

引用:宾悠,谈珍瑜,曾晶,刘文娥,尤昭玲.全国名中医尤昭玲安胎中的“动静观”[J].中医药导报,2025,31(7):208-211.

全国名中医尤昭玲“动静结合”安胎思想与实践^{*}

宾 悠¹,谈珍瑜¹,曾 晶¹,刘文娥¹,尤昭玲^{1,2}

(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,湖南 长沙 410208)

[摘要] 动静结合理论是中国古代哲学理论,在指导安胎实践中具有重要作用。尤昭玲将动静结合理论融入中医安胎,践行“动”与“静”结合安胎,突出“动”以安胎的重要性,贯穿安胎全程,分期精准干预。着床期脾主肾辅,重在“动”以开窗纳胚;妊娠期肾主脾辅,重在“静”以养精固胎,又“动”以宣络畅行气血,助力滋养胚胎。动中寓静,静中寓动,动静结合安胎,调和平衡阴阳,辨证配以药膳、耳穴外治,三管齐下,形成独具特色的“动静结合”安胎体系。

[关键词] 安胎;动静结合;安胎二步法;耳穴;尤昭玲;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)07-0208-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.07.034

大约25%的孕妇在早孕期有一定程度的阴道流血,且其中约50%的患者最终发展成为早期妊娠丢失^[1]。早期先兆流产的病因有诸多方面,涉及胚胎因素(染色体异常)、母体因素(内分泌异常、生殖器官异常、全身性疾病、强烈应激、不良习惯)、免疫功能异常(Th网络失衡)等多个领域,并受心理、社会环境等共同影响^[2]。目前,临床主要以卧床休息、补充黄体酮、改善微循环等方式保胎治疗,但仍可能发展为流产。安胎是中医的概念,指针对胎动不安或滑胎的孕妇进行相应的治疗以预防流产,是中医药的优势特色疗法。安胎可以降低流产率,增加活产率,减轻患者家庭及心理负担,有助于人口可持续发展。早在《金匱要略》中已记载白术散与当归散安胎,《古今医统大全》的泰山磐石散、《医学衷中参西录》的寿胎丸等均是安胎名方。

尤昭玲,教授,第二届全国名中医,国家第四批名中医学术经验指导老师,从事妇科临床工作五十余载,在先兆流产、复发性流产、不孕症、体外受精-胚胎移植中医调治、卵巢早衰、宫腔粘连、多囊卵巢综合征等妇科疑难病证的诊治上积累了丰富的临床经验,独创中医“别类分步”安胎方案^[3],创新性提出“种子论”^[4]、“纳胎论”^[5],创立“安胎前移法”^[6]、“安胎二步法”^[7-8]、“宣络养胎法”^[9]等重要安胎思想,构建了“动静结

合”安胎理论体系。笔者有幸跟师学习,现将其“动静结合”安胎理论体系介绍如下。

1 动静结合理论哲学内涵

动静结合理论源于古代的哲学思想。“动”“静”是辩证统一的,是事物或现象相互对立的两个方面,是相对的,而不是绝对的,内涵阴阳属性,其中阳主动,阴主静。《周易·系辞上传》云:“动静有常,刚柔断矣。”《素问·天元纪大论篇》载:“所以欲知天地之阴阳者,应天之气,动而不息,故五岁而右迁;应地之气,静而守位,故六朞而环会。动静相召,上下相临,阴阳相错,而便由生也。”可知动中有静,静中寓动,天地之气阴阳相感,变生万物。《素问·上古天真论篇》言“呼吸精气,以养形魄”“导引按跷”。《黄帝内经》中也有主张动静结合的养生思想。这些古代的哲学思想理论,为动静结合理论的形成奠定了坚实基础。

