

高耀洁主编



实用 中西医结合 妇产科学

河南科学技术出版社

SYZXYJHFCKX

实用中西医结合妇产科学

名誉主编 宋鸿钊

主 编 高耀洁

河南科学技术出版社

实用中西医结合妇产科学

名誉主编 宋鸿钊

主 编 高耀洁

责任编辑 宋宇红

河南科学技术出版社出版

河南新华二厂(联)印刷厂印刷

河南省新华书店发行

787×1092毫米16开本 19印张 591千字

1990年4月第1版 1990年4月第1次印刷

印数1—7000册

ISBN 7-5349-0598-2/K·598

定价: 7.00元

版权所有 翻印必究

内 容 提 要

本书由全国26位著名妇产科专家、教授撰写而成，著名教授宋鸿钊任名誉主编，高耀洁任主编，陈士奎任总编审。

全书共分三篇。上篇总论：讲叙了中医妇产科引论，常用中医药治则和方剂，常用西药、以及女性生理解剖和现代检查手段的诊断方法。中篇妇科：叙述了妇科病史的采集，各种检查方法，常见病如月经病、生殖器炎症、肿瘤、杂病等。下篇产科：叙述了围产期保健，产科多发病如各种流产、宫外孕、妊高征、产后病、节育、不孕、优生等。

全书以提高妇产科大夫的诊疗技术为宗旨，论述深入浅出，既有新颖的高深理论，又有浅显的一病一方，言简意赅，立足临床，坚持实用，力求反映我国中西医结合诊疗妇产科疾病的新成果。适合中医、西医、中西医结合妇产科临床大夫及医科院校师生学习和参考。

编辑说明

作者名单 (以姓氏笔划为序)

- 于兰馥 云南省人民医院妇产科
于载畿 山西医科大学第一附属医院妇产科
王大琬 北京妇产医院
王成荣 四川省中医药临床研究所妇科
王秉正 西安医科大学第一附属医院妇产科
王芝兰 北京同仁医院妇产科
王九莲 河南中医学院第一附属医院内科
牛恩美 上海国际和平妇幼保健院
牛德惠 山东医科大学附属医院中医科
刘 琨 北京中医医院妇科
刘长江 北京妇产医院
刘德傅 上海瑞金医院中医科
孙爱达 北京协和医院妇产科
宋鸿钊 北京协和医院妇产科
谷祖善 新疆石河子医学院附属医院妇产科
李国维 上海国际和平妇幼保健院
连利娟 北京协和医院妇产科
杨学志 江西省妇女保健院
张丽蓉 天津中心妇产科医院中医科
俞 瑾 上海医科大学妇产科医院
唐敏一 北京协和医院病理科
徐升阳 武汉市中医医院妇科
高耀洁 河南中医学院第一附属医院妇科
梅振翼 武汉湖北中医学院妇科
黎培毅 华西医科大学第二附属医院妇产科
臧美佳 中国中医研究院广安门医院妇科

序 言

我有幸阅读了《实用中西医结合妇产科学》一书。这是由全国26位知名专家撰写，深入浅出地论述了妇产科领域中西医结合研究的经验；也反映了妇产科的现代化新进展。此书理论和经验都重在实用。出版此书，是件大好事，为全国妇产科人员和中医生的临床，提供了良好的参考书。

我虽患病卧床，但也尽力阅读全书。认为此书对妇产科人员，确有借鉴之处。其内容为中西医结合，更利于广大城乡中医、西医、中西医妇产科大夫、妇幼保健人员、计划生育工作者以及医学卫生的院校师生、助产士、医学爱好者等各界人士的随时翻阅。一些章节具有相当高的理论，叙述较为详尽，而且浅显易懂，实为医生和病人的良师益友。

至于中西医结合问题，至今尚难定论，因为中西医是以两种不同的思维方法去诊治疾病，二者合一，实非易事，只能各述其长，使读者自行参照贯通，应用于临床。

总之，本书从女性生理解剖，各种现代化检查，妇产科常见病、多发病，老年妇女病，计划生育，又谈到优生、优育，内容丰富，集专家、教授几十年的科研和临床经验，可谓“不可多得”，故欣然写出几笔，以示读者。

河南医科大学妇产科教授

左国贞

1987年6月

前 言

本书在全国著名26位妇产科专家、教授及同道们的共同努力下，集思广益编写而成。全书从临床实际出发，集各专家、教授之所长，着重阐发了妇产科常见病、多发病、疑难病等的中西医结合诊疗经验和研究成果，并作出较为系统的总结，同时注意提高与普及相结合，理论与实践相结合，既有高深新颖的理论，又有浅显的一病一方，是一部当前实用性较强的中西医结合妇产科专著。我们力图通过本书打开一扇洞观妇产科中西医结合的窗口，透过这个窗口，使我们对中西医结合的可能性、必要性、优越性和未来发展的光明前景有更深刻的认识。

本书具有以下三个特点：

1. 采用新的编写方法和编排体系，着重介绍了三十多年来中西医结合在妇产科领域中的许多宝贵经验和深刻体会。有不少真知灼见的成果，如中西医结合治疗宫外孕一篇中写出了临床经验及科研理论，不孕症一篇中运用科学检查及中医中药辨证施治。同时，显示了中西医结合妇产科学在中医发展中的地位和作用。

2. 运用现代医疗技术，结合中医治疗，将丰富的临床经验展示给读者。书中阐明了中医治疗妇产科疾病的理论与实践，如中医治疗妇科病的法则，并在每一法则中写出了科学验证的论据。这充分说明了利用现代医学来继承和发扬中医学的必要性。

3. 着重编写了近几年来妇产科学中较新颖的检查技术。如阴道镜、宫腔镜、腹腔镜、胎儿镜、产程图、电子计算机x线断层扫描（CT），以及绒毛膜促性腺激素、女性激素受体、单克隆抗体等在临床上的应用。

