

总主编 陈茂仁 张俊龙

# 中西医结合专科病诊疗大系

妇

产

科

病

学

王东梅 主编

山西科学技术出版社

R71

WDM

105079

中西医结合专科病诊疗大系

# 妇 产 科 病 学

顾 问 李广文

主 编 王东梅

副主编 刘瑞芬

编 者 (按姓氏笔划为序)

王东梅 刘瑞芬 刘静君

张建伟 岳小方 罗英华

桑海莉

山西科学技术出版社

责任编辑 张延河  
复 审 赵志春  
终 审 郭博信

**中西医结合专科病诊疗大系**  
**妇产科病学**

总主编 陈茂仁 张俊龙  
主 编 王东梅

\*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路 69 号)  
山西省新华书店发行 铁三局印刷厂印刷

\*

开本:787×1092 1/16 印张:22 字数:541 千字  
1997 年 10 月第 1 版 1997 年 10 月太原第一次印刷  
印数: 1—5000 册

\*

ISBN 7-5377-1443-6  
R·577 定价:25.00 元

编委会主任 张俊龙

总 主 编 陈茂仁 张俊龙

编 委 (按姓氏笔画为序)

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 马金凤 | 王 凯 | 王 钢 | 王元元 |
| 王东梅 | 吕 波 | 吕志平 | 孙兆英 |
| 宋鲁成 | 汪受传 | 邱红明 | 刘瑞芬 |
| 李如辉 | 李景阳 | 苏勋庄 | 张 娟 |
| 张俊龙 | 张俊忠 | 张洪斌 | 苗爱勤 |
| 金 实 | 金 星 | 陈茂仁 | 周光林 |
| 赵秀芳 | 祝维峰 | 段学忠 | 秦小卫 |
| 秦红松 | 钱秋海 | 傅新利 | 路玉滨 |
| 翟秀玲 | 熊传策 | 魏建润 |     |

E214/20  
14

# 出版说明

一百多年前,西方医学大举进入中国,打破了中医学一统天下的局面。虽然中西医之间文化背景和思维方式存在巨大差异,然而,共同服务于人类的宗旨,使得开始于一百多年前的“中西汇通”的尝试到本世纪 50 年代得以蓬勃发展,并日益显示出其活力和生机,医学也形成了中医学、西医学、中西医结合医学三足鼎立的局面。但是迄今为止,还没有一套在广度和深度上能充分反映中西医结合医学这一学科丰富内容的专书出版。有鉴于此,我社于 1994 年开始组织编写这套“中西医结合专科病诊疗大系”,目的是通过这套丛书,全面总结中医学、西医学,尤其是中西医结合医学在临床诊疗方面的新发展、新成就。我们希望这套丛书既能体现中医临床诊疗的特点和丰富内容,又能体现西医临床诊疗的原则和方法,并富有中西医结合的时代气息;广收旁引,芟除芜杂,努力编成一套系统、全面、新颖、实用的临床系列全书,为提高中医、中西医结合水平作出贡献。

本套丛书的作者大都是从事中医、中西医结合研究的专家、教授,他们当中绝大多数是本学科各专业的博士学位获得者,能够全面了解和掌握本学科的研究方向和信息,这是这套丛书得以顺利出版的前提和基础。

1994 年 10 月召开了第 1 次编委会会议,通过了编写大纲,并进行了分工;1995 年 10 月召开了第 2 次会议,研究了编写中存在的问题,并对初稿进行了修改;1996 年 3 月完成全部书稿的编写任务;同年 5 月邀请有关专家进行审改和定稿工作。历时三载,数易其稿,1996 年 10 月工程全部告竣。

在编写过程中,陈茂仁博士、张俊龙博士对这套丛书的组织和编写做了大量的工作,对这套丛书的完成起了至关重要的作用。

山东中医药大学的张珍玉教授、周次清教授对本套书的修改和最后定稿提出了许多建设性意见,有力地保证了这套丛书的质量。

这套丛书之所以能顺利出版,是各有关单位大力支持和全体编委辛勤劳动的结果。参加本套书编写工作的单位有:山东中医药大学、南京中医药大学、山西中医学院、浙江中医学院、福建中医学院、重庆中医药研究所、山东医科大学、第一军医大学、第二军医大学、山西医科大学、江苏省中医院、山东省千佛山医院等。

编写如此大型中西医结合临床专科专著,尚属首次,由于缺乏经验,人员分散,限于水平,缺点、错误在所难免,恳请广大读者批评指正,以便将来修订再版。

山西科学技术出版社



# 编写说明

一、临床诊断和治疗是医学的最终目的所在。中医、西医、中西医结合各具特色。本书博采众长,不拘学派,去粗存精,总结当代中西医结合临床诊疗的新理论、新诊断、新疗法、新方药,并作出客观评价,努力反映今日之创获。全书务求立论精当,内容充实,系统全面,客观实用,从面适应临床、教学和科研工作的需要,促进医学学术的繁荣。

二、依据西医疾病分类方法,选取其中常见病和疑难病为研究对象。“疑”是疑惑不解,即在病理和诊断上难以定论;“难”是指治疗上有难度,缺乏有效或根治的治疗措施。疑难与否,以西医诊疗为基准。“常见”,是指发病率高,为临床常见病。

三、以西医疾病的系统分类为单元,采用丛书系列方式集成14册。包括:《心脏病学》、《肺脏病学》、《肝胆病学》、《胃肠病学》、《肾脏病学》、《神经病学》、《风湿病学》、《内分泌病学》、《血液病学》、《男科病学》、《妇产科病学》、《骨伤科病学》、《儿科病学》、《外科病学》。

四、这套丛书每一分册均分上、中、下三编。上编为基础理论部分,主要简述各系统的西医生理、病理等基础知识,并逐一尝试用中医理论解释说明之,以求取得中西医结合各系统病治疗理论方面的发展与突破,并为中编具体病种的临床诊疗奠定基础。中编为临床诊疗部分,遵循“西医简明,中医详深”的原则,凡涉及西医的部分,简明扼要,归纳出几点结论;涉及中医的部分,则详细深入,务求理论上深入探讨,方法上广泛收集,突出中医、中西医结合特色。下编为专题研究部分,针对上编、中编未能详细说明的一些临床难点和共性问题进行探讨。

五、每一病证,分概述、病因病理、诊断、治疗、预防等节,每节各有独立的内容,并前后呼应,蔚成一体。

六、“概述”重点介绍病证的西医病名定义、分类及发病率、防治等一般知识,简要说明中医对这些病症的认识及防治源流。西医病因病理,着墨适中,条理清晰;中医病因病机,丝丝入扣,针对性强;西医诊断简而不漏,要点突出;中医诊断纲目清楚,纲举目张;西医治疗简明扼要,中医治疗详细实用;预防在思路突出中医治未病的思想,在具体措施上则中西医并用。

七、中医药治疗是这套丛书的重点,其常规治疗“辨证论治”部分,列出治法、选方、用药、剂量及加减变化,并做适当用药分析。“验方治疗”部分,选择文献报道中经统计处理证实对本病证确有良效的科学处方,分别在组成、用法、功用、疗效分析条下阐述。“单味药治疗”中的药理部分主要介绍单味药对本病(系统)的基础药理,未涉及对其他系统的药理。“其他治疗”部分,详收中医学的独特疗法,但所选之术均系临床文献报告对本病确有良效者。“中西医结合治疗”部分,主要说明在本病治疗中的中西药配用问题,但所选之法皆为临床文献报道和个人经验的总结,绝非无根据之推测性发挥。

八、我们组织山东、山西、江苏、浙江、福建、四川、上海等地的学者编写如此大型中西医结合临床诊疗专科病系列丛书,由于缺乏经验,囿于水平,加之人员分散,尽管多次统稿协调,各册之间仍有不尽统一和不尽完善之处,敬请读者批评指正。

总主编:陈茂仁 张俊龙

# 前 言

随着经济的发展,我国医学科学的进步日新月异。作为医学科学重要组成部分的妇产科领域,在很多方面也取得了很大的成绩。

医学科学在我国有中医和西医两大体系。而中西医结合作为一种新的医学范式,正在生机勃勃地发展。《妇产科病学》就是遵循中西医结合这一范式编写的。本书注重科学性和实用性。博采中西医之所长,既介绍了妇产科基础理论、基本知识和基本技能,又介绍了中医、西医、中西医结合妇产科理论和临床研究的新进展。尤其对运用现代科学进行中医、中药研究的新成果等内容做了重点介绍。读者可从中了解到妇产科领域的新理论、新方法、新手段和新疗效。

本书在编写过程中,参阅了大量中、西医医学文献。中医中药治疗中的验方治疗部分,主要介绍了有关文献中的经验方剂和对于现代临床有较深入研究的古方。对卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》中有关妇产科疾病的中、西医诊断标准和中国中西医结合学会妇产科专业委员会制定的某些妇产科疾病诊断标准,本书也做了介绍。

本书编写历时2年,几易其稿。虽做了很大努力,但限于水平,错误和不足之处在所难免,敬请读者指正。

王东梅

# 目 录

## 上编 基础理论

|     |                       |      |
|-----|-----------------------|------|
| 第一章 | 女性生殖系统生理 .....        | (3)  |
| 第一节 | 西医对女性生殖系统生理的认识 .....  | (3)  |
| 第二节 | 中医对女性生殖系统生理的认识 .....  | (8)  |
| 第二章 | 妊娠生理及妊娠诊断 .....       | (13) |
| 第一节 | 西医对妊娠生理的认识及妊娠诊断 ..... | (13) |
| 第二节 | 中医对妊娠生理的认识及妊娠诊法 ..... | (19) |
| 第三章 | 正常产褥期及保健 .....        | (22) |
| 第一节 | 西医正常产褥期及保健 .....      | (22) |
| 第二节 | 中医对产后的认识及产后调护措施 ..... | (28) |
| 第四章 | 中医妇产科病因病机 .....       | (31) |
| 第一节 | 病因 .....              | (31) |
| 第二节 | 病机 .....              | (36) |
| 第五章 | 妇产科疾病的诊断 .....        | (42) |
| 第一节 | 西医诊断 .....            | (42) |
| 第二节 | 中医诊断 .....            | (50) |

## 中编 临床诊疗

|     |                  |       |
|-----|------------------|-------|
| 第六章 | 女性生殖系统炎症 .....   | (63)  |
| 第一节 | 外阴炎 .....        | (63)  |
| 第二节 | 阴道炎 .....        | (68)  |
| 第三节 | 宫颈炎 .....        | (77)  |
| 第四节 | 盆腔炎 .....        | (84)  |
| 第七章 | 子宫内膜异位症 .....    | (98)  |
| 第八章 | 月经失调 .....       | (115) |
| 第一节 | 功能失调性子宫出血病 ..... | (115) |
| 第二节 | 闭经—溢乳综合征 .....   | (134) |
| 第三节 | 多囊卵巢综合征 .....    | (142) |
| 第四节 | 痛经 .....         | (151) |
| 第五节 | 经前期紧张综合征 .....   | (162) |
| 第六节 | 更年期综合征 .....     | (173) |
| 第九章 | 妊娠病理 .....       | (180) |



|      |                |       |
|------|----------------|-------|
| 第一节  | 流产 .....       | (180) |
| 第二节  | 异位妊娠 .....     | (196) |
| 第三节  | 妊娠剧吐 .....     | (208) |
| 第四节  | 妊娠高血压综合征 ..... | (215) |
| 第十章  | 异常产褥 .....     | (230) |
| 第一节  | 产褥感染 .....     | (230) |
| 第二节  | 晚期产后出血 .....   | (239) |
| 第十一章 | 不孕症 .....      | (246) |

## 下编 专题论述

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| 活血化瘀法在妇产科中的应用 .....      | (263) |
| 妇产科常用方剂实验与临床应用 .....     | (279) |
| 肾、天癸、冲任及其相互关系的探讨 .....   | (316) |
| 补肾法在妇产科中的应用与研究 .....     | (323) |
| 中药人工周期及其临床运用 .....       | (332) |
| 妊娠禁忌药及中药安胎治疗对子代的影响 ..... | (337) |

# 上编 基础理论



---

# 第一章 女性生殖系统生理

## 第一节 西医对女性生殖系统生理的认识

女性生殖系统是女性机体中的一个重要组成部分，它不仅有自己的独特功能，而且与其他系统的功能相互联系和影响。生殖系统的基本生理知识是妇产科的基础。

### 一、女性一生各阶段的生理特点

女性从新生儿到衰老，分为几个时期，但受遗传、周围环境、营养条件的影响，每个人各阶段的年龄划分可稍有差异。

#### （一）新生儿期

出生后1个月内称新生儿期。胎儿在母体内受到了胎盘女性激素的影响，子宫、卵巢及乳房均有一定程度的发育。出生后因与母体分离，血液中女性激素量迅速下降直至消失。新生儿可有乳房肿大，个别出现少量阴道流血，或分泌少量乳汁，这些都是生理现象，在短期内自然消失。

#### （二）幼童期

从出生到10岁左右为幼童期。此期性腺、生殖器仍在幼稚状态，阴道狭长，子宫小，子宫颈占全子宫长度的2/3。到10岁左右，卵巢中少量卵泡发育，但不到成熟阶段，有少量性激素分泌，乳房及生殖器开始发育，女性特征开始出现。

#### （三）青春期

从月经初潮到生殖器发育成熟的过渡阶段为青春期。随着卵巢发育和性激素分泌的逐步增加，生殖器有明显的变化。阴阜隆起，大小阴唇变厚变大，有色素沉着；阴道长度及宽度增加，粘膜变厚，出现皱襞；子宫体占子宫全长的2/3；输卵管变粗，弯曲度减少；卵巢增大，皮质内有不同发育阶段的卵泡。除生殖器外，还出现女性特有的征象，乳房丰满，出现腋毛及阴毛，骨盆横径的发育大于前后径的发育，胸、肩、髋部的皮下脂肪增多，音调变高。而月经初潮则是进入青春期的重要标志，此时卵巢功能尚不稳定，所以月经也常不规律。

#### （四）性成熟期

又称生育期。一般自18岁开始，持续近30年。此期卵巢的功能成熟，有周期性的排卵和分泌性激素。

#### （五）更年期

更年期是女性从生殖功能旺盛的状态，向老年衰萎的过渡时期。一般开始于40岁，持续10年至20年不等。此期卵巢功能逐渐降低，失去排卵的周期性，直到无排卵，生殖功能逐渐衰退，生殖器官开始萎缩。绝经期包括在更年期中，是月经最终停止的时期。

#### （六）老年期

继更年期之后的生命时期。一般认为60岁后女性机体逐渐老化，进入老年期。此期常伴有血压升高，肥胖，骨质疏松易于骨折等病症。

## 二、月经周期

子宫内膜有规律地、周期性地脱落及出血称为月经。月经初潮的年龄多在13岁~15岁。出血的第1天为月经周期的开始，两次月经第1天的间隔时间称为1个月经周期，一般为28天~30天，但周期长短因人而异，提前或延后7天仍属正常。月经期指月经持续时间，一般为3天~7天。一次月经量约30ml~80ml，一般月经第2天~第3天出血最多。经血一般呈暗红色，除血液外，尚含子宫内膜碎片、子宫颈粘液及脱落的阴道上皮细胞。月经血的主要特点是不凝固，因为初剥离的子宫内膜中，有一种激活因子能使血中纤溶酶原成为纤溶酶，导致经血中纤维蛋白裂解而液化经血。由于月经期有时盆腔充血，少部分女性可能有下腹部重坠及腰骶部酸胀不适感。

## 三、卵巢的周期性变化与性激素

卵巢为女性的性腺，主要功能为排卵和分泌女性激素，这两种功能分别称为卵巢的生殖功能和内分泌功能。

### （一）卵巢的周期性变化

卵巢的周期性变化表现在卵泡发育成熟、排卵、黄体形成和黄体萎缩4个阶段。女性一生中全部卵细胞都在胎儿期增殖生成，新生儿出生时可能有10万~50万个。这些始基卵泡99%以上都在开始发育后不久即消亡，称为卵泡闭锁。仅在生育期内，才有数百个卵泡完全发育成熟排出成熟的卵细胞。而能受精种植发育成胎的成熟卵细胞只有更少的几个。

#### 1. 卵泡的发育和成熟

始基卵泡开始发育后，卵母细胞增大，周围的颗粒细胞增生成复层，卵母细胞周围出现一透明带，卵泡周围的间质细胞分化成内外两层卵泡膜细胞。卵泡膜细胞和颗粒细胞所分泌的雄激素、雌激素及血液循环中渗出的液体等在卵泡细胞的空隙中形成卵泡液。卵泡液逐渐

增多, 卵母细胞及其周围的卵丘被推向一侧, 称之为生长卵泡。随着卵泡的不断发育, 卵泡液继续增多, 体积增大, 卵泡逐渐向卵巢表面移行, 最后突起于卵巢包膜。同时颗粒细胞中黄体生成激素受体增加, 为黄体期大量分泌黄体酮做准备。此时的卵泡称为成熟卵胞。在1个月经周期中, 一般只有1个生长卵泡发育成熟。

## 2. 排卵

当卵泡成熟并突起于卵巢表面时, 在卵泡液水解酶的作用下, 卵泡膜及卵巢包膜被逐渐分解而破裂, 卵泡液流出。在卵泡液中前列腺素的作用下, 卵母细胞及其周围的卵丘一起被慢慢挤出, 称之为排卵。排卵大多发生在月经周期的中间, 或月经前14天左右, 卵子可由两侧卵巢轮流排出, 或持续于某一侧。

## 3. 黄体形成

卵细胞排出后, 卵泡壁塌陷, 泡膜内血管破裂, 血液流入腔内凝成血块而形成黄体。破口很快被纤维蛋白封闭, 血被吸收而形成黄体。卵泡周围的纤维母细胞、毛细血管及淋巴管增生, 并伸入黄体。黄体发育增大为成熟黄体, 分泌大量孕激素, 至排卵后7天~8天达最高峰。

## 4. 黄体退化

若卵子未受精, 黄体于排卵后9天~10天开始萎缩, 血供减少, 细胞呈脂肪变性, 黄色消退, 性激素分泌量减少, 至月经周期的28天, 子宫内膜开始脱落, 月经随即来潮。同时卵巢中一些新的卵泡开始发育, 即一个新的周期又重新开始。前一周期的黄体于8周~10周后, 完成其退化过程, 最后细胞变性, 组织纤维化, 外观色白, 称为白体。

如果排出的卵子受精, 则黄体继续维持至妊娠3个月~4个月后衰退, 此时称为妊娠黄体。

## (二) 卵巢分泌的性激素

卵巢主要合成、分泌的性激素有雌激素、孕激素和少量雄激素。

### 1. 性激素的合成与代谢

性激素又称甾体激素, 其中雌激素与雄激素主要在卵泡的内卵泡膜细胞中合成, 内卵泡膜细胞还能在酶系统的作用下将其分泌的部分雄激素转化为雌激素。在黄体期, 黄体颗粒细胞的黄体生成激素受体量大大增加, 但受酶系统的限制主要分泌孕激素。外卵泡膜细胞和卵巢间质细胞也合成极少量雄激素。

(1) 孕激素 是雄激素和雌激素合成的中间物质, 故卵巢、睾丸、肾上腺皮质和胎盘内均有孕激素存在。

(2) 雄激素 一是由孕烯醇酮经一系列酶的作用生成作用较弱的去氢表雄酮和雄烯二醇; 二是从孕酮演化为雄烯二酮, 在酶的作用下形成作用较强的睾丸酮。

(3) 雌激素 雌激素的合成以雌二醇和雌酮为主, 前者由睾丸酮经芳香化酶转化而来, 雌酮则由雄烯二酮转化而来。

甾体激素主要在肝脏代谢, 多经肾脏排泄, 小部分与粪便一起排泄。

### 2. 性激素的生理功能

#### (1) 雌激素

①可增加子宫的血液循环, 促使子宫发育, 提高子宫平滑肌对催产素的敏感性和收缩力,



使子宫内膜呈增殖性变化,并促进子宫组织中的各种蛋白及酶的合成和组织对葡萄糖的利用。使子宫颈的腺体上皮细胞增生,粘液分泌量增加,适合于精子通过。

②促进卵泡早期发育,协同促卵泡素(FSH)促进内卵泡膜细胞和颗粒细胞合成细胞膜上促黄体激素的受体,从而支持黄体生成激素(LH)调节卵泡的分泌功能,促进卵泡发育。

③促进输卵管的发育,影响输卵管的蠕动。

④促使阴道上皮细胞增生、角化、成熟。

⑤促进外生殖器的发育,如大小阴唇增大,脂肪和色素沉积。

⑥使乳腺管细胞增生,乳头着色,促进乳腺的发育和脂肪在乳房组织中的积聚。

⑦促进第二性征的发育,促进骨中钙质沉着,加速青春期骨骼的闭合,促进水、钠的滞留,减少 $\beta$ -脂蛋白的形成。

⑧对垂体、丘脑下部产生反馈调节,从而间接对卵巢功能产生调节作用。

#### (2) 孕激素

①使子宫肌肉松弛,降低妊娠子宫对催产素的敏感性,抑制子宫肌的自发性收缩,使子宫的血管扩张,血运量增加,使增殖期子宫内膜转变为分泌期内膜,为孕卵着床和胚胎发育初期创造有利条件。能抑制排卵后子宫颈内膜的粘液分泌,使其变粘稠,不利于精子穿过。

②增加输卵管的收缩幅度,但降低输卵管的收缩频率。抑制其内膜上皮纤毛的生成。

③轻度促阴道上皮增生。妊娠期使尚未完全角化的表、中层细胞脱屑,降低阴道pH,以增强抗感染能力。

④在雌激素影响的基础上,进一步促进乳腺细胞和乳腺小叶增生发育。

⑤有促进水、钠排泄的作用。促进蛋白分解和肝脏某些酶的合成。

⑥使正常女性体温轻度升高。

⑦抑制雌激素对垂体和丘脑下部的正反馈作用。

(3) 雄激素 能促使阴毛、腋毛生长,促进骨骼的发育和青春后期骨骼的愈合,有促进肌细胞生长和红细胞生成作用。大量雄激素有对抗雌激素的作用,还可引起一些男性化的体征。雄激素过高可妨碍卵泡发育,而促使卵泡闭锁。

## 四、子宫内膜的周期性变化

### (一) 增生期

月经周期的第5天~10天子宫内膜刚修复但还很薄,至月经周期的10天~14天,内膜已增厚,腺体及间质均明显增生,腺体数增多,腺管变为螺旋状,腺上皮细胞呈高柱状,胞核移至中央,间质致密,间质内小动脉增生延长呈显著的螺旋状卷曲。

### (二) 分泌期

#### 1. 早期分泌期

约在月经周期的第15天~19天。内膜的腺体更加弯曲变长,腺腔扩大,腺上皮细胞的核下开始出现含糖元的水泡,间质水肿,螺旋动脉继续增生。

## 2. 中期分泌期

约第20天~23天。内膜较前更增厚，腺体进一步布扩大，并呈锯齿状，腺体内的分泌上皮细胞顶端胞膜破碎，细胞内的糖元溢入腺腔。间质进一步水肿、疏松，螺旋小动脉更加增生卷曲。

## 3. 晚期分泌期

第24天~28天。此期的内膜可厚达10mm，分为三层：致密层，即内膜的表层，腺体较直，开口于宫腔；海绵层，位于内膜中间，是内膜中最厚的一层，内含增生的腺体和扩张的螺旋动脉，呈海绵状。此二层有周期性变化，行经时脱落排出体外，称子宫内膜的功能层；基底层，靠近子宫肌壁，在月经的周期中无变化，腺体呈静止状态，小动脉短而直，只供血于本层局部，月经期此层不脱落，月经后内膜的修复从这一层开始。

如果排卵后未妊娠，则黄体逐渐退化，雌激素与孕激素的分泌量减少，内膜的腺体缩小变性，腺细胞的分泌功能减退。间质水肿减退并有白细胞浸润，内膜的厚度减少，螺旋动脉受压缩，血流不畅，继而小动脉出现节段性收缩和阵发性痉挛，引起痉挛部远段的管壁本身和所供血的宫内膜组织缺血缺氧，以致坏死。继之痉挛松弛，血管也随之扩张，使已受损的管壁破裂。

## (三) 月经期

即周期的第1天~4天，子宫内膜不同部位的小动脉交替地发生节段性痉挛和扩张，组织有更多的局灶性血肿，使坏死的内膜组织剥脱，表现为月经来潮。

# 五、月经周期的调节机制

月经周期是由丘脑下部、垂体、卵巢（称下丘脑—垂体—卵巢轴）三者之间的相互作用来调节的，丘脑下部调节垂体的功能，而垂体又调节卵巢的功能，子宫内膜在卵巢激素的作用下，发生周期性变化而产生月经。卵巢产生的性激素反过来作用于丘脑下部，通过影响促性腺激素释放激素（GnRH）的释放继而影响垂体促性腺激素的释放，即所谓反馈作用。抑制释放称为负反馈，促进释放称为正反馈。

在前一月经周期的卵巢黄体萎缩后，孕激素及雌激素的分泌量随之下降，解除了对丘脑下部及垂体的抑制，丘脑下部又开始分泌GnRH，使垂体FSH分泌增加，促使卵泡发育成熟，在少量LH的协同作用下，使卵泡分泌雌激素，雌激素使子宫内膜发生增生期的变化。雌激素量逐渐增加，对丘脑下部产生负反馈而抑制垂体FSH的分泌。

当卵泡发育成熟时，体内雌激素出现第一个高峰，对丘脑下部产生正反馈作用，GnRH大量释放，使垂体释放大量LH，出现LH峰，触发排卵。

排卵后，LH高峰在维持24小时后急剧下降，在少量的LH及FSH的协同作用下，使破裂卵泡形成黄体。黄体主要分泌孕激素，使增生期的子宫内膜转变为分泌期。黄体也分泌雌激素，排卵后雌激素水平暂时降低，由于来自黄体的分泌，雌激素又出现第二个较低的高峰。

黄体分泌大量孕激素及雌激素，使丘脑下部处于抑制状态，脑垂体分泌的FSH、LH相应减少，黄体开始萎缩，孕激素及雌激素分泌随之减少，子宫内膜得不到性激素的支持，发生坏死、脱落而月经来潮。性激素的减少解除了对丘脑下部的抑制，GnRH又开始分泌，脑垂

体重重新分泌 FSH 及少量 LH, 新的卵泡又在发育, 并逐步分泌雌激素, 子宫内膜修复、增生, 开始了下一个月经周期。

综上所述, 月经的周期性调节是在丘脑下部—垂体—卵巢轴系统的正常情况下进行的, 它们之间存在着很复杂而精密的关系, 即相互影响, 又相互制约, 维持着内分泌的动态平衡。丘脑下部的神经活动须在大脑皮层控制下进行, 因此, 从大脑皮层到卵巢之间, 任何一个环节发生障碍, 都可能扰乱其平衡而引起月经失调。

## 第二节 中医对女性生殖系统生理的认识

### 一、女性一生的分期及生理特点

《素问·上古天真论》曰: “女子七岁肾气盛, 齿更发长; 二七而天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子; 三七肾气平均, 故真牙生而长极; 四七筋骨坚, 发长极, 身体盛壮; 五七阳明脉衰, 而始焦, 发始堕; 六七三阳脉衰于上, 面皆焦, 发始白; 七七任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏而无子也。”

根据中医理论把女子一生视为如下几个阶段:

肾气始萌发(一七): 天癸未至, 稚阴稚阳之体, 脏腑娇嫩, 形体未充。

肾气初盛(二七): 天癸至, 任通冲盛, 月经来潮, 身体逐渐生长发育, 性系统功能处于活动前期。

肾气渐盛(三七): 天癸分泌量逐渐增多, 身体发育迅速, 精力充沛, 血气方刚, 生殖功能趋于成熟。

肾气全盛(四七): 天癸分泌量旺盛, 年富力强, 精力充足, 体质强壮, 生殖功能旺盛。

肾气始衰(五七): 天癸分泌量开始减少, 冲任二脉开始失调, 精血出现不足。

肾气渐衰(六七): 天癸分泌逐渐减少, 冲任二脉经常出现失调, 生白发。

肾气衰竭(七七): 天癸竭, 冲任虚衰, 月经终止, 动作迟缓, 齿落发脱, 性功能衰退至消失, 丧失生育功能。

《内经》以年龄划分阶段, 论述女子生长、发育以及生殖机能成熟与衰退, 较完整、系统地提出了女子一生的生殖生理的活动及其演变过程。每一个年龄阶段都有不同的变化, 从 7 岁到 28 岁, 主要论述其生理变化。从 35 岁至 49 岁, 临床上可出现病理变化, 从肾中精气渐衰到天癸竭, 冲任气血不足, 月经逐渐减少或崩漏闭经交替, 最后闭经, 生殖器官开始萎缩, 生殖功能丧失。另外出现一些伴随症状, 如头发白, 牙松动, 腰膝酸软, 烘热汗出, 心烦易怒, 性情暴躁, 悲哀欲哭, 纳呆, 腹胀, 胸闷暖气, 眩晕耳鸣, 心悸失眠, 浮肿, 便溏或便秘, 有人甚至出现一些精神症状。总之, 在女性一生中, 主要表现为肾气微而盛、盛而衰、衰而竭这样一个发生发展的变化过程。在女子生长发育的过程中, 其独特的生理功能是月经和胎孕, 而参与这一系统的主要是肾、天癸、冲任, 从胚胎期先天已禀有的肾中精气, 经过后天的培育, 到 7 岁以后便开始逐渐旺盛, 至 14 岁左右则初步达到充实的水平, 促使天癸这种物质的出现, 从而导致冲脉盛满, 任脉流通, 月经因而来潮, 并有受孕的可能。到 49 岁左右, 性机能衰退, 冲任二脉逐渐衰少, 天癸涸竭, 月经断绝, 生殖器官亦逐渐萎缩, 便没有生育能力。

了。其中论述月经的机理，则以肾、天癸、冲任等的作用及其相互联系为月经产生与调节的基本环节，与现代医学以丘脑下部、垂体、卵巢为女子性腺轴的理论颇为相近。女子各阶段不同的生理变化离不开肾、天癸、冲任这一轴心。天癸的至竭，冲任的盛衰，即从月经的初潮至绝经，从生育能力开始到丧失，又取决于肾中精气的作用。女子亦有 50 多岁还有月经并生子者，《素问·上古天真论》曰：“此其天寿过度，气脉常通，而肾气有余也。”

女性一生中最早的生理变化是月经的初潮，月经初潮标志着肾气盛，天癸至，女性青春期到来。中医对月经的论述很多，月经一月一行，按期来潮。明代李时珍《本草纲目》云：“女子，阴类也，以血为主。其血上应太阴，下应海潮，月有盈亏，潮有朝夕，月事一月一行，与之相符，故谓之月信、月水、月经。”宋代陈自明《妇人大全良方》谓：“天，谓天真之气降；癸，谓壬癸，水名，故云天癸也。然冲为血海，任主胞胎，肾气全盛，二脉流通，经血渐盈，应时而下。所以谓之月事者，平和之气，常以三旬一见，以象月盈则亏也。”明代张景岳《景岳全书》指出：“盖天癸者，言后天之阴气，阴气足而月事通，是即所为月经也。正以女体属阴，其气应月，月以三旬而一盈，经以三旬而一至，月月如期，经常不变，故谓之月经，又谓之月信。”

此外，尚有极少数女性身体无病而月经 2 个月一潮者，古人谓之“并月”；3 个月一潮者，称“居经”或“季经”；1 年一潮者，谓之“避年”。还有终生不潮却能受孕者，称为“暗经”。受孕初期仍按月有少量月经而无损于胎儿者，称为“激经”，也称“盛胎”或“垢胎”。这些是特殊的月经现象。也有少数青年女子月经初潮后的 1 年~2 年月经不按期来潮，或停经一段时间后再来潮者，这是由于肾气未能充盛，天癸初至而不稳定的原因。待肾气充盛，天癸至而稳定，自可恢复月经周期。

## 二、月经产生的机理

在月经产生的机理中，肾、天癸、冲任等的作用及其相互关系为月经产生与调节的基本环节，而肾中精气盛为产生月经的根本。精气旺盛，天癸产生，任通冲盛，其间相互协调，作用子胞宫，然后产生月经。如明代虞搏《医学正传》曰：“月经全借肾水施化，肾水既乏，则经血日以干枯。”肾中精气的盛衰导致天癸的至竭，冲任的通盛、虚衰与月经的潮止有极为密切的关系。

在月经产生的机理中，肾为先天之本，主人体的生长发育与生殖，泌至天癸，为冲任之本，主系胞，是其他脏腑生理活动的本源，因此起着主导作用。天癸是促使月经产生的重要物质，冲任聚脏腑之血，输注于子宫，使化为血，依期而下。可见肾—天癸—冲任轴是月经产生的重要环节。使血得以化生的脏腑，在月经的产生中起一定的作用，如心主血，肝藏血，脾统血，肺主气，朝百脉而输精微，共同为月经的产生提供条件，并参与了气血的统摄、运行、贮藏等功能，而经络则是运行气血达胞宫的通道，因此，月经的产生也离不开脏腑和经络的共同作用。

肾在月经的产生过程中即是原动力，又对月经起着调节作用。肾包含着肾气与肾精，肾气的开阖藏泄，决定着冲任血海的充盈溢泄，而形成月经周期。只有肾气盛，才能齿更骨坚，身体盛壮，天癸泌至，冲任通盛，才能经调孕子。肾气盛，才能肾精充，冲任才能维系胞胎。在促进和维持第二性征方面，也是肾气通过天癸对冲任作用的结果。

天癸是一种影响人体生长发育和生殖的阴精物质,男女皆有,它来源于先天,藏于肾中,肾气盛以后成熟泌至,只有肾精渐充,在日趋旺盛的肾阳蒸腾下,才能滋生出促进生殖机能的发育及维持性系统功能的天癸,也就是说,天癸达到一定量,并在性系统中发挥作用时,称为天癸泌至。天癸随肾气的虚衰而截止。马蒔注释《素问》时说:“天癸者,阴精也。盖肾属水,癸亦属水,由先天之气蓄极而生,故谓阴精为天癸也。”天癸始于父母,但初时真阴甚微,“形体虽成而精气未裕”。故二七以前,脏腑功能虽正常,气血充盛,由于天癸尚未成熟泌至,冲任尚未通盛,则无月经产生。天癸盛于后天,在肾气盛的情况下,靠后天水谷精气的滋养、支持逐渐成熟。天癸的至竭控制和决定着月经的潮与止。肾气盛,天癸成熟而泌至,促使任通冲盛,胞宫发挥藏泄之功能,则月经来潮。因此在肾中精气的作用下,天癸能促进生长发育及任通冲盛,关系着月经的潮与止。天癸的成熟泌至直接关系到孕育。

冲任是奇经八脉中的两脉,均起于胞中,应天癸之水下至胞中,化为经水。在经络循行上,冲任附属于肾经。任脉主支的一些穴位与肾经交会,如会阴、中极、石门、膻中等。任脉的一分支出胞宫后,与足少阴经相并入脊里。冲脉则在肾经的横骨、气穴、中注、商曲、阴都、幽门等穴与肾经交会,成为注足少阴经的大络。冲任二脉均有脉络与肾联系,故有“八脉隶于肝肾”之说。冲任二脉与十二经脉相互沟通。任脉,总任一身之阴经,称为“阴脉之海。”任为女性妊养之本,故王冰说:“任主胞胎”。只有任脉之气通,才能促使月经的来潮和孕育的正常。冲脉与足阳明胃经之脉于气街交会,脾胃为后天之本,气血生化之源,五脏六腑之气血皆归于冲脉,冲脉为总领诸经气血的要冲,汇聚、涵蓄十二经脉气血,沟通脏腑十二经气血与胞宫之间的联系,故《内经》称冲脉为“十二经之海。”王冰说:“冲为血海”。女性以血为本,月经以血为用,冲脉盛,月事以时。肾气就是通过冲任这个中间枢纽促成月经来潮。冲任根于肾,冲任汇集诸络之血,满则溢,化为经血外泄。泄后血海空虚,冲任再汇集使之复满。如此满盈溢出交替,保证月经周期变化。冲任二脉循行部位相当于女性生殖器官部位,对于这些器官具有灌溉营养、沟通联络作用。冲任在肾气的作用下,成为化生月经之处。明代张景岳《景岳全书》说:“经本阴血,何脏无之。惟脏腑之血,皆归冲脉,而冲为五脏六腑之血海,故经言太冲脉盛,则月事以时下,此可见冲脉为月经之本也。”冲任二脉虽在月经的产生中起着非常重要的作用,但冲任功能的正常发挥,胞宫的正常发育,必须在肾气盛的前提下才能完成,肾与冲任协同完成性系统功能,肾处于高层次,通过天癸对冲任起主导和调控作用。

肾精能化血,精血同源而相互滋生,为月经来潮之根本,是月经的物质基础。赵献可说:“五脏之真,惟肾为根。”脏腑之水谷精微在肾的作用下化为血,所以肾精充盛,月经的来源也不至匮乏。总之肾在月经产生的环节上起着特别重要的作用,肾包括肾精肾气,是月经产生的原动力和物质基础,冲任之本在于肾,天癸之来源也在肾,肾是主宰生殖之大系统。可以理解为肾、天癸、冲任的相互联系是调节月经周期的一个轴。胞宫则需要在此轴的调节下才能发挥其有规律的藏泄和主月经的生理功能。行经期是泄的过程,非行经期则是藏的过程。女性月经的正常也可以体现肾、天癸、冲任这一月经产生的重要环节的正常。清代唐容川《血证论》说:“经云:女子二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故能有子。天癸者,谓先天肾中之动气,化生癸水,至者,谓至于胞中也。水为阳气所化,阳倡而阴必随之,血者阴也,冲任主之,故应癸水,下而即输血于胞中,血之应水而下。”可见月经的来潮是胞宫接受了肾、天癸、冲任的调节而实现的。



### 三、脏腑、气血、经络在女性生理中的作用

#### (一) 脏腑在女性生理中的作用

##### 1. 肾

肾主生殖，一个新的生命的诞生，来源于男女媾精。“两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精”。无肾精则男女媾精就无从谈起，肾精是繁衍后代，构造身形的物质基础，也是促进胚胎发育的生命动力。肾主宰和决定着女性生殖功能的成熟、旺盛与衰减，也就决定着女性一生的生长、成熟和衰老。当男女媾精而形成新的生命的时候，先天之本即肾中精气也就随之开始形成，从而便主宰着女性一生各生理阶段的生理变化。如人之初生，肾气始萌发，脏腑娇嫩，形体未充，为稚阴稚阳之体的婴幼儿期。肾气渐盛，身体发育迅速，精力充沛，体质强壮，天癸成熟泌至，月经以时下，进入了青春期、性成熟期，此时男女媾精便可成胎孕。当肾中精气渐衰，脏腑气血功能衰退，气血不足，齿脱发落，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，生殖功能衰减甚至消失，则进入更年期并过渡到老年期。

##### 2. 肝

肝藏血，司血海，主疏泄，性喜条达，恶抑郁，具有储藏血液和调节血流的作用。脏腑所化生之气血除营养周身外，则储存于肝，其有余部分，在女子则下注血海而为月经。月经的定期来潮与肝的藏血和疏泄功能的相互协调分不开。肝气条达则血脉流通，经候如常。

##### 3. 脾（胃）

脾胃为后天之本，气血生化之源。脾主中气而统血摄血，脾气主升主运；胃主受纳为水谷之海。《灵枢·决气篇》说：“中焦受气取汁，变化而赤是谓血。”《灵枢·玉版篇》云：“人之所受气者，谷也；谷之所注者，胃也；胃者，水谷气血之海也。”胃为多气多血之腑，水谷之海充盛，脾气健运，则血循常道。胃中水谷盛，血海满盈，月事以时。因足阳明胃经下行，与冲脉汇于气街，故有“冲脉隶于阳明”之说。气血是女性生理活动的物质基础，月经的生化，胚胎的发育，产后源源不断的乳汁均靠脾胃滋生化养。明代张介宾《景岳全书·妇人规》说：“故月经之本，所重在冲脉，所重在胃气，所重在心脾生化之源耳。”薛立斋说：“血者，水谷之精气也，和调五脏，洒陈六腑，……妇人上为乳汁，下为月水。”《女科经纶》引程若水云：“妇人经水与乳，俱为脾胃所生。”

#### (二) 气血在女性生理中的作用

“女性以血为本”“以血用事”。脏腑是气血生化之源。经、孕、产、乳均是以气血为物质基础的。气与血互生共存，气为血之帅，血为气之母。血赖气推动以周流，气要靠血的载养，才能发挥其运行血液的动力作用。对于月经来说，血是基础，气是运行血的动力。脏腑安和，血脉通畅，则血海充盈，气血和调，经候如常。只有气血和调充足，才能在任通冲盛的情况下，月经得以化生，才能孕育胎儿，才能分泌乳汁供养胎儿。张介宾说：“女子以血为主，血旺则经调而子嗣；身体之盛衰，无不肇端于此。故治妇人之病，当以精血为先。”从气血的关系看，气行则血行，气滞则血瘀，血随气之寒热而寒热，气血不和，则百病乃变化而生。可见气血在女性生理中的作用是相当重要的。

### （三）经络在女性生理中的作用

经络是经脉与络脉的总称。人体靠经络沟通内外，贯通上下，内属脏腑，外络肢节，运行气血，使人体构成有机的整体。经络包括十二经脉和奇经八脉，奇经八脉中的冲任督带与女性生理功能的关系最为密切，冲任则是在以肾为中心的肾、天癸、冲任这个“女子生殖生理轴”中的重要组成部分。所以在女性生理中起主要作用的经络还是冲任二脉。

冲脉起于气街，并少阴经，挟脐上行，至胸中而散。冲脉渗诸阳，隶于阳明，得到足阳明胃多气血之腑的濡养，渗三阴而与肝脾相通，取肝脾之血以为用。故冲脉为十二经气血汇聚之所，为总督诸经气血之要冲，能调节十二经之气血，有“十二经之海”“血海”之称。冲脉之精血充盛，才能维持胞宫的正常生理功能。

任脉起于胞中，与肝、肾、脾三经相交，取三经之血以为养，并通过经络与全身阴脉会于膻中穴，主一身之阴经，为阴脉之海，蕴涵五脏的精血来妊养胞胎，王冰说：“谓之任脉者，女子得之以妊养也，任主胞胎。”“冲为血海，任主胞胎，二脉相资，故能有子。”男女媾精所结胚胎，着床于胞宫，冲任二脉汇集精血相资，为胚胎生长发育提供良好的环境条件，使之健而不坠。产后冲任又转化精血为乳汁，供哺育所需。

督脉亦起于胞中，与冲脉、任脉同源而三歧。督脉与肝脉“会于巅”，得肝气以为用。督脉“合少阴上股内后廉，贯脊属肾”“上贯心入喉”与肾心相通，得命门火温养和君火相助。其脉与足太阳经相通，行身之背而主一身之阳，为阳脉之海。任脉则行身前主阴。任督两脉会于“龈交”穴，共同维持人体阴阳脉气的平衡和经、孕、产、乳的正常生理功能。

带脉横行于腰部，总束诸经。带脉与纵行之冲、任、督三脉交会，通过冲、任、督与足三阳、足三阴诸经相通，取诸经之气血以为用，加强经脉之间的联系，使气血循行保持常度。

冲、任、督、带四脉的气血，来源于脏腑，特别是冲任二脉只有得到脏腑所化生之气血，才能作用于胞宫，使胞宫有行经、胎孕等生理功能。然而只有脏腑的生化气血之功能，而无冲任二脉的作用则不能完成女性经、孕、产、乳等生理活动。女子胎孕，全赖冲任之妊养。冲任之血，聚以养胎，分娩之后，冲任之血上循足阳明胃经入乳房化为乳汁。由此可见冲任二脉汇聚、涵蓄十二经气血，通过十二经脉沟通了脏腑气血与胞宫之间的联系，从而参与完成了女性经、孕、产、乳等生理活动。



---

## 第二章 妊娠生理及妊娠诊断

### 第一节 西医对妊娠生理的认识及妊娠诊断

#### 一、妊娠生理

胚胎及胎儿在母体内发育成长的过程称为妊娠，包括从卵子受精（即妊娠的开始），到胎儿及其附属物自母体排出（即妊娠的结束），共约 280 天（40 周）的妊娠时间。临床上以末次月经的第 1 天作为妊娠的开始。推算预产期则以末次行经月份减 3 或加 9，日数加 7，若是阴历加 15。每 4 周是 1 个妊娠月，妊娠全过程为 10 个妊娠月。

妊娠是一个非常复杂的生理过程，只有认真掌握这些知识，才能指导临床去治疗与妊娠有关的疾病，搞好围产期保健。

##### （一）受精与着床

精子进入宫腔，经过子宫内膜酶的作用获得了受精的能力，称精子获能。

成熟的卵子被排出，进入输卵管壶腹部与峡部连接处等待受精，已获能的精子在与卵子相遇时，通过酶的作用，发生一系列变化，与卵子表面接触，开始了受精过程，卵原核与精原核融合而完成受精，形成受精卵。

受精卵靠输卵管内纤毛的活动和管壁肌肉收缩，向子宫腔方向移动。同时进行有丝分裂，称卵裂，受精后 3 日，分裂成桑椹状细胞团，称桑椹胚。也称早期囊胚。

桑椹胚进入宫腔，继续分裂发育，细胞间融合成充满液体的囊状腔，称为囊胚，或晚期囊胚。约在受精后 1 周，囊胚开始着床。

晚期囊胚经过定位、粘着和穿透 3 个阶段植入到子宫内膜的过程，称为受精卵着床。完成着床的条件为：透明带准时溶解消失；囊胚滋养层分出合体滋养层细胞；子宫内膜和囊胚必须同步发育；必须有足够量的孕酮。科学家发现受精卵产生一种早孕因子，通过抑制母体淋巴细胞的活性，防止囊胚被母体排斥，并发现了某些有利于受精卵着床的物质。

在孕卵着床的刺激下，子宫内膜迅速发生蜕膜变，致密层蜕膜样细胞增大变成蜕膜细胞，使子宫内膜如海绵状。蜕膜按其于孕卵的部位关系，可分为三部分：底蜕膜，囊胚与子宫肌层之间的蜕膜，将来发育成胎盘的母体部分；包蜕膜，覆盖在囊胚上面的蜕膜，在胚胎发育过程中逐步退化，与真蜕膜贴近逐渐融合，分娩时这两层已无法分开；真蜕膜，除底蜕膜、包蜕膜以外的覆盖在子宫壁上的蜕膜。

## (二) 胎儿附属物的形成及其功能

### 1. 胎盘

胎盘由羊膜、叶状绒毛膜和底蜕膜组成,是母体与胎儿进行物质交换的重要器官。

#### (1) 胎盘的形成

①羊膜位于胎盘的于面,即附着于绒毛膜板之表面,羊膜可以被认为是胎儿皮肤的延伸,羊膜外层有许多小足突和微绒毛,在蜕膜和羊水间进行物质交换。

②叶状绒毛膜伸入底蜕膜内构成胎盘的主要部分,滋养层细胞形成合体细胞,合体细胞直接接触母体组织和血液,溶解周围的蜕膜形成绒毛间隙,大部分绒毛游离其中。蜕膜在绒毛间隙之间将胎盘隔成若干胎盘小叶,但绒毛间隙的胎儿侧是相通的。底蜕膜的小动脉因压力高可达绒毛膜板下,再散向四周回流到胎盘母体面,经蜕膜小静脉流回母体循环。绒毛间隙充满母血,绒毛中含胎儿血,经毛细血管壁、绒毛间质、绒毛上皮与母血交换,母血与胎儿血一般不直接相通。在妊娠5个月以后,以合体细胞为主的绒毛上皮细胞滋养层逐渐退化至妊娠晚期呈断续排列,母血与胎儿血相隔更近,更有利于物质交换。

③底蜕膜是胎盘的母体部分,由于胎儿的发育增大,海绵层被压成纤维膜状,是胎盘分娩时的剥离层。

#### (2) 胎盘的功能

①气体交换:由于氧分压的差别,氧气便于通过绒毛间隙自母体向胎儿扩散。二氧化碳分压差别虽不大,但容易自胎儿通过绒毛间隙向母体扩散。

②营养功能:胎盘可输送胎儿所需要的各种营养。同时通过酶的作用分解复杂的物质为简单的物质,合成一些胎儿所需要的物质。

③排泄功能:胎儿代谢废物,经胎盘送入母血排出。

④防御功能:一般细菌和更大的病原体不易通过胎盘,但偶尔可进入胎盘,形成病灶,感染胎儿。有些病毒可以通过胎盘,如流感、风疹、水痘等。母血中的抗体通过胎盘进入胎儿血,使胎儿获得被动免疫,而母体的血型抗体也可进入胎儿血造成胎儿溶血死亡。许多药物可以通过胎盘进入胎儿血,故母体临床用药应注意。

⑤内分泌功能:胎盘能产生以下激素:

绒毛膜促性腺激素(hCG):是一种由胎盘产生的糖蛋白激素,受精后20天尿中可以出现,末次月经后8周~10周,尿中浓度达到高峰,约为8万IU/L~32万IU/L,以后迅速下降,保持低水平,于产后2周内消失。主要功能是使黄体继续发育,变成妊娠黄体,以维持妊娠。临床上用以诊断早孕。

雌激素:从胎盘可以提取雌酮、雌二醇及大量雌三醇。自妊娠第17周开始雌激素在母血中逐渐增加,产后突然下降。雌三醇的测定是体现胎儿胎盘功能的一个很好的指标。

孕激素:从妊娠8周后,孕酮的产生主要来自胎盘,孕3个月开始增加,维持至分娩。与雌激素共同参与妊娠期母体的生理变化。

胎盘生乳素(hPL):是一种不含糖分子的单链多肽类激素。妊娠5周~8周时可在孕妇血中测得,随妊娠月份的增加而分泌量增加,妊娠34周时达高峰,产后3小时~6小时即测不到。hPL能促进乳腺发育,为产后泌乳做准备。能增加蛋白质的合成,参与脂肪代谢,是通过母体促进胎儿发育的重要“代谢调节因子”。当胎盘功能不足时,其浓度下降,临床上通

过测定 hPL 来了解胎盘功能。

另外胎盘还产生一些酶类，主要有催产素酶，耐热性碱性磷酸酶等。

⑥免疫功能：妊娠作为同种异体移植而不被母体排斥，可能是因为母体胎盘产生的各种激素及蜕膜的免疫抑制作用，和胎儿本身为不成熟组织，其抗原微弱并被遮盖等原因而免疫力低下形成免疫容忍。

## 2. 胎膜

由羊膜及绒毛膜组成。羊膜是胎膜的最内层，与覆盖胎盘、脐带的羊膜层相连接，薄而半透明。绒毛膜为胎膜外层，与包蜕膜相接触，在发育过程中因缺乏营养逐渐退化，成为平滑绒毛膜，到妊娠晚期与羊膜贴连，但与羊膜可完全分离。胎膜可防止细菌进入宫腔，胎膜早破易引起宫腔感染。胎膜在分娩发动上可能有一定作用。

## 3. 脐带

是联系胎儿及胎盘的纽带，具有重要的生理功能。它一端连接胎儿脐轮，另一端连接胎盘子面，位于胎盘中央或偏于一侧。从脐带的横断面看，脐带由中央的一条脐静脉和两边的两条脐动脉以及保护脐血管的华尔通氏胶组成。脐带长约 30cm~70cm，平均为 54cm~61cm，直径 1.5cm~2cm，呈螺旋状扭转。胎儿通过脐带和胎盘与母体连接，进行营养与代谢物质的交换。脐带过长易绕胎颈，影响胎儿发育，过短可引起分娩时胎盘早剥。脐带受压可危及胎儿生命。

## 4. 羊水

羊膜腔内的液体称为羊水。妊娠早期，羊水主要是母体血清通过胎膜进入羊膜腔的透析液。妊娠中期胎儿的尿液可能为羊水的重要来源。羊水的吸收是由胎膜、胎儿消化道及胎儿角化前皮肤共同完成的，通过这样不断进行液体交换，保持羊水的相对恒定。妊娠 34 周~38 周时羊水量最多，可达 1 000ml，羊水的成分随妊娠的增长而不断变化。妊娠早期和中期羊水澄清，足月妊娠时略混浊。

羊水具有保护胎儿、保持宫内温度恒定、缓冲外界压力和利于胎儿体液平衡等作用。通过羊水检查可了解胎儿的成熟度、性别及胎儿胎盘功能，诊断某些遗传性疾病。

## （三）妊娠各周胎儿发育的特征

卵子受精后的 2 周内称为孕卵或受精卵，妊娠 8 周称胚胎，第 9 周起称胎儿。每 4 周为一个孕龄单位。各个不同孕龄时期特点如下：

4 周末：可辨认胎盘与体蒂。

8 周末：胚胎初具人形，头占整个胎体的 1/2，超声见心脏搏动。

12 周末：胎儿身长 7cm~9cm，体重 20g，外生殖器已发生，可见肠管蠕动。

16 周末：胎儿身长 10cm~17cm，从外生殖器可辨男女，皮肤色红，已有毛发，部分孕妇感胎动。

20 周末：胎儿身长 18cm~27cm，体重 300g。皮肤暗红，全身有毳毛，有吞咽运动和排尿功能，可听到胎心。

24 周末：胎儿身长约 30cm，体重 600g~700g，皮下脂肪开始沉积，皮肤呈皱缩状。

28 周末：胎儿身长 35cm~38cm，体重约 1 000g，皮肤粉红，可见胎脂，可有呼吸运动，面部皱纹多，形如老人。

32 周末：胎儿身长 40cm，体重 1 500g~1 700g，皮肤深红，面部胎毛已脱落，出生后适当护理可存活。

36 周末：胎儿身长约 45cm，体重约 2 500g，皮下脂肪多，面部皱纹消失，指（趾）甲已达指（趾）尖。出生后能啼哭与吸吮，基本可存活。

40 周末：胎儿发育成熟，身长约 50cm，体重约 3 000g 以上。皮肤粉红，胎毛大部分已消退，皮下脂肪发育良好，指（趾）甲已过指（趾）端，双顶径大于 9cm。男性胎儿睾丸已下降，女性胎儿大小阴唇发育良好。能大声啼哭，吸吮力强。

#### （四）妊娠期母体变化

妊娠期母体须提供胎儿生长发育的需要，故在生理上母体各系统发生一系列适应性变化。

##### 1. 生殖系统的变化

###### （1）子宫

①宫体：随着妊娠月份的增加而逐渐增大，由非孕时的 7cm×5cm×3cm 增大至足月时的 35cm×22cm×25cm。重量从 50g 增至 1 000g。妊娠足月时的子宫腔容量比非孕时增加 1 000 倍，子宫肌壁厚度约为 0.5~1.0cm。自妊娠 12 周~14 周起，子宫可出现不规则的收缩，但由于宫缩时宫腔内压力不超过 1.3kPa~2kPa，故孕妇无疼痛感觉。

②子宫峡部：非妊娠时长约 1cm，妊娠后随子宫增大逐渐变宽伸长变薄，扩展成为子宫腔的一部分，形成子宫下段，临产时可达 6cm~9cm。

③子宫颈：孕早期，宫颈呈紫蓝色，柔软，孕晚期宫颈变短。宫颈粘液分泌增多，粘稠，堵塞宫颈，可防止外来的感染。

（2）卵巢 卵巢略大，早孕时一侧卵巢见妊娠黄体，妊娠 10 周后其功能由胎盘取代。

（3）阴道 粘膜充血，外观呈蓝色，肌层肥厚，周围的结缔组织变软，伸展性增加，便于胎儿娩出。阴道分泌物增多，阴道内酸度增高，不利于一般细菌生长，有助于防止感染。

##### 2. 乳房的变化

妊娠后乳房开始增大，早期可有乳房胀痛感，乳头、乳晕着色，出现蒙氏结节。随着妊娠月份的增加，大量的雌激素、孕激素、垂体生乳素及胎盘生乳素促进乳腺管和腺泡发育，为泌乳做好准备。妊娠末期挤压乳房时，可有数滴黄色液体溢出，称为初乳。

##### 3. 循环系统及血液方面的变化

妊娠期因膈肌升高，心脏向左、向上、向前移位，心尖搏动亦随之向上、向左。由于血流量增多，流速加快及心脏移位，使大血管轻度扭曲，在孕妇心尖部可闻及柔和的吹风样收缩期杂音。心搏出量增加，妊娠 32 周~34 周时达高峰，比非孕期增加约 30%。一般妊娠中期血压偏低，孕末期恢复正常。妊娠期下腔静脉血液回流增多，增大的子宫压迫下腔静脉使回流受阻，加之妊娠期静脉壁扩张，孕妇可出现下肢、外阴静脉曲张或痔疮等病。

妊娠期母体血容量增加，孕 32 周~34 周时达高峰，约增加 35%，由于血浆增加多于红细胞的增加，故出现血液稀释。白细胞自孕 7 周起开始增加，孕 30 周时达高峰，约为  $10 \times 10^9/L$ 。红细胞沉降率也加速，血液处于高凝状态。

##### 4. 呼吸系统的变化

妊娠期膈肌上升，胸廓发生变化，周径加大。肺通气量增加，呼吸道粘膜增厚、水肿，抵抗力降低，易发生上呼吸道感染。

### 5. 消化系统变化

妊娠早期常有恶心、呕吐、食欲不振等反应。牙龈充血、水肿、增生，晨间刷牙时易有牙龈出血。胃肠平滑肌张力降低，贲门括约肌松弛，易出现胃酸返流的烧心感和上腹部胀饱感，肠蠕动减弱出现便秘等症状。

### 6. 泌尿系统的变化

妊娠期肾脏略有增大，肾血浆流量(RPF)、肾小球滤过率(CFR)均增加，故对某些代谢产物如尿素、肌酐的滤过增多。葡萄糖滤过也增多，当肾小管对葡萄糖的再吸收不能相应增加时，即出现糖尿。妊娠期输尿管增粗变长，屈曲，由于受大量孕激素的影响，平滑肌松弛，蠕动减少、减弱，使肾盂、输尿管中尿液积滞，称生理性肾盂积水。膀胱由于受增大子宫的压迫，容易导致局部损伤和感染。

### 7. 内分泌系统的变化

垂体前叶增大1倍~2倍。由于妊娠黄体及其后胎盘分泌的大量雌孕激素对丘脑下部的负反馈作用，使垂体促性腺激素分泌减少，故妊娠期间卵巢无成熟卵泡，也不排卵。垂体生乳素(PRL)随妊娠月份而逐渐增加，分娩前约达 $200\mu\text{g/L}$ ，分娩后如不哺乳，产后3周内降至非孕时水平。促甲状腺素(TSH)、促肾上腺皮质激素(ACTH)分泌增多，但增多的TSH及ACTH大都以结合的形式存在，其有活性的游离部分很少，故无甲状腺、肾上腺皮质功能亢进的表现。

### 8. 皮肤的变化

妊娠时皮肤色素沉着增加，面颊部呈蝴蝶状褐色斑，称妊娠斑。子宫增大使腹部皮肤的张力增大，弹力纤维断裂出现妊娠纹，初产妇妊娠纹呈紫红或淡红色，经产妇的旧妊娠纹呈白色。

### 9. 体重

妊娠期母体体重增加，至妊娠足月时，约增加12.5kg。一般孕13周前体重增加不明显，孕13周起平均每周增加350g，每周体重增加不应超过500g，如超过500g者要注意隐性水肿。

### 10. 骨骼关节及韧带变化

由于孕期骨盆韧带及椎骨间的关节、韧带松弛，使孕妇感到腰骶部及肢体酸痛不适。

## 二、妊娠诊断

### (一) 早期妊娠诊断

#### 1. 病史与症状

(1) 停经 月经周期正常的生育年龄的女性，月经过期达10日以上，应疑为妊娠。但停经不一定是妊娠。哺乳期女性的月经虽未恢复，也可能再次妊娠。

(2) 早孕反应 约有半数女性出现头晕、嗜睡、乏力、食欲不振、择食、恶心、呕吐等症状，多于妊娠12周左右自行消失。

(3) 尿频 孕早期有尿频症状，这是由于增大的子宫压迫膀胱所致，孕12周以后，子宫体进入腹腔不再压迫膀胱时，尿频症状自然消失。

## 2. 检查与体征

(1) 生殖器官变化 阴道壁及子宫颈充血，呈紫蓝色，双合诊发现子宫颈变软，峡部极软，子宫颈与子宫体似不相连，称为海格氏征。随妊娠月份的增加，子宫体相应地增大，至妊娠 12 周后，子宫底超出骨盆腔，可于耻骨联合上方触及。

(2) 乳房变化 孕早期，部分女性可有乳房胀痛，乳房逐渐增大，乳头及乳晕着色，乳晕周围有深褐色蒙氏结节。

## 3. 辅助检查

(1) B 型超声 可显示子宫增大，妊娠 6 周~7 周后宫腔内显示圆形妊娠环。妊娠 7 周~8 周时胚囊液性暗区内呈豆芽状的较强回声团，并可显示出有节律的原始心脏搏动。

(2) 妊娠试验 利用孕卵着床后滋养细胞分泌 hCG，并经孕妇尿中排出的原理，测定受检者血或尿中 hCG 含量，协助诊断早期妊娠。主要采用免疫学方法，包括乳胶颗粒凝集抑制试验法、羊红细胞凝集抑制试验法、放射免疫法、酶联免疫吸附分析法。目前尚有一种尿妊娠试纸条，采用酶标夹心法，在纸条底膜附有羊抗 hCG 抗体。羊抗鼠抗体及鼠抗 hCG 抗体，以上三部分为反应系统，另外以胶体金试剂作为指示系统。可在受孕 7 天~10 天内测出是否妊娠，灵敏度达 25IU/L。其操作极为简便，测定所需时间短（1 分钟），可用随意尿液试验，无需设备，是较理想的早孕诊断方法。

(3) 黄体酮试验 对既往月经周期正常，此次月经过期疑为早孕的女性，每日肌注黄体酮 20mg，连用 3 天~5 天，如停药后 3 日~7 日内出现阴道流血，可排除妊娠，若停药后 7 日仍未出现阴道流血，则可考虑是早孕。

(4) 子宫颈粘液检查 如涂片全系排列成行的椭圆体而无羊齿叶状结晶者，可考虑为早孕。

(5) 基础体温测定 停经后高温曲线持续不下降达 18 日者可帮助诊断早孕。

总之，临床应根据病史、症状、体征、妇产科检查及辅助检查来确诊早孕，以免误诊。

## (二) 中、晚期妊娠诊断

### 1. 病史与症状

有早孕史，腹部随妊娠月份的增加而增大，自觉胎动。

### 2. 检查与体征

(1) 子宫增大 子宫随妊娠月份增加而增大。可手测宫底高度来判断妊娠周数（表 2-1）。

表 2-1 妊娠周数与子宫底高度

| 妊娠周数  | 子宫底高度        |
|-------|--------------|
| 12 周末 | 耻骨联合上 2~3 横指 |
| 16 周末 | 脐耻之间         |
| 20 周末 | 脐下 1 横指      |
| 24 周末 | 脐上 1 横指      |
| 28 周末 | 脐上 3 横指      |
| 32 周末 | 脐与剑突之间       |
| 36 周末 | 剑突下 2 横指     |
| 40 周末 | 脐与剑突之间或略高    |



(2) 胎动 胎儿在子宫内的活动称为胎动。孕妇于妊娠 18 周~20 周开始自觉胎动,随妊娠月份的增加而胎动活跃。检查时可在腹壁上看到或扪到胎动,也可用听诊器听到胎动。

(3) 胎心 妊娠 20 周左右,可借助听诊器经孕妇腹壁听到胎儿心音,胎心音为双音,第一音与第二音相接近,有如钟表的“滴答”声,每分钟约 120 次~160 次。听到胎心可确诊为活胎妊娠。

(4) 胎体 妊娠 20 周后,可经腹壁触到胎体;妊娠 24 周后,触诊时可区分胎头、胎背、胎臀及胎儿肢体。胎头圆而硬,并有浮球感;胎臀宽而软,形状不规则;胎背宽而平坦;胎儿肢体小,且有不规则的活动。

### 3. 辅助检查

B 型超声能清楚地显示胎儿数目、胎位、胎心、胎盘位置,能测量胎儿双顶径等,并可观察有无胎儿体表畸形。孕 20 周后 X 线摄片可以看到胎儿骨骼阴影,对多胎、有体表畸形胎儿以及可疑头盆不称的诊断有参考价值,但因 X 线对胎儿有害,故已被超声检查取代,现已极少应用。

## (三) 胎产式、胎先露、胎方位

胎儿在子宫内的位置不同,可有不同的胎产式、胎先露及胎方位。而这些对于分娩过程影响极大,故在产前及分娩时确定胎儿在子宫内的位置非常重要。

### 1. 胎产式

胎儿身体长轴与母体长轴的关系称胎产式,两轴平行者称为纵产式或直产式,占足月分娩总数的 99.75%。两轴垂直者称为横产式,仅占 0.25%。

### 2. 胎先露

最先进入骨盆入口的胎儿部分称为胎先露。纵产式有头先露及臀先露,横产式有肩先露。头先露因胎头屈伸程度不同,又分为枕先露、前囟先露、额先露和面先露。臀先露因入盆的先露部分不同,又分为混合臀先露、单臀先露和足先露。偶见头先露或臀先露与胎手或胎足同时入盆者,称为复合先露。

### 3. 胎方位

胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系称为胎方位,简称胎位。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点。根据指示点与母体骨盆左、右、前、后、横的关系,有不同的胎位。

## 第二节 中医对妊娠生理的认识及妊娠诊法

### 一、妊娠生理

#### (一) 受孕

早在 11 世纪,《易经》中便有“天地絪縕,万物化淳,男女构精,万物化生”的记载,提示生命由男女媾精所成。《灵枢·天年》篇指出:人之始生,“以母为基,以父为楫”。清代肖

慎斋《女科经纶》云：“大抵无子之故，不独在女，亦多在男。”说明受孕是男女双方的事。《灵枢·决气》篇说：“两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精。”明代张介宾《类经·脏象类》说：“两精者，阴阳之精也。搏，交结也。……凡万物生成之道，莫不阴阳交而后神明见。故人之生也，必合阴阳之气，媾父母之精，两精相搏，形神乃成。”又曰：“有子之道，必阴阳合而后胎孕成。”《灵枢·本神》篇说：“生之来谓之精，两精相搏谓之神。”以上概括地说明了男女交媾，双方精卵相结合而能成胎孕的受孕机理和胚胎的形成与父母精血的关系。清代何松庵《女科正宗·广嗣总论》曰：“男精壮而女经调，有子之道也。”明代万全《万氏妇人科》云：“生育者，必阳道强健而不衰，阴癸应候而不衍。”男女双方具备这些条件，则可受孕，但还要有一定的时机。清代唐千顷《大生要旨》云：“凡妇人一月行经一度，必有一日继之候，于一时辰间……此的候也，于此时顺而施之，则成胎矣。”这里古人指出了“的候”（排卵期）是容易受孕之时。南齐褚澄《褚氏遗书》云：“合男女必当其年，男虽十六而精通，必三十而娶；女虽十四而天癸至，必二十而嫁。皆欲阴阳完实而交合，则交而孕，孕而育，育而为子。”明代万全《万氏妇人科》指出：“故种子者，男则清心寡欲以养其精，女则平心定气以养其血……”以上主要阐述了受孕的适宜年龄和注意事项。

## （二）胎儿发育

《灵枢·经脉》篇指出：“人始生，先成精，精成而脑髓生，骨为干，脉为营，筋为刚，肉为墙，皮肤坚而毛发长。”说明了受孕及胎儿发育的过程。受孕以后，胚胎逐渐发育成长，经过“十月怀胎”，一朝分娩。北齐徐之才指出：“妊娠一月始胚，二月始膏，三月始胞，四月形体成，五月能动，六月筋骨立，七月毛发生，八月脏腑具，九月谷气入胃，十月诸神备，日满即产矣。”在当时能如此认识到胚胎发育的过程，是很难得的。

胎孕时间古人早有计算方法，明代李梴《医学入门》说：“气血充实，则可保十月分娩。……凡二十七日即成一月之数。”这样“十月”共270天，接近现代医学的妊娠期280天的时间。

## 二、妊娠诊法

中医诊断妊娠主要是通过四诊进行综合全面地分析得出的。

### （一）问月经

妊娠后阴血下聚胞宫以养胎元，故在孕期月经一般不潮。育龄女性以往月经正常，忽然逾期不行，应考虑是否妊娠。个别女性妊娠早期仍按月行经，但量少，无损于胎儿，古人称为“激经”，也称“垢胎”或“盛胎”，是特殊的生理现象。

### （二）问症候

受孕以后因阴血聚以养胎，致使孕妇机体处于阴血偏虚、阳气偏亢的生理状态，可出现倦怠、思睡、头晕、厌食择食、恶心呕吐等现象，一般3个月后多会自然消失。亦有孕后无自觉症状，一切如常人者。

### （三）望乳房

妊娠以后，乳房逐渐隆起，乳晕扩大，乳头、乳晕颜色加深。古人云：“妇人乳头转黑，乳根渐大，则是胎矣。”清代吴谦《医宗金鉴·妇产科心法要诀》说：“妇人经水不至，不分是孕是病者，五个月之后，以孕妇乳房辨之，若乳房升大有乳者是胎。”

### （四）按腹部

腹为胎孕之所居，随妊娠月份的增加，腹部开始膨隆增大，四五个月左右则有胎动。

### （五）妊娠脉象

中医学以脉诊断妊娠有很重要的参考价值。妊娠脉象多滑疾流利，按之应指。《素问·阴阳别论》说：“阴搏阳别，谓之有子。”王冰注释道：“阴，谓尺中也；搏，谓搏触于手也。尺脉搏击，与寸口殊别，阳气挺然，则为有妊之兆。”平人脉象是寸浮尺沉，寸部为阳，尺部为阴（关前为寸部，关后为尺部），若尺脉由沉变为搏动触手，搏指明显，与寸部原来的浮脉有别，而寸脉则如故，就是有孕。尺脉即肾脉搏指，说明肾气充盛，有利于怀胎，“阴搏”是肾气充盛的好脉。《难经》说：“三部脉浮沉正等”“妇无他病而不月者妊也”。指出尺脉不沉而搏指，三部脉相等，月经不行，又无其他闭经的原因，就可诊为早孕。《素问·腹中论》说：“何以知怀子之且生也？……身有病而无邪脉也。”月经不行或呕吐从表面上看是病态，但却不见细涩或浮紧的病脉（邪脉），所以可断定有妊。《素问·平人氣象论》说：“妇人手少阴脉动甚者，妊子也。”关于手少阴脉，有的认为是指神门脉滑动，即脉搏跳动，如豆粒突起，顶指有力，有缩而不舒的滑动感觉。明代张介宾《景岳全书·妇人规》说：“妇人脉滑数而经断者，为有孕。”以上提出了孕脉的特点为滑数冲和，尺脉不绝。明代李时珍《濒湖脉学》说：“妇人之脉，以血为本，血旺易胎，气旺难孕。少阴动甚，谓之有子。尺脉滑利，妊娠可喜。滑疾而散，胎必三月。但疾不散，五月可别。左疾为男，右疾为女。”说明妇人营血旺盛，容易受精成胎，如果阳气偏盛而营血不足，便难子受孕。因为血能养精成胎，所以孕后脉象首先反映出手少阴心脉的往来流利，颇带滑象的搏动，进而尺脉也滑疾流利则为妊娠的征象。胎成三月后，尺脉滑而疾数，但重按时略带软散。而胎成五月后，尺脉滑而疾数不散，说明孕三月胎气初成，还未壮实，而孕五月后，胎气逐渐壮实。通过大量临床观察证明，中医以脉诊断妊娠这一特有的诊法是有一定临床价值的，并逐渐引起国内外学者们的重视。

---

## 第三章 正常产褥期及保健

### 第一节 西医正常产褥期及保健

分娩结束后，产妇从妊娠期解剖和生理上的适应性变化恢复到未孕状态所需的时间称为产褥期，一般需要6周~8周。

#### 一、产褥期母体变化

##### （一）生殖系统的变化

##### 1. 子宫的变化

妊娠足月时，子宫重约1000g，产后逐渐恢复到妊娠前的50g左右。胎盘娩出后，子宫肌肉立即收缩，子宫体由软变硬，前后壁靠近，宫腔缩小呈扁平状，宫壁厚约4cm~5cm。此后子宫继续呈阵缩样收缩，间隔时间逐渐延长，宫底每天下降1cm~2cm，10天~14天缩至骨盆腔，产后6周子宫体恢复正常大小，这个过程称为子宫复旧。产后宫颈壁很薄，皱起如袖口状，12小时内呈空腔状，24小时后宫口渐小，1周后基本恢复正常外形，10天后宫颈内口完全闭合，产后4周宫颈恢复到正常大小。由于分娩时常在宫颈外口的两旁处有损伤，初产妇的宫颈外口失去原有的圆形（未产型）而变为横裂（经产型）。

子宫复旧不是肌细胞数目的减少，而是由于肌细胞胞浆蛋白的减少，使肌细胞体积缩小。肌细胞胞浆蛋白分解，部分被利用，部分通过肾脏排出。子宫壁间扩张的血管内形成血栓，大血管内膜结节状增生，长入结缔组织，发生玻璃样变，以后逐渐被吸收。胎盘和胎膜从蜕膜海绵层分离娩出后，剩下的部分蜕膜厚薄不一。子宫收缩后由于缺血，使所剩的蜕膜表层逐渐坏死脱落，随恶露经阴道排出。子宫内膜基底层再生新的子宫内膜。产后10天左右除胎盘附着处外，子宫内膜修复。产后胎盘附着面粗糙不平，其修复时间较其他部位长。随着子宫收缩，其面积很快缩小，螺旋小动脉断端形成血栓，血管内血栓机化，表面坏死组织及机化血栓脱落，随恶露排出，创面基底层长出新内膜，周围组织向内生长，约在产后6周~8周完全愈合。

##### 2. 阴道及阴道口的变化

产后阴道松弛，皱襞明显减少，甚至消失。随着卵巢功能的恢复，在雌激素的影响下，阴道粘膜和阴道壁肌纤维张力逐渐恢复，但不能完全恢复到妊娠前的状态。分娩时阴道外口充血水肿，或不同程度的裂伤，如无感染，可在1周左右消失或愈合。处女膜在分娩时被撕裂，

所留残缺不全的痕迹，称处女膜痕。

### 3. 腹壁与盆底组织的变化

由于妊娠时腹部膨胀，腹部皮肤弹力纤维断裂，形成紫红色的妊娠纹，产后逐渐变为银白色。腹直肌腱呈不同程度的分离，孕育过多或产后调护不当，可使分离更趋明显，甚者形成腹疝。盆底组织在分娩时可有出血和渗出，肌肉纤维断裂，产后逐渐吸收恢复，但不能恢复到产前状态。如果断裂严重或会阴撕裂，没有正确缝合，会造成盆底松弛，以后易发生阴道壁膨出，甚至子宫脱垂等症状。

## (二) 全身变化

### 1. 循环系统

妊娠时血容量增加，至产后2周~3周恢复正常。分娩后24小时内血容量明显增加，这是由于巨大的妊娠子宫突然收缩，胎盘循环终止，大量血液进入循环系统；妊娠子宫对下腔静脉的压力消除，静脉回流增加；组织间液回吸收增加，使血容量上升，所以总循环量增加15%~30%，使心脏负担骤然加重，因此对原有心脏病的产妇更应引起重视。

### 2. 泌尿系统

孕期水分蓄积，产后下腔静脉回流受阻解除，滞留于体内的水分在产褥期排出，故尿量增加。妊娠导致的输尿管和肾盂生理性扩张，在产后2周~3周恢复正常。产后腹壁松弛，腹压减小，加之产时先露部对膀胱三角区的压迫，粘膜充血水肿，充盈感减弱，肌张力降低，容易形成尿潴留，或排尿不净。

### 3. 消化系统

产后几日，常感口渴，食欲减退。由于产后卧床较多，腹壁及盆底肌肉松弛，肠蠕动减弱，易发生便秘。

### 4. 内分泌系统

胎盘娩出后，机体的内分泌逐渐恢复到未孕状态。如果不哺乳，一般在产后6周~8周时月经复潮；如哺乳，月经则延迟复潮，或在哺乳期间月经不来潮，但也有产后2个月月经即复潮者。产后第1次月经可能为无排卵月经，至第三四次可恢复排卵及正常月经量。哺乳期月经不来潮者也有排卵，故仍有受孕的可能。

雌酮、雌二醇及孕激素于产后1周左右恢复孕前水平，雌三醇于产后2周~3周逐渐达到孕前水平。醛固酮于产后1天~2天下降，皮质醇在产后6周内恢复正常水平，甲状腺功能于产后5周~6周恢复正常。

## (三) 临床表现

### 1. 一般表现

产后体温一般正常，或略有升高，一般不超过38℃。产后3天~4天因胀奶体温可能有所升高，大多不超过38.5℃，24小时后恢复正常。如果产后体温持续升高，应注意有无感染。产后脉搏往往较慢，每分钟约60次~70次，产后1周恢复正常。产后由于腹压降低，膈肌下降，呼吸变得深且慢，每分钟约14次~16次。

### 2. 子宫复旧与产后痛

产后第1天子宫底平脐或略低，以后每天下降1cm~2cm，产后10天~14天降入骨盆腔，

在耻骨联合上触不到子宫底。产后由于子宫收缩而出现腹痛称产后痛，一般产后1天~2天出现，哺乳时阵痛明显，同时恶露增加。这种宫缩痛可能是因为子宫收缩引起子宫体血管缺血，组织缺氧，神经纤维受压所致，一般于产后3天~4天自然消失。

### 3. 恶露

产后由阴道排出的分泌物称为恶露，内含血液、坏死的蜕膜组织及粘液等。因颜色不同分为三类：血性恶露，又称红恶露，量多，颜色鲜红，含大量血液及坏死的蜕膜组织；浆液性恶露，色较淡，内含血液较少，以宫颈及阴道排液为主，有较多的坏死蜕膜组织；白恶露，色较白，内含大量白细胞、蜕膜细胞、表皮细胞及细菌等。

正常恶露有血腥味，但不臭。血性恶露持续3天~7天，以后渐为浆液性，2周左右变为白色或淡黄色，约3周左右干净。如子宫复旧不良，胎盘残留或感染时，恶露量可以增多，持续时间延长，并有臭味。

### 4. 血液

临产时及产褥早期，白细胞可升高到 $20 \times 10^9/L$ ，中性较高，产后数日开始下降，至产后第2周渐趋正常。生理性贫血于产后2周~6周恢复。红细胞沉降率产褥期仍较快，约需6周~12周恢复正常，血小板在产后48小时内转为正常。产后凝血因子如凝血活酶、凝血酶原及纤维蛋白原浓度增加，于产后2周~3周恢复正常。因此产褥早期红细胞聚集倾向明显，且盆腔下肢静脉血流缓慢，胎盘附着部血栓脱落，使得产褥期容易形成血管内栓塞，尤以股静脉最常见。

### 5. 褥汗

产后皮肤排泄功能旺盛，经皮肤排泄大量汗液属生理现象，可在数日内自行好转。

### 6. 体重减轻

分娩后体重减少8kg~9kg。此后1周内因出汗、利尿、子宫复旧、恶露排出等而体重减轻3.5kg~5kg。

## 二、泌乳与哺乳

### (一) 泌乳

#### 1. 母乳的营养成分

产后7天内分泌的乳汁为初乳，由于含有 $\beta$ 胡萝卜素而呈淡黄色。与成熟乳相比，初乳中蛋白质含量较多，脂肪和乳糖含量则较少。产后7天~14天内分泌的乳汁称过渡乳，其蛋白质含量逐渐减少，而脂肪和乳糖含量逐渐增加，系初乳向成熟乳的过渡。产后14天以后所分泌的乳汁称为成熟乳，其各种营养成分的含量要到30天左右才趋稳定。

母乳中所含的蛋白质主要是酪蛋白和乳清蛋白。酪蛋白约占蛋白质总量的40%，乳清蛋白约占蛋白质总量的60%。乙磺酸是一种含硫氨基酸，母乳中含量丰富，对婴儿神经系统的机能、智力发育、保障视力和胆汁代谢等方面有重要的作用。脂肪在母乳中的含量为35g/L~42g/L，提供50%左右的热能，其中油酸的含量较高，因此容易消化，脂肪中的脂肪酸和胆固醇是婴儿中枢神经系统发育所必需的物质。母乳所含的碳水化合物主要是乳糖，提供50%左右的热能，乳糖能使婴儿粪便保持酸性，可抑制致病菌的生长。母乳中还含有易被



婴儿吸收的钙、铁、钾、钠等无机盐类及人体生长发育所需的各种维生素，是婴儿最理想的食品。

### 2. 母乳的抗病作用

母乳尤其是初乳中含有丰富的免疫球蛋白——分泌型 IgA，被称为出生后最早获得的口服免疫抗体，经摄入后大部粘附于胃肠道粘膜上，对乳母过去曾接触过的细菌和病毒有免疫作用。有实验证明，分泌型 IgA 可经肠粘膜吸收进入血液，再由上皮细胞分泌，分布于呼吸道和泌尿道等粘膜的表面，起到防止细菌和病毒侵入的作用。乳铁蛋白是一种能与铁离子结合的蛋白质，能抑制胃肠道中铁依赖型细菌如大肠杆菌的繁殖。溶菌酶是一种能溶解细菌的酶，母乳中的含量远比牛乳中的丰富，只有在溶菌酶参与下分泌型 IgA 才能发挥作用。母乳除具有免疫功能的蛋白质外，还有细胞免疫的参与。乳汁中含有活性白细胞，主要有巨噬细胞，约占 90%，含量为  $2.1 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞约占 0.1，包括 T 和 B 淋巴细胞。由于母乳所含成分的上述作用，决定了母乳喂养能增强婴儿的抗病能力，减少患病机会。

### 3. 泌乳内分泌学

乳房是最复杂的分泌器官之一，其泌乳的调节机制也很复杂。胎盘娩出后，孕激素与雌激素水平迅速下降，解除了对泌乳素 (PRL) 的抑制，乳汁开始分泌。肾上腺皮质激素与 PRL 协同作用，使泌乳量增加。婴儿的吸吮刺激也是泌乳过程的重要环节。吸吮刺激一方面可通过乳头乳晕感受器，经神经系统传导至脑垂体释放催产素，作用于围绕乳腺泡的肌上皮细胞使其收缩，引起乳汁快速喷出。泌乳需胰岛素、生长激素等内分泌激素的参与共同完成。

## (二) 哺乳

### 1. 哺乳时间

分娩后母亲应于产后半小时内开奶，并应按照婴儿的需要进行哺乳。因婴儿是伴着水、葡萄糖和脂肪储存诞生的，分娩后数日内乳房有少量的初乳完全能够满足婴儿的需求，母亲一定要耐心等待。早期频繁地吸吮有利于乳汁的分泌。哺乳的持续时间取决于婴儿的需求，但应让婴儿吸空一侧乳房后，再吸吮另一侧乳房。因为前奶（哺乳开始时带水样的乳汁）含有丰富的蛋白质、乳糖、维生素、无机盐和水，后奶（哺乳终了时的奶白色乳汁）含有较多脂肪且占有乳汁总量的 50% 以上。有效吸吮 4 分钟时，可获得 80% 的乳量，10 分钟时几乎达到 100%，但每对母婴各有差异，哺乳时间的长短应视具体情况而定，而哺乳时间过长或过短都应引起关注。

### 2. 哺乳姿势

喂乳时母亲的体位要舒适，全身肌肉放松，母婴紧密相贴，婴儿的头与双肩朝向乳房，嘴处于与乳头相同水平位置。为防止婴儿鼻部受压，母亲可将拇指和其余四指分别放在乳房上、下方，托起整个乳房哺乳。每次哺乳先将乳头触及婴儿口唇，当婴儿口张大，舌向下的一瞬间，即将婴儿靠向母亲，使其能大口地把乳晕也吸入口内。这样既有利于排乳，又能有效地刺激乳头上的神经感受器，促进泌乳与排乳反射。

### 3. 疾病与药物对母乳喂养的影响

(1) 心脏病 一般认为心功能 I、II 级者可以实行母乳喂养，心功能 III、IV 级的产妇有发生心力衰竭的可能，故一般不实行母乳喂养。

(2) 肾脏疾病 轻度肾功能减退和高血压的产妇，可以实行母乳喂养。中度以上肾功能

不全者，一般不宜母乳喂养。如实行母乳喂养，则必须严密观察肾功能。

(3) 高血压 一般高血压病可以母乳喂养，如高血压合并有心、肾功能障碍，则应视心肾功能的具体情况而决定是否母乳喂养。

(4) 糖尿病 为了适应妊娠的生理性变化，内源性胰岛素增加，因此，正常妊娠也可呈高血糖血症和高胰岛素血症。哺乳具有抗糖尿病作用。哺乳的母亲，葡萄糖是乳汁产生的主要能量来源，并被大量地利用于乳糖的合成，自然使血糖降低，因此，胰岛素依赖型产妇，其胰岛素的用量不需增加。乳汁中的胰岛素含量很少，婴儿的消化酶可使激素失活，因此对婴儿无影响。

(5) 甲状腺功能异常 许多资料证明，接受甲亢药物治疗的母亲母乳喂养，并不会使婴儿甲状腺功能低下。但如果母乳喂养时，应每2周~4周随访婴儿甲状腺功能。如无条件随访时，则不强调母乳喂养。甲状腺功能低下的孕妇产后仍应接受甲状腺素替代治疗，且不影响母乳喂养。

#### (6) 病毒感染

①肝炎：甲型肝炎急性期伴有黄疸时可暂缓母乳喂养，待康复后仍可母乳喂养。乙型肝炎的母亲，其所生的婴儿在出生后24小时内常规接受乙型肝炎疫苗注射，1个月和6个月时再次接受乙肝疫苗注射，因此HBsAg阳性母亲的婴儿不会增加被感染的危险，可以采用母乳喂养。E抗原阳性的母亲则需注射高效价的免疫球蛋白，且不宜母乳喂养。

②艾滋病：患艾滋病的母亲能否母乳喂养，学术界仍有争议。虽有过多母乳可能传播艾滋病毒(HIV)的报道，但也有母乳可预防HIV感染的报道。因此问题尚无定论，原则上患艾滋病的母亲不宜母乳喂养。

(7) 癫痫 因抗癫痫药物是否排泄到乳汁中，以及对婴儿有何影响尚不清楚，且产后癫痫发作影响婴儿安全，所以一般不考虑母乳喂养。

(8) 感染性疾病 由链球菌、葡萄球菌等病原体引起的急性感染性疾病，如急性咽喉炎、支气管炎、产褥感染等可选用婴儿也能使用的药物，治疗期间可继续母乳喂养。乳腺炎是乳腺管外的结缔组织炎症，并非乳腺管内的炎症，在给予积极治疗的同时，仍可母乳喂养，如形成乳腺脓肿，在切开引流、乳腺管分泌不受影响的情况下，可不中断母乳喂养。

(9) 过敏性疾病 母乳喂养的母亲患过敏性鼻炎、特发性皮炎、荨麻疹等部位局限的过敏性疾病可局部使用抗过敏药物。患严重哮喘的产妇，一般仍需用药物预防发作。支气管扩张药、肾上腺素和 $\beta$ 肾上腺素可进入乳汁，但婴儿胃内不吸收，因此对婴儿是安全的。

(10) 结核病 结核试验阳性而细菌学检查阴性母亲所生的婴儿中50%以上可能感染结核，由于有效的抗结核药物，这些病例可以母乳喂养。如细菌学检查阳性者，则必须接受抗结核治疗9个月。抗结核治疗1周以上可以母乳喂养。因异烟肼对母婴均有肝毒性作用，因此应随访母婴肝功能。

### 三、产褥期处理及保健

#### (一) 产褥期处理

### 1. 产褥期直后处理

产后1小时~4小时称第四产程,是产妇严重并发症的易发期,此时的观察与处理十分重要。胎盘娩出后要仔细检查胎盘胎膜是否完整,子宫收缩是否良好,外出血量多少。如子宫收缩欠佳,应及时按摩子宫及注射催产素以促进宫缩。由于产后需要母乳喂养,一般不使用麦角新碱,因麦角制剂可抑制垂体泌乳素的分泌而影响泌乳。

### 2. 一般护理

分娩24小时后,产妇可起床活动,其活动时间和活动量可逐渐增加,以促进子宫复旧及盆底组织的恢复。产后第1日进流质或半流质饮食,以后用普通饭,保证营养丰富,尤其应多食蔬菜,以促进肠蠕动,预防便秘。为促进泌乳,可适当多进汤类。产后4小时~6小时应鼓励产妇排尿。出现排尿困难时,先用热水冲洗尿道口周围以诱导排尿,如不奏效,可用针刺治疗或新斯的明0.5mg足三里穴位注射。如仍不能排尿者,可行导尿,必要时可持续导尿2天~3天,待膀胱恢复张力后拔除导尿管。

### 3. 会阴护理

会阴Ⅰ、Ⅱ度裂伤者,一般3天拆线,侧切伤口术后第4天拆线。拆线之前,每日用1:2 000新洁尔灭棉球擦洗外阴2次。外阴切口肿痛者,可用50% $\text{MgSO}_4$ 溶液湿敷。伤口有硬节或裂开者,应于产后1周用1:5 000高锰酸钾液或中药水煎坐浴。无伤口者亦应每日清洗外阴,尤其大便之后更要清洗。

### 4. 乳房护理

产后第2天~3天开始有乳汁分泌,婴儿频繁地吸吮有助于尽早下奶。下奶后常发生乳房过度充盈,胀硬疼痛,主要是乳房内血液、体液和乳汁积聚所致,如哺乳不当或不经常哺乳则更易发生。有时还会出现低度或中等度发热。应频繁地给婴儿哺乳,将乳汁吸空或及时用吸奶器将乳汁吸出。如乳管阻塞时,会在乳房形成团块,应在哺乳前将患侧乳房湿热敷3分钟~5分钟,并做乳房按摩。哺乳时应从患侧乳房开始,因婴儿饥饿时吸吮力最强,有利于吸通乳腺管。哺乳后应选用合适的乳罩,托起乳房,保证局部血流通畅。如为乳汁不足者,应找出泌乳不足的原因,如哺乳不经常,添加水或牛奶,母婴身体健康状况欠佳,母亲乳头有异常,母亲的饮食、休息和对哺乳的信心不足等。促进乳量增多的最有效方法是增加对乳头的刺激,坚持按需哺乳和夜间哺乳,并鼓励和支持母亲树立信心,保持精神愉快,合理增加营养,建立起一个来自社会、家庭、亲朋、邻里和医务人员对母乳喂养的支持系统。对乳量确实不足的母亲,也可服用通乳中药或采用针灸治疗。如发生乳头皲裂,哺乳前可热敷乳房和乳头3分钟~5分钟,同时按摩乳房以刺激排乳反射。哺乳时应让乳头和大部分乳晕含吮在婴儿口内,哺乳结束时,应等婴儿自动放弃乳头。不得不中断喂奶时,应采用轻压婴儿下颏令其轻放乳头等方式温和地中断吸吮。哺乳后应挤出少量乳汁涂在乳头乳晕上,短暂暴露和干燥乳头。如乳头疼痛剧烈,可暂停母乳喂养24小时,但应将乳汁挤出,用小匙喂养婴儿。

## (二) 产褥期保健

产褥期保健的目的是要预防子宫创面和产道伤口的感染,预防其他影响产妇健康的疾病如中暑、感冒等,特别要注意保护乳房,避免乳腺炎的发生,做好产褥期护理和生活指导,保证产妇的生理和劳动能力的恢复。产褥期保健的内容有:

### 1. 产褥期护理和生活指导

产后4小时~6小时内产妇应能通畅地排尿,预防产后尿潴留的发生。多食蔬菜,增加活动,避免大便干燥。居室空气要流通,温度适宜,预防母婴发生中暑或感冒。产后出汗较多,应勤擦澡,勤换内衣,勤晒被褥。保持外阴清洁,产后6周~8周内禁止性生活,以防感染。

### 2. 产褥期身体锻炼与活动量

产后24小时内,产妇应卧床休息,以后每天逐渐增加下床时间和活动强度。应指导产妇循序渐进地进行腹肌运动和提肛收缩运动,促进腹壁和盆底组织的恢复。产褥期应注意劳逸结合,既要适当活动,又不宜站立过久,更不宜久蹲或负重,以防腹压增加过多过久,造成腹壁与盆底组织的过度松弛,甚则导致子宫脱垂等症。

### 3. 产褥期观察内容

产后1周内,重点观察子宫收缩、恶露性状、血压及全身情况;注意排尿和大便情况;注意会阴(或腹壁)创口缝合后的愈合情况,并给予必要的处理。观察有否乳头皲裂或乳腺发炎。住院期间每天检查,出院后由地段医生在7天及14天做家庭访视。对在家分娩的产妇,应在产后1天、3天、7天各检查1次,2周及4周时各访视1次。产褥期结束,应在42天~56天进行1次较全面的健康检查。

## 第二节 中医对产后的认识及产后调护措施

孕妇分娩后,母体恢复至孕前状态的一段时期,中医称为“产后”,亦称“产褥期”。古人有“弥月为期”“百日为度”之说,俗称“小满月”与“大满月”,即产后一月为小满月,产后3个月为大满月。产后一二日内,由于产时过度疲劳与失血,使产妇处于阴血骤虚,阳无所依,阳气浮越于外,营卫失和的状态而有轻微的发热,短时即能自行营卫调和,其热不治自退,此为生理性发热,不属病态。新产后,胞宫处于复原过程中,从阴道排出之余血浊液统称为恶露。正常恶露,初为红色,继则逐渐变淡,且无特殊气味,一般在产后3周内应完全排尽,若恶露持续3周仍淋漓不断者,当视为异常。产妇新产后即有乳汁分泌,母乳是婴儿最理想的食物,其质和量都随婴儿的需要而变化。乳汁来源于脏腑气血,妇人经血与乳汁具由脾胃所生,清代周纯玺《胎产心法》说:“产妇冲任血旺,脾胃气壮则乳足。”乳汁充足者,哺乳期月经一般不来潮,明代薛立斋云:“血者,水谷之精气也,和调五脏,洒陈六腑,在男子则化为精,在妇人上为乳汁,下为月水。”故产后乳汁是否充足,多与脾胃气血是否健旺有直接关系。但亦有满月后月经即潮者。

由于分娩时耗伤气血,产后百节空虚,致病易而去病难。清代傅山《傅青主女科》说:“凡病起于血气之衰,脾胃之虚,而产后尤甚。”所以产后摄生对母体健康尤为重要。产后调养得法,脏腑和调,则无产后诸疾之苦。产后调护具体措施:

### 一、调饮食

产妇饮食调养是乳汁旺盛的保障,饮食以营养丰富,易消化为佳。荤素搭配多样化,除面食外,多吃蛋、奶、鱼、瘦肉、豆制品等含蛋白质及糖类丰富的食物,过荤则腻胃,应加

食新鲜蔬菜及新鲜水果，蔬菜中含大量维生素、矿物质与纤维素，又可以使大便通畅，以防便秘。多食汤水，如鸡汤、猪蹄汤、鲫鱼汤、骨头汤等，可使乳汁旺盛。忌生冷、辛辣、肥腻食物，以免损伤脾胃，导致疾患。明代武之望《济阴纲目》说：“饮食厚味，以致胃火上蒸，乳房乳汁化为浊脓。”辛辣走窜之物，易耗血、散气、动火，热扰冲任，迫血下行，可致恶露不绝。清代叶天士《叶氏女科证治》说：“产后七日内，毋食生冷之物，使血凝结。毋食清导耗散之物，以损气血。”

## 二、适寒温

产后腠理不密，营卫不固，汗出较多，易感外邪。产妇卧室除保持安静、舒适外，应温凉适宜，空气新鲜。冬天注意保暖，夏天要阴凉，经常打开窗户，使空气流通，但不可当风睡卧，以防感邪。另外，产妇衣着宜宽大、柔软，以免影响乳汁通畅，造成乳汁不下。明代张介宾《景岳全书·妇人规》说：“产妇产室，当使温凉得宜，若产在春夏，宜避阳邪，风是也。产在秋冬，宜避阴邪，寒是也。故于盛暑之时，亦不可冲风取凉，以犯外邪，又不宜热甚，致令产母头痛面赤。”

## 三、和情志

产后血虚火动，如情志内伤，则可致气血为病。乳汁分泌多少与精神状态有密切关系，明代武之望《济阴纲目》说：“忿怒忧郁，肝经气滞，乳头窍塞不通。”产妇过度紧张、忧虑、悲伤、愤怒、惊恐等都会导致缺乳，故产妇应保持精神愉快，心情舒畅，乳汁才能旺盛。忧则伤脾，怒则伤肝，伤脾则血失统摄，伤肝则血无以藏，故又可影响恶露的畅行，致恶露不绝，甚或产后血崩。

## 四、慎起居

产后24小时内绝对卧床休息，以消除疲劳。产褥期内应适当休息，保证充足的睡眠，使乳汁分泌旺盛。劳逸应适度，忌长久持重、下蹲及重体力劳动，犯之易致阴挺下脱。过逸又可致气滞，适当活动，做些轻微劳动，有助于产后胞宫及身体的恢复，利于恶露的排出。可轻轻按摩小腹，自上面下推压，使恶露排出通畅。

## 五、禁房事

唐代孙思邈《千金要方》说：“凡产后满百日，乃可会合，不尔……百病滋长，慎之。凡妇人皆患风气，脐下虚冷，莫不由此，早行房故也。”新产后血室正开，清代傅山《傅青主女科》指出“房帙不谨，气血初复，欲动图欢”是导致产后血崩之因。产后百日之内，应禁交合，尤其在恶露未净之时，尤应忌之，否则易重伤冲任，又易使邪毒乘虚入侵而变生他疾。

## 六、讲卫生

产后恶露排出，外阴浊液污血积聚不断，必须及时冲洗擦干。外阴每日以温开水冲洗，月经垫、卫生纸要消毒，常更换。亦要经常换洗内裤，保持外阴清洁干燥，以防邪毒乘虚而入。注意乳房清洁卫生，每次哺乳前应用温开水或淡盐水清洗乳头，以免将不洁之物带入婴儿口内。若乳汁充盈，哺乳后仍有余乳，可将剩余乳汁用吸奶器吸空，以免乳汁瘀积发生乳痈。古人有训“以木梳于乳上梳下”，亦可使排乳通畅。



---

## 第四章 中医妇产科病因病机

### 第一节 病 因

人体各脏腑组织之间，人与自然界之间是对立统一的整体，保持着相对的动态平衡。失去这种平衡，人体正常的生理功能就会被破坏。凡是打破这种平衡状态而引起疾病的因素即是病因。病因可来自于自然界，也可于人体内部产生。由于女性解剖、生理上的特点，使其既有与男性相同的病因，又有其独特的易感病因。病因种类较多，气候、情志、生活等因素在一定条件下都可变为邪气成为致病因素，而机体阴阳盛衰、五行胜复之变化亦可内生邪气为病。人体在某种邪气的侵袭下总会反映出一些特定的病态，医者可以根据这些证候推求其因，再根据病因制定相应的治疗法则，这种“辨证求因，审因论治”则是中医的临证特色。

#### 一、致病因素

##### （一）六淫邪毒

风、寒、暑、湿、燥、火（热）六淫之邪皆可致病。女性以血为用，六淫之中的寒、热、湿邪最易与血搏结，引发各种妇产科疾病，因此是妇产科的常见病因。

##### 1. 寒邪

寒邪由皮肤肌表入侵者为外寒。寒为阴邪，易伤阳气。“阴盛则阳病”，表现为阴气偏盛，阳气郁遏之象。女性经期产后，血室正开，摄养不慎，感受寒邪，外寒自肌表而入，或由阴部上客，影响冲任，胞脉阻涩，气血凝滞，可导致妇产科痛证、血证。临床可见月经后期、月经过少、痛经、闭经、不孕、产后腹痛、产后身痛、产后发热等。

##### 2. 热邪

火热之邪由外入侵者为外热。热为阳邪，易伤阴液。“阳盛则阴病”，表现为阳气偏盛，灼津动血之象。热邪客于胞宫则有热入血室、经行发热、产后发热等症；热扰冲任，则有月经过多、崩漏、胎漏、胎动不安、产后恶露不绝等症；热毒炽盛，与血蕴结，壅遏成脓，则有阴疮、五色带下等症；热毒蔓延全身，重伤营血则有产褥感染之高热神昏、全身斑疹等危象。

##### 3. 湿邪

外在湿邪侵人人体的为外湿。湿为阴邪，重着粘滞，易袭阴位。湿之为患，往往起病缓慢，病程缠绵，日久难愈。湿邪易与他邪杂合为患，湿从寒化则为寒湿，湿从热化则为湿热，湿与风并则为风湿。外湿致病，常影响身体气机的运化，出现肢体疲倦乏力，头重，纳呆，或

发热缠绵不退等。

#### 4. 风邪

外感风邪，风冷之气客于胞宫，或风热之邪袭扰于血，伤及冲任，可出现经行发热、经行风疹块、产后发热、产后身痛等。

#### 5. 虫蚀

经期或产后血室正开，用具不洁，感染“虫邪”，虫蚀阴中而致阴痒、带下或阴疮等。

### (二) 内生邪气

由于机体阴阳偏盛，五行乘侮，脏腑失调，气血失和，均可内生邪气而致病。

#### 1. 内寒

寒从中生，又称“内寒”，为机体阳气虚衰，温煦气化功能减退所致，即“阳虚生内寒”。肾阳为人身之元阳，肾阳不足，命门火衰，则其他脏腑阳气皆不足。妇产科常见月经后期、痛经、闭经、经行泄泻、经行浮肿、绝经前后诸证、子肿、宫寒不孕等。

#### 2. 内热

火热内生，又称“内热”或“内火”。内热又有虚实之分。阳气过盛、邪气化热、五志过极化火均为实热。妇产科常见月经先期、月经过多、经行吐衄、崩漏、经行发热、经行头痛、胎漏、胎动不安等。虚热则由精亏血少，阴液亏虚，水不制火所致。由于女性特定的生理特点，而表现为阴常不足，因此虚热致病较为多见。如月经先期、经期延长、经行吐衄、经行口糜、闭经、崩漏、胎漏、胎动不安、子烦、子痛、产后恶露不绝等。

#### 3. 内风

内风由内而发，非外来风邪所致。内风与肝脏功能失调有关。凡各种原因造成的肝阴不足，肝阳上亢均可导致肝风内动。在妇产科可见子眩、子痛、产后发痉等。

#### 4. 内湿

湿浊内生，又称“内湿”。脾失健运，肾失温化，水湿痰浊蓄积停滞而成内湿。内湿与外湿常可相互影响。外湿困脾，脾阳受损，失于健运，则内生湿浊；脾虚不运，可招致外湿侵入。脾阳根于肾阳，故水湿为患多与脾、肾二脏有关。脾、肾阳虚，水湿内停，可致经行泄泻、经行浮肿、带下、子肿、胎水肿满等。湿从热化，湿热下注，则有带下、阴痒、子淋等。湿聚成痰，痰湿留于冲任，阻塞胞宫，则有闭经、不孕、妊娠眩晕等。痰湿蕴结日久，化成湿毒浸淫冲任，则会导致生殖器官溃腐，排出秽脓浊液。

#### 5. 瘀血

瘀血，指体内有血液停滞，包括离经之血积存体内，或血运不畅，阻滞了经脉及脏腑内的血液。瘀血是疾病过程中形成的病理产物，同时也是某些疾病的致病因素。女子以血为用，故血液瘀滞和瘀血致病在妇产科较为常见。如月经过少、经期延长、痛经、闭经、崩漏、不孕、胎漏、胎动不安、妊娠腹痛、产后恶露不绝、产后腹痛、产后身痛、癥瘕等。

### (三) 情志因素

情志是指人体精神意识的基本活动，祖国医学称之为七情，即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。正常情况下，七情是人体对外界事物的情感反应，并不构成致病因素。如果外界事物对人体的精神刺激过激，或过久，或人体对外界事物的刺激精神反应过强，超越了人体精神活

动所能承受的范围,七情就会成为致病因素,使人体阴阳失于平衡,脏腑功能失调,气血运行紊乱而导致疾病的发生,称为内伤七情。

五脏各有所主之志,心在志为喜,过喜则伤心;肝在志为怒,大怒则伤肝;脾在志为思,过思则伤脾;肺在志为悲(忧),过悲则伤肺;肾在志为恐(惊),卒恐则伤肾。七情致病,直接影响相应的内脏,使脏腑的气机逆乱,气血功能失调。脏腑气机的失调也会反过来影响情志,二者可以相互为因。

由于女性的特殊生理活动,无不与气血密切相关,且女子情感活动较之男子更为活跃,因此,情志致病在中医妇产科学的病因理论中更为受到重视。七情内伤所引起的妇产科疾病十分多见,如月经失调、闭经、痛经、崩漏、经行吐衄、经行头痛、经行乳胀、经行情志异常、绝经前后诸证、恶阻、胎动不安、不孕、癥瘕、脏躁等。

#### (四) 生活因素

正常的生活节奏和良好的生活习惯是保持身体健康的基本条件。若生活不知慎戒,违背养生之道,则会导致脏腑功能失调,或气血运行失常,或冲任损伤,进而导致各种疾病。

##### 1. 饮食不节

饮食是摄取营养,维持人体生命活动的必要条件。饮食适度,脾胃强健,血气充足,则脏腑安和;若饮食无度,伤及脾胃,后天失养,则疾病由生。饮食致病,主要有饥饱失常、饮食不洁、饮食偏嗜3个方面:

(1) 饥饱失常 饮食过饱,损伤脾胃,可见呕吐、泄泻、胃脘饱胀、呃气、纳呆;饮食不足,气血生化无源,冲任虚损,则会出现胞宫发育不良、月经量少、闭经、不孕,或胎萎不长、产后缺乳等。

(2) 饮食不洁 饮食不洁,损伤脾胃,可见胃痛呕吐、腹痛泄泻。若感染虫积,则会出现血枯经闭。

(3) 饮食偏嗜 过食寒凉生冷,易伤脾阳,导致寒湿内生,血气凝滞,出现月经后期、带下、痛经、闭经、宫寒不孕等;过食膏粱厚味,或辛热助阳之物,或滥服补药,均可导致冲任蕴热,热扰血海,出现月经先期、月经过多、崩中漏下、经行吐衄、产后恶露不绝等。

##### 2. 劳逸失常

适当的劳动,有助于气血流畅,增强体质,减少疾病;适当的休息,有助于人体机能的恢复和调整。过劳或过逸,皆可影响气血,成为致病因素。

(1) 形神过劳 劳倦过度或劳神过度,体力和精力消耗太甚,伤及心脾,则气血暗耗。如经期运动过于剧烈,妊娠期过劳,产后操劳过早,均可耗气伤血,出现月经过多、痛经、崩中漏下、胎漏、胎动不安、产后恶露不绝、产后缺乳,甚则阴挺下脱。

(2) 安逸过度 过于安逸,则气机呆滞,血脉运行不畅,表现为神疲失眠,纳呆便秘,筋骨不健。妊娠时多卧少动,气血壅滞,常致胎体不能转动,或孕妇体质虚弱,产时无力而难产。

##### 3. 房劳多产

养生之道,自古提倡节欲保精,晚婚晚育,凡悖于此道,均可耗伤肾气,导致虚羸诸疾。

(1) 房室过度 女子早婚,肾气未充,冲任不足,婚后纵欲,重伤肾气,则会出现月经不调、闭经、崩漏、不孕等。若醉饱入房,还会遗害子嗣,使畸胎率升高。产褥期血海空虚,

血室正开，如不节房事，外邪乘虚而入，则会引起月经过多、崩漏、带下、热入血室、恶露不绝、产后发热等。妊娠期如纵欲无度，耗伤肾气，触动胎元，则会出现胎漏、胎动不安、堕胎、早产等。

(2) 产乳过众 女性孕产（包括堕胎、小产、人工流产）过多过频，或哺乳过众过久，都可耗伤肾精及阴血。冲任虚损，气血亏虚，无力恢复，则诸疾蜂起。临床可见崩漏、闭经、痛经、滑胎、阴挺下脱等。

### (五) 先天因素

先天性生殖器官发育异常或发育不良，是原发性闭经和原发性不孕的常见原因。现代研究证明滑胎也与先天因素有关。古人所说的“五不女”：螺、纹、鼓、角、脉即是典型的先天致病因素。其中有的已被现代的医疗技术所治愈，但先天因素仍是妇产科疾病中不可忽视的病因。

### (六) 其他因素

#### 1. 跌仆创伤

女性在月经期或妊娠期，如有跌仆闪挫，登高持重，易致气血失和，冲任损伤，可出现月经过多、崩中漏下、胎动不安，甚至堕胎小产等。阴部创伤可形成血肿包块或裂伤。

#### 2. 医源损伤

随着妇产科技术的日益增多，手术损伤已成为常见致病因素之一。如手术器具不洁，邪毒直中胞宫，出现发热、腹痛、带下；如邪毒阻滞冲任，则导致不孕；人工流产不全，残留物可导致出血、发热、腹痛；刮宫过深，损伤胞宫冲任，导致月经过少甚或闭经、腹痛、滑胎；手术不慎，穿破子宫，发生危症；对于性传播疾病，如医用器具消毒不严，或重复使用，也会成为疾病传播途径之一。

#### 3. 药物损伤

用药忽视了月经期、妊娠期、哺乳期的生理特点，过用寒凉或温补，或妊娠期使用了禁忌药物，或激素类药物使用不当，均可导致人体脏腑功能失调，气血紊乱，变生他症。

## 二、发病原理

人体在某种致病因素的作用下，脏腑、经络等生理活动异常，气血阴阳平衡协调关系遭到破坏，由“阴平阳秘”变为“阴阳失调”，出现了各种临床症状，便发生了疾病。中医学认为，疾病的发生和变化，虽然错综复杂，但不外人体本身的正气和邪气两个方面。

### (一) 邪正与发病

正气是指人体正常的机能活动（包括脏腑、经络、气血等功能）和抗病、康复等功能，简称为“正”。所谓邪气则泛指各种致病因素，简称为“邪”。疾病的发生、发展与转归，即是在一定条件下邪正斗争的反映和结果。就发病的一般规律而言，在人体正气强盛时，外邪不能单独使人致病，只有在人体正气相对虚弱，卫外不固，抗邪无力的情况下，邪气方能乘虚而入，使人体阴阳失调，脏腑气血功能紊乱而发生疾病。因此正气不足是疾病发生的内在根

据。正所谓“正气存内，邪不可干”（《素问·刺法论》），“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论》）。妇产科疾病多发生在月经期、妊娠期、产褥期，是因为此时气血相对虚弱，正气不足，邪气易乘虚而入。中医学重视正气，强调正气在发病中的主导作用，同时也不排除邪气对疾病发生的重要性。邪是发病的条件，在某些情况下甚至可能起主导作用，即使正气强盛，也难免被病邪所伤害。一旦发病，疾病的发展与转归则取决于正邪力量的对比。

## （二）体质因素与发病

体质因素含先天禀赋及后天条件（生活环境、个性嗜好、营养状态、既往疾病等）。先天禀赋与后天条件的差异形成了不同的体质。不同的个体对不同的病因有着不同的易感性。如阳盛之体易伤于热，阴盛之体易伤于寒；气虚者易伤于劳，脾虚者易伤于食。所谓“易风为病者，表气素虚；易寒为病者，阳气素弱；易热为病者，阴气素衰；易伤食者，脾胃也亏；易伤劳者，中气必损”（《中医病理研究·医理辑要·锦囊觉后篇》），就是说明发病与体质因素有关。在妇产科，若禀赋不足，天癸来迟，可出现月经初潮较晚或月经不来潮、胞宫发育不良、不孕等；性情素多抑郁，则易发月经愆期、月经前后诸证、痛经；素体脾胃虚弱，易患妊娠恶阻、胎萎不长、产后缺乳等；素体气血不足，易患月经不调、崩漏、不孕、胎动不安、产后血晕等。临证时了解患者的素体情况，对分析病机，协助诊断和治疗，具有一定意义。

## （三）生理因素与发病

女性一生的各年龄阶段和经、孕、产、乳的各个时期，有着不同的生理常态，对致病因素有不同的易感性。青春期，肾气初盛而未实，天癸始至，冲任始通，生殖系统尚未完全发育成熟，此时易伤肾气，出现青春期易发疾病，如闭经、月经不调、崩漏、痛经等，治疗应以补益肾气为主。育龄期，肾气盛，生殖系统发育健全，处于一生中旺盛时期，既要参与社会活动，又有经、孕、产、乳等生理活动，精力、体力均有较大消耗。社会与家庭的压力集中在心理上，则会产生紧张、焦虑、忧郁心态，易使肝气郁滞，疏泄失常，发生育龄期女性常见疾病，如闭经、月经失调、月经前后诸证、崩漏、痛经、胎动不安、子烦、恶露不绝、产后缺乳等，治疗应注重调肝。更年期，肾气渐衰，先天之精将绝，全身各种机能日渐衰退，有赖后天脾胃化生水谷精微以维持生命活动。此时脾气易伤，中气不足，易见崩漏、带下等，治以补脾益气为主。

经期及经期前后，血海空虚，气血变化较平时剧烈，易招致邪气损伤冲任，发生月经病。

妊娠期阴血聚下养胎，阴血相对不足，阳气易浮，冲气易逆，气机升降易失调，而发生妊娠诸疾。

新产后，气血骤虚，腠理不密，血室正开，邪气易乘虚入侵。且产后气血待复，瘀浊未尽，易生瘀滞，发生产后诸疾。哺乳期，耗血化乳，易致血虚，气无所生，机体失其荣养和滋润而产生疾病。

由于女性一生中不同时期的生理特点，需要阴阳在新的生理状态下达到新的平衡，如果这种平衡稍有偏颇，便易发生气血失调，为邪气提供可乘之机，导致疾病的发生。

## （四）受病部位与发病

妇产科发病与受病部位有关。致病因素直接或间接地损伤女性特有的生殖器官，便可发



生妇科疾病。如经期、产后，血室正开，不禁房事，或洗涤用具不洁，或不当的妇产科检查、手术等，均可导致外邪直犯外阴、阴中、胞宫、冲任等部位；或产后气血骤虚，腠理不密，邪自肌表、经络侵入，合于脏腑；或内损脏腑，使女性生理功能失常，导致妇科疾病的发生。

### （五）其他因素与发病

生活、工作环境和季节与发病也有一定关系。若因工作、劳动经常接触有害物质，可发生胎漏、胎萎不长、堕胎、小产、死胎或畸胎等。遭受工农业噪音较大的女性，可发生月经不调、早产、畸胎或不孕。家庭与工作环境的变化，易于发生绝经前后诸证或使本来已有的某些症状加重。异地生活可发生闭经。另外子痫多发生于春季，产后中暑多发生于暑热季节。

## 第二节 病 机

病机是疾病发生、发展与变化的机理，亦称病理，是生理的反常状态。病因作用于人体，正气奋起抗御，因而形成正、邪交争。一旦人体阴阳的动态平衡被打破，就会引起脏腑功能失常，气血紊乱，经络受损等一系列病理反应。妇科疾病虽有经、带、胎、产、乳、杂病等不同，但就病机而言，不外脏腑功能失常，气血失调，冲、任、督、带、胞宫损伤。

### 一、脏腑功能失调

脏腑是维持人体生命活动的核心，女性生理功能离不开脏腑的功能活动。其中与肾、脾、肝、心的关系最为密切。妇人以血为本，经、孕、产、乳无不以血为用。血生化于脾胃，总司于心，疏泄藏受于肝，肾精与血可相互孳生和转化，且血为气之母，气为血之帅，气血源源不断，周流灌溉营养于全身。脏腑功能正常，则气血充足，任通冲盛，胞宫藏泄适度。若致病因素打破机体的生理常态，导致脏腑功能紊乱，就会发生经、带、胎、产、乳诸疾。尤以肾、肝、脾功能失调所致的妇科疾病最为多见。

#### （一）肾病病机

肾藏精，主生长、发育与生殖，为先天之本。肾中所藏精气是构成人体的基本物质，也是人体生长发育及各种功能活动的物质基础。肾中精气包括“先天之精”和“后天之精”。“先天之精”禀受于父母，是构成胚胎发育的原始物质；“后天之精”来源于水谷之精气及脏腑生理活动中化生的精气。“先天之精”与“后天之精”相互依存，相互为用，促进机体的生长、发育并逐步使之具备生殖能力。随着年龄的增长，肾中精气不断充盛，发展到一定阶段，产生一种促进性腺发育成熟的物质“天癸”。天癸至，则任通冲盛，月经如期，孕育正常；天癸竭，则月经绝止，不能孕育。因此，肾中精气是生殖功能活动的物质基础。

肾中精气生理功能有肾阴、肾阳两个方面。凡对机体各个脏腑组织器官起着滋养、濡润作用的称为肾阴，又称元阴、真阴；对机体各个脏腑组织器官起着推动、温煦作用的称为肾阳，也称元阳、真阳。肾阴和肾阳相互依存，相互为用，是人体阴阳之根本，维持着人体各个脏腑功能的阴阳平衡。一旦肾之阴阳失去平衡，则可影响全身各系统的生理功能，但在生



殖功能方面表现尤为突出。妇产科临床常见的肾病病机主要包括精气亏虚、肾阴虚、肾阳虚、肾阴阳俱虚、精气衰竭。

#### 1. 精气亏虚

如先天禀赋不足，精气亏乏，天癸不能如期而至或虽有泌至而未臻成熟，则冲任胞宫失养，可致第二性征发育不良、闭经或初潮过迟、月经稀少、不孕等。若早婚纵欲，产乳过众，耗伤了精气，使肾之封藏失职，可致崩漏、胎漏、滑胎、阴挺下脱、带下等病。

#### 2. 肾阴虚

若素体阴虚，或房劳多产，或七情内伤，致使肾阴暗耗，冲任胞宫失养，可致月经后期、月经量少、闭经、绝经前后诸证、不孕、胎萎不长等。若阴虚生内热，虚火扰动冲任，可出现月经先期、崩漏、经行吐衄、经行发热、胎漏、胎动不安等。

#### 3. 肾阳虚

素体阳虚，或纵欲过度，耗伤肾阳，命门火衰，冲任胞宫失于温煦，可致月经后期、痛经、阴冷、不孕、胎萎不长等。若肾阳不足，蒸腾气化无力，水液代谢失常，则有经行泄泻、经行浮肿、子肿等。

#### 4. 肾阴阳俱虚

生理上阴阳互根互用，相互转化，病理上阴阳相互影响，阴损可以及阳，阳损可以及阴。阴虚或阳虚日久，均可累及另一方面转化为阴阳俱虚，表现出肾阴虚与肾阳虚两方面的症状，或有所偏重，在辨证时应当详辨。

#### 5. 精气衰竭

五脏之伤，穷必及肾；或暴伤阴血，气随血脱，均可导致精气衰竭，出现月经停闭，毛发脱落，肌肉消瘦，牙齿枯槁，面色无华，精神萎顿，生殖器官萎缩等未老先衰之象，甚则出现阴阳离决，危及生命。

### (二) 肝病病机

肝藏血，有血海之称，主全身血液的贮藏与血流量的调节。肝血充足，灌溉冲任，下注胞宫而为月经。肝主疏泄，喜条达而恶抑郁，维持全身气机的调畅和血液的正常循环。情志舒畅，气血调和，则冲任满盈，溢泄有常，月经依时而下。若肝之藏血或疏泄功能失常，则会出现各种病理变化。肝病机理主要包括肝气郁结、肝经郁火、肝经湿热、肝血亏虚、肝阳上亢、肝风内动等。

#### 1. 肝气郁结

素多抑郁，或情志不遂，肝气郁结，疏泄失常，气血运行不畅，经脉受阻，导致月经后期、月经愆期、月经量少、痛经、闭经、经行乳房胀痛、不孕、产后乳汁不出等病。肝气郁结，横逆犯胃，胃气上逆，可致妊娠恶阻。

#### 2. 肝经郁火

肝气郁久不解，郁而化火，或暴怒伤肝，肝气化火，出现经行头痛、经行面部痤疮等。若火热扰动血海，迫血妄行，则会出现月经先期、月经过多、崩漏、经行吐衄等。

#### 3. 肝经湿热

肝气不舒，郁久化热，或暴怒伤肝，肝气化火，致使肝经蕴热；木乘脾土，脾湿内停，肝热脾湿互结，下注于冲任，损伤带脉，可致带下、阴痒等。

#### 4. 肝血虚亏

情志内伤，肝血暗耗。肝血不足，血海空虚，可致月经后期、月经过少、闭经等。若血虚生风化燥可致阴部瘙痒。

#### 5. 肝阳上亢、肝风内动

血虚阴亏过甚，阴不敛阳，可使肝阳独亢于上，致经行眩晕。若妊娠阴血聚下养胎，致使阳亢愈烈，可致子晕，甚则肝风内动而发子痫。产后亡血伤津，血虚生风，肝风内动，可致产后痉证。

### (三) 脾(胃)病病机

脾主运化，一是运化水谷精微以化生气血，濡养全身；一是运化水液，主管水液的吸收、转输与布散。脾主统血，维持血液正常运行而不致溢于脉外。脾气以升为和，得阳则运。脾(胃)病病机主要包括脾虚血少、脾不统血、脾虚气陷、脾虚湿盛和胃失和降。

#### 1. 脾虚血少

思虑过度或饮食劳倦，耗伤脾气，使之运化无力，生化无源，导致气血不足，冲任亏虚，无以满足经、孕、产、乳各种生理功能的需要，导致月经后期、月经过少、闭经、胎萎不长、妊娠腹痛、产后缺乳等。

#### 2. 脾不统血

久病或劳倦过度，耗伤脾气，脾气虚弱，统摄无权，冲任不固，导致月经过多、经期延长、崩漏、产后恶露不绝等。

#### 3. 脾虚气陷

产乳过多或产后过劳，伤及脾气，脾不升清，中气下陷，冲任失固，带脉失约，导致阴挺下脱等。

#### 4. 脾虚湿盛

外湿困脾，或饮食劳倦损伤脾阳，以致脾阳不振，运化失职，水湿内停，流溢泛滥，可致经行泄泻、经行浮肿、带下、子肿等。若湿聚成痰，阻滞冲任，壅塞胞宫，可致月经稀少，或闭经、不孕等。若痰瘀互结，闭阻冲任，或积聚胞中，则可发为癥瘕。

#### 5. 胃失和降

脾与胃相表里。胃主受纳，腐熟水谷，转输于脾。胃气以降为顺。肝气犯胃，饮食所伤，均可使胃失和降而发生呕吐。痛经伴呕吐、妊娠恶阻均为胃气上逆所致。

### (四) 心病病机

心为君主之官，主血脉而藏神，其经脉与胞脉相系。心病病机主要为心血亏损、心火偏亢。

#### 1. 心血亏损

思虑太过，情志内伤，耗损心血，以致营血不足，血海不能按时满盈，可出现月经后期、月经过少、闭经等。

#### 2. 心火偏亢

劳心过度，耗伤心阴心血，心火偏亢，不得下交于肾，肾水不能上济于心，心肾不交，可致经行口糜、子烦、子淋、脏躁等。

### （五）肺病病机

外邪袭肺，或劳损久病，喘咳伤肺，以致肺失宣降，不能通调水道，则发生子嗽、产后小便不通等。若阴伤肺燥，虚火灼伤血络，则致经行吐衄，甚或致成阴虚癆瘵而发为闭经。

人体脏腑相互间通过气血、经络而建立密切关系。在生理上相互配合、相互制约、相互依存、相互为用，在病理上则相互影响。脏腑功能紊乱，可单纯表现为某一脏腑，也可两脏或多脏同病。某一脏腑发生病变时，又会影响其他脏腑的功能，构成复杂的病理变化，如临床常见的心脾两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、肝郁脾虚等。

## 二、气血失调

人体以气和血流行于全身，是脏腑、经络等组织器官进行生理活动的物质基础。如果气血失调，必然会影响机体的各种生理活动，从而导致疾病的发生。正如《素问·调经论》所说：“血气不和，百病乃变化而生。”另外，因气血来源于脏腑，经络是气血流通之路，无论脏腑还是经络发生病变，都会影响到气血，从而引起气和血的病理变化。可见气血失调是一切疾病中最具普遍性的病机。由于女性生理上的经、孕、产、乳无不以血为本，使得妇人血分相对不足，气分相对有余，加之女性多愁善感，情志易变，气机较男子更易紊乱，因而气血失调在妇产科病变中更为常见。

导致气血失调的原因有多种。六淫之中热迫血、寒凝血、湿滞血、风燥血；热则气泄，寒则气收，湿则阻遏气机。七情伤气，喜则气缓、怒则气上、思则气结、悲则气消、恐则气下、惊则气乱。脏腑病变影响气机，可致气逆、气陷、气滞、气虚、气竭；影响血分可致血瘀、血虚、血热、血寒等。

气属阳，血属阴，气与血在生理上互相依存，互生互用。气对血具有推动、温煦、化生、统摄的作用；血对气具有濡养和运载等作用。即气和血之间，存在着“气为血之帅”“血为气之母”的密切关系。在病理上，气血相互影响，所谓“血病及气”“气病及血”。临证时应加详辨。

### （一）血病病机

#### 1. 血虚

血虚，是指血液不足或血的濡养功能减退的病理状态。脾胃损伤，摄入营养缺乏，化源不足；久病营血暗耗；多产、乳众，营血大伤；或失血过多，均可导致血虚。血虚则冲任不足，不能上化乳汁，下盈血海或营养胎元，以致出现血虚所致的月经后期、量少、闭经、痛经、胎动不安、胎萎不长、产后腹痛、产后缺乳、产后身痛等。

#### 2. 血瘀

血瘀，是指血液流行迟缓和不通畅的病理状态。血瘀可由多种原因致成。内伤七情，气机郁结，血行不畅而成瘀；外感寒邪，客于冲任胞宫，血为寒凝；或与热结而成瘀；劳倦伤气，气虚帅血无力，血行迟滞而成瘀；脉络损伤，离经之血积聚不散而成瘀。“瘀则不通”，可致闭经；“不通则痛”，可致痛经、经行身痛、产后腹痛、产后身痛等；瘀血阻络，新血不得归经，可致崩漏、产后恶露不绝等；瘀血日久，可致癥瘕。

### 3. 血热

血热，是指血分有热，血行加速的病理状态。邪热内侵，客于营血；素体阳盛，或过食辛温燥热之物；或五志化火，致使血中蕴热，热扰冲任，迫血妄行，可见月经先期、月经过多、崩漏、胎漏等；血热冲气上逆，可致经行吐衄。

若数伤于血，阴血亏乏，则虚热内生。冲任伏热，血海不宁，可致月经先期、经期延长、崩漏、胎漏等。

### 4. 血寒

素体阳虚，寒自内生；或寒邪内侵，冲任胞宫受寒；或过食生冷，损伤阳气，使血为寒凝，经脉阻滞，致月经后期、月经过少、闭经、痛经、宫寒不孕、胎萎不长等。

## (二) 气病病机

### 1. 气虚、气陷

素体羸弱，或久病、重病、过劳导致气虚。气虚冲任失固，可致妇产科诸疾，如月经先期、崩漏、胎动不安等。气虚下陷，升举无力，可致阴挺下脱。气虚卫阳不固，可见产后自汗。

### 2. 气滞

情志不调，肝郁气滞，血行不畅，以致冲任胞脉瘀阻，可见月经后期、痛经、闭经、不孕、妊娠腹痛、子肿、缺乳、癥瘕积聚等。

### 3. 气逆

情志所伤，或饮食、寒温不适，可致脏腑之气逆上。肝气上逆，可见经行吐衄、经行头痛等；肝气横逆犯胃，则会导致痛经伴呕吐；妊娠早期，冲气较盛，若胃气素虚，冲气易挟胃气上逆而发为恶阻。

## 三、冲、任、督、带、胞宫损伤

冲、任、督、带、胞宫损伤有间接损伤与直接损伤的不同。脏腑功能失常，气血失调所致者为间接损伤，若致病因素直接侵犯生殖器官及有关经络，或手术不当、跌仆等原因造成胞宫创伤，则为直接损伤。

### (一) 冲任损伤

“冲为血海，任主胞胎”，冲任二脉与女性的月经、胎孕有着直接的关系，经、孕是女性所具备的特殊生理，因此，冲任损伤是女性最具特征性的病理改变。冲任损伤的病机主要有冲任不足、冲任失固、冲任阻滞、冲气上逆。

#### 1. 冲任不足

先天禀赋不足，后天久病失养，脾肾虚损，精血亏虚，均可导致冲任不足。冲任不足则血海空虚，胞宫失养，出现月经后期、量少、闭经、不孕等。

#### 2. 冲任失固

思虑过度，饮食劳倦，损伤脾脏，脾虚统摄无权；或房劳多产伤肾，肾之封藏失职；或暴怒伤肝，疏泄失度；或外邪直犯冲任，均可导致冲任失固，出现月经过多、经期延长、崩

漏、堕胎、滑胎、阴挺下脱等。

### 3. 冲任阻滞

情志不畅，肝气郁结，或思虑太过，心肝气结，或外邪直犯冲任，致冲任气血阻滞，产生痛经、闭经、不孕等。

### 4. 冲气上逆

妊娠后阴血聚下养胎，冲气相对有余，若胃气素虚，则冲气易挟胃气上逆发为恶阻。

## (二) 督脉损伤

督脉为“阳脉之海”，总司一身之阳气，与冲任二脉共同维持女性的生理功能。若督脉为病，则阳气损伤，可致宫寒不孕。

## (三) 带脉损伤

带脉绕身一周，约束纵行诸经，可调节其功能使经脉通畅。若带脉失约，则有带下之疾。

## (四) 胞宫损伤

胞宫是行经与孕育胎儿的器官，而胞宫的生理功能需借胞脉、胞络、任、冲与脏腑气血的联系完成。当脏腑、气血、经络功能失调时，就会影响到胞宫，使其发生形质的变化及生理功能的失调。

### 1. 胞宫形质损伤

胞宫依靠脾胃之气的升举，肾气的固托，带脉的约束维持其正常的位置形态，若肾气不足，或中气下陷，带脉不能自持其气，则胞宫下移而发生阴挺下脱。先天不足或后天失养，久病、重病或房劳乳众，新产血崩，或骤然亡血均可使五脏虚损，肾气虚惫，胞宫气血阴精亏乏而致胞宫发育不良或胞宫萎缩，产生月经后期、月经过少、经闭、不孕等。外源性、医源性因素和放射性物质均可损伤胞宫，使胞宫形质发生改变。如人流术中的子宫穿孔，外伤直创子宫，放射性物质照射引起的闭经等。新产后或经期，子户正开，六淫内侵，洗涤用具不洁，邪毒直入胞宫，正邪交争，可致热入血室、产后发热、产后瘀证等。

### 2. 胞宫瘀阻

久居湿地，或经期冒雨涉水，或过食生冷，寒湿之邪客于胞宫；经期或新产后，子户正开，风冷之邪乘虚侵入；胞宫气机不畅，血运受阻，均可导致血瘀胞宫，发生闭经、痛经等。若瘀阻日久，可发为癥瘕；若脏腑功能失常，水湿内停，湿聚成痰，痰滞胞宫，可致闭经、不孕等。

### 3. 胞宫藏泄失度

脏腑功能失调，冲任不固，均可导致胞宫藏泄失常，出现经期延长、月经过多、经间期出血、崩漏、胎漏、产后血崩、产后恶露不绝等。若胞宫受损，失其养育固护胎元的作用，则会引起堕胎、小产、滑胎等。

脏腑功能失常，气血失调，冲任督带损伤导致妇产科疾病的机理各不相同，但彼此之间往往相互影响，相互转化。因脏腑功能失调，必然导致气血紊乱，而使冲任损伤；冲任损伤也必然影响气血而使脏腑功能失常。一种病机存在往往连带多种病机出现，故临床上多见脏腑、气血、冲任督带同病。但妇产科疾病千变万化，最终仍归结于脏腑、气血、冲任、胞宫损伤，以致发生经、带、胎、产、杂诸疾，此为妇产科疾病的病机特点。

---

## 第五章 妇产科疾病的诊断

### 第一节 西医诊断

疾病的诊断是通过采集病史、体格检查和理化辅助检查所获得的结果，结合基础医学知识，进行分析、综合、推理和判断而建立的。没有正确的诊断，就不可能对疾病采取有效的防治措施。妇产科疾病的诊断应根据女性的生理特点，以妇产科病史、妇产科检查与产科检查及相关的辅助检查为主来进行。

#### 一、妇产科诊断

##### （一）病史采集

##### 1. 一般项目

患者的姓名、年龄、性别、婚姻、籍贯、职业、民族、住址、入院日期、病历记录日期及病史陈述者。

##### 2. 主诉

即患者就诊时的主要症状及其发生时间和严重程度等。主诉应简明扼要。如主诉、症状不止一个，则按发生的时间顺序记录。

##### 3. 现病史

是症状及体征从出现到就诊时的发展情况，是对主诉的进一步描写。描写时应将患者的病史进行综合归纳，按照症状出现的时间顺序，体征的演变过程进行描述，并应提及有关的病因诱因、和患病后诊治经过等。对有鉴别意义的阴性表现也应提及。现病史的记述要简洁、条理、切忌泛泛而论或杂乱无章。重点内容有以下几条：

（1）阴道出血和月经失调 了解阴道出血与月经周期的关系，出血持续时间，血量多少，有无血块，有无接触性出血。询问月经失调的诱因及伴随症状。重点了解末次月经日期和前次月经日期及流血的具体情况。

（2）白带异常 注意发病时间，白带的量、色、质、气味改变，有否血性分泌物，有无外阴瘙痒等。

（3）腹部肿块 注意发生时间、部位、大小、活动度、硬度，有无腹痛、阴道出血等症状，肿块是否迅速增大。

（4）疼痛 发生的部位、性质、程度、发作时间和持续时间，疼痛与月经的关系，疼痛



发作的诱因及治疗后的变化等。

(5) 全身情况 如是否有发热、食欲改变、呕吐、大小便异常，有无日渐消瘦等。

#### 4. 既往史

妇产科病及全身性疾病的发病时间、治疗经过及效果，以往的手术史及术后情况等。

#### 5. 月经史

包括初潮年龄、月经周期、经期时间、经量及其性状，有无经期腹痛及经前不适，末次月经日期，前次月经情况，绝经年龄及绝经后有无阴道出血等。

#### 6. 婚育史

结婚或再婚年龄，配偶健康状况，是否近亲婚配，性生活情况，丧偶年龄，初孕年龄，妊娠次数，足月产、早产、自然流产、人工流产次数，分娩方式，产后有无大出血，早产及流产时间，自然流产后有无刮宫，流产时妊娠周数，有无诱因，有无死胎、死产、新生儿死亡及其原因，有无畸形儿，末次生产（流产）年龄，计划生育措施及效果。

#### 7. 个人史

个人出生、居住地区，个人嗜好，有否对食物或药物过敏等。

#### 8. 家族史

家庭成员有无双胎、畸胎、结核、恶性肿瘤病史，家族中有无遗传性疾病。

### (二) 体格检查

#### 1. 一般检查

包括体温、脉搏、呼吸、血压、体重、神志、精神状态、面容、体态、发育状况、皮肤、淋巴结、头部器官、甲状腺、乳房、心、肺、肝、脾、肾、脊柱及四肢等。

#### 2. 腹部检查

有步骤地进行视诊、触诊、叩诊、听诊。注意腹形是否对称，有无隆起或舟状凹陷，有无手术瘢痕。触诊腹壁是否柔软或紧张，有无压痛、反跳痛，有无肿块。如有压痛或反跳痛，要注意部位及严重程度。如有肿块则应查清肿块的部位、大小、形状、软硬度及活动度，表面是否光滑，有无压痛。叩诊有否移动性浊音及脏器叩击痛。听诊注意肠鸣音有无亢进、减退或消失，是否有血管杂音等。

#### 3. 妇产科检查

妇产科检查是诊断妇产科疾病的重要检查手段，包括外阴视诊与触诊、窥阴器检查、盆腔和阴道的双合诊及盆腔、阴道和肛门的三合诊。未婚女性用肛腹诊检查。

(1) 外阴部检查 观察外阴发育情况，阴毛多少与分布，阴蒂与阴唇的大小，外阴皮肤粘膜色泽，有无充血、分泌物、溃疡、赘生物或肿胀，有无畸形，前庭大腺是否红肿，有无压痛。观察处女膜形态，尿道口有无红肿、肉阜，以一指进入阴道内挤压尿道，观察有否脓性分泌物排出。注意阴道前后壁有无膨出，用腹压时有无子宫脱垂及尿失禁等。

(2) 阴道窥器检查 检查阴道有无畸形，粘膜有无充血、出血、溃疡、结节及肿物，穹窿是否突出，分泌物多少、颜色、性状，有无异常气味。观察子宫颈大小、颜色、外口形状，有无糜烂、撕裂、外翻、息肉或肿物，有无接触性出血。根据需要进行分泌物化验检查、细胞学检查及活体组织病理学检查。

(3) 双合诊 了解子宫的位置、大小、形状、软硬度、活动度及表面光滑度，有无压痛、

畸形、肿物等。了解有无宫颈举痛及摇摆痛。检查附件有无增厚、压痛，有无条索或包块状物。如有包块应对包块外部形状、大小、质地、表面光滑度、边界，与子宫及周围的关系，有无压痛等进行描述。

(4) 三合诊 了解子宫后倾后屈的程度，子宫后壁以及主韧带和子宫骶骨韧带的形态，有无结节及触痛。如有肿物可以了解肿块后壁的形态及其与盆壁的关系，并了解直肠阴道隔及骶骨前方有无异常。

(5) 肛腹诊 适用于未婚女性、阴道闭锁等患者。

### (三) 辅助检查

#### 1. 阴道脱落细胞学检查

阴道上皮细胞受卵巢激素的影响而有周期性变化。观察阴道脱落细胞可以间接了解卵巢功能。阴道脱落细胞还来源于宫颈、内生殖器及腹腔。通过观察阴道脱落细胞还可协助诊断生殖系统不同部位的恶性肿瘤。

(1) 卵巢功能的细胞学诊断标准 主要了解卵巢雌激素水平。在直视下以刮板或生理盐水浸湿的棉棒在阴道侧壁上 1/3 处刮取少许分泌物涂片检查。常用六级分类法：

I 级（雌激素高度低落）：多见于绝经症状严重病人及绝经期后女性或青年人卵巢功能长期缺损者。

II 级（雌激素中度低落）：多见于绝经症状较轻的病人、年龄较大而无绝经症状者及青年人有闭经或其他卵巢功能障碍者。

III 级（雌激素轻度低落）：表示雌激素水平恰能维持阴道上皮的正常厚度，稍低于行经后期。

IV 级（雌激素轻度影响）：见于行经后期或排卵前期的初期，或接受小量雌激素治疗时。

V 级（雌激素中度影响）：见于卵泡迅速发育时，或在排卵前期及接受中等量雌激素治疗时。

VI 级（雌激素高度影响）：见于排卵期或接受大剂量雌激素治疗时。

(2) 阴道宫颈脱落细胞在肿瘤中的诊断标准 用吸管吸取阴道后穹窿部的分泌物涂片检查，有时可发现来自内生殖器官如子宫、输卵管、卵巢的癌细胞。宫颈刮片是发现早期宫颈癌的重要方法，一般在子宫颈痛好发部位即宫颈外口鳞柱上皮交界处刮取细胞涂片检查。常用巴氏五级分类法。I 级为正常细胞；II 级为炎性细胞；III 级为可疑癌细胞；IV 级为高度可疑癌细胞；V 级为癌细胞。

#### 2. 子宫颈粘液检查

子宫颈内膜腺体的分泌功能在卵巢激素的影响下，其分泌粘液的量、性状及粘液结晶类型随月经周期而变化。通过检验这些变化可以了解卵巢功能。

(1) 宫颈粘液的粘稠度或延展性测定 经后 2 天~3 天，随着雌激素影响的逐渐增加，宫颈粘液逐渐变稀薄，延展性增高，至排卵期宫颈粘液极度清澈透明，质稀薄似蛋清，拉丝长度可达 10cm。排卵后 48 小时~72 小时，在孕激素的影响下，宫颈粘液变得粘稠、浑浊，延展性大为降低，拉丝长度仅为 1cm~2cm，直至月经来潮。

(2) 宫颈粘液涂片结晶类型的检查 在正常月经周期中，从第 7 天起，宫颈粘液涂片渐次出现羊齿叶状结晶，从不典型结晶、较典型结晶到典型结晶，排卵后结晶逐渐减少，一般

到第 22 天即不再出现。其形态可分为：

典型结晶(+++):表示雌激素中、高度影响。见于排卵前期及排卵期。如闭经患者持续出现典型结晶,则说明雌激素水平过高。

较典型结晶(++) :表示雌激素轻、中度影响。见于卵泡期中期及排卵前期。

不典型结晶(+):表示雌激素轻度影响。见于卵泡期初期及中期。

椭圆体:表示孕激素影响。少量见于黄体期,多量见于妊娠期。

无结晶形成:表示无激素影响。见于卵巢功能过低。

### 3. 基础体温测定

基础体温是指于睡眠 6 小时~8 小时后,尚未起床、讲话前所测得的体温,它可以间接反映女性的卵巢功能。其方法简便经济,对临床有一定的参考价值。

因孕激素能刺激体温中枢,使体温高于卵泡期  $0.3^{\circ}\text{C}\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ,因此正常月经周期的基础体温连线呈现出卵泡期体温较低,黄体期体温升高的双相曲线。但双相曲线只能表示卵泡已黄素化,并不能一概认为绝对排卵。单相体温一般为无排卵及无黄体形成。通过基础体温测定可以了解卵巢有无排卵及黄体功能健全与否,并可区分阴道出血的类型,如无排卵出血、有排卵出血、排卵期出血等。

