

实用妇产科专著系列

shiyongfuchankezhuanzhuxilie

中西医结合治疗

不孕不育症

ZHONGXIYIJIEHEZHILIAO

BUYUNBUYUZHENG

主编◎杨晶 栗娟 邓桂灵

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中西医结合治疗不孕不育症

ZHONGXIYI JIEHE ZHILIAO BUYUNBUYUZHENG

主 编	杨 晶	栗 娟	邓桂灵	
副主编	殷晓轩	王紫云	张文君	单秀玲
	王秋玲	杜 欣	濮玉江	张素军
	金 童	孟昭先	钱 琼	
编 委	王紫云	王秋玲	王 霞	王 瑛
	王 敏	王次霞	尹明花	邓桂灵
	朱绪臻	刘德华	刘秀兰	张文君
	张素军	张 敏	张 凌	张 杰
	杜 欣	单秀玲	杨 晶	杨运菊
	金 童	孟昭先	殷晓轩	栗 娟
	钱 琼	濮玉江		

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合治疗不孕不育症/杨晶,栗娟,邓桂灵主编. —北京:人民军医出版社,2008.1

ISBN 978-7-5091-1440-7

I. 中… II. ①杨…②栗…③邓… III. 不孕症-中西医结合疗法
IV. R711.605

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 000820 号

策划编辑:郭伟疆 文字编辑:海湘珍 责任审读:黄栩兵
出版人:齐学进
出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036
质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283
邮购电话:(010)51927252
策划编辑电话:(010)51927272
网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司
开本:787mm×1092mm 1/16
印张:30 字数:496千字
版、印次:2008年1月第1版第1次印刷
印数:0001~3000
定价:66.00元

版权所有 侵权必究
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

作者根据诊治不孕不育方面丰富的临床经验,结合男科、妇产科及相关学科中西医结合临床实践,分9章详细介绍了不孕不育症的诊断、鉴别诊断及特色治疗,既有古籍良方妙药,又有现代临床经验方和文献刊登的最新治疗方法。本书突出中西医结合、融会贯通的特色,适合中医师、妇产科医师参考阅读。

序

不孕不育症是世界共同关注的疑难而又常见的病症。由于其病因多而繁杂、致病机制尚未被完全掌握,故该类病症的临床诊疗方法一直处于不断完善阶段。采用中西医结合治疗不孕不育症,可以实现中西医互补,避免了单纯西医或中医治疗不孕症的弊端。

济南清华医学研究院、济南清华医院组织国内一批具有丰富临床经验的专家共同编写了本书,集理论与实践相结合,总结了诊断、治疗、预防不孕症的实践经验,为治疗及预防不孕症提供了多种备选方案。同时,该书在前人治疗不孕不育实践经验的基础上,针对不同病情又有创新。故希望读者在临床工作中应用本书时,要因人施治,尤其是中药“方无成药”,每剂中药都要根据病情的需要随时增减,重新组方。

通读该书,本人受益匪浅,作为年迈的医学界同仁,为年轻一代的成果所欣慰,特作序向广大读者推荐。

吕世长

2007年11月

前 言

不孕不育症是一种常见病和多发病。国内专家在治疗不孕症的实践中积累了一些成功的经验,但对于疑难病例,单凭西医治疗不孕症很难奏效,而光靠中医对一些严重的器质性病变也是束手无策,只有中西医结合才是治疗不孕症的较好方法。

祖国医学从古到今大放异彩。在继承前人经验的基础上,中医汲取精华,结合临床实践,依据“中药新药治疗女性不孕症的临床研究指导原则”中的西医诊断标准和中医辨证为基础,依病因进行施治。

济南清华不孕不育专科医院的医务工作者会同国内同仁在数万例中西医结合治疗不孕不育实践经验的基础上,根据国内外医学界最新动态,编写成本书。深入浅出地介绍了不孕症诊疗相关问题。全书语言通俗易懂,简明扼要,内容丰富,可供广大医学界同仁在临床实践中参考。

