

# 金志春教授“活血保胎法”学术思想与临床应用

杨雅琴 尹燕 金志春

(湖北省妇幼保健院,武汉,430070)

**摘要** 文章总结名老中医金志春教授创立“活血保胎法”治疗自然流产的学术思想,并介绍典型病案。金教授擅长运用中西医结合治疗自然流产,尤其善于运用活血中药保胎,临证思维独到,疗效卓著。

**关键词** 活血保胎法;学术思想;@ 金志春

## Professor Jin Zhichun's Academic Thought and Clinical Application of "Method of Promoting Blood Circulation to Protect the Fetus"

Yang Yaqin, Yin Yan, Jin Zhichun

(Hubei Maternal and Child Health Hospital, Wuhan 430070, China)

**Abstract** This paper summarized the academic thought of Professor Jin Zhichun, a famous old Chinese medicine doctor, who founded the method of promoting blood circulation to protect the fetus to treat spontaneous abortion, and introduced typical medical records also. Professor Jin is good at using integrated traditional Chinese and western medicine to treat spontaneous abortion, especially using traditional Chinese medicine for promoting blood circulation to protect the fetus. His clinical thinking is unique and the curative effect is remarkable.

**Key Words** Activating blood circulation to protect fetus; Spontaneous abortion; Academic thought; Jin Zhichun

中图分类号:R249.2/.7 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.10.045

金志春教授是主任医师,博士研究生导师,第六批全国名老中医药专家学术经验继承导师,首届全国优秀中医临床人才,全国妇幼保健名中医,第三届湖北中医名师,首届湖北省中青年知名中医。其学术造诣深厚,治学严谨,勤于著述,善于思辨,临证思路与诊治方法独具特色,诊治妇科和生殖疾病经验丰富,精于调经、种子,尤其擅长于安胎,创立了“活血保胎法”。笔者是其学术继承人,有幸跟师临床,受益匪浅。本文简要介绍金志春教授“活血保胎法”学术思想与临床应用。

### 1 学术思想

1.1 血行瘀滞可致自然流产 自然流产是指妊娠不足28周、胎儿体质量不足1000g而自然终止者,分为早期流产与晚期流产,早期流产是指发生于12周以前的流产;晚期流产是指发生于12周以后的流产<sup>[1]</sup>。自然流产的发病率占全部妊娠的15%左右,多数为早期流产。国内将与同一性伴侣连续发生3次及以上的自然流产称为反复自然流产(或称复发性流产)<sup>[2]</sup>。自然流产的病因至今尚未完全阐明,除遗传学因素、免疫因素、子宫解剖结构异常、感染性疾病、内分泌失调以及环境因素外,约有半数患者原

因不明<sup>[3]</sup>。近年来,子宫血液循环不良与自然流产的关系日益受到重视。

在中医理论中,女性的生殖功能是以“肾气盛-冲任气血通盛”为核心的生理调节过程,除肾气盛外,冲任气血通盛是女性生殖功能正常的重要环节”。女子七岁肾气盛,齿更发发;二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子”(《素问·上古天真论》)。冲脉起于胞中,与十二经相通,五脏六腑都禀受其气血的濡养,故有“五脏六腑之海”“十二经脉之海”“血海”之称。任脉亦起自胞中,循行于腹部正中,腹为阴;足厥阴肝经、足太阴脾经、足少阴肾经在小腹交于任脉,手三阴经通过足三阴经与任脉相通,所以任脉对全身阴液具有总任的作用,故有“阴脉之海”之称。冲脉通则气血旺,任脉通则阴液盛,冲任二脉通盛,经气相合,下达胞宫,则月事应时而下,并可孕育妊娠,故王冰曰“冲为血海,任主胞胎,二者相资,故能有子”。

导师认为,妇人孕后,冲任通盛是维持正常妊娠的基础;反之,若冲任损伤,血行瘀滞,胚胎失于妊娠,则易发生自然流产。血行瘀滞包括血行减慢(血滞)和血行停止(血瘀)。张仲景在《金匱要略·妇

