

俞 瑾 主编

# 实用 中西医结合

# 妇产科学



# 实用中西医结合 妇产科学

俞 瑾 主编

北京医科大学  
中国协和医科大学 联合出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

实用中西医结合妇产科学/俞瑾主编. —北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1997

ISBN 7-81034-734-9

I. 实… II. 俞… III. ①中西医结合-妇科学②中西医结合-产科学 N. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 13026 号

**实用中西医结合妇产科学**

俞瑾 主编

责任编辑: 刘欣

北京医科大学 联合出版社出版  
中国协和医科大学

昌平精工印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092 毫米 1/16 印张 9.25 千字 215

1997 年 11 月第一版 1997 年 11 月北京第一次印刷

印数: 1—3000

ISBN 7-81034-734-9/R · 732

定 价: 30.00 元

# 目 录

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 第一章 妊娠病理 .....      | ( 1 ) |
| 第一节 流产 .....        | ( 1 ) |
| 第二节 异位妊娠 .....      | ( 6 ) |
| 第三节 妊娠剧吐 .....      | ( 9 ) |
| 第四节 妊娠高血压综合征 .....  | (10)  |
| 第五节 羊水过多 .....      | (17)  |
| 第六节 胎位异常 .....      | (19)  |
| 第二章 妊娠合并症 .....     | (26)  |
| 第一节 妊娠合并贫血 .....    | (26)  |
| 第二节 妊娠合并病毒性肝炎 ..... | (30)  |
| 第三节 妊娠肝内胆汁淤积症 ..... | (33)  |
| 第三章 异常产褥 .....      | (36)  |
| 第一节 产后出血 .....      | (36)  |
| 第二节 产褥感染 .....      | (40)  |
| 第三节 产褥中暑 .....      | (43)  |
| 第四节 产后尿潴留 .....     | (47)  |
| 第五节 产后乳腺炎 .....     | (50)  |
| 第四章 女性生殖器炎症 .....   | (54)  |
| 第一节 阴道炎 .....       | (54)  |
| 第二节 盆腔炎 .....       | (58)  |
| 第三节 女性生殖器结核 .....   | (63)  |
| 第五章 女性生殖器肿瘤 .....   | (67)  |
| 第一节 子宫肌瘤 .....      | (67)  |
| 第二节 宫颈癌 .....       | (70)  |
| 第六章 子宫内膜异位症 .....   | (74)  |
| 第七章 子宫腺肌病 .....     | (80)  |
| 第八章 月经失调 .....      | (82)  |
| 第一节 功能性子宫出血病 .....  | (82)  |
| 第二节 闭经 .....        | (85)  |
| 第三节 多囊卵巢综合征 .....   | (90)  |
| 第四节 高泌乳素血症 .....    | (94)  |
| 第五节 月经过多 .....      | (98)  |

第六节 黄体功能不健..... (100)

第七节 痛经..... (105)

第九章 经前期综合征..... (110)

第十章 更年期综合征..... (114)

第十一章 子宫脱垂..... (118)

第十二章 不孕症..... (123)

第十三章 其它..... (129)

第一节 手术后发热..... (129)

第二节 针刺引产..... (132)

# 第一章 妊娠病理

## 第一节 流 产

### 一、概述

流产 (abortion) 是指妊娠终止在 28 周以前或胎儿体重在 1000g 以下时。自然发生者称自然流产, 其发生率 10%~18%; 采用人工方法终止妊娠者称人工流产。流产发生在 12 周以前称早期流产, 在 12 周以后者称晚期流产。连续流产二次以上即为反复自然流产。中医学中有“胎动不安”、“妊娠腹痛”、“胎漏”、“堕胎”、“小产”、“胎死不下”、“滑胎”之名称。

### 二、病因

(一) 西医病因 流产病因复杂, 有以下诸因素

1. 染色体异常和遗传因素, 基因异常是自然流产最常见的原因, 约有 50%~60% 的流产胚为染色体的异常, 流产越早, 其染色体异常的发生率越高。染色体异常包括数目和结构异常, 其中以常染色体三体居首位, 约占全部异常的 52%, 极大部分为 16 三体, 而单体、三倍体、四倍体不多, 较少见为染色体易位及嵌合型。

2. 免疫因素 随着生殖免疫学发展, 发现反复自然流产中, 约 80% 是由母胎免疫调节异常所引起, 并已成为当今国内外研究的热点, 大致有以下几种免疫因素引起。

(1) 母胎免疫识别功能低下 母体内对滋养细胞上 T×L 抗原产生的封闭抗体及抗独特型抗体缺乏, 使母胎免疫识别功能低下, 不能发挥有效的母胎免疫保护作用而导致流产。

(2) 抗磷脂抗体 是一组自身免疫抗体, 包括狼疮抗凝抗体 (LAC)、抗心磷脂抗体 (ACA), 抗核抗体 (ANA)。磷脂抗体与胎盘磷脂成分结合成复合沉淀物, 并可介导血小板聚集在胎盘、胎儿血管内皮细胞粘附形成血栓, 影响胎盘功能及母胎间物质交换, 一般发生在中、晚期妊娠, 从而导致晚期流产及死胎。

(3) 抗透明带抗体及抗精子抗体 透明带自身抗体对孕卵及着床产生损伤作用; 男女双方宫颈粘液、精液中、血清中可产生抗精子抗体, 通过活化巨噬细胞破坏配子或胚胎致流产。

(4) ABO 血型抗体 多见于母方为 O 型, 而父方为 A、B 或 AB 型, 胎儿以父方遗传而获得显性抗原, 刺激母体产生相应免疫抗体可作用于滋养层细胞或通过胎盘进入胎儿循环, 使红细胞凝集, 导致胎儿——胎盘多器官、细胞损伤以致流产、死胎或新生儿溶血症发生。

