

# 不孕不育疑难病医案录

沈观印 主编

杨希忠 主审

上海科学技术文献出版社

# 《不孕不育疑难病医案录》编委会

主 编 沈观印

副主编 王维滨 李增德

编 者 (按姓氏笔画为序)

王维滨 王晓云 刘 珊

李增德 沈 燕 沈观印

张燕萍 郑伟虹 施 琪

徐红枫 韩应林 戴海燕

主 审 杨希忠

# 序

生儿育女,繁衍后代不仅是人类生命的延续,也是实现人类自身发展的客观需要。随着社会竞争力的不断加剧、自然环境的日益恶化,不孕不育病人有增多趋势。据有关统计显示,大约有8%的夫妇在其生育期会患某种不孕不育症,如果用全球人口来推算,相当于6 000万~8 000万对夫妇不能拥有爱的结晶。不孕不育症不仅给广大病人带来了极大的精神负担,也使众多家庭蒙上了一层暗淡的阴影。

武警上海总队医院不孕不育症专科沈观印主任医师临床工作近40年,自觉运用中西医结合,心理疗法等实用技术,刻苦钻研不孕不育症的治疗方法,积累了丰富的临床经验,取得了令人满意的治疗效果,使1 428对夫妇喜获麟儿,成就了他们祈盼已久的心愿。正如病人送他的一面锦旗所写《送子观印》。

《不孕不育疑难病医案录》是沈观印主任医师的第三部专著,也是他所做的一件有意义的工作。我以欣喜之情通览了全书,深感该书结构严谨,内容精当,医理深厚,科学实用,不仅为不孕不育症病人提供了大量的医学知识,也普及了优生优育科学知识。因此,欣然作序。

2002年10月25日

## 目 录

序 .....	杨希忠
第一章 子宫畸形 .....	1
第二章 子宫肌瘤 .....	14
第三章 子宫发育不良 .....	22
第四章 子宫内膜异位症 .....	25
第五章 输卵管阻塞 .....	38
第六章 因疾病一侧输卵管摘除 .....	74
第七章 卵巢囊肿 .....	79
第八章 多囊卵巢综合征 .....	85
第九章 排卵期出血 .....	91
第十章 无排卵性月经 .....	93
第十一章 闭经 .....	100
第十二章 高泌乳素血症 .....	104
第十三章 性传播疾病引起的不孕 .....	118
第十四章 免疫性不孕 .....	121
第十五章 结核性盆腔炎 .....	127
第十六章 精神心理性不孕 .....	130
第十七章 少精子症 .....	135
第十八章 弱精子症 .....	152
第十九章 精液不液化 .....	157
第二十章 畸形精子症 .....	159
第二十一章 死精子症 .....	163

第二十二章	无精子症·····	167
第二十三章	性功能障碍·····	170
第二十四章	人工授精失败·····	174
第二十五章	试管婴儿失败·····	178
第二十六章	习惯性流产·····	184
附录:		
一、男女不孕不育、性功能障碍病人须知	·····	189
二、不孕不育症特色诊疗	·····	190
(一) 特色诊断	·····	190
1. 病史细全	·····	190
2. 检测择要	·····	190
(二) 一般治疗	·····	198
1. 心理疏导	·····	198
2. 饮食疗法	·····	200
3. 按时性交	·····	204
4. 夫妻同治	·····	205
(三) 特色治疗	·····	205
1. 艾条穴位烘烤	·····	206
2. 桃红四物汤加味煎剂	·····	208
3. 开元冲剂	·····	209
4. HCZ 恒频磁共振治疗机	·····	213
5. 杞菊地黄胶囊合左归丸治疗男性不育症	·····	215
6. 益欣康泰胶囊治疗性功能障碍不育症	·····	216
三、受孕妇女须知	·····	216
后记	·····	218

## 第一章 子宫畸形

子宫畸形分为宫颈闭锁、双子宫、双角双颈子宫、双角单颈子宫、单角单颈子宫、纵膈子宫等 15 类。临床上病人大多无明显自觉症状,但由于子宫形态和容积异常、子宫内膜发育不良或子宫肌层发育不良等影响正常受精和孕卵着床而引起不孕。据统计子宫畸形自然妊娠率明显低于子宫发育正常者,即使妊娠其自然流产率、早产率、异常胎位、胎盘位置异常率、围产儿死亡率明显增加。中医认为子宫畸形多数肾虚,治疗以调补肾阴肾阳为主。经我专科治愈的几十例子宫畸形病人中包括双子宫双阴道、纵膈子宫、单角子宫、双角单颈子宫等,治疗后绝大部分能正常分娩,仅几例发生流产或早产。

