

临床辨病专方治疗丛书

LINCHUANGBIANBINGZHUANFANGZHILIAOCONGSHU

妇科

辨病专方治疗

王惠珍 江素茵
主编
戴西湖 谢福安
总主编

人民卫生出版社



F U K E B I A N B I N G Z H U A N F A N G Z H I L I A O

F U K E B I A N B I N G Z H U A N F A N G Z H I L I A O

F U K E B I A N B I N G Z H U A N F A N G Z H I L I A O

F U K E B I A N B I N G Z H U A N F A N G Z H I L I A O

R271.1
WHZ

临 床 辨 病 专 方 治 疗 丛 书

111454

总主编 戴西湖 谢福安

妇科辨病 专方治疗

*
*
*
*
*
*
*
*
*



主 编 王惠珍 江素茵

人 民 卫 生 出 版 社

解放军医学图书馆(书)



C0207685

临床辨病专方治疗丛书
总主编 戴西湖 谢福安
妇科辨病专方治疗

2004.17

主 编：王惠珍 江素茵
出版发行：人民卫生出版社(中继线 67616688)
地 址：(100078)北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼
网 址：<http://www.pmph.com>
E-mail: pmph@pmph.com
印 刷：北京人卫印刷厂
经 销：新华书店
开 本：787×1092 1/16 印张：20.75
字 数：424千字
版 次：2000年6月第1版 2000年6月第1版第1次印刷
印 数：00 001—5 000
标准书号：ISBN 7-117-03734-2/R·3735
定 价：29.00元
著作权所有，请勿擅自用本书制作各类出版物，违者必究
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)



编 委(按姓氏笔画排序)

临床妇科专方治法 妇科专方治法

王惠珍	邓月娥	江素茵	刘振芳
刘建华	余宗阳	孟 炜	汪敏华
陈云莺	吴冬梅	张新平	黄熙理
谢福安	戴西湖		

论现代中医临床诊疗体系的建立

——走出轻辨病重辨证的误区

(代序)

辨病论治或在辨病的基础上进行辨证论治，是中医学临床诊疗活动的完整模式和固有特色，构成了中医诊断学的完整概念。但在一个较长的时期以来，辨证论治被提到至高无上的地位，成了“基本法则”、“普遍法则”，成为中医诊疗特色的代名词，成为评析中医诊疗的价值标准，证的研究也就成了中医临床发展方向与“突破口”，而中医辨病的研究处于被忽视的地位。全国统编中医教材《中医学基础》明确指出，“中医治病，主要的不是着眼于‘病’的异同，而是着眼于‘证’的区别。”《中医基础理论》(五版)又说：“辨病论治是在确立疾病的诊断之后，根据疾病确立治疗的原则。对于简单的疾病来说，辨病论治是比较容易做到的，如蛔虫病应用驱虫剂治疗等等。但是多数疾病却是比较长的过程，在这个过程中，每个阶段的病理变化不尽相同，很难确立划一的治疗方法……，这就是为什么中医辨证论治比辨病论治用得多的道理。”全国统编教材《中医内科学》(五版)全书共列49个病证，其中符合辨病论治的只有感冒、肺痈、肺癆、哮喘、癲狂、痢疾、中风、癰疽等10多种，约占30%，其余均为辨证(症)论治。其他见诸报刊凡言中医特色优势的，莫不以辨证论治冠之于先，招标评奖、科研立项莫不以“证”为中心，出现了轻辨病重辨证的倾向，割裂了完整的中医诊疗体系，制约了中医诊疗能力，导致了中医临床医学的退化。过去我们经常提及要警惕“废医存药”的危险，如今则应警惕“废病存证”的危险。重新呼吁辨病论治，是中医认识疾病、诊断疾病、治疗疾病的飞跃，必将大大推进中医临床医学发展的进程。

一、论辨病的历史地位与贡献

(一) 识病、辨病为中医诊疗之原始

中医疾病史研究表明，中医诊疗始于识病。远在商周时期的甲骨文中，记述与疾病内容相关的就存有300多块、400多辞，其中包括头、眼、耳、口、舌、喉、鼻、腹、妇、儿、传染病等16种。《周礼·疡医》指出“疔首、痒疥、寒、咳上气为四时疔疾”，论述了疮疡、创伤、骨折等外科疾患；《山海经》记述有癰、瘰、癧、疥、癬、疔等38种病名；1973年出土于湖南长沙马王堆汉墓的《五十二病方》，因其内容以52类疾病为基础故名。其中包括内、外、妇、儿、五官各种疾病103种。

《内经》时代，提出疾病、证候、症状三种形式，著录病名300余种，比证名多10余倍，说明古代医学对疾病认识不仅早于证候，而且内容丰富。其论病，都能从病因、病机、转归、预后诸方面加以论述，《素问·至真要大论》纲领性论述就有病机十九条，

《内经》对有些病则作了专题论述,如《疟论》、《痿论》、《痹论》等。张仲景《伤寒论》首创辨病论治一词,论中各篇篇名,均冠以“辨××病脉证并治”,阐述外感热病40多个病名。《金匱要略》提出了肠痈、肺痈、浸淫疮等70多个病名,全书以病名篇,以病统证,据病施方,初步确立了辨病论治体系。

晋·葛洪《肘后备急方》多按病论治,对每种疾病均列出若干方以供选用。南齐·龚庆宣《刘涓子鬼遗方》对痈疽、疹、疖、疥、癣、瘰癧、诸痿多种外科疾病诊断亦较明确。隋·巢元方《诸病源候论》是我国现存最早的病因病候学专著,全书以病为纲,以源分候,论病1061种。

唐宋时期对内、外、妇、儿、五官等各科疾病的认识逐步分化,临床医学发展趋向专科化,出现了大量综合各科疾病的医著及专科论著。孙思邈《千金方》,有的按病列方,有的在辨病基础上辨证论治。王焘《外台秘要》,既按病列方,又分证列方,其中论病714个。北宋政府重视以成方治疗,设立了官府药局,《太平圣惠方》列有诸多辨病论治方药,促进了辨病论治与专方专药的发展。

明清医家对疾病认识不断深化,孙志宏《简明医彙》对200余病证各列一个主方,在主方基础上根据疾病不同表现进行加减,并列有成方及简效方,以备查阅,颇为实用;龚廷贤《万病回春》列有“诸病主药”。李时珍《本草纲目》主治第三、第四卷中亦载有大量专病专方。清代医家喻嘉言指出“先议病,后用药”。张璐在《张氏医通》中(卷13~15)列出内、外、妇、儿诸科各病专方,以备其用。可见历代医家对辨病论治论述丰厚,不断推进中医临床医学的发展。

(二) 中医学辨病论治的巨大贡献

1. 病名确立与分类 中医学在长期临床实践中已确立了众多疾病名称,如痢疾、白喉、肠痈、破伤风、肺痿、麻风、白癰风等,其中包括病名的二级分类,如黄疸《金匱要略》分为五疸等。《病源辞典》收载病名4000余个(其中含异名在内),云南省中医研究所整理的《中医疾病的整理研究》一书总结各科病名3671条,证名525条。

2. 病因学成就 中医对病因认识并非仅仅是六淫七情,对传染病、寄生虫病、营养缺乏性疾病、过敏性疾病亦多有涉及。如传染病方面,《古今医统》载麻疹“沿门彼户相传”,《肘后方》是世界记述天花最早的文献。“痲瘰”,古称“传尸”,宋《普济本事方》明确指出该病是“肺虫”所致。寄生虫病方面,《金匱要略》载有“食生肉……变生白虫”(绦虫病),《肘后备急方》记述了血吸虫病(溪毒)、恙虫病(沙虱)。《备急千金要方》载“癰中有虫”,而“疥”则有“疥虫”。钩虫病古称“黄肿病”、“脱力黄”,《丹台玉案》、《杂病源流犀烛》均有所论。隋唐医籍及《串雅》论述了丝虫病,对其下肢肿、阴囊肿、小便如膏均有描述。营养缺乏性疾病方面,如《备急千金要方》对痿病、脚气、夜囊肿、小便如膏均有描述。遗传性疾病方面,如《素问·奇病论》论及孕妇惊恐育的病因而致,指出癫痫病的先天因素。过敏性疾病方面,如《诸病源候论》有漆过敏的记载,陶弘景《补阙肘后方》提及“猝短气”的哮喘突然发作。明·戴天礼《秘传证治要诀》中明确指出哮喘有“宿根”,即指“过敏素质”或家族史,清·沈金鳌将食物过敏引起的哮喘称为“食哮”。

3. 诊断学成就 秦朝云梦竹简《封诊式》载有发现麻风病人送病迁所的简文，并有报告、鉴定、隔离一套制度。特异诊断指出消渴是口渴多饮，特异表现是多饮、多尿、多食、消瘦、尿如膏状或尿有甜味，《卫济宝书》已提出“癌”的名词，《仁斋指直方》明确指出“癌病而有恶变”。

4. 发病学成就 《金匱要略》对狐惑一病，记述了目赤如鸠眼、咽喉及前后二阴有溃疡的发病特征。《诸病源候论》“消渴诸候”指出消渴“患者必数食甘美而多肥，而且多发痈疽”，《景岳全书》论述白喉“无痛而涩，息难相入，不半日愈甚，面青瞳目声细，引颈求救，一日夜面歿。”对白喉引起窒息死亡作了形象描述。

5. 治疗学成就 《内经》以生铁落饮治癫疾，《伤寒论》以茵陈治黄疸、乌梅丸治蛔厥，《金匱要略》以百合地黄汤治百合病，以大黄牡丹皮汤治肠痈，《神农本草经》用海藻治疗瘰疾是世界上最早用含碘药物治疗甲状腺肿大的记载，以狂犬脑敷伤口治狂犬病。《备急千金要方》以廕治瘰，以龟甲治佝偻病，以羊肝治夜盲，以谷皮（楮树皮）、大豆治脚气，以上茯苓治梅毒，以雷丸驱虫。疟疾一病，《内经》有《刺疟论》，《神农本草经》用常山，《肘后备急方》用青蒿，康熙时曾用金鸡纳皮。外科手术，《灵枢·痈疽》指出脱疽“急斩之，不则死矣”，这是最早的截脚术治疗脱疽的记载。其他尚有历代医家创用的导尿术、整骨术、清创术、金针拨白内障等，丰富多彩。

综上所述，中医学对疾病的研究成就卓著，并在一定的历史时期曾居于世界医学的前列，它对疾病的认识方法和思维方法至今仍有很高的学术价值。

二、论确立辨病的核心地位与意义

（一）核心地位

疾病是医学中的基本概念。由于各种疾病的病因、病状、病机、病程各有不同，因而冠以特定的病名，以代表该病本质及特征。因此，每个具体的病名是医学上对该具体疾病全过程的特点（病因、病机、主要临床表现）与规律（演变趋势、转归、预后等）所作的病理概括与抽象，是对该疾病的本质认识。

1. 诊断学意义 疾病诊断是治疗的前提。一个符合实际的疾病名称，一般都是对某种病因病机在机体演化过程的综合概括。这个过程，通常皆具有相对独立性和一定的发展演化轨迹。宋代名医朱肱在《南阳活人书》中说，诊治疾病必须“名定而实辨”，“因名识病，因病识证，面治无差矣”。

2. 病机学意义 病机反映疾病本质变化的规律。任何疾病都有各自的本质变化及其发展规律，这种变化发展都是由疾病根本矛盾所决定的。由于疾病的根本矛盾不同，各种疾病也就具有了本质上的差异。

3. 把握转归预后的意义 疾病的发展变化，规定着病程长短与转归预后，当症状或证候消失后，病理改变尚未恢复时，如果不辨病只辨证，往往会无证可辨而失去治疗。只有把握“病”，才能掌握疾病发生发展与转归等变化规律。

4. 治疗学上的意义 徐灵胎在《兰台轨范·序》中说：“欲治病者，必先识病之名，能识病之名，而后求其病之所由生，知其所由生，又当辨其所生之因各不同，而病状所由异，然后考虑其治之法，一病必有主方，一病必有主药”，说明每个病由于其基本病因

不同,因此必有相应的主方主药,才能抓住纲领,有的放矢。历代前贤对疾病的治疗,创造积累了大量的专病专方专药。进而言之,只有把握疾病才能在临床中自觉地、主动地而有预见性地治疗。

(二) 病与证的 4 个关系

1986 年 3 月,卫生部在北京召开的“中医证候规范学术会议”给中医学的疾病概念作出如下定义:“疾病是在病因作用和正虚邪凑的条件下,体内出现的具有一定发展规律的正邪交争、阴阳失调的全部演变过程,具体表现为若干特定症状和各阶段相适应的证候。”这一定义,不仅对病因学、发病学及疾病特征、规律作了表述,而且也明确了病与证的关系。兹从以下 4 个方面论述病与证的关系。

1. 病为第一层次,证为第二层次 每一具体病名是医学上对具体疾病全过程的特点与规律所作的病理性概括与抽象,是对该具体病变的本质性认识。先立病,后分证,乃诊疗之次第;病为纲,证为目,乃病证之格局。朱肱《南阳活人书》说:“因名识病,因病识证,如暗得明,胸中晓然,反复疑虑,而处病不差矣。”

2. 病规定证,证从属于病 病的本质一般规定着证的表现和证的变动。徐灵胎说,“证者,病之所见也”。疾病有一定的发展变化过程,在疾病演变过程中,由于受各种因素的影响,可出现各种不同的证,但这些证候不是固定不变的,而是随着病情的变化而变化,受着疾病基本病理变化过程的制约和影响。同病异治,异病同治,是以证为核心,是中医诊疗重要特色。同一疾病存在于不同个体或不同阶段可表现为不同证候,因而可采取不同治法,但作为一个具体疾病,有其特定的病因与发展规律,规定着治疗方向,因而必有贯穿始终的治疗大法,必然也要有治疗的一张主方。如果只强调“异”的一面,偏离了对疾病本质的治疗,就要产生失误。如肺癆本质是癆虫感染,尽管可以出现肺阴亏损、阴虚火旺等证候,但仅滋阴润肺而不杀虫就不行。就异病同治而言,也不能只强调同的一面。如:麻疹、乙脑、肺炎都可以出现表证而治法各异;高血压病、更年期综合征、甲亢等疾病都可以表现为肝阳上亢证,但高血压易为化风化火,更年期综合征为水亏火旺,甲亢多痰气交结,郁而化火,虽异病同证,但同中有异。湿热下注可见于淋证、阴囊湿疹或女子带下增多,治疗也是不同的。

3. 病是整体 证是局部 临床上明确病名的诊断,便可根据该病的一般规律把握全局,有利于对该病本质的认识和辨证论治。如中风病,有先兆、卒中、恢复期、偏枯全过程,而诸种证候只是不同发病时期的表现,辨证时要有全局观点并预测其变化与后果。

4. 病贯始终,证是阶段 病名代表该具体疾病病理变化全过程的特点与规律;证代表疾病当前所处阶段的病理状态,只能反映疾病过程中全部病机的一部分,因而也就不是病机实体的全部信息,只是呈现的一个横断面。如中风病可分 3 个阶段:平素常出现头晕头痛,肢麻时作以及一时性语塞等,为中风先兆,乃由肝肾阴虚,肝阳上亢;而一旦出现突然眩仆、昏不知人等症状,则为卒中,系肝风夹痰、夹瘀,气血上逆,蒙蔽清窍而成;神清之后,往往脉络痹阻,表现为半身不遂、口眼喎斜、语言不利等中风后遗症。此病出现了几个不同阶段的表现和证候,但都沿着肝风夹痰夹瘀、上蒙清窍、经络痹阻的基本病机规律发展和变化。

（三）辨证论治的局限性

辨证论治自身存在着许多不确定的因素，定量性可检测的参数较少，因而具有一定的不清晰性及随机性，易受假象干扰，易受主观因素的影响。辨证论治缺乏对微观层次的认识，对某些已有器质性变化的疾病，因代偿而未表现出功能的异常或者尚无症状者，在法律诊断上、劳动力鉴定上尚缺乏明确标准，难以适应当前诊疗学的需求，这些问题具体表现在：

1. 无证可辨 中医对于疾病的诊察，主要凭借望、闻、问、切四诊。由于方法局限，对疾病认识的深度和广度受到限制。加之受“司外揣内”认知方法的影响，有些疾病的早期，已有器质性病变，却表现为隐匿状态而无法获知。如隐性糖尿病、隐匿性肾炎、肿瘤等疾病的初起，往往无证可辨，失去了早期治疗的机会。男性不育症的精液异常及乙型肝炎表面抗原阳性，若无化验诊断，依靠四诊无以确立。又如慢性肝炎、慢性肾炎等病经过治疗，症状消失，但化验仍有阳性指标。

2. 有证可辨、辨而有误 在某些情况下，虽有证可辨，但由于缺乏对疾病基本矛盾或本质的了解，往往事与愿违。如声音嘶哑症，倘若不明是喉癌，还是声带息肉、声带麻痹所引起，一般对症之方亦于事无补。

3. 对新疾病尚缺乏深入认识 随着时代的变迁，疾病谱发生了较大变化，大量新病涌现于临床，中医古籍多未论及，如先天性发育异常疾病、遗传性疾病、内分泌疾病、免疫性疾病、金属中毒、农药中毒等。

4. 对现代许多致病因素尚未纳入辨证体系 传统中医对病因的认识，大致不过外感、内伤、饮食、劳倦、房事、痰饮、气滞、疫疠等，而对新的致病因素所产生的病证尚未纳入辨证系统，以遗传因子为例，当出现异常染色体或某些染色体畸变，都会产生疾病。在免疫因子方面，致病性的免疫异常因子很多，不能笼统地将其归属为中医的“邪”或“毒”的范围，这就需要找出规律，或延伸病因辨证的科学内涵。

5. 缺乏群体疗效 传统的辨证论治难以全面反映多数群体病例的共同证治规律，难以发挥对某一疾病大面积的防治能力。

6. 概念含糊、不够规范 医生对疾病认识的着眼点不同，以致对同一病证得出不同结论。作为一种自然科学的定义，应是在它所属范围之内，无论用在何处，其含义都应该是一致的。中医学中常一事多指，阻碍了人们对疾病本质的进一步揭示。同一病证，有按病因、八纲、脏腑分型之不同，虽有证名，但标准不一，内涵不一，有的是单证，如气滞、血瘀、脾虚、肾虚；有的是复证，如肝郁血瘀、肝郁脾虚等，给探索辨证论治规律、总结疗效带来了一定困难和影响。

7. 缺乏病证之间的内在统一及证的动态变化研究 现今中医临床对病证间的统一认识不够，就是说每一种病应该包括哪些证候，一个病的必然证、或然证、兼夹证，这些理应有所区别，如果什么病下都是几个型，必然使辨证论治僵化。动态变化是证候的基本特征。从证的发生来看，有前沿证、非典型证、典型证。由于证候所处的阶段不同，有渐发、骤发之分，有深化、转化、突变多种变化形式以及向愈、加重等，对以上客观存在的问题，均需不断加以研究和解决。

三、论辨病研究中存在的问题

长期以来,中医病证研究多头进行,其研究结论出现种种不一,对于个人撰述见仁见智,姑且不论,但代表国家主管机构发布的有关《中药新药临床研究指导原则》(以下简称《原则》)、中医病证诊断疗效标准(简称《标准》)并要求按此实施的文本应相对统一。而事实上,卫生部、国家中医药管理局、国家技术监督局及中医药院校教材等亦多歧义。兹以卫生部发布的《原则》、国家中医药管理局发布的《中华人民共和国中医药行业《标准》》、国家技术监督局发布的《中医病证分类与代码》及中医院校全国统编教材中的有关问题举例说明如下。

(一) 病名分证不相统一

《临床研究指导原则》将癫狂合二而称,中医辨证分心肝火旺、痰气郁结、痰火扰心、心脾两虚、阴虚火旺、瘀阻清窍六证。《标准》则将癫与狂作为各自独立的病名。“癫病”分为痰气郁结、气虚痰结、心脾两虚、阴虚火旺4证;“狂病”分为痰火扰神、火盛伤阴、气血瘀滞三证。高等中医院校统编教材《中医内科学》则将“癫”分为痰气郁结、心脾两虚两证;“狂”分为痰火上扰、火盛伤阴两证。分证不一,造成混乱。

(二) 人为分证,画蛇添足

《标准》中将“蛲虫病”分为虫扰魄门证、脾胃虚弱证。《标准》对蛲虫病的定义是“由于蛲虫寄生于人体肠道,以肛门或外阴作痒,搔抓难忍为主要临床表现的寄生虫病”,而“虫扰魄门证”的定义是“蛲虫排卵时肛门发痒,夜间为甚”。此处病与证二者犯了“同语反复”、“循环定义”的逻辑错误。再则脾胃虚弱反复感染的患者就不虫扰魄门、肛门瘙痒?外科疾病中“胼底”、“鸡眼”、“扁瘻”等也分了若干证。

(三) 病证关系,表述含混

《原则》中对男性不育的中医辨证分为肾阳虚证、肾阴虚证、痰湿内蕴证、肝郁血瘀证4型。肾阳虚证主证是①“精液过冷,婚后不育”,这里“精液过冷”一词费解,何谓“过冷”、“稍冷”?又如何去辨?“婚后不育”,本患不育之病,却又置于证下,从逻辑上来讲是“逆源现象”,给概念下定义时直接包括有被定义的概念。②“性欲淡漠或阳痿、早泄”。其一,阳痿、早泄均为各自独立病名,此处却置于证下,颠倒了二者关系;其二,《原则》中“阳痿”分出命门火衰、心脾两虚、惊恐伤肾、肝气郁结、阴虚火旺、湿热下注6证;“早泄”分肝经湿热、阴虚阳亢、肾虚不固、心脾亏损4证,这10个分证均统于男性不育“肾阳虚证”之下,成了证中有病,证中有证,纷繁多绪,无法理清。其三,《原则》规定“性生活不正常”属于剔除病例,而阳痿、早泄当属性生活不正常范畴。这里却列为主证。③“精子稀少或死精子过多”。其一,不通过显微镜检测无法测知;其二,里却列为主证。④“射精无力”。其一,不通过显微镜检测无法测知;其二,里却列为主证。⑤“性欲淡漠或不射精”。这里的性欲淡漠与前述肾阳虚证中的性欲淡漠如何区别?“不射精”分为功能性不射精与逆行射精,都是痰湿内蕴证?《原则》对该病的临床疗效判断标准以配偶受孕及精子数量、活动力恢复正常为治愈,对“证”的任何方面均未提及,试问所设这些证候及其证候内涵有多少临床依据?辨证论治

后的归宿又是什么?

(四) 疾病分类概念混乱

《中医病证分类与代码》内科“外感热病类”列有太阳病、少阳病、阳明病、太阴病、少阴病、厥阴病,而在该书“证候标识符、证候类目名称和代码表”中,又有“六经证候”,即为太阳证候、少阳证候、阳明证候、太阴证候、少阴证候、厥阴证候。前者按《伤寒论》原著精神列为六类病,而后者又将此六者置换为6个证候,不同证候分类中又赋予不同名称的证,如六经证候中列有“少阳证”,病因证候中列有热伏少阳证、热郁少阳证、邪郁少阳证、邪入少阳证、邪在少阳证。大概念套小概念,此概念重复彼概念其临床实践依据与实际意义是什么?而在内科虫病类中列有“囊虫病”,在“中医证候名称与分类代码表”中的虫证类中列有“虫侵于脑证,囊虫侵脑证”,囊虫病究竟是“病”还是“证”?内科病证分列“哮喘病”、“喘病”,儿科病证中合“哮喘病”,尚又另立“肺炎哮喘”、“小儿咳嗽病”病名,同类疾病分类不一。

(五) 生造病名,不中不西

近年为了病历检查的需要,将某些西医病名改成中医病名,弄得不伦不类。如《标准》中外科疾病出现“精癰”病名,实前所未有。其解释为“精癰是由肾元亏虚等多种原因导致精室肥大,膀胱气化失司,以致排尿困难和尿潴留为主要临床表现的疾病,相当于前列腺肥大、增生”。什么是“精室肥大”?该条在直肠指诊中指出“精室肥大,表面光滑无结节……”明白无疑地说“中医的精室”就是西医解剖学上的“前列腺”,“精癰”之“精”,取精室之名第一个字,癰则为小便不通,二者相加则为“精癰”,这种疾病命名方式实为罕见,这种疾病命名不用说外国人不明白,中国人也弄不懂。中医所称男子精室所概较广,目前尚难以确切所指,而在这里突然变成了西医所指的“前列腺”,果真如此,慢性前列腺炎可直称“慢性精室炎”,而前列腺增生若直称“精室增生”,岂不直接了当?“胞”在中医学多指女子胞。妇科疾病中有“胞衣不下”、“转胞”等病名,有人指出,“胞生痰核”这一病名,从字面来看,胞——现在西医指女子“子宫”,“痰核”——多指结节类疾病。这样“胞生痰核”就成了妇科的子宫肌瘤类疾病。而中医学又将眼睑称为胞睑(《中医眼科学》五版教材),将胞睑内生核状硬结相当于西医霰粒肿称为“胞生痰核”,二者令人难以分清。对于辨病分型的状况,刘建华、戴西湖曾总结了以下几点:一是分型缺乏统一,造成证型混乱;二是固定分型固定僵死,有悖辨证论精神;三是一病多型,不利科研,四是证同方异,难圆其说;五是辨病分型易陷入型中分型(证中分证)的误区;六是存共性,有失个性,影响疗效。这些是临床面临的现实问题,很值得引起重视。

四、论中医病证研究原则

(一) 继承原则

如前所述,历代医家在数千年的医疗活动中,在疾病的认识与防治方面取得了巨大成就,疾病分类、病因学、诊断学、治疗学的成就都极为丰富。对此我们应认真加以继承,全面了解中医固有诊疗学体系,最大限度地吸取应用前人研究成果。

继承首先是通过文献研究,对历代辨病论治进行系统挖掘整理,客观分析中医诊疗

体系形成发展的内在规律，以古为今用。中医病名大多是前人在当时历史条件下形成的，反映了一定的认识规律，对历来沿用并能说明该病具有本质属性特征的病名如落枕、疝积、阳痿等均可采用。某些病名虽不能直接证明该病本质属性，但已约定俗成，能为医家所习用的，如脏躁、百合病、阳强、疟夏等也可习用。对古代病名中确能反映疾病特征而后世少用者，如热入血室、恶露不尽、产后郁冒等应注意发掘，恢复使用。

此外，中医病名有类病与个病之分，如仲景所论的伤寒病、吴又可提出的瘟疫病、叶天士提出的温病、陈平伯提出的风温、薛生白提出的湿温等，皆属于类病范畴，从不同侧面对多种温热病、疫病、季节性传染病的传变规律作了总结，今天仍有效地指导临床，如治疗流感、肺炎、流脑等不少是受前贤理论的影响，如不用其名，仍可用其理。

中医病证名称中不少是以症状作病名的。有些虽以症状作病名，但通过临床不断总结，逐步形成了有关这些症状的病因病机、临床特点、诊断和鉴别诊断的认识，从而确立相应的治疗原则，已具有病的实际内容。如咳嗽大约分之，有外感咳嗽和内伤咳嗽。《素问·咳论》指出，“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”，故又有肺咳、心咳、肝咳、脾咳、肾咳、胃咳、胆咳、大肠咳、小肠咳、膀胱咳、三焦咳之分，如有人治小儿百日咳以肝咳理论为指导，用钩藤、青黛、石决明、珍珠母，止咳颇捷；治咳而遗尿的膀胱咳，用五苓散加党参；治咳而转矢气的大肠咳，用补中益气汤加味，均取得良效。上述咳嗽分类不完全是气管炎、肺炎咳嗽、肺结核咳嗽所能涵盖的，如果舍去就会丢掉中医固有精华。

对治疗学成就的继承亦很重要，如风痺专方以稀莖丸、紫萍一粒丹治中风手足痿废不用，崩证用《集验方》九仙驱红散（黄芩、黄连、当归、生地、炒蒲黄、积雪草）治妇人崩中及诸血症，均多获验。青蒿素的成果源于《肘后备急方》，三品一条枪治疗宫颈癌成果来源于《外科正宗》，用于治疗白喉的清瘟败毒饮、养阴清肺汤来自《重楼玉钥》，均说明对于前人对疾病的研究成果我们应加以继承，不能因为病名不规范就因噎废食。

（二）否定与反思原则

中医学由于受当时历史条件的限制，对疾病及证候的认识，有的是浅表的，有的甚至是错误的。古代认识疾病有时采用类比、推导进行命名，如五疔、五崩、五膈、五脏疰、六经疰等，这类并不是客观存在的疾病，应予以废弃。如酒糟鼻现代研究是由螨虫引起的，《中医外科学》（五版）对其病因引《诸病源候论》“此由饮酒，热势冲面”而解。肢端动脉痉挛（雷诺病）引起的肢冷并不是阳虚，窦房结综合症的脉迟不一定是寒证，恶寒脉浮不一定是表证，静脉回流受阻引起的下肢浮肿并不是脾虚，对上述情况如果我们仍然用传统的中医理论去解释，必然导致错误的结论。从治疗学来说，中医对有些疾病疗效并不如西医，如用三仁汤治肠伤寒即是其例。我们不能认为传统的东西就是精华，不能割舍、改进、演化与发展。医学必须不断追求真理，才能真正地进步。而要逼近真理，就必须以唯物辩证法为指导，反映出否定之否定的认识规律，实现质的飞跃。中医辨病虽有着眼整体之长，但亦有笼统之短。如崩漏虽可按血热妄行、脾不统血分证进行治疗取得疗效，但不少情况下亦感困惑，如阴道出血过多，可因功能性子宫出血、异位妊娠、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、肿瘤等。若不加辨析，固守澄源、塞流、复旧等法亦难奏

效。同样,水肿病只分阳水、阴水,弄不清楚是肾源性、心源性、肝源性、营养性、内分泌性、药物性等原因,亦将茫然,甚至造成失治、误治。面对这些实际情况应加反思,设法弥补不足。

(三) 规范原则

长期以来,中医病名的命名方式、定义、内涵外延的界定等诸多方面存在不少问题,使临床诊断缺乏准则,从而影响了临床医学的发展。

1. 命名规范 疾病命名应含义确切,能说明该病特征,本质属性,即有别他种疾病的特有属性。首先应区分病、证、症的不同概念。如腹痛、胁痛不应再作病名。因腹痛只是一种症状,而这一症状可见于内科、妇科、外科等多种疾病之中,其命名没有体现出与其他疾病相区别之处;又如胁痛《中医内科学》的定义是“胁痛是以一侧或两侧胁肋疼痛为主要表现的病症,也是临床比较多见的一种自觉症状”。定义中同时用了“病”、“症”、“症状”3个概念。二要注意避免重复命名。如感冒,《中医内科学》载“是感受触冒风邪所导致的常见外感疾病。”《中医耳鼻喉科学》中又有“伤风鼻塞”类似病名。三要注意同一病名所指各异。如《原则》中提出了“痹病”的病名,就中医学而言,以“痹”名病甚多,《内经》言痹就有行痹、痛痹、热痹、着痹、筋痹、脉痹、皮痹、骨痹、肝痹、心痹、脾痹、肺痹、肾痹等多种。现在常用的也有胸痹、喉痹等病名,故“痹病”之名不知所指。《原则》对痹病的定义是“指外邪侵袭肢体经络而致关节疼痛、麻木、曲伸不利的病证”。而痹病中又指出主要是指类风湿性关节炎、风湿性关节炎。众所周知,前者是自身免疫性疾病,并不是外邪侵袭肢体所致,这种“合二为一”,将导致治疗方向错误。正确的病名诊断,不仅直接影响到临床治疗的效果,而且与学科理论的发展也有直接的联系。因此在实践中必须做到病名诊断准确。“男性不育”,占称“男性绝子”、“男子无嗣”等,现称“男子不育”。但男子不育既是一个独立的疾病,又是其他疾病或因素导致的结果,故还应针对不同情况作出进一步的诊断,如免疫性不育、特发性不育等。根据精液检测分析的结果作出的诊断则更加具体,如“无精子症”、“少精子症”、“死精子症”、“精子凝集症”、“精液不液化症”等。从宏观诊断到微观诊断的发展,反映了对疾病认识的深化。四是不宜采用比较含混的病名。如对急慢性前列腺炎多称为“淋证”,但“淋证”之病名却不能反映前列腺炎的实质,而且又易与西医学中性传播疾病的“淋病”相混,故临床诊断和文献报道宜直接使用急性前列腺炎或慢性前列腺炎之名。对古代文献中未作记载的男科疾病,当直接使用现代男科学的病名,如“精索静脉曲张”、“精囊炎”、“精液不液化”等,没有必要与古代文献中的某些病名对号入座。

2. 定义规范 《中医内科学》“厥证”的定义是:“厥证是以突然昏倒,不省人事,四肢厥冷为主要表现的一种病证。”而该篇分述的气厥、血厥、痰厥、食厥的诸多临床表现,并不符合上述定义。如食厥定义是“暴饮过食之后,突然昏厥,气息窒塞,脘腹胀满,舌苔厚腻,脉滑实”。《原则》将厥脱并称,指出是以“脉微欲绝、精神淡漠或烦躁不安、大汗淋漓、四肢厥冷为主”(相当于西医学中各种原因所致的休克)。而有的中医内科书则将“厥证”、“脱证”分称。随着医学科学的发展和临床诊治的深化,中医病名及定义的规范化,绝不仅仅是对古代文献的整理,而必须结合现代临床新的实践和引进科学模式

对其定义、范畴、体征、症状、脉象、舌象、分期、分型和发展转归建立一个基本框架，并有利于鉴别诊断，同时要兼收多学科之长，便于反映较多的生理病理信息，提高诊断的可靠性与准确性，以能推广应用。

3. 分类规范 《中医病证分类与代码》指出：疾病分类已成为用于疾病、损伤和死亡原因统计分类的工具，采用统一的疾病分类和代码是医疗质量控制和医院管理的一项基础性工作；是医疗卫生单位病案管理、卫生统计工作、提高医疗质量和数学水平、开展科学研究所必不可少的；也是每个国家福利、行政、人口、医疗保健诸方面制定政策的重要依据，它从一个侧面反映了每个国家的医疗管理水平。我国政府已于1981年决定在全国卫生部门统一使用《国际疾病分类》(ICD—9)。但中医学在长期医疗实践中，形成了具有自身特点的理论体系和辨证论治规律，不能沿用《国际疾病分类》，所以迫切需要尽快建立一个统一的、科学的、实用的、符合中医学理论体系的中医疾病分类代码体系，以满足中医医疗、教学、科研、卫生统计、病案管理、出版和国内外学术交流的需要，以利提高中医医疗质量，促进学术发展，加强与国际医学的交流、接轨，使中医学以全新的面貌走向世界。

4. 病证之间的规范 目前病下分证随意性较大，难以反映病证之间内在规律，必须在以往实践的基础上进行认真总结，探索内在联系，使之精化，经得起验证重复，符合科学总结。《中药新药治疗病毒性肝炎的临床研究指导原则》中，按病原学将病毒性肝炎分为甲型、乙型、非甲非乙型等，按临床分型为急性肝炎、慢性肝炎、重型病毒性肝炎，将中医辨证分为湿热熏蒸证、肝气郁滞证、湿邪困脾证、肝阴亏损证、热毒炽盛证等。将上述各种类型、各种性质病毒性肝炎均统之于这5个证，按此辨证论治，能分别治愈吗？中医临床照此下去，必然滑坡。

(四) 互补原则

优势互补是学科进步的必由之路。任何一门学科的发展都离不开同时代科学技术的渗透与影响。中医辨病论治也要同西医诊断学及各种先进学科相结合，取长补短。对西医诊断明确的病名可直接采用，如伤科骨折类之锁骨骨折、肱骨干骨折、颈椎骨折等。对有些以“证”命名的“病”，应予重新确定。如“胁痛”，因其病因、病性、病位较为复杂，没有特异性和内在规律，应降格为“证”名，而直接采用肝炎、胆囊炎、胆道结石、胰腺病或肋间神经痛等。对一些新的病名如艾滋病、川崎病等应采取拿来主义，不必另立新病名。而奔豚病、梅核气、遗精病，则可补充西医病名之不足。

中医辨病应吸收现代先进的理化检查方法，拓宽自己的诊断视野，在中医理论的指导下，去分析认识观察到的新内容，从中医角度揭示贯穿于疾病始终的内在规律，探求疾病内在的病因病机、传变规律。史大卓曾对此提出4个途径：①运用中医自身理论体系，认识疾病发生发展过程中的基本病理改变，在此基础上总结出自己的治疗规律。如脑血栓形成，血栓形成、血液粘稠度高，可归属于“血瘀”范畴；②根据病变部位认识病因病机，如再生障碍性贫血，因其病发部位在骨髓造血干细胞，中医根据肾主骨、生髓的理论，应用补肾药治疗；③根据发病特点认识疾病的病因病机，如对急性病毒性肝炎，根据其发病快、易传染的特点，中医认为其病毒属“疫毒”，其病位在肝，采用疏肝

柔肝、清热解毒之法；④根据微观生理病理改变认识中医“证”的阴阳消长变化的物质基础。我们希望能多些这样深层次的思考。

（五）创新原则

1. 认识新的疾病 由于疾病谱的变化，过去已有的疾病现在没有了，新的疾病又产生了，而中医病名已不适应医疗发展，需要在新的医疗实践中逐步进行新的探索。既然我们的前人在当时条件下，能创立出近 4000 种病名，我们理应也有所发现。

2. 诊断标准精化 中医对病名诊断往往失之笼统，缺乏精化，而西医学对许多功能性疾病的诊断则多能概念明确有清晰的标识。可见中医临床医学应在诊疗过程中详细占有资料，不断总结对疾病规律认识，创立新的可供遵循的诊断标准。

3. 对以西医学诊断的疾病，按中医理论探索新的病因病机 如乙型肝炎既往按“黄疸”、“胁痛”指导治疗，所分湿热熏蒸、肝气郁滞、肝阴亏损等证型与该病的病因病机不尽相符，有必要作深入探讨。盛国光对乙肝所提示的观点值得思考。即：①病因病机当为毒、痰、瘀。他认为湿热毒邪侵袭是慢性肝炎的发病原因。慢性乙型肝炎发病过程中，迁延反复，缠绵难愈，且常法难以取效，此与痰的病理特点颇为相合。慢性乙型肝炎病程较长，尤多入络之候，其络病及自外而入内者，系外入之毒邪导致肝、脾功能失调，继而痰瘀留滞，由此可见，慢性肝炎的病因病机当责之于毒、痰、瘀，三者相互搏结为患。②把握病因病机，指导临床治疗。毒、痰、瘀为慢性乙型肝炎的病机所在，根据病机确立解毒、化痰、消瘀的治法，经临床运用可收到邪除病愈的良效。

4. 确立以辨病论治为主体的诊疗模式 辨病论治为主体的诊疗模式是实现中医临床医学现代化的必由之路。但要使中医辨病有长足发展，必须采用先进的科学技术及先进的诊断工具用于疾病的诊断与研究。如将各种癌症统统归纳于“积聚”、“痰核瘰癧”之中，而将直肠癌下血当肠风便血，必然没有出路。因此，中医学必须突破固有框架，打破单一思维和固有格局，把生化、免疫、微生物、分子生物学、遗传学等现代科技引进中医学，必然导致现代中医对疾病诊断学的变革。

五、形成科学规范的开放式诊疗体系

实践告诉我们，表现形式与事物间的关系是多元的，也就是说同一事物可以有多种不同的表现形式，而同一表现形式又可为多种事物所共存，这种状况构成了事物本身是多角度、多层次的，是纵横交叉的关系。随着中医临床的发展，必须形成开放的诊疗体系，构建现代中医多元性的临床诊疗模式。

（一）辨病论治

1. 辨中医之病 由于历史的原因，长期以来，中医疾病名称比较混乱，诊断标准不够严格与规范，给临床实际运用带来困难，因而有人主张废弃中医病名，全部以西医病名诊断取代中医病名诊断，如此则问题有四：其一，中西医的基本理论和在疾病认识角度上存在着明显差异，即西医的病名诊断与中医的病名诊断是在不同的理论体系指导下形成的。西医的辨病依据是解剖分析、离体实验以及对人体疾病和致病因素的研究。而中医学辨病辨证则以阴阳、五行、藏象、经络、气血津液、正邪等理论为基础，通过望闻问切获得的资料进行分析归纳而作出的诊断，如全部由西医病名取代中医病名，中医

师则难以按中医学理论及中医学有关“病”的概念进行思维。中医师如不用中医理论思维，炎症用蒲公英、病毒用板蓝根、癌症用白花蛇舌草，那就失去了中医主体。曾有一妇人因便秘20天住院，拟诊肠道肿瘤，经剖腹探查未见肿瘤；老妇至此每日腹泻发烧不已，再诊为“肠道菌群失调”，需灌健康人新鲜粪便，为其所拒。后住西苑医院，赵锡武老大夫诊为太阳阳明合病，投以葛根黄芩黄连汤加半夏，3剂而愈。某些化脓性炎症，中医诊断为虚寒脓疡，用煨脓长肉或托里透脓而取得疗效。由此可见，中医临床必须首先立足于自身对疾病的认知体系，保持中医临床的特色和优势。从西医病名中受到启迪而有所借鉴是理所当然的，但绝不等于全部照搬替代，失去自我。

中医病名必须体现与中医理论体系相适应，必须运用中医的术语与概念，离开这一基本点中医就只剩下了方与药，也就等于废医存药了。事实上保持中医病名是完全可以做到的。其一，中医对《中风的诊断与疗效标准》就是较为成功的范例。其二，临床中有许多客观存在的病种，西医不认为是“病”，而中医一直作为疾病看待，积累了丰富的经验，补充了西医学之不足。如“遗精”，西医只承认生理性遗精，而临床上病理性遗精确实存在，保持中医病名诊断，可扬己之所长。其三，中医病名全部废弃不用，则前人疾病研究的巨大成果将会丢失，背离了继承原则。事实上中医现代临床许多卓越成果不少是从前人的研究中取得的。其四，放弃中医学自身对疾病的认识和探索，只能随着别人亦步亦趋，不能通过自身的认知方法有所发现、有所发明、有所创造、有所前进。其结果也只能是辨西医的“病”加中医的“证”了。由上可知，讲辨病论治，辨中医之病，必不可少，必不可代，必不可废。

(1) 单纯辨病：传统辨证模式一般是一病分几个证，或用脏腑辨证法分类，或用八纲辨证法分类等。但临床中，可根据疾病自身特点单纯辨病：如百合病、脏躁病、疟病、白癫风等，只要辨病准确，即可治疗，不必再作辨证分型。

(2) 辨中医之病结合辨中医之证：在辨病的基础上辨证，可补辨病论治之不足。例如同是痢疾，在其发展及变化过程中则有在气分、在血分或属实证、热证及虚实夹杂之不同，而施以不同治法。又如便秘，既可以单独作为一病施治，亦可以是其他疾病中的一个症状。如单独一病可采用辨病论治的方法，若为他病之症，则需辨证论治。在辨证中应注意主症与次症，主症与兼症，显症与隐症，并要重视主症与兼症也可以发生变易。辨病与辨证相结合，在特定情况下，又可灵活运用。如温热病不必谨守卫气营血传变程式，可采取扭转截断法，以尽快扭转病势，截断病根，遏止病情发展，以至治愈，这也是中医学的治疗思想。

(3) 中医辨病与分期、分型 由于疾病本身是多样性的，临床对有些疾病根据其发病及演变特点常进行分期，如麻疹分出疹期、收没期；百日咳分初咳期、痉咳期等外科化脓性疾病分酿脓期、成脓期、溃脓期、恢复期。中医男科常按病变发展过程分期：如龟头包皮炎可以分为一期（红斑期）、二期（渗出期）、三期（溃烂期），应分别论治；有的按病理变化分期，如阴茎癌根据癌体大小程度、有无浸润、有无转移等进行分期以确定治疗原则。分型如皮肤病中分脱屑型、糜烂型、丘疹型、红斑型等。

2. 辨西医之病

(1) 辨西医之病，融中医之论：对某些西医学的疾病，同样可在中医理论指导下去重新认识其基本病因病机，并针对这些病因病机遣方用药。如对脑溢血引起的昏迷，不能固守湿痰蒙蔽心包或热扰心神之论，而应从瘀血阻络、脑络瘀阻论治同样对头部外伤或脑生肿物，亦当对其主要病机进行论治。输卵管阻塞性不孕属中医少腹血瘀之证，而应用少腹逐瘀汤治疗。

(2) 辨西医之病，扬中医之长：如用中药人工周期治疗卵巢功能失调性不孕症，针对下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调的主要原因，根据妇女月经周期阴阳消长的变化规律，采用人工周期治疗卵巢功能失调。

(3) 辨西医之病，辨中医之证：这不等于在西医病名之下，千篇一律地列几个气滞血瘀、心脾两虚等证候去对号入座，而是病与证之间有着紧密的关系。如肾炎不仅辨阴水、阳水、风水，其肾性高血压及肾衰即当有其相应证候，以求与发病规律适应。此时的证是一标准化的证，而每一种病又是由几个标准化的证组成的复合体，从而做到局部与整体的结合由于病证结合既重视整体失调，也重视局部损伤，促进了现代中医对许多疾病的病机与证候更深入、更具体地认识，使遣方用药更具针对性。以胃脘痛为例，从病证结合论治，若是消化性溃疡病所致者，一方面疏肝、调气、补虚，从整体调治；一方面又针对局部病损，加用瓦楞子、乌贼骨等以制酸，加用白及等保护溃疡面以促进愈合；若是胆囊炎、胆结石所致者，一方面疏肝、调气从整体施治，一方面清热、利胆、排石从局部施治。如此等等，显然治疗更全面、更具体。现代科学技术如激光、超声波、CT磁共振成像等都可在中医理论指导下，成为对中医有用的检查手段；用微观指标认识与辨别证候，弥补了宏观辨证的不足，有助于中医研究的深入。另一方面还可以辨中医之证，涵西医之病。如血瘀证可涵西医之冠心病、风心病、脑血管病、宫外孕、脉管炎等。

(4) 辨西医之病，特异治疗：近年通过大量的临床与实验研究，出现了许多特异治疗的方药，如中药降脂、降酶、降浊等；不少中医在这方面做出努力探索，如用爵床草治蛋白尿，全蝎、雷丸治脑囊虫，蒲黄降脂，五味子降酶，生大黄治上消化道出血等。方有专用、药有专司的专方专药，与辨证论治并行不悖、相辅相成。近年创造出一大批具有高效、速效的方药，如靛玉红治疗慢性粒细胞性白血病，雷公藤制剂治疗结缔组织疾病，醒脑静用于高热神昏，柴胡制剂用于退热，生脉针、参附针用于抢救休克，冠心苏合丸、速效救心丸用于心绞痛，水蛭制剂用于脑卒中等等，都有较好疗效。

对中药的使用，在有的情况下要讲归经、升降浮沉，有的情况下要讲该药的特性和专长。古人也是如此，如桂枝治心动悸、脐下悸就是其长，威灵仙治鱼鳔便是其长。现代临床针对某些病理指标及病原体探索中药疗效，探索与筛选针对疾病和症状具特殊疗效的方药，同样是医务工作者的迫切需求。

(二) 辨症状论治

症状是审查疾病的组成部分。分析症状的特点及其主症兼症，发现新的特异症状，寻求新的对症治疗方法，增强中医应急处理能力，在急诊救治中尤有意义。钱三旗认为，辨症治疗在一般情况下，当处于病证的从属地位，但当症状危急时，就上升为主要矛盾了。对症治疗适用于下列情况：①症状较为局限，未对机体的整体功能造成影响的时候；②某

些症状较为突出，影响到疾病证候的发展规律，可以标本兼顾，甚至急则治其标；③现代微观体征的治疗。由此可见，在特定情况下，对头痛医头、脚痛医脚、即刻平喘、即刻止血、即刻止泻、即刻退烧、即刻止痛等的对症辨治，也必须加以重视。

（三）辨体论治

以疾病为系统，研究如何根据体质的差异，恰当选择药物的种类和用药剂量；以体质为背景，研究用药物改善病理性体质，有助于未病先防和治病求本。辨体论治将有助于减少药物的不良反应和增强治疗效果。许多遗传性疾病、过敏性疾病与体质关系尤大。以过敏性疾病而言，过敏反应的发生与过敏体质有关。所谓过敏体质，是指与正常体质相比较易发生过敏性疾病的一种病理体质，所以防治过敏性疾病的关键并不是一个病一个证的治疗，而是通过改善、纠正过敏体质，调节免疫功能，才能真正消除过敏性疾病对人们的危害。同一个人处于不同生理时期而诊治有别，如青春期功血、更年期功血等。尚有母病及子等，朝医“四象医学”，以及藏医以培根、龙、赤巴分体而治等，均体现了辨体思想，其强调不仅要治人的“病”，更要重视治病的“人”。

（四）辨时论治

即以生物节律、时间节律的理论为依据，按年、季、月、日、时不同节律进行诊断、治疗。以年而言，如“乙脑”在不同年份中有属暑湿、湿温之异，而分别采用白虎汤或通阳利湿法取效；以季而言，如“苦夏”则由于季节性因素致病；以月而言，则有按月经节律周期分别用方；以日而言，阳虚崩漏多见上午，需助阳摄固。时间中医药理学为中药临床应用提供了时辰择药依据，子午流注针法就是中医时间治疗学中最突出的部分。

（五）经络辨病

《灵枢·经脉》对各经是动病所生病皆有描述，如心经有异常则会在循行部位上出现相应病证。而络病治以放血、燔针、灸熨、微针、按摩等。

（六）建立方法学

加强对辨证内容的研究，首先要对中医原有的辨证内容进行系统的整理。证候与证型是两个不同而又有紧密联系的概念，舍弃证候，也就无所谓证型。主要证候、次要证候应有规范，有些辨证还需补充新的经验。如对心阳虚脱一证的辨别，可加入甲皱微循环的检查结果作为补充。为此，要研究证与病在规律性上的联系，力求辨病与辨证有机地结合，兼取中西医之长，更全面、深刻地认识疾病，丰富辨证论治的内容。疾病谱的变迁，要求中医对新生疾病进行研究，如重症肌无力、川崎病、艾滋病等均需进行探索性研究。

事物本身是复杂多元交叉的，如果以单一的思维去认识事物，往往会陷入片面认识的泥坑，而难以把握事物的全貌。中医临床也应采取多元思维结构的方式，才会更全面地了解疾病复杂的过程，从而产生与之适应的新的辨病辨证认知系统。确立新的诊疗体系是中医临床医学建设的基础工作，也是一项系统工程，是一项长期艰巨的任务，需要一个病种一个病种去做，可能需要几代人的努力。但我们深信，一个以传统方法与现代方法相结合的，既能充分反映中医特色，又建立在科学规范基础上的新的中医诊疗体系必将诞生。

戴西湖、谢福安主任医师等一批专家，经过艰苦努力新近编著了一套《临床辨病专方治疗丛书》（含内科、老年病、肿瘤、传染病、肾脏病、内分泌疾病、妇科、儿科几个分册），以辨病论治、专方专药为主要特色，并与中医传统辨证论治相结合，是一套反映当代中医诊疗体系的皇皇巨著。全书体现了实用性、新颖性、先进性和开拓性，既继承了中医药的特色与优势，又勇于创新，积极汲取现代科学技术和中西医最新研究成果，具有时代特征。深信此套丛书一经问世，必将对中医临床医学的发展起到重大推动作用并具有深远影响。

国家级有突出贡献专家、博士生导师

王 琦

全国著名老中医学术经验继承人导师

2000年3月于北京

前 言

“科学无止境”，中医学既然是应用科学，本身就存在着一个不断创新和发展的过程，唯有如此，才能在中西医并存和竞争的年代里具备生命力和竞争力。春秋战国时期，百家争鸣，著书立说成风，遂后《黄帝内经》问世；东汉张仲景涉猎群书，编著了我国第一部临床医学巨著《伤寒杂病论》；金元四大家各成一派；清代名医叶天士在“六经辨证”基础上创立了“卫、气、营、血”辨证；王清任勇于冲破封建思想的束缚，亮出自己的观点，著有《医林改错》等，无一不是在解放思想，开拓创新的前提下实现的。实践与历史证实了中医学的发展史本身就是一个不断创新和开拓的过程。

一、辨病专方的历史渊源

中医自古以来就重视辨病。在马王堆出土的我国迄今发现最早的医方书《五十二病方》中就记载了包括内、外、妇、儿、五官科等52类疾病，现存医方283个，用药达247种，基本上是以病论治，即在病名之下列出处方。《黄帝内经》亦记载了石瘕、肠覃、疔、痂等许多病名，所载“十三方”也基本上是对病治疗，如脾瘕以兰草汤为治，怒狂以生铁落饮为治等，就没有提出疾病的分型，实际上只是根据病症进行治疗的一种经验方药，是早期辨病论治和辨病专方的雏形。

汉代医圣张仲景所著《伤寒杂病论》，虽说是奠定了中医辨证论治的基础，其中也不乏辨病论治的思想。如《金匮要略》其篇名就是“辨××病脉证并治”，书中还提出了霍乱、狐惑、肺痿、肠痈、消渴等杂病的治疗，如肠痈用大黄牡丹皮汤或薏苡附子败酱散，腹痛用芍药、甘草等传统的辨病专方专药。

北宋政府重视以专方成药治病，设立了官府药局，并组织编写大型方书《太平惠民和剂局方》。书中大量方剂被制成丸、散、膏、丹等成药广为使用，如至宝丹、苏合香丸、黑锡丹、小活络丹、化虫丸等，并一直沿用至今。以该书的颁行为标志，专方成药治病形成风气。

明清时期，温病学派强调“诊病施治”，对风温、湿温、烂喉丹痧等都是以辨病为主。叶天士特别指出“疾病有见证、有变证、有转证，必灼见其初终转变，胸有成竹，而后施之以方。”徐灵胎先生在《医书全集·兰台轨范序》中亦说：“欲治病者，必先识病之名，能识病之名而后求病之所由生，原其所由生，又当辨其生之因各不同，而病状所由异，然后考虑其治之法，一病必有主方，一病必有主药。”至此，已经认识到每个病都有其基本的病因病机，变化规律、主要治疗方法及药物。

二、传统辨证论治面临的挑战

随着科学技术的迅猛发展,现代诊疗仪器的广泛应用,对疾病的认识和诊断水平也在不断提高。相比之下,传统中医在疾病诊断方面的局限性也日益突出。中医传统病名概念模糊,有以症状命名的,如咳嗽、哮喘等;有以病因命名的,如伤寒病、温病、痰饮等;有以病位命名的,如头痛、腰痛等;有以节气命名的,如春温、秋燥等,均反映不了疾病的本质。概念笼统模糊的诊断已难于适应当今医疗保健的需求。如我们在临床上就遇见一例胃癌患者,以呕血、便血伴腹痛、发热、进行性消瘦、上腹部肿块为主诉,中医可诊断为:①吐血;②便血;③胃脘痛;④癥积;⑤发热;⑥虚劳。6种病证如按逻辑推理就可能有多个证型、多个治则、多张代表处方,理论上可分,但实际上不可能,只能在“急者治标”理论的指导下,先拟一张主方进行对症加减。其要害是这6个病名均不能反映其恶性肿瘤的本质,更无恶性肿瘤的诊断。当今,无法治愈肿瘤也许情有可原,但无法确诊肿瘤,那就太说不过去了。因此,为了解决病名落后于临床的现实问题,近代中医医师们已经自觉与不自觉地采用西医学的病名。随着社会的发展,疾病谱的扩大,传统中医辨证论治面临着许多新的课题,诸如先天性疾病、结缔组织病、免疫性疾病等等,国家标准、中医药行业标准及中医院校教材中并无相应的病证名称。此外,临床经常遇到一些无证可辨的情况,如隐匿性肾炎、隐性糖尿病、无症状的肝胆结石症、泌尿系结石、无明显症状和体征的乙肝表面抗原携带者、某些先天性和风湿性心脏病心功能代偿期、肿瘤的早期等,病人虽无不适感,但通过现代诊断仪器及化验检查均能明确诊断。这就要求中医的传统辨证论治应吸收现代科技研究的一切最新成果,建立起完善的微观辨证论治的指标体系,实现辨病与辨证论治相结合的科学诊疗体系,才能摆脱无证可辨的困境。

从人类对疾病的认识或是在临床具体诊治病人的过程中,辨病与辨证二者总是互相补充,相互依存的。《赵锡武医疗经验》中就指出:“有病始有证,而证必附于病,若舍病谈证,则皮之不存,毛将焉附?”可见辨病有助于抓住贯穿于整个疾病发展过程中的基本病理变化规律;而辨证则是侧重于疾病某阶段病情状态的整体认识。已故的一代中医大师岳美中先生语重心长地说:“余谓中医治疗,必须辨证论治与专方专药相结合,对于确实疗效的专方必须引起高度重视”;姜春华教授也曾指出了“古人有专病、专方、专药,不要有唯证论观点。”说明了许多知名的专家学者们都极力强调了辨病专方专药的重要性。

三、辨病与专方辨证论治的现状

早在20世纪50年代,就有中医专方治疗乙脑的大样本病例报告。60年代出现了更多的专方,如黄芪建中汤治疗胃溃疡,双解素注射液治疗流行性乙型脑炎。70年代开始了慢性支气管炎、支气管哮喘、冠心病等中医治疗的研究,冠心Ⅱ号控制心绞痛发作,抗心梗合剂降低心肌梗死死亡率等。80年代以来,广泛开展肿瘤及老年医学和急救医学的辨病专方研究。如健脾益肾冲剂联合化疗,提高免疫力,减低毒副反应;参麦注射液的抗休克作用等。还从若干效方中提出了一些有效单体,如从慢性粒细胞白血病的效方当归芦荟丸中筛选有效单味药青黛,又从青黛中提取有效单体靛玉红。还从许多传统中药中研究证实并从中开发出高效的单体药物,如青蒿素、山莨菪碱、鹤草酚、延胡索乙素

等。其他如从粗榧属植物中分离出治疗急性粒细胞性白血病的三尖杉酯碱、高三尖杉酯碱；从鬼臼毒素中开发出治疗小细胞肺癌的 VP-16 和 VM-26；从红豆杉属植物中分离出对实体瘤如卵巢癌有治疗作用的紫杉醇等，这些高效单体就是地道的专病专药，因其疗效高，可重复性强，在临床上广为使用。

翻阅近几年的中医期刊杂志，不难发现，目前中医临床、科研的大宗案例报道已逐渐趋于使用专方专药治疗。我们随机统计了 1988 年和 1994 年的中医文摘，其中 1994 年属临床报道的 1321 篇中，专病专方就有 982 篇，占 74.4%；辨病论治共 1286 篇，占 97.4%，而真正按中医传统辨证论治的临床报道 35 篇，占 2.6%。可见，辨病论治已是目前中医普遍采用的诊疗模式。

四、辨病分型论治的反思

自从辨病与辨证分型相结合提出之后，人们似乎看到了中西医结合的未来。但是，在临床实践中，随着医学科学的发展，对其是褒是贬，已趋分明。30 多年来的临床实践，特别是现代医学由深入、多层次并占有一定优势地位的以分析为主的方法，以其不可阻挡的客观性、科学性、系统性漫步于中华大地，临床工作者开始反思“辨病分型论治”是否是对中医学理论的改弦易辙？

（一）分证（型）缺乏统一性，造成证型混乱

合理的规范化是各个学科发展的必要前提。由于证的可变性、多样性，给证的统一标准的制订造成困难。如慢性肾功能衰竭，从 13 篇辨证论治报道中统计，共有 35 种证型，其中除有 7 个证型重复出现外，其余 28 个均单一出现。在学术上同研究一疾，共讨论一病，却百家争鸣、百花齐放，这在西医学的“疾病发生发展过程中有一定规律可循，有一定的治疗大法”的认识面前，似像散沙一盘，混乱不已，学术上很难有较大发展。

（二）分证（型）固定，有悖辨证论治

同种疾病，因体质强弱、男女老幼、性情刚柔、生活地域、天时气候、社会环境、邪毒轻重、邪入途径、受病深浅等不同，所见症候亦异；另临床上病势进退处在动态变化之中，如小儿肺炎患者，入院时有发热、咳嗽等症，短时间内可出现高热、惊厥，甚或心衰休克等，各种情况均可能出现，且常从一证转为另一证，或二证三证混合存在。如果拘泥固定几证、固定几方、生搬硬套，执“死”证治活人，易失治、误治，明显违背了辨证论治精神。另定证用药，易使大家思维停滞在分证上，迷信教科书之权威，不敢越雷池一步，束缚了临证者之临床思维，不利于学术探研和医疗质量的进一步提高。

（三）证（型）同方异，难圆其说

同一证（型）同种治则，在各种疾病中所用方药却不同。如脾肾阳虚型可见于慢性支气管炎、溃疡性结肠炎、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、慢性肾功能衰竭、男性不育症、白细胞减少症、高脂血症、肾上腺皮质功能减退症、更年期综合征、甲状腺功能减退、重症肌无力、白塞病、抑郁症、老年痴呆症、肥胖症等等，所用方剂却有金水六君煎合真武汤、四神丸、理中汤、附子理中汤、实脾饮合真武汤、金匱肾气汤、济生肾气汤、附子汤、右归饮、鸡甲升白汤、鸡血藤汤、清脂汤、参芪二陈汤、补中益气丸合肾气丸、赞育丹等。治疗原则虽均为温补脾肾，却非温补脾肾为主而以益气、补血、养精、

升白、降脂、化痰、利水、涩肠为主或并重，所列方药均未体现出“异病同治”，难于自圆其说。由此可见，所谓“异病同治”只是在“异”的基础上的“同”，因不同的疾病虽然可出现相同的证，但这些相同的证也同样要受到各个不同疾病的基本病理病机的制约和影响，所以“同病异治”也只能是在“同”的基础上出现的“异”。因此，临床上不仅要“异病同治”、“同病异治”，更重要的是要把握每种疾病自身的变化规律而采取“异病异治”，在专方为主的基础上进行有的放矢的治疗。只有这样，才能抓住主要矛盾，临床疗效才会得到进一步提高。

（四）辨病分型，易陷入型中分型（证中分证）的误区

如慢性萎缩性胃炎，西医学活组织镜检查发现其粘膜层有炎症及纤维化，腺体广泛破坏，出现肠上皮细胞化生或假幽门腺化生，粘膜肌层增厚。中医认为本病病久由气及血，渐致气滞血瘀，胃络阻痹，从而导致胃络失养。气虚血瘀为基本病机。可见萎缩性胃炎应属中医学院教材《中医内科学》中胃脘痛之“气虚血瘀型（证）”。而有学者在气滞血瘀型基础上又分肝郁犯胃型（证）、食滞湿阻型（证）、脾胃虚寒型（证）、瘀血停滞型（证）等，这就陷入了型中分型（证中分证）的误区，使疾病之基本病机——气虚血瘀不能充分体现，其实肝郁、食滞湿阻、脾胃虚寒等均为气虚血瘀基础上之肝郁、食滞湿阻、脾胃虚寒。如此分型（证）实际上是舍本逐末，去源逐流。在处方用药上易致偏差而失治、误治、延误病情，影响疗效。

（五）存共性有失个性，影响临床疗效

西医内科病名如此之多，约 500 多种，中医对每病都能分出几个证（型），且多以脏腑阴阳气血分证（型）为主。阳虚、阴虚、气虚、血虚、肾虚、脾虚等既见于此病，亦可见于彼病。虽抓住疾病共性，却有失疾病的个性。特别是西医疾病多是以区别于其他疾病的“病理生理”改变为基础而诊断的，它们有自己独特的病理演变过程，治疗上理应有区别，根据各自之特点处方用药，否则临床疗效欠佳。

随着临床实践的不断深入，医学家发现任何疾病皆具有一定的发病规律及病情演变的大致轮廓，在治疗上有一定规律可循。如冠心病心绞痛，虽为多因素所致，乃多病机变化的疾病，其证（型）也较明显，但它有一个贯穿始终的病机，即气虚血瘀；糖尿病虽受多种因素影响，但其基本病机为气虚津亏血瘀。相应的治疗，前者需针对“气虚血瘀”用一固定方为基础加减，后者需把握“益气养阴，活血化瘀”的总则拟固定方加减。

鉴于上述的种种现实，临床上走辨病分证（型）论治的道路，还是走辨病专方的道路，很值得我们深思。

五、从临床角度谈辨病的必要性

中西医学诊断的对象都是疾病，临床遇到的患者，到底是先辨证还是先辨病？这是临床工作者必须回答的尖锐问题。毫无疑问，应先辨病后辨证，只有辨病（明确诊断）之后，才能进行有的放矢的辨证。中医学的诊断内容主要包括四诊、八纲、辨证三大部分，三者互相联系，环环相扣，形成了一个完整的中医诊断体系。而西医诊断学除了问诊、体检外，还有伴随自然科学发展而逐步分化建立起来的实验诊断技术及各种先进的器械检查，如 X 线诊断、CT 诊断、同位素诊断、电镜诊断等等。随着现代科学技术的发展，西

医学加入了实验科学的行列,具有分子、细胞水平的基因诊断已经步入了临床。国际疾病分类(ICD-9)已收载病名5400多种,科学实验促进了病因病理及其规律性的揭示和检验,使疾病的分门别类研究有了内在依据。这正是中医学需要借鉴之处。

中医现代化的先决条件应当是思想观念的现代化。在科技高速发展的今天,学科与学科之间的综合交叉在不断地扩展和深化,许多富有生命力的新兴边缘学科在不断涌现,新的知识已经突破了传统的学科界域,中医学也不例外。中医、中西医结合发展到今天,时代对临床工作者的知识结构提出了更高的要求,单靠四诊的感观认识,避开各种先进的检测仪器和实验方法不用已不太现实。中医学本身就是一门医学理论和临床实践相结合的多学科渗透的学科体系,应该果断地采取“古为今用”与“洋为中用”相结合的方法,本着实事求是的态度,开放学科体系,积极引进先进的理化检测方法,为发展壮大自身服务,为中医学面向现代化、面向世界、面向未来创造条件。

进入20世纪80年代的中医临床,能反映当代中医与中西医结合的临床经验与科研成果的专方专药不断涌现,并逐步地取代了传统疾病的辨证论治与近代中西医结合的辨病分证(型)论治,因此,处在世纪之交的中医药工作者不必要违心地维护传统的靠四诊获取的征象来命名的疾病名称,而应大胆地引进已被国际疾病分类法认可的近代医学病名,科学上的拿来主义本身并不是不光彩的事,这并不意味着是中医跟西医跑,也不是“西化”,不是取代中医,而是中医学发展的必然,也是时代对中医的需要。在统一病名之下进行专方为主的辨证论治,理法方药贯穿其中,这不但不会削弱中医的特色,只会促使传统的整体宏观辨证与局部微观辨证论治有机地结合,使历史悠久的辨证论治向更高层次拓进。

我们知道一门学科的兴衰存亡的决定作用要素是自身能否适应时代的需求,且不断地更新和发展。中医史上的春秋战国、东汉、明末清初三个时期理论上的突破也都是从学术危机中经自身变革后才得以飞跃的。创新是一个民族的灵魂。我们既要善于继承,更要勇于创新开拓,理论和临床研究既要在中医理论中寻找启示,又要注意不被中医固有的理论和观点所限制,否则就会陷入只有“肯定”没有“否定”,只有“证实”没有“发展”的泥坑中。中医现代化的进程,只有靠全体中医药人员与相关学科的有志之士无止境的想象力、创造力和勇于开拓的精神去探索 and 追求,但任何一种新的思维、新的观点、新的方案的提出,总是要有人在大量实践后,有根据地首先提出,迈出第一步往往是难能可贵的。在这一问题上,我们以高度的历史责任感不揣冒昧,班门弄斧,亮出自己的观点——辨病与专方的辨证论治是十分必要的,它将大大缩小中医学与西医学之间的距离,对中医学的高速发展将具有现实和深远意义。一种以专病专方为主,微观与宏观辨证相结合的辨证论治模式将以崭新的姿态,展现在美好的21世纪!

