

金志春助孕安胎思路及辨证遣药经验[※]

● 徐小芳^{1,2} 金志春^{2▲}

摘要 金志春教授认为调经、益肾是治疗不孕症的首务。经调胎自成,孕后宜固本安胎。若病急症重,则应遵循“有故无殒,亦无殒”的原则,及时祛邪,母子则安。临证中辨证论治,扶正祛邪,标本兼顾,重视中医补肾调经,同时衷中参西,各取其长,用药精简,并随症加减,临证时每获良效。

关键词 助孕安胎 名医经验 金志春 验案

金志春教授系首批全国优秀中医临床人才。其从事中医妇科、生殖医学与性医学临床、科研及教学工作30余年,对妇女经、带、胎、产常见病、多发病的诊治有丰富的经验,临证思路与方法独具特色,尤其对不孕症、反复自然流产等妇科疑难病症有较深的造诣。笔者有幸跟师临证,获益匪浅,现将其助孕安胎思路及辨证遣药经验略述如下。

1 调经种子,经调胎自成

金教授重视月经不调对不孕症患者的影响,其认为经调胎自成。一般而言月经正常,则绝大多数排卵功能正常,相对而言怀孕机率较大。对月经不调不孕者,应先调经,再促排卵。明代王肯堂《证治准绳》云:“妇人无子者,其经必或前或后,或多或少,或经行则痛,或紫或黑,或淡或凝而不调,不调则气血乖争,不能受孕矣。”清代陈修园亦

有“妇人无子,皆由经水不调,种子之法,即在于调经之中”之说,即为此理。月经病的发生受多种因素影响,有外因,也有内因,如外感六淫、七情内伤、劳倦过度、饮食所伤、房劳损伤,或先天肾气不足、跌仆外伤等。其病机主要是脏腑功能失调,气血不和,间接或直接地损伤冲任督带和胞宫、胞脉、胞络,或肾-天癸-冲任-胞宫轴失调。对于月经病的治疗,金教授认为应在遵循《内经》“谨守病机”及“谨察阴阳所在而调之,以平为期”理论的基础上,以调经治本为治疗原则,首当分清月经病与它病的关系,辨明致病之根本所在,以达到“治病必求其本”的目的。

案1 张某,女,32岁,于2015年3月17日初诊。主诉:未避孕2年余未孕。患者14岁月经初潮,平素月经周期尚规律,28~32天一行,经期4~10天,末次月经时间为

2015年3月2日。既往早孕人流2次,末次人工流产时间为2012年7月,人流术后工具避孕近半年,近2年余未避孕,有正常性生活,未再孕。现病史:患者诉第二次人流术后月经经期延长,8~10天方干净,量偏少,色暗红,夹少许血块,D5~D10为少许褐色分泌物,痛经,偶有乳房胀痛。平时白带量多、色黄,偶有小腹隐痛及双少腹牵拉痛,有时腰骶酸痛,劳累后明显,纳、眠一般,小便黄,便溏,1~2次/天。舌质暗,苔黄腻,脉沉数。妇科检查:外阴(-),阴道畅,分泌物较多,宫颈轻度糜烂,宫体后位,常大质中,活动度差,双附件增厚,压痛(+). 辅助检查:妇科B超未示明显异常;内分泌、抗生殖免疫抗体、优生四项(弓形虫、风疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒)等检查基本正常;白带常规Ⅱ度,脓细胞(+);男方精液常规正常。西医诊断:1.继发性不孕;2.慢性盆腔炎。中医诊断:1.不孕症(断续);2.月经失调。中医辨证:肾气不足,湿热瘀结。治法:补肾益气,清热利湿,解毒祛瘀。方药:当归10g,川芎10g,丹参15g,丹皮

※基金项目 湖北省自然科学基金重点类项目(No. 2015CFA100)

▲通讯作者 金志春,男,主任医师。主要从事中医与中西医结合妇科学、男女不孕不育治疗与性医学研究。E-mail: jzcb@163.com

•作者单位 1. 湖北中医药大学2014级硕士研究生(430065); 2. 湖北省妇幼保健院(430070)

15g,赤芍 15g,三棱 10g,莪术 10g, 金刚藤 30g,皂角刺 10g,败酱草 20g,黄芩 10g,黄柏 10g,菟丝子 15g,补骨脂 10g,川续断 15g,桑寄生 15g,黄芪 15g,党参 15g,白术 10g,山药 15g,延胡索 15g,砂仁 10g。每日 1 剂,水煎,早晚温服。嘱患者服药期间避孕。

