

基于中医“肾主生殖”理论探讨育肾助孕方 对肾虚型排卵障碍性不孕症的影响

王诗会¹, 常春蕾¹, 李世玲¹, 李俊敏²

1. 南阳市第二人民医院, 河南 南阳 473000; 2. 郑州大学第三附属医院, 河南 郑州 450052

摘要 目的: 基于中医“肾主生殖”理论探讨育肾助孕方治疗排卵障碍性不孕症(ODI)患者的临床效果。方法: 选取 2022 年 1 月—2024 年 1 月南阳市第二人民医院收治的 ODI 患者 102 例, 随机数字表法分为对照组(常规西药治疗)和研究组(常规西药 + 育肾助孕方治疗), 每组 51 例。记录并比较两组中医证候积分、临床疗效、超声指标、性激素[血清黄体生成素(LH)、雌二醇(E_2)、卵泡刺激素(FSH)]水平、不良反应发生率及妊娠情况。结果: 治疗后, 两组中医证候积分均低于治疗前($P < 0.05$), 且研究组更低($P < 0.01$); 治疗后, 研究组临床治疗总有效率为 92.16% (47/51), 高于对照组 76.47% (39/51) ($P < 0.05$); 治疗后, 两组优势卵泡个数比治疗前增加($P < 0.05$), 且研究组增加更多($P < 0.01$); 两组优势卵泡直径和子宫内膜厚度高于治疗前($P < 0.05$), 且研究组更高($P < 0.01$); 治疗后, 两组 LH、FSH 水平均较治疗前降低, E_2 水平均升高($P < 0.05$), 且研究组变化幅度更大($P < 0.01$); 治疗期间, 研究组不良反应发生率为 5.82% (3/51), 低于对照组 15.69% (8/51) ($P > 0.05$); 研究组自然妊娠率为 41.18% (21/51), 高于对照组 21.57% (11/51) ($P < 0.05$)。结论: 以“肾主生殖”理论为指导的育肾助孕方对 ODI 患者的疗效显著, 可有效促进卵泡和子宫内膜发育, 调节性激素水平恢复, 且不良反应发生率低。

关键词 肾主生殖; 育肾助孕方; 排卵障碍性不孕; 中医证候积分; 子宫内膜厚度

中图分类号: R271.14

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)09-0076-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260184

中医学认为“肾主生殖”, 肾精充盛是女子月经来潮、胎孕乃成的基础^[1]。肾精亏虚是导致不孕症的核心病机之一, 常累及肝、脾等脏腑功能失调^[2]。育肾助孕方作为治疗肾虚型不孕症的经典方剂, 以补肾填精为主, 兼顾疏肝健脾, 旨在恢复肾-天癸-冲任-胞宫轴的生殖功能^[3]。子宫内膜厚度是影响胚胎着床的关键因素, 肾精亏虚、冲任失养常导致内膜薄损^[4]。基于此, 本研究选取南阳市第二人民医院收治的排卵障碍性不孕症(ODI)患者 102 例, 旨在探讨基于“肾主生殖”理论的育肾助孕方治疗肾虚型排卵障碍性不孕症的中医证候疗效及其对子宫内膜厚度的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月—2024 年 1 月南阳市第二人民

医院收治的排卵障碍性不孕症(ODI)患者 102 例, 采用计算机生成的随机数字表法将其分为研究组和对照组, 每组 51 例, 两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。本研究经南阳市第二人民医院伦理委员会审查通过(批号: 2021044)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《妇产科学》^[5](第 8 版), 符合以下至少 1 项。连续 6 个月无排卵性月经, 超声监测卵泡发育不良(直径 < 18 mm), 血清 LH/FSH 比值 ≥ 2 。

中医辨证符合《中医妇科学》^[6]及《中医病证诊断疗效标准》^[7]中肾虚证的标准。主症: 婚久不孕, 月经不调, 甚或停闭, 腰酸。次症: 小便清长, 腰膝酸冷或酸软, 头晕耳鸣, 带下量多, 五心烦热, 失眠多梦。舌脉: 舌淡或舌红, 苔薄白或少苔, 脉沉细或细数。具备主症 2 项(婚久不孕必备), 次症 2 项, 结合舌脉即可辨为肾虚型不孕症。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准; ②年龄 25 ~ 42 岁; ③经腹腔镜检查至少有一侧输卵管通畅; ④患者自愿签署知情同意书。

