

中医药治疗排卵障碍性不孕症临床研究进展述评

夏桂成 谈 勇*

(江苏省中医院夏桂成国医大师工作室, 江苏南京 210029)



夏桂成 (1931—), 男, 国医大师, 全国著名中医妇科学家, 教授, 主任中医师, 博士研究生导师, 江苏省中医药学会妇科专业委员会终身名誉主任委员, 享受国务院特殊津贴, 国家第二、三、四、六批师承工作指导老师。2005年获中华医学会颁发的“医师奖”, 2011年获江苏省科学技术进步一等奖, 2012年获全国“白求恩”奖章。从医60余年, 深研《周易》, 倡导“月经周期节律调节法”, 提出“经间期学说”及“心-肾-子宫轴”学说, 临证治疗不孕不育症及各种妇科疑难杂症具有独到之处。编著《中医临床妇科学》《夏桂成实用中医妇科学》《中医妇科理论与实践》《妇科方药临证心得十五讲》。

摘要 不孕症作为目前国际三大疾病之一, 备受医学界关注。中医药治疗不孕症具有悠久的历史, 方法众多, 延续至今, 主要包括: 脏腑辨证治疗, 即以补肾为主兼顾肝、脾、心诸脏的气血阴阳的辨证论治; 辨证结合辨病治疗; 调整月经周期节律法治疗; 针灸治疗以及中医妇科名家的特色治疗等。总结对排卵障碍性不孕的诸种论治, 同时结合多年来对这类疾病的诊疗经验, 不断提高认识, 在深层次特别是理论的继承和发扬方面, 寻求更加完善的医疗, 充分弘扬中医药国粹, 以治疗更多的不孕症患者, 造福于民。

关键词 排卵障碍性不孕症; 中医药疗法; 研究述评

中图分类号 R271.14 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2019)09-0001-07

不孕症在我国历来是个被人们所关注的问题, 随着国家二孩政策的开放, 更加受到重视。据WHO统计, 不孕夫妇占已婚夫妇的7%~15%, 其中排卵障碍是引发不孕症的重要原因之一, 占20%~40%^[1]。排卵障碍性不孕症(Ovulatory Disorder Infertility, ODI)是涉及多种原因的疑难病症。虽然我国人类辅助生殖技术已经历约30年的医疗过程, 已经与国

际接轨, 并且得以迅速地发展, 但是期待自然受孕的群体仍然占60%以上, 特别对于属于内分泌功能紊乱性的不孕患者, 求治于中医者众多, 有的即使是由于输卵管或者子宫问题, 也会要求先以中医药疗法试一试, 这就使传统的中医药在不孕症治疗方面有着发挥作用的契机, 也给予从事中医药工作的医师们重要的使命。秉承中医药治疗不孕症“调”和

*整理者

“治”相结合的特点,经长期医疗实践也形成一些独特的方法^[2],为了能够更加有效提高临床妊娠率和抱婴率,现将近年来排卵障碍性不孕症的中医治疗研究进展作一评述,并结合医疗实践谈一些诊治理念。

1 以补肾为主兼顾其他脏腑辨治

中医学历来以四诊八纲、辨证论治为特色,采取因人制宜、审因论治等方法治疗不孕疾病。王小云教授认为排卵障碍以肾虚为主,是多脏受累之病,其临床症状呈现多态性,而各有偏重,不能拘泥于一脏,应着眼于整体,审而治之,突出重点^[3]。王教授认为此病的病因以痰湿、血瘀为标,以五脏失调为本,五脏辨证分型为肺肾阴虚型、肾虚痰湿型、肾虚肝郁型、肝肾阴虚型、心肾不交型。王兴娟教授认为不孕症主要病因为肝、脾、肾三脏虚损,治疗宜柔肝养血、健脾化湿、补肾滋阴等,并注意结合心理辅导、生活指导^[4]。杨艺^[5]将80例排卵障碍性不孕症患者随机分为中医组和对照组,对照组用枸橼酸氯米芬促排卵治疗,中医组分肾虚阳虚型、肾阴虚型、气血虚弱型和痰湿型辨证治疗,对症用药。结果中医组排卵率94.4%,受孕率80.9%,对照组排卵率61.6%,受孕率32.3%,组间比较均有显著性差异($P<0.01$)。表明中医辨证治疗能够提高妊娠的成功率,是治疗这类不孕症的好方法。

中医基础理论认为,肾主生殖,因此大凡孕育之病从肾辨治较多,临床将补肾中药方与西药枸橼酸氯米芬促排治疗进行对照,结果显示补肾中药方能有效提高排卵率及妊娠率,促进卵泡发育、促使子宫内膜生长^[6]。由于排卵障碍性不孕症的复杂性,补肾常需配合其他方法而奏效。

