

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.17.014

运用三期进阶法治疗输卵管性不孕症经验

吴长华¹, 郑瑞君^{1,2}✉, 李亚鸽³, 张培培¹, 王林¹

1. 河南中医药大学, 河南省郑州市金水区东风路2号, 450000; 2. 河南省中医院; 3. 河南省许昌市中医院

[摘要] 认为输卵管性不孕症病位在胞脉, 以瘀阻胞脉为核心病机, 并根据疾病发生发展过程中的病机变化特点, 提出“三期进阶法”治疗方案。一期祛邪期以外感热毒合内生湿、郁、瘀邪壅滞胞脉为病机特点, 治以清热利湿、行气活血, 自拟盆腔炎消方; 二期消癥期以气血阻滞、胞脉闭塞为病机特点, 治以破血行气、逐瘀通络, 自拟通管方; 三期扶正助孕期以胞脉瘀阻日久、肾精亏损为病机特点, 治以温肾化瘀、益气养血, 自拟毓麟助孕方。同时注重中西医协同诊疗, 辨证与辨病相结合。

[关键词] 输卵管性不孕症; 祛邪; 消癥; 扶正助孕

输卵管性不孕症是由于输卵管管腔发生粘连、水肿等病理表现使精卵不能结合, 或输卵管僵硬、周围组织粘连不能使输卵管发挥正常的蠕动而引起的不孕症^[1]。引起输卵管粘连的原因主要有盆腔炎、病原微生物(支原体、衣原体)感染、盆腔手术、生殖器结核等^[2]。现代医学多采用介入手术疏通输卵管, 或采用腹腔镜下分离周围粘连, 但存在创伤大、复发风险高的问题, 且需要持续使用抗生素类药物^[2]。本病可归属于中医学“癥瘕”“妇人腹痛”“不孕”等范畴, 病机与血瘀阻络密切相关, 如《女科经纶》所云:“夫瘀癖癥瘕, 不外气之所聚, 血之所凝”。目前活血化瘀法治疗输卵管性不孕症已被广泛认同, 该法可通过改善血液黏稠度及血流动力学、降低血清炎症因子水平、保护血管内皮细胞等机制疏通输卵管, 改善输卵管性不孕症^[3]。我们亦遵循瘀阻胞脉的核心病机, 根据疾病发生发展过程中的病机特点, 提出“三期进阶法”治疗方案, 现将临证经验总结如下。

1 瘀阻胞脉为核心病机

我们认为, 血瘀是输卵管阻塞的病理基础, 瘀阻胞脉贯穿于输卵管性不孕症发生发展的始终。女性生殖道短平, 育龄期女性由于各种因素如房事不节、卫生不佳, 或人工流产、宫腹腔镜等手术操作

以及生殖器结核等, 外来湿热、热毒易于侵袭, 出现腰腹酸痛、带下色黄量多等盆腔炎性疾病的表現, 而盆腔炎性疾病易迁延不愈, 进而引发输卵管粘连^[4]。若饮食肥甘辛辣厚味, 易内生湿热, 加之情志不畅致肝郁气滞、肝血易亏, 气滞则血留, “血不利则为水”(《金匱要略·水气脉证并治》), 导致水停湿浊聚集, 内邪与外邪相合, 搏结于下焦, 久则瘀阻胞脉。研究表明, 血瘀可引发血液凝固性增高, 局部血液循环障碍, 组织粘连发生^[5], 提示瘀阻胞脉会导致输卵管及周围发生组织粘连、积水等病理表现。气血不畅, 诸邪壅滞胞脉, 则输卵管管腔失于滋养而僵硬。热毒、水湿、气滞、瘀血等病理因素互为因果, 壅滞胞脉日久, 加重气血阻滞、胞脉闭塞, 终成癥瘕, 导致输卵管腔道阻塞, 阴阳两精无以相合而难受孕, 如《傅青主女科》所云:“疝瘕碍胞胎而外障, 则胞胎缩于疝瘕之内, 往往精施而不能受”。癥瘕日久, 气血运行进一步受阻, 耗损肾精。《素问·奇病论篇》曰:“胞络者系于肾”, 肾精亏损则不能濡养胞脉, 致使受孕愈难, 正如《景岳全书·妇人规》所云:“妇人久癥宿痞, 脾肾必亏, 邪正相搏, 牢固不动, 气联子藏则不孕”。

