

·宫腔粘连的中医药全病程管理专题·

本文引用:尤昭玲,邢艺璇,唐诗,游卉,刘未艾,赵行平,莫蕙.宫腔粘连求子中医诊疗方案的构建与临证实践:全国名中医尤昭玲学术思想与临床经验研究(一)[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(10): 1597-1601.

主编序:

全国名中医尤昭玲,从医近50年,在全国率先提出维系女性生殖健康与安全的“生殖链-终端效应”临证假说,所创“中医妇科生殖五论”及“试管中医调治三期三法”指导女性生殖病证临床诊疗,实现中医精准诊疗女性生殖痼疾,为中医妇科学术的血脉赓续和理论创新做出了重大贡献。其学贯中西,通达古今,将三维彩超等西医先进技术与中医临证治疗思路相结合,在“宫腔粘连”等女性生殖难题的诊疗中取得新突破,形成了“宫腔粘连”中医诊疗体系,极大提高了患者生育率。现刊载尤昭玲教授《宫腔粘连的中医药全病程管理专题》,希望中医界广大同仁及学子以此为契机,一起学习尤昭玲教授“德高术精,惟期博济”的临证态度和“聿著方书,诲人不倦”的治学精神,凝心聚力共同谱写中医药传承创新发展新篇章。

秦裕辉

2022年10月6日

宫腔粘连求子中医诊疗方案的构建与临证实践

——全国名中医尤昭玲学术思想与临床经验研究(一)

尤昭玲¹,邢艺璇²,唐诗³,游卉¹,刘未艾²,赵行平⁴,莫蕙^{2*}

(1.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007;2.湖南中医药大学第二附属医院,湖南长沙410005;
3.澳门科技大学,澳门999078;4.中南大学湘雅三医院,湖南长沙410013)

[摘要] 基于中医学理论、西医学理论与临证经验,采用经阴道三维超声明确诊断并评估宫腔粘连,首次运用超声参数建立宫腔粘连的评分标准,总结宫腔粘连患者带粘妊娠、术后妊娠以及试管移植妊娠3种不同的妊娠方式,构建完整的宫腔粘连求子诊疗方案。着重讲述带粘妊娠的中医诊疗方案,治疗以中药汤剂、药膳煲、食疗糕三者结合,为宫腔粘连所致不孕症提供新思路与方法。

[关键词] 宫腔粘连;不孕;中医诊疗方案;调经方;助卵方;养胎方

[中图分类号] R271.9

[文献标志码] A

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2022.10.001

TCM treatment scheme of intrauterine adhesion for fertilization and its clinical practice: Research on the academic thought and clinical experience of YOU Zhaoling, the National Famous TCM Practitioner (1)

YOU Zhaoling¹, XING Yixuan², TANG Shi³, YOU Hui¹, LIU Weiai², ZHAO Xingping⁴, MO Hui^{2*}

(1. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 2. The Second Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410005, China; 3. Macau University of Science and Technology, Macau SAR 999078, China; 4. The Third Xiangya Hospital of Central South University, Changsha, Hunan 410013, China)

[Abstract] Based on Chinese medicine, western medicine and clinical experience, we applied three-dimensional transvaginal ultrasound to clearly diagnose and evaluate the intrauterine adhesion (IUA); we firstly established the scoring standards of IUA using ultrasound parameters, and summarized three different ways for fertilization, namely fertilization with IUA, fertilization after IUA operation, and in vitro fertilization. The complete diagnosis and treatment scheme of IUA patients fertilization was finally constructed. Our study focused on the TCM diagnosis and treatment of IUA fertilization, with the treatment being the decoction combined with medicated diet pot and food therapy cake, which may provide new ideas and methods for infertility caused by IUA.

