

# 针刺联合藤药外敷治疗排卵障碍的临床疗效观察

李梦妮<sup>1</sup> 陈立松<sup>1\*</sup> 周京晶<sup>1</sup> 徐静<sup>2</sup> 黄雪<sup>3</sup>

1. 安康市中医医院生殖医学科 陕西 安康 725000

2. 安康市中医医院妇科 陕西 安康 725000

3. 安康市中医医院超声科 陕西 安康 725000

**摘要:** **目的:** 挖掘院内制剂“藤药”联合针刺可有效改善排卵障碍, 以降低临床使用西药促排相关并发症的发生率, 提供一种绿色、有效的促排卵方案。**方法:** 选择2023年2月至2024年6月期间于本院行排卵障碍治疗的40例患者作为此次实验观察对象, 采用随机数字表法分为两组, A组: 口服来曲唑+针刺+藤药外敷治疗; B组: 口服来曲唑+针刺治疗, 各组病例均为20例, 对比A组与B组临床疗效。**结果:** 治疗前, A组与B组排卵障碍患者的子宫内膜厚度几乎无差别, 而最大卵泡直径间的差距较小 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, A组与B组排卵障碍患者的子宫内膜厚度均有增加, 而最大卵泡直径皆有改善, 比较发现, A组排卵障碍患者的数据更理想, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。A组排卵障碍患者的排卵率以及自然受孕率分别为85.00%、35.00%, B组排卵障碍患者的排卵率以及自然受孕率分别为60.00%、15.00%, A组排卵障碍患者的排卵率以及自然受孕率均高于B组, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, A组与B组激素水平无明显差异 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, A组与B组LH、E<sub>2</sub>、P皆有提高, A组更高, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。A组与B组疗效差异明显, A组更高, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 针刺联合藤药外敷治疗排卵障碍的临床疗效更理想, 值得临床广泛运用。

**关键词:** 针刺; 藤药外敷; 排卵障碍; 临床疗效

排卵障碍是一种以卵泡不发育、发育不成熟、卵泡形态不良等表现导致卵子不能排出的临床疾病, 排卵障碍属于生殖内分泌系统常见病, 亦是引起女性不孕的重要原因。数据调查结果表明: 不孕症患者中排卵障碍引起的不孕占25-30%<sup>[1]</sup>。祖国医学辨证治疗不孕症经验丰富, 对促排卵有着绿色、安全、副作用小、疗效高的优势<sup>[2]</sup>。有报道称<sup>[3]</sup>, 针刺联合藤药外敷治疗排卵障碍的临床疗效显著, 为了验证此内容, 本文特选择2023年2月至2024年6月期间于本院行排卵障碍治疗的40例患者作为此次实验观察对象, 采用随机数字表法分为两组, 对比口服来曲唑+针刺+藤药外敷治疗、口服来曲唑+针刺治疗的临床效果。详细报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 基本资料

**课题:** 2022年安康市中医医院科技发展孵化基金项目 202211

**通讯作者:** 陈立松, 主治医师, 主要从事中西医结合诊疗妇科生殖与内分泌疾病。通讯邮箱: 475798669@qq.com

**作者简介:** 李梦妮, 女, 住院医师, 主要从事中西医结合治疗妇科生殖与内分泌疾病。

选择2023年2月至2024年6月期间于本院行排卵障碍治疗的40例患者作为此次实验观察对象, 采用随机数字表法分为两组, A组: 口服来曲唑+针刺+藤药外敷治疗; B组: 口服来曲唑+针刺治疗, 各组病例均为20例。A组患者年龄在24岁到38岁之间, 对应的均龄则为(32.27±5.84)岁; B组年龄在23岁到39岁之间, 对应的均龄则为(33.48±5.99)岁。观察对象基本资料差异小, 有可比性 ( $P > 0.05$ )。

**诊断标准:** (1) 彩超检查显示无成熟卵泡或有成熟卵泡但无排卵征象; (2) 宫颈黏液结晶无椭圆体; (3) 血、尿孕酮检测低于黄体期<sup>[4-5]</sup>。

**纳入标准:** ①年龄为20岁-45岁育龄期女性患者; ②所有入组患者符合西医的诊断标准, 且均已经在临床明确诊断; ③对本研究知情同意并签署了知情同意书。

**排除标准:** ①配偶生殖功能异常; ③合并免疫系统疾病、心肝肾功能异常及癌症患者; ④精神异常者; ⑤研究者认为不宜入选临床研究者。

### 1.2 方法

A组于月经第5天开始服用由浙江海正药业股份有限公司生产的来曲唑片, 批号H20133109, 规格2.5mg, 2.5mg/次, 1次/d, 连服5d (1个疗程), 于月经周期第

