

引用:林姝彤,李军.郭志强基于“卵巢微癥瘕”理论探讨多囊卵巢综合征卵泡发育障碍相关性不孕症的防治思路[J].中医导报,2025,31(3):204-207.

郭志强基于“卵巢微癥瘕”理论探讨 多囊卵巢综合征卵泡发育障碍相关性 不孕症的防治思路*

林姝彤,李 军

(北京中医药大学东直门医院,北京 100700)

[摘要] 针对多囊卵巢综合征卵泡发育障碍相关性不孕症,郭志强提出“卵巢微癥瘕”理论,认为本病病机以肾虚为本,痰湿、瘀血为关键病理产物和致病因素,癥瘕内生为主要病理表征。其临证以“卵巢微癥瘕”理论为指导,以调经育种、消癥散瘀法治疗该疾病,临床收效满意。

[关键词] 多囊卵巢综合征;不孕症;卵巢微癥瘕;卵泡发育障碍

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2025)03-0204-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.03.037

多囊卵巢综合征(polycystic ovarian syndrome, PCOS)是一种多基因、多因素、全身性和炎症性疾病,影响女性患者生命的各个阶段,育龄期患者可出现不孕症和习惯性流产^[1]。研究^[2]表明,PCOS患者体内异常的激素水平会诱导未成熟的小卵泡提前闭锁及黄素化,即表现为排卵障碍。卵泡发育、排出障碍会导致PCOS患者合并不孕症,严重影响患者的身心健康。因此,探寻PCOS卵泡发育障碍的病因,对于PCOS卵泡发育障碍相关性不孕症的防治至关重要。

中医药在治疗PCOS卵泡发育障碍方面优势明显^[3],但仍缺乏相关深入的中医理论认识。中医学者们普遍认为该病与肾、脾、肝三脏功能失调引起的痰瘀阻滞有关^[4]。肾藏精,肾精亏虚,天癸乏源,可致月经稀少或经闭,引起卵泡排出障碍。女子以肝为先天,若肝失疏泄,气机不畅,气滞则血瘀,可表现为经血难下甚至经闭。PCOS患者多肥胖,饮食不节,喜食生冷等伤及脾胃,内生痰湿,阻滞胞宫,也可表现为月经不调,影响排卵。

郭志强(1940—2020年),首都国医名师,从事妇科医疗、教学和科研工作五十余年,对月经病、不孕症、妇科杂病、先兆流产等疾病从理论到临床都有灼见。笔者师承于北京中医药大学东直门医院李军,李军为郭志强传承弟子,故有幸在整理郭志强临床医案时发现其基于微观辨证的观点,其将现代医学与“微型癥瘕”理论相结合应用于临床,独创“郭氏序贯疗法”取得了良好的临床效果。在继承前贤思想和总结临床经验的基础上,郭志强认为PCOS卵泡发育障碍和微癥瘕之

间在病机和证治分型上的共同之处,进而提出“卵巢微癥瘕”的理论观点。本文介绍郭志强“卵巢微癥瘕”理论的概念来源、基本内容、核心病机和防治思路等,希望为中医药在PCOS卵泡发育障碍相关性不孕症的理论体系建立与临床治疗上提供参考。

1 “卵巢微癥瘕”的来源

古人很早就对癥瘕有了明确的概念。《灵枢·百病始生》中就已经有了关于积聚的描述,提出瘀血凝滞于脏腑而不去,则成积聚。《丹溪心法要诀》也认为痰、食、血等有形之邪积滞成块则为积。《血证论》中认为经络脏腑间的瘀血结聚则为癥瘕,可见古人将癥瘕归于积聚的范畴。《诸病源候论·癥瘕病诸候》中确立了癥瘕之名^[5],以不动者为癥,动则为瘕。“微型癥瘕”理论在古籍中并不能找到具体记载,最早由国医大师吕仁和提出^[6]。他认为痰、热、郁、瘀等病理产物互相积聚于络脉,凝为癥瘕积聚,且因其细小入微,体表难以触及,形成“微型癥瘕”,并基于糖尿病微血管病变的病理基础,提出“肾络微型癥瘕”学说。当病理产物积聚于肾络,即细胞外产物堆积,日久而成微型癥瘕,肾脏组织病理观察到肾纤维化,表现为小管间毛细血管狭窄,血管阻力增加,肾小球血流量减少,肾小球萎缩、塌陷和肾小管萎缩,最终导致肾功能的丧失^[7]。