### 4. 子宫颈活组织检查

活组织检查是采取病灶的小部分组织作病理学检查,以确定某些病变或可疑病变的诊断方法。子宫颈活组织检查较为常用,适用于宫颈刮片找到恶性或可疑恶性细胞者;宫颈糜烂伴有接触性出血,临床可疑为宫颈癌者;白带异常增多,疑为宫颈腺癌者;宫颈溃疡成赘生物,疑为宫颈癌、宫颈结核、宫颈阿米巴等需要明确诊断者;宫颈病变如不典型增生,经治疗后观察疗效者。

### 5. 诊断性刮宫

诊断性刮宫术是妇产科最常用的诊断方法之一。分为一般诊断性刮宫术和分段诊断性刮宫术。其主要目的是刮取子宫内膜作病理检查,以明确诊断和指导治疗。但患阴道炎或其他急性、亚急性生殖系统炎症时,不能进行诊断性刮宫术,应在炎症治愈后进行。

(1)一般诊断性刮宫术 适用于阴道不规则流血,疑有卵巢功能异常、子宫内膜息肉、宫外孕、不完全流产、子宫粘膜下肌瘤和绒毛膜癌者;闭经病例,疑有卵巢功能不佳、子宫内膜结核及宫腔粘连者;不孕症了解有无排卵。

(2)分段诊断性刮宫术 主要用于子宫内膜腺癌及子宫颈癌的诊断。子宫内膜腺癌时,病灶是否累及子宫颈管,在处理方法及预后方面有很大差别,因此必须分段刮取宫颈管组织与宫腔内组织分别送检。其次还适用于绝经后阴道流血患者。

### 6. 输卵管通气及通液检查

输卵管通气及通液术都是检查输卵管是否通畅的方法,并具有一定的治疗作用。其检查目的是要了解不孕女性的输卵管是否通畅,评价输卵管再通术的效果。此术不宜于阴道流血、急性、亚急性生殖系统炎症时施行,一般在月经干净后 3 天~7 天检查。

### 7. 月经血及宫腔积液培养

临床疑有子宫内膜结核时,常需借助经血培养来明确诊断。虽然结核杆菌培养阳性率不高,但阳性结果对诊断和治疗都有很大的帮助。如患者为宫腔感染者,可借助宫腔积液细菌培养,以确定感染菌株,并通过药敏试验选择有效的药物。

## 8. 腹腔穿刺术

妇产科病灶多集中在下腹部，故腹腔穿刺技术有助于妇产科病诊断。穿刺方法有经腹壁穿刺与经阴道后穹窿穿刺两种，而以后者更为常用。

(1) 经腹壁穿刺 通过腹壁穿刺进入腹腔，吸取腹腔积液进行肉眼观察、化验或病理学检查，以辨明腹腔积液的性质和原因。

(2) 经阴道后穹窿穿刺 异位妊娠或卵泡、黄体破裂等所引起的内出血，盆腔炎性渗出液或积脓多积聚于子宫直肠陷凹处，经阴道后穹窿穿刺入子宫直肠陷凹抽取积液，或穿刺抽取贴接于子宫直肠陷凹处的肿块的内容物，均有助于辨明疾病性质和原因。

## 9. 阴道镜检查

阴道镜是一种放大6倍~40倍的强光照明双目放大镜，可直接观察到宫颈、阴道上皮肉眼所不能看到的微小病变。因此，阴道镜可用于发现子宫颈、阴道部与癌有关的异型上皮、异型血管以及早期癌变，并可准确地选择可疑部位作活组织检查。

## 10. 内窥镜检查

内窥镜检查是将内窥镜直接插入所检部位进行直观检查。通过内窥镜可看清黑暗体腔以达到诊断疾病的目的。内窥镜技术是对放射和超声影像的补充诊断工具。另外在检查的同时，可直接取出有关组织作病理学检查。在利用内窥镜作诊断观察的同时，还可进行某些手术。因此，原来仅作为诊断而用的方法，由于它在手术领域中的应用，使其重要性得到了重视。妇产科常用的有腹腔镜和宫腔镜，还有输卵管镜也已应用于临床。

(1) 腹腔镜检查 手术用妇产科腹腔镜，可用于观察盆腔脏器，作为诊断疾病的依据，又可放入特制的附件进行某些小手术。如观察内生殖器官有无发育异常；检查输卵管的通畅度，有无粘连，伞端是否闭锁；观察卵巢有无排卵，有无增大及囊肿；观察子宫内膜异位症的部位及大小；明确盆腔疼痛的原因；了解盆腔肿块的性质及估计手术范围等，并可直接取出有关组织进行病理学检查。腹腔镜可大致提供剖腹探查的信息，同时具有术创疤痕小、手术安全、诊断迅速、病人恢复快、花钱少、住院时间短等优点。

(2) 宫腔镜检查 宫腔镜检查是将宫腔镜直接探入宫腔用以观察子宫腔是否正常；有无宫腔粘连、子宫内膜息肉或粘膜下肌瘤；宫腔异物的找寻及取出；宫颈内口有无缺陷等。可取有关组织进行病理学检查。

## 11. X线检查

X线检查在妇产科疾病的诊断中具有重要的作用，目前常用的有盆腔平片、子宫输卵管造影和盆腔充气造影。

(1) 盆腔平片 适用于月经量逐渐减少或闭经，疑有内生殖器结核而不宜做子宫输卵管造影的患者，也适用于疑为卵巢畸胎瘤者。因上述疾病常发生钙化或骨化，通过盆腔平片，可帮助诊断和鉴别诊断。

(2) 子宫输卵管造影 将造影剂自宫颈管注入宫腔及输卵管后作X线摄片，观察其宫腔大小、形态，是否通畅，有无畸形等，以了解所检部位病理性改变的范围、大小和性质。适用于输卵管不通所导致的不孕症，以确定阻塞的部位；疑有生殖器结核者（结核活动期禁用）；疑为腹腔妊娠或盆腔包块与子宫界限不清者；疑有子宫粘膜下肌瘤、子宫内膜息肉、子宫发育异常者；疑有宫内节育器嵌入子宫肌层者。

(3) 盆腔充气造影 将气体注入腹腔，采用头低脚高位，使盆腔充满气体，经X线摄片

观察盆腔器官的位置与形态。也可同时并用子宫输卵管造影术,以明确盆腔器官的病变位置及性质。适用于肥胖或未婚女性疑有盆腔肿块而双合诊或肛诊不能查明者;观察盆腔肿块与内生殖器的关系,肿块的来源及估计手术范围;生殖系统各种畸形,特别是阴道闭锁不能做子宫输卵管造影者;疑有多囊卵巢综合征须了解卵巢大小及形态者。

(4) 电子计算机断层扫描(CT) CT通过计算机处理可以加强某些在一般X线片上难以分辨的密度差异,因而可以获得一般X线检查无法显示的组织图像。其特点是对不同的软组织能加以显示、识别,突破了常规X线检查中的薄弱环节。但对输卵管及子宫腔内的微细改变则不如子宫输卵管造影清晰。CT最常用于决定盆腔肿块的来源、估计其大小、性质及对周围组织的影响,并借以判断恶性肿瘤的级别;检查盆腔肿瘤有无复发,估量手术、放疗和化疗对肿瘤的效果。

## 12. 超声检查

(1) A型示波法 使用A型超声诊断仪,在示波屏观察由超声探头所在部位声束透过病灶反射传来的,以不同幅度的波型显示出的直线变化。可用于鉴别增大的子宫,探查宫内有无节育器,鉴别盆、腹腔包块的性质。

(2) B型显像法 使用B型超声诊断仪,对各种肿块或盆腔脏器作切面显像,根据声像图进行诊断。腹部超声用于观察盆腔内生殖器官的形状,大到子宫、卵巢的形态,小到卵泡、黄体的发育;观察盆腹腔包块的形状、大小,鉴别其性质;了解包块与周围组织器官的关系,如鉴别卵巢肿瘤的性状;鉴别巨大卵巢囊肿与腹水等,并可摄片获取较完整清晰的影像。阴道超声使用特殊的阴道探头,因其与盆腔器官更为接近,探头分辨能力强,检查时不需充盈膀胱,操作时间短,因此是一项简便易行的常规检查方法。适用于观察卵泡的发育,探测宫内节育器,诊断先兆流产、宫内胎儿与羊水异常、子宫附件肿物、异位妊娠、宫颈内口松弛等。

## 13. 生殖激素测定

月经周期受下丘脑—垂体—卵巢轴的调节和控制。分别测定有关激素,可以了解性腺轴的功能是否正常,或异常发生于哪一水平。目前临床常用的有垂体黄体生成激素(LH)、促卵泡素(FSH)测定;垂体泌乳素(PRL)测定;卵巢雌激素(E)、孕激素(P)、睾丸酮(T)测定。测定方法有生物学法、化学法、全相色谱层析法、分光光度法、荧光分光光度法及放射免疫法等。因放射免疫法具有高度的特异性和灵敏度,操作较其他方法简便,已成为目前临床最常用的测定方法。

# 二、产科诊断

定期产前检查,可以了解妊娠全过程中孕妇的健康状况和胎儿宫内发育情况,可以及早发现和治疗妊娠期合并症与并发症。产前检查应从确定早孕时开始。妊娠早期需行双合诊,以了解软产道及附件有无异常;测量血压以了解其基础血压;检查心肺、尿常规及尿糖等。如无异常,可于妊娠20周时检查1次,以后每月检查1次,孕28周~36周每2周检查1次,孕36周~40周每周检查1次,产前检查的具体内容有:

## (一) 一般检查



### 1. 询问病史

(1) 年龄不足 20 岁或 35 岁以上孕妇其胎儿遗传性疾病发生率较高, 尤其是染色体畸变发生率高, 且 35 岁以上妊娠者其合并症与并发症发生率较高。高龄初产妇易发生产力异常性难产, 应予以重视。

(2) 了解以往月经情况及末次月经情况, 根据末次月经时间推算预产期及确定当时的胎龄。推算预产期的方法是: 按末次月经的第 1 日算起, 月份加 9 (或减 3), 日数加 7 (阴历加 15)。了解早孕反应情况及胎动开始时间, 结合查体情况核对胎龄及了解胎儿发育情况, 对疑为病理妊娠者应做进一步的检查。

(3) 了解有无影响正常妊娠的因素存在。如是否从事接触有毒物质的工作; 有否偏食习惯; 本次妊娠有无感冒、发烧、服药、接受放射线照射; 孕期有无阴道出血, 流血的时间和血量多少; 有无心慌、气短、下肢浮肿与抽搐等。

(4) 既往有无心、肝、肾、内分泌、血液系统等方面的疾病, 有无手术和外伤史, 目前疾病状况如何, 必要时劝告终止妊娠或作为重点监护对象。

(5) 既往有无流产、刮宫史, 死胎、死产、难产、孕期合并症、畸胎、新生儿死亡等不良生育史, 并了解其原因; 有无产后出血、发烧等, 以便估计本次妊娠的高危程度。

(6) 有无高血压、糖尿病、多胎、畸胎及其他遗传病家族史, 是否近亲结婚及家系中有无近亲婚配关系。

### 2. 全身检查

了解孕妇的发育、营养情况, 测量脉搏、呼吸、血压、体温、身高、体重。观察有无畸形, 下肢有无浮肿, 乳房发育是否正常, 乳头有无凹陷。以往有心、肝、肾、血液系统疾病者应作相应的检查。

## (二) 产科检查

### 1. 腹部检查

观察腹部外形、大小、妊娠纹、腹壁有无水肿、手术疤痕等。测量宫底高度及腹围, 检查胎儿大小、羊水多少, 查清胎先露、胎方位, 确定先露是否入盆, 检查胎心音。

### 2. 骨盆测量

(1) 外测量 可间接判断骨盆内径。

① 髂棘间径: 指取平卧位时两髂前上棘外缘的距离, 正常值为 23cm~25cm。

② 髂嵴间径: 指平卧位时, 两髂嵴缘最宽距离, 正常值为 25cm~28cm。

以上两径线可间接推测骨盆入口横径的宽度。

③ 粗隆间径: 取平卧位, 测量两股骨粗隆间的距离, 正常值为 29cm~31cm。此径线可以间接推测中骨盆横径的宽度。

④ 骶耻外径: 取左侧位, 右腿伸直, 左腿弯曲, 测量自第 5 腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点间的距离, 正常值为 18cm~20cm。此径线可以间接推测骨盆入口前后径的宽度。

⑤ 坐骨结节间径: 即出口横径。取仰卧位, 弯腿抱膝, 测量坐骨结节前端内侧缘的距离。正常值为 9cm。此径线可直接测出骨盆出口横径的宽度。

⑥ 耻骨弓角度: 用两拇指尖斜着对拢, 放于耻骨联合下缘, 左右两拇指间的角度。正常约为 90°。此角可以反映骨盆出口横径的宽度。



(2) 内测量 如骨盆外测量所得数值小于正常值时,需做内测量。孕妇取膀胱截石位,外阴部应消毒,检查者戴无菌手套,涂以润滑油,轻轻放入阴道进行测量。

① 骶耻内径:为耻骨联合下缘至骶岬上缘中点间的距离。检查者将一手的食中二指伸入阴道,顺骶骨前表面自下而上推进,以中指尖触骶岬上缘中点,正常值应大于 12cm,此值减去 1.5cm~2cm 即为骨盆入口前后径的长度。如中指尖触不到骶岬,则表明骶耻内径大于 12cm。

② 坐骨棘间径:指两坐骨棘间的距离。检查者以食、中两指触及双侧坐骨棘,估计其间的距离。正常值为 10cm 左右。此径线反映中骨盆横径的宽度。

### 3. 阴道或肛门检查

妊娠 3 个月内应做 1 次阴道检查,必要时做阴道分泌物检查滴虫、霉菌等。临产时阴道检查必须无菌操作,还要有检查指征。妊娠最后 1 个月及分娩期应尽量避免不必要的阴道检查。一般情况下,通过肛诊即可以明确先露性质、位置、高低、宫颈成熟及扩张情况等。

## (三) 辅助检查

### 1. 血、尿检查

血液检查包括血红蛋白、红细胞计数、血型、血小板及出凝血时间。尿液检查包括尿蛋白、尿糖及显微镜检查。

### 2. 超声检查

采用显像法观察胎儿大小、胎心、羊水多少;对葡萄胎做出诊断;鉴别胎儿存活与死亡;进行胎儿头径测量、胎盘定位及判断胎位。采用多普勒探查法能测出动脉、静脉、胎心、胎动及胎盘音,用于判断胎儿存活与死亡,判断双胎,进行胎盘定位。

### 3. 羊膜腔穿刺术

适用于产前诊断母儿血型不合;了解胎盘功能、胎儿成熟度;羊水过多症的治疗;以往有胎儿畸形史,出生前诊断遗传性疾病、代谢性疾病及性别鉴定。穿刺时间应在妊娠 14 周或 14 周以上较为恰当。

### 4. 羊膜镜检查

适用于疑有胎盘功能不全者,如过期妊娠、妊娠高血压综合征、妊娠合并慢性高血压、慢性肾炎、糖尿病等;疑有胎儿宫内生长迟缓、羊水过少;疑有胎膜早破及母儿血型不合者。检查一般于妊娠 35 周后进行。

### 5. 胎儿监护

(1) 胎儿监护仪检查 利用胎儿监护仪将瞬时胎心率和宫缩波描记在图纸上,称胎心—产力图,供临床分析和评定。可以及早发现胎儿窘迫,及时采取措施,减少脑缺氧对胎儿造成的损伤,对降低围产儿死亡有很大帮助。用于高危妊娠孕妇包括妊娠高血压综合征、早产、过期妊娠、胎儿生长迟缓、母儿血型不合、胎盘功能不良以及各种内、外科疾病合并妊娠等,也做为正常孕妇孕 34 周后每周 1 次的常规监护。

(2) 胎儿成熟度测定 临床常用的有羊水内卵磷脂与鞘磷脂比值 (L/S);羊水泡沫稳定试验;羊水中胎儿脂肪细胞计数;羊水中肌酐浓度测定等。

(3) 经腹壁胎儿心电图检查 应用胎儿心电图仪,进行腹壁胎儿心电图测定,对胎儿进行监护。适用于确定胎儿是否存活;鉴别胎儿异常的类型;对生长迟缓胎儿的监护;双胎的

诊断；对不良分娩史孕妇及过期妊娠的监护等。

## 第二节 中医诊断

妇产科疾病的诊断方法与内科基本相同，即从整体观念出发，运用中医学理论的专业知识和技能，通过“四诊”方法，获取疾病征象，用八纲加以归纳分析，作为辨证的资料。通过“辨证”，判断推理疾病的病因、病理、病位和疾病征象的属性，从而对疾病做出正确的诊断，并用治疗效果反过来验证诊断。由于女性在生理、病理上有其不同特点，故在诊断上也有其特异之处。根据妇产科特点进行“四诊”和“辨证”是妇产科诊断学的基本内容。

### 一、四诊

四诊是指问、望、闻、切四种诊察疾病的基本方法。通过四诊从临床获取辨证依据。人体是一个有机的整体，局部的病变可以影响全身；而内脏的病变也可从五官、四肢、体表等各个方面反映出来。正如元代朱丹溪《丹溪心法》中说：“欲知其内者，当以观其外。诊于外者，斯以知其内，盖有诸内者必形诸外。”四诊法可以帮助医者认识病证的属性、病位的深浅、病机的进退、正邪的盛衰、标本的传变、预后的凶吉，从而为辨证论治提供依据，在中医诊断学中占有重要的地位。同时也应看到，四诊虽然简便易行，但在临床应用时仍有其局限性。临证时常结合现代辅助检查来弥补四诊的不足。

#### （一）问诊

问诊是有目的地向患者或随诊者询问病情的一种诊法。被医家称之为“诊治之要领，临证之首务”。只有通过细致地询问，才能获得较完整的病史资料，了解疾病的发生、发展、治疗经过、现在症状和其他与疾病有关的情况，为进一步的检查诊断奠定基础。

##### 1. 一般问诊

包括年龄、婚姻、职业、民族、住地等项。

问年龄在妇产科具有重要意义。因女性在不同的年龄阶段具有不同的生理特点及易发疾病。如年逾18岁月经仍未初潮者，则属病态。青春期肾气未充，易发生月经失调。生育期因孕、产、乳易致阴血暗耗，肝失调和。更年期肾气渐衰，易发生阴阳失调。若老年经断复行，或带下量多，五色夹杂，则应详细检查。

##### 2. 问主症

主症是促使患者就诊的最为痛苦的症状。获得主症后即应询问病期。对于羞于启齿者，应耐心启发，使其消除羞涩心理，说出主症，但不可暗示。对病情复杂者，医生应从患者所述病情中归纳出主要征象或典型症状。

##### 3. 问病史与兼症

即围绕主症询问起病时间、起病原因，发病经过，还出现过哪些症状，曾作过何种检查，是否诊断，有无治疗，治疗经过和效果等。如对不孕症患者，应询问结婚年龄和结婚年数，是否近亲婚配，夫妇是否一地生活，有否避孕史，配偶健康情况，双方作过哪些检查，女方月经情况，以往有无怀孕，末次妊娠情况，有无产褥感染，有无难产史、人工流产史、腹部手

术史及其他疾病史等。

#### 4. 问月经

包括询问月经初潮年龄、月经周期、经期、经量、经色、经质，行经有无腰腹痛及其他伴随症状，末次月经时间及行经情况。对更年期女性，则应询问是否绝经及绝经年龄，绝经后有无阴道流血。

如属月经周期不规律者，应询问月经是提前还是延后，提前多少天，延后多少天，是否时前时后，或经乱无期，是否为经间期出血，出血持续时间。如月经量、色、质有异常者，应询问经量是增多还是减少，血色是鲜红、淡红还是紫黑，有无血块、粘液或膜样组织，血质粘稠还是稀薄。若是非月经期出血，应了解有无停经史、外伤史，是否房事后出血，近期有无妇产科手术史，如人工流产史、宫颈手术史等。对月经停闭者，应询问年龄，是否结婚，末次月经时间，以往有无停经史，是否采取避孕措施，是否哺乳，有无情志创伤，生活环境是否骤变，是否于大病后出现停经，停经距末次分娩时间，分娩时是否有大失血，有无长期服药史，停经后出现何种症状，有无择食呕恶、溢乳、头痛、潮热盗汗、咳嗽等。

#### 5. 问带下

包括询问带下的量、色、质、气味，有无血性白带等。对主诉带下的患者，应了解发病的时间，带下量多还是少，颜色是黄还是红或五色相杂，质地粘稠还是清稀，有无臭味，是否用过阴道坐药或外阴涂擦药物及洗药，阴道有无异物如子宫托，是否伴有性交痛、阴痒、阴疮、阴道干涩等。绝经后白带有无异常增多，质清如水还是红黄相杂。

#### 6. 问婚产史

包括询问结婚年龄，配偶年龄及职业，性生活情况，妊娠、流产（包括人工流产、自然流产）及分娩次数，末次分娩或末次流产的日期，有无难产史、手术史，产时产后情况怎样，哺乳情况，目前采用何种节育措施等。

#### 7. 问既往史

询问以往的健康状况和曾患过的疾病，尤其是与妇产科现病有关的病史。对重要的既往病史不仅要了解诊断是什么，还应了解当时的主要症状、病程经过和治疗效果。既往史可作为诊断现有疾病的参考。此外尚须了解有无传染病史、药物（西药或中药）或食物等过敏史及手术史等。

#### 8. 问家族史

询问病人直系亲属的健康情况及患过的疾病。如已死亡，应询问死亡原因。了解家族中是否有遗传性疾病和传染性疾病。

#### 9. 问个人史

了解患者的生活环境、个人嗜好、卫生习惯、职业的性质、工作劳动条件，是否到过流行病地区等。

问诊时，应根据临床不同情况，有重点地询问，并应与望、闻、切三诊合参，才能为辨证提供可靠的依据。

### （二）望诊

望诊是医生运用自己的视觉，有目的地观察患者的全身和局部情况的方法。“有诸内必形诸外”，人体的外部表现与内部脏腑、气血、经络状态有密切关系。其病变体征即是脏腑、气

血、经络功能失调的外在表现，是辨证的客观依据。医生通过望诊，对外部进行观察，从而获得与疾病有关的辨证资料。诚如《灵枢·本脏》篇所说，“视其外应，以知其内藏，则知所病矣”。

### 1. 一般望诊

(1) 望神 神有广义和狭义之分。广义之神即为“神气”，是指整个人体生命活动的外在表现，包括面色、眼神、言语、应答、肢体活动姿态等。狭义之神即为“神志”，是指人的精神、意识、思维活动。广义的“神气”包含了狭义的“神志”。脏腑气血功能正常，或正气不衰，则神志清楚，语言清晰，目含神彩，面色荣润，反应灵敏，动作灵活，体态自如，呼吸平顺，肌肉不削，称为“得神”；若脏腑气血失调，正气大衰，则表现与“得神”反之，称为“失神”。《素问·移精变气论》指出，“得神者昌，失神者亡。”通过望神，可以测知疾病的轻重及预知疾病的发展。“得神”者病轻，预后良好，“失神”者病重，预后险恶。

(2) 望色泽 包括望面部及周身皮肤的色泽，而以面色为主。清代林之翰《四诊抉微》说：“夫气由脏发，色随气华。”可见色泽是脏腑气血之外荣。皮肤色泽之变化，可以反映出脏腑气血的盛衰及病邪的变化。色泽荣润为气血旺盛，色泽枯槁为气血衰弱。望皮肤色泽应看其是鲜明还是晦黯。望面色应看是红润还是晄白，或萎黄、或赤、或黑、或青白。望毛发指甲也要看其是否光泽滑润。

(3) 望唇 脾开窍于口，其华在唇。足阳明胃经之脉环绕口唇，故视口唇可知脾胃。唇色红润则为气血充沛，化源充足。若唇色淡白，则为血虚，血不上荣，常见于崩漏、月经过多、产后血崩等失血较多的患者，亦可见于血虚型月经过少、闭经等患者。若唇色青紫，或为寒凝血瘀，或为气滞血瘀，常见于痛经、闭经、月经后期、癥瘕等患者。唇色红绛为血热，可见于月经先期、崩漏、经行吐衄、子痛等。唇口溃疡，每于月经前后出现，多为阴虚内热。

(4) 望舌 五脏六腑直接或间接地通过经脉和经筋与舌相联系。脏腑之精气皆上荣于舌，脏腑病变可在舌象上反映出来。正如《临证验舌法》所说：“凡内外杂症，亦无一不呈其形，著其色于舌，……据舌以分虚实，而虚实不爽焉；据舌以分阴阳，而阴阳不谬焉；据舌以分脏腑、配主方，而脏腑不差，主方不误焉。危急疑难之顷，往往证无可参，脉无可按，而惟以舌为凭；女性幼稚之病，往往闻之无息，问之无声，而惟有舌可验。”说明历代医家对舌诊是非常重视的。舌象的变化是机体在不同健康状况下的客观反映。通过舌诊，测知病情，指导诊断和处方遣药。

①望舌质：望舌质包括望舌的荣枯、颜色、形态等几方面。舌质以荣润红活为善，干枯死板，乏于光泽乃是恶候。

舌色以淡红为正常。若舌色深红则为血热，多见于月经先期、月经量多、月经前后诸证、崩漏、胎动不安等病。舌色绛红为阴虚火旺，多见于月经先期、经期延长、月经前后诸证、崩漏、胎漏、子痛等病。舌色淡白不荣，多因气血亏虚，或有内寒，多见于月经后期、月经量少、闭经或崩漏日久之病。舌色黯红或青紫，或有瘀点瘀斑，多为血瘀，或为气滞血瘀，或为寒凝血瘀，多见于月经后期、痛经、闭经、崩漏、产后恶露不绝、癥瘕等病。

舌形指舌体的形态，包括胖瘦、老嫩、胀瘪等。妇产科疾病舌形以胖瘦为主。若舌体胖大湿润，边有齿印，多属脾虚挟湿，可见于月经量多、经行泄泻、经行浮肿、子肿等；舌体瘦薄，多属津亏血少，瘦薄而色淡者，多属气血两亏，可见于月经后期、月经量少、闭经、胎萎不长、不孕等病；瘦薄而色红，干燥或有裂纹者，多为阴虚火旺，可见于月经先期、经期

延长、经行吐衄、子眩、子痫等。

②望舌苔：通过观察舌苔厚薄，可了解邪气之盛衰，胃气之有无；望舌苔的颜色能了解病变的寒热属性；舌苔的润燥，则可反映津液的多少。白苔属寒、属湿，黄苔属热；苔薄者病较轻，苔厚者为邪盛入里，少苔者为阴亏；舌苔干燥者属伤津，舌苔湿润或滑腻为津液未伤或有湿浊。

望舌必须全面分析舌质与舌苔，才能准确地判断脏腑气血虚实盛衰，分别病位之所在，区分病邪的性质，推断病邪之深浅进退。如舌红，苔黄厚燥，为内热炽盛，津液已伤；舌体胖大，边有齿印，苔白厚而腻，为脾虚湿郁。

③对舌诊的现代研究：秦氏等<sup>[1]</sup>对阴虚和阳虚病人的舌象客观指标进行了初步研究。结果表明：阴虚病人舌面 pH 值偏酸性，阳虚病人偏碱性。因阴虚病人酸碱失衡较重，所以 pH 值偏酸性，但也发现有的阳虚病人也有明显的酸中毒，但舌面 pH 值仍为碱性，说明 pH 值的变化不仅受体内酸碱平衡的影响，而且还受其他因素的影响。结果还表明：阴虚病人唾液钾明显高于阳虚组，示交感神经功能偏亢；阳虚病人唾液钠明显高于阴虚组，示副交感神经功能偏亢。阴虚、阳虚组唾液尿素氮水平均高于正常组，其中以阳虚组的增高尤为显著。对舌苔脱落细胞的研究显示，巴氏染色阴虚组以不全角化细胞为主，阳虚组以完全角化细胞为主，两组病人上皮细胞糖元含量都高于正常组，阳虚组又高于阴虚组。

陈氏等<sup>[2]</sup>对淡红、淡白、红绛、青紫四类舌质的舌尖微循环进行了观察。认为舌质颜色的变化在很大程度上受蕈状乳头内微血管机能状态的影响。经观察发现青紫、红绛、淡白三类病理舌质的微循环障碍与正常人的淡红舌相比均有显著或非常显著差异。青紫舌为中医诊断“血瘀证”的主要客观指标之一，其舌尖微循环障碍表现的最为严重，主要表现为异形微血管丛、瘀血微血管丛、扩张微血管丛增多，血细胞聚集，流速减慢，出血，血色暗红，蕈状乳头横径减小，这些征象形象地体现了中医“瘀”的实质。红绛舌是中医热证的重要症状之一。微循环特征表现为蕈状乳头横径较大，微血管丛中的管襻数目增多，管襻动、静脉臂口径粗大，异形血管丛较多，血色鲜红，血管图像清晰。这些血管扩张充血、血色鲜红的征象基本体现了中医热证的性质。淡白舌是虚寒或气血两虚证的重要体征，微循环表现为蕈状乳头内微血管襻的动、静脉臂口径纤细，血色淡红，血管周围渗出明显，反映了机体的贫血状态。

(5) 望形态 形态包括形体和姿态。形体指躯体之胖瘦高矮，骨肉之坚软，第二性征发育之良否。姿态指患者的动作姿势。

女子 14 岁左右，身体发育渐趋成熟，胸廓、肩部、臀部逐渐丰满，乳房隆起，有腋毛和阴毛生长，躯体有相应的高度，表现出女性特有的体态，即第二性征发育成熟。若年逾 18 岁，身体仍矮小，肌肉瘦削，乳房平坦，形同幼女，则为第二性征发育不良，与精气不足有关。若形体肥胖，皮肤多毛，或乳房长毛，腋毛、阴毛异常茂密，或呈男性化分布，面部痤疮，则为肾虚肝热，兼有痰湿，常见于闭经、不孕患者。如见毛发脱落，牙齿松动，阴毛稀疏，肌肉瘦削，面容枯槁，则为精血不足，肾气虚惫，常见于产后有大出血病史的闭经患者。若皮肤粗糙而干，呈褐色鳞甲状，古称“肌肤甲错”，为内有瘀血之象。

女性妊娠之后，形体变化较大。随着妊娠月份的增加，腹部逐月膨隆，乳房也发生相应的变化。望形态应包括望孕妇的胸、腹有无畸形，有无手术疤痕，四肢有无异常，脊柱之曲直，躯体有无水肿。若见抽搐应注意面部及四肢的抽搐情况，有无角弓反张，牙关紧闭等。



## 2. 望月经

包括望经量的多少, 经血的颜色、质地, 有无血块或挟带膜样物等。

## 3. 望带下

包括望带下量的多少, 颜色质地有无异常。

## 4. 望阴部

注意外阴发育是否正常, 有无畸形, 皮肤粘膜颜色有无改变, 阴毛多少和分布情况, 会阴有无撕裂或疤痕, 有无肿块或损伤, 有无阴挺下脱或疮疡, 有无不正常的溢液。只要条件许可, 应用窥阴器检查阴道及宫颈情况。

## 5. 望乳房

应注意乳房发育情况, 乳头是否凹陷, 乳房有无肿块。有停经史者应注意乳房是否增大, 乳头乳晕色素是否加深。哺乳期应观察乳汁的量和质, 乳房有无红肿硬结。非哺乳期的溢乳现象应观察乳汁的量、色, 乳房皮肤有无异常, 有无肿块等。

## 6. 望恶露

应注意恶露的量、色、质变化, 有无组织物排出。如恶露量多, 色深红或紫红, 质地粘稠, 多属血热; 恶露日久不绝, 色淡质稀, 多为气虚; 恶露色紫黑多血块, 则属血瘀。

### (三) 闻诊

闻诊包括听声音和嗅气味。听声音即听病人的发声、语言、呼吸、暖气、太息、呃逆、呕哕等音响; 嗅气味指嗅病人身体散发出的气味、口气及分泌物、排泄物的气味。

#### 1. 一般闻诊

闻声音、气息有无异常。如沉默寡言, 善太息者, 多为肝气郁结; 少气懒言, 语声低微者, 多属气虚; 妊娠呕哕频作, 为妊娠恶阻; 妊娠后期声音嘶哑, 或不能发声者, 为妊娠失音。如患者呼吸急促, 或不断呻吟, 多为病情紧急, 更应密切观察。嗅气味应注意有无口臭, 体臭, 二便有无特殊气味等。如口气臭秽, 多为胃热或食滞; 如口气如烂苹果味者为酸中毒; 也可见于胎死腹中。

#### 2. 闻胎心

妊娠 20 周后, 如胎儿存活, 发育正常者, 可借助听诊器在孕妇腹壁相应部位听到胎儿的心音。

#### 3. 嗅月经、带下、恶露

如月经气味臭者为血热, 气味腥者为血寒。崩漏或杂带下, 气味恶臭者, 多为邪毒炽盛, 瘀血败浊下流所致, 应警惕恶疾的发生。带下臭秽者为湿热下注或虫邪侵淫所致; 带下味腥者为虚寒。产后恶露味臭者, 多为外邪侵人, 热毒内蕴。

### (四) 切诊

切诊是医生运用双手对患者体表进行触、摸、按压, 以发现异常体征的一种诊法, 包括脉诊和按诊两部分。

#### 1. 脉诊

妇产科切脉的方法及脉至、脉位、脉象的常态与病态基本与内科相同, 但由于女性的生理特点及其气血变化的特殊性, 故女性又有其不同生理时期的常脉及女性特有的病脉。



(1) 月经脉 月经将至及经期多见滑脉,但脉至正常,脉律匀和。月经病的异常脉象多见数脉、迟脉、细脉、涩脉、弦脉、虚脉、实脉等。如月经病属实属热者,脉多滑数有力;属寒属虚者多沉弦或沉迟有力。崩中之脉,因失血过多,脉虚大无力或见芤脉。冲任瘀阻,多见涩脉。肝气郁结多见弦脉。

(2) 带下脉 带下量多,色白如涕,多见缓滑脉;带下量多,色黄或赤白相间,多见滑数或弦数脉;带下清冷,质稀如水,多见沉迟脉。

(3) 妊娠脉 《素问·平人氣象论》中说:“妇人手少阴脉动甚者,妊子也。”《素问·阴阳别论》中说:“阴搏阳别,谓之有子。”尺脉主肾,胞络系于肾,妊娠之后,阴血聚下养胎,血气旺盛,肾气更为充盛,故脉多滑利,尺脉有按之不绝之象,据临床观察,妊娠之脉多为滑兼稍数,尺脉较之平常有力。若妊娠而见脉象沉细短涩,或两尺脉弱,则胎元多为不实,而有堕胎小产之虑。诊断妊娠除脉诊外,尚需结合妇产科检查及其他辅助检查方法。

(4) 临产脉 妊娠足月临产时,多见尺脉滑利而急数,如《产孕集》中说:“尺脉转急,如切绳转珠者,欲产也。”如于孕妇两手中指本节至顶节两侧切得脉动应手,则为临产之象。明代张介宾《景岳全书·妇人规》中说:“试捏产母手中指本节渐达于末端搏动,即当产也。”此法于临床实践有一定意义,但也应结合其他症状综合分析,才能更为准确。

(5) 产后脉 产后一二日内,常见浮滑或滑数脉,其后脉象虚缓平和,渐至常人脉象。若产后发热属实者,脉见洪大滑数,或浮数;若出血不止,脉多微涩或虚数。

(6) 脉诊的现代研究 赵氏<sup>[3]</sup>对生理脉象的变化进行了研究。他们对463名健康人的脉图进行分析,发现随着年龄的增长,脉象逐渐由平脉经过平滑过渡到滑脉或细弦脉,再经过弦滑到弦脉,60岁以上的老年人多为弦脉。宣氏<sup>[4]</sup>对男女之间的脉象进行了观察。发现男性多为缓滑等阳脉,女性多为平、细等阴脉,经期女性则以滑脉及弦脉多见。

张氏等<sup>[5]</sup>对滑脉诊断早孕的价值进行了研究。经用脉图仪检测205例临床诊断为早孕者的脉象,结果显示:滑脉诊断早孕的灵敏度为97.9%,漏诊率为2.1%,阳性预检值为99.5%,反映了滑脉是高度敏感的诊断早孕方法。研究结果还表明,其特异度为88.9%,误诊率为11.1%,结合目前的医学水平分析,滑脉诊断早孕的特异性还不令人满意,但研究中出现的早孕滑脉稍数现象,为提高本方法的特异性研究提供了依据,有待进一步深入研究。解放军总医院<sup>[6]</sup>比较了53例妊娠36周以上孕妇的脉图和未孕女性的脉图,前者滑脉占81.1%,而后者只占4.4%,且孕妇的滑脉与正常女性的滑脉的波形有所不同,认为可据此作出妊娠诊断。南京中医学院<sup>[6]</sup>观察了20例孕妇人工流产前后脉象的变化,发现早孕时脉象微滑而数,人工流产后此脉象消失。

我国对分娩脉象的变化也有研究。尤氏<sup>[7]</sup>观察孕妇怀孕早期至分娩前多为滑脉,第二产程开始后以弦脉多见,产后30分钟弦脉逐渐变为缓脉或细脉。上海中医学院<sup>[6]</sup>观察了正常分娩产妇21例的脉图变化,发现分娩过程中尺脉脉图变化较关脉脉图变化显著,并能在一定程度上反映分娩过程。

## 2. 按诊

妇产科按诊方法及一般按诊部位与内、外科基本相同,但因女性生理结构的特殊还有其不同的按诊部位。

(1) 按腹部 通过腹部按诊以了解生殖器官的某些病变。如腹部膨隆胀大,应鉴别孕腹、包块或腹内液体。若为孕腹,应按产科检查步骤逐项检查;若为包块,应触摸包块的位置、大

小、形态、质地、能否推移、有无压痛等。如按之有形而不移者为癥，病属血分；痛无定处，按之无形，聚散无常者为瘕，病属气分。叩诊有无移动性浊音，以了解有无腹水或内出血。如有腹痛，可通过按诊查清腹痛的部位、范围及有无反跳痛等。腹部按诊应与现代辅助检查相配合，可使诊断更为准确。

(2) 触诊 盆腔应严格按照妇产科检查的操作规程触诊盆腔生殖器官，以查明有无病理体征。检查方法及内容见西医诊断。

(3) 按乳房 触摸乳房的软硬，有无疼痛，挤压时有无溢乳。如有包块，应按清包块的位置、形状、大小、质地、移动度及与周围组织的关系等。哺乳期乳房应按其皮肤有无发热，有无肿胀、包块及乳房充盈情况。

以上所述，虽有四诊之别，但临床应用不能截然分开。随着科学技术的不断发展，现代辅助检查也广泛应用于中医领域，可视为四诊方法的延伸。只有四诊合参，并配合以现代辅助检查，才能使中医诊断技术有突破性的进展。

## 二、辨证要点

妇产科采用的辨证方法与内科基本相同，但以脏腑辨证、气血辨证、冲任督带辨证更为常用。由于女性的生理特点，在妇产科病症上较之其他科疾病更加强调辨病与辨证的结合，同时还要考虑人体其他系统功能、年龄、自然界和社会对女性生殖功能的影响，这样才能取症系统全面，辨证准确无误。

### (一) 脏腑辨证

#### 1. 肾病辨证

(1) 精气亏虚肾精不足病证 有月经初潮较迟、月经稀少、闭经、胎萎不长、不孕、性欲低下、发育延迟等。全身症状可见眩晕耳鸣，失眠健忘，发脱齿摇，身材矮小，舌体瘦薄、色淡，薄白苔，脉细无力。肾气不固所见病证有崩漏、带下清稀、胎漏、胎动不安、滑胎、小产、恶露不绝、阴挺下脱、不孕等。全身症状可见腰膝酸软，面白神疲，小便频数，余沥不净，甚或小便失禁。舌淡苔薄白，脉沉弱无力。

(2) 肾阴虚病证 可见月经先期、月经量少色红、崩漏、闭经、带下量少色黄或挟血色、妊娠心烦、或见不孕等。全身症状可见形体消瘦，五心烦热，潮热盗汗，颧红咽干，头晕耳鸣，失眠多梦，腰膝酸痛，小便黄少，大便干结。舌红少津，少苔或无苔，脉细数。

(3) 肾阳虚病证 可见月经过少、闭经、崩漏、经行浮肿、绝经前后诸证、带下清稀、妊娠水肿、性欲减退、宫寒不孕等。全身症状可见精神不振，腰膝酸软而痛，畏寒肢冷，面色㿠白或黧黑，小腹冷坠，浮肿，夜尿频多，或五更泄泻。舌淡胖，苔薄白面润，脉沉弱迟。

#### 2. 肝病辨证

(1) 肝气郁结病证 可见月经先后无定期、量或多或少、经血色黯或有块、月经前后诸证、痛经、闭经、不孕、妊娠腹痛、缺乳等。全身症状可见胸胁胀满，乳房胀痛，善太息，精神抑郁或易怒，纳呆，少腹胀痛等。舌黯红，苔薄，脉弦。

(2) 肝气化热病证 可见月经先期量多、经色鲜红有块、经行头痛、经行下腹胀痛、经行吐衄、崩漏、带下黄赤、产后乳汁自出等。全身症状可见头痛头晕，目赤肿痛，口苦咽干，

心烦易怒。舌红，苔薄黄，脉弦数。

(3) 肝经湿热病证 可见痛经，带下量多，色黄味臭质粘腻，阴痒、阴疮、子淋等。全身症状见胸闷纳呆，口苦而腻，小便赤涩，大便粘滞臭秽。舌质红，苔黄腻，脉滑数或弦数有力。

(4) 肝血不足病证 有月经量少或经闭、痛经、阴痒。全身症状可见眩晕耳鸣，面色无华，爪甲不荣，夜寐多梦，视力减退，或见肢体麻木。

(5) 肝阳上亢病证 有经行头痛、绝经前后诸证、妊娠眩晕、先兆子痫。全身症状可见头目胀痛，面红目赤，耳鸣耳聋，急躁易怒，失眠多梦，恶心呕吐。舌红苔薄黄，脉弦有力或弦细数。

(6) 肝风内动病证 有子痛、产后痉证等。全身症状可见头晕头痛，卒然倒地，昏不知人，颈项强直，两目上视，牙关紧闭，手足搐搦。舌红或绛，少苔或无苔，脉弦有力或弦细数。

### 3. 脾病辨证

(1) 脾虚血少病证 有月经后期、月经量少、闭经、胎萎不长、产后缺乳等。全身症状可见面色萎黄，头晕心悸，神倦食少，失眠多梦等。舌淡苔薄白，脉细弱。

(2) 脾虚湿盛病证 有经行泄泻、经行浮肿，带下量多，色白或黄，闭经、不孕、妊娠水肿等。全身症状可见形体虚胖，胸脘痞闷，头身困重，口淡多痰，食少便溏等。舌淡胖，苔白腻，脉濡缓。

(3) 脾失统摄病证 有月经先期、月经量多、经期延长、崩漏、乳汁自出等。全身症状可见神疲乏力，少气懒言，面色无华，小腹下坠等。舌淡苔薄白，脉细弱。

(4) 脾虚气陷病证 有崩漏、阴挺下脱等。全身症状可见短气懒言，倦怠嗜卧，小腹空坠，头晕目眩等。舌淡苔薄白，脉沉弱。

### 4. 心病辨证

可见月经失调、经行口糜、妊娠心烦等心阴虚证。全身症状有心烦失眠，五心烦热，口糜舌烂，小便短黄等。舌红少津，脉细数。

### 5. 肺病辨证

(1) 肺气失宣病证 有产后排尿异常等。全身症状可见咳喘无力，面色淡白，神疲体倦。舌淡苔白，脉虚。

(2) 肺阴虚病证 有经行吐衄、闭经、不孕、子嗽、子暗等。全身症状可见咳嗽，口咽干燥，形体消瘦，潮热，盗汗，颧红等。舌红少津，脉细数。

## (二) 气血辨证

### 1. 气病辨证

(1) 气虚气陷病证 有月经先期量多、崩漏、胎死不下、难产、产后恶露不绝、乳汁自出、阴挺下脱等。全身症状可见少气乏力，倦怠嗜卧，头晕目眩，自汗等。舌淡苔薄白，脉虚无力。

(2) 气滞病证 有月经后期量少、或先后不定期、漏下、痛经、经行乳胀、妊娠腹痛、子肿、乳汁不通、癥瘕等。全身症状可见两胁或少腹胀痛，乳胀，心烦易怒等。舌苔薄白，脉弦。

(3) 气逆病证 有经行吐衄、妊娠恶阻等。全身症状可见头痛，呕逆，恶心，呕吐等。舌苔薄白，脉弦或滑。

## 2. 血病辨证

(1) 血虚病证 有月经后期、月经量少、经后腹痛、经行头痛、经行身痛、闭经、不孕、胎动不安、产后缺乳等。全身症状可见面色无华，唇色淡白，爪甲苍白，头晕眼花，心悸失眠等。舌淡苔白，脉沉细无力。

(2) 血瘀病证 有经期延长、崩漏、闭经、痛经、异位妊娠、产后腹痛、恶露不绝、不孕、癥瘕等。全身症状可见下腹刺痛，痛有定处，拒按，块坚硬推之不移，按之疼痛，瘀久可见肌肤甲错。舌紫黯，有瘀斑瘀点，脉沉弦或沉涩。

(3) 血热病证 有月经先期量多、经期延长、崩漏、经行吐衄、胎漏、产后恶露不绝、热入血室等。全身症状，实热者面红唇赤，心烦，口渴喜饮，小便短赤，大便干结，舌红或红绛，苔黄燥，脉滑数；虚热者两颧潮红，五心烦热，潮热盗汗，渴不多饮，舌红少苔，脉细数。

(4) 血寒病证 有月经后期量少、痛经、不孕。全身症状可见面色青白，肤色紫黯，形寒肢冷，腰背冷痛，腹凉喜温，小便清长。舌淡黯苔白，脉沉紧或沉迟涩。

## (三) 冲任督带辨证

### 1. 冲任不足

病证有月经后期量少、闭经、滑胎、不孕等。兼见肝肾不足或气血虚弱征象。

### 2. 冲任不固，带脉失约

病证有月经先期、月经过多、经期延长、经间期出血、崩漏、带下、胎漏、堕胎、滑胎、阴挺下脱等。兼见肾气亏虚或脾虚不摄等征象。

### 3. 冲任阻滞

病证有月经后期、月经量少、闭经、痛经、崩漏、不孕、妊娠腹痛、产后腹痛等，兼气滞血瘀等征象。

### 4. 督脉不足

病证有宫寒不孕、阴冷、产后腰痛等。兼肾阳不振等征象。

## (四) 妇产科病证辨证要点

### 1. 月经病辨证要点

主要针对月经周期、经期和月经的量、色、质异常，非生理性的月经停闭及伴随月经期出现的有关症状进行辨证。

月经病以血证为主，以出血的期、量、色、质异常为特点。以周期而论，周期提前多为血热或气虚；周期延后，多为血虚或血寒；先后不定期多为肝郁或肾虚。以经期面论，经期延长多为气虚或血热；经期过短，多为血虚或血寒。以经量而论，量多者多为血热或气虚；量少者多为血虚或血寒。以经色而论，色鲜红或紫红者多属热；黯红者属寒或属瘀，淡红者属虚。以经质而论，粘稠者属热属实；清稀者属寒属虚；血块者属瘀。

月经停闭突然发生于月经周期正常者，首先应考虑为妊娠，排除妊娠者或为气滞血瘀，或为寒凝血瘀。先有月经不调，渐而月经停闭者，多为血虚或肾虚。如因产时暴失阴血，继而

经闭者，多为阴血骤衰，肾气虚惫所致。若闭经兼见咳嗽、盗汗、潮热者多为癆瘵经闭。

经期伴随衄血者多属气逆血热；经前乳胀多属肝郁气滞；经行水肿、泄泻者多属脾肾阳虚；每触经感冒者多属气血虚卫阳不固。

## 2. 带下病辨证要点

针对带下的量、色、质、气味异常及全身伴随症状进行辨证。白带量多，质清稀无臭，兼有腰膝酸软，形寒肢冷，夜尿频多者为肾虚不固；白带量多，质粘稠无臭，兼困乏无力，嗜睡纳呆，脘腹痞闷者为脾虚湿盛；带下混浊如米泔水，或灰黄色泡沫样，或白色豆渣样，有秽臭，伴阴痒或痒痛，多为湿热浸淫或虫蚀。带下量多，色黄质稠，有臭味，兼胸脘痞闷，胁肋胀满，口苦口臭，纳呆，大便粘滞不爽者，多为湿热。带下量多，呈脓性或挟血，味臭，兼少腹痛，或发热，多为湿毒。带下五色，气味秽臭，兼形体大衰之候，多属恶症。

## 3. 痛经辨证要点

根据疼痛的部位、时间、性质及兼症进行辨证。以疼痛部位而论，腹部疼痛可见于痛经、胎动不安、妊娠腹痛、产后腹痛、恶露不绝等，多属气血不调，冲任失养，邪气留滞，脉络瘀阻；阴户疼痛可见于带下、阴痒、阴疮等病，多为气血阻滞；乳痛可见于经前乳房胀痛、哺乳期乳房肿硬疼痛，多属肝郁气滞，乳络不通；头部疼痛见于经行头痛、子痛先兆症，多属阴虚阳亢。以疼痛时间而论，急痛多属实证，缓痛多属虚证；持续性疼痛多属实，属瘀，时痛时止多属气滞；经前或经期疼痛多属实，经净后疼痛多属虚。以疼痛性质而论，痛处拒按属实，喜揉喜按属虚；灼痛属实属热，绞痛得热痛减属寒；刺痛属瘀，绵绵作痛属虚；胀甚于痛属气滞，痛甚于胀属血瘀；坠痛属气虚。

上述要点，只对某一病变而言，但因证候表现往往错综复杂，或虚实兼有，或寒热互见，所以辨证时一定要抓住病变的主要机理，作出正确的诊断，据其标本缓急，施以正确的治法。

## 参 考 文 献

- 1 秦吉华，孙芝莲，王莉，等。阴虚阳虚病人舌象客观指标的初步分析。中医杂志，1987，28（2）：57
- 2 陈泽霖，胡庆福，潘晓霞。淡红、淡白、红绛、青紫四类舌质的舌尖微循环研究。上海中医药杂志，1983，（6）：43
- 3 赵冠英，王瑞鹏，王翠珍，等。643例健康成人左侧脉象的脉搏图形分析。中国中西医结合杂志，1987，7（4）：221
- 4 宣文虎，郭芝玉，赵玫，等。健康青年男女脉象观察。南京中医学院学报，1986，（3）：45
- 5 张忠慧，张仲海，吴少华，等。滑脉诊断早期妊娠的评价研究。中国中西医结合杂志，1993，13（5）：276
- 6 全国中西医结合第二届四诊学术会议纪要。中国中西医结合杂志，1988，8（4）：254
- 7 龙昭玲，郭振球。妇产科离经脉与正常产程关系的初步研究。天津中医，1986，3（1）：25。





# 中编 临床诊疗

,

,

-----



---

## 第六章 女性生殖系统炎症

### 第一节 外阴炎

#### 一、概述

外阴炎是外阴多种特异性和非特异性炎症的总称。临床上常见有霉菌性外阴炎、前庭大腺炎、婴幼儿外阴炎、外阴毛囊炎及非特异性外阴炎等。外阴炎常与阴道炎并存，女性一生中未曾患过外阴阴道炎者极少。

外阴炎的主要症状为外阴瘙痒，灼热肿痛，甚者形成脓肿或溃疡，属中医学“阴痒”“阴疮”范畴。阴痒、阴疮之名出自晋代葛洪《肘后备急方》，而最早对阴疮进行描述的是汉代张仲景《金匱要略·妇人杂病脉证并治篇》。隋代巢元方《诸病源候论》对阴痒、阴疮的病因及证候有较详细的论述。对阴痒、阴疮的治疗，根据辨证除内服药物外，历代医著还有熏洗、坐导、膏、散剂等外治法和外用方药的记载。这种整体与局部、内治与外治相结合的方法，也是现代临床治疗的基本原则。

#### 二、病因病理

##### （一）西医病因病理

##### 1. 非特异性外阴炎

阴道分泌物增多，如宫颈、阴道的炎性白带，经血或产后恶露的刺激，均为诱发外阴炎的因素。尿瘘、粪瘘患者的尿液浸渍和粪便刺激，糖尿病尿糖刺激等也可引起外阴炎。致病菌为葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌等，常为混合性细菌感染。

##### 2. 霉菌性外阴炎

由类酵母菌感染所致，最常见的病原菌是白色念珠菌。常与霉菌性阴道炎并存，称为霉菌性外阴阴道炎。妊娠期、糖尿病患者，长期应用广谱抗生素及肾上腺皮质激素者易患此病。

##### 3. 前庭大腺炎

前庭大腺位于大阴唇后部，腺管开口于前庭后方小阴唇与处女膜之间的沟内。因其解剖部位的特点，在性交、分娩或其他情况污染外阴部时，病原体易侵入而引起感染。本病主要见于育龄期女性，多为葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌及肠球菌等混合感染，淋菌亦是重要致

病菌。

#### 4. 婴幼儿外阴炎

幼女雌激素水平低，且外生殖器发育未成熟，外阴局部防御能力差，易发生感染。另外，外阴不清洁，粪便污染或直接接触污物，也易发生外阴炎。其他如穿着不透气的紧身内裤，外阴用肥皂等擦洗过度也可导致外阴炎的发生。婴幼儿外阴炎常与阴道炎并存。

#### 5. 外阴毛囊炎

多由于外阴皮肤受阴道分泌物的刺激，或由于出汗、潮湿、肥胖、不注意外阴清洁等损伤皮肤时，金黄色葡萄球菌等侵入毛囊而引起。

### （二）中医病因病机

有关阴痒的病因病机，隋代巢元方《诸病源候论》中说：“妇人阴痒，是虫蚀所为，三虫九虫，在肠胃之间，因脏虚虫动，作食于阴，其虫作势，微则痒，重者乃痛。”清代汪淇笺释《济阴纲目》时对“脏虚虫动，作食于阴”提出了不同的看法，认为阴痒生虫与肠胃求食之虫不同，二者应加以区别。明代张三锡《医学准绳六要》则指出“阴中痒，亦是肝家湿热”。对于阴疮的病因病机，《诸病源候论》亦认为是三虫九虫，动作侵蚀于阴。根据历代医家的论述和现代中医学的认识，阴痒与阴疮的病因病机，主要是肝、脾功能失常，致湿热下注；或感染病虫，或感染邪毒，热毒壅盛，蒸腐血肉。肝藏血，为风木之脏，肝脉绕阴器；脾主运化水湿。若肝郁化火，脾虚生湿，致湿热蕴结，循经下注阴器，或虫扰阴部，发为阴痒。若经期、产后，忽视卫生，感染邪毒则蒸腐成脓，或浸渍溃烂。

#### 1. 湿热下注，虫蚀阴中

郁怒伤肝，饮食劳倦伤脾，肝郁化热，脾虚生湿，肝热脾湿下注，浸淫阴器，致阴痒。或忽视卫生，病虫侵于阴部，与阴液相结，虫湿为患，发为阴痒。

#### 2. 热毒炽盛

经期、产后，忽视阴部卫生，或房事不洁，热毒乘隙而入，与血气相结，热毒炽盛，热盛则肉腐，肉腐则成脓。或肝郁化火，伤脾壅湿，湿热互结，下注成毒，伏于肝经，久则腐蚀生疮或溃烂。

## 三、临床诊断

### （一）辨病·西医诊断

#### 1. 症状

外阴炎的主要症状有外阴瘙痒、灼热疼痛或性交痛，排尿时症状加重。前庭大腺炎多为单侧性，急性期局部疼痛肿胀，脓肿形成时疼痛剧烈，可伴有发热等全身症状。

#### 2. 体征

大小阴唇、阴蒂红肿，尿道口及阴道口粘膜充血、水肿。前庭大腺炎时，大阴唇下1/3处可扪及红肿硬块，触痛明显，前庭大腺开口处充血。形成脓肿时，肿块如鸡蛋大小，表面皮肤发红、变薄，触之疼痛并有波动感，自行破溃时可见脓液溢出，常伴有腹股沟淋巴结肿大。急性期后，如果腺管口阻塞，腺体内分泌物不能排出，则可形成前庭大腺囊肿。霉菌性外阴

炎外阴周围常发红、水肿，表皮的变化多样，可有水泡状丘疹，成群出现，亦可形成湿疹样糜烂，局限于外阴或向周围扩展至会阴、肛门周围及股生殖皱襞，直至大腿内侧，严重时可能形成溃疡。日久外阴部可呈苔藓样或湿疹样，皮肤皲裂。外阴溃疡可发生于外阴各部，以小阴唇和大阴唇内侧为多见，呈圆形或椭圆形，单个或多个，大小不一，表面附有脓液或灰黄色的坏死伪膜，周围红肿明显。婴幼儿外阴炎急性期未及时处理，可造成两侧小阴唇粘连，其上方或下方留一小孔，尿液由此排出，尿道口及阴道口均被遮盖。外阴毛囊炎多见于大阴唇外侧、阴阜等有毛囊的部位，在发病初期，为多个散在性米粒样大小毛囊性丘疹，开始时毛囊口周围皮肤有炎性红晕，以后肿起，形成圆锥形脓疱，中心有一根毛发穿出。邻近的小脓疱可以互相融合成大脓疱，如果感染向深层发展则可成为疖肿。

### 3. 实验室检查

霉菌性外阴炎时，外阴局部分泌物直接涂片显微镜检查可见霉菌的菌丝分支及芽孢。糖尿病性外阴炎血糖增高。前庭大腺炎时，于前庭大腺开口处取分泌物涂片或细菌培养可查到病原菌，血常规检查白细胞及中性粒细胞增高。

### 4. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断根据外阴部瘙痒、灼痛、肿胀等症状及妇产科检查时外阴局部所见，结合分泌物涂片不难诊断。

#### (2) 鉴别诊断

①外阴白色病变：外阴白色病变主要症状为外阴奇痒，病变皮肤粘膜色素减退，常有水肿、皲裂及散在的表浅溃疡。抗炎及抗霉菌治疗无效，氢化可的松软膏止痒有效。

②外阴湿疹：主要症状为外阴瘙痒，开始时外阴发红、水肿，酷似发炎；继之在潮红的皮肤上出现针尖大的丘疹，以后顶端发生小泡，小泡破溃后，形成糜烂性湿疹。霉菌性外阴炎时应与本病鉴别。

③蛲虫病：蛲虫病患者可有肛门周围及外阴瘙痒，一般见于幼女，主要在夜间发作。夜间检查肛门时可发现蛲虫，大便检查有蛲虫卵。

④白塞氏综合征、外阴结核、外阴癌：外阴溃疡时应与前述疾病鉴别。过去认为白塞氏综合征所出现的急性外阴溃疡与细菌感染有关，现代则多认为该病是一种自身免疫性疾病，急性外阴溃疡是其一个发展阶段，与眼部病变、口腔溃疡同时或先后发生。外阴炎症导致的外阴溃疡则不伴有眼及口腔病变。外阴结核、外阴癌时，溃疡呈慢性过程，且久治不愈，活组织检查可确诊。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

阴痒以外阴瘙痒或伴灼热疼痛为主症，多属湿热为患或感染病虫；阴疮以外阴肿痛甚或化脓、溃疡为特征，可伴全身发热，多属热毒。

### 2. 辨证分型

#### (1) 湿热下注证

〔临床表现〕阴部瘙痒，坐卧不安，甚则灼热肿痛，可伴有白带量多，色黄，秽臭，心烦易怒，胸胁胀痛，口苦而腻，纳谷不香。舌苔黄腻，脉弦数。

〔辨证分析〕肝郁脾虚，湿热下注，或感染病虫，虫蚀于阴，故阴部瘙痒。湿热下注，损

伤任带，则白带量多、色黄、味臭。湿热郁遏心胸，则见心烦易怒，胸胁胀痛。湿热阻于中焦，故口苦而腻，纳谷不香。苔黄腻，脉弦数均为湿热下注之征。

#### (2) 热毒炽盛证

〔临床表现〕阴户肿痛剧烈，焮红灼热，继之肿起如蚕茧，破溃流出稠而秽臭的脓液，或见阴户多处溃疡，脓水淋漓，疼痛难忍，排尿时加重，恶寒发热，面赤口渴，小便黄赤涩痛，大便秘结。舌红，苔黄腻，脉数。

〔辨证分析〕热毒侵入阴户，气血壅阻，致阴户红肿灼热，疼痛剧烈。热毒与气血搏结，腠理壅闭，不得泄越，则阴户肿如蚕茧。热毒炽盛，蒸腐血肉则成脓，或形成溃疡，脓水淋漓。热毒与血气相争则恶寒发热。热灼津液，故口渴，小便赤涩，大便秘结。舌红，苔黄腻，脉数，亦为热毒炽盛之象。

### 四、治疗

#### (一) 西医西药治疗

##### 1. 一般治疗

保持外阴局部清洁、干燥，避免搔抓患部，不用肥皂水或其他刺激性药液洗外阴，可用1:5 000高锰酸钾坐浴，每日2次~3次。急性期注意休息，少活动，禁性生活，忌辛辣食物及饮酒，不穿化纤内裤。

##### 2. 病因治疗

(1) 非特异性外阴炎局部应用抗生素软膏或可的松软膏。同时应治疗原发病，如阴道炎、宫颈炎、糖尿病等，尿瘘、粪瘘进行修补术。

(2) 霉菌性外阴炎以2%苏打液清洗外阴，局部涂3%克霉唑软膏或达克宁霜，亦可涂擦2%龙胆紫液，每日2次~3次。如与霉菌性阴道炎共存则应同时治疗。糖尿病患者应积极治疗糖尿病。因应用广谱抗生素引起者，则需及时停用广谱抗生素。男方有生殖器霉菌感染者应同时接受治疗。

(3) 前庭大腺炎应全身应用抗生素控制感染，可根据分泌物培养药敏结果选择抗生素种类，局部热敷或理疗。如已形成脓肿，应切开引流，选择脓肿表面波动最明显处做纵行切口，长度近脓肿全长，以保持引流通畅。因单纯切开引流日后易复发，故主张同时作造口术。

(4) 婴幼儿外阴炎局部应用抗生素软膏，亦可口服己烯雌酚，每次0.1mg，每日1次，共2周。或顿服尼尔雌醇0.4mg。注意有无阴道异物，排除霉菌、滴虫性阴道炎的可能。小阴唇形成粘连者，行粘连分离，局部涂消毒凡士林或紫草油软膏。

#### (二) 中医中药治疗

外阴为足厥阴肝经所过之处，故治疗常用舒肝之品，达到肝木条达，土湿易除的目的。清热解毒药与活血药配伍，可起到协同作用。除全身治疗外，局部治疗非常重要。中药熏洗坐浴、膏剂、散剂亦当辨证灵活选用。

##### 1. 辨证论治

###### (1) 湿热下注证



〔治法〕清热利湿，杀虫止痒。

〔方药〕萆薢渗湿汤（《疡科心得集》）。

萆薢 9g，薏苡仁 12g，黄柏 9g，赤茯苓 9g，丹皮 9g，泽泻 9g，通草 6g，滑石 30g。

〔加减〕①心烦易怒者，加山栀 6g，柴胡 9g 以舒肝除烦。

②湿热蕴结生虫者，加鹤虱 9g，地肤子 9g，苦参 15g，白鲜皮 12g 以杀虫止痒。

〔分析〕方中萆薢、泽泻、通草、赤茯苓、滑石清热利湿，使湿热从小便而出，薏苡仁健脾化湿，黄柏清下焦湿热，丹皮清热凉血。

## （2）热毒炽盛证

〔治法〕清热解毒，活血止痛消肿。

〔方药〕五味消毒饮（《医宗金鉴》）加味。

金银花 30g，野菊花 12g，蒲公英 15g，紫花地丁 12g，紫背天葵子 9g，赤芍 15g，乳香 9g，没药 9g。

〔加减〕①小便赤涩疼痛者，加木通 9g，淡竹叶 9g 以清热利尿。

②大便秘结者，加大黄 9g 以泻热通便。

③若脓肿已形成，症见局部剧烈疼痛，触痛明显，有波动感，壮热烦躁，舌红，苔黄，脉数，宜用仙方活命饮（《校注妇人良方》），以解毒消肿，散结溃脓。

穿山甲 9g，白芷 9g，天花粉 9g，皂角刺 9g，当归尾 9g，甘草 6g，赤芍 15g，乳香 9g，没药 9g，防风 9g，贝母 12g，陈皮 9g，金银花 30g。

〔分析〕五味消毒饮功能清热解毒，用于阴疮红肿热痛阶段，加乳香、没药化瘀止痛，加赤芍凉血活血。因其排脓之力仍然不足，故脓肿已成者，用仙方活命饮促使外溃。

## 2. 其他疗法

对外阴炎的治疗，外治非常重要，甚至外治重于内治。

（1）熏洗 蛇床子散（《中医妇科学》1979 年版）加味。

蛇床子 30g，川椒 9g，明矾 9g，苦参 30g，百部 15g，土茯苓 30g，白鲜皮 15g，蝉蜕 9g，黄柏 15g。水煎，先熏洗，后坐浴，每日 1 次。

外阴有破溃者去川椒。霉菌性外阴炎加虎杖根 15g，莪术 5g。阴疮成脓者，加皂角刺 9g，穿山甲 9g。

（2）外敷 外阴溃疡者，予珍珠散（《中医妇科学》1979 年版）。

珍珠、青黛、雄黄各 3g，黄柏 9g，儿茶 10g，冰片 0.03g，共研细末外搽。

（3）食疗 萆薢银花绿豆汤。

萆薢 30g，金银花 30g，绿豆 30g~60g。先将前两味洗净煎水，药汁和绿豆共煮为粥，加白糖适量调味，每日 1 剂，连服 3 天~5 天。适用于急性前庭大腺炎。

## （三）中西医结合治疗

中西医结合治疗本病有良好的疗效。根据中医辨证，针对不同的病理机制，内服中药起到调理肝脾，清热除湿，解毒活血等作用，达到改善全身症状和增强机体抗病能力的目的。中药熏洗及坐浴以外阴局部病变的具体表现加减用药，有抑菌、消炎、促进局部血液循环及生肌敛疮的疗效。病原菌明确者，在中药熏洗后，局部用相应的抗生素软膏。前庭大腺炎伴发热，血常规化验白细胞总数及中性粒细胞增高时，在应用清热解毒中药的同时，可全身应用

抗生素，以及时有效地控制感染。前庭大腺脓肿切开引流后，应用大黄油纱布填塞脓腔。

## 五、预防

### （一）未病先防

注意个人卫生，每天用清水洗外阴，保持外阴清洁，不穿化纤内裤及过紧的裤子，经常换内裤，并用热水烫洗，日光曝晒，毛巾及脚盆分用。洗澡宜淋浴，不洗盆浴。性生活有节制。经期所用卫生垫应柔软洁净，吸水性强。产后最好用消毒的卫生垫。幼儿应尽早穿合裆裤，减少外阴污染。饭前便后洗手，便后由前向后擦净，以免粪便进入阴道。

中医学认为，恣食辛辣肥甘之品可助湿生热。辛辣之品，可生热化火；过食肥甘，内伤脾胃，脾失健运，湿浊内生。故平日饮食勿过于辛辣肥厚，以免湿热下注，导致外阴炎。

保持心情舒畅，以防肝气郁结，疏泄失常，木横侮土，湿热内生，下注为患。

### （二）既病防变

急性外阴溃疡主要由外阴炎发展而来，多发生于搔抓后。故患外阴炎后应及时就诊，找出病因，积极治疗，不要搔抓或乱用药物，以免加重病情。患急性前庭大腺炎时，应及时应用内外治相结合的方法进行治疗，避免形成前庭大腺脓肿。急性期卧床休息，减少局部摩擦，并宜清淡饮食，忌辛辣肥厚之品。治疗期间禁止性生活。

## 第二节 阴 道 炎

### 一、概述

正常情况下，女性的阴道中有许多常驻菌，在阴道的防御机理中起重要作用。在雌激素的影响下，阴道上皮发生保护性增生，并在细胞内储存大量糖元，以后上皮细胞脱落，因酶和阴道菌群的作用，酵解糖元产生乳酸，保持阴道内酸性，使pH值经常维持在4~5，这种环境能抑制大多数细菌的生长，起阴道自净作用。但在手术创伤、分娩、流产以及应用大量免疫抑制剂或抗生素等情况下，阴道内的这些正常菌群亦可作为条件致使病菌引起内源性感染。另外，在阴道的自然防御功能受到破坏时，病原体易于侵入，导致外源性的感染，产生阴道炎。幼女及绝经后女性，体内雌激素缺乏，阴道上皮菲薄，细胞内不含糖元，阴道内pH高达7左右，所以阴道的抵抗力低，容易发生阴道炎。

阴道炎是妇产科常见疾患，虽然导致阴道炎的病原体不同，但其临床表现基本相同，主要症状为阴道分泌物增多。阴道分泌物有正常和异常之分。正常的阴道分泌物由阴道粘膜渗出物、宫颈管分泌的粘液以及部分子宫内膜分泌物混合而成，内含阴道上皮脱落细胞、白细胞及阴道内寄存的各种细菌。正常的阴道分泌物为白色，稀糊状，无气味。其量的多少随体

内雌激素水平的变化而有所改变。在接近排卵时，因宫颈管分泌的粘液增加，阴道分泌物相应增多，清澈透明，如蛋清样。排卵后2天~3天，又变浑浊粘稠，量减少。患阴道炎时，阴道分泌物增多，颜色、质地发生改变，有臭味，并且常伴有外阴瘙痒，烧灼感或性交痛。

临床常见的阴道炎有非特异性阴道炎、霉菌性阴道炎、滴虫性阴道炎、老年性阴道炎、婴幼儿阴道炎等。

阴道炎属中医学“阴痒”“带下病”范畴。明代李梴《医学入门》认识到“阴中生细虫”可致阴痒；其后的医家提出阴痒生虫与隋代巢元方《诸病源候论》所说的作食于阴的肠胃之虫不同。上述观点与阴痒中最常见的滴虫性阴道炎是由阴道毛滴虫引起的相符合。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

#### 1. 非特异性阴道炎

凡不是由白色念珠菌、阴道滴虫或淋菌等特异性病原体引起的阴道炎症，统称为非特异性阴道炎。其病因有阴道损伤、异物（如子宫托、遗留棉球或纱布等）、腐蚀性药物、刺激性的阴道冲洗等。子宫内膜炎、附件炎、流产及分娩后子宫分泌物增多，长期子宫出血或阴道手术损伤等，均使阴道的正常防御机制遭到破坏，为病原体生长繁殖创造了条件。常见的病原体有葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、变形杆菌等。

#### 2. 霉菌性阴道炎

约80%~90%的霉菌性阴道炎由白色念珠菌感染引起。最适于霉菌繁殖的pH值为5.5。念珠菌可存在于人的口腔、肠道及阴道粘膜上而不致病。有10%~20%的正常女性阴道中可能有少量白色念珠菌，但并不引起症状，当机体抵抗力降低，念珠菌达到一定量时才致病，如应用免疫抑制药物的患者易患本病。阴道上皮细胞糖元增多，酸性增强时，霉菌繁殖迅速引起症状，故也多见于孕妇、糖尿病及接受雌激素治疗的患者。北京医科大学第一医院妇产科对1000例孕妇进行白带涂片检查，霉菌检出率达18.7%，其中6.6%有症状。另外，较长时间应用广谱抗生素及肾上腺皮质激素者，机体的菌种菌群发生紊乱，导致霉菌生长。在男性生殖器包皮内可以寄生念珠菌，因此本病可通过性生活传染。

#### 3. 滴虫性阴道炎

滴虫性阴道炎是常见的阴道炎，发病率为10%~20%，占有所有阴道炎的20%~45%，由阴道毛滴虫引起。滴虫是一种厌氧的寄生原虫，呈梨形，比白细胞大2倍~3倍，顶端有鞭毛，能活动，借鞭毛及其波浪膜作为运动工具。对环境的适应能力很强，故易传播。最适宜滴虫生长繁殖的pH值为5.5~6.0，一般寄生于泌尿生殖道，主要存于阴道，其次为尿道、尿道旁腺，甚至膀胱、肾盂。男性常存在于尿道及前列腺。本病的传染途径一是由性交直接传染，二是通过浴池、浴盆、游泳池、衣物、污染的器械等间接传染。妊娠期和月经期阴道pH值升高，故发病率亦增高。

#### 4. 老年性阴道炎

绝经后的女性约30%发生此病，占有所有阴道炎的5%。由于卵巢功能衰退，雌激素缺乏，阴道皱襞消失，粘膜萎缩变薄，上皮细胞糖元减少，局部抵抗力降低，易受细菌感染引起炎

症。中青年女性若卵巢功能早衰、雌激素缺乏或手术切除双侧卵巢者，也易患此病。

### 5. 婴幼儿阴道炎

幼女的内外生殖器未发育成熟，雌激素缺乏，阴道上皮薄，无皱襞，细胞内缺乏糖元，阴道酸度低，抗感染力弱，易受感染。多见于1岁~5岁的幼女。常见的病原体有葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、变形杆菌等。滴虫、霉菌、淋菌也可引起感染。病原体常由患外阴炎、阴道炎的母亲、保育员或幼儿直接传染，或通过污染的衣裤、浴盆、毛巾等用具传播。也可由粪便污染引起。

## （二）中医病因病机

本病由肝经湿热，感染病虫所致，亦有肝肾阴虚所致。前者属实，后者属虚。

### 1. 肝经湿热

忽视卫生，或房事不洁，以致湿热病虫侵入阴部，蚀于阴中，发为带下、阴痒。或情志不畅，致肝郁脾虚。肝郁化热，脾虚生湿，湿热蕴结，下注于阴而发病。清代傅山《傅青主女科》曰：“妇人忧思伤脾，又加郁怒伤肝，于是肝经之郁火内炽，下克脾土，脾土不能运化，致湿热之气蕴于带脉之间……”

### 2. 肝肾阴虚

素体肝肾不足，或年老肝肾亏损，阴虚失守，任带不固，发为带下。肝脉绕阴器，肾开窍于二阴，肝肾阴亏，精血衰少，化燥生风，阴部肌肤失于营养而致阴痒。清代张山雷《沈氏女科辑要笺正》指出带下有“相火亢盛，疏泄太过而渗漏者，又有肝肾阴虚不能固摄之证”。

## 三、临床诊断

### （一）辨病·西医诊断

#### 1. 症状与体征

（1）非特异性阴道炎 阴道坠胀灼热，分泌物增多，呈脓性或浆液性，有臭味。分泌物刺激尿道口可引起尿痛、尿急、尿频。阴道粘膜充血，触痛明显。

（2）霉菌性阴道炎 白带增多，白色，豆渣样或凝乳状，外阴瘙痒，甚或奇痒难忍，坐卧不宁，影响工作与睡眠。可伴有外阴阴道灼痛，亦可伴有尿频、尿痛和性交痛。检查见阴道分泌物多，呈凝乳状，阴道粘膜附有白色片状薄膜，不易擦掉，擦除后可见阴道粘膜红肿，或有糜烂面及表浅溃疡。外阴部皮肤常有皲裂。

（3）滴虫性阴道炎 白带增多，灰黄色或黄绿色，泡沫状，质稀薄，或为脓性，味腥臭，严重时分泌物混有血液。伴有外阴瘙痒，灼热，性交痛等。有尿道感染时，出现尿频、尿痛。部分带虫者无症状。检查可见阴道及宫颈粘膜充血，常有散在红色斑点，如草莓样。后穹窿有多量液性或脓性泡沫状分泌物。因滴虫能吞噬精子，又能阻碍乳酸生成，同时由于阴道内多量分泌物的存在，均能妨碍精子存活，引起不孕。

（4）老年性阴道炎 白带增多，呈黄水状，感染严重时呈脓性，有臭味。粘膜有表浅溃疡时，分泌物可为血性。常伴有外阴瘙痒，阴道灼热感。如果累及前庭及尿道口周围粘膜，可

出现尿频、尿痛。检查见阴道粘膜皱襞消失，上皮菲薄，粘膜充血，表面有散在的小出血点，严重时可形成表浅溃疡。宫颈也有充血及散在的小出血点。慢性炎症或溃疡还可引起阴道粘连，严重时导致阴道闭锁，分泌物引流不畅可造成闭锁段以上阴道积脓。

(5) 婴幼儿阴道炎 患儿因外阴疼痛而哭闹不安，常用手搔抓外阴。检查可见外阴红肿，前庭粘膜充血，脓性分泌物自阴道口流出。长期的白带浸渍可使外阴皮肤破溃。慢性阴道炎可引起阴道闭锁。

## 2. 实验室检查

主要是取阴道分泌物镜下查找病原体。非特异性阴道炎分泌物涂片，革兰氏染色后镜检可找到一般病原菌，无滴虫、霉菌；滴虫性阴道炎其分泌物作生理盐水悬液镜检可找到活动滴虫；霉菌性阴道炎则可找到芽孢和假菌丝。对临床疑有滴虫或霉菌性阴道炎而多次悬滴法未发现滴虫或霉菌时，可作滴虫或霉菌培养。婴幼儿用小棉棒取分泌物找滴虫、霉菌、蛲虫卵，作涂片行革兰氏染色找致病菌，必要时作细菌培养。

## 3. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断根据白带增多，外阴瘙痒灼痛，或伴有尿频、尿急、尿痛等症状，结合妇产科检查，阴道炎的诊断多无困难。

(2) 鉴别诊断上述不同种类的阴道炎应相互进行鉴别，主要根据病史、年龄，分泌物的颜色、性状及化验检查来鉴别。由于我国性传播疾病逐渐增多，淋病亦较常见，因此，尚需与淋菌性宫颈炎鉴别。淋菌性宫颈炎表现为白带增多，呈脓性，若同时患淋菌性尿道炎、尿道旁腺炎时，则有排尿时烧灼样痛和尿频的症状。妇产科检查见宫颈充血，脓性分泌物自宫颈流出，用手指由内向外挤压阴道前壁，可从尿道口挤出脓性分泌物。取颈管分泌物作涂片或细菌培养，可在多核白细胞内找到典型肾形的革兰氏阴性双球菌。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

主要根据带下量、色、质、气味和外阴瘙痒的情况，结合全身状况和舌脉辨其寒、热、虚、实。带下量多，色黄，伴见阴部灼热，头晕目胀，心烦口苦，尿黄便结，脉弦数者，多为肝经湿热。带下量多，色黄绿如脓，挟泡沫，臭秽，或如豆渣样，阴部作痒，或奇痒难忍，或伴见尿频、尿急、尿痛者，属下焦湿热，虫蚀阴中。带下如黄水状，甚或血样，伴阴部干涩灼痛瘙痒，头晕耳鸣，烘热汗出，脉细数者，为肝肾阴虚。

### 2. 辨证分型

#### (1) 肝经湿热证

〔临床表现〕带下量多，色黄如脓，或色黄绿，质稀有泡沫，其气腥臭，或色白质稠如豆渣样，外阴瘙痒，甚则痒痛，坐卧不安，心烦易怒，胸闷不适，口苦而腻，纳谷不香，小便短少赤涩。苔黄腻，脉弦数。

〔辨证分析〕肝经郁热，脾虚生湿，湿热下注，损伤任带，秽液下流，故带下量多。热灼津液，故带下色黄如脓，气腥臭。湿热郁遏生虫，虫蚀阴中则外阴痒痛难忍，坐卧不安。肝部气滞，故见心烦易怒，胸闷不适。湿热阻于中焦，故口苦而腻，纳谷不香。湿热内蕴，波及膀胱，以致小便短少赤涩。苔黄腻，脉弦数，皆为肝经湿热之征。

#### (2) 肝肾阴虚证



〔临床表现〕带下如黄水样，或质粘，或挟血，阴部干涩灼热，时有瘙痒，五心烦热，烘热汗出，头晕耳鸣，腰酸。舌红，少苔，脉细数。

〔辨证分析〕肝之经脉络于阴部，肝肾阴亏，阴虚失守，任带不固，故带下如黄水样。阴虚火旺，灼伤血络，故带中挟血，阴部灼热。精血不足，化燥生风，故阴部干涩瘙痒。虚热内生，则五心烦热，烘热汗出。精血不足，清窍失养，故头晕耳鸣。舌红少苔，脉细数，均为肝肾阴虚之征。

## 四、治疗

### （一）西医西药治疗

#### 1. 非特异性阴道炎

每日用1%乳酸或醋酸液作阴道冲洗，以纠正阴道酸碱度。应用磺胺粉或抗生素粉（氯霉素或金霉素），涂撒于阴道内，每日1次，共7天~10天。

#### 2. 霉菌性阴道炎

用2%~3%的苏打液冲洗外阴及阴道。制霉菌素50万IU置于阴道深部，每晚1次，共7~10天。可同时口服制霉菌素，每次50万IU，每日3次，7天~10天为1疗程。米可定泡腾阴道片为制霉菌素的泡腾剂，每晚1片（10万IU）置阴道内，连用7天~10天。或用达克宁栓200mg放入阴道内，7天为1个疗程。亦可用伊曲康唑（斯皮仁诺）口服，早晚各200mg，轻者服1日即可。

孕妇患霉菌性阴道炎时，为防止感染新生儿，应进行局部治疗。糖尿病患者须同时治疗糖尿病。本病可通过性生活感染，故丈夫亦须同时接受治疗。

#### 3. 滴虫性阴道炎

（1）全身用药 滴虫性阴道炎患者常伴发泌尿系统及肠道内滴虫感染，且滴虫不仅寄存于阴道及阴道粘膜的皱折内，还可深藏于宫颈腺体中，单纯局部用药不易彻底消灭滴虫，应全身用药，从而达到根治的目的。灭滴灵为高效口服杀滴虫药物，每次口服200mg，每日3次，7天为1疗程。亦可顿服2g，与7日法有相同疗效。未婚女性阴道用药困难，仅口服灭滴灵即可。治疗后查滴虫转阴时，应于下次月经后继续治疗1疗程，以巩固疗效。

服灭滴灵后，少数患者可发生恶心、呕吐、眩晕及头痛等，尤其是大剂量1次用药者。早孕期服用，有导致胎儿畸形的可能，因此在妊娠20周以前，应采用局部用药，不口服灭滴灵。

（2）局部治疗 用1:5000的高锰酸钾溶液冲洗阴道，每日1次，然后阴道内置灭滴灵200mg，10天为1疗程。或用滴维净1片，或卡巴肿200mg，用法同灭滴灵。

治疗期间为避免重复感染，内裤应煮沸5分钟~10分钟，以消灭病源。因滴虫性阴道炎可通过性生活传播，故丈夫应同时口服灭滴灵治疗，用法同上。

#### 4. 老年性阴道炎

10%乳酸或醋酸溶液冲洗阴道，每日1次。己烯雌酚片剂0.25mg~0.5mg每晚放入阴道内，共7天~10天。严重者可加用磺胺粉或抗生素粉剂局部应用。全身用药可口服尼尔雌醇，每次2mg，每两周1次。



### 5. 婴幼儿阴道炎

保持外阴清洁干燥。用0.5%~1%的乳酸溶液经小号橡皮导尿管注入阴道作冲洗,以增加阴道酸度。如为霉菌性阴道炎,可注入2%的苏打液。根据致病菌及药物敏感试验,选择适当的抗生素口服或肌注。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### (1) 肝经湿热证

〔治法〕清肝泻热,除湿止痒。

〔方药〕龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)。

龙胆草15g,山梔9g,黄芩12g,车前子12g(包),木通9g,泽泻12g,生地9g,当归9g,甘草6g,柴胡9g。

〔加减〕①小便黄赤,频数而痛者,加篇蓄15g,瞿麦12g,淡竹叶12g以清热除湿,利水通淋。

②火热炽盛,大便秘结者,加大黄9g,芒硝6g以清热泻下,使火热之邪从大便而去。

③若阴部红肿灼痛,加野菊花9g,紫花地丁9g,蒲公英15g,金银花18g,增强清热解毒之力。

〔分析〕湿热之证,治疗在清在利,若用收涩,则可留邪,于病无益。龙胆泻肝汤方中,龙胆草大苦大寒,既能泻肝胆实火,又可除下焦湿热,故为主药。黄芩、山梔泻火清热,助龙胆草泻肝火。木通、车前子、泽泻清热利湿,使湿热从小便而出。当归、生地养血益阴以和肝,疏畅肝胆之气。甘草调和诸药。全方泻肝火,清利下焦湿热,对于肝经湿热之带下阴痒证较适宜。感染病虫所致者,则应加用杀虫止痒之品。

#### (2) 肝肾阴虚证

〔治法〕滋阴降火,祛风止痒。

〔方药〕知柏地黄汤(《症因脉治》)加味。

熟地15g,山药9g,山茱萸9g,茯苓9g,丹皮12g,黄柏9g,知母9g,当归9g,制首乌12g,防风9g。

〔加减〕①白带色黄,秽臭者,加茵陈12g,土茯苓12g,山梔6g以清热除湿解毒。

②带中挟血者,加旱莲草15g,乌贼骨18g以滋阴清热,固涩止血。

③若因血虚化燥生风,致阴部瘙痒,干涩皲裂,伴头晕心慌,失眠多梦,乏力纳差,舌质淡,苔薄白,脉细无力,用养血胜风汤(《医醇滕义》)加味。

生地12g,白芍15g,炒枣仁30g,川芎6g,桑叶9g,菊花9g,枸杞子12g,黑芝麻12g,五味子9g,柏子仁15g,当归12g,大枣5枚,制首乌12g,白鲜皮12g。

〔分析〕本证型主要见于老年女性,天癸将竭或已竭,肝肾之阴亏虚,带下量偶见增多,亦是阴虚失守致任带不固,因此,治疗本证不用或慎用利湿之品,以防清利更伤其阴。对于血虚生风化燥者,若用利湿之法,更是“利去一分湿,即伤其一分阴,湿愈利而血愈虚,血愈虚而风愈甚”临证不可不知。本证选方知柏地黄汤,补肝肾之阴,降肾中伏火。如确有湿热之象,则于滋补肝肾或养血祛风的同时,加入一二味清利之品即可。

## 2. 外治法

阴道炎以局部症状为主，因此局部治疗非常重要。外治法使药物直达病所，起到杀虫、止痒、止带等作用。方法有以下几种：

(1) 熏洗法用药物煎汤，乘热熏蒸阴部，待药液温凉后，用其淋洗或浸浴阴部。该法借助热力和药力的综合作用，促进局部气血流畅，改善局部营养，达到清热利湿，祛风止痒，养血润燥的目的。一般每日1次~2次，每次30分钟。方如蛇床子散（见外阴炎节）。

(2) 冲洗法用中药的煎液或浸出液冲洗阴道和外阴。该法可清除阴道内积存的秽液，清洁阴道，通过药物的作用以清热利湿，解毒消肿，杀虫止痒。可由医生用窥器扩张阴道后冲洗，或患者用阴道冲洗器自行冲洗。未婚者用导尿管，幼儿用小儿导尿管。方药如塌痒汤（《疡医大全》）。

鹤虱30g，苦参、威灵仙、当归尾、蛇床子、狼毒各15g。滴虫性阴道炎者，加仙鹤草15g，木芙蓉花叶12g；霉菌性阴道炎者，加木槿皮12g，虎杖根12g。

(3) 坐药法又称纳药法。将药物制成丸剂、片剂、栓剂、锭剂、胶囊剂、粉剂、膏剂等剂型，或用浸药棉球放入阴道内。该法能使药物在阴道内保留较长时间，充分发挥药物的作用，燥湿、杀虫、止痒效果好。可用灭滴消炎栓（《全国医药产品大全》），每晚1个，放入阴道，8天1个疗程。或苦参栓（《全国医药产品大全》），每晚1粒，塞入阴道深处。

## 3. 验方治疗

### (1) 猪胆汁栓剂

〔组成〕取无病猪胆汁1000g，加热浓缩至粘稠状。将此浓缩胆汁25g，加入95%乙醇300ml，回流4小时，过滤，滤液回收乙醇至原体积的1/4，后用丙酮沉淀，得淡黄色絮状固体，即为猪胆汁提取物。将猪胆汁提取物制成栓剂，每栓50mg。

〔用法〕患者取截石位，用窥器扩张阴道，将药栓放入后穹窿处，仰卧半小时。或患者睡前清洗外阴，仰卧床上，自己用手指将药栓缓缓送入阴道深处。隔日上药1次，5次为1个疗程，连续治疗1个~2个疗程。

〔功用〕解毒，祛湿，杀虫，止痒。主治滴虫性阴道炎。

〔疗效观察〕152例经1个~2个疗程的治疗，阴道分泌物镜检滴虫147例转阴，治愈率为97.4%。阴痒、阴道充血、白带量多等症状均有明显的好转或消失<sup>〔1〕</sup>。

### (2) 灭滴栓

〔组成〕苦参70g，鲜桃树叶、鲜柳树叶、贯众各50g，蛇床子100g。

〔用法〕将上药加水500ml煎煮2次，过滤去渣，再将滤液浓缩至80ml。做14个大棉球，以线扎紧，并留线头10cm~15cm（以便置入阴道后取出），经高压消毒后浸入上述浓缩液中饱吸即成灭滴栓。每晚睡前阴道内上灭滴栓1个，次日晨取出，连上14天为1个疗程。

〔功用〕清热利湿，杀虫止痒。主治滴虫性阴道炎。

〔疗效观察〕治疗3676例，病程最短1个月，最长20余年。用药后近期疗效：3201例治愈，155例好转，320例无效，总有效率为91.3%。远期疗效：2年后将治愈者随机抽样80例，其结果镜检阴性58例，占72.5%；镜检阳性者22例，占27.5%<sup>〔2〕</sup>。

### (3) 狼牙汤

〔组成〕狼牙适量。

〔用法〕将狼牙洗净，晒干，剪碎，用6倍~8倍量的水煎煮2次，每次2小时，合并煎

液减压浓缩至1:1的浓度,加95%乙醇至含醇量达70%,冷藏24小时,滤过,滤液减压回收乙醇至无醇味,加蒸馏水调成1ml相当1g生药的棕色透明液,再加1%苯甲酸钠,调pH为6.0,装入5ml小瓶中即成。治疗组用狼牙汤,先用消毒干棉球将白带擦干净,然后把狼牙汤灌入阴道,再用特制带线干棉球塞入阴道,保留8小时,每日1次,每次5ml;对照组用灭滴灵,每次2片(0.4g),每日1次,两组均用药7天。

〔功用〕杀虫止痒。主治滴虫性阴道炎。

〔疗效观察〕以狼牙汤治疗滴虫性阴道炎100例,结果痊愈74例,显效10例,好转9例,临床治愈率为74%,总有效率为93%。灭滴灵组65例,痊愈33例,显效8例,好转13例,临床治愈率为51%,总有效率为83%。两组临床治愈率和总有效率经统计学处理均有显著性差异。经化验白带,狼牙汤组用药后转阴87例,占87%;灭滴灵组转阴46例,占70.8%,经统计学处理表明,狼牙汤杀灭滴虫作用明显优于灭滴灵( $P<0.01$ )<sup>[3]</sup>。

#### (4) 苦参散

〔组成〕苦参、蛇床子、黄连、黄柏各30g,川椒、枯矾各10g,冰片3g。共为细末消毒备用。

〔用法〕每次上药前先用3%小苏打液或1:1000新洁尔灭液洗净外阴及阴道,上药后换干净内裤,每日1次~2次,5次为1个疗程。

〔功用〕清热燥湿,杀虫止痒,解毒止痛,防腐消肿。主治霉菌性阴道炎。

〔疗效观察〕共观察63例,结果:痊愈(症状体征消失,涂片镜检转阴)60例,占95%;显效3例,占4.8%。镜检真菌转阴最少治疗5次,最多治疗26次,多数治疗10次左右即愈<sup>[4]</sup>。

### (三) 中西医结合治疗

阴道炎的治疗主要是增加阴道的抵抗力和抑制病原体生长,以局部治疗为主。因此,在分型论治的基础上,还应结合妇产科检查以及实验室检查,查明病原体,从而使治疗更有针对性。根据各种阴道炎pH值的不同,可先采用酸性(乳酸、醋酸或高锰酸钾)或碱性(小苏打)溶液作阴道冲洗,改变阴道酸碱度,造成不利于病原体生长繁殖的条件。西药放入阴道或口服虽有较好的疗效,但是有某些禁忌症或副反应,如灭滴灵口服可有恶心呕吐,孕妇服用可致畸胎;雌激素口服或阴道用药可引起阴道出血,对患乳腺或生殖器肿瘤及可疑者禁用。崔氏<sup>[5]</sup>报道用滋阴补肾,清热利湿中药内服,灭滴灵栓外用治疗老年性阴道炎取得良好疗效。认为滋阴补肾中药有类似雌激素样作用,能调整绝经期后机体阴阳平衡,增强自身的抵抗力;局部用灭滴灵栓以杀灭和抑制细菌的生长。中西医并用,标本同治,安全有效。

## 五、预防

### (一) 未病先防

#### 1. 注意饮食起居

中医学认为,过食肥甘厚味,可伤脾壅湿,湿蕴化热,下注于阴,则发带下阴痒。不节房事,感染病虫,虫蚀阴中,亦可致阴痒带下。故朱丹溪提出“必须断厚味”;亦有人指出“带下宜首禁房事”。另外,不要久坐久卧湿地,尽量减少水中作业,以免外湿内侵;采取有

效的避孕措施，避免流产手术损伤冲任而致湿热邪毒侵入。

## 2. 讲究卫生

注意外阴清洁，勤换内衣裤，清洗外阴及洗涤内裤应单独一盆，不与他人合用。幼儿尽早穿合裆裤，以减少感染机会。

## 3. 杜绝传播途径

加强卫生宣传，消灭传染源，开展普查普治，发现滴虫、霉菌患者积极治疗。禁止患者进入游泳池，提倡淋浴，不洗盆浴。妇产科检查一人一垫，医疗器械应严格消毒，防止交叉感染。

## 4. 合理用药

合理应用广谱抗生素及激素，积极治疗糖尿病。霉菌性阴道炎常与身体其他部位的霉菌并存或交叉感染，由于皮肤瘙痒而搔抓，可使手指带菌，故对其他部位的霉菌感染如足癣、灰指甲等应积极治疗。

## (二) 既病防变

阴道炎可导致不孕，若上行感染，可造成盆腔炎。预防变证的关键是积极治疗阴道炎。当发觉白带量增多，颜色、性状发生改变，有臭味，或阴部瘙痒时，不要乱用药物，应及时到医院就诊，经检查化验后，在医生的指导下用药。患病期间禁止性生活，以防加重病情或发生变证。

## (三) 病后防复

因阴道内皱折较多，病原体不易被彻底杀死，月经期常复发，因此治疗后即便找不到病原体，也应在每次月经后用药1个疗程，连续3个周期。内裤及洗涤用的毛巾应煮沸5分钟~10分钟，以消灭病原体。患者的丈夫应同时接受治疗，否则还会通过性生活再次感染。

## 参 考 文 献

- 1 胡卿发. 猪胆汁提取物治疗滴虫性阴道炎 152 例. 北京中医, 1988, (3): 26
- 2 许耀恒, 刘爱梅, 熊丽清, 等. 灭滴栓治疗滴虫性阴道炎 3676 例疗效观察. 福建中医药, 1990, 21 (5): 13
- 3 赵云芳, 刘茂林, 冀春如, 等. 狼牙汤治疗滴虫性阴道炎 100 例临床观察. 北京中医学院学报, 1992, 15 (5): 50
- 4 王淑芬. 苦参散治疗霉菌性阴道炎 63 例体会. 中国中西医结合杂志, 1985, 5 (10): 630
- 5 崔连. 中西医结合治疗老年性阴道炎 91 例. 辽宁中医杂志, 1992, 19 (4): 27

### 第三节 子 宫 颈 炎

#### 一、概述

子宫颈炎是生育年龄女性的常见病,有急性与慢性两种。急性子宫颈炎常与急性子宫内膜炎或急性阴道炎同时发生。慢性子宫颈炎较急性子宫颈炎为多,是妇科疾病中最常见的一种,依病理改变不同又分为:宫颈糜烂、宫颈息肉、宫颈腺体囊肿、宫颈肥大、子宫颈管炎等,其发病率约占已婚女性半数以上。

中医学无子宫颈炎的病名记载,但在“带下病”中有类似子宫颈炎症状的叙述,所以在讨论带下病时,把子宫颈炎亦常列入带下病的范畴。带下之名首见于《内经》,《素问·骨空论》中说:“任脉为病,女子带下瘕聚。”隋代巢元方《诸病源候论》则首次提出“带下病”的名称,并指出带下有青、黄、赤、白、黑五色,这对以带下颜色进行辨证有一定的临床意义,并为分证论治开创了先例。其后历代医家对该病的认识逐步完善,明确了病因病机,确立了辨证论治原则及行之有效的治疗方法。

#### 二、病因病理

##### (一) 西医病因病理

###### 1. 病因

(1) 损伤流产或分娩可引起宫颈裂伤,容易受到病原体的侵袭而造成宫颈炎。宫腔手术操作时器械损伤宫颈,亦会导致炎症。

(2) 病原体多由化脓性细菌如葡萄球菌、链球菌及大肠杆菌直接感染宫颈,或继发于子宫内膜或阴道的感染。淋病双球菌、病毒及滴虫均会引起宫颈炎。

(3) 化学物质高浓度的酸性或碱性溶液冲洗阴道,或腐蚀性较强的药物制成的片剂、栓剂置入阴道,会造成宫颈炎。

###### 2. 病理

(1) 急性子宫颈炎子宫颈充血,宫颈管粘膜水肿,组织学检查可见血管扩张、充血,宫颈粘膜、粘膜下组织及腺体周围有大量中性白细胞浸润,腺腔充满脓性渗出物。

(2) 慢性子宫颈炎多于分娩、流产或手术损伤宫颈后病原体侵入而引起。临床上多无急性过程。宫颈阴道部的鳞状上皮层厚,对炎症的抵抗力强。而宫颈管内膜的柱状上皮薄,抵抗力弱,病原体主要侵入颈管内膜即柱状上皮所覆盖的部分。同时由于宫颈管内膜皱襞多,病原体潜藏此处,感染不易彻底清除,而形成慢性子宫颈炎。可有如下几种改变:

① 宫颈糜烂:正常情况下,宫颈表面覆盖着鳞状上皮,颈管内有柱状上皮并含有腺体。慢性炎症时,宫颈表面鳞状上皮脱落,被子宫颈管的柱状上皮取代,因柱状上皮菲薄,血管容易透过来,呈红色病损,称为宫颈糜烂。在炎症初期,糜烂面仅为单层柱状上皮所覆盖,表面平坦,称为单纯型糜烂;后由于腺上皮过度增生,并伴有间质增生,糜烂面凹凸不平而呈颗粒状,称颗粒型

糜烂;如腺上皮及间质增生显著,表面凹凸不平现象更加明显而呈乳突状,称乳突型糜烂。另外在幼女及未婚女性,有时见宫颈呈红色,细颗粒状,形似宫颈糜烂,但事实上并无炎症,是颈管柱状上皮外移,称先天性宫颈糜烂。

②宫颈肥大:慢性炎症长期刺激可使宫颈水肿、充血,腺体和间质增生,宫颈呈不同程度的肥大,可比正常大2倍~4倍。宫颈表面光滑或有糜烂。由于宫颈纤维结缔组织的增生,使宫颈质地变硬。

③宫颈腺囊肿:又称纳氏腺囊肿,在宫颈糜烂愈合过程中,新生的鳞状上皮覆盖了子宫颈腺管口,使腺管口阻塞,或腺管周围结缔组织增生压迫腺管,使腺管变狭窄乃至阻塞;腺体分泌不能正常排出,潴留而形成囊肿。检查时可见宫颈表面大小不等的囊状突起,其内粘液为无色胶冻状,如合并感染则混浊或呈淡黄色。

④子宫颈息肉:因慢性炎症的长期刺激,宫颈管粘膜局部增生,增生的粘膜自基底部向宫颈外口突出而形成息肉。一个或多个不等,色红,舌形或呈水滴状,质软而脆,易出血,蒂细长,常位于宫颈管内。息肉被覆一层柱状上皮,间质为疏松结缔组织,有丰富的微血管,常伴炎性细胞浸润。宫颈息肉的恶变率为0.2%~0.4%。

⑤子宫颈炎:指子宫颈内膜炎。炎症局限于子宫颈管粘膜及粘膜下组织,子宫颈的阴道部分光滑,仅见子宫颈口有脓性分泌物阻塞,宫颈口充血。

## (二)中医病因病机

本病主要表现为白带量增多,并有颜色、质地、气味的异常。因带为阴湿之物,故中医学认为带下病多属湿邪为患。由于湿邪影响任、带,以致带脉失约,任脉不固,形成带下病。湿邪有内湿、外湿之别,外湿指外感之湿邪;内湿一般指脾虚失运,肾虚失固所生之湿。

### 1. 脾虚

脾为中州,喜燥恶湿。饮食不节,劳倦过度,或忧愁思虑,或肝病乘脾,或肾虚不温脾,均可损伤脾气,导致脾虚运化失职,水湿内聚,流溢下焦,伤及任、带二脉,发为带下。清代程国彭《医学心悟》中说:“带下之症……不外脾虚有湿。脾气壮旺则饮食之精华生气血而不生带,脾气虚弱则五味之实秀生带而不生气血。”

### 2. 肾阳亏虚

素体虚弱,或久病伤阳,肾阳不足,阳虚内寒,带脉失约,任脉不固,发为带下。

### 3. 肾阴亏虚

素体阴虚或年老真阴渐亏,或久病失养,肾阴亏耗,阴虚失守,虚火妄动以致任带失固,津液下夺。或阴虚复感湿热之邪,伤及任带而致带下病。

### 4. 湿热下注

经行产后,胞脉空虚,如因摄生不慎,或久居阴湿之地,或因手术损伤,以致湿热乘虚而入,蕴而化热,伤及任、带二脉,发为带下。亦有情志不畅,肝郁化火,木克脾土,致肝热脾湿,伤及任带而成。清代傅山《傅青主女科》说:“妇人忧思伤脾,又加郁怒伤肝,于是肝经之郁火内炽,下克脾土,脾土不能运化,致湿热之气蕴于带脉之间。”



### 三、临床诊断

#### (一) 辨病·西医诊断

##### 1. 症状

白带增多为主要症状,白带通常较粘稠,呈白色,或淡黄色,脓性,有时伴有血丝,甚至有接触性出血。较多的白带刺激外阴,可致外阴瘙痒。如炎症沿子宫骶骨韧带扩散至盆腔,可引起下腹或腰骶痛。另外,炎症可直接蔓延或通过淋巴管扩散,涉及膀胱三角区及膀胱周围的结缔组织,引起小便困难和小腹胀痛,或因尿道内括约肌受刺激而引起尿频和尿急等症状。

##### 2. 体征

检查时可见子宫颈有不同程度的糜烂、肥大,有时质硬,有时可见息肉、外翻及腺体囊肿等病变。

##### 3. 诊断与鉴别诊断

(1)诊断宫颈糜烂是子宫颈炎最常见的病变。根据糜烂面积的大小可分为三度:轻度,指糜烂面小于整个宫颈面积的 $1/3$ ;中度,指糜烂面占整个宫颈面积的 $1/3\sim 2/3$ ;重度,指糜烂面占整个子宫颈面积的 $2/3$ 以上。根据糜烂的深浅程度可分为单纯型、颗粒型和乳突型三型。诊断子宫颈糜烂应同时明确糜烂的面积和深浅,如中度糜烂颗粒型等。

(2)鉴别诊断子宫颈糜烂与早期子宫颈癌从外观上难以鉴别,须做宫颈刮片检查,必要时做活检以明确诊断。

#### (二) 辨证·中医诊断

##### 1. 辨证要点

带下病辨证,首先在于辨别带下的量、色、质、气味。一般来说,带下量多,色白质稠,如唾如涕,绵绵不断者,多属脾虚;量多质薄,清稀如水,兼阴冷者,属肾阳虚;量多质稠,色黄,或黄绿如脓,臭秽,多为湿热下注;带下色赤质稠,多为虚热;带下味腥,多属虚寒;味臭秽者,多属实属热。另外还需结合全身症状及舌脉等进行全面分析,辨其寒、热、虚、实及在脏、在腑等。

##### 2. 辨证分型

###### (1) 脾虚证

〔临床表现〕带下色白或淡黄,量多质粘如涕如唾,无臭,绵绵不断,面色萎黄,纳少便溏,神疲乏力,四肢欠温。舌淡胖,苔白腻,脉缓弱。

〔辨证分析〕脾气虚弱,运化失职,水湿停滞,脾虚气陷,湿浊随之下注,伤及任带,任脉失固,带脉失约,以致湿化带浊从阴门而下,故白带量多,无热故带下色白,无臭气。脾虚化源不足,故面色萎黄。脾虚失运,故纳少便溏。中阳不振则神疲乏力,四肢不温。湿停中焦,则苔白腻。

###### (2) 肾阳亏虚证

〔临床表现〕带下量多,质如鸡蛋清,或清冷如水,绵绵而下无休止。腰酸腹冷,小便频数清长,夜间尤甚。舌质淡,苔薄白,脉沉迟。

〔辨证分析〕肾阳不足,命门火衰,火不温土,寒湿内生,任带失固,故带下量多,清冷如水。

腰为肾之府,肾虚失养,故腰酸。小腹为胞宫所居之处,胞络系于肾,肾阳虚衰,不能温煦胞宫,则小腹有冷感。命门火衰,不能下暖膀胱,故小便频数清长。舌淡,苔薄白,脉沉迟,亦为肾阳不足之征。

### (3)肾阴亏虚证

〔临床表现〕带下色黄或兼赤,质粘无臭,阴户灼热,失眠多梦,头晕耳鸣,五心烦热,咽干口燥,腰膝酸软。舌红,少苔,脉细数。

〔辨证分析〕此证多见于素体阴虚或老年女性。阴虚失守,任带不固而致带下。阴虚内热,灼伤血络,故带下色黄或兼赤,质粘,阴户灼热。阴虚不能潜阳,虚阳上扰则头晕耳鸣,咽干口燥,五心烦热。肾水亏虚,不能上济于心则失眠多梦。舌红少苔,脉细数均为肾阴亏损之象。

### (4)湿热下注证

〔临床表现〕带下量多,色黄,质粘稠,气味臭秽,阴户灼热,瘙痒,小便短赤或伴有腹部掣痛。舌红,苔黄腻,脉濡数。兼肝经湿热者,出现乳房胀痛,头痛口苦,烦躁易怒,大便干结。舌红,苔黄,脉弦数等。

〔辨证分析〕湿热之邪直犯阴中或流注下焦,累及任带二脉,故带下量多,色黄质粘,其气秽臭,阴部瘙痒。湿热稽留,气血阻滞,故局部灼热。湿热累及膀胱,可见小便短赤。舌红苔黄腻,脉濡数为湿热之征。胸胁乳房为肝胃二经所布之处,肝经湿热,伤及脾胃,故出现乳房胀痛,烦躁易怒,口苦。肝经湿热,脉络不通,阻塞清窍,故头痛。湿热内蕴,灼伤阴津,故大便干结。舌红,苔黄,脉弦数为肝郁化火之象。

## 四、治疗

### (一)西医西药治疗

子宫颈糜烂是宫颈炎症中的一种表现,但与宫颈癌的发病有一定关系。积极治疗宫颈炎对于预防宫颈癌有重要意义。Peyton 于 1963 年在治愈的宫颈糜烂病例中,经 1 年~25 年的随访,未发现 1 例宫颈癌,而在未治疗的宫颈糜烂中,宫颈癌的发病率为 0.2%。慢性宫颈炎在治疗前应先作宫颈刮片,排除早期宫颈癌,以免将早期癌误认为炎症而延误治疗。

#### 1. 宫颈糜烂

以局部治疗为主,主要使宫颈表面的柱状上皮坏死脱落,最后为新鲜鳞状上皮所覆盖。

(1)物理疗法 物理疗法是目前治疗子宫颈糜烂疗效较好,疗程最短的方法。一般在月经干净后 3 天~7 天进行治疗,术后 1 周~2 周内阴道有水样或粉色分泌物,一般需 6 周~8 周痊愈。治疗后需注意外阴卫生,禁止坐浴及阴道灌洗。2 个月内禁止性生活。

①电熨:从下阴唇宫颈管内 0.5cm 深处开始,由内向外来回电熨,略超过糜烂面。同法电熨上阴唇。对宫颈腺囊肿,先用针尖刺破,擦去囊液后再行电熨。子宫颈口处一般炎症较重,操作时应稍用力,时间略增加,愈向外用力愈小,时间愈短。电熨后创面涂以 1% 龙胆紫,颈管涂液体石蜡。

②冷冻疗法:系用快速降温装置使病变组织冷冻、坏死、脱落。常用的冷冻剂为液氮,冷冻探头的温度可固定在一 196℃。术中患者痛苦小,术后很少出血,糜烂愈合后很少发生宫颈狭窄。缺点是术后有多量水样白带。冷冻治疗时外周阻力降低,血管呈舒张状态,可引起一时性

血压下降,心血管疾病患者慎用此法。操作前应选好探头,其大小以完全覆盖糜烂面为度,将冷冻机的连接管接好,检查机器性能是否正常,将探头安装好。常规消毒后,将探头置于糜烂面处,用力按压1分钟~3分钟,应待探头自然复温后离开宫颈。

③激光治疗:采用激光使糜烂面碳化结痂,结痂脱落后,创面为新生的鳞状上皮覆盖。多采用二氧化碳激光器,治疗时间同电熨术。操作时先调试激光器,检查出光情况。常规消毒后,将光管头对准糜烂面,距离宫颈3cm~5cm,用平行光束进行照射,自下而上,由外向内,光界超出病灶2mm,病变较深时,应多次反复烧灼才能彻底摧毁病变。

(2)药物治疗适用于糜烂面较小和炎症浸润较浅的病例。局部涂以10%~20%的硝酸银或重铬酸钾溶液。

(3)手术:慢性炎症久治不愈,尤其伴有颈管炎或宫颈严重裂伤外翻者,或疑有早期宫颈癌需做进一步病理检查时,可行宫颈锥形切除术。

## 2. 宫颈息肉

用鼠齿钳钳夹息肉蒂部,摘除息肉,如有出血则压迫止血或在颈口处塞无菌纱布,6小时后取出。蒂较粗者,钳夹后向一个方向旋转取下息肉,断端电灼或重铬酸钾烧灼止血。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### (1) 脾虚证

〔治法〕健脾益气,升阳除湿。

〔方药〕完带汤(《傅青主女科》)。

白术12g,山药12g,人参6g,白芍12g,苍术9g,陈皮9g,黑芥穗9g,柴胡9g,车前子9g(包煎),甘草6g。

〔加减〕①若脾虚湿盛,带稠,痰多,头重,形体肥胖,苔白腻者,加半夏9g,石菖蒲9g,白芥子9g以祛痰燥湿;带多日久不止,舌苔不腻者,可加收涩止带药,如芡实12g,莲须9g,乌贼骨30g,牡蛎30g。

②若症见带多色白,质清稀,腰痛,肢冷,为脾虚及肾,可酌加续断15g,鹿角霜9g,覆盆子9g,金樱子9g以温补肾阳,固涩止带。兼少腹两侧疼痛,胁痛,乳胀,脉弦者,为脾虚肝乘之症,常可转化为肝热脾湿,宜加川楝子9g,香附9g以疏肝。

③如伴大便溏薄,脘闷泛恶者,可用参苓白术散(《和剂局方》)。

人参6g,白术12g,扁豆9g,茯苓12g,山药12g,莲子肉9g,桔梗9g,薏苡仁15g,砂仁6g,甘草6g。

④若湿蕴化热者,症见带下粘稠色黄,治宜清热利湿止带。方用易黄汤(《傅青主女科》)。

山药12g,芡实9g,黄柏9g,车前子9g(包煎),白果9g。

〔分析〕完带汤中人参补气而不碍湿,临床常以党参易之;白术、山药健脾益气;苍术、陈皮运脾燥湿;车前子清利湿邪;柴胡、芥穗既有升阳之效,又与白芍为伍,调肝柔肝防其侮脾。全方选药精当,有治有防,为治脾虚带下首选方之一。傅青主谓:“此方脾、胃、肝三经同治之法,寓补于散之中,寄消于升之内,升提肝木之气,则肝血不燥,何至下克脾土;补益脾土之元,则脾气不湿,何难分消水气。至于补脾而兼以补胃者,由里以及表也。脾非胃气之强,则脾之弱不能旺,是补胃正所以补脾耳。”参苓白术散用治带下病,有淡渗实脾除湿之效。方中人参大补元气;山

药、莲子肉益气健脾和胃以祛湿；白术、茯苓、薏苡仁、扁豆健脾渗湿；炙甘草益气和中；砂仁醒脾和胃，宽胸利气；桔梗载药上行，宣利肺气以布津。诸药同用，则脾健湿运，任带健固，则带病可愈。

### (2) 肾阳亏虚证

〔治法〕温肾固涩止带。

〔方药〕内补丸(《女科切要》)。

鹿茸 1.5g, 菟丝子 12g, 黄芪 9g, 潼蒺藜 9g, 白蒺藜 9g, 肉桂 6g, 桑螵蛸 12g, 肉苁蓉 12g, 制附子 9g, 紫菀茸 9g。

〔加减〕①若小腹冷痛，夜尿多者，加仙灵脾 15g, 仙茅 9g, 巴戟天 12g。

②若大便溏薄，五更泄泻，加补骨脂 9g, 肉豆蔻 9g, 去肉苁蓉。

〔分析〕方中鹿茸、肉苁蓉温补肾阳，益精生髓；菟丝子补益肝肾；黄芪补气；附子、肉桂补命门之火；潼蒺藜温肾壮腰；白蒺藜疏肝熄风；紫菀茸温肺益肾；桑螵蛸收敛涩带。全方共奏温补脾肾，固涩止带之功。

### (3) 肾阴亏虚证

〔治法〕益肾滋阴，清热止带。

〔方药〕知柏地黄汤(《症因脉治》)加味。

熟地 15g, 山茱萸 12g, 山药 15g, 泽泻 12g, 丹皮 9g, 茯苓 12g, 知母 9g, 黄柏 9g, 芡实 15g, 金樱子 9g。

亦可选用愈带丸(《饲鹤亭集方》)。

熟地 15g, 白芍 12g, 当归 9g, 川芎 9g, 黄柏 9g, 椿根皮 12g, 良姜 9g。

〔加减〕①若手足心热，喜冷饮者，可加生地 20g, 女贞子 12g, 玄参 12g。

②潮热心烦者，加青蒿 6g, 柴胡 6g。

③肾虚腰痛者加菟丝子 12g, 女贞子 9g, 旱莲草 12g。

〔分析〕知柏地黄汤中熟地、山茱萸、山药滋肝肾之阴，泽泻、茯苓引热由小便而出，丹皮、知母、黄柏滋阴清热降火，加芡实、金樱子固涩止带。愈带丸中四物养血，黄柏、椿根皮清热除湿止带，良姜活血止痛，无痛可去之。

### (4) 湿热下注证

〔治法〕清利湿热。

〔方药〕止带方(《世补斋·不谢方》)。

茵陈 12g, 山栀 9g, 黄柏 9g, 丹皮 12g, 赤芍 9g, 牛膝 12g, 猪苓 9g, 泽泻 9g, 车前子 9g(包煎), 茯苓 9g。

若症见带下量多，色黄，阴部瘙痒，烦躁易怒，为肝经湿热下注，治以清肝利湿。用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)。

龙胆草 12g, 山栀 9g, 黄芩 9g, 车前子 9g(包煎), 木通 6g, 泽泻 9g, 生地 15g, 当归 9g, 柴胡 9g, 甘草 6g。

〔分析〕止带方中茵陈、山栀、黄柏清热除湿，猪苓、泽泻、车前子利水除湿，茯苓健脾渗湿，丹皮、赤芍清热凉血，牛膝活血，引诸药下行。全方具清热利湿作用。龙胆泻肝汤以龙胆草泻实热，柴胡平肝热，黄芩、山栀清三焦之热，泽泻、木通、车前子利湿邪，用当归、生地养血益肝使泻实而不伤阴，甘草缓中养胃气，全方以清热除湿止带见功。

## 2. 验方治疗

### (1) 三品处方

〔组成〕白砒 45g, 明矾 60g, 雄黄 7.2g, 没药 3.6g。经高温煅烧后, 制成片、杆剂型, 经紫外线消毒后, 供宫颈局部外用。

〔用法〕先用呋喃西林棉球清洗宫颈、阴道, 再用双氧水、酒精分别擦洗宫颈管、宫颈、阴道部, 外敷三品片于宫颈部或插置三品杆于宫颈管, 用凡士林纱布保护阴道穹窿, 再用鹤虱粉(鹤虱粉 30g, 败酱草 30g, 黄柏 30g, 苦参 30g, 冰片 3g。共研细末, 高压消毒后应用)棉球压紧, 以利固定和消炎, 48 小时后换凡士林纱布, 以后每天换鹤虱粉 1 次, 9 天上“三品”药 1 次(一般“三品”药需 2 天~3 天才能溶解, 宫颈组织受药物作用而产生凝固坏死, 一般 5 天~7 天与正常组织形成分界线而剥脱)。根据宫颈局部情况一般治疗 2 个月~3 个月。

〔功用〕活血化瘀, 散血消肿, 去腐生新, 止痛生肌。适用于慢性宫颈疾患(包括慢性肥大性宫颈炎, 宫颈赘生物等)。

〔疗效观察〕治疗 135 例, 其中慢性肥大性宫颈炎 63 例, 宫颈赘生物(包括宫颈巨大息肉、宫颈息肉样增殖、宫颈息肉、宫颈或颈管粘膜下小肌瘤)72 例。近期疗效: 135 例中有 2 例宫颈赘生物因故未完成疗程, 实治 133 例, 全部获近期治愈。远期疗效: 110 例进行了 1 年~11 年的定期随访, 其中 61 例肥大性宫颈炎患者宫颈肥大恢复率维持 100%, 宫颈糜烂远期治愈率为 83.81%; 49 例宫颈赘生物中, 45 例痊愈, 占 91.84%, 4 例有小息肉, 占 8.16%<sup>[1]</sup>。

### (2) 黄蜈散

〔组成〕黄蜈散 I 号方: 黄柏 64%, 轻粉 13%, 蜈蚣 7%, 冰片 3%, 麝香 0.7%, 雄黄 12.3%; 黄蜈散 II 号方: I 号方中去麝香; 黄蜈散 III 号方: I 号方中去轻粉; 黄蜈散加减 IV 号方: 硼砂 19.74%, 硃砂 6.58%, 朱砂 19.74%, 炉甘石 19.74%, 冰片 32.89%, 麝香 0.66%, 珍珠粉 0.66%。

将上述各药去杂质, 黄柏、蜈蚣焙干, 分别研成细末, 过 100 目筛后, 按处方中规定的剂量混合配用。药物研好后密闭存藏。乳钵用前应用酒精消毒。

〔用法〕暴露宫颈后, 用干棉球拭净阴道及宫颈分泌物, 在预先制成的专用棉球上, 撒药粉 1g 左右(根据糜烂面大小而定), 用长柄镊子送入阴道, 使药粉面紧贴于宫颈上, 棉球的线头留于阴道外, 待 24 小时后, 患者自行拉出棉球。轻者 1 周上药 1 次, 重者 1 周上药 2 次~3 次。因麝香昂贵, 仅对有核异质细胞的宫颈糜烂患者使用 I 号方; 一般用 II 号方; 对轻粉有过敏者用 III 号方; 对少数颗粒和乳头较大者及糜烂面与周围境界清晰者用 IV 号方。

〔功用〕祛腐生肌, 清热解毒。主治宫颈糜烂。

〔疗效观察〕治疗 970 例, 结果: 治愈 625 例(64.4%); 基本治愈 292 例(30.1%); 好转 43 例(4.4%); 无效 10 例(1.1%)。总有效率为 98.9%<sup>[2]</sup>。

### (3) 愈糜散

〔组成〕川黄连 500g, 枯矾 250g, 青黛 250g, 五倍子 500g, 月石 250g。

〔用法〕上述各药分别研成细末, 经紫外线照射杀菌后备用。用时喷药于局部。

〔功用〕清热燥湿, 解毒祛腐, 收涩止带。主治宫颈糜烂。

〔疗效观察〕共观察 150 例。其中 I 度糜烂 68 例, 全部治愈; II 度糜烂 52 例, 治愈 47 例, 好转 5 例; III 度糜烂 30 例, 治愈 24 例, 好转 4 例, 无效 2 例。总治愈率为 93.3%, 有效率为 98.7%<sup>[3]</sup>。

## 五、预防

及时、彻底地治疗急性生殖器炎症。

分娩时正确处理各产程，避免宫颈裂伤及外翻，产后发现宫颈裂伤应及时缝合。

经常保持阴部清洁卫生，经期、产褥期、流产后尤应注意。提倡淋浴，避免公共浴盆盆浴。注意性生活卫生。

医务人员进行妇产科检查时，应严格防止交叉感染。

饮食有节，勿过食肥甘厚味，以免滋生湿热。

## 参 考 文 献

- 1 熊南华，廖彩森，“中药三品”治疗慢性宫颈疾患的临床和实验研究，中国中西医结合杂志，1993，13（1）：10
- 2 于载骥，何淑兰，张永洛，黄蜈散治疗宫颈糜烂 970 例临床疗效观察，中医杂志，1982，23（6）：25
- 3 王忠平，愈糜散治疗宫颈糜烂 150 例小结，天津中医，1991，（3）：14

## 第四节 盆 腔 炎

### 一、概述

盆腔炎是指女性内生殖器官（子宫体部、输卵管、卵巢）及其周围结缔组织和盆腔腹膜的炎症。盆腔炎为妇产科常见病。炎症可局限于一个器官或局部组织，也可侵犯整个盆腔。主要病原体有需氧菌（如葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、嗜血杆菌）、厌氧菌（如厌氧链球菌、消化球菌、产气荚膜梭状芽孢杆菌）、结核杆菌及淋菌、沙眼衣原体等性传播疾病的病原体。按其临床过程可分为急性与慢性两种。急性炎症发病急，症状重，可引起弥漫性腹膜炎、败血症及感染性休克等严重后果；慢性炎症反复发作，也给患者造成痛苦，影响身体健康。

盆腔炎的传播途径主要有以下几种：

#### （一）经血液传播

如结核菌先侵入肺或其他器官，再经血液传播到生殖器。

#### （二）经淋巴系统传播

病原体经外阴、阴道及子宫颈损伤处的淋巴管侵入盆腔结缔组织，是产褥感染扩散的主要途径。



### (三) 直接蔓延

腹腔中其他脏器感染后，直接蔓延到内生殖器，如阑尾炎可引起输卵管炎。

### (四) 上行性感染

病原体侵入阴道后，沿粘膜上行而感染盆腔器官。如淋球菌、葡萄球菌通过此途径传播。本病在中医古籍中并无专论，其主要临床表现散见于癥瘕、痛经、带下、不孕等病证中。

## 二、病因病理

### (一) 西医病因病理

#### 1. 急性盆腔炎

病因主要为分娩或流产后病原体侵入而感染；宫腔内手术不注意无菌操作而感染；邻近器官的炎症直接蔓延。另外，当身体抵抗力下降时，慢性盆腔炎急性发作而成为急性炎症。按其发病部位和病理变化，又可将急性盆腔炎分为：

(1) 急性子宫内膜炎及急性子宫肌炎 产褥感染和感染性流产后常发生子宫内膜炎。病原菌多为大肠杆菌，其次有副大肠杆菌、葡萄球菌及其他病菌。子宫内膜水肿、充血，重度感染者表面有脓性渗出物，形成溃疡。内膜有大量散在的多核白细胞浸润。如感染侵入肌层则形成子宫肌炎。镜下见子宫肌纤维肥厚，间质充血、水肿，并有炎性细胞浸润。

(2) 急性输卵管卵巢炎 分娩、流产后的感染是常见病因。性生活过频或经期性交、输卵管通液、碘油造影、刮宫手术无菌操作不严以及淋菌感染，均可导致急性输卵管卵巢炎。输卵管粘膜充血肿胀，大量白细胞浸润。炎症迅速蔓延至输卵管壁，最后至浆膜层。输卵管变得红肿、粗大。管腔内的炎性分泌物经伞端外溢，导致盆腔腹膜炎及卵巢周围炎。肿大的输卵管与卵巢紧密粘连形成包块，临床上称附件炎性包块。卵巢虽与输卵管邻近，但因其有坚实的白膜保护，故多表现为卵巢周围炎，卵巢表面充血、水肿，卵巢可稍有增大。

严重的输卵管炎，其粘膜层或浆膜层均可能发生重度粘连而致输卵管伞端闭锁，管腔内的炎性分泌物不能排出，存于管腔内形成输卵管积脓。

(3) 急性盆腔结缔组织炎 内生殖器急性炎症时，或阴道、宫颈有创伤时，病原体可经淋巴管进入盆腔结缔组织而引起结缔组织充血、水肿、中性白细胞浸润。如组织化脓则形成腹膜后脓肿。脓肿可自发破入直肠或阴道。

(4) 急性盆腔腹膜炎 盆腔内器官发生严重感染时，往往蔓延到盆腔腹膜，发炎的腹膜充血、水肿，并有大量的白细胞和浆细胞浸润，渗出含有纤维蛋白的浆液，形成盆腔脏器之间的粘连，甚至脓肿。脓肿可破入直肠或阴道，也可破入腹腔引起弥漫性腹膜炎。

(5) 败血症及脓毒血症 病人抵抗力低下，病原体毒性强时，常发生败血症，如不及时控制，可导致感染性休克甚至死亡。若盆腔感染后身体多处发生脓肿，为脓毒血症。

#### 2. 慢性盆腔炎

多为急性盆腔炎未能彻底治疗，或患者体质差，病程迁延过长所致；也可无急性炎症病史。按其病理变化，也可将慢性盆腔炎分为：

(1) 慢性输卵管炎及输卵管积水 慢性输卵管炎多为双侧性。输卵管各层可有慢性炎性细胞浸润,伞端可部分或完全闭锁并与周围组织粘连。当伞端及峡部粘连闭锁时,浆液性渗出物积聚成输卵管积水;也可能是输卵管积脓变为慢性,脓液被吸收,浆液性液体充满管腔,形成输卵管积水。

(2) 慢性输卵管卵巢炎及输卵管卵巢囊肿 输卵管炎波及卵巢,相互粘连形成炎性肿块。输卵管伞端与卵巢相连、贯通,液体渗出,形成输卵管卵巢囊肿;或输卵管卵巢脓肿,脓液吸收后,形成输卵管卵巢囊肿。

(3) 慢性盆腔结缔组织炎 炎症蔓延至子宫骶骨韧带处,纤维组织增生,变硬;宫颈旁组织也增厚变硬,向外呈扇形扩散,可直达盆腔壁。

## (二) 中医病因病机

### 1. 急性阶段

经行或产后,血室正开,邪毒乘虚而犯胞宫;或因胞宫、阴部手术操作不当,消毒不严,或房事及个人卫生不洁,致邪毒入侵,盘踞下焦;或邪毒入血,播散至胞宫及冲任部位,正邪交争发为本病。

### 2. 慢性阶段

多因急性期治疗不彻底,或患者体弱,病程迁延而致。其病机特点为虚实夹杂。“虚”多因久病耗伤正气,脏腑功能失调,抗病能力下降;“实”则因余邪未尽,气血失和,气机不畅,血瘀胞中,冲任受阻。亦可为湿热下注或寒凝经脉,正不胜邪,成慢性过程。

## 三、临床诊断

### (一) 辨病·西医诊断

#### 1. 急性盆腔炎

(1) 症状 下腹疼痛伴有发热,如病情严重可有高热,寒战,头痛,食欲不振。如有腹膜炎则出现消化系统症状如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。如有脓肿形成,可有下腹包块及局部压迫刺激症状。白带增多,脓性或血性等。

(2) 体征 病人呈急性病容,体温升高,常在 $38^{\circ}\text{C}$ 以上,可高达 $40^{\circ}\text{C}$ 或更高,心率快,腹胀,下腹部有肌紧张、压痛及反跳痛。妇产科检查阴道可有大量脓性分泌物,穹窿有明显触痛。子宫颈充血、水肿,举痛明显。子宫体略大,有时可扪及肿块。子宫旁结缔组织炎时,在子宫一侧或双侧可触及有压痛的片状增厚或两侧子宫骶骨韧带高度水肿增粗。有脓肿形成且位置较低时,可扪及后穹窿或侧穹窿有肿块且有波动感。

(3) 实验室及其他检查 血常规化验白细胞总数及中性白细胞均明显增高,血沉增快。血和子宫颈管分泌物培养(包括厌氧菌培养)及药物敏感试验对临床有一定参考价值。怀疑有盆腔脓肿时,可做后穹窿穿刺,如抽出脓液即可确诊。盆腔脓液培养可明确感染病灶的病原体类型。B型超声波检查可发现盆腔包块,内为多种回声区。

(4) 诊断与鉴别诊断 根据病史如分娩、流产、宫腔手术操作及经期性交史,结合症状和体征可作出诊断。但重要的是找致病菌,为治疗提供方便。除血、尿常规化验外,需做子

宫颈管分泌物培养。如怀疑败血症或脓毒血症时,则行血培养及药物敏感试验。

急性盆腔炎应与急性阑尾炎、异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转或破裂等急腹症相鉴别。

①急性阑尾炎:右侧病灶较为严重的急性输卵管卵巢炎易与急性阑尾炎相混淆。后者起病前常有恶心、呕吐或腹泻,而前者则少有此症状。急性阑尾炎的体温与周围血白细胞的升高程度一般不如急性盆腔炎明显。如诊断不能肯定,应尽早作剖腹探查。

②异位妊娠或卵巢黄体破裂:临床上亦表现有腹部剧烈疼痛,常有不规则阴道出血。检查时宫旁触痛明显,且多有宫颈举痛,与急性输卵管卵巢炎有相似之处。但前两者常伴有不同程度的内出血现象,一般无发热,白细胞总数多在正常范围内,血红蛋白及红细胞数降低。后穹窿穿刺可抽出陈旧性不凝固血液。

③卵巢囊肿蒂扭转:可出现急性下腹部疼痛,伴恶心、呕吐。多突然发病,并与体位突然改变有关。有的患者有盆腔包块史。妇产科检查一侧附件区触及包块,表面光滑,触痛明显,同侧子宫角有明显压痛。

## 2. 慢性盆腔炎

(1) 症状 主要是下腹及腰痛。由于慢性炎症形成粘连及盆腔组织充血而引起下腹坠胀、疼痛及腰骶部痠痛,尤其在性交后,劳累,排便时及月经前后以上症状加重。可能有白带增多,盆腔瘀血时可有月经量增多。输卵管粘连阻塞可致不孕。全身症状多不明显,可有疲乏、周身不适,失眠等,有时有低烧。当患者抵抗力下降时则有急性发作。

(2) 体征 妇产科检查子宫常呈后位,活动受限。如为输卵管炎,可触及一侧或双侧增粗呈索条状的输卵管,伴有压痛。如为输卵管积水或输卵管卵巢囊肿,可在盆腔扪及与周围粘连的囊性肿物。盆腔结缔组织炎时,在子宫一侧或双侧可触及有压痛的片状增厚,或子宫骶骨韧带增粗变硬,有压痛。

(3) 诊断与鉴别诊断 根据病史及临床表现诊断多不困难。需与子宫内膜异位症、卵巢肿瘤等鉴别。盆腔子宫内膜异位症在宫颈的后上方或骶韧带处扪及一个或多个质硬的结节,有触痛,月经期结节增大,压痛明显,有助于鉴别。必要时可做腹腔镜检查辅助诊断。输卵管积水、输卵管卵巢囊肿应与卵巢赘生性囊肿相鉴别。前者有盆腔炎史,包块多为腊肠样,囊性,壁薄,周围有粘连。卵巢囊肿无炎症病史,包块多呈圆形或椭圆形,表面光滑活动。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

本病初起以下腹疼痛拒按,带下量多,高热寒战为主症。此为邪毒壅盛,正气未衰,正邪交争之结果,属实证。若治不及时,热毒之邪可入血分或营分。实证阶段治不彻底或患者体质较差,病程迁延,正气不足,邪气滞留,气滞血瘀,或湿热内侵,正不胜邪,则出现虚实夹杂证。症见腹痛,低热起伏,纳差,腰酸痛。寒湿客于胞中者,则见下腹或腰骶冷痛等。

### 2. 辨证分型

#### (1) 热毒壅盛证

〔临床表现〕高热寒战,头痛身痛,下腹疼痛拒按,带下量多,色黄或赤白相兼,质稠味臭,恶心纳差,口干喜冷饮,尿黄便结。舌红,苔黄厚或黄腻,脉滑数或洪数。

〔辨证分析〕热毒之邪乘虚入胞,与血相搏,邪正交争,致令发热,头身疼痛。热毒壅遏下腹则下腹疼痛拒按。热毒蕴蒸,损伤任、带、血、气,故带下色黄或赤白相兼,质稠味臭。

热邪上扰胃府，则恶心食少。热毒伤津，故口干，喜冷饮，尿黄便结。舌脉为热毒蕴蒸之象。

#### (2) 湿热蕴结证

〔临床表现〕低热起伏，腰酸腹痛，经期及劳累后疼痛加重，带下量多，色黄质粘有臭味，经行先期而量多，胸闷纳呆，口中粘腻，尿黄，大便秘结或溏而不爽。舌红，苔黄腻，脉濡数。

〔辨证分析〕热毒壅盛时治疗不彻底，邪气留连未尽而与湿结，或湿热直犯，留连不去，故低热起伏。湿热留滞冲任、胞宫，故腰酸腹痛。湿热累及任带二脉，故带下异常。伤及冲任，故月经先期而量多。湿热内阻则胸闷纳呆，口中粘腻。舌红苔黄腻，脉濡数均为湿热蕴结之象。

#### (3) 气滞血瘀证

〔临床表现〕下腹坠胀疼痛，或刺痛，痛处固定，腰骶酸痛，肛门坠胀不适，性生活、排便及劳累后加重，经色黯红，有血块，经前乳房胀痛，盆腔检查可有癥瘕存在，或有不孕。唇舌紫黯或舌边尖有瘀点，脉弦或涩。

〔辨证分析〕急性期治疗不当或治疗不彻底，余邪未尽，瘀积胞中，气机不利，故下腹坠胀疼痛或刺痛。瘀血内阻故经血色黯有块。气机不畅，肝失疏泄，则经前乳房胀痛。瘀久积结成癥，故检查有癥瘕存在。瘀阻冲任，故不孕。舌脉乃气滞血瘀之象。

#### (4) 寒凝气滞证

〔临床表现〕小腹胀痛有冷感，喜热熨，腰骶冷痛，月经延后，量少色黯，带下量多质稀。舌质淡，或有瘀斑，苔白腻，脉沉迟。

〔辨证分析〕病程迁延日久，湿从寒化，或寒客胞中，凝滞经脉，气机不畅，故小腹胀痛有冷感。其证属寒，得热则经脉通，疼痛减，故喜热熨。寒邪伤肾，肾阳亏损，故腰骶冷痛。血为寒凝，运行不畅，则月经延后，量少色黯。寒伤任带，失于固约，则带下量多质稀。舌脉为寒凝气滞之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 急性盆腔炎

(1) 一般支持疗法 应卧床休息，半卧位有利于脓液聚积在子宫直肠陷凹而使炎症局限。给予充分营养及液体摄入，纠正电解质紊乱及酸碱平衡，必要时小量输血。高热时采用物理降温，如腹胀明显可给胃肠减压。尽量减少不必要的妇产科检查，以免引起炎症扩散。

(2) 抗生素治疗 一般在药物敏感试验结果未出来前，若病情不太严重，可选用青霉素、链霉素；若病情严重则需选用广谱抗生素，联合用药效果好，配伍要合理。庆大霉素对抗大肠杆菌效果较好，灭滴灵对厌氧菌有特效，二者可配合应用。细菌培养结果出来后，可根据情况予以更换抗生素。在治疗严重病人时，可加用肾上腺皮质激素，以加强抗生素的疗效，开始时可静脉滴注氢化可的松，以后改用强的松口服，并根据病情逐渐减量，停药时，应先停用激素再停抗生素。

急性盆腔炎在症状消失后应继续给药2周，以巩固疗效。治疗是否彻底可以红细胞沉降

率是否恢复正常作为重要指标之一。症状消失,体温正常,但血沉仍快者,常表示炎症尚未完全被控制。

(3) 手术治疗 有盆腔脓肿形成时,若脓肿位置低,已达盆底,常采用后穹窿切开引流方法。如系腹腔内的脓肿,需剖腹探查将病灶切除。如输卵管积脓,或输卵管卵巢脓肿,经48小时~72小时的抗生素治疗后,即可进行手术切除。如突然腹痛加剧,高热寒战,恶心呕吐,腹胀拒按或有中毒性休克表现,应怀疑有脓肿破裂,需立即剖腹探查。

急性盆腔炎的预后有以下几种:

①痊愈:病人抵抗力强,病原体的致病力较弱,或治疗及时恰当,病原体可完全被消灭,坏死组织及炎性渗出物被吸收,组织结构和功能都恢复正常,可不留任何痕迹。

②转为慢性炎症:如炎症未治疗或治疗不及时,不彻底,或病原体对药物不敏感,身体防御机能与病原体相持,则炎症可长期存在,成为慢性过程。当身体抵抗力降低时,也可再呈急性发作。

③扩散与蔓延:如病人抵抗力低,或病原体致病力强,则炎症可经淋巴和血液扩散,或蔓延到邻近器官组织,严重者可形成败血症或脓毒血症而危及患者生命。

## 2. 慢性盆腔炎

(1) 一般治疗 加强营养和体格锻炼,增强体质,提高机体的抵抗力。消除思想顾虑,增强治疗信心。可肌注胎盘组织液,每次2ml,每日1次~2次,10天为1个疗程。

(2) 物理治疗 可促进盆腔器官和组织的血液循环,改善组织的营养状况,以利炎症的吸收和消退。常用超短波、直流电药物离子导入、微波等。

(3) 侧穹窿封闭 青霉素40万IU及链霉素0.5g溶于0.25%~0.5%的普鲁卡因20ml中,也可加入透明质酸酶1500IU或醋酸可的松25mg~50mg,每日1次,6次~7次为1个疗程。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

根据腹痛的性质、部位、程度、持续时间,结合有无发热,带下情况、月经情况、全身状况、舌象、脉象及有关检查,辨其寒、热、虚、实之属性。急性期属实属热,治疗宜攻宜清解;慢性期虚实夹杂,宜攻补兼施。

#### (1) 热毒壅盛证

〔治法〕清热解毒,凉血化瘀。

〔方药〕银翘红酱解毒汤(上海中医学院方)合大黄牡丹皮汤(《金匱要略》)。

银翘红酱解毒汤:

金银花30g,连翘15g,红藤20g,败酱草15g,薏苡仁30g,丹皮12g,山栀9g,赤芍15g,桃仁9g,延胡索12g,川楝子9g,乳香9g,没药9g。

大黄牡丹皮汤:

大黄9g,丹皮12g,桃仁9g,冬瓜仁15g,芒硝9g。

〔加减〕①带下量多,臭秽者,加黄柏9g,茯苓9g,车前子12g以清热利湿。

②热入营血者,可见高热寒战,烦躁不眠,斑疹隐隐,时有谵语,宜用清营汤(《温病条辨》)。



水牛角 30g, 生地 30g, 玄参 15g, 竹叶心 9g, 麦冬 12g, 丹参 15g, 黄连 9g, 连翘 15g, 金银花 30g。

③若热毒炽盛, 内陷心包, 症见高热不退, 神昏谵语, 甚或痉厥, 可用清营汤送服安宫牛黄丸(《温病条辨》)或紫雪丹(《和剂局方》)以清热解毒, 开窍安神。

〔分析〕银翘红酱解毒汤以金银花、连翘、红藤、败酱草为主药清热解毒; 桃仁、乳香、没药、赤芍通络活血以行滞; 丹皮、山梔凉血和血; 延胡索、川楝子行气止痛; 薏苡仁除湿止带, 全方共奏清热解毒祛瘀之功。大黄牡丹皮汤中大黄、芒硝泻郁热结聚, 清热解毒, 软坚散结; 丹皮清热活血; 桃仁活血散瘀; 冬瓜仁清湿热, 排脓散结消痈。

#### (2) 湿热蕴结证

〔治法〕清热除湿, 活血化瘀。

〔方药〕银甲丸(成都中医学院方)加减。

金银花 20g, 连翘 12g, 红藤 20g, 蒲公英 15g, 茵陈 15g, 紫花地丁 9g, 升麻 6g, 大青叶 9g, 椿根皮 9g, 桔梗 9g, 生蒲黄 9g, 琥珀末 1g(冲服), 鳖甲 15g(先煎)。

〔分析〕本方以金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、红藤、大青叶、升麻等清热解毒药为主, 茵陈、椿根皮清热除湿, 生蒲黄、琥珀活血化瘀, 鳖甲清热滋阴, 软坚散结, 桔梗清热排秽。全方共奏清热除湿化瘀之功。