1.1 补肾活血 陈丹^[7]观察补肾活血方治疗排卵障碍性不孕症疗效。使用随机平行对照方法,将90例门诊患者按随机数字表法分为2组。对照组45例予以枸橼酸氯米芬,50mg/次,1次/d,于每月经周期第5d开始口服,连续服用5d。第2个月经周期第5d开始继续服药,治疗2个月经周期无排卵或改善则在下一月经周期将剂量增加至100mg/次,1次/d,连续服用5d。治疗组45例予以补肾活血方(菟丝子、枸杞子各10g,熟地20g,山萸肉、何首乌各15g,当归、巴戟天、川芎、淫羊藿、桃仁各10g),1剂/d,水煎200mL,于月经周期第5d开始早晚口服。连续治疗3个月为1个疗程。观测临床症状、子宫内膜厚度、卵泡直径、不良反应。结果治疗组痊愈21例,有效19例,无效5例,总有效率88.89%;对照组痊愈13例,有效16例,无效16例,总有效率64.44%。治疗组疗

效优于对照组($P<0.05$),且治疗组子宫内膜厚度及卵泡直径增加情况均明显优于对照组($P<0.05$)。

1.2 补肾化痰 孙萌^[8]观察补肾化痰法治疗肾虚痰湿型无排卵性不孕的临床疗效,结果总有效率为74.2%,排卵率为57.5%,妊娠率为54.8%,子宫内膜厚度与卵泡发育治疗前后比较均有显著性差异($P<0.01$)。

1.3 补肾健脾 赵彬竹^[9]探索补肾健脾中药对小卵泡排卵肾脾两虚证的治疗效果,分析小卵泡排卵肾脾两虚证伴月经过少病人的月经周期、孕产史、基础性激素及甲状腺功能的水平。结果补肾健脾中药分期治疗可改善月经量少症状,总有效率为92.5%。治疗前后卵泡平均直径、子宫内膜厚度、子宫内膜超声评分均有显著性差异($P<0.05$)。中医症状“腰膝酸软”“倦怠乏力”“月经错后”等均有明显改善,呈显著性差异,以中医证候评分评估,症状改善总有效率达97.5%,说明补肾健脾中药治疗可显著改善患者临床症状。

1.4 补肾宁心 宋清霞^[10]从其对实验动物雌激素水平、雌激素受体、垂体、卵巢和子宫的组织形态学等的观察来证明补肾宁心促排卵汤对下丘脑-垂体-卵巢轴(HPOA)等功能的影响,以探讨更有效、更少副作用治疗排卵障碍性不孕的方药。选用昆明种同日龄20d小鼠,其中16只为对照组,颈背皮下注射0.9%的生理盐水,余为造模组,颈背皮下注射丙酸睾酮。造模成功后随即分为5组,分别灌胃给予补肾宁心促排卵汤大、中、小剂量及枸橼酸氯米芬、等容积生理盐水。结果成功造成抑孕动物模型,给予补肾宁心促排卵汤后血清中的雌激素及其受体、卵巢、垂体组织形态学、卵巢及子宫的指数与模型组比较均有比较明显的差异($P<0.05$)。中药补肾宁心促排卵汤未见任何毒副作用,使垂体血窦较模型组丰富,嫌色细胞增多,以大剂量组为明显,并可以提高治疗组小鼠血清中的 E_2 水平,使卵巢、子宫增重,并增加卵丘及卵泡、黄体的数量,使间质腺体发达,促进卵泡的发育。其机理可能为通过调节性腺轴的功能,发挥其治疗排卵障碍性不孕的作用。

1.5 补肾疏肝 程桂芳^[11]观察疏肝补肾法治疗排卵障碍性不孕患者的临床疗效。将104例患者随机分为对照组和观察组,每组各52例。对照组给予枸橼酸氯米芬口服,每次50mg,每日1次,观察组予以疏肝补肾方。观察2组患者治疗前后内膜、卵泡发育情况;检测治疗前后黄体生成素(luteinizing hormone, LH)、促卵泡素(follicle-stimulating hormone, FSH)、雌二醇

(estradiol, E₂) 和垂体泌乳素 (Pituitary prolactin, PRL) 水平; 比较2组患者的临床疗效。结果: 对照组有效率为75.00%, 观察组有效率为90.39%, 2组患者临床疗效比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。2组患者治疗后内膜及卵泡发育情况优于治疗前, 且观察组优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2组患者治疗后LH、E₂、FSH以及PRL优于治疗前, 且观察组优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明疏肝补肾方治疗排卵障碍性不孕患者疗效确切, 可提高患者的妊娠率, 改善患者的激素水平。

