

引用:龙俊瑶,范洪桥.肉芽肿性乳腺炎之阴阳属性与治法[J].中医药导报,2025,31(6):182-185.

肉芽肿性乳腺炎之阴阳属性与治法*

龙俊瑶,范洪桥

(湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007)

[摘要] 从痈疽病名、病因病机及临床表现等角度探讨肉芽肿性乳腺炎的阴阳属性。肉芽肿性乳腺炎病名虽为“痈”，却有“疽”的内涵与实质；病因病机以阳虚为本，痰瘀互结、郁久化热为标。根据临床表现，肉芽肿性乳腺炎主要证型为半阴半阳证，以阴证为主。治法当以温阳法为基础，温阳可促阳化气，透阴可转阳，促使阴证转变为阳证。方药以阳和汤为基本方，根据具体辨证可灵活采用温阳清热解毒、温阳化瘀散结、温阳活血化瘀等治法。

[关键词] 肉芽肿性乳腺炎；阴阳属性；半阴半阳证；温阳法；阳和汤

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2025)06-0182-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.06.034

Discussion on the Yin-Yang Attribute and Treatment of Granulomatous Mastitis

LONG Junyao, FAN Hongqiao

(The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410007, China)

[Abstract] This paper discusses the Yin-Yang attribute of granulomatous mastitis from the perspectives of carbuncle and ulcer names, etiology, pathogenesis, and clinical manifestations. Although the disease name of granulomatous mastitis is "carbuncle", it contains the connotation and essence of "ulcer". The etiology and pathogenesis are rooted in Yang deficiency as the fundamental aspect, with phlegm-blood stasis intermingling and prolonged stagnation transforming into heat as the secondary manifestation. According to clinical manifestations, the main syndrome type of granulomatous mastitis is semi-Yin semi-Yang syndrome, predominantly Yin syndrome. The treatment should be based on Yang-warming therapy, as warming Yang can promote Yang to transform Qi, penetrate Yin to turn Yang, and facilitate the transformation of Yin syndrome into Yang syndrome. Yanghe Decoction (阳和汤) is used as the basic prescription, and specific therapies such as warming Yang to clear heat-toxin, warming Yang to resolve phlegm and dissipate nodules, and warming Yang to promote blood circulation and remove blood stasis can be flexibly adopted according to syndrome differentiation.

[Keywords] granulomatous mastitis; Yin-Yang attribute; semi-Yin semi-Yang syndrome; Yang-warming therapy; Yanghe Decoction

肉芽肿性乳腺炎是发生在非哺乳期或非妊娠期的乳房慢性化脓性疾病。肝气郁结，气滞导致血、津液输布与代谢异常，酿生痰浊、瘀血之邪阻滞于乳络而成块。肝郁日久易生化火，蒸酿腐肉酿脓而成，溃后易成瘘管或窦道^[1]。该病多辨证为肝经郁热证，常采用疏肝清热、活血消肿的柴胡清肝汤治疗，但临床疗效欠佳，且疗程漫长。郑钦安在《医理真传》中提及：“医学一途，不难于用药，而难于识症，亦不难于识证，而难于识阴阳。”^[2]阴阳辨证是八纲辨证的首纲，亦是一切外科疾病辨证的总纲。诊治疾病必先审别阴阳，审明病机，才能立法、用方、遣药无误。因此，笔者反思参悟，若肉芽肿性乳腺

炎与急性乳腺炎的阴阳属性都属于阳热之证，为何急性乳腺炎采用疏肝清热法治疗，临床疗效确切且疗程较短，而同样具有清热作用的柴胡清肝汤治疗肉芽肿性乳腺炎，临床疗效常欠佳且病程较为漫长？通过查阅古代文献，结合自身临床经验，笔者认为肉芽肿性乳腺炎病名虽为“痈”，却有“疽”的内涵与实质；病因病机以阳虚为本，痰瘀互结、郁久化热为标；主要证型为半阴半阳证，以阴证为主；治法当以温阳法为基础，温阳可促阳化气，透阴可转阳，促使阴证转变为阳证；方药以阳和汤为基本方，灵活采用温阳清热解毒、温阳化瘀散结、温阳活血化瘀等法，提高临床辨证疗效。本文不揣鄙陋，

*基金项目：国家自然科学基金面上项目(82474519)