#### (3) 气血瘀滞证

〔治法〕活血化瘀, 理气止痛。

〔方药〕膈下逐瘀汤(《医林改错》)。

当归 12g, 川芎 9g, 赤芍 12g, 桃仁 9g, 枳壳 9g, 延胡索 9g, 五灵脂 9g, 丹皮 12g, 乌药 9g, 香附 9g, 甘草 6g。

〔加减〕①腹痛较重者用活络效灵丹(《医学衷中参西录》)加味。

当归 12g, 丹参 20g, 乳香 9g, 没药 9g, 延胡索 12g, 白芍 15g, 香附 9g, 甘草 6g,

②盆腔有包块者, 宜桂枝茯苓丸(《金匱要略》)加味。

桂枝 9g, 茯苓 12g, 桃仁 9g, 赤芍 12g, 丹皮 12g, 三棱 9g, 莪术 9g, 香附 9g, 没药 9g, 山楂 9g, 海藻 12g, 昆布 12g。

③气虚者, 加黄芪 30g, 党参 18g。

④腰痛者, 加桑寄生 15g, 续断 15g, 杜仲 12g。

〔分析〕因瘀血内停, 阻碍气机, 故以桃仁、红花、赤芍、川芎、丹皮活血行瘀; 香附、枳壳、乌药调畅气机; 延胡索、五灵脂化瘀止痛; 甘草缓急调和诸药。全方不仅行血分瘀滞, 又能解气分郁结, 合而用之, 使瘀去气行, 则诸症可愈。

#### (4) 寒凝气滞证

〔治法〕温经散寒, 行气化瘀。

〔方药〕少腹逐瘀汤(《医林改错》)加味。

小茴香 9g, 干姜 6g, 延胡索 12g, 没药 9g, 当归 12g, 川芎 9g, 肉桂 6g, 赤芍 12g, 蒲黄 9g, 五灵脂 9g, 木香 9g。

〔加减〕①手足不温, 而色㿠白者, 加附子 9g, 杜仲 9g。

②兼少腹两胁胀痛者, 加川楝子 12g, 橘核 9g, 郁金 12g。

〔分析〕方中肉桂、干姜、小茴香善于温通下焦以散寒除湿; 当归、川芎、赤芍活血行瘀;



延胡索、五灵脂、蒲黄、没药化瘀止痛；木香行气。全方共奏温经化瘀之功。

## 2. 验方治疗

### (1) 益气化瘀治带汤

〔组成〕生黄芪 15g~30g，失笑散 15g（包），红藤 30g，桃仁、红花、丹皮、枳实、制大黄各 10g，生苡仁 30g。

〔用法〕上药水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕益气扶正，佐以化瘀清热。主治慢性盆腔炎。

〔疗效观察〕治疗 116 例，随机分为甲、乙两组。甲组 86 例，以上方治之，结果痊愈 43 例，显效 26 例，好转 16 例，无效 1 例，总有效率为 98.8%；乙组 30 例，以上方去黄芪治之，痊愈 7 例，显效 9 例，好转 11 例，无效 3 例，总有效率 90%。经统计学处理，甲组疗效优于乙组，表明加用黄芪能提高疗效<sup>[1]</sup>。

### (2) 妇炎康

〔组成〕当归 25g，丹参 25g，赤芍 15g，延胡索 15g，川楝子 15g，三棱 15g，山药 30g，芡实 25g，土茯苓 25g，香附 10g。湿热瘀结型加黄柏 15g，苦参 15g；寒凝气滞型加炮姜 10g，茴香 10g。

〔用法〕以上各药按比例配方制成蜜丸，每丸 10g，每日 3 次口服，每次 1 丸，1 个月为 1 疗程。

〔功用〕活血化瘀，软坚散结，清热解毒，消积止痛。主治慢性盆腔炎。

〔疗效观察〕446 例患者经妇炎康治疗，临床痊愈 247 例，其中怀孕者 10 例，占 53 例不孕症者的 18.9%；好转 176 例；无效 23 例；总有效率 94.9%。实验结果提示，妇炎康治疗慢性盆腔炎的机理是多方面的，主要与它能抑制结缔组织增生，增强纤维蛋白溶解酶活性等作用有密切关系<sup>[2]</sup>。

### (3) 消化膏

〔组成〕炒干姜 30g，草红花 24g，肉桂 15g，白芥子 18g，麻黄 21g，胆南星 18g，生半夏 21g，生附子 21g，红娘子 3g，红芽大戟 3g，香油 2.5kg。

将上药用香油炸枯去渣，然后按每 500g 对入章丹 240g，即成膏油，再按每 750g 油对入麝香 4g，藤黄面 30g，摊成膏药，大膏药每张重 6g，小膏药每张重 3g。

〔用法〕下腹部微痛者，用小膏药微火温化后贴归来、水道穴，两侧穴位交替使用；以腰痛为主者，贴命门、肾俞、气海俞、阳关；腰骶坠痛者，贴关元俞、膀胱俞、上髂、次髂穴；有炎性包块者，用大膏药贴敷于局部皮肤上。一般夏季每 12 小时换药 1 次，冬季 2 天换药 1 次。12 次为 1 个疗程，逢月经停用。

〔功用〕温肾助阳，散寒祛湿，活血化瘀。主治慢性盆腔炎。

〔疗效观察〕治疗 301 例，近期痊愈 81 例，显效 130 例，好转 71 例，无效 19 例，总有效率 93.68%。实验室观察，治疗后血液流变学指标：红细胞电泳时间、血浆粘度值比治疗前明显下降，治疗前后有明显差异；机体吞噬细胞吞噬率治疗前较正常人明显降低（ $P < 0.001$ ），治疗后上升，与治疗前比较有显著差异（ $P < 0.001$ ）<sup>[3]</sup>。

### (4) 消症饮加中药保留灌肠

〔组成〕

消症饮：败酱草 15g，白花蛇舌草 15g，丹参 15g，海藻 15g，香附 9g，莪术 10g，延胡

索 10g, 穿山甲 6g, 当归 10g, 黄芪 15g。

灌肠方: 蒲公英 12g, 赤芍 12g, 黄柏 12g, 夏枯草 15g, 川楝子 10g。有包块者加三棱、莪术各 10g; 有寒者去黄柏、蒲公英, 加细辛 10g, 小茴香 9g。

〔用法〕消症饮水煎服, 每日 1 剂, 10 天为 1 个疗程。灌肠方水煎浓缩至 50ml~100ml, 每晚排便后灌肠, 保留 60 分钟以上, 10 次为 1 个疗程, 经期暂停。

〔功用〕活血化瘀, 清热解毒, 软坚散结。主治慢性盆腔炎。

〔疗效观察〕将 102 例随机分为两组, 消症饮加灌肠方组 62 例, 单纯消症饮内服组 40 例。根据辨证略作加减。有包块者配合理疗、汤剂药渣外敷; 骶韧带炎者, 局部注液丹参注射液。经治疗 4 个疗程后结果: 消症饮加灌肠组痊愈 12 例, 显效 18 例, 好转 28 例, 显效以上率为 48.4%; 单纯服消症饮组痊愈 3 例, 显效 5 例, 好转 20 例, 显效以上率为 20%。消症饮加灌肠组疗效明显优于单纯消症饮内服组 ( $P<0.001$ )<sup>〔4〕</sup>。

### (三) 中西医结合治疗

急性盆腔炎因病情较重, 如不及时有效地治疗可发展为弥漫性腹膜炎、败血症及感染性休克等, 后果严重。因此宜采用中西医结合治疗。西药采用有效足量的抗生素, 以控制感染, 并可加用肾上腺皮质激素, 以加强抗生素的疗效。中医则以清热解毒, 凉血化瘀为大法。因急性期人体正气未衰, 证属实属热, 遵循“实者泻之”“热者寒之”之旨, 治疗宜攻宜清。又因热毒入胞与血相结, 故又常合化瘀之治。急性期除汤剂内服外, 还可应用清开灵静脉滴注。清开灵具有清热解毒, 镇静安神, 开窍熄风之功, 用于邪热炽盛, 内陷心包, 燔灼营血等症。剂量为 40ml~60ml, 加入 5% 葡萄糖 500ml 中静滴。

慢性盆腔炎因病程较长, 机体正气多有衰减, 无力驱邪外出, 故病势缠绵。抗生素不易到局部, 疗效不佳。中医则可根据不同的证候表现辨证施治, 并可通过汤剂内服, 中药水煎保留灌肠, 中药局部外敷, 复方丹参注射液 10ml~16ml 加入 5% 葡萄糖 500ml 中静脉滴注等多种途径给药, 内外治相结合, 从而达到理想的治疗效果。有报道用中药离子导入治疗慢性盆腔炎, 能使附件病灶局部形成药物离子库, 保持较高的药效浓度, 疗效确切, 方法简便、安全, 病人无痛苦。对符合手术指征者, 以手术治疗为主, 配合中医治疗。

## 五、预防

注意个人卫生及性生活卫生, 做好经期、孕期及产褥期的卫生保健, 以防经期、流产或分娩后感染。

严格掌握妇产科手术指征, 严格做好器械消毒, 注意无菌操作, 术后作好护理, 预防感染。

急性盆腔炎应彻底治疗, 防止转成慢性。积极治疗结核、急性阑尾炎等, 以防盆腔感染。锻炼身体, 增强体质, 提高抗病能力。

## 参 考 文 献

- 1 尚云. 益气化瘀治带汤治疗慢性盆腔炎 116 例. 中国医药学报. 1983, 3 (2): 41
- 2 李华. 董克勤. 曲秀华, 等. 妇炎康治疗慢性盆腔炎临床观察与实验研究. 中国中西医结合杂志. 1986, 6 (4): 222
- 3 刘琨. 白云端. 王唤民, 等. 消化膏穴位敷贴治疗慢性盆腔炎 301 例. 上海中医药杂志. 1987, (3): 2
- 4 潘玉华. 郭育兰. 中药治疗慢性盆腔炎 102 例疗效观察. 中医杂志. 1991, 32 (9): 29

附

## 卫生部《中药新药临床研究指导原则》女性生殖系统炎症诊断标准

女性生殖系统炎症主要有外阴炎、阴道炎、子宫颈炎、盆腔炎。根据炎症所在部位的不同而表现出各种症状, 主要临床表现有外阴瘙痒、疼痛, 甚至溃烂, 阴道分泌物异常, 宫颈糜烂、肥大, 下腹及腰部疼痛等。本病属于中医阴痒、带下、痛经、癥瘕范畴。

## 一、西医诊断标准

## (一) 外阴炎

外阴皮肤瘙痒、疼痛。检查见局部发红, 肿胀, 常有抓痕, 分泌物增多, 有时呈脓性。小阴唇可因受分泌物浸渍而溃烂, 并与对侧粘连, 甚至尿道口和阴道口被粘连的阴唇覆盖, 造成排尿困难。通过检查, 排除滴虫、霉菌、老年性阴道炎及外阴白斑、糖尿病、白塞氏病所引起的外阴痒痛。

## (二) 阴道炎

## 1. 症状

外阴瘙痒、灼痛, 或伴有尿频、尿急、尿痛等尿道刺激症状, 或伴有局部刺激症状。

## 2. 妇产科检查

宫颈及阴道粘膜充血, 分泌物异常; 滴虫性阴道炎分泌物呈黄色泡沫状; 霉菌性阴道炎分泌物为豆渣样; 老年性阴道炎分泌物为脓样或黄水样。

## 3. 实验室检查

滴虫性阴道炎, 在阴道分泌物中显微镜下可找到滴虫; 霉菌性阴道炎在分泌物中可查到霉菌; 阴道清洁度在 I° 以上。

## (三) 慢性宫颈炎

## 1. 症状

白带增多, 呈淡黄色、脓性或带有血性。可有腰痛、骶部痛, 或有接触性出血。

## 2. 妇产科检查

宫颈有不同程度的糜烂 (分为 3 度。轻度: 糜烂面占整个宫颈的 1/3 以内; 中度: 糜烂面占整个宫颈的 1/3~2/3 之间; 重度: 糜烂面占整个宫颈的 2/3 以上)、肥大, 质硬, 有时可见息肉、囊肿等, 或有接触性出血。

## (四) 盆腔炎

## 1. 急性盆腔炎

(1) 症状 高热寒战, 头痛, 食欲不振和下腹痛。有腹膜炎时可伴有消化系统症状, 如

恶心腹痛，腹胀腹泻等；尿道受累时可出现排尿困难，尿频、尿痛；直肠壁受累时可出现腹泻、便秘。

(2) 一般检查 呈急性病容，体温升高（39℃以上），心率快，腹胀，下腹有肌紧张、压痛、反跳痛，肠鸣音减弱或消失。

(3) 妇产科检查 阴道充血，分泌物增多，穹窿触痛及子宫颈举痛明显。子宫体略大，有压痛，子宫两侧附件压痛明显，有时尚可扪及包块。子宫旁结缔组织炎症时，可扪到下腹一侧或两侧有片状增厚。有脓肿存在且位置低时，可扪及后穹窿有肿块且有波动感。

(4) 其他检查 查血常规、尿常规，子宫颈管分泌物培养，后穹窿穿刺可抽出脓液。必要时可配合B超检查。

## 2. 慢性盆腔炎

(1) 症状 下腹及腰痛，下腹坠胀，腰骶部酸痛，常在劳累、性交后或排便时加重及月经前后加重。可伴有低热、月经增多和白带增多。

(2) 妇产科检查 子宫常呈后位，活动受限制或粘连固定，输卵管炎时在子宫一侧或两侧可触及条索状物，并有轻度压痛；盆腔结缔组织发炎时，子宫一侧或两侧有片状增厚、压痛；或在盆腔一侧或两侧摸到包块。

## 二、中医辨证

### (一) 外阴、阴道炎

#### 1. 肝经湿热证

阴部潮红、肿胀，甚则痒痛，坐卧不安，带下量多，色黄如脓，或呈泡沫米泔样，其气腥臭，心烦少寐，口苦粘腻，胸闷不适，纳谷不香，舌红，苔黄腻，脉弦数。

#### 2. 肝肾阴虚证

阴部干涩，灼热瘙痒，或带下量少色黄，甚则如血样，五心烦热，头晕目眩，时有烘热汗出，口干不欲饮，耳鸣腰酸，舌红少苔，脉细数无力。

### (二) 慢性宫颈炎

#### 1. 脾虚证

带下色白或淡黄，质粘稠，无臭气，绵绵不断，面色晄白或萎黄，四肢不温，精神疲倦，纳少便溏，两足跗肿，舌淡，苔白或腻，脉缓弱。

#### 2. 肾阳虚证

白带清冷，量多，质稀薄，终日淋漓不断，腰痛如折，小腹冷感，小便频数清长，夜间尤甚，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉沉迟。

#### 3. 湿毒证

带下量多，色黄绿如脓，或夹血丝，有秽臭气，或小腹痛，小便短赤，口苦咽干，舌质红，苔黄，脉数或滑数。

### (三) 盆腔炎

#### 1. 湿毒壅盛证

高热寒战或不恶寒，头痛，无汗或微汗，下腹疼痛拒按，带下量多色黄，或白或赤白相兼，质稠秽臭，口干喜饮，恶心纳差，小便短少黄赤，大便燥结或不爽，舌质红，苔黄腻，脉滑数或洪数。

#### 2. 瘀毒内结证

余热未除或低热起伏，神疲肢软，小腹胀痛拒按，酸纳差，肛门坠胀，带下黄稠有臭味，大便燥结或不爽，小便黄赤短少，舌质红，苔多黄腻，脉细数。

### 3. 气滞血瘀证

小腹隐痛或胀，腰骶酸楚，当经期或劳累后其症状加重，或带下量多，色黄或白，舌质稍黯，舌苔腻，脉弦细。

## 卫生部《中药新药临床研究指导原则》老年性阴道炎诊断标准

### 一、西医诊断标准

主要症状：阴道分泌物增多，呈黄水状，或为血性，有时为脓性白带。外阴有瘙痒或灼热感。

体征：阴道呈老年性改变，皱襞消失，上皮菲薄，阴道粘膜充血，有小出血点，有时有表浅溃疡。

### 二、中医辨证

#### （一）肝肾阴虚证

阴部干涩、灼热、瘙痒，带下量极少或血样，甚或全无，伴有五心烦热，腰酸，舌红，苔少，脉细数。

#### （二）湿热下注证

阴部瘙痒或痒痛，坐卧不安，带下量多，色黄如脓，质粘稠，甚则血性，有明显臭味，伴有小腹痛，舌质红，苔薄黄或腻，脉濡数或弦数。

## 卫生部《中药新药临床研究指导原则》宫颈糜烂诊断标准

### 一、西医诊断标准

宫颈表面呈红色，是鳞状上皮脱落并被柱状上皮代替后，上皮下血管显露的结果，糜烂面与周围的正常鳞状上皮有清楚的界限，涂碘溶液不着色。根据糜烂面积的大小及炎症程度各分为3种类型。

#### （一）根据糜烂面积分为：

1. 轻度糜烂：宫颈糜烂面少于宫颈面积的  $1/3$ 。
2. 中度糜烂：宫颈糜烂面占整个宫颈面积的  $1/3 \sim 2/3$ 。
3. 重度糜烂：宫颈糜烂面超过宫颈面积的  $2/3$ 。

#### （二）根据炎症程度分为：

1. 单纯型：炎症初期，糜烂面为单层柱状上皮所覆盖，表面平坦。
2. 颗粒型：由于宫颈腺上皮过度增生和间质的增生，糜烂面凸凹不平，呈颗粒状。
3. 乳突型：腺上皮及间质增生明显，表面凸凹不平更为显著，形成乳突状突起。

### 二、中医辨证

#### （一）湿热下注证

带下量多，色黄或白，或呈脓性，腰腹坠胀，或小便淋漓涩痛，或阴痒，口苦咽干，舌红，苔黄或腻，脉滑或弦滑。

#### （二）脾肾亏损证

带下量多，色白，质清稀，绵绵不断，食少神疲，尿频或便溏，腰膝酸软，畏寒，面色

少华或面浮肢肿，舌淡，苔白，脉沉缓或沉弱。

(三) 阴虚火旺证

带下色赤，似血非血，头晕眼花，心悸少寐，心烦口渴，大便干燥，舌绛，少苔，脉细数。

(四) 脾虚带下证

带下色白量多，连续不断，面色萎黄，四肢不温，精神疲倦，食少腹胀，或大便溏薄，或面部、下肢浮肿，舌淡，苔薄白而腻，脉缓而弱。

(五) 血瘀带下证

带下赤白，少腹满痛，行经困难，或一月两潮，舌质紫黯，脉沉涩。

卫生部《中药新药临床研究指导原则》带下诊断标准

一、中医诊断标准

女子带下量明显增多，色、质异常，或有臭气，伴有全身或局部症状者。

二、中医辨证

(一) 脾虚湿注证

1. 带下量多，色白或淡黄，质粘如涕，无臭气；
2. 面色㿔白或萎黄；
3. 神疲懒言，气短；
4. 纳少便溏，腹胀；
5. 四肢欠温；
6. 舌质淡，苔白腻，舌体胖有齿痕；
7. 脉缓而弱。

(二) 肾阴虚证

1. 带下量多，色赤白，质粘，无臭气；
2. 阴部灼热；
3. 头晕耳鸣；
4. 心烦易怒，夜寐不安；
5. 腰酸肢软；
6. 口干欲饮，大便干结，小便黄；
7. 舌质红，苔薄少津；
8. 脉细数。

(三) 冲任虚寒证

1. 带下量多，色白，清稀如水；
2. 腰痛如折，小腹冷；
3. 大便溏薄，小便频数、清长；
4. 面色㿔白；
5. 两足浮肿；
6. 舌质淡胖，苔薄白；
7. 脉沉迟。



#### (四) 湿热蕴结证

1. 带下量多，色黄或黄白相间，质粘稠如豆渣状，有臭气；
2. 外阴瘙痒，或有痛感；
3. 小腹作胀或疼痛；
4. 口苦咽干；
5. 小便短少涩痛；
6. 舌质红，苔黄腻或厚腻；
7. 脉濡细略数。

以上各证中第1项必须具备，兼具其余各项中的3项，即可诊断。

#### 三、西医诊断标准

由各种妇产科炎症所致的阴道分泌物量多，呈脓性、粘稠、水样或混有血性白带，色质异常，或有气味者。

#### 四、临床分度、分级标准

##### (一) 根据阴道清洁度可分3度：

I°：涂片内主要是阴道上皮细胞及阴道杆菌。

II°：涂片内除阴道上皮细胞及阴道杆菌外，可见白细胞及其他杂菌。

III°：涂片内阴道上皮细胞及阴道杆菌很少，其他杂菌及白细胞较多；或只有白细胞及其他杂菌。

##### (二) 根据带下量的多少可分为3级：

I级：阴道分泌物稍多。

II级：阴道后穹窿有堆积分泌物，量多。

III级：全阴道有分泌物并流出阴道外口。

---

## 第七章 子宫内膜异位症

### 一、概述

子宫内膜异位症是指子宫内膜生长在子宫腔以外的任何部位（不包括子宫肌层）而引起的一种病变。异位的子宫内膜其组织结构与正常位置的子宫内膜相同，含有腺体、间质和血管，也受卵巢激素的影响，出现增生或分泌期改变，并产生少量“月经”，从而引起各种临床表现。其主要的临床表现为继发性、渐进性痛经，不孕，盆腔包块等。近50年来，已成为一种发病率日益增高的妇产科常见病而受到重视。

过去曾将子宫内膜异位于子宫肌层者称为内在性子宫内膜异位症，将异位于子宫以外者称为外在性子宫内膜异位症。近来的研究发现二者在病因、发病机制、临床表现及处理原则上均有不同，因此多数学者认为它们是不同类型的两种疾病，而将前者称为子宫肌腺病，将子宫内膜异位于子宫肌层以外任何部位者称为子宫内膜异位症，不再沿用内在性或外在性子宫内膜异位症的名称。

子宫内膜异位症的病灶最常见于盆腔腹膜和盆腔脏器的表面，另外还可见于阴道、外阴、小肠、阑尾、肾、输尿管、脐、胸膜、肺和四肢等处。由于本病多发生在盆腔，如卵巢、子宫骶骨韧带、子宫下段后壁浆膜层以及覆盖于子宫直肠陷凹、乙状结肠的盆腔腹膜等处，故又有“盆腔子宫内膜异位症”之称。因此，凡不特殊指明部位者，均系指盆腔子宫内膜异位症。由异位子宫内膜病变所形成的囊肿称为子宫内膜异位囊肿。

子宫内膜异位症本身并非肿瘤，但它的临床行为和表现却和恶性肿瘤一样增生、浸润、扩散甚至转移。而这种病变的发生、发展和消散，又是在内分泌功能的控制下进行的。

本病在人群中的发病率尚不清楚，一般认为其发病率为7.5%~10%。妇产科腹部手术中，子宫内膜异位症约占8%~30%。不同年代的统计数字表明，国内外的发病率有明显上升趋势，这可能与近年来女性地位提高，妊娠、分娩高龄化与妊娠次数减少，月经初潮低龄化而绝经高龄化，月经次数增多，以及对本病的认识提高和诊断手段如腹腔镜检查，影像检查如B型超声、电子计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)、相关肿瘤标记等的开展有关。

子宫内膜异位症发生的危险因素有：

①年龄：可发生于生育期的任何年龄，常发于25岁~45岁之间，月经初潮前发生者少见，青春期发病率较低，进入更年期后发病率下降，绝经女性为2%~4%，且大多数接受雌激素替代治疗。年龄因素实际反映了卵巢功能在发病中所起的重要作用。

②月经：子宫内膜异位症患者初潮偏早，周期短，经期长，经量多，常伴有痛经，增加了经血倒流的机会。

③孕产史：妊娠期月经停止来潮，无经血倒流。同时在妊娠期大量孕激素的持续作用下，异位的子宫内膜发生蜕膜样改变，以至坏死退缩，故妊娠应能减少该病的发生。

④免疫因素：流行病学的资料表明，子宫内膜异位症患者中，变态反应性疾病的发生率增高。

在中医学中，没有与子宫内膜异位症相对应的确切病名，根据其主要的临床表现，散见于“痛经”“不孕”“癥瘕”“月经不调”等论述中。隋代巢元方《诸病源候论》中描述血瘕“令人腰痛，不可以俯仰，横骨下有积气，牢如石，小腹里急苦痛，背脊疼，深达腰腹下牵，阴里若生风冷，子门癖，月水不时，乍来乍不来，此病令人无子。”其表现与子宫内膜异位症有相似之处。成书于1804年的《古方汇精》说：“凡闺女在室行经，并无疼痛。及出嫁后，忽患痛经，渐至滋蔓，服药罔效。此乃少年新娘，男女不知禁忌，或经将来时，或行经未净，遂而交媾，震动血海之络，损及冲任，以致瘀滞凝结。每致行经，断难流畅，是以作疼，名曰逆经痛。患此难以受孕。”此段论述所描写的主要表现为继发性痛经，进行性加重，且伴不孕的“逆经痛”一病，与子宫内膜异位症颇为符合。清代柳宝诒《柳选四家医案》所描述的“痛经数年，不得孕育，经水三日前必腹痛，腹中有块凝滞……询之闺阁之时无是病，既嫁之后有是疾”与子宫内膜异位症亦相符。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

#### 1. 病因

半个多世纪以来，对本病的成因提出了许多推论与学说，虽然还没有一种学说能圆满解释所有部位的子宫内膜异位症，但多数学者赞同以下几种学说：

（1）子宫内膜种植学说 又称经血逆流学说，1921年由Sampson提出。该学说认为，月经期脱落的子宫内膜碎片可随经血逆流，经输卵管进入盆腔，种植生长，形成子宫内膜异位症。其后许多学者做了大量工作，动物实验和临床对此业已证实。但其亦有一定的局限性，因对盆腔以外的胸膜、肺、腹股沟和腹膜后淋巴结等处的子宫内膜异位症无法解释。

（2）体腔上皮化生学说 1907年由Meyer提出。在胚胎发育过程中，卵巢生发上皮、盆腔腹膜、浆膜、胸膜、阴道直肠膈、腹股沟疝囊、脐等均与子宫内膜同样起源于体腔上皮。这些组织在长期而持续的卵巢激素、慢性炎症、逆流入盆腔的经血等因素的刺激下，可以化生为子宫内膜样组织，而形成子宫内膜异位症。

（3）淋巴及静脉播散学说 1924年Halban提出远离盆腔的子宫内膜异位症可能是经淋巴扩散的。以后有学者在盆腔淋巴结中发现过子宫内膜组织。Sampson在盆腔静脉中找到子宫内膜组织，认为淋巴结、胸膜和四肢等处的子宫内膜异位症是经血行播散的。1952年Javert基于以上理论和他本人的发现，提出子宫内膜异位症的良性转移学说，认为子宫内膜组织可以像恶性肿瘤一样，先侵入子宫肌层或肌束间的淋巴管及微血管，然后向邻近器官、盆腔淋巴结以及远处转移。事实上远处器官发生子宫内膜异位症相当罕见，因此该说法尚难定论。

（4）直接移植 在早、中期妊娠剖宫取胎，宫颈电熨、锥切、冷冻或刮宫损伤后，以及产后会阴切开或修补手术等情况下，直接将子宫内膜带至腹壁手术切口或宫颈、阴道、会阴

伤口等处,直接移植的子宫内膜可能形成子宫内膜异位症。

另外,输卵管通气或通水、子宫输卵管碘油造影、人工流产负压吸引术等,均有可能将子宫内膜送入盆腔,造成医源性种植。

(5) 免疫学说 正常经血逆流常见,但仅有少数人的子宫内膜组织可以种植成功而发展为子宫内膜异位症。故有学者提出,子宫内膜异位症的发生与免疫机制有关。研究发现在子宫内膜异位症病灶周围有补体存在,在患者体内发现有抗原存在,且大部分患者T淋巴细胞明显减少,血清中C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>明显升高,二者减少和升高的程度与病情严重程度成正比,故认为子宫内膜异位症的产生可能由于遗传因素反映的受主免疫功能障碍引起,其发病迟早和病情轻重与免疫功能低落程度有关。

(6) 未破裂卵泡黄素化(LUF)学说 在腹腔镜检查逐步广泛以来,发现在子宫内膜异位症患者中,有一部分为无排卵月经,有一部分在血清学检查、子宫内膜检查、基础体温测定等均显示已排卵,然而腹腔镜检查却发现虽有卵泡发育,但并无排卵,故提出了LUF学说。正常女性排卵后,腹腔雌、孕激素的浓度很高,使逆流的内膜细胞退化,而LUF女性腹腔液中雌、孕激素浓度低下,失去对随经血逆流至腹腔的子宫内膜细胞的抑制作用,使其宜于种植而发生子宫内膜异位症。

总之,子宫内膜异位症很可能是多种因素所造成的,目前还难以用一种理论来解释其成因,需要今后进一步研究来解开子宫内膜异位症之谜。

## 2. 病理

子宫内膜异位症的主要病理变化为异位内膜周期性出血和周围组织纤维化。

(1) 巨检 初期病灶较表浅,往往表现为紫蓝色或深褐色斑点,散布于卵巢、子宫直肠陷凹、子宫骶骨韧带及子宫下段后壁等处。单个病灶直径一般不超过0.5cm,周围有纤维组织增生,触之有硬结感。病情继续发展,异位的内膜反复脱落出血,病灶内积血逐渐增多,周围纤维组织增厚,硬结,最后形成大小不等的包块,称为内膜瘤。卵巢是子宫内膜异位症最常见的部位,病变常为双侧性。病灶深入卵巢实质,形成囊肿,一般中等大小,直径多在10cm以下,壁厚而韧,囊内含粘稠的棕褐色或巧克力样陈旧积血,故临床上又称之为巧克力囊肿,囊肿可自然破裂,如破口较小,则仅流出少许囊液,引起局部炎性反应,继而产生的纤维组织增生将破口封闭。由于纤维组织增生,囊壁常与盆底、子宫后壁及阔韧带后叶紧密粘连,固定于盆腔,手术分离时常致囊肿破裂,囊肿内壁可见到粗糙的铁锈色斑块。子宫直肠陷凹是盆腔的最低处,也是子宫内膜异位症的好发部位之一。病变可波及子宫浆膜面,随病程的进展,直肠与子宫后壁逐渐形成粘连,子宫直肠陷凹变浅,甚至完全消失,使子宫后屈固定。病变累及子宫骶骨韧带时,局部形成单个或多个结节,盆腔检查时易扪及。

(2) 镜检 典型的子宫内膜异位症在组织切片上除可见到子宫内膜腺体与间质以外,还有红细胞及吞噬了大量含铁血黄素的巨噬细胞或游离的含铁血黄素,病变周围伴有纤维结缔组织增生和炎细胞浸润。较大的异位囊肿因病程较长,异位内膜反复脱落出血,囊内压力增高,压迫囊壁使之萎缩,故见不到上述典型结构,只能结合临床进行判断。异位内膜虽与正常位置的子宫内膜同样受到卵巢激素的影响,呈增生与分泌反应,但其反应的程度与正常位置的子宫内膜并不完全一致,两者的组织相改变可出现不同步现象。异位内膜对激素的反应不如正常子宫内膜敏感,特别是对孕酮常缺乏反应。

(3) 恶变 异位的子宫内膜极少恶变,如有发生,常是卵巢内膜异位囊肿恶变为内膜样

腺癌或腺角化癌，或透明细胞癌。

## （二）中医病因病机

近10多年来，广大中医药工作者对本病的病因病机进行了探讨，多数认为本病与血瘀有关。异位内膜与正常位置的子宫内膜都接受卵巢激素的调节，发生增殖和分泌的周期性变化。子宫内膜周期性脱落和出血，是冲、任和胞宫正常“藏”“泄”的功能表现，这种出血经阴道排出体外形成月经，构成了女性的生理特点之一。而异位的内膜组织由于生长在子宫腔以外的部位，其出血是离经之血，既不能循脉道，又无法排出体外，积于盆腔或其他部位，导致血瘀证。血瘀是产生子宫内膜异位症症状和体征的关键。血脉凝涩，经络留滞，隧道闭塞，冲任气血不通，故出现痛经。血不循经，留于脉外，成为离经之血，日久不散，结而成癥。冲任胞脉因血瘀而功能失调，加之癥积形成，阻碍精卵相遇，故可导致不孕。血瘀于内，新血不得归经，又常致月经过多等月经失调表现。血瘀的形成多与肝郁气滞、寒邪凝涩、肾虚或湿热有关。

### 1. 气滞血瘀

七情内伤，肝郁气结，疏泄失职，气机不利，血行不畅，瘀阻胞中、胞脉，不通而痛，发为痛经。瘀血停留日久不能排出，聚而成癥。瘀血阻滞，冲任胞宫功能失调，可致月经不调及不孕。

### 2. 寒凝血瘀

素禀阳虚，阴寒内盛，或新产、流产后，或经行之时，不知谨避，感受寒邪，阴寒之邪客于胞宫、冲任，血为寒凝，运行迟滞，冲任气血不利而发病。

### 3. 肾虚血瘀

先天肾气不足，阳虚不能温煦冲任、胞宫，虚寒滞血，发为本病。孕育过多，或多次宫腔手术操作，损伤胞宫胞脉，或经期、产后余血未净即行房事，震动血海，损伤肾气，冲任失于流畅，血瘀胞脉而发病。

### 4. 湿热瘀阻

宿有下焦湿热，或经期、产后感受湿热之邪，注于胞中、胞脉，湿热与血搏结，发生本病。或病程日久，瘀久化热，瘀热胶结，气血不得畅行而发病。

## 三、临床诊断

### （一）辨病·西医诊断

#### 1. 症状

子宫内膜异位症的症状个体差异很大，约20%的患者没有症状。一般常见症状如下：

（1）痛经 为本病的主要症状，其特征为继发性，并进行性加剧。一般在月经前1天～2天开始出现下腹及腰骶部胀痛，月经第1天最严重，下腹坠痛难忍，若病变累及子宫骶骨韧带或阴道直肠隔时，疼痛可放射到会阴、肛门及大腿内侧，往往需要卧床休息或用药物止痛。月经干净后疼痛缓解。造成痛经的原因主要是月经前及经期中病灶高度充血、水肿及出血，刺激周围组织中的神经末梢而引起疼痛。此外，还与前列腺素（PG）异常产生有关。痛经的有

无和疼痛的程度与病灶的大小并不成比例, 子宫骶骨韧带附近的病灶即便较小, 也常有明显痛经; 而较大的卵巢内膜异位囊肿, 可以毫无症状。因此, 有无痛经并非诊断的必要依据。国外报道痛经的发生率在 50% 左右, 国内为 50.6%~77.6%。

(2) 不孕 子宫内膜异位症患者约 30%~40% 合并不孕。而在不孕患者中, 约 20%~35% 有子宫内膜异位症。不孕可以是原发性, 也可以是继发性。子宫内膜异位症与不孕的关系迄今仍未有圆满的解释, 一般认为其原因有:

①粘连、纤维化引起盆腔解剖上的改变而影响了排卵和拾卵: 由于输卵管周围常有粘连, 影响其摄取及输送卵子的功能; 卵巢的病灶或卵巢周围的广泛粘连可影响排卵功能; 子宫直肠陷凹的病变致使子宫与直肠粘连, 子宫后倾固定, 宫颈前翘而影响精子进入子宫颈管。

②腹腔液异常: 子宫内膜异位症患者腹腔液中 PG 浓度增高, 可能对输卵管蠕动和排卵功能造成不利影响。另外, 腹腔液中巨噬细胞数量增加, 吞噬精子的作用亢进。

③免疫功能异常: 子宫内膜异位症患者对子宫内膜存在自身抗体, 在补体的参与下与自身的子宫内膜腺体细胞的抗原结构发生免疫反应, 损害子宫内膜功能, 导致不孕。

④卵巢功能异常: 子宫内膜异位症常伴有各种卵巢功能异常, 如无排卵、黄体功能不全、高泌乳血症、未破裂卵泡黄素化综合征 (LUFS) 等较常见, 可造成不孕。

(3) 月经失调 患者常有经量增多、经期延长或周期紊乱。

(4) 性交痛 子宫直肠陷凹、子宫骶骨韧带或阴道直肠隔的病灶常因性交时受到牵扯而引起阴道深部疼痛, 在经前尤为明显。患者常因此而厌恶或拒绝性生活。

(5) 急性腹痛 多发生在月经期。由于异位在卵巢的子宫内膜行经期囊内出血较多, 囊肿在较短时间内急剧增大, 囊壁及周围的神经末梢受到牵扯, 可出现急性腹痛。另外, 当囊内压力过大, 囊肿可发生破裂, 致使巧克力样内容物流入腹腔, 刺激腹膜, 引起剧烈腹痛, 并可伴有恶心呕吐, 肛门坠胀等症状。

(6) 肠道及泌尿道症状 子宫内膜异位症累及直肠或乙状结肠时, 在经前及经期可出现排便困难或排便时坠胀痛, 或里急后重感。当病变浸润肠粘膜后, 月经期可出现血便。膀胱和输尿管的子宫内膜异位症可引起尿频、尿急、排尿困难以及与月经周期有关的周期性血尿。当病灶压迫输尿管时, 可引起肾盂积水和反复发作的急性肾盂肾炎。

(7) 发热 盆腔子宫内膜异位症患者可伴有低热, 常在月经后出现。可能与病灶内陈旧出血被吸收有关。

(8) 其他 肺部有异位子宫内膜可出现周期性咯血; 鼻粘膜处有异位子宫内膜可出现周期性鼻衄; 皮肤下或疤痕处病灶可出现周期性结节、肿块, 并有触痛, 经后变小。

## 2. 体征

盆腔子宫内膜异位症的典型体征是在宫颈的后上方或骶韧带处扪及质硬而有触痛的结节。月经期结节增大, 触痛更明显。子宫多后倾固定, 大小正常, 合并子宫肌腺病或子宫肌瘤时则增大。病变累及卵巢者, 于子宫的一侧或双侧可扪及囊性包块, 囊壁厚, 常与子宫和阔韧带粘连而固定, 可有压痛。

子宫颈及阴道的子宫内膜异位症, 形成突出的紫蓝色小点或结节, 质韧, 光滑, 有触痛。

发生在会阴、腹壁切口及脐处的子宫内膜异位症可在相应的部位触到坚韧、不活动、边界不甚清楚的触痛性结节, 其大小随月经周期改变。



### 3. 实验室及其他检查

由于本病缺乏特异性症状和体征，确诊需要特殊检查，包括腹腔镜、血清蛋白测定、盆腔超声和MRI。金标准是腹腔镜。测定血清标记物是另一个有希望的方法。

(1) B型超声 卵巢的子宫内膜异位囊肿可显示出单侧或双侧囊肿，一般不很大，直径不超过10cm，边界不规整，与子宫关系密切，囊壁较厚，内为密集、均匀的低回声光点，结合临床有助于诊断。

(2) 直接活检 对阴道、宫颈、皮肤或瘢痕等处的浅表病灶，可采用活体组织检查以助诊断。

(3) 腹腔镜 是目前诊断子宫内膜异位症最有价值的辅助检查。使用腹腔镜不仅可以直接看到病灶的部位，还可以了解病变的范围和程度，为子宫内膜异位症的临床分期提供客观的依据。目前国际上公认的为美国生育协会1985年修订的RAFS分期，即以腹腔镜下所见的病变范围、深度、粘连程度作为分期依据（表7-1）。

表 7-1 子宫内膜异位症分期标准 (RAFS 分期法)

| 异位病灶    |      | <1cm    | 1cm~3cm | >3cm     |
|---------|------|---------|---------|----------|
| 腹膜      | 表浅   | 1       | 2       | 4        |
|         | 深部   | 2       | 4       | 6        |
| 卵巢      | 右 表浅 | 1       | 2       | 4        |
|         | 右 深部 | 4       | 16      | 20       |
|         | 左 表浅 | 1       | 2       | 4        |
|         | 左 深部 | 4       | 16      | 20       |
| 子宫直肠凹闭锁 |      | 部分<br>4 |         | 完全<br>40 |
| 粘连      |      | <1/3    | 1/3~2/3 | >2/3     |
| 卵巢      | 右 疏松 | 1       | 2       | 4        |
|         | 右 致密 | 4       | 8       | 16       |
|         | 左 疏松 | 1       | 2       | 4        |
|         | 左 致密 | 4       | 8       | 16       |
| 输卵管     | 右 疏松 | 1       | 2       | 4        |
|         | 右 致密 | 4*      | 8*      | 16       |
|         | 左 疏松 | 1       | 2       | 4        |
|         | 左 致密 | 4*      | 8*      | 16       |

注：\* 如输卵管伞端粘连闭锁则计16分。

分期：I（微小）1~5

II（轻度）6~15

### Ⅲ (中度) 16~40

### Ⅳ (重度) >40

子宫内膜异位症病灶腹腔镜下形态表现各异,有色素沉着型,也有无色素沉着型。直径从数毫米至2cm不等。黑蓝或棕色病变为异位腺体内有坏死出血组织;白色病灶多系瘢痕性改变,含异位的腺体或间质较少;红色病灶与在位内膜很相似,病变活跃,PG的含量比棕色高1倍,比黑色病灶高2倍;透明水泡代表组织水肿,有扩张腺体。

#### (4) X线检查

①子宫输卵管碘油造影:当盆腔发现包块需与炎症鉴别时,可行子宫输卵管碘油造影。因子宫内膜异位症较少累及输卵管粘膜,故造影时输卵管是通畅的,而慢性输卵管炎或附件炎者,输卵管常有阻塞或积水。

②胸透或胸片:肺部的子宫内膜异位症可出现类似肺炎实质浸润,或出现囊肿阴影,随月经周期反复出现、反复消失。

(5) 直肠镜或乙状结肠镜检查 怀疑肠道子宫内膜异位症时应用。可在直视下取活体组织检查。

(6) 膀胱镜检查 如异位子宫内膜已累及膀胱粘膜,可发现膀胱粘膜充血,粘膜下有紫黑色斑点。

(7) 血清标记物 常用OC<sub>125</sub>单克隆抗体测定抗原CA<sub>125</sub>CA<sub>125</sub>是一种糖蛋白抗原,子宫内膜异位症患者的血清和腹腔液中此抗原水平升高,

(8) 抗子宫内膜抗体(EMAb) EMAb是子宫内膜异位症的标志自身抗体,其靶抗原是子宫内膜腺体细胞中一种孕激素依赖的糖蛋白,相对分子量为26kD~40kD,其产生与异位子宫内膜的刺激和机体免疫内环境失衡有关。测定EMAb有助于子宫内膜异位症的诊断与疗效观察。在伴有不孕的子宫内膜异位症患者中,EMAb的检出率可达82%。其检测方法有多种,其中间接血凝法(PHA)是一种较灵敏特异的方法,血凝效价>32判定EMAb为阳性。

#### 4. 诊断与鉴别诊断

##### (1) 诊断标准(卫生部《中药新药临床研究指导原则》)

临床诊断:

- ①渐进性痛经;
- ②经期少腹、腰骶不适,进行性加剧;
- ③周期性直肠刺激症状,进行性加剧;
- ④后穹窿、子宫骶骨韧带或子宫狭部触痛性结节;
- ⑤附件粘连包块伴包膜结节感,输卵管通畅;
- ⑥月经前后附件上述包块有明显之大小变化(未用抗炎治疗)。

凡有以上①、②、③点之1项和④、⑤、⑥点之1项,即可作为临床诊断。

腹腔镜检查诊断:

- ①子宫直肠窝、后腹膜见多个紫蓝色小点,伴腹腔液增多(常为血性);
- ②子宫骶骨韧带增粗,灰白色结节,伴有疏松粘连,输卵管多数通畅;
- ③卵巢包膜增厚,表面不平、粘连,并常见表面有褐色陈旧性出血斑块,卵巢穿刺得巧克力的陈血;
- ④卵巢有粘连,而输卵管大多通畅。

病理诊断标准:

切片中有以下证据:

- ①子宫内膜腺体;
- ②子宫内膜间质;
- ③有组织内出血证据, 见红细胞、含铁血黄素、局部结缔组织增生可确诊。

病变程度的划分标准 (以妇产科双合诊、三合诊结合 B 超检查为主):

轻度:

- ①散在的病灶种植, 卵巢触痛, 正常大或略大, 但无明显的内膜囊肿形成;
- ②粘连轻微或不明显, 子宫、卵巢均活动。

中度:

- ①卵巢单侧或双侧有多个病灶, 卵巢增大, 或有小的内膜囊肿形成, 但囊肿直径不超过 3cm;

- ②输卵管、卵巢有粘连;
- ③有明显的散在病灶硬结, 可触及触痛结节。

重度:

- ①卵巢子宫内膜囊肿大于 3cm (单侧或双侧);
- ②盆腔粘连明显;
- ③子宫直肠陷凹封闭, 片状增厚, 伴触痛结节;
- ④病变累及直肠、膀胱, 伴子宫固定不动。

## (2) 鉴别诊断

①盆腔炎块: 子宫内膜异位症和盆腔炎块均可引起腹痛及固定性包块, 但后者常有盆腔感染的病史, 下腹痛不限于经期, 虽有痛经但程度较轻, 也无进行性加剧趋势, 抗炎治疗有效, 性激素治疗无效。结核性盆腔炎块患者有结核病史, 月经不调以月经过少、闭经为主, 并有消瘦、乏力等全身症状, 腹痛不一定在经期。

②卵巢恶性肿瘤: 当肿瘤发生盆腔转移后, 其体征与子宫内膜异位症相仿, 妇产科检查盆腔内有固定包块, 多为实质性, 子宫骶骨韧带处扪及转移结节, 但一般无触痛。患者可有下腹及腰骶部胀痛, 呈持续性, 但无痛经。病程进展较快, 常有腹水。

③异位妊娠破裂: 卵巢内膜异位囊肿具有自发破裂的可能, 如破口较大, 有较多的液体溢出, 患者常有突发的剧烈腹痛, 检查腹部有明显的腹膜刺激征, 但无血压下降、休克, 无贫血貌。囊肿破裂好发于月经后半期或月经期, 无停经史, 无不规则流血, 尿妊娠试验阴性。而异位妊娠多有停经史和不规则流血, 尿妊娠试验阳性, 并有内出血及休克的体征。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 诊断标准 (卫生部《中药新药临床研究指导原则》)

- (1) 月经前后少腹、腰骶部有不适或疼痛, 逐渐加剧;
- (2) 盆腔病理性包块、结节;
- (3) 舌质紫或舌体瘀斑、瘀点;
- (4) 脉涩或结、代;
- (5) 固定性刺痛并拒按;

(6) 血管异常 包括舌下及其他部位静脉曲张、毛细血管扩张、血管痉挛、舌及肢端紫绀、血管阻塞；

(7) 皮下瘀斑等。

具有以上主要依据(1)、(2)两项之一，和(3)项~(7)项之一，并有实验室依据证实微循环障碍，血液流变性异常，血液动力学障碍，血小板聚集性增高，即可诊断。

## 2. 辨证分型

子宫内膜异位症的主证为经行腹痛，因此应根据疼痛发生的时间、性质、部位以及程度，结合月经的期、量、色、质和兼证、舌脉，辨其寒热虚实之属性。本病是血瘀证，主要表现为经期小腹疼痛，痛有定处，拒按，经行不畅，血色紫黯有块，盆腔有病理性包块、结节，舌质紫或舌体有瘀斑、瘀点，脉涩或结代。经期下腹胀满疼痛，经前胸胁乳房胀痛为气滞血瘀；经行腹痛，得温则减，伴形寒肢冷为寒凝血瘀；下腹灼热而痛，经色紫黯，质粘，伴低热，带下量多，色黄，口干便结，为湿热瘀阻；月经后期腹痛重，经血色黯质稀，伴头晕失眠，性欲低下，腰膝酸痛，为肾虚血瘀。卫生部《中药新药临床研究指导原则》中关于“中药新药治疗盆腔子宫内膜异位症的临床研究指导原则”的中医辨证分以下4个证型：

(1) 气滞血瘀证 经前下腹胀痛，经行痛剧，痛引腰骶，痛甚昏厥，腹痛拒按，经行不畅，夹有血块，块下痛减，肛门坠胀，经前乳房胀痛，胸闷不舒，性交疼痛，舌紫黯，边尖有瘀斑，苔薄白，脉弦。

(2) 寒凝血瘀证 经前下腹隐痛，经行疼痛加剧，得温则减，月经推迟、量少、色黯或夹血块，形寒肢冷，带下量多、色白，大便稀，舌黯红或边尖有瘀斑点，苔薄白或腻，脉弦或沉紧。

(3) 湿热瘀阻证 下腹疼痛，有灼热感，经行腹痛加剧，月经先期，色黯红，质粘，或淋漓不断，或伴低热，心烦易怒，口干不渴，大便不畅或干，带下量多，色黄，舌红，苔薄黄，边尖可有瘀点，脉滑。

(4) 肾虚血瘀证 经行腰腹疼痛，后期加重，阴部空坠，大便频，质稀，月经量少、色黯淡、质稀，或伴头晕失眠，性欲减退，舌淡黯体胖，或边有瘀斑，苔薄，脉沉细。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 期待治疗

如患者年轻，病灶轻微，则不需治疗，定期随访。对要求生育者鼓励其妊娠，往往经过一次妊娠后，病变可以自然消失。

#### 2. 药物治疗

药物治疗的适应证为年轻，要求生育的轻、中度子宫内膜异位症；子宫内膜异位至输尿管、膀胱、肠道等部位，估计手术困难者；手术前后辅助治疗；手术后复发治疗。使用药物须连续治疗较长时间方可取得疗效，但各类药物治疗子宫内膜异位症均不能达到根治的目的，停药后多有复发，单纯药物治疗效果较保守性手术为低。

(1) 假孕疗法 是采用人工合成高效孕激素加用少量雌激素联合治疗，使体内产生与妊

娠相似的激素水平,造成类似妊娠的人工闭经,故称为假孕疗法。其作用机理是在长期不间断地应用合成雌孕激素的影响下,脑垂体及其产生的促性腺激素(FSH、LH)受到抑制,从而也抑制了内源性雌孕激素的产生,造成子宫腔内膜及异位的子宫内膜发生蜕膜样改变,继而间质水肿,内膜坏死、吸收,患者在用药过程中疼痛得以减轻以致消失。常用药物如甲孕酮(安宫黄体酮)第1周4mg,每日3次,第2周8mg,每日2次,以后10mg,每日2次,连续6个月~9个月。或乙炔诺酮,每日2.5mg,逐周增加2.5mg,直至4周后增至10mg,连用6个月~9个月。用孕激素的同时,每日加服乙炔雌二醇0.05mg,以防突破性出血。亦可用甲地孕酮、18-甲基炔诺酮等。另外还可应用雌-孕激素合剂的口服避孕药,如口服避孕药1号、Ⅱ号,用法为从月经第2天开始,每日2片,连服2周,再增至每日3片,维持用药,如不能达到闭经或有突破性出血时,则每日再加服1片,维持用药3个月~6个月。

假孕疗法的副作用有恶心、呕吐、乳房胀痛、头痛、水肿及体重过度增加等,停药后消失。另外,易出现突破性出血,还可能引起肝脏损害。目前使用已不广泛。

(2) 假绝经疗法 丹那唑(Danazol)为17 $\alpha$ -乙炔睾酮的衍生物,能抑制LH峰和合成甾体激素过程中的多种酶,增加血清游离睾酮水平,从而抑制排卵,使正常位置及异位子宫内膜萎缩,患者出现闭经,也可能出现乏力、面部潮热、老年性阴道炎等绝经期改变,故称丹那唑治疗为假绝经疗法。

常用剂量为400mg/d~800mg/d,分4次口服。当出现闭经后剂量逐渐减少,至每天200mg为维持量。一般从月经第1天开始用药,连续治疗6个月。用药期间排卵受到抑制,出现闭经,可使病灶消退60%,84%~94%疼痛减轻,并维持至停药6个月。停药后很快恢复排卵,4周~6周月经即复潮。丹那唑治疗后妊娠率约为50%,复发率29.39%(停药3年)。

丹那唑的副反应较轻,由于有轻度睾酮素的作用,治疗中可出现痤疮、多毛、声音低沉及体重增加等男性化表现。同时因卵巢功能受到抑制,雌激素水平降低,患者还可出现潮热、出汗、情绪改变、心悸等绝经期症状。用药剂量越大,副反应越重,停药后症状消失。另一副反应为血清谷丙转氨酶升高,因此服药期间应每月检查肝功能,根据情况减少药物剂量或加用保肝药。

(3) 内美通(Gestrinone, R<sub>2323</sub>, 三烯高诺酮) 内美通为19-去甲睾酮衍生物,是一种合成的类固醇激素,有强抗孕酮和中度抗雌激素作用及弱雄激素活性,并抑制促性腺激素分泌,使子宫内膜萎缩。用法为2.5mg,每周口服2次,6个月为1疗程。其临床疗效、副反应和复发率与丹那唑相似,但用药量小,用药次数少,更容易为患者所接受。该药除口服外,尚可阴道用药,剂量为5mg/周~10mg/周,分2次~3次用,疗程6个月~8个月,妊娠和复发率与口服用药相似,但副反应发生率下降。

(4) 三苯氧胺(Tamoxifen, TAM, 他莫昔芬) 为甾体类抗雌激素药物。具有某些雌激素样作用,能由胞浆转位到胞核中,成为抗雌激素受体复合物,长期停留在细胞核中,所以开始用具有雌激素样作用,以后由于不能更新产生胞浆雌激素受体,故最终表现为抗雌激素效应。用量为10mg,每日2次口服,连用6个月。与丹那唑相比,其缓解疼痛作用强,且不抑制排卵,月经正常,副作用如潮热、恶心呕吐、水肿、抑郁及阴道炎等远较丹那唑轻,价格相对低廉。

(5) 促黄体激素释放激素激动剂(LHRH-A) 1982年 Meldrum 等报道应用LHRH-

A 治疗子宫内膜异位症, 1991 年后国内也有报道。正常情况下, 下丘脑中的 LHRH 是以每 60 分钟~120 分钟脉冲式释放的。大剂量或连续给予 LHRH 时, 由于脱敏和反向调节作用, 引起 FSH、LH 下降, 使卵巢活动受抑制, 故有人称此疗法为药物性卵巢切除。国外报道每日剂量为  $200\mu\text{g}\sim 800\mu\text{g}$ 。可肌肉注射、皮下注射或鼻喷, 每日 1 次~2 次, 连续用 6 个月, 可使异位内膜组织量减少以至消失。该药副作用小, 对肝脏等重要脏器无损害, 可以反复应用, 适用于对其他药物治疗不佳者。此外经鼻给药简单有效, 患者易接受, 为子宫内膜异位症的治疗开辟了新途径。

### 3. 手术治疗

手术对缓解疼痛和增进生育功能均有较好的效果, 对于中、重度病例是行之有效的治疗方法。手术方式分为保守性、半保守性和根治性手术。

(1) 保守性手术 指保留生育功能的手术。主要适用于年轻及要求生育的患者。其目的是尽量完全和安全地切除所有可见的子宫内膜种植病灶, 分离盆腔粘连, 保留子宫、卵巢和输卵管 (至少保留一侧), 从而保留生育机能。

①腹腔镜下手术 是目前国内外普遍采用的新技术。其方法有凝集、烧灼及切除三种。使用的仪器有单极电凝、双极电凝和激光, 而以激光最为安全。三种常用激光是二氧化碳 ( $\text{CO}_2$ )、氩 (Argon) 和钕钇铝石榴石 (Nd-YAG), 其穿透组织深度依次为  $0.1\text{mm}$ 、 $0.4\text{mm}\sim 0.8\text{mm}$  和  $0.6\text{mm}\sim 4.2\text{mm}$ , 故  $\text{CO}_2$  激光用于烧灼浅表病灶, 而 YAG 激光可凝结治疗深部病灶。腹腔镜手术的优点有以下方面: 诊断和治疗同时进行, 避免了剖腹和激素治疗; 对 I、II 期异位症的疗效优于药物治疗, 激光气化病灶后妊娠率为  $40\%\sim 57\%$ ; 激光束可准确清除病灶, 治疗深度易控制, 不易损伤邻近的组织, 出血很少。另外, 腹腔镜下还可进行卵巢内膜异位囊肿的囊液抽吸、冲洗和囊内注药。

②保守性开腹手术: 用于腹腔镜下难以处理的病灶和粘连。如卵巢内膜异位囊肿切除、输卵管松解、游离卵巢、骶前神经切除、子宫悬吊、大网膜移植覆盖创面等。手术后的妊娠率轻度为  $63\%\sim 75\%$ , 中度为  $50\%\sim 56\%$ , 重度为  $33\%\sim 42\%$ 。术后复发率据报道可达  $12\%\sim 45\%$ , 其中部分病例需再次手术。

(2) 半保守性手术 是指保留卵巢功能的手术。适用于症状和病变严重, 但年龄尚轻, 已生育, 不需保留生育功能者, 为避免过早出现绝经期症状, 保留双侧或一侧正常的卵巢组织, 切除子宫和异位灶。术后复发率较低, 约在  $5\%$  左右。

(3) 根治性手术 适用于近绝经年龄, 不需要再生育者; 盆腔病灶广泛或保守手术失败和/或药物治疗无效者。此外还适用于怀疑病变有继发恶变时, 以及盆腔以外的一些重要器官有活动性子宫内膜异位症而难以治疗者, 通过手术达到根治的效果。根治性手术的范围包括子宫及双侧附件切除。如因粘连严重, 行全子宫切除有困难时, 可行次全子宫切除, 或仅切除双侧卵巢。双侧卵巢是根治性手术的基本要求。由于切除双侧卵巢后, 卵巢性激素作用消失, 异位的子宫内膜即可自行萎缩, 从而达到根治的效果。术后绝经期综合征的发生率较高, 症状严重者, 可按更年期综合征治疗。

手术治疗子宫内膜异位症, 特别是保留生育能力及保留卵巢功能的手术, 无疑是有效的措施, 但仍存在手术困难和术后复发等缺点。因此, 目前大多数学者主张综合性治疗, 即手术前后配合药物治疗。保守手术前先给药物治疗, 以减少或缩小病灶, 使组织软化, 有利于手术分离, 减少损伤正常组织的机会。术后用药可使较小的残留病灶萎缩, 对于较大的残留



病变亦可起到控制发展的效果,以降低术后复发率。

由于子宫内膜异位症发病年龄较轻和具有肿瘤样种植、浸润等特点,在治疗上,既要消除症状,又要保留内分泌及生育功能。因此,如何合理治疗子宫内膜异位症仍然是妇产科领域中值得研究的重要课题。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

根据子宫内膜异位症的临床表现,辨证属中医学血瘀证。瘀血是产生子宫内膜异位症一系列临床证候的关键。遵照“必伏其所主而先其所因”的法则,对本病应以活血化瘀为治疗大法,兼以行气、散寒、清利湿热、补虚。同时还要结合本病经前、经期及经后的不同特点论治。经前异位内膜充血肿胀,治疗以活血破瘀为主;经期异位内膜出血,血肿包块刺激周围组织而致小腹剧痛或肛门坠痛,治以活血化瘀止痛为主;经后期异位内膜出血停止,疼痛消失,结节包块尚存在,治当理气活血,软坚散结。药理研究证实,中医的活血化瘀药有改善子宫微循环,促进血肿包块吸收等作用,能促进异位内膜病灶周围的血液循环,抑制异位内膜的异常增生、分泌和出血,吸收消散异位的内膜。

#### (1) 气滞血瘀证

〔治法〕理气活血,化瘀止痛。

〔方药〕膈下逐瘀汤(《医林改错》)加味。

当归 9g,川芎 9g,赤芍 9g,桃仁 9g,红花 6g,枳壳 9g,延胡索 12g,五灵脂 9g,丹皮 9g,乌药 6g,香附 9g,甘草 6g,血竭 3g。

〔加减〕①腹痛甚者,加制乳香 6g,制没药 6g 以增强活血止痛之效。

②盆腔有结节包块者,加三棱 9g,莪术 9g 以破血行气,消癥散结。

③肛门坠胀,大便干结者,加生大黄 9g 以化瘀通腑。

④月经过多者,加三七粉 6g(冲),生蒲黄 30g,花蕊石 12g 以化瘀止血。

⑤乳房胀痛者,加柴胡 9g,橘核 9g,夏枯草 15g 以疏肝理气止痛。

〔分析〕方中枳壳、乌药、香附理气止痛,当归养血和血,川芎、赤芍、桃仁、红花、丹皮活血行瘀,延胡索、五灵脂化瘀止痛,甘草缓急,调和诸药,血竭行瘀止痛。

#### (2) 寒凝血瘀证

〔治法〕温经散寒,活血化瘀。

〔方药〕少腹逐瘀汤(《医林改错》)。

小茴香 6g,干姜 9g,延胡索 12g,没药 6g,当归 9g,川芎 6g,肉桂 3g,赤芍 9g,生蒲黄 9g,五灵脂 9g。

〔加减〕①痛甚而厥,四肢不温者,加细辛 3g,制附子 6g 以回阳止痛。

②伴恶心呕吐者,加姜半夏 9g,吴茱萸 3g 以温中降逆止呕。

③大便溏薄者,去当归,加肉豆蔻 9g,补骨脂 9g,山药 12g 以温阳健脾。

〔分析〕方中肉桂、干姜、小茴香温经散寒,当归、川芎、赤芍活血行瘀,延胡索、没药、失笑散理气祛瘀止痛。

#### (3) 湿热瘀阻证

〔治法〕清热利湿化瘀。

〔方药〕四妙散（《成方便读》）合桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

苍术 9g，黄柏 9g，薏苡仁 12g，川牛膝 9g，当归 12g，川芎 6g，生地 9g，赤芍 9g，桃仁 9g，红花 6g，丹皮 9g，红藤 15g，败酱草 15g。

〔加减〕①腹痛兼肠胃实热便秘者，可选用桃核承气汤（《伤寒论》）破血通腑祛瘀。

桃仁 12g，大黄 9g，桂枝 9g，甘草 6g，芒硝 6g。

②盆腔结节包块者，加夏枯草 15g，炙鳖甲 15g 以清热软坚散结。

〔分析〕方中苍术苦温燥湿，黄柏苦寒清热，薏苡仁清热利湿，桃红四物汤活血化瘀，丹皮清热凉血化瘀。

#### （4）肾虚血瘀证

〔治法〕补肾调冲，活血化瘀。

〔方药〕大营煎（《景岳全书》）加味。

当归 12g，熟地 9g，枸杞子 12g，炙甘草 6g，杜仲 12g，牛膝 12g，肉桂 6g，丹参 15g，仙灵脾 15g，延胡索 12g，鸡血藤 15g，香附 12g。

〔加减〕①伴气虚者，加党参 15g，黄芪 15g 以益气补虚。

②大便稀溏者，去当归，加补骨脂 12g，肉豆蔻 12g 以温肾止泻。

〔分析〕方中当归、熟地、枸杞子补肝肾而养血。杜仲补益肝肾强筋骨。肉桂、仙灵脾补火助阳，温通血脉。牛膝通经活血，丹参、延胡索、鸡血藤、香附活血化瘀，理气止痛。

有学者<sup>〔1〕</sup>指出，中医认为补肾法能调整人体神经内分泌及代谢功能而发挥治疗作用。活血化瘀药能使瘀血吸收，粘连软化，包块缩小，疼痛减轻。根据过去单用活血化瘀法治疗子宫内膜异位症疗效不持久的经验，提出“肾虚是本”、“出血粘连阻滞经脉造成局部症块是标”的观点，主张治疗宜补肾为主，兼益气活血化瘀，标本兼治，较单用活血化瘀更为有效。子宫内膜异位症常合并不孕，现代药理证实补肾药有类似内分泌激素的作用，能调节性腺和肾上腺功能，并有激发肾上腺释放皮质激素的作用。故李氏等<sup>〔2〕</sup>指出治疗本病应始终以补肾祛瘀为中心环节，祛瘀使气血通畅，调补肾阴肾阳以益肾藏精，补肾祛瘀同用受孕率高。另有报道以补肾祛瘀法治疗子宫内膜异位症，临床疗效达 92.93%，且妊娠率可达 64%，说明补肾祛瘀法不仅改善了临床症状，同时亦改善了生殖与生育功能<sup>〔3〕</sup>。

## 2. 验方治疗

### （1）内异方

〔组成〕生大黄 6g，桃仁 9g，桂枝 9g，三棱 9g，莪术 9g，夏枯草 15g，鳖甲 9g。

加减：肾虚者加淮牛膝 15g，枸杞 12g；气虚加党参 12g，黄芪 15g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎分 2 次口服。连续服 3 个月经周期为 1 个疗程。

〔功用〕活血化瘀，消癥止痛。主治子宫内膜异位症。

〔疗效观察〕治疗满 3 个月经周期者 18 例，满 2 个月经周期者 15 例。33 例患者治疗前轻度痛经 21 例，中度痛经 8 例，重度痛经 4 例；盆腔痛 16 例。治疗后痛经缓解 30 例（90.91%），盆腔痛缓解 13 例（81.25%）<sup>〔4〕</sup>。

### （2）莪棱合剂

〔组成〕三棱 6g，莪术 6g，丹参 15g，郁金 12g，赤芍 15g，鸡内金 10g，浙贝母 15g，当归 10g，枳壳 12g，鳖甲（先煎）15g，水蛭 4.5g。

〔用法〕月经干净 2 天～3 天始服，每日 1 剂，至下次月经来停服。3 个月为 1 个疗程。

〔功用〕理气活血，化瘀消癥。主治子宫内膜异位症。

〔疗效观察〕治疗 58 例，痊愈 2 例，显效 11 例，有效 34 例，无效 11 例，总有效率 81%。58 例中不孕者 15 例，其中 11 例为原发不孕，治疗后有 5 例受孕；继发不孕 4 例，治疗后 3 例受孕<sup>〔5〕</sup>。

### （3）内异 I 号丸

〔组成〕醋制生大黄、醋制炙鳖甲、琥珀按 2:2:1 比例研粉成丸。

〔用法〕每日 5g，分 2 次服，连续治疗 3 个月为 1 个疗程。

若经行不畅，痛剧或量多者，行经期加服相应中药煎剂 5 天~7 天。同时随症用药。

〔功用〕化瘀通腑。主治子宫内膜异位症。

〔疗效观察〕共治疗 95 例，有效 63 人，占总数 66.31%；显效 18 人，占 18.95%；无效 14 人，占 14.74%，总有效率为 85.26%。25 例不孕者中 8 人受孕，占不孕女性的 32%。有痛经症状的 87 例中，23 例消失，63 例好转，有效率 98.85%；68 例盆腔痛中，35 例消失，25 例好转，有效率 88.24%；29 例性交痛中，18 例消失，8 例好转，有效率 89.66%；35 例月经不调中，25 例恢复正常，3 例好转，有效率 80%；65 例肛门坠痛中，25 例消失，26 例好转，有效率为 78.46%<sup>〔6〕</sup>。

### （4）内异 II 号

〔组成〕生大黄、桃仁霜、鳖甲、琥珀，以 2:2:2:1 比例组成，醋浸，烘干，研末成丸。

〔用法〕每日 7g，分 2 次服用，连续服用 3 个月经周期为 1 个疗程。

〔功用〕化瘀通腑。主治子宫内膜异位症。

〔疗效观察〕共治疗 37 例，痊愈 4 例，显效 9 例，有效 17 例，无效 7 例，总有效率 81.08%，痛经缓解率 89.36%<sup>〔7〕</sup>。

## 3. 其他疗法

（1）耳穴压豆法 用 0.5cm×0.5cm 医用胶布将王不留行贴敷于耳部子宫、卵巢、肝、肾、交感、内分泌穴，用手按压，每日数次，每次每穴按压 1 分钟，以能耐受为度，两耳交替。3 天更换 1 次。

（2）静脉滴注法 5%葡萄糖 500ml，加丹参注射液 10ml~16ml 静脉滴注，每日 1 次，10 天为 1 个疗程。伴月经过多者，经前 5 天及经期不用。

（3）中药水煎灌肠 三棱 9g，莪术 9g，桃仁 9g，赤芍 15g，丹参 15g，皂角刺 12g，没药 9g，浙贝母 12g，夏枯草 15g。水煎浓缩至 100ml 保留灌肠，每晚睡前 1 次。

## （三）中西医结合辨证诊治参考

近年来，对子宫内膜异位症有关证的研究和中药治疗的作用机理有不少报道，主要通过临床研究，结合现代医学检测手段和建立动物模型来进行。

### 1. 基础体温（BBT）对子宫内膜异位症的诊断及辨治意义<sup>〔8〕</sup>

测定 BBT 对早期的子宫内膜异位症有一定的诊断价值。一般在行经期间，BBT 必须下降至原有低温相水平。但该病患者由于该排泄的瘀血不能排清排尽，因而升高的温相一般不易下降。统计 33 例，BBT 低温相正常者占 27.3%，低温相失常者有 3 型，I 型：行经期低温相突有 1 天~2 天升高，占 30.3%；II 型：行经期低温相偏高，占 33.33%；III 型：经后期低温相偏高，占 9.1%。BBT 高温相失常者有 4 型。I 型：高温相缓慢上升明显者，常与低温相失

常伴见；Ⅰ型：高温相偏短，即高温相持续8天~10天者；Ⅱ型：高温相不稳定，波动在 $0.2^{\circ}\text{C}$ ~ $0.3^{\circ}\text{C}$ ；Ⅳ型：高温相偏低，与低温相温差在 $0.2^{\circ}\text{C}$ 之间。凡临床不明原因之痛经，且呈进行性加剧，及具上述BBT的异常变化，子宫内膜抗体呈阳性者，可考虑诊断为子宫内膜异位症。

由于子宫内膜异位病灶周期性的瘀血不能排出，因而出现BBT低温相失常的几种表现，且子宫内膜异位症多与黄体功能不健有关，内膜分泌欠佳，瘀积的经血逐渐增大成癥块，故称为“血瘕”。其成因除因异位内膜包块中经血瘀积外，主要是阳气不足。阳气者，有助于血、水、津液之运化，子宫经血依赖冲任，实际上是依赖肾阳调运。肾阳不足，冲任通畅乏力，经血极易凝结，反之则经血畅达，行其月节律的排泄。而温补肾阳，提高冲任通畅排泄作用，是抑制子宫内膜异位症发生、发展的有利措施。BBT所示高温相4种异常类型，也是有助于肾阳不足辨证治疗的依据。

## 2. 子宫内膜异位症血瘀机理的研究及活血化瘀治疗

刘氏等<sup>[9]</sup>对子宫内膜异位症患者进行血液流变学检查，并以活血化瘀为主随证加减治疗。血液流变学检查示患者全血比粘度、血浆比粘度、红细胞电泳及血小板电泳时间均较正常人均值有明显升高，并有非常显著的差别( $P<0.001$ )，且治疗前上述项目黄体期均高于卵泡期。治疗后与服药前比较，全血比粘度均值(卵泡期、黄体期)有明显下降，红细胞电泳时间(卵泡期)加速，血小板电泳时间(黄体期)也有较明显差异，对于这些变化原因的推测，认为活血化瘀药可升高红细胞及血小板的表面电荷，能达到解聚以致全血比粘度下降。另外，甲皱微循环测定示子宫内膜异位症甲皱微血管(静脉端)管襻口径比正常女性增大。

王氏<sup>[6]</sup>等对79例子宫内膜异位症患者与正常健康女性进行外周血的血液流变学指标比较，发现患者的八项指标均比正常女性升高，经统计学处理后，除全血比粘度无差异外，其余指标均有显著差异，示患者外周血的浓度、粘滞度、聚集性都大于正常女性，符合中医辨证血瘀证的特点，用内异I号丸(见本节验方3)治疗后，所有指标均有下降，除全血比高切粘度无差异外，其余均有显著性差异。

朱氏等<sup>[10]</sup>对53例患者采用活血化瘀治疗，治疗前后作脉冲多普勒超声测定，并与健康女性作对照。结果患者治疗前后子宫动脉血流量及平均流速值存在明显差异，治疗后血流量明显减少，平均流速明显下降。另外，治疗前与健康对照组比，有非常显著差异， $P$ 值均 $<0.001$ 。治疗后痛经缓解率为97.5%，月经失调纠正率为93.7%，伴发不孕者妊娠率为45%。作者指出患者的子宫动脉血流量及平均流速治疗前比治疗后明显增多、增快，可能是机体对子宫内膜异位症的病理变化具有防御自卫功能和对局部血循环予以代偿性调节作用所致。治疗后子宫动脉血流量明显降低，平均流速明显减慢，可能与所用药物具有扩张周围血管，消散感染症状，解除血液浓、粘、聚状态，改善微循环有关，而上述综合作用的结果，可能起了调节血液的理化特性及调整血流动力学的正常功能而取得疗效。

司徒氏<sup>[6]</sup>应用莪术合剂(见本节验方2)对子宫内膜异位症进行治疗观察，并运用甲皱循环、血液流变学等进行前后对照。结果所有患者血液流变性均有异常改变，病情愈重，改变越明显，治疗后大多数患者有改善。治疗前患者甲皱微循环的形态、流态、襻周状态、总积分均明显高于正常，而治疗后均有明显改善，经统计学处理有意义。说明活血化瘀法治疗确能改善机体的微循环障碍，改变血液流变的状态，因此可能改善子宫内膜异位症的血瘀证候而使症状与体征得到改善。

金氏等<sup>[11]</sup>以活血化瘀为主治疗子宫内膜异位症 45 例, 非经期用药: 三棱、莪术、川楝子、赤芍、桂枝、茯苓、桃仁、丹皮各 10g, 延胡索、丹参、皂角刺各 12g, 夏枯草 15g。经期用药: 茜草、五灵脂、蒲黄炭、川楝子、白芷、没药各 10g, 刘寄奴、延胡索各 12g, 细辛 6g, 三七粉 6g。结果显效 18 例, 有效 20 例, 无效 7 例, 总有效率 84.4%。患者甲皱微循环检查表现为粗大扭曲之管襻, 几乎都伴有乳头静脉丛的扩张, 内膜有受损, 渗出严重, 血管内红细胞及血小板聚集明显。微血流速度缓慢, 以团块、聚集、断续为主, 血色呈现暗红、暗紫等局部流量减少的病理变化。经治疗后, 患者微循环障碍缓解, 主要表现为血流速度加快, 聚集团块解聚, 而以线、线粒流为主。毛细血管襻瘀血减少。由于渗出减少, 粗大管襻形态清晰, 畸形率明显减少, 粗大管襻减小, 乳头静脉丛隐见, 关闭之毛细血管逐渐开放, 毛细血管有增多的趋势, 输入枝增宽, 输出枝及顶宽减少。说明所用活血化瘀方剂对毛细血管管径有扩张和降低局部组织血液粘度两方面使局部血流量增加, 从而改善微循环障碍, 异位之内膜及瘀血也随之而得到改善。

邵氏等<sup>[12]</sup>以活血化瘀法结合辨证加减治疗子宫内膜异位症 156 例, 有效率达 82.05%。实验室测定的初步结果示治疗后甲皱毛细血管的襻顶中发现有瘀血的毛细血管明显减少, 证明活血化瘀能促进局部血液的吸收, 减少张力, 所以取得了临床症状及体征的好转。另外在女性激素测定及部分血液物化指标测定中, 治疗前后的变化也可说明活血化瘀治疗可能通过对女性激素间比例的调整, 来改善机体反应和缓解症状, 同时与调整生殖器局部的反应性亦有一定的关系。

### 3. 免疫功能与子宫内膜异位症的关系及中药治疗

王氏等<sup>[6]</sup>将正常人与子宫内膜异位症患者 IgG、IgA、IgM、补体 C<sub>3</sub> 水平进行比较, 发现患者 IgG、IgA、IgM 无 1 例低于正常值, 且部分患者升高, 补体 C<sub>3</sub> 部分患者升高, 部分低于正常值, 说明患者的体液免疫功能有亢进现象。用内异 1 号丸(见本节验方 3)治疗后, IgG、IgA、IgM 恢复正常或下降, 补体 C<sub>3</sub> 全部达正常值, 其中 IgA、IgM、补体 C<sub>3</sub> 有统计学意义。另外, 对患者与正常人 T 细胞亚群百分率进行比较, 发现患者 OKT<sub>4</sub> 的百分率全部在正常范围, OKT<sub>8</sub> 的总体均值低于正常值, OKT<sub>4</sub>/OKT<sub>8</sub> 比值大于正常值, 用上方治疗后 OKT<sub>8</sub> 达正常值, OKT<sub>4</sub>/OKT<sub>8</sub> 比值下降, 均有统计学意义。T 细胞亚群百分率能反映机体免疫功能的调节控制, OKT<sub>4</sub> 相当于辅助性 T 细胞, OKT<sub>8</sub> 相当于抑制性 T 细胞, 二者相互调节相互制约, 它们之间的调控障碍可导致免疫功能紊乱。该组患者表现为免疫亢进, 治疗后得到改善, 可能是通过 T 细胞亚群百分率的变化来实现的。

俞氏等<sup>[4]</sup>研究检测了子宫内膜异位症患者用内异方(见本节验方 1)治疗前后及健康人卵泡期、黄体期外周血  $\beta$ -内啡肽水平。结果提示患者痛经程度与黄体期  $\beta$ -内啡肽水平高低有关; 中药内异方通过提高患者  $\beta$ -内啡肽水平, 从而缓解痛经、盆腔痛, 并调节患者的免疫功能。

## 五、预防

### (一) 尽早治疗无孔处女膜、阴道横膈、宫颈粘连等病症

因上述疾病可引起经血潴留或经行不畅, 致使经血倒流入盆腔, 增加患子宫内膜异位症



的机会, 尽早治疗上述病症对于预防子宫内膜异位症具有重要的意义。

## (二) 强调女性经期保护

经期避免剧烈运动、过度的体力劳动和性生活, 防止经血倒流。

## (三) 防止医源性子宫内膜种植

### 1. 月经期避免不必要的妇产科盆腔检查

以避免将脱落的子宫内膜随经血挤进腹腔。

### 2. 严格掌握输卵管通气、通液或子宫输卵管造影术的施行时间

不在月经未净时进行, 以防将子宫内膜碎片送入盆腔。在刮宫或内膜活检后, 禁忌同时进行上述操作。宫颈电熨、冷冻治疗等手术应在月经净后尽早施行, 以免在下次月经期因宫颈创面尚未愈合而导致脱落的子宫内膜种植于创面, 同时应避免深入颈管内进行操作, 以免引起颈管狭窄或粘连面导致经血倒流入腹腔。

### 3. 凡进入宫腔的腹部手术, 均应注意保护腹壁切口

避免将子宫内膜带至切口处种植。中孕剖宫取胎术后并发腹壁瘢痕子宫内膜异位症的发生率较高, 故应尽量不采取剖宫取胎术中止中期妊娠。

### 4. 人工流产负压吸引术时, 应避免突然降低宫腔的负压

以防将蜕膜碎片推入输卵管及宫腔。

## 参 考 文 献

- 1 田映碧, 王文杰, 孙维刚. 中药治疗子宫内膜异位症 42 例分析. 中西医结合杂志. 1985, 5 (1): 33.
- 2 李祥云, 郑坚梅. 补肾祛瘀治疗子宫内膜异位症 74 例. 上海中医药杂志. 1991, (7): 20
- 3 全国第四届中西医结合妇产科学术会议纪要. 中国中西医结合杂志. 1995, 15 (2): 127
- 4 俞超芹, 翟美美, 姚韧敏, 等. 子宫内膜异位症患者月经周期  $\beta$ -内啡肽变化及中药内异方对其的影响. 中国中西医结合杂志. 1995, 15 (1): 6
- 5 司徒仪. 莪术合剂治疗子宫内膜异位症 58 例临床观察. 中医杂志. 1995, 36 (5): 296
- 6 王祖倩, 张志枫. 化瘀通腑法治子宫内膜异位症的临床及实验研究. 上海中医药杂志. 1992, (9): 8
- 7 俞超芹, 王大增, 王祖倩. 内异 I 号对子宫内膜异位症  $\beta$ -内啡肽、强啡肽的影响. 中国中西医结合杂志. 1993, 13 (1): 7
- 8 夏桂成主编. 中医临床妇产科学. 北京: 人民卫生出版社. 1994, 143~144
- 9 刘德傅, 赵惠芳, 石结玉, 等. 活血化瘀法治子宫内膜异位症的临床观察和机理探讨. 中国中西医结合杂志. 1983, 3 (4): 207
- 10 朱文新, 程晓安. 活血化瘀治疗子宫内膜异位症的研究. 中国中西医结合杂志. 1993, 13 (1): 16
- 11 金季玲, 李军, 朱丽华. 活血化瘀治疗子宫内膜异位症 45 例及甲皱微循环检查分析. 陕西中医, 1990, 11 (9): 402
- 12 邵公权, 高秀惠, 归绥琪, 等. 活血祛瘀法治子宫内膜异位症 156 例临床分析及实验探讨. 上海中医药杂志. 1980, (3): 4



## 第八章 月经失调

### 第一节 功能失调性子宫出血病

#### 一、概述

功能失调性子宫出血病是由于神经内分泌系统功能失调所引起的异常子宫出血，简称“功血”，是妇产科常见病之一。

据统计本病 50% 发生于更年期，30% 发生于生育期，20% 发生于青春期。由于功血的发病机制不同，临床上将功血分为无排卵型功血和排卵型功血两大类。无排卵型功血最常见，约占 80% 左右，多发生于青春期和更年期，临床表现为月经失去周期性，出现不规则子宫出血。排卵型功血多发生于生育期女性，可分为排卵型月经过多、黄体功能不健、黄体萎缩不全及月经中期出血几种类型。其特点是排卵功能正常，月经尚有周期性，但月经的周期、经期、经量发生异常改变。排卵型月经过多临床表现为月经周期基本正常，而月经量较以往明显增多；黄体功能不健常表现为月经过频，周期短于 21 天；黄体萎缩不全表现为月经周期正常而经期延长，出血量不等；月经中期出血即排卵期出血，表现为月经中期出血，一般量少，持续 3 天～4 天，可伴有腹胀、腹痛等症状。功血应排除内、外生殖器器质性病变、全身出血性疾病及妊娠所导致的异常子宫出血。

功血之名，中医学中无记载，根据其症状特征，无排卵型功血属于中医学“崩漏”的范畴；排卵型功血相当于中医学的“月经先期”“月经过多”“经期延长”“经间期出血”等病证。

崩漏是指经血非时暴下不止或淋漓不断。“非时”的含义包括月经失去周期性，不按时而来，及经期逾期不止，超过 15 天以上。

月经先期是指月经周期提前 7 天以上，月经量基本正常，连续出现 2 个月经周期以上者。

月经过多是指月经周期基本正常，而经量较以前明显增多，或经量超过 100ml，连续出现 2 个月经周期以上者。

经期延长是指月经周期及经量基本正常，行经时间超过 7 天以上但少于 2 周，连续出现 2 个月经周期以上者。

经间期出血是指在 2 次月经之间，即氤氲之时，有周期性出血者。

中医学对崩漏早有记载，“崩”最早见于《内经》：“阴虚阳搏谓之崩”，泛指女性血崩证；“漏”最早见于东汉张仲景《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》：“妇人有漏下者，有半产后因续下血都不绝者，有妊娠下血者。”隋代巢元方《诸病源候论》中首列“漏下候”“崩中候”“崩中漏下候”，简明论述了崩中、漏下的病名含义及病因病机，其“血非时而下，淋漓不断，

谓之漏下”“忽然暴下，谓之崩中”的论述，阐明了“崩”与“漏”的区别，即量少势缓为漏下，量多势急属崩中。认为脏腑损伤，劳伤气血，冲任之脉虚损，不能制约经血，是崩漏的病因病机。同时还指出崩中与漏下可以互见，就是“时崩时止，淋漓不断”，与无排卵型功血的临床表现相符合。明代各医家对崩漏的认识有了进一步提高，戴元礼《妇产科证治要诀》认为崩主血热，主气虚。万全《万氏妇人科》指出应采取初止血，再清热，后补虚的三步治疗方法。方约之在《丹溪心法附余》中则提出了塞流、澄源、复旧的治疗大法，指出“初用止血以塞其流，中用清热凉血以澄其源；末用补血以还其旧。若只塞其流不澄其源，则滔天之势不能遏；若只澄其源而不复其旧，则孤子之阳无以立。”明确论述了崩漏的不同时期治疗各有侧重，对后世医家影响很大。对崩漏论述更为详尽者当推张景岳《景岳全书·妇人规》，张氏指出崩漏属“经病”“血病”，为“经乱之甚者也”。在崩漏的证类上分有“阳虚血热妄行者”“肝经怒火动血逆气未散者”“血有滞逆而妄行者”“去血过多血脱气陷者”“脾气虚陷不能收摄而脱血者”“脾肾虚寒者”等。清代傅山《傅青主女科》认为崩多因虚火所致，主张“止崩之药不可独用，必须于补阴之中行止崩之法”，并重视血崩的鉴别。历代医家对崩漏的认识各有侧重，为后世研究崩漏提供了理论依据。

古人将一切异常的阴道流血均列为崩漏的范围。1949年以后，高等医药院校教材《中医妇产科学》在4版以前尚认为崩漏是多种妇科疾病所表现的共同症状，将女性生殖器炎症、肿瘤等所致的阴道出血均归于崩漏范畴。第5版教材则将崩漏归类于月经病范畴，把其他病证引起的异常子宫出血排除在外。随着中医学的发展及检查手段的提高，生殖器肿瘤、炎症等器质性病变所致的异常子宫出血，已从崩漏的范围内分离出来，使崩漏的范畴缩小。崩漏与功血也不能完全等同起来，崩漏只包括无排卵型功血，而不包括排卵型功血在内。

有关月经先期的论述，最早见于东汉张仲景《金匮要略·妇人杂病脉证并治》，认为“带下经水不利，少腹满痛，经一月再见者，土瓜根散主之”。元代朱丹溪《丹溪心法》指出：“经水不及期而来者，血热也。”强调血热是导致本病的原因。明代张景岳在《景岳全书·妇人规》中对本病的病因、辨证治则作了进一步的阐述，提出血热有虚实之异，治法也各不相同，主张“血热有火者，宜清化饮主之；火之甚者，宜抽薪饮之类”，“若微火阴虚而经多早者，治宜滋阴清火，用保阴煎之类主之”。并指出气虚亦是导致月经先期的重要原因，“若脉证无火而经早不及期者，乃其心脾气虚，不能固摄而然”。

月经过多一病在东汉张仲景《金匮要略》中已被提及，金代刘完素《素问病机气宜保命集》最早提出“经水过多”之名，认为“经水过多，别无余证，四物内加黄芩、白术各一两”。经期延长最早记载见于隋代巢元方《诸病源候论》，称“月水不断”。经间期出血之病名在中医学历代医籍中均无明确记载，可能视为月经先期或经漏、赤带，而未另立病名。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

#### 1. 功血的诱因

机体如受内外因素如精神过度紧张、环境改变、气候骤变、过度劳累、营养不良及其他全身性疾病的影响，可以通过大脑皮层干扰下丘脑—垂体—卵巢轴之间的相互调节和制约，导

致卵巢功能失调,性激素分泌失常,从而影响了子宫内膜的周期性变化,出现月经周期或/和经期、经量的异常。

## 2. 病因及病理生理

不同年龄阶段发生功血的原因也不完全相同。青春期功血是以中枢成熟缺陷为主,由于垂体对雌激素的正反馈缺陷,不能释放足够的LH,月经中期无LH高峰,故不能排卵。一旦下丘脑发育成熟,排卵机制健全,正常月经周期即能建立。生育年龄的功血多数是有排卵的,因为此时下丘脑—垂体—卵巢轴各种反馈机制已建立,卵泡能成熟而排卵,但早期FSH相对不足,使卵泡发育迟缓,黄体期LH相对不足,则引起黄体发育不全;或虽有足够的FSH,但LH相对不足或持久分泌,而导致黄体不健或萎缩不全,从而出现月经先期、月经量多或经期延长,导致有排卵型功血。更年期功血的主要原因是卵巢功能衰竭,失去对下丘脑和垂体的正负反馈作用,垂体分泌的FSH和LH升高,FSH多于LH,月经中期形不成LH高峰,导致无排卵型功血。

## 3. 子宫内膜的病理变化

卵巢功能失调影响子宫内膜出血的机理,是由于雌激素水平下降或雌、孕激素比例失调而引起的撤退性或突破性出血。患无排卵型功血时,由于无排卵,缺乏孕激素的对抗作用,子宫内膜长期受雌激素的影响而增厚,血管供应增多,腺体增多,间质少,组织变脆等原因所致。若雌激素水平突然明显下降,则引起出血量较多的撤退性子宫出血;当雌激素不能维持子宫内膜继续增生时,则出现突破性出血。一处修复后另一处又剥脱出血。因此出现长期不规则子宫出血。

功血患者的子宫内膜变化有以下6种形态:

(1) 增生性内膜 相当于正常的增生期内膜,但它不出现在排卵前,而是出现在经前期或月经来潮时。内膜增厚,细胞呈柱状或高柱状,腺体增生,间质细胞增生呈梭形或星形,螺旋小动脉也增生,壁变厚。

### (2) 子宫内膜增生过长

①单纯增生过长(轻度增生过长):内膜较厚,腺体与间质细胞增生程度超过晚期增生期改变,腺上皮柱状假复层胞浆丰富,核大,核仁明显,较多分裂相,间质致密。

②腺囊型增生过长(干酪样增生过长):内膜较单纯增生过长更厚,有的表面呈息肉样。腺上皮高柱状,假复层或复层排列,间质水肿,腺体大小不一,腺腔扩大,呈乳酪样改变。螺旋小血管较直,管壁平滑肌增生。

③腺瘤型增生过长(重度腺型增生过长):内膜增厚呈息肉状,腺上皮增生向腺腔突出,腺体与腺体有背靠背现象。

④不典型增生过长(非典型增生):在腺瘤型增生过长的基础上发生腺上皮的异型性改变,细胞核增大,染色质粗,胞浆少,核分裂相多。严重者可发展为子宫内膜癌。

(3) 萎缩型宫内膜 内膜菲薄,腺体少,腺腔窄,腺上皮扁平或单层立方状,胞浆少,间质密,血管少。见于更年期雌激素水平不足,流血日久者。

(4) 分泌反应不良 见于黄体功能不足患者,经前期仍表现为早期分泌期改变,或腺上皮的分泌反应不一致。间质无蜕膜样反应。

(5) 混合型宫内膜 月经第5天仍有分泌反应的腺体,腺上皮胞浆多,内有糖元颗粒,核固缩,螺旋小血管退化,可见分泌期与增生期内膜混合存在。见于黄体萎缩不全的患者,因

持续分泌孕激素，使内膜呈不规则剥脱。

(6) 高度分泌反应性内膜(内膜脱膜样变) 腺上皮高柱状，胞浆透亮，腺体分泌多，间质细胞肥大，螺旋血管增生。见于除妊娠外内膜过度反应的患者，表现为月经量多。

## (二) 中医的病因病机

本病的发病机理总属冲任不固，不能制约经血。引起冲任不固的原因以肾虚、血瘀、脾虚、血热多见，其中肾虚是其主因。因肾为天癸之源，冲任之本，肾气旺盛则天癸至，促使冲任二脉通盛，经候如期。若先天肾气不充或年老肾气虚衰，或肝、脾功能失常，气血失调，导致肾—天癸—冲任—胞宫之间调节失衡，冲任受损，则可发生月经失调。

### 1. 肾虚

先天禀赋不足，肾气不充，天癸初至，冲任未盛；或绝经前期肾气日衰，冲任不固，不能摄血调经，则可发生崩漏。或因房劳过度，多产、流产损伤肾气，肾虚封藏失司，冲任失固，不能制约经血，以致月经周期提前，或暴崩下血，或淋漓不断。若肾阴亏损，阴虚失守，相火妄动，不司统摄固藏，则可致月经失调。

### 2. 脾虚(气虚)

素体虚弱，中气不足，或忧思过度，劳倦伤脾，脾虚气弱，统摄无权，冲任失固，不能制约经血，而致崩漏或月经先期、量多等。或病延日久，气随血泄，其虚益甚，不能摄血固冲，而使病情加重。

### 3. 血热

素体阳盛，或过食辛热助阳之品，或情志不舒，肝郁气结，郁久化火，以致热伤冲任，扰动血海，迫血妄行而致先期、量多或崩漏。若素体阴虚，或久病失养，失血伤阴，阴血不足，水亏火旺，虚火内炽，灼伤胞络，损伤冲任，则致月经先期、经间期出血或漏下不止。

### 4. 血瘀

素多抑郁，情志不舒，肝气郁结，气机不畅，气滞则血瘀胞中，瘀阻冲任。或经期产后，感受寒、热之邪，血为寒凝或为热结，瘀血内阻，新血不得归经而妄行，致月经失调。

## 三、临床诊断

### (一) 辨病·西医诊断

#### 1. 症状

无排卵型功血的症状特点是不规则子宫出血。表现为月经失去正常的规律性，周期紊乱，经期长短不一，出血量多少不等，或有数周或数月的停经，然后出现子宫出血，量多如注，或淋漓不尽达数月之久，可伴不孕。出血过多或流血时间长者，可出现贫血症状，如头晕、乏力、食欲不振等。

排卵型功血的症状特点是月经周期有规律。表现为月经周期缩短，月经提前；或经期延长，长达9天~10天，出血量较多；或月经周期正常，但月经量多；或月经中间期出血等四种情况，可伴发不孕或易流产。

## 2. 体征

全身检查一般无阳性体征发现,如系大量出血,或出血时间较长,则有贫血的体征。盆腔检查子宫正常或略大,无器质性病变。

## 3. 实验室及其他检查

(1) 基础体温(BBT)测定 了解有无排卵,从黄体期体温升高的幅度与时间,了解黄体成熟情况,是否按时萎缩。无排卵型功血BBT呈单相型,排卵型功血BBT呈双相。黄体不健者,高温相短于11天,或上升幅度偏低;黄体萎缩不全者,高温相下降缓慢;月经中期出血者,出血发生在低、高温转变时。

(2) 诊断性刮宫 已婚女性,特别是更年期出血者,诊断性刮宫不但能够明确功血类型,还可排除其他病变。所以,诊断性刮宫时应注意宫腔的大小、形态、有无高低不平感,刮出物的性质和量。诊断性刮宫一般选择在月经临来前或来潮12小时内进行;怀疑黄体萎缩不全者,应在月经第5天刮宫;不规则子宫出血者则任何时候都可以刮取内膜。无排卵型功血的子宫内膜,可见不同程度的增生,偶见子宫内膜萎缩。排卵型功血的子宫内膜呈早期分泌期变化,有的呈不规则成熟、不规则脱落,出现分泌期、增生期兼有的内膜。

(3) 阴道脱落细胞涂片检查 无排卵型功血患者整个月经周期呈持续性雌激素水平高涨或低落,无周期性变化。排卵型功血患者的阴道脱落细胞有周期性变化,一般经前、经后多属轻度影响,排卵期为中度~高度影响,但角化指数偏高或细胞堆集。

(4) 宫颈粘液检查 无排卵型功血经前(流血前)为羊齿状结晶,无椭圆小体出现。排卵型功血患者月经后半期出现椭圆小体。

(5) 激素测定 测定时间宜选择在月经周期第22天,通过测定雌激素、孕二醇的水平来判断卵泡发育情况,有无排卵和黄体是否健全。无排卵型功血尿孕二醇测定呈阴性,排卵型功血患者的孕二醇含量偏低或正常。

(6) 宫腔镜检查 了解宫腔内情况,排除粘膜下肌瘤、宫腔息肉等病变。

(7) B型超声波 了解子宫的大小、形态,内膜的厚度,排除子宫肌瘤、卵巢肿瘤等病变,并可监测有无排卵。

## 4. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断标准(卫生部《中药新药临床研究指导原则》)

①无排卵型功血:由于排卵障碍,无黄体形成,子宫内膜增生过长,临床表现不规则子宫出血,经期长短不一,出血量时多时少,甚至大量出血。妇产科检查:出血时宫颈充血、较软,宫口松,子宫亦较软,有时伴有一侧或双侧卵巢囊性增大。基础体温单相型,阴道脱落细胞涂片无周期性改变,出血前1天~2天宫颈粘液呈现羊齿植物叶状结晶,内膜病理检查可见增生期变化或增生过长,无分泌期变化。

②排卵型功血:黄体不健:经前子宫内膜分泌功能不良;临床表现月经周期缩短,经量多少不一,经期延长;阴道涂片有时可见角化细胞指数偏高,细胞堆积,皱褶不佳;基础体温双相型,黄体期缩短,在10天以下,或呈梯形上升或下降。

黄体萎缩不全:经期第5天子宫内膜活检呈分泌期改变;临床表现为月经周期正常,经期延长,经量多少不一;基础体温呈不典型双相型,下降延迟或逐渐下降。

(2) 鉴别诊断

①全身性疾病:如血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血等血液病变,因其有出



血倾向,可出现月经过多,通过查体、血液检查等即可作出鉴别。肝脏疾患因其凝血功能障碍,导致月经过多、经期延长,通过其临床症状及肝功检查不难区别。甲状腺功能亢进或低下、肾上腺功能异常也可致子宫异常出血,可通过临床症状、查体及 $T_3$ 、 $T_4$ 、尿17-酮、17-羟类固醇测定等作出鉴别。

②异常妊娠:如流产、异位妊娠、葡萄胎、绒毛膜上皮癌等,均可出现不规则阴道流血,但流产、异位妊娠均有停经史,流血的同时多伴腹痛,发病初期尿妊娠试验阳性。葡萄胎也有停经史,流血的同时可见水泡样物排出,伴有恶心、呕吐等症状,子宫增大,尿妊娠试验阳性。故通过血、尿hCG测定、盆腔检查、诊断性刮宫及B型超声波检查即可与功血相鉴别。如出血继发于产后,应考虑到有胎盘残留、子宫复旧不全、子宫内膜炎的可能性。

③生殖器肿瘤:子宫肌瘤、子宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢功能性肿瘤等,均可出现异常子宫出血,可通过盆腔检查、B型超声、宫腔镜检查及分段诊断性刮宫等来鉴别。

④内生殖器炎症:如急性或慢性子宫内膜炎、子宫体炎、子宫内膜息肉等也可引起不规则阴道流血,通过病史、盆腔检查等可加以区别。

## (二) 辨证·中医诊断

因功血归属于中医学多种疾病中,所以首先应根据月经周期、经期、经量的改变以确定诊断,并根据中医的辨证基本原则进行辨证。

### 1. 辨证要点

功血的表现形式不一,病证复杂,但均以月经周期、经期、经量的异常变化为主证,故辨证时应根据期、量、色、质的变化及伴随症状、舌脉之象,辨别其虚实寒热。出血量多,色淡红,质稀薄者,多属虚证。伴神疲乏力,气短懒言,舌淡胖或有齿痕,脉虚无力者,属气虚证;伴头晕耳鸣,腰膝酸软,四肢不温,舌质黯淡,脉沉弱者,属肾虚证。出血量多,色鲜红或紫红,质粘稠者,多属血热。伴口渴烦热,大便干结,小便短黄,舌质红,苔黄腻,脉洪数者,属实热;伴潮热盗汗,五心烦热,舌质红,脉细数者,属虚热。经色紫黑有块,经血不畅或久漏不止,伴小腹刺痛,舌质黯红,边有瘀斑,脉沉涩者,多属血瘀证。若月经中间期出现赤带或赤、白相杂,舌质红,苔黄腻,脉弦细者,多属湿热之实证。

### 2. 辨证分型

**崩漏**(临床表现出自卫生部《中药新药临床研究指导原则》)

#### (1) 脾虚证

〔临床表现〕突然出血,量多,或淋漓不尽,色淡,质薄,面色㿔白,神疲乏力,心悸,气短懒言,纳呆,大便溏薄,小便清长,手足不温。舌质淡胖,边有齿痕,脉细弱或虚大。

〔辨证分析〕中气不足,脾虚气陷,统摄失固,故经血突然暴下,量多,或淋漓不尽。脾虚化源不足,故血色淡而质稀薄。中气不足,故神疲乏力,气短懒言。气虚下陷,脾阳不振,故出现面色㿔白,四肢不温,纳呆,大便溏薄,小便清长等症。舌淡胖,边有齿痕,脉细弱均为脾虚气弱之征。

#### (2) 肾阳虚证

〔临床表现〕突然出血,量多,或淋漓不尽,色淡或暗红,质清稀,精神萎靡,眩晕,腰痛,小腹寒冷,或空坠不适,或四肢不温,面色萎黄,小便清长,大便溏薄。舌质胖淡,苔薄白,脉沉细无力。



〔辨证分析〕肾虚封藏失固，冲任不能制约经血，故经来无期，忽然暴下量多，或淋漓不止。阳虚真火不足，经血失煦，故血色淡，质清稀。腰为肾之府，肾主骨生髓，脑为髓海，肾阳虚则腰痛，眩晕，精神萎靡。肾阳不足，命门火衰，膀胱气化不利，故小便清长。脾阳根于肾阳，肾阳不足则脾阳不振，故大便溏薄。阳虚失于温煦，故小腹寒冷，四肢不温。舌脉之象均为肾阳虚之征。

### (3) 肾阴虚证

〔临床表现〕突然出血，量多，或淋漓不尽，色鲜红，质稍稠，耳鸣心悸，五心烦热，失眠盗汗，腰膝酸软。舌质红或偏红，苔薄，脉细数。

〔辨证分析〕肾阴虚，阴虚失守，冲任不固，则突然出血，量多，或淋漓不尽。阴虚血热，故血色鲜红，质稠。肾阴不足，精亏血少，不能上荣于脑，故耳鸣。肾虚则腰膝酸软。肾阴不足，相火妄动，故五心烦热，失眠盗汗。舌质红，脉细数，也为肾阴虚之征。

### (4) 实热证

〔临床表现〕突然出血，量多，或淋漓不尽，色深红，质粘稠，头晕面赤，烦渴，喜冷饮，大便秘结，小便黄。舌质红降或舌尖红，舌苔黄或黄腻，脉数或弦数、洪数。

〔辨证分析〕实热内盛，损伤冲任，扰动血海，迫血妄行，故经血非时暴下，量多，或淋漓不尽。血分有热，故血色深红，质粘稠。热邪内盛。灼伤津液，故烦渴，喜冷饮，尿赤便秘。热盛于里，火性上炎，故出现面赤，舌质红绛或舌尖红，舌苔黄，脉洪数等。

### (5) 虚热证

〔临床表现〕突然出血，量多。或淋漓不尽，色深红或红，质薄，面颊潮红，午后潮热，盗汗，烦热少寐，咽干口燥，大便干燥，小便黄。舌质红，苔薄黄或无苔，脉细数。

〔辨证分析〕阴虚内热，热伏冲任，冲任虚损，失于固摄，故突然出血，量多，或淋漓不尽。血为热灼则色深红或红。阴虚不能制阳，虚火外浮，故面颊潮红，午后潮热，盗汗。热扰心神，故烦热少寐。阴虚津亏，故咽干口燥，大便干燥，小便短黄。舌脉之象均为阴虚血热之征。

### (6) 血瘀证

〔临床表现〕突然出血，量多，或淋漓不尽，色紫红，挟有血块，小腹胀痛拒按，块下痛减，胸胁胀满不舒，或乳房胀痛。舌质紫黯或有瘀点，脉涩、紧或弦涩。

〔辨证分析〕瘀血阻滞胞宫，新血不安，不循常道而妄行，故经乱无期，或突然出血，量多，或淋漓不尽。经血瘀滞，故色紫红，有血块。瘀血内阻，胞脉不利，气血不畅，故小腹胀痛拒按，块下痛减。血瘀气滞，则胸胁胀满，乳房胀痛。舌质紫黯或有瘀点，脉涩紧或弦涩，均为血瘀气滞之象。

**月经先期、月经过多、经期延长**（临床表现出自卫生部《中药新药临床研究指导原则》）

### (1) 气虚证

〔临床表现〕经色淡红，经质稀薄，神疲乏力，少气懒言，自汗。舌质淡胖或有齿印，脉虚无力（弱、软、濡等）。

〔辨证分析〕中气虚弱，冲任不固，血失统摄，故月经先期而行，或月经量多，或行经时间延长。气虚火衰，不能化血为赤，故经色淡红，质稀薄。中气不足，则神疲乏力，少气懒言。气虚不能敛汗，故常自汗。舌淡胖或有齿印，脉虚无力，均为气虚之征。

### (2) 肾虚证

〔临床表现〕经色淡黯，经质稀薄，面色淡黯或有黯斑，腰骶酸痛，胫酸膝软或足跟痛，耳鸣或耳聋，性欲减退。舌淡黯，苔薄，两尺脉沉弱。

〔辨证分析〕肾气虚弱，封藏失司，冲任失调，血失固摄，则出现月经周期提前，量多，或经行时间延长等月经失调现象。肾气不足，阳虚火衰，经血失煦，则经色淡黯，质稀薄。腰为肾之府，肾主骨生髓，肾虚失养，故腰骶酸痛，胫酸膝软或足跟痛。肾虚则髓海不足，孔窍失养，故耳鸣、耳聋。肾阳不足，命门火衰，故性欲减退，面色淡黯。舌淡黯，两尺脉沉弱，均为肾虚之象。

### （3）阴虚证

〔临床表现〕经色深红，经质稠，咽燥口干，五心烦热，潮热颧红，便结，尿短赤。舌质红，少苔或无苔，脉细数。

〔辨证分析〕素体阴虚，或久病、热病伤阴，阴虚内热，扰动血海，迫血妄行，则月经提前，量多，或愈期不止。阴虚血热，故经色深红，质粘稠。水亏火旺，故咽燥口干，大便干结，小便短赤。阴虚不能敛阳，虚阳外浮，故潮热颧红。虚火内扰，故五心烦热。舌质红，少苔或无苔，脉细数，为阴虚内热之象。

### （4）血热证

〔临床表现〕经色深红，经质稠，或有血块，心烦，口渴引饮，便结，小便黄短。唇舌色红，舌苔黄，脉滑数。

〔辨证分析〕素体阳盛，或热邪伏于冲任，冲任失固，热迫血行，故月经先行而至，或月经量多，或经期延长。血为热灼，则经色深红，质稠，有血块。热邪内盛，伤津耗液，故口渴引饮，大便干结，小便短黄。热扰心神则心烦。唇舌色红，苔黄，脉滑数，为血热之象。

### （5）肝郁证

〔临床表现〕经色紫红，或挟有血块，胸胁胀满不舒，经前乳房胀痛，烦躁易怒。脉弦。

〔辨证分析〕肝郁气滞，血行不畅，瘀结胞中，故经色紫红，挟有血块。肝经循乳房布胁肋，肝郁不舒，气机不利，故胸胁胀满不舒，经前乳房胀痛。肝郁日久化火，则心烦易怒，脉弦亦为肝郁之征。

### （6）血瘀证

〔临床表现〕经色紫黑有块，小腹或少腹固定性疼痛。舌质紫黯或有瘀斑、瘀点，脉弦或涩。

〔辨证分析〕瘀血阻滞，气血运行不畅，故经色紫黑，有血块。瘀血积于胞中，胞脉不利，故小腹或少腹固定性疼痛。舌质紫黯或有瘀斑，脉弦或涩，均为血瘀之象。

## 经间期出血

### （1）肾阴虚证

〔临床表现〕月经中间期出血，量少，色鲜红，质粘稠。伴五心烦热，头晕耳鸣，腰膝酸软。舌质红，少苔，脉细数。

〔辨证分析〕肾阴不足，不能制阳，在经间之时阳气内动，冲任失固，故出现月经中间期出血。阴虚阳动，虚火内扰，故血色鲜红，五心烦热。腰为肾之府，肾虚则腰膝酸软。肾阴不足，髓海空虚，清窍失养，故头晕耳鸣。舌质红，少苔，脉细数，亦为肾阴虚之征。

### （2）湿热证

〔临床表现〕月经中间期出血，量或多或少，色红，质粘稠，或为赤带，味腥臭。平素白

带量多，色黄，心烦胸闷。舌质红，苔黄腻，脉弦细。

〔辨证分析〕平素情志不畅，肝气不舒。肝气横逆克脾，脾虚运化失职，湿邪内生，蕴而化热，湿热之邪因经行时阳气内动而扰乱血海，故出现月经中间期出血，量或多或少。湿热之邪与血搏结，故血色红而质粘稠，或为赤带，味腥臭。平素湿热内蕴，流注下焦，故白带量多，色黄。湿热之邪阻碍气机运行，故心烦胸闷。舌质红，苔黄腻，脉弦细亦为湿热之征。

### (3) 血瘀证

〔临床表现〕月经中间期出血，量少，色紫黑，有血块，伴少腹两侧胀痛或刺痛。舌质黯红或有瘀点，脉弦涩。

〔辨证分析〕血瘀于内，新血不得归经，经行之时阳气内动，扰动血海，离经之血溢于脉外，故经间期出血，色紫黑，有血块。瘀血阻滞，气血运行不畅，故少腹两侧胀痛或刺痛。舌质黯红或有瘀点，脉弦涩，均为血瘀之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 无排卵型功血的治疗

无排卵型功血患者，出血量多，严重者可导致贫血甚至休克，故必须以止血为先，并根据患者的不同年龄选择不同的治疗方法。青春期女性以止血和调整周期为主，促使卵巢功能的恢复，更年期女性止血后以调整周期，减少经量为原则，不再考虑恢复卵巢排卵功能。

##### (1) 止血

①青春期功血：主要是使用雌激素使子宫内膜增生修复达到止血目的，或使用孕激素使子宫内膜彻底剥脱而止血。前者适用于雌激素水平低下者，后者适用于患者体内有一定雌激素水平者。雌激素的用量按出血量多少决定，一般用己烯雌酚 1mg~2mg，每日口服 2 次~3 次，有效者 2 天~3 天内血止，血止后逐渐减量，每 3 天减量 1 次，每次减量不超过原用量的 1/3，直至维持量每日 1mg，维持至下次月经周期前 2 天~3 天停药。若口服药胃肠反应严重者，可改用苯甲酸雌二醇 2mg，肌肉注射，6 小时~8 小时 1 次，递减法如上，到每天 2mg~3mg 量时，改己烯雌酚 1mg，每日 1 次，口服，维持至血止后 15 天~22 天，停药 3 天~7 天可发生撤药性出血。

孕激素止血，也称“药物性刮宫”，常用的人工合成孕激素有炔诺酮、甲地孕酮和安宫黄体酮，其用量根据流血量多少而定，血量多者，可用炔诺酮 5mg~7.5mg 或甲地孕酮 8mg 或安宫黄体酮 8mg~10mg，每 4 小时~6 小时口服 1 次，1 天后改 8 小时口服 1 次，每 3 日减量 1/3，直至维持量，即炔诺酮每日 2.5mg~5mg，甲地孕酮每日 4mg，安宫黄体酮 4mg~6mg，维持到血止后 15 天~20 天，停药后 3 天~7 天出现撤药性出血。对少量淋漓不断的阴道流血，可用黄体酮 10mg~20mg，肌肉注射，每日 1 次，或口服安宫黄体酮 2mg，每日 3 次，共 3 天~5 天，停药 2 天~3 天出现撤药性出血，5 天~6 天后出血停止。

②育龄期功血：可用孕激素或雄激素止血，一般用黄体酮 20mg，肌肉注射，每日 1 次，或丙酸睾酮 25mg，肌肉注射，每日 1 次，连用 5 天，也可二药合用，用法同前。也可用复方黄体酮注射剂（含苯甲酸雌二醇 2mg，黄体酮 20mg），每日肌注 1 次，止血效果好。药物

治疗无效时可选择诊断性刮宫术,刮除增生过长之内膜,打断其恶性循环,达到止血的目的。青春期功血药物治疗无效时也可选用此法。

③更年期功血:首选诊断性刮宫,既能迅速达到止血目的,又能通过病理检查排除子宫内膜恶性病变。也可应用药物治疗,常用丙酸睾酮 25mg,肌肉注射,每日 1 次;或二合激素(含黄体酮 20mg,丙酸睾酮 25mg)肌肉注射,每日 1 次,连用 5 天;或三合激素(含苯甲酸雌二醇 2mg,黄体酮 12.5mg,丙酸睾酮 25mg)肌肉注射,如血量减少可于 6 小时~8 小时重复注射 1 次。雄激素可对抗雌激素,改善盆腔充血,减少血量,但单独应用不能达到止血目的,且易引起男性化反应,故其用药总量每月不能超过 300mg。

部分功血患者子宫内膜纤溶活性增强,用抗纤溶治疗有一定效果。止血芳酸 0.1g~0.2g 加入 25%~50%葡萄糖 40ml 静注,可抑制纤维蛋白溶解,减少出血。6-氨基己酸初用量 4g~6g,加 5%~10%葡萄糖或生理盐水 100ml 中静脉滴注,15 分钟~30 分钟滴完,维持量每小时 1g。另外,可用安络血 2.5mg~5mg,每日 3 次口服,或肌肉注射,每次 5mg~10mg,每日 3 次。止血敏 0.5g~1.0g,静注或肌注。上述两种药物可缩短凝血时间,并使毛细血管通透性降低。止血敏不能与 6-氨基己酸混合注射,以免引起中毒。也可选用宫缩剂如催产素,以促进子宫收缩,压迫血管开口以利止血。

## (2) 调整月经周期

①雌、孕激素序贯疗法:己烯雌酚 0.5mg~1mg,每日 1 次,于出血第 5 天起连服 20 天,于服药第 16 天每日加用黄体酮 10mg,肌肉注射,两药同时停用。使用 2 个~3 个周期后,患者即能自发排卵,恢复月经周期。本法适用于青春期及育龄期患者。

②雌、孕激素合并疗法:己烯雌酚 0.5mg,安宫黄体酮 4mg,于月经第 6 天开始两药并用,每晚服 1 次,连服 20 天,停药后出现撤药性出血。亦可口服避孕药 I 号或 II 号,每晚 1 次,连服 22 天,适用于生育期患者。

③雄、孕激素合并疗法:丙酸睾酮 25mg,黄体酮 10mg,于预计下一次出血前 8 天开始,每日肌注 1 次,连用 5 天。雄激素可降低孕激素引起的血管扩张作用,减少出血,因其对下丘脑的抑制较明显,故多用于更年期功血。

④三合激素:于上次血止第 20 天起给予三合激素,肌肉注射,每日 1 支,连用 5 天,停药 2 天~3 天出现撤药性出血,连用 3 个月经周期。

## (3) 促排卵

①氯蔗酚胺:又称克罗米芬,有较高的促排卵作用,适用于体内有一定雌激素水平者,一般量为 50mg~150mg/d,宜小剂量开始。于月经周期第 5 天,每日口服 50mg,连用 5 天,如无效可于下次月经周期加大用量,每日口服 100mg,最大量不得超过 150mg,以免出现卵泡过激综合征。如未能恢复排卵,则停药数月后可重复用药。

②绒毛膜促性腺激素(hCG):适用于卵泡发育尚佳,有一定雌激素水平者。在月经周期第 16 天~18 天仍无排卵时,可加用 hCG 5 000IU~10 000IU,1 次或分 2 次肌注。

## 2. 排卵型功血的治疗

(1)黄体不健 卵泡发育障碍所致者,可予己烯雌酚,每天 0.25mg,共服 20 天~22 天。少量雌激素可增强垂体的敏感性,从而改善垂体功能,通过促使卵泡成熟而达到健全黄体的作用。或用氯蔗酚胺,每日 50mg,于月经第 5 天开始,连用 5 天。黄体功能不足的黄体不健,用安宫黄体酮 4mg,每日 2 次,于 BBT 上升的第 2 天~3 天开始口服,共 10 天。也可于 BBT

上升的第2天开始,每日肌注hCG500IU~1000IU,隔日1次,共4次~5次,以刺激及维持黄体功能。

(2) 黄体萎缩不全 于经前8天开始,每日肌肉注射黄体酮10mg~20mg,共5天;或安宫黄体酮8mg~12mg,每日1次,连服5天。亦可应用hCG,用法同黄体不健。

(3) 月经过多 一般由雌激素水平偏高所致,可用雄性激素对抗之。丙酸睾丸酮25mg,于月经周期第20日开始肌肉注射,每日1次,连用3天;或甲基睾丸素5mg,舌下含化,自月经周期第10天开始,每日2次,连用10天。也可用前列腺素合成酶抑制剂,如甲灭酸0.25g,每日3次,经期服用,用药不宜超过一周,或氯灭酸0.2g,每日3次,于月经第1天开始,连服7天。也可配合各种止血剂对症治疗。

(4) 排卵期出血 于月经周期第10天开始,给予炔雌醇0.005mg~0.01mg,每日口服1次,连用10天。亦可口服避孕药。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### 崩漏

崩漏的治疗重在“止”和“调”,止血调经是其治疗大法。止,即“塞流”;调,即“澄源、复旧”,止与调不能截然分开。临床上应根据“急则治其标,缓则治其本”的原则,灵活运用塞流、澄源、复旧三法进行治疗。如出血量多、势急,当以止血为要,但止血并非一味固涩,必须根据辨证,或补气摄血,或凉血止血,或化瘀止血,塞流与澄源并举。出血缓解后则应审因固本,重在调补脾肾,治本调经,恢复月经周期。如出血量少,淋漓不断,势缓者,则寓固本于止血之中,标本兼固,以达到止血调经的目的。同时,在辨证论治的基础上,要适当考虑不同年龄的生理特点,治疗有所侧重。如青春期肾精未实,肾气未充,其发病多因肾的封藏失固所致,故治疗时宜侧重补肾;育龄期患者因婚配生育,耗血伤阴,气常有余,肝失疏泄,故治疗时宜侧重调肝补肾;更年期肾气渐衰,精血日亏,宜脾肾兼顾,补后天以养先天。

#### (1) 脾虚证

〔治法〕健脾益气,升阳举陷。

〔方药〕举元煎(《景岳全书》)加味。

党参30g(或人参9g),黄芪30g,白术12g,升麻9g,阿胶12g(烔化),乌贼骨30g,炙甘草6g。

〔加减〕①兼血虚者,加制首乌30g,白芍15g以养血调经,亦可用归脾汤(《济生方》)去当归。

党参30g,黄芪30g,白术12g,茯神12g,远志9g,酸枣仁15g,广木香9g,龙眼肉15g,甘草9g。

②气虚不摄者,用固冲汤(《医学衷中参西录》)加减。

炒白术30g,黄芪24g,煅龙骨、煅牡蛎各24g,山茱萸12g,白芍12g,海螵蛸12g,茜草9g,棕榈炭9g。

③纳呆、腹胀者,加砂仁6g,木香9g以理气健脾。

〔分析〕举元煎以党参、黄芪补气培元,固冲摄血;白术补气健脾;升麻升提气机;加阿

胶养血止血调经；乌贼骨涩血固冲。全方健脾益气，升阳举陷，使血止经候如期。

## (2) 肾阳虚证

〔治法〕温肾固冲，止血调经。

〔方药〕右归丸（《景岳全书》）加减。

熟地 12g，山药 15g，山茱萸 12g，枸杞子 12g，菟丝子 12g，鹿角胶 9g（烊化），杜仲 15g，制附子 6g，黄芪 30g，艾叶 9g。

〔加减〕①大便溏薄者，加补骨脂 12g，芡实 15g 以温肾健脾止泻。

②肾阳虚不能温脾，出现四肢、脸面浮肿，纳差者，加茯苓 15g，白术 12g，砂仁 6g 以健脾温中。

③若患者年少，肾气未充者，加仙灵脾 12g，紫石英 30g 以加强补肾调冲之功。

〔分析〕方中熟地、山茱萸、枸杞子补肾益精，于阴中求阳。杜仲、菟丝子温补命门之火，以强壮肾气，但因附子为燥热之品，故用量宜小，不宜久用。黄芪补气摄血，艾叶温经散寒止血。

## (3) 肾阴虚证

〔治法〕滋阴补肾，止血调经。

〔方药〕左归丸（《景岳全书》）合二至丸（《医方集解》）加减。

熟地 12g，山药 15g，枸杞子 12g，山茱萸 12g，菟丝子 9g，鹿角胶 9g（烊化），龟板胶 9g（烊化），旱莲草 30g，女贞子 12g。

〔加减〕①阴道流血量多或淋漓不止者，加生地榆 30g，小蓟 12g 以滋阴凉血止血。

②手足心热，盗汗，口干者，加地骨皮 12g，麦冬 12g 以滋阴清热。

③心烦失眠多梦者，加五味子 9g，夜交藤 15g，酸枣仁 30g 以滋阴养血安神。

〔分析〕方中熟地、山药滋阴补肾，养血调经；枸杞子、菟丝子、女贞子补肝肾，固冲任；龟板胶滋阴潜阳，固经止崩；旱莲草补肾益阴，凉血止血；鹿角胶温养精血；山茱萸补肝肾，固经止血，有收敛之功。

## (4) 实热证

〔治法〕清热凉血，止血调经。

〔方药〕清热固经汤（《简明中医妇科学》）加减。

黄芩 9g，山栀 9g，生地 15g，生地榆 30g，地骨皮 12g，阿胶 9g（烊化），炙龟板 15g（先煎），生牡蛎 30g（先煎），仙鹤草 30g，陈棕炭 12g，生藕节 12g，生甘草 6g。

〔加减〕①若阴道流血有血块，伴小腹疼痛者，加益母草 30g，生蒲黄 9g 以化瘀止痛。

②肝经有热，心烦，胸胁胀痛者，加柴胡 9g，川楝子 12g 以疏肝理气清热。

〔分析〕黄芩、山栀清热泻火，凉血止血，生地、地骨皮清热凉血，生地榆、生藕节、仙鹤草清热凉血止血，阿胶滋阴养血止血，炙龟板、生牡蛎育阴敛血，陈棕炭收涩止血。全方泻热于滋阴之中，使热清而不伤阴，达到凉血止血的目的。

## (5) 虚热证

〔治法〕滋阴清热，止血调经。

〔方药〕保阴煎（《景岳全书》）加减。

生地 12g，熟地 12g，白芍 15g，山药 15g，续断 12g，黄芩 9g，地骨皮 12g，麦冬 9g，炙甘草 6g。



〔分析〕方中生地滋阴清热，凉血止血，熟地、白芍滋阴养血调经，山药健脾固精，续断滋补肝肾，固冲止血，黄芩、地骨皮清热止血，麦冬滋阴生津，以壮水制火。全方重在滋阴，阴血充则虚火自平，血得安宁而经调如期。

#### (6) 血瘀证

〔治法〕活血化瘀，理气调经。

〔方药〕桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

桃仁 9g，红花 6g，当归 9g，川芎 6g，赤芍 9g，生地 12g，益母草 30g，茜草 12g，生蒲黄 9g，制五灵脂 9g，香附 12g，黄芪 15g，党参 18g，乌贼骨 12g，炙甘草 6g。

〔加减〕①阴道流血量多者，去当归、川芎，加三七粉 3g（冲服）以加强化瘀止血之力。

②如为寒凝血瘀，症见少腹冷痛者，加艾叶 12g，炒小茴香 6g 以温经调经。

③若瘀久化热，出现口干便结，舌质红，苔薄黄者，加仙鹤草 15g，马齿苋 30g，丹皮 9g 以化瘀清热。

〔分析〕方中桃红四物活血化瘀，益母草、茜草、生蒲黄化瘀止血，血止而不留瘀，五灵脂祛瘀止痛，香附理气行滞，气行瘀去而痛自止。党参、黄芪补中益气，以助活血之力，乌贼骨收涩止血，涩而不滞，炙甘草调和诸药。本方遵循“通因通用”的原则，即能化瘀，又能止血，化瘀而不行血，止血而不留瘀，使瘀祛而新血归经。方中当归、川芎二味虽具有活血化瘀之功，但其辛温走窜，为血中之气药，走而不守，易使血动而妄行，故出血量多时不宜选用。

#### 月经先期、月经过多、经期延长

##### (1) 气虚证

〔治法〕补气健脾，摄血固冲。

〔方药〕补中益气汤（《脾胃论》）加减。

黄芪 30g，党参 30g，白术 12g，当归 9g，陈皮 9g，升麻 6g，柴胡 9g，煅龙骨 30g（先煎），煅牡蛎 30g（先煎），炙甘草 6g。

〔加减〕①月经量多者，加乌贼骨 15g 以收涩止血，或用举元煎（《景岳全书》）加味：

黄芪 30g，党参 30g，炒白术 12g，升麻 9g，益母草 30g，马齿苋 30g，莲房炭 15g，炙甘草 6g。

②经期延长者，去当归、柴胡，加炒蒲黄 12g，益母草 30g，以活血止血。

③兼血虚者，加桂圆肉 9g，制首乌 30g，阿胶 12g（烔化），以养血止血调经。

④失眠多梦者，加合欢花 12g，炒枣仁 15g，以养心安神。

〔分析〕方中黄芪补中益气摄血，党参、白术健脾益气，当归和血调经，升麻补气升阳举陷，柴胡引清阳之气上升，陈皮健脾理气，煅龙骨、煅牡蛎收敛止血。本方补中益气，升阳举陷，摄血归经，使月经自调。

##### (2) 肾虚证

〔治法〕补肾固冲调经。

〔方药〕补肾固冲丸（《中医学新编》）加减。

菟丝子 12g，续断 15g，杜仲 15g，枸杞子 15g，鹿角霜 9g，巴戟天 9g，阿胶 12g（烔化），党参 15g，炒白术 9g，熟地 15g，当归 9g。

〔分析〕方中菟丝子、续断、杜仲补肾气，调冲任，枸杞子、熟地补肾填精，鹿角霜、巴

戟天温补肾阳，阿胶养血止血调经，当归养血和营，党参、白术补气健脾，以后天养先天。全方补肾气，固冲任，肾气盛则经自调。

### (3) 阴虚证

〔治法〕滋阴清热调经。

〔方药〕两地汤（《傅青主女科》）加味。

生地 12g，地骨皮 12g，阿胶 12g（烔化），玄参 12g，白芍 15g，麦冬 12g，旱莲草 30g，生地榆 30g。

〔加减〕①阴虚潮热盗汗者，加炙龟板 9g 以育阴潜阳。

②气阴两虚，伴见气短乏力者，加党参 15g，黄芪 15g 以健脾益气。

〔分析〕方中生地滋阴清热凉血。地骨皮泻肾火，清退虚热。玄参、麦冬滋阴养液，壮水以制火。阿胶滋阴补血，白芍养血柔肝敛阴。旱莲草、生地榆滋阴清热，凉血止血。全方滋阴壮水，水足则火自平；阴生则阳自秘，故经行如期。

### (4) 血热证

〔治法〕清热凉血，固冲调经。

〔方药〕清经散（《傅青主女科》）加减。

丹皮 12g，地骨皮 12g，赤芍 12g，白芍 12g，生地 15g，青蒿 9g，黄柏 9g，茯苓 12g，小蓟 12g，侧柏叶 12g，黄芩 9g。

〔加减〕①热盛伤阴，口干渴者，加麦冬 12g，沙参 12g 以养阴生津。

②热与血结，经行腹痛，色紫黯，有血块者，加益母草 30g，茜草 12g 以祛瘀止痛。

〔分析〕方中丹皮、赤芍、生地清热凉血调经，地骨皮、青蒿、黄芩清热泻火凉血，黄柏清泻下焦之火，茯苓行水泄热，小蓟、侧柏叶凉血止血，白芍柔肝和阴。全方清热凉血，使热去而不伤阴，血安而经自调。

### (5) 肝郁证

〔治法〕疏肝解郁，凉血调经。

〔方药〕丹栀逍遥散（《方剂学》）加减。

丹皮 12g，山栀 9g，柴胡 9g，白芍 15g，当归 9g，茯苓 12g，白术 12g，薄荷 6g（后入），生牡蛎 30g（先煎），炙甘草 9g。

〔加减〕①阴道流血量多者，去柴胡，加生地榆 30g，旱莲草 30g，以凉血止血。

②胸胁胀痛较甚者，加川楝子 12g，延胡索 15g，以疏肝理气止痛。

〔分析〕方中丹皮凉血调经，山栀泻热除烦，柴胡疏肝解郁散热，当归、白芍养血柔肝，和血调经，牡蛎固涩止血，茯苓、白术、炙甘草补中健脾，薄荷疏肝理气，引诸药入肝经。诸药配伍有疏达肝气，清热凉血，固冲调经之效。

### (6) 血瘀证

〔治法〕活血祛瘀调经。

〔方药〕桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

桃仁 12g，红花 9g，当归 9g，赤芍 12g，熟地 12g，益母草 30g，茜草 12g，炙甘草 9g，香附 9g。

〔分析〕方中四物汤养血活血调经，桃仁、红花活血化瘀，益母草、茜草化瘀止血，香附理气行滞，气顺瘀祛则痛止，甘草调和诸药。瘀祛而新血归经，则经血自调。

### 经间期出血

#### (1) 肾阴虚证

〔治法〕滋阴补肾，止血调经。

〔方药〕两地汤（《傅青主女科》）合二至丸（《医方集解》）加减。

生地 12g，地骨皮 12g，玄参 9g，白芍 12g，阿胶 12g（烊化），麦冬 12g，旱莲草 30g，女贞子 12g，生地榆 15g。

〔分析〕方中生地、地骨皮滋阴清热，玄参、女贞子滋补肾阴，旱莲草、生地榆滋阴凉血止血，白芍、阿胶、麦冬滋阴养血，诸药配伍“只专补水”，肾水充足则虚火自灭，经自调矣。

#### (2) 湿热证

〔治法〕清利湿热。

〔方药〕清肝止淋汤（《傅青主女科》）加减。

当归 9g，白芍 12g，生地 15g，丹皮 12g，黄柏 9g，川牛膝 9g，制香附 12g，茯苓 12g，薏苡仁 30g，小蓟 9g。

〔加减〕①热重于湿者，加山栀 9g，黄芩 9g 以清热泻火。

②湿重于热者，加车前子 12g（包煎），泽泻 9g 以利水除湿。

〔分析〕方中生地、丹皮清利泻热，黄柏清热燥湿，当归、白芍养血柔肝，香附疏肝理气，茯苓、薏苡仁利水除湿，小蓟清热止血，牛膝引诸药下行以利湿热。

#### (3) 血瘀证

〔治法〕化瘀止血。

〔方药〕逐瘀止血汤（《傅青主女科》）加减。

当归 12g，生地 12g，大黄 6g，桃仁 12g，赤芍 9g，丹皮 12g，枳壳 9g，茜草 12g。

〔分析〕方中当归、生地、赤芍养血活血，大黄、桃仁活血化瘀，丹皮、茜草化瘀止血，枳壳理气行滞，疏通瘀滞。

### 2. 中药人工周期疗法

中药人工周期是以补肾为治疗法则，结合现代医学女性性腺轴中卵泡发育的不同阶段，进行周期性用药的一种治疗方法，治疗功血有较好疗效。功血以无排卵型居多，无排卵型功血的治疗以诱发排卵，恢复月经周期为目的。中药人工周期疗法是通过调节肾—天癸—冲任—胞宫间的平衡，来改善卵巢功能，促使月经恢复正常。其治疗方法以益肾养血—补血活血—益肾固冲—活血调经为序周期性选方用药，补肾之法贯彻始终。一般月经前半期以补肾阴为主，促使卵泡发育；后半期以补肾阳为主，并佐以活血化瘀之品。通过助阳激发“阴”的功能，使卵泡发育成熟而排卵，黄体功能健全，通过调整肾的阴阳平衡达到经候如期的目的。

中药人工周期的具体用法为：于月经周期第 5 天开始服“促卵泡汤”7 剂，继服“排卵汤”5 剂，再服“促黄体汤”7 剂，最后服“调经活血汤”5 剂。每日 1 剂，水煎服。但在临床应用中，服药的时间不宜过于拘泥。如患者雌激素水平较低，或身体状况较差，贫血者，可适当延长促卵泡汤的服药时间，以促进卵泡发育。经宫颈粘液、阴道脱落细胞检查，雌激素达到一定水平时，再选用排卵汤，可明显提高疗效。

促卵泡汤：熟地、当归、何首乌、菟丝子、菟丝子、肉苁蓉各 12g。肾阴虚者，加女贞子、旱莲草各 10g；肾阳虚者，加仙茅 6g，仙灵脾 15g。

排卵汤：丹参、赤芍、泽兰、紫河车各 12g，红花 6g，桃仁、香附、当归各 9g。

促黄体汤：何首乌 12g，仙灵脾 18g，菟丝子、龟板、白术、续断、肉苁蓉、当归各 12g。  
调经活血汤：丹参 15g，赤芍、泽兰、茺蔚子、桑寄生各 12g，香附、当归各 9g。

### 3. 验方治疗

#### (1) 调经汤

〔组成〕黄芪 20g，当归 15g，柴胡 10g，白芍 15g，茯苓 15g，白术 15g，生地 25g，茜草 50g，海螵蛸 25g，枸杞子 20g，菟丝子 20g，川芎 2.5g，牡丹皮 10g，甘草 10g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕补肾调肝，固冲摄血。适用于功血。

〔疗效观察〕本方治疗功能性子宫出血 128 例，以血止和建立正常月经周期为标准。在 128 例中，服药 2 剂血止者 18 例；服药 4 剂血止者 69 例；服药 8 剂血止者 34 例；无效 7 例。在月经周期不规则 68 例中，建立正常月经周期 62 例，无效 6 例。总有效率 90%<sup>〔1〕</sup>。

#### (2) 调经 I 号

〔组成〕炒蒲黄（炒至深棕色）9g，制五灵脂（醋炒）9g，夏枯草 9g。

〔用法〕每日 1 剂，早、晚分服，连服 2 个月经周期，经期不停药。

〔功用〕活血调经。用于治疗月经过多。

〔疗效观察〕用本方和抗血纤溶芳酸（PAMBA）治疗月经过多 80 例，其中 62 例用调经 I 号治疗，18 例用 PAMBA 治疗，于月经第 1 天开始服 PAMBA，3g/d~4g/d，分 3 次~4 次服完，连服 3 日~5 日后每日 1g 至月经干净停药，治疗期间不用其他止血药。采用客观测量月经失血量的方法及血库全血回收实验，证实调经 I 号可有效减少月经失血量。对两组治疗效果进行比较，两组服药第一及第二个月经周期，与服药前平均月经失血量相比，可平均减少月经失血量 30% 左右（ $P < 0.01$ ），调经 I 号与 PAMBA 组的疗效相近，但停药 3 个月后调经 I 号组与 PAMBA 组疗效观察，其复发率相比差异有极显著意义（ $P < 0.01$ ），说明调经 I 号远期疗效好，复发率低<sup>〔2〕</sup>。

#### (3) 参茜固经冲剂

〔组成〕党参 12g，白术 6g，升麻 9g，生地 12g，杭白芍 9g，女贞子 12g，旱莲草 12g，茜草 12g，生蒲黄 12g，生槐米 12g，大、小蓟各 12g，生山楂 12g。

〔用法〕上药制成冲剂。4 包冲剂相当于 1 剂中药量，于经前 1 周到月经干净期间服药，每次 2 包，3 个月经周期为 1 个疗程。

〔功用〕益气养阴，祛瘀生新，固经摄血。用于治疗月经过多。

〔疗效观察〕用本方治疗月经过多 72 例，采用改良碱性血红蛋白稀释法测定月经血量，经治疗显效（经量减少  $> 30\%$ ）44 例，占 61.1%；有效（经量减少 20%~30%）19 例，占 26.4%；无效 9 例，占 12.5%，总有效率为 87.5%。72 例治疗前月经血量平均 155.1ml/周期，治疗后平均 103.3ml/周期，月经量较治疗前明显减少（ $P < 0.001$ ）。有 18 例治疗前后作了血清和经血中纤维蛋白裂解产物（FDP）含量的测定，经血 FDP 治疗前平均含量为 38.61μg/ml，治疗后为 16.67μg/ml，血清 FDP 治疗前平均含量为 18.89μg/ml，治疗后为 10.28μg/ml，治疗后经血及血清中 FDP 含量均较治疗前下降，显效病例经血 FDP 含量下降尤为明显<sup>〔3〕</sup>。

#### (4) 更功饮

〔组成〕熟地、山茱萸、淮山药、阿胶（烔化）、茜草、川续断各 15g，焦白术、茯苓、仙茅、仙灵脾、炒枣仁各 10g，升麻、参三七末（冲服）各 3g。

〔用法〕每日1剂，分2次煎服。

〔功用〕健脾益肾调经，用于治疗更年期功血。

〔疗效观察〕治疗更年期崩漏47例，痊愈（服药5剂~10剂血止，3个月内症状消失，月经周期21天~35天，经期5天~7天，经血量正常，或从此绝经）31例；显效（服药10剂~15剂，经血渐止，3个月症状基本消失，月经周期20天~40天，经期7天~10天，出血量较正常略多）8例；有效（服药15剂~25剂，经血渐止，症状大部分消失，月经未能复常）5例；无效者3例<sup>〔4〕</sup>。

#### 4. 单味药治疗

##### 重楼

〔药理〕实验证明此药能够引起人体子宫平滑肌的肌张力增强，收缩频率加快，幅度增加，从而达到使子宫收缩止血的作用。

〔用法〕将重楼的根茎磨成粗粉，经提取制成干燥粉末，装入胶囊，取名“宫血宁”，每粒胶囊含量相当生药2g。流血期间每次2粒，每日口服3次，出血严重时每次3粒~4粒，每日4次。出血停止或显著减少时即停药。

〔疗效〕治疗子宫出血300例，有效（流血停止或显著减少）286例，占95.3%，无效14例，占4.7%。宫血宁对不同病因引起的子宫出血均有良好的止血效果<sup>〔5〕</sup>。

#### 5. 针灸疗法

（1）取关元、三阴交、内关、肾俞、太溪、百会针刺上穴，用补法，留针并加艾条灸之。功能滋阴补肾，固摄冲任。用于肾虚崩漏。

（2）取关元、三阴交、隐白、脾俞、百会、足三里，针用补法，灸用温盒灸。功能补气升阳，固摄止血。适用于气虚崩漏、月经量多者。

（3）取关元、三阴交、隐白、血海、水泉针刺用泻法或平补平泻法。功能清热凉血，固冲止血。用于治疗血热型崩漏、月经量多、月经先期等。

#### 6. 气功疗法

自然盘膝坐，如月经过多或体虚者，可在早期用卧式。初期练10天~20天的自然呼吸，然后在腹式呼吸的基础上练习逆呼吸法，意守丹田，经量过多者改守中丹田。

#### 7. 推拿疗法

（1）大拇指点按中脘穴，掌心对准神阙，小鱼际按压少腹，顺时针揉按、振颤，压放全腹部，再四指抱抄腹部一边，另一拇指抱抄腹部另一侧，向相反方向用力抱抄合掌上提3次，然后中指微微叩打隐白穴300次~500次。点按膈俞、肝俞、脾俞150次~300次，每日1次。10次为1个疗程。

（2）用手掌推摩小腹部20次~30次，用手掌按揉腰骶部及大腿内侧20次~30次，痛点部位多施手法，按压曲池、阳陵泉、三阴交、血海，每穴1分钟。

#### 8. 饮食疗法

（1）莲藕花生猪骨汤 莲藕（连藕节）500g，花生100g，猪骨500g，红枣10个。将莲藕洗净，切小块，猪骨洗净，剁碎，花生、红枣洗净，上三味放沙锅内慢火熬3小时，调味成汤，每日分2次~3次服完。本方有补脾止血之效，适用于脾虚气弱型月经先期、月经过多。

（2）荸荠茅根汁 荸荠500g，鲜茅根500g，蜜糖2茶匙。将荸荠洗净，去皮，鲜茅根洗净，用冷开水浸洗片刻后捣烂取汁，加蜜糖调匀即成，随意饮用。荸荠味甘，性寒，能滋阴

清热，凉血止血，用于血热所致的月经先期、月经过多、崩漏。

(3) 韭菜奶 鲜韭菜 500g，牛奶 200ml，白糖 15g。韭菜洗净后再用冷开水浸洗，捣烂，榨汁，盛于碗内，牛奶加入白糖，煮沸搅匀，离火后放至适温，冲入韭菜汁内，乘热饮下，每日 1~2 次。适用于血瘀崩漏。

### 9. 外敷法

(1) 益智仁 20g，沙苑子 20g，艾叶 30g 前二味药研为末，以艾叶煎汁后调敷脐上，每 6 小时换药 1 次，5 日为 1 个疗程。功能益肾固冲，止血调经，适用于崩漏。

(2) 党参 10g，白术 7g，干姜 5g，炙甘草 3g，硫磺 25g 上药共研细末，将肚脐用温毛巾擦净，取药粉 200mg 填脐内，覆盖一软纸，再加棉花外用胶布固封，5 天换药 1 次。用于治疗月经过多。

## (三) 中西医结合治疗

对功血的治疗，中西医治则相同，都以止血、调整月经周期为原则。西药治疗见效快，但副作用大，性激素所致的胃肠反应患者不易耐受，且疗效不易巩固。中药治疗见效慢，但不易复发，无副作用。如中西医结合治疗则可扬长避短，进一步提高和巩固疗效。

### 1. 急性大出血时以西药为主中药为辅

急性大出血，甚至休克者，当以止血为要。给予输血、输液及止血剂对症治疗，并采用刮宫或大量性激素止血。同时配合中药独参汤或固冲汤口服，以补气摄血固脱。

### 2. 出血势缓者中医治本西医对症治疗

一般出血期，以中医辨证施治为主，正本清源以止血，久漏不止者可酌加祛瘀止血药如茜草、炒蒲黄、田三七等，并可同时加用西药止血剂如安络血、止血敏、6-氨基己酸等，以提高止血效果。