北京协和医院宋鸿钊教授、北京妇产科医院王大琬教授、山西医科大学附一院妇产科于载畿教授、云南省人民医院妇产科于兰馥教授等，将他们几十年的中西医结合成就及宝贵经验，通过本书献给了读者。此书聘请北京协和医院宋鸿钊教授任名誉主编，中国中西医结合研究会副秘书长陈士奎副主任医师为本书进行了编审，承蒙河南医科大学第二附属医院妇产科左国贞教授写了序言，并得到河南省直第一门诊部郭明久副主任医师，河南中医学院医院秦顺芸副教授，张晔，魏明等大夫的大力支持，在此一并致谢。

因本书的出版是一次探索性的尝试，中西医结合工作有待进一步研究，不足之处诚望同道们的指正。

编 者

1988年8月

目 录

上篇·总论

第一章 中医妇产科引论……王成荣 (1)

第二章 女性生殖器生理与解剖 ……………谷祖善 (4)

第三章 妇产科各种特殊检查……………(16)

- 第一节 阴道镜在妇产科的应用…孙爱达 (16)
- 第二节 宫腔镜在妇产科的应用…孙爱达 (21)
- 第三节 腹腔镜在妇产科的应用…孙爱达 (25)
- 第四节 X线诊断在妇产科的应用
……………刘长江 (30)
- 第五节 超声波在妇产科的应用…刘长江 (34)
- 第六节 CT在妇产科的应用……刘长江 (36)

第四章 妇产科常用特殊实验检查…(39)

- 第一节 阴道细胞涂片及宫颈粘液
结晶检查……………王大琬 (39)
- 第二节 输卵管通畅检查……………王大琬 (42)
- 第三节 绒毛膜促性腺激素(HCG)
的生化及生理特性及测定
的临床应用……………宋鸿钊 (43)
- 第四节 卵巢癌的免疫诊断……………连利娟 (45)
- 第五节 病理学在妇产科的应用…唐敏一 (50)
- 第六节 女性激素受体的临床应用
……………牛恩美 (54)

第五章 妇产科常用中医治则……………(57)

- 第一节 补肾法……………刘 琨 (57)
- 第二节 调肝法……………刘 琨 (59)
- 第三节 健脾法……………刘 琨 (62)
- 第四节 活血化瘀法……………刘 琨 (64)
- 第五节 清热解毒法……………刘 琨 (68)

第六章 妇产科常用药物……………(71)

- 第一节 妇产科常用中药方剂……王成荣 (71)
- 第二节 孕产妇常用西药简介……黎培毅 (81)

第七章 针灸在妇产科的应用…俞 瑾(86)

中篇·妇科

第八章 妇科病历的采集……………(90)

- 第一节 妇科病史的采集……………谷祖善 (90)
- 第二节 全身体格检查……………谷祖善 (93)
- 第三节 妇科检查……………谷祖善 (94)
- 第四节 病历书写……………谷祖善 (96)

第九章 妇产科四大症状的诊治……………(99)

- 第一节 妇女白带……………高耀洁 (99)
- 第二节 阴道出血……………高耀洁 (101)
- 第三节 腹部疼痛……………高耀洁 (102)
- 第四节 腹部肿块……………高耀洁 (106)

第十章 月经及月经病……………(109)

- 第一节 正常月经的来源……………黎培毅 (109)
- 第二节 常见月经病的分类……………刘 琨 (112)
- 第三节 月经频发、后期、稀发, 先
后无定期、量多及量少…刘 琨 (115)
- 第四节 痛经……………刘 琨 (119)
- 第五节 功能失调性子宫出血…刘 琨 (122)
- 第六节 闭经……………于兰霞 (129)
- 第七节 经前期紧张综合征……………刘 琨 (135)

第十一章 外阴疾病……………(139)

- 第一节 女阴瘙痒症……………于兰霞 (139)
- 第二节 外阴白色病变……………于兰霞 (140)
- 第三节 前庭大腺炎……………臧美健 (146)
- 第四节 其他外阴疾病……………于兰霞 (147)

第十二章 阴道炎症.....(150)

- 第一节 老年性阴道炎.....于载畿(150)
- 第二节 滴虫性阴道炎.....于载畿(152)
- 第三节 霉菌性阴道炎.....于载畿(154)
- 第四节 淋病性阴道炎.....高耀洁(155)

第十三章 子宫颈炎.....(156)

- 第一节 现代医学治疗慢性子宫颈炎
的现状与评价.....于载畿(156)
- 第二节 中医药治疗慢性子宫颈炎
的现状与评价.....于载畿(158)
- 第三节 中西医结合治疗慢性子宫颈炎
的现状与评价.....于载畿(159)
- 第四节 中西医结合治疗宫颈间变、
宫颈核异质细胞的研究.....于载畿(163)

第十四章 盆腔生殖器官炎症.....(164)

- 第一节 急性盆腔炎.....于载畿(164)
- 第二节 慢性盆腔炎.....于载畿(166)
- 第三节 生殖器官结核.....于载畿(170)
- 第四节 中西医结合治疗盆腔炎.....于载畿(172)

第十五章 妇科肿瘤.....(174)

- 第一节 精神情志与妇科癌症的关
系.....高耀洁(174)
- 第二节 妇科恶性肿瘤的辨证论治
.....高耀洁(175)
- 第三节 中医中药对妇科恶性肿瘤
病人的并发症及继发症的
治疗.....高耀洁(178)
- 第四节 营养因素与饮食疗法.....高耀洁(180)
- 第五节 子宫颈癌.....杨学志(182)
- 第六节 中药催脱钉防治宫颈癌的
研究.....刘长江(185)
- 第七节 恶性滋养细胞肿瘤.....高耀洁(186)

第十六章 妇科杂病.....(190)

- 第一节 子宫内膜异位症.....刘德博(190)
- 第二节 子宫脱垂.....王芝兰(194)
- 第三节 老年妇女常见病.....俞瑾(197)
- 第四节 女性更年期综合征.....张丽蓉(200)

