

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.09.013

益肾安宫方联合黄体酮注射液治疗 先兆流产 100 例临床观察

张 伟, 丁彩飞*

(杭州市红十字会医院生殖医学科, 浙江省杭州市下城区环城东路 208 号, 310003)

摘要 目的 观察益肾安宫方联合黄体酮注射液治疗先兆流产的临床疗效。方法 将 100 例先兆流产患者随机分为治疗组和对照组各 50 例。对照组给予肌肉注射黄体酮注射液 40 mg, 每天 1 次。治疗组在对照组基础上配合中医辨证施治, 分为肾虚血热型及脾肾两虚型, 分别给予益肾安宫 I 号方及益肾安宫 II 号方, 每日 1 剂。两组均以 7 天为 1 个疗程, 共 3 个疗程。两组均于治疗前及治疗 1、2、3 周后测定血清绒毛膜促性腺激素 (β -HCG)、孕酮 (P)、雌二醇 (E_2) 水平, 比较两组治疗前后中医证候积分。治疗后评价综合疗效和证候疗效, 比较治疗组不同年龄、不同自然流产史、不同孕周患者临床综合疗效。结果 治疗组和对照组综合疗效分别为 88%、72%, 治疗组明显优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后中医证候积分均较治疗前明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组中医证候积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者治疗 1、2、3 周后血清 β -HCG、 E_2 水平均较治疗前明显上升 ($P < 0.01$), 治疗组治疗 1、2、3 周后血清 P 水平较治疗前明显上升 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$), 对照组治疗 2、3 周后血清 P 水平较治疗前明显上升 ($P < 0.01$); 治疗组治疗 1、2、3 周后血清 E_2 水平明显高于对照组 ($P < 0.01$)。治疗组不同年龄段、不同自然流产史、不同孕周患者综合疗效总有效率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 益肾安宫方联合黄体酮注射液治疗先兆流产疗效确切, 且不受患者年龄、自然流产史、孕周因素的影响, 并能明显改善中医症状, 升高血清 E_2 水平。

关键词 先兆流产; 益肾安宫方; 绒毛膜促性腺激素; 孕酮; 雌二醇

先兆流产是指妊娠 28 周前先出现少量阴道出血, 常为暗红色或血性白带, 无妊娠物排出, 随后出现阵发性下腹痛或腰背痛。其中, 妊娠 12 周前发生者, 称为早期先兆流产^[1, 84]。先兆流产在中医古籍中早有记载。随着社会竞争加剧、工作压力增大、环境污染加重等, 先兆流产的发病率逐渐升高, 约为 15% ~ 20%, 已成为孕妇最常见的疾病之一^[1]。中医学认为先兆流产属“胎漏”“胎动不安”范畴, 主要病机是冲任损伤、胎元不固, 而临床导致冲任损伤、胎元不固的常见病因病机有肾虚、血热、气血虚弱、血瘀。我们采用益肾安宫方联合黄体酮注射液治疗先兆流产患者, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

100 例研究对象来自 2013 年 10 月至 2014 年

10 月在杭州市红十字会医院生殖医学科住院保胎的先兆流产患者, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 50 例。治疗组平均年龄 (29.44 ± 3.86) 岁; 平均孕龄 (6.46 ± 0.68) 周; 有自然流产史 29 例; 有人工/药物流产史 13 例; 有异位妊娠史 6 例。对照组平均年龄 (30.58 ± 2.75) 岁; 平均孕龄 (6.64 ± 0.96) 周; 有自然流产史 27 例; 有人工/药物流产史 15 例; 有异位妊娠史 8 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《妇产科学》^[85]、《中华妇产科学》^[8]相关内容制定。1) 病史: 有停经史和早孕反应。2) 症状: 阴道少量出血, 伴有小腹疼痛或腰酸胀痛。3) 妇科检查: 子宫颈口未开, 子宫体软, 子宫增大与孕周相符合。4) 辅助检查: 尿妊娠试验阳性或血清绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 值升高; B 超提示宫内妊娠, 子宫大小、孕