在编写过程中承蒙山东省卫生行政复议、应诉,听证主持人,医学专家吕世长副主任医师的指导和帮助、审阅并写序,在此表示感谢。由于作者水平所限,错误和不妥之处,敬请广大同仁和读者批评指正。

作 者

2007年11月1日

目 录

- 第一章 概论 / 1
 - 第一节 西医药治疗 / 2
 - 一、内分泌治疗 / 2
 - 二、生殖器官炎症的抗感染治疗 / 7
 - 三、原因不明的不孕症 / 8
 - 第二节 中医药治疗 / 9
 - 一、调节免疫功能治疗 / 9
 - 二、辨证治疗不孕症 / 10
 - 三、综合治疗 / 21
 - 第三节 中西医结合调整人工周期治疗不孕症 / 27
 - 一、中西医结合调整人工周期 / 27
 - 二、其他疗法 / 28
- 第二章 生殖器官感染及肿瘤 / 29
 - 第一节 生殖道结核 / 29
 - 一、诊断与鉴别诊断 / 30
 - 二、治疗原则 / 32
 - 第二节 阴道炎及外阴炎 / 32
 - 一、外阴炎 / 32
 - 二、阴道炎 / 35
 - 第三节 性病 / 49



一、淋病 / 49

二、沙眼衣原体感染 / 50

三、脲解支原体感染 / 51

四、梅毒 / 51

第四节 内生殖器官感染 / 52

一、概述 / 52

二、治疗 / 56

第五节 子宫肌瘤 / 71

一、临床表现 / 71

二、诊断 / 72

三、治疗 / 74

第三章 排卵障碍 / 97

第一节 概论 / 97

一、临床表现 / 97

二、诊断 / 98

三、治疗 / 98

第二节 闭经-泌乳综合征 / 109

第三节 未破裂卵泡黄素化综合征 / 112

一、诊断 / 112

二、治疗 / 113

第四节 多囊卵巢综合征 / 114

一、临床表现 / 114

二、诊断与鉴别诊断 / 115

三、治疗 / 116

四、预防与护理 / 124

第五节 卵巢储备功能不良及卵巢功能早衰 / 124

一、卵巢储备功能不良 / 124

二、卵巢功能早衰 / 124

三、治疗 / 125

第六节 黄体期缺陷 / 125

一、分型 / 125

- 二、诊断 / 126
- 三、治疗 / 127
- 第七节 子宫内膜异位症 / 130
 - 一、病因病机及影响因素 / 130
 - 二、诊断与鉴别诊断 / 131
 - 三、治疗 / 135
 - 四、预防与护理 / 171
- 第八节 子宫内膜功能异常 / 173
- 第九节 甲状腺功能亢进与减退 / 176
 - 一、甲状腺功能亢进 / 176
 - 二、甲状腺功能减退 / 176
- 第四章 输卵管阻塞及盆腔疾病 / 177
 - 第一节 宫腔粘连综合征 / 177
 - 一、病因 / 177
 - 二、治疗 / 177
 - 第二节 盆腔炎与盆腔淤血综合征 / 178
 - 一、盆腔炎 / 178
 - 二、盆腔淤血综合征 / 207
 - 第三节 输卵管炎与输卵管阻塞 / 211
 - 一、输卵管炎 / 211
 - 二、输卵管阻塞 / 215
- 第五章 月经病 / 248
 - 第一节 概述 / 248
 - 一、辨证要点 / 248
 - 二、治疗 / 248
 - 第二节 月经不调 / 250
 - 一、月经先后无定期 / 250
 - 二、经间期出血 / 257
 - 三、经期延长 / 267
 - 四、月经先期 / 271
 - 五、月经后期 / 283