PCOS在中医古籍中并没有具体记载,而是归属于“月经后期”“不孕”“闭经”等范畴。《丹溪心法》云:“肥盛妇人,禀受甚厚,恣于饮食,经水不调,不能成胎,谓之脂痰满溢,闭塞子宫,宜行湿燥痰。”明朝医家认为“脂痰凝涩”,阻碍血液运行,

*基金项目:北京中医药薪火传承“新3+3”工程(2023-ZYSF-25)

通信作者:李军,女,主任医师,研究方向为中西医结合防治妇科疾病

痰瘀相互胶结阻于胞宫致女子月经不调、不孕^[8]。故认为PCOS的中医病机主要为痰、瘀等病理产物积聚于卵巢络脉,形成“癥瘕”,因其同样细小入微,体表难以触及,故称“微型癥瘕”。其在超声下表现为卵巢体积、卵泡体积更大,平均卵泡数更多,卵巢间质动脉搏动指数、阻力指数值更低,即“高速低阻”现象^[9]。这种血流异常现象与血管异常生成有关,而血管的异常生成又与调节血管生成的各类细胞因子(如VEGF等)的异常分泌有关。这种内环境的异常使得卵泡发育障碍,难以排出,最终可导致不孕。因其发病机理与微型癥瘕相似,故提出“卵巢微癥瘕”理论。

2 “卵巢微癥瘕”理论阐述

在肾-天癸-冲任-胞宫轴的作用下,生育期女性每个月经周期都要经历一次气血阴阳的盈亏消长转化。而PCOS患者受多种病因的影响,气血亏虚,阴长不足,卵泡发育迟滞,大量卵泡停滞在发育的早期,表现为卵巢内存在大量的2~9 mm小卵泡,而无优势卵泡出现;氩氩时期阴血不足,不能达到重阴,阴阳转化障碍,卵泡不能发育成熟,导致排卵障碍;黄体期阳长乏源,由于卵泡期阴长迟滞,导致不能达到“重阴”状态,黄体期的阳长是在卵泡期积累的“重阴”基础上化生而来,欠佳的“重阴”状态导致阳长的乏源,引起黄体功能不健;月经期经血排泻不畅,瘀血阻滞。郭志强认为,在月经期,作为“奇恒之腑”的胞宫当泻则泻,泻出瘀血浊液有利于下一周期的“藏”。由于卵泡期阴长迟滞、黄体期阳长乏源均可导致血海满盈欠佳,祛瘀生新之力不足,瘀血浊液阻滞于胞脉络,形成微型癥瘕,此微型癥瘕既为病理产物又为病理因素,再次引起下一周期卵泡期的阴长迟滞,形成恶性循环,故而PCOS常表现为卵泡发育障碍。针对PCOS卵泡发育障碍导致的无排卵、无优势卵泡等情况,郭志强自拟“促排卵汤”以滋补肝肾、温阳活血。方中在滋阴养血基础上加入羌活、丹参、益母草等通脉开窍、养血活血之药,促进卵泡成熟排出,临床中取得了良好的疗效。

3 基于“卵巢微癥瘕”论PCOS卵泡发育障碍相关性不孕症的病因病机

3.1 肾虚是卵巢微癥瘕形成的始动环节 肾为先天之本。《诸病源候论·虚劳病诸候上》中指出“虚劳之人,阴阳伤损,血气凝涩,不能宣通经络,故积聚于内也”。《医宗必读》亦认为积聚形成的原因是正气不足,邪气积聚。《校正妇人良方大全》认为肾气充盛则冲任通,月经才可按时而至。故古医家认为肾气亏虚为癥瘕形成的始因,近代中医学家也有相同的认识。祝谌予认为,PCOS本虚为肾虚,标实为痰瘀^[10]。国医大师夏桂成提出,肾中阴阳失衡、生精乏源为PCOS发生的根本^[11]。肾阴为一身阴气之根,也是生长发育的物质基础;肾阳为一身阳气之本,也是卵子排出的内在动力^[12]。癥瘕的形成责之于肾,肾虚则气机失于推动,血行不畅,血脉虚滞,多种病理产物相互凝聚,长期蕴结不解形成有形之物,阻于络脉,经久不散而成癥瘕,即“因虚致癥”。

