

张良英教授助孕 I 号方治疗排卵障碍性不孕症疗效观察

王志梅¹, 周晓娜², 岳胜难², 陈林兴^{2△}

(1. 昆明市盘龙区鼓楼街道办事处桃源社区卫生服务站, 云南昆明 650031; 2. 云南中医学院, 云南昆明 650500)

摘要: **目的** 观察助孕 I 号方治疗肾虚型排卵障碍性不孕症的临床疗效。**方法** 将 82 例辨证为肾虚型的排卵障碍性不孕患者随机分为对照组和治疗组各 41 例。对照组用克罗米芬治疗, 治疗组用助孕 I 号方治疗。治疗 3 个月经周期, 观察妊娠率、患者子宫内膜厚度、主卵泡大小及排卵情况。**结果** 总有效率治疗组 80.5%, 对照组 68.3%; 治疗组子宫内膜厚度、主卵泡直径均大于对照组; 2 组疗效经统计学处理 $P < 0.05$, 差异有统计学意义。**结论** 助孕 I 号方治疗肾虚型排卵障碍性不孕效果确切, 值得临床推广应用。

关键词: 助孕 I 号方; 排卵障碍性不孕; 疗效观察; 名医经验

中图分类号: R271.14 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2014)05-0091-03

导师张良英教授从事妇科教学、医疗、科研工作五十余年, 是云南省名老中医, 全国第二批、第四批、第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 建有国家、云南省及医院三级“名医工作室”。她重视经典, 博采众长, 诊治妇科疾病卓有成效。笔者有幸成为其学术经验继承人, 收益匪浅。导师治疗不孕症匠心独运, 颇具特色。其中, 应用自拟助孕 I 号方治疗排卵障碍性不孕症疗效显著, 现将观察结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2012 年 9 月—2013 年 8 月师从张良英教授在云南省中医医院名医馆妇科门诊治疗的排卵障碍性不孕病例 82 例, 随机分为 2 组。治疗组 41 例: 年龄 22~43 岁, 平均 28.3 岁; 不孕时间 2~8 年, 平均 4.5 年; 其中, 原发不孕症 22 例, 继发不孕症 19 例。对照组 41 例: 年龄 22~45 岁, 平均 28.9 岁; 不孕时间 1~7 年, 平均 4.6 年; 其中, 原发不孕症 27 例, 继发不孕症 14 例。2 组资料比较 $P > 0.05$, 无显著性差异, 具有可比性。

1.2 纳入标准

参照 2013 年全国高等学校教材《妇产科学》(第 8 版)^[1]中“不孕症”的诊断标准, 制定纳入标准如下: ①女性无避孕性生活至少 12 个月而未孕的

原发性不孕者, 或曾有妊娠史而又 1 年以上未能再受孕之继发性不孕者; ②经基础激素水平测定、基础体温测定、子宫输卵管 X 线造影或输卵管超声造影、B 超监测卵泡发育和排卵状况、宫腔或腹腔镜检查等妇科专项检查, 确定为排卵障碍性不孕症者。

1.3 排除标准

①盆腔粘连, 输卵管炎症、阻塞、位置异常, 子宫器质性病变如子宫肌瘤、肿瘤、生殖道畸形、子宫内膜异位症、盆腔结核等; ②各种原因导致的卵巢功能早衰以及免疫性不孕; ③男方不育; ④下丘脑、垂体及甲状腺分泌功能异常者。

1.4 中医辨证

婚久不孕, 月经不调, 量时多时少, 或月经稀发, 闭经。面色晦黯, 头晕耳鸣, 腰酸腹冷。性欲淡漠, 小便清长, 舌淡苔白, 脉沉细。中医辨证属肾虚型^[2]。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①卵泡期用药: 月经干净后服助孕 I 号方, 其基本药物组成为: 熟地 15g, 首乌 15g, 菟丝子 15g, 覆盆子 12g, 女贞子 15g, 补骨脂 12g, 紫石英 15g, 续断 15g, 当归 15g, 党参 15g, 白术 10g, 甘草 5g 等 12 味药, 连服 4 剂。辨证加减: 多囊卵巢综合征肥胖痰湿重者加法夏、苍术; 高泌乳素血症加柴胡、