3. 内分泌因素 最常见为黄体功能不健, 可以是黄体功能低下, 或是内膜孕酮受体反应不良, 使早孕期蜕膜发育不良, 影响孕卵着床或胚胎发育, 导致流产。

4. 子宫病变 先天性子宫发育异常、子宫纵膈、单角子宫、双子宫等畸形; 宫腔粘连; 子宫粘连等均可影响孕卵着床、发育而致流产。宫颈机能不全为宫颈内口松弛引起或子宫

峡部有缺陷或宫颈严重撕裂,可影响妊娠中期宫颈的承受力而导致中期流产。

5. 感染因素 由弓形体 (toxoplasma)、风疹病毒 (Rubella virus)、巨细胞病毒 (cytomegalo virus)、单纯疱疹病毒 (simplex herpes virus) 引起一组 TORCH 综合征、感染经胎盘至胎儿引起流产、死胎或畸形儿。衣原体、支原体亦是引起感染性流产的主要原因之一。

6. 全身疾病 如甲状腺疾病、糖尿病、急性传染病高热期、严重心脏病、重度贫血、高血压亦可危及胎儿、胎盘发育导致流产。

### 三、中医病因

中医“堕胎”、“小产”病因,主要为劳伤过度、饮食失宜、不节房事、七情伤损、跌仆冲撞等引起冲任不固,不能固摄胎元。连续流产三次以上称“滑胎”,主要病因为脾肾两虚,冲任劳损,胎元不固,或气血两虚,不能摄血养胎,或血热扰动胎元而致,更有因男方肾精虚损,不能凝胎而致。

### 四、病理变化

流产常表现为胚胎夭折、蜕膜下出血或胎盘后出血。刺激子宫收缩,宫颈扩张致阴道流血及部分妊娠组织物排出。在孕6周左右早期流产,着床尚不牢固,组织物易排出。在孕8~12周时,胎盘绒毛发育良好,与蜕膜密切连接,故流产物不易从子宫壁剥离,排出常不完全;妊娠12周后,胎盘已完全形成,流产时往往先有腹痛,然而排出胎盘。流产绒毛可多种变化,三倍体者绒毛水肿呈水泡改变,使胎盘的切面呈微囊状改变,其直径3~11mm,散在于整个胎盘中;四倍体者,其蜕膜、胎盘内出血,并可见轻度局灶性小囊改变,但无弥散性囊状改变。基因异常的常见空孕囊,称孕卵枯萎。

### 五、临床表现及诊断分类

根据患者就诊时临床不同表现分为以下不同的阶段。

(一) 先兆流产 (Threatend abortion) 指妊娠28周以前有少量阴道流血、轻微下腹痛或腰酸,但有希望继续妊娠者。妇科检查:宫颈口闭,子宫大小与妊娠月份相符合。

(二) 不可避免流产 (inevitable abortion) 腹痛加剧,阴道流血量增多或胎膜已破或胎儿已夭折。妇科检查:宫颈口闭或已扩张,甚至见羊膜囊或胎盘组织嵌顿其内,子宫大小与妊娠月份相符或略小,示流产不可避免者。

(三) 不完全流产 (incomplete abortion) 指部分妊娠物已排出体外,而尚有部分残留在子宫腔内,影响子宫收缩,使阴道流血量增多,甚至发生休克症状。妇科检查:宫颈口扩张,流血量多,有时部分胎盘组织在宫颈口或部分组织已排出在阴道内,部分仍留在宫腔内,一般子宫小于停经月份。

(四) 完全流产 (complete abortion) 指胎儿、胎盘已完全排出,阴道流血明显减少,腹痛渐消失。妇科检查:宫颈口关闭,子宫正常大小或偏大。

(五) 过期流产 (missed abortion) 指胚胎在子宫内死亡超过两个月,但仍未自然排出者。患者停经后有早孕反应及先兆流产症状,子宫不再增大或反而缩小。如已至妊娠中期,孕妇未感腹部增大及胎动。妇科检查:宫颈口闭,子宫较妊娠月份小2月以上,停经5个月以上未闻及胎心。

(六) 反复自然流产 (Recurrent spontaneous abortion) 指自然流产连续发生三次或三次以上者,每次流产月份可发生在相同月份,其临床特征与一般流产相同。

(七) 感染性流产 流产患者阴道流血时间长, 宫腔内有组织物残留、有性生活, 或刮宫不注意无菌操作、非法堕胎等均可导致感染。感染可局限于宫腔内, 也可延及至宫旁结缔组织、器官、腹膜, 严重者可并发血栓性静脉炎、败血症, 甚至中毒性休克, 危及生命。以上除流产症状及体征外, 常有全身及局部继发感染现象, 如发热、脉搏增快, 白细胞增多, 下腹部压痛、阴道分泌物混浊, 有臭味等。妇科检查: 子宫及附件均有明显压痛。

## 六、诊断

根据病史, 体征诊断不难。对反复自然流产患者, 在非孕期应尽可能寻找流产原因。

(一) 病史 详细询问本次妊娠及流产情况或追问既往妊娠、流产、分娩及产后情况, 及流产诱因、全身疾病血型等。

(二) 体征 有无宫颈严重旧裂、宫颈口松弛、扩张情况; 子宫与妊娠月份比较; 有无子宫畸形、子宫肌瘤等。

### (三) 辅助检查

1. 染色体核型检查 对流产二次以上者, 尤其属孕卵枯萎者, 夫妇双方或流产物需做此项检查。

2. 免疫学检查 (1) 封闭效率 (Blocking Effect—BE)  $< 5\%$  (采用单向混合淋巴细胞反应封闭试验) 和/或细胞毒抗体  $< 20\%$  (补体依赖性细胞毒试验) 则提示母体封闭抗体缺乏, 可致母胎免疫识别功能低下型流产发生。(2) 自身免疫异常: 出现狼疮抗凝抗体、抗心磷脂抗体、抗核抗体阳性者。(3) 同种免疫异常, ABO 血型抗体效价  $\geq 1: 64$ ; Rh 血型抗体效价  $1: 16$  者。(4) 抗透明带抗体阳性。(1) ~ (3) 项在孕期或非孕期均可检查, 尤其对有流产史患者, 有条件者均需作为常规检查项目。