3.2 痰湿、瘀血是卵巢微癥瘕的主要构成部分 《万氏妇人科》指出:“盖妇人之身,内在脏腑开通,无所阻塞,外而经隧流利,无所碍滞。”《血证论》认为津血同源,津液变为痰,血液

凝滞而成瘀。痰瘀既互为致病因素又互为病理产物,互相渗透,互相转化,以致痰瘀胶伏,久之易变而生癥瘕。超声、核磁共振等检测方法可以观察到卵巢的皮质增厚、卵巢增大,卵泡数量增多等表现,病理检查可以看到卵巢表面纤维化。现代研究也验证了祛痰化瘀药可以抑制PCOS大鼠卵泡细胞与组织器官中的纤维化相关因子的表达,从而改善卵巢纤维化^[13]。故中医学认为,痰瘀互结、壅阻胞宫而使卵巢发生形态学改变,会导致卵泡发育不成熟且数量变多^[14-15],进而发展为不孕。

3.3 卵泡发育障碍是卵巢微癥瘕的主要表现 研究^[16]发现,卵泡能否发育成为优势卵泡依赖于肾精、肾气的充盛与否,而脾胃运化所化生的后天水谷之精可以不断充养二者,故应在补肾药中加入少量补脾药,以后天补先天,促进卵泡生长发育成为优势卵泡。而PCOS患者是否能正常排卵与痰瘀互结有关,故针对PCOS患者的治疗注重化痰和活血药物的运用,成熟卵泡更易于突破卵巢表层从而正常排卵。这与现代研究相一致^[17],卵巢体积减小,小卵泡数量随之减少,更有利于优势卵泡的形成和排出,卵巢体积与卵泡发育和排出有直接相关性。这也反向证明了卵巢微癥瘕是导致PCOS患者无优势卵泡排出的主要原因。

4 基于“卵巢微癥瘕”理论探讨PCOS卵泡发育障碍相关性不孕症防治方法

4.1 补肾益精以候月经 肾主生殖,以藏精血,候月经以育种子。超过81.0%的PCOS患者会出现月经后期的症状,这与PCOS患者稀发排卵有关^[18]。《傅青主女科》提出五脏六腑之血归于肾,从而产生月经。《医学正传·妇人科》亦云:“月水全赖肾水施化,肾水既乏,则经血日以干涸”,充分阐明了月经依靠肾精的转化,乙癸同源,精不足则血不盛,最后出现精枯经停。故而调经重在补肾。张逸等^[19]通过研究142例真实世界PCOS患者资料发现,经补肾养血调经方治疗后,患者月经及生殖情况均得到明显改善。PCOS规范化诊治中也建议^[20],对于有生育需求的患者,即PCOS排卵障碍相关性不孕的患者来说,调整月经周期为常用的预处理方法。即便没有生育需求,调整月经周期使子宫内膜周期性脱落,也可大大降低子宫内膜癌变及其他内分泌疾病发生的风险。目前西医对于PCOS引起的月经紊乱除激素治疗外尚无更好的药物治疗方案,不仅停药后易反复,还会造成患者的心理负担。而中医对此则有独特的优势,大量临床研究^[21]表明,依据“补益肾精”这一治则处方用药可以极大地调整患者的月经周期,改善症状。