例一 女性,40岁,工人。初诊(2000年8月3日):病人再婚5年,1986年2月曾生育一女,再婚后1998年2月因宫外孕行保守治疗一月余,后未再孕。2000年初行人工授精2次,均失败。月经史 $15\frac{5}{28}$ ,末次月经2000年7月12日,月经量中等,经血色鲜红,痛经(-),血块(-),白带少,色白。体格检查:双乳房发育正常,左乳房有泌乳,色清,量少。体毛分布正常。妇科检查子宫右侧突出。2000年6月21日外院宫腔镜检查:右侧输卵管通而欠畅,左侧输卵管通畅,并诊断为单角子宫,右侧输卵管通而欠畅。先后输卵管通液10次。舌质淡红,舌苔薄白,脉细。查垂体泌乳素 $25.1\text{ng/ml}$ ,高于正常值,提示高泌乳血症。配偶精液常规示:精子活动力较差。诊断:①继发性不

孕。②单角子宫畸形。③高泌乳血症。④右侧输卵管通而欠畅。病人月经量中等,经血色鲜红,痛经(一),血块(一),白带少,色白。舌质淡红,舌苔薄白,脉细,曾因宫外孕行保守治疗1月余,且有泌乳,血中垂体泌乳素偏高,证属冲任失调,宫寒不孕。治宜暖宫散寒,调理冲任,方选开元冲剂,3餐前15分钟,取2袋以100毫升开水冲服。溴隐亭,口服,每晚1次,每次2.5毫克。其爱人精子活动力差,诊断:弱精子症。方选左归丸、杞菊地黄胶囊补肾,提高精子活动力。

坚持服药两个疗程,病人夫妇均感性生活质量提高。女方月经量增多,白带增多。2000年10月16日来诊,末次月经2000年9月18日,基础体温处于 $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$ 的高温期,嘱其继续观察基础体温,并注意劳逸结合。11月1日病人月经仍未来潮,在外院查尿妊娠试验阳性。2000年12月19日来我院B超检查示:子宫增大,内可见胎体,双顶径24mm,脊柱排列规整,胎心搏动正常,羊水深31mm,胎盘位于后壁,厚20mm,提示宫内早孕,胎儿存活良好。

[按语] 病人因宫外孕保守治疗后继发不孕,且B超示单角子宫畸形,体格检查见左乳房有泌乳,血垂体泌乳素增高,右侧输卵管通而欠畅。其配偶精子活动力差。夫妻双方均有病。治疗上有一定难度,必须夫妻同治。认真分析病人情况,仔细体格检查,发现泌乳以及爱人精液问题,这都是外院未发现的问题,对症用药后很快奏效,可见临床诊疗务需细心。

例二 女,26岁,农民。初诊(1999年8月2日):结婚3年余,1996年7月怀孕40天,因急性阑尾炎而行人工流产,同年9月发现卵巢脓肿住院治疗近1月。月经史 $13\frac{6}{30}$ ,末次月经1999年7月19日,痛经(++) ,经期畏寒,经血量中等,血块

(十),经血色暗红,白带少,色淡黄,经前3~5天乳房胀痛。性生活少,3~4次/月,时间7~8分钟。体格检查:双乳房发育正常,无泌乳,体毛分布正常。妇科检查:外阴已婚式;阴道畅,分泌物量中,无异味;宫颈光;子宫前位,偏大,活动;双附件未见明显异常。1998年10月,本市某三级医院B超诊断为纵膈子宫。1999年4月29日复查B超示双侧多囊卵巢可能。1998年12月行输卵管碘油造影示:右侧输卵管积液,以炎症可能性大。诊断:①继发性不孕。②纵膈子宫。③右侧输卵管积液。④双侧多囊卵巢可能。病人经期畏寒,且痛经较剧,经血色暗红,有血块,经前乳房胀痛,舌质淡红,苔薄白,脉细弦。证属:气滞血瘀,胞宫寒冷。治宜暖宫散寒,活血化瘀。方选开元冲剂,60袋,每次2袋以100毫升开水冲服,于3餐前15分钟服用。配偶精液常规:精子计数(密度) $40 \times 10^9/L$ ,精子活动力尚好,精子活动率15%,诊断:弱精子症。方选知柏地黄丸及杞菊地黄胶囊合用治疗。

