

名医经验

罗颂平教授“预培其损”学术思想在
复发性流产中运用经验刘昱磊¹, 宁艳¹, 罗颂平²

(1. 南方医科大学附属深圳妇幼保健院, 广东 深圳 518028; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405)

[摘要] 罗颂平教授治疗复发性流产特别重视“预培其损”, 夫妻双方要从中医、西医两个方面规范、全面地筛查病因和中医病机。治疗上宜辨病与辨证相结合, 补虚攻实。补肾健脾固根基, 活血化瘀消癥瘕, 针对不同证型采用不同的周期疗法, 配合药膳、膏方。孕前重视监测并改善卵泡发育、内膜厚度及血流; 孕后着重心身同治, 预防性保胎治疗。

[关键词] 罗颂平; 复发性流产; 预培其损; 名医经验

doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2021.17.012

[中图分类号] R714.21 [文献标识码] B [文章编号] 1008-8849(2021)17-1877-05

复发性流产是指与同一性伴侣, 妊娠 28 周内 3 次或 3 次以上的妊娠丢失^[1], 欧洲人类生殖与胚胎学会、美国生殖医学会均认为发生 2 次或 2 次以上流产即要考虑诊断为复发性流产^[2]。复发性流产是妇科常见病、疑难病, 给育龄妇女造成身心的巨大创伤, 也给家庭造成不和谐。如何预防下次流产是患者的诉求, 也是治疗的关键。罗颂平教授为医学博士, 主任中医师, 国家中医药领军人才岐黄学者, 全国中医妇科联盟首席专家, 第六批全国名老中医药专家学术经验继承工作导师, 岭南罗氏妇科学术传承人, 广州中医药大学教授, 博士生导师。罗教授从事中医妇科调经、助孕、安胎研究工作 30 余年, 尤其在治疗反复自然流产方面学验俱丰, 取得了很多的科研成果。2019 年罗颂平教授及团队的“罗氏妇科补肾安胎的临床研究与推广”获得全国妇幼健康科学技术二等奖。复发性流产属于中医“数堕胎”

“滑胎”范畴。罗颂平教授治疗复发性流产特别重视“预培其损”, 寻找中西医病因, 并针对性治疗, 取得了很好的临床疗效, 现将其经验总结如下。

1 中西医结合寻找病因

《诸病源候论》^[3]提出“若血气虚损者, 子脏为风冷所居, 则气血不足, 故不能养胎, 所以致胎数堕。”张景岳在《妇人规》^[4]中提出治疗反复堕胎需要“预培其损”。他指出“故凡畏堕胎者, 必当察此所伤之由, 而切为戒慎。凡治堕胎者, 必当察此养胎之源, 而预培其损, 保胎之法无出于此。”预培其损, 首先要知道哪里有亏损, 才能针对性地治疗。罗颂平教授认为妊娠成功有两个因素, 三个关键点。两个因素指胚胎因素和母体因素。胚胎因素主要是指遗传因素及外界因素导致胚胎染色体异常、发育畸形或胚胎损伤等。母体因素有子宫因素(如子宫形态异常、宫颈功能不全、内膜容受性不良等)、内分泌功能因素(如黄体不健、甲状腺功能异常等)、免疫因素(如母-胎免疫应答低下或自身免疫损伤等)。三个关键点: 一是正常的胚胎或胎儿的质量, 二是适合胚胎发育的子宫, 三是子宫内膜妊娠期内分泌与免疫调节。复发性流产患者病因筛查非常重要, 导致反复流产的病因比较复杂, 首先需要夫妻双方全面筛查。第二需要从中医和西医两个方面进行系统规范的全面排查, 必要时需要进行遗传咨询, 确定是否适合生育, 是否可以采取三代试管婴儿的方