[Keywords] intrauterine adhesion; infertility; scheme of TCM diagnosis and treatment; menstruation-adjusting formula; follicle-stimulating formula; fetus-nurturing formula

[收稿日期] 2022-05-08

[基金项目] 国家中医药管理局“尤昭玲全国名中医传承工作室”建设项目(国中医药办人教函[2022]5号);中医药古籍文献和特色技术传承专项项目(GZY-KJS-2021-035);湖南省中医药管理局项目(C2022012);湖南省教育厅科学研究项目(21C0250);湖南省自然科学基金项目(2020JJ4482)。

[第一作者] 尤昭玲,女,全国名中医,教授,博士研究生导师,研究方向:中医治疗不孕不育疾病。

[通信作者] *莫蕙,女,全国名中医,教授,博士研究生导师,E-mail:mohui@ssm.gov.mo。

宫腔粘连 (intrauterine adhesion, IUA) 是指因宫腔手术操作、宫腔感染等因素导致的子宫内膜基层受损, 致使子宫内膜组织纤维化或粘连, 子宫腔形态部分或完全闭塞的状态, 是引起继发性不孕的重要原因, 也是目前临床上常见而棘手的生殖疾病^[1]。由于无痛人流以及宫腔镜的推广普及, IUA 的发生率越来越高, 流产后 IUA 发病率可高达 19.1%^[2]。临床上 IUA 的常规诊断和治疗的金标准均为宫腔镜手术, 术后重度 IUA 患者复发率高达 20.0%~62.5%^[3]。在国家三孩生育的政策背景下, 寻求安全、经济、有效、不良反应少的方式治疗 IUA 导致的不孕症, 成为迫切需要解决的生殖难题。

笔者系第二届全国名中医、第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 从事中西医结合妇科临床、教学、科研近 50 年, 对不孕症、IUA、多囊卵巢综合征、卵巢早衰等妇科临床常见疑难杂症诊疗形成独特完整体系。经过数十年临证, 将中医理论与西医先进的超声诊断技术结合起来, 从无创性以及更经济的方面出发, 为有效提高妊娠率, 构建了完整的 IUA 求子中医诊疗方案, 通过评估患者的生殖情况, 选择不同的妊娠方式。具体妊娠方式包括带粘妊娠、术后妊娠以及试管移植妊娠三大类。现将具体诊疗方案阐述如下。

1 诊断及妊娠方式选择

1.1 超声诊断基础

翟林等^[4]报道三维超声在诊断 IUA 中的价值, 并通过与宫腔镜诊断结果进行相关性分析, 得出经阴道三维超声 (three-dimensional transvaginal ultrasound, 3D-TVS) 诊断 IUA 与宫腔镜检查的结果有较好的一致性。也有研究证实多项超声参数可准确筛查有无 IUA^[5-6]。3D-TVS 由于其可无创全面评估子宫内膜容受性, 已广泛用于国内辅助生殖技术^[7], 可通过评估子宫内膜容受性预测移植时机, 引导移植位置。在生殖医学的临床管理中, 3D-TVS 提供生殖器官解剖特征的基本细节和整体视图, 涵盖子宫内膜容受性的各个方面^[8]。由于 3D-TVS 是评估内膜功能的最佳诊断方式^[9], 再加上 3D-TVS 无创、更经济等患者易接受的优点, 笔者临证中运用 3D-TVS 诊断评估子宫内膜容受性受损伤的程度。