综上, 瘀阻胞脉是输卵管性不孕症的核心病机, 且贯穿疾病发生发展始终。同时我们认为, 该病的病机发展过程呈现出三期进阶性病机特点, 病邪逐渐深入, 终而入络及肾。外邪湿热、热毒与内

基金项目:河南省中医药科学研究专项(20-21ZY2011)

✉ 通讯作者:1165957895@qq.com

生湿、郁、瘀邪相合，共同壅滞胞脉为先；进而内外合邪搏结胞脉日久而成癥瘕，致气血阻滞、胞脉闭塞为本；最终瘀阻胞脉日久导致肾精亏损，加重病情。

2 三期进阶法的治疗思路

根据输卵管性不孕症的三期进阶性病机特点，我们提出“三期进阶法”治疗思路，分步治疗，循序渐进。患者就诊时常常内外合邪壅滞胞脉犹存，多有盆腔炎表现，治疗首当祛除致病之邪，以防进一步损害机体；而后调治癥瘕，因癥瘕阻滞胞宫日久，宜缓而消之；待癥瘕消散，胞脉通畅，但正气未复、肾精已损，又因逐瘀破气消癥药物会损耗一定正气，故应益肾填精，扶正助孕。三期进阶法具体分为一期祛邪期、二期消癥期、三期扶正助孕期。

2.1 祛邪期：清热利湿，行气活血

《女科要旨》从脉象探讨妇人得孕或不得孕时指出：“不宜太有力而实，实者正气虚，而火邪乘之以实也。治法当散郁，以伐其邪，邪去而后正可补。”因此治疗当首先祛邪，以防邪气进行性进展。我们在长期临床诊疗中发现，输卵管性不孕症患者多有平素腰腹酸痛、带下色黄量多、妇科检查见宫颈举痛等表现，提示患者存在慢性盆腔炎性疾病，同时还多伴有情志不畅、月经色暗夹血块、苔黄腻等症状。故祛邪期主要针对盆腔炎性疾病进行治疗，病因以外邪湿热、热毒与素体湿、郁、瘀邪相合为主，一般调治 7~15 天，治以清热利湿、行气活血为法。待宫颈举痛、子宫压痛及附件区压痛均消失，可伴有舌苔由黄转白、由腻转薄，乳房胀痛消失等症状，表明盆腔炎性疾病得以控制，湿热余毒残留已除，可转为二期消癥期治疗；若症状明显减轻但尚未消失者，建议继续调治 3~15 天后复查妇科双合诊。

临证自拟盆炎消方，组成：蒲公英 25 g，败酱草 25 g，大腹皮 15 g，丹参 30 g，当归 15 g，醋香附 15 g，木香 15 g，大血藤 15 g，醋延胡索 15 g，醋莪术 15 g，醋三棱 15 g，地龙 15 g，炙甘草 6 g。方中重用蒲公英消肿散结，其泻火解毒力强而无损正气，《本草衍义补遗》载其能“化热毒……散滞气”；重用败酱草既可清热消毒又可活血消痈，与蒲公英共祛外邪热毒；大腹皮行气滞、利水湿；当归、丹参养血活血，散瘀血而生新血，祛瘀而不伤正；香附、木香行气解郁止痛；大血藤活血解毒兼通络消痈；莪术、三棱、延胡索破血逐瘀，行气散

结；地龙味咸入血分，性寒退火热，善通经利水，助药力通经，增强祛邪行气散瘀之功；甘草能调和攻补之药，亦能清热解毒消痈，还能健脾生津以防行气活血之品燥津之弊。全方清热解毒、利湿消痈、行气通络、活血祛瘀，共祛热毒、水湿、气滞、瘀血等病理因素。