人妊娠病脉证并治》中有“妇人宿有癥病,经断未及三月,而得漏下不止,胎动在脐上者,为癥瘕害……所以血不止者,其癥不去故也,当下其癥,桂枝茯苓丸主之”论述,指出宿有“癥瘕”可导致妊娠胎漏下血。

近年来研究发现,血栓前状态和自然流产关系密切,原因是高凝状态会导致子宫血供不良,局部灌注量下降,蜕膜、绒毛和脐带血管内形成微血栓,从而引起绒毛缺血梗死和蜕膜组织纤维素样变,影响母胎物质交换,导致流产<sup>[4,6]</sup>。子宫动脉血流异常,特别是子宫动脉血流阻力指数增高与复发性流产的关系日益受到重视,国内外研究均表明,子宫动脉血流阻力升高与复发性流产之间有着紧密的联系<sup>[7,8]</sup>,子宫动脉血流阻力增高提示子宫动脉血行不畅,不仅影响子宫内膜的容受性,还会减少孕后子宫胎盘血流灌注量,引起子宫微循环障碍,胚胎发育不良,从而导致流产。中医学所言血瘀证的病理表现为微循环障碍,其原因与血小板聚集亢进或血小板生成或释放过多、血液凝固系统功能增强或纤溶系统功能减退以及血流动力学障碍等有关<sup>[9]</sup>。导师认为,不管是血栓前状态,还是子宫动脉血流阻力指数增高,从中医学角度来看就是血瘀证,因此,血行瘀滞可以引起自然流产。

**1.2 活血保胎是自然流产的重要治法** 很多学者认为在孕期使用活血化瘀药易动血伤胎,故列其为妊娠禁忌药。导师认为,事实上这是对保胎认识的误区。导师在数十年临证工作中发现,如果辨证准确,对于确属血瘀所致的先兆流产、复发性流产等病症采用活血中药治疗,不仅不会损伤胎元,反而会获得满意疗效<sup>[10-13]</sup>。张景岳在《类经》中所云之“有是故而用是药,所谓有病则病受之,故孕妇可以无殒,而胎气亦无殒也。身虽孕而有积大聚,非用毒药而不能攻,攻宜无害”论述,这也很好地印证了《黄帝内经》“有故无殒,亦无殒也”。大积大聚攻宜无害,血滞不畅影响胎孕,轻用活血之药针对病因而治则更无妨。疾病是身体出了偏差,治病是用药之偏性以偏纠偏,药之偏性就是药物的不良反应;如果身体有病,就能承受偏性药物的不良反应,因为药物的偏性正好补其不足或泻其有余;如果身体无病,就不能承受药物的不良反应,因为药物的偏性会导致身体出现不足或者有余,这就是“有病病受之,无患者受之”之理。东汉张仲景《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》对妊娠有关疾病的论述共有方剂 10 首,其中包含当归、川芎等具有活血功效药物的方剂就

有 6 首(桂枝茯苓丸、胶艾汤、当归芍药散、当归贝母苦参丸、当归散及白术散),并有“妇人妊娠,宜常服当归散主之”等详述。导师认为这其实是强调冲任通盛和血行通畅对胎孕的重要性。孕后胎元全赖母体气血濡养,若血行不畅或瘀血积聚,致胞宫、冲任气血不畅或不行,则可致胎漏、胎动不安,此时不能因怀孕而讳疾忌药,须知“有病病受之”之理,采用活血祛瘀之品,则血行瘀散而胎自安。基于多年的临床实践和卓越的临床效果,导师提出了“活血保胎法”,充分肯定了活血药在保胎治疗中的价值,并提供了充分的理论依据。现代医学研究表明,活血法可以调节复发性流产妊娠患者血液中炎症因子 IL-4、IFN- $\gamma$  的水平,改善妊娠结局,能调控 Th1 型细胞因子的表达下降, Th2 型细胞因子的表达上升,使 Th1/Th2 平衡由 Th1/占优势向 Th2 占优势的免疫平衡变换,改良患者免疫耐受作用,显著下降流产率,提高胎儿存活率<sup>[14-15]</sup>。

