

许金榜运用补肾活血法治疗先兆流产合并宫腔积液经验[※]

刘艳红^{1*} 许金榜^{2▲}

摘要 许金榜教授认为,肾虚血瘀是先兆流产合并宫腔积液的关键病机,肾虚为发病之本,血瘀为致病之标。临床提倡化瘀安胎法,运用补肾活血法进行治疗。其用药特色为:善用药对,补肾活血相伍;分期论治,明确缓急轻重;心肾同治,注重调神安胎;随症加减,用药力求精简。文中结合典型病例进行分析,以期为临床治疗提供新思路与方法。

关键词 先兆流产;宫腔积液;肾虚血瘀;补肾活血法;许金榜

先兆流产是指妊娠28周前出现少量阴道流血,常为暗红色或血性白带,无妊娠物排出,继而出现阵发性下腹痛或腰背痛。若休息及治疗后症状消失,可继续妊娠;若阴道流血量增多或下腹痛加剧,可发展为难免流产^[1]。先兆流产发病率呈逐年上升趋势,约10%~15%的孕妇最终由先兆流产发展为自然流产^[2]。宫腔积液在先兆流产患者中并不少见,若未及时有效处理,可进一步影响胚胎发育,增加流产风险。目前,西医治疗以卧床休息、补充孕激素、抗凝治疗等为主,但对于部分患者效果欠佳,且抗凝存在出血风险。中医药在防治先兆流产方面具有独特优势。

许金榜教授(以下简称为“许教授”)系福建中医药大学博士研究生导师,长期从事中医临床及科研,临床诊治先兆流产经验丰富,运用补肾活血法治疗先兆流产合并宫腔积液,临床疗效显著。笔者有幸从师学习,获益颇多,现将其诊治经验总结如下,以供临床参考。

※基金项目 泉州市医疗卫生领域科技计划项目(No.2023NS096);泉州医学高等专科学校校级课题(校院联合创新科研项目)(No.XYL2315)

***作者简介** 刘艳红,女,医学硕士,主治医师,泉州骆氏经方学术流派传承工作室成员。研究方向为中西医结合临床妇科方向。

▲通信作者 许金榜,男,主任医师,博士研究生导师。研究方向:生殖内分泌疾病基础与临床研究。E-mail:75157335@qq.com

•作者单位 1.福建中医药大学附属晋江市中医院(福建晋江362201);2.福建省妇幼保健院/福建中医药大学妇产临床医学院(福建福州350000)

1 病因病机认识

1.1 肾虚为发病之本 中医学理论认为,肾为先天之本、“藏精之所”。《素问·六节藏象论》云:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也。”女子受孕后,肾中精气充足则能固摄胎元、滋养胎儿^[3]。《女科经纶》曰:“女之肾脉系于胎,是母之真气,子之所赖也。”^[4]这句话阐明了妊娠病治疗中固护肾气的重要性。许教授认为,本病多与素体肾虚、房劳多产、孕后房事不节有关,导致肾虚冲任不固,胎失所系。故肾虚乃其发病之本。正如《傅青主女科》所说:“夫胞脉虽系于带脉,而带脉实关于肾。脾肾亏虚,则带脉无力,胞胎即无以胜任矣。”

1.2 血瘀为致病之标

1.2.1 宫腔积液中医认识 许教授认为,孕期气血相对不足,血行迟滞;复因跌仆闪挫或情志怫郁,致使气滞血瘀,终致瘀血阻滞胞宫、冲任^[5]。瘀血既成,新血不得归经,可致阴道流血;同时,瘀血阻滞影响气血运行,使胎元失于濡养,从而加重先兆流产。许教授指出,宫腔积液在中医范畴亦属瘀血,正如清代唐宗海在《血证论》所述:“然既是离经之血,虽清血、鲜血,亦是瘀血。”^[6]瘀血积于宫腔,阻碍气血流通,不利于胚胎生长。故血瘀为标是妊娠病的重要病机。

1.2.2 妊娠期活血化瘀药物应用溯源 《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》记载:“妇人宿有癥病,经断未及三月……所以血不止者,其癥不去故也,当下其癥,桂枝茯苓丸主之。”该条文提出妊娠与癥病的鉴别,以桂枝茯苓丸化瘀消癥。此外,该篇尚载有多首安胎名