下篇·产科

第十七章 围产医学与围产期保健.....(205)

- 第一节 围产医学的发展.....于兰霞(205)
- 第二节 围产期保健.....于兰霞(206)
- 第三节 围产期监护.....于兰霞(209)
- 第四节 高危妊娠.....王大琬(212)

第十八章 妊娠病.....(215)

- 第一节 妊娠恶阻.....徐升阳(215)
- 第二节 流产.....徐升阳(218)
- 第三节 习惯性流产.....张丽蓉(224)
- 第四节 妊娠高血压综合征.....梅振翼(225)
- 第五节 羊水过多症或过少症.....李国雄(232)
- 第六节 胎儿宫内发育迟缓.....高耀洁(233)

第十九章 宫外孕.....(236)

- 第一节 输卵管妊娠.....于载畿(236)
- 第二节 其他部位妊娠.....于载畿(242)
- 第三节 治疗宫外孕方剂的实验研
究.....于载畿(244)

第二十章 妊娠期并发症.....(247)

- 第一节 妊娠合并心脏病.....王九莲(247)
- 第二节 妊娠合并贫血.....王九莲(249)
- 第三节 妊娠肝病.....高耀洁(250)
- 第四节 妊娠合并急性阑尾炎.....刘长江(252)
- 第五节 妊娠合并急性肠梗阻.....刘长江(255)

第二十一章 产后疾病.....(259)

- 第一节 产后出血.....王秉正(259)
- 第二节 晚期产后出血.....王秉正(263)
- 第三节 产褥感染.....王秉正(264)

第二十二章 节育 不育 优生.....(269)

- 第一节 引产.....于兰霞(269)
- 第二节 人工流产、宫内置节育环
并发出血症.....牛德惠(272)
- 第三节 不孕症.....张丽蓉(275)
- 第四节 优生学.....宋鸿钊(282)

上篇 总论

第一章 中医妇产科引论

中西医结合是我国医学发展的途径之一,也是我国医学科学研究的一大课题.就方法学而论,中西医结合的途径可以有多种,但不可避免地要涉及继承和发展传统中医学学术理论与诊疗经验的问题.可以说,继承是发展的重要基础,发展是继承的必然趋势.作为临床学科之一的妇产科学,在中西医结合研究工作中,同样也存在继承和发展的辩证关系问题.从事中西医结合研究的工作者,应该理解继承的内容是多方面的,迄今尚在实践探讨的方法也有多种.例如:按不同学科对历代医学专著进行分析、综合、归纳、整理;对当代老中医的经验、心得和学术特点加以总结;收集、发掘、整理并加以科学地实践验证尚在民间流传的单验效方;等等.应该理解这是一项难度很大的科研课题,除极少数病种、病症、药物外,不少课题的科研方法,是近几年才走上正轨而有所进展的.为此,尽可能多了解一些我国历代妇产科学的有关著述,从而获得中医妇产科学发展的印象,对开阔妇产科领域中西医结合的视野,拓宽中西医结合的道路,无疑是有所裨益的.

中医妇产科学是中医学的一个组成部分,它同西医妇产科学之间存在着两个明显的区别:第一,西医妇产科学根据解决问题的不同侧重,又可分为产科学和妇科学,两门互有联系而又相对独立,中医妇产科学则不然,由于有关分娩这一最主要的产科内容的理论和实践都十分贫乏,所以未能形成相对独立的产科学,而通常以妇科学包括产科学,第二,以认识问题和解决问题的方法而论,西医妇产科学基本上属外科性学科,中医妇科学则同中医内科学一样,是通过望、闻、问、切,按照理法方药的临证思维程序辨证论治,因此属内科性学科.可以说这两个显著区别的特点,既有深刻的历史根源,也对妇产科学领域的中西医结合有一定的现实意义.

追溯历史,中医妇科学的形成,与中医内、外、儿科一样,其理论基础的奠定,首推医典《黄帝内经》.在该书的一些篇章中,散在地对月经、妊娠和某些病态如闭经、不孕、带下、崩漏、以及妊娠的诊断、孕妇患病服药问题等,作了论述,

公元219年,汉·张机著《金匮要略》,开始把一些妇女病与内、外科疾病分开,归纳为《妇人妊娠病脉证并治》、《妇人产后病脉证并治》、《妇人杂病脉证并治》三篇,其中叙述了妊娠的诊断、妊娠呕吐、流产、妊娠水肿、产后抽风、产后昏晕、产后腹痛、产后发热、产后恶露不尽、白带过多、闭经等的脉证和主治方药,这不仅丰富了中医妇科的辨证论治内容,而且也为中医妇科朝系统化方向发展提供了模式.

公元610年,隋·巢元方著《诸病源候论》,所载妇产科疾病的种类较《金匮要略》又有增加,如阴挺虫、阴中生瘕肉、阴痒、数堕胎、子病、妊娠过年久不产、胞衣不出、产难、横产、逆产、产后无乳汁、产后乳汁溢等.该书虽可看作中医临床的病因病理学专著,但对一些病状的描绘也颇生动,如《妊娠瘕候》中说,“……发则口噤背强,名之为瘕,妊娠而发者,闷冒不识人,须臾醒,醒复发……亦名子病,亦名子冒”,酷似西医产科妊娠高血压综合征之子病.