收稿日期: 2025-03-14

修回日期: 2026-01-07

基金项目: 2021 年度河南省医学科技攻关计划联合共建项目和软科学项目(LHGJ20210458)

作者简介: 王诗会(1975-), 女, 副主任药师, 从事中药新疗效相关研究。

表 1 两组 ODI 患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	体质量指数($\bar{x} \pm s$)/ (kg/m ²)	月经不调 [例(%)]	多囊卵巢综合 征[例(%)]	流产或生化 妊娠[例(%)]	生育史 [例(%)]	肾虚证型[例(%)]	
								肾阴虚	肾阳虚
研究组	51	34.24 ± 4.84	24.36 ± 3.21	42(82.35)	31(60.78)	7(13.73)	6(11.76)	30(58.82)	21(41.18)
对照组	51	32.48 ± 4.38	24.44 ± 3.55	38(74.51)	35(68.63)	5(9.80)	5(9.80)	29(41.18)	22(43.14)
<i>t</i> 值		1.925	0.119	0.927	0.687	0.378	0.102	0.040	
<i>P</i> 值		0.057	0.905	0.336	0.407	0.539	0.750	0.841	

1.4 排除标准

①生育系统发育不良、染色体异常;②配偶生殖功能异常;③合并性传播疾病;④合并重要器官病变或精神疾病者;⑤其他原因引起的不孕;⑥对本研究药物不耐受。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

对照组口服枸橼酸氯米芬片(北京海王中新药业股份有限公司,批准文号:国药准字 H13022188,规格 50 mg/片),剂量从 50 mg/d 起始,根据排卵情况调整至 100 mg/d。

1.5.2 研究组

研究组在对照组的基础上同时服用自拟中药育肾助孕方,组方:熟地黄、山萸肉、淫羊藿、菟丝子、枸杞子、白芍、覆盆子各 10 g,山药、黄精、鹿角霜、茯苓各 15 g,当归 12 g,甘草 10 g。辨证加减用药,肾阴虚者加女贞子、墨旱莲各 10 g;兼肝郁气滞者加醋柴胡 5 g,合欢皮 15 g;肾阳虚者加紫石英 15 g。1 剂/d,水煎取汁 150 mL,早晚两次温服。

1 个月为 1 个疗程,两组均连续治疗 3 个疗程,治疗结束后继续随访至 6 个月,记录自然妊娠情况。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医证候积分

参考中医诊断标准^[8]对患者症状进行评分,分为无、轻度、中度和重度,计 0 分、2 分、4 分、6 分,比较两组治疗前,治疗 1 个月后中医证候积分。

1.6.2 临床疗效

采用尼莫地平法,根据治疗前后中医证候积分计算并比较两组疗效指数,疗效指数≥90%为治愈,疗效指数在 65%~89%为显效,疗效指数在 45%~64%为有效,疗效指数≤44%为无效,疗效指数=(治疗前中医证候总积分-治疗后中医证候总积分)/治疗前中医证候总积分×100%^[9]。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6.3 超声指标

于治疗前、治疗 1 个月后月经周期第 12~14 天测量,采用 GE Voluson E10 超声仪(探头频率 5 MHz)测量检测两组优势卵泡个数、优势卵泡直径和子宫内膜厚度。

1.6.4 性激素水平

于治疗前后月经第 3 天抽取空腹静脉血,3 000 r/min 离心 10 min,分离血清,使用罗氏 Cobas e601 电化学发光分析仪测定血清黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)、卵泡刺激素(FSH)水平。

1.6.5 不良反应发生率

记录治疗期间不良反应发生情况,包括恶心呕吐、头痛头晕、乳房不适、失眠等。

1.6.6 妊娠情况

记录随访期间患者妊娠情况。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 27.0 分析数据,计量资料均符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,采用成组 *t* 检验,治疗前后比较采用配对设计 *t* 检验;计数资料用百分率描述,组间比较采用 χ^2 检验,*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分

治疗后,两组中医证候积分均低于治疗前(*P* < 0.05),且研究组更低(*P* < 0.01)。见表 2。

表 2 两组 ODI 患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	51	43.21 ± 4.65	15.33 ± 2.16 *
对照组	51	42.73 ± 5.32	20.19 ± 3.37 *
<i>t</i> 值		0.485	8.671
<i>P</i> 值		0.629	< 0.001