二诊(1999年8月26日):末次月经1999年8月22日诉服药后痛经较前明显好转,月经颜色转为鲜红,月经血块较多,经前乳房胀痛亦消失。继续原方案治疗,并嘱其增加性生活次数,以每周2次为宜。

三诊(1999年9月28日):末次月经1999年8月22日,基础体温 $\geq 36.8^\circ\text{C}$ 持续22天,胃脘不适,晨起欲吐,乳房胀大,尿妊娠试验阳性。诊断为早孕。诉近两日来阴道少量出血,深咖啡色,无腹痛。予绒促性素、黄体酮交替注射,同时口服维生素E保胎。保胎后阴道出血停止。1999年12月9日B超示:子宫 $75\text{cm} \times 67\text{cm} \times 47\text{cm}$ ,内部回声均匀,内膜线清晰,于子宫前方见胎儿,双顶径32mm,头臀径69mm,胎心搏动好,提示纵膈子宫内单胎存活。

[按语] 病人自 1997 年人工流产造成输卵管炎症后一直未孕,四处求医,曾于多家医院治疗,服用中西药无效,其间输卵管通液 10 次,给病人带来很多痛苦,花费了 3 万余元却未成功,纵膈子宫畸形又给病人很大压力,用病人的话讲已经“心灰意冷”,抱着最后一线希望而来。我们认真分析病人情况,免去一切不必要检查、帮助其树立信心、对症用药、夫妻同查同治,终获成功。

例三 女, 27 岁, 公司职员。初诊 (2000 年 8 月 12 日): 结婚 2 年余同居未孕, 性生活每周 3~4 次。月经史  $15 \frac{4\sim 6}{31}$ , 末次月经 2000 年 7 月 18 日, 经血量不多, 有少量血块, 经血色暗紫, 痛经 (一), 白带量少, 色白。体格检查: 双乳房发育正常, 无泌乳。体毛分布正常。妇科检查见双阴道口、双阴道均通畅; 双宫颈均光、圆; 触子宫偏大; 附件 (一)。B 超探查示: 子宫纵切时前位, 并见 2 个子宫前后排列, 前个子宫大小约  $47\text{cm} \times 35\text{cm} \times 28\text{mm}$ , 后个子宫大小约  $47\text{cm} \times 34\text{cm} \times 30\text{mm}$ , 横切时见子宫左右 2 个, 宫颈左右 2 个, 宫内回声均匀, 内膜线清晰, 厚约 8mm, 两侧卵巢正常。舌质红, 舌边有瘀斑, 舌苔少, 脉细。诊断: ①原发性不孕 ②双子宫、双阴道畸形。病人双子宫、双阴道, 为先天发育异常。其月经量少, 有血块, 经血色暗紫, 舌边有瘀斑, 证属血瘀阻络, 治宜活血化瘀。以口服开元冲剂活血化瘀, 调理冲任。

二诊 (2000 年 9 月 16 日): 末次月经 2000 年 8 月 16 日, 服药后自觉经量较前略有增加, 少量血块, 经血色鲜红, 继续服开元冲剂 1 疗程。

三诊 (2000 年 10 月 21 日): 末次月经 2000 年 10 月 17 日, 经血量增多, 行经天数增加, 5 天仍未净, 血块 (+), 经血色鲜

红,基础体温呈双相,36.8℃以上持续14天,体温下降行经,继续服用开元冲剂。

四诊(2000年12月2日):末次月经2000年10月17日,停经46天,阴道出血3天,色深,血量少,伴下腹部隐痛,基础体温 $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$ 持续26天,尿妊娠试验阳性。因病人双子宫、双阴道,情况特殊,故即予B超检查示:纵切时见2个前位子宫,大小分别为54mm×54mm×44mm,48mm×41mm×38mm,横切时呈蝴蝶状,于右侧子宫内见一大小25mm×28mm×12mm的孕囊回声。其内见一直径5mm的胚芽组织,原始胎心搏动不明显,左侧子宫内部回声均匀,内膜厚9mm,提示右侧子宫妊娠。嘱其卧床休息,并交替注射绒促性素、黄体酮以保胎。3天后阴道出血停止,继续注射绒促性素、黄体酮8天,停药观察。