方,如:治妊娠腹中痠痛之当归芍药散;治冲任虚寒、漏下胞阻之芎归胶艾汤(“师曰:妇人有漏下者……假令妊娠腹中痛,为胞阻,胶艾汤主之”);主张妊娠期常服以清热安胎之当归散。《金匱要略》所载含当归、川芎等活血药物的妊娠病经典方剂,对现代临床仍具指导意义。现代医学在保胎过程中发现,部分患者呈血栓前状态,当酌情应用阿司匹林、低分子量肝素等抗凝药,这与中医学活血化瘀之法有异曲同工之妙。

1.2.3 提倡化瘀安胎法 《景岳全书·妇人规·妊娠卒然下血》记载:“若血已离位,蓄积胞宫……则惟四物汤加当归为最宜也。”清代王清任在《医林改错·少腹逐瘀汤》中对此有进一步阐发:“不知子宫内,先有瘀血占其地……故先见血……将子宫内瘀血化净,小儿身长有容身之地,断不致再小产。”^[7]其进而创少腹逐瘀汤以安胎,实践“化瘀安胎”理念。许教授认为化瘀安胎在临床应用中疗效值得肯定。

1.3 肾虚血瘀不容忽视 补肾活血法体现了妊娠病治病与安胎并举的治疗原则^[8]。《素问·六元正纪大论》提出“有故无殒,亦无殒也”及“衰其大半而止”,体现了妊娠病中病即止的重要性。《景岳全书·妇人规》指出:“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。”此论突破了妊娠期忌用攻伐之品的局限,为妊娠病合理使用活血药提供了理论依据。许教授临证时紧扣病机,遵循治则,常获良效。

2 证型的诊断

许教授在长期临床实践中,建立了肾虚血瘀的系统化诊断体系。该体系以“肾虚为本,血瘀为标”为核心病机,通过四诊合参与证候分级,实现精准辨证。诊断需综合以下几个方面。

2.1 病史与症状特征 患者常有反复流产或宫腔操作史,临床表现为腰骶酸坠、小腹隐痛或刺痛、阴道出血色暗红或夹有血块。许教授特别强调疼痛性质的鉴别:绵绵作痛多属肾虚;固定刺痛则为血瘀。出血特点亦为关键诊断依据:淋漓不断偏肾虚;量少色暗有血块则偏血瘀。若兼脘腹胀闷、头晕肢倦、怠惰思睡,为脾肾两虚夹瘀之证。

2.2 舌脉诊察要点 舌象多见舌质淡暗、边有瘀点或瘀斑,舌下络脉迂曲增粗;苔薄白或微腻。脉象以沉涩或细涩为主,左尺脉尤显无力。闽南地处东南沿海,气候湿热,患者常兼见舌苔黄腻,提示存在湿热瘀

结之征。

2.3 证候分级与鉴别 许教授参考西医绒毛膜下血肿的血肿/孕囊面积比例法和体积比例法^[9-10],将现代影像学指标纳入辨证体系。其依据超声下宫腔积液的形态、大小及临床表现,将病情分为三级:轻度(肾虚为主)见腰酸轻微,宫腔积液 $<1.5\text{ cm}^2$;中度(肾虚血瘀并重)见腹痛明显,积液 $1.5\sim 3.0\text{ cm}^2$;重度(血瘀突出)见阴道出血量多、色暗,积液 $>3.0\text{ cm}^2$ 。临证须与单纯肾精亏虚证(无瘀血征象)及湿热瘀结证(苔黄腻、带下黄稠)相鉴别。

3 治疗原则

3.1 补肾安胎为基 许教授认为,补肾固冲为治疗本病的根本大法:通过补肾,可增强肾脏封藏功能,固摄冲任二脉,使胎元稳固。其自拟的助孕Ⅱ号方,系由寿胎丸化裁而来,具体药物组成为:菟丝子 30 g ,续断 30 g ,桑寄生 30 g ,杜仲 30 g ,盐巴戟天 15 g ,砂仁 6 g (后下),鸡血藤 15 g ,灵芝 10 g 。其中,菟丝子补肾固精为君,具平补阴阳之效;桑寄生、杜仲、续断补益肝肾,通行血脉,续接筋骨,安胎,共为臣药;巴戟天温补肾阳,固冲安胎;鸡血藤养血活血,祛瘀安胎;灵芝补益心气,调神安胎,与巴戟天、鸡血藤共为佐药;使以砂仁化湿开胃,理气安胎,亦防诸药滋腻碍胃。许教授结合东南沿海湿热气候及人群体质,强调辨证细分,认为肾虚湿热瘀阻以及脾肾两虚兼瘀为闽南地区常见证型,对此不宜单纯补益,须攻补兼施。其在临床上常加黄芩、白术以清热祛湿;伍赤芍、丹参、蒲黄、苈麻根以养血活血止血;佐芡实、山药、莲子、黄精健脾益肾,以后天养先天,实现先后天同调。