鉴于上述的种种现实,我们组织了国内相关专家编写了这套辨病与专方辨证为主要特色的“临床辨病专方治疗丛书”除《内科辨病专方治疗学》已先期出版外,这次又集中推出《老年病辨病专方治疗》、《肿瘤辨病专方治疗》、《传染病辨病专方治疗》、《肾脏病辨病专方治疗》、《内分泌疾病辨病专方治疗》、《妇科辨病专方治疗》、《儿科辨病专方治疗》7个分册。书中所载的病名均与国际疾病分类接轨,专方均来自各类杂志,专药多

有国家新药批准文号，较好地体现出当代中医的临床与科研水平，具有真实性、科学性、实用性，很适于从事中医、中西医结合工作者临床参考采用。

由于中医、中西医结合工作的深入发展，许多新经验和新成果不断地涌现，书中所载专方专药毕竟有限，不足之处恳请斧正。

戴西湖 谢福安

于南京军区福州总医院

2000年3月

编写说明

随着西医学的发展,如何着眼于疾病病理变化的基本规律,辨治西医学诊断明确的疾病,已成为中医不可回避的现实。基于这种认识,我们撰著了《临床辨病专方治疗丛书》的《妇科辨病专方治疗》分册。在广泛收集国内外资料的基础上,全面叙述了与中医临床有关的内容,体现出专病专方辨证论治与中医传统辨证特色的有机结合,反映了当代中西医结合新的发展动态。

一、本书编写的原则是,力求内容先进性、科学性以及实用性。先进性就是要尽量反映国内中西医结合的最新成就,科学性就是资料来源于国内权威的著作与期刊,具有可靠的临床实践与相关的实验研究;实用性就是让读者读后就能应用于临床。

二、本书分上、下篇与附篇。总论系统而全面地阐述,辨病专方历史与现状、辨病分型论证的反思、从临床角度谈四诊的局限性和辨病的必要性、病因病机、妇科常用辨证方法、妇科疾病症状学要点以及妇科常用治法的实验与临床研究。

三、各论为专病专方辨证论治内容,将每一专业性领域或相关的一类内容定为一篇,篇下分章。各疾病皆置于章下,以西医学的病名,按如下各项叙述:

(一)概述:第一部份简要叙述本病全貌,包括现代医学的定义、流行病学等内容;第二部分简述该病相当或属于中医何病证的范畴等。

(二)病因和发病机理、病理:用中、西医两套理论进行辨病,阐述中医的病因病机,着重点在于能与“治疗方法”中的“专方辨证论治”有机结合,相互呼应。并阐述现代医学对本病的病因及发病机理、病理的认识。

(三)临床表现。

(四)实验室与其他检查。

(五)诊断与鉴别诊断:叙述现代医学如何通过病史、体检、检验和特殊检查而诊断疾病,并与相关疾病进行鉴别诊断。

(六)治疗方法,分为三部分叙述:

1.专方辨证论治:资料选择主要来源于《中医杂志》、《中国中西医结合杂志》等影响面广、权威性强的杂志,所选方剂均注明出处,每病3~5张处方,原则上不自编方剂,确有经验者例外。包括下面几个内容:

(1)专方名称。

(2)组成与用法:注明处方的药物组成、剂量、煎服方法及疗程。

(3)功用与述评:重点突出方解,有现代药理研究者,简要介绍药理研究结果,力

求与现代医学的病因及发病机理接轨。

(4) 辨证加减：点明出现什么临床表现，归属何证，加减用些什么药，如出现腰膝酸软、肢冷畏寒等肾阳偏虚者，加仙灵脾、附子以温补肾阳。

2. 专药选用：尽量选用经过国家卫生部鉴定获得准字号的新型中成药，并注明产家、批号、主要成分、功用与评述（含功用、方义、药理药效及其用法等）。

3. 西医药治疗：介绍常用药与部分新、特药，简明扼要，条理清晰。

(七) 预防与护理：从中西医结合角度出发，对每一疾病的有关饮食起居、环境调节等予以简要阐述。

四、附篇载有“常见病证的辨证论治简表”。将高等中医药院校规划教材《中医妇科学》（第六版）全部病证以表格形式收载，介绍每一病证的证型、主要临床表现、治则、代表方药，这样有利于继承与发扬中医辨证特色，总结经验及提高疗效。还附有妇科常用中成药简表、常用检查正常值及其意义简表、妇科常用特殊检查、中西医病名对照、妇科常用英文缩写、处方中常用的外文缩写表、主要参考书目。

该书是一部以辨病论治、专方专药为主要特色的新型中西医结合参考书，由于专病专方（专药）的研究还不很丰富，毕竟初编，因此，还有许多不够成熟的地方，有待进一步充实完善，恳请斧正！

《妇科辨病专方治疗》编委会

2000年3月

目 录

上篇 总 论

第1章 病因病机	3
病因	3
发病条件	6
病机	7
第2章 妇产科的辨病与辨证	11
月经病辨病与辨证	11
带下病辨病与辨证	12
妊娠病辨病与辨证	12
产后病辨病与辨证	12
杂病的辨病与辨证	13
第3章 妇科疾病常见症状学要点	15
阴道出血	15
下腹疼痛	16
下腹包块	16
停经	16
阴痒	17
异常带下	17
第4章 妇科常用治法研究	18
滋肾温肾法	18
疏肝养肝法	19
健脾和胃法	20
补益气血法	21
活血化瘀法	22

下篇 专病专方辨证论治

第5章 月经病	29
功能失调性子宫出血	29
闭经	35
痛经	41
经前紧张综合征	46
更年期综合征	49
第6章 子宫内膜异位症、子宫腺肌病	55
第7章 妊娠病	62
妊娠剧吐	62
异位妊娠	66
流产	74
先兆流产	74
难免流产和不全流产	77
完全流产	79
过期流产	80
习惯性流产	82
胎儿宫内发育迟缓	85
妊娠高血压综合征	89
羊水过多	94
羊水过少	98
第8章 妊娠合并症	102
妊娠合并心脏病	102
妊娠合并糖尿病	106
妊娠合并急性病毒性肝炎	110
妊娠合并肺结核	114
妊娠合并慢性肾炎	118
妊娠合并急性肾盂肾炎	120
妊娠合并甲状腺机能亢进	123
妊娠合并贫血	127
妊娠合并急性阑尾炎	131
第9章 产褥期疾病	134

晚期产后出血	134
产褥感染	137
产褥期感冒	140
产后尿潴留	143
产后缺乳	146
产后乳汁自出	148
产后子宫复旧不全	150
产后关节痛	153
急性乳腺炎	156
第 10 章 不孕症	161
第 11 章 盆腔瘀血综合征	168
第 12 章 妇科肿瘤	172
子宫肌瘤	172
子宫颈癌	176
子宫内膜癌	183
卵巢囊肿	188
葡萄胎	190
第 13 章 外阴阴道疾病	193
外阴白色病变	193
白塞氏综合征	195
阴道炎	198
非特异性阴道炎	198
滴虫性阴道炎	199
霉菌性阴道炎	200
老年性阴道炎	201
阴道嗜血杆菌性阴道炎	203
第 14 章 子宫脱垂	204
第 15 章 宫颈炎	208
第 16 章 盆腔炎	214
第 17 章 女性性病	222
外阴尖锐湿疣	222
淋病	224
梅毒	228

艾滋病	233
附篇	
一、妇科常见病症辨证论治简表	239
月经病	239
月经先期	239
月经后期	240
月经先后无定期	240
月经过多	241
月经过少	241
经期延长	242
经间期出血	243
崩漏	243
闭经	244
痛经	245
经行发热	246
经行头痛	247
经行眩晕	248
经行身痛	248
经行吐衄	248
经行泄泻	249
经行浮肿	249
经行乳房胀痛	250
经行情志异常	250
经行口糜	251
经行痞满	251
经断前后诸症	252
经断复来	253
带下病	253
妊娠病	254
妊娠恶阻	254
妊娠腹痛	255
异位妊娠	255
胎漏	256
胎动不安	257
滑胎	258
堕胎、小产	258
胎死不下	259

胎萎不长	260
鬼胎	260
胎气上逆	261
胎水肿满	261
妊娠肿胀	262
妊娠心烦	262
妊娠眩晕	263
妊娠痢证	263
妊娠咳嗽	264
妊娠失音	265
妊娠小便淋痛	265
胎位不正	266
过期不产	266
临产病	266
难产	266
胞衣先破	267
胞衣不下	268
子死腹中	268
产后病	268
产后血晕	268
产后血崩	269
产后腹痛	269
产后痉证	270
产后发热	270
产后身痛	271
恶露不绝	271
产后小便不通	272
产后小便频数与失禁	272
产后大便难	273
缺乳	273
乳汁自出	274
妇科杂病	274
不孕症	274
子宫脱垂	275
妇人腹痛	275
癥瘕	276
脏躁	277

前阴病	277
阴痒	277
阴肿	278
阴疮	278
阴痛	279
阴吹	279
二、妇科常用中成药	280
三、常用检验正常值及临床意义简表	282
四、妇科中西医病名对照	289
五、妇产科常用英文缩写	292
六、处方中常用外文缩写表	296
七、主要参考书目	297

上篇 总论

临床辨病专方治疗丛书·妇科辨病专方治疗

第1章 病因病机

病 因

六 淫

六淫，是风、寒、暑、湿、燥、火（热）六种病邪的统称。其常为“六气”，其失常如太过、不及、变化急骤或非时而至则为六淫，而成为致病因素。六淫皆能导致妇科疾病，但由于妇女以血为本，经、带、胎、产诸病以及杂病等均以耗血为主，而六淫之中寒、热、湿邪易与血结，而致气血紊乱导致妇产科诸疾，故六淫之中以寒、热、湿邪为多见。

寒

一、寒为阴邪，易伤阳气

寒邪包括外寒、内寒，就其性质而言又有实寒、虚寒之别。若感受寒邪，冒雨涉水或天寒衣少，则为外寒致病；若机体阳气不足，或过食生冷则寒从内生。“阴胜则阳病”（《素问·阴阳应象大论》），故感受寒邪，最易损伤人体的阳气。阳气受损，则不仅不足以驱除阴寒之邪，而且失其正常的温煦、推动与气化的作用，既可出现全身性或局部性明显的寒象，又可影响脏腑、经络、气血的功能减退。寒邪引起妇科病证，每因寒邪入侵，袭及冲任、胞宫而出现妇产科病证。

二、寒主收引、寒性凝滞

寒邪致病，具有收缩、牵引的特征，血得寒则凝滞，使气血运行不畅。如《素问·举痛论》说：“寒气客于脉中，则血泣脉急。”女子经、孕、产、乳均以血为用，若血为寒凝，气血运行不畅，胞脉阻滞则可致妇科痛证、血证，及不孕症、癥瘕等。

热

一、热为阳邪，易伤津耗气

热邪包括内热、外热、实热、虚热。热为阳盛所生，热之极便为火，故火、热合称。火热为阳盛所致，阳盛可以耗阴，足以耗损津血。若素体阳盛，过食辛辣温燥之品，或七情过极，五志化火，或瘀久化热，或湿遏化热，或真阴亏损，水不制火而生内热；若外感火热之邪，或暑热之气，为外热致病。

二、热易动血，迫血妄行

《素问·离合真邪论》：“天暑地热则经水沸溢。”火热之邪易致血热而脉流薄疾，血行加速故见面赤、舌红、脉数等症。热扰冲任，迫血妄行，可致妇产科血证、热证等。

若热极生风则可致妇产科痫证。

湿

一、湿为阴邪，重浊腻滞、阻碍气机

湿邪为病，有外湿、内湿之分。若久处雾露潮湿之地，长时间冒雨涉水、水中劳作，则易感湿邪；若脾虚失运，湿从内生；或肾阳不足，气化失司，水聚为湿，是内湿。湿性类水，有形而沉重。其质粘腻，易阻遏气机，滞碍阳气，凝滞血运。

二、湿性趋下，易袭阴位

由于湿邪重浊有质，故有趋下之势，易袭人体下部。妇产科病证，每发于带脉以下，湿浊下注，影响任带二脉，症可见带下异常、阴痒、不孕症及经行泄泻、经行浮肿、妊娠浮肿等。

湿邪粘腻、重浊，侵人人体往往胶着难解，故病程缠绵，日久难去。湿从寒化，则为寒湿；湿郁化热，则为湿热；湿聚成痰，则为痰湿；湿邪浸淫，蕴而化热成毒，而成湿毒。妇科的湿邪为病，以内湿为主。

痰饮瘀血

痰饮和瘀血同为机体功能失调的病理产物，但同时又能直接或间接地影响机体，成为其他疾病或加剧病情发展的致病因素之一。

痰饮，乃水湿停聚，清稀者为饮，稠粘者为痰。痰饮致病，随气而行，无处不有，且多怪症，发病后变化百端，错综复杂，病势缠绵，病程较长。痰饮内阻，停于冲任、胞宫，致气血运行不畅，轻者，月经后期，量少；重者，闭经、不孕症。若痰饮与血相搏结，积聚于胞脉，则胶结

成癥瘕积聚。

瘀血，乃积血之病也。凡血液运行不畅，凝滞于经脉中或脏腑内，或离经之血，皆为瘀血。

外邪留着体内可成瘀；久郁亦能成瘀，久虚能成瘀；热蕴亦可成瘀。瘀血内停，阻碍气血，伤及冲任，可致妇产科诸多病证，如痛经、闭经、崩漏、癥瘕、不孕症等。

内伤七情

七情即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种人体对外界客观事物反映的精神情志变化。七情本为入之常情，但如果突然、强烈、持久的精神刺激，引起暴怒、狂欢、痛哭、大惊、卒恐、思虑过度、忧愁不解，则可成为致病因素。七情为五脏精气所化生，如《素问·阴阳应象大论》云：“人有五脏，化五气，以生喜怒悲忧恐。”并指出：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，过悲则伤肺；肾在志为恐，卒恐则伤肾。说明七情过度可伤脏，主要损伤相应的内脏，这种伤脏规律又称“自伤”。

七情伤脏，主要影响脏腑气机，使脏腑气机升降失常，气血紊乱。如《素问·举痛论》概括为：“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，……惊则气乱，……思则气结。”等病变。

七情致病不仅可伤脏，又可导致气分病变，妇女经、带、胎、产、乳等特殊生理，均以血为本，以血为用。气为血帅，血赖气行。一旦情志所伤，引起气分病变，进而引起血分病变。内伤七情之中，以怒、思、恐对妇科病证影响较著，抑郁忿怒，或忧思不解，或惊恐过度，累及冲

任，易引起多种妇产科疾病，如月经不调、痛经、闭经、癥瘕、胎动不安，堕胎、小产、不孕症等。

生活所伤

一、房劳多产

房劳是指过早结婚、房事过度；多产是指孕产过频过多（包括人工流产、引产）。若性生活不加节制，产多乳众，皆可耗伤肾气，损伤气血，扰及冲任胞宫，引起经、带、胎、产、杂诸疾，还易致衰老，故《素问·上古天真论》指出：“以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，……起居无节，故半百而衰也。”

二、饮食失节

民以食为天，有节制、有规律的饮食是人赖以生存和维持健康的必不可少的条件，它提供给人以能量和各种营养物质，维持正常人体新陈代谢，还可补先天之不足。但是，如果饮食失节，则可损伤脾胃，而成为导致疾病的重要原因之一。

若暴饮暴食，如《素问·痹论》云：“饮食自倍，肠胃乃伤。”以致影响胃的腐熟水谷功能和脾的运化转输；若饮食不足，则营养不充，气血生化之源匮乏，冲任失养，则可致经迟、经少、闭经、胎动不安、胎萎不长、不孕症等；若过食肥甘，膏粱厚味，易碍脾胃，而聚湿生痰，下注冲任，壅塞胞宫，则易致带下病、闭经、不孕症、癥瘕等；若饮食偏嗜，饮食五味以养五脏，饮食偏嗜，五味偏颇，五脏失养则可引起脏腑功能失常，阴阳失调而生诸疾；若寒温失宜，过食寒凉，寒从内生，伤及脾肾可致痛经、闭经、带下

病、不孕症等；过食辛辣燥热之品，则助阳生热，热扰冲任，迫血妄行，可致经早、崩漏、经行吐衄、胎漏、胎动不安，恶露不绝等。

总之，饮食失宜，首伤脾胃，累及他脏，女子以血为本，脾胃乃气血生化之源，冲脉又隶属阳明，脾胃一伤，常累及冲任、气血，而引起妇产科病证，故云饮食失宜亦是引起妇产科常见致病因素之一。

三、劳逸失常

生命在于运动，然而，过劳、过逸又可影响脏腑气血的功能，而成为致病因素。妇女于经期、孕期、产褥期等特殊生理时期，气血活动异于平时，故应注意劳逸结合，以保安康。

过劳，是指劳力过度及劳神过度。《素问·举痛论》指出“劳则气耗”，《素问·宣明五气》又云：“久立伤骨，久行伤筋。”气以摄血，气以载胎；冲任之本在肾，肾主生殖；女子以肝为先天；脾胃为气血生化之源。过劳耗气，损伤肝、脾、肾，若经期激烈运动，孕期劳倦过度，产后操劳过早，则可耗气动血，损伤肝脾肾功能，出现月经过多、经期延长、崩漏、胎漏、胎动不安，甚成堕胎小产，或阴挺等。

过逸，是指过度安逸，久卧少动等。《素问·宣明五气》指出：“久卧伤气，久坐伤肉。”过逸可令气血运行不畅，脏腑功能呆滞，还会使人精神涣散，意志消沉，产生失意、寂寞感，易为情志所伤。于妊娠期间，产褥期，虽曰不宜过劳，但亦不宜久卧、久坐，少活动甚或不活动，如此易致气血运行不畅，如《景岳全书·妇人规》所云：“过于安逸者，每多气血壅滞，常致胎元不能转动，此于未产之

先，亦须常为运动，庶使气血流畅，胎易转动，则产亦易矣”。可见过度安逸，气血凝滞，易成滞产。

四、跌扑损伤

跌扑损伤，是指外力作用，直接损伤人体致病的一种常见病因之一。在妇产科疾病中常见经期、孕期登高持重，或跌扑闪挫，或手术创伤等。

跌扑损伤，虽为外力损伤，但可伤气，伤血，伤脏器，伤经脉。而致气血紊乱，气血失调，冲任胞宫受损，以致月经过多，崩中漏下，胎动不安，甚至堕胎小产。亦有因手术创伤，如刮宫不慎，甚或穿破子宫，损伤胞脉，变生危重病证。

五、药毒虫蚀

药毒，古今含义略有区别。张子和说：“凡药皆有毒也，非止大毒、小毒谓之毒。”张景岳云：“药以治病，因毒为能，所谓毒药，是以气味之有偏也。盖气味之正者，谷食之属是也，所以养人之正气。气味之偏者，药饵之属是也，所以去人之邪气。其为故也，正以人之为病，病在阴阳偏胜耳……是凡可辟邪安正者，均可称为毒药，故曰毒药攻邪也。”二张所言，阐明了药毒是药物的性能之一，是一种偏性，以偏纠偏也就是药物治疗的基本原理。药毒的另一含义，则是指药物具有一定毒性或副作用的药物，用得不得当就可能导致中毒。则就是后世许多药物书籍在药物性味之下所标注的“大毒”、“小毒”。中药的毒性与其所含的毒性成分有关。此外，还与药物的品种、产地、采收季节，药物的炮制、配伍、制剂、剂型、剂量、用药方法，给药途径等不同影响有关。《素问·五常政大论》指出：“大毒治病，

十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九，谷肉果菜，食养尽之，无使过之伤其正也。”说明对有毒药物的使用要严格，对无毒药物的使用也不必尽剂。

在妇产科，特别注重妇女妊娠期的用药禁忌，若用之不当，则可造成药源性的伤胎、堕胎、畸胎，甚至胎死腹中。在治疗妊娠病中，应严格掌握适应证，及药物的配伍、剂量的大小等，如《素问·六元正纪大论》所指出：“妇人重身，毒之何如？……衰其大半而止，过者死。”

虫蚀，是指由虫类侵蚀人体肌肤所致病证。女性由于前、后二阴相邻，又与尿道口相近极，易互为污染，如不注意卫生，不洁性交，或使用不洁泳池、盆桶、浴缸、浴巾、被褥、衣裤、厕所等，易感染“虫邪”，虫邪直入阴户，直中阴道，胞宫，可致带下病、淋浊等疾。可见虫蚀也是妇产科疾病中直接致病因素之一。

发 病 条 件

上述诸致病因素，皆可致病。但疾病的发生是一个复杂的过程，当某一致病因素作用于人体后，需在一定的条件下才能酿成疾病。

一、体质因素

体质是人群中的一种个体特性。体质因素由先天禀赋、后天条件（生活环境、营养、疾病等）构成。由于先天禀赋的差异及后天的饮食、营养、习性、修养、年龄、环境、疾病的不同，可使体质阴阳气血偏颇，从而形成了个体差异。不同的个体，往往使机体对某种致病因素有不同的感受性，除了对病因的易感性外，并与产生疾病类型的倾向性及机体对疾病的反应

性密切相关。妇产科经、带、胎、产、杂诸疾的发生与证型，往往与体质因素有关。如素体肝郁气滞者，而致月经先后不定期、经行乳胀、痛经、产后缺乳等；素体肾虚者，往往出现月经后期，闭经，崩漏，绝经前后诸证，流产，不孕症等；素体脾虚者，常致月经先期，月经过多、崩漏、经行泄泻、经行浮肿、子肿、带下病等；素体阴虚者，常可致虚热内生而致崩漏、闭经、经断前后诸证、胎动不安等；素禀阳虚者，可致经行泄泻、带下病、子肿、不孕症等；若为痰湿之体，则每见形体肥胖，易致经迟、闭经、带下病、恶阻、子肿，子痫、癥瘕、不孕症等。体质阴阳盛衰的不同，感邪之后从化不同，阳盛之体感邪每从热化；阴盛之体感邪则每从阴化寒。

由此可见，体质因素在疾病的发生、发展、转归和预后的整个过程中起着决定性的作用。

二、正、邪强弱

正、邪强弱对比在发病学上亦为重要的条件之一。正气是指人体正常的生理活动及自然防病能力。邪气是指致病各种因素。疾病的发生与发展，取决于正气的强弱，如《素问·刺法论》：“正气存内，邪不可干。”《素问·评热病论》云：“邪之所凑，其气必虚。”正气强盛，即或邪侵，或不病，或病轻；正气虚弱，即或邪微，亦能致病。妇产科病证，常发生于经期、孕期、产褥期。由于经、孕、产、乳期气血变化急骤，易发生气血失调，阴阳失衡，易为邪气乘虚而入，而致病。

病 机

病机，是疾病发生、发展、变化与转

归的机理，亦称病理。病理是生理的反常，女性的经、孕、产、乳等特殊功能，是以气血和调，脏腑安和，经络调顺为基础。在病因的作用下，正邪交争，导致脏腑功能失常，气血失调，损伤冲任督带、胞宫（含胞脉、胞络），则可发生妇产科疾病。

脏腑功能失常

脏腑是生化和储藏及运化精、气、血、津液、神的组织器官，主导和维系人的生命活动，女性的经、孕、产、乳等特殊功能，也无不以精、气、血、津液作为物质基础。若脏腑所司的女性生理方面的功能失常，则可发生经、带、胎、产、杂、乳诸疾。

一、肾病机理

肾诸多生理功能中，与妇科最为密切的关系，突出地表现在于肾藏精，主生殖，为冲任之本，胞络系于肾。又由于肾为水火之宅，内寄阴阳，故其发病机理上，往往出现肾的阴阳失衡，生精化血，系胞和冲任的功能异常，而致妇产科疾病。临床上可表现肾气虚、肾阳虚、肾阴虚及肾阴阳俱虚等。

肾气虚是指肾气亏虚，从而使封藏与固摄功能减退的病理状态。若肾气未盛，天癸微弱，冲任不充，则可使女性生长、发育迟缓，月事不以时下或月经失调；肾气不足，封藏失司，冲任不固，经血失约或胎失所系，则可致崩漏、带下病、胎漏、胎动不安、不孕症、阴挺等；若肾阳虚，则出现命门之火对全身的温煦、气化与蒸腾的作用减弱、低下的病理状态。肾阳虚弱，命门火衰，虚寒内生，胞宫失于温煦，则可致痛经、胞阻、不孕症等。肾

阳虚衰，封藏失职，冲任不固，可出现经行泄泻、崩漏、带下病、子肿等；若肾阴亏损，则表现肾所藏之阴精亏少，使营养、滋润的功能低下的病理状态。肾阴不足，精亏血少，冲任失养，则可致经迟、闭经、更年期综合征，不孕等。肾阴虚，虚热内生，热扰冲任，迫血妄行，可致崩漏、月经先期、经行吐衄；阴损及阳，阳损及阴，而呈阴阳俱虚，冲任虚少，可致绝经前后诸症，崩漏等病证。

二、肝病机理

肝藏血，主疏泄，性喜条达，恶抑郁。肝的藏血，主疏泄功能相互协调，具有储藏和调节血量的功能。女子经贵乎如期，得肝之助，使月事以时下，反之，则诸病丛生。肝受病，不仅表现其功能的紊乱，还可见肝经所过循行部位的症状。若肝郁气滞，则血为气滞，冲任阻滞，血海蓄溢失常，可致月经先后不定期、经行乳胀、痛经、闭经、经行情志异常、胞阻、缺乳、乳癖、不孕症等；肝郁化火，热扰冲任，迫血妄行，迫乳外溢，临床可见月经先期、月经过多、经期延长、经行吐衄，崩漏、乳汁自出等；肝阴不足，阴不制阳，阴虚阳亢，可致经行头痛、经行眩晕、绝经前后诸证、先兆子痫等，若阳亢生风，肝风内动，则可致子痫、产后痉证等；若肝郁乘脾，脾湿内生，肝热挟脾湿下注，而成肝经湿热，损伤任带，则可致带下病、阴痒、子肿等；若肝气犯胃，孕初冲气上逆，胃失和降，挟胃气上逆而成恶阻。

三、脾（胃）病机理

脾统血，主运化，司中气，与胃同为气血生化之源。脾胃受病，则血失统摄，

生化乏源，水谷精微运化失常，升降失调。若脾胃虚弱，生化乏源，冲任失养，血海不能按时满盈，可致月经后期、月经过少、闭经等；冲任亏虚胎失所养，可致胎动不安、胞阻、堕胎、小产、胎萎不长等；脾虚气弱，统摄无权，冲任不固，经血失约，可致月经先期、月经过多、崩漏等；冲任不固，胎失所载，可致胎漏、胎动不安、堕胎、小产；冲任不固，系胞无力，可致子宫脱垂等；若脾虚湿停，下注冲任，带脉失约，任脉不固，可致带下病；聚湿成痰，痰湿壅滞冲任、胞宫，可致月经过少、月经后期、闭经、癥瘕等；湿痰内停，孕期冲脉气盛，挟痰饮上扰，胃失和降，可致恶阻；若胃热阴亏，经期冲气较盛，冲气挟胃热上炎，灼伤口舌，可致经行口舌糜烂、口舌生疮等。

四、心病机理

心藏神，主血脉，胞脉属心。心受病，每见忧思积虑，暗耗心阴，心血不足，冲任失养，可致经迟，经少；心气不足，不得下通，胞脉闭，则月事不来，如《素问·评热病论》说：“月事不来者，胞脉闭也。胞脉者属心而络于胞中，今气上迫肺，心气不得下通，故月事不来也。”若心阴虚，阴虚火旺，心神不宁，则可致经期情志异常、妊娠心烦、脏躁、经断前后诸证等。

五、肺病机理

肺主气，主肃降，朝百脉而通调水道。若肺气失宣，水道失调，可致子肿、子淋、妊娠小便不通、产后小便不通；若肺阴虚，虚热内生，经期冲脉气盛，气火上逆，灼肺伤津，损伤肺络，则见经行吐衄；阴虚日久，虚热煎熬，精亏血少，冲

任不充，血海干涸，则经少渐致闭经，不孕症等。

脏腑功能失常，主病可独伤某脏或某腑，但由于人为一有机整体，脏腑之间生克制化，互为关联，病理上亦可互相影响，一脏受病，可累及它腑同病。如肝肾同病、脾肾同病、心肾同病、肺肾同病、肝脾同病、心脾同病、心肺同病等。故于临证，当细审之。

气血失调

气血失调，是妇产科疾病中常见的发病机理之一。由于“妇女以血为本”，妇女的经、孕、产、乳的特殊生理活动中，都是以血为用，且皆易耗血，致使机体常处于阴血不足，气偏有余，气血失衡状态。《灵枢·五音五味》篇云：“妇人之生，有余于气，不足于血，以其数脱血也。”因气血是相互依存，相互资生的。气为血帅，血为气母，血病可以及气，气病可以及血。然而在发病过程中，又有先后主次之分，血病及气，病变以血分为主；气病及血，病变以气分为主。所以，临证应分析是以血为主，或以气为主成气血同病的不同病机。

一、血分病机理

血分病变，常由寒、热、湿引起。血为寒凝，冲任凝滞，气血运行不畅，可致痛经、月经后期、产后腹痛、宫寒不孕、闭经、癥瘕等；热与血搏，扰于冲任，迫血妄行，可致月经先期，月经过多、崩漏、胎漏、胎动不安等。热入血室，营卫不和，可致经期或产后发热；

血分病变，亦可由伤血、耗血及他病累及。若久病、重病及出血性疾病，均可伤血，耗血，而成血虚。营血不足，冲任

失养，血海空虚，无余可下，则可致月经后期、月经过少、闭经等。血虚，冲任亏乏，胎失所养，则致胎萎不长、妊娠腹痛、胎漏、胎动不安等。血虚冲任不足，无以上化为乳汁，则出现缺乳。血瘀，则常因肝郁气滞致血瘀，或寒凝血脉而成瘀，或热灼成瘀，或气虚乏力，血行迟而成瘀，瘀血阻滞胞脉、冲任，或致气血运行不畅，脉络不通，或致血不归经，或瘀结成癥，可致痛经、闭经、经期延长、异位妊娠、妊娠腹痛、堕胎、产后恶露不绝、产后腹痛、产后发热、癥瘕、不孕症等。

二、气分病机理

气分病，多由七情内伤所致，表现为气的运行及功能障碍。气虚、气陷，则固摄无权，或升举无力，冲任不固，可致月经先期量多、崩漏、带下病、胎漏、胎动不安、堕胎、小产、产后乳汁自出、子宫脱垂等；气郁、气滞，血行不畅，冲任失调，血海蓄溢失常，则可致月经先后不定期、痛经、经行乳胀、经行情志异常、闭经、不孕症等；气逆，随冲气上逆，经期可致经行吐衄、经行头痛、经行失眠、经行情志异常；孕期可致恶阻、子嗽、子悬；哺乳期可因气逆而上，致乳汁自出。

三、气血同病机理

气之于血，有温煦、化生、推动、统摄的作用。故气虚无以生化，血必因之而虚少；气寒无以温煦，血必因之而凝滞；气衰无以推动，血必因之而瘀阻；气陷而不能统摄，则血常因之而外溢。血之于气，有濡养、运载等作用。故血虚无以载气，则气亦随之而少；气失血之濡养，则燥热由之而生；血脱，则气无以附亦可随

之涣散。故每见气血两虚、气随血脱、气虚失血、气虚血瘀、气滞血瘀、气阴两亏等气血同病的复杂病证。

冲任督带、胞宫虚损机理

冲、任、督、带及胞宫虚损机理，是妇科疾病发生之关键，只有间接或直接伤及冲、任、督、带、胞宫，方能导致妇科疾病，故冲、任、督、带、胞宫的虚损机理，也是妇科疾病与其他科疾病的区别要点。

若冲任失养，冲任不固常为虚性病证；冲任失调、冲任瘀阻，湿壅胞中、痰阻冲任，则多为实证或虚实夹杂病证；冲

任凝滞、寒客胞中，则为寒所伤；热蕴冲任，热扰冲任，冲气上逆，则每因热、因逆所致；若任脉不固、带脉失约，则为带下病的主要发病机理；妊娠病除冲任虚损外，同时致胎失载养使然。

脏腑功能失常，气血失调，冲任督带及胞宫损伤的发病机理各有不同，但人是一有机整体，脏腑相关，经络相连，气血相依，气血源于脏腑，经络为气血运行的通道，脏腑、经络又需气血的濡养，彼此密切关联，病理上互为影响，临证当遵《素问·至真要大论》所示：“谨守病机，各司其属。”方能无误

(王惠珍)

第2章 妇产科的辨病与辨证

辨病与辨证相结合,是构成中医认识疾病、诊断疾病、治疗疾病的完整概念。辨病与辨证相结合,有利于从不同角度,用多元思维,辨识复杂的病证,达到全面、准确地了解和掌握疾病的发生、发展、转归与治疗的目的。

中医妇产科学,对妇产科疾病,每以经、带、胎、产、杂、乳病为纲,以所属各病证为目。临床上每根据不同舌、脉、证象,先确定病名诊断,再辨识证的属性以确定证名诊断,根据病与证的特征,确立治疗方法。

月经病辨病与辨证

月经病是指凡月经的周期、经期和经量发生异常,以及伴随月经周期出现明显不适症状,或于绝经前后所出现的有关的一系列症状为特征的一类疾病。

常见的月经病以周期异常为主的疾病有月经先期、月经后期、月经先后无定期;以经期异常为主的病有经期延长;以经量异常为主的病有月经过多、月经过少、闭经;以周期紊乱、经期、经量亦异常的病有崩漏;以伴随月经周期出现的病证有痛经、经行发热、经行头痛、经行眩晕、经行身痛、经行吐衄、经行泄泻、经行浮肿、经行口糜、经行痞满、经行乳房胀痛、经行情志异常等;以绝经前后出现的病证有绝经前后诸证,经断复来等。

月经病的辨证,主要是以月经的期、量、色、质、气味以及伴随月经周期出现的症状,来辨寒、热、虚、实。以期而论,一般周期提前,多为血热或气虚;周期推后,多为血虚或血寒;周期先后无定,多为肝郁或肾虚。经期延长,多为气虚或血瘀;经期缩短,多为血虚或血寒。以经量而论,量多者以血热或气虚为多见;量少者,以血虚或血寒为多见。以经色而论,色鲜红或紫红者属热;淡红者多属血虚、气虚;黯淡者多为虚寒;黯红者多属血寒。以质而论,粘稠者属实属热;清稀者属寒属虚;瘀块者为瘀血。气味臭秽者为热;腥味者为寒为湿;恶臭难闻者多为热毒或败血,证多危重险恶。

若期、量、色、质、味合而辨之。月经先期、量多、色深红、质稠、味臭秽者,多属血热;月经提前、量多、色淡红、质稀、无臭者,多为气虚;月经先期,量少、色红、质粘者,多为虚热。如果月经后期,量少、色淡红、质清稀,为血虚;若月经后期,量少、色黯红、夹血块,多为血寒;若月经后期,量或多或少,色紫黑、夹血块,常见气滞血瘀。若先后不定期,量少、色淡黯,质清稀,多为肾虚;若先后不定期,量或多或少,色黯红、质粘或夹血块,多为肝郁。

伴随月经周期出现的病证有头痛、眩晕、吐衄、失眠、口舌糜烂、乳房胀痛、

心烦不宁、泄泻、水肿、风疹块、发热、腹痛等。一般而言，疼痛在经前或行经初期，多为实证；疼痛在经净后或经将净，多为虚证。症状表现在上者，多为实证或热证；症状表现在下者，多为虚证、寒证。

若伴随绝经前后出现的一系列症状，多表现肾的阴阳平衡失调，而累及心、肝、脾、肺诸脏而致。

带下病辨病与辨证

带下病，是指带下的量明显增多，色、质、气味异常，或伴全身、局部症状者，称之。带下量多，色白质稀、无臭者，多属脾虚或肾虚；带下量多，色黄质稠、有臭秽及阴痒者，多为湿热；带下量多，色黄如脓、伴有阴痒、下腹疼痛者，多为湿毒；带下赤白、质清或稠，可见于气虚或阴虚热灼；带下如米泔样或如豆腐渣样，伴阴痒者，常为湿浊或虫蚀；带下五色杂见，似血非血，似脓非脓，伴臭秽者，多属湿热毒盛，或恶性癌瘤溃败所致。

带下病大抵新病多实，久病多虚。色黄或赤白相兼者，多属热；色白多为湿或寒证。

同时应结合有关检查，以明确诊断。

妊娠病辨病与辨证

妊娠病，是指妊娠期间，发生与妊娠有关的疾病。常见妊娠病有恶阻、妊娠腹痛、胎漏、胎动不安、堕胎、小产、滑胎、异位妊娠、妊娠肿胀、子痫、子烦、子嗽、子痞、子淋、妊娠小便不通、胎气上逆、胎萎不长、胎死不下，难产等。

妊娠病之辨病，每每以怀孕后出现的主要症状为依据，如孕后恶心呕吐，甚至

食入即吐，则称之为恶阻。其寒、热、虚、实每根据呕吐物及兼证辨之；若孕后出现以小腹疼痛为主的病证，则为妊娠腹痛；若孕后，阴道不时下血，量少，无腰酸腹痛及小腹下坠者，称胎漏；若腰酸腹痛，胎动下坠，伴阴道出血者，称胎动不安；胎漏、胎动不安、妊娠腹痛，类似西医的先兆流产。临床上若下血少，色淡，伴少气懒言，神疲乏力者多为气血虚弱；若腰酸甚，胎动下坠，阴道出血黯淡，伴头晕耳鸣者，多为肾虚；若阴道出血量多色红，心烦少寐，多为血热；若腹痛剧，阴道出血量多，甚至见胎块排出，则为堕胎难免；若怀孕后，突然一侧少腹剧痛，甚者伴晕厥，兼见阴道出血者，则为异位妊娠；若孕后阴道出血，但无腹痛，可考虑胎盘低置或前置；若跌扑损伤，致腹痛、阴道出血，可考虑胎盘早剥；若孕后面部或四肢肿胀，甚至全身肿胀者，称之为妊娠肿胀。若肿甚，按之凹陷、兼倦怠、腕胀、脉沉滑无力者，属脾虚；兼见腰酸，夜尿频多或畏寒，脉沉迟者，属肾阳虚；若孕后全身浮肿，伴头晕眼花，胸闷呕恶，为先兆子痫；若突然倒仆，神昏抽搐，牙关紧闭，则为子痫，乃属危急重症。

若孕后腹大异常，胸膈胀满，或喘不得卧者，则应考虑为多胎，或伪胎（葡萄胎）、或畸胎、或羊水过多；若孕后子宫小于妊娠月份，胎儿存活者，可见胎萎不长；若胎儿已死，达二个月未排出者，为过期流产（胎死不下）。

产后病辨病与辨证

产后病是指分娩后至产褥期发生的与分娩和产褥有关的疾病。常见的产后病有胞衣不下、产后血晕、产后痉症、产后腹

痛、产后发热、产后恶露不绝、产后恶露不下、产后小便异常、产后大便难、产后身痛、产后汗症、产后乳汁自出、缺乳等。

此外，据古医籍上记载，尚有“三冲”、“三急”、“三病”。三冲，是指产后败血上冲心、肺、胃所致的危急重证。《张氏医通》：“大抵冲心者，十难救一；冲胃者，五死五生；冲肺者，十全一二。”三冲所表现症状：冲心者，心中烦躁，卧起不安，甚则神志不清，语言颠倒；冲肺者，气急，喘满，汗出，甚者咳血；冲胃者，腹满胀痛，呕吐，烦乱。类似西医的产后羊水栓塞，产后DIC。三急，如《张氏医通》所载：“产后诸病，惟呕吐、盗汗、泄泻为急。三者并见必危。”三病，则见于《金匱要略》：“新产妇人有三病，一者病痉，二者病郁冒，三者大便难。”痉，郁冒，大便难，三者无不由产后亡血伤津，筋脉失养或肠失濡润或失血伤阴，孤阳上越而致。病痉，类似产后子痫、产后破伤风；病郁冒，类似产后血晕、羊水栓塞；病大便难则为产后大便不通。

由于产后病有其独特的发病特点，加之产后生理上有着恶露的排出和乳汁的分泌，一旦有病，往往累及。故在产后病的诊断上，古人提出“三审”的诊断方法。即先审小腹痛与不痛，以辨有无恶露的停滞；次审大便通与不通，以验津液之盛衰；再审乳汁的行与不行和饮食之多少，以察胃气的强弱。大抵腹痛拒按，恶露量多夹块为瘀；腹不痛，喜按喜揉，为血虚；大便于结，秘涩不通，多为血虚津亏；大便通畅，为津液尚充；乳汁充足，饮食正常，则胃气健旺；乳少纳差，则为脾胃虚弱。三审，对产后病的诊断与辨证有一定指导意义，但临证尚需结合全身症

状及舌、脉。如产后发热者，若感染邪毒则症见寒战高热，伴恶露臭秽，小腹疼痛拒按，舌红苔黄，脉数；若为血瘀发热，则寒热时作，恶露排出不畅，色紫黯有块，小腹疼痛拒按，舌有瘀斑，脉弦涩；若为血虚发热，则低热绵绵，恶露量少，质稀色淡，腹痛隐隐、舌淡红苔薄，脉细；若为外感发热，则见恶寒发热，头痛身痛，鼻塞流涕，恶露可正常，舌淡红苔薄白，脉浮紧。产后排尿异常，若产后小便点滴而下，甚或闭塞不通，小腹胀急疼痛者，为产后小便不通；若小便频数，甚至日夜数十次者，称产后淋证；若小便自遗，滴沥而下，不能约束者，为产后小便失禁。产后乳汁涩少，或不下，乳房胀硬疼痛，为肝郁气滞；若乳少，清稀，乳房柔软，无胀满感，为气血虚弱；乳房红肿热痛，伴恶寒发热，为乳痈。

杂病的辨病与辨证

凡不属经、带、胎、产和前阴疾病范畴，而又与女性解剖、生理、病理特点密切关系的疾病，称为“妇科杂病”。

常见的妇科杂病有不孕症、癥瘕、子宫脱垂、脏躁等。

由于杂病各具病理特点，临床表现各异，临证必须根据不同的病证，除四诊八纲外，还要结合有关检查，进行辨病与辨证相结合，方能明确诊断。

如不孕症，首先必须排除配偶因素，亦应结合妇科检查，以及B超、激素测定和子宫、输卵管造影、通液等，以明确诊断，方能有的放矢，给予针对性治疗。又如对癥瘕的诊断，不仅要了解肿块的大小，还要了解肿块的良、恶性，一般情况，若肿块表面光滑，活动，边界清楚，长势慢，精神如常，面有光泽者多为良

性；若肿块坚硬如石，表面凹凸不平，边界不清，活动差，长势快，形瘦面黯，或兼五色带下，为恶证。若包块坚实硬结者，多为血瘀；聚散无常者，多为气瘕；包块囊性感者，多为痰湿。子宫脱垂者，是指子宫从正常解剖位置向下移位，甚至

完全脱出于阴道口外。多由临产用力不当，或产后操劳过早、过度，致胞络、胞脉失系而致，多见脾虚及肾虚型。同时应按子宫脱垂的Ⅲ度标准，确定其脱垂程度。

（王惠珍）

第3章 妇科疾病常见症状学要点

症状，乃是病人患病时所出现的异常感觉。症状学是描述疾病的症状、体征、舌象、脉象，研究症状组合及演变规律，为确定证候、分析病因、探求发病机理，提供依据的一门学科。

妇科疾病的诊断和辨证，常常从分析症状入手，其主要症状与具有特征的兼证往往是重要的诊断线索。妇科疾病常见的症状有阴道出血、异常带下、下腹疼痛、下腹部肿块、停经、阴痒等证。

阴道出血

阴道出血，是妇科最为常见的主诉之一。可见于经、带、胎、产、杂多种疾病。

异常月经的阴道出血，这是临床上最为常见的阴道出血。月经病的阴道出血，或见提前而至，或见延期，或见量多势急，或见量少淋漓不止，多表现月经的期、量异常。当热扰冲任，迫血妄行，或气不摄血，冲任不固，则可见月经先期、量多，甚至如崩；若冲任失养，血海空虚，则可见后期、量少；若瘀阻冲任，血海不宁，新血不得归经，可见量多或淋漓不止。若绝经后，复见阴道出血不止，必须明确良性或恶性病变。出血量少，无臭味，多为良性；出血最多，血水样，或脓血样，伴恶臭，多见恶性。

妊娠期阴道出血，多为病理性。少数

孕妇怀孕后仍周期性阴道出血，量少，一般于孕3~5个月自止，为激经，属特殊生理现象。孕期阴道出血，为流产之先兆。阴道出血的多少，关系到胚胎的安危。若单纯阴道出血，量少，属胎漏，主要为冲任不固，不能摄血养胎所致；若孕后阴道出血，伴腰酸、腹痛，则为胎动不安，主要为冲任失调，胎元不固所致；若出血增多，腰酸、腹痛加剧，则为胎坠难留，每由受胎不实，胎元殒堕所致；若孕后阴道不规则出血，子宫大于停经月份，则可能为怪胎（葡萄胎）；若孕中、晚期，腹不痛而阴道出血者，为胎盘前置；若阴道出血伴腹痛者，常为胎盘早剥。

产后出血，若于新产后大量出血，与产后宫缩乏力、软产道损伤、胎盘胎膜残留、凝血功能障碍有关。若于产褥后期出血，则多由感邪或瘀滞所致。若伴腹痛，出血夹血块者，属实、属血瘀；若不伴腹痛，多属虚；若出血伴味臭秽，多兼感邪热；属实者多由瘀血留滞，新血不得归经所致；属虚者常由气虚血失统摄所致，当热与血结，邪热熏蒸，迫血妄行，则见产后出血不止，恶露臭秽。

阴道出血，可来自外阴、阴道、宫颈、宫体等生殖器官的出血。一般情况，外阴、阴道的出血，多见外伤及炎症；来自宫颈的出血，常由炎症或肿瘤引起；来自宫体的出血，可见卵巢功能失调，全身

性疾病，炎症或肿瘤引起，临证当细辨。

下腹疼痛

下腹疼痛为妇科常见的症状，临床应根据下腹疼痛的性质、部位、时间、兼症及舌脉象等，以明其轻、重、缓、急，以辨其寒、热、虚、实。

疼痛的部位 一般而言小腹正中疼痛，以子宫性疼痛为主，如痛经、胎动不安、堕胎、小产、产后腹痛等。若痛在少腹，以附件原因引起的疼痛为多，如异位妊娠、癥瘕（卵巢囊肿蒂扭转），常见单侧少腹疼痛；若双侧少腹疼痛，以炎症性疾病为多。

疼痛的性质 疼痛拒按属实，喜按属虚，冷痛或绞痛属寒，灼热痛属热，刺痛、刀割样疼痛属血瘀，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。

疼痛的时间 若疼痛伴随月经周期出现，则为痛经；若有停经史，确定妊娠后而发生疼痛多与妊娠有关的疾病；产褥期的腹痛，可见由子宫复旧或恶露的排出障碍所致。

腹痛伴随症状 疼痛伴面色苍白，肢冷汗出，甚至晕厥者，多为急重证。同时伴有停经史应考虑异位妊娠；若痛侧可扪及包块，应考虑为卵巢囊肿蒂扭转；若经期则常为痛经、子宫内膜异位症；疼痛伴带下黄或如脓样，有畏寒、发热，则为湿热、湿毒型之带下病（盆腔炎）；疼痛伴腰酸、阴道出血，有停经史者多为妊娠病。

腹痛，病位在子宫，冲任，病性寒、热、虚、实皆可见，其发病机理，不外乎冲任、胞宫、胞脉，气血运行不畅，不通则痛；或气血亏乏，冲任、胞宫、胞脉失

养，不荣则痛。可见于经、带、胎、产、杂多种疾病。

下腹包块

女性下腹部包块，可来自生殖器官，膀胱、肠道、腹腔，但以生殖器官为最多见。

中医把女性下腹有结块，或胀，或满，或痛者，称为“癥瘕”。类似西医学的生殖器肿瘤、盆腔炎症性包块、子宫内膜异位症等范畴。

虽然本病成因多端，但其形成机理，无不由脏腑经络的功能失调，气血阻滞，痰瘀壅塞，胶结成块。病位在子宫、胞脉、冲任，病性初病多实，久则虚实夹杂。

临床上应根据包块的部位、性质、大小以及与经、带、胎、产关系，并结合辅助检查以明确诊断。

若肿块为囊性，多为良性病变，可见充盈膀胱、卵巢囊肿等；若为实质性，除妊娠子宫、子宫肌瘤、子宫腺肌症、炎症包块外，其他应考虑恶性肿瘤。

若为子宫的肿块，常影响月经，伴见经期、经量的异常、痛经等；若为附件的肿块，可伴见不孕症、腹痛；若为炎症性包块，则常伴见带下异常、腹痛、发热、不孕症等；若为恶性肿瘤，除可伴见不规则阴道出血外，常伴有消瘦、发热，面色晦黯等。

停 经

月经停而不行，若为初潮后2年内，不作病论。若为妊娠期、哺乳期、绝经后的月经不行，均为生理性。

已婚女性，月经闭止，首先应考虑妊娠；停经，伴周期性下腹疼痛者，应排除

宫颈、宫腔粘连，尤其是有手术史患者；停经，伴突然一侧少腹疼痛，应考虑异位妊娠；月经数月不行，伴肥胖，多毛，则为痰湿壅塞之闭经；若停经伴咳嗽、盗汗、消瘦、潮热，则为阴虚内热之闭经，应排除劳瘵（结核性闭经）。

阴 痒

外阴瘙痒，可见带下病、月经病、全身性疾病所致，尤以带下病为多见。

阴痒，无不由湿热浸淫，或虫蚀阴中，或血燥生风，阴户为肝肾之分野，故每责之肝、肾。

若阴部奇痒，如虫行状，带下色黄如

泡沫状，或如豆渣样，则多为虫蚀，或为滴虫所致，或为霉菌之患；若阴部瘙痒，局部有丘疹样斑点，则应注意检查，可能为阴虱滋生所致；若阴痒灼痛，带黄臭秽，口苦咽干，则为肝经湿热为患；若年老阴痒，局部干涩灼热，带下或带血丝，则每为阴血亏虚，化燥生风；阴痒伴局部溃破流脓，则应排除梅毒等性病。

临床上应配合实验室检查及妇科检查，方能协助确诊。

异常带下

详见带下病辨病与辨证

（王惠珍）

第4章 妇科常用治法研究

治法，是治疗疾病的法则。随着现代科学的不断发展，治法，以及方剂、药物的原理研究取得了较大的进展，使朴素的中医理论有了科学的注解与阐明，某些研究还对原有的理论有所更新与发展。在妇科领域有关治法的研究有长足的进展，大大推动了中医妇科学发展的进程。

滋肾温肾法

肾者，主生殖，藏精气，为先天之本，元气之根，是人体生长、发育和生殖的根本。“胞络者，系于肾”。且精又能化气生血，肾又为天癸之源，冲任之本，直接为胞宫的行经、成胎受孕提供物质基础。肾为水火之宅，内寄阴阳，阴阳充盛，平衡协调，则经、孕、产、乳正常。反之，则经、带、胎、产、杂诸病蜂起。故滋肾温肾法，是妇科各类病证的治疗中，运用最为广泛治法之一。

一、药理作用

在妇科领域中，随着有关肾的研究不断深入，滋肾温肾法的研究，取得了显著的进展，而且卓有成效。滋肾温肾法的药理作用，主要有以下几个方面：

1. 调节神经内分泌功能 补肾药有性激素样作用已被证实，但又不能简单地划等号。补肾药虽含有性激素，但含量少，虽有性激素样作用，但又不是性激素

的替代作用，而是通过调节起到改善下丘脑—垂体—卵巢轴的功能作用。如六味地黄丸、肾气丸、左归丸、右归丸、毓麟珠等具有雌激素样活性，能提高子宫内膜ER含量，增强雌激素对子宫的效应，促进子宫的发育。补肾药还能促进排卵。补肾精药其作用类似尼尔雌醇，对绝经后妇女的下丘脑—垂体—卵巢功能有一定改善调整作用。

2. 抗衰老 近来研究发现，人的衰老是性腺轴的老化起主导作用。滋肾温肾法可延缓衰老，如对二仙汤的全方及拆方的实验研究中发现，二仙汤具有延缓性腺轴衰老过程和改善性腺轴功能的双重药效，其作用部位覆盖下丘脑、垂体、性腺、肾上腺及其性腺激素效应器等各方面。研究中还发现，二仙汤中温肾药可增进去势大鼠肾上腺网状带扩张，使性腺激素合成相关酶活性增强，增进其激素合成。而滋阴药可延长激素的作用。这一发现使《景岳全书·新方八略》中提出的：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升，而泉源不竭”之说，有了科学的注解，同时也纠正了长期以来对抗衰老，只注重补阳、壮阳的偏见。研究资料还表明，补肾药可防止绝经后妇女的骨密度丢失，能降低骨吸收而不影响骨的形成。

3. 增强免疫力 滋肾温肾药有效地治疗流产、不孕症。研究表明, 滋肾温肾药能增强机体免疫力, 改善体液免疫和细胞免疫。如助孕Ⅰ号和助孕Ⅱ号能使封闭效应提高, 促进封闭抗体形成, 改善组织相容性抗原及母体细胞免疫, 从而使免疫性流产、免疫性不孕患者, 得到有效的治疗。

4. 促进一氧化氮产生 一氧化氮具有许多功能, 研究证实, 胎盘及脐带组织不仅产生 NO, 而且其产生的 NO 广泛参与围生期孕产妇及胎儿的各种生理病理调节, 胎盘组织 NO 生成量下降可能是妊高征发病一重要因素。NO 对促进胎儿发育及控制早产、预防及治疗妊高征起重要作用。资料表明, 补肾益气活血药可通过增强一氧化氮酶活性, 促进胎盘组织 NO 的产生。

补肾益气活血药还能保护红细胞膜一骨架, 维持细胞正常形态、结构和功能, 改善胎盘微循环, 进而防治胎儿宫内发育迟缓。

补肾法除通过调节下丘脑—垂体—卵巢轴的功能促进排卵外, 研究还发现, 补肾阴药能降低血糖、胰岛素、血睾酮水平, 改善微环境, 使卵泡发育而排卵、妊娠。

二、临床应用

1. 六味地黄丸、左归丸、右归丸、两地汤 主要用于月经不调, 更年期综合征, 功能失调性子宫出血等的治疗。

2. 寿胎丸、毓麟珠、温经汤、右归丸、右归饮 主要用于流产、不孕、痛经、闭经、功能失调性子宫出血等的治疗。

3. 二仙汤、金匱肾气丸 主要用于更年期综合征的治疗。

疏肝养肝法

肝藏血司血海, 主疏泄, 性喜条达。肝的藏血司血海与主疏泄功能相互协调, 共同维持着女子的生理功能。肝的藏血不足, 则血海空虚、冲任失养, 可致月经后期量少、闭经; 肝的疏泄失常, 气机不利、冲任失调, 则可致月经先后不定期, 痛经, 不孕等。肝经绕阴器, 过乳头, 肝失调达, 则可致经行前后乳房胀痛、产后乳汁不行, 外阴瘙痒等。有关疏肝养肝的研究日渐深入。

一、药理作用

1. 调节植物神经功能 国内有研究指出, 肝的疏泄功能与植物神经功能有关, 用疏肝解郁中药, 能使植物神经功能障碍得到改善。

2. 类激素样作用 动物实验结果显示, 调肝方药可明显拮抗 HPRL 小鼠血清 PRL 的升高和子宫减重, 明显提高 HPRL 小鼠的性周期调和受孕率, 含有类雌激素样作用。

3. 抗炎镇痛, 提高机体免疫能力作用 有学者用疏肝化瘀法治疗慢性盆腔炎的实验室研究发现, 疏肝化瘀基本方的药理, 具有抗炎镇痛, 提高机体免疫功能及降低血粘度的作用。

4. 调节神经—内分泌—免疫网络作用 由于肝经过乳头, 若肝郁气滞, 乳络欠通, 不通则痛, 则可见乳房胀痛, 若日久气滞血瘀, 乳房结块, 而成乳腺小叶增生。实验表明, 乳腺增生病的发生, 主要与内分泌激素失调密切相关。存在着以神经内分泌免疫网络失调为中心的不同环节、层次和水平的功能状态变化及多因素共同作用的结果。而采用疏肝解郁、理气

止痛等为主的中药合剂治疗乳腺增生病患者,明显地调节神经内分泌网络,上至神经递质,下至靶腺及免疫细胞的多环节、多层次、多途径的功能水平以及DNA损伤修复能力,从而提高了机体内环境的稳定性,改善了症状和体征。

5. 改善血液流变 动物实验发现,糖尿病性大鼠血流呈高度的凝、粘、聚状态。用滋肝养肝、活血化瘀复方治疗后,大鼠的全血粘度、血浆粘度、全血粘度比值及红细胞的聚集性明显降低,红细胞的变形能力显著增强。亦有动物实验发现,动脉粥样硬化的发生、发展,与过氧化脂质含量增加,超氧化物歧化酶活性减弱有着重要的关系。用疏肝活血方药可以抗家兔动脉粥样硬化过氧化损伤。

6. 调节一氧化氮水平作用 国外有报道,小柴胡汤有增强巨噬细胞生成一氧化氮作用。但小柴胡汤对内毒素诱导小鼠巨噬细胞 J774A.1 细胞生成一氧化氮又有抑制作用。

二、临床应用

1. 逍遥散、柴胡疏肝散、四逆散 主要用于月经不调、经前紧张综合征、痛经、不孕症、乳腺小叶增生病等的治疗。

2. 丹栀逍遥散 主要用于崩漏,经间期出血,口、眼、生殖器综合征等的治疗。

3. 龙胆泻肝汤 主要用于治疗外阴炎、阴道炎、盆腔炎等。

4. 小柴胡汤 用于产后感染,盆腔炎的治疗。

5. 一贯煎、二至丸、杞菊地黄丸 主要用于治疗倒经,更年期综合征,经前紧张综合征,闭经等。

健脾和胃法

脾(胃)为后天之本,气血生化之源,脾主统血,其气主升;胃主受纳,腐熟水谷,其气主降。又冲脉隶属阳明,脾胃健旺,精津充足,气血旺盛,冲任充沛,则经、孕、产、乳正常。若脾胃功能失常则可致月经病、带下病、妊娠病、产后病、杂病等。

有关脾胃的研究,多从消化系统疾病入手。早在80年代广州、上海、北京等地学者进行了大量的研究,发现了健脾益气药可调节消化系统、植物神经系统、内分泌及免疫功能。

一、药理作用

1. 提高免疫功能 在免疫性自然流产与免疫性不孕的临床与实验研究中发现,自然流产夫妇HLA相容性增加,流产妇女CD₄显著降低,封闭效应低下,而证多脾肾两虚。经健脾补肾的助孕3号丸治疗,再次妊娠成功率95.2%,并使封闭效应提高。除此之外,在探讨中药治疗自然流产对异常母胎免疫及内分泌的影响研究提示,自然流产的发生发展与封闭抗体缺乏和激素分泌不足密切相关,采用健脾益气,补肾清热中药保胎成功者封闭抗体明显上升,血 β -HCG、孕酮(P)、雌二醇(E₂),水平进行性升高。而保胎失败流产者,则皆无上升。说明中药通过调整母胎免疫和内分泌起到治疗作用。

2. 改善血液流变 在用温中健脾药外敷对家兔血液流变学的影响研究中发现,温中健脾药袋能降低血液粘度,减低体外血栓指数,降低血清总胆固醇量。研究提示温中健脾药袋能改善血液流变,从而说明温里健脾药具有活血化瘀的功能。

这一发现再一次揭示瘀血的成因亦可由脾虚所致,使中医的气虚成瘀的理论,有了新的科学注解。

3. 促进子宫收缩 在治疗妇科异常出血中健脾益气中药,经常使用,中医的理论在于益气固摄止血。在研究中提示,如党参、黄芪等具有健脾益气,固摄升提功用的中药,在治疗药物流产后阴道出血不止的研究中证实,党参、黄芪能提高子宫肌和子宫血管的舒缩功能。说明益气止血,是通过促进子宫的收缩达到止血。

随着研究的不断深入,必将更进一步完善、提高、丰富中医学。

二、临床应用

1. 补中益气丸、举元煎、归脾汤 主要用于月经失调、功能失调性子宫出血(崩漏),子宫脱垂等病的治疗。

2. 白术散、参苓白术散 常用于治疗妊娠高血压综合征,经前紧张综合征。

3. 香砂六君子汤,小半夏加茯苓汤、干姜人参半夏丸、桔皮竹茹汤 主要用于妊娠剧吐、经前紧张综合征。

4. 完带汤 则常用于慢性盆腔炎、慢性宫颈炎、阴道炎等病的治疗。

补益气血法

气血是维持生命的重要物质,妇女以血为本,然血赖气行,气血充沛,互相协调,则五脏安和,经脉顺畅,冲任通盛,经、孕、产、乳正常。若气虚血少,则任脉虚太冲脉衰少,而经、孕诸症迭起,故补益气血法也是妇科常用治法之一。

一、药理作用

1. 促进人体代谢 补气药对物质代谢具有促进作用,可以促进核酸和蛋白质

的合成,改善糖代谢。如补中益气汤可以提高机体细胞活性和促进机体代谢,并明显促进蛋白质合成。

2. 改善血液系统功能 有实验提示补气药可促进白细胞的合成,有升高红细胞、血红蛋白的作用。补血药能促进血红蛋白和红细胞的生成。

3. 改善血液流变 八珍汤为补益气血的代表方,有学者用八珍汤对老龄大鼠血液流变学改善作用的研究中发现,八珍汤可显著降低大白鼠的全血粘度、血浆粘度和纤维蛋白原含量,还能明显抑制大白鼠的血小板聚集作用,八珍汤还能促进其血小板的解聚作用。从而得出结论:一定剂量的八珍汤对血液的“粘”、“浓”、“凝”、“聚”状态均有明显的改善作用。另外还从某种意义认为八珍汤具有“活血化瘀”作用提供了实验依据。

4. 改善胎盘微循环 有人用由黄芪、当归、川芎等组成的中药健胎液防治胎儿宫内发育迟缓的研究提示,益气补血健胎液能够保护红细胞膜一骨架,维持红细胞正常形态、结构和功能,改善胎盘微循环,进而有防治胎儿宫内发育迟缓作用。亦有报道应用中药川芎治疗胎儿宫内发育迟缓后,其病理生理变化接近或恢复正常,脐动、静脉及子宫动脉的TAV和Q上升,S/D值、RI等下降;母血E₃、HPL上升,研究表明川芎嗪能改善胎盘功能,纠正子宫胎盘胎儿血液循环障碍。

此外,补益气血方药还具有改善造血功能,抑制氧自由基的生长并增强SOD的活力,延缓衰老,抗疲劳以及抗病毒和诱生干扰素等作用。

二、临床应用

1. 四君子汤、补中益气汤 用于月

经不调、子宫脱垂、功能失调性子宫出血等病的治疗。

2. 四物汤、八珍汤、归脾汤、十全大补丸、人参养荣汤 常用于月经不调、闭经、功能失调性子宫出血、流产、更年期综合征、经前紧张综合征等病的治疗。

活血化瘀法

血行于脉中，循环不休。气血流畅，冲任通盛，则经、孕、产、乳正常。因妇女经、孕、产每伤于血，稍有不慎，易为邪所感，使血滞为瘀，或溢于脉外而成离经之血，亦为瘀。瘀血为患，每致成疑、难、重症。如功能失调性子宫出血、子宫内膜异位症、异位妊娠、不孕症、肿瘤等病。

活血化瘀法，则是以消除瘀滞，行血活血治疗血瘀诸症的治法。有关活血化瘀法的研究可谓广泛、深入，主要有如下几个方面：

一、药理作用

1. 改善血液流变学 有关瘀血的研究表明之所以成瘀，是由于血液的“粘”、“浓”、“凝”、“聚”。而活血化瘀药能够改善血液的“粘”、“浓”、“凝”、“聚”状态，促进盆腔血液流变学和微循环，加强卵巢和子宫的供血，故广泛用于治疗妇科的痛经、不孕症、闭经等病。

2. 抗凝作用 在对瘀血的研究及对活血化瘀方药的研究中提示，活血化瘀方药有抗凝，抑制血小板聚集作用。如水蛭，其性猛力峻，有毒，为破血逐瘀通经之良药，药理研究中发现，水蛭含水蛭素、组织胺样物质，具有抗凝血、扩张血管，降低血液的粘稠度。又如对活血化瘀古典方的药理研究提示，它们均有不同程

度的抑制血小板聚集作用。使传统的“瘀血内阻，血不归经”，“瘀之不去，出血不止”及“通因通用”等理论有了新的注解。

3. 抗衰老 研究证实，人体的衰老是“正虚挟瘀”的病理改变，动物实验表明，化瘀补肾的中药能改善老年小鼠的自由基代谢，以达到抗衰老的有效作用。此外，活血化瘀中药有延缓去势引起的大鼠骨量丢失作用。大量的研究表明，活血化瘀中药对人体衰老的生理、病理、生化、免疫等方面均有一定的调节和改善作用。

4. 调节免疫功能 活血化瘀中药丹皮、赤芍、元胡、五灵脂、川芎对小鼠细胞免疫调节作用的量效关系研究结果显示，随着剂量的提高，细胞免疫功能有所提高。而泽兰、鸡血藤、苏木随着剂量的增加，细胞免疫功能逐渐下降，其中苏木的免疫抑制作用最强，提示这三味中药在进行自身免疫性疾病的治疗时，可视病人体质及药物的毒副作用，适当提高用量，以利于更好地发挥免疫抑制作用。

5. 改善微量元素 在用活血化瘀对子宫内膜异位症发中微量元素的影响进行观察探讨中提示，通过活血化瘀治疗后，症状、体征明显好转的同时，微量元素Zn、Cu、Fe含量亦有所提高，其中Zn含量明显增高，说明活血化瘀治疗妇科血瘀证的机理与所含微量元素有关。

6. 消炎、抗菌作用 活血化瘀药在体外或动物体内有增强纤溶作用，有利于宫腔或输卵管粘连的松解和吸收，故对子宫、输卵管由炎症造成的粘连阻塞有较好的疗效。研究还发现活血化瘀药物可抑制腹膜炎大鼠腹腔巨噬细胞生成白三烯(LTB₄)。白三烯是一个很重要的炎症介质，这可能是活血化瘀药抗炎作用的机

制之一。

7. 改善胎盘血循环 由于胎盘的血液循环障碍, 往往影响胎儿宫内发育, 在对胎儿宫内发育迟缓的研究中显示, 川芎能改善胎盘功能, 纠正胎盘胎儿血液循环障碍。活血化瘀药能够增强 NOS 活性, 促进胎盘组织 NO 的产生。

8. 兴奋子宫 活血化瘀药如益母草对在体、离体子宫均有兴奋作用, 使子宫收缩而达到止血目的。

二、临床应用

1. 桂枝茯苓丸 常用于子宫肌瘤、卵巢囊肿、异位妊娠包块等治疗。

2. 失笑散、生化汤 常用于治疗产后胎盘胎膜残留、产后宫缩痛、药流后阴道出血不止等的治疗。

3. 膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、血府逐瘀汤 多用于治疗痛经、闭经、功能失调性子宫出血、子宫内膜异位症等病。

4. 宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方 常用于异位妊娠的治疗。

活血化瘀法在妇科领域越来越受到重视, 并广泛用于治疗一些疑难杂证, 如子宫内膜异位症、妊娠高血压综合征、胎儿宫内发育迟缓、免疫性不孕症、免疫性习惯性流产等病。

中医在妇科病的治法中, 尚有理气行滞, 清热凉血, 温经散寒、祛痰化湿、清热解毒, 调理奇经等治法, 随着研究的进一步深入, 这些治法都取得一定的进展, 如清热解毒药中不仅有消炎、抗菌的作用, 还有抗病毒和抑制淋菌、艾滋病病毒等作用; 又如清热利湿药, 可降低磷脂抗体及 ABO 血型抗体, 有效治疗免疫异常增高型习惯性流产; 祛痰化湿, 软坚散结, 改善由于内分泌功能紊乱、丘脑下

部—垂体平衡失调而致多囊卵巢综合征等。

特别值得一提的是, 随着计划生育作为国策的实施, 如何探讨开发一种安全、有效、方便、无毒的药物, 是摆在广大医务工作者面前的一大课题, 中医中药的开发、利用, 取得可喜的进展, 天花粉、芫花、葛根, 本为清热生津, 逐水利湿之品, 药理研究发现具有抗生育的作用, 目前已在临床上用于引产。据报道, 茜草根的醚制剂、莪术的醇制剂, 柿蒂的 70% 醇提取液、了哥王的醚制剂, 棉酚、苦丁茶、紫草根的醚浸液, 棕榈子的干浸膏、马蔺子种皮醇浸膏、郁金的水提液等, 动物实验已证实具有抗生育的作用, 有待进一步实验使之达到能够应用于人体。

中药的剂型, 常是困扰、阻碍中医药发展的一个方面。然而, 近年来的发展形势喜人, 中药的剂型不再是传统的汤、膏、丹、丸、散。而是有胶囊、冲剂、针剂、栓剂、喷雾剂、贴剂等, 给药途径除口服外, 有肌肉注射、静脉注射、阴中纳药、直肠灌注、宫腔给药等, 既有整体调理, 亦有局部治疗, 还结合物理、化学等方法, 如用中药液借助药物离子导入仪的直流电场作用治疗妇科疾病; 还用氦—氖激光辐照至阴, 以纠正胎位等。

主要参考文献

滋肾温肾法

1. 沈霖, 杜靖远, 杨家玉, 等. 补肾密骨液防治绝经后妇女代谢性骨质丢失的初步临床研究. 中国中医骨伤科杂志, 1994, 2 (4): 13
2. 宋韬, 刘敏如, 刘金星, 等. 养精汤对绝经后妇女生殖激素影响的临床观察—附 25 例病例报告. 成都中医药大学学报, 1997, 20

(4):18

3. 刘健, 李祥云. 补肾祛瘀法治疗子宫内
膜异位症的临床观察. 中国中西医结合杂志,
1998, 18 (3):145

4. 罗颂平, 张玉珍, 梁国珍. 免疫性自然
流产与免疫性不孕的临床与实验研究. 中医杂
志, 1997, 38 (6):351

5. 张月萍, 俞瑾, 归绥琪. 雄激素致不孕
大鼠发病机制及滋肾阴药对其促排卵的作用.
中华内分泌代谢杂志, 1997, 10 (2):98

6. 张伯讷. 二仙汤全方及其拆方的药理及
实验室研究. 中国中医药报, 1994, 1:17

7. 赵瑞华, 刘亚锦, 杨琳, 等. 补肾调经
汤促排卵的临床研究. 中国中西医结合杂志,
1996, 16 (5):264

8. 周丽蓉, 俞瑾. 补肾阴药治疗高胰岛素
高雄激素无排卵症的临床观察. 中国中西医结
合杂志, 1996, 16 (9):515

9. 徐珉, 黄光英, 叶望云. 中药健胎液对
胎儿宫内发育迟缓孕鼠红细胞膜—骨架作用.
广州中医药大学学报, 1998, 15 (2):124

10. 黄光英, 舒益民, 曹福元. 补肾益气活
血方对胎儿宫内生长迟缓胎盘组织一氧化氮合
酶活性的影响. 中国组织化学与细胞化学杂志,
1998, 7 (3):277

11. 黄光英, 徐珉. 补肾益气活血方对胎儿
宫内发育迟缓胎盘组织氧自由基的影响. 中药
药理与临床, 1999, 15 (1):37

12. 钱祖淇, 陆惠娟, 吴萍. 补肾育宫冲剂
治疗子宫发育不良的机理研究. 中国中西医结
合杂志, 1998, 18 (4):221

13. 崔淑萍. 补肾活血安胎初探. 陕西中
医, 1999, 22 (1):4

疏肝养肝法

1. 刘菊芳, 陈新, 桂耀庭. 补肾调肝敛乳
方治疗高泌乳素血症的实验研究. 中药新药与
临床药理, 1996, 7 (2):22

2. 吉宏. 小柴胡汤对内毒素诱导小鼠巨噬
细胞 J774A.1 细胞生成一氧化氮的抑制作用

国外医学·中医中药分册, 1997, 19 (1):31

3. 张迎春, 毛美蓉. 疏肝化瘀法治疗慢性
盆腔炎的实验研究. 实用中西医结合杂志,
1994, 7 (4):197

4. 贺玉琢. 小柴胡汤增强巨噬细胞生成一
氧化氮的作用. 国外医学·中医中药分册,
1996, 18 (6):52

5. 张永锋. 疏肝活血方抗家兔动脉粥样硬
化过氧化损伤的实验研究. 天津中医, 1996, 13
(1):31

6. 谢学军. 滋养肝肾、活血化瘀药对实验
性糖尿病大鼠血液流变的影响. 中药药理与临
床, 1996, 12 (4):29

7. 阙华发, 陈红凤. 乳宁冲剂对乳腺增生
病神经内分泌免疫网络及淋巴细胞 DNA 修复功
能调节作用的观察. 中国中西医结合杂志,
1999, 19 (9):521

8. 李家邦, 王勇华. 肝郁脾虚患者植物神
经功能障碍特征. 湖南医药学院学报, 1985, 1:
63

健脾和胃法

1. 归绥琪, 许钧, 俞而慨. 中药治疗自然
对封闭抗体 β -HCG、孕酮、雌二醇的影响. 中
国中西医结合杂志, 1997, 17 (11):645

2. 卞宜心. 宫清方治疗药物流产后出血.
浙江中医杂志, 1996, 31 (7):299

3. 许淑菊, 董维, 张伟. 温里健脾外敷药
袋对家兔血液流变学的影响. 西安医科大学学
报, 1995, 16 (1):49

4. 罗颂平, 张玉珍, 梁国珍. 免疫性自然
流产与免疫性不孕的临床与实验研究. 中医杂
志, 1997, 38 (6):351

5. 王传社. 补肾健脾化瘀法延缓衰老作用
的研究. 中医杂志, 1999, 40 (4):241

补益气血法

1. 王硕仁. 党参对血栓素 A_2 和前列腺素合
成的影响. 中国中西医结合杂志, 1990, (7):
391

2. 许建平, 马庭元, 闻良珍. 川芎嗪治疗胎儿宫内生长迟缓中氧自由基与血栓素 B_2 、6-酮-前列腺素 1α 的相关研究. 中国中西医结合杂志, 1998, 18 (5):265

3. 许建平, 马庭元, 闻良珍. 川芎嗪治疗胎儿宫内生长迟缓改善子宫胎盘胎儿血液循环的研究. 同济医科大学学报, 1998, 27 (4):300

4. 徐珉, 黄光英, 叶望云. 中药健胎液对胎儿宫内发育迟缓孕鼠红细胞-骨架作用. 广州中医药大学学报, 1998, 15 (2):124

5. 潘毓宁, 潘洪平, 吴隐雄. 八珍汤对老龄大鼠血液流变学改善作用的研究. 广西医学, 1997, 19 (4):581

活血化瘀法

1. 王传社, 李顺成, 李志新. 八味地黄汤、丹坤方、八味丹坤方对老年小鼠自由基代谢调整作用的对比研究. 北京医科大学学报, 1996, 28 (6):432

2. 方显明, 黄红英. 活血化瘀中药抗衰老作用的研究. 中国中医药信息杂志, 1995, 2 (6):30

3. 朱立群, 刘华英, 周荫保. 补肾活血中药治疗中老年女性甲亢患者骨代谢紊乱的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (8):467

4. 孔庆平, 兰克军. 活血化瘀促进骨折愈

合的探讨. 中国中医骨伤科杂志, 1994, 2 (6):50

5. 许建平, 马庭元, 闻良珍. 川芎嗪治疗胎儿宫内生长迟缓改善子宫胎盘血液循环的研究. 中国中西医结合杂志, 1998, 18 (5):265

6. 李芳芳, 李恩. 补肾健脾和活血化瘀方药对去卵巢大鼠骨质疏松的比较性研究. 中国骨质疏松杂志, 1998, 4 (1):5

7. 连方. 痛经宝与复方当归液治疗输卵管阻塞临床与实验研究. 中西医结合杂志, 1991, 5:282

8. 杨锋, 樊良卿, 沈翔. 八味活血化瘀中药对小鼠细胞免疫调节作用的量效关系研究. 中国实验临床免疫学杂志, 1997, 9 (1):49

9. 张凤云, 房杰, 王文俊. 活血化瘀药对腹膜大鼠生成白三烯 $\beta-4$ 的影响. 中国中西医结合外科杂志, 1996, 2 (4):269

10. 黄雪梅. 水蛭的实验和临床研究概况. 湖南中医学院学报, 1997, 17 (1):74

11. 魏爱平, 王阿丽, 王子喻. 活血化瘀对子宫内膜异位症(血瘀症)发中微量元素的影响. 中国中医药信息杂志, 1996, 3 (1):31

12. 葛争艳, 林成仁, 周亚伟. 活血化瘀经典古方对家兔血小板聚集性的影响. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (8):489

(王惠珍)

临床辨病专方治疗丛书·妇科辨病专方治疗

下篇 专病专方 辨证论治

第5章 月 经 病

功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血 (dysfunctional uterine bleeding, 简称功血), 为妇科常见病。它是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血, 而全身及内外生殖器无器质性病变存在, 功血可发生于月经初潮至绝经间的任何年龄, 50% 患者发生于绝经前期, 育龄期占 30%, 青春期占 20%。功血分无排卵性和有排卵性两类, 约 85% 病例属无排卵性功血。

功血属中医“崩漏”、“月经过多”、“经期延长”、“月经先后无定期”等范畴, 是妇科常见病, 亦是疑难重症。

[病因与发病机理]

本病以经血非时暴下不止或淋漓不断为主要临床表现。前者称崩中, 后者称漏下, 虽崩漏表现不一, 但崩为漏之甚, 漏为崩之渐, 故崩漏合称。有关本病的记载: 最早见于《内经》, 如《素问·阴阳别论》云: “阴虚阳搏谓之崩。”其病机特点为脏腑气血功能失调, 冲任不固, 不能制约经血, 以致经血非时妄行, 病因有虚、热、瘀之别。虚者, 主要为肾虚、脾虚, 肾主封藏, 肾虚封藏失职, 冲任不固, 经血失约。脾主中气, 脾虚中气下陷, 统摄无权, 冲任失固; 热者, 主要为虚热、实热, 乃因热扰冲任, 迫血妄行; 瘀者, 可

由寒、热、虚所致, 瘀阻冲任, 血不归经。总之, 崩漏发病机理复杂, 常是因果相干, 气血同病, 多脏受累, 但无论病起何脏, “四脏相移, 必归脾肾。”“五脏之伤, 穷必及肾。”以至肾脏受病。青春期患者多属先天肾气不足, 育龄期患者多见肝郁血热, 更年期患者多因肝肾亏损或脾气虚弱。

现代医学认为功血是促性腺激素或卵巢激素在释出或平衡方面的暂时性变化, 机体内部和外界许多因素诸如精神过度紧张、恐慌、忧伤、环境和气候骤变以及全身性疾病均可通过大脑皮层和中枢神经系统影响下丘脑—垂体—卵巢轴的相互调节, 营养不良、贫血及代谢紊乱也可影响激素的合成、转运和对靶器官的效应而致月经失调, 临床表现为月经周期长短不一, 经期延长, 经量过多或不规则阴道出血。

[临床表现]

一、症状

1. 子宫出血 本病以子宫出血为主要表现, 因病变类型不同, 临床表现也不同: ①无排卵型功血: 月经周期紊乱, 经期长短不一, 出血量时多时少, 甚至大量出血, 或于闭经一段时间后又发生月经样出血, 或完全不规则出血。②排卵型功血: 黄体功能不全者月经周期缩短, 或经

前点滴出血和月经量多；黄体萎缩不全者，月经周期正常，经期延长达 9~10 日，经血断续不止。

2. 贫血 出血多或时间长造成不同程度贫血。

3. 流产 黄体功能不全造成。

4. 不孕 在生育年龄功血中，由于无排卵或黄体功能不足所致。

5. 其它症状 出血时间久时可继发盆器感染，出现腹痛，分泌物臭秽。

二、体征

功血患者通常无明显体征，由于雌激素刺激可见子宫较软，宫口松，有时子宫稍增大。

[室实验室与其它检查]

一、诊断性刮宫

诊断性刮宫可以了解是否有排卵，或黄体功能是否健全，并能观察到子宫腔大小、形态，宫壁是否平滑、软硬度是否一致，刮出物的形状。另外刮宫可以起到暂时的止血作用。无排卵型功血病者，子宫内膜呈增生现象，无分泌期变化；更年期者子宫内膜有时呈萎缩性改变。排卵型功血中黄体功能不全者，经前子宫内膜仍停留在早期分泌阶段，黄体萎缩不全者，经期第 5 天子宫内膜呈混合型。诊断性刮宫时要注意选择时间性，如要了解排卵或黄体功能情况，刮宫应在经前 1~2 天或来潮前 6 小时进行；要了解黄体是否有萎缩不全情况，刮宫时间应在行经第 5 天进行。更年期出血者如排除肿瘤需作分段诊刮送检，可知病灶所在。