基金项目: 浙江省中医药科技计划 (2013ZB093)

* 通讯作者: kathy-zhang0823@163.com, 13685749553

囊或胚胎(胎儿)发育与孕周相符。血清 β -HCG、孕酮(P)、雌二醇(E_2)水平与孕周和B超结果(孕囊大小、胚胎发育)基本相符。

中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]及《中医妇科学》^[5]制订:妊娠期出现阴道少量流血,伴腰酸或腹痛、小腹下坠者,舌质淡暗苔薄白或舌质红苔薄,脉滑。

中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]及《中医妇科学》^[5]相关内容制定。肾虚血热型:阴道少量或多量出血、色鲜红、质稠,伴腰酸或腹痛、小腹下坠,两膝酸软,头晕耳鸣,夜尿频多,口干咽燥,大便干结,舌质红、苔薄,脉弦细或细数。脾肾两虚型:阴道少量出血、色淡暗、质稀薄,伴腰酸或腹痛、小腹下坠,精神萎靡,头晕耳鸣,腰膝酸软,夜尿频数,眼眶暗黑或有暗斑,舌淡、苔薄,脉沉细略滑、尺脉弱。

1.3 纳入标准

符合上述诊断及辨证标准;妊娠6~9周;无肝、心、肾和脑原发疾患;未使用过免疫抑制药物;无中毒及自身免疫性疾病史;签署知情同意书。

1.4 排除标准

阴道出血量多于平日月经量,腹痛阵发者;B超证实为宫内妊娠,但疑胎儿畸形者;生殖器官畸形者;合并有其他严重原发性疾病或精神病者;正在参加其他临床试验者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组给予肌肉注射黄体酮注射液(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H33020828)40mg,每天1次。

治疗组在对照组基础上配合中医辨证施治。肾虚血热型给予益肾安宫I号方(保阴煎加减)益肾养阴、清热凉血、固冲安胎,处方:生地黄15g,熟地黄15g,炒白芍15g,山药15g,盐续断15g,黄芩15g,桑寄生15g,阿胶珠12g,墨旱莲12g,甘草5g;脾肾两虚型给予益肾安宫II号方(寿胎丸合四君子汤加减)补肾健脾、益气养血、固冲安胎,处方:炒党参15g,炒白术12g,盐续断15g,桑寄生15g,杜仲15g,菟丝子30g,炒白芍15g,熟地黄15g,茯苓12g,阿胶珠12g,甘草5g。每日1剂,水煎服,早晚分服。两组均以7天为1个疗程,共3个疗程。

2.2 观察指标及方法

两组均于治疗前及治疗1、2、3周后抽取静脉血5ml,测定血清 β -HCG、P、 E_2 水平。

治疗前后记录两组中医证候积分^[4]:对主症阴道出血时间、量、色、质,小腹疼痛,腰酸胀痛,两膝酸软;次症头晕耳鸣,夜尿频多,屡次堕胎情况,分别制定分级量化计分标准,具体见表1、表2。对舌脉异常征象予以定性记录,不作分级量化。

表1 中医证候主症评分标准

症状	0分	2分	4分	6分
阴道出血时间	无	阴道出血1~5天	阴道出血6~9天	阴道出血10天以上
阴道出血量	无	时有时无,点滴而下	淋漓难净,量少	持续不净,量多需用卫生巾

表2 中医证候次症评分标准

症状	0分	1分	2分	3分
阴道出血色质	无	淡紫,质薄	淡暗,质清稀	淡暗,如黑豆汁
腰酸胀痛	无	腰酸或腰胀不适,时有时无	腰酸或腰胀不适,持续存在	腰酸胀痛,持续存在
小腹疼痛或坠	无	小腹疼痛或坠胀不适,时有时无	小腹疼痛或坠胀不适,持续存在	小腹疼痛伴坠胀不适,持续存在
两膝酸软	无	时有时无	持续存在	不欲行走
头晕耳鸣	无	偶有出现	时有时无	频繁出现
夜尿频多	无或夜尿1次	夜尿2次	夜尿3次	夜尿 ≥ 4 次
自然堕胎史	无	1次	2次	≥ 3 次

