

## [参考文献]

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 268-269.
- [2] 于玲, 田永杰. 子宫内位症发病相关因素的临床研究[J]. 山东大学学报: 医学版, 2013, 51(2): 79-83.
- [3] 金志春. 实用不孕不育诊疗与治疗技术[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2009.
- [4] 沈惠军. 清热解毒药的抗感染药理作用[J]. 药学通报, 1988, 23(5): 263-265.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

## 罗颂平从肾虚血瘀论治复发性流产经验介绍

丘维钰<sup>1</sup>, 高飞霞<sup>1</sup>, 巫海旺<sup>1</sup>, 林炜娴<sup>1</sup>, 杜鑫<sup>1</sup>, 郜洁<sup>2</sup> 指导: 罗颂平

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[关键词] 复发性流产; 肾虚血瘀证; 经验介绍; 罗颂平

[中图分类号] R714.21 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 03-0217-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.03.062

复发性流产 (Recurrent Spontaneous Abortion, RSA)是指与同一性伴侣连续发生3次及3次以上的妊娠28周以内的自然流产。近年来,国内外有共识将连续发生的2次自然流产定义为RSA。导致RSA的病因复杂,主要有母体因素(如生殖器官异常、感染因素、内分泌异常、血栓前状态、创伤刺激等),免疫功能紊乱和遗传基因缺陷<sup>[1]</sup>。RSA在中医中称为数堕胎、滑胎、屡孕屡堕。本病中医辨证分型常见脾肾两虚、阴虚血热、肾虚血瘀等证型<sup>[2]</sup>,随着药流或手术次数的增多,肾虚血瘀证的RSA患者有见长趋势,极易引起子宫内膜异位症、肌瘤、囊肿、盆腔炎、输卵管堵塞等后遗症,严重影响再次怀孕。罗颂平教授是广州中医药大学第一附属医院妇儿中心主任,系广州中医药大学教授,全国著名中医妇科专家罗元恺教授的学术继承人,岭南罗氏妇科流派传承工作室负责人。罗教授治学勤奋,潜心研究中医药治疗妇科疑难杂病,屡获奇效,尤其擅长复发性流产、不孕症等的治疗,笔者有幸伺诊,获益良多,现将罗教授治疗复发性流产肾虚血瘀证的经验加以整理,总结如下。

### 1 审症求因

**1.1 肾气不足,胎元不固** 肾主宰人的生殖机能,肾气强则孕,肾气弱则难嗣。罗教授认为RSA患者反复流产,最损肾气。中医认为肾藏精,主生殖,若先天禀赋不足,或房劳多产,或久病大病,均可致肾虚而影响冲任,出现肾气不足,或肾阳不足,或肾阴亏损,天癸不充,气血运行不畅,胎气受阻。《医学衷中参西录》曰:“男女生育,多赖肾之作强,肾旺自能萌胎,肾气盛则胎元固,自无胎漏胎动不安之虑。”

**1.2 损伤气血,血瘀为标** 女性经、孕、产、乳的生理特点均以血为用,血与邪搏结而成血瘀之证。罗教授认为血瘀既是致病因素,也是病理产物。《医林改错》中曰:“常有连伤数胎者,不知子宫内,先有血占其地,血不能入胎胞,从旁流而下,故先见血。血既不入胎胞,胎无血养,故小产。”RSA患者反复流产容易产生瘀血滞留胞宫,肾气不足,损伤冲任胞脉;若气血亏虚,与痰浊郁于胞宫,久而久之容易发展成癥瘕,甚至不孕;若再次怀孕,精血下聚养胎,冲任不通,气血运行不畅,进而促进了瘀血形成,瘀

[收稿日期] 2017-07-07

[基金项目] 国家自然科学基金青年基金项目(81001533);2015年度中医药强省专项资金医院中药制剂建设项目(粤中医办函[2015]102号);广东省广州市中医药防治复发性流产临床医学研究与转化中心项目(No.155700014)

[作者简介] 丘维钰(1989-),女,医学博士,主要从事生殖健康与生殖障碍的中医药研究。

血不去,新血不生,无以养胎,故屡孕屡堕。RSA患者常情绪紧张而敏感,长期如此导致肝气郁结,疏泄失常,故肝郁常与血瘀并存。不少RSA患者缺乏运动,气血不畅,喜爱熬夜,耗散阴精,最终导致气血虚弱。母体虚弱不易氤氲摄精成孕,即便成孕也无法荣养胎儿。

