

中西医妇产科诊疗

张娜 郭梅 马秀珍 孙颖

编著

中医名家学术经验集(七)



中医古籍出版社

中西医妇产科诊疗

主 编 张 娜 郭 梅 马秀珍
孙 颖

副主编 初茂忠 衣翠芹 李秀云
张乐研 于 萍 梁春波

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医妇产科诊疗/张娜等主编. - 北京: 中医古籍出版社,
2012. 6

(中医名家学术经验集. 第7辑)

ISBN 978-7-5152-0185-6

I. ①中… II. ①张… III. ①妇产科病-中西医结合-诊疗
IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 144508 号

中西医妇产科诊疗

主编 张 娜 郭 梅 马秀珍 孙 颖

责任编辑 伊广谦

封面设计 丰色志远

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京义飞福利印刷厂

开 本 850mm×1168mm 1/32

印 张 11.625

字 数 292 千字

版 次 2012 年 6 月第 1 版 2012 年 6 月第 1 次印刷

印 数 001~800 册

ISBN 978-7-5152-0185-6

定 价 15.00 元

中西医妇产科诊疗编委会

编委 (按姓氏笔画排列)

- | | |
|-----|-----------------|
| 于 萍 | 烟台市烟台山医院 |
| 马秀珍 | 烟台市中医医院 |
| 衣翠芹 | 烟台市中医医院 |
| 孙 颖 | 烟台市中医医院 |
| 李秀云 | 烟台市中医医院 |
| 初茂忠 | 山东省博兴县中医医院 |
| 张乐研 | 中国人民解放军第 107 医院 |
| 张 娜 | 烟台市中医医院 |
| 梁春波 | 烟台市护士学校 |
| 郭 梅 | 烟台市中心血站 |

前 言

中西医诊治妇产科疾病的相关著作浩如烟海，本书旨在从不同的角度进行有繁有简的论述，在突出妇产科医疗和护理的同时也论述其辅助诊断方法；在进行中药治疗的同时也讲述科学的营养膳食。

本书共分七个章节。第一、第二章简述妇产科临床检验和超声诊断，以判断正常妊娠或异常妊娠，判断产妇或胎儿健康程度；监测妇女各项指标，判别其生理病理状态。科学正确的辅助检查有助于建立正确的诊断从而指导正确的治疗。第三章讲述常见妇产科疾病的中医诊治方法，提纲挈领地说明了辨证诊断和理法方药。第四章讲述妇产科急症处理。第五章讲述中西医护理学在妇产科的应用，说明护理学可以在妇产科领域大有作为的理由和方法。第六章讲述中成药在围产期的应用及注意事项等。第七章讲述围产期营养学以及相关内容，说明科学的营养是胎儿、婴儿、产妇健康的关键。

本书适用于基层医务工作者、孕产妇和妇科病患者。

对为本书提供参考资料的书刊、网站的著作者表示感谢！如果有哪个章节和片段没有在参考资料里体现出原作者，请来函或电话，在本书再版时补齐，并且表示歉意。

对各位编委付出的心血和热情表示感谢！

对中医古籍出版社伊广谦老师的大力帮助表示衷心的感谢！

本书编写过程中难免出现瑕疵和不当，恳请同道给予指正，不胜感谢。

主编 张 娜

2011-9-28 烟台

目 录

第一章 妇产科临床检验	(1)
第一节 妊娠检验	(1)
第二节 卵巢功能检验	(14)
第三节 阴道分泌物检查	(24)
第四节 羊水检查	(39)
第二章 妇产科常见疾病 B 超诊断	(50)
第一节 妊娠子宫的检测方法	(50)
第二节 正常妊娠子宫的超声所见	(54)
第三节 异常妊娠超声所见	(64)
第四节 胎盘异常的超声所见	(73)
第五节 子宫疾病超声所见	(75)
第六节 输卵管与卵巢疾病超声所见	(85)
第三章 妇产科疾病的中医诊疗	(94)
第一节 概论	(94)
第二节 月经病	(101)
第三节 带下病	(124)
第四节 妊娠病	(130)
第五节 产后病	(155)
第六节 妇科杂病	(166)
第四章 妇产科急症处理	(178)
第一节 异位妊娠	(178)

