

指南与共识

DOI: 10.16305/j.1007-1334.2026.z20251202005

冷冻胚胎移植周期薄型子宫内膜中医分期干预方案专家共识

张勤华^{1,2}, 林 益¹, 章晓乐¹, 马娟娟¹, 胡攀伟¹, 李 丽¹, 孙宁宇¹, 韩鸳鹂¹

1. 上海中医药大学附属曙光医院(上海 201203); 2. 中国中西医结合学会围产专业委员会(北京 100700)

【关键词】 薄型子宫内膜; 体外受精-胚胎移植; 冷冻胚胎移植; 中医药疗法; 专家共识

Expert consensus on staged traditional Chinese medicine intervention for thin endometrium in frozen embryo transfer cycles

Zhang Qinhu^{1,2}, Lin Yi¹, Zhang Xiaole¹, Ma Juanjuan¹, Hu Panwei¹, Li Li¹, Sun Ningyu¹, Han Yuankun¹

1. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China;

2. Perinatal Medicine Committee of Chinese Association of Integrative Medicine, Beijing 100700, China

Keywords: thin endometrium; in vitro fertilization-embryo transfer; frozen embryo transfer; traditional Chinese medicine therapy; expert consensus

体外受精-胚胎移植(in vitro fertilization-embryo transfer, IVF-ET)技术自问世以来,已成为治疗多种原因所致不孕症的重要手段。影响IVF-ET结局的因素众多,其中子宫内膜作为胚胎着床的“土壤”,在胚胎与母体之间发挥着关键的媒介作用。移植期的子宫内膜只有同时具备合适的厚度、良好的形态、丰富的血流及相关分子生物学检测阳性,才能具备良好的容受性,并配合胚胎发育阶段的需求。薄型子宫内膜(thin endometrium, TE)是促排卵及辅助生殖周期中的棘手难题。其发生与多种因素密切相关,如高龄生育、既往反复宫腔操作或宫腔感染导致的子宫内膜基底层损伤、慢性炎症刺激、内分泌环境失衡以及长期使用激素类药物等。TE患者在影像学上常表现为子宫内膜厚度持续低于临床公认的适宜值,且伴有内膜血流信号减少、分布

不均。因此,TE患者易出现胚胎反复种植失败、早期流产率升高等问题,严重影响IVF-ET的累积妊娠率和活产率。

当前西医治疗TE的策略主要包括药物干预、手术治疗及部分免疫调节治疗等。药物治疗以雌激素类制剂应用最为广泛,其中大剂量雌激素冲击疗法在临床上被视为常规方案,其目的在于通过短期强化雌激素刺激,促进子宫内膜增殖和修复。但临床研究^[1]发现,此类治疗不能显著增加内膜厚度,对改善妊娠结局效果有限,且可能引起腺体分泌异常、宫腔积液和静脉血栓风险增加等不良反应。宫腔镜下子宫内膜搔刮术有助于探明病因、明确诊断和积极治疗,但在某些情况下可能增加宫腔感染风险,尤其是育龄期女性,常伴有宫腔粘连。阿司匹林、西地那非、维生素E等作为改善TE的辅助药物在一定程度上能够改善子宫内膜血供,但临床实际疗效仍存在争议。对于这些治疗方案临床上并未形成专家共识。

综上所述,西医针对TE的干预手段尚缺乏统一规范,疗效不稳定且不良反应相对突出,适用人群

[基金项目] 国家重点研发计划“中医药现代化”重点专项(2024YFC3505800);上海市卫健委2023年度中医药标准化项目(2023JSPY05)