[通信作者] 罗颂平, E-mail: songpingluo@hotmail.com

[基金项目] 广东省医疗卫生健康事业发展专项资金(传承发展中医药事业)资助项目: 罗颂平广东省名中医传承工作室(粤中医办函[2019]5号); 广东省深圳市“医疗卫生三名工程”资助项目(SZSM201612046); 国家中医药领军人才项目“岐黄学者”(国中医药人教函[2018]284号); 国家中医药管理局“岭南罗氏妇科流派传承工作室(第二轮)”(国中医药人教函[2019]62号)

式解决问题。

张景岳^[4]认为“凡妊娠之数见堕胎者,必以气脉亏损而然。而亏损之由,有禀质之素弱者,有年力之衰残者,有忧怒劳苦而困其精力者,有色欲不慎而盗损其生气者,此外如跌扑、饮食之类,皆能伤其气脉”。叶天士^[5]在《叶氏女科证治》指出“有屡孕屡堕者,由于气血不充,名曰滑胎。”《傅青主女科》^[6]认为“妊娠少腹作疼,胎动不安,如有下堕之状,人只知带脉无力也,谁知是脾肾之亏乎……脾肾亏损,则带脉无力,胞胎即无以胜任矣。”需要“补先后二天之脾与肾,正所以固胞胎之气与血”。“大凡妇人之怀妊也,赖肾水以萌胎,水源不足,则水易沸腾……水火两病,胎不能固而堕矣。”罗颂平教授认为肾-天癸-冲任-胞宫轴是女性生殖调节的核心。《素问·上古天真论》云:“女子七岁,肾气盛……二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子。”^[7]肾气充盛,天癸按期而至,冲任通盛,胞宫定期藏泻,则可正常孕育。罗颂平教授综合历代先贤的论述及自己的临床体会,认为对于复发性流产患者主要从肾、脾出发,临床辨别有无肾虚、脾虚、血虚、气虚、血瘀、血热等情况。宜辨病与辨证结合,补虚攻实。补虚主要是针对脾肾,先后天同补。滋肾补肾,固摄先天之精;健脾养血,补益后天气血。攻实主要针对血瘀癥瘕,活血通络,化瘀以畅胞脉;行气散结,消瘕不伤气血。

西医方面建议病因筛查如下:遗传因素查夫妇双方及胚胎染色体、地贫、红细胞葡萄糖6磷酸脱氢酶(G6PD);生殖细胞查男性精液分析和女性卵泡监测;子宫因素检查子宫形态、结构、内膜、器质性病变(腺肌症);内分泌因素主要检查黄体功能、甲功、泌乳素(PRL)、胰岛素抵抗等。致畸因素查风疹、单纯疱疹、巨细胞病毒、弓形体感染;血栓前状态检查D-二聚体、血小板、凝血功能;免疫因素检查封闭抗体、辅助型T细胞1/辅助型T细胞2(Th1/Th2)细胞因子、血型抗体、自身抗体[抗心磷脂抗体(aCL)、抗卵巢抗体(AOAb)、抗核抗体(ANA)]等。

2 重视卵泡及内膜监测

罗颂平教授认为优质的种子和肥沃的土壤是妊娠成功的关键。优质的胚胎需要健康的精子和卵子。对于女性来说,月经周期、经期、月经量、是否痛经等也可以间接反映卵泡及内膜情况,除此之外还可以借助性激素检查,测基础体温(BBT)监测卵泡大小、内膜厚度、排卵后内膜血流指数等客观化的指

标综合判别。有些患者在监测卵泡中发现小卵泡排卵,一方面代表卵子可能不健康,另外还可以导致黄体功能不足,这种情况下妊娠自然流产率增加。另外,黄体功能不足,子宫内膜薄也可能增加流产的概率。若卵泡发育缓慢、小卵泡排卵,或内膜偏薄,内膜血流阻力过高应进行孕前治疗。针对小卵泡排卵,罗颂平教授认为应以补肾为主进行治疗,改善卵泡发育,选用菟丝子、女贞子、石斛。针对子宫内膜薄主要采用补肾活血法治疗,促进内膜增厚,选用黄精、山药、鸡血藤。