3.2 活血化瘀为助 针对血瘀这一病理因素,许教授在补肾安胎的基础上,适当运用活血化瘀之法,可促进宫腔内瘀血的消散与吸收,改善子宫血液循环,为胚胎的生长创造良好的环境。但孕期使用活血化瘀药需谨慎,当选药性平和、活血化瘀而不伤正的药物。临床常用丹参、赤芍、鸡血藤、蒲黄等。《本草纲目》记载丹参“可破宿血,补益新血”。现代研究表明,丹参可有效降低全血黏稠度、降低血浆纤维蛋白原、抑制血小板聚集、抗血栓等^[11-12]。黄宫绣所著的《玉楸药解》载:“蒲黄行瘀血……安胎下乳、下衣催生皆善。”^[13]此外,《本草求真》言赤芍“与白芍主治略同,但白则有敛阴益营之力,赤则止有散邪行血之意”。鸡血藤为妇科血症常用药,有补血活血、调经止痛之功。

许教授特别指出,先兆流产患者当慎用行气活血的香附,正如《医学衷中参西录》所言:“从来医者调气行血,习用香附而不习用三棱、莪术……愚精心考验多年,凡习用之药,皆确知其性情能力。若论耗散气血,香附尤甚于三棱、莪术。若论消磨癥瘕,十倍香附亦不及三棱、莪术也。”^[14]

3.3 标本兼治为用 治疗过程中,既要重视补肾以治本,又要兼顾活血化瘀以治标。许教授常根据患者的具体病情,灵活调整补肾与活血药物的比例。此外,许教授尤注重口唇舌望诊,指出舌质是否紫暗、舌下脉络是否曲张是影响用药的关键因素。若口唇无明显紫暗,仅见瘀点舌或瘀斑舌或舌下脉络迂曲,当酌加一味活血化瘀药;若口唇紫暗超过口唇2/3,同时见瘀点舌或舌下脉络迂曲,当将活血药增至两味。许教授强调,用药过程应关注口唇颜色变化以及舌质情况,适时调整活血药比重。鉴于口唇紫暗与舌质瘀斑常迁延难消,临床不必拘泥于此。一旦先兆流产症状消失、宫腔积液吸收,即可停用活血化瘀药。简言之,活血药剂量不宜过大,缓图其效,做到攻补兼施,使肾气充足,瘀血祛除,胎元稳固。

4 用药特色

4.1 善用药对,补肾活血相伍 补肾药与活血药联用,补肾以固胎元,活血以祛瘀生新,二者相辅相成,既可增强补肾安胎作用,又能改善子宫血液循环,促进胚胎生长。二者动静结合,使补而不滞,通而不伤正。常用药对包括菟丝子配伍丹参、续断配伍赤芍、桑寄生配伍蒲黄。许教授认为,活血药用量不可过大,且需遵循一定比例原则。补肾与活血药物比例以3:1为宜(如菟丝子30 g配伍丹参10 g),二者一静一动,以协同增效,达通络固胎之效。

4.2 分期论治,明确缓急轻重 许教授认为,在急性出血期,若阴道出血量较大,病情分级为中度或重度,伴有明显腹痛及腰酸,应急予“塞流”法,当增用苈麻根、艾叶炭、蒲黄炭等以安胎止血,并减少丹参用量;待出血停止、宫腔积液吸收,当以丹参、鸡血藤养血活血;对于腹痛明显者,当重用白芍30 g配伍甘草5 g,取芍药甘草汤之意以缓解子宫平滑肌痉挛,临床疗效显著。