### 3. 调经阶段以中药治疗为主西药为辅

血止后调经阶段，以中医辨证施治为主。调经治本，并结合西医分型适当选用西药，可明显提高疗效。

(1) 青春期功血 可根据中医辨证选方用药，或选用中药人工周期治疗。用中药诱导排卵，调整月经周期。同时结合基础体温、宫颈粘液结晶及阴道脱落细胞涂片检查，了解患者体内雌激素水平。若雌激素水平较低者，可在辨证论治的基础上酌加补肾壮阳之品，如仙灵脾、紫石英、鹿角霜等；若雌激素水平极度低下，可于月经周期第 5 天加服己烯雌酚 0.25mg~0.5mg，每日 1 次，20 天为 1 个疗程。对病情顽固，经中药治疗仍无排卵者，可配合克罗米芬或绒毛膜促性腺激素促排卵。于月经期第 5 天口服克罗米芬 50mg，每日 1 次，连服 5 天，通过测基础体温观察排卵情况，如仍无排卵，可于月经周期第 13 天加用绒毛膜促性腺激素 1000IU，肌肉注射，隔日 1 次。并于月经周期第 25 天服桃红四物汤以活血调经，引经下行。

(2) 更年期功血 以控制月经量，诱导绝经为主。其治疗目的不在于诱发排卵，而在于减少出血。中药宜选用知柏地黄丸加减，并于月经前 1 周肌注 25mg~50mg 丙酸睾酮，每日 1 次，共用 5 天。或用甲基睾酮素、双合激素等，以减少出血量。

(3) 黄体功能欠佳者 中医在辨证施治的基础上可酌加补肾助阳之品。如仙茅、仙灵脾、巴戟天、胡芦巴、续断等，并于月经前 1 周肌注黄体酮 10mg~20mg，每日 1 次，连用 3 天~5 天，以促进黄体功能。



李氏<sup>[6]</sup>对100例曾用性激素治疗无效的无排卵型功血采用中西医结合治疗,出血阶段用性激素止血,继以小剂量雌激素调节周期,同时对肾阴虚者用左归饮滋阴补肾,肾阴阳俱虚者用右归饮温补肾阳,排卵率分别达93.3%和96.6%,而其中部分病人单用补肾或补脾益气之中药治疗,其排卵率分别为27.8%和27.2%, $P<0.01$ 。说明中西医结合治疗功血可明显提高疗效。

## 五、预防与护理

### (一) 未病先防

#### 1. 调情志

因七情过激,精神过度紧张可刺激大脑皮层,从而影响卵巢功能,故平时应保持心情舒畅,消除紧张、烦闷或恐惧心理,特别是月经期应保持情绪稳定,避免不良情绪的刺激。

#### 2. 适劳逸

月经期应注意休息,避免工作过度紧张、剧烈活动及重体力劳动,因劳倦太过可耗气动血,导致月经过多、经期延长,甚至崩漏。

#### 3. 调寒温节饮食

环境改变、气候聚变、营养不良等均可通过大脑皮层影响卵巢功能,故平时特别是经期应注意寒温变化,适当增减衣服,避免受寒、雨淋及暴晒。饮食宜清淡有营养,不宜过食辛热或冰冷食物,因辛热之物可助阳生热,热迫血行则可致月经量多、崩漏等。

### (二) 既病防变

功血患者患病后应及时治疗,以防长期失血造成贫血,并应注意休息,加强营养,多食高蛋白食物,提高抗病能力。

患病期间忌食辛辣、生冷之品,以防动血、凝血,加重病情。

阴道出血时应加强外阴部清洁卫生,禁止同房及盆浴,以防细菌侵入引起盆腔炎症。阴道流血时间较长者,应给予抗生素或在中药主方中佐以清热解毒之品,预防感染。

## 参 考 文 献

- 1 王晓丹,王守权,王桂珍.自拟调经汤治疗功能性子宫出血128例观察.中国中西医结合杂志.1993,13(7):429
- 2 山西医学院第一附属医院妇产科中西医组.调经1号治疗月经过多的研究.中华妇产科杂志.1986,21(4):215
- 3 曹玲仙.参茜固经冲剂治疗月经过多及其对血清经血纤维蛋白裂解产物的影响.中国中西医结合杂志.1991,11(7):409
- 4 王庆松.更功饮治疗更年期崩漏47例.新中医.1992,23(1):28
- 5 郑丽华,许钟英,等.重楼缩宫止血作用的临床及实验探讨.中医杂志.1984,25(3):37
- 6 李超荆.功能失调性子宫出血的中西医结合治疗.实用妇产科杂志.1986,2(1):17

## 第二节 闭经—溢乳综合征

### 一、概述

非产褥期女性或产妇在停止哺乳1年后,出现持续性溢乳,且伴有闭经者,称为闭经—溢乳综合征(简称A—G综合征)。A—G综合征可发生于分娩与流产后,也可发生于与妊娠无关的任何时候,发病年龄大多在18岁~36岁。本病于1855年首次被发现,1971年首次采用放射免疫测定法测定血泌乳素(PRL),认识到A—G综合征是由血泌乳素增多所致。

闭经—溢乳综合征是一现代医学诊断病名,根据其临床表现属中医的“闭经”“乳泣”范畴。闭经,最早见于《内经》,称为“不月”“月事不来”“血枯”,指出其病系“忧思郁结,损伤心脾”“失血过多,肝血亏损”“寒邪凝滞”等所致。隋代巢元方《诸病源候论》称闭经为“月水不通”。认为寒邪内侵、血为寒凝、房劳过度、血气枯竭、吐血、下血、津血枯竭,均可致经闭不行。元代朱丹溪《丹溪心法》则首次提出了“瘀脂满经闭”,补充了痰阻为经闭之因。明代张景岳《景岳全书·妇人规》把经闭的病因分为血枯与血隔两大类,对血枯的治则提出“欲其不枯,无如养营”“欲以通之,无如充之”,反对不论有滞无滞妄行通利,对闭经的治疗至今仍有指导意义。清代傅山《傅青主女科》则强调了闭经与肾的关系,指出“经水出诸肾”“经水早断,似乎肾水衰涸”。历代医家对闭经的病因、辨证施治的论述很全面,为后世医家研究闭经奠定了理论基础。

### 二、病因病理

#### (一) 西医病因病理

泌乳素(PRL)由垂体泌乳细胞分泌,其作用为刺激乳房发育,分泌乳汁。PRL的合成和释放主要受泌乳素抑制因子(PIF)的调控,任何因素造成下丘脑—垂体功能失调,丘脑下部泌乳素抑制因子(PIF)减少,都能使抑制PRL释放的因素被解除,或促甲状腺释放激素(TRH)分泌增加,造成血中PRL增多。过多的PRL直接作用于乳腺,刺激泌乳,故出现溢乳,同时过高的PRL可导致雌激素缺乏对黄体生成激素(LH)分泌的正常的正反馈效应,致使卵巢功能减退而闭经、不孕。引起A—G综合征的病因有以下几种:

##### 1. 垂体肿瘤

分泌PRL的腺瘤比较多见。产生高泌乳素血症的机制可能是肿瘤由分泌PRL的细胞组成,不受下丘脑PRL抑制因子的抑制而过多地分泌PRL,或者垂体肿瘤增大压迫垂体柄,使PIF到达垂体的量减少,以致垂体分泌过多的PRL。

##### 2. 产后溢乳

由于妊娠而引起下丘脑—垂体—卵巢轴功能紊乱,持续产生过量的PRL,并抑制促性腺激素的分泌,导致长期溢乳、闭经。这种情况多见于初产妇及有第二性征发育迟缓、月经不

调病史者；不合理的哺乳习惯和长期吸吮的刺激，也是造成停止哺乳后持续分泌乳汁并伴闭经的原因之一。

### 3. 药物影响

长期服用某些药物，如氯丙嗪、吗啡、利血平、酚噻嗪、灭吐灵、吗叮啉及口服避孕药等，可导致闭经、溢乳。绝大部分精神抑制药物通过减少下丘脑神经递质多巴胺受体的数量，使 PRL 水平升高；单胺氧化酶抑制剂如异烟酸、异丙肼、复方伏降宁等，通过减少下丘脑儿茶酚胺而增加 PRL 浓度；雌激素通过双重机理增加 PRL 浓度，一是减低下丘脑 PIF 的含量，二是直接刺激垂体泌乳素细胞而增加 PRL 分泌；抗高血压药如利血平、 $\alpha$ -甲基多巴也因抑制了生乳素抑制因子的释放，导致 PRL 分泌过多而溢乳；灭吐灵通过丘脑下部作用于垂体，刺激 PRL 的分泌，也可造成溢乳及月经紊乱；服用吗叮啉有时也会出现溢乳，因吗叮啉为外周多巴胺受体阻滞剂，通过阻滞多巴胺受体而使血清 PRL 水平升高。这些都系一时性溢乳，多在停药 3 个月~6 个月后恢复正常。

### 4. 原发性甲状腺功能低下

甲状腺素分泌减少，解除了对下丘脑与垂体的抑制作用，TRH 分泌增多，刺激 PRL 分泌，故导致溢乳、闭经。

### 5. 特发性闭经溢乳综合征

这种情况多发生于育龄期女性，既与妊娠无关，也无明显的垂体肿瘤存在，而是由下丘脑—垂体功能失调所致，但其中可能包括一部分尚无临床症状的潜在性垂体肿瘤，应定期随访。

### 6. 其他原因

原发性甲亢、长期吸吮乳头、肾功能不全等，均可引起高泌乳素血症。

## (二) 中医病因病机

本病的发生主要是由于气血逆乱，冲任失调，冲脉之气上逆所致。中医认为乳头属厥阴，肝经循行于乳头，妇人乳汁、经血乃冲任气血所化，肾为冲任之本，故溢乳、闭经与肝肾功能失调有关。如肝气条达，气机通畅，肾气充盛，冲任气血调和，则气血应期下注而为月经。若肝气郁滞，疏泄失常，或肾虚，冲任失调，气血逆乱，阴血不能按时而下，反而随冲脉之气上逆，逆入乳房化为乳汁，而出现闭经、溢乳之症。常见的病因有肝郁气滞，肝火上炎，肝肾阴虚，肾虚挟痰。

#### 1. 肝郁气滞

情志不遂或郁怒伤肝，肝气郁结，疏泄失常，气血逆乱，不能下行为经，而上逆为乳，导致闭经、溢乳。

#### 2. 肝火上炎

平素情志抑郁，肝气郁结，郁久则化热化火，火性上炎，冲任气血随肝经之火上逆，不得下行则经闭，上逆则化为乳汁，乳汁被肝火所迫而外溢。

#### 3. 肝肾阴虚

先天禀赋不足或房劳伤肾，精血亏虚，肾阴不足，冲任虚损，不能汇集诸经之血而下，故经闭不行。肝肾同源，肾阴不足，可致肝阴亏虚，阴虚火旺，迫乳外泄，故而溢乳。

#### 4. 肾虚挟痰

素体阳虚，或房劳过度，久病伤肾，肾阳不足，温煦失权，气化失司，水湿不得温化则聚而成痰，肾虚痰阻，冲任失调，气血逆乱而致闭经、溢乳。

### 三、临床诊断

#### (一) 辨病·西医诊断

##### 1. 症状

闭经、溢乳是本病的两大主要症状，闭经、溢乳多同时存在，也可单独出现，或出现早晚不一。

(1) 闭经 闭经的时间长短不等，也可表现为月经稀发。

(2) 溢乳 可表现为自发性溢乳，也可平时无溢乳，医生检查时发现。

(3) 不孕 常为原发性不孕。

(4) 更年期症状 部分患者由于雌激素水平低落，可出现性情急躁，潮热，烘热汗出，性欲减退，阴道干涩等更年期症状。

(5) 其他表现 如有较大的垂体肿瘤或肿瘤已压迫视神经交叉，可出现头痛、复视、偏盲、视力减退等症状。少数发病时间较长患者，还有体重增加、水肿、毛发脱落等症状。

##### 2. 体征

乳房检查可见有乳汁溢出，色白，质稀，或挤压乳房后有乳汁滴出。妇产科检查：发病时间短者，子宫稍小，发病时间长者，可出现子宫萎缩。与生长激素腺瘤伴存时，可出现肢端肥大症的体征；与促肾上腺皮质激素腺瘤伴存时，可出现柯兴氏综合征的体征。

##### 3. 实验室及其他检查

###### (1) 内分泌检查

①血PRL测定：PRL升高是本病的特征。据报道，A—G综合征中有79%~97%的病人血PRL升高。正常非孕期女性的血PRL正常值 $<23\text{ng/ml}$ ， $>30\text{ng/ml}$ 为异常，但应除外医源性高PRL血症。如果血PRL $>50\text{ng/ml}$ ，则有合并垂体肿瘤的可能，应进一步做蝶鞍断层摄影或CT扫描，以期及早发现垂体微腺瘤。通常认为血PRL值越高，腺瘤的可能性越大；如血PRL值超过 $100\text{ng/ml}$ ，60%可发现腺瘤；如超过 $300\text{ng/ml}$ ，则几乎可肯定腺瘤的诊断。

②FSH测定：A—G综合征病人的血FSH可以正常或降低。据报道，A—G综合征有71%的患者FSH值降低，如FSH $\geq 40\text{IU/L}$ 则提示卵巢功能衰竭。

③E<sub>2</sub>测定：约有91.3%的患者E<sub>2</sub>值低于正常。

④甲状腺功能测定：测TSH（促甲状腺激素）、T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>可排除原发性甲状腺功能低下。

⑤肾上腺功能测定：测24小时尿中17-酮与17-羟的水平可排除肾上腺皮质功能亢进。

⑥PRL兴奋或抑制试验：有助于鉴别PRL升高是功能性分泌增多还是垂体腺瘤所致。TRH兴奋试验及氯丙嗪兴奋试验，可了解下丘脑—垂体功能的储备力量，PRL明显增高者提示下丘脑—垂体功能失调的可能性大。左旋多巴抑制试验如为阳性（PRL明显下降），表明高PRL血症是由于下丘脑—垂体功能失调，如PRL无明显下降，则垂体肿瘤的可能性较大。

(2) X线检查 包括头颅侧位平片、蝶鞍多相断层摄影及CT扫描，以了解蝶鞍部有无异

常。头颅侧位平片仅作为初步筛选，因其不足以识别微腺瘤，故 A—G 综合征患者如头颅侧位平片无阳性发现，应进一步做多相断层摄影或 CT 检查，并应长期随访观察。

(3) 视野检查 较大的垂体肿瘤可压迫视神经、视交叉和视束，而使视野缩小、偏盲。

#### 4. 诊断与鉴别诊断

A—G 综合征主要表现为闭经、溢乳。临床上应详细询问病史，对药物应用史、月经史、孕产史、哺乳史需特别详细询问。对无明显原因的月经失调、闭经、不孕，应常规检查乳房，观察有无溢乳，并注意有无肢端肥大及柯兴氏综合征的现象，妇产科检查应注意有无生殖器官萎缩。通过连续测定 PRL 水平、蝶鞍摄片、CT 扫描及其他内分泌检查，结合症状、体征，一般不难作出诊断。

A—G 综合征应与乳腺疾病相鉴别，特别是乳腺导管内的乳头瘤，其乳汁多为血性，通过脂肪染色或测定乳汁的  $\alpha$  乳白蛋白浓度即可区别。

### (二) 辨证·中医诊断

#### 1. 辨证要点

本病应根据溢出乳汁的量、色、质及伴随症状、舌脉变化，辨别虚实寒热。闭经、溢乳是本病的共有主症，如溢出乳汁色白、质稠，伴见乳房胀痛，舌淡红，苔薄白，脉弦细，属肝郁气滞之证；若溢出乳剂量多、色黄、质稠，伴见乳头刺痛，心烦易怒，口干口苦，舌质红，苔黄，脉弦数者，多属肝火上炎之证；若溢乳量少，质稀薄，伴见腰膝痠软，五心烦热，舌红，少苔，脉细数者，属肝肾阴虚；若溢乳量少，质稀，伴见形体肥胖，腰膝酸冷，舌淡红，苔白腻，脉沉弱者，多属肾阳不足之证。

#### 2. 辨证分型

##### (1) 肝郁气滞证

〔临床表现〕月经延后渐至经闭不行，乳汁自溢，色白，质稠，伴乳房、胸胁胀痛，胸闷不舒，善太息。舌淡红，苔薄白，脉弦。

〔辨证分析〕郁怒伤肝，肝气不舒，气机失畅，气乱则血乱，经血不得下行而上逆为乳，则出现闭经、溢乳之症。肝经循乳房，布胁肋，肝气郁结则乳房、胸胁胀痛。肝气郁阻胸阳，气机不利，故胸闷不舒，善太息。舌淡红，苔薄白，脉弦均为肝郁气滞之象。

##### (2) 肝火上炎证

〔临床表现〕月经闭止，乳汁自溢，量多，色黄质稠，乳头刺痛，心烦易怒，口干口苦，面红目赤，头胀头痛，大便干结，小便短黄。舌质红，苔黄，脉弦数。

〔辨证分析〕肝郁日久化火，肝火上炎，则气血运行紊乱，不循常道下归血海，反而随肝火上逆乳房化为乳汁，故出现闭经、乳汁自溢之症。肝火内炽，迫乳外溢，则乳剂量多，色黄质稠。肝火上冲于乳，则乳头刺痛，上冲于头面，则面红目赤，头胀头痛。肝火内扰则心烦易怒。火热炽盛，灼津伤液，故口干口苦，大便干结，小便短黄。舌质红，苔黄，脉弦数，均为肝经郁火之症。

##### (3) 肝肾阴虚证

〔临床表现〕月经后期，量少，渐至经闭不行，溢乳量少，质稀。伴头晕目眩，腰酸膝软，五心烦热，午后潮热。舌质红，少苔，脉细略数。

〔辨证分析〕肝肾阴亏，虚火上炎，迫乳外泄，则乳汁自溢；肝肾阴虚，津亏血少，故乳

汁量少，质稀；冲任隶属肝肾，肝肾阴亏，冲任空虚，血海不能按时满溢，故月经后期，量少，甚至经闭；肾阴亏虚，水不涵木，肝阳上亢，则头晕目眩，筋脉失养，故腰痠膝软；阴虚生内热，故见五心烦热，午后潮热。舌红，少苔，脉细数，为阴虚内热之象。

#### (4) 肾虚挟痰证

〔临床表现〕形体较胖，月经后期，量少，甚至闭经，乳汁自溢，量少色白，质稀薄，伴腰酸肢冷，性欲淡漠，婚久不孕，胸闷泛恶。舌质淡红，苔白腻，脉沉弱。

〔辨证分析〕肾阳不足，气化失常，不能化气行水，水湿聚而成痰，痰湿之邪阻滞胞脉，经血不能下达则月经后期，量少，甚至经闭。血不得下行而上逆为乳，则乳汁自溢，量少。肾阳不足，阳气不布，故腰酸肢冷。肾阳不振，胞宫虚寒，兴奋无源，故性欲淡漠，婚久不孕。痰湿内阻，气机失畅，故胸闷泛恶。舌脉均为肾阳不足，兼有痰湿之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

A—G 综合征的治疗原则以抑制 PRL 的分泌为主，根据病因选择不同的治疗方法，对伴发不孕者以诱发排卵为主。通过治疗达到停止溢乳，诱发排卵，恢复月经，防止性器官萎缩的目的。

#### 1. 病因治疗

本病应首先寻找病因，对因治疗。因服用药物所致者，一般不需治疗，停药后症状自然消失，如停药半年月经仍不复潮者，应行药物治疗。由原发性甲状腺功能低下引起者，可用甲状腺素替代治疗，而不应盲目因闭经、溢乳而用溴隐亭，如单用溴隐亭可使病情加重。患垂体肿瘤者，可手术切除或放射治疗，亦可予溴隐亭治疗。

#### 2. 药物治疗

(1) 溴隐亭 是治疗本病的首选药物。它可直接作用于下丘脑与垂体，与 PRL 细胞膜内 II 多巴胺受体结合，产生多巴胺样效应，抑制 PRL 的合成与分泌，且能抑制垂体肿瘤的生长，使肿瘤缩小甚至消失。溴隐亭治疗垂体肿瘤的适应症为：患垂体微腺瘤而要求妊娠者；垂体肿瘤较大者，手术前应用，可使肿瘤缩小，易于手术切净；垂体肿瘤切除术后血清 PRL 无明显下降者，或肿瘤有浸润，手术切除不净者。溴隐亭的应用宜小剂量开始，每次 1.25mg，每日 2 次，口服。7 天～14 天后若无不良反应，可逐渐增加剂量，每次 2.5mg，每日 2 次，连续治疗 3 个月～6 个月。一般治疗 4 周左右血 PRL 明显下降，多数患者服药 2 周～4 周后溢乳停止，6 周～8 周可恢复排卵月经，其排卵率可达 80%。如服用溴隐亭 3 个月仍未排卵或妊娠者，可加用克罗米芬。若宫颈粘液或血  $E_2$  水平提示卵泡已发育成熟时，可加用大剂量 hCG，模拟 LH 峰以诱导排卵。由于溴隐亭可通过胎盘屏障，故妊娠后应立即停药。

溴隐亭抑制血 PRL 迅速，恢复排卵及妊娠率高，疗程短，可获得停止溢乳，恢复排卵性月经及妊娠等良好效果，且副作用小，已成为治疗 A—G 综合征的特效药物，但其价格昂贵，停药后易复发。

(2) 左旋多巴 用法为每次 0.5mg，每日 3 次，连续服用 6 个月。多数患者在用药 1 个月后月经恢复，用药 2 个月左右溢乳消失。此药可作用于下丘脑，增强 PIF 的抑制作用，亦



可直接作用于垂体,使血PRL下降,溢乳减少或停止,月经来潮。本药适用于特发性闭经溢乳,对垂体肿瘤无效。

(3) 克罗米芬 在人工诱发或自然月经周期的第5天开始,每次50mg,每日1次,连服5天,如疗效不显可增大剂量。克罗米芬对特发性溢乳及口服避孕药后的闭经溢乳有效,促排卵率较高。

(4) 促性腺激素 能使下丘脑-垂体-卵巢轴功能恢复,从而诱发排卵。用法为hMG(每支含FSH和LH各75IU)每天1支,肌肉注射,待卵泡成熟后,每天肌肉注射hCG 2000IU,共2天~3天。

(5) 维生素B<sub>6</sub> 通过增加下丘脑内多巴向多巴胺的转化率,从而刺激PIF作用,抑制PRL分泌,故对A-G综合征的治疗有效。用法为每天200mg~600mg,可长期应用。

(6) 性激素人工周期疗法 可诱发月经来潮,并防止子宫萎缩。于月经周期第5天,口服己烯雌酚0.25mg,每日1次,连服22天,在服药第16天时加用黄体酮10mg,肌肉注射,每日1次,与己烯雌酚同时停用。

### 3. 手术治疗

适用于垂体肿瘤患者。经蝶鞍切除垂体微腺瘤后,约70%的病人PRL水平降低,绝大多数恢复周期性月经,停止溢乳现象,恢复生育能力,据报道垂体微腺瘤的手术治愈率可达85.2%。但是,因垂体肿瘤无包膜,肿瘤组织与正常组织间的基线不易分清楚,所以不易彻底切除。特别是大的肿瘤切除后易复发,因此,一般对较大的垂体肿瘤手术前先用溴隐亭治疗一段时间,待肿瘤缩小后再手术切除。

### 4. 放射治疗

适用于垂体肿瘤已扩展到蝶鞍外,手术不能切净及术后持续有高PRL血症者,或有手术禁忌症不能手术治疗者。放射治疗可减轻溢乳,但降低PRL水平的作用较手术治疗缓慢。如垂体肿瘤手术治疗后加用放疗可降低复发率。

A-G综合征患者经治疗后均应定期随访,定期查血PRL及蝶鞍断层摄影。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### (1) 肝郁气滞证

〔治法〕疏肝解郁,理气调经。

〔方药〕逍遥散(《和剂局方》)加减。

当归15g,柴胡9g,白芍15g,茯苓12g,白术12g,薄荷6g,青皮12g,生山楂30g,川牛膝15g,生麦芽30g~60g。

〔加减〕①闭经伴小腹胀痛者,加三棱9g,郁金12g,香附12g以理气调经,活血止痛。

②乳房胀痛甚者,加橘叶9g,延胡索12g以疏肝理气止痛。

〔分析〕方中柴胡疏肝解郁,当归、白芍养血柔肝,白术、茯苓健脾和中,少佐薄荷以助柴胡疏肝解郁之力,青皮疏肝理气行滞,调畅气血运行,川牛膝活血调经,引逆血下行,生山楂疏肝活血,据报道本药有降低血泌乳素的作用,并能抑制垂体肿瘤的生长。生麦芽疏肝抑乳,据现代研究证实麦芽有降低血泌乳素的作用。诸药配用,使肝郁得舒,肝木得养,气血调和,经行而溢乳自止。

## (2) 肝火上炎证

〔治法〕清肝泻火，活血调经。

〔方药〕丹栀逍遥散（《方剂学》）加减。

丹皮 12g，山栀 9g，柴胡 9g，白术 9g，茯苓 9g，郁金 9g，当归 12g，赤芍 12g，白芍 12g，川牛膝 15g，炙甘草 9g。

〔加减〕①口干口渴者，加麦冬 12g，知母 12g 以清热滋阴，生津止渴。

②大便干结难下者，加生大黄 6g 以泻火通便。

③肝火内扰，心烦失眠者，加莲子心 1.5g，合欢花 9g 以清热除烦安神。

④头痛者，加钩藤 12g，菊花 9g 以平肝清热。

〔分析〕方中山栀清肝经之郁火；丹皮、赤芍清热凉血调经；柴胡疏肝解郁；白术、茯苓健脾和胃，以扶土抑木；当归、白芍养血柔肝；郁金入肝经，即能清肝经之热，又能行气化瘀，活血调经；川牛膝活血通经，引肝火下行。全方共奏清肝泻火，活血调经之效。

## (3) 肝肾阴虚证

〔治法〕调肝补肾。

〔方药〕加减一阴煎（《景岳全书》）加味。

生地 15g，熟地 12g，白芍 12g，知母 9g，地骨皮 12g，麦冬 12g，炙龟板 30g（先煎），山茱萸 12g，枸杞子 15g，五味子 6g，炙甘草 9g。

〔加减〕①腰酸痛者，加续断 15g，杜仲 12g 补肾壮腰。

②口干咽燥者，加天花粉 12g，麦冬 9g 以滋阴生津。

③虚烦失眠者，加酸枣仁 15g，夜交藤 15g 以养心安神除烦。

〔分析〕方中熟地、山茱萸、枸杞子滋补肝肾，养血调经；白芍养阴柔肝；知母滋阴润燥，清泻肾火；地骨皮滋阴凉血，清退虚热；龟板育阴潜阳；五味子滋肾生津敛乳。诸药合用使肝肾得养，冲任气血调和，经行溢乳自止。

## (4) 肾虚挟痰证

〔治法〕温肾化痰，活血通经。

〔方药〕二仙汤（《上海曙光医院经验方》）合导痰汤（《济生方》）加减。

仙灵脾 15g，仙茅 9g，巴戟天 12g，当归 12g，半夏 12g，陈皮 12g，茯苓 15g，枳实 9g，制南星 9g，怀牛膝 15g，生山楂 30g，益母草 30g，炙甘草 9g。

〔加减〕①畏寒肢冷，小腹冷痛者，加炒小茴香 9g，干姜 6g 以温经止痛。

②大便溏薄者，加补骨脂 9g，炒扁豆 12g 以温肾健脾止泻。

〔分析〕方中仙茅、仙灵脾、巴戟天温补肾阳；当归养血活血；益母草、生山楂活血化瘀通经；川牛膝活血化痰，引经下行；茯苓健脾利湿化痰；半夏、南星燥湿化痰；陈皮、枳实健脾理气行滞；甘草健脾和中，调和诸药。诸药合用，使肾阳充盛，气化功能正常，湿祛痰消，气机通畅，经血得下，溢乳自止，诸症皆除。

## 2. 验方治疗

## 加减逍遥散

〔组成〕当归、柴胡、白术、茯苓、薄荷、香附、青皮各 9g，白芍 15g，麦芽 60g。月经先期量多或淋漓不断，舌红，苔黄者，加丹皮、山栀各 9g。闭经或月经后期、量少者，加泽兰 15g，红花 9g，改当归为 15g。

〔用法〕每日1剂，水煎分2次温服。经期停止用药，闭经者连续服药，直至PRL值降至正常。服药30剂PRL值不降者为无效。

〔功用〕疏肝解郁，调和气血，用于高泌乳素血症。

〔疗效观察〕观察54例，服药8天~54天（平均29.3天），PRL值降至正常者49例（90.74%），部分下降而未达正常水平者5例（9.26%）。治疗前PRL平均为53ng/ml，治疗后PRL平均为19.4ng/ml，服药前后比较有显著性差异（ $P<0.01$ ）<sup>〔1〕</sup>。

### 3. 针灸疗法

（1）取肾俞、志室、气海、三阴交、太溪 各穴位均用毫针刺，用补法，留针30分钟，间歇行针，气海穴不宜针刺过深。功能滋阴补肾调经，适用于肝肾阴虚型。

（2）取合谷、三阴交、地机、血海、气冲 上穴可分两组交替使用。合谷针用补法，余穴均用泻法，留针20分钟，间歇行针。功能疏肝解郁，化瘀通经，适用于肝郁气滞型。

### 4. 饮食疗法

（1）大佛酒：大砂仁30g，大佛手30g，大山楂30g，黄酒或米酒500g。将前三味药洗净，置酒中浸泡3天~6天，视酒量大小，每次服15g~30g，早、晚各1次，不善酒者以好醋代泡，服时加冰糖适量。

（2）山楂内金散：生山楂60g，鸡内金30g，刘寄奴15g。生山楂去核，干燥后研粉，鸡内金干燥研粉，二药混合。刘寄奴煎汤加红糖适量，每次送服药粉15g，每日3次。

## （三）中西医结合治疗

A—G综合征患者可采用中西医结合治疗，如在垂体肿瘤手术后或溴隐停治疗的同时，根据临床辨证给予中药治疗，以提高疗效，降低西药的副作用。对因放射治疗引起的不良反应，如白细胞降低、腹泻等，也可用中药进行调治，以减轻症状，提高机体的免疫力。对于垂体肿瘤单纯用中药一般无效。

中西医结合治疗A—G综合征的临床报道比较少，如何把中西医有机结合起来，以提高A—G综合征的治愈率，缩短治疗时间，防止复发，还有待于进一步研究。

## 五、预防

中医学认为经、孕、产、乳以血为用，肝藏血，主疏泄，若忧思愤怒等精神刺激过度，则肝气郁结，疏泄功能失常，肝血不足，肝火有余，气血失于调和，导致经、孕、产、乳异常。故平时应保持情绪稳定，心情舒畅，精神愉快，避免不良的精神刺激，使气血调和，预防本病的发生。

另外，产后不要哺乳过久，以哺乳1年为宜；有甲状腺功能亢进或低下的患者，要积极进行治疗，以免引发本病。患病后坚持治疗，定期复查，保持乐观的心情。

## 参 考 文 献

- 1 李秀珍，李家福，逍遥散加减治疗高泌乳素血症54例，中国中西医结合杂志，1991，11（7）：439

### 第三节 多囊卵巢综合征

#### 一、概述

由月经调节机制失常所引起的月经不调、闭经、不孕、肥胖、多毛等一系列症状，伴双侧卵巢多囊性增大，称为多囊卵巢综合征（PCOS）。本病于1935年由Stein-Leventhal首次提出，故又称S-L综合征。PCOS基本特征为长期无排卵、不孕、月经稀发或闭经，或无排卵型功血，部分患者有多毛等男性化体征。本病好发于20岁~40岁生育期女性，以22岁~31岁为最多。

本病在中医学中无记载，根据其症状特点可归属于中医的“不孕”“月经失调”范畴，从卵巢多囊性增大改变来看，又可属中医的“癥瘕”范畴。

#### 二、病因病理

##### （一）西医病因病理

##### 1. 病因

PCOS的发病原因目前尚不清楚，推测其病因可能与下丘脑—垂体—卵巢轴功能障碍及卵巢本身类固醇代谢异常有关，而肾上腺皮质功能异常在发病上起一定作用。由于精神紧张，环境改变，营养失调，或激素类药物过度刺激等内外因素的影响，使丘脑下部分泌促性腺激素释放激素（GnRH）失去周期性，以致垂体分泌的促卵泡激素（FSH）及黄体生成激素（LH）两者比例失常，LH持续性分泌而缺乏周期性变化，月经中期不出现LH峰，FSH含量低于正常。由于FSH少量持续刺激，使卵泡发育，但不能完全成熟，许多发育到不同阶段的卵泡可持续存在而无排卵，而过量的LH持续性刺激，使卵泡膜细胞增生和黄素化，形成卵巢多囊性的变化。由于某些酶系统缺乏，影响了雌酮（ $E_1$ ）及雌二醇（ $E_2$ ）的合成，体内雄烯二酮（A）和睾酮（T）积聚，故出现男性化特征，如多毛、痤疮等。高水平的雄激素又可经芳香化酶的作用转变成雌激素，扰乱了下丘脑—垂体功能，导致LH及FSH比例失常，从而发生一系列变化，形成PCOS。另外，有人观察到少数PCOS患者有性染色体异常，如嵌合型46、XX/45、XO等，许多作者报道PCOS患者有家族史，如姐妹、母女同为PCOS患者，故认为本病亦与遗传因素有关。

##### 2. 病理变化

（1）卵巢的病理变化 典型的PCOS肉眼观察双侧卵巢增大，表面凹凸不平，质硬，灰白色，包膜增厚，厚薄不均，显微镜下见卵巢包膜较正常厚2倍~4倍，可见不同发育阶段和闭锁的卵泡，这些囊性卵泡大小不等，囊壁薄，仅有几层颗粒细胞，内卵泡膜细胞层增厚，有时细胞黄素化。增厚的卵巢包膜是长期无排卵的结果。但是，并非所有的PCOS患者都有上述的典型病变，部分患者并无卵巢多囊性增大改变，表现为卵巢小或稍增大。

（2）子宫内膜的变化 主要表现为无排卵型的子宫内膜，具体变化随卵巢所分泌的雌激

素水平的量和持续时间的不同而表现不同, 或为增生期内膜, 或为子宫内膜增生过长, 或表现为腺瘤样增生, 而子宫内膜腺癌的发现率约占 17%~20%。

## (二) 中医病因病机

中医认为 PCOS 的发生主要因肾—天癸—冲任之间相互调节失约, 肝、脾、肾功能失调所致, 其中肾虚是发病的主要环节。《素问·上古天真论》指出女子肾气盛, 天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月经才能如期而至, 方能孕育有子。清代傅山《傅青主女科》也明确指出: “经本于肾, 而其流五脏六腑之血皆归之。”说明月经的正常与否及孕与不孕, 均与肾有密切关系。在临床中也发现不少 PCOS 患者月经初潮年龄较迟, 初潮后月经稀发, 甚至闭经, 因此也证明本病与肾虚有关。各种致病因素最终导致肾虚、冲任失调而发病。

### 1. 脾肾阳虚

肾主生殖, 为先天之本, 若先天禀赋不足, 或早婚房劳伤肾, 致肾阳虚衰, 脾阳根于肾阳, 命门火衰, 阳气不达, 阳虚生寒, 虚寒滞血, 故月经延后或闭经。脾肾阳虚, 不能温暖胞宫而致宫寒不孕, 正如《圣济总录》所说: “妇人所以无子, 由于冲任不足, 肾气虚寒故也。”

### 2. 痰阻冲任

(1) 肾虚挟痰 素禀不足, 或房劳过度损伤肾气, 肾虚气化失司, 水湿内生, 湿聚成痰; 或肾阳虚衰, 脾阳不振, 运化失司, 水精不能四布, 反化为饮, 聚而成痰, 阻滞经脉, 而致闭经、不孕。

(2) 痰湿阻滞 素体肥胖, 或过食膏粱厚味, 痰湿内生; 或寒湿之邪内侵, 酿而成痰, 痰湿阻滞胞脉, 冲任受损而发病。元代朱丹溪《丹溪心法》说: “若是肥盛妇人, 禀受甚厚, 恣于酒食之人, 经水不调, 不能成胎, 谓之躯脂满溢, 闭塞子宫。”

(3) 肝火痰热 情志不畅或暴怒伤肝, 肝气郁结, 郁久化火, 肝火旺盛, 煎熬津液成痰, 郁火痰湿互结, 阻滞冲任、胞脉, 致月经失调、不孕。

### 3. 气滞血瘀

由于七情所伤, 肝气郁结, 气机不利, 气滞则血行不畅, 瘀血阻塞冲任而致经闭、不孕。

## 三、临床诊断

### (一) 辨病·西医诊断

#### 1. 症状

(1) 月经失调 主要表现为月经稀发, 甚至闭经, 绝大多数是继发性闭经, 闭经前常有月经稀发或月经过少史。少数患者表现为月经频发、量多或不规则阴道流血。

(2) 不孕不育 因排卵功能障碍而致不孕, 以原发性不孕多见, 少数患者偶有排卵, 但自然流产率高而致不育。

(3) 多毛肥胖 毛发分布有男性化倾向, 表现为面郁上唇、脐下腹中线、肛门周围及四肢部位毛发增多, 阴毛粗而黑。约有 20% 的 PCOS 患者呈中度肥胖。

#### 2. 体征

妇产科检查见阴毛浓黑粗密, 呈菱形分布, 子宫体大小正常, 双侧附件区可触及增大的

卵巢，大于子宫的 1/4，或卵巢虽无明显增大，但有坚韧感。

### 3. 实验室及其他检查

(1) 激素测定 血中 LH 水平明显升高，FSH 水平相对不足，LH 与 FSH 比值大于正常，LH-RH 兴奋试验呈高亢型；血中睾酮和雄烯二酮水平增高；雌二醇水平恒定不变，无排卵前后升高现象， $E_1/E_2 > 1$ ，且无周期性变化；尿 17-酮一类固醇正常或增高，正常时提示雄激素来源于卵巢，升高时提示肾上腺功能亢进。

(2) 基础体温测定 由于排卵障碍，一般为单相，偶见双相，且多为黄体功能不足。

(3) 盆腔充气造影 双侧卵巢增大，可大于子宫体的 1/4 以上。

(4) B 型超声波检查 双侧卵巢增大，可见多个大小不等的卵泡，使卵巢呈多囊性变化。

(5) 阴道细胞学检查 此检查可以了解体内雌激素水平，一般雌激素水平中度或高度影响。

(6) 腹腔镜检查及卵巢活检 通过腹腔镜可见卵巢增大，表面凹凸不平，包膜增厚，呈灰白色。卵巢活检送病理检查，见卵巢包膜厚，卵泡发育程度不同，闭锁卵泡增多。

(7) 诊断性刮宫 于月经前或月经来潮 6 小时内行诊断性刮宫，子宫内膜呈增生期变化，或增生过长，或腺瘤增生。据报道 PCOS 患者的子宫内膜癌发病率增高，这可能与雌激素持续刺激有关。雌激素长期刺激子宫内膜，而没有孕激素加以限制，可造成子宫内膜腺体增生过长，呈囊性增生、非典型增生等改变，严重者可以发展为子宫内膜癌。故患者如年龄超过 35 岁，病程较长者，应常规行子宫内膜活检，及早发现不典型增生的子宫内膜或子宫内膜腺癌，以免延误病情。

### 4. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断要点 PCOS 以月经稀发或闭经，无排卵性不孕，双侧卵巢呈囊性增大为主要特征。凡年轻女性有较长时间的月经稀发或闭经，多年不孕，或伴有多毛、肥胖，即使未能触及卵巢增大，亦应高度怀疑 PCOS 的可能性，要进一步结合一系列检查做出明确诊断。

(2) 鉴别诊断 多毛、肥胖、月经失调等症非 PCOS 所独有，某些疾病也可使雄激素分泌增多，或使卵巢发生多囊病变，故应加以区别。PCOS 需与以下疾病相鉴别：

①肾上腺皮质增生（柯兴氏综合征）：亦有肥胖、多毛、闭经、不育及卵巢多囊病变，但有明显的皮质醇增多的表现，可通过地塞米松抑制试验来区别过高的雄激素是来自肾上腺皮质抑或卵巢，从而加以鉴别。

②甲状腺功能亢进或低落：甲亢时血中甲状腺素升高，甲低时血中甲状腺素水平下降，并影响性腺轴的正负反馈，出现无排卵性月经，通过测定甲状腺素即可与 PCOS 相区别。

③先天性肾上腺皮质增生：最常见的有男性化 21 和 11 $\beta$ -羟化酶不足，其血中 17-OHP 异常升高，外生殖器畸形。根据其临床特点及生化检查，一般不难与 PCOS 相鉴别，但对继发性或迟发性轻症的肾上腺皮质增生患者，鉴别则较困难，只有通过治疗效果加以区别。

④男性化肿瘤：常见的有卵巢门细胞瘤、支持细胞睾丸间质细胞瘤、良性囊性畸胎瘤等，可分泌大量的雄性激素而有类似 PCOS 的临床表现。但卵巢肿瘤多为单侧进行性增大，增大明显，质地为实性，故可鉴别。

### （二）辨证·中医诊断



### 1. 辨证要点

根据患者的禀赋情况，月经的期、量、色、质变化，以及伴随症状，辨别虚实寒热及病在何脏，虚多责脾肾，实多责肝。月经失调、不孕是本病的共有主症，如月经初潮较迟，月经后期、量少、色淡、质稀或闭经，伴腰酸肢冷，纳少便溏者，属脾肾阳虚证；在此证的基础上伴见胸闷泛恶，带下量多者，多属肾虚挟痰之虚实夹杂之证；若素体肥胖，月经后期渐至经闭，伴喉中痰鸣，胸胁满闷，带下量多质稠者，属痰湿内阻之实证；若出现不规则阴道流血，色紫红，有血块，伴乳房胀痛，心烦易怒，多毛，面部痤疮者，属肝火痰热之实热证；若月经延后，量少，色黯红，有血块，小腹胀痛者，则属气滞血瘀之证。

### 2. 辨证分型

#### (1) 脾肾阳虚证

〔临床表现〕月经初潮较迟，周期延后，经量少，色淡红，质清稀，或经闭不行，婚久不孕，面色㿔白，腰酸肢冷，小便频数清长，大便溏薄，带下清冷，纳少腹胀。舌淡胖，苔白滑，脉沉细。

〔辨证分析〕脾肾阳虚，寒从内生，虚寒滞血，故月经初潮较迟，周期延后，量少，甚至闭经。肾阳不足，不能温化血液则经血色淡，质清稀。肾阳虚，命门火衰，胞宫失于温养而不孕。腰为肾之府，脾主四肢，脾肾阳虚则腰酸肢冷。肾虚膀胱气化失司，则小便频数清长。脾肾阳虚，带脉失约，则带下量多，质清冷。肾阳虚衰，脾阳不振，脾失健运，故纳少腹胀，大便溏薄。舌淡胖，苔白滑，脉沉细均为脾肾阳虚之象。

#### (2) 痰阻冲任

##### ① 肾虚挟痰证

〔临床表现〕月经稀少或闭经，婚久不孕，腰脊痠痛，神疲乏力，胸胁满闷，下肢浮肿。舌淡胖，苔白，脉沉细或滑。

〔辨证分析〕肾虚气化失司，水湿内停，聚而成痰，痰阻胞宫，冲任受损，则月经稀少或闭经，不孕。肾虚则腰脊痠痛。痰湿内阻，气机不畅，故胸胁满闷。肾虚膀胱气化失司，水液溢于肌肤而为水肿。舌淡胖，苔白，脉沉细为肾虚挟痰之象。

##### ② 痰湿阻滞证

〔临床表现〕形体肥胖，多毛，婚久不孕，月经延期，甚至闭经，喉中有痰，脘痞不舒，时欲呕恶，纳呆，嗜睡乏力，头晕目眩，白带量多，色白质稠。舌质淡，苔白腻，脉滑。

〔辨证分析〕肥胖之人，多痰多湿，痰湿过盛，壅塞气机，闭阻胞脉，冲任失调，故婚久不孕，月经延期，甚则经闭不行。痰浊壅盛，上冲于喉则喉中痰鸣有声。痰湿困脾，湿聚中焦，则脘痞不舒，时欲呕恶，纳呆。痰湿内阻，清阳不升，则头晕目眩，嗜睡。痰湿之邪流注下焦，带脉失约，则白带量多，质稠。舌淡红，苔白腻，脉滑均为痰湿内阻之象。

##### ③ 肝火痰热证

〔临床表现〕月经周期延后，或不规则阴道流血，色紫红，质粘稠或有血块，婚久不孕，形体壮实，毛发浓密而多，面部痤疮，胸胁乳房胀痛，心烦易怒，口干喜冷饮，大便干结。舌质红，苔黄腻，脉弦数或滑数。

〔辨证分析〕肝郁气滞，血行不畅，则月经周期延后。肝郁日久化火，火旺迫血妄行，则出现不规则阴道流血。血被热灼，则色紫红，质粘稠，有血块。肝气郁结，疏泄失常，气血失调，冲任不能正常运行，故多年不孕。肝火旺盛，煎熬津液成痰，痰盛则脂膜积聚，表现

为体胖壮实，面部痤疮，毛发浓密，口干喜冷饮，大便干结。肝火内扰，气机不畅，则心烦易怒，乳房胀痛。舌质红，苔黄腻，脉弦数或滑数均为肝火痰热之象。

### (3) 气滞血瘀证

〔临床表现〕月经周期延后，量少，色黯红，有血块，甚至闭经，不孕，小腹胀痛拒按，乳房胀痛。舌质黯，边有瘀点，脉沉涩。

〔辨证分析〕瘀血内阻，冲任不通，血海不能如期而满，故月经周期延后，量少，甚至闭经，不孕。气机不畅，故乳房胀痛。气滞血行不畅，瘀血积于血海，则小腹胀痛拒按。舌质黯，边有瘀点，脉沉涩，均为气血瘀滞之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

PCOS 的治疗主要是建立有排卵的月经周期，恢复生育功能。卵巢恢复排卵后，解除了雌激素对子宫内膜的持续刺激，并可抑制雄性激素的分泌，纠正男性化倾向。

#### 1. 药物治疗

(1) 克罗米芬 是治疗 PCOS 的首选药物。克罗米芬具有抗雌激素样作用，它作用于下丘脑，争夺雌激素受体，解除性激素对下丘脑周期中枢的抑制作用，促使垂体 FSH 分泌增加，调整 FSH 与 LH 的比值，出现中期的 LH 峰，促进卵泡发育及排卵。克罗米芬用量宜从小剂量开始，从月经周期第 5 天开始给药（闭经患者可先用孕酮诱发月经），每日 50mg，连服 5 天，一般排卵发生在停药 5 天~10 天内。若第一周期用药无效，第二周期可增加药量至 100mg，每日 1 次。最大剂量每日不超过 200mg，并应严密监护。用药后排卵率可达 75%，为了提高受孕率，可于月经周期的第 10 天加用雌激素 0.5mg，每日 1 次，连服 10 天，以消除克罗米芬对宫颈腺体及粘液的抗雌激素作用，有利于精子通过，提高受孕率。

(2) 克罗米芬加绒毛膜促性腺激素 (hCG) 当用克罗米芬促排卵无效，或有排卵但黄体期极短时，可在停药克罗米芬后 5 天~7 天加用 hCG 3 000IU~10 000IU，每日 1 次，肌肉注射，用 1 天~3 天，以促使排卵和提高黄体功能。用药时需进行监护。

(3) 克罗米芬加人绝经期促性腺激素 (hMG) 克罗米芬用法同前，并于月经周期第 6、8、10 天加用 hMG，每日 1 次，每次 1 支，肌肉注射，必要时月经周期第 12 天再用 1 次。用药时需严密监护，以及时发现卵巢过度刺激综合征。

(4) 克罗米芬加 LH-RH 于月经周期第 5 天起每日口服克罗米芬 50mg~100mg，连用 5 天，在月经周期第 14、15 两天再加 LH-RH100 $\mu$ g，肌肉注射，每日 2 次，以促排卵及改善黄体功能。

(5) 克罗米芬加强的松 克罗米芬用法同前，并于月经第 5 天~6 天开始给予强的松 5mg，每日 2 次，连服 20 天。用于多毛症伴 17-酮皮质醇偏高的患者，较单一用药疗效好。

(6) 肾上腺皮质激素 常用强的松 5mg 于月经周期第 5 天开始，连服 20 天，可连续应用 3 个~6 个周期。适用于多毛及 17-酮皮质醇增高者，其治疗目的仅仅是为了抑制雄性激素的分泌，消除多毛。停药后易复发。

(7) 绝经期促性腺激素 (hMG) 可促使卵泡发育，并间接促使垂体分泌足量的 LH 面

诱发排卵。因 PCOS 患者对促性腺激素很敏感, 故应严密监护。

(8) 雌—孕激素序贯疗法 于月经周期第 5 天给予己烯雌酚 1mg, 每日 1 次, 连服 20 天, 最后 5 天加用黄体酮 20mg, 肌肉注射, 每日 1 次。或用半量 I 号或 II 号口服避孕药, 于月经周期第 5 天开始, 每日 1 次, 连服 20 天, 治疗 3 个~6 个周期。可抑制下丘脑—垂体的过度分泌, 促进调节功能恢复正常, 使卵巢缩小, 抑制雄性激素的产生, 减轻痤疮及多毛现象。

(9) 苯巴比妥 苯巴比妥 150mg~200mg, 每日 1 次, 连续服用 6 周后减量至 50mg, 连续治疗 6 个月。本药可通过肝内微粒体酶系统作用, 调节雌激素代谢, 从而使垂体促性腺激素分泌功能恢复正常, 诱发排卵。

## 2. 手术治疗

PCOS 经药物治疗无效时, 可做卵巢楔形切除术。卵巢楔形切除术后, 患者雄激素水平下降, 通过反馈作用使垂体促卵泡素分泌增多, LH/FSH 比值改变, 从而卵泡发育成熟并排卵。

## 3. 低剂量 X 线照射

低剂量 X 线照射垂体及卵巢, 适用于卵巢楔形切除术后复发的病例, 放射剂量不宜过大, 以免破坏垂体及卵巢组织。

# (二) 中医中药治疗

## 1. 辨证论治

本病的发生是因肾、肝、脾功能失调及痰湿阻滞所致, 故治疗应以补肾健脾、疏肝理气、化痰散结为主, 根据病情变化而有所侧重。

### (1) 脾肾阳虚证

〔治法〕温肾健脾, 调补冲任。

〔方药〕温肾丸 (《妇产科玉尺》) 加减。

紫石英 30g, 熟地 12g, 山茱萸 12g, 巴戟天 12g, 杜仲 15g, 续断 15g, 菟丝子 12g, 当归 12g, 益智仁 12g, 山药 30g, 茯苓 12g, 炒白术 9g, 鹿角霜 12g。

〔加减〕①若腹中冷痛, 大便溏泻, 或五更泻者, 加补骨脂 12g, 干姜 6g 以温肾健脾止泻。

②纳少腹胀者, 加砂仁 6g, 木香 9g 以理气健脾, 消食除胀。

〔分析〕方中紫石英、巴戟天、鹿角霜、菟丝子温肾助阳, 调补冲任; 熟地、山茱萸、当归、山药补肾健脾, 养血调经, 使“阳得阴助而生化无穷”; 续断、杜仲补肝肾, 强腰膝; 益智仁温脾肾, 固经缩尿止带; 茯苓、白术健脾利湿化痰, 脾气健运则痰湿得化。全方共奏温肾助阳, 健脾利湿, 调补冲任之功。

### (2) 痰阻冲任

#### ①肾虚夹痰证

〔治法〕补肾化痰调冲。

〔方药〕肾气丸 (《金匱要略》) 合导痰汤 (《济生方》) 加减。

熟地 18g, 山药 15g, 菟丝子 12g, 续断 15g, 茯苓 12g, 山茱萸 12g, 巴戟天 9g, 泽泻 9g, 半夏 9g, 陈皮 12g, 枳实 9g, 胆南星 9g, 昆布 9g。

〔加减〕若带下量多, 加益智仁 12g, 芡实 9g 以补肾固涩止带。

痰阻胸闷者, 加瓜蒌 12g 化痰开胸理气。

〔分析〕熟地、山药、山茱萸补肾养血调经; 菟丝子、巴戟天、续断补肾调冲, 温阳利水;

茯苓、泽泻利尿行水祛痰；陈皮、枳实理气行滞，有助痰湿之运化；半夏、南星、昆布软坚化痰。诸药合用，使肾气充盛，水湿得以蒸化，湿祛痰消，气机通畅，冲任调和，诸症随之而解。

### ②痰湿阻滞证

〔治法〕燥湿化痰，软坚散结。

〔方药〕苍附导痰丸（《叶天士女科诊治秘方》）加减。

苍术 12g，香附 9g，姜半夏 12g，茯苓 12g，制南星 9g，枳壳 9g，陈皮 12g，昆布 12g，穿山甲 9g（先煎），皂角刺 9g，丹参 15g，桃仁 9g。

〔分析〕方中苍术、半夏燥湿化痰；茯苓健脾利湿；香附、枳壳、陈皮理气行滞化痰，气机调畅则水湿得运，痰湿自除；南星、昆布、穿山甲、皂角刺软坚化痰散结；丹参、桃仁活血化痰，以助软坚散结之力。

### ③肝火痰热证

〔治法〕清肝泻火。

〔方药〕龙胆泻肝汤（《医宗金鉴》）加味。

龙胆草 9g，黄芩 9g，山栀 9g，木通 6g，泽泻 9g，生地 12g，柴胡 9g，车前子 12g（包煎），当归 12g，甘草 9g，竹茹 9g，瓜蒌 9g。

〔加减〕乳房胀痛甚者，加青皮 12g，夏枯草 12g，延胡索 15g 以疏肝理气止痛。

口干渴者，加知母 9g，天花粉 9g，石斛 12g 以清热泻火，生津止渴。

大便干结者，加大黄 6g 泻热通便。

〔分析〕龙胆草泻肝胆实火，清下焦湿热；黄芩、山栀泻火清热；木通、车前子、泽泻清热利湿，使肝火从小便而出；柴胡疏肝解郁，调畅气机；当归、生地滋阴养血柔肝，肝木得养，火自平息；竹茹、瓜蒌清热化痰，除烦通便。本方泻中有补，疏中有养，泻火而不伤阴，邪去而不伤正，使肝火清而痰自除。

### （3）气滞血瘀证

〔治法〕行气活血，祛瘀通经。

〔方药〕膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。

当归 12g，川芎 9g，赤芍 9g，桃仁 9g，红花 9g，枳壳 9g，延胡索 12g，五灵脂 9g，丹皮 9g，香附 12g，柴胡 9g，川牛膝 15g，王不留行 12g，仙灵脾 12g，甘草 6g。

〔分析〕方中当归、川芎养血活血调经；桃仁、红花、丹皮、赤芍活血祛瘀通经；川牛膝、王不留行活血化瘀，引经下行；柴胡疏肝理气；枳壳、延胡索、香附理气行滞，气行则血行。诸药配用，能行血分瘀滞，瘀祛气行，冲任调畅，则诸症可除。

## 2. 验方治疗

### （1）补肾化痰方

〔组成〕熟地、山药、补骨脂、仙灵脾、黄精、桃仁、皂角刺、冰珠子。怕冷者加附子、肉桂。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。治疗第一周期 BBT 单相而阴道脱落细胞涂片伊红指数 < 10% 者，有时在第二周期加服少量己烯雌酚。

〔功用〕补肾化痰，活血调经，软坚涤痰。适用于肾虚痰实多囊卵巢综合征。

〔疗效观察〕用本方治疗 9 例 PCOS 患者，均有长期无排卵月经失调史，治疗 3 个月，9 例

月经共来潮 22 次, 其中 6 例计 9 个周期有排卵, 7 例随访 1 年均有排卵, 3 例半年内妊娠, 排卵率达 82. 7%。服药后 FSH 上升, LH 与 FSH 比值下降,  $E_2$  上升。本方可作用于下丘脑调节 GnRH 分泌, 使 LH/FSH、 $E_1/E_2$  的比值下降, 提示补肾化痰是调节下丘脑—垂体—卵巢轴而促排卵<sup>[1]</sup>。

### (2) 归芪调经汤

〔组成〕当归 30g, 炙黄芪 30g, 生姜片 3 片, 大枣 10 枚, 仙灵脾 15g, 菟丝子 30g。

〔用法〕将上药制成水煎剂, 每日 1 剂, 分早、晚 2 次口服。连服 3 个月为 1 个疗程, 连用 1 个~2 个疗程。

〔功用〕补气养血, 益肾调冲。主治虚性闭经。

〔疗效观察〕用上方治疗虚性闭经 31 例, 其中有 28 例患者行盆腔充气造影术, 结合临床症状及体征确诊为 PCOS 者 22 例。31 例共接受归芪调经汤治疗 108 个月, 在此期间共行经 75 次, 占 69. 4%。31 例患者共测得 74 个月经周期的基础体温, 出现双相体温曲线 41 次, 占 55. 4%, 其中 1 例已妊娠。并对 23 例进行了阴道脱落上皮细胞检查, 提示本组病人雌激素水平偏低<sup>[2]</sup>。

### 3. 针灸疗法

(1) 取关元、中极、子宫、三阴交 于月经周期第 14 天开始针刺上述穴位, 每天 1 次, 共 3 次。取平补平泻法, 每次留针 30 分钟。

(2) 取肾俞、命门、气海、归来 上穴可分两组交替使用, 用补法或平补平泻法。适用于肾阳不足证。

(3) 取脾俞、三焦俞、次髎、中脘、中极、三阴交、丰隆 上穴可分两组交替使用, 用平补平泻或泻法。适用于痰湿阻滞证。

### 4. 气功疗法

(1) 盘坐位 双下肢盘起, 端坐于床上, 全身放松, 意守丹田, 以意养气, 每日睡前坐半小时。

(2) 仰卧位 双下肢平伸, 双手交叉重叠, 放于小腹上, 掌心对准关元穴, 以意养气, 每日睡前练功半小时。

### 5. 推拿疗法

(1) 病人俯卧位 小腹部微垫起, 医者位于患者的左侧, 施行按揉背部的肝俞、脾俞、肾俞, 下肢的血海、三阴交等穴, 也可施用一指禅法, 每穴施行手法 2 分钟~3 分钟, 并在骶部八髎穴部施以揉法或擦法。属于实证者, 可同时在下肢足太阴、足厥阴经循行部位施行直擦法, 以透热为度。属于虚证者, 可同时直擦腰部的督脉与足太阳经, 以透热为度。

(2) 病人取仰卧位 医者在患者右侧, 用中指从上至下轻压胸部华盖、膻中穴 3 分钟左右, 然后用右掌心压神厥穴, 五指并拢, 按压气海、关元、中极, 上臂用力, 前臂放松, 内动外不动, 病人感觉腹腔温热之气下行, 有蠕动之感, 施术 5 分钟~7 分钟, 然后用点法按摩子宫穴区域, 患者可感到有热流向两腿放射, 有酸胀麻热之感。

### 6. 饮食疗法

薏苡根老丝瓜汤: 薏苡根 30g, 老丝瓜(鲜品) 30g。二味水煎取汁, 加红糖少许调味, 每日 1 料, 连服 5 日。适用于痰湿闭经。

### （三）中西医结合治疗

#### 1. 以中药为主西药为辅

（1）中药加克罗米芬 在中医辨证治疗的基础上，于月经周期第5天服克罗米芬50mg，每日1次，连用5天，以提高促排卵效果。

（2）中药加己烯雌酚和克罗米芬 在中医辨证治疗的过程中进行BBT测定、宫颈粘液检查及阴道脱落细胞检查，以了解体内雌激素水平及排卵情况，如雌激素水平低下，则于月经周期第5天加服己烯雌酚0.25mg，每日1次，连服20天，待雌激素达到一定水平，可加用克罗米芬促使排卵。孙氏等<sup>[4]</sup>报道用补肾化痰法治疗多囊卵巢综合征133例，对雌激素水平低者加用小剂量雌激素，少数患者加用hCG或克罗米芬，结果排卵者共110例，占82.7%。在已婚76例中，有36例妊娠<sup>[3]</sup>

#### 2. 中药人工周期治疗

PCOS以卵巢囊性增大，排卵功能障碍为特点，治疗的关键是解决排卵问题，与无排卵性功血的治疗目的相同，故中药人工周期疗法同样适用于本病。如在中药人工周期治疗的基础上，适当配合克罗米芬或hCG治疗，更能获得满意疗效。

中药人工周期根据月经周期的特点，按人工假设月经周期的不同阶段，分别选用不同方药。在卵泡期以补肾养血为主，选用促卵泡汤治疗；在排卵前期以补肾活血为主，选用促排卵汤；在黄体期以补肾助阳为主，选用促黄体汤；月经前期以活血调经为主，选用活血调经汤，以促进卵泡发育成熟，诱发排卵，达到调经促孕的目的。

促卵泡汤：当归、山药、菟丝子、熟地、肉苁蓉、丹参各10g。肾阳虚者，加仙灵脾10g，仙茅10g，巴戟天10g；肾阴虚者，加女贞子、旱莲草、制首乌各10g。

促排卵汤：当归、桃仁、红花、丹参、鸡血藤、菟蔚子各10g，香附6g。肾阳虚者，加桂枝3g，续断10g；肾阴虚者，加熟地、枸杞子各10g。

促黄体汤：当归、熟地、制首乌、肉苁蓉、菟丝子、续断、龟板各10g。偏肾阳虚者，加仙灵脾、鹿角霜各12g；肾阴虚者，加枸杞子、女贞子各10g。

活血调经汤：当归、熟地、丹参、赤芍、泽兰、菟蔚子各10g，川芎、香附各6g。

据林氏<sup>[4]</sup>的研究报告，患者的临床证候分为肾阳衰惫，冲任虚寒和肾阴不足，冲任郁热两型。用上述中药人工周期疗法治疗PCOS 27例，治愈24例，无效3例，治愈率88.8%，疗效显著。对无效的3例患者在人工周期治疗的基础上，配合克罗米芬治疗，均获治愈。故对病情顽固难治者，可采用中药人工周期配合西药治疗。另外，在中药人工周期疗法的运用上，适时选择促排卵汤的应用时间是提高人工周期治愈率的关键。先用促卵泡汤促进卵泡发育，其用药时间的长短，要视卵泡发育的程度而定，卵泡发育良好时（宫颈粘液出现典型羊齿状结晶、BBT出现突然下降、阴道脱落细胞检查雌激素水平达中度影响）始能启用促排卵汤，才能达到诱发排卵的目的。

## 五、预防

PCOS的发病有一个过程，常由月经稀少渐发展为闭经，在此期间往往不被患者重视，因忽略而延误诊治，故应提高对本病的认识，早期发现，及时治疗。



经期要注意卫生, 严禁房事, 并要注意保暖, 忌食生冷食物, 避免冒雨涉水, 因过冷的刺激容易诱发本病。

保持心情舒畅, 避免过度的精神刺激。饮食方面应当少食辛辣有刺激的食物, 如辣椒、烈性酒等, 并应少食油腻之品, 以免聚湿生痰。体胖者应适当控制饮食。

### 参 考 文 献

- 1 俞瑾, 孙月丽, 邵公权, 等. 补肾化痰治疗多囊卵巢综合征对下丘脑—垂体—卵巢功能的调节. 中国中西医结合杂志, 1986, 6 (4): 218
- 2 贺稚平. 归芪调经汤治疗虚性闭经临床研究. 中医杂志, 1984, 25 (12): 35
- 3 孙月丽, 郭焕如, 俞瑾, 等. 补肾化“痰”法治疗多囊卵巢综合征 133 例. 上海中医药杂志, 1981, (6): 15
- 4 林至君. 中药人工周期疗法治疗多囊卵巢综合征的临床探讨. 中医杂志, 1984, 25 (6): 28

## 第四节 痛 经

### 一、概述

痛经是指月经周期伴有痉挛性腹痛的症状。痛经有原发性及继发性之分, 原发性痛经也称功能性痛经, 是月经时腹痛不伴有盆腔病理情况, 常见于初潮后 6 个月~12 个月内, 排卵周期初建立时。如果初潮时已有排卵, 就可能在初潮发生痛经。继发性痛经多发生在月经初潮后 2 年, 常并发一些妇科疾病, 如子宫内膜异位症、子宫肌腺病、子宫内膜息肉、盆腔感染、宫腔粘连、盆腔充血等。有些女性放置宫内节育器后, 也可能引起痛经。历代文献记载痛经的发病率差异较大, 少则 5%, 多则 50%, 一般 15%。据文献统计, 初潮后第一年内发生原发性痛经的占 75%, 第二年内发生率为 13%, 第三年内发生率为 5%, 第四年内发生率仅 4%。从临床看, 以原发性痛经多见, 继发性痛经中以子宫内膜异位症多见。本节仅叙述原发性痛经。

本病中医学亦称痛经。有关痛经的记载, 最早见于汉代张仲景《金匱要略·妇人杂病脉证并治》篇: “带下, 经水不利, 少腹满痛, 经一月再见者, 土瓜根散主之。”隋代巢元方《诸病源候论》则首立“月水来腹痛候”, 认为“妇人月水来腹痛者, 由劳伤血气, 以致体虚, 受风冷之气, 客于胞络, 损冲任之脉”, 为研究痛经奠定了理论基础。后世医家为探索痛经的辨证规律作了进一步的论述。如明代张景岳《景岳全书·妇人规》说: “经行腹痛, 证有虚实。实者或因寒滞, 或因血滞, 或因气滞, 或因热滞; 虚者有因血虚, 有因气虚。然实痛者多痛于未行之前, 经通而痛自减; 虚痛者, 于既行之后, 血去而痛未止, 或血去而痛益甚。大都可按、可揉者为虚; 拒按、拒揉者为实。有滞无滞, 于此可察。但实中有虚, 虚中亦有实, 此当于形气禀质兼而辨之。”明代李梴《医学入门》说: “经事欲行, 脐腹绞痛者, 为血滞。”清代傅山《傅青主女科》论痛经的病因病机及治法方药更为精详, 认为肝郁、肾虚、寒湿是痛

经的病因，分别治以宣郁通经汤、调肝汤和温脐化湿汤。历代医家对痛经较为完善的认识是千百年逐渐形成的，其中精湛论述至今仍具有重要的临床指导意义。中医学在长期的医疗实践中总结出了不少治疗痛经的经验，治疗途径多种多样，无副作用，疗效显著。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

#### 1. 病因

（1）子宫因素 子宫颈管狭窄或子宫过度前屈、后屈时，子宫峡部成角，阻碍经血外流。子宫发育不良常伴血管供应异常，造成组织缺血，局部缺氧，经前及经期发生疼痛。

（2）精神神经因素 痛经常发生于精神紧张、抑郁、恐惧、情绪不稳定的患者。另外，对痛敏感，痛阈较低者易引起痛经。

（3）内分泌因素 痛经常发生在有排卵的月经周期，又因口服避孕药抑制排卵可以治疗痛经，说明痛经与黄体期孕酮升高有关。

#### 2. 病理生理

（1）子宫强烈收缩，子宫血流量减少 是原发性痛经的主要生理病理变化。由于子宫强烈收缩甚至痉挛性收缩，使宫腔内压力增高而感觉疼痛。子宫过强收缩又使子宫血流量减少，由于子宫缺血缺氧而产生剧烈的疼痛。

（2）前列腺素（PG）含量的增高 近年来的许多研究证明，子宫内膜和血中PG含量的增高是引起痛经的一个决定因素。原发性痛经的子宫过强收缩与PGF<sub>2</sub>α大量产生及释放有关。在月经周期中，增生期与分泌期子宫内膜均有PG，而分泌期内膜含量更高，原发性痛经患者的经血和子宫内膜中PG含量比正常人明显增多。PGF<sub>2</sub>α刺激子宫肌肉，引起强烈的收缩，甚至痉挛性收缩，而导致宫腔内压力增高。此外，子宫肌壁还因缺血而产生剧烈的疼痛。另一方面，PGF<sub>2</sub>α进入血循环时还可引起胃肠道、泌尿道和血管等处的平滑肌收缩而产生一系列全身症状，如恶心、呕吐、腹泻、昏厥。但PG在血中很快失去活性，故症状很快消失。

### （二）中医病因病机

痛经的发病有情志所伤，起居不慎或六淫为害等不同的病因，并与素体状况及经期、经期前后特殊的生理环境有关。痛经发病的主要机理是经期或经期前后受到致病因素的影响，导致冲任瘀阻或寒凝经脉，使气血运行不畅，胞宫经血流通受碍，以致“不通则痛”；或冲任、胞宫失于濡养，不荣而痛。其病位在冲任、胞宫，变化在气血，表现为痛症。本病多从初潮后就发生，年轻女性多，必然与肾气有关。宋代陈自明《妇人大全良方》：“肾气全盛，冲任流通。”若肾气不充，冲任流通受阻，则发为本病。发作时疼痛难忍，又与气血滞涩不通或不能荣养冲任、胞宫有关。其所以随月经周期发作，是与经期冲任气血变化有关。非行经期间，冲任气血平和，致病因素尚未能引起冲任、胞宫气血瘀滞或不足，故不发生疼痛，而在经期或经期前后，由于血海由满盈而泻溢，气血变化急骤，致病因素乘时而作，便可发生痛经。临床上常见有气滞血瘀、寒凝胞中、湿热下注、气血虚弱、肝肾虚损等证型。

### 1. 气滞血瘀

素多抑郁，经期或经期前后复伤于情志，肝气更为拂郁，郁则气滞，气滞则血瘀，血海气机不利，经血运行不畅，发为痛经。清代张山雷《沈氏女科辑要笺正》中“经前腹痛无非厥阴气滞，络脉不疏”便是指此。

若经期虽无明显情志诱因，但因肝气素郁，以致“经欲行而肝不应，则拂其气而疼生”（《傅青主女科》）。

### 2. 寒湿凝滞

多因经期冒雨、涉水、游泳，或经水临行之时贪食生冷，内伤于寒，或生活于湿地，风冷寒湿客于冲任、胞中，以致经血凝滞不畅；或素禀阳虚，阴寒内盛，冲任虚寒，致使经水运行迟滞。血滞不行，留聚而痛。清代傅山《傅青主女科》说：“夫寒湿乃邪气也，妇人有冲任之脉居于下焦，……经水由二经而外出，而寒湿满二经而内乱，两相争而作疼痛。”

### 3. 湿热瘀阻

宿有湿热内蕴，流注冲任，阻滞气血；或于经期、产后（包括堕胎、小产后）而感湿热之邪，稽留于冲任，或蕴结于胞中，湿热与经血相搏结，故发为痛经。

### 4. 气血虚弱

脾胃素弱，化源不足，或大病久病，气血俱虚，冲任气血虚少，行经之后，血海空虚，冲任、胞脉失于濡养，兼之气虚血滞，无力流通，因而发生痛经。明代王肯堂《胎产证治》说：“经止而复腰腹痛者，血海空虚气不收也。”

### 5. 肝肾亏损

多因禀赋素弱，肝肾本虚；或因多产房劳，损及肝肾。精亏血少，冲任不足，胞脉失养，行经之后，精血更虚，冲任、胞宫失于濡养，而致痛经。

痛经虽有虚实之分，但因“女性本不足于血”，所以即便属瘀滞亦常兼不足，如肝郁血虚，肝郁脾虚、肝郁肾虚等，便是实中有虚之痛经证。又如血气本虚，血少则不畅，气虚则运血迟，迟则滞涩作痛，便是虚中有实之痛经。所以痛经挟虚者多，全实者少。

## 三、临床诊断

### （一）辨病·西医诊断

#### 1. 症状

表现不一，常见有以下症状：

（1）腹痛 为主要症状，多在月经来潮前数小时或来潮1天~2天出现。以下腹阵发性绞痛多见，亦可出现胀痛、坠痛，有时疼痛可放射到腰骶部、股内侧等处，一般持续数小时甚至1天~2天。腹痛剧烈时患者面色苍白，出冷汗，手足发凉，甚至产生晕厥、虚脱等症。

（2）胃肠道症状 如恶心、呕吐、便秘、腹泻及肠胀气或肠痉挛痛等，可持续数小时，至多1天~2天，以后逐渐减轻、消失。

（3）膀胱刺激症状 如尿频、尿急等症状的出现与经期关系密切。

#### 2. 体征

盆腔生殖器官无器质性病变，有时可见宫颈口狭小，或子宫过度倾、屈，使经血流出不

畅,造成经血瘀留,从而刺激子宫收缩产生痛经。

### 3. 实验室及其他检查

(1) 基础体温测定 呈双相曲线。痛经多发生在有排卵周期者。

(2) 诊断性刮宫及子宫内膜活检 经前1天~2天或行经12小时内行诊断性刮宫,子宫内膜活检系分泌期子宫内膜。

(3) 经血前列腺素测定 显示有异常增高。

(4) 激素测定 显示雌激素、孕酮过量或不足。其中以孕酮含量过低为多见。

### 4. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断要点 本病多发生于月经初潮后2年~3年的青春期少女或未生育的年轻女性,下腹疼痛随月经周期反复发作为其特征,妇产科检查生殖器官无明显器质性病变。

(2) 鉴别诊断 由于月经期盆腔较为充血,盆腔及其周围脏器原有病变如盆腔炎、膀胱炎、结肠炎、慢性阑尾炎等常会在经期加剧,易与痛经混淆,应注意鉴别。另外还应与宫颈手术后瘢痕形成,使宫颈口狭窄甚至闭锁,吸、刮宫术后形成宫颈管及宫腔粘连,以致经血外流受阻而致的周期性腹痛相鉴别。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

本病的临床特征是经期小腹疼痛,伴随月经周期而发作。疼痛可引及全腹或腰骶部,或外阴、肛门坠痛。一般疼痛多发生于行经第一、二天或经前一二日,随后即逐渐减轻或消失,偶有延续至经净或于经净后始发病的,但亦在一二日内疼痛自止。疼痛程度有轻有重,一般无腹肌紧张或反跳痛,经血排出流畅时,疼痛常可缓解。

痛经辨证首当辨痛,在一般辨痛的基础上需结合以下情况:

(1) 结合疼痛发生的时间和月经情况以审虚实 元代朱丹溪《格致余论》:“将行而痛者,气之滞也;来后作痛者,气血俱虚也。”明代宋林皋《宋氏女科秘书》:“经水将来作痛者,血瘀气滞也,腹中阵阵作痛者,乍作乍止,气血俱实,治当以行经顺气。”“经水行后作痛者,气血虚也,治当调养气血。”这些记载扼要地指出了痛经辨证需结合疼痛发生的时间以审虚实。实者多发生于月经临行之际,此时血海满盈,气血盛实,在致病因素的作用下,易生瘀滞作痛,待经水溢泻,则瘀滞随之而去,故经血畅行后疼痛常可自止。虚者多发生在月经将净之时,因禀赋素虚,经行血泻,血海更虚,胞脉失养,而发疼痛,经后血海气血渐复,疼痛遂缓解。这种据疼痛发生时间辨虚实的法则至今仍为临床所遵循。此外,月经的期、量、色、质变化亦是痛经辨虚实的重要参考。如经期如常,而量少、色黯、质薄,其痛作于经后者,多属虚;若量少、质稠,夹块而痛作于经前者,多属实。再结合疼痛的性质,拒按与否以及舌、脉等则更为有据,如苔黄腻,脉滑数,疼痛拒按,经期延长等则常是湿热之证。

(2) 结合兼证以审痛的程度 痛经疼痛程度较难衡量,临床上常按疼痛的伴随证以审疼痛的严重程度。如疼痛时伴手足厥冷,唇青面白,冷汗淋漓,或恶心呕吐,则疼痛属重,严重者可致虚脱或昏厥。

(3) 与素体状况相参而辨 素多抑郁易诱发气滞痛经;素体虚弱易成虚痛;平素带多色异有臭,逢经期作痛者则多属湿热蕴结痛经。

(4) 据疼痛的部位以察在气在血属肝属肾 肝经绕阴部过少腹两侧,经胃口而属肝络胆,

若痛在少腹一侧或双侧则属气滞，病在肝。小腹部是胞宫所居之地，若痛在小腹正中多属胞宫血瘀。肾经由会阴上行经腹贯腰脊，胞络为胞宫的脉络，胞络系于肾，若小腹正中疼痛引及腰脊多属病在肾。阴部抽掣痛亦与肝肾有关。

(5) 察其疼痛性质以究其寒热虚实及在气在血 隐痛、疗痛、坠痛、喜揉喜按属虚；掣痛、绞痛、灼痛、刺痛、拒按属实。灼痛得热反剧属热；冷痛得热减轻属寒。痛甚于胀属血瘀；胀甚于痛属气滞。时痛时止属气滞；持续作痛属血瘀。

上述辨证需全面参合。因本病寒热虚实常错综复杂，实中有虚，虚中亦有实，或呈本虚标实。明代张介宾《景岳全书·妇人规》指出：“即如以可按拒按及经前经后辨虚实，固其大法也，然有气血本虚而血未得行者，亦每拒按，故于经前亦常有此证，此以气虚血滞无力流通而然。”可见辨证不可以一项为凭，应予综合分析，掌握病之变化规律，知常达变，才能识其本质，认清证的属性。

## 2. 辨证分型（临床表现出自《卫生部中药新药临床研究指导原则》）

### (1) 气滞血瘀证

〔临床表现〕经前或经期小腹胀痛拒按，经血量少，经行不畅，血色紫黯有块，块下痛暂减，经前乳房胀痛，胸闷不舒。舌质紫黯或有瘀点，脉弦。

〔辨证分析〕肝司血海，又主疏泄，肝气条达，则血海通调。因情志拂郁，肝失条达之性，气机不畅，冲任气血滞涩，故经前或经期小腹胀痛，拒按，经量少或行而不畅。经血瘀滞故色黯有块。血块排出，瘀滞减轻，气血暂通，故疼痛缓解。瘀滞随经血而外泄，故经后疼痛自消。若郁滞之因未除，则下次月经周期又复发作。肝气失疏，乳络不畅，故经前乳房胀痛。舌紫黯有瘀点，脉弦为气滞血瘀之证。

### (2) 寒湿凝滞证

〔临床表现〕经前或经期小腹冷痛，得热痛减，月经后期，量少，经色黯面有瘀块或如黑豆汁样，畏寒，手足欠温，带下量多。舌苔白或腻，脉弦或沉紧。

〔辨证分析〕寒湿之邪重浊凝滞，客于冲任、胞中，血为寒凝，运行失畅，故经前或经期小腹冷痛。血为寒凝，故经色不鲜有块。得热则凝滞稍减，故疼痛减缓。寒湿内盛，机体失于温煦，故畏寒，手足欠温。寒湿流于下焦，伤于任带，故带下量多。苔白腻，脉弦或沉紧，均为寒湿凝滞之证。

### (3) 湿热瘀阻证

〔临床表现〕经前或经期小腹刺痛或胀痛拒按，有灼热感，或伴腰部胀痛，月经不调，血色黯红，质稠有块，带下量多，色黄质稠，或伴有低热起伏。舌质红，苔黄或腻，脉弦数或滑数。

〔辨证分析〕外感或内蕴湿热之邪，犯及下焦，盘踞冲任、胞中，经前血海气血充盈，湿热与血胶结，故下腹疼痛拒按，痛连腰骶，或小腹灼热。湿热留连冲任，可有月经失调。经色黯红有块为瘀热扰血所致。湿热壅遏下焦，故带下异常。湿热缠绵，故低热起伏。舌红苔黄或腻，脉弦数或滑数，均为湿热瘀阻之象。

### (4) 气血虚弱证

〔临床表现〕经后小腹隐隐作痛，少腹及阴部空坠，喜按，月经量少，色淡，质清稀，面色无华，神疲乏力。舌质淡，脉细无力。

〔辨证分析〕气血不足，冲任亦虚，经行之后，血海更虚，血虚濡养不足，气虚运行无力，

血行迟滞，故经后小腹隐隐作痛而喜揉按。经后数日，冲任气血渐复，故隐痛自消。若体虚而未复，遇经期失血伤气则经净腹痛发作。气虚阳气未充，血虚精血不荣，故经量少而色淡质稀薄，面色萎黄不华。气血虚弱，脾阳不振，故神疲乏力。舌淡，脉细无力为气血两虚之象。

#### (5) 肝肾虚损证

〔临床表现〕经后1天~2天内小腹绵绵作痛，伴腰骶部酸痛，经色黯淡，量少质稀薄，或伴有头晕耳鸣，健忘失眠，潮热。舌质淡红，脉沉或细。

〔辨证分析〕肝肾不足或亏损，冲任俱虚，精血本已不足，经行之后，血海空虚，胞脉更失濡养，故经后小腹疼痛绵绵，经量少而色黯淡，质稀薄。肾虚故腰酸，头晕耳鸣，健忘失眠。阴虚生内热，可见潮热。舌脉亦为肝肾不足之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 一般治疗

注意经期卫生，避免剧烈运动和过度劳累，对心情紧张的病人，消除其对月经的恐惧或紧张情绪。

#### 2. 内分泌治疗

(1) 雌激素 雌激素抑制排卵，使经前期内膜成为增生期内膜，内膜的PG含量相对减少，而减轻疼痛，同时使子宫肌发育。适用于子宫发育不良者。可予己烯雌酚1mg，每日1次，连服22天为1周期，连用3个~6个周期。

(2) 孕激素 用于膜状痛经，经前7天开始注射黄体酮，每日1次，每次20mg，连用5天；也可服炔诺酮2.5mg~5mg或甲地孕酮4mg~8mg，每日1次，从月经第5天起连服20天，连续3个周期。

(3) 避孕药 按避孕方法服I或I号避孕药。

(4) 雄激素 用于40岁以上经量多的患者。月经第10天~14天开始，甲基睾丸素5mg，每日1次~2次含化，连用10天。

#### 3. 前列腺素合成抑制剂

适用于不欲避孕者，可用消炎痛25mg，或布洛芬200mg~400mg，或甲灭酸250mg，或氟灭酸200mg，每日2次~4次，于经前1天~2天或经期疼痛开始时服。

#### 4. 解痉止痛剂

可用硫酸阿托品0.5mg皮下注射，或可待因0.06g，或去痛片1片，每4小时~6小时口服1次。亦可肌肉注射安痛定1支。

#### 5. 镇静剂

适用于精神过度紧张者及其他止痛剂的联合辅助治疗，如鲁米那0.03g，或安定2.5mg~5mg，每日3次，口服。

#### 6. 钙离子拮抗剂

可用尼福地平10mg，每4小时~5小时1次，总量20mg~40mg。



## 7. 手术治疗

对颈管狭窄而引起痛经者,可行宫颈扩张术,以使经血流畅,并能减低宫颈内口周围交感神经感受力而减轻疼痛。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证施治

#### (1) 气滞血瘀证

〔治法〕理气化瘀止痛。

〔方药〕膈下逐瘀汤(《医林改错》)。

炒灵脂 9g, 当归 9g, 赤芍 12g, 桃仁 9g, 红花 6g, 香附 12g, 乌药 9g, 甘草 6g, 川芎 6g, 牡丹皮 9g, 延胡索 12g, 枳壳 9g。

〔加减〕①若兼口苦,苔黄,心烦急躁,为肝郁化热之象,当佐以清泄肝热,上方加山栀 9g, 夏枯草 12g。

②若兼前后二阴坠胀者加川楝子 9g, 柴胡 9g。

③若肝郁伐脾,症见胸闷食少者,加炒白术 9g, 茯苓 9g, 陈皮 9g 以健脾理气。

④若痛甚而见恶心呕吐者,为肝气挟冲气犯胃,当佐以和胃降逆,上方加吴茱萸 3g, 黄连 6g, 生姜 3 片。

〔分析〕方中枳壳、乌药、香附理气调肝,当归养血和血,赤芍、川芎、桃仁、红花、丹皮活血行瘀,延胡索、五灵脂化瘀止痛,甘草缓急调和诸药。气顺血调则疼痛自止。

#### (2) 寒湿凝滞证

〔治法〕温经散寒除湿,化瘀止痛。

〔方药〕少腹逐瘀汤(《医林改错》)加味。

炒小茴香 12g, 肉桂 6g, 干姜 6g, 川芎 9g, 延胡索 12g, 生蒲黄 9g, 炒灵脂 9g, 赤芍 9g, 制没药 9g, 当归 9g, 苍术 9g, 茯苓 9g。

〔加减〕①若痛甚而厥,症见手足不温或冷汗淋漓,为寒邪凝闭阳气之象,宜于方中加熟附子 9g 以强心回阳。

②若肾阳虚衰,冲任、胞宫失煦,小腹冷痛喜揉按,腰腿酸软者,用金匱温经汤(《金匱要略》)加味,以温经暖宫止痛。

吴茱萸 9g, 当归 9g, 白芍 12g, 川芎 6g, 党参 18g, 桂枝 6g, 阿胶 11g (烊化), 牡丹皮 6g, 生姜 3 片, 甘草 6g, 制半夏 9g, 麦冬 9g, 制附子 6g, 艾叶 9g, 小茴香 9g。

〔分析〕少腹逐瘀汤中肉桂、小茴香、干姜温经散寒除湿,当归、川芎、赤芍养血活血行瘀,延胡索、五灵脂、蒲黄、没药化瘀止痛,加苍术燥湿化浊,茯苓健脾渗湿。全方温经散寒,活血祛瘀止痛。

#### (3) 湿热下注证

〔治法〕清热除湿,化瘀止痛。

〔方药〕清热调血汤(《古今医鉴》)加味。

牡丹皮 12g, 黄连 9g, 生地 9g, 当归 9g, 白芍 12g, 川芎 6g, 红花 6g, 桃仁 9g, 莪术 6g, 香附 12g, 延胡索 12g, 红藤 15g, 败酱草 15g, 薏苡仁 15g。

〔加减〕①兼胸闷腹胀者加青陈皮各 9g, 炒枳壳 9g, 乌药 9g 以理气宽肠除胀。

②胸闷烦躁，口苦口渴者，加柴胡 9g，炒山栀 9g 以疏肝除烦。

〔分析〕本方以牡丹皮清热凉血化瘀；生地清热凉血；黄连清热解毒，燥湿；当归、白术养血和血；川芎、红花、桃仁、莪术活血祛瘀；香附、延胡索调气止痛。全方清热化瘀，理气调血。加败酱草、红藤、薏苡仁以增强清热解毒，除湿消瘀之力。

#### (4) 气血虚弱证

〔治法〕益气补血止痛。

〔方药〕圣愈汤（《兰室秘藏》）加减。

党参 30g，黄芪 30g，当归 12g，川芎 6g，熟地 12g，白芍 15g，延胡索 12g，香附 12g。

〔加减〕①血虚肝郁，症见胁痛，乳胀，小腹胀痛，上方加川楝子 9g，柴胡 9g，乌药 9g 以疏肝理气。

②血虚甚，症见头晕、心悸、眠差者，加鸡血藤 15g，大枣 5 枚，酸枣仁 30g 以养血安神。

③兼肾虚，症见腰腿酸软者，加菟丝子 12g，续断 9g，桑寄生 9g 以强腰补肾。

〔分析〕党参、黄芪补气，当归、川芎、熟地、白芍养血调血，香附、延胡索调气止痛。气血充盈，血脉流畅则痛自除。

#### (5) 肝肾虚损证

〔治法〕益肾养肝止痛。

〔方药〕调肝汤（《傅青主女科》）。

当归 12g，白芍 12g，山药 12g，山茱萸 9g，巴戟天 9g，阿胶 11g（烔化），甘草 6g。

〔加减〕①痛及腰骶者加续断 12g，杜仲 15g。

②兼少腹两侧或两胁胀痛，乃挟肝郁所致，上方加川楝子 9g，延胡索 12g，小茴香 9g 以调气止痛。

〔分析〕方中当归、白芍养血柔肝，山茱萸益精气养肝肾，巴戟天温肾益冲任，阿胶滋阴益血，山药健脾补中。

## 2. 验方治疗

### (1) 田七痛经散

〔组成〕田七、五灵脂、延胡索、川芎、小茴香各 0.3g，蒲黄 0.275g，木香 0.2g，冰片 0.025g。

〔用法〕上方共研细末，装入胶囊备用。轻、中度痛经经前 3 天～5 天开始服用，或痛经发作时服至月经来潮之 1 天～2 天，每次 6 粒，每日 2 次～3 次。

〔功用〕行气活血，散寒止痛。主治各种证型的痛经。

〔疗效观察〕治疗痛经 251 例，其中气滞血瘀型 173 例，有效 159 例；寒凝血瘀型 47 例，有效 42 例；瘀热壅阻型 16 例，有效 13 例；气血虚弱型 15 例，有效 10 例，总有效率 89.2%。本方对各种证型的痛经均有效，以气滞血瘀型疗效最为显著<sup>〔1〕</sup>。

### (2) 玄灵汤

〔组成〕玄胡、醋炒五灵脂、白芍各 10g～30g，当归、川芎、甘草各 10g～20g。

〔分型加减〕①气滞血瘀型：主方加柴胡、香附、桃仁各 6g～15g。

②寒凝血瘀型：主方加艾叶、吴茱萸各 10g～15g。

③血热挟瘀型：主方加牡丹皮、炒栀子、黄芩各 10g～20g。

④气血虚挟瘀滞型：主方加黄芪、党参、熟地各 10g～20g。

〔用法〕以上每日1剂，水煎，日3次~4次服，每次经前3天~5天开始服用，至经净痛止，3个月经周期为1个疗程。

〔功用〕活血化瘀，缓急止痛。用于原发性痛经。

〔疗效观察〕治疗110例中，气滞血瘀型41例，治愈34例，显效3例，好转2例，无效2例。寒凝血瘀型19例，治愈15例，显效2例，好转1例，无效1例。血热挟瘀型26例，治愈19例，显效3例，好转1例，无效3例。气血虚挟瘀滞型24例，治愈16例，显效3例，好转2例，无效3例。总治愈率为76.4%，有效率91.8%。治疗1个疗程79例，2个疗程31例，平均服药1.15个疗程<sup>[2]</sup>。

### (3) 化瘀消膜汤

〔组成〕三棱、莪术、炒五灵脂、炒蒲黄、穿山甲、王不留行、香附、菟丝子各10g，当归、山楂、党参各15g，血竭2g（冲服）。

加减变化：若兼有寒象者，加肉桂6g，仙灵脾、艾叶各10g；兼有热象者，加赤芍、黄芩各10g。

〔用法〕月经干净后开始服药，每日1剂，水煎服，服至下次行经。

〔功用〕活血化瘀，消膜定痛。用于膜样痛经。

〔疗效观察〕共治32例，24例痊愈，6例有效，2例无效。一般服用2个月经周期即获显效<sup>[3]</sup>。

### (4) 养血和血方

〔组成〕基本方：当归10g，白芍20g，枸杞子15g，川芎10g，香附12g，甘草6g。

气滞血瘀型加柴胡、丹参、益母草；血瘀偏重加蒲黄、血竭。阳虚寒凝型加泽兰、鸡血藤、巴戟天。阴虚血滞型去香附，加生地、牡丹皮、麦冬、川楝子。肝肾亏损型加熟地、山茱萸、续断。便溏加土炒白术、茯苓。呕吐兼畏寒肢冷加吴茱萸。兼口苦心烦加竹茹。

〔用法〕一般在经前7天开始服药，直至月经来潮。

〔功用〕养血和血止痛。用于不同证型和不同程度的痛经。

〔疗效观察〕62例患者，经2个月~3个月经周期的治疗，痊愈31例（50%），显效21例（33.8%），好转7例（11.3%），无效3例（4.9%），总有效率为95.1%。动物实验表明本方可以部分对抗前列腺素F<sub>2α</sub>，以减轻对子宫肌的刺激；其次又可以直接抑制子宫肌活动的频率，降低肌张力，从而达到止痛的目的<sup>[4]</sup>。

### (5) 金荞麦根汤

〔组成〕金荞麦根50g（鲜品则用70g）。

〔用法〕上为1剂量，水煎服。每剂煎服2次，每次约服200ml。正常月经来潮前3天~5天用药，连服2剂。服用2个月经周期为1个疗程。一般服用2个~3个疗程。

〔功用〕活血祛瘀，调经止痛。主治原发性痛经。

〔疗效观察〕本组30例均为月经初潮就有经期前后或行经期间下腹部疼痛者，并伴有恶心、呕吐、乳房胀痛等症状，妇检无明显器质性病变。经用上方2个~3个疗程后，痊愈者19例（63%），好转者9例（30%），无效2例（7%），总有效率93%<sup>[5]</sup>。

## 3. 单味药治疗

### 罗勒

〔药理〕罗勒能抑制PGF<sub>2α</sub>的活性，能明显抑制子宫平滑肌和血管的痉挛性收缩，能降低

血小板粘附性与聚集性，防止由子宫肌强烈收缩所造成的血小板聚集和微血栓，明显调整与改善血液流变学，使全血及血浆比粘度等显著降低，因而保证子宫肌供血充盈，防止缺血、缺氧引起痛经。

〔用法〕水煎或制成胶囊。每粒胶囊内含水溶性提取物和脂溶性提取物共 0.25g。自月经来潮第 5 天服药，每次 3 粒，每日 2 次，连服 5 天。服完 3 个月经周期为 1 个疗程。

〔疗效观察〕单味罗勒治痛经 30 例，其中 26 例显效，占 86.7%<sup>〔6〕</sup>。

#### 4. 针灸疗法

(1) 取三阴交、次髎、四关穴。行提插捻转手法，留针 20 分钟，每日 1 次。

(2) 主穴：中极、关元、血海、三阴交。配穴：足三里、地机、太冲、商丘、合谷。取主穴加配穴针刺以后接双频针麻治疗仪，电频率控制在 200 次/分；用红外线照射脐下至曲骨穴处，每日 1 次，每次 30 分钟。每逢月经来潮前治疗 3 次~4 次。

#### 5. 气功疗法

调理冲任功：坐于凳上前 1/3 处，全身放松，调匀呼吸，排除杂念，两手重叠，右手在里，右手外劳宫穴与左手内劳宫穴相对，以右手内劳宫对准脐眼，轻放于脐上；用意念和呼吸导引内气，吸气时收腹提肛，并带动会阴紧缩上提，同时意念由会阴引气达于下丹田，呼气时肛门与小腹放松，如此一吸一呼，练 30 分钟；收功时导气归于下丹田，稍停，两目慢慢睁开，两手搓热，轻轻擦面如洗脸状 5 次~7 次，再起身活动。

#### 6. 推拿疗法

(1) 患者取仰卧位，用双手的三指（食、中、无名指）沿腹正中线上下摩擦，起于神厥穴，逐次摩气海、关元、中极，随之摩双侧之天枢、四满、归来、子宫、气冲，最后摩腹结束。

(2) 患者取俯卧，医者立于一侧，拇指按压腰骶部两侧敏感痛点，以得气为度，持续按摩 5 分钟~7 分钟，再让患者仰卧，用掌根以关元穴为中心揉压小腹部，以痛胀感为度，持续操作 7 分钟~10 分钟，双拇指分压两三阴交以得气为度，持续操作 3 分钟~5 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程，经期小腹部手法停用。

#### 7. 饮食疗法

中医食疗是我国宝贵的医学遗产，古代早有“医食同源”之说。通过食物疗法可以达到防病治病的目的。

(1) 元胡益母煮鸡蛋 鸡蛋 2 个，元胡 20g，益母草 50g。各味加水同煮，鸡蛋熟后剥壳再煮片刻，吃蛋饮汤，月经前 1 周开始食用，每日 1 次，直至经期。适用于气滞血瘀型痛经。

(2) 吴茱萸粥 吴茱萸 2g，粳米 50g，生姜 2 片，葱白 2 茎。将吴茱萸研为细末，用粳米先煮粥，待米熟后下吴茱萸末及生姜、葱白，同煮为粥，趁热喝下。适用于寒凝血瘀型痛经。

(3) 乌鸡乌贼当归汤 水发乌贼鱼肉 500g，当归身 30g，黄精 60g，鸡血藤 120g。将当归身、黄精、鸡血藤放入宰杀好的鸡腹中，置沙锅内，加清水适量，用武火烧欲沸时，打去浮沫，改用文火炖煨，直至鸡熟烂为度，可佐餐食用，吃肉喝汤。适用于气血两虚型痛经。

#### 8. 外敷法

(1) 化瘀止痛膏

〔组成〕当归、川芎、桃仁、炒白芍、吴茱萸各 100g，肉桂、细辛、川牛膝各 30g，炙甘

草 50g, 牡丹皮 20g。

〔用法〕上药共研细末(过 120 目筛), 同时取 20g 药末, 加 30% 白酒(原白酒加水稀释), 少许凡士林调匀。经前 3 天敷于脐部, 经至敷于关元穴, 胶布固定, 经净取下。痛甚者用热水袋加温。连敷 1 个~3 个月经周期。

〔功用〕活血化瘀, 温经止痛。主治原发性痛经。

〔疗效观察〕治疗 80 例, 均系原发性痛经(子宫器质性病变除外)。治疗后 41 例痊愈; 39 例好转<sup>[7]</sup>。

### (2) 三味痛经膏

〔组成〕五灵脂、部金各 250g, 冰片 1g。

〔用法〕上药共研细末, 装在瓶中备用。在月经前 3 天~5 天, 选关元、中髻两穴, 每穴取 15g 粉末, 用白酒调成糊状, 摊在纱布块上, 贴敷于穴位, 外用橡皮膏固定。月经来潮后 2 天~3 天无腹痛去掉膏药。

〔功用〕舒经通络, 散寒止痛。主治原发性及继发性痛经。

〔疗效观察〕33 例痛经患者经本方治疗后痊愈 31 例, 好转 2 例, 有效率为 100%。一般均在 2 个~3 个月经周期治愈, 尤其对原发性痛经效果明显<sup>[8]</sup>。

### 9. 耳穴按压法

取子宫、卵巢、下角端、肝、脾、肾穴。用 0.5cm×0.5cm 大小医用胶布, 中央贴 1 粒王不留行子, 贴于所选耳穴, 每穴每次按压 1 分钟, 每日按压 5 次, 压力以能耐受为度, 两耳交替, 每隔 6 天更换 1 次, 5 天为 1 个疗程。

## (三) 中西医结合治疗

痛经是妇产科常见病证, 西医对其病因病理尚不十分明确, 治疗措施有效、迅速, 但停药后易复发, 且药物多有副作用; 中医治疗痛经有丰富的实践经验及理论基础, 经多年的临床研究总结了不少治疗痛经的有效方法及方药, 能标本并治。但对因经期腹痛难忍而就诊的急症患者, 尚无能立即止痛的有效方药, 因此应中西医结合, 扬长避短, 对急性腹痛者适当给予西药以迅速止痛, 然后运用中医的辨证施治理论, 予以中医的方药及方法, 则能取得较好效果。关于中医治疗痛经的报道, 多结合现代医学的实验室检查、动物实验、药理研究等方法, 使中医治疗痛经更具有客观依据。

## 五、预防

中医学认为痛经与心神的关系极为密切。《内经》中说: “诸痛疮痒, 皆属于心。” 凡心情紧张, 恐惧, 对疼痛敏感者其痛必剧。故痛经患者应注意精神调养, 克服畏惧痛经的情绪。过食寒凉生冷, 尤其是在月经期, 易致寒凝血脉, 影响冲任, 引起痛经。因此, 经期忌食生冷或刺激性食物, 忌涉水、游泳。冬季要注意保暖, 并注意起居正常, 经期注意卫生。此外, 治疗痛经中医学还注意服药的时间, 认为经间排卵期及行经期是月经周期中 2 次重要的转化时间, 适时服药, 收效较好。尤其是经间排卵期服补肾调气血药极为重要。实性痛经宜在经前 5 天~7 天开始服药, 至月经来潮, 痛止停药, 持续 2 个~3 个周期, 疗效方能巩固。虚性痛经, 则着重于平时服药调理。虚实夹杂者, 经前按实证治疗, 经后则按虚证治疗。体现了中

医学的未病先防,治病求本的治疗原则。

## 参 考 文 献

- 1 张玉珍. 治疗痛经 251 例临床小结. 新中医, 1985, 17 (1): 20
- 2 杨昔年. 对 110 例原发性痛经的疗效观察. 上海中医药杂志, 1986, (11): 129
- 3 李维华. 自拟化痰消膜汤治疗膜样痛经 32 例. 浙江中医杂志, 1992, 27 (3): 129
- 4 王希浩. 养血和血法治疗痛经的临床和实验研究. 中医杂志, 1988, 29 (5): 41
- 5 高开泉. 金荞麦根治疗原发性痛经 30 例疗效观察. 中医杂志, 1990, 31 (8): 39
- 6 金维新. 罗勒胶囊治疗女性排卵功能障碍性不孕症的临床观察. 中医杂志, 1991, 32 (2): 44
- 7 江明旺. 化痰止痛膏治疗痛经 80 例. 陕西中医, 1991, 12 (12): 536
- 8 崔周燮, 李今淑. 三味痛经膏穴位贴敷治疗痛经 33 例. 吉林中医药, 1992, (6): 17

## 第五节 经前期紧张综合征

### 一、概述

现代医学认为,月经前期有部分女性伴有生理上、精神上以及行为上的改变,称为经前期紧张综合征。这种情况的发生与年龄、胎次无关。症状轻者可以忍受,重者约 8% 须用药物治疗。其发生的原因尚不清楚。

近代中医学曾将女性每于经前数日或经期规律性出现的一些症状如头晕头痛、心烦失眠、乳房胀痛、浮肿泄泻、发热身痛等统称为“月经前后诸证”。本病表现多样,可于经前出现一症或数症,严重者影响工作及生活。中医古籍中无此病名,根据所表现的不同症状,散见于“经行泄泻”“经行浮肿”“经行头痛”“经行发热”“经行泄水”“经行便血”等病证中。经行伴见的各证最早见于明代方广《丹溪心法附余》,其在论妇人经病中指出有兼发热者,发热之中有常时发热者,有经行发热者。明代正肯堂《证治准绳》有“经候欲行,身体先痛”的记载,认为系血气不足所致。明代武之望《济阴纲目》在总结前人经验的基础上列有“经病发热”“经行泄泻”等论。清代吴谦《医宗金鉴》也有经行泄泻之论,指出其病因多系脾虚所致,如泄溏冷痛则属于寒湿,不可不辨。清代叶桂《叶天士女科》所列经行诸证名目更多,共二十余证,每证记载了扼要的证候、病机,提出了不同的处理方法。叶氏所论虽较繁杂,但对后人认识本病证表现多样化的特点有所帮助,对各证的处理也提示了一些方向。其后如清代傅山《傅青主女科·调经》中列“经前泄水”及“经前大便下血”两节专门讨论,指出经前泄水责之脾气之虚,经前便血责之心肾不交,经流于大肠。这些论述颇有临床意义。

高等医药院校教材《中医妇产科学》第 5 版则将经行乳房胀痛、经行发热、经行头痛、经行身痛、经行泄泻、经行吐衄、经行口糜、经行风疹块、经行眩晕、经行浮肿、经行情志异常分别论述。本节重点介绍以下几种病证:

经行乳房胀痛:每于行经前或正值经期、经后,出现乳房作胀,或乳头胀痒疼痛,甚至



不能触衣者，称为“经行乳房胀痛”。

经行头痛：每逢经期，或行经前后，出现以头痛为主症者，称为“经行头痛”。

经行泄泻：每逢行经前后或经期，大便溏薄，甚或清稀如水，日解数次者，称为“经行泄泻”。

经行浮肿：每逢经行前后或正值经期，头面四肢浮肿者，称为“经行浮肿”。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

本病的病因病理尚不清楚，主要有以下几种学说：

#### 1. 激素水平失调

（1）性激素水平失调 有人认为是雌激素过高和孕激素不足所致，也有人认为是由于组织对性激素的敏感性失常所致。

（2）泌乳素（PRL）升高 PRL 刺激乳房发育并有一定的调节渗透作用，排卵后 PRL 分泌水平略高。若 PRL 分泌升高，可引起经前乳房胀痛。但近年来又有相反意见，因高泌乳素血症患者都没有类似经前期紧张综合征症状。

#### 2. 醛固酮增多

在正常月经周期中，黄体期醛固酮分泌增高，而经前期紧张综合征患者醛固酮排泄增多，因此认为其症状可能是一种一过性高醛固酮的表现。醛固酮的增多可能是雌激素直接作用于肾脏或间接作用于血管紧张素—醛固酮系统，然后使水钠潴留，继发醛固酮增多，使机体毛细血管漏出水份也增加。水潴留出现不同程度的浮肿、腹胀、恶心与肠胃道水肿有关，头痛与脑水肿有关。

#### 3. 精神因素

经前期紧张综合征患者精神、神经症状较为突出。许多女性在月经前或经期表现为烦躁、抑郁或易激动。精神因素又可影响内分泌的功能，精神紧张时可使醛固酮分泌增加，产生水、钠潴留出现水肿。也有人认为环境的各种刺激，经体内外的感受，可以通过大脑皮质引起反应，使大脑皮层功能紊乱致情绪波动。

#### 4. 维生素 B<sub>6</sub> 不足

曾考虑维生素 B<sub>6</sub> 不足是本病发病的一个因素，虽然至今没有被确定，但用维生素 B<sub>6</sub> 治疗可以促进清除过多的雌激素，增强脑的单胺基生物合成，调节行为与情绪，改善症状。但治疗的临床反应差异很大。

#### 5. 内啡肽学说

内啡肽可抑制中枢胺系统，导致去甲肾上腺素或多巴胺的释放减少，并产生情绪改变，内啡肽也能抑制垂体促性腺激素分泌，可能是孕激素单独或与雌激素合并时能增强中枢内啡肽的活性。内啡肽作用的变化可影响精神、神经因素，表现为经前期紧张综合征。内啡肽在黄体期能抑制 PGE<sub>1</sub>，使水份潴留，肌肉动力降低，当内啡肽的抑制作用突然消失或减退时，就增加前列腺素的活性，表现为大便频稀。

总之，此病是一种多病因、多系统的多发病，在一种主要因素作用下引起一系列病理变

化,相互牵连,相互影响,目前尚难用一种病因解释全部临床表现。

## (二) 中医病因病机

中医学认为,经前期紧张综合征的发生,与经前期脏腑功能失调有关。本病从发病的时间来看,与月经的关系密切,经前发病,经行即作,经后自止。因经前经血下注冲任,血海充盈,而全身阴血相对不足,若因禀赋因素或素体阴阳即有偏旺偏衰,则经前、经期出现脏腑功能失调,可见上述诸症。经血即净,阴血渐复,气血调顺,脏腑功能恢复,诸症随之消失。

### 1. 经行乳房胀痛

本病多由七情内伤,肝气郁结,气血运行不畅,脉络欠通;或因肝肾精血不足,经脉失于濡养所致。前者属实,后者属虚。

(1) 肝气郁结 忿怒忧思,郁结伤肝,肝失条达,经行阴血下注冲任,冲脉隶于阳明而附于肝,乳头属肝,乳房属胃,肝气失疏,血行不畅,肝胃经脉阻滞,遂致经行乳房胀痛。

(2) 肝肾阴虚 素体阴虚,或久病失血伤津,经行时阴血下注,营阴益亏,肝肾精血更感不足,乳络失于濡养,因而经行乳房胀痛。

### 2. 经行头痛

本病的发病机理是气血不足,精血亏损,清空失养;或气滞血瘀,脉络阻滞,瘀阻作痛。

(1) 血虚 素体虚弱,或大病久病,长期慢性失血,或脾胃虚损化源不足,经行时血注冲任,阴血益感不足,髓海失养,遂致头痛。

(2) 肝火 经行之际,情志内伤,忿怒郁结,气郁化火,上扰清窍,致经行头痛。

(3) 血瘀 足厥阴肝经循巅络脑,肝藏血,其有余部分下注血海而为月经。若情志不畅,肝失条达,气机不宣,经行之时,肝血下注失畅,瘀血内阻,脉络不通而发头痛。

### 3. 经行泄泻

经行泄泻主要责之于脾、肾二脏。因脾主运化,而肾为胃之关,主司二便,脾肾素虚,经行时脾肾更虚,遂致泄泻。

(1) 脾虚 素体脾虚,经期经血盈于冲任,气随血下,脾气益虚,脾虚失运,水谷不能化生精微,反化为湿浊,随脾气下降而为泄泻。汪石山谓:“经水将行,气血先已流注血海,此脾气既亏,则不能运行其湿。”

(2) 肾虚 禀赋肾虚,经行时经水下泄,肾气益感不足,气化无权,致成泄泻。

### 4. 经行浮肿

脾肾阳虚,气化不利,水湿泛滥,遂发浮肿。或肝郁气滞,血行不畅,滞而肿胀。

(1) 脾肾阳虚 平素思虑劳倦过度,损及脾肾,经水将行,精血流注于胞,脾肾益虚,脾虚则转输失司,水湿停聚,泛于肌肤,发为水肿。肾阳不布,不能化气行水,脾阳失煦,水湿泛滥,导致经行浮肿。清代叶天士《叶氏女科证治》中说:“经来遍身浮肿,此乃脾土不能克化水变为肿。”

(2) 气滞血瘀 情志内伤,肝失条达,疏泄无权,气行不畅,血行受阻。月经以通畅为顺,若气滞血行不畅,则滞而为肿。

### 三、临床诊断

#### (一) 辨病·西医诊断

##### 1. 症状

最早可出现在经前10天~14天,表现多种多样,一般可分为以下几种:

(1) 精神神经症状 情绪激动,精神紧张,忧郁,烦躁易怒,不安,失眠或嗜睡,疲乏,注意力不集中,健忘等。

(2) 水钠潴留症状 可出现全身浮肿或体重增加;胃肠功能紊乱,食欲不振,腹胀、腹泻;下腹、腰骶部坠痛,盆腔沉重感;头痛、偏头痛;鼻塞,咳嗽,个别患者可发生哮喘发作;全身疼痛;乳房胀痛,并有触痛性结节。这些症状是由于水钠代谢异常,全身及局部组织水肿而致。

(3) 其他 粘膜病变,常见有舌炎、颊部粘膜溃疡,外阴瘙痒,皮肤病如湿疹、荨麻疹及痤疮样疹。上述症状可在经前出现或加重,经后消失或减轻。

##### 2. 体征

经前期体重增加,行经期尿量增多,体重随之减轻。亦有人认为经前期有浮肿,但体重无明显改变。经前期浮肿以足踝、眼睑部明显,有时腹壁亦有明显浮肿,行经后浮肿消失。乳房扪诊在经前期有时可扪及结节,有触痛,行经后结节及触痛消失。

##### 3. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断要点 凡生育年龄女性经前出现精神紧张、烦躁易怒或抑郁、神经过敏、失眠、头痛、注意力不集中、乳胀、腹胀腹泻、浮肿等症状,经后消失,并呈周期性发作,便可诊断为经前期紧张综合征。

##### (2) 鉴别诊断

①水肿明显者应与心脏性水肿、肾病性水肿、营养缺乏性水肿鉴别。上述疾病所引起的水肿均与月经无关,更无周期性改变。

②精神症状严重者应与周期性精神病、症状性精神病、反应性精神病及神经官能症等鉴别。

③乳房有结节者应与乳腺病鉴别。

#### (二) 辨证·中医诊断

##### 经行乳房胀痛

##### 1. 辨证要点

本病的临床特点,是乳房胀痛随月经周期反复发作,经后多逐渐消失。若乳房有结节或肿块,经后不能消失者需排除乳腺病。经行乳胀,临床有虚实之分。实者多痛于经前或经期,按之有块,经后疼痛渐止,其块渐消;虚者多痛于行经之后,按之乳房柔软无块,但病人自觉胀满不适。

##### 2. 辨证分型

##### (1) 肝气郁结证

〔临床表现〕经前乳房胀痛，胸闷胁胀，精神抑郁，时太息，或烦躁易怒。苔薄白，脉弦。

〔辨证分析〕胸胁乳房为肝胃二经所布之处，肝郁气滞，克伐脾胃，则乳房胀硬作痛，胸闷胁胀。肝郁不舒，则精神抑郁，时太息，或烦躁易怒。苔薄白，脉弦为肝郁之象。

## （2）肝肾阴虚证

〔临床表现〕经行或经后两乳作胀，腰膝酸软，两目干涩，咽干口燥，五心烦热。舌红少苔，脉细数。

〔辨证分析〕肝肾精血不足，乳络失于滋养，故经行或经后两乳作胀。腰为肾之府，肝开窍于目，肝肾精血不足，则腰膝酸软，两目干涩。阴津不足，津液不能上承咽喉，则口燥咽干。阴虚不能敛阳，故五心烦热。舌红少苔，脉细数，为肝肾阴虚之候。

## 经行头痛

### 1. 辨证要点

本病为每值月经期或行经前后即出现明显的头痛，严重者剧痛难忍。临床根据头痛发生的时间和疼痛性质，辨其虚实。大抵实者多痛于经前或经期；虚者多痛于经后或行经将净时。头痛隐隐，心悸失眠，手足麻木为血虚；头晕胀痛，面红耳赤，口苦胁痛为肝火；头痛如刺，痛有定处，时作时止为血瘀。

### 2. 辨证分型

#### （1）血虚证

〔临床表现〕经期或经后，头晕头痛，心悸少寐，神疲乏力。舌淡苔薄，脉虚细。

〔辨证分析〕素体血虚，化源不足，遇经行则血愈虚，清窍失于荣养，故头晕头痛。血不养心，则心悸少寐，神疲乏力。舌淡苔薄，脉虚细，亦为血虚之证。

#### （2）肝火证

〔临床表现〕经行头痛，甚或巅顶掣痛，头晕目胀耳鸣，烦躁易怒，口苦咽干，便结溲赤。舌质红，苔薄黄，脉弦细数。

〔辨证分析〕素体肝阳偏亢，经行阴血下注冲任，气火偏旺，因足厥阴肝经与督脉上会于巅，而冲脉附于肝，故肝火易随冲气上逆而致巅顶掣痛。肝火内炽，则头晕目胀耳鸣，烦躁易怒。口苦咽干，便结溲赤，舌红苔薄黄，脉弦细数，均为肝热炽盛之象。

#### （3）血瘀证

〔临床表现〕经期、经前头痛剧烈，经色紫黯有块，伴小腹疼痛拒按。舌黯或尖边有瘀点，脉细涩或弦涩。

〔辨证分析〕经行以气血通畅为顺，气顺血和，自无疼痛之疾。瘀血内阻，络脉壅滞，清窍不通，每逢经行瘀随血动，欲行不得，故头痛剧烈。血瘀胞中，则经色紫黯有块，小腹疼痛拒按。舌黯或尖边有瘀，脉细涩或弦涩，均为瘀血内阻之象。

## 经行泄泻

### 1. 辨证要点

本病主要伴随月经周期出现，临床也有患者素有慢性腹泻，遇经行而发作尤甚者，亦属本病范畴。经行泄泻在病机上有脾虚、肾虚之别。若大便稀薄，脘腹胀满，多为脾虚之候；若大便清稀如水，每日五更而泻，畏寒肢冷者，多为肾阳不足。

### 2. 辨证分型

#### （1）脾虚证

〔临床表现〕月经将潮，或正值经期，大便溏泄，甚至完谷不化，脘腹胀满，倦怠嗜卧，肢软乏力，或面浮肢肿，经行量多，色淡质稀。舌淡红，苔白，脉濡缓。

〔辨证分析〕脾虚不能运化水湿，湿渗大肠，则大便泄泻，甚者完谷不化。脾失健运，清气不升，浊气不降，故脘腹胀满。脾阳不振，则倦怠嗜卧，肢软乏力。水湿泛溢肌肤，则面浮肢肿。阳虚不能奉心化赤，则经色淡红质稀薄。量多者，乃为气虚不能摄血所致。舌淡红，苔白，脉濡缓，均系脾虚之候。

## （2）肾虚证

〔临床表现〕每届经期，出现泄泻，或天亮泄泻，腰膝酸软，头晕耳鸣，畏寒肢冷，小便清长，夜尿频多，经色淡，质清稀。舌淡苔白，脉沉迟。

〔辨证分析〕肾阳虚衰，命火不足，不能上温脾阳，脾阳亏虚，运化功能失职，是以泄泻，或鸡鸣而作。腰为肾之府，肾主骨生髓，脑为髓海，肾虚则腰膝酸软，头晕耳鸣。阳虚经脉失于温煦，则畏寒肢冷。肾阳不足，不能下暖膀胱，故小便清长，夜尿频多。肾阳虚衰，不能温养脏腑，影响血之生化，故经色淡而质稀。舌淡苔白，脉沉迟，均为肾阳虚衰之候。

## 经行浮肿

### 1. 辨证要点

若经行面浮肢肿，按之没指，为脾肾阳虚之证；若经行肢体肿胀，按之随手而起，则为肝郁气滞。

### 2. 辨证分型

#### （1）脾肾阳虚证

〔临床表现〕经行面目虚浮，肢体肿胀，按之凹陷，腹胀纳减，腰膝酸软，大便溏薄，经行量多，色淡红质薄。舌淡苔白腻，脉沉缓或濡细。

〔辨证分析〕脾肾阳虚，水湿停聚，经行之时，气随血下，脾气益虚，或阴盛于下，有碍肾阳敷布，不能化气行水，水湿泛溢，则见面浮肢肿。脾虚失运，则纳减腹胀，大便稀溏。腰为肾府，肾虚则腰膝酸软。脾肾虚损，经血失固，则经行量多，色淡红质薄。舌淡苔白腻，脉沉缓或濡细，乃为阳虚有湿之证。

#### （2）气滞血瘀证

〔临床表现〕经行面目及肢体肿胀，胸胁胀闷，善太息，经行不畅。舌黯，苔薄白，脉弦细。

〔辨证分析〕气滞血行不畅，遏阻水道，则面目肢体肿胀。气机不升，瘀阻经络，故胸胁胀闷。气滞血瘀，则经行不畅。苔薄白，脉弦细，均为气滞血瘀之象。

## 四、治疗

### （一）西医西药治疗

本病的发病原因尚不清楚，所以须对患经前期紧张综合征的女性进行劝导，解除顾虑。经前注意劳逸适度，避免精神紧张，适当控制水盐摄入。治疗以解除症状为主。

#### 1. 利尿剂

水肿症状明显者服用利尿剂，如安体舒通 20mg，每日 3 次，可对抗醛固酮。或口服双氢

克尿塞，每次 25mg，每日 3 次。为避免低钾可加服 10% 氯化钾 10ml，每日 3 次。

## 2. 激素治疗

可给孕激素，如黄体酮 20mg，从月经第 16 天开始，隔日注射 1 次，共 5 次；甲孕酮 4mg~8mg，每日 1 次，从经前 14 天开始，连服 10 天。雄激素如甲基睾丸素 5mg~10mg，每日 1 次，从月经第 15 天开始，连服 10 天~14 天。

## 3. 溴隐亭

乳房胀痛明显者，可能与 PRL 分泌增加有关，可以从月经周期第 12 天~26 天给拮抗 PRL 药物溴隐亭，每日 2.5mg。

## 4. 维生素 B<sub>6</sub>

从月经第 10 天开始口服维生素 B<sub>6</sub>，每次 20mg~40mg，每日 3 次，可改善症状。

## 5. 抗前列腺素药物

如甲灭酸 250mg，甲氯奈丙酸钠 275mg 口服，每 4 小时~6 小时 1 次，自出现症状开始至下次月经来潮后停药。

## 6. 止痛药

可暂时抑制头痛头胀及轻度肌肉骨骼疼痛。

## 7. 镇静剂

如鲁米那、眠尔通，对解除忧虑，减轻精神紧张性头痛有一定的作用；谷维素每次 10mg~20mg，每日口服 3 次，也能控制神经、精神症状。

# (二) 中医中药治疗

## 1. 辨证施治

有学者<sup>①</sup>指出，经前期紧张综合征虽有肝郁气滞、血虚肝旺、脾肾亏虚等不同的证型，但肝郁气滞是主证型，血虚肝旺，脾肾亏虚常与此有关。因此调肝理气是治疗本病证的中心环节。

### 经行乳房胀痛

#### (1) 肝气郁结证

〔治法〕舒肝解郁，理气止痛。

〔方药〕柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

柴胡 9g，枳壳 9g，炙甘草 6g，芍药 12g，川芎 6g，香附 9g，陈皮 9g，川楝子 9g。

〔加减〕①若乳房胀硬，触之有结节者，加夏枯草 15g，王不留行 9g，穿山甲 9g 以通络散结。

②若见心烦易怒，口苦口干，尿黄便结，舌苔薄黄，脉弦数者，乃肝郁化热之象。治以疏肝清热，方用丹栀逍遥散（《方剂学》）去煨姜。

丹皮 9g，山栀 9g，当归 12g，芍药 15g，柴胡 9g，白术 9g，茯苓 9g，炙甘草 6g，薄荷 6g。

〔分析〕柴胡疏肝散中柴胡、香附疏肝解郁，枳壳、陈皮行气，川芎活血，芍药、甘草缓急止痛，加川楝子行气止痛。诸药合用使肝气得舒，枢机得运，则乳胀自愈。

#### (2) 肝肾阴虚证

〔治法〕滋肾养肝。



〔方药〕一贯煎（《柳州医话》）。

沙参 9g，麦冬 12g，当归 9g，生地 12g，川楝子 9g，枸杞子 12g。

〔分析〕本方乃于滋养肝肾药中，加疏肝利气之川楝子组成，以使肝体得养，气机条达，则乳胀自除。

### 经行头痛

#### （1）血虚证

〔治法〕养血益气。

〔方药〕八珍汤（《正体类要》）加味。

当归 12g，川芎 9g，白芍 12g，熟地 12g，党参 15g，白术 9g，茯苓 9g，炙甘草 6g，枸杞子 12g，何首乌 15g。

〔分析〕方中当归、川芎、白芍养血和血；熟地、枸杞子、何首乌养肝血，滋肾精；人参、白术、炙甘草益气健脾；茯苓健脾宁心安神。全方有养血益气之功，使气旺血足，经行自无头痛之疾。

#### （2）肝火证

〔治法〕清肝泻火熄风。

〔方药〕龙胆泻肝汤（《和剂局方》）加味。

龙胆草 9g，黄芩 9g，山栀 6g，木通 6g，泽泻 9g，生地 9g，柴胡 9g，车前子 9g（包煎），当归 9g，甘草 6g，苦丁茶 9g，白蒺藜 9g，钩藤 9g（后入）。

〔分析〕龙胆草、山栀、黄芩清肝泻火，木通、车前子、泽泻清热利水，使热从小便而出，当归、生地养血益阴以和肝，苦丁茶、白蒺藜、钩藤助清热熄风之力，甘草调和诸药。

对肝火头痛应清肝泻火，龙胆草、夏枯草、钩藤为主要药味；肝阳上亢者，尤当结合平肝潜阳，可选用珍珠母、牡蛎、石决明、白蒺藜等。经净之后，头痛缓解，亦当从滋水涵木论治，宜常服杞菊地黄丸。

#### （2）血瘀证

〔治法〕调气活血，化瘀通络。

〔方药〕通窍活血汤（《医林改错》）。

赤芍 12g，川芎 9g，桃仁 9g，红花 9g，老葱 3 根，麝香 0.1g（冲服），生姜 3 片，红枣 4 枚。

〔分析〕方中赤芍、川芎、桃仁、红花直入血分，以行血中之滞，化瘀通络；取老葱、麝香之香窜以通上下之气，气通则血活；姜、枣以调和营卫。全方共奏调气活血，化瘀通络之功。

血瘀性头痛者，常与经行不畅或经行量少有关，除经期活血化瘀，缓解疼痛外，还要重在调经下行，务使月经排泄顺利，才能缓解头痛。

### 经行泄泻

#### （1）脾虚证

〔治法〕健脾利湿止泻。

〔方药〕参苓白术散（《和剂局方》）。

党参 30g，白术 12g，扁豆 9g，茯苓 12g，甘草 9g，山药 15g，莲子肉 12g，桔梗 9g，薏苡仁 18g，砂仁 6g。

〔加减〕木横侮土，症见经行腹痛泄泻，泻后痛止，宜培土泻木，用痛泻要方（《丹溪心法》）。

炒白术 12g，炒白芍 12g，陈皮 9g，防风 6g。

〔分析〕参苓白术散以淡渗实脾见长。党参补脾益气，白术健脾燥湿，茯苓淡渗利湿，山药、莲子肉健脾益肾，扁豆、薏苡仁健脾化湿，砂仁和胃理气，桔梗载药上行。俾脾气健运，水湿自消而泄泻可止。

## （2）肾虚证

〔治法〕温肾扶阳，暖土固肠。

〔方药〕健固汤（《傅青主女科》）合四神丸（《内科摘要》）。

党参 15g，白术 12g，茯苓 12g，薏苡仁 15g，巴戟天 12g，补骨脂 9g，吴茱萸 9g，肉豆蔻 9g，五味子 9g。

〔分析〕方中以党参、白术、茯苓、薏苡仁健脾渗湿，巴戟天、补骨脂温肾扶阳，吴茱萸温中和胃，肉豆蔻、五味子固涩止泻。肾气得固，脾气健运，湿浊乃化，泄泻自愈。

## 经行浮肿

### （1）脾肾阳虚证

〔治法〕温肾化气，健脾行水。

〔方药〕苓桂术甘汤（《伤寒论》）加味。

茯苓 12g，白术 12g，桂枝 9g，甘草 6g，补骨脂 9g，川芎 6g，巴戟天 12g。

〔加减〕①偏于肾阳虚者，用济生肾气丸（《济生方》）以温补肾阳，利水消肿。

熟附子 9g，肉桂 6g，熟地 9g，山药 12g，山茱萸 9g，丹皮 9g，茯苓 12g，泽泻 9g，车前子 9g（包煎），牛膝 9g。

②偏于脾虚者，用全生白术散（《全生指迷方》）以健脾利水。

茯苓 15g，橘皮 9g，生姜皮 9g，大腹皮 12g，白术 12g。

〔分析〕白术、茯苓健脾利水，补骨脂、巴戟天、桂枝温阳化气行水，川芎理血中之滞，佐以甘草调和脾胃。共奏温肾健脾，化气利水之功。

### （2）气滞血瘀证

〔治法〕理气活血。

〔方药〕木香调胃散（《胎产新书》）。

木香 9g，陈皮 9g，甘草 6g，三棱 6g，莪术 6g，车前子 9g（包煎），大腹皮 9g，红豆 12g，砂仁 6g，苍术 9g，木通 6g，山楂 15g，草薢 9g，生姜皮 9g。

〔分析〕木香、陈皮理气行滞，三棱、莪术、山楂活血祛瘀，车前子、大腹皮、红豆、砂仁、苍术、木通、草薢、生姜皮除湿消肿。

## 2. 验方治疗

### （1）人工周期方

〔组成〕促卵泡方：熟地、丹参、何首乌、茺蔚子、菟丝子、肉苁蓉各 10g。肾阴虚加女贞子、旱莲草各 10g；肾阳虚加仙茅 6g，仙灵脾 10g。

补肺滋肾方：黄芪、北沙参各 15g，桔梗 6g，甘草 3g，黄精、桑寄生、续断、女贞子、旱莲草各 12g。其中偏肾阳虚者加鹿角霜 10g，菟丝子 12g，肉苁蓉 10g；经前浮肿加党参、茯苓、薏苡仁各 12g，车前子 10g。

〔用法〕中药组卵泡期用促卵泡方，每日1剂，连服7剂，水煎服。月经后半期用补肺滋肾方，每日1剂，连服至经前1天。溴隐亭组于月经干净后服用。每次2.5mg，每日1次，连用至经前1天，此为1个疗程，一般3个~6个疗程。中药加溴隐亭组，用上述改良中药人工周期加用溴隐亭治疗。

〔功用〕促卵泡方以补肾填精为主，补肺滋肾方重在益气滋肾。以上方药（人工周期方）适用于经前期紧张综合征。

〔疗效观察〕观察对象为23岁~49岁经前期紧张综合征女性94例，治疗前3个月内未用过激素。多数患者月经周期不规则（20天~60天），颜色暗红，经量少，经前数天或经前2周出现头痛、烦躁、胸闷、乳胀、浮肿等症状，随着月经来潮，症状消失。将94例分三组进行治疗观察（中药组、溴隐亭组、中药加溴隐亭组），中药组、溴隐亭组各25例，中药加溴隐亭组44例。溴隐亭组治疗3个月后随访，显效20例，好转5例；中药组3个月后随访24例，显效17例，好转5例，无效2例；中药加溴隐亭组3个~6个月后随访38例，显效32例，好转5例，无效1例。

对94例经前期紧张综合征女性用上方治疗，分组进行对照观察，治疗前RIA法测定血清催乳素（PRL），结果发现66例患者血清PRL大于25μg/L，占总例数的70%。用溴隐亭治疗后经前症状迅速控制，血清PRL降低（ $P<0.01$ ），但停药后易复发。加改良中药人工周期治疗后，经前症状的复发明显减少，比单用溴隐亭治疗的疗效更为优越。研究结果同时还为中医学中“经前诸证”的诊断提供了客观依据<sup>〔2〕</sup>。

### （2）小柴胡汤（《伤寒论》）加减

〔组成〕柴胡20g~30g，黄芩、党参、生姜、半夏各9g，炙甘草6g，大枣5枚。

加减变化：乳胁痛加川楝子10g，白芍、夏枯草各15g；烦躁发热减半夏、人参，加丹皮、山栀、生地各15g；泄泻加炒白术15g，薏苡仁20g；水肿加茯苓20g，泽泻15g，心悸失眠加远志15g，炒枣仁、当归各10g；恶心呕吐减甘草、大枣，加竹茹、苏梗各10g；头痛头晕加菊花10g，川芎15g；血瘀加丹参15g，鸡血藤10g；气虚加黄芪15g；不孕加紫石英、女贞子各15g。

〔用法〕水煎服，每日1剂，于出现本病前1天~2天开始服药，服至月经来潮。连服5个周期为1个疗程。

〔功用〕疏肝理气，健脾利湿，养心安神，活血祛瘀。主治经前期紧张综合征。

〔疗效观察〕治疗167例。主症为经前水肿、乳胀、烦躁（或合并不孕）者115例，头痛18例，泄泻17例，发热9例，不寐8例。经用以上方法治疗，痊愈77例，显效57例，有效22例，无效11例。总有效率为93.41%。经治疗后，对接受过24小时尿孕二醇检验的51例，再次留样检查24小时尿孕二醇含量，其结果 $\bar{X}\pm SD$ ：4.03mg±1.92mg，与治疗前 $\bar{X}\pm SD$ ：2.82mg±1.03mg比较，经统计学处理，有显著性差异（ $P<0.05$ ）。认为小柴胡汤治疗经前期紧张综合征的疗效，是通过促黄体功能，提高孕激素水平，降低雌激素、孕激素比值来实现的。另外柴胡用量一般情况下不可少于20g。对个别病例用量可至50g，其效果良好，并未见任何不良反应<sup>〔3〕</sup>。

### （3）瓜蒌乌药散结汤

〔组成〕瓜蒌15g，乌药、没药、皂角刺、甲珠、延胡索、香附、木香各10g，当归、郁金各12g，甘草6g。

加减变化：经前少腹刺痛，痛甚于胀者，加莪术、红花、琥珀；经前少腹隐痛喜按者，加官桂、吴茱萸、党参；青春期、更年期病人加枸杞子、生地、女贞子。

〔用法〕每日1剂，水煎2次，分早、中、晚3次温服。要求在月经来潮前1周用药，持续到月经停止，1个周期为1个疗程。

〔功用〕舒肝理气，通络散结。主治经期乳房胀痛。

〔疗效观察〕本方治疗经期乳房胀痛患者144例。其中显效42例，占29.1%；有效78例，占54.2%；无效24例，占16.7%。总有效率为83.3%<sup>[4]</sup>。

#### （4）芪附四君汤

〔组成〕制附子15g，黄芪、太子参或党参各30g，白术、茯苓、甘草各10g。

加减变化：寒象明显者或兼表证者选加生姜、苏叶、麻黄、桂枝、防风；气滞明显者选加香附、木香、枳壳；有瘀象者选加当归、川芎、丹参、白芍；有痰滞者选加半夏、陈皮；阳虚明显者选加淫羊藿、补骨脂；阴虚明显者选加熟地、白芍、首乌；纳少便稀者选加山楂、神曲、二芽；不寐者加酸枣仁；浮肿尿少者，加益母草、泽泻。

〔用法〕上药水煎，每日1剂，分2次服。在经前及经期服用3剂~5剂。

〔功用〕扶阳益气。主治经前期紧张综合征。

〔疗效观察〕50例患者经本方治疗后痊愈31例，显效15例，好转2例。总有效率96%。服药2剂~36剂，平均为12剂<sup>[5]</sup>。

#### （5）安妇饮

〔组成〕柴胡、丹皮、香附、王不留行、郁金、山梔各10g，当归12g，白芍、茯苓、山楂各15g，青、陈皮各9g，路路通6g，薄荷3g。

加减变化：心烦口干者加石斛10g，生百合12g，太子参15g；乳癖者加昆布、海藻、炮山甲各10g，败酱草15g；浮肿便溏者加党参、山药各15g，白术10g；失眠者加酸枣仁、柏子仁各10g；合欢皮12g。

〔用法〕上方水煎内服，1日1剂，于经前10天~15天开始服用。

〔功用〕疏肝理气，健脾补肾。主治经前期紧张综合征。

〔疗效观察〕治疗64例，年龄在22岁~43岁之间，病程最短者3个月，最长者15年。其必备症状为胸胁乳房胀痛，另伴见心烦易怒，口苦咽干，腹满厌食，且均发于经前3天~14天，大多数病人经至即解，少数病人经后方解。经治疗后观察2个月~6个月经周期者占83%，6个~10个月经周期者占17%。结果46例治愈，14例有效，4例无效。总有效率为93.75%。其中服药2个周期而愈者33例，3个周期而愈者8例，4个周期而愈者5例<sup>[6]</sup>。

### 3. 针灸疗法

（1）体针 取中极穴为主穴针刺。若头痛失眠加太阳、百会、神门；胃胀纳差加中脘、足三里；少腹胀痛加关元。平补平泻，留针30分钟，经前3日~5日始，每天1次。用于经前期紧张综合症。

取膻中、肝俞、合谷、三阴交、太冲。针刺三阴交用平补平泻法，余穴均用泻法，每日1次，用治肝气郁结型经前诸证。

（2）耳针 取肝、内分泌、卵巢或肝、脾、肾、内分泌，每次选一组，毫针中度刺激，留针10分钟~20分钟，每日1次，或耳穴埋针，或耳穴压豆。

#### 4. 饮食疗法

(1) 荔枝散 荔枝核 10g, 木香 10g。荔枝核用盐少许, 木香研末, 和匀, 每服 3g, 日服 1 次~2 次, 温开水或酒送服。适用于肝郁脾胃不和的经前诸证。

(2) 合欢花蒸猪肝 干合欢花 10g~12g, 猪肝 100g~150g, 食盐少许。将合欢花放碟中, 加清水少许浸泡 4 小时~6 小时, 再将猪肝切片, 同放碟中加食盐少许调味, 隔水蒸熟, 食猪肝。适用于阴血虚诸证。

### 五、预防

加强卫生知识的宣传教育, 宣传妇产科卫生知识。经期注意寒温适宜, 忌冒雨涉水及游泳, 尤其对在经期预感发病的症状, 要积极治疗。

注意劳逸结合, 经期勿过劳, 平时增强体质, 鼓励锻炼, 使脏腑功能协调, 气血充盛, 精血充足, 则病无由生。

本病多因情志所伤, 应保持情绪稳定, 保持轻松愉快的心情, 避免精神紧张。

注意饮食规律, 加强营养, 进食高蛋白饮食。经期进低盐饮食, 限制盐摄入量, 增加蔬菜、豆类、鱼禽等食品。

### 参 考 文 献

- 1 夏桂成主编. 中医临床妇科学. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 188~192
- 2 廖玎玲, 谭布珍, 辛华. 改良中药人工周期治疗经前期紧张综合征的观察. 中医杂志, 1990, 31 (5): 27
- 3 刘长江于文平, 王铭. 运用小柴胡汤治疗经前期紧张综合征 167 例疗效观察及机理探讨. 北京中医, 1987, (6): 30
- 4 王德安. 瓜蒌乌药散结汤治疗经期乳房胀痛 144 例报告. 黑龙江中医药, 1984, (6): 25
- 5 黎济民. 芪附四君汤治疗经前期紧张综合征 50 例. 湖北中医杂志, 1989, (2): 6
- 6 胡青素. 安妇饮治疗经前期乳胀 64 例. 河南中医, 1988, (6): 27

## 第六节 更年期综合征

### 一、概述

更年期是女性自生育旺盛的性成熟期逐渐过渡到老年期的一段岁月, 是一生中必经的生理过程, 现规定为 40 岁~60 岁。这一过程的基本生理变化是卵巢分泌雌激素的功能减退, 以至完全消失; 下丘脑-垂体-卵巢轴的活动先是有波动, 然后渐趋稳定。多数女性在更年期通过神经系统和内分泌系统的调节和适应而无明显症状, 但有部分女性可出现以植物神经系统功能紊乱为主的证候群。少数人症状比较严重, 以致影响工作和生活。年轻女性因病行卵巢切除或放疗后也有类似症状。其突出表现为潮热和潮红, 易出汗, 情绪不稳定, 头痛失眠

等，统称为更年期综合征。

中医学历代医籍无有关本病的确切记载。1964年全国高等医药院校教材《中医妇科学》将女性绝经前后出现的这类症状列为一种疾病论述，其病名为“经断前后诸证”。以后称“绝经前后诸证”。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

现代医学认为，卵巢功能衰退是引起更年期代谢变化和临床症状的主要因素。更年期女性卵巢功能衰退，首先表现为黄体进行性衰退，或无黄体形成；排卵性周期逐渐减少以至无排卵。由于雌激素分泌减少，对垂体的抑制作用减弱，出现继发性垂体功能亢进，下丘脑—垂体—卵巢之间的平衡状况发生了改变，并导致植物神经系统中枢的功能失调，从而产生不同程度的，以植物神经系统功能变化为主的临床症状。

### （二）中医病因病机

中医学认为，女性在绝经前后，肾气渐衰，天癸将竭，冲任二脉亏虚，生殖能力降低而至消失，本是女性正常的生理过程。正如《素问·上古天真论》曰：“七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”多数女性可以通过自身的调节，顺利地渡过这段时期。但有部分女性由于体质、精神、生活环境等因素的差异和影响，不能通过自身调节来适应这一生理变化，致阴阳平衡失调，脏腑气血功能紊乱，而出现一系列证候。

本病病因以肾虚为主，因肾阴虚、肾阳虚，或肾阴阳俱虚而影响心、肝、脾，导致多种病理变化。天癸渐竭，肾阴便见不足，可出现肾阴亏虚，阳失潜藏之证。如肾阴虚不能上荣于头目，则见头目眩晕等症状，不能上济于心，以致心肾不交，而见心悸怔忡，失眠多梦，甚至出现情志失常。若素体阳虚，绝经之期肾气渐衰，肾阳虚惫，命门火衰，阳气不能外达。如经脉失于温煦，则面色晦黯，形寒肢冷；如不能温煦脾阳，脾失健运，表现为便溏等症状，出现一些阴阳二气不平衡，脏腑气血不相协调的证候。

## 三、临床诊断

### （一）辨病·西医诊断

#### 1. 症状

（1）月经紊乱 绝经前无排卵周期增加，月经开始紊乱。表现为月经周期延长，经量逐渐减少，乃至停闭；或周期缩短，经量增加，甚至阴道大出血，或淋漓不断，或由正常而突然停止，以后不再来潮。

（2）心血管症状 潮红或潮热，汗出，眩晕，心悸，高血压等。

（3）精神神经症状 往往有抑郁、忧愁，多疑，失眠，记忆力减退，易激动，甚至喜怒无常，类似精神病发作。



(4) 外阴及阴道萎缩 因雌激素逐渐减少, 外阴及阴道萎缩。可产生老年性阴道炎, 如外阴瘙痒或灼热感, 性交时会阴疼痛, 阴道血性分泌物等。

(5) 骨及关节症状 骨质疏松造成腰部疼痛, 易发生骨折。常有关节痛。

(6) 其他 活动减少及新陈代谢改变易致肥胖; 消化系统功能改变致肠胃胀气及便秘; 内分泌改变致水钠潴留, 出现浮肿等。

## 2. 辅助检查

(1) 促性腺激素测定 FSH 和 LH 的含量均增高, 但 FSH 的增加比 LH 多, 血浆中浓度  $>40\text{IU/L}$ 。

(2) 雌激素测定 绝经后雌激素的周期性变化消失, 血中的雌激素水平很低, 其总量是月经周期的早期卵泡期的一半, 是晚期卵泡期的  $1/10$ 。

(3) 阴道细胞学检查 绝经后卵巢功能衰退, 雌激素分泌逐渐减少以至消失, 因此涂片中出现中层及底层细胞。

## 3. 诊断与鉴别诊断

本病的症状表现多样, 轻重不一, 因人而异, 但多伴有月经紊乱, 而发病时间是在绝经前后。更年期是器质性疾病好发年龄, 应尽早加以鉴别, 以免贻误治疗。

由于女性在此期易发生高血压、冠心病、生殖系统肿瘤等, 因此, 必须除外心血管、神经系统以及泌尿生殖系的病变。

潮热、盗汗、精神症状、高血压等现象须与甲状腺功能亢进及嗜铬细胞瘤相鉴别。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