**1.3 活血保胎必须注意辨证施治** 活血保胎法是自然流产的重要治法,但临床应用时不能一概而论,统统活血化瘀,一定要注意辨证施治。即使是血瘀型自然流产患者,常常会有 2 个甚至是多个证型存在,证型不同,治疗方法亦会有异。导师通过大量临床观察认为,证型虽多,但不外乎肾虚血瘀、脾虚血瘀(气虚血瘀)、肝郁血瘀(气滞血瘀)、血虚血瘀、寒凝血瘀、痰湿血瘀、阴虚血瘀等证型,临床上因个体差异还会出现兼证证型或复合证型,而此时辨证施治是精髓,通过辨证做到“有是证,用是方,选是药”。导师认为,临床应用时应根据患者具体情况灵活运用相应的活血保胎法。肾虚血瘀型自然流产,可出现阴道出血,血色黯,伴腰酸、下腹坠胀,舌质黯淡、苔薄白,脉沉弱涩,治疗应补肾活血;脾虚血瘀型自然流产,可出现阴道出血,血色黯淡,疲乏无力,不思饮食,舌质黯淡、苔薄白,脉沉弱,治疗应健脾益气活血;肝郁(气滞)血瘀型自然流产,可出现阴道出血,血色黯,伴小腹痛,两胁胀痛,善太息,舌质黯、苔薄白,脉弦涩,治疗应疏肝行气活血;血虚血瘀型自然流产,可出现阴道出血,血色黯淡,伴小腹隐痛,头昏目暗,舌质黯淡、苔薄白,脉涩弱,治疗应养血活血;寒凝血瘀型自然流产,可出现阴道流血,血色黯,伴小腹痛,畏寒怕冷,手足不温,舌质黯、苔薄白,脉沉涩,治疗应温阳散寒活血;痰湿血瘀型自然流产,可出现阴道出血,血色黯,食欲不振,涎多喜唾,口干不欲咽,舌质黯、苔白腻,脉涩或濡,治疗应除湿化痰活血。阴虚血瘀型自然流产,可出现阴道出血,血色

黯或鲜红,手足心热,口干喜饮,舌质黯、苔少薄黄,脉细数或涩,治疗应滋阴活血。临床上有些病情复杂患者,可能同时存在上述2个或多个证型,此时可根据辨证,采用联法活血。

1.4 活血保胎必须注意选择药物 根据活血药的活血力度和主治病证不同,导师将有活血作用的药物分为活血药、化瘀药、破瘀药和消癥药4类。活血药主要用于血行滞涩不畅(即血滞)所致病证,活血药力较弱,如当归、川芎、香附、益母草等;化瘀药主要用于血行瘀阻不通(即血瘀)所致病证,活血力度比活血药增强,如赤芍、丹参、桃仁、红花、郁金、延胡索、川牛膝等;破瘀药主要用于瘀血结块(血结)所致病证,活血力度更强,相对而言不良反应增加,如乳香、没药、三棱、莪术、土鳖虫、水蛭、穿山甲等;消癥药主要用于瘀血积聚日久形成癥块(血癥)病证,除前述破瘀药有消癥作用外,还有如斑蝥、喜树果、水红花子等,不良反应更大。活血保胎时要注意选择药物,一般选用活血药,其次化瘀药,破瘀药或消癥药尽可能避免使用,确实活血力度需要增强时,可以适当增加活血化瘀药药量或药味。导师所主持科研项目的动物实验研究证明,针对妊娠期血型型自然流产模型大鼠使用小剂量的活血化瘀药,能够显著改善血液循环不良,促进子宫螺旋动脉系统重铸,活血的同时亦不伤正<sup>[16-17]</sup>。