收稿日期: 2013-10-12

作者简介: 王志梅(1968-), 女, 云南保山人, 副主任医师, 主要从事中医妇科疾病的诊治及研究。

△通信作者: 陈林兴, E-mail: 1021399096@qq.com

浮小麦;虚寒腹痛者加桂心、炮姜等;②排卵黄体期用药:助孕 1 号减去女贞子加丹参 15g、香附 10g,服 3 剂。

中药煎服方法:水煎,每次服 200mL,每天服 2 次,每剂药服 2d。治疗 1 个月经周期为 1 疗程,3 个疗程评定疗效。如服药期间怀孕则停药。

2.2 对照组

从月经来潮第 5 天开始口服克罗米芬,50mg/次/d,连服 5 天。用 3 个月经周期停药。如第 1 周期妊娠,则不做第 2 周期。

3 观察方法

3.1 测定基础体温

每天测量并记录基础体温,周期性连续的基础体温测定可以大致判断有无排卵、黄体功能情况以及是否怀孕等。

3.2 B 超连续监测卵泡大小及子宫内膜厚度

采用阴道 B 超观察,于月经第 9 天开始,隔天监测 1 次,当主卵泡直径大于 15mm 时改为每天监测 1 次直至排卵^[3]。

4 治疗结果

4.1 疗效标准

详细记录治疗过程中 2 组患者的排卵情况,内膜厚度及妊娠情况。参考卫生部于 1995 年颁布的《中药新药治疗女性不孕症的临床研究指导原则》确定疗效标准,将疗效分为治愈、有效、无效。治愈:治疗期间或治疗后 3 个月妊娠(经妇科检查、B 超、血绒毛膜促性腺激素测定或尿免疫妊娠试验证实);有效:治疗后基础体温呈现双相、B 超检查有排卵但未受孕;无效:连续 3 个以上月经周期接受治疗均未成功排卵。总有效=治愈+有效。

4.2 统计方法

计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。

4.3 治疗结果

4.3.1 2 组疗效比较

总有效率治疗组为 80.5%,对照组为 68.3%,2 组疗效经统计学处理 $P<0.05$,有显著差异,见表 1。

表 1 2 组总疗效比较表

分组	n	治愈	有效	无效	总有效
治疗组	41	15(36.6%)	18(43.9%)	8(19.5%)	33(80.5%)
对照组	41	11(26.8%)	17(41.5%)	13(31.7%)	28(68.3%)

4.3.2 2 组子宫内膜厚度的比较

治疗组的子宫内膜与治疗前比较 $P<0.05$,与对

照组比较 $P<0.05$,有统计学意义,见表 2。

表 2 2 组子宫内膜生长情况比较表(mm)

分组	n	治疗前	治疗后
治疗组	41	4.73±1.3	8.96±1.62
对照组	41	4.68±1.28	5.92±1.23

4.3.3 2 组治疗前后 B 超监测卵泡直径比较

治疗前与治疗组比较, $P<0.01$;治疗组与同期对照组的卵泡直径比较 $P<0.05$,有统计学意义,见表 3。

表 3 B 超监测 2 组卵泡直径比较表(mm)

分组	n	治疗前	治疗后
治疗组	41	10.66±1.63	21.07±1.21
对照组	41	10.70±1.80	21.01±1.12

5 讨论

我国育龄妇女不孕症的发病率约 7%~10%,其中排卵障碍引起的不孕占女性不孕症的 25%~35%^[3]。导师认为,现代女性生活节奏快,肩负多重社会角色,压力大,容易引起神经、内分泌系统功能紊乱,影响人体正常的生育功能,使下丘脑-垂体-卵巢功能失调,导致卵细胞的发生、卵泡的成熟和排卵障碍引起不孕。

克罗米芬(clomiphene citrate,CC)目前仍为国内外公认的首选促排卵药物,适用于体内有一定雌激素水平者。化学结构与己烯雌酚相似,是一种具有较强的抗雌激素效应和较弱的雌激素作用的药物。其药理作用的机制尚不十分明确,可能是低剂量药物作用于下丘脑部位,与雌激素竞争受体,阻断雌激素的负反馈作用,刺激内源性 GnRH 释放,促使垂体分泌 FSH 和 LH,诱发排卵;也可能作用于卵巢,增加卵泡对促性腺激素的反应诱发排卵。但是,在临床应用中发现,有部分病例发生黄素化未破裂卵泡综合征,长期或大剂量使用克罗米酚,可造成卵巢过度刺激综合征^[3],而且该药抑制了雌激素的分泌,使宫颈黏液变稠、子宫内膜变薄,不利于受孕且易发生流产。

多年来中医学者及临床医师对排卵功能障碍性不孕的中医病因病机及治法做了积极的探索,各家学术观点不尽相同,临床辨证分型多样。有从肾虚论治者,如罗元恺^[4]结合自己多年的临证经验,提出肾-天癸-冲任-子宫轴的概念,认为肾精、肾气是月经与孕育的主导,指出无排卵者,多以肾阳虚为主兼肾阴不足。夏桂成教授^[5]提出心-肾-子宫轴

主管女性生理,若肾衰心气不降,则血枯经闭而发为本病。王秀霞^[6]认为多囊卵巢综合征所致不孕,肾虚是其基本病机,兼见血瘀、痰湿、痰瘀互结、肝郁等。庞保珍等^[7]认为卵巢功能障碍的患者多伴有不同程度的肾虚血瘀的临床表现,以坤和毓麟丹治疗获效。有从肝郁论治者,如杨冬梅^[8]等选取 56 例卵巢储备功能下降不孕症,采用温阳疏肝法,以右归丸合逍遥散加减治疗获良效。有从冲任气血瘀滞论治者,如宋文嘉等^[9]认为冲任失调为排卵功能障碍性不孕的主要病机;刑佳丽等^[10]通过临床实验研究表明,排卵障碍性不孕者子宫和卵巢组织中血供不足,显示其处于“血瘀”状态。有从痰湿壅阻论治者,如尤昭玲^[11]认为本病的发生责之于痰湿壅阻,精髓不利或脂膏挟湿阻滞冲任及胞宫胞脉,影响“两神相搏”而致不孕。