[作者简介] 张勤华,女,主任医师,教授,博士研究生导师,主要从事中西医结合辅助生殖技术治疗不孕症的研究工作

有限,尤其是对于既往多次治疗失败或存在复杂并发症的患者,更显乏力。在这一背景下,中医药在改善子宫内膜情况和妊娠结局方面的潜在价值逐渐受到关注。中医学中虽无TE之病名,但根据其月经量少、经色晦暗、痛经、不孕及反复妊娠丢失等临床表现,可将其归属于“月经量少”“闭经”“不孕症”“滑胎”等范畴。其病机以本虚标实为主,多与肾虚、脾虚、气血不足有关,兼见冲任失调、胞宫失养、瘀血内阻。中医治疗TE包括内治和外治两个方面。内治主要采用补肾填精、养血活血、疏肝理气、调摄冲任等中药,以促进胞宫气血精微充实,从而有助于子宫内膜修复与增殖;外治可采用针刺、艾灸、贴敷等疗法,从经络气血层面改善盆腔血流和子宫局部微环境。近期研究^[2-4]显示,中医药干预可在一定程度上增加子宫内膜厚度、改善内膜血流参数,并有望提高胚胎移植后的临床妊娠率和持续妊娠率。然而,这些研究多为单中心、小样本观察,研究设计和评价指标尚不统一。目前关于TE的中医和中西医结合治疗的文献,大多为分散的、单中心自主设计的临床研究或回顾性分析,缺乏大样本、多中心的前瞻性随机对照试验,尚未形成系统的循证证据体系。此外,口服中药方剂、针刺取穴及治疗时机的选择亦存在较大差异,不同机构间方案不一,临床医师在实际工作中往往依赖个人经验进行辨证论治,缺乏可操作性强、易于推广的规范化诊疗路径。

基于上述现状,有必要在充分梳理现有临床与实验研究的基础上,整合中西医两方面的优势经验,结合辅助生殖技术及冷冻胚胎移植周期的特点,构建一套分期、分型、分层的中医干预方案。本共识拟在西医常规治疗及辅助生殖技术流程的框架内,引入循证基础较为可靠的中医和中西医结合干预措施,对不同阶段(如预备期、内膜准备期及胚胎移植术后)进行有节律、有重点的调治,以期临床提供较为统一、规范、可参考的诊疗思路和操作指引,从而进一步提高TE患者的妊娠结局与生活质量。

1 制定方法

本共识的设计及制定流程依据《中西医结合诊疗指南制定手册》^[5]、《GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分:疾病》^[6]以及《宫腔粘连临床诊疗中国专家共识》^[7]、《辅助生殖技术中异常子宫内膜诊疗的中国专家共识》^[8]、《孕激素维持早期

妊娠及防治流产的中国专家共识》^[9]和《复发性流产中西医结合诊疗指南》^[10]等相关内容。

1.1 发起和支持单位 本共识由中国中西医结合学会围产专业委员会和上海市中医药学会妇科分会共同发起,在上海市卫生健康委员会相关项目支持下,由上海中医药大学附属曙光医院牵头组织制定,并由上海中医药大学科技信息中心提供方法学支持。共识制定过程中,充分结合中医妇科、生殖医学及中西医结合辅助生殖领域的临床实践需求,围绕冷冻胚胎移植周期TE患者诊疗中的核心问题开展内容设计与反复论证。

1.2 证据检索 本共识以冷冻胚胎移植周期TE患者的临床管理为导向,依据患者群体、干预措施、对照措施和结局指标(PICO)原则,对需解决的临床问题进行归纳和分解,重点聚焦于TE的病因识别、中医分期干预时机、中西医协同治疗路径及妊娠结局改善等内容。在文献检索方面,采用主题词与自由词相结合的方式,对各项临床问题分别进行系统检索。检索数据库包括PubMed、Web of Science、Embase、Cochrane、中国生物医学文献服务平台、中国知网及万方数据知识服务平台,并辅以手工补充检索和参考文献追溯。检索时限为各数据库建库至2023年10月。主要检索词包括“月经量少”“薄型子宫内膜”“不孕”“子宫内膜容受性受损”等。纳入研究以中医或中西医结合干预为主要措施的治疗性或预防性研究为主;对于同一机构、同一作者在相近时段发表且研究内容重复的文献,仅保留代表性文献用于分析。

1.3 证据等级评价 本共识依据《基于证据体的中医药临床证据分级标准建议》^[11]对纳入文献进行证据等级判定。证据等级分为Ⅰ~Ⅴ级,其中Ⅰ级证据强度最高,随后依次递减。Ⅰ级为大样本(≥ 100 例)随机研究,结果较为明确,假阳性或假阴性误差较低;Ⅱ级为小样本(< 100 例)随机研究,结果存在一定不确定性,假阳性和/或假阴性误差相对较高;Ⅲ级包括非随机同期对照研究及古今中医专家共识;Ⅳ级包括非随机历史对照研究及当代中医专家共识;Ⅴ级包括病例报道、非对照研究及专家意见。证据等级评价主要用于反映现有研究的可靠程度,为后续推荐意见形成提供依据。

