

本文引用: 郭利, 朱建平, 谢京红, 王梦雨, 关煜. 基于“主客交-膜原”理论辨治输卵管阻塞性不孕症[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(6): 1179-1186.

基于“主客交-膜原”理论辨治输卵管阻塞性不孕症

郭利¹, 朱建平², 谢京红^{1*}, 王梦雨¹, 关煜¹

1. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091; 2. 普洱市中医医院风湿科, 云南 普洱 665099

〔摘要〕 输卵管阻塞性不孕症(TOI)是生殖医学领域的疑难病症, 临床治疗手段有限, 疗效欠佳。本文基于“主客交-膜原”理论, 提出 TOI 以主气亏虚、膜原不荣为发病之本, 客邪停滞、膜原闭塞为发病之标, 主客胶结、膜原不通为病机关键。根据 TOI 的不同类型, 提出分型论治: 肾虚血瘀证以补肾化瘀为法, 予桃红四物汤合寿胎丸加减; 脾虚肝郁证以肝脾同调为要, 予当归芍药散化裁; 脾虚痰瘀证着重健脾化痰祛瘀, 予完带汤加减; 阳虚寒瘀证治以温阳化瘀, 予少腹逐瘀汤加减; 同时联合中药外敷、中药保留灌肠、针灸等中医外治法, 增强疗效。上述分型论治及内外合治方案, 体现了“主客交-膜原”理论在 TOI 辨治中的指导价值, 为拓展中医药干预 TOI 的临床路径提供了参考。

〔关键词〕 输卵管阻塞性不孕症; 主客交; 膜原; 辨证论治; 扶正祛邪; 内外合治

〔中图分类号〕 R271.14

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.06.012

Differentiation and treatment of tubal obstructive infertility based on the theory of "host and guest interaction-membrane source"

GUO Li¹, ZHU Jianping², XIE Jinghong^{1*}, WANG Mengyu¹, GUAN Yu¹

1. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China; 2. Department of Rheumatology, Pu'er Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Pu'er, Yunnan 665099, China

〔Abstract〕 Tubal obstructive infertility (TOI) is a refractory disease in reproductive medicine with limited clinical treatments and unsatisfactory efficacy. Based on the theory of "host and guest interaction-membrane source", this study proposes the following pathogenesis for TOI: the root cause is deficiency of host qi and malnourishment of the membrane source; the manifestations are stagnation of guest pathogenic factors and obstruction of the membrane source; the key pathogenesis lies in the intertwined adhesion of host qi and guest factors at the membrane source, leading to its blockage. According to the different pattern types of TOI, the pattern differentiation treatment is proposed: for the pattern of kidney deficiency and blood stasis, the principle is tonifying kidney and resolving stasis, with modified Taohong Siwu Decoction combined with Shoutai Pills; for the pattern of spleen deficiency and liver stagnation, the key is to harmonize the liver and spleen, with modified Danggui Shaoyao Powder; for the pattern of spleen deficiency complicated with phlegm and blood stasis, the focus is on invigorating spleen, resolving phlegm, and removing blood stasis, with modified Wandai Decoction; for the pattern of yang deficiency, cold stagnation, and blood stasis, the treatment focuses on warming yang and removing stasis, with modified Shaofu Zhuyu

〔收稿日期〕 2026-02-02

〔基金项目〕 北京市自然科学基金面上项目(7252269); 医疗机构制剂和中药新药研发与转化面上项目(XYZX0303-14)。

〔通信作者〕 * 谢京红, 女, 博士, 主任医师, 博士研究生导师, E-mail: jinghongxie2012@163.com。

Decoction. Meanwhile, external TCM therapies such as herbal external application, herbal retention enema, and acupuncture are combined to enhance the therapeutic efficacy. The above pattern differentiation and treatment as well as the integrated internal-external therapy regimen reflect the guiding value of the theory of "host and guest interaction-membrane source" in the treatment of TOI, and provide a reference for expanding the TCM clinical pathway for TOI.

[**Keywords**] tubal obstructive infertility; host and guest interaction; membrane source; pattern differentiation and treatment; reinforcing healthy qi to eliminate pathogenic factors; integrated internal and external treatments

不孕症是指女性与同一性伴侣、性生活正常且未避孕1年以上未孕者。调查显示,不孕症的发病率为5%~15%,其中归咎于输卵管因素的可高达30%~40%^[1-2]。输卵管阻塞性不孕症(tubal obstructive infertility, TOI)指因感染(包括沙眼衣原体、淋病和生殖器结核)、宫内节育器放置、子宫内膜异位症和盆腔手术史等因素引发输卵管炎症性病变,导致管腔通畅度异常(如肥大增粗、狭窄、粘连、积水等),输卵管无法正常输送精子和卵子,进而引发女性不孕^[3]。西医多采用输卵管通液术、宫腹腔镜手术、介入输卵管导丝及辅助生殖技术等治疗此类疾病,但这类治疗方法存在复发率高、异位妊娠风险增加、临床妊娠率低、价格昂贵等问题,是生殖医学领域亟待解决的临床难题^[4]。

