

慢性输卵管炎性不孕的中西医研究近况

★ 王丽梅¹ 赵可宁² (1. 南京中医药大学 南京 210029; 2. 江苏省中医院 南京 210029)

关键词:慢性输卵管炎;不孕症;病因病机;中西医治疗;综述
中图分类号:R 711.6 文献标识码:B

慢性输卵管炎症是女性不孕尤其是继发性不孕的重要原因之一,据统计本病在我国女性不孕症中约占 23.7% ~ 35.7%^[1]。其临床表现可散见于中医的“不孕”、“带下”、“痛经”、“癥瘕”等病。中西医妇产科工作者经过长期的临床实践,不断探索本病的病因及发病机制,并总结出一系列有效的治疗方法。

1 中医学对本病的认识

1.1 中医学病因病机 本病常见的外因是:一是情致因素的刺激,由于慢性盆腔炎的反复发作,工作学习的紧张,或者对怀孕的迫切愿望,以至于心肝气郁,必将加重气滞血瘀,甚至瘀滞日久而成癥瘕,此外或由于气郁化火,肝火下扰,脾湿下注出现湿热与瘀滞相合,甚至形成局部组织的粘连或闭塞;二是经产余瘀必将加重瘀滞病变;三是外邪入侵,特别是湿邪热毒入侵后,不仅使局部的瘀滞加重,更为重要将转为亚急性或急性发作,湿热蕴蒸,血肉腐化为脓,炎症不仅加重,而且范围扩大;四是病情反复,心情不畅,湿浊伤脾,湿瘀久亦必伤肾,以致于脾肾不足,实向虚化,虚实兼杂,形成复杂顽固难治之恙。就本病的病理而言,主要在于“湿、热、滞、瘀、毒”等五者,但所以导致不孕而言,主要在于瘀滞阻络,脉络不通,阻碍精卵的运行与结合,或者结合后移植于子宫^[1]。李氏等^[2]亦通过对输卵管炎性阻塞模型大鼠的研究,发现其血流变学指标异常,存在“浓、黏、凝、聚”状态,进一步论证了“瘀滞”的病理改变。故本病证虽以瘀滞为主要者,但兼湿热者亦常有之,兼寒湿者亦有之,兼脾肾不足者,阴虚血少者亦有之。初发时,湿热之邪与血气相搏,呈急性炎症反应,多偏向于实证。若日久不愈,邪盛正虚。因本病的特点为病程长,疗程长,反复发作,劳累之后极易发作,休息后减轻。从而反映出本病的反复性、难治性、休养性,亦证实本病症确由实转虚化,或虚实夹杂性。

1.2 西医学的病因病理

1.2.1 引起慢性输卵管炎性不孕症的诱因及病原微生物学 黄氏等^[3]发现产后感染(包括流产后感染)、盆腔炎、异位妊娠是输卵管性不孕的主要危险因素外,结核病史、阑尾手术、宫内节育器避孕和人工流产也是引起慢性输卵管炎性不孕症的危险因素。慢性输卵管炎的感染源包括细菌、病毒、衣原体(CT)、支原体、厌氧菌等。细菌有两种类型:非特异性致病菌,主要是淋病奈瑟菌、链球菌、葡萄球菌;特异性致病菌,主要是结核杆菌、放线菌。有文献报道^[4],上、下生殖道 CT-DNA 检测阳性率排序为:宫颈,宫腔,输卵管组织,说明 CT 感染首发于宫颈,进而沿柱状上皮上行导致子宫内膜炎,输卵管炎,盆腔炎。解脲脲原体(Uu)是一类比细菌小比病毒大的最小原核微生物,寄居于健康人体泌尿生殖道粘膜表面,当人体免疫力下降或泌尿生殖道粘膜受损时,在一定条件下引起生殖道疾病^[5]。

1.2.3 慢性输卵管炎性不孕症免疫功能的改变

在慢性输卵管炎性不孕症发病机制方面,免疫应答在输卵管炎进展中扮演很重要的角色。感染引起的细胞免疫可减少输卵管纤毛细胞活性,使之纤维化,形成疤痕,最终导致输卵管阻塞。(1)T 细胞亚群的表达异常。外周成熟的 T 细胞按表型不同分为 CD₄T 细胞和 CD₈T 细胞,正常机体特异性细胞免疫处于合理状态,CD₄ 与 CD₈ 成一定比例^[6]。有研究表明慢性盆腔炎患者 CD₄ 较正常值显著下降($P < 0.05$),CD₈ 较正常值显著升高($P < 0.05$),CD₄/CD₈ 较正常比值明显降低($P < 0.05$)。(2)与细胞因子 IL-2、IL-6 及 TNF- α 的关系。TNF- α 、IL-2 和 IL-6 主要是巨噬细胞等合成和分泌的细胞因子,与人类生殖活动密切相关。研究表明^[7],TNF- α 与输卵管炎损伤有关,且水平越高损伤越重。TNF- α 与 IL-2 共同作用还可使 NK 细胞活化,转变成具有细