1.4 推荐意见形成 在系统检索、筛选、评价和汇总现有证据的基础上,结合中医理论特点、临床实践经验、干预措施的可行性与安全性,由共识专家

组通过专家咨询、会议讨论和反复修订等程序形成推荐意见,并以共识度反映专家意见的一致性。推荐级别分为 A~E 级,强度以 A 级最高,并依次递减。A 级:至少有 2 项 I 级研究结果支持;B 级:仅有 1 项 I 级研究结果支持;C 级:仅有 II 级研究结果支持;D 级:至少有 1 项 III 级研究结果支持;E 级:仅有 IV 级或 V 级研究结果支持。

2 适用范围

本共识主要适用于拟行冷冻胚胎移植,并在内膜准备周期中经充分内膜准备后仍提示子宫内膜偏薄的患者。TE 的判断建议以经阴道超声测量为主:激素替代周期宜在拟启动孕酮转化或黄体支持前进行评估;自然周期或促排卵周期宜在排卵触发日、排卵日前后或黄体转化前进行评估。若经阴道超声于子宫矢状位测量宫底附近最厚内膜处提示子宫内膜厚度 $<7\text{ mm}$,可作为本共识所指 TE 的重要参考标准。对于单次测量 $<7\text{ mm}$ 者,建议结合内膜形态、血流信号、既往周期内膜反应及必要时复测结果进行综合判断。适用对象主要为中医妇科、中西医结合妇科及生殖医学科临床医师。需要说明的是,本共识侧重于为 TE 患者提供分期干预思路,并不替代必要的病因筛查、宫腔评估及常规辅助生殖技术管理;对于存在严重宫腔解剖异常、放射治疗损伤、结核性子宫内膜损害等情况者,仍应首先明确病因并进行针对性处理。

3 中医治疗原则

中医治疗 TE 应结合患者具体病情、辅助生殖技术进程及子宫内膜动态变化进行分阶段干预。临床上可分为预备期、内膜准备期及胚胎移植术后 3 个阶段,在辨证论治基础上分别采取相应治疗措施,以改善子宫内膜状态,提高胚胎着床率和妊娠结局。

4 预备期辨证论治

预备期应首先通过病史采集明确 TE 的可能病因^[12-13],并排除盆腔放射治疗、子宫内膜结核等导致内膜基底层受损的情况。建议完善三维阴道超声及基础性激素检查,必要时行宫腔镜检查以明确宫腔状态^[10]。对于单纯性 TE 患者,可在常规辅助生殖管理基础上进行中医辨证论治,必要时酌情联合雌二醇、阿司匹林、西地那非等药物促进内膜生长^[13]。对于合并宫腔粘连者,宜先行宫腔镜手术解除粘连,并根据粘连程度进行分级和预后评估,相

关诊疗可参照《宫腔粘连临床诊疗中国专家共识》^[7]及《辅助生殖技术中异常子宫内膜诊疗的中国专家共识》^[8]。

预备期用药应坚持辨证论治原则。瘀血阻滞明显者,可在非妊娠状态下酌情采用活血化瘀、祛瘀生新之法;三棱、莪术、水蛭、土鳖虫等破血逐瘀药物不作为常规用药,仅限于瘀血证明确、尚未进入孕酮转化或胚胎移植后阶段的患者,由中医妇科医师短程辨证使用。进入孕酮转化后、胚胎移植前后及存在妊娠可能时,应避免使用破血逐瘀、通经下行、攻逐走窜及妊娠安全性不明确的药物。具体辨证论治如下。

以下各证型所列方药为成人常用水煎剂参考方案,并非固定处方。临床应用时应依据患者年龄、体质、月经情况、宫腔状态、内膜准备阶段及合并疾病进行加减,具体剂量应结合《中华人民共和国药典(2025 年版)》中的规范以及地区饮片供应、医疗机构处方管理要求调整。方药组成以主方为基础,强调君臣佐使配伍及核心药物应用,避免将推荐药物理解为所有药物同时使用。

