

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.01.019

临证心得

理气药在妊娠病治疗中的配伍应用

马 景*, 何嘉琳

(杭州市中医院, 浙江省杭州市体育场路 453 号, 310007)

摘要 介绍理气药在异位妊娠、妊娠恶阻、卵巢过度刺激综合征等妊娠病治疗中的配伍应用体会, 认为理气药与补气药合用, 一补一推, 能够促进孕卵、胎盘运动; 理气药与滋阴药合用能够疏理气机, 降逆止呕; 理气药与温阳药合用能够温阳化气, 利水消饮。

关键词 理气药; 异位妊娠; 卵巢过度刺激综合征; 妊娠恶阻

理气类药物辛温香燥易耗气伤阴, 若行气力强则易伤胎气, 故多数医家少用于妊娠病中。孰不知妊娠胎气不安者, 证各有不同, 治亦有别, 去其所病, 便是安胎之法, 而非拘泥于黄芩、白术之属。更何况安胎之法多以补脾肾、养气血为多, 药物易滋腻碍脾, 若无理气类药物从中斡旋, 补药反而滞留中州, 碍脾碍胃。现将我们临床中应用理气药治疗妊娠病体会介绍如下。

1 理气药与补气药合用

男精壮而女经调, 在氤氲之时, 两神相搏, 阴阳和合而成胎孕。“两神相搏, 阴阳和合”是指精子与卵子在输卵管壶腹部结合为受精卵。其后孕卵一边分裂, 一边向宫腔移行, 直到受精后第四日进入宫腔^[1]。在此过程中, 若女子脾肾气虚, 气机推动乏力, 则不能及时将孕卵送达子宫; 若少腹宿有瘀滞, 冲任胞脉、胞络不畅, 运送孕卵受阻, 亦无法移行至子宫, 导致孕卵种植在输卵管内或宫角而成为异位妊娠, 进而孕卵胀破脉络, 血溢少腹, 可迅速发展为阴血暴亡、气随血脱的厥脱证^[2]。倘若在孕早期借助超声检查, 尽早了解孕卵位置, 借助理气药与补气药, 以黄芪、党参、太子参健脾补中、益气升阳, 加强温煦推动之力; 枳壳、陈皮加强理气运行之力; 川芎行血中之气, 一行一补, 推动孕卵向胞宫运行, 可转危为安。枳壳性较枳实更为缓和, 既可泻脾气之壅滞、调中焦之运化, 又有上行胸膈、破气推动之功。

妊娠第 3 个月胎盘逐渐形成, 若患者形体消瘦, 脾肾气虚, 不足以载胎, 易致胎盘位置偏低, 稍有不慎, 轻则出血, 重则胎动; 更有数堕胎或宫腔手术史者, 胎盘植入而致胎漏不止。此时安胎之法唯有重用党参、黄芪, 或配以高丽参、西洋参或野山参, 大补元气, 益气健脾升提; 同时以升麻、紫苏梗、川芎、橘皮、橘络等调理气机, 一升一动, 胎自可安。

2 理气药与滋阴药合用

妊娠恶阻者, 虽有脾胃虚弱、肝胃不和、痰湿壅滞、气阴两虚之分, 病机始终为冲气上逆, 胃失和降^[3]。治疗之法, 或补益脾胃, 或养血清肝, 或化痰消滞, 但终究不可缺“理气”二字, 用药不外乎陈皮、绿萼梅、川芎、紫苏梗、竹茹之类。若久吐不治或治疗不当, 脾胃俱伤, 水谷精微难以输布, 气机逆乱, 气随阴耗, 进而气阴两亏, 而见神疲乏力、形体消瘦、肌肤不泽、目眶凹陷、口渴尿少、舌红少津苔光剥、脉细数无力, 当急投以石斛、麦冬、生地、玉竹、芦根等滋养阴液, 并以白术、紫苏梗、陈皮健运中州, 助运消痞; 绿萼梅疏肝和胃, 调畅气机; 砂仁行气和中, 止呕安胎。如此, 滋阴药得理气药推动帮助, 阴液复, 气机调, 恶阻止。