4.2 阴阳调和以育种子 重阴必阳,重阳必阴。排卵期女子肾中真阴真阳相互转化,此期重阴下泄,让位于阳,阳升则动,卵子能正常排出,卵子与精子顺利结合,是受孕的关键。正常排卵的充分且必要条件为“重阴化阳”。陈旭等^[22]认为PCOS排卵障碍的主要原因是阴阳转化失常,阴阳转化的关键首先取决于能否达到“重阴”,即具备充盛的肾阴与成熟的卵泡;同时也必须有“阳”的精准调控、参与和引导,即当令生成的肾阳,若阴阳失衡,则不能达到重阴状态,不能满足刺激卵泡发育至成熟卵泡的峰值程度,继而不能达到化阳的条件,导致无法实现排卵。故而临床诊疗应尤为注重调和阴阳。胡国华指出补肾之法,应滋肾阴与补肾阳并重,使“阳得阴助而

生化无穷、阴得阳升而源泉不竭”，达到阴阳双补的目的^[23]。朱南孙在使用益肾药物时也注意阴阳并补，以期达到阴平阳秘的最佳状态^[24]，当肾中阴阳达到平衡时，那么就能气血生化有源，鼓动有力，结为孕珠了。郭志强则强调“不损天然之气血便是调经之大法”，应该通过认识月经全周期阴阳消长转化的规律性，顺应气血阴阳变化，实现调节月经周期、改善排卵以促孕的目的。

4.3 活血化痰以消癥瘕 张景岳认为瘀血积聚而成癥瘕，妇人多见。瘀血不去新血不生，瘀久癥瘕停留于卵巢络脉，致使卵巢表层增厚，卵泡无法排出，形成卵巢多囊样结构，从而导致PCOS患者排卵障碍。现代医家^[25]也证实活血化痰中药可改善卵巢局部血流动力学，增加卵巢血流量，促进卵巢颗粒细胞生长发育，降低雄激素水平，使卵巢包膜变薄、恢复正常形态及功能。《景岳全书》亦云“五脏虽皆可生痰，然而痰之化在脾，痰之本在肾”。PCOS的本质为肾虚，肾阳不化，火不暖土导致痰湿内盛。痰、瘀既可单独治病，又可相互凝结而致病。元代朱丹溪首创“痰挟瘀血，遂成窠囊”论，强调痰与瘀之间互损、共存、互结的特点，故当痰瘀凝结留滞于胞中络脉时，也可形成导致卵巢包膜增厚之癥瘕。现代生物学研究^[26]发现，对于PCOS患者采用化痰祛瘀破积消癥中药，能够显著缓解PCOS不孕症患者盆腔血流瘀阻的现象，改善子宫、卵巢血流阻力，促进卵泡生长发育，提高排卵率、增加着床率，达到改善排卵障碍的目的。

5 验案举隅

患者，女，33岁，2024年3月5日初诊。主诉：停经3个月余。患者初潮11岁，周期2~5个月，量大，常淋漓不尽，10余天净，色深红，有血块，无痛经等其他不适。十余年前于外院诊为“多囊卵巢综合征”，未予系统诊治。患者身高165 cm，体质量65 kg，体质量指数(BMI)23.875 kg/m²，末次月经：2023年12月3日，量色质同前。2023年分别于8月、9月、10月、11月于外院多次超声监测排卵均提示：双侧卵巢单切面卵泡数为9~10个，未见优势卵泡。自测排卵试纸均未见强阳性，排卵期未见拉丝样白带，BBT未测。既往病史：已婚2年余，孕0产0。刻下症见：纳眠可，大便调，乏力，腰酸，小便频，未诉其他不适。舌暗，苔白，舌下络脉瘀曲，脉沉细。就诊当日查经阴道彩超提示：内膜厚15 mm，双侧卵巢单切面卵泡数为9~10个。查性激素六项提示：FSH 6.86 mIU/mL，LH 5.99 mIU/mL，PRL 25.2 ng/mL，T 0.21 ng/mL，P 0.19 ng/mL，E₂ 47.9 pg/mL。西医诊断：多囊卵巢综合征。中医诊断：月经后期(肾虚血瘀证)。患者有生育需求，故治疗以补肾活血、养血调经以育种子为主，考虑患者久未行经及内膜厚度，先予黄体酮胶囊口服(0.2 g/次，每晚1次，连服7 d)以行经，行经后予郭氏序贯疗法治疗。(1)处方一：月经期第1~3天服用自拟养血调经汤加减。方药组成：醋延胡索15 g，鸡血藤15 g，熟地黄15 g，当归15 g，干益母草15 g，赤芍15 g，丹参15 g，盐小茴香10 g，肉桂10 g，川牛膝15 g，细辛3 g，醋莪术15 g，桃仁12 g，红花15 g，川芎10 g，乌药15 g，路路通15 g，炒王不留行15 g，地龙10 g，大血藤20 g，醋三棱15 g，制水蛭6 g。3剂，1剂/d，分2次服用。(2)处方二：即日起服至月经期停，处方一服完后复服本方，方予自拟促排卵汤加减。方药