罗教授总结RSA合并内异症、子宫肌瘤患者病因复杂,但与肾关系密切,在临床上常表现为本虚标实、虚实夹杂的复杂征象,病机多以肾气虚为本,血瘀为标,偶兼肝郁脾虚。

## 2 辨证施治

**2.1 预培其损,防治结合** 肾主生殖,肾中的阴精充足,在肾阳的温化下化生天癸,天癸旺,任脉通、冲脉盛,肾气充盛,推动血行,气血畅通,方能瘀祛而胎安,正常孕育胎儿。《景岳全书·卷三十八》曰:“凡治堕胎者,必当查此养胎之源,而预培其损。保胎之法无出于此,若待临期,恐无及也”。因此补肾培元,畅冲任之气血在治疗复发性流产血瘀证中有着重要的作用。故罗教授强调孕前治疗“凡治堕胎者,必当察此养胎之源,而预培其损”,既要重视肾气的调养,又要兼顾脾气的培补。张景岳提出“阳非有余,阴常不足”,临证补肾有温肾阳、益肾阴之别,必要时阴阳双补,阴中求阳,阳中求阴,常以菟丝子、续断、桑寄生补肾阳,以女贞子、黄精、石斛、地骨皮滋肾阴,共奏滋补肾气之妙,固摄先天之精;再辅以党参、山药、白术健脾养血,补益后天气血,阴阳互补,先天之精与后天之本相互滋生,《傅青主女科》谓:“补肾而不补脾,则肾之精何以遽生也,是补后天之脾,正所以补先天之肾也”。

**2.2 扶正不忘祛邪攻实** RSA患者因多次流产后调摄不当,引起实邪旧患滞留于胞脉,临床表现为经行不畅、经色紫暗有块、小腹疼痛、腰酸下坠、非经期时下腹痛、排卵后内膜血流指数偏高,与此同时B超检查子宫肌瘤、腺肌症,宫腹腔镜检查子宫内异症<sup>[9]</sup>。罗教授认为RSA血瘀证患者孕前应顺应周期进行补虚扶正和祛邪攻实。月经期攻实治标为主,以促进排泄经血和陈旧瘀浊,如有月经量多和经期延长者,采用血竭、三七末、蒲黄炭祛瘀止血,橘核、荔枝核、醋鳖甲、牡蛎、牛膝行气散结,消癥不伤气血;经后期补虚治本为重,以充血海,促进阴阳转化,采用菟丝子、女贞子、石斛改善卵泡发育,鸡血

藤、丹参、香附活血通络,化瘀以畅胞脉,并注重疏肝,以郁金、柴胡、素馨花解郁活血,尤其对于肝郁克脾者,疏肝理脾,活血理气,虽为理气之品,却兼调气血,使药效提高<sup>[4]</sup>。

**2.3 孕后治病与安胎并举** 确定妊娠以后,胎居母腹,全赖孕母的阴血滋养。血脉流畅,气血下注冲任及胞宫养胎。此时罗教授嘱病人注意是否出现少量阴道流血、小腹痛、腰酸、下坠、或口淡、纳呆、恶心、呕吐等,观察舌脉变化,并每周检查人绒毛膜促性腺激素(HCG),定期做B超复查,因多次流产易致肾虚,胎失所系,冲任不固,故以寿胎丸加减补肾安胎治疗为主。若肌瘤明显增大,中药仍以寿胎丸为主,加橘核、荔枝核、风栗壳、鸡血藤。RSA血瘀证患者血瘀于内,阻滞经络,孕后若发生宫腔积血,罗教授主张宜在补肾健脾的基础上配合固涩止血、化瘀安胎之法,从而达到治病而无动胎之弊的目的。临床上多采用平和之品,在寿胎丸基础上加仙鹤草、丹参、鸡血藤;若兼夹血热,则以寿胎丸加二至丸的基础上加黄芩、地骨皮、地榆、丹参、鸡血藤,以达凉血止血、化瘀安胎之效。