3 理气药与温阳药合用

随着人工辅助生育技术的深入开展, 卵巢过度刺激综合征 (OHSS) 发生率逐年上升。因其胸水、腹水、全身水肿、卵巢增大等特征, 而归类于

* 通讯作者: 297411718@qq.com, 13634103824

中医“子肿”“水肿”“积聚”等病证范畴^[3]。OHSS 往往是在肾虚的基础上湿邪为患，水饮停滞，或累及脾、心诸脏，或气滞血瘀而发展成为积聚。湿属阴邪，其性重浊黏腻，最易阻碍气机，而气滞不行，又使湿邪不得运化，故治疗常以温阳药配伍理气药，以求气行则湿行，气化则湿化。如何氏二陈五皮饮，以二陈汤化痰浊，又利水湿，更有五味异功散健脾运中，杜绝生痰之源；寿胎丸温肾填精、充养血海；尤其陈皮、茯苓本归脾经，其功用皆能行中带补，匡正除邪。

4 病案举例

例 1: 卵细胞浆内单精子注射-胚胎移植 (ICSI-ET) 术后宫角妊娠

患者，女，30 岁，2013 年 8 月 26 日初诊。患者平素月经规则，色正量略少，末次月经 2013 年 8 月 12 日。因配偶重度少精症于 2013 年 8 月 25 日在杭州市某医院行 ICSI-ET 术，术后予口服戊酸雌二醇片每次 3 mg，每日 2 次，阿司匹林肠溶片每次 25 mg，每日 1 次，肌肉注射黄体酮针每次 40 mg，每日 2 次。就诊时面色^㿔白，形体偏瘦，时感腰酸，无阴道出血，胃纳可，二便调，夜寐尚安。舌淡、苔薄，脉细滑。予补肾养血助孕，处方：黄芪 15 g，桑寄生 15 g，苘麻根 24 g，菟丝子 24 g，覆盆子 20 g，白芍 12 g，当归 9 g，川芎 6 g，白术 10 g，杜仲 15 g，狗脊 15 g，陈皮 6 g，黄芩 10 g。9 月 5 日测血绒毛膜促性腺激素 (HCG) 1090 IU/ml。9 月 12 日复查血 HCG 3650 mIU/L，雌二醇 (E_2) 180.12 pg/ml，孕酮 (P) 72.84 nmol/L。阴道超声提示：宫腔内偏左侧宫角可见小暗区，大小约 6 mm × 4 mm × 5 mm，未见卵黄囊及胚芽，近右侧宫角见一小暗区，大小约 5 mm × 4 mm × 4 mm，未见卵黄囊及胚芽，与宫腔相连，局部肌层最薄处厚约 4 mm。患者有宫角妊娠可能且血性激素水平上升不理想，偶感下腹隐痛，夜寐欠佳，舌淡、苔薄，脉弦细，故加用 HCG 针 2000 U 肌肉注射，隔日 1 次，于补肾养血中药中配伍益气行气之品，处方：菟丝子 20 g，桑寄生 20 g，太子参 15 g，砂仁 6 g，陈皮 6 g，阿胶珠 12 g，炒白术 15 g，党参 20 g，当归 10 g，紫苏梗 6 g，枳壳 9 g，炒竹茹 10 g，黄芪 15 g，杜仲 10 g。10 剂，每日 1 剂。9 月 20 日复查血 HCG 36527.2 IU/L， E_2 430 pg/ml，P 91.95 nmol/L。9 月 23 日阴道超声提示：宫内早孕，双囊双胎 (右侧胚囊约 20 mm × 11 mm ×

14 mm，距浆膜层 7 mm，卵黄囊 3 mm，胚芽 5 mm，原心搏动可见；左侧胚囊约 18 mm × 14 mm × 11 mm，卵黄囊 4 mm，胚芽 5 mm，原心搏动可见)。患者自述腹痛好转，无阴道出血，偶感恶心，胃纳欠佳。继续补肾养血，疏肝和胃中药治疗。2013 年 10 月 8 日腹部超声提示：宫内早孕 (双绒毛膜囊双羊膜囊双胎，孕约 8 周余，右侧胚囊约 39 mm × 28 mm × 23 mm，胚芽 19 mm，原心搏动可见；左侧胚囊约 38 mm × 33 mm × 27 mm，胚芽 21 mm，原心搏动可见)。逐渐减少戊酸雌二醇、黄体酮针用量。10 月 10 日复查血 HCG 191752.2 IU/L， E_2 1895.87 pg/ml，P 114.68 nmol/L。

