

生殖医学

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.001710

中医三联疗法联合腹腔镜手术治疗输卵管性不孕的临床观察

万 丹,夏 敏,王彩霞,陈 丽

(重庆市中医院妇科,重庆 400012)

【摘要】目的:观察中医三联疗法联合腹腔镜手术治疗输卵管性不孕的临床疗效。**方法:**将 159 例输卵管性不孕症患者随机分为对照组($n=79$)和观察组($n=80$)。对照组采用腹腔镜下盆腔粘连分离、输卵管疏通术;观察组在对照组的基础上,联合中医三联疗法(本科室协定方口服,中药保留灌肠,直流电药物离子导入)连续治疗 3 个月。随访 6 个月,记录 2 组患者术后中医证候积分、中医体征积分、输卵管通畅情况及术后妊娠情况,采用卡方检验评估其疗效差异。**结果:**观察组中医证候总有效率(97.50%)相比对照组(81.01%)有显著差异($P<0.05$);观察组中医体征总有效率(95.00%)相比对照组(78.50%)有显著差异($P<0.05$);观察组输卵管通畅率(83.75%)优于对照组(65.82%),2 组差异有统计学意义($P<0.05$);观察组宫内妊娠率(62.50%)明显高于对照组(41.77%),2 组差异有统计学意义($P<0.05$);观察组临床疗效总有效率(96.25%)优于对照组(83.54%),2 组有显著差异($P<0.05$)。**结论:**中医三联疗法联合腹腔镜手术治疗输卵管性不孕能改善中医证候、体征有效率,促进输卵管再通,提高宫内妊娠率,从而提高临床总有效率,具有重要的临床价值。

【关键词】中医三联疗法;输卵管性不孕;气滞血瘀兼郁热证;腹腔镜手术

【中图分类号】R271.14

【文献标志码】A

【收稿日期】2017-05-26

Tri-combination therapy of traditional Chinese medicine combined with laparoscopy in the treatment of tubal infertility

Wan Dan, Xia Min, Wang Caixia, Chen Li

(Department of Gynecology Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine)

【Abstract】Objective: To investigate the curative effect of tri-combination therapy of traditional Chinese medicine cooperated with laparoscopy on the treatment of tubal infertility. **Methods:** One hundred and fifty-nine patients who were diagnosed as tubal infertility in our hospital were randomly divided into control group($n=79$) and observation group($n=80$). The patients in control group received pelvic adhesion separation and tubal dredge operation in the operative laparoscopy only, while patients in the observation group received this operation and after that, they were treated with tri-combination therapy of Chinese traditional medicine (oral medicine, enema, direct current (dc) drug iontophoresis) for 3 months continuously. After following-up for 6 months, the traditional Chinese medicine symptom score, the traditional Chinese medicine syndrome score, the degree of fallopian tube patency, and the rate of pregnancy after treatment were all recorded. The Chi-Square test was used to evaluate the difference of curative effect between this two group. **Results:** With a significant difference ($P<0.05$), traditional Chinese medicine symptom efficacy of observation group (97.50%) was superior to that of control group (81.01%), traditional Chinese medicine syndrome efficacy of observation group (95.00%) was superior to that of control group (78.50%), as well as the degree of fallopian tube patency between observation group (83.75%) and control group (65.82%). Besides, there was also a significant difference ($P<0.05$) between observation group (62.50%) and control group (41.77%) in the rate of pregnancy. Clinical efficacy rate of observation group (96.25%) was higher than that of control group (83.54%) ($P<0.05$). **Conclusion:** Tri-combination therapy of Chinese traditional medicine cooperated with laparoscopy have a good clinical curative effect on the treatment of tubal infertility through improving the traditional Chinese medicine symptom score, the tra-

作者简介: 万 丹, Email: wandang2017@126.com,

研究方向: 女性不孕症、盆腔炎症性疾病、月经病研究及治疗。

通信作者: 陈 丽, Email: 287624510@qq.com。

基金项目: 重庆市科学技术委员会资助项目 (编号: cstc2015jbyk3300 25001)。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20180607.0943.014.html>
(2018-06-07)

ditional Chinese medicine syndrome score, the degree of fallopian tube patency, and the rate of pregnancy. It is worthy to be applied widely.