五诊(2001年1月17日):B超复查右侧子宫内胎儿双顶径24mm,头臀径56mm,脊柱连续性好,胎心搏动正常,胎动活跃。提示右侧子宫内妊娠,单胎存活。

[按语] 本例病人结婚2年,经检查见生殖道发育异常,双子宫、双阴道畸形,导致不孕。古代医书上已对女性生理缺陷的“螺、纹、角、鼓、脉”的五种不宜,即“五不女”作了论述,认为这样的妇女不会怀孕。从现代医学角度上讲,“五不女”和生殖器官的发育异常以及染色体的异常等疾病有关,是影响受孕的原因之一。但根据畸形的情况不同,并非一定不能怀孕。本例病人经过对症治疗受孕成功。但由于生殖器发育畸形,此类病人受孕后容易流产,应严加注意,及时保胎,医患结合,于2001年7月20日分娩一男婴。

例四 女性,31岁,待业。初诊(2001年2月21日):结婚2年,婚前有同居史。1992年3月自然流产1次;1996年怀孕3月余用“天花粉引产术”;1999年行药物流产1次,后至今未孕。

性生活正常,每周 1 次。月经史 14  $\frac{3\sim 4}{32}$ ,末次月经 2001 年 2 月 12 日,经血量少,经血色暗红,血块(-),痛经(±),乳房胀痛(-)。体格检查:双乳房发育正常,无泌乳,体毛分布正常。妇科检查:外阴正常,可见两个阴道口,中间有隔,双阴道畅,分泌物量中,色淡,可见两个宫颈口,右侧偏小,宫体前位,略偏小,可触及两个宫体。B 超示:双子宫声像:右侧子宫上下径 42mm,前后径 30mm,子宫内膜厚 7mm;左侧子宫上下径 47mm,前后径 25mm,子宫内膜厚 9mm。子宫左右径明显增大约 54mm,右卵巢 20mm×15mm,左卵巢 21mm×17mm,内均可见卵泡小暗区。B 超诊断:双子宫声像,双卵巢正常。病人问是不是没救了,我们劝她:双子宫属子宫畸形,是先天性疾病,以前你不知道,所以多次受孕,反复流产、引产。像这种情况目前的治愈率虽很低,但你一定要对自己有信心,况且看上去没有别的问题,所以只要你配合治疗,试一试,也许会有奇迹出现。我们不仅要让你怀孕,而且要争取足月分娩。治疗方案选用开元冲剂,于月经第 3 天开始服用,每日测量基础体温,至 $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$ 时停药,因曾行人流术及引产术,盆腔内可能有炎症,故加服氟哌酸、阿莫西林以消炎。

二诊(2001 年 4 月 19 日):诉上次月经 3 月 17 日,末次月经 2001 年 4 月 17 日,经血量极少,经血色鲜红,血块(-),痛经(±),经前 1 周乳房胀痛(++)。基础体温表未带。治疗方案不变。

三诊(2001 年 6 月 18 日):末次月经 2001 年 4 月 17 日,因月经未按时来潮,病人于 2001 年 5 月 24 日至外院查尿妊娠试验阳性,今日复查仍为阳性,诊断早孕。预产期 2002 年 1 月 24 日,目前无恶心、呕吐、腹痛、阴道流血等情况,建议卧床休息。

四诊(2001年7月16日):妊娠 $13^{-1}$ 周,B超示:可见2个子宫,呈左右排列,互相连接(2个子宫体、2个宫颈),右侧子宫大小 $65\text{mm}\times 45\text{mm}\times 48\text{mm}$ (宫体部),内部未见异常,左侧子宫大小 $100\text{mm}\times 71\text{mm}\times 56\text{mm}$ ,内部可见一孕囊 $89\text{mm}\times 56\text{mm}\times 35\text{mm}$ ,孕囊内胎儿,头臀径(CRL)45mm,可见胎心搏动。现孕妇及胎儿一切正常,待产。

