

皮内针加电针配合西药治疗未破裂卵泡黄素化综合征疗效观察

周 洁¹ 王 娟²

(1. 首都医科大学附属北京妇产医院中医科针灸理疗室, 北京 100026;

2. 首都医科大学附属北京妇产医院内分泌科, 北京 100026)

【摘要】目的 观察皮内针加电针配合西药治疗未破裂卵泡黄素化综合征(LUFS)的临床疗效。方法 将60例LUFS患者按入组顺序以1:1的比例分为对照组和治疗组各30例。对照组采用枸橼酸氯米芬(CC)及人绒毛促性腺激素(HCG)治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用皮内针及电针治疗,1个月经周期为1个疗程,治疗1个疗程后进行疗效比较。结果 治疗组排卵率为73.3%,对照组为43.3%,2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组子宫内膜厚度较对照组明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 皮内针加电针配合西药能提高LUFS患者的排卵率。

【关键词】未破裂卵泡黄素化综合征;皮内针;电针

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2016.02.021

未破裂卵泡黄素化综合征(LUFS),指在月经周期中有成熟卵泡发育但不破裂,卵细胞未排出而在原位黄素化,形成黄体并分泌孕激素,使效应器官出现一系列类似于排卵周期的改变,是排卵异常的一种常见类型,属于卵巢性不孕。本病发病机理不详,目前研究考虑与内分泌紊乱(包括卵巢周期调控紊乱和卵巢因子局部调控紊乱)、机械性因素、医源性因素^[1]以及精神心理性因素^[2]等有关。笔者采用皮内针加电针配合西药治疗LUFS患者效果较好,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2014年5月—2015年5月首都医科大学附属北京妇产医院中医科及内分泌科就诊的LUFS患者60例。采用同期非随机方法,按患者入组顺序以1:1的比例分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组年龄(30.77 ± 4.37)岁,病程(2.83 ± 1.58)年;对照组年龄(32.63 ± 4.28)岁,病程(2.50 ± 1.35)年。2组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《实用妇产科学》^[3]和《妇科疾病诊断标准》^[4]中LUFS的诊断标准制定:月经周期基本正常,基础体温(BBT)呈双相,子宫内膜有分泌期改变,但B超监测卵泡增大,直径至18~20mm,72h仍不缩小或继续增大,宫颈黏液显示黄体期

改变,孕酮 >3 ng/mL。

1.3 纳入标准

符合西医诊断标准;治疗期间未服用其他药物;患者愿意接受针灸治疗;均知情同意。

1.4 排除标准

伴高泌乳素血症、卵巢或肾上腺肿瘤等其他内分泌疾病者;各种因素导致疗效无法判断者。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组:于月经周期第5日开始口服枸橼酸氯米芬(CC)50mg(高特制药有限公司,进口药品注册证号H20091079),每日1次,连续服用5天;于月经周期第11日开始B超监测排卵,当优势卵泡直径 ≥ 18 mm,或有2个以上(含2个)卵泡直径 ≥ 16 mm时,予人绒毛促性腺激素(HCG)8000IU(烟台北方制药有限公司,国药准字H20044054)肌内注射1次。

2.1.2 治疗组:在对照组治疗基础上加用皮内针及电针治疗。(1)皮内针治疗:月经干净后开始给予皮内针治疗。取耳穴:卵巢、内分泌、肾、肝、脾,双耳交替。常规消毒后,选用一次性无菌皮内针[清铃株式会社,医疗器械注册号SFDA(I)20122272550(更),规格0.20mm \times 0.9mm],以镊子将针尖对准所选穴位垂直刺入固定,留针24h,每3日针刺1次,左右耳交替针灸,嘱患者每日按压留针之处,以疼痛为度,每个穴位按压20下为

1 次, 每次 10 min, 每天按压 3 次。(2) 电针治疗: 当优势卵泡直径 ≥ 18 mm, 或有 2 个以上(含 2 个) 卵泡直径 ≥ 16 mm 时, 予电针治疗。取穴: 关元、中极、卵巢穴(双侧)、子宫穴(双侧)、三阴交(双侧)、太冲(双侧)。常规消毒后, 选用一次性无菌针灸针(苏州东邦医疗器械有限公司, 批号 DB15A0306, 规格 0.25 mm \times 25 mm、0.25 mm \times 40 mm)。上述穴位垂直进针, 针刺得气后接电极线: 关元、气海为一对正负极, 优势卵泡侧子宫穴及卵巢穴为一对正负电极, 选用华佗牌 SD-II 电子治疗仪, 疏密波, 电流输出强度以患者可耐受为度, 其余穴位均采用平补平泻法。留针 30 min, 每日 1 次, 连续治疗 3 天或 B 超监测提示已排卵。