1.5 活血保胎必须注意药物剂量 活血保胎必须注意活血药剂量,包括单味药剂量和全方剂量,要注重把握全方的活血力度与血滞血瘀病情程度相符,所用剂量既要考虑改善妊娠结局,缓解腹痛、阴道出血等症状,又要避免发生伤胎的不良后果。所以导师临证时常常叮嘱,对于自然流产保胎患者,除了舌脉等宏观辨证外,对于出血情况还要进行微观辨证,需辨出血量、颜色和下腹痛等情况,如出血色暗属陈旧性出血,超声显示子宫动脉阻力指数增高或子宫内有瘀血内停,或凝血功能亢进者,治疗需活血化瘀,血活瘀去则胎自安;如出血量多、色鲜红属新鲜出血,应注意有无伴下腹疼痛或坠胀等症状,如有则应高度警惕,此时治疗不仅是活血化瘀,而应在辨证基础上固涩止血。

1.6 活血保胎必须注意用药时间 活血保胎用药时间涉及2个方面,即何时用和用多久。关于何时用,张景岳提出的“预培其损”具有借鉴意义”。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”(《景岳全书·妇人规》),此论虽言因虚保胎,但血瘀保胎亦有同

理,孕前就应针对血滞血瘀而治,使瘀滞消散,血行通畅,然后再孕,是为上乘。也有不少是孕后出现血滞血瘀者,应该即时发现即时用药。关于用多久,《素问·五常政大论》所言“大毒治病,十去其六;常毒治病,十去其七;小毒治病,十去其八;无毒治病,十去其九,……无使过之,伤其正也”就是最好的诠释。活血保胎要根据血瘀病情和所用药物的作用和不良反应确定用药时间长短,但活血保胎法用药属小毒,故可十去其八。导师常告戒,孕前瘀者孕前除瘀,孕后瘀者随时除瘀;活血保胎法,一般在患者不再阴道流血、腹痛腰酸等症状消失、生化指标正常、超声提示血液循环和胎儿情况良好者停药,特殊情况可酌情延长用药时间,但要注意遵循“衰其大半而止”原则,不宜太过。

## 2 临床应用

2.1 典型医案 1 某,女,31岁,2018年4月11日初诊。主诉:停经36d,阴道少量咖啡色分泌物3d。患者13岁月经来潮,平素月经规则,30d1行,经期5~6d,量中等偏少,色暗,夹有小血块,伴小腹刺痛拒按(+)。末次月经2018年3月5日。结婚3年,出现2次不良妊娠,即2015年11月孕6<sup>+</sup>周自然流产;2016年7月孕6周自然流产。现患者停经36d,诉3d前无明显诱因出现阴道少量咖啡色分泌物,时断时续,伴腰酸,小腹坠痛。平素倦怠无力,唾多,食欲差,尿色尿量正常,大便溏。舌质淡暗胖大边有齿痕,苔白腻,脉沉弱涩。辅助检查:2018年4月11日查血 $\beta$ -HCG 7 790.0 mIU/mL,孕酮15.1 ng/mL,雌二醇670 pg/mL,D-二聚体0.75。西医诊断:1)先兆流产;2)复发性流产。中医诊断:1)胎漏;2)滑胎,证型肾亏脾虚血瘀。治法:补肾健脾,活血安胎。处方:党参15g、黄芪15g、白术15g、茯苓15g、甘草10g、山药15g、砂仁10g、菟丝子15g、川续断15g、桑寄生15g、当归10g、川芎10g、益母草5g、制香附10g、黄芩10g、每日1剂,口服,14剂。另用西药:芬吗通灰片塞阴道,1片/d;益玛欣300mg/d,分3次口服,黄体酮针肌注60mg/d。嘱患者监测血 $\beta$ -HCG、雌二醇、孕酮、D-二聚体,并调节情绪,精神不宜紧张,以休息为主,避免过度劳累。2018年4月24日二诊:孕50d,诉前述阴道流血于上次就诊后4d完全干净,近7d偶有反胃、涎多,无下腹坠痛,偶有腰部酸胀,食欲睡眠尚可,尿色尿量正常,大便溏,2次/d,舌质淡暗胖大边有齿痕,苔白腻,脉沉弱涩。当日查血 $\beta$ -HCG 97 628.0 mIU/mL,孕酮49.0 ng/mL,雌二醇1 812 pg/mL,D-二聚体0.67。超声示:

