

【针灸探骊】

艾灸神阙及子宫穴对薄型子宫内膜不孕症患者的影响*

王小婷 吴堪助

摘要:目的 观察在中药及芬吗通治疗的基础上联合艾灸对薄型子宫内膜不孕症患者的影响。方法 将就诊于泉州市中医院不孕不育科的 60 例薄型子宫内膜不孕症患者随机分成 2 组,每组 30 例。对照组予补肾助孕汤口服及芬吗通白片阴道填塞治疗,观察组在对照组治疗基础上加用艾灸神阙及子宫穴,共治疗 3 个月经周期,观察 2 组的子宫内膜厚度和类型、临床疗效及妊娠情况。结果 治疗后,2 组子宫内膜厚度均较治疗前增厚($P < 0.05$),但 A 型子宫内膜无明显改善($P > 0.05$);2 组内膜厚度比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),但 2 组 A 型子宫内膜比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组总有效率及 HCG 阳性率均高于对照组,但差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论 薄型子宫内膜不孕症患者应用艾灸神阙及子宫穴治疗可有效改善子宫内膜厚度,一定程度提高临床妊娠率。

关键词:不孕症;薄型子宫内膜;艾灸;神阙;子宫穴

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.01.034

文章编号:1003-8914(2024)-01-0116-03

子宫内膜过薄目前是不孕症治疗的重点、难点之一,是困扰患者及临床医师的重要难题。目前大多数研究认为薄型子宫内膜即排卵日子宫内膜厚度 $< 7 \text{ mm}$ ^[1]。子宫内膜厚度是评估子宫内膜容受性的重要内容之一,研究表明,子宫内膜过薄增加流产发生率,反之,有利于提高胚胎着床率、妊娠率^[2]。目前对于提高子宫内膜厚度尚未有疗效确切的治疗方法,大剂量雌激素治疗有引起消化道反应、子宫内膜病变、血栓形成等不良作用,且有研究发现,卵泡期应用大剂量雌激素对卵子质量有一定的影响^[3]。另有学者研究发现,只予雌激素治疗并不能改善子宫内膜血液循环,对提高临床妊娠率没有益处^[4]。盆腔、宫腔理疗等存在费用高、效果欠佳等弊端,且给患者的身心、经济等方面带来巨大的压力。目前中西医结合治疗取得显著

的成效,中医药治疗因其可随症加减,且可兼顾西药产生的不良作用,有利于提高疗效。艾灸是中医学防病治病的独特方法之一,是中医学的重要组成部分,因操作简便,价格经济实惠,目前广泛应用于生殖系统疾病中。本研究采用艾灸神阙及子宫穴联合补肾助孕方口服及芬吗通阴道填塞治疗,观察其对薄型子宫内膜不孕患者的临床影响,为薄型子宫内膜不孕患者探索经济有效的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 6 月—2022 年 6 月在泉州市中医院不孕不育科治疗的薄型子宫内膜患者 60 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组各 30 例。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

(例, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄/岁	平均年龄/岁	不孕年限/年	平均不孕年限/年	BMI/(kg/m ²)	平均 BMI/(kg/m ²)
观察组	30	23~39	30.10 $\pm$ 3.76	1~7	2.46 $\pm$ 1.48	18.36~24.77	21.23 $\pm$ 2.03
对照组	30	22~39	29.87 $\pm$ 3.66	1~6	2.79 $\pm$ 1.36	18.75~24.97	21.37 $\pm$ 1.79
<i>t</i> 值			0.243		0.916		0.289
<i>P</i> 值			0.809		0.364		0.773

1.2 诊断标准 (1)符合不孕症诊断标准^[5]。(2)符合薄型子宫内膜诊断标准^[1]。(3)符合中医不孕症肾虚血瘀证的中医辨证标准^[6,7];主症:①婚久不孕;②月经量少。次症:①经质稀薄,色暗有块;②腰膝酸软;③性欲减退;④畏寒肢冷;⑤头晕耳鸣;⑥五心烦热。

舌脉:舌暗,苔少,尺脉沉细。其中主症必备,次症具备 ≥ 2 项,结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准 (1)至少连续 2 个月经周期排卵日行 B 超监测提示子宫内膜厚度 $< 7 \text{ mm}$;(2)年龄不超过 20~40 岁;(3)月经第 2~4 天查性激素六项未见异常;(4)造影检查提示至少一侧输卵管通畅;(5)近 3 个月内未服用激素类的药物。