2015年4月14日复诊:末次月经时间为2015年4月1日,8天干净,月经量较前增多,小腹疼痛及腰酸症状较前改善,经前乳房胀痛,二便尚正常,舌质略暗,苔薄黄腻,脉沉弱数。守前方去砂仁,加香附 15g,嘱再服 1 个月后复诊。

2015年5月12日三诊:末次月经时间为2015年4月30日,7天干净,量可,色红,少许血块,经期小腹隐痛,白带正常,纳眠可,二便调,舌质淡红,苔薄白,脉沉弱。上方去丹参、丹皮、败酱草、黄柏,改赤芍为白芍 15g,加枸杞 15g。28 剂。

2015年6月9日四诊:末次月经时间为2015年6月1日,7天干净,量可,色红,无血块,无痛经,偶有腰酸,二便正常。复查白带常规正常。上方去三棱、莪术、金刚藤、皂角刺、延胡索,加女贞子 15g、旱莲草 15g、熟地 15g、山茱萸 10g。28 剂。告知患者现可以试孕。

2015年7月7日五诊:停经 37 天,无腹痛,无阴道流血,纳眠可,二便调,舌质红,苔薄黄,脉沉细数。今晨自测尿妊娠试验阳性,查血 β -HCG 5502.1mIU/mL。守上方去川芎,加知母 15g、地骨皮 15g。7 剂。嘱患者监测血 β -HCG、雌激素、孕激素。门诊继续随诊 2 个月,于我院查早孕常规超声示胎儿发育正常。

按 此患者系多次人流术后出现慢性盆腔炎、月经不调而致不孕,病程日久,病机复杂,以肾虚为本,

湿热瘀结为标。方用菟丝子、补骨脂、川续断、桑寄生、山药补肾益精血;党参、黄芪、白术健脾生气血,益后天养先天;当归、川芎养血活血;丹参、丹皮、赤芍凉血活血祛瘀;黄芩、黄柏清热燥湿;金刚藤、败酱草利湿去浊,解毒散瘀;皂角刺、三棱、莪术活血散瘀结;延胡索行气活血止痛。全方攻补兼施,标本同治。待患者炎症消除,腰痛及下腹疼痛等症状消失,月经恢复后再助孕,故能有子。金教授认为对于非急性的盆腔与子宫内膜炎症,中药消除炎症比西药更合适,不易引起二重感染,效果相对要好。同时,其强调中药治疗慢性炎症不能单纯清热解毒,要辨证用药,灵活加减,对于病程长、疼痛明显者可考虑加用化瘀药,因久病必瘀,往往效果较好。

2 预培其损,补肾为要

金教授认为不孕之因虽繁而首当责之于肾。妊子方面肾之重要性,中医学早有论述,诚如《灵枢·经脉》所言“人始生,先成精,精成而髓生”,夫胎孕的形成,在于“两神(精)相博,合而成形”,《素问·上古天真论》曰:“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也,天癸之源,阴阳之宅,生殖之精,均源于肾”,精藏于肾,成孕之际,有赖父母肾精的壮旺而相结合;受孕之后,仍藉母体肾气的充盛封藏以支持其安稳地发育成长^[1]。《妇人大全良方》曰:“夫人以肾气壮实,冲任荣合,则胎所得,如鱼处渊。”傅山《傅青主女科》中所载“经水出诸肾”“经本于肾”“夫胎之成,成于肾脏之精”亦指出了肾与月经、妊娠的密切关系。张锡纯《医学衷中参西录》亦云:“男女生育,皆赖肾气作强,肾旺自能荫胎也。”^[2]肾藏精,主生殖,肾所藏之精气是胎孕的物质基础。冲为血海,

任主胞胎。肾气受损,则冲任不固,不能固摄胎元,胚胎不能着床故不孕。对于不孕症的治疗,金教授认为应以预培其损为治疗原则,创立以补肾为主的中医序贯疗法应用于该病,即孕前采用补肾益气活血法辨证调理以助孕,此为“预培其损”的第一个阶段;孕后采用补肾益气养血法滋肾培源以安胎,此为“预培其损”的第二个阶段,临床运用效果甚佳。