宫内妊娠(胚胎存活,约7周大小)。左右两侧子宫动脉阻力指数分别为0.82和0.79。守上方,改益母草10g,14剂。西药同前使用。2018年5月7日三诊:孕63d,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,食欲一般,眠可,大便偏溏,舌质淡胖略暗,苔白微腻,脉沉弱涩。查孕酮57.3ng/mL,雌二醇2337pg/mL,血 $\beta$ -HCG147089.0mIU/mL,D-二聚体0.47。继守上方14剂。西药:芬吗通灰片塞阴道,每日半片;益玛欣200mg/d,分2次口服;黄体酮针肌注40mg/d。2018年5月26日四诊:孕83d,偶有反胃泛酸,无下腹坠痛,无阴道流血,食欲尚可,睡眠一般,二便正常,舌质淡胖略暗,脉沉弱涩。查孕酮66.1ng/mL,雌二醇2504.1pg/mL,D-二聚体0.35。早孕期系统超声示:胎儿孕12周大小,NT值0.18mm,左右子宫动脉阻力指数分别为0.56、0.62。上方去香附,改益母草5g,14剂。西药:黄体酮针肌注20mg/d,继用1周后停药,嘱其产科门诊建档,按时产检。门诊随访,患者于2018年12月足月顺产1女,体健。

按:本例患者既往有2次自然流产史,此次妊娠又出现先兆流产征象,综合病史和临床表现,辨证为脾肾两虚血瘀。方中黄芪、党参、白术、山药、甘草、砂仁健脾益气,培补后天,菟丝子、补骨脂、川续断、桑寄生补肾固冲,以养先天,当归、川芎养血活血以安胎,益母草、制香附行气活血以安胎,方用黄芩清热以防药性过热且有安胎之效,全方共奏健脾补肾,调理冲任,活血安胎之功。

2.2 典型医案2 初诊:2018年2月6日,某,女,28岁。主诉:不良孕产史5次。现病史:平素月经规则30~35d,经期5d,经量略少,血色偏暗,伴小血块多,伴中度痛经,经前腰酸,末次月经1月24日。5次妊娠结局均为孕2月稽留流产。舌质暗有瘀斑,苔薄白,脉沉涩弱。检查:基础性激素六项:FSH:8.38mIU/mL,LH:2.06mIU/mL,余值均在正常范围内;AMH:3.97;双方染色体正常;男方精液常规无异常;妇科超声未见异常;抗子宫内膜抗体-IgM(+);子宫输卵管造影:子宫内膜炎性反应,双侧输卵管通畅;宫腔镜未见明显增生及粘连。妇科超声、TORCH检查基本正常。西医诊断:复发性流产,中医诊断:滑胎,证属肾虚血瘀。治法:补肾活血安胎。处理:给予自拟补肾益气和血方加减(非经期服用):当归10g、川芎10g、白芍15g、枸杞子15g、川续断15g、桑寄生15g、女贞子15g、墨旱莲15g、丹参15g、山药15g、菟丝子15g、补骨脂10g、淫羊藿

15g、仙茅10g、黄芪15g;经期方(经期服用5剂):当归10g、川芎10g、桃仁10g、红花10g、三棱10g、莪术10g、川牛膝10g、益母草10g,每日1剂,分2次温服。