3. 子宫输卵管造影 (HSG) 怀疑子宫畸形、肌瘤、宫腔粘连、子宫内膜异位症等需在非孕期检查。疑宫颈机能不全, 需在月经周期基础体温上升 3~7 天行 HSG, 如宫颈内口直径  $> 0.6\text{cm}$ , 即可作此诊断。

4. B 型超声显像检查 有助于诊断子宫肌瘤、子宫畸形。宫颈机能不全 B 超征象: 孕期 (1) 宫颈管缩短  $\leq 2\text{cm}$ , 宫颈内口扩张直径  $\geq 1.5\text{cm}$ ; (2) 宫颈管筒状扩张, 直径  $\geq 1.5\text{cm}$ ; (3) 羊膜囊楔入宫颈内口或脱入颈管。

5. 内分泌激素测定 孕早期, 随孕周增加血雌二醇 ( $E_2$ )、孕酮 (P)、泌乳素 (PRL) 进行性上升, 血  $\beta\text{-hCG}$  则在妊娠 8~10 周达高峰后下降。如以上激素出现低水平、不上升, 或下降趋势, 提示妊娠黄体、胎盘功能不足致流产。非孕期可测定 FSH、LH、 $E_2$ 、P、睾酮 (T)、皮质醇 (F), 游离甲状腺素 ( $FT_4$ )、游离三碘甲状腺素原氨酸 ( $FT_3$ ) 等有助于了解卵巢功能、肾上腺皮质功能, 是否对流产的发生有影响。

6. 血型 夫妇双方血型及抗体效价, 有助于分析是否存在母子血型不合因素致流产。

7. 病原体检查: 宫颈管、宫腔内或流产组织行弓形体、疱疹病毒、风疹病毒、巨细胞病毒的培养及血清学检查。母体生殖道支原体、衣原体检查。

### 8. 精液检查。

## 七、治疗

(一) 西医治疗 根据流产不同类型, 给予积极、恰当治疗。

1. 先兆流产 卧床休息, 解除思想顾虑, 安定情绪, 尽量避免一切引起子宫收缩的刺激因素, 如性生活, 阴道检查操作要轻, 防止便秘或腹泻。酌情给予对胎儿危害少的镇静

药物，必要时用抑制子宫收缩药物，如舒喘灵、25%硫酸镁。对因黄体或胎盘功能不足者可给予黄体酮、hcG 针剂肌注。

2. 难免流产 诊断明确后治疗原则应立即或尽早清除宫腔内胚胎、胎盘组织。孕 12 周以前应行吸刮术，必要时术前或术时注射催产素以促使宫缩排出组织、减少出血，子宫大于 12 周妊娠、宫颈口闭，则先静脉滴注催产素，促进子宫收缩、胎儿及胎盘排出，如宫颈口已扩张，阴道流血多，应立即做钳刮术。

3. 不全流产 诊断确立后应立即刮宫清除宫腔内残余组织，必要时给予输液、输血、子宫收缩剂，术后可给抗生素防感染。必要时刮出物送病理检查。

4. 完全流产 如确系完全流产，原则是促使子宫复旧，体质恢复的善后调理为主。

5. 过期流产 诊断确立后尽早排空子宫。由于胎儿死亡，胎盘释放凝血活酶入血循环，易发生凝血机制障碍，导致 DIC。因此在清宫前应测定凝血酶原时间、纤维蛋白原、血小板计数、出凝血时间等。如凝血功能障碍者，则可静脉注射纤维蛋白原、凝血酶原复合物、新鲜血等以纠正凝血功能后再行刮宫或引产。为了促使稽留胎盘组织从子宫壁上松动或增加子宫肌层对催产素敏感性，需口服乙萘酚，每次 5~10mg，每日三次，连服五日。以利于清宫或引产。

6. 感染性流产 如流血不多，可先用抗生素控制感染后再行刮宫，如流血量多或经用大量抗生素后未能控制感染者，则在继续静脉滴注抗生素同时，可用卵圆钳将宫腔内容物钳出，尽量控制出血，不宜用刮匙搔刮宫腔，以免感染扩散。抗生素应用需以彻底清除宫腔内残留物及感染控制已稳定后停用。流产合并严重感染、血栓性静脉炎、中毒性休克，应积极纠正休克，控制感染。如子宫感染严重，用药后仍未控制者，在做好术前准备情况下，必要时考虑切除子宫。术前可先行宫腔或血培养，以选择有效抗生素。

7. 反复自然流产 未孕前尽可能寻找流产的病因，并予以纠正之。

(1) 染色体核型异常和遗传因素引起，目前尚缺少防治方法，夫妇双方发现染色体为显性遗传的携带者，应避免妊娠。一旦妊娠，应作超声显像检查、羊水细胞或绒毛的染色体检查，诊断为异常则终止妊娠。

(2) 母胎免疫识别功能低下型流产 采用配偶或第三者白细胞主动免疫疗法（皮下注射法、静脉滴注或输血法），以增强母胎免疫识别能力。

(3) 磷脂抗体阳性 免疫抑制剂强的松每日口服 40~60mg，一般此药慎用；抗凝剂：阿斯匹林，每日 50~75mg；或大剂量免疫球蛋白、400mg/kg，分五日静脉注射。

(4) 透明带抗体阳性 在非孕期采用避孕性生活半年及免疫抑制剂，如强的松。

(5) 母子血型不合 葡萄糖、维生素静脉滴注；吸氧；定期随访抗体效价，当晚期妊娠时，Rh 抗 D > 1:32；ABO 抗 A（或抗 B）效价 > 1:512，宜终止妊娠。

(6) 黄体不健（Luteal Phase Deficiency, LPD）根据不同病因，予以治疗，非孕期即促使黄体功能健全，妊娠后尽早使用黄体酮及 hcG 针剂预防流产。