通信作者：范洪桥，男，副主任医师，研究方向为中医外科

以管窥之见从痈疽病名、病因病机、临床表现等角度探讨肉芽肿性乳腺炎的阴阳属性与治法,希冀同道斧正。

1 痢疽病名

1985年顾伯华教授在《实用中医外科学》中首次提出“粉刺性乳痈”的病名,后一直沿用至今。历代典籍中并无与之相符的疾病记载,多分散在痈疽的认识当中。痈疽之名首见于《黄帝内经》。《灵枢·痈疽》曰:“疽者,上之皮夭以坚,上如牛领之皮。痈者,其皮上薄以泽,此其候也。”^[3]其认为痈的发生是病在浅表,未及五脏,则疽为病之深恶且连及五脏^[4]。据临床所见,肉芽肿性乳腺炎的治疗实为棘手,病程漫长,易于反复发作^[5],与“病之深恶”颇为契合。虽《黄帝内经》中并未严格区分痈疽两者之间的阴阳属性,但奠定了后世认识痈疽的理论基础。巢元方于《诸病源候论》中首次将“痈疽”分开论述。周密在《齐东野语》中认为“盖痈疽皆有阴阳”之分。陈自明在《外科精要》中则明确提出在对痈疽区别分类的基础上,更应结合局部辨证与整体辨证,同时区别“寒热虚实”,其强调痈疽虽发于外,但与人体内部脏腑气血的盛衰和寒热虚实有着密切的关系。王洪绪于《外科证治全生集》中更加明确、准确地提出“红肿者谓痈,痈发六腑”,“白陷者谓疽,疽发五脏”,“诸疽白陷者,乃气血虚寒凝滞所致”^[6]。许克昌于《外科证治全书》中亦指出:“痈者,壅也,邪热壅聚,气血不宣,其为证也为阳,属六腑……疽者,沮也,气血虚寒,阴邪沮逆,其为证也为阴,属五脏。”^[7]王氏、许氏之论述十分符合肉芽肿性乳腺炎的临床实际。综上,有明显红肿热痛的一类疾病属痈,乃阳实热之证;红肿热痛不甚明显的属疽,为阳虚寒之证。因此,笔者认为粉刺性乳痈虽有“痈”之名,却具有“疽”的内涵与实质^[8]。

2 病因病机

《医宗金鉴·外科心法要诀》云“痈疽原是火毒生”,对后世医家的影响十分深远。《中医外科学》明确认为火热之邪是外科疾病最重要的致病因素,肉芽肿性乳腺炎的发病也不例外。钱潢于《伤寒溯源集》中有言:“盖仲景以外邪之感,受本难知,发则可辨,因发知受,有阴经阳经之不同。”^[9]中医学主张先“审证求因”,后“审因论治”,即临证时需根据疾病的临床表现推求病因,进而准确地辨证论治。肉芽肿性乳腺炎的致病因素除了火热邪气,是否存在寒邪侵犯人体?肿块皮色不变,肿势平塌散漫,化脓迟缓,非常符合寒邪的致病特点^[10]。《灵枢·痈疽》载:“寒邪客于经脉之中则血泣,血泣则不通,不通则卫气归之,不得复反,故痈肿。”^[3]说明寒邪致病是痈疽的本源。《外科证治全生集》亦载:“痈有火毒之滞,疽有寒痰之凝……诸疽白陷者,乃气血虚寒凝滞所致。”^[6]其强调疾病的致病因素中除了火热之所侵,导致经脉不通,气血凝滞,更有寒邪侵袭,与“寒主收引”“寒主凝滞”的致病特点十分吻合。

《素问·调经论篇》谓:“人之所有者,血与气耳。”^[11]气属阳,血、津液属阴。气滞则酿生痰浊、瘀血等病理产物,其性类水、类血且属于阴邪。痰性黏滞,易阻气机,导致气血运行不畅,则为肿为毒。痰肿的性质特点为肿硬如馒,不红不热,皮色不变,亦与肉芽肿性乳腺炎的临床表现相符。肉芽肿性乳腺炎与典型的阳热实证的急性乳腺炎相比,化脓迟缓,或即便有化脓也只是“鹤顶红”式的点状化脓,且存留大片硬块,

即表明有痰邪致病的存在^[12]。肉芽肿性乳腺炎患者多形体肥胖,为痰湿质或阳虚质^[13]。痰湿黯然内生或痰邪乘虚而入,作用于人体,出现从阴化寒或从阳化热的阴阳转化^[14],故患处肿块色红、发热但并非阳热实证,而是“郁热”。由于患者素体阳气亏虚,气化功能不利,痰、瘀之邪内生,复加外感风寒湿邪、饮食不节和情志不畅等。因此,笔者认为肉芽肿性乳腺炎病因病机,总体而言属于“本虚标实”,以阳虚为本,痰瘀互结、郁久化热为标。