公元852年,唐·孙思邈著《千金要方》,不仅在治法方药上补充了《诸病源候论》之不足,而且对妇产科疾病的认识较唐以前更有进步,明确指出:“妇人之别有方者,以其胎妊生产崩伤之异故也”.作者在“产难”章中指出,产妇“将痛之时及未产已产,并不得令死丧污秽家人来视…….”“凡欲产时,特忌多人瞻视,唯得二三人旁……若人众看视,无不难产”“凡产妇第一不得匆匆忙忙,旁人

极须稳申,皆不得预缓预急及忧悒;忧悒则难产”。这种强调产房必须安静和清洁卫生的观点,强调思想焦虑和情绪紧张将招致难产的观点,即便在千余年后的今天,也是值得称道的。该书在“产后虚损”章中,告诫产妇“勿以产时无他,乃纵心恣意,无所不犯”,指出:“妇人产讫,五脏虚羸”,“所以妇人产后百日以来,极须殷勤忧畏,勿纵心犯触及即便行房,若有所犯,必身反强直,犹如角弓反张,名曰蓐风”;“凡产后满百日,乃可合会,不尔,至死虚羸,百病滋长,慎之”;尽管限于历史条件,作者不可能认识产褥感染的微生物病原学问题,但这种从实际观察到的,颇似产道感染破伤风病例的严重症状,使作者得出应注意产褥期卫生的见解,却是十分可贵的。

公元853年,唐·咎殷《产宝》问世,这是我国现存最早的一部胎产专著。然其内容简略,基本上未讨论临产分娩的问题。直至1098年,宋·杨子建著《十产论》,才开始对分娩的一些问题作了初步总结,指出:“妇人欲产,浆破血下,脐腹作阵疼痛极甚,腰重,谷道挺进,头至产门已见,是正产之候”。“若未有正产之候而用力太早,并妄服药饵,或有伤动,令儿下生,譬如握苗而助长,无益而有害”。可见作者对第一产程过渡到第二产程临床表现的描绘,是有实际观察感受的经验之谈;对产妇何时用力下挣的认识,也颇切合助产原理。在“冻产”、“热产”的论述中,对产房气温不宜过冷过热的考虑也是恰当的。作者还着重论述了“横产”、“倒产”、“偏产”、“碍产”等助产手法。例如:“横产,儿先露手或先露臂……当令产母安然仰卧,后令看生之人,先推其手,令入直上,头顺产门,渐渐逼身,以中指摩其肩,不令脐带羁扳,推上而正之;或以指攀其耳而正之。须是产母仰卧,然后推儿直上,徐徐正之”。“倒产……先露其足,当令产母仰卧,令看生之人,推其足入,不可令产母用分毫力,亦不可惊恐,使儿自顺”。诚然,这样的助产手术,在今天看来,恐怕很难收到顺利解决胎位异常难产的效果,因而也不能认为是成功的助产术。这在1566年,明·楼英著《医学纲目》论杨子建“横产、倒产、偏产、碍产四法中”,便提出了异议。他说:“令看生之人非精良妙手,不可依用此法;恐恣其愚,以伤人命也。按倒产者,今世往往倒而生下,并无后患,子母双全,不必依推上之法亦可,又碍产者,往往肚带有缠在儿肩上,而儿头顶亦能自出在产门外,看生之人以手指其肚带,从儿头顶过而下之者。又有胎带缠在项上一经,而儿与胎衣自然同下者,皆无患,不必依此法亦可也。”不过远在公元800年前的宋代,就已认识到处理胎位异常难产应取手术助产,并具体描述了操作步骤,在一定程度上反映了我国当时的医生们在寻求解除妇女异常分娩的痛苦和创建我国的产科学方面,是曾经作了不少努力的。

不难理解,在没有解剖学、微生物学等基础医学和外科手术学、麻醉学等临床医学知识技术的条件下,助产手术也不可能孤立地发展到安全有效的成熟阶段。但长期的封建社会制度对中医妇产科学的形成,无疑也起了严重的阻碍和限制作用。在建封社会的伦理道德观念和世俗偏见的统治下,男医生既不能直接接触产妇进行助产操作,而妇女又无权从事医疗工作,这样,医生只好命令“看生之人”去施行手法,具体操作。这里所谓的“看生之人”和其他医籍称做“稳婆”、“洗母”、“接生婆”、“收生婆”等等的,实际上多是无权获得医学知识,甚至无权识字的劳动妇女。《医学纲目》所说的“恐恣其愚”便是证明,既然助产操作不得不谗诸“看生之人”,医生只好从非手术操作方面,即从内科性的诊疗方面,来探讨妇产科领域的问题了。因此,《十产论》以后有关妇产科的中医书籍,基本上都是通过望闻问切进行辨证论治的经验总结。这个特点,即使是专论胎产的中医著作也不例外。至于涉及助产问题的文字,多数作者不是转抄或仿效《十产论》描述的手法,便是倾向楼英“不令稳婆轻易使用手法”的观点,或在强调不能用力过早的同时,处以方药内服。这无非顾虑弄巧反拙,而不如保守等待,听其自然。

1237年,宋·陈自明著《妇人良方》,分调经、众疾、求嗣、胎教、胎候、妊娠、坐月、产难、产后、疮疡等10门,引用医书30多种,分别论述了妇产科疾病的病因、症状、方药,并附有治验。虽然该书也有部分属封建迷信的糟粕,但仍不失为我国第一部比较全面的妇科专著。该书关于难产部分虽也引用《十产论》原文,但却同时援引了宋·郭稽中“产难方论”;“设或逆生横产,当用前法针刺之”的论述,从而反映了当时医生们在谋求非手术助产的其他疗法方面之用心了。

《妇人良方》以后,包括金、元、明、清,700多年的历史过程中,中医妇科专著数量颇多,现存者有百余种。其中比较著名的有:1549年,明·万全著《万氏女科》;1602年,明王肯堂著《女科准绳》;1620年,明·武之望著《济阴纲目》;1624年,明·张介宾著《景岳全书·妇人规》;1684年,清