组成：菟丝子30 g，枸杞子15 g，炙淫羊藿12 g，覆盆子10 g，续断20 g，牛膝12 g，麸炒白术15 g，熟地黄15 g，当归15 g，制巴戟天10 g，桑寄生20 g，党参15 g，炙黄芪15 g，麦冬15 g，法半夏9 g，白芍20 g，甘草6 g，茯苓15 g，生薏苡仁30 g，车前草15 g，炒决明子15 g，炒芥子10 g。11剂，1剂/d，分2次服用。嘱测基础体温，忌食辛辣寒凉之品。

2诊：2024年3月29日。末次月经：2024年3月15日，量大，7 d净，前3 d约每日8片夜用卫生巾，可湿透，色深红，有血块。舌暗，苔白，舌下络脉瘀曲，脉沉细。就诊当日超声监测排卵未见优势卵泡，BBT未升高。予自拟促排卵汤加减。方药组成：醋延胡索15 g，鸡血藤15 g，熟地黄15 g，当归15 g，赤芍15 g，丹参15 g，川牛膝15 g，醋莪术15 g，桃仁12 g，红花15 g，川芎10 g，乌药15 g，路路通15 g，炒王不留行15 g，大血藤15 g，法半夏9 g，决明子15 g，炒芥子10 g，生山楂10 g，桂枝10 g，制巴戟天10 g，甘草6 g。14剂，1剂/d，分2次服用。

3诊：2024年4月29日。末次月经：2024年4月20日，余同前。舌暗，苔薄白，舌下络脉瘀曲，脉沉细滑。4月3日超声监测排卵提示右侧卵巢可见一大小约2.0 cm×1.8 cm卵泡，4月5日提示卵泡已排出，上月BBT双相，现未升高。予自拟促排卵汤加减，方药组成：菟丝子15 g，枸杞子15 g，炙淫羊藿12 g，覆盆子10 g，续断20 g，牛膝12 g，麸炒白术15 g，熟地黄15 g，当归15 g，制巴戟天10 g，桑寄生20 g，党参15 g，炙黄芪15 g，阿胶珠10 g，麦冬15 g，法半夏9 g，白芍15 g，甘草6 g，陈皮10 g，山药20 g。14剂，1剂/d，分2次服用。嘱患者继续监测BBT及超声下监测排卵。

4诊：2024年5月16日。经史同前。舌暗胖大边有齿痕，苔薄白，舌下络脉瘀曲，脉沉细略滑。5月10日监测排卵提示左侧卵巢可见一大小约1.9 cm×1.8 cm卵泡，5月13日B超示卵泡已排出。BBT现已升高2 d，做如下处理。(1)处方一：经期第1~3天服用自拟养血调经汤加减。方药组成：醋延胡索15 g，鸡血藤15 g，熟地黄15 g，当归15 g，菟丝子15 g，赤芍15 g，丹参15 g，炒决明子15 g，炒芥子10 g，生山楂12 g，醋莪术15 g，桃仁12 g，红花15 g，川芎10 g，路路通15 g，炒王不留行15 g，地龙10 g，大血藤20 g，醋三棱15 g。3剂，1剂/d，分2次服用。(2)处方二：即日起服至月经期停，处方一服完后复服本方，方予自拟促排卵汤加减。方药组成：菟丝子30 g，枸杞子15 g，牛膝12 g，熟地黄15 g，当归15 g，桑寄生20 g，党参15 g，炙黄芪15 g，麦冬15 g，法半夏9 g，赤芍10 g，甘草6 g，茯苓15 g，生薏苡仁30 g，车前草15 g，炒决明子15 g，炒芥子10 g，丹参25 g，干石斛15 g，桂枝10 g，酒女贞子15 g。11剂，1剂/d，分2次服用。嘱测基础体温、监排，忌食辛辣寒凉之品。