中医药在提高 TOI 患者妊娠率、改善输卵管功能、降低异位妊娠发生率等方面,具有显著而独特的优势^[5-6]。如祛湿活血法联合输卵管加压再通术可改善输卵管周围的血液供应,提高输卵管的通畅性,将 TOI 患者的总妊娠率提升至 67.50%,显著优于单纯手术组^[7]。近年来,“主客交-膜原”理论受到诸多学者的广泛关注,诸多学者在临床诊疗中发现 TOI 的病因病机、发生发展、疾病转归等均与该理论高度契合^[8]。既往研究将 TOI 病机归结为肾虚血瘀、气滞血瘀、湿热瘀结、寒凝血瘀等^[9],但多从单一病机立论,缺乏对病位与正邪胶结病机的系统阐释。本团队基于“主客交-膜原”理论,提出主气(肾肝脾精血)亏虚,客邪(寒湿、痰浊、瘀血)停滞,主客交结于膜原为 TOI 的核心病机,既兼容虚、瘀、湿、寒的核心要素,又明确膜原为 TOI 伏邪留滞、胞络阻塞的核心病位,为临床辨证论治与内外合治提供理论依据。因此,本文拟从“主客交-膜原”角度探讨 TOI 的病机及治法,以期临床诊治本病提供新思路。

1 “主客交-膜原”理论内涵

1.1 “主客交”理论渊源

“主客交”理论肇端于《素问·六元正纪大论篇》,

其载“主气不足,客气胜也”,提示正气亏虚则邪气易侵。《素问·评热病论篇》云“病名阴阳交,交者死也”,阐明正邪交结、正不胜邪则病势危重。二者为后世“主客交”理论的形成奠定了正虚邪实、正邪交结的理论基础。该理论由明代吴又可于《温疫论·主客交》中首次明确提出,该篇记载“正气衰微,不能托出,表邪留而不去,因与血脉合而为一,结为痼疾也……夫痼疾者,所谓客邪胶固于血脉,主客交浑,最难得解,且愈久益固”,清晰阐述了“主客交”的过程为正气不足,复感外邪,外邪迁延不解,正邪胶结于血脉,形成痼疾,吴又可据此创制三甲散为治疗主方。该理论最初用于温疫后期的变证治疗,后经历代医家在临床实践中不断应用与发挥,现广泛用于多种慢性迁延性疾病的治疗^[10]。其中,“主”指人体正气;“客”指外来之邪气;“交”特指正邪相争、胶固缠绵的病理状态^[11]。

1.2 “膜原”理论渊源

“膜原”一词最早见于《素问·举痛论篇》,亦称“募原”。中医学对膜原的认识有广义和狭义之分。广义之膜原,泛指筋膜、脂膜、空隙等结构,五脏六腑皆有分布,是邪气入侵机体后潜伏盘踞的重要部位^[12]。清代张志聪在《黄帝内经素问集注·举痛论篇》中注解:“膜原者……在外则为皮肤肌肉之腠理,在内则为横连脏腑之膜原。”清代周学海在《读医随笔·伏邪皆在膜原》中将膜原定义为“夹缝之处也”,提出膜原是人体内所有间隙的统称,包括夹层、空间、腔隙等,皮里膜外皆属膜原范畴,并强调伏邪皆在膜原,凸显了膜原在疾病发生发展中的关键作用^[13]。现代医家认为,膜原是分布于人体各部位的膜状组织或结缔组织,广泛存在于脏腑之间、肌肉间隙、腠理分肉之中,与淋巴系统、循环系统和神经-内分泌-免疫系统密切相关^[14]。狭义之膜原,特指人体内外交界之地,属一身之半表半里,由五脏六腑之外的膜性组织及其构成的腔隙结构组成^[15]。如《素问·举痛论篇》记载:“寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不得散,小络

急引故痛。”从生理功能而言,膜原具有保护内部脏器、运行和输布气血津液、抵御外邪深入的作用;从病理特点来看,膜原位置隐匿,易致气血津液凝滞,外感邪气常在此潜伏致病,内伤之病理产物亦易在此阻滞,形成顽疾。

2 “主客交-膜原”理论与 TOI 的相关性

“主客交-膜原”理论的核心病理特征是正气亏虚、邪气留恋、正邪胶结,本质属正虚邪实、虚实夹杂之证。中医认为正气有抵御外邪、祛除病邪、修复机体等作用,与现代医学中免疫功能的作用相契合^[16]。正气不足则机体的免疫防御、监视及自稳功能下降,更易受病邪侵袭^[17]。膜原为脏腑之间及周身间隙结构,是正邪交争与转化的关键场所^[18]。膜原虽能抵御外邪,但因居于机体缝隙,易被湿、痰、瘀等病理产物阻滞,导致局部气血凝滞更趋明显,促使正邪胶结于膜原,形成“主客交”的病理状态。

输卵管是女性体内一对细长而弯曲的肌性管道,分为间质部、峡部、壶腹部和伞部。其腔隙狭小,不同节段直径差异显著,壶腹部直径可达 5~8 mm。从膜原视角看,输卵管与广义、狭义膜原均高度对应。从广义膜原来看,输卵管管壁黏膜、肌层、浆膜层之间的疏松结缔组织间隙属于筋膜、脂膜、脏腑间隙范畴;从狭义膜原来看,输卵管伞部与盆腹腔相通,间质部通过宫腔与外界相通,处于胞宫与盆腔交界的半表半里位置,符合狭义膜原“内外交界”的解剖特征^[14]。因此,输卵管为女性膜原系统的核心结构,是“主客交”发生、伏邪留滞导致 TOI 的关键病位。输卵管具有运输精子和卵子的作用,其功能的正常发挥有赖于输卵管纤毛细胞的数量和质量以及肌层的收缩活性^[19]。当机体免疫功能低下,或于盆腹腔手术、人工流产术后,病原微生物易乘虚而入,通过诱发氧化应激、激活炎症反应、导致免疫紊乱等病理过程,引起输卵管炎症;若炎症迁延不愈,可进展为纤维化、粘连、积水,甚至管腔堵塞或通而不畅,最终继发不孕^[20]。TOI 这一发病过程与“主客交-膜原”理论所阐述的病理机制高度契合。