1.4 排除标准 (1)存在器质性病变(如生殖器官畸形、子宫内膜异位症、子宫腺肌症、子宫肌瘤等)所致

* 基金项目:福建省中医药大学校管科研课题、临床专项(No. XB20211154)

作者单位:泉州市中医院不孕不育科(福建 泉州 362000)

通信方式:E-mail:96521482@qq.com

不孕者;(2)有生殖内分泌功能异常疾病(如卵巢早衰、多囊卵巢综合征、甲状腺疾病等)者;(3)因男方因素导致不孕者;(4)有免疫异常、高凝倾向、血栓病史、可疑肿瘤者;(5)有心、肝、肾等重要脏器器质性病变或精神认知障碍者;(6)对试验药物过敏者;(7)正在参与其他临床试验者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 从月经第 5 天开始给予口服中药补肾助孕汤,药物组成:炙淫羊藿、熟地黄、枸杞子、覆盆子、山药、黄精各 15 g,巴戟天、山萸肉、酒白芍、丹参、阿胶烊化各 10 g,当归 8 g。有湿热者加黄芩 10 g;腹泻者加葛根 10 g(中药来源于泉州市中医院中药房)。每天 1 剂,早晚各 1 次,服用至排卵前 1 d。芬吗通(荷兰 Abbott Biologics B. V. 公司,规格:1 mg/10 mg,批准文号:H20150345)白片 1 片/次,睡前塞入阴道深处,每天 1 次,使用至排卵前 1 d。

1.5.2 观察组 在对照组治疗的基础上,从月经第 5 天开始,每天用艾条(烟台爱心药业有限公司,规格:30 g)灸神阙及双侧子宫穴,艾条距离皮肤约一个拳头距离,具体根据患者对温度的感受进行调整,每个穴位 15~20 min,灸至局部皮肤微红,有温热感,灸至排卵前 1 d。

2 组患者均于月经第 10 天始行经阴道 B 超监测,2 d 监测 1 次,卵泡直径达 18 mm 或以上,LH 试纸提示强阳停药,并予肌肉注射 HCG 10000IU(马鞍山丰原制药有限公司)进行促排并指导同房。在确认卵泡排出后,嘱口服芬吗通灰片 1 片/次,每天 1 次,共服用 14 d。2 组患者共治疗 3 个月经周期。若患者治疗期间妊娠,则停止治疗,进一步随访妊娠情况。若治疗后未妊娠者,继续随访 3 个月。

1.6 观察指标 (1)子宫内膜厚度及类型:当卵泡直径 ≥ 18 mm 时,由同一专职超声医师用超声仪(Mindray DC-65)行经阴道 B 超检查,测量子宫内膜厚度并记录子宫内膜分型。子宫内膜分型:A 型即典型三线征,外层和宫腔线为清晰的强回声线,其间为低回声区;C 型未见三线征,为均质强回声区;B 型则介于 A 型和 C 型之间,三线征模糊,为均一的中等强度回声区。记录 2 组患者治疗前后的子宫内膜厚度及 A 型子宫内膜例数。(2)疗效判定标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]中的相关标准。治愈:患者临床症状消失,子宫内膜厚度大于 7 mm,若成功获得临床妊娠(即 B 超可见胎心及心管搏动)亦判定为治愈;好转:患者临床症状减轻,子宫内膜厚度较治疗前增厚;无效:患者临床症状及子宫内膜厚度均未见改善。总有效率=(治愈+好转)例数 $\div$ 总例数 $\times 100\%$ 。(3)

妊娠情况:统计 2 组患者的妊娠例数,计算妊娠率。

1.7 统计学方法 所有数据均用 SPSS 20.0 软件进行统计分析。计量资料服从正态分布以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;不服从正态分布的以中位数和四分位间距 $M(P_{25} \sim P_{75})$ 描述,采用秩和检验。计数资料采用卡方检验。假设检验均采用双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者子宫内膜厚度及内膜形态比较 治疗前,2 组子宫内膜厚度及 A 型内膜例数比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组子宫内膜厚度比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),且 2 组子宫内膜厚度均较治疗前增厚($P < 0.05$)。治疗后,2 组 A 型内膜例数均较治疗前有所增多,但差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组 A 型内膜例数较对照组略增,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者子宫内膜厚度及内膜形态比较