导师认为,妊娠与肾的关系最密切。肾藏精,主生殖,为先天之本,《素问·上古天真论》云:“女子二七天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”肾气盛,则经调而子嗣。先天肾气不充,阳虚不能温煦子宫,子宫虚冷,不能摄精成孕;或精血不足,冲任脉虚,胞脉失养,不能成孕。故肾虚者见婚久不孕,月经后期,量少色淡,或月经稀少甚至闭经。生育的基础物质卵子生于先天肾精,靠肾气和气血的奉养而生长发育成熟,在肾阳的鼓动下排出。肾气虚,肾中阴精阳气俱不足,胞脉失于温煦则卵子不长、排卵不佳。所以,肾虚是引起排卵障碍性不孕症的根本原因。治疗应以滋肾填精补血,温肾调冲任为法,使阳生阴长、气血充盛,促进卵泡生长、成熟并顺利排出,则受孕生育有期。

导师自拟助孕 I 号方药物组成为熟地、首乌、当归、白术、党参、菟丝子、覆盆子、女贞子、续断、补骨脂、紫石英、甘草。方中菟丝子补肾固精,温而不燥为君药;熟地、制首乌、女贞子补肾益精;滋肾养肝。覆盆子、续断补肝肾、壮筋骨、调血脉、固精安胎;补骨脂补肾壮阳、固精缩尿、温脾止泻;紫石英温肾益血暖宫、镇心定惊,共为臣药。当归补血活血调经;党参、白术益气健脾为佐药。甘草调和诸药,为使药。全方既温养先天肾气以生精,又培补后天脾胃以生血,使肾气充盛,气血得养,冲任调和,胎孕易成。经净服用助孕 I 号温肾填精,促进卵泡发育;月经中期加桃仁、丹参活血通络促排卵,并根据患者兼症灵活加减用药。痰湿重者加法夏、苍术燥

湿化痰;兼有高泌乳素者责之肝失疏泄,加柴胡疏肝理气,浮小麦回乳;虚寒重者加炮姜、桂心温中散寒。张老师用药体现了肾为水火之脏,藏真阴寓元阳的生理特点;遣方用药以达阴阳消长,水火互济之功。发扬明代张景岳“善补阳者,必阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷;善补阴者,必阳中求阴,则阴得阳助而泉源不竭”的辨治心法^[12]。

通过 2 组病例观察可见,助孕 I 号方能使主卵泡直径明显增大、子宫内膜增厚、促进卵泡成熟并排出,提高受孕率。现代研究也证实,补肾中药对下丘脑-垂体-卵巢性腺轴的功能有调节作用,能明显提高雌激素水平,改变子宫内膜和卵泡的异常生长发育状态。

综上所述,助孕 I 号方与克罗米芬相比,治疗排卵障碍性不孕症具有显著优越性,避免了促排卵西药拮抗雌激素的副作用,效优价廉,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:369-373.
- [2] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 9 版. 北京:中国中医药出版社,2012:227-228.
- [3] 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2003:862-865.
- [4] 罗元恺. 罗元恺论医籍[M]. 北京:人民卫生出版社,1990:38.
- [5] 史玉梅,吴芹,夏桂成. 夏桂成教授补肾调经治疗排卵障碍性不孕症经验摘要[J]. 山西中医,2006(2):7-8.
- [6] 王秀霞,宋玉林. 中药治疗多囊卵巢综合征所致不孕的研究进展[J]. 环球中医药,2012(5):797-800.
- [7] 庞保珍,庞清洋,庞慧卿. 坤和毓麟丹治疗排卵障碍性不孕症 110 例[J]. 中医杂志,2010,51(7):625-626.
- [8] 杨冬梅,陆东权,景致英. 温阳疏肝法治疗卵巢储备功能下降不孕症 56 例临床观察[J]. 四川中医,2013(5):103-105.
- [9] 宋文嘉,夏天,赵丽颖. 排卵障碍性不孕症病机研究概况[J]. 辽宁中医药大学学报,2011,13(9):48-50.
- [10] 刑佳丽,丛慧芳. 补肾活血法配合克罗米芬治疗肾虚血瘀型排卵障碍性不孕症的临床观察[D]. 北京:北京中医药大学,2009.
- [11] 尤昭玲,杨正望. 多囊卵巢综合征从肾虚血瘀调治的探讨[J]. 湖南中医学院学报,2005,25(1):25-28.
- [12] 姜丽娟,卜德艳,赵文方,等. 张良英教授从肝脾肾辨治妇科疾病心法[J]. 云南中医学院学报,2009,32(5):49-51.

(编辑:杨阳)