1.2 评估标准

胚胎和子宫内膜容受性是受孕的关键因素, 子

宫内膜容受性^[10]是指内膜允许胚胎黏附、侵入以及诱导内膜间质发生一系列变化, 最终使胚胎得以植入的一种综合状态, 并影响植入后的胚胎生长、胎盘形成及发育。3D-TVS 评估子宫内膜容受性, 判断内膜是否具备孕育的功能, 主要包括以下 10 项指标^[11]: 宫腔形态、宫腔容积、内膜厚度、内膜结构、内膜清晰度、内膜蠕动波、子宫内膜-肌层结合带、内膜血供、内膜均匀性以及月经量。月经量改变是 IUA 最主要的症状, 其量的多少可反映粘连的程度。宫腔形态和宫腔容积直接决定胚胎发育的空间及范围。IUA 会直接导致宫腔形态改变, 其变化程度与粘连程度呈正相关, 粘连严重者甚至整个宫腔封闭或成针孔状。宫腔容积的改变受宫腔形态变化的影响, 主要由宫内口至宫底的深度和宫腔上、中、下 3 段宽度比以及双侧宫角间距 3 项超声参数综合反映宫腔容积大小。内膜情况决定了胚胎着床的环境及发育的营养供给水平, 有研究表明内膜厚度、内膜结构、内膜血供、内膜阻力是评估子宫内膜容受性的重要指标^[12]; 宽度合适、形态正常的内膜-肌层结合带可输送必要的雌激素、孕激素等必需物质到达内膜层^[13]; 内膜蠕动波^[14-15]在正常生殖功能调节和胚胎着床中发挥着重要的作用, 其在月经期的不同时期蠕动方向也各有不同, 排卵期其有规律地双向蠕动有助于受精卵到达宫腔的正常位置, 而着床期内膜蠕动波则静止, 有助于胚胎正常发育。综上评估指标, 建立 IUA 评分标准。详见表 1。

1.3 妊娠方式选择

综合输卵管、卵巢功能等情况, 根据 IUA 轻重程度的分级标准, 可将 IUA 求子分为带粘速孕、术后妊娠以及试管移植妊娠 3 种不同妊娠方式。

1.3.1 带粘速孕 IUA 首选治疗方法为宫腔镜手术, 但其只能恢复宫腔解剖形态, 不能恢复内膜功能。因此, 对于宫腔形态改变不大的轻度 IUA 患者, 宫腔镜手术意义并不大。2015 年中华医学会妇产科学分会制定的《宫腔粘连临床诊疗中国专家共识》^[16]中, 对于 IUA 有生育要求的患者, IUA 分离手术是首选诊疗手段。宫腔镜手术可以恢复宫腔解剖学形态, 但是对于恢复内膜的功能则无明显效果^[10, 17], 对于提高妊娠率及活产率效果不明显。此外, 根据上述 3D-TVS 评分标准, 结合临床手术术中观察, 评分较低的轻度粘连患者解剖形态大致未变, 宫腔镜手术

表1 IUA评分表

项目	1分	2分	4分
月经量	正常经量 1/2 ≤ 月经量 ≤ 正常经量 2/3	极少或点滴干净	闭经
宫腔形态	中段稍内聚或缩窄	宫腔狭小或呈桶状	宫腔封闭或呈针孔状
宫腔容积	宫角间距 > 20 mm; 宫腔中段宽度/双侧宫角距 < 2/3, 双侧内收	宫角间距 < 20 mm; 宫腔下段宽度/宫腔中段宽度 > 2/3, 宫腔下段形态失常	宫腔部分甚至完全闭塞
内膜厚度	6~8 mm	3~6 mm 或膜差 > 3 mm	< 3 mm
内膜结构	内膜中断、连续性欠佳	内膜连续性差或小部分缺失	内膜大片缺失或粘连带形成
内膜清晰度	-	欠清晰	模糊
内膜均匀性	-	欠均匀	不均匀
内膜蠕动波	微蠕动	不规则蠕动	强蠕动或内膜僵硬
内膜-肌层结合带	不均匀, 厚度尚可	3.5~4.5 mm	> 4.5 mm
内膜血供	1级 ≤ 血流 ≤ 2级, 血管支数 > 2支 0.72 < 子宫动脉阻力指数 < 0.8	血流 ≤ 1级, 血管支数 ≤ 2支 0.8 < 子宫动脉阻力指数 < 0.9	血流 0级, 或伴动脉缺失 子宫动脉阻力指数 > 0.9

注: 1~12分, 轻度粘连; 13~28分, 中度粘连; 29~38分, 重度粘连。总分范围为 1~38, 得分越高, 表示宫腔粘连情况越差。

治疗意义不大。另外, 宫腔镜为有创手术操作, 如操作不当会再次损伤内膜, 且宫腔镜手术还有子宫穿孔、空气栓塞、麻醉意外等手术并发症。因此, 在卵巢功能以及输卵管功能正常的情况下, 评分为 1~12分的轻度粘连患者内膜受损程度轻, 子宫内膜容受性尚可, 宫腔形态基本正常, 无明显粘连带, 可在中药调理内膜后直接带粘速孕。