(7) 子宫病变 经腹手术或宫腔镜矫治子宫纵膈畸形、宫腔粘连，术后注意内膜修复完全后再妊娠。子宫肌瘤影响妊娠或曾有流产史；或肌瘤较大，增长速度较快，则考虑先行子宫肌瘤剔除后妊娠。对宫颈机能不全患者，一般在孕 3 月或既往最早流产月份前行宫颈内口环扎术。有产兆或预产期前二周拆线。术后静脉滴注 25%硫酸镁 30ml 加入 5%葡萄糖 500ml、静脉滴注，每日一次，连用 7~10 天，同时口服舒喘灵。需卧床休息。

(8) 弓形体感染 螺旋霉素, 每次 1g, 一日四次, 连服 14 天, 隔 2 周重服一疗程。支原体、衣原体阳性者, 服阿奇霉素 1g, 即服, 以后每日服 0.25, 连服二日, 隔十天重复一疗程。

## (二) 中医辨证论治

1. 先兆流产或反复自然流产者中药治疗疗效确切, 辨证论治如下

(1) 肾虚型 妊娠后少量阴道流血, 腰酸少腹痛伴下坠感, 小便频数, 苔薄, 舌质淡红、脉细滑。主要见于妊娠黄体功能不足或母胎免疫识别功能低下型。

治则: 补肾益气按胎固冲任

方药: 寿胎丸加减: 菟丝子、寄生、杜仲、川断各 12g, 党参 15g, 炒白术 9g, 苏梗、枳壳各 12g, 黄芩 15g, 苎麻根 30g。

(2) 肾虚血瘀型 妊娠少量阴道流血, 少腹拘急疼痛, 口渴不欲饮。苔薄, 舌质黯红或瘀点、脉滑, 可见于磷脂抗体阳性或子宫动脉, 胎盘血管阻力高者。

治则: 滋肾益气、养血活血安胎

方药: 熟地、菟丝子、桑寄生、杜仲、黄芩各 12g, 党参 15g, 炒白术 9g, 当归 9g, 赤白芍各 15g, 川芎 12g, 丹参 15g。

(3) 湿热瘀阻胞络: 妊娠后少量阴道流血或有反复自然流产史或新生儿黄疸史。孕妇口干苦不欲饮, 脘行欠实、苔薄黄腻或薄白腻, 舌质偏红或瘀斑, 血型抗体阳性, 效价滴度升高, 常见于母儿血型不合者。

治则: 清热化湿, 活血祛瘀固肾安胎

方药: 茵陈 15g, 焦山栀 9g, 黄芩 15g, 大黄 3~6g, 当归 9g, 川芎 12g, 赤白芍各 15g, 丹参 15g, 益母草 12g, 木香 3g, 炙草 6g。

2. 完全流产后中药调理。常用生化汤加減: 当归、川芎、桃仁、炒蒲黄、山楂、益母草、炮姜、炙草、党参。

3. 感染性流产 用抗生素同时, 可选用清热解毒、活血化瘀中药为主。方药五味消毒饮合大黄牡丹皮汤合生化汤加減: 蒲公英、金银花、紫地丁、大黄、牡丹皮、当归、川芎、赤白芍、失笑散、益母草。

## 八、预防

(一) 流产是多因素病因所致, 随着现代医学发展, 有可能找出病因, 而予以治疗。

(二) 妊娠后先兆流产之际, 注意休息、加强营养、安定情绪, 以利保胎成功。

## 九、参考资料

(一) 寿胎丸是补肾安胎养血止血剂, 实验证明本方具有抑制子宫平滑肌收缩, 使假孕大鼠 LH、孕酮水平升高, 提示有促黄体功能, 促子宫发育作用, 单味中药分别进行研究中表明黄芩、川断、白芍有抑制子宫收缩, 尤其黄芩作用具有抗 PGF<sub>2α</sub> 收缩子宫作用, 菟丝子、黄芩具有雌激素样活性, 促进子宫生长发育。

(二) 母儿血型不合研究进展 药理试验证实茵陈、山栀、大黄均具有促进胆汁分泌和排泄作用, 降低血中胆红素。活血化瘀药益母草对免疫抗体 IgG 抑制作用。同时下列 11 种药物在血凝抑制试验及凝集试验中, A、B 效价在 1:16 以上有益母草、白芍、木香、茵陈、凝集抑制试验中相差倍数 >2; 黄芩、大黄含 A、B 物质效价 >1:64, 凝集素吸收抑制相差倍数为 4~8 倍。抗 D 血清血凝抑制试验: 益母草、当归、川芎均阴性; 白芍、黄连 1:8;

茵陈、木香、甘草 1:32; 黄芩、山梔 1:256, 故黄芩、大黄对血型抗 A、抗 B 及抗 D 抗体均有较强的抑制作用; 其次是木香、茵陈、甘草。对母儿血型不合有一定防治作用。

(归绥琪)

## 第二节 异位妊娠

### 一、概述

孕卵在子宫腔外着床发育, 称为异位妊娠, 包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及子宫残角妊娠等, 其中以输卵管妊娠最常见。如输卵管妊娠流产或破裂, 可引起腹腔内急性出血, 处理不当可危及生命。

### 二、病因

卵子在输卵管壶腹部受精后即开始卵裂, 并向子宫方向移动, 约在受精后 7 天, 在子宫内膜着床。因下述各种原因, 使孕卵在输卵管内停留过久而引起输卵管妊娠。

(一) 输卵管炎症, 使输卵管内膜粘连、狭窄。输卵管周围炎症可使输卵管与周围组织粘连扭曲, 引起管壁蠕动减弱而影响孕卵的正常运行。

(二) 输卵管发育不良或畸形, 输卵管壁的肌纤维发育差或缺乏、内膜纤毛缺乏、卵管较正常细, 管壁薄、长而弯曲, 以致影响孕卵运行。

(三) 盆腔内肿瘤的压迫或牵引, 使输卵管变细、长, 迂回曲折, 阻碍孕卵通过。

### 三、病理病机

#### (一) 西医病理

1. 输卵管妊娠的变化及结局 输卵管妊娠时, 由于缺乏完整蜕膜, 孕卵直接植入管壁肌层, 破坏肌层微血管, 引起出血。血液浸润孕卵滋养层周围组织, 形成纤维结缔组织包膜。孕卵发育受到限制, 但到一定阶段, 必然引起以下结局:

(1) 输卵管妊娠流产 孕囊生长发育向管腔膨出, 因包膜组织脆弱, 常在妊娠 6~12 周破裂出血, 使孕卵落入管腔。随着输卵管蠕动而排入腹腔, 形成输卵管妊娠流产。流血量一般较少, 如胚囊的剥离不完全, 部分绒毛仍附着管壁, 为输卵管不全流产。此时滋养细胞在相当时间内仍保持活力, 并继续侵蚀输卵管组织, 引起反复出血。血液凝聚在输卵管周围形成血肿或盆腔积血, 出血多者可引起休克。

(2) 输卵管妊娠破裂: 孕卵着床后, 绒毛向管壁侵蚀肌层及浆膜, 最后穿透管壁, 形成输卵管妊娠破裂, 发生急性内出血可导致休克。

2. 子宫的变化: 子宫肌肉可受妊娠时内分泌的影响, 增生肥大, 但小于停经月份。子宫内膜呈蜕膜改变, 一旦胚囊受损, 绒毛退化, 蜕膜亦发生退行性变化, 继而坏死脱落, 呈整块管型或碎片状排出。

#### (二) 中医病机

中医无此病名, 根据四证八纲辨证, 异位妊娠属于血瘀少腹。

### 四、临床表现

#### (一) 症状

1. 停经: 一般停经 6 周左右, 有时无停经史。

2. 腹痛：为主要症状，患者常出现下腹单侧隐痛或酸坠感。当输卵管妊娠流产或破裂时，可突然下腹一侧剧痛，常伴有恶心呕吐，随着疼痛可由下腹向全腹扩散，血液积聚子宫直肠凹处，可引起肛门坠胀感，刺激隔肌时可引起肩岬疼痛。当病变部位反复出血时，腹痛可反复发作。

3. 阴道出血：胚胎死亡后，蜕膜剥离，常有不规则阴道点滴流血，一般不超过月经量，出血多时可能伴有蜕膜管型或碎片排出。

4. 晕厥与休克：由于腹腔内急性出血或剧烈腹痛所致。

5. 腹部包块：病程迁延较久者，可因血液凝固，并与周围器官发生粘连而形成包块。

## (二) 体征

1. 全身检查 体温正常，休克时体温可能略低，当内出血吸收时可稍高，但不超过38℃。内出血时血压下降，脉搏变快，弱，面色苍白。

2. 腹部检查：下腹有压痛及反跳痛，以病侧为甚，腹肌强直较一般腹膜炎为轻，内出血多时叩诊有移动性浊音。

3. 盆腔检查：少量血自宫口流出，子宫颈有明显举痛，内出血多时，子宫有飘浮感。子宫正常大小或稍大。子宫一侧可触及压痛痞块，边界多不清楚，大小、质地常有变化。

## 五、诊断

早期病例，输卵管妊娠尚未发生流产或破裂，往往体征不明显。以往采取住院观察，待病情进展，体征明显时再下诊断。现借助高度敏感的尿绒毛膜促性腺激素(hcG)检测，阴道超声波及腹腔镜，诊断率得以提高。

(一) 妊娠试验 现广泛应用的hcG药盒，是用酶标法测定hcG单克隆抗体，特异性很强，很敏感，对着床7~9天的妊娠可显示阳性，而得到早期诊断妊娠。

(二) 超声显像 用B超显像仪，尤其是阴道超声，可显示盆腔内情况。异位妊娠时，宫腔内无胎囊，附件有肿块(血肿、胎囊)有时可见胎的搏动，或直肠凹有积液。

(三) 腹腔镜检查 镜见输卵管肿块呈紫蓝色，腹腔内有血液。

(四) 子宫内膜病理检查 找出组织物中有绒毛，基本排除异位妊娠。未见绒毛，是蜕膜有助于诊断。

(五) 后穹窿穿刺 如抽出为暗红色不凝固血液，即说明内出血。如穿刺阴性，不能否定输卵管妊娠可能。

## 六、鉴别诊断

必须与以下疾病进行鉴别诊断

(一) 早期妊娠流产 流产腹痛多较缓和，在下腹中央阵发性。无压痛，无反跳痛、无移动性浊音。子宫无举动，子宫大小与停经天数相符。子宫旁无包块。

(二) 急性输卵管炎 无闭经及早孕现象，体温升高，腹肌紧张，下腹两侧均有压痛。子宫正常大小，而侧附件有增厚或包块，有压痛。白细胞增多，妊娠试验阴性。

(三) 急性阑尾炎 无闭经及早孕史，无阴道流血。腹痛先自上腹开始，然后局限于右下腹。常伴有恶心呕吐，右下腹肌紧张。阑尾点有压痛与反跳痛。子宫颈无举痛，子宫正常大。体温高，白细胞数增多，妊娠试验阴性。

(四) 黄体破裂 无闭经、早孕现象，无阴道流血，腹痛性质与体征同输卵管妊娠破裂，但多发生在月经中期、妊娠试验阴性。

## 七、中西医结合治疗

(一)西医疗疗 随着高敏感妊娠诊断试剂的问世和经阴道超声检查的普及以及腹腔镜的运用,使异位妊娠在尚未发生流产与破裂前的早期确诊提高了一步,治疗手段亦有相应的改进。除输卵管妊娠破裂急性出血时可采用输卵管切除术外,对早期病例进行保守手段和药物治疗。保守手术有①输卵管切开术;②输卵管端端吻合术,③孕卵内容挤术。保守手术可在开腹或腹腔镜下进行。药物治疗法目前应用最广泛的是氨甲喋呤(MTX)。它是叶酸拮抗剂,可与二氢叶酸还原酶结合,使四氢叶酸形成障碍,从而干扰滋养叶细胞DNA合成,导致绒毛组织变性坏死与胚胎死亡。