胞毒作用的淋巴因子活化的杀伤细胞, 损害胎盘组织, 影响妊娠^[8], IL-6 是炎症反应的主要标志之一, 参与慢性炎症自身发展的病理生理, 促进炎症损伤和纤维化, 导致输卵管慢性损伤, 最终形成输卵管等局部组织粘连、促进肉芽纤维组织的生长^[9]。(3) 与抗精子抗体(AsAb)的关系。

精子作为一种独特的抗原, 在生殖道感染或罹患性传播疾病时, 可与机体免疫系统接触从而引起自身或同种免疫反应产生 AsAb^[10]。女性输卵管是含有免疫物质最多并能充分发生局部免疫反应的组织, 当有 CT 及 UU 对其产生炎症损伤的时候, 精子抗原进入输卵管便可诱发或加重 AsAb 的产生。曹文丽^[11]研究提示女性生殖道局部 AsAb 与血清中同种 AsAb 明显相关, 表明免疫活性细胞在生殖道局部致敏后, 可进入体循环, 产生全身同种抗精子免疫。

1.2.4 慢性输卵管炎所致内分泌改变 输卵管慢性炎症的长期存在导致输卵管内膜及管腔的纤毛上皮受到损坏, 局部呈炎性渗出性改变, 久之引起的管腔阻塞, 可能使输卵管、卵巢及子宫间血供受到影响, 激素受体的传递发生障碍。姜氏等^[12]通过对 50 例输卵管阻塞性不孕症的研究发现, 输卵管阻塞患者存在卵泡发育障碍及子宫内膜偏薄现象, 这也可能为介入术后妊娠率低的原因之一。

2 治疗进展

2.1 中医

2.1.1 内治法族 (1) 辨证与辨病相结合。中医由传统的辨证论治发展为辨证与辨病相结合, 在辨病的基础上进行辨证论治。程氏等将输卵管炎性不孕分为气滞血瘀、寒凝瘀阻、湿热瘀滞、气虚血瘀、阴虚血瘀、肾虚血瘀等六型, 方用膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、红藤汤、补气通管方、益肾通管方、滋阴通管方等加减治疗^[13]; 许氏等将其分为阳虚瘀阻、肝肾阴虚、肝郁气结、寒凝阻滞等四型, 以益气养血、活血化瘀、通络散结为原则, 在此基础上按各型进行加减治疗^[14]。基本上概括了现代中医药对慢性输卵管炎性不孕症的辨证分型。

(2) 中医周期疗法与辨证辨病的结合。夏氏认为, 慢性输卵管炎性不孕症, 以瘀滞为主, 治当化瘀通络、疏肝理气, 自创验方通管散^[15] (炮山甲、苏木、炒当归、赤白芍、鸡血藤、丝瓜络、路路通、川断、柴胡等), 提出治疗女性不孕还应按月经周期分期论治, 根据月圆运动生物钟节律, 总结出了妇女月经周期中阴阳消长转化的基本特点, 在此理论上系统阐述了“补肾调周”疗法, 此疗法更加符合女性自身

的生理特点, 有补偏救弊之功。把女性月经周期分为 7 个阶段^[16], 即: 行经期活血调经, 重在祛瘀, 予五味调经散; 经后初期滋阴养血, 以阴扶阳, 归芍地黄汤; 经后中期滋阴养血, 佐以助阳, 予滋肾生肝饮; 经后末期滋阴助阳, 阴阳并调, 予补天五子种玉丹; 经间排卵期补肾活血, 重在促新, 予补肾促排卵汤; 经前期补肾助阳, 扶助阳长, 予毓麟珠; 经前后半期助阳理气, 补理兼施, 予毓麟珠加越鞠丸。在输卵管炎性不孕症的治疗上, 予补肾调周、扶助正气, 同时化瘀通络、祛除外邪, 两法合用, 使得妊娠率得以显著提高。