【Key words】 tri-combination therapy of Chinese traditional medicine; tubal infertility; blood stasis and heat syndrome; laparoscopy

女性不孕症是育龄期妇女常见的疾病之一,近年来其发病率逐年上升,严重危害广大女性的身心健康。据统计,输卵管性不孕占女性不孕症的 30%~40%^[1]。研究表明,盆腔炎、腹膜炎、输卵管炎等感染性疾病均可导致输卵管阻塞性疾病^[2]。近年来,随着微创技术和内镜技术的迅猛发展,腹腔镜逐渐成为诊疗输卵管性不孕症的新途径,具有创伤小、恢复快、治疗效果确切等优点。但研究表明,腹腔镜粘连松解术后,大部分患者会再次形成粘连^[3]。有学者提出,腹腔镜手术并未解决引起输卵管阻塞的根本原因,且难以维持其持续通畅,故而普遍存在妊娠率较低的问题^[4]。

我国传统医学认为本病乃瘀血阻滞,胞脉不通所致,故将其归为“癥瘕”“无子”“断续”“绝嗣”等范畴。研究发现,中医药可明显改善输卵管内微环境,恢复输卵管的功能,同时也可促进慢性盆腔炎的恢复^[5]。但单纯的中药治疗盲目性大,治疗周期长,且很难取得满意的疗效。目前,中西医结合治疗本病备受关注,具有较好的前景,但现有研究大多治疗方式单一,且无严谨的随机对照研究。因此,我科采用中医三联疗法联合腹腔镜手术治疗输卵管性不孕症,取得明显疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 6 月至 2016 年 6 月在本院就诊的属气滞血瘀兼郁热证性输卵管性不孕患者 159 例,随机分为观察组($n=80$)和对照组($n=79$)。观察组 80 例,年龄(31.0 ± 5.8)岁,病程(2.5 ± 0.8)年,通而不畅 20 例,单侧阻塞 41 例,双侧阻塞 19 例,其中 1 名患者因输卵管妊娠切除一侧输卵管;对照组 79 例,年龄(30.5 ± 5.5)岁,病程(2.4 ± 0.9)年,通而不畅 19 例,单侧阻塞 39 例,双侧阻塞 21 例,其中 2 名患者因输卵管妊娠分别切除一侧输卵管。2 组患者在年龄、病程方面

比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[6] ①性生活正常,未经避孕 1 年未妊娠;②系统检查排除因子宫因素、排卵障碍、阴道炎症、男方不孕等导致的不孕;③子宫输卵管碘油造影诊断为输卵管性不孕症^[7]。

1.2.2 中医诊断标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[8],气滞血瘀兼郁热证由主症和次症共同诊断。主症:①腰骶胀痛;②下腹胀痛;③舌质暗红,苔黄腻,脉弦数或滑数;④带下量多,色黄味臭。次症:①低热起伏,神疲乏力;②小便黄,大便干燥或溏而不爽;③经期腹痛加重;④月经量多或经期延长或见阴道不规则出血。以上主症必备,次症具备 2 项或 2 项以上,即可诊断为气滞血瘀兼郁热型输卵管性不孕。

1.3 纳入标准

符合诊断标准,患者知情同意者。

1.4 排除标准

①不符合病例选择标准的患者;②合并严重原发性疾病及精神病患者;③过敏体质或对多种药物过敏者;④近期接受过相关药物治疗,影响结果判断者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 术前常规妇检,于月经干净后 3~7 d 进行手术。术中首先按腹腔镜常规操作建立气腹和手术操作通道,探查盆腔,酌情行盆腔粘连松解术、腹腔镜下输卵管伞端造口术及成形术,并在术中自宫腔推美蓝液评估输卵管通畅情况。术后常规预防感染治疗 3 d,工具避孕 1 个月,随访 6 个月。