(例, $\bar{x} \pm s, \%$)

组别	例数	时间	子宫内膜厚度/mm	A 型子宫内膜/例
观察组	30	治疗前	5.93 $\pm$ 0.60	8(26.67)
		治疗后	7.91 $\pm$ 1.21 ¹⁾²⁾	14(46.67)
对照组	30	治疗前	5.88 $\pm$ 0.69	9(30.00)
		治疗后	7.22 $\pm$ 1.28 ¹⁾	11(36.67)

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者临床疗效比较 治疗后,观察组总有效率高于对照组。但 2 组临床疗效比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者临床疗效比较

(例, $\%$)

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
观察组	30	6(20.00)	22(73.33)	2(6.67)	28(93.33) ¹⁾
对照组	30	3(10.00)	22(73.33)	5(16.67)	25(83.33)

注:与对照组比较,¹⁾ $P > 0.05$ 。

2.3 2 组患者治疗后妊娠情况比较 治疗后,观察组 HCG 阳性例数 6 例(20.00%),其中流产 1 例,成功妊娠 5 例;对照组 HCG 阳性例数 4 例(13.33%),其中生化妊娠 1 例,成功妊娠 3 例。2 组妊娠情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

近年来国内生育率出现明显的下降趋势,除了采取相关优惠政策促进生育,解决不孕症的重点难点亦是重中之重。子宫内膜为胚胎提供着床场所和营养,因此,过薄的子宫内膜容易引起不孕或流产^[9]。据相关研究,不孕症患者中薄型子宫内膜发生率占 2%~3%^[10],是目前不孕症治疗的难题之一。

薄型子宫内膜发生原因主要为雌激素水平低下, 排卵功能障碍, 反复的宫腔操作导致内膜功能层损伤, 宫腔粘连, 子宫内膜炎症、结核等。治疗上, 西医采用补充大剂量雌激素治疗, 但雌激素口服因经肝脏代谢, 利用率较低, 且有引起消化道反应的不良反应。芬吗通的雌激素为 17β -雌二醇, 是天然雌激素, 可直接结合于子宫内膜上的受体, 促进内膜腺体增殖, 从而使内膜增厚。芬吗通经阴道给药, 没有肝脏代谢的消耗, 具有较高的生物利用率, 是目前临床上受欢迎的治疗方法^[11]。《黄帝内经》云: “女子七岁, 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”, 提示女子以肾为先天, 肾-天癸-冲任-胞宫轴是女子生育功能的基础。中医学认为薄型子宫内膜不孕症的主要病因是先天不足, 或是后天过度劳损, 耗伤肾气, 以致肾精亏虚, 冲任失养, 或是人工流产术等宫腔操作, 损伤胞宫、冲任, 导致气血运行不畅, 瘀血阻滞, 使子宫内膜失于濡养, 从而无法受孕^[12], 证型上以肾虚血瘀证多见, 治疗上以补肾活血为主。本研究采用的补肾助孕方是泉州市中医院不孕不育科张嘉男主任医师临床实践多年的经验方, 方中炙淫羊藿、巴戟天温肾益精; 熟地黄、黄精滋阴填精; 枸杞子、覆盆子滋肝补肾; 山药、山萸肉补肾健脾、养肝涩精; 白芍养血敛阴, 柔肝止痛; 丹参、当归养血活血; 阿胶滋阴补血、养血调经。全方具有补肾填精、活血养胞的作用, 在不孕症治疗中取得一定成效。本研究中, 对照组应用补肾助孕方口服联合芬吗通白片阴道填塞治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用艾灸神阙及双侧子宫穴。治疗后, 2 组的子宫内膜厚度均较治疗前增厚, 且差异具有统计学意义, 提示补肾助孕方联合芬吗通治疗可一定程度提高子宫内膜厚度。