二、基础体温测定

无排卵型功血者基础体温呈单相型。

排卵型功血中，如为黄体功能不全，基础体温呈双相型，但上升缓慢，黄体期较短，一般 10 天左右。黄体萎缩不全者，基础体温呈不典型双相，体温下降延迟或逐渐下降。

三、宫颈粘液

无排卵者，经前宫颈粘液呈羊齿状结晶，缺少黄体期应有的椭圆体。

四、阴道脱落细胞涂片检查

无排卵型功血者阴道脱落细胞检查，无正常周期变化，伊红指数无规律性波动及堆聚皱褶现象。排卵型功血者当黄体功能不全时，阴道脱落细胞检查可见细胞堆积，皱褶不佳现象；如为黄体萎缩不全时，阴道脱落细胞检查无特殊变化。

五、激素测定

测孕二醇水平可确定排卵功能或黄体功能健全与否；疑有卵巢功能失调者，可测雌激素、睾酮、孕二醇、17-羟酮等水平。

六、血液测定

如血常规、血小板计数、出凝血时间和凝血酶原等，以利于了解贫血程度和排除血液系统病变。

七、腹腔镜或 B 型超声波检查

可对卵巢肿瘤患者起到协助诊断的目的。

八、宫腔镜和碘油造影

在经一般检查未发现器质性病变，而出血难于控制者，经宫腔镜和碘油造影，可协助排除子宫小粘膜下肌瘤引起的月经

过多。

九、孕酮抑制试验

用于鉴别卵巢功能紊乱与肿瘤，用甲孕酮 150mg 肌注，每周 1 次，连续 2 次，如为调节功能紊乱，试验后阴道脱落细胞涂片检查可见成熟细胞左移，出现底层细胞；如果出现堆集皱褶的表、中层细胞，伊红指数下降，是卵巢功能性肿瘤的表现。

〔诊断与鉴别诊断〕

1. 详细询问病史 包括患者年龄、月经史、婚育史、及避孕措施，全身有无慢性病变如肝病、血液病等，精神、环境、气候因素，以及子宫出血情况。并根据全身检查和妇科检查以排除全身性疾病及生殖道器质性病变。

2. 决定性明确诊断要根据子宫内膜的病理组织检查，或诊刮或宫腔镜。此外，行排卵测定，如阴道细胞涂片，宫颈粘液结晶试验，基础体温测定，激素水平测定等，以进一步明确临床诊断。

3. 本病应与生殖道局部病变，如炎症、损伤、各种赘生物以及良或恶性肿瘤，妊娠并发症，如流产、胎盘残留，或性激素类药物使用不当；或全身性疾病，如血液病、肝损害、甲状腺功能亢进或低下等，特别是血液病导致的子宫出血相鉴别。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

(一) 莲芪益血汤

组成与用法 黄芪 党参 地榆 仙鹤草 旱莲草各 30g，白术 生地各 15g，

当归 升麻 三七 坤草各 6g，蒲黄 10g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 补气养血，止血调经。方中黄芪、党参、白术健脾益气摄血，配升麻益气升提，生地、当归、旱莲草益气滋肾，地榆、仙鹤草收敛止血，三七、坤草化瘀止血，去故生新。全方合用，共奏补气养血、止血调经之妙。

辨证加减

1. 纳差、便溏者加扁豆 10g、山药 10g 健脾利湿止泻。

2. 头晕耳鸣，失眠多梦者，加制首乌 10g、阿胶 10g 补益精血。

3. 心烦易怒，性情急躁易怒者加郁金 10g、丹皮 10g 清泻肝热，行气活血散瘀。

(二) 凉血清海汤

组成与用法 水牛角 30~45g (水浸先煎) 生地 15~45g 生白芍 15~45g 丹皮炭 桑叶 海螵蛸 10~20g 仙鹤草 30g 阿胶 10g (烊冲) 荆芥炭 10g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 清热凉血，止血调经。本方适用于热伤冲任，迫血妄行之血热型经量过多患者，症见经色鲜红或紫黑、口渴、便秘、舌质偏红，苔薄白或微黄、脉滑盛。方中水牛角清热凉血，配生地既凉血止血，又养阴清热；生白芍、桑叶凉血止血；丹皮炭凉血散瘀；荆芥炭疏风止血；海螵蛸、仙鹤草收敛止血；阿胶养血止血。

辨证加减

1. 血热夹瘀，经血夹块，色紫、下腹胀痛拒按，血块排出后下腹胀痛缓，加三七、益母草以化瘀止血。

2. 血热气虚，倦怠乏力，短气懒言，面色少华，舌淡红或质胖，苔薄白、脉细

软，加党参以益气养血。

3. 血热肾虚，腰膝酸软、足跟痛，头晕耳鸣、脉细、加女贞子、旱莲草、山萸肉以补肾养阴。

(三) 固冲汤

组成与用法 白术 15g 生黄芪 15g 煅龙骨 20g 煅牡蛎 20g (打碎先煎) 山萸肉 12g 生白芍 20g 海螵蛸 30g 黑茜草 10g 棕榈炭 6g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 补气健脾，固冲摄血。本方主治脾气虚弱，脾不统血，冲任不固所致之血崩或月经过多，而见血色稀淡，心悸气短，舌淡，脉细弱。方中白术补中益气，健脾助运；生芪益气健脾且有生血之功；煅龙牡育阴潜阳，收涩止血；山萸肉酸温补益精血，固冲止血；生白芍凉血止血，养血柔肝；海螵蛸收涩止血；黑茜草、棕榈炭化瘀止血。

辨证加减

1. 纳呆、便溏者加山药 10g、莲子肉 10g、砂仁 3g，健脾和胃，利湿止泻。

2. 四肢不温，面浮肢肿加桂枝 5g、茯苓 15g，温阳化气，淡渗利尿。

3. 腰酸尿频者加鹿角霜 10g，补肾益气，固冲涩精。

二、专药选用

(一) 妇康宁片

[湖南正清集团怀化正好制药有限公司。湘卫药准字 (1992) 第 018072 号]

主要成份 三七 当归 党参 白芍 麦冬 艾叶炭 益母草 香附等。

功用与评述 调经养血。方中当归补血活血，辅白芍敛阴养血，养肝；党参益气摄血，麦冬甘寒生津，三七能化瘀止血，益母草活血祛瘀，香附理气调经，艾叶苦温散寒，炒炭止血、益气止崩。全方

配伍严谨，有补而不滞、行而不伤之妙，具调经养血之功。

药理实验证明 妇康片具有止血、活血、化瘀、补血、镇痛消炎等作用，还能增强机体免疫力、改善下丘脑—垂体—卵巢轴之间的关系。临床实践证明，妇康宁片治疗功血疗效显著。

用量与用法 口服，1 次 3 片，1 日 2~3 次 (或经前 4~5 天服用)。

(二) 三七胶囊

[贵州三力制药有限公司，黔卫药准字 (1996) 第 100188 号]。

主要成分 三七。

功用与评述 散瘀止血，消肿定痛。三七又名田七、参三七、与人参同科同属，被历代医学家誉为止血之神药，理血之妙品，性温、味甘微苦，“扶正固本”之双效药。

药理实验证明 三七所含主要药用成分三七总皂甙，具有止血、活血、化瘀、生肌、镇痛、消炎，促进伤口愈合，减少瘢痕，具有滋补强壮、耐缺氧、降血脂、血糖、抗衰老等作用。

用量与用法 口服，1 次 3~5 粒，1 日 1~2 次，12 日为 1 个疗程。

三、西医药治疗

(一) 一般治疗 功血患者体质弱，呈贫血貌，应加强营养，改善全身情况，可补充铁剂、维生素 C 和蛋白质，贫血严重者尚需输血，出血期间避免过度疲劳和剧烈运动，保证充分的休息。流血时间长者给予抗生素预防感染，适当应用凝血药物以减少出血量。

(二) 药物治疗 多以内分泌治疗为主，但对不同年龄的对策应采取不同方法。青春期少女以止血和调整周期为主，

促使卵巢恢复功能和排卵；更年期妇女止血后以调整周期或减少经量为原则，使用性激素时应周密计划，制定合理方案，尽可能使用最低有效剂量，并需严密观察，以免性激素应用不当而引起出血。

1. 无排卵型功血治疗

(1) 止血

①性激素止血

雌激素止血 适用于青春期功血，尤其内源性雌激素不足者，用己烯雌酚1~2mg，每6~8小时口服1次，有效者2~3日血止。血止或血量明显减少后逐渐减量，每3日减量一次，每次减药量不超过原用量1/3，直至维持量，即1mg。苯甲酸雌二醇2mg肌注，每6~8小时一次，可达快速止血。血止后再用己烯雌酚（乙底酚DES），逐渐减至维持量，无论应用何种雌激素，2周后开始加用孕激素，使子宫内膜转化，用黄体酮10mg肌注，每日1次，或安宫黄体酮6~10mg口服，每日1次，共7~10日停药。

孕激素止血 适用于患者体内已有一定雌激素水平。若为少量不断出血，可用黄体酮20mg肌注，每日1次，共3~5日。更年期患者配伍应用丙酸睾酮25~50mg，每日肌注1次，可增强止血效果。若为出血量多的患者，需用大剂量合成孕激素方可止血。如炔诺酮（妇康片）5~7.5mg，甲地孕酮（妇宁片）8mg或安宫黄体酮8~10mg，每6小时口服1次，用药3~4次后出血量明显减少或停止，则改为8小时1次，再逐渐减量，每3日递减1/3量直至维持量，即炔诺酮每日2.5~5mg，甲地孕酮4mg或安宫黄体酮4~6mg，持续用到血止后20日左右，停药后发生撤退性出血。用药期间如有突破出血，可配伍应用己烯雌酚0.1mg每日1

次。出血量多也可口服短效避孕药，每日4次，每次1丸，血止后递减至维持量，每日1丸，共20日停药。

雄激素 单独应用效果不佳，常用于更年期，每日肌注丙睾25~50mg，3~4日血止。改口服甲基睾丸素5~10mg，每日2~3次，共20日。

②抗纤溶治疗 6-氨基己酸1g/10kg体重，每日数次，连续3天；或抗血纤溶芳酸0.4加入10%GS40~60ml静注，每日1次，连续3天；或抗血纤溶芳酸0.25~0.5g口服，每日2~4次，或50~100mg静注。

(2) 调整月经周期

①雌孕激素序贯法 即人工周期，适于青春期功血患者，己烯雌酚1mg（或炔雌醇0.05mg）于出血第五日起，每晚一次，连服20日至服药第16日，每日加用黄体酮10mg肌注（或安宫黄体酮6~10mg口服）。两药同时用完，用药后3~7日出血，于出血第5日重复用药，一般连续使用3个周期。用药2~3个周期后，患者常能自发排卵。

②雌孕激素合并应用 适用于育龄期（有避孕要求）和更年期功血。己烯雌酚0.5mg，及安宫黄体酮4mg于出血第5日起两药并用，每晚1次，连服20日，撤药后出现出血，血量较少。此外，口服复方避孕药（含雌、孕激素）有效。在出血第五日开始，每晚1丸，共20日为1周期，连用3个周期，如避孕药Ⅰ号、Ⅱ号及三相片。

(3) 促进排卵 适用于青春期和育龄期功血患者。

①氯底酚胺（Clomiphene citrate, CC）即克罗米芬为非甾体化学物，有微弱雌激素作用，适用于体内有一定水平雌

激素功血患者，于出血第5日起，每晚服50mg，连续5日（一般在停药7~10天左右排卵），若排卵失败，可重复用药。CC剂量逐步增至100~150mg/d。不宜长期应用，以免发生卵巢过度刺激综合征或引起多胎妊娠。排卵率80%，妊娠率仅其半数。

②人绒毛膜促性腺激素（HCG）具有类似LH作用而诱发排卵，适于体内FSH有一定水平、雌激素中等水平者。监测卵泡发育接近成熟时，连续3日肌注HCG，剂量依次为1000U、2000U及5000U。

③人绝经期促性腺激素（HMG），出血干净后每日肌注HMG1~2支直至卵泡发育成熟，停用HMG，加用HCG5000~10000U，每日肌注1次，共2~3日，以提高排卵率。注意应用HMG时易并发卵巢过度刺激综合征。

④促性腺激素释放激素（GNRH）先用GNRH作预处理，约需8周时间达到垂体去敏感状态，导致促性腺激素呈低水平，继之性腺功能低下，此时再给予GNRH脉冲治疗或应用HMG及HCG可达90%排卵率。于月经周期第5天给药，每天5 μ g，共3天，可肌注或静注。

2. 有排卵型功血治疗

（1）促进卵泡发育 首选药物是CC，适于黄体功能不足卵泡期过长者。CC疗效不佳者考虑用AMG—HCG疗法，以加强卵泡发育和诱发排卵，促使正常黄体形成。黄体功能不足，催乳激素水平升高者，宜用溴隐亭治疗。

（2）黄体功能刺激疗法 常应用HCG以促进及支持黄体功能。于基础体温上升后开始，隔日肌注HCG2000~3000U，共5次，可使血浆孕酮上升，月经周期恢复。

（3）黄体功能替代疗法 一般选用天然黄体酮制剂，因合成孕激素多数具有溶黄体作用，孕期服用还可能使女胎男性化，用以补充黄体分泌孕酮的不足。用药后月经周期正常，出血量减少。

3. 子宫内膜不规则脱落

（1）孕激素，自下次月经前8~10日开始，每日肌注黄体酮20mg或口服安宫黄体酮10~12mg，共5日。

（2）绒毛膜促性腺激素，HCG有促进黄体功能的作用，HCG2000~3000U于基础体温上升后开始，隔日肌注，共5次。

（三）手术治疗

1. 刮宫术最常用，既能明确诊断，又能迅速止血。特别对出血严重或出血时间较长的患者，适宜选用。更年期出血患者激素治疗前宜常规刮宫，以排除宫腔内器质性病变。对青春期功血刮宫应持慎重态度。

2. 子宫切除术很少用于治疗功血，适用于患者年龄超过40岁，病理诊断为子宫内膜肿瘤型增生过长或子宫内膜不典型增生时或疑有子宫内粘膜下肌瘤。

3. 电凝或激光行子宫内膜去除术适于顽固性功血，尤其对施行子宫切除术有禁忌症者。

（四）放射治疗

适用于更年期，经上述治疗无效而又不能耐受手术治疗的患者，其是通过人工绝经使卵巢功能消退而达到止血，故需要生育者不宜采用。

四、心理治疗

功血患者往往精神较紧张，因此除药物治疗外，医务人员必须给予开导，稳定情绪，提高患者对本病的认识，使其积极配合治疗。

[预防与护理]

功血患者尽量避免造成功血的诱因,如调节情志勿使精神过度紧张、避免过度劳累、加强营养、增强体质,适应环境和气候变化,注意饮食调护,如出血期间忌食辛热助阳之品,以防止加重出血,生冷寒凉之品可滞血留瘀,也不宜用,可配合食疗,如黄芪核桃粥益气补肾,枸杞羊肉汤温补肾虚,木耳藕节汤养血止血等。

主要参考文献

1. 王现柱. 治疗更年期崩漏 57 例. 实用中医药杂志, 1999, (8):20
2. 马大正. 凉血清海汤治疗经量过多 100 例报道. 上海中医药杂志, 1998, (4) 38:39
3. 李淑珍. 中医治疗功能性子宫出血 100 例. 中医杂志, 1997, (3):140
4. 吴大真. 中西医结合治疗难治妇产科病的良方妙法. 第二版. 北京: 中国医药科技出版社, 1998. 163、168、169

(汪敏华 王惠珍)

闭 经

闭经 (Amenorrhea) 是指妇女应有月经而超过一定时限而仍未来潮的一种病理情况, 闭经本身不是一种疾病, 而是妇科疾病中因许多原因而引起的一种常见症状, 它不包括妇女青春期前、妊娠期、哺乳期及绝经期后的生理性闭经, 亦不包括由于子宫颈、阴道和处女膜的先天性缺陷或后天性损伤所引起的粘连闭锁, 使月经不能外排的假性闭经。临床上分原发性和继发性两类。前者指妇女满 18 周岁仍无月经来潮者; 后者则指以往曾建立正常月经, 但以后因某种病理原因而月经停止 6 个月以上者。

闭经最早见于《黄帝内经·素问》, 称其为“女子不月”、“月事不来”、“血枯”, 后世又有“经水断绝”、“经闭”、“闭经”、“月水不通”等。

[病因与发病机理]

本病以女子年逾十八周岁月经尚未初潮, 或已行经而又中断六个月以上为主要临床表现特征。中医认为月经的产生与调节, 以肾为根本。脏腑、气血、经络的正常生理活动是产生月经的生理基础。

肾、天癸、冲任、胞宫是产生月经的主要环节, 所以凡引起脏腑功能失常、气血失调, 以至肾—天癸—冲任—胞宫轴中任何一个环节发生功能失调或器质性病损都可导致闭经。历代医家对闭经的病因论述颇多, 不外虚实两端, 正如《景岳全书·妇人规》以“血枯”、“血隔”、“分虚实立论”, 言简理明。虚者多因肾气不足, 冲任未充; 或肝肾亏虚, 精血匮乏; 或脾胃虚弱, 气血乏源, 或久病失血, 冲任不能满盈, 血海空虚, 无血可下。实者多因气滞血瘀; 或痰湿壅阻, 经隧阻隔, 冲任不通而成。总之, 病机不外冲任空虚, 或冲任不通两端。

现代医学则认为调节月经周期的下丘脑垂体、卵巢、子宫, 其中任何一个环节发生障碍就会出现月经失调, 甚至导致闭经, 临床上以应行经而经闭不行为基本特征。此外因各病变区不同而有不同的临床表现。

[临床表现]

一、症状

1. 子宫性闭经

先天性无子宫者，表现为原发性闭经，如有部分子宫内膜者，除闭经外，并伴有周期性腹痛。子宫腔粘连时引起宫颈内疤痕或子宫萎缩，而导致继发性闭经或不孕。子宫内膜结核感染处于活动期，可有低热盗汗及盆腔炎等症状。

2. 卵巢性闭经

卵巢功能早衰者，多发生在 30~40 岁妇女，无诱因而突然出现闭经，或先有月经过少而后渐成闭经，可伴阴道干涩、性交困难和不孕，并伴有面部潮红、出汗、烦躁等更年期综合征症状。卵巢男性化肿瘤者，表现为继发性闭经，四肢多毛、乳房及生殖器萎缩、阴蒂增大等。多囊卵巢综合征者，月经稀少直至闭经，伴不孕、多毛、肥胖。

3. 垂体性闭经

如因产后大出血导致的垂体功能减退者，又称席汉氏综合征，可表现为产后无乳、闭经、性欲减退，第二性征逐渐消退、生殖器萎缩，如果促甲状腺素及促肾上腺素分泌受到影响，还可出现消瘦乏力、怕冷、毛发脱落、反应迟钝、心动过缓、血压降低等症状。垂体肿瘤者，闭经同时出现溢乳；肿瘤压迫视交叉神经，可出现视力障碍、头痛等；有雌激素明显低落者，可有潮热、潮红、急躁等更年期综合征。

4. 丘脑下部性闭经

因精神创伤、营养不良，以及服避孕药引起的经常是突发性闭经。其他原因不明的继发性闭经，常先出现月经稀少，最后闭经。

5. 肾上腺和甲状腺疾病引起的闭经

肾上腺皮质功能亢进者，病变早期即有闭经，并伴男性化现象，如阴蒂肥大、性欲减退、不育、多毛、向心性肥胖等。

肾上腺皮质功能减退者，常在晚期出现闭经，患者感乏力、体重减轻、胃肠功能紊乱、继发性贫血、皮肤及粘膜色素沉着。甲状腺机能亢进者月经少或闭经，性欲消失、消瘦多汗、易激动、怕热或突眼等。甲状腺功能减退者继发闭经，并可见性欲减退、表情呆滞、畏冷疲乏、或出现粘液性水肿，或智力减退等症状。

二、体征

1. 子宫性闭经

先天性无子宫，或子宫发育不良者，肛诊时无子宫或仅有小子宫。子宫粘连者，可见宫颈口疤痕或子宫萎缩，用探针放入宫颈时有阻力。子宫内膜结核者，诊断时发现子宫腔小而坚硬，无组织物刮出。

2. 卵巢性闭经

卵巢功能早衰者，生殖器萎缩及第二性征退化。多囊卵巢综合征者可见男性化毛发分布，或肥胖，妇检时可扪及双侧增大的卵巢。卵巢男性化肿瘤者，四肢多毛、乳房及生殖器萎缩、阴蒂增大，妇检时可扪及盆腔内卵巢肿瘤。

3. 垂体性闭经

席汉氏综合征者，泌乳缺乏、毛发脱落、性欲减退、第二性征消退、生殖器萎缩。垂体肿瘤所致闭经者，轻压乳房可有乳汁分泌，或可见阴道和子宫萎缩。

4. 丘脑下部性闭经

严重营养不良和精神性厌食引起的闭经，可见消瘦、生殖器萎缩和第二性征衰减。假孕者可见乳房肥大、乳晕着色、腹部膨大而内生殖器检查正常。

5. 肾上腺和甲状腺疾病引起的闭经

肾上腺皮质功能亢进者，可见向心性肥胖、多毛、阴蒂肥大；减退者可见皮肤

色素沉着。甲亢者可见突眼症；甲状腺功能减退者，可见粘液性水肿等体征。

〔实验室与其它检查〕

一、子宫及子宫内膜状态及功能检查

1. 诊断性刮宫或子宫内膜活组织检查

适用于已婚妇女，可以了解子宫腔的大小，宫颈或宫腔有无粘连，子宫内膜活组织检查可了解性激素的分泌情况及诊断子宫内膜结核。

2. 子宫输卵管造影

可以了解子宫腔形态和大小、输卵管情况宫腔粘连及生殖道结核等。

3. 腹腔镜检查

可直接观察子宫、输卵管和卵巢形态，并可作卵巢活组织检查。本法对诊断卵巢功能早衰或多囊卵巢综合征有帮助。

4. 药物性试验

(1) 孕激素试验 每天黄体酮 20mg 肌注，连用 3 天，如果停药后 2~7 天出现撤退性出血，表明病者体内有一定雌激素水平刺激子宫内膜生长。

(2) 雌激素试验 每日口服己烯雌酚 1mg，连续服用 20 天；或苯甲酸雌二醇肌注，隔日 2mg，连续 5 次，如果停药后 2~7 日内出现撤退性出血则表明宫腔通畅，内膜具有对激素的正常反应性。

二、卵巢功能检查

1. 阴道脱落上皮细胞检查

表层所占百分率越高，则反映雌激素作用的水平越高。

2. 子宫颈粘液结晶检查

粘液呈羊齿状结晶越明显、越粗，表

示受雌激素作用越强；粘液涂片上呈成排的椭圆体时，反映雌激素作用基础上的孕激素影响。

3. 基础体温

基础体温呈双相型，证明卵巢功能较正常，表示有排卵，有黄体形成，反之则证明卵巢功能异常。

4. 血内雌、孕、雄激素含量的放射免疫法测定

可提供闭经病因的诊断，如血 E_2 很低，而 FSH 异常增高时，提示卵巢功能衰竭。血睾酮增高，常提示多囊卵巢综合征或卵巢肿瘤。

三、垂体功能检查

1. 血中 FSH、LH 和 PRL 含量放射免疫法测定。

席汉氏综合征时 FSH、LH 均低落；闭经溢乳综合征时 PRL 多增高。

2. 垂体兴奋试验

当激素测定表示垂体分泌功能低落时，用来区别原发病因在垂体本身，或是在垂体以上的下丘脑。可用 LHRH 100 μ g 溶于生理盐水 5ml，静注。于注射前及注射后的 15、30、60、120 分钟，各取血 2ml，用放射免疫法测定血 LH 含量的变化，一般于注射后 15~30 分钟，LH 值约高于注射前 2~4 倍或更高，说明垂体功能良好，对 LHRH 反应灵敏，提示病变在下丘脑；如果经多次重复试验，LH 值仍无升高或增高不显著，提示病变在垂体。

3. 蝶鞍摄片

疑有垂体肿瘤者，可作蝶鞍摄片或蝶鞍多向断层摄片，有条件可作电子计算机断层检查 (CT)。

4. 其他

如疑有其他内分泌功能失常所致闭经时，可作相应检查。如吸碘试验， T_3 、 T_4 测定以了解甲状腺功能；尿17-酮、17-羟测定以了解肾上腺功能。疑有先天畸形者，可作核形分析或分带检查，B型超声波等检查都可选择。

[诊断与鉴别诊断]

1. 病史

对原发性闭经者应询问其生长发育过程。如身高、体重、四肢躯干比例是否正常，精神状态及智力发育、性发育是否与年龄相符。并应询问其幼年时是否患过病毒性感染或结核性腹膜炎，及其家族中有无同类疾病患者。对继发性闭经患者，应了解初潮年龄，闭经期限，闭经前月经情况，有无精神刺激或生活环境改变等诱因；是否服用过避孕药或接受过激素治疗；有无结核病或甲状腺疾病；有无流产、刮宫、产后大出血、感染、哺乳史等；以及是否有职业性接触有毒药物或放射线等。

2. 体检

要注意全身发育、营养、智力、精神状态、第二性征发育，如毛发多少及分布；注意腹部及腹股沟包块，生殖道有无畸形、子宫发育情况和卵巢情况，子宫附件有无包块，有无盆腔结核等。

3. 辅助检查

进行必要的辅助检查，如孕激素试验，雌激素试验，FSH、LH测定，垂体兴奋试验等来判断属哪一环节病变所致闭经。

4. 鉴别

本病要与妊娠停经和处女膜无孔、或阴道闭锁引起的假性闭经相鉴别。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 参芍二仙汤

组成与用法 丹参 15g 当归 12g 赤芍 12g 香附 10g 仙茅 12g 仙灵脾 12g 菟丝子 12g 枸杞 12g 茺蔚子 12g 金樱子 12g。水煎服，日1剂。

功用与评述 养血活血，温肾填精。方中仙茅、仙灵脾、枸杞、菟丝子、茺蔚子补肾填精；丹参、当归、赤芍、香附养血活血理气。诸药并用，共奏养血补肾、活血调经之功效。

辨证加减

1. 腹痛加剧，月经血块较多加失笑散 10g，增强化瘀止痛之力。

2. 肢冷、畏寒加肉桂 6g，以温肾阳通经络。

3. 腰腹发凉，带下清冷，可加紫石英 10g、巴戟天 10g，以温肾暖宫。

(二) 归脾汤加减

组成与用法 炙黄芪 30g 党参 白术 当归 茯神 龙眼肉各 10g 木香 紫河车各 5g 远志 6g 炙甘草 3g。水煎服，日1剂。

功用与评述 健脾养心、益气补血。方中黄芪、党参、白术、甘草甘温补脾益气；当归甘辛温养肝而生心血；茯神、龙眼肉甘平养心安神；远志交通心肾而定志宁心；木香理气醒脾，以防益气补血药滋腻滞气，有碍脾胃运化功能；紫河车补肾气，益冲任，养精血。

辨证加减

1. 四肢麻木加白芍、鸡血藤各 12g 以补血、活血、通络。

2. 形寒、肢冷加仙灵脾 12g、鹿角片

10g 以温肾助阳。

3. 体胖、腹胀加炒枳壳、泽兰叶、生山楂各 10g, 以行气化瘀消胀。

4. 腰膝酸楚加杜仲、牛膝各 12g, 以补肾强筋壮骨。

(三) 灵芝卷柏汤

组成与用法 灵芝 20g 卷柏 9g 山药 酒白芍各 15g 牛膝 10g 肉桂 6g。水煎服, 日 1 剂。

功用与评述 益肾化瘀调经。方中灵芝性温、味淡, 有滋补强壮、益肾之功; 卷柏性平、味辛, 生用有破血调经之功; 白芍性微寒、味苦酸, 能平肝止痛, 养血调经, 经酒制可去其寒性; 山药性味甘平, 健脾益肾; 肉桂性热味辛甘、补元阳、暖脾胃、通血脉; 牛膝性平、味苦暖, 补肝肾, 逐瘀通经, 引血下行。

全方配伍, 共奏益肾活血, 化瘀调经之功。

辨证加减

1. 血瘀甚则白芍易赤芍, 加益母草增强活血化瘀之功效。

2. 气虚加黄芪、红参健脾益气。

3. 血虚加当归、川芎活血养血。

4. 寒甚加元胡、小茴香温中散寒、理气止痛。

5. 肾虚加山茱萸、淫羊藿补肾壮阳填精。

(四) 补肾通经汤

组成与用法 熟地 30g 当归 12g 党参 30g 白术 12g 陈皮 10g 香附 10g。水煎服, 日 1 剂。

功用与评述 补肾健脾, 养血调经。本方宗《景岳全书·妇人规》“调经之意贵在补脾胃以资血之源, 养肾气以安血之宝, 知斯二者, 则尽善者”之意。取地黄、当归滋肾养血, 安血调经; 用党参、

白术益脾胃生化血气之源; 佐陈皮、香附理脾舒气以利气机。

辨证加减

1. 脾虚纳差加白术、茯苓各 15g 以健脾助用。

2. 烦躁易怒加柴胡、芍药各 10g 以疏肝理气缓急。

3. 腰膝酸软加杜仲 10g、川断、牛膝各 15g 以补肾壮腰。

二、专药选用

(一) 乌鸡白凤丸

[中国北京同仁堂集团公司, 京卫药准字 (1996) 第 001174 号]

主要成分 乌鸡 人参 牡蛎 当归 熟地 香附 银柴胡

功用与评述 补气养血, 调经止带。方中乌鸡补肝肾、养气血、养阴退热; 人参甘微苦温, 大补元气; 牡蛎育阴潜阳除烦收涩止带; 当归补血养血, 调经止痛; 熟地补肾益精; 香附和血行气解郁; 银柴胡性微寒, 味甘清虚热。诸药合用, 治疗气血两虚之经血不调效果明显。

药理实验证明 本品可提高免疫功能, 具有补血作用, 对调节体内激素水平, 维持水盐代谢以及糖代谢的垂体、肾上腺皮质系统机能和性机能有一定增强作用, 对某些细菌有抑制作用, 对气血虚弱月经失调有效率 97%。

用法与用量 每次 1 丸, 每日 3 次。

(二) 妇珍片

[江西成高医药有限公司, 赣卫药准字 (1996) 第 016009 号]

主要成分 当归 川芎 益母草

功用与评述 调经补血。方中当归甘辛温补血养血, 调经止痛; 川芎辛温活血行气止痛; 益母草辛苦凉, 活血祛瘀调

经。

药物实验证明,当归含有一种挥发性物质,对子宫有收缩作用,能提高全身代谢,主根中含 VitB₁₂,与其“补血”作用有关,此外有镇静、镇痛、消炎作用;川芎对子宫平滑肌有使其张力增高,收缩增强作用,亦有镇静、抗菌作用;益母草对子宫有直接兴奋作用,故妇珍片应用于临床瘀滞型之月经不调效果颇佳。

用量与用法 每次5片,每日3次。

三、西医药治疗

(一) 病因治疗

闭经发生原因复杂,治疗上应针对病因治疗,经治疗多数能痊愈。如由精神创伤、生活环境改变所致者,在消除不良刺激后多能自愈。对初潮后一时性闭经者,主要是加强营养,增强体质,促进卵巢发育成熟,生殖器官结核者,应积极抗痨治疗;宫腔粘连者,可行宫腔扩张和分离粘连;因服用避孕药后闭经者,停药后大多数能自行恢复,因卵巢、垂体部肿瘤所致者,可采用手术治疗或者放疗、化疗等治疗。肾上腺或甲状腺功能失调引起闭经者,应治疗原发病。

(二) 性激素治疗

激素治疗在闭经中占有重要地位,但在使用过程中要严密观察病情,随时调整用法,主要适用于下丘脑—垂体—卵巢轴功能紊乱者,使用激素时,一定要依从女性生理特点,根据患者年龄,体内激素水平,闭经原因及有无生育要求,选择治疗方案。

1. 应用性激素引起撤退出血模拟月经

(1) 孕激素 适用于闭经时间短,且有足够量雌激素患者,黄体酮 20mg/日肌

注,连用 3~5 天,或安宫黄体酮 10mg/日,口服 5~7 天,或炔诺酮 5mg/日,口服 5~7 天,停药后发生撤退性出血。

(2) 雌激素 适用于卵巢发育不良,机能不全,子宫发育不良等,己烯雌酚 0.5~1mg 口服,从月经周期第六天开始连服 20 天,可使子宫内膜增厚,停药 5~7 天,即有阴道出血,可连用 3~6 个周期。

(3) 雌孕激素序贯疗法 有抑制下丘脑—垂体轴作用,停药后月经可能恢复并出现排卵,己烯雌酚 0.5mg,每日 1 次,连服 20 天,从第 16 天开始用黄体酮,每天 20mg 肌注,连用 5 天,停药 3~7 天发生撤退性出血,可连用 3~4 个周期。

(4) 雌孕激素合并疗法 能抑制垂体分泌促性腺激素,停药后可能出现反跳作用,使月经恢复及排卵,己烯雌酚 0.5mg 及安宫黄体酮 4mg,于月经第 5 日起两药并用,每晚 1 次,连服 20 日,撤药后出现出血。

2. 诱发排卵

(1) 下丘脑垂体功能失调

① 克罗米芬(CC) 下丘脑垂体性闭经而卵巢功能存在且要求生育者,常选用 CC(克罗米芬)诱导排卵,但对由于卵巢衰竭,垂体血管闭塞,先天性 CNRH(促性腺激素释放激素)分泌不足引起的内源性雌激素缺乏者无效。闭经患者先用孕激素,使其发生撤退性出血,然后于出血第 5 天开始服用克罗米芬,每日 50mg,连服 5 天,下个月再次重复治疗。效果不明显者,克罗米芬用量可增至每日 100mg,若连用 3~5 个周期仍无效者,即应停药。不宜长期应用,以免发生卵巢过度刺激综合征或引起多胎妊娠。

② CC 与 HCG(绒毛膜促性腺激

素) 从月经期的第5天口服克罗米芬(CC) 50mg, 每日1次, 连服5天。停用CC3~4天, 加用HCG1 000~2 000IU, 每3天注射1次, 连续2次。

③CC与LHRH(黄体生成激素释放激素) 从月经期的第5天口服克罗米芬(CC) 50mg, 每日1次, 连服5天。从月经期的第14、15天, 静脉注射LHRH100 μ g, 每天2次。

(2) 下丘脑垂体功能衰退, 多采用HMG-HCG方案, 适用于对CC缺乏反应或GNRH分泌不足患者, 也可应用GNRH作脉冲或微量静脉泵注治疗或GNRH—HMG—HCG治疗。

(3) 高催乳激素血症伴垂体肿瘤, 血催乳激素升高, 促性腺激素及雌激素明显降低。用溴隐亭为主, 配伍应用性激素、促性腺激素以提高排卵率。溴隐亭每日2.5mg, 若无明显反应即逐渐加至每日5~7.5mg, 分2~3次口服, 最大剂量小于10mg, 连用3~6个月或更长时间, 用药期间监测血催乳素浓度以决定药量。

四、心理治疗

若闭经受应激或精神因素影响, 则应进行耐心的心理治疗, 消除精神紧张和焦虑, 保持情绪稳定。

[预防与护理]

注意及时治疗某些导致闭经的疾病如炎症、结核、营养不良、贫血等。积极防止医源性闭经的发生, 如刮宫过深、放射性治疗, 避孕药物的使用所致闭经。应稳定情绪, 劳逸结合, 加强锻炼, 增强体质, 消除慢性病灶, 忌食生冷寒凉之物以防经滞不行, 多食营养丰富的食品。

主要参考文献

1. 王勤国. 参苓二仙汤治疗闭经 30 例体会. 江苏中医, 1995, 16 (10):16
2. 方聪玉. 归脾汤加减治疗人流术后闭经 24 例. 实用中西医结合杂志, 1992, (12):717
3. 吴志成. 灵芝卷柏汤妇科应用举隅. 吉林中医药, 1993, (6):21
4. 张玉洁. 补肾通经汤治疗闭经 100 例. 福建中医药, 1996, (3):35
5. 吴大真. 中西医结合治疗难治妇产科病的良方妙法 第二版. 北京: 中国医药科技出版社, 1998. 226、227、229、238
6. 郭志强. 中医妇科治疗大成. 第1版. 保定: 河北科学技术出版社, 1997. 67

(汪敏华 王惠珍)

痛 经

痛经(Dysmenorrhea)是指在行经前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀、伴腰酸或其它不适, 程度较重以致影响生活和工作质量者称为痛经。

痛经分原发性和继发性两类, 前者是指生殖器官无器质性病变的痛经, 后者是指由于盆腔器质性疾病, 如子宫内膜异位症、盆腔炎或宫颈狭窄等所引起的痛经。

结合本病临床表现, 一般将其归于中医“痛经”、“经行腹痛”等范畴。

[病因与发病机理]

本病以妇女正值经期或行经前后出现周期性小腹疼痛, 或痛引腰骶, 甚则剧痛昏厥者为主要临床表现。隋代巢元方《诸病源候论》首立“月水来腹痛候”, 并探讨其成因为妇人经来腹痛者, 由劳伤血气以致体虚, 风冷之气客于胞络, 损伤冲任之脉。可见本病的发生不仅与六淫为害、

七情所伤、起居不慎、经产不洁、多产房劳等因素有关，而且与素体及经期、经期前后特殊的生理环境有关。

在经期或经期前后，血海由满盈而溢泻，气血变化急骤，阴阳转换显著，致病因素乘时而作，遂可发生痛经，其发病机理不外有二，一或冲任瘀阻，气血运行不畅，胞宫经血流通受阻，以致“不通则痛”，一或冲任虚损、胞宫失却濡养而使“不荣则痛”，病位在冲任、胞宫，变化在气血，表现为痛证。

正如明代张景岳《景岳全书·妇人规》所云：“经行腹痛，证有虚实，或因寒滞，或因血滞，或因气滞；虚者，有因血虚，有因气虚。”

现代医学认为原发性痛经的发生主要与月经时子宫内膜合成和释放前列腺素增加有关。此外，也与精神、神经因素及遗传、体质等因素有关。子宫本身因素：如子宫发育不良、子宫过度倾屈、子宫颈口或子宫颈管狭窄，均可引起痛经。继发性痛经，是由盆腔炎、子宫内膜异位症、盆腔肿瘤等疾病诱发。临床表现为行经前后或月经期出现周期性的下腹疼痛，甚则痛引腰骶等症状。

[临床表现]

原发性痛经在青少年期常见，多在初潮后 6~12 个月发病，疼痛多自月经来潮后开始，最早出现在经前 12 小时，行经第一日疼痛最剧，持续 2~3 日缓解。疼痛程度不一，多为下腹绞痛或坠胀痛，重者呈痉挛性，部位在耻骨上，可放射至腰骶部、肛门、会阴部等处，可伴恶心、呕吐、腹泻、尿频、头晕、心悸、乏力等症状，严重时面色苍白，肢冷汗出，甚至晕厥。妇科检查无异常发现。

继发性痛经在初潮后数年方出现症状，经前开始出现钝性下腹痛，月经开始后成为痉挛、撕裂性疼痛或绞痛，疼痛往往延及腰骶背部，甚至涉及大腿及足部，月经干净后逐渐消失，子宫内膜异位症痛经是进行性加重趋势或伴有性交痛、不孕、月经失调。妇检易发现引起痛经的器质性病变。

[实验室与其它检查]

一、超声波检查 本项检查对子宫肌瘤、附件包块、卵巢病变诊断有辅助作用。

二、子宫输卵管碘油造影 子宫内膜异位症时输卵管往往通畅，而输卵管或附件慢性炎症时，输卵管常有阻塞或积水。

三、腹腔镜检查 本项检查对子宫肌瘤、子宫内膜异位症、输卵管病变等的部位、病变范围和程度有辅助诊断作用。

四、宫腔镜检查 本项检查能直接清晰的观察宫腔内组织结构和病变，如子宫内膜粘连、感染、充血均能在宫腔镜检查中发现。

五、直接活检 于局部病变处取活组织作病理检查，能明确子宫内膜异位症的诊断。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

(一) 原发性痛经 在青少年期常见，多在初潮后 6~12 个月发病，月经期下腹坠痛，妇科检查或其它辅助检查生殖器，无器质性病变。

(二) 继发性痛经 在初潮后数年方出现症状，疼痛性质复杂，范围广、时间长、大多有月经过多、不孕、性交痛、放置宫内节育器或盆腔炎病史，妇检及其它辅助检查生殖器有器质性病变。

二、鉴别诊断

需与慢性阑尾炎、结肠炎相鉴别，其它原因引起的疼痛虽然也可发生于经期，但不具有周期性反复发作的特点，痛经一般无腹肌紧张及反跳痛，经血排出流畅时疼痛明显减轻或缓解。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 少腹逐瘀汤

组成与用法 桃仁 6g 当归 10g 元胡 10g 五灵脂 10g 生蒲黄 6g 炮姜 6g 没药 6g 香附 10g 炙草 6g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 活血化瘀，行气止痛。方中桃仁、红花活血行瘀；当归养血活血，行瘀止痛；元胡、五灵脂、蒲黄、没药活血行气止痛；香附理气调肝；炮姜温经止痛；甘草缓急调和诸药。气顺血调则疼痛自止。

辨证加减

1. 肝郁化热，口苦、苔黄、月经持续时间延长，经色紫黯，经质稠粘，加栀子、夏枯草、益母草清泄肝热。

2. 肝郁侮脾，症见胸闷、食少加白术、茯苓、陈皮健脾理气。

3. 肝气犯胃，症见恶心呕吐者，加黄连、吴茱萸、生姜和胃降逆。

(二) 乌梅止痛汤

组成与用法 乌梅 白芍各 30g 桂枝 附片 黄连 黄柏 当归 熟地 川芎各 9g 姜炭 细辛各 6g 炙草 15g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 温阳散寒，养血疏肝，清热止痛。本方重用乌梅，以其味酸入

肝，配姜炭敛血海；合芍药甘草缓肝急，以解“不荣”之痛；桂枝通心阳以达胞脉；附片温胃阳而散下寒，细辛也具散寒止痛之功，合而以除“寒凝”之痛；黄连、黄柏清降郁热，四物汤养血疏肝，全方寒热并用，补散同施，乃治疗寒热错杂，虚实并见痛经之良方。

辨证加减

1. 寒象偏重者加川椒、艾叶各 9g。

2. 热象明显者加川楝子 12g，酌减量或去桂枝、附片、细辛。

3. 倦怠脉虚软者加党参 15g。

4. 经血有块，痛剧者加蒲黄、五灵脂各 10g，去熟地。

(三) 调经定痛汤

组成与用法 柴胡 枳壳 川芎各 10g 当归 20g 炒白芍 茯苓各 15g 香附 6g 炙甘草 6g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 疏肝理气化瘀，健脾养血调经。方中柴胡，既是气分药也是血分药，能疏肝解郁，故作为行滞调经主药；当归、白芍、川芎、香附补血活血，调经止痛，皆为妇科要药，枳壳、茯苓、白术、甘草理气健脾，以生气血生化之源。诸药相伍，可使肝得疏，滞得行，瘀得化，脾得健，血得生，经得调。如是则气顺血和，痛经自除。

辨证加减

1. 痛而且泻，食少乏力，加陈皮 10g、党参 2g 以健脾理气。

2. 舌红，苔黄腻，脉濡数，心烦口渴，带下黄稠者加丹皮 10g、黄柏 10g 以清热利湿止带。

3. 腰酸耳鸣，脉细弱者，加山萸肉 12g、巴戟天 15g 以调补肾精，温肾助阳。

(四) 活血调经汤

组成与用法 当归 川芎 赤芍各

15g 乳香 没药 香附 延胡索各 12g 山楂 牛膝各 9g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 活血化瘀，行气止痛。方中当归、川芎、赤芍活血祛瘀，养血调经；乳香、没药活血祛瘀，行气止痛；香附、延胡索疏肝行气止痛；山楂散瘀止痛；牛膝通利血脉，引血下行。诸药合用，使血活瘀化，气行经调，则疼痛自解。

辨证加减

1. 气滞血瘀加丹皮、郁金。
2. 寒湿凝滞加艾叶、白术。
3. 肝肾亏损加鹿角胶、菟丝子。
4. 气血虚弱加阿胶、补骨脂、党参、白术。

二、专药选用

(一) 月月舒（痛经宝冲剂）

[河南省宛西制药股份有限公司。豫卫药准字（1996）第 000515 号]

主要成分 红花 丹参 元胡等。

功用与评述 温经化瘀，理气止痛。红花性温，味辛，活血通经；元胡活血理气止痛。

药理实验证明 本品能调节人体内分泌，改善植物神经功能；抑制子宫内膜合成和释放前列腺素 $F_{2\alpha}$ ，并调节至正常水平；改善血液循环障碍，使病理性痉挛得以缓解和消除。

用量与用法 每次 1 包，每日 2 次，于经前一周服用，持续至经来 3 天停药，3 个月经周期为一疗程。

(二) 田大夫痛经胶囊

[广东省九惠制药厂。粤卫药准字（1996）第 528010 号]

主要成分 田七 川芎 元胡 小茴香 冰片等。

功用与评述 通调气血，止痛调经。

田七性温，味辛，活血行气，祛风止痛；元胡性温，味辛苦，活血理气止痛；小茴香性温，味辛，温阳散寒，理气止痛；冰片性凉，味辛苦，芳香开窍走窜兼强心止痛。全方共奏活血化瘀，行气散寒，止痛调经之功效。

药理实验证明 本品具有抗炎、镇静、止痛作用；改善毛细血管血液流态，改善微循环，抑制血栓形成；抑制子宫平滑肌收缩，对抗催产素、前列腺素所致子宫痉挛。

用量与用法 每次 3~5 粒，每日 3 次，经期或经前 5 天开水送服，7 天为一疗程，经期后可继续服用，每次 3 粒，每日 2~3 次，以巩固疗效。

三、西医药治疗

原则上对症治疗。原发性痛经以止痛为主，继发性痛经应积极治疗原发病，无论何种性质的痛经均以药物治疗为好，对药物治疗无效者，可考虑手术治疗。

(一) 对症治疗

1. 镇痛剂

(1) 前列腺素拮抗剂 凡能抑制组织内前列腺素合成酶活性，减少前列腺素合成的药物均能止痛，如水杨酸类：复方阿司匹林每次 1 片，每日 3 次；消炎痛 25mg，每次 1 片，每日 3 次，于经前服用，共 5~7 天。灭酸类药物可中和已形成的前列腺素，如氟灭酸 200~400mg，每日 3 次；甲灭酸 500mg，每日 3 次，经前或经期服用，共 5~7 天。痛经严重者，可用可待因、派替定、吗啡类药物，但因易成瘾，不宜久用。

(2) 钙离子拮抗剂 通过对抗钙离子，减少肌细胞内钙离子含量，从而抑制宫缩，达到治疗痛经目的。心痛定

2.4mg, 每日3次; 尼福地平 10mg, 每4~5小时服一次, 总量20~40mg。此外, 文献报道硫酸镁口服可治疗痛经。

2. 镇静剂 适用于精神过度紧张者及其它止痛剂的联合辅助治疗, 如安定 2.5~5mg, 每日3次, 鲁米那 0.03g, 每日3次。

3. 解痉剂 可直接作用于子宫肌层的 β_1 及 β_2 受体, 抑制宫缩, 增加子宫肌血流, 同时使疼痛消失, 如阿托品 0.5mg, 疼时肌肉注射, 或0.3~0.5mg, 每日3次服用; 间羟舒喘宁 0.25~0.5mg, 在月经第一天静注, 或2.5mg, 每日3次口服。

(二) 激素治疗

1. 雌激素 少量可用于子宫发育不良者, 它可促进子宫发育, 肌层变厚, 血运增加, 减少疼痛。己烯雌酚 0.25~0.5mg, 每日1次, 于月经第5天开始连服22天, 可连用3~6周期。

2. 孕激素 可抑制子宫收缩, 减轻痛经。黄体酮 20mg 肌注, 每日1次, 经前1周开始连服5~7天, 安宫黄体酮 4~8mg, 每日1次, 经前10天开始服用, 连服7天, 妇康片 2.5~5mg, 每日1次, 从经期第5天开始连服22天为1周期。

3. 避孕药类 对顽固性痛经应用性激素抑制排卵, 抑制前列腺素合成, 从而有效缓解疼痛。避孕I号、II号、或18甲基炔诺酮每日1次, 从经期第5天开始, 连服22天为1周期, 可连用3~4周期, 有效率达90%, 但由于有抑制排卵作用, 故宜慎用。

4. 雄激素 适用于月经量多痛经患者, 排卵前后使用可使黄体期子宫肌壁张力降低, 收缩强度也降低, 从而使疼痛减

轻, 不抑制排卵。甲基睾丸酮 10mg, 每日1次, 舌下含服, 从经前15天开始服用, 连服10~14天, 连续用3~6周期。

(三) 手术治疗

适用于药物治疗无效者, 可用扩宫颈法及盆腔神经丛阻断法等。

四、心理治疗

对于心情特别紧张的病人, 适当的心理治疗是十分必要的, 医务人员应耐心宣传医学卫生知识, 帮助了解月经生理现象, 消除紧张、恐惧心理。

[预防调护]

加强锻炼, 增强体质, 注意劳逸结合。调畅情志, 学习有关月经生理卫生知识, 消除经前恐惧心理。月经期应避免剧烈活动, 防止受寒、受湿, 保持外阴清洁, 避免上行感染。日常膳食多样化, 多吃些含镁丰富食物如绿叶蔬菜、大豆、紫菜、海带、荞麦面、玉米汤、硬壳果类及红果、香蕉等。适当搭配些粗粮, 尽量少吃高脂肪食物, 少吃生冷刺激之品及少饮各种饮料。

主要参考文献

1. 罗延芳. 中药治疗月经17例. 中国中西医结合杂志, 1997, (7):441
2. 冯宋文. 乌梅止痛汤治疗痛经42例临床观察. 湖北中医杂志, 1990, (3):18
3. 王星田. 调经定痛汤治疗痛经41例. 湖北中医杂志, 1990, (1):21
4. 赵宏伟. 自拟活血调经汤治疗痛经58例. 国医论坛, 1995, (5):29
5. 王凤龙. 妇产科病最新治疗. 第1版. 天津: 天津科技翻译出版公司, 1992. 118、119、120、121
6. 牛健昭. 现代中西医妇科学. 第1版.

北京：中国科学技术出版社，1996. 130

(汪敏华)

经前紧张综合征

经前期紧张综合征 (Premenstrual tension syndrome, PMS) 是指妇女在月经前期出现生理、精神以及行为方面改变，表现有烦躁易怒、抑郁、失眠、头痛、乳房胀痛、腹胀、浮肿等，特别是周期性出现，经前症状明显，经后消失，严重者影响生活和工作。

该病发生率为 30%~40%，严重者不足 10%。多见于 30~40 岁妇女，常因家庭不和睦或工作紧张激发。

本征证候复杂，大体按临床表现归类于中医“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”、“经行情志异常”等范畴。《证治准绳》即有“经候欲行，身体先痛”的记载，《济阴纲目》也曾引汪石山医案曰：“有妇人经行必先泻二三日然后经下”。现已统称为“月经前后诸症”。

[病因与发病机理]

本病以经行前后出现头痛、眩晕、失眠、烦躁、易怒、浮肿泄泻、乳房胀痛、身痛发热等症，并伴随月经周期出现为特点。本病的发生，每与素体因素、致病因素及经期生理因素三因夹至有关。经前期，气实血盛而生壅滞，经期气血变化急骤，阴阳失衡，若素抑郁恚怒或为情志所伤，则肝失疏泄，气机不利，血行不畅，脉络阻滞，则可头痛、眩晕、乳胀；肝失调达，则烦躁易怒，情志异常；肝强犯脾，运化失职，水湿内停，则可见浮肿泄泻；子病及母，肝肾同病，阴不制阳，肝阳上亢，

则可见眩晕、头痛。总之，本病以肝最为相关，累及脾肾。其病理表现在于阴阳气血平衡失调，脏腑功能失常而致。

西医学则认为本征是因为雌激素过多和孕激素不足所致，也可能由于组织对孕激素敏感性失常所致。还与经前泌乳素过高，前列腺素过多和醛固酮增多有关。此外，还有认为与精神因素、VitB₆ 不足、β-内啡肽波动及低血糖等有关。临床表现为周期性生理、精神及行为方面异常征象。

[临床表现]

经前 1~2 周出现症状，日渐加重，月经来潮后迅速明显减轻到消失。

(一) 精神症状 不同程度的乏力、精神紧张、抑郁、忧虑、烦躁、易波动，甚至无原因的哭泣或大怒，情绪不稳定，注意力不集中、失眠或迟钝、孤僻，不愿理睬人，甚至产生自杀意图。

(二) 乳房胀痛 乳房肿胀疼痛，甚则乳头刺痛不能触摸。

(三) 水肿 经前体重明显增加，常见手指、踝部及眼睑水肿或全身浮肿，严重者可见腹壁明显水肿。

(四) 疼痛 经前出现明显头痛，下腹痛、腰骶部及周身痛。

(五) 月经失调 常为经行不畅，经量或多或少，经期延长。

(六) 其他症状 ①胃肠症状：腹胀、恶心、呕吐、腹泻、食欲不振或食欲增加，嗜甜食。②皮肤症状：渗出性皮炎、湿疹、荨麻疹、痤疮等。③粘膜病变：舌尖、口腔、颊部粘膜溃疡，偶有外阴溃疡及阴道瘙痒。

[实验室与其它检查]

(一) 阴道细胞学检查 阴道上皮脱

落细胞受卵巢激素影响有周期性变化,如阴道涂片在月经前角化水平,说明雌激素分泌高,孕激素分泌低。

(二) 宫颈粘液检查 如果宫颈粘液稀薄透明延展性强,表示有雌激素水平,涂片检查呈羊齿状结晶,黄体期仍可见者,表现雌激素水平高。

(三) 内分泌检查 雌二醇、孕酮放射免疫测定可能提示前者增高,后者降低,雌孕激素比值异常。泌乳素测定,可呈升高表现。醛固酮比率测定>2小时有助于诊断。

(四) 其他 血常规、肝、肾功能,血浆蛋白、血浆葡萄糖、胰岛素测定,主要是排除全身性疾病或低血糖。

(五) 基础体温测定 测定是否双相,了解孕激素是否缺乏。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 患者于经前1~2周出现症状,经前期有周期性的症状发作,经后症状消失,可诊断本病。

(二) 必要时行雌孕激素水平测定、泌乳素测定、醛固酮比率测定及其它辅助检查以助诊断。

(三) 水肿应与心、肝、肾等疾病引起的浮肿鉴别;乳房肿胀结节应与乳腺肿瘤相鉴别;严重精神、神经症状应与精神病鉴别。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 柴胡疏肝汤合生化汤

组成与用法 柴胡 川芎 枳壳 赤芍 当归 桃仁各10g 红花 香附 郁金 延胡索 莪术 三棱各6g 甘草4g

益母草20g。水煎服,日1剂。

功用与评述 疏肝解郁,活血化瘀。方中柴胡、枳壳、香附、郁金、延胡索、疏肝行气,肝气条达,心情舒畅,抑郁躁狂解除,肝气条达还可助排泄月经。川芎、赤芍、当归、桃仁、红花、莪术、三棱、益母草、活血化瘀调冲任,清胞宫,使月经通行,甘草调和诸药。全方合用共奏疏肝解郁,活血化瘀之功。

辨证加减

1. 气虚加黄芪、党参,益气补虚。
2. 寒气盛加桂枝、吴茱萸,温经散寒。
3. 脾虚加白术、淮山药、扁豆,健脾化湿。
4. 肾虚加胡芦巴、仙茅、淫羊藿等补肾温阳。

(二) 养血平肝汤

组成与用法 熟地 当归 赤芍 桃仁 红花 天麻 菊花各10g 川芎30g 钩藤15g 阿胶8g 珍珠粉0.5g 三七粉2g。水煎服,日1剂。

功用与评述 养血活血,平肝熄风。方中桃红四物汤,既养血又活血化瘀通络。肝为刚脏,体阴用阳,喜柔恶刚,故药用天麻、菊花、钩藤、平肝潜阳熄风,阿胶滋阴养血,珍珠粉镇惊安神,三七粉散瘀止痛。

辨证加减

1. 痛甚加全蝎、地龙活血化瘀、搜风定痛。
2. 恶心呕吐、痰涎较多加半夏、陈皮健脾理气化痰。
3. 因寒诱发加重者加细辛、桂枝温经散寒止痛;酌加麝香,其有开窍醒神之功。

(三) 解郁活血汤

组成与用法 柴胡 川芎 赤芍 郁金 山药各12g 香附 瓜蒌 丹参各

15g 枳壳 红花 橘叶各 9g 桃仁 青皮各 10g 甘草 6g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 疏肝解郁，理气活血，散结止痛。方中柴胡、郁金、香附疏肝解郁；枳壳、青皮行气；山药健脾散结；赤芍、川芎、丹参、桃仁、红花活血化瘀；瓜蒌化痰散结；橘叶散结通络；甘草调和诸药。

辨证加减

1. 脾虚加党参、黄芪、白术、苍术、砂仁。
2. 血虚加当归、熟地、白芍。
3. 肾阴虚加知母、生地、山萸、旱莲草。
4. 肝阳上亢加钩藤、珍珠母、龙胆草、菊花。
5. 瘀血痰凝加当归、穿山甲 王不留行、三棱。

二、专药选用

(一) 丹栀逍遥丸

主要成分 丹皮 栀子 白芍 当归 茯苓等。

功用与评述 疏肝解郁，清热调经。方中丹皮、栀子疏肝解郁散热，当归、白芍柔肝养血，茯苓健脾利湿，全方合用使肝气疏达，热清血宁，诸症自解。

药理实验证明 丹栀逍遥丸中的丹皮（含丹皮酚）、白芍（含芍药甙）、当归对中枢神经系统均有镇静、镇痛、抗惊厥、消炎等作用。此外，丹皮还有抗变态反应作用，白芍还可改进食欲，消化机能及某些神经疾患。临床用于经前期紧张综合征效果显著。

用法与用量 每次 6～9g，每日 2 次。

(二) 乳康片

主要成分 黄芪 丹参 乳香 没药 浙贝 鸡内金等。

功用与评述 疏肝解郁，理气止痛，活血破瘀，消积化痰，软坚散结。方中黄芪健脾益气，丹参苦微温具有活血化瘀，安神宁心、排脓止痛。乳香、没药、活血破瘀，浙贝化痰软坚散结，鸡内金健脾消食。

药理实验证明 乳康片能直接作用于靶器官乳腺、子宫，调节其功能，使性激素水平趋于正常，抑制乳腺上皮增长，调节免疫神经内分泌网络，兴奋中枢神经，改善微循环，增强新陈代谢，能改善细胞分化因子，抑制组织增长和抗癌作用，还具有一定安定、镇静作用，消除或缓解焦虑、抑郁或精神兴奋状态。

用量与用法 每次 2～3 片，每日 3 次，20 天一疗程，于月经来潮前 10～15 天服用。

三、西医药治疗

(一) 对症治疗

1. 利尿剂 为解除水钠潴留，月经周期后半期宜低盐饮食，口服双氢克尿塞 25mg，每日 1～3 次；安体舒通 20mg，每日 3 次；氨苯蝶啶 50～100mg，每日 1～3 次。如长期使用双氢克尿塞时，为避免出现低钾，可服用 10% 氯化钾 10mg，每日 3 次。

2. 镇静剂 安定 2.5～5mg，每日 3 次；舒乐安定 1mg，每日 2 次；鲁米那 0.03g，每日 3 次。谷维素 20～50mg，每日 3 次。精神神经症状较重者，可用奋乃静 2～4mg，口服，每日 3 次。以上药物在经前 10 天开始服用。

3. 止痛剂 酌情选用去痛片等药口服。

（二）激素疗法

1. 孕激素 可用孕激素替代与补充治疗，用黄体酮 20mg，肌肉注射，隔日 1 次，共 5 次。从月经第 16 天开始注射，或从月经第 16 天起口服甲地孕酮 4～6mg，共 10 日，或从经前 14 天开始服用炔诺酮（妇康片）2.5～5mg，每日 1 次，连服 10 天（可连用 3～6 个周期）。

2. 雄激素 其直接对抗雌激素作用，或抑制促性腺激素分泌，间接降低雌激素水平，甲基睾丸素 5～10mg，每日 1 次，口服或舌下含服，从经前第 15 天开始服用，连服 10～14 天（连用 3～6 个周期）。

3. 孕激素与雄激素联合应用 黄体酮 20mg，丙酸睾丸酮 25mg，于月经周期第 22、24、26，隔日 1 次肌肉注射，共 3 次。

（三）溴隐亭治疗 其能降低血泌乳素水平，减少乳胀或其它不适，故对乳房胀痛伴高催乳激素血症者，在月经后半周期给予溴隐亭 1.25mg 口服，每日 2 次，可使 90% 患者症状消失。

（四）抗前列腺素药物 甲灭酸 250mg 口服，每 4～6 小时一次，或甲氧萘丙酸钠 275mg，每 4～6 小时 1 次，自症状开始时服用，至下次月经来潮停药。

（五）维生素 B₆ 其能抑制催乳素，减少雌激素蓄积，并能调节植物神经系统与下丘脑—垂体—卵巢的关系，从月经第 10 天开始服用，每日三次，每次 20～40mg 口服。

四、心理治疗

本证可由精神因素引起，故医务人员应做细致的宣教开导工作，使患者消除紧张心理，有利本病治疗。

〔预防与护理〕

加强卫生知识的宣传教育，普及妇女生理卫生知识，减少对月经的恐惧或焦虑心理，正确对待经前某些症状的出现，注意体育锻炼，保证劳逸结合，避免精神紧张，限制食盐摄入，勿食寒凉及辛辣之品。

主要参考文献

1. 陈宗兴. 舒肝解郁活血化瘀法治经前期躁狂抑郁症 30 例. 新中医, 1996, (3):26
2. 胥庆华. 养血平肝汤治疗经行前后头风 68 例. 实用中西医结合杂志, 1996, (5):285
3. 谷书云. 解郁活血汤治疗经前乳房胀痛 50 例. 山东中医杂志, 1992, (6):27
4. 牛健昭. 中西医结合妇科学. 第 1 版. 北京: 中国科学技术出版社, 1996. 142、143

（汪敏华）

更年期综合征

更年期（Climacteric）亦称围绝经期。是指女性由性成熟期向老年期过渡时期。由于卵巢功能衰退进而导致一系列全身性病理变化而出现相关的一系列症状为特点的证候群，称之为更年期综合征（climacteric syndrome）。

更年期综合征还包括由于卵巢的病变使卵巢功能衰退而引起的，如肿瘤、感染、手术切除卵巢或损伤卵巢血管；放射、化疗均可造成人工绝经。另外，先天卵巢发育异常亦可导致卵巢功能衰退。

多数人可顺利通过，有的人虽有症状，但较轻，不影响生活、学习与工作。约有 1/3 以上的妇女可出现严重症状。症状表现轻重不一，持续时间有长有短，长者可达 10 余年。

更年期综合征中医本无此病名，自

1964 年全国高等中医教材《中医妇科学》称之为“绝经前后诸症”，第六版教材称之为“经断前后诸症”“经断复来”。根据更年期的临床表现，古医籍分别见于“脏躁”“百合病”“年老血崩”“经断复行”等病证中。

[病因与发病机理]

本病以潮热汗出、畏冷烘热、心烦失眠、心悸怔忡、月经不调为主要临床表现。《素问·上古天真论》曰：“女子……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”可见，女子进入七七之年，肾气渐虚，天癸将竭，冲任虚衰，阴阳失调，部分女性，由于素虚或感淫邪或为情志所伤，而致脏腑功能失常。

肾阴亏虚，水不涵木，阴不制阳，肝阳上亢，则头晕烘热；水不制火，心火上炎，而见心悸怔忡，失眠；肾阳虚弱，火不暖土，脾失温煦，运化失职，水湿内停则见浮肿，便溏。

总之，本病以肾虚、阴阳失调为本，累及心、肝、肾等脏腑而出现一系列症状。

现代医学则认为更年期，随着卵巢的衰老，性激素的锐减，从而使生殖器官开始出现退化，机体各器官也开始出现进行性衰退。此外还与家庭、社会、心理、个性等因素相互作用。临床表现月经紊乱至绝经和精神、神经血管功能不稳定的综合征。

[临床表现]

一、月经的改变

周期延长，经期缩短，经量逐渐减少

而停止；或周期紊乱，经期延长，经量增多，甚至阴道大出血，有时淋漓不断，然后逐渐减少至停止；有的突然停止，此后不再来潮。前两型约占 90%。

二、心血管症状

潮红、烘热、伴头晕耳鸣、汗出、畏寒；有的有高血压表现，特点是收缩压升高、波动较大；心悸及“假性心绞痛”，有的还有阵发性心跳过速或过缓。

三、精神、神经症状

记忆力衰退、健忘、易怒、抑郁、失眠或喜怒无常。

四、骨及关节症状

关节疼痛以膝关节为主，关节炎，易骨折，肌肉关节酸痛。

五、泌尿生殖系统症状

萎缩性阴道炎、尿急尿频、应力性尿失禁、阴道干涩、性交疼痛、性欲减退。

六、皮肤粘膜

干燥、瘙痒、弹性减退、粗糙、皱纹、老年斑、口干、眼睛干涩、感觉异常（麻木、针刺、蚁行感）脱发。

[实验室及其他检查]

（一）激素测定 雌激素降低，周期性变化消失，促性腺激素在绝经后均增高，FSH 比 LH 上升早且高；高促性腺素与低雌激素提示卵巢功能衰竭。

（二）血脂 胆固醇增高主要是 β 脂蛋白、前 β 脂蛋白比例更大，但 α 脂蛋白无明显改变。

（三）心电图 心电图的三个肢体导

联中均可有S-T段抑低现象。

(四) 骨质检查 对腰背痠痛者应进行X线摄片检查,血清钙、磷、碱性磷酸酶及尿钙检查。

(五) 诊断性刮宫 阴道大出血或淋漓不净,或疑有器质性病变时应进行诊断性刮宫。

绝经后子宫内膜一般多萎缩。

(六) 妇检 外阴及阴道萎缩,阴阜上阴毛逐渐减少,外阴皮肤逐渐变薄,皮下脂肪减少。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

(一) 病史 年龄40岁以上或因手术切除双侧卵巢、或因放射治疗而引起人工绝经。

(二) 症状 潮热夜汗出、头痛、失眠、抑郁心悸、乏力、月经紊乱等。

(三) 体征 血压不稳定,妇科检查未见有器质性病变。

(四) 检查 心电图提示S-T段低平;雌激素测定含量降低,垂体促性腺激素大幅升高。

二、鉴别诊断

(一) 高血压病 高血压病是以舒张压升高较为突出,而更年期高血压则是以收缩压升高为特点。

(二) 甲亢 甲亢有畏热汗出需与更年期综合症的潮热鉴别,甲亢汗出以白天为多,而本病汗出以夜间多为特点。

(三) 细胞瘤 有血管舒缩症状需与本病鉴别。细胞瘤为发作性血管舒缩症状,而且血压(收缩压)高达200mmHg(27kPa)以上,且伴有剧烈头痛与脸色

苍白。

(四) 泌尿系疾患 有尿频、尿急症状应与泌尿系疾患鉴别,可借助尿常规鉴别,一般情况本病仅有轻度炎症表现。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 益肾燮平汤

组成与用法 生地黄 仙灵脾 桑寄生 钩藤 生麦芽各15g 紫草 糯稻根各30g 炒当归 制香附各10g 酸枣仁12g。水煎服,每日1剂,煎煮2次,约250ml,早晚各1次。

功用与评述 方中生地黄滋填肾水;仙灵脾温补肾火,两药一凉一温,一阴一阳,相辅相成;当归养血活血,香附理气通脉,两药共奏调理冲任二脉之功效;紫草原本凉血之品,现代研究发现,紫草具有抑制脑垂体促性腺激素分泌的作用,对妇女更年期由于卵巢功能减退,失去对脑垂体功能的反馈抑制,导致促性腺激素分泌增加所出现的更年期综合征具有较好疗效;桑寄生益肾壮骨;钩藤平肝潜阳;酸枣仁养心安神;生麦芽舒肝和中;糯稻根敛津止汗。诸药合用,调和肝、肾、心、脾诸脏。

辨证加减

1. 阴虚瘀热,口干心烦,舌质黯,有瘀点与瘀斑,加生地、丹皮、益母草、黑山栀以养阴祛瘀除热。

2. 气虚挟瘀者,身倦乏力,舌质黯,有瘀点瘀斑,加党参(或红参)、黄芪、花蕊石、蒲黄以补气行气化瘀。

3. 脾肾阳虚甚者,出现纳差,身倦乏力,腰膝酸软,舌淡脉细,加肉桂,炮姜,以温补脾肾。

(二) 更年健

组成与用法：生地 杭白芍 枸杞子 菟丝子 龟甲各等分。水煎服，每日1剂。

功用与评述：滋补肝肾，育阴潜阳。方中生地、枸杞、菟丝子滋肾补肾；杭白芍柔肝养肝；龟甲育阴潜阳。使肝肾调和，阴平阳秘，诸症可除。

药理及动物实验表明，更年健可增加雌激素受体（ER）在下丘脑的表达以增强雌激素的生物学效应，同时降低下丘脑SP水平而提高 β -内啡肽的含量。还有对更年期综合征妇女紊乱的生殖内分泌—免疫网络有良性调节作用。

辨证加减

1. 高血压者加钩藤或地龙、牛膝以熄风潜阳，牛膝引血下行以降血压。

2. 失眠者，加五味子、夜交藤以养心安神。

3. 口渴者加石斛、玉竹以养津止渴。

(三) 益肾菟地汤

组成与用法：菟丝子 生地 熟地 仙灵脾 巴戟天 紫丹参 炒知母 炒黄柏各12g 炒白芍10g。日1剂，水煎服。

功用与评述：滋肾温阳，养心安神。菟丝子、仙灵脾、巴戟天温补肾阳；二地、知母、黄柏滋肾益肾；白芍敛阴和营；丹参活血养心。

辨证加减

1. 肝肾阴虚，肝阳偏亢者加女贞子12g，墨旱莲15g、枸杞、菊花各12g，生牡蛎30g，去仙灵脾、巴戟天。

2. 脾肾阳虚偏于气不行水者，去知母、黄柏，加黄芪20g、党参15g、白术、茯苓、泽泻各12g、肉桂6g。

3. 心肾不交，心阳偏亢而心神失常，悲伤欲哭不能自主者，去仙灵脾、巴戟

天，加炙甘草、大枣各10g、淮小麦、紫草各30g，熟枣仁、麦冬各12g，龙齿15g，菖蒲6g。

4. 挟痰瘀者，加莪术、川芎、炮山甲、全瓜蒌、海藻。

二、专药选用

(一) 佳蓉片

[西安博爱制药有限责任公司。陕卫药准字(1996)第000515号]

主要成分：倒卵叶五加、肉苁蓉、肉桂、熟地等。

功用与评述：温补肝肾，补精益气，养血安神，强体填精。方中倒卵叶五加辛苦甘温，祛风湿，强筋骨，补肝肾，并含有多人皂甙；肉苁蓉甘咸性温，补肾助阳，养精补血，润肠通便；肉桂辛甘性热，善补火助阳，温通任脉；熟地滋阴养血，补肾填精。全方合用具有调补肝肾，养血安神等功用。

药理实验证明：佳蓉片能改善下丘脑—垂体—卵巢和周围血中内源性鸦片肽含量，影响外周5-羟色胺代谢；提高血浆雌二醇水平和降低促性腺激素水平；改善机体免疫功能，从而调整神经—内分泌—免疫网络功能。

用量与用法：每次4~5片，每日3次，2~3周为1疗程。

(二) 更年康

[广州白云山制药总厂。粤卫药准字(83)第AZI-088号]

主要成份：刺五加、五味子、鹿茸精等。

功用与评述：扶正固本，补肾安神，益气健脾。方中刺五加辛苦甘温，补肝肾，强筋骨，活血祛瘀。富含人参皂甙，具有双向调节功用，提高机体抵抗力；五

味子具有酸苦甘辛咸，性温，敛肺滋肾，生津止渴，安神定志；鹿茸甘咸，性温，擅助阳暖肾，生津补髓，强健筋骨，抗早衰等。诸药合用补肾益肝，交通心肾，使神安志宁，脏躁得除。

药理研究证明：刺五加具有较人参更好的适应原作用。能增强机体抵抗力，刺激免疫体的形成，抗刺激作用；五味子对不同水平的中枢神经系统有兴奋和强壮作用，能增强机体对非特异性刺激的防御能力；鹿茸具有强壮作用，能提高机体工作能力改善睡眠及食欲，有性激素样作用等。临床实践证明更年期可减轻和清除更年期的系列症状。

用量与用法 每次3~4片，每日3次温开水送服。

三、西医药治疗

(一) 性激素治疗 对更年期综合征是否应用性激素治疗及其利弊，长期以来一直存在着分歧意见。有学者认为更年期是人生一生理过程，顺其自然，不必给予性激素治疗；有人认为更年期综合征用性激素治疗会增加子宫内膜癌的危险性，故反对应用雌激素。但有人认为更年期综合征主要由雌激素水平下降引起，补充少量性激素，尤其是少量雌激素，可达到预防及治疗与雌激素缺乏相关的血管舒缩、骨质疏松、降低冠心病发病率及与之相关的血管硬化、性器官萎缩、延缓衰老等作用。

使用性激素治疗必须有实际需要和特征。肝肾功能正常，排除乳房、子宫、卵巢肿块及异常，使用中应予小量，间断给药，病情缓解后减量或停用。用药期间应定期随访。

1. 雌激素

1) 天然雌激素

①苯甲酸雌二醇，为苯甲酸与雌激素结合后之脂化物，雌激素效能强，作用可维持2~3天。针剂1mg/支、2mg/支，每日或隔日肌肉注射1~2mg。

②戊酸雌二醇，为一种长效雌激素制剂，肌肉注射后可维持两周。针剂5mg/支，每5~10日1次。

③天然结合型雌激素，倍美力，0.625mg，每日1次。

④尼尔雌醇，为雌三醇衍生物。5mg，每月1次。症状改善后改2mg每月2次。

2) 合成雌激素

①炔雌醇(EE)亦称乙炔雌二醇为半合成雌激素，是强效雌激素，作用约为乙烯雌酚的20倍。片剂0.005mg、0.01mg、0.0125mg、0.05mg，每日用量为0.01~0.05mg。

②乙烯雌酚(DES)又称乙蔗酚为全合成雌激素，非甾体物质，但雌激素作用效强，是最常用的雌激素制剂。片剂分0.25mg、0.5mg、1mg，口服，每日1次。针剂1mg/支、5mg/支，肌肉注射。