第二节	妊娠晚期出血	(183)
第三节	分娩期并发症	(189)
第四节	妊娠高血压	(197)
第五节	胎儿窘迫与胎膜早破	(203)
第五章	妇产科疾病的中西医护理	(208)
第一节	中医护理学概述	(208)
第二节	月经病的中医护理	(223)
第三节	带下病的中医护理	(231)
第四节	妊娠病(胎前病)中医护理	(234)
第五节	产后病中医护理	(241)
第六节	妇科杂病中医护理	(246)
第六章	中成药在围产期的应用	(252)
第一节	中成药应用概述	(253)
第二节	妇产科常用中成药	(268)
第三节	围产期应用内科中成药介绍	(274)
第七章	围产期营养	(331)
第一节	概述	(331)
第二节	孕期营养膳食	(334)
第三节	孕期疾病的营养与膳食	(341)
第四节	乳母营养	(354)
参考文献		(359)
相关医学网站		(361)

用细针抽吸胎儿器官和体腔。④在孕 20 周后行脐带穿刺和心穿刺，以获得胎儿血样。⑤孕 18 周后做胎儿镜，可以取到胎儿血样及器官样本（皮肤，肝脏）。⑥从孕妇体液中分离胎儿细胞，采用分子生物学方法检查。胎儿受到浸润性感染的危险性为 1%。

（一）产前诊断的指征

一般性危险因素：

分娩时母亲年龄 ≥ 35 岁

孕妇血清 α -AFP 浓度升高或降低

三联试验结果不正常

特殊的危险因素：

曾生育过残疾或染色体异常的孩子

既往死胎或新生儿死亡史

母亲或父亲先天性残疾

母亲或父亲的染色体有一种平衡移位现象

先天性遗传疾病的家族史，如囊性纤维化病、代谢性疾病、X-连锁隐性遗传

母亲患有疾病，如糖尿病、苯丙酮尿症

致胎儿畸形物接触史，如离子放射物、抗惊厥药、锂、酒精

感染，如巨细胞病毒、风疹病毒、弓形虫病

种族性危险因素：

疾病

民族和种族

Tay-Sachs 病

法籍加拿大人，Ashkenazi 犹太人

镰状细胞性贫血

非洲黑人，阿拉伯人，印第安人（亚洲人）

巴基斯坦人，地中海人

α , β -地中海贫血

地中海人，亚洲人，中国人，南美人

(二) 妊娠诊断及监测的筛选检查

1. 人绒毛膜促性腺激素 (HCG): 停经期做。通过尿或血中 HCG 的定性测定或血 HCG 的定量分析诊断妊娠。尿、血免疫法定性的敏感度分别为 30 ~ 50U/L 和 20U/L。一般只要停经它们就是阳性。在血 HCG 的定量分析中, 通常 >10U/L 表明妊娠。

2. 血红蛋白: 孕 4 ~ 8 周; 孕 21 周后每 4 周一次; 产后 6 ~ 8 周。怀孕期间血红蛋白浓度应 $\geq 112\text{g/L}$ (德国推荐值), 或 $\geq 105\text{g/L}$ (美国推荐值)。

3. 尿常规 (蛋白, 糖, 细胞, 管型, 细菌): 每 4 周一次。蛋白尿: 几乎所有肾脏疾病的主要症状就是尿中蛋白分泌增加; 菌尿: 尿中有白细胞表示下段尿路感染。轻度血尿也许是间质肾炎; 尿糖: 是否糖尿病或妊娠性糖尿病需要进一步检查。

4. 测血型: 孕 4 ~ 8 周。如果是 O 型, 易发生溶血。发现溶血素阳性必须告知医生; Rh (D) 阴性并携带 C 或 E 抗原的孕妇必须检查 Dweak, 配偶也必须检查 Rh (D); 如果孕妇有特征性的 C 和 (或) E 或 Dweak, 就必须测定完整的 Rh 谱。

5. 抗体筛选试验: 孕 4 ~ 8 周; 孕 24 ~ 27 周。进行两次间接抗人球蛋白试验 (Coombs 试验), 可直接测定两种包含 D, C, c, E, e, Kell, Fy 和 S 抗原的细胞型。如果测出抗体, 应优先使用同一血样测定其特异性和滴度。如果在 Rh (D) 阴性孕妇中未检出抗 D 抗体, 则应在孕 28 ~ 30 周时注射标准剂量的抗 D 免疫球蛋白 (300Ug), 以阻止产前致敏。D 阳性孕妇 (Dweak) 不需要抗 D 预防。

6. 抗风疹抗体: 孕 4 ~ 8 周。如血凝抑制反应的滴度 $\geq 1:32$ 就说明有免疫力。滴度较低应进行明确性分析, 如胶体溶血分析 (HIG) 或特异性 IgG 酶联免疫分析。如是阳性, 也说明