5诊：2024年6月1日。末次月经5月26日，余同前。舌暗，苔薄白，舌下络脉瘀曲，脉沉滑。处方予自拟促排卵汤加减，方药组成：菟丝子15 g，枸杞子15 g，炙淫羊藿12 g，覆盆子10 g，续断片20 g，牛膝12 g，麸炒白术15 g，熟地黄15 g，当归15 g，制巴戟天10 g，桑寄生20 g，党参15 g，炙黄芪15 g，麦冬15 g，法半夏9 g，赤芍10 g，甘草6 g，菟丝子10 g。14剂，1剂/d，分2次服用。嘱患者本周起继续监测BBT及超声下监测排卵。

6诊：2024年6月30日。现停经35 d，6月11日B超示右侧卵

巢可见一大约2.1 cm×2.0 cm卵泡,6月12日B超示卵泡已排出,本月BBT双相,现仍未下降,今晨自测HCG试纸阳性。查血激素示:P 30.21 ng/mL,HCG 12 840.27 mIU/mL,E₂ 417 pg/mL,提示妊娠,自诉近日腰酸,予安胎治疗。后随访至2024年12月,孕妇各项指标均正常。

按语:患者诊断明确为多囊卵巢综合征,既往月经稀发,多次监排均无优势卵泡形成及排出,就诊时已停经3个月余,结合患者激素水平及超声检查考虑停经主要是由无排卵所致,故初诊时首要恢复患者正常的月经周期,故予孕激素撤退出血,进入新的月经周期后以促进优势卵泡的形成与排出以助孕为主。四诊合参,辨为肾虚血瘀证,基于郭志强提出的“卵巢微瘢痕”理论,予郭氏序贯疗法治疗,将活血通脉药贯穿始终,自拟促排卵汤加减以助阴阳转化,使小卵泡发育至优势卵泡并顺利排出,最后患者成功受孕。

6 结 语

PCOS排卵障碍相关性不孕是育龄期妇女常见的生殖内分泌疾病。该病因复杂,病程久,治疗难,严重困扰着育龄期女性的心理及身体健康。中医药治疗不孕症具有特色和优势。基于前贤理论及临床经验,郭志强提出了“卵巢微瘢痕”理论,认为卵巢微瘢痕的病因虚实夹杂,肾虚是卵巢微瘢痕形成的起始环节,而痰瘀互结则是其发病的重要因素,排卵障碍是其主要表现。将PCOS排卵障碍的病机概括为“虚-瘀-痰-癥”,治疗上应在补肾益精、调和阴阳的基础上,施以化痰活血、消癥散结之法,标本兼治,从而促进阴阳调和、肾精充盛,痰瘀得解,则癥瘕自消。目前“卵巢微瘢痕”作为一个创新性理论,仍缺乏相关循证医学证据,故未来亟待深入挖掘和总结“卵巢微瘢痕”理论指导下的临床辨证与治疗原则,以增强传统中药防治PCOS卵泡发育障碍相关性不孕症的临床效果。

