

殷燕云教授治疗排卵障碍性不孕症的临床经验

陈小娟¹ 殷燕云²

1. 南京中医药大学, 江苏南京 210029; 2. 南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029

[摘要] 从排卵障碍性不孕症月经各期的生理病理特点、病机、选方用药等方面着手,并辅以医案加以佐证,浅析殷教授治疗排卵障碍性不孕症的临床经验。殷教授师承国医大师夏桂成,学习夏师注重月经各期的生理病理特点,并提出肾气不足、冲任气血失调为排卵障碍性不孕症的基本病机,治疗方面在注重夏师调周法的基础上联合温养肾气、调理气血。

[关键词] 排卵障碍性不孕症; 殷燕云; 肾气不足; 冲任气血失调

[中图分类号] R249; R271.14

[文献标识码] B

[文章编号] 2095-2856 (2020)03-49-03

女子未避孕,性生活正常,与配偶同居1年而未孕者,称为不孕症。不孕症为妇科常见且难治之病,其发病率呈逐年增加的趋势,我国的不孕症发病率也达到了7%~10%^[1]。不孕是生殖健康的不良事件,病因复杂,临床表现纷繁多样,目前在女方因素引起的不孕中,排卵障碍为主要发病原因之一,占有不孕症患者的25%~30%^[2]。助孕是中医妇科的优势和特色之一,“求之子道,莫如调经”,种子必先调经。殷燕云教授注重月经周期以及调整月经周期节律。此外,殷教授认为调脏腑与气血也不容小觑,肾藏精,主生殖,调经种子重在补肾;肝藏血,主疏泄,调经种子妙在疏肝;兼有痰瘀互结,则祛瘀化痰,功在疏泄。现将殷燕云教授治疗排卵障碍性不孕症的临床经验加以总结,简述如下。

1 排卵障碍性不孕症月经各期生理及病理特点

1.1 月经各期生理特点

女性月经周期一般分为4期,详细可分为7期,即行经期、经后期(分为经后初期、经后中期、经后末期3期)、经间期、经前期(分为经前半期和经后半期)。行经期月经来潮的关键在于重阳必阴的转化,通过转化纠正重阳的生理极限,基础体温从高温相迅速下降,气血活动表现为排出月经,此期子宫泻而不藏,即是本次月经结束的标志。经后初期紧临行经之后,经血刚尽,阴血不足,血海空虚,葵水之阴处于最低水平,阴长运动相对禁止,此期子宫藏而不泻,即是卵泡刚刚萌发阶段。经后中期处在经后初期和经后末期之间,阴长运动进展到中等水平,即卵泡发育到一定大小,内膜已有一定厚度,但仍有所欠缺,需进一步滋养卵子,促进卵子发育,提高卵子质量,涵养血海,促进血海充盈,促进子宫内

[基金项目] 国家中医药管理局中医临床研究基地业务建设第二批科研专项(JDZX2015099)

膜增长,促进水湿精液增加,润泽生殖道,营养生殖器官,维护其功能。经后末期近高水平的阴需充足的阳,升降运动较经后中期明显加快,静中有动,动静结合,当滋阴助阳,阴阳并重,可见拉丝带下,性欲提高。经间期也称氤氲之时,或称“的候”、“真机”时期(即“排卵期”)。在正常月经周期中,此期正值两次月经中间,经间期是重阴转阳、重阴必阳之际,必阳的结果正是排卵的时候,在此期间,择“的候”而合阴阳,有利于受孕。经前前半期阳长阴消,温煦子宫,溶解子宫内膜,为受孕或排泄月经做准备。经前前半期宜补肾助阳,包括阴中求阳,血中补阳,气中抚阳。经前后半期重阳延续,升降运动趋缓,以冲任气血偏盛、心肝气火偏旺为特点。故除注重阴阳之外,当兼调理气血,从而使月经顺畅来潮。

1.2 月经各期病理特点

女性月经周期的循环,不是简单的重复,而每一次循环都是受阴阳消长规律的支配。结合月经各期生理特点,月经各期阴阳失衡则会出现相应的病理变化。行经期若阴阳转化失利,经色量质均可出现异常;经后初期若阴长失利,优势卵泡也将成为空谈;经后中期若阴不长,阳不出,卵泡质量下降,内膜厚度不达;经后末期若阳长失利,带下减少,性欲下降;经间期重阴转阳失败,则排卵障碍,不仅影响受孕,更是影响后续月经周期的阴阳变动;经前前半期阳长阴消失循,子宫内膜容受不佳,种植失败;经前后半期重阳延续不利,内膜准备不足,则月经来潮失时。