按：辅助生育技术的发展导致双胎妊娠、宫角妊娠、异位妊娠等发生率有了较大幅度的提高。患者面色^㿔白、形瘦、腰酸等表明气血亏虚、肾气不足之证，故在移植后以补肾养血中药以助孕。移植后第 15 天血 HCG 上升不理想，超声提示孕囊偏宫角，且局部肌层仅厚 4 mm，除加入 HCG 针外，中药以黄芪、党参、太子参补中益气升阳；枳壳、紫苏梗、陈皮宽中行气，一补一行，促孕卵直达宫腔。

例 2: 体外受精-胚胎移植 (IVF-ET) 术后 OHSS

患者，女，26 岁，2013 年 10 月 7 日初诊。主诉：IVF-ET 术后 13 天，阴道出血伴腰酸腹痛 1 天。患者平素月经规则，婚后未避孕 3 年未孕。末次月经 2013 年 9 月 6 日，量色如常。因原发不孕在浙江省某医院予克罗米芬配合 HCG 促排卵后 9 月 24 日行 IVF-ET 术，9 月 27 日起予口服地屈孕酮片每次 10 mg、每日 2 次内膜支持治疗。10 月 5 日查血 HCG 33.52 IU/L， E_2 1092 pg/ml，P 64.99 nmol/L。10 月 7 日凌晨无明显诱因阴道少量淡红色出血，伴腰酸、小腹刺痛，无肛门坠胀感。查体：腹部略膨，腹围 78.5 cm，体重 60 kg。平素畏寒肢冷，腰酸乏力，舌淡胖、苔薄白，脉细滑。复查血 HCG 96.94 IU/L， E_2 1677 pg/ml，P 50.25 ng/ml。急予中药补肾健脾、止血安胎。处方：党参 30 g，白芍 10 g，黄芩 9 g，炒白术 10 g，桑寄生 15 g，苘麻根 20 g，菟丝子 15 g，杜仲 10 g，阿胶珠 12 g，墨旱莲 10 g，藕节炭 10 g，炙甘草 5 g，太子参 15 g，山药 15 g，白及 10 g，仙鹤草 20 g。每日 1 剂。10 月 8 日患者感腹痛较前明显，胸闷气喘，B 超示：宫腔内可见 0.2 cm 无回声区，OHSS 并腹腔积液 (左卵巢约 9.7 mm × 11.2 mm ×

9.2 mm, 右卵巢约 8.6 mm × 5.8 mm × 5.7 mm, 内部呈多房囊性结构, 子宫直肠窝可见液性暗区, 前后径 1.3 cm, 肝肾间隙液性暗区 0.5 cm)。结合 B 超结果, 上方中加入桑白皮 10 g、大腹皮 10 g、陈皮 6 g、砂仁 6 g (后下)、茯苓皮 10 g, 利水化饮。服药 7 剂后患者感阴道出血已止, 腹胀仍有, 腹围 79 cm, 体重 60.5 kg。2013 年 10 月 17 日查 HCG 10 837.2 IU/L, E₂ 2905.43 pg/ml, P > 190.8 nmol/L, B 超示: 宫内早早孕? (宫腔内可见类胚囊, 大小约 6 mm × 6 mm × 4 mm, 囊内可见类卵黄囊, 欠清晰, 大小约 2 mm, 未见胚芽)、OHSS (左卵巢约 11.8 mm × 10.1 mm × 6.9 mm, 内见多个薄壁无回声区, 大者约 9.3 mm × 7.8 mm × 7.3 mm; 右卵巢约 10.1 mm × 9.1 mm × 6.9 mm, 内见多个薄壁无回声区, 大者约 52 mm × 4.8 mm × 4.2 mm; 腹腔内见游离液性暗区, 子宫前方液性暗区前后径约 1.5 cm, 子宫直肠窝液性暗区前后径 0.4 cm)。患者面色^㿖白, 腰酸乏力, 舌淡胖边齿痕、苔薄, 脉濡滑。中药健脾补肾利水化湿。处方: 党参 15 g, 桑寄生 15 g, 菟丝子 20 g, 续断 10 g, 茯苓 10 g, 桂枝 5 g, 泽泻 15 g, 陈皮 10 g, 甘草 3 g, 杜仲 10 g, 大腹皮 10 g, 炒白术 10 g。7 剂, 每日 1 剂。服药后患者感腹胀略缓, 2013 年 10 月 25 日查 HCG > 20 × 10⁴ IU/L, E₂ 2809.3 pg/ml, P > 190.8 nmol/L, 继守前方。11 月 12 日 B 超示: 宫内早孕, 胚芽 17 mm, 原始心搏可见, OHSS (左