六、月经过多 / 293

七、月经过少 / 298

第三节 闭经 / 302

一、诊断与鉴别诊断 / 302

二、治疗 / 305

三、预防与护理 / 329

第四节 痛经 / 330

一、病机与分型 / 330

二、诊断与鉴别诊断 / 331

三、治疗 / 333

四、预防与护理 / 351

第五节 功能失调性子宫出血(崩漏) / 351

一、诊断与鉴别诊断 / 352

二、治疗 / 354

三、预防与护理 / 391

第六章 免疫性疾病 / 392

第一节 免疫因素性疾病 / 392

一、诊断 / 393

二、治疗 / 393

三、预防与护理 / 398

第二节 母子 ABO 血型不合 / 399

一、病机与分型 / 399

二、治疗 / 399

第七章 女性性器官异常及性功能障碍 / 401

第一节 阴道痉挛 / 401

一、诊断与鉴别诊断 / 401

二、治疗 / 402

第二节 性交疼痛 / 403

一、诊断与鉴别 / 403

二、治疗 / 404

三、预防与护理 / 410

- 第三节 性厌恶 / 410
- 一、诊断 / 411
 - 二、治疗 / 411
- 第四节 性欲淡漠 / 412
- 一、临床表现 / 412
 - 二、鉴别诊断 / 412
 - 三、治疗 / 413
 - 四、预防与护理 / 417
- 第五节 子宫发育不良 / 417
- 一、子宫发育不良的治疗 / 417
 - 二、子宫形态及位置异常的治疗 / 420
 - 三、子宫移位 / 421
- 第八章 男性不育症的诊断与治疗 / 423
- 第一节 男性不育症精液异常的西药治疗 / 423
- 第二节 男性不育症精液异常的中药治疗 / 425
- 一、精子稀少 / 425
 - 二、精子活力低下 / 429
 - 三、精液不液化 / 431
 - 四、无精子不育治疗 / 434
- 第三节 男性不育症的中医辨证论治 / 435
- 第四节 前列腺炎及精索静脉曲张性不育的综合治疗 / 436
- 一、前列腺炎性不育 / 436
 - 二、精索静脉曲张性不育 / 439
- 第五节 男性不育症的手术治疗 / 440
- 第六节 男性性功能障碍性不育与治疗 / 440
- 一、阳痿 / 440
 - 二、遗精 / 449
 - 三、不射精 / 455
 - 四、逆行射精 / 456
 - 五、血精症 / 457
- 第九章 不育症 / 461





第一节 夫妇(母儿)之间所致不育症 / 462

一、病因 / 462

二、检查与诊断 / 462

三、治疗 / 462

第二节 孕妇致不育症 / 464

一、病因 / 464

二、检查与诊断 / 464

三、治疗 / 466

第三节 胎儿所致不育症 / 467

一、病因 / 467

二、检查与诊断 / 468

三、治疗 / 468

参考文献 / 469

第一章 概 论

西药治疗不孕症后容易产生双胞胎或多胎妊娠,中药治疗不孕症通过大量病例观察对后代没有不良影响。

生殖系统病变引起不孕症的治疗原则主要有心理治疗、手术治疗、药物治疗和物理治疗 4 种。

1. 心理疗法 结婚前后应做好性知识教育,使之有和谐的性生活,了解和掌握预测排卵的方法,端正生育目的,树立乐观的生育观及战胜疾病的信心,并积极配合治疗。

2. 药物治疗 一般可分为以下几种:

(1)抗菌消炎。主要用于生殖器官特异性和非特异性炎症,根据不同致病菌和不同的发病部位,采用不同的药物和剂型、剂量,积极彻底治疗。

(2)激素调节。适用于子宫发育欠佳,不利于胚胎着床,或黄体功能不全及卵泡发育障碍。常用的有雌激素、孕激素、促性腺激素、促黄体生成激素释放激素、促卵泡激素等。

(3)雄激素拮抗治疗。适用于子宫内膜异位症等,可用达那唑、内美通等甾酮类衍生物对抗治疗。

(4)甲状腺激素或肾上腺皮质激素。用于甲状腺功能改变及肾上腺皮质功能减退等。

(5)维生素及微量元素类。适用于全身慢性消耗性疾病及维生素缺乏者,常用的有维生素 E、维生素 A、维生素 C 及微量元素锌等。

(6)中医药治疗。

3. 物理疗法 可采用多种方法,如理疗、针灸、坐浴、按摩、养身功等方法。

4. 手术治疗 对先天性生殖器官发育畸形者,应立足于做矫形手术,使之恢复或部分恢复性功能及生育能力。对子宫肌瘤、子宫内膜异位症、多囊卵巢综合征、输卵管不通等应采用非手术治疗,效果不佳者,可手术治疗。