3 补肾健脾固根基

罗颂平教授认为脾肾是生命的水土,是孕育之本。在补肾的同时一般都要适当加入健脾的中药。肾为先天之本,脾为后天之本,补益后天可以助先天。健脾药物多选用四君子汤健脾益气,一方面有助于补益肾气,另一方面脾胃为气血生化之源,脾胃功能健运,才能更好地运化药物达到补肾的作用,运化食物生成气血,气血旺盛才能冲任充盛。治疗上应根据不同的证型采用不同的周期疗法,补肾健脾固根基。对于屡孕屡堕,或反复人流后高龄不孕,体外受精-胚胎移植反复胎停;腰酸膝软,头晕耳鸣,面色晦暗,舌淡黯,或有齿印,脉沉细,尺弱,辨证为肾虚、脾肾两虚的患者,宜补肾健脾,益气养血,固摄冲任。经后期滋肾养血,选用归肾丸、养血育麟膏、调经养血膏;经间期温肾助阳,调理肝脾,促阴阳转化,选用定经汤;经前期平补肾气,固摄冲任选用助孕丸或滋肾育胎丸;月经期养血调经,选用四物汤、定坤丹。对于屡孕屡堕,月经先期量少,经色鲜红,口干口苦,烦躁失眠,大便秘结,舌红或边尖红,苔黄或少苔,脉弦滑数,辨证为阴虚血热的患者,宜滋阴清热,养血调冲。经后期滋阴养血,选用两地汤、养血育麟膏;经间期养阴清肝,选用丹栀逍遥散合二至丸;经前期养阴清热用滋阴养血膏;月经期凉血活血,选用血府逐瘀汤。

岭南气候湿热明显,罗颂平教授认为岭南地区之人多阴虚,多脾虚挟湿热,虚不受补。滋阴容易助湿,祛湿容易伤阴,如何治疗是个难点。针对岭南湿热、痰湿较盛的特点,罗颂平教授选用岭南特有之广藿香、新会陈皮、化州橘红等化湿、理气、祛痰。针对广东人偏于柔弱、消瘦,体质以阴虚、气虚或气阴不足居多,不宜峻补的特点,选用德庆巴戟、肇庆芡实、五指毛桃等南药,以及西洋参、沙参、玉竹、石斛等清润之品。罗颂平教授强调慎用苦寒药物,如黄芩、黄

连、黄柏等,因苦寒之品伤胃伤阴,不利于患者康复。

4 活血化瘀消癥瘕

子宫肌瘤、子宫腺肌病、子宫内膜异位症、子宫内膜息肉均属于癥瘕范畴。子宫腺肌病、子宫内膜异位症患者妊娠后,自然流产的概率增加。子宫肌瘤随着妊娠激素水平的变化增长加速,也对妊娠有不利影响。在孕前都要考虑到孕后“癥瘕碍胎”的问题。在孕前积极治疗,采用活血化瘀消癥瘕的方法,控制其增大。另一方面,这些疾病提示患者体内存在瘀血的病因如寒凝、气虚、气滞等情况,也要辨证并针对性治疗。对于患者素有盆腔包块或肌瘤病史,经行不畅,经色紫黯有块,小腹疼痛,腰酸下坠,或孕后胎漏、胎动不安,舌暗红,脉弦滑,辨证有血瘀证的,宜益气活血,补肾活血。月经期祛瘀止血,选用桂枝茯苓丸加血竭、三七末、蒲黄炭等;软坚散结选用橘核、荔枝核、鳖甲、牡蛎;月经后益气养血,健脾补肾以固其本,选用助孕丸、散结养血膏。