2018年3月15日二诊:诉服药后月经量较前增多,痛经较前好转,舌质暗红有瘀斑,苔黄腻,脉沉涩弱。初诊非经期方去淫羊藿、仙茅,加黄芩10g、牡丹皮10g、赤芍10g,经期方继用。2018年4月20日三诊:诉服药后月经量增多,基本无痛经,舌质暗红有瘀斑,苔黄,脉沉涩弱,复查抗子宫内膜抗体-IgM(-),遂嘱其于月经第12天左右做超声监测卵泡并看内膜是否同步,适时试孕。守二诊方继服。2018年6月5日四诊:主诉停经39天,伴有干呕不适,少量阴道流血,咖啡色,伴少腹坠痛,腰酸,纳眠可,二便调,舌质偏暗有瘀斑,苔黄腻,脉沉涩弱。检查:血 $\beta$ -HCG:20463mIU/mL, $E_2$ :273.5pg/mL, $P$ :19.05ng/mL,D-二聚体:0.69。西医诊断为先兆流产,复发性流产。中医诊断为胎动不安,滑胎,证属肾虚血瘀,治法:补肾活血安胎。处方:当归10g、川芎10g、白芍15g、枸杞子15g、杜仲15g、川续断15g、桑寄生15g、女贞子15g、墨旱莲15g、山药15g、菟丝子15g、补骨脂10g、黄芪15g、黄芩10g、制香附5g、益母草5g,每日1剂;另用西药益玛欣口服、芬吗通灰片塞阴道、黄体酮针剂肌注。2018年6月12日五诊:孕46d,诉阴道流血减少,腰酸腹痛较前减轻,伴恶心呕吐,食欲不振,睡眠佳,大小便正常,舌质暗红,苔黄腻,脉沉弱。检查:血 $\beta$ -HCG:50469mIU/mL, $E_2$ :1633pg/mL, $P$ :34.88ng/mL,D-二聚体:0.58。超声示宫内妊娠(胚胎存活,约6<sup>+</sup>周大小),左右子宫动脉阻力指数分别为0.87、0.83。守6月5号方加神曲15g、砂仁10g、茵陈30g,14剂,西药同前。2018年6月28日六诊:停经60d,诉无阴道流血,仍有轻微腰骶部酸胀,无下腹坠痛,伴恶心呕吐,食欲欠佳,睡眠可,二便调,舌质暗红,苔黄腻,脉沉弱。检查:血 $\beta$ -HCG:150369mIU/mL, $E_2$ :1834pg/mL, $P$ :44.88ng/mL,D-二聚体:0.47。超声示胚胎存活,左右子宫动脉阻力指数分别为0.65、0.63。守6月12号方继服14剂。嘱每两周监测血 $\beta$ -HCG、雌二醇、孕酮、D-二聚体,随病情变化调整中药及西药剂量,门诊随访至孕12周,超声提示胎儿发育正常,转至产科门诊进行围产管理。

按:本例患者为复发性流产再次妊娠,证属肾虚血瘀,肾虚则胎无所系亦无所养,血瘀则冲任受阻、

气血不足以养胎,出现腰酸、下腹坠痛、阴道出血。所以治法应以补肾活血保胎,方中女贞子、墨旱莲、菟丝子、枸杞子、杜仲、川续断、补骨脂补肾填精以固胎元;黄芪、山药健脾益气,培补后天以养先天;黄芩止血安胎;当归、川芎、白芍、益母草、香附行气活血,诸药合用,标本兼治,共奏补肾活血安胎之效。

### 参考文献

- [1] 谢幸, 苟文理. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 47-49.
- [2] 张晓莉, 李伟莉. 中西医结合研究复发性流产病因[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(4): 168-172.
- [3] Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss of pregnancy[J]. N Engl J Med, 1988, 319(4): 189-194.
- [4] 殷茵, 孙丽洲. 子痫前期凝血状态评估及抗凝治疗[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(11): 803-805.
- [5] Zahed LF, Rayes RF, Mahfouz RA, et al. Prevalence of factor V Leiden, prothrombin and methylene tetrahydrofolate reductase mutations in women with adverse pregnancy outcomes in Lebanon[J]. Am J Obstet Gynecol, 2006, 195(4): 1114-1118.
- [6] Rey E, Kahn SR, David M, et al. Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis[J]. Lancet, 2003, 361(9361): 901-908.
- [7] 余美玉, 胡香英. 复发性流产妇女子宫卵巢血流动力学研究[J]. 中华超声影像学杂志, 2005, 14(12): 921-923.
- [8] Taher, Ahmed, Sharaf, et al. Uterine artery and subendometrial blood

flow assessment in recurrent unexplained first trimester abortion[J]. Computer Methods in Biomechanics & Biomedical Engineering, 2014, 17(3): 72-73.

