

穴位埋线治疗卵泡发育不良型不孕症 30 例临床观察

吉玲玲¹ 沈洁² 罗莹¹ 蒋亚文¹ 艾炳蔚³

(1.南京中医药大学附属苏州医院,江苏苏州215000;2.南京中医药大学,江苏南京210029;
3.江苏省中医院,江苏南京210029)

摘要 目的:观察穴位埋线治疗卵泡发育不良型不孕症的临床疗效。方法:将60例卵泡发育不良型不孕症患者随机分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组采用穴位埋线治疗,对照组予氯米芬口服治疗。2组均治疗3个疗程。比较2组患者治疗前后卵泡发育情况、子宫内膜厚度及形态、妊娠率。结果:治疗组治疗后子宫内膜厚度及形态改善程度均明显优于对照组($P<0.05$);2组治疗后最大卵泡直径均较治疗前明显改善($P<0.05$),但组间比较无统计学差异($P>0.05$);2组治疗后妊娠率比较无统计学差异($P>0.05$)。结论:穴位埋线疗法治疗卵泡发育不良型不孕症具有较好疗效,能改善子宫内膜厚度及形态,促进卵泡发育,帮助患者受孕。

关键词 穴位埋线;卵泡发育不良;不孕;卵泡;子宫内膜

中图分类号 R245.91 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)06-0063-03

基金项目 国家自然科学基金委员会青年科学基金项目(8180150764)

不孕症是指育龄夫妇同居,性生活正常未采取任何避孕措施,1年内未成功受孕者^[1]。相关流行病学资料显示,发展中国家不孕症的发病率约为12.4%,其中原发性不孕和继发性不孕分别为1.9%和10.5%^[2]。不孕症所引起的生殖健康问题已成为世界性问题,是全球生育年龄人口面临的重大问题。卵泡发育不良是指在卵泡晚期,卵泡大小及功能均不能达到成熟卵泡水平,是除多囊卵巢综合征及卵泡黄素化不破裂综合征以外的另一种类型的排卵障碍,是引起不孕症的重要因素^[3]。目前西医治疗本病以口服药物促排卵为主,而中医药在不孕症的治疗中亦起着不可或缺的作用。我们临床采用穴位埋线治疗卵泡发育不良型不孕症取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2018年1月至2018年10月期间苏州市中医医院妇科及针灸科门诊确诊为卵泡发育不良型不孕症患者60例,针灸科门诊就诊患者纳为治疗组,妇科门诊患者纳为对照组,每组30例。治疗组患者年龄22~38岁,平均年龄(31.05±4.52)岁;病程1~10年,平均病程(3.97±2.34)年。对照组患者年龄22~37岁,平均年龄(30.90±4.92)岁;

病程1~10年,平均病程(4.17±2.41)年。2组患者年龄、病程等一般资料比较均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《妇产科学》^[4]及《不孕与不育》^[5]拟定:(1)具有不孕症的临床表现;(2)从月经周期的第11天开始,通过阴道B超监测卵泡的发育情况,连续监测3个月以上没有成熟的卵泡(卵泡最大直径≤16mm)或者卵泡直径≤5mm;(3)基础体温表现为持续单相或双相不典型。

1.3 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]拟定。肾虚型:经期正常或推迟,量少、颜色淡,神疲,腰膝酸软,或表现为头晕耳鸣,口渴少饮,手足心热,舌淡、苔薄白或舌红少苔,脉沉细或弦细;痰湿型:形体肥胖,经期推迟或闭经,白带量多且质黏稠,疲倦心悸,头晕乏力,性欲淡漠,胸闷泛恶,面色㿔白,舌淡、苔白腻,脉滑;肝郁型:精神抑郁,月经周期不确定,经量少,颜色暗,经前或经期伴有乳房胀痛或小腹憋胀,易怒,暖气,舌质暗、苔薄白微腻,脉弦滑;血瘀型:经期腹部胀满甚或疼痛,经行不畅或淋漓不断,颜色紫暗或夹有血块,或伴有小腹冷痛,四肢欠温,喜暖畏寒,舌淡紫暗并伴有瘀斑,舌苔薄白,脉沉涩。