若子宫附件区增厚或条索样增粗，醋莪术、醋三棱用量最大至 30 g，以增强活血通络之效，促进炎性包块吸收消散，此时当归可酌情用至 20 g，使活血而不伤正；带下量多色黄较重者，加黄柏、椿皮清热燥湿止带；伴大便秘结、小便黄赤者，加大黄、芒硝泻热通便；伴小便色黄、尿频尿痛者，加栀子、车前子清热利湿通淋；伴舌尖红、舌下络脉瘀张、心烦易怒者，酌加栀子、牡丹皮、赤芍等清热凉血除烦。

2.2 消癥期：破血行气，逐瘀通络

临床中输卵管性不孕症患者平素小腹及少腹隐隐作痛，常有经行腹痛伴血块，妇科检查见附件区条索样表现，子宫输卵管造影检查常表现为子宫充盈不均、输卵管粘连不通或积水膨大或输卵管伞端及周围粘连。此时属消癥期，癥瘕已成，致气血阻滞、胞脉闭塞，瘀血难以速祛，需专以攻之，治宜重用破血逐瘀之品疏通有形粘连之滞；气行则血行，宜配合行气之品；又因瘀阻日久易于化热，可稍佐清热凉血之品。消癥期调治一般为 3 个月经周期，治以破血行气、逐瘀通络为主，专以消癥，缓缓图之。在第 3 个月经周期月经干净后（消癥期需禁房事）3~7 天进行输卵管通液术检查，若回流不超过 1 ml，无阻力无回抽则表明输卵管通畅性良好，安排下次月经来潮第 1 天进入三期扶正助孕期治疗；并于输卵管通液术检查不出血 2 天后，继续完成本月经周期治疗以巩固消癥之力；若检查提示输卵管状态仍不佳，建议继续进行 1~2 个月的消癥治疗，以复查输卵管通畅性良好为基准。

临证自拟通管方，组成：土鳖虫 15 g，地龙 15 g，烫水蛭 5 g，全蝎 2 g，醋莪术 15 g，醋三棱 15 g，川芎 20 g，丹参 30 g，牡丹皮 15 g，炒王不留行 15 g，麸炒枳壳 15 g，醋香附 15 g，鱼腥草 20 g。方中土鳖虫、地龙、水蛭、全蝎乃血肉有形之品，性善走窜，入络搜剔邪气，共奏破血逐瘀、通络消癥之功；莪术、三棱、川芎行气活血祛瘀；王不留行活血通经；丹参、牡丹皮凉血活血，消瘀血、散坚癥、疗痈肿；枳壳、香附行气解郁；鱼腥草清热解毒消痈，防瘀久化热。全方破血、行气、解毒、

消痛并举,使癥瘕得散,气滞得行,痈肿得消。其中,土鳖虫、全蝎破血逐瘀力强,临床用量不宜过大,避免攻伐太过,耗伤正气,土鳖虫用量最大至 15 g,全蝎用量最大至 2 g。

伴小腹刺痛者,加蒲黄、五灵脂活血散瘀止痛;伴痰湿内阻而见舌苔白腻者,酌加陈皮、苍术、茯苓、半夏等祛湿化痰;伴气虚神疲乏力、少气懒言者,加党参、黄芪、山药、白术等补肺益脾;伴腰酸畏冷者,加鹿角霜、杜仲、菟丝子温肾助阳;伴心烦、手足心热、咽干口渴者,加生地、黄、知母滋阴清热。

2.3 扶正助孕期:补肾化痰,益气养血

扶正助孕期病机以胞脉瘀阻日久致肾精亏损为主,此时输卵管已通畅。癥瘕渐消,正气尚未稳固,且肾精已亏,但胞脉瘀血仍有残留,治宜补肾化痰、益气养血以培精扶正,使肾精肾气充足,为孕育做准备。癥瘕日久易阻碍阳气化生,胞脉易失于温煦,故应注重温补肾阳;又阴阳互生,辅以滋培肾阴之法以化生阳气。扶正助孕期即试孕期,以每个月经周期为一次试孕周期,每个试孕周期从月经第 1 天开始,一般先调治 15 天;并于当月监测卵泡,当卵泡成熟(优势卵泡直径 $>18\text{ mm}$)后指导同房,并于同房第 3 天监测卵泡,若未排卵则行促排卵治疗并再次指导同房;若已排卵则排卵后第 12 天后自测尿人绒毛膜促性腺激素(HCG),若未受孕则下个月经周期第 1 天开始继续按照上述方案实施。

