

金志春教授运用“活血助孕法”辨治不孕症经验

徐小芳, 金志春*

湖北省妇幼保健院, 湖北 武汉

收稿日期: 2021年12月16日; 录用日期: 2022年1月13日; 发布日期: 2022年1月25日

摘要

文章介绍金志春教授“活血助孕法”学术思想及典型病案, 金教授擅长运用中西医结合以调经种子、助孕安胎。遵《内经》之经旨, 依据“肾主生殖, 冲任气血通盛以种子育胎”的理论, 金教授认为血行瘀滞可致不孕, 活血助孕是凝血及生殖免疫功能异常等所致血瘀不孕的重要治法, 在应用活血助孕法时, 必须在辨证施治原则的基础上辨证活血助孕, 合理选择药物, 注意药物量效关系, 并序贯分期遣药, 验证临床, 疗效卓著。

关键词

活血助孕, 血瘀不孕, 名医经验, 金志春

Professor Jin Zhichun's Clinical Experience in Treatment of Infertility with "Method of Activating Blood Circulation to Promote Pregnancy"

Xiaofang Xu, Zhichun Jin*

Hubei Maternal and Child Health Hospital, Wuhan Hubei

Received: Dec. 16th, 2021; accepted: Jan. 13th, 2022; published: Jan. 25th, 2022

Abstract

This paper introduced Professor Jin Zhichun's academic thought and typical medical records of "Method of Activating Blood Circulation to Promote Pregnancy", Professor Jin is good at treating

*通讯作者。

infertility and recurrent abortion with the combination of traditional Chinese and Western medicine. Based on the thought in *Inner Canon of Huangdi* and the theory of “kidney governs reproduction, chong ren qi and xue tong sheng assist reproduction and nourish the fetus”, Professor Jin believes that blood stasis can cause infertility. Activating the circulation of blood is an important treatment method in treating infertility with blood stasis. “Method of Activating Blood Circulation to Promote Pregnancy” should be applied dialectically based on syndrome differentiation, rational drug selection and dose-response relationship, while medication should be adjusted by stages, too. The clinical verification shows that the curative effect is remarkable.

Keywords

Activating Blood Circulation to Promote Pregnancy, Infertility with Blood Stasis, Famous Doctors' Experience, Jin Zhichun

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

金志春教授, 主任医师, 二级教授, 医学博士, 博士生导师, 全国名老中医药专家学术经验继承导师, 全国妇幼保健名中医, 首批全国优秀中医临床人才, 湖北中医名师。工作四十载, 致力于推动中西医融合发展, 临证思路与治法独具特色, 尤其是在助孕与保胎方面。金教授擅长运用中西医结合治疗不孕症, 尤其对瘀血致病和活血助孕, 临证经验丰富, 学术造诣颇深, 疗效卓著, 形成了独特的金氏诊疗风格。笔者为金教授的硕士研究生, 有幸跟师临证, 获益匪浅。本文简要介绍金志春教授“活血助孕法”学术思想与临床经验。

2. 辨证活血助孕学术思想建立的基础

2.1. 血行瘀滞可致不孕

不孕症是指女性无避孕性生活至少 12 个月而未孕, 根据其既往有无妊娠史分为原发性不孕和继发性不孕两大类[1]。不孕症的病因和发病机制至今尚未完全阐明, 近年来, 子宫和卵巢血液供应不良与不孕的相关性日益受到重视。导师认为, 冲任胞宫气血通盛是女性生殖功能正常的重要环节, 冲任气血虚滞将直接影响妊娠, 出现不孕或流产。子宫、卵巢、胎盘、胎儿等血液供应是妊娠必备条件, 血液不足、凝血异常、血管功能异常和子宫内膜血管重铸不良等多种因素均可影响供血, 引起供血不良, 影响卵巢和黄体功能, 干扰子宫和内膜容受性等而难以成孕。血行瘀滞根据瘀滞状态分为血行减缓(血滞)和血行停止(血瘀), 气血失调致瘀滞胞宫是不孕症最多见的继发性病因病机[2]。