- [9] 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会. 血瘀证中西医结合诊疗共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(6): 839-844.
- [10] 张硕, 金志春. 金志春治疗复发性流产患者早孕期子宫动脉血流异常的经验[J]. 山西中医, 2018, 34(3): 3-5.
- [11] 吴艳婷, 金志春. 金志春教授治疗先兆流产合并绒毛膜下血肿临证经验[J]. 中医学, 2018, 7(1): 105-108.
- [12] 徐小芳, 金志春. 金志春教授运用补肾益气和血法治疗不明原因复发性流产的临床经验[J]. 中西医结合研究, 2016, 8(5): 268-269, 272.
- [13] 徐小芳, 金志春. 金志春助孕安胎思路及辨证遣药经验[J]. 中医通报, 2017, 16(1): 15-18.
- [14] 王美霞, 胡慧娟, 谢一红, 等. 益肾安胎方联合黄体酮治疗复发性流产的疗效研究[J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37(5): 101-102, 105.
- [15] 刘银蛟. 补肾活血汤治疗复发性流产 50 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(3): 279-280.
- [16] 张硕. 补肾调气血法中药对血瘀流产大鼠早孕期子宫动脉血流与血清 VEGF 及 sFlt-1 的影响[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2019.
- [17] 胡雅南. 补肾调气血法中药对早孕血瘀流产大鼠血栓前状态影响的研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2019.

(2019-05-23 收稿 责任编辑: 王明)

## 首届世界中医药互联网产业大会在杭州召开

10月26日,首届世界中医药互联网产业大会在杭州国际博览中心(G20杭州峰会主会场)召开。会议设置了16个专场、义诊和展览,吸引了来自中国、美国、英国、德国、法国、意大利、西班牙、比利时等27个国家和地区的3千余名代表出席。

世界中医药学会联合会主席马建中出席开幕式,传达了国家主席习近平近日对中医药工作作出的重要指示。马建中指出,中国政府高度重视中医药健康服务与互联网的创新成果深度融合。随着“互联网+”行动的不断深化,互联网与中医药的融合发展成为中医药产业发展的必然趋势。马建中强调,中医药与互联网具有先天的兼容之处,都是坚持以人为核心,强调个性化、便捷化、共享化、精准化、智能化的服务,对推进中医药供给侧结构性改革,激发创业创新活力,推动中医药传承发展,建设健康中国具有重要意义。

原国家卫计委副主任,中国卫生信息与健康医疗大数据学会会长金小桃指出,事业和产业的融合发展也是习近平主席对全国中医药大会作出重要指示其中的一个关键点。事业和产业必须融合发展。会议开幕式举行了世界中联互联网健康产业分会的铜牌和证书颁发仪式,世界中医药互联网产业联盟成立暨华佗云平台发布仪式,以及世界道地中药材

电子交易服务平台上线仪式。开幕式由世界中联互联网健康产业分会会长倪荣博士和世界中联秘书长助理秦树坤主持。

会议期间,举办了世界中联互联网健康产业分会成立大会,世界中联新媒体专业委员会换届大会,中医药知识产权保护企业培训专场,主题报告暨世界中医药主席论坛,互联网医疗与智慧共享云药房论坛,全球中医药互联网健康产业高峰论坛暨合作闭门会,纳贡博士蒙医心身互动治疗暨健康教育讲座,专科专病与民族医药互联网创新发展论坛,世界特色中医国际拓展与智能推广论坛,专题沙龙-药食同源、未来农业·食品·饮料创新,县域医共体背景下的基层卫生信息化发展论坛,全球中医药互联网治未病高峰论坛,全球中医药信息化及人工智能创新技术及应用论坛,智慧医疗数据安全研究论坛,社区中医药信息化发展与数据中心建设论坛等16个专场、义诊和展览。

会议由世界中医药学会联合会和杭州市卫生健康委员会主办,微医集团承办,世界中医药学会联合会互联网健康产业分会(筹)、世界中医药学会联合会信息专委会、世界中医药学会联合会新媒体专委会、浙江省中医药学会、浙江省卫生信息学会、杭州市中医药学会协办。