艾灸因操作简单、价格经济实惠、疗效显著, 广泛应用于保健及疾病治疗中。《灵枢·官能》云: “针所不为, 灸之所宜”。艾叶为纯阳之物, 味苦辛, 性生温熟热, 能通十二经脉, 有补肾温阳、调理气血的作用。传统的艾灸治疗可以透达经络、温煦气血, 有温通经络的作用。本研究中观察组在对照组治疗基础上加用艾灸神阙及双侧子宫穴, 治疗后观察组子宫内膜增厚程度大于对照组, 差异具有统计学意义, 且 A 型内膜比例、临床疗效及 HCG 阳性率均高于对照组, 提示艾灸可促进内膜生长增厚, 一定程度改善宫腔环境, 提高胚胎着床率。这可能与艾草燃烧时产生具有渗透能力的红外线, 红外线到达深层组织, 改善子宫内膜血液循环及子宫壁环境等有关^[13,14]。脐部是神阙所在位置, 中医学认为元气聚积于脐部, 而此处皮肤组织层较薄, 艾灸产生的红外线易于渗透, 且通过艾灸神阙, 可激发元气, 为

五脏六腑的功能提供动力。有研究发现, 下丘脑-垂体-卵巢轴的异常是肾虚证的重要发病机制^[15]。下丘脑-垂体-卵巢轴与中医学肾-天癸-冲任-胞宫轴对应, 因此艾灸神阙可能通过调节患者性激素水平, 改善其肾虚体质, 起到益肾暖宫、调理冲任、调经助孕的作用, 从而促进内膜生长增厚, 提高了临床疗效和妊娠率。子宫穴^[16]位于神阙下 4 寸, 旁开 3 寸位置, 属经外奇穴, 文献记载子宫穴可用于“妇人子宫久冷, 不受胎孕”“妇人气血不足, 子宫虚冷, 不能成孕”, 可见子宫穴具有温阳益胞、调经助孕的功效。因此艾灸子宫穴可通过温肾调经, 改善患者的临床症状, 提高妊娠率。

综上所述, 在中药补肾助孕方及芬吗通治疗基础上联合艾灸神阙及双侧子宫穴可使子宫内膜增厚, 但其改善子宫内膜类型及临床疗效、临床妊娠率情况不够显著, 可能与样本量较小有关, 有待后期纳入更多的样本进一步研究。

参考文献

- [1] 赵静, 黄国宁, 孙海翔, 等. 辅助生殖技术中异常子宫内膜诊疗的中国专家共识[J]. 生殖医学杂志, 2018, 27(11): 1057-1064.
- [2] 谢宛菡, 李蓉. 辅助生殖治疗中子宫内膜容受性评估相关临床指标的研究进展[J]. 中华生殖与避孕杂志, 2021, 41(5): 413-418.
- [3] 刘艳红, 王霞, 王爱华, 等. 雌激素在不明原因薄型子宫内膜治疗中的应用[J]. 生殖医学杂志, 2018, 27(7): 623-626.
- [4] 王宝成, 王丽雯, 白长川. 大坤丹联合戊酸雌二醇片治疗薄型子宫内膜不孕症临床观察[J]. 新中医, 2018, 50(12): 153-156.
- [5] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 369-372.
- [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: 385-390.
- [7] 马宝璋, 齐聪. 中医妇科学[M]. 3 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 227-229.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T001. 1 ~ 001. 9—94[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 72.
- [9] 杨仁祥, 武泽. 子宫内膜容受性的研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2019, 35(1): 19-23.
- [10] 丛日敏, 王丽, 于月新. 薄型子宫内膜的治疗研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38(9): 1058-1062.
- [11] 陈文兰, 钟素萍. 芬吗通雌激素预处理应用于 PCOS 不孕薄型子宫内膜患者的效果分析[J]. 基层医学论坛, 2021, 35(8): 1103-1104.
- [12] 王雪莹, 王翠霞. 薄型子宫内膜不孕症的中医临床治疗进展[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(7): 136-138.
- [13] 梁辰. 针刺配合灸法治疗子宫脱垂 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(7): 104.
- [14] 唐妮妮, 崔艺敏, 何铁帆, 等. 艾灸热、光、烟作用机制研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(11): 148-151.
- [15] 李少波, 车一鸣, 田琪, 等. 灸法治疗多囊卵巢综合征不孕症进展[J]. 中医学报, 2020, 35(12): 2588-2591.
- [16] 李净, 邵洁, 陈思, 等. 子宫穴治疗妇科疾病的古代文献分析[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(4): 790-794.