(3) 专方治疗。刘氏^[17]用穿山甲通癖汤 (穿山甲、路路通、当归、川芎、桃仁、制乳香、红花、赤芍、柴胡、枳实、生地、三七粉、川牛膝、肉桂、甘草) 治疗 86 例, 复通 78 例, 其中妊娠 36 例。欧阳氏^[18]用活血通络颗粒 (丹参、香附、赤芍、莪术、穿山甲、丹皮、王不留行、路路通) 治疗 90 例, 总有效率为 91.11%, 治愈率为 51.1%。

2.1.2 其他治法 主要有中药输卵管通液术: 傅氏^[19]以复方当归注射液 (红花、当归、川芎) 行输卵管通液治疗 34 例, 输卵管再通 27 人, 妊娠 18 人, 总有效率占 97.5%; 中药保留灌肠: 高氏^[20]用“自拟抗炎通管汤” (丹参、赤芍、三棱、穿山甲、细辛、莪术、海藻、连翘、路路通、鸡血藤) 睡前保留灌肠, 并配合理疗治疗 62 例, 痊愈 45 例, 好转 10 例, 无效 7 例。此外中药外敷法、中药离子透入、中药静滴或肌注、药膳疗法、中药栓塞法、针灸推拿等均有一定疗效。

2.2 西医治疗

2.2.1 输卵管通液治疗 于月经干净第 3~7 天起行通液治疗, 可隔日 1 次, 用通液器将药液注入子宫、输卵管, 药液为生理盐水 20~30 ml, 加入抗生素、地塞米松、透明质酸酶。孙氏等^[21]同时加入双氧水行输卵管通液, 结果: 治疗组 962 例, 治愈 827 例, 治愈率为 85.97%。

2.2.2 介入治疗 适用于输卵管近端阻塞。放射介入或在超声监测下经阴道行输卵管导管 (导丝) 插入行输卵管再通。许氏等^[22]应用改制微导管介入再通治疗 108 例, 再通率 84.26%。该方法可减少输卵管痉挛, 免除宫腔扩张性疼痛, 降低假阳性率。

2.2.3 宫腔镜、腹腔镜和输卵管镜下治疗 宫腔镜下输卵管插管行通液治疗对输卵管狭窄和伞端轻度粘连有治疗作用。腹腔镜手术可以松解输卵管周围和伞端的粘连, 恢复输卵管和卵巢的正常解剖关系,

并且可以行输卵管造口术。输卵管镜可以祛除管腔内碎片,松解管腔粘连、扩张狭窄部位,并且可根据输卵管镜检查结果,选择合适的助孕方法。

2.2.4 手术治疗 常做的手术有输卵管端端吻合术、输卵管子宫角部移植术、输卵管周围粘连松解术、输卵管伞部成形术、输卵管积水造口术。但手术后输卵管通畅,亦不等于输卵管功能恢复正常,加之手术后又可重新粘连,因而妊娠率平均只有 15% 左右。

2.2.5 辅助生殖技术 对于输卵管梗阻患者可以行体外受精与胚胎移植(IVF-ET)或宫腔内配子移植(GIUT),可以达到 30% ~ 50% 的周期妊娠率。但在实施 IVF-ET 前应对输卵管积水进行干预,包括药物治疗、穿刺引流、手术干预处理 3 种。对输卵管不能盲目切除,对卵巢已有损害或卵巢储备功能已下降的患者,对其输卵管积水行近端钳夹手术可能优于输卵管切除^[23]。

2.3 中西医结合治疗 肖氏^[24]采用口服归芍通管汤(当归 15 g、白芍 20 g、路路通 12 g、川芎 10 g、桃仁 10 g、红花 3 g、地龙 15 g、石菖蒲 10 g、败酱草 15 g、鸡冠花 20 g)配合输卵管通液术治疗 100 例,输卵管疏通率为 92%,治愈率 79%。谢氏^[25]采用宫腔镜插管结合中药灌肠(桂枝 10 g、土茯苓 15 g、赤芍 30 g、桃仁 15 g、红花 20 g、三棱 20 g、莪术 20 g、红藤 30 g、败酱草 30 g)治疗输卵管炎性不孕症 460 例。结果总有效率 94.6%。曹氏等^[26]用活血破瘀,软坚散结的中药(当归、赤芍、丹参、穿山甲、路路通、三棱、莪术、皂刺、川芎、桃仁、香附、土鳖虫、红藤)炼膏,摊涂于纯棉树脂布上贴神阙穴,同时行介入输卵管再通术。治愈 26 例,好转 11 例,无效 8 例,总有效率 82.21%。