·肖慎斋著《女科经纶》，1746年，清·叶桂著《叶氏女科证治》，1764年，清·沈尧封著《女科辑要》，1773年，清·沈金鳌著《妇科玉尺》，1786年，清·竹林寺僧著《竹林寺女科》，1820年，清陈修园著《女科要旨》，1827年，清傅山著《傅青主女科》等。至于以胎产命名立论的专著，现存者约有90种，而比较著名的有：1715年，清·亟斋居士《达生篇》，1728年，清·倪枝维著《产宝》，1730年，清·阎纯玺著《胎产心法》，1762年，清·唐千顷著《大生要旨》，1780，清·汪喆著《产科心法》，1795年，清·陈笏庵著《胎产秘书》，1830年，清·张曜孙著《产孕集》等。这些医著，除有的仍转抄《十产论》原文外，增录了一些单方或“验方”，而对分娩问题的论述都很简单，可以说未有超出《十产论》者。其中，在民间流传颇广的亟斋居士《达生篇》，指出“稳婆……大约此等人多不明道理，一进门来，不问早迟，不问生熟，便令坐草用力，一定说孩儿头已在此，或命揉腰擦肚，或以手入产门探摸，多致损伤……祸不忍言矣！”可以说是对《十产论》助产手法的一种变相否定。至于对月经、带下、妊娠、产后等病症的认识，归结起来，仍不离理法方药，评脉、辨证，施治。除对某些病证的病因病机的论述有一些不同于前人的论点外，还在方药的运用上有所增加。

公元1840年（清道光20年），鸦片战争后，西洋医学随之传入我国，致使民国年间出版的中医胎产专著中，也渗入了一些西医妇产科学内容，可是由于中西医学理论体系迥异，西方医学的传入和发展，并未能对中医学术本身的发展起到积极的作用，因此，有待于我们探讨中西医结合的问题。

综上所述，可以得出三点结论：

（1）中医妇科学是通过望闻问切进行辨证论治的，以内服中药为主要治疗手段的一门内科性学科，它具有理法方药的系统理论，至今仍指导着中医妇科临床。

（2）中医妇科学关于胎产的论述，因受历史条件的限制，未能形成切合实际的理论和有效方法，仅在胎产方面的一些专著中，对临产问题有所讨论。

（3）妇产科领域的中西医结合研究工作，应该着重在加强临床科研设计的前提下，探讨中医妇科学中行之有效的治疗经验和辨证论治理论问题，为此而进一步参考、学习有关中医妇科的历代医籍，看来也是必要的。

（王成荣）

第二章 女性生殖器生理与解剖

一、全身情况

1. 体型

体型可以体现性征。第一性征是指内外生殖器，这个与体型含义不同。第二性征包含很多体格发育上的女性特点，体型是其中之一。第三性征有人说是人体细胞染色体的差异，有人说是社会心理上的性别差异，不过也都与体型含义不同。

女性体型稍矮（与男性平均值相对而言），躯干相对长，四肢短，肩窄腰细臀宽厚。这是由于雌激素可促进骨骺闭合而使长骨停止发育的缘故。骨盆大是长期分娩活动的进化结果，臀部大还有脂肪因素。女性体内脂肪含量比男性多50%，所以女性体表轮廓线比较圆滑，丰满。女性，尤其是女性青少年，脂肪偏少（如脂肪比例 $<15\%$ ）就可能发生闭经等问题；成年后脂肪偏多（如体重超过标准40%以上）则又易患子宫体癌、糖尿病、心血管病等。

2. 皮肤毛发

女性皮肤细腻些，毛少且分布不同男性。女性若睾丸素、肾上腺皮质激素等分泌过多，毛发则增多，可长少许胡须，汗毛重，长痤疮，阴毛向脐及肛周延伸。女子较少秃顶。妊娠后面颊、腹中白线可有色素沉着。

3. 乳房

新生儿时男女乳房都较大，因受胎盘巨量女性激素的刺激，而生后很快消失。女孩青春期10~11岁开始发育，现生活水平提高，7~9岁时女孩乳房即开始发育者并不少见。性早熟的诊断除了8岁前乳房增大外，还应有9岁前长阴毛腋毛、阴蒂大、变音、长痤疮，10岁前来月经等依据。

妊娠期乳房进一步增大，乳头乳晕都增大，色变深。前5个月雌激素使腺管增生，后5个月孕激素使腺泡增生。妊末可“试车”分泌少量乳汁，但正式分泌乳汁要到分娩后。产后因为没有了产生巨量（近千倍于非妊娠期）雌激素的胎盘，垂体前叶得到解放，开始分泌催乳素。

乳房也是一个重要的性器官。

4. 甲状腺等内分泌器官

各种内分泌器官构成一个大系统，各器官之间的功能有互相制约的关系。

下丘脑、垂体前后叶的功能失调可能引起各下属器官的功能失调。例如席罕氏病（垂体前叶功能减退）可以使人未老先衰，使卵巢、肾上腺、甲状腺等都处于低调状态。

甲状腺和卵巢功能关系密切，甲状腺可以看见摸着，基础代谢测验也比别的腺体容易做，所以临床上对甲状腺注意得多一些。内科认为基础代谢从 -10% 到 $+15\%$ 属正常范围，但对年轻妇女来说，希望它能维持在 $+10\%$ 左右，觉得 0% 即偏低。这对月经和妊娠都很重要。正常妊娠可高出 $20\sim30\%$ 。有人测100名广州15~36岁妇女，平均为 -6.4% ，在妇科即认为偏低。

此外，肾上腺皮质激素对女性体征表现也有很大影响。

二、外阴

1. 阴阜

位于耻骨联合前方。皮下脂肪垫较厚可保护耻骨。上生阴毛，有、无、多、少因人而异。典型女性

阴毛应是倒三角形，上缘是平的。如果上缘由中央部开始向脐部长毛，使上缘呈山形，即呈男性型，这时还可以毛量增多，且向肛门发展。阴毛向下盖覆着一部分大阴唇、阴蒂、尿道口等，可以保护外阴，使汗水、灰垢少进阴道，尿道。阴毛在性交时尚有减少皮肤摩擦的作用，所以剃阴毛的习惯不好。

2. 阴蒂

位于阴阜下面正中，在大、小阴唇上方汇合处。阴蒂体在上，阴蒂头在下，外面盖着包皮（头露出），内里有海绵体，充血时可胀大、勃起。神经也很丰富，是女性最敏感的性器官，有接受、传送性感的功能。但它所处的位置稍偏高，性交时阴茎不大容易刺激到它，所以在性交前可以用其他方法去刺激它，以期做好正式性交前的准备酝酿过程。