本病以肾虚为本, 辨证以肾阴虚、肾阳虚为纲。肾阴虚多见烘热汗出, 面红, 手足心热, 溲黄便干, 月经多提前, 或崩或漏, 舌红少苔, 脉细数。肾阳虚多见腰脊冷痛, 肢冷畏寒, 溲清便溏, 月经量多, 色黯淡, 带下量多, 色白质清晰, 舌质淡嫩, 苔白, 脉沉迟。辨明阴虚阳虚之后, 再根据兼症辨其心肾、肝肾、脾肾同病, 随证施治。

### 2. 辨证分型

#### (1) 肾阴虚证

〔临床表现〕头晕耳鸣, 烘热汗出, 面红, 五心烦热, 腰膝酸软, 经行先期, 或先后不定期, 量多色红或淋漓不断, 口干便秘。舌红少苔, 脉细数。

〔辨证分析〕肾阴虚不能上荣于头目脑髓, 故头晕耳鸣。阴不维阳, 虚阳上越, 故烘热汗出, 面红, 五心烦热。腰为肾之府, 肾虚则腰膝酸软。肾阴虚, 冲任失调, 则月经先期, 或先后不定期, 量多色红或淋漓不断。口干便秘, 舌红少苔, 脉细数均为阴虚内热之象。

#### (2) 肾阳虚证

〔临床表现〕神疲肢冷, 面色晦黯, 纳差腹胀, 经行量多, 或崩中暴下, 色淡质稀, 面浮肢肿, 带下清稀, 腰酸尿频, 大便溏薄。舌淡, 或胖嫩, 边有齿印, 苔薄白, 脉沉细无力。

〔辨证分析〕肾阳虚惫, 命门火衰, 阳气不能外达, 经脉失于温煦, 故神疲肢冷, 面色晦黯。肾虚不足以温煦脾阳, 脾不健运, 生化无权, 故纳差腹胀。肾虚冲任失固, 则月经量多, 或崩中暴下。肾阳虚则膀胱气化无力, 面水道莫制, 故腰酸尿频, 大便溏薄, 面浮肢肿。舌淡苔薄, 脉沉细无力, 均为肾阳虚之象。

## 四、治疗

本病治疗应根据不同症状及其轻重程度, 患者的健康情况和精神状态等, 恰当采取一般治疗、对症治疗、激素治疗和中医中药治疗。

对轻型更年期综合征, 一般的保健措施已足够达到治疗效果。饮食中应有充分的维生素和营养, 进行适当的体育锻炼, 避免过胖。有些人需要加用少量镇静剂或给予一般对症治疗, 症状严重者可用中医中药治疗或考虑激素治疗。

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 一般治疗

(1) 心理治疗 使患者正确认识更年期的心身反应, 理解更年期是生命的必然过程, 调节自己的精神, 合理安排好生活和工作, 保持乐观情绪以顺利渡过更年期。

(2) 体育锻炼 积极参加适合自己的体育活动, 如太极拳、体操、散步、慢跑等。参加力所能及的生产劳动及适度的集体文娱活动。

(3) 对症治疗 若烦躁、失眠、头痛及忧愁症状较明显者, 可给以下述一些药物, 如安定 $2.5\text{mg}\sim 5\text{mg}$ , 每日2次 $\sim 3$ 次; 苯巴比妥 $15\text{mg}\sim 30\text{mg}$ , 加颠茄流浸膏 $10\text{mg}$ 及酒石酸麦角胺 $0.5\text{mg}$ , 每日2次 $\sim 3$ 次, 有镇静或稳定神经的作用, 可短期服用; 谷维素 $10\text{mg}\sim 20\text{mg}$ , 每日3次, 用以调节植物神经功能。还可给予维生素A、维生素E、复合维生素及钙剂。上述药物可据病情适时调整剂量或药物种类。

#### 2. 激素治疗

(1) 雌激素 可以改善潮热、出汗, 防止骨质疏松, 防止心血管疾病, 治疗萎缩性阴道炎及膀胱炎, 减轻精神神经症状, 可延迟衰老的进程。

现在一般认为, 多数更年期女性, 特别是经检查表明卵巢功能仍属正常者, 不必使用雌激素。如有下述情况者可参考使用雌激素: 人工绝经和早发更年期女性有症状者; 与激素有直接关系的阴道炎或尿道炎, 给一般抗炎治疗收效不大者; 更年期症状严重, 经一般治疗收效不大者; 绝经后迅速衰老和骨质疏松明显发展者; 配偶双方性生活上有需要者。

有下述情况者, 不宜用雌激素治疗: 与雌激素有关的肿瘤, 包括乳房、子宫和肾脏肿瘤, 严重的肝病, 脑血管疾病, 血栓症。

通常采用的雌激素有己烯雌酚 $0.25\text{mg}\sim 0.5\text{mg}$ , 每日1次; 雌三醇 $1\text{mg}\sim 4\text{mg}$ , 每日1次; 乙炔雌二醇 $0.01\text{mg}\sim 0.05\text{mg}$ , 每日1次。以上药物使用3周, 停药5天 $\sim 7$ 天为1周期, 此时可发生月经周期样撤退性子宫出血。

(2) 常用以配伍的孕激素 一般于雌激素治疗的最后7天, 同时服安宫黄体酮 $10\text{mg}$ 或其他孕激素, 每日1次, 以使呈增殖期改变的子宫内膜脱落。若临床上表现为月经过多, 月经不规则, 或月经周期缩短至20天或以内者, 经检查属黄体功能不良或无黄体功能时, 可给1个疗程(21天)的雌激素与黄体酮合并疗法, 以后的周期, 可用小剂量的炔雌醇 $0.025\text{mg}$ , 每日1次, 至12天时同时服安宫黄体酮 $4\sim 8\text{mg}$ , 每日1次, 共10天。月经周期延长及不规则者, 可于周期的第15天口服安宫黄体酮 $4\sim 8\text{mg}$ 或炔诺酮 $2.5\text{mg}\sim 5\text{mg}$ , 每日1次, 共10天。

有许多学者认为采用尼尔雌醇(环戊醚-乙炔雌三醇)可作为激素替代治疗用于绝经后女

性。尼尔雌醇是国内研制的新型雌激素制剂,为雌三醇衍生物,对防治绝经后女性血脂紊乱、延缓骨质丢失和缓解更年期症状具有长效、强效、副作用少和服药简便的优点。最可取的是它对子宫内膜影响少。用法为每月口服 2mg~5mg,有子宫者应定期加用孕激素。服用尼尔雌醇 3 个月后加服安宫黄体酮,每日 6mg,共 10 日,如无撤退性出血,可每 6 个月重复 1 次,如有撤退性出血,则应每 3 个月重复 1 次。

(3) 雄激素类药物 对绝经前期月经频发,不规则出血,持续性子宫出血等类型的绝经前期功能性子宫出血病人,经诊断性刮宫排除癌变及其他器质性病变后,可使用雄激素疗法。雄激素以每月不超过 200mg 为宜。多数学者现已不主张单用雄激素治疗,可与雌激素联合用药。

### 3. 其他疗法

患者有心悸、心动过速、心绞痛、忧虑等,而雌激素治疗无效时,可采用安定药、丙醛酮、镇静剂及抗忧郁剂等。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### (1) 肾阴虚证

〔治法〕滋肾养阴,佐以潜阳。

〔方药〕左归饮(《景岳全书》)合二至丸(《医方集解》)加味。

熟地 15g,山药 12g,枸杞子 12g,山茱萸 12g,茯苓 9g,女贞子 9g,旱莲草 6g,龟板 9g(先煎)。

〔加减〕①若肾阴不足,不能上济于心,致心肾不交,水火不济,症见心悸怔忡,失眠多梦,健忘,治宜滋肾补心,交通心肾,可兼服补心丹(《摄生秘剖》)。

②若皮肤瘙痒者,可加蝉蜕、防风、白鲜皮、玉竹、海桐皮等润燥疏风之品。

〔分析〕方中熟地、枸杞子、山茱萸益肝补肾,补精血以滋先天;山药、茯苓、炙甘草健脾和中,补后天以养先天;龟板育阴潜阳,补益冲任;女贞子、旱莲草滋养肝肾。

#### (2) 肾阳虚证

〔治法〕温肾扶阳,佐以温中健脾。

〔方药〕右归丸(《景岳全书》)合理中丸(《伤寒论》)。

制附子 9g,肉桂 6g,熟地 9g,山药 12g,山茱萸 12g,枸杞子 12g,菟丝子 9g,鹿角胶 10g(烊化),当归 9g,杜仲 12g,党参 15g,白术 9g,干姜 6g,炙甘草 6g。

〔加减〕若肾阴阳两虚,时而畏冷,时而烘热汗出,头晕耳鸣,腰酸乏力,舌苔薄,脉细,治宜补肾扶阳,滋养冲任,方用二仙汤(《中医方剂临床手册》)合二至丸(《医方集解》)加味。

仙茅 9g,仙灵脾 15g,当归 12g,巴戟天 9g,黄柏 9g,知母 9g,女贞子 12g,旱莲草 12g,熟地 12g。

〔分析〕右归丸及理中丸中制附子、肉桂、干姜温补命门之火;杜仲、菟丝子、鹿角胶温肾气,养精血,固冲任;熟地、山茱萸、枸杞子滋养肝肾;党参、白术、山药、炙甘草健脾益气;当归养血调经,便溏者可去之,酌加肉豆蔻以温涩止泻。

## 2. 验方治疗

### (1) 更年期新方

〔组成〕生地 20g, 丹皮 10g, 炒酸枣仁 10g, 朱茯苓 10g, 钩藤 10g, 莲子心 1.5g, 煅紫贝齿 15g。

〔用法〕水煎, 日服 2 次, 8 周为 1 个疗程。

〔功用〕滋阴补肾, 清心安神。适用于阴虚型更年期综合征。

〔疗效观察〕治疗 120 例, 显效 33 例 (27.5%), 好转 74 例 (61.7%), 无效 13 例 (10.8%), 总有效率 89.2%。

### (2) 更年期 I、II 号合剂

〔组成〕

更年期 I 号合剂: 生地 12g, 女贞子 12g, 墨旱莲 12g, 炒枣仁 12g, 煅紫贝齿 20g, 钩藤 10g, 莲子心 1g, 朱茯苓 12g, 合欢皮 10g, 紫草 9g。

更年期 II 号合剂: 仙灵脾 10g, 仙茅 10g, 黄芪 12g, 党参 12g, 炒枣仁 10g, 防己 10g, 连皮苓 10g, 莲子心 1g, 续断 10g, 合欢皮 10g。

〔用法〕上两方制成 200ml/瓶的浓缩合剂, 每日服用总量 100ml (相当 1 剂生药), 分 2 次~3 次服用, 连续用药 8 周。

〔功用〕补肾宁心, 燮理阴阳。主治更年期综合征。更年期 I 号合剂适用于阴虚火旺及偏阴虚证; 更年期 II 号合剂适用于阴阳两虚偏阳虚证。

〔疗效观察〕更年期 I 号合剂组 63 例, 显效 16 例, 好转 39 例, 无效 8 例, 总有效率 87.3%。更年期 II 号合剂组 18 例, 显效 3 例, 好转 11 例, 无效 4 例, 总有效率 77.8%。治疗前后外周血清  $E_2$ 、FSH、LH 水平经成对比较, 治疗后更年期 I 号合剂组  $E_2$  水平明显上升 ( $P < 0.01$ ), FSH 下降 ( $P < 0.05$ ); 更年期 II 号合剂组  $E_2$  亦上升 ( $P < 0.01$ ), 但 FSH 未改善。治疗后阴道涂片动态观察激素水平有所改善。

## 3. 其他疗法

(1) 压耳法 主穴: 子宫、卵巢、内分泌、皮质下、神门、交感、肾。配穴: 心肾不交型加心、肝、胃等; 肾阴亏虚型加肺、脑干、内耳等; 肾阳虚衰型加脾兴奋点等; 肝气郁结型加肝、胆、三焦等。

### (2) 食疗

①栗子粥: 板栗 10~15 枚, 粳米 60g。上述 2 味洗净同煮成粥。早晚服食。

②胡桃粥: 胡桃肉 10g, 粳米 60g。先将胡桃肉打碎同粳米同煮粥温服, 分早、晚服用。

## 五、预防

要使女性比较平稳顺利地渡过更年期, 必须注意以下几个方面:

普及更年期生理知识, 使广大女性了解更年期是一个过渡时期, 大多数人都或多或少, 或轻或重地出现一些症状, 某些症状可以自然缓解。要做好适应这一时期的心理准备, 解除不必要的精神负担, 以乐观积极的态度渡过更年期。

提高自我调节和控制能力, 调节自己的精神, 合理安排好工作和生活, 正确对待各种生活事件。

锻炼身体,劳逸结合,通过适当的体育锻炼来调整神经功能,改善睡眠。

保持正常的性生活。一般认为,女性在50岁后,其血中雌激素的含量仍为青年时的50%左右,而且女性的性欲除依赖于卵巢功能外,更依赖于心理上的因素。维持正常的性生活,有益于心理和生理的健康,有益于延缓衰老的进程。

社会和家庭应正确对待更年期女性,要对她们的工作能力做相应估计和适当的安排,对于症状比较严重的还必须给予照顾。家庭成员要给予更年期女性适当的同情、忍让,这样有利于改善患者的症状。

进入更年期后,最好每半年至1年定期进行1次体格检查,妇产科检查包括防癌检查,有选择地做内分泌检查包括阴道细胞学涂片及有关实验室检查。医务人员应耐心解答更年期女性提出的问题,并给予解决。条件合适的医院最好能设立“女性更年期门诊”以利于咨询,指导和严密观察病情并进行相应的治疗。

### 参 考 文 献

- 1 陆启滨,夏桂成,陈丹华. 更年新药治疗更年期综合征的临床观察. 中国中西医结合杂志, 1991, 11 (9): 535
- 2 谈勇, 卢苏. 108例更年期综合征从肾论治的临床总结. 中医杂志, 1987, 28 (5): 33

---

## 第九章 妊娠病理

### 第一节 流 产

#### 一、概述

凡妊娠不到28周,胎儿体重不足1000g而终止者称为流产。流产有自然流产及人工流产之分,前者是指胎儿尚无独立生存能力,也未使用人工方法,而因某种原因胚胎或胎儿自动脱离母体而排出;后者是指因某种原因,应用人工方法使妊娠终止者。本节仅叙述自然流产。自然流产的发生率约为10%~18%。流产发生在12周以前者称为早期流产,发生在12周以后者称为晚期流产。

根据流产经过的不同阶段和临床表现,临床又分为先兆流产、难免流产、不全流产、完全流产、过期流产、感染性流产和习惯性流产。

中医学文献在“胎漏”“胎动不安”“堕胎”“小产”“胎死不下”及“滑胎”等病证中,有上述诸流产症状的记载。

胎漏是指妊娠期间阴道少量下血,或淋漓不断,或时下时止而无腰酸、腹痛的病证;胎动不安是指妊娠期间腰酸、腹痛、下腹坠胀或伴有阴道少量下血的病证。胎漏、胎动不安相当于现代医学先兆流产。

堕胎是指妊娠12周内,胚胎自然殒堕的病证,即现代医学的早期流产;小产是指妊娠12周~28周内,胎儿已成形而自然殒堕的病证,即现代医学的晚期流产。堕胎、小产的不同临床阶段,属现代医学难免流产、不全流产和完全流产范畴。

胎死不下是指胎死腹中,不能自行产出的病证。现代医学的过期流产属本病范畴。

滑胎是指堕胎或小产连续发生3次以上的病症,即“屡孕屡堕”或“数堕胎”,即现代医学之习惯性流产。

流产中一部分属自然淘汰现象,这样的自然流产确实减少了先天性畸形儿的发病率。但也有不少是正常胚胎在发育中因某种因素而出现先兆流产,通过安胎治疗可获成功。若不及时治疗则由先兆流产发展为各种流产,甚至习惯性流产。

对于胎漏、胎动不安、滑胎等病证,中医积累了丰富的经验。早在汉代张仲景《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》中,已对妊娠下血、漏下、半产后下血作了类证鉴别,创制了补虚缓痛、止血安胎的胶艾汤;和血健脾、止痛安胎的当归芍药散。在养胎方面,创制了养血清热养胎的当归散和健脾温中养胎的白术散。一清一温两大类型的养胎方药,实为后世养胎诸方之源。隋代巢



元方《诸病源候论》对本病的病因病机做了较详细论述。金元名家朱丹溪强调清热养血安胎,提出黄芩、白术为安胎圣药。明代张景岳《景岳全书·妇人规》在强调辨证论治的基础上,重视父母先天肾气不足和后天色欲劳倦伤肾导致流产的机理,对于滑胎的治疗提出了“预培其损”的预防性治疗原则。近代医学家张锡纯创制的防治滑胎的寿胎丸,也适用于治疗胎漏、胎动不安,经现代临床和实验研究,证实该方有较高的疗效,充分显示了中医药安胎理论的科学性和临床实用价值。

## 二、病因病理

### (一) 西医病因病理

#### 1. 病因

导致流产的主要因素,有如下几方面:

##### (1) 胚胎因素

①孕卵异常:是早期流产的主要原因,多由精、卵细胞的缺陷所致。

近年来的研究发现,胚胎的染色体异常,在自然流产中占相当比例。早期流产中染色体异常可高达60%。其中既有数目的异常,也有结构的异常。常见的有三体型、单体型、多倍体及染色体易位、断裂、缺失等。双亲的一方或双方染色体异常是胎儿染色体异常的重要原因。高龄者由于附着于染色体的纺锤丝老化,染色体不分离的频率较高,易发生三体型及单体型。放射线照射、药物影响及病毒感染等可引起染色体结构异常而致流产。

②胎盘异常:妊娠早期由于滋养层发育不全,胎盘绒毛发生退行性变或蜕膜发育不良,可引起胚胎死亡而致流产。

##### (2) 母体因素

①全身性疾病:母体缺乏维生素、叶酸等物质,或患急性传染病、严重贫血、心脏病、高血压、肾炎等均可危害胎儿导致流产。

②内分泌疾病:孕妇合并内分泌疾病如黄体功能不足、甲状腺功能亢进或低下、糖尿病等,均可影响蜕膜、胎盘、甚至胎儿的发育而导致流产。

③生殖器官疾病:孕妇合并生殖器官疾病如子宫发育不良、子宫畸形(双角子宫、子宫纵隔等)、盆腔肿瘤(子宫肌瘤、卵巢肿瘤等)均可影响胚胎生长发育而发生流产。子宫颈内口松弛或宫颈重度裂伤易致胎膜早破而发生晚期流产。

④妊娠期腹部手术:妊娠期如因阑尾炎、卵巢囊肿等行腹部手术,尤其是在早期妊娠时,因手术时拨动腹腔或盆腔脏器,易刺激子宫收缩而引起流产。其他如外伤亦可能是促成流产的诱因。

(3)免疫因素 妊娠后由于母儿双方免疫不适应而导致母体排斥胎儿以致发生流产。现已发现的有关免疫因素有配偶的组织相容性抗原、胎儿抗原、血型抗原、母体细胞调节失衡、孕期中母体封闭抗体、母体抗父方淋巴细胞的细胞毒抗体缺乏等。

(4)母儿血型不合 母儿血型不合者常引起晚期流产,例如ABO血型不合及Rh血型不合者。

(5)外界不良因素 有毒物质如镉、铅、有机汞、滴滴涕、放射性物质等,这些有毒物质可能

是直接作用于胎体细胞,也可能通过胎盘影响胎儿而发生流产。

## 2. 病理

早期流产多数是胚胎先死亡,底蜕膜的海绵层出血、坏死及血栓形成。胚胎外层的绒毛与蜕膜层逐渐分离,最后胚胎组织如同异物,引起子宫收缩而被排出。在妊娠8周以前,由于绒毛发育不完全,与子宫蜕膜结合不牢固,故整个胎囊及绒毛完整剥离而排出,出血不多。妊娠8周~12周者,胎盘绒毛发育比较完全,与底蜕膜联系比较牢固,胎盘往往不易完整剥离排出,部分残留宫内,影响宫缩而出血较多。在晚期流产(妊娠12周以后)中,因胎盘已形成,与子宫壁附着牢固,其流产过程与正常分娩相似,即先有宫缩,再排出胎儿,最后排出胎盘。但晚期流产中也可由胎盘稽留导致大出血。

一般流产,在胚胎死亡后2周内自然排出,少数患者胚胎死亡后仍滞留于子宫腔内,此时绒毛与蜕膜之间为血液浸润、凝聚,羊水被吸收,胎盘组织逐渐机化,与子宫壁粘连很紧,造成处理上的困难,在胎物未排出前,可有反复的少量出血。

## (二) 中医病因病机

本病有母体和胎元两方面原因,但终须导致冲任气血失调,胎元不固,方能发病。

母体方面:因素体虚弱,肾气不足,或因房事不节耗损肾精;或由气血虚弱;或因邪热动胎;或因瘀阻冲任;或受孕之后兼患其他疾病,干扰胎气以致胎元不固发为流产。

胎元方面:夫妇精气不足,两精虽能结合,但胎元不固以致发病。若因胎元有缺陷胎多不能成实而易殒堕。

此外,跌仆闪挫,手术和药物的影响亦能引起流产。

### 1. 肾虚

父母先天肾气不足,精卵不健,或房劳过度,久病大病伤肾,或孕后不节房事,耗损肾精,损伤肾气。胞络系于肾,肾精养胎,肾气载胎。肾虚则冲任亏损,胎失系养,胎元不固,势必流产。

### 2. 气血虚弱

母体素虚,气血不足,或久病失血,或饮食劳倦思虑伤脾,或孕后脾胃虚弱,气血生化乏源,气虚不摄,血虚失养,故胎元不固,导致流产。《女科经纶》引朱丹溪云:“血气虚损,不足以营养其胎,则自堕。”

### 3. 血热

素体阳盛血热,或阴虚内热,或七情郁结化热,或孕后感受热邪,热邪损伤冲任,遂致胎元不固而为流产。

### 4. 外伤

跌仆闪挫或劳力过度,损伤冲任,气血失和,伤及胎气,发为流产。

### 5. 血瘀

素有胞中瘀滞,如子宫肌瘤、子宫内膜异位症、盆腔炎等,孕后瘀血阻滞,胞脉不畅,且新血不生,致使胎元失于滋养而流产。

### 三、临床诊断

#### (一) 辨病·西医诊断

##### 1. 症状

流产的主要症状为阴道出血和腹痛。

(1) 阴道出血 阴道出血是最早出现和最常见的症状。92%~95%的患者有阴道出血,在早期流产中,绒毛和蜕膜分离,导致血窦开放,故见出血。当胚胎全部排出后,子宫强力收缩,血窦关闭,出血即停止。在晚期流产中,流产过程与正常分娩相似,待胎盘剥离时才见出血,一般量不多。

(2) 腹痛 腹痛也为常见的症状,大多数患者有不同程度的腹痛,伴见腹坠腰酸。早期流产的腹痛,常发生在出血之后,是由宫腔积血刺激子宫收缩才产生的。晚期流产则先有腹痛而后有出血,因子宫阵发性收缩在先,胎盘剥离时才开始出血。

##### 2. 临床分类及其特征

根据流产发展过程和结局的不同,分为以下几类:

(1) 先兆流产 表现为少量阴道出血,或下腹部有轻微胀痛,或伴腰痛及下坠感。妇产科检查子宫颈口未开,子宫大小与停经月份符合。尿妊娠试验阳性,超声波检查有胎心、胎动波,胎儿存活。如胚胎正常,经过休息及治疗后,腹痛消失,出血停止,妊娠可以继续。若腹痛逐渐加剧或流血增多,则可转为难免流产。

(2) 难免流产 又称不可避免流产,指流产已不可避免,一般多由先兆流产发展而来,阴道流血量多,超过正常月经量,腹痛加重,可有羊水流出。妇产科检查宫颈口已扩张,有时可见羊膜囊膨出于宫颈口,子宫与停经月份相符或略小。

(3) 不全流产 指部分妊娠物已排出体外,尚有部分残留在子宫腔内。由于子宫腔内有残留物,子宫不能很好收缩以致流血不止,甚至因出血过多而致休克。妇产科检查宫颈口扩张,可能有残留组织堵塞宫颈口,一般子宫小于停经月份。

(4) 完全流产 指妊娠物已全部排出。由于妊娠物已排出,故子宫收缩良好,阴道流血逐渐停止,或仅有少量流血,腹痛逐渐消失。妇产科检查宫颈口关闭,子宫略大或正常大小。

(5) 过期流产 又称稽留流产,指胚胎在子宫内死亡已超过2个月,但仍未自然排出者。患者主诉有停经及早孕反应,多数病人前段时间有先兆流产症状,以后子宫不再增大或反而缩小。如已至妊娠中期,孕妇未感到腹部增大,无胎动,有时可有反复性阴道流血,量时多时少。妇产科检查宫颈口无扩张,子宫较妊娠月份小2个月以上,质地不软,听不到胎心。超声波检查无胎心、胎动波,或见妊娠囊变形等。

(6) 感染性流产 指在流产过程中,因出血时间较长,破膜,有组织残留于子宫腔内,手术时无菌操作不严或非法堕胎引起宫腔内感染。除有流产的症状体征外,常有全身症状,如体温升高,脉搏增快,下腹疼痛,阴道有恶臭分泌物等。妇产科检查子宫及附件有明显压痛。实验室检查血白细胞及中性粒细胞增多。如处理不及时,严重者可并发盆腔腹膜炎、弥漫性腹膜炎、败血症、血栓性静脉炎等,甚至发生感染性休克危及生命。

(7) 习惯性流产 指自然流产发生3次或3次以上者。每次发生流产的时间往往在同一妊

娠月份。其临床特征与一般流产相同。早期的原因有黄体功能不全、精神因素、垂体功能不足、染色体异常、精子缺陷等。晚期最常见的原因是宫颈内口松弛、子宫畸形、子宫肌瘤、母儿血型不合等。

### 3. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断 根据病史、症状、体征等,一般诊断流产并不困难,但有时遇疑难及复杂病例尚需一些辅助诊断方法,仔细综合分析临床资料,以达到早期诊断的目的。

① 病史:必须询问患者有无停经史和反复流产的病史,有无早孕反应、阴道出血,如有阴道出血,应询问出血量及其持续时间,有无腹痛,腹痛的部位、性质、程度,阴道有无水样排液,阴道排液的色、量、质、气味,有无组织物排出等。

② 体格检查:观察患者全身情况,有无贫血,测量血压、脉搏、体温等。妇产科检查应在无菌情况下进行。检查时操作要轻,以免加重症状;注意子宫颈口是否已扩张,有无组织物堵塞,羊膜囊是否膨出;子宫大小是否与停经月份相符合,有无压痛等;双侧附件有无压痛或块物。

③ 辅助检查:常用的辅助检查方法有:

绒毛膜促性腺激素(hCG)测定:妊娠后,母血及尿中hCG即上升。正常妊娠一般在停经第33天尿hCG约625IU/L,到妊娠8周~10周达最高峰8万IU/L~32万IU/L,中期妊娠时为5万IU/L。如hCG低于正常范围或<625IU/L时,则流产难免。

胎盘泌乳素(hPL)测定:孕妇血hPL的浓度可用以监测胎盘功能,妊娠6~7周正常生理水平为0.02mg/L,8周~9周时为0.04mg/L。若妊娠5周~10周时,血清hPL≤0.01mg/L,提示将流产,hPL下降说明滋养细胞及胎盘功能不足。

雌二醇(E<sub>2</sub>)测定:早孕时如孕妇血清E<sub>2</sub><740pmol/L,提示将流产。

孕二醇测定:早孕时如孕妇24小时尿孕二醇低于15.6μmol,提示95%的孕妇将流产。

基础体温测定:排卵后基础体温上升持续20天不降,100%可诊断为早孕。先兆流产患者晨温不降,一般预后良好,晨温下降者保胎则多无希望。

B型超声检查:用于鉴别各种不同类型的流产,有实用意义。疑有先兆流产可能时,可用超声显象观察有无胚囊,观察胎动、胎心反射等,确定胚胎是否存活,以选择恰当的治疗方法。子宫颈内口松弛时,B型超声检查可显示子宫内口较宽,若宽于19mm,又有流产史,诊断即可明确。

(2) 鉴别诊断 流产的主要临床症状是怀孕后出现阴道出血和腹痛。除不同类型的流产需鉴别外,还需与妊娠早期其他出血、腹痛性疾病做鉴别(表9-1)。

## (二) 辨证·中医诊断

### 先兆流产(胎漏、胎动不安)

#### 1. 辨证要点

本病以阴道流血或腰酸腹痛为主症,所以临床应根据阴道流血、腰酸腹痛主症特点,结合兼症、舌脉及病史等进行辨证。一般而言,阴道流血量少,色淡黯,腰酸腰痛,舌淡苔白,脉沉滑迟弱属肾虚;阴道流血量少,色淡红,质稀薄,小腹坠痛,神疲肢倦,心悸气短,舌淡苔薄白,脉细滑为气血虚弱;阴道流血量少,色鲜红或深红,心烦不安,口干咽燥,尿黄便结,舌红苔黄,脉滑数为血热;有外伤史者则为跌仆伤胎。

表 9-1

流产鉴别诊断表

| 鉴别要点 | 流 产   |             |             |       |           |            | 异位妊娠                 | 葡萄胎         |
|------|-------|-------------|-------------|-------|-----------|------------|----------------------|-------------|
|      | 先兆流产  | 难免流产        | 完全流产        | 不全流产  | 过期流产      |            |                      |             |
| 主要症状 | 出血    | 少量,淡红、暗红或鲜红 | 量多,鲜红       | 少或停止  | 少量淋漓或大出血  | 无或如咖啡      | 点滴状褐色                | 不规则少量或大量    |
|      | 下腹痛   | 无或轻         | 加剧          | 消失    | 加剧或减轻     | 无或轻        | 少腹隐痛,突发剧痛            | 无或为胀痛       |
|      | 组织物排泄 | 无           | 无           | 全部    | 部分        | 无          | 无或有蜕膜组织              | 无或有葡萄状胎块    |
| 妇科检查 | 宫颈    | 未扩张         | 已扩张或已破膜     | 闭合    | 扩张或有组织物堵塞 | 闭或松        | 闭合,摇举痛               | 松或有葡萄状胎块堵塞  |
|      | 宫体大小  | 与孕周相符       | 与孕周相符       | 正常或略大 | 小于孕周      | 小于孕周       | 小于孕周,较正常略大           | 与孕周不符,多大于孕周 |
|      | 附件    | (-)         | (-)         | (-)   | (-)       | (-)        | 可有小包块,触痛明显           | 可有囊肿,无触痛    |
| 辅助检查 | 尿妊娠试验 | (+)         | (±)         | (-)   | (-)       | (-)        | (+)                  | 强(+)        |
|      | B型超声  | 有胎心胎动       | 有胚胎组织无胎心、胎动 | 无胚胎组织 | 部分残留妊娠组织  | 胚囊变形,无胎心胎动 | 宫内无胚胎,宫外(多在附件)有包块或孕囊 | 落雪状或蜂窝状声象图  |

## 2. 辨证分型

### (1) 肾虚证

〔临床表现〕妊娠期,阴道少量下血,色淡黯,腰酸腹坠痛。或伴头晕耳鸣,小便频数,夜尿多甚至失禁,或曾屡次堕胎,舌淡苔白,脉沉滑迟弱。

〔辨证分析〕胞络系于肾,肾虚系胎无力,冲任失固,因而阴道下血或腰酸腹坠。肾虚精血不足,血失阳化,故血色淡黯。肾虚,髓海不足,脑失所养,故头晕耳鸣。肾与膀胱相表里,肾虚则膀胱失约,故小便频数,甚至失禁。肾虚胎元屡失所系而堕,故有屡次堕胎史。舌淡苔白,脉沉弱,均为肾虚之候。

### (2) 气血虚弱证

〔临床表现〕妊娠期,阴道少量流血,色淡红、质稀薄,或小腹坠胀而痛,或腰酸腰痛。伴神疲肢倦,面色㿔白,心悸气短。舌质淡,苔薄白,脉细滑或沉弱。

〔辨证分析〕胎居母腹,赖血养气载,气血虚弱,胎失载养,故阴道少量下血或腰腹坠胀疼痛。余症均为气血虚弱之象。

### (3) 血热证

〔临床表现〕妊娠期阴道下血,色鲜红或深红,或腰腹坠胀作痛。伴五心烦热,口干咽燥,或

口干喜饮,尿黄便结,舌质红,苔黄而干或少苔,脉滑数或弦滑。

〔辨证分析〕热邪内伏冲任,迫血妄行,扰动胎元,致使阴道下血或腰腹坠痛不适。血为热灼,其色鲜红或深红。热扰心神,故五心烦热。热伤阴津,故口干咽燥,口干喜饮,尿黄便结。舌红,苔黄而干或少苔,脉滑数或弦滑均为阴虚血热之象。

#### (4) 跌仆伤胎证

〔临床表现〕妊娠期外伤后,腰酸腹痛,或阴道下血。舌质正常,脉滑无力。

〔辨证分析〕跌仆闪挫或劳力过度,损伤气血、冲任,胎气受损,胎系于肾,腰为肾之府,故腰酸腹痛,或阴道下血。病因外伤所起,内无寒热,故舌质无异常。脉滑无力,为气血俱伤之象。

#### 难免流产、不全流产、完全流产(堕胎、小产)

##### 1. 辨证要点

以上诸证的主要表现是阴道出血、腹痛、排出胚胎组织或排出胎儿、胎盘等妊娠产物。故本病一旦发生,须严密观察病程进展,尽快确定殒堕是否完全。对殒堕不全者(或殒胎稽留胞内一二月不下而发作欲产者)应特别重视,此常可出现出血不止而引起严重后果。一般来说,阴道排出胎物后,流血逐渐减少至停止,腹痛亦逐渐减轻至消失,妇产科检查子宫收缩良好,多为殒堕完全之候;虽有胎物排出,但阴道流血持续不止,量多,腹痛明显,妇产科检查宫缩欠佳,或有胚胎组织堵塞宫口,多为殒堕不全之证。其次,胎元殒堕不全者,又当注意仔细观察阴道出血的量、色、质、兼症、舌脉以辨病之虚实。

##### 2. 辨证分型

###### (1) 殒胎瘀阻证

〔临床表现〕妊娠早期出现阴道流血量多,色红有块,小腹坠胀疼痛;或已有胎物排出,但阴道仍持续流血,腹痛不除。妇产科检查见子宫颈口已扩张,或已有胚胎组织堵塞于子宫颈口,子宫较孕周小,此乃堕胎之象。

妊娠中、晚期出现小腹疼痛,阵阵紧逼,会阴胀坠尤甚,或有羊水溢出,继而出血,或出血量多,甚或大出血,可查见羊膜囊膨出于宫口,此即小产之兆。

除上述征象外,尚可见气短心悸,或面色苍白,或头晕烦闷,或眼花恶心,脉滑或涩,或细数。

〔辨证分析〕因故伤胎,胞脉受损,故孕后阴道流血。胎殒欲排不能,胞中血瘀气滞,故小腹疼痛坠胀。胎殒将堕,故或见子宫颈口已扩张,或已有胚胎组织堵塞于子宫颈口。因有胚胎组织残留胞中,新血不得归经,故阴道流血量多,疼痛不除。

伤胎小产,胎气逼坠,子宫阵阵收缩,故腹痛阵阵紧逼,会阴坠胀。胎膜破裂,故有羊水溢出。产门渐开,可少量出血。若胞衣剥离,出血量可增多。胎儿排出后,胎衣不下或有残缺滞留,可酿成大出血。

失血过多,精血亏虚,故心悸气短,而面色苍白,头晕眼花,烦闷。脉滑或涩或细数亦为殒胎瘀阻之证。

###### (2) 血虚气脱证

〔临床表现〕堕胎或小产过程中,阴道突然大量出血,甚至暴下不止。妇产科检查见子宫颈口开大,或可见胎盘组织堵塞于子宫颈口,子宫较停经月份小。面色苍白,神识昏迷,呼吸短促,目合口开,手撒肢厥,大汗淋漓。唇舌淡白,脉微欲绝或浮大而虚。

〔辨证分析〕因殒胎堕下不全,故阴道突然大量出血,甚至暴下不止。阴血暴下,阳失承制,



元气欲脱,神明逆乱,故神识昏迷,呼吸短促,目合口开,手撒肢厥。阴不内守,虚阳外越,故大汗淋漓。脉微欲绝,面色苍白,唇舌淡白均为阴血大虚之候。

### (3) 堕后调理

〔临床表现〕经过剧烈腹痛后阴道流血量多,有块,可见妊娠物排出,块下痛减,腹痛逐渐消失,或腹痛隐隐,阴道流血减少或停止。妇产科检查子宫收缩良好。

〔辨证分析〕由于胚胎组织已全部排出体外,瘀滞解除,气血得通,故腹痛消失流血停止,堕后气血虚弱胞脉失养,故可见腹痛隐隐。

### 过期流产(胎死不下)

#### 1. 辨证要点

本病主要依据伴随胎死不下所出现的全身症状、舌脉以辨虚实寒热。如胎死不下伴有面色苍白无华,精神疲乏,气短懒言,舌淡,脉虚大而涩者属气血虚弱为患;兼见胸腹满闷,苔白厚腻,脉濡细者为脾虚湿困;兼见面色青黯,口唇色青,舌紫黯,脉沉涩者属血瘀。

#### 2. 辨证分型

##### (1) 气血虚弱证

〔临床表现〕胎死腹中,小腹疼痛或有冷感,阴道或有淡红血水或如赤豆样物流出,精神疲倦,面色苍白,气短懒言,食欲不振,或口有恶臭。舌淡黯,苔白,脉虚大而涩。

〔辨证分析〕由于气血虚弱,运行无力,故死胎不能自下。胎死腹中,气机不利,不通则痛,故小腹疼痛或有冷感。胎死腹中故阴道或见淡红血水或赤豆样物流出。胎死日久,腐臭之气上逆,故口出恶臭。营血不足,不能外荣于面,故面色苍白。中气不足则精神疲倦,气短懒言。中虚失运,则食欲不振,苔腻。舌淡黯,苔白,脉虚大而涩,均为气血虚少,运行不畅之象。

##### (2) 脾虚湿困证

〔临床表现〕子死腹中,久不产下,胸腹满闷,小腹疼痛,神疲嗜睡,口出秽气。苔白厚腻,脉濡细。

〔辨证分析〕脾虚湿困,气机不畅,故胎死久不产下,小腹疼痛。脾虚失运,湿浊内生,故见胸腹满闷。脾虚中阳不振,则神疲嗜睡。胎死既久,腐气上逆,故见口出秽气。苔白厚腻,脉濡细均属脾虚湿困之象。

##### (3) 血瘀证

〔临床表现〕妊娠胎动停止,阴道流血,色紫黯,口出恶臭,小腹疼痛,面色青黯,口唇色青。舌紫黯,脉沉涩。

〔辨证分析〕瘀血内阻,新血不能养胎,故致胎死而胎动停止,阴道下血。瘀阻于胞,不通则痛,故小腹疼痛。胎死日久化腐,秽气上冲则口出恶臭。面色青黯,口唇发青,舌质紫黯,脉涩,均为瘀血内阻之象。

### 感染性流产

〔临床表现〕发热恶寒,下腹疼痛拒按,恶露淋漓不净,色黯有块,有臭气,或赤白带下色浊味臭,白细胞总数及中性粒细胞均增高。舌质黯或有瘀点,苔黄腻或黄燥,脉弦数。

〔辨证分析〕感染邪毒,直犯胞宫,正邪交争急剧故发热恶寒。邪毒入胞,与瘀血相结以致小腹疼痛拒按,恶露淋漓不净,色黯有块,有臭气。邪毒损伤任带二脉,故带下赤白有臭味。舌脉均为感染邪毒之象。

### 习惯性流产(滑胎)

### 1. 辨证要点

本病当依据患者滑胎时的伴见症状,或未孕时月经情况与其他症状,结合舌脉而进行辨证。一般来说,若有腰膝酸软,头晕耳鸣,月经初潮较迟,量少色黯,舌淡,脉沉弱者,属肾虚证;若有面色苍白或萎黄,心悸气短,月经延后,量少色淡,唇舌淡红,脉细弱者,属气血双虚证;若见手足心热,颧赤,心烦,舌红少苔,脉细数者属阴虚血热证。

### 2. 辨证分型

#### (1) 肾虚证

〔临床表现〕屡孕而屡堕连续3次以上,头晕耳鸣,腰膝酸软,夜尿频多,眼眶黯黑或面有黯斑,月经初潮较晚,或月经周期推后,或时前时后,经量较少,色淡或黯,或滑胎后又难于受孕。舌淡,苔白滑,脉沉弱。

〔辨证分析〕先天不足或后天又伤肾,以致不能荫胎系胎故殒堕。因堕更虚,虚损未复,故屡孕屡堕或滑胎后又难于受孕。肾气不足,天癸迟至,故月经初潮较晚。肾虚冲任失养,故月经周期推后或时前时后,经量较少,色淡或黯。脑为髓海,肾开窍于耳,肾虚髓海不足,外窍失养,故头晕耳鸣。肾主骨,腰为肾之外府,肾虚则骨不坚,外府失荣,故腰膝酸软。肾与膀胱相表里,肾虚膀胱失约故夜尿频多。肾虚精气不足,故眼眶黯黑或面有黯斑。舌淡,苔白滑,脉沉弱均为肾虚之候。

#### (2) 气血虚弱证

〔临床表现〕屡孕屡堕已连续发生3次以上,面色㿔白或萎黄,心悸气短,头晕肢软,神疲乏力,可有月经量少或月经后期或闭经。舌质淡苔薄,脉细弱无力。

〔辨证分析〕证因母体气血不足,气虚则胎失所载,血亏则胎失所养,故胎元殒堕。堕下更伤气血,其亏损未复又再受孕,继而屡孕屡堕终至滑胎。气血虚弱头面失荣,故面色㿔白或萎黄。脑失血养故头晕。心失血养故心悸。气虚而阳气不达则神疲肢软。血虚气弱,冲任失养,血海亏虚,故月经量少,或后期或闭经。舌淡,苔薄,脉细弱无力均为气血虚弱之象。

#### (3) 阴虚血热证

〔临床表现〕屡孕屡堕连续3次以上,两颧潮红,口干咽燥,手足心热,烦躁不宁,或形体消瘦,可有月经量少,或崩中漏下。舌质红少苔,脉细数。

〔辨证分析〕素体阴虚易生内热,热扰冲任,损及胎元,胎殒堕之后,阴液更乏,内热更甚,虚而未复,故屡孕屡堕。虚火上炎故两颧潮红。虚热内灼故手足心热。虚热内扰心神,故烦躁不宁。阴液不足故口干咽燥。阴虚而形体不充则消瘦。阴血不足,冲任失养故月经量少。热迫血妄行,冲任失固,则崩中漏下。舌红少苔,脉细数皆为阴虚内热之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 先兆流产

患者应卧床休息,尽量避免一切能够引起子宫收缩的刺激,如重复的阴道检查、性生活等。解除不必要的思想紧张与顾虑,加强营养。治疗以保胎为主。

(1) 镇静剂 根据情况酌情使用对胎儿危害少的镇静药物,如鲁米那 0.03g,每日3次,或

利眠宁 10mg, 每日 3 次。

(2) 孕激素 对黄体不全或尿孕二醇水平低的患者, 可用黄体酮 20mg 肌注, 每日 1 次。

(3) 其他 维生素 E 100mg, 每日 1 次。叶酸 5mg, 每日 3 次。

## 2. 难免流产

诊断明确后, 应立即或尽早使胚胎、胎盘组织完全排出。子宫小于 12 周妊娠者行吸刮术, 仔细检查刮出物是否完全。失血多时应输血, 并给催产素 10IU 肌注。子宫大于 12 周妊娠者, 可用催产素 5IU, 每半小时肌肉注射 1 次, 共 6 次。或催产素 5IU~10IU 加入 5% 葡萄糖 500ml 静脉滴入, 滴注速度大约每分钟 20 滴~25 滴, 应逐渐增减, 以维持子宫有力的阵缩为度。当胎儿胎盘排出后要检查排出物是否完全, 必要时刮宫以清除宫腔内残留的妊娠物。

## 3. 不全流产

诊断确立后应立即清除宫腔内残留组织, 行吸宫术或刮宫术。出血多者应防治休克, 可在输血、输液并用宫缩剂的情况下操作。手术前后给予抗生素以预防及治疗感染。刮出物需送病理检查。

## 4. 完全流产

如确系完全流产, 一般不需特殊处理。排出的组织物必须检查, 以正确判断胚胎组织是否完全排出。如不能确定, 应按不全流产处理, 以作刮宫为妥。

## 5. 过期流产

诊断确立后, 应尽早清宫。过期流产时, 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。术前应作血纤维蛋白原、出血时间、凝血时间、凝血酶原时间、血小板计数等检查, 并做好输血准备。如凝血功能检查在正常范围, 术前口服己烯雌酚 5mg~10mg, 每日 3 次, 共 5 天, 以提高子宫肌肉对催产素的敏感性。子宫小于 12 周妊娠者, 可行宫颈扩张和刮宫术。术中注射催产素 5IU~10IU 以减少出血。由于胎盘与子宫壁可能粘连较紧, 手术操作时应特别轻柔, 防止子宫穿孔。子宫大于 12 周妊娠者, 可采用人工引产如静脉滴入稀释的催产素, 或注射前列腺素, 或应用利凡诺等, 使胎儿胎盘自然排出, 必要时再行清宫。如凝血功能异常, 则可静脉注射纤维蛋白原、肝素, 输新鲜血等, 待凝血功能改善后再行引产或刮宫。

## 6. 感染性流产

出血不多者, 可先给抗生素控制感染, 并尽早进行刮宫术。如大量出血, 或经治疗后感染仍未能控制者, 可一方面静脉给抗生素, 一方面用卵圆钳将宫腔内容物钳出以止血。但不宜用刮匙搔刮宫壁, 以免感染扩散。术后继续应用抗生素, 待感染控制后再次刮宫, 彻底清除子宫腔内残留组织。流产合并严重感染发生败血症、中毒性休克时, 应积极纠正休克, 控制感染。如子宫严重感染, 不易用药物控制者, 必要时可考虑切除子宫。

## 7. 习惯性流产

习惯性流产发生后, 男女双方均应进行详细的体格检查, 包括精液检查, 卵巢功能测定, 子宫输卵管造影, 染色体核型分析和血清抗体系统检查, 并针对病因进行治疗。

(1) 妊娠后应注意休息, 增加营养, 禁止性生活, 补充维生素 B、C、E 等, 治疗期必须超过以往流产发生的妊娠月份。

(2) 黄体功能不足者尽早应用黄体酮预防流产。

(3) 子宫畸形如双角子宫、纵隔子宫等, 应在未妊娠前先行矫治手术, 术后避孕 1 年。

(4) 宫颈内口松弛者, 应在未妊娠前作宫颈内口松弛修补手术。如已妊娠, 最好在妊娠 12

周~20周行子宫内口缝扎术。术后定期随访,在预产期前提早入院待产,至妊娠足月有临产先兆或拟做选择性剖宫产时再拆除缝线。如缝合后有流产征象,治疗失败,应及时拆除缝线,以免造成宫颈严重撕裂。

(5)染色体异常者,应根据生育史、本人健康状况和男女双方及其家系调查,对今后妊娠再发生染色体异常的几率做出估计。如果再次妊娠,则必须进行产前诊断,通过羊水细胞染色体核型分析,了解胎儿是否有染色体异常。凡胎儿为染色体异常者,应及时终止妊娠。

## (二)中医中药治疗

### 先兆流产

#### 1. 辨证论治

本病的治法,以安胎为主,根据不同情况,分别采用固肾、扶脾、养血、清热等法。若阴道下血过多,腰酸腹痛加重,或胎儿已死腹中,不宜再安者,又当急以去胎益母,按难免流产、不全流产等有关章节处理。

##### (1)肾虚证

〔治法〕益肾气,安胎元。

〔方药〕寿胎丸(《医学衷中参西录》)加味。

菟丝子 24g,桑寄生 15g,续断 15g,阿胶 11g(烔化),杜仲 12g。

〔加减〕①气虚者加党参 18g,白术 12g 以益气载胎。

②下血者加艾叶炭 9g,旱莲草 18g 以止血安胎。

③下腹胀者加香附 9g 以理气安胎。

④小便频数或失禁者加益智仁 9g,覆盆子 15g 以温肾固涩。

〔分析〕方中菟丝子补益肾精;桑寄生补肝肾,养血益精安胎;续断补肝肾,固冲任;阿胶滋阴养血止血;杜仲以增强补肝肾、壮筋骨、安胎之效。

##### (2)气血虚弱证

〔治法〕补气养血安胎。

〔方药〕胎元饮(《景岳全书》)加减。

人参 9g,杜仲 12g,白芍 9g,熟地 12g,白术 12g,陈皮 9g,炙甘草 6g,黄芪 18g,阿胶 11g(烔化)。

〔加减〕①血虚甚者可加枸杞子 12g,山茱萸 9g,制首乌 12g 以补肝肾,益精血。

②腹痛甚者,重用白芍 15g~18g,甘草 9g 以缓急止痛,亦可加艾叶 9g,台乌 9g 以温经止痛。

③腰酸痛不适者加菟丝子 18g,续断 15g,桑寄生 15g 以补肾壮腰安胎。

〔分析〕本方以人参、白术、炙甘草、黄芪益气健脾,以助生化之源;熟地、阿胶、白芍滋阴养血,以补其虚;杜仲固肾安胎;佐陈皮理气和中,使熟地、阿胶补而不滞;原方中惟当归补血活血,走窜行散,有阴道出血者,可去而不用。全方有补气养血,固肾安胎之效。

##### (3)血热证

〔治法〕滋阴清热,养血安胎。

〔方药〕保阴煎(《景岳全书》)加味。

熟地 15g,生地 12g,黄芩 9g,黄柏 9g,白芍 9g,山药 15g,续断 15g,甘草 6g,苎麻根 12g。

〔加减〕①下血较多者加阿胶 11g, 旱莲草 18g 以养血止血。

②腰酸腰痛甚者, 加菟丝子 12g, 杜仲 12g, 桑寄生 12g 以固肾强腰安胎。

〔分析〕方中生地、熟地滋阴养血; 白芍养血敛阴; 黄芩、黄柏清热泻火; 续断固肾安胎; 山药健脾益肾; 甘草调和诸药; 苎麻根凉血止血安胎。全方有滋阴凉血, 清热安胎之效。

#### (4) 跌仆伤胎证

〔治法〕补气和血, 安胎。

〔方药〕圣愈汤(《兰室秘藏》)加味。

人参 9g, 黄芪 15g, 当归 6g, 川芎 6g, 熟地 12g, 白芍 12g, 菟丝子 12g, 桑寄生 12g, 续断 15g, 香附 9g。

〔加减〕①若下血较多者, 去当归、川芎, 加艾叶炭 6g, 阿胶 12g 以养血止血。

②若小腹刺痛, 舌质黯红, 因伤而瘀较为明显者, 加蒲黄 6g, 五灵脂 6g, 三七粉 3g(冲服)以化瘀止痛, 中病即止, 不可过服。

〔分析〕人参、黄芪补气; 当归、川芎、熟地、白芍养血调血; 全方补气养血和血, 气充血足, 气血运行如常, 自无紊乱之变, 则胎元得以载养。菟丝子、桑寄生、续断固肾安胎; 外伤腹痛必有气血郁滞, 故加香附理气安胎, 气血得通, 则腹痛自解。当归、川芎养血活血故下血较多者去而不用。

#### 2. 中成药

保胎丸, 每次 1 丸, 日服 3 次。八珍益母丸, 每次 1 丸, 日服 3 次。均适用于气血虚弱之先兆流产者。

#### 3. 验方治疗

##### 固肾安胎汤

〔组成〕白芍 15g, 甘草 6g, 续断 12g, 桑寄生 15g, 生龙牡各 30g。

加减: 阴道出血者加苎麻根 15g~30g, 阿胶 12g(烔冲), 仙鹤草 15g; 有热者加黄芩 10g, 生地 10g; 阴虚者加沙参 15g, 麦冬 12g, 女贞子 12g, 旱莲草 12g; 气虚者加党参 12g, 黄芪 15g, 山药 12g; 腰痛者加菟丝子 12g, 枸杞子 12g, 杜仲 10g; 腹痛甚可倍加白芍; 恶心呕吐加竹茹 6g, 苏梗 10g。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂。

〔功用〕补肾安胎, 重镇安神。主治先兆流产。

〔疗效观察〕用本方加减治疗先兆流产患者 40 例, 36 例痊愈, 治愈率达 90%<sup>〔1〕</sup>。

#### 难免流产、不全流产、完全流产

##### 1. 辨证论治

本病的治疗原则, 若胎已殒而未排出者, 急下胎以益母; 若殒堕不全者, 当尽快清除宫内残存物。去胎之法, 或逐瘀去胎, 或刮宫术去胎, 或引产术去胎, 或按产科处理。凡有大出血, 当即给予输血, 出现昏厥, 当及时抢救。若殒堕完全, 一般不需特殊处理, 倘若仍有腹痛及阴道少量瘀血流出者, 则须调治以促使子宫的恢复。

##### (1) 殒胎瘀阻证

〔治法〕去胎逐瘀。

〔方药〕生化汤(《傅青主女科》)加味。

当归 12g, 川芎 9g, 桃仁 12g, 炮姜 6g, 炙甘草 6g, 益母草 30g, 川牛膝 15g, 红花 12g, 车前

子 12g(包煎)。

〔加减〕①若神疲气短者,加党参 30g,黄芪 30g 以补中益气。

②胸腹胀满较甚者,加香附 12g,枳壳 12g 以理气止痛。

〔分析〕方中桃仁、红花、益母草活血化瘀以祛瘀;牛膝、车前子引血下行以助殒胎排出;当归、川芎补血活血止痛;炮姜温经止血;甘草缓急和中。

服用上述方药治疗过程中,应严密观察阴道出血情况,若出血过多,残留胎块不尽,又不可拘泥此法此方,当采取他法尽快清除宫内残留物。

## (2)血虚气脱证

〔治法〕益气固脱。

〔方药〕独参汤(《十药神书》)。

人参 9g~12g。

〔加减〕血虚气脱堕胎、小产之厥逆,冷汗淋漓者,用参附汤(《校注妇人良方》)。

人参 9g~12g,附子 6g~9g。

〔分析〕独参汤以人参大补元气,急救气随血脱之危重证候,即宗“血脱者益其气”,“有形之血不能速生,无形之气所当急固”之意。适用于气虚欲脱之堕胎、小产而有气息短促,脉微欲绝者。

参附汤用人参大补元气,附子温肾回阳。两药相须,力专而效宏,共奏益气回阳救脱之效。

血虚而致元气大亏,阳气欲脱之候乃为重危之证。在益气固脱、回阳救逆的同时,应配合输血、补液等抗休克治疗以抢救,并尽快查明引起出血的原因,从而有效地止血,以防严重后果的发生。

## (3)堕后调理

〔治法〕活血化瘀,养血益气。

〔方药〕生化汤(《傅青主女科》)加味

当归 12g,川芎 9g,桃仁 9g,炮姜炭 6g,炙甘草 6g,益母草 30g,党参 15g,黄酒 30ml,童便 1 盅。

〔分析〕方中当归、川芎养血活血止痛;桃仁、益母草活血祛瘀;炮姜温经止血止痛;党参健脾益气;甘草缓急和中;黄酒温散以助药力;失血必伤阴,故佐童便益阴止血。

## 2. 中成药

益母草膏,每次 9g,日服 2 次。生化汤丸,每次 1 丸,日服 3 次。均适用于完全流产者。

## 过期流产

### 1. 辨证论治

本病一经确诊,当及时处理,从速促其下胎,以免影响孕妇生命安全。下死胎之法,必须根据母体的强弱,审慎用药,不宜概投峻厉攻伐之品,致伤孕妇正气。即或瘀血内阻,碍胎排出者,亦宜于养血和血之中,佐以祛瘀。在下死胎之时,有时可出现阴道突然大出血,或变生他症,必要时应采取中西医结合方法,尽快取出死胎,迅速止血,以免重伤气血,危及孕妇生命。

### (1)气血虚弱证

〔治法〕养血活血,益气下胎。

〔方药〕救母丹(《傅青主女科》)。

人参 9g,当归 15g,川芎 12g,益母草 30g,赤石脂 12g,芥穗 6g(炒黑)。



〔加减〕若小腹冷痛者,酌加吴茱萸 9g,艾叶 9g,肉桂 6g 以温阳散寒,暖宫止痛。

〔分析〕方中当归、川芎、益母草养血活血;人参补气以助运血之功;赤石脂化恶血,使恶血去,而胎自下;炒芥穗引血归经,使胎下而不致流血过多。

## (2)脾虚湿困证

〔治法〕燥湿健脾,行气下胎。

〔方药〕平胃散(《和剂局方》)加味。

苍术 9g,厚朴 12g,陈皮 9g,甘草 6g,枳实 12g,芒硝 9g。

〔分析〕苍术强悍为健运中州之主药;厚朴、枳实、陈皮有行气破结之功,更益芒硝以润下,使中州得运,则死胎自下。

## (3)血瘀证

〔治法〕活血行气,祛瘀下胎。

〔方药〕脱花煎(《景岳全书》)加味

当归 15g,川芎 12g,肉桂 9g,红花 12g,牛膝 15g,车前子 12g(包煎),芒硝 12g。

〔加减〕如阴道流血多者,加血余炭 9g,炒蒲黄 9g,茜草根 12g,三七粉 3g 以化瘀止血。

〔分析〕当归、川芎养血活血,川芎又能行血中之气;肉桂温通血脉;红花祛瘀;牛膝引血下行。合而用之,瘀血去而死胎下。车前子、芒硝滑利泻下以下死胎。

## 2. 其他疗法

天花粉针剂肌注或羊膜腔内注射。

用药前必须做好体格检查及常规血尿检查。并常规做皮试,皮试剂量为 0.1 $\mu$ g,阴性者做试探性注射,即用 0.2mg 肌注,观察 2 小时,无反应,将粗制天花粉 5mg~10mg,或精制 2mg~3mg 做肌注或羊膜腔内注射。须严密观察,如有副反应,要及时处理。

## 感染性流产

〔治法〕清热解毒,活血化瘀。

〔方药〕五味消毒饮(《医宗金鉴》)合银花败毒饮(《中医妇科学治疗学》)加味。

金银花 30g,蒲公英 15g,紫花地丁 15g,败毒(鱼腥草)15g,土茯苓 30g,野菊花 12g,天葵子 9g,牡丹皮 15g,赤芍 15g,荆芥 6g,生甘草 6g。

〔分析〕方中金银花、蒲公英、紫花、地丁、天葵子、野菊花清热解毒;鱼腥草、土茯苓利湿解毒;牡丹皮、赤芍凉血活血;荆芥散瘀解毒;生甘草清热泻火。

## 习惯性流产

### 1. 辨证论治

对本病的治疗,应注重未孕之前的调治。首先男女双方要进行详细的检查,以查明原因,经检查不属器质性原因,并排除男方因素。宜主以补肾固冲,或重在益气养血,或选用养阴凉血之法调治,或针对原因进行治疗。另外,在末次堕胎、小产后 1 年以内不宜复孕,以利预培其损,恢复健康,增强体质。既已怀孕,则当健固胎元,应防患于未然而提前保胎,可按胎漏、胎动不安之法治疗。治疗期限也应超过以往殒堕的妊娠月份。若胎元难保,则按堕胎、小产处理。若因经不调而后病滑胎者,当先调经;若因他病而致滑胎者,当先治他病。又滑胎一病,虚证俱多,不宜过用辛热香燥或苦寒、宣通之品,至于破瘀、行血、滑利、有毒之品,更当审慎。

#### (1)肾虚证

〔治法〕补肾固冲。

〔方药〕补肾固冲丸(《中医学新编》)。

菟丝子 240g,续断 90g,巴戟天 90g,杜仲 90g,当归 90g,熟地 150g,鹿角霜 90g,枸杞子 90g,阿胶 120g,党参 120g,白术 90g,大枣 50 枚(去核),砂仁 15g。

蜜为丸,宜在孕前服用,每日 3 次,每次 6g,月经期停服。孕后亦可服用以防治流产。

〔加减〕①素禀不足肾气未充,肾精未实者加河车粉 90g 以补肾填精。

②兼见肢冷畏寒,小腹冷痛者加淫羊藿 120g 以温肾壮阳。

〔分析〕方中菟丝子、续断、巴戟天、杜仲、鹿角霜补肾固冲;党参、白术、大枣补气益脾;当归、熟地、枸杞子、阿胶养肝滋血;砂仁理气调中。全方肾、脾、肝、气血同治,以益冲任之本。

## (2) 气血虚弱证

〔治法〕益气养血,佐以补肾。

〔方药〕泰山磐石散(《景岳全书》)。

人参 9g,黄芪 15g,当归 9g,续断 15g,黄芩 9g,川芎 9g,白芍 9g,熟地 12g,白术 12g,炙甘草 6g,砂仁 6g,糯米 1 撮。

〔加减〕①若小腹空坠不适,重用人参为 15g,黄芪为 30g,加炙升麻 9g,柴胡 9g 以升阳举陷。

②若烦热,咽干,舌红少苔,脉细数,加炒枣仁 15g,柏子仁 9g,夜交藤 15g 以养心宁神。

因子宫机能不全而引起滑胎者,可于未孕前及孕后服补中益气汤(《脾胃论》)。

黄芪 30g,党参 24g,白术 12g,当归 9g,陈皮 9g,炙甘草 6g,柴胡 9g,升麻 6g。

〔分析〕泰山磐石散中人参、黄芪、白术、炙甘草补中益气以载胎;当归、白芍、熟地、川芎补血以养胎;砂仁调中理气以安胎;黄芩清热亦可安胎;续断补肾强腰以固胎;糯米补养脾胃。全方益气补血,兼能固肾。服用此方,使气血充沛,肾气健固则妊娠之后胎居母腹若泰山之稳,磐石之安,自无动坠之虞。

## (3) 阴虚血热证

〔治法〕养阴清热,凉血固冲。

〔方药〕凉胎饮(《景岳全书》)。

生地 12g,白芍 9g,黄芩 9g,当归 9g,甘草 6g,枳壳 9g,石斛 9g,茯苓 12g。

〔分析〕方中生地滋阴清热凉血;黄芩清热安胎;当归、白芍养血敛阴;石斛养阴生津;茯苓健脾宁心;枳壳理气调中;甘草调和诸药。全方有滋阴养血,清热凉血之效。

因屡孕屡堕数伤气血,内亏脾肾,故本型患者,待虚热得清,常需养血益气,健脾固肾以调理善后。因生殖器瘢痕所致滑胎者,当参照妇产科瘢痕有关内容处理。

## 2. 中成药

(1)胎产金丹,每次 1 丸,日服 2 次。适用于脾肾两虚之习惯性流产。

(2)补中益气丸,每次 1 丸,日服 3 次,孕前开始服,服至超过孕后易流产月份。保胎丸,每次 1 丸,日服 3 次。均适用于气血虚弱所致滑胎者。

## 3. 验方治疗

### 安胎饮

〔组成〕知母、制首乌、莲须各 30g,黄芩、砂仁各 10g,炒白芍 15g,茯苓、苏梗各 20g,荷叶蒂 7 个。

〔用法〕水煎服,日 1 剂。1 个月为 1 疗程,用 3 个月~5 个月甚至 7 个月,3 个月后,3 日 1

剂。

〔功用〕滋阴养血,清热安胎。主治滑胎。

〔疗效观察〕用本方加减治疗滑胎患者 100 例,对照组 30 例,用黄体酮 20mg,每日 1 次肌注,维生素 E 10mg~20mg,每日 3 次,口服,必要时用鲁米那 0.03g,每日 3 次,口服。均卧床休息,禁房事。结果:中药组治愈 97 例,对照组 16 例,有效率中药组为 97%,对照组 53.3% ( $P < 0.01$ )<sup>[2]</sup>。

## 五、预防

### (一)先兆流产

孕妇宜情志舒畅,七情不可过激,以免导致气血紊乱而变生本病。

孕后应慎起居,适劳逸。尤需防起居失慎,为跌仆闪挫所伤,或劳力过度,耗损气血,内伤胎元。

孕早期须节情寡欲,慎戒房事,以免伤肾,致胎失所系。

孕期宜饮食有节,饥饱适度,食物易消化,又富有营养,使脾胃健而生化有源,胎有载养。

保胎期间,患者应注意卧床休息,严禁房事和尽可能避免不必要的阴道检查。

### (二)难免流产、不全流产、完全流产

对胎漏与胎动不安患者,应进行及时治疗与调护,以避免本病的发生。

本病患者,应注意外阴及纸垫、洗具的清洁,戒房事,以防邪毒乘虚侵入胞中。

注意居室保暖和空气流通,衣被厚薄得当,以防外感。

饮食物宜富有营养且易于消化,忌食肥腻及生冷辛燥之物。

### (三)过期流产

孕妇应定期进行产前检查,若发现胎儿大小与妊娠月份不符,尤应重视。

本病一经确诊,应立即收入院,及时处理。

下胎之时,应注意观察阴道流血、腹痛情况及死胎产下是否完整,若发现异常,当及时处理。

### (四)习惯性流产

对本病患者,男女双方均应进行检查,以寻找病因。

受孕间隔时间不宜太短,最好相隔 1 年或 1 年以上。

非孕期加强锻炼,增强体质。

解除精神紧张,平时要节制性生活,妊娠期应避免房事。

如准备复孕,最好测量基础体温,如高温相持续 16 天以上,提示为早孕,即行预防性治疗,以安胎为主。

## 参 考 文 献

- 1 王清华. 固肾安胎汤治疗先兆流产 40 例小结. 辽宁中医杂志, 1982, 6(9): 14
- 2 朱桂兰. 自拟安胎饮治疗滑胎 130 例总结. 河南中医, 1994, 14(5): 312

## 第二节 异位妊娠

## 一、概述

异位妊娠指受精卵种植在子宫体腔以外部位的妊娠, 俗称“宫外孕”。严格地讲, 两者含义是有不同的, 宫外孕指子宫以外的妊娠, 而宫颈妊娠、残角子宫妊娠亦应属于子宫的一部分, 故异位妊娠的含义较广, 命名方面更确切, 目前临床上诊断多以之取代“宫外孕”之名。

异位妊娠的发病率文献记载差异很大, 但近年有增高趋势。国外文献记载其发生率为 1:50~1:303 次妊娠或为 1:67~1:121 次活产。据天津医学院附属医院等调查统计 1979 年~1981 年异位妊娠与同期分娩总数之比为 0.76%, 与同期妊娠例数之比为 0.27%; 至 1989 年~1991 年前者上升为 3.44%, 后者上升为 1.23%, 相隔 10 年异位妊娠的发生率增加了 4.5 倍。另据中国医科大学附属二院调查统计, 1981 年异位妊娠与分娩总数之比为 2.96%, 1986 年上升为 5.6%, 1991 年上升为 9.56%, 10 年间异位妊娠与分娩总数之比增加了 3 倍多。

根据孕卵着床部位的不同, 异位妊娠包括以下数种: 输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠、宫颈妊娠、子宫残角妊娠等。其中输卵管妊娠约占全部异位妊娠的 95%~98%, 故以下着重讨论输卵管妊娠。输卵管妊娠是指受精卵在输卵管腔内种植并发育。据受精卵在输卵管内的种植位置, 又可分为: 间质部妊娠、峡部妊娠、壶腹部妊娠、伞端妊娠, 其发病部位以壶腹部最多见, 约占 55%~60%; 其次为峡部, 占 20%~25%; 再次为伞端, 占 17%; 间质部最少, 仅占 2~4%。近年文献中偶有子宫切除术后异位妊娠、异位妊娠与宫内妊娠同时存在及脾脏妊娠的报道, 但较为罕见。输卵管妊娠流产或破裂后, 可造成急性腹腔内出血, 发病急, 病情重, 如不及时诊断, 积极抢救, 可危及生命, 是妇产科常见急腹症之一。据全国孕产妇死亡调研协作组 1991 年统计, 在我国孕产妇死亡原因构成中, 异位妊娠占死亡总数的 1.6%。为降低孕产妇的死亡率, 妇产科工作者对本病给予了足够的重视。过去本病一经确诊, 立即行开腹手术。自 50 年代末, 我国采用中西医结合非手术疗法治疗异位妊娠, 取得了较满意的疗效。近年来, 化疗药的多途径给药及腹腔镜的应用又为异位妊娠的治疗开辟了新途径。

中医学中没有与异位妊娠或宫外孕相同或相对应的病名。根据临床表现, 散见于“妊娠腹痛”“胎动不安”“癥瘕”等病中。如宋代陈自明《妇人大全良方·调经门》有类似异位妊娠的症状描述及其病因、治疗方法的记载: “若经候顿然不行, 脐腹疗痛, 上攻心胁欲死。或因不行, 结积渐渐成块, 脐下如覆杯, 久成肉症, 不可复治。由惊恐忧思, 意所不决, 气郁抑而不舒则乘于血, 血随气行, 滞则血结。以气主先之, 血主后之, 宜服桂枝桃仁汤。”宋代《圣济总录·妇人血积气痛》中, 用没药丸“治妇人血气血积, 坚癖血痕发歇攻刺疼痛, 呕逆噎塞, 迷闷及血蛊胀满, 经水不行”。这些论述与输卵管妊娠破裂或流产时, 多数患者所具有的病史、症状与体征颇有相似之

处。

## 二、病因病理

### (一) 西医病因病理

#### 1. 病因

任何因素造成受精卵运行延迟,干扰受精卵的发育,阻碍受精卵及时进入宫腔,都可导致输卵管妊娠。

(1)慢性输卵管炎 是输卵管异位妊娠最常见的病因。炎症可影响输卵管的管腔及其周围组织。输卵管内膜炎使粘膜皱襞粘连致管腔狭窄或纤毛缺损,影响受精卵的正常运送;输卵管周围炎侵及浆膜层及浆肌层,使输卵管扭曲,管腔狭窄及管壁肌肉蠕动减弱,亦使受精卵的移行受到阻碍。

(2)输卵管发育异常 输卵管壁肌纤维发育较差,肌肉无力或痉挛可影响受精卵的运行;输卵管过长、弯曲、憩室等,使受精卵不能按时到达宫腔,导致输卵管妊娠。

(3)输卵管手术后 如输卵管结扎后偶有再通者,或输卵管修补术后,由于结扎或修补部位狭窄影响受精卵输送。

(4)输卵管周围肿瘤 因肿瘤压迫或牵引输卵管,管腔变窄,移位或被拉长,阻碍受精卵通过。

(5)输卵管子宫内膜异位症 输卵管的异位子宫内膜使管腔变窄阻塞,并可影响输卵管蠕动及纤毛摆动功能,同时对受精卵有趋化作用,均可促使其在宫腔外着床。

(6)受精卵游走 一侧受精卵经宫腔或腹腔向对侧移行,进入对侧输卵管,移行时间过长,受精卵发育长大,遂在对侧输卵管着床。

(7)宫内节育器(IUD)与异位妊娠 我国放置IUD者占世界70%,其人数已达6000万,关于异位妊娠的发生率与放置IUD有无关系,尚有不同看法。有文献报道,通过对10年间240例异位妊娠回顾性分析与计算使用IUD发生异位妊娠的相对危险度,发现带器异位妊娠为未带器者的2.15倍。另有报道为2.90倍~4.50倍。天津医学院附属医院就带器异位妊娠、带器宫内妊娠及无避孕措施异位妊娠占同期妊娠例数的百分比加以比较,发现带器异位妊娠发生率为0.5%,而无避孕措施异位妊娠占同期妊娠例数的0.68%,带器宫内妊娠发生率为1.59%,后两者均高于前者,支持使用IUD并不增加异位妊娠发生率的观点。经典学说认为IUD抗生育的机理在于通过置器后产生的异物反应,改变宫腔内环境,而不利受孕着床。但愈来愈多的研究认为IUD抗生育作用不仅仅局限于宫腔,提示其可能通过改变子宫及输卵管液,损害配子存活,降低精卵结合和受精的机会等方式,在宫腔外干扰卵子到达宫腔以前的生殖过程。IUD这种多环节的抗生育机理从理论上证明节育器可以减少妊娠的发生,包括异位妊娠的发生。

另据美国进行的大样本病例对照研究,发现使用IUD与未使用者相比,IUD使用少于2年者,发生异位妊娠的相对危险度为0.49;使用2年~4年者为1.0;使用超过4年者为1.7。统计学分析提示使用IUD期限较短(少于2年)者,异位妊娠发生的危险性显著低于不使用IUD者( $P<0.05$ );而在使用期限4年以上时,相对危险度值显著升高达1.7,与未使用IUD

者相比,有显著性差异( $P<0.05$ )。国内有文献记载 IUD 并不直接增加异位妊娠的发生,但放置 IUD 时间的长短与异位妊娠有一定关系,带器 3 年以上的女性如果妊娠,则异位妊娠的危险性明显增高。综上所述,两者之间的确切关系,尚有待于流行病学的进一步调查与研究。

另据统计,胚胎染色体结构异常可致异位妊娠,其中以卵子枯萎的比例最高,检查胚胎的染色体类型,发现 1/3 有明显畸变。为促进排卵而使用人绒毛膜促性腺激素的女性,异位妊娠发病率为 3%。

## 2. 病理

(1) 输卵管妊娠的变化与结局 因输卵管管腔狭窄,管壁薄,粘膜只有上皮,粘膜下组织极少,妊娠时缺乏完整的蜕膜组织,限制了受精卵的发育与生长,可导致如下结局:

① 输卵管妊娠流产:指输卵管内的妊娠产物从输卵管的伞端排出。发生率较高,多发生在输卵管壶腹部妊娠,并多在妊娠 3 个月以内。若妊娠产物全部完整地剥离,经输卵管逆蠕动由伞端挤出,是为完全性流产。若输卵管肌纤维收缩力不强,只能将部分妊娠产物排出,仍有小部分留于输卵管内,即为不完全流产,残存物继续侵蚀输卵管组织引起反复出血。

② 输卵管妊娠破裂:指受精卵在输卵管内继续生长,直至管壁自然破裂,妊娠产物则流入腹腔,伴有流血,严重时可能引起休克,甚至危及生命,多见于输卵管峡部妊娠,因此处输卵管腔狭窄,且不易被扩张。破裂的发生与绒毛浸润的范围以及输卵管伸展的程度有关。管腔内压力突然改变或患者突然用力亦可致输卵管妊娠破裂。

③ 继发性腹腔妊娠:输卵管妊娠破裂或流产后,胚胎排入腹腔,绒毛组织仍然附着于管壁,由破损处向外生长,胚胎继续生长发育,形成继发性腹腔妊娠。

④ 陈旧性异位妊娠:输卵管妊娠流产或破裂,由于未能及时治疗,反复内出血,后孕卵死亡,内出血停止,血凝块机化变硬,与周围组织器官粘连,称陈旧性异位妊娠。

(2) 子宫的变化 子宫受内分泌的影响增大变软,但小于停经月份。子宫内膜呈蜕膜变化,无绒毛,亦可呈 A-S 反应:内膜腺细胞增大,排列成团,突向腺腔,细胞浆含空泡呈泡沫状,细胞核肥大,涂染呈小叶状或形态不规则,参差不齐,偶有分裂相,出现高度分泌相。受精卵死亡后,蜕膜呈退行性变,自宫腔剥离由阴道排出。偶可见蜕膜呈管型完整排出。阴道出血主要是由于蜕膜分离与脱落所引起。

## (二) 中医病因病机

### 1. 病因

本病的发生主要是由于先天肾气不足,冲任未盛,胞脉胞络发育异常;或七情内伤,肝气郁滞,气血运行不畅;或经期产后,血室正开,摄生不慎,湿毒之邪乘虚而入或风冷客于子门,阻遏经脉,而致气滞血瘀,冲任不畅,胎元运行迟缓或运行受阻,不能进入胞宫而滞留于胞外。或者因房事不节,精浊损于冲任,致冲任失调,气血不和,脉络失畅,致胎元不得达于子宫,阻滞血脉流行,瘀结少腹,发为本病。

### 2. 病机

因胎元于异常部位生长发育,影响气血的流畅,致瘀阻形成,而成少腹血瘀证;瘀血阻滞,脉络受损,血不循经,溢于脉外,蓄积少腹,成少腹蓄血证;失血过多,阴血暴亡,阳气暴脱,可致阴阳离决之危候。瘀血阻滞日久,与邪相搏而成癥瘕。

总之,本病病位在于胞脉及胞络,属少腹血瘀之实证。输卵管妊娠未破损型及包块型属癥



证;已破损型为少腹蓄血证;休克型则为亡阴亡阳之危候。

### 三、临床诊断

#### (一)辨病·西医诊断

##### 1. 症状

(1)停经史 除间质部妊娠停经时间较长外,大都停经6周~8周,亦有少数患者主诉并无停经史,可能由于月经仅过期几天,不认为是停经,或将蜕膜分离所致少量阴道流血误认为是月经来潮。

(2)腹痛 输卵管妊娠未破裂者可有下腹一侧隐痛或坠痛,流产或破裂者表现为下腹一侧突然绞痛或撕裂样疼痛,有持续性或间歇性发作的特点。腹腔内出血刺激腹膜可伴有恶心、呕吐;出血较多,血液流至全腹时,可有全腹部疼痛;刺激膈肌,引起肩胛部放射痛;当血液积聚于子宫直肠陷凹处时,可引起肛门坠痛,有排便感。

(3)阴道不规则流血 多为点滴状,呈深褐色,量少,一般不超过月经量。少数病例阴道流血量较多。

(4)晕厥与休克 由于腹腔内出血及剧烈腹痛,可致晕厥与休克。其严重程度与腹腔内出血速度和出血量成正比,但与阴道出血不成比例。

##### 2. 体征

输卵管妊娠流产或破裂前,腹部检查多无阳性体征,盆腔检查可见子宫颈着色,子宫略大,略软,但小于停经月份,一侧附件区可能触及一较柔软之包块,或仅有增厚感。

输卵管妊娠流产或破裂时致急性腹腔内出血所见:

(1)休克征 急性大量出血时,出现面色苍白,烦躁,脉搏快而细弱,皮肤湿冷,血压下降等失血性休克征象。

(2)血腹征 腹部微膨隆,下腹部有明显压痛及反跳痛,尤以病变侧为甚,腹肌紧张不明显,内出血多时,叩诊有移动性浊音。在比较瘦而腹壁很薄的女性,腹腔内有大量出血时,有时在脐周围可见皮肤呈紫蓝色,此种征象称为“库伦氏征”。

(3)妇产科检查 阴道后穹窿饱满,有触痛;宫颈有明显举痛;子宫稍大而软,内出血多时子宫可有漂浮感;子宫一侧可触及较软之包块,触痛明显。若为陈旧性异位妊娠,可于子宫一侧或后方触及边界较清楚的包块,不易与子宫分开,包块固定,触痛轻。

##### 3. 实验室及其他检查

(1)血常规 红细胞与血红蛋白降低,表示有腹腔内出血。白细胞常略有增高。

(2)尿妊娠试验 呈阳性反应,但阴性者也不能完全排除异位妊娠,因其血、尿hCG水平均较正常妊娠为低。

(3)后穹窿穿刺 抽出暗红色不凝血为阳性结果,说明有腹腔内出血。

(4)诊断性刮宫 病理检查子宫内膜呈蜕膜变化,无绒毛,或内膜呈A-S反应。

(5)血 $\beta$ -hCG放射免疫测定 为常用检测指标,其对早孕的诊断比腹部超声早2周~3周,比阴道超声早1周~2周。异位妊娠时,受精卵种植于子宫内膜以外,滋养细胞发育不良,分泌hCG量少,与其同孕龄正常妊娠相比其值偏低。据1992年全国异位妊娠研讨会研讨,认

为确诊异位妊娠血  $\beta$ -hCG 为 5IU~100IU/L, <5IU/L 为正常值。正常情况下, 受精后 7 天~10 天可测出血清  $\beta$ -hCG, 以后每 2 天  $\beta$ -hCG 量倍增。若  $\beta$ -hCG 每 2 天增加之量大于 66%, 可诊断为宫内妊娠, 若小于 66%, 则为异位妊娠或流产。由于  $\beta$ -hCG 在异位妊娠时比正常宫内妊娠中的倍增时间长, 对于有异位妊娠高度危险性的患者, 可作血  $\beta$ -hCG 连续测定, 进行监护。 $\beta$ -hCG 水平下降, 呈平段或上升速度低于正常, 均提示有异位妊娠的可能。王淑华等报道, 64 例异位妊娠  $\beta$ -hCG 均值为 20.9IU/L  $\pm$  13.52IU/L, 42 例早孕对照组为 104.49IU/L  $\pm$  58.93IU/L, 异位妊娠  $\beta$ -hCG 同胎龄正常妊娠比差异显著 ( $P < 0.01$ )。

(6) 血孕酮 异位妊娠时, 血浆孕酮水平偏低, 故有人将其作为早期异位妊娠的诊断指标, 但据文献所述, 目前尚无恰当的预测异位妊娠的临界值, 只能作为分析诊断的参考。

(7) B 型超声检查 对输卵管妊娠的早期诊断有较高价值, 诊断符合率 > 90%。声像所见主要为子宫体增大, 但宫腔内不见妊娠囊, 附件区有包块声像, 大小不一, 可呈混合性或囊性, 边界欠清晰且不规则, 多位于一侧附件及子宫后方处。未破损者包块内有时可见妊娠囊, 妊娠时间较长者, 囊的暗区内可见胚芽及胎心搏动, 如已破损则可见由凝血块和胚胎组织形成的不规则混合性暗区, 内出血少时, 子宫直肠陷凹处可见液性暗区。内出血多时, 显示腹腔中液体平段, 甚至可见肠管漂动。

B 型超声检查结合血  $\beta$ -hCG 放射免疫测定, 对诊断更有价值。正常情况下宫内妊娠与宫外孕并存率为 1:30 000, 因此, 如果 hCG 提示体内有绒毛存在, 而 B 超又排除宫内妊娠, 异位妊娠的可能性高达 93%~99%。

阴道超声 (TVS) 已在临床广泛应用, 其高频感受器可接近被检查的器官, 无需充盈膀胱, 所需时间短而分辨率高。结合临床, 诊断准确率可达 98%。有学者研究认为, 一旦  $\beta$ -hCG 水平超过 1500IU/L, 如是正常宫内妊娠, 经 TVS 检查, 一定可见到妊娠囊; 如果见不到妊娠囊, 应考虑的诊断包括宫外孕, 新近发生的自然流产或极少见的早期退变葡萄胎。

(8) 腹腔镜检查 是目前最理想的诊断方法, 阳性诊断率 > 90%, 漏诊率仅 3%~4%。尤其是早期未破裂的病例, 可直视盆腔观察妊娠部位及其大体病理变化, 既能提高诊断的准确性, 又可开展腹腔镜下治疗。但有血腹征时不宜采用。

#### 4. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断 早期症状不明显, 诊断较为困难, 但认真询问病史, 结合妇产科检查、超声、hCG 测定等, 可提高诊断的准确率。输卵管妊娠破裂时症状典型, 多数病人可及时做出诊断。诊断有困难时, 须严密观察病情变化并行必要的辅助检查, 以免贻误病情。

##### (2) 鉴别诊断

① 急性阑尾炎: 腹痛与输卵管妊娠极为相似, 但无停经史及妊娠征象。腹痛开始于脐周或中上腹部, 后转移至右下腹部, 麦氏点有压痛及反跳痛, 白细胞尤其是中性粒细胞增高, 无贫血征象, 尿妊娠试验阴性, 妇产科检查无异常。

② 急性盆腔炎: 本病多有感染史, 临床表现除腹痛外, 尚有发热及白带增多, 无停经史及妊娠征象。妇产科检查阴道有灼热感, 但后穹窿不饱满, 宫体及附件区有明显压痛, 以感染性腹膜炎为主, 移动性浊音阴性, 白细胞尤其中性粒细胞增高明显。

③ 卵巢肿瘤蒂扭转: 无早孕的症状及体征, 表现为突发下腹部剧烈疼痛但无内出血征象, 病史中常有下腹部移动性包块或卵巢肿瘤史, 以及类似的腹痛史。妇产科检查无后穹窿饱满及宫颈举痛, 可在子宫一侧扪及有明显压痛的包块, 压痛以宫角部为甚。

④宫内妊娠流产:两者均具备停经史及早孕症状。但宫内妊娠流产时腹痛部位常在小腹正中,疼痛程度较输卵管妊娠破裂为轻,呈阵发性,无内出血征象。阴道流血量较多,子宫大小与妊娠月份相符,且子宫颈口已开,排出组织中有绒毛及胚胎。

⑤黄体破裂:多发生于月经前,破裂时与异位妊娠破裂一样出现急性腹痛、贫血、休克等内出血症状及体征。常伴阴道流血,但无妊娠征象,尿妊娠试验阴性。与异位妊娠破裂鉴别困难,常在剖腹探查时作出诊断。

## (二)辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

停经、腹痛、阴道流血为本病三大主症,病机总属少腹血瘀之实证。临床应四诊合参,详加辨识。由于胎元孕于异常部位,气血运行失畅,胎元发育受阻,以致瘀阻发生,该处脉络受损而血不归经,大量血液蓄积少腹,致腹痛大作,同时由于阴血暴伤,出现一系列亡血之症,故首当辨其亡血与疼痛的程度以明病情的严重性,而采取有效的治疗措施。

### 2. 辨证分型

(1)未破损期 指输卵管妊娠尚未破损者。

〔临床表现〕有短期停经史或不规则阴道流血,可有早孕反应,或下腹一侧隐痛,脉弦滑。双合诊检查一侧附件可触及软性包块,有压痛。尿妊娠试验可呈阳性。

〔辨证分析〕停经妊娠,故可有早孕反应;孕卵位于输卵管处种植发育,胞脉阻滞,气血运行不畅,不通则痛,故一侧下腹有隐痛;瘀血阻滞,新血不得归经,故可有阴道流血;气血与孕卵瘀结成癥,故有包块。脉弦滑亦为阻滞之象。

(2)已破损期 指输卵管妊娠流产或破裂者。

①休克型:输卵管妊娠破损后引起急性内出血,临床有休克体征者。

〔临床表现〕有停经史或不规则阴道流血,突发一侧下腹剧痛,或撕裂样疼痛,拒按,呈持续性或反复发作,伴面色苍白,四肢厥逆,冷汗淋漓,恶心呕吐,烦躁不安,脉微欲绝或细数无力。血压下降或不稳定,有腹部及妇产科检查阳性体征。

〔辨证分析〕孕卵停滞于胞宫之外,但亦因妊娠而有停经史。孕卵发育至一定程度,胀破脉络,血不循经而溢于腹中,故突发下腹剧痛,持续发作;阴血暴失,气随血脱,故面色苍白,四肢厥逆,冷汗淋漓;阴血亡失,心神失养,故烦躁不安。脉微欲绝或细数无力均为阴血暴亡,阳气暴脱之证。

②不稳定型:指输卵管妊娠破损时间不长,病情不稳定,有再次内出血可能者。

〔临床表现〕腹痛拒按,但逐渐减轻,阴道少量流血,褐色,肢倦乏力,脉细缓,血压平稳。妇产科检查一侧附件可触及界限不清的包块。

〔辨证分析〕孕卵胀破胞络,脉络破损,血不循经而外溢成瘀,瘀血阻滞不通,则腹痛拒按。瘀血内阻,新血不得归经,故阴道流血,褐色。气血骤虚,脉道不充,故脉细缓。

③包块型:指输卵管妊娠破损时间较长,腹腔内血液已形成血肿包块者。

〔临床表现〕腹腔内形成血肿包块,腹痛逐渐减轻或消失,可有下腹坠胀不适或便意感,阴道流血逐渐停止,舌质黯,脉细涩。妇产科检查子宫一侧或子宫后方可触及半实质性或实质性包块,边界清楚。

〔辨证分析〕络伤血溢于少腹成瘀,瘀积成癥,故腹腔内有血肿包块。癥块阻碍气机,故下

腹坠胀或有便意感。舌质黯,脉细涩亦为血瘀之象。

## 四、治疗

### (一)西医西药治疗

#### 1. 手术疗法

输卵管妊娠已破裂者以手术治疗为主,尤其是疑为输卵管间质部妊娠或残角子宫妊娠者,更应早期诊断,及时手术。手术治疗分根治性手术和保守性手术,手术方法有剖腹手术和腹腔镜手术。

(1)根治性手术 指将病变的一侧输卵管连同妊娠产物一并切除。一般采用输卵管切除术,有绝育要求者可同时结扎对侧输卵管。输卵管间质部妊娠时,行输卵管切除以及子宫角部楔形切除术。

(2)保守性手术 对未产妇及生育能力较低,但又需保留生育能力的女性可行保守性手术,是指在腹腔镜下或剖腹下用手术方法清除妊娠产物,保留输卵管的手术。根据患者全身情况、孕卵着床部位及输卵管病变程度选择术式,目前采用的手术有挤压术、输卵管切开术、输卵管造口术和输卵管部分切除端吻合术等。

保留输卵管手术的适应症:患者年龄在35岁以下者;无健康子女存活者;患者和家属要求再生育者;一侧输卵管已被切除者;胚胎种植部位距子宫角1cm,处壶腹部之间。

保守手术应具备的条件:患者内出血不急剧,休克已纠正,病情较稳定;仔细检查输卵管无炎症、无粘连、无较大范围破坏,特别注意胚胎位置大小以及保留的输卵管的长短。

腹腔镜下手术适用于病情相对稳定,出血少,包块直径 $<3\text{cm}$ 的未破裂型输卵管妊娠,具有手术时间短,住院天数少,术后镇痛药物用量明显比经腹手术减少,康复时间缩短,手术损伤小,恢复快,术后粘连发生率低等优点。

#### 2. 药物治疗

目前国内外报道应用较多者为氨甲喋呤(MTX),MTX是一种抗代谢类药物,体外实验表明具有明显抑制绒毛细胞生长的作用。可单独使用,亦可与甲酰四氢叶酸(CF)合用。

##### (1)适用范围

①输卵管妊娠:主要是未破裂型。输卵管浆膜完整,无活动性出血或贫血现象,输卵管妊娠产物处直径 $\leq 3\text{cm} \sim 4\text{cm}$ ,腹腔中血液 $<100\text{ml}$ , $\beta\text{-hCG} < 3000\text{IU/L}$ ,生命体征稳定及年轻、要求生育者。

②输卵管妊娠保守性手术失败:保守手术后4%~10%患者残留绒毛组织,异位妊娠仍继续存在,化疗可避免再次手术,减少组织损伤。

③其他类型异位妊娠:宫颈妊娠以往治疗需切除子宫,应用MTX能使之治愈,保存生殖机能。残角子宫妊娠手术治疗后往往不孕,药物治疗有利于功能恢复。

④异位妊娠伴严重内科疾患:手术治疗危险性大,可用药物治疗。

##### (2)禁忌症

①异位妊娠出现明显症状,胚泡较大,积血量较多,有可疑破裂时。

②B超显示胎心搏动,为绝对禁忌症。

③ $\beta$ -hCG $>10\,000$  IU/L 时,提示绒毛生长活跃,禁忌用药物治疗。

④严重肝、肾疾患或凝血机能障碍。

### (3) 用药方法

①MTX 口服:每天 0.4mg/kg,5 天为 1 疗程,一般用量为 25mg/天。但毒性较大,目前已较少使用。

②MTX 肌注:每天 0.4mg/kg,5 天为 1 疗程,间隔 1 周后开始第 2 疗程,总量为 60~300mg。如 hCG $<100$  IU/L,MTX 总量为 60mg~150mg;hCG $>2\,000$  IU/L,MTX 总量为 75mg~300mg。或 50mg/m<sup>2</sup>,单次肌肉注射,120 例患者治疗结果成功率达 94%。

③MTX-CF 方案:当 MTX 用量为 1mg/kg 时,血浆浓度达  $10^{-8}$  M,须用 CF 解救。注意:MTX 静脉滴注时间应 $<4$  小时;CF 剂量约为 MTX 的 1/10;MTX 和 CF 间隔为 24 小时。

④MTX-CF 个体化减量方案:MTX 1mg/kg,im,每日 1 次,间隔日用 CF 0.1mg/kg,im,1 剂 MTX 和 1 剂 CF 作为 1 次化疗剂量,总量最多 4 次,每日测定  $\beta$ -hCG 及 P,当  $\beta$ -hCG 下降 $\geq 15\%$ 或 P $<1$  IU/L 时停用。

⑤MTX 局部注射:局部用药方法有腹腔镜或 B 超引导下经后穹窿做妊娠包块内注射,也有经宫腔镜或绝育用金属导管做输卵管注药的报道,成功率约为 80%~90%。用药剂量为 30~50mg。腹腔镜下注射 MTX 的适应症:输卵管妊娠部位直径 $\leq 3$ cm;浆膜完整无破裂出血;腹腔内无活动性出血;血液动力学无明显改变。

(4) 毒性反应 主要表现为口腔炎、一过性转氨酶升高和骨髓抑制,约 20%~30% 病例出现毒性反应。

(5) 对妊娠和子代的影响 MTX 治疗后可增加再次妊娠机会,已有治疗后妊娠的报道。研究认为对子代的畸形率无影响。

异位妊娠常用其他化疗药物:

(1) 5-氟尿嘧啶 (5-Fu) 5-Fu 也是抗代谢类药物,能阻止尿嘧啶脱氧核苷酸转变为胸腺嘧啶脱氧核苷酸,影响 DNA 的合成,从而抑制滋养细胞的生长。用法为每日 5-Fu 10mg/kg,加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500ml 中静滴,4 小时~6 小时内滴完,1 个疗程 6 天~8 天。另外,对颈管妊娠不易清除胚胎组织者,也可用 5-Fu 250mg 宫颈局部注射,7 天后重复 1 次,使胚胎组织自行脱落,2 周后宫颈恢复正常。5-Fu 毒性有骨髓抑制、过敏反应及严重的消化道症状,如粘膜溃疡、坏死等,故应慎重采用。

(2) 放线菌素 D 放线菌素 D 是抗肿瘤抗生素类药物,能嵌入 DNA 双螺旋链中,阻碍 DNA 多聚酶的功用,从而抑制滋养细胞的生长。有人用放线菌素 D 治疗 1 例左侧输卵管间质部妊娠患者,疗程结束时测血  $\beta$ -hCG 由 4 920 IU/L 降至 5 IU/L 以下,6 周后子宫输卵管造影示通畅。用法为放线菌素 D 0.5mg 静脉注射,每日 1 次,连用 5 天为 1 疗程,共 4 疗程,每疗程间歇 7 天,未见明显副反应。

(3) Ru486 Ru486 是一种抗孕酮类药物,能在孕酮作用之前先与受体结合,有中和孕酮的作用,从而使异位妊娠不能持续。有人用 Ru486 口服 400mg~600mg,每日 1 次,共 10 天,85% 的异位妊娠消失。

另外,还有人用在阴道超声引导下,经后穹窿穿刺注射氯化钾或单纯抽吸囊液获得成功的病例,从而为异位妊娠的保守治疗开辟了新途径。随着诊断技术的不断提高,早期诊断病例增多,保守治疗日益瞩目,甚至可能成为治疗的主要模式。



## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### (1) 未破损期

〔治法〕活血化瘀，消癥杀胚。

〔方药〕宫外孕Ⅰ号方（山西医学院附属第一医院）。

赤芍 15g，丹参 15g，桃仁 9g，三棱 6g，莪术 6g。

〔加减〕①有发热，体温升高等感染症状者，加金银花 30g，连翘 10g，红藤、败酱草各 30g 以清热解毒。

②便秘者加生大黄 6g（后下）或番泻叶 9g 代茶饮以泻热通便。

〔分析〕方中赤芍、丹参、桃仁活血化瘀；三棱、莪术消癥散结。

#### (2) 已破损期

##### 休克型

〔治法〕回阳救脱，活血祛瘀。

〔方药〕参附汤（《校注妇人良方》）合生脉散（《内外伤辨惑论》）。

人参 15g，熟附子 9g，麦冬 15g，五味子 15g。

休克纠正后，加服宫外孕Ⅰ号方（山西医学院附属第一医院）。

丹参 15g，赤芍 15g，桃仁 9g。

〔加减〕①若大汗淋漓不止者，加山茱萸 15g 以敛汗涩精气。

②若内出血不止者，加三七粉 3g（冲服）以化瘀止血。

〔分析〕方中人参、附子回阳救脱，麦冬、五味子益气养阴。休克纠正后，以丹参、赤芍、桃仁活血化瘀。

##### 不稳定型

〔治法〕活血化瘀，佐以益气。

〔方药〕宫外孕Ⅰ号方加味。

丹参 15g，赤芍 15g，桃仁 9g，党参 15g，黄芪 18g。

〔加减〕①出血较多者，加云南白药 0.5g（吞）或三七粉 3g（冲服），每日 2 次～3 次以活血化瘀止血。

②若大便秘结，苔黄腻者，加生大黄 6g，枳壳 6g 以通利腑实。

〔分析〕丹参、赤芍、桃仁活血化瘀，瘀去新生；党参、黄芪补益正气，使气行血行，扶正以祛邪。

##### 包块型

〔治法〕破瘀消癥。

〔方药〕宫外孕Ⅰ号方。

丹参 15g，赤芍 15g，桃仁 9g，三棱 6g，莪术 6g。

〔加减〕①腹痛重者，加延胡索 15g 以活血行气止痛。

②久病气虚，身体虚弱者，加党参 18g，黄芪 15g 以益气扶正。

③包块较硬者加穿山甲 9g，炙鳖甲 12g 以软坚散结，促进包块的消散。

④伴低热者，加生地 12g，丹皮 9g，旱莲草 15g 以育阴清热。



〔分析〕赤芍、丹参、桃仁活血化瘀，三棱、莪术消癥散结。

(3) 兼证处理 多见而重要的兼证是腑实证。因内出血致剧烈腹痛、腹膜刺激征及肠蠕动减弱，故临床常出现腹胀便秘，胃脘不适之腑实证。必须重视兼证的治疗，否则可导致再次破裂，亦妨碍进食及药物的吸收，影响疗效。根据临床表现，腑实证辨证有热实、寒实及寒热夹杂三种。

①属热实者，见腹部硬痛、拒按，口渴烦躁，大便不通，苔黄厚而干，脉沉实滑数有力。可于主方中加入生大黄 6g（后下），芒硝 6g（冲服），以苦寒攻下，荡涤胃肠实热积滞，通导大便。

②属寒实者，见脘腹胀满，剧烈疼痛，喜热敷，畏寒肢冷便秘，舌苔白腻，脉细而弦紧。可配熟附子 9g，细辛 3g，生大黄 9g（后下）以温通寒积，待寒除结散便通后，仍应活血化瘀，佐以温经法，可加炮姜 6g，肉桂 1.5g。

本型亦可选用九种心痛丸（《金匱要略》），其方药组成为：附子 9g，高丽参 3g，干姜 3g，吴茱萸 3g，狼毒 3g，巴豆霜 3g。上药共研细末，炼蜜丸如豌豆大，每次服 3 粒～10 粒。

③寒热夹杂者，主方中加大黄 9g（后下），芒硝 6g（冲服），肉桂 1.5g（后下），以泻积通便，温运经脉。

④疏通胃肠同时，可佐枳实、厚朴各 3g～9g 以宽肠理气消胀。

## 2. 验方治疗

(1) 活络效灵丹（《医学衷中参西录》）加减

〔组成〕丹参 15g，赤芍、桃仁各 9g，乳香、没药各 5g，槐花 10g，花蕊石 15g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕活血化瘀，通络止痛。

〔疗效观察〕治疗 149 例，将所有经过确诊之患者辨证分型，其中虚脱型 33 例，以独参汤益气摄血，必要时输血输液纠正休克，若出现四肢厥逆则以四逆汤回阳救逆；气滞血瘀型 53 例，以基本方主之，如腹痛酌加失笑散、延胡索、香附等理气止痛，加川牛膝、蜈蚣等杀胚堕胎；癥积型 63 例，以基本方去乳香、没药，加三棱、莪术破癥化瘀。治疗结果：虚脱型治愈 27 例（81.8%）；气滞血瘀型治愈 50 例（94.3%）；癥积型治愈 63 例（100%），总有效率 94%<sup>〔1〕</sup>。

(2) 乳没汤

〔组成〕乳香 10g，没药 10g，桃仁 10g，红花 5g，赤芍 10g，丹参 15g，三棱 10g，莪术 10g，山楂 15g，当归 15g，川芎 10g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服。

〔功用〕活血化瘀，消癥散结。

〔疗效观察〕以本方治疗宫外孕 30 例，26 例治愈，4 例有效<sup>〔2〕</sup>。

(3) 补阳还五汤（《医林改错》）加味

〔组成〕炙黄芪 12g，当归 9g，赤芍 12g，川芎 6g，红花 9g，桃仁 9g，地龙 12g，水蛭 9g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服。

〔功用〕益气活血，化瘀通络。

〔疗效观察〕以本方随证加减治疗陈旧性宫外孕 40 例，用药 3 个月治愈 25 例，用药 4 个月治愈 7 例，用药 5 个月治愈 5 例，用药 6 个月治愈 1 例，合计治愈 38 例<sup>〔3〕</sup>。

### 3. 单味药治疗

#### (1) 天花粉

〔药理〕天花粉是中药瓜蒌的块根，分离提纯出天花粉蛋白，该药抗早孕有一定的细胞专一性，能迅速地、选择性地直接作用于滋养层细胞，使绒毛合体滋养层细胞变性坏死，解体的滋养层细胞碎片引起血窦阻塞，造成循环障碍，影响其内分泌功能，使血清hCG下降，绒毛广泛变性坏死而终止妊娠。

〔用法〕采用结晶天花粉注射液（上海金山制药厂生产）每支1.2mg。先以结晶天花粉皮试液做皮试，观察15分钟，阴性者再行试探性注射结晶天花粉0.05mg，2小时后无反应再次肌肉注射1.2mg，每隔4小时测体温、血压、脉搏。用地塞米松5mg，连续3天以减轻全身反应，隔日测血、尿hCG，并做B型超声检查。

〔疗效〕治疗26例中，24例有效，1例无效者剖腹探查后，病理检查为绒毛。hCG降至非孕水平平均天数为9.40天±5.82天，与同期手术治疗者相比，无明显差异（ $P>0.05$ ）<sup>〔4〕</sup>。

#### (2) 断血流

〔药理〕小鼠腹腔注射断血流酒精提取物可显著缩短血凝时间。家兔草酸血滴加氯化钙及亚丁醇提取液后亦可使血凝时间显著缩短。外用于兔、狗动脉出血及切割肝脾之出血亦有止血作用。滴加于蛙肠系膜微小血管上可见动脉显著收缩而静脉微扩张。其温浸液在试管内对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌及痢疾杆菌有杀菌作用，故提示本药有明显抗菌作用。

〔用法〕休克型病人纠正休克后，同时服“断血流”制剂每日3次，每次胶囊3粒（每粒相当于生药5g）或糖衣片4粒（每粒相当于生药4g），包块型患者口服断血流，每日3次，每次服胶囊2粒或糖衣片3粒。

〔疗效〕28例全部治愈。服药2天~3天，腹痛明显减轻，绝大部分服药后第3天，腹痛局限于下腹部，局部包块在2周~4周全部吸收。28例中，4例休克型病人，包块形成后12天内全部吸收，最长1例50天吸收。阴道流血一般在14天左右停止，最短10天，最长35天，随访3例再孕，1例足月分娩<sup>〔5〕</sup>。

### 4. 其他疗法

#### (1) 外敷法

①消瘰散：千年健60g，续断120g，追地风60g，川椒60g，五加皮120g，白芷120g，桑寄生120g，艾叶500g，透骨草250g，羌活60g，独活60g，赤芍120g，归尾120g，血竭60g，乳香60g，没药60g。

上药为末，每250g为1份，纱布包裹，蒸15分钟，趁热外敷，每日1次~2次，10天为1疗程。适用于包块型异位妊娠患者<sup>〔6〕</sup>。

②双柏散：侧柏叶60g，大黄60g，黄柏30g，薄荷30g，泽兰30g。

制、用法如消症散<sup>〔6〕</sup>。

#### (2) 灌肠法

紫草30g，蜈蚣2g，淮牛膝10g，丹参15g，赤芍12g，桃仁10g，当归10g，花粉30g，三棱10g，南星30g。

水煎上药，浓缩成150ml，药温宜30℃~40℃，每次药量100ml~150ml，每日灌肠1次。灌肠时，患者取侧卧位，取直径4mm大小的导尿管，用石蜡油或肥皂液润滑导尿管前端，插入肛门内深度为7cm~8cm，尔后将药液缓慢注入。在病情许可的情况下，如阴道流血不多，

腹痛不甚明显时,可早晚各灌肠1次,灌肠后取膝胸卧位,抬高臀部,药液保留30分钟,使药液从肠道完全吸收。

该方活血化瘀,消癥杀胚,散结止痛。适用于宫外孕<sup>[7]</sup>。

### (三) 中西医结合治疗

#### 1. 早期诊断及及时治疗

随着 $\beta$ -hCG放射免疫测定、阴道超声及腹腔镜等多种检测技术的高速发展,为早期诊断异位妊娠提供了有利条件。早期诊断具有多方面优点,因胎块局限于输卵管内,及早处理,可防止其继续生长发育而流产或破裂,造成大量内出血,甚至休克;又可减少输卵管组织的破坏,较好地保持了输卵管的完整性及其功能。早期诊断使未破裂阶段的输卵管妊娠比例不断增高,从而使中西医结合保守治疗所占比重益愈加大。

#### 2. 杀灭胚胎乃保守治疗成功之关键

经保守治疗后,病情稳定,腹痛缓解,阴道流血量减少甚至停止,血、尿hCG转为阴性,均提示胚胎已死亡,保守治疗成功。对中西药物杀胚效果的观察临床有较大进展,中西医结合杀胚治疗亦屡见报道。如报道应用腹腔镜观察202例疑似宫外孕患者,确诊133例,采用中药活血化瘀加天花粉针剂。若天花粉过敏者改MTX 5mg,口服每日3次,总量90mg~100mg,肾功能损害者忌用。治疗后hCG转阴时间,天花粉为5天~7天,MTX约14天。治疗84例,均告成功,其中20例患者病愈后行腹腔镜检查,观察输卵管通畅度,发现亚急性期治愈的患者,其输卵管通畅率比包块形成期治愈的输卵管通畅率高( $P<0.01$ )<sup>[8]</sup>。

#### 3. 止血抗休克急则治其标

休克是输卵管妊娠破裂导致大量内出血所致,出现一系列阴血暴亡,阳气骤脱之症,虚象为其主要见症,此时止血固脱,回阳救逆势在必行。治疗上应先行抗休克治疗,采取补液输血、给氧等方法,并做好剖腹探查准备;中药则用独参汤、参附汤或生脉散益气摄血,养阴生津。此时不宜用活血化瘀之法,以免犯虚虚之戒,实践证明中西医结合抗休克,要比单纯选用中药或单纯使用西药更为有效。

#### 4. 动态观察以免贻误病情

保守治疗中,应密切随访血、尿hCG变化,以了解病情变化及病机转归,判定治疗效果,对hCG持续不降或逐渐上升,提示体内有存活胚胎者,应积极治疗,以防晚期大出血,同时应行B超检查,随访了解包块消退情况,及时调整中药处方。

#### 5. 把握手术时机

保守治疗过程中,随时做好手术准备,若中西医结合保守治疗无效,一旦出现手术指征,应立即手术。

## 五、预防

### (一) 未病先防

输卵管妊娠的预防在于防止输卵管的感染与损伤。注意经期卫生,避免产后和流产后感染,积极治疗盆腔炎症,对预防输卵管妊娠有重要意义。

## (二) 既病防变

异位妊娠一经确诊,须绝对卧床休息,避免过早起床活动。尽量减少体位改变及增加腹压的动作,以防内出血加重。严格控制饮食,忌服生冷、油腻食物,以免发生腑实证。禁忌灌肠,避免不必要的盆腔检查(陈旧性宫外孕除外)。专人护理,严密观察血压、脉搏、腹痛情况及血红蛋白、红细胞计数,血、尿hCG变化,以免贻误病情,造成不良后果。

### 参 考 文 献

- 1 周嘉媛. 活络效灵丹加减治疗宫外孕149例临床观察. 江苏中医杂志, 1985, 6(9): 24
- 2 林淑琴. 自拟乳没汤治疗宫外孕30例. 吉林中医药, 1991, 12(4): 26
- 3 朱永昌. 补阳还五汤加味治疗陈旧性宫外孕40例. 上海中医药杂志, 1991, (6): 20
- 4 姜惠中, 周忠民. 结晶天花粉注射液治疗异位妊娠. 湖北中医杂志, 1992, 14(5): 7
- 5 缪芝茜. 中药“断血流”治疗宫外孕28例报道. 中华医学杂志, 1977, 57(1): 32
- 6 湖北中医学院主编. 中医妇产科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1980. 63
- 7 黄晓君, 张帆. 中药灌肠治疗宫外孕6例报道. 贵州医药, 1989, (2): 119
- 8 杨赛梅. 腹腔镜在中西医结合治疗宫外孕中的应用. 中国中西医结合杂志, 1985, 5(4): 21

## 第三节 妊娠剧吐

### 一、概述

妊娠早期出现择食,食欲不振,轻度恶心呕吐,头晕,倦怠等症状,称为早孕反应,为妊娠早期常有的现象。多在妊娠6周左右出现。晨起较重,对工作生活影响不大,不需治疗,一般至妊娠12周后自行消失。若恶心严重,频繁呕吐,不能进食,食入即吐,呕吐物除食物及粘液外,严重者可呕吐胆汁或咖啡色血液或反复呕吐不能自止,致酸中毒及电解质平衡失常,称为妊娠剧吐,应及时积极治疗,以免影响孕妇及胎儿的健康。

中医学称此为“恶阻”,又称“病儿”“阻病”“子病”“病食”等。东汉张仲景《金匱要略》中首载了两首治疗该病的方剂,如《妊娠病脉证并治》中有“妊娠呕吐不止,干姜人参半夏丸主之”,另有“妇人得平脉,阴脉小弱,其人渴(呕),不能食,无寒热,名妊娠,桂枝汤主之”的记载。“恶阻”病名首见出于隋代巢元方《诸病源候论》,其设“恶阻候”专条,并详述其病因病机和主要临床特征:“此由妇人元本虚羸,血气不足,肾气又弱,兼当风饮冷太过,心下有痰水挟之而有娠也。经血既闭,水渍于脏,脏气不宣通,故心烦愤闷,气逆而呕吐也;血脉不通,经络否涩,则四肢沉重,挟风则头目眩”。宋元时代的医家进一步丰富了对本病的病机的论述,如陈自明《妇人大全良方》:“妊娠恶阻病……由胃气怯弱,中脘停痰”,朱丹溪《丹溪心法治要》亦有“因怒气所激,肝气既逆,又挟胎气,参术之补,大非所宜”的记载。明代张介宾《景岳全书》中说“及三月余而呕吐渐止者,何也?盖胎元渐大,则脏气仅供胎气,故无暇上逆矣”,指出了其发病规律特点。清代吴谦《医宗金鉴·妇产科心法要诀》对其病机作了全面概述,提出了本病“当以胃弱为主,更审其或因胎气阻逆,或痰饮阻逆,与夫兼热、兼寒,而分治之。”

## 二、病因病理

### (一) 西医病因病理

#### 1. 病因

妊娠剧吐的确切病因迄今未明。目前认为主要与体内激素作用机制和精神状态的平衡失调有关。

(1) 激素作用 因早孕反应的发生时间是体内绒毛膜促性腺激素(hCG)水平最高时期, hCG分泌量愈多, 反应就越严重。如在葡萄胎或多胎妊娠的孕妇血内hCG浓度明显升高, 而发生剧吐者亦显著增加。一旦早期妊娠终止, 早孕反应亦随之消失。这些都说明本症与hCG关系密切。但反应的严重程度, 不一定与hCG含量成正比。此外, 如肾上腺皮质功能低下, 则其皮质激素分泌不足, 从而使体内水及糖类代谢紊乱, 出现恶心呕吐。应用促肾上腺皮质激素(ACTH)或皮质激素治疗时, 症状可明显改善。故认为肾上腺皮质功能降低亦与妊娠剧吐有一定关系。

(2) 精神因素 临床观察到在神经系统不稳定、精神紧张型孕妇中, 妊娠剧吐较为多见, 说明此病可能与大脑皮质与皮质下中枢功能失调, 致丘脑下部植物神经系统功能紊乱有关。

另外, 据文献记载, 妊娠剧吐的发生率在西方国家较高, 在爱斯基摩人及非洲种族较低, 均提示本病与社会经济、遗传和饮食因素有关。

#### 2. 病理

由于呕吐剧烈, 导致脱水, 血容量不足, 电解质平衡失调, 出现低血钾症、低氯血症。由于纳少, 热量不足, 动用脂肪来供给热量, 因脂肪氧化不全, 产生许多中间产物, 使血和尿中酮体增加, 出现酮症酸中毒。因脱水、缺氧, 可累及肝、肾功能。肾功受损可致尿量减少, 出现蛋白尿及管型, 肾小管退行性变, 正常排泄功能消失或减退, 血浆中非蛋白氮、肌酐等浓度迅速增加; 累及肝功能可使血清谷丙转氨酶(SGPT)及血清谷草转氨酶(SGOT)值升高, 严重者出现黄疸, 均提示预后不良。

### (二) 中医病因病机

本病病因不同, 病机则一, 乃是孕后血聚养胎, 冲脉之气较盛, 其气上逆, 胃失和降所致。临床可见脾胃虚弱、肝胃不和、痰湿阻滞三种类型。

#### 1. 脾胃虚弱

受孕以后, 月经停闭, 血海藏而不泻, 阴血聚以养胎, 冲脉之气较盛, 冲脉隶于阳明, 其气上逆犯胃, 若脾胃素弱, 或饮食劳倦伤及脾胃, 或气损及阳致脾胃虚寒, 胃气虚则失于和降, 随冲气上逆而作呕恶。

#### 2. 肝胃不和

孕后阴血下聚养胎, 肝血相对不足, 体不足而用偏亢。若素性肝旺, 或孕后恚怒伤肝, 则肝气愈旺, 肝脉挟胃贯膈, 肝旺侮胃, 胃失和降, 而成恶阻之证。

#### 3. 痰湿阻滞

素体肥胖, 痰湿阻滞; 或饮食劳倦, 损伤脾胃, 脾虚不运, 水精不布, 停饮聚痰, 痰湿

内生，滞于中脘。受孕后经血不泻，冲气挟痰湿上逆而致恶心呕吐。

上述各证均可因呕吐剧烈，饮食少进或不进，导致阴液亏损，耗伤精气，而成气阴两亏之恶阻重症。

### 三、临床诊断

#### (一) 西医诊断

##### 1. 症状

有停经史，停经6周左右出现反复恶心、呕吐、厌食、择食，食入即吐或不食亦吐，甚或吐血液或黄绿胆汁。呕吐剧烈可导致全身乏力，精神萎靡，小便短少等症。

##### 2. 体征

呕吐严重者可有脱水征象，如皮肤粘膜干燥，眼眶深陷等。可出现血压下降，体温升高，甚至出现黄疸。妇产科检查为妊娠子宫。

##### 3. 实验室及其他检查

(1) 尿 尿妊娠试验阳性；尿酮体阳性；尿中可出现蛋白及管型。

(2) 血 血常规检查红细胞与血红蛋白可有升高，红细胞压积增加；血酮体阳性；血生化检查血钾、血氯浓度降低，或血钾升高，二氧化碳结合力下降；严重者可出现肝肾功能障碍，如血胆红素、尿素氮、肌酐等可有升高。

(3) 心电图检查 可出现低血钾或高血钾的图形改变。

(4) 眼底检查 严重者可出现视神经炎及视网膜出血。

##### 4. 并发症

(1) 低血钾或高血钾症 是因呕吐严重，电解质平衡失调所致。

(2) 食管粘膜损伤或食管出血 持续剧吐，致食管粘膜损伤、出血，严重者可致穿孔，表现为胸痛、呕血。

##### 5. 诊断与鉴别诊断

依据症状、体征及辅助检查不难做出诊断。本病需与以下疾病进行鉴别：

(1) 急性胃肠炎 该病与妊娠剧吐的相同点是均有恶心、呕吐，甚至引起脱水，血压下降。但本病多有食物中毒或饮食不洁史，伴上腹部或全腹部阵发性疼痛。常有腹泻，粪便检查有白细胞及脓细胞。除合并妊娠外，无停经史，子宫大小正常，尿妊娠试验阴性。

(2) 病毒性肝炎 严重的妊娠剧吐伴有黄疸、肝功能不良时，易与病毒性肝炎相混淆。但后者有肝炎接触史，虽有呕吐，但不如妊娠剧吐严重，常伴有肝区疼痛，谷丙转氨酶活性显著增高，而无停经史，子宫不大，妊娠试验阴性。

此外尚需与妊娠合并胰腺炎、肠梗阻或妊娠良性颅内压增高症等引起的呕吐相鉴别。

#### (二) 中医诊断

##### 1. 辨证要点

本病辨证宜详审其寒热虚实，正如明代张介宾《景岳全书·妇人规》所说：“此证惟胃气弱而兼滞者多有之，或嗜酸择食，或肢体困倦，或烦闷胀满，皆其候也，然亦有虚实不同，所



当辨而治之。”若呕吐清水稀涎，口淡神疲，舌淡苔白，脉缓滑无力者多属虚证、寒证；呕吐苦水或酸水，或黄稠痰涎，烦躁，口干苦，便秘溲赤，苔薄黄，脉弦数者多属热证、实证；呕吐痰涎，胸痞脘闷，苔白厚腻，脉沉滑者多为痰湿阻滞；呕吐剧烈，吐物带血，精神萎靡，四肢乏力，尿少，舌红苔光剥，脉细数多为气阴两亏。

## 2. 辨证分型

### (1) 脾胃虚弱证

〔临床表现〕妊娠早期，恶心呕吐，不能进食，呕吐清水或稀涎，口淡无味，纳呆，神疲思睡。舌淡，苔白润，脉缓滑无力。

〔辨证分析〕素体脾胃虚弱，孕后血聚于下以养胎元；冲气上逆犯胃，胃虚失于和降，故致恶心呕吐，不能进食。脾虚失运，水精不布，停饮聚痰，随胃气上逆，故呕吐清水稀涎。脾虚健运失司，故纳呆神疲。舌淡，苔白润，脉缓滑无力，皆为脾胃虚弱之证。

### (2) 肝胃不和证

〔临床表现〕妊娠早期，恶心不食，呕吐酸水或苦水，脘闷胁胀，烦躁不眠，嗳气叹息，口干口苦，头晕而胀，便秘溲赤。舌质红，苔薄黄，脉弦滑。

〔辨证分析〕肝脉挟胃贯膈，肝郁不舒，肝气偏旺，逆而犯胃，致恶心呕吐。肝气郁滞，气机不利，故脘闷胁痛，嗳气叹息。肝失其条达之性，则急躁易怒。肝胆互为表里，肝郁化热，肝热及胆，胆热亦随之上升，胆热液泄，故呕吐酸水或苦水，口苦。肝热气逆，循经上扰清窍，故头晕而胀。热盛灼津，故口干便秘溲赤。舌红，苔薄黄，脉弦滑皆为肝胃不和之证。

### (3) 痰湿阻滞证

〔临床表现〕妊娠初期，呕吐痰涎，不思饮食，胸脘满闷，头身困重，口中淡腻，嗜睡，心悸气短。舌淡胖，苔白厚而腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕素体肥胖或脾虚不运，痰湿阻滞，孕后冲气挟痰湿上逆而致恶心不食，呕吐痰涎。痰湿内盛，脾阳被困，运化失司，故胸脘满闷而不思饮食。湿浊上泛故口中淡腻。痰湿弥漫，阻滞气机，气血运行不利，故头身困重。痰湿上凌心肺，故心悸气短。舌淡胖，苔白厚而腻，脉滑皆为痰饮内停之证。

以上三型均可导致气阴两亏，是妊娠恶阻之重症。

〔临床表现〕呕吐剧烈，饮食难进，食入即吐，或呕吐咖啡色血样物，精神萎靡，形体消瘦，四肢乏力，双目无神，眼眶下陷，唇舌干燥，发热口渴，尿少色赤，大便秘结，数日不解。舌质红，苔薄黄而干，或光剥，脉细数无力。

〔辨证分析〕呕吐频作，耗伤津液精气，致气阴两伤。反复呕吐，伤及胃络，血溢脉外，故呕吐咖啡色血样物。气耗而虚，脏腑机能减退，故精神萎靡。肌肉四肢赖水谷精微营养，饮食不入则形体消瘦，四肢乏力，双眼眶下陷。气虚津亏，瞳神失养，故双目无神。阴液亏损，无津上承，故口渴发热，唇舌干燥，尿少。无水舟停，故大便秘结，数日不解。舌质红，苔薄黄而干或光剥，脉细数无力皆为气阴两亏之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

### 1. 轻症

一般不需特殊治疗。应解除患者的思想顾虑, 保证充足的休息与睡眠。同时指导进食方法, 宜少食多餐, 进食清淡易消化食物, 禁食油炸、高脂肪及味道过浓之食品。适当补充维生素类, 如口服维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>6</sub> 及维生素 C。可予镇静剂, 如鲁米那 0.03g, 每日 3 次。

### 2. 重症

患者呕吐严重, 伴有脱水、酮症酸中毒时, 均需住院治疗。住院 24 小时内应予禁食, 静脉滴注 5%~10% 葡萄糖液及林格氏液, 补液量应在 3000ml/24 小时。按血钾、钠、氯等测定情况, 决定补充电解质的剂量。治疗期间应监测血清电解质及二氧化碳结合力, 以观察治疗效果。鼓励患者少量多次进流质饮食, 饮食改善, 尿量增多, 症状缓解后, 可渐停静脉补液。

### 3. 并发症

出现低血钾或高血钾症时, 需对症处理。若食管粘膜裂伤甚或穿孔, 则需急症手术治疗。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### (1) 脾胃虚弱证

〔治法〕健脾和胃, 降逆止呕。

〔方药〕香砂六君子汤 (《名医方论》)。

党参 18g, 白术 9g, 茯苓 9g, 甘草 3g, 木香 6g, 砂仁 6g, 陈皮 9g, 半夏 9g, 生姜 3 片, 大枣 3 枚。每日 1 剂, 水煎 100ml~200ml, 频频缓慢呷服。

〔加减〕①若久吐伤阴, 出现口干便燥, 舌红少苔者, 去木香、茯苓, 加石斛 15g, 麦冬 15g, 玄参 12g 以滋阴润燥。

②唾液分泌量异常增多, 时时流涎, 古称“脾冷流涎”, 加益智仁 9g, 白豆蔻仁 9g 以温肺化饮, 摄涎止唾。

③若呕吐严重, 反复不止者, 加代赭石 30g 或伏龙肝 18g 以重镇降逆, 温中止呕。

〔分析〕方中四君子汤健脾益气和中, 生姜、半夏温中降逆止呕, 陈皮、木香理气行滞, 砂仁醒脾和胃, 大枣补脾。全方共奏补脾和胃, 降逆止呕之功。

#### (2) 肝胃不和证

〔治法〕抑肝和胃, 降逆止呕。

〔方药〕苏叶黄连汤 (《温热经纬》) 加味。

苏叶 9g, 黄连 6g, 姜半夏 9g, 陈皮 9g, 竹茹 9g, 黄芩 9g, 乌梅 9g。每日 1 剂, 水煎 100ml~200ml, 缓缓频服。

〔加减〕①若呕吐伤津, 舌红口干者, 加沙参 12g, 石斛 12g 以养阴生津。

②若头昏晕者加杭菊 9g, 钩藤 15g 以清热平肝。

③若呕吐较重, 甚或呕吐血丝者加藕节炭 10g 以凉血止血。

〔分析〕方中苏叶、陈皮理气和胃, 姜半夏、竹茹降逆止呕, 黄连苦寒以降胃气, 黄芩清肝胆之热, 乌梅味酸入肝, 生津止渴, 使肝热得清, 胃气降, 呕自平。

#### (3) 痰湿阻滞证

〔治法〕化痰除湿, 降逆止呕。

〔方药〕小半夏加茯苓汤 (《金匱要略》) 加味。

生姜 6g, 半夏 12g, 茯苓 12g, 陈皮 9g, 砂仁 6g, 白术 9g, 甘草 6g。每日 1 剂, 水煎缓缓频服。

〔加减〕①若痰湿郁久化热, 出现呕吐黄稠痰涎, 舌红苔黄腻, 脉滑数者, 加竹茹 9g, 黄芩 12g, 黄连 3g 以清热化痰, 降逆止呕。

②若偏于寒湿凝滞, 兼见畏寒肢冷者, 加干姜 6g 以温中散寒。

③伴神疲乏力气短等气虚之象者加党参 15g, 黄芪 9g 以补中益气。

〔分析〕方中生姜、半夏化痰降逆止呕, 茯苓淡渗利湿, 配白术、甘草健脾和中, 陈皮、砂仁醒脾和胃, 宽胸理气, 诸药相配, 气机畅, 痰湿除, 呕吐止。

#### (4) 气阴两亏证

〔治法〕益气养阴, 和胃止呕。

〔方药〕生脉散 (《内外伤辨惑论》) 合增液汤 (《温病条辨》) 加味。

人参 9g (先煎), 麦冬 15g, 五味子 9g, 生地 24g, 玄参 30g, 陈皮 9g。每日 1 剂, 水煎缓缓频服。

〔加减〕①呕吐血样物者, 加白芨 9g, 藕节 9g 以收敛止血。

②素有堕胎、滑胎病史, 症见腰酸腹痛, 或阴道流血者, 加炒杜仲 12g, 续断 15g, 苎麻根 12g 以益肾安胎。

〔分析〕方中生脉散益气生津, 增液汤增液补阴, 陈皮理气行滞, 使本方滋而不腻。

## 2. 验方治疗

### 活血安神平冲方

〔组成〕丹参 12g, 半夏、白术、赤芍各 10g, 红花、降香各 10g, 黑枣仁、珍珠母各 30g。

〔用法〕水煎频服。

〔功用〕活血安神, 平冲降逆止呕。主治妊娠剧吐。

〔疗效观察〕治疗组 68 例, 以上方水煎频服, 对照组 80 例, 按传统辨证给药, 观察 3 日以上。随访治疗结果, 治疗组显效 40 例, 有效 23 例, 无效 5 例, 总有效率 97.6%; 对照组显效 27 例, 有效 34 例, 无效 19 例, 总有效率 76.3%, 两组比较有显著差异 ( $P < 0.005$ )<sup>〔1〕</sup>。

## 3. 其他疗法

### (1) 食疗

①薯蓣半夏粥 生山药 (薯蓣) 30g, 清半夏 30g, 白砂糖适量。将半夏用清水淘洗数遍至无味为度, 置清洁无药味的沙锅内, 文火煎煮 45 分钟左右, 去渣取清汤约 100ml, 调入已研好的山药细末, 煎 3 沸~4 沸, 成粥糊状, 调入白砂糖适量, 稍冷后频频食人, 每次量由小渐增, 每日 1 剂<sup>〔2〕</sup>。

②生姜汁 10ml, 牛奶 200ml, 白糖适量。煮沸后频服, 每日 2 次。

③甘蔗汁 1 杯, 生姜汁少许。频频缓服。

④生姜、橘子皮各 15g, 红糖 20g。煎汤代茶饮。

⑤干绿茶, 咀嚼, 不拘时。

### (2) 鼻嗅法

鲜芫荽一把, 苏叶、藿香各 3g, 陈皮、砂仁各 6g。将上药煮沸, 患者坐在旁边吸闻药物之气味, 早晚各熏闻 1 次。适用于肝胃不和型恶阻。

### (3) 敷脐法

①鲜生姜汁1小杯,刀豆壳(烧灰存性)10g,米醋适量。先取生姜捣烂绞汁1小杯,再取刀豆壳烧灰研为细末,将姜汁加入刀豆壳灰中调和,掺米醋适量制成膏备用,取药膏如红枣大1块,贴于患者脐孔上,盖以纱布,胶布固定,每天贴膏1次~3次(《中国常用民间疗法》)。

②丁香15g,半夏20g,鲜生姜30g。前两味共为细末,生姜煎浓汁,调成糊状,敷脐,外用胶布固定。

(4)耳穴压豆法 主穴:神门、交感、皮质下、内分泌。配穴:胃脘。隔日或隔3日换药1次,4次为1疗程。

(5)耳针疗法 取胃、脾、肝、三焦、神门、交感点,轻度刺激,每日1次,10次为1疗程。

(6)穴位吸引 用特制的玻璃器,壶口直径5cm,壶嘴上套皮管,使用时将壶口放于中脘穴上,壶嘴皮管处接上吸引器或50ml针管,将壶内空气吸出,使壶内产生负压,以穴位皮肤处有绷紧微痛合适,随即用夹子夹紧皮管以防漏气,嘱患者立即进易消化的食物,食后15分钟~20分钟,放去负压,取下“穴位吸引器”,每次食前使用1次<sup>[3]</sup>。

(7)中药静脉注射法 玄参、麦冬、生地、葡萄糖各等份,上方以乙醇提取而成,名生津注射液,每500ml中含生药500g。用量视病情而定,如遇脱水较重,阴液亏耗明显,有电解质紊乱或有二氧化碳结合力改变者,先予5%葡萄糖氯化钠滴注,后补给1000ml~1500ml生津注射液;轻者每天仅给生津注射液500ml~1000ml,经用该药1天~2天,恶阻重症缓解,可辨证给予中药口服调理。适用于重症恶阻<sup>[4]</sup>。

### (三) 中西医结合治疗

#### 1. 轻症患者中药治疗为主

症状较轻的患者可单用中药治疗,依据临床表现辨证给药,以和胃、降逆、止呕为原则,据症状适当加减,西药可配合维生素类及小剂量镇静剂如鲁米那、冬眠灵等。

#### 2. 重症患者宜西医对症治标中医辨证治本

呕吐严重,伴脱水及电解质紊乱及尿酮症时,需住院采用中西医结合治疗。西医以支持、对症疗法为主,纠正水、电解质平衡失调。依据病人体重酌情确定每日补液量,另按血生化测定结果,决定补充电解质的剂量。住院期间定期检查,随时调整。中医则宜根据患者的虚实寒热等不同证型辨治其本。中西结合,标本同治。

## 五、预防

精神调理。孕早期应安慰鼓励患者,消除其紧张恐惧的心理状态,给予心理疏导,稳定情绪,保持心情舒畅。

饮食调理,宜食清淡易消化食物,少食多餐,禁食油腻煎炒之品。忌暴饮暴食。慎风寒,防外感,充分休息与睡眠,以防伤胎。轻症应及时治疗以防发展为重症。指导正确服药方法,少量多次缓缓频服。

少数重症患者经积极治疗后,症状无改善,若出现下述情况之一,则考虑中止妊娠,以防他变:持续黄疸;持续出现蛋白尿;有多发性神经炎及神经性体征者;体温持续在38℃以

上,卧床情况下,心率在110次/min以上者;伴有精神症状出现者。

### 参 考 文 献

- 1 赵文妍,陈荣.活血安神平冲法治疗妊娠剧吐68例.浙江中医杂志,1992,27(2):302
- 2 陈超.半夏藜蘆粥治疗重症妊娠恶阻.江苏中医杂志,1987,8(3):16
- 3 钱志益.穴位吸引器治疗严重妊娠恶阻.上海中医药杂志,1982,(11):19
- 4 陈慧依.养阴增液法治疗重症恶阻45例.中医杂志,1986,27(12):5

## 第四节 妊娠高血压综合征

### 一、概述

妊娠高血压综合征是孕产妇特有的全身性疾病。本病的特征是妊娠20周以后,出现高血压、水肿、蛋白尿症候群,严重时发生抽搐和昏迷,甚至造成母子死亡。目前仍为孕产妇及围产儿死亡的重要原因之一。本病曾称妊娠中毒症、妊娠高血压病变或妊娠高血压状态等。1983年我国第二届“妊娠高血压综合征防治科研协作组”建议统一命名为“妊娠高血压综合征”,简称“妊高征”。1991年全国妊高征科研协作组对全国370万人群中妊高征进行了流行病学调查分析。我国妊高征平均发病率为9.4%,其中轻、中度妊高征,先兆子痫,子痫及慢性高血压合并妊高征的发病率分别为4.7%、2.6%、1.7%、0.2%及0.2%〔中华妇产科杂志,1991,26(2):6〕。本病病因至今尚不清楚,近年来对病理生理方面的研究有了很大的进展,因而在治疗方面也有较大改进,疗效得到一定的提高。80年代以后,上海、湖北等地开展了中西医结合治疗本病的研究,取得了较好的疗效。

本病属中医“子肿”“子晕”“子痫”等病的范畴。子肿是指妊娠5个月~6个月后,孕妇肢体面目发生肿胀的病证。子晕是指妊娠中、晚期,孕妇自觉头晕目眩,视物模糊的病证。子痫是指在妊娠晚期或正值临产时或新产后,发生眩晕倒仆,昏不知人,手足搐搦,全身强直,双目上视,须臾醒,醒复发,甚或昏迷不醒的病证。

子痫病名,首见于隋代巢元方《诸病源候论》,指出“体虚受风”“风伤太阳之经”系子痫之因。金元至明清乃逐渐明确和形成“内风”的病因病理观,近代对本病的认识则更充实、更科学。

### 二、病因病理

#### (一) 西医病因病理

##### 1. 病因

西医对本病的发病原因,多年来已进行了大量的研究工作,提出了种种学说,但均未能

较全面解释。比较受到重视的有以下几种学说:

(1) 子宫—胎盘缺血学说 早在1918年就有学者提出此学说,认为临床上本病易发生于初产妇、多胎妊娠、羊水过多,乃由于子宫张力增高,影响子宫的血液供应,造成子宫胎盘缺血、缺氧所致;全身血液循环不能适应子宫胎盘需要,如孕妇有严重的贫血、慢性高血压、糖尿病等,也易发病。亦有学者认为子宫胎盘缺血并非病变的原因,而为血管痉挛的结果。

(2) 神经内分泌学说 肾素—血管紧张素—前列腺素系统的平衡失调可能与本病的发生有一定关系。有人认为妊高征患者之血管紧张素Ⅰ含量增多致血压升高;也有人认为妊高征患者的血管紧张素Ⅰ值反较正常妊娠者低,其所以发病是机体对血管紧张素Ⅰ的敏感性增强所致。在前列腺素方面,多由于前列腺素( $\text{PGI}_2$ )及血栓素( $\text{TXA}_2$ )的平衡失调。 $\text{PGI}_2$ 和 $\text{TXA}_2$ 同属前列腺素家族,是一对作用截然相反的活性物质, $\text{PGI}_2$ 主要由血管内皮细胞产生,是一种较强的血管扩张剂, $\text{TXA}_2$ 为加强血小板聚集和血管收缩物质,主要由血小板产生,二者在机体内构成了一种精巧的分子调节系统,在血小板聚集及血管张力方面起着重要的调节作用。国内外研究认为,妊娠女性血中 $\text{PGI}_2$ 、 $\text{TXA}_2$ 的变化与妊高征的发生有关。 $\text{PGI}_2$ 和 $\text{TXA}_2$ 性质很不稳定,在体内很快分别代谢为6-酮- $\text{PGF}_{1\alpha}$  (6-keto- $\text{PGF}_{1\alpha}$ )和 $\text{TXB}_2$ 。资料表明,妊高征患者血和尿中 $\text{PGI}_2$ 减少和/或 $\text{TXB}_2$ 增加,更重要的是 $\text{TXB}_2/6\text{-keto-PGF}_{1\alpha}$  (T/P)值升高,提示T/P比值不平衡致血压升高,可能与妊高征发病有关。

(3) 免疫学说 妊娠对母体可以说是一种半移植性异物,有些学者认为某些特殊的免疫排斥反应或过敏反应为本症的发病因素,胎儿胎盘和母体间所产生的免疫因子可分三类:为二者间不同的A、B、O或Rh血型免疫因子,但这类因子与本症并未见有直接关系;为组织相容性抗原(HLA),但这类抗原在每一妊娠中均产生,而本症发生率毕竟只占孕妇的少数;为胎盘性抗原,这种抗原与肾脏抗原相似,动物实验中可引起类似子痫前期的肾脏病变,目前孕妇患者中的情况尚未完全明确。故本症与免疫的关系仍有待进一步探讨。

(4) 其他 另有学者认为,本病的发生可能与弥漫性血管内凝血(DIC)、微量元素不足等因素亦有一定的关系。

(5) 妊高征发生的有关因素 全国妊高征科研协作组调查19项与妊高征有关的因素,经 $\chi^2$ 分析,9项与妊高征发生有密切关系( $P<0.01$ ):年龄 $>35$ 岁的孕产妇第一胎;第一产;双胎或三胎;孕期劳动姿势(指坐或站);劳动强度重度;文化程度大专以上;体态矮胖〔以体重(kg)与身高(cm)平方的比值乘以100计算体重指数,体重指数 $>0.24$ 者为体态矮胖〕;孕产妇母亲有妊高征史。

总之,该病病因是复杂的,以上各种学说都不能完全阐明,也许是多种因素相互作用的结果。临床研究表明,血管内皮损伤可能是妊高征发病机理的中心环节。

## 2. 病理生理

(1) 基本的病理生理变化 全身性小动脉痉挛是妊高征的基本病变,特别是直径在 $200\mu\text{m}$ 以下的小动脉尤易发生痉挛。

①高血压:血管的收缩是节段性和阵发性的,血管痉挛导致管壁损害,管腔内的血小板、纤维蛋白原自管壁逸出,沉着于其内皮层下。其结果导致血管的弹性和反应性降低,进一步使管腔缩小,组织进一步缺血、缺氧,痉挛越重,外周阻力越大,血压升高越明显。

②蛋白尿:一般发生于高血压之后。肾小球毛细血管痉挛,血流量减少,血管壁因缺血、缺氧,通透性增高,血浆白蛋白、球蛋白均可滤过,因而发生蛋白尿。



③水肿：其机理尚未阐明。增大的子宫影响下肢血液回流可发生水肿。妊高征为水肿常见的原因之一，并非全部妊高征均伴有水肿。

#### (2) 主要脏器的病理生理变化

①脑部小动脉痉挛：脑血管痉挛、缺血时可出现头痛、呕吐。短时间的痉挛可引起点状或局限性斑状出血。痉挛性收缩时间过长，可发生微血管内血栓形成和局部脑实质软化。血管破裂，则发生大面积的脑溢血。

②肾脏的变化：肾小动脉痉挛引起组织缺氧，肾小球增大、肿胀，血管减少。细胞浆内可见不成形物质沉着，血浆蛋白自肾小管内漏出形成蛋白尿。肾血流量的减少导致肾小球滤过率明显降低，出现有临床意义的水钠潴留。

③肝脏的变化：全身血管痉挛、缺氧，肝细胞线粒体内所含的谷丙转氨酶被释放。临床表现为血清谷丙转氨酶的升高。少数重症患者也可有血清总胆红素升高。如出现黄疸则提示预后不良，乃肝小叶周围坏死或大片梗死之结果。

④心脏的变化：心功能改变常随病情加重而加剧。外周血管阻力增加，心脏的后负荷加重，主要表现为左心室负荷增加，致使心脏排血量降低。临床可见高阻抗，低排出量的结果，即心率加快，血压升高。失代偿时则有肺充血、水肿。当心脏冠状动脉痉挛时，心肌缺氧，间质水肿甚或点状出血及坏死。另外由于水钠潴留，血粘稠度增加，心脏负担过重易引起心力衰竭。

⑤子宫胎盘病变：先兆子痫患者子宫一胎盘有急性动脉粥样硬化特征。这些形态学变化导致子宫胎盘血流减少，胎儿、胎盘功能受到严重损害，使胎儿宫内生长迟缓，其程度随病情加重而加重。

⑥凝血功能的变化：随着妊高征严重程度的不同，其凝血功能也相应出现不同的变化，甚至可导致DIC的发生。先兆子痫及子痫患者可有血及尿中的纤维蛋白降解产物(简称FDP)的升高和血小板计数下降。凝血功能障碍多数是在已有重度妊高征之后发生，且只有当周身小动脉痉挛，子宫一胎盘缺血情况下，才释放促凝物质。

#### (二) 中医病因病机

中医认为，本病病因主要责之于脾肾两脏。因肾为先天之本，肾藏精，精生血，肾能系胎，肾主水。脾为后天之本，气血生化之源，脾主运化。若孕妇肝肾或脾胃素虚，因孕益虚。脾虚不能运化水湿，以致水湿停滞；或因肾阳失煦，中州运化失常，膀胱气化失司；或因气机阻滞，清阳不升，浊阴下滞发为妊娠水肿。肾阴虚，水不涵木，肝阳上亢遂发妊娠高血压、先兆子痫。或孕后七情内伤，恚怒伤肝而致肝阳上亢。亢则阳化风动；或水不济火，心肝火盛，风助火威，风火相煽，发为子痫。或湿聚成痰，痰火交炽，上蒙清窍；也有火灼成瘀，瘀阻血行，脏腑失养发为子痫者。本病以脏腑虚损、阴血不足为本，风、火、痰、瘀为标。

据统计，早孕女性辨证为肝肾阴虚者，到晚期患妊高征者占65.9%，较其他证型明显增高。以后又观察到早孕时肝肾阴虚者，如给予滋养肝肾治疗后，晚期发为妊高征者较未治疗者明显下降，这说明肝肾阴虚与妊高征发病有密切关系。