2 “动静结合”安胎理论基础

2.1 “动静结合”安胎的现代研究基础 绝对卧床休息与传统“静养安胎”思想相似。但妊娠也是一个特殊的生理时期,其间孕妇体内雌激素水平逐渐升高,肝脏的合成、代谢及分泌功能均受影响,同时血流减缓、大部分凝血因子增加,抗凝血酶消耗降低,血小板计数下降,D-二聚体浓度增加^[10-11],血

*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);湖南省科技厅重大课题(2030SK2050);湖南省中医药管理局委托课题(D2023002);湖南省卫生健康委重点项目(C202305017704);长沙市自然科学基金项目(Kq2202452)

通信作者:尤昭玲,女,主任医师,研究方向为不孕不育

液呈现高凝状态,维持和保护正常的妊娠和分娩。高凝有助于分娩时的止血,但同时也增加血栓形成等不良妊娠结局的风险^[12],使妊娠期女性发生血管栓塞性疾病的风险较非孕妇女增加5~6倍^[13]。绝对卧床休息可能导致高凝状态加重,增加妊娠期血栓栓塞性疾病的风险。因此“静”易致气血难行,血脉阻滞,胚胎失养。有研究^[14]表明,反复自然流产与机体凝血功能障碍有关,机体凝血异常是先兆流产发生的关键致病因素之一,持续高血凝会引起血栓形成倾向,即血栓前状态。杨春年等^[15]研究发现,血栓前状态是复发性流产的高危因素。由于各种原因导致的凝血-抗凝功能失调,均有可能导致子宫内膜、胚胎或母胎界面处的微循环血流改变,可致局部微小血栓形成,血供障碍,继而出现孕早期流产,妊娠中晚期发生胎儿宫内发育受限、胎盘植入、子痫、胎膜早破等不良妊娠结局^[16]。孕早期正是性激素波动较大的时期,雌孕激素也可能扰乱易感个体的胃慢波节律^[17],导致肠蠕动减弱。绝对卧床休息进一步抑制肠蠕动,加重便秘,而用力排便增加腹压,易诱发流产。由此可见,“静养安胎”固然重要,但事物均有动静两种属性,不存在只静不动,亦不存在只动不静,安胎亦是如此,应“动静结合”安胎。

2.2 “动静结合”安胎的中医理论基础 尤昭玲认为女子以血为本,以肾为根,素多抑郁,多虚多瘀^[14]。《傅青主女科》曰:“夫胎之成,成于肾脏之精。”肾主藏精,主生殖,肾精是胎孕的物质基础。肾精充盛,能化生肾气,使胎有所养,胎有所固;肾精不足,无力养胎,肾气受损,无力固系,以致胎堕,故补肾固冲为安胎的首要治法。巢元方曰:“气血不足者,固不能养胎,所以数堕也。”气为构成和维持人体生命活动的基本物质,血是人体生命活动的基本物质之一。《难经·二十二难》说:“气主煦之,血主濡之。”气具有推动、温煦、固摄等作用,血具有濡养全身之功。气旺能开窗摄入胚胎,血旺能滋养胎元,气血虚则胎元堕,健脾亦为安胎的重要治法。肾为阴中之阴,主藏精。肾精化肾气,内寓元阴元阳。而脾本为太阴湿土,阴中之至阴,又能化生气血。精血为阴主静,气为阳主动,阴阳动静总是相对的,阴阳之中复有阴阳,动静之中亦复有动静。《吕氏春秋·季春纪》载“流水不腐,户枢不蠹,动也,形气亦然。形不动则精不流,精不流则气郁”,认为形体只静不动,导致气郁,精气不行,引发疾病,主张结合形动,促进精气流通。孕期形不动又多思,形不动易郁,思则气结,又可致血瘀、痰凝,精气不流,难以安胎养胎。清代张耀孙提出“凡妊娠,起居饮食,惟以和平为上,不可太逸,逸则气滞。不可太劳,劳则气衰”。古人提出“动静结合”安胎至今受用,既有利于胎儿发育,又有利于母体健康。