1.5.2 观察组 在腹腔镜下行输卵管疏通术后,予以中医三联疗法治疗。①本科室协定方口服:中药组方:柴胡 12 g,枳壳 12 g,赤芍 15 g,甘草 6g,丹皮 10 g,银花藤 30 g,蒲公英 30 g,桃仁 10 g,三七 9 g,延胡索 10g,在阴道出血干净后煎水服用。1 天 1 剂,分 3 次服用,经期停药。②中药保留灌肠方:红藤 30 g,败酱草 30 g,蚤休 30 g,赤芍 30 g,丹参 30 g,荔枝核 30 g,煎成 100 mL 浓药。温度适宜人体体温,用导尿管(中号)入肛门 14~16 cm 行灌注,在肠道内保留 30 min 以上,1 次/d,连用 10 d 为 1 个疗程,下次月经干净后继续第 2 个疗程。③直流电药物离子导入:于八髎穴、归来穴行离子导

表 1 2 组患者年龄分布、病程时间及输卵管通畅性比较

分组	年龄(岁)	病程(年)	输卵管通畅性		
			通而不畅	单侧阻塞	双侧阻塞
观察组($n=80$)	31.0 ± 5.8	2.5 ± 0.8	20	41	19
对照组($n=79$)	30.5 ± 5.5	2.4 ± 0.9	19	39	21
χ^2 值	0.558	0.741		0.169 ^a	
P 值	0.134	0.247		0.365	

注:a, χ^2 值;其中观察组 1 名患者因输卵管妊娠切除一侧输卵管;对照组 2 名患者因输卵管妊娠分别切除一侧输卵管

入,经期停药。1 个月经周期为 1 个疗程,连续治疗 3 个月经周期,治疗期间工具避孕。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分及疗效评定 中医证候积分评定标准^[9]:观察治疗前后症状,主要是气滞血瘀的症状:月经紊乱、白带增多、腰腹疼痛、盆腔包块等。根据其轻重程度评定积分,共 36 分。中医证候疗效评定标准:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。①痊愈:治疗后各症状消失,疗效指数 $\geq 95\%$ 。②显效:治疗后各症状明显减轻,75% $\leq$ 疗效指数 $<95\%$ 。③有效:治疗后各症状有所减轻,30% $\leq$ 疗效指数 $<75\%$ 。④无效:治疗后各症状无减轻或反而加重,疗效指数 $<30\%$ 。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.6.2 中医体征积分及疗效评定 中医体征积分评定标准^[9]:观察治疗前后体征:子宫活动或压痛与否、一侧或双侧附件增厚或压痛与否、一侧或双侧附件区包块触痛或压痛与否、骶韧带增厚或压痛与否。根据其轻重程度评定积分,共 30 分。中医体征疗效评定标准:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。①治疗后体征消失,积分值减少 $\geq 95\%$ 。②显效:治疗后体征明显减轻,积分值减少 $\geq 75\%$ 且 $<95\%$ 。③有效:治疗后体征有所减轻,积分值减少 $\geq 30\%$ 且 $<75\%$ 。④治疗后体征无改善或有加重,证候积分值减少 $<30\%$ 。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.6.3 输卵管通畅度 ①腹腔镜下输卵管通液术^[9]:术中腹腔镜直视下,经宫腔插管行美蓝染液通液术,观察双侧输卵管各段充盈情况、伞部是否有美蓝染液流出及加压后改变情况,诊断结果分为:通畅,通而不畅,单侧阻塞及双侧阻塞。②子宫输卵管碘油造影^[10]:采用 40%碘化油双腔气囊造影管,按《妇产科手术学》常规操作,于 X 线透视下观察碘化油流经宫腔及输卵管情况。24 h 后再摄盆腔平片,以观察盆腔粘连情况。输卵管的通畅情况由 2 位放射科医师共同评价,诊断结果分为通畅、通而不畅、单侧阻塞及双侧阻塞。

1.6.4 妊娠情况 随访半年,以尿 HCG(+)及超声检测妊娠情况。

1.7 临床疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 年版)拟定:

①痊愈:治疗后受孕者或虽未受孕但子宫输卵管造影显示双侧输卵管通畅者。②有效:治疗后虽未受孕,但临床症状、体征有明显改善且子宫输卵管造影显示双侧输卵管部分通畅者。③无效:治疗后未受孕,且临床症状、体征输卵管阻塞症状均无改善甚至加重者。总有效率=痊愈率+有效率。

1.8 统计学方法

采用 SPSS 22.0 进行数据处理,计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用卡方检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后中医证候积分比较

t 检验显示,2 组患者治疗前中医证候积分比较差异无统计学意义($t=-0.728, P=0.466$)。治疗后,2 组患者中医证候积分相比治疗前均明显降低,且观察组治疗后积分明显低于对照组($t=3.263, P=0.001$),见表 2。观察组治疗结束后中医证候疗效总有效率为 97.5%,明显高于对照组的 81.01%,差异有统计学意义($\chi^2=4.154, P=0.000$);若仅分总有效和无效,经卡方检验差异亦有统计学意义($\chi^2=9.655, P=0.002$),见表 3。

表 2 治疗前后 2 组患者中医证候积分比较

组别	时间	≤ 12 分 (例)	13~24 分(例)	25~36 分(例)	积分
对照组($n=79$)	治疗前	23	34	22	23.13 $\pm$ 7.85
	治疗后	52	19	8	11.58 $\pm$ 4.87
观察组($n=80$)	治疗前	28	32	20	22.51 $\pm$ 7.96
	治疗后	70	8	2	6.23 $\pm$ 3.56

表 3 2 组患者治疗后中医证候疗效比较

组别	例数	治愈	有效	显效	无效	总有效率 (%)
对照组($n=79$)	79	12	32	20	15	81.01
观察组($n=80$)	80	32	31	15	2	97.50 ^a
χ^2 值			4.154			9.655
P 值			0.000			0.002

注:a,与对照组比较, $P<0.05$

2.2 2 组患者治疗前后中医体征积分比较

t 检验显示,2 组患者治疗前中医体征积分比较差异无统计学意义($t=0.113, P=0.91$)。治疗后,2 组患者中医体征积分相比治疗前均明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组治疗后积分明显低于对照组($t=2.064, P=0.039$),见表 4。观察组治疗结束后中医证候疗效总有效率为 95%,明显高于对照组的 78.5%,差异有统计学意义($\chi^2=2.936, P=0.003$);若仅分总有效和无效,经卡方检验差异亦有统计学意义($\chi^2=8.076, P=0.004$),见表 5。

表 4 治疗前后 2 组患者中医体征积分比较

组别	时间	≤ 9 分	10~20 分	20~30 分
对照组($n=79$)	治疗前	19	41	19
	治疗后	32	33	14
观察组($n=80$)	治疗前	20	39	21
	治疗后	44	29	7

表 5 2 组患者治疗后中医体征疗效比较

组别	治愈	有效	显效	无效	总有效率 (%)
对照组 (n=79)	21	16	25	17	78.5
观察组 (n=80)	30	26	20	4	95.0 ^a
χ^2 值		2.936			8.076
P 值		0.003			0.004

注:a,与对照组比较, $P<0.05$

2.3 2 组患者治疗前后输卵管通畅性比较

2 组患者治疗前输卵管通畅性比较差异无统计学意义。治疗后对照组通畅 52 例,通畅率 65.82%,观察组通畅 67 例,通畅率 83.75%,两组采用卡方检验比较差异有统计学意义 ($\chi^2=5.866, P=0.015$),见表 6。

表 6 2 组患者治疗前后输卵管通畅度

组别	时间	通畅	通而不畅	单侧阻塞	双侧阻塞
对照组 (n=79)	治疗前	0	19	39	21
	治疗后	52	11	9	7
观察组 (n=80)	治疗前	0	20	41	19
	治疗后	67 ^a	7	4	2

注:a,与对照组治疗后比较, $P<0.05$

2.4 2 组患者半年内妊娠情况比较

卡方检验结果显示,对照组宫内妊娠率为 41.77%,观察组为 62.50%,两组比较差异有统计学意义 ($\chi^2=6.039, P=0.014$),见表 7。