案 2 刘某,女,29岁,2015年4月14日初诊。主诉:IVF-ET 3 次失败。患者 13 岁月经初潮,平素月经周期规律,28~31 天 1 行,经期 4~5 天,末次月经 2015 年 4 月 2 日。患者现结婚 5 年,2010 年 10 月因左侧输卵管妊娠于当地医院行开腹手术将左侧输卵管切除,术后避孕套避孕半年余,之后未避孕,有正常的性生活,2 年未再孕。2013 年 6 月于我院 HSG 示:右侧输卵管不通。2014 年 1 月于湖北省人民医院取卵 10 枚,配成 8 个,移植鲜胚 2 个,未着床。之后分别于 2014 年 5 月及 2015 年 1 月各移植冻胚 1 次,均未着床。现有冻胚 2 个,要求移植前中药调理,遂前来求治。诊见:情绪低落,面色晦暗,脸颊色斑较多,近 1 年余月经量较前减少,色暗红,较多血块,月经周期第 1 天小腹疼痛,热敷后可稍缓解,伴乳房胀痛。平时神疲倦怠,头昏,偶有腰酸及小腹刺痛,觉阴道干涩,白带量少,怕冷,纳一般,多梦,二便调。舌质暗,苔薄白,脉沉弱。妇科检查无异常。双方染色体正常,优生四项(弓形虫、风疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒)、抗生殖免疫抗体、性激素、甲状腺功能检查均未示明显异常。西医诊断:继发性不孕。中医诊断:不孕症。辨证:肾亏血瘀,冲任失调。治法:补肾活血,调补冲

任。处方:①平时方:当归 10g,川芎 10g,桃仁 10g,红花 10g,枸杞子 15g,白芍 15g,菟丝子 15g,补骨脂 10g,川续断 15g,桑寄生 15g,女贞子 15g,早莲草 15g,黄芪 15g,党参 15g,白术 10g,丹参 10g,仙茅 10g,仙灵脾 15g,香附 15g,郁金 10g。28 剂。②经期方:当归 10g,川芎 10g,桃仁 10g,红花 10g,三棱 10g,莪术 10g,益母草 15g,川牛膝 15g,桂枝 15g。5 剂,日 1 剂,水煎服,早晚温服。告知患者服药方法并对其进行心理疏导,同时嘱患者服药期间避孕。

2015 年 5 月 12 日复诊:末次月经时间为 2015 年 5 月 1 日,月经量较前增多,色红,少许血块,精神、饮食可,怕冷症状较前改善,舌质略暗,苔薄黄,脉沉弱数。平时方守上方去郁金,加丹皮 15g、黄芩 10g。28 剂。经期方同前,继服 1 个月。

2015 年 6 月 9 日三诊:精神佳,面色较前明显改善,月经量可,色红,少许小血块,无痛经,偶有轻微腰酸,纳眠可,二便调,舌质红,苔薄白,脉沉弱。平时方去桃仁、红花、丹参、丹皮;经期方同前。告知患者其全身状况较好,可行 ET。

2015 年 8 月 11 日四诊:末次月经时间为 2015 年 7 月 1 日,于 2015 年 7 月 21 日行 ET,今为 ET 后第 21 天,偶有恶心,无呕吐,纳差,眠可,二便尚正常,舌质红,苔薄黄,脉沉弱。今日查血 β -HCG 7013.0mIU/mL,B 超示:宫内无回声区(0.8cm×0.8cm×0.7cm),双附件未见明显异常。治法:补肾益气,养血安胎。处方:当归 10g,枸杞子 15g,白芍 15g,菟丝子 15g,补骨脂 10g,川续断 15g,桑寄生 15g,女贞子 15g,早莲草 15g,黄芪 15g,党参 15g,黄芩 10g,白术 10g,山药 15g,熟地 15g,山茱萸 15g。14 剂,每日

1 剂,水煎,早晚温服。嘱患者不宜过量运动,注意休息。

2015 年 8 月 25 日五诊:患者诉今为 ET 后第 35 天,当日 B 超检查示:宫内妊娠,孕囊 2.8cm×2.3cm×1.5cm,其内可见卵黄囊、胚芽及心管搏动。查血 β -HCG 97220.1mIU/mL。守上方,随症加减继续用药 1 月余,我院查早孕常规超声提示胎儿发育正常。