研究表明, 子宫和卵巢血液供应不良与不孕症关系密切。凝血功能亢进会引起子宫和卵巢动脉血流异常, 阻碍血流的畅通, 而子宫和卵巢的血供灌注不足, 局部微循环障碍, 会影响卵泡和胚胎质量、子宫内膜和黄体功能以及体内激素水平和免疫状态, 导致无法受精或受精卵无法着床、着床后稳定性差, 无法完成正常妊娠。临床研究发现, 子宫和卵巢动脉血流阻力越低, 子宫和卵巢的血供灌注越充盈, 子宫内膜容受性和黄体功能越好, 越有利于受精卵着床和妊娠维持; 而子宫和卵巢动脉血流阻力增高, 除凝血功能亢进外, 还可因血管过度紧张或血管重铸不良引起, 从而引起血液循环瘀滞, 导致子宫内膜和

黄体发育不良, 内膜容受性下降, 从而降低着床率和妊娠率, 成为不孕症重要的发病因素[3] [4] [5]。导师认为, 不管是凝血功能亢进, 还是血管阻力增高, 从中医学角度看即是血瘀证。

2.2. 活血助孕是不孕重要治法

“瘀血”一词首见于《金匱要略》。《内经》提出“留者攻之”、“血实者宜决之”、“疏其血气, 令其调达”等以疏决通导为主的治疗原则, 为后世医家发展活血化瘀法奠定了理论基础。汉代张仲景较系统地论及“活血化瘀”的理、法、方、药等, 开创了“血瘀证”辨证论治先河。《针灸甲乙经》不仅率先提出瘀血导致不孕的机制, 并指出针灸主治穴位, 为后世医家以活血法治疗不孕奠定了基础。明清以后, 医家更加重视气血在孕育过程中的作用及血瘀导致不孕之理, 并在辨证论治、方剂创制方面研究较深, 丰富和发展了活血法治疗不孕的理论体系。清代王清任提出“诸病之因, 皆由血瘀”的观点, 创制少腹逐瘀汤及对经服药法, 以祛瘀生新、调经种子, 丰富了瘀血致病及活血法治疗不孕症的理论。

导师勤求古训, 结合历代医家的经验, 并基于多年临床实践和卓越的临床效果, 提出了“活血助孕法”论治血瘀不孕。根据不孕患者血瘀状态的病因病机特点, 在辨证的基础上将其分为肾虚、脾虚、肝郁、血虚、血热、寒凝、痰湿等十个血瘀证型, 并介绍了辨证活血助孕常用方药, 其认为活血助孕是血液循环不良、免疫功能异常、慢性炎症及子宫内膜损伤等所致血瘀不孕的重要治法, 充分肯定了活血法在助孕治疗中的作用价值, 并提供了充分的理论依据。现代医学研究表明, 活血法可以调节不孕患者机体内分泌环境与免疫功能, 使患者体内多种抗生殖抗体转阴, 同时可改善子宫和卵巢血流供应, 较好地消除慢性炎症, 促进子宫内膜修复, 增强子宫内膜容受性, 为胚胎顺利着床创造有利条件, 促进患者受孕, 从而提高血瘀型不孕症患者临床妊娠率[6] [7] [8] [9]。

3. 辨证活血助孕学术思想的主要内容

3.1. 活血助孕必须注意辨证施治

导师在遵从中医学“种子之方, 本无定轨, 因人而药, 各有所宜”、“有是证, 用是方”理论的基础上, 指出论治不孕应从整体观念出发, 注重辨证治疗与个体化治疗, 审时度势, 通常达变, 临证施以个性化、针对性的中医调理, 标本兼顾, 攻补兼施, 扶正不敛邪, 祛邪不伤正, 使气血通畅、冲任调和, 则胎孕乃成。“一种平和, 八种偏颇”, 不孕患者常多证并存, 导师认为, 即使是血瘀型不孕, 又常相互兼夹, 因此, 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, 辨清病因, 证型不同, 治疗方法亦会有异, 临床应根据具体情况, 灵活运用相应的活血助孕法。