1.4 纳入标准 符合上述诊断标准者;年龄20~40岁有生育要求的女性;签署知情同意书者。

1.5 排除标准 对动物蛋白过敏者;治疗前3个月内服用过避孕药、促排卵药物、糖皮质激素类药物者;患有严重影响排卵疾病,例如输卵管堵塞、甲状腺功能异常等;男方精液检查异常者;患有严重焦虑、抑郁或精神疾病者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用穴位埋线治疗。选取主穴:中极、关元、子宫、三阴交、足三里;配穴:肾虚型加肾俞、脾俞、气海;痰湿型加丰隆、阴陵泉、中脘;肝郁型加合谷、太冲、肝俞;血瘀型加血海、肝俞、膈俞。具体操作:常规皮肤消毒后,将1.5cm可吸收外科缝线(聚乙酸醇PGA缝线)穿入7号一次性注射针头内,将针头直刺进入穴位,提插捻转得气后缓慢将针头退出针管,将蛋白线留在穴位内,用创可贴固定创口。月经干净后的第2天开始第1次治疗,每2周治疗1次,2次为1个疗程,共治疗3个疗程,如果治疗期间受孕则停止治疗。

2.2 对照组 患者月经来潮的第5天开始予氯米芬(塞浦路斯高特,药品批号:K1217,规格:50mg/片)口服治疗,50mg/d,连续服用5d为1个疗程,待下次月经来潮的第5天开始第2个疗程,连用3个疗程,如果治疗期间受孕则停止治疗。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 最大卵泡直径 从月经周期的第11天起采用阴道B超(型号:美国GE公司LogicE9,探头频率:9-15MHZ)监测2组患者卵泡发育情况,每天1次,直到有成熟卵泡出现或者有小卵泡排卵,并记录排卵前最后一次B超中卵泡破裂前的最大直径。如果连续监测到月经周期的第20天时仍然没有见到优势卵泡,并且连续3次检测的最大卵泡直径增长小于0.1cm,则记录最后1次B超所见卵泡的最大直径。^[7]

3.1.2 子宫内膜平均厚度及形态 采用经阴道B超(型号:美国GE公司LogicE9,探头频率:9-15MHZ)监测2组患者卵泡的同时记录B超结果中卵泡已达最大直径时的子宫内膜平均厚度及形态。子宫内膜形态按经阴道超声影像分为A型、B型和C型3种类型^[8]。一般认为A型更易受孕且有利于受精卵的存活。

3.1.3 妊娠率 疗程结束时计算2组患者妊娠率。妊娠率=(成功受孕的患者例数/入组患者例数)×100%。

3.2 统计学方法 采用SPSS 18.0软件进行数据管理及统计,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,其中组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,非正态分布或方差不齐采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者治疗前后最大卵泡直径比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后最大卵泡直径比较($\bar{x} \pm s$) mm

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	12.37±2.65	16.10±3.66 [#]	3.73±3.50 [△]
对照组	30	11.83±2.79	15.83±4.76 [#]	4.00±4.16

注:与本组治疗前比较, # $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P > 0.05$ 。

3.3.2 2组患者治疗前后平均子宫内膜厚度比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后平均子宫内膜厚度比较($\bar{x} \pm s$) mm

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	6.57±1.63	8.77±1.68 [#]	2.20±1.67 [*]
对照组	30	6.67±1.85	7.93±2.26 [#]	1.27±1.57

注:与本组治疗前比较, # $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

* $P < 0.05$ 。

3.3.3 2组患者治疗前后子宫内膜形态比较 见表3。

表3 治疗组与对照组子宫内膜形态比较 例

组别	例数	时间	类型	
			A型	B+C型
治疗组	30	治疗前	6	24
		治疗后	22 ^{**}	8
对照组	30	治疗前	7	23
		治疗后	10	20

注:与本组治疗前比较, # $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

* $P < 0.05$ 。

3.3.4 2组患者妊娠率比较 见表4。

表4 治疗组与对照组妊娠率比较 例(%)

组别	例数	妊娠例数	妊娠率(%)
治疗组	30	4	13.3 [△]
对照组	30	3	10.0

注:与对照组比较, $\Delta P > 0.05$ 。

4 讨论

卵泡发育不良型不孕症归属于中医学“不孕症”范畴。本病的发生与肾虚、肝郁、血瘀、痰湿密切相关,辨证治以补肾、疏肝、活血、化痰湿。夏桂成教授^[9]运用“肾主生殖”的理论基础,并结合现代

医学,提出了中药周期疗法,即“补肾调周法”,通过周期性口服中药促使卵泡发育,恢复排卵及黄体功能,从而达到受孕的目的。黄健玲等^[10]认为妇人之病,冲任是其根本,辨明冲任、调理冲任是辨证治疗妇科疾病的本源。