阴蒂过分长大被视为“阴阳人”。但其增大到何等程度即为不正常，未见公认标准，但1cm长恐怕还不能算病理性的增大。有的文献谓0.3~0.4cm。再说即使阴蒂大也不一定就是真两性畸形（真阴阳人），必须同时具有卵巢和睾丸才算是真两性畸形。

3. 大阴唇

为皮肤性器官，皮下脂肪多，隆起高，未产者左右对拢，有封闭保护尿道口、阴道口的作用，但在性兴奋时胀大、分开。有阴毛、汗腺、皮脂腺、少量肌肉、色素沉着。血管丰富，皮下组织疏松，受创伤（多为骑跌伤）后易发生血肿。很敏感。圆韧带终点在大阴唇上端皮下。

4. 小阴唇

位于大阴唇内侧，比大阴唇小，在未产者是被大阴唇遮盖着。为粘膜性器官，但也是复层鳞状上皮，无阴毛，无汗腺，只有皮脂腺，经常维持湿润状态。皮下无脂肪，所以只是单薄的皱襞状，但血管神经比大阴唇更丰富，比大阴唇更敏感，能勃起，也有少量肌肉。色素比大阴唇更多。

5. 前庭大腺（巴氏腺）

埋于两侧大阴唇下1/3处皮下的一对腺体，正常只有黄豆粒大、触摸不到。它们各有一条腺管通向阴道前庭下1/3处，开口在处女膜之外，小阴唇之内的侧缝里。如果因为炎症等问题，堵塞腺体的出口，粘液潴留可形成巴氏腺囊肿，如再有感染发生便可形成巴氏腺脓肿。胀大了的腺体就可以摸到。过去患此病有做囊肿切除者，后来考虑到此腺的作用，手术改为造口术（袋形切开）。它的作用一直被认为是性兴奋时分泌粘液以润滑阴道口，但吴阶平译Kolodny著的《性医学》中却说“阴道内并没有可以造成润滑作用的分泌腺”，而是“由于阴道壁的血管充血导致液体漏出的结果”。而在该书的后面又写道：“前庭大腺囊肿”等病可造成性交时“外阴或阴道口疼”，似乎又有矛盾。

6. 处女膜

是阴道口的一层保护膜，约2mm厚，中央的孔形态多样，未婚者一般也可容一单指进入。对于处女膜孔周围的裂口，人们的看法并不一致，妇科书上一般认为，除了性交之外，骑马骑车、劈叉等剧烈运动等都可以引起处女膜撕裂，形成放射状裂口。但近来从法律书籍发现，法医并不认为剧烈运动等可以引起处女膜破裂，这个争论应澄清，因为这很有实际意义。妇科一直认为单从处女膜有裂口这一点不能肯定曾有过性行为。不过笔者近来也倾向于不相信剧烈运动可撕破处女膜，因为处女膜有相当好的弹性和韧性。局部受力（不论是马鞍或车座）总不会把什么置入阴道口内或处女膜水平以上，当然，创伤如果深入阴道，那是会引起裂痕的。然而临床上发现处女膜经常有裂痕，尚难以解释。

性交后处女膜会裂开，产后裂伤更严重，形成一圈断断续续的小突起，称做处女膜痕，现在诊断Ⅰ度子宫脱垂就用它做标志。

还有一种无孔处女膜，也称完全性阴道横膈。月经血出不来，积蓄成为血肿，把横膈撑满、膨出，颜色发紫。中医称为“石女”，这在临床上很容易手术治愈。

7. 其他

尿道口在阴道口的上方，尿道在阴道前壁下段粘膜下匍行通向膀胱。尿道口距阴道口很近，因此，女性在婚后比较容易患泌尿系感染。

小阴唇内侧，处女膜外面这一椭圆区称为前庭，下端有舟状窝，再向下为后联合。

三、阴道

1. 阴道解剖

阴道呈外细内粗、后深前浅的扁筒状，对未产者来说，阴道前后壁紧贴，两侧各有一侧壁，是一个实际上不存在的“空间”，其横断面有如一个扁H形。白带多由两侧引流而下。阴道是前后壁贴紧，外阴是左右合拢，它们巧妙地以不同的方向保护着阴道。如分娩过多，阴道松弛而闭合不严，在体位变化时就可能感到有气体进出阴道，称“阴吹”。阴道的方向是由后上向前下斜，从纵剖面看，后穹窿比前穹窿深（后穹窿约10~12cm深）。后穹窿的位置和形态特性，对子宫起到保护作用，因为它可贮存阴道中的污液，使之不至于流入宫腔。宫颈口突出于四个穹窿之中，后穹窿低于宫口。后穹窿当然也贮精液，这种特殊结构还有利于优生“选种”。如果让病残老弱的精子都入宫授精，当然不利人类进化。这种特殊结构犹如设置一个台阶，让身强力壮的精子去“跳龙门”，起到自然“选种”的作用。

后穹窿的对侧是腹腔的最低点——子宫直肠陷窝，中间只有薄薄的一层腹膜、一层阴道粘膜和少许结缔组织。所以这里可以形成肠疝。由这里切开可以进入腹腔作手术，腹腔里感染积脓可以从这里引流排脓，腹腔有病（如内出血、感染）也可以由此穿刺取材协助诊断。

前穹窿与子宫膀胱陷窝相邻。但是因为膀胱贴得比较近且紧，所以从前穹窿进腹腔比从后穹窿进稍微复杂。两个侧穹窿的内侧埋着主韧带、子宫动静脉、输尿管等重要组织。

阴道前壁内侧是膀胱和尿道，分娩产伤如果减弱了阴道前壁的力度，就会连同内侧的膀胱尿道一块向外向后突出，称为阴道前壁膨出，也称膀胱膨出。阴道后壁松弛，也会和它的后邻直肠一块向外向前突出，称阴道后壁膨出或直肠膨出。

