

补肾调经活血后妊娠。对下丘脑—垂体有一定功能而卵巢反应差者,如无反应性卵巢综合征,主要卵巢内缺少FSH受体,临床上出现阴虚内热现象,中医辨证中属上盛下虚,经滋阴清热治疗后,有一定效果。动物实验已证实补肾药可使卵巢内LH/HCG受体数增加。以上结果提示补肾治疗可调整下丘脑GnRH的释放,提高垂体的反应性和调节卵巢内激素受体水平及芳香化酶作用,即补肾对性轴的各个环节均有一定的调整作用。在高泌乳素血症和无排卵性滤泡黄素化综合征患者中,临床上常出现乳胀,心烦等肝经郁热,肾气不足现象,经清肝补肾法治疗后,出现血PRL水平下降,或确属排卵而妊娠现象。这些现象和研究结果尚待深化和提高。

从以上工作我们体会到,中医对不同原因的无排卵而导致的不孕症的辨证论治原则是肯定的,在辨证中不仅对临床表现要以四诊方法区分,还应结合实验室内有特征性指标的测定使辨证深入微细的分子水平,以提高疗效。同时这种宏观与微观结合的诊治方法也是中医和西医在理论上相互启发、促进,最后达到系统阐明中医治疗无排卵导致不孕症道理的重要途径。

黄体不健与不孕

江西妇产医院 符式珪

黄体不健(Luteal phase defect, LPD)意指黄体分泌孕酮(P)不足,或黄体过早衰退,以致子宫内膜分泌反应不良,将有碍于孕卵着床。

临床上遇到无器质性原因且有排卵的不孕妇女应考虑到LPD。据统计,不孕症中约有3~10%系由LPD引起,习惯性流产中35~67%由LPD引起。

引起LPD的发病机制还不完全明确,但可以肯定垂体促黄体素(LH)是直接原因,由于排卵前LH分泌的高峰及其在月经不同时期脉冲节律式释放调控着卵泡排卵和颗粒细胞黄素化,任何因素干扰了LH分泌量或影响了LH脉冲节律都将影响黄体对P的合成和分泌而导致LPD。FSH、E、泌乳素(PRL)及前列腺素(PG)都能影响LH,或间接影响卵泡发育、颗粒细胞黄素化等而干扰黄体功能,从而导致不孕。

LPD的治疗一般以孕酮替代疗法,有48%妊娠率。但不宜用合成黄体酮,如安宫黄体酮、炔诺酮类有溶黄体作用。绒毛膜促性腺激素(HCG)是有效的黄体功能刺激剂,可增加孕酮合成及延长黄体寿命。HCG还可以在排卵前刺激排卵及排卵后继续支持黄体功能。克罗米芬及Tamoxifen能促进促性腺激素分泌促使排卵,促进黄体细胞分泌,但疗效不稳定。

中医认为妇女月经的正常与否取决于肾,故《素问·上古天真论》云:“肾气盛,天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下”。《灵枢·决气篇》又云“两神相搏,合而成形”,意即男女相结合后胚胎形成,并认为能否“成形”全赖肾气旺盛,精血充沛。如果肾虚,天癸竭则无子。据近代中西医结合理论,认为黄体期应是“在肾阴充实的基础上发挥肾阳功能,正是天癸盛、冲任固的时期,如肾阴、阳不足则黄体不健。故应以滋肾阴、助肾阳、固冲任、暖胞宫为治则。中药:当归、首乌、菟丝子、女贞子、枸杞子、续断、肉苁蓉、仙茅、仙灵脾、炒艾叶、香附等可以辨证选用之。

子宫内膜异位症与不孕

浙江医科大学妇产科医院 王 曼

由于异位内膜与在位内膜一样有对卵巢激素的特殊敏感性和强盛的再生能力,使小区异位内膜组织也产生周期性变化、坏死、出血,形成典型异位症病灶,亦即中医认为的经血瘀滞、假血成形,遂成血瘀癥积之患。

本症与不孕症的关系,已成为近年临床密切关注的问题。据统计,约有25~50%的不孕妇女患有子宫内膜异位症;在我们统计的一组1553例病例中,单纯盆腔子宫内膜异位症的不孕率为33%,与国外报道有30~40%相似。大都认为子宫内膜异位症是不孕的主要原因之一,所以对主诉不孕的妇女,若检查输卵管通畅,基础体温双相、子宫内膜反应良好、房事后试验正常者,均应考虑有子宫内膜异位症可能。

子宫内膜异位症引起不孕的理由,除了可解释的由异位内膜病变使输卵管阻塞引起外,对输卵管正常、基础体温双相、内膜检查良好、房事后试验亦正常者,其不孕机理不明,仅有以下几方面解释:(1)前列腺因素。在病灶结节中产生大量前列腺素,使腹腔液中PGF_{2α}和PGE₂含量均增高,直接接触输卵管,影响输卵管的正常蠕动和卵子运输;也引起子宫异常收缩和黄体功能不全,此不但降低受孕率,也增加了自然流产率。(2)血催乳素增高。催乳激素对垂体促性腺激素有抑制作用,从而影响卵巢功能,导致不排卵,黄体发育不全或有黄素化未破裂卵泡综合征(LUFs)。LUFs是指患者月经规律、基础体温双相、子宫内膜呈分泌期改变、血孕酮升高,但成熟卵子被“活埋”而并未排出。若患者腹腔液中孕酮和雌二醇显著低于排卵者,和腹腔镜检查未见卵巢上的排卵裂孔或排卵后血体,即可证实为本征。至于血催乳素增高和LUFs与