有免疫力。如是阴性也许可能由最近的感染引起；随即必须进行 IgM 检查。如 IgM 阴性，说明不是急性感染，由于结果偏差，则不能肯定有可靠的免疫力。尽管在孕 16 周前未接触风疹病毒，无免疫力或不肯定的孕妇应在孕 16 ~ 18 周时再检查一次风疹抗体。

7. 衣原体：孕 4 ~ 8 周。在一些国家，微生物法检查衣原体，或免疫生化法检查衣原体抗原，或分子生化学测衣原体基因序列属于产前筛选的项目。这些方法采用的都是阴道或尿道涂片。

8. 梅毒抗体：孕 4 ~ 8 周。TPHA 试验作为一种筛选试验，如其结果阳性则必须再做 FTA - ABS 试验或特异性酶联免疫分析以确诊。

9. 弓形体病：孕前或刚怀孕时做。约有一半的妇女在其生育年龄内无此免疫力。出现特异性的 IgG 抗体表明有免疫力。

10. HBsAg：孕 32 周前。在欧洲人群中乙肝病毒携带者约占 0.8%。高危孕妇应尽可能近分娩时检查 HBsAg。如果阳性，新生儿出生后应立即进行主动或被动免疫。

11. HIV：怀孕时。自愿性。假如孕妇同意，可检查 HIV。

12. Rh 因子 D 检测：新生儿。母亲 Rh 阴性，新生儿出生后应立即检查 Rh 因子 D；同时必须注意直接 Coombs 试验结果。如果 Rh 因子阳性或出现 Dweak，必须用同一血样检测 ABO 血型。母亲 Rh 阴性，而新生儿 Rh 阳性，则即使间接 Coombs 试验中母亲抗体较弱，直接 Coombs 试验中新生儿抗体较弱，新生儿也必须在出生后 72h 内注射标准剂量的抗 D 免疫球蛋白。

(三) 高危妊娠或高危分娩的实验室检查项目

危险性	实验室检查项目
异位妊娠	HCG
孕早期难免流产	HCG AFP
遗传疾病 染色体改变 基因疾病	染色体分析按照下列 a, b 两种方法 a) 羊膜穿刺后羊膜细胞培养; b) 孕 9 ~ 12 周的绒毛样本 2000 ~ 3000 种基因异常而引起的疾病中有部分可产前检查
代谢失常 血友病, 血红蛋白病, 亨廷顿病	生化分析, PCR 检查胎儿血及组织样本
囊性纤维病, 肌肉营养不良, 亨廷顿病 神经管缺陷	用绒毛, 胎儿组织或血进行 DNA 分析 AFP
血型不相容 ABO 血型 Rh 同种免疫作用的产后诊断 ABO 同种免疫作用的产后诊断	假设母亲 Rh (D) 阴性, 父亲 Rh (D) 阳性, 则应该在开始怀到孕 16 周期间检查 Rh 抗体 在孕 36 ~ 37 周检查抗 A 和 (或) 抗 B 同种抗体 脐带血直接 Coombs 试验, 母体血间接 Coombs 试验; 检查婴儿的 Rh Dweak 测定脐带血和孕妇血清中 IgG 同种抗体
母亲贫血	网织红细胞计数, 铁蛋白, 叶酸
母亲肾脏疾病	尿试纸, 尿沉淀, 细菌培养
I 型糖尿病, 妊娠性糖尿病	葡萄糖, HbA1c, 50g 葡萄糖耐量

(续表)

危险性	实验室检查项目
先兆子病	尿分析, 尿蛋白, 血清肌酐
HELLP 综合征	AST, ALT, LD, 胆红素, CBC, 分型计数, 血小板, 游离 Hb
先天性和围生期 TORCH 感染 弓形体病, 水痘, 麻疹, 流行性腮腺炎, 柯萨奇病毒, 流感, EBV, LCM, 细小病毒 B19 甲肝病毒、乙肝病毒 风疹 巨细胞病毒感染 单纯疱疹病毒 I + II 型 HIV	怀孕时接触过风疹, 水痘, 麻疹, 流行性腮腺炎或弓形体的用免疫学法检测特异性 IgG Sabin - Feldman 试验, IFT 或 ELISA 检测特异性 IgG 和 IgM 抗体 如接触了流行性腮腺炎, 水痘, 麻疹, 立即检测特异性 IgG 抗体 抗 HAV IgG, 抗 HAV IgM。HBsAg, 抗 HBc IgM。 HIT, HIG, 抗 IgG ELISA, 抗 IgM ELISA。 直接检查尿中病毒, CF, IgM ELISA, IgG ELISA。 用孕妇疱疹溃疡处内容物进行免疫荧光试验。 婴儿脑积液中 IgG, IgA, 和 IgM 抗体 HIV 抗体 HIV 抗原
梅毒	TPHA, FTA - ABS, FTA - ABSIgM, IgM ELISA
衣原体, N 淋球菌李斯特菌	直接病原体检查
B 型 β -溶血性链球菌	胃吸出物染色后革兰球菌。浓缩尿乳胶试验查溶血性链球菌。耳道、咽喉、腋窝、脐表面物培养以及羊水培养。C-反应蛋白, 血小板计数, IL-6, 白细胞计数, IL-8, 血涂片分型计数。

