

中医药为主治愈女性不孕症114例临床分析

温州医学院 程 涇 吴性慧

我们从1982年6月~1986年2月,开展不孕症专题门诊,以中医药为主、中西医结合治愈114例女性不孕症,对其诊治规律及方法进行了一些探索。

临床资料

一、病例选择:本组病例均为婚后同居两年以上,未避孕而不受孕者,或曾妊娠继而两年以上不孕者。其中原发性不孕97例,继发性不孕17例。年龄为22~38岁,其中24岁以下10例,25~29岁61例,30~34岁37例,35岁以上6例。不孕年限2~4年者74例,5~7年者31例,8~11年者9例。

二、诊断依据和辨证分型:病因分类主要根据临床症状、妇科检查及有关特殊检查(包括基础体温、宫颈粘液、阴道脱落细胞、诊断性刮宫、促卵泡激素、尿17-酮及17-羟类固醇、子宫输卵管碘油造影、B型超声波、腹腔镜、男方精液检查等)以确定诊断。辨证分型按“月经失调与中医周期疗法”标准(程涇,月经失调与中医周期疗法,第1版,杭州:浙江科学技术出版社,1984:30—48)。

病因分类:(1)卵巢功能失调者83例,占71.9%。83例中排卵障碍31例,其中继发闭经13例(包括闭经溢乳综合征1例,多囊卵巢综合征3例),月经稀少15例,无排卵型功血2例,无排卵性月经1例;黄体不健52例,其中经前期紧张征39例,排卵型功血4例,原发性痛经6例,无明显临床症状者3例。(2)器质性病变者31例,其中输卵管阻塞19例,子宫内膜异位症3例,子宫畸形包括单角及双角子宫各1例,单侧卵巢囊肿3例,子宫发育不良4例。

辨证分型:(1)肾虚型者82例,其中肾阳虚24例(兼宫寒3例,痰阻3例,血瘀6例),肾阴虚7例(兼肝火旺2例);肝肾亏损51例(兼肝郁25例,肝脾失调11例)。(2)肝郁型者9例,其中肝郁气滞3例,肝脾失调4例,肝郁化热2例。(3)瘀阻型者23例,其中气滞血瘀18例,寒凝瘀阻3例,湿热瘀阻2例。

治疗方法

一、中医周期疗法:用于卵巢功能失调性不孕

者。在辨证论治的基础上,结合月经周期进行分期治疗。基本原则是:月经后期(卵泡发育期)以滋肾养血调冲为主,兼顾肾气,以促使卵泡发育;排卵前期(指卵泡渐趋成熟至排卵前的一个阶段)在滋养精血的基础上,辅以防阳调气活血之品,以触发排卵;排卵后期(黄体期)以温补肾阳为主,以维持正常的黄体功能;行经期宜活血调经,以促使正常行经。

1. 肾虚型:(1)肾阳虚:温肾助阳调冲。方用右归汤加减:熟地(或用砂仁拌)、鹿角片(先煎)、仙茅各12g,炒山药、菟丝子、仙灵脾、党参、炙黄芪各15g,山萸肉、枸杞子、炒当归各12g,淡附片5g(先煎),肉桂3g(后下)。兼宫寒者合艾附暖宫丸加减;兼痰阻者合苍附导痰丸加减;兼血瘀者合红花桃仁煎加减;子宫发育不良者加川断、菟丝子各15g,紫河车6g(研吞),紫石英30g(先煎),以补肾助长子宫发育;闭经溢乳者加牛膝12g,丹参、芡实各15g,五味子6g,炒麦芽30~60g,以通经敛乳。(2)肾阴虚:滋肾养阴调冲。方用左归汤加减:生地、熟地、枸杞子、炙龟版(先煎)、女贞子、制首乌各15g,怀山药、墨旱莲各12g,山萸肉、菟丝子各10g。阴虚肝火旺者去菟丝子,加杭菊花6g,白蒺藜、夏枯草、生白芍、钩藤(后下)、决明子各12g,菟丝子15g,天麻6g,石决明30g(先煎)等平肝清肝之品。(3)肝肾(精血)亏损:补肾(精)养肝(血)调冲。方用归肾汤加减:熟地、怀山药、制首乌、鸡血藤各15g,枸杞子、党参、阿胶(烊冲)各12g,紫河车(研吞)、当归、山萸肉各10g,菟丝子20g。