3 基于“主客交-膜原”理论探讨 TOI 的病机

中医学无 TOI 病名,依据其临床表现可归属于“不孕”“无子”“断绪”“妇人腹痛”“癥瘕”等范畴。现

代医家多认为,TOI 由脏腑失和、情志不调、气血阻滞、外邪侵袭等导致胞络瘀阻闭塞而成^[21]。国医大师班秀文教授提出,“虚则不充、瘀则阻滞”是输卵管阻塞的核心病机^[22]。基于“主客交-膜原”理论与临证经验,本团队提出:主气亏虚、膜原不荣为发病之本,客邪停滞、膜原闭塞为发病之标,主客胶结、膜原不通为病机关键。

3.1 主气亏虚、膜原不荣为发病之本

《景岳全书·脾胃》云:“人之始生,本乎精血之原。”精血是构成人体和维持人体生命活动的基本物质。膜原内连脏腑、外通体表,其功能正常发挥同样依赖精血的滋养。TOI 的主气亏虚主要与肾肝脾三脏功能失调密切相关。肾藏精,主生殖。先天肾气不足、房劳多产或盆腹腔术后,致肾气亏耗,封藏失司,精气外泄损耗,以致精血亏虚,难以孕育。肝主疏泄,调畅气机。长期情志失和致肝郁化火,暗耗精血,导致精血匮乏,毓麟难成。脾胃为后天之本,气血生化之源。忧思过度、饮食不节或劳倦失度损伤脾气,致精血化生不足,终致精血亏虚,胎孕难成。

从现代医学视角分析,主气亏虚、膜原不荣主要对应 TOI 患者免疫功能低下与线粒体功能障碍的病理改变。TOI 患者血清与输卵管液中白介素(interleukin, IL)-2、IL-4、IL-6 等细胞因子升高,辅助性 T 细胞(T helper cell, Th)1/Th2 平衡向 Th2 偏移,免疫防御能力下降,进而增加病原体易感性^[23]。线粒体是细胞能量代谢核心细胞器,其功能与气的推动、温煦、固摄作用相关^[24]。线粒体能量代谢异常可导致细胞供能不足、修复能力下降^[25]。动物实验显示,慢性输卵管炎性不孕大鼠的输卵管上皮细胞膜完整性破坏,纤毛与微绒毛稀疏,线粒体肿胀、破坏^[26]。

3.2 客邪停滞、膜原闭塞为发病之标

王孟英在《温热经纬·薛生白湿热病篇》中言:“邪由上受,直趋中道,故并病多归膜原。”当主气亏虚、卫外功能减弱时,机体易受外邪侵袭,而膜原作为一身之半表半里,是外邪最易侵犯并潜藏的部位。TOI 发病的关键在于客邪停滞,有形之实邪阻滞膜原,导致膜原闭塞、冲任不通、络脉不畅,精子和卵子无法相遇结合,最终导致不孕。

TOI 客邪停滞主要责之于寒湿、痰浊、瘀血 3 种有形之实邪。其一,寒湿阻滞,凝涩胞脉。经期产后淋雨涉水,感受寒湿之邪,或过食生冷,损伤脾胃阳气,

致寒湿内生。二者均可导致寒湿停滞,客于冲任,阻塞胞脉,以致难以受孕。其二,湿聚成痰,冲任受阻。若脾肾功能失调,水液代谢失常,致湿邪内生,聚湿成痰,痰湿阻滞冲任胞宫,亦可导致不孕。其三,血行不畅,胞脉瘀阻。素性抑郁或恚怒伤肝,致气滞血瘀;或宫腹腔手术金刃所伤,血溢脉外而留瘀;或经行产后摄生不慎,外邪客于子宫,邪与血相搏成瘀;或肾脾气虚,无力推动血行,日久成瘀。种种原因皆可导致瘀血内停,闭阻胞宫胞脉,无以受孕。其中,瘀是导致 TOI 的核心客邪,如樊泽成^[27]针对 466 篇有关治疗输卵管炎性不孕的文献进行数据挖掘分析,发现血瘀是 TOI 最核心的证素之一。

结合现代医学病理机制,浊邪凝涩、客邪停滞主要对应 TOI 炎症通路过度激活及纤维化过程,共同构成“膜原闭塞”的现代生物学基础。研究证实,TOI 模型大鼠输卵管组织中,核因子 κ B(nuclear factor- κ B, NF- κ B)、Janus 激酶 2/信号转导及转录激活因子等多条炎症信号通路被异常激活,促使 IL-1 β 、IL-2、IL-6、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)等促炎性细胞因子大量分泌,进而诱发局部持续性慢性炎症反应^[28-29]。在慢性输卵管炎大鼠模型中,转化生长因子- β 1(transforming growth factor- β 1, TGF- β 1)/p38 丝裂原活化蛋白激酶(p38 mitogen-activated protein kinase, p38 MAPK) 信号通路被持续过度激活,导致大鼠血液黏稠度增高、输卵管局部微循环障碍及组织纤维化程度加重^[30]。