药物疗法的适应症:①患者全身情况良好,②孕卵区未破裂,③肿块 $\leq 3\text{cm}$ ,④无活动性出血。

治疗成功标准:①异位妊娠胎块逐渐明显消失,②血或尿hcG渐降到正常,③未经手术干预。

用药方法:

1. 全身用药 静脉滴注或肌肉注射,MTX $1\text{mg/kg/日}$ ,隔日一次共四次。成功率约95%,治疗后输卵管通畅率在50%~80%。毒性反应有消化道反应、骨髓抑制、药物性皮炎、脱发、药物性肝炎、肾功能障碍。全身用药的发生率为20%~30%,如同时加用甲酰四氯叶酸钙,可以降低到5%。

2. 局部用药 在B超指导下经阴道或腹腔镜将药物注射到病变局部。先用细针抽出羊膜腔内羊水,再将MTX $12.5\sim 50\text{mg}$ 注入腔内。成功率89%~100%,双侧输卵管通畅率90.5%。

(二)中医治疗 根据八纲辨证,本病为血瘀少腹,不通则痛的实证。治疗原则是活血、化瘀、止痛、软坚。基本方为丹参15克,赤芍15克,桃仁9克,乳香9克,没药9克。结合病人冷、热、虚、实、辨证并结合临床分型(未破裂型、休克型、包块型)加减。

1. 未破裂型 指输卵管妊娠尚未发生流产或破裂而胚胎已死亡,或者已发生完全流产。应用上方加减可以奏效。若胚胎尚存活,妊娠试验阴性者应用天花粉注射液。天花粉是从中药栝楼根中提炼出来的一种核糖体失活蛋白,它能专一杀伤合体滋养叶细胞,由于滋养叶细胞变性坏死导致胚胎死亡。天花粉蛋白可以肌肉注射或者宫颈注射,此药有抗原性,可能引起过敏反应。注射前需作皮内试验,若皮试阴性接着注射试探剂量。观察二小时,如无反应者可肌肉或宫颈注射天花粉蛋白 $2.4\text{mg}$ 。用药后令病人卧床48小时,每隔6h观察病人脉搏血压与一般情况。用药后8h,开始发热、头痛、咽喉痛、关节酸痛等副反应。48小时后自然消退。为了减轻副反应与可能发生的过敏反应,在用天花粉前半小时加用地塞米松 $5\text{mg}$ 每日二次共四次,使副反应明显减轻。用天花粉后12小时妊娠反应与腹痛逐渐减轻,血或尿hcG滴定度逐日下降。若在第7天血hcG不下降,或反而上升、腹痛不减、附件痞块不缩小反而增加者,为失败病例。单用天花粉的成功率(标准如上)是90%。双侧输卵管通畅率为70%。上海瑞金医院曾经用天花粉蛋白治疗前后进行血 $\beta\text{-hcG}$ 和孕酮测定,并以手术组为对照。在治疗第3与7天后两组激素水平分别皆呈直线下降。天花粉只注射一次,说明它对滋养叶细胞的杀伤作用是十分强的,治疗异位妊娠是很有效的。

2. 休克型 异位妊娠本身为实证,内出血出现血压下降时,面色苍白、出冷汗,脉虚弱时为虚证。要根据病情攻补兼施。在用独参汤的同时佐以活血祛瘀,以促使内出血吸收。

如输卵管妊娠已流产或破裂处出血已止,妊娠产物已完全流入腹腔,用此保守疗法,亦有治愈病例。如有急性大出血,妊娠产物还在输卵管内,或者盆腔包块>3cm者以采用手术疗法为妥。

3. 包块型 用中西医保守疗法后,血或尿hcG试验已转阴,但盆腔还可摸及包块≤3cm者,可以用中药活血、化瘀、软坚治疗。在上述基本方中加三棱、莪术、海藻、昆布等,以促使痞块早日吸收。

(金毓翠)

## 参 考 文 献

1. 郑怀美主编. 妇产科学. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 1990, 100~107
2. 陆培新、金毓翠. 天花粉治疗宫外孕71例分析. 上海医学, 1992, 11(6): 337
3. 钟慧萍、陆培新、金毓翠. 天花粉治疗输卵管妊娠与输卵管造影随访. 中国中西医结合杂志, 1995, 15(2): 90
4. 严平综述: MTX在治疗异位妊娠中的应用. 国外医学妇产科分册. 1994, 21(6): 339

## 第三节 妊娠剧吐

### 一、概述

于早孕时,孕妇出现择食,轻度恶心、呕吐、头昏、倦怠等症状,称早孕反应,不需特殊治疗,常在孕3月左右自然消失。少数孕妇,呕吐频繁,不能进食或水,出现水、电解质及酸碱平衡失调,严重者则危及生命,称妊娠剧吐(hyperemesis gravidarum)。中医学内,按此证候称妊娠恶阻。

### 二、病因病机

(一)西医病因病机 妊娠剧吐迄今病因仍不明确,目前以为hCG水平的增高是妊娠剧吐的主要原因,但反应的严重程度个体差异很大,观察发现,神经类型不稳定,情绪紧张之孕妇,易发生胃肌电活动异常而妊娠呕吐。

(二)中医病因病机 中医认为,孕期阴血下聚以养胎,血壅气盛,胎热随冲脉之气上逆,挟疾于胃,清阳不能上至清窍,而见呕恶,眩晕,平日脾胃虚弱,或肝胃不和者,症状加重。