(1)肾虚血瘀型(V 级证据, E 级推荐, 共识度 100%)

临床表现:子宫内膜薄,或有宫腔粘连史,或有子宫腺肌病、多发性子宫肌瘤病史,月经后期,经量少,甚至点滴即净,经色紫暗有块、块下痛减,经行小腹胀痛或刺痛拒按;头晕耳鸣,腰膝酸软,尿频,性欲淡漠;舌质紫暗,或有瘀点,舌苔薄白,脉沉细涩。

治法:补肾活血调经。

主方:归肾丸(《景岳全书》)^[14]合桃红四物汤(《医宗金鉴》)^[15]、温肾活血方(上海中医药大学附属曙光医院经验方)^[16]加减。

推荐药物:熟地黄 10~15 g, 山药 10~15 g, 山茱萸 6~10 g, 枸杞子 10~12 g, 菟丝子 10~15 g, 盐杜仲 10~12 g, 当归 6~10 g, 川芎 3~6 g, 赤芍 6~10 g, 丹参 10~15 g, 鸡血藤 15~30 g, 桃仁 6~9 g, 红花 3~6 g。

方义:熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、盐杜仲补肾填精、调养冲任为君;当归、赤芍、鸡血藤养血和血为臣;丹参、川芎、桃仁、红花活血通络、祛瘀生新为佐。诸药合用,使肾精得充、冲任得调、瘀血得化、胞宫得养。

(2)阳虚血瘀型(V 级证据, E 级推荐, 共识度 100%)

临床表现:子宫内膜偏薄,既往反复自然流产或多次宫腔操作,月经后期,或见稀发月经、甚则闭经,经量少,经色紫暗或夹瘀血块,经行下腹冷痛、遇温则减/块下痛减;婚后久不受孕,腰膝酸冷,畏寒肢冷,面色晦暗,眶周黯黑,性欲低下,或小便频数、多夜尿,或大便溏薄;舌质淡暗,舌苔薄白,脉沉迟或沉细无力。

治法:温肾固冲调经。

主方:右归丸(《景岳全书》)^[14]合少腹逐瘀汤(《医林改错》)^[17]加减。

推荐药物:熟地黄 10~15 g,山药 10~15 g,山茱萸 6~10 g,菟丝子 10~15 g,盐杜仲 10~12 g,巴戟天 6~10 g,当归 6~10 g,川芎 3~6 g,赤芍 6~10 g,醋延胡索 6~10 g,蒲黄 6~10 g,五灵脂 6~10 g,桂枝 3~6 g,艾叶 3~6 g。

方义:熟地黄、山药、山茱萸、菟丝子、盐杜仲、巴戟天温补肾阳、调摄冲任为君;当归、赤芍养血和血为臣;川芎、醋延胡索、蒲黄、五灵脂活血止痛、祛瘀通络为佐;桂枝、艾叶温经散寒,引药达胞宫为使。

(3)肝肾阴虚型(V级证据,E级推荐,共识度 100%)

临床表现:子宫内膜薄,经量少,甚至点滴即净,经色鲜红、质黏稠,或伴明显血腥味,或辅助检查提示卵巢储备功能下降;头晕耳鸣,腰膝酸软,五心烦热,烦躁易怒,眼目干涩,形体消瘦,口咽干燥;舌质红,舌苔少,脉弦细数或沉细无力。

治法:滋肾补肝,益阴调经。

主方:左归丸(《景岳全书》)^[14]加减。

推荐药物:熟地黄 10~15 g,山药 10~15 g,山茱萸 6~10 g,枸杞子 10~12 g,女贞子 10~12 g,墨旱莲 10~15 g,当归 6~10 g,炒白芍 10~15 g,菟丝子 10~15 g,阿胶珠 6~10 g,龟甲胶 6~10 g,盐杜仲 10~12 g。

方义:熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子滋补肝肾、填精养阴为君;女贞子、墨旱莲、龟甲胶滋阴益精为臣;当归、炒白芍、阿胶珠养血柔肝为佐;菟丝子、盐杜仲补肾调冲,使滋阴而不碍冲任。

(4)气血亏虚型(V级证据,E级推荐,共识度 100%)