2. 肝郁型:(1)肝郁气滞:疏肝理气调冲。方用柴胡疏肝汤加减:柴胡、白芍、香附、川楝子、当归、延胡索各10g,枳壳、郁金各6g,陈皮、甘草各3g。若经前乳胀而有结块者,加八月扎、王不留行各12g,玫瑰花5g,丹参15g,桔叶、桔核各10g,地龙10g等,以行气活血、通络散结;若肝郁化热者,又宜丹栀逍遥散加减。(2)肝脾失调:疏肝健脾调冲。方用逍遥汤加减:柴胡、佛手柑各6g,炒当归、焦白芍、炒白术、茯苓、制香附各10g,炒陈皮、炙甘草各3g,红枣7枚。若经行泄泻、浮肿,宜重用茯苓30g,薏仁

20g, 泽泻、车前子各15g等利水之品; 若经行肝胃不和而呕吐者去草、枣, 加吴茱萸3g, 炒黄连2g, 姜半夏、旋覆花(包煎)各10g, 苏梗6g, 代赭石30g(先煎)等和胃降逆止呕。

3. 痰阻胞络型: 祛痰化瘀调冲。方用苍附导痰汤加减: 苍术、香附、当归各10g, 茯苓、海藻、山楂各12g, 法半夏、陈皮、川芎各6g, 胆南星、石菖蒲各5g, 益母草15g。若为多囊卵巢综合征者, 表现为继发闭经者加炮山甲、浙贝母各10g, 皂角刺、三棱、莪术、夏枯草各12g等活血通经散结之品; 有出现功血的宜去川芎、当归、山楂, 加花蕊石、蒲黄炭(包煎)各10g, 参三七3g(研吞), 茜草炭、海螵蛸各12g等化瘀固冲止血之品。

4. 寒凝胞宫型: 温经散寒调冲。方用艾附暖宫汤加味: 炒艾叶、淡附片(先煎)各6g, 制香附、小茴香、炒当归、焦白芍、川断、熟地各10g, 淡吴茱萸、肉桂(后下)、川芎各3g, 炙黄芪15g, 紫石英(先煎)30g。若经行腹痛剧烈者, 加乌药10g, 九香虫6g, 炒延胡索12g, 失笑散18g(包煎), 血竭3g(吞)等, 以温经理气, 化瘀镇痛。

服药方法均为每日或隔日煎服1剂。1个月经周期为1个疗程, 连续使用直至症状消失或受孕后停药。

二、活血化瘀消癥: 用于输卵管炎性阻塞、子宫内膜异位症、卵巢囊肿等瘀阻所致不孕者。

1. 煎剂内服: 方用消瘀理冲汤: 三棱、莪术、当归、赤芍、地龙、香附、昆布、皂角刺各12g, 红藤、丹参各30g, 炮山甲10g, 益母草15g, 水蛭5g。若气虚瘀阻者加党参15g, 黄芪20g, 白术12g; 寒凝瘀阻者加桂枝6g, 乌药10g, 小茴香5g, 路路通12g; 湿热瘀阻者加败酱草、蒲公英、白花蛇舌草、忍冬藤、薏仁、土茯苓各15g, 黄柏12g; 若输卵管积水加木通5g、车前子15g, 泽泻、卷柏、泽兰各12g, 白芥子6g; 子宫内膜异位症则加“异位粉”(蜈蚣、水蛭、地龙、地鳖虫、九香虫等分研末), 每天6g, 分2次吞服; 肿瘤或包块形成者加黄药子12g, 小金丸4粒(分吞)或大黄蛰虫丸12g(分吞)。服法, 每日或隔日煎服1剂, 分2次温服, 经期停服。