1.3.2 术后妊娠 评分为中度粘连以及重度粘连的患者, 宫腔形态已严重失常, 或有明显粘连带形成, 需要行宫腔镜手术, 恢复解剖形态后, 再调理内膜功能后妊娠。笔者认为手术的时机也是关键问题, 例如重度粘连患者内膜极薄, 血流极差(血流 0级), 伴内膜大片缺失, 或有明显粘连带形成, 子宫内膜功能受损严重, 一方面, 手术难度大, 术中有出血风险; 另一方面, 即使手术恢复解剖形态, 由于内膜功能太差, 术后内膜功能恢复差, 影响手术效果。因此, 重度粘连患者需要中药调理内膜后再行手术。

1.3.3 试管移植妊娠 上述两种妊娠方式的前提是输卵管、卵巢功能均正常, 可快速自然受孕。考虑 IUA 的高复发性特点, 输卵管功能障碍或卵巢功能受损的患者自然妊娠难度大。有研究表明, IUA 术后粘连范围超过 2/3 的患者, 复发率高达 65.52%, 粘连位置为双侧宫角的患者, 术后复发率高达 88.89%^[18]。如分离术后未及时妊娠引起复粘, 则会增加宫腔镜手术次数, 不仅再次损害内膜, 导致临床受孕率降低, 且有创手术及麻醉的并发症对患者身心也会造成巨大伤害。因此, 输卵管功能障碍或卵巢功能受损自然受孕困难的患者, 正确的治疗顺

序应该是先进入试管周期取卵, 配成多个胚胎后, 再行宫腔镜手术分离粘连, 保证术后可及时多次移植, 提高受孕率。

2 中医病因病机

中医古籍中并无 IUA 病名, IUA 可归属于“月经量少”“闭经”“不孕症”等范畴^[9]。IUA 主要病位在胞宫, 胞宫的生理功能为主持月经和孕育胎儿。胞宫通过胞脉、胞络分别与心、肾相连, 其中胞脉属心而络于胞中, 胞络系于肾; 而脾主生血、主统血, 肝藏血、主疏泄, 肺朝百脉, 精血又通过胞脉、胞络渗灌到胞宫, 维持胞宫的正常生理功能。

胞宫又为奇恒之府, 由奇经八脉所护佑, 其中冲、任、督三脉同源三歧, 皆起于胞宫, 冲脉为血海, 任脉为阴脉之海, 任主胞宫, 《素问·上古天真论》云: “女子……二七而天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子。”督为阳脉, 带脉维系胞宫位置, 另加阴跷脉、阳跷脉、阴维脉、阳维脉, 八条经脉各司其职, 共同维系胞宫正常行使其月经及妊娠等生理功能。

综上所述, 辨治 IUA 的病因病机应当考虑胞宫与脏腑、经脉的联系。《济阴纲目·胎堕后为半产》亦曰: “小产重于大产。盖大产如粟熟自脱, 小产有如生采, 破其皮壳, 伤其根蒂也。”^[20]IUA 为金刃损伤胞宫, 导致胞宫络断脉伤, 从而累及各脏及经脉, 如脉不属心、肾不系络、脾不统血、肝不藏血、冲不能润、任不主胞宫、带脉不可维系, 奇经无力护佑, 遂致胞宫不能维持其正常生理功能, 出现月经量少、闭经甚或不孕^[21]。故 IUA 病因明确为金刃损伤, 基本病机为胞脉