由于阴亏血少，以致血脉滞涩，复因胎体增大则升降之气必滞，气滞则血行不畅，而为气滞血瘀之患。这与现代医学妊高征的血液浓缩、血流缓慢、血液粘滞、微循环障碍等概念是一致的。有人观察了妊高征患者的红细胞压积与辨证的关系，发现红细胞压积 $>35\%$ 者，

74%辨证为阴虚肝旺型,红细胞压积 $>40\%$ 者,辨证全部为阴虚肝旺型,提示血液浓缩与阴虚有关。

### 三、临床诊断

#### (一) 辨病·西医诊断

##### 1. 症状及体征

(1) 轻度妊娠高血压综合征 无明显自觉症状,仅表现血压轻度升高,可能伴有水肿或微量蛋白尿。

(2) 中度妊娠高血压综合征 血压进一步升高,但不超过 21.3/14.6kPa (160/110mmHg),蛋白尿持续存在,24 小时超过 0.5g,患者可有头晕感,或伴有水肿。

##### (3) 重度妊娠高血压综合征

①先兆子痫:病情进一步发展,血压达到或超过 21.3/14.6kPa (160/110mmHg),蛋白尿持续“++~+++”(24 小时内尿中蛋白排出量达到或超过 5g),或伴有水肿。并出现头痛、眼花、胸闷、恶心、呕吐、上腹部不适等症状。

②子痫:在先兆子痫的基础上,发生抽搐或昏迷。也有少数病例,先兆子痫症状不明显而突然发生抽搐。病情轻者,抽搐 1~2 次后很快苏醒。重则频繁抽搐,陷入深度昏迷。子痫多发生于晚期妊娠或临产前,少数发生于分娩过程中,偶有发生于分娩后 24 小时内。

##### 2. 实验室及其他检查

(1) 尿蛋白 超过 0.5g/24 小时属异常,重度妊高征达到或超过 5g/24 小时,一般无管型。

(2) 血液检查 重症妊高征患者可有全血、血浆粘度、红细胞压积增高,尿酸、转氨酶升高,电解质紊乱,血小板计数降低等。疑有凝血功能异常者,应检测纤维蛋白原、凝血酶原时间、凝血时间、鱼精蛋白副凝试验(3P 试验)等。

(3) 眼底检查 轻症者可无变化,有时可见到小血管局部或普遍痉挛;重者可见视网膜小动脉痉挛,动静脉管径的比例可由正常的 2:3 变为 1:2 甚至 1:4。严重患者可出现视网膜水肿、视网膜剥离,或有棉絮状渗出物、出血。

##### 3. 并发症

对发展为中、重度的病例应注意并发症的发生,如肺水肿、心脏病、脑溢血、胎盘早期剥离、酸中毒、电解质紊乱、肾功能衰竭、DIC、胎儿宫内生长迟缓、胎儿窘迫、宫内死胎、死产、早产等。

##### 4. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断标准〔中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订。中国中西医结合杂志,1991,11(6):376〕

凡妊娠 20 周后发生高血压、水肿、蛋白尿症候群者,血压超过 17.3/12kPa (130/90mmHg) 或较基础血压上升 4/2kPa (30/15mmHg),即可诊断为妊高征。基础血压以未孕时或孕 12 周前测得的为凭,在测血压前让孕妇静坐或静卧 10 分钟以上,测右臂血压,如血压超过 17.3/12kPa 则再等 10 分钟复测 1 次,以第 2 次为准。舒张压以变音为准。

## (2) 妊高征分类标准 (出处同上)

①轻度: 血压 $\geq 17.3/12\text{kPa}$ , 或较基础血压升高  $4/2\text{kPa}$ , 可伴有轻微蛋白尿或水肿。

②中度: 血压 $>17.3/12\text{kPa} \sim <21.3/14.7\text{kPa}$  ( $160/110\text{mmHg}$ ), 蛋白尿“+”或伴有水肿。

③重度: 血压 $\geq 21.3\text{kPa}/14.7\text{kPa}$  或较基础血压升高  $8\text{kPa}/4\text{kPa}$  ( $60/30\text{mmHg}$ ), 或舒张压 $\geq 14.7\text{kPa}$ , 或超过基础血压  $4\text{kPa}$ , 蛋白尿++~+++或伴有水肿。

④先兆子痫: 上述症候伴头痛、眼花、胸闷。

⑤子痫: 子痫前期的基础上有抽搐。

上述血压标准以舒张压为准, 蛋白尿与舒张压二者有一项达到标准时, 即归入该类。

## (3) 鉴别诊断

①本病应与伴有水肿、蛋白尿、高血压之妊娠合并症, 特别是妊娠合并原发性高血压或慢性肾炎鉴别 (表 9-2)。

表 9-2 妊娠高血压综合征与妊娠合并原发性高血压或慢性肾炎的鉴别诊断

| 项 目  | 妊娠高血压综合征                                                   | 妊娠合并原发性高血压                                              | 妊娠合并慢性肾炎                     |
|------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|
| 过去史  | 以往无高血压史                                                    | 未孕时有高血压史                                                | 未孕时有急性肾炎史                    |
| 现在史  | 一般在妊娠 20 周后发病, 多为年龄较轻的第一胎                                  | 孕前或孕早期发病, 多为年龄较大的初产妇                                    | 孕前或孕早期发病                     |
| 体检化验 |                                                            |                                                         |                              |
| 血压   | 一般 $< 26.6/16\text{kPa}$ ( $200/120\text{mmHg}$ ) 往往伴有自觉症状 | 可 $> 26.6/16\text{kPa}$ ( $200/120\text{mmHg}$ ) 而无自觉症状 | 疾病早期可有或无高血压, 晚期时有之           |
| 水肿   | 常有不同程度水肿                                                   | 常无水肿                                                    | 明显水肿                         |
| 眼底   | 血管痉挛, 视网膜水肿                                                | 动脉硬化屈曲, 动静脉压迹, 视网膜有棉絮状渗出物或出血                            | 动脉硬化屈曲, 动静脉压迹, 视网膜有棉絮状渗出物或出血 |
| 蛋白尿  | 尿中蛋白量不定, 一般无管型                                             | 一般尿中无蛋白或管型                                              | 尿中蛋白量多, 持续, 红白细胞可有可无, 常有各种管型 |
| 血    | 尿酸增高                                                       | 无改变                                                     | 血浆蛋白低, 非蛋白氮及尿素氮增高, 胆固醇增高     |
| 产后征象 | 逐渐趋向正常                                                     | 减轻至孕前状况                                                 | 减轻至孕前状况                      |

②本病发展至以抽搐或/及昏迷为特征之子痫时, 须与癫痫、脑溢血、癔症、糖尿病所致之酮症酸中毒等从症状及有关检验予以鉴别。

## （二）辨证·中医诊断

### 妊娠水肿（子肿）

#### 1. 辨证要点

本病辨证，重在分清水肿与气肿，并参考兼证、舌脉情况以辨证。水肿其特点为皮薄光亮，按之凹陷，良久不起。气肿则为肿胀之处，皮色不变，随按随起。根据临床表现又有脾虚、肾虚、气滞三种不同证候。脾虚者，具有水肿之特点，并兼见脾虚之证；肾虚者，具有水肿之特点，并兼见肾虚（下元不足）之证；气滞者，则具气肿之特点。

#### 2. 辨证分型

##### （1）脾虚证

〔临床表现〕妊娠数月，面目四肢浮肿，或遍及全身，肤色淡黄，皮薄而光亮，纳呆便溏，精神疲乏，少气懒言。舌淡苔白腻，脉缓滑无力。

〔辨证分析〕脾主肌肉四肢，脾阳不运，水湿停聚，浸渍四肢肌肉，故面目四肢浮肿。中气虚故少气懒言、神疲。中焦运化失司，故纳呆便溏。水聚皮下则皮薄而光亮。肤色淡黄，舌淡苔白腻，脉缓滑无力均为脾虚中阳不振之候。

##### （2）肾虚证

〔临床表现〕孕后数月，面浮肢肿，下肢尤甚，按之没指，心悸气短，下肢逆冷，腰酸无力。舌淡苔白润，脉沉细。

〔辨证分析〕肾阳不足，上不能温煦脾阳，下不能温运膀胱，致脾失健运，膀胱气化不行，水湿莫制，泛滥肌肤，故面浮肢肿。阳虚不能外达，故下肢逆冷。水气凌心，故心悸气短。腰为肾之外府，肾虚则腰酸无力。舌淡苔白润，脉沉细，亦为肾阳不足之证。

##### （3）气滞证

〔临床表现〕妊娠三四月后，先由脚肿，渐及于腿，皮色不变，随按随起，头晕胀痛，胸闷胁胀，食少。苔薄腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕证因气机郁滞，升降失司，清阳不升，浊阴下滞，故先由脚肿，渐及于腿。肿因浊阴滞下而起，故皮色不变，随按随起。清阳不升，浊阴上扰，故头晕胀痛。气滞不宣，故胸闷胁胀而食少。苔薄腻，脉弦滑，均为妊娠气郁之象。

### 妊娠高血压、先兆子痫（子晕）

#### 1. 辨证要点

本病以肝阳上亢为特征，但有阴虚肝旺，脾虚肝旺之别。阴虚肝旺者以头晕目眩为主证；脾虚肝旺者以头晕头重，并伴面浮肢肿为主。

#### 2. 辨证分型

##### （1）阴虚肝旺证

〔临床表现〕妊娠头晕目眩，心悸怔忡，夜寐多梦易惊，颜面潮红。舌红或绛，脉弦细滑数。

〔辨证分析〕胎赖精血以养，若素体肾精肝血不足，孕后精血益虚，空窍失养，则头晕目眩；心失所养，则心悸怔忡，夜寐多梦；精血不足，虚热上乘，则面色潮红。舌红或绛，脉弦细滑数，乃为阴虚肝旺之象。

##### （2）脾虚肝旺证

〔临床表现〕妊娠中后期，面浮肢肿，头昏头重如眩冒状，胸胁胀满，纳差便溏。苔厚腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕脾虚运化失司，水湿泛溢肌肤，则面浮肢肿。脾虚湿浊挟肝阳上扰，则头脑昏重如眩冒状。脾虚肝郁则胸胁胀满，纳差便溏。苔厚腻，脉弦滑均为脾虚肝旺之征。

### 子痫

#### 1. 辨证要点

子痫发作因肝风内动，风、火、痰、瘀交织为患，若抽搐而不省人事，喉间有痰声者，为痰火上扰之证。

#### 2. 辨证分型

##### (1) 肝风内动证

〔临床表现〕妊娠后期，颜面潮红，心悸烦躁，突发四肢抽搐，甚则昏不知人。舌红苔薄黄，脉弦滑数。

〔辨证分析〕肾阴不足，肝阳上亢，则颜面潮红。心火偏旺，则心悸面烦。热扰神明，则昏不知人。风火相煽，筋脉挛急，则手足抽搐。舌红苔薄黄，脉弦滑数，均为心肝二经热极生风之候。

##### (2) 痰火上扰证

〔临床表现〕妊娠晚期，或正值分娩时，卒然昏不知人，四肢抽搐，气粗痰鸣。舌红苔黄腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕心肝热盛，灼津伤液，炼液成痰，痰火上扰清阳，则昏不知人。痰火内盛，壅阻气道，则气粗痰鸣。痰阻经脉，精血输送受阻，肝失濡养，肝风内动，则四肢抽搐。舌红苔黄腻，脉弦滑，乃属痰热内盛之证。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 轻症

(1) 休息 适当减轻工作，保证午睡，或休假，但需增加产前检查次数，必要时住院治疗。

(2) 左侧卧位 休息及睡眠时应取左侧卧位，可使因妊娠面右旋的子宫向左移位，解除其对下腔静脉及右肾血管的压迫，有利于改善子宫胎盘的血液循环，且能利尿。

(3) 饮食 应注意摄入足够的蛋白质、蔬菜，补充铁和钙剂，一般不严格限制食盐。

(4) 药物 为了保证休息，可给苯巴比妥 0.03g~0.06g，每日 3 次口服；或安定 2.5mg，每日 3 次口服。

#### 2. 中、重症

需住院治疗，由于病因不明，须对症处理为主。

##### (1) 解痉药物

①硫酸镁：能抑制运动神经纤维的冲动，减少乙酰胆碱的释放，以解除血管痉挛；镁离子还能降低中枢神经的兴奋性，从而预防和控制抽搐。用法：用 25% 硫酸镁 10ml 溶于 25%

葡萄糖 10ml 中, 缓慢 (不少于 5 分钟) 静脉推注, 继以 25% 硫酸镁 60ml 溶于 5% 葡萄糖液 1000ml 中作静脉滴注, 滴注速度以每小时 1g 为宜, 最快不超过 2g, 晚间睡前可停止静脉滴注, 给一剂量 25% 硫酸镁 10ml 加 2% 普鲁卡因 2ml 做深部臀肌注射。次日仅用静脉滴注及晚间肌注, 如此连续数日。也可仅用肌肉注射, 即 25% 硫酸镁 20ml 加 2% 普鲁卡因 2ml, 每 6 小时 1 次。

由于硫酸镁有中枢抑制作用, 如用过量可抑制呼吸和心率, 甚至死亡。因此每次用药前或静脉滴注的过程中, 均应做有关检测: 如膝反射消失, 呼吸  $<16$  次/分, 尿量每日  $<500$ ml 或 1 小时  $<25$ ml 应停用。如出现中毒现象, 应立即用 10% 葡萄糖酸钙 10ml 静脉推注, 迅速解毒。

②阿米妥钠 (异戊巴比妥钠): 对中枢有抑制作用, 且与硫酸镁有协同作用。常用 0.1~0.25/次肌注或静注, 或 0.5~1.0/d 静脉缓注 (1ml/min)。

③抗胆碱药: 如东莨菪碱, 654-2 有如下作用: 抑制乙酰胆碱释放; 镇静; 抑制大脑皮层; 兴奋呼吸中枢; 解除血管痉挛; 改善微循环。故适用于抽搐频而呼吸衰竭者。

④ $\beta_2$  肾上腺能受体兴奋剂: 有如下作用: 松弛小动脉平滑肌, 扩张血管而降压; 降低子宫肌张力, 改善子宫胎盘灌注, 纠正胎盘缺氧, 防止早产, 提高围产儿存活率; 降低血小板凝集, 恢复血小板功能, 预防 DIC。常用羟苯羟麻黄碱 50ml 加入 5% 葡萄糖 500ml 中静脉滴注 (60 滴/min), 或舒喘灵 2mg~4mg, 每日 4 次。为防止宫缩乏力, 宜在临产前早停药。糖尿病患者忌用。该药的副反应主要为恶心, 还可引起心动过速。

(2) 镇静药物 氯丙嗪 50mg, 异丙嗪 50mg, 杜冷丁 100mg (各 2ml 合为 6ml) 称全量冬眠合剂, 溶于 5% 葡萄糖液 500ml 中做静脉滴注。紧急情况时可用 1/3 量冬眠合剂溶于 25% 葡萄糖液 20ml 中作缓慢 (5min~10min) 静脉推注, 继以 2/3 量冬眠合剂溶于 5% 葡萄糖液 250ml 中静脉滴注。或用阿米妥钠 0.25g, 或安定 10mg 肌注, 也可做缓慢静脉推注。镇静药物适用于对硫酸镁有禁忌或疗效不明显时, 但这些药物可通过胎盘对胎儿有抑制作用, 故在接近分娩时应限制使用。

(3) 降压药物 降压药物虽可使血压下降, 但亦同时降低重要脏器的血流量, 特别是子宫胎盘的血流量, 对胎儿有一定的危害, 因此较少采用。一般仅适用于血压过高, 如收缩压  $>23.9$ kPa (180mmHg), 或舒张压  $>14.7$ kPa (110mmHg) 时, 为防止孕产妇发生脑血管意外及胎盘早期剥离时用之。首选药物为肼苯哒嗪, 能扩张周围小血管, 降低外周阻力, 降低血压, 增加心排出量和肾及子宫胎盘血流量。常用 40mg 溶于 5% 葡萄糖液 500ml 中做静脉滴注, 以维持舒张压在 12kPa~13.3kPa (90mmHg~100mmHg) 为最好, 低于 12kPa (90mmHg) 将影响胎盘灌注量。

(4) 利尿药物 利尿药可导致血管内水分和电解质丢失, 造成低钠低钾血症; 加重电解质紊乱和进一步减少血容量, 因此一般不用, 只用于有全身水肿、肺水肿、脑水肿血容量过高或有心力衰竭者。常用的利尿药物有: 双氢克尿塞 25mg 每日 1 次~2 次, 口服; 速尿 20mg~40mg 静脉推注, 作用快而强; 20% 甘露醇 250ml 于 30 分钟~60 分钟内静脉滴注完毕, 肺水肿时禁用; 氨苯喋啶 50mg~100mg, 日 3 次, 用此药时不需补充钾盐。使用利尿药时应注意纠正电解质失调。

(5) 扩容药物 重度妊高征常有血容量减少和血液浓缩, 例如通过中心静脉压测定, 有时甚至压力下降至 0~0.69kPa, 红细胞压积  $>35\%$ , 对这些病例有人主张用扩容治疗, 扩容



药物有白蛋白（每支制剂含25%人体白蛋白20ml，可用100ml/d~200ml/d）、全血（可用200ml/d~400ml/d）、平衡液（500ml~1000ml）或低分子右旋糖酐（可用500ml/d）等做静脉滴注，可根据是否有低血浆蛋白血症、贫血、电解质紊乱选用。经扩容治疗后可改善重要器官的血液灌注，纠正组织缺氧，使症状改善。但也有人认为血容量减少是机体适应血管变化的一种保护性反应，扩容可增加心脏负担，严重时发生肺水肿和心力衰竭。故切忌对无血液浓缩的病例盲目扩容。有指征扩容时亦应与解痉剂同时用，严密观察脉搏、血压、呼吸和尿量的改变，防止肺水肿和心力衰竭的发生。

（6）终止妊娠 妊高征是妊娠特有的疾病，终止妊娠后病情可自行好转，故适时终止妊娠对母婴有利。重症患者，经24小时~48小时积极治疗，病情无好转，或虽有好转，但妊娠已达36周者，均应终止妊娠。如果胎盘功能明显减退或经积极治疗后病情继续恶化者，即使妊娠不满36周也应终止妊娠。

终止妊娠的方法有：引产，宫颈条件较成熟，子宫颈柔软，而且已容受时，可人工破膜后再用催产素静脉滴注，或单用催产素做静脉滴注，滴注催产素时或临产后应注意对产妇及胎儿的监护；分娩处理，第一产程维持安静，第二产程适当缩短（会阴侧切或胎头吸引，低位产钳），第三产程注意胎盘及胎膜及时完整娩出。产后注意子宫复旧，防止出血；剖宫产，适用于有产科指征，胎盘功能严重减退，或人工破膜继以催产素静脉滴注历6小时~12小时仍不临产者。

### 3. 子痫

子痫为重度妊高征之严重者，一旦发生抽搐，则母儿的死亡率明显增高，故尤需注意。其处理虽基本同中、重症，但须重视下列情况：

（1）控制抽搐 首选硫酸镁静脉推注及滴注如前述，也可用镇静药物治疗。如血压过高可用降压药物静脉滴注。

（2）防止受伤 子痫病人多陷于神志不清，不能自主，故需专人护理。床沿设置栏板，以防跌落。如有假牙应取出，并用缠以纱布的压舌板，置于上下白齿之间，以防咬伤舌头。

（3）减少刺激 声、光、触动等刺激都可诱发抽搐，故室内应置帘幔遮光，保持环境安静和室内空气流通，一切治疗操作尽量轻柔，相对集中，避免时时干扰。

（4）严密监护 密切监测血压、脉搏、呼吸、体温及尿量（留置导尿管），记录出入液体量。及时做尿常规检查，做眼底、血液化学及心电图等检查，及早发现与处理脑溢血、肺水肿、急性肾功能衰竭及胎盘早期剥离等。

（5）终止妊娠 一般主张在积极治疗，控制抽搐后6小时~12小时，再考虑终止妊娠，或引产或剖宫产，视病情而定，分娩及产后处理，均基本同前述。

## （二）中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### 妊娠水肿

对本病的治疗，脾虚者，治以健脾利水；肾虚者，治以温肾行水；气滞者，治以理气化湿。按照“治病与安胎并举”的原则，随证加入养血安胎之品。慎用温燥、寒凉、滑利之药，以免伤胎。若水肿明显，尿频而短，则应适当休息，重者需住院治疗。

#### （1）脾虚证

〔治法〕健脾行水。

〔方药〕白术散（《全生指迷方》）加味。

白术 15g，大腹皮 12g，茯苓皮 30g，生姜皮 9g，陈皮 9g，砂仁 6g。

〔加减〕①若水肿甚者，加黄芪 18g，汉防己 9g，以加强益气升阳渗湿之力。

②便溏者，加淮山药 15g，炒扁豆 12g 以健脾渗湿。

③腹胀者，加苏梗 9g，厚朴 6g，藿香 9g 以理气化湿。

## （2）肾虚证

〔治法〕温肾化气行水。

〔方药〕真武汤（《伤寒论》）。

熟附子 6g~9g，生姜 9g，茯苓 18g，白术 12g，白芍 9g。

〔加减〕亦可加杜仲 12g，桑寄生 12g 以益肾安胎；加黄芪 18g，大腹皮 9g 以益气行水。

〔分析〕方中附子温肾化气行水；白术、茯苓健脾行水；生姜温散水气；白芍和营敛阴，缓姜、附辛热之性，使水去而不伤阴，且白芍与附子同用能引阳药入阴以消阴霾之气。方中附子有毒，用量不宜过重，同时应予久煎，以减少毒性，阳虚证不重可易桂枝以通阳化气行水。

## （3）气滞证

〔治法〕理气行滞，佐以健脾化湿。

〔方药〕天仙藤散（《校注妇人良方》）合四苓散（《丹溪心法》）。

天仙藤 15g，香附 12g，紫苏叶 9g，陈皮 9g，乌药 9g，生姜 9g，木瓜 12g，甘草 6g，白术 12g，茯苓 18g，猪苓 9g，泽泻 9g。

〔加减〕如偏于湿阻者，症见头昏头重，胸闷呕恶，纳少便溏，苔厚腻，脉沉滑。用茯苓导水汤（《医宗金鉴》）去槟榔。

茯苓 15g，猪苓 9g，砂仁 6g，木香 9g，陈皮 9g，泽泻 9g，白术 12g，木瓜 9g，大腹皮 9g，桑白皮 9g，苏叶 9g。

〔分析〕天仙藤散中天仙藤、香附理气行滞；陈皮、生姜温中行气行水；苏叶宽中降逆；乌药开顺下焦之郁滞；木瓜行气除湿；甘草调和诸药；合四苓散健脾行水。共奏理气行滞，健脾化湿之功。

## 妊娠高血压、先兆子痫（子晕）

本病治疗以滋补肝肾，平肝潜阳为主。

### （1）阴虚肝旺证

〔治法〕育阴潜阳。

〔方药〕杞菊地黄丸（《医级》）加味。

熟地 15g，山药 15g，山茱萸 9g，茯苓 9g，丹皮 9g，泽泻 9g，枸杞子 12g，菊花 9g，石决明 15g，钩藤 30g（后入），龟板 15g（先煎），何首乌 12g。

〔分析〕方中以六味地黄丸滋肾养肝；枸杞子、菊花养血平肝。加石决明、龟板育阴潜阳，钩藤平肝清热，首乌补肝肾益精血。共奏育阴清热，平肝潜阳之效。

### （2）脾虚肝旺证

〔治法〕健脾利湿，平肝潜阳。

〔方药〕白术散（方见子肿）加钩藤 30g，石决明 30g。

〔分析〕方中白术散健脾渗湿，钩藤、石决明平肝潜阳。

**子痫**

本病属危重症，一旦发作，应进行中西医结合抢救。中医中药治疗当以镇痉熄风，或涤痰开窍为施治大法。昏迷病员需采用鼻饲给药方式。

**(1) 肝风内动证**

〔治法〕平肝熄风。

〔方药〕羚角钩藤汤（《重订通俗伤寒论》）加味。

羚羊角粉 5g（冲），生地 30g，钩藤 18g（后人），白芍 9g，茯神 9g，菊花 9g，桑叶 9g，竹茹 9g，川贝母 9g，生龙骨 30g，生牡蛎 30g，石决明 30g，全蝎 6g，甘草 6g。

〔分析〕方中以羚羊角、钩藤平肝清热，熄风镇痉；菊花、桑叶清肝明目；竹茹、川贝清热化痰；生地、白芍养阴清热；茯神宁心安神；甘草缓急和中；生龙骨、生牡蛎、石决明、全蝎育阴潜阳，镇痉熄风。

**(2) 痰火上扰证**

〔治法〕清热豁痰开窍。

〔方药〕牛黄清心丸（《痘疹世医心法》）。

牛黄、黄连、黄芩、山梔、郁金、朱砂。每日 2 丸，用竹沥 60g 研调，分 2 次～4 次鼻饲。

〔分析〕方中牛黄、竹沥清心化痰开窍；黄连、黄芩、山梔清心肝之热；朱砂镇惊安神；佐郁金以清心解郁行气，使气机通利，经脉通畅。

**2. 中成药**

(1) 醒脑净针剂 2 支～4 支加 5% 葡萄糖 500ml 静滴，或醒脑静 1 支，肌肉注射，每日 2 次～3 次。可用于子痫昏迷不醒者。

(2) 安宫牛黄丸 每日 2 丸，用凉开水调匀，分 2 次～4 次鼻饲。适用于子痫心肝火旺及痰热甚者。

(3) 紫雪丹 每日 5g～9g，凉开水调匀，分 2 次～4 次鼻饲。适用于抽搐发作较频者。

(4) 至宝丹 每日 2 丸，凉开水调匀，分 2 次～4 次鼻饲。适用于窍闭神昏较深者。

(5) 杞菊地黄丸 每次 1 丸，每日 3 次，适用于肝肾阴亏妊娠高血压。

(6) 人参健脾丸 每次 1 丸，每日 3 次，适用于脾虚妊娠水肿。

(7) 金匱肾气丸 每次 1 丸，每日 2 次，适用于肾虚妊娠水肿。

**3. 验方治疗****(1) 养血熄风法**

〔组成〕山羊角 30g，钩藤 30g，白蚕蛹 20g，地龙 20g，当归 12g，川芎 9g，生地 30g，白芍 30g。

加减：浮肿明显加防己 12g，白术 30g，天仙藤 30g；蛋白尿加鹿衔草 30g，益母草 30g，米仁根 30g，怀山药 30g。中度以上妊高征者配合口服中药解痉散（羚羊粉 0.3g，全蝎 1.5g，琥珀粉 4.5g）。重度妊高征者酌量加用硫酸镁，静脉点滴 2 天左右，剂量小于西医疗量。

〔用法〕水煎服，日 1 剂，分 2 次服。解痉散分 3 次以温开水吞服。

〔功用〕养血柔肝，行气活血，熄风解痉。主治妊娠高血压综合征。

〔疗效观察〕运用本方治疗妊高征 213 例，症状体征全部消失者占 40.4%，有 46 例重度妊高征转为中度或轻度，重度、中度妊高征的发生率由 72.3% 降至 8.4%。通过治疗妊高征可暂愈，或使重度和中度向轻度转化，其转化率极为显著（ $P < 0.005$ ）；其血压均值比治疗前

下降1.33kPa (10mmHg) 以上,  $P < 0.01$ ; 蛋白尿有不同程度下降, 总有效率为58.1%; 浮肿消退总有效率为91%; 对降低高血压的遗留率与同期西药组对照, 本法亦有一定的作用; 本组患者均未发生子痫。48例治疗前后血液流变学六项指标测定表明, 本法可起双向调节作用, 其逆向转变率为83.5%<sup>[1]</sup>。

## (2) 活血化瘀法

〔组成〕 I号方: 丹参15g, 赤芍15g, 葛根15g, 玄参20g, 猪苓30g, 大腹皮20g。

II号方: 丹参15g, 赤芍15g, 葛根15g, 玄参20g, 生牛膝10g, 钩藤(后下)20g, 生石决明20g。

加减: 出现肝风内动, 抽搐昏迷等子痫证候时, 在I号方中加入羚羊角粉0.5g~1g, 竹沥30g, 冲服, 并配合西药治疗。

〔用法〕 以上两方药物, 分别加水煎煮, 去渣后每剂浓缩成100ml, 加入防腐剂, 装瓶备用。每次服50ml, 每日2次。

〔功用〕 I号方: 活血化瘀, 理气行水。适用于临床症状以水肿为主者。

II号方: 活血化瘀, 平肝潜阳, 清热熄风。适用于临床症状以高血压为主者。若水肿和高血压都很明显者可两方交替服用。

〔疗效观察〕 用活血化瘀为主治疗妊高征(轻度3例, 中度21例, 先兆子痫16例)40例, 结果: 痊愈12例, 好转27例, 无效1例(未达到好转指标), 治疗后无1例发生子痫抽搐<sup>[2]</sup>。

## (3) 鲤鱼汤

〔组成〕 红鲤鱼1条(250g左右), 茯苓60g。

〔用法〕 先把鲤鱼洗净去鳞, 除掉鱼鳃和内脏。加入茯苓及清水1000ml, 用文火煎成500ml, 分2次温服。每日1剂, 连服20天。

〔功用〕 健脾渗湿, 安胎。适用于妊娠水肿。

〔疗效观察〕 用本方治疗妊娠水肿135例, 治愈50例, 显效50例, 好转30例, 无效5例。总有效率达96.2%<sup>[4]</sup>。

## 4. 单味药治疗

### 川芎嗪

〔药理〕 川芎嗪对动脉有解痉作用, 能对抗肾上腺素收缩血管作用, 增加冠脉流量, 降低动脉阻力, 降低血小板聚集性。

〔用法〕 川芎嗪注射液120mg~160mg加入5%葡萄糖500mg~1000ml静脉滴注, 每日1次, 24小时<200mg。

〔疗效观察〕 将75例妊娠高血压综合征病人随机分为两组, 治疗组41例, 用川芎嗪120g/d~160mg/d治疗; 对照组34例, 用硫酸镁20g/d~25g/d治疗。结果: 治疗组总有效率为82.9%, 明显优于对照组的44.1%,  $P < 0.01$ ; 平均动脉压(MAP)明显下降,  $P < 0.01$ ; 水肿和蛋白尿明显减轻,  $P < 0.05$ ; 血液流变性改变, 特别是红细胞压积显著下降,  $P < 0.001$ ; 但胎儿NST(无宫缩时胎心监护)阳性率和Apgar评分与对照组比较无显著性差异。说明川芎嗪治疗妊高征的主要机理是扩张血管, 改善肾功能和改善血液流变性<sup>[3]</sup>。

## 5. 其他疗法

(1) 针灸 抽搐者针刺曲池、合谷、人中、承山、太冲; 昏迷者针刺人中、百会、涌泉、风池。

(2) 气功 周氏等<sup>[5]</sup>以放松功为主,治疗妊高征 60 例,总有效率为 90%,与药物组对照,疗效显著。方法以放松功为主,每周 3 次,病人集中,由有经验的气功师面授指导,运用放松功,从头顶开始,沿身两侧、前面和后面,自上而下,有节奏地依次注意身体各部位,默念“松”字,逐步松弛关节,达到全身自然舒适、轻松,解除机体紧张状态,消除紧张情绪,协调脏腑,疏通经络。如练功 1 周血压不下降,可加练贯气法,帮助入静。为使练功达到动静结合,每次练功前后各练三节保健功。每天于家中在气功录音引导下练功 4 次,每次 1 小时,直到临产。经研究证实,放松功能解除孕妇紧张情绪,肌肉放松,微血管扩张而改善微循环,增加全身血流量,提高脏器功能。同时,由于改善了胎盘的血氧供应,雌二醇上升,改善了胎儿宫内的氧供,提高妊高征的治疗效果及胎儿的质量。

(3) 食疗 妊娠水肿者可常服淡豆浆,或赤小豆粥,亦可用冬瓜皮或西瓜皮煎汤代茶饮。

### (三) 中西医结合治疗

妊娠高血压综合征是严重威胁母婴安全的疾患之一,至今仍是产妇和围产儿死亡的主要原因之一。治疗方面西药给药途径多,作用快,对重度患者可较快地控制症状。但其作用不持久,停药后症状容易复发。而中药作用较持久,较长时间应用无副作用,治疗后病情波动和反复较少。中西医结合治疗对防止子痫的发生,延长妊娠期而减少早产率效果优于单用西药治疗者。许多医务工作者对中西医结合治疗妊高征进行了一些尝试,收到了一定的效果。

王氏等<sup>[6]</sup>对 30 例妊高征患者分别采用中医、西医和中西医结合三种方法治疗,并观察治疗前后血浆中前列腺素( $\text{PGI}_2$ )和血栓素 $\text{A}_2$ ( $\text{TXA}_2$ ),以及二者的比值,用以评价不同治疗方法的疗效及母婴预后。西医组:重度先兆子痫 5 例,硫酸镁常规用量,当血球容积 $>35\% \sim 37\%$ ,脉搏 $<100$  次/min,尿量 $>30\text{ml}$ /小时扩容,主要用低分子右旋糖酐,或根据病情采用 5%葡萄糖、706 代血浆、白蛋白等。血压突然增高或舒张压达 14.6kPa (110mmHg) 时,给硝酸甘油 1/3~1/2 片舌下含化,必要时 6 小时重复 1 次,另给 VitE 10mg,每日 3 次。潘生丁 25mg,每日 2 次,必要时肌注。血压达静 25mg,每日 2 次。在解痉扩容基础上脱水。心肾功能不良者用速尿或氨茶碱,心肾功能良好者而脑症状明显用甘露醇。肝功能不良、低蛋白血症或伴消化道症状给 25%葡萄糖 250ml 静脉滴注,然后给多种氨基酸或支链氨基酸、能量合剂等,还可口服肝安干糖浆和极化液。中医组:5 例均为重度先兆子痫,方用当归、川芎、杭芍、桃仁、红花、益母草各 10g,生地、牛膝各 15g,枳壳、柴胡各 6g,桔梗、甘草各 3g,丹参 30g。水煎服,每日 1 次。中西医结合组:重度先兆子痫 11 例,妊高征严重并发症 3 例,轻度先兆子痫 6 例,兼用上述中西疗法对照观察。结果,根据治疗前后症状、化验、母婴情况及  $\text{TXB}_2$ 、6-keto- $\text{PGF}_{1\alpha}$  ( $\text{TXA}_2$  和  $\text{PGI}_2$  的代谢产物)、T/P 比值变化判断疗效。三组中以中西医结合疗效较为理想。三组治疗后  $\text{TXB}_2$ 、6-keto- $\text{PGF}_{1\alpha}$ 、T/P 比值均恢复至孕晚期水平。

沈氏等<sup>[7]</sup>用活血化瘀解痉合剂治疗妊高征 25 例。活血化瘀解痉合剂(丹参注射液 16ml、25%硫酸镁 40ml、肝素 25mg、低分子右旋糖酐 500ml)每日 1 剂静脉点滴,5 小时内滴完,每疗程 7 天,疗程间隔 3 天。对照组 25 例妊高征使用 25%硫酸镁 40ml 加低分子右旋糖酐 500ml,方法及疗程同上。结果:两组用药后自觉症状均消失,尿蛋白均下降。活血化瘀解痉合剂组的血压下降及血液流变学指标下降比对照组显著。提示这种中西药组成的合剂用以治疗妊高征,其疗效较常用的硫酸镁加低分子右旋糖酐为佳,解痉降压作用快,血压波动小,利尿效果明显。在降低血液粘稠度、稀释血液和减少红细胞聚集等血液流变性方面,也明显优

于对照组。

刘氏等<sup>[8]</sup>用中麻注射液治疗子痫 17 例。方法：在莫非氏管内先注入冬眠 I 号半量作诱导，15 分钟后再从莫非氏管内注入自制的 0.25% 中麻注射液 5~8ml（每 ml 含生物碱 2.5mg，用量为 0.1mg/kg~0.2mg/kg），若已用冬眠药物者则直接从莫非氏管注入中麻药。结果：14 例用中麻前曾用冬眠 I 号未能控制抽搐，用中麻后 9 例停止抽搐，3 例抽 1 次，2 例抽 3 次，且抽搐时间较前缩短。14 例中其中 10 例未再用冬眠药物，4 例中麻与冬眠药合用，抽搐迅速控制。中麻注射液的主要成分是洋金花，内含东莨菪碱，属于节后抗胆碱药，能阻断 M-胆碱反应系统，使平滑肌松弛而解除血管的痉挛状态。

## 五、预防

### （一）加强孕妇的营养并保证休息

在孕中、晚期增加蛋白质、维生素及叶酸的摄入，对预防妊高征有一定的作用。

### （二）做好产前检查

对预防妊高征的发生和发展有重要意义。检查中密切注意血压、水肿及体重的改变，检查尿蛋白，询问有无头痛等自觉症状，以便早期发现本综合征并给予相应治疗。

### （三）开展预测性诊断

在妊娠中期进行。对有阳性发现者，予以生活指导，可降低妊高征的发病率。常用的预测性诊断如下：

#### 1. 平均动脉压（MAP）

$MAP = \text{舒张压} + 1/3 \text{ 脉压差}$ 。妊娠中期由于血液稀释，血流阻力小，血压较低，故 MAP 亦较低。有妊高征倾向者，MAP 多  $> 11.3 \text{ kPa}$ （85mmHg）。

#### 2. 转身试验（ROT）

有妊高征倾向之孕妇，当仰卧位时，由于妊娠子宫压迫腹主动脉，血管紧张素 I 敏感性增强，血压升高，而转向左侧卧位时，解除此种情况，血压恢复正常。因此，测量孕妇血压，如仰卧位时舒张压较左侧卧位时升高超过 2.7kPa（20mmHg），提示该孕妇有妊高征倾向。

#### 3. 血管紧张素敏感试验

如静滴血管紧张素 I，输入总量  $< \text{每分钟 } 8 \text{ ng/kg}$ ，舒张压较输前升高  $> 2.7 \text{ kPa}$ （20mmHg），提示该孕妇有妊高征倾向。

#### 4. 血液流变学试验

低血容量者（红细胞压积  $\geq 35\%$ ）及血液粘度高者（全血粘度比值  $\geq 3.6$ ；血浆粘度比值  $\geq 1.6$ ），提示有妊高征倾向。

#### 5. 挠动脉血流图

有报道应用挠动脉血流图进行妊高征预测，其阳性率高于孕中期 MAP 和 ROT 预测方法。加用心功能参数外围阻力和波形系数 k 值后，则预测方法更为准确<sup>[9]</sup>。



## 参 考 文 献

- 1 钱祖祺, 郑红, 徐敏华. 养血熄风法治疗妊娠高血压症及其血液流变性改变. 上海中医药杂志, 1989, (7): 2
- 2 张雅洁, 潘明. 活血化瘀法为主治疗妊娠高血压综合征初步探讨. 中医杂志, 1984, 25 (5): 38
- 3 钱晓华, 黄玉兰, 吴诗萍. 川芎嗪治疗妊娠高血压综合征临床分析. 中国中西医结合杂志, 1991, 11 (9): 533
- 4 张达旭. 鲤苓汤治疗妊娠水肿 135 例. 广西中医药, 1990, 13 (3): 7
- 5 周美蓉, 周肖吾, 庄凤莲, 等. 气功治疗妊娠高血压综合征 60 例观察. 中国中西医结合杂志, 1989, 9 (1): 16
- 6 王淑雯, 刘润环, 姚天一, 等. 通过血浆前列环素和血栓素的变化评价妊娠高血压综合征的疗效. 天津医药, 1989, (1): 3
- 7 沈迪安, 林其德, 周宏亮, 等. 活血化瘀解痉合剂治疗妊娠高血压综合征. 上海医学, 1984, 7 (9): 552
- 8 刘竞成. 中麻注射液治疗子痫的初步观察. 武汉医学, 1982, 6 (1): 16
- 9 丛克家, 于芳清, 刘桂荣, 等. 应用挠动脉血流图预测妊高征. 中华妇产科杂志 1989, 24 (1): 5

---

## 第十章 异常产褥

### 第一节 产褥感染

#### 一、概述

产褥感染是指分娩后生殖道的感染，又称产褥热。发病率约为1%~7.2%。由于产褥期发热绝大多数系产褥感染引起，因此，可将产后发热的发病率作为产褥感染的一种指标。在分娩24小时后至10天内（即产后2天~10天）按标准方法用口表测量体温，每日至少4次，凡体温有2次达到或超过38℃者，称为产褥病率。临床上已习惯于沿用产褥病率来估计产褥感染的发病率，但是，产褥期发热还可由生殖道以外的原因引起，如泌尿道感染、上呼吸道感染、乳腺炎等，需与产褥感染鉴别。此外，住院期间的缩短、抗菌药物对发热反应的干扰，也影响产褥病率。

由于产褥感染是引起产妇死亡的主要原因之一，早在17世纪已引起妇产科工作者的深切关注。但认识它的本质和提出如何预防应归功于Holmes和Semme Lweiss。随着细菌学的发展，无菌技术的建立，抗菌药物的问世，输血的普及和创伤性手术产的减少，产褥感染引起的死亡也明显减少。以我国来说，1949年前，产褥感染非常严重，产妇死亡率中约有半数系产褥感染引起；1949年后，全面推行新法接生，产褥感染已基本得到控制。但由于细菌耐药菌株的出现，在处理方面又增加了新的困难。迄今为止，感染、出血和高血压仍为孕产妇死亡的三大主要原因。

产褥感染属于中医学“产后发热”的范畴。产后发热始见于汉代张仲景《金匱要略·妇人产后病脉证治》，其中载有“产后中风，发热，面正赤，喘而头痛”的竹叶汤证及“产后风续续数十日不解，头微痛，恶寒，时时有热，心下闷，干呕”的阳旦汤证。嗣后，历代医家对本病的病因病机及辨证治疗均有论述。如隋代巢元方《诸病源候论》细分为：“产后虚热候”“产后时气热病候”“产后伤寒候”“产后寒热候”等。唐代孙思邈《千金要方》有对产褥得风，“烦热者用三物黄芩汤治之；若头痛者，小柴胡汤治之”的记载。宋代郭稽中补订《产育宝庆集》有“产后血虚，恶露未消，气为败浊凝滞，荣卫不调，阴阳相乘，憎寒发热”的认识。清代吴谦《医宗金鉴·妇产科心法要诀》云：“产后发热之故，非止一端。如饮食太过，胸满呕吐恶食者，则为伤食发热；若早起劳动，感受风寒，则为外感发热；或恶露不去，瘀血停留，则为瘀血发热；若去血过多，阴血不足，则为血虚发热。亦有因产时伤力，劳乏发热者，五日蒸乳发热者。”所论证型颇合临床实际。清代张山雷《沈氏女科辑要笺正》对本病

提出的“不可妄投发散”“不可过于滋腻”的法则实为宝贵经验。综各家所论，产后发热与产后正气大虚，易于感染外邪，或失血阴虚，或恶露停留，或伤于饮食，或蒸乳等因有关。其治或调和营卫；或补血益气，养阴清热；或活血化瘀；或和胃导滞；或通络下乳。这些理论与实践对产后发热的治疗确有指导意义。

由此可知，中医学的“产后发热”并非全部为感染所致，但最多见的仍是由生殖器官感染引起，若此期间内（产后2天~10天内）因其他组织器官感染，如泌尿系感染、呼吸道感染、乳腺炎等所引起的发热，亦属产后发热范畴。本节的中医部分对“产后发热”的论述亦包括上述疾病所致的发热。其中感染邪毒所致的产后发热与西医的产褥感染相对应。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

#### 1. 病因

产褥感染的主要致病菌是寄生于生殖道及肠道的厌氧及需氧细菌。致病菌侵袭产道引起炎性反应。下列情况易招致感染：一般健康状况差，如营养不良、贫血；妊娠后期性交；产后不注意卫生；胎膜早破，破膜时间愈长愈易发生；产道损伤、产道手术、子宫内胎儿监护以及多次肛门或阴道检查等。其感染的来源有两种：一是自体感染，指感染来源于产妇体内的细菌。这类细菌系阴道或肠道的常驻菌，一旦产妇抵抗力降低，产道有损伤或子宫腔内有胎盘、胎膜残留，则可引起感染。大约60%的细菌，特别是厌氧菌，都是通过这种方式感染。二是指外来感染，除上述的60%外的细菌，其余40%的细菌，特别是葡萄球菌、需氧性链球菌等，借产妇本人的手、助产人员的手套、器械、敷料等，将细菌带入生殖道，引起感染。

#### 2. 病理

分娩时胎儿通过产道造成的宫颈、阴道、会阴、外阴损伤，即使是轻微的裂伤，都是细菌侵入的门户。胎盘娩出后，其附着面成为创面，布满被血栓堵塞的静脉，是病原菌生长繁殖和入侵的主要部位。产后宫腔内的蜕膜层极薄，厚度 $<2\text{mm}$ ，又为血液所浸透，并有大量小血管开口，均有利于细菌侵入。

由于粘膜屏障受损，致病菌入侵并不断繁殖，扩散蔓延，发生感染。组织缺血坏死和需氧菌的生长繁殖，使局部组织氧化还原电势下降，促使厌氧菌繁殖。而厌氧性链球菌和脆弱类杆菌等又能产生气体，使局部组织的张力增加，血供减少，更有利子感染的发展。

产褥感染时，炎症病变可局限于创伤部位，如外阴、阴道、宫颈及子宫内膜等处。亦可通过淋巴系统或直接蔓延扩散，引起子宫肌炎、宫旁结缔组织炎、盆腔蜂窝组织炎、盆腔腹膜炎或弥漫性腹膜炎。血栓性静脉炎起源于宫壁胎盘附着面的血栓感染，由于厌氧性链球菌和脆弱类杆菌产生肝素酶，降解肝素而起促凝作用，引起盆腔内血栓性静脉炎和下肢血栓性静脉炎。以后由于感染性凝块液化和血管内脓毒性小血栓脱落，产生迁徙性脓肿，好发于肺、脑、肾等部位。病原菌可通过血液循环，引起败血症，容易并发休克、弥漫性血管内凝血及肾功能衰竭。

剖腹产后由于子宫壁切口肌层组织缺血、坏死，更有利于细菌的繁殖，其感染可能是由羊膜腔内的细菌直接引起原发性腹膜炎，同时伴有子宫内膜炎、子宫切口感染、宫旁结缔组

织炎或输卵管炎。

## （二）中医病因病机

产后发热的病因病机，主要是产时感染邪毒，正邪交争；产后元气亏虚，易感外邪，或瘀血内阻，壅遏气机所致。临床常见者有感染邪毒发热、血瘀发热、外感发热、血虚发热等。其中感染邪毒发热即西医的“产褥感染”。

### 1. 感染邪毒

由于分娩时的产伤和出血，致使产妇正气亏耗，加之产时接生不慎或产褥期不注意卫生，邪毒乘虚侵入胞中、阴中，继而蔓延全身，正邪交争，致令发热。

### 2. 血瘀

产后恶露排出甚少，瘀血停滞，阻碍气机，营卫失调，故令发热。

### 3. 外感

产后失血伤气，百脉空虚，腠理不密，卫外之阳不固，以致风、寒、暑、热之邪，乘虚袭入，营卫不和，正邪相争，因而发热。

### 4. 血虚

由于产时或产后失血过多，阴血暴虚，阳无所附，以致阳浮于外而发热。

感染邪毒发热，因热毒炽盛，直犯胞中，传变迅速，病情危重，治不及时，可致热入营血，热陷心包，或虚脱等危候。

## 三、临床诊断

### （一）辨病·西医诊断

#### 1. 症状及体征

（1）会阴、阴道、宫颈感染 会阴裂伤或切开伤口感染时，局部红、肿、热、痛，伤口可有裂开，有脓性分泌物流出。阴道感染表现为粘膜充血或有溃疡，疼痛，感染部位较深时，可引起阴道旁结缔组织炎，严重者形成阴道壁粘连及疤痕，导致阴道闭锁。子宫颈感染时局部充血、水肿及脓性分泌物，感染可直接扩散达宫旁组织。全身可有畏寒、发热、脉数等症状。

（2）子宫内膜炎、子宫肌炎 轻者炎症局限于子宫内膜层，局部充血、水肿，白细胞浸润，内膜坏死，有大量脓性分泌物。伴有低热，下腹痛，体温多不超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ ，恶露量多，有臭味。子宫复旧延缓，宫底有轻度压痛。当病原体毒性较强时，则引起严重感染。因病原体迅速向子宫肌层、宫旁组织及腹膜扩散，甚至出现菌血症，故以全身反应为主，而内膜层局部病变并不明显。患者可突然寒战、高热、头痛，体温达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，脉数，恶露不多。白细胞明显增高，子宫复旧延缓，有压痛。

（3）盆腔结缔组织炎 由子宫内膜炎、子宫肌炎经淋巴扩散或宫颈、阴道深度裂伤后感染直接蔓延引起。产后先出现子宫内膜炎症状，数日后体温持续上升，伴有寒战，下腹疼痛，检查发现宫旁一侧或双侧结缔组织增厚、压痛。感染如限于一侧，子宫可被推向对侧，若在子宫周围，则子宫固定于盆腔中部。当病灶化脓时，肿块有波动感。

(4) 输卵管炎 主要由盆腔结缔组织炎及腹膜炎累及输卵管,引起输卵管周围炎,也可与卵巢、大网膜、肠襻形成炎块。其症状与急性盆腔结缔组织炎的临床症状相仿,妇产科检查子宫两侧压痛,可触及增粗的输卵管或不规则包块,压痛明显,与子宫关系密切。

(5) 腹膜炎 有盆腔腹膜炎及弥漫性腹膜炎两种,前者炎症局限于盆腔腹膜,表现为畏寒,高热,下腹疼痛及腹胀。检查发现下腹部有明显压痛、反跳痛及腹壁肌紧张。弥漫性腹膜炎常由盆腔腹膜炎发展而来,是产褥感染中最严重的感染,也是造成产妇死亡的主要原因。全身中毒症状加重,出现全腹持续性疼痛和呕吐,体温稽留于 $40^{\circ}\text{C}$ 左右,脉搏细数,呼吸急促,腹部压痛、反跳痛,有时表现为神志不清或出现谵妄。

(6) 血栓性静脉炎及脓毒血症 多为厌氧菌感染所致。由宫壁胎盘附着面的血栓感染向上蔓延引起盆腔血栓性静脉炎,可累及卵巢、子宫和髂内静脉。患者出现弛张热型,局部扪诊不易与盆腔结缔组织炎鉴别。盆腔静脉炎向下扩展可致下肢血栓性静脉炎,多发生于股、腘或隐静脉,因下肢静脉血流受阻,出现患肢疼痛、肿胀,皮肤发白,局部温度升高,全身症状有发热和心动过速。

当感染的血栓化脓时,血栓液化脱落成为栓子进入血液循环,引起脓毒血症,常见于肺部的并发症,其次是肾脏和关节脓肿。患者可因体质过度消耗,全身衰竭而死亡。

## 2. 实验室及其他检查

(1) 白细胞及中性粒细胞 升高,分类中有核左移现象,并有毒性颗粒。

(2) B型超声 提示腹腔积液或局限性脓肿。

(3) 宫腔分泌物细菌培养 鉴定病原体,并做药物敏感试验是产褥感染重要的诊断方法,并为选用最恰当的抗生素治疗提供依据。

## 3. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断要点 临床上诊断产褥感染多从以下三个方面考虑:鉴别产后发热是否系感染引起。如果产后24小时内体温超过 $38^{\circ}\text{C}$ 或持续不恢复正常,多系感染引起。确定感染病灶的部位。产褥期最常见的感染是生殖道感染,但泌尿道、乳腺及呼吸道感染也是产褥期常见的并发症,应逐一排除之。确定产褥感染的病原菌。主要是做宫腔分泌物培养。

(2) 鉴别诊断 本病应与上呼吸道感染、肾盂肾炎、乳腺炎等鉴别。

①呼吸道感染:可有咳嗽、咽痛、鼻塞、流涕、发热等症状,胸部X线检查亦有助诊断。

②肾盂肾炎:常有高热、尿急、尿频、尿痛、肾区叩击痛、脓尿和菌尿。中段尿细菌培养如每毫升新鲜尿液中含菌 $>10^5$ 个同一种细菌则可确诊为尿路感染。

③乳腺疾病:乳腺内乳汁瘀积引起的发热一般不超过24小时,如发生急性乳腺炎,则体温持续增高,乳房局部红肿,硬结,化脓时有明显的搏动性疼痛,局部有波动感。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

产后发热,病因不同,症状各异,其辨证应根据发热的特点(即发热的时间与程度),结合恶露的量、色、质、气味,以及有无腹痛、头痛、乳房胀痛等症与舌脉进行辨证。如产后24小时至10天内,出现寒战高热,继而热势不退,恶露秽臭,小腹疼痛拒按,属感染邪毒证;若高热神昏,惊厥,属产后发热危重证;如产后寒热时作,恶露量少,其色紫黯有块,小腹疼痛拒按,属血瘀发热证;如产褥期中,恶寒发热,肢体疼痛,咳嗽流涕,属外感发热证;产

后身有微热，腹痛绵绵，属血虚发热证。

## 2. 辨证分型

### (1) 感染邪毒证

〔临床表现〕寒战，高热，热势不退，腹痛拒按，恶露量多或少，色紫黯，秽臭，心烦口渴，便干尿赤。舌红苔黄，脉数有力。

〔辨证分析〕感染邪毒，直犯胞宫，正邪交争，故高热寒战。邪毒入胞，与余血浊液相结成瘀，以致小腹疼痛拒按。热迫血行，恶露可多，瘀血阻滞，其量则少。血为热灼，邪毒内盛，故恶露色紫黯有臭气。热扰心胸，热灼津液，故烦躁口渴，尿少色黄，大便燥结。舌红苔黄，脉数有力，均为邪毒感染内热之证。

### (2) 血瘀证

〔临床表现〕产后寒热时作，恶露不下，或下亦甚少，色紫黯有块，小腹疼痛拒按，口干不欲饮。舌紫黯或有瘀点，脉弦涩。

〔辨证分析〕由于产后恶露不下或下亦甚少，以致瘀血内阻，营卫不通，阴阳失和，故寒热时作。瘀血阻滞，气机不畅，故恶露紫黯有块，小腹疼痛拒按。血瘀津液不得上承，故口干不欲饮。舌紫黯，脉弦涩，皆为血瘀之证。

### (3) 外感证

〔临床表现〕产后恶寒发热，无汗，头痛，肢体酸痛，或咳嗽流涕，鼻塞声重。舌苔薄白，脉浮。

〔辨证分析〕产后气血虚弱，卫外之阳不固，风寒乘虚侵袭，正邪交争，则恶寒发热。寒邪束表，故无汗。外邪入侵，首及太阳之表，太阳经脉络于头目项背，故头痛，肢体酸痛。风寒之邪侵肺，肺气失宣，窍道不利，故咳嗽流涕，鼻塞声重。舌苔薄白，脉浮，均为风寒袭表之证。

### (4) 血虚证

〔临床表现〕产褥期中低热缠绵，或暮热昼凉，自汗，头晕目眩，心悸少寐，腹痛绵绵，手足麻木。舌淡红，苔薄，脉细数无力。

〔辨证分析〕产后失血伤津，营阴不足，阴不敛阳，虚阳外浮，故低热缠绵，自汗。血虚清窍失养，则头晕目眩。血不养心，则心悸失眠。胞脉失养，则腹痛绵绵。血虚不能濡养四肢，则手足麻木。舌淡红，苔薄，脉细数无力，为血虚之征。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 一般疗法

取半卧位以利恶露排出和炎症局限于盆腔。给以易消化、富于营养和维生素的饮食。多饮水，适当补充液体及电解质，必要时少量多次输新鲜血增加抵抗力。口服益母草膏或麦角流浸膏促进宫缩。缝线感染者，应提早拆除缝线并加热敷。

#### 2. 抗生素应用

应根据药敏试验选用。药敏结果报出前可选用林可霉素、氯霉素、洁霉素、灭滴灵等对



厌氧菌有效以及青霉素、卡那霉素、庆大霉素、红霉素对需氧菌有效的药物。由于林可霉素可能引起假膜性肠炎，氯霉素偶可引起再生障碍性贫血，故不应用于一般产褥感染，仅用于病情危重者。

### 3. 其他治疗

腹腔脓肿者，可做剖腹探查及引流；盆腔脓肿者应根据脓肿部位行后穹窿或经腹壁切开引流。

### 4. 肝素治疗

经大量抗生素治疗体温持续不降者，可加用肝素治疗。用肝素治疗无效，则需进一步检查有无脓肿存在。如不断有化脓性血栓播散，则可考虑结扎卵巢静脉或下腔静脉。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

产后发热的治疗，宜调气血，和营卫。因产后多虚证，故补益气血为固本之法，不宜过于发表攻里。但又不可不问证情，片面强调补虚。对因感染邪毒、血瘀、外感所致者，应以清热解毒，活血化瘀，调和营卫，透邪解表等法祛邪退热。

#### (1) 感染邪毒证

〔治法〕清热解毒，凉血化瘀。

〔方药〕解毒活血汤（《医林改错》）加味。

连翘 15g，葛根 12g，柴胡 12g，枳壳 9g，当归 12g，生地 12g，赤芍 15g，红花 9g，桃仁 9g，甘草 6g，金银花 30g，益母草 30g。

〔加减〕①汗多，烦渴甚者，加生石膏 30g，知母 9g，天花粉 9g，芦根 9g 以清热生津。

②大便秘结者，加大黄 9g，芒硝 9g 以清热泻下。

③若腹痛拒按，恶露不畅，有臭味，高热便秘者，为热毒与瘀血互结胞中，宜清热泻下逐瘀，用大黄牡丹皮汤（《金匱要略》）加味。

大黄 15g，牡丹皮 9g，桃仁 9g，冬瓜仁 30g，芒硝 6g（冲服），败酱草 15g，红藤 15g。

④若症见高热汗出，烦躁，斑疹隐隐，舌红绛，苔黄燥，脉弦细而数，为邪已入营分而累及血分，治宜清营凉血，方用清营汤（《温病条辨》）加味。

水牛角 30g（锉碎先煎），生地 15g，玄参 15g，竹叶心 6g，麦冬 12g，丹参 12g，黄连 6g，金银花 30g，连翘 12g，紫花地丁 12g，红蚤休 9g，丹皮 9g。

⑤若高热不退，神昏谵语，甚或昏迷，面色苍白，四肢厥冷，脉微面数，为热入心包之象。治宜清心养阴，芳香开窍，方用清营汤送服安宫牛黄丸（《温病条辨》）或紫雪丹（《和剂局方》）。

〔分析〕解毒活血汤中连翘、葛根、柴胡、甘草清热解毒退热；生地、赤芍、当归凉血和血；红花、桃仁活血祛瘀；枳壳散结行滞；芍药配甘草缓急止痛。加金银花、益母草以增强其解毒祛瘀之功。

感染邪毒之产后发热，相当于现代医学的“产褥感染”，属产后重症。用药时勿拘泥于“产后宜温不宜凉”的陈规。应遵王肯堂之说“当求病起因，病在何经。病气治气，病血治血，何用拘泥”，以清热解毒为主。若初期热毒不解，邪无出路，可由卫、气而入营入血，甚则逆传心包，神明失守，故应积极救治。病情严重者，中西医结合治疗。

## (2) 血瘀证

〔治法〕活血化瘀，清热解毒。

〔方药〕生化汤（《傅青主女科》）加味。

桃仁 9g，川芎 9g，当归 15g，炮姜 6g，炙甘草 6g，益母草 30g，丹参 15g，金银花 30g，连翘 15g，贯众 9g，丹皮 12g。

〔加减〕血瘀较重之产后发热，可选用桃仁消瘀汤（《中医妇科学治疗学》）。

丹参 15g，归尾 12g，土牛膝 12g，桃仁 9g，红花 6g，乳香 9g，莪术 12g。

〔分析〕生化汤活血化瘀，丹参、丹皮、益母草增强化瘀之效，金银花、连翘、贯众清热解毒。

## (3) 外感证

〔治法〕养血祛风。

〔方药〕荆防四物汤（《医宗金鉴》）加味。

荆芥 9g，防风 9g，当归 12g，川芎 9g，芍药 15g，熟地 9g，葛根 30g，柴胡 9g，桔梗 9g，苏叶 9g。

〔加减〕①胸闷呕恶，纳呆口淡，舌苔白腻者，加白豆蔻 9g，砂仁 6g，厚朴 9g，陈皮 9g 以化湿宣中。

②头身、关节疼痛者，加独活 9g，羌活 9g，秦艽 9g 以祛风除湿止痛。

③如产褥期中，发热重而恶寒轻或不恶寒，汗出恶风，头痛口渴，咽喉疼痛，咳痰黄稠，舌苔薄白微黄，脉浮数者，为外感风热证。治宜辛凉解表，疏风清热，方用银翘散（《温病条辨》）。

金银花 30g，连翘 12g，淡竹叶 9g，荆芥 9g，牛蒡子 9g，薄荷 6g，豆豉 6g，甘草 6g，桔梗 9g，芦根 9g。

④如产褥期正值盛夏之时，突然高热，口渴多汗，烦躁面赤，恶心胸闷，体倦少气，舌红，脉虚数者，为外感暑热证。治宜清暑益气，养阴生津，方用清暑益气汤（《温热经纬》）。

西洋参 9g，石斛 12g，麦冬 9g，黄连 3g，竹叶 9g，荷梗 15g，知母 9g，甘草 6g，西瓜翠衣 30g，粳米 15g。

〔分析〕产后气血俱虚，复感外邪，若用汗、下，则汗出气泄，津气两伤必致气血愈虚。故外感发热证在选方用药上应注意，外感风寒者，因失血多不可发汗，故只宜微辛疏解，辛温发表之品应慎投；外感风热者，只宜辛凉清热，透邪外出，因苦寒药物可化燥伤阴且直伐脾胃，影响乳汁的化生，故不宜应用。同时应扶助正气，使之能鼓邪外出。

## (4) 血虚证

〔治法〕补益气血。

〔方药〕八珍汤（《正体类要》）加减。

熟地 15g，白芍 18g，当归 15g，制首乌 12g，生枣仁 15g，党参 30g，白术 12g，茯苓 12g，炙甘草 6g，黄芪 30g。

〔加减〕①失眠多梦者，加炒枣仁 30g，柏子仁 12g，夜交藤 12g 以养心安神。

②发热多汗者，加浮小麦 30g，麻黄根 9g 以益气除热止汗。

③如午后热甚，颧红，盗汗，五心烦热，口渴喜冷饮，便干尿赤，舌红少苔，脉细数者，为阴虚内热。治宜滋阴清热养血，方用加减一阴煎（《景岳全书》）加味。

生地 15g, 熟地 12g, 白芍 15g, 知母 12g, 麦冬 12g, 地骨皮 12g, 甘草 6g, 青蒿 12g, 鳖甲 9g。

〔分析〕八珍汤中四物养血和血, 四君益气健脾以资血之化源。黄芪补气培元, 制首乌、生枣仁滋养肝肾。气旺血生, 虚热自退。

## 2. 验方治疗

### (1) 人参当归汤 (《备急千金要方》) 加减

〔组成〕人参、桂心各 6g, 当归、生地各 9g, 麦冬 12g, 白芍 10g, 粳米 30g, 竹叶 3g, 大枣 3 枚。

加减变化: 产后外感发热, 恶寒头痛, 脉浮或浮数加防风、荆芥、苏叶各 10g; 气阴两虚, 口干咽燥, 四肢乏力, 午后热甚者加沙参、玄参各 15g, 女贞子 12g; 高热持续, 恶露粘稠臭秽, 血液白细胞增多加金银花、连翘、败酱草各 30g; 下腹疼痛拒按, 脉沉弦, 舌质红苔黄, 加丹皮 15g, 炮姜炭、炒桃仁各 10g。

〔用法〕水煎取汁 500ml, 1 日 2 次服完, 每次 250ml。

〔功用〕益气养血, 养阴清热, 调和营卫。主治产后发热。

〔疗效观察〕用本方治疗产后发热 93 例, 年龄在 20 岁~39 岁之间。辨证属产后外感发热者 45 例, 产后感染发热者 48 例。治疗后痊愈 60 例, 好转 28 例, 无效 5 例, 总有效率为 94.6%。一般只服药 6 天~15 天<sup>[1]</sup>。

### (2) 柴胡四物汤

〔组成〕柴胡 15g~24g, 太子参 7g~12g, 甘草 3g~6g, 法半夏 6g~10g, 生地 15g~30g, 当归、川芎各 6g~12g, 黄芩、白芍各 9g~15g, 生姜 2 片~4 片, 大枣 3 枚~5 枚。

加减变化: 若实热去当归、川芎、白芍, 加金银花、连翘、蒲公英、黄芩、赤芍; 湿热去当归、川芎、白芍, 加龙胆草、白花蛇舌草、滑石、薏苡仁、赤芍; 瘀热去白芍, 加赤芍、丹参、桃仁、红花、牛膝; 虚热加青蒿、地骨皮、鳖甲、秦艽; 食滞加神曲、山楂、莱菔子; 高热烦渴加石膏、知母; 乳汁不通、乳房肿胀焮红加蒲公英、金银花、牵牛子、全瓜蒌、皂刺、王不留行、路路通、漏芦。

〔用法〕上药水煎, 每日 1 剂, 分 2 次服。2 剂~3 剂为 1 个疗程, 治疗时不拘血象高低, 一律用该方治疗, 2 天~3 天复查 1 次。

〔功用〕益气养血, 和解少阳。主治产后发热。

〔疗效观察〕本方即小柴胡汤合四物汤, 用以治疗产后发热 153 例, 痊愈 107 例, 有效 41 例, 总有效率为 96.7%<sup>[2]</sup>。

### (3) 荆防败毒散 (《外科理例》) 加减

〔组成〕荆芥 30g, 柴胡、黄芪各 15g, 防风、薄荷、当归、陈皮、白芍各 10g, 党参 12g。

加减变化: 瘀血发热者加益母草 15g, 桃仁、红花、丹参各 10g; 暑湿发热者加生石膏 30g, 知母 12g, 厚朴、半夏、黄芩各 10g; 热甚持续不退者加黄芩 10g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂。

〔功用〕发汗解表, 益气活血, 解毒退热。主治产褥感染 (产后高热)。

〔疗效观察〕用本方治疗产后高热 10 例。其中产褥感染 8 例, 败血症 2 例, 经用西药无效而改用中药。结果: 获痊愈 9 例 (产褥感染 8 例, 败血症 1 例); 无效 1 例为败血症 (瘀血发热型)<sup>[3]</sup>。

### 3. 针灸疗法

#### (1) 体针

①取合谷、三阴交(均双侧),用快速进针法,得气后用捻转补泻法中的泻法,在留针30~40分钟内,捻泻3次~4次,每在捻泻后施用透天凉手法,每次捻泻和施用透天凉2分钟~5分钟,手十二井穴用三棱针点刺出血如豆许。每日针治1次。用于产后感染发热。

②取三阴交、归来。用捻转泻法,在留针30分钟~40分钟内,捻泻3次~4次,每次捻泻0.5分钟~1分钟。每日针治1次,以病愈为止。用治产后血瘀型发热。

(2)耳针 取子宫、卵巢、肾上腺、内分泌、肺、外生殖器、神门穴。用于产褥感染发热及阴虚发热。

(3)梅花针 产后外感风寒发热者,取脊柱两侧、肘窝、大小鱼际、风池;感染邪毒者取腰骶部、腹股沟、气海、三阴交、期门诸穴。血虚者采用轻刺激,其余均采用中度或重度刺激,每日1次~2次。

#### 4. 饮食疗法

(1)双花饮 金银花、山楂、菊花各10g,蜂蜜15g~30g。前3味用清水共煎取汁约1碗,再对入蜂蜜和匀,缓缓饮用。(《百病饮食自疗》)

(2)二鲜三花饮 鲜竹叶心30根,鲜荷梗30g,丝瓜花20朵,南瓜花5朵,扁豆花20朵,泡沙参30g,绿豆30g。各味用水洗净,绿豆淘净。绿豆与泡沙参入锅,加水共煮,待绿豆皮开后,再入其他各味煎半小时左右。去渣取汁,日分数次当茶饮。(《百病饮食自疗》)

### (三) 中西医结合治疗

本病主要有一般感染证型及较严重的感染证型。一般感染证型,病情较轻,传变不太明显,采用中医治疗效果较好;而较严重的感染证型不仅病情较重,而且传变迅速,治疗上需中西医结合,选用有效的抗生素。高热时可物理降温、输液;对有中毒症状者,给予激素或加输血;输液、输血属于扶正治疗。

## 五、预防

产褥感染的预防工作,应贯穿于孕产期全过程。

### (一) 未病先防

加强孕期卫生宣传,孕妇经常保持全身清洁,临产前2个月内勿行盆浴,避免性生活。认真做好孕期保健,注意营养和维生素的摄入,如孕期有营养不良、贫血,或全身感染性疾病,应及时治疗,以增强机体抵抗力。

大力推广新法接生,严格无菌操作是预防产褥感染的关键。

正确处理分娩,防止产道损伤和产后出血,发现产道损伤应及时缝合,怀疑有胎盘胎膜残留时,在严格消毒后进行处理。

有胎膜早破、产程延长、手术者,应给予抗生素预防感染。

鼓励产妇尽早下床活动,有利于机体的恢复和子宫的复旧。

因分娩时的创伤出血及临产时用力过度,产妇元气大损,前人谓之“产后百脉空虚”,极

易被外邪所侵。清代张曜孙《孕产集》：“产后调摄，最宜详慎。盖产后气虚血少，脉络空乏，肢节懈怠，腠理开张，皮毛不实，营卫不固，气道易滞。故致疾之易，而去疾之难，莫甚于此。”可见产后调护尤为重要。首先注意适寒温，妇人产后腠理不密，汗出较多，风寒易于入侵。所以产后必须谨避风寒，注意保暖，以防外感。但在暑令夏天，居室要通风，衣着不能过厚，以防中暑。注意保持外阴清洁，一般产后3周恶露才能排尽，排泄恶露期间，血室正开，易感外邪，故每晚用温开水洗涤阴部，内裤、垫带要经常换洗，以防感染。

对感染产妇应行隔离，其用具、被褥均经消毒，检查者的手也必须消毒，以避免交叉感染。

## （二）既病防变

如果火热毒邪入侵，体弱不足以抗邪，邪毒猖獗，病位虽在盆腔子宫，但邪毒由卫、气入营入血，甚则逆传心包，神明失守，并出现一系列中毒症状，与所谓“疮毒攻心”是一致之理，因此必须采用中西医结合的办法积极救治，以防热入营血、热传心包或邪与瘀血遏伏，蕴结而成症瘕痼等较严重的传变。

## 参 考 文 献

- 1 弭 阳. 人参当归汤治疗产后发热 93 例. 陕西中医, 1991, 12 (5): 208
- 2 曾文长. 柴胡四物汤治疗产后发热 153 例. 新中医, 1991, 23 (8): 28
- 3 王淑波. 荆防败毒散加减治疗产后发热. 中医杂志, 1986, 27 (6): 17

## 第二节 晚期产后出血

### 一、概述

晚期产后出血是指产后24小时以后发生的出血。以产后1周~2周最为常见，亦有迟至产后6周~8周发病者。阴道流血可能为少量或中等，持续或间断；亦可表现为急剧大量流血，同时有血凝块排出。产妇多伴有寒战、发热，且常因失血过多导致严重贫血或休克。Rome 统计其发病率为1.29%；Treasonor 统计全部足月产后为0.51%，自然产后为4.5%，剖宫产后为0.27%。

本病属中医学“产后血晕”中的脱证和“恶露不绝”的范畴。产妇分娩后突然头晕眼花，不能坐起或心胸满闷，恶心呕吐，痰涌气急，心烦不安，甚则口噤神昏，不省人事，称为“产后血晕”。产后恶露持续20天以上仍淋漓不断者称为“恶露不绝”或“恶露不止”。产后血晕一病，始见于隋代巢元方《诸病源候论》中“产后血运闷候”条：“运闷之伏，心烦气欲绝是也。亦有去血过多，亦有下血极少，皆令运。若产去血过多，血虚气极，如此而运闷者，但烦闷而已。若下血过少而气逆者，则血随气上掩于心，亦令运闷，则烦闷而心满急，二者

为异”。基本概括了虚实二类血晕之病因病机及症状鉴别。虚即脱证，是由于产后失血过多引起。唐代孙思邈《经效产宝》立“产后血晕闷绝方论”，赞同巢氏之见，更言“须速投方药，若不急疗，即危其命也。”说明本病的严重性。书中记载了用醋熏的急救方法。至明清，对本病病因病机的认识基本上沿前人之说，而在治疗上有所发展。清代傅山《傅青主女科·正产血晕不语》所载“急用银针刺其眉心”法，至今仍有实用价值。“恶露不尽”一词，始见于汉代张仲景《金匱要略·妇人产后病脉证治》，隋代巢元方《诸病源候论》首列“产后崩中恶露不尽候”，唐代孙思邈《备急千金要方》收录了治疗恶露不尽的方剂 25 首，弥补了《诸病源候论》有论无方的不足。宋代陈自明《妇人大全良方》则称之为“恶露不绝”。历代医家分别从产伤冲任，因虚不能固摄；瘀血阻滞，新血不得归经；热扰冲任，迫血妄行等方面发展了对恶露不绝病因病机的认识。

## 二、病因病理

### （一）西医病因病理

#### 1. 产后胎盘附着部复旧不全

胎盘附着部在胎盘排出后很快缩小，子宫胎盘血管断端即有血栓形成。如果胎盘附着部发生感染，影响其修复，致使已形成的血栓溶解脱落，血窦重新开放而发生大量出血。其病理特点是：有坏死的蜕膜组织，无绒毛；蜕膜或肌层内有扩大、壁厚、透明变性的血管，血管内栓塞形成不完全；再生的内膜和肌层有炎症反应。

#### 2. 胎盘组织残留

部分胎盘残留影响子宫的正常收缩而发生出血；亦可因胎盘残留组织被子宫自然排出，基底部血窦开放面发生流血；残留的胎盘组织亦可因血液和纤维蛋白的沉积，形成大小不等的胎盘息肉，向宫腔内突出发生出血。镜下可见到变性的绒毛或混有新鲜绒毛组织而无胎盘附着部的血管病变。

#### 3. 剖宫产术后子宫切口裂开

多发生于子宫下段横切口的两侧，因其两侧接近子宫血管，血供丰富，如手术时止血不彻底，活跃性出血的血管未予分别缝扎，形成局部血肿，或局部组织感染坏死，伤口不愈合，在肠线融解后，血管重新开放，引起大量流血。如缝扎过多过密，影响血供，组织发生坏死时，也可有阴道出血。

#### 4. 产道血肿（来源于未诊断出的产道裂伤）

多见于产程延长、胎先露压迫使软组织坏死，血管破裂，或产道损伤缝合不全发生出血。

### （二）中医病因病机

本病的发生机理，主要是冲任为病，气血运行失常所致。

#### 1. 血虚气脱

产后冲任损伤，不能制约，营阴下夺，气随血脱。

#### 2. 血热

素体阴虚，复因产时失血，阴液更亏，营阴耗损，阴虚生内热，或感受邪毒，以致热扰



冲任，迫血妄行。

### 3. 血瘀

产后胞脉空虚，外邪乘虚入胞，与血相结，瘀血内阻，或胞衣残留，影响冲任，血不归经，发为本病。

## 三、临床诊断

### (一) 辨病·西医诊断

#### 1. 症状

(1) 阴道流血 多为反复发作。胎盘残留者，出血多发生于产后10天左右，多表现为恶露持续时间延长，以后反复出血或突然大量流血。胎盘附着部位复旧不全者，多发生于产后2周左右，突然出现大量流血。剖宫产后子宫切口愈合不良或裂开者，多于手术后2周~3周出现大量阴道流血，甚至引起休克。

(2) 发热 因反复出血，多数患者并发子宫局部感染，严重者可出现全身感染症状，特别是并发急性化脓性子宫内膜炎时，可出现高热、寒战等症状。

(3) 腹痛 轻者仅表现为腹部不适感或腹部微痛；并发急性化脓性子宫内膜炎，则下腹痛加重。

(4) 产道血肿 产妇肛门坠痛，排便感，随着血肿增大，位置上升，疼痛加重，伴剧烈腰痛，或侧腹部疼痛。

#### 2. 体征

(1) 全身体征 反复出血者常呈现贫血貌；急性大量出血时，可有休克体征。

(2) 妇产科检查 可见子宫颈口松弛，有时可触及残留组织。子宫大而软，有触痛，如有感染则触痛更明显。如有产道血肿，阴道内可见血肿或活动性出血。

#### 3. 实验室及其他检查

(1) 血常规检查 血色素低于正常，继发感染时白细胞增多。

(2) 血或尿hCG检查 可疑滋养细胞肿瘤时，做此项检查以协助诊断。

(3) 诊断性刮宫 若疑诊胎盘、胎膜残留或胎盘附着处复旧不良，可行诊断性刮宫。

#### 4. 鉴别诊断

(1) 绒毛膜癌 除有阴道出血外，有时还可见转移症状，如咯血、头痛等。子宫除增大柔软外，形状多不规则，并可扪及双侧黄素囊肿。刮宫取组织进行病理检查即可确诊。

(2) 性交损伤 产后阴道粘膜菲薄，易发生阴道裂伤引起出血。询问患者有性交史，阴道检查可见阴道裂伤。

### (二) 辨证·中医诊断

#### 1. 辨证要点

本病应从产后阴道出血的量、色、质、气味，出血发生的时间，结合全身症状及舌脉等辨别寒热虚实。如出血量多，质清稀，突然眩晕，甚则四肢厥冷，脉微欲绝者为血虚气脱；出血色红或紫，质粘稠，有臭气，身热不适，小腹痛为血热；色紫黯，有块，小腹痛拒按为血

瘀。

## 2. 辨证分型

### (1) 血虚气脱证

〔临床表现〕产后阴道出血量多，质稀，突然眩晕，面色苍白，心悸，愤闷不适，渐至昏不知人，眼闭不开，四肢厥逆，冷汗淋漓。舌淡无苔，脉微欲绝，或浮大而虚。

〔辨证分析〕由于失血过多，阴血暴亡，心神失养，故心悸，愤闷不适，昏不知人。出血多则气随血脱，阳气不布，阴阳离决，故面色苍白，四肢厥逆。阴不内守，虚阳外越，则冷汗淋漓。舌淡无苔，脉微欲绝或浮大而虚，皆为血虚气脱之证。

### (2) 血热证

〔临床表现〕产后阴道出血日久不止，量较多，色深红，质粘稠，有臭味，面色潮红，口燥咽干，或有低热。舌质红，脉虚细而数。

〔辨证分析〕产后阴液耗损，阴虚生内热，热扰冲任，迫血下行，故阴道流血日久不止，量较多。内热灼血，故血色深红，质粘稠。热邪上扰，则面色潮红。热伤阴液，则口燥咽干。阴不敛阳，虚阳外越，故可有低热。舌红，脉虚细而数，均为阴虚血热之证。

### (3) 血瘀证

〔临床表现〕产后阴道出血淋漓不净，或突然出血量多，色紫黯有块，小腹疼痛拒按。舌紫黯或边有瘀点，脉弦涩或沉而有力。

〔辨证分析〕瘀血阻滞胞脉，新血不得归经，故产后流血淋漓不净或突然出血量多。瘀血凝结，则色紫黯，有血块。瘀血内阻，胞脉不利，故小腹疼痛拒按。舌紫黯或边有瘀点，脉弦涩或沉而有力为瘀血阻滞之象。

## 四、治疗

### (一) 西医西药治疗

#### 1. 一般治疗

对产后有少量出血，淋漓不断者，可给予子宫收缩剂（如麦角制剂）和抗生素。

#### 2. 刮宫

对疑有胎盘胎膜残留者，可行刮宫术，清除宫内容物，促进子宫收缩。对怀疑胎盘附着部复旧不全者，先用宫缩剂止血，无效时再行刮宫。术前应先补液，并做好输血准备，同时应用子宫收缩剂。术时操作应轻柔，谨慎，以防子宫穿孔。刮出物应做病理检查，以明确诊断。术后应用抗生素。

#### 3. 剖腹探查

剖宫产后出血，可疑子宫切口愈合不良、伤口裂开，或腹膜后血肿、阔韧带血肿者，可行剖腹探查术。根据情况修补、结扎止血或切除子宫。

#### 4. 血肿切开

产道血肿应及时切开，清理血块后找到出血点缝合，以免血肿继续扩大或继发感染。术后可在阴道内填塞纱布卷以压迫止血。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证施治

根据虚则补之，留者攻之，热者清之的原则，分别予以益气固脱，活血化瘀，清热凉血等治法。

#### (1) 血虚气脱证

〔治法〕益气固脱。

〔方药〕独参汤（《十药神书》）。

人参 18g~30g，水煎成浓汁，1次服下。

〔加减〕①若肢冷汗出，神昏，宜回阳救逆，方用参附汤（《校注妇人良方》）。

人参 15g，熟附子 9g。人参另炖，熟附子水煎，取汁合服。

②若阴道出血不止，则于参附汤中加炮姜炭 9g，艾叶炭 12g 以温经止血。

〔分析〕人参功能补气固脱，用于大失血后阴虚不能维阳所致的气虚暴脱，是血脱先益气，扶阳以救阴之治。扶危救脱用量宜大，否则只能起到一般的补虚作用。加入附子，温壮真阳，成大温大补之剂，对出现肢冷、汗出、血压不升等阴竭阳亡之危症，可速用救急。

#### (2) 血热证

〔治法〕养阴清热，凉血固冲。

〔方药〕保阴煎（《景岳全书》）加味。

生地 12g，熟地 12g，黄芩 9g，黄柏 6g，白芍 12g，山药 12g，续断 12g，甘草 6g，阿胶 11g（烔化），旱莲草 15g，乌贼骨 18g。

〔加减〕若肝郁化热，症见两胁胀痛，心烦易怒，舌苔黄，脉弦数者，治宜舒肝解郁，清热凉血。方用丹梔逍遥散（《方剂学》）加减。

丹皮 9g，山梔 9g，当归 12g，白芍 12g，柴胡 9g，白术 9g，茯苓 9g，炙甘草 3g，生地 12g，旱莲草 12g，茜草根 12g。

〔分析〕保阴煎中熟地、白芍益血敛阴；生地清热凉血，养阴生津；黄芩、黄柏清热泻火；续断固肾止血；甘草调和诸药。加旱莲草、阿胶、乌贼骨以助养阴清热止血之力。

#### (3) 血瘀证

〔治法〕活血化瘀。

〔方药〕生化汤（《傅青主女科》）加味。

当归 12g，川芎 9g，桃仁 12g，炮姜 9g，炙甘草 6g，益母草 30g，炒蒲黄 9g。

〔加减〕①若为气虚挟瘀，伴小腹空坠者，加党参 15g，黄芪 15g。

②若瘀久化热，恶露臭秽者，加红蚤休 12g，蒲公英 12g。

〔分析〕生化汤中当归、川芎活血化瘀，桃仁化瘀止痛，炮姜温经止血，甘草和中。加益母草、炒蒲黄以祛瘀止血。

### 2. 验方治疗

#### (1) 恶露净

〔组成〕黄芪、乌贼骨、益母草、桑寄生各 30g，党参、当归、茜草炭、侧柏炭、血余炭、炒蒲黄各 15g，枳壳 10g，三七粉 3g（吞服），甘草 5g。

加减变化：气虚型重用黄芪 50g，党参 30g；血瘀型重用三七粉 6g（吞服），加桃仁、红

花各 10g；血热型轻用黄芪、党参各 10g，加生地 30g，丹皮、山梔各 10g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕益气补肾，活血止血。主治产后恶露不绝。

〔疗效观察〕治疗 35 例，病程 21 天～30 天 5 例，31 天～40 天 13 例，41 天～50 天 14 例，51 天～60 天 2 例，61 天以上 1 例。治疗结果：治愈（阴道出血全止）34 例，无效 1 例，治愈率为 97%，其中服药 4 天～6 剂痊愈 24 例，占 68.6%<sup>〔1〕</sup>。

### （2）缩宫逐瘀汤

〔组成〕川芎、当归、刘寄奴、桃仁各 12g，蚤休、枳壳各 20g，益母草、焦山楂各 30g，炮姜 6g，甘草 3g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。恶露干净，症状消失后停药。

〔功用〕活血化瘀。适用于血瘀型恶露不绝。

〔疗效观察〕运用此方治疗 68 例血瘀型恶露不绝患者（产后 3 周以上恶露不净者、引产半月以上恶露不净者和早期流产 1 周以上恶露不净者），结果：痊愈 63 例，占 92.7%；好转 3 例，占 4.4%；无效 2 例，占 2.9%。总有效率为 97.1%。本组 31 例患者分别在治疗前和治疗后 3 天～10 天进行血液流变学指标的检测，结果：治疗前患者血浆比粘度及全血比粘度均明显高于对照组，治疗后均显著降低。动物实验示本方对家兔子宫有兴奋作用，能减轻 SD 大鼠后肢因注射甲醛所致的炎症<sup>〔2〕</sup>。

### （3）清热化瘀汤

〔组成〕当归 25g～30g，川芎 9g～12g，红藤 30g，生地 15g～30g，川连、炮姜各 6g，蜈蚣 3g～6g，生甘草 4g～6g。

加减变化：小腹硬满疼痛甚者可加益母草 30g，失笑散 9g～12g；瘀血重者加丹参、鸡血藤、牛膝；热甚伤阴加月季花、玫瑰花；气滞加香附、枳壳。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，一般连服 15 剂左右。

〔功用〕清热、活血、化瘀、止痛。主治晚期产后出血。

〔疗效观察〕治疗 21 例，其中产后晚期出血 11 例，人工流产后、早早孕术后出血不止各 5 例。均经西医消炎、宫缩、止血剂治疗无效。用上方治疗后，结果：16 例痊愈，3 例无效，2 例因不能坚持服药而中途停止治疗。血止时间最短 7 天，最长者 24 天<sup>〔3〕</sup>。

## 3. 针灸疗法

### （1）体针

①取关元、中极、足三里、三阴交。关元向下斜刺，针 1 寸～2 寸施提插补法，使针感传至外阴部；中极直刺，施提插补法；足三里、三阴交均直刺，施平补平泻法。诸穴均可针灸并施。适用于气血虚弱型恶露不绝。

②取中极、气冲、血海、中都、三阴交。中极、气冲斜向下刺；血海、中都、三阴交直刺，均施提插泻法。诸穴均不宜灸。适用于阴虚血热型恶露不绝。

③取石门、气海、地机、三阴交。石门、气海均直刺，施捻转提插泻法；地机、三阴交直刺，施提插或捻转平补平泻法。适用于血瘀型恶露不绝。

（2）耳针 取子宫、神门、交感、皮质下、脾、肾、内分泌。以上各穴，每次选用 2 穴～3 穴，留针 15 分钟～30 分钟，也可用敏针埋藏耳穴。

#### 4. 饮食疗法

(1) 益母糖茶 益母草 6g, 红糖 15g, 茶叶 3g。三味用新开水泡 15 分钟, 当茶饮。用于血瘀型恶露不绝。(《百病饮食自疗》)

(2) 羊肉 500g, 党参 25g, 黄芪 25g, 当归 25g, 葱、姜、盐、料酒、味精各适量。将羊肉洗净切块, 药物用布包好, 同置锅内加水, 先用武火烧沸, 再改文火煨炖, 直至羊肉烂熟为止, 放入调味品, 吃肉喝汤。分 2 次服, 每天 1 次。连服 3 天~4 天。用治血虚气脱型产后出血。(《妇儿疾病小偏方》)

### 五、预防

胎盘娩出后注意检查胎盘胎膜是否完整, 发现不全, 应立即取出, 如不能排除胎盘残留, 以进行宫腔探查为宜, 术后用抗生素预防感染。

严密观察产程, 避免产程延长, 特别是第二产程延长, 减少手术产及产道软组织血管损伤。

剖宫产术应注意以下几点:

①下段横切口部位选择不宜过低, 如接近子宫颈, 此部位主要为结缔组织构成, 肌细胞占 10% 左右, 血供不良, 组织硬, 影响切口愈合; 切口位置过高, 切缘在子宫体与子宫峡部交界处, 上下切缘厚薄不一样, 易出现切口缘对合不齐及错位, 妨碍切口愈合。因此, 切口位置选择应根据宫口扩张程度和先露位置决定。

②操作稳准, 避免横切口向两侧角部撕裂。术中止血要完全, 对活动性出血点分别缝扎防止血肿形成。

③切口缝合不宜过密、过紧, 缝线不能穿透粘膜层, 以免影响血供, 导致伤口愈合不良。

④术后注意纠正患者贫血, 控制感染。

### 参 考 文 献

- 1 戚华. “恶露净”治疗恶露不绝. 四川中医, 1992, (8): 42
- 2 刘新生. 缩宫逐瘀汤治疗血瘀型恶露不绝的临床与实验研究. 中医杂志, 1990, 31 (11): 35
- 3 刘福春. 清热化瘀汤治疗产后腹痛出血. 吉林中医药, 1985, (3): 21

---

# 第十一章 不 孕 症

## 一、概述

夫妇同居2年以上，未采用过避孕措施而未曾妊娠者，称不孕症。婚后从未妊娠过，称原发性不孕；曾有过妊娠（包括足月妊娠、早产、流产及异常妊娠如宫外孕和葡萄胎）而后又有2年未能再受孕者，称为继发性不孕。据不孕症是否可以纠正，又可分为绝对不孕及相对不孕。绝对不孕意味着经过任何治疗方法都不可能怀孕，亦即夫妇一方有先天性或后天性解剖上或功能上的缺陷，无法矫治而不能受孕者；相对不孕是指夫妇一方因某种因素以致生育力降低或妨碍受孕，而经过适当治疗后可能受孕者。

关于不孕期限的标准，目前还有争议，意见尚未统一。有人统计，婚后一年受孕的夫妇占90%，主张以1年为期。还有人统计，婚后5年仍有5%~8%受孕机会，主张以3年~5年为期。国际妇产科联合会根据多数学者的意见，将不孕标准定为婚后2年未孕。

不孕症的发生率约占育龄夫妇的8%~17%，原发性不孕发生率高于继发性不孕。原发性不孕的病因以排卵障碍和盆腔子宫内膜异位症为多见；继发性不孕则以输卵管和子宫因素较多。在不孕症的因素中男方因素约占1/3。

在中医学中，对于原发性不孕，《山海经》称“无子”，唐代孙思邈《千金要方》称“全不产”。而继发性不孕，《千金要方》称“断绪”。《素问·骨空论》有不孕之名：“督脉者……此生病……其女子不孕。”汉代张仲景《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》篇之“男子脉浮弱两涩，为无子，精气清冷”是中医学中关于男性不育最早的记载。西晋代皇甫谧《针灸甲乙经·妇人杂病》篇提出瘀血不孕的病因，并用针灸治疗。隋代巢元方《诸病源候论》认为不孕的病因是劳伤气血，六淫邪气直中胞宫，出现闭经、崩漏或带下等妇产科疾病，从而导致不孕，为后世治疗不孕的“调经为要”“调经种子”等法则提供了理论依据。其后的医家进一步完善了不孕的病因。《千金要方》认识到不孕症可由全身性疾患所导致。元代朱丹溪首倡痰湿不孕，并提出了“行湿燥痰”的治疗法则。明代万全《广嗣纪要》认识到先天生理缺陷者是不能怀孕的。清代陈士铎《辨证录》则指出癥瘕可导致不孕。历代医家对不孕症的治则治法有较多论述，并创立了许多行之有效的方剂。



## 二、病因病理

### (一) 西医病因病理

受孕是一个极其复杂的生理过程,完成这个过程必须具备许多条件,男女双方中一方有问题,就会影响受孕过程的进行,造成不孕。

#### 1. 女性方面原因

##### (1) 一般因素

① 年龄:女性一生中生育力最强时期是25岁左右,以后随年龄增长,生育力逐渐降低。45岁以后,很少有再受孕者。

② 营养:过度肥胖、营养不良、过度疲劳及缺乏维生素均可使不孕率增加。

③ 精神因素:精神过度紧张及焦虑,可影响卵巢功能,造成不孕。

④ 不良生活习惯:生活与作息时间不规律,过度吸烟、酗酒和吸毒都可以损伤卵子和精子而致不孕。

(2) 卵巢因素 卵巢先天发育不良、卵巢炎、卵巢功能衰竭、卵巢黄体功能不全、多囊卵巢或卵巢巧克力囊肿等均可影响正常的卵巢功能导致不孕。

(3) 输卵管因素 如输卵管发育不良,不利于受精卵的运送;输卵管子宫内膜异位症;输卵管炎症使伞端封闭,并破坏输卵管内膜上皮组织,使输卵管闭塞。

(4) 子宫因素 子宫先天畸形或发育不良,影响受孕或易发生流产;子宫肌瘤、子宫内膜炎、子宫腔粘连均可致不孕。

(5) 宫颈因素 子宫颈炎时,改变了宫颈粘液的性质和量,影响精子的活力和进入的数量;子宫体后倒,改变了宫颈外口与贮积精液的后穹窿之间正常的位置关系,不利于精子的上行。

(6) 阴道因素 先天性无阴道、阴道横膈、处女膜无孔或过厚坚韧、阴道损伤后形成粘连瘢痕性狭窄等都可影响性交或阻碍精子的进入。

(7) 染色体异常 引起性腺发育异常或生殖道异常。

#### 2. 男性方面原因

(1) 精液异常 先天及后天睾丸异常如隐睾者,睾丸组织常伴有组织结构先天性异常,且因下降不全,睾丸位于腹腔中,温度较高,妨碍精子的正常产生;某些内分泌腺如垂体、甲状腺和肾上腺等疾患,可致精子的产生障碍;精索静脉曲张,可影响睾丸血运,影响睾丸功能而影响其产生精子的功能;精囊和前列腺的病变,可使精液异常,影响精子生存、活动和输送;睾丸炎、结核和梅毒都可以引起睾丸主质的严重破坏,腮腺炎常伴发睾丸炎,导致睾丸萎缩,不能产生精子;过度营养不良和维生素缺乏,慢性中毒如酗酒、吸烟、精神过度紧张和性生活过频都可影响精液的质量。

(2) 精液输送障碍 副睾及输精管结核或细菌感染使输精管阻塞,可妨碍精子通过;性功能异常如阳痿、早泄、不射精及逆向射精等使精液不能进入阴道;尿道下裂使精液不能排至阴道适当部位,可能影响受孕率;输精管部分缺如或副睾畸形阻碍精子通过,而使精子不能外泄。

(3)精液内前列腺种类或含量异常 专家发现精液内含有许多前列腺素。前列腺  $F_2\alpha$  则能使子宫肌收缩,妨碍孕卵着床,黄体迅速溶解而有抗生育作用。

### 3. 其他因素

男女双方均可因体内产生抗精子抗体致免疫性不孕;偶有对性知识缺乏而致不孕者,如性生活失调或性生活次数过少,特别是不在排卵期性交也会影响受孕。

## (二) 中医病因病机

中医学认为,受孕的机理主要在于肾中精气旺盛,天癸至而成熟,任通冲盛,月经调和,男女生殖之精相搏,合而成形,发育于胞宫中,乃成胎孕。肾主生殖,所藏先天之精是构成胎孕的原始物质。故不孕与肾的关系密切,并与天癸、冲任、子宫的功能失调或脏腑气血不和,影响胞脉胞络的功能有关。清代吴谦《医宗金鉴·妇产科心法要诀》:“女子不孕之故,由伤其冲任也。经曰,女子二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子。若为三因之邪伤其冲任之脉,则有月经不调、赤白带下、经漏、经崩等病生焉。或因宿血积于胞中,新血不能成孕,或因胞寒胞热,不能摄精成孕,或因体盛痰多,脂膜壅塞胞中而不孕,皆当细审其因,按证调治,自能有子也。”临床上常见的有肾虚、肝郁、痰湿、血瘀等。

### 1. 肾虚

先天禀赋不足,肾精亏虚,天癸不能按时而至,或至而不盛,冲任脉虚,胞脉失养,不能摄精成孕。若房劳过度,耗损肾阳,命门火衰,不能温煦子宫,以致宫寒不孕。若肾阴亏虚,相火亢盛,血海蕴热,亦不能成孕。

### 2. 肝郁

情志不畅,忧思郁怒,致肝气郁结,疏泄失常,气血不调,冲任失和,胞宫不能摄精成孕。或盼子心切,急躁焦虑,肝郁不舒,久而不孕。

### 3. 痰湿

素体肥胖,或恣食膏粱厚味伤脾,脾虚不运,痰湿内生。或脾肾阳虚,运化失调,聚湿生痰。痰湿阻滞,气机不畅,冲任、胞脉不通,不能摄精或孕。

### 4. 血瘀

经期、产后余血未净,若摄生不当,邪入胞宫,与血相结,血滞成瘀,瘀血内阻,冲任不通,不能成孕。

## 三、临床诊断

### (一) 辨病·西医诊断

#### 1. 病史

(1) 月经史 询问初潮年龄,月经周期,月经量和颜色,有无痛经,有无月经紊乱,末次月经时间,月经紊乱是原发性还是继发性。

(2) 婚育史 结婚年限,是否分居,性生活情况及有无避孕和采用过什么方法。如以前有过妊娠者,要详细记录每次妊娠、流产或分娩情况,以及末次妊娠的日期及其情况。

(3) 过去史 包括男女双方的发育史,儿童期是否患过影响性腺发育的疾病,如结核、腮

腺炎、伤寒、天花等。有无内分泌疾病及其治疗情况，有无腹部手术史。

(4) 家族史 家族中有无精神病患者、血友病患者及其他遗传性疾病。

## 2. 全身及妇产科检查

除注意一般发育和营养状况外，尤其注意第二性征发育情况、毛发分布、体重及有无溢乳。同时注意有无甲状腺及其他内分泌腺功能紊乱而引起的体态异常。注意内、外生殖器发育情况，有无畸形、炎症、肿瘤；子宫体是否有极度屈曲；双侧卵巢是否增大；阴道后穹窿是否有可触及的痛性结节。

## 3. 实验室及其他检查

(1) 女性的特殊检查 包括卵巢功能检查、输卵管通畅性检查、内窥镜检查及内分泌检查等。

① 卵巢功能检查：主要有基础体温 (BBT) 测定、宫颈粘液涂片检查、阴道细胞学检查、月经期前子宫内膜活组织检查及卵巢激素水平的测定。

② 输卵管通畅试验 可通过输卵管通气、输卵管通液或子宫输卵管造影等试验检查输卵管的通畅程度。轻度的输卵管扭曲、轻度的输卵管粘膜皱襞粘连和轻度的伞端粘连经上述试验后可能被矫正或分离粘连。如输卵管通气试验或通液试验显示输卵管阻塞时，应再行造影检查，因其准确性较前两者高，并可观察子宫腔和输卵管腔形态及输卵管蠕动情况。对于输卵管通畅性不明确或可疑输卵管周围粘连者，最好能做腹腔镜下美蓝通液检查。

③ 内窥镜检查：包括腹腔镜、宫腔镜和输卵管镜检查。腹腔镜检查的最大优点在于它能直接观察盆腔器官，确定病变部位，了解病变性质。在不孕症的其他各项检查未发现明显异常时，应行腹腔镜检查。尤其是怀疑子宫内膜异位症者，腹腔镜检查非常必要。在检查的同时，从阴道操作将美蓝注入宫腔，可以了解输卵管的情况，如有阻塞，可以看到输卵管阻塞部位，比子宫输卵管造影术准确率高。宫腔镜检查适用于子宫造影有异常发现；诊刮为子宫内膜炎、内膜萎缩或赘生物等；疑有宫腔异物。还可将宫腔镜、腹腔镜联合应用。输卵管镜可对输卵管粘膜做直接的观察，能发现子宫输卵管造影和腹腔镜检所不能发现的管腔病变及其范围与程度，可为输卵管性不孕的诊断、治疗方法的选择以及预后的判断等提供可靠的依据。

④ 内分泌检查：血清促卵泡激素 (FSH) 及黄体生成素 (LH) 测定：当血清 FSH、LH 升高时，可诊断为卵巢性排卵障碍；如血清 FSH、LH 降低则提示病变部位在垂体或下丘脑。

血清催乳素 (PRL) 测定：正常血清 PRL  $< 25 \mu\text{g/L}$ ，血清 PRL 升高会影响正常排卵，在闭经溢乳患者，血清 PRL  $> 30 \mu\text{g/L}$ 。

⑤ B 型超声检查：可以发现子宫肌瘤、子宫肌腺病、卵巢巧克力囊肿，并可监测排卵，了解有无未破裂卵泡黄素化综合征 (LUFS)。

⑥ 丈夫精液检查：正常精液为灰白色或淡黄色，1 次射出的精液总量为  $2\text{ml} \sim 6\text{ml}$ ，pH  $7.2 \sim 8.4$ ，室温下 60 分钟内液化，精子密度  $> 20 \times 10^9/\text{L}$ ，1 小时存活率  $\geq 50\%$ ，直线运动 (Ⅲ级) 和快速直线运动 (Ⅳ级) 的精子占总存活率的 50% 以上，畸形精子  $\leq 30\%$ ，精液中白细胞  $< 5$  个/高倍镜。

检查前应禁欲 5 天以上，检查时以手指按摩外生殖器以引起射精。将精液收集在清洁的广口玻璃瓶中送检。标本不能受冷或受热，并应在 1 小时内送检。

⑦ 性交后试验：目的在于了解宫颈粘液对于精子的可接受性及精子穿透宫颈粘液的能力。

此试验应在排卵期进行。先禁房事 5 天~7 天,排卵期性交后平卧 20 分钟,在 2 小时内进行检查。用长镊子或小吸管吸取宫颈管内粘液,然后将粘液置于玻片上,覆以盖玻片于显微镜下检查。每高倍镜视野内有 10 个~20 个活动较好的精子表示精子能正常地穿透宫颈粘液上行。如宫颈粘液内仅见不活动的死精子或精子活动力较弱,说明阴道环境或宫颈粘液对精子不利。若再以后穹窿内精液做对照,则可了解对精子的不利因素是在阴道还是在宫颈内。精子不活动也可能是由于免疫因素所致。

⑧免疫学检查:男女双方可因体内产生抗精子抗体致免疫性不孕。在不孕夫妇血清中有 18% 女性、9% 男性可测出抗精子抗体。常用的检查方法有精子制动试验、精子凝集试验等。

#### 4. 诊断标准(卫生部《中药新药临床研究指导原则》)

不孕症病因复杂,可由多种因素引起,其中以排卵功能障碍(分无排卵和黄体不健两大类)和输卵管炎所致的输卵管阻塞不通为多见,免疫性不孕临床有增多的趋势。临床诊断常以病因分类,以上 3 类的诊断标准见下。其他原因如子宫内膜异位症、子宫肌腺病、子宫肌瘤、子宫发育不良等所致不孕的诊断标准可参考有关疾病诊断。

##### (1) 无排卵所致不孕症的诊断标准

- ①基础体温连续记录单相 3 个月以上;
- ②阴道脱落细胞涂片检查无周期性变化;
- ③宫颈粘液结晶检查无椭圆体出现;
- ④月经前 6 天子宫内膜检查无典型分泌期变化;
- ⑤系列 B 超监测无排卵征象;
- ⑥血、尿孕酮水平低于黄体期水平。

以上 6 项中具备 2 项者可诊断为无排卵。

##### (2) 黄体不健所致不孕症的诊断标准

- ①基础体温双相,但后期上升不典型或少于 12 天;
- ②经前期子宫内膜呈分泌期变化,但与正常月经周期的反应日期相比相差 2 天以上;
- ③黄体期卵巢 B 超显像见黄体表现而不孕;
- ④排卵后 6 天,尿孕二醇量  $< 5\text{mg}/24\text{h}$ , 或 2 次血清孕酮量  $< 32\text{nmol/L}$ 。

以上 4 项中具备 2 项,结合临床,可做诊断。

##### (3) 输卵管炎所致不孕症的诊断标准

- ①子宫输卵管造影证实输卵管不通畅、阻塞或积水等;
- ②腹腔镜检查下做输卵管通液,证实输卵管不通畅或不通,并且盆腔内粘连;
- ③通液或通气 2 次均不通。

以上 3 项中有 1 项符合可以诊断。

##### (4) 免疫性不孕症的诊断标准

- ①临床及各项检查除以上因素外引起的不孕症;
- ②血清或宫颈粘液抗精子抗体阳性,或抗卵透明带抗体阳性(此点可确诊);
- ③性交后试验:排卵前期性交后 2 小时内,每高倍视野下宫颈粘液中有力前进的精子  $< 5$  个;

④精子宫颈粘液接触试验:排卵前试验,镜下见和宫颈粘液接触面的精子“颤抖”,不活动或活动迟缓。

上述4项中,①必须具备,兼具其余各项中的1项,即可诊断。

## (二) 辨证·中医诊断

### 1. 辨证要点

要全面详细采集四诊资料,包括患者年龄、月经、带下、婚产、性生活及避孕情况,将所得资料加以综合分析,重点审脏腑、冲任、胞宫之病位;辨气血、寒热、虚实之变化;还要辨病理因素痰湿与瘀血。一般来说,如初潮推迟,月经一贯后期量少,伴有腰酸腿软者,多属肝郁症;形体肥胖,多属痰湿证;少腹作痛,经量偏少者,多属血瘀证。

### 2. 辨证分型(临床表现出自卫生部《中药新药临床研究指导原则》)

#### (1) 肾阳虚证

〔临床表现〕婚久不孕,月经后期,量少,色淡,或闭经,头晕耳鸣,腰腿酸软,性欲淡漠,小便清长,大便溏薄。舌质淡,苔白,脉沉细。

〔辨证分析〕肾阳亏虚,冲任失于温养,故婚后久不受孕,经行后期,量少色淡,或闭经。肾虚清窍失养,故头晕耳鸣。肾阳不足,命门火衰,故腰腿酸软疼痛,性欲淡漠。命火不足,蒸腾失司,故小便清长。火不暖土,不能温化则便溏。舌质淡,苔白,脉沉细均为肾阳不足之象。

本证型在临床常表现为排卵障碍或黄体功能不足,基础体温单相或见高温相不稳定。

#### (2) 肾阴虚证

〔临床表现〕婚久不孕,月经先期,量少,色红,头晕心悸,腰腿酸软,五心烦热,咽干口渴。舌质红,少苔,脉细数。

〔辨证分析〕肾阴亏虚,每致阳气偏旺,血海蕴热,故婚后久不受孕,月经先期,色红。阴亏精血来源不足,故经量减少。阴血不足,心肝失养,故头晕心悸。肾阴不足,髓减骨弱,骨失其养则腰痠腿软。肾水亏虚,君相火旺,故五心烦热,咽干口渴。舌质红,苔少,脉细数,均为阴虚火旺之象。

#### (3) 肝郁证

〔临床表现〕婚久不孕,经期先后不定,量或多或少,经行不畅,色紫有块,经前乳房胀痛,或胸闷急躁,或情志失畅。舌质黯红或正常,苔薄白或薄黄,脉弦。

〔辨证分析〕肝气郁结,气血不和,冲任失调,故婚后多年不孕。疏泄失常,则月经先后不定,量或多或少。肝郁行气不利,故经前乳房胀痛。肝气失于条达,则胸闷急躁,情志失畅。舌脉均为肝郁之象。

本证型可见于高催乳素血症所致的不孕。

#### (4) 痰湿证

〔临床表现〕婚久不孕,经行延期,或量少,或闭经,带多粘稠,形体肥胖,胸闷泛恶。舌苔白腻,脉滑。

〔辨证分析〕肥胖之人多为痰湿之体,痰湿壅盛,闭阻冲任,不能摄精成孕,故婚久不孕,月经后期量少,或闭经。湿浊下注则带下量多质粘。痰湿中阻则胸闷泛恶。苔白腻,脉滑为痰湿内阻之证。

本证型多见于多囊卵巢综合征所致的不孕。

#### (5) 血瘀证



〔临床表现〕婚久不孕，月经后期，经量多少不一，色紫有块，少腹疼痛拒按，临经尤甚。舌黯，有瘀点，脉弦或涩。

〔辨证分析〕瘀血内阻冲任胞脉，故婚久不孕，经行后期，量少或多。瘀血随经血下泄则经色紫黑有块。瘀阻不畅，则少腹疼痛拒按，经期气血变化急骤，故经期腹痛较平日为甚。舌质紫黯或有瘀点，脉弦或涩亦为血瘀之象。

本证型多见于慢性盆腔炎、子宫内膜异位症等所致的不孕。

## 四、治疗

造成不孕症的原因是很多的，因此应通过系统性的检查，找出病因，针对病因进行治疗。

### （一）西医西药治疗

#### 1. 一般处理

增强体质与健康，矫正不良生活习惯，如饮酒，过度吸烟；进行性生活和受孕知识的教育，适当安排排卵期性生活。消除紧张、焦虑情绪和精神压力，对提高受孕机会是有益的。

#### 2. 针对病因处理

（1）生殖系统炎症 各种阴道炎按其病因进行治疗。严重的宫颈糜烂可行电烙、电熨、冷冻、激光、微波治疗。慢性输卵管炎用超短波、离子透入等物理疗法以促进局部血液循环，消除组织水肿，缓解组织粘连。输卵管阻塞者可做输卵管通液治疗。常用青霉素 20 万 IU~40 万 IU，链霉素 0.5g 和透明质酸酶 1500IU（可用氢化可的松 25mg~50mg 代替透明质酸酶）溶于 20ml 生理盐水中，经输卵管通液导管推注。自月经干净 3~5 日起，隔日 1 次或每周 2 次。3 次~5 次为 1 疗程。临床上用显微外科手术进行输卵管再通术，使用无创伤器械，减少了对输卵管的损伤，提高了输卵管再通手术的成功率。

（2）肿瘤 子宫肌瘤妨碍受孕时，可手术剔除肌瘤。

（3）子宫内膜异位症 可采用药物治疗或手术治疗。

（4）生殖器先天异常 无孔处女膜、处女膜肥厚或阴道横膈、纵膈者可以手术治疗。子宫发育欠佳者，可给以小剂量雌激素，既可直接作用于子宫肌层，促进子宫发育，又可使垂体促性腺激素分泌增多，有利于卵泡的发育。或用人工周期连续治疗 3 个周期。

#### 3. 内分泌失调的处理

（1）黄体功能失调的治疗 黄体功能不全者可于月经周期的第 16 天开始，隔日肌注绒毛膜促性腺激素（hCG）2 000IU~3 000IU，共 5 次。或自月经周期第 16 天开始，每日肌注黄体酮 10~20mg，共 10 天。

#### （2）无排卵治疗

①克罗米芬：为临床首选促排卵药，适用于体内有一定雌激素水平者。其作用机理主要是通过下丘脑及垂体水平与内源性雌激素的受体相竞争，减少雌激素的负反馈作用，使下丘脑 LHRH 分泌增加，致使产生更多的 FSH 和 LH，以刺激卵巢的卵泡生长、成熟以致排卵。克罗米芬的排卵率约 80%，受孕率为 30%~40%，多胎占 6%~8%。在月经周期第 5 天~9 天，每日口服克罗米芬 50mg，若无排卵，可增至 100mg~150mg。每日 150mg 治疗 6 个周期仍无排卵者应进一步检查不孕的原因。用药期间注意卵巢有无增大情况。卵巢囊肿患者、肝



肾疾病患者忌用。

②绝经期促性腺激素(hMG):从绝经期女性尿中提取,每支含FSH与LH各75IU。有促进卵泡生长的作用。主要用于对克罗米芬反应较差或雌激素水平过低的患者,以及多囊卵巢综合征(PCOS)。一般从月经第5日开始,每日1支肌肉注射。视卵泡发育情况可增加至每日2支,连续7天~10天。用药期间应监测雌二醇水平或B超检查卵泡大小,以防卵巢过度刺激。hMG的用量不仅个体差异较大,且在同一病人的不同周期用量也可以明显变化,需根据监测情况随时调整。

上述两种促排卵药物常合并使用hCG。在停用克罗米芬后7天~10天之间或停用hMG(宫颈粘液有典型结晶,阴道脱落细胞成熟值超过70)后24小时~48小时内,或当超声检查卵泡直径达18mm~25mm时,即可用hCG 5000IU或10000IU1次或分2次肌肉注射,以诱发排卵。自用hCG前夜起,连续3天同房,以增加受孕机会。克罗米芬—hCG疗法适用于单服克罗米芬后无排卵现象或治疗后黄体期过短者。hMG—hCG疗法的作用是替代垂体促性腺功能,治疗垂体功能性疾病,它的靶器官是卵巢,因此治疗前须排除卵巢性闭经、垂体肿瘤和子宫内膜异位症等,适用于垂体促性腺功能不足引起的性腺功能低落不孕者,以及克罗米芬治疗无效者,包括PCOS和闭经—溢乳综合征。其排卵率为75%~90%,受孕率50%~78%,多胎率20%。由于此种方法易导致卵巢过度刺激综合征(OHSS),故在治疗过程中应严密监护。

③克罗米芬-hMG-hCG:于月经周期第5日起,每日口服50mg~100mg克罗米芬,连续5天,从月经周期第7天~9天加用hMG,每日肌注1支~2支,根据血清雌激素水平及B超监测,当卵泡成熟时,肌注hCG 5000IU~10000IU。这种方法能减少hMG用量,降低花费和减少卵巢过度刺激的发生。

④溴隐亭:是高催乳素血症或垂体微腺瘤患者诱发排卵的首选药物。开始时宜用小剂量,每次1.25mg,每天2次,1周~2周后如无不良发应,可逐渐增加到标准治疗剂量,即5mg/d~7.5mg/d,分2次~3次服。视副作用如头晕、恶心、呕吐、无力等严重程度而适当调整剂量。治疗过程中应观察基础体温、泌乳和月经恢复情况,如发现妊娠应随即停药。

⑤促性腺激素释放激素(GnRH或LHRH):促排卵效果好,且不产生卵巢过度刺激,主要治疗下丘脑性排卵障碍。因给药方法复杂且有引起静脉炎或菌血症的危险,因此尚未在临床推广。

#### 4. 免疫性不孕的处理

精子凝集试验和制动试验阳性者可在性交时应用避孕套,以阻止精液进入阴道,隔离其与抗原的接触,体内抗体逐渐降低。一般约半年后停止使用避孕套可能受孕。药物主要用强的松,每日5mg~15mg,3个月为1疗程。

#### 5. 人工授精

人工授精分为配偶间人工授精(AIH)和非配偶间人工授精(AID)。AIH适用于丈夫精液正常,但有难以矫治的性交障碍,如真性阳痿、尿道下裂及阴道狭窄等精子不能进入宫腔者;子宫颈糜烂、子宫颈管狭窄,妨碍精子正常上行者;少精症或精子活动力减弱等自然受孕力较低者。AID适用于丈夫患无精症、严重的少精症、性疾病及夫妇间特殊的血型或免疫不相容因素所致的不孕,且经治疗无效者。在预计的排卵日前2天开始,将新鲜的或冷冻的精液注入阴道后穹窿或宫颈管内,术后垫高臀部,仰卧30分钟,隔日1次,每个周期2次~

3次。或将男方的精液用 HamF<sub>10</sub> 培养液洗涤离心处理后注入宫腔，称宫腔内人工授精。

#### 6. 体外受精和胚胎移植 (IVF—EF) 及配子输卵管内移植 (GIFT)

体外受精和胚胎移植是指从女性卵巢内取出成熟的卵子，和精子在体外受精、发育，再移植至母体子宫内发育成胎儿，亦称“试管婴儿”。

配子输卵管内移植是指将卵子和处理过的精子放入输卵管壶腹部内受精的方法。

1978年英国剑桥大学生理学家 Edwards 和妇产科医师 Steptoe 经过10余年对体外受精和胚胎移植的研究获得成功，诞生了世界第一例“试管婴儿”，从而使体外精卵移植治疗不孕症的可能成为现实，并为研究人类生殖生物学开拓了新途径。自1978年第一例试管婴儿诞生以来，前苏联、德国、瑞典、日本、美国、以色列以及中国等国家，均开展了此项工作，我国第一例试管婴儿于1988年诞生。1984年美国 Asch 首先报道应用输卵管内配子移植术治疗不孕症获得成功。

IVF-EF 的指征为：输卵管疾患引起的不孕症，如输卵管阻塞或切除，或输卵管因周围粘连、子宫内膜异位等而丧失正常功能；免疫因素或病因不明的不孕症；少精症引起的不孕，男性生育所需精子数目至少为  $20 \times 10^9/L$ ，而体外受精仅需精子  $50 \times 10^6/L$ 。

若丈夫精液正常，妻子因已绝经、卵巢早衰或双侧卵巢已切除、染色体核型异常、遗传基因携带者，或虽有正常月经及排卵但子宫受损或全身性严重疾病等而造成的不能妊娠或不适合妊娠，可行赠卵和代孕。这是临床上 IVF-ET 发展中的新技术，国内外均已有报道。

宫腔配子移植 (GIUT) 在我国亦获得成功。

GIFT 的条件是患者至少有一侧输卵管是通畅的，适应于：不明原因的不孕症；各种精液缺陷所致不孕；IVF 失败者；只有一侧卵巢及对侧输卵管。

## (二) 中医中药治疗

### 1. 辨证论治

#### (1) 肾阳虚证

〔治法〕温肾养血益气，调补冲任。

〔方药〕毓麟珠（《景岳全书》）加味。

党参 30g，白术 12g，茯苓 9g，炙甘草 6g，当归 9g，川芎 9g，白芍 12g，熟地 12g，菟丝子 12g，杜仲 9g，鹿角霜 9g，川椒 1.5g，香附 9g，紫河车 9g。

〔加减〕①兼见大便溏泄者，加补骨脂 12g，五味子 9g 以温肾固涩。

②腰酸痛甚者，加续断 15g，寄生 15g 以补肾壮腰。

〔分析〕方中熟地、当归、川芎、白芍四物相合，补血而不滞；党参、茯苓、白术、甘草合以益气补中；香附行气活血，菟丝子、杜仲、鹿角霜、紫河车既能温补肾阳，又能补益阴精；川椒温督脉以助阳。全方合而用之，既温先天，又补后天，精血充足，则胎孕易成。

#### (2) 肾阴虚证

〔治法〕滋阴养血，调冲益精。

〔方药〕养精种玉汤（《傅青主女科》）合二至丸（《医方集解》）。

熟地 20g，当归 15g，白芍 15g，山茱萸 15g，女贞子 12g，旱莲草 9g。

〔加减〕①形体消瘦，五心烦热者，可加丹皮 12g，地骨皮 12g，龟板 18g 以滋阴降火。

②眼花目涩疼痛者，加枸杞子 12g，菊花 9g 以滋阴明目。

〔分析〕方中当归、白芍、熟地补血调血，山茱萸补肝肾，养精血，女贞子、旱莲草滋补肝肾。全方共奏滋阴填精之功。

### (3) 肝郁证

〔治法〕舒肝解郁，养血理脾。

〔方药〕开郁种玉汤（《傅青主女科》）。

白芍 20g，当归 12g，白术 12g，茯苓 9g，丹皮 9g，香附 9g，花粉 9g。

〔加减〕①口苦而燥者，加酒炒黄连 3g。

②经前乳房胀痛有块者，加柴胡 9g，夏枯草 15g，橘核 15g 以疏肝理气散结。

③经行腹胀痛者，加木香 9g，延胡索 12g 以行气止痛。

④气滞挟瘀血者，症见小腹胀痛拒按，经血色黯有块，加丹参 15g，桃仁 9g，益母草 15g 以化瘀。

〔分析〕方中白芍和营养肝，当归补血调经，丹皮清泻肝火凉血，香附行气解郁，白术、茯苓健脾培土，花粉生精清热。诸药合用，肝气舒，脾气健，气血通畅，冲任调和，则可摄精成孕。

### (4) 痰湿证

〔治法〕燥湿化痰，调理冲任。

〔方药〕启宫丸（经验方）加味。

制半夏 12g，苍术 9g，香附 9g，神曲 9g，茯苓 12g，陈皮 9g，川芎 9g，石菖蒲 9g。

〔加减〕①经量过多，可去川芎，酌加黄芪 30g，续断 15g 以益气固肾。

②心悸者，加远志 12g 以宁心。

③呕恶胸满甚者，加厚朴 9g，枳壳 9g，竹茹 9g 以理气化痰宽胸。

④痰瘀互结成癥者，加昆布 12g，海藻 12g，三棱 9g，莪术 9g 以化痰散瘀除癥。

### (5) 血瘀证

〔治法〕活血化瘀，调理冲任。

〔方药〕少腹逐瘀汤（《医林改错》）。

小茴香 9g，干姜 6g，延胡索 12g，没药 9g，当归 12g，肉桂 6g，赤芍 12g，蒲黄 9g，五灵脂 9g，川芎 9g。

〔分析〕方中肉桂、小茴香、干姜温经散寒，当归、川芎、赤芍养血活血，延胡索、五灵脂、蒲黄、没药行气止痛。全方重在温经化瘀，使瘀血去，胞脉通，胞宫净，胎孕成。

## 2. 验方治疗

### (1) 促排卵组方

〔组成〕

I 号方：当归 10g，川芎 9g，续断 10g，丹参 12g，香附 9g，桑寄生 10g，赤芍 10g，菟丝子 10g，泽兰 9g，怀牛膝 9g。

II 号方：熟地 20g，女贞子 10g，仙灵脾 9g，菟丝子 15g，党参 9g，当归 10g，覆盆子 15g，续断 10g，泽兰 9g，枸杞子 10g，桑寄生 10g，丹参 12g。

III 号方：I 号方加巴戟天 15g，肉苁蓉 15g，鹿角胶（或锁阳）9g。

IV 号方：柴胡 9g，香附 10g，麦芽 30g~60g，当归 9g，橘核 15g，茯苓 10g，白芍 10g，蒲公英 15g，郁金 9g，王不留行 10g。

〔用法〕于月经周期第1天~5天每日服Ⅰ号方1剂。第6天~11天每日服Ⅰ号方1剂。第12天~15天或B超测得卵泡直径 $\geq 15\text{mm}$ 时,每日交替针刺下述两组穴位:中极、三阴交;大赫、气海。第16天~18天隔日服Ⅱ号方1剂。如有肝郁气滞则以Ⅳ号方代替Ⅱ号方。连续治疗2个周期。

〔主治〕排卵障碍引起的不孕。

〔疗效观察〕18例排卵功能障碍不孕女性,治疗前连续监测卵泡发育,同时测定血清 $E_2$ 、FSH、LH及P值,观察1个周期作为治疗前自身对照。然后随机分为克罗米芬组与中药组,按治疗前步骤观察各项指标。结果两组排卵率分别为62.5%及71.4%,两组间的效果差异无显著性<sup>〔1〕</sup>。

## (2) 石英毓麟汤

〔组成〕紫石英15g~30g,川椒1.5g,川芎6g,川断12g~15g,川牛膝12g~15g,仙灵脾12g~18g,菟丝子9g,香附9g,当归12g~15g,赤白芍各9g,桂心6g,丹皮9g。

加减变化:肝郁肾虚,兼心烦易怒,乳房胀痛者加柴胡、山梔各9g;气虚乏力者加党参、黄芪各15~30g;纳谷不香者加砂仁6g,陈皮9g;面浮足肿者加茯苓15g,车前子9g;双侧卵巢较大者(包括多囊卵巢综合征)加丹参30g,桃仁9g,或三棱、莪术各9g;小腹冷痛者加小茴香、艾叶各6g。

〔用法〕水煎2遍,2次分服。

〔功用〕温肾养肝,调经助孕。主治排卵功能障碍、黄体功能不全所致不孕症。

〔疗效观察〕治疗215人,不孕年限均在2年以上,最长15年,平均4.1年,治愈:(受孕)141人,受孕率为65.6%,其中闭经治愈而孕4人。显效:31人月经正常而未孕,占14.4%,在31人中,爱人精液异常者11人。有效:月经周期较前缩短,但仍在35天以上,或黄体期较短而温差较小者26人,占12.1%。无效:17人,占7.9%,后证实其中2人为垂体肿瘤。总有效率为92.1%<sup>〔2〕</sup>。

## (3) 疏肝达木方

〔组成〕柴胡10g,当归30g,赤芍、白芍、川芎、醋香附各15g,薄荷5g,鸡血藤20g。

加减变化:肝郁阳虚,冲任虚寒者加肉桂5g,巴戟天、仙茅各15g;肝郁阴虚,精血不足者加枸杞子、女贞子各15g,山萸肉10g。

〔用法〕上方扩大10倍,按常规操作程序,水泛为丸,烘干装瓶备用。于月经干净后第3天开始服用,每日早晚各1次,每次10g,温开水送下,经期停药,3个月经周期为1个疗程。

〔功用〕疏肝达木。适用于黄体功能不全所致的不孕症。

〔疗效观察〕69例服药1个疗程后,治愈19例(经治疗后妊娠,且未发生早期妊娠流产者);有效21例(经治疗后BBT连续出现正常双相2个月经周期以上,或子宫内膜组织学检查有明显改善者);无效29例。后二类患者计50例,继续第2个疗程治疗后,治愈29例,有效8例,无效13例(其中5例中途放弃治疗),治愈率达69.6%,总有效率达81.2%<sup>〔3〕</sup>。

## (4) 通管汤及通管Ⅰ号方

〔组成〕

通管汤:当归9g,熟地9g,赤白芍各9g,川芎9g,桃仁12g,薏苡仁12g,红花12g,海螵蛸20g,生茜草9g,制香附12g,路路通15g,石菖蒲9g,皂角刺9g,败酱草15g,红藤15g。

肝经瘀阻者去熟地,加柴胡9g,郁金9g;肾虚挟瘀者去红藤,加菟丝子15g,仙灵脾9g;

肝郁肾虚者去石菖蒲、红藤，加柴胡 9g，菟丝子 15g；内热明显时，熟地易生地，加丹皮 9g，黄芩 9g；表现虚寒时，去败酱草、红藤，加桂心 5g，炮姜 9g。

通管Ⅰ号方：熟地 9g，当归 9g，白芍 9g，川芎 6g，桃仁 12g，红花 12g，菟丝子 15g，仙灵脾 9g，肉苁蓉 9g，鹿角霜 9g，制香附 12g，败酱草 15g。

乳胀甚，加柴胡 9g；少腹痛不解，加延胡索 9g；小腹冷痛去败酱草，加桂心 6g。

〔用法〕经期开始服用通管汤，每日 1 剂，排卵期前停药。肝郁肾虚型或肾虚挟瘀型病人于排卵期开始服通管Ⅰ号方，每日 1 剂，服至行经。药后如肾虚证或黄体功能仍无改善可暂停汤剂，于黄体期投乌鸡白凤丸或河车大造丸 1 个~2 个周期，观察效果。肝经瘀阻病人则可连续服用通管汤。经净第 3 日起，采用 ZGL-1 型直流感应电疗机治疗。阴极放在八髎穴，阳极放在关元穴。阴极部位贴敷浸过“妇透Ⅰ号”药液（桃仁 500g，皂角刺 750g，败酱草 750g，浓煎制成 2000ml）的吸水纸，通电后，通过离子穴位透入作用，达到局部活血化瘀的目的。

〔功用〕理气通络，活血化瘀。主治输卵管炎性阻塞性不孕。

〔疗效观察〕40 例病人经治疗后有 20 例妊娠，妊娠率为 50%。其中原发性不孕 14 例，继发性不孕 6 例；双侧输卵管完全性阻塞 9 例，部分性阻塞 11 例。平均治疗时间 6.9 个月<sup>[4]</sup>。

### （5）固阴煎（《景岳全书》）

〔组成〕人参 9g，大熟地 15g，怀山药 20g，山茱萸 10g，菟丝子 15g，炙远志 9g，五味子 15g，炙甘草 15g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。30 天为 1 个疗程。

〔功用〕补肾育精。主治免疫性不孕症。

〔疗效观察〕用固阴煎治疗免疫性不孕症 60 例，对照组（口服强的松 5mg，每日 1 次，维生素 E 胶丸 100mg，每日 1 次）25 例。治疗期间采用阴茎套进行性生活，SIT（精子制动试验）转阴者在排卵期进行性生活。结果中药组痊愈（治疗过程中 SIT 转阴，停药后观察 1 年，观察期间内妊娠）19 例（31.7%），好转（SIT 转阴但未妊娠）32 例（53.3%），无效 9 例（15%）。对照组痊愈 6 例（24%），好转 8 例（32%），无效 11 例（44%）。两组疗效比较以中药组为高（ $P < 0.05$ ）。治疗前及第 1 疗程结束后分别测定血清免疫球蛋白 IgA、IgG 和 IgM。治疗前两组无明显差异，治疗 1 疗程后中药组 IgA 比对照组下降明显（ $P < 0.05$ ），IgG 中药组与对照组相比明显上升（ $P < 0.05$ ）<sup>[5]</sup>。

### 3. 针灸疗法

取关元、中极、子宫、三阴交穴，手法用平补平泻，或用电针，刺激强度频率 3Hz，电流 5mA 以内。自月经周期的第 14 天起，每日 1 次，每次 30 分钟。适用于排卵障碍所致的不孕症。

## （三）中西医结合治疗

不孕症的病因是多方面的，明确病因，治疗才能有的放矢。中西医结合治疗本病可提高疗效。

对子宫发育不良、月经不调及无排卵者，西医可采用雌激素、雌孕激素人工周期及克罗米芬等治疗，中医则以补肾为主，并在月经周期的不同阶段，分别采用滋肾填精—补血活血—温肾助阳—活血通经的中药人工周期疗法，共同调节下丘脑—垂体—卵巢轴的功能，达到促进子宫发育、调整月经周期及恢复排卵的目的。姚氏<sup>[6]</sup>对 31 例单用克罗米芬诱发排卵无效



的不孕症患者,加用中药人工周期治疗后,治愈率达64.5%。潘氏<sup>[7]</sup>分别用中药、中药加克罗米芬、中药加己烯雌酚治疗排卵功能障碍性不孕,结果排卵有效率单纯中药组41.93%,中药加克罗米芬77.23%,中药加己烯雌酚70%。杨氏等<sup>[8]</sup>治疗黄体功能不全40例,单纯中药治疗27例,妊娠19例;13例单用中药2疗程未孕者,加用克罗米芬或hCG或溴隐亭后妊娠7例。另有用中药促排卵方和克罗米芬治疗黄体功能不全的妊娠率达68%,高于克罗米芬治疗后41%的妊娠率<sup>[9]</sup>。

对输卵管阻塞性不孕,西医常采用抗生素肌肉注射或静脉滴注,并用抗生素加肾上腺皮质激素及酶制剂行宫腔注射,但对慢性炎症造成的阻塞,全身应用抗生素效果不理想。中医则主要应用活血化瘀,清热解毒,行气通络的治法,采取中药内服、中药渣或膏外敷、中药保留灌肠及理疗等方法,内外治并举同施,从而改善输卵管局部的血运和血液流变性,抑制炎性渗出,促进炎症吸收,松解粘连,使阻塞的管腔再通。乐氏等<sup>[10]</sup>将100例输卵管阻塞性不孕症患者随机分为3组,分别予以口服中药、口服中药加灌肠及口服中药加通液术(氢化可的松、链霉素、生理盐水)处理,治疗6个月后的受孕率口服中药组为20.59%,口服中药加灌肠组55.26%,口服中药加通液组45.45%。杨氏<sup>[11]</sup>治疗慢性输卵管炎引起的不孕症82例,中西医结合治疗60例,单纯西药治疗22例,结果中西医结合治疗组受孕46例(76.7%),西药对照组受孕9例(40.9%),经统计学处理 $P<0.05$ ,两组比较有显著性差异。

对于免疫性不孕的治疗,现代医学主要采用免疫抑制剂、使用避孕套及宫腔内人工授精等方法,但效果尚不理想。如免疫抑制剂大剂量副作用多,小剂量则疗程长且疗效欠佳,长期使用可出现严重的并发症。中医中药治疗免疫性不孕屡见报道,通过整体调节作用,既可提高被减弱的免疫稳定功能,又可消除有害的自身免疫反应,并能避免副作用。大量的临床观察和实验研究证实,活血化瘀药对体液免疫和细胞免疫有一定抑制作用,滋阴凉血药可抑制免疫功能亢进,清热解毒药能抑制免疫反应,祛风利湿散寒类中药有抗过敏、消炎、抑制过敏介质的释放和调节血管通透性的作用。孙氏等<sup>[12]</sup>对85例抗精子抗体阳性患者用小剂量肾上腺皮质激素(强的松5mg,每日2次)及活血化瘀,破气利水中药三棱、莪术、穿山甲、皂角刺等治疗,3个月为1疗程,经1个~3个疗程治疗,35例怀孕。

## 五、预防

提倡婚前检查,以预先发现先天性生殖器畸形,对于可纠正者婚前即应进行治疗。

婚后如暂无生育愿望或计划,应采取避孕措施,尽量避免人工流产,以防发生生殖系统炎症导致继发性不孕。

患结核、阑尾炎或急性淋菌性下生殖道感染时应积极治疗,以免造成输卵管或子宫内膜的感染。

## 参 考 文 献

- 1 罗丽兰,胡绍绪,舒沪英,等. B型超声监测氯底酚与中药诱发排卵. 中华妇产科杂志, 1988, 23(2): 72



- 2 李广文. 石英毓麟汤治疗不孕症临床研究. 山东中医学院学报, 1992, 16 (6): 20
- 3 胥桂生. 疏肝达木为主治疗黄体功能不全 69 例. 新中医, 1990, 22 (10): 35
- 4 李华. 中医辨证治疗输卵管炎性阻塞性不孕的临床研究. 中医杂志, 1985, 26 (8): 35
- 5 陈晓平, 陈旦平, 董桂红. 固阴煎治疗免疫不孕症及对体液免疫的影响. 中医杂志, 1992, 33 (12): 36
- 6 姚光和. 中药人工周期法治疗无排卵性不孕症临床探讨. 云南中医杂志, 1990, 11 (1): 14
- 7 潘玉华. 排卵功能障碍 93 例疗效分析. 新中医, 1991, 23 (6): 35
- 8 杨燕生, 吴振兰, 孙久玲. 四物汤加味治疗黄体功能不全 40 例报告. 中医杂志, 1986, 27 (10): 34
- 9 沈洪沁, 洪波. 中西医结合治疗黄体功能不全 60 例疗效分析. 新中医, 1992, 24 (6): 37
- 10 乐秀珍, 周俊, 施金兰, 等. 100 例输卵管阻塞性不孕症的疗效观察. 上海中医药杂志, 1992, (3): 19
- 11 杨冠英. 慢性输卵管炎引起不孕症 82 例临床分析. 河北中医, 1989, 11 (1): 39
- 12 孙册, 徐继华, 沈谋庄. 免疫不孕症中西医结合治疗与抗精子抗体的关系. 上海免疫学杂志, 1986, 6 (6): 364



## 下编 专题论述



## 活血化瘀法在妇产科的应用

血瘀学说,堪称中医学宝库中的瑰宝。对血瘀证采用的相应治法——活血化瘀法,是历代医学家治疗各种疾病的重要方法之一。2000 多年来,对血瘀的病因病理及对活血化瘀疗法的研究,可以说是中医学研究中最活跃的学术领域之一。特别是 1949 年以来,应用现代科学知识、方法和手段,对血瘀本质及活血化瘀原理展开了广泛深入的研究,使血瘀证及活血化瘀成为中西医结合研究最活跃、最深入,也最见成效的领域之一。现代研究已经进入了分子生物学水平。

1982 年第一届全国活血化瘀研究学术会议制订了“血瘀证诊断标准”,1986 年 11 月第二届全国活血化瘀研究学术会议对此标准进行了修订〔中国中西医结合杂志,1987,7(3):129〕:

①主要依据:舌质紫暗或舌体瘀斑、瘀点,舌下静脉曲张瘀血;固定性疼痛,或绞痛,或腹痛拒按;病理性肿块,包括内脏肿大,新生物,炎性或非炎性包块,组织增生;血管异常,人体各部位的静脉曲张,毛细血管扩张,血管痉挛,唇及肢端紫绀,血栓形成,血管阻塞;血不循经而停滞及出血后引起的瘀血、黑粪、皮下瘀斑等,或血性腹水;月经紊乱、经期腹痛、经色黑有血块,少腹急结等;面部、唇、齿龈及眼周紫黑者;脉涩,或结、代,或无脉。

②其他依据:肌肤甲错(皮肤粗糙、肥厚、鳞屑增多);肢体麻木或偏瘫;精神狂躁;腭粘膜征阳性(血管曲张、色调紫暗)。

③实验室依据:微循环障碍;血液流变性异常;血液凝固性增高或纤溶活性降低;血小板聚集性增高或释放功能亢进;血流动力学障碍;病理切片示有瘀血表现等;特异性新技术显示血管阻塞。

④判断标准:凡符合以下条件者可诊断为血瘀证:具有主要依据 2 项以上;具有主要依据 1 项,加实验室依据 2 项或其他依据 2 项;具有其他依据 2 项以上,加实验室依据 1 项。

此标准规范了血瘀证的诊断,内容较全面,成为我国最为常用的血瘀证诊断标准。

### 一、血瘀与妇产科疾病的关系

女性的主要生理特点是经、孕、产、乳,而月经、妊娠、分娩、哺乳都以血为用。若营血呈现浓、粘、凝、聚,以致流动阻滞,或溢于脉外而成离经之血,均可形成血瘀之病理状态,从而或为妇产科疾病的重要发病机制。由于女性形成血瘀的病理变化机会较多,故血瘀证是妇产科疾病的常见证型,活血化瘀法是治疗妇产科疾病的重要法则之一。

## 二、妇产科血瘀证病因

### (一)气滞血瘀

中医学认为,气属阳,血属阴,二者相互依存,相互为用。气为血帅,气行则血行,气滞则血瘀。肝主疏泄而藏血,肝的疏泄在气机调畅中起着关键的作用,因此气滞血瘀多为肝的疏泄功能异常而导致的一种病理改变。由于女性的主要生理功能均以血为用,故机体常处于血分不足,气偏有余的状态,尤其是育龄期,精神、体力及家庭负担较重,情志易失调畅,肝气易伤,影响肝的疏泄功能,从而导致气行不畅,血运障碍,形成气滞血瘀。

### (二)气虚血瘀

气虚血瘀是由于推动血液运行之气亏虚,帅血无力而致血流不畅,或阻塞脉道所致的血瘀证。王清任指出,“元气既虚,必不能达于血管,血管无力,血液在血管中运行势必迟缓乃至阻滞”。女性若孕产过多、过频,或纵欲,或久病,均可致气虚,气虚推动无力,血行不畅而成瘀。

### (三)寒凝血瘀

寒为阴邪,性主收引,血遇寒则会引起凝聚,导致血瘀证。经期贪食生冷,内伤于寒,或坐卧湿地,冒雨涉水,感受寒邪,或产后摄生不慎,外寒入侵,寒客胞中,血为寒凝,经脉受阻而成寒凝血瘀证。早在《灵枢·水胀》中即有“石瘕生于胞中,寒气客于子门,子门闭塞,气不得通,恶血当泻不泻,衃以留止……”的记载,指出寒邪可形成血瘀,导致女性癥瘕。

### (四)热结血瘀

热为阳邪,耗液伤阴。清代王清任《医林改错》谓“血受热则煎熬成块”。女性经期、产后血室正开,如摄养不慎,或不注意卫生,或不知禁忌而行房,热邪乘虚侵入,伏于冲任、胞宫,客于下焦,与血相结而致病。如汉代张仲景《金匮要略·妇人杂病脉证并治》篇谓“妇人中风,七八日续来寒热,发作有时,经水适断,此为热入血室,其血必结……”

### (五)出血致瘀

出血亦即离经之血,血液溢于脉外,留滞机体成瘀。清代唐容川《血证论》曰:“吐衄便漏,其血无不离经,凡系离经之血,与荣养周身之血已睽绝不合。”“此血在身,不能加于好血,而反阻新血之化机,故凡血证,总以祛瘀为要。”指出离经之血为血瘀。女性若因冲任、胞脉受损,致血不归经,溢于少腹,积聚成瘀。或胞宫内血逆流入盆腔而成血瘀。

### (六)手术致瘀

女性在生育年龄以后,可能接受人工流产、清宫、剖宫产、输卵管通畅试验等手术,手术可直接损伤胞宫、胞脉和胞络,致血瘀胞宫及其脉络,产生妇科疾病。



### 三、妇产科血瘀临床症状

#### (一)疼痛

疼痛为血瘀的主要临床表现之一。中医学认为“不通则痛”，由于血液瘀滞而不行，故发生疼痛。因女性的胞宫等内生殖器位于小腹和少腹，所以血瘀性疼痛在妇产科主要表现为小腹和少腹痛。其特点为：痛处不移，位置比较固定；疼痛性质为绞痛、针刺样痛；痛处拒按；疼痛经久不愈，易反复；疼痛部位常有包块存在。

常见的疾病如痛经、癥瘕、产后腹痛等。

#### (二)癥积包块

为瘀血内积所致。清代唐容川《血证论》指出：“瘀血在经络脏腑之间，则结为癥瘕。”清代王清任《医林改错》曰：“肚腹结块，必有形之血也……”癥积之患与疼痛一样，在妇产科亦多发生小腹和少腹部位，如子宫肌瘤，卵巢囊肿、卵巢的良、恶性肿瘤，盆腔炎性包块，子宫内膜异位症和子宫肌腺病等。《灵枢·水胀》中关于“石瘕”的描述，与子宫肌瘤颇为符合，可见中医在2000多年前对血瘀所致的妇产科癥瘕包块即有一定认识。