临证自拟毓麟助孕方,组成:杜仲 15 g,巴戟天 6 g,菟丝子 25 g,鹿角霜 20 g,熟地黄 15 g,桑椹 20 g,当归 15 g,白芍 15 g,丹参 20 g,川芎 15 g,人参 5 g,白术 20 g,茯苓 15 g,甘草 3 g。该方由《景岳全书》中毓麟珠化裁而成。自月经第 1 天开始连用 15 天,因有活血之品,若患者未按时服药,最长继服至排卵后 7 天(受精卵着床前)。方中杜仲、巴戟天、菟丝子、鹿角霜温补肾阳以温煦胞脉,促进气血化生与运行,为卵泡期优势卵泡生长提供营养物质;熟地黄、桑椹滋肾养阴,寓阴中求阳之意;当归、白芍养血调经;丹参、川芎活血化瘀,促进内膜血液运行,助卵泡顺利排出;人参、白术、茯苓培补正气;甘草调和诸药。全方扶正益精,培补肾之精气,为孕育卵泡及内膜生长提供精微物质,同时配伍活血药物巩固消癥之力,促进气血运行。其中白芍常用量 10~15 g 取养血调经之功,若小腹隐隐酸痛可用至 30 g 以柔肝止痛;当归养血

活血又润肠通便,大便溏者用量不宜多且以 10 g 为佳,血虚便秘者多用 15 g;若经血量少甚或闭经,熟地黄可用至 20~30 g 增强补肾养血填精之效,同时配伍 6 g 砂仁防滋腻碍胃。

伴肝郁气滞、思虑较重者,加柴胡、郁金疏肝解郁;伴心烦不寐或夜寐不安者,酌加酸枣仁、柏子仁、首乌藤宁心安神。在扶正助孕期,我们亦根据患者月经周期的四个不同时期(行经期、经后期、经间期及经前期)和患者病情再次分期论治。一般在行经期、经后期以毓麟助孕方为基础方连用 15 天,行经期加山楂、鸡血藤、川牛膝活血散瘀,以促经血排出,使瘀血祛、新血生,利于子宫内膜生长,为孕育做准备;经后期内膜较薄者,可加西红花活血化瘀,以促进内膜血液循环。经间期在卵泡成熟时期(优势卵泡直径 $>18\text{ mm}$),可连用自拟破卵方(菟丝子 30 g、皂角刺 18 g、当归 30 g、丹参 30 g) 3 天,补肾活血通络,助卵泡成熟排出。经前期,若既往有胎停育史,表明素体肾气不足,待卵泡消失后可用续断、桑寄生、菟丝子、黄芩、白芍、熟地黄等滋肾温阳安胎之品,如中成药固肾安胎丸;若无胎停育史或肾气亏损之象,排卵后不再予以用药,主张机体环境稳态下阴阳两精自然和合。

2.4 辨证与辨病相结合

临床注重中西医结合诊疗,倡导辨证与辨病相结合,发挥二者协同优势,并在不同的时期予以针对性治疗。现代研究表明,慢性盆腔炎、支原体或衣原体感染均可导致输卵管及周围发生组织粘连^[6-8],故我们在祛邪期即对盆腔炎性疾病进行妇科检查及支原体、衣原体的检测。对于慢性盆腔炎性疾病程度较重者,加金银花、连翘增强清热解毒之力;合并支原体、衣原体感染者,病机多有湿热毒蕴^[9],加半枝莲、白花蛇舌草清热解毒,配合茯苓、泽泻、山药利湿祛浊。现代研究表明,半枝莲^[10]、白花蛇舌草^[11]具有解毒、抗炎、增强免疫的作用。在消癥期,对于有输卵管积水者,加车前子、防己、泽兰、炒牵牛子利水消积;伴有滑胎史或卵巢储备不全者,需配合雌激素、孕激素序贯补充治疗,伴见腰膝酸软者加菟丝子、桑寄生、杜仲补益肝肾;合并多囊卵巢综合征而见形体肥胖、胸闷泛恶、精神困倦、面部油脂分泌较多者,多属痰湿内阻^[12],加制胆南星、清半夏、炒苍术化痰除湿祛浊;合并子宫内膜异位症如子宫腺肌症或巧克力囊肿者,加煅牡蛎、浙贝母消癥散结。在扶正助