5 药膳辅助

岭南地区人民有煲汤的习俗,罗颂平教授擅长指导患者制作药膳祛疾养生保健。采用药食同源的药物及新鲜的食材煲汤,对于复发性流产患者日常调养身体大有帮助。肾虚用雪蛤 5~10 g、菟丝子 30 g、芡实 30 g 煲汤;脾虚用党参 20 g、山药 30~50 g、枸杞 15 g、陈皮 5 g 煲汤;脾阳不振,气血不足用红参 10 g、阿胶 10 g、山药 30 g、枸杞 15 g、陈皮 5 g 煲汤。

6 孕后预防性保胎治疗

罗颂平教授认为复发性流产“防重于治”。预防不仅在孕前调养脾肾、气血、冲任,孕后更要有预防再次流产的理念和措施。对于反复自然流产的患者,罗颂平教授建议她们孕后及早监测,积极安胎,采用预防为主的策略,不要等到出现阴道出血、腰酸、腹痛等先兆流产的症状再来保胎治疗。安胎方面脾肾气血并重,定期检查,至妊娠 12 周以后。方药选用寿胎丸加党参、黄芪、白术、陈皮、炙甘草,中成药选用滋肾育胎丸或助孕丸、安胎养血膏。针对血瘀证患者,孕期选用圣愈汤(人参、黄芪、当归、川芎、熟地、生地)加橘核、荔枝核、丹参、鸡血藤治疗。橘核、荔枝核属于岭南草药,理气散结;配合鸡血藤、丹参活血养血,对于体质柔弱,又罹患癥瘕积聚,虚实夹杂,不任峻攻的孕妇特别适合。早孕阶段以安胎为主。定期复查 B 超,若肌瘤明显增大,中药以寿胎丸、助孕丸为主,加橘核、荔枝核、风栗壳、鸡血藤。中孕阶段,治病与安胎并举,预防肌瘤变性,以

行气软坚散结为主。用药慎重,勿伤胎气。治疗过程中动态观察血清人绒毛膜促性腺激素和 B 超根据胚胎发育情况调整用药。

在采用药物治疗的同时,罗颂平教授注重对患者进行心理疏导。反复流产的患者有既往病痛的阴影,多数孕后有紧张焦虑的情况。过度的紧张焦虑可以导致神经-内分泌-免疫失调,造成自然流产。保胎重在养心,心境平和、愉悦才利于妊娠的顺利进展。嘱咐患者注意生活调护事项:多卧床休息,避免劳累、负重、跌仆、外感;慎戒房事,以免伤动胎气;饮食清淡,避免生冷寒凉或辛燥动血;避免使用妊娠禁忌药。

7 典型病例

患者,女,26岁,因“自然流产3次”于2018年10月23日到罗颂平教授门诊求治。患者2014年孕6周末未见胚芽行清宫术;2015年孕6周末未见胚芽行清宫术,2次均未行胚胎染色体检查;2018年9月孕12周末可见胎心,2周后发现胎停行清宫术,行胚胎染色体检查示特纳氏综合征。末次月经:2018年10月5日,7d净,量偏少(清宫后首次月经);前次月经:2018年6月4日,7d净,量中。现有口干无口苦,不易上火,纳一般,难入睡,小便调,大便干结,偶有便秘。既往史:子宫腺肌症病史;2017年8月30日行宫腔镜下宫腔粘连分离术+诊刮+球囊放置术,病理:子宫内膜息肉;术后诊断:中度宫腔粘连;子宫内膜息肉。否认过敏史。经带胎产史:月经14岁初潮,7d/25~35d,量中,色暗红,质中,血块(+),痛经(±),腰酸(±),乳胀(-),便溏(-),头痛(-),心烦易怒(-)。孕4产0(自然流产3次,人流1次)。体格检查:舌淡红,苔白,脉沉细。辅助检查:双方染色体、地贫、G6PD检查正常;2016年6月20日性激素:促卵泡生成素(FSH) 11.64 mIU/mL、促黄体生成素(LH) 3.94 mIU/mL、雌二醇(E₂) 85 pg/mL、PRL 19.16 ng/mL、睾酮(T) 188.6 μg/dL、孕酮(P) 0.53 ng/mL;2015年7月10日甲功:促甲状腺素(TSH) 1.3487 μIU/mL、游离T₃(FT₃) 4.1 pmol/L、游离T₄(FT₄) 12.32 pmol/L、甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb) 298.2 IU/mL、甲状腺球蛋白抗体(TGAb) 40.7%;2015年7月11日空腹胰岛素 4.3 mU/mL;2016年8月免疫功能:封闭抗体(+);抗子宫内膜抗体(EmAb)、aCL、抗核抗体(ANA)、抗双链DNA抗体(anti-dsDNA)(-)。蛋白C 99%、蛋白S 100.2%、D-二聚体 49 ng/mL、同