## 3 病案举例

曹某,女,38岁,2013年8月6日初诊。自然流产5次,发现子宫肌瘤3年。分别于2008年孕5+周末见胎心行清宫术;2009年、2010年、2011年孕1+月完全自然流产;2012年8月孕1+月,胎停行药流。胚胎染色体检查:22号染色体异常。患者因流产次数过多,故求治于罗教授。患者平素月经规律,周期24~28天,经期4~6天,量中,色鲜红,有血块、痛经、腰酸,无乳胀。末次月经(Lmp):2013年7月23日,6天净,量中,色红,有痛经、血块、腰酸、乳胀,现避孕,自觉易上火,口干口苦,纳可,眠多梦,大便1~2天1行,小便调,舌尖红边齿痕、苔薄白,脉细弦。既往检查双方染色体均正常;1月22日于中山二院行宫腔镜检查:子宫内息肉,病理示:息肉样子宫内膜呈增生改变。1月18日查淋巴细胞亚群、血糖、血凝均正常,血小板聚集:56.5%;性激素:卵泡刺激素(FSH)4.8 mIU/mL,促黄体生成素(LH)3.86 mIU/mL,泌乳素(PRL)19.64 nmol/L,雌二醇(E<sub>2</sub>)112 pmol/L,孕酮(P)0.56 nmol/L,睾酮(T)1.25 nmol/L。2012年5月30日:封闭抗体(APLA)(-),余均正常;2012年11月检查配

偶精液：a+b：23%+25%。诊断为子宫平滑肌瘤，证属瘀热证。治法：滋阴清热，行气化瘀，处方：橘核、荔枝核、丹参、赤芍、熟党参各15g，三七、醋莪术、醋三棱、醋香附、地骨皮、牡丹皮、桃仁各10g，牡蛎30g，陈皮5g，14剂，每天1剂，水煎煮至250~300mL，饭后温服。配合桔荔散结片、助孕丸以调经助孕、活血化瘀。

2013年8月29日二诊：Lmp：2013年8月17日，6天净，量中，色暗红，有痛经、血块，自觉纳可，眠易醒，二便调，舌尖红、苔少，脉细略弦。本周期BBT未升温。8月24日B超示：①子宫肌瘤(21mm×17mm×22mm)；②宫腔内异常回声：疑似内膜息肉(7mm×4mm×5mm)；③右侧卵巢无回声：疑似卵泡发育(13mm×12mm×12mm)。诊断为子宫平滑肌瘤，证属虚热证，治法：滋阴凉血，行气化瘀。处方：仙鹤草、续断、女贞子、白术、败酱草、蒲公英各15g，岗稔、牡蛎各30g，地榆20g，地骨皮10g，14剂，每天1剂，水煎煮至250~300mL，饭后温服。配合桔荔散结片、盆炎康合剂以散结消癥、活血化瘀。

2013年9月24日三诊：Lmp：2013年9月10日，7天净，量中，色暗红转鲜红，有痛经，无血块，现觉偶有左下腹痛，白带多，无异味，纳可，眠多梦易醒，二便调，舌淡有瘀点，边齿痕、苔薄白，脉弦。上周期BBT双相，C13升温，高温10天，卵泡监测：第7天：内膜7mm，右侧卵泡13mm×12mm×12mm。8月29日APLA(+)。8月24日B超示：①子宫肌瘤(21mm×17mm×22mm)；②宫腔内异常回声：疑似内膜息肉(7mm×4mm×5mm)；③右侧卵巢无回声：疑似卵泡发育(13mm×12mm×12mm)。诊断为子宫平滑肌瘤，证属虚热证，治法：滋阴益肾，行气化瘀。处方：盐菟丝子、桑寄生各20g，续断、枸杞子、女贞子、山药、白芍、丹参、蒲公英、橘核各15g，地骨皮10g，14剂。配合助孕丸以加强补肾健脾、益气养血之功。

2013年10月16日四诊：Lmp：2013年10月4日，5天净，量中，色红，有痛经、乳胀，无血块，现觉下腹隐痛，纳可，眠欠安，二便调，舌淡边齿痕、苔白滑，脉细弦。本周期卵泡监测：第13天：内膜9mm，右侧卵泡15mm×13mm×13mm。诊断为子宫平滑肌瘤，证属气阴不足证，治法：补肾益