阴道内侧面是鳞状上皮的粘膜，有很多横行皱褶，所以长短变化弹性大，横皱褶也可因摩擦增加性感。但阴道横向扩张弹性也相当大，分娩时可容直径10cm的胎头挤出，不过那是经过妊娠时酝酿准备的，平时则不行。粘膜底下是肌肉层。阴道的肌肉象呼吸系统而不象心脏，它是又有自主随意运动，又有植物神经自律运动。但其收缩还必须和尿道括约肌、肛门括约肌、盆底肛提肌、会阴深浅肌等一起收缩才行，不能单独行动。这些自主的和自律的肌肉在性交时，一方面收缩增加阴茎摩擦快感；一方面阴道口更紧一些，使阴道更形内宽外紧，防止精液外溢。这些肌肉，尤其是盆底和会阴诸肌，在分娩时还有使胎头仰伸的助娩作用。

一般认为阴道有三种功能：月经白带、性交、分娩。另外，阴道还有感觉的反馈作用、防感染作用等。

2. 白带

阴道没有分泌腺，白带的主要来源是宫颈粘液和阴道渗出液，其中还有一些上皮细胞和白细胞（一般多呈脓细胞形式存在）。宫颈粘液呈碱性，正常阴道环境应该是酸性（pH4.5左右）。白带量的多少、颜色、pH、脱落上皮细胞的性质和数量、乳酸杆菌和白细胞等等，是随着妇女一生的年龄变化和月经周期而变化着的。生理的白带也可以有点气味。人们对白带在生理范围内的变化常过于敏感，另外也有人白带认识偏窄，认为有百害而无一利，而且是天下最脏的东西。其实白带象长流水一样，滋润冲洗着阴道粘膜，着实有功。有的白带清洁度很好，不可一概而论。老妇、幼女因雌激素少而白带也少，所以容感染而患阴道炎。白带的确是很多疾病的表现症状，也很常见。各种阴道炎都出现白带过多和性状异常。

阴道内正常情况下有乳酸杆菌生长，它将鳞状上皮内的糖原转化为乳酸，以此维持阴道的酸度。这种酸度可以抑制大部分细菌、滴虫等生长繁殖。

3. 阴道粘膜

阴道粘膜在月经周期中，不论是形态还是功能，都有周期性的变化。这些变化常被用来推测卵巢内分泌的功能。

阴道粘膜在老妇、幼女时，由于雌激素的不足，而使鳞状上皮变薄、阴道皱褶减少、（幼女的皱折则高而密），pH增高，白带减少，乳酸杆菌减少，脱落细胞中以中层细胞为主或出现底层细胞、抗感染的

能力减弱。老妇容易发生粘膜下出血点,且由于粘膜的弹性和韧度的降低而容易发生伤裂等。然而在此时如果全身或局部接受雌激素(如己烯雌酚)治疗,阴道上述情况会很快得到改善,即向育龄妇女情况转化。

阴道粘膜虽然也属鳞状上皮,但其表面角化的程度却远不如皮肤。过度角化细胞,也就是没有细胞核的多角形大扁上皮细胞,在阴道粘膜上是很少见的。所以阴道粘膜耐摩擦、防创伤、抗感染的能力均不及皮肤。

四、宫 颈

宫颈可分为二:阴道都是突起在四个阴道穹窿中的那一部分,看得见摸得着;阴道上部是埋在组织内的那一部分宫颈,从阴道里看不见。这两部分中心贯通着一条子宫颈管,连接着子宫腔和阴道。子宫颈外口通常叫宫口,可以看见,未产型口径很小,筷子头粗细的东西不经过扩张宫口,即不容易通过。外口向里,经过一段长约2~3cm的梭形宫颈管,上面便是子宫颈管内口。子宫颈管内口也象外口一样小,但又分为解剖学内口和组织学内口。解剖学内口是从大体上看此处是梭形颈管上端的最狭窄的部分;组织学内口是从镜下看,是子宫内膜和子宫颈管内膜的交界处,它在解剖学内口的下面,即躲进颈管内部。

两内口之间宽约1cm的部分叫峡部,是子宫体和子宫颈的结合部,也就是子宫颈管的最上端部分。峡部在未孕时只是窄窄的一横条,到妊娠后期却可以被牵拉扩张成宽约10cm的子宫下段。子宫下段临床意义有:正规的剖宫产应该从这里进入宫腔;因为妊娠晚期峡部被扩张得菲薄(薄时只可有0.2~0.3cm),所以容易发生子宫破裂;胎盘如果着床(植入)在峡部,孕晚期峡部扩张,胎盘就容易发生剥离而大出血,可危及母婴生命。早孕期诊断的体征之一为峡部变软——“海格征”。无论子宫后屈或前屈,弯曲处也大致在峡部附近,刮宫穿孔易发生在这一部位。

宫颈管内膜的皱襞为纵行,粘膜上的腺细胞分泌粘液,平时颈管内充满粘液,起堵塞保护作用;粘液外流,构成白带的主要成分之一,起清洁冲洗作用;粘液在排卵时可协助精子获能和放行,性交高潮时还随子宫节律性收缩而在颈管内往复流动,有助精子通过。

在宫颈管的两端,上端宫腔是无菌的,下端阴道是有菌的,所以宫口这一关卡责任重大。宫口又是月经、胎儿、胎盘、羊水、恶露、少量白带(宫腔卵管分泌物)等的出口,精子的入口,阴道宫腔手术的入口等。宫口平时虽然把关甚严,但在这些时候,也往往难以避免细菌侵入。为预防感染,需要注意加强保护。

月经期间给细菌感染创造有利条件:经血外流冲开宫颈管粘液塞;血流给细菌上溯提供交通工具;硷性的血破坏阴道的酸性环境;血是细菌的良好培养基,还有适宜的温度;子宫内有内膜脱落的创面;性交和使用不洁月经用品;体质稍虚弱;等等。所以五期保健中第一条就是经期保健。

