

七宝美髯丹加减治疗肾虚排卵障碍性不孕

张晓芬,张慧珍

(南阳理工学院张仲景国医学院,河南 南阳 473000)

[摘要] 目的:观察七宝美髯丹加减方治疗肾虚排卵障碍性不孕的临床疗效,并探讨其作用机制。方法:将 62 例肾虚排卵障碍性不孕症患者随机分为治疗组(31 例)和对照组(31 例),通过观察子宫内膜厚度及卵泡成熟排出情况,对比两组周期排卵率、周期妊娠率及总妊娠率。结果:治疗组较对照组患者子宫内膜明显增厚,排卵率、总妊娠率、周期妊娠率显著高于对照组。结论:七宝美髯丹加减方可改善患者子宫内膜对胚胎的接受性,协调内分泌环境,促进卵泡发育,为妊娠准备条件,提高妊娠成功率。

[关键词] 肾虚;排卵障碍;不孕症;七宝美髯丹

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)17-0241-03

七宝美髯丹是明代方士邵应节所传,汪昂将其收载于《医方集解》中。该方何首乌为主药,配伍枸杞、菟丝子滋肾填精,补益肝肾,伍牛膝以坚筋骨强腰膝,伍当归活血养血补肝,又配伍补骨脂阴中求阳以滋肾水,益肝血来治疗须发早白,腰膝酸软等肝肾不足之证。作者在临床实践中以此方为基础方,通过灵活加减来治疗各种肾虚排卵障碍性不孕症患者,促进排卵,改善患者子宫内膜对胚胎的接受性,取得较好疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例为 2009 年 3 月—2010 年 3 月我院妇科门诊诊断为排卵障碍性不孕患者 62 例(中医辨证为不孕肾虚证),年龄 23~40 岁,平均年龄 32 岁;病程 2~10 年,平均 6 年。其中符合肾阳虚证患者 16 例,肾气虚证患者 12 例,肾阴精不足证患者 34 例,62 例患者按随机数字表法平均分为两组,治疗组 31 例,对照组 31 例,经统计学处理,两组病例的性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 排卵障碍性不孕的诊断标准

1.2.1 不孕症诊断标准 参照全国医药院校教材《妇产科学》^[1]制定:凡婚后有正常性生活未避孕,同居 2 年未受孕者称不孕症。

1.2.2 无排卵的诊断标准 参照中国中西医结合

学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订的“女性不孕症的中西医结合诊疗标准”中无排卵的诊断标准制定^[2]:①BBT 连续记录单相 3 个月以上;②宫颈黏液结晶检查无椭圆体出现;③测定血清孕酮低于黄体期水平;④B 超连续监测 3 个月以上无成熟卵泡($<17\text{ mm}$),或卵泡 $<5\text{ mm}$ 即闭锁;⑤阴道脱落细胞涂片检查无周期性变化;⑥月经前 6 天子宫内膜检查无典型分泌期变化。

以上不孕症诊断标准为必备,无排卵的诊断标准中须具备 3 项或 3 项以上。

1.3 中医肾虚证诊断标准 不孕症肾虚型辨证:参考全国高等医药院校教材《中医妇科学》第 6 版及国家技术监督局 1997 年 10 月 1 日发布实施的《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分(肾系证类)》^[3]。肾虚证:以下 7 点具备 4 点及以上即可,其中①②③项必备:①腰骶酸痛;②阴中干涩;③性欲减退;④精神疲倦;⑤头晕耳鸣;⑥胫酸膝软或足跟痛;⑦两尺脉沉弱。

1.4 病例纳入标准 全部病人均符合排卵障碍性不孕的诊断,即卵泡发育不成熟、无优势卵泡、黄体化卵泡未破;年龄 21~40 岁的已婚妇女。

1.5 病例排除标准 ①其他因素导致的不孕,如免疫、输卵管阻塞及男方因素等;肾上腺、甲状腺等其他内分泌腺功能异常所致者;②卵巢早衰、卵巢不敏感综合征等高促性腺激素性闭经,高泌乳素血症和卵泡未破裂黄素化综合征;③有生殖器官器质性病变者;④研究前 3 个月内曾进行促排卵及激素治疗者;⑤合并严重的心、肝、肾、造血系统疾病及精神病

[收稿日期] 20110122(001)