3 实验研究

综上所述,慢性输卵管炎性不孕症的感染源包括细菌、病毒、衣原体、支原体、厌氧菌等。发病机制与机体免疫功能如 T 细胞亚群、细胞因子 IL-2、IL-6、TNF- α 及 AsAb 等表达异常和机体内分泌水平的改变密切相关。近年兴起的介入治疗及宫腔镜、腹腔镜和输卵管镜等微创治疗为本病的治疗又开辟了一个新的途径,同时亦提示我们要更客观、更全面地探讨慢性输卵管炎与不孕的关系。但中医强调天人合一的整体观,治疗上更注重整体与局部的关系,中医药治疗既可调整神经内分泌免疫功能,又可使输卵管局部的炎症消散恢复功能。而以夏桂城教授的“通管汤合补肾调周法”更具特色,在化瘀通络祛除外邪的同时,加以补肾调周扶助正气,两法合用,使

得妊娠率得以显著提高。因此我们应发扬中医优势,三因制宜,病证结合,为慢性输卵管炎性不孕症患者提供更有效的方法而努力。

参考文献

- [1] 夏桂成. 中医临床妇科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:582.
- [2] 李桂,李贵宅,贾凤新,等. 桃红通管胶囊治疗输卵管炎性阻塞不孕症的实验研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2007,9(4):172-174.
- [3] 黄薇,罗志香,陈文静,等. 输卵管炎性不孕的主要危险因素探讨——Logistic 回归分析[J]. 四川大学学报(医学版),2003,34(1):178.
- [4] Mrdh, Per-Anders. Tubal factor infertility, with special regard to Chlamydia salpingitis[J]. Current Opinion Infectious Diseases, 2004;3,17(1):49-52.
- [5] 闻玉梅. 现代医学微生物学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1999:592-597.
- [6] 何球藻,吴厚生. 医学免疫学[J]. 上海:上海医科大学出版社,1997,第1版:77-79.
- [7] 李海燕,梁占光. 沙眼衣原体感染输卵管性不孕患者输卵管液中肿瘤坏死因子- α 和白细胞介素 6 的测定[J]. 中华妇产科杂志,2000,35(7):411-412.
- [8] 吴浩,常亚萍. Th1 型/Th2 型细胞因子与妊娠的免疫调节[J]. 国外医学·免疫学分册,1999,22:57-60.
- [9] 刘义,罗丽兰,赵海波. 子宫内异位症患者腹腔液肿瘤坏死因子- α 和白细胞介素-6 的测定及其对精子活动力和鼠胚胎的影响[J]. 中华妇产科杂志,2000,35(6):332-334.
- [10] 罗丽兰. 不孕与不育[J]. 北京:人民卫生出版社,1998:152-154.
- [11] 曹文丽,叶玲玲,陈美,等. 抗精子抗体与人工流产后继发不孕的相关因素分析[J]. 中国计划生育学杂志,2003;8(94):477-479.
- [12] 姜玉婵,张燕,吕玉玲. 补肾活血法治疗输卵管阻塞性不孕症临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2006,16(6):340-343.
- [13] 程泾. 妇科疑难病现代中医诊断与治疗[J]. 北京:人民卫生出版社,2003. 865.
- [14] 许士英. 中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕 266 例分析[J]. 中医药学刊,2003,21(3).
- [15] 夏桂成. 妇科方药临证心得十五讲[J]. 北京:人民卫生出版社,2006. 257-259.
- [16] 夏桂成. 中医临床妇科学[J]. 北京:人民卫生出版社,2007,590.
- [17] 刘家磊. 穿山通祛癖汤治疗输卵管阻塞 86 例[J]. 吉林中医药,1992;(5):25.
- [18] 欧阳紫婷,钱平,陈淑琼,等. 活血通络颗粒治疗输卵管炎性不孕症及对血液流变学影响的临床研究[J]. 中华中医药杂志,2006,21(12):787-788.
- [19] 傅有丰. “复方当归液”通液治疗输卵管阻塞性不孕症 34 例[J]. 江苏中医,1988,15(1):15-16.
- [20] 高慧. 中药保留灌肠配合理疗治疗输卵管阻塞性不孕临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,2000,20(2):148-149.
- [21] 孙景兰,张爱云. 双氧水治疗输卵管炎症阻塞性不孕 962 例分析[J]. 河北医学,2003,9(2):117-118.