型半胱氨酸(Hcy) 13.45 $\mu\text{mol/L}$; 2018年10月18日子宫双附件彩超: 子宫内膜厚薄不均, 厚处约5 mm; 后壁肌层回声不均, 腺肌症? 双附件正常。2017年3月2日液基细胞检查(TCT): 炎性反应性改变; 2015年7月9日人乳头瘤病毒(HPV) (-)。2017年5月男方精液: 畸形率98%, 前向运动精子(PR) 69.9%。

中医诊断: ①滑胎病; ②癥瘕, 证属肾虚血瘀。西医诊断: ①复发性流产; ②子宫腺肌症; ③宫腔粘连(中度)术后; ④子宫内膜息肉术后; ⑤卵巢储备功能下降; ⑥高同型半胱氨酸血症。治则治法: 补肾活血化瘀。处方: 熟党参15 g、桑寄生20 g、续断片15 g、盐菟丝子20 g、山药15 g、白术15 g、醋鳖甲20 g(先煎)、荔枝核15 g、丹参15 g、鸡血藤30 g、牡蛎30 g(先煎)、甘草6 g, 共20剂。散结养血膏方1剂; 桔荔散结片4片, 每日3次, 口服3瓶。

2018年11月12日二诊。LMP: 2018年11月11日, 现经期第2天, 量少, 色暗, 有血块, 下腹隐痛, 有乳胀, 腰酸。PMP: 2018年10月5日。诉服药后自觉口气大, 口干, 口腔溃疡, 纳眠可, 经行便秘, 小便调, 舌尖红, 苔白, 脉细。本周期BBT双相, 月经第18天始升温。处方: 盐菟丝子20 g、桑寄生20 g、续断片15 g、白芍15 g、山药15 g、酒女贞子15 g、枸杞子15 g、醋鳖甲20 g(先煎)、干石斛10 g、地骨皮10 g、荔枝核15 g、覆盆子15 g, 共20剂。滋阴养血方1剂; 助孕丸6 g/次, 每日3次, 口服10瓶。

2018年12月5日三诊。LMP: 2018年11月11日, 7 d干净, 量较平时多, 色暗红, 轻微痛经, 有腰酸。现易上火, 口干无口苦, 易长痘, 纳眠可, 大便日1行, 偶有便溏, 小便可, 舌尖红, 苔白, 脉细。2018年11月22日(月经第12天) 右侧卵泡(RF) 18 mm \times 15 mm, 内膜9 mm, 连续欠佳; 2018年11月24日(月经第14天) RF已排? 内膜7 mm, 回声不均; 本周期BBT双相, 高温持续8 d。处方: 盐菟丝子20 g、桑寄生20 g、续断片15 g、熟党参15 g、山药15 g、覆盆子15 g、酒女贞子15 g、干石斛10 g、麸炒白术15 g、地骨皮15 g、郁金10 g、甘草片6 g, 20剂。继续服用滋阴养血方及助孕丸。