3 “动静结合”安胎临证实践

尤昭玲将“动静结合”理论融入安胎,主张既要“静养安胎”,也需“孕动安胎”,其指出妊娠有“三忌”“四禁”。“三忌”:一忌感冒、二忌发热、三忌春梦。“四禁”:一禁举高、二禁登高、三禁弯腰提重物、四禁紧急刹车。同时也强调,卧床休息不等于静卧不动,即使卧床也要适当活动肩背四肢关节,促进胃肠蠕动及血液循环,预防便秘及血栓形成,减少不良妊娠结局。肾为先天之本,补肾填精,肾精化肾气,才能滋胎固胎;

脾土为后天之本,脾健气血化生有源,既能纳胎养胎,又能助养先天之精。而先天之精难以速补,且滋补易碍脾,孕期又多郁多瘀,影响精血渗灌胞宫滋养胚胎。尤昭玲认为“疏得一分气,养得一分血”,治疗时理气化瘀,使气血周流,胚胎方得以安养。尤昭玲主张动静结合安胎,以做到“四防”总目标:孕12周前“预防流产”,孕12周后“预防死胎”,孕28周后“预防早产”“预防胎膜早破”。

3.1 分期安胎,动静结合 尤昭玲提出“分期安胎”思想,即“安胎二步法”,提出“两早”:早介入、早安胎。即安胎前移,指分别从着床期介入促着床、妊娠期安胎降流产。着床期、妊娠期为助孕、受孕的两个重要时期,也是自然受孕、体外受精-胚胎移植助孕必将经历的时期。着床期是胎孕形成的重要过程,是指胚胎侵入子宫内膜的过程。着床期以“纳胎论”指导,“开窗纳胚”是其理论核心,“开窗”是前提,为接“纳”奠定基础,接“纳”是结果,是“开窗”的最终目的,即着床期优质的胚胎择址着床,子宫内膜开窗纳胚,方可完成胚胎的黏附、植入,促使胎孕形成。妊娠期为胎孕已成,胚胎着床成功的时期。尤昭玲认为着床与妊娠前后紧邻,却又为截然不同的两个过程,将两个阶段比作胚胎在宫内“安营”“扎寨”^[18]。中医认为脾“五行属土,土曰稼穡”,“万物土中生,万物土中灭”,脾主运化,为气血生化之源,可知脾土具有承载、受纳、长养万物的能力。尤昭玲取象类比,将具有承载、受纳、长养胚胎的子宫内膜类比于脾土,而肾主藏精,故有“肾主固胎,脾主载胎”之说,即“脾主安营,肾主扎寨”,故着床期脾主肾辅,则胚胎得以摄、纳、托、养,妊娠期肾主脾辅,则胚胎得以系、固、举、育。具体临证实践见图1。

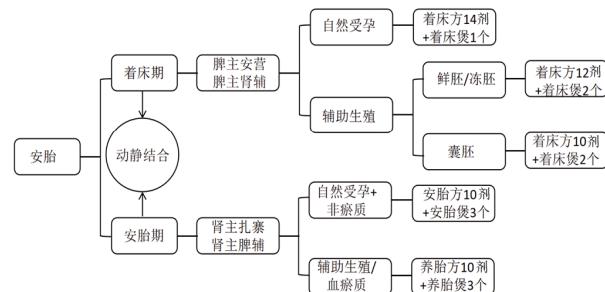


图1 “动静结合”安胎临证实践图

3.1.1 着床期:益气开窗,培土纳胚,动中有静 着床窗口期为月经周期第17~21天。尤昭玲认为着床期是胚胎着床的关键时期,此时脾主肾辅,应健脾益气、开窗纳胚、安营着床。自然受孕者,在指导同房的当日即开始连服中药着床方14剂,着床煲于指导同房后第6天服,结合胚胎着床的时间节点与脏腑经络流注节律,因此着床煲服药时间在10:30:00,以期循经交接直入胞宫行开窗纳胚之效。体外受精-胚胎移植助孕患者则在移植胚胎第1天开始连服中药着床方,移植鲜胚或冻胚者服着床方12剂,2个着床煲分别于移植后的第2天和第7天服用;移植囊胚者服着床方10剂,2个着床煲分别于移植后的第2天和第5天服用。