2 辨病与辨证相结合论治

朱敏等^[12]为了研究分析“病证结合”治疗方案的有效性, 选择不同内分泌状态属于世界卫生组织 (WHO) II型排卵障碍性不孕患者, 将86例WHO II型排卵障碍性不孕症患者随机分为治疗组和对照组, 每组各43例。在纠正了内分泌激素紊乱的基础上, 治疗组根据辨病和辨证相结合的原则分别给予相应的中药治疗, 即肾阳虚型[WHO II型排卵障碍中非多囊卵巢综合征(PCOS)]、肝肾不足型(WHO II型排卵障碍中伴高雄激素的瘦型PCOS)和肾虚夹痰湿型(WHO II型排卵障碍伴胰岛素抵抗的肥胖型PCOS)患者分别给予助孕1号、2号、3号方, 对照组给予一线促排卵药物枸橼酸氯米芬治疗, 2组均治疗3个月经周期。选择排卵率、妊娠率以及活胎率作为疗效指标并评价其安全性。结果治疗组排卵率为70.7%, 对照组为85.0%, 2组均可有效提高排卵率, 组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组妊娠率为51.2%, 对照组为30.0%, 治疗组的妊娠率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组活胎率为45.2%, 对照组为22.5%, 治疗组的活胎率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明WHO II型排卵障碍性不孕患者, “病证结合”方案治疗后的妊娠率、活胎率均明显高于西药对照组, 弥补了枸橼酸氯米芬低妊娠率、高流产率的不足。通过随机对照试验分析“病证结合”治疗方案的有效性, 为临床诊疗本病提供循证医学证据。

张洛琴等^[13]主张根据中医“肾主生殖”的理论基础和近年来生殖内分泌学对中医脏腑经络本质的研究, 采取“治本为主, 标本同治, 虚实兼顾”, 并随月经周期因人而异辨证施治、灵活用药的综合治疗原则, 取得较好的临床治疗效果。

3 中医药调整月经周期节律法

国医大师夏桂成教授立足于月经周期节律的变化符合阴阳消长理论, 对于女性不孕症的调治创导

中药调整月经周期疗法, 其方法为众多后学者所运用, 如马蔚蓉等^[14]将64例患者随机分为2组, 其中对照组运用控制性超促排卵方案(COS), 治疗组在此基础上, 运用调周中药, 即月经干净后服用滋阴奠基汤, 方药组成: 炙鳖甲(先煎) 12g, 炙龟甲(先煎) 12g, 山萸肉9g, 熟地黄12g, 淮山药15g, 丹皮12g, 茯苓12g, 怀牛膝10g, 煨木香10g, 六神曲12g, 炒谷麦芽(各) 20g, 炙甘草5g。至卵泡发育成熟, 予补肾促排卵汤, 方药组成: 炒当归12g, 炒赤芍12g, 淮山药15g, 炒丹皮10g, 茯苓10g, 川续断10g, 菟丝子10g, 炒薏苡仁12g, 鹿角霜15g, 菟蔚子12g, 红花6g。每日1剂, 水煎服, 直至卵泡排出。结果表明, 治疗组排卵率明显高于对照组, 卵泡发育不良情况明显低于对照组。

林艺娜^[15]采用回顾性方法分析, 选取2015年1月至2017年12月的48例肾虚型排卵障碍型不孕症患者, 随机分为对照组24例(给予枸橼酸氯米酚与人绒毛膜促性腺激素联合治疗)与观察组24例(给予中药人工周期疗法), 比较观察2组的临床疗效。结果治疗后, 观察组患者的基础体温、宫颈黏液评分均高于对照组, 其差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的促卵泡素(FSH)、雌二醇(E₂)、黄体生成素(LH)、催乳素(PRL)的改善程度优于对照组 ($P < 0.05$); 通过随访得到, 观察组怀孕率66.67% (16/24) 明显高于对照组的41.67% (10/24), 组间比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。观察组总有效率87.50% (21/24) 明显高于对照组的66.67% (16/24), 经临床对比分析, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。

杜鑫等^[16]对120例排卵障碍性不孕患者使用中药人工周期治疗, 使用加减温肾调经助孕汤, 中药组方: 菟丝子、紫石英、淫羊藿、鸡血藤、丹参、赤芍各15g, 香附、当归各12g, 川芎10g, 生甘草6g; 以水煎服, 1剂/d, 每日1次, 持续服药3个月为1个疗程, 共治疗2个疗程。月经期重用丹参、赤芍等调经补肾、理气活血, 促使行经正常; 经后期重用菟丝子, 以补肾活血、滋阴养血, 促使子宫黏膜增厚、卵泡发育; 月经周期第14天左右, 重用香附、丹参、赤芍理气活血, 促进排卵。结果显示, 治疗结束1年内试验组排卵率56.67%, 明显高于对照组的36.67% ($P < 0.05$)。