3.3 主客胶结、膜原不通为病机关键

“主客交”的形成,以正气亏虚为前提,外感客邪后,久病正气进一步虚损,客邪深入血脉,正邪胶着难解,终成痼疾。正如《温疫论·主客交》所记载:“凡人向有他病尪羸……女人崩漏带下、血枯经闭之类。”从“主客交-膜原”理论视角分析,TOI 发生与发展的本质是主气(肾肝脾精血)亏虚,客邪(寒湿、痰浊、瘀血)侵袭,主客胶固于膜原,导致气血运行不畅,冲任受阻,胞络闭塞不通,进而引发输卵管阻塞,继发不孕。若精血充足,膜原气血通畅,则输卵管功能正常,得以拾卵并运输受精卵;若精血亏虚,膜原失于濡养,局部气血运行不畅,浊邪留滞,则输卵管阻塞不通,难以受孕。

结合现代医学病理过程,主客交结于膜原所致 TOI 可分为 3 个阶段:前期为炎症侵袭期,以输卵管

黏膜充血水肿、炎症细胞浸润为主,病机以正虚邪入、气血壅滞为主^[26];中期为粘连积水期,以输卵管伞端闭锁、炎性液体积聚、局部粘连形成为主,对应中医痰瘀互结、水湿停聚的病机^[31-32];后期为纤维化癥结期,以管壁纤维组织增生、瘢痕挛缩、管腔僵硬闭塞为主,主要病机为痰瘀痼结、络痹成癥^[29]。三期逐级演变,呈现主气先虚、客邪渐侵、主客交混、痼结日深的病理演变过程。

4 基于“主客交-膜原”理论探讨 TOI 的治法

《传忠录·治形论》曰:“所以欲去外邪,非从精血不能利而达,欲固中气,非从精血不能蓄而强。”TOI 的病性属正虚邪实,临证辨治之时,既要把握炎症、粘连、纤维化的三期病程演变规律,又当结合患者脏腑气血偏颇进行分型论治,同时配合中药外治法,协同增效,恢复输卵管生理功能。

4.1 肾虚血瘀:补肾气,逐血瘀,膜原得荣

《医林改错·论抽风不是风》言:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而为瘀。”肾气亏虚则膜原失荣,生血、运血功能减退,无法推动血液在脉管内正常运行,血行迟缓、停聚成瘀,瘀血内阻膜原,导致输卵管阻而不通。临证时,患者多表现为腰酸、腰骶疼痛、行经时下腹刺痛及经血夹块等症状。治疗以补肾活血为核心,使膜原得荣、瘀滞得散,常用桃红四物汤合寿胎丸加减。方中桃仁、红花活血散瘀,当归、川芎、赤芍养血和血,熟地黄、菟丝子、桑寄生、续断补肾填精,阿胶养血滋阴。全方共奏补肾固冲、活血祛瘀之功,使瘀去而新血生。若患者表现为肾精亏虚,症见月经量少、闭经、卵巢早衰、反复流产等,可酌情选用制龟板、阿胶、熟地黄等补肾填精之品化生精血。其中,制龟板临床常用至 20 g,作为血肉有情之品,其填精益髓之效颇佳,阴虚火旺者减至 10~15 g;脾胃虚弱、便溏者,慎用或配伍砂仁、陈皮护胃。若患者表现为血瘀,症见经行腹痛、经色紫暗有血块、舌质紫暗或有瘀点等,可酌加郁金、元胡、丹参、益母草等。现代研究发现,桃红四物汤联合输卵管通液术治疗 TOI 患者总有效率达 80%,还可改善输卵管通液术后局部体征及疼痛评分^[33]。本方遵循扶正祛邪原则,补肾药补益元气、充养膜原以固本,活血药疏通瘀滞、清泄伏邪以治标。研究证实,补肾类中药可通过“补主气”改善输卵管损伤,其机制包

括降低 IL-6 等 Th2 型细胞因子表达,提高免疫防御能力;同时增加线粒体数目、改善其形态,上调三磷酸腺苷含量及膜电位,改善线粒体能量代谢^[34-35]。活血类中药则通过降低 IL-1 β 、TNF- α 等炎症因子,抑制 NF- κ B、MAPK 等炎症信号通路激活以“祛客邪”,减轻输卵管炎性病变^[36]。

4.2 脾虚肝郁:健脾气,调肝木,膜原得畅

《医学衷中参西录·论肝病治法》曰:“究之肝胆之为用,实能与脾胃相助为理。”肝脾二脏在生理和病理上关系密切、相互影响。TOI 患者常伴有焦虑、易怒等不良情绪。情志失畅则肝失疏泄,肝气横逆犯脾,致使脾胃运化失常,精血生化乏源;肝郁日久亦可郁而化火,暗灼精血,加重机体虚损状态。患者多表现为下腹坠痛、胸胁胀闷、情绪不宁、神疲食少、便溏等症状,治疗以疏肝健脾为法,肝脾同调,方用当归芍药散化裁。方中当归、芍药、川芎养血和血、柔肝止痛;茯苓、泽泻、白术健脾益气、利水除湿。全方补而不滞,既健脾养血、扶助主气,又疏肝行滞、修复损伤,为驱邪透膜奠定基础。若脾虚症状明显,可佐以党参、黄芪等增强健脾益气之功。若患者伴见胸胁胀痛、烦躁失眠等肝郁化火表现,可酌情加用栀子、淡豆豉、郁金等清肝泻火,解郁除烦。现代研究也为本方治疗 TOI 提供了科学佐证。如賁倩等^[37]研究表明,当归芍药散加味治疗输卵管积液,可增加子宫内膜血供,改善子宫内膜厚度及形态,提高子宫内膜容受性。疏肝健脾类中药可通过抑制中性粒细胞胞外诱捕网过量形成与释放,改善盆腔炎性环境,降低纤维化程度以通膜原,减轻盆腔及输卵管粘连^[38]。