尤氏着床方药物组成:黄芪15 g,人参花10 g,白术15 g,山药15 g,石莲子15 g,桑寄生10 g,山萸肉10 g,陈皮10 g,三七花3 g,胎菊花5 g。腹胀满者加大腹皮;腰骶酸痛者加续断、

菟丝子；失眠者可加白芍、百合；移植冻胚者忌用补骨脂，加用菟丝子、桑椹。

着床期主要以黄芪、白术、山药健脾培土，化生气血；人参花既能益气健脾，合三七花、胎菊花轻清宣络，又取花之含苞待放以开窗之意，助黄芪、白术、山药托胎入窗安营；辅以石莲子、桑寄生、山萸肉补肾填精；陈皮既能理气助气血流通，又能健脾培土。本方以健脾为主，补肾为辅，益气宣散以“开窗”，健脾培土以“纳胚”，动静结合，促胚着床。

尤氏着床煲药物组成：人参花、山药、莲子、石斛、三七花、百合等。功效：健脾养膜，开窗纳胚。

3.1.2 妊娠期：补肾固胎，宣络养胎，静中寓动 尤昭玲针对既往有不良孕产史或合并高龄、宫腔粘连、卵巢早衰、多囊卵巢综合征、输卵管功能障碍等疾病的高危人群，个体化选择恰当的“孕机”，如轻度宫腔粘连，符合带粘试孕条件，才能带粘怀孕，否则无法避免不良妊娠结局，而且一旦确定妊娠，立即启动以安胎成功为目的的“降流产”治疗。此期肾主脾辅，应补肾填精，固系胚胎，安胎托胎。自然受孕，确诊妊娠后出现流产征兆，不合并其他疾病者，则予以服用安胎方10剂，安胎煲3个；自然受孕或体外受精-胚胎移植着床成功，辨证合并血瘀者，确诊妊娠则开始服用养胎方10剂，养胎煲3个。10 d后复诊再临证加减。

尤氏安胎方药物组成：黄芪15 g，山药15 g，苎麻根10 g，续断10 g，紫苏梗10 g，白术15 g，桑寄生10 g，党参15 g，山萸肉12 g，陈皮10 g。

尤氏养胎方药物组成：人参花10 g，白术10 g，山药10 g，苎麻根10 g，桑寄生15 g，菟丝子15 g，莲须5 g，胎菊花5 g，山茱萸10 g，续断10 g，桑叶10 g。

患者阴道流血或合并宫腔积液者，加墨旱莲、乌梅炭、侧柏叶等；恶心欲呕者，加紫苏梗、枇杷叶、姜竹茹；口腹部胀满者，加大腹皮；干苦，有热者，加黄芩、白芍；春梦者，加白芍、百合；腹泻者，减菟丝子，加山药、莲子；便秘者，加肉苁蓉；血压偏高者，加菊花；羊水过多者，加赤小豆、绿豆、茯苓皮；羊水过少者，加百合、麦冬。