第一节 西医药治疗

一、内分泌治疗

女性生殖功能直接受内分泌系统控制。下丘脑-垂体-卵巢轴内分泌平衡失调时,最突出的表现为卵巢功能异常、排卵障碍(如卵巢功能不全、黄体功能不全、卵巢破坏、多囊卵巢)。肾上腺皮质功能障碍、甲状腺功能失调(亢进或低下)等,均可影响卵巢功能,出现月经不调(如闭经、月经稀发等)而造成不孕。因内分泌失调引起的不孕症,占有相当大的比例,故内分泌治疗在不孕症治疗过程中,也占有相当重要的地位。

(一) 排卵障碍的治疗

妇女在青春期与围绝经期,常有生理性的无排卵周期,成年妇女也有不排卵周期,此症加重时可发展到继发性闭经,说明卵巢-垂体功能失调。大多数闭经是排卵障碍的一种比较严重的表现形式。无排卵性周期在成熟妇女中约占 3.2%,而在不孕症病人中,排卵障碍的发生率为 7.3%~15%。

1. 药物促排卵 促排卵治疗只应用于女方排卵障碍所致不孕症或用于正常排卵妇女在进行助孕技术超排卵刺激周期。在应用促排卵治疗前必须明确输卵管状况并除外男方因素。促排卵药物有多种,作用在下丘脑-垂体-卵巢轴的不同水平,并通过不同机制产生效应。有的药品价格昂贵,用药方法较复杂,必须严密观察患者的反应以调整剂量或改变方案。如应用不当不但效果不好,有时还会产生副作用,如严重的卵巢过度刺激综合征。另外,如一次排卵很多而受孕致高序多胎,导致流产、早产、孕产期并发症,对母婴都不利。应用促排卵药必须有明确的适应证,首先要明确不排卵的原因,并进行必要的检查。

对先天性无卵巢,绝经后或卵巢功能过早衰竭的妇女,促排卵药物无效,只能应用雌激素及孕激素人工周期治疗,或雌、孕激素替代疗法以解决围绝经期综合征,并预防骨质疏松症及心血管疾患,只能采取赠卵体外受精、胚胎移植。促排卵前应了解男性的情况及输卵管是否通畅,促排卵药物一般用于下丘脑-垂体功能低下或不协调的情况下。药物选择从简单到复杂。

(1) 卵泡刺激素 (follicle stimulating hormone, FSH): 促排卵可用 FSH、HMG/HCG[绒毛促性腺激素 (human chorionic gonadotropin)] 或单纯用 FSH

方法。FSH 在卵泡期促进多个卵泡的生长,在排卵前只需要少量的 LH[促黄体(生成)激素(leuteinizing hormone)],特别在 PCOS 的促排卵中。近年来用药的趋势是多用 FSH,在后几天根据情况加用 HMG[人绝经后促性腺激素(human menopausal gonadotropin)]。少用 HMG,基于体内可以产生足够的 LH。偶见的情况下所用的 HMG 中含 HCG(即来源绝经期妇女尿外还有孕妇尿),HCG 的半衰期比 LH 长,使发育中的卵泡过早黄素化,因此在不同阶段中采用某一批产品时,会出现卵泡小而 LH 已升高,从而影响了卵子的质量。HMG 和 metrodin(serono,FSH)都是从尿中提取而来,含 95%尿中的蛋白杂质,有时还会致局部反应。为了进一步纯化 FSH,用 FSH 单克隆抗体结合,滞留在柱中,而使其他蛋白质及 LH 排出,最后解开 FSH 抗原和抗体的结合,放出高纯化的 FSH(Metrodin HP)。Metrodin HP 可做皮下注射而无变态反应。重组 FSH 已制作成功,并应用于临床。