2018年12月26日四诊。LMP: 2018年12月9日, 7 d净, 量中, 色红, 有少量血块, 无痛经, 无乳胀, 轻微腰酸。现易上火, 口干口苦, 纳眠可, 二便调, 舌尖红, 苔白, 脉细。本周期BBT见升温。处方: 盐菟丝子20 g、桑寄生20 g、续断片15 g、白芍15 g、山药

15 g、酒女贞子15 g、枸杞子15 g、橘核10 g、干石斛10 g、地骨皮10 g、荔枝核15 g、覆盆子15 g, 20剂。继续服用滋阴养血方及助孕丸。

2019年1月29日五诊。LMP: 2019年1月8日, 7 d净, 量中, 色鲜红, 有血块, 无痛经、乳胀及腰酸。现易上火, 口干口苦, 纳眠可, 二便调, 舌淡红, 苔白, 脉弦细。处方: 盐菟丝子20 g、桑寄生20 g、续断片15 g、白芍15 g、山药15 g、酒女贞子15 g、枸杞子15 g、旱莲草15 g、干石斛10 g、酒萸肉15 g、蒸陈皮5 g、覆盆子15 g, 20剂。继续服用滋阴养血方及助孕丸。

2019年2月18日六诊。停经41 d, 阴道流血2 d。LMP: 2019年1月8日, 7 d净, 量中, 色鲜红, 有血块, 无痛经、乳胀及腰酸。2月16日开始出现阴道流血, 色褐, 有血块, 量小于月经量, 无腹痛, 无肛门坠胀感, 舌尖红, 苔白, 脉细滑。2月12日查人绒毛膜促性腺激素(HCG) 5 031 mIU/mL, P 21.51 ng/mL, E₂ 483 pg/mL; D-二聚体0.41 $\mu\text{g/mL}$, 抗 β_2 糖蛋白I抗体(β_2 -GP I-Ab)阴性; 2月12日B超: 宫内早孕, 孕囊大小13 mm \times 10 mm \times 2 mm, 内见卵黄囊, 未见明显胚胎组织。2月18日查B超: 宫内孕囊19 mm \times 8 mm, 未见胚芽, 宫腔积液23 mm \times 3 mm。

中医诊断: ①胎漏病; ②滑胎, 证属肾虚血瘀。西医诊断: ①先兆流产; ②复发性流产; ③子宫腺肌症; ④宫腔粘连(中度)术后; ⑤子宫内膜息肉术后; ⑥卵巢储备功能下降; ⑦高同型半胱氨酸血症。治法补肾安胎止血。处方: 盐菟丝子20 g、桑寄生20 g、续断片15 g、白芍15 g、山药15 g、酒女贞子15 g、枸杞子15 g、旱莲草15 g、仙鹤草15 g、侧柏炭10 g、覆盆子15 g、阿胶珠2包(烊化)、西洋参10 g、阿胶9 g(烊化)、干石斛10 g、蒸陈皮5 g, 7剂, 建议住院安胎。

2019年4月10日七诊。孕13周, 因“先兆流产”于2月18日—4月3日在广州中医药大学第一附属医院妇科住院安胎治疗, 现口服“地屈孕酮(10 mg 每日2次)、爱乐维、多糖铁复合物胶囊”。现无阴道流血, 偶有下腹牵扯感, 无腹痛, 偶有腰酸, 无恶心呕吐, 无肛门坠胀感, 易上火, 无口干口苦, 易疲倦, 纳眠可, 大便1~2 d一行, 小便可, 舌边红, 苔白, 脉细滑。3月14日查B超: 宫内妊娠约9周, 可见胎心搏动, 宫腔积液29 mm \times 16 mm, 子宫肌层增粗不均。4月2日查B超: 宫内妊娠12周余活胎,