2. 孕激素

①安宫黄体酮(甲孕酮)片剂1mg、2mg、5mg；针剂50mg、100mg、150mg，肌注，注射一次可维持两周。

②炔诺酮(妇康片)片剂0.625mg、1.25mg、2.5mg及5mg。

孕激素每用于雌、孕激素序贯疗法，加用孕激素的目的是防止内膜增长过长。

3. 雄激素

1) 睾酮衍生物：

①丙酸睾丸素(丙酸睾丸酮)针剂10mg、25mg、50mg，供肌肉注射用；于周期第6~11日肌肉注射小剂量1.25mg

每日1次,共6次;

②甲基睾丸素(甲基睾丸酮)片剂5mg,口服或舌下含服,效能约丙酸睾丸素的1/5。每日1次。

2) 蛋白同化激素

①苯丙酸诺龙 针剂10mg或25mg,供肌肉注射用,每5~7日1次。

②癸酸诺龙 针剂25mg供肌肉注射用,长效,可3~4周1次。

若子宫出血期间,丙酸睾丸素25mg,肌肉注射每3日1次,共6次。经期延长,或频发者,丙酸睾丸素25mg,每5日1次,共4次。

雄激素每月用量一般不超过200mg,以免男性化,连续用药3个月停药观察。

4. 复合激素

妇复春胶囊[京卫药准字(1996)第160002号],该药是根据激素替代疗法理论由雌孕激素及钙、维生素等组成,服用方法:每天1粒,于月经第5天服用,共服20天,3个月为1疗程。片剂。

(二) 对症治疗

1. 镇静剂 舒乐安定1~2mg,每日2次,以助睡眠,或奋乃静4~8mg,每日3次。或谷维素10~30mg,每日3次,以调节植物神经功能;若精神抑郁症状好转者,口服多虑平25mg,每日3次。

2. 可乐定0.1~0.4mg,口服每日1次,共2周。可乐定是 α 肾上腺受体促进剂,能明显地减少潮热症状。

3. VitE,50mg加VitB610mg,谷维素10mg,口服每日2次。VitE有抗衰老

作用,后两种药对植物神经功能有作用。

四、心理治疗

更年期妇女往往出现烦躁、潮热、焦虑、抑郁、失眠及易激动等症状,因此除药物治疗外,医务人员必须给予耐心解释,消除她们的顾虑,让她们树立信心,保持乐观,克服不良情绪。

[预防与护理]

更年期是女性一生中经历到的正常生理过程,应该使进入更年期的妇女懂得必要的卫生保健知识,消除恐惧和忧郁心理,家人亦需同时配合给予精神上的同情和安慰。生活上宜加强营养,主食除米面外,应搭配杂粮之类;副食应多食高蛋白,新鲜蔬菜水果,常服黑芝麻、胡桃仁、百合、黑木耳、花生等滋补品。

主要参考文献

1. 朱雄华. 益肾调平汤治疗更年期综合征105例临床观察. 江苏中医, 1996, 17(3):19
2. 孙梅, 张沉. 更年期上调老年雌性大鼠下丘脑雌激素受体MRNA表达对P物质和 β -内啡肽的影响. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(1):28
3. 罗元恺, 等. 更年期综合征证治. 中医杂志, 1987, (10):9
4. 李广勋主编. 中药药理毒理与临床. 第1版. 天津:天津科技翻译出版公司, 1992. 99、325、385

(王惠珍)

第6章 子宫内膜异位症、子宫腺肌病

子宫内膜异位症 (endometriosis), 是指有活性的子宫内膜生长在子宫腔以外的其他部位。虽然, 异位的子宫内膜可生长在距子宫遥远的部位, 但最常见局限在卵巢、子宫骶韧带、盆腔腹膜等处, 故临床上亦常称“盆腔子宫内膜异位症”(pelvic endometriosis)。当子宫内膜侵入子宫肌层, 但未扩散至子宫浆膜层时, 称“子宫腺肌病”(adenomyosis)。

子宫内膜异位症与子宫腺肌病虽均为内膜异位症, 但在组织发生学和临床表现上不同。不过, 两者可合并存在, 故常一并讨论。

本病为常见的妇科病, 多发生于生育年龄 30~40 岁妇女, 我国发病率约为 10%, 近年来明显增高。

中医无子宫内膜异位症病名, 根据其症状及体征属“痛经”、“癥瘕”、“不孕症”、“月经不调”等范畴。

〔病因与发病机理〕

子宫内膜异位症患者, 临床以痛经、经来色黑有块、月经不调、不孕、性交痛、下腹包块等为主要表现, 审证求因, 无不与“瘀血”密切相关。

若七情所伤或伤风感寒与血相搏, 气滞血瘀或血为寒凝、瘀血内生、阻滞冲任, 胞脉气血运行不畅, 不通则痛, 瘀血阻滞, 血不循经, 离经之血积聚, 日久成

癥成瘕; 亦可见气虚之人, 气虚乏力、运血不畅、血停为瘀, 瘀血内阻冲任, 胞脉阻滞、不通则痛; 或肾虚阳亏, 寒凝血脉, 阻滞冲任, 不通则痛, 瘀久成癥, 阻滞胞宫、胞脉, 两精不能结合以致不孕。

可见瘀阻冲任、血不循经、日久成癥为本病的主要发病机理; 其致病因素有内伤、有外感; 病性以本虚标实为多。

西医认为, 子宫内膜异位症为良性病变, 但具有远处转移和种植能力。对其发病原因, 目前主要有子宫内膜种植、淋巴及静脉播散、体腔上皮化生、免疫缺陷及排卵功能障碍等。

子宫内膜异位症的主要病理变化, 是异位的内膜随卵巢的功能变化, 而发生局部异位病的出血与坏死, 内膜碎屑脱落及其周围组织纤维化。以致病变区形成紫褐色斑点或小泡, 甚至发展为大小不等的紫蓝色实质结节或包块。

异位的内膜以卵巢的子宫内膜异位为最常见, 由于卵巢内异位的组织反复出血而形成单个或多个囊肿, 囊肿内含暗褐色粘稠状陈旧性血, 状似巧克力, 故也称之为卵巢巧克力囊肿。由于囊壁可能有少量渗血, 渗出物引起腹膜及周围组织炎症反应和组织纤维化, 从而造成输卵管或周围组织粘连。

〔临床表现〕

(一) 病史 渐进性加剧痛经史、不孕史、剖宫产、人流、诊刮、上环、输卵管通畅检查等妇科手术史。

(二) 临床症状

1. 痛经 表现为继发性、周期性渐进性痛经，疼痛多位于下腹部及腰骶，可向阴道、会阴、肛门或大腿部放射，常伴有肛门坠痛和性交痛。疼痛程度与病灶的大小、疾病的严重程度不成正比。主要由于瘀血阻滞，络脉不通，不通则痛而致。

2. 不孕 早期子宫内膜异位症无症状或症状轻微，相当一部分患者是由于不孕或有盆腔包块而就诊的。国内外报道，合并不孕症约占 50%~60%。其主要原因是由于广泛的粘连、输卵管闭锁或蠕动减弱以致影响卵子的排出、摄取和孕卵的运行。中医则认为，主要是瘀血阻滞胞宫、胞脉、冲任，两精不能结合而致。

3. 月经不调 每表现月经量多、持续时间长，周期紊乱，经期前后血染，由于瘀阻冲任，血不归经，血海蓄溢失常使然。

4. 二便异常 周期性出现二便异常，或排便疼痛，或便血、尿血。由于周围组织的粘连、纤维化，周期性出血，而累及膀胱和直肠所致。中医认为，由于瘀血内停、阻于冲任，结于胞络胞脉，气机不畅，膀胱气化不利，直肠传导失职而致；若瘀血阻滞、血不循经、溢于脉外，或瘀伤脉络，则可见尿血、便血。

(三) 体征

后穹窿、子宫骶骨韧带触痛性结节；附件粘连包块，子宫增大，于月经前后有明显大小变化。

〔实验室与其他检查〕

一、妇科检查

阴道后穹窿部扪及甚至可以看到紫蓝色结节；宫体后倾、固定、增大、压痛；子宫一侧或双侧扪及与子宫相连的不活动囊块，压痛；子宫骶骨韧带、子宫后壁及后陷凹处可触及大小不等、形态不规则的结节，触痛明显。

二、腹腔镜检查

腹腔镜检查是目前诊断子宫内膜异位症的重要方法，镜检直视盆腔有内膜异位病灶即可诊断。同时还可了解输卵管通畅情况，病灶范围及程度。

三、B 超检查

B 超检查可通过影像，了解子宫的大小，附件的情况。若子宫有增大可借助 B 超区别其他原因引起的子宫增大。若提示卵巢子宫有内膜样变化，可协助诊断。

四、基础体温

基础体温借以了解卵巢功能。子宫内膜异位患者的基础体温可呈双相或黄体不健。

〔诊断与鉴别诊断〕

一、诊断

1. 病史 ①渐进性痛经史；②不孕；③妇科手术史。

2. 症状 痛经；不孕；周期性便秘或里急后重渐加剧；经期少腹、腰骶不适，进行性加剧；肛门坠痛，性交痛；月经紊乱；包块。

3. 腹腔镜检查 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,卵巢穿刺得巧克力样陈血;④卵巢有粘连,而输卵管大多通畅。

4. 病理检查 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。

5. 妇科检查 ①子宫正常大小,后穹窿及宫骶韧带可扪及散在的或团簇的质硬的结节。有明显或不明显的触痛,经前结节可增大,触痛会更明显,盆腔粘连严重时子宫位置常后倾,活动度差甚或固定;②子宫呈球形均匀增大,或有压痛;③单侧或双侧附件可扪及囊性包块,壁稍厚,张力高,与周围组织粘连,或有压痛,经前囊性包块可以增大,经后缩小;④阴道、宫颈可见突出的紫蓝色结节或小点,月经期可有渗血、出血。后穹窿可窥见紫蓝色结节或呈息肉样突起的赘生物,经时表面可伴出血。

上述体征可单独出现亦可复合出现。

6. B超检查 提示卵巢子宫内膜样囊肿及子宫腺肌病。

二、鉴别诊断

子宫内膜异位症与子宫腺肌病,应与慢性盆腔炎、子宫肌瘤、盆腔恶性肿瘤、异位妊娠鉴别。

1. 慢性盆腔炎 慢性盆腔炎因有腹痛、子宫骶骨韧带及后陷凹处可扪及结节等症状、体征而不易与子宫内膜异位症鉴别。但慢性盆腔炎有急性发作史,腹痛为

持续性,不伴月经周期;若为结核性盆腔炎,可触及结核结节,但常伴有闭经,可通过输卵管碘油造影或输卵管通液检查,若通畅则可排除结核性盆腔炎。

2. 盆腔恶性肿瘤 尤其是卵巢的恶性肿瘤,一般肿块质地硬、无压痛、病程进展快、伴有健康情况差,疼痛为持续性,与月经无关。

3. 子宫肌瘤 子宫腺肌症需与子宫肌瘤相鉴别,因共同存在着子宫增大,但子宫肌瘤的子宫增大不规则,质硬、无周期性、渐进性痛经史,可资鉴别。

4. 异位妊娠 卵巢巧克力囊肿破裂时虽表现为一侧少腹剧烈疼痛有似异位妊娠破裂的疼痛,但可从有无停经史,以往无渐进性痛经、尿妊娠试验可资鉴别。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 莪棱合剂

组成与用法 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。水煎服,月经干净2~3天始服,每日1剂,连续服至下次月经前一天,经期停药,3个月为1疗程。

功用与评述 方中莪术辛苦温,三棱辛苦寒,有破血行气、化瘀消癥止痛之效;丹参苦微寒、化瘀活血、调经止痛;郁金辛苦性寒,活血止痛而行气解郁;赤芍苦微寒,活血凉血通调血脉,去瘀滞而散结;鸡内金消食散结;浙贝母长于清火散结;水蛭破血逐瘀散癥;当归甘草微温,补血活血善治血滞疼痛;枳壳善行气散积,消痞止痛;鳖甲咸平软坚散结化

癥，共奏理气活血、化瘀消癥散结之效。

应用莪棱合剂治疗子宫内膜异位症，同步进行甲皱微循环、血液流变学、B超等观察，各项指标均有改善，说明莪棱合剂能改善机体的微循环障碍，改变血液流变的状态，因此可以改善子宫内膜异位症的血瘀状况，而使症状与体征得到改善。

辨证加减

1. 若经期疼痛剧烈者，可加元胡 10g、五灵脂 10g，以理气止痛。

2. 若腰以下冷感，疼痛喜温喜按，可于上方加入桂枝 5g、艾叶 5g、木香（后人）5g，以温经散寒。

（二）红藤口服液

组成与用法 红藤 败酱草 薏苡仁 桃仁 牡丹皮 丹参 紫草 生牡蛎 牛蒡黄 莪术 香附 元胡各等分。以 7 帖剂量浓煎成 500ml（含生药 1.47g/ml），每日 2 次，每次 30ml，口服，经期连服，3 个月经周期为 1 疗程，连续观察疗效 2 个疗程。

功用与评述 方中重用红藤、败酱草以活血化瘀、清热通络；生蒲黄、丹皮凉血化瘀；丹参、桃仁、莪术有通月经、消瘀血之功；生牡蛎消癥散结；薏苡仁清热渗湿。此方集化瘀、清热、通络、消癥于一体，共同达到活血清热、化瘀通络之功。

本方治疗子宫内膜异位症，治疗前后查癌抗原 125（CA 125），发现子宫内膜异位症患者多数存在 CA 125 阳性，经红藤口服液治疗后，转阴率 70%，经统计学处理有显著意义的差异。说明该方可明显降低 CA 125。CA 125 是一种卵巢相关抗原，内异症使 CA 125 增高，可能是由于异位灶及子宫内膜上皮细胞共同在自身免疫异常因素作用下分泌亢进的结果。红藤口服液能降低 CA 125，说明具有调节

免疫功能的作用。

辨证加减

1. 若伴口苦咽干、乳房胀痛为肝经郁热，可于上方中加入柴胡 6g、丹皮 10g、赤芍 10g、栀子 10g，疏肝清热。

2. 若伴口干便秘，为瘀积化热，可于上方加芒硝 6g、瓜蒌 10g，以泻热通便。

（三）内异消

组成与用法 三棱 10g 莪术 10g 水蛭 10g 廬虫 12g 穿山甲 10g 菟丝子 12g 仙灵脾 10g 肉苁蓉 10g 地鳖虫 10g 路路通 10g。水煎服，每日 2 次，3 个月为 1 个疗程，经期停药。

功用与评述 方中选用三棱、莪术、廬虫、水蛭活血化瘀，破血消癥；《医学衷中参西录》载：“水蛭，破瘀血而不伤新血，专入血分而不伤气分”。认为水蛭“善破冲任之瘀”，是治疗癥瘕积聚、通经种子的要药。据现代药理研究，水蛭无毒，含水蛭素，组织胺样物质，有抗凝血，扩张血管、降低血液的粘稠度，能使体内瘀血分解消散，还具有仙灵脾类似的补肾作用；内异消中菟丝子、仙灵脾、肉苁蓉有类激素样作用，能改善垂体—卵巢—性腺轴的功能，使卵巢的内分泌功能趋于正常。另有报道，仙灵脾不仅有补肾作用，而且对异常升高的血浆前列腺素有一定的降解作用。

药理实验研究表明，内异消能改变血液流变，纠正异常的血液浓、粘、稠、聚状态的作用；能提高血中 FSH、LH、E₂ 水平，并能降低升高的 PRL 水平，具有调整内分泌作用。可以说内异消是多效应的，标本兼顾，不失为一治疗子宫内膜异位症良方。

辨证加减

1. 若痛剧, 经色黑夹血块, 为瘀血阻滞冲任, 气血运行受阻, 不通则痛, 可于上方加延胡索, 以助活血化瘀止痛之功。

2. 若经量多如注, 为瘀血内阻, 血不归经, 可于上方加蒲黄 10g, 三七粉 3g (另冲), 以活血止血。

(四) 化痰消痰软坚方

组成与用法 赤芍 12g 枳壳 12g 全瓜蒌 12g 桃仁 10g 浙贝母 10g 香附 10g 丹参 15g 焦山楂 15g 夏枯草 15g 生牡蛎 30g (先煎) 鳖甲 30g 薏苡仁 24g。水煎服, 每日 1 剂, 分两次服, 3 个月为 1 疗程。

功用与评述 方中赤芍、桃仁、丹参、焦山楂活血化瘀; 薏苡仁、全瓜蒌、浙贝母化痰消积; 夏枯草、生牡蛎、鳖甲软坚散结; 制香附、枳壳调经理气止痛。诸药合用, 共奏化痰消瘀, 软坚散结之功。

药理实验研究, 本方还有促进血液流变性 & 改善微循环作用, 使其血行流畅而达到镇痛消瘀散结之功。

辨证加减

1. 疼痛剧烈者, 为瘀阻胞脉、气血运行不畅、不通则痛, 上方加乳香、没药、川楝子、元胡各 10g 以活血化瘀, 理气止痛。

2. 月经量多夹血块者, 加蒲黄 10g 以活血止血。

3. 畏寒者, 多伴阳虚, 加桂枝 3g 以温阳。

4. 腰酸痛者, 每夹肾虚, 酌加续断 10g、菟丝子 12g, 以补肾壮腰。

(五) 活血益肾丸

组成与用法 丹参 桃仁 赤芍 莪术 水蛭 乌药 延胡索 肉桂 续断

乳香 没药。制成水丸剂, 每袋 12g, 每次 6g, 每日 2 次, 3 个月为 1 个疗程, 连续服 1~2 个疗程。

功用与评述 方中丹参、桃仁、赤芍, 活血化瘀; 乳香、没药、莪术、水蛭, 破血逐瘀消癥; 乌药、元胡理气止痛; 肉桂, 续断温肾补肾, 全方共奏活血化瘀, 补肾益肾之功。

药理实验研究表明, 子宫内膜异位症患者头发中微量元素明显降低, 而服用活血益肾丸后, 不仅症状明显好转, 体征改善, 同时微量元素 Zn、Cu 含量有所提高, 其中 Zn 含量增高明显, 提示属血瘀症之子宫内膜异位症的发生与微量元素降低有关, 活血化瘀, 补肾可提高发中微量元素。

辨证加减

1. 少腹胀痛, 属气滞者, 加川楝子、郁金以疏肝理气止痛。

2. 腰以下冷感, 肢冷, 便溏兼阳虚者, 加巴戟天、吴茱萸、桑寄生, 以温阳补肾。

3. 纳少、乏力兼气虚者, 加党参、黄芪以健脾益气。

二、专药选用

(一) 田七痛经胶囊

[广东九惠制药厂 ZZ-3892-粤卫药准字 (1996) 第 528010 号]

主要成分 田七 川芎 延胡索 小茴香 冰片等。

功用与评述 本方以失笑散为基础, 配以田七祛瘀止痛, 活血止血; 川芎活血祛风止痛; 小茴香散寒止痛兼治癥瘕寒疝; 延胡索活血理气止痛; 木香行气醒脾止腹痛; 冰片芳香开窍走窜止痛, 全方共奏活血化瘀、行气散寒、止痛调经之功。

药理实验表明 本品具有抗炎、镇静止痛作用，能改善毛细血管血液流态，改善微循环，抑制血栓形成，抑制子宫平滑肌收缩，对抗催产素、前列腺素所致的子宫痉挛。临床应用表明，本品对痛经、月经不调及子宫内膜异位症、宫颈炎、盆腔炎、癥瘕等多种病证疗效确切。本品口服，每次3~5粒，每日3次，经期或经前5天开水送服，一般以7天为1疗程。经期后可继续服用，每次2~3粒，每日2~3次，以巩固疗效。

（二）桂枝茯苓胶囊

[连云港康缘制药有限责任公司
(95)卫药准字Z—25号]

主要成分 桂枝 茯苓 赤芍 丹皮 桃仁。

功用与评述 本方桂枝温通血脉；配茯苓渗利行瘀；丹皮、赤芍合桃仁活血祛瘀，全方合用，共奏活血化瘀，消癥散结之功。

药理研究表明，本品可降低大鼠血液粘度，抑制家兔血小板聚集，对大鼠子宫平滑肌有一定松弛作用，并有镇痛和抗炎作用。故可用于治疗妇女血瘀所致下腹宿有癥块，月经量多或漏下不止、血色紫黯，夹血块，小腹隐隐作痛或腹痛拒按，舌暗有瘀斑、脉涩或细。口服，每次3粒，每日3次。饭后服，经期停药。以3个月为1疗程。

三、西医药治疗

（一）非手术治疗

1. 性激素疗法 采用性激素抑制排卵，以达到缓解疼痛的目的。但盆腔肿块较大，诊断未明确，或肝功能异常者忌用此法。

（1）高效孕激素周期疗法 安宫黄体

酮，每日4~8mg，于月经周期第6~25天服用，可连续服用3~6个周期。停药后症状可复发。

（2）假孕疗法 今一般不采用此疗法。

（3）假绝经疗法 口服丹那唑暂时减少卵巢激素的分泌，使子宫内膜萎缩，导致短暂绝经称为假绝经疗法，为目前最有效方法。每日400~800mg 分2~3次，若症状不能缓解、月经未停和体征未改善，可逐渐加大由每日400mg加至600mg。一般从月经第1日开始，持续不间断6个月。有体重增加、水肿、乳房缩小、痤疮等副作用。

内美通、棉酚、雷公藤片等亦为常用药。

（二）手术治疗

可分为保留生育功能、保留卵巢功能和根治术三种。临床可酌情选择。

〔预防与护理〕

一、防止经血倒流 先天性生殖道畸形和后天性的炎症性阴道狭窄、宫颈粘连等所引起的经血外流受阻时，均应及时手术治疗，以免潴留的经血倒流入腹腔。经期一般不作妇检，如有必要，操作应轻柔，避免重力挤压子宫。

二、避免手术操作所引起的子宫内膜种植 应严格按章操作，在进行暴露宫腔手术时，应用纱布垫保护好子宫切口周围术野，以防宫腔内容物溢入腹腔或腹壁切口。缝合子宫壁时，应避免穿透子宫内膜层。月经期禁作各种输卵管通畅试验，以免内膜屑进入腹腔。人流吸宫时，宫腔内负压不宜过高而后突然将吸管拔出，这样会使内膜碎片随宫腔血液流入腹腔。

三、月经期间避免跑步、打球、游泳之类剧烈运动。

主要参考文献

1. 刘健, 李祥云, 胡晓梅. 补肾祛瘀法治疗子宫内膜异位症的临床观察. 中国中西医结合杂志, 1998, 18 (3):145
2. 司徒仪. 莪棱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
3. 束兰娣. 红藤口服液治疗子宫内膜异位症临床观察. 上海中医药杂志, 1999, (1):30
4. 张海峰. 化瘀消痰软坚方治疗子宫内膜

异位症临床验证及实验研究. 天津中医学院学报, 1993, 12 (1):8

5. 黄雪梅. 水蛭的实验和临床研究概况. 湖南中医学院学报, 1997, 17 (1):74

6. 魏爱平. 活血化瘀对子宫内膜异位症发中微量元素的影响. 中国中医药信息杂志, 1996, 3 (1):31

7. 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. 子宫内膜异位症中西医结合诊疗标准. 1991, 11 (6):376

(王惠珍)

第7章 妊娠病

妊娠剧吐

孕妇在妊娠早期常发生不同程度的恶心、呕吐、择食、疲倦的现象称为早孕反应。少数孕妇反应严重，呕吐频繁，甚至呕吐胆汁，不能进食，食入即吐，进而发生体液平衡及新陈代谢紊乱，以至孕妇、胎儿的营养受到严重影响者称为妊娠剧吐(Hyperemesis Gravidarum)。中医学把该病归属为“妊娠恶阻”、“子病”、“病儿”、“病食”、“阻病”等范畴。

[病因与发病机理]

本病以孕早期持续恶心、呕吐频繁，精神疲倦，萎靡不振为主要症状。中医学认为，妊娠呕吐的发病机理为冲气上逆，胃失和降。由于妊娠初起，月经停闭，血海藏而不泻，阴血下聚以养胎元，于是冲脉之气偏盛。冲脉隶于阳明，附于肝，肝脉挟胃贯膈；冲气上逆，循经犯胃或冲气挟肝火上逆犯胃，胃失和降。若素体脾胃虚弱，胃失和降，孕后冲脉气盛，更易上逆犯胃，若平素性情急躁多怒，肝郁化热，孕后血聚养胎，肝血更虚，肝火愈旺，则冲气挟肝火上逆犯胃；若脾阳素虚，痰饮内停，孕后经血壅闭，冲脉气盛，则冲气挟痰饮上逆犯胃。如果呕吐日甚，饮食难进，进一步导致正气耗伤，阴液亏损，又可引起气阴两亏，甚至可导致

胎动不安、堕胎、早产等病证。病位在胃，与冲脉、肝、肾、脾密切相关。

西医认为，本病病因与发病机理目前还不太清楚，多数观点认为妊娠剧吐与血中的绒毛膜促性腺激素水平(HCG)上升有关。而对于一些神经系统功能不稳定或精神紧张型的孕妇，妊娠剧吐更为多见。因此，目前多认为该病与体内激素作用机制和精神状态的平衡失调有关，尤其和大脑皮质与皮质下中枢失调以及植物神经功能紊乱有关。由于剧吐产生脱水、缺氧以及电解质平衡失调，继而出现肝肾受累，肝肾功能失常，严重的还将出现神经系统症状。

[临床表现]

轻症患者表现为孕早期呕吐频频，尤以进食后多见，伴厌食疲倦，头晕，嗜睡，体温、脉搏正常，尿酮体阴性。重症患者，呕吐频繁，不能进食，吐出物有粘液，或含胆汁或咖啡样物，见消瘦，全身皮肤、口唇干燥，眼球凹陷，体温升高、脉搏加快，尿少，尿酮体阳性。严重患者，出现黄疸，血转氨酶、胆红素增高，尿量更少，蛋白阳性，出现管型；眼底检查可见视神经炎及视网膜出血等。

[实验室与其他检查]

1. 尿妊娠试验阳性。

2. 中重度者尿酮体阳性, 出现尿蛋白及管型。

3. 重症患者, 血钾、血钠、氯化物、二氧化碳结合力均降低; 尿酸、非氮白氮、尿素、胆红素均升高; 谷丙转氨酶升高。

4. 重症患者眼底检查发现有视网膜炎症或出血。

5. 妇科检查: 宫颈着色, 子宫柔软, 子宫体增大与孕月相符。

[诊断和鉴别诊断]

一、诊断

1. 停经史。

2. 尿妊娠试验阳性。

3. 临床表现 轻症患者表现为孕早期呕吐频频, 尤以进食后多见, 伴厌食疲倦, 头晕, 嗜睡, 体温、脉搏正常; 重症患者, 呕吐频繁, 不能进食, 吐出物有粘液, 或含胆汁或咖啡样物, 见消瘦, 全身皮肤、口唇干燥, 眼球凹陷, 体温升高、脉搏加快, 尿少;

4. 实验室检查, 重症患者, 尿酮体阳性, 血转氨酶、胆红素增高, 尿蛋白阳性, 出现管型;

5. 重症患者眼底检查可见视神经炎及视网膜出血等;

6. 妇科检查: 宫颈着色, 子宫柔软, 子宫体增大与孕月相符。

二、鉴别诊断

(一) 与急性胃肠炎或慢性胃炎急性发作的鉴别 有恶心呕吐, 也伴脱水、血压下降, 但它多有食物中毒、饮食不洁史, 还伴上腹部或全腹阵发性疼痛。炎症消退症状即可消失。除非合并妊娠, 否则

尿妊娠试验阴性, 子宫不增大。

(二) 与妊娠合并病毒性肝炎的鉴别

急性病毒性肝炎有与肝炎患者接触史, 接受输血、注射血制品的病史; 恶心呕吐、食欲减退的同时伴有厌油腻、腹胀腹泻及肝区痛, 有的高热、黄疸; 检查肝脏肿大, 有压痛; 肝功能、HBsAg、血清胆红素的化验检查等可资鉴别。

(三) 与急性胆囊炎的鉴别 急性胆囊炎可有饱餐病史; 右上腹绞痛, 向右肩放射, 伴有恶心呕吐、并可高热寒战; 右上腹肌紧张、反跳痛, 化验白细胞增多等。

(四) 与妊娠合并急性胰腺炎的鉴别

急性胰腺炎可有饱食或饮酒史, 突然上腹剧痛, 向左肩或腰部放射, 伴有恶心呕吐、发热等; 血清淀粉酶测定有意义。

(五) 与妊娠合并急性阑尾炎的鉴别 急性阑尾炎开始于脐周或中上腹部疼痛, 伴有恶心呕吐, 随后腹痛转移到右下腹; 有压痛及反跳痛, 伴肌紧张, 出现体温升高和白细胞增多。

(六) 与神经官能症性呕吐的鉴别

本呕吐与精神刺激因素关系密切。呕而能再食, 长期反复发作, 但不影响营养, 肝肾功能正常。

(七) 与滋养细胞肿瘤如葡萄胎所致的呕吐鉴别 可以借助血 HCG 化验 B 型超声波检查来鉴别。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 香砂六君子汤 合苏叶黄连汤加減

组成与用法 党参 15g 白术 陈皮 紫苏叶 姜半夏各 10g 木香 砂仁 (后

入) 黄连各 5g。浓煎少量频服, 每日 1 剂, 早晚分服。

功用与评述 健胃和中, 降逆止呕。方中党参、白术健脾养胃、益气和中, 生姜、半夏降逆止呕, 黄连清肝热, 除烦止呕, 砂仁、苏叶、木香、陈皮理气和中, 全方补脾胃、降逆气, 使呕吐得止, 胃纳如常。

辨证加减

1. 呕吐、胸闷、痰涎多者, 加茯苓 15g, 竹茹 9g, 杏仁 10g。

2. 因脾胃虚寒呕吐甚者, 加伏龙干 15g (布包煎)。

3. 呕吐日久伤阴, 见口干舌燥, 心烦, 尿短黄, 大便燥结者, 去党参、砂仁、白术, 加沙参 10g, 麦冬、石斛、山梔仁、火麻仁、竹茹各 10g。

4. 肝气横逆、肝胃不和, 见胸胁胀闷, 呃气者, 去党参, 加玫瑰花、青橘叶各、白芍 15g。

5. 脾胃虚寒, 形寒倦怠, 舌淡等, 去黄连、生姜, 加干姜、丁香各 5~10g。

6. 腰酸腹痛或伴阴道少量出血者, 去半夏, 加杜仲、桑寄生各 15g, 旱莲草、炒地榆各 20g。

(二) 温胆汤 (《备急千金方》) 加味

组成与用法 制半夏 陈皮 茯苓 枳壳 竹茹 黄芩 甘草。每日 1 剂, 水煎服。可以空腹服用。

功用与评述 清肝和胃, 降逆止呕。半夏、陈皮降逆止呕; 黄芩、竹茹清肝胆之火止呕, 茯苓、枳壳、陈皮、甘草等健脾开胃之品, 以助生阳气, 气行则胎气自安。

辨证加减

1. 若伴咽干、口渴加石斛养胃生津, 白芍柔肝养阴;

2. 头晕胀痛加菊花、夏枯草以平肝潜阳;

3. 若有黄疸或肝脏受损时, 加茵陈蒿、川楝子以清热疏肝解郁。

(三) 平安饮

组成与用法 代赭石 15g (先下) 姜半夏 麦芽 谷芽各 10g 北五味 6g 建莲肉 12g。每日 1 剂, 加水煎成半茶盏许, 徐徐频服; 胃寒者宜温服, 胃热者宜凉服; 难于服药者, 先饮生姜汁 3ml 左右, 或用鲜生姜去皮后, 针刺数十孔, 在舌面上摩擦数遍, 或先指压双侧内关穴 15~30 分钟后, 随即服药。

功用与评述 妊娠恶阻的主要病机是冲气上逆, 平安冲气是治疗的关键之着。重用代赭石之重镇冲气, 五味子之酸敛气冲, 姜半夏之降逆和中, 莲肉宁神安胎, 谷芽苏脾醒胃, 共达安冲降逆, 健脾安胎之效。

辨证加减

1. 虚寒者加党参、干姜。

2. 挟痰饮者加茯苓。

3. 兼肝热胎火者加黄连、竹茹、知母。

4. 兼气阴两虚者加党参、麦冬、南沙参。

附: 历来方书多将代赭石、半夏列入妊娠禁药之中, 但亦不乏前贤用其治疗妊娠病的记载, 只要注意, 中病即止; 适量用药一代赭石用量不超过 15g, 半夏用姜制, 用量不超过 10g; 勿用于先兆流产或习惯性流产患者, 就可避免坠胎之弊, 不必全囿于禁用之说。

(四) 健脾和胃饮

组成与用法 党参 12g 白术 9g 淡竹茹 9g 炙枇杷叶 9g 苏梗 2.4g 砂仁 3g 陈皮 3g 法半夏 9g 茯苓 9g 煅决

明 30g (先入)。每日 1 剂, 水煎服。

功用与评述 健脾和胃、降逆止呕。方中党参、白术、茯苓健脾益气, 陈皮、半夏降逆止呕, 竹茹、苏梗清热止呕安胎, 砂仁温胃止呕, 煅决明平肝和胃降逆止呕。

辨证加减

1. 胃热肝热加黄连、黄芩、生地清肝胃之热。

2. 胃寒去竹茹、枇杷叶, 加吴萸、苏叶、干姜温中降逆。

3. 气阴亏虚加麦冬、生地、元参滋养阴液。

二、专药选用

(一) 保灵孕宝口服液

[杭州澳医保灵药业有限公司。浙卫药健字 (1996) 第 1431 号]

主要成分 山药 枸杞 龙眼 莲子 陈皮 大枣 蜂蜜等

功用与评述 健脾养血、益肾安胎。方中山药、莲子、蜂蜜健脾益气; 龙眼、大枣补血; 枸杞益肾安胎; 陈皮健脾理气, 使本方补而不滞。适用于孕产妇的营养保健。

用法与用量 口服。每日 2 次, 每次 1 支, 早晚各一次。

(二) 香砂养胃丸

[天津乐仁堂制药厂。津卫药准字 (1991) 0228 号]

主要成分 白术 香附 豆蔻 砂仁 木香 广藿香 陈皮 半夏等

功用与评述 温中和胃、降逆止呕。方中白术健脾益气; 豆蔻、砂仁、木香、香附、陈皮温中理气, 和胃止呕; 藿香、砂仁化湿止呕、安胎; 半夏燥湿化痰、降逆止呕。

用法与用量 口服, 每日 2 次, 每次 9g。

(三) 黄芪生脉饮口服液

[浙江新光制药厂。生产批号 9807133]

主要成分 黄芪 人参 麦冬 五味子。

功用与评述 益气滋阴, 补脾益肺。人参大补元气; 麦冬养阴生津; 五味子酸收敛肺止汗; 黄芪为补气要药, 能补脾肺之气。适用于妊娠呕吐后气阴两虚证。

用法与用量 口服, 每次 10ml, 每日 3 次。

三、西医药治疗

(一) 止呕并纠正脱水状况

1. 禁食输液 每日以 5%~10% 葡萄糖液 2 000ml 或 5% 葡萄糖盐水 1 000ml 静滴, 并加 10% KCl 20ml, VitC 300mg, VitB₆ 100mg 等药物镇吐, 补充体液不足。一旦剧吐控制后, 随输液量减少逐渐进食少量流质。若酸中毒明显加 5% NaHCO₃ 适量, 依生化检查确定用量。

2. 静脉内高营养疗法 对于严重的病人, 一般补液满足不了需要的可采取此疗法。它是通过留置在深部静脉内的导管, 持续地、长期输入大量水解蛋白和高渗葡萄糖液。常用配方是: 5% 葡萄糖和 5% 水解蛋白各 500ml, 50% 葡萄糖 250ml, 其中加入各种电解质, 即 10% KCl 15ml, 10% NaCl 12~15ml, 5% NaHCO₃ 17~21ml, 10% 葡萄糖酸钙 5ml, 25% MgSO₄ 1~2ml, 一日内保证 VitC 500~1 000mg, VitK 110mg。为防止导管内凝血, 可在 1 000ml 溶液中加入肝素 10~20mg, 治疗开始一周时每 8~12g 葡萄糖应给予胰岛素 1U。

(二) 药物治疗

1. VitB₆ 10~20mg 1日3次,口服;或 VitB₆ 50mg 肌注,1日1次。VitB₆ 参与氨基酸和脂肪代谢,且有止呕之作用。

2. VitB₁ 10~20mg,1日3次,口服;或 VitB₁ 50mg 肌注,1日1次。VitB₁ 参与体内糖代谢过程,维持神经、心脏及消化系统正常功能。

3. VitC 100mg,口服,1日3次。VitC 参与体内氧化还原过程,增加机体抗感染能力。

4. 若呕吐严重,无法进食,可适当选用鲁米那 30mg 肌注或冬眠灵 25mg 肌注,以镇静止呕。

(三) 若经中西医治疗,症状未能缓解甚至加重,为保护孕妇健康,有以下指征 1~2 项,应采取妊娠终止措施。

1. 持续黄疸;
2. 持续蛋白尿;
3. 体温超过 38℃,脉搏超过 120 次/分;
4. 酸中毒症状难以纠正;
5. 多发性视神经炎,眼底出血或视网膜炎。

6. 出现精神症状:昏迷不醒、谵语等。

[预防与护理]

一、正确对待孕产问题,排除孕妇恐惧心理。了解妊娠后的生理现象和正常反应,消除紧张情绪,保持愉快心境。

二、劳逸结合,多吃清淡易消化有营养之饮食。

三、汤药应浓煎,少量频服,药之温凉要随孕妇喜好。

四、对药液无法入口者,可以采取穴位按压法。服药前按摩内关穴 15~20 分

钟,或者冬眠灵 25mg 肌注;或者在服药前先含鲜生姜片、盐金桔、陈皮梅、广澳梅等开胃止呕,以纳药食。

五、对待轻度患者,可用以下方法调理之。

1. 鲜姜汁少许频服,或炖红糖频服。

2. 薰香法:芫荽一把,苏叶、藿香各 3g、砂仁 2g、煎热倒入壶中令孕妇鼻对壶嘴闻香,则能醒脾开胃止呕。

3. 芫荽鱼片汤(《疾病饮食疗法》)

组成:鲜芫荽 50g 雪鱼肉 100g 鲜苏叶 10g 生姜 10g

用法:将鱼肉切片,用盐、姜丝、苏叶丝、酱油腌制 10 分钟,将鱼片煮汤,下芫荽,调味后即可饮用。具有暖胃和中、行气止呕之效。

4. 竹茹蜜(《百病饮食自疗》)

用竹茹 15g 煎水一碗,兑入蜂蜜 30g 服用,具有滋阴养胃止呕吐之功,可治疗胃阴不足型的妊娠呕吐。

主要参考文献

1. 牛建昭主编.现代中西医妇科学.北京:中国科技出版社,1996.500、505
2. 王沿渊.中西医结合治疗妊娠剧吐 126 例分析.实用中西医结合杂志,1997,(7):1244~1245
3. 李月英.中西医结合治疗妊娠剧吐 105 例.中医杂志,1994,(11):672
4. 邵亨元.平安饮治疗妊娠呕吐症.四川中医,1995,(11):37

(邓月娥)

异位妊娠

当孕卵在子宫体腔以外着床发育,称为异位妊娠(ectopic pregnancy),亦称为宫外孕。但二者含义稍有不同,宫外孕指子宫以外妊娠,异位妊娠指孕卵于正常着

床部位之外的妊娠, 包含宫颈妊娠、间质部妊娠及子宫残角妊娠。

异位妊娠为妇科最常见的急腹症, 发病率占 2% ~ 3.6%。其中 90% ~ 95% 发生在输卵管, 右侧多见。临床上以停经、腹痛、不规则阴道流血为主要表现。本病发生腹腔内出血时若得不到及时的诊治可因失血性休克而导致死亡。异位妊娠可发生在初潮以后至绝经期以前的任何时间内, 以 20 ~ 29 岁的妇女发病率最高, 约占 40%。

中医古籍中无异位妊娠、宫外孕的病名记载, 但从其临床症状、体征可以归属于祖国医学的“妊娠腹痛”、“胎动不安”、“癥瘕”范畴, 如《圣济总录》中用没药丸治“妇人血气、血积、坚癖、血瘕, 发歇攻刺疼痛, 呕逆噎塞, 迷闷及血蛊胀满, 经水不行。”这些论述与异位妊娠的症状、体征十分相似。

[病因与发病机理]

本病以停经、腹痛、阴道下血为主要症状。中医认为本病的发生与少腹宿有瘀滞, 冲任不畅或脾肾气虚有关。属少腹瘀血之实证。若素性抑郁或忿怒过度, 气滞血瘀; 或经期产后, 余血未尽, 不禁房事, 或感染邪毒, 致血瘀气滞, 胞脉失畅, 阻碍孕卵及时运达胞宫; 若素禀肾虚, 或房事不节, 损伤肾气; 或素体虚弱, 饮食劳倦伤脾, 致气虚无力运血, 血行瘀滞, 使孕卵不能及时运达胞宫。孕卵不能运达胞宫, 在输卵管中发育, 以致脉络破损, 阴血内溢于少腹, 发生血瘀、血虚、厥脱等一系列证候。

西医学认为本病发病原因有以下几点:

1. 输卵管炎症 最常见的原因。输卵管内膜因炎症粘连使管腔狭窄、阻塞,

输卵管周围的炎症使输卵管与盆腔及其他组织粘连扭曲, 输卵管炎症引起的其纤毛的缺损、管壁肌肉蠕动的减退, 使输卵管运行功能的失调影响孕卵的正常运行。输卵管炎见于产后、流产后的盆腔感染、淋菌感染、盆腔结核, 或继发于阑尾炎、腹腔炎等。

2. 输卵管发育异常 如憩室、过长等。输卵管内膜异位症, 输卵管手术后造成输卵管部分阻塞或输卵管周围粘连。

3. 盆腔肿瘤 如子宫肌瘤、卵巢肿瘤的压迫或牵拉, 可使输卵管变细变长, 迂回曲折, 阻碍孕卵的运行。

4. 卵子外游 卵子自一侧卵巢排出受精后, 进入对侧输卵管, 因移行时间过长, 孕卵已发育成囊胚期而在输卵管内着床。

5. 宫腔内条件异常 如宫内节育器(IUD)的放置有报道, 使用 IUD 者发生异位妊娠为未使用者的 2.94 ~ 4.50 倍。又有报道 IUD 并不直接增加异位妊娠的发生, 但放置 IUD 的时间长短与异位妊娠有一定的关系, 带器 3 年以上的妇女, 一旦妊娠则异位妊娠的危险性明显增加。随着计划生育的广泛开展, 异位妊娠与宫内节育器(IUD)的关系越来越引起普遍关注。

受精卵种植在输卵管内以后, 在输卵管内发育, 输卵管内膜发生子宫内膜类似的蜕膜反应, 由于管壁较薄, 管腔狭小, 胚胎滋养层可穿破卵管动脉进入卵管肌层, 当孕卵生长发育到一定的时候, 即可发生输卵管妊娠破裂或流产, 造成持续或反复的大量出血, 可以形成输卵管、盆腔、腹腔血肿, 严重时会引起休克, 危及生命。偶而破裂或流产后的胚胎成活, 继续在腹腔内生长发育, 成为继发性腹腔妊娠; 若输卵管妊娠破损后病程较长, 胚

胎死亡，血块机化与周围组织粘连，可形成陈旧性宫外孕。输卵管妊娠后子宫变化主要是子宫变软、增大，但小于正常子宫妊娠相应月份。子宫内膜也有蜕变反应，但未见滋养细胞。子宫内膜腺上皮在异位妊娠时也增大，细胞排列或团状突入腺腔，呈高分泌相，通常称为 A-S 反应 (Arias-Stella)，异位妊娠子宫内膜约 30%~60% 有此反应。

[临床表现]

以停经、腹痛、不规则阴道出血为其三大症状，并伴特殊体征。

(一) 腹痛

最主要症状。常为下腹单侧性隐痛或酸坠感，或突然发生剧烈痛，呈撕裂感或绞痛，持续或反复发作，开始多局限于下腹或患侧，继而波及全腹。腹痛有时出现反射性肩痛，肛门坠胀或有便意。

(二) 停经

多数有停经史。在停经 6~8 周多见。有时易误将少量阴道出血诊断为月经，忽略了停经史。因此，必须详细询问末次月经的质、量、期、色，需将出血与以前月经比较。

(三) 不规则阴道出血

70%~76% 有不规则阴道出血。呈少量点滴状，色褐，持续性。少数病人出血超过月经量。约 1/10 患者伴有蜕膜管型排出。

(四) 晕厥与休克

由于腹腔内急性出血及剧烈腹痛，轻者出现昏厥，重则休克以至死亡。

(五) 体征

下腹压痛、反跳痛，以病侧为甚，但腹肌不紧张。出血多时，叩到移动性浊音。阴道后穹窿饱满有触痛，宫颈举痛和

摇摆痛明显。宫体稍大，变软，与停经时间不符。内出血多，子宫呈漂浮感，附件压痛，一侧可触及软性包块，边界不清，压痛明显。

[实验室与其他检查]

(一) 尿 HCG 测定 查异位妊娠阳性率仅为 57%~87.5%。若为阴性也不能完全排除异位妊娠的可能性。

(二) 血 β -HCG 测定和单克隆抗体妊娠试验 这是确定早孕的灵敏办法，准确性高达 99%~100%。孕妇于受精后 7~10 天可以测血浆 β -HCG，以后每 2 天 β -HCG 量倍增。若每 2 天增加的量大于 66%，可诊为宫内妊娠，若小于 66% 则为异位妊娠或流产。 β -HCG 测定与 B 超显象相结合，对异位妊娠的早期诊断可达 100%，如当 β -HCG > 2 000 IU/L 时，B 超仍未见宫内妊娠囊，则异位妊娠或宫内流产可以确定。

(三) 阴道后穹窿穿刺 若抽出不凝、暗黑的血液为阳性。

(四) 诊断性刮宫 适用于阴道流血过多者，若见绒毛可证实为正常妊娠；若见蜕膜无绒毛，内膜显 A~S 反应，应怀疑本病。

(五) B 超 可见附件呈囊性块状物，边界不规则。盆腔有液性暗区，子宫内无妊娠囊。B 超与血液 β -HCG 结合起来诊断异位妊娠准确率最大。

(六) 血常规检查 血色素下降，白细胞、血小板增加。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 停经史。

2. 腹痛 常为下腹单侧性隐痛或酸坠感, 或突然发生剧烈疼痛, 呈撕裂感或绞痛, 持续或反复发作, 开始多局限于下腹或患侧, 继而波及全腹。

3. 不规则阴道出血。

4. 晕厥, 甚或休克。

5. 不孕的病史。

二、辅助诊断

1. 阴道后穹窿穿刺抽出不凝、暗黑的血液。

2. 妊娠试验阳性或血 β -HCG 测定提示异位妊娠或流产。正常妇女受孕后从第 9~11 天即可出现血浆 β -HCG 升高, 以后每二天 β -HCG 水平可升高二倍。若血浆 β -HCG 量每二天增加 $>60\%$ 可诊断为宫内妊娠; 若 $<60\%$ 即为异位妊娠或流产。

3. B 超见到附件囊性块状物, 边界不清。盆腔有液性暗区, 子宫增大, 内无妊娠囊。

4. 诊断性刮宫见到蜕膜, 病理检查内膜呈 A~S 反应。

三、鉴别诊断

与相似病症鉴别诊断极其重要, 可以避免延误诊断, 降低患者死亡率和术后并发症的发生率, 保护生育功能。

1. 先兆流产 腹痛较轻, 阴道出血量较少, 流产后胚胎排净后腹痛消失。阴道流血逐渐消失, 排出物或刮出的宫腔内容物, 可见绒毛及蜕膜组织。B 超往往足以鉴别宫内、外孕。

2. 急性盆腔炎 本病除腹痛外有发热及白带增多症状, 无停经史及妊娠体征, 无出血及贫血貌。抗炎治疗后症状很快消失。

3. 卵巢肿瘤蒂扭转 本病见突然发生下腹痛, 伴恶心呕吐, 偶见少量阴道出血似异位妊娠。但本病下腹部有可动性肿块或卵巢肿瘤史, 以及类似的腹痛病史。妊娠试验及 B 超即可分辨。

4. 卵巢肿瘤破裂 卵巢肿瘤史。小囊肿破裂者仅有轻微腹痛。若大囊肿破裂时, 常见剧烈的下腹痛, 呕吐, 甚至休克。盆腔检查于阴道穹窿有触痛, 附件囊肿缩小或消失, 子宫有漂浮感, 需剖腹探查方可明确诊断。

5. 黄体破裂 见下腹痛, 但症轻无阴道出血, 妊娠试验阴性, 无停经史。

[治疗方法]

过去异位妊娠一经确诊, 立即剖腹手术治疗, 切除患侧输卵管。自 1958 年以来, 采用中西医结合非手术疗法, 取得了较好的效果。随着快速、敏感的血 β -HCG 检测技术的开展, 高分辨力 B 超的应用, 使大部分异位妊娠在未破损前得到诊断, 为临床保守治疗异位妊娠创造了有利的条件。非手术治疗可以避免手术创伤, 为需要生育的妇女保留了患侧输卵管, 并能在治疗异位妊娠的同时, 还治疗原有的炎症, 粘连等病, 确有其独特疗效。

非手术药物治疗指征:

1. 无内出血或少量出血但无贫血貌, 血压、脉搏平稳。

2. 输卵管妊娠包块直径小于 3.5cm, 阴道直肠窝无或有少量积血。

3. 希望保留生育能力者。

4. 某些宫颈妊娠。

5. 血 β -HCG <3000 IU/L。

6. 肝肾功能正常。

7. 血常规检查, 提示血色素在正常

范围。

一、专方辨证论治

(一) 宫外孕Ⅱ号方

组成与用法 丹参 15g 赤芍 15g 桃仁 9g 三棱 莪术各 3~6g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 活血化瘀，消癥杀胚。用于输卵管妊娠未破损期和已破损期的包块型。方中丹参、赤芍、桃仁活血化瘀，三棱、莪术破血祛瘀、消癥散结。

辨证加减

1. 腹痛伴腹胀者，加元胡、川楝子，以行气止痛、活血祛瘀。

2. 属包块型，加穿山甲、牡蛎、蒲黄、五灵脂以活血止痛、软坚散结。

3. 兼便秘等腑实证，加枳壳、厚朴、大黄理气通下。

4. 气虚乏力，加党参、黄芪补气健脾。

(二) 活络效灵丹加减

组成与用法 丹参 15g 赤芍 15g 桃仁 15g 乳香 没药各 10g 三棱 莪术各 10g 蜈蚣 2 条。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 活血化瘀，消癥散结。用于治疗异位妊娠各型。方中丹参、赤芍、桃仁活血化瘀；乳香、没药活血止痛；三棱、莪术破血祛瘀、消癥散结；蜈蚣解毒散结、通络止痛。

辨证加减

1. 气虚者，体质素弱，面色不华，心悸，乏力。去蜈蚣、三棱、莪术，加当归 15g、川芎、党参、白术各 10g。

2. 偏寒者，平素阳虚，下腹有冷感，去蜈蚣、三棱、莪术，加当归、炮姜 香附各 10g。

3. 兼热结腑实者，加枳实、大黄。

(三) 祛瘀消癥汤

组成与用法 水蛭 6g 三棱 莪术 桃仁 茯苓 桂枝 赤芍 丹皮各 10g 益母草 12g 蒲公英 30g。每日 1 剂，水煎服。7 日为一疗程。

功用与评述 活血化瘀，消癥散结。用于治疗各型异位妊娠。方中水蛭、三棱、莪术、桃仁活血破瘀、化癥散结，达杀胚之功，益母草祛瘀血、生新血，与茯苓、桂枝、赤芍、丹皮合用，加强了活血化瘀、祛瘀生新的功效；瘀血壅结于内、瘀久化热，故用蒲公英、茯苓以清热解毒散结。诸药共达癥消结散、血脉通畅、祛瘀生新的目的。

辨证加减

1. 腹痛甚，加延胡索、当归尾各 10g 以活血止痛。

2. 阴道出血多者，加党参、云南白药胶囊（吞 0.5g）补气活血止血。

(四) 活血消癥杀胚方

组成与用法 当归 红花 大黄各 10g 三棱 莪术 川芎 桃仁 血竭 蜈蚣各 9g 赤芍 丹参 穿心连 天花粉各 15g 三七 5g（另冲）。每日 1 剂，水煎分服。

功用与评述 方中当归、红花、三七、赤芍、丹参、大黄、川芎、桃仁活血化瘀；三棱、莪术、血竭、蜈蚣、穿心连、天花粉消癥杀胚。

辨证加减

1. 若素气虚，心悸，乏力等，去血竭、蜈蚣、三棱、莪术，加党参、黄芪、白术各 10g。

2. 若虚寒，下腹冷痛，去血竭、蜈蚣、三棱、莪术，加肉桂、延胡、五灵脂。

(五) 宫外孕Ⅰ号方合生脉饮

组成与用法 丹参 15g 赤芍 15g 桃仁 9g 人参 15g 麦冬 9g 五味子 6g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 益气固脱，活血祛瘀。方中丹参、赤芍、桃仁活血祛瘀，人参大补元气以固脱，麦冬、五味子养阴敛汗而生津。用于输卵管妊娠破裂休克型和不稳定型。

辨证加减

1. 四肢厥逆，加附子回阳救逆。
2. 大汗不止，加山茱萸敛汗涩精。
3. 内出血不止者，加云南白药胶囊（吞 0.5g）止血。

二、专药选用

1. 天花粉注射液

[上海金山制药厂，1.2g/支]

主要成分 结晶天花粉。

功用与评述 天花粉为一大分子植物蛋白，具有抗原性。注射天花粉后，迅速引起胎盘滋养细胞发生变性，尤其是合体滋养层细胞发生凝固坏死，血循环阻断，合体滋养细胞分泌的孕激素下降，绒毛滋养层细胞形态和功能改变导致胎儿死亡。

用法与用量

(1) 肌注法 先以结晶天花粉皮试液作皮试，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 服 3 天，以减轻全身反应。隔日监测血或尿 HCG 和 B 超检查，当 HCG 下降后，配合中药宫外孕Ⅱ号方以活血祛瘀。

(2) 局部注射法 先以结晶天花粉皮试液作皮试，阴性者，再行试探性注射结晶天花粉 0.05mg 阴性者。常规消毒外阴

及阴道，用宫颈钳夹住宫颈，用 7 号针头分别于 3 点和 9 点处刺入宫颈组织，进针 0.5~0.7cm，抽无血，分别注入天花粉蛋白 1.2mg。注射前半小时肌注地塞米松 5mg，注射后再肌注地塞米松 5mg/日，3 日后口服消炎痛 25mg/次，3 次/日。

由于天花粉的抗原性，使用该药应注意它的禁忌症和适应症：

禁忌症：①天花粉过敏试验阳性；②过敏体质，对多种食物药物过敏；③活动性心、肝、肾疾病或功能不良；④严重贫血、体质虚弱及精神异常。

适应症：凡异位妊娠诊断明确，生命征平稳，腹腔包块直径小于 7cm，肝肾功能正常均可应用。

2. 蜈蚣胶囊

主要成分 蜈蚣

制作法：蜈蚣烘干，粉碎装入胶囊，每粒约 0.414g。

功用与评述 解毒散结，通络止痛，杀胚。经临床研究证实，本药杀胚的疗效与天花粉结晶蛋白相似，副作用明显小于天花粉结晶蛋白。而且取材容易，制作方便。不足之处是疗程较长。

用法与用量 口服，每日 3 次，每次 4 粒，温开水饭后服。7 天为 1 疗程，动态观察血 HCG 变化，以 HCG 下降为正常而停药。

3. 桂枝茯苓胶囊

[连云港康缘制药有限责任公司。(95)卫药准字 Z-25 号]

主要成分 桂枝 茯苓 牡丹皮 桃仁 芍药

功用与评述 活血化瘀，缓消癥块。方中桂枝温通经脉，茯苓渗利下行助瘀血行，牡丹皮、桃仁、芍药化瘀血、清瘀热。用于妇女血瘀所致下腹宿有癥块病

证，陈旧性异位妊娠。

药理实验研究 能降低大鼠血液粘度，抑制家兔血小板聚集，对大鼠子宫平滑肌有一定的松弛作用，并对小鼠有镇痛和抗炎作用。

用法与用量 口服，每次3粒，每日3次。饭后服。疗程为3个月，或遵医嘱。

4. 大黄虻虫丸（《金匱要略》）

主要成分 大黄 虻虫 黄芩 桃仁 杏仁 芍药 地黄 虻虫 水蛭 干漆 甘草等

功用与评述 破血消癥，祛瘀杀胚。方中大黄逐瘀攻下，并能凉血清热，虻虫攻下积血，桃仁、干漆、水蛭、虻虫活血通络，攻逐瘀血，黄芩清瘀热，桃仁、杏仁破血降气，润燥结，生地、芍药养血滋阴，甘草和中。用于瘀血阻滞之异位妊娠未破损期或陈旧性异位妊娠。

用法与用量 蜜丸，每丸3g。水蜜丸，每袋18g。口服，蜜丸，每次1丸；水蜜丸，每次3g，每日2次。

三、西医药治疗

西医治疗的方法有药物治疗、保守手术、期待疗法。

（一）药物治疗

最常用、疗效肯定的药物是氨甲蝶呤（Methotrexate, MTX），由于给药途径和剂量不同，成功率为76%~93%。常用肌注方式全身给药，有以下方案：

1. MTX单次给药 MTX 50mg/m²，肌注，如给药后4~7天，β-HCG下降小于15%，可重复给药1次。

2. MTX-CF方案 MTX 1mg/kg 肌注，隔日1次，第1、3、5、8天；CF 0.1mg/kg 肌注，隔日1次，第2、4、6、

8天。如给药后48小时，β-HCG下降大于15%，可以停药，否则继续用药。

3. 小剂量MTX多次给药 MTX 0.4mg/kg·d 肌注，连用5天，如一个疗程后，β-HCG无明显下降，可间隔1周后再用一个疗程。

目前全身用药倾向于MTX单次给药。

（二）保守手术 腹腔镜下输卵管保守手术。虽然腹腔镜下输卵管保守手术后持续性异位妊娠发生率较高，但术后给予MTX治疗，经MTX治疗后，持续性异位妊娠者将来的再孕能力不受影响，腹腔镜下的保守手术，时间短、花费少，术后粘连少，因此，在保守手术中，如有条件应选择腹腔镜下的保守手术。

（三）期待疗法 期待疗法即指对异位妊娠不作任何处理，等待异位妊娠的孕卵其自然死亡、吸收。选择期待疗法的病人，必须血流动力学稳定，并且β-HCG呈下降趋势。选择标准是：

①附件区无胎心搏动；②附件区包块直径<4cm；③估计子宫直肠陷凹液体少于100ml；④β-HCG <2000IU/L。（1995年Trio报告）

〔预防与护理〕

一、为预防本病的发生，已婚妇女要注意卫生，避免妊娠期及经期感染。已生育妇女做好避孕工作，减少人工流产等手术机会，防止感染发生。未生育妇女也要预防生殖器感染发生。

二、如有感染要及早诊治，若疑为异位妊娠者应立即就医。

三、保守治疗过程中应绝对卧床休息。尽量减少体位改变和增加腹压的因素。

- 四、不要轻易作阴道内诊,禁止灌肠。
 五、严密观察病情,注意内出血情况。
 六、忌食生冷或高油腻食物,免生食滞。
 七、如已破损,血压平稳,包块已形

成者,应鼓励病人适当下床活动,以减少粘连。但动作应轻柔,以免增加腹压,防止再破裂。

附:其它异位妊娠,以下表示之。

其它异位妊娠

病名	定义	病因	临床表现	诊断与鉴别	治 疗
宫颈妊娠	受精卵在宫颈管内种植,极少见	不清	1. 停经后阴道出血偶可见大量出血 2. 可无腹痛 3. 宫颈呈圆锥状、软	经盆检,血 hCG 化验与 B 超检查确诊。 需与宫内妊娠流产鉴别	刮宫清除妊娠物,有时刮后需纱布填塞宫颈管止血
宫角妊娠	受精卵种植在子宫角部	同于输卵管妊娠	1. 可妊至 10 周左右发现 2. 子宫增大不对称 3. 腹痛明显	盆检、血 hCG 化验、B 超确诊很重要。 需与妊娠合并子宫肌瘤鉴别	剖腹手术,若有不全流产可刮宫但需避免子宫穿孔,可在腹腔镜下刮宫
腹腔妊娠	妊娠发生在腹腔内,最严重,少见	与输卵管妊娠相似	早期无特殊,胎儿较大时可扪及胎头似于子宫外	1. 妊期有可疑输卵管妊娠流产或破裂史 2. X 线检查未见妊娠子宫及胎盘阴影 3. B 超可诊断	一经诊断,立即手术取出胎儿。胎盘可根据情况取出或保留,不可强行剥离以免损伤脏器或大出血,亦可部分切除胎盘。留下胎盘应警惕感染
残角子宫妊娠	受精卵在残角子宫内发育,少见	不清	于妊娠 4~5 个月自然破裂,临床表现同输卵管妊娠	1. 既往有残角子宫史 2. 血 hCG 及 B 超检查确诊	手术切除残角子宫
卵巢妊娠	受精卵在卵巢内种植和发育	目前有争议	同输卵管妊娠	1. 血 hCG 及 B 超检查 2. 腹腔镜检查需与卵巢肿瘤鉴别	开腹手术、或腹腔镜下手术

主要参考文献

1. 王兰敏. 活血消癥杀胚方治疗异位妊娠临床观察. 山西中医, 1996, 12 (3):26
2. 毛世琴. 中西医结合治疗输卵管妊娠 40 例. 实用中西医结合杂志, 1998, 11 (9):813
3. 孙艳. 国外异位妊娠早期诊断及治疗进展. 河北中西医结合杂志, 1995, 7 (10):1524
4. 刘珠凤. 异位妊娠的早期诊断方法. 中国实用妇科与产科杂志, 1998, 14 (1):51
5. 陈灼英. 26 例异位妊娠天花粉保守治疗

成功体会. 福建医药杂志, 1998, 20 (2):78

6. 吴晓春. 祛瘀消癥汤治疗宫外孕 22 例临床观察. 浙江中医杂志, 1998, 33 (5):209

7. 吴展. 蜈蚣杀胚——宫外孕保守治疗新方法. 河北中西医结合杂志, 1998, 7 (10):1637

8. 郭子光. 现代中医治疗学. 成都: 四川科学技术出版社, 1995. 397

9. 薛凤霞. 异位妊娠的病因及诊治进展. 中国实用妇科与产科杂志, 1999, 15 (4):247

(邓月娥)

流 产

流产 (Abortion) 是指妊娠于 28 周前终止, 胎儿体重少于 1 000g。流产发生于孕 12 周以前者称为早期流产; 发生于孕 12~28 周者, 称为晚期流产。流产又分自然流产和人工流产。本节讨论因各种原因致胎儿在 28 周以前自动脱离母体而出的自然流产。临床上根据发展过程而分为: 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等。相当于中医学“胎漏”、“胎动不安”、“妊娠腹痛”、“胎堕难留”、“胎动欲坠”、“堕胎”、“小产”、“滑胎”等范畴。

先 兆 流 产

先兆流产 (Threatened abortion) 系指妇女妊娠 28 周以前出现阴道出血, 下腹疼痛, 胎儿成活, 有希望继续妊娠者。本病属中医学“胎漏”、“胎动不安”、“妊娠腹痛”的范畴。

[病因与发病机理]

一、中医认为本病发生的原因有胎儿和母体两个方面

1. 胎儿方面 胎儿先天禀赋不足, 胎元缺陷, 不能正常生长而流产。

2. 孕母方面 ①多由于先天禀赋不足, 肾气虚弱, 或因多产、房劳、损伤肾气, 耗伤肾精; ②母体素体虚弱, 气血不足, 或忧思劳倦过度, 以致脾气虚弱, 化源匮乏; ③或孕母素体阳盛; 或孕后过食辛辣助阳之品; 或外感热邪, 七情所伤, 郁而化热; 或阴虚内热, 致热伤冲任, 热扰胎元; ④孕后不慎跌扑闪挫, 或食人毒物, 伤及胎元, 或母有宿疾, 瘀血内阻。

以上各种因素导致冲任不固, 胎失载养, 发为本病。

二、西医亦认为本病发生为胚胎或母体二个因素

1. 胚胎因素 胚胎发育异常 ①因孕卵或滋养细胞发育不良和功能不全造成; ②染色体异常, 遗传基因有缺陷。胚胎因素常为早期流产的主要原因, 临床上占 60%~70%。

2. 母体因素 ①内分泌功能失调: 如黄体功能不全, 体内激素不足, 使子宫脱膜组织发育不良致胚胎不能继续生长; 甲状腺功能低下, 可使细胞氧化过程发生障碍, 胚胎不能正常发育而流产。②生殖器官疾病: 子宫畸形如双角子宫、纵隔子宫、子宫发育不良、盆腔肿瘤 (子宫肌瘤尤其是粘膜下肌瘤) 影响胎儿生长发育而流产; ③全身性疾病可使胎儿严重缺氧而流产。④创伤: 孕期施行手术 (如阑尾或卵巢囊肿切除术) 干扰腹部、跌伤、劳累过度或性交、妇检可刺激子宫收缩而致流产。

3. 母儿血型不合、免疫因素、其它因素如胎盘异常、药物中毒、化学物质、有毒物质及放射性物质而致胎盘、胎儿直接受损而致流产。

[临床表现]

早期先兆流产表现为停经一段时间后有早孕反应, 后见阴道出血, 量少, 色红, 持续数日或数周, 无腹痛或有轻微下腹痛, 或伴腰酸及下坠感。

[实验室与其他检查]

1. 妊娠试验阳性。
2. 妇科检查子宫口闭。

3. B超检查 子宫大小与停经月份相符,具有孕囊和胚芽,有心血管搏动。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 停经史,早孕反应。
2. 少量阴道出血,或伴腹痛,腰酸,下坠感。
3. 妊娠试验阳性。
4. B超检查 子宫大小与停经月份相符,具有孕囊和胚芽,有心血管搏动。

二、鉴别诊断

1. 与激经的鉴别 激经是指妊娠早期,在相当于月经期时,仍有少量阴道流血,无腰酸腹痛,至四、五个月后自行停止,无损于胎儿的生长、发育,俗称“垢胎”、“盛胎”。而先兆流产出现的阴道流血是无规律的,停止时间也不确定,且常为“堕胎”、“小产”的先兆。

2. 与难免流产的鉴别 难免流产者,阴道流血增多,腹痛加重,妇科检查子宫颈口已扩张,有时胚胎组织堵塞于子宫颈口,子宫与停经月份相符或略小。B超检查,无胎心、胎动反射,子宫壁与胎膜之间的暗区不断增大,胎囊进入宫颈管内。

3. 与过期流产相鉴别 过期流产者,伴阴道流血,孕中期不见小腹长大,未觉胎动。妇科检查子宫小于妊娠月份,B超检查无胎心、胎动反射,或胎头不规则变形。

[治疗方法]

(一) 专方辨证论治

1. 寿胎丸加味

组成与用法 菟丝子 续断 阿胶

党参 炒白术 淮山药 白芍 黄芩各10g 桑寄生 25g。每日1剂,水煎服,早晚分服,10剂为一疗程。

功用与评述 固肾安胎,益气养血。用于肾虚型胎漏、胎动不安。方中菟丝子补益肾精,寄生、续断固肾壮腰以系胎;白芍、阿胶养血止血;党参、白术、山药健脾益气;黄芩清热安胎;白芍柔肝止痛。

辨证加减

(1) 血热者加生地、旱莲、地榆、槐花凉血止血。

(2) 阳虚者加补骨脂、仙鹤草各10g、艾叶炭 6g、黄芩减半,菟丝子加倍。

(3) 兼瘀,加乌贼骨以补任化瘀止血。

(4) 腹痛则加艾叶、香附理气止痛。

2. 泰山磐石散加减

组成与用法 人参 黄芪 续断 当归 黄芩各10g 川芎 白芍各5g 熟地 白术各15g 炙甘草 砂仁各3g 糯米1撮。每日1剂,水煎服。亦可作丸剂,每次服9g,日1次,温水送服。

功用与评述 补气健脾,养血安胎。适用于气血两虚为主的胎漏,胎动不安,滑胎。方中人参、黄芪、白术、炙甘草健脾补气;当归、川芎、熟地滋养阴血养胎;续断、砂仁安胎。

辨证加减

(1) 若脾肾两虚,去川芎、黄芩,加杜仲、菟丝以补肾气,并重用人参、黄芪以加补气之效。

(2) 兼热而见胎动不安,心烦者去川芎,重用黄芩以清热安胎。

3. 清热安胎饮

组成与用法 山药 15g 阿胶 15g

(烊化) 石莲子 黄芩 黄连 椿根皮 侧柏炭各 9g。水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次服。

功用与评述 健脾补胃, 清热安胎。适用胎热之胎漏, 胎动不安。方中山药、石莲补气健脾, 阿胶养血, 黄芩、黄连、椿皮、侧柏炭清热凉血、止呕安胎。

辨证加减

(1) 若有瘀血阻滞, 加当归、川芎、白芍补血活血。

(2) 若下血较多, 重阿胶、侧柏炭。

(3) 腰痛加续断、寄生以固肾安胎。

4. 安胎饮

组成与用法 党参 15g 黄芪 15g 白术 白芍各 10g 当归炭 6g 杜仲 10g 川断 10g 桑寄生 12g 菟丝子 10g 淡子芩 6g 苎麻根 12g 砂仁 3g 南瓜蒂 7 个 甘草 4.5g。水煎服, 每日 1 剂, 分 3 次服。

功用与评述 补肾健脾, 凉血安胎。方中以参、芪、白术、杜仲、菟丝子、桑寄生等补肾健脾, 充养先后天为安胎保元之根本; 又因胎前多热, 肝火易炽, 下扰血海以致胎漏下血, 配黄芩、苎麻根清肝泄热, 凉血止血以安胎; 白芍合甘草则可缓急止痛以安胎, 均为治标所用; 南瓜蒂性味甘平, 具有安胎之功; 加砂仁之理气安胎, 使补虚而不助胎热, 清热而不伤胎气。

辨证加减

(1) 若气虚甚者可重用党参、黄芪增强补气健脾之功。

(2) 阴虚内热可去党参、黄芪, 加太子参 15g (或西洋参)、生地 12g、麦冬 10g、旱莲草 10g 以滋阴清热。

(3) 胃气上逆者可加苏梗 10g、竹茹 10g、陈皮 6g、茯苓 10g 以降逆止呕。

(4) 出血较多者选加仙鹤草 12g、地榆炭 12g、陈棕炭 10g、阿胶 10g (烊化)、艾叶炭 10g 以止血。

(5) 少腹坠胀加升麻炭 10g、苏梗 10g 以升举阳气。

(6) 胎热加丹皮炭 10g、黄连 4g、贯众炭 10g 清热凉血安胎。

(7) 胞宫虚寒加仙灵脾 10g、巴戟天 10g、鹿角片 10g 等温肾助阳。

(二) 专药选用

1. 孕康口服液

[江西威鑫制药有限公司。(1992) 卫药准字 Z-54 号]

主要成分 黄芪 当归 山药 续断 补骨脂。

功用与评述 健脾固肾, 养血安胎之效。主治肾虚型和气血两虚型先兆流产。其药理作用是当归、黄芪对子宫具有双向性调节作用。针对受孕大鼠流产实验研究证明, 孕康口服液具有保胎作用, 其效果类似于阳性对照组黄体酮, 并对肌注催产素后引起的孕鼠流产具有拮抗作用。

用法与用量 本品为口服液。20ml/瓶。于早、中、晚空腹口服。每次 1 瓶。2 周为 1 疗程。

2. 滋肾育胎丸

[广州中药一厂生产。粤卫药准(1994) 第 111153 号]

主要成分 菟丝子 续断 巴戟天 杜仲 熟地 鹿角霜 枸杞 阿胶 党参 白术 大枣 砂仁。

功用与评述 补肾益脾, 养血育胎。方中菟丝子、续断、杜仲、枸杞滋阴益肾; 鹿角霜、巴戟天温补肾阳; 熟地、阿胶补血; 党参、白术、大枣健脾益气; 砂仁理气安胎。(本方为罗元恺经验方, 因效果良好, 于 1984 年荣获卫生部科研成

果一等奖。)

用法与用量 本品为水丸剂,口服,每次6g,每日3次。

3. 驴胶补血冲剂

[长沙神箭制药厂生产]

主要成分 阿胶 黄芪 当归 党参 熟地 白术。

功用与评述 滋养肝肾,补益气血,安胎。方中阿胶有滋肾养肝,补益气血之功。且驴胶经过剂型改革,与黄芪、当归、党参、熟地、白术等益气健脾,滋阴补肾之品组方,制成驴胶补血冲剂,其滋腻之性大减,不会引起呆胃,腹胀,纳减等副作用,且服用方便。

用法与用量 温水冲服。每日3次,每次2包(40g),10日为1疗程,连服3疗程。

(三) 西医药治疗

1. 维生素E 150mg/日,分3次服;100mg/次,肌注,早晚两次,每日共400mg。维生素E有类似黄体酮的作用,故维生素E有明显抑制子宫活动,调节中枢性内分泌以及改善胎盘血液循环的作用。

2. 黄体酮等 如黄体功能低下,黄体酮20mg肌注,每日1次;同时口服叶酸5mg,每日3次,维生素E 50mg,每日2次。一般5~7天即可消除症状。

3. 镇静药 鲁米那0.03g/次,口服。每天2~3次。如果腹痛阵阵,则肌注鲁米那100mg。

[预防与护理]

一、发现先兆流产,应嘱其卧床休息,避风寒、慎起居、禁房事3个月,减少不必要的妇科内诊。

二、若出血超过月经量,有组织样物排出,腹痛加剧,则应考虑终止妊娠,不

宜盲目保胎。

难免流产和不全流产

难免流产(Inevitable abortion)是指先兆流产病人治疗无效,无法继续妊娠,见阴道流血增多,腹痛加剧。

不全流产(Incomplete abortion)是指胎儿死亡已排出,但尚有部分或全部胎盘残留宫中,致阴道出血不止;二者同属中医的“胎堕难留”、“胎动欲坠”范畴。

[病因与发病机理]