2. 离子透入: 复方丹参合剂: 丹参、红藤各30g, 当归、三棱、莪术、制香附各10g, 赤芍、益母草、失笑散(包煎)各12g, 炙乳没、水蛭各6g。浓煎120ml左右, 放在患侧(一侧或两侧少腹), 经直流电透入, 月经干净后隔天或每天1次, 10次为1个疗程。有皮肤反应者停用。

3. 保留灌肠: 复方红藤合剂: 红藤、败酱草、蒲

公英、鸭跖草各30g, 三棱、莪术、桃仁、香附、延胡索各10g。浓煎100ml保留灌肠, 每天或隔日1次, 10次为1个疗程。月经期停用。

4. 复方丹参注射液(南通中药厂生产, 每支2ml, 每1ml相当于丹参、降香各1g)和胎盘组织液(瑞安制药厂, 每支20%, 2ml相当于人体干燥胎盘组织0.4g)交替注射, 每次4ml肌肉注射, 每天1次; 伴湿热内阻(急性感染)者, 加用鱼腥草注射液, 每次2~4ml肌肉注射, 每天1~2次。

5. 热敷: 盐或砂炒热布包, 敷于下腹患侧。每晚1次, 经期停敷。

三、西药配合治疗: 对卵巢功能失调排卵障碍者, 其中6例经中药治疗一段时间效果不明显而加用克罗米芬(月经周期第5天起, 每天口服50mg, 共5天)或克罗米芬加绒毛膜促性腺素(月经周期第12天起每天1000u肌肉注射, 共5天), 2例阴道脱落细胞涂片激素水平低落及伴有子宫发育不良者加用乙蔗酚(每晚0.125~0.25mg, 月经第5天起连服20天), 1例闭经溢乳加用过溴隐亭; 黄体不健者有3例在BBT上升的第3天起加用绒毛膜促性腺素(用法同上), 7例顽固性经前期紧张征加用维生素B₆(每次40mg口服, 每天3次)。对输卵管炎性阻塞者其中3例配合使用过链霉素、氢化可的松、透明质酸酶, 宫腔、输卵管通液治疗。

结 果

疗效判定标准: 治疗后3年内妊娠者为痊愈。114例全部治愈, 其中3个月以下57例, 4~6个月30例, 半年以上~1年12例, 1~2年12例, 2~3年3例。76.3%患者在治疗半年内妊娠。

讨 论

一、不孕症的“证”与“病”之间存在一定的内在联系。卵巢功能失调者多为肾虚型, 次为肝郁型, 这与中医传统的“肾为经水之源”“肾主生殖孕育”“肝为女子先天”的认识相吻合。器质性病变者多为瘀阻型, 由于冲任胞络(类似于卵巢输卵管)瘀阻闭塞不能摄精成孕。其中输卵管炎性阻塞多为气滞或湿热瘀阻, 且常虚实夹杂。子宫内膜异位症或卵巢囊肿则重在血瘀。

二、对卵巢功能失调性不孕者, 按辨证结合月经周期进行分期治疗。是根据中医的传统辨证调经理论, 结合西医的月经神经内分泌周期调节学说, 即辨证进行整体治疗, 又分期重视局部改善, 以更好地调整“肾或肝脾心—冲任—胞宫”(类似于大脑皮

层一下丘脑—垂体—卵巢—子宫，或下丘脑—植物神经—卵巢—子宫）的动态变化的功能，使冲任相资而易于受孕。临床证明比传统的辨证论治调经法有更好的疗效。少数病例配合西药治疗，有利于提高疗效。

三、对器质性病变（除外子宫发育不良）所致的不孕症，针对其“瘀”的本质，采用活血化瘀、消癥通络法，同时进行整体与局部的综合治疗。其中“中药离

子透入法”是一个值得提倡的方法。另关于活血化癥消癥通络法在排卵后期应用，是否干扰在治疗中可能存在的妊娠。我们看法是：若“癥瘕瘀阻”确凿，可以在整个月经周期中应用，但应审慎用药。在排卵后期可适当减量，合并卵巢功能失调者，则要结合周期用药，注意排卵后补肾助阳而健全黄体功能，以防止流产。