[按语] 阴道畸形致性交障碍致不孕。双宫颈双子宫畸形虽可妊娠但易致流产和早产。子宫畸形引起不孕的原因是:①子宫不能容受精液和精子,从而不能使精子获能和受孕。②子宫形态和容积异常,不利于孕卵着床、植入和胚胎发育。③子宫内膜发育不良或并存卵巢功能低下,不利于精子成活、受精,孕卵着床、植入和胚胎发育。④子宫肌层发育不良,不能容受孕卵和胚胎发育而致早期妊娠流产。⑤畸形子宫不利于胎盘附着和发育,而致胎盘位置异常、胎儿宫内发育迟缓或早产。以上各类情况可先行手术矫正后方可行不孕症治疗,但病人的心理压力会更大,本例病人婚前曾先后怀孕过3次,1次先兆流产,1次引产,1次药物流产,其中不仅有身体上的疾患,更重要的还是心理上的问题,其虽有子宫畸形但仍能受孕,受孕后如何保胎我们医务人员要给予必要的指导。我们首先给予心理疏导,让她从沉重的思想负担中解脱出来,正视疾病,从而配合治疗。

例五 女性,25岁,工人。初诊(2001年2月15日):结婚4年,1997年11月因“宫外孕”于外院行“全麻下腹腔镜左输卵管切开取胚胎术”;1999年4月怀孕2月余“难免流产+清宫术”。否认既往有结核病、肝炎及其他传染性疾病史。月经史 $15\frac{7}{45\sim 60}$ ,既往因月经周期无规则服用西药(安宫黄体酮、克罗米芬、绒促性素等),用药时月经周期规则,停药后又出

现延长。末次月经 2001 年 1 月 24 日,经血量中等,经血色鲜红,少量血块,痛经(一),乳房胀痛(一)。因性交困难、性交痛,每月性生活仅 1 次。体格检查:双乳房发育正常,无泌乳,体毛分布正常。妇科检查:外阴正常,阴道畅、分泌物量中、色淡、可见两个阴道、中间有纵膈,可见两个宫颈口、宫体前位、质中、无压痛,双侧附件均未触及明显异常。阴超示:子宫前位,大小  $44\text{mm} \times 48\text{mm} \times 29\text{mm}$ ,形态规则,边界清晰,内部回声均匀,宫内膜厚  $8\text{mm}$ ,横切时呈“八”字型,并可见双宫颈口。右侧卵巢  $34\text{mm} \times 26\text{mm} \times 24\text{mm}$ ,内可见一液性暗区,大小  $22\text{mm} \times 18\text{mm} \times 19\text{mm}$ ,左侧卵巢  $22\text{mm} \times 19\text{mm} \times 17\text{mm}$ ,回声均匀。超声诊断:①不完全纵膈子宫、双阴道。②右侧卵巢内囊性结构为功能性。输卵管碘油造影示(1998 年 7 月 10 日):阴道不全纵膈,全膈子宫,右侧输卵管通而欠畅,左侧输卵管阻塞。性激素测定(2000 年 7 月 3 日):各项指标均正常。望其舌质淡,苔薄白,脉细弱。诊断:继发不孕、阴道不全纵膈、全膈子宫、右侧输卵管通而欠畅、左侧输卵管阻塞、月经失调。证属冲任虚损。治宜温补冲任、解痉止痛。方选开元冲剂,于月经第 3 天开始服用,每日 3 次,每次 2 袋,并每日测量基础体温,至  $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$  时停药,因月经周期无规则,辅以妇科调经片。输卵管欠畅及阻塞,炎症所致,予加服氟哌酸、阿莫西林。丈夫查精液常规示:精液量 3 毫升、完全液化、精子计数  $56 \times 10^9/\text{L}$ 、a 级精子 64.12%、a 级+b 级精子 77.86%、活动率 83.97%、白细胞 0~1/HP、畸形率 8%。精子数量稍低(正常值  $60 \times 10^9/\text{L}$ )。选用杞菊地黄胶囊,每日 3 次,每次 6 粒,每日服用。嘱“按时同房”即每周三、六各同房 1 次;并告诫性生活时应放松,性交前做一些激发女性性兴奋的准备,以消除女方抵触情绪。