按 胚胎反复移植失败属于中医学“不孕症”的范畴,但其临床过程及病理变化却有别于传统不孕症,较为复杂。在体外受精-胚胎移植中,借助体外受精技术,使精卵结合过程在体外实现,反复超促排卵易造成卵巢或子宫内膜功能的损伤,因此单纯采用传统不孕症的治法很难得到理想的结局^[3]。本例患者就诊时已行 IVF-ET 3 次均未着床,综合病史和患者临床表现,金教授予以补肾为主的中医序贯疗法治疗。移植前以补肾活血、调补冲任为大法,方用菟丝子、补骨脂、枸杞子滋补肝肾,温补肾阳,生精益髓,阴阳双补;白芍滋阴养血;川续断、桑寄生补益肝肾;女贞子、早莲草滋补肝肾;黄芪、党参、白术健脾益气;桃仁、红花助当归活血祛瘀,川芎加强行气活血止痛之效,丹参性微寒,助当归活血祛瘀以生新,全方共奏补肾、益气、活血之功。移植后以补肾益气,养血安胎为大法,在前方基础上去丹参、川芎、桃仁、红花行气活血之品,加熟地养血及黄芩清热安胎,主要偏于养血,使先后天肾精、气血相互资生充养,相互促进,则胎元健固。金教授强调中医中药在不孕症治疗中具有一定的作用,在某些方面有一定的优势,在辅助生殖技术中辅以补肾中药可以通过多环节、多靶点改善其妊娠结局。

3 有故无殒,化瘀安胎

金教授认为辨证分型施治是中医中药治疗的精髓,强调“有是证,用是方”,安胎亦然。妊娠期虽为一个特殊的生理阶段,若病急症重,则应详察细辨,当机立断,及时祛邪,母子则安;若优柔不决,困束于妊娠禁忌药,将导致母病及子,甚则母子俱伤。诚如张介宾《妇人规》中所言:“盖胎气不安,必有所因,或虚或实,或寒或热,皆能为胎气之病,去其所病,便是安胎之法。故安胎之方,不可执,亦不可泥其月数,但当随证、随经,因其病而药之,乃为至善。”即《内经》所谓“有故无殒,亦无殒也”,同时,临证须遵循“衰其大半而止”的法度,中病即止,不可久服。对于母体胞宫素有癥瘕痼疾或孕后跌仆闪挫,瘀血形成,瘀阻胞宫、冲任,新血不得归经,胎元失养而不固,以致胎动不安、胎漏甚至滑胎者,金教授认为从瘀论治,化瘀保胎亦不失为安胎治疗的一种方法。

案 3 吕某,女,30 岁,2015 年 3 月 10 日初诊。主诉:停经 38 天,阴道不规则出血 2 天。患者 14 岁月经初潮,平素月经周期尚规律,28~32 天一行,经期 5~7 天,量偏少,色暗红,偶夹有小血块,痛经(+),偶有乳房胀痛。末次月经 2015 年 2 月 1 日。24 岁结婚,结婚后工具避孕 2 年余,之后开始试孕,先后出现三次不良妊娠,即 2011 年 12 月停经 45 天左右出现自然流产;2013 年 9 月停经 70 余天出现自然流产,自诉孕酮低(具体不详);2014 年 10 月 9 日停经 65 天胚胎停育(其中在孕 45 天时查孕酮 15ng/mL),后两次流产后均行清宫术。现患者停经 38 天,今晨自测尿妊娠试验阳性,诉 2 天前逛街后阴道出现少许褐色分泌物,偶为暗红色血,时出时止,

伴腰酸,无腹痛、腹坠。平时精神欠佳,易疲乏,头昏心悸,偶有腰腿酸痛及小腹隐痛,白带量少,纳差,眠一般,二便尚正常。舌质淡暗,苔薄白,脉沉弱。妇科检查:妊娠拒内诊。辅助检查:夫妻双方染色体正常,封闭抗体(-),抗心磷脂抗体(+),抗核抗体(-),优生四项(弓形虫、风疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒)、抗生殖免疫抗体、性激素、甲状腺功能检查均未示明显异常,女方血型A型,男方精液常规基本正常。2015年3月10日查血 β -HCG 4260.0mIU/mL,孕酮20.1ng/mL,雌二醇370.1pg/mL,D-二聚体0.52。西医诊断:先兆流产。中医诊断:胎漏(脾肾亏虚,冲任不固)。治法:补肾和血,固冲安胎。处方:当归10g,川芎10g,白芍15g,枸杞15g,黄芩10g,白术15g,熟地15g,山药15g,山茱萸10g,党参15g,黄芪15g,菟丝子15g,补骨脂10g,女贞子15g,旱莲草15g,川续断15g,桑寄生15g,杜仲15g,仙鹤草15g。14剂,水煎服,每日1剂。另予以西药:补佳乐3片口服tid;黄体酮针80mg肌注qd。嘱患者监测血 β -HCG、雌激素、孕激素,保持心情舒畅,不宜过度焦虑,注意休息,避免劳累及剧烈运动。