瘀血既是病理产物, 又是致病因素, 其引起的病变复杂多样, 临床可有疼痛、出血、发热、经水不利、癥瘕积聚、肌肤甲错、两目黯黑、舌质紫黯有瘀点、脉涩不利等表现。瘀血亦可与其他病因相兼致病, 而变生诸症。肾虚血瘀型不孕, 可出现婚久不孕, 月经迟发或经闭, 头晕耳鸣, 腰膝酸软, 舌质黯淡、苔薄白, 脉沉弱涩, 治疗应补肾活血, 方用补肾活血助孕方(菟丝子、枸杞子、山药、山茱萸、熟地黄、丹皮、当归、川芎、香附子等)加减; 脾虚(气虚)血瘀型不孕, 可出现婚久不孕, 月经或多或少, 食少纳呆, 疲乏无力, 舌质黯淡、苔薄白, 脉沉弱涩, 治疗应健脾益气活血, 方用健脾益气活血助孕方(黄芪、党参、白术、茯苓、砂仁、熟地黄、当归、川芎、香附子等)加减; 肝郁(气滞)血瘀型不孕, 可出现婚久不孕, 月经或先或后, 胸胁乳房胀痛, 烦躁易怒, 或善太息, 舌质黯、苔薄白, 脉弦涩, 治疗应疏肝行气活血, 方用疏肝活血助孕方(柴胡、郁金、白芍、白术、丹皮、当归、川芎、香附子等)加减; 血虚血瘀型不孕, 可出现婚久不孕, 月经后期、量少, 或经闭不行, 面色萎黄, 心悸气短, 舌质黯淡、苔薄白, 脉涩弱, 治疗应养血活血, 方用养血活血助孕方(熟地黄、白芍、黄芪、当归、川芎、香附子等)加减;

阴虚血瘀型不孕, 可出现婚久不孕, 月经量少, 手足心热, 颧红盗汗, 口干喜饮, 舌质黯、苔薄黄, 脉细数或涩, 治疗应滋阴活血, 方用滋阴活血助孕方(生地黄、白芍、山药、山茱萸、女贞子、旱莲草、当归、川芎、香附子等)加减; 阳虚寒凝血瘀型不孕, 可出现婚久不孕, 月经后期, 小腹冷痛, 肢冷畏寒, 手足不温, 舌质黯、苔薄白, 脉沉涩, 治疗应温阳散寒活血, 方用温阳活血助孕方(菟丝子、仙灵脾、仙茅、艾叶、肉桂、熟地黄、当归、川芎、香附子等)加减; 痰湿血瘀型不孕, 可出现婚久不孕, 月经稀发或渐至停闭, 形体肥胖, 胸闷泛恶, 痰多体倦, 舌质黯、苔白腻, 脉濡或涩, 治疗应化痰除湿活血, 方用化痰除湿活血助孕方(白术、苍术、茯苓、薏苡仁、陈皮、神曲、当归、川芎、香附子等)加减。临床上有的患者病情复杂, 可能同时存在多个证型兼夹, 此时应进行辨证, 采取联法活血, 如脾肾两虚血瘀者, 应补肾健脾活血, 方用补肾健脾活血助孕方(菟丝子、枸杞子、山药、山茱萸、熟地黄、丹皮、黄芪、党参、白术、当归、川芎、香附子等)加减。在上述各个证型中, 如果瘀血显著者可酌加元胡、三棱、莪术、土鳖虫等药, 但必须注意用药量效关系, 不可过用。

3.2. 活血助孕必须注意选择药物

导师强调, 瘀滞状态不同, 病位浅深不同, 药物选择亦不同, 其临证将活血化瘀中药按功效程度不同分为四类: 一类是活血药, 活血化瘀作用较弱, 如当归、川芎、益母草、香附等, 主治血行滞涩不畅(血滞)所致病证; 二类是化瘀药, 活血化瘀作用中等, 如桃仁、红花、赤芍、丹参、延胡索、川牛膝等, 或临床应用时增加药味或药量, 主治血行瘀阻不通(血瘀)所致病证; 三类是破瘀药, 活血化瘀作用较强, 如三棱、莪术、乳香、没药、土鳖虫、水蛭等, 主治瘀血结块(血结)所致病证; 四类是消癥药, 活血化瘀作用峻猛, 如斑蝥、喜树果、水红花子等, 主治瘀血积聚日久成癥(血癥)所致病证, 另外破瘀药也有部分消癥作用。在应用活血药时, 应当根据病情选药, 注重药物与病证的量效关系, 准确地使用好活血力度, 才能达到较好的活血化瘀效果而又不伤正。前期化瘀治疗一段时间, 瘀血得到显著改善并进入备孕期后, 活血药应选用前两类, 后两类一般不宜再用, 并应注意药量不宜过大。近年动物实验及临床研究均证明, 活血化瘀药可通过改善血液循环不良, 增加子宫内膜的血供, 促进子宫内膜容受性标志物的表达, 从而改善内膜容受性, 利于胚胎着床和提高临床妊娠率[10][11]。