功能性消化不良的中医药治疗概况

★ 张冰 (广西玉林市中医院 玉林 537000)

关键词:消化不良;功能性;中医药疗法;辨证论治;综述

中图分类号:R 256.32 文献标识码:A

功能性消化不良(Functional dyspepsia, FD)系指除外器质性疾病而见有持续性或反复发作上腹胀、痛、早饱等为主症的一组临床证候群,中医药在病因病机上有较深的论述,其治疗FD不易反复,且副作用少。目前西医对FD病理机制的认识,大多考虑为与胃肠动力障碍和精神因素有关,治疗上多予胃肠动力药、抑酸药及抗焦虑药治疗,效果差,易反复,且副作用大,抗焦虑药病人服后感乏力,精神差,抗酸药如奥美拉唑可致胃内亚硝酸类物质升高,可能与胃嗜铬细胞增生与胃类癌发生有关^[1]。本文对近年来中医学对FD的辨证治疗作一概述。

1 病因病机

FD属中医学之“痞证”及“胃脘痛”范畴,以前者多见。《证治汇补·痞满》云:“大抵心下痞闷,必是脾胃受亏,浊气夹痰,不能运化为患。”姚明全^[2]以情志不畅,肝失疏泄,肝气犯胃为基本病机。李乾构^[3]以脾虚气滞为基本病机,脾虚为本,气滞、血瘀、食滞、痰湿为标,虚实转化,虚实夹杂。江家赞等^[4]认为FD的发病与五脏相关,尤与肝、脾密切相关,肝郁脾虚是功能性消化不良发病的主要病机。

2 辨证分型

FD病机复杂,分型尚未作统一标准,2001年《功能性消化不良中医诊疗规范(草案)》中,把FD分为:肝郁气滞证、肝郁脾虚证、脾虚痰湿证、饮食积滞证、寒热错杂证^[5]。2002年《中药新药临床研究指导原则》中把痞证分型为肝胃不和证、饮食停滞

证、脾胃湿热证、寒热错杂证、脾胃虚弱证5型^[6]。谢建群^[7]把FD证型分为脾胃阴虚型、脾胃阳虚型、脾虚气滞型、邪气积聚型、正气虚损型、湿热内阻型。赵凤莲^[8]将其证型分为肝郁脾虚、脾虚胃热、湿阻脾虚、胃阴不足、脾胃虚寒、饮食积滞和瘀血阻络型。

3 辨证论治

龚路^[9]治疗FD患者中,湿浊内蕴治予平胃散,肝郁气滞治予柴胡疏肝散,脾胃虚弱治予香砂六君汤,疗效显著,明显优于西药对照组。江海静^[10]按中医理论辨证分型治疗,脾胃虚弱型用党参、茯苓、淮山、藿香、苍术、黄连、柴胡、陈皮、丹参,脾虚肝郁型用黄芪、柴胡、蒲公英、黄连、白及,脾肾阳虚型用附片、肉桂、仙灵脾。张淑英^[11]治疗肝郁气滞用柴胡疏肝散合金铃子散;饮食停滞用保和丸,寒中胃脘用良附丸,阴虚胃热用益胃汤,脾胃虚弱用黄芪建中汤合香砂六君子汤,湿热中阻用三仁汤合甘露消毒饮,均有较好的疗效。

4 中西医结合治疗

中西医结合治疗效果优于单纯中药或西药治疗,缩短疗程,同时减轻单纯西药治疗的副作用,降低复发率。朱迪^[12]用中药柴胡、香附、枳壳、厚朴、白芍、佛手、木香、陈皮、神曲、甘草为基本方,肝胃郁热加黄连,胃阴不足加沙参、石斛;脾胃湿热加蒲公英、苍术;脾胃虚弱加党参、白术、茯苓,同时服用莫沙比利,与单纯服用莫沙比利对比,前者效果明显优于后者($P < 0.05$)。邱国海^[13]用中药柴胡、白术、

[22] 许红, 陈文忠, 洪树勋. 改制微导管介入再通治疗输卵管阻塞性不孕108例疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2003, 3(8): 1200-1201.

[23] 高惠娟, 蔡婕, 黄荷风. 不孕患者输卵管炎症的处理以及后续治疗[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21(8): 454.

[24] 肖翠红, 罗建梅, 余宏昌. 归芍通管汤配合通液术治疗输卵管炎性不孕[J]. 广东医学, 2003, 24(5): 557.

[25] 谢淑蓉, 高建玉, 邓文忠. 宫腔镜插管结合中药灌肠治疗输卵管阻塞性不孕症460例分析[J]. 四川中医, 2007, 25(4): 73-74.

[26] 曹大农, 宁艳, 黄剑美, 等. 中药贴穴配合介入治疗输卵管阻塞性不孕的临床研究[J]. 湖北中医学院学报, 2004, 6(3): 37-38.

(收稿日期: 2008-07-30)