孕期,若既往有卵泡不破裂黄素化史者,卵泡成熟时可配和人绒毛膜促性腺激素补充治疗;若既往有胎停育、生化妊娠或滑胎史者,卵泡消失后在应用中药滋肾温阳安胎时,可配合孕激素补充治疗以增加黄体功能。

3 验案举隅

患者,女,26岁,2022年7月2日初诊。主诉:未避孕未孕1年余。患者结婚3年,2020年11月妊娠3个月时胚胎停育行清宫术,1年来解除避孕至今未孕。从2022年1月开始连续检测卵泡3个月经周期,可见优势卵泡发育并自行排卵。1月20日经期第3天查性激素:促卵泡刺激素4.34 mIU/ml、促黄体生成素3.33 mIU/ml、雌二醇32.00 pg/ml、孕酮0.50 ng/ml、睾酮0.24 ng/ml、泌乳素16.82 ng/ml,促甲状腺激素1.11 uIU/ml,不孕不育抗体检查均阴性;4月1日行男方精液常规检查无异常;6月3日子宫输卵管碘油造影检查示:造影剂推注阻力明显,左侧输卵管上举,壶腹部模糊显影,伞端周围粘连,通而极不畅,右侧输卵管显影至壶腹部近段,粘连不通。未行系统治疗。月经史:13岁月经初潮,平素月经规律,周期28~30天,经期5~7天,量可,伴有痛经及血块,末次月经2022年6月22日。孕育史:0-0-1-0。刻下症见:平素情绪不佳,小腹及腰骶隐隐酸痛感,纳可,多梦,带下色稍黄,小便色黄,大便质软、每日一行;舌稍暗红、苔薄黄,脉沉弦。妇科双合诊检查:宫颈质硬,轻举痛;白带常规检查未见异常;解脲支原体(Uu)(+)、人型支原体(Mh)及沙眼衣原体(Ct)均(-)。西医诊断:输卵管性不孕症,盆腔炎症性疾病;中医诊断:不孕症,妇人腹痛(湿热瘀阻证)。患者患有盆腔炎症性疾病,治以清热利湿、行气活血,予盆炎消方加减,处方:蒲公英25 g,败酱草25 g,大腹皮15 g,丹参30 g,当归15 g,醋香附15 g,木香15 g,大血藤15 g,醋延胡索15 g,醋莪术15 g,醋三棱15 g,地龙15 g,半边莲15 g,白花蛇舌草15 g,炙甘草6 g。8剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。另予盐酸多西环素片每次0.1 g、每天2次连服14天。嘱服药期间避孕。

2022年7月11日二诊:小腹及腰骶隐隐酸痛感较前明显减轻,睡眠转佳、无多梦,二便调,带下色白;舌稍暗红、苔白,脉沉稍弦细。妇科双合诊检查未见明显异常。治以破血行气、逐瘀通络,予通管方,处方:土鳖虫15 g,地龙15 g,烫水蛭

5 g,全蝎2 g,醋莪术15 g,醋三棱15 g,川芎20 g,丹参30 g,牡丹皮15 g,炒王不留行15 g,麸炒枳壳15 g,醋香附15 g,鱼腥草20 g。18剂,煎服法同前,嘱服药期间避孕。同时嘱下次月经来潮第1天开始,辅以中药保留灌肠及中频脉冲穴位理疗,每日2次、经期连续7天,每3个月经周期为1个疗程。中药灌肠处方:大血藤15 g,丹参30 g,牡丹皮15 g,醋延胡索15 g,醋香附15 g,鱼腥草15 g,蛇床子散15 g,败酱草15 g。将药物浓煎至100 ml,加热至39~41℃,放入灌肠袋中,灌肠管插入直肠7~10 cm,使药物缓缓注入,并至少保留2 h。在灌肠后立即应用中频脉冲电治疗仪,选用附件消炎处方,将2个电极片分别放置小腹两侧子宫穴处,开启热敷和振动模式,每次20 min。