(2) 枸橼酸氯米芬(舒经芬,clomiphene citrate,CC):CC 为口服药,用法较简单,价格也便宜,CC 具类雌激素结构,作用于下丘脑-垂体水平,和雌激素竞争结合受体,阻断内生雌激素的负反馈作用,使 FSH,LH 水平上升,刺激多个卵泡发育。它同时也有抗雌激素作用,影响宫颈黏液的清亮度,使之变为黏稠,精子不易穿入;也会降低子宫内腺甾体激素受体,影响子宫内膜发育不利胚胎的着床,用后排卵率为 76%,妊娠率 38%,和自然周期比较,LUFS 发生率从 10%上升到 31%。用法:于月经周期第 5~9 日或第 3~7 日给 CC,每日 50~150mg(每片含 50mg),共 5d,可连用 6 个月看有无排卵或妊娠。用 CC 后观察如优势卵泡增大到 18mm 直径时加用绒毛促性腺激素(HCG)5 000U 诱发排卵。于 HCG 注射后 34~36h 性交,隔日 1 次;或采用其他较简单的助孕技术。在有卵巢囊肿、肝脏疾病时忌用,妊娠时也忌用,否则有导致婴儿出生缺陷的可能。在 2%的用药患者中引起视力障碍,如视物模糊等。

(3) 促性腺激素释放激素(gonadotrophic hormone releasing hormone,GnRH)或促黄体生成激素释放激素(luteinizing hormone releasing hormone,LHRH),两种命名通用。1971 年 Schally 和 Guillemin 从羊和猪的下丘脑中分离出 GnRH,并定出其结构为 10 肽,其生物活性只持续 10min。10 肽其氨基酸顺序为:谷氨酸(Glu),组氨酸(His),色氨酸(Trp),丝氨酸(Ser),酪氨酸(Tyr),甘氨酸(Gly),亮氨酸(Leu),精氨酸(Arg),脯氨酸(Pro),甘氨酸(GlyNH)。

模仿自然排卵周期的 GnRH 脉冲式释放,10 肽小剂量脉冲式静脉注射,应





用水泵式自动注射器,每 90min 注射 1 次,可应用于下丘脑-垂体功能低落不排卵患者,可以避免多卵泡的发生,但长期携带注射器也造成一定的不方便。目前皮下脉冲式注射也在实验阶段。注射期间要监测卵泡的发育,指导患者性生活时间。

(4)人绝经后促性腺激素(human menopausal gonadotropin, HMG):每支 HMG 含 75U FSH 和 75U LH(pergonal serono 产品,或国产 HMG 上海产品),是从绝经后妇女尿中提取的,含尿其他杂质,肌内注射有时引起局部刺激现象。有批间差异,如混有妊娠期尿中的 HCG,可严重影响药物的质量。可单独应用或和 CC 同用。在促进自然性交怀孕或在简单的助孕技术时多个卵泡发育致多胎的可能性很大,只能用少量的 HMG。如在月经周期的第 3~7 日每日给 CC100mg,在第 7 日及第 9 日给 HMG 2 支,或是从月经周期第 3 日,每日给予 2 支 HMG。当卵泡直径达 18mm 及子宫内膜厚度达到或超过 0.8cm 时,肌内注射 HCG 5 000U,36~38h 后行较简单的助孕技术。如果此周期有 6 个卵泡直径超过 18mm,应当采取 IVF-ET 以免发生多胎,或放弃此周期。

(5)溴隐亭(broccryptine):是麦角生物碱衍生物,可直接抑制催乳激素(prolactin, PRL)分泌与合成,与多巴胺受体亲和力强,使血清 PRL 下降明显,开始用量为 1.25mg/d,于用餐中间吞服,副作用为恶心、呕吐、头痛、眩晕等。服用 2 周后可逐渐增加到每日 7.5mg。一般于 6~9 周后可出现排卵或妊娠。对垂体催乳素瘤治疗有效,不仅可降低血内 PRL 水平,还可使肿瘤缩小。垂体微腺瘤患者在妊娠停用溴隐亭后,妊娠期间 E_2 水平升高,肿瘤可再增大,应可继续使用,目前尚无报道说明胎儿在子宫内暴露于溴隐亭环境内对其智力及体格有不利影响。大催乳素瘤可以压迫视神经交叉,应采取手术治疗。