受损,络断脉伤^[22-23]。

3 带粘妊娠调治方案

3种不同的妊娠方式都有各自的中医调治方案,本篇重点阐述带粘妊娠的中医调治方案。

3.1 调膜疗疾

轻度 IUA 患者内膜仍有不同程度的受损,故需中药调理 2~3 个月经周期,待改善内膜功能后方可妊娠。治疗重点:调理内膜有疾病,改善内膜血流,提高内膜容受性。

方选调经方(党参 15 g,黄芪 10 g,金银花 10 g,佛手 10 g,连翘 10 g,泽兰 10 g,泽泻 10 g,益母草 15 g)为基础方。党参、黄芪益气扶正,共为君药;金银花、连翘、益母草,清热解毒、活血化瘀,共为臣药;泽兰活血调经,泽泻泄热利湿,佛手疏肝理气和胃,佐助党参、黄芪益气之效,共为佐药。本方针对 IUA 的病因病机,起到调理冲任、理膜化瘀、提高妊娠率的作用。配以养膜糕(山药、莲子、大枣)以及养膜煲(陈皮、三七花、莲子)养血调膜。

3.2 “四期助孕法”备孕

备孕周期运用“四期助孕法”来精准把握着床时机,提高妊娠率。四期依据月经周期,分别为月经期(月经周期第 1~6 天)、月经后期(月经周期第 7~16 天)、着床期(月经周期第 17~26 天)、早孕期(月经周期第 26 天至妊娠 12 周)。此阶段的医疗重点是通过监测排卵,精准掌握患者排卵时机,调膜养卵助孕。

月经期治疗同调膜疗疾阶段,予调经方 6 剂治疗痼疾。月经后期方选助卵方(党参 15 g,黄芪 10 g,白术 10 g,山药 10 g,百合 10 g,覆盆子 10 g,菟丝子 10 g,莲子 10 g,桑椹 10 g,黑枸杞子 6 g,黄精 10 g,佛手 10 g)为基础方。党参、黄芪、白术益气健脾,长膜养膜,共为君药^[24];山药、黄精健脾补肾,共助长养内膜,覆盆子、菟丝子、莲子、桑椹、黑枸杞子五子合而养肝血、益肾经、安心神,共奏暖巢调泡、助膜增长之效,共为臣药;百合补脾健肺,佛手疏肝理气,佐助内膜长养,共为佐药。助卵方的主要功效为养巢调卵、理膜助孕。通过患者月经周期第 11~14 天检测排卵结果,估算排卵时间,安排患者同房,同房后 6 天即着床期,予以着床煲(党参、黄芪、山药)1 个,帮助受精卵着床。

3.3 “安胎二步法”安胎

“安胎二步法”包括着床期“接纳胚胎”(安营)、

早孕期“固系胚胎”(扎寨)。IUA 患者因内膜损伤,胚胎连接欠紧密,妊娠后易出现生化流产、稽留流产、胎膜早破等不良孕产情况。为了提高胎儿成活率,此阶段(妊娠 12 周前)的医疗重点为固胎安胎。

依据 IUA 患者“络断脉伤”的病机特点,方选养胎方(人参花 10 g,白术 10 g,桑寄生 15 g,菟丝子 15 g,莲须 9 g,菊花 5 g,山茱萸 10 g,续断 10 g,桑叶 10 g)为基础方。其中人参花行气散血中之瘀,白术益气健脾以系胎安胎,共为君药;桑寄生、菟丝子、山茱萸、续断补肾固胎,共为臣药;菊花清宣养络,桑叶脉络如网以摄胎固胎^[25],共为佐药;莲须清心安神,为引经之药,为使药。此方的主要功效为益气养血健脾、安胎养胎固胎,以期提高胎儿存活率。配以养胎煲(黄芪、人参花、百合花),共同达到养血安胎的目的。

