

临床经验交流

中医药治疗女性不孕症的用药体会

谢京红 薛赛琴 蔡连香

(中国中医科学院西苑医院妇科,北京市海淀区西苑操场1号,100091)

关键词 不孕,女性/中医药疗法

自2005年我们承担了中国中医科学院优势病种课题“中医药治疗女性不孕症的优势的临床研究”以来,在我科各位专家的大力支持下,我们对我科用中医药治疗女性不孕症的理论基础、临证经验和用药规律及特点进行了总结。现介绍如下。

1 审证求因、贵在治本

肾虚是不孕症的重要原因。由于脏腑经络之间的生克制化、相互影响及其转化,临床上产生不同的证候,常见的有肾虚、肝郁、脾虚、痰湿、气滞血瘀等,这些原因均可致胞宫不能摄精受孕而致病。治疗重在调理肾、肝、脾,从肾、从肝、从脾、从气血论治。但本病证型典型者少,而错综复杂者居多,故临床选用方药应随机应变。常见患者既属脾肾两虚,又兼湿热蕴结;或见阴虚阳亢,又兼气滞血瘀等。此时的治疗就要有主有次,灵活变通。有时也可两方合用,或数方化裁,或依证之不同而加减,绝不可偏执一方一药。正如《景岳全书·妇人归》所说:“种子之方本无定规,因人而药,各有所宜”。不孕症之治疗方法变化多样,灵活变通,随症施治,同时暗含有不孕症的治疗方法难度较大之意。

以多囊卵巢综合征为例,它是一种多起因、临床表现为多态性的综合征,其病理生理变化涉及范围广,发病机理主要为肾气不足或脾虚痰湿或脾肾两虚,其治法为:若属肾气不足以益肾养血,调补冲任,常用方药以养血补肾汤加减;若经量较多,加党参、牡蛎等;若伴脾虚浮肿者加白术、砂仁、茯苓等;若B超检测有优势卵泡,酌加活血化瘀通络散结之品,促进卵泡成熟及排卵,如丹参、刘寄奴、皂角刺、穿山甲、莪术;若属脾虚痰湿证,以健脾化痰,常用方药以启宫丸加减;若兼有肾虚腰酸腿软者加山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、杜仲;若兼有血亏者,加何首乌、紫河车;若湿聚成痰者,加莪术、皂角刺、穿山甲;若湿阻气机,胸闷泛恶,加厚朴、半夏、竹茹;若兼有脾虚症状,如四肢倦怠,大便溏泄者,加党参、白术。

2 辨证与辨病相结合

不孕症病因复杂、证型多变,故治疗在系统观念指导下采用辨证与辨病相参,既吸取前人辨证论治的精华又引进现代医学理论,是提高疗效的有效措施之一,如排卵障碍性不孕、黄体功能失调性不孕,应紧紧抓住妇女阴阳消长的特点,结合基础体温的变化,采用中药人工周期疗法,随症加减化裁。补肾能促进卵泡发育和排卵,前半期在辨证用药基础上加入滋肾阴之品,以助阴长,促使卵泡成熟,适当加入活血之品以助排卵。当基础体温上升后,方可加入温肾之品,以助阳生而维持黄体功能,达到阴阳调和的目的。对免疫性不孕已有研究表明为肾阴虚火旺,因此,治疗本病的关键在于滋肾阴、降虚火。治以滋补肾阴、清热凉血,我们常用地黄、山茱萸、山药、女贞子、墨旱莲、生地黄、枸杞子、菟丝子、续断、白芍、麦冬、玄参、知母、黄柏、牡丹皮等中药,常用方为知柏地黄丸合左归饮,或养精种玉汤,本着酸甘化阴的原则,达到种玉之意。通过调整机体的阴阳,改善内环境,使紊乱的免疫环节恢复平衡与稳定,同时既兴奋低下的免疫功能,又能抑制亢进过高的免疫反应。盆腔炎导致的不孕应以清热解毒通管为主,适当加入月经前后半期用药规律。子宫内膜异位者,又应以活血化瘀、温经化瘀止痛为主,方可达到事半功倍之效。

3 用药需精细

用药需从肝脾肾论治,温暖中下以治阳微,濡养气血以调阴损。如入脾药类有茯神、茯苓、扁豆、石斛、神曲、佛手柑、佩兰叶、鸡内金、苍术、白术等;入肝药有夜交藤、合欢皮、紫荆皮、鸡血藤、沙苑蒺藜、石楠藤、大蓟、小蓟、赤芍、白芍等;入肾药有覆盆子、地肤子、蛇床子、淫羊藿、益智仁、仙茅、锁阳、牛膝、五加皮、乌贼骨等。

用药分刚柔、动静、升降、浮沉,要求恰中其病,不能误用或用之太过。刚药用之太过或用之太大则散其气,伤脏腑之阴;柔药误用或用之太过,则伤脏腑之阳,阻其气而凝其邪,邪留则可变为痼疾。如黄体不健的原因是由于经间期重阴转阳阶段,转阳不及,以致阳长

不足,证型以肾虚肝郁、肾阳不足为主,我们用当归芍药散加减,其中当归养血和血,白芍养血柔肝,川芎行气疏肝,茯苓、白术健脾以益生化之源,泽泻利水,诸药共奏养血柔肝之力,使气血充沛、脉络流通、肝气条达。在养血柔肝的同时可再配合补肾之品,起到水能涵木的作用。