(6)其他:促性腺激素释放激素增效剂(gonadotrophin releasing hormone agonist, GnRH-a)为 GnRH 9 肽,生长激素(growth hormone, GH)大都应用于体外受精,胚胎移植(in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET)或配子输卵管内移植(gamete intra fallopion transfer, GIFT)等较复杂的助孕技术。

2. 性激素疗法

(1)雌激素疗法:小剂量雌激素有兴奋下丘脑-垂体的作用,常用法为己烯雌酚(乙蔗酚)每日 0.5mg,连用 21d,或炔雌醇(乙炔雌二醇)每日 1.25 μ g,连用 21d。也可用雌激素和孕激素续贯疗法,一般连续使用 3 个周期。有人报道,于月经第 5 日开始,每日口服雌三醇 0.5~1mg,连服 10d,可促进排卵。

(2)孕激素疗法:利用孕激素有促进促黄体生成素释放激素(LHRH)分泌的作用,于月经第24~25日,一次注射黄体酮10~50mg。停药后有撤退性阴道出血,可能在下次月经周期内有诱发排卵的作用。

3. 促性腺激素疗法

(1)氯米芬(克罗米芬)疗法:氯米芬治疗效应的差异很大,一般初次应用自月经第5日起,每日口服50mg,连服5d为一疗程,可使用2~3个疗程。若无效,可再增加至每日100mg,连用5d。若使用2个疗程仍无效,可再增加至每日150mg,连用5d,直至最大剂量每日200mg,连用5d。原则上每月总剂量 $<1g$ 为止。也有人推荐最大剂量为每日250mg,5d为一疗程。偶而有对小剂量无效后改用大剂量而怀孕。在治疗过程中,一旦发现排卵,即应维持此剂量治疗,直到妊娠或放弃治疗为止。对于闭经病人,可先用孕激素使其引起撤退性出血后,第5日开始服用氯米芬,若有效往往在停药后8~12d排卵。因此应嘱咐病人在停药后5~15d期间隔日同房1次。如有条件,最好在应用氯米芬治疗期间测定基础体温(basal body temperature, BBT),定期做子宫内检或测定尿孕二醇、血浆孕酮等,以观察其疗效。有的学者认为,孕激素“撤药性”出血试验阳性者,氯米芬的疗效往往较好。需要指出的是,每次治疗前应做妇科检查,如发现卵巢增大应暂停治疗,直到卵巢恢复正常大小为止(一般需要1个月左右的时间)。

当氯米芬剂量增加到每日200mg后仍无效,或者治疗后黄体期过短(基础体温升高期仅5~6d,或基础体温升高后6~9d即来月经者),可考虑在停药后7~10d期间每日肌内注射HCG 5 000U,2次,或每日HCG 10 000U,1次,以促使排卵。肌内注射HCG的时间,也可根据宫颈黏液性状估计内源性雌激素水平来决定。由于氯米芬有减少宫颈黏液量的作用,所以应以宫颈黏液结晶试验作为主要指标。

应用氯米芬后基础体温出现双相但仍无妊娠者,对于那些用药后宫颈黏液性状不良的妇女,可酌情加用小剂量雌激素治疗,以提高受孕率。①自月经周期第5~6日开始口服氯米芬每日100mg,共5d,停药即开始每日口服炔雌醇5~12.5 μg ,共7~10d。用药期间测基础体温,必要时检查宫颈黏液性状、性交后试验和测定尿孕二醇值,以观察疗效。②也有人主张在氯米芬治疗后欲注射HCG前1天肌内注射苯甲酸雌二醇4~10mg,以提高其排卵率。也有的学者主张在停药后7d左右或根据宫颈黏液试验给予估计,然后肌内注射或静滴促性腺激素释放激素200~500 μg ,2/d,连续1~2d,可以提高排卵率。也有人报道,同服维