### 三、临床表现

妊娠剧吐多见于第一胎孕妇,妊娠早期症状逐日加重,终因水电解质紊乱,脂肪的中间代谢产物酮体积聚而成。表现为反复呕吐、乏力,失眠,甚至呕吐频作、滴水不进,吐出胃内粘液或含有胆汁或咖啡样物。患者明显消瘦、神萎、嘴角干裂、皮肤失去弹性,呼吸呈酮味、尿少、严重时体温上升、脉搏增速、血压下降。

### 四、实验室检查

血 $K^+$ 、 $Cl^-$ 、 $Na^+$ 、异常、二氧化碳结合力可下降,呈代谢性酸中毒,血球压积升高,尿酮体阳性,严重者出现蛋白尿、管型。

## 五、诊断及鉴别诊断

首先通过病史和检查确定是早孕者，同时恶心、呕吐频繁、尿酮体阳性，即可诊断妊娠剧吐，需与妊娠合并肝炎、胃肠炎，胰胆疾病、肠梗阻、脑瘤等所致呕吐鉴别。

## 六、中西医综合治疗

(一) 西医治疗 解除病人紧张情绪，保证充分的休息和睡眠，饮食应少量多餐。补充各种维生素，或用少量镇静剂、止吐药物、如安定、奋乃静等。按个人紊乱程度补充液体及电解质，纠正酸中毒。如呕吐经积极处理后症状未见改善，体温升高 38℃ 以上，脉搏 > 120 次/分，黄疸加剧，则应人工流产中止妊娠。

### (二) 中药治疗

#### 1. 脾胃虚寒型

证候：早孕、恶心、呕吐不食、恶闻食气、食入即吐、口淡、呕吐清涎或食糜、头晕、纳呆、神疲乏力、嗜睡。舌质淡、苔白、脉缓滑或无力。

证候分析：脾胃虚弱、湿聚成疾，阻滞中脘，随冲气上逆犯胃，胃失和降。

治法：健脾和胃、降逆止呕。

方药：香砂六君子汤加减。党参、白术、茯苓、甘草、木香、砂仁、半夏、生姜、苏梗、厚朴。

#### 2. 肝胃不和型

证候：早孕、恶心呕吐、甚则食入则吐、口苦咽干、呕吐酸水或苦水、头晕、胸胁胀痛、心烦躁急，尿少色黄、便干结、苔黄而干、脉弦滑。

证候分析：孕后阴血不足，肝失血养，肝气偏旺侮胃，胃失和降而呕恶。

治法：调肝养胃，降逆止呕

方药：苏叶黄连汤合橘皮竹茹汤。苏叶、川连、茯苓、橘皮、竹茹、半夏、麦冬、枇杷叶、太子参、炙草、生姜片。

如呕吐严重时，可出现气阴两亏，则宜用益气养阴，和胃止呕。方选用生脉散合增液汤加减。人参、麦冬、五味子、玄参、麦冬、生地、石斛、玉竹、芦根、代赭石。

### (三) 针灸治疗

耳穴压迫法：取穴 神门、胃、皮质下以磁珠贴穴压迫。或用体针内关、足三里穴。磁贴内、外关穴位。

## 七、预防及预后

妊娠剧吐如未及时纠正，严重者可因水、电解质紊乱造成代谢性酸中毒，维生素 B 族缺乏等致肝、肾、心功能损害及发生多发性神经点，甚至出现 wernicke 脑病。一般经过补液，补充电解质，纠正酸中毒后症状缓解，无效者需终止妊娠，以防疾病严重。

(归绥琪)

## 第四节 妊娠高血压综合征

### 一、概述

妊娠高血压综合征 (Pregnancy induced hypertension, PIH, 简称妊高征) 是孕妇在妊

娠 20 周以后, 由于全身小动脉痉挛, 进而累及心、肝、肾、脑等重要脏器和胎盘功能, 临床上主要表现为高血压、水肿、蛋白尿和胎盘功能。胎儿生长发育迟缓 (IUGR), 严重者出现抽搐、昏迷; 心、肝、肾功能衰竭、HELLP 综合征 (溶血、肝酶升高、血小板减少综合征, 严重者可危及母儿的生命。妊高征在 1984~1986 年全国 4 万 8 千余孕妇中发生率为 10.32%, 城市高于农村。中医学内属“子气”、“子肿”、“子烦”、“子晕”等范畴。

## 二、病因

### (一) 西医病因

1. 子宫、胎盘缺血、缺氧学说 本病易发生在多胎妊娠、羊水过多等孕妇。由于子宫张力增高, 影响子宫血供。此外, 孕妇合并慢性高血压、糖尿病、慢性肾炎等全身血管病变, 均可导致子宫——胎盘缺血、缺氧而发病。近代研究证实, 胎盘缺血可能比子宫缺血更为重要, 实验显示早期滋养细胞缺氧下, 浸润蜕膜能力受损, 子宫胎盘血管床发育受阻, 胎盘仅发生表浅着床。

2. 血管内皮损伤学说 血管内皮细胞损伤后, 血管通透性增加, 体液及蛋白外渗, 导致组织水肿, 血液浓缩, 肾小球内皮细胞发生增生, 毛细血管阻塞而出现广泛微血管病理损害, 表现为溶血、肝细胞酶升高, 血小板减少 (HELLP) 综合征; 血管内皮损伤可造成血管收缩因子与血管舒张因子及促凝因子与抗凝因子之间平衡失调、纤维连结素、有丝分裂原、Ⅷ因子、内皮素、血栓素  $B_2$  ( $TXB_2$ ) 和  $\beta$ -血栓素增加、一氧化氮 (NO)、PGI 和抗凝血酶-Ⅲ (AT-Ⅲ) 减少, 从而导致全身小动脉痉挛、加重微血管病理改变及血凝系统异常、微血栓形成, 妊高征发生且加重。

3. 免疫学说 妊高征患者体液免疫, 细胞免疫均发生变化, 循环中免疫球蛋白 IgA 明显升高, 免疫复合物及补体沉着; 外周血 Ts 降低, Th/Ts 升高等发生变化, 其对妊高征发生起一定作用。