3 临床表现

《疡科纲要》言:“疡科辨证,首重阴阳。”^[15]后世医家将阴阳证放在外科八纲辨证的首位。肉芽肿性乳腺炎由于阴阳交杂导致临床辨证的复杂性,属阴并非单纯阴证,属阳又非单纯阳证,似阴非阴,似阳非阳。单纯的阳证和阴证疮疡并不常见,半阴半阳证最多,正如顾世澄在《疡医大全·卷六》中所言:“痈疽之候,纯阳固多,纯阴原少,惟半阴半阳之证最多。”^[16]半阴半阳不代表阴阳之间“平分秋色”,常表现为“阴多阳少”或“阳多阴少”,肉芽肿性乳腺炎更偏重于“阴多阳少”。关于半阴半阳证的临床表现,如《张氏医通》所载:“证属‘半阴半阳’则似肿非肿、似痛非痛、似赤非赤、似溃非溃、脉洪数无力。”^[17]具体而言,从发病缓急看,大多急性发作,如风来之状,属阳;从病位看,发于皮肤浅表部位属阳;从皮色、皮温看,皮色多不变、皮温不高或微红微肿,属半阴半阳;从肿块质地看,肿块软硬适度属阳;从肿块高度、范围看,疮形平塌下陷、根盘散漫属阴;从脓液看,血多于脓属阴(高秉钧《疡科心得集》);从病程长短看,阴证病程较长,多难消、难溃、难敛;从溃疡颜色,溃后多疮色紫暗,亦属阴。综上,笔者认为肉芽肿性乳腺炎以阴证为主,可随患者体质等因素从化,转为半阴半阳证。

4 治疗方法

当代医家普遍认为肉芽肿性乳腺炎是由于情志不畅,肝气郁结,导致气的推动功能失常,进而使血、津液代谢障碍,痰瘀阻滞于乳络而成结块,郁蒸腐肉酿脓而成,溃后容易成瘘,多采用疏肝清热、活血消肿的柴胡清肝汤治疗^[18-20]。痰瘀郁久化热,在未化热之时是否可以采取清热法治疗?过早或过量使用清凉或苦寒药物是否会出现冰伏气机,形成质地木硬,消之不散,亦不作脓的肿块?王洪绪在《外科证治全生集·痈疽总论》一书中释道:“诸疽白陷者乃气血虚寒凝滞所致,其初起毒陷阴分,非阳和通腠,何能解其寒凝……故诸疽平塌,不能逐毒者,阳和一转,则阴分凝结之毒,自能化解……造饭无火,何以得熟?世人但知一概清火而解毒,殊不知毒即是寒,解寒而毒自化,清火而毒愈凝……岂可凉乎?犹之造酒不暖,何以成浆?况清凉之剂,仅可施于红肿疖……温补尚虞不及,安可妄行清解,反伤胃气?甚至阳和不振,难溃难消。”综上,笔者认为治疗方法当以温阳法为基础,温阳可促阳化气,透阴可转阳,促使阴证转变为阳证,方药以阳和汤为基本方。同时审详病程阶段、痰瘀等,灵活采用温阳清热解毒、温阳化痰散结、温阳活血化瘀等法,以提高临床辨证疗效。

4.1 温阳清热解毒 温阳之法,使寒痰瘀酿脓、作脓,达到毒随脓泄,肿消痛止的目的。该法与陈实功“开户逐贼”临证思

想契合。笔者在临证中发现部分患者有肿块色红，皮肤温度升高的临床表现，类似热毒证，究其本质为“郁热”或“郁火”，为痰瘀等产物久居于人体，郁久化热、化火，为本虚标实之证，与纯实热证有本质区别；或随着温阳药物的持续运用，肿块处也呈现出红肿热痛的临床表现，疼痛可影响患者的工作和生活。此时宜根据热毒炽盛的程度，在温阳法的基础上，采用辛凉、清热法相结合，如金银花、连翘、夏枯草之药，但不宜过于寒凉，以免冰伏气机，凉遏腠理，邪毒无外出之路；若温阳之后已成脓，排脓后局部仍残留硬块，可继续以阳和汤为基础。