4.3 脾虚痰瘀:健脾气,除痰瘀,膜原得通

《丹溪心法·痰》指出:“痰挟瘀血,遂成窠囊。”TOI 患者超声检查常提示输卵管肥大增粗、积水等改变,与“窠囊”的描述高度吻合。脾虚失运则水湿不化,聚湿成痰,痰湿阻滞胞宫脉络,血行不畅而成瘀,最终导致痰瘀互结,阻塞膜原,引发不孕。患者多表现为乏力气短、身体困重、行经夹血块等症状,治疗以健脾益气、活血化痰为法,方用完带汤加减。方中白术、山药、人参补脾益气以固护主气;苍术、车前子、陈皮、黑芥穗利水祛湿;柴胡、白芍养血柔肝以祛除外伏之痰湿客邪。全方共奏健脾祛湿、化痰祛瘀之功。在此基础上,可加用浙贝母、昆布、玄参、鳖

甲等化痰散结、消癥除积;配伍益母草、桃仁、红花、丹参、赤芍等活血化瘀、畅通膜原,促进输卵管局部血液循环。现代临床研究亦证实完带汤加加减治疗 TOI 的疗效。刘颖玫等^[39]研究发现,左氧氟沙星联合完带汤加加减可下调输卵管炎性不孕患者血清中 TNF- α 、IL-6 的水平,在改善输卵管通畅度及提高妊娠率方面优于单用左氧氟沙星。

4.4 阳虚寒瘀:温阳气,散寒瘀,膜原得煦

《素问·举痛论篇》云:“寒气客于小肠膜原之间,络血之中,血泣不得注于大经,血气稽留不得行。”TOI 患者超声检查常提示输卵管积水、盆腔积液,临床多伴有小腹疼痛坠胀、痛连腰骶、同房后加重等表现,提示寒气凝滞于内是重要病机。治疗以温阳化瘀为法,方用少腹逐瘀汤加减。方中蒲黄、五灵脂活血化瘀、散结止痛;当归、川芎、赤芍、延胡索、没药养血活血、行气止痛;小茴香、干姜、肉桂温经散寒、通脉止痛。全方共奏温经散寒、逐瘀通络之功。若阳虚症状较重,可选用艾叶、巴戟天、附片等药物,或合用温经汤以加强温经散寒、养血祛瘀之效。若寒湿郁久化热,湿热蕴结,症见带下色黄,可酌情加用黄柏、苍术、车前子等清热利湿之品,改善盆腔微环境。现代药理学研究亦揭示了本方的作用机制,如少腹逐瘀汤可提高 TOI 模型大鼠的受孕率,其机制可能与下调 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等炎症因子的表达有关^[40]。

4.5 内外合治,增强疗效

中医外治法可通过皮肤渗透、黏膜吸收、经络传导等途径直达病灶,与内服方药协同使用可增强疗效、缩短病程,临床常用方法包括中药外敷、中药保留灌肠、针灸等。

中药外敷以逐瘀通络、温阳化瘀为核心,将药物敷于下腹部,借助温热之力渗透皮毛腠理,使药物直达盆腔病所^[41]。临床常采用逐瘀通络方,方中千年健、威灵仙、铁线透骨草祛风除湿、温通经络;石见穿、醋莪术、桃仁、红花、制水蛭破血逐瘀、通络消癥;艾叶、白芷温阳散寒、燥湿止痛。诸药配伍,共奏祛风除湿、活血通经、温阳化瘀之功。使用时将药物浸泡后蒸 30 min,装袋热敷于下腹部,每日 1 次,每次 20~30 min,自月经干净 2~3 d 后至月经前 3 d 使用,使用期间严格避孕。中药保留灌肠利用直肠与盆腔相邻、血管和淋巴网络丰富的解剖特点,使药物经直肠黏膜吸收后直接渗透至盆腔病灶,避免肝脏

首过效应,靶向性更强。临床常用消癥通管方,方中桂枝温阳通脉;川芎、赤芍、当归、丹参、三棱、莪术、王不留行、路路通、皂角刺活血逐瘀、消癥散结;牡丹皮、败酱草凉血解毒、清泄瘀热;延胡索行气止痛;甘草调和诸药。诸药合用,共奏活血化瘀、消癥散结之效。使用时,将中药煎制成 200 mL 药液,自月经干净后 3 d 开始使用,药液在体内保留 2 h 以上,每日 1 次,连续 10 d 为 1 个疗程,连用 3 个疗程,治疗期间严格避孕。针灸疗法在 TOI 治疗中亦具有重要作用,研究表明,其能提高 TOI 患者输卵管通畅率及临床妊娠率^[42]。临床常选用中极、子宫、关元、水道、天枢、太冲、血海、三阴交、阴陵泉等穴位。其中中极、子宫、关元可温补元气、调理冲任;水道、天枢、阴陵泉清利湿浊;太冲疏肝行气;血海活血化瘀;三阴交调补肝脾肾。诸穴合用,共奏通经活络、化瘀散结之功。操作时,腹部穴位可适当深刺,使针感向会阴部放射,四肢穴位常规针刺,力求得气,留针 15~30 min,每周治疗 2~3 次,3 个月经周期为 1 个疗程。