表 7 2 组半年内妊娠情况比较

组别	宫内妊娠	异位妊娠	未孕	妊娠率 (%)
对照组 (n=79)	33	2	44	41.77
观察组 (n=80)	50	0	30	62.50 ^a

注:a,与对照组比较, $P<0.05$

2.5 患者临床疗效比较

卡方检验显示,观察组临床总有效率为 96.25%,明显高于对照组的 83.54%,差异有统计学意义 ($\chi^2=5.756, P=0.016$),见表 8。

表 8 2 组患者临床疗效比较

组别	治愈	有效	无效	总有效率 (%)
对照组 (n=79)	39	27	13	83.54
观察组 (n=80)	61	16	3	96.25 ^a

注:a,与对照组比较, $P<0.05$

3 讨 论

近年来,女性不孕症发病率呈上升趋势,尤以

输卵管性不孕最为常见。研究表明,盆腔炎、输卵管炎、腹膜炎等感染性因素为其主要致病因素^[2]。临床病理研究发现,在长期炎症刺激下,输卵管腔发生粘连、僵硬,极易受周围瘢痕组织的牵拉,发生扭曲而闭塞,从而无法输送精子、卵子造成精卵结合障碍,最终导致不孕^[11-12]。目前,腹腔镜为不孕症的诊疗打开了新的思路,手术创伤小,恢复快,治疗效果好,易为患者所接受^[13]。但其主要侧重于恢复输卵管的正常解剖结构,因而保持输卵管持续通畅,降低其再闭塞率并尽快恢复输卵管功能是日前提高疗效和妊娠率的难点及热点。

中医学认为本病是瘀血阻滞,胞脉不通,热邪气滞,痰湿寒湿,气肾两虚所致,故将本病归于“断绪”“无子”“带下”“癥瘕”等范畴^[14]。因此,“瘀阻不通”乃本病之关键^[15],故其基本大法为化瘀通络。随着中西医结合治疗备受关注,多数学者提出腹腔镜下解决盆腔粘连问题,恢复其正常解剖结构,术后配合中药治疗防止盆腔再粘连,维持输卵管的持续通畅,可大幅度提高妊娠率^[16-18]。目前,虽然临床上对本病研究较多,但治疗方法过于单一,而且缺乏严谨的随机对照研究。因此,本研究以中药口服、灌肠、直流电药物离子导入三联疗法联合腹腔镜手术与单纯腹腔镜手术治疗输卵管性不孕,观察其中医证候改善情况、输卵管通畅率及术后妊娠率,从而评价其临床疗效。

本研究采用本科室协定方口服,药物组成:柴胡 12 g,枳壳 12 g,赤芍 15 g,甘草 6g,丹皮 10 g,银花藤 30 g,蒲公英 30 g,桃仁 10 g,三七 9 g,延胡索 10g。其中柴胡、丹皮、延胡索散癖止痛、活血通经、疏肝理气,可促使输卵管蠕动和纤毛运动,也可维持输卵管畅通,枳壳、赤芍等调理肝经郁滞,促进排卵,三七粉活血化瘀。诸药合用,共奏活血化瘀、行气通络之功。同时,自制灌肠方:红藤 30 g、败酱草 30 g、蚤休 30 g、赤芍 30 g、丹参 30 g、荔枝核 30 g,通过直肠给药,免去消化道等诸多因素的影响,提高吸收率,使得通过盆腔静脉丛的药物浓度升高,均匀分布在盆腔以软化瘢痕缓解粘连,改善炎性纤维增生及盆腔血液循环^[19]。另外,于八髎穴、归来穴进行直流电药物离子导入,从皮肤渗透吸收、穴位功效及经络传导 3 个方面作用于病变组织,显著提高