4 针灸疗法

阿米娜·阿不都热依木等^[17]观察针灸治疗排卵障碍性不孕症的临床效果。选择排卵功能障碍性不孕患者132例随机分为观察组(针灸组)和对照组(药物组)各66例。观察组: 针刺中极、关元、子宫、

足三里、三阴交。对照组:口服枸橼酸氯米芬 50mg。评定2组治疗3个月经周期后受孕率、基础体温、B超检查及排卵的情况。结果:2组排卵效果比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组的受孕率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组流产率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:针灸可明显提高患者的受孕率,且成功率较高,值得临床推广应用。

黄进淑^[18]观察艾灸治疗对排卵障碍性不孕症的作用。方法:将88例本病患者分为艾灸组46例和中药组42例,艾灸组艾灸关元、子宫、三阴交、肾俞、肝俞、脾俞、丰隆等穴,每日或隔日1次;中药组采取辨证治疗,内服中药。结果:艾灸组46例,有效35例,其中15例已怀孕,有效率76.08%;中药组42例,有效32例,有效率76.19%,2组比较,差异无统计学意义($P<0.05$)。结论:艾灸治疗不孕症有肯定的疗效,且较之中药有操作简单、经济、无痛苦、无副作用等优点。

郑晨思^[19]运用薄氏腹针调节生殖内分泌治疗排卵障碍性不孕的临床研究,将符合排卵障碍性不孕的患者随机分为4组:腹针+中药组、腹针组、中药组、西药组,通过观察患者月经情况、中医症候、宫颈黏液、基础体温、基础性激素、排卵期血雌二醇及黄体生成素峰值,经阴道B超监测排卵及内膜厚度及形态变化,结果显示,薄氏腹针联合中药对排卵障碍性不孕患者调经疗效及对中医症候的改善优于西药组,与单纯腹针及单纯中药疗效相当。

吴新荣等^[20]选取排卵障碍性不孕症患者30例,给予针灸调经法,分析本组患者的临床疗效。结果30例患者经治疗后,总有效率为86.7%;经治疗后LH、FSH以及E₂水平与治疗前相比有显著差异($P<0.05$);治疗后子宫内膜厚度与卵泡直径与治疗前相比有显著性差异($P<0.05$)。表明在排卵障碍性不孕症的治疗中采用针灸调经法,有着较好的临床治疗效果。

郭闫萍^[21]分别运用隔药灸脐法和口服西药对60例不孕症患者进行治疗,观察其基础体温、卵泡发育和血清六项性激素的变化,比较二者的受孕率和排卵率,结果表明隔药灸脐组较口服西药枸橼酸氯米芬组受孕率高,2组比较具有显著性差异($P<0.01$)。说明该法能够补益肾气,调理冲任,从而调节下丘脑-垂体-卵巢轴的功能。

5 中医妇科名家的特色疗法

妇科首届国医大师班秀文教授认为肾藏精而寓

元阴元阳,肝藏血而内寄相火,气血则为濡养四肢百骸之物质,肝肾和合精血互生,肾精充盈,肝气调达,气血旺盛,则性功能得以正常,生机蓬勃,阴阳和而能受孕。班老治疗不孕症以治肾为先,重视肝、肾、气、血之关系,强调全面论治。以补血活血调经、滋补肝肾为主,多用左归饮、右归饮、五子衍宗丸等方。认为患病女子,尤久病体虚者,忧思苦闷,多愁善感,不易排解,本着“是以善医者,先医其心而后医其身”之宗旨,重视情志对疾病作用,在诊疗过程中重视情志对疾病作用,重视治疗,更强调预防。对未病的妇人,提倡养性怡情,保持心情舒畅,神志安宁,增强心理调摄能力,尽量避免不良情志刺激,禀赋不足、衰弱多病者,更应进行自我节制;对已病妇人,长期的担忧和抑郁可引起一系列生理变化,使病情加重,故采用方药施治与安神调治相结合,使之保持积极乐观心态,消除不良情绪对疾病的影响,达到身心同治,促使疾病向愈。^[22-25]

刘敏如教授诊治不孕病症指出选方用药男女应各有侧重:女子以阴为本,阴主藏,主守,其形在外,以阴柔之质为态,故女子重在不伤阴血,时当育阴,但“育阴当扶阳”,因“经水出诸肾”,补肾法贯穿调经始终,此乃调经之常,而择时用药则为调经之变。卵泡期,血海空虚,阴阳气血不足,当平补肾阴肾阳为主,方选归肾丸加减促进卵泡发育;经间期是排出卵子的关键时期,在平补肾阴肾阳的基础上,加以活血化瘀之品,促进阴阳转化,以利卵子排出,如王不留行、皂角刺、急性子;黄体期,阴阳气血俱盛,为孕卵着床做准备,当补肾健脾,填补肾精,常用寿胎丸合四君子加淫羊藿、肉苁蓉等利于健黄体,改善子宫内膜,提高孕育的成功率,但不可轻投活血化瘀药物,以免误伤早期胎元;月经期血室正开,经血以排出为畅,当活血化瘀,因势利导,方选桃红四物汤,加鸡血藤、丹皮等。^[26-27]