卵巢约 9.7 mm × 10.1 mm × 8.3 mm, 右卵巢约 7.6 mm × 5.3 mm × 5.1 mm, 子宫直肠窝可见液性暗区, 前后径约 1.0 cm)。随访至孕 3 月 B 超提示胚胎发育良好, 卵巢逐步恢复至正常范围。

按: OHSS 是人工辅助生育中常见的并发症, 其重症主要表现为卵巢增大、腹腔积液, 甚至胸腔积液、全身水肿等, 可归类于中医“子肿”“臌胀”“瘕瘕”等病。OHSS 往往在受精后 10 余天开始发病, 并随着妊娠天数增加, HCG、E₂ 增高而逐渐加剧。该患者平素腰酸、畏寒、大便溏, 脾肾阳虚为主, 人工辅助生育、卵巢刺激, 以至于受孕后肾阳亏虚, 气化乏力; 脾胃虚弱, 运化失职, 而致水饮为患。治疗以四君子汤健脾利水; 寿胎丸补肾固本; 更以桂枝助阳化气以利水, 陈皮理气燥湿, 茯苓利湿而不伤正气; 泽泻既能助茯苓利湿, 收健脾之效, 又能下气除饮, 有活血利水之功。

参考文献

- [1] 丰有吉, 沈铿, 马丁, 等. 妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 34-35.
- [2] 张玉珍. 中医妇科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
- [3] 刘凤云, 张敏, 吴先哲. 中医药治疗卵巢过度刺激综合征的思路与方法 [J]. 中医杂志, 2004, 45(2): 143-144.

(收稿日期: 2014-05-04; 修回日期: 2014-07-11)

编辑: 洪 涛

当飞利肝宁胶囊临床应用及基础研究有奖征文活动通知

病毒性肝炎、药物性肝炎、脂肪肝等肝脏疾病严重威胁人们的身体健康, 已成为当前重大公共卫生问题。消除传染性肝炎、防治肝损伤以及治疗肝病的合理用药, 已经成为肝病防治领域的共同心声和行动。当飞利肝宁胶囊是由“肝炎草”当药与保肝药水飞蓟精炼组方而成的抗炎保肝中成药, 具有保护肝细胞膜及线粒体, 减轻肝细胞变性、坏死及炎症性反应, 减轻肝脏脂质沉积, 改善胰岛素抵抗及抗脂质过氧化作用。为了更好探索当飞利肝宁胶囊抗炎保肝作用机理及对各类肝损伤患者的有效影响, 完善肝病防治方案, 中华中医药学会内科肝胆病专业委员会、中医杂志社、《中国脂肪肝防治与康复网》将联合开展“开启新视野, 成就肝健康”当飞利肝宁胶囊临床应用及基础研究有奖征文活动。具体要求如下。

一、征文内容: 1. 当飞利肝宁胶囊在抗炎保肝方面的临床应用、基础研究的论著、荟萃分析、合理用药方案研究等; 2. 当药的药学研究、生物学研究、文献研究及基础理论研究等。二、论文要求: 1. 文章力求立题新颖、设计严格、数据完整, 具有新颖性和指导性; 2. 内容具有严谨性和科学性, 论点鲜明、论证充分、逻辑严谨, 结果真实可靠; 3. 文章应符合学术期刊论文发表的要求, 要求未公开发表及未在全国性会议上交流。三、投稿方式: 请将文章以 word 格式发至征文专用邮箱: jtcmen@163.com。四、征文截止日期: 2015 年 3 月 31 日。五、评选规则: 所有论文由中华中医药学会内科肝胆病专业委员会和中医杂志社邀请相关专家组成评选委员会进行评选, 结果将公布在《中医杂志》、《中西医结合肝病杂志》、《胃肠病学和肝病学杂志》及《中国脂肪肝防治与康复网》。六、奖项设置: 特等奖 1 名, 支持科研基金 20000 元; 一等奖 3 名, 支持科研基金 10000 元; 二等奖 8 名, 支持科研基金 8000 元; 三等奖 15 名, 支持科研基金 5000 元; 纪念奖若干, 支持科研基金 1000 元。特等奖论文将推荐在 SCI 期刊发表, 一至三等奖符合发表要求论文将推荐发表在国内专业期刊上, 优秀科研成果将邀请参加全国性学术大会报告及交流。