疗效。

本研究结果显示,中药口服、灌肠、直流电药物离子导入三联疗法联合腹腔镜手术治疗输卵管性不孕可明显改善患者的中医症候,其有效率高达 97.50%,明显优于单纯腹腔镜手术者的 81.01%,还可明显改善患者的中医体征,其有效率高达 95.00%,明显优于单纯腹腔镜手术者的 78.50%,说明本研究采用的活血化瘀类和清热化湿类两类中药合用可较好地改善患者下腹疼痛、腰骶疼痛、带下量多、精神抑郁、身倦乏力、低热起伏等症状。其作用机制一方面为抗炎、杀菌及镇痛^[17];另一方面,药物可改善盆腔血液流变学和微循环^[18],改变患者的毛细血管通透性,从而改善血液粘滞状态,缓解盆腔粘连并促进输卵管黏膜的修复,达到疏通输卵管,促进精卵结合,进而提高妊娠率的目的。同样,本研究发现中医三联疗法联合腹腔镜手术治疗后输卵管通畅率为 83.75%,明显高于单纯腹腔镜手术者的 65.82%,妊娠率为 62.50%,也同样高于单纯腹腔镜手术者的 41.77%。

综上所述,采用中药口服、灌肠、药物离子导入三联疗法联合腹腔镜手术治疗输卵管性不孕可明显改善患者的中医证候疗效、提高输卵管通畅率及妊娠率。方法简单、经济廉便、创伤小、痛苦少、患者依从性好,故值得在临床上推广。

参 考 文 献

- [1] GodinJak Z, Idrizbegovic E. Should diagnostic hysteroscopy be a routine procedure during diagnostic laparoscopy in infertile women[J]. Bosn J Basic Med Sci, 2008, 8(1): 44-47.
- [2] 许 旭, 许良智. 不同部位输卵管不孕的临床循证治疗[J]. 华西医学, 2013, 28(6): 963-966.
- [3] YaronY, Diamond MP, Leach R. Lyayl oxidase transcript in peritoneal adhesions and incisional scars[J]. J Reprod Ided, 1999, 44(3): 253-256.
- [4] 朱 琰, 齐 聪. 输卵管阻塞性不孕中医药治疗现状[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(4): 104-105.
- [5] 鲁 琳, 许丽绵, 严 英, 等. 中医标本同治法治疗不同证型输卵管阻塞性不孕症的疗效分析[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(6): 1009-1013.
- [6] 乐 杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 351-352.
- [7] 石一复. 输卵管疾病[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 234-235.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [9] 王玉珍, 赵金花, 金 凤, 等. 宫、腹腔镜联合诊治输卵管性不孕 102 例分析[J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(10): 910-912.
- [10] Capobianco G, Crivelli P, Piredda N, et al. Hysterosalpingography in infertility investigation protocol: is it still useful[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2015, 42(4): 448-451.
- [11] 周紫琼, 曹立幸, 黄健玲. 输卵管阻塞性不孕中医药治疗研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(4): 101-104.
- [12] Shiadeh MN, Niyati M, Fallahi S, et al. Human parasitic protozoan infection to infertility: a systematic review[J]. Parasitol Res, 2016, 115(2): 469-477.
- [13] Kehila M, BenHmid R, BenKhedher S, et al. Concordance and contributions of hysterosalpingography and laparoscopy in exploration of pelvic and tubal infertility[J]. Pan Afr Med J, 2014, 17: 126.
- [14] 李晓平. 输卵管阻塞性不孕的辨证与辨病治疗探讨[J]. 陕西中医, 2006, 27(10): 1246-1249.
- [15] 辛茜庭, 王 清. 许润三辨证与辨病相结合治疗不孕症的经验[J]. 中华医学研究, 2001, 1(2): 173.
- [16] 陈冬琼, 李 钦. 宫-腹腔镜联合活血中药灌肠治疗输卵管性不孕及对 IL-6 作用的临床研究[J]. 陕西中医, 2015, 36 (11): 1494-1496.
- [17] 郭素珍, 陈秀廉, 栗双禹, 等. 宫腹腔镜联合手术后中药口服灌肠治疗输卵管阻塞性不孕的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35 (2): 221-222.
- [18] 常玉慧. 腹腔镜配合中药治疗输卵管阻塞性不孕症的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2013.

(责任编辑: 方 济)