黑木耳抗血小板聚集作用的初步研究

解放军208医院 李 涛 陈春景 杨凤兰

白求恩医科大学第三临床学院 祁功才

血小板粘附、聚集以致血栓形成，为缺血性脑血管病的重要病理环节。我们采用比浊法测定了50例健康人及10例脑血栓形成患者的血小板最大聚集率，并观察了长白山产黑木耳对血小板聚集的抑制作用，报告如下。

资料与方法 一、资料：健康成人50例，除外影响血小板聚集的因素；脑血栓形成急性期患者10例。

BS631型血小板聚集仪为北京生化仪器厂生产。致聚剂浓度分别采用ADP3.2、5.0、40 μ M。抑聚剂：体外实验用木耳提取液，其制法为1体积的木耳与20体积的磷酸盐缓冲液（pH7.4）混合、匀浆离心的提取物，以每克木耳提出400活性抑制单位（1活性单位系指在1ml富含血小板的血浆中，用3.2 μ M的ADP引起的血小板聚集被抑制50%）。体内试验将研碎的木耳70g用PBS浸泡后于一日内分次服用。

二、方法：富血小板血浆的制备：将血小板数值范围调整在20~25万。测定方法按Born和O'Brien报道的原理操作。

$$\text{血小板最大聚集率} = \frac{\text{后透光度} - \text{前透光度}}{\text{前透光度}} \times 100\%$$

体外实验法：先测定健康成人血样的最大聚集率，后用同一人的血样，先滴加木耳提取物40 μ M，后加ADP 5 μ M，再测定最大聚集率。按下列公式计算出抑聚率。

$$\text{抑聚率} = \frac{\text{最大聚集率} - \text{添加木耳液后的最大聚集率}}{\text{最大聚集率}}$$

体内实验法：首日晨采血样，测定最大聚集率，当日将木耳70g分次服，次日再次采血测定最大聚集率，其抑聚率计算同前项。

结 果 一、正常成人的血小板最大聚集率：共测50例。致聚剂为5 μ M，最大聚集率的均数为33.5 $\pm$ 4.3%（ $M \pm SD$ ，下同）；致聚剂为40 μ M，其最大聚集

率的均数为38.4 $\pm$ 5.6%。

二、木耳提取物对血小板聚集的抑制作用，20例正常人体外实验抑聚率的均数为36.2 $\pm$ 5.2%。假如加木耳液没有抑聚作用，理论上抑聚率应为0，因此做 $H_0: \mu_0 = 0$ 的t检验，算出 $t = 31.1$ ， $t > t_{0.01}(19) = 2.861$ ，故 $P < 0.01$ ，差异有显著性意义，说明木耳对正常人有抑制血小板聚集的作用。

三、脑血栓形成患者的血小板最大聚集率为48.2 $\pm$ 6.2%。

四、口服木耳对血小板聚集的抑制作用：共测定10例患者，抑聚率的均数为42.4 $\pm$ 6.4%。其中有5例在2相波后出现持续的解聚现象。同前做法计算 $t = 21.0$ ， $t > t_{0.01}(9) = 3.25$ ， $P < 0.01$ ，差异亦非常显著，说明黑木耳对脑血栓形成患者有显著的抑制血小板聚集的作用。

讨 论 目前，已把检测血小板聚集性作为血栓形成类疾病的预报、疗效判定或药物筛选的指标之一。黑木耳为食用菌，亦可入药，其成分含蛋白质、糖、脂类、无机盐及多种酶类。有补气活血、治风破血的记载，但未做过深入的研究。1980年Hammerschmidt发现食黑木耳后可抑制血小板聚集。本组资料显示长白山黑木耳在体外、体内实验中，其抑聚率分别为36.2%、42.2%，说明木耳对正常人及脑血栓形成患者均有明显抑制血小板聚集的作用，这些似可解释其补气活血、治风破血的部分机理。脑血栓形成组抑聚率较正常组为高，并有持续解聚现象，可能与食用量有关。抑聚率为食用次日完成检测，说明木耳抑聚作用持续在12小时以上，有利于临床应用。木耳的作用机理尚未明确，Makaja研究后推测系其中腺苷所致。本工作为临床治疗提供了实验依据。