4 验案举隅

陈某,女,31 岁。初诊:2020 年 10 月 20 日。主诉:月经量少 2 年余,未避孕未妊娠 1 年。现病史:患者诉平素月经周期规律,末次月经 2020 年 9 月 28 日,月经量较前偏少,经期 5 d,经期前 2 天小腹胀痛,尚可忍受,经前无乳胀、腰酸,偶有口干,纳寐可,二便调,舌黯红,苔薄白,脉沉弦。既往史:孕 1 产 0,2018 年 8 月行人工流产。月经周期第 17 天 3D-TV 示:内膜 7.1 mm,内膜显示不清;双侧宫角距离 27 mm,宫腔中段宽度 14 mm,宫腔中下段呈桶状,内膜连续性欠佳,内膜不匀、不清、不平;子宫内膜动脉血流 1 级(2 支血管),内膜不规则蠕动,双侧动脉阻力高。西医诊断:IUA。中医诊断:月经过少(络断脉伤证)。治法:理膜化瘀。方拟调经方加减:党参 15 g,黄芪 10 g,金银花 10 g,佛手 10 g,连翘 10 g,泽兰 10 g,泽泻 10 g,益母草 15 g,当归 10 g,川芎 10 g。21 剂,日 1 剂,分两次服。配以养膜糕 1 盒,1 天两次,1 次 1 片;养膜煲 2 个与乌鸡肉炖服,7 d 炖服 1 个。

二诊:2020 年 11 月 25 日。自诉月经量较前增多,继续予以调经方加减 21 剂、养膜糕 1 盒、养膜煲 2 个,服用方法同前。

三诊:2020 年 12 月 28 日。自诉月经量可,经期无明显腹胀、腹痛,嘱咐患者第一次试孕,月经周期第 1~6 天予以调经方加减 6 剂,月经周期第 7~16 天予以助卵方 10 剂,处方:党参 15 g,黄芪 10 g,白术 10 g,山药 10 g,百合 10 g,覆盆子 10 g,菟丝子 10 g,

莲子10 g,桑椹10 g,黑枸杞子6 g,黄精10 g,佛手10 g。继续配以养膜糕口服,指导患者同房后第6天予着床煲煲汤服,以提高着床率。

四诊:2021年1月12日。患者血人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, HCG)(+),确定已妊娠。予养胎方10剂:人参花10 g,白术10 g,桑寄生15 g,菟丝子15 g,莲须9 g,菊花5 g,山茱萸10 g,续断10 g,桑叶10 g。配以养胎煲2个以保胎,并嘱患者守方,持续服药至妊娠3个月。停经60天随访,B超已看到胎心。

按:本案患者3D-TVS明确西医诊断为IUA。根据患者主诉,中医诊断为“月经过少”,结合患者人工流产的病史以及超声诊断结果,考虑患者病因为金刃损伤胞宫,病机为胞宫络断脉伤。根据《IUA评分表》评估为轻度粘连,患者卵巢、输卵管功能正常,子宫内腔容受性尚可,故选择妊娠方式为带粘妊娠,无须宫腔镜手术分离粘连,调理2个月经周期后妊娠。二诊、三诊在调经方基础上重用益母草,加当归、川芎增强活血化瘀之功效,效果较好。本案前期调理重点为调养内膜。确认妊娠后,考虑IUA的病机、胚胎与内膜连接不紧密的临床特点,予以养胎方配以养胎煲益气养血安胎。

5 结语

运用先进的3D-TVS技术,与中医诊疗相结合,精准诊断并评估IUA患者的子宫内腔功能。综合考虑卵巢、输卵管生殖器官的基础上,首次明晰IUA患者的妊娠方式主要分为3类:带粘妊娠、术后妊娠以及试管移植妊娠,加上不同时期中医辨证论治,构建完整的IUA求子诊疗方案,最大程度减轻患者负担,并有效提高妊娠率。

参考文献

- [1] 丁 焯,戚亚琴,顾小燕,等.中重度宫腔粘连患者TCRA术后生殖预后分析[J].重庆医科大学学报,2017,42(4):406-410.
- [2] 顾小燕,花向东,许 锋,等.200例不同程度宫腔粘连的诊治[J].南京医科大学学报(自然科学版),2014,34(10):1429-1432.
- [3] ZIKOPOULOS K A, KOLIBIANAKIS E M, PLATTEAU P, et al. Live delivery rates in subfertile women with Asherman's syndrome after hysteroscopic adhesiolysis using the resectoscope or the Versapoint system[J]. Reproductive BioMedicine Online, 2004, 8(6): 720-725.
- [4] 翟 林,张 丹,孟 焱.宫腔粘连宫腔形态的三维超声观察[J].中