2022年7月29日三诊:末次月经2022年7月21日。患者小腹及腰骶隐隐酸痛感消失,偶有牵扯感,纳眠可,二便调,带下色白;舌脉同前。复查Uu(-)。予二诊方加菟丝子15 g、杜仲15 g,服药至第3个月经周期来潮。中药保留灌肠及中频脉冲穴位理疗方案同前,继续治疗2个月经周期。

2022年9月30日四诊:末次月经2022年9月20日。患者今日为月经周期第11天,月经干净4天(禁房事),无特殊不适,舌脉同前。行输卵管通液术检查示:无阻力,无回流,无回抽,提示双侧输卵管通畅。术后无阴道出血,嘱术后2天继服三诊方18剂,用法用量同前。同时嘱下次月经来潮开始扶正助孕期治疗。

2022年10月20日五诊:末次月经2022年10月20日。患者今日为月经周期第1天,伴经期腰酸,平素无腰酸,情绪佳,纳眠可,二便调;舌淡红、苔薄白,脉沉细。治以补肾化瘀、益气活血,予毓麟助孕方加减,处方:杜仲15 g,巴戟天6 g,菟丝子25 g,鹿角霜20 g,熟地黄15 g,桑椹20 g,当归15 g,白芍15 g,丹参20 g,川芎15 g,人参5 g,白术20 g,茯苓15 g,山楂15 g,鸡血藤15 g,川牛膝15 g,甘草3 g。7剂,煎服法同前,经期服用。再予该方去山楂、鸡血藤、川牛膝,8剂,煎服法同前,经后期服用。同时经期配合中药保留灌肠及中频脉冲穴位理疗,方案同前。嘱患者月经周期第12天时超声规律监测卵泡。

2022年11月2日六诊:今日为月经周期第13天,超声监测卵泡示:子宫内膜厚度9.6 mm,右侧卵泡大小为20 mm×16 mm,已发育为优势卵泡。治以补肾活血通络,予破卵方,处方:菟丝子30 g,

皂角刺 18 g, 当归 30 g, 丹参 30 g。3 剂, 煎服法同前。嘱今日同房试孕, 第 3 天复查超声监测卵泡, 待卵泡消失后予中成药固肾安胎丸每次 4 粒(每粒 6 g)、每天 3 次连服 12 天。嘱排卵后第 12 天自测尿 HCG。

2022 年 11 月 16 日七诊: 患者一般状况良好, 2022 年 11 月 4 日复查超声示优势卵泡已消失, 内膜厚度 10.3 mm; 11 月 14 日自测尿 HCG 呈弱阳性; 查孕三项激素: 血 HCG 95.72 mIU/ml, 雌二醇 281.0 pg/ml, 孕酮 32.10 ng/ml。嘱患者复查超声, 待宫腔内见孕囊回声后再就诊行中药保胎治疗。

2022 年 11 月 21 日八诊: 患者已停经 33 天, 一般状况良好。复查孕三项激素: 血 HCG 3904.07 mIU/ml, 雌二醇 226.0 pg/ml, 孕酮 30.30 ng/ml; 阴道超声示: 宫内可见妊娠囊 6.8 mm×3.9 mm, 未见卵黄囊及胚芽回声, 妊娠囊大小与孕天数基本吻合。中药予补益肝肾、益气健脾、固冲安胎之品如桑寄生、菟丝子、续断、杜仲、女贞子、麸炒山药、麸炒白术、枸杞子、山萸肉等, 连续保胎至孕 90 天, 期间超声定期监测胎儿发育情况。