气。处方：盐菟丝子、桑寄生各20g，熟党参、续断、覆盆子、女贞子、山药、黄芪、酒萸肉、白术各15g，石斛、合欢花各10g，14剂。配合胎宝胶囊、助孕丸以加强补肾健脾、益气养血之功。

2013年11月20日五诊：Lmp：2013年11月2日，5天净，量中，色红，有痛经，无血块，现觉腰痛，脸部痤疮，口干，纳眠可，大便每天1次，偏硬，小便调，舌尖红边齿痕、苔薄黄，脉细。本周期卵泡监测：第12天：内膜11mm，未见优势卵泡，前壁肌瘤(22mm×15mm×17mm)，内膜息肉(14mm×7mm)。2013年6月5日血小板聚集功能(PAG)53.6%。现服阿司匹林，作免疫治疗中。诊断为复发性流产兼子宫平滑肌瘤，证属虚热证，治法：滋阴清热，疏肝解郁。处方：盐菟丝子、桑寄生、醋鳖甲各20g，续断、覆盆子、女贞子、山药、橘核各15g，石斛、川楝子各10g，14剂。配合助孕丸以补肾健脾，阿司匹林溶血栓。

2013年12月9日六诊：Lmp：2013年11月2日，5天净，12月3日血β-HCG65IU/L，于当地医院住院治疗，12月6日血β-HCG72.5IU/L，P19.23μg/L，当地医院考虑生化妊娠，于12月6日出院。现无明显不适，纳眠可，二便调，舌淡尖红、苔白，脉细弦。诊断为子宫内膜息肉，证属血瘀证，治法：活血化瘀，益气补血。处方：熟地黄、赤芍、丹参、盐牛膝、枳壳各15g，当归、川芎、醋香附各10g，鸡血藤30g，益母草3g，7剂。配合血府逐瘀颗粒以增强活血化瘀、行气止痛之功。

2013年12月21日七诊：Lmp：2013年11月2日，5天净，12月10日生化妊娠，现纳眠可，二便调，舌淡、苔薄白，脉细。12月18日B超示：子宫表面不光滑，肌层回声不均，前壁低回声(23mm×21mm)，内膜7mm，内见稍高回声团(6mm×4mm)。诊断为子宫平滑肌瘤、子宫内膜息肉，证属血瘀证。治法：活血化瘀，益气补血。处方：菟丝子、桑寄生各20g，熟党参、盐续断、山药、白术、橘核、牡蛎、丹参各15g，鸡血藤30g，14剂。配合桔荔散结片以散结消癥、活血化瘀。

2014年1月25日八诊：Lmp：2014年1月14日，6天净，近期腹泻，大便每天3次，便溏，伴腹痛，便后缓解，纳眠可，小便调，舌淡齿印、苔白，脉弦。1月20日B超示：内膜8mm，前壁肌瘤

(26 mm × 17 mm × 18 mm)。诊断为复发性流产兼子宫平滑肌瘤，证属脾虚证，治法：健脾益气，散结消癥。处方：桑寄生、盐菟丝子、醋鳖甲各 20 g，熟党参、续断、山药、覆盆子、黄芪、炒白术、橘核、白扁豆、苍术各 15 g，14 剂。配合助孕丸以补肾健脾。

2014 年 5 月 13 日九诊：Lmp：2014 年 4 月 24 日，5 天净，量中，色鲜红，有血块、痛经。现乏力，纳可，眠难入睡，大便 2 天 1 次，小便调，舌淡红、苔白，脉弦细。本周 BBT 上升缓慢，C11 始升温，已高温 9 天。诊断为复发性流产兼子宫平滑肌瘤，证属肾阴不足证。治法：益气活血，补肾活血。处方：盐菟丝子、桑寄生各 20 g，续断、枸杞子、覆盆子、女贞子、白芍、山药、橘核各 15 g，麦冬、醋香附、制远志各 10 g，12 剂。配合助孕丸以补肾健脾。