治疗后评价综合疗效和证候疗效,比较治疗组不同年龄、不同自然流产史、不同孕周患者临床综合疗效。

2.3 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中胎动不安(早期先兆流产)疗效标准拟定。

综合疗效判定标准:痊愈:治疗5天内阴道出血停止,小腹疼痛及腰酸胀痛等消失;B超检查子宫大小、胚胎发育与孕周相符,血清 β -HCG、P、 E_2 水平与孕周相符;孕12周时胎儿发育正常。显效:治疗9天内阴道出血停止,小腹疼痛及腰酸胀痛等明显减轻;B超检查子宫大小、胚胎发育与孕周相符,血清 β -HCG、P、 E_2 水平与孕周基本相符;孕12周时胎儿发育正常。有效:治疗10天内阴道出血停止,小腹疼痛及腰酸胀痛等有所减轻;

B 超检查子宫大小、胚胎发育与孕周基本相符,血清 β -HCG、P、 E_2 水平与孕周基本相符。无效:治疗超过 10 天阴道出血未止,小腹疼痛及腰酸胀痛等无减轻或有加重; B 超检查子宫大小、胚胎发育与孕周基本相符或小于孕周,胚胎发育不良或停止发育,血清 β -HCG、P、 E_2 水平与孕周不符,并下降。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件处理数据。计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者综合疗效比较

表 3 示,治疗组综合疗效总有效率明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 两组先兆流产患者综合疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	22 (44)	20 (40)	2 (4)	6 (12)	44 (88)
对照组	50	19 (38)	13 (26)	4 (8)	14 (28)	36 (72)

3.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

表 4 示,两组患者治疗后中医证候积分均较治疗前明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组中医证候积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 两组先兆流产患者治疗前后中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	中医证候积分
治疗组	治疗前	50	9.12 $\pm$ 2.50
	治疗后	50	2.04 $\pm$ 2.86 ^{*Δ}
对照组	治疗前	50	10.94 $\pm$ 1.75
	治疗后	50	3.86 $\pm$ 4.08 [*]

注:与本组治疗前比较, $* P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3.3 治疗组不同年龄段患者综合疗效比较

表 5 示,不同年龄段患者综合疗效总有效率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 5 治疗组不同年龄段先兆流产患者综合疗效比较 例(%)

3.4 治疗组不同自然流产史患者综合疗效比较

表 6 示,不同自然流产史患者综合疗效总有效率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.5 不同孕周患者综合疗效比较

表 7 示,不同孕周患者综合疗效总有效率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.6 两组患者不同时间点血清 β -HCG、P、 E_2 水平比较

表 8 示,两组患者治疗 1、2、3 周后血清 β -HCG、 E_2 水平均较治疗前明显上升 ($P < 0.01$),治疗组治疗 1、2、3 周后血清 P 水平较均治疗前明显上升 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),对照组治疗 2、3 周后血清 P 水平均较治疗前明显上升 ($P < 0.01$); 两组治疗 1、2、3 周后血清 β -HCG、P 水平组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),治疗组治疗 1、2、3 周后血清 E_2 水平明显高于对照组 ($P < 0.01$)。

表 5 治疗组不同年龄段先兆流产患者综合疗效比较 例(%)

年龄(岁)	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
20~29	26	10 (38.46)	12 (46.16)	2 (7.69)	2 (7.69)	24 (92.31)
30~39	23	11 (47.83)	8 (34.78)	0	4 (17.39)	19 (82.61)
≥ 40 岁	1	1 (100)	0	0	1 (100)	

表 6 治疗组不同自然流产史先兆流产患者综合疗效比较 例(%)