病因同先兆流产,多由先兆流产治疗无效或自然发展而来,冲任不固、胎元已殒或胎元殒堕而致;若阴道出血不止,气随血脱,故每成危重症。其病理变化为胚胎或胎儿先死亡,以后底蜕膜发生出血或胎盘后出血,刺激子宫,促使子宫收缩,而将胎儿或部分胚胎排出,形成难免流产。在妊娠早期,由于绒毛发育不成熟,与子宫蜕膜层未紧密种植,故流产时妊娠物易于与子宫壁完全剥离。而孕8周以后,由于绒毛与蜕膜逐渐相接,流产常不完全。形成不全流产。

[临床表现]

(一) 难免流产 阴道出血增多,腹痛加重或胎膜已破。

(二) 不全流产 部分妊娠物已排出,宫内仍有残留,一般阴道出血较多,子宫收缩不好。严重时休克。

[实验室与其他检查]

1. 妊娠试验 阴性或弱阳性,HCG<正常值。

2. B超 见胎囊,胎心胎动消失,提示胚胎死亡,为难免流产;B超示未见

胎囊或见部分组织，提示不全流产。

3. 妇科检查 子宫大小与停经月份相符，宫口开大为难免流产；宫口未闭有时见到组织堵于宫口，子宫小于停经月份为不全流产。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 阴道出血增多，腹痛加重或有部分妊娠物已排出，宫内仍有残留，阴道出血较多，子宫收缩不好；重时会休克。

2. 妊娠试验阴性或弱阳性，HCG<正常值。

3. B超见胎囊、胎心、胎动消失，提示胚胎死亡，为难免流产；B超示未见胎囊或见部分组织，提示不全流产。

4. 妇科检查子宫大小与停经月份相符，宫口开大为难免流产；宫口未闭有时见到组织堵于宫口，子宫小于停经月份为不全流产。

二、鉴别诊断

1. 与先兆流产的鉴别 先兆流产阴道出血多为少量，或伴腹痛，较轻。妊娠试验阳性，B超见完整胚囊，有心血管搏动，胚胎成活；宫口未开。

2. 与异位妊娠的鉴别 异位妊娠的腹痛，常为下腹单侧性隐痛或酸坠感，或突然发生剧烈腹痛，呈撕裂感或绞痛，持续或反复发作，开始多局限于下腹或患侧，继而波及全腹；伴不规则阴道出血；B超见到附件囊性块状物，边界不清。盆腔有液性暗区，子宫增大，内无妊娠囊。

[治疗方法]

以“下胎益母”为原则，使胚胎、胎

盘组织尽快排出母体。

(一) 专方辨证论治

1. 脱花煎加减

组成与用法 当归 20g 川芎 15g 肉桂 6g 红花 10g 川牛膝 15g 车前子 10g 枳壳 15g 益母草 15g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 活血化瘀，温经下胎止血。主治血瘀寒凝之胎死不下。方中当归、川芎养血活血，行滞化瘀；红花活血祛瘀以下死胎；川牛膝活血化瘀，下行滑胎；肉桂温经散寒，通行血脉，配祛瘀药用可增强化瘀下胎之效；车前子渗泄滑利，以助祛瘀下死胎。诸药合用，以活血化瘀下胎为主，又兼有温经养血之效，使祛瘀下胎而不伤正，补虚祛瘀以促死胎娩出。本方对寒凝血瘀内阻之死胎不下者，用之极宜。

辨证加减

(1) 若胎块未尽出，出血较多，加炒蒲黄、五灵脂各 10g、三七粉 3g 以化瘀止血。

(2) 若神疲气短者加党参 15g、黄芪 15g 健脾益气。

(3) 若血寒凝滞而见小腹冷痛，加小茴香、吴茱萸以温阳散寒。

(4) 若出血不止，大汗淋漓，脉微欲绝为血虚气脱之症，加参附汤回阳救逆。

2. 救母丹

组成与用法 人参 20g 当归 30g 川芎 20g 益母草 30g 赤石脂 3g 荆芥穗（炒）9g，每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 益气养血，活血下胎。主治气血虚弱之胎死不下。方中人参大补元气；当归、川芎养血活血，既固其本又促死胎下滑；赤石脂重坠下降以助益母草、川芎下胎；炒荆芥穗入血收敛止血。

诸药合用，攻补兼施，散收并用，共奏补气血、下死胎之效。

辨证加减

(1) 若气虚甚见汗出、气短者，加黄芪、白术以补气健脾。

(2) 若血虚甚见眩晕、心悸者，加熟地、何首乌以养血滋润下胎。

(3) 若兼寒见小腹冷痛者，加肉桂、补骨脂、乌药以温阳散寒。

(二) 专药选用

妇血康胶囊

[广西桂林制药有限公司。桂卫药准字(1994)第082813号]

主要成分 滇桂 艾纳香等。

功用与评述 补血活血、祛瘀生新、敛血止血、促进子宫康复。多年的临床研究表明，本品能促进子宫平滑肌收缩，使血管闭合，加速子宫内膜脱落，使卵巢功能迅速恢复正常，取效迅速。

用法与用量 每盒12小包，每包10g。开水冲服，每次1包，每日3次。7日为1疗程。

(三) 西医药治疗

1. 子宫小于12周妊娠者直接清宫。

2. 子宫大于12周妊娠者，可先肌注催产素5U，每半小时1次，共4~6次；或用催产素10~20U加入5%葡萄糖液500ml静滴，宫口开大时也可钳刮；若出血多伴休克，应在纠正休克同时进行清宫。

3. 不全流产时间较长者，应加抗生素预防感染后行清宫术。

[预防与护理]

一、应卧床休息，避风寒、慎起居、禁房事，减少不必要的妇科内诊。

二、多吃水果、蔬菜，保持大便通

畅，大便时不要过分用力，以防腹压升高而致阴道大出血。

完全流产

完全流产(Complete abortion)指胚胎或胎儿死亡以后，同胎盘一起完全自然地排出体外。属于中医学的“堕胎”、“小产”范畴。

[病因与发病机理]

病因同先兆流产，由于胚胎殒堕，失血耗气，冲任损伤，加之余血浊液未净，而生瘀血；其病理变化为胚胎或胎儿先死亡，以后底蜕膜发生出血或胎盘后出血，刺激子宫，促使子宫收缩，妊娠物与子宫壁分离，使胎儿或胚胎完全排出。

[临床表现]

多阵发性腹痛后，妊娠物完全排出。

[实验室与其他检查]

1. 妊娠试验阴性或弱阳性，HCG<正常值。
2. B超示未见胎囊。
3. 妇科检查 宫口闭，子宫逐渐缩复为常大。

[诊断与鉴别诊断]

诊断

1. 腹痛，妊娠物完全排出。
2. 妊娠试验阴性或弱阳性，HCG<正常值。
3. B超示未见胎囊。
4. 妇科检查 宫口闭，子宫逐渐缩复为常大。

[治疗方法]

指胎块或胎儿已完全排出，阴道出血不多，西医一般不作特别处理；但中医认为“小产重于大产”更应注意产后调养。

(一) 专方辨证论治

1. 人参生化汤加减

组成与用法 人参 10g (另煎) 当归 20g 川芎 6g 炮姜 6g 益母草 15g 炙甘草 6g 大枣 6 枚 黄芪 15g 枳壳 15g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述 益气养血，温经化瘀，主治产后气虚或胞衣不下。方中人参、黄芪补气；当归、益母草补血活血、化瘀生新；川芎、枳壳活血行气；炮姜温经散寒；大枣补血，甘草和中。

辨证加减

(1) 若兼血寒而见包块痛甚者，加肉桂、小茴香以温经散寒。

(2) 若瘀滞见痛甚拒按，加蒲黄、五灵脂活血祛瘀止痛。

2. 当归生姜羊肉汤

组成与用法 当归 24g 生姜 30g 羊肉 120g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述 温中补血，祛寒止痛。血虚寒凝之腹痛，产后体质虚寒症。方中当归为妇科良药，能补血和营，活血行滞；生姜温中散寒，配当归则温补并用，以补虚祛寒而止痛；羊肉为血肉有情之品，性味甘温，能入肝补血扶弱，和中健胃，配当归则补血力优，得生姜而膻味可减。诸药合用，寓温散于补益之中，即可治病，又可作药膳。凡血虚有寒之腹痛及诸虚劳不足者，均可用之。

辨证加减

(1) 如血虚寒重而腹痛甚者，加肉桂、白芍、甘草以温中缓急止痛。

(2) 如兼脾胃虚寒呕吐、食少、便溏者，加白术、陈皮、党参、砂仁以补脾和胃止呕。

(二) 专药选用

1. 补中益气丸

[河南省宛西制药有限公司。豫卫药准字 (1996) 第 034036 号]

主要成分 黄芪 党参 白术 当归 升麻 柴胡 陈皮 生姜等

功用与评述 补中益气、升阳举陷。方中黄芪益气为君药；人参、白术、炙甘草健脾益气为臣，共收补中益气之功；陈皮理气，当归补血，升麻、柴胡升举下陷清阳，药理研究证明补中益气丸能提高机体细胞活性，促进机体新陈代谢，促进蛋白合成，增强机体免疫特异性和非特异性。

用法与用量 蜜丸，每丸 3g。口服，1 次 8~10 丸，每日 3 次。

2. 益母草膏

主要成分 益母草等

功用与评述 养血活血，化瘀止痛。益母草辛开苦泄，能活血祛瘀，为妇科经产要药。药理研究表明益母草膏对于离体子宫和在体子宫均有兴奋作用。

用法与用量 口服，每次 5~10ml，每日 3 次，每日 15~30ml。

[预防与护理]

应按产后调养，避风寒，食用营养丰富之品。

过期流产

过期流产 (Missed abortion) 指胚胎已死亡两个月以上未排出者，症状反复，阴道流血时多时少。属中医的“胎死不下”范畴。

〔病因与发病机理〕

病因同先兆流产；本病胎元已损，若素体气血虚弱，无力运胎，或因寒凝血滞，产道不利，碍胎排出，或气机阻滞，运胎受阻而致胎死不下。胎儿死亡后，未立即排出，而绒毛与蜕膜间逐渐被血液浸润，羊水被吸收，胎盘被凝固的血块包围，稽留于子宫内，在胎盘排出前，往往发生反复的出血，而胎儿由于受凝血块的包围压迫而形成纸样胎儿。

〔临床表现〕

腹部无长大，妊娠反应消失，无胎动，有时可有反复性阴道出血，量时多时少，呈黯红色；也可见无腹痛及出血等；有先兆流产史。

〔实验室与其他检查〕

1. 妊娠试验 阴性，HCG<正常值。
2. B超 见胎囊，胎心胎动消失。
3. 妇科检查 子宫小于停经月份，宫口未开。

〔诊断与鉴别诊断〕

一、诊断

1. 腹部无长大，无胎动。阴道流血呈黯红色。
2. 妊娠试验阴性，HCG<正常值。
3. B超见胎囊，胎心胎动消失。
4. 妇科检查 子宫小于停经月份，宫口未开。

二、鉴别诊断

1. 与胎儿宫内发育迟缓的鉴别 胎儿宫内发育迟缓以怀孕4~5个月后，孕

妇腹形明显小于正常妊娠月份，但胎儿依然存活，而生长、发育迟缓为主要特征。B超可见胎心、胎动反射。

2. 与先兆流产的鉴别 先兆流产以妊娠后有少量出血，色鲜红，腹痛轻。妇科检查宫颈口闭，子宫大小与停经月份相符。B超可见胎囊，有胎动、胎心反射。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

1. 脱花煎（详见不全流产）。
2. 救母丹（详见不全流产）。

二、西医药治疗

过期流产时间较长可导致凝血功能障碍，应尽早手术排出子宫腔内妊娠物。术前应作好充分准备，如血常规、血纤维蛋白原、凝血酶原时间，出凝血时间、血小板计数等及术前备血。

若子宫小于三个月妊娠，先服乙蔗酚5~10mg。口服。日3次，共5日，提高子宫肌肉对宫缩剂的敏感性。然后在术前注射宫缩剂，进行宫颈扩张和刮宫术。

若子宫大于妊娠3个月，用利凡诺尔羊膜腔引产术或静滴催产素，促使子宫内容物排出。

〔预防与护理〕

过期流产，胎死时间过长，易发生大出血或继发感染，因此在下胎过程中，应密切观察阴道出血及腹痛，并仔细检查胎块、胎盘、胎膜排出是否完整，如出现大出血或其他变证，应采取中西医结合方法，及时处理。

习惯性流产

习惯性流产 (Habitual abortion) 指自然流产 3 次或 3 次以上, 每次流产多发生于同一妊娠月份, 也可见于其他妊娠月份, 症状相似。属于中医学“滑胎”范畴。

〔病因与发病机理〕

中医学认为其主要病因是胎儿先天禀赋不足, 胎元缺陷; 或孕妇先天禀赋不足, 原有宿疾, 又感受外邪, 使冲任损伤, 胎失载养, 胎元不固, 或胚胎缺陷, 不能成形, 故而屡孕屡堕。

西医学认为本病发生的原因亦为胚胎和孕母两个因素。早期发生流产的原因常有胚胎发育异常、染色体异常、精子缺陷、黄体功能不全、精神因素等, 使胚胎不能正常发育而死亡; 晚期流产的常见原因是子宫颈内口松弛、子宫畸形、子宫肌瘤、母儿血型不合、免疫因素等影响胎儿生长发育而致流产。

〔临床表现〕

孕前多有腰酸乏力的症状。孕后无症状, 或有腰酸腹痛, 或有阴道少量出血。子宫颈内口松弛的中晚期流产者, 多无自觉症状, 突然阵发性腹痛, 胎儿随之排出。

〔实验室与其他检查〕

1. 妇科检查 子宫畸形、子宫肌瘤、子宫颈内口松弛常是晚期滑胎的原因。

2. 实验室检查 黄体功能不全、垂体功能不全、染色体异常、精子缺陷等常是早期滑胎的原因。母儿血型不合是晚期滑胎的原因。

3. 其他检查 B 超显影对观察子宫

形态、胚胎状况、子宫颈内口的宽度有诊断价值。有流产史, 子宫颈内口宽于 19mm 者, 诊断子宫内口松弛有意义。

〔诊断与鉴别诊断〕

诊断

1. 病史 堕胎或小产连续发生 3 次或 3 次以上。多数发生在同 1 个妊娠月。

2. 症状 孕前多有腰酸乏力的症状。孕后无症状, 或有腰酸腹痛, 或有阴道少量出血。

3. 妇科检查 子宫畸形、子宫肌瘤、子宫颈内口松弛常是晚期滑胎的原因。

4. 实验室检查 黄体功能不全、垂体功能不全、染色体异常、精子缺陷等常是早期滑胎的原因。母儿血型不合是晚期滑胎的原因。

5. 其他检查 B 超显影对观察子宫形态、胚胎状况、子宫颈内口的宽度有诊断价值。有流产史, 子宫颈内口宽于 19mm 者, 诊断子宫颈内口松弛有意义。

〔治疗方法〕

专方辨证论治

1. 补肾固冲丸

组成与用法 菟丝子 240g 续断 巴戟天 杜仲 当归 鹿角霜 枸杞 白术各 90g 熟地 150g 阿胶 党参各 120g 大枣 50 枚 (去核) 砂仁 15g。炼蜜为丸, 每次服 6g, 每日 3 次。

功用与评述 补肾安胎, 益气养血。主治肾虚不固之滑胎。方中菟丝子、续断、巴戟天、杜仲、鹿角霜补肾固冲; 当归、熟地、枸杞、阿胶补血养血; 党参、白术、大枣补脾益气; 砂仁理气, 使补而

不滞。全方补肾健脾，益气养血，使肾气盛系胎有力，脾气旺以护胎载胎，精血足以能荫胎养胎，自无再流产。

2. 胎元饮

组成与用法 人参 当归 杜仲 白芍各 12g 熟地 18g 白术 12g 炙甘草 3g 陈皮 3g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 补气养血，固肾安胎。主治气血两亏，冲任不固之滑胎、胎漏。方中人参、白术、炙甘草补益脾气，一则使气旺以载胎，二则使脾健以生血；当归、熟地、白芍补益营血以养胎元；上药合用，共达气血双补之效。杜仲补肾安胎；恐防诸补药之腻滞，故配以陈皮行气化滞，和胃止呕，使补而不滞。诸药合用，气血双补，脾肾并调，以达固冲任，安胎元之效。

辨证加减

(1) 若气虚偏甚者，加黄芪、黄精、枸杞子以养血安胎。

(2) 若肾虚不固者，加桑寄生、菟丝子、续断以补肾固胎。

3. 保孕方

组成与用法 菟丝子 川断 黄芪各 30g 炒杜仲 阿胶（烔化）各 20g 白术 黄芩各 10g 白芍 15g 砂仁 甘草各 6g。每日 1 剂，水煎服，分早晚服或多次频服。

功用与评述 补肾固胎，健脾和胃。主治脾胃虚弱，气血不足，肾关不固之滑胎。方中菟丝子、川断、炒杜仲可补肾安胎；黄芪、白术、砂仁以健脾益气开胃；阿胶、白芍养血止血；黄芩清热安胎。

辨证加减

(1) 若出血量多，白术、黄芩均炒炭用，酌加生地榆、旱莲草各 30g。

(2) 若腹痛下坠甚加升麻 3g，重用

白芍改为 30g。

(3) 若血热者可酌加金银花 20g、栀子 6g、麦冬、生地各 15g。

(4) 若湿热者加黄柏 10g、茵陈 6g。

(5) 若精神紧张者加炙远志 6g、炒枣仁 15g。

4. 助孕 I 号、II 号丸

组成与用法 助孕 I 号丸：菟丝子 女贞子 金樱子 当归 地黄 甘草等。助孕 II 号丸：菟丝子 淫羊藿 金樱子 党参 丹参 赤芍 甘草等。制为丸剂。每次服 6g，每日 3 次，3 个月为 1 个疗程。

功用与评述 助孕 I 号丸：滋肾养血，活血化瘀；助孕 II 号丸：补肾益气，活血化瘀。助孕 I 号用于偏肾阴虚型，II 号丸用于偏肾阳虚型。二方的作用机理主要是通过调整机体免疫功能，抑制机体对抗原的免疫反应，从而抑制新的抗体继续产生，同时消除原有的抗体。

现代药理研究表明：党参有促肾上腺皮质功能及增强网状内皮系统的吞噬作用；菟丝子能增加 T 细胞比值；滋阴养血的女贞子、地黄等可抑制免疫功能亢进，丹参对已沉积的抗原体复合物有促进吸收和消除作用；当归、丹参等有抗炎、降低毛细血管通透性、减少炎症渗出及促进吸收作用。助孕 I 号、II 号丸组方正是通过滋肾补肾，使机体阴阳平衡而改善机体免疫功能，而通过活血化瘀清除已形成的抗体并抑制新的抗体产生，从而使血清中的抗精子抗体消失，促进受孕。

5. 加减 - 阴煎

组成与用法 生地 12g 白芍 12g 麦冬 12g 熟地 18g 炙甘草 3g 知母 6g 地骨皮 6g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述 养阴清热。主治阴虚内

热、热扰冲任之滑胎。方中熟地、生地并用，意在滋养肾阴，清解血热；麦冬养阴清热，地骨皮、知母养阴退热以除骨蒸潮热，合上药有壮水制火之效；白芍养血敛阴；炙甘草调和诸药。共达滋养肾阴，降泄虚火，使冲任固而胎安。

辨证加减

(1) 若肾阴偏虚，酌加山茱萸、菟丝子、沙苑子、枸杞子以滋肾固胎。

(2) 若为虚火偏盛，加石斛、旱莲草、女贞子以养阴退热。

6. 少腹逐瘀汤

组成与用法 小茴香 干姜 延胡索 当归 川芎 官桂 赤芍 蒲黄 五灵脂 水煎服，每日1剂。

功用与评述 活血祛瘀，温经止痛。主治瘀血阻滞型的习惯性流产。方中当归、赤芍、川芎、蒲黄、五灵脂活血祛瘀止痛，配以温通下焦之小茴香、官桂、干姜，达温经止痛之功。

辨证加减

(1) 若原来月经血为紫黑有块，加川楝子、茜草炭、香附、艾叶活血理气止痛。

(2) 若经血黯红无块，加艾叶、蒲黄炭活血止血。

(3) 若寒湿盛者，酌加苍术、白术燥湿健脾。

(一) 专药选用

1. 滋肾育胎丸（详见先兆流产）

2. 孕康口服液（详见先兆流产）

(二) 西医药治疗 原则是以预防为主，对因治疗。男女双方在下次妊娠前进行详细的体格检查，包括精液检查、卵巢功能测定、子宫输卵管碘油造影、染色体核型分析、基础代谢率测定，排除有无ABO血型或Rh血型不合等。

1. 夫妇双方中有染色体异常者，最好避免怀孕，一旦怀孕应进行超声检查或羊水检查。发现异常即终止妊娠。

2. 一旦确诊妊娠，应积极保胎，而治疗期必须超过以往发生流产的孕月。

3. 黄体功能不足者，应尽早应用黄体酮预防治疗。

(1) 黄体酮 20mg/次，日1次，肌注；

(2) 维生素E 100mg/次，日2次，口服；

(3) 安定 2.5mg/次，日2次，口服。

4. 子宫畸形者，应在未孕前先行矫治手术，术后避孕一年。

5. 宫颈内口松弛者，应在未孕前或孕14~18周时作宫颈内口松弛修补术。

6. 叶酸有增进、改善母体和胚胎的DNA、RNA合成，影响母体的遗传因子，从而促进子代发育正常，故用叶酸预防习惯性流产效果较好。

用法与用量：叶酸 10mg，口服，1日3次，连续半年，若怀孕后继服3个月。

[预防与护理]

一、对习惯性流产病人应积极寻找病因，治疗从孕前开始到孕后以往流产月份之后一个月。

二、消除恐惧心理，增加营养，安心养胎，应在医生指导下保胎，不可乱用药物。

三、多吃水果、蔬菜，保持大便通畅，大便时不要过分用力，防止腹压升高。

四、孕后应注意休息，禁止房事，切忌不必要的妇科检查。

五、配合食疗法

1. 莲枣糯米粥：莲肉 30g 红枣 5 枚糯米 1 两 烧粥，每日 1 次。莲肉宁心安神，红枣健脾，糯米补脾益气，可助安胎。

2. 苳麻根炭 15g 龙眼肉 20 颗 煎汤服用，每日 1 剂。

主要参考文献

1. 牛建昭主编. 实用中西医妇科学. 中国科技出版社, 1996. 506
2. 江建南, 等. 辨证治疗先兆流产和习惯性流产 248 例临床总结. 实用中西医结合杂志, 1997, 10 (21):2081
3. 孙红, 等. 保孕方治疗习惯性流产疗效分析. 中国中医药信息志, 1998, 5 (9):44
4. 孙慧霞. 健脾补肾法治疗习惯性流产 300 例. 陕西中医, 1997, 18 (6):248
5. 林至君. 中西医结合诊治反复流产. 中国实用妇科与产科杂志, 1999, 15 (3):143
6. 罗颂平. 免疫性自然流产与免疫性不孕的临床与实验研究. 中医杂志, 1997, 38 (6):351
7. 曹彦. 驴胶补血冲剂治疗先兆流产 30 例. 湖南中医杂志, 1998, 14 (2):34
8. 尉志军, 等. 中西医结合治疗先兆流产 63 例. 山西中医, 1998, 14 (3):24
9. 谢娜. 寿胎丸加味治疗先兆流产 116 例疗效观察. 河北中医, 1998, 20 (6):364

(王惠珍 邓月娥)

胎儿宫内发育迟缓

胎儿出生时体重小于相应孕周均重第十百分位数或孕 37 周后出生的新生儿体重低于 2 500g 者，称为胎儿宫内发育迟缓 (Intrauterine Growth Retardation, IUGR) 其发病率为 2%~3%，是产科重要并发症之一，也是造成围生儿死亡的原因。

根据本病临床表现，可归属于中医“胎萎不长”、“妊娠胎萎”、“妊娠胎不长”、“胎弱症”等范畴。

[病因与发病机理]

中医学认为本病多因夫妇双方禀赋虚弱，脏腑气血亏损，或孕后调养失宜，导致脏腑气血不足，胎失所养致胎萎不长。引起胎失所养可有气血虚弱、血寒、血热、血瘀等因素。若素体脾胃虚弱，又为饮食劳倦所伤或罹疾耗血，孕后恶阻较重，以致气血虚弱，胎失所养；若素体阳虚，又过食生冷伤阳，孕后房劳伤肾阳，阳虚生内寒，致血寒宫冷，影响胎儿发育；若素体阳盛，或肝郁化火，又过服辛辣燥热之品；或素体阴虚，孕后不节房事伤及真阴，致虚热内生，热伤阴血，阴血不足以养胎而致胎萎不长；若孕后情志不遂，或暴怒伤肝，肝气郁滞，致气滞血瘀，气血不能下注血海以养胎元，故致胎儿宫内发育迟缓。

西医认为孕妇、胎儿、胎盘及子宫四个方面任何一方存在影响胎儿生长的因素，均可致本病。

1. 孕妇

(1) 营养不良；

(2) 吸烟、饮酒、吸毒使血管、组织缺氧；

(3) 妊娠并发症 妊高征、多胎妊娠、产前出血和贫血、前置胎盘和胎盘早剥均可导致胎儿宫内发育迟缓 (IUGR)；

(4) 妊娠合并症 贫血、严重的糖尿病、肺心病、结缔组织疾病、肾性高血压、慢性高血压等都可以引起血管病变或使心输出量减少，从而使胎儿缺氧和营养不足而致本病发生；

(5) 药物影响 母亲服用酰胺吡酮、

叶酸拮抗剂、抗癫痫药、降压药、口服抗凝素、四环素等都可能致胎儿畸形同时致 IUGR;

(6) 精神因素影响新陈代谢和全身功能而致本病;

(7) 自体免疫抗体、抗心磷脂抗体 (ACA) 阳性孕妇与 IUGR 发生呈正相关关系。

2. 胎儿先天畸形、染色体异常、胎儿宫内感染致胎儿发育异常引起 IUGR。

3. 胎盘形成异常, 如膜状胎盘、轮状胎盘; 胎盘病变如胎盘梗塞、胎盘生长缺陷、胎盘早剥等造成胎盘供血能力差异而致 IUGR。

4. 子宫收缩、妊高征、多胎妊娠, 使子宫血流量减少, 从而影响胎儿的血供。

[临床表现]

孕妇诉说腹部不见长大, 胎动微弱, 或孕末期, 每周体重增加不到 0.5kg, 甚至不增加反而减少。

[实验室与其他检查]

一、B 超检查

1. 双顶径在孕中、晚期一周内增长小于 1mm;

2. 孕 32 周后头围与腹围之比大于 1;

3. 宫内总体积测定: 长径×横径×前后径×0.5233 之积, 小于 1.5 个标准差。

凡见上述三项情况, 应考虑 IUGR 可能。

二、尿雌三醇 (E₃) 检查

妊娠晚期 E₃ 值低于同期正常值第十百分位数, 24 小时尿 E₃ < 10mg/24 小时

尿或骤减 30% ~ 40% 以上; 胎盘生乳素 < 4 ~ 5μg/ml, 则表明有胎盘功能减退。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

(一) 孕妇自感腹部未见长大, 周体重增加小于 0.5kg, 甚或减少; 宫高连续 2~3 周的测量都在标准曲线的第 10 百分位数以下或停滞不变或增长缓慢。

(二) B 超检查见以下情况

1. 双顶径在孕中、晚期一周内增长小于 1mm;

2. 孕 32 周后头围与腹围之比大于 1;

3. 宫内总体积测定 长径×横径×前后径×0.5233 之积, 小于 1.5 个标准差。

(三) 雌三醇 (E₃) 低于第十百分位数, 24 小时尿 E₃ < 10mg, 胎盘生乳素 < 4 ~ 5μg/ml, 则表明有胎盘功能减退。

二、鉴别诊断

(一) 早产儿 指妊娠 28 周 ~ 37 周之间出生的新生儿。虽然体重低但与孕周符合, 各器官发育不成熟, 如乳房结节未生成, 头发棉花团样纤细发茸, 睾丸未下降、阴囊小, 大阴唇不能覆盖、颅骨软, 眼闭合。而宫内发育迟缓儿体重小于胎龄, 乳房结节明显触及, 头发清晰, 睾丸已下降, 阴囊有皱襞, 大阴唇能覆盖, 颅骨硬, 眼常睁开。

(二) 羊水过少 多见于过期妊娠者, 腹查胎体较实, 羊水少。B 超示羊水 3cm 以下, 胎儿与胎龄相符。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 三才大补丸

组成与用法 人参 30g 黄芪 30g 白术 淮山药 白芍 阿胶各 30g 熟地 当归 杜仲各 50g 川芎 香附各 15g 艾叶 补骨脂各 30g。上药为小丸，每服 10g，每日 1~2 次，温水送服，亦可作汤剂，水煎服，用量酌减。

功用与评述 补气养血、益肾育胎。方中人参、黄芪大补元气，健脾养胃；白术、淮山药助参芪之力；熟地、白芍、川芎、阿胶滋养阴血以补胎；艾叶温宫助阳，香附理气行滞，配补骨脂、杜仲温肾阳，使阳生阴长兼以固肾安胎。本方源于八珍汤，为育胎之良方。

药理实验研究表明 黄芪中含有糖和多种氨基酸、叶酸；党参中含有蛋白质、脂肪和多种维生素，对机体有应激作用，能提高胎儿抗缺氧能力；白术含有维生素 A 类，促进胃肠的分泌作用，利于营养物质的吸收；茯苓中有蛋白质、脂肪、卵磷脂；以上四味药品均能增加机体的免疫功能，提高机体的解毒能力，并且还能促进机体血液循环改善子宫胎盘供血，促进胎儿发育。

辨证加减

1. 若气损及阳，寒从内生见小腹冷痛、四肢不温，再加干姜、巴戟天、肉桂、吴茱萸以温阳补肾。

2. 若见情志抑郁，胸胁胀满，舌黯有瘀斑等气滞血瘀之象，去熟地、阿胶滋腻之品，加丹参、川芎、陈皮、香附以活血行气，改善胎盘、胎儿的血液循环。

3. 伴心悸怔忡、失眠，加枣仁、柏子仁以养血宁心安神。

(二) 凉胎饮加味

组成与用法 生地 白芍 当归 黄芩 茯苓 枳壳 石斛各 6g 甘草 3g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 滋阴清热，凉血养血。主治血热之胎萎不长。伴见面赤唇红，烦躁不安，五心烦热，口干喜饮等。方中黄芩、生地清热泻火凉血，当归、白芍养血敛阴，石斛养阴生津，茯苓渗湿泄热，枳壳理气行滞，甘草清热调和诸药。全方使邪热得清，阴血得充，胎有所养。

辨证加减

1. 若阴虚内热，加女贞子 10g、旱莲草 10g、知母 10g、地骨皮 10g 滋阴清热。

2. 若阴亏便秘，加生首乌 15g、玄参 15g，以滋阴润肠通便。

3. 若见烦躁易怒、口干口苦等肝郁之象加倍黄芩量，加焦栀子以清肝热。

二、专药选用

1. 八珍冲剂

[四川普瑞药业有限责任公司。川卫药准字(1993)第 008642 号]

主要成分 人参 当归 熟地 茯苓 白芍 白术 川芎 甘草。

功用与评述 补益气血。方中人参、白术、茯苓、甘草补脾益气；当归、白芍生地滋养心肝；川芎入血而理气，使补而不滞。

现代药理研究表明 八珍冲剂含有 72 种以上天然活性成分，如黄芩素甙、苍术酮、茯苓聚糖、地黄素、甘草甜素、川芎嗪、芍药甙等，是本品发挥显著临床疗效的分子生物学基础，在药效学方面发挥着重要的协同作用。实验证明八珍冲剂可使机体巨噬指数增加。提高血液白细胞计数，促进血液 RBC、Hb 与 IgG 的含量升高或恢复。而川芎嗪能改善胎盘功能，纠正胎儿胎盘血液循环障碍。

用法与用量 冲剂。每包 3.5g，每盒 8 包。开水冲服，每次 1 包，每日 2

次。

2. 滋肾育胎丸

[广州中药一厂生产。粤卫药准字(1994)第111153号]

主要成分 菟丝子 续断 巴戟天 杜仲 熟地 鹿角霜 枸杞 阿胶 党参 白术 大枣 砂仁。

功用与评述 补肾益脾，养血育胎。方中菟丝子、续断、杜仲、枸杞滋阴益肾；鹿角霜、巴戟天温补肾阳；熟地、阿胶补血；党参、白术、大枣健脾益气；砂仁理气安胎。本药为罗元恺经验方，因效果良好，于1984年荣获卫生部科研成果一等奖。

用法与用量 本品为水丸剂，口服，每日6g，每日3次。

三、西医药治疗

(一) 积极治疗或消除可能导致胎儿宫内发育迟缓的各种因素。

(二) 卧床休息，左侧卧位，定期吸氧，疏通胎盘血微循环，增加孕妇营养。

1. 低分子右旋糖酐 500ml 加复方丹参 20ml 静滴，每日1次，以降低血粘度，疏通微循环。以细胞压积(HCT)为药效指标。

2. 口服舒喘灵 2.4mg，每日3次，7天为1疗程。促进胎盘血循环。

3. 营养疗法：静滴(1) 10%葡萄糖 500ml 中加三磷酸腺甙(ATP) 40mg，辅酶A(CoA) 100U，每日1次；(2) 复方氨基酸 500ml，每日1次；(3) 脂肪乳 500ml，每日1次；(4) 5%葡萄糖 500ml 加维生素C 2g，每日1次。以上方案任选二种为一组，7天为1疗程。以增加孕妇、胎儿的营养。

(三) 对抗心磷脂抗体(ACA)阳性

的孕妇应从免疫抑制和抗凝治疗。

1. 免疫抑制治疗 口服强的松 10mg/d，至胎儿发育与孕周相符即停药；

2. 抗凝治疗 口服阿司匹林肠溶片 25mg，每天2次，至分娩前2周停药。用药期间，以脐血流分析中收缩期/舒张期值以及心血管参数监护。

(四) 若宫内发育迟缓已达37周，主张引产或剖宫产终止妊娠；若小于37周伴羊水少，胎心无应力试验显示减速时需及时终止妊娠。

[预防与护理]

1. 预防应从防止发病原因着手。

2. 未孕前彻底治疗原有慢性病。在病愈或稳定后方可妊娠。

3. 孕后有妊娠剧吐，先兆流产应及时治疗。以免影响胎儿发育。

4. 孕妇要注意饮食营养的搭配。贫血者，除吃补气血之药外，还可常吃红枣、菠菜、猪肝、桑椹、桂圆肉等补血食品。

5. 妊娠期勿食有损于胎儿之药物。

主要参考文献

1. 尤昭玲. 胎儿宫内发育迟缓的研究进展. 中国中医药科技, 1997, 4(1):46
2. 许建平. 川芎嗪治疗胎儿宫内发育迟缓改善子宫胎盘胎儿血液循环的研究. 同济医科大学学报, 1998, 27(4):300-302
3. 李玉兰. 中药治疗胎儿宫内发育迟缓. 中医药学报, 1996, (6):25
4. 李秀珍. 胎儿宫内发育迟缓诊断方法的探讨. 中国实用妇科与产科杂志, 1994, 10(5):279
5. 周浩华. 以能量合剂治疗胎儿宫内发育迟缓5例成功报告. 河北中西医结合杂志, 1996, 5(3):134
6. 黄光英. 补肾益气活血中药治疗宫内生

长迟缓的临床研究, 中国中西医结合杂志, 1999, 19 (8):466

7. 谢桂芳 宫内发育迟缓与重度妊征 32 例分析. 河北中西医结合杂志, 1998, 7 (12):1899

(邓月娥)

妊娠高血压综合征

孕妇在妊娠 20 周以后出现高血压、水肿和蛋白尿等, 称为妊娠高血压综合征 (Pregnancy Induced Hypertension Syndrome 简称 PIH) 或妊高征。本病严重时可发生抽搐、昏迷、肝肾功能衰竭, 甚至母、婴死亡。本病任何年龄均可发生, 以年轻和高龄孕妇多见。属于中医学的“子肿”、“子晕”、“子痫”的范畴。

[病因与发病机理]

妊娠高血压综合征以高血压、水肿、蛋白尿为主要症状。中医认为其发病主要责之肝、脾、肾功能失调。脾虚失于运化, 水湿泛溢; 肾虚命火不足, 不能化气行水, 水湿泛溢而为肿; 肝藏血, 肾藏精, 妊娠后精血下聚冲任胞宫, 滋养胞胎, 如素体阴亏, 则精血不足, 肝失滋养, 肝阳上亢, 则出现头目眩晕等症。如治疗不及时, 病势发展可致肾阴愈亏, 肝阳愈亢, 肝风内动, 心火独盛, 风火相煽, 则发为痫证。又阴虚热盛, 灼其津液, 炼液为痰, 或脾虚湿盛, 聚液成痰, 痰火交炽, 上蒙清窍, 亦为导致子痫发生之由。病至后期, 命门火衰, 上不能温脾阳, 下不能达膀胱, 因而尿愈少, 肿愈甚, 或昏迷不醒。故肝、脾、肾三脏交亏。风、火、痰相因为患, 是本病的基本病机。

西医认为此综合征的发病原因至今不

明, 但目前认为母胎之间存在免疫不协调状态、子宫胎盘缺血、肾素—血管紧张素敏感性增高、前列腺素合成失调、醛固酮失调及孕晚期血液处于高凝状态等因素导致了这些综合征的产生。

本病的主要病理变化为全身小动脉痉挛及钠离子潴留, 导致主要脏器如心、脑、肾、肝及胎盘组织的缺血、水肿, 甚至坏死的病理组织与变化。临床上根据症状之轻重分轻、中、重度三类。

[临床表现]

一、症状上轻度表现为仅有头晕, 中度则头晕更甚、头痛、眼花、胸闷、恶心、欲呕等, 重度表现为以上症状加剧, 甚至发生抽搐、昏迷。

二、高血压

轻度妊高征血压 $> 17.3/12\text{kPa}$, 或较基础血压升高 $4/2\text{kPa}$; 中度妊高征血压 $> 18.3/13.3\text{kPa}$, $< 21.3/14.6\text{kPa}$; 重度妊高征血压大于 $21.3/14.6\text{kPa}$ ($160/110\text{mmHg}$)。

三、水肿

轻度有隐性水肿或轻度浮肿, 中度和重度者水肿 $++$ 不等。水肿多由踝部开始, 渐延至小腿、大腿、外阴部、腹部、全身。踝部、小腿有凹陷性水肿, 休息仍然不退以 $(+)$ 表示; 延及大腿以 $(++)$ 表示; 水肿达外阴及腹, 皮肤光亮以 $(+++)$ 表示; 甚至全身伴腹水 $(++++)$ 。隐性水肿表现为每周体重增加大于 500g , 每月增加大于 2000g 。

[实验室与其他检查]

一、尿蛋白 轻度可无或少量; 中度 24 小时尿蛋白量 $\geq 0.5\text{g}$, 重度 $\geq 5\text{g}$ 。

二、血浆粘度 > 1.6 , 全血粘度 $>$

3.6。

三、尿素氮 $>7\text{mmol/L}$ ，示肾功能改变。

四、二氧化碳结合力 $<22\text{mmol/L}$ ，示代谢性酸中毒。

五、重度患者，电解质测定示电解质紊乱。

六、眼底检查 轻度可无变化，或局部、或普遍有动脉痉挛。重者眼底小动脉痉挛，严重者可出现视网膜水肿或视网膜剥离，或见散在性出血点。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断标准

凡妊娠 20 周后发生高血压、水肿、蛋白尿者，血压超过 $17.3/12\text{kPa}$ ($130/90\text{mmHg}$)，或较基础血压升高 $4/2\text{kPa}$ ($30/15\text{mmHg}$)，即可诊断为妊高征。基础血压以未孕或孕 12 周前测得的为凭。

妊高征分类标准

1. 轻度 血压 $>17.3/12\text{kPa}$ ，或较基础血压升高 $4/2\text{kPa}$ ，可伴轻度蛋白尿及水肿；

2. 中度 血压 $>18.3/13.3\text{kPa}$ ， $<21.3/14.6\text{kPa}$ ($160/110\text{mmHg}$)，蛋白尿 (+)，或伴有水肿；

3. 重度 血压 $\geq 21.3/14.6\text{kPa}$ ，或较基础血压升高 $8/4\text{kPa}$ ($60/30\text{mmHg}$) 或舒张压 $\geq 14.7\text{kPa}$ ，或超过基础血压 4kPa ，蛋白尿 $++ \sim +++$ ，水肿 $++ \sim +++$ ；

4. 先兆子痫 上述证候伴头痛、眼花、胸闷欲呕；

5. 子痫 在此基础上发生抽搐或昏迷。亦有从轻度、中度直接进入子痫的。

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。(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，1990 年，西安)

二、鉴别诊断

(一) 妊娠高血压综合征出现高血压、蛋白尿时应与以下几种病鉴别

1. 妊娠合并高血压 孕前有高血压病史，多见于经产妇，大龄产妇。血压在 $26.7/13.3\text{kPa}$ 以上。尿蛋白 (-) 或 (+)；肾功能正常或轻度减退，眼底小动脉硬化，重者有出血或渗出，产后血压不变。

2. 妊娠合并肾炎 孕前肾炎病史，高血压可有可无，水肿明显，多在孕前或孕早期发病。眼底呈肾性视网膜改变，尿蛋白多 $++ \sim ++++$ ，有各种管型，血浆蛋白低，非蛋白氮及尿素氮增高，胆固醇增高。

(二) 当妊娠高血压综合征出现子痫抽搐时应与以下疾病相鉴别

1. 妊娠合并癇病性抽搐 子痫神志昏迷；癇病神志清楚。

2. 妊娠合并癫痫大发作 子痫以往无发作史，癫痫有发作史，无高血压、蛋白尿等。

3. 妊娠合并颅内出血 子痫以四肢强直，神志昏迷，抽搐为主症，颅内出血，则昏迷伴半身不遂，口眼喎斜。

4. 妊娠合并手足搐搦症 手足搐搦症，无高血压、水肿、蛋白尿，无神志昏迷。

[治疗方法]

治疗上利用中医中药辨证论治，调节机体阴阳失调，药力持久而无毒性，采取中医治本，西药治标的办法已被证明疗效

可以大大提高。

妊娠肿胀即“子肿”治以利水化湿为主，脾虚者健脾利水，肾虚者温肾利水，气滞者理气化湿；妊娠眩晕即“子晕”治以平肝潜阳为主，佐以滋阴潜降，或理气化痰或益气养血；妊娠痫证即“子痫”治以清肝熄风、安神定痉为主，结合西医急症处理。而活血化瘀法在各类妊高征均可用。

一、专方辨证论治

(一) 全生白术散加党参、黄芪

组成与用法 白术 15g 茯苓 12g 大腹皮 10g 生姜皮 6g 陈皮 6g 党参 15g 黄芪 15g。水煎服，每日 1 剂，早晚分服。

功用与评述 全方健脾渗湿，利水消肿，用于脾肾阳虚水湿不化之子肿病证。方中白术、茯苓健脾渗湿；大腹皮宽中调气，行水消肿；生姜皮温中理气除湿；陈皮理气和中，再加党参、黄芪健脾益气，以助化湿之力。

辨证加减

1. 肿甚加猪苓 10g，泽泻 10g，汉防己 10g 利水消肿。
2. 肾阳亏虚者加桂枝 10g，补骨脂 10g，菟丝子 10g 以温肾阳。
3. 气滞、胸胁胀满者加天仙藤 20g，香附 10g 以理气行滞。

(二) 羚角钩藤汤

组成与用法 羚羊角粉 0.3g (吞服) 钩藤 15g 桑叶 10g 菊花 10g 竹茹 10g 生地 15g 白芍 10g 茯神 10g 甘草 6g。每日 1 剂，水煎分服。

功用与评述 滋阴养血，平肝潜阳。用于肝肾阴虚之子晕、子痫病证。方中羚羊角平肝潜阳，清热止痉；钩藤平肝潜

阳；生地、白芍滋阴养血；桑叶、菊花清肝明目；竹茹清热化痰；茯神宁心安神；甘草和中。本方为阴虚肝阳上亢病证之常用方。

辨证加减

1. 若晕甚，羚羊角粉用至 0.6g，或加天麻 10g、夏枯草 15g 以平肝止眩。
2. 若心肝火旺，烦躁，口苦舌红，加龙胆草、黄芩以泻心肝之火。
3. 若胸闷呕恶加制半夏 10g、旋覆花 10g (包煎) 以祛痰降逆止呕。
4. 若伴口唇青紫，舌有瘀斑，孕前有经行腹痛，加丹参 15g、当归 10g、赤芍各 10g 以活血祛瘀。

(三) 天麻钩藤饮加味

组成与用法 天麻 10g 钩藤 15g 石决明 30g (先煎) 黄芩 10g 栀子 10g 夜交藤 15g 茯神 12g 桑寄生 20g 杜仲 10g 川牛膝 10g 益母草 10g 羚羊角粉 1g (吞服)。每日 1 剂，水煎服，早中晚分服。

功用与评述 清热泻火，平肝熄风止痉。用于阴虚火旺，风火相煽之子晕、子痫。方中天麻、钩藤、石决明平肝熄风；黄芩、栀子清热泻火；夜交藤、茯神宁心安神；桑寄生、杜仲滋补肝肾，以润肝；牛膝、益母草活血理血，通利血脉，取“治风先治血，血行风自灭”之意。加羚羊角粉以增熄风镇痉，清热平肝之用。全方共奏清热泻火、熄风止痉之功效。

辨证加减

1. 若昏迷不醒，可加服安宫牛黄丸，每日 2 次，每次 1 丸，以清热镇痉，熄风开窍。
2. 若伴昏不知人，气粗痰鸣，胸闷烦热，痰火上扰，除加服安宫牛黄丸外，方中可加竹沥、天竺黄清热豁痰，菖蒲化

痰开窍。

3. 若唇青、舌紫加丹参 15g, 赤芍 10g 以活血化痰。

二、专药选用

1. 脉络宁注射液

[南京金陵制药厂。批号: 8905217]

主要成分 玄参 牛膝 赤芍等。

功用与评述 活血化瘀。其药理作用具有扩张血管, 增加血流量, 显著地改善微循环的异常状态; 同时还具有提高纤溶活性, 改善血液粘滞和高凝状态, 防止血小板聚集的作用。

用法与用量 每支 10mg/10ml。用 30~60mg 加 5% 葡萄糖液 500ml, 静脉滴注, 每日 1 次。

2. 杞菊地黄丸

[河南省宛西制药有限公司。豫卫药准字 (1996) 第 034025 号]

主要成分 枸杞 菊花 熟地 山茱萸 山药 茯苓 牡丹皮 泽泻。

功用与评述 滋养肝肾。熟地滋肾阴, 山茱萸益肝肾, 山药、茯苓健脾胃, 丹皮泻肝火, 泽泻泻肾降浊, 枸杞、菊花养阴平肝, 滋水明目。

用法与用量 蜜丸, 每丸 3g。口服, 每次 8 丸, 每日 3 次, 或遵医嘱。

3. 安宫牛黄丸

[北京同仁堂制药厂。京卫药准字 (1993) 第 357 号]

主要成分 牛黄 麝香 黄芩 珍珠 郁金 黄连 山栀 朱砂等。

功用与评述 清热、镇惊、开窍。用于高热昏迷、痰浊壅塞、不省人事, 子痫之昏迷。

用法与用量 口服, 温水送服。每次 1 丸。

三、西医药治疗

治疗原则以解痉、降压、利尿为主。

(一) 轻度妊高征

1. 一般治疗 ①休息, 睡眠时左侧卧位。②饮食: 摄取足量的蛋白质和蔬菜, 补充钙剂和铁剂, 不需过于限制食盐, 全身浮肿时再限制。

2. 药物 苯巴比妥 0.03~0.06g, 一日三次口服, 或安定 2.5mg, 一日 3 次口服, 以保证休息。

(二) 中、重度妊高征

需住院治疗, 除镇静、解痉、降压、利尿的药物治疗和防止子痫发生, 还要检查胎盘功能, 防止胎儿发生意外。

1. 解痉 90 年代以前, 国内外临床实践证明硫酸镁 ($MgSO_4$) 是最好的解痉药, 是治疗先兆子痫和子痫的首选药。因为镁离子能抑制运动神经末梢对乙酰胆碱的释放, 阻断神经和肌肉间的传导, 使骨骼肌松弛。

近几年临床和研究发现 654-2 治疗中、重度妊高征疗效显著, 与 $MgSO_4$ 无明显差异, 因为 654-2 是莨菪类药, 有抗 M-胆碱能作用, 能有效地解除小动脉痉挛, 具有解痉、降低血粘度改善微循环的作用, 舒张血管作用广泛且缓和。654-2 不存在 $MgSO_4$ 的副作用。药后偶感头痛、头晕、口干、视力模糊, 但停药后症状消失。

(1) 硫酸镁的用法: 首次剂量为 25% 硫酸镁 10ml 溶于 25% 的葡萄糖液 10ml 中, 缓慢静脉注射 (时间不少于 5 分钟)。然后以 25% 硫酸镁 60ml 溶于 5% 葡萄糖液 1000ml 中静脉滴注, 每小时 1~1.5g 为宜。睡前不宜静滴, 可用 25% 硫酸镁 20ml, 加 1% 普鲁卡因 5ml 深部肌肉

注射。次日再给点滴和肌注的剂量。24小时总量达30~35g。

毒性反应：硫酸镁过量会引起呼吸和心跳抑制，甚至死亡。血清镁离子 $>3\text{mmol}$ ，出现镁中毒，即膝反射消失，全身肌张力减退或呼吸抑制；若 $>7.5\text{mmol/L}$ ，可出现心跳停搏。

(2) 654-2用法：每日总用量为70~90mg。其中654-2 50mg加入5%葡萄糖500ml中每日静脉滴注（5小时滴完）；每日肌注20~40mg（分3次注射）。

禁忌症：脑出血急性期、青光眼患者。

2. 镇静 冬眠疗法。可以解除血管痉挛，改善微循环，降压迅速，降低机体代谢速度，提高组织对缺氧的耐受性和不良刺激的耐受性。在重度患者对硫酸镁已有禁忌时，本法不失为有效的办法。

用法：氯丙嗪50mg、异丙嗪50mg、派替定100mg（各2ml，共6ml）为冬眠1号全量。临床多用半量肌注，每6~8小时肌注一次，或用半量加入10%葡萄糖250ml内静滴。注意血压不可低于17.3/12kPa，用药后禁止马上直立。本法接近分娩时禁用。

3. 降压 仅适用于血压过高大于21.3/14.6kPa者，防止孕产妇发生脑血管意外、胎盘早剥。可用肼苯达嗪，利血平或甲基多巴，其中应首选肼苯达嗪。

(1) 肼苯达嗪：能扩张周围小血管而达到降压的目的，尚可增加心排血量，肾血流量及子宫胎盘血液量。不宜静推。常用40mg溶于5%葡萄糖500ml中静滴，使舒张压维持在12~13.3kPa为妥。

(2) 利血平：消耗交感神经末梢中的去甲肾上腺素，阻碍信息传导，从而降低小动脉的紧张度。常用0.25mg，每日2~3次口服；或肌肉注射1~2mg，15~30分

钟起降压作用。6小时用药1次。

4. 扩容 原则是在解痉的基础上扩容，在扩容的基础上脱水利尿。适用于红细胞压积 $>35\%$ ，全血粘度比值 $>3.6\sim3.7$ ，血浆粘度比值 $>1.6\sim1.7$ 者。禁忌：心血管负担过重，肺水肿，肾功能不全者。常用扩容剂有：白蛋白、全血、平衡液、低分子右旋糖酐、706代血浆等可以酌情使用。

5. 利尿 只用于全身水肿、肺水肿、脑水肿、血容量过高或心衰者。常用有速尿、甘露醇、双氢克尿噻、氨苯蝶啶。

(1) 速尿：利尿作用强而快，常用20~40mg静推，必要时可以加大剂量。注意低钠、低钾、低氯、低血容量等并发症。

(2) 甘露醇：因在肾小管起高渗作用而利尿。常用20%甘露醇250ml，15~20分钟内滴完。

(3) 双氢克尿噻：25mg，每日1~2次，口服。为排钾型利尿药，需及时补钾。

(4) 氨苯蝶啶：50~100mg，每日3次，口服。

(三) 适时终止妊娠

妊高征的直接原因是妊娠，因此，适时终止妊娠对母婴都有好处。

适应症：①重度患者经积极治疗24~48小时后，仍无法控制病情；②胎龄超过36周；③胎龄不到36周，胎盘功能减退而胎儿已成熟者；④孕妇病情继续恶化者；⑤子痫控制达6~12小时者。

终止妊娠的方式：①引产：适应于宫颈条件成熟，子宫柔软者；②剖宫产：适应于有产科指征，胎盘功能严重减退，或行人工破膜催产素静滴6~12小时仍未临产者。

[预防与护理]

一、认真做好产前检查,发现症状积极治疗,防止病情之发展。

二、原有慢性肾炎、高血压的妇女,应在治愈后再怀孕,以防妊后病情加重。

三、孕期注意休息,防止过劳。发病者应卧床休息。

四、孕期发现双胎妊娠、羊水过多、糖尿病或肾炎应严密随访,以防并发子痫。

五、积极治疗子痫,按高危产妇护理。每日测血压3~5次,定期查尿常规。

六、一旦发生子痫,要及时处理。

1. 置于单间、安静、较暗的病房。治疗时操作要轻柔,避免引发抽搐。床铺须加床挡。

2. 备好急救用物 开口器、压舌板、吸痰器、吸氧设备及抢救药品。

3. 昏迷时应禁食,可用鼻饲。平卧头低,偏向一侧,使子呕物排出。有假牙要取出。

4. 保持呼吸道通畅,及时吸出呼吸道分泌物及口腔呕吐物,以防吸入性肺炎及窒息。

5. 详细观察血压、脉搏、胎心、宫高、尿量、尿蛋白和抽搐发生情况,以便及时处理。

主要参考文献

1. 丛克家. 妊高征的血流变学和微循环变化. 中国实用妇科与产科杂志, 1998, 14 (1):23
2. 何国兴. 中西医结合治疗妊娠高血压综合征近况. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (1):58
3. 钱祖淇. 妊娠高血压综合征的预测和预防. 中西医结合杂志, 1991, 11 (9):530
4. 栾峰. 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
5. 黄邦. 中西医结合治疗妊娠高血压综合

征 112 例疗效观察. 新中医, 1995, 8:32

6. 慕成莉. 654-2 用于治疗中重妊高征疗效观察. 中国实用妇科与产科杂志, 1998, 14 (1):33

(邓月娥 王惠珍)

羊水过多

羊水量随孕周逐渐增加, 34~35 周时达到高峰, 达 1 200ml 左右, 此后逐渐下降。羊水正常量为 300~2 000ml (Fuchs, 1996)。超过或少于这个范围为羊水异常。羊水过多 (Polyhydramnios) 是指羊水量多于 2 000ml 者。根据临床病情进展情况, 可分为急性羊水过多和慢性羊水过多。多数孕妇羊水增多较慢, 在较长时期内形成, 称为慢性羊水过多; 少数孕妇在数日内羊水急剧增加, 称为急性羊水过多。羊水过多的发生率, 文献报道为 0.5%~1%, 妊娠合并糖尿病者, 其发生率可达 20%。

羊水过多可归属于中医“子满”、“胎水肿满”范畴。如《叶氏女科证治》所云“妊娠五六月间, 腹大异常, 胸膈胀满, 小水不通, 遍身浮肿, 名曰子满, 此胞中蓄水也。”即是对羊水过多比较形象的描述。

[病因与发病机理]

一、中医学认为本病主要以脾失健运, 水湿代谢异常, 水湿停聚于胞中为发病机理。孕妇素体脾虚, 又饮食不节, 过食生冷或劳倦伤脾, 孕后血气下聚冲任养胎, 脾气益虚, 水湿失制, 湿渗胞中; 或素多抑郁, 孕后胎儿渐大, 阻塞气机, 气机不畅, 气滞湿郁, 蓄积于胞; 或素禀不足, 命火不足, 孕后阴血下聚以养胎, 有碍肾阳敷布, 脾失温煦, 膀胱气化不利,

水蓄胞中，发为子满。

二、西医对羊水过多的确切原因还不十分清楚，临床见于以下几种情况：

1. 胎儿畸形 羊水过多的孕妇中约20%~50%合并胎儿畸形，其中以中枢神经系统和上消化道畸形最常见。如无脑儿及脊柱裂系由于脑脊髓神经外露缺乏覆盖，易受刺激而脑脊液渗出增多使羊水增加；也可能因无脑儿及脑积水儿丧失中枢吞咽反射和缺少抗利尿激素，而致尿量增多使羊水过多。另外消化道闭锁胎儿不吞咽羊水，肺发育不全胎儿无呼吸动作，使胎儿吸收减少以致羊水增多。其他畸形合并羊水过多的机制尚不清楚。

2. 多胎妊娠 多胎妊娠并发羊水过多是单胎妊娠的10倍，尤以单卵双胞胎居多，且多发于较大体重的胎儿。

3. 孕妇和胎儿的各种疾病 如孕妇患糖尿病发生羊水过多占20%，这是因为糖尿病孕妇的胎儿血糖也会增高，引起多尿而排入羊水中。另外，羊水过多也常见于母儿血型不合、妊高征、严重贫血的孕妇中。

4. 胎盘增大亦是引起羊水过多的原因之一。

5. 其它不明原因致羊水过多。

[临床表现]

一、慢性羊水过多

多发生在妊娠后期，病程进展缓慢，所表现的症状也轻缓（有的人仅在B超探测方知）。

二、急性羊水过多

多发生在中期妊娠，因短期羊水骤然增加，子宫突然增大而出现腹部胀痛及明显压迫症状，如心悸、气短不能平卧。因

腹压高，静脉回流受阻，可见下肢、外阴甚至腹壁出现水肿。由于过多的羊水，使胎儿位置不清，胎心轻微或听不到。

三、体征

腹部膨隆，腹壁紧张，皮肤光亮，腹壁有震水感，胎体不易触及或胎体小而浮沉感明显，胎心遥远，子宫极度增大超过相应孕月。

[实验室与其他检查]

一、超声波监测

B超具有准确、无损伤及重复性强等优点，使其成为监测羊水量的常规手段。羊水过多者，B超断层显像：①子宫大小大于正常妊娠月份；②增大子宫内无回声区断面比正常增大，当探头垂直水平位横断扫描，羊膜腔内羊水前后径厚度>7cm为羊水过多；>10cm为羊水明显增多。

二、羊水及母血甲胎蛋白（ α -FP）含量测定

羊水 α -FP超过同期正常值3个标准差以上，母血清 α -FP超过同期正常值2个标准差以上。提示胎儿为神经管缺损的畸胎。

三、羊膜囊造影及胎儿造影

可以检测胎儿有无消化道畸形，此法可能对胎儿造成早产、宫内感染、放射等损害，应慎用。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 急性羊水过多 约占有2%。

(1) 大多在妊娠 20~24 周发病。

(2) 机械性压迫症状 数天内子宫胀大迅速, 从而出现腹部增大过快、胀痛、行走不便、呼吸困难、不能平卧。

(3) 体格检查 孕妇呈痛苦表情, 端坐呼吸, 甚或发绀; 腹部过度膨胀, 腹壁变薄, 皮下小静脉暴露, 满腹压痛。

(4) 产科检查 子宫大于足月妊娠、张力大, 胎位不清, 下肢及外阴凹陷性水肿或静脉曲张。

2. 慢性羊水过多 约占 98%。

(1) 多发于妊娠 28~32 周。

(2) 压迫症状不明显。

(3) 产科检查 子宫显著大于正常妊娠月份, 宫高超 100 百分位数, 腹部及子宫张力大, 液体震颤感明显, 胎位不清, 有浮沉感, 胎心音遥远或听不清。

3. B 超检查 最大羊水平段 > 7cm, 胎儿与宫壁间距离增大, 四肢呈伸展的自由状态。

二、鉴别诊断

(一) 腹水 腹常呈蛙腹, 中部为鼓音, 两侧为浊音, 移动性浊音阳性。

(二) 卵巢肿瘤 一般在下腹一侧可以扪及肿块或占整个腹腔, 一般无隐痛及压痛。超声波可以协助诊断。

(三) 葡萄胎 伴有阴道出血, 妊娠反应剧烈, 尿妊娠试验强阳性, 超声波检查无胎心及羊水段显示典型葡萄胎波型。

(四) 双胎、多胎 腹部听诊可于两处清晰听到不同速率的胎心音, B 超可以予以确诊。

(五) 巨大胎儿 腹检及 B 超可鉴别。

〔治疗方法〕

羊水过多治疗方法取决于胎儿有无畸

形和孕妇症状的严重程度, 若羊水过多合并胎儿畸形, 则应及时终止妊娠, 若合并正常胎儿, 则可以中西医疗法治之。

一、专方辨证论治

(一) 鲤鱼汤加减

组成与用法 鲤鱼 250g 白术 15g 白芍 10g 当归 10g 茯苓 15g 黄芪 30g 桑白皮 10g 大腹皮 10g 橘红 10g 生姜 10g 川断 10g 桑寄生 15g 甘草 6g。每日 1 剂, 水煎服, 鲤鱼洗净同煎。

功用与评述 健脾利水, 补肾安胎。用于脾肾两虚之胎水过多。方中鲤鱼既可健脾补虚, 利水消肿, 又富含蛋白质及其它营养成分; 白术健脾燥湿; 当归、白芍补血养肝以安胎; 茯苓、黄芪补气健脾利水; 生姜、橘红和胃理气祛湿, 并去鲤鱼腥味; 川断、寄生补肾安胎; 桑白皮、大腹皮增强利水消肿功能。全方共达健脾补肾、利水消肿之效, 对胎水肿满效果尤佳。

辨证加减

1. 喘甚加葶苈子 10g、苏子 10g、旋覆花 10g 以降气平喘。

2. 若畏寒肢冷, 腰腿酸软, 肾阳虚, 加附子 10g、桂枝 10g 温补肾阳。

3. 若伴胸胁胀满, 胸闷气短等肝郁之症, 加柴胡 10g、苏梗 10g、砂仁 5g、木香 5g 疏肝理气之品, 减去川断、寄生补肾之品。

(二) 天仙藤散

组成与用法 天仙藤 15g 香附 12g 陈皮 6g 甘草 6g 乌药 10g 木瓜 10g 苏叶 10g 生姜 3 片。水煎服, 每日 1 剂。

功用与评述 理气行滞, 去湿消胀。主治湿郁气滞之妊娠羊水过多。方中天仙

藤、香附理气行滞；乌药温通散寒，行气除满；陈皮、生姜和中化湿；苏叶行气宽中；木瓜除湿消肿；甘草调和诸药。

辨证加减

1. 腹胀满甚，加大腹皮 10g、桑白皮 10g、莱菔子 10g 行气消肿。
2. 肿甚纳呆者，加赤小豆 10g、茯苓皮 10g 健脾渗湿。

(三) 羊水消解汤

组成与用法 黄芪 15~20g 白术 15~20g 茯苓 茯苓皮各 30g 山药 15g 续断 20g 猪苓 15g 大腹皮 12g 当归 10g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述 羊水消解汤方中白术、茯苓健脾化湿，山药补脾肾，黄芪补脾肺之气，又使用茯苓以加强补气利水之功，有利尿行水之功，合茯苓皮、猪苓利水消肿以治病之标；续断、当归益肾养血安胎元为佐。全方有健脾补气，益肾安胎，下气利水，标本兼顾，但应随证加减，尤其是急性羊水过多，应急则治标，加大利水消肿之品，以防早产或死胎。待水势一煞，急宜扶正培本养胎元。

辨证加减

1. 肿胀甚者加车前子、泽泻利水渗湿。
2. 腹胀甚者加枳壳、厚朴花、木香行气消肿。
3. 脚肿甚者加防己、木瓜利水。
4. 喘甚加苏子、葶苈子、桑皮平喘、利水。
5. 恶心呕吐者加竹茹、半夏、砂仁降逆止呕。
6. 肾虚腰痛明显者加菟丝子、杜仲、寄生补肾、强筋骨。

(四) 实脾饮加减

组成与用法 茯苓皮 30g 白术（土

炒）炮附子 生姜皮各 15g 木瓜 苏梗 木香各 12g 大腹皮（包煎） 25g 草豆蔻 9g 泽泻 猪苓各 20g 砂仁 5g 炮干姜 川朴各 10g 大枣 6 枚。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述 温阳健脾，行气利水。主治阳虚水肿，腰以下肿甚，手足不温，口中不渴，胸腹胀满等症。方中附子，干姜为君，附子温脾肾，助气化，行阴水；干姜温脾阳，助运化，散寒水，二者合用，温养脾肾，扶阳抑阴；茯苓皮、猪苓、白术、泽泻名四苓散，健脾燥湿，淡渗利水，使水湿从小便而利；木瓜芳香醒脾，化湿利水，助运化；川朴、木香、大腹皮、草豆蔻疏理气机，化湿行水，使气行则湿邪得化；苏梗、砂仁理气安胎；姜皮、大枣健脾利水。

辨证加减

1. 腹胀甚者加炒枳壳、陈皮理气行滞。
2. 足肿甚者加防己利水。
3. 口唇紫绀加当归、赤芍、丹参活血祛瘀。
4. 喘甚者加葶苈子、桑白皮平喘。

二、西医药治疗

（一）若发现胎儿畸形，则应终止妊娠，行人工破膜，或静滴催产素引产。

（二）急性羊水过多，紧急情况下可以在严密无菌情况下行羊水穿刺术，用硬膜外套管针，穿入后置管，缓慢放羊水，每次<1 000ml。注意观察孕妇血压、脉搏变化及自觉症状，腹部可以加置砂袋以防休克。

（三）症状较轻，可以继续妊娠，注意休息，低盐饮食，必要时酌用镇静剂。

（四）若症状较重

1. 妊娠 ≥ 37 周,行高位破膜或加静滴催产素引产。

2. 胎儿肺不成熟,或妊娠 < 37 周,在羊膜腔注入地塞米松 10mg,48 小时后考虑引产。

3. 妊娠 < 37 周,行羊膜腔穿刺术,放置一塑料引流管,缓慢放水,以孕妇感到症状缓解为度。

(五) 药物治疗

口服消炎痛 25mg,3~4 次/日,直到羊水减少到正常水平后停药。其机理认为消炎痛可以对抗前列腺素作用,从而阻断利尿激素,减少胎儿排尿;还可增加胎儿呼吸道对羊水的吸收。这是治标的好办法。

[预防与护理]

一、孕期勿食生冷,注意保护脾胃,以防脾虚生湿。

二、应注意休息,避免剧烈运动,以左侧卧位为佳。

三、饮食上应注意低盐,并常以鲤鱼汤佐膳。

主要参考文献

1. 尤昭玲,李克湘主编.实用妇产科手册.长沙:湖南科技出版社,1996. 84
2. 乐秀珍主编.妇科名医证治精华.上海:上海中医药大学出版社,1995. 163
3. 赵瑞琳.羊水过多的病因与诊断.实用中医妇科与产科杂志,1989,5(2):59
4. 渠敬文.羊水消解汤治疗羊水过多 11 例.湖南中医杂志,1996,(6):44
5. 黄凤英.羊水量异常的产时监护与处理.中国实用妇科与产科杂志,1993,9(6):369
6. 葛玉莲.实脾饮治疗羊水过多 18 例.四川中医,1995,(7):36

(王惠珍 邓月娥)

羊水过少

羊水过少指羊水量低于正常水平,可发生于妊娠任何时期。妊娠足月时羊水量少于 300ml,称为羊水过少(Oligohydramnios)。多发生于妊娠 28 周以后,发生率约 0.5%~4%。羊水过少可导致胎儿发育畸形(如胎体粘连、肢体短缺等),胎儿宫内发育迟缓,还可引起胎儿窘迫,新生儿窒息,因而新生儿发病率和围产儿死亡率均较高。

本病在中医古籍中无单独记载,其症状散见于“胎萎不长”、“妊娠胎萎燥”等病证范畴。

[病因与发病机理]

(一) 本病以孕妇自感胎动时腹痛,腹部较同期孕妇小为主要症状。中医认为羊水为一种阴液,来源于气血津液之化生。常因夫妇禀赋不足,不能化精生津;或脾胃虚弱,孕后失于调养,气血生化乏源,精津亏少;或因胎动不安,下血日久耗伤津血,以致胞水过少,直接损伤胎元;或因肺气素虚,孕后重虚,肺不通调水道,水精不布,胞水亏乏。总之,其主要发病机理为脾、肾素虚,精血化生乏源,胞水亏少。病在胞中,累及肾、脾、肺三脏。

(二) 西医认为羊水过少与以下因素有关:

1. 胎儿泌尿道畸形 胎肾发育不全,多囊肾及尿道闭锁等畸形。几乎都伴有羊水过少。

2. 胎儿宫内发育迟缓(IUGR) 羊水过少是 IUGR 的特征之一。多认为是慢性缺氧引起胎儿血液循环重新分配,主要是供应脑和心脏,而肾的血流量下降,

胎尿生成减少所致。

3. 过期妊娠 过期妊娠, 据外国文献报道妊娠 40 周后羊水量即下降。更多见于妊后期胎盘功能减退者。

4. 胎膜早破 羊水流失可致羊水过少。

5. 孕妇低血容量。

6. 单卵双胎 发生双胎输血时供血者常发育迟缓及羊水过少, 而受血者可发生羊水过多。

[临床表现]

子宫较妊娠月份为小, 紧张度增加, 胎体浮动感不明显, 胎动减少并可伴疼痛, 以臀位多见。破膜时羊水量少于 100ml, 新生儿皮肤干燥或畸形。

[实验室与其他检查]

(一) B 型超声波断层显像 ①羊水明显减少; ②无明显羊水及胎儿交界面, 子宫壁层胎盘与胎体明显接触; ③胎儿肢体挤压靠近; ④羊膜腔内羊水前后径 $\leq 2\text{cm}$ 。

(二) 胎儿电子监护仪图像 ①NST 图像中胎心基线变异, 静止型和无反应型明显增多 (P 值 < 0.01); ②减速图像以延长减速多见。其中①是羊水过少者胎儿宫内缺氧的早期信号; ②提示胎儿宫内危险的征象。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 孕妇常于胎动时感腹痛, 腹部较同期孕妇小。

2. 产前检查 腹围及子宫底高度均小于同期妊娠, 胎儿活动受限, 自然回转

不易, 故臀先露多见。触诊腹部时有胎体被宫壁紧裹的感觉, 羊水振波感不明显, 子宫敏感, 易激惹。

3. 分娩过程中常出现宫缩乏力而阵缩显著, 宫口扩张缓慢, 易发生第一产程延长。

4. 胎膜破裂时羊水极少, 产时或手术时直接测量羊水少于 300ml, 粘稠, 多呈黄绿色。

5. B 超检查 测定羊水暗区厚度, 若其暗区 $\leq 2\text{cm}$ 或胎心周围左右上下四个羊水暗区之和小于 7cm, 表示羊水少; 羊水与胎体交界面不清; 胎儿肢体明显聚集。

二、鉴别诊断

1. 胎儿宫内发育迟缓 其腹围及宫底亦小于孕月。B 超检查: 测量胎儿双顶径、股骨长度、头围、腹围比同期妊娠小, 羊水最大宽径 $> 2\text{cm}$ 即可作出诊断。但往往羊水过少者同时存在胎儿宫内发育迟缓。

2. 早产 指孕满 28 周、不足 37 周而妊娠终止者, 宫底高度虽小, 但符合孕周, 与羊水过少不同点为子宫内羊水振波感明显, 胎体无“实感”, B 超测双顶径符合孕周, 破膜时羊水量多, 新生儿体重在 1 000~2 500g 之间是早产儿特征。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 温土毓麟汤加减

组成与用法 巴戟天 10g 覆盆子 10g 党参 15g 白术 15g 山药 15g 枸杞子 15g 首乌 10g 当归 10g 白芍 10g 熟地 10g 山萸肉 15g 玄参 15g。每日 1

剂，水煎服。

功用与评述 补肾健脾，滋阴养血。用于脾肾不足之羊水过少。方中巴戟、覆盆子温补肾阳，使精血相生，阳生阴长；党参、白术、山药益气健脾，滋其化源；枸杞子、首乌、当归、白芍、熟地、山萸肉、玄参养血滋阴填精，阴血充盛，羊水化生有源。

辨证加减

1. 若气虚兼滞，腹胀、纳少、欲呕，加黄芪、茯苓、砂仁、陈皮补气健脾。

2. 若阳虚偏盛，形寒肢冷，腰腹部冷痛，加淫羊藿 10g、杜仲 10g 温补肾阳。

(二) 养血益元汤

组成与用法 潞党参 白芍 黄精 桑椹子 何首乌 制白术 淮山药 山萸肉各 9g 熟地 12g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述 健脾补肾，益气养血。方中党参益气补血；白芍养血敛阴以防液伤；熟地填骨髓，生精血；黄精补诸虚，滋补脾肾；桑椹子滋阴补血；何首乌涩精养血；脾胃为气血生化之源，肾藏精故用制白术、淮山药补脾益肾；山萸肉补肾滋精。

辨证加减

1. 若偏肾阳虚见腰酸肢冷，加巴戟天、淫羊藿温补肾阳。

2. 若兼胎热、烦躁，加黄芩、生地养阴清热。

二、专药选用

1. 六味地黄丸

[北京同仁堂制药二厂。京卫准字(1996)第 010141 号]

主要成分 熟地 山茱萸 牡丹皮 茯苓 淮山药 泽泻。

功用与评述 滋补肝肾。方中熟地滋肾阴，益精髓；山茱萸、山药补肝脾；泽泻泻肾降浊，丹皮泻肝火，茯苓渗脾湿。

用法与用量 口服，每次 6g (30 粒)，每日 2 次。

2. 八珍益母丸

[明·张介宾《景岳全书·妇人规》方。《中国药典》1990 年版收载]

主要成分 党参 熟地 白术 茯苓 当归 白芍 甘草 川芎 益母草。

功用与评述 补气健脾，养血补血。方中党参、白术、茯苓甘草补气健脾；当归、熟地、白芍滋养阴血；川芎、益母草活血养血。现代药理研究证明川芎的有效成分川芎嗪能改善胎盘功能，纠正胎儿胎盘血液循环障碍。