4.3 心肾同治,注重调神安胎 《素问·评热病论》云“胞脉者,属心而络于胞中”,揭示了心与胞宫间的密切联系。心主血脉,若心火亢盛,则血热妄行,灼伤胞

络致血溢成瘀;若心血不足,则胞脉失养,胎元失摄。许教授将这一理论应用于本病的治疗,提出“心肾同治、调神安胎”的学术观点。伴焦虑失眠、口腔溃疡、舌尖红赤者,加淡竹叶、竹茹以清心除烦;伴心悸气短、舌红少苔者,加百合、麦冬以滋养心阴;伴失眠健忘、不思饮食、心悸短气者,加灵芝、茯神以养心安神。《本草纲目》记载:“灵芝性平,味苦,无毒。主治胸中结、益心气,补中,增智,不忘,久服轻身不老,延年神仙。”^[15]研究^[16]表明,灵芝的抗氧化成分可减少自由基对卵巢细胞的损伤,保护卵巢储备功能;其免疫调节作用可改善自身免疫性卵巢损伤。许教授临床常用灵芝,多将其应用于卵巢相关不孕症的诊治及孕后保胎治疗。

4.4 随症加减,用药力求精简 许教授每剂处方药味8~10味,随症加减,力求效宏力专。若腰酸明显,可加巴戟天补肾强腰;若伴有恶心呕吐等妊娠反应,可加紫苏梗、砂仁、陈皮等和胃止呕;若患者体质偏寒,可加紫石英、淫羊藿等温补肾阳;若体质偏热,可加用生地黄、麦冬、女贞子等滋阴清热。

5 典型验案

姚某,女,39岁,2024年5月31日就诊。主诉:停经11周,发现宫腔积液20天。患者平素月经规律,末次月经(LMP):2024年3月16日。停经后自测尿妊娠试验阳性。20天前查妇科彩超提示“宫内早孕,孕囊旁液性暗区(大小约2.9 cm×0.6 cm)”,伴腰酸,无腹痛,无阴道出血。其间予地屈孕酮口服保胎治疗,定期复查彩超,宫腔积液未见好转。刻下症见:腰酸,偶下腹坠胀,神疲头晕,纳食欠佳,易胃胀,寐尚可,夜尿1~2次,口唇色淡红,舌淡暗舌尖瘀点略胖,苔薄白,脉滑。既往史:2023年因“难免流产”行清宫术1次(孕40⁺天)。西医诊断:先兆流产合并宫腔积液。中医诊断:胎动不安,辨为肾虚血瘀证。治法:补肾活血,安胎止血。处方:助孕Ⅱ号方加减。药用:菟丝子30 g(包煎),桑寄生30 g,蒲黄10 g(包煎),盐杜仲30 g,陈皮15 g,茯苓15 g,续断30 g,灵芝10 g。7剂,每日1剂,水煎,分2次温服。同时嘱患者卧床休息,避免劳累及性生活。

2024年6月7日二诊:腰酸减轻,无腹痛,舌淡暗略胖,舌尖瘀点,苔薄白,脉滑。复查B超示:孕囊旁液性暗区为1.8 cm×1.5 cm。守上方继服7剂。

2024年6月14日三诊:无腰酸,无腹痛,恶心欲

呕, 纳食欠佳, 舌淡暗略胖, 舌尖瘀点, 苔薄白, 脉滑。复查B超示: 孕囊旁液性暗区消失。以上方去蒲黄、陈皮、茯苓, 加砂仁 6 g, 紫苏梗 10 g, 再巩固治疗 2 周。之后电话随访, 患者胎元稳固, 并于 2024 年底顺娩 1 名女婴, 体健。

按 患者年逾五七, 肾气亏虚, 精不化血, 冲任虚衰, 以致胎元不固, 系胞无力, 胎孕难载。腰为肾之外府, 肾虚则腰酸; 肾气亏虚, 无力推动血行, 以致血瘀, 加之流产史, 堕胎伤肾, 瘀滞胞宫、冲任, 血不归经, 溢于脉外, 故见宫腔积液; 肾主骨生髓, 脑为髓海, 肾虚则髓海不充, 故见头晕; “阳气者, 精则养神”, 肾阳不足故神疲; 火不暖土, 脾阳不振, 故纳食欠佳、胃胀; 肾虚气化失常故夜尿频数; 舌淡暗、舌尖瘀点略胖, 苔薄白, 脉滑为肾虚血瘀之征。许教授治以补肾活血, 安胎止血之法, 予自拟助孕 II 号方加减。方中菟丝子补肾固精为君药; 桑寄生、续断、杜仲加强补肝肾、强筋骨、安胎之力, 为臣药; 佐药取蒲黄(1:3 配比)配菟丝子, 寓“补肾活血”之意, 辅以茯苓健脾宁心、灵芝安神定志, 兼顾先后天同调与心肾同治; 使药选陈皮, 可理气健脾、燥湿化痰以治其标, 达后天养先天之功。二诊时患者腰酸减轻, 可见药已中的, 故守方续服。三诊彩超提示宫腔积液消失, 故停用活血药, 以补肾安胎固本; 患者恶心欲呕, 纳食欠佳, 考虑为素体胃虚, 孕后血聚冲任养胎, 冲脉气盛, 夹胃气上逆, 胃失和降所致, 故去健脾祛湿之陈皮、茯苓, 佐以砂仁合紫苏梗调气和中, 降逆止呕以治其本。