临床表现:子宫内膜偏薄,经量少,甚至闭经,经色淡、质稀,或经期缩短;常见面色萎黄少华,皮肤干燥不润,头晕眼花,心慌心悸,健忘神疲,夜眠不安或多梦;舌质淡,舌苔薄白,脉细弱无力。

治法:养血益气调经。

主方:八珍汤(《正体类要》)^[18]加减。

推荐药物:党参 10~15 g,炒白术 10~12 g,茯苓 10~15 g,炙黄芪 15~30 g,当归 6~10 g,川芎 3~6 g,炒白芍 10~15 g,熟地黄 10~15 g,炙甘草 3~6 g。

方义:党参、炙黄芪补益中气为君;炒白术、茯苓健脾助运为臣;当归、炒白芍、熟地黄养血调冲为佐;川芎行血中之气,使补而不滞;炙甘草调和诸药为使。

(5)肝郁气滞型(V级证据,E级推荐,共识度 100%)

临床表现:子宫内膜薄,月经先后不定期,经量或多或少,经色黯红或有血块;性情抑郁或烦躁易怒,胸胁胀满,乳房胀痛;舌质红,舌苔薄白或薄黄,脉弦。

治法:疏肝解郁调经。

主方:柴胡疏肝散(《景岳全书》)^[14]加减。

推荐药物:柴胡 6~9 g,制香附 6~10 g,枳壳 6~10 g,炒白芍 10~15 g,炙甘草 3~6 g,当归 6~10 g,川芎 3~6 g,丹参 10~15 g,益母草 10~15 g,菟丝子 10~15 g,盐杜仲 10~12 g。

方义:柴胡、制香附疏肝理气为君;枳壳、炒白芍调肝缓急为臣;当归、川芎、丹参、益母草养血活血、调经通络为佐;菟丝子、盐杜仲补肾调冲,炙甘草调和诸药为使。

5 内膜准备期辨证论治

冷冻胚胎移植内膜准备期是改善子宫内膜厚度、形态、血流及容受性的重要窗口期。中医干预宜结合内膜准备方案、月经周期节律及子宫内膜动态变化进行分期调治。根据内膜准备进程,可分为行经期、经后内膜增殖期及孕酮转化前期/移植前期进行干预。

(1)行经期(V级证据,E级推荐,共识度 96.16%)

临床表现:子宫内膜薄,经行不畅,经量少,经色紫暗或夹血块,经行小腹胀痛或刺痛,或既往有宫腔操作、宫腔粘连、子宫内膜损伤等病史;舌质暗或有瘀点,脉弦涩或沉涩。

治法:祛瘀生新,调经下膜。

主方:柴胡疏肝散(《景岳全书》)^[14]加减。

推荐药物:柴胡 6~9 g,制香附 6~10 g,陈皮 6~10 g,炒白术 10~12 g,茯苓 10~15 g,当归 6~10 g,川芎 3~6 g,赤芍 6~10 g,蒲黄 6~10 g,五灵脂 6~10 g,益母草 10~15 g,炙甘草 3~6 g。

方义:柴胡、制香附疏肝理气、调畅气机为君;当归、川芎、赤芍养血活血、祛瘀生新为臣;蒲黄、五灵脂、益母草化瘀下膜、调经止痛为佐;陈皮、炒白术、茯苓健脾理气,使祛瘀而不伤正,炙甘草调和诸药为使。

(2)经后内膜增殖期(V级证据,E级推荐,共识度96.16%)

临床表现:月经净后至孕酮转化前,子宫内膜增长缓慢或反复偏薄,月经量少,色淡或色暗,可伴腰膝酸软、头晕乏力、面色少华,或内膜血流信号不足;舌淡或淡暗,脉细弱或沉细。

治法:补肾填精,养血益气,活血通络。

主方:归肾丸(《景岳全书》)^[14]合四物汤(《医宗金鉴》)^[15]加减。

推荐药物:熟地黄 10~15 g,山药 10~15 g,山茱萸 6~10 g,枸杞子 10~12 g,菟丝子 10~15 g,盐杜仲 10~12 g,当归 6~10 g,炒白芍 10~15 g,川芎 3~6 g,丹参 10~15 g,鸡血藤 15~30 g,炙黄芪 15~30 g。