许润三国医大师治疗不孕症主要以脏腑为中心,尤以肝肾为主,贯以气血、经络。本着全身与局部治疗相结合、内治与外治相结合的观念。他认为排卵障碍基本病机是肾阳虚,冲任气血不足,治疗方法是补肾调肝养血。自拟调冲方,在二仙汤基础上加减,喜用鹿角胶、龟甲胶、鹿茸片等,并且善用经方,杂病多法仲景,如用四逆散加味治疗妇科疾病,认为四逆散既能疏肝理脾,化解瘀滞,又能行气活血,缓急止痛。将其加减治疗不孕相关病症,兼夹瘀血不通者酌加穿山甲、路路通、水蛭、蜈蚣、莪术等以理气活血、化瘀通络;湿热证加用马鞭草、泽兰、王不

留行、夏枯草、黄芩等清热散结。^[28-31]

柴嵩岩国医大师倡导“肾之四最”“二阳致病”“妇人三论”学说；以顺应周期规律、顾护阴血津液、用药以柔克刚、调整气化功能、补肺启肾为临证思辨特点；以舌诊、脉诊经验为特色诊断技巧，形成“柴嵩岩中医妇科学术思想及技术经验知识体系”。对女性不孕的发生认为是多种因素交杂而成，肾主生殖，任主胞胎，不孕不育以肾虚、冲任不固、血海不足为其本，肝郁气滞、痰湿阻滞等为其标。故治疗先以疏肝、理气、化湿等法单用或多法合用而治之，益肾养血为其次。待肝木渐舒、血渐化、湿邪渐消时，可转以阿胶珠、熟地黄、何首乌、桂圆肉、女贞子、菟丝子等健脾益肾、养血固冲为主以治本，辅以疏肝理气、活血化瘀等。临床常用柴胡、郁金、川楝子、合欢皮、香附、生麦芽、枳壳、白梅花等疏肝理气；茜草、益母草、炒蒲黄、月季花、玫瑰花、川芎、桃仁、泽兰、丹参等活血化瘀；冬瓜皮、浙贝母、车前子、薏苡仁等清热祛湿。若感受湿浊，治以利湿化浊之法，常用车前子、萹藤、瞿麦、茵陈、薏仁米、莱菔子、半夏、扁豆等药物。若为脾肾阳虚，水湿内停，治以健脾温肾之法，药用太子参、茯苓、白术、乌药、巴戟天、益智仁等；亦可通过加强肺的气化功能以化散水湿，药用桔梗、杏仁、川贝等。若为血瘀，治以活血化瘀之法，常用药物茜草炭、炒蒲黄、三七粉、元胡；若为气滞血瘀，加柴胡、月季花、香附、枳壳、大腹皮、川楝子等行气化滞；若为寒凝血瘀，加肉桂、桂枝、乌药、木香等温经通络。针对胞脉壅塞，则施以软坚散结通络之法，药用夏枯草、生牡蛎、丝瓜络、路路通等。^[28-36]

国医大师朱南孙教授擅长根据冲任虚实辨证治疗不孕症，他认为治疗本病的根本目标是“任通冲盛”方能有子，提出“审动静之偏向而使之复于平衡”的临床治疗原则。肝肾阴虚，冲任气滞，常用参芪四物汤加丹参大补气血，滋养肝肾，配伍柴胡、制香附、川楝子、王不留行子疏利冲任，川怀牛膝、威灵仙补益肝肾。肾虚肝旺，冲任气滞，重用当归、丹参、赤芍、牡丹皮为君药；配伍柴胡、广郁金、制香附、川楝子、路路通疏肝理气；生地、熟地、女贞子、菟丝子、山萸肉滋补肝肾；湿热内蕴，瘀积冲任，治以清热化瘀，疏利冲任，重用益母草、蒲公英、红藤，可配伍凉血活血的牡丹皮、赤芍，清热解毒的徐长卿、紫花地丁草。久病不愈，慢性消耗，或劳神太过，耗伤精血，重用党参、黄芪、当归补气养血；生熟地、山萸肉、淮山药滋肾养血；淫羊藿、女贞子、桑椹子、巴戟天、制黄精补肾填精养血。^[37-39]