10天施针，取平卧位，嘱患者排空膀胱，取穴：百会、气海、关元、足三里、三阴交、血海、中极、子宫、合谷、太冲。充分暴露穴位皮肤，常规消毒，使用由苏州针灸用品有限公司生产的1-1.5寸一次性无菌针灸针，轻柔垂直刺入，平补平泻，留针30 min/次，隔日一次<sup>[6]</sup>。

B组在A组基础上增加藤药局部热敷治疗。藤药热敷方案：监测卵泡出现优势卵泡（卵泡平均直径 > 15mm）时开始使用，用时将装有药的布袋放笼内蒸30分钟，取出布袋热敷于小腹部30分钟，一天1次，一袋使用6天，每个月经周期使用1袋，共观察两个疗程。观察治疗前、后排卵障碍患者的卵泡发育情况、排卵情况及子宫内膜厚度、性激素水平<sup>[7]</sup>。

### 1.3 研究评估指标

主要疗效指标：

排卵监测：采用阴道B超监测治疗前排卵障碍患者的卵泡发育情况，治疗开始后，于月经来潮第10天起隔1-2日（视卵泡发育情况而定）监测卵泡发育情况，并记录最大卵泡直径及随访2个月的排卵率与自然受孕率<sup>[8]</sup>。

次要疗效指标：

性激素：比较排卵障碍患者的黄体生成素（LH）、雌二醇（E2）、孕酮（P）等性激素指标。

内膜厚度：比较两组排卵障碍患者的治疗前、后有成熟卵泡排出时的内膜厚度。

疗效：通过临床表现评定排卵障碍患者的疗效，显著即卵泡发育正常，且成功妊娠；有效即卵泡发育有改善，成功排卵，未成功妊娠；无效即卵泡发育未见明显变化，监测卵泡未排卵<sup>[9]</sup>。

### 1.4 统计分析方法

采用SPSS21.0统计学软件进行统计学处理。其中计量资料用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数资料用例数或百分比（%）表示，3组均数的比较采用ANOVA检验，组间比较采用LSD检验；如3组间方差不齐，则采用Games-

Howell检验；以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 对比A组与B组子宫内膜厚度与最大卵泡直径

治疗前，A组与B组排卵障碍患者的子宫内膜厚度几乎无差别，而最大卵泡直径间的差距较小（ $P > 0.05$ ）；治疗后，A组与B组排卵障碍患者的子宫内膜厚度均有增加，而最大卵泡直径皆有改善，比较发现，A组排卵障碍患者的数据更理想，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1：

表1 对比A组与B组子宫内膜厚度与最大卵泡直径（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数 (n)	子宫内膜厚度 (mm)		最大卵泡直径 (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	20	7.15±1.74	10.58±1.67	14.34±3.44	20.39±3.58
B组	20	7.22±1.66	8.31±1.44	14.46±3.42	17.57±3.67
t值		0.212	3.236	0.234	3.152
P值		0.842	0.002	0.724	0.003

### 2.2 对比A组与B组排卵率与自然受孕率

A组排卵障碍患者的排卵率以及自然受孕率分别为85.00%、35.00%，B组排卵障碍患者的排卵率以及自然受孕率分别为60.00%、15.00%，A组排卵障碍患者的排卵率以及自然受孕率均高于B组，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2：

表2 对比A组与B组排卵率与自然受孕率

组别	例数 (n)	排卵率	自然受孕率
A组	20	17 (85.00)	7 (35.00)
B组	20	12 (60.00)	3 (15.00)
$\chi^2$ 值		5.287	3.674
P值		< 0.05	< 0.05

### 2.3 对比A组与B组性激素水平

治疗前，A组与B组排卵障碍患者的激素水平无明显差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后，A组与B组排卵障碍患者的LH、E2、P皆有提高，A组更高，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表3：

表3 对比A组与B组性激素水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数 (n)	LH (mIU/mL)		E2 (pg/mL)		P (ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	20	9.46±1.58	28.36±2.95	306.43±25.05	390±26.65	1.63±0.45	7.92±3.36
B组	20	9.27±1.62	20.37±2.36	295.42±26.49	330±20.32	1.56±0.32	3.11±2.32
t值		0.188	5.287	0.252	8.183	0.605	4.124
P值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