二诊(2001 年 3 月 13 日):双方来医院复诊,诉末次月经

2001年1月24日,停经48天,基础体温呈双相曲线,且 $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$ 持续24天,即行尿妊娠试验阳性,诊断:早孕。预产期2001年10月31日。给予孕期教育,因子宫畸形极易造成流产,故应谨慎行事,早孕期间最好能卧床休息,不做幅度较大的动作,衣着,尤其是裤装要宽松,穿平跟鞋。饮食上以清淡为主,但也要注意营养。病人已于2001年10月18日喜得贵子,重3450克。

[按语] 子宫畸形自然妊娠明显低于子宫发育正常者,即使妊娠其自然流产率、异常胎位、围产儿死亡率均明显增加,故畸形子宫妊娠为高危妊娠。对本例病人,我们首先促进其生殖器官发育,令其受孕,孕后又严格加强孕期保健,终成功生子。

例六 女性,22岁,服务员。初诊(2000年2月10日):结婚2年余同居未孕。否认以往有结核病、肝炎、盆腔炎、淋病及其他性传播性疾病史。否认药物过敏史。月经史 $16 \frac{4\sim 6}{28\sim 34}$ ,末次月经2000年2月2日,经血量中等,经血色淡红,血块少量,痛经(+),经前2天乳房胀痛(+),白带量多,色淡黄。性生活每周2次,正常。体格检查:双乳房发育正常,无小叶增生,无泌乳,体毛分布正常。妇科检查:外阴正常,阴道畅、分泌物量少、色淡、宫颈尚光、无举痛,宫体前位、常大、质中、活动、无压痛,双侧附件略有压痛。白带常规:白细胞 $5\sim 6$ 个/HP。B超示:①单角子宫。②卵巢未见异常。1999年5月曾于外院检测抗精子抗体(+),后即遵医嘱行避孕套避孕;同年6月又于另一医院行输卵管碘油造影示:单角子宫,左侧输卵管欠通畅。诊断:原发不孕、单角子宫、左输卵管欠畅、抗精子抗体阳性。治疗方案:对输卵管欠畅采用疏通、活血化瘀的方法,方选开元冲剂于今日开始服用,每日3次,每次2袋,每日测量基础体温,至 $\geq$

36.8℃时停药,因输卵管欠畅是由于炎症引起的,故于月经第3天加服氟哌酸,每日3次,每次0.2克,共服20粒,第6天加服阿莫西林,每日3次,每次0.5克,共服24粒。余药至下次月经来潮的第3天开始服用,方法同前。对抗精子抗体阳性建议恢复正常的性生活,即不用避孕套避孕,每周二、六各同房一次。丈夫于外院检查精液常规示:正常。

二诊(2000年3月12日):末次月经2000年3月9日,痛经(±),经血量中等,经血色鲜红,少量血块,经前2~3日乳房胀痛(+).基础体温呈双相,且 $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$ 持续12天。治疗方案不变。

三诊(2000年4月19日):诉末次月经2000年3月9日,月经已延期11日,自2000年4月15日始阴道有不规则极少量出血,咖啡色,4月16日有一小血块,色暗,后即净,今晨又有出血,量稍有增多,伴小腹隐痛。见基础体温呈双相,高温已持续18天,建议行尿妊娠试验,结果示阳性;B超示:宫内早孕。诊断:早孕、先兆流产。予保胎治疗:黄体酮20毫克/隔日肌内注射,绒促性素2000单位/隔日肌内注射,两药交替注射,共6天。口服维生素E,每日2次,每次100毫克,共服60粒。并建议其绝对卧床休息,不要干重活及幅度较大的动作,不食过冷的食物,早孕期间不要进补,尤其不能吃红枣、桂圆等热性的食品,少看电视,多听轻柔的音乐,3个月之内不要过性生活。如发现腹痛加剧、阴道流血、流液等情况及时至附近医院妇产科就诊。

四诊(2000年4月25日):病人诉针剂已打完,出血量渐减少,现已干净2天。请妇科会诊后,同意我科继续以原方治疗。给予黄体酮10mg $\times$ 10支、绒促性素2000单位 $\times$ 4支,按原方法注射。维生素E60粒,每日2次,每次100毫克。2000年5