患者保胎至孕 90 天后停药, 期间胎儿发育情况良好, 未诉明显不适。2023 年 7 月 19 日电话随访, 足月顺产一健康男婴。

按语: 患者输卵管性不孕症诊断明确, 乃瘀阻胞脉所致。初诊时结合小腹及腰骶隐隐酸痛感、带下色稍黄、舌脉等症状及妇科双合诊检查, 提示有盆腔炎症性疾病, 辨证为湿热瘀阻。先治疗盆腔炎症性疾病以祛除病邪, 予祛邪期治疗方案, 用盆炎消方清热利湿、行气活血, 又 $Uu (+)$, 故加半枝莲、白花蛇舌草增强清热解毒之力。二诊时患者宫颈举痛消失, 盆腔炎症性疾病好转, 舌脉提示已无热象, 辨证属气滞血瘀, 故予消癥期治疗方案, 用通管方破血行气、逐瘀通络。三诊时患者腰腹部酸痛感好转, $Uu (-)$, 效不更方, 继予二诊方行消癥治疗 3 个月经周期; 考虑患者曾胎停育 1 次, 故加菟丝子、杜仲补益肝肾。四诊时患者行输卵管通液术检查示双侧输卵管通畅, 继续服用二诊方至第 3 个月经周期结束以巩固消癥之力。五诊时患者输卵管通畅, 气滞血瘀证候已明显改善, 经期腰酸表明肾气不足, 故予扶正助孕期治疗方案。用毓麟助孕方加减以补肾化瘀、益气养血, 行经期加山楂、鸡血藤、川牛膝活血散瘀, 以促经血排出; 经后期去山楂、鸡血藤、川牛膝以减轻活血之力。六诊时超声监测卵泡发育成熟, 予破卵方补肾活血通络, 助卵

泡顺利排出; 同时指导同房, 于排卵后由补肾化瘀法转为固肾安胎法, 用固肾安胎丸帮助受精卵稳固着床。六、七诊时患者成功妊娠, 中药予补益肝肾、益气健脾、固冲安胎之品以保胎治疗, 最终足月顺产健康男婴。

需要注意的是, 本案中使用了中药保留灌肠及中频脉冲穴位理疗外治法。研究^[13]表明, 输卵管、盆腔组织系膜与直肠位置相邻, 直肠静脉丛与盆腔静脉相连, 药物从直肠给药可直达病所, 提高盆腔组织对药物的吸收, 增强软化盆腔粘连、消除水肿之力。我们经长期临床观察发现, 中药保留灌肠对输卵管性不孕症具有明显疗效。中药灌肠处方在月经期使用, 此期胞宫泻而不藏, 运用清热解毒消痛、理气活血化瘀之品, 一方面可帮助胞宫邪气随经血而出, 预防毒热、湿热等病邪对胞宫、盆腔的侵袭; 另一方面可促进瘀血排出, 使瘀血祛、新血生, 促进胞脉通畅, 正气恢复。中频脉冲穴位理疗可改善盆腔血液循环, 促进输卵管及其周围粘连松解^[13]; 其作用于小腹两侧子宫穴, 本穴为经外奇穴, 是治疗妇科疾病如不孕、痛经等症的要穴, 刺激此穴可发挥行气活血通络之效; 另其热敷之力又可促进灌肠药物的吸收。本案紧扣瘀阻胞脉的核心病机, 运用三期进阶法治疗方案, 根据各期病机特点, 精准选方用药, 取得良好疗效。

参考文献

- [1] 中华预防医学会生殖健康分会. 输卵管性不孕全流程管理中国专家共识(2023 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2023, 39(3): 318-324.
- [2] 李胜男, 王昕. 输卵管性不孕症的中西医研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(7): 43-46.
- [3] 林彤, 洪金妮, 李素敏. 活血化瘀法改善输卵管性不孕机理探赜[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(12): 2206-2209.
- [4] 魏绍斌. 中医药防治盆腔炎症性疾病及其后遗症的思路、方法及长期管理策略[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(9): 1204-1212.
- [5] 金妍, 田思胜, 王栋先. 血瘀证的病理机制研究近况[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(1): 145-148.
- [6] 关菁. 输卵管疾病的生育力保护[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2022, 38(11): 1083-1088.
- [7] 吴淋淋, 徐浩, 李池慧. 盆腔粘连松解术及输卵管伞端造口术治疗盆腔炎致不孕症的效果[J]. 中国医药导报, 2023, 20(2): 76-79.
- [8] 李再仪, 马琳, 黎伟豪, 等. 解脲支原体、沙眼衣原体感染与输卵管性不孕相关性研究[J]. 中国实用妇科与产