二、人绒毛膜促性腺激素 (HCG)

(一) 指征

1. 诊断早孕;
2. 监测孕早期 (异位妊娠、流产);
3. 监测滋养层肿瘤患者;
4. 三联试验的参数。

(二) 测定方法

免疫分析法是检测 HCG 的常规方法, 最好是用单克隆抗体。此抗体直接: ①既抗 α 链抗原又抗 β 链抗原; 这样可仅测定完整的 HCG 分子。②或仅抗 β 链抗原; 这样既可以测定完整的 HCG 分子, 又可测定游离的 β 链。

1. 尿液: ①凝集试验: 用两种单克隆抗体包被红细胞或胶乳颗粒。单克隆抗体 1 直接抗 HCG 和 LH 的 β 链。单克隆抗体 2 仅抗典型的 HCG β 链的碳末端, 包含 30 个氨基酸。如果尿样中有 HCG 和 LH, 两种激素均通过抗体 1 结合在红细胞上。而邻近红细胞上的抗体 2 与结合着的 HCG 的 C 端反应, 这样就导致红细胞的凝集。光有 LH 并不引起红细胞凝集。②根据 ELISA 或 IRMA 原理进行的免疫分析: ELISA 中试管, 膜滤纸或珠包被有单克隆抗体, 其特异性与上述单克隆抗体 1 类似。如尿样中有 HCG 和 LH, 它们都结合在试管壁或膜滤纸上。如加入第二个 POD 或 ALP 酶连抗体, 其特异性与上述单克隆抗体 2 类似, 该抗体就与已结合着抗体 1 的 HCG 形成心复合物。加入底物显色剂就呈显色反应。用单克隆抗体检测的敏感范围为 10 ~ 50U/L。

2. 血清: ①定性: 酶免疫法的敏感性约为 10U/L。②定量: 根据 RIA、ELISA 或 IRMA 原理进行的免疫分析, 其敏感性为

1~3U/L。

(三) 样本

尿液，血清。

(四) 参考范围

血清中 HCG $\geq 10\text{U/L}$ 表明妊娠。

(五) 临床意义

1. 早孕诊断

如果月经周期第 14d 排卵，则在刚刚孕 4d，即月经周期第 23~24d 时就可得到血清检查 (10U/L) 的妊娠阳性结果，而要得到尿液检查的阳性结果则晚几天；非常敏感的分析约在预期的月经周期中。

在用促性腺激素刺激而发生的妊娠中，必须考虑到在过了 HCG 半衰期的 10 倍时间后才可证实妊娠。

2. 孕龄

孕前 7 周的孕龄可通过分析至少 2 份血样的 HCG 而确定，这 2 份血样应间隔 2~7d，因为孕期内每 2.5d HCG 增加 1 倍。HCG 浓度的半对数与测量天数成线性关系。如果 HCG 浓度的斜率平行于正常的浓度—时间曲线，才可能确定孕龄。

3. 多胎妊娠

多胎妊娠中 HCG 浓度比单胎妊娠增加得多，加倍时间缩短。孕 10 周后，HCG 浓度绝对值高于单胎妊娠。

4. 自然流产

从某时开始，当 HCG 以缓慢低速的形式上升或呈早产性下降水平，则可观察到孕早期的妊娠异常。

5. 异位妊娠

近二十年来异位妊娠的发生率持续上升，现在每 1000 例发

生 10 例。它是孕早期孕妇死亡的最常见原因，占 6% ~ 12%。98% 的病例为输卵管妊娠。有用的指征是 HCG 的上升要几天时间。正常情况下，每 2.3d 血清 HCG 浓度翻 1 倍。如果不是这样，将发生流产或出现异位妊娠。用 HCG 正常上升排除异位妊娠的阳性预测值为 94.7%。

6. 葡萄胎

每 1000 例中发生 0.5 ~ 1 例。如超声检查未发现胚胎，而 HCG 浓度升高 (500000 ~ 1000000U/L)，尤其是在孕 10 周后相对于孕龄 AFP 浓度太低，则应怀疑是葡萄胎。