5 验案举隅

马某,女,35 岁。初诊:2024 年 5 月 7 日。主诉:未避孕未孕 2 年余。现病史:患者自 2022 年开始备孕,至今未孕;平素月经周期规律,7/24~28 d,量偏多,色深红,夹大量血块,伴轻微痛经。末次月经:2024 年 4 月 23 日。刻下症见:腰酸,左下腹隐痛,脚凉,纳可,入睡困难,二便调。舌淡,苔薄白,脉沉细。目前避孕,否认妊娠可能。既往史:孕 1 产 0,2021 年 10 月孕 8 周因胚胎停育行清宫术。2023 年 12 月行宫腔镜下子宫内膜息肉切除术。2023 年 12 月行子宫输卵管造影检查提示:右侧输卵管远端梗阻,左侧输卵管通而不畅,其余备孕相关检查未见明显异常。西医诊断:TOI。中医诊断:不孕(肾虚血瘀证)。治法:补肾活血,畅达膜原。方用桃红四物汤合寿胎丸加减。方药:菟丝子、桑寄生各 20 g,续断、当归、白芍、川芎、桃仁、红花、北柴胡、醋鳖甲(先煎)、醋莪术、路路通各 10 g,黄芪、白花蛇舌草、炒酸枣仁各 15 g,蜈蚣 2 条。7 剂,水煎服,日 1 剂,早晚温服。同时予逐瘀通络方外敷,方药:千年健、石见穿、威灵仙、醋莪术各 15 g,白芷、桃仁、红花、制水蛭、艾叶各 10 g,铁线透骨草 30 g。7 剂,每剂可连续使用 3 d,每日 1 次。使用时将药物浸泡后蒸 30 min,装袋热

敷于下腹部,每日 1 次,每次 20~30 min,使用期间严格避孕。

二诊:2024 年 5 月 15 日。服药后腰酸减轻,偶有腹胀,排气多,仍有左下腹隐痛,入睡困难同前,脚凉,纳可,二便调。舌淡,苔薄白,脉沉细。上方加佛手 10 g。7 剂,煎服法同前。中药外敷方法同前。

三诊:2024 年 5 月 25 日。末次月经:2024 年 5 月 20 日。服药后入睡困难改善,偶有左下腹隐痛,脚凉,纳可,二便调。舌淡,苔薄白,脉沉细。上方加益母草 15 g。7 剂,煎服法同前。因经期停用中药外敷。

此后继以补肾活血、畅达膜原之法调治,方用桃红四物汤合寿胎丸加减,并联合中药外敷。自四诊至七诊,连续巩固治疗约 3 个月经周期,期间守法守方,兼顾温阳散寒、行气通络,根据患者左下腹隐痛、脚凉、入睡困难等症状及月经周期阶段调整处方,以改善盆腔内环境。2024 年 9 月 4 日八诊复查子宫输卵管造影,提示右侧输卵管远端梗阻改善,伞端可见液体流出,左侧输卵管通畅度良好。八诊至十一诊继续守方加减,口服中药巩固调理以防复发,同时指导患者监测排卵、适时备孕。备孕期间停用中药外敷。至十一诊,患者诸症基本消失。

十二诊:2025 年 1 月 5 日。末次月经:2024 年 12 月 6 日。查血清 β -人绒毛膜促性腺激素 418 mIU/mL,孕酮 61.2 nmol/L,雌二醇 733 pmol/L。患者诉略有腰酸,偶有入睡困难,二便调。舌淡,苔薄白,脉细滑。予补肾安胎方加减,药物组成:菟丝子、桑寄生各 20 g,续断、党参、白术、茯苓、炙甘草、白芍、陈皮、柏子仁各 10 g,紫河车 6 g。7 剂,煎服法同前。此后,随症调整方药保胎至孕 12 周,嘱定期产检。

本案患者未避孕未孕 2 年余,结合病史、子宫输卵管造影检查及临床症状,西医诊断为 TOI,中医诊断为不孕(肾虚血瘀证)。肾主生殖,肾虚则精血亏虚,主气(肾气)不足,膜原失养;气虚则血行迟滞,瘀血内生,伏留膜原,阻滞输卵管,精子与卵子相遇受阻,发为不孕。患者既往有宫腔手术操作史,耗伤肾气、损伤胞脉,进一步加重主气(肾气)亏虚、客邪凝滞之态,病程缠绵、虚实夹杂,治当扶正祛邪,以补肾活血、畅达膜原为核心治则。内服方以桃红四物汤合寿胎丸化裁,方中菟丝子、桑寄生、续断补肾益精,固护主气(肾气),修复膜原失养之损;当归、川芎、桃仁、红花活血化瘀,醋鳖甲、醋莪术、路路通、蜈蚣散

