位再通,但寒湿瘀滞难除,易致闭塞。鉴于此,我们采用盆腔炎I号保留灌肠、妇康汤口服,以化瘀止痛、清热利湿。其中妇康汤中黄芪益正气、壮脾胃;赤芍具有清热凉血、活血祛瘀作用;红花有活血化瘀、散湿去肿作用;桃仁有活血祛瘀、润肠通便作用;莪术有行气止痛、破血祛瘀作用;白花蛇舌草具有清热解毒、消痛散结作用;香附具有理气宽中、调经止痛作用。组方以攻为主,奏清热利湿、化瘀通脉之功。同时,中药保留灌肠,直肠黏膜直接吸收,使局部药物浓度增加<sup>[13]</sup>,使毛细血管通透性降低和渗出减少,使组织水肿消退,抑制纤维组织增生,降低再粘连可能。本研究结果显示,接受中药治疗者,受孕率达95.0%,显著高于对照组,术后1例峡部梗阻者复通后发生远段积水粘连,表明联合中药治疗具有较为满意的效果。

在手术操作中应注意,由于输卵管梗阻的程度、时间及原因不同,其结构差异很大。峡部近端和间质部梗阻时肌壁较厚、直顺,导丝操作简易,成

功率较高。而峡部远端及壶腹部梗阻合并积水时肌层薄弱、柔软、迂曲、管腔内活动度大,再通成功率较低。针对治疗并发症,本研究中患者术中均出现轻度盆腔不适,输卵管梗阻程度较重者症状较为严重,给予解痉、镇静剂后,十余分钟至数十分钟后缓解。术中或术后并发下腹部疼痛多与治疗液加推注后的输卵管扩张、操作手法较为粗暴、梗阻程度及伞端粘连积水程度等有关。本研究中无输卵管机械性损伤穿孔等严重并发症发生,且治疗期间未见药物不耐受情况。

综上所述,中药联合介入选择性输卵管再通术可降低输卵管梗阻术后再粘连,提高受孕率。值得注意的是,本研究入组病例相对较少,随访时间较短,对结果可能造成一定程度影响,有待进一步扩大样本、延长随访研究。

#### 参考文献

- [1]许瑶,胡惠良,周德秀,等.改良输卵管阻塞介入再通术在阻塞性不孕症中的价值[J].现代医用影像学,2014;23(2):183-185
- [2]输卵管介入诊疗技术规范河北省专家共识组.输卵管介入诊疗技术规范河北省专家共识(2018年)[J].河北医科大学学报,2018;39(5):497-499
- [3]徐晓庆.红藤合剂保留灌肠联合选择性输卵管造影再通治疗血瘀输卵管阻塞性不孕症随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2017;31(7):39-42
- [4]中华人民共和国卫生部.涉及人的生物医学研究伦理审查办法(试行)[S]. [2013-12-01]
- [5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:243-253
- [6]世界卫生组织.不育夫妇标准检查与诊断手册[M].曹坚,何方方.翻译.北京:北京协和医院国家科学技术研究所,1998
- [7]朱慧莉,黄薇.输卵管性不孕的流行病学及病因[J].国际生殖健康/计划生育杂志,2016;35(3):212-216
- [8]中华医学会放射学分会介入专委会妇儿介入学组.子宫输卵管造影中国专家共识[J].中华介入放射学电子杂志,2018;6(3):185-187
- [9]陈春林,刘萍.妇产科放射介入治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2003:254
- [10]侯燕燕,刘璟蓝.选择性输卵管造影及再通术后妊娠率的影响因素分析[J].中国临床医学,2019;26(1):62-64
- [11]林婷婷,骆达林.选择性输卵管造影及再通术的应用价值及效果评定[J].现代医用影像学,2017;26(1):130-132
- [12]张小霞,邓晓杨,彭聪.活血通管汤加减治疗输卵管阻塞性不孕的临床疗效[J].中医药学报,2014;42(4):174-176
- [13]陈智清.红酱汤保留灌肠加活血通络方外敷治疗输卵管阻塞性不孕症临床观察[J].实用中医药杂志,2015;6(31):477-478