以上 2 组均 1 个月经周期为 1 个疗程, 治疗 1 个疗程后统计疗效。

2.2 观察指标

B 超监测排卵: 于月经周期第 10 日开始, 隔天监测, 当优势卵泡直径 ≥ 16 mm 时改为每天监测, 观察卵泡发育、排出情况以及子宫内膜厚度。

2.3 统计学方法

运用 SPSS 19.0 软件对数据进行分析。计量资料用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 符合正态分布者比较用 t 检验, 偏态分布者比较用秩和检验; 计数资料比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参考《实用妇产科学》^[3], 根据患者 B 超监测排卵情况, 结合临床实际拟定判定标准: B 超监测排卵: 优势卵泡消失或明显缩小, 卵泡边界变模糊、皱褶、失去张力, 内见稀疏光点, 子宫直肠窝出现液平面; B 超监测未排卵: 优势卵泡不缩小或反而增大, 直至下次月经来潮前逐渐缩小消失。

3.2 结果

3.2.1 2 组治疗后排卵情况比较: 治疗组排卵 22 例(73.3%), 未排卵 8 例(26.7%); 对照组排卵 13 例(43.3%), 未排卵 17 例(56.7%)。2 组排卵率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 5.554, P = 0.018$)。

3.2.2 2 组治疗前后成熟卵泡日子宫内膜厚度比较: 治疗前 2 组成熟卵泡日子宫内膜厚度差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后治疗组子宫内膜厚度较治疗前明显增加, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后 2 组成熟卵泡日子宫内膜厚度差异

有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后成熟卵泡日子宫内膜厚度比较($\text{cm}, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	0.81 \pm 0.06	0.95 \pm 0.10 ^{**$\Delta\Delta$}
对照组	30	0.83 \pm 0.07	0.84 \pm 0.62

与治疗前比较, ^{**} $P < 0.01$; 与对照组比较, ^{$\Delta\Delta$} $P < 0.01$

4 讨论

LUFs 属中医学“不孕”范畴。《素问·上古天真论》曰“肾气盛, 齿更发长; 二七而天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子。”《傅青主女科》曰“妇人受孕, 本于肾气之旺。”《医学衷中参西录》云“男女生育, 皆赖肾脏作强。”肾气旺盛、任冲充盛是排卵的前提。女子以肝为先天, 肝主疏泄、藏血, 肝气条达、藏血充足, 则氤氲之时冲任气血畅通, 重阴转阳, 卵子方能适时排出。故卵子的发育和排出与肝肾关系密切, 治疗应以补肾疏肝为基本法则。

皮内针法是以皮内针刺入并固定于腧穴部位的皮内或皮下, 进行较长时间刺激以治疗疾病的方法^[5], 尤适用于慢性病的治疗。本研究中选取耳穴肾、肝、脾、卵巢、内分泌治疗。肾穴, 补益肾气; 肝穴, 疏肝理气调血; 脾穴, 统血调经; 卵巢穴可治疗卵巢疾患; 内分泌穴, 调节内分泌功能。五穴共用以资补肾调肝、养血调经之效。

研究^[6]表明, 通过电针刺激穴位可以改善卵巢动脉的血流灌注, 使卵巢动脉扩张, 舒张期流速增加, 血流量增加、阻力下降, 毛细血管通透性升高, 从而促使卵泡破裂并排出。笔者临床研究中在皮内针治疗基础上, 给予围排卵期患者电针治疗, 加强补肾疏肝、调理冲任之效, 选取关元、中极、子宫穴、卵巢穴、三阴交、太冲等穴。关元、中极为督脉之穴, 《素问·骨空论》指出: “督脉者, 起于少腹以下骨中央, 女子入系廷孔, 其孔, 溺孔之端也……此生病, 从少腹上冲心而痛, 不得前后, 为冲疝; 其女子不孕, 癥瘕遗溺嗑干”, 针刺关元、中极可温肾固元, 调理督脉功能; 子宫穴是治疗“妇人久无子嗣之要穴”; 三阴交是足三阴交汇之穴, 可调节肝、脾、肾三脏功能; 太冲是肝经的原穴, 其疏肝理气之效极佳。本研究结果表明, 皮内针加电针配合西药治疗能