自然流产史	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
无	21	10 (47.62)	5 (23.81)	2 (9.52)	4 (19.05)	17 (80.95)
有	29	12 (41.38)	15 (51.72)	0	2 (6.90)	27 (93.10)

表 7 治疗组不同孕周先兆流产患者综合疗效比较 例(%)

孕周	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
<8	46	20 (43.48)	19 (41.30)	2 (4.35)	5 (10.87)	41 (89.13)
8~9	4	2 (50.00)	1 (25.00)	0	1 (25.00)	3 (75.00)

表 8 两组先兆流产患者不同时间点血清 β -HCG、P、 E_2 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	β -HCG (IU/L)	P (ng/ml)	E_2 (pg/ml)
治疗组	治疗前	50	48503.46 $\pm$ 31968.09	39.34 $\pm$ 12.75	1201.86 $\pm$ 486.30
	治疗 1 周	50	87506.00 $\pm$ 43734.21 ^{**}	42.78 $\pm$ 11.86 ^{**}	1853.11 $\pm$ 780.17 ^{**Δ}
	治疗 2 周	50	114937.20 $\pm$ 54624.58 ^{**}	43.81 $\pm$ 11.01 [*]	2376.45 $\pm$ 977.70 ^{**Δ}
	治疗 3 周	50	133542.80 $\pm$ 77953.44 ^{**}	43.00 $\pm$ 11.52 [*]	2835.60 $\pm$ 984.49 ^{**Δ}
对照组	治疗前	50	45690.74 $\pm$ 47500.14	40.84 $\pm$ 10.90	1120.54 $\pm$ 871.69
	治疗 1 周	50	81322.48 $\pm$ 62857.99 ^{**}	41.49 $\pm$ 9.12	1375.31 $\pm$ 894.51 ^{**}
	治疗 2 周	50	112021.90 $\pm$ 62573.71 ^{**}	45.94 $\pm$ 11.80 ^{**}	1769.05 $\pm$ 899.41 ^{**}
	治疗 3 周	50	128851.50 $\pm$ 64112.45 ^{**}	46.84 $\pm$ 10.20 ^{**}	2157.18 $\pm$ 944.47 ^{**}

注: β -HCG,绒毛膜促性腺激素; P,孕酮; E_2 ,雌二醇; 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$, $** P < 0.01$; 与对照组同时点比较, $\Delta P < 0.01$

4 讨论

肾藏精，主生殖而系胞胎。《傅青主女科》记载“夫妇人受妊，本于肾气之旺也。”胎元的生长发育亦赖肾气之充盛，张锡纯《医学衷中参西录》记载“男女生育，皆赖肾气作强，肾旺自能荫胎也”。而妇女以血为用，妊娠后阴血聚于冲任以养胎元，机体处于相对阴血不足、阳常有余的生理状态，此期易热扰胎动而出现各种流产先兆。《景岳全书·妇人规》曰“凡胎热者，血易动，血动者，胎不安。”脾为后天之本，脾气健运，化生精微，濡养各脏腑组织器官。胎儿居于胞宫之中，全赖母血以供养，而血液的化生是以水谷精微为物质基础，通过脾胃的腐熟、运化、输布而完成，为胎儿的生长发育提供物质基础，如《傅青主女科》云“脾健则血旺而荫胎”。又脾肾关系密切，先天之本得后天之充养，肾精得以充盛，才能保证其功能旺盛，生殖之精充盛，为孕育胎儿提供必需的营养物质，如《傅青主女科》记载“脾非先天之气不能化，肾非后天之气不能生，……补先后二天之脾肾，正所以固胞胎之气血耳”。