2 排卵障碍性不孕的病因病机

2.1 肾虚为发病之本

殷教授认为排卵障碍性不孕症的基本病机为肾虚,肾虚又可分肾气虚、肾阴虚、肾阳虚之不同。先天不足,或房劳多产,或久病大病,或年逾五七,

肾气亏虚,精不化血,则冲任虚衰,难以受孕;素体阳虚或寒湿伤肾,肾阳不足,胞宫失煦,则冲任虚寒不能成孕;肾阴素虚,或久病耗损真阴,天癸乏源,胞宫失养,冲任血海空虚,或阴虚内热,热扰冲任,乃致不孕。《圣济总录·妇人血气门》:“妇人所以无子者,冲任不足,肾气虚寒也”,指出肾气不足,冲任虚衰,不能摄精成孕。肾气的盛衰直接影响天癸的至与竭,从而影响月经与妊娠,肾气虚,则封藏失职,冲任不固,胞宫藏泻失常,冲任不能相资,不能摄精成孕,胞宫藏泻不利,无以孕育胎儿。《女科经论·嗣育门》引朱丹溪言:“妇人久无子者,冲任脉中伏热也……其原必起于真阴不足,真阴不足,则阳胜而内热,内热而荣血枯。”指出肾阴不足,阴虚内热,难以成孕。肾阴阳之不足,打破水火之平衡,阴阳转化不利,氤氲之时不见排卵,则不受孕。

2.2 气血失调为发病之标

殷教授认为肾虚发病之余,气血失调亦致不孕。女子以血为本,调经种子贵在理血。《景岳全书·妇人规》曰:“孕育由于血气,血气由于情怀,情怀不畅则冲任不充,冲任不充则胎孕不受”,指出情志不畅,或盼子心切,肝郁气滞,疏泄失常,气血失调,冲任失和,胎孕不受。经行产后,摄生不慎,邪入胞宫致瘀;或热灼血瘀,或气虚运血无力致瘀,瘀滞冲任、胞宫,以致不孕。《诸病源候论·妇人杂病诸候》“结积无子候”,引养生方说:“月水未绝,以合阴阳,精气入内,令月水不节,内生积聚,令绝子”。

3 排卵障碍性不孕治法特点及用药

3.1 调周法

调周法即采用中医药调整月经周期法,是根据月经周期中的脏腑阴阳气血的生理性变化,按照月经周期不同时段采用相应的治法,因势而治,以达到调整月经周期节律和恢复排卵的目的,以下将从月经各期的治疗特点、选方用药展开具体说明:(1)行经期经血以下行为顺为畅,故其气血以“通调”为要,排出应泄之经血,使重阳的极限状态随经血下泄,达到新的相对性平衡,故行经期治疗当着重活血调经,有利于经血的排出;基础方选用五味调经散(丹参、赤芍、乌药、五灵脂、益母草)。(2)经后期以滋阴养血,补虚固本,养血以养阴,养阴而养卵为主,故经后期治疗当着重补益肝肾,固护阴血,促进卵泡发育成熟和子宫内膜修复;基础方选用归芍地黄汤(当归、白芍、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓),而经后期又分经后初、中、末三期,初期、中期以滋阴为重,而末期当滋阴助阳,阴阳并重,为经间期排卵提前做好准备。(3)经间期重阴

必阳,通过氤氲状态的气血活动排出卵子,基础方选用经间排卵汤(川芎、当归、红花、赤芍、菟丝子、五灵脂)。(4)经前期卵子已排,需积极维持黄体功能,着重补肾助阳,基础方选用补肾助孕汤(党参、山药、山茱萸、巴戟天、续断、杜仲、紫石英、菟丝子、紫河车、炒柴胡)。一般连续治疗3~6个周期,可逐渐建立规律的月经周期,恢复排卵功能。

3.2 温养肾气、调理气血

调周法以治本,但临床更应根据疾病的病机,辨病与辨证结合,以温阳肾气、调理气血为治疗大法。肾藏精,肝藏血,肝之疏泄功能正常,则血海蓄溢有常,肾精化生有序。肝肾二脏一开一合,一藏一泄,共同维持女性正常的生理活动^[3-4]。肾多虚,当补,肝多实,其中又以气血为主,当调。排卵障碍性不孕多责之于肾虚、气血失调,涵盖的病种有异常子宫出血、多囊卵巢综合征、高泌乳素血症、未破裂卵巢黄素化综合征及卵巢早衰等,证型有肾虚血瘀、肾虚痰湿及肾虚肝郁,治疗当以温养肾气为主,辅以疏肝理气等调理气血大法。用药方面当补肾为本,多选用山萸肉、熟地黄、牛膝、黄精、槲寄生等药,味甘而性微温,属阴属静,亦添当归、丹皮、砂仁等属动属阳之药,动静结合,相得益彰。此外,更是考虑到女子以血为本,养血之药必不可少,配合理气之品,气血同调,方可取得良好疗效^[5-6]。