### 2.4 对比A组与B组疗效

A组与B组排卵障碍患者的疗效差异明显，A组更

高，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表4：

表4 对比A组与B组疗效[n (%) ]

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	总有效率
A组	20	7	10	3	17 (85.00)
B组	20	3	9	8	12 (60.00)
$\chi^2$ 值					4.287
P值					< 0.05

### 3 讨论

针刺治疗为常见的中医促排疗法，尤其以调节先天和后天之本肾、脾经功能促排卵为近年研究热点<sup>[10]</sup>。藤药为我院院内制剂，对妇科盆腔炎、痛经、卵巢良性囊肿等疾病治疗效果良好，其主要成分有当归尾、赤芍、乳香、没药、续断、桑寄生、五加皮、红花、血竭、川芎、白芷、独活、羌活等，取其温经散寒、活血止痛、除湿通络之功效用于促排卵外敷治疗目前尚未有研究报道。

中医学无“排卵障碍”的病名，中医认为：肾藏精、主生殖，卵子的发育成熟有赖于肾气的充盛，而卵子的排出不仅需要肾气的鼓动、还需要气血的通畅、肝气的疏泄等<sup>[11-12]</sup>。而以补肾活血为主，佐以化痰利湿，肾的生理功能得以恢复，水液代谢趋于正常，维持了“肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴的平衡，达到治愈疾病的疗效。与前人学者研究结论<sup>[13-15]</sup>几乎一致，验证了针刺联合藤药外敷治疗排卵障碍的临床疗效。

综上所述，针刺联合藤药外敷治疗排卵障碍的临床疗效更理想，加大卵泡直径，改善性激素水平的同时，提高排卵障碍患者的排卵率与自然受孕率，应于临床全面推广。

### 参考文献

- [1]王巧利. 针药联合治疗排卵障碍性不孕症临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43 (03): 122-123.
- [2]刘敏. 中药调周法加针刺治疗多囊卵巢综合征排卵障碍性不孕症疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40 (03): 420-422.
- [3]毛润娣,李秀兰,莫钰君,等. “疏肝健脾, 补肾益精” 针灸法对排卵障碍性不孕症患者子宫内膜容受性、

卵泡发育的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2023, 7 (22): 82-84.

[4]李媛媛,张嘉骥,张婷. 二补助育汤联合调秘针法灸对排卵障碍性不孕症患者子宫内膜容受性及临床结局的影响[J]. 中国药物与临床, 2023, 23 (05): 284-289.

[5]戴菱烟,陈锦红,吴湏婷. 浅析基于“调理冲任”法针刺治疗PCOS排卵障碍的临床运用[J]. 医学理论与实践, 2023, 36 (15): 2549-2551.

[6]王聪聪,张晨晨,李甜,等. 基于玄府理论探讨针刺治疗排卵障碍相关异常子宫出血[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47 (03): 20-23.

[7]董慧赢,张建伟. 中医药治疗排卵障碍性不孕症的研究进展及优势[J]. 中国处方药, 2023, 21 (04): 171-173.

[8]张莹雪,秦文敏. 中医治疗排卵障碍性不孕临床研究进展[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8 (10): 187-190.

[9]王轲,张万龙,李艺. 腹针联合西药治疗对排卵障碍性不孕症患者妊娠结局的影响[J]. 上海针灸杂志, 2023, 42 (02): 165-169.

[10]吴小因,苗裕. 补肾疏肝汤联合针刺治疗肝郁肾虚型排卵障碍性不孕症临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21 (03): 111-113.

[11]刘魏思,王淑芬,耿红玲,等. 基于阴阳平衡理论运用“切脉针灸”辨治排卵障碍性不孕[J]. 中医杂志, 2023, 64 (01): 83-87.

[12]崔冬雯,米建平,余焯燊. 针刺“新八髎穴”对PCOS排卵障碍性不孕患者排卵情况及中医证候量化评分的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24 (06): 36-39.

[13]欧阳文,冯雪琼,刘玉兰,等. 补肾活血促排汤联合针刺治疗肾虚血瘀型未破裂卵泡黄素化综合征[J]. 牡丹江医学院学报, 2022, 43 (05): 51-55.

[14]于泽,孟然然,周慧慧,等. 针刺治疗多囊卵巢综合征排卵障碍性不孕作用机制研究[J]. 环球中医药, 2022, 15 (09): 1716-1721.

[15]黄建琴,陈宏亮,张婷婷,等. 针刺联合补肾活血方治疗肾虚血瘀型排卵障碍性不孕的临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2022, 56 (06): 55-58.