现代医学对卵泡发育不良的研究已经从简单的卵泡大小、形态等逐步过渡到激素、细胞因子及基因水平,一般认为,在卵泡的发育过程中,多种因素调控着卵子的走向,无论是走向成熟还是闭锁,任何环节的失调均有可能导致卵泡的异常发育^[11-12]。通过促排类药物如氯米芬类促使卵泡发育、诱发排卵仍然是当前西医学针对卵泡发育不良的主要治疗手段,但此类药物通常会引起子宫内膜发育与卵泡发育不同步,造成即使有受精卵的形成,但因为子宫内膜发育不成熟而无法着床等情况,导致虽然有较高的排卵率,但是受孕率依然不高^[13]。

埋线疗法是基于传统针灸疗法基础上发展而来的一种新的治疗手段,属于针灸治疗范畴。《灵枢》曰:“久病者……深内而留之”,埋线疗法是其理论的具体实践,辨证选取相关穴位,通过对所埋入穴位的持续性刺激,达到治疗疾病的目的,尤适用于慢性及顽固性疾病。中医普遍认为其可通过协调阴阳、平衡脏腑、调经通络及平调气血、补虚泄实及扶正祛邪而发挥治疗作用。针对卵巢发育不良型不孕,选取中极、关元、子宫、三阴交、足三里作为主穴,并根据患者不同症状辨证选取相关配穴,配以特色埋线疗法,既能发挥穴位通调冲任、平调气血的功能,又利用埋线疗法的持续性刺激,使穴位效益最大化。

本研究发现穴位埋线疗法能有效促进卵泡发育不良型不孕症患者卵泡的生长发育,其卵泡增大范围与西药氯米芬作用相当,但治疗组在子宫内膜厚度及形态上的改善程度优于西药组,因此可作推断,埋线疗法或能改善西药卵泡发育与子宫内膜发育不同步的问题,从而提高妊娠率。本研究结果表明穴位埋线疗法能促使卵泡发育,增大卵泡体积,提高卵泡质量,同时能有效改善患者子宫内膜厚度和形态,调节子宫内膜容受性,避免服用促排药物所导致的副作用,因此提示临床上可以与药物治疗优势互补,提高妊娠率。同时埋线疗法治疗方便,患者可接受度高,依从性好,可作为一种中医外治不孕症的特色疗法广泛应用于临床。但本试验仍存在样本量不足、治疗周期短、观察指标不全面等缺点,有可能带来试验数据的偏差,因此在接下来的研究中应采

取多中心、大样本的研究方案,探寻埋线疗法治疗卵泡发育不良型不孕症的具体机制及临床推广的适用性。

参考文献

- [1] 史常旭,辛晓燕.现代妇产科治疗学[M].2版.北京:人民军医出版社,2007:105.
- [2] MASCARENHAS M N, FLAXMAN S R, BOERMA T, et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys[J]. PLoS Med, 2012, 9 (12): e1001356.
- [3] 朱青,刘俊霞,刁英.卵泡发育不良的临床分析[J].中华妇产科杂志,1998,33(10):601.
- [4] 乐杰.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:405.
- [5] 罗丽兰.不孕与不育[M].2版.北京:人民卫生出版社,2009:121.
- [6] 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,2002:253.
- [7] 刘静.针刺周期疗法合罗氏促排卵汤对排卵障碍性疾病促排卵效应的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2011.
- [8] GONEN Y, CASPER R F. Prediction of implantation by the sonographic appearance of the endometrium during controlled ovarian stimulation for in vitro fertilization (IVF) [J]. J In Vitro Fert Embryo Transf, 1990, 7 (3): 150.
- [9] 夏桂成.中医妇科理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2003:395.
- [10] 黄健玲,李丽芸.不孕症中西医结合治疗[M].北京:人民卫生出版社,2006:465.
- [11] EMORI C, SUGIURA K. Role of oocyte-derived paracrine factors in follicular development[J]. Anim Sci J, 2014, 85 (6): 629.
- [12] SON W Y, DAS M, SHALOM-PAZ E, et al. Mechanisms of follicle selection and development[J]. Minerva Ginecol, 2011, 63 (2): 102.
- [13] 宋翠森,王桂英,马爱蕊,等.促卵泡发育及诱发排卵的作用机制研究[J].河北中医药学报,2006,21(4):42.

第一作者:吉玲玲(1986—),博士研究生,主治中医师,研究方向为针灸治疗内分泌代谢类疾病。

通讯作者:艾炳蔚,博士后,主任中医师,博士研究生导师。aibingwei@1163.com

收稿日期:2019-02-22

编辑:强雨叶