妊娠期安胎方以“一根两山一叶”，即苎麻根、山药、山萸肉、桑叶，为核心配伍^[18]。其取材自泰山磐石散，以山药、山萸肉补肾益精，苎麻根止血安胎，桑叶凉血止血。尤昭玲取象类比，取山药、苎麻根之“根深蒂固”以补肾固胎，山萸肉之“硕果累累”以补肾养胎，寓意“子嗣绵延”，桑叶之“开枝散叶”以“生生不息”，宣散胞络。加入桑寄生、续断、菟丝子等以助补肾安胎，辅以白术、黄芪、党参等健脾益气化血，以后天资先天。安胎方中去桑叶等宣散之品，加紫苏梗、陈皮理气宽中。而养胎方中加入人参花益气宣络，胎菊花入肝经以行气，又加入莲须补肾固精，取莲须形似细小孙络，可引人参花、胎菊花入胞络以行气血，轻宣络脉，又不伤胎损胎。此方又名“二山根叶汤”，以补肾为主，健脾为辅。《素问·六节藏象论篇》载“肾者，主蛰，封藏之本”。肾强可以固藏胚胎以稳固胎元，健脾养后天之本以助先天之本。而针对血瘀质患者，养胎方加入宣通胞络之品以行胞络之气血，动静结合，固益胎元。

尤氏安胎煲由党参、黄芪、山药、枸杞子等组成。功效：补

肾益精，益母安胎。

尤氏养胎煲由人参花、黄芪、胎菊花、石斛、梅花、百合花等组成。功效：补肾安胎，理气宣络。

3.2 耳穴安胎 《灵枢·口问》云：“耳者，宗脉之所聚也。”耳是全身经络汇集之处，耳上分布着丰富的血管和神经。耳穴，也称反应点、刺激点，指分布于耳廓上的腧穴。耳穴压豆治疗选取耳部反射点，疏通经络，平衡气血阴阳^[19]。根据女性生殖疾病的病因病机及调治理念，辨证选穴治疗。女性生殖之穴（皮质下、内分泌、卵巢、子宫）调节女性肾-天癸-冲任-胞宫轴，健脾补肾，益气安胎；五脏之穴（心、肝、脾、肺、肾）激发五脏机能，调节五脏阴阳，协调脏腑功能；相关之穴（神门、交感）调控神志，安神养胎。临证取1个主穴、3个次穴配伍，随案应用。尤昭玲着床期以心、脾、肾、子宫助开窗纳胚；妊娠期选用心、肾、皮质下、子宫助补肾固胎，伴有血瘀者，常选取心、肝、皮质下、子宫助滋肾养胎，理气通脉。

4 验案举隅

患者，女，36岁，初诊：2023年8月11日。主诉：宫腔粘连分离术后1个月，要求中药调理备孕。患者因2021年稽留流产行清宫术，术后月经量少，于当地医院行宫腔镜发现宫腔粘连，先后于外院行两次宫腔粘连分离手术，术后月经量较前增多，于2022年自然受孕，至孕50+天再次稽留流产行清宫术，术后月经量再次减少。患者2023年6月底于外院行宫腔粘连分离+球囊置入术，医嘱下月尽快备孕，术后2023年7月29日月经来潮，遂来尤昭玲教授门诊就诊。现在症：患者诉术后月经量较前增加，经期7 d，色暗红，无血块，无痛经。纳可，寐欠佳，大便可，小便调。舌暗红，苔白腻，脉细。西医诊断：(1)宫腔粘连术后；(2)复发性流产。中医诊断：滑胎；辨证：脾肾不足，瘀血阻络。就诊时为月经周期第14天，查阴道四维彩超示：子宫内膜8.1 mm，不匀，但尚连续，子宫内膜血流1级，2支血管，子宫内膜可见弱蠕动，双侧子宫动脉舒张期血流阻力指数稍高（左侧0.82、右侧0.80）。双侧卵泡5~6个，右侧优势卵泡18 mm×19 mm。宫角距27 mm，双侧宫角及开口尚清晰，结合带+整体不均匀。尤昭玲认为，宫腔粘连分离术后应尽快试孕，目前患者术后子宫内膜恢复尚可，右侧卵巢优势卵泡即将成熟排卵，与生理周期相对接，应开窗纳胚，促进着床。治疗方案：(1)指导患者2023年8月12日、2023年8月13日同房。(2)着床方14剂。组成：黄芪15 g，人参花10 g，白术15 g，山药15 g，石莲子15 g，桑寄生10 g，山萸肉10 g，橘叶10 g，百合10 g，酒黄精10 g，三七花3 g，胎菊花5 g。于8月13日开始服用，1剂/d，水煎，早晚分服。(3)着床煲1个，8月13日算起，第6天煎服。(4)耳穴选心、脾、肾、子宫穴。