6 对本病治疗的新理念与展望

妇科学研究女性的问题，从《素问·上古天真论》提出“二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子”以来，对不孕症的认识众多，在学习《周易》后，反复思考实践，从天、地、人三才一体认识自然界，更扩大了对人的生存要与自然合拍的思维。女性的生殖从宏观上看是其生命节律的集中体现，其月经周期节律变化的客观规律，是把握治“未病”的关键，在月经周期的各个阶段处理好阴阳气血变幻的矛盾运动，燮理各个环节，调节阴阳气血，促进卵巢功能活动，排出优质的卵子，自然繁衍昌盛。在这个大前提下，能够彰显中医药的特色，取得预期结果。归纳以下主要的理念供参考。

6.1 确立中医药调整月经周期节律法，深化调经的“治本”大法 月经周期的规律活动是女性生殖周期的生理状态，排卵障碍性不孕症常以月经紊乱为基本特征，而不能如期排卵导致不孕。早在20世纪80年代我们对女性生理病理特点深入的剖析，提出“经间期学说”，总结月经周期演变过程循环往复的规律，完善月经周期调节的全程，将中医药调整月经周期节律法（简称调周法）提到治疗妇科疾病的重要位置，根据周期阴阳消长转化，达到气血调畅，内环境的平衡，择时受孕。调周法的提出，更深层次地揭示了阴阳气血的活动在女性生殖方面的作用，特别是促进排卵的有序性，为治疗妇科的“未病”和“已病”奠定了基础，形成中医药调治不孕症的特色。

6.2 确立“经间期”学说，为中医药促排卵创造治疗时机 女性月经周期具有规律的活动变化，在历代有言及经期、经后、经前期的内容，唯独没有经间期有关理论。我们在诊疗经间期出血疾病时，发现经间期阴阳的转化具有“重阴必阳”的特征，虽然短暂，但维系了周期各个阶段，使之连贯成整体。特别对其中动静、升降的运动形式，以及所产生的气血变化，痰凝、湿浊、血瘀等病理产物的复杂现象的研究，确立了中医药促排卵治疗的各类方法，比如补肾促排卵汤、健脾促排卵汤等治疗方案，在临床实践中得到公认。1986年该理论成果编入全国高等医药院校第5版《中医妇科学》中，以疾病“经间期出血”为表现形式，提出经间期学说，至此中医妇科学能够完整描述月经周期全过程的阴阳消长转化。经间期学说的提出奠定了中医妇科生殖生理基础，填补了理论的空白。^[40]

6.3 建立“心(脑)-肾-子宫轴”学说,作为生殖节律调控核心所在 《黄帝内经》对女性生长发育过程做了详尽的论述,认为人体生长是“肾-天癸-冲任-胞宫”作用的结果,后人将此作为“肾-天癸-冲任-胞宫轴”。我们在临床治疗不孕及其他妇科疾病时,深深感悟到心(脑)的作用^[41],历来中医基础理论就将心定为“五脏六腑之大主,神明出也”,对其他脏腑发挥主宰指挥作用,与子宫和冲任督脉、足少阴肾经、手少阴心经直接或间接地关联,使此形成“心-肾-子宫”连贯,尤重心(脑)统一管理作用,是调节女性生殖内分泌的核心所在,阴阳平衡,气血调畅,无不关乎于此。而且月经周期调整是以后天坎离八卦为动力,坎离既济,心肾交合,才有可能推动阴阳消长转化的运动,结合肝脾疏泄升降功能,司精卵排泄,子宫藏泻,孕育乃成。

6.4 用“七五三数律”理论,把握生育规律,创建“治未病”工程 治疗排卵障碍性不孕症的治“未病”工程主要在于:(1)“七五三”数律论^[41],为了能够掌握月经周期和实时排卵的规律,必须注意在月经周期阴长阶段,女性生殖机能存在“七五三”数律论,女性体阴而用阳,其节律表现奇数律的演进。(2)根据“七五三”数律,分析女性生殖活动中阴阳气血变化潜在规律,在经后中期营造排卵的氤氲特点,把握夜间排卵时机,是对本病促排卵提出“治未病”最佳时期,把握这一关键阶段,排卵障碍常得以化解。(3)把握“七五三”数律,防治反复流产,注意其胚胎丢失的关口时期,更深层次地固摄胎元。

6.5 注重阴分,为卵巢功能奠定良好基础 我们提出的生殖节律理论和中医调节月经周期的方法是其治疗不孕不育核心内容。对于排卵障碍性不孕症,强调注重阴分,认为“重阴”是精卵发育的基础,主要有“癸阴”“海阴”“水阴”“精卵”,而《易经》六十四卦中九阴八阳中,重叠之阴也影响着卵泡的生长发育。月经周期在经后期奠定基础的阶段,此时以阴精的恢复为要,治以补阴为主,注意在阴精恢复前提下促进卵泡发育;并且围绕阴精生长,注意阴阳之间的协调,处理好各种矛盾,使之达到“重阴”。临床实践也证明,“精卵”“海阴”“癸阴”“水阴”四大物质对于重视癸水,固护阴精的理念,具有极其重要的意义。同时强调心(脑)对阴精恢复的统领作用^[42],肾藏精主静,心主神明主动,气血阴阳,动静结合,互相转化,圆运动节律来调摄月经周期的规律活动,在心肾阴阳,肝脾气血,冲任督带及子宫的总体调控下,完成女性生理功能规律变化的理论。