参考文献

- [1] 武冕,杨国辉,叶平.中西医结合治疗多囊卵巢综合征致不孕症的现状与思考[J].中国现代医生,2024,62(1):95-97.
- [2] 张楚,董浩旭,宋琦璠,等.多囊卵巢综合征相关不孕症发病机制的研究进展[J].现代妇产科进展,2020,29(8):629-631.
- [3] 曹琳果,李艳青,高蕊,等.中医药干预多囊卵巢综合征的研究进展[J].中国性科学,2023,32(11):128-131.
- [4] 李雨冰,李晋宏.多囊卵巢综合征的中医病名、病因病机探讨[J].中医临床研究,2023,15(24):109-112.
- [5] 巢元方.诸病源候论[M].宋白杨,校注.北京:中国医药科技出版社,2011.
- [6] 刘尚建,王翠,王耀献,等.“肾络微型瘢痕”理论初探[J].中国中医基础医学杂志,2009,15(9):649-650.
- [7] 许胜杰,潘志.微型瘢痕与器官纤维化[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(9):1209-1211.
- [8] 闵璐,刘逸超,满玉晶,等.从中医虚痰瘀角度论治多囊卵巢综合征并发子宫内膜病变[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(3):440-442.
- [9] 陈奕男,秦将均.超声监测PCOS患者卵巢间质血流动力学变化及其与血清ES、VEGF的相关性分析[J].中国超声医学杂志,2021,37(4):453-456.
- [10] 梁晓春.祝湛予治疗多囊卵巢综合征的经验[J].中国临床医生杂志,2019,47(6):631-633.
- [11] 陈婕,谈勇,任青玲,等.国医大师夏桂成调治PCOS的理念与方法[J].南京中医药大学学报,2017,33(6):551-553,569.
- [12] 王雪宁,孙嘉兴,安晓飞.以肾为本治疗多囊卵巢综合征研究进展[J].河南中医,2023,43(10):1601-1606.
- [13] 刘卫红,崔琳,申意彩,等.祛痰化瘀方对脱氢表雄酮诱导PCOS模型大鼠性激素及卵巢纤维化相关因子的影响[J].中医研究,2018,31(7):73-76.
- [14] 刘芸蔚.四逆汤加味联合达英-35治疗寒湿凝滞证多囊卵巢综合征疗效观察[D].南京:南京中医药大学,2012.
- [15] 杨楠,张宁,任健,等.从痰壅胞宫探讨启宫丸治疗痰湿型多囊卵巢综合征机制[J].山东中医药大学学报,2024,48(1):27-31.
- [16] 袁洁姣,林洁.从气血痰郁论治多囊卵巢综合征[J].中国民族民间医药,2022,31(8):87-89.
- [17] 马堃,李佳妮,宫林娟,等.补肾促卵冲剂治疗多囊卵巢综合征导致不孕症临床及代谢机制研究[J/OL].中国中药杂志:1-12[2024-02-27].<https://doi.org/10.19540/j.cnki.cjcm.20240115.503>.
- [18] 董希露,吴林玲,张晗,等.从《傅青主女科》探析中医治疗多囊卵巢综合征[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(2):78-80.
- [19] 张逸,杨丽萍,陈萍,等.补肾养血调经方治疗肾虚血瘀型PCOS的真实世界研究[J].湖南中医药大学学报,2024,44(1):70-76.
- [20] 王兆亿,梁湘萍,刘风华.多囊卵巢综合征排卵障碍的规范化诊治[J].实用妇产科杂志,2023,39(11):815-819.
- [21] 魏停,倪小红.中医药治疗多囊卵巢综合征月经不调研究进展[J].广西中医药大学学报,2023,26(6):58-61.
- [22] 陈旭,王昕.从“阴未盛-阳先至”探析多囊卵巢综合征中医病机[J].中华中医药学刊,2023,41(11):45-48.
- [23] 杨玲,杨艺娇,倪晓容.胡国华教授从肾虚论治多囊卵巢综合征临床经验[J].河北中医,2019,41(7):973-975,985.
- [24] 吴中恺,周莉娜,赵莉,等.朱南孙治疗多囊卵巢综合征不孕经验[J].中医文献杂志,2023,41(2):70-72.
- [25] 宫林娟,马堃.从肾虚血瘀论治多囊卵巢综合征导致排卵障碍性不孕[J].环球中医药,2022,15(5):850-853.
- [26] 孙森,王玉艳,孟小钰,等.基于“肾虚、痰湿、血瘀”的现代生物学基础探讨PCOS中医病机的科学内涵[J].时珍国医国药,2022,33(6):1412-1415.

(收稿日期:2024-04-23 编辑:罗英姣)