4.2 温阳化痰散结 痰邪是导致肉芽肿性乳腺炎发病的重要病因，分有形之痰和无形之痰。肉芽肿性乳腺炎重要的临床表现为突然出现肿块，属有形之痰，符合外科局部辨证中的“痰肿”。痰属有形之阴邪，其性类水，痰邪致病必然黏滞久伏、缠绵难化，导致肉芽肿性乳腺炎反复发作、迁延难愈。治疗上应谨遵《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》“病痰饮者，当以温药和之”^[21]。临证可选用浙贝母、芥子等化痰之品。《本经疏证》载：“白芥子，辛者所以通，温者所以发，痰冷阻中……一温而胸膈痰冷无不发越，一辛而气机上逆无不宣通。”^[22]表明芥子能温通豁皮里膜外之痰，达到消除肿块的目的。“脾为生痰之源”，还可加用白术、茯苓等健脾之品，脾气足则痰自消。

4.3 温阳行气活血 《灵枢·痈疽》曰：“夫血脉营卫，周流不休，上应星宿，下应经数。寒邪客于经络之中，则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿。”^[23]这提示寒邪是导致瘀血形成的重要因素，也表明瘀瘕肿块与瘀血关系密切。瘀血、痰浊均为有形之邪，停滞在脏腑经络组织之中，阻滞气机，影响血之正常运行，阻碍津液之输布、排泄。故瘀可生痰，痰可生瘀，二者互为因果。常用行气活血药物有柴胡、枳实、三棱、莪术等。柴胡、枳实为四逆散重要组成部分，具有疏肝健脾、行气解郁的功效，俾气行则血行，血无瘀滞之虞。张锡纯在《医学衷中参西录》中认为“三棱气味俱淡，微有辛意；莪术味微苦，气微香，亦微有辛意，性皆微温，为化瘀血之要药”，且“化血之力三棱优于莪术，理气之力莪术优于三棱”^[24]。

5 验案举隅

患者，女，36岁，2024年4月25日初诊。主诉：突发右乳肿块10余天。患者于10 d前突发右乳肿块，伴疼痛不适，就诊于当地医院，予以“左氧氟沙星”抗感染及中药口服，未见明显好转。刻下症见：右乳肿块，伴轻微疼痛，无发热恶寒、头痛头晕、恶心呕吐等不适，纳寐可，二便调，体重近期无明显变化。平素经行期间小腹自觉有冷感。舌淡，苔白腻，脉细，按之无力。专科检查提示：双乳外观无畸形，右乳11—1点乳晕下可扪及一大约6 cm×5 cm肿块，皮温稍高，皮色稍红，边界不清，质中，压痛(+)。左乳及双腋下(-)。2024年3月20日当地医院乳腺彩超提示：右乳低回声团：性质待定，请结合临床；右乳低回声结节(BI-RADS:3类)；双侧乳腺小叶增生。西医诊断：肉芽肿性乳腺炎。中医诊断：粉刺性乳痈；辨证：阳虚痰凝，郁久化热(半阴半阳)。治法：温阳散寒，化痰散结，活血化瘀，兼清解郁热。方选阳和汤合四逆散加减，处方：淫羊藿10 g，

鹿角霜10 g，炒芥子10 g，熟地黄10 g，肉桂6 g，炮姜10 g，醋柴胡10 g，炒枳壳10 g，白芍10 g，浙贝母15 g，金银花15 g，醋莪术10 g，醋三棱10 g，玄参20 g，煅牡蛎(先煎)30 g，煅龙骨(先煎)30 g，石见穿10 g，生甘草5 g。14剂，1剂/d，水煎服，分早晚两次温服。外治：局部浸润麻醉后行穿刺活检，湖南中医药大学第一附属医院院内制剂如意膏、阳和膏交替外敷。

2诊：2024年5月10日，患者诉仍可扪及右乳肿块，疼痛较前减轻，皮温不高，皮色不红，纳寐可，二便调，劳累后易疲劳。舌淡，苔薄，脉细，按之无力。查体：穿刺伤口已愈，右乳上象限11—2点可扪及一大小约5 cm×4 cm肿块，边界不清，质中，无压痛。2024年5月8日穿刺活检病理提示：(右乳肿块)考虑肉芽肿性乳腺炎。方选阳和汤合四逆散合四逆汤合当归补血汤加减，处方：黄芪20 g，当归10 g，鹿角霜10 g，炒芥子10 g，熟地黄10 g，肉桂6 g，干姜10 g，醋柴胡10 g，炒枳壳10 g，白芍10 g，醋莪术10 g，醋三棱10 g，玄参20 g，煅牡蛎(先煎)30 g，煅龙骨(先煎)30 g，石见穿10 g，黑附片(先煎)10 g，油松节30 g，生甘草5 g。14剂，煎服法同前。外治：继续外敷阳和膏。