方义:熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、盐杜仲补肾填精、调养冲任为君;当归、炒白芍养血柔肝、充养胞宫为臣;丹参、鸡血藤、川芎活血通络、促进气血运行,使补而不滞为佐;炙黄芪益气生血、助气行血,以增强内膜修复之力。诸药合用,共奏补肾养血、益气通络、促进内膜生长之功。

对于经常规内膜准备及中医辨证干预后仍反复出现内膜偏薄、既往移植失败或合并宫腔因素的患者,可由生殖医学专科医师在充分评估病因、排除宫腔病变并充分知情同意后,酌情考虑粒细胞集落刺激因子(G-CSF)或富血小板血浆治疗技术(PRP)等宫腔局部辅助治疗的探索性应用^[19-20]。

(3)孕酮转化前期/移植前期(V级证据,E级推荐,共识度96.16%)

临床表现:拟启动孕酮转化或胚胎移植前,子宫内膜厚度偏薄,或虽达移植标准但既往有反复种植失败、早期流产史,可伴腰膝酸软、神疲乏力、少腹隐坠、情志紧张;舌淡红或淡暗,脉沉细或弦细。

治法:补肾养血,调摄冲任,助膜转化。

主方:寿胎丸(《医学衷中参西录》)^[21]合归肾丸(《景岳全书》)加减^[14]。

推荐药物:菟丝子 10~15 g,续断 10~15 g,桑寄生 10~15 g,盐杜仲 10~12 g,山药 10~15 g,熟地黄 10~15 g,枸杞子 10~12 g,当归 6~10 g,炒白芍 10~15 g,茯苓 10~15 g,炒白术 10~12 g。

方义:菟丝子、续断、桑寄生、盐杜仲补肾固冲、调摄冲任为君;熟地黄、山药、枸杞子滋肾填精、养血助膜为臣;当归、炒白芍养血柔肝、调和胞脉为佐;茯苓、炒白术健脾益气,使气血生化有源,并防滋腻碍胃。诸药合用,使肾气得充、气血得养、冲任得固,有助于内膜由增殖状态向适宜移植的转化状态过渡。

6 胚胎移植术后辨证论治

胚胎移植术后应在常规黄体支持和生殖医学管理基础上,根据患者体质、既往妊娠史、移植后症状及中医证候进行辨证干预。治疗目标为补肾健脾、益气养血、固冲安胎、调和气血。若患者合并免疫功能紊乱、凝血异常或其他影响妊娠维持的因素,应在生殖医学专科评估基础上给予相应对症处理。此阶段用药尤应强调安全性,慎用破血逐瘀、通经下行、峻补燥烈及有妊娠禁忌或安全性不明确的药物。相关推荐意见可参考《孕激素维持早期妊娠及防治流产的中国专家共识》^[9]及《复发性流产中西医结合诊疗指南》^[10]。

(1)肾虚胎元不固型(V级证据,E级推荐,共识度96.16%)

临床表现:既往反复移植失败或早期流产史,腰膝酸软,夜尿频,头晕耳鸣,神疲乏力;舌淡或淡红,脉沉细。

治法:补肾固冲,养血安胎。

主方:寿胎丸(《医学衷中参西录》)^[21]加减。

推荐药物:菟丝子 10~15 g,续断 10~15 g,桑寄生 10~15 g,盐杜仲 10~12 g,阿胶珠 6~10 g,山药 10~15 g,党参 10~15 g,炒白术 10~12 g。

方义:菟丝子、续断、桑寄生、盐杜仲补肾固冲、安胎为君;阿胶珠养血止血、滋阴安胎为臣;山药、党参、炒白术健脾益气,使气血生化有源为佐。诸药合用,共奏补肾固冲、养血安胎之功。

加减:腰酸明显者,加狗脊、桑寄生;乏力明显者,加黄芪、党参;阴虚者,加女贞子、墨旱莲。

(2)脾肾两虚型(V级证据,E级推荐,共识度96.16%)