6 小结

补肾活血法既能补肾固冲增强肾脏封藏功能, 又能活血化瘀改善子宫血循环, 从而使胎元得养、瘀血得祛, 达到安胎的目的。肾虚血瘀是临床常见证型, 但临床上仍需结合症状、体征等辨别是否存在兼证, 以调整治疗方案。孕期用药应谨慎, 临床上不仅需要严格掌握活血化瘀药的剂量及避免使用峻猛药, 以免损伤胎元, 同时还需警惕药物相互作用, 以规避不良反应。

补肾活血法治疗先兆流产合并宫腔积液具有独特优势, 但目前对于其作用机制的研究尚不深入。未来可进一步开展相关的基础研究和临床研究, 从分子生物学及免疫学等角度深入探讨补肾活血法的作用机制, 为临床治疗提供更坚实的理论依据; 并可结合

现代医学的先进技术和方法, 如辅助生殖技术、基因检测等, 拓宽中医药在该领域的应用范围, 提高临床疗效, 为广大患者提供更多益处。

总之, 许教授运用补肾活血法治疗先兆流产合并宫腔积液, 以补肾固冲、活血化瘀为治法, 标本兼治, 攻补兼施, 临床疗效显著。该诊疗思路及用药经验, 为临床防治本病提供了重要参考, 具有较高的推广价值与应用前景。

参考文献

- [1] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 70-74.
- [2] KIM Y. Retrospective analysis of prognostic value of the neutrophil-to-lymphocyte ratio in early miscarriages: A 8-year survey [J]. *Medicine*, 2020, 99(27): 20888.
- [3] 刘双萍, 张玉香, 王一强, 等. 当归补血汤加减治疗肾虚型妇科医案举隅[J]. *中国民间疗法*, 2024, 32(2): 94-96.
- [4] 萧璵. 妇科经论[M]. 贾云波, 姚颖玉, 点校. 北京: 人民军医出版社, 2010: 62.
- [5] 徐婕, 赵薇, 刘芳. 赵薇教授治疗复发性流产的经验介绍[J]. *中医临床研究*, 2021, 13(32): 112-114.
- [6] 唐宗海. 血证论[M]. 魏武英, 李俊, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 103.
- [7] 王清任. 医林改错[M]. 李天德, 张学文, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 47-48.
- [8] 王松露, 朱玲. 岭南罗氏妇科治疗先兆流产合并绒毛膜下血肿的临床证经验[J]. *现代中医临床*, 2019, 26(1): 62-65.
- [9] HELLER H T, ASCH E A, DURFEE S M, et al. Subchorionic hematoma: correlation of grading techniques with first-trimester pregnancy outcome [J]. *J Ultrasound Med*, 2018, 37(7): 1725-1732.
- [10] 郭若楠. 绒毛膜下血肿的病因研究进展[J]. *海南医学*, 2020, 31(16): 2141-2143.
- [11] 汪鸽, 韩延华. 龙江韩氏妇科治疗妊娠合并宫腔积血经验[J]. *中华中医药杂志*, 2023, 38(4): 1640-1643.
- [12] 王瑞华. 滋肾育胎丸配合地屈孕酮治疗先兆流产合并宫腔积血临床研究[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2018, 28(6): 36-38.
- [13] 黄元御. 玉楸药解[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2017: 13.
- [14] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2009: 168-169.
- [15] 本草纲目彩色图解编委会. 本草纲目百科图解[M]. 北京: 化学工业出版社, 2024: 512.
- [16] 罗虹建, 鲁国东, 林占熿, 等. 灵芝主要活性成分药理作用及生物合成研究进展[J]. *中草药*, 2025, 56(9): 3366-3379.

(收稿日期: 2025-11-21)

(本文编辑: 黄明愉)