由此可见，本病病机以肾虚血热、脾肾两虚为主，治疗当以补肾健脾、养阴清热为主。古今医贤论治本病多从补肾入手，张锡纯从肾虚论治，傅青主提倡“保胎必先肾水”，吴谦组方多选固肾安胎之药，曾倩等^[8]从肾主生殖立论，治疗早期先兆流产疗效较好。明代《邯郸遗稿》记载“胎茎之系于脾，犹钟之系于梁也，若栋梁不固，栋梁必挠，所以安胎先固两肾，使肾中和暖，始脾有生气”，提出补肾培脾之安胎大法。《中医妇科临证备要》云“凡能导致肾气不足，脾胃虚弱，气血运行不畅，均可导致先兆流产，故安胎必求其本，一补肾气，肾旺自能系胎荫胎，二补脾气，脾健生血有源，以养先天，脾气健运，精血充足，肾气旺盛，胎儿自能正常生长发育。”孕妇在妊娠期间，阴血下注养胎，机体处于阴血偏虚、阳气偏旺的特殊生理状态，先兆流产应重视血热这一致病因素。因此，除补肾培脾外，尚须养阴清热。

结合上述观点，我们在临床上将本病辨证为肾虚血热及脾肾两虚两种证型，分别采用益肾安宫 I 号方及益肾安宫 II 号方施治。益肾安宫 I 号方化裁自保阴煎，方中续断、桑寄生补肾固冲，熟地黄、阿胶珠补血养阴，黄芩清热安胎，生地黄清热凉血，墨旱莲滋补肝肾，山药健脾养胃，白芍养血敛

阴，甘草调和诸药，全方共奏益肾养阴、清热凉血、固冲安胎之功。益肾安宫 II 号方化裁自寿胎丸合四君子汤，方中杜仲、续断、桑寄生、菟丝子补肾益精，炒党参、炒白术、茯苓健脾益气，熟地黄、阿胶珠补血养阴，炒白芍养血敛阴，甘草调和诸药，全方共奏补肾健脾、益气养血、固冲安胎之效。

血清 β -HCG 是胎盘绒毛组织的合体滋养细胞分泌的一种糖蛋白，其主要作用是维持早期妊娠黄体的继续生长，刺激黄体产生雌激素，以维持妊娠，直至完全被胎盘取代。当血清 β -HCG 水平持续平峰或上升的速度减缓时，容易导致孕妇出现早期流产的现象^[9]。P 在妊娠 8 周前由滋养细胞及黄体分泌，8 周后主要来自胎盘。随妊娠进展，P 值逐渐增高，但 12 周前维持一定水平，不依赖孕龄^[9]。一定量的血清孕酮水平是维持妊娠的必要条件，它不仅使胚胎免受排斥，同时可使子宫肌纤维松弛，减少子宫收缩^[9]。P 分泌不足时，可导致先兆流产或流产。在妊娠 6 周前 E_2 主要来源于卵巢，其后主要来源于胎盘，妊娠早期 E_2 水平总在逐步上升。有学者提出 E_2 与 P 在早期妊娠的作用是相当的^[9]， E_2 水平的监测对于提早预防先兆流产，降低因卵巢、黄体功能不全引起的流产率也有重要的临床价值。雌激素与 P 的作用密切相关，如果没有雌激素，P 对生殖器官作用微弱，雌激素对保持黄体的期限有很大影响^[10]。 E_2 水平的快速上升反应了胎儿胎盘单位功能良好并存活^[11]。因此，卵巢黄体和胎盘功能是否正常与血清 E_2 、P、 β -HCG 水平密切相关。

本研究结果显示，益肾安宫方联合黄体酮注射液治疗先兆流产疗效明显优于单纯应用黄体酮注射液，且不受患者年龄、自然流产史、孕周因素的影响，并能明显改善中医症状，升高血清 E_2 水平。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 84.
- [2] 郭海雁, 王庆一, 杨桂艳. 联合测定孕酮及 CA125 在预测先兆流产预后的诊断价值 [J]. 中国妇幼保健, 2007, 7(12): 927-928.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 354.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 253-258.
- [5] 张玉珍. 中医妇科学 [M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 211-213.