临床表现:移植后神疲乏力,纳差,腹胀,大便溏薄,腰酸,小腹隐坠;舌淡苔白,脉细弱。

治法:补肾健脾,益气安胎。

主方:寿胎丸(《医学衷中参西录》)^[21]合四君子汤(《太平惠民和剂局方》)^[22]加减。

推荐药物:菟丝子 10~15 g,续断 10~15 g,桑寄

生 10~15 g, 党参 10~15 g, 炒白术 10~12 g, 茯苓 10~15 g, 山药 10~15 g, 炙甘草 3~6 g。

方义: 菟丝子、续断、桑寄生补肾固冲、安胎为君; 党参、炒白术、茯苓、山药健脾益气、培补后天为臣; 炙甘草益气和中、调和诸药为佐使。诸药合用, 使肾气得固、脾气得健、冲任得养。

加减: 腹胀明显者, 加陈皮、砂仁; 便溏明显者, 加莲子肉、芡实。

(3) 气血亏虚型 (V 级证据, E 级推荐, 共识度 96.16%)

临床表现: 面色少华, 心悸气短, 头晕乏力, 睡眠不安; 舌淡, 脉细弱。

治法: 益气养血, 固冲安胎。

主方: 泰山磐石散(《女科: 产后编》)^[23]或八珍汤(《正体类要》)^[18]加减。

推荐药物: 党参 10~15 g, 炙黄芪 15~30 g, 炒白术 10~12 g, 茯苓 10~15 g, 当归 6~10 g, 炒白芍 10~15 g, 熟地黄 10~15 g, 阿胶珠 6~10 g, 续断 10~15 g, 桑寄生 10~15 g, 炙甘草 3~6 g。

方义: 党参、炙黄芪补益元气、固护胎元为君; 炒白术、茯苓健脾助运, 使气血生化有源为臣; 当归、炒白芍、熟地黄、阿胶珠养血和营、充养冲任为佐; 续断、桑寄生补肾安胎, 炙甘草调和诸药为使。诸药合用, 共奏益气养血、固冲安胎之功。

(4) 肝郁脾虚型 (V 级证据, E 级推荐, 共识度 96.16%)

临床表现: 情志紧张, 胸胁胀满, 睡眠不安, 纳差腹胀; 舌淡红或边尖红, 脉弦细。

治法: 疏肝健脾, 养血安胎。

主方: 逍遥散(《太平惠民和剂局方》)^[22]合寿胎丸(《医学衷中参西录》)^[21]加减。

推荐药物: 柴胡 3~6 g, 炒白芍 10~15 g, 当归 6~10 g, 茯苓 10~15 g, 炒白术 10~12 g, 炙甘草 3~6 g, 菟丝子 10~15 g, 续断 10~15 g, 桑寄生 10~15 g。

方义: 柴胡疏肝解郁为君; 炒白芍、当归养血柔肝为臣; 茯苓、炒白术健脾助运, 调和肝脾为佐; 菟丝子、续断、桑寄生补肾固冲安胎, 炙甘草调和诸药为使。诸药合用, 使肝气得疏、脾气得健、冲任得养。

加减: 睡眠不安者, 加酸枣仁、合欢皮; 焦虑明显者, 加郁金、佛手。

7 结语

本专家共识在系统检索国内外相关文献的基

础上, 结合专家意见与临床实践经验形成, 旨在为 TE 患者辅助生殖过程中的中西医结合诊疗提供规范化参考。需要指出的是, 目前中医药联合辅助生殖技术干预 TE 的高质量证据仍相对不足, 已有研究在样本量、研究设计、结局指标及随访时长等方面仍存在一定局限, 尚不足以全面回答不同病因类型、合并疾病状态及不同治疗阶段中的全部临床问题。因此, 临床应用本共识时, 应充分把握推荐意见的证据基础与适用边界, 并结合患者具体情况、医疗资源条件及个体意愿, 作出合理的个体化诊疗决策。未来有待更多高质量研究进一步积累证据, 以推动本共识的持续修订与完善, 更好地服务临床实践。

执笔:

张勤华, 林 益, 马娟娟 上海中医药大学附属曙光医院

专家共识组成员(按姓氏拼音排序):