2015年3月24日二诊:现孕52天,诉上次就诊后阴道褐色分泌物逐渐减少,3天后完全干净,近1周偶有恶心、干呕,无腹痛,偶有轻微腰酸,纳一般,多梦,小便正常,大便不成形,1~2次/天。舌质暗红,苔薄黄腻,脉沉弱。今查血 β -HCG 95978.0mIU/mL,孕酮69.0ng/mL,雌二醇1642.1pg/mL,D-二聚体0.50。B超示:宫内妊娠,可见卵黄囊、胚芽及心血管搏动。子宫

动脉阻力指数:左侧0.69,右侧0.72。守上方去仙鹤草,加远志15g、酸枣仁15g、茵陈30g、益母草5g。14剂。西药:补佳乐及黄体酮针同上继用。

2015年4月7日三诊:现孕66天,觉口干,偶有恶心、呕吐,呕吐胃内容物,无咖啡样物,无腹痛,无阴道流血,无腰酸,纳一般,眠可,二便尚正常,舌质略暗,苔薄黄,脉沉弱。今查孕酮67.3ng/mL,雌二醇2354.1pg/mL,血 β -HCG 152098.0mIU/mL,D-二聚体0.46。守上方去杜仲,加玄参15g,麦冬15g。14剂。西药:补佳乐2片口服tid;黄体酮针60mg肌注qd。

2015年4月21日四诊:现孕80天,偶有恶心,晨起偶呕吐,无腹痛,无阴道流血,纳尚可,眠一般,二便正常,舌质红,苔薄黄,脉沉弱。今查孕酮66.1ng/mL,雌二醇2504.1pg/mL,血 β -HCG 163976.0mIU/mL,D-二聚体0.35。复查子宫动脉阻力指数:左侧0.56,右侧0.62。上方去益母草、茵陈。14剂。西药:补佳乐同上继用;黄体酮针40mg肌注qd。

2015年5月5日五诊:现孕13⁺³W,偶有恶心,无呕吐,无腹痛,无阴道流血,纳尚可,眠可,二便正常,舌质红,苔薄黄,脉沉弱。今查血 β -HCG 151976.0mIU/mL,孕酮61.5ng/mL,雌二醇2414.8pg/mL,D-二聚体0.26。2015年5月4日我院早孕常规超声提示胎儿发育正常。守上方去远志、酸枣仁,加栀子15g。14剂。西药:补佳乐1片口服tid;黄体酮针20mg肌注qd。嘱患者1周后可停用西药。门诊随访患者于2015年11月足月剖宫产

喜得一子。

按 胎漏、胎动不安为临床常见病,病因多种,治疗非易事。本例患者既往有多次自然流产史,此次妊娠又出现阴道出血、腰酸等先兆流产的征象,综合患者的病史及临床表现,辨证为脾肾亏虚,气血不和,冲任不固。方用仙鹤草止血;杜仲强腰膝,补肝肾,固经安胎;黄芩清热安胎;菟丝子、补骨脂、枸杞子滋补肝肾,温补肾阳,生精益髓,阴阳双补;白芍滋阴养血;川续断、桑寄生补益肝肾,安胎元;熟地、山茱萸、女贞子、旱莲草滋补肝肾;黄芪、党参、白术、山药健脾益气以载胎;当归养血活血;川芎化瘀安胎。全方共奏补肾和血,固冲安胎之功。根据患者平素月经情况和就诊时症状及舌脉象,结合西医辅助检查结果,金教授认为瘀亦是该患者此次胎漏致病因素之一,中医药从瘀论治,临证时适当加用当归、川芎、益母草等平和活血祛瘀之药,可改善子宫供血及内膜微循环,从而促进胚胎生长发育。虽然目前国内外对黄体酮制剂在妊娠早期的使用颇有争议,但金教授指出该患者既往多次不良妊娠时孕酮水平均较低,对于此类患者,根据监测血值,必要时合理应用天然黄体酮制剂,有利于胚胎的存活,利大于弊。

参考文献

- [1]秦明春,匡继林,尤昭玲.尤昭玲教授临床安胎思路及用药经验[J].湖南中医药大学学报,2010,30(3):53-54.
- [2]张锡纯.医学衷中参西录[M].山西:山西科学技术出版社,2009:422.
- [3]周华,齐聪.齐聪教授治疗妇科病的学术思想总结[J].时珍国医国药,2015,26(2):466-468.