[第一作者] 张晓芬,从事妇科不孕的研究,E-mail:zxf 2003009@126.com

者;⑥不符合纳入标准或未按规定用药,无法判断疗效者。

1.6 结果判定标准 排卵判定:①基础体温双相;②连续 B 超监测卵泡发育并出现排卵症;③宫颈黏液结晶检查有椭圆体出现;④妊娠。以上同时存在 2 项以上判定为排卵。妊娠判定:基础体温高温相达 18 d 者,即行尿妊娠试验,阳性为生化妊娠,1 周后 B 超检查,子宫腔内见妊娠囊及原始心管搏动,确定为临床妊娠。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 月经周期第 5 天开始服克罗米芬 50 mg,每天 1 次,连服 5 d。

2.1.2 治疗组 西药治疗同对照组。同时用中药七宝美髯丹加减治疗。药物组成:制首乌 30 g,枸杞子、菟丝子各 15 g,补骨脂 12 g、白茯苓 20 g,党参 15 g,当归、牛膝各 15 g,柴胡 6 g,陈皮 8 g。加减:肾气虚证加入黄芪 20 g、炒山药 15 g;肾阳虚证加入盐杜仲、川续断各 20 g、淫羊藿 15 g;肾精不足证加入熟地黄 15 g、紫河车 5 g(研末冲服),黑芝麻各 20 g;肾阴虚证加入白芍 20 g,女贞子、墨旱莲各 15 g。每日 1 剂,水煎,分早晚 2 次温服,月经周期第 5 天开始服用,服至月经来潮;亦可酌情制成丸药,每丸 9 g,早晚各服 1 丸。

以上治疗均以 3 个月为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程观察疗效。

2.2 观察指标

2.2.1 基础体温测定 治疗的整个月经周期中连续监测基础体温(BBT),按常规测量方法进行。

2.2.2 宫颈黏液结晶检查 于月经的第 9,11,13,15,17 d 检查宫颈黏液(Insler 法)。

2.2.3 B 超检查 月经周期第 10 天开始检测,隔日 1 次,当卵泡直径大于 15 mm 直径时,每日 1 次,直至排卵。

2.3 疗效判定标准 疗效标准为治愈:治疗后受孕。无效:治疗后未妊娠。①生化妊娠:基础体温高温相达 18 d,尿 HCG(+),血 HCG > 2.9 U·L⁻¹;②临床妊娠:在上述基础上,B 超证实有孕囊及胚芽,原始心管搏动;③继续妊娠:妊娠 ≥ 20 周。

2.4 统计方法 所有数据均输入计算机,应用 SPSS 10.0 进行统计学处理。计量资料组间比较采用方差分析,记数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3 结果

3.1 两组子宫内膜厚度 测定结果的比较见表 1,治疗组子宫内膜厚度均明显高于对照组。

表 1 两组子宫内膜厚度测定结果的比较($\bar{x} \pm s, n = 31$)

组别	子宫内膜厚度/mm		
	C ₁₁	C ₁₃	C ₁₅
治疗	6.5 ± 0.4	7.6 ± 0.6	8.5 ± 1.0
对照	5.2 ± 0.3	6.0 ± 0.5	7.3 ± 0.8

注:以治疗的第 2 个周期作比较,C 为月经周期的天数;两组比较 $P < 0.05$ 。

3.2 两组周期排卵率比较 见表 2。两组促排卵临床疗效方面治疗组明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 治疗组与对照组周期排卵率比较

分组	n	治疗周期	排卵周期	排卵率/%
治疗	31	106	93	87.73
对照	31	112	72	64.28

注:与对照组比较 $P < 0.05$ 。

3.3 两组临床妊娠结果的比较 见表 3。治疗组明显高于对照组。

表 3 两组临床妊娠结果的比较

例(%)

分组	n	MC ₁	MC ₂	MC ₃	MC ₄	MC ₅	MC ₆	合计
治疗	31	2(6.0)	3(9.6)	5(16.1)	4(12.9)	3(9.6)	2(6.0)	19(61.2)
对照	31	0	3(9.6)	6(19.4)	2(6.0)	1(3.2)	1(3.2)	13(41.9)

注:MC 月经周期数,两组比较 $P < 0.05$ 。

4 讨论

《黄帝内经·素问·上古天真论》:“女子二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子……”可见有子与月经关系密切,而月经的产生又需要肾气充盛,可见肾是孕育的生理基础,因此不孕与肾的关系最为密切,不孕的根本在肾^[4],肾中精气的