升阳止痛汤保留灌肠治疗 58 例肛门直肠痛疗效观察

李建平

(首都医科大学附属北京中医医院肛肠科, 北京 100010)

【摘要】目的 探讨升阳止痛汤保留灌肠治疗肛门直肠痛临床疗效。方法 116 例患者按就诊顺序分为治疗组和对照组各 58 例。治疗组用升阳止痛汤保留灌肠, 对照组用康复新液保留灌肠。观察 2 组肛门坠胀、疼痛、排便不尽感等症状缓解情况。结果 升阳止痛汤保留灌肠治疗肛门直肠痛疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 升阳止痛汤保留灌肠治疗肛门直肠痛疗效肯定。

【关键词】升阳止痛汤; 保留灌肠; 肛门直肠痛

DOI: 10.16025/j.1674-4307.2016.02.022

肛门直肠痛形成的原因复杂, 机理不清, 发生率较高, 目前国内外尚无特效的治疗方法。本研究采用自拟方升阳止痛汤保留灌肠治疗肛门直肠痛患者 58 例, 取得良好的临床疗效。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将 2010 年 6 月—2015 年 6 月在首都医科大学附属北京中医医院肛肠科就诊的患者共 116 例, 按就诊顺序分为治疗组和对照组各 58 例。治疗组中男 41 例, 女 17 例; 年龄 19 ~ 70 岁, 平均 40.18 岁; 病程 15 天 ~ 18 年, 平均 1.45 年。对照组中男 39 例, 女 19 例; 年龄 18 ~ 72 岁, 平均 40.18 岁; 病程 28 天 ~ 23 年, 平均 2.26 年。2 组性别、年龄、病程差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断: 参照《功能性肛门直肠病与罗

马Ⅲ》^[1]中肛门直肠疼痛的诊断标准。慢性肛门直肠疼痛: (1) 慢性或复发性直肠疼痛; (2) 发作至少持续 20min; (3) 排除其他原因导致的直肠疼痛, 如缺血、炎症性肠病、隐窝炎、括约肌内脓肿、肛裂、痔疮、前列腺炎、尾骨痛等。痉挛性肛门直肠痛: (1) 反复发作的肛门直肠部疼痛; (2) 发作时间仅持续几秒至几分钟; (3) 发作间歇期无肛门直肠疼痛; (4) 排除导致肛门直肠疼痛的肛窦炎、肛瘘等其他器质性疾病。

1.2.2 中医辨证: 参考文献 [2] 结合临床分为肝郁气滞、湿热下注及中气下陷 3 个证型: (1) 肝郁气滞型: 肛门直肠胀痛伴性格内向、烦躁易怒、两胁胀满, 情志不畅时加重, 暖气频作, 舌质淡红, 苔薄白, 脉弦; (2) 湿热下注型: 肛门直肠灼热疼痛, 伴小便淋涩赤痛, 大便臭秽, 少腹拘急, 舌苔黄腻, 脉滑数; (3) 中气下陷型: 肛门直肠坠痛伴排便不尽感, 面色淡白, 乏力懒言, 舌淡苔白, 脉弱。

有效改善 LUFs 患者的排卵情况, 增加子宫内膜厚度。

参考文献

- [1] 张丽, 刘晓群, 石彬. 未破裂卵泡黄素化综合征发病机制及诊疗进展 [J]. 生殖医学杂志, 2012, 21(4): 395-399.
- [2] 胡鸣. 黄素化未破裂卵泡综合征的诊疗进展 [J]. 中医药导报, 2008, 5(26): 167-168.
- [3] 张惜阴. 实用妇产科学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 862-869.

[4] 来佩琳. 妇科疾病诊断标准 [M]. 北京: 科学出版社, 2001: 3.

[5] 陆寿康. 刺灸法 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 147.

[6] 连方, 李海仙, 张建伟, 等. 电针促使 LUFs 病人排卵的临床研究 [J]. 上海针灸杂志, 2006, 25(8): 3-5.

作者简介: 周洁, 女, 30 岁, 硕士, 住院医师。研究方向: 妇科疾病的中医诊疗。

(收稿日期: 2015-06-08)