用法与用量 蜜丸剂，每丸 9g。口服，每次 1 丸，每日 3 次。

三、西医药治疗

羊水过少是胎儿危险的重要信号，一旦确诊为本病，应积极处理，并行胎儿密切监护。

(一) 确诊为胎儿有畸形者，给予引产中止妊娠。

(二) 未发现胎儿明显畸形，进行如下处理：

1. 妊娠 ≥ 37 周，给予破膜引产中止妊娠，产程中行胎儿监护，若出现胎儿宫内窘迫，应及时改行剖宫产结束分娩，并作好抢救新生儿的准备。

2. 妊娠 < 37 周，则可以通过提高羊水量治疗。

(1) 人工羊水疗法：输液前作阴道检查，了解有否脐带脱垂，宫颈扩张及胎先露情况，经宫颈放置胎儿头皮电极及宫腔压力导管，输注 37°C 的温生理盐水，以

每分钟 15~20ml 的速度经宫腔压力导管输注,一直滴至胎心率变异减速(AD)消失或羊水指数(AFI) $>8.0\text{cm}$;一旦 $\text{AFI} \leq 8.0$,可以重复输注,输液前后行胎心监护。

通过羊膜腔输液可以解除脐带受压,使 AD 消失,胎粪排出减少,剖宫率降低,提高新生儿成活率,是一种安全、经济、有效的方法,但多次羊膜腔输液有感染并发症。

(2) 孕妇饮水疗法:即孕妇通过补液或多饮水可以提高 AFI。饮水疗法须有足够的子宫、胎盘灌注和胎儿肾脏的良好反应。如在严重的 IUGR 伴慢性羊水过少者,饮水疗法收效甚微。

[预防与护理]

一、一旦发现羊水过少,应引起高度重视,积极治疗;

二、多卧床休息,避免剧烈运动;

三、多饮营养丰富汤类,勿食生冷,以免伤及脾胃。

主要参考文献

1. 左万兴. 羊水过少的监测与处理. 实用妇产科杂志, 1995, 11 (1):9
2. 乐秀珍主编. 妇科名医证治精华. 上海: 上海中医药大学出版社. 1995. 160
3. 许建平. 川芎嗪治疗胎儿宫内发育迟缓改善子宫胎盘胎儿血液循环的研究. 同济医科大学学报, 1998, 27 (4) 300~302
4. 吴白涛. 羊水过少的病因与诊断. 实用妇科与产科杂志, 1989, 5 (2):59
5. 陈菊芬, 杨祖菁. 羊水过少 147 例分析. 中国实用妇科与产科杂志, 1997, 13 (2):97
6. 梁凤英, 李玉芹. 过期妊娠并发羊水过少 71 例临床分析. 湖北中西医结合杂志, 1998, 7 (9), 1387
7. 黄敏丽, 张振钧. 245 例羊水过少临床分析. 实用妇科与产科杂志, 1989, 5 (2):71

(邓月娥 王惠珍)

第8章 妊娠合并症

妊娠合并心脏病

妊娠合并心脏病 (Cardiac Diseases) 是产科领域重要问题, 国内报道发病率约为 1.09%。由于妊娠与分娩给原功能不良的心脏增加额外负担, 极易造成严重后果, 是产妇四大死亡原因之一。

风湿性心脏病是妊娠合并心脏病中最常见的一种。近年来先天性心脏病 (简称先心病) 的发病率增高, 乃由于医疗水平提高, 风湿热得到及时与彻底治疗, 累及心脏的情况减少; 同时心脏外科手术的进展, 先心病患者多半能健康地成长至育龄, 并能胜任妊娠的额外负担, 因此在孕妇中发病率相应增高, 其他器质性心脏病如冠心病、甲亢心脏病、梅毒性心脏病、围产期心脏病等则少见。

妊娠合并心脏病, 根据其临床表现, 古医籍分别见于“子悬”、“子肿”、“心悸”、“喘证”等范畴。“子悬”第六版教材称之为“胎气上逆”。子肿第六版教材称之为“妊娠肿胀”。妊娠心悸分为惊悸、怔忡、以在妊娠期间发生心中急剧跳动, 惊慌不安, 不能自主等症状为主要表现。妊娠喘证, 指在妊娠期间, 以咳嗽、气喘为主表现者。

[病因与发病机理]

一、患者素体心气心血不足, 妊娠

后, 由于阴血聚以胞宫养胎, 心气心血更显不足, 心失所养, 而致心悸, 怔忡等症。《丹溪心法》有: “惊悸者血虚, ……怔忡无时, 血少者多。”重者亦有素体心肾阳衰, 或心病日久, 累及于肾, 命门火衰, 孕后阴血聚以养胎, 肾脏阳气不得展布, 失于温煦, 阴寒内盛, 血行瘀滞则胸闷而痛, 水湿停留则发身肿。阳虚湿浊内停, 水气上凌心肺而致胸闷, 气促, 喘息不定。

总之, 本病乃先天禀赋不足, 或后天失养, 或大病久病累及脏腑功能受损, 致心之气血、阴阳失调。此乃本病发生之基础, 孕后阴血聚以养胎, 使虚者更虚, 累及肺肾等脏腑而出现一系列症状。

二、西医学认为由于妊娠期总循环血量增加, 比未妊娠时增加 30% ~ 45%, 心率加快, 每次心搏量加大, 水和钠潴留, 使血流动力学发生了改变; 子宫增大, 膈肌上升, 心脏向左上移位, 大血管屈曲, 右心室压力增加; 以及肺底受压以及肺活量减少等原因加重了心脏的负担, 在妊娠 32~34 周达到高峰, 极易发生心力衰竭。妊娠合并心脏病者, 可因心衰、缺氧等致早产、IUGR、胎儿窘迫、死胎等。

[临床表现]

妊娠期间出现心悸、怔忡、胸闷、头晕、气短、乏力等症; 重则咳嗽、气促、呼吸困难, 痰中带血或呈泡沫状。

心功能级别：

I级：普通体力活动不引起不适。

II级：普通活动引起不适并稍感不能胜任。

III级：一般体力活动大受限制，轻微活动即感不适，或不能胜任，休息后好转，尚有代偿功能。以往有过心衰史，不管目前疾病有无症状，均属III级。

凡患者轻微活动后即感胸闷、气短、睡眠时感胸闷而觉醒，需要到窗口换气，或休息时心率 >120 次/分，呼吸 >20 次/分，应考虑有早期心衰。如有发烧，明显心慌、气急、咳嗽、呼吸困难，痰中带血或呈泡沫状，肺底湿罗音持续存在，颈静脉充盈，肝脏肿大，应视为心力衰竭。

心力衰竭是妊娠合并心脏病的主要死因，应注意早期症状，预防心衰的发生。

[实验室与其他检查]

心电图、X线、超声心动图检查提示心界扩大、心律失常、心肌损害以及心脏瓣膜、心房、心室均可能有病变。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 妊娠前有明确的心脏病史或此次妊娠有妊高征表现，应详细询问，特别是风湿性心脏及风湿热史，过去发病情况、诊疗情况、有无心力衰竭史。

2. 出现胸闷、心悸、气促、浮肿等症状。

3. 体检有以下心脏体征存在者提示有心脏病 ①心脏扩大；②有粗糙响亮的收缩期杂音；③有舒张期或舒张前期杂音；④严重心律不齐。

4. 心电图、X线、超声心动图检查

提示心脏病变。

二、鉴别诊断

正常妊娠时可出现轻度心悸、气短、浮肿、心动过速等症状，心脏向上向右移位；个别孕妇可出现心律不齐，包括室性早搏、阵发性房性心动过速；大部分孕妇由于髂静脉及盆腔静脉受压，而引起下肢浮肿。应依据病史及体检确定真性或假性心脏病。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 归脾汤

组成与用法 黄芪 20g 白术 15g 茯神 15g 龙眼肉 15g 酸枣仁 15g 人参 10g 木香 10g 炙甘草 6g 当归 10g 远志 3g。每日1剂，水煎，分2次服。

功用与评述 益气补血，养心安胎。方中人参、黄芪、白术、炙甘草健脾益气，以资生血之源，补养心气；当归、龙眼肉补养心血；酸枣仁、茯神、远志安神定志；辅以木香行气，使全方补而不滞。

辨证加减

1. 兼潮热汗出、五心烦热、口干不欲饮、舌红少津脉细数，属阴虚生热，加生地黄 15g、麦冬 15g、沙参 15g、龟甲 15g，以滋阴清热安胎。

2. 见舌黯、边有瘀点瘀斑，脉结代属血虚挟瘀，加丹参 20g、丹皮 15g，以行气活血化瘀。

(二) 养心汤加减

组成与用法 人参 20g 黄芪 15g 肉桂 6g 茯苓 15g 当归 10g 川芎 10g 远志 6g 浮小麦 30g 五味子 10g 柏子仁 10g 炙甘草 10g。每日1剂，水煎，分两

次服。

功用与评述 益气养血安胎。方中人参、黄芪、炙甘草益气；茯苓、远志、柏子仁、五味子宁心神；当归、川芎养心血；浮小麦养心气；肉桂引药入心。共奏养心安神之功。

辨证加减

若汗出肢冷、面青唇紫、喘不得卧、属阳气外脱，加附子 10g 以回阳救逆。

(三) 真武汤合保元汤加减

组成与用法 人参 15g 炙甘草 10g 黄芪 15g 肉桂 8g 白术 15g 茯苓 15g 白芍 10g 附子 6g 当归 10g 生姜 5 片。每日 1 剂，水煎，分两次服。

功用与评述 温养心肾，除湿安胎。方中人参、黄芪大补元气，主运化而主升降；附子、肉桂温补命门以助心阳；白术、茯苓、生姜健脾祛湿；当归、白芍养血安胎；炙甘草益气和中。

辨证加减

出现咳嗽、痰多属挟痰者，重用茯苓 20g，加葶苈子 15g、瓜蒌皮 20g。

(四) 调心汤

组成与用法 百合 30g 乌药 10g 丹参 30g 郁金 10g 瓜蒌 30g 牡蛎 10g 麦冬 10g 党参 30g 柴胡 15g 黄芩 15g 苏子 30g 川椒 10g 甘草 10g 大枣 10 枚。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 益气活血，宣阳通痹。调心汤是在小柴胡汤的基础上加减而成，该方具有理气补气等作用。方中党参、丹参具有调解心肌代谢及心脏功能和降低心肌耗气量的作用。丹参素尚有缓解冠脉痉挛，增加冠脉血流作用。柴胡、五味子、大枣、丹参均有较强的钙拮抗作用。全方有较好的益气活血通阳之功。

辨证加减

1. 阴寒重者，出现胸闷憋气，甚则胸痛彻背，手足不温，易黄芩为附子、细辛、桂枝以温阳祛寒，除阴霾之气。

2. 气滞重者，出现胸闷短气，脉沉、口唇紫暗加木香、延胡理气止痛。

3. 血瘀重者，胸闷憋痛较甚，口唇紫绀，加桃仁、川芎、血竭以加强活血化瘀，通络止痛。

4. 痰浊重者，咳吐痰涎，口粘气味，舌苔厚腻，加葶苈子、半夏、薏苡仁以健脾利湿。

二、专药选用

(一) 太圣天王补心丸

[河南宛西制药厂。ZZ-3489-豫卫药准字(1996)第 034041 号]

主要成分 丹参、当归、石菖蒲、党参、茯苓、五味子、麦冬、天冬、地黄、玄参、远志(制)、酸枣仁(炒)、柏子仁、桔梗、甘草、朱砂。

功用与评述 滋阴养血，补心安神。方中丹参、当归、玄参、地黄、麦冬、天冬滋心阴，养心血；党参、甘草益心气；茯苓、远志、柏子仁、酸枣仁、五味子、朱砂、石菖蒲等安心神。用于心阴不足、心悸、健忘、失眠多梦、大便干燥等。

用法与用量 每次 8 丸，每日 3 次或遵医嘱服。

(二) 地奥心血康胶囊

[中科院成都地奥制药公司。(91)卫药准字 Z-51 号]

主要成分 黄山药甾体总皂甙

功用与评述 活血化瘀，行气止痛。扩张冠脉血管，改善心肌缺血。用于预防和治疗冠心病、心绞痛及瘀血内阻之胸痹、眩晕、气短、心悸、胸闷或痛等症。

用法与用量 口服，1 次 1~2 粒，1

日3次,饭后服用,或遵医嘱。

(三) 补心气口服液

[湖北咸宁制药厂。(1991)卫药准字Z-77号]

主要成分 黄芪 人参 石菖蒲 薤白

功用与评述 补气养血安神。本方以黄芪与人参为君药,大补气血。黄芪益气健脾,升阳固表;人参补脾益气;石菖蒲养心、镇静、安神、定惊、潜阳;薤白助胸阳、散胸中与大肠气滞,活血,适用于治疗心气失养而致气短、心悸、神疲乏力、头昏目眩等心气虚损型胸痹心痛。

实验研究证明 黄芪具有广泛的药理活性,对体液、细胞免疫和免疫调节等有增强作用,可广泛用于心血管病、血液病等。动物实验证明,该药具有抗冠状动脉痉挛与抗心肌缺血作用。

用法与用量 每次10ml,每日3次,口服。阴虚火旺者忌服。

三、西医药治疗

妊娠合并心脏病的处理,应依据心功能状况,产科及内科医生有责任协助心脏病患者达到生育希望。对其心脏情况能否胜任妊娠,应在妊娠前或妊娠第3个月前以及能继续妊娠者至妊娠8个月时作全面衡量。

1. 出现以下情况宜及早中止妊娠,以免危及生命 ①心功能不全达Ⅲ~Ⅳ级,经治疗无好转,或一度好转,随妊娠月份增加,心功能又升至Ⅳ级;②有心衰史,且伴有其他内科合并症;③近期内有心内膜炎或活动性风湿热;④原发性肺动脉高压主动脉缩窄患者;⑤紫绀型先天性心脏病,有严重右向左分流症状;⑥先天性心脏病患者的胎儿受到缺氧与双亲遗传的不利条件,先心病的发生率约为2%,

为正常人群先心病发生率6倍,故须慎重考虑患者能否继续妊娠。

2. 继续妊娠者孕期的处理

(1) 根据心功能情况,限制体力活动。保证充足的休息睡眠时间,Ⅲ级或Ⅳ级者应住院治疗。

(2) 纠正贫血:多食用含铁丰富的食物,如豆制品、瘦肉,必要时应用铁剂。妊娠中后期每天补铁至少60mg,维持血红蛋白在正常水平。

(3) 有明显水肿者,限制钠盐摄入,必要时给利尿剂。

(4) 及早控制感染:对任何小手术或创伤均应及早应用对胎儿无影响或影响较小的广谱抗生素预防感染。

(5) 定期产前检查:加强对孕妇心脏及胎儿发育生长情况的监护,必要时请心脏内科医生会诊。

(6) 洋地黄药物作为预防应用尚有争论,一般认为可口服适当剂量如地高辛0.25mg,一日两次,2~3天后改为一次,注意勿达饱和量,以备临产后有快速洋地黄化的余地。

[预防与护理]

对待妊娠合并心脏病的孕妇,应作为高危妊娠加强监护。宜全面检查,评估心功能情况,必要时进行家庭访视。患者应注意休息,每晚睡眠9~10小时,并需午休。帮助孕妇消除恐惧心理,家人亦需配合给予她更多的关心。保持心情舒畅,生活规律,并加强自我监护。饮食宜清淡营养,多食高蛋白、低碳水化合物食品、新鲜蔬菜、水果等,注意预防感冒。

主要参考文献

1. 牛建昭主编. 妊娠合并心脏病. 现代中

西医妇科学, 1996, 589~590

2. 周永双. 调心汤在心血管病的临床应用. 实用中医内科杂志, 1989, 3 (2):24

(吴冬梅)

妊娠合并糖尿病

妊娠合并糖尿病 (Gestational diabetes mellitus GDM), 是指在原有糖尿病的基础上合并妊娠; 或妊娠前为隐性糖尿病, 在妊娠后进展为临床糖尿病; 或妊娠后新发糖尿病。

妊娠合并糖尿病对母儿危害极大, 系高危妊娠。据有关资料报道, 妊娠糖尿病分娩数占总分娩率 0.64%, 自胰岛素问世以后, 母体死亡率和胎儿围产期死亡率明显下降, 但死亡率仍较高, 须加以重视。

妊娠合并糖尿病属中医学妊娠合并消渴病。患此病之孕妇以多尿、多饮、多食, 形体消瘦, 或尿有甜味为主要临床表现。消渴之名, 首见于《素问·奇病论》。《内经》认为五脏虚弱, 过食肥甘, 情志失调是引起消渴的原因, 而内热是其主要病机。《女科百问》曰: “妇人之消, 多因损血, 血虚则热, 热则能消饮, 所以多消, 故与男子之消有异也。”《三因极一病证方论》中, 认为“消渴皆由精血走耗, 津液枯乏, 引饮量多, 小便必利。肌肉脱剥, 筋脉不荣, 精髓内竭, 推其所因, 由内外与不内外。”《证治准绳·消瘴》在前人论述的基础上, 对三消的临床分类作了规范, “渴而多饮为上消 (经谓膈消); 消谷善饥为中消 (经谓消中); 渴而便数有膏为下消 (经谓肾消)。”

〔病因与发病机理〕

一、中医学认为, 患者素体阴虚, 或

饮食失节, 损伤脾胃, 运化失职, 积热内蕴, 化燥伤阴; 或情志失调, 肝郁化火, 消灼肺胃津液; 或劳欲过度, 肾精亏损, 虚火内生, “火因水竭而益烈, 水因火烈而益干”。而妊娠之人, 阴血聚胞宫以养胎, 阴血更虚, 燥热之邪益盛, 易为消渴; 燥热之邪灼津耗血, 亦易致胎元失养。

其肺热津伤, 为上消; 胃热炽盛, 为中消; 肾阴亏虚, 为下消。

总之, 消渴的病机主要在于阴津亏损, 燥热偏胜。而以阴虚为本, 燥热为标, 互为因果, 又各有侧重, 初起多以燥热为主, 病程久则阴虚与燥热互见, 进而阴损及阳, 阴阳两虚。阴愈虚则燥热愈盛, 燥热愈盛则阴愈虚。责其脏腑主要在肺、胃、肾, 尤以肾为关键, 三者互相影响。

二、西医学认为正常妊娠早期, 由于胎儿不断从母血中摄取葡萄糖, 使孕妇血糖水平略低于非孕时。随着妊娠的进展, 碳水化合物的代谢率增加, 胰岛素分泌也代偿性地增高, 以维持糖代谢平衡。如果胰岛素的代偿分泌功能不足, 不能适应这些变化, 就表现为糖尿病。妊娠合并糖尿病患者, 由于抗胰岛激素分泌增多、胎盘激素的作用等可加重糖尿病, 如增殖性视网膜症发生率增加, 糖尿病性肾病和神经损害加重, 以及酮症酸中毒发生率亦增高等。对胎儿而言, 先天性畸形, 巨大儿发生率增高, 胎儿宫内发育停滞, 低体重儿增多, 围生期死亡率增高。

〔临床表现〕

“三多一少”: 多吃、多喝、多尿和体重减轻。早妊时易发生妊娠剧吐, 真菌感染。

[实验室与其他检查]

1. 尿糖 $\geq$ (++)
2. 空腹血糖 (FBS) $> 6.66\text{mmol/L}$ (120mg/dl)。
3. 饭后1小时血糖 (PBS) $> 8.33 \sim 8.88\text{mmol/L}$ ($150 \sim 160\text{mg/dl}$)。
4. 口服葡萄糖耐量试验 (OGTT), 即口服75g葡萄糖, 观察血糖和尿糖变化。正常反应为: 空腹血糖 $4.44 \sim 6.66\text{mmol/L}$ ($80 \sim 120\text{mg/dl}$), 口服75g葡萄糖后, 1小时血糖值 9.16mmol/L (165mg/dl); 2小时血糖值 8.05mmol/L (145mg/dl); 3小时血糖值 6.94mmol/L (125mg/dl)。若以上四项中有三项异常即诊断为糖尿病。
5. 皮质素葡萄糖的耐量试验。
6. 血浆胰岛素测定 正常值 $15\mu\text{U/ml}$ (RIA), 妊娠糖尿病时降低。
7. 血浆胰高血糖素 正常值 $75 \pm 4\text{pq/ml}$ (RIA), 妊娠糖尿病时升高。
8. 糖化血红蛋白 (HbA_{1c}), 妊娠糖尿病时 $> 6\%$ 。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 有妊娠糖尿病高危病史 ①尿糖(++++)，或连续两次尿糖(+)者；②有明显的糖尿病家族史；③巨大儿分娩史；④肥胖症；⑤死胎和畸形儿分娩史；⑥羊水过多史；⑦反复发作真菌感染者。
2. 出现“三多一少”临床症状。
3. 空腹血糖大于 6.66mmol/L ，糖耐量试验异常。
4. 妊娠糖尿病的临床分类 (White法):

A. 隐性糖尿病, 或生化糖尿病, 空腹血糖正常, 但糖耐量试验异常。

B. 临床糖尿病, 20岁后发病, 病程小于10年。

C. 临床糖尿病, 20岁前发病, 病程大于10年、小于20年。

D. 临床糖尿病, 10岁前发病, 病程大于20年, 有伴良性视网膜症。

E. 盆腔血管钙化症。

F. 糖尿病性肾病 (蛋白尿、肌酐廓清率降低)。

G. 增殖性视网膜症。

H. 肾病并发视网膜症。

L. 动脉硬化性心脏病。

二、鉴别诊断

尿糖阳性者, 需与孕妇生理糖尿鉴别, 应作空腹血糖及糖耐量试验确诊。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 六味地黄丸

组成与用法 熟地15g 山药15g 茯苓15g 丹皮10g 泽泻10g 山茱萸12g。每日1剂, 水煎, 分2次服。

功用与评述 滋阴补肾, 益精养血。方中熟地滋肾阴, 益精髓; 山茱萸固肾益精养肝; 山药滋肾补脾; 三阴并补以收补肾治本之功。茯苓健脾渗湿; 丹皮泻肝火; 泽泻泻肾浊。

辨证加减

1. 见烦躁、五心烦热、脉细数者, 系阴虚火旺, 加知母、黄柏、龙牡各30g (先煎)、龟甲20g。

2. 若尿量多而混浊者, 加益智仁10g、桑螵蛸10g、五味子10g。

3. 若气阴两虚, 伴气短乏力, 舌质淡红者, 加党参 15g、黄芪 15g、麦冬 15g。

(二) 玉女煎加味

组成与用法 生石膏 30g 知母 15g 生地 20g 麦冬 20g 川牛膝 15g 黄连 10g 栀子 10g。每日 1 剂, 水煎, 分 2 次服。

功用与评述 清胃泻火, 养阴增液。方中生石膏辛甘大寒, 清泻肺胃, 除烦热; 知母苦寒, 清泻肺胃之热, 质润, 滋其燥; 生地、麦冬滋养肺胃之阴; 黄连、栀子清热泻火; 川牛膝活血化瘀, 引热下行。

(三) 七味白术散

组成与用法 人参 10g 白术 15g 茯苓 15g 甘草 10g 藿香 10g 木香 10g 葛根 10g。每日 1 剂, 水煎, 分 2 次服。

功用与评述 健脾益气, 生津止渴。方中四君子健脾益气; 木香、藿香醒脾行气散津, 葛根生津止渴。

辨证加减

1. 若兼小便量多, 腰膝酸软者, 加山茱萸 15g、山药 30g、益智仁 12g、桑螵蛸 12g 以补肾缩泉。

2. 若便溏者, 加用炒扁豆 30g、桔梗 10g、砂仁 6g 以健脾止泻。

(四) 加味桃核承气汤

组成与用法 大黄 6~12g 桃仁 9~12g 桂枝 6~12g 玄明粉 3~6g 甘草 3~6g 玄参 12~15g 生(熟)地各 12~15g 麦冬 12g 黄芪 30~45g。水煎内服, 每日 1 剂。

功用与评述 益气养阴, 活血化瘀, 润肠通下。本方为Ⅱ型糖尿病而设。针对糖尿病的基本病机气阴两亏、瘀血阻滞, 选用黄芪、生地、麦冬、玄参补益气阴、

生津润燥; 桃仁、桂枝活血化瘀, 大黄既活血化瘀助桃仁、桂枝之力, 又泻火通便以解因“消渴”病之阴液亏损、燥热内结所致的便秘; 玄明粉加强后者之力; 甘草调和诸药。诸药协同而起降低血糖之效。因用于妊娠之人, 故须慎重使用泻下、化瘀之药, 以小量为宜。

动物实验表明 加味桃核承气汤能降低糖尿病及正常大鼠的空腹血糖浓度, 促进β细胞分泌内源性胰岛素, 对胰岛内分泌细胞有一定的修复功能及增加胰岛β细胞的分泌颗粒, 刺激肝糖原的合成, 抑制肝糖原的分解。认为加味桃核承气汤的作用机理是“益气养阴、活血化瘀、润肠通下”的协同作用。

辨证加减

1. 气短心悸, 胸痹心痛频发者, 加丹参饮以行气活血。

2. 痰阻血瘀, 心阳不振而致糖尿病性心脏病者, 加瓜蒌、枳实、川朴、降香、红花、赤芍等理气宽胸、活血化瘀。

二、专药选用

1. 糖愈胶囊

[吉林通化神源药业有限公司。吉卫药准字(1996)第431626号]

主要成分 生山药 黄芪 生地 山萸肉 人参 天花粉 枸杞子等。

功用与评述 滋肾养阴, 益气生津, 消渴降糖。用于糖尿病及其多饮、多食、多尿、消瘦、四肢无力等症状。

药理实验证明 糖愈胶囊明显降低糖尿病大鼠的血糖, 能增加其体重, 减少大鼠饮水和尿量。具备多种调整人体糖代谢的机能, 促进机体恢复正常糖代谢, 既治标又治本。长期服用不但稳定代谢功能, 亦增加机体抗病能力。

用法与用量 口服，每日3次，每次3~4粒。饭前半小时服用或遵医嘱。亦可根据病情增减服药量。每疗程50天。

2. 消渴丸

[广州中药一厂。ZZ-5445-粤卫药准字(1994)第111146号]

主要成分 黄芪 地黄 天花粉 格列本脲(即为优降糖，每10丸含量为0.25mg)。

功用与评述 滋肾养阴，益气生津。方中黄芪益气；地黄滋肾养阴；天花粉生津。中药与格列本脲合为一体，可使降血糖作用增强，又可避免或减少格列本脲造成的免疫功能低下、低血糖等副作用的发生。同时又能对糖尿病常见的心血管并发症的发生和发展具有一定的防治作用。

药理实验证明 消渴丸能降低正常小鼠和链脲佐菌素糖尿病大鼠的血糖，能增加糖尿病大鼠体重，减少饮水量和尿量。其降糖机理可能是通过促进血清胰岛素的分泌和抑制胰岛素高血糖素的分泌，增加肝糖元含量的结果；消渴丸又能改善糖尿病合并高血脂大鼠的血液流变学和降低其胆固醇；能提高Cyc小鼠免疫功能，增强机体抗病能力，对肝、肾功能未见有损害。

用法与用量 口服，1次1.25~2.5g(约5~10丸)，每日3次。初服者饭后温开水送服。根据病情控制情况，从每次1.25g(约5丸)递增至2.5g(约10丸)直至出现疗效时，逐渐减少为每日2次的维持剂量。或遵医嘱服。

3. 金芪降糖片

[天津市中药制药厂。(1992)卫药准字Z-32号]

主要成份 金银花 生黄芪 黄连等。

功用与评述 清热益气、生津止渴。

方中金银花味辛性凉，清热凉血，以制糖尿病导致的阴虚内热，防热毒内生；生黄芪益气补虚，上补肺脏以布津、烦渴可止，下助膀胱气化以固肾关开阖，以治多尿；配黄连苦寒坚阴以清胃热，防胃热消食太过，以治多食。诸药合用可治上、中、下三消，使“三多”症状得以解除。

药理研究证明 本品对正常动物有降血糖作用，对高血糖动物的降糖作用更明显，有明显的降血乳酸作用；能促进肝糖元合成，明显改善高血糖小鼠的糖耐量及口渴多饮症状；改善试验动物的胰岛素抗性，恢复机体对胰岛素反应的敏感性；可显著增强机体的免疫功能，增强抵抗力。经急性及长期毒性和临床试验证明，本品无任何毒副作用，适合糖尿病人长期服用。

用量与用法 每次7~10片，每日3次，饭前30分钟口服。连服2个月为1疗程。本品较适宜治疗轻型或中型非胰岛素依赖型糖尿病。

三、西医药治疗

1. 饮食管理 热量按30~35Cal/(kg·d)计算，其中碳水化合物、脂肪与蛋白质之比为4:4:2，按3~4餐分配。每增加一个妊娠月，热卡增加15%~40%。饮食控制的实验室标准为FBS 4.44~6.66mmol/L，PBS<8.33mmol/L，HbA_{1c}<6%。

2. 胰岛素疗法 适用于B组以上的妊娠糖尿病病人。孕妇胰岛素的需要量约非孕妇的一倍，个体差异大，须通过实践摸索。剂量为20~40U/d。餐前半小时注射。首次剂量10U，治疗中以血糖和尿糖作监护。凡尿糖增加一个(+)，胰岛素用量增加4U，尿糖减少一个(+)，胰岛素用量减少2~4U。以维持尿糖阴性为

宜。由于胎盘激素的影响,妊娠糖尿病胰岛素用量,第一孕季平均增加 50%,第二、三孕季增加 85%。

3. 酮症酸中毒的诊治

(1) 诊断: ①呼吸深大、急促和酮味; ②严重脱水, 电解质紊乱; ③代谢性或混合性酸中毒; ④精神和意识障碍; ⑤尿糖 (卅); ⑥尿酮体 (卅); ⑦血 pH/7.3; ⑧血糖 27.8mmol/L; ⑨血酮体/5mg/dl; ⑩昏迷合并感染。

(2) 治疗: ①大剂量胰岛素, 首剂量 10~20U, 以后将 6~8U 溶于生理盐水中滴注, 待血糖/11.1~13.9mmol/L, 则改胰岛素 1~2U 加入 5% 葡萄糖中点滴, 维持 24 小时。②每 2~4 小时重复化验血糖、电解质、二氧化碳结合力、尿糖、尿酮体、血 pH 以指导治疗。③补充体液、电解质、调整酸碱平衡。④防止感染。⑤危象矫治后 24 小时中止妊娠。⑥防治其他合并症, 并发症。

4. 对胎儿的监护: 妊娠晚期仔细估计胎儿健康情况, 预防胎死宫内。如胎动计数、每周测定 1 次尿雌三醇、无负荷试验、B 超检查、血清胎盘生乳素、羊水 L/S 比值等。

[预防与护理]

应加强婚前和孕前咨询。加强孕期管理, 产科检查应常规检查尿糖, 检出妊娠期隐性糖尿病。做到早期诊断和治疗, 及时诊治合并症和并发症, 加强围产期保健, 改善母婴预后。妊娠合并糖尿病者, 前半期每两周检查一次, 后半期每周一次, 必要时常作家庭访视。生活上应劳逸结合、规律安排, 保持心情舒畅; 饮食上以清淡为宜, 不可过饱, 遵照医师安排的饮食定量, 禁食辛辣刺激之品。

主要参考文献

熊曼琪. 加味桃核承气汤治疗 II 型糖尿病的
临床和实验研究. 中国中西医结合杂志,
1992, 12 (2):74

(吴冬梅)

妊娠合并急性病毒性肝炎

病毒性肝炎 (Acute Hepatitis) 是由肝炎病毒引起的急性肠道传染病。病原主要包括甲型、乙型及非甲非乙型三种病毒, 近年来还发现了丁型肝炎病毒。妊娠期罹患此病, 不仅严重地危害孕妇, 也累及胎儿。发病率国内外报道不一, 可为 0.08%~1.78%, 孕妇肝炎发病率约为非孕妇的 6 倍, 暴发性肝炎为非孕妇的 66 倍。

临床上甲型肝炎大家已熟知, 乙型肝炎多为亚临床型或隐匿型, 而被延误, 应引起重视。

妊娠合并急性病毒性肝炎以目黄、身黄、小便黄为特征者, 中医学称之为“妊娠黄疸”《三因极一病证方论·黄疸论治》曰:“病者发黄, 身面眼悉黄如金色, 小便如浓煮柏汁, 名曰黄疸。”而以胁肋部疼痛为主要表现者, 称之为“妊娠胁痛”。《灵枢·五邪》:“邪在肝, 则两胁中痛。”

[病因与发病机理]

本病为患者感受时邪疫毒, 蕴结中焦, 脾胃运化失常, 湿热交蒸, 肝失疏泄, 胆液不循常道而外溢, 或饮食不节, 损伤脾胃, 运化失常, 湿浊内生, 郁而化热, 熏蒸肝胆, 胆汁外溢; 或素体脾胃虚弱, 运化失司, 气血亏损, 肝失所养, 疏泄失职而致胆汁外溢而现目黄、身黄、小便黄、胁痛。而病久肝阴不足, 络脉失

养，不荣则痛，或肝气滞而血凝，阻塞肝络，瘀血内著，气机不行，不通则痛。而对妊娠之人，随胎体增大，气机不畅，可影响肝气疏泄；阴血聚以养胎，可影响肝之养藏。故妊娠者易患黄疸，胁痛之证二者可互相影响。

总之，黄疸的发生往往内外相因为患。从病邪上讲，主要是湿浊之邪。《金匱要略·黄疸病脉证并治》：“黄家所得，从湿得之。”从脏腑来看，不外脾胃肝胆，脾胃波及肝胆。湿热内蕴于肝胆脾胃，或热重于湿，或湿重于热，或湿热并有之，胁痛亦主要责之肝胆，与脾、胃、肾相关。以气滞、血瘀湿热所致不通则痛，属实，以精血不足所致不荣则痛属虚。

现代医学认为由于孕期基础代谢率增高，胎儿的代谢和解毒作用依靠母体肝脏来完成，且内源性雌激素产生增多，须在肝内灭活，故妊娠期间肝脏负担加重，容易感染病毒性肝炎。患病毒性肝炎的孕妇，由于热卡在妊娠后期需要量比孕前增加20%，肝糖元储备不足，不利于肝炎的恢复。妊娠早期发生病毒性肝炎，可使妊娠反应加重；妊娠晚期患病，容易发生妊高征。乙型肝炎病毒影响较大可通过胎盘直接传播婴儿，甲型肝炎病毒对胎儿及新生儿影响较小。

〔临床表现〕

1. 潜伏期 甲型2~7周，乙型1~5个月。

2. 病程 甲型起病突然，病程短，约2~3周；乙型起病缓，病程长，恢复期3~5个月，易转为慢性。

3. 丙型肝炎临床表现相似，前驱期乏力，衰弱，恶心，呕吐，食欲下降，关节痛和肌痛；进展期出现肝肿大，压痛，

伴有风疹，瘀斑，黄疸，皮肤瘙痒；急性进展型则起病急，寒战，高热，黄疸等。

〔实验室与其他检查〕

一、肝功能检查

由于部分健康孕妇某些肝功能实验可轻度超过正常值，故须根据有关方面资料综合分析。如：血清胆红素、转氨酶、碱性磷酸酶升高。妊娠晚期时，血浆纤维蛋白原、凝血因子增加，但凝血酶原时间正常，故此项是诊断妊娠期肝病有参考意义之指标。

二、肝炎病毒抗原抗体系统检查。（如下表）

肝炎病毒抗原抗体系统的临床意义

标志阳性	临床意义
抗 HAV-IgM	HAV 急性期感染
抗 HAV-IgG	HAV 感染后长期或终身存在
HBsAg	目前感染 HBV
抗 HBs	过去感染 HBV, 已产生保护性抗体
抗 HBs-IgM	仅见于病毒复制阶段, 处于 HBV 感染期
HBeAg	HBV 急性感染期, 传染性强
抗 HBe	HBV 感染恢复期, 传染性强

〔诊断与鉴别诊断〕

一、诊断

1. 急性病毒性肝炎 ①有接触史或半年内有输血、注射血制品史；②近期内出现无其他原因可解释的症状，如乏力、

厌油，食欲减退，恶心、呕吐、腹胀腹泻，肝区疼痛等；③体检肝脏肿大，压痛；④实验室检查、血清谷丙转氨酶活性增高，HBsAg 阳性。

2. 急性黄疸型病毒性肝炎 ①上述症状、体征、化验异常；②血清胆红素 $>17\mu\text{mol/L}$ ，尿胆红素阳性；③重症患者上述症状加重，并有高热、烦躁不安，谵妄，黄疸进行性加深。检查肝浊音界缩小，有脱水征，血中氨基酸增高等提示有急性或亚急性肝实质坏死，可迅速进入肝昏迷，并有播散性血管内凝血和肾功能衰竭和肾功能衰竭的表现。

二、鉴别诊断

与妊娠期间其他原因引起的肝脏损害及黄疸鉴别

1. 妊娠剧吐 可引起脱水、尿少、消瘦、黄疸；血清谷丙转氨酶可轻度升高。尿酮体阳性。但在补液、纠正酸中毒后，症状迅速好转。

2. 妊高征 仅部分病人 SGPT 及 AKP 增高，产后很快恢复正常。临床上病毒性肝炎与妊高征并存者较多见。

3. 妊娠期急性脂肪肝 化验检查 SGPT 升高，血清尿酸、尿素氮升高，直接胆红素定量 $>171\mu\text{mol/L}$ ，而尿中胆红素阴性；超声波检查显示典型的脂肪肝波形：密集微波，出波衰减。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 茵陈除黄汤

组成与用法 茵陈 30g 栀子 10g 茯苓 20g 猪苓 20g 车前草 20g 生甘草 10g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述：清热利湿，佐以解毒。方中重用茵陈以利湿清热退黄；栀子清热解毒；茯苓、猪苓、车前草等渗湿利水，甘草清热解毒，调和诸药。诸药合用，使湿热分消从两便而去。

辨证加减

1. 若肝气不畅、胁痛较甚，加柴胡 10g、川楝子 10g，以疏肝理气；

2. 若浊邪上犯，恶心呕吐，可加橘皮 10g、竹茹 15g，以清热止呕；

3. 若热邪上扰，心中烦满，加用黄连 10g、龙胆草 30g，以清热除烦。

(二) 茵陈四苓散加味

组成与用法 茵陈 30g 茯苓 10g 白术 15g 泽泻 10g 猪苓 10g 藿香 10g 薏仁 10g 石菖蒲 10g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 利湿清热，化浊退热。方中茵陈清热利湿，退黄解毒，猪苓、茯苓、泽泻淡渗利湿，通利小便；白术甘淡健脾以除湿；酌加藿香、薏仁芳香化浊，宣利气机；石菖蒲芳香醒脾共助化湿以退黄。

(三) 龙胆泻肝汤

组成与用法 龙胆草 15g 栀子 10g 黄芩 10g 柴胡 6g 生地 10g 车前草 15g 泽泻 6g 木通 10g 当归 6g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述：清热化湿。方中龙胆草、栀子、黄芩清肝泄火；柴胡疏肝理气；木通、泽泻、车前草清利湿热，生地、当归养血清热益肝。

辨证加减

1. 胁痛甚，加郁金 10g 半夏 10g 青皮 10g 川楝子 10g 以疏肝和胃、理气止痛。

2. 若便秘、腹胀满，热重于湿，肠中津液耗伤，加大黄 6g、芒硝 6g。

二、专药选用

(一) 当飞利肝宁胶囊

[四川美大康药业有限公司。ZZ-5175-川卫药准字(1998)第013604号]

主要成分 当药甙 当药苦甙 龙胆苦甙 龙胆甙 齐墩果酸 水飞蓟素 脱氢水飞蓟素等。

功用与评述 清热利湿，益肝退黄。本品以天然药物当药的提取物和水飞蓟素配伍精制而成，具有清热解毒，化湿利胆的功效，主要用于各种类型的肝炎及肝损伤，中医辨证为湿热型者。

药理试验证明，当药提取物的主要成分当药甙、当药苦甙、齐墩果酸、龙胆碱、龙胆苦甙、雏菊叶龙胆碱及其衍生物等具有明显的抗肝炎作用。水飞蓟素为世界公认的保肝植物药，具有抗中毒性肝损害和保护细胞膜的作用。本品无毒副作用。

用法与用量 口服，1次4粒，1日3次。急性肝炎15~20天为一个疗程。慢性肝炎2~3个月为一个疗程。每粒0.25g。

(二) 鸡骨草胶囊

[广西玉林制药厂 ZZ-5393-桂卫药准字(1982)第027013号]

主要成分 鸡骨草 胆汁 牛黄等。

功用与评述 疏肝利胆，清热解毒。用于急、慢性肝炎和胆囊炎属肝胆湿热证者。

药理实验证明，本品对D-氨基半乳糖胺引起的急性肝损害后的转氨酶升高有明显的降酶作用；对四氯化碳引起的ALT升高有明显抑制作用，对AST升高也显示一定抑制作用；对实验性肝硬化模型显示出明显的保护作用；对乙型肝炎HBsAg和HBeAg有抑制作用；对急性炎症及慢性炎症有明显的抗炎和镇痛作用；

有明显的促进胆汁分泌作用。

用法与用量 口服，1次4粒，1日3粒，每粒0.5g。

三、西医药治疗

治疗原则：与非孕期病毒性肝炎相同，但更应警惕肝功能状况，防止恶化。

1. 一般处理 卧床休息，饮食清淡，适当限制蛋白质和脂肪摄入量。

2. 保肝治疗 ①给予大量维生素如B₁、B₂、B₃、C、K等。维生素C能促进肝细胞增生，每日补充600mg，维生素K能促进凝血酶原、纤维蛋白原等合成，重症患者，每日肌注维生素K₁ 100mg。②大量葡萄糖，保证液体和热卡的补充。③ATP、Co-A、细胞色素C等，促进肝细胞代谢。④新鲜血、血浆、人体白蛋白等可纠正血内低蛋白，改善凝血功能。⑤干扰素或干扰素诱导剂，每次1~2mg，肌注，每周2次，2~3个月一疗程，能抑制肝炎病毒复制，对减少或消除体内病毒抗原有一定作用。

3. 重症肝炎的急救处理 ①适当控制饮食，每日蛋白质摄入量在0.5g/kg以下。②大剂量葡萄糖200~300mg/日及多种维生素。③胰高血糖素1~2mg，加胰岛素4~8u，溶于5%GS 250ml，静脉滴注，每日1次，可减少肝细胞坏死，促进肝细胞再生。④防止和治疗肝昏迷，每日静滴谷氨酸钠或其钾盐23~40g，或精氨酸25~50g，或γ-氨酪酸2~6g，以降低血氨，改善大脑和脑干功能。为改善脑内的神经递质作用，促进意识障碍的恢复等可用左旋多巴0.1g，静脉滴注，以后每12小时增加0.05g，直至神志明显好转再逐渐减量。发生脑水肿时，予25%山梨醇250ml或20%甘露醇200ml静滴，

6~8小时1次,并酌情应用皮质类激素。出现DIC时,用肝素治疗。

4.重症患者,保守治疗无效,应考虑中止妊娠。

[预防与护理]

未感染肝炎病毒的孕妇应注意加强营养,多摄入含蛋白质、碳水化合物和维生素食物,降低对肝炎病毒的易感染,注意对创口的清洁、保护、预防肝炎的发生。有肝炎接触史的孕妇,及早注射丙种球蛋白,预防甲型肝炎。患肝炎的育龄妇女应避免孕,待肝炎痊愈后至少半年至2年后再怀孕。对妊娠期罹患肝炎的患者应积极治疗,防止病情进展,注意卧床休息、饮食清淡,禁食生冷、油腻、辛辣食品,适当限制蛋白质和脂肪摄入。

主要参考文献

牛建昭.现代中西医妇科学.中国科学技术出版社,1996.595

(吴冬梅)

妊娠合并肺结核

肺结核病(Pulmonary Tuberculosis)是结核分支杆菌引起的肺部感染性疾病。建国以来由于政府的重视,社会经济的发展,生活条件的进步以及医疗水平的提高和医疗环境的改善,肺结核的发病率明显降低,故大多数产科医师很少考虑肺结核合并妊娠的可能。近几年来,由于环境污染日益加重,肺结核病又有抬头的趋势。由于肺结核对孕妇及其子女均有不利影响,应予重视。

肺结核在祖国医学中称“肺癆”,妊娠合并肺结核即妊娠合并肺癆,是指由于

正气虚弱,感染癆虫,侵蚀肺脏所致的,以咳嗽、咯血、潮热、盗汗及身体逐渐消瘦等症为主要临床表现,具有传染性的慢性消耗性疾病。唐代《备急千金要方》提出:“劳热生虫在肺”。宋代《三因极一病证方论》始以“癆瘵”定名。《济生方》认识到本病具有“传变不一,积年染症,甚至灭门”之性。元代葛可久《十药神书》收载十方,是我国现存第一部治疗肺癆的专著。《丹溪心法》有“癆瘵主乎阴虚”之说,确立了滋阴降火的治疗大法。由于妊娠后阴血聚以胞宫养胎,使原肺肾阴虚加重,可加重病情。

[病因与发病机理]

本病以潮热、盗汗、咳嗽、咯血、形体消瘦为主要症状。是由于正气虚弱,感染癆虫,癆虫从口鼻吸入,侵蚀肺脏,致肺阴亏耗,而妊娠之人,阴血下聚以胞宫养胎,因孕重虚,肺失清肃,故干咳、盗汗手足心热等。

阴虚日久,虚热内生,故可见潮热;热伤肺络,可见咯血、五心烦热、形体消瘦等症;阴伤及气,且随胎体增长,气机运行不畅,气虚更甚,致气阴两亏,则见咳嗽无力,自汗、盗汗等;阴损及阳,阴阳两虚,可出现形寒肢冷、心慌、面浮肢肿等症。脾为肺母,肺癆日久,子盗母气,则脾气亦虚,则见疲乏、食少、便溏等症;肺虚肾失滋生之源或肾虚相火灼金,上耗母气,可出现肺肾两虚之证。

总之,本病的发病部位,主要在肺,肺病日久可以进一步影响到其他脏器,即“其邪展转,乘于五脏”。其病理性质,以阴虚火旺为主,并可导致气阴两虚,甚则阴损及阳。

西医认为肺结核病是结核杆菌引起的

肺部感染。肺结核病人除非同时伴有生殖器结核，一般不影响受孕。妊娠合并肺结核的孕妇，可由于肺结核引起的发热、缺氧及营养不良，使 IUGR，流产及早产发生率升高。若为急性粟粒性肺结核，结核菌可经血行播散，形成胎盘结核，但一般认为不传染胎儿。多数学者认为，妊娠对肺结核无明显影响，从母胎预后来看，不需因合并肺结核而终止妊娠，但对于病灶广泛，病情严重，全身情况差的肺结核患者，妊娠可使病情恶化，产生不良后果。

[临床表现]

肺结核临床表现多种多样，可由不同类型和病灶的性质、范围所决定，当然机体反应性和肺功能储备能力亦有重要影响。有的病例 X 线上病变范围广、肺组织破坏严重，而临床症状轻微。

一、全身症状

发热是肺结核最常见的全身毒性症状。多数表现为长期低热，于午后或傍晚开始，次晨降至正常。或表现为体温不稳定，于轻微劳动后体温略见升高，经休息半小时以上仍常难平伏。若病灶急剧进展扩散，可表现为高热，呈稽留热或弛张热型，可有畏寒。其他全身症状有：倦怠、乏力、盗汗、食欲减退、体重减轻、面颊潮红、心悸等。

二、呼吸系统症状

咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气急等。

[实验室与其他检查]

一、结核菌素皮内试验

弱阳性反应多由于卡介苗接种或非典

型分支杆菌感染，中度阳性表示结核菌感染。由于我国城市居民感染率高达 80%，故阳性反应无诊断意义。对疑有肺结核的孕妇先以 1/10 万稀释液皮试，如仍为阴性，则结核的可能性不大。

二、胸部 X 线摄片检查

结核菌素皮内试验阳性者，行此检查。可确定病变的部位、范围、性质。考虑到 X 线可能对胎儿的影响，故除非必要，应避免早期妊娠的 X 线接触。

三、痰结核菌检查

确诊肺结核最特异的方法，有涂片和培养两种方法。必要时行痰结核菌培养及药敏试验。

四、纤维支气管镜检查

临床和 X 线检查表现不典型，痰菌未能证实者，可作此检查。

五、血沉（ESR）检查

由于正常妊娠，尤其是妊娠晚期，血沉亦常增高，有时可高达 60mm/h，故孕期检查血沉，对结核病的诊断意义不大。

[诊断]

1. 病史上，多数患者在孕前已明确肺结核的诊断并已进行过治疗。

2. 在妊娠期检查时，患者诉有低热、盗汗、咳嗽、消瘦等症状。

3. 体检肺部有湿罗音。

4. 结核菌素皮内试验为阳性，再行 X 线检查，原发型肺结核的典型表现为肺内原发灶、淋巴管炎和肿大的肺门或纵隔淋巴结组成的哑铃状病灶。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 益气疗肺汤

组成与用法 党参 白薇各 150g 白术 当归 紫菀 川贝母 麦冬 天冬 茜草 熟地各 80g 白及 200g 黄芪 百部 山药各 100g 砂仁 60g 胡黄连 30g 蛤蚧 1 对 蜂蜜 2 000g。诸药共研成细末过筛，炼蜜为丸，每丸约 15g 重，每日 3 次，1 次 1 丸。空腹服，1 剂为 1 疗程。

功用与评述 益气补精，滋阴润肺。方中黄芪、当归、熟地、白术益气补血，一补脾，二补肺，益气生津，滋阴润肺；山药、砂仁蜂蜜健脾气，培土生金以滋化源，气血津液充足则肺脏得养；二冬、川贝、胡黄连、紫菀清热润肺开郁；百部、白及、白薇生肌杀虫，抑制腐蚀；茜草活血止血；蛤蚧补肾纳气益精血。脾旺肺阴得养气虚得复，抗病力增强，癆虫除，病趋痊愈。

(二) 月华丸

组成与用法 北沙参 15g 麦冬 15g 天冬 15g 生地 15g 熟地 15g 百部 10g 獭肝 10g 川贝 10g 桑叶 10g 白菊花 10g 阿胶 10g (烔化) 三七 6g 茯苓 15g 山药 15g。每日 1 剂，水煎，分二次服。

功用与评述 滋阴润肺杀虫。本方是治疗肺癆的基本方。方中北沙参、麦冬、天冬、生地、熟地滋阴润肺；百部、獭肝、川贝润肺止咳，兼能杀虫；桑叶、白菊花清肺止咳；阿胶、三七止血和营；茯苓、山药健脾补气，以资生化之源。

辨证加减

1. 若咳嗽频，痰少质粘，属肺燥，

加杏仁 10g，润肺化痰止咳。

2. 痰中带血丝较多者，乃肺虚络伤，加白及 10g、仙鹤草 15g 以和络止血。

3. 低热不退，配银柴胡 10g、功劳叶 10g、青蒿 10g 以清热除蒸。

(三) 保真汤去赤芍

组成与用法 人参 12g 黄芪 20g 白术 15g 茯苓 15g 五味子 10g 当归 10g 生地黄 15g 熟地黄 15g 天冬 15g 麦冬 15g 白芍 10g 柴胡 10g 厚朴 10g 地骨皮 10g 黄柏 10g 知母 10g 莲子心 3g 陈皮 6g。每日 1 剂，水煎，分二次服。

功用与评述 益气养阴润肺。方中参、芪、术、苓补益肺脾之气；麦冬、天冬、生熟地、当归、白芍育阴养营，添精补血；地骨皮、黄柏、知母滋阴退热；柴胡、厚朴、陈皮理气化痰；莲子心、五味子养心清心。

二、专药选用

抗癆丸

组成与用法 南沙参 500g 麦冬 北五味子 人中白 百部 白及 胡黄连 大生地 焦白术 生甘草各 400g。

上药共研细末，水泛为丸如绿豆大，每日服 2 次，每次 4.5g，2~3 个月为一疗程。

功用与评述 养阴生肌止血，清热杀虫。本方以生脉散清润养阴，生津保肺。人中白、生地清热降火，凉血止血。胡黄连清热杀虫。百部润肺止咳杀虫。白及补肺生肌止血。生甘草清热解毒。焦白术助消化健脾胃。组成保肺养阴、生肌止血、清热杀虫的药理作用。

三、西医药治疗

妊娠合并肺结核的治疗与非孕期基本

相同。由肺科和产科医师共同处理。

(一) 一般治疗

及时治疗妊娠呕吐，补足营养，注意休息，避免过多的体能消耗。

(二) 抗结核药物治疗

目前抗结核药物：第一线药物：异烟肼、链霉素、对氨基水杨酸钠；第二线药物：卡那霉素、利福平、乙胺丁醇，一般选择两种药物联合治疗。

妊娠合并肺结核的抗痨治疗，依据病灶性质，决定具体治疗措施：若肺结核为静止型，一般可于妊娠28周至产后3个月内进行，以防病灶复发；若为活动型，确诊后即应进行抗痨治疗。

标准治疗：异烟肼(isoniazid)300mg/日，乙胺丁醇(ethambutol)15mg/kg/日联合使用，疗程为18~24个月。

异烟肼主要副作用是肝脏毒性作用，周围神经炎和过敏反应。约20%患者可能出现暂时性的血清转氨酶升高，需定期复检血清转氨酶，若升高至正常上限的5倍，须停药以防严重肝损害。异烟肼能通过胎盘，但一般认为，其治疗剂量不引起胎儿畸形。近来研究表明，异烟肼的疗效与药物在血清中高峰浓度有关，而和持续浓度关系不大，因此每日一次顿服比分服效果更佳。

乙胺丁醇无明显致畸胎作用，不影响胎儿的生长发育。特别适合在妊娠期应用。

利福平(rifampin)和异烟肼、乙胺丁醇有协同作用。其作用机理是抑制DNA依赖性RNA聚合酶的合成，并可通过胎盘，对动物有致畸胎作用。还可影响肝功能，谷丙转氨酶升高，甚至发生黄疸。故妊娠期要慎用。剂量为每日600mg，分2~3次口服。

对氨基水杨酸钠(PAS)有增强异烟肼作用之功。但由于严重的消化系统副作用，且有胎儿致畸的可能，故不在妊娠期应用。

链霉素单独应用易产生耐药性，并且易致胎儿第八脑神经损害，可能引起新生儿听力丧失，应尽量避免使用。卡那霉素毒性反应是听神经和肾小管损害，可能出现听力减退、尿蛋白和颗粒管型。对胎儿亦有许多不良影响。孕期要慎用。

近年来，国内外许多学者主张对结核病变不广泛者，应用异烟肼加乙胺丁醇治疗，重症病例(如粟粒性肺结核)再加用利福平。

(三) 手术治疗

一般认为，如肺部病变适合手术，孕妇并非禁忌。应严格掌握手术指征。仅限于对病灶局限，反复咯血或肺结核瘤、空洞保守治疗无效，而手术疗法对母儿有利者，手术时间以在妊娠16~28周内为宜。

(四) 肺结核并非终止妊娠的适应症但对严重肺结核、肺功能减低、影响母胎健康生存者，应终止妊娠。

[预防与护理]

预防为主，减少肺结核的发病率，加强防痨工作是预防妊娠合并肺结核的基本措施。处在结核活动期的患者，应暂缓结婚，已婚者应避孕，待结核病灶稳定1年以后再考虑妊娠。妊娠合并肺结核的病人，在饮食上要加强营养，多食清淡滋阴之品，如水鸭母、沙参、麦冬、糯米、百合、蜂蜜、梨、白木耳、藕等，忌食辛辣油腻厚味之品。保持心情舒畅，避免虚火中生。注意适当休息，以免过多的体力消耗，亦要适当体育锻炼，以保养元气，增强体质。

主要参考文献

1. 刘学勉. 益气疗肺汤治肺癆. 四川中医, 1990, 8 (8): 26

2. 徐飞. 抗癆丸治疗 40 例浸润型肺结核疗效分析. 江苏中医, 1964, (12): 13

(吴冬梅)

妊娠合并慢性肾炎

肾炎 (Glomerulonephritis), 有多种病理类型, 常见的是肾小球肾炎。妊娠合并慢性肾炎者并不多见, 由于早期代谢水平增高及子宫增大的压迫, 加重慢性肾炎的病情。

妊娠合并慢性肾炎属祖国医学“子肿”之重证, 亦称妊娠肿胀。以妊娠后, 肢体面目发生肿胀者为特点。《万氏妇人科·子肿》指出: “孕妇面、身体、四肢浮肿者, 此病泛滥, 谓之子肿。”《灵枢经·水胀》有“水始起也, 目窠上微肿, 如新卧起之状, 其颈脉动, 时咳, 阴股间寒, 是胫肿, 腹乃大, 其水已成矣。以手按其腹, 随手而起, 如裹水之状, 此其候也。”《医宗金鉴》有“子气”、“子肿”、“皱脚”、“脆脚”等名称。《丹溪心法》中将水肿分为阴水和阳水两种。

[病因与发病机理]

孕妇素体脾肾阳虚, 孕后更感不足。脾阳虚不能运化水湿, 肾阳虚则上不能温煦脾阳, 下不能温化膀胱, 气化不利, 水道不畅, 泛滥肌肤, 遂致子肿。而脾阳虚, 水谷运化不利, 可致胎元失养; 肾阳虚, 冲任不固, 可致胎失所系。随宫体增大, 气机运行不畅, 气滞湿停, 可加重子肿之证。

总之, 本病不外虚实两个方面, 以虚为本, 虚者脾肾阳虚, 水湿内停; 实者气滞湿郁, 使虚者更虚。

西医学认为由于孕妇及胎儿代谢产物增多, 肾小球滤过率及肾血浆流量增加 30%~50%, 肾脏负担加重, 妊娠期处于高凝状态, 容易发生纤维蛋白沉积和新月体的形成, 可加重慢性肾炎的病情。妊娠的某些合并症, 可加重肾病变程度, 如发生妊高征时肾小球滤过率, 肾血流量降低, 严重时可发生肾功能衰竭或肾皮质坏死。慢性肾炎病程长者可使胎盘功能减退, 致使 IUGR 或胎死宫内。孕妇如有高血压, 氮质潴留, 肌酐 $>132.6\mu\text{mol/L}$, 肾功能恶化的机会增多, 流产、死胎、死产的机会增多。血压越高, 肌酐水平越高对母儿的危险越大。

[临床表现]

慢性肾小球肾炎患者可以不同的表现形式存在, 有的多年无症状体征, 仅发现有尿蛋白及尿沉渣计数有红、白细胞及管型, 而血压, 或以慢性高血压的形式出现, 或以肾病综合征的形式表现, 或以急性肾小球肾炎或以肾功能衰竭或以先兆子痫的临床形式表现。

[实验室与其他检查]

1. 尿常规 尿蛋白定性, 尿沉渣计数查红、白细胞及管型, 24 小时尿蛋白定量。

2. 血常规 慢性肾小球肾炎者可有贫血存在, Hb 在孕期低于 100g/L 。

3. 肾功能 尿素氮 ($>4.64\text{mmol/L}$), 肌酐 ($>61.88\mu\text{mol/L}$), 血浆蛋白 ($<6\text{g}$), 胆固醇, 肌酐清除率均可能有异常。

4. 眼底检查 视网膜有棉絮状渗血

或出血。

5. 低蛋白血症 高胆固醇血症。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 既往多有急性肾炎病史。

2. 临床出现水肿、高血压、贫血等表现。

3. 实验室检查出现尿异常改变，肾功能异常等。尿常规见蛋白、红细胞、白细胞伴管型；肾功能：血中尿素氮 $> 4.64 \text{ mmol/L}$ ，血中肌酐 $> 61.88 \mu\text{mol/L}$ ，血浆蛋白降低；眼底检查可有蛋白尿性视网膜膜炎或视网膜出血。

二、鉴别诊断

与妊高征患者鉴别，二者均表现为浮肿，蛋白尿，高血压。本病多在孕前或早期发病，而妊高征一般在妊娠 20 周后发病，本病早期可有或无高血压，晚期时有之，且尿蛋白量多持续，常有各种管型，而妊高征尿中蛋白量不定，一般无管型。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 参苓白术散

组成与用法 白扁豆 30g 人参 10g 白术 10g 白茯苓 15g 炙甘草 15g 山药 20g 莲子肉 15g 桔梗 10g 苡仁 10g 砂仁 6g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 方中人参、山药、莲子肉、白扁豆健脾益气，茯苓、白术、苡仁健脾渗湿消肿，砂仁健脾化湿行气，甘草调中和胃，桔梗宣肺升提。

辨证加减

1. 若有大便稀溏，腹坠等中气下陷时，加柴胡 10g、升麻 6g，升阳举陷。

2. 若有畏寒肢冷，面色㿔白等阳虚之象，加附片 10g、干姜 6g 温运脾阳。

3. 若腹胀大，小便短少者，加桂枝 10g、猪苓 15g、泽泻 15g，通阳化气行水。

(二) 真武汤加味

组成与用法 当归 12g 制附子 10g 生姜 6g 茯苓 15g 白术 15g 白芍 10g 菟丝子 15g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 温阳化气行水，佐以安胎。方中附子温阳化气行水，生姜、白术、茯苓、运脾阳以行水，白芍和营敛阴，苦酸微寒，与附子同用能引阳药入阴，以消阴霾之气，菟丝子、当归补肾养血安胎。

辨证加减

若水肿严重者，加炒杜仲 15g、川断 30g、车前子 10g 以增补肾安胎消肿利水之功。

(三) 五苓散加山药、菟丝子

组成与用法 桂枝 10g 白术 15g 茯苓 15g 猪苓 15g 泽泻 10g 山药 15g 菟丝子 15g。每日 1 剂，水煎，分两次服。

功用与评述 健脾补肾温阳，化气行水。猪苓、茯苓、泽泻利水渗湿；白术健脾运化行水。桂枝温阳化气，以助膀胱气化。以助水湿自小便排出；山药、菟丝子补益肾气，以固冲安胎。

辨证加减

腰痛甚者，加杜仲 15g、续断 15g、桑寄生 15g。

二、专药选用

(一) 保肾康片（阿魏酸哌嗪片）

[成都亨达制药厂。川卫药准字第(1990) 005408号]

主要成分 根据中药川芎的有效成分设计合成的一种新药。

功用与评述 具有抗凝、抗血小板聚集,解除血管痉挛和增加冠脉流量等作用。用于治疗各类肾小球疾病,如肾炎、慢性肾病综合征和氮质血症等,亦可用于冠心病、缺血性脑血管病和血栓闭塞性脉管炎的治疗。

药理试验证明,其最大优点是无毒性、几无副作用。对各类肾小球疾病有显著的治疗作用,临床与强的松比较,疗效相同,但保肾康无激素禁忌证和副作用,可长期服用。

用法与用量 一天3次,每次2~4片,口服。50mg/片。

(二) 肾炎康复片

[天津同仁堂制药厂。(94)卫药准字Z—53号]

主要成分 山药 丹参 白花蛇舌草 生地黄 杜仲等。

功用与评述 益气养阴、补肾健脾、清热解毒。主治慢性肾小球肾炎,属于气阴两虚,脾肾不足,毒热未清者。方中山药性甘平,益气养阴,补脾肺,白花蛇舌草苦甘寒清热解毒;杜仲甘温补肝肾;丹参、生地黄清热凉血。

药理试验证明,本品具有抗炎作用,对肾炎有一定的改善,另外有利尿效应。

用法与用量 口服每次8片,每日3次,基片重0.3g。

三、西医药治疗

本病以血清尿素氮及肌酐的水平作为处理妊娠合并肾炎的指导。对肌酐 $>265.2\mu\text{mol/L}$ 或尿素氮 $>10.71\text{mmol/L}$

宜中止妊娠;如肌酐 $<132.6\mu\text{mol/L}$,孕期中不升高,可继续妊娠。孕期中给以中西医结合治疗,以便观察肾功能情况,一旦发现有肾功能恶化趋势,应立即中止妊娠。在妊娠33周以后,婴儿已发现存活可能,如遇严重胎盘功能减退时,应及时剖宫产,避免胎死宫内。

[预防与护理]

慢性肾小球肾炎患者,孕前应咨询,认真检查疾病情况,肾功能受损程度,以决定是否可以继续妊娠,不宜妊娠者,应做好避孕措施;已妊娠者,且可以继续妊娠者,应视为高危妊娠,加强围产保健,与内科医师协同帮助孕妇安全度过整个妊娠期。保持心情舒畅,生活规律。在饮食上,选用既有营养,又易消化的食物,忌食辛辣油腻厚味,并在医师指导下低盐饮食。

(吴冬梅)

妊娠合并急性肾盂肾炎

急性肾盂肾炎(Acute Pyelonephritis)是妊娠期常见的一种并发症,常伴有肾炎,发病率占孕产妇的0.5%~8%,由于妊娠期的激素水平增高,使泌尿系统平滑肌张力降低,妊娠中期后肾盂及输尿管扩张、增粗,故孕妇易发生肾盂肾炎。

妊娠合并急性肾盂肾炎中医学上称“妊娠小便淋痛”,亦称“子淋”。是指妊娠期间出现尿频、尿急、淋漓涩痛等症状。《金匱要略》已有妊娠小便不利等的记载,《沈氏女科辑要笺医》有“小便频数,不爽涩痛,乃谓之淋,妊妇得此,是阴虚炽热,津液耗伤者为多,不从寻常淋痛,皆由膀胱湿热郁结也。”《产鉴·子淋》

“子淋谓妊娠小便涩少也，乃肾与膀胱虚热不得制水。然孕妇胞系于肾，肾间虚热而成斯。甚则心烦意乱。”

[病因与发病机理]

本病以尿频尿急、淋漓涩痛甚则点滴而下，小腹拘急，甚或腰痛为主要临床表现。《妇人大全良方》曰：“夫淋者，由肾虚膀胱热也。肾虚不能制水，则小便数也。膀胱热，则小便行涩而数不宜。妊娠之人胞系于肾，肾间虚热而成淋，疾甚则心烦意乱，故谓之子淋也。”可见本病乃是孕妇阴血聚于胞宫养胎，胞脉系于肾，肾阴虚，膀胱积热气化所致。亦可由妊娠多食辛热肥甘之品，湿热内盛，孕后血养胎元，阴不济阳，心火偏盛，移热小肠，下注膀胱或摄生不慎，湿热内侵，灼伤膀胱津液而致。

肾虚、膀胱积热，气化失司，则小便淋漓涩痛、尿少；心火偏亢，则面赤心烦、口舌生疮；湿热蕴结，则见高热、口苦、口渴等。

总之，本病是孕妇肾虚，或复感湿热邪气，膀胱积热所致而出现以排尿不畅为主的疾病。

妊娠期雌、孕激素分泌大量增加，使肾盂、肾盏、膀胱、输尿管肌层肥厚、扩张、蠕动减弱；妊娠中期以后，增大的子宫和胎头将膀胱向上推移变位，易使排尿不畅、尿潴留；孕期膨大的子宫压迫盆腔内输尿管，形成机械性梗阻；孕期尿液中葡萄糖、氨基酸等营养物质增多，有利于细菌滋长，女性尿道短，与肛门靠近，易子感染。故孕妇易患肾盂肾炎，因子宫右旋，故右侧肾盂肾炎多见。由于高热可以引起流产、早产、胎儿神经管发育障碍等。

[临床表现]

一、无症状性菌尿症

仅有轻微腰痛，中段尿培养细菌计数 $> 10^5/\text{ml}$ ，可发展为症状性肾盂肾炎。

二、症状性肾盂肾炎

除菌尿外，尿频、尿急、尿痛，骤然高热、寒战、头痛、腰痛等，检查时有明显脊肋角叩痛。

[实验室与其他检查]

一、尿液显微镜检及培养，高倍视野中白细胞超过 10 个或聚集成团，中段尿培养细菌数 $> 10^5/\text{ml}$ ，可判断为尿路感染。

二、肾功能检查可有尿素氮、肌酐升高。

[诊断与鉴别诊断]

一、依据临床表现、体征检查和实验室检查，本病不难诊断。

二、尿液检查示尿路感染：如仅有尿急、尿痛及膀胱区压痛而无发热及肾区叩击痛，则可能是下尿路感染；仅有高热而尿路症状不明显时需与各种发热、败血症等鉴别。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 知柏地黄丸加味

组成与用法 熟地 20g 山茱萸 10g 丹皮 10g 知母 10g 黄柏 10g 麦冬 10g 五味子 10g 山药 10g 茯苓 10g 泽泻 10g 车前草 10g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 滋阴润燥，通淋安胎。
方中熟地、山茱萸滋补肾阴；知母、黄柏泻命门相火；丹皮凉血泻火；麦冬、五味子补肾滋阴，润燥生津；茯苓、泽泻、车前草利尿通淋。

辨证加减

腰痛、腰酸者加炒杜仲 10g、炒川断 20g 以养肾壮腰。

(二) 八正散去大黄

组成与用法 木通 10g 车前子 10g 篇蓄 10g 瞿麦 10g 甘草梢 10g 山栀 10g 灯心草 10g。

功用与评述：清热利尿通淋。木通、车前子、瞿麦、篇蓄清热利湿通淋；山栀清泻三焦湿热；灯心草导热下行；甘草梢清热止淋。

辨证加减

1. 小便浑浊者加萆薢、菖蒲分清泌浊。

2. 伴寒热、口苦、呕吐者，可合用小柴胡汤（伤寒论）柴胡、黄芩、半夏、人参、甘草和解少阳。

(三) 导赤清心汤

组成与用法 生地 10g 茯神 6g 木通 10g 麦冬 10g 丹皮 10g 益元散 10g 淡竹叶 10g 灯心 10g 莲子心 10g 童便适量。

功用与评述 清心泻火，润燥通淋。生地、丹皮凉血润燥以清心热；木通、竹叶、灯心、益元散、童便利水通淋以泻心火；麦冬、莲心、茯神养心阳、清心火而宁心神。

辨证加减

1. 小便热痛甚者，加栀子 10g、黄芩 10g 清热解毒；

2. 热伤阴络尿中带血者，加炒地榆 10g、藕节 10g、大小蓟各 10g 凉血止血。

二、专药选用

(一) 八正合剂

[太极集团重庆桐君阁药厂 22 - 3262 - 渝卫药准字 (1997) 005194 号]

主要成分 瞿麦 车前子 篇蓄 大黄 滑石 木通 栀子 甘草等。

功用与评述 清热、通淋、通尿。用于湿热下注，小便短赤，淋漓涩痛，口燥咽干。

药理实验证明，八正合剂具有显著的抗炎、解痉、镇痛、利尿、解热及增强免疫等功效，无毒副作用。

用法与用量 口服，1 次 15 ~ 20ml，1 日 3 次，用时摇匀。

(二) 威门热淋清颗粒

[贵州威门药业有限公司。22 - 5280 - 黔卫药准字 (1996) 100095 号]

主要成分 头花蓼。

功用与评述 清热泻火，利尿通淋。用于下焦湿热证，及急慢性肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎等。

临床研究表明，对单纯性及复杂性尿道炎、膀胱炎、肾盂肾炎及前列腺炎有显著疗效。可作为经验治疗首选药物。对某些重症感染与有效抗生素联合使用，可增强疗效，缩短疗程，减小抗生素用量及副作用。

用法与用量 开水冲服，1 日 3 次，每次 1 ~ 2 包，7 天为 1 疗程。

三、西医药治疗

治疗原则：疏通积尿，消炎灭菌。

1. 卧床休息，左右轮流侧卧以减少子宫对输尿管的压迫，使尿液引流通畅。

2. 多饮水，尿量保持 2 000ml/日以上。

3. 药物治疗最好根据尿培养及药敏试验选用抗生素, 要注意药物对母婴肾功能的影响, 如青霉素、氨苄青霉素、红霉素、头孢菌素等。

[预防与护理]

尤要筛寻无症状菌尿的孕妇, 防止其病情进展, 孕早期应常规检查尿常规, 对这类孕妇要治疗彻底。孕妇应注意个人卫生, 保持外阴清洁。在饮食上宜清淡、营养、多食蔬菜水果, 少食辛辣刺激之品, 以免湿热内滋。

(吴冬梅)

妊娠合并甲状腺机能亢进

甲状腺机能亢进症 (hyperthyroidism) 简称甲亢, 是指甲状腺的机能呈高功能状态, 其特征有甲状腺肿大, 基础代谢增加和自主神经系统的失常。

根据不同的病因甲亢分类如下:

1. 甲状腺性甲亢
2. 垂体性甲亢
3. 异源性 TSH 综合征
4. 卵巢甲状腺肿
5. 甲状腺毒症

甲状腺性甲亢又包括:

1. 毒性弥漫性甲状腺肿 (toxic diffuse goiter), 又称 Graves 病。
2. 自主性高功能甲状腺结节或腺瘤。
3. 毒性多结节性甲状腺肿 (peummer 病)。
4. 碘源性甲状腺机能亢进症。
5. 甲状腺滤泡性癌肿。

妊娠甲亢多见于 20~30 岁的妇女, 尤以弥漫性甲状腺肿为多见。而 30~40 岁的妇女以毒性甲状腺肿为多见。其他如

异源性 TSH 综合征 (绒癌、葡萄胎、支气管癌等分泌 TSH 样物质引起甲亢), 卵巢甲状腺肿 (卵巢畸胎瘤中含有甲状腺组织) 等少见。

妊娠与甲亢可相互影响。妊娠能加重甲亢的病情, 甲亢可影响胎儿的发育, 围产期母儿死亡率升高, 故对此类孕妇应正确诊断和及时处理, 争取母婴最佳预后。

甲亢属祖国医学“瘰”范畴。妊娠合并此病称之为“子瘰”, 《圣济总录·卷一百二十五》记载: “论曰, 瘰之初结, 胸膈满闷, 气筑咽喉, 噎塞不通, 颈项渐粗, 囊结不解。若此之类, 皆瘰之初结之证也。”描述了瘰的有关症状。《诸病源候论·瘰候》指出本病的病因, 说, 瘰者由忧恚气急所生, 亦有饮沙水, 沙随气入脉中, 搏颈下而成之。”又云: “诸山水黑山中出泉水者, 不可久居, 常饮食令人作瘰病, 动气增患。”《医学入门·脑颈门》认为本病“原因忧恚所致, 故又称瘰气。”六版教材将甲亢归属瘰中之肉瘰范围。

[病因与发病机理]

本病以颈前肿大、烦热多汗、心悸、急躁易怒、眼球突出、体重减轻、食纳亢进, 手指颤抖等为主要症状。乃因忧恚怒气情志内伤, 饮食水土失宜, 或素体体质虚弱等诸多因素导致气滞、痰浊、瘀血、流注于任脉、督脉汇集的结喉, 聚而成形, 即成肉瘰。妊娠之后, 阴血聚以胞宫养胎, 正气益虚; 随胎体增大, 气机运行不畅, 故可加重此病。

情志抑郁, 肝失条达, 则气滞血瘀, 肝郁化火, 肝旺侮土, 横逆犯胃, 脾失健运, 生痰, 生湿, 则痰浊内蕴, 气痰凝滞, 血瘀壅塞于结喉, 故颈前肿大; 肝火