- 科杂志, 2019, 35(11):1265-1268.
- [9]朱玉莹, 张家蔚, 李军, 等. 郭志强从“毒、虫、瘀、虚”论治女性生殖道解脲支原体感染经验[J]. 中医杂志, 2022, 63(18):1712-1715.
- [10]侯枫, 熊咀英, 邹宏. 半枝莲合二妙汤联合辛复宁治疗高危型 HPV 感染临床观察[J]. 光明中医, 2023, 38(20):4024-4027.
- [11]王英杰, 胡恢权, 吴倩, 等. 白花蛇舌草化学成分、药理作用、质量标志物预测的研究现状[J]. 中国临床药理学杂志, 2024, 40(15):2296-2300.
- [12]秦静波, 王济, 王琦. 多囊卵巢综合征中医体质类型及辨体论治思路[J]. 中医杂志, 2016, 57(18):1553-1556.
- [13]王翠芳. 中频理疗联合灌肠方治疗输卵管伞端粘连的疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(20):2875-2876.

Experience of the Treatment of Tubal Infertility Using Three-Stage Advanced Method

WU Zhanghua¹, ZHENG Ruijun^{1,2}, LI Yage³, ZHANG Peipei¹, WANG Lin¹

1. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450000; 2. Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine; 3. Xuchang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province

ABSTRACT In traditional Chinese medicine, it is believed that the disease of tubal infertility is located in the uterus vessels, with stasis blocking uterus vessels as the core mechanism, and according to the characteristics of pathological changes in the course of treatment, the "three-stage advanced method" is proposed as the treatment plan. In the first stage of eliminating evil, the disease mechanism is characterized by externally-contracted heat toxin combined with endogenous dampness, stagnation and stasis in the uterus vessels, and the treatment is to clear heat and promote dampness, move *qi* and activate blood, and the self-prescribed *Penyan Xiao Formula* (盆炎消方). In the second stage of dissolving fixed abdominal mass, the disease mechanism is characterized by *qi* and blood stagnation and uterus vessels obstruction, and the treatment is to break up the stagnation of blood and move *qi*, drive away blood stasis and clear the channels, with self-prescribed *Tongguan Formula* (通管方). In the third stage of reinforcing healthy *qi* to support pregnancy, the disease mechanism is characterized by stasis of uterus vessels for a long period, and loss of kidney essence, therefore the treatment is to warm up the kidneys and eliminate the stasis, boost *qi* and nourish *yin*, with self-prescribed *Yulin Zhuyun Formula* (毓麟助孕方). At the same time, attention should be paid to the synergistic diagnosis and treatment of traditional Chinese medicine and Western medicines, and combination of syndrome differentiation with the identification of diseases.

Keywords tubal infertility; dispelling pathogen; dissolving fixed abdominal mass; reinforce healthy *qi* to support pregnancy

(上接第 1828 页)

Acupuncture Treatment of Hemiplegia after Stroke Based on the Theory of "Sanjiao (三焦) -Original Yang"

LUO Yan¹, DU Xu^{1,2}, YIN Kejing², LI Min²

1. Shaanxi University of Chinese Medicine, Xixian New District, 712046; 2. The Second Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine

ABSTRACT This paper summarized the clinical experience in the treatment of hemiplegia after stroke based on the theory of "sanjiao (三焦) -original yang". It is believed that original *yang* distributed throughout the body through *sanjiao*, warming the *zang-fu* (脏腑) organs and tissues. The key pathogenesis of hemiplegia after stroke is original *yang* depletion and disturbance of *sanjiao*. The treatment principle should be reinforcing and assisting original *yang*, and regulating *qi* movement of *sanjiao*. The main acupoints selected should be Baihui (GV 20), Shenting (GV 24), Touwei (ST 8), Sanyangluo (SJ 8), Jiuwei (CV 15), Qichong (ST 30), Yanglingquan (GB 34), Xuanzhong (GB 39) and Shenmai (BL 62). Clinically, according to the clinical manifestations of hemiplegia in the flaccid and spastic stages and the differentiated syndromes and symptoms, acupoints can be modified, and different acupuncture techniques can be used to dredge and unblock the channels and collaterals.

Keywords stroke; hemiplegia; acupuncture; original *yang*; *sanjiao* (三焦)

(收稿日期: 2023-11-07; 修回日期: 2024-03-21)

[编辑: 姜冰]