多少,阴阳的盛衰,决定着人体的生殖功能的正常与否。如先天肾气不充,阳虚不能温煦胞宫,胞宫虚冷,以致不能摄精成孕;或精血不充,冲任脉虚,胞脉失养,不能成孕;或阴虚火旺,血海蕴热,亦不能成孕。本人临床常用的治疗肾虚排卵障碍性不孕的基础方由七宝美髯丹加减组成:制首乌 30 g,枸杞子、

菟丝子各 15 g,补骨脂 12 g、白茯苓 20 g,党参 15 g,当归、牛膝各 15 g,赤芍 10 g,益母草 10 g,柴胡 6 g,陈皮 8 g,本方中制首乌用量最重为君,佐以菟丝子、枸杞子补益精血为主。制首乌能收敛精气,养血宜肝,为滋补良药;菟丝子辛甘微温,可补肝肾,益精髓。枸杞子其甘补平和,质润多液,入肾可益精充髓助阳,为滋阴助阳,益精补血之良药,三药共奏养血益肝,固精益肾,以强筋骨之功。同时相伍补骨脂,壮肾阳、温脾阳,能提高子宫内膜对胚胎的接受性,改善宫颈黏液的分泌,有利于精子顺利通过^[5],也正合张景岳“阳中求阴,阴中求阳”之说。脾为后天之本,气血生化之源,方中加入党参、白茯苓补脾渗湿,脾胃健而生精自易,补脾胃之气血正所以补肾之精与气。肾虚多兼瘀,瘀血不去则新血难生,故方中加入当归、川牛膝补血养肝、活血脉,既补且行;同赤芍、益母草活血化瘀、调畅气血,通过改善全身血循环及子宫、卵巢局部血供,增加局部血液灌流量,从而促进卵泡发育成熟,使子宫内膜容受性与卵泡发育同步^[6]。同时又因“女子以肝为先天”,特别是生育期女子更要疏肝养肝,因此又在本方中加入醋柴胡、陈皮,疏肝理气,不但能调畅气血,避免水湿壅滞,而且利于卵子的健康生长;同时气行血活,可使滋补肝肾之品补而不腻,畅达全身,肝肾和调,冲盛任通,卵子自能摄精成孕。

在临床治疗过程中,肾气虚为主时加入黄芪、炒山药,健脾益气,同时据现代药理研究,二药还能促进黄体功能,提高受孕率。对于肾精不足证患者,临床加入熟地黄、黑芝麻、紫河车,其中熟地黄、黑芝麻能滋肾水益真阴,补血生精。紫河车为血肉有情之品,现代药理研究证实其能产生绒毛膜促性腺激素,也能产生雌激素及孕激素。肾阳虚型临床治疗加入盐杜仲、川断、仙灵脾三药,均能补肝肾、强腰骨,补

而不滞。肾阴虚型临床加入白芍,养血柔肝,补益精髓;女贞子、旱莲草补而不滞,润而不腻,平补肝肾。

本研究中治疗组子宫内膜厚度测定结果明显优于对照组。治疗组的排卵率(87.73%)明显高于对照组(64.28%),同时总妊娠率与周期妊娠率治疗组明显高于对照组,具有显著性差异($P < 0.05$)。这一观察结果提示七宝美髯丹加减方药能够补养肾精、化生气血,使精血充盈、气血和调、使肾中阴阳平秘;同时能增加局部血液灌流量,从而促进卵泡发育成熟,使子宫内膜容受性与卵泡发育同步,卵巢排卵率明显增高,妊娠率升高。

纵观全方,以补肾阴、滋肝血为主,同时以养肾阳、阴中求阳,畅气血,诸药合用,补肾之阴阳气血,使肾精充而化卵,肾气足而摄精,使卵泡健康发育而受孕。

[参考文献]

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社, 2003:381.
- [2] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议. 女性不孕症的中西医结合诊断标准[J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(6):378.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994.
- [4] 庞保珍. 中医药治疗排卵障碍性不孕症的研究进展[J]. 中国性科学, 2010, 19(3):27.
- [5] 陈利生. 中西医论治女性不孕[M]. 上海:上海科学普及出版社, 1991:177.
- [6] 徐莉. 复方杞参颗粒联合克罗米芬治疗排卵障碍性不孕的临床疗效研究[J]. 中国现代药物应用, 2010, 16(4):144.

[责任编辑 邹晓翠]