3.3. 活血助孕必须注意序贯分期遣药

在遵循《内经》“谨守病机”和“谨察阴阳所在而调之, 以平为期”原则的基础上, 导师提出活血助孕应做到“预培其损, 活而无殒”, 采用序贯遣药, 孕前孕后有别。孕前培损, 预活其瘀, 务使瘀滞消散, 血气调和, 冲任通盛, 然后再行备孕; 备孕期排卵后, 应适当减轻活血药力; 孕后应辨证活血保胎, 助孕防堕[12][13][14]。导师强调, 应用活血助孕法当从整体观念出发, 遵循“因人制宜”原则, 根据患者体质、病变证型、药物性能和作用, 制定个性化治疗方案, 辨证调理, 通常达变, 灵活遣方用药。

4. 辨证活血助孕学术思想临床应用案例

典型医案 1:

刘某, 女, 34 岁。2019 年 5 月 7 日初诊。患者因“未避孕 1 年余未孕”就诊。患者 12 岁月经初潮, 平素月经欠规则, 30~45 天一行, 经期 3~5 天, 既往月经量尚可, 近 1 年月经量较前减少 1/2, 色暗, 夹有血块, 经前及经期小腹刺痛, 拒按(+). 末次月经 2019 年 5 月 3 日。2007 年早孕人流一次。2010 年剖宫产一女。2018 年 1 月孕 10 周 + 胎停于当地医院行清宫术。术后工具避孕 3 个月, 近 1 年有正常性生活, 未避孕未再孕。现患者月经第 5 天, 阴道少量褐色分泌物, 伴腰酸, 经前小腹刺痛。平素纳寐可, 尿频, 大便调。舌质淡暗有瘀点, 苔薄白, 舌下静脉曲张(+++), 脉沉弱涩。辅助检查: 2019 年 2 月 25

日、4月26日查B超示子宫内膜厚度分别为5.2 mm、4.8 mm。2019年5月7日性激素六项正常。西医诊断: 1) 继发性不孕症; 2) 清宫术后子宫内膜损伤。中医诊断: 断绪(肾虚血瘀型)。治法: 补肾活血助孕。处方: 菟丝子 15 g, 补骨脂 10 g, 枸杞子 15 g, 川续断 15 g, 桑寄生 15 g, 女贞子 15 g, 墨旱莲 15 g, 山药 15 g, 山茱萸 15 g, 当归 10 g, 川芎 10 g, 丹参 15 g, 白芍 15 g, 党参 15 g, 28剂, 日1剂, 水煎服, 月经干净后始服。

2019年6月11日二诊: 诉用药后尿频症状明显缓解, 近一周偶有腰酸, 腹胀, 大便质稀, 舌脉同前。处方: ① 非月经期方: 前次方改丹参 10 g, 加砂仁 10 g, 21剂; ② 经期方: 当归 10 g, 川芎 10 g, 桃仁 10 g, 红花 10 g, 三棱 10 g, 莪术 10 g, 益母草 15 g, 川牛膝 15 g, 5剂, 每日1剂, 分2次温服。