7. 孕程中血清 HCG 水平

血清 HCG 浓度的个体间变异如此之大，以致无确定孕程中某一点的精确参考范围。因此测定个间隔一定时间（如 48h）的 HCG 上升比例比测定其绝对值能更可靠地诊断完好妊娠。双胎妊娠中 HCG 度相对较高，尤其在孕中和孕末期时；然而依靠激素水平所作的诊断并不可靠。产后血清 HCG 下降，半衰期为 24 ~ 36h；11 ~ 17d 后则测不到 HCG。

三、a - 甲胎蛋白 (AFP)

AFP 属于胎瘤蛋白，具有产前诊断的临床意义，并作为一种肿瘤标志物用于检测某一恶性肿瘤。

(一) 指征

1. 孕中期时产前诊断神经管和腹壁缺陷；
2. 早期监测其他的围产期并发症，也可能作为唐氏综合征的指征；
3. 三联试验的参数。

（二）检测方法

根据 RIA、IRMA 或 ELISA 原理的免疫分析法。

（三）样本

血清：孕 16~21 周时取血样（1ml）。

羊水：如果连续两次血样结果异常，则应羊膜穿刺取得羊水分析染色体或 AFP（1ml）。

（四）临床意义

无脑畸形，神经管和腹壁缺陷的产前诊断

中枢神经系统最常见畸形是神经管缺陷，也称为神经管闭合不全。不同国家这些缺陷的发生率明显不同；在中欧每 1000 名新生儿中发生 2 例，而英国的某些地区发生率为其 5 倍。这些畸形婴儿呈脊柱裂并且有严重的神经损伤，或由于无脑畸形不可见。超声检查可筛选无脑畸形，而发生率与之一样的脊柱裂（1000 名新生儿中发生 1 例）则很难检查出。为了筛选开放性神经缺陷，建议在孕 16~20 周时检测孕妇的血清 AFP。选定这几个孕周 AFP 平均值的 2.5 倍作为诊断值。这些诊断值识别脊柱裂胎儿的临床敏感性为 70%，临床特异性为 97%。由于其发生率低，阳性预测值为 3%。这就意味着 100 个 AFP 超过基线水平中仅有 3 个是由于脊柱裂引起的。

如果测出孕妇血清 AFP 升高，其中 2/3 的假阳性可通过重复检测及超声检查而排除。如果血清水平仍高，胎儿可能发生神经管缺陷的危险性为 5%~10%。

两次检测孕妇血清 AFP 浓度均高，又不能超声检查，需要检测羊水 AFP，可能还要结合检测乙酰胆碱酯酶（ACHE）。

四、唐氏综合征的产前筛选

21 三体型（唐氏综合征）是最常见的常染色体畸变。除了种族和地理因素外，其发生率尤其与孕妇年龄有关。孕妇超过 35 岁，21 三体型发生率明显上升。因此，40 岁孕妇生育唐氏综合征婴儿的危险性比小于 30 岁的孕妇高 5 ~ 10 倍。

在二十世纪 80 年代，好几组研究发现，婴儿为 21 三体型的孕妇孕中期平均血清甲胎蛋白（AFP）和非结合型雌三醇（UE3）浓度明显低于正常孕妇，而人绒毛膜促性腺激素（HCG）浓度明显高于正常孕妇。为了筛选唐氏综合征而同时测定孕妇血清 AFP、HCG 和 UE3 浓度，称之为“三联试验”。

当 AFP 和 UE3 浓度的中位数约为正常中位数的 0.7 倍时，HCG 则约为正常中位数的 2 倍。

通过测定孕 15 ~ 22 周时的这些参数（三联试验），可以修正年龄相关的预测危险率，并可计算分娩唐氏综合征婴儿的个体危险性。

测定结果以“中位数的倍数”（MOM）表示。为测定中位数基线水平，必须至少检查 100 位正常孕妇，每个孕周 1 次。这不仅补偿了人群中的区域差异，而且弥补了由于不同方法对结果造成的影响。根据三个 MOM，通过三相分布计算出可能性比率；年龄相关的预测危险性是此比率的倍数。

孕 15 ~ 22 周中 HCG、AFP 和 UE3 的平均浓度并不恒定，因此测定样本时的精确孕周对可靠计算危险性来说至关重要。与以末次月经为依据计算孕周相比，超声检查将临床敏感性提高 4% ~ 9%。

尽管三联试验仅仅能计算危险性，诊断还靠检查羊膜穿刺或脐带穿刺取得的胎儿样本，但三联试验仍广泛应用。在所有筛选方法中，临床特异性和敏感性彼此成反比例。假设危险性阈值为