2诊：2023年8月31日。末次月经同前。因停经伴阴道少量流血，呈红褐色，于2023年8月29日于外院查血人绒毛膜促性腺激素（HCG）：152.60 mIU/mL，孕激素（P）：18.09 ng/mL，雌二醇（E₂）：162.02 pg/mL，未处理。2023年8月31日本院复查血HCG：347.87 mIU/mL，P：22.80 ng/mL，E₂：189.00 pg/mL。仍有阴道少量暗红色流血，偶有小腹坠胀不适，无恶心呕吐等，余无不适。舌暗红，苔白腻，脉细滑。目前确诊妊娠，立即启动保胎治疗，并且超过上次流产天数，以期活产，避免再次胎停。

治疗方案如下。(1)养胎方:人参花10 g,白术10 g,黄芪15 g,菟丝子15 g,莲子10 g,莲须5 g,胎菊花5 g,山萸肉10 g,续断10 g,黄芩炭10 g,墨旱莲10 g,桑叶10 g。10剂/d,水煎,早晚分服。(2)养胎煲3个,每5 d服1个煲。(3)王不留行籽按压耳穴,穴位:心、肝、皮质下、子宫。(4)嘱患者避免提重物,密切观察,定期复查HCG、P、E₂及彩超。

3诊:2023年9月9日。患者阴道少量褐色分泌物,小腹坠胀缓解,余无不适。舌暗红,苔白腻,脉细滑。2023年9月8日于本院查血HCG:7 356.58 mIU/mL,P:37.60 ng/mL,E₂:224.02 pg/mL,今日彩超提示:宫内孕30 d。治疗方案同2诊。

4诊:2023年9月22日。患者近1周无阴道流血,无腹痛,恶心呕吐,纳欠佳,余无不适。舌暗红,苔白腻,脉细滑。2023年9月21日于本院查血HCG:62 285.06 mIU/mL,P:38.10 ng/mL,E₂:>1 000 pg/mL,今日彩超提示:宫内孕7周+。治疗方案基本同前,因阴道流血已净,养胎方减黄芩炭、墨旱莲,恶心呕吐加紫苏梗、陈皮。

5诊:2023年10月8日。患者无阴道流血,无腹痛,无恶心呕吐,纳尚可,余无不适。舌暗红,苔白腻,脉细滑。2023年10月4日于本院查血HCG:122 481.74 mIU/mL,P:>40.00 ng/mL,E₂:>1 000 pg/mL。今日彩超提示:宫内孕9周+。4诊治疗方案停养胎方,余同前。

2024年5月随诊,妊娠期顺利,D-二聚体偏高,凝血功能正常,于2024年4月15日顺利分娩一活男婴,一般情况良好。

按:本案患者复发性流产、宫腔粘连,复发性流产与宫腔粘连互为因果,提高了妊娠与安胎的难度。初诊患者宫腔粘连术后内膜恢复尚可,而内膜容受性欠佳,但宫腔粘连术后应尽早妊娠。宫腔粘连为血瘀体质,易发再次流产。尤昭玲认为此患者治疗重点:促进胚胎着床,预防再流产。尤昭玲分期安胎,实现二步安胎。着床期脾主肾辅,以着床方、着床煲、耳穴开窗纳胚,动中寓静,早介入、早安胎;妊娠期肾主脾辅,又是血瘀体质,以养胎方、养胎煲、耳穴固胎养胎,宣络散瘀,静中有动,祛邪与安胎并举。从动静结合安胎着手,贯穿始终,既纳胎养胎,又不碍胎伤胎。