结通络,直攻膜原瘀阻之标;北柴胡、白芍、黄芪疏肝健脾,防止客邪滋生;配伍白花蛇舌草清热解毒,炒酸枣仁宁心安神。全方补而不滞,扶正与祛邪兼顾,契合肾虚血瘀、主客交结的病机特点。同步予逐瘀通络方中药外敷,方中千年健、威灵仙、铁线透骨草、艾叶、白芷温经通络,散寒祛湿,直达膜原;桃仁、红花、制水蛭、醋莪术、石见穿活血化瘀,软坚散结,松解输卵管粘连。二诊患者腹胀,排气多,其余症状同前,加佛手疏肝理气、调畅气机。三诊患者入睡困难改善,偶有左下腹隐痛,其余症状同前。此时患者适逢行经,增用益母草活血行瘀,助瘀血随经血而泄,因势利导,祛除膜原瘀浊客邪。同时停用中药外敷,以免扰动气血。经三诊方药调整后,四诊至七诊恪守补肾活血、畅达膜原之法,守方治疗约3个月经周期,根据患者腹痛、脚凉、入睡困难等症状及月经周期阶段调整处方。经系统调治,患者诸症渐次改善,主气(肾气)得复,客邪得祛,膜原得通。八诊复查输卵管造影提示右侧远端梗阻改善、伞端通畅,左侧输卵管通畅度良好。嘱患者开始备孕,备孕期间停用中药外敷,以免扰动胎元。八诊至十一诊继续守方加减,十二诊时患者顺利受孕,遂予补肾安胎方加减巩固保胎。方中菟丝子、桑寄生、续断补肾固冲;党参、白术、茯苓、炙甘草取四君子汤之义,健脾益气以资气血生化之源;白芍养血柔肝,缓急止痛;紫河车填精益髓;柏子仁养心安神;陈皮理气和胃,防诸药滋腻碍胃。全方共奏补肾健脾、固冲安胎之效。此后患者定期复诊,中药随症加减保胎至孕12周,期间复查B超提示胚胎发育良好,体现了“主客交-膜原”理论指导下中医辨证论治、内外合治的临床价值。

6 结语

TOI发病机制复杂,部分患者因难以自然受孕而选择辅助生殖技术,但输卵管局部炎症、积水等病理改变,不仅会影响辅助生殖的着床率,还会增加异位妊娠的风险,严重危害女性生殖健康。基于“主客交-膜原”理论,TOI以主气亏虚、膜原不荣为发病之本,客邪停滞、膜原闭塞为发病之标,主客胶结、膜原不通为病机关键。结合临证经验,TOI临床常见肾虚血瘀、脾虚肝郁、脾虚痰瘀、阳虚寒瘀四种证型:肾虚血瘀证治以补肾活血,予桃红四物汤合寿胎丸加减;脾虚肝郁证治以疏肝健脾,予当归芍药散加减;脾虚

痰瘀证治以健脾化痰祛瘀,予完带汤加减;阳虚寒瘀证治以温阳化瘀,予少腹逐瘀汤加减。同时配合中药外敷、中药保留灌肠、针灸等外治手段,多方面综合调理,以期有效促进气血运行,改善盆腔微环境,松解输卵管粘连,恢复其运输精子和卵子的生理功能,从而提高治疗效果。

参考文献

- [1] 李亚, 白文佩, 陈俊雅, 等. 输卵管性不孕全流程管理中国专家共识(2023年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2023, 39(3): 318-324.
- [2] Ambildhuke K, Pajai S, Chimegave A, et al. A review of tubal factors affecting fertility and its management[J]. Cureus, 2022, 14(11): e30990.
- [3] 刘慧琳, 罗梅, 曹亚芳, 等. 中西医结合内外合治输卵管阻塞性不孕的随机对照多中心临床研究[J]. 生殖医学杂志, 2024, 33(11): 1478-1483.
- [4] 李胜男, 王昕. 输卵管性不孕症的中西医研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(7): 43-46.
- [5] 李世大, 陈秀英, 张士表. 活血通管五味汤口服、灌肠联合导丝介入治疗输卵管阻塞性不孕临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(12): 139-141.
- [6] 虞娟, 周丽, 李欣. 活血通瘀法联合热敷方加针刺治疗输卵管阻塞性不孕的临床研究[J]. 中国性科学, 2024, 33(6): 130-134.
- [7] 孙叶, 顾银银, 彭静微, 等. 祛湿活血组合方法联合输卵管加压再通术治疗输卵管阻塞性不孕症的临床疗效观察[J]. 中医药学报, 2024, 52(11): 77-82.
- [8] 纪丰烨, 叶冠成, 王玲, 等. 基于“主客交”理论分期论治儿童过敏性紫癜性肾炎思路探析[J]. 江苏中医药, 2025, 57(8): 31-34.
- [9] 杨楚鸿, 刘筱茂. 中医药治疗输卵管阻塞性不孕的研究进展[J]. 中国性科学, 2024, 33(12): 105-109.
- [10] 吴蝶, 洪丹丹, 陈雯玥, 等. “主客交”理论在子宫颈癌前病变中的应用[J]. 中医药导报, 2024, 30(1): 193-197.
- [11] 刘西洋, 陈旭, 陈俊西, 等. 基于主客交理论辨治新冠后症状[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(4): 628-632.
- [12] 王靖怡, 石嘉恒, 高嘉良. 膜原探究[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 7077-7079.
- [13] 黄小原, 翟双庆. 论皮里膜外与膜原的关系及其临床价值[J]. 中医杂志, 2025, 66(2): 205-208.
- [14] 江媚, 刘雁峰, 莫婷婷, 等. 基于膜原理论探析多囊卵巢综合征[J]. 世界中医药, 2022, 17(11): 1603-1606.
- [15] 周哲旭, 唐洲, 陈星, 等. 从“心包-三焦-膜”系统探析膜原理论[J]. 中医学报, 2023, 38(12): 2512-2516.
- [16] 史伟伟, 张璐, 武艺铭, 等. 中医正邪理论与肿瘤免疫疗法辨证关系研究[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(4): 39-42.