2019年7月9日三诊: 末次月经2019年6月15日, 诉上月月经来潮时小腹刺痛感较前明显缓解, 经量增多, 少许小血块, 现已无尿频, 偶轻微腰酸, 纳寐可, 二便调, 舌质暗红, 苔薄白, 脉沉弱涩。守二诊方继续调整用药3个月。2019年10月22日四诊: 末次月经2019年9月13日, 今停经40天, 检查: 血 β -HCG 21,459 mIU/mL, 雌二醇 356.8 pg/mL, 孕酮 20.05 ng/mL, B超提示宫内无回声。考虑患者既往有不良孕产史, 予经验性保胎治疗, 嘱患者注意休息, 避免劳累, 定期监测血 β -HCG、雌二醇、孕酮、D-二聚体, 随症调整用药至孕12周, 超声提示胎儿发育正常, 遂至产科门诊孕期建档。门诊随访, 患者于2020年6月足月剖宫产一子, 体健。

按: 本例患者既往有1次不良孕产史, 手术为金创之伤直接导致冲任、子宫内膜损伤, 冲任虚滞, 胞脉胞络瘀阻, 日久累肾, 肾气不足, 推动乏力, 亦可致瘀滞内生, 虚瘀胶着, 无法摄精成孕, 而继发不孕, 综合患者的病史、临床表现以及辅助检查, 辨证为肾虚血瘀型, 肾虚为本, 血瘀为标。故治疗上当固本祛邪, 方用菟丝子、补骨脂、枸杞子、山茱萸、川续断、桑寄生、女贞子、墨旱莲补肾固冲, 调补冲任; 当归、川芎、丹参、白芍理气化瘀, 养血活血, 瘀血去而新血生, 使冲任气血通盛, 胞宫恢复正常的生理功能; 山药、党参健脾益气, 补后天以资先天, 诸药合用, 攻补兼施, 标本同治, 共奏补肾活血助孕之效, 而非纯投以补益, 培本清源则子宫方易于容物, 同时分阶段随证治之, 气血通畅, 阴阳燮和, 故能有子。

典型医案 2:

张某, 女, 30岁。2019年2月26日初诊。主诉: 痛经5年余, 未避孕3年未孕。患者13岁月经初潮, 平素月经周期规律, 30~33天一行, 经期5~7天, 月经量中等, 色紫暗, 夹较大血块, 近5年余无明显诱因出现经行腹痛, 有进行性加重趋势, 热敷后可稍缓解, 严重时须服止痛药。既往无妊娠史。末次月经2019年2月25日。结婚3年, 有正常性生活, 未避孕未孕。现患者月经第2天, 月经量中等, 色紫暗, 较多血块, 小腹疼痛难忍, 冷汗频出。平素易疲乏, 食少纳呆, 寐可, 小便正常, 大便溏, 舌质暗淡, 苔白腻, 脉沉弱涩。辅助检查: 2019年2月26日B超示: 宫体 $6.3 \times 5.5 \times 5.2$ cm, 子宫肌层回声不均, 内膜0.6 cm, 左侧附件区囊肿 2.3×1.9 cm, 内可见细密光点回声。CA125 159 mIU/mL。西医诊断: 1) 原发性不孕症; 2) 继发性痛经; 3) 子宫腺肌病; 4) 子宫内膜异位性囊肿。中医诊断: 1) 全不产; 2) 痛经; 3) 癥瘕, 气虚血瘀型。治法: 益气活血, 化瘀消癥。处方: ① 经期方: 桃仁 10 g, 红花 10 g, 当归 10 g, 川芎 10 g, 三棱 10 g, 莪术 10 g, 益母草 15 g, 川牛膝 15 g, 醋延胡索 15 g, 香附 10 g, 5剂, 日1剂; ② 非月经期方: 当归 10 g, 川芎 10 g, 丹参 15 g, 三棱 10 g, 莪术 10 g, 天丁 10 g, 醋延胡索 15 g, 香附 10 g, 党参 15 g, 黄芪 15 g, 白术 15 g, 山药 15 g, 砂仁 10 g, 甘草 10 g, 川续断 15 g, 桑寄生 15 g, 21剂, 日1剂, 前药均水煎, 日2次温服。

2019年3月26日二诊: 诉服药后痛经较前好转, 食欲稍增, 二便调, 舌质暗红有瘀点, 苔黄腻, 脉沉涩弱。初诊非经期方加黄芩 10 g, 丹皮 10 g, 赤芍 10 g, 经期方同前, 继续治疗2月。