痛经固然是子宫收缩所致,但宫口小、引流不畅却是一个主要原因,一般是未育妇女原发性痛经。此时宫体加强收缩要使经血冲破宫口的阻挡,则产生阵发性下腹正中绞痛。一旦宫口冲开,经血畅通,痛经也就会自愈,它的特点是月经第一天开始疼痛。如果有血块而排出困难,痛经也会更重。月经在一般情况下由于纤溶酶等的作用不易发生凝血块即流出。当子宫内膜脱落时不变成碎片,而是大片、整片地脱落,这就不容易通过宫口,痛经当然也愈加严重,称为膜状痛经。

妊娠期间软产道的一个变化是增生变厚,使其在扩张时不至变得太薄;另一个变化是变软,富有弹性,可以扩张。这种变化在子宫是两者兼有,在阴道等则以后者为主。软产道在分娩时慢慢扩张,子宫下段、宫颈口等在妊娠晚期就已经开始扩张了。到临产时,宫体收缩,继续上拉子宫下段,子宫颈管先是内口扩张,再是外口扩张(初产妇)。有时在肛查临产的宫口时会发现外面有个大圈套着里面的一个小圈。那么,按上述原理,查肛摸着的大外圈就是子宫颈管内口,查肛摸着的小内圈才是颈管的外口。颈管外口要扩张到10cm(宫口开全),胎儿才开始娩出(头位)。最好不要用几指来描写宫口大小,因为一般一指宽约为1.5cm,准确性差。

产后宫颈变成前后两片,象鱼嘴一样,两侧易有裂伤。6周后恢复到产前状态,但外口已变成横裂状。阴道的形态结构也变松弛。处女膜退缩四周后形成一些小突起伏,舟状窝消失。会阴变化要依撕裂

的程度而定，Ⅰ度未撕，会阴也要松弛一些，Ⅱ度撕裂即把会阴体分成左右两半。

分娩和产褥，容易发生感染，其机理和月经期类似，不过是宫口更大、时间更、长身体更虚弱，感染机会更多而已。

子宫颈管镜下观察，颈管内膜也是单层柱状上皮，类似子宫体内膜，然而稍不同的是分泌粘液的功能比较突出。它也随月经周期产生象子宫体内膜类似的变化，但不象子宫体内膜变化那样显著。

子宫颈管内膜上以组织学内口为界与子宫体内膜交界；下以颈管外口为界，与宫颈阴道部的鳞状上皮交界，这个交界点是子宫颈癌的好发部位，而实际上无一宫颈癌不是由这里始发的。妇科常规做的宫颈刮片细胞学诊断，便是从这里取材。

宫颈内膜可以发生细菌或病毒性感染，后者常与宫颈癌的发生有一定因果关系。

宫颈部没有痛觉神经分布，所以钳夹、刀切、火烫、冷冻均不产生疼痛，但扩张颈管时很痛，这与一些内脏相似，只有痉挛及膨胀痛。

宫颈粘液不仅在防止感染、受孕等方面起作用，而且在实验室诊断方面也颇有价值，它随着月经周期而变化的。在月经前半周期，因雌激素使钠潴留，干燥后出现结晶，象冬天玻璃窗上水气结的冰花（或如水中金鱼草或羊齿类植物的叶子）一样。根据结晶占总粘液的比例和结晶程度来判断雌激素水平的高低，此变化在排卵期升到高峰。排卵后，在月经周期后半期，干燥的宫颈粘液出现两种现象：一是前述结晶逐渐融化消失，二是逐渐出现黄体小球（椭圆小体）。可以根据二者的质和量的表现粗略地对孕酮作半定量判断。黄体小球是一串串首尾相接、长轴一致的无结构椭圆形小球，折光性很强。不过在实践中发现，黄体小球出现的稳定性不如雌激素的结晶好。

宫颈最低点在盆腔中的位置常用以说明子宫脱垂的程度。新标准是根据宫颈最低点到处女膜痕的距离，如果小于4cm即可诊为Ⅰ度子宫脱垂。宫颈过长也是子宫脱垂的临床表现之一，但诊断标准尚未见统一规定。

五、子 宫

子宫是子宫的一部分，子宫体与子宫颈之间的比例（长轴）在育龄妇女正常应是2：1；如果是1：1，便属子宫体发育不好，可诊为子宫发育不良；如果是1：2那就发育得更差，也称幼稚子宫；更甚者子宫位置处只有一实心硬结，那就是“始基子宫”。

未孕子宫大约重50克，宫腔容量5ml或稍多些。足月孕时净重1kg多，容积5000ml，壁约0.5cm厚。未孕子宫在经产妇也稍大于从未怀孕者。

除了妊娠分娩、月经、少许白带、盆腔中的中心支架、性交时有些配合动作、精子通道等作用外，子宫恐怕还会有些其他尚未弄清的生理功能，否则为什么经过一次诊刮竟能治好视丘垂体的功能性病呢？有人认为，只要完成妊娠任务而又不需来月经的情况下，就可以毫不犹豫地切除子宫，对这种观点是否值得思考？

子宫呈倒等腰三角形，三个角上各有一个孔道，构成腹腔通向外界的部分通道。女性虽有此一特点，但女性腹膜炎发生率并不多于男性，因为阴道、宫腔等通道把关甚严。近见有人报告说妇女盆浴时水不能进入阴道中去（可能只限于未育者）。

子宫在正常情况下稍前屈，约前倾三四十度，吊在小骨盆（真骨盆）的中央稍偏前处。这主要是靠五对韧带的固定作用。

1. 主韧带（主要韧带、宫颈横韧带）

自宫颈两侧走向侧盆壁，实际上是宽韧带的下缘，最粗壮有力，是悬吊子宫的主要韧带。

2. 阔韧带（阔韧带）

自子宫全侧面向盆壁伸展，如鸟展翅状，力量不大，防止子宫左右摆。

3. 圆韧带

自两宫角前方走向耻骨，再经腹股沟环止于大阴唇上端，维持宫底前倾。