旺盛，故急躁易怒；火迫津液外泻，故多汗；肝火上炎，风阳内盛则眼球突出，手指颤抖。

病程日久，耗气伤阴加之妊娠后阴血聚以养胎，阴血偏虚，可出现气阴两虚之候，如乏力、自汗、盗汗、五心烦热等。甚至肝肾阴虚，水不济火，阳亢于上。

总之，本病以肝失疏泻为本，累及心、肾。气滞、湿痰、瘀血凝滞于结喉而出现一系列症状。

现代医学研究表明，妊娠后，母体脑垂体前叶促甲状腺激素（TSH）、胎盘分泌的促甲状腺激素释放激素（TRH）、绒毛膜促性腺激素（HCG），三者共同引起甲状腺组织增生，肥大，血运增加，新生腺泡腺腔、胶样物质增多，使甲状腺激素释放激素合成和分泌增加。妊娠12周始，甲状腺对TSH敏感性增加。妊娠后血浆中游离态甲状腺素相对增加，而母体肝脏合成甲状腺素结合球蛋白（TBG）亦增加，使血浆中结合态 T_4T_3 相对稳定。综上所述原因，即使为正常妊娠，甲状腺亦较非妊娠时丰满，其功能相对活跃，部分孕妇甚至可出现类甲亢症状。

妊娠合并甲亢者，可使原有甲亢加重或妊娠期新发甲亢。由于 T_3 在第一孕季末达高峰，第二、三孕季低水平，故甲亢可在第一孕季恶化，而第二、三季可缓解。甲亢是自身免疫性疾病，甲亢时，母体内长效促甲状腺物质（LATS）可经胎盘进入胎儿体内引起先天性甲亢，抗甲状腺药物也可经胎盘进入胎儿体内，引起先天性甲状腺功能减退症。据报道，甲亢时，畸胎、低体重儿、早产儿率均升高。

Graves病最常见。占此类患者60%~70%以上，乃由于抗促甲状腺激素

（TSH）受体抗体的存在，作用于TSH受体，碘摄取及环磷酸腺苷增加，使 T_4T_3 产生和分泌增加所致。异源性TSH综合征是绒癌，葡萄胎，支气管癌等分泌TSH样物质引起甲亢。卵巢甲状腺肿是卵巢畸胎瘤中含有甲状腺组织引起甲亢。

[临床表现]

一、高代谢综合征

畏热，多汗，常有低热，发生危象时可出现高热、心悸、心动过速、胃纳亢进、体重减轻、疲乏无力等。

二、甲状腺肿

呈弥漫性或结节性，可闻及血管杂音和扪及震颤。

三、神经系统症状

易激动，精神过敏，舌和二手平举向前伸出时有细震颤，多言多语，失眠，紧张，思想不集中，焦虑烦躁，甚而亚躁狂症，也有寡言、抑郁。膝反射活跃，反射时间缩短。

四、眼症

Graves患者，眼球突出，炯炯有神，瞬目减少，眼睑退缩，眼白增宽。

五、心血管症状

心悸气促，心动过速，心率一般每分钟100~120次，稍活动即明显加剧，重症者常有心率不齐，心脏扩大，心衰等表现。心脏听诊心搏动强大，心尖区第一音亢进，常闻及收缩期杂音。收缩压增高，舒张期正常或稍低，脉压差增大。

六、消化系统症状

食欲亢进, 体重不增长甚或明显下降(正常妊娠时体重逐渐增加, 整个孕期约增加 12kg 左右) 大便次数增多。有的有肝肿大, BSP 潴留, GPT 增高等肝毒性作用。

七、运动系症状

肌肉软弱无力, 甲亢性肌病。

若合并甲状旁腺功能障碍时可出现钙、磷代谢异常。

甲亢症状在早期妊娠可一过性加重, 中期妊娠以后渐趋稳定。晚期妊娠在分娩、引产、感染、手术产时又渐趋加重。

[实验室与其他检查]

1. 血清总甲状腺 (TT_4) 正常非孕妇 TT_4 平均为 $8.4 \pm 2.4 \mu\text{g/dl}$ 。妊娠时轻度升高, 甲亢时明显增加。

2. 血清总三碘甲状腺原氨酸 (TT_3) 正常非孕妇女 TT_3 为 $152 \pm 40 \text{ng/dl}$, 范围为 $70 \sim 244 \text{ng/dl}$, 妊娠后稍增加, 甲亢时明显增加。

3. 血清游离 T_3T_4 (FT_3 、 FT_4) 正常非孕妇女 TT_3 为 $3.9 \sim 7.4 \text{pg/ml}$, FT_4 为 $20 \sim 40 \text{pg/ml}$ 。甲亢时明显升高。

4. 甲状腺素结合球蛋白 正常非孕妇女为 $13 \sim 25 \mu\text{g/dl}$ 。妊娠后增加, 甲亢时明显增加。

5. 血清蛋白结合碘 (PBI) 正常妇女 (PBI) 为 $5 \mu\text{g/dL}$, 范围 $3 \sim 7 \mu\text{g/dL}$; 妊娠后升高, 16 孕周时达 $6 \sim 10 \mu\text{g/dL}$, 以后渐趋稳定。甲亢时 $PBI > 10 \mu\text{g/dL}$, 甚至可高达成 $26 \mu\text{g/dL}$, 其水平与甲亢的程度有关。

6. 甲状腺超声波检查, 可确定甲状腺大小、性质等。

[诊断与鉴别诊断]

1. 妊娠合并甲亢患者既往多有甲亢病史, 当然亦有妊娠期新发甲亢。

2. 典型的临床表现, 如心悸、心动过速、甲状腺肿大、突眼、畏热、多汗、体重减轻、神经过敏、食欲亢进、手指颤抖、腹泻等。

3. 实验室检查 TT_4 、 TT_3 、 FT_3 及 FT_4 明显升高, 甲状腺素结合球蛋白增高。

超声波检查确定甲状腺大小, 血流情况、性质等。

4. 鉴别诊断 正常妊娠妇女母体甲状腺可以呈生理性增大, 代谢旺盛, 可出现如皮肤较热、怕热、易出汗、食欲增进等表现, 但甲状腺功能检查不超过正常非妊娠生理范围。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 龙胆泻肝汤

组成与用法 龙胆草 10g 炒山栀 10g 黄芩 10g 柴胡 10g 车前子 (包煎) 10g 泽泻 12g 木通 6g 当归 10g 生地 15g 生甘草 10g。每日 1 剂, 水煎, 分 2 次服。

功用与评述 清泻肝火。方中以龙胆草入肝胆, 清泻肝胆实火; 炒山栀、黄芩助龙胆草泻火; 车前子、木通、泽泻清热利湿, 使湿热从水道排除; 生地、当归滋阴血, 柴胡引经入肝胆, 且能疏肝理气; 生甘草调和诸药亦以清热。

辨证加减

出现纳谷亢进，属胃热盛，加生石膏 15g、知母 10g 清泻胃热。

(二) 生脉散合六味地黄汤

组成与用法 人参 10g 麦冬 15g 五味子 20g 熟地 15g 山萸 12g 山药 12g 泽泻 10g 茯苓 10g 丹皮 10g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 益气养阴。方中以人参大补元气；麦冬甘寒养阴生津，清心除烦；五味子酸温敛肺生津止汗；滋肾宁心安神；熟地滋肾阴益精髓；山萸肉补益肝肾；山药甘平益气养阴，补脾肺肾。三阴并补，以补肾为本。配泽泻、丹皮、茯苓分别泻肾浊，清肝火，渗脾湿，使诸药补而不腻。诸药合用，共奏气阴双补之功。

辨证加减

1. 出现头晕眼花，双目干涩等症，属肝血虚，加当归 15g、白芍 10g、首乌 20g 以养肝血，柔肝阴。

2. 出现汗出不止，量多者，属气虚自汗，加浮小麦 30g、胡黄连 10g、青蒿 10g 清虚热止汗。

3. 出现口唇咽干，盗汗频频，属阴虚，加石斛 15g、玉竹 15g 滋阴生津。

4. 腰酸明显者，属肾阴不足，加桑寄生 15g、菟丝子 10g、龟甲 10g，滋补肾阴。

(三) 左归丸加味

组成与用法 熟地 15g 山萸 12g 山药 12g 枸杞 菟丝子各 10g 鹿角霜 12g 牛膝 10g 龟甲胶 15g 当归 10g 生地 10g 石决明 15g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 滋阴养血，柔肝潜阳。方中熟地、山萸肉、山药为“三补”，滋阴补肾；枸杞、菟丝子、牛膝补益肝肾；

鹿角霜助肾气，当归、生地，养阴血柔肝，龟甲胶、石决明滋阴潜阳。诸药合用，滋补阴血，柔肝潜阳。

辨证加减

1. 出现五心烦热，舌红，脉细数，属阴虚生内热，加知母 10g、黄柏 10g、丹皮 10g，滋阴清热。

2. 出现手指及舌体颤抖者，属阳亢风动，加钩藤 10g、白蒺藜 10g、白芍 10g，平肝熄风。

二、西医药治疗

(一) 中止妊娠

妊娠合并甲亢者，若甲亢病情严重或控制不满意，病情不稳定，或早孕期应用过放射性碘作诊断或治疗，胎儿有畸型之可能，应及早中止妊娠，以人工流产为宜。

(二) 可以妊娠者

妊娠合并甲亢者，病情轻，控制满意，可以继续妊娠。在妊娠期间应由产科医师和内分泌医师共同管理孕妇，密切监护母婴情况，使其顺利度过围产期。

1. 母体管理

(1) 抗甲状腺药物的应用：严格掌握抗甲状腺药物的剂量。每 1~2 个月复检甲状腺功能：以 BMR、心率、主客观症状和体征， T_3 、 T_4 为观察指标。使甲状腺功能处于正常非妊娠时高限。病情稳定后逐步减量，不可骤然停药，一般幅度是每 1~2 周递减 1/3，以控制症状的最小剂量为维持量。考虑选用致畸可能性最小，通过胎盘较少的抗甲状腺药物。

(2) 常用的抗甲状腺药物：①丙基硫氧嘧啶 (PTU)；②他巴唑 (即甲硫咪唑)；③甲亢平；④ MMI。以 PTU 为首选。

甲亢分类和抗甲状腺药物的应用

病情	BMR(%)	心率(hpm)	PTU(mg/tid)	他巴唑和甲亢平(mg/tid)
轻度	/+30	<100	200~300	20~30
中度	+30~+60	100~120	300~400	30~40
重度	/+60	/100	400~600	40~60

(3) 对症处理 给予镇静剂如安定、利眠宁、鲁米那；交感神经阻滞剂如心得安、利血平、胍乙啶等。

(4) 必要时行甲状腺切除手术，手术指征：①药物治疗失败者。②实质性、多发性甲状腺瘤；③结节性甲状腺肿；④异位 T_3T_4 分泌综合征；⑤甲状腺肿大出现压迫症状者（喉返神经和气管）；合并甲状旁腺功能障碍者。手术原则应在16~20周施行。

2. 产科管理 妊娠合并甲亢是高危妊娠，胎儿为高危胎儿。围产期母儿死亡率高。应加强孕期保健。产前检查中应注意母亲血压、心率、体重及各种症状，防止甲亢危象发生。加强胎儿监护，定期B超检查，及时发现胎儿畸形，IUGR及胎儿甲状腺肿大。妊37周后，每周进行胎心监测。妊41周末未临产应住院引产，不宜过期。

3. 甲状腺危象的防治 妊娠期甲亢可由于精神刺激、感染、引产、分娩、剖宫产激惹或病情加重引起急性甲状腺功能亢进；患者突然烦躁不安、恐惧、焦虑、衰弱、高热达到40℃，多汗或无汗，心动过速可达130~140次/分。恶心、呕吐、腹泻、黄疸、脱水，电解质紊乱，酸碱平衡失调。若原有妊高征，可出现急性血压升高、氮质血症、抽搐、昏迷等，甚至出现高热、心力衰竭、肺水肿等。

请内科医师协诊及治疗 ①降温。用物理降温或药物降温，必要时行人工冬

眠；②碘剂，碘化钠溶液0.5~1.0g加入10%葡萄糖溶液500ml中静脉滴注；或即服复方碘溶液3ml，以后2ml每6小时1次；③抗甲状腺药物应加倍应用，症状缓解后减量；④肾上腺皮质激素；⑤抗交感神经药物；镇静解痉药物；⑥纠正脱水、电解质、酸碱平衡失调；⑦防治子痫；⑧防治呼吸循环衰竭；⑨防治感染；⑩俟症状稳定后2~4小时结束分娩或剖宫产。

[预防与护理]

妊娠合并甲亢系高危妊娠，应特别注意对母体、胎儿的产前监护，应保持心情舒畅，生活规律，饮食清淡，避免感染，防止甲亢危象的发生。密切观察胎儿宫内情况，适时终止妊娠。要充分理解孕妇的心情，向她们宣传必要的围产保健常识，自我监护，必要时行家庭访视，让她们感受到医护的关心，克服烦躁情绪，调整不良心态。饮食应经常用海带或其他海产植物佐餐，应多食滋阴之品，如水鸭母、黑芝麻、沙参、玉竹、胡桃仁等。

(吴冬梅)

妊娠合并贫血

贫血(Anemia)是妊娠期最常见的一种并发症。以缺铁性贫血为主，巨幼红细胞性贫血者少见，其他类型的贫血更为少见。本篇主要论述缺铁性贫血，由于妊娠期铁的需要量增加，如补充不足，易发

生贫血。

据世界卫生组织统计(1968年)妊娠期患贫血($Hb < 11g/dl$)和潜在性缺铁(运铁蛋白饱和度 $< 15\%$)者在世界不同地区均较普遍。由于妊娠期血容量增加,而血浆比红细胞增加相对为多,血液被稀释,故孕妇贫血的诊断标准相对降低。当红细胞计数在 350 万/ mm^3 或血红蛋白在 $10g/dl$ 以下,或红细胞压积在 30% 以下时,诊断为妊娠期贫血。

本病归属于中医学“妊娠血虚劳伤”,是由多种原因引起的,以妊娠后期脏腑血虚为主要表现的证候。《症因脉治》云:“血虚劳伤之证,肌肉消瘦,五心烦热,毛焦皮燥,暮夜发热,昼则身凉,小便赤涩,大便干结,此血虚劳伤之证也。”

[病因与发病机理]

多种原因均可导致虚劳。正如《理虚元鉴·虚症有六因》所说的:“有先天之因,有后天之因,有外感之因,有境遇之因,有医药之因。”先天禀赋薄弱,脾胃素虚,或饮食不节伤脾胃;或烦劳过度,心脾损伤;或大病久病,耗气伤血;或误治失治,气血受损均可导致本病。

心血虚,故心悸怔忡、健忘、失眠、多梦;脾气虚,故体倦乏力、纳差食少;肝血虚,故头晕、目眩、肢体麻木、筋脉拘急。

总之,本病病性,以虚为本,病损部位主要在五脏,尤以脾肾为重。而妊娠之人,阴血聚胞宫以养胎,血虚劳体,阴血更显不足,不但令孕妇血气不足,变生他病,且可令胎元失养。

西医认为由于不少妇女在非孕期铁已摄入不足,妊娠期铁需要量增加(约需铁 $1000mg$),并大于摄入量所能增加的限

度,使机体必须动用其铁的储备,使铁质呈负平衡,而出现一系列相关症状。而铁通过胎盘的转运是单向的。若母体过度缺铁,骨髓的造血功能过度降低可致重度贫血。

严重者母体可有心肌缺氧,引起贫血性心脏病,甚至心力衰竭,孕妇甚至死亡率升高;胎儿发育迟缓,甚至引起早产、死胎。

[临床表现]

轻型病人:无明显症状或有疲倦、乏力、脱发、指甲异常、舌炎等,此时的红细胞及血红蛋白值正常,铁储备量下降。

重型病人:面色苍白、浮肿、乏力、头晕、耳鸣、心慌、气短、食欲不振,腹胀腹泻等。

[实验室与其他检查]

1. 血常规: $Hb < 10g/dl$,红细胞比容小于 0.33% 。

2. 重型病人血象有小红细胞血红蛋白改变,血清铁 $< 10.7\mu mol/L$;骨髓涂片示红细胞系增生,为中幼红细胞增多,晚幼红细胞相对减少。

[诊断与鉴别诊断]

诊断

1. 询问病史,既往常有慢性失血史,如月经量多,消化道出血,寄生虫病等病史。

2. 临床表现:头晕、乏力、倦怠、面色苍白等。

3. $Hb < 10g/dl$ 。

4. 需排除其他原因引起的贫血。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 归脾汤加减

组成与用法 白术 10g 人参 10g 甘草 10g 黄芪 30g 龙眼肉 10g 酸枣仁 10g 砂仁 6g (后入) 当归 15g 远志 10g 阿胶 (烔化) 10g 鸡血藤 15g 熟地 10g 大枣 5 枚 生姜 3 片。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 养心补血安神。方中当归、龙眼肉、阿胶、鸡血藤、熟地、大枣补血；白术、人参、甘草、黄芪益气以助生血；酸枣仁、远志养心安神；砂仁、生姜理气和胃。诸药合用，气血双生。

辨证加减

1. 若兼食少、便溏、乏力、腹胀等脾虚症状者，加山药 20g、薏米仁 15g、白扁豆 10g、陈皮 10g 等以健脾渗湿止泻。

2. 若心神不宁较重者，可加夜交藤 20g、龙齿 30g (先煎) 以安神定志。

(二) 圣愈汤加味

组成与用法 人参 10g 黄芪 15g 熟地 15g 白芍 10g 当归 10g 川芎 10g 何首乌 20g 阿胶 10g (烔化)。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 补血养肝。方中人参、黄芪补气以生血；熟地、白芍、当归、川芎补血养血；加何首乌、阿胶养血滋阴。

辨证加减

1. 若失眠多梦者，加合欢花 10g、夜交藤 10g、龙齿 30g (先煎) 以安神。

2. 若兼见筋肉疼痛或抽搐，肢体麻木颤抖者，加木瓜 10g、桑寄生 20g、炒杜仲以补肝肾、壮筋骨、安胎。

3. 若见腹泻、腹胀等脾虚之症者，

加白术 15g、陈皮 10g、山药 15g、扁豆 15g，以补脾止泻。

(三) 四物汤

组成与用法 熟地 15g 当归 10g 川芎 10g 白芍 10g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 补血养血。方中熟地、当归补血养血；川芎、白芍和营调血。

辨证加减

1. 血虚甚者，加制首乌 10g、枸杞子 10g、鸡血藤 10g 补血养肝。

2. 胁痛者，加丝瓜络 10g、郁金 10g、香附 10g 以理气通络。

3. 目失所养，视物模糊，加沙苑子 10g、枸杞子 10g、决明子 10g 以养肝明目。

(四) 健脾益气方加减

组成与用法 人参 9~12g 黄芪 20~30g 炙甘草 9~12g 白术 12g 山药 15g 大枣 10 枚 生姜 9g 桂枝 6~9g 五味子 6~9g 砂仁 6~9 (后入)。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 益气生血，健脾摄血。方中人参、黄芪、白术、山药、大枣、炙甘草大补中焦，受气取汁；加桂枝启导心火，以助其化赤为血；配五味子敛气束血，使营行脉道而不散；佐生姜、砂仁温中醒脾以运中气。全方具有益气生血，健脾摄血之功。

辨证加减

若兼痰湿者，症见纳呆、肢困、苔厚腻等症，加茯苓、法半夏、薏苡仁以健脾渗湿。

(五) 补肾生血汤

组成与用法 小红参 10g 磁石 30g 生黄芪 30g 阿胶 12g 鹿角胶 10g 龟甲胶 10g 陈皮 10g 首乌 15g 枸杞子

15g 紫河车15g 白术10g 当归15g 白芍15g 熟地15g 炙甘草6g。水煎服，每天1剂，分2次服。

功用与评述 补气益血，健脾和胃，滋补肝肾。方中红参能使血红蛋白量增加，血液浓度增高，有增加红细胞的作用；黄芪补气升阳；甘草补中益气，调和诸药；阿胶补血止血，有加速红细胞和血红蛋白的生长作用；鹿角胶补益精髓，壮阳健骨，能增加红细胞、血红蛋白及网织红细胞；龟甲健骨补血，滋阴潜阳；当归补血活血调经；白芍养血敛阴；熟地补血益精，滋肾养肝；首乌养血益肝，固精补肾；枸杞子补肝以养血、益精能助阳；白术健脾和胃；紫河车大补气血；磁石强壮补血；陈皮理气，以防滞腻之弊。全方具有健脾和胃、补气益血、滋补肝肾之功。

辨证加减

1. 虫积体内者，加苦楝根皮、百部、榧子以杀虫。
2. 便血或隐血试验阳者，加仙鹤草、白及、藕节炭以止血。
3. 腹胀、纳呆者，加神曲、枳实、厚朴以理气消胀。
4. 脾肾阳虚，见形寒肢冷、唇甲淡白等症，补骨脂、鹿角胶以温补肾阳。

二、专药选用

(一) 三越十全大补口服液

[浙江震元东方制药有限公司。浙卫药准字(1996)第002101号]

主要成分 党参 白术 茯苓 甘草 当归 川芎 熟地 白芍 黄芪 肉桂。

功用与评述 补益气血。方中党参、白术、茯苓、甘草甘温益胃，有健运之功，具冲和之德；川芎、当归、熟地、白芍为补血补肝之类药；加黄芪助气而固

表，添肉桂温补肾阳，引火归元。且川芎通达气血，补而不滞；茯苓利水渗湿，健脾和中使补而不腻。全方有较好的纠正气血两虚，营养不良的作用。

药理实验证明，本方具有抗肿瘤作用；抗放射损伤作用；免疫增强作用；改善及促进造血机能的作用；抗衰老与抗疲劳作用等。

用法与用量 口服，每日2次，每次10ml。如欲增进疗效，可加倍服用，每日3次或遵医嘱。

(二) 八珍颗粒

[四川普瑞药业有限责任公司。川卫药准字(1998)第013533号]

主要成分 党参 当归 川芎 熟地等八味名贵药材。

功用与评述 补气益血。对气血虚弱，血虚不固，脾胃不健的许多症状均有良好的治疗作用。

药理实验证明，八珍颗粒可使机体巨噬细胞指数增加，巨噬细胞吞噬率增加，提高血液白细胞计数，血清抗SRBC、Hb与IgG的含量升高或恢复。

用法与用量 开水冲服，每次3.5g，每日2次。每包3.5g。

(三) 益血生

[吉卫药准字(1996)第630001号]

主要成分 阿胶 鹿血 紫河车 黄芪 熟地 当归 大枣等22味中药组成。

功用与评述 健脾生血，补肾增精。用于脾肾两亏所致的血虚诸症。适用于缺铁性贫血。

用法与用量 口服，每次4粒，每日3次，虚热者慎用。

三、西医药治疗

补充铁质：

1. 硫酸亚铁 0.3g, 每日 3 次。

1% 稀盐酸 10ml, 每日 3 次。

维生素 C 300mg, 每日 3 次。

叶酸 10mg, 每日 3 次。

2. 延胡索亚铁(富血铁) 325mg (内含铁 107mg), 每日 2 次, 饭后服用可减轻胃肠刺激。

血红蛋白升至正常范围后, 于孕期继续用铁剂维持量 0.3g, 每日 1~2 次。至少维持 3 个月, 以补充体内铁储存量。

3. 服亚铁类反应严重者, 换服 10% 枸橼酸铵 10~20ml, 每日 3 次。

[预防与护理]

育龄妇女孕前应积极治疗失血性疾病, 如月经过多、钩虫病等。饮食丰富营养, 以增加铁贮备。做好计划生育, 避免生育过多, 维持健康身体。孕期在食物中增加蛋白质(肉、猪肝、蛋类、豆制品等)及新鲜蔬菜, 忌饮浓茶; 食用富有营养, 易于消化, 不伤脾胃的食物, 还可多食红枣、花生等补血之品。必要时预防性补充铁剂。保持心情舒畅, 以防思虑过度, 损伤心脾致血虚。

主要参考文献

1. 孙新华. 健脾益气方治疗贫血 34 例疗效分析. 中医杂志, 1985, 26 (1):28

2. 何国兴. 补肾生血汤治疗缺铁性贫血 54 例. 陕西中医, 1991, 12 (16):253

(吴冬梅 王惠珍)

妊娠合并急性阑尾炎

急性阑尾炎 (acute appendicitis), 是妊娠期较常见的外科并发症, 国内文献报告为 0.1%~2.9%。妊娠中期及经产妇多见。

孕期由于子宫增大, 阑尾的位置改变, 使阑尾炎的症状和体征不同于非孕者, 且病程发展较快, 易发生穿孔和腹膜炎, 流产和早产的发生率亦增加, 因此早期诊断及及时处理很重要。

妊娠合并急性阑尾炎属于祖国医学之“妊娠合并肠痈”。中医之肠痈有大肠痈和小肠痈之分, 它包括很多种腹腔内化脓性炎症。大肠痈主要是指急性阑尾炎。《内经》上记载“天枢穴隐隐痛者大肠疽, 其上肉微起者大肠痈。”说明了大肠痈之部位。

[病因与发病机理]

中医认为急性阑尾炎是由于饮食不节(暴饮暴食、嗜食膏粱厚味、恣食生冷), 或劳倦过度; 或暴急奔走; 或暴怒忧思; 或寒温不适; 或胎热内生等因素均能导致气滞血瘀, 胃肠功能受损, 传化不利, 运化失职, 糟粕积滞, 生湿生热, 败血浊气壅遏而成肠痈。其病机为气滞、血瘀、湿阻、热壅。

气滞血瘀, 不通则痛, 故初起有走窜不定的气滞痛(转移性腹痛)和后来固定于下腹的瘀血作痛。肠胃受损, 传化不利, 腑气不降, 胃气上逆则恶心、呕吐, 湿阻中焦、脾失健运, 则食欲不振。热结于里则便秘、便燥、尿短赤; 久热则热腐, 肉腐而成脓。

由于发病部位与增大的子宫相近, 治疗不当或失治误治, 热毒可侵及胞宫, 累及胎元, 致使胎动不安, 甚至堕胎。

西医学研究表明随妊娠子宫的逐渐增大, 盲肠和阑尾的位置逐渐向上、向外移位。妊娠 3 个月末, 阑尾的基底部位于髂嵴下 2 横指, 5 个月末在髂嵴水平; 8 个月末上至髂嵴上 2 横指; 近妊娠足月时, 可高达胆囊区。使腹部疼痛和阑尾压痛点

不明显，不固定，部位升高。由于妊娠期盆腔器官充血和增大的子宫将大网膜向上推开，因此炎症易扩散，发生穿孔后不易局限化，常引起弥漫性腹膜炎。炎症播及子宫浆膜层时，可刺激子宫收缩，发生流产和早产，或可引起子宫强直性收缩，其毒素可致胎儿缺氧甚至死亡。

〔临床表现〕

一、腹痛

腹痛自上腹部或脐周开始，逐渐转至右下腹，仍是妊娠期阑尾炎的可靠症状，妊娠中、后期，腹痛部位逐渐升高，甚至可达右肋下肝区。

二、胃肠道症状

恶心，呕吐，纳呆，便秘或腹泻，腹肌紧张等，若阑尾移向外上方时，往往出现腰痛。

三、全身症状

初期可有头晕，头痛，倦怠等，炎症发展可出现发热，尿黄，口干等。

〔实验室与其他检查〕

1. 血常规：白细胞计数升高

尿常规：排除右肾盂肾炎

2. B超排除卵巢囊肿蒂扭转，异位妊娠破裂，胎盘早剥等。

3. X线检查排除右输尿管结石，其他外科急腹症。

〔诊断与鉴别诊断〕

一、诊断

1. 既往多有慢性阑尾炎病史。

2. 出现腹痛、恶心、呕吐、发热等临床症状，由于妊娠期特点，症状可不典型。

3. 体检阑尾点有压痛及反跳痛，伴存腹肌紧张，妊娠中、后期，压痛点可随阑尾位置的改变逐渐升高。检查时，将手指按在压痛最明显处，然后改取左侧卧位使子宫向左移动，如果压痛减轻或消失，示病灶可能在子宫或附件，若压痛持续存在，示压痛可能在阑尾。

4. 实验室检查白细胞计数及中性粒细胞增高。

二、鉴别诊断

1. 妊早期与右卵巢囊肿蒂扭转鉴别 后者常有肿瘤病史，腹痛突然，妇检扪及囊肿块，推动子宫颈，疼痛加剧，B超检查可证实。

2. 与右异位妊娠鉴别 后者常有停经史，不规则阴道出血和腹痛，妇检后穹窿触痛明显，宫颈举痛，子宫右侧可触及肿块。若异位妊娠破裂，作后穹窿穿刺腹腔内有积血现象。

3. 妊娠中期与右侧肾盂肾炎鉴别 后者常先有寒战，后发高热，无腹膜刺激征，有膀胱刺激症状；疼痛从腰部位放射，尿检有多量红细胞。

4. 与右输尿管结石鉴别 后者绞痛剧烈，向大腿内侧放射，结石引起输尿管痉挛而致管壁损伤时，尿检有多量红细胞。

5. 与急性胆囊炎鉴别 后者以往有类似发作史，疼痛在右肋缘下，向右肩部放射，呈绞痛样，开始剧烈以后变为持续性，疼痛呈阵发性加剧，恶心呕吐较严重。

6. 妊娠晚期应与隐性胎盘早剥鉴别

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 牡丹皮汤

组成与用法 牡丹皮 15g 木香 6g
黄连 10g 蒲公英 30g 桃仁 10g 冬瓜仁
15g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 行气化滞，通腑散瘀。
适用于初期之瘀滞型，未化脓时。丹皮清
热凉血；木香行气化滞；黄连、公英清热
解毒；桃仁破瘀行滞；冬瓜仁散腹内结
聚。诸药合用，共达到清热散结，消肿化
滞之功。

辨证加减

1. 若气滞明显，疼痛走窜者，可加
厚朴 20g 槟榔 15g、川楝子 10g 行气活
血。

2. 若血瘀明显疼痛固定者，加乳香
10g、没药 10g、元胡 10g 以活血化瘀清
热散结。

(二) 五味消毒饮合黄连解毒汤加味

组成与用法 金银花 15g 菊花 15g
蒲公英 20g 地丁 25g 天葵子 12g 黄
连 10g 黄芩 10g 黄柏 10g 山栀子 10g
薏苡仁 15g 生甘草 10g。每日 1 剂，水
煎服，分 2 次服。

功用与评述 清热泻火，解毒排脓。
适用于酿脓期（蕴热型）。金银花、野菊
花、蒲公英、地丁清热解毒；黄连、黄
芩、黄柏、山栀，清热泻火，凉血解毒；
天葵子消肿、解毒利尿；薏苡仁利湿消脓
肿；生甘草清热解毒；共奏清热泻火，凉

血解毒、消肿排脓之功，而不损胎元。

辨证加减

若伤阴津，口干较重者，加鲜生地
10g、鲜石斛 10g、天花粉 10g 以滋阴生
津。

(三) 三黄解毒汤加红藤、银花等

组成与用法 黄连 15g 黄芩 16g 黄
柏 10g 山栀 10g 生地黄 20g 红藤 15g
银花 30g 丹皮 15g 赤芍 12g 薏苡仁
15g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

功用与评述 清热解毒。适用于溃脓
期（毒热型）。方中黄连、黄芩、黄柏分
泻三焦之热，并且有解毒之功；山栀泻三
焦之火，生地黄清热滋阴；红藤、银花清
热解毒，丹皮、赤芍，凉血解毒、活血化
瘀，薏苡仁利湿排脓、消肿。

辨证加减

若壮热口渴者，加玄参 15g、花粉
20g、生石膏 15g 以清热养阴，生津止渴。

二、西医药治疗

治疗原则：一旦确诊，不论妊娠期限
和病变程度如何，即应手术切除阑尾。术
后给予适量广谱抗生素、镇静剂和其他保
胎措施，以减少早产及流产的发生。

[预防与护理]

孕妇特别是既往有慢性阑尾炎史的孕
妇，早期应注意饮食有节，勿暴饮暴食，
饭后不宜剧烈运动。饮食宜清淡，忌食辛
辣油腻厚味；保持心情舒畅，使气血调
和。

(吴冬梅)

第9章 产褥期疾病

晚期产后出血

晚期产后出血是 (late post partum hemorrhage) 指发生在产后 24 小时之后的产褥期内子宫大量出血。以产后 1~2 周发病最为常见, 亦有迟至 6~8 周甚至 10 周发病者。阴道流血持续或间断; 亦可表现为急剧大量出血。可伴有低热, 且常因失血过多造成严重贫血或休克。

中医无晚期产后出血的病名。根据其临床症状表现, 相当于“产后恶露不绝”、“崩漏”等病的范畴。

[病因与发病机理]

本病以产后恶露不尽或伴有恶臭, 反复阴道出血或突然大量出血, 同时可有血凝块排出为主要临床表现。中医认为, 恶露为血所化, 血源于脏腑而注于冲任。产后多虚、多瘀。若气虚, 可致不能收摄血液, 血溢脉外而大量出血或长期出血。瘀阻于内则好血难安, 可致血不归经而大量出血或长期出血, 且血中多有瘀块。而“虚”又每易致外邪入侵。邪犯冲任, 与血相结, 则可使冲任受损而出血不止。邪热可使血腐败而有恶臭。故气虚、血瘀、血热等均可导致冲任不固, 血不归经而形成本病。

西医认为引起本病的主要原因为胎盘残留、胎盘附着部复旧不全和剖宫产后子

宫伤口裂开。此外, 子宫内膜炎、子宫粘膜下肌瘤感染、绒毛膜癌等也可引起本病。

[临床表现]

一、产后恶露不尽且有臭味, 反复阴道出血或阴道突然大量出血, 同时有血凝块排出。多在产后 1~2 周出现, 少数迟至 6~8 周。

二、可伴有低热、寒战。

三、常因失血过多导致贫血或休克。

四、妇科检查可见子宫大而软, 宫口松弛, 有鲜血自宫腔内涌出, 或宫颈管内有大量血块堵塞, 有时可见残留胎盘组织。

[实验室与其他检查]

一、血常规可见红细胞、血红蛋白降低和 (或) 白细胞增高, 分类异常。

二、尿常规一般无异常。

三、B 型超声波可见子宫复旧不良、宫腔有残留物、子宫粘膜下肌瘤、剖宫产伤口愈合较差等异常。

四、若行诊刮, 应将刮出物送病检以明确致病原因。如胎盘残留常在刮出物中发现绒毛, 蜕膜残留则可见坏死蜕膜区, 混以纤维素、透明变性的蜕膜细胞和红细胞, 但不见绒毛。

[诊断与鉴别诊断]

1. 有上述临床症状和妇科检查的表

现。

2. 仔细窥察软产道, 排除产道损伤所致出血。

3. 注意有无产后滋养细胞肿瘤之转移结节。

4. 确诊常需将子宫刮出物送病理检查。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

(一) 产后生化汤

组成与用法 当归 9g 川芎 3g 红花 6g 桃仁 6g 益母草 9g 泽兰 3g 炙甘草 9g 炮姜 6g 山楂 6g 五灵脂 6g 蒲黄 6g 每日 1 剂, 水煎服, 5 剂为一疗程。

功用与评述 本方较生化汤原方多了红花、泽兰、益母草、山楂、五灵脂、蒲黄, 且用量轻。理由是少用则活血养血, 多用则破血。全方红花、泽兰、益母草、山楂、桃仁、五灵脂、蒲黄活血化瘀; 当归、川芎、甘草养血扶正; 炮姜温经以助血行。全方功能活血化瘀, 兼以养血益气, 使祛瘀而不伤正气。最适用于产后血瘀者。

辨证加减

1. 兼气虚倦怠乏力, 面色苍白少华者加党参、黄芪以益气。

2. 血热而血色鲜红, 质稠粘, 臭秽, 口燥咽干者去炮姜加丹皮、炒栀子、侧柏炭以凉血止血。

(二) 加减生化汤

组成与用法 当归 20g 益母草 30g 川芎 10g 桃仁 10g 炮姜 6g 炙甘草 3g。酌加黄酒, 水煎服, 1 日 1 剂, 连服 3 剂。

功用与评述 当归、益母草养血活

血, 尤其是益母草能显著增加子宫肌肉持久的收缩和紧张性, 促使子宫复元而止血; 川芎、桃仁活血化瘀; 炮姜温经散寒, 增强活血化瘀之功; 炙甘草益气并调和诸药。再加黄酒助药力直达病所, 共同达到气血复而出血止的目的。

辨证加减

1. 气血虚弱者加白术、党参、龟甲胶、黄芪、生地以益气养血。

2. 腹痛甚加蒲黄、五灵脂、玄胡祛瘀止痛。

3. 血寒其下腹冷痛加附子、肉桂温阳散寒。

4. 血瘀发热者减炮姜加生地、赤芍、丹参清热祛瘀。

5. 属虚热者加青蒿或鳖甲清虚热。

(三) 补阳还五汤加减

组成与用法 黄芪 60g 川芎 桃仁 红花 赤芍各 10g 地龙 12g。1 日 1 剂, 水煎服。

功用与评述 重用黄芪益气摄血, 桃仁、红花、赤芍活血化瘀, 川芎行气活血, 地龙活血通络。共同达到固摄冲任而止血的目的。本方最适用于气虚血瘀之晚期产后出血。但经灵活加减, 也适用于各种产后出血之证。

辨证加减

1. 血虚面色少华, 头昏眼花者加阿胶以养血止血。

2. 偏寒下腹冷痛者加炮姜温阳散寒。

3. 虚热两颧红赤, 潮热盗汗者加黄柏、青蒿清虚热。

4. 血瘀较重腹痛者加白芍、玄胡祛瘀止痛。

5. 感染邪毒恶露臭秽者加银花、鱼腥草、败酱草清热解毒。

6. 气滞腹胀者加木香行气消胀。

(四) 蒲黄丸

组成与用法 蒲黄 食醋。将醋适量烧沸后加入蒲黄 60g, 搅拌成稠糊状, 待凉后团如弹子大 (约 9g) 备用。用时每次取 1 丸, 用醋化开后服用。每日服 2 次。

功用与评述 蒲黄甘平, 入肝、心经, 具有良好的活血化瘀止血之力, 善治产后瘀痛; 醋又名苦酒, 古人认为它“酸益血也”, “有散瘀解毒之功”。两药合用能使瘀血祛而新血生, 出血自止。适用于产后血瘀所致的晚期产后出血。

二、专药选用

(一) 新生化冲剂

[广州白云山制药总厂。卫生部药品批准号: WS₃-B-1056-91]

主要成分 当归 川芎 桃仁 炙甘草 干姜 (炭) 益母草 红花。

功用与评述 本方系《傅青主女科》中的生化汤加益母草、红花构成。以当归补血活血为主药, 辅以川芎行气活血, 配桃仁、益母草、红花活血化瘀, 促进恶露恶血排出, 加强子宫收缩, 炮姜温经散寒, 炙甘草和中止痛, 较生化汤原方具有更强的温经活血, 祛瘀生新, 止痛之力。因本方属温性, 不适合阴虚内热患者服用。

药理实验表明, 已有动物实验报道生化汤诸药中有增加宫缩, 镇痛, 消炎的功能使残留的胎盘、胎膜组织脱下。尤其是益母草能显著增加子宫肌肉持久的收缩和紧张性, 促使子宫复元而止血, 更是产后止血良药。

用法与用量 热水冲服, 1 次 2 袋, 1 日 2 次。

(二) 产泰

[四川太极制药有限公司。川卫药准字 (1993) 第 026895 号]

主要成分 黄芪 川芎 何首乌等。

功用与评述 补虚扶正, 益气养血, 化瘀生新。促进子宫收缩及生理功能恢复。用于人工流产、引产、分娩后失血体虚, 恶露量多, 恶露不尽。

用法与用量 口服, 每次 20ml, 每日 3 次。

三、西医药治疗

(一) 少量或中量阴道流血应投以足量广谱抗生素、子宫收缩剂以抗感染和促使子宫复旧。

(二) 疑有胎盘、胎膜、蜕膜残留或胎盘附着部位复旧不全者若保守治疗不效者可行刮宫术。操作力求轻柔, 备血并做好开腹手术的术前准备。刮出物应送病理检查。以明确诊断。术后应继续给予抗生素及子宫收缩剂。

(三) 剖宫产术后阴道流血, 少量或中等量应住院给予抗生素严密观察。阴道大量流血应积极抢救, 此时刮宫手术应慎重。若保守治疗无效, 应适时剖腹探查。

(四) 有较重贫血或因大失血而致体克者, 应予支持疗法。

(五) 若系肿瘤, 应做相应处理。

[预防与护理]

一、产后应仔细检查胎盘、胎膜, 若有残缺应及时清除, 在不能排出胎盘残留时, 可行宫腔探查并给予足量抗菌素预防感染。

二、剖宫产时做到合理选择切口, 避免子宫下段横切口两侧角撕裂及合理缝合。术后更应注意纠正贫血及预防感染。

三、注意会阴部的清洁, 保持恶露排

出畅通。

四、饮食应清淡，富营养；避免过食肥甘厚味及辛辣。

主要参考文献

1. 陈必良, 辛晓燕. 中药产后生化汤治疗胎盘残留. 实用中西医结合杂志, 1998. 8 (11):725~726
2. 赵开元. 生化汤治疗胎盘、胎膜残留 56 例. 中医杂志, 1992. 33 (3):15
3. 李贯彻. 补阳还五汤治疗中孕引产后胎膜残留 50 例. 辽宁中医杂志, 1995. 22 (12):548
4. 张红玉. 单味蒲黄治恶露不绝有良效. 新中医, 1991. 23 (9):16 (张新平)

产褥感染

产褥感染 (puerperalinfection) 是指发生在分娩时及产褥期的生殖道感染, 又称产褥热。尤以新产后多见, 发病率约为 1%~7.2%, 是造成产妇死亡的四大原因之一。

中医无产褥感染病名。根据其临床表现, 它类似于中医的“产后发热”病中的“感染邪毒型”。

[病因与发病机理]

本病多以发热、恶露臭秽、腹痛等为主要症状。中医认为系因产后百脉空虚, 血室正开, 若接生不慎, 或护理不洁, 或不节房事, 致使热毒或湿热邪毒乘虚侵袭而成。正邪交争, 则发热; 邪毒入于血分, 使血败则恶露臭秽; 热结成瘀, 腹部血络不通则腹痛。属本虚标实之证。其本虚在于气血的不足; 标实在于热毒或湿热毒蕴结冲任, 侵袭胞宫。但以邪实为主。

西医认为本病感染的来源有两个方面: 自身感染和外来感染。但多数为内源

性细菌所致, 且多为需氧菌和厌氧菌的双重感染。而所有削弱产妇生殖道和全身性防御能力的因素如贫血、营养不良、慢性疾病、胎膜早破、羊膜腔感染、剖宫产、助产手术及产道损伤、产后出血等都是感染的诱因, 也增加产褥感染的严重程度。

[临床表现]

一、发热

产后发热往往是首先引起注意的临床症状。如果产后 24 小时内体温达到或超过 38℃ 大多系感染引起。但需要指出的是, 约有 1/3~1/2 的产褥感染首先出现的症状并不是发热而是恶露异常或腹膜炎症状。故当结合其它症状和体征。

二、生殖道感染的其它表现

1. 会阴、阴道、子宫颈、剖宫产后腹部伤口感染的表现 伤口疼痛、红肿化脓、阴道疼痛、恶露臭秽等。

2. 子宫内膜炎、子宫肌炎的表现 下腹隐痛, 恶露量多, 混浊有臭味, 有时呈泡沫状, 子宫复旧延缓等。

3. 盆腔结缔组织炎、输卵管炎的表现 在子宫内膜炎的基础之上出现单侧或双侧的下腹疼痛及肛门坠胀, 局部压痛并可扪及增厚的附件甚至肿块等。

4. 腹膜炎的表现 下腹疼痛及腹胀甚或全腹持续性疼痛及呕吐 (为黄绿色或棕色物), 腹部膨隆, 压痛、反跳痛, 肠鸣减弱或消失等。

5. 血栓性静脉炎及脓毒血症的表现 血栓性静脉炎多在继子宫内膜炎后反复在严重的寒战后出现体温急剧上升达到甚至超过 40℃ 在 1~2 小时后又下降到 36℃ 左右。伴下腹持续疼痛, 疼痛也可放射至

腹股沟或肋脊角。由于病变部位较深，多无肯定的阳性体征发现。在脓毒血症时常并发感染性休克和迁徙性脓肿。

三、体征

有心动过速，下腹、子宫、附件压痛，恶露混浊有臭味或呈脓性，盆腔包块等。

[实验室与其他检查]

一、血常规 白细胞总数和中性粒细胞数增高，或有核左移。

二、血清 C-反应蛋白测定 常有明显增高。

三、病原体培养加药物敏感性试验及涂片 病原体培养加药物敏感性试验检查不但可用于明确诊断，并且可为选取最恰当的抗菌治疗提供依据。应取宫腔分泌物或直肠子宫陷凹分泌物或脓液进行需氧菌和厌氧菌的双重培养。若需氧菌培养结果为阴性而涂片中出现大量细菌，应疑厌氧菌感染。

四、必要时可通过 B 超、彩超、多普勒、CT、磁共振等检测手段对感染形成的炎性包块、脓肿及静脉血栓作出定位及定性诊断。

五、对疑有尿路感染的患者应做尿常规及尿培养检查 对疑有呼吸道感染和乳腺感染的患者应摄胸片以明确诊断。

[诊断与鉴别诊断]

一、有产前不节房事或产后不禁房事，临产接生不注意无菌操作，滞产、难产、产创护理不洁等病史。

二、有上述的症状和体征表现。

三、结合血、尿常规检查，血清 C-反应蛋白测定及病原体培养与涂片等辅助

检查一般可以做出诊断。

四、排除引起产褥感染的其它疾病。

1. 与乳痈鉴别 乳痈发热伴有乳房胀硬，红、肿、热、痛甚至溃腐化脓的乳房局部症状。

2. 与产后尿路感染鉴别 产后尿路感染有尿频、急、热、痛等膀胱刺激症状。

3. 与呼吸道感染相鉴别 呼吸道感染有咳嗽、吐脓痰及咽喉肿痛等呼吸道症状。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 小柴胡汤加减方

组成与用法 柴胡 6g 炒白芍 6g 炒黄芩 10g 党参 10g 姜半夏 10g 丹参 10g 益母草 10g 川芎 5g 甘草 3g 生姜 3 片。水煎服，1 日 1 剂。

功用与评述 产后发热患者中常有头昏或头痛，发热以午后为甚，胸闷口苦或泛恶者，此病当属少阳，故应用小柴胡汤加减治之。方中黄芩炒用入肝入肺，寒而不滞，清热不伤脾，更合柴胡和解少阳而发散在表之邪热；合党参、生姜、甘草以健脾，白芍炒用柔肝养血而不阻碍血行，则正气得补，枢机易于疏转，邪气易除。产后多瘀，故加丹参、益母草、川芎活血化瘀而不伤正。

辨证加减

1. 恶露未尽，腹痛拒按，为瘀阻较重，去白芍、生姜，合生化汤共用以加强祛瘀。

2. 发热，微恶寒，肢节烦痛，自汗出，为营卫不和，合桂枝汤共用以调和营卫。

3. 面色不华, 头昏眼花为血虚, 合四物汤共用以加强养血。

4. 脘闷腹胀, 噎腐吞酸为积食, 加鸡内金、山楂、神曲以消食导滞。

5. 本方不适用于热入营血之发热。

(二) 柴胡三仁汤

组成与用法 柴胡 黄芩 半夏 厚朴 杏仁 黄连各 9g 滑石 生薏苡仁 金银花 蒲公英各 30g 西洋参 白蔻各 6g。每日 1 剂, 水煎, 每 6 小时 1 次, 温服。一般服 4~6 剂可愈。

功用与评述 本方适用于湿热内阻之发热。用柴胡、黄芩、黄连、金银花、滑石、蒲公英清热解毒燥湿; 生薏苡仁解毒排脓; 半夏、厚朴、白蔻降气燥湿和胃; 杏仁润肠通便保持大便畅通; 西洋参益气养阴。共同达到祛邪而不伤正的目的。

辨证加减

1. 下腹痛为夹瘀, 加丹参以活血化瘀。

2. 抽搐为兼肝风, 加钩藤、地龙以熄风止痉。

3. 便秘为热结肠道, 加大黄以峻下热结。

(三) 五物汤加味

组成与用法 党参 当归 川芎 白芍 炙甘草各 15g 金银花 30g 鱼腥草 30g 土茯苓 15g。1 日 1 剂, 水煎温服。

功用与评述 本病多因产后气血不足, 而致邪毒入侵。故方中用党参、炙甘草健脾益气; 当归、川芎、白芍养血柔肝以扶助正气; 而以金银花、鱼腥草、土茯苓清热解毒抗感染。全方共用祛邪而不伤正, 扶正而不留邪, 故有良效。

辨证加减

1. 往来寒热加柴胡以和解少阳。

2. 头痛加藁本以祛风止痛。

3. 口渴加天花粉、淡竹叶以生津止渴。

4. 伤食加焦山楂、神曲以消食导滞。

5. 恶露少而腹痛加丹皮、桃仁以活血化瘀。

二、专药选用

(一) 双黄连注射液 (口服液)

[完达山制药厂。黑卫药准字 (1985) 第 00198 号; (91) 卫药准字 Z—83—3]

主要成分 银花、连翘、黄芩。

功用与评述 银花 连翘、黄芩在中药学分类上属于清热药。银花、连翘双为清热药中清热解毒之首药; 黄芩为优良的清热燥湿药。而银花宣散升浮, 连翘、黄芩善清火热, 二药合用, 表里双解, 气血两清, 用于外感风热、温病初起及多种温热病的实热证, 具有良好的清热解毒功效。

药理实验证明, 本品具有解热和抗炎的效果。对肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、链球菌、呼吸道合胞病毒、流感病毒等多种细菌和病毒有较明显的抑制作用。

用法与用量

1. 注射液 每日 40~60ml 加入 5% 或 10% 葡萄糖注射液中点滴。5~7 天为一疗程。

2. 口服液 口服, 每次 20ml, 1 日 3 次。5~7 天为 1 疗程。

(二) 天银清热解毒口服液

[ZZ—0340—川卫药准字 (1996) 第 011362 号]

主要成分 金银花 生地 连翘 栀子 甜地丁 龙胆 黄芩 板蓝根 知母 麦冬等。

功用与评述 金银花、连翘、地丁、板蓝根、长于清热解毒。银花、连翘尤为

清热药中清热解毒之首药；龙胆、栀子、黄芩为优良的清热燥湿解毒药。生地、知母、麦冬具有清热而不伤阴的功效。而连翘、银花宣散升浮；龙胆、栀子、黄芩苦降；生地善清血热。合用则能气血两清，具有良好的清热解毒功效而又不伤正气，用于产后邪毒感染正为对证。

三、西医药治疗

1. 支持疗法 纠正贫血与电解质紊乱，增强免疫力。

2. 清除宫腔残留物，脓肿切开引流，取半卧位等手法去除病源组织。

3. 抗生素的运用 应注意需氧菌与厌氧菌以及耐药菌株的问题。感染严重者，首选广谱高效抗生素行综合治疗。必要时可短期加用肾上腺糖皮质激素，提高机体应激能力。

4. 对血栓性静脉炎者在运用大量抗生素的同时，加用肝素 48~72 小时，即肝素 50mg 加 5% 葡萄糖溶液静脉滴注，6~8 小时 1 次，体温下降后改为 1 日 2 次，维持 4~7 日，并口服双香豆素、潘生丁等。若化脓性血栓不断扩散，可考虑结扎卵巢静脉、髂内静脉等，或切开病变静脉直接取栓。

5. 严重病例引起中毒性休克、肾功能衰竭，应积极抢救，治疗应争分夺秒，否则可致死。

〔预防与护理〕

一、接生时注意严密消毒，仔细缝合裂伤，避免产时感染，对难产病人给予必要的预防感染措施。

二、产褥期严禁房事和盆浴，不做不必要的阴道检查，并保持外阴部和纸垫的清洁。

三、产后宜取半卧位，以利恶露的排出。

四、高热时注意观察患者出汗情况，鼓励患者多饮水，必要时给予静脉补液。

五、饮食上注意多进食新鲜蔬菜及适量瘦肉、鸡蛋等以加强营养，夏天可食绿豆汤、西瓜汁等，忌食生冷、辛辣、酸涩、过于油腻不易消化的食物。

六、对恶露排泄不畅，小腹疼痛者可给予腹部热敷或艾灸以助恶露排出。

主要参考文献

1. 张机. 加减小柴胡汤治疗产后发热 16 例. 四川中医, 1997, 15 (6):38
2. 吕朝重. 柴胡三仁汤治疗剖腹产术后发热 23 例. 中医研究, 1992, 5 (3):38
3. 孙元乐. 五物汤加味治疗产后发热 186 例. 湖北中医杂志, 1993, 15 (4):15

(张新平)

产褥期感冒

产褥期感冒 (puerperal cold) 是在产褥期发生的感冒。西医妇科对此未见特殊论述。

中医过去多在“产后发热”病中论及。因它和普通感冒比较具有其特殊性，故特在此立专篇论之。

〔病因与发病机理〕

本病以恶寒发热，汗出，脉浮为主要特征，故当属广义的感冒病范畴。本病发生在产后，而产后阴血骤虚，阳气易浮，每致产妇腠理不密，卫阳不固。“邪之所凑，其气必虚”。此种状态最易导致外邪袭表犯肺。风、寒、暑、热之邪乘虚而入，正邪交争于表则恶寒发热；阳气浮越与腠理不密，卫阳不固均可致多汗；邪气

在表则脉浮。是以本病为气血不足为本，邪气外袭为标的本虚标实之证。和普通感冒相比自有其特殊性。

西医认为感冒 70%～80% 由病毒引起，细菌感染可直接或继病毒感染之后发生。产褥期感冒是在产妇因生产使身体防御功能降低时，因受寒等诱因使原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌迅速繁殖而引起。

〔临床表现〕

一、症见发热、恶寒或恶风，汗出，喷嚏，流清涕，或见头痛、身痛，脉浮等。

二、常无特殊异常体征和生殖道感染的表现。

三、体温可是低热，也可是中等度热甚或高热。

〔实验室与其他检查〕

一、血常规检查无明显异常或仅白细胞总数降低或升高、淋巴细胞相对偏高等。

二、其它检查亦多无异常。

〔诊断与鉴别诊断〕

一、有产时或产后感寒受风的病史。

二、有上述临床表现。

三、需与以下疾病初期有表证者相鉴别。

1. 与产褥感染相鉴别 产褥感染多为中等度以上的热，且有生殖道感染的其它表现，且多有白细胞总数升高及中性粒细胞的升高。

2. 与乳痈鉴别 乳痈伴有乳房胀硬，红肿热痛甚至溃腐化脓的乳房局部症状，且多有白细胞总数升高及中性粒细胞的升高。

3. 与产后尿路感染鉴别 产后尿路

感染有尿频、急、热、痛等膀胱刺激症状；血常规检查常见白细胞总数和分类的异常；小便常规常可见到红细胞和白细胞；尿培养常能找到大量致病菌。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

（一）五物汤加味

组成与用法 党参 当归 川芎 白芍 炙甘草各 15g。有汗加桂枝，无汗加麻黄；往来寒热加柴胡；头痛加藁本。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 本病系产后气血俱虚，阳气浮越于外，致卫阳不固，外邪乘虚入侵而成，故治宜调气血，和营卫为主。方用党参、甘草益气 and 卫；当归、白芍、川芎补血和营，气血充足则营卫和谐。桂枝、藁本解肌和营卫祛风；麻黄辛温发汗解表；柴胡和解少阳。

辨证加减

1. 口渴甚为阴津受伤，加天花粉、淡竹叶生津液。

2. 发热甚加金银花、土茯苓、鱼腥草清热解毒。

3. 面色不华，倦怠乏力少气懒言为气血虚，加黄芪、地骨皮、鳖甲益气养阴清虚热。

4. 不思饮食，噎腐吞酸为伤食，加焦山楂、神曲消食导滞。

5. 恶露夹块，行而不畅为血瘀，加丹参、益母草、红花活血化瘀；更见恶露少而腹痛者加丹皮、桃仁活血止痛。

（二）荆防四物汤加减

组成与用法 荆芥 防风各 10g 生地 15g 当归 10g 赤芍 12g 川芎 6g 苏叶 10g 银花 15g 甘草 6g。每日 1 剂，

水煎作3次温服。

功用与评述 产后感冒系本虚标实之证。本虚主要为阴血之不足，实者为风邪入侵。故治宜扶正祛邪。本方用四物汤以补益阴血；荆芥、防风、苏叶、银花共用辛散而祛风解表，甘草调和诸药。全方疏风解表而不偏寒热，且不伤正，正合产后感冒病机，故无论风寒、风热均可用之。

辨证加减

1. 头痛甚加白芷、蔓荆子各10g，以祛风止痛。

2. 咳嗽，鼻塞甚者加麻绒、桂枝各10g，以辛温发表。

二、专药选用

(一) 姜枣祛寒冲剂

[国营扬州中药厂。苏卫药准字(1991)第168302号]

主要成分 干姜 大枣。

功用与评述 适用于风寒感冒，胃寒疼痛证。干姜性味辛热，热能祛寒，辛能发散，有发表疏散，宣通肺气之力；大枣性味甘温，甘能补中，温能益气，为补益脾胃的要药。本为风寒感冒，胃寒疼痛证而设，但因其温而不燥，温中有补，亦与产后正虚邪袭之证颇为贴切，故可用治产后感冒而胃中觉冷者。

用法与用量 每日3次，每次1~2包，开水冲服。

(二) 桂枝合剂

[峨眉健康大药厂。ZZ—2977—1987卫药准字 ZF—071号]

主要成分 桂枝 白芍 生姜 大枣等。

功用与评述 解肌发表，调和营卫。本文祛邪而不伤正，最为产后感冒所适用。但全方药性辛温，故宜用于外感风

寒，头痛发热，鼻塞干呕，汗出恶风等症。表实无汗和温病内热口渴者忌服。

用法与用量 口服，每次服10~15ml，每日3次。

(三) 双黄连注射液(口服液)

[黑卫药准字(1985)第二00198号；(91)卫药准字Z—83—3]

主要成分 银花 连翘 黄芩。

功用与评述 银花、连翘、黄芩在中药学分类上属于清热药。银花、连翘同为清热药中清热解毒之良药；黄芩为优良的清热燥湿药。而银花宣散升浮，连翘、黄芩善清火热，三药合用，表里双解，气血两清，用于外感风热、温病初起及多种温热病的实热证，具有良好的清热解毒功效。故用于产后属风热感冒者当属有效。

药理实验证明，本品具有解热和抗炎的效果。对肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、链球菌、呼吸道合胞病毒、流感病毒等多种细菌和病毒有较明显的抑制作用。

用法与用量

1. 注射液：每日40~60ml加入5%或10%葡萄糖注射液中点滴。5~7天为一疗程。

2. 口服液：口服，每次20ml，一日3次。5~7天为一疗程。

三、西医药治疗

(一) 复方解热镇痛药

1. 可立克 成分为三环癸胺、对乙酰氨基酚、马来酸氯苯拉敏、人工牛黄等。既有强效抗病毒作用，又可消除伤风感冒的各种症状，为新型伤风感冒特效药。口服每次1粒，每日2次。

2. 美息伪麻片(白加黑感冒片) 日片每片含扑热息痛325mg，盐酸伪麻黄碱30mg，氢溴酸右美沙芬15mg；夜片每片

除含上述成分外，另加盐酸苯海拉明 25mg。日片具有可靠的解热、镇痛、止咳和收缩毛细血管作用；夜片除上述作用外，还有抗过敏、镇静、催眠作用。口服，白天服用白色片每次 1~2 片，每日 2 次；睡前服用黑色片每次 1~2 片，每日 1 次。

（二）抗微生物药物

在血常规检查发现有感染时使用。如：

1. 青霉素 V 钾片 口服，每次 1 片，每日 3~4 次（有青霉素过敏史的患者慎用；高度过敏体质的患者忌用）。

2. 复方新诺明 口服，每次 1~2 片，每日 2~3 次，首次加倍。对磺胺药过敏者禁用。

3. 青霉素 80 万 U，肌肉注射，每日 3 次。对青霉素过敏者禁用。

〔预防与护理〕

一、产时和产后避免受寒。

二、注意居室卫生（可用食醋 500ml 煮沸熏房间）。

三、因产后出汗较多，要避免直接风吹。

四、饮食宜清淡，富营养，易消化。

主要参考文献

1. 孙元乐. 五物汤加味治疗产后发热 186 例. 湖北中医杂志, 1993, 15 (4): 15

2. 曾立昆, 彭叔余编著. 妇儿科疑难病的中医治疗. 北京: 人民军医出版社, 1996. 146

3. 容建材, 廖锡麟主编. 新编实用药物手册. 南京: 东南大学出版社, 1996. 115, 116

(张新平)

产后尿潴留

产后尿潴留 (post partum ketention of urine) 是指妇女生产后尿液潴留在膀胱内

不能正常排出。以初产妇、难产、产程长及手术助产者多见。是产后常见疾病之一。

中医将其称之为“产后小便不通”、“产后小便难”。

〔病因与发病机理〕

本病以产后小便量少甚或点滴难出为主要临床表现。中医认为，本病是水液代谢失常的疾病。由于肺为水之上源，脾主运化，肾为水脏而司膀胱气化，肝主疏泄，均和水液代谢的正常与否密切相关。故本病的病变部位虽在膀胱，却和肺、脾、肾、肝诸脏的功能是否正常密切相关。若肺、脾气虚不能通调水道；肾阳不振，气化失司；肝气郁结，气机阻滞使清浊升降失调；或滞产致膀胱受压过久，气血运行不畅都可引起水液代谢失常，膀胱气化失司，致小便不能正常排出体外而形成产后小便不通。

西医则认为本病多因分娩时胎先露部对膀胱颈部长时间的压迫，分娩及阴道手术产对会阴、阴道的损伤、疼痛等导致组织水肿和神经功能障碍。

〔临床表现〕

一、产后小便量少，点滴难出甚或闭塞不通。

二、腹部检查见小腹胀满，膀胱胀大。

三、行导尿术可有小便排出。

〔实验室与其他检查〕

一、血常规检查常多无明显异常。

二、小便常规一般可无异常，但行导尿术者可因合并感染而出现感染征象。

〔诊断与鉴别诊断〕

一、产后 8 小时后仍小便闭塞不通或

量少，点滴难出。

二、小腹部可扪及胀大的膀胱，行导尿术可有小便排出。

三、需要与产后尿路感染进行鉴别
产后尿路感染也常常见到小便量少，排尿困难，与产后尿潴留相似。但产后尿路感染伴有尿频、疼痛，每天排出的尿的总量多数正常；血常规检查常见白细胞总数和分类的异常；小便常规常可见到红细胞和白细胞；尿培养常能找到大量致病菌。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 八珍汤化裁方

组成与用法 党参 20g 甘草 15g 白术 20g 炮姜 20g 当归 20g 川芎 10g 桃仁 15g 篇蓄 20g 灯心草 15g 大腹皮 20g。一剂，煎汤代茶饮。

功用与评述 方中用党参、甘草、白术健脾益气；当归、川芎、桃仁、养血活血；炮姜温经而助气血流通；篇蓄、灯心草、大腹皮利尿行水，共起益气调血、利尿行水之功。

辨证加减

1. 兼见小腹坠胀者为中气下陷，可加用升麻 12g、柴胡 5g 补中益气。

2. 兼尿血者去桃仁、川芎，加三七粉（冲服）6g、琥珀粉（冲服）6g。

(二) 宣升通利汤

组成与用法 桔梗 杏仁 紫菀 升麻 白术 猪茯苓 川桂枝 木通各 10g 生黄芪 30g 泽泻 15g 车前仁 30g（包）生大黄 6~9g。1 日 1 剂，水煎取两次药汁，混匀，上、下午分服。可同时针关元、气海、中极、三阴交、阴陵泉。得气后留针 15 分钟，5 分钟捻转 1 次，用中

强刺激。部分加灸关元、中极至皮肤潮红。

功用与评述 方中用桔梗、杏仁、紫菀开宣肺气；升麻、白术、黄芪升清益脾；桂枝通阳化气；猪茯苓、泽泻、车前仁渗湿利水；生大黄调气行血，疏导下焦，开启闭塞，便通往往洩亦通。大便溏者可减少大黄用量，但却不可不用。全方宣肺升脾治其本，通利下焦治其标，升降并用，标本同治，故效若桴鼓。

辨证加减

1. 舌红少津，肺阴不足者，加麦冬、北沙参各 10g 以养肺阴。

2. 舌苔黄腻，湿热较重者，加黄芩、淡竹叶各 10g 以清热除湿。

3. 倦怠乏力，少气懒言者为气虚甚，加生晒参 20g，另煎炖服以大补元气。

(三) 黄芪桂枝五物汤加减

组成与用法 黄芪 15g 桂枝 10g 炒白芍 10g 茯苓 10g 桔梗 10g 通草 10g 生姜 6g 炙甘草 5g。1 日 1 剂，水煎服。

功用与评述 本方用黄芪桂枝五物汤益气通阳，调和营血以助膀胱气化，而“上窍开则下窍通”，故加桔梗开宣肺气于上；通草、茯苓泻浊利尿于下。上通则下达，气升则水降，小便自能顺利解出。

辨证加减

1. 便秘，加大黄 6~10g 峻下通便。

2. 气虚，加人参 10~15g 大补元气。

3. 偏阳虚有寒，重用桂枝加高良姜 10g 以温阳散寒。

4. 低热、恶露腥臭，加黄柏、车前仁各 10g 以清热解毒。

(四) 益气启闭汤

组成与用法 黄芪 20g 白术 陈皮 桔梗各 10g 当归 12g 升麻 通草各 6g

熟地 枸杞子各 15g。每日 1 剂，水煎服。一般服用半剂至 2 剂即愈。

功用与评述 黄芪、白术、陈皮、当归、升麻补益中气，佐熟地、枸杞子补益肾气，升麻与通草配伍，升清降浊，相得益彰，桔梗善于升提肺气，实寓“下病上治，提壶揭盖”之意。诸药相合，共奏益气启闭之功。

辨证加减

产道撕裂者加败酱草、蒲公英以防邪毒入侵。

二、西医药治疗

(一) 药物治疗

1. 刺激膀胱肌收缩的药物 如选用新斯的明 1mg 肌肉注射（亦可取双侧神门、双侧三阴交穴；或取气海和双侧足三里穴做穴位注射。经常规消毒后用 5 号针头快速刺入穴位，经提插等手法得气后各注入药物 0.25mg。往往较肌肉注射效果好）。

2. 应用松弛尿道括约肌的药物 如哌唑嗪 1mg，每日 3 次，连用 1~2 周，至拔尿管后能顺畅排出小便为止。低血压者慎用。

3. 抗感染治疗 除了会阴清洁外，可选用适当的抗生素。如口服氟哌酸 200~400mg，每日 3 次。

4. 应用能量合剂、维生素等促进细胞的代谢功能。

(二) 持续或间断导尿，锻炼膀胱肌

需采用无菌导尿。导尿时应注意缓慢排空膀胱，一次放尿不能超过 1 000ml。避免膀胱内压突然下降引起膀胱粘膜血管破裂。一般放尿至 600ml 时应夹住尿管，30~60 分钟后再放尿，在 2~3 小时内排尽。估计排尿功能一时不能恢复的病人，应留置导尿管。可先在导尿后持续开放

24~48 小时，以后夹住尿管，每 3~4 小时定时开放一次，2~3 天后拔出，或至能自解小便，剩余尿少于 50ml 时为止。对留置导尿管的病人最好使用无菌密闭集尿器并全身使用抗生素；也可做膀胱灌注。如使用新霉素-多粘菌素灌注液（每升灌注液中含新霉素 40mg 和多粘菌素 20mg，可供 24 小时使用，即每小时用 40ml）。

[预防与护理]

一、尽量缩短第二产程，避免对膀胱颈部长时间的压迫。

二、接生时尽量避免对会阴、阴道的损伤。

三、应尽量鼓励自行排尿，早期起床活动。

四、没有腹部伤口的病人下腹部可做热敷，亦可按摩膀胱区及热水坐浴等，以温通气血。

五、产后注意保暖，避免受寒。

六、保持心情舒畅，以避免加重病情。

七、饮食宜清淡、富营养，忌食生冷、辛辣、酸涩、过于油腻不易消化的食物。

八、注意保持外阴清洁。

主要参考文献

1. 李翎、孙少敏、陈沫，等。中西医结合治疗产后尿潴留 68 例。中西医结合杂志，1998，18（2）：103
2. 丁世幸。宣升通利汤治疗产后、术后尿潴留。实用中西医结合杂志，1997，10（3）：395
3. 李廷均，孙海洋，肖霞。黄芪桂枝五物汤治疗产后尿潴留 35 例。河北中医药，1992，14（5）：36
4. 张景明、赵名岳、陈震林。山西中医，1996，12（2）：17~18

（张新平）

产后缺乳

产后和哺乳期乳汁分泌过少或全无，称为产后缺乳（post partum Insufficiency of Breast Milk）。多见于平时身体虚弱、产时失血过多或产时、哺乳期情绪不畅以及哺乳不当的妇女。

中医亦将本病称之为“缺乳”，又称“乳汁不足”、“乳汁不行”。

[病因与发病机理]

本病以哺乳期乳汁减少或无，乳房或柔软不痛（属虚），或胀硬作痛（属实）为主要临床表现。中医认为乳汁是气血所化生，而乳房属胃，乳头属肝。故若脾胃素虚，气血生化之源不足或因产时失血过多，气随血耗，可致气血虚弱，无以化乳；肝郁气滞，阻滞气机，可使气血不能转注于乳房而化生乳汁；亦可因产后哺乳不当，乳汁瘀积，使乳络不通，乳汁运行受阻而造成缺乳。其病位在肝、胃，而证有虚、实之分。虚者为气血虚弱，无以化乳；实者为气机阻滞，气血不能尽快转注于乳房而化生乳汁，或乳络不通，有乳汁不能排出。

西医认为产后缺乳是因为①垂体功能低下或孕期胎盘功能不全阻碍乳腺的发育，影响产后乳汁分泌；②乳汁开始分泌后发生营养不良、精神恐惧或抑郁致垂体前叶催乳激素分泌减少，使乳汁不分泌或分泌减少；③哺乳不当，如哺乳次数太少或乳房不能排空，造成乳汁淤积转而影响乳汁分泌。

[临床表现]

- 一、产后和哺乳期乳汁分泌过少或全无。
- 二、乳汁清稀，乳房柔软，不胀不

痛；或乳汁浓稠，乳房胀硬作痛。

三、妇科检查常常无特殊异常发现。

[实验室与其他检查]

一、血常规检查或可见到红细胞和血红蛋白的降低，一般无感染征象。

二、其它检查亦常无异常发现。

[诊断与鉴别诊断]

一、乳汁全无或过少不够婴儿吮吸。

二、乳汁清稀，乳房柔软，不胀不痛者多属气血不足的虚证；乳汁浓稠，乳房胀硬作痛者多属肝郁气滞或乳络不通的实证。

三、应与乳痈缺乳者相鉴别 乳痈有乳房红、肿、热、痛，继而化脓溃破，且多见血常规检查中有白细胞总数及中性粒细胞的升高；而本病虽可有肿、痛但绝无红、热表现，更无化脓溃破现象，且血象常不见感染征象。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

（一）通乳方

组成与用法 葛根 15～30g 穿山甲 10g 王不留行 10g 漏芦 10g 路路通 15g 川芎 10g 黄芪 15g 白术 10g 当归 10g 陈皮 10g 甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 葛根善升清，入脾胃，通血络，使气血得以顺利上达乳房而转化为乳汁；穿山甲、王不留行、漏芦、路路通、川芎行气通络而保持乳络畅通；黄芪、当归益气养血补充气血之不足；白术、甘草、陈皮健脾益气滋化源而助气血生成。则气血足又能顺利到达乳房而转化

为乳汁；乳络通畅能使乳汁顺利排出，则缺乳可疗。

辨证加减

1. 口燥咽干，舌上少苔者为胃阴亏虚，加麦冬、天花粉、玉竹等益胃养阴。

2. 舌苔厚腻，脘胀纳差者为脾虚湿滞，加藿香、砂仁醒脾助运。

(二) 孟氏家传验方

组成与用法 穿山甲 王不留行 漏芦 通草 路路通 寸冬 木通（原方未附剂量）。1日1剂，水煎服。

功用与评述 穿山甲、王不留行、路路通、漏芦通络下乳；通草、木通理气宣络；麦冬健脾益胃。使脾胃功能正常能生成气血；乳络通畅，乳汁能正常排出，则缺乳可治。

辨证加减

1. 气血虚弱加党参、当归益气养血。

2. 肝郁气滞加香附、丹参理气活血。

(三) 通肝生乳汤加减

组成与用法 白芍（醋炒）当归（酒洗） 白术（土炒） 麦冬（麸炒）各15g 炮山甲 熟地黄各10g 炙甘草 通草 柴胡 远志 桔梗 白芷各3g。辨证属气血虚者去远志，加猪蹄1只。每日1剂，水煎服。

功用与评述 通肝生乳汤原出自《傅青主女科》，用于治疗肝气郁结的乳汁不通。这里将其加减化裁用之。方中白芍、当归、熟地黄、麦冬养血补血，白术、甘草健脾益气，且将当归、白芍、白术、麦冬的剂量加大，加强补气血之功；而从另一角度看，白芍、当归、熟地黄、麦冬具有养血柔肝之功，配柴胡解郁，通草通络又有疏肝解郁之效。傅氏谓其“大疏肝木之气而阳明之气血自通，而乳亦通矣”。而远志消肿散结，善消乳房肿痛，肝郁缺

乳者伴乳房胀痛用之多效，气血不足者自应去之。笔者在方中再加入山甲、桔梗、白芷，意在加强下乳功力，与其它药配合，共奏益气健脾，疏肝解郁，通络催乳之效。故本方可用于各种缺乳之证。

(四) 通乳汤

1号：

组成与用法 当归9g 黄芪6g 或制首乌12g 木通3g 或通草3g 冬葵子12g 赤豆少许，水煎服，1日1剂。

功用与评述 当归、制首乌、冬葵子、赤豆养血；黄芪益气生血，共同促进乳汁的生成。木通、通草都具有通络下乳的功能，促进乳汁的正常泌出。适用于气血不足型缺乳。

2号：

组成与用法 蒲公英9g 漏芦9g 王不留行9g 通草3g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 蒲公英、漏芦、冬葵子清热解毒下乳；王不留行活血通络下乳；通草通络下乳。适用于乳络不通郁而化热者。