4 验案举隅

陈某,女,31岁。初诊日期:2018年10月10日。主诉:结婚4年未避孕未孕。性生活正常,一向月经不调,MC:12岁初潮,5~7d/30~50d,LMP:2018-10-1,7d净,量可,色淡红,痛经(-),血块(-)。生育史:0-0-0-0。辅助检查:促卵泡生成素:6.3 mIU/L,促黄体生成素:9.1 mIU/L,雌二醇:56 ng/L,睾酮:78 ng/L,硫酸脱氢表雄酮:252 μg/mL,性激素结合球蛋白:120 mmol/L,泌乳素:17 ng/mL。B超提示:子宫及附件未见明显异常。1年来基础体温:单项。输卵管MR造影:双侧输卵管通畅。男方精液常规未见异常。刻下:月经第10天,无明显带下,夜间寐欠佳,夜梦多,难入睡,纳差,小便调,大便偏稀,2~3次/d,舌红苔白腻,脉沉细。西医诊断:原发性不孕;中医诊断:不孕症(肾气虚)。患者处于经后期,拟基础方归芍地黄汤:当归10g,白芍10g,熟地黄10g,山茱萸10g,山药10g,泽泻10g,茯苓10g,其中改牡丹皮10g为莲子心5g,加酸枣仁10g,生龙齿10g,紫贝齿10g。7剂,温水煎服,并嘱患者监测基础体温,7d后生殖B超监测卵泡。

2018年10月17日二诊,B超示:左卵巢:最

大卵泡 $15 \times 14 \text{ mm}$, 右卵巢未见优势卵泡, 子宫内膜厚 5.6 mm , 形态 A。基础体温低相, 夜寐改善, 但夜梦仍见, 大便稀明显。考虑前方中药滋阴效果有所见效, 现继续在原方用药基础上加减, 考虑患者大便偏稀, 去熟地黄, 加砂仁 5 g , 炒白术 10 g , 薏苡仁 30 g , 但内膜仍薄, 加麦冬 10 g 。5 剂, 温水煎服。考虑内膜偏薄, 加河车大造胶改善内膜厚度。5 d 后更换二号方: 川芎 10 g , 当归 10 g , 红花 6 g , 赤芍 10 g , 茺蔚子 10 g , 五灵脂 10 g , 木香 6 g , 砂仁 5 g , 莲子心 5 g , 酸枣仁 10 g , 生龙齿 10 g , 紫贝齿 10 g 。7 剂, 温水煎服。并嘱患者见拉丝白带隔日同房。

2018 年 10 月 29 日三诊, B 超示: 左卵巢: 一欠规则无回声 $11 \times 13 \text{ mm}$ (排卵可能), 右卵巢未见异常, 子宫内膜 9.2 mm , 形态 C。基础体温见高相 2 d, 夜寐明显改善, 大便稀改善。拟方: 党参 10 g , 山药 10 g , 山茱萸 10 g , 巴戟天 10 g , 续断 10 g , 杜仲 10 g , 紫石英 10 g , 菟丝子 10 g , 炒柴胡 10 g 。12 剂, 温水煎服。

2018 年 11 月 14 日四诊, 患者 LMP: 2019-11-12, 刻下行经 D3。拟方: 丹参 10 g , 赤芍 10 g , 乌药 10 g , 五灵脂 10 g , 益母草 10 g , 炒白术 10 g , 砂仁 5 g 。4 剂, 温水煎服。经后再行调周法继续治疗。

2019 年 3 月 24 日, 患者再次就诊, 基础体温高相 18 d, 测血绒毛膜促性腺激素: 435 mIU/mL 。我院中药保胎 100 d 后已转产科正常产检中。

按: 本案例发病病机为肾气虚。在调周的基础上补肾, 辅以经间期调理气血为主要治疗原则。妇科调经尤难, 盖经调则无病, 不调则百病生, 补肾与调理气血之后, 则经水循月而至, 卵泡定期而排。

《女科要旨·种子》云: “种子之法在于调经之中”, 说明月经的顺畅, 是孕育的基础和先决条件, 健康的卵子和精子相结合, 受精卵着床稳定, 才能足月生长发育至分娩^[7]。

5 结语

殷燕云教授认为排卵障碍性不孕症的基本病机在于肾虚兼气血失调, 故治法上应以温养肾气为主, 调理气血为辅, 并遵循调周理念注重阴阳平衡。其中通过补肾来调理肾中阴阳, 以助调节卵巢功能, 调理气血更顺阴阳转化, 以助完善内膜条件, 两者兼顾, 卵泡健康发育, 如期排出, 精卵正常结合, 孕卵顺利着床。殷教授治疗排卵障碍性不孕症有其独到见解, 临床疗效显著, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 谢辛, 苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 369-372.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 351.
- [3] 伍娟娟, 邓海婷, 尤昭玲. 《傅青主女科》从肾与五脏关系论治妇科疾病探析[J]. 江苏中医药杂志, 2019, 51(4): 14-15.
- [4] 张文红, 王玉荣, 冯明. 傅青主女科临证运用[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2009.
- [5] 赵河通, 张丹英. 补肾法治疗排卵障碍性不孕进展[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(3): 213-215.
- [6] 李博涵, 殷燕云. 夏桂成教授对排卵障碍性不孕症经后期的论治[J]. 福建中医药杂志, 2019, 50(1): 57-58.
- [7] 徐波, 殷燕云. 国医大师夏桂成调周法治疗排卵障碍性不孕症经验摘要[J]. 中华中医药杂志, 2016, 32(7): 2983-2985.