黄体功能不全也导致排卵障碍,虽然这一时期病理变化主要与肾阳虚有关,绝大多数系肾阴亏虚,癸水有所不足,程度轻者,仍能行周期性的演变,但毕竟有所不足。阴有所不足,则精(卵)有所不熟,精不熟,则癸水不能达到高水平,排出的精卵亦不尽健全,能够转化为阳者亦必然有所不足,因此出现阳虚,为阴中阳虚,水中火弱,是临床上黄体功能不全,也是肾阳虚不孕症中最为多见的类型。^[42]

对于排卵障碍性不孕症,我们在注重精卵的“长”与“排”时,宗《傅青主女科》养精神玉丹,自制补天种玉丹方药^[43],经后期填补阴精促进卵泡生长,也常以归芍地黄汤为基础加入川断、菟丝子、紫河车、绿萼梅、炒柴胡等益肾疏肝。经前黄体期肾虚脾弱是这一时期的主要病理因素,在《景岳全书》毓麟珠补益肾气的基础上拟用温肾健脾法,药用党参、白术、茯苓、山药、山萸肉、川断、菟丝子、鹿角片或鹿茸片、广木香等。其中川断、菟丝子、鹿角片或鹿茸片温肾中之阳;党参、白术、茯苓、广木香健脾益气;山药、山萸肉阴中补阳,更好地达到助阳之目的,同时亦为下一次转阳后的阳长服务,这就是张景岳所谓“阳得阴助,则生化无穷”的理由。

综上所述我们对中医妇科临床的实践,不断提高认识,形成了“中医女性生殖节律理论”,完善了对女性生殖功能调治的理念与方法,创立中医对于排卵障碍性不孕症新的诊疗方法,有效地推广运用于女性生殖内分泌疾病的治疗^[44],构建现代中医学女性生命节律中生殖环节的调控。时代在发展,随着疾病谱的更新,要求我们适应疾病的变化,全方位地观察疾病,在深层次特别是理论的继承和发扬方面,寻求更加完善的医疗,充分弘扬中医药国粹,以治疗更多的不孕症患者,造福于民。

参考文献

- [1] 谢幸,苟文丽.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:369.
- [2] 夏桂成.补肾调周法治疗不孕症[J].南京中医学院学报,1991,7(1):1.
- [3] 顿晶晶,王小云.王小云教授从五脏论治排卵障碍性不孕症[J].湖北中医药大学学报,2016,18(3):104.
- [4] 曾晓聆,王兴娟.从肝、脾、肾论治排卵障碍性不孕症经验[J].上海中医药杂志,2012,46(2):12.
- [5] 杨艺.中医辨证治疗排卵障碍性不孕症疗效观察[J].辽宁中医杂志,2006,33(3):321.
- [6] 丁志云.补肾法治疗排卵障碍性不孕症的临床研究[D].南京:南京中医药大学,2015.
- [7] 陈丹.补肾活血方治疗排卵障碍性不孕症随机平行对照研