用药轻灵,注意弊端。凡药能逐邪者,皆能伤正;能补益者,皆能留邪;能使病邪出于某经者,皆能引邪入于某经。选方遣药必须得当,如用养血滋肾之品时,重剂则阴柔腻滞或误补留邪者,须用轻清透泄之药解救,可酌情选用竹茹、石菖蒲、丝瓜络、桔梗、贝母等。

4 四诊合参

重视望、闻、问、切诊在病例信息采集中的作用。当患者步入诊室时,应注意其形态、五官、气色、神色等。先分部分,后观气色。因十二经之经气均会于头,故临床中侧重于面貌中的气色问诊尤为重要,视为“诊治之要领,临证之首务”,如当见到口唇四周出现惨淡之色时,是损伤冲任之脉的表现。认真询问患者病史、症状、就医过程,洞察病情。身患疾病必然反映于脉,然脉与证的关系也有不相应的。凡脉证不相和者,必有一真一假,须辨证精细,去伪存真,取舍得宜。

(2009-03-17 收稿)

升陷汤治疗心脏神经官能症 32 例

张凤巧 指导老师:韩丽华

(河南中医学院 2007 级研究生,河南省郑州市金水大道 1 号,450008)

关键词 心脏神经官能症/中医药疗法; @ 升陷汤

心脏神经官能症是由于神经功能失调,引起心血管功能紊乱所产生的综合征。临床上具有典型的心血管症状,如心悸、气短、心前区疼痛;并有全身性神经官能症的表现,如头痛、失眠、焦虑、紧张、多汗等;心电图检查大致正常。2 年来我们以升陷汤加减治疗本病 32 例,取得较满意疗效,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择心血管神经官能症患者 62 例,均为河南中医学院第二附属医院内科门诊或住院患者,将其随机分为治疗组和对照组,其中治疗组 32 例,男 12 例、女 20 例,年龄在 19~55 岁之间,平均年龄 38 岁,病程 2 个月~3 年;对照组 30 例,男 13 例、女 17 例,年龄在 17~57 岁之间,平均年龄 40 岁,病程 2 个月~3 年。2 组年龄、性别、病程、病情等方面经统计学处理均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照陈灏珠《实用内科学》心脏神经官能症诊断标准确诊。主要表现为心悸气短、胸闷憋气、心前区隐痛或不适、全身乏力,或有失眠多梦、自汗盗汗、烦躁焦虑等。中医诊断依据《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》,辨证分型为气虚下陷型,症见心悸、气短不足以息,或努力呼吸、喜长吸气、胸闷憋气不适、神疲乏力懒言,或头晕眼花、耳鸣、自觉气下坠感,舌质淡、苔薄白,脉细弱。纳入标准:全部病例均符合心脏神经官能症诊断标准,进行心电图、心脏 B 超、心脏 X 线及动态心电图检查无明显异常,排除器质性心脏病,并经血清 T_3 、 T_4 、TSH 等检查排除内分泌疾病者。排除标准:合并冠心病、心肌病、风心病及其他器质性心脏病者;合并其他严重疾病者;不能坚持服药者。

1.3 治疗方法 对照组给予西药倍他乐克 6.25mg~25mg 不等,日服 2 次;谷维素 10mg、复方丹参片 3 片,日服 3 次,服药 20d 后观察疗效。治疗组采用中药升陷汤加减治疗,处方:生黄

芪 24g,柴胡 12g,升麻 10g,桔梗 12g,知母 12g。加减:气虚重者加太子参;胸痛者加瓜蒌、延胡索、郁金;胸闷明显者加青皮;失眠多梦加茯神、酸枣仁、柏子仁、合欢皮;面红易怒者加牡丹皮、栀子;自汗者加龙骨、牡蛎;暖气者加佛手、旋覆花;口干者加麦冬、玄参;便溏者加芡实;血瘀者加丹参、降香、红花;阴虚火旺者加生地黄;心阳不振者加桂枝、党参等。每日 1 剂,分 2 次温服,10 剂为 1 个疗程,服药 2 个疗程后观察疗效。2 组患者治疗期间停用其他中西药物。

2 治疗结果

2.1 疗效标准 疗效标准参照朱文锋《中医内科疾病诊疗常规》判定疗效。显效:用药后症状消失或频发转为偶发,积分改善 $>70\%$;有效:用药后发作频率较前减少,积分改善 $>50\%$ 以上;无效:用药前后积分改善 $<50\%$ 。

2.2 治疗结果 治疗组 32 例,显效 16 例,有效 13 例,无效 3 例,总有效率 90.6%;对照组 30 例,显效 9 例,有效 14 例,无效 7 例,总有效率 76.7%。2 组数据经统计学处理,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

心脏神经官能症属中医心悸、心痛、胁痛、郁证、不寐、眩晕、脏躁、百合病等范畴。中医认为本病本为气虚,尤以宗气亏虚、气虚下陷为主,兼见虚实夹杂,病位在心,与肝脾肺肾关系密切。宗气亏虚无力升举,清阳之气不升反而下陷,故见心悸、气短不足以息、或努力呼吸、喜长吸气、胸闷憋气不适、神疲乏力懒言,或头晕眼花、耳鸣、自觉气下坠感,舌质淡、苔薄白,脉细弱。治疗当以益气升陷为主。方以升陷汤加减为主。方中重用生黄芪以补益胸中大气;升麻、柴胡善引清阳之气上升,为升阳举陷之要药;配知母之凉润,以制黄芪之温性;配桔梗既可宣开肺气、调畅气机,又可载药上行,以达胸中。诸药合用,共奏益气升陷之效。

(2008-12-19 收稿)