2014 年 5 月 28 日十诊：患者停经 35 天。Lmp：2014 年 4 月 24 日，5 天净，量中。现腹泻，每天 3 次，纳可，眠难入睡，小便调，舌红边齿印、苔白，脉弦滑。5 月 24 日  $\beta$ -HCG 329.91 mIU/mL，P 77.6 nmol/L，E<sub>2</sub> 549 pmol/L；5 月 27 日  $\beta$ -HCG 1 339.71 mIU/mL，P 58.9 nmol/L，E<sub>2</sub> 628 pmol/L；诊断为具有流产史的妊娠兼子宫平滑肌瘤，证属肾虚血瘀证。治法：行气软坚散结，补肾活血。处方：桑寄生、盐菟丝子各 20 g，盐熟党参、续断、山药、覆盆子、黄芪、橘核、炒白术、苍术、芡实、炒酸枣仁各 15 g，7 剂。配合药膳：红参、西洋参、陈皮各 5 g，阿胶 12 g，助孕丸以补肾健脾。肌注黄体酮提高孕酮。

2014 年 6 月 4 日十一诊：停经 42 天。自觉恶心干呕，无阴道流血，无肛门坠胀感，无腰酸腹痛，Lmp：2014 年 4 月 24 日，5 天净，量中。易上火，口干，纳可，眠欠佳，小便调，大便溏，每天 2 次，舌红边齿印、苔白，脉弦滑。5 月 30 日  $\beta$ -HCG 5 019.17 mIU/mL，P 113.7 nmol/L，E<sub>2</sub> 915 pmol/L。6 月 2 日  $\beta$ -HCG 12 068.14 mIU/mL，P 92.5 nmol/L，E<sub>2</sub> 1 030 pmol/L。诊断为早期妊娠，证属脾虚证，治法：补肾健脾。处方：盐菟丝子、桑寄生各 20 g，盐熟党参、续断、山药、金樱子肉、黄芪、炒白术、苍术、茯苓、芡实各 15 g，广藿香 10 g，7 剂。继续配合肌

注黄体酮提高孕酮。

2014 年 6 月 11 日十二诊：停经 49 天。阴道少量分泌物 2 天，无肛门坠胀感，无腰酸腹痛，Lmp：2014 年 4 月 24 日，5 天净，量中。易尿频，纳眠可，舌淡边齿印、苔白，脉细滑。6 月 8 日  $\beta$ -HCG 39 308.81 mIU/mL，P 81.1 nmol/L；6 月 11 日  $\beta$ -HCG 57 583.58 mIU/mL，P 62.9 nmol/L。6 月 8 日 B 超示：宫内早孕，双胎妊娠，胚胎存活；子宫肌瘤；右卵巢混合回声团：黄体可能。诊断为早期妊娠，证属肾虚血瘀证，治法：补肾健脾，行气活血。处方：盐菟丝子、桑寄生各 20 g，盐熟党参、续断、山药、金樱子肉、黄芪、炒白术、橘核、苍术各 15 g，陈皮 5 g，芡实 10 g，14 剂。配合助孕丸以补肾健脾。

后患者一直服药安胎至 14 周，孕期顺利，2014 年 11 月剖宫产 2 健康女婴。

按：该患者反复自然流产 5 次，经罗教授治疗期间亦生化妊娠 1 次，实属先天禀赋不足，肾气薄弱之征；流产多次损伤冲任，气血瘀滞，久而成癥瘕。该病启示肾虚血瘀证的 RSA 患者即使是有子宫肌瘤，也亟需预培其损、调理固本，使肾充血旺方可行气活血。对于活血药物的选择，罗教授在该患者生化妊娠后大胆采用破血逐瘀药顺势排出瘀浊，妊娠期间则采用平和之品行气活血。罗教授用药加减有则，灵活而不失其法，制方严谨，有的放矢，随证随人，中病即止，对症下药。

#### [参考文献]

- [1] 肖世金, 赵爱民. 复发性流产病因学研究进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(1): 41-45.
- [2] 傅萍, 周菲菲, 盛晓园. 221 例复发性流产患者中医证候分布规律研究[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(4): 803-805.
- [3] 黄洁明, 欧阳惠卿, 许丽绵, 等. 子宫内膜异位症血瘀证本质探讨及罗氏内异方对其血管内环境的影响[J]. 河南中医, 2006, 26(10): 23-25.
- [4] 陈瑞祥. 五行公理系统的生克关系——五行理论体系的系统化(二)[J]. 中医杂志, 2014, 55(16): 1351-1356.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)