3诊：2024年5月25日，患者诉右乳肿块明显缩小，经前双乳胀痛不适，纳寐可，二便调，劳累后不易疲劳，月经期间小腹无明显冷感。舌淡，苔薄白，脉细，按之无力。查体：右乳12—1点可扪及3 cm×2 cm，质韧无压痛，左乳及双腋下(-)。方选四逆汤合当归补血汤合阳和汤加减，处方：黄芪20 g，当归10 g，鹿角霜10 g，炒芥子10 g，熟地黄10 g，肉桂6 g，干姜10 g，醋柴胡10 g，炒枳壳10 g，白芍10 g，醋莪术10 g，醋三棱10 g，玄参20 g，煅牡蛎(先煎)30 g，煅龙骨(先煎)30 g，石见穿10 g，黑附片(先煎)10 g，油松节30 g，生甘草5 g。28剂，煎服法同前。外治：继续外敷阳和膏。1个月后患者复查提示肿块消退，乳房外观可，半年后随访未见复发。

按语：本案患者以“突发右乳肿块10余天”为主诉，症见右乳肿块，皮温稍高，皮色稍红，伴疼痛，舌淡，苔白腻，脉细。此时需要首辨阴阳，结合临床表现，以及舌苔脉，辨病为粉刺性乳痈，阴阳属性为以阳虚为本，痰瘀互结，郁久化热为标，证型为半阴半阳证，故予以阳和汤加减。《外科证治全生集》载“阳和汤”主治阴疽，局部症状为患处漫肿无头，皮色不变，酸热无痛等。用于阴疽，犹如离照当空，阴霾自散，故以“阳和”名之。方中重用熟地黄，滋补阴血，填精益髓；配以血肉有情之鹿角胶，补肾助阳，益精养血，两者合用，温阳养血，以治其本，共为君药。少佐于麻黄，宣通经络，与诸温和药配合，可以开腠理，散寒结，引阳气由里达表，通行周身。甘草生用为使药，解毒而调诸药。纵观全方，补血与温阳并用，化瘀与通络相伍，益精气，扶阳气，化寒凝，通经络，温阳补血与治本，化瘀通络以治标。初诊时，在阳和汤的基础上，加浙贝母加强化痰散结之力；加三棱、莪术破血逐瘀；加金银花宣透郁热、托邪达表；加龙骨、牡蛎意在软坚散结；加四逆散加强疏肝行气之功。2诊时患者肿块较前缩小，疼痛减轻，热象不甚明显，故加强温阳散结之力，加用黑附片，易炮姜为干姜，减去清热之金银花，加用当归补血汤意在益气托毒，体现“补托”之法。油松节被誉为“中药丙种球蛋白”，有补虚固本之长，对诸般羸损沉疴，大有恢复之功。3诊见患者肿块明显缩小，