- [17] 李文诗, 孙家乐, 王琳. 中医“扶正祛邪”治则及其在免疫性疾病治疗中的应用[J]. 世界中医药, 2024, 19(17): 2676-2680.
- [18] 黄小原, 翟双庆. 论膜原为周身之间隙[J]. 中医杂志, 2023, 64(4): 422-424.
- [19] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 8.
- [20] 吴亚玲, 王世宣, 张金金. 输卵管功能损伤因素和分子机制研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2022, 38(11): 839-843.
- [21] 李盼盼, 高慧, 刘玉兰, 等. 输卵管阻塞性不孕症的中西医结合研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(23): 2605-2610.
- [22] 王志威, 艾军, 陈莎莎, 等. 班秀文治疗输卵管阻塞经验[J]. 中医杂志, 2021, 62(8): 654-657.
- [23] 曲丹, 蔡怡, 梁雪, 等. 输卵管阻塞性不孕症患者输卵管液中 Th1/Th2 平衡及其细胞因子表达与临床意义[J]. 中国计划生育学杂志, 2023, 31(9): 2138-2141, 2146.
- [24] 林飞, 郭丽丽, 王阶. 基于线粒体的功能阐释中医“气”的作用[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(8): 903-906.
- [25] 高境远, 夏佳琦, 崔天薇, 等. 基于细胞铁死亡从虚气留滞理论探讨多囊卵巢综合征的病机与治疗[J/OL]. 中医药信息, 1-7 [2026-06-10]. <https://link.cnki.net/urlid/23.1194.R.20260530.0950.002>.
- [26] 黄叶芳, 朱博玉, 王妍, 等. 银甲片通过纠正外周血 Th17/Treg 平衡改善慢性输卵管炎大鼠不孕[J]. 中国现代应用药学, 2023, 40(19): 2635-2642.
- [27] 樊泽成. 基于数据挖掘探讨输卵管性不孕中医证治及针药规律[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [28] 马常宝, 张红青, 练菲艳, 等. 基于 NF- κ B 信号通路探讨银红 2 号方对气滞血瘀型输卵管阻塞性不孕症大鼠炎症反应的影响[J]. 福建中医药, 2026, 57(3): 31-34.
- [29] 吴斯怡, 高慧, 刘玉兰, 等. 基于 JAK2/STAT3 信号通路探讨通管助孕方治疗输卵管阻塞性不孕症大鼠作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(2): 31-37.
- [30] 程英龙, 郑瑞, 刘丽. 膈下逐瘀汤通过 TGF- β 1/p38MAPK 通路治疗慢性输卵管炎机制研究[J]. 吉林中医药, 2026, 46(3): 346-351.
- [31] 中国优生科学协会肿瘤生殖学分会. 输卵管积水相关不孕症诊治中国专家共识(2023 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2023, 39(10): 1009-1016.
- [32] 陆义芹, 闫清雅, 董义慈, 等. 国医大师肖承棕治疗输卵管积水经验[J]. 现代中医临床, 2023, 30(2): 21-25.
- [33] 刘晓玲. 针药结合治疗气滞血瘀型输卵管炎阻塞性不孕症的临床疗效观察[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2016.
- [34] 马金辉, 于月新, 张觅觅, 等. 通络活血汤调节 TLR4/NF- κ B 信号通路对输卵管阻塞性不孕症大鼠的干预作用[J]. 陕西中医, 2026, 47(3): 311-316.
- [35] Shao L, Wang N S, Yan Y, et al. Quercetin of Huoxuehuayu Tongluo decoction and azithromycin combination therapy effectively improves rat tubal factor infertility by inhibiting inflammation[J]. Iranian Journal of Basic Medical Sciences, 2024, 27(6): 685-694.
- [36] 刘玲, 谭雅莉, 邵良, 等. 基于炎症相关信号通路探讨活血化瘀通络汤治疗输卵管炎性不孕作用机制[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(9): 2089-2093.
- [37] 贲倩, 刘海燕, 李钰玲. 当归芍药散加味方治疗输卵管积液疗效及对子宫内膜容受性的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(32): 3581-3584, 3593.
- [38] 潘静, 张兵, 党春晓, 等. 逍遥舒坤汤通过 PI3K/Akt/mTOR 调控中性粒细胞胞外诱捕网治疗盆腔炎症性疾病后遗症的机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(15): 69-78.
- [39] 刘颖玫, 刘婉玲, 李锦燕. 完带汤加减治疗输卵管炎性不孕对血清炎症因子的影响[J]. 中国医药科学, 2019, 9(14): 82-84.
- [40] 洪金妮, 林达涛, 陈仔颖, 等. 少腹逐瘀汤对输卵管炎性不孕大鼠 NLRP3 炎症小体的作用研究[J]. 药物评价研究, 2022, 45(12): 2486-2493.
- [41] 李盼盼, 高慧, 刘玉兰, 等. 输卵管阻塞性不孕症的中西医结合研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(23): 2605-2610.
- [42] Huang W R, Ling J, Fang X Z, et al. Comparative efficacy of acupuncture-related interventions for tubal obstructive infertility: A systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Complementary Therapies in Medicine, 2023, 79: 103003.

(本文编辑 陈晨)