注:与同组治疗前相比,**P* < 0.05。

2.2 临床疗效

治疗后,研究组总有效率为 92.16%,高于对照组 76.47%,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组 ODI 患者临床总有效率比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
研究组	51	15(29.41)	11(21.57)	21(41.18)	4(7.84)	47(92.16)
对照组	51	9(17.65)	12(23.53)	18(35.29)	12(23.53)	39(76.47)
χ^2 值						4.744
P 值						0.029

注:与同组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

表 4 两组 ODI 患者治疗前后超声指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	优势卵泡个数/个		优势卵泡直径/mm		子宫内膜厚度/mm	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	51	1.32±0.51	2.91±0.38*	13.31±1.48	19.12±1.39*	7.53±1.29	10.47±1.31*
对照组	51	1.31±0.49	2.57±0.41*	13.35±1.43	17.89±1.41*	7.56±1.31	9.65±1.22*
t 值		0.101	4.343	-0.139	4.436	-0.117	3.271
P 值		0.920	<0.001	0.890	<0.001	0.907	0.001

注:与同组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

2.4 性激素水平

治疗后,两组 LH、FSH 水平均较治疗前降低($P<$

2.3 超声指标

治疗后,两组优势卵泡个数比治疗前多,且研究组更多($P<0.05$);两组优势卵泡直径和子宫内膜厚度高于治疗前,且研究组更高($P<0.01$)。见表 4。

0.05), E_2 水平均升高($P<0.05$),且研究组变化幅度更大($P<0.01$)。见表 5。

表 5 两组 ODI 患者治疗前后性激素水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LH/(mIU/mL)		E_2 /(pg/mL)		FSH/(mIU/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	51	13.78±2.59	8.67±1.41*	94.15±11.13	242.37±26.95*	6.48±1.08	5.01±1.21*
对照组	51	13.41±2.33	10.71±1.85*	92.09±12.51	153.41±21.37*	6.58±1.02	5.72±1.01*
t 值		0.758	-6.263	0.879	18.471	-0.481	-3.217
P 值		0.450	<0.001	0.382	<0.001	0.632	0.002

注:与同组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

2.5 不良反应发生率

治疗期间,研究组不良反应发生率为 5.82%,对照组为 15.69%,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 6。

表 6 两组 ODI 患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	头痛头晕	乳房不适	失眠	不良反应总发生
研究组	51	1(1.96)	1(1.96)	0(0.00)	1(1.96)	3(5.82)
对照组	51	2(3.92)	2(3.92)	1(1.96)	3(5.82)	8(15.69)
χ^2 值						2.547
P 值						0.110

2.6 妊娠情况

随访 6 个月后,研究组自然妊娠率为 41.18%(21/51),显著高于对照组 21.57%(11/51)($\chi^2=4.554,P<0.05$)。

3 讨论

排卵障碍是女性不孕的主要原因之一,其病理机制涉及卵巢功能异常与子宫内膜容受性下降两大核心环节^[10-11]。中医学将本病归属于“不孕症”范畴。其核心病机在于肾精亏虚。肾主生殖,藏精,司天癸至

竭。肾精充盛则天癸至,冲任通盛,月事以时下,胞宫得以摄精成孕。若肾精亏虚,则天癸乏源,冲任失养,导致卵泡发育受阻,血海空虚,子宫内膜薄损难以容受精卵着床^[12-13]。临床常见肾虚为本,兼夹肝郁气滞致气血不畅,或脾虚失运致痰湿阻滞,形成本虚标实之证^[14-15]。针对此病机,治疗当以补肾填精、培元固本为根本大法,同时根据兼证辅以疏肝解郁或健脾化湿。育肾助孕方即据此立法组方。方中以熟地黄、山萸肉为君药,功擅滋肾填精、补益肝肾,直补肾虚之本。臣以菟丝子、枸杞子、覆盆子助君药补肾益精、固摄下元;黄精气阴双补,助熟地黄滋阴之力;淫羊藿、鹿角霜温肾助阳,取“阳中求阴”之意,使肾中阴阳相济。佐以山药、茯苓健脾益气、渗湿固肾,既资后天以养先天,又防滋补壅滞;当归、白芍养血柔肝、和血调经,以疏肝郁、养肝血;柴胡(随证加減)疏肝解郁、调畅气机;紫石英(随证加減)温肾暖宫。使以甘草调和诸药。全方共奏补肾填精、培元固本为主,兼疏肝健脾之效,契合肾虚型不孕症之病机治法。西医学首选用药枸橼酸氯米芬片通过竞争性抑制雌激素受体促进促性腺激素