毕丽娟	上海市中医文献馆
曹 琦	复旦大学附属妇产科医院
程 雯	海军军医大学附属第一医院
董 莉	上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院
付金荣	上海中医药大学附属龙华医院
郭丽华	新乡市妇幼保健院
胡欣欣	温州市中医院
金富锐	上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院
李 鹤	上海交通大学医学院附属仁济医院
李昆明	上海市第十人民医院
李 文	上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院
刘 艺	成都中医药大学附属医院
罗颂平	广州中医药大学第一附属医院
马 景	杭州市中医院
马小娜	北京中医药大学第三附属医院
齐 聪	上海中医药大学附属曙光医院
曲 凡	浙江大学医学院附属妇产科医院
孙宁霞	海军军医大学附属第二医院
孙振高	山东中医药大学附属医院
谭 蕾	上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院
唐蕊蕊	浦东新区公利医院
汪新妮	武汉市中医医院

王 凌 复旦大学附属妇产科医院
徐莲薇 上海中医药大学附属龙华医院
杨 红 上海中医药大学附属市中医医院
俞超芹 海军军医大学附属第一医院
张婷婷 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院
章晓乐 上海中医药大学附属曙光医院
郑一君 上海中医药大学附属曙光医院
朱芝玲 复旦大学附属妇产科医院

参考文献:

- [1] Mak J S M, Chung C H S, Chung J P W, et al. The effect of endometrial scratch on natural-cycle cryopreserved embryo transfer outcomes: a randomized controlled study [J]. Reprod Biomed Online, 2017, 35(1): 28-36.
- [2] 岳本明, 赵倩, 张雨露. 生长因子-粒细胞集落刺激因子联合滋阴养血汤对薄型子宫内膜(肾阴虚型)患者子宫内膜容受性的影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2025, 33(11): 2474-2478.
- [3] 马从顺, 崔媛媛, 朱婉珊, 等. 3 种治疗方案对薄型子宫内膜患者冻融胚胎移植临床结局的影响[J]. 实用医学杂志, 2025, 41(22): 3474-3479.
- [4] 王艺杰, 马贤德, 陆迪, 等. 针对薄型子宫内膜反复移植失败患者子宫内膜容受性的 Mate 分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(10): 1978-1985.
- [5] 卢传坚, 杨克虎. 中西医结合诊疗指南制定手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [6] GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第 1 部分: 疾病[S].
- [7] 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.
- [8] 赵静, 黄国宁, 孙海翔, 等. 辅助生殖技术中异常子宫内膜诊疗的中国专家共识[J]. 生殖医学杂志, 2018, 27(11): 1057-1064.
- [9] 陈子江, 林其德, 王谢桐, 等. 孕激素维持早期妊娠及防治流产的中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(7): 481-483.
- [10] 中国中西医结合学会, 中华中医药学会, 中华医学会, 等. 复发性流产中西医结合诊疗指南[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(9): 2544-2556.
- [11] 陈薇, 方赛男, 刘建平. 基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(3): 358-364.
- [12] Talukdar N, Bentov Y, Chang P T, et al. Effect of long-term combined oral contraceptive pill use on endometrial thickness[J]. Obstet Gynecol, 2012, 120(2 Pt 1): 348-354.
- [13] Liu K E, Hartman M, Hartman A. Management of thin endometrium in assisted reproduction: a clinical practice guideline from the Canadian Fertility and Andrology Society [J]. Reprod Biomed Online, 2019, 39(1): 49-62.
- [14] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 452-455.
- [15] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 闫志安, 何源, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 512.
- [16] 林益, 马娟娟, 翁晓晨, 等. 温肾活血方联合电针治疗肾虚瘀血型反复种植失败的随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(5): 544-552.
- [17] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023: 51-53.
- [18] 薛己. 正体类要[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 22.
- [19] 梁靓, 李蓉. 不同人群冻融胚胎移植周期内膜准备方案的选择[J]. 中华生殖与避孕杂志, 2020, 40(8): 670-674.
- [20] 中国输血协会临床输血管理专业委员会富血小板血浆创新技术专家联盟子宫修复项目组. 自体单采富血小板血浆治疗薄型子宫内膜的专家共识[J]. 临床输血与检验, 2023, 25(3): 289-296.
- [21] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2009: 341-345.
- [22] 宋太医局. 太平惠民和剂局方[M]. 陈承, 裴宗元, 陈师义, 校正. 北京: 中国中医药出版社, 2020: 122-125, 143-145, 222-225.
- [23] 傅山. 女科: 产后编[M]. 北京: 商务印书馆, 1957: 34-37.

编辑: 马丽亚

收稿日期: 2025-12-02