4. 遗传学说 从临床观察、妊高征存在明显遗传倾向, 即有妊高征家族史的孕妇, 妊高征的发生率明显高于无家族史的孕妇、遗传方式, 1990 年 Arngrimson 提出, 先兆子痫可能系单基因不全性外显性遗传。1991 年后倾向于妊高征为母亲和胎儿同时存在单基因隐性遗传。

### (三) 中医病因

中医认为其病责之于肝、脾、肾脏腑虚损。阴血不足为病之本; 湿、火、风、痰、瘀为本病之际。标本相互影响, 形成寒热错杂、虚实并见的病症。

## 三、病理生理变化

全身小动脉痉挛及血管内皮细胞功能损害是本病的基本病变, 并且导致全身各脏器不同程度的病理生理变化, 从而产生各种临床表现。

(一) 脑部小动脉痉挛、缺氧 可发生脑组织的点状或局限斑状出血, 引起头昏、恶心; 如脑微血管内血栓形成或血管破裂, 表现为脑栓塞、脑溢血、脑水肿症状, 患者出现恶心呕吐、头痛、抽搐、昏迷、偏瘫等症状。

(二) 肾脏变化 重症者肾小球血管壁内皮细胞肿胀, 体积增大, 内皮细胞下及细胞间有纤维素类似物沉着, 使肾小球前小动脉极度狭窄、血流减低、肾血管阻力增加, 肾小球滤过率明显降低, 血管壁通透性增高, 血浆蛋白从肾小球漏出而形成蛋白尿及管型。

(三) 肝脏的变化 由于肝内小动脉痉挛、缺氧、肝细胞线粒体内谷丙转氨酶被释放,

出现 SGPT 升高或血清总胆红素升高, 并有黄疸、右上腹不适等症状。

(四) 心脏的变化 外周血管阻力增加, 表现为左心室负荷增加的高阻抗、低排出量的后果, 即心率加快, 血压升高, 甚至出现水肿。冠状动脉痉挛, 导致心肌缺氧, 间质水肿甚或有点状出血及坏死, 易引起心功能障碍。

(五) 胎盘滋养细胞的浸润和胎盘植入蜕膜较浅, 子宫胎盘血管可发生急性动脉粥样硬化, 因而使管径减少, 导致胎盘血供不足, 使胎儿胎盘功能受到严重损害, 表现为胎儿宫内发育迟缓, 易引起胎儿窘迫, 如同时发生螺旋动脉栓塞、蜕膜坏死、胎盘后出血, 则可致胎盘早期剥离。

#### 四、中医病机

中医子肿、子晕、子烦、子痫等发病过程主要与肝、脾、肾三脏不足相关。脾为后天之本, 如脾气素虚, 孕后负荷加重, 脾虚弱影响运化水谷、输布津液以致水湿壅滞, 发为水肿。肾为先天藏精之脏, 胞脉所系, 如肾阴素虚, 精血难以养胎, 耗损之阴血难以养肝, 肝阳偏亢、发为高血压。肾、脾、肝间形成恶性循环。病情进一步发展, 见血虚生风、肝风内动; 聚湿成痰, 痰火上扰、阴血煎熬、瘀血阻滞, 助纣为虐发为子痫。

#### 五、临床表现与分类

(一) 临床表现 临床主要表现为高血压、水肿、蛋白尿, 其标准如下, 重者可见头昏、眼花、恶心、呕吐, 甚至抽搐、昏迷。

1. 高血压 孕 20 周后, 血压上升高达  $17.3/12\text{kPa}$  ( $130/90\text{mmHg}$ ), 或与基础血压比较超过  $4/2\text{kPa}$  ( $30/15\text{mmHg}$ )。

2. 水肿 经卧床休息后 6~8 小时水肿不消退或虽水肿不明显, 而每周体重超过 0.5kg, 称隐性浮肿。根据水肿程度分四度: “+”踝部及小腿明显凹陷性水肿, 经休息后消退; “++”水肿延及大腿, 皮肤如桔皮样; “+++”水肿涉及外阴及阴部, 皮肤薄而发亮; “++++”, 全身浮肿。

3. 蛋白尿 蛋白尿出现在血压升高后, 从 “+~+++”, 蛋白定量超过  $0.5\text{g}/24$  小时尿。

(二) 分类 按 1983 年我国第二届妊高征科研协作会议所制定的统一分类如下:

1. 轻度妊高征 血压  $\geq 17.3/12\text{kPa}$ , 或较基础血压升高  $4/2\text{kPa}$ , 可伴有水肿或微量蛋白尿。

2. 中度妊高征 血压超出轻度范围, 但不超过  $21.3/14.6\text{kPa}$  ( $160/110\text{mmHg}$ ), 蛋白尿 “+” 或伴有水肿及轻度自觉症状如头晕等。

3. 重度妊高征 先兆子痫: 血压  $\geq 21.3/14.6\text{kPa}$  ( $160/110\text{mmHg}$ ) 或蛋白尿 “++~+++”、伴水肿、头痛等自觉症状, 轻症者有时可见小血管轻度痉挛; 重者眼底视网膜小动脉痉挛明显, 小动脉与小静脉之比可由正常 2:3 变为 1:2、1:3 甚至 1:4。严重者, 可出现视网膜水肿或视网膜剥离或有棉絮样渗出物及散在性出血点或火焰状出血, 则患者出现视力模糊或突然失明, 重者当考虑终止妊娠, 这些病变一般于产后逐渐消失而恢复。

#### 六、诊断

##### 诊断

病史中, 孕 20 周后出现高血压、水肿或/及蛋白尿, 孕前慢性肾炎、糖尿病、重度贫血、羊水过多、双胎等均均为妊高征的高危因素。年龄过大、过小; 气候多变季节亦与本征密切相关。根据上述病史, 一般即能作出初步诊断, 或三项中有二项即可确诊。子痫: 在