月 8 日病人复诊时诉阴道出血已净 3 天,腹痛亦已消失,现无任何不良反应。复查尿妊娠试验阳性,嘱其回家卧床休息,严格按照我们的规定做。预产期为 2000 年 12 月 16 日。现病人已喜得一麟儿。

[按语] 单角子宫在现代不孕症治疗上属于比较困难的,开元冲剂不仅有活血化瘀、疏通输卵管的功效,亦有提高体内性激素水平的作用,可促使宫腔增大,达到让受精卵正常着床并生长的标准。抗精子抗体阳性,虽然通过避孕可达到降低抗体滴度的作用,但同时也影响夫妇正常的性生活,亦可阻碍受孕。

例七 女,29 岁。初诊(2000 年 9 月 29 日):结婚 4 年,同居不孕。月经史:13  $\frac{4\sim 5}{33\sim 90}$ ,末次月经:2000 年 9 月 20 日,经量中等,痛经(一)。体格检查:无溢乳。妇科检查:外阴已婚式,阴道畅,宫颈光,无压痛,双附件未及明显异常。阴超:子宫大小正常,内膜厚 6mm。右卵巢 27mm×21mm×19mm,左卵巢 27mm×22mm×23mm。2000 年 6 月 29 日在镇江市某医院做输卵管造影提示:鞍状子宫,盆腔炎、输卵管通畅。诊断:原发不孕,鞍状子宫。治疗方案:开元冲剂 60 袋,每日 3 次,每次 2 袋,于月经第 1 天开始服用,基础体温到 36.8℃ 停药。男方精液常规检查正常。

二诊(2000 年 10 月 30 日):末次月经:2000 年 9 月 20 日,基础体温单相,波动在 36.3℃ 左右,余无不适,继服原方。

三诊(2001 年 2 月 12 日):末次月经 2001 年 2 月 6 日,经血量中等,血块少,痛经(一),基础体温双相,且  $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$  12 天后行经。继服原方。

四诊(2001 年 3 月 5 日):药已服完,基础体温仍单相,继服原方。

五诊(2001年4月19日):月经仍未来潮,基础体温单相,继服原方。

六诊(2001年6月28日):末次月经2001年6月10日,经血量多,血块少,痛经(++),经血色鲜红,经前4~5天乳房胀痛(+),基础体温双相,基础体温 $36.8^{\circ}\text{C}$ ,出血。继续按原方治疗,并嘱在高温后期注意劳逸结合。

七诊(2001年8月16日):末次月经2001年6月10日,5天干净。目前基础体温 $\geq 36.8^{\circ}\text{C}$ 持续27天,尿妊娠试验阳性,提示早孕。推算受孕日期为2001年7月5日。预产日期2002年4月12日。

[按语] 鞍状子宫系两侧副中肾管在子宫底部融合不全所致,属先天畸形。视轻重不同结果也不同。本例病人月经周期长,基础体温单相,提示无排卵。开元冲剂有活血化瘀,推动气血活动,有助于促发排卵的作用。本例病人不孕的原因主要以月经不调、无排卵为主,故服用开元冲剂有效。

例八 女性,30岁,工程师。初诊(2000年1月14日):结婚3年余,同居不孕。 $13 \frac{5}{26\sim 30}$ ,末次月经1999年12月30日,经血量多,经血色暗紫,血块多,痛经(-),小腹部不适,白带少,经前乳房胀痛半月余。体格检查:双乳房发育正常,无泌乳。妇科检查见阴毛分布正常,阴道畅,分泌物量中,色白,宫颈光滑,子宫后位,正常大小,双侧附件(-)。舌质红,舌苔薄黄,舌下青筋显露,脉弦细。白带常规见霉菌生长。B超检查见宫内底部前壁见一 $22\text{mm} \times 21\text{mm}$ 增强实质回声区,边界清晰。双卵巢未见异常。2000年1月4日外院输卵管造影示:子宫呈马鞍形,左侧输卵管未显示,右侧输卵管壶腹部堵塞。诊断:①子宫发育异常(马鞍状子宫)。②右侧输卵管阻塞。③子宫小肌