分泌,但存在宫颈黏液稠化、内膜发育不良等局限性,单用临床妊娠率仅约 30%^[16]。因此需探索中西医协同治疗方案。现代药理学证实,补肾中药(如菟丝子、淫羊藿)可上调卵巢 FSH 受体表达,促进卵泡发育及雌激素分泌;疏肝养血药(如柴胡、当归、白芍)能改善子宫微循环及内膜血流灌注;健脾药(如山药、茯苓)有助于调节整体内分泌环境,多靶点协同促进卵泡发育及改善着床环境^[17-18]。

本研究显示,治疗后,研究组中医证候积分低于对照组,且研究组临床疗效更高。说明在常规西医治疗的基础上加用育肾助孕方,能有效改善患者的肾虚及兼夹症状,提高临床疗效。此结果印证了该方补肾填精、调和肝脾治法的有效性。性激素是影响 ODI 生理周期的重要因素,不仅影响月经周期,而且对于卵巢功能、卵子质量以及受孕能力有着直接的关联^[19]。

进一步研究显示,治疗后,研究组性激素水平优于对照组。提示本研究在西药基础上加用育肾助孕方,能有效调节性激素水平。其机制可能与方中菟丝子、淫羊藿等药调节下丘脑-垂体-卵巢轴功能,促进 E₂ 分泌,抑制异常升高的 LH/FSH 有关^[20]。本研究中,治疗后,研究组优势卵泡个数多于对照组,且优势卵泡直径和子宫内膜厚度高于对照组,说明在西药的基础上加用育肾助孕方,有助于促进卵泡和子宫内膜发育。分析原因,除上述调节性激素作用外,方中补肾填精(如熟地黄、黄精、枸杞子)、温肾助阳(如淫羊藿、鹿角霜)药物可能直接促进卵泡发育;而健脾养血(如山药、当归、白芍)、改善循环(如当归)的药物则有助于改善子宫内膜容受性及血流供应。本研究中,两组不良反应差异无统计学意义,提示育肾助孕方不会增加不良反应发生的风险,具有一定的安全性,不过尽管研究组不良反应率较低,但也可能是样本量不足导致了统计学效力受限,因此需扩大样本以验证安全性优势。此外,研究组在随访 6 个月后的自然妊娠率为 41.18%,显著高于对照组的 21.57%,再次证明了该方剂联合西药在不孕症治疗中的优势。

综上所述,在西药的基础上加用以“肾主生殖”理论为指导的育肾助孕方,能显著减轻 ODI 患者症状,提高临床疗效,有助于调节性激素水平恢复,从而促进卵泡和子宫内膜的发育,并且不会增加不良反应发生率,安全性好。但育肾助孕方的推广需解决标准化生产(如颗粒剂型开发)和患者依从性(如服药便利性)问题,未来需开展剂型改良研究。同时,本研究受随访时间限制,妊娠率数据需进一步跟踪,未来将结合生殖中心数据库完善长期妊娠结局分析。此外,本研究为

单中心研究,纳入患者集中于南阳地区,可能受地域和人群特征影响,未来需开展多中心研究以减少偏倚。

参考文献:

- [1] 杨易,隋娟,任梦雪,等. 补肾疏肝类中药治疗排卵障碍性不孕的系统评价[J]. 中国医院用药评价与分析,2023,23(9):1105-1108,1113.
- [2] 王丽芳. 滋阴补阳方序贯法联合克罗米芬治疗排卵障碍性不孕症的临床效果[J]. 妇儿健康导刊,2024,3(3):97-99.
- [3] 伍娟娟,李家珍,刘锐. 补肾调冲汤治疗肾虚血瘀证薄型子宫内膜不孕症的临床观察[J]. 时珍国医国药,2024,35(6):1426-1429.
- [4] 侯梓桐,隋娟,任梦雪,等. 补肾助孕方对复发性流产患者子宫内膜容受性及妊娠结局影响的临床研究[J]. 辽宁中医杂志,2024,51(8):9-14.
- [5] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:86.
- [6] 谈勇. 中医妇科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016:247.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:72-73.
- [8] 袁孟珂,刘丽,邓楠,等. 针刺联合输卵管通液术治疗输卵管炎性不孕疗效观察及对血清 MMP-9、TIMP-1 的影响[J]. 上海针灸杂志,2023,42(1):17-23.
- [9] 甘瑾,王进进,高娟,等. 补肾调心治法治疗排卵障碍性不孕[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(3):301-305.
- [10] 黄思卿,董莉,黄宏丽. 朱氏调经促孕方对肾阳虚型 II 型排卵障碍性不孕症患者的临床疗效[J]. 中成药,2023,45(12):3958-3962.
- [11] 李舒怡,李艳萍. 卵巢性排卵障碍诊治思考[J]. 实用妇产科杂志,2023,39(11):813-815.
- [12] 孙田子,林纯洁,欧阳冰,等. 枸橼酸氯米芬联合调经促孕类中药治疗排卵障碍性不孕的临床疗效分析[J]. 中国妇幼保健,2022,37(21):3964-3967.
- [13] 汪丹,王娟,王红梅. 益补肾助卵汤联合西药治疗肾虚型排卵障碍性不孕的临床疗效[J]. 中国性科学,2024,33(5):139-142.
- [14] 田赛男,彭清华,晏峻峰. 《傅青主女科·种子》治疗不孕症用药规律及学术思想分析[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(3):430-435.
- [15] 任梦雪,隋娟,秦瑜玲,等. 中成药联合枸橼酸氯米芬治疗排卵障碍性不孕症的网状 Meta 分析[J]. 海南医学院学报,2024,30(7):533-544.
- [16] 孙小淳,谭丽,丁楠,等. 海派蔡氏妇科育肾周期疗法治疗不孕症的理论与实践[J]. 北京中医药大学学报,2023,46(9):1213-1217.
- [17] 柳琼. 温肾促卵方治疗排卵障碍性不孕症疗效及对子宫动脉血流、排卵情况的影响[J]. 四川中医,2022,40(4):169-172.
- [18] 丁颖盈,司静歌,李丹阳. 暖宫孕子胶囊联合来曲唑对排卵障碍性不孕患者子宫内膜与性激素的影响[J]. 西北药学杂志,2023,38(5):155-159.
- [19] 陈锦澍,范李想,孙明炜,等. 中医药干预早发性卵巢功能不全相关信号通路研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志,2024,30(6):1085-1092.
- [20] 马远征,宫政,马赛花,等. 温阳化浊法分期论治子宫内膜异位症合并不孕症[J]. 中医杂志,2023,64(19):2033-2036.

Exploration of the TCM Syndrome Efficacy of Yushen Zhuyun Formula in Treating Infertility and Its Effect on Endometrial Thickness Based on the TCM Theory of “Kidney Governing Reproduction”

WANG Shihui¹, CHANG Chunlei¹, LI Shiling¹, LI Junmin²

1. *Nanyang Second General Hospital, Nanyang 473000, China;*

2. *The Third Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China*

Abstract Objective: Based on the theory of “Kidney Governing Reproduction”, the clinical efficacy of Yushen Zhuyun Formula in treating ovulation dysfunction infertility was discussed. Methods: A total of 102 patients with ovulatory infertility admitted to Nanyang Second General Hospital from January 2022 to January 2024 were selected and randomly divided into a control group (conventional western medicine treatment) and a study group (conventional western medicine + treatment of Yushen Zhuyun Formula) with 51 cases in each group. Record and compare the clinical curative effect of TCM syndrome integral, the two groups, ultrasonic index, sex hormone [serum luteinizing hormone (LH), estradiol (E_2), follicle-stimulating hormone (FSH)] level and incidence of adverse reactions. Results: After treatment, two groups of TCM syndrome integral are lower than before the treatment, and the team was lower ($P < 0.05$). After treatment, clinical treatment group total effective rate was 92.16%, 76.47% higher than the control group ($P < 0.05$). After treatment, the number of dominant follicles was more in both groups than before treatment, and more in the study group ($P < 0.05$). Two groups of dominant follicle diameter and the thickness of endometrium is higher than before the treatment, and the group is higher ($P < 0.05$). After treatment, two groups of LH, FSH level was reduced, the E_2 levels are higher, and larger variations in team ($P < 0.05$). During the treatment period, the incidence of adverse reactions in the study group was 5.82%, which was lower than that in the control group 15.69% ($P > 0.05$). The natural pregnancy rate in the study group was 41.18%, which was higher than the 21.57% in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: The Yushen Zhuyun Formula, based on the theory of “Kidney Governing Reproduction”, has significant effect on ovulation dysfunction infertility patients, can effectively promote follicle and endometrial development, regulate the recovery of sex hormone levels, with a low incidence of adverse reactions.

Key words Kidney governing reproduction; Yushen Zhuyun Formula; Infertility due to ovulation disorder; TCM syndrome score; Endometrial thickness