- 国超声医学杂志,2017,33(2):157-159.
- [5] 戴晨燕,丁利军,茹 彤,等.多项超声参数联合评价宫腔粘连的初步研究[J].中华妇产科杂志,2019,54(10):691-695.
- [6] 黄 睿,黄晓武,吕晓丹,等.三维超声对宫腔粘连的诊断价值及基于冠状面成像评分系统的初探[J].首都医科大学学报,2022,43(3):380-386.
- [7] 于 珍,唐 英,龙囿霖,等.超声评估子宫内腔容受性预测体外受精-胚胎移植临床妊娠结局的Meta分析[J].中国循证医学杂志,2022,22(3):284-290.
- [8] 陈丽荣,张步林.子宫内腔容受性超声研究进展[J].中国医药科学,2020,10(9):28-31.
- [9] 胡 涛,朱爱红,余晶晶,等.联合多项超声指标在IVF-ET中评估子宫内腔容受性[J].南京医科大学学报(自然科学版),2021,41(12):1825-1828.
- [10] 常亚楠,段华.宫腔粘连对子宫内腔容受性的影响与治疗研究进展[J].中华生殖与避孕杂志,2021,41(5):408-412.
- [11] 唐 诗,游 卉,邢艺璇,等.尤昭玲临证子宫内腔容受性评估体系的构建探讨[J].中华中医药杂志,2021,36(11):6471-6473.
- [12] 白晓慧,梁碧荣,杨建享,等.三维能量多普勒超声对不孕症薄型子宫内腔容受性的诊断价值[J].中国妇幼健康研究,2020,31(3):360-364.
- [13] 何 莹,任 青,程忠平.子宫内腔-肌层结合带的结构、功能与子宫腺肌病的关系[J].医学综述,2016,22(12):2317-2320.
- [14] 段 华,甘 露.宫腔粘连的诊疗现状与进展[J].重庆医科大学学报,2017,42(4):373-377.
- [15] 许 彬,李艳萍.子宫内腔蠕动波与胚胎着床[J].中国实用妇科与产科杂志,2020,36(6):507-512.
- [16] 中华医学会妇产科学分会.宫腔粘连临床诊疗中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2015,50(12):881-887.
- [17] 段 华,甘 露.宫腔粘连子宫腔整复手术质量控制[J].中国实用妇科与产科杂志,2022,38(1):36-40.
- [18] 王燕尔,曾艳梅,胡惠敏.宫腔粘连患者宫腔镜术后复发的危险因素分析[J].中国妇幼保健,2021,36(2):306-309.
- [19] 汤懿德,刘恒炼,白殊同,等.补肾活血方联合宫腔灌注治疗对宫腔粘连相关机制TGF- β 1、Smad2和Smad3的影响分析[J].重庆医科大学学报,2020,45(5):660-666.
- [20] 武之望.济阴纲目[M].北京:人民卫生出版社,2006:284.
- [21] 汤懿德,翁双燕.补肾活血法分期治疗联合宫腔灌注对重度宫腔粘连术后子宫内腔容受性及妊娠结局的影响[J].广州中医药大学学报,2020,37(3):426-431.
- [22] 邢艺璇,吴 阳,唐 诗,等.尤昭玲辨治宫腔粘连求子经验[J].中国中医药信息杂志,2021,28(1):133-136.
- [23] 唐 诗,邢艺璇,吴 阳,等.尤昭玲宫腔粘连-求子临证认知与诊疗策略[J].中华中医药杂志,2021,36(1):256-259.
- [24] 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.
- [25] 周夏芸,尤昭玲,游 卉.浅谈体外受精-胚胎移植之尤氏养胎二步法[J].中华中医药杂志,2016,31(9):3572-3574.