- ㉔ 曾倩,李艳锦. 从肾主生殖论治早期先兆流产 ㉔. 山东中医杂志,2011,30(12):837-838.
- ㉕ 蓝燕. 血清孕酮和 β -HCG 检测在先兆流产中的意义 ㉕. 细胞与分子免疫学杂志,2010,9(11):95-97.
- ㉖ 申萍,杨佳双. 先兆流产孕妇血清孕酮与 β -绒毛膜促性腺激素检测的临床意义 ㉖. 白求恩医学院学报,2011,9(4):273-274.
- ㉗ 唐蓉. 妊娠 4-8 周孕妇血清雌二醇水平及其与先兆流

产的关系 ㉗. 山东大学学报,2008,46(9):884-886.

- ㉘ Salazar E, Calzada L. The role of progesterone in endometrial estradiol and progesterone-receptor synthesis in women with menstrual disorders and habitual abortion ㉘. Gynecol Endocrinol, 2007, 23(4):222-225.
- ㉙ 吴国英,王素霞. 连续测定雌二醇水平对先兆流产妊娠结局的预测价值 ㉙. 实用医学杂志,2007,23(1):43.

Clinical Observation on 100 Cases of Threatened Abortion Treated with *Yishen Angong Formula* (益肾安宫方) Combined with Progesterone Injection

ZHANG Wei, DING Caifei

(Red Cross Hospital of Hangzhou City, Zhejiang Province, 310003)

ABSTRACT **Objective** To observe the clinical effect the treatment with *Yishen Angong Formula* combined with progesterone injection on threatened abortion. **Methods** Totally 100 cases of threatened abortion patients were randomly divided into treatment group and control group, with 50 cases in each group. In the control group, patients were given intramuscular injection of progesterone injection 40 mg, 1 time per day. According to TCM syndrome differentiation, patients in the treatment group were divided into kidney deficiency and blood heat pattern and the kidney and spleen deficiency pattern, and were given prescription No. 1 and No. 2 of *Yishen Angong Formula* respectively, one dose per day. For the two groups, set 7 days as one course, and totally treated with 3 courses. The levels of serum chorionic gonadotropin (β -HCG), progesterone (P), estradiol (E_2) were tested in both groups before treatment, and 1, 2, 3 weeks after treatment. The TCM syndrome score will be compared in two groups before and after treatment. After treatment, evaluated the comprehensive efficacy and syndrome efficacy, then evaluated the clinical comprehensive therapeutic effect in the treatment group among patients with different age, different history of natural abortion and different gestational weeks. **Results** In the treatment group and the control group, the total effective rates of the clinical curative effect are respectively 88% and 72%, and the treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). After treatment, the TCM syndrome score of the two groups was significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$); and after treatment, TCM syndrome score of the control group was significantly lower than the control group ($P < 0.05$). One, two, three weeks after the treatment, the serum -HCG, E_2 levels of the patients in both groups were significantly increased compared with those before treatment ($P < 0.01$). In the treatment group, one, two, three weeks after the treatment, the serum level of P increased significantly compared with those before treatment ($P < 0.01$ or $P < 0.05$), and in the control group, one, two, three weeks after the treatment, the level of serum P obviously rose than those before treatment ($P < 0.01$); One, two, three weeks after the treatment, the serum levels of E_2 in treatment group were significantly higher than in the control group ($P < 0.01$). Comparing patients with different ages, different histories of natural abortion, and gestational weeks in the treatment group, it showed that the differences of the total curative effect were not statistically significant (with $P > 0.05$). **Conclusion** The treatment of *Yishen Angong Formula* combined with progesterone injection in threatened abortion has exact curative effect, which is not affected by patient age, history of spontaneous abortion, gestational weeks. It can significantly improve the clinical TCM symptoms and raise the serum level of E_2 .

Keywords threatened abortion; *Yishen Angong Formula*; chorionic gonadotropin; progesterone; oestradiol

(收稿日期: 2014-09-30; 修回日期: 2014-11-04)

编辑: 王利芬