2019年5月28日三诊:正值经期第3天,量中等,色暗,少许血块,无明显痛经,纳眠可,二便调,舌质暗红,苔薄白,脉沉涩。复查CA125 57 mIU/mL。B超左侧附件区囊肿较用药前缩小。二诊非经期方去黄芩、香附,加白芍、枸杞子各10g。嘱服药期间暂避孕,用药巩固治疗3月后试孕。2019年12月12日四诊:末次月经2019年10月28日,今停经46天,诉偶有恶心、干呕,查血 β -HCG 63,580.00 mIU/mL,雌二醇 1182.00 pg/mL,孕酮 28.35 ng/mL, B超示:宫内妊娠(胚胎存活),予中药辨证保胎治疗。门诊随访,2020年7月患者于我院剖宫产一女,母女均安。

按:子宫腺肌病、子宫内膜异位症根据其临床表现归属中医学“癥瘕”、“妇人腹痛”、“不孕”等范畴。因先天禀赋不足或后天摄生不慎,经血异流,离经之血蓄积成瘀,瘀阻冲任、胞宫,日久成癥,损伤正气,正气亏损、瘀血内阻而致不孕,四诊合参,辨证为气虚血瘀型。导师认为,血瘀是内异症的主因,须从瘀论治,但其成因各异,且用药疗程较长,又多为攻伐之剂,当遵循“急则治其标,缓则治其本”、“衰其大半而止”的原则,扶正而不敛邪,祛瘀而不伤正,并结合月经周期变化分期序贯调治,经期子宫泻而不藏,经血以排出为畅,应因势利导,以活血化瘀,祛瘀散结,通经止痛为要;非经期则根据月经周期的阴阳消长转化规律,并结合患者的兼症和体质辨证分型施治,总以化瘀消癥,补养正气为主,使气血通盛转化有序,则经调病除,故而成孕。

基金项目

第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(No.国中医药人教发[2017]29号)。

参考文献

- [1] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2018:361.
- [2] 张锦金,张明敏.补肾、活血法则治疗不孕症的文献回顾[J].中西医结合研究,2009,1(5):279-280.
- [3] 张孜孜,陈玮玮,马云飞,等.不孕症患者子宫及卵巢动脉经阴道彩超检查结果分析[J].山东医药,2011,51(47):69-70.
- [4] 邹玉萍,邹泰昆.不孕患者子宫与卵巢动脉血流动力学的变化研究[J].江西医药,2013,48(9):833-835.
- [5] 周欣,韩小羽,肖菊花,等.经阴道超声监测原发不孕症子宫血流的意义[J].江西医药,2018,53(1):32-33,37.
- [6] 穆维岚.活血促孕方与西医结合治疗免疫性不孕不育的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(2):189-191.
- [7] 刘晓莲.活血促孕方与西医结合治疗免疫性不孕不育的疗效分析[J].实用妇科内分泌杂志,2017,4(6):91-92.
- [8] 钟鹏程,王良鑫,黄向红.温肾活血法改善不孕症患者子宫内膜容受性的前瞻性队列研究[J].辽宁中医杂志,2017,44(10):2029-2031.
- [9] 曹妍妍,郭春亮.活血补肾方联合西药对多囊卵巢综合征所致不孕症的疗效及激素水平的影响[J].基层医学论坛,2019,23(10):1443-1445.
- [10] 刘敏,吴艳婷,金志春,等.中医药改善子宫内膜容受性作用研究[J].山西中医,2018,34(2):53-56.
- [11] 吕博洋,李东,张浩琳,等.补肾活血中药对子宫内膜容受性的影响及其调控机制[J].中国中药杂志,2018,43(10):2014-2019.
- [12] 杨雅琴,尹燕,金志春.金志春教授“活血保胎法”学术思想与临床应用[J].世界中医药,2019,14(10):2757-2761.
- [13] 尹燕,杨雅琴,金志春.金志春教授“养血活血保胎法”的思路与经验[J].天津中医药,2019,36(7):638-640.
- [14] 金志春,徐小芳,张硕,等.补肾健脾调和气血法中药对复发性流产抗生殖抗体及妊娠结局的影响[J].世界中医药,2021,16(13):2019-2022.