#### (三)出血

“瘀血不去，新血不得归经”，这是造成妇产科病出血机理之一。另外，血不循经而妄行，成离经之血，离经之血为瘀血，亦可造成妇产科出血性疾病。如胞宫积瘀，可致崩中漏下，或月经过多，或经期延长；若产时瘀血凝滞，胞衣不下或下而未净，可致产后大出血或恶露不绝；血不循经而上逆，可致经行吐衄。异位妊娠多因少腹宿有瘀滞，冲任不畅，孕卵在不适于其生长的输卵管内发育，损伤阴络，使血溢于少腹而成内出血。

#### (四)经色经质异常

经血色黑有血块。

#### (五)发热

热入血室，热结血瘀，或产后瘀阻，积瘀化热，临床出现发热。子宫内膜异位症也可见经期发热。

#### (六)神经精神症状

瘀血内阻，败血攻心，或热入血室，可引起神经精神症状，如哭笑无常，或如见鬼状，或昏谵发狂。

#### (七)面色晦黯

妇产科血瘀日久，可见面色晦黯，或面部片状褐色斑。

### (八)唇舌紫黯

口唇紫黯,舌质青紫,边尖有瘀斑或瘀点,舌下脉络粗大曲张,色紫黯。此为妇产科血瘀证的重要客观指标之一。

### (九)脉象沉涩或结

因血瘀而致血行不畅,脉多沉涩或结、代。

## 四、活血化瘀在妇产科的应用

### (一)古人论述及方剂

活血化瘀法始于《内经》,发展于《伤寒论》、《金匱要略》。对血瘀证的治疗,《内经》提出了“血实宜决之”“疏其气血,令其调达”的活血化瘀思想,“坚者削之,客者除之……结者散之,留者攻之”的法则亦包括活血化瘀。以活血化瘀法治疗妇产科疾病在历代医著中也有较多记载。东汉张仲景《伤寒论》中有治疗小腹急结硬满,瘀血内结的桃核承气汤(大黄、桃仁、桂枝、芒硝、甘草);《金匱要略》妇人病三篇总结了妇产科血瘀证的辨证论治经验,其《妇人妊娠病脉证并治》篇指出妇人宿有癥病是血瘀为患,予桂枝茯苓丸(桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、芍药)活血化瘀,缓消癥块;《妇人产后病脉证治》篇指出产妇腹痛,腹中有干血着脐下,宜下瘀血汤(大黄、桃仁、蟅虫),以破血祛瘀止痛;《妇人杂病脉证并治》篇对瘀血阻滞所致的经水不利,少腹满痛,经1月再见者,用土瓜根散(土瓜根、芍药、桂枝、蟅虫)破血逐瘀;对瘀血壅阻不通之经水不利下,用抵挡汤(水蛭、蟅虫、桃仁、大黄)活血通瘀;腹中血气刺痛者,红蓝花酒主之。唐代孙思邈《备急千金要方》用蒲黄汤(蒲黄、桂心、川芎、桃仁、芒硝、生地、生姜、大枣)治疗产后瘀血未净;用桃仁汤(桃仁、当归、土瓜根、大黄、水蛭、蟅虫、芒硝、牛膝、麻仁、桂心)治疗月经不通。宋代陈言《三因极一病证方论》用小三棱煎(三棱、莪术、兰花)治疗癥瘕;三圣丸(赤芍、当归、三棱、莪术、红花)治疗积年癥瘕。清代吴谦《医宗金鉴》中桃红四物汤(桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、熟地)活血化瘀调经,为治疗妇产科血瘀证的名方。清代傅山《傅青主女科》中生化汤(当归、川芎、桃仁、炮姜、炙甘草)实为产后血瘀立方,具有祛瘀生新之效。清代王清任《医林改错》之少腹逐瘀汤(小茴香、干姜、延胡索、没药、当归、川芎、肉桂、赤芍、蒲黄、五灵脂)功能活血祛瘀,温经止痛,诚为妇产科病之良方。近代医学家张锡纯所著《医学衷中参西录》一书中,用活络效灵丹(当归、丹参、生明乳香、生明没药)加生桃仁、生五灵脂治疗女性瘀血腹痛;理冲汤(生黄芪、党参、于术、生山药、天花粉、知母、三棱、莪术、生鸡内金)治疗瘀血所致经闭不行或产后恶露不尽,结为癥瘕。

由此可见,对妇产科血瘀证历代医家均很重视,同时创制了大量治疗妇产科血瘀证的方剂,至今仍有许多为临床常用有效方剂。

### (二)现代研究

临床上许多妇产科疾病与血瘀有关,因此活血化瘀法在妇产科是一种重要的治疗方法。临床药理学与实验药理学的研究表明,活血化瘀药物有不同的作用机理。

### 1. 改善血液循环<sup>[1]</sup>

(1)改善微循环 具体表现为微血流流速加快,在一定的程度上促使血细胞解聚,降低血粘度,增加红细胞表面电荷(红细胞电泳时间缩短),促使毛细血管网开放增加,从而增加组织微循环的血液灌流量,有利于侧支循环的建立,降低血浆乳酸含量。

(2)扩张血管 具体表现为对体内不同部位和不同类型(小动脉、小静脉、微动脉、微静脉、毛细血管)的血管均有扩张作用,从而增加局部血流量。如有研究表明,宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方能使离体兔耳静脉血管舒张。

#### (3)恢复心功能

### 2. 改善血液流变学性质

血瘀证有血液的浓、粘、凝、聚之变化。血球压积增加,示血液浓缩;全血比粘度、全血还原粘度以及血浆粘度增加,示血液粘滞性增加;红细胞电泳时间延长,示红细胞易凝聚;纤维蛋白原增加,示血液凝固性增加<sup>[2]</sup>。活血化癥药在改善血液流变性中,有的是改善血液粘度,有的是加快红细胞电泳时间,有的有稀释血液等作用,可使血液的浓、粘、凝、聚状态得到改善。

### 3. 调节代谢

活血化癥药能够调节结缔组织代谢,有抑制胶原合成并促进胶原分解的作用;能调节物质及能量代谢。

### 4. 对免疫功能的影响

(1)免疫抑制作用 活血化癥药对体液免疫和细胞免疫均有一定的抑制作用。有的对抗原抗体复合物有促进吸收和消除作用;有的可抑制抗原抗体免疫反应所致的病理损害;有的可清除血液中过剩抗原,防止免疫复合物的产生,因此对免疫性疾病有普遍的治疗作用。如ABO新生儿溶血病是由A或B红细胞引起的同种被动免疫性疾病,对有新生儿溶血史的孕妇妊娠期间用活血化癥中药(益母草、当归尾、川芎、白芍、广木香)进行预防,服药前后新生儿溶血症的发生率有非常显著之差异。观察其免疫抑制作用,以羊红细胞为抗原免疫小白鼠,用盐水凝集实验法证明,给药组凝集滴度明显低于对照组,说明药物对抗羊红细胞抗体的产生有明显的抑制作用;用溶血空斑法,证明这类药物对小白鼠抗体形成细胞也有显著的抑制作用。另有实验研究说明,活血化癥中药有抑制抗A、抗B及抗O抗体作用,产妇服用活血化癥中药临床有效,可能是因中药进入母体后减低抗A(B)抗体对A(B)细胞的凝集力<sup>[3,4,5]</sup>。

(2)免疫增强作用 活血化癥药有促进非特异性免疫功能的作用。如宫外孕Ⅰ号方<sup>[6]</sup>、异妊祛瘀汤<sup>[7]</sup>能显著增强动物腹腔巨噬细胞的吞噬功能。

#### (3)抑制过敏介质释放。

### 5. 抗炎作用

活血化癥药对炎症过程有多方面的影响,如通过影响毛细血管的通透性以减少炎性渗出;通过改善局部血液循环以促进炎性渗出的吸收,并能抑制炎性肉芽肿的形成。还可以通过影响免疫系统等多方面的作用而达到抗炎目的。如有关实验报告宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方体外试验对葡萄球菌、甲及乙种链球菌、伤寒杆菌和痢疾杆菌有抑制作用;对大白鼠足跖肿胀、小白鼠化学性腹膜炎性渗出和鼠耳水肿的形成均有抑制作用<sup>[8]</sup>。

### 6. 抗肿瘤作用

研究证明活血化癥药物对实验动物肿瘤有一定的抑制作用。

## 五、妇产科血瘀证治法

血瘀本属实证,治法以活血化瘀为主。由于导致血瘀的原因有气滞、有气虚、有寒凝、有热灼、有手术损伤等,所以还应根据不同的情况配合其他治法,以更好地发挥治疗效果。

### (一)行气活血

适用于气滞血瘀证。清代唐容川在《血证论》中指出“气散则血随之而散”,主张“以散气为解血之法”。病如肝气郁结所致的痛经、经前乳房胀痛、癥瘕等。常用方剂有膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤。

### (二)补气活血

适用于气虚血瘀证。在运用活血药时,需配伍补气药,如黄芪、党参、白术等,方剂如加参生化汤、补阳还五汤。

### (三)温经活血

适用于寒凝血瘀证。根据《内经》“温则消而去之”的原则,采用温经散寒,活血化瘀的方法。除活血药外,常配用肉桂、桂枝、干姜、良姜、附子等。常用方剂如少腹逐瘀汤、金匱温经汤、良方温经汤、生化汤。病如寒凝血瘀之月经后期、月经过少、痛经、闭经、不孕等。

### (四)清热活血

适用于热结血瘀证。除活血药外,配用金银花、黄芩、黄柏等药。而赤芍、牡丹皮、丹参、益母草既有清热作用,又能活血化瘀,对本证型用之最宜。常用方剂如解毒活血汤、消乳汤。

### (五)软坚活血

适用于血瘀癥瘕,如子宫肌瘤、子宫肌腺病。在应用活血药的基础上,配用鳖甲、海藻、夏枯草、牡蛎、浙贝等。三棱、莪术既能破血行气,又善攻坚消积,故为血瘀癥瘕常用之品。方剂如桂枝茯苓丸。

## 六、妇产科疾病活血化瘀法的具体运用

### (一)痛经

经行小腹疼痛,伴随月经周期而发,是本病的临床特征。冲任瘀阻,或寒凝经脉,均可导致气血运行不畅,经血流通受阻,故血瘀所引起的痛经因瘀而不通,不通则痛。主要表现为经前或经期小腹疼痛剧烈,拒按,经量少,或经行不畅,经色紫黯有块,块下痛减。根据“通则不痛”的理论,治疗以通为主。气滞血瘀者,治以活血化瘀,理气止痛,方用膈下逐瘀汤;寒凝血瘀者,治以温经化瘀,散寒止痛,方用少腹逐瘀汤或金匱温经汤。

血液流变学观察,痛经患者的红细胞电泳时间比正常人延长,反映了红细胞表面电荷下降

或丧失,致使细胞间易于聚集。聚集力增加可导致血流变减慢,使末梢循环发生障碍,这是血瘀痛经的病理基础<sup>[1]</sup>。

孙氏等<sup>[9]</sup>用温经化瘀,理气止痛之痛经散(肉桂、三棱、莪术、红花、当归、丹参、五灵脂、木香、延胡索等)治疗寒凝气滞血瘀所致的原发性痛经 198 例,经 1 个~3 个月经周期治疗,近期总有效率为 87.37%;对 71 例临床治愈者作距末次治疗后 3 个月~19 个月随访,总有效率为 95.8%。经血液流变学各项指标测定,治疗后血液粘度有所改善;经甲皱微循环各项指标测定,治疗后微血管形态改善;管襻数目增多,长度增长,血流速度加快及流态改变;证明本药具有活血化瘀的功能和引血归经的作用。药理研究结果表明:痛经散浸膏对正常家兔离体子宫的收缩没有影响,但可抑制子宫兴奋剂垂体后叶素、催产素、肾上腺素和乙酰胆碱对离体或在体子宫的兴奋收缩作用。痛经散对家兔血压具有短暂的降压作用;对肾上腺素的升压效应具有抑制作用,它必然对外周循环和微循环,特别是子宫血液供应起到良好的调节作用;痛经散能加快家兔子宫韧带微循环血流速度;扩张子宫韧带微血管;增加网交点;同时可使肾上腺素对子宫韧带微循环的作用减弱。从而改善了子宫韧带部位的微循环;有利于经期子宫舒缩功能的正常化,消除痛经现象<sup>[10]</sup>。

徐氏<sup>[11]</sup>用行气活血,化瘀散膜之化膜汤(蒲黄、五灵脂、青皮、山楂、血竭粉等)治疗膜性痛经 30 例,经 3 个月经周期的全疗程治疗及治疗后 3 个月经周期的随访,痊愈 13 例,显效 10 例,有效 3 例,总有效率 86.7%。治疗前患者在行经腹痛时的血液粘滞性较高,而治疗后大致恢复正常(全血比粘度、血浆比粘度、血沉有显著或极显著差异)。治疗前、后血  $E_2$  与对照组比较,治疗前黄体中期的  $E_2$  非常明显地高于对照组 ( $P < 0.01$ ),而治疗后与对照组无明显差异 ( $P > 0.05$ );治疗前经潮脱落物病理检查,溶酶体量、酸性磷酸酶及间接反映其他一些水解酶活性的糖元含量降低,治疗后则有所改善。认为“膜痛”患者在整体上有血  $E_2$  水平异常升高及血液粘度增高的病变,又有局部的随经潮而隐现的腹痛、膜块及微观上的子宫内膜病理、组化改变,属气滞血瘀痛经之重症。集破气行滞、活血化瘀于一身的化膜汤,具有降低异常升高的  $E_2$  水平、改善机体的血液粘滞性及子宫的瘀血状况等作用。表明其治疗效应是通过调整患者整体的气血,完全或不完全地阻断瘀块的形成,且直接化散已经形成的瘀块,从而促进子宫内经血的流畅,使患者获得膜化痛止或接近向愈的结果。

洪氏<sup>[12]</sup>应用盆腔血流图法对痛经患者和健康女性进行测定,探讨血瘀型痛经的盆腔循环功能及活血通经中药治疗前后盆腔血流动力学方面的变化。结果血瘀型痛经较健康人波幅值、血灌流量值低;流入时间指数、异常波形出现率、两侧波幅差  $> 25\%$  例数的出现率均明显升高,说明痛经组血循环量减少,血管阻力增强,两侧血流量供应不等。对患者投以活血通经方药:益母草 30g,莪术 15g,川芎 10g,当归 15g,延胡索 15g,川楝子 15g,五灵脂 15g,蒲黄 10g,没药 10g,续断 20g,红花 15g;腹胀加乌药 15g;乳胀加青皮 15g;情志抑郁加香附 15g;冷痛喜温加肉桂 10g,炮姜 10g;恶心呕吐腹泻加草薢 10g,陈皮 15g。水煎服,经前 1 周开始用药,至月经第 3 天止为 1 个疗程,连服 4 个疗程。治疗后盆腔血循环量增多,血管阻力降低,两侧血流量不平衡得到调整,临床有效率为 97.6%。洪氏认为盆腔血流图法的应用,对于了解血瘀型痛经和妇产科血瘀证的本质及活血通经中药原理等方面有重要意义。

吴氏等<sup>[13]</sup>采用逐瘀温宫汤(小茴香、干姜、肉桂、吴茱萸、细辛各 6g,延胡索、五灵脂、当归、蒲黄、赤芍、乌药各 12g,乳香、没药、半夏各 9g,水煎,经前 7 天开始服用,共 7 剂,连服 3 个月经周期为 1 疗程)治疗血瘀挟寒型功能性痛经 66 例,结果痊愈 47 例,好转 13 例,



总有效率 90.9%。治疗前盆腔血流图提示盆腔血液循环欠佳,与正常组比较有显著性差异;治疗 1 疗程后有明显改善,与正常组比较无显著性差异,与治疗前比较有显著性差异。实验研究表明,本方对兔在体子宫、大白鼠离体子宫的自发活动及 15-甲基前列腺素  $F_{2\alpha}$  所致的子宫活动增强均有抑制作用,并可改善兔痉挛的子宫血流。对大白鼠痛经模型也有镇痛作用。

张氏等<sup>[14]</sup>用功能活血祛瘀止痛之田七痛经散(方见第八章第四节验方 1)治疗各种类型的痛经均有效,对痛经中最常见的气滞血瘀型疗效尤为显著。用热板法和抗催产素致痉挛性子宫收缩法做镇痛试验,实验结果给药组小白鼠疼痛反应时间比给药前延长,与对照组比较,经统计学处理有显著差异,  $P < 0.05$ ; 给药组小白鼠扭体次数显著平均为 20.01/15s, 对照组扭体平均次数为 26.01/15s, 两组比较,在统计学上差别有意义,  $P < 0.05$ 。实验结果还表明,田七痛经散水提取液对大白鼠离体子宫的自发活动有抑制作用,对催产素有明显拮抗作用。

## (二) 闭经

闭经有虚证和实证两大类,血瘀闭经属实证,因瘀血阻滞,脉道不通,经血不得下行。症见月经数月不行,少腹疼痛拒按,舌质紫黯,边尖有瘀点,脉沉涩。治疗以祛瘀通经为主,常用方剂如桃红四物汤、下瘀血汤、血府逐瘀汤等。

贝氏<sup>[15]</sup>介绍姜春华教授运用活血化瘀法治疗闭经的经验,根据不同原因,或以活血化瘀为主,配用他法,或以他法为主,配以活血化瘀之品。风冷血凝者,温通胞脉;气滞瘀结者,开郁破血;血热成瘀者,清泻胞络。对冲任血枯之虚性闭经,在大队养荣补血药中加入活血之品,能充盈血海,调达冲任,疏通胞脉,引血下行,促使胞宫推陈致新,以静寓动,并能增强补血药调经的效应。

## (三) 功能性子宫出血

功能性子宫出血(功血)是活血化瘀法治疗的主要疾病之一。功血分为排卵型和无排卵型。排卵型功血包括了中医学“月经过多”“月经先期”“经期延长”及“经间期出血”;无排卵型属于中医学“崩漏”范畴。其中血瘀证的病机是瘀血不去,新血不得归经。清代唐容川《血证论》说:“女子胞中之血,每月一换,除旧生新,旧血即是瘀血,此血不去,便阻化机。”血瘀证主要特点为阴道流血色紫红,挟有血块,小腹疼痛拒按,块下痛减,舌质紫黯或有瘀斑、瘀点,脉涩。宜施活血祛瘀之法,祛瘀生新,引血归经,达止血之目的。常用方剂如失笑散、桃红四物汤、逐瘀止血汤等。

姚氏等<sup>[16]</sup>对功血患者进行了甲皱微循环观察,其表现为视野不清晰,血流缓慢,颗粒状血流及血流间断,微血管襻顶及静脉瘀血,微血管周围出血斑,汗腺汗珠增多。以活血化瘀为主治疗后,上述各项指标均有不同程度改善,其中以汗腺活动增加、出血斑和血流缓慢的改善为最显著,并有显著性差异。所观察到的功血患者微血管系统显著瘀血符合中医对功血辨证属于“血瘀”的范畴,中药“活血化瘀”可能是改善了红细胞聚集,从而影响血流速度及微血管出血,并且也有协调植物神经的功能从而达到治愈的目的。

刘氏等<sup>[17]</sup>观察了功能性子宫出血血气瘀滞、血气两虚证型的血液流变性和甲皱微循环变化。血液流变性与正常人相比,功血病人出现的主要异常改变是:红细胞压积降低( $P < 0.01$ ),血浆比粘度、血浆渗透压增高( $P < 0.05$ ),红细胞电泳时间延长( $P < 0.001$ ),而其余 7 项指标的均值与正常值均相接近,但全血比粘度、红细胞压积随血气虚实不同而呈不同变化,血



气瘀滞型全血比粘度、全血还原比粘度、红细胞压积均显著高于正常组；而血气虚实兼挟型、血气两虚型的全血比粘度、红细胞压积均显著低于正常组，血气两虚型降低尤为显著。甲皱微循环测定，功血病人除管襻长度外，均有异常改变，具体表现为管襻轮廓模糊出现率增高，异形管襻增加，红细胞聚集，血流流态异常，血流速度减慢，管襻瘀血，管襻数目减少等。指出：功血病人红细胞电泳时间延长，血浆比粘度、血浆渗透压增高，说明血液存在着粘聚的变化，标志着微血流流动性的降低，而红细胞压积的降低则反映血液有形成分的减少，并与血气虚损的程度呈一致性。功血病人甲皱微循环既表现出血液流动性降低的异常变化，同时又存在着局部血流量减少的病理变化。前者可能是血气瘀滞的具体表现，后者则可能是血气两虚的客观反映。血气两虚型同样有血瘀（微循环障碍）的存在。运用活血化癥法治疗功血是有一定病理学基础的，即使是血气两虚型的病人，于补益气血的同时，亦当佐以行气活血，以促进血气畅通，进一步提高临床疗效。

#### （四）盆腔炎

盆腔炎指女性内生殖器官及其周围结缔组织和盆腔腹膜的炎症，属于中医学“痛经”“带下病”“癥瘕”“热入血室”等范畴，其主要病机为热、湿、瘀互结冲任、胞宫。急性期以清热解毒利湿为主，兼以活血化癥，以利病灶局部血流通畅，促进炎症吸收，避免形成瘀滞（粘连或包块）；慢性期则以活血化癥为主，改善局部血循环，促进盆腔炎症病灶消退及结缔组织和包块的吸收。

方氏等<sup>[18]</sup>应用清热化癥法以胜红抗炎素治疗盆腔炎血瘀证144例。胜红抗炎素胶囊主要成分：胜红蓟35.8%，针刺草21.4%，红木香21.4%，连翘21.4%。每粒0.25g，每次4粒~5粒，每日3次~4次，饭后服，连续用药3周~4周为1个疗程。另外，根据其兼症，加减服用赤桃化癥汤。结果痊愈99例（68.75%），显效22例（15.28%），有效20例（13.89%），无效3例（2.08%），总有效率97.92%。治疗后患者体温下降，症状、体征、紫黯舌、舌下静脉曲张、甲皱微循环障碍消失或好转，甲皱微循环障碍改善尤其在提高血流速度、降低红细胞聚集、改善微血管渗出方面效果更为显著（ $P < 0.001$ ），说明盆腔炎血瘀证是一个与微循环障碍有联系的病程过程，炎症是瘀证表现形式之一。动物实验表明，该药具有抗炎、消肿、止痛作用。研究结果证明：以胜红抗炎素为主的清热化癥药具有抗炎、消肿、镇痛、改善微循环作用，达到通行血脉，促进血运，清热散瘀，从而消除血瘀证候。并指出紫黯舌、舌下静脉曲张、下腹部疼痛及病理性肿块可作为盆腔炎血瘀证的诊断标准。

李氏等<sup>[19]</sup>将446例慢性盆腔炎症患者按中医辨证，分湿热瘀结和寒凝气滞两型，选具有活血化癥、软坚散结、清热解毒、消积止痛之功能的妇炎康（方见第六章第四节验方2）治疗，有效率94.9%。并进行了妇炎康对炎症、免疫、微循环及纤溶系统的影响、毒性试验、药物抑菌试验等实验研究，结果提示：复方妇炎康治疗慢性盆腔炎的机理是多方面的，主要与它能抑制毛细血管通透性的增强、抗渗出和抑制结缔组织增生、增强纤维蛋白溶解酶活性等作用有关。

有关文献记载<sup>[20]</sup>中西医结合应用活血化癥法治疗结核性和急慢性盆腔炎，中西医结合组的盆腔结核性肿块消失率为64.1%，较单纯抗痨组的36.8%明显增高。

#### （五）子宫内膜异位症（见第七章）

## （六）异位妊娠

异位妊娠中医学辨证属少腹血瘀之实证，治疗以活血化瘀为主。对以活血化瘀药为主的治疗异位妊娠方剂作用原理的研究主要有以下几个方面<sup>[6,8]</sup>：

### 1. 对血管的作用

（1）对兔耳静脉血管的作用 宫外孕Ⅰ号方（丹参 25g，赤芍 25g，桃仁 15g）、宫外孕Ⅱ号方（丹参 25g，赤芍 25g，桃仁 15g，三棱 5g~10g，莪术 5g~10g）及其各单味药均可使血流量增加，说明这些药物都有使兔耳静脉血管舒张的作用，方剂（Ⅰ号和Ⅱ号）的舒血管作用比单味药强，特别是Ⅰ号方剂的作用更显著。

（2）对蟾蜍肠系膜血管的作用 对因给予去甲肾上腺素而收缩的蟾蜍肠系膜，与对照组（给予生理盐水）比较，宫外孕Ⅰ号方平均使动脉提前 45.7% ( $P<0.001$ )、静脉提前 44.0% ( $P<0.001$ ) 恢复了原口径；Ⅱ号方分别为 50.2% ( $P<0.05$ ) 和 22.9% ( $P>0.05$ )。

### 2. 对微循环的影响

在蟾蜍肠系膜上选血流通畅的真毛细血管，局部滴以去甲肾上腺素，引起前毛细血管收缩，而使真毛细血管停流，然后给以所试药物，记录恢复血液流动所需时间。结果宫外孕Ⅰ号方较给任氏液的对照者恢复快，提前 53.7% ( $P<0.01$ )，Ⅱ号方提前 76.9% ( $P<0.001$ )，表明宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方对微循环有改善作用。

### 3. 对腹腔淋巴管吸收血浆蛋白的影响

宫外孕Ⅱ号方有促进腹腔淋巴管吸收血浆蛋白的作用。

### 4. 对单核吞噬细胞系机能的影响

家兔实验结果表明，宫外孕Ⅱ号方有促进单核吞噬细胞系吞噬细胞机能的作用。小白鼠实验结果说明，宫外孕Ⅱ号方能促进巨噬细胞吞噬羊红细胞的能力；能提高巨噬细胞吞噬自身红细胞的能力。宫外孕Ⅱ号方还有促进家兔腹腔巨噬细胞向血凝块周围聚集的倾向。

以上实验结果表明，宫外孕方剂对促进腹、盆腔内血液和血肿包块吸收有一定的意义。

### 5. 抗炎效应和抑菌作用

Ⅰ应用大白鼠足跖肿胀、小白鼠化学性腹膜炎性渗出和鼠耳水肿形成实验三种模型，观察到宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方均对这些早期炎症病理反应表现出抑制效应。Ⅰ、Ⅱ号方对葡萄球菌、乙种链球菌有较强的抗菌效能，对甲种链球菌、伤寒杆菌和痢疾杆菌等效能次之，此效能来源于赤芍和丹参。

### 6. 腹部镇痛作用

宫外孕Ⅱ号方对小白鼠因腹腔注酸引起的腹部疼痛有镇痛效能。

### 7. 对受体的影响

用狗做实验，对肾上腺素能 $\beta$ -受体的影响表明宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方可引起血压的短暂下降，与 $\beta$ -受体兴奋剂异丙肾上腺素的作用相似，Ⅰ、Ⅱ号方均不能对抗 $\alpha$ -受体兴奋剂肾上腺素或去甲肾上腺素的升压作用，故其降压作用与 $\alpha$ -受体可能无大关系；对胆碱能M-受体的影响表明二方与M-受体兴奋剂乙酰胆碱的作用类似。

### 8. 对患者临床生化的研究

宫外孕Ⅰ号方对体克型患者有增加血浆纤维蛋白原和血液粘稠度的作用，还有降低血浆纤溶活性的趋势，对不稳定型患者有增加血浆纤维蛋白原的趋势和增加血液粘稠度的作用，这

对止血和防止出血可能有一定意义。但应注意Ⅰ号方剂可能是 $\beta$ -受体和M-受体的兴奋剂,可舒张血管,对急性内失血陷于休克的患者,不宜过早使用Ⅰ号方,必须积极抢救,待休克纠正、血压回升和平稳后再用。

Ⅱ号方有提高包块型病人血浆纤溶活性的作用和降低血浆纤维蛋白原的趋势,故对腹、盆腔血肿包块的分解吸收起一定作用。在休克型和不稳定型早期,不宜用Ⅱ号方。

### (七) 习惯性流产

习惯性流产中医学称为“滑胎”,其病因主要是先天禀赋不足,肾气未充,肾精未实,或房劳过度,或孕后纵欲损伤肾气,耗伤肾精;或因忧思劳倦伤脾,脾肾两虚,胎失固系;或因气血不足,气虚胎失所载,血虚胎失所养。总之以虚证为常见。

赵氏<sup>[21]</sup>介绍赵选卿老中医用逐瘀法治疗滑胎的经验,认为因血瘀而致滑胎者,多为寒邪客入胞宫,致使冲任气血失调,瘀阻胞络,血溢脉外,瘀滞不行则新血难生,胎失所养。对身体壮实,确属血瘀所致,并有瘀证可查者,以少腹逐瘀汤为主随证加减。治疗212例,滑胎少则3胎,多则9胎,结果有效(足月分娩)178例,无效(流产)22例。

### (八) 子宫内膜粘连

引起宫腔粘连的主要原因是妊娠子宫刮宫,其发病机制是由于妊娠子宫行吸或/和刮宫所引起子宫内膜基底层甚至子宫肌层的损伤而产生的创伤性病灶造成子宫内膜粘连,因而出现继发性闭经、月经过少、周期性腹痛和不孕等。现代医学主要采用手术分离粘连并放置节育器防止粘连再发生。

陈氏等<sup>[22]</sup>认为本病的病因病机主要是胞宫受伤,冲任受损,经脉阻滞,导致血瘀,即“损伤致瘀”。用活血化癥为主的方剂治疗36例人工流产后子宫内膜粘连的患者,获得较满意的效果。说明活血化癥药对于疏通瘀滞的血脉,松解粘连,并促进损伤灶内膜再生有一定作用。方剂为活血化癥汤:当归、赤芍、川芎、红花、丹参、鸡血藤;补肾化癥汤:即活血化癥汤加党参、锁阳、炙甘草。除鸡血藤、丹参外各味药的剂量均相等,鸡血藤、丹参的剂量均为其他各单味药的3倍。通过在大白鼠子宫腔内注射苯酚胶浆制成子宫内膜粘连模型,给上述方药进行预防和治疗实验,结果预防组形成子宫内膜粘连的动物数少且程度轻;治疗组子宫内膜病理改变轻,修复好。两组各与相应的对照组比较,均有显著性差异,表明从预防和治疗的角度给药,对于减轻和阻止大白鼠因苯酚胶浆所致的子宫内膜粘连的形成,促进内膜的再生与修复以及恢复闭塞宫腔的通畅,都有较明显的作用,从而为临床上治疗子宫内膜粘连取得良效提供了实验依据。同时提示在人工流产吸刮宫后预防性服用活血化癥药有可能防止或减少子宫内膜粘连的发生。

### (九) 妊娠高血压综合征

妊娠高血压综合征的发病原因尚不清楚,其基本病变为全身小动脉痉挛,微循环障碍导致多器官的病理改变。研究发现血液流变性变化为血液浓缩、血液粘稠度增加和器官灌流量下降;甲皱微循环亦显示异常改变<sup>[23,24,25]</sup>。本病包括在中医学“子肿”“子晕”及“子痫”等病中,其发病机制与肝、脾、肾功能失调有关。因患者有舌下静脉曲张、高血粘度、血液浓缩及微循环障碍等现象,提示有瘀血存在,故应用活血化癥法治疗该病取得了较好的效果。

张氏等<sup>[26]</sup>对以水肿为主者服活血化瘀、理气行水之Ⅰ号方(丹参15g,赤芍15g,葛根15g,玄参20g,猪苓30g,大腹皮20g);以高血压为主者服活血化瘀、平肝潜阳、清热熄风之Ⅱ号方(丹参15g,赤芍15g,葛根15g,玄参20g,生牛膝10g,钩藤20g,生石决明20g)。如出现子痫证候时,在Ⅱ号方中加入羚羊角粉0.5g~1g,竹沥30g,并配合西药治疗。部分病人临产时血压显著升高时,加用硫酸镁肌肉注射。治疗40例,病情属中度21例,轻度3例,先兆子痫16例,治疗后无一例再发生抽搐。

栾氏等<sup>[27]</sup>应用活血化瘀药物脉络宁静脉滴注(脉络宁30mg~60mg加5%葡萄糖液500ml,每日1次)治疗妊娠高血压综合征46例,并与应用硫酸镁治疗的40例作对照。结果与治疗前比较脉络宁治疗组患者头痛、水肿症状均明显减轻( $P<0.05$ ),平均动脉压显著下降,血液流变学改善明显,红细胞压积的下降尤为显著( $P<0.01$ )。尿蛋白改善、分娩方式、产后出血及新生儿Apgar评分与对照组比较均无明显差异。脉络宁由玄参、牛膝等药物组成,具有扩张血管,增加血流量,显著地改善微循环异常状态的作用。同时还具有提高纤溶活性,改善血液粘滞性和高凝状态,防止血小板聚集的作用。因此可以阻止妊娠高血压综合征病理过程的恶性循环。

川芎嗪是从活血化瘀中药川芎中提取的有效成分——四甲基吡嗪,实验及临床研究发现其对动脉有解痉作用,能对抗肾上腺素收缩血管作用,增加心输出量、肾血流量,改善血液流变性,降低血小板聚集性,增强红细胞变形能力,缓解高凝状态。钱氏等<sup>[28]</sup>将75例妊娠高血压综合征病人随机分为两组,对照组用硫酸镁20g/d~25g/日治疗,治疗组用川芎嗪注射液120mg~160mg加入5%葡萄糖500ml~1000ml静脉滴注,每日1次,24小时量 $<200$ mg。结果:治疗组总有效率82.9%,明显优于对照组, $P<0.01$ ;平均动脉压明显下降, $P<0.01$ ;水肿和蛋白尿明显减轻, $P<0.05$ ;血液流变学指标中红细胞压积显著下降, $P<0.001$ 。胎儿NST阳性率和Apgar评分与对照组比较无显著性差异。说明川芎嗪治疗妊娠高血压综合征的主要机理是扩张血管、改善肾功能和改善血液流变性,而且该药对孕产妇及胎儿均无副作用。

### (十) 产后恶露不绝

早在隋代巢元方的《诸病源候论》中即指出本病可由“内有瘀血”所致。清代阎纯玺《胎产心法》有“恶血不尽,则好血不安,相并而下,日久不止”的论述。清代程国彭《医学心悟》所论“瘀血停积,阻碍新血,不得归经者,其症腹痛拒按,宜用归芎汤”,即是用活血化瘀法治疗产后恶露不绝之血瘀证。

刘氏<sup>[29]</sup>用缩宫逐瘀汤(方见第十章第二节验方2)治疗血瘀型恶露不绝68例,结果痊愈63例(92.7%),好转3例(4.4%),无效2例(2.9%),总有效率97.1%。部分患者分别在治疗前和治疗后3天~10天进行血液流变学指标的检测,并以人工流产后恶露属正常的健康女性作为对照组。治疗前患者的全血比粘度、血浆比粘度均明显高于对照组,治疗后2项指标均下降,与治疗前相比有显著性差异( $P<0.05$ )。实验研究表明,缩宫逐瘀汤对家兔在体子宫有兴奋作用;能使SD大鼠后肢注射甲醛而产生的炎症减轻。

### (十一) 子宫肌瘤

子宫肌瘤是妇产科最常见的良性肿瘤,30岁以上女性发病率约20%。对于肿瘤体积不大、经量不多,无压迫症状等尚不具备手术指征者,西医采取期待疗法。本病属中医学“癥瘕”范



疝，其病机为瘀血凝结，阻塞气机，气血失和，久聚成癥。东汉张仲景《金匮要略》中的桂枝茯苓丸证，即是妊娠合并癥瘕（子宫肌瘤），具有活血化瘀作用的桂枝茯苓丸成为最早治疗癥瘕的方剂。近代临床治疗子宫肌瘤亦以活血化瘀为基本大法。

赵氏等<sup>[30]</sup>对61例子宫肌瘤患者进行了甲皱微循环9项指标观察，其中异常管襻比例>30%、管襻轮廓不清、毛细血管排列紊乱、血色异常、管顶瘀血及流速减慢6项均有明显异常。异常管襻增加、微血流速度减慢、管顶瘀血、血细胞聚集等血流淤滞现象说明血瘀证是一种有明显的微循环血流紊乱的病理过程；管襻轮廓模糊出现率增加、血色呈现淡暗等局部流量减少的病理变化与肌瘤患者月经频繁、崩中淋漓、经血过多致血管内红细胞减少及缺氧造成毛细血管营养缺乏有关。运用活血化瘀，软坚散结的子宫肌瘤方加减进行治疗，以三棱、莪术、归尾、丹参活血化瘀，青皮、陈皮、枳壳、乌药、延胡索行气理气，姜半夏、海藻、昆布、牡蛎、象贝化痰软坚散结，谷麦芽和胃。每日1剂，水煎服。配合使用海藻晶、小金片、夏枯草膏等中成药。3个月为1个疗程。61例患者经1个疗程~2个疗程治疗后，65%经量减少，56.3%痛经改善，70%以上腰酸痛、腹胀痛均有好转。临床显效23例，占37.7%，有效17例，占27.8%，无效21例，占34.4%，总有效率为65.5%。治疗后甲皱微循环与治疗前相比无统计意义的差异。

吴氏<sup>[31]</sup>以行气破血，软坚散结为法治疗136例子宫肌瘤。自拟宫症汤，药物组成：当归、炮山甲、桃仁、莪术、香附、续断、夏枯草、怀牛膝各12g，王不留行、三棱各9g，昆布15g，薏苡仁30g。气虚加党参或太子参；血虚加鸡血藤、白芍；脾虚加白术、茯苓；肝肾阴虚加枸杞子、桑椹子、旱莲草。经期开始加用300%三棱注射液4ml，每日肌注1次，连用7天。总有效率为83.8%。

由于子宫肌瘤属痼疾，病程长，药物治疗显效慢。中医中药治疗本病对减少经量，改善症状取得一定疗效，但对缩小肌瘤甚至使肌瘤消失（尤其是体积较大者）尚无确切的效果，有待进一步研究。

## （十二）不孕症

不孕症的原因非常复杂，以补肾为主，模仿月经周期的生理变化，调整肾—天癸—冲任—胞宫间的平衡治疗不孕症有较多报道。临床上，用活血化瘀法治疗不孕症已为广大医务工作者所重视。

李氏<sup>[32,33]</sup>以活血化瘀法为主，治疗因输卵管阻塞、月经不调、子宫内膜异位症、多囊卵巢综合征及子宫肌瘤所致的不孕症取得良好疗效。对输卵管梗阻以祛瘀为主要治法，根据临床表现分为气滞血瘀、寒湿瘀滞、痰湿瘀滞、气虚血瘀、热盛瘀阻五型。气滞血瘀型用行气活血，化瘀通络法，常用药物有当归、鸡血藤、柴胡、白术、丹皮、香附、白芍、泽兰、乌药、木香、橘叶、苏木、穿山甲、路路通等；寒湿瘀滞型用温经散寒，活血通络法，常用药物有鸡血藤、当归、附子、肉桂、菟丝子、仙灵脾、锁阳、紫石英、香附、三棱、莪术、炮姜等；痰湿瘀滞型用化痰祛瘀调经法，常用药物有象贝母、苍术、白术、生牡蛎、黄药子、皂角刺、昆布、夏枯草、海浮石、丹参、赤芍、穿山甲、路路通、当归等；气虚血瘀型用益气补血，活血祛瘀法，常用药物有党参、黄芪、白术、茯苓、怀山药、赤芍、陈皮、当归、川芎、桃仁、丹参、鸡血藤、穿山甲、路路通等；热盛瘀阻型用清热凉血、散瘀消结法，常用药物有红藤、败酱草、蒲公英、半枝莲、黄芩、黄柏、丹皮、赤芍、三棱、莪术、地鳖虫等。

部分患者配合中药灌肠和中药离子透入法。治愈输卵管梗阻 87 例, 其中妊娠 75 例, 妊娠率达 86.1%。指出: 活血化瘀能祛瘀生新, 改善子宫的微循环, 使之供血良好; 能促进局部吞噬细胞增多, 有利于粘连组织的消散吸收; 还能抗炎、消水肿, 有解痉镇痛之功。由于这些作用, 就能调整女性激素的比例, 改善女性内分泌的环境, 同时又疏通了输卵管以及消散盆腔内的瘀血阻滞, 从而使脏腑、气血、经络更好地协调发挥作用, 有利于受孕。

孙氏<sup>[34]</sup>应用中医的活血化瘀法及西药三联通水(生理盐水 20ml 加  $\alpha$ -糜蛋白酶 5mg 加庆大霉素 8 万 IU) 治疗输卵管阻塞性不孕症, 以祛瘀血, 通塞脉, 使宿疾消, 经络气血流畅。方药: 红花 12g, 当归 10g, 丹参 12g, 葛根 12g, 桂枝 10g, 吴茱萸 6g, 制香附 10g, 延胡索 12g, 木香 6g, 陈皮 6g, 枳壳 10g, 山楂 10g, 五灵脂 10g, 泽泻 12g。兼气虚者加黄芪 12g~15g, 党参 12g~15g, 白术 10g; 兼瘀实证加三棱 10g, 莪术 10g, 山甲粉 3g~5g, 地鳖虫 3g~5g。14 例治疗前经子宫输卵管造影证实均为双侧输卵管阻塞不通, 治疗后有 11 例妊娠, 3 例再次造影证实输卵管已通。

贾氏等<sup>[35]</sup>认为, 输卵管阻塞中医辨证多属“少腹瘀血证”, 以活血化瘀为主要治则, 自拟方: 当归尾 30g, 赤芍 20g, 桃仁 15g, 红花 15g, 土元 15g, 穿山甲 10g, 川楝子 15g, 枳壳 12g, 延胡索 20g, 虎杖 30g。输卵管结核加三棱 10g, 莪术 10g, 银柴胡 20g, 地骨皮 30g; 输卵管积水者加防己 15g, 泽兰 15g, 赤小豆 30g。配合西药宫腔注射, 伴无排卵者, 输卵管通畅后应用克罗米芬。121 例患者治疗后妊娠 80 例。指出宫腔内注射疗法对疏通输卵管较中药治疗见效快, 但对于治疗输卵管疤痕挛缩、输卵管僵硬、输卵管周围粘连或输卵管粘膜萎缩性改变以及恢复输卵管的蠕动功能, 则中药效果为佳。

金氏等<sup>[36]</sup>用自拟通管汤治疗气滞血瘀型输卵管性不孕症, 药物组成: 赤芍 9g, 川芎 9g, 三棱 9g, 莪术 9g, 制乳香 9g, 制没药 9g, 丹参 30g, 桃仁 9g, 昆布 9g, 海藻 9g, 夏枯草 9g, 益母草 15g, 炮山甲 9g, 皂角刺 9g。每日 1 剂, 水煎服, 连服 2 个月为 1 疗程, 最多可服至 6 个月, 经期停药。该方功能活血化瘀, 软坚散结, 行气通络。气虚者加党参、黄芪; 肝气郁滞者加柴胡、青皮、陈皮; 寒凝加附子、肉桂、乌药、小茴香; 输卵管积水加猪苓、茯苓皮、泽兰、薏苡仁; 附件炎症加败酱草、红藤、紫龙、蒲公英、紫花地丁; 结核性者加百部、十大功劳叶; 少腹痛重加延胡索、生蒲黄、炒灵脂。治疗 108 例, 有效 97 例, 占 89.8%, 无效 11 例, 占 10.2%。有效的 97 例中痊愈(包括妊娠和再通病例) 92 例, 占 85.2%, 其中妊娠 22 人, 妊娠率为 20.4%; 未妊娠者中不排卵 8 例, 黄体功能不良 12 例, 男方精液异常 16 例, 影响了妊娠率。动物实验表明, 通管汤液能抑制小鼠因角叉菜胶引起的后跖浮肿, 还能抑制巴豆油及醋酸所引起的炎症, 说明该方有明显的抗炎作用; 通管汤液能抑制垂体后叶素所致的小鼠微循环障碍; 能降低小鼠血浆中血栓素  $B_2$  ( $TXB_2$ ) 水平, 提高 6-酮基-前列腺素  $F_{1\alpha}$  (6-keto- $PGF_{1\alpha}$ ) 的含量, 显著降低 T/P 的比值, 提示通管汤有一定的抑制血小板聚集、扩张血管的作用。同时, 由于前列腺素引起血管扩张, 也使全血粘度相应减小, 有利于改善炎症引起的微循环障碍。由于血液流变性改变, 血流加快, 红细胞解聚, 毛细血管网开放增多, 在局部血液增多的基础上, 加快了坏死组织的吸收、粘连组织的松解、机化组织的变软, 从而促进组织的修复与再生, 促进增生性病变的转化与吸收。

王氏<sup>[37]</sup>报道子宫内膜异位症患者保守性手术后, 应用补肾、活血化瘀中药, 其受孕率高于加用炔诺酮者。

另外, 以活血化瘀中药行脐部、下腹部外敷或灌肠治疗不孕症的临床报道也较多。



从以上论述不难看出,活血化瘀法在妇产科的应用是非常广泛的,无论是从临床研究还是从实验研究的结果看,其实用性和科学性是毋庸置疑的。随着活血化瘀研究的深入,其在妇产科的应用范围亦将不断扩大,疗效必将进一步提高。

### 参 考 文 献

- 1 陈可冀,等主编.血瘀证与活血化瘀研究.上海:上海科学技术出版社,1990.
- 2 马强.活血化瘀法实验和临床研究的进展.陕西中医 1984, 5 (6): 44
- 3 姜梅.中药预防 ABO 型新生儿溶血症的临床研究.新医药学杂志, 1978, (11): 15
- 4 中国人民解放军一五七医院西医学习中医班主编.活血化瘀资料选编.北京:人民卫生出版社, 1982
- 5 钱美伦,姜梅.预防治疗新生儿溶血病中药的实验研究.中华妇产科杂志, 1984, 19 (4): 207
- 6 山西医学院,山西医学院第一附属医院中西医结合治疗宫外孕研究室.中西医结合治疗宫外孕方剂的作用原理初步研究.中华医学杂志, 1976, 56 (8): 493
- 7 青岛市台西医院实验室.异妊祛瘀汤促进吞噬作用的实验研究.新医药学杂志, 1977, (10): 12
- 8 山西医学院第一附属医院中西医结合治疗宫外孕研究室.中西医结合治疗宫外孕的实验研究.中华妇产科杂志, 1979, 14 (4): 279
- 9 孙宁铨,林雅云,张众羽,等.“痛经散”治疗 198 例原发性痛经及其机制初探.上海中医药杂志, 1986, (7): 5
- 10 王殿俊,常复荣,陈廉,等.痛经散的药理研究.江苏中医杂志, 1986, 7 (4): 20
- 11 徐斌超.化膜汤治疗 30 例膜性痛经.上海中医药杂志, 1987, (1): 34
- 12 洪家铁.女性盆腔血流图对血瘀型痛经的临床观察及其应用的初步探讨.中华妇产科杂志, 1984, 19 (4): 203
- 13 吴悦,韩天佑,姜伟君,等.逐瘀温宫汤治疗血瘀挟寒型功能性痛经临床及实验研究.中国中西医结合杂志, 1989, 9 (8): 455
- 14 张玉珍,罗颂平.田七痛经散(胶囊)治疗痛经 251 例临床小结.新中医, 1985, 17 (1): 20
- 15 贝润浦.姜春华教授运用活血化瘀配伍法调治闭经的经验.新中医, 1985, (8): 3
- 16 姚丽珍,曹秀云,王天,等.功能性子宫出血患者甲皱微循环观察.北京医学, 1983, 5 (6): 353
- 17 刘平,郭天玲,刘成等.功能性子宫出血血气瘀滞血气两虚的血液流变性和甲皱微循环变化的初步观察.上海中医药杂志, 1984, (4): 46
- 18 方留焰,林礞石,叶树范,等.胜红抗炎素治疗盆腔炎血瘀证 144 例临床观察和实验研究.中国中西医结合杂志, 1991, 11 (7): 411
- 19 李华,董克勤,曲秀华,等.妇炎康治疗慢性盆腔炎临床观察与实验研究.中国中西医结合杂志, 1986, 6 (4): 222
- 20 中国医学科学院首都医院妇产科.中西医结合应用活血化瘀治则治疗盆腔炎.新医药学杂志, 1976, (3): 13
- 21 赵廷楼.逐瘀法治疗滑胎 212 例.辽宁中医杂志, 1986, (9): 26
- 22 陈学忠.活血化瘀方防治子宫内膜粘连的实验研究.中国中西医结合杂志, 1986, 6 (12): 740
- 23 沈迪安,林其德,潘家骧,等.正常妊娠和妊娠高血压综合征的血液流变性变化.中华妇产科杂志, 1986, 21 (4): 219
- 24 张秀泉,成应玮,肖根秀,等.观察甲皱微循环预防妊高征的探讨.实用妇产科杂志, 1991, 7 (1): 44
- 25 王良义,张光玟,陈槐卿,等.正常妊娠和妊娠高血压综合征的血液粘度变化.实用妇产科杂志, 1991, 7 (3): 139

- 26 张雅洁, 潘明. 活血化瘀法为主治疗妊娠高血压综合征初步探讨. 中医杂志, 1984, 25 (5): 38
- 27 栾峰, 殷鸿雁, 董培英. 脉络宁治疗妊娠高血压综合征 46 例临床观察. 中国中西医结合杂志, 1995, 15 (3): 153
- 28 钱晓华, 黄玉兰, 吴诗萍. 川芎嗪治疗妊娠高血压综合征临床分析. 中国中西医结合杂志, 1991, 11 (9): 533
- 29 刘新生. 缩宫逐瘀汤治疗血瘀型恶露不绝的临床与实验研究. 中医杂志, 1990, 31 (11): 35
- 30 赵惠芳, 曾真, 吴兆洪, 等. 61 例子官肌瘤患者的甲皱微循环检查分析. 中国中西医结合杂志, 1987, 7 (2): 86
- 31 吴定言. 宫癥汤治疗子宫肌瘤 136 例疗效观察. 中医杂志, 1981, 22 (1): 34
- 32 李祥云. 活血化瘀法在不孕症中的应用. 上海中医药杂志, 1992, (4): 22
- 33 李祥云. 中医药治愈输卵管梗阻 87 例分析. 中医杂志, 1989, 30 (7): 33
- 34 孙宁铨. 中西医结合治疗输卵管堵塞的体会. 江苏中医杂志, 1983, 4 (6): 25
- 35 贾可夫, 王新华, 翟淑贞, 等. 中西医结合治疗输卵管性不孕 121 例临床分析. 临床医学, 1988, 8 (7): 304
- 36 金维新, 刘承云, 王树荣, 等. 通管汤治疗输卵管阻塞性不孕症—附 108 例报告. 中国医药学报, 1991, 6 (2): 32
- 37 王曼. 子宫内膜异位症与不孕. 中国中西医结合杂志, 1987, 7 (10): 618

# 妇产科常用方剂实验与临床应用

辨证论治是中医学诊治体系的精华所在，在辨证立法以后，能否选用恰当的方药，是治疗是否有效的关键所在。尤其是女性患者，由于其在经、孕、产、乳等方面的特点，选方用药与其他临床各科相比又有其独到之处。本篇在汗牛充栋之古今医方中，选择中医妇产科临床较常用、疗效确实、组成严谨之方剂 15 首，检索当代国内外有关文献，试图对其药理和临床研究成果进行较为全面的总结，以希探讨这些名方证治的病理、药理学基础，并据此阐发其临床功用。

## 一、少腹逐瘀汤

组成 小茴香 7 粒（炒），干姜 0.6g（炒），延胡索 3g，没药 6g（研），当归 9g，川芎 3g，官桂 3g，赤芍 6g，蒲黄 9g，五灵脂 6g（炒）。

功用 活血祛瘀，温经止痛。

本方出自清代王清任所著《医林改错》卷下，为活血化瘀的代表方剂之一。原书方后谓：“此方治少腹积块疼痛，或有积块无疼痛，或疼痛无积块，或少腹胀满，或经血见时，先腰酸少腹胀，或经血一月见三五次，接连不断，断而又来，其色或紫、或黑、或块、或崩漏，兼少腹疼痛，或粉红兼白带，皆能治之，效不可尽述。”又曰：“更出奇者，此方安胎种子如神，每经见之日起吃，一连吃五付，不出四月必成胎。”用法以水煎汤服用。方中当归、赤芍、川芎活血祛瘀，养血调经；五灵脂、蒲黄通利血脉，祛瘀止痛，有推陈致新之效；没药活血祛瘀，散结定痛；延胡索为气中之血药，善行气活血，气行则血行，为止痛良药；尤妙在以小茴香、干姜、官桂温通下焦，散寒通阳，温暖冲任，引诸药直达病所。诸药相配，共奏化瘀散结，温阳散寒，调经止痛之功。寒为阴邪，其性收引，血遇寒则凝，若寒邪外袭，或阳虚生内寒，影响血行，皆可滞而成瘀。正如《内经》所言：“寒邪客于经脉之中，则血涩不通。”隋代巢元方《诸病源候论》亦谓：“月经瘀涩不通，或产后余残未尽，为风冷所乘，血得冷则结成瘀也。”凡属小腹寒滞瘀积，或女性冲任虚寒，瘀血内阻，血不归经等证，皆可以本方治之。制法有度，疗效肯定。

### （一）实验研究

#### 1. 对子宫的作用

本方对动物离体和在位子宫均呈兴奋作用，能增强子宫收缩力或紧张性<sup>[1]</sup>。

#### 2. 镇静镇痛作用

本方使小白鼠自发活动的次数明显减少，说明有镇静作用，对醋酸引起的小白鼠腹痛有

抑制作用<sup>[1]</sup>。

### 3. 对血液流变学的影响

经测定部分寒凝血瘀患者的血液流变学指标,可见全血比粘度、血浆比粘度、血浆纤维蛋白原均比正常值为大,有显著性差异( $P<0.01$ )。经本方治疗后,上述指标均较治疗前明显下降,与治疗前比较有显著性差异( $P<0.01$ )。说明本方有明显改善血液流变的作用,可抑制红细胞和血小板凝聚功能,从而降低血液粘度,改善血液循环和血液的理化性质,增强吞噬细胞功能,促进炎性病灶的消退和增生性病变的软化与吸收<sup>[2]</sup>。

### 4. 抗炎作用

活血化瘀药物有降低毛细血管通透性,减少炎性渗出等作用,具有抗炎功能,能减轻炎症反应,促进炎症吸收,并使病灶局限化。少腹逐瘀汤能增加动物游离肠襻的血流量,扩张外周血管,增加腹腔吸收速度,能改善组织的血液循环,促进炎性渗出物的吸收。治疗各种急、慢性炎症均有效<sup>[1]</sup>。

## (二) 临床应用

### 1. 慢性盆腔炎

黄氏<sup>[2]</sup>以本方为主治疗慢性盆腔炎,辨证属宫寒血瘀型者118例。药用:小茴香3g(炒),干姜3g(炒),延胡索3g,没药6g(炒),当归9g,川芎6g,官桂3g,赤芍6g,蒲黄6g(生),五灵脂6g(炒)。加减:胸胁、乳房胀痛者加郁金、川楝子;少腹胀甚,或冷痛者,加香附、乌药;腰酸、腰软乏力,加续断、桑寄生;身倦乏力,短气者,去五灵脂、川芎,加党参、黄芪;带下量多,色白,质清稀,或四肢不温,便溏,面目虚浮者,去五灵脂,当归少用或不用,重用干姜、官桂,加苍术、白术、茯苓、薏苡仁等;少腹胀满硬痛,按之有包块者,加三棱、莪术等;若崩漏量多,有血块,淋漓不断,腹痛者,加三七。水煎服用,15天为1疗程。经3个疗程治疗后,结果近期痊愈33例,显效51例,好转28例,无效6例,总有效率达94.9%。

### 2. 痛经

张氏<sup>[3]</sup>治疗、观察54例痛经患者,症见经行少腹疼痛,或胀痛或坠痛,痛时或喜按或拒按,腰酸痛,或兼见月经不调,白带多,恶心,呕吐,不能食等,本方加减服用1剂~8剂,加减:气血虚而腹痛绵绵不休者,加党参、阿胶、熟地;腹痛拒按,月经量多,心烦口干,便秘溲黄,苔黄,脉弦数者,去肉桂,干姜易生姜,加炒黄芩;经来不畅,色紫有块,舌红脉沉涩者,加桃仁、红花;肝郁气滞,胸胁满闷,加柴胡、青皮、郁金;腰酸重者,加杜仲、巴戟天;白带多者,加茯苓、萆薢;常于方中加炒白芍、广木香加强止痛作用。治疗后46例痊愈,4例显效,3例暂时获效,1例无效。

### 3. 子宫肌痛

以本方加味治疗子宫肌瘤患者14例,年龄最小者32岁,最大者52岁,平均42岁。药用:当归尾12g,川芎6g,红花10g,桃仁10g,肉桂6g,小茴香6g,延胡索10g,三棱8g,莪术8g,没药10g,生蒲黄10g,炒灵脂12g,生卷柏30g,益母草15g。若气滞偏重,经前重用行气药,加香附、川楝子、荔枝核;血瘀偏重,经期重用活血之品。1个月为1疗程,治疗1个疗程者2例,2个疗程5例,3个疗程6例,未满1个疗程者1例,结果临床痊愈8例,显效4例,有效1例,随访除1例无效外,全部疗效巩固<sup>[4]</sup>。

#### 4. 滑胎

赵氏<sup>[5]</sup>主张凡有多次流产史者确属血瘀，身体健壮，或虽有流血伤胎之象，但有瘀证可查，或因寒湿而致气血凝聚，孕前后呈现寒象者均可应用逐瘀法，方选少腹逐瘀汤，用小茴香、川芎、蒲黄、五灵脂各10g，当归25g，炮姜、没药各7.5g，延胡索、赤芍各15g。随证加减：若阴道出血紫黑，有血块，加川楝子、茜草炭、香附、艾叶等；阴道血色紫黯，无血块，加艾叶、蒲黄炭；若有寒湿表现酌加苍术等。治疗212例滑胎患者，年龄22岁~42岁，自然流产少则3胎，多则9胎，以妊娠3个月~6个月滑胎最多，连续3次~6次流产史有85%，伴阴道流血者有92%，178例获得成功。

#### 5. 不孕症

要氏<sup>[6]</sup>以本方加荔枝核、川楝子、蒲公英、车前子、金银花治疗输卵管阻塞性不孕症22例，在月经期每日1剂，连服3剂~5剂，经1个月~4个月经周期治疗，均怀孕。

### 参考文献

- 1 谢远明. 中药方剂近代研究及临床应用. 西安: 陕西科学技术出版社, 1989. 296
- 2 黄承才. 少腹逐瘀汤治疗宫寒血瘀型慢性盆腔炎118例. 北京中医, 1989, (3): 26
- 3 张楠. 少腹逐瘀汤治疗54例痛经疗效观察. 浙江中医杂志, 1964, 7 (11): 267
- 4 周容华. 少腹逐瘀汤加减治疗子宫肌瘤14例. 北京中医, 1987, (5): 34
- 5 赵廷楼. 逐瘀法治疗滑胎212例. 辽宁中医杂志, 1986, 10 (9): 26
- 6 要全保. 输卵管阻塞性不孕症中医治疗近况. 河北中医, 1990, 12 (1): 43

## 二、四物汤（附：桃红四物汤）

**组成** 当归（去芦、酒浸、炒）、川芎、白芍、熟干地黄（酒洒蒸）各等分。

**功用** 补血调经。

本方始载于宋代《太平惠民和剂局方》，是由东汉张仲景《金匮要略》之胶艾汤衍化而来，为治疗妇科疾病的主要方剂，可加减应用于胎前产后诸疾，誉为“妇人专剂”。后世在此基础上加减衍化的方剂甚多，如金元时期李杲《兰秘秘藏》之圣愈汤，清代吴谦《医宗金鉴》之桃红四物汤，明代龚廷贤《古今医鉴》之艾附暖宫丸等皆由本方化裁而来，且均为妇产科常用方。清代王子接《绛雪园古方选注》云：“物，类也，四者相类而仍各具一性，各建功。”古人认为，春生、夏长、秋收、冬藏是四时万物生长变化的自然规律，而人身之气血也要依顺四时的规律而有升有降，行血用归、芎以行春夏之气，象征着生长作用；止血用地、芍以行秋冬之令，象征着收藏作用。正如清代柯韵伯《伤寒来苏集》所曰：“当归甘温和血，川芎辛温活血，芍药酸寒敛血，地黄甘平补血，四物具有生长收藏之用，故能使营气安行经隧也。”由此可见，四物汤是因古人取类比象而得名。

方中当归性味辛温而润，辛香行走，补血养肝，和血调经，“血药不容舍当归”（明代韩矜《韩氏医通》）；熟地性味甘温，滋阴养血，补肾填精；白芍酸寒，养肝和营，滋阴敛血；川芎辛温而散，活血行气，通络导滞。综观全方，“补血行血无如当归，行血散血无如川芎，生

血凉血无如生地，敛血清血无如芍药。”（明代张景岳《景岳全书》）地、芍是血中血药，归、芎是血中气药，诸药相合，有阴有阳，刚柔相济，补而不滞，滋而不腻，补血和血，使营血调和，诚如清代张秉成《成方便读》所言：“一切补血之方，又当从此四物而化也……地黄入肾，壮水滋阴，白芍入肝，敛阴益血，二味为补血之正药。然血虚多滞，经脉隧道，不能滑利通畅，又恐地、芍纯阴之性，无温养流通之机，故必加当归、川芎辛香温润，能养血而行血中之气以流动之。”原方后附加减法：“若妊娠胎动不安，下血不止者，加艾叶、阿胶一片，同煎如前法；或血脏虚冷，崩漏去血过多，亦加胶艾煎。”《灵枢·五音五味篇》曰：“女性之生，有余于气，不足于血，以其数脱血也。”女性以血为本，以血为用。其经、孕、产、乳的生理活动，与血的盈亏、盛衰、通闭息息相关。经水由血组成，孕期血聚以养胎，产育极易耗血，产后乳汁为血所化生，故女性“不足于血”，四物汤以补血为主，兼能活血，故为妇产科要方，明代吴昆《医方考》称其“妇人之要药，而调经者必以之为主也。”

## （一）实验研究

### 1. 对子宫的作用

多种动物实验证明，当归对子宫具有“双向性”作用，其水或醇溶性非挥发性物质能兴奋子宫，使之收缩加强；其高沸点挥发性成分则抑制子宫，减少节律收缩，使之弛缓。川芎浸膏可使受孕家兔的离体子宫收缩加强，甚至呈痉挛状态，川芎煎剂对家兔在体子宫亦有明显收缩作用。白芍则对子宫平滑肌的张力和运动有松弛、抑制作用<sup>[1]</sup>。复方研究表明，本方调节子宫机能的作用颇为显著，加芸苔子可迅速使子宫收缩，以至呈痉挛状态，加紫草也能使子宫呈高度兴奋状态<sup>[2]</sup>。

### 2. 抗贫血作用

当归含维生素B<sub>12</sub>、烟酸及叶酸，有抗贫血作用。复方实验证明，本方能促进急性贫血时动物血细胞再生，主要表现为促进网织红细胞的转变成熟过程。对于放血所致的小鼠急性失血性贫血，经粒细胞与红细胞比例、有核细胞百分率的骨髓象观察，以及骨髓染色形态和数量的观察，发现本方可使骨髓造血机能改善，从而促进贫血的恢复。说明中医将本方作为补血之基础方剂确有药理依据<sup>[2]</sup>。

### 3. 安胎作用

当归含维生素E，川芎亦有抗维生素E缺乏症的作用，故有助于安胎。妊娠时，子宫内部压力感受器的感受性及子宫肌层的反应性均大为降低，用当归后即可出现抑制作用，亦有助于安胎<sup>[1]</sup>。

### 4. 对血液流变性的影响

本方对外周血管有扩张作用，能减少血管阻力，增加血流量，降低血液粘度，加速红细胞电泳等<sup>[3]</sup>。川芎、白芍均能扩张冠状动脉及外周血管，当归亦有一定扩张血管作用，川芎尚有抗凝血作用，这可能是本方兼能活血的部分药理基础<sup>[1]</sup>。

### 5. 对免疫功能的影响

通过外周血淋巴细胞转化及活性花斑的体外实验，发现本方表现出显著的促进作用，提示既能增加淋巴细胞的数目，又能促进其功能，对细胞免疫有促进作用<sup>[4]</sup>。

## （二）临床应用



### 1. 痛经

沈氏<sup>[5]</sup>以丹参四物汤为主治疗 65 例痛经患者，肝郁气滞小腹疼痛者加柴胡、台乌、川楝子；寒凝血滞加细辛、小茴香、吴茱萸；气血不足加党参、黄芪、益母草等。经前 3 天~4 天开始服药，日 1 剂，到经期第 3 天停药，每月 6 天~7 天。结果：痊愈 31 例，显效 28 例，有效 4 例，无效 2 例。总有效率 96.9%，显效率 90.7%。

### 2. 宫外孕

以四物汤加丹皮、花蕊石组成丹石四物汤，具补血活血，消瘀散结作用。随证加减：腹痛者加延胡索、制没药；脘腹胀者，加制香附、玫瑰花；出血多者加益母草、仙鹤草；体弱者，加党参、黄芪，对宫外孕患者治疗有一定疗效<sup>[6]</sup>。曹氏<sup>[7]</sup>亦报道以四物汤加味治疗宫外孕 5 例，方用四物汤加丹参、红花、桃仁、降香、延胡索、乌药、牛膝、瞿麦、甘草等。结果：5 例皆愈，随访 3 例，月经正常，其中 2 例怀孕生子。

### 3. 外阴白斑

金氏<sup>[8]</sup>以四物汤合泻白散加荆芥、防风、磁石、钩藤治疗外阴白斑 40 余例，止痒效果较好，除个别无效外，绝大多数服药 1 周痒止，继服药 1 周巩固疗效。

### 4. 先兆流产及习惯性流产

以胶艾四物汤加党参、黄芪、白术、桑寄生等药，治疗 15 例先兆流产及 4 例习惯性流产患者获治愈，且认为服用本方对预防习惯性流产有效<sup>[9]</sup>。

### 5. 产后发热

曾氏<sup>[10]</sup>治疗初产妇 26 例，经产妇 127 例，最高体温 40.5℃，最低 38℃。基础方：柴胡 15g~20g，太子参 7g~12g，甘草 3g~6g，半夏 6g~15g，生地 15g~30g，当归、川芎各 6g~12g，黄芩、白芍各 9g~15g，生姜 2 片~4 片，大枣 3 枚~5 枚。结果：痊愈 107 例，其中 1、2、3 天退热分别为 46、39、22 例，占 69.93%，有效 41 例，占 26.8%，无效 5 例，占 3.27%，总有效率 96.73%。

四物汤为补血、调经之常用名方，对血虚证、月经不调及胎产前后诸疾的治疗均颇有效验，但临床很少按原方使用，而是以之作为基本方加味使用，如元代王好古详述了四物汤治妇科疾病 45 种加减法，清代武之望《济阴纲目·调经门》论述其加减法达 131 种之多。临床应用可灵活变通，如用以行血，可去白芍；用以止血，可去川芎；腹痛重者，可倍芍药；头痛重者，可倍川芎；血虚重者，可倍熟地；若血虚兼有气虚者，可加党参、黄芪益气补血；兼有瘀血者，可加桃仁、红花活血祛瘀；血虚且寒者，可加肉桂、炮姜温经散寒；血虚有热者，可加黄芩、丹皮清热凉血；如血虚兼气滞不畅而胁腹胀痛者，可加香附、延胡索行气止痛；若崩中漏下者，可加艾叶、阿胶、茜草根。“妇人血病主四物”（《医宗金鉴·妇产科心法要诀》）。四物汤虽为妇产科临床的基本方剂，但非妇产科病之通剂，方中之芎、归性味辛窜，对于阴虚血热，肝火旺盛而致月经过多、崩中漏下、胎动漏红等证，不甚适用，另外地、芍均为阴柔之品，有碍中焦阳气之温运，对于平素脾胃阳虚，食少便溏者，又非所宜。

### 附：桃红四物汤

以四物汤加桃仁、红花而成桃红四物汤，首见于《医宗金鉴·妇产科心法要诀》卷四十四，亦用于多种妇科疾病。该方以四物汤活血养血为基础，配桃仁、红花破血行瘀，两者相合，活血之中寄以养血，化瘀之内寓有生新，着重发挥其活血化瘀作用，且性质平和，攻

补兼施。如方中芍药用赤芍，则散瘀之力更著；地黄用生，则凉血化瘀之力尤显。适应证为四物汤证兼有瘀血者，主治女性月经不调，经色紫黯稠粘，挟见瘀块，或经闭不行，或经行腹痛，或产后血虚瘀滞，腹痛且胀等。

四物汤为补血调经之剂，加入桃、红后则成活血化瘀之剂，其药理活性与四物汤相比也有所改变。通过大鼠下肢血管灌流实验，证明本方能显著降低血管阻力，拆方分析发现当归、红花、川芎的作用为强，地黄、桃仁、白芍作用较弱，而六味组合后的作用最强，但当归、川芎、红花三药合方的效果也与全方相同。这些结果与中医对本方组成各药的认识颇为一致。当归、川芎为血中气药，性走而不守，实验证明它们对血管阻力影响不大；桃仁、红花均为破瘀药，但红花能活血通经，而桃仁则能润燥破血，实验结果红花能降低血管阻力，而桃仁影响不大，这也与药性基本相合<sup>[11]</sup>。本方用于妇产科炎性疾病及痛经有效，实验表明其具有明显的抗炎作用，能降低血管通透性，促进炎性渗出物的吸收，能显著抑制塑料环所致大鼠肉芽组织增生，灌服 8g/kg 体重或 16g/kg 体重之抑制率分别为 28.9% 及 31.7%，而皮下注射氢化可的松 50mg/kg 体重之抑制率为 31%，实验动物脏器重量测定表明，氢化可的松可使胸腺强烈萎缩，肾上腺重量减轻，肝脏肿大，而桃红四物汤则反使胸腺重量增加，对其余脏器重量无显著影响，表明本方抗炎机制与糖皮质激素有所不同，其抑制增生作用则可能有利于炎性包块的治疗<sup>[12]</sup>。另外，对多种致病菌如金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌、大肠杆菌及病毒有不同程度的抑制作用<sup>[3]</sup>。

临床上可加减应用于多种妇产科疾病：

### 1. 月经淋漓不尽

徐氏<sup>[13]</sup>以本方加味成桃红二丹四物汤，基础方：桃仁、红花、丹皮、丹参、当归、赤芍、生地、益母草、炒蒲黄各 10g，川芎、血余炭各 5g，治疗瘀血阻滞，新血不守，以致月经淋漓不尽者 250 例。结果：7 日内止血显效者 198 例（79.2%），10 日内止血有效者 28 例（11.2%），10 日以上止血或不能止血者，判为无效 24 例（9.6%），总有效率 90.4%。对青春期（62 例）、育龄期（106 例）、更年期（82 例）功血患者的有效率分别为 90.1%、88.2%、92.5%；对于血热型（88 例）、血瘀型（124 例）、气虚型（38 例）有效率分别为 90.9%、96.1%、84.2%，以血瘀型疗效最佳。

### 2. 阴道出血

钟氏<sup>[14]</sup>以桃红四物汤加味治疗阴道不规则出血 128 例，其中出血时间 15 天以内 76 例，16~30 天 32 例，31~60 天 17 例，60 天以上 3 例。基础方：桃仁、当归、茜草各 10g，红花 6~10g，川芎 6g，赤芍 12g，熟地、海螵蛸各 15g。结果：功血 52 例，显效 40 例，有效 6 例，无效 6 例；子宫内膜炎 11 例，显效 10 例，有效 1 例；子宫肌瘤 40 例，显效 33 例，有效 6 例，无效 1 例；不全流产 13 例，全部显效。放置宫内节育器出血 12 例，显效 10 例，有效 2 例。

### 3. 盆腔炎块

钟氏<sup>[15]</sup>治疗盆腔炎性包块 10 例，其中辨证分属血瘀型者 4 例，表现为盆腔肿块，下腹刺痛，经期痛甚拒按，舌质黯红，脉弦细。以桃红四物加蒲公英、黄柏、茯苓、三棱、莪术治疗。结果：4 例盆腔炎块及症状全部消失。

此外，对闭经、功血、宫外孕、痛经等多种妇产科疾病的治疗亦见有报道。

## 参 考 文 献

- 1 马有度. 医方新解. 上海: 上海科学技术出版社, 1980
- 2 王旭东, 黄仑, 陈德华主编. 男女科 5000 金方. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1994
- 3 谢远明. 中药方剂近代研究及临床应用. 西安: 陕西科学技术出版社, 1989
- 4 苏州市第三人民医院中西医结合病区免疫室. 四君子汤、四物汤、六味地黄汤及参附汤对细胞免疫功能影响的研究. 江苏中医杂志, 1980, 1 (2): 30
- 5 沈宗华. 丹参四物汤为主治疗原发性痛经 65 例. 江西中医药, 1995, 增刊: 103
- 6 陈孟唐. 介绍潘士俊老大夫治疗宫外孕的经验丹石四物汤. 浙江中医杂志, 1965, 8 (3): 13
- 7 曹丹亭. 中药治愈宫外孕 5 例体会. 山东医刊, 1965, (12): 31
- 8 金谷城. 治疗外阴白斑的探索. 中医杂志, 1965, (3): 24
- 9 许承龙. 加味胶艾四物汤治疗先兆流产和习惯性流产的经验. 中医杂志, 1965, (3): 24
- 10 曾文长. 柴胡四物汤治疗产后发热 153 例. 新中医, 1991, 23 (8): 28
- 11 邓文龙. 中医方剂的药理与应用. 重庆: 重庆出版社, 1990
- 12 谢人明. 桃红四物汤抗炎及降脂作用的研究. 中成药研究, 1986, (8): 29
- 13 徐志华. 桃红二丹四物汤治疗月经淋漓不净 250 例临床观察. 安徽中医学院学报, 1986, 5 (3): 30
- 14 钟秀美. 加味桃红四物汤治疗阴道出血 128 例疗效观察. 浙江中医杂志, 1992, 27 (7): 300
- 15 钟礼美. 中药治疗盆腔炎性肿块 10 例小结. 江西中医药, 1985, (2): 30

## 三、生化汤

组成 当归 24g, 川芎 9g, 桃仁 14 粒 (去皮尖, 研), 黑姜 1.5g, 炙甘草 1.5g。

功用 活血化瘀, 温经止痛。

本方出自清代傅青主《傅青主女科·产后编》卷上, 为女性产后常用方。傅氏称其“系血块圣药也”, 主治产后危急诸证。唐代的《产宝》曾载“生化夺命汤”, 较之本方, 尚有肉桂, 并以黑枣煎汤, 且剂量亦有所不同, 其于方后言: “生化者, 因药性功用而立名也。夫产后宿血当清, 新血当生, 若专消则新血不生, 专生则宿血反滞, ……所谓行中有补, 化中有生, 实产后圣药也。”本方名之“生化”, 乃取其温经散寒, 养血化瘀, 使新血生, 瘀血化而自行。方中重用当归补血活血, 化瘀生新为君药; 川芎活血行气, 桃仁活血祛瘀, 均为臣药; 炮姜入血散寒, 温经止痛, 原方用黄酒、童便各半煎服, 黄酒温通血脉, 以助药力, 加入童便者, 取其益阴化瘀, 并有引败血下行之效, 共为佐药; 炙甘草调和诸药为使药。正如清代张秉成《成方便读》所谓: “当归养血, 甘草补中, 川芎理血中之气, 桃仁行血中之瘀, 炮姜色黑入营, 助归、草以生新, 佐芎、桃而化旧, 生化之妙, 神乎其神。”傅青主据本方化裁出加参生化汤、安神生化汤、木香生化汤、健脾消食生化汤等 10 余首方剂, 以治妇人产后诸疾。综观全方, 其配伍特点有二: 一为当归用 40g, 超过余药之总和, 可知本方是寓生新于化瘀之中, 符合产后病多虚多瘀, 虚中挟实的病机。《成方便读》谓: “夫产后气血大虚, 固当培补, 然有败血不去, 则新血亦无由而生, 故见腹中疼痛等症, 又不可不以祛瘀为首务也。”二为活血方中配伍炮姜, 既可调气以助血行, 又可温经以散阴寒, 而用量仅为 2.5g, 避免了燥热耗血伤阴之弊, 一多一少, 傅氏之选方用药法度可见一斑。

## （一）实验研究

### 1. 子宫收缩作用

大白鼠离体子宫实验证实，加味生化汤（本方加益母草、荆芥穗）对子宫有收缩作用，而且舒张作用很好，能使大白鼠离体子宫肌张力、频率和幅度都增加，从而可增加血流量，改善局部微循环，向组织运送氧气、养料和排出废物，并促进子宫复旧及产后恶露的排出<sup>[1]</sup>。

### 2. 对雌激素的影响

实验表明加味生化汤（本方加益母草、荆芥穗）对子宫似表现一种双向调节作用，既能对抗外源性雌激素所致的子宫增生性变化，又可对抗去卵巢后子宫的萎缩，并增强子宫对雌激素的敏感性<sup>[2]</sup>。

### 3. 抗血栓形成作用

本方能抑制二磷酸腺苷（ADP）的血小板聚集作用，及增加血内纤维蛋白溶解酶的吸收。当归、桃仁等活血化瘀药对血小板有解聚作用，从而削弱血栓形成的进行，并能促进已形成的血栓溶解。对血液流变性及血管系统有一定影响，可改善高粘度血流<sup>[3]</sup>。

### 4. 对子宫肥大症及子宫肌瘤的治疗作用

子宫肥大症及子宫肌瘤目前认为与体内雌激素分泌过多有关。实验证实本方加味（益母草、荆芥穗）能加强子宫收缩，加速子宫平滑肌的代谢，可使增生性病变已经被破坏的循环得到重建，有利于增生的子宫平滑肌细胞转化和吸收，同时也能调整肌纤维束之间的结缔组织代谢，使硬化的结缔组织变软，起到软坚散结作用。加味生化汤还能对抗雌激素过多引起的子宫变化，使增生的子宫内膜恢复正常，子宫壁层的充血水肿与粘膜下腺体分泌也基本消失，肌层的单纯性肥大渐趋消失，糖元含量接近正常，子宫壁层的炎症消退<sup>[2]</sup>。

### 5. 可调整机体的代谢和反应性，影响免疫功能<sup>[1]</sup>。

## （二）临床应用

### 1. 产后子宫复旧不良和宫缩痛

以本方加红花 1.5g 治疗产后子宫复旧不良 59 例，产后子宫收缩痛 41 例，并以麦角新碱治疗子宫复旧不良 50 例作对照，结果以本方效优。59 例复旧不良者服药 24 小时宫底下降 2cm 以上者 51 例，子宫收缩痛之 41 例中获显效者 35 例<sup>[4]</sup>。范氏等<sup>[5]</sup>以本方为基本方治疗分娩后腹痛 50 例，其中正常产 35 例，剖宫产 15 例。临床表现均有下腹疼痛，恶露量少，涩滞不畅，均出现于产后 2 天~3 天，腹部触诊宫底平脐或脐上 2 横指~3 横指，有压痛。基本方：当归 10g，桃仁 10g，川芎 5g，炮姜 5g，甘草 5g。排尿不畅者加白术 10g，茯苓 10g；发热者加丹皮 10g，连翘 10g。连服 3 剂，每日 2 次。结果：40 例患者宫缩良好，10 例患者子宫收缩欠佳，均为剖宫产术后。

### 2. 胎盘胎膜残留

用本方去甘草，炮姜改煨姜，加益母草、红花、熟地、丹皮、艾叶，治疗小产后胎盘残留 22 例，服药后均使残留之胎盘排出，出血、腹痛随之消失，随访半年无其他症状发生<sup>[6]</sup>。李氏<sup>[7]</sup>以本方加减治疗中期妊娠引产后胎膜残留 125 例，基础方：当归 24g，川芎 10g，桃仁 10 粒，炮姜 3g，炙甘草 5g。辨证分三组，一组气血虚加党参 15g，黄芪 20g，白术 10g 以补气益气，加益母草以加强宫缩；二组兼血热，在一组基础上加金银花 30g，连翘 15g，柴胡 10g

以清热解毒；第三组辨证为血瘀，在二组用药中减金银花、连翘、柴胡、益母草，加蝉蜕 10g，泽兰 10g 以解痉排膜，为了抑制乳汁分泌，三组均加用了炒麦芽 20g，于产后当天或第 2 天始服药，日 1 剂，水煎 2 次，早晚分服，胎膜排出停药。一般用药 1 剂~3 剂，多数在用药后第 2 天胎膜变性自然脱落，除 1 例于出院后 10 天因胎膜未完全排出引起大出血外，124 例完全治愈，治愈率 99.2%。

### 3. 产后调理

无选择地给 60 名产妇连续服生化汤 3 剂，另设 60 名不服药者为对照，对子宫复旧不良、恶露异常情况、产后宫缩痛、乳汁不足及产褥感染等发生率进行观察，服生化汤组上述情况发生率为 35%，对照组为 51.5%。但两组宫缩痛发生率相似，因宫缩痛不是障碍产妇恢复的不利因素，若除外这一情况，则服生化汤组病变发生率为 10%，而对照组为 28.3%。表明生化汤确有产后调理的效果<sup>[8]</sup>。

### 4. 子宫内膜炎

刘氏<sup>[9]</sup>以本方加味治疗 16 例子宫内膜炎，药用：当归、桃仁各 10g，川芎 6g，炮姜 4g，甘草 3g。阴虚血热者加山梔、生地、丹皮；气虚者加党参、黄芪、白术；血虚者加阿胶、熟地；肾虚者加补骨脂、续断；少腹痛加蒲黄、三七、乳香；兼外感合紫苏饮。16 例中诊断性刮宫病理报告确诊为子宫内膜炎 12 例，变性绒毛及蜕膜继发感染 4 例，全部治愈。

### 5. 宫外孕

以本方加减治疗宫外孕患者 21 例，均在生育年龄，辨证分为休克型、不稳定型、包块型。休克型 2 例，以独参汤为救急，休克好转后，主方加入延胡索、香附、田七末、山楂炭或蒲黄炭；不稳定型 10 例以活血祛瘀养血为主，腹痛减轻后用主方；包块型 9 例，主方加三棱、莪术。阴道流血不止者加益母草、生牡蛎。21 例全部治愈<sup>[10]</sup>。

### 6. 产后尿潴留

以本方加味治疗产后尿潴留患者 30 例。基本方：当归、桑白皮各 10g~15g，川芎、炮姜各 6g~10g，桃仁、紫菀、马兜铃各 10g~12g，炙甘草 4g~6g，白通草 3g~5g。服药 2 天痊愈者 11 例，3 天~5 天痊愈 16 例，7 天痊愈 3 例，30 例全部获愈<sup>[11]</sup>。

### 7. 人工流产后阴道不规则流血

乐氏<sup>[12]</sup>报道以加味生化汤（当归 10g，川芎 10g，桃仁 6g，红花 4g，丹参 15g，续断 10g，杜仲 10g，炮姜 3g，茺蔚子 15g，炙甘草 6g）治疗人工流产后阴道不规则流血 360 例，全部有效。用药 3 剂出血停止者 210 例，占 58.3%，表明该方能减少子宫出血，排出残余之绒毛组织，加快子宫复旧。

### 8. 子宫肌瘤

国氏等<sup>[13]</sup>以本方加味治疗子宫肌瘤及子宫肥大症，药用：当归 24g，川芎 15g，益母草 30g，桃仁 9g，炮姜 3g（以出血为主症者用黑姜 6g），炒芥穗 6g~9g，炙甘草 6g，水煎服，日 1 剂，30 剂为 1 疗程。随证加减：有结节者，加三棱 6g，莪术 6g，肉桂 3g；经期或正出血，且量多时，改用小量生化汤：当归 9g，川芎 6g，益母草 15g，桃仁 6g，黑姜 6g，炒芥穗 9g，炙甘草 3g。疗效：共治疗子宫肌瘤 24 例，痊愈 8 例，治愈率为 33.3%，有效 13 例，有效率为 54.2%，无效 3 例，为 12.5%；治疗子宫肥大症 46 例，治愈 25 例，治愈率为 54.4%，有效 18 例，有效率为 39.1%，无效 3 例，为 6.5%。患者临床症状也有显著改善：经量恢复正常者 42.1%，有效 89.5%；月经先期复常者 37.5%，有效 84.4%；腹痛消失 37.2%，缓解率



88.6%；腰酸消失 38.3%，缓解率 89.4%；下坠感消失 35.3%，缓解 79.4%；白带多消失 32.9%，好转 75%。

生化汤为产后良方，药简效宏，临床运用颇广，为历代医家所推崇，主治产后恶露不行，少腹冷痛。清代阎纯玺《胎产心法·生化汤论》云：“予考新产诸方，莫若生化汤为产后第一妙方。……产下随服二、三道，以逐瘀生新，再无产后诸证之患。”妇人产后正气虚弱，寒邪易乘虚而入，寒凝血滞，瘀血内阻于胞宫，故而恶露不行，少腹冷痛，为体虚寒凝血瘀之证。本方寓攻于补，根据邪正虚实，随证加减化裁，并调整攻、补药的用量，广泛用于产后诸疾，疗效颇佳。明代张景岳《景岳全书》所引钱氏生化汤（当归 25g，川芎 10g，炙甘草 2.5g，焦姜 1.5g，桃仁 10 粒去皮尖，熟地 15g），附加减法即有 17 种之多，傅山《傅青主女科》论产后诸证选用生化汤治疗者亦达 28 证。傅山详辨产后寒热虚实，运用生化汤加减变化，得心应手。如用生化汤原方治产后血块；加荆芥炭、大枣治产后血晕；加人参、大枣治产后发厥块痛未止；加柏子仁、人参、茯神、益智仁、陈皮、大枣治产后块痛未止，妄言妄见；去桃仁、炙甘草，加陈皮、木香治产后忿怒；去桃仁，加防风、羌活治产后伤寒类二阳证；去黑姜，加茯苓、陈皮、木香治产后 7 日内患痢等，应证自如，每有独到之处。因其疗效显著，某些地区习俗上以之作为产后必服之剂。证之临床，本方确有产后调理作用，但中医治病贵在辨证求因，审因论治，即使是预防或保健用药亦当恪守此原则。产妇之体质各异，其生产情况亦千差万别，不能不辨其寒热虚实，而以一方通用之。故本方当以产后血瘀偏寒者为宜，血热而有瘀滞者忌之。

### 参 考 文 献

- 1 张玉芬. 生化汤在妇产科临床的应用. 中医药研究, 1990, (5): 18
- 2 张玉芬, 刘德宽. 加味生化汤的实验研究. 山西医药杂志, 1980, 9 (3): 6
- 3 任青华, 王丽, 黎明. 四物汤、生化汤及加减补阳还五汤抗体外血栓的研究. 齐鲁中医药情报, 1992, (2): 8
- 4 郝志光. 产褥期应用加红生化汤的体会. 新中医, 1977, (4): 38
- 5 范淑芝, 袁福山. 生化汤为主治疗分娩后腹痛 50 例. 中医药学报, 1993, (5): 42
- 6 张淑慧, 李英南. 加味生化汤对 22 例小产后胎盘残留疗效观察. 广东中医, 1962, (9): 17
- 7 李秀志. 生化汤加减治疗中期妊娠引产后胎膜残留 125 例. 中国中西医结合杂志, 1991, 11 (7): 439
- 8 杜茜芝. 生化汤对产后调理作用的观察. 江西中医药, 1960, (6): 25
- 9 刘光来. 生化汤加味治疗子宫内膜炎的体会. 四川中医, 1992, 10 (11): 43
- 10 郭燕文, 钟彩霞. 加减生化汤治疗宫外孕 21 例初步观察. 新中医, 1984, 16 (11): 33
- 11 应志华. 加味生化汤治疗产后尿潴留 30 例. 浙江中医杂志, 1988, 23 (3): 152
- 12 乐望梅. 加味生化汤在人流术后的应用. 湖北中医杂志, 1986, (1): 43
- 13 国轅, 张玉芬, 徐润英, 等. 加味生化汤治疗子宫肌瘤及子宫肥大症 70 例临床分析. 山西医药杂志, 1980, 9 (6): 21

### 四、失 笑 散

组成 五灵脂（酒研，淘去砂土）、蒲黄（炒香）各等分。



功用 活血祛瘀，散结止痛。

本方出自宋代《太平惠民和剂局方》卷九，又名“紫金丸”。原书记载：“治女性产后心腹痛欲死，百药不效，服此顿愈。”可见本方当时主要用于治疗女性产后血瘀疼痛，心腹痛等证。至明代李时珍对其应用范围作了发展，在《本草纲目》中谓其“不独治妇人心痛血痛……并胎前产后血气作痛及血崩经溢，俱能奏效。”清代吴谦《医宗金鉴·删补名医方论》称“用灵脂之辛温走肝，生用则行血；蒲黄甘平入肝，生用则破血；佐酒煎以行其力，庶可直抉厥阴之滞，而有其推陈致新之功，甘不伤脾，辛能逐瘀，不觉诸症悉除，直可一笑而置之矣。”故方名“失笑”。方中蒲黄药性甘平，为活血祛瘀止痛之要药，清代张山雷《本草正义》述其“蒲黄专入血分，以清香之气，兼行气分，故能导瘀结而治气血瘀滞之痛。”五灵脂乃血中气药，《本草纲目》曰：“五灵脂足厥阴肝经药也，气味俱厚，阴中之阴，故入血分。肝主血，故此药能治血病，散血和血而止痛。”两者相伍，“入厥阴而活血止痛，故治血痛如神。”（清代汪昂《医方集解》）原方服法，加黄酒以助药性，通行经脉，又以醋冲服，助化瘀行血。全方相配，具祛瘀活血，散结定痛，推陈致新之功，行血以止血，瘀祛而痛止，瘀行血止而痛止于一炉，诚如清代唐宗海在《血证论》中所说：“蒲生水中，花香行水，水即气也，水行则气行，气止则血止，故蒲黄能止刀伤之血，灵脂气味温行以行血，二者合用，大能行血也。”可以说失笑散为活血祛瘀止痛之药简效捷良方。

## （一）实验研究

### 1. 扩张血管作用

五灵脂与蒲黄均能不同程度地降低血管阻力，增加血流量，对血管壁有直接扩张作用，口服蒲黄水浸液有促血凝作用，炒炭后可缩短家兔出血时间，而有助于“止血”<sup>[1]</sup>。

### 2. 镇静镇痛及解痉作用

本方能显著减少小鼠自发活动，明显延长戊巴比妥钠的睡眠时间，提高阈下剂量的睡眠率，明显减少醋酸所致小鼠扭体次数，对豚鼠、大鼠子宫自发活动有明显抑制作用，并能明显对抗催产素所致的子宫痉挛。失笑散有明显镇静、镇痛及对肠、子宫平滑肌的解痉作用。有人报道，失笑散还能解除大鼠冠状动脉痉挛和提高小鼠缺氧能力。这些药理作用相互协同，将有利于改善机体血瘀的病理现象，从而散结通经，祛瘀而止痛<sup>[2]</sup>。

### 3. 对子宫的影响

蒲黄煎剂、酊剂、乙醚提取液对离体或在体子宫均有兴奋作用，大剂量可致痉挛性收缩，对未孕子宫比已孕子宫作用明显，使产后子宫收缩加强，紧张性增加，故有助于子宫复旧及恶露的排出。另外蒲黄注射液经实验研究对豚鼠、小鼠中期妊娠引产有明显效果。腹腔注射最低有效剂量为2g/kg~3g/kg，其机理有待进一步阐明<sup>[3]</sup>。

## （二）临床应用

### 1. 中期妊娠引产后胎膜残留

56例中期妊娠引产者，从行1%利凡诺羊膜腔注射引产术时开始服用失笑散丸剂，每天10g，2次分服，连服5天，能促使残留胎膜自行排出，与单纯用利凡诺的26例比较，引产时间缩短11.3%，出血量减少40%，不顺利减少32.5%，胎盘胎膜排出比对照组好，不完整减少12%，而且产后仅1天即有60%病例自行排出残留胎膜<sup>[4]</sup>。

## 2. 不孕症

黄氏<sup>[5]</sup>以失笑散加味（生蒲黄、五灵脂、肉桂、吴茱萸、三七或生蒲黄、五灵脂、生大黄、三七、郁金）治疗子宫内膜过度增生的不孕症2例，治疗后均受孕。

## 3. 宫外孕

以失笑散合胶艾四物汤去甘草（四物汤熟地改用生地）为主，治疗宫外孕18例，其中陈旧性宫外孕16例。经服药10剂~20剂后，均获痊愈<sup>[6]</sup>。

## 4. 膜样痛经

丁氏<sup>[7]</sup>治疗膜样痛经患者80例，其中年龄13岁~22岁28例，23岁~30岁47例，31岁~37岁5例。于每次月经前3天开始服药至经行第2天停药，日1剂，水煎2次，早晚分服，连服3个月经周期。药用：蒲黄30g，五灵脂、白术、山楂各12g，没药、川楝子各10g，血竭、青皮各5g。治疗结果：80例中痊愈65例；好转11例；无效4例。

## 5. 不全流产

以理气散瘀汤（党参、黄芪、当归、茯苓、红花、丹皮、炮姜炭）合失笑散治疗不完全流产患者3例，服1剂~2剂复查，子宫腔无残留而痊愈<sup>[8]</sup>。

## 参 考 文 献

- 1 马有度. 医方新解. 上海: 上海科学技术出版社, 1980. 225
- 2 张白嘉, 刘常五, 黄良月, 等. 失笑散镇静、镇痛及解痉作用的研究. 中药药理与临床, 1991, (7): 2
- 3 邓文龙. 中医方剂的药理与应用. 重庆: 重庆出版社, 1990. 516
- 4 潘静仁. 失笑散在计划生育工作中的应用. 浙江中医学院学报, 1985, 9 (2): 20
- 5 黄春林. 失笑散加味治愈子宫内膜增生不孕症. 浙江中医杂志, 1985, 20 (4): 160
- 6 广州中医学院主编. 方剂学. 上海: 上海科学技术出版社, 1979. 153
- 7 丁秀贝. 没竭失笑散治疗膜样痛经80例. 福建中医药, 1993, 24 (6): 36
- 8 朱永昌. 理气散瘀汤合失笑散治疗不完全流产. 上海中医药杂志, 1993, (6): 20

## 五、芍药甘草汤

组成 白芍药、甘草各36g。

功用 养血和阴，缓急止痛。

本方出自东汉张仲景《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》，原书主治“伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急”之证，以水煎服。方中芍药酸寒，既能养血，又可活血，如《神农本草经》曰：“主邪气腹痛，除血痹。”晋唐陶弘景集《名医别录》曰：“通顺血脉，缓中散恶血，中恶腹痛、腰痛。”金代成无己《注解伤寒论》谓：“白补而赤泻，白收而赤散。”金代张元素《珍珠囊》称其“泻肝补脾胃，治腹痛和血脉。”明代李时珍《本草纲目》亦曰：“止下利腹痛。”综上所述，芍药有柔肝止痛，养血敛阴，和血通脉之功；炙甘草味甘性平。《神农本草经》谓其“主五脏六腑寒热邪气，坚筋骨，长肌肉，倍力解毒。”《名医别录》亦曰：“温中下气，烦满短气，伤脏咳嗽，止渴，通经脉，利血气，解百毒。”芍药、甘草二药合用，一酸一甘，“酸以收之，甘以缓之，酸甘相合，用补阴血。”（金代成无己《注解伤寒论》）由

于芍药能和血止痛，甘草能缓急，二药相合，具缓急止痛之功。后世医家引申其意，用治腹中拘急之腹痛。清代程国彭《医学心悟》称其“治腹痛如神”。清代王泰林《王旭高医书六种》亦谓：“白芍酸收苦泄，能行营气而泻肝木；甘草甘缓，能和逆气而补脾土。甘酸相合，甲己化土，故治腹痛。”

## （一）实验研究

### 1. 解痉镇痛作用

芍药的主要成分是芍药甙，具有镇痛、镇静、解痉、抗炎、抗溃疡的作用，对神经系统、循环系统、泌尿生殖系统均有影响。日本细野史郎认为：“该方对横纹肌、平滑肌的挛急，不管是中枢性的，或末梢性的，均有镇静作用。”甘草有镇静、抑制末梢神经的作用，加上芍药对疼痛中枢和脊髓反射弓的镇静作用，所以才能治疗中枢性和末梢性的挛急疼痛<sup>[1]</sup>。其对肌肉的松弛作用，不被新斯的明所拮抗，可使乙酰胆碱电位强烈抑制，膜静止电位降低，突触后部膜对Ca/K通透性降低，阻碍了肌细胞膜、乙酰胆碱受体之后的钙离子动态，对中枢性或末梢性的肌肉痉挛及因痉挛而引起的疼痛均有效疗<sup>[2]</sup>。两者合用在镇静、镇痛、镇痉、抗炎、抑制胃酸分泌和松弛子宫方面均有协同作用。另外，对志愿者用辐射热痛觉计、压痛计测定痛阈，发现服用本方后痛阈仅在15%以内变动，几乎未见上升；但服用本方后再行针刺麻醉，则可见痛阈上升约40%；在针刺麻醉90分钟后，痛阈仍有上升，与服安慰剂的针麻者的痛阈变化相比，有非常显著的差异，提示本方虽无速效镇痛剂样作用，但与针麻并用则可增强针麻效果，使痛阈上升，提示其作用可能与促进内源性阿片样物质释放有关<sup>[3]</sup>。

### 2. 对高睾酮血症中雄激素的降低作用

高雄激素血症的女性，可以发生月经稀发、闭经或不孕症，服用该方后，能有效地降低血中睾酮浓度，改善排卵状态，最后怀孕。其作用机制在于直接抑制卵巢和肾上腺分泌睾酮，而且均不影响垂体释放LH和FSH<sup>[2]</sup>。

### 3. 降低催乳素作用

对高催乳素伴排卵障碍的女性治疗有效<sup>[2]</sup>，可降低血中催乳素水平。

## （二）临床应用

### 1. 痛经

吴氏<sup>[4]</sup>以本方加味治疗痛经患者44例，辨证分为气滞血瘀型和寒凝血瘀型。气滞血瘀型加赤芍30g，寒凝血瘀型加肉桂10g。每剂制成煎剂100ml，每次口服50ml，每日2次，经前3天~4天始服，至经期2天~3天停药，每月服药6天为1疗程，可连续服药3个月~4个月经周期。经1个疗程~7个疗程治疗，痊愈17例，显效17例，好转6例，无效4例。经盆腔血流图测定，该方具有改善盆腔血液循环，降低血管阻力的功能。袁氏<sup>[5]</sup>以本方加延胡索、香附治疗痛经，于行经前1日或有行经征兆时煎服，每日1剂，连服3剂，治疗16例，痊愈14例。

### 2. 高睾酮血症

对110例高睾酮血症女性，投以本方每日7.5g，给药16周，每2周测定血清激素浓度。这些患者在给药前血清睾酮(T)、FSH、LH浓度较正常月经周期卵泡初期显示有意义的高值，而血清E<sub>2</sub>/E<sub>1</sub>和E<sub>2</sub>/T比值显示有意义的低值。血清T浓度从给药后2周出现有意义的降低，

持续下降达16周,血清 $E_2/E_1$ 和 $E_2/T$ 从给药后第2周上升,其后 $E_2/E_1$ 这一比值维持到16周,而 $E_2/T$ 则有上升倾向。进一步查血清雄烯二酮浓度和游离T浓度,也发现有意义的下降。给药后,血清FSH浓度几乎不变,提示该方可能直接作用于卵巢。给药期间,无排卵患者中42.3% (33/78) 出现排卵,希望怀孕的患者17.6% (12/68) 怀孕,且无任何副作用,从而总结出芍药甘草汤是对高睾酮血症无排卵和不孕患者诱发排卵和妊娠的安全而有效的药物,可使卵巢的类固醇代谢正常化,抑制肾上腺雄激素的产生<sup>[6]</sup>。

### 3. 倒经

治疗1例36岁女性患者,每逢月经来潮1天~2天,双侧鼻衄,已逾半载。服中西药物及鼻腔填塞压迫止血均未愈。方以芍药甘草汤加味:芍药30g,甘草10g,代赭石30g,枳壳6g,白茅根30g,北沙参30g,陈皮12g,茯苓12g,川军2g,2剂后鼻衄止。又以上方去陈皮、白茅根,减代赭石为15g,继服3剂,诸症悉平,随访未复发<sup>[7]</sup>。

### 4. 妊娠腹痛

治疗1例孕7个月,小腹绵绵作痛之患者,方用:芍药20g,甘草、熟地、当归、香附、木香各10g,服4剂而病愈。5个月后随访,妊娠期未再复发,且顺产一男婴,母子健康<sup>[8]</sup>。

### 5. 乳泣

戴氏<sup>[9]</sup>以本方治疗一女性患者,年龄20岁,已婚。停经3个多月,乳汁自出。处方:杭白芍15g,生甘草9g,服药4剂痊愈,足月顺产一女婴。

### 6. 妊娠腰腿痛

自妊娠40余天开始腰及左腿疼痛,活动后加剧,以芍药甘草汤合当归补血汤治疗2例,均获愈<sup>[10]</sup>。

## 参 考 文 献

- 1 潘穗生. 芍药汤古今谈. 中成药研究, 1986, (4): 32
- 2 崔丰年. 芍药汤药理研究和临床应用. 中成药, 1991, 13 (7): 36
- 3 前田利男, 等. 芍药甘草汤的镇痛作用. 国外医学·中医中药分册, 1984, 6 (1): 58
- 4 吴源湘. 芍药甘草汤加味治疗痛经疗效观察. 上海中医药杂志, 1988, (6): 16
- 5 袁耀先. 加味芍药甘草汤治疗室女痛经简介. 北京中医, 1983, (1): 33
- 6 小林拓郎, 等. 芍药甘草汤对高睾酮血症中雄激素的降低作用及诱发排卵效果的安全性. 国外医学·中医中药分册, 1989, 11 (6): 13
- 7 王兆奎. 养金抑木法治愈倒经1例. 山西中医, 1986, (6): 30
- 8 李东燮. 芍药汤治疗妊娠腹痛. 吉林中医药, 1986, 2 (4): 24
- 9 戴会禧. 芍药汤治愈乳泣. 新中医, 1986, 18 (1): 46
- 10 杨秉秀. 妊娠腰腿痛治验体会. 中医杂志, 1986, 27 (2): 16

## 六、当归芍药散

组成 当归27g, 芍药150g, 川芎75g, 茯苓36g, 白术36g, 泽泻75g。

功用 养血疏肝, 健脾利湿。

本方出自东汉张仲景《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》，为治疗女性妊娠腹痛和腹中各种疼痛的著名方剂。《金匱要略》中谓：“妇人怀妊，腹中疔痛，当归芍药散主之。”关于本方所治腹痛之轻重缓急，历代医家有不同认识，如明代徐彬《金匱要略论注》曰：“疔痛者，绵绵而痛，不若寒疝之缓痛，血气之刺痛也。”而清代尤怡《金匱要略心典》则曰：“按《说文》疔音绞，腹中急也，乃血不足而水反侵之也。”但不论是绵绵而痛，或腹中急痛，临床治疗均可获效。方中“归、芍养血，苓、术扶脾，泽泻泻其有余之旧水，芎蒭畅其所欲遂之血气。”（明代徐彬《金匱要略论注》）本方重用芍药，主要取其缓急止痛之功，为治血中气结，腹中疼痛之要药，与当归、川芎相伍以养血调肝；白术、茯苓、泽泻健脾利湿；而芍药与白术相配，亦有调和肝脾之义，诸药相合，肝脾同治，气血两和，虚实兼顾。正如明代赵以德《金匱玉函经论注》所言：“因脾土为木邪所克，谷气不举，浊淫下流，以塞搏阴血而痛也，用芍药多他药数倍以泻肝木，利阴塞，以与芎、归补血止痛，又佐茯苓渗湿以降于小便也。”原方用法做散以酒和服，更能畅通气血，调和营卫，疏散郁滞，而腹痛可除。

## （一）实验研究

### 1. 对子宫的作用

多种动物的未孕与已孕之离体子宫、在体子宫实验，均表明当归对子宫平滑肌有一种双向调节作用。其水溶性或醇溶性的非挥发油成分能使子宫产生兴奋，而挥发油成分能抑制子宫的运动。芍药贰具有缓解平滑肌痉挛的作用，能使子宫的自发运动减少，张力降低。芍药贰和当归挥发油能对抗肾上腺素、脑垂体后叶素或组胺所致的子宫收缩反应<sup>[1]</sup>。故本方对子宫的作用机理是复杂的，可能主要在于对子宫的调节作用。蔡氏<sup>[2]</sup>认为本方不仅能直接抑制子宫平滑肌的收缩而止腹痛，还有可能促进胎盘发育，调节内分泌功能而起安胎作用。日本学者<sup>[3]</sup>研究认为，用本方颗粒剂观察 91 例妊娠女性，发现确有良好的安胎效果，可以缩短分娩时间，减轻阵痛，使新生儿发育良好。即使是早产儿也能使其正常发育，对高龄初产、臀位高产、初产双胎、曾经剖腹产者，以及流产史或早产史的孕妇均可使其顺利分娩。

### 2. 对下丘脑—垂体—卵巢轴的影响

日本学者<sup>[4]</sup>以本方对幼鼠进行排卵实验，表明本方可能作用于中枢特别是下丘脑，调节垂体—卵巢功能，能加强神经内分泌调节的排卵过程，对无排卵周期或黄体不健有实用价值。通过实验进一步指出能升高黄体生成激素（LH）、促卵泡激素（FSH）和增加孕酮（P）分泌，但不影响催乳素（PRL）水平。

### 3. 抗炎、镇静、镇痛作用

药理研究当归、芍药、川芎等均有明显的抗炎、镇痛和镇静作用。本方亦能显著抑制大鼠巴豆油性肉芽肿的炎性渗出，但对棉球肉芽肿之组织增生则无明显影响<sup>[5]</sup>。

### 4. 对血液流变学的影响

本方能使妊娠大鼠血液粘度明显降低，增加循环血流量，有利于改善妊娠中毒症患者的胎盘和肾循环血流量<sup>[6]</sup>。刘氏等<sup>[7]</sup>报道功能性子宫出血患者经本方治疗后，红细胞电泳时间明显缩短，血浆比粘度和血浆渗透压明显下降，而对血球压积和全血比粘度则呈双向性影响，进而改变功血患者的血流变状态。谢氏<sup>[8]</sup>发现痛经患者的血液流变学异常，血浆  $\text{PGF}_2\alpha$ 、经血  $\text{PGF}_2\alpha$  含量异常升高，经本方治疗后，异常的血液流变学指标、血浆  $\text{PGF}_2\alpha$ 、经血  $\text{PGF}_2\alpha$  得到了很好的改善，说明该药治疗痛经疗效显著。



### 5. 对微循环的影响

本方对血球压积和全血比粘度具有双向调节作用,从而能够改善微循环障碍<sup>[7]</sup>。

### 6. 抗贫血作用

实验证实本方各药均含有叶酸、复合叶酸、烟碱酸、维生素H(甲、乙),与本方抗贫血功效有关<sup>[9]</sup>。

### 7. 对遗传的影响

日本学者研究了本方的致畸性,结果对母体(F<sub>0</sub>)、F<sub>1</sub>、F<sub>2</sub>及F<sub>3</sub>代均未见显著不良影响,没有观察到致畸及遗传病理学反应,说明本方作为妊娠及胎产用药较为安全<sup>[5]</sup>。

### 8. 毒性试验

日本学者<sup>[3]</sup>实验研究发现小鼠口服8g/kg~10g/kg未见死亡,按0.1%或1%药量掺入饲料时,不影响小鼠食欲、体重及发育,各脏器重量及肉眼形态无明显异常。

## (二) 临床应用

### 1. 功能性子宫出血

谢氏等<sup>[10]</sup>以本方治疗功能性子宫出血等阴道流血证437例,一般用1剂~3剂即可取效,其中服药1剂有效率61.4%。认为能增强子宫壁肌张力,收缩子宫,缩短凝血时间,减少出血,促进增生过厚的子宫内膜迅速剥脱。刘氏等<sup>[7]</sup>报道用本方治疗功血患者83例,其中有排卵者36例,无排卵者47例,每次服3g,每日2次,疗程3个月~6个月,有效率为91.6%。

### 2. 痛经

谢氏等<sup>[11]</sup>将本方制成胶囊后用于治疗173例痛经患者,并与田七痛经胶囊作对照,结果表明,本品总有效率为92.2%,治愈率达53.3%,疗效显著高于田七痛经胶囊( $P<0.01$ )。

### 3. 闭经

周氏等<sup>[5]</sup>介绍日本学者报道,本方治疗中枢性I°闭经者的妊娠加排卵率为44.4%,持续无排卵周期者的妊娠加排卵率为73.7%,黄体机能不全的妊娠率达33.3%。

### 4. 妊娠高血压综合征

郭氏等<sup>[12]</sup>用本方胶囊治疗该病患者46例,并用复方降压片或肼苯哒嗪作对照组,结果治疗组与对照组治疗前后对照均差异显著,治疗组症状改善率91.6%,主要临床表现的改善率分别为浮肿77%;蛋白尿45%;高血压71%。认为本方对控制轻、中度患者的血压和预防子痫,与西药降压疗效相似,对孕妇及胎儿发育无不良影响。

### 5. 胎位不正

郭氏等<sup>[13]</sup>报道用本方每日服4.5g,观察77例,转位率达90.6%,明显高于膝胸卧位对照组( $P<0.05$ )。

### 6. 不孕症

毕氏等<sup>[14]</sup>用本方治疗不孕症患者138例,结果痊愈118例,有效11例,总有效率达93.5%。日本学者<sup>[5]</sup>观察432例服中药3个月以上的卵巢功能不全的不孕症患者,其中当归芍药散证96例。服药后正常妊娠至分娩者88例,其中当归芍药散证26例,其妊娠率最高。

### 7. 更年期综合征

姚氏<sup>[6]</sup>介绍日本学者以本方治疗更年期综合征24例,总有效率75%,认为本方对改善血管运动和消化道症状的有效率高,而对感觉和运动器官系统症状的改善则较差。



### 8. 先兆流产

用本方去泽泻，加益母草、菟丝子、枸杞子、木香，治疗 93 例 ABO 血型不合的孕妇，其中 16 例有习惯性流产史者加用黄体酮，结果仅 6 例发生流产，1 例早产，足月产者达 92.4%。同时本方对流产时腹痛疗效较好，重用芍药更佳<sup>[15]</sup>。

另外，报道本方尚能治疗盆腔炎、宫颈炎、输卵管炎、妊娠水肿、妊娠腹泻、胎产前后诸疾等。

当归芍药散以肝血不足，脾失健运，水湿内阻为适应证，以养血补肝，健脾利湿为治，是妇产科及胎产疾病的常用名方。该方在日本汉方界很受重视，在其经常使用的 16 种方剂中居第 8 位<sup>[16]</sup>，其临床应用范围不仅局限于妇人妊娠腹痛，而有进一步扩大之趋势。方中除当归、白芍、川芎养血活血，还有茯苓、白术、泽泻化湿以利水，故用于“血虚+水毒+冷症”型的盆腔瘀血和植物神经功能失调有较好疗效。实验研究方面亦从多种途径、多种方法探讨其有效机理，对垂体—性腺轴内分泌激素及血液循环方面都有所提示，但尚缺乏系统性。故本方治疗作用之机理与实质亦有待今后进一步阐明。

## 参 考 文 献

- 1 戴克敏. 常用中药的药理和应用. 南京: 江苏科学技术出版社, 1981. 109
- 2 蔡连香. 当归芍药散安胎浅识. 安徽中医学院学报, 1986, 5 (2): 44
- 3 王旭东, 黄仑, 陈德华主编. 男女科 5000 金方. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1994. 407
- 4 小山嵩夫, 等. 当归芍药散与绝经促性腺激素共同对雌性幼鼠卵泡成熟及排卵的影响. 国外医学·中医中药分册, 1988, 10 (4): 44
- 5 周本宏, 罗顺德, 蔡鸿生. 当归芍药散的药理作用及临床应用研究进展. 中成药, 1993, 15 (5): 48
- 6 姚石安. 当归芍药散在妇产科应用研究的进展. 中成药, 1991, (6): 44
- 7 刘平, 郭天玲, 刘成, 等. 当归芍药散治疗功能性子宫出血 83 例报道. 中医杂志, 1983, 24 (6): 25
- 8 谢春光, 杜联, 张发荣. 当归芍药散治疗痛经疗效的研究. 中成药, 1990, 12 (10): 24
- 9 李培振. 当归芍药散的应用与研究. 陕西中医, 1988, 9 (12): 565
- 10 谢承香, 蔡乾英, 肖志玉, 等. 当归芍药散治疗阴道出血 437 例临床观察. 湖北中医杂志, 1982, (2): 22
- 11 谢春光, 王雪华, 姜德友. 当归芍药散治疗痛经的临床疗效观察. 中医杂志, 1989, (8): 33
- 12 郭天玲, 周肖吾. 当归芍药散治疗妊娠高血压综合征临床观察. 中国中西医结合杂志, 1986, 6 (12): 714
- 13 郭天玲, 刘成, 刘平, 等. 77 例胎儿臀位当归芍药散矫正的临床观察. 上海中医药杂志, 1987, (7): 7
- 14 毕明义. 当归芍药散治疗不孕症 138 例. 陕西中医, 1990, 11 (4): 154
- 15 李思棠, 李大阮, 赵黎, 等. 孕期中西医结合防治夫妇 ABO 血型不合对胎儿及新生儿的影响. 中国中西医结合杂志, 1984, 4 (3): 137
- 16 黄小愚. 日本研究当归芍药散近况. 国外医学·中医中药分册, 1991, 13 (3): 5

## 七、血府逐瘀汤

组成 桃仁 12g, 红花 9g, 当归 9g, 生地黄 9g, 川芎 4.5g, 赤芍 6g, 牛膝 9g, 桔梗 4.5g, 柴胡 3g, 枳壳 6g, 甘草 3g。

功用 活血祛瘀，行气止痛。

本方出自清代王清任所著《医林改错》，由桃红四物汤合四逆散加味衍化而成，水煎服用。王氏认为血府即“人胸下隔膜一片，其薄如纸，最为坚实，前长与心口凹处齐，从两肋至腰上，顺长如坡，前高后低，低处如池，池中存血，即精汁所化，名为血府”。本方主治“胸中血府血瘀”所致诸症，如胸痛，头痛日久不愈，痛如针刺而有定处，或呃逆日久不止，或内热烦闷，心悸失眠，急躁善怒，入暮渐热，或舌质黯红，舌边有瘀斑，或舌面有瘀点，唇黯或目眶黯黑，脉涩或弦紧等症，故以“血府逐瘀”命方。方中川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀；当归、生地养血活血，使祛瘀而不伤正；柴胡、枳壳疏肝理气，使肝气疏达，则瘀行郁解；桔梗入肝经，与枳壳同用，升降上焦之气而宽胸；牛膝通利血脉，引血下行。正如现代名医岳美中所论：“动药与静药配伍得好，再加牛膝往下一引，柴胡、桔梗往上一提，升降有常，血自下行。”综观全方，既能行血分之瘀滞，又解气分之郁结，活血而不耗血，祛瘀而不得新。

### （一）实验研究

#### 1. 舒张血管改善微循环

本方对外周血管有直接扩张作用，减少血管阻力，增加血流量，能对抗肾上腺素引起的血管收缩，从而改善微循环障碍<sup>[1]</sup>。

#### 2. 抑制血小板聚集防止血栓形成

本方能抑制二磷酸腺苷（ADP）所致之血小板聚集，并能促进血小板解聚<sup>[2]</sup>。血小板的粘附、聚集和释放反应，与血小板膜的流动性密切相关。实验表明，本方能显著抑制血栓形成，又能增加血小板膜的流动性，提示抗血栓形成作用可能与其增强血小板膜流动性有关<sup>[3]</sup>。

#### 3. 改善毛细血管通透性提高网状内皮系统的功能

当归、桃仁、红花、赤芍都可降低血管通透性，促进炎性渗出物的吸收，增强网状内皮细胞系统的功能，提高机体非特异性免疫作用<sup>[4]</sup>。

#### 4. 镇静镇痛作用

柴胡、川芎均有不同程度的镇痛、镇静作用，芍药含芍药甙，对大白鼠子宫平滑肌表现为抑制，并能拮抗催产素引起的子宫收缩。单味川芎、红花对离体平滑肌痉挛有解痉作用，当归尤长于调节子宫机能<sup>[5]</sup>。

#### 5. 抗炎抗感染作用

组成复方的各药味有广泛的抗菌作用，并对炎症过程有多方面的影响，如通过影响毛细血管的通透性，减少炎性渗出，改善局部血液循环，促进炎性渗出物吸收，并能抑制炎性肉芽肿的形成<sup>[2]</sup>。

#### 6. 对血液流变性的影响

本方可以改变血液的流变性，降低血液的浓、粘、聚、凝状态。川芎主要是有较强扩张血管作用，赤芍具有抗血小板凝聚作用，红花可以减少血管通透性，当归能提高红细胞表面电荷，使之不易凝聚，单味药物组成方剂后其作用更为协同，共同起到降低血液粘度，减轻微循环障碍，改善组织或器官的血液循环，从而增加其血氧灌注而使病愈<sup>[5]</sup>。

### （二）临床应用

### 1. 痛经

田氏<sup>[6]</sup>以本方加减治疗原发性痛经 70 例, 年龄 17 岁~37 岁, 以 21 岁~30 岁为最多, 病程 6 个月~14 年, 已婚 18 例, 均未孕, 未婚 52 例。以柴胡、赤芍、桃仁、红花、当归、川芎、牛膝、枳壳、甘草九味药组成基本方, 气滞血瘀者加川楝子、延胡索、失笑散等行气化瘀药; 寒凝血瘀者, 加附块、干姜、肉桂、淡吴茱萸等温经散寒药; 血热挟瘀者, 减少活血药, 加丹皮、山栀、黄芩等清热之品; 气虚挟瘀者, 亦减少活血药, 加党参、白术、黄芪等补益之品。治疗结果: 34 例痊愈 (腹痛消失, 伴有症状亦随之消失, 未孕者已孕); 31 例好转 (腹痛减轻, 时间缩短, 伴有症状缓解); 5 例无效。

### 2. 子宫内膜异位症

马氏<sup>[7]</sup>以本方加减治疗 83 例子宫内膜异位症患者, 内服方: 当归、生地、红花、赤芍、牛膝各 9g, 枳壳、桔梗、川芎、甘草各 6g, 柴胡 3g, 桃仁 12g, 日 1 剂, 水煎服, 日服 2 次。寒凝血瘀型, 拟温经散寒, 加细辛、附子; 气滞血瘀型, 拟舒肝理气, 加川楝子、蒲黄、五灵脂; 热郁血瘀型, 拟清热化湿, 加红藤、败酱草; 气虚血瘀型, 拟益气行气, 加黄芪、党参、木香; 盆腔有包块者, 加三棱、莪术; 不孕者补肾活血化瘀, 加仙灵脾、仙茅、菟丝子。灌肠方: 三棱、莪术各 10g, 红藤、皂角刺、蜂房、赤芍各 12g, 桃仁 6g, 加水煎成 50ml, 用小儿肛管插入直肠内, 药不宜过烫, 在 15 分钟内灌完。灌完后卧床半小时, 每日 1 次。结果: 治愈 41 例, 其中妊娠 23 例, 显效 27 例, 好转 10 例, 无效 5 例, 总有效率为 94%。

### 3. 崩漏

对于青年血崩, 血流成块, 腹痛拒按, 服补血止血药无效者, 可以本方祛瘀生新, 血止而使腹痛缓解, 崩漏停止<sup>[8]</sup>。

### 4. 妇产科血瘀证

张氏<sup>[9]</sup>以本方加减治疗有血瘀证之妇产科病 309 例。按照“血瘀证诊断试行标准”中规定的条件, 凡有主要依据二条, 或有其他依据一条以上, 面部蝶斑、痤疮, 舌质紫黯有瘀斑, 舌下静脉曲张, 呈现多支或网状, 腹诊压痛及甲皱微循环、血液粘度检查均为瘀血表现, 以舌脉证互参并有客观诊断检查证实者, 诊为血瘀型。以血府逐瘀汤加减或用血府逐瘀汤做胶囊。用法: 汤剂每日 1 剂, 10 天为 1 疗程, 间隔 1 周可继续下 1 疗程。胶囊 4 粒, 每日 3 次, 疗程同汤剂。其中更年期综合征 152 例, 总有效率 97.3%; 外阴瘙痒 16 例, 总有效率 100%; 面部蝴蝶斑和痤疮 18 例, 总有效率 100%; 不孕症 25 例, 总有效率 96%, 其中 5 例妊娠, 占 20%; 痛经、月经失调 35 例, 总有效率 91.1%; 其他 19 例, 经治疗后均有效或获显效。

另外, 尚有以本方加减治疗输卵管阻塞性不孕症、子宫肌瘤、功能失调性子宫出血、产后身痛等获效的验案报道。

## 参 考 文 献

- 1 程秀娟. 血府逐瘀汤的活血化瘀作用. 中药药理与临床, 1993, (1): 8
- 2 谢远明. 中药方剂近代研究与临床应用. 西安: 陕西科学技术出版社, 1989. 283~287
- 3 谭毓治. 血府逐瘀汤活血化瘀作用的实验研究. 中药药理与临床, 1993, (5): 9
- 4 史大卓. 血府逐瘀汤临床运用与研究概况. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (7): 44
- 5 吴启富, 杜美华, 刘志兴, 等. 血府逐瘀汤的作用机理研究. 中国医药学报, 1990, 5 (4): 268

- 6 田中立. 血府逐瘀汤加减治疗原发性痛经 70 例疗效观察. 浙江中医杂志, 1984, 19 (6): 270
- 7 马敏珠. 血府逐瘀汤治疗子宫内膜异位症 83 例. 上海中医药杂志, 1993, (2): 16
- 8 旅大市立二院. 治疗崩漏 30 例的初步报道. 辽宁医学杂志, 1959, 2 (2): 16
- 9 张丽蓉. 血府逐瘀汤治疗妇产科病 309 例. 中国中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 624

## 八、寿胎丸

组成 菟丝子(炒熟) 120g, 桑寄生 60g, 川续断 60g, 真阿胶 60g。

功用 补肾安胎。

本方出自近代医学家张锡纯《医学衷中参西录》一书, 为妇产科补肾安胎之名方。张氏谓其“主治滑胎”。冲为血海, 任主胞胎, 冲任之气固则胎有所载, 血有所养, 胎儿才能正常发育, 如肾气不足, 冲任失固, 胎失所系而影响胚胎发育以致滑胎, 故方名“寿胎”。方中重用菟丝子为君, 柔润不燥, 补肾益精; 桑寄生《本经》载其能安胎; 川续断固肾壮腰以系胎; 阿胶养血止血以养胎。张锡纯称: “菟丝无根, 蔓延草木之上, 而草木为之不茂, 其善吸他物之气化而自养可知, 胎在母腹, 若果善吸其母之气化, 则自无下坠之虞。男女生育, 皆赖肾脏作强, 菟丝大能补肾, 肾旺自能萌胎也。……阿胶最善伏藏血脉, 滋阴补肾, 故《本经》亦载其能安胎也。”原书中载服法, 以菟丝子、桑寄生、川续断研细末, 水化阿胶为丸, 每丸重 0.5g, 每次 20 丸, 开水送服, 每日 2 次。并录多种加减之法: “若气虚者, 加人参以补气; 大气陷者, 加黄芪以升补大气; 饮食减少者, 加白术以健补脾胃; 凉者, 加补骨脂以助肾中之阳; 热者, 加生地黄以滋肾中之阴。”并谓“凡受妊之妇, 于两月之后徐服一料, 必无流产之弊”。

### (一) 实验研究

#### 1. 对子宫的影响

该方能抑制子宫平滑肌收缩, 使之保持安静<sup>[1]</sup>。

#### 2. 对垂体—性腺轴的作用

该方加强垂体—卵巢促黄体功能, 垂体重量进一步增加, LH 分泌增加, 卵巢对<sup>125</sup>I-绒毛膜促性腺激素(hCG)结合明显增加, 卵巢及子宫重量亦明显增加<sup>[1]</sup>。

#### 3. 具有雌激素样活性促进子宫生长发育

实验证实菟丝子具有雌激素样活性, 使阴道上皮细胞角化, 子宫重量增加; 续断使子宫重量明显增加, 表明能促进子宫生长发育<sup>[1]</sup>。

### (二) 临床应用

#### 1. 先兆流产

朱氏等<sup>[1]</sup>以本方加味治疗先兆流产 110 例, 其中单纯以本方治疗 96 例, 配合黄体酮及维生素 E 治疗 14 例。基本方: 菟丝子、续断、阿胶(加冰糖烊化冲服)、党参、炒白术、淮山药、白芍、黄芩各 10g, 桑寄生 25g。出血较多者, 视病情随证加用止血之品, 血热者加生地、旱莲草各 15g, 地榆、槐花各 10g; 阳虚者加补骨脂、仙鹤草各 10g, 艾叶炭 6g, 黄芩减至 6g,

菟丝子可加至15g；兼瘀者可加乌贼骨以补冲任化瘀止血。用法：每日1剂，煎2次分服，10剂为1疗程，病情需要者可连续服用数个疗程，症状消失后，仍须继续服药1个疗程~4个疗程以巩固疗效。若为习惯性流产者，用药时间应超过以往流产时间。结果有效106例，占96.36%，无效4例，占3.64%，其中1例为子宫肌瘤合并妊娠，其余3例服药无效，行清宫术，术中仅见绒毛组织，未见胚芽。王氏<sup>[2]</sup>以本方治疗先兆流产122例，均有停经史，尿妊娠试验阳性及有阴道流血，B超见胎囊、胎芽及胎心，排除葡萄胎、死胎或前置胎盘，治愈95例，无效27例，治愈率78%。

## 2. 习惯性流产

赵氏<sup>[3]</sup>以本方加味黄芩、白术、当归、白芍、茯苓、太子参、川芎治疗习惯性流产11例，连续流产3次~5次，既往流产在40天~80天之间。11例中5例末次流产后即开始服药，以上方制成丸、散，每服10g，1日2次，服药期间避孕，药服完后取消避孕，一旦妊娠再服药；6例于妊娠40天左右开始服药，以汤剂为主，每周2剂~3剂，一般超过既往流产时间或妊娠3个月时停药。治疗结果：治疗期间仅见1例于孕2个月时少量流血，方中加止血药后血止。11例经随访均足月分娩，胎儿存活，发育正常。

刘氏<sup>[4]</sup>选择母亲在早孕期应用过本方的新生儿进行分析，研究保胎中药对子代的影响，证实寿胎丸加减对新生儿无不良影响。基本方为寿胎丸原方，随证加减应用最多的药物为：白芍、白术、黄芩、山药、太子参、枸杞子、旱莲草、生地、党参、黄芪、甘草、砂仁、苏梗、玉竹、熟地、竹茹、茯苓、桑椹子、侧柏炭等。具体方法为将孕期接受过寿胎丸及上述中药保胎治疗的100例产妇分娩的101例新生儿为用药组，从同期出生的母孕期未经保胎药物治疗的新生儿中随机抽样103例为对照组。经统计学处理，出生体重两组无显著差异，巨大儿出生率用药组是对照组的3.7倍，新生儿死亡及畸形两组间无显著差异，证实此类中药有改善母-胎免疫机制作用。随访经保胎后出生之2.5岁~8.5岁小儿，畸形发生率、4项体格发育指标与对照组无显著差异，且智商高于120之例数显著高于对照组，说明孕期服寿胎丸等中药，对子代无不良影响，甚至某些方面还有利于子代发育。

## 3. 崩漏

陈氏<sup>[5]</sup>以本方加味治疗重症崩漏50例，辨证属肝肾阴虚型20例，占40%；脾肾气虚型12例，占24%；肾虚血瘀型18例，占36%。以寿胎丸为主方，基本药物组成：菟丝子25g，续断15g，桑寄生15g，阿胶18g，西洋参6g，枸杞子15g，益母草15g，甘草3g。肝肾阴虚型，上方去枸杞子，加女贞子15g，旱莲草15g；脾肾气虚型，上方加黄芪20g，白术15g，升麻6g；肾虚血瘀型，上方加大黄炭10g或田七粉6g。阴道流血停止后，选寿胎丸合归芍四君子汤，药用党参15g，白术12g，茯苓15g，甘草3g，当归10g，白芍15g，菟丝子20g，续断15g，桑寄生15g，阿胶10g。经治疗月经周期基本正常后，于行经第1天~3天，基本方去阿胶、续断、西洋参，加桃仁10g，红花5g，党参15g，流血过多或淋漓日久，除基本方外，加田七粉或云南白药适量冲服。结果：治愈36例，占72%；显效11例，占22%；有效3例，占6%，总有效率100%。

## 4. 胎位不正

药用桑寄生30g，菟丝子30g，阿胶12g（烔化），厚朴6g，续断30g，以水2碗，煎成大半碗，分2次温服，每日1剂，连服2剂。治疗57例，胎位得到纠正者46例，无效11例<sup>[6]</sup>。



### 5. 母子血型不合

以本方合茵陈蒿汤治疗母子血型不合 20 例。孕妇血型均为 O 型，丈夫血型分别为 A、B、AB 型。既往有流产史，流产 1 次者 5 例，2 次者 8 例，3 次者 4 例。所有孕妇在孕 6 周到孕 24 周时经 ABO 抗体效价测定，均有不同程度增高，范围在 1:128~1:1024，位于 3 区~4 区之间。方用菟丝子 12g，桑寄生 15g，续断、阿胶各 10g，茵陈、山梔各 24g，制大黄 9g。治疗结果：19 例有效，定期测定抗体效价显示稳定或下降，阴道流血消失，足月分娩活婴，新生儿未出黄疸，1 例无效流产<sup>[7]</sup>。

另外，尚有用本方治疗恶露不绝的个案报道。

### 参 考 文 献

- 1 朱金凤，余运初，周楚华. 寿胎丸加味治疗先兆流产的临床观察与实验研究. 中国中西医结合杂志, 1987, 7 (7): 407
- 2 王英. 寿胎丸加味治疗先兆流产 122 例. 吉林中医药, 1990, 11 (6): 24
- 3 赵荣胜. 中药防治习惯性流产 11 例. 湖北中医杂志, 1985, (6): 24
- 4 刘燕宁. 寿胎丸加味保胎对新生儿的影响. 湖北中医杂志, 1990, (5): 25
- 5 陈慧珍. 寿胎丸加味治疗重症崩漏的临床小结. 中国中医药学报, 1993, (2): 30
- 6 广西宾阳县人民医院中医科. 加味寿胎丸治疗胎位不正 57 例. 广西中医药, 1981, (5): 50
- 7 崔林. 寿胎丸合茵陈蒿汤治疗母子血型不合 20 例. 浙江中医杂志, 1990, 25 (9): 46

## 九、补中益气汤

组成 黄芪（病甚、劳倦甚者 5g）、甘草（炙）各 2.5g，人参（去芦）1.5g，当归（酒焙干或晒干）1g，橘皮（不去白）1.5g，升麻 1.5g，柴胡 1.5g，白术 1.5g。

功用 补中益气，升阳举陷。

本方为金元时代李东垣所创制，首载于《脾胃论》，系根据《内经》“虚者补之”、“劳者温之”“陷者举之”的理论指导而成，为治疗气虚发热及气虚下陷之常用方剂。明代张介宾《景岳全书》中举元煎、近代张锡纯《医学衷中参西录》中升陷汤等均由本方加减化裁而来。原方以水煎服。李杲在《内外伤辨惑论》中曰：“内伤脾胃，乃伤其气，外感风寒，乃伤其形。伤其外为有余，有余者泻之；伤其内为不足，不足者补之。”“惟当以辛甘温之剂，补其中，升其阳，甘寒以泻其火则愈。”后世医家所谓之“甘温除大热”即由此而始。方中黄芪为君，大补肺脾之气，固表止汗，“须用黄芪最多……以益皮毛而闭腠理，不令自汗，损其元气”（李杲《内外伤辨惑论》）。人参、白术、炙甘草健脾益气为臣，共收补中益气之功。配以当归养血和营，陈皮理气和胃共为佐药，“一能疏通脾胃，一能行甘温之滞”（明代吴昆《医方考》）。以少量升麻、柴胡为使，升举下陷之清阳，“二味苦平，味之薄者，阴中之阳，引清气上升也”（李杲《内外伤辨惑论》）。综观全方，其作用一是补气健脾以治气虚之本；一是升提下陷之阳气，以求浊降清升。原书附加减“如腹中痛者，加白芍五分，炙甘草三分；如天寒时腹痛，可不用芍药，加益智仁三分，或加半夏五分，生姜三片；如头痛，加蔓荆子二三分；如痛甚者，加川芎二分；如项痛脑痛，加藁本三五分；如胸中气塞，加青皮二分”。清代罗美



《古今名医方论》所录柯韵伯之语对组方之义所论颇为精要，其云：“凡脾胃一虚，肺气先绝，故用黄芪护皮毛而闭腠理，不令自汗；元气不足，懒言气喘，人参以补之；炙甘草之甘以泻心火而除烦，补脾胃而生气。此三味除烦热之圣药也。佐白术以健脾，当归以和血；气乱于胸，清浊相干，陈皮以理之，且以散甘药之滞；胃中清气下沉，用升麻、柴胡之轻而味之薄者，引胃气以上腾，复其本位，便能升浮以行生长之令矣。”

## （一）实验研究

### 1. 对子宫的作用

升麻能兴奋膀胱和未孕子宫，党参、黄芪亦有增强子宫收缩的作用，当归尤长于调节子宫的肌张力。复方实验证明，本方对在体或离体子宫及其周围组织有选择性兴奋作用，使子宫收缩增强，尤其是加入益母草、枳壳等兴奋子宫药时，其作用更为突出。实验还证明，在有升、柴之制剂中，对动物的作用明显，而去掉升麻、柴胡则不表现作用，由此可见，升麻、柴胡能增强其他药物之作用强度，似为协同作用<sup>[1]</sup>。

### 2. 改善机体蛋白质代谢防止贫血

党参、黄芪均有兴奋中枢作用，可减轻疲乏感。黄芪可增加机体耗氧量，加强心脏收缩力，促进体表血液循环。党参、黄芪、白术均有促进白蛋白合成的作用，党参可促使红细胞及血红蛋白显著增加，当归通过所含维生素B<sub>12</sub>及叶酸类物质而起抗恶性贫血的作用。党参、白术还能升高因化学疗法或放射疗法而致的白细胞下降。复方研究表明，本方对荷瘤小鼠可增加外周血液的红细胞数，提高血清白蛋白/球蛋白的比值，延长游泳时间。提示本方对改善机体的蛋白质代谢，防止贫血的发生，增强体力均有良好影响<sup>[2]</sup>。

### 3. 抗菌作用

柴胡解热作用明显，升麻亦具有解热效能，二者均有一定的抗病原微生物的作用。当归亦有一定的抗病原微生物的作用。黄芪不仅对溶血性链球菌、肺炎双球菌、痢疾杆菌及白喉杆菌等均有抑制作用，而且能促进小鼠对病毒诱生干扰素的能力，提高干扰素的滴度，增强单核吞噬系统功能，促进抗体产生。复方实验表明，本方对金黄色葡萄球菌有抑制作用<sup>[2]</sup>。

### 4. 抗癌作用

本方煎剂能使N-亚硝基肌氨酸乙酯诱发的小鼠胃鳞癌发生率有所降低，并能延长宫颈癌小鼠的死亡时间，晚期还可见瘤结较对照组显著为小，少数小鼠有瘤结退缩现象<sup>[3]</sup>。

### 5. 增强免疫功能

用补中益气汤与黄芪建中汤化裁，治疗脾虚泄泻患者，服用25剂~60剂，前后测定15例患者免疫功能发现，其外周血淋巴细胞转化率有非常显著地增高，而免疫球蛋白A、G、M和补体C<sub>3</sub>无明显差异，表明本方有提高细胞免疫的功能<sup>[4]</sup>。

## （二）临床应用

### 1. 崩漏

以本方加大剂量，酌情加减。黄芪30g~50g，红参10g~15g，白术15g~20g，当归、阿胶、龟板胶、鹿角胶各15g，熟地、白芍各20g，棕榈炭30g，升麻7.5g，陈皮10g，治疗崩漏26例，其中崩中者8例，服药3剂~10剂后皆痊愈，漏下者18例，服3剂~20剂后痊愈14例，有效3例，无效1例<sup>[5]</sup>。另有以本方加减治疗崩漏患者50例，基本方：党参、黄芪各

60g, 炒升麻、益母草各 30g, 柴胡 9g, 独活 6g, 桔梗、血余炭各 10g, 兼阳虚者加肉桂、巴戟天、仙鹤草; 兼阴虚者加阿胶、玄参、龟板; 兼肝郁者, 加夏枯草、香附、侧柏炭。治疗结果: 痊愈 23 例, 显效 13 例, 有效 9 例, 无效 5 例, 总有效率 90%<sup>[6]</sup>。

## 2. 子宫脱垂

天津中心妇产科医院以本方治疗子宫脱垂 23 例, 脱垂程度: I 度者占 21.7%; II 度者占 43.5%; III 度者占 34.8%。服药 2 周为 1 疗程, 配合早晚胸膝卧式及提肛肌收缩运动。结果除 2 例未完成 1 疗程外, 其余 21 例近期疗效良好, 治愈者 16 例, 占 76.2%, 进步者 2 例, 占 9.5%, 无效者 3 例, 占 14.3%<sup>[1]</sup>。邓氏<sup>[7]</sup>以本方结合阴道塞药、针灸疗法等综合治疗 90 例子宫脱垂, 显效 25 例, 好转 58 例, 总有效率达 93.2%。

## 3. 产后癃闭

用本方加茯苓、车前子或冬葵子, 且以高丽参代人参, 治疗产后癃闭 24 例, 其中产钳分娩 22 例, 2 例顺产者产程过长, 先采用热敷和其他西药治疗, 均不能自主排尿。改用本方, 其中癃闭时间最长达 144 小时, 最短的 49 小时, 最多服药 3 剂, 最少服药 1 剂, 即恢复自主排尿<sup>[8]</sup>。

## 4. 妊娠期尿潴留

以本方配合外用四季葱热熨法治疗 5 例妊娠期尿潴留患者, 均获痊愈。外用热敷方: 四季葱每日 500g, 切段炒热, 布包热敷, 分 2 次轮流使用, 冷则换之, 自脐部顺次向耻骨部熨之, 每日 1 次, 每次约 30 分钟<sup>[9]</sup>。

## 5. 奶瘰

以本方加味治疗产妇乳腺炎切开术后奶瘰 8 例, 药用原方加金银花 20g, 蒲公英 20g, 均获得满意疗效<sup>[10]</sup>。

## 6. 流产

李氏<sup>[11]</sup>以本方加生地、阿胶、菟丝子治疗胎动下血, 服药 3 剂后, 阴道出血基本消失, 再 5 剂而获效。还用本方加续断、菟丝子治疗习惯性流产, 疗效满意。

## 7. 羊水过多

常氏<sup>[12]</sup>2 例孕 5 个~6 个月羊水过多患者, 以补中益气汤合白术散或加炒山药 30g, 熟附片 6g, 肉桂 1.5g, 分别服药 30 余剂, 症状体征好转, 随访均顺利分娩。

## 8. 阴吹

林氏<sup>[13]</sup>以补中益气汤加味治疗阴吹患者, 药用黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、枳壳九味, 便溏者加焦山楂、神曲; 便干者加寸云; 气虚有寒者加炮姜。9 例全部治愈, 服药时间最短 7 天, 最长 21 天, 平均 14 天。

另有以本方化裁治疗带下、产后恶露不尽、更年期综合征、人流术后出血、倒经等多种妇产科疾患。

## 参 考 文 献

- 1 顾小痴, 杜梓伯, 张丽蓉, 等. 中药补中益气汤治疗子宫脱垂疗效及其药理研究. 天津医药杂志, 1960, 2 (1): 4
- 2 谢远明. 中药方剂近代研究及临床应用. 第 1 版. 西安: 陕西科学技术出版社, 1989. 378~379

- 3 张浩良. 补中益气汤研究进展. 中医杂志, 1980, 21 (6): 475
- 4 杨承进, 黄月华, 洪伟. 黄芪建中汤、补中益气汤对脾胃虚证免疫功能影响的临床观察. 上海中医药杂志, 1983, (2): 28
- 5 朴永日. 补中益气汤加味治疗崩漏 26 例. 陕西中医, 1986, 7 (8): 366
- 6 吴敏慧. 大剂补中益气汤治疗崩漏 50 例. 陕西中医, 1989, 10 (8): 340
- 7 邓芝芬. 治疗 90 例子宫脱出症近期疗效初步观察. 江西中医药, 1959, (8): 22
- 8 陈芝高. 加味补中益气汤治疗产后瘀闭 24 例. 上海中医药杂志, 1983, (10): 28
- 9 戴会禧. 治疗妊娠期尿潴留的 5 例疗效介绍. 中医杂志, 1958, (1): 23
- 10 孙树波. 补中益气汤加味治疗奶痨. 中医杂志, 1984, 25 (4): 24
- 11 李栩堂. 补中益气汤安胎. 上海中医药杂志, 1984, (10): 30
- 12 常振声. 补中益气汤合白术散治愈羊水过多 2 例报道. 山东中医杂志, 1982, (2): 86
- 13 林义群. 加味补中益气汤治疗阴吹. 浙江中医杂志, 1992, 27 (4): 161