胎儿颈后透明层(NT)正常,约1.6 mm,胎盘位于后壁,厚度约20 mm,成熟度0级。头臀长约58 mm,可见胎心搏动,胎心率171次/min。辨证及治法同前。处方:盐菟丝子20 g、桑寄生20 g、续断片15 g、白芍15 g、山药15 g、酒女贞子15 g、枸杞子15 g、旱莲草15 g、地骨皮10 g、黄芩片10 g、覆盆子15 g、甘草6 g,12剂。

[按]患者自然流产3次,2次孕6周余胎停,1次孕12周后胚胎停育,检查胚胎染色体异常,子宫腺肌症,既往因中度宫腔粘连、子宫内膜息肉宫腔镜下手术治疗。西医方面排查反复自然流产的病因:FSH、E₂偏高,考虑卵巢储备功能下降;Hcy偏高,考虑存在易血栓症。中医方面,辨证肾虚血瘀是主要证型。肾主生殖,肾为冲任之本;患者自然殒堕3次,损伤肾气,肾虚则冲任不固,屡孕屡堕,故腰酸,肾精亏虚,故卵巢储备功能下降。患者子宫内膜息肉、子宫腺肌症都属于“癥瘕”的范畴,属于血瘀证,Hcy偏高,容易形成血栓,也属于血瘀证。血瘀阻滞冲任,血行不畅故出现经色暗红,有血块及痛经。舌淡红,苔白,脉沉细亦是肾虚的表现。治疗上主要补肾活血消癥,预培其损。

采用周期疗法,经后补益肝肾为主,寿胎丸补肾固冲任,醋鳖甲、荔枝核、牡蛎软坚散结,丹参、鸡血藤养血活血,山药、白术健脾。初期配合桔荔散结片、散结养血膏方活血消癥。后期配合助孕丸、滋阴养血膏固肾养血培本。阴虚有热时加女贞子、石斛、地骨皮养阴清热,治疗后患者经量较前增多,痛经逐渐减轻至消失,经色逐渐由暗红转为鲜红,调治4个月后妊娠。孕后39 d出现阴道流血的先兆流产症状,宫腔积血,入院安胎治疗,孕早期以补肾固冲安胎为主,未选用活血药物防止伤胎。选用寿胎丸、覆盆子补肾固冲,女贞子、枸杞子、旱莲草补益肝肾凉血止血,仙鹤草、侧柏炭收敛止血,西洋参、阿胶、干

石斛大补气血养胎,保胎至13周,NT正常,获得了满意的疗效。对于滑胎合并癥瘕的处理,孕前补肾活血消癥,第一阶段以消癥为主,补肾为辅,待瘀血祛除后第二阶段以补肾为主,消癥为辅,孕后补肾安胎。这个案例给我们很好的启示。

8 小 结

罗颂平教授治疗复发性流产特别重视“预培其损”,夫妻双方要从中医、西医两个方面规范、全面地筛查病因和中医病机。中医病因主要从肾、脾出发,临床辨别有无肾虚、脾虚、血虚、气虚、血瘀、血热等情况。宜辨病与辨证结合,补虚攻实。补肾健脾固根基,活血化瘀消癥瘕,治疗中针对不同证型采用不同的周期疗法,配合药膳、膏方。孕前重视监测并改善卵泡发育、内膜厚度及血流;孕后着重心身同治,预防性保胎治疗。

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突。

[参 考 文 献]

- [1] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 复发性流产诊治的专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 57(1): 3-9.
- [2] Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion[J]. Fertil Steril, 2012, 98(5): 1103-1111.
- [3] 巢元方. 诸病源候论[宋刊本][M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2016: 228.
- [4] 张景岳. 妇人规[M]. 广州: 广东科技出版社, 2000: 160.
- [5] 叶桂. 叶氏女科证治[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 120.
- [6] 傅山. 傅青主女科[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1993: 43; 51.
- [7] 张志聪. 黄帝内经素问集注[M]. 北京: 中国医药出版社, 2014: 2.

[收稿日期] 2020-05-10