- 究[J].实用中医内科杂志,2014,28(2):29.
- [8] 孙萌.补肾化痰法治疗肾虚痰湿型无排卵性不孕的临床观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2012.
- [9] 赵彬竹.补肾健脾法分期治疗小卵泡排卵肾脾两虚证的临床观察[D].北京:北京中医药大学,2016.
- [10] 宋清霞.补肾宁心促排卵方对HPOA影响的实验研究[D].南京:南京中医药大学,2006.
- [11] 程桂芳.疏肝补肾方治疗排卵障碍性不孕症52例[J].河南中医,2017,37(1):130.
- [12] 朱敏,杨洪艳,王小云,等.“病证结合”方案治疗排卵障碍性不孕症的随机对照研究[J].广州中医药大学学报,2017,34(6):815.
- [13] 张洛琴,沈明秀.辨证论治排卵障碍性不孕症的心得[J].中医杂志,2006,47(7):555.
- [14] 马蔚蓉,谈勇.2种治疗方法对排卵障碍性不孕症排卵结局的分析比较[J].实用临床医药杂志,2012,16(3):101.
- [15] 林艺娜.中药人工周期疗法治疗不孕症的临床观察[J].光明中医,2018,33(20):2944.
- [16] 杜鑫,王雪,范丰田,等.温肾调经助孕汤联合中药人工周期治疗肾虚型排卵障碍性不孕症的临床疗效评价[J].实用临床医药杂志,2013,17(21):181.
- [17] 阿米娜·阿不都热依木,杨镜以.66例排卵功能障碍性不孕针刺治疗临床观察[J].中国实用医药,2011,6(9):124.
- [18] 黄进淑.艾灸治疗排卵障碍性不孕症46例临床观察[J].中医药导报,2006,12(9):54.
- [19] 郑晨思.薄氏腹针调节生殖内分泌治疗排卵障碍性不孕的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2015.
- [20] 吴新荣,曹翠玲.针灸调经法治疗排卵障碍性不孕症30例临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A3):191.
- [21] 郭闫萍.隔药灸脐法治疗排卵障碍性不孕症的临床研究[D].济南:山东中医药大学,2005.
- [22] 蓝丽霞,员晓云,戴铭,等.班秀文学术思想研究概述[J].辽宁中医杂志,2012,39(7):1423.
- [23] 马丽,戴铭,余知影.国医大师班秀文学术思想研究综述[J].中医药导报,2017,23(7):23.
- [24] 莫清莲,林怡,陈晓林,戴铭.国医大师班秀文从肾论治妇科疾病经验探析.中华中医药杂志,2015(3):755.
- [25] 李永亮,戴铭,张亚萍.班秀文教授治疗妇科疾病学术思想探析[J].中华中医药杂志,2011,26(4):730.
- [26] 冯凯,刘敏如.国医大师诊治不孕症学术思想探微[D].成都:成都中医药大学,2018.
- [27] 邓福霞(Tang Fuk Ha).国医大师刘敏如教授学术思想与治疗不孕症的经验研究[D].广州:广州中医药大学,2018.
- [28] 王清,李仁杰,经燕.许润三妇科学术思想形成初探[J].北京中医药,2012,31(7):496.
- [29] 刘蕊.许润三名老中医治疗排卵障碍性疾病的数据挖掘结果分析[D].北京:北京中医药大学,2011.
- [30] 张宗芳.许润三教授治疗不孕证的经验[J].北京中医,1987,6(2):5.
- [31] 邵象仪.许润三教授应用四逆散临证举隅[J].光明中医,1995,10(5):29.
- [32] 滕秀香.首都国医名师柴松岩女性月经生理理论及“肾之四最”之学术思想[J].中华中医药杂志,2014,29(11):3397.
- [33] 滕秀香,濮凌云.柴松岩“二阳致病”学术思想及临床经验解析[J].中医药信息,2015,32(1):65.
- [34] 黄玉华,柴松岩.柴松岩的妇科“三论”[J].中国中医药信息杂志,2010,17(12):95.
- [35] 黄玉华,柴松岩,张德政,等.从舌象归类研究柴松岩治疗多囊卵巢综合征的用药规律[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2747.
- [36] 许昕.柴松岩治疗妇科病经验[N].中国中医药报,2013-04-01(4).
- [37] 黄彩梅,胡国华,谷灿灿.朱南孙从调理冲任治疗不孕症经验[J].辽宁中医杂志,2016,43(3):478.
- [38] 贾曼,徐莲薇,张婷婷,等.朱南孙教授灵活运用“补益肝肾,疏利冲任”法治疗女性不孕症医案撷华[J].四川中医,2013,31(8):122.
- [39] 赵莉,赵莉,张飞宇,等.朱南孙教授治疗不孕症经验介绍[J].新中医,2009,41(6):5.
- [40] 罗元恺.中医妇科学[M].上海:上海科学技术出版社,1986:58.
- [41] 夏桂成,谈勇.试论心肾观对妇科理论与临床的指导作用[J].南京中医药大学学报,2017,33(6):541.
- [42] 杨丽娟,周惠芳.从心肾论治黄体功能不全[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(5):506.
- [43] 夏桂成.夏桂成中医妇科诊疗手册[M].北京:中国中医药出版社,2017:436.
- [44] 谈勇.围绕辅助生殖技术的中医治疗[M].南京:江苏凤凰科技出版社,2019:33.

整理者:谈勇(1956—),女,教授,主任中医师,博士研究生导师,全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,国医大师夏桂成首位研究生,现兼任中华中医药学会妇科分会、中西医结合学会生殖医学会副主任委员,江苏省中医药学会常务理事、江苏省中西医结合学会生殖医学专委会主任委员等。国家中医药管理局、南京中医药大学中医妇科学学科带头人。荣获国家教育部、江苏省科学技术进步一二等奖及李时珍医学创新奖等,率先开展中西医结合辅助生殖医疗治疗不孕不育症。

收稿日期:2019-05-19

编辑:傅如海