结合患者症状及舌苔脉,效不更方。患者服用后疗效显著,肿块消失,随诊未见复发。

参考文献

- [1] 范洪桥,周亮,刘丽芳,等.刘丽芳从阴疽理论治疗肉芽肿性乳腺炎经验[J].辽宁中医杂志,2020,47(9):31-33.
- [2] 郑钦安.医理真传[M].太原:山西科学技术出版社,2023.
- [3] 苏颖.《灵枢经》译注[M].北京:中国中医药出版社,2021.
- [4] 武跃华.动脉粥样硬化“痈疽”病机假说及防治探讨[J].湖南中医药大学学报,2020,40(1):50-53.
- [5] 张超杰,胡金辉,赵希.肉芽肿性小叶性乳腺炎诊治湖南专家共识(2021版)[J].中国普通外科杂志,2021,30(11):1257-1273.
- [6] 王洪绪.外科证治全生集[M].夏羽秋,校注.北京:中国医药出版社,1996.
- [7] 许克昌,毕法.外科证治全书[M].北京:人民卫生出版社,1987.
- [8] 吕政仪,楼丽华,聂云梦,等.从“阳和化疽”到“温通治痈”:论浙江楼氏乳科对《外科证治全生集》的继承和发展[J].浙江中医药大学学报,2021,45(6):565-570.
- [9] 钱潢.伤寒溯源集[M].张喜奎,朱为坤,李灵辉,等,笺注.上海:上海科学技术出版社,2021.
- [10] 范洪桥,刘丽芳,周亮,等.基于“阳虚阴结”思想刍议温阳法治疗肉芽肿性乳腺炎[J].中国中医药信息杂志,2019,26(10):121-123.
- [11] 郭霭春.黄帝内经素问校注语译[M].北京:中国中医药出版社,2021.
- [12] 梁欢,张董晓,孙宇建,等.从中医“瘀邪致病”理论看肉芽肿性小叶性乳腺炎发病[J].北京中医药大学学报,2018,41(10):808-811.
- [13] 陈杏元.肉芽肿性小叶性乳腺炎患者中医体质相关规律研究[D].长沙:湖南中医药大学,2017.
- [14] 王宗怡.浅论体质与“从化”[J].中医杂志,2004,45(8):635.
- [15] 上海中医学院中医文献研究所.历代中医珍本集成[M].影印本.上海:上海三联书店,1990.
- [16] 顾世澄.凌云鹏,点校.疡医大全[M].北京:人民卫生出版社,1987.
- [17] 张璐.张氏医通[M].南京中医药大学,王兴华,张民庆,等,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [18] 刘津,韩向辉,刘胜.刘胜辨治肉芽肿性乳腺炎经验[J].上海中医药杂志,2018,52(5):18-19,23.
- [19] 王君月,张董晓,孙琪琦,等.燕京外科流派治疗肉芽肿性乳腺炎经验总结[J].中医药学报,2022,50(2):50-54.
- [20] 司徒红林,井含光,刘畅,等.林毅运用“燮理阴阳,立法衡通”中医综合疗法辨治肉芽肿性乳腺炎[J].广州中医药大学学报,2020,37(10):1999-2003.
- [21] 张仲景.金匮要略[M].赵立凝,整理.广州:广东科技出版社,2022.
- [22] 邹澍.本经疏证[M].郭瑞华,谢敬,王全利,等,校注.北京:中国中医药出版社,2015.
- [23] 张锡纯.医学衷中参西录[M].李点,张宇清,魏一苇,等,整理.北京:化学工业出版社,2018.

(收稿日期:2024-10-21 编辑:时格格)

(上接第177页)

- [5] 牛小露,许小凤.从心-肾-子宫轴论治未破裂卵泡黄素化综合征[J].中医学报,2021,36(6):1176-1179.
- [6] 高燕,许小凤.从生殖轴“肝肾-天癸-冲任-胞宫”论治未破裂卵泡黄素化综合征[J].中医药学报,2020,48(11):53-55.
- [7] 翟瑞军.中西医结合治疗未破裂卵泡黄素化综合征[J].光明中医,2019,34(14):2228-2230.
- [8] 鞠文涵,李园,赵帅,等.连方教授辨治卵巢储备功能减退女性卵泡发育障碍的经验探析[J].河北中医药学报,2023,38(3):50-52,65.
- [9] 尹晓丹,杨维,辛明蔚,等.补肾活血方治疗肾虚血瘀型卵巢储备功能下降患者的临床疗效观察[J].中国性科学,2024,33(2):130-134.
- [10] STONE S, KHAMASHTA M A, NELSON-PIERCY C. Nonsteroidal anti -inflammatory drugs and reversible female infertility[J]. Drug Saf, 2002, 25(8):545-551.

- [11] TANBO T, FEDORCSAK P. Endometriosis-associated infertility: Aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2017, 96(6):659-667.
- [12] 曹佳城,肖扬,王素霞.多囊卵巢综合征不孕患者药物促排卵的风险与防治进展[J].中华全科医学,2023,21(5):844-848.
- [13] BISWAS A, NG B H, PRABHAKARAN V S, et al. Squeezing the eggs to grow: The mechanobiology of mammalian folliculogenesis[J]. Front Cell Dev Biol, 2022, 10:1038107.
- [14] 苏原,吴海萃,连方.连方治疗高龄女性不孕症经验[J].湖北中医杂志,2023,45(5):30-34.
- [15] 连方,刘梅,张建伟,等.针刺联合腔内理疗治疗黄素化未破裂卵泡综合征临床观察[J].上海针灸杂志,2009,28(12):685-688.

(收稿日期:2024-10-18 编辑:罗英姣)