5 结语

不孕、流产是女性面临的生殖难关,安胎是女性患者的福音。尤昭玲全程介入“动静结合安胎”思想,突出“动”以安胎,贯穿安胎始终,分着床期、妊娠期“二步安胎”。着床期即早介入、早安胎,安胎前移。着床期脾主安营,脾主肾辅,重在“动”以益气开窗,培土纳胚;妊娠期肾主扎寨,肾辅脾主,重在“静”以补肾固胎,又“动”以宣络养胎,动静结合相得益彰。安胎作为中医的优势特色疗法,在“降流产”中发挥了重要作用,既安全有效,又可减少并发症,提高着床率,降低流产率,增加活产率。

参考文献

[1] MOURI M, HALL H, RUPP T J. Threatened Miscarriage[M].

Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

- [2] 苏莉,杜小利,李娜,等.先兆流产病因学研究进展[J].山西中医,2018,34(4):57-59.
- [3] 文乐兮,尤昭玲.尤昭玲中医安胎思路的构想与实践[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(4):398-399,415.
- [4] 曾倩,尤氏女科临证心悟[M].北京:中国中医药出版社,2017.
- [5] 莫蕙,唐诗,邢艺璇,等.尤氏纳胎论在宫腔粘连中的应用:全国名中医尤昭玲学术思想与临床经验研究(五)[J].湖南中医药大学学报,2022,42(10):1617-1621.
- [6] 李俊敏,尤昭玲.尤昭玲“安胎前移法”在体外受精胚胎移植技术中的应用[J].中医杂志,2015,56(9):737-739.
- [7] 唐诗,尤昭玲,游卉,等.尤昭玲临证诊疗妊娠合并子宫腔积血诊疗中医心悟[J].中医药临床杂志,2021,33(10):1889-1892.
- [8] 杨永琴,尤昭玲.尤昭玲教授诊治多囊卵巢综合征不孕症的经验[J].中医药导报,2015,21(23):25-28,31.
- [9] 李子奎,邹芝香.尤昭玲教授“宣络养胎”新理念及临床安胎经验[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(15):56-57.
- [10] KRISTOFFERSEN A H, PETERSEN P H, RØRAAS T, et al. Estimates of within-subject biological variation of protein C, antithrombin, protein S free, protein S activity, and activated protein C resistance in pregnant women[J]. Clin Chem, 2017,63(4):898-907.
- [11] REESE J A, PECK J D, DESCHAMPS D R, et al. Platelet counts during pregnancy[J]. N Engl J Med, 2018,379(1):32-43.
- [12] 丁萌,张青云,景阳,等.D-二聚体和纤维蛋白原联合检测在下肢深静脉血栓诊断中的应用价值[J].第三军医大学学报,2016,38(16):1885-1888.
- [13] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:71.
- [14] MAHAJAN N. Endometrial receptivity array: Clinical application[J]. J Hum Reprod Sci, 2015,8(3):121-129.
- [15] 杨春年,官瑞婷.血栓前状态相关指标与复发性流产的关系研究[J].血栓与止血学,2021,27(4):555-557.
- [16] 徐亮,程蔚蔚.易栓症对生育的影响[J].中国计划生育和妇产科,2021,13(3):3-7.
- [17] OWYANG C, HASLER W L. Physiology and pathophysiology of the interstitial cells of Cajal: From bench to bedside. VI. pathogenesis and therapeutic approaches to human gastric dysrhythmias[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol, 2002,283(1):G8-G15.
- [18] 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.
- [19] 肖莹,宋悦,王思敏,等.子午流注穴位贴敷联合穴位按摩对腰椎间盘突出症患者术后疼痛程度及腰椎功能的影响[J].检验医学与临床,2024,21(6):829-831,837.

(收稿日期:2024-09-27 编辑:罗英姣)