本证之因果关系,尚待继续研究。(3)患者的自身免疫因素。有资料指出,患者子宫内膜中有补体 C₃成分,血清和腹腔液中 C₃和 C₄浓度增高,血中 IgM 亦增高,腹腔液中巨噬细胞增多使进入输卵管吞噬精子和干扰精子的正常运送等,都表明患者全身和局部免疫反应活跃,有碍受孕。

根据子宫内膜异位症的基本病理,在治疗本症伴不孕症时,宜结合中医活血化瘀、理气消结治则:(1)腹腔镜检查,直视下诊断,并分离粘连,电灼病灶,穿刺吸尽卵巢子宫内膜囊肿内容物,美兰液疏通输卵管,术后应用补肾、活血化瘀方(柴胡、赤芍、白芍、泽兰、生蒲黄、牛膝、鸡血藤、女贞子、菟丝子、枸杞子、仙茅、仙灵脾等);或用内异①方,以治剧烈

痛经为主(炒当归、丹参、川芎、牛膝、制香附、元胡、赤芍、血竭、失笑散);内异②方,治月经过多为主(炒当归、丹参、赤白芍、生蒲黄、花蕊石、血竭、三七末、淮牛膝、制香附);内异③方,以化瘀消结为主(炒当归、丹参、制香附、桃仁、牛膝、血竭、白术、王不留行、桂枝、地鳖虫等)。术后加服中药的受孕率高于加用炔诺酮。(2)姑息性手术,切除病灶、分离粘连,手术结束时用 32% 右旋糖酐 200 ml 冲洗盆腔防止粘连。术后亦应加服中药。(3)内分泌治疗加用中药。国外用丹那唑(Danazol)已有 10 余年历史,据报道有 40~50% 于停药后受孕,我国亦已生产应用。

六味煎加减治疗慢性胃炎、十二指肠球炎的临床观察

北京军区总医院中医科 彭家胜

从 1982 年 2 月~1984 年 10 月,笔者用本科自拟“六味煎”加减治疗慢性胃炎及十二指肠球炎共 30 例,取得了比较满意的临床疗效,现报告如下。

一般资料 本组 30 例,均为男性,年龄 19~30 岁 10 例,31~40 岁 12 例,41 岁以上 8 例。病程最短 8 个月,最长 11 年。本组病例均有明显的胃病症状及体征,经胃镜检查及胃液分析,慢性浅表性胃炎 15 例,十二指肠球炎 10 例,胃炎 5 例。胃液分析总酸度 90~110u 12 例,60~86u 10 例,46~58u 8 例;游离酸 70~90u 8 例,50~68u 10 例,20~48u 12 例(本院总酸正常值 20~50u,游离酸 5~30u)。据临床观察 30 例其共同主证为:上腹部隐痛,食少纳呆,恶心,反酸,烧心等。其中(1)脾胃虚寒者 12 例,兼有胃脘疼痛,喜温喜按,怕冷乏力,便溏,脉沉弦,舌质淡苔薄白。(2)肝胃不和者 10 例,兼有胃脘部胀痛,引两胁,喜长叹息,每因气怒郁闷症状加重,脉弦,苔薄白。(3)胃阴不足者 8 例,兼有空腹时胃热,口干欲饮,嘈杂纳少,手足烦热,溲黄,脉数,舌质红苔薄黄。

治疗方法 六味煎组成:丹参 15g,当归、白芍各 12g,香附 14g,炙甘草 10g,煅瓦楞 30g,水煎服 1 日 1 剂,分 2 次服。按辨证分型加味:脾胃虚寒者,宜温中散寒,行气缓急止痛,加黄芪 15g,桂枝 10g,良姜 8g,白术、陈皮各 12g;肝胃不和者,宜

疏肝和胃,兼制酸止痛,加元胡、川楝子各 12g,柴胡 10g;胃阴不足者,宜养阴益胃,加生地 10g,麦冬、石斛各 12g。服药期间禁辛辣、刺激食物及其它药物。45 天为 1 疗程。

结果 疗效标准:显效:症状及体征消失,胃镜检查比服药前明显改善或胃液分析正常;好转:主要症状及体征基本消失,胃镜检查比服药前好转或胃液分析接近正常;无效:主要症状及体征无变化,胃镜检查无改善或胃液分析偏高者。结果:显效 21 例占 70%,好转 9 例占 30%。

体会 六味煎加减是根据中西医结合的理论,对慢性胃炎、十二指肠球炎的发病机理采用中药组方,借以达到行气活血止痛制酸的目的。慢性胃炎、十二指肠球炎等属祖国医学胃脘痛范畴。本病迁延时间较长,久病入血入络,从而使气血瘀滞经脉运行不畅,导致疼痛发作,所以治疗本病多从气血论治。方中丹参性微寒活血通经,对疼痛疗效较好。当归辛温,方中用于补血散寒止痛,为血中气药。香附为理气良药,气理则郁解,气行则血行,气血通利,疼痛自止。白芍与甘草配伍,可和营散逆,缓急止痛,治疗胃气不和腹中挛痛。煅瓦楞味咸走血而软坚散结,制酸止痛,从而使疼痛得解,泛酸得止。