## 十、肾 气 丸

**组成** 干地黄 72g, 薯蓣 36g, 山茱萸 36g, 泽泻 27g, 茯苓 27g, 牡丹皮 27g, 桂枝 9g, 附子 9g。

**功用** 温补肾阳。

本方载于东汉张仲景《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》，又名八味肾气丸、金匱肾气丸、桂附八味丸等。原书中主治妇人“转胞”。后世医家在本方基础上加减化裁，创制了一系列著名方剂，如宋代严用和《济生方》之济生肾气丸、宋代钱乙《小儿药证直诀》之六味地黄丸、明代张景岳《景岳全书》之右归丸和右归饮等均由此方变化而来，堪称“补肾之祖方”，被誉为“资生之至宝，固本之神丹”（明代张璐《千金方衍义》）。原方服法，八味药研末，炼蜜为丸，以酒送服。方中干地黄滋补肾阴，山茱萸酸温滋肾益肝，山药（薯蓣）滋肾补脾，泽泻配熟地而泻肾降浊，丹皮配山茱萸以泻肝火，茯苓配山药而渗脾湿，以少量附子、肉桂纳入补阴药中，如“灶底加薪，枯龙蒸溽，槁禾得雨，生意维新”（明代吴昆《医方考》）。取阴中求阳，少火生气之义，使微微生长少火以生肾气，故名“肾气丸”。诚如清代柯琴所言：“肾气丸纳桂、附于滋阴剂中十倍之一，意不在补火，而在微微生火，即生肾气也。故不曰温肾，而名肾气，斯知肾以气为主，肾得气而土自生也。”近代张山雷《小儿药证直诀笺正》亦曰：“方名肾气，所重者在一气字，故桂、附极轻，不过借其和煦，吹嘘肾中真阳使溺道得以畅遂。”综观全方，滋而不膩，温而不燥，补中寓泻，目的在于“益火之源，以消阴翳”（唐代王冰《注黄帝素问》）。正如明代张景岳《景岳全书》中所谓：“善补阳者必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷。”“肾气丸能使气化于精，即所以治肺也；补火生土，即所以治脾也；壮水利窍，即所以治肾也。”

### （一）实验研究

#### 1. 对性激素含量的影响

经血 17 羟昼夜节律测定、Su-4885 试验及促肾上腺皮质激素（ACTH）试验，发现肾阳虚患者有丘脑—垂体—肾上腺皮质系统的不同部位、不同程度的功能紊乱，临床应用本方可

改善该系统的功能,使17羟排泄量增加,并可减少激素依赖患者可的松的用量,甚至达到激素完全撤除。试验证实,本方可显著提高老年雌性大鼠血浆雌二醇( $E_2$ )水平,能改善老龄大鼠体内性激素水平并增加性器官重量,促进下丘脑—垂体—性腺功能<sup>[1]</sup>。补肾中药使老龄大鼠促性腺激素细胞、LH细胞和FSH细胞数量增加,结构趋向正常,使生殖器官的形态结构得以恢复和改善,同时提高下丘脑对激素反馈的反应性,这一系列调整的结果是使体内性激素水平提高,并趋向平衡,从而延缓性腺功能的衰老。

## 2. 对免疫功能的影响

本方对免疫功能有广泛的调节和增强作用。

## (二) 临床应用

### 1. 老年性阴道炎

日本学者治疗8例老年性阴道炎患者,平均年龄63.9岁 $\pm$ 43天,平均闭经年数14.1年 $\pm$ 4.7年。用八味丸制膏剂,每次7.5g,1日3次,连服4周。自觉症状中,8例带下6例消失,2例减轻,有效率100%;夜间尿频2例改善,有效率50%;手足发冷4例全部减轻;倦怠感2例,1例消失。对闭经后萎缩性阴道炎的自觉症状亦有良效。阴道细胞图像中,中层细胞增加,表层细胞不变,认为是旁基底细胞向中层细胞分化,考虑为孕酮样作用,FSH与 $E_2$ 没有变化,雌酮( $E_1$ )反而降低,故认为本方增加中层细胞的作用不是通过垂体—卵巢系统产生的。方中无具有雄激素或孕激素样作用的药物,但附子有促进肾上腺皮质激素样作用,不能否认与肾上腺皮质系统相关的可能性<sup>[2]</sup>。

### 2. 锦丝带

以本方加菟丝子、肉苁蓉、金毛狗脊治疗锦丝带患者10例,年龄30岁以下者1例,31岁~35岁3例,36岁~40岁3例,41岁以上3例。妇产科检查除1例有阴道炎外,其余均正常。结果:10例皆痊愈,平均服药8剂<sup>[3]</sup>。

### 3. 产后尿潴留

以本方治疗顽固性产后尿潴留12例,多数分娩时有产伤,绝大多数产程超过正常。辨证属肾虚与气虚型。其中肾虚型10例,选用肾气丸,有感染者加入金银花、蒲公英,用药1剂~2剂后即恢复自主排尿,最少用药1剂,最多5剂,无复发<sup>[4]</sup>。

另外,日本学者以本方分别治疗产褥热及子宫肌瘤术后尿失禁患者各1例。产褥热患者体温高达40℃,尿闭。予本方2日后小便通畅,热度下降,1个月后痊愈。另1例患者子宫肌瘤手术后即发生持续性尿失禁,面色苍白,营养状况差,给八味丸煎服10天后尿失禁减轻,2个月后痊愈<sup>[5]</sup>。项氏<sup>[6]</sup>以肾气丸合通遥散化裁治疗气胎1例。《续名医类案》云:“因当经着气伤肝,久郁子血海,似怀胎而无形,此名气胎。”28剂后,诸症悉平。服丸药善后,次年顺产一女婴,母女体健。

## 参 考 文 献

- 1 程嘉艺,张予阳,吴强.金匱肾气丸对老龄大鼠性激素水平的影响.中国中药杂志,1993,18(10):619
- 2 藤井恒夫.八味地黄丸对闭经后老年性阴道炎的治疗效果.国外医学·中医中药分册,1993,15(4):38
- 3 郭惠红,徐士清.加味肾气丸治疗锦丝带10例.江苏医药,1975,(6):61

- 4 姜玉玫. 顽固性产后尿潴留 12 例小结. 山东中医杂志, 1985, (4): 24
- 5 常敏骏. 桂附八味丸的临床应用与实验研究. 国外医学·中医中药分册, 1984, 6 (4): 10
- 6 项平. 气胎治验. 江苏中医杂志, 1982, (4): 40

## 十一、宫外孕方

组成 宫外孕Ⅰ号方: 丹参 15g, 赤芍 15g, 桃仁 9g。

宫外孕Ⅱ号方: 丹参 15g, 赤芍 15g, 桃仁 9g, 三棱、莪术各 3g~6g。

功用 活血祛瘀, 消癥止痛。

上方首见于《中华医学杂志》1975 年第 6 期, 是山西医学院第一附属医院中西医结合治疗宫外孕的主方。山西医学院第一附属医院和山西省中医研究所自 1958 年起即开展了非手术治疗宫外孕的临床工作, 其最初报道的宫外孕Ⅰ号方原为赤芍 9g, 丹参 15g, 桃仁 9g, 乳香 6g, 没药 6g 所组成, Ⅱ号方在Ⅰ号方基础上加三棱、莪术, 由张锡纯《医学衷中参西录》中活络效灵丹(当归、丹参、乳香、没药)衍化而来。活络效灵丹原书谓其主治“气血凝滞, 痼癖癥瘕, 心腹疼痛, 腿疼臂疼, 内外疮疡, 一切脏腑积聚, 经络湮瘀”。因乳香、没药药源较少, 且气味厚浊, 病人服后易致恶心呕吐, 而临床观察与动物实验表明, 去掉乳、没后亦不影响疗效, 故将两药去掉, 协定成方。方中丹参、赤芍、桃仁活血化瘀, 瘀散则痛止, 瘀消则血得归经而血止, 具有“通因通用”之义。Ⅰ号方系在Ⅰ号方的基础上, 加三棱、莪术以破结消癥。宫外孕方以活血、化瘀、消癥立法, Ⅰ号方重在化瘀, Ⅱ号方重在消症。Ⅰ号方多用于宫外孕不稳定型, 或休克抢救后, 病情较稳定者; Ⅱ号方多用于宫外孕未破损型及破损后盆腔内瘀血凝滞, 形成血肿包块者。

### (一) 实验研究

#### 1. 舒张血管作用

宫外孕Ⅰ号及Ⅱ号方以及单味药赤芍、桃仁、丹参、三棱、莪术等, 用离体兔耳静脉灌注法, 分别证明对血管有舒张作用, 方剂的作用较单味药效果好。单味药中以赤芍的效果最好。Ⅰ号方中若加上乳香、没药, 效果反而不好, 其与临床上去掉乳、没获得同样的疗效是一致的<sup>[1]</sup>。

#### 2. 对单核吞噬细胞系机能的影响

Ⅰ号方有促进单核吞噬细胞系吞噬细胞机能的作用, 有促进巨噬细胞吞噬羊红细胞的能力, 并有促进巨噬细胞向血凝块周围聚集的倾向, 对血凝块的消除具有一定意义<sup>[2]</sup>。

#### 3. 镇痛作用

给小白鼠灌服Ⅱ号方 70 分钟后, 腹腔注射醋酸引起腹痛, 观察疼痛性伸张次数, 并与对照动物进行比较, 在 20 分钟内, 给药组平均为 10.15 次±2.55 次, 对照组为 34.5 次±3.6 次 ( $P<0.001$ ), 说明Ⅱ号方有显著镇痛作用<sup>[1]</sup>。

#### 4. 对血浆纤溶活性的影响

Ⅰ号方对休克型病人有增加血浆纤维蛋白原和血液粘稠度的作用, 还有降低血浆纤溶活

性的趋势,对不稳定型有增加血浆纤维蛋白原的趋势和增加血液粘稠度的作用,从而使病人血浆纤维蛋白原增加,对止血和防止出血有一定意义。Ⅱ号方有提高包块型病人血浆纤溶活性的作用和降低血浆纤维蛋白原的趋势,对腹盆腔包块的分解、吸收有一定作用<sup>[2]</sup>。

## (二) 临床应用

### 1. 异位妊娠

以宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方为主,中西医结合非手术治疗宫外孕613人次,在形成包块的593例中,有540例包块全部消失,在613例中死亡2例<sup>[2]</sup>。另据山西医学院第一附属医院和山西省中医研究所1965年<sup>[4]</sup>,在5年内用宫外孕方(丹参9g~12g,赤芍6g~9g,乳香、没药、桃仁各6g~9g)治疗宫外孕164例,前3年收治60例,有12例中途改做手术,在后2年收治的104例中,无中途改手术者。全部病例在住院期间腹痛消失,绝大部分不规则阴道出血停止,82%以上患者血红蛋白增高,出院时血肿包块缩小或消失,随访96例,血肿均已消失,月经全部恢复。

### 2. 慢性盆腔炎

李氏<sup>[5]</sup>以宫外孕Ⅱ号方治疗慢性盆腔炎,实热者加金银花9g,连翘9g,败酱草9g;腹痛甚者加延胡索15g,上述方剂每日1剂,水煎服,早晚各1次,30天为1疗程。经期暂停。治疗52例,经1个疗程以下治疗25例,1个~2个疗程18例,2个疗程以上者9例。治愈率59.6%,有效率40.4%。其中子宫周围炎16例,占全部病例的30.8%,治愈率为68.8%;盆腔炎性包块20例,占38.5%,治愈率为55%。

宫外孕是妇产科常见急腹症之一,既往一经确诊,即行手术治疗。自中西医结合非手术疗法的治疗工作开展以来,取得了较好疗效,使病人免除了手术的创伤与痛苦,保留了一定生殖机能。宫外孕一般分为未破损型与已破损型,已破损型又分休克型、不稳定型与包块型。临床一般以Ⅰ号方治疗不稳定型,Ⅱ号方治疗包块型。休克型则需在输血、输液、吸氧等抢救休克的同时待血压回升并平稳后,根据具体情况,以Ⅰ号方加味。因Ⅰ号方对宫外孕的止血和防止出血有一定意义,故对休克型病人,以及腹腔血液始终不凝成血块者均可以之加减应用,若虚脱证象严重,可加人人参;四肢厥逆者加附子;痛剧者加延胡索。Ⅱ号方长于“活血”,可延长凝血时间及促进盆腹腔凝血块的吸收,故只有在不稳定型后期血液凝成包块后或包块型病人才能使用。

## 参 考 文 献

- 1 山西医学院,山西医学院第一附属医院中西医结合治疗宫外孕研究室. 中西医结合治疗宫外孕方剂的作用原理初步研究. 中华医学杂志, 1976, 56 (8): 493
- 2 山西医学院第一附属医院中西医结合治疗宫外孕研究室. 中西医结合治疗宫外孕的实验研究. 中华妇产科杂志, 1979, 14 (4): 279
- 3 山西医学院,山西医学院附属第一医院中西医结合治疗宫外孕研究室临床组. 中西医结合非手术方法治疗宫外孕600例临床分析. 中华医学杂志, 1975, 55 (6): 408
- 4 山西省中医研究所,山西医学院附属医院妇产科中西医结合治疗研究组. 中西医结合治疗164例异位妊娠初步小结. 中华妇产科杂志, 1965, 11 (4): 268
- 5 李美蓉. 中药宫外孕Ⅱ号方治疗慢性盆腔炎疗效分析. 山西医学院学报, 1992, (1): 84



## 十二、桂枝茯苓丸

**组成** 桂枝、茯苓、丹皮、桃仁（去皮尖）、芍药各等分。

**功用** 活血化瘀，缓消癥块。

本方首载于东汉张仲景《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》，是为妊娠宿有癥病，以致漏下不止而设。因为“漏下不止”之因，是由于瘀血癥块，除去病根，漏下始能得止，胞胎乃能自固，故立法“当下其癥”，宗“有故无殒，亦无殒也”之义，去其症即所以安其胎，旨在求因治本。正如明代徐忠可《金匱要略论注》谓：“消癥方甚多，一举两得，莫有若此方之巧矣，每服少而频，更巧。”清代唐宗海《金匱要略浅注补正》录林礼丰语亦曰：“使瘀血去而新血无伤，瘀既去则新血自能养胎，虽不专于养胎，而正所以安胎也。”方中桂枝温阳通脉，茯苓渗利下行而益心脾之气，既有助于行瘀血，又有利于安胎元，共为君药，桃仁破血消癥，丹皮化瘀凉血，芍药和阴缓急，共为臣佐药，白蜜和丸，以之为使，取其渐消缓散之义。诚如徐忠可所言：“桂枝、芍药，一阴一阳；茯苓、丹皮，一气一血，调其寒温，扶其正气，桃仁以之破恶血消癥癖……患癥之初必因寒，桂能化气而消其本寒，癥之成必挟湿热为窠囊，苓渗湿气，丹清血热，芍药敛肝血而扶脾，使能统血，则养正即所以去邪耳。”因原方炼蜜和丸，且用量极轻，故其祛瘀之力甚为缓和。

### （一）实验研究

#### 1. 对子宫的作用

芍药中含有芍药甙，对大脑抑制作用明显，可降低子宫平滑肌的张力，对垂体后叶素所致的大白鼠在体子宫收缩及离体子宫均有抑制作用，有明显的抗痉挛、镇静及镇痛功能。桃仁对子宫有特异性，对子宫以外的疼痛效果不显，其有抗凝作用。丹皮有镇静、镇痛、解痉和解热作用<sup>[1]</sup>。故本方能调节子宫平滑肌的收缩功能，促进蜕膜、瘀血或其他残留组织完全排出，有调经止血止痛之功。

#### 2. 对中枢神经系统的作用

对外周性疼痛和中枢性疼痛有明显抑制作用，该方镇静作用明显，能显著加强对中枢神经系统的抑制作用。对实验性炎症有明显的对抗作用，与临床疗效完全吻合，这是该方用于妇产科病，治疗盆腔炎、痛经机理的一部分<sup>[2]</sup>。

#### 3. 对血液流变学的影响

牡丹皮有抑制血小板凝聚作用和抗纤维蛋白酶作用；桂枝、芍药、丹皮有抗纤维蛋白溶酶的作用；桃仁有使纤溶活化的作用。静脉注射或口服本方，能明显降低全血比粘度、全血还原比粘度、血浆比粘度、纤维蛋白原浓度，增加红细胞的电泳速度，而外周血的红细胞、白细胞、血红蛋白和血浆胆固醇无明显变化<sup>[3]</sup>。

#### 4. 抗炎作用

其主要途径不是通过垂体—肾上腺系统的调节，而是它对炎症过程的许多环节起直接对抗作用所致，对体内炎性介质的释放，毛细血管通透性增高，渗出、水肿及肉芽组织增生等

环节起直接对抗作用<sup>[4]</sup>。

### 5. 抗肿瘤作用

将本方与麦杆半纤维素 B 和卵白糖肽混合的葡萄糖液 (WOG) 一起给予小鼠时, 发现虽然不能延长甲基胆蒽诱发之皮下癌小白鼠的生命, 但却完全抑制了脾脏的淀粉样变性, 而再将本方与灵芝一起和 WOG 合用时, 则可见给药组小鼠生存时间显著延长, 对照组生存 152.9 日, 而治疗组生存 240.4 日<sup>[5]</sup>。

## (二) 临床应用

### 1. 子宫肌瘤

黄氏<sup>[6]</sup>以本方加味 (桂枝、茯苓、桃仁、丹皮、赤芍、鳖甲、卷柏、艾叶、青皮、续断、黄芪各 10g, 生牡蛎 30g, 黄柏 6g) 为丸治疗 60 例子宫肌瘤, 每日 3 次, 每次 1 丸, 连服 1 个疗程, 每个疗程 1.5 个月~3 个月, 经期停药。结果痊愈 43 例, 显效 11 例, 有效 4 例, 肌瘤发展被控制者 2 例。对血瘀偏寒虚弱者疗效较佳, 对偏阴虚者疗效较差。彭氏<sup>[7]</sup>报道以本方加味 (桂枝、赤芍、鳖甲各 12g, 茯苓 15g, 丹皮、桃仁、穿山甲各 10g) 制成蜜丸, 每丸 10g, 每服 1 丸, 早晚各 1 次, 1 月为 1 疗程, 治疗子宫肌瘤 30 例, 经期停药。结果: 痊愈 18 例, 显效 5 例, 有效 5 例, 无效 2 例, 总有效率达 93.3%。

### 2. 盆腔肿块

吴氏<sup>[8]</sup>以本方加味治疗盆腔肿块, 经妇产科检查及 B 超检查诊断为卵巢囊肿或附件炎性肿块, 药用: 桂枝 10g, 茯苓 15g, 赤芍 15g, 丹皮 10g, 青皮 10g, 小茴香 10g, 川楝子 10g, 昆布 10g, 海藻 10g, 桃仁 10g (打)。湿热者加苍术、蒲公英; 腰骶部酸胀加杜仲、巴戟天; 乳房胀痛加柴胡、郁金、白芍。每日 1 剂, 水煎分服, 治疗 10 例, 结果痊愈 8 例, 显效 2 例。

### 3. 子宫直肠窝积液

刘氏<sup>[9]</sup>以本方加味治疗子宫直肠窝积液 20 例, 年龄 19 岁~50 岁之间。基础方: 桂枝 12g~15g, 赤芍、茯苓各 15g, 桃仁 10g~15g, 甘草、丹皮、三棱、莪术各 10g, 炒贯仲、金银花各 30g, 连翘 20g。结果: 痊愈 12 例, 占 60%, 显效 7 例, 占 35%, 无效 1 例, 占 5%。疗程 20 天~60 天, 平均 30 天~35 天。

### 4. 盆腔瘀血综合征

治疗 32 例盆腔瘀血综合征患者, 年龄 25 岁~40 岁, 发于产后者 13 例, 流产后者 17 例, 绝育术后者 2 例。以桂枝茯苓丸加味内服。若血瘀伴血热, 口苦尿赤, 舌质红, 苔黄, 脉数者加大黄 10g; 气滞见乳房胀痛, 胁痛, 经前加重, 脉弦数者, 加柴胡 9g, 青皮、川朴花、佛手各 10g; 伴气虚见乏力头晕, 动则气喘, 舌淡, 脉迟涩者, 加熟地、党参、黄芪各 30g, 当归 15g。结果: 痊愈 18 例, 显效 11 例, 无效 3 例<sup>[10]</sup>。

### 5. 恶露不尽

程氏<sup>[11]</sup>报道以本方合失笑散治疗人工流产后恶露不尽 42 例, 其中刮宫后就诊者 24 例, 中期妊娠引产术后 18 例。除 1 例无效外, 41 例服药 1 剂~2 剂即愈, 治愈率达 97.6%。

### 6. 痛经

饶氏<sup>[12]</sup>以本方治疗痛经 76 例, 每日 1 剂, 水煎分 2 次服, 经来前 3 天连服 3 剂。结果: 43 例痊愈, 29 例好转, 4 例无效, 总有效率 94.7%。

## 7. 慢性盆腔炎

药用汤剂：茯苓、白芍各 12g，桃仁 7.5g，丹皮、当归、制香附各 9g，延胡索、桂枝各 6g。丸剂：桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、白芍各等量，上药共为细末，炼蜜为丸，每丸重 6g。服用方法：汤剂以水 2 碗煎成大半碗，空腹温服，渣再煎服，服药后休息半小时。丸剂每日服 2 次，每次 1 丸，开水送服。结果：治疗 50 例盆腔炎，痊愈 39 例，占 78%<sup>[13]</sup>。贾氏等<sup>[14]</sup>治疗 96 例盆腔炎患者，其中慢性盆腔炎辨证分为气滞血瘀型、寒滞血瘀型与阴虚血热型，寒滞血瘀型以桂枝茯苓丸加减，药用：桂枝 6g，茯苓 12g，桃仁 9g，赤芍 12g，丹皮 9g，炒小茴 6g，香附 9g，丹参 24g。加减：少腹冷痛者加肉桂 4.5g，炮姜 6g；腹痛者加制乳没各 6g，延胡索 9g；积水者加防己 9g，赤小豆 30g，薏苡仁 30g，车前子 12g，肉桂 4.5g；包块者加鸡内金 15g，山楂核 15g。治疗本型 22 例，有效 21 例，占 95.5%。

## 参 考 文 献

- 1 谢远明. 中药方剂近代研究及临床应用. 西安: 陕西科学技术出版社, 1989. 349
- 2 谢家骏. 桂枝茯苓丸对中枢神经系统的药理作用. 中成药研究, 1987, (7): 29
- 3 谢家骏. 桂枝茯苓丸对血液流变学的影响. 中成药研究, 1986, (5): 24
- 4 谢家骏. 桂枝茯苓丸抗炎作用. 中成药, 1982, (9): 30
- 5 杉原芳夫. 抗癌中草药的实验病理学研究. 国外医学·中医中药分册, 1984, 6 (2): 51
- 6 黄纯端. 桂苓丸治疗子宫肌瘤 60 例小结. 新中医, 1982, 14 (10): 25
- 7 彭华丽. 桂苓消瘤丸治疗子宫肌瘤 30 例. 北京中医, 1989, (6): 30
- 8 吴金娥. 桂枝茯苓丸加味治疗盆腔肿块 10 例. 广西中医药, 1992, 15 (6): 8
- 9 刘怀敏. 加味桂枝茯苓丸治疗子宫直肠陷凹积液 20 例. 四川中医, 1993, 11 (12): 44
- 10 陈定生. 桂枝茯苓丸加味治疗盆腔瘀血综合征 32 例临床观察. 新中医, 1991, 23 (6): 31
- 11 程琼璧. 桂枝茯苓丸合失笑散治疗人工流产后恶露不尽 42 例. 湖北中医杂志, 1986, (2): 42
- 12 饶忠然. 桂枝茯苓丸治疗痛经疗效观察. 江西中医药, 1995, 26 增刊: 105
- 13 广东省惠阳县淡水医院妇产科. 中药桂枝茯苓丸治疗盆腔炎. 新中医, 1975, 7 (6): 39
- 14 贾东鲁. 李竹兰. 叶青. 中西医结合治疗盆腔炎 96 例疗效观察. 山东中医杂志, 1982, 1 (6): 342

## 十、逍 遥 散

组成 柴胡（去苗）、当归（去苗，微炒）、白芍、白术、茯苓（去皮，白者）各 30g，甘草（微炙赤）15g。

功用 疏肝解郁，健脾和营。

本方始载于宋代《太平惠民和剂局方》，是由《伤寒论》四逆散合《金匱要略》当归芍药散变化加减而来，为疏肝解郁的常用方剂。原书谓其主治“血虚劳倦，五心烦热，肢体疼痛，头目昏重，心忪烦赤，口燥咽干，发热盗汗，减食嗜卧，及血热相搏，月水不调，脐腹胀痛，寒热如疟，又疗室女血弱阴虚，柴卫不和，痰嗽潮热，肢体羸瘦，渐成骨蒸”之证。明代赵献可《医贯》以本方加陈皮，名古方逍遥散，治疗郁证；清代徐灵胎《伤寒约编》将本方加生地，名黑逍遥散；清代俞根初《通俗伤寒论》将本方去白术，加丹皮、梔子、橘叶、橘白、

菊花，名清肝达郁汤，治肝郁火旺，经行先期，量少色赤证。关于本方之命名，清代王子接《绛雪园古方选注》曾云：“逍遥，《说文》与‘消摇’通。《庄子·逍遥游》注云：如阳动水消，虽耗不竭其本，舟行水摇，虽动不伤其内，譬之于医，消散其气郁，动摇其血郁，皆无伤乎正气也。”清代汪昂《医方集解》亦谓：“疏逆和中，诸证自己，所以有逍遥之名。”方中柴胡味苦微寒，舒肝解郁，升清阳，降浊气，通利三焦而为主药，前人有“肝胆之要药”和“肠胃之要药”之说；当归、白芍养血补肝，尤其当归之辛，可散肝醒脾，当归之甘，可缓肝脾之急，白芍之酸，可以柔肝；白术、茯苓健脾除湿；炙甘草补中缓急，调和诸药；原方以煨姜一块切破，薄荷少许，水煎同服，煨姜温胃和中，薄荷散肝郁所生之热。诸药相配，补肝体，助肝用，气血兼顾，肝脾并治。综观全方，其配伍精义，诚如清代吴谦《医宗金鉴·删补名医方论》所言：“肝木之所以郁，其说有二：一为土虚不能升木也，一为血少不能养肝也。盖肝为木气，全赖土以滋培，水以灌溉。若中土虚，则木不升而郁，阴血少，则肝不滋而枯。方用白术、茯苓者，助土德以升木也；当归、芍药者，益荣血以养肝也；薄荷解热，甘草和中，独柴胡一味，一以为厥阴之报使，一以升发诸阳，经云：木郁则达之，遂其曲直之性，故名曰逍遥。”

## （一）实验研究

### 1. 解痉作用

逍遥散可使平滑肌松弛，有较好的解痉作用，对动物离体肠管和在体胃肠运动均表现出抑制作用。当归油能抑制狗、兔、豚鼠等离体子宫的收缩，并可松弛紧张的子宫，其作用快而持久。当归煎剂、酊剂又能使家兔离体子宫收缩节律增加，振幅减小，紧张度增加。大剂量则呈现完全性抑制作用；当归还能提高子宫组织内脱氧核糖核酸含量，增强其利用葡萄糖的能力。这可能与促进子宫代谢及增生有关<sup>[1]</sup>。

### 2. 对性腺功能的影响

本方对性腺功能有明显影响。连续灌服本方7天，可使幼龄小鼠子宫增重，摘除卵巢观察小鼠阴道角化细胞的实验表明，此时本方的雌激素样活性消失，而已烯雌酚仍能使小鼠阴道上皮出现角化细胞。这表明本方具有温和的雌激素样活性，此作用是通过卵巢而实现的。此外实验表明本方能使雄鼠精囊减重，也表明本方具有一定的雌激素样活性。这为本方临床治疗多种妇产科疾病提供了药理学依据<sup>[2]</sup>。

### 3. 对大鼠脑中单胺类递质含量的影响

逍遥散兴奋下丘脑多巴胺（DA）受体，可抑制垂体催乳素的分泌，DA受体兴奋可反馈抑制DA的合成、释放和利用，因而使细胞内DA含量增高，更新率下降。本方常用于治疗月经不调，对卵巢机能不全所致不孕也有效。作用机理可能与影响下丘脑多巴胺和去甲肾上腺素能神经功能有关。可通过降低血中过高的催乳素水平而治疗不孕症。精神疾病和应激状态可扰乱下丘脑性腺功能，动物绝望状态下血浆FSH和LH水平下降，而去甲肾上腺素（NA）可促进黄体生成素释放激素（LH-RH）释放，低剂量NA可以通过β受体易化雌性大鼠的性行为。由此进一步提示，逍遥散对下丘脑DA代谢和NA含量的影响与其治疗妇产科内分泌疾病有关系<sup>[3]</sup>。

## （二）临床应用

### 1. 高催乳素血症

李氏等<sup>[4]</sup>以本方加减治疗高催乳素血症 54 例。基础方：当归、柴胡、白术、茯苓、薄荷、香附、青皮各 9g，白芍、麦芽各 60g。月经先期、量多，或淋漓不断，舌红，苔黄者加丹皮、山梔各 9g；闭经、月经后期、月经量少者加泽兰 14g，红花 9g，改当归 15g，每日 1 剂，水煎分 2 次服，经期停止用药，闭经者连续服药直至催乳素水平降至正常，服药 30 剂，催乳素值不降者为无效。治疗后催乳素降至正常者 49 例，占 90.74%；部分下降而未达正常水平 5 例，占 9.26%。服药前后比较有显著性差异 ( $P < 0.01$ )。

### 2. 痛经

龚氏等<sup>[5]</sup>以本方加减治疗原发性痛经 52 例，分为寒凝气滞血瘀和气滞血瘀两型。前者加香附、延胡索、艾叶、桂枝；后者加川楝子、延胡索、泽兰、失笑散、没药、丹皮等，于经前 3 天~5 天始服，连服 3 剂~7 剂。结果临床痊愈 14 例，好转 32 例，无效 6 例，总有效率 88.4%。31 例基础体温测定，23 例呈单相型，8 例为双相型，治疗后仅 2 例由单相型转变为双相型，表明本方对卵巢功能改善不显著。

### 3. 经前期紧张综合征

以本方辨证治疗经前期紧张综合征 6 例，加减：乳房胀痛，有硬块加橘核、青皮、陈皮；痛经以痛为主，加延胡索，以胀为主加香附、木香；情绪激动易怒加浮小麦；失眠加酸枣仁、柏子仁；头痛加天麻；浮肿加泽泻、猪苓、车前草。一般于月经来潮前 7 日~10 日开始服用，每日 1 剂，连服 3 剂~6 剂。治疗后 5 例获愈，1 例改善<sup>[6]</sup>。

### 4. 带下病

以逍遥散加减疏肝和脾，清热利湿，其方为柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、金银花、贯众，治疗带下病 160 例，其中白带 71 例，治愈 48 例，显效 17 例，好转 6 例；黄带 89 例，治愈 60 例，显效 20 例，好转 9 例<sup>[7]</sup>。

### 5. 更年期综合征

刘氏<sup>[8]</sup>以逍遥散合甘麦大枣汤加熟地治疗更年期综合征 54 例，治愈 35 例，好转 14 例，无效 5 例。日本学者<sup>[9]</sup>对于雌激素治疗无效之植物神经功能失调型更年期综合征患者 132 人，因临床表现不同而加用逍遥散、当归芍药散、桂枝茯苓丸等治疗，未见血中 FSH、LH 及  $E_2$  水平有明显改变。但对于不孕 5 年以上，伴卵巢功能不全而呈更年期症状的患者 82 例，以上述方剂治之，每日服提取物 5g，服药 1 个月~3 个月，以血中  $E_2$ 、P、FSH、LH 值改善评价卵巢机能，并结合临床症状的改善作综合评价，结果逍遥散的显效率达 93.3%，桂枝茯苓丸为 80%，当归芍药散为 75%，获显效者可见  $E_2$  及 P 值均显著增加，而 FSH、LH 等变化不明显，提示对促性腺激素的敏感性增高，卵巢及黄体机能改善<sup>[9]</sup>。

### 6. 慢性附件炎及包块

杨氏<sup>[10]</sup>治疗 46 例慢性附件炎及盆腔包块，药用：炒柴胡 10g，炒杭芍、茯苓、炒橘核、炒荔枝核各 15g，当归、白术、香附、延胡索各 12g，丹参 30g，甘草 3g。疼痛剧烈者，加制乳没各 6g；腹痛甚者加寄生 30g，续断 12g，菟丝子 15g；有包块者加三棱、莪术、桃仁、甲珠各 10g，红花 6g，昆布、海藻各 12g；带下色黄者，加萆薢 12g，鸡冠花、煅海螵各 15g；有热者，加丹皮、山梔各 10g，配合 WS-模拟气功治疗仪，每日照射腹部 20 分钟，经期停用。治愈 32 例，好转 13 例，无效 1 例。

如患者出现口苦、咽干、舌红、脉数等症，为肝郁化火，宜加清肝凉血之丹皮、山梔，即



丹栀逍遥散（《方剂学》），功用疏肝解郁，健脾和营，兼清郁热，用于肝郁化火所致的月经不调、少腹胀痛、经行乳胀、崩漏带下等病证。黄氏<sup>[11]</sup>报道，以丹栀逍遥散加减治疗盆腔炎10例，其中急性2例，慢性8例。结果：痊愈8例，好转2例。加减：一律减去薄荷、煨姜，急性盆腔炎加金银花、连翘、蒲公英；慢性盆腔炎加丹参、桃仁、陈皮、茵陈；盆腔脓肿时应中西医结合治疗，局部切开引流，配合中药治疗，以缩短疗程。王氏<sup>[12]</sup>以丹栀逍遥散加减治疗肝郁气滞型不孕症，药用：柴胡、白芍、当归、白术、茯苓、丹皮、炒山栀、青皮、路路通、郁金、甘草。行经期去丹皮、山栀，加香附、延胡索，经后可加菟丝子、杜仲、紫河车、肉苁蓉、枸杞子。治疗16例，治愈12例。

治疗女性气血失调诸证以理血为主，调气为先，调气则勿忘治肝，若肝气一平，诸症悉和。治肝有疏肝、泄肝、柔肝、养肝等法，而以疏肝气，养肝阴尤为重要。但“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，必须顾其脾，以健运脾湿。本方药物，主要有疏肝、健脾、养血三方面，说明该方即为肝郁血虚，脾失健运而设。肝藏血，主疏泄，喜条达而恶抑郁，具有储藏血液和调节血量的作用，脏腑所化生之气血，除营养周身外，则储藏于肝，其有余部分，在女子则下注血海而为月经。若肝气条达则血脉流畅，经候如常；肝气郁结则血脉失畅，月经异常，故前人有“女子以肝为先天”之说。女性由于生理特点的关系，情志易于激动，常致肝气郁结，而发生经、带、胎、产诸疾。故逍遥散在妇产科疾病中应用很广，除以上所述外，其他如崩漏、闭经、经期头痛、产后乳汁不行等多种疾病的治疗均有报道，实为妇产科临床的一张常用名方。

### 参 考 文 献

- 1 谢远明. 中药方剂近代研究与临床应用. 西安: 陕西科学技术出版社, 1989. 190
- 2 王旭东, 黄仑, 陈德华主编. 男女科五千金方. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1994. 338
- 3 吴春福. 逍遥散对大鼠脑中单胺类神经递质含量的影响. 中药药理与临床, 1993, (2): 8
- 4 李秀珍, 李家福. 逍遥散加减治疗高催乳素血症54例. 中国中西医结合杂志, 1991, 11 (7): 440
- 5 龚励俐, 瞿亦明. 逍遥散加减治疗原发性痛经52例疗效观察. 贵阳中医学院学报, 1985, (3): 42
- 6 中国人民解放军199医院妇产科. 逍遥散加减治疗经前诸症体会. 中草药通讯, 1977, (3): 27
- 7 刘洪祥, 张淑云. 逍遥散加减治疗带下病160例临床疗效观察. 山东医刊, 1986, (3): 12
- 8 刘浩江. 黑逍遥散合甘麦大枣汤加减治疗更年期综合征. 新中医, 1988, 20 (9): 51
- 9 邓文龙. 中医方剂的药理与应用. 重庆: 重庆出版社, 1990. 313
- 10 杨慧. 逍遥散治疗慢性附件炎及包块46例分析. 云南中医杂志, 1992, 13 (2): 10
- 11 黄英. 丹栀逍遥散治疗盆腔炎疗效观察. 沪医资料, 1976, (1): 58
- 12 王玉英. 中西医结合治疗不孕症58例临床体会. 福建中医药, 1988, 19 (2): 9

## 十四、温 经 汤

组成 吴茱萸27g, 当归18g, 川芎18g, 芍药18g, 人参18g, 桂枝18g, 阿胶18g, 生姜18g, 牡丹皮(去心)18g, 甘草18g, 半夏9g, 麦门冬(去心)18g。

功用 温经散寒, 祛瘀养血。



本方出自东汉张仲景《金匱要略·妇人杂病脉证并治》，主治冲任虚寒，瘀血阻滞之崩中漏下、月经不调等病，水煎服用。原书方后谓其“亦主妇人少腹寒，久不受胎，兼取崩中去血，或月水来过多及至期不来”。冲为血海，任主胞胎，二脉皆起自胞中，与月经关系密切。冲任虚寒，瘀血内阻，故见多种妇产科疾病。关于本方之命名，明代徐彬《金匱要略论注》称“药用温经汤者，其证因半产之虚而积冷气结，血乃瘀而不去……名曰温经汤，治其本也”。清代陈元犀《金匱方歌括》亦谓：“用吴茱萸驱阳明中土之寒，即以麦门冬滋阳明中土之燥。一寒一热，不使偶偏，所以谓之温也。”方中吴茱萸、桂枝温经散寒，通利血脉，《内经》指出“血气者，喜温而恶寒，寒则泣不能流，温则消而去之”。吴茱萸、桂枝合用为君，旨在“温其血分之气，而行其瘀。”（明代徐彬《金匱要略论注》）。当归、川芎、芍药活血养血，入肝而调经，丹皮化瘀行血，共为臣药。“盖瘀久者荣必衰，下多者脾必伤”（清代尤怡《金匱要略心典》）。故方中阿胶养血补血，麦冬滋阴润燥；人参、甘草健脾益气；冲任二脉与足阳明胃经相通，妙在半夏辛开通降胃气，和胃安中，引药直达病所；生姜降逆温中，兼顺冲任之气，合而为佐药；甘草甘缓调和诸药，以之为使。本方具温中寓养，温中寓通，气血双补，肝脾兼调之特点。药味配伍严谨有序，有温有凉，有升有降，祛瘀生新，活血止血，功在温通、温养，使血得温则行，血行则经自调。陈元犀曰：“过期不来者能通之，月来过多者能止之，少腹寒而不受胎者并能治之。”称其“神妙不可言矣”，后世誉为“调经之祖方”，言诚不虚。

### （一）实验研究

实验证明，本方能作用于丘脑，促进 LH-RH 的分泌。亦能作用于垂体，提高对 LH-RH 的感受性，抑制 PRL 分泌，从而促进促性腺激素的分泌。另外，本方不仅有刺激中枢作用，而且可直接作用于卵巢，参与调节雌激素的分泌，可能具有促排卵的作用。

由上可知，温经汤作用于中枢，特别是下丘脑，对于下丘脑性功能不全所致的排卵障碍有治疗作用<sup>〔1〕</sup>。

### （二）临床应用

#### 1. 闭经

日本学者<sup>〔2〕</sup>选择就诊未婚闭经女性 266 人，其中下丘脑性 I 度闭经 87 例，多囊卵巢综合征 37 例，下丘脑性 II 度闭经 12 例，垂体性 1 例，高催乳素血症 20 例，以温经汤治疗后，有效率达 48.8%。

#### 2. 老年性阴道炎

日本学者千村氏<sup>〔3〕</sup>选择 45 例确诊为老年性阴道炎、非特异性阴道炎和外阴瘙痒症患者为对象（除外性行为传染病、感染性疾病、内外生殖器恶性肿瘤及心因性植物神经失调症等原因所致者），分单独用药组与并用疗法组。单独用药组以温经汤浸膏 1 次 2.5g，每日 3 次饭前服，连用 2 周；并用疗法组系并用阴道洗剂和栓剂等。观察项目有自觉症状，包括带下（程度、恶臭），瘙痒感，局部疼痛，性交时疼痛；检查所见包括阴道分泌物异常（量、色、性状）、红（外阴、阴道）、肿、质地、萎缩、抓痕等，分 4 个等级记分进行评价。结果：温经汤单用组用药后上述自觉症状均好转，尤其是瘙痒感治愈率高，检查所见除质地、抓痕各 1 例无变化外，其他表现均好转；并用组用药后自觉症状好转，检查所见除质地外均好转。单用组与并用组都是自觉症状记分较检查所见记分改善率高，单用组的用药前自觉症状及检查所

见记分均比并用组低，并用组改善率有较高趋势，全部病例未发现副作用。

### 3. 崩漏

张氏<sup>[4]</sup>以温经汤加减治疗崩漏患者8例，年龄32岁~53岁，平均46.6岁，阴道出血15天以内3例，5个月以内者4例，8个月者1例，其中心绞痛伴发崩漏1例。基础方：党参10g，当归6g，川芎3g，白芍12g，肉桂3g，吴茱萸3g，麦门冬10g，半夏6g，阿胶15g，鹿角霜10g，鸡冠花10g，牡丹皮6g，炙甘草3g。随证加减：气虚者加重益气药，并加黄芪；小腹冷痛者去丹皮、麦门冬，加艾叶；血虚者加熟地、首乌、枸杞子；气滞者加香附、乌药。恢复期或经后选用养血益气健脾法，用八珍汤加减善后。治疗结果：8例治疗均获愈，随访半年未复发。

## 参 考 文 献

- 1 新川唯彦等. 温经汤对成熟雌性大鼠下丘脑-垂体-卵巢轴功能的作用. 国外医学·中医中药分册, 1987, 9 (3): 50
- 2 村知惠子. 温经汤治疗未婚女性的闭经. 国外医学·中医中药分册, 1993, 15 (3): 49
- 3 千村哲朗. 温经汤对老年性阴道炎和外阴瘙痒症的疗效. 国外医学·中医中药分册, 1989, 11 (5): 26
- 4 张从善. 加减温经汤治疗崩漏的临床体会. 河北中医, 1985, (6): 11

## 十五、毓麟珠

组成 人参、白术（土炒）、茯苓、芍药（酒洗）各60g，川芎、炙甘草各30g，当归、熟地（蒸捣）各120g，菟丝子（制）120g，杜仲（酒炒）、鹿角霜、川椒各60g。

功用 补益气血，温肾养肝，调补冲任。

本方出自明代张景岳《景岳全书·妇人规》，系由八珍汤加味组成，又名调经毓麟珠、助孕八珍丸。原书主治“妇人气血俱虚，经脉不调，或断续或带浊，或腹痛，或腰酸或饮食不甘，瘦弱不孕”。方中四君益气，四物养血，“气旺则百骸资之以生，血旺则百骸资之以养”（明代吴昆《医方考》）。菟丝子、杜仲、鹿角霜温肾养肝，益精养血，调补冲任，佐以川椒温煦胞宫，暖督脉以助阳，明代李时珍《本草纲目》称其“补右肾命门”。全方既温养先天肾气以生精，又培补后天脾胃以补血，使精充血足，冲任得养，胎孕乃成，故方名“毓麟珠”。原方服法，诸药为末，炼蜜和丸，以酒或饮水空腹送服。方后附加减法：“如女人经迟腹痛，宜加酒炒破故、肉桂各一两，甚者再加吴茱萸五钱，汤泡一宿炒用；如带多腹痛，加破故一两，北五味五钱，或加龙骨一两醋煅用；如子宫寒甚，或泄或痛，加制附子、炮干姜随宜；如多郁怒气，有不顺而为胀为滞者，宜加酒炒香附二两，或甚者再加沉香五钱；如血热多火，经早内热者，加川续断、地骨皮各二两。”谓此方“服一二斤，即可受胎，凡种子诸方，无以加此”。

### （一）实验研究

以毓麟珠为基础方化裁成“毓麟汤”（紫石英30g，川椒1.5g，续断15g，川牛膝15g，川

芎 15g, 枸杞子 9g, 菟丝子 9g, 当归 9g, 赤芍 9g, 白芍 9g, 仙灵脾 15g, 肉桂 6g, 香附 9g, 丹皮 9g), 其药理研究如下<sup>[1]</sup>:

①显著升高血浆 LH、FSH 含量, 可增加卵巢、子宫组织重量, 使血浆  $E_2$ 、P 含量呈增加趋势, 这些激素与生殖器官的变化均有利于卵子的产生、孕育、着床及妊娠, 说明本方可明显影响生殖内分泌轴。

②在促排卵实验中, 服毓麟汤动物平均排卵数多于对照组, 但统计学处理无明显差异。

③一定剂量可抑制垂体后叶素所致动物离体子宫收缩, 促进输卵管节律性收缩, 有利于卵子在输卵管内运行, 有助于受精卵植入与着床。

④可显著提高血浆 6-酮-前列腺素  $F_{1\alpha}$  水平, 具有抗炎及非特异性镇痛作用。

## (二) 临床应用

### 1. 不孕症

以本方为主, 随证加减。偏肾阳虚者, 加狗脊、锁阳、蛇床子, 成药服右归丸; 偏肾阴虚者, 加枸杞子、天门冬、黄精, 成药服左归丸; 偏痰湿阻滞者, 加菖蒲、半夏、炒苍术, 成药配服指迷茯苓丸; 偏肝气郁滞者, 加郁金、柴胡、绿萼梅, 成药配服逍遥散。治疗不孕症患者 24 例, 全部受孕<sup>[2]</sup>。

### 2. 闭经

1 例闭经 10 年患者, 以人工周期治疗长达 3 年, 疗效不佳, 有一系列垂体功能低下的症状。以本方加减治疗, 药用: 党参 15g, 熟地 12g, 当归 12g, 川芎 10g, 白芍 12g, 焦白术 10g, 茯神 10g, 炙甘草 6g, 黄芪 15g, 肉桂 6g, 山药 30g, 枸杞子 15g, 制首乌 15g, 紫河车 10g, 鹿角霜 10g, 熟附片 6g, 鹿角胶 10g, 木香 3g, 大枣 3 枚。治疗半年后月经来潮而愈<sup>[3]</sup>。

## 参 考 文 献

- 1 王树荣, 徐复宗, 孙明江, 等. 毓麟汤温肾促排卵作用研究. 山东中医学院学报, 1992, 16 (5): 45
- 2 胡雯. 毓麟珠治疗不孕症 24 例临床观察. 江苏中医, 1990, 11 (12): 13
- 3 戴述君. 中药治愈闭经 10 年. 上海中医药杂志, 1982, (5): 17

---

# 肾、天癸、冲任及其相互关系的探讨

中医学关于肾、天癸、冲任这一被称为“女子生殖”的理论，直接触及了女性最主要的生理、病理特点——月经和妊娠的生理病理实质和关键环节。洞悉其本源，弄清其相互关系和机理这一中医妇产科理论的核心问题，不仅对探讨妇产科学基础理论，而且对于指导临床实践，力求在诊断妇产科各种疾病中达到治病必求于本亦具有重要的意义。

## 一、肾、天癸、冲任的源流及生理观

翻开中医学的历史，在很早以前就有关于妇产科方面的专著，如初汉《艺文志》及《隋书·经籍志》记载的《妇人婴儿方》、《花氏疗妇人方》、《黄帝素问女胎》、《素女方》以及汉末张仲景所著的《伤寒杂病论》中提及的《胎产药录》等，惜均已佚失，仅《内经》中论述妇产科的资料得以保存。虽《内经》中直接记载妇产科方面的资料不多，但对当时的中医妇产科学的形成和发展起到了奠基的作用。

《内经》对女性的生理特别是关于肾、天癸、冲任的生理有独特的论述。《素问·上古天真论》谓：“女子七岁肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；三七肾气平均，故真牙生而长极；四七筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”此段形象而系统地论述了女子生殖生理轴的理论 and 女子一生的生殖生理活动的演变过程。其生理活动的开始主要取决于肾气中精（先天）的充盛，进而产生对生殖功能有重要作用的“天癸”。而冲、任二脉则是联系、调节脏腑与胞宫的重要通道。肾中精气的盛衰，天癸的至竭，冲任的通、盛、衰、少，直接体现在女性从月经的初潮至绝经，从生育能力开始到丧失等一系列女性生理变化之中。可以说，肾、天癸、冲任构成性系统，有促进第一二性征的发育及主月经、主孕育等作用。肾、天癸、冲任在性生殖系统的生理活动中，既相互作用和联系，协同互补，又各司其职。

### （一）肾在女性生理中的功能

肾为先天之本，主人体生长发育，主生殖，促天癸生成，为冲任之本，主系胞，是脏腑生理活动的本源，在女性生理中起着最重要的作用。从广义上讲，肾的功能还包涵了肾主水等其他重要功能，从现代医学角度上看，中医学所说的肾的功能包括了泌尿系统、生殖系统以及和性周期有关的神经、体液等方面。肾藏精，精包括水谷之精和生殖之精，即后天之精和先天之精。肾主水指肾中精气的气化作用，对于体内津液的输布和排泄，维持体内津液代谢的平衡起着极为重要的调节作用。肾还有主骨生髓的生理功能，“髓”包括骨髓、脊髓和脑

髓。脊髓上通于脑，脑为髓聚而成，脑为髓海。肾中精气充盛，髓海得其濡养，脑的发育就健全，从而发挥“精明之府”的生理功能。专家研究认为，肾的功能可能包括现代医学的下丘脑、垂体和卵巢等的功能和作用。

### 1. 肾主生殖

表现在肾生天癸，是产生月经和孕育胎儿的根本。女子在十四五岁左右，肾气渐盛，肾精渐充，泌至天癸，天癸达到一定的量，在女性生理中发挥促进生长、发育、维持性系统功能的作用。肾藏精，包括先天之精和后天之精，其先天之精禀受于父母，与生俱来，是构成胚胎发育的原始物质，即《灵枢·本神》所说的“生之来，谓之精”。肾精与肾气互生互化，精化气，气生精，共同组成肾的生理活动的物质基础。同时，肾中精气又是女性生长发育和生殖之本。因为只有肾中精气盛，天癸方能按时泌至，冲任通盛，月经调和，男女媾精，则能妊子。也就是说，天癸来源于肾之先天之精，靠肾所藏后天之精的不断滋养，故肾精是天癸的物质基础。肾精又是月经的物质基础，因精能化生气血，精血同源，精血互生，精足则血旺。明代虞搏《医学正传》中说：“月经全借肾水施化，肾水既乏，则经血日以干枯。”肾精是月经产生的物质基础，肾气则是月经产生的原动力，故清代傅青主谓“经水出诸肾”。对月经的产生起调节和影响作用的也是通过肾与各脏腑相互联系来完成的。

李氏等<sup>[1]</sup>以补肾的方法对下丘脑—垂体—卵巢功能失调而引起排卵功能障碍的各种月经失调疾病进行观察，对无排卵型功能性子宫出血病、多囊卵巢综合征及下丘脑—垂体功能失调性闭经<sup>[2]</sup>的病人用调整肾阴阳的办法，观察其促排卵的作用，并在治疗前后对下丘脑—垂体—卵巢轴的功能进行测定。研究发现无排卵功血病人都有肾虚的表现，肾阴虚或肾阴阳俱虚者分别应用补肾阴或肾阴阳并补的方法，排卵率达到90%以上；以补肾化痰法治疗多囊卵巢综合征和闭经，前者排卵率为82.7%，后者76.9%排卵效果较好，19.2%排卵稀（平均3次经血来潮中不能有1次排卵者）。观察到调节肾的阴阳能调整雌激素水平和改善卵巢功能而促排卵。从血、尿内激素水平变化中说明补肾药对人的下丘脑—垂体—卵巢轴具有多元性作用。俞氏等<sup>[3]</sup>通过建立多囊卵巢小鼠模型进行肾主生殖的实验研究。结果补肾药水溶部分使各日龄组子宫增重，使多囊卵巢内间质细胞肥大，使8日龄以上小鼠卵巢增重；补肾药脂溶部分则无以上作用。提示补肾复方水溶部分对多囊卵巢小鼠有明显的类雌激素样作用，对下丘脑—垂体未受睾酮抑制小鼠的卵巢重量及功能也有促进作用。

### 2. 肾为冲任之本

冲脉在经络上与肾联系，是“注少阴经之大络”。冲脉与肾经并行，与阳明脉相通，禀人身先天之气与后天之气的资助与营养，是精微物质及营气汇聚之所，故称“血海”，与月经的产生有直接的关系。只有肾气盛，天癸至。太冲脉充盛，才能正常行经。任脉也与肾经相通，主一身之阴经，为阴脉之海。冲任二脉在月经产生中的重要作用离不开肾气的充盛和正常功能的发挥，因为只有肾气盛才能促使天癸成熟而泌至，并使任通冲盛，经血应时而下。正如王冰所说：“冲脉任脉皆奇经脉也，肾气全盛，冲任流通，经血渐盈，应时而下。冲为血海，任主胞胎，二者相资，故能有子。”

### 3. 肾主系胞

《素问·奇病论》云：“胞络者系于肾。”胞宫之络脉与肾相通，使胞宫藉络脉与肾联系而赖肾气以维系。肾气盛，天癸至，任通冲盛，脏腑气血由冲任和胞络的输注达到胞宫，胞宫方能发挥其正常生理作用，完成行月经和孕育胎儿的功能。



## （二）天癸的生理作用

天癸是男女青春发育期所产生的与生殖有密切关系的一种阴精物质，它来源于先天，藏于肾中，肾气盛后逐渐成熟泌至。马玄台注释《素问》时说：“天癸者，阴精也，盖肾属水，癸亦属水，由先天之气蓄极而生，故谓阴精为天癸也。”明代张介宾《类经·脏象类》云：“故天癸者，言天一之阴气耳，气化为水，因名天癸，……其在人身，是为元阴，亦曰元气，人之未生，则此气蕴于父母，是为先天之元气。……第气之初生，真阴甚微，及其既盛，精血乃旺，故女必二七，男必二八而后天癸至。天癸既至，在女子则月事以时下，在男子则精气溢泻，盖必阴气足而后精血化耳。”王孟英引俞东扶之说：“血与精之外，别有一种物质所谓天癸者。”从以上论述不难看出，古人认为天癸是水类，属阴，但又与精、血等物质不同。在天癸的作用下，女子任脉流通而冲脉盛满，胞宫行使蓄藏和排出经血的功能，因而出现月经来潮，并以时而下。在男子则可有精液排出，男女媾精乃能受孕生子。到老年即七七天癸竭，任虚冲衰，地道不通，女子因而绝经，不能怀孕生子。男子则精少，乃缺乏生殖能力。故天癸的至竭决定着月经的潮止，决定着生殖能力的盛衰。它关系到人体生长发育及生殖。与现代医学内分泌功能近似，即相当于垂体以及卵巢、睾丸等性腺的内分泌激素的作用。亦有人认为天癸相当于垂体分泌的促性腺激素。

## （三）冲任的功能

冲任经脉最早见于《素问·上古天真论》。《难经》、《甲乙经》、《奇经八脉考》、《校注十四经发挥》等均有较详细的论述。冲任二脉为奇经八脉之一，“奇经”者，不同子十二经脉（或十二正经），别道奇行，不直接与脏腑相连，无表里相配关系，但与十二经脉相通。从形态上看，冲任均有经络的形象，从相互关系上看，它们是相互联通的，《灵枢·五音五味篇》说：“冲脉、任脉皆起于胞中，……会于咽喉。”说明冲任二脉相通。冲任脉相通对于调节全身气血，支配胞宫生理功能，都有重要的意义。从功能上看，冲任脉似湖泽、海洋。明代李时珍《奇经八脉考》指出：“盖正经犹夫沟渠，奇经犹夫湖泽，正经之脉隆盛，则溢于奇经。”十二经脉中气血旺盛则流溢于奇经，而奇经像海洋湖泽一样蓄存十二经满溢充盈之气血。

冲脉，《内经》称之为“太冲脉”，它起于“气冲”穴部位，上行支“渗诸阳”与诸阳经相通，使冲脉之血得以温化。与少阴肾经相并，挟脐上行，与足阳明胃经相通。《素问》谓：“冲脉者，起于气街，并少阴之经……。”《难经》说：“冲脉者起于气冲，并足阳明之经挟脐上行……。”足阳明为多气血之腑，脾胃为后天之本，气血生化之源，故冲脉得到水谷精气的濡养。冲脉为总督诸经气血之要冲，既联系先天的肾，又与脾胃相通，冲脉在肾气盛的情况下，使真阴滋于其中，因其下行支“灌三阴”，与肝脾相通，肝藏血而司血海，脾主生血并统血，故冲脉能取肝脾之血以为用。冲脉在女性生理中的重要作用乃是“冲为血海”，脏腑之血皆归于冲脉，冲脉得肾气煦濡、脾胃长养、肝血调节、任脉资助而发挥作用。明代张景岳《景岳全书·妇人规》曰：“经本阴血也，何脏无之，唯脏腑之血皆归冲脉，而冲为五脏六腑之血海，故经言太冲脉盛则月事以时下，此可见冲脉为月经之本也。”

任脉与冲脉同起于胞中，与冲脉相辅，并与肝脾肾三经分别交会于“曲骨”“中极”“关元”，得到三经之气血的濡养。凡精、血、津、液等阴精物质都由任脉总司，故任脉又称“阴脉之海”。任脉在女性生理中的重要作用乃是“任主胞胎”。任脉蕴涵脏腑精血来妊养胞胎，王



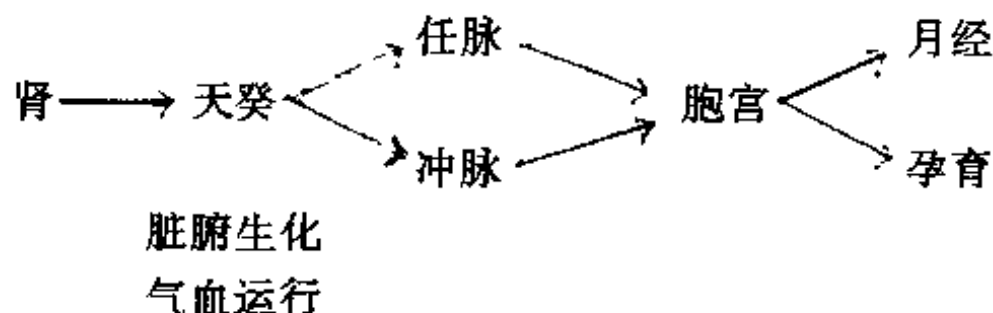
冰说：“谓之任脉者，女子得之以妊养也，故又为人体妊养之本而主胞胎。”任脉之气通，才能促使胞宫有行经、胎孕等生理功能。

总之，冲任二脉通过十二经联系、调节脏腑与胞宫的作用，使胞宫在整体作用下，维持一系列生殖生理功能，如月经、孕育胎儿等。薛立斋谓：“夫经水，阴血也，属冲任二脉，上为乳汁下为月水。”冲任二脉同中有异。另外，冲任二脉与第二性征和生殖器官的发育有关，《灵枢·五音五味篇》指出：“宦者去其宗筋，伤其冲脉，血泻不复，皮肤内结，唇口不荣，故须不生。……其有天宦者……此天之所不足也，其冲任不盛，宗筋不成，有气无血，唇口不荣，故须不生。”男子去势，认为是伤其冲脉；先天缺陷之天宦，由于睾丸及生殖器官均不发育，认为是冲任不盛。由此可见，冲任功能表现在男子则与现代医学中睾丸的功能有关。而在女子则与卵巢、子宫的功能有密切关系。

## 二、肾、天癸、冲任的相互关系

### （一）从生理、病理和临床治疗看其相互间的关系

肾、天癸、冲任组成了中医学的女性生殖系统。肾、天癸、冲任在整个生殖系统中各有其不同性能，既各司其职，又相互联系，互相作用，共同完成并组成了一个有机的整体，形成女子生殖生理轴。肾、天癸、冲任，其中任何1个要素出现异常，都会影响整个生殖系统的功能，其中肾在女子生殖生理的整个过程中是中心，起着主导作用。其生殖生理轴各要素的关系如下图所示：



#### 1. 从生理上看肾在其关系中的地位

肾在生殖系统功能中成为中心，起主导作用。表现在功能结构上的高层次的调控作用，即通过天癸对冲任起调控作用。冲任则成为在肾的调控下的靶器官，对天癸产生反馈作用。肾为冲任之本，冲任二脉起于胞中，胞络系于肾，经脉相连，冲任根于肾。清代唐容川《血证论》曰：“血室在男子为丹田，在女子为子宫，其根系于右肾（命门），肾中真阳寄于胞中，为生气之根。”故又曰：“冲脉隶属于肝肾。”冲任的功能活动，以气血为物质基础，它的通盛和衰竭都以肾中精气的盛衰为前提。从女性的生长发育生殖以至衰老看，肾气盛→天癸至→任通冲盛→月经→受精妊娠；肾气衰→任虚冲少→天癸竭→绝经→不育。肾与冲任可以成为妇产科辨证论治的独立体系。而天癸的至与不至虽能引起闭经或不孕，但因其与肾的盛衰有着密切的关系，所以临床上没有直接对天癸的至与不至，充盛与衰竭进行辨证的，因而也没有直接治疗的方药。由此可见，天癸的病变是定位于肾的，应从肾辨证论治。

#### 2. 从病理上看肾与冲任的关系

肾与冲任的密切相关表现在肾气虚，就会影响到冲任而至冲任失调。也就是说，在病理上，冲任不调，冲不盛，任不通，首先责之于肾。如肾气虚衰，不能促进天癸的泌至，则无

以促使任通冲盛，诸经之血不能汇集冲任而下，故无月经产生而闭经。肾失封藏之功，就会出现冲任不固。如崩中漏下、月经先期量多、带下、滑胎等，都是通过影响了冲任的正常功能所致。反过来，冲任未充盛，或冲任二脉亏虚，一般肾气尚不足，而冲任的病变又可以加重肾气的虚衰。在虚证方面，肾与冲任存在着一个发病的因果关系。

肾病虽多虚证，但冲任失调在临床上出现的实证也不少见。大都是因为外感风寒湿热，饮食内伤而引起湿热蕴结冲任，或手术直伤冲任造成血瘀而致痛经、癥瘕积聚，及“忽而受胎，则冲任上壅，气不下行之呕逆”等。

### 3. 从治疗上看肾与冲任的关系

肾与冲任在生理病理上关系密切，肾在生殖系统中起着主宰作用。古人说：“肾无实证”。的确，临床上治肾重补。补肾不外乎补肾阴肾阳，常常是补相对不足的一面，故有“壮水之主以制阳光，益火之源以消阴翳”作为补肾阴肾阳的主要原则。补肾多选用鹿茸、鹿角胶、阿胶、龟板、当归、枸杞子、沙苑子、杜仲、续断、柏子仁、菟丝子、人参、紫石英、熟地、山茱萸等味厚之品，补肾不嫌滋腻。

治冲任宜通补兼施。冲任虚证除用补法，也兼施于通法，以保持冲任二脉的充盈和周期性经血的排泄。徐灵胎认为：“治冲任之法，全在养血，故古人立方无不以血药为主者。”补冲任奇经，常以滋益肝肾、养血来体现，使其与体内之精血相应。

## （二）从中西医女性生殖轴比较中看其相互关系

### 1. 肾与下丘脑

中医学认为，肾、天癸、冲任构成一个轴，彼此相互影响，构成性周期的核心。我们把中西医两种体系的生殖轴做一比较，来进一步认识肾、天癸、冲任的关系。现代医学发展到今天，通过先进的科学技术手段和先进的医学科研方法，从神经和内分泌的实验研究中认识到下丘脑、垂体、卵巢三者之间的关系。它们之间相互依存，相互制约，是调节性周期的中心环节，其最终的效应器是子宫。前边已涉及到了肾、天癸、冲任之间的关系及相互作用，对于两种体系的比较，不少中医学者进行了有关的论述，认为肾相当于下丘脑，这仅仅从肾主生殖这个功能上比较。而中医的肾在整个神经内分泌系统中均占重要地位，它与现代医学中的肾上腺、甲状腺、免疫调节、微循环、代谢等亦有关。丘脑下部在此轴中处于高一层的调节和控制位置，具有神经内分泌功能，分泌对垂体激素产生促进作用的促性腺激素释放激素(GnRH)，从而使垂体分泌相应的促性腺激素。促性腺激素作用于卵巢，促使分泌性激素。性激素最后作用于子宫，使子宫内膜发生周期性变化而形成月经。这同中医的肾气盛，天癸至，任通冲盛，月经来潮的理论颇为相近。在肾、天癸、冲任这一轴心中，天癸的至竭，冲任的盛衰，月经的潮止，又取决于肾中精气的作用。从临床上看，若肾气虚衰，不能化生精血为天癸，则冲不盛，任不通，诸经之血不能汇集冲任而成闭经。

### 2. 天癸与垂体

中医认为在肾气盛的前提下，天癸才能泌至，而天癸至，则促进任通冲盛，月事以时下。天癸是一种阴精物质，能促进与生殖功能直接有关的冲任二脉通盛。若冲任相当于卵巢功能的话，天癸则具有促进和激发性腺成熟的作用，即相当于垂体所分泌和释放的促性腺激素，(FSH 和 LH)，所以天癸相当于垂体的功能，也就是肾与冲任之间的一种能激发冲任之气的精微物质，

### 3. 冲任与卵巢

冲任的功能与卵巢功能相对应。冲任是在肾气盛，天癸至的前提下通盛的，相当于接受丘脑下部—垂体的调控而产生性腺激素并作用于子宫而产生月经的卵巢的功能。我们知道卵巢与睾丸所产生的性激素都有促进第二性征发育的作用，古人认识到：“宦者去其宗筋，伤其冲任……故须不生。”可见冲任相当于睾丸、卵巢的功能。冲任损伤则性腺损伤，第二性征丧失或不足。

通过比较，中医的肾—天癸—冲任与西医的下丘脑—垂体—卵巢两个轴是有相似之处的，其两个轴最终都要作用到效应器官子宫，同时也更进一步说明肾、天癸、冲任构成女性生殖轴，彼此互相影响，互相联系，共同完成女性生殖生理过程。所以肾—天癸—冲任生殖轴在中医妇产科的生理、病理、诊断方面具有举足轻重的重要意义。

### （三）从生殖轴与妇产科疾病的关系看肾、天癸、冲任的相互关系

女性的主要生理特点是月经和妊娠，均表现在脐腹以下冲任二脉的起点处，徐灵胎在《医学源流论》中说：“冲任二脉皆起于胞中，上循脊里，为经脉之海，此皆血之所从生，而胎之所由系，明于冲任之故，则本源洞悉，而后所生之病，千条万绪，可以知其所从起。”又说：“经带之病，全属冲任。”不论脏腑及气血的异常，其结果必然导致冲任失调，或者直接损伤冲任，出现经、带、胎、产诸疾，而冲任可通过本身所联系的“轴”反过来影响天癸，当然也可以影响肾之功能，因“冲任之本在肾”。总之，女性不论生理、病理特点，都由这个轴互相影响而对子宫起作用。《素问·骨空论》说：“任脉为病……女子带下瘕聚。冲脉为病，逆气里急。”其“带下”为女性生殖系统疾患之广义。气逆，是冲气上逆；里急，泛指腹部拘急疼痛。冲任不固，可出现崩漏、带下滑脱、胎漏、胎动不安、滑胎、半产、阴挺等。冲任亏损可出现月经不调、月经过少、闭经、痛经、不孕等。清代叶天士《临证指南》云：“血海者，即冲脉也，男子藏精，女子系胞。不孕、经不调，冲脉病也。”“产后淋带……产育频多，冲任脉虚。”等都说明了冲任功能失调与妇产科疾病的发生有直接关系。然而冲任的功能紊乱无不是肾气亏虚所引起，所以冲任失调导致的妇产科病，在治疗上常常采用以补肾为主，兼盛其冲脉，通其任脉，也就是说即使表现为冲任二脉之病变，也需要责之于肾。故补冲任时，不忘补肾，如原发性闭经，治疗采用补肾气、益冲任之法。更年期综合征，中医认为是肾气渐衰，天癸将竭，冲任二脉逐渐亏虚，阴阳平衡易于失调所致，治疗以调补肾阴肾阳为主，也可以收到较好的疗效。临床上治疗月经病强调“固本治肾”。崩漏的病人，通过观察，大都有肾阴肾阳两虚的现象，因此“肾虚为致病之本”，治疗以补肾为主，积极调整肾中阴阳可以提高疗效。现代中药药理研究提示：补肾药通过对下丘脑的作用，能调整垂体和肾上腺的功能，并有助于使紊乱的神经、内分泌调节机能恢复正常。通过补肾起到补冲任调节内分泌达到调经、助孕、安胎等广泛的治疗作用。由此可见，在辨证施治时，如果能掌握好调补肾阴肾阳之法，并结合临床具体病情灵活运用，常可以在治疗妇产科疾患中获得显效。

### 参 考 文 献

- 1 李超荆, 俞瑾, 郭焕如, 等. 肾主生殖与排卵机理的初步探讨. 中医杂志, 1982, 23 (6): 69
- 2 俞瑾, 孙月丽, 归绥祺, 等. 补肾化“痰”治疗下丘脑—垂体功能失调性闭经. 中国中西医结合杂志, 1983, 3 (4): 203
- 3 俞瑾, 陈红英, 毛秋芝, 等. 肾主生殖的实验研究. 中国中西医结合杂志, 1989, 9 (9): 548

---

# 补肾法在妇产科中的应用与研究

祖国医学认为肾、天癸、冲任构成一个轴，彼此相互影响，形成女性性周期的调节系统。女性从生长发育到生殖、衰老，均在这一系统的调节之下进行，而肾则是这个系统的核心。肾气盛→天癸至→任通冲盛→月经来潮→受精妊娠；肾气衰→任虚冲衰→天癸竭→绝经→不育。可见肾是这一性调节系统的基本动力。由此确立了肾在女性生理病理中的特殊作用和补肾法在妇产科疾病治疗中的重要性。

肾为先天之本，元气之根。肾中所藏之精气是肾阴肾阳的物质基础。精气充足，则肾阴肾阳平衡协调；若精气亏损，则肾之阴阳失调，出现经、带、胎、产诸疾。因此，通过补肾，使精气得以充足，阳得阴生，阴得阳化，阴阳平衡，进而保证天癸按时泌至，任脉通畅，太冲脉充盛，血海蓄溢有常，维持女性正常的生理功能。可以认为，补肾法是妇产科病的治本之法。

## 一、补肾法的基本内容

### （一）补肾益肾，调整肾阴肾阳

肾虚包括精气虚衰，肾阳不足，肾阴亏损，阴阳两虚。在治疗时必须补其不足，益其泉源，才能精气充实，阴阳协调，生化无穷。

#### 1. 补肾填精，充养肾气

适用于先天精气不足，或后天精气亏损所致的第二性征发育迟缓、月经初潮来迟、月经后期量少、闭经、崩漏、带下、胎漏、胎动不安、滑胎、阴挺下脱、不孕等。应用时宜补益肾气，滋阴填精并举。常用药物如紫河车、阿胶、龟板胶、黄精、鹿角胶、鹿茸、杜仲、益智仁、覆盆子、肉苁蓉等。常用代表方剂如补肾固冲丸（《中医学新编》）、通脉大生丸（《中医妇产科学》）、大造丸（《杂病源流犀烛》）、赞育丹（《景岳全书》）、寿胎丸（《医学衷中参西录》）等。

#### 2. 温肾助阳，益火之源

适宜于肾阳不足，命门火衰所致的月经后期、月经量少、痛经、闭经、崩漏、月经前后诸证之水肿及泄泻、绝经前后诸证、带下病、妊娠水肿、妊娠小便不通、不孕症等。常用药物如附子、肉桂、巴戟天、仙茅、淫羊藿、紫石英、补骨脂、菟丝子、续断、肉苁蓉、鹿茸、鹿角胶、琐阳等。常用代表方剂如右归饮（《景岳全书》）、右归丸（《景岳全书》）、肾气丸（《金匱要略》）、内补丸（《女科切要》）等。

### 3. 滋肾养阴，壮水之主

适宜于肾阴亏虚，阴虚内热所致的月经先期、闭经、崩漏、经行吐衄、绝经前后诸证、妊娠心烦、产后盗汗、不孕等。常用药物如地黄、山茱萸、枸杞子、何首乌、黄精、玄参、女贞子、龟板胶、阿胶等。常用方剂如左归饮（《景岳全书》）、左归丸（《景岳全书》）、六味地黄丸（《小儿药证直诀》）、知柏地黄丸（《医宗金鉴》）、两地汤（《傅青主女科》）、养精种玉汤（《傅青主女科》）、增液汤（《温病条辨》）等。

### 4. 阴阳双补，酌情侧重

适用于阴病及阳、阳病及阴，或久病及肾，肾阴阳俱虚所致的月经先后无定期、月经量少、闭经、崩漏、绝经前后诸证、带下、不孕等。治疗时应根据阴阳偏颇，采取阴阳并补或滋阴补阳有所侧重，做到阴中求阳，阳中求阴。常用药物即滋阴药与助阳药酌情选用。常用代表方剂如归肾丸（《景岳全书》）、二仙汤（上海中医学院曙光医院方）、加减苁蓉菟丝子丸（《中医妇科学治疗学》）。

## （二）补肾法与他法综合运用

五脏之伤，穷必及肾。肾为五脏之本，心、肝、脾、肺各脏病变，在一定条件下，均可累及肾脏而发生心肾、肝肾、脾肾、肺肾同病，进而影响冲任，损伤胞宫，出现经、带、胎、产诸疾。因此在治疗上，补肾法又常与调整脏腑功能结合起来。临床常用的有补肾调肝，温肾培脾，交通心肾，滋肾润肺等法。

女子属阴，胞宫位居阴位，若肾阳不足，失其蒸腾温煦，则多有脂膜痰湿积聚冲任，填塞胞宫，影响其行使月经和摄精成孕功能。因而，益肾化痰也为妇产科临床所常用。

女子以血为用，各脏腑的功能失常多通过气血影响冲任胞宫，如脾虚而致化源不足，化源不足而致血虚，血虚而致胞宫失养；肝郁而致气滞，气滞而致血瘀，血瘀导致冲任瘀阻等。肾虚与血虚或血瘀并见也为妇产科临床所常见，因此常用补肾养血、补肾活血法。

### 1. 补肾调肝

适宜于肝肾不足所致的崩漏、闭经、痛经、滑胎、胎萎不长、不孕、阴痒等。常用药物除滋肾养阴之药外，养肝阴多用山茱萸、桑椹子、白芍等。常用代表方剂有一贯煎（《续名医类案》）、调肝汤（《傅青主女科》）等。

### 2. 温肾培脾

适宜于脾肾阳虚所致的痛经、崩漏、月经前后诸证之经行泄泻、经行浮肿、妊娠水肿、胎萎不长、带下、不孕症等。常用药物除温肾助阳药之外，温脾阳多用附子、干姜、高良姜等。常用代表方剂有健固汤（《傅青主女科》）、毓麟珠（《景岳全书》）等。

### 3. 交通心肾

适宜于心肾不交所致的绝经前后诸证、经行口糜、经行失眠、妊娠心烦等证。滋肾常用熟地、女贞子、桑椹子、山茱萸、玄参、阿胶；泻火宁心多用黄连、莲子心等。代表方剂有心肾交泰丸（《名医类案按》）、黄连阿胶汤（《伤寒论》）等。

### 4. 滋肾润肺

适宜于肺肾阴虚所致的经行吐衄、妊娠咳嗽、妊娠失音等。常用药物有生地、玄参、沙参、麦冬、天冬、百合等。代表方剂有顺经汤（《傅青主女科》）、百合固金汤（《医方集解》）等。



### 5. 补肾化痰

适宜于肾虚兼有痰湿凝聚冲任胞宫所致的月经后期、月经量少、闭经、不孕等证。治疗除用益肾药物之外，化湿涤痰常用陈皮、半夏、胆南星、石菖蒲、苍术、茯苓等。方剂多于益肾方中加入陈皮、半夏或合以二陈汤（《太平惠民和剂局方》）、启宫丸（经验方）、苍附导痰汤（《叶天士女科》）。

### 6. 补肾养血

适宜于肾虚兼有血虚所致的月经后期、月经量少、闭经、胎萎不长、不孕症等。常用药物如阿胶、何首乌、熟地、桑椹子等。常用代表方剂如养精种玉汤（《傅青主女科》）、毓麟珠（《景岳全书》）、补肾安胎饮（《中医妇产科治疗学》）。

### 7. 补肾活血

适宜于肾虚兼有血瘀所致的月经后期、月经量少、闭经、痛经、崩漏、不孕等。常用药物益肾多用熟地、阿胶、何首乌、枸杞子、续断、菟丝子、淫羊藿等；活血多用当归、川芎、红花、鸡血藤、泽兰、益母草、茺蔚子、牛膝、赤芍、丹皮等。代表方剂如益肾调经汤（《中医妇产科治疗学》）。

## 二、补肾法在妇产科的运用

### （一）崩漏

崩漏属妇产科常见疾病。其病机虽有寒、热、虚、实之分，但其本质仍属虚证，或虚中挟实证。临床以肾气亏虚，冲任不固，阴虚内热，热扰血海最为多见。另外，脾气不足，气不摄血，肝经郁热，热伏冲任亦较多见。

在治疗上，古有塞流、澄源、复旧三法。塞流为“急则治标”之法，并不意味着单纯固涩。塞流亦应根据辨证及“虚者补之，热者清之，瘀者消之”的原则，与澄源同时进行治疗，但总以补肾固冲止血为要。

孙氏等<sup>[1]</sup>将功血分为“肝肾阴虚”与“脾肾阳虚”两型，从肾论治，兼以养肝和补脾，分别制定处方，制成冲剂。肝肾阴虚型药用阿胶、女贞子、旱莲草、生地榆、制军炭，以滋补肝肾，凉血止血。脾肾阳虚型药用补骨脂、生黄芪、生白术、党参、杜仲，以温肾健脾，益气止血。临床观察 178 例，其止血有效率为 95%，证明了补肾法对出血性妇产科病有较好的疗效。

治疗崩漏不单纯以血止为最终目的，而是以期恢复正常的月经周期。这就需要在血止之后，继续调理脏腑，补益气血，亦即澄源与复旧。此为“缓则治本”之法。因肾为先天，气血生化之根本；脾为后天，气血生化之源泉；肝肾同源，肾水滋肝木，肝血养肾阴，在治疗上应以补肾为主，兼顾肝、脾。李氏等<sup>[2]</sup>用调整肾之阴阳的方法对无排卵性功血 100 例进行了治疗观察。对肾阴不足的 13 例，用单补肾阴的方法，有 12 例排卵，排卵率为 92.3%。将肾阴阳俱虚阴虚为主的 56 例分为三组：29 例应用肾阴阳并补以养阴为主，其排卵率达 96.6%；18 例单补肾阴，排卵率为 27.8%；另 9 例具脾阳虚症状的采用单补脾胃的方法，排卵率仅为 22.2%。将 31 例肾阴阳俱虚，阳虚为主的病例也分为 3 组：16 例采用阴阳并补，且以助阳为主，全部获得排卵；2 例单补肾阴者仅 1 例排卵；另 12 例单补脾胃仅 2 例排卵，排卵率为 16.7%。

7%。以上资料说明无排卵功血病人均有肾虚表现,在治疗上应抓住肾虚这个关键,根据辨证分别采用补肾阴或阴阳并补的方法,排卵率均可达90%以上。

## (二) 闭经

月经是女性在肾—天癸—冲任—胞宫的相互作用和协调下所产生的基本生理功能。这一功能正常的关键在于“盛”与“通”。“盛”即肾气充足,天癸泌至,太冲脉盛,血海满盈;“通”即任脉通畅,气血调和。闭经可分虚实。虚证闭经的病机,主要在于肾气不充,天癸不至,冲任不盛,胞脉不盈,以致血海空虚,无源可下。另外,心、肝、脾、肺各脏与肾气不相协调,亦可导致闭经的发生。对肾虚导致的闭经采用滋肾养血的方法治疗。

贺氏等<sup>[4]</sup>用归芪调经汤对虚性闭经患者进行了治疗观察。将31例患者分为气血两虚型和无证型两组,对两型病人均予归芪调经汤(当归、黄芪、仙灵脾、菟丝子、生姜、大枣)水煎内服。平均疗程3.5个月,总有效率83.9%。以上资料表明,虚性闭经即使无肾虚症状可辨,在治疗上仍要抓住肾虚这个关键,补肾养血,就能取得较好的疗效。

现代医学的多囊卵巢综合征以闭经为主者,属中医学闭经范畴。其基本病机为肾虚痰阻。根据其月经稀发和闭经,辨证为肾气不足;根据其多毛、肥胖和卵巢增大,辨证为痰湿凝滞,但痰湿亦由肾气不足,不能蒸腾津液,凝聚成痰所致。孙氏等<sup>[4]</sup>用补肾化痰法对133例多囊卵巢综合征患者进行了治疗观察。按肾虚与痰实所表现的程度不同,分为痰实型、肾虚痰实型和肾虚型三组,分别采用化痰为主兼补肾、补肾化痰和补肾为主兼化痰的治疗方法。结果痰实型排卵率达94.5%;肾虚痰实型为86.7%;肾虚型为64.9%,总排卵率为82.7%。

## (三) 痛经

痛经有虚实之分。实者气血郁滞,“不通则痛”;虚者精血亏少,“不荣则痛”。然痛经之证,往往虚实夹杂,即所谓“挟虚者多,全实者少”。凡虚性痛经或实中挟虚之痛经,均与肾气不足、精血匮乏有关。青春期女子原发性痛经较多,主要是肾气未充之故。肾气充盛,冲任方能流通,若肾气不足,则冲任流通受阻而引起疼痛。因此对少女痛经的治疗多从肾论治或兼顾到肾,往往可以取得较好的疗效。

子宫内位症属中医的痛经、癥瘕范畴。以往多认为此病因血瘀所致。经研究,对此病的认识有了新的看法。现在认为肾虚是本病的内在原因,即本虚(性激素失调);而出血粘连、阻滞经脉则为本虚所致的外在表现,即标实。在治疗上采取标本兼治,攻补兼施的方法,以补肾为主,兼以活血化瘀,或急则治其标,以活血化瘀为主,兼以补肾,均取得了较单纯活血化瘀为优的治疗效果。李氏等<sup>[5]</sup>以补肾祛瘀法对74例子宫内位症进行了治疗观察。根据辨证,认为此病多属本虚标实,以肾虚血瘀多见,约占病例的2/3,因而采取补肾祛瘀之法。自拟补肾祛瘀方(仙灵脾、仙茅、熟地、山药、香附、三棱、莪术、鸡血藤、丹参等),并酌情加减,每日1剂,水煎内服。对经行腹痛剧烈,腹中包块或后穹窿结节触痛者,用自拟灌肠方(三棱、莪术、蜂房、皂角刺、赤芍等)每日1剂,浓煎150ml,临睡前保留灌肠。另用耳穴王不留行子贴敷(取穴:子宫、卵巢、交感等)。74例患者中,治愈38例(其中妊娠24例),占51%;显效24例,占32%;好转9例,占12%;无效3例,占4%;总有效率96%。殷氏<sup>[6]</sup>用化痰补肾法治疗子宫内位症35例。于月经干净后服方1(生黄芪、丹参各30g,全当归、淫羊藿各12g,赤芍、夏枯草各20g,三棱、莪术、女贞子各10g,续断

15g, 生大黄、五灵脂各 6g, 血竭 0.3g), 每日 1 剂, 直至下次月经来潮后, 改服方 2 (生黄芪 30g, 当归 9g, 赤芍、丹参、墨旱莲、生地各 20g, 生、炒蒲黄各 12g, 茜草、地骨皮、续断各 15g, 女贞子 10g, 五灵脂 6g, 川军 9g, 乳香、没药各 3g), 酌情加减, 持续服药 3 个月~6 个月。结果痊愈 4 例, 占 11.4%; 显效 20 例, 占 57.1%; 有效 8 例, 占 22.9%, 总有效率为 91.4%。

#### (四) 不孕症

从“肾主生殖”的理论出发, 用补肾法为主治疗不孕症已为中医界所共识。在肾虚不孕症中, 卵巢功能不足, 排卵障碍是其主要原因。采用补肾法促发排卵, 提高卵巢功能已成为治疗不孕症的重要手段。尤其自 1970 年江西莲花县医院创用补肾及养血活血中药人工周期以来, 大大促进了中药促发排卵, 治疗卵巢功能低下所致不孕症的医学水平。

夏氏<sup>[7]</sup>认为, 整个月经周期确是一个阴阳消长的过程。经后期以阴长为主; 经间期则是阴长至重, 向阳转化的时期, 体内气血活动显著; 排卵以后, 阳气逐渐旺盛, 胞宫温暖, 有待受孕, 谓之经前期; 随着时间推移, 阳气至重, 经血来潮, 阳气下泄, 新的周期复始。根据这一规律, 确立相应的中药人工周期疗法: 经后期滋阴养血以奠定物质基础; 经间期调气活血以促进排卵; 经前期温补肾阳以暖宫待孕; 行经期活血为主以清源洁流。经过多年的临床实践与实验研究, 证明这些观点和治法是科学的和卓有成效的。

江西省女性保健院<sup>[8]</sup>根据辨证, 采用三种人工周期疗法: 中周 1 号, 以补肾为主; 中周 2 号, 以活血化瘀为主; 中周 3 号, 以温肾暖宫为主, 模仿经期生理改变, 以调整肾、天癸、冲任、胞宫之间的平衡。系统治疗不孕症 19 例, 其中无排卵型月经者 13 例; 黄体功能不健者 4 例; 1 例 11 年不孕, 经前诊刮报告为分泌期宫内膜; 1 例 3 年不孕, 治前未做检查。辨证偏肾阳虚者 5 例, 偏肾阴虚者 3 例, 肾虚肝郁者 5 例, 肾虚夹瘀者 3 例, 肾虚宫寒者 3 例。治疗结果 19 例均获得妊娠。

有学者认为, 人工周期在使用过程中, 并非如设计的按顺序治疗才能出现排卵, 有时往往不需服用活血调经方。葛氏等<sup>[9]</sup>将人工周期的促卵泡汤、促排卵汤、促黄体汤、活血调经汤四方合而简化为补肾方 (熟地 9g, 首乌 9g, 菟丝子 9g, 肉苁蓉 9g, 仙茅 9g, 仙灵脾 9g, 女贞子 9g, 旱莲草 9g, 枸杞子 9g, 续断 9g, 淮山药 9g, 当归 9g, 阿胶 12g), 治疗 133 个周期, 经期停药, 结果妊娠 8 个周期, 有效 51 个周期, 有效率为 44.3%。他们还将补肾方与活血补肾方进行了比较观察。活血补肾方系来自赵松泉老中医的经验方 (柴胡 9g, 赤白芍各 9g, 泽兰 9g, 益母草 9g, 刘寄奴 9g, 生蒲黄 9g, 牛膝 9g, 鸡血藤 15g, 女贞子 15g, 覆盆子 15g, 菟丝子 9g, 枸杞子 9g, 肉苁蓉 9g, 仙茅 9g, 仙灵脾 9g), 治疗 61 个周期, 结果妊娠 8 个周期, 有效 33 个周期, 有效率为 67.2%。两者相比, 活血补肾法优于单纯补肾法, 差异非常显著 ( $P < 0.01$ )。

李氏采用补肾活血的石英毓麟汤<sup>[10]</sup> (紫石英 15g~30g, 川椒 1.5g, 川芎 6g, 续断 12g~15g, 川牛膝 12g~15g, 仙灵脾 12g~18g, 菟丝子 9g, 枸杞子 9g, 香附 9g, 当归 12g~15g, 赤白芍各 9g, 桂心 6g, 丹皮 9g) 治疗不孕症 215 例, 结果受孕者 141 人, 受孕率为 65.6%; 显效 31 人, 占 14.4%; 有效 26 人, 占 12.1%; 无效 17 人, 占 7.9%, 总有效率为 92.1%, 证明了补肾活血法治疗不孕症可以获得较高的受孕率。

### （五）女阴白色病损

女阴白色病损属祖国医学阴痒范畴。前人认为此类疾病多因脾虚湿胜，肝郁生热，湿热下注或血虚化燥生风，外阴失于营养所致。常以清热利湿，或养血祛风之法治之，疗效不甚满意。自80年代以来，人们注意到外阴白色病损患者常伴有头晕目眩，腰膝酸痛，下肢无力，小便频数，腰骶冷感，性欲淡漠等肾阳不足之症，并根据色白属寒，血遇寒则凝的理论，将本病辨证为肾阳虚损，寒凝血瘀证。采用以补肾为主，兼活血化瘀等法，内外兼治，取得了较好的疗效。

山西省中医研究所妇产科女阴白色病损小组<sup>[11]</sup>于1980年~1982年对214例患者进行了治疗观察。患者中包括萎缩性硬化性苔藓、非特异性女阴炎、非典型性增生、女阴神经性皮炎、女阴湿疹等病。辨证均属肾阳虚损，寒凝血瘀，用温肾壮阳，活血化瘀，祛风止痒，温经通络法治之。方用丹参30g，当归、赤芍、紫苏、白芷、巴戟天、淫羊藿各15g，鸡血藤30g~45g，丹皮20g，桂枝10g~15g，并根据伴随症状进行加减，水煎内服。外用马齿苋30g，艾叶、川椒、硼砂各10g，痒甚者加生蒲黄、当归各15g，每日煎汤熏洗1次。自制治白膏1号、治白膏2号局部外涂。结果治愈9例，占8.9%；显效57例，占26.6%；好转102例，占47.7%；无效36例，占16.8%，总有效率为83.2%。

马氏等<sup>[12]</sup>对本病也进行了治疗观察。根据女阴白色病损位于阴部，肾“开窍于二阴”，病变部位属肾经；外阴色白，粘膜皮肤干燥，增厚或萎缩，属虚属寒，故认为肾虚精血不足是其病本。痒痛为外感风邪、湿热，或虫蚀所致，为其标。采用养血补肾，祛风止痒，清热利湿杀虫之法治之，取得了较好的疗效。治疗患者82例，内服消斑丸（黄芪3g，丹参3g，当归3g，白鲜皮4g，菟丝子3g，仙灵脾3g，白蒺藜3g，木香0.2g，共研细末，做成蜜丸或煎汤内服，为1日量），酌情外用自制消斑膏1号、2号、3号、4号。结果痊愈18例，占21.9%；显效40例，占48.8%；好转19例，占23.2%；无效5例，占6.1%。总有效率为93.9%。

## 三、补肾机理的研究

补肾法历来受到医学界的广泛重视，特别是80年代以来，随着自然科学的发展，人们更加重视对补肾法机理的研究。目前认为补肾法具有促进性腺机能、促进生长发育、延缓衰老、调节肾上腺皮质功能、增强机体免疫力、调整植物神经功能等方面的作用。在妇产科领域，补肾法机理的研究主要集中在对下丘脑—垂体—卵巢轴的影响上。下丘脑—垂体—卵巢轴是女性内分泌的调节系统，其作用与祖国医学的肾—天癸—冲任相似。因此，研究补肾药对下丘脑—垂体—卵巢轴的作用，即可提示补肾法对肾—天癸—冲任系统的作用机理。

促卵泡汤、促黄体汤是根据月经周期中内分泌变化规律而制定的中药方剂，对生殖内分泌具有明显的促进和调节作用。徐氏等<sup>[13]</sup>对促卵泡汤的作用机理进行了观察。将小白鼠分为三组，一组注射己烯雌酚，2天后阴道涂片即出现典型的角化细胞；一组注射“促卵泡汤”（熟地、当归、首乌、菟藟子、菟丝子、肉苁蓉各10g，肾阴虚型加女贞子10g，旱莲草10g，肾阳虚型加仙茅6g，仙灵脾10g），每12小时1次，连续注药5天，至最后1次注药或停药后24小时阴道涂片也先后出现50%以上的角化细胞；而生理盐水组直至最后1次注药后48小时均未出现角化细胞。现代医学认为，小剂量雌激素连续应用可以兴奋下丘脑—垂体功能，



促进促性腺激素的分泌及卵巢功能恢复;而大剂量雌激素则抑制下丘脑持续中枢及垂体功能,减少促性腺激素的分泌,使卵泡发育受抑制。上述实验表明,促卵泡汤与己烯雌酚的作用结果相同,只是作用较雌激素微弱,提示了促卵泡汤具有微量雌激素样作用。其作用机理可能是通过兴奋下丘脑—垂体而改善性腺功能。

奚氏等<sup>[14]</sup>通过观察促黄体汤对假孕大鼠垂体卵巢轴功能的影响,探讨了补肾方药在改善黄体功能方面的药理学意义。将假孕大鼠随机分为两组,实验组即假孕第4天开始,用促黄体汤(肉苁蓉10g,杜仲10g,菟丝子15g,淮山药15g,莲肉15g,益智仁10g,紫石英10g)水煎浓缩液灌胃,对照组灌等容量生理盐水。于假孕第4、6、9、12天各收集断尾血标本,并分别于第9、13天断头处死,取出双侧子宫、卵巢和垂体前叶称重,计数卵巢表面黄体。结果两组子宫、卵巢、垂体前叶重量指数和黄体计数均无显著性差异。血浆P含量动态观察,实验组第6、9天比对照组显著升高( $P<0.05$ 和 $P<0.005$ ),也比同组第4天显著升高( $P<0.05$ ),而对照组无显著升高。显示了实验组第4、13天血浆P水平与对照组非常接近,而第6、9天显著高于对照组,提示促黄体汤能进一步提高黄体分泌P高峰期水平,且能延长P分泌高峰期时间,但不能延长黄体寿命。此外,实验组血浆LH水平显著升高,提示黄体功能增强除受促黄体汤的直接作用外,还与垂体分泌LH增加有关。上述结果表明,促黄体汤在黄体功能兴盛期能直接作用于卵巢,或通过刺激下丘脑—垂体而间接地作用于卵巢,提高和支持黄体的功能,但不干扰生理性的黄体衰退,显示了中药治疗优于外源性性激素治疗的长处。

李氏等<sup>[15]</sup>的研究结果表明,正常雌性大白鼠给予助阳补肾中药(菟丝子、巴戟天、肉苁蓉、仙茅、淫羊藿)煎剂,对血中LH水平没有明显影响,但却使垂体前叶、卵巢和子宫的重量明显增加。特别是它能提高卵巢hCG/LH受体功能,表现对<sup>125</sup>I-hCG的结合量,hCG受体数目及亲和力都增加。表明卵巢对LH的反应可能提高了。而且大白鼠服用助阳补肾中药后,对注射LRH后分泌反应有明显增强作用,说明垂体对LRH的反应性提高了。作者指出助阳补肾中药可能增强下丘脑—垂体—卵巢促黄体功能,而这种作用并不是由于它们直接刺激垂体促黄体激素的分泌,而是提高垂体对LRH的反应性及卵巢对LH的反应性。这一点可能正是中药补肾的特点,并具有生理意义。

90年代以来,补肾法对内分泌功能的作用机理已深入到微观形态学的研究,通过细胞形态上的变化进一步探明补肾中药的药理学原理,使此类研究达到了一个新的水平。魏氏等<sup>[16]</sup>应用补肾药,对雄激素致无排卵大鼠垂体及卵巢形态学的影响进行了研究。实验采用了9日龄给雄激素致无排卵大鼠模型,灌服补肾中药水溶液后,观察其垂体、卵巢的形态学变化。补肾方剂为:附子12g,肉桂3g,补骨脂12g,仙灵脾12g,菟丝子12g,黄精15g,熟地12g。雌性大鼠幼鼠,经丙酸睾丸酮处理,阴道上皮持续角化,卵泡囊性扩张,排卵率为40%。灌服补肾中药水溶液后,阴道上皮出现周期性变化,排卵率上升到70%,黄体数量也有增加,卵泡壁颗粒细胞层次增加。观察模型组卵巢经亲和组化法显示虽有黄体形成,但孕酮受体为阴性,经灌服补肾中药水溶液后,孕酮受体转为阳性。此结果提示补肾中药对本模型中出现的黄体在数量及功能上均有作用。在实验中观察到,模型组的黄体细胞、间质细胞内脂滴数量增多,形态不规则,透亮,显然与性激素的合成被阻断,前驱物质堆积有关。而灌服补肾中药水溶液后,卵巢的黄体细胞、间质细胞内脂滴减少,此现象提示了补肾中药对卵巢的激素合成代谢方面也有明显的作用。对实验组垂体的观察发现,垂体细胞内的分泌颗粒出现“粒

溶”“自嗜”，有的分泌颗粒进入细胞间隙，有的即将逸出细胞膜，并在胞浆内出现脂滴及空泡。灌服补肾中药后，上述现象消失。此结果提示了补肾中药水溶液对垂体细胞分泌促性腺激素的功能有调整作用。

补肾化痰法为治疗多囊卵巢综合征的主要方法。俞氏等<sup>[17]</sup>对9例确诊为多囊卵巢综合征的患者均按肾虚痰实给予补肾化痰治疗（熟地、山药、补骨脂、仙灵脾、黄精、桃仁、皂角刺、冰球子，怕冷者加附子、肉桂），以观察补肾化痰法对下丘脑—垂体—卵巢功能的影响。治疗90天中，9例共来月经22次，其中6例计9个周期出现排卵，这9个周期在治疗中血FSH值和 $E_2$ 值均有上升，LH/FSH比值先下降，后lgT/lg $E_2$ 比值下降而排卵。13个无排卵周期无此现象。其作用机理可能是补肾化痰法促进了下丘脑—垂体的功能，使血FSH增加，激活了卵巢滤泡内芳香化酶的作用，使T转化为 $E_2$ ，造成滤泡内和血内雌二醇的增加以及游离睾酮的减少，正反馈作用于下丘脑—垂体，形成LH峰而恢复排卵。

清肝补肾法为治疗高泌乳素血症的主要方法。李氏等<sup>[5]</sup>曾治疗2例PRL升高的患者，按补肾化痰法治疗1年仍无效果，而改用清肝补肾法后2例均有排卵，PRL值也降至正常水平。提示清肝补肾法可以抑制垂体对PRL的分泌，去除高PRL对性腺轴的干扰，恢复性腺轴的正常功能。此项结果为“乙癸同源”提供了科学证据。

黄氏等<sup>[18]</sup>对48例围绝经期女性测定了血清雌酮( $E_o$ )、雌二醇( $E_2$ )、钙(Ca)、磷(P)、碱性磷酸酶(ALP)和空腹尿Ca/肌酐(Cr)比值，以及右侧桡骨骨密度(BMD)值。将绝经后女性随机分为补肾中药片治疗组和己烯雌酚治疗组，进行治疗前后自身对照研究。结果表明，绝经后血清 $E_o$ 、 $E_2$ 及桡骨BMD值显著降低，血清Ca、ALP及空腹尿Ca/Cr比值升高。补肾中药片治疗组使血清 $E_o$ 下降， $E_2$ 升高，血P及桡骨BMD增加，己烯雌酚治疗组使血清ALP及空腹尿Ca/Cr比值下降。提示雌激素缺乏是引起绝经后女性骨质疏松的主要原因，补肾中药片具有预防和治疗骨质疏松的作用，己烯雌酚具有预防作用而无治疗作用。

通过以上研究可以看出，补肾法在妇产科疾病的治疗及预防方面有重要的意义，但补肾法不能代替其他治疗方法，只有在辨证的基础上，准确把握病机，才能使补肾法发挥更好的效果。

## 参 考 文 献

- 1 哈荔田，等. 功能性子宫出血（崩漏）证治. 中医杂志，1985，26（6）：5
- 2 李超荆，俞瑾，郭焕如，等. 肾主生殖与排卵机理的初步探讨. 中医杂志，1982，23（6）：69
- 3 贺稚平. 归芪调经汤治疗虚性闭经临床研究. 中医杂志，1984，25（12）：35
- 4 孙月丽，郭焕如，俞瑾，等. 补肾化痰法治疗多囊卵巢综合征133例. 上海中医药杂志，1981，（6）：14.
- 5 李祥云. 补肾祛瘀治疗子宫内膜异位症74例. 上海中医药杂志，1991，（7）：20
- 6 殷秀兰. 子宫内膜异位症用化痰补肾法治疗——附35例分析. 上海中医药杂志，1993，（11）：21
- 7 夏桂成. 运用阴阳学说调治月经周期中的疾患. 上海中医药杂志，1983，（5）：24
- 8 江西省女性保健院. 中药人工周期疗法及其治疗不孕症的辨证应用. 全国中医妇产科学术会资料，1982
- 9 葛秦生，张以文，沈龙珠. 中医补肾法诱导排卵. 中医杂志，1982，23（5）：19
- 10 李广文. 石英毓麟汤治疗不孕症临床研究. 山东中医学院学报，1992，16（6）：20
- 11 山西省中医研究所妇产科女性白色病损小组. 中药治疗女阴白色病损214例报道. 中医杂志，1983，24



- (2): 30
- 12 马苗娟, 姚永红. 中药治疗外阴白色病变 82 例临床观察. 中医杂志, 1983, 24 (12): 18
  - 13 徐晋勋, 周前贵. “促卵泡汤”女性激素样作用的观察. 中医杂志, 1982, 23 (1): 65
  - 14 奚明, 符式珪, 吴忠华, 等. “促黄体汤”对假孕大鼠垂体卵巢轴功能的影响. 中国中西医结合杂志, 1988, 8 (2): 101
  - 15 李炳如, 余运初. 补肾药对下丘脑—垂体—性腺轴功能影响. 中医杂志, 1984, 25 (7): 63
  - 16 魏美娟, 俞瑾. 补肾药对雄激素致无排卵大鼠垂体及卵巢的形态学变化. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (3): 164
  - 17 俞瑾, 孙月丽, 邵公权, 等. 补肾化痰治疗多囊卵巢综合征中对下丘脑—垂体—卵巢功能的调节. 中国中西医结合杂志, 1986, 6 (4): 218

---

# 中药人工周期及其临床运用

中药人工周期疗法是以中医理论为指导，模仿女性月经周期的生理改变，用中药分阶段的周期性用药。科学家用以治疗功能失调性月经病等取得了较好的效果。中药人工周期疗法是中西医结合治疗功能性月经失调的一个新的尝试，探讨其临床应用的规律性和灵活性，将进一步提高疗效。

## 一、理论根据

中药人工周期疗法是根据祖国医学和现代医学对月经产生与月经失调机制的一些共同认识，以祖国医学辨证论治为基点，按“异病同治”“同病异治”“治病必求于本”“月满无补，月生无泻”的原则，结合现代医学有关月经的神经内分泌周期调节理论，针对月经周期各个不同阶段的生理变化而制定相应治则的一种治疗方法。其中以肾的阴阳转化为主要依据，同时以内分泌活动的变化作参考，调整脏腑气血阴阳正常水平的动态平衡，以恢复“肾—天癸—冲任—胞宫”（类似在大脑皮层控制下，下丘脑—垂体—卵巢—子宫）的功能，从而治疗因功能失调而致的各种月经病。

中药人工周期疗法的特点是以祖国医学的整体观为指导，着重于通过调整机体全身功能，提高机体固有的调节能力，从而使内在因素能正常地发挥作用，而达到目的。它不同于外源性激素的替代疗法。

## 二、治疗原则

程氏<sup>[1]</sup>将中药人工周期疗法的治疗原则，概括为以下几点：

### （一）以辨证施治为主

辨证与辨病、整体与局部相结合，着重改善机体全身的功能，又要注意调节冲任，纠正卵巢局部的功能紊乱；辨证地处理好调节阴阳与治病的相互关系。功能性月经失调患者虽绝大多数有脏腑阴阳失调现象，但不一定都有临床征象，有的甚至无明显症状。

### （二）急则治其标，缓则治其本

首先纠正紊乱的月经情况，再调整月经周期，即恢复排卵和增强黄体功能。

#### 1. 症状时期的治法

在出现症状时期，即月经失调标象阶段，应纠正月经紊乱，除个别特殊情况之外，一般

治标与治本相结合。如崩漏下血，多“塞流”与“澄源”同用；血崩大出血时又急当补气摄血，或回阳固脱，先用“塞流”法以治标；待出血减少或停止后，再“澄源”“复旧”，辨证施治以调经治本。

## 2. 平时的治法

平时调整月经周期应以益肾调冲任为主。肾藏精，主生殖。《素问·上古天真论》云：“女子七岁，肾气盛，齿更发长，二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”祖国医学认为，肾—天癸—冲任之间密切联系，相互影响，构成了女性性周期调节轴，这与现代医学中丘脑下部—垂体—卵巢构成女性性轴之说颇为相似。在肾—天癸—冲任这条性轴中，肾是核心。女性的生长、发育、生殖和衰老都和这条性轴紧密相关。现代药理研究提示，补肾药有促性激素样作用，能使丘脑下部及脑垂体兴奋，促进卵巢功能，增进性机能，因而能调整月经周期。

## （三）根据月经周期分期以立法用药

### 1. 经后期（卵泡发育期）

月经周期第5天～10天为经后期。此期随着卵泡的发育，雌激素分泌逐渐增加，子宫内膜在有关内分泌激素作用下完成内膜的增生修复，为排卵做准备。祖国医学认为，月经来潮后，精血耗伤，血海空虚，此时为阴血的恢复和滋长期。“经本于肾”“经水出诸肾”。肾为经水之源，肾精为经水来潮的物质基础，肾中精气充实，血海渐盈，月经才能按时来潮。因此，经后期应以填补阴精，养冲任为主，同时兼顾肾气，从而促使卵泡发育和子宫内膜增生，为经间期排卵创造良好的物质条件。

### 2. 经间期（排卵期）

月经周期的第14天左右为经间期。随着卵泡的发育成熟，雌激素分泌形成高峰，从而触发垂体分泌大量黄体生成素，引起成熟的卵泡破裂、排卵。祖国医学认为，此时是肾之阴精发展到一定程度而转化为阳的时期，即阴阳交替，重阴转阳的阶段。此时可出现白带突增，质稀透明，少腹隐痛，性欲增强，基础体温由低转高等现象。掌握好本期的变化和治疗时机是中药人工周期疗法的关键，所以本期调治重点是因势利导，在排卵前3天左右（约月经周期的第11天～14天）以温阳通络，行气活血为主法，以促发排卵。

### 3. 经前期（黄体形成和退化期）

排卵后至月经来潮前为经前期。此期是黄体成熟和退化阶段。成熟的卵泡破裂排卵后形成黄体，黄体细胞分泌大量的孕激素和雌激素，使子宫内膜由增生期进入分泌期，并继续增厚，分泌功能也逐渐旺盛，为受孕着床准备条件。祖国医学认为，此阶段是阴充阳长，肾之阳气渐旺，胞宫温暖待孕。当经间期男女二精媾合成孕，则脏腑气血在肾阳作用下汇聚冲任，濡养胎元。反之，未孕则脏腑气血下注血海，月经应时来潮。排卵以后，基础体温上升，呈双相者可认为是阳长为主的依据。因此，此期的治疗原则，务必恢复以阳为主的生理特点，以温补肾阳为主，但在以补阳为主的同时，尚须配合“阴中求阳”“血中补阳”等法，才能使阴阳达到新的平衡，使黄体发育良好，功能健全。

### 4. 行经期

月经的来潮，标志着新的月经周期的开始，此期是由于体内性激素水平骤降，子宫内膜得不到性激素的支持，造成内膜出血坏死脱落，形成月经。祖国医学认为，此期为阳气至重，

重阳转阴阶段。由于体内阳气日盛，血海按期满盈，在肾阳作用下，下泄排出而使经血来潮，新的月经周期又周而复始。经血能否顺利排出，关键在于“通”，旧血不去则新血不生，因此本期的治疗重点是通因通用，采用行气活血调经之法，以推动气血运行，胞宫排经得以通畅。

以上是分期立法用药原则的一般规律，但临床上还须结合具体病情，适当配合其他法则灵活运用，审因治本，决不可拘泥于一方一法。

#### (四) 根据不同的年龄阶段，治疗应有重点

女性各个不同的年龄阶段，在辨证论治中应各有侧重。刘河间指出：“妇人童幼天癸未行之间，皆属少阴；天癸既行，皆属厥阴论之；天癸既绝，乃属太阴经也。”在应用中药人工周期疗法时，各个不同年龄阶段，治法也应有所侧重。如青春一般以益肾为主；育龄期着重调肝治肾；更年期宜健脾益肾。

### 三、治疗方法

#### (一) 以“补肾—活血化瘀—补肾—活血调经”立法的中药人工周期疗法<sup>[2]</sup>

现大多采用江西省中药人工周期疗法，根据卵巢周期变化的4个阶段，相应采用“补肾—活血化瘀—补肾—活血调经”为周期性立法公式，并相应采用促卵泡汤、促排卵汤、促黄体汤、活血调经汤作周期性用药。

##### 1. 肾阳衰惫，冲任虚损证

促卵泡汤 仙茅、仙灵脾、当归、山药、菟丝子、巴戟天、熟地各10g。

促排卵汤 当归、丹参、菟蔚子、桃仁、川断、鸡血藤各10g，香附6g，桂枝3g。

促黄体汤 阿胶、龟板、当归、熟地、菟丝子、制首乌、续断、山药各10g。

活血调经汤 当归、熟地、丹参、泽兰、赤芍、菟蔚子各10g，香附6g。

##### 2. 肾阴不足，冲任郁热证

促卵泡汤 女贞子、旱莲草、山药、菟丝子、熟地、肉苁蓉、制首乌各10g。

促排卵汤 丹参、赤芍、泽兰、熟地、枸杞子各10g，桃仁4g，香附6g，薏苡仁15g。

促黄体汤 丹皮、龟板、枸杞子、女贞子、旱莲草、熟地、何首乌、肉苁蓉、菟丝子各10g。

活血调经汤 丹参、赤芍、泽兰、菟蔚子、熟地、茯苓各10g，当归、香附各6g。

服法：促卵泡汤经净后服4剂~6剂，促排卵汤排卵前服4剂，促黄体汤排卵后服4剂~6剂，活血调经汤经前服3剂。

#### (二) 以月经周期中肾的阴阳转化为主要依据立方的中药人工周期疗法<sup>[2]</sup>

80年代南京中医研究所根据月经周期中肾的阴阳转化理论进行治疗，此法分为三期。

##### 1. 经后期

以滋补肝肾养血为主要原则。因此期经水适净，精血耗损，血海空虚，重在滋补肾精，以益其损，调脾胃之气血，滋其生化之源。药物组成：当归、熟地、白芍、枸杞子、炒枣仁、菟

蔚子、女贞子、旱莲草、怀山药、鹿角霜、陈皮、砂仁各 10g，何首乌、菟丝子各 15g。

## 2. 真机期

以温补肾阳，益气活血为治则，药物组成：丹参、赤芍、茜草、红藤、蛇床子、菟丝子、仙灵脾、仙茅、怀山药各 10g，桂枝 6g。经前期治宜平衡阴阳，调和气血。药物组成：菟丝子、何首乌各 15g，女贞子、旱莲草、怀山药、石莲、当归、太子参、仙灵脾、仙茅各 10g。

3. 行经期 治以理气活血调经，因势利导。药物组成：柴胡 6g，当归、赤芍、丹参、炒枳壳各 10g，小茴香、川芎、香附各 6g。

# 四、使用方法及疗程

运用中药人工周期疗法，可根据月经失调的发病情况及病理机转，分别选用序贯疗法、经后疗法、经前疗法及经期疗法等<sup>[1]</sup>。

## （一）序贯疗法

按月经周期中各个不同阶段连续使用相应的治疗方法，周而复始，以使失去平衡的“肾-天癸-冲任-胞宫”之间的协调功能重新建立，恢复正常月经生理。适用于各种原因导致的功能性月经失调疾病，如无排卵型功血、闭经、月经稀发等。

## （二）经后疗法

在经后期和排卵前期进行治疗，着重通过调整经后（包括月经中期）脏腑气血冲任的功能，促使卵泡发育成熟及排卵。适用于功能性排卵障碍所引起的月经失调，如月经稀发、闭经、无排卵型功血（更年期除外）、多囊卵巢综合征、排卵期出血等。

## （三）经前疗法

在排卵后期、经前期进行治疗，通过调整经前脏腑、气血、冲任功能，使黄体发育健全、功能良好，或改善月经症状。适用于经前期紧张综合征、排卵型功血、代偿性月经、月经过少或痛经等。

## （四）经期疗法

在行经期进行治疗，以调整冲任、胞宫的功能，使子宫内膜剥脱干净，经血排出通畅，或改善月经症状。适用于痛经、黄体萎缩不全等。

应用中药人工周期疗法一般以 3 个周期为 1 个疗程，在临床症状明显改善或痊愈后，宜继续服药治疗 2 个~3 个周期，以巩固疗效。

### 参 考 文 献

- 1 程泾. 月经失调与中医周期疗法. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1984. 50~53. 83~84
- 2 高耀洁主编. 实用中西医结合妇产科学. 郑州: 河南科学技术出版社, 1990. 127



---

## 妊娠禁忌药及中药安胎治疗对子代的影响

妊娠期患病如何用药,中药安胎治疗对子代有无不良影响,这是人们普遍关心的问题。孕妇服药有可能通过胎盘对胎儿发生影响。因此,孕妇用药必须十分谨慎。妊娠期用药的原则在于如何审度利弊,防止用药不当,确保母子安全。用药不当主要涉及到对胎儿的有害影响,包括致死、致畸、致病及生长发育不良等。因此,一切有损于母体健康及对胎儿生长发育有损害的药物,都应尽可能避免。

孕妇用药后,药物可通过三种途径作用于胎儿。一是药物作用于孕妇而影响胎儿。药物通过影响孕妇的内分泌或物质代谢而影响胎儿,也可因药物引起孕妇过敏、休克造成胎儿死亡。二是通过影响胎盘功能,间接影响胎儿。有些药物使胎盘血管收缩,血流量减少,导致胎盘转运功能降低,使胎儿营养不足而致畸形,宫内生长迟缓或死胎。三是药物通过胎盘直接作用于胎儿。

孕妇服药对胎儿是否产生不良影响,与下列因素有关:

①药物方面的因素:相对分子量小于500的药物较易通过胎盘,相对分子量超过1000则较难通过胎盘;脂溶性高的药物易通过胎盘,脂溶性低者则较难通过胎盘;药物与血浆蛋白结合后形成大分子物质,难以通过胎盘,反之游离型多则进入胎儿体内也多。一般来说,用药的剂量大,时间长,对胎儿造成有害影响的可能也增加。多数药物在常规剂量下对胎儿可以无害,但大剂量则易产生不良影响。有些药口服后,经肠道吸收进入门静脉而至肝脏,经肝脏解毒,大部分分解为无害的物质,使药物的有害影响降低,而静脉或肌肉注射则无此过程。

②孕妇方面的因素:妊娠期孕妇的物质代谢和酶系统均有一定变化,用药后易产生不良影响。

③胎儿方面的因素:胎儿处于发育阶段,各器官的功能均不成熟,特别是肝肾功能不健全,分解药物的酶系统的功能不完善,药物易于在胎儿体内蓄积,产生不良影响。

药物对胎儿的不良影响,一是致畸形,二是中毒。其不良影响的性质与胎儿发育阶段有关。受精后2周内,药物对囊胚的影响是“全或无”,即接触药物后或胚胎很快死亡;或有害物质并未损害胚胎或损害少量细胞,由其他细胞分化代偿,胚胎不出现异常。但在胚胎器官分化发育阶段(受精后第3周~8周),各器官细胞已高度分化,失去多向性,药物影响部分细胞后无法代偿而造成畸形,这个时期称为致畸高危期,用药要特别谨慎。受精后第9周至足月妊娠,药物不易再造成解剖上的畸形,主要是出现中毒症状,影响胎儿的生长或器官的功能。

中医学对妊娠用药十分重视,《神农本草经》首先提出水银、牛膝、瞿麦、石蚕、地胆等多种“堕胎药”。北宋初年,《嘉祐补注本草·药性论》云虎杖“有孕人勿服,破血”,进一步强调妊娠期用药有所禁忌。南宋朱端章《卫生家宝产科备要》载卢医周鼎所编写的《产前所

忌药物歌》是现存医籍中最早汇集的妊娠禁忌药资料，稍后的医籍如《太平惠民和剂局方》、《妇人大全良方》等所收录的孕妇药忌歌，流传较广。明代李时珍《本草纲目》除收集了妊娠禁忌药物，还载录了堕生胎、活血流产、下死胎等对胎孕有影响的药物，成为这方面记载最多的书。1949年以后所编纂的中国药典也有孕妇忌用、孕妇忌内服、孕妇慎用等标记。

历来对哪些药物属于妊娠禁忌，或被称为妊娠禁忌的药物，临床如何运用等问题，存在着不同看法。现就中医古籍所记载，并结合一些药物的现代研究进行介绍。同时将西药中有不良影响的药物及中药安胎治疗对子代的影响一并进行介绍。

## 一、孕妇忌服、慎服中药的应用与研究

### （一）妊娠禁忌药

中医认为，凡峻下滑利、破血、耗气散气、大辛大热、苦寒冰伏、重坠及一切有毒之品，都被认为是妊娠禁忌药。据高氏<sup>[1]</sup>收集的载有妊娠禁忌药的医药著作中，共264种中草药（除去重复），其中有38种见于半数以上的文献中，如巴豆、斑蝥、半夏、雄黄、大戟、赭石、地胆、粉锡（胡粉）、附子、干姜、干漆、肉桂、槐角、三棱、瞿麦、藜芦、虻虫、茅根、牡丹皮、硃砂、牛黄、牛膝、牵牛子、蛇蛻、麝香、水银、水蛭、桃仁、天南星、天雄、通草、蜈蚣、乌头、蟹爪、薏苡仁、芫花、芫青、皂角。

麝香，《名医别录》谓其能堕胎，其他医籍亦谓此药有催生、下死胎和下胎衣等功效，历来被列为妊娠禁用，甚至有孕妇禁佩之说。有实验证明：用量为2ml/kg的麝香酊对离体的动物妊娠子宫有明显的兴奋作用，大剂量对子宫的收缩可呈半痉挛和痉挛状态；对孕兔在体子宫也有兴奋作用，晚期妊娠动物尤为敏感。

蜈蚣，古人谓能堕胎。徐氏<sup>[2]</sup>用于异位妊娠杀胚，开始用量为每次服3条，连服2周，妊娠试验仍为阳性；后加大剂量每次服10条，用药3天~4天，妊娠试验即转为阴性，说明一定剂量的蜈蚣可能杀胚。

水蛭，《神农本草经》谓其“破血瘕，无子”。周氏<sup>[3]</sup>研究表明：40%水蛭煎剂对孕卵的种植及早、中、晚期妊娠小鼠有明显终止妊娠的作用，与多种医籍谓其“堕胎”的药效相似。

芫花，《本草纲目》记载芫花根能“下鬼胎、癥块，或纳产户下胎”。在民间用芫花条引产成功的启发下，经分离提纯出有效成分芫花毒，其主要药理作用是引起胎盘蜕膜严重而广泛的坏死与炎症改变，最终导致胎儿死亡。我国已制成药物用于临床。

甘遂，《妇人良方》言其为“妊娠禁忌”。有人用50%甘遂乙醇溶液羊膜腔内注射可引起中期妊娠的胎盘间质水肿，滋养叶细胞坏死明显，胎儿循环系统和凝血系统损害，用药结果胎儿死亡。

天花粉，民间有用本品为末，以纱布包裹，塞入阴道而进行人工流产者。药理研究证实：具有抗原性的天花粉植物蛋白，能引起合体滋养叶细胞坏死及对蜕膜组织的损害而终止妊娠。

牛膝，性善下行，为破血通经、催产下胎之品。据药理研究及临床报道，本品具有收缩子宫的作用，局部使用能使宫颈管充血、软化、松弛，临床常用于引产。牛膝有川、怀之分，传统认为，活血通经、催产下胎宜用川牛膝；补肝肾、强筋骨宜用怀牛膝。但上述药理实验及临床报道所用牛膝均为苋科植物牛膝的根，即怀牛膝。说明不论川、怀牛膝，妊娠均应禁

用<sup>[4]</sup>。

薏苡仁，无毒性，且药性平和，一般认为对妊娠无危害。但据药理研究，薏苡仁油对兔与豚鼠的离体子宫能增加其紧张度与收缩振幅。故对习惯性流产患者或胎动欲坠者，薏苡仁仍应慎用，以防意外。薏苡根味苦、甘，性寒，其功与仁相似，尤能杀虫、堕胎。据报道，有用薏苡根（鲜品肉质根）嚼服引产者，7例中有6例引产成功（最短36小时胎儿产出，最长达7天胎儿产出），且无不良反应。故薏苡根应为妊娠禁用之品。

代赭石，质重而坠，为平肝降逆之品。《名医别录》谓：“主难产，胞衣不出，堕胎。”《药性论》载：“疗生子不落。”本品主要含三氧化二铁，尚含硅、铝、镁、锰等杂质，本草未言其有毒。但据测定，其含砷盐（有大毒）的量约为1/10万以上，超过了《药典》许可的标准。据动物实验，小鼠、家兔大量服用，均可致死。说明本品有相当的毒性，其毒性与含砷盐有关。临床使用常用量，水煎服，尚未见有中毒者。张锡纯常用本品治疗妊娠恶阻。一般妊娠呕吐重者，多为胎气较盛，流产者也较少，所以代赭石对胎气较盛的妊娠呕吐是可以使用的。但对胎元不固，有习惯性流产史或有流产先兆者，均应慎用。

芫青、斑蝥、地胆、乌头、水银等，均属剧毒类药物，即使不在妊娠期使用，稍有不妥也极易中毒。为避免影响孕妇健康及胎儿正常发育，妊娠期禁用是毋庸置疑的。

此外，国内还有人在孕妇忌用的中药中，应用小白鼠、大白鼠及家兔进行止孕药物筛选，发现莪术、皂角、姜黄、贯众等药有止孕作用，说明这些药有伤胎的可能性。

## （二）妊娠慎用药

凡活血行气、温热燥烈或泻下利水等药用之不当可以伤胎，故宜慎用。如大黄、芒硝、桃仁、红花、桂枝、枳壳、枳实、半夏、冬葵子、番泻叶、苏木、木通、滑石等。

药理研究表明：半夏的有效成分为半夏蛋白I，该成分能终止小白鼠早期妊娠。杨氏<sup>[5]</sup>研究指出：半夏汤剂在9g/kg体重用量时，对妊娠母鼠和胚胎有非常显著的毒性，制半夏汤30g/kg体重用量时（相当临床常用量的150倍）则能引起阴道出血，胚胎早期死亡数增加，胎仔重量显著降低。研究结果证实了古人“半夏伤胎”之说。但半夏蛋白I可经胃蛋白酶降解而丧失活性，因此常用的口服给药法可使半夏的毒性大为减弱以至消失。丁氏<sup>[6]</sup>报道用生半夏治疗10余例恶阻，从未发现堕胎流产之弊，常用量15g，最大量30g。若患者无胃酸或胃酸过少，则有可能因半夏蛋白I不能灭活而发生中毒。实验剂量较常用治疗量增高150倍才得出半夏有生殖毒性的结论。此外，临床所用半夏多经炮制，如姜半夏、法半夏、清半夏等往往毒性减弱，若能与生姜、人参配伍应用，除个别特殊体质患者外，孕妇不一定禁用，正如陈修园谓“半夏得人参，不惟不碍胎，且能固胎”，这说明半夏在孕期应慎用，但使用得当还是有其医疗价值的。

活血化瘀中药如益母草、桃仁、红花、当归、川芎等经药理研究证明有收缩子宫的作用，易导致流产，故妊娠期应慎用，尤其是在早期妊娠阶段更应慎用。孙氏<sup>[7]</sup>用当归、丹参、香附、桃仁、生卷柏、红花、赤芍、泽兰、牛膝、三棱、莪术、川芎等，水煎服，药后饮白酒25ml~50ml为引，对56例早孕患者行中药流产，结果：成功45例，无效11例，以妊娠40天以内，年龄30岁以上，分娩2胎以上者疗效为佳。王氏<sup>[8]</sup>自拟催经抗早孕方（益母草45g，川芎、延胡索、三棱、莪术各10g，牛膝、桃仁、红花、赤芍各15g）水煎服，加黄酒少量空腹饮用，对11例妊娠36天~56天的孕妇进行观察，结果8例引起阴道流血。钱氏<sup>[9]</sup>对46例单胎头位

的晚期高危妊娠,采用中药促宫颈成熟,使引产成功率达94.5%,基本方:当归15g,川芎9g,生熟地各12g,红花9g,冬葵子30g,生蒲黄12g,生大黄9g(后下),川牛膝9g,枳壳15g,龟板18g,党参12g,黄芪24g,甘草6g。从以上资料可以看出,活血化瘀方药,对早期妊娠以至晚期妊娠均有影响,其中多种活血化瘀药的组合及大剂量是造成流产或分娩的重要因素。

此外,国际围产期协作规划组研究结果提示,蒽醌类轻泻剂可使胎儿产生畸形的相对危险性增加,而蒽醌类轻泻剂如大黄、虎杖、决明子、番泻叶、何首乌等可以通过胎盘进入胎儿体内,故孕妇应慎用。

由于妊娠禁用药和慎用药的研究目前仍没有系统地进行,若孕妇因病必须服用某种妊娠禁忌药时,可根据“有故无殒,亦无殒也”的原则,酌情慎用。清代程国彭《医学心悟》云:“有病则病当之,故毒药无损于胎气,然必大积大聚,病势坚强乃可投之,又须得半而止,不宜过剂,则慎之又慎之矣。”可见对妊娠禁忌药既不可拘泥不用,又须慎重使用。尤其对身体虚弱,有习惯性流产史,或有先兆流产者,凡属妊娠禁忌药,不论禁用或慎用之品,均以不使用为宜,以免发生意外。

## 二、从现代毒理学探讨孕妇忌服和慎服的中药

赵氏<sup>[10]</sup>研究60年代以来期刊报道的103种中药长期毒性实验的光学显微镜组织病理学检查结果后,发现有44种中药能导致实验动物包括大鼠、小鼠、豚鼠、兔、狗或猴的消化、泌尿、心血管、内分泌、免疫、造血或神经等重要系统的器官组织出现光镜可以识别的病理损害,合计检出率达42.7%。在这些可能成为某些中药毒性损伤的靶器官中,肝、肾和肠胃道的受害率最高,分别占22.2%、22.2%和10.3%;其次为心肌占7.7%;内分泌系统占6.8%;其他如骨髓、肺、神经系统、免疫系统等病理损害亦有所检出。这44种长期毒性实验、动物病检光镜有阳性发现的中药是:疏风解表药桑叶;清热解毒药蒲公英、野菊花、天花粉、虎杖、千里光、半边莲、青黛、龙葵、野百合、山慈姑;清热解暑治疟疾药青蒿;清热平肝止痉药钩藤;祛风湿药独活、秦艽、苍耳子、八角枫、松萝、雷公藤;化痰止咳药半夏、马兜铃;平喘止咳药银杏;催吐药甜瓜蒂;催吐截疟药常山;泻下药大黄、蓖麻子;利水渗湿药泽泻、木通;活血化瘀药莪术、延胡索;驱虫药苦楝根皮;健胃利尿安神药啤酒花;补中益气药白术、甘草;补肾壮阳药补骨脂;温肾补虚止血药棉籽;内服治精神分裂症的外用解毒药马桑;内服只入丸、散剂的外用解毒消肿药蟾酥;外用解毒消肿药博落回,以及试用于抗肿瘤的中药长春花、喜树果、三尖杉、斑蝥、大猪尿豆等。上述动物试验的结果提示,有相当数量的中药有其易攻击的靶器官或靶系统,有的甚至可造成非常严重的致死性病变。值得注意的是,上述44种中药中,属临床常用者占一半以上。更值得探讨的是,白术、甘草、补骨脂这样的补益药,竟然也可能造成光镜可见的动物脏器病理损害。

尽管对中药的现代毒理学研究工作起步较晚,但根据以上资料,对孕妇服用中药的问题,应注意做到:前述有关中药,毒理实验是以单味药为处理措施进行研究的。在临床给孕妇用中药时,应考虑避免把上述实验中有毒的药作为单味药服用;尤其在妊娠3个月以内不宜单独服用,更不能大剂量长期服用。如果按中医辨证论治,随证在非单味药的复方中,给孕妇按传统常用剂量,配伍前述实验有关的常用中药作为短期服用,并不是禁忌的。因为动物实



验所用药物剂量,按相应体重计算,大大超过临床治疗常用量的若干倍<sup>[10]</sup>。

### 三、中药的胚胎毒性问题

在数千种中药里,是否有在并不损害母体的情况下,却能引起胚胎或胎儿于出生前或临产时死亡,引起胎儿畸形,导致出生前或出生后生长发育迟缓,或出生后功能异常等中药胚胎毒性问题,由于受历史发展的限制,中医药学古文献几乎没有记载。而采用现代药理学手段研究中药的胚胎毒性问题,临床也刚刚起步,不过在这极有限的文献报道中,已可看出按中医药学传统认识,无论是否属于孕妇忌服或慎服的中药里,都确有一些药通过实验能观察到遗传毒理学诱变效应<sup>[10]</sup>。

刘氏<sup>[10]</sup>1981年以来,采用 Ames 试验、活体染色体畸变、微粒检测等遗传毒理学检测方法,分别对 102 种常用中草药水溶性提取物,逐个做了诱变性和抗诱变性筛选试验,结果表明:槐花、杜仲、黄芪在 Ames 试验中,有明显的诱发染色体畸变的效应,洋金花、茵陈、熟地、红花等 13 种中药,在动物活体试验中有明显的诱发染色体畸变效应。

曾氏<sup>[10]</sup>观察了 106 科的 495 种中草药在传代细胞上激活 EB 病毒的作用,结果发现芫花、狼毒、黄芩花、了哥王、结香、黄毛豆腐柴、曼陀罗、金果榄、银粉、背蕨等的醚或水提取物,能诱发病毒早期抗原的出现。也有人通过筛选,发现槲皮黄素和山李黄素对沙门氏菌 TA<sub>98</sub>、TA<sub>100</sub>有强烈的诱变性;而槐实中含有大量槲皮黄素,紫菀、问荆中也含有。黄芩所含汉黄素对沙门氏菌 TA<sub>100</sub>也有强诱变性。也有报道静注黄连素可能对胎儿有中枢神经系统的毒性和导致胎儿大脑发育障碍,黄连素是黄连的主要有效成分,黄柏、三颗针、十大功劳、南天竹、古山龙等也含有黄连素。

此外,尚有报道中草药致癌性的动物实验研究,发现分别用蜂斗菜、款冬花、欧紫草、苏铁、蕨菜等喂饲小鼠、大鼠、豚鼠或地鼠 18 个月以上,使部分动物诱发了肝、肺、肾、膀胱、乳腺或胃肠的癌或肉瘤。由于药物致癌过程常包括一个致突变的过程,上述中药致癌性动物实验结果提示,这些中药是否也具有致基因突变的遗传毒理学效应虽尚难确定,但作为孕期服药宜忌来说,不能不持谨慎态度。

再者,刘氏<sup>[10]</sup>的研究发现,有 17 种中药对黄曲霉毒素 B<sub>1</sub> 染色体畸变有显著的抗诱变作用,其中甘草、柴胡、半枝莲和蛇床子尤为突出。

前述有关中药的遗传毒理实验也是以单味药进行研究的。孕妇服用中药应避免把实验有害药作为单味药服用。尤其在孕早期,一般不要长时间、大剂量服用中草药单方,这是一条可靠的经验法则。中医临证处方,一般多由 10 味左右的中药组成,其中是否有拮抗诱变的药效,也是不能排除的。何况传统中药饮片还有一套常规炮制方法以增强疗效和削减毒性,而且动物实验的结果,由于生物种属之间客观存在的生理、代谢等差异,并不能直接推论用于人类。所以中药的胚胎毒性问题还有待进一步观察研究。

### 四、对胎儿有不良影响的西药

#### 1. 抗菌药物

青霉素类、头孢菌素类、红霉素、对氨基水杨酸和林可霉素类毒性低,对孕妇、胎儿都

较安全。孕期使用有一定危险并应慎用者有链霉素、卡那霉素、氯霉素、利福平及灭滴灵。孕期禁用者有四环素及磺胺类。四环素类如：四环素、土霉素、金霉素、强力霉素等，在孕早期孕妇服用可引起胎儿指趾畸形或先天性白内障，孕晚期服用可与胎儿血中钙磷结合而沉积于骨质和牙蕾中，引起长骨发育不全和乳齿受损，牙釉质发育不全，牙齿发黄，到儿童时期也易发生龋齿。哺乳期服用可通过乳汁进入儿体，产生同样后果。氨基甙类如链霉素、卡那霉素、新霉素长期或大量应用，可使胎儿听神经受损伤，也容易使胎儿早产，产后常因呼吸循环衰竭而死亡（称“灰婴综合征”）；但如减半用量，使用时间不长，则可减少这种不良影响。孕妇服用氯霉素后因胎儿肝功不健全，解毒力很弱，也可引起“灰婴综合征”致新生儿死亡，也可抑制骨髓功能，使新生儿血小板减少，发生再生障碍性贫血。磺胺药可与血清蛋白结合，使游离胆红素增加，产生高胆红素血症，是胎儿和新生儿核黄疸的一个原因。呋喃类在孕晚期服用可导致新生儿溶血症。抗结核药利福平对肝功有损害，动物实验有致畸作用，故孕3个月内禁用，3个月以上慎用。灭滴灵对啮齿类动物有致癌作用，对细菌有致突变作用，故认为对人类也可能有危险或致畸。

## 2. 解热镇痛药

孕早期服用阿司匹林可使胎儿神经系统和肾脏发生畸形，晚期可因影响血小板的凝血机理而使胎儿和新生儿发生头部血肿、紫斑及便血等。非那西丁也可使胎儿肾脏畸形、贫血和肝功损伤，消炎痛可使胎儿动脉导管早期闭锁，以至胎儿死亡。扑热息痛可使胎儿死亡。

## 3. 镇静药

利眠宁、眠尔通、安定等都可引起脑、四肢或心脏畸形，以及兔唇等畸形。长期服用氯丙嗪可使胎儿发生视网膜病（黑色素沉着）。

## 4. 抗癫痫药

扑痫酮、苯妥英钠等可致兔唇、腭裂及指、趾畸形，也有报道可致先天性心脏异常或面型异常（短鼻、塌鼻、V形双眉及低位耳等）。

## 5. 抗过敏药

苯海拉明、扑尔敏、敏克静等有可能使胎儿发生兔唇等畸形，并可抑制新生儿呼吸。

## 6. 激素类药

孕早期使用性激素可使胎儿性器官发育异常。雄激素和合成孕激素可使女胎儿男性化，雌激素可使男胎女性化或女胎男性化（因雌激素代谢产物具有雄激素作用）。此外孕妇服用大量己烯雌酚可使女孩在青春期发生阴道腺病或腺癌。孕早期使用肾上腺皮质激素可致腭裂、无脑儿、死胎以及低体重儿。

## 7. 抗凝血药物

双香豆素和华法令在一些孕妇中可使胎儿视神经萎缩、小脑畸形及智力低下；临产前使用可致胎儿脑出血。

## 8. 维生素

维生素K<sub>3</sub>和K<sub>4</sub>可引起新生儿核黄疸。大量使用烟酸草也有引起畸形的可能。过量的维生素B<sub>1</sub>可致胎儿骨骼异常或先天性白内障。过量的维生素B<sub>6</sub>可使胎儿、新生儿血钙过高、智力障碍、肺小动脉狭窄及高血压等。

## 9. 其他

抗甲状腺药如硫氧嘧啶或他巴唑可使胎儿甲状腺肿大、智能障碍。大量碘剂也有同样作



用,故孕14周后,当胎儿甲状腺功能开始时应慎用。抗糖尿病药如胰岛素可使胎儿畸形, $D_{860}$ 可使胎儿低血糖和胎儿发育异常。奎宁可影响胎儿听神经功能,引起先天性耳聋。长期接触麻醉药,其流产率和畸胎率也有增加的报道。

## 五、中药安胎治疗对子代的影响

中医药安胎成功率较高,但经安胎治疗的胎儿出生后其智力及体格发育如何?这是社会、家长和医生们十分关心的问题。

国氏<sup>[11]</sup>做了寿胎丸治疗先兆流产和习惯性流产对娩出之婴幼儿的细胞遗传学研究,认为寿胎丸对子代遗传物质无明显影响。朱氏等<sup>[12]</sup>追踪随访,认为寿胎丸加味安胎对胎儿无任何不良影响。刘氏等<sup>[13]</sup>对中医药防治自然流产的追踪调查,对30例曾经中药安胎治疗成功后出生的儿童进行体格检查及智商测定,结果证明,经中药安胎出生的儿童在体格发育和智力发育方面与正常妊娠分娩的儿童无明显差异。刘氏等<sup>[14]</sup>对30例出生前用寿胎丸加减安胎治疗成功的儿童进行随访,并设对照组。通过智商及体格发育等指标的分析对比,认为中药保胎对后代无不良影响,并发现经保胎治疗后出生的小儿智商高于120的明显多于对照组,从而认为寿胎丸加减保胎有利于小儿智力发育,这一苗头有待于今后更广泛深入地进行探讨。

## 参 考 文 献

- 1 高晓山. 妊娠禁忌药议. 浙江中医杂志, 1980, 15 (11/12): 564
- 2 徐向春. 蜈蚣治疗宫外孕的经验. 全国首届中医学术会议论文汇编, 1979, 175
- 3 周世清. 水蛭对实验动物终止妊娠的作用. 中草药, 1984, (3): 18
- 4 苏明廉, 黄淑贞. “妊娠服药禁歌”诠释. 山东中医学院学报, 1988, 12 (2): 62
- 5 杨守业. 半夏对大白兔妊娠及胚胎的毒性研究. 中国中西医结合杂志, 1989, 9 (8): 481
- 6 丁学诚. 临床用生半夏初探. 中医杂志, 1987, 28 (3): 41
- 7 孙济民. 早期妊娠运用中药流产56例. 湖北中医杂志, 1982, (6): 43
- 8 王振华, 汤红. 催经抗早孕方简介. 浙江中医杂志, 1984, 19 (5): 228
- 9 钱祖祺. 中药促晚期高危妊娠宫颈成熟及引产146例临床分析. 上海中医药杂志, 1987, (10): 15
- 10 王成荣. 妊娠期服用中药的问题. 实用妇产科杂志, 1990, 6 (4): 179
- 11 国凤容. 寿胎丸治疗先兆流产和习惯性流产对娩出之婴幼儿的细胞遗传学研究. 辽宁中医杂志, 1984, 8 (10): 23
- 12 朱金凤, 余运初, 周楚华. 寿胎丸加味治疗先兆流产的临床观察及实验研究. 中国中西医结合杂志, 1987, 7 (7): 407
- 13 刘菊芳, 张玉珍, 王永达. 中医药防治自然流产的追踪调查. 新中医, 1990, 22 (4): 55
- 14 刘燕宁, 黄虹, 周晓爱, 等. 寿胎丸加减保胎对小儿影响的初步研究. 河南中医, 1988, (2): 14

[ G e n e r a l   I n f o r m a t i o n ]  
书名= 中西医结合专科病诊疗大系      妇产科病学  
作者=  
页数= 3 4 3  
S S 号= 1 0 3 1 9 0 6 4  
出版日期=

封面页  
书名页  
版权页  
前言页  
目录页  
上编

基础理论

- 第一章 女性生殖系统生理
  - 第一节 西医对女性生殖系统生理的认识
  - 第二节 中医对女性生殖系统生理的认识
- 第二章 妊娠生理及妊娠诊断
  - 第一节 西医对妊娠生理的认识及妊娠诊断
  - 第二节 中医对妊娠生理的认识及妊娠诊法
- 第三章 正常产褥期及保健
  - 第一节 西医正常产褥期及保健
  - 第二节 中医对产后的认识及产后调护措施
- 第四章 中医妇产科病因病机
  - 第一节 病因
  - 第二节 病机
- 第五章 妇产科疾病的诊断
  - 第一节 西医诊断
  - 第二节 中医诊断

中编 临床诊疗

- 第六章 女性生殖系统炎症
  - 第一节 外阴炎
  - 第二节 阴道炎
  - 第三节 宫颈炎
  - 第四节 盆腔炎
- 第七章 子宫内膜异位症
- 第八章 月经失调
  - 第一节 功能失调性子宫出血病
  - 第二节 闭经—溢乳综合征
  - 第三节 多囊卵巢综合征
  - 第四节 痛经
  - 第五节 经前期紧张综合征
  - 第六节 更年期综合征
- 第九章 妊娠病理
  - 第一节 流产
  - 第二节 异位妊娠
  - 第三节 妊娠剧吐
  - 第四节 妊娠高血压综合征
- 第十章 异常产褥
  - 第一节 产褥感染
  - 第二节 晚期产后出血
- 第十一章 不孕症

下编 专题论述

- 活血化瘀法在妇产科中的应用
- 妇产科常用方剂实验与临床应用
- 肾、天癸、冲任及其相互关系的探讨
- 补肾法在妇产科中的应用与研究
- 中药人工周期及其临床运用
- 妊娠禁忌药及中药安胎治疗对子代的影响

附录页