二、专药选用

(一) 益坤产复康冲剂

[南方制药厂。ZZ—2457 苏卫药准字(1993)第102206号]

主要成分 益母草 何首乌 当归 熟地黄 黄芪 香附等。

功用与评述 本方具有滋阴补血，益气升阳，疏肝理气作用。能促进气血化生乳汁，并使乳汁顺利分泌，故能改变产后乳汁之不足。

用法与用量 口服，每次2袋，每日3次。

(二) 十全大补膏

[国营扬州中药厂。ZZ—2457 苏卫药准字(1993)第 102206 号]

主要成分 党参 白术 茯苓 甘草 当归 川芎 白芍 熟地黄 黄芪(蜜炙) 肉桂。

功用与评述 本品大补气血而助气血上达乳房而化生乳汁,故用于气血虚弱之产后缺乳有良效。

用法与用量 口服,每次 20~30ml,每日 2~3 次。

三、西医药治疗

1. 胃复安每次 10~20ml,每日 3 次,连用 10 日。

2. 维生素 E 200mg,每日 2~3 次,连用 5 日。

3. 催奶片(每片含维生素 L 10mg、乳酸钙 60mg、酵母粉 50mg、王不留行 0.1g)口服,每次 2~3 片,每日 3 次,饭前服。

[预防与护理]

一、适当多食营养丰富的汤菜,以促进乳汁的分泌。

二、保持心情舒畅,避免精神恐惧和抑郁。

三、每次哺乳注意排空乳汁,以避免乳汁淤积。

四、本病越早治疗效果越佳,故应及早用药。

主要参考文献

1. 杨烈彪,赵习德.葛根通乳善治乳痈.中医杂志,1999,40(5):261

2. 孟庆珠.中药治疗产后缺乳症 485 例.黑龙江中医药,1987,(4):47

3. 黄伏顺 通肝生乳汤治疗产后缺乳 61

例.陕西中医,1993,14(6):252

4. 容健材,廖锡麟,等主编.新编实用药物手册.南京:东南大学出版社,1996,1269

5. 袁建寰,林静吟.中成药,1999,21(3):133

6. 张建玉,蔡晓玲.几种常见妇科病的中西药物治疗.实用中西医结合杂志,1998,11(1):12~13

(张新平)

产后乳汁自出

妇女生产后未经婴儿吮吸而乳汁不断自行流出者称作产后乳汁自出(post partum leaking milk)。若体质健壮,乳汁充沛,乳房饱满,由满而溢者不可作病论。中医又把它称作“漏乳”、“乳汁自涌”。

西医妇科对此没有特殊的论述。

[病因与发病机理]

本病以乳汁未经婴儿吮吸而不断流出为主要临床表现。中医认为,乳房属胃而乳头属肝,此多因产时失血伤气造成气血亏虚,使中气不足,摄纳无权,乳汁随化随出;或因郁怒伤肝,肝郁化火,使肝气疏泄太过,迫乳外出而成。故其病理表现虽在乳房,病位却在肝、胃,而证有虚实之分。虚者为气血虚弱;实者为肝郁化火。

[临床表现]

一、乳汁未经吮吸而不断自行流出。

二、乳汁清稀,乳房柔软,不胀不痛或乳汁浓稠,乳房胀硬作痛。

[实验室与其他检查]

一、血常规检查可有红血球和血色素的降低;一般无感染征象。

二、其它检查亦多无异常。

[诊断与鉴别诊断]

一、乳汁未经吮吸而不断自行流出。

二、乳汁清稀，乳房柔软，不胀不痛者多属气血不足的虚证；乳汁浓稠，乳房胀硬作痛者多属肝郁化火的实证。

三、若只在乳房充盈时才流出者属正常，不需治疗。

四、乳房胀硬作痛者应与急性乳腺炎鉴别

急性乳腺炎有乳房红、肿、热、痛，继而化脓溃破，且血常规检查有白细胞总数的明显增高和分类的异常；而本病可有肿、痛，但无红、热表现，更无化脓溃破现象，血常规检查也多无白细胞的异常。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 熊维美治乳汁自出方

组成与用法 炙黄芪 45g 防风 12g 白术 15g 白糖参 10g 麦冬 15g 五味子 6g 煅龙骨 30g 煅牡蛎 30g。每日 1 剂，水煎服，连服 3 剂。

功用与评述 此方适用于产后乳汁自出，他无明显不适者。以炙黄芪、白糖参、白术益气健脾，固摄乳汁；麦冬、五味子养阴生津，并能酸敛摄乳；煅龙骨、煅牡蛎益阴潜阳而固摄之力尤佳；产后腠理空虚，易兼有外感，故再加防风以防固摄而留邪。全方共用能益气血而摄津液，兼能防正气不足而感受外邪，何愁乳汁自出。

辨证加减

1. 兼恶风寒多为营卫不和，合桂枝汤。

2. 兼气短，腹部下坠，恶露不绝而色淡为中气下陷，加柴胡、升麻、当归。

3. 肝经郁热，症见烦躁易怒，胁痛胸满者不宜服用。

(二) 疏肝敛乳汤（笔者经验方）

组成与用法 柴胡（醋炒）6g 当归 12g 白芍（酒炒）10g 黄芪 30g 山药 30g 荆芥穗 3g 金樱子 10g 煅牡蛎 15g 丹皮（炒）10g 栀子 6g 炙甘草 3g。每日 1 剂，水煎服，连服 1~3 剂。

功用与评述 本方适用于肝郁化火所致的乳汁自出。以柴胡、荆芥穗疏肝理气，丹皮、栀子清肝泄热，白芍、金樱子、煅牡蛎柔肝敛阴，当归、黄芪、山药、甘草益气养血。肝气得疏，肝火得平，气血充足，阴津得敛，何愁不愈。

辨证加减

1. 兼脘闷纳差者为肝木克土，加陈皮、木香。

2. 小腹疼痛者为兼瘀，加益母草、郁金、生山楂。

注：若经辨证论治乳汁仍不断自行溢出者只有采用回乳治疗。其法可用炒麦芽 60~200g 煎汤代茶饮；或用兔怀散：红花、赤芍、当归尾、川牛膝水煎服，连服 3 剂。

二、专药选用

十全大补膏

[国营扬州中药厂 ZZ-2457 苏卫药准字 (1993) 第 102200 号]

主要成分 党参 白术 茯苓 甘草 当归 川芎 白芍 熟地黄 黄芪（蜜炙） 肉桂。

功用与评述 功能大补气血。《医宗金鉴·妇科心法要诀》谓：“产后乳汁暴涌不止者，乃气血大虚，宜十全大补汤重用

人参、黄芪。”十全大补膏系用十全大补汤方经现代制药技术提炼制成，故当有大补气血而收摄乳汁的功效。十全大补膏有改善和促进造血机能的作用。药理实验证明，术后患者都有不同程度的气血虚证，十全大补膏能使其 A（白蛋白）、A/G（球蛋白）、HB（血红蛋白）、RBC（红细胞）、和 PT（血小板）等值较不服药者增加显著。说明它能纠正和减轻低蛋白血症和贫血。

用法与用量 温开水冲服，每次10～15g，每日2次。

三、西医药治疗

女性素每次5mg，第一天服3次；第2天服2次；第3天服1次。

[预防与护理]

- 一、保持心情舒畅，避免五志过急。
- 二、加强营养，但避免过食辛辣、生冷。
- 三、保持乳房清洁，预防继发感染。

主要参考文献

马爱华，何嘉琅，贾晓航主编．全国名医妇科验方集锦．杭州：浙江中医学院科研处、浙江中医学院中医妇科刊授中心（内部刊物），1987．210
(张新平)

产后子宫复旧不全

在正常情况下，分娩后的子宫由于其肌肉的收缩、缩复作用，迫使肌层内血管腔闭锁或狭窄，子宫肌细胞缺血并发生自溶，子宫体积明显缩小，胎盘剥离面亦随着子宫的缩小和新生内膜的生长而得以修复。一般在产后5～6周可恢复到非孕状态。若因各种因素导致产后6周子宫仍

未能复旧，称为产后子宫复旧不全(subinvolution of uterus)。

中医没有产后子宫复旧不全的病名。根据其临床表现，本病相当于中医“产后恶露不绝”、“产后恶露不下”及“产后腹痛”的范畴。

[病因与发病机理]

本病以产后恶露异常或伴产后腹痛为主要临床表现。恶露为血所化，血源于脏腑而注于冲任。产后多虚、多瘀。虚者产时耗气伤血，必致气血受损；瘀者或因气虚运血无力，或因产时、产后感寒等因致使寒凝而血脉运行不畅，或因情志不畅致气滞而血行受阻，或因产后不善加调摄致邪热入于冲任而与血相结。以上诸因皆可使脏腑受病，冲任不固，导致恶露异常。而腹痛则多因上述各种病因致胞络受阻，血行不畅，“不通则痛”矣。

西医认为下列因素常影响子宫复旧：
①部分胎盘、胎膜残留；②子宫内膜炎、子宫肌炎、盆腔感染；③膀胱过度膨胀或长期处于膨胀状态；④子宫肌壁间肌瘤、子宫腺肌病；⑤子宫过度后倾后屈，影响恶露排出；⑥多胎妊娠、羊水过多；⑦多产妇产次分娩引起子宫纤维组织相对增多；⑧过大胎盘使胎盘附着部位肌层较薄，收缩力弱，影响子宫复旧。

[临床表现]

一、恶露异常

血性恶露持续时间延长，超过7～10天未尽；恶露量明显增多甚至大出血；恶露混浊或伴有臭味，在血性恶露停止后还可有脓性分泌物排出。偶尔亦有表现为恶露量少而腹痛剧烈者。

二、其它表现

产妇多有腰痛及下腹坠胀。如子宫复旧不全未能及时纠正，因伴有慢性炎症，致使子宫壁内纤维组织增多，形成子宫纤维化，则可引起月经期的延长和月经量的增多。

三、妇科检查

子宫较同时期的正常产褥期子宫大且软，多取后倾后屈位，常有轻度压痛。宫颈软，宫口多未关闭。

[实验室与其他检查]

一、血常规检查 显示缺铁性贫血或感染征象。

二、血液流变学检查常提示产妇血液具有凝固性强，流动性差的特性。

三、B超 常提示宫腔内有胎膜、胎盘组织残留、子宫增大、子宫内膜炎、子宫肌炎、盆腔感染、子宫肌瘤等异常。

[诊断与鉴别诊断]

一、有典型的恶露异常或伴有腰痛及下腹坠胀。

二、妇科检查发现子宫较同期正常产褥子宫大而软，多呈后倾后屈位，可伴有压痛；宫颈软，宫口多未闭。

三、B超提示宫腔内有胎膜、胎盘组织残留、子宫增大、子宫内膜炎、子宫肌炎、盆腔感染、子宫肌瘤等异常。

四、血常规检查显示缺铁性贫血或感染征象，或血液流变学检查提示产妇血液具有凝固性强，流动性差的特性。

五、大出血不止或长期出血不止的患者必要时可作 β -HCG检查，或诊刮送病理检查以排除滋养细胞肿瘤等疾病。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 姚氏复宫方

1. 复宫Ⅰ号方

组成与用法 生黄芪 30g 党参 30g 益母草 30g 炙升麻 10g 炒柴胡 10g 五味子 10g 艾叶炭 10g 当归 12g 失笑散(包) 12g 炮姜 6g。每日一剂，水煎服，连服5天。

功用与评述 本方适用于气虚血瘀型产后子宫复旧不全。全方重在补气升提而化瘀固冲。以党参、黄芪补气健脾，柴胡、升麻升提中气，益母草、当归、失笑散活血化瘀，艾叶炭、炮姜温经止血，五味子、当归养阴血以补产后血之不足，则气血得复，瘀血得去，冲任得固而子宫可以复旧矣。

2. 复宫Ⅱ号方

组成与用法 红藤 30g 败酱草 30g 马齿苋 30g 银花 15g 连翘 15g 莪术 15g 皂角刺 15g 失笑散(包) 15g 生大黄 6g 生薏苡仁 40g。每日1剂，水煎服。在用药的同时酌情给予抗生素。密切观察体温、腹痛、出血及血象变化，巩固治疗不少于半个月。

功用与评述 本方适用于热毒蕴结型产后子宫复旧不全。以红藤、败酱草、马齿苋、银花、连翘、生薏苡仁清热解毒排脓，生大黄泄热通腑，莪术、皂角刺、失笑散祛瘀通络。全方重在清营化瘀，泄热通腑，并酌情辅以抗生素加强控制感染，则自有良效。

3. 复宫Ⅲ号方

组成与用法 熟大黄 6g 地鳖虫 10g 桃仁 10g 红花 10g 三棱 10g 失笑散

(包) 15g 生黄芪 30g 马鞭草 30g 益母草 30g 生山楂 30g 制香附 12g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 本方适用于瘀血阻滞型产后子宫复旧不全。用桃仁、红花、失笑散、马鞭草、生山楂、益母草活血化瘀，地鳖虫、三棱加强祛瘀通络之力，制香附理气以助血行，熟地黄、生黄芪益气养血以扶助正气，则瘀血去而正气不伤，对多数病人可见效。如服上方 5 天后仍腹痛、出血不止应做 B 超探查子宫。宫腔内仍有不规则光团者应清宫并送病检以明确诊断。清宫后仍有少量出血者可给予益气化瘀之品，并酌情给予抗生素预防继发感染。

(二) 利宫活血汤

组成与用法 当归 桃仁 丹参 泽兰 炒蒲黄 山楂 刘寄奴 香附各 10g 益母草 鸡冠花 土茯苓各 15g 炮姜 6g。每日 1 剂，水煎服。出血止后应用八珍汤以善后。一般服 2~8 剂愈。

功用与评述 方用当归、桃仁、丹参、泽兰、山楂、刘寄奴、益母草活血化瘀，促进子宫缩复；香附理气以助血行；炒蒲黄、鸡冠花、炮姜收敛止血；土茯苓清热解毒以免热与瘀结。全方祛瘀而不伤血，止血而不留瘀，清热而不伤正，故能取效。

辨证加减

1. 气虚加黄芪以益气。
2. 瘀热明显加赤芍、椿根皮、银花炭以清热凉血。

(三) 复宁汤

组成与用法 黄芪 党参 蒲黄 丹参 益母草各 15g 红糖适量。水煎服，每日 1 剂，连服 7 剂。

功用与评述 本方用黄芪、党参以益

气，红糖以养血，蒲黄、丹参活血化瘀，益母草既可活血化瘀，又能促进子宫收缩。全方共用使气血复，瘀血去而子宫多可复旧。若用后不愈，可改用西药或行清宫术治疗。

二、专药选用

(一) 新生化冲剂

[广州白云山制药总厂。卫生部药品批准号：WS₃-B-1056-91]

主要成分 当归 川芎 桃仁 炙甘草 干姜(炭) 益母草 红花。

功用与评述 本方系《傅青主女科》中的生化汤加益母草、红花构成。以当归补血活血为主药，辅以川芎行气活血，配桃仁、益母草、红花活血化瘀，促进恶露、恶血排出，加强子宫收缩，炮姜温经散寒，炙甘草和中止痛，较生化汤原方具有更强的温经活血，祛瘀生新，止痛之力。因本方属温性，不适合阴虚内热患者服用。

药理实验证明，已有动物实验认为生化汤诸药中有增加宫缩、镇痛、消炎的功能使残留的胎盘、胎膜组织脱下。尤其是益母草能显著增加子宫肌肉持久的收缩和紧张性，促使子宫复元而止血，更是产后止血良药。

用法与用量 热水冲服，1 次 2 袋，1 日 2 次。

(二) 加味益母草膏

[国营扬州中药厂。ZZ2059 苏卫药准字(1993) 第十 87802 号]

主要成分 益母草清膏 66.67% 当归 8.33% 熟地黄 8.33% 白芍 8.33% 川芎 8.33%。

功用与评述 本品用益母草清膏活血化瘀；当归、熟地黄、白芍、川芎活血养

血而共同达到促进子宫复旧的作用。

药理实验证明,益母草煎剂、乙醇浸膏及益母草碱对多种动物的离体子宫都有兴奋作用;当归多方面调节子宫平滑肌功能活动,能兴奋子宫,使子宫组织内DNA含量及子宫利用葡萄糖的能力增加,并有抑制血小板聚集的作用;地黄水提液可显著增加外周血液T淋巴细胞,醇提液明显促进抗红细胞抗体——溶血素生成;白芍能抑制副交感神经的兴奋性而有解痉作用,能拮抗催产素引起的子宫收缩;川芎能抑制妊娠动物的子宫收缩,川芎生物碱、阿魏酸有解痉作用,并能促进动物微循环、抑制血小板的凝聚,川芎Ⅲ号碱可增加组织缺血区血流量。

用法与用量 口服,1次15g,1日2次。

三、西医药治疗

1. 给予子宫收缩剂,促进子宫复旧。如麦角流浸膏1ml,每日3次,共2日;肌注麦角新碱0.2~0.4mg,1~2次/d,共12天。

2. 伴有炎症时给予磺胺类药物或抗生素。

3. 因大量流血或流血不止怀疑胎盘滞留时,须行刮宫术。刮出物须送病检以明确诊断。

4. 子宫后倾时,应嘱产妇做膝胸卧式每日1~2次,每次10~15分钟,同时设法纠正子宫位置。子宫肌瘤合并子宫复旧不全者应多采用保守治疗。如长期流血不止,亦可考虑切除子宫。

[预防与护理]

一、对娩出的胎盘、胎膜必须仔细检查,如怀疑有残留时应立即清理宫腔。

二、应让产妇及时排尿,如有尿潴留

应积极处理。

三、产妇应多取侧卧或半卧位,鼓励早期活动。

主要参考文献

1. 姚石安. 产后子宫复旧不全中医证治需注意什么. 中医杂志, 1998, 39 (11): 697~698
2. 张同贵. 复宫活血汤治疗产后恶露不绝32例疗效分析. 实用中医药杂志, 1996, 12 (1): 8~9
3. 张健. 复宁汤治疗产后子宫复旧不全28例. 中国药理学杂志, 1994, (4): 38

(张新平)

产后关节痛

妇女在产褥期间出现肢体酸楚、疼痛、麻木、重着者称作产后关节痛(post partum arthralgia)。西医妇科对此病没有专门的论述。但根据肢体酸楚、疼痛、麻木、重着的表现符合西医“风湿性疾病”的概念,属于各种原因所导致的关节炎的范畴,最常见的是风湿性关节炎和类风湿性关节炎。

中医除称为产后关节痛外,在古医籍中还有“产后身痛”、“产后痛风”、“产后遍身痛”等病名。见《经效产宝》等妇产科专著。

[病因与发病机理]

本病以肢体酸楚、疼痛、麻木、重着为主要临床表现。中医认为其发病的主要机理在于产后多虚多瘀,特别和产后百脉空虚关系更为密切。或因产后阴血骤虚,阳气浮越致表卫不固,患妇感受风、湿、寒、热等邪,使邪气客于经络、关节,气血运行不畅,“不通则痛”,因而痹阻作痛;或因气亏血弱,营卫不和,经脉、关节失

养，“不荣则痛”，因而产生疼痛；此外亦和肾虚而致外腑失养，骨失所荣密切相关。

西医普遍认为感染可能是重要的发病因素，它可直接引起组织（关节）炎症，也可引起机体对病原体或其持续产生的抗原发生免疫反应，由免疫复合物介导引起骨关节肌肉炎症；可因感染后机体对病原体的特异免疫反应与自身抗原起交叉反应；或发生器官特异性免疫反应并与自身抗原起交叉免疫反应。而且这类疾病的发生有一定的遗传背景，遗传与患者的易感性与疾病表现密切相关。

〔临床表现〕

一、在产褥期间出现肢体酸楚、疼痛、麻木、重着，关节活动不利，甚至关节肿胀等症状。

二、体格检查见关节活动度减低或关节肿胀，久病不愈者可见肌肉萎缩，关节变形。

〔实验室与其他检查〕

一、血液检查可见血沉增快 $> 20\text{mm}/1\text{h}$ ；ASO $> 500\text{U}$ ；类风湿因子阳性等。

二、放射学检查类风湿性关节炎患者可见到多关节受累，出现骨侵蚀。

〔诊断与鉴别诊断〕

一、有产时或产后受寒的病史。

二、原来没有风湿病或类风湿病病史，而是在产后才首次发生。

三、产褥期间出现肢体酸楚、疼痛、麻木、重着，关节活动不利，甚至关节肿胀等症状。

四、体格检查和辅助检查结果符合风湿性关节炎或类风湿性关节炎等相关疾病

的诊断。

五、当与普通的风湿性关节炎、类风湿性关节炎等风湿性疾病相鉴别。关键在于疾病的初次发生时间。它们在产前就已常常出现肢体酸楚、疼痛、麻木、重着、关节活动不利，甚至关节肿胀等症状，而非在产后才出现。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

（一）益气养血宣痹汤

组成与用法 黄芪 30g 当归 15g 芍药 15g 桂枝 10g 生姜 10g 威灵仙 30g 鸡血藤 30g 细辛 6g 川芎 6g 大枣 7 枚 炙甘草 3g。

功用与评述 本方是根据仲景黄芪桂枝五物汤与归芪建中汤合方化裁而成。善益气养血，调和营卫，温经散寒。其中当归、川芎、鸡血藤、芍药、大枣养血通络，取“治风先治血，血行风自灭”之意；黄芪、大枣、炙甘草益气；桂枝、威灵仙、生姜、细辛温经祛风，宣痹定痛；芍药、炙甘草缓急止痛。共同达到益气养血，宣痹行滞的目的。本方用药辛热，若产后关节痛已化热者则非所宜。

辨证加减

1. 暴寒所折，疼痛剧烈，加川乌、草乌、熟附子、麻黄、白芷以散寒止痛。

2. 肾虚，腰脊酸楚疼痛，加桑寄生、炒杜仲、川续断、鹿角霜、狗脊以补肾强腰。

3. 上肢痛甚，加天仙藤、羌活以引药上行。

4. 下肢痛甚，加独活、防己以着重治下。

5. 风甚，全身走注痛者，加桑枝、

寻骨风、荆芥、防风以祛风止痛。

(二) 养血通痹汤

组成与用法 当归 15g 白芍 20g
川芎 10g 黄芪 20g 丹参 20g 桂枝 10g
细辛 3g 通草 6g 桃仁 10g 红花 10g
甘草 6g。

功用与评述 本方由当归四逆汤加味而成。周扬俊谓其“全以养血通脉起见”。其养血通脉，温阳经散寒之力著。加入川芎、丹参、熟地寓有四物汤补血之意；加黄芪更具益气温阳通脉之力；加桃仁、红花则能活血化瘀。全方集养血益气，温阳散寒，化瘀通络于一炉，攻补兼施，正为产后多虚、多瘀而设。若能再根据痛的部位的不同而加入不同的引经药，令药力直达病所，则取效更捷。

辨证加减

1. 偏血虚加熟地养血。
2. 偏气虚加党参益气。
3. 上肢痛为主加姜黄、桑枝以疏通上肢经络。
4. 下肢痛为主加牛膝、木瓜以走下而通络。
5. 颈项痛甚加羌活、粉葛疏通颈部络脉。
6. 寒甚冷痛加附子以温阳。
7. 刺痛难忍加乳香、没药以通络止痛。
8. 关节肿胀痛甚加全蝎、蜈蚣、蕲蛇以疏风活络消肿。

(三) 赵氏“自拟身痛方”

组成与用法 黄芪 30g 当归 30g
川牛膝 30g 防风 6g 川续断 6g 乌蛇 20g。1日1剂，水煎服。

功用与评述 本方以黄芪补气，当归补血，防风疏风散寒，乌蛇祛风通络止痛。产后常致肾亏，故加川续断、川牛膝

等补肝肾之药则效果尤其理想。

辨证加减

1. 头痛明显加蔓荆子、川芎以疏风活血止痛。
2. 上肢痛甚加桑枝、羌活疏风通络止痛。
3. 肾虚腰痛、足跟痛甚加杜仲、蚕砂补肾祛风除湿。
4. 气滞两胁胀满，叹息，噯气，加柴胡、白芍、枳实以理气。
5. 下肢痛加独活、木瓜、薏苡仁以增强下行除湿止痛之力。
6. 血瘀痛如针刺者加桃仁、红花以祛瘀止痛。

二、专药选用

(一) 寄生追风液

[四川老枪制药厂。ZZ—2414—川卫药准字(1996) 012070号]

主要成分 独活 秦艽 细辛 当归 杜仲 川芎 槲寄生 牛膝等。

功用与评述 补肝肾，祛风湿，止痹痛。主治肝肾两亏，风寒湿痹，腰膝冷痛，腿足屈伸不利。

用法与用量 口服，每次20~30ml，每日2~3次。

(二) 宝光风湿液

[四川涪陵制药厂。ZZ—5136—川卫药准字(1998) 03463号]

主要成分 独活 鹿角胶 鳖甲胶 红花等。

功用与评述 补养肝肾，养血通络，祛风除湿。主治肝肾血亏，风寒湿痹引起的骨关节疼痛，四肢麻木，及风湿、类风湿性疾病而见上述症状者。

用法与用量 口服，每次10~15ml，每日2~3次。6盒为一疗程。

三、西医药治疗

(一) 解热镇痛药

1. 抗炎松 本品为一良好的抗炎、抗风湿药物。用于风湿热、风湿性关节炎及过敏性皮炎等的治疗。口服，25mg/次，2~4次/日。

2. 萘普生 为高效低毒的消炎、镇痛、解热药。尤其适用于贫血、胃肠疾病或其它原因不能耐受阿司匹林、消炎痛等治疗的患者。口服250~500mg/次，2次/日。

3. 非普拉宗 具有强烈的镇痛作用，适用于风湿性关节炎（有效率96.6%）、类风湿性关节炎（81.2%）、坐骨神经痛（100%）等的治疗。口服，100~200mg/次，2次/日，饭后服。

(二) 对类风湿性关节炎若用上述药物无效，可试用：

1. 糖皮质激素。如强的松、地塞米松等。

2. 免疫抑制剂及氯喹。

(三) 有感染征象者可配合抗生素治疗。

(四) 可配合使用理疗（如热敷、蜡疗、红外线等）和按摩。

[预防与护理]

一、疼痛剧烈者须卧床休息，生活上给予照顾。

二、保持室内干燥，温度适宜，阳光充足，避免阴暗潮湿。

三、注意保暖，预防感冒，夏季勿贪凉，宜穿长袖、长裤睡觉，不宜用凉席。

四、饮食宜清淡、富营养，忌生冷及辛辣刺激之品。

五、注意天气变化，随时加添衣服，

免再受外邪而加重病情。

主要参考文献

1. 陈敏章主编. 中华内科学. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 3506~3508

2. 宁建武, 李永强, 等. 李兴培辨治妇科病经验. 中医杂志, 1999, 40 (3):149

3. 旷惠桃, 潘远根. 养血通痹汤治疗风湿性关节炎30例. 实用中西医结合杂志, 1998, 11 (5):453~454

4. 赵纪刚, 等. 河北中医, 1993, 15 (1):18

5. 容建材, 廖锡麟. 新编实用药物手册. 南京: 东南大学出版社, 1996. 99, 101, 112

(张新平)

急性乳腺炎

急性乳腺炎 (acute mastitis) 又称之为急性乳房炎，以乳房红、肿、热、痛，继而化脓为主要临床表现，是乳房部的一种急性化脓性疾病。主要见于哺乳期妇女，尤以初产妇最为多见。好发于产后3~4周。也可在怀孕期及其它时候发生。

急性乳腺炎属于中医“乳痈”的范畴。其中发生于哺乳期的称为“外吹乳痈”；发生于妊娠期的称为“内吹乳痈”。在其它时候发生的称“不乳儿乳痈”。虽然名称有别，其处理一般却是相同的。

[病因与发病机理]

本病以乳房红、肿、热、痛，继而化脓为主要临床表现。从中医经络学说而言，乳头属肝而乳房属胃。《外科精义》谓：“乳子之母，不知调养，忿怒所逆，郁闷所遏，厚味所酿，以致厥阴之气不行，故窍不得通而汁不得出，阳明之血热沸腾，故热甚而化脓；亦有所乳之子，膈有滞痰，口气焮热，含乳而睡，热气所

吹，遂生结核。……失此不治，必成痼疔”说明中医早就对本病的病因病机有了一定的认识。

本病和产后百脉空虚，全身抗病能力下降明显相关。多因乳头破裂，外邪火毒侵入乳房，火毒郁结致乳络气血不通；乳母情志失调，肝胃不和，使气滞血郁化热，乳络阻塞；乳旺食少，乳汁淤积不能及时排空，乳络阻塞成块，继而化热而成。此外，亦有因姿食肥甘厚味化热；胎气过旺，妊娠时内热太重，使热郁于阳明而发者。气血凝滞或积乳阻络而成肿块；热郁于内则局部红而且热；乳络不通则痛；继而热盛肉腐而成脓。

总之，本病病变部位主要在肝、胃。为本虚标实之证。其本虚是产后正气不足；其标实乃气滞血瘀、乳汁淤积和邪热蕴结致乳络不通，郁结成块，甚或化腐成脓而形成的病变。但在疾病的早、中期多以标实为主。

西医认为发病原因主要在于细菌入侵。乳头破损致使细菌沿淋巴管入侵是感染的主要途径；婴儿含乳而睡或婴儿患有口腔炎而吸乳也有利于细菌直接侵入乳管。而乳头发育不良影响哺乳，乳管不通影响排乳，乳汁过多或婴儿吸乳少，致乳汁郁积则有利于细菌的生长繁殖，也是导致本病的重要原因。致病菌多数为金黄色葡萄球菌，少数为链球菌。

〔临床表现〕

自觉症状及体征 急性乳腺炎一般分为三个阶段：初期、脓肿形成期、溃后期。

1. 初期 见乳汁排出不畅，乳房肿胀触痛，或出现界线不明显的肿块，有触压痛，表面皮肤不红、不热或微红、微

热。此期患者全身症状不明显，或可见恶寒发热。

2. 脓肿形成期 患乳肿痛更甚，炎症浸润块进一步长大，皮肤潮红发热，伴有明显触痛。全身症状加重，患者可有寒战高热不退，脉率加快，同侧腋窝淋巴结肿大并有压痛，白细胞计数明显升高。一般在数日内包块软化而形成脓肿。此时若为表浅脓肿常见持续性搏动样疼痛，硬块中央渐软，按之有波动感，易被发现。深部脓肿常需进行穿刺才能确定。乳房脓肿可以是单房的，也可能扩展成多房性。同一乳房也可同时有几个炎性病灶而先后形成几个脓肿。

3. 溃后期 当脓肿成熟时，可自行溃破出脓或切开排脓。表浅脓肿一般可自行向外溃破流脓，或穿破乳管而自乳头流出脓液。深部脓肿除缓慢地向外溃破外，也可向深部穿至乳房与胸肌之间的疏松组织中形成乳房后脓肿。此时必须手术切开排脓。若脓液排出通畅一般体温渐退，肿痛渐减，逐渐愈合。但若失治、误治，或过早切开，暴力挤压碰撞，溃脓后引流不畅等则可见肿势不消，疼痛不减，发热不退，严重者可并发败血症。亦有因溃后乳汁从疮口溢出，久治不愈，形成乳漏者；在成脓期大量使用抗生素或过用寒凉中药，或素体亏虚，而出现肿块消散缓慢，或形成僵块，以致迁延难愈者。

〔实验室与其他检查〕

一、血常规：可见白细胞计数的明显增高和中性粒细胞比例的提高。

二、对炎症明显者在压痛最显著的部位穿刺抽到脓液有助于及时发现深部脓肿。若将脓液做细菌培养还可找到相关的致病菌。

[诊断与鉴别诊断]

1. 有乳头皲裂、乳汁淤积的诱因或所乳婴儿有口腔炎症，又有含乳而睡的不良习惯。

2. 典型的临床表现。

3. 除外炎性乳癌。炎性乳癌见患乳迅速增大，并可迅速波及对侧乳房，病变局部皮肤暗红或紫红，毛孔深陷如橘皮样，局部肿胀有轻触痛，患侧腋窝常出现转移性肿大淋巴结，但全身炎症反应较轻。且病的进展快，甚至可在数周后死亡。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 杨氏治乳痈方

组成与用法 葛根 20g 牛蒡子 15g 王不留行 15g 穿山甲 10g 路路通 20g 桔梗 10g 川贝 10g 海浮石 20g 连翘 20g 蒲公英 20g 漏芦 10g 虎杖 15g 白芷 10g 甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 重用葛根为君，通乳络而引诸药行于乳，亦解表热；配王不留行、路路通以通乳活血，牛蒡子、漏芦通乳消肿；川贝、海浮石化痰散结；连翘、蒲公英清热解毒；佐桔梗、白芷消肿排脓。此方最适用于乳痈初起和成脓期脓尚未成熟者。若脓已成而不能破溃者，应当切开排脓，非本方所宜。

辨证加减

1. 肿块明显者加当归、赤芍、桃仁以活血消肿。

2. 热甚加石膏、知母、金银花以加强清热解毒。

3. 口渴甚加天花粉、鲜芦根以清热生津。

(二) 茅氏治乳痈方

组成与用法 全瓜蒌 30g 丝瓜络 15g 赤芍 30g 生甘草 15g 鹿角霜 20g 浙贝母 12g 柴胡 10g 蒲公英 30g 王不留行 10g 路路通 10g 连翘 15g 黄芩 12g 香附 10g。每日 1 剂，水煎服。3 天为 1 疗程。一般 1~2 疗程可愈。

功用与评述 本方从肝胃论治。以柴胡、香附疏肝理气；丝瓜络、赤芍、王不留行、路路通、鹿角霜疏通乳络，行血消肿；全瓜蒌、蒲公英、黄芩、连翘、甘草、浙贝母清热泻火解毒。共奏疏肝理气，清热解毒，疏通乳络，行血消肿之功。服药期间应坚持哺乳，并注意尽量排空乳汁，以保持乳络畅通。

(三) 鹿角地丁汤

组成与用法 煨鹿角（先煎）10g 地丁 20g 穿山甲（先煎）6g 黄芩 郁金 王不留行 生甘草各 8g 金银花藤 连翘 当归 赤芍 山栀 香附 漏芦各 9g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述 地丁 金银花藤 连翘 栀子 黄芩 甘草清热散结，着重一个“消”字，消火即是消痈；穿山甲、王不留行、漏芦消乳，香附、郁金行气滞，赤芍、当归活血和营，共奏通乳散结消痈之功。至于在热实证的早期用咸温补阳的煨鹿角为主药有两层寓意：以少量温药渗入大队寒凉药中，则使寒而不凝；鹿角温而不燥，煨用则通而不补，以通络消肿，下乳止痛为功。用治早期乳痈，屡试屡验。

辨证加减

1. 寒热交作加防风、荆芥各 6g 以疏风解表。

2. 局部红肿甚剧加川连 3g 以清热解毒。

3. 坚硬较剧加柴胡、牛蒡子各 6g、皂荚 8g 通络散结。

4. 乳汁过多、过稠加木通 5g、橘叶 10g 以避免乳汁淤积。

二、专药选用

(一) 双黄连注射液 (口服液)

[完达山制药厂。黑卫药准字 (1985) 第 00198 号; (91) 卫药准字 Z—83—3]

主要成分 银花 连翘 黄芩。

功用与评述 银花、连翘、黄芩在中药学分类上属于清热药。银花、连翘双为清热药中清热解毒之首药; 黄芩清热燥湿, 银花宣散升浮, 连翘、黄芩善清火热, 三药合用, 表里双解, 气血两清, 用于外感风热、湿病初起及多种温热病的实热证, 具有良好的清热解毒功效。药理实验证明, 本品具有解热和抗炎的效果。对肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、链球菌、呼吸道合胞病毒、流感病毒等多种细菌和病毒有较明显的抑制作用。

用法与用量:

1. 注射液: 每日 40~60ml 加入 5% 或 10% 葡萄糖注射液中点滴。5~7 天为 1 疗程。

2. 口服液: 口服, 每次 20ml, 1 日 3 次。5~7 天为 1 疗程。

(二) 新天黄柏胶囊

[贵阳新天药业有限公司。ZZ—3004—黔卫药准字 (1996) 第 100092 号]

主要成分 黄柏茎皮。

功用与评述 清热燥湿, 泻火除蒸, 解毒疗疮。

用法与用量 口服, 每次 3~4 粒, 每日 3~4 次。

三、西医药治疗

(一) 脓肿形成前的治疗

1. 勿使乳汁淤积; 同时用乳罩或宽布托起乳房, 或将含有 100 万 U 青霉素的等渗盐水 20ml 注于炎症块四周, 有使早期炎症块消散的可能。必要时可每 4~6 小时重复一次。

2. 使用磺胺类药如磺胺甲氧嘧啶 1.0g, 加磺胺增效剂 0.1g, 每日 1 次, 首次加倍。

3. 0.5% 普鲁卡因 20~30ml, 加青霉素 80 万 U 混合后行乳腺皱纹中点并与乳腺基底平行注射。一般 5~6 日可愈。

4. 维生素 B₆ 每次服用 200mg, 每日 3 次, 3 天为 1 疗程, 一般用 1~2 个疗程可愈。

(二) 脓肿形成后的治疗

主要治疗措施是及时排脓一切开引流。切开引流时应注意:

(1) 浅脓肿应按轮辐方向切开 深部脓肿或乳房后脓肿可沿乳房下沿作弧形切口, 经乳房后间隙引流; 乳晕下脓肿应作沿乳晕边沿的弧形切口, 这样既利于排脓又可避免乳管损伤。

(2) 如炎症明显但未见波动时, 应及早在压痛最明显处进行穿刺以便及时发现深部脓肿, 不应消极等待。

(3) 切开后应以手指深入脓腔, 轻轻分离多房脓肿的房间隔膜以利引流。

(4) 为使引流通畅, 在探查脓腔时可找到脓腔的最低部位, 另加切口作对口引流。

[预防与护理]

预防本病的关键在于避免乳汁淤积, 同时防止乳头损伤, 并保持其清洁。

一、妊娠期（特别是初产妇）应经常用温水、肥皂清洗乳头。如乳头内陷，一般可通过经常挤捏、提拉来纠正，个别需手术矫正（女婴出生后一周内应将其凹陷乳头挤出，可防止成人后乳头内陷）。

二、乳母宜心情舒畅，避免情绪过于激动。避免当风露胸喂乳。定时哺乳，每次哺乳应将乳汁吸空。如有淤积应用吸乳器或按摩帮助排出乳汁。哺乳后应清洁乳头。

三、不让婴儿含乳头睡觉，注意婴儿口腔卫生，及时治疗其口腔炎症。

四、乳头若有皲裂或破损要及时治疗（可外涂麻油或蛋黄油）；身体其它部位有化脓性感染应及时治疗。

五、未成脓或已破溃后一般应照常授乳或吸去乳汁，以不再使乳汁淤积。只有在感染严重或并发乳漏时才需回乳。

六、断乳时一般应先逐步减少哺乳次数和时间再行断乳。欲断乳时可用生麦芽60g，生山楂60g煎汤代茶饮，亦可用皮硝60g装入砂布袋中外敷以助回乳。

七、在成脓前可用下列方法疏通乳络，有利于早期炎症的消散。①进行乳房按摩。方法是患者自己或别人用五指由乳

房四周顺着乳腺管的方向向着乳头方向轻柔按摩（不要用力挤压或旋转按压），把淤积的乳汁逐渐推出。在按摩的同时可用手提动乳头数次，以扩张乳头部的输乳管。按摩前若先做热敷则效果更好。②局部热敷每日3~4次，每次20~30分钟。水肿明显者可用25%的硫酸镁湿热敷。③用旧木梳沾植物油烤热后沿乳腺管方向轻梳乳房。

八、以胸罩或三角巾托起患乳。脓未成者可减少活动造成的牵痛；脓溃后既可防止袋脓，又有助于疮口愈合。

主要参考文献

1. 杨烈彪，赵习德，葛根通乳善治乳痛。中医杂志，1999，40（5）：261
2. 陆德铭主编，中医外科学，上海：上海科学技术出版社，1997，85~87
3. 曹恩博，陕西中医学院学报，1989，12（4）：39
4. 郑惠国主编，现代妇科学，广州：广东科技出版社，1995，370~371
5. 张建玉，蔡晓玲，几种常见妇科病的中西药物治疗，实用中西医结合杂志，1998，11（1）：12~13

（张新平）

第10章 不孕症

凡妇女婚后夫妇同居，性生活正常，男方生殖功能正常，未避孕1年而未受孕者为不孕症（Infertility）。从未怀孕为原发性不孕症，曾有妊娠史者为继发性不孕症。

不孕症病名，中医早在《素问·骨空论》已有论述：“督脉为病，女子不孕。”《诸病源候论》称：“无子”，《备急千金要方》称“全不产”、“断绪”。历代医家对不孕症的论述，散见于“求嗣”“种子”“嗣育”等篇中。

〔病因与发病机理〕

由于受孕是一个十分复杂的生理过程，故不孕的原因也是十分复杂的。男女任何一方的异常都会造成不孕。导致女子不孕的原因，有先天因素，亦有后天因素。考女子不孕，有肾虚、血虚、宫冷、气郁、脾胃寒、痰湿盛、瘀血等。不孕症的原因约有2/3在于女方。

陈士铎《石室秘录》言：“女子不能生子有十病，为胞宫寒，脾胃寒，带脉急，肝气郁，痰气盛，相火旺，肾水衰，任督病，膀胱气化不利，气血虚……，况任督之间有疝瘕之症，则外多障碍，胞胎缩入于疝瘕之内，往往精不能施。”前者以功能性为多见；后者以器质性疾病为多见，如子宫肌瘤、子宫内膜异位症、卵巢囊肿等。不孕症亦有由生殖器先天或后天

性解剖上的缺陷，无法矫治者。如万全《广嗣纪要·择配篇》所载：“一曰螺，阴户外纹如螺蛳样，旋入内；二曰纹，阴户小如簪头大，只可通，难交合，名曰石女；三曰鼓花，绷急似无孔；四曰角花头，尖削似角；五曰脉，或经脉未及十四而先来，或十五十六而始至，或不调或全无。此五种无花之器，不能配合太阳，焉能结仙胎也哉。”螺、纹、鼓、角、脉中，有的非药物所能及，有的可用手术治疗或药物治疗，如鼓花头，有类似处女膜闭锁，可用手术治疗；而“脉”，则类似卵巢功能失调，可用药物调理月经。

据《素问·上古天真论》：“女子七岁肾气盛……二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。”可见肾气盛，天癸至，任通冲盛，是有子的重要保证。而肾气盛则是前提。因肾主生殖，“胞络系于肾”，肾为天癸之源，冲任之本。冲为血海，任主胞胎，二脉相资，故能有子。若肾气、天癸、冲任、胞宫及相关脏腑，任何一个环节障碍，都能导致不孕。

若秉赋不足，肾精不充，天癸不至或微弱，冲任脉虚，不能摄精成孕；或房室不节，精血亏损，肾阳被耗，命门火衰，胞失温煦，宫寒不孕。

若素抑郁或暴怒伤肝，疏泄失常，冲任不能相资，胞宫血海不宁，亦难成孕。

若为肥胖之人，每由痰湿内阻，滞于冲任，壅塞胞宫，不能摄精成孕。

亦可见于宿血停滞，凝结成瘀，胞脉瘀滞，精难纳入，难于受孕成胎。

如果经期、产后、术后摄生不慎，将息失宜，湿热之邪乘虚而入，扰于冲任，阻于胞宫、胞脉，亦难摄精成孕。

若因失血或生血乏源，气血不足，冲任失养，胞脉空虚，不能摄精成胎。

总之，不孕症致病因素为多元性，临证每虚实夹杂，虽病位在子宫、冲任，但每以肾虚为多，累及肝、脾、心等脏，故当详细诊察。

西医认为，受孕虽是一个复杂的生理过程，但必须具备一定的条件，包括正常的卵子和精子，以及精、卵的相遇并结合，孕卵的运行，着床的通道和场所，还有一定的内分泌基础。这些条件只要有一个因素不正常，便能阻碍受孕。据统计，一般由男方因素引起的约占40%，女方因素引起的占40%~50%，男女双方同时引起的占20%~30%，尚有不明确原因的占6%~10%。

女方不孕因素，主要与排卵障碍、生殖器官（阴道、宫颈、子宫、输卵管、盆腔等）的先天畸形，或后天的炎症、肿瘤、子宫内膜异位等病变，免疫因素、精神神经因素等有关。

〔临床表现〕

一、病史

月经不调史、妇科炎症史、异常胎产史、结核病史、情志损伤等。

二、症状

婚后无避孕措施，夫妇同居1年以上

而未怀孕。常伴有月经紊乱、闭经、痛经、溢乳、乳房胀痛、腰酸痛等病症。

三、体征

消瘦、肥胖、多毛或第二性征发育欠佳。

〔实验室与其他检查〕

一、妇科检查

了解内外生殖器的发育，有无畸形、炎症、肿瘤等。

二、实验室检查

1. 阴道分泌物镜检 排除阴道滴虫、霉菌等阴道炎。

2. 宫颈粘液涂片检查、阴道细胞学检查 了解卵巢有无排卵和黄体功能。

3. 子宫内膜活检 除了解卵巢的功能外，还可了解子宫内膜有无器质性病变如子宫内膜结核等。取子宫内膜的时间可在月经前和月经期12小时内进行。

4. 性激素水平测定 了解内分泌功能。

5. 免疫功能检查 如性交后试验、抗精子抗体试验、抗透明带抗体、精液与宫颈粘液相合试验、精子穿透试验等以了解免疫反应。

三、其他检查

1. 基础体温测定 以了解有无排卵及黄体功能水平。

2. B超检查 通过B超影像方法排除子宫、卵巢占位性病变，并可了解有无畸形。

3. 输卵管通液、碘油造影检查 通过输卵管通液检查，子宫输卵管碘油造影

检查,以了解子宫输卵管形状,有无通畅等情况。

4. 腹腔镜检查 以了解盆腔生殖器有无肿瘤及子宫内膜异位、炎症等器质性疾病。

5. CT检查 CT检查蝶鞍部排除垂体病变。

6. 染色体检查 以排除染色体畸变,如核型为45XO或46XXP或嵌合体等。

7. 男方检查 可通过全身检查、外生殖器检查、精液常规检查,以排除男方因素。

[诊断与鉴别诊断]

不孕往往是男女双方许多因素综合影响的结果,通过双方全面的检查和详细询问,找出不孕的原因,是诊断、治疗不孕症的主要关键。

一、诊断

1. 夫妇同居,性生活正常,未避孕1年而未受孕者。

2. 从未怀孕为原发不孕症,曾有妊娠史为继发不孕症。

3. 排除男方因素及生殖器先天性畸形,缺损者。

二、分类

(一) 无排卵性不孕

1. 临床表现 月经稀少,闭经,不孕,或有多毛,肥胖,溢乳,痤疮等。

2. 有关检查 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;⑦血清LH/FSH比值 >3 。⑧或血清PRL $>20\text{ng/ml}$;⑨腹腔镜检查,于BBT上升3~5天时,未见卵巢黄体 and 排卵孔;⑩卵巢活体组织检查,皮质内无黄体或生长滤泡,但可见始基滤泡。以上前六项中具备三项可诊为无排卵。

(二) 黄体不健性不孕

1. 临床表现 月经正常来潮,不孕,或伴经前乳胀,腰酸乏力,浮肿等症。

2. 有关检查 ①基础体温双相,经前期子宫内膜呈分泌期变化,黄体期卵巢B超显象见黄体表现;②基础体温后期上升不典型或少于12天;③分泌期子宫内膜反应与正常月经周期的反应日期相比相差2天以上;④排卵后6天尿孕二醇量 $<5\text{mg}/24\text{小时}$,或两次血清孕酮量 $<10\text{ng/ml}$ 。

(三) 子宫内膜异位症

1. 临床表现 渐进性痛经,周期性直肠刺激症状,进行性加剧,不孕。

2. 有关检查 ①妇科检查可见后穹窿、子宫骶骨韧带或子宫峡部触痛性结节,附件粘连包块伴包膜结节感;②腹腔镜检查发现子宫直肠窝、后腹膜见多个紫蓝色小点,伴腹腔液增多。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,卵巢穿刺得巧克力样陈旧血。

(四) 输卵管炎性不孕

1. 临床表现 下腹闷痛,痛连腰骶,常于劳累、性交后及月经前后加剧,月经不调,不孕。

2. 有关检查 ①子宫输卵管造影证实输卵管不通畅阻塞、或积水等;②腹腔镜检查证实有盆腔内粘连,镜下做输卵管通液,证实输卵管不通畅或不通;③妇检子宫呈后位,活动受限或粘连固定,附件

可触到增粗的输卵管，呈索条状，或附件片状增厚、压痛。

(五) 免疫性不孕

1. 临床表现 临床及各项检查除外以上因素引起的不孕症。临床可无症状。

2. 有关检查 ①血清或宫颈粘液抗精子抗体阳性，或抗卵透明带抗体阳性；②性交后试验，每高倍视野下宫颈粘液中有前进的精子数 <5 个；③精子宫颈粘液接触试测：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。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 助孕Ⅰ号

组成与用法 菟丝子 女贞子 金樱子 当归 地黄 甘草等各等分，制为丸剂，用于偏肾阴虚之不孕症。每次6g，每日3次，3个月为1疗程。

功用与评述 滋肾养血，活血化瘀。方中菟丝子、金樱子补肾益气；女贞子、地黄滋肾益精血；当归养血活血化瘀；甘草调和诸药。全方共奏滋肾养血，活血化瘀之功。

助孕Ⅰ号方药理研究证实，菟丝子能增加T细胞的比值；滋阴凉血的女贞子、地黄等可抑制免疫功能亢进；当归有抗炎、降低毛细血管通透性，减少炎症渗出及促进吸收作用，还对体液免疫与细胞免疫有一定的抑制作用，不仅能减少已生成的抗体，而且能抑制抗体的形成；甘草有类激素样作用，诸药合用，通过滋肾养血，活血化瘀，改善机体免疫功能，清除已形成的抗体并抑制新的抗体产生，从而使血清中的抗精子抗体消失，促进受孕。

辨证加减

1. 若兼肝郁者，伴胁痛，喜叹息，上方加白芍、佛手、郁金以疏肝解郁。

2. 阴虚有热者，伴舌红、脉细数，上方加旱莲草、黄柏、知母，滋阴清热。

(二) 助孕Ⅱ号丸

组成与用法 菟丝子 仙灵脾 金樱子 党参 丹参 赤芍 甘草等。制为丸剂，每次服6g，每日3次，3个月为1疗程。

功用与评述 温肾益气，活血化瘀。方中菟丝子、仙灵脾、金樱子温肾补肾；党参健脾益气，丹参、赤芍活血化瘀；甘草和中，与党参配伍以助补气。全方合用，温阳补肾以暖宫，益气活血以调冲任气血，共奏温肾助阳，益气填精以助孕之效。

药理研究表明，扶正固本中药多有促进免疫作用。如党参有促肾上腺皮质功能及增强网状内皮系统的吞噬作用，菟丝子能增加T细胞的比值，还含有类激素样作用；丹参、赤芍对已沉积的抗原体复合物有促进吸收和消除作用，丹参还有抗炎、降低毛细血管通透性，减少炎症渗出和促进吸收作用；甘草的粗提物多糖体是抗体抑制因子，能抑制抗体的产生。动物模型证实，助孕Ⅱ号丸具有抑制抗体形成的作用。

(三) 补肾种玉汤（方名为编者拟）

组成与用法 熟地 肉桂 淫羊藿 黄精 菟丝子 白芍等。各等分，水煎服，每日2次，3个月为1疗程。

功用与评述 本方肾阴阳双补，阴阳平衡，冲任调和，催经助孕。本方适用于高雄激素致不孕者。

动物实验表明，雄激素致不孕大鼠的腺垂体细胞浆内有“脂滴”、“粒溶”、“空

泡”、“自嗜”，卵巢呈无排卵，肾上腺皮质网状增生，同时促卵泡激素（FSH）、促黄体激素（LH）明显低下，睾酮（T）、脱氢表雄酮（DHA）明显升高。治疗后雄激素致不孕大鼠的形态学及内分泌功能恢复正常。揭示：补肾中药是通过调节性腺轴、肾上腺、多水平，多靶器官的调节，起到降低雄激素、促排卵作用。

辨证加减

1. 子宫发育较差，经行少腹冷感隐痛者，加鹿角霜，紫河车等血肉有情之品温肾养精。紫河车药理研究证明，含有多重女性激素，能促进性腺发育，并有增强免疫及抵抗力的作用。

2. 若乳胀、面部痤疮，失眠为肝郁气滞，郁而化热，加柴胡、苏罗子、合欢皮，疏肝解郁，行滞清热。

3. 若伴腹泻、纳差，兼脾虚者，加党参、白术、扁豆以健脾益气。

（四）助孕丹栀逍遥散

组成与用法 当归 12g 益母草 12g 丹皮 10g 赤芍 10g 白芍 10g 丹参 10g 山药 10g 栀子 7g 枳壳 7g 柴胡 4.5g 甘草 3g。水煎服，每日 1 剂，连服 3 周为 1 疗程。

功用与评述 疏肝清热，活血调经。方中以丹栀逍遥散疏肝清热；酌加丹参、益母草以活血化瘀调经；赤芍清热凉血，淮山药易白术，健脾固肾。本方以丹栀逍遥散为主体加减，通过疏肝清热，活血调经，有利于生殖道炎症消除和吸收，使抗精子抗体阴转，从而达到助孕的目的。治疗肝经郁热精子抗体阳性者。

辨证加减

1. 若伴腰酸，肾虚者，加续断以强腰壮肾。

2. 伴乳胀，少腹胀者，为肝气郁滞，于方中加茺蔚子、路路通以疏肝理气、行滞通络。

（五）助孕汤

组成与用法 党参 淮山药 熟地 菟丝子各 20g 枸杞子 12g 白芍 当归各 15g 覆盆子 香附 白术各 10g。水煎服，每日 1 剂，3 个月为 1 疗程。

功用与评述 本方在八珍汤基础上去性滑之茯苓与走而不守之川芎，加淮山药、菟丝子、覆盆子、枸杞子滋肾补肾；香附以疏肝理气。诸药合用，共奏补益气血，补肾疏肝。

药理研究证实，补益气血的药物有调节免疫功能；菟丝子、覆盆子、枸杞子含有女性激素样作用，具有调节丘脑—垂体—卵巢性腺轴的神经内分泌功能，全方具有调整女性内分泌，促进排卵，恢复生殖机能的作用。

辨证加减

1. 若经量少，色红，心烦潮热，舌红少苔为肾阴虚，于上方加二至丸、何首乌滋养肾阴。

2. 若经量少，色淡黯，小腹坠冷，为肾阳虚，于上方加仙灵脾、仙茅、肉桂、巴戟以温肾补阳。

3. 若喜叹息，乳胀，经来腹痛为肝郁气滞，于上方酌加柴胡、郁金、橘核、路路通以疏肝理气。

此外，无排卵者在卵泡期服上方；孕酮分泌不足在黄体期加温阳或疏肝药；卵泡生长缓慢或停滞者，卵泡期重用补肾药，排卵期重用理气活血药；卵泡发育成熟但未排出者，重用理气活血通络药；子宫颈炎加蒲公英、金银花、女贞子、黄精，麦冬，子宫发育不良加紫石英、紫河车、川断。

二、专药选用

1. 滋肾益胎丸

[广州中药一厂生产。粤卫药准字(1994)第111153号]

主要成分 菟丝子 续断 巴戟天 杜仲 熟地 鹿角霜 枸杞子 阿胶 党参 白术 大枣 砂仁。

功用与评述 补肾健脾，养血育胎。方中菟丝子、续断、杜仲、枸杞滋阴益肾；鹿角霜、巴戟天温补肾阳；熟地、阿胶补血；党参、白术、大枣健脾益气；砂仁理气安胎，防滋阴药之腻。

药理研究发现，不孕雌兔给予灌饲“滋肾育胎丸”后卵巢有丰富的黄体；子宫内膜腺体增多，分泌现象明显，而对照兔则不明显。给药期间实验兔还有爬跨动作等性行为，而对照组则无。说明“滋肾育胎丸”有调节卵巢内分泌功能，可促进排卵，适用于排卵障碍，激素水平低下之不孕症及流产的治疗。

用法与用量 本品为水丸剂，口服，每日6g，每日3次，3个月为1疗程。

2. 佳蓉片

[西安博爱制药有限责任公司生产。陕卫药准字(1996)第000515号]

主要成分 倒卵叶五加 肉苁蓉 熟地黄 肉桂等。

功用与评述 补肾益精，强身安神。方中肉苁蓉、肉桂温肾补肾；熟地滋肾养阴；倒卵叶五加补肾益气。用于黄体不健之不孕症。

药理研究证实，佳蓉片能够调节性腺轴，提高激素水平，延缓卵巢的衰老，促进排卵功能，还能改善血中内源性鸦片肽含量影响外周5-羟色胺代谢；能改善机体免疫功能，从而调整神经-内分泌-免

疫网络的功能，能促使黄体不健患者的黄体中期孕酮值升高，基础体温型相好转，提高受孕率。

用法与用量 每日3次，1次4~5片，2~3周为1个疗程。

三、西医药治疗

(一) 诱发排卵

1. 氯蔗酚胺(克罗米芬) 50mg 每日1次，连续5天。于月经期第5天起，若无效可增加剂量到每日100~150mg。

2. 绒毛膜促性腺激素(HCG) 1000~2000IU，每日肌肉注射，共5天。于月经周期第15天起。

3. 溴隐亭 1.25mg，每日2次。若无反应，1周后改为2.5mg，每日2次。一般连续用药3~4周时生乳素可降至正常，多可排卵。

(二) 促进或补充黄体分泌功能

1. 黄体酮 10~20mg，每日1次，肌肉注射，于月经周期第20天开始，共5天。

2. HCG 1000~2000IU 每日肌肉注射，于月经周期第15天开始，连续7~8天。

(三) 改善宫颈粘液

于月经周期第5~15天，每日口服己烯雌酚0.1~0.2mg，以使宫颈粘液变为稀薄，利于精子穿过。

(四) 输卵管阻塞的治疗

1. 输卵管内注射药液 方法与输卵管通液检查法相同。

2. 输卵管成形术 经输卵管碘油造影明确输卵管阻塞部位，可考虑作输卵管成形术。

(五) 人工授精

包括丈夫精液人工授精和供精者人工

授精。

(六) 体外授精与胚胎移植, 即试管婴儿。

(七) 治疗器质性疾病

如发现肿瘤、阴道横膈、生殖器炎症等应积极治疗, 如宫颈口狭窄, 有时可单纯扩张宫颈即起到治疗作用。

[预防与护理]

一、加强体质和增进健康有利于不孕症病人恢复生育能力。

二、积极治疗全身性慢性疾病。

三、掌握性的知识, 学会预测排卵期, 选择合适时机, 以增加受孕机会。

四、调情志, 避免情绪紧张。

五、改变不良生活、工作环境及不良生活习惯, 加强营养。

主要参考文献

1. 归绥琪, 俞瑾, 魏美娟. 补肾中药对雄激素致不孕大鼠垂体、卵巢及肾上腺作用的实验研究. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (12): 735
2. 罗颂平, 张玉珍, 梁国珍. 免疫性自然流产与免疫性不孕的临床与实验研究. 中医杂志, 1997, 38 (6): 351
3. 陆培根. 助孕汤加减治疗不孕症 280 例. 新中医, 1995, 27 (6): 40
4. 戴西湖. 抗精子抗体阳性不孕症的中医辨证施治. 新中医, 1991, 23 (7): 38
5. 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. 不孕症的中西医结合诊疗标准. 中西医结合杂志, 1991, 11 (6): 376

(王惠珍)

第11章 盆腔瘀血综合征

盆腔瘀血 (pelvic blood stasis) 综合征, 又称盆腔瘀血症。它是由于慢性盆腔静脉瘀血所引起的一种独特疾病, 是妇科常见病, 亦是妇科慢性盆腔疼痛的重要原因之一, 多见于 30~50 岁之间的经产妇, 还常与流产、难产、输卵管结扎等因素有关。

盆腔瘀血综合征, 中医无此病名, 中医教科书也无专门记载本病的诊治, 第六版高等中医院校统编教材《中医妇科学》把它归在“妇人腹痛”(瘀血型)。根据本病的临床表现, 可散见于古医籍中的“妇人腹中痛”、“经行腹痛”、“产后腹痛”、“带下”等症中, 但均与血瘀有关。

[病因与发病机理]

本病以慢性下腹痛, 低位腰痛、极度疲劳感、性感不快、植物神经功能紊乱为主要临床表现。

西医学认为: 女性盆腔静脉数量多, 管壁薄弱及易于扩张, 当久坐、久站、子宫后位、早婚及孕产频数、便秘疲劳、习惯性仰卧位等力学因素的改变, 常能影响盆腔静脉血的流速, 从而导致盆腔静脉瘀血。其他如分娩时阔韧带筋膜裂伤, 输卵管结扎术后, 女性激素的作用、性因素、植物神经因素均可导致盆腔瘀血。其最基本的病理变化是静脉瘀血—血管扩张和水肿。

中医认为: 气为血之帅, 气行则血

行, 气虚无力推动血行, 血行不畅, 瘀阻经脉, 气滞血瘀。气虚则见不胜劳累负重, 神疲乏力, 气短、小腹肛门坠胀; 气滞则见乳房胀痛, 心烦易怒; 瘀血阻滞, 不通则痛, 故见小腹慢性疼痛等。总之, 本病的病理基础是气虚血瘀兼有气滞, 气虚是本, 气滞血瘀是标, 虚实夹杂, 本虚标实证。

[临床表现]

一、下腹痛

下腹痛为最常见的症状, 表现为范围较广的不同程度的下腹疼痛, 可为下腹坠胀, 钝痛或痠痛, 有时可累及髋部、下肢及腰骶部, 甚至外阴和肛门坠胀。一般来说系慢性持续性坠痛, 自月经中期开始逐渐加重, 上午轻、下午晚上加重, 疲劳、久行、久站、性交后和月经前几天更重, 经卧床休息后症状可缓解。

二、瘀血性痛经

半数以上患者有此症状。特点是经前数天开始出现弥漫性或持续性下腹痛, 腰骶部或盆腔内坠胀痛, 月经前一天或月经第一天最重, 第二天即明显减轻。

三、性交痛

多数患者有深部性交痛、性交后疼

痛,其原因一是刺激瘀血部位,二是加重瘀血。

四、极度疲劳感

有少数为主诉,可是临床检查常常发现不了有关病变。

五、月经改变

周期和经量多无明显改变,主要表现在经血颜色呈酱色,约 1/4 患者有排卵期少量出血。

六、白带过多

半数以上有白带过多的症状,多为透明的粘液或水样,系分泌过盛而不是感染所致,如合并继发性宫颈炎症,白带可为粘液脓性。

七、乳房胀痛

多数患者于月经中期以后,在出现盆腔疼痛的同时出现乳房胀痛,自己摸到乳房内有一触痛的硬结,至月经前一天达高峰,月经来后疼痛迅速减轻或完全消失。

八、外阴、阴道肿胀、坠痛

阴道壁可呈紫蓝色,阴唇肿胀以及静脉充盈、怒张或曲张。

九、膀胱和尿道症状

约 1/3 患者经前期有明显的尿频及尿痛症状,但尿常规检查正常,膀胱镜检查仅发现膀胱三角区静脉充盈及水肿。

十、植物神经系统症状

心烦易怒,或心情忧郁,夜寐梦多,

极度疲劳、头晕、头痛、心悸、气短、呃逆腹胀、全身酸痛感等。

十一、体格检查

(一) 腹部检查

唯一体征是下腹部轻度压痛、甚至无明显的固定压痛点,即使在患者感到最痛的部位,也没有腹肌紧张及反跳痛。

(二) 乳房检查

可触及乳头下方弥漫性肿大的乳腺组织,多伴有不同程度的触痛。

(三) 妇科检查

外阴静脉充盈,甚至静脉曲张,阴道、宫颈粘膜常着紫蓝色,宫颈肥大,多有糜烂。子宫体肥大,多数后倒于骶凹内,触动子宫颈或触抵后穹窿,尤其是企图把后位子宫复成前位时疼痛加剧,但又触不到明显的痛结。宫旁、附件区有明显的压痛及饱满感,但无明显增厚及块状物,有时可触及增大、压痛的卵巢。

[实验室与其他检查]

一、盆腔静脉造影术

盆腔静脉造影能清晰地、动态地显示盆腔曲张的影像及造影剂廓清时间,客观地证明盆腔瘀血的存在。

二、腹腔镜检查

可见子宫体一致性增大,表面呈紫蓝色,或有瘀血斑点,使子宫表面呈“花斑”状,多数子宫后倒于骶凹内,子宫直肠陷凹内常有淡黄色浆液,10~80ml 不等。一侧或两侧卵巢呈囊性增大、水肿、卵巢静脉曲张、变粗。部分患者有阔韧带基底部筋膜裂伤。阔韧带内血管迂曲、怒张,或形成静脉瘤样。

三、B超检查及彩色多普勒检查

B超检查提示子宫均匀性增大，子宫内膜增厚，双卵巢可有囊性增大，彩色多普勒检查发现盆腔静脉扩张。

〔诊断与鉴别诊断〕

一、临床诊断

1. 病史 多为生育年龄妇女，凡有过妊娠分娩或流产史，产后不久出现慢性盆腔疼痛等症，无产后或流产后感染史。

2. 典型的临床症状。

3. 体征 自觉症状的严重程度与客观体征往往大相径庭。症状多而严重，妇检除子宫颈、后穹窿触痛、子宫颈糜烂、肥大、水肿、分泌物过多、子宫后倒、附件区压痛且软如海绵等体征外，无其它器质性病变。

4. 多伴有经前期乳房胀痛及某些神经衰弱症状。

5. 按慢性盆腔炎、子宫内膜异位症进行治疗，收效不大或无效。

二、辅助诊断

1. 盆腔静脉造影术 目前不提倡应用，但它能客观地证明盆腔瘀血的存在。

2. 腹腔镜检查。

3. B超或彩色多普勒检查。

三、鉴别诊断

1. 慢性盆腔炎 常有继发不育史及反复急性发作史，妇科检查盆腔有炎性增厚，甚至有炎性包块，抗炎治疗常有效。

2. 子宫内膜异位症 痛经为进行性加剧，常伴不育，妇科检查子宫后壁、宫骶韧带、后穹窿常可扪及触痛性结节，有

时宫旁可扪及囊性包块。

3. 神经官能症 行B超或彩色多普勒检查示盆腔静脉无扩张，或行腹腔镜、盆腔静脉造影检查，有助于鉴别。

4. 肠过敏综合征 本病腹痛常欲排便，便后腹痛缓解，腹腔镜检查、盆腔静脉造影无异常。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

(一) 参芪化瘀汤

组成与用法 党参15g 黄芪10g 茯苓15g 炒蒲黄15g 炒白术15g 当归15g 桃仁10g 五灵脂10g 甘草10g 丹参30g 醋白芍30g 每日1剂，水煎分3次温服。20天为1疗程，疗程间隔3天，连用3个疗程。

功用与评述 本方具有益气化瘀止痛功效。方中用四君子汤健脾益气以治其本，黄芪加强其益气之力，桃仁、丹参合失笑散活血化瘀，当归养血活血、白芍、甘草酸甘化阴，缓急止痛。

(二) 少腹逐瘀汤合胶艾汤

组成与用法 小茴香30g 干姜6g 元胡12g 没药6g 当归10g 川芎12g 肉桂2g(后下) 蒲黄10g 五灵脂10g 阿胶(烔化)10g 艾叶10g 干地黄12g 甘草3g 水煎服，每日1剂，1个月为1疗程。

功用与评述 补血活血、祛瘀散结、温通经脉。临症时则应辨清虚瘀之主次，或是虚中夹瘀、夹寒。若以冲任虚损为主，则以胶艾汤为君，重在调补冲任，少腹逐瘀汤为辅；若以胞络冲任损伤，气滞血瘀、脉络瘀阻为主者，则以少腹逐瘀汤为君，胶艾汤为辅，重在活血祛瘀；若以

寒为主者,重在温经散寒,重用小茴香、干姜、肉桂、艾叶;若以冲任,胞宫虚损,夹瘀夹寒者,则以少腹逐瘀汤合胶汤各半量为用。

二、西医药治疗

(一) 轻型患者的治疗

1. 流产后或产后宜侧俯卧位(如一侧下腹痛,嘱痛侧在上面,若为整个下腹痛或两侧下腹痛者,可左右交替侧俯卧位。

2. 阴道流血停止后,每天做膝胸卧位1~3次,每次10~15分钟。

3. 有便秘者纠正便秘。

经以上处理,一般3~5天内即可见显效。

(二) 重型患者的治疗

1. 宫颈管裂伤,宫颈裂伤外翻者,用电熨术(或冷冻、激光)治疗,能有效地减轻宫颈旁慢性淋巴管炎及静脉瘀血,使白带减少,盆腔痠痛减轻。

2. 对患病多年,久治无效者,多需手术治疗。

(1) 圆韧带悬吊术及骶韧带缩短术:适用于较年轻、不需再生育而又不宜做子宫及附件切除者,手术中应同时行输卵管结扎术。

(2) 经腹子宫附件全切除术:适用于35岁以上患者,合并月经过多或已届更年期者,术后行雌激素补充治疗,效果很

好。或需要保留一侧卵巢时,经腹可使卵巢固定在最佳位置。

(3) 阔韧带筋膜裂伤修补术:用于修补因阔韧带裂伤所致的重型患者。主要用于较年轻的患者。

[预防与护理]

一、加强计划生育宣传,防止早婚、性交过频及生育过多过密,宣传科学的避孕方法。

二、重视体育锻炼,如快步走、慢跑、游泳、广播操,产后体操等,以增进盆腔肌张力,改善盆腔血循环。

三、多吃青菜、水果、保持大便通畅。

四、防止疲劳,提倡侧俯卧位,这对防止甚至治疗某些轻型的盆腔瘀血综合征都有很好的效果。

主要参考文献

1. 黄宗诚,等. 盆腔瘀血综合征及盆腔疼痛. 实用妇产科杂志, 1998, (6):288
2. 曹斌融. 盆腔瘀血综合征的临床表现及鉴别诊断. 中国实用妇科与产科杂志, 1995, (1):15
3. 连华敏. 参芪化瘀汤治疗盆腔瘀血综合征35例. 新中医, 1994, (11):27
4. 胡金茹. 盆腔瘀血综合征的中医治疗. (附43例疗效观察). 江西中医药, 1996, (6):23

(黄熙理 洪丽美)

第12章 妇 科 肿 瘤

子 宫 肌 瘤

子宫肌瘤 (myoma of uterus) 又称子宫平滑肌瘤 (leiomyoma leiomyoma), 是女性生殖器官中最常见的一种良性肿瘤, 主要是由平滑肌细胞增生所形成, 多见于30~50岁妇女。根据肌瘤所在子宫肌壁的部位不同可分为肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤、粘膜下肌瘤及阔韧带内肌瘤。其病因尚未明确, 但大多数认为与雌激素刺激有关。

子宫肌瘤, 中医称为“石瘕”。历版教材《中医妇科学》都把它归在瘕瘕部分讨论。根据其临床表现, 古医籍可散见于“瘕积”、“月经过多”、“崩漏”等病症中。

[病因与发病机理]

本病以子宫出血、压迫症状、阴道分泌物多、贫血、不孕症为主要临床表现。《灵枢·水胀篇》曰: “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, 日以益大, 状如怀子, 月事不以时下, 皆生于女子可导而下。”可见早在《内经》时代就认识到石瘕“皆生于女子”, 生在胞宫, “月事不以时下”。

本病多由情志不遂, 气机不畅, 血行滞涩, 气滞血瘀, 日久成瘕, 或经期产后血室正开, 胞脉空虚, 风、寒、湿、热之邪, 侵袭胞宫, 与血搏结; 或房事不洁, 余血败精, 胶结内阻。总之, 凡脏腑气血

功能失调, 气滞、血瘀、痰饮、湿浊、胶结胞宫, 日久均可导致石瘕。故病机关键为脏腑功能失调, 气、瘀、痰、湿胶结胞宫。病位在胞宫; 病性属虚实夹杂。

现代医学认为: 子宫肌瘤的确切病因不明, 但大多数人认为: 长期大量持续的雌激素刺激, 是子宫肌瘤的主要发病因素, 尤其在只有雌激素作用而无孕酮作用时更易发生。

[临床表现]

子宫肌瘤的症状不一定与子宫肌瘤大小成比例, 而与生长部位关系密切。

一、阴道出血

浆膜下肌瘤常无阴道出血症状。肌壁间肌瘤如肌瘤较大时可有月经过多, 大血块, 经期延长, 周期缩短。粘膜下肌瘤发生症状较早、较重, 常为不规则阴道出血。

二、腹部肿块

若肌瘤较大则可在腹部扪及质硬、不规则结节状块物。

三、压迫症状

肿瘤增大后可压迫邻近器官, 发生各种症状。如压迫膀胱发生尿频, 产生尿潴留。压迫直肠发生便秘, 压迫输尿管发生输尿管积水、肾盂积水, 而有明显腰痛。

四、疼痛

肌瘤本身不引起疼痛,部分病人可有痛经或坠痛。浆膜下肌瘤发生蒂扭转时可出现急性腹痛,肌瘤红色变性时,腹痛剧烈且伴发热。

五、白带增多

肌瘤使子宫腔面积增大,子宫内膜腺体分泌增多,故白带增多,若粘膜下肌瘤并感染可见血性脓带。

六、不孕

肌瘤可改变宫腔形态及肿瘤本身做为异物皆可妨碍孕卵着床,影响精子运行,从而导致不孕。

七、全身伴随症状

出血多可有继发性贫血症状,如头昏、乏力、心悸气短等。

八、妇科检查

如为壁间肌瘤则子宫常增大,表面有不规则结节状突起,单个或多个,浆膜下肌瘤有时可扪及质硬球状块物与子宫有细蒂相连可活动;粘膜下肌瘤时,子宫多为均匀性增大,有时宫颈口扩张,在宫颈口内或脱出在阴道内见有粘膜下肌瘤,呈红色,表面光滑,质实。如伴感染表面可见溃疡或渗出液覆盖。子宫颈肌瘤有时宫颈一唇被肌瘤生长,另一唇被拉平变薄。正常大小的宫体则被推向腹腔。

[实验室与其他检查]

一、B超或彩超检查

可显示子宫大小,宫腔内的情况,肌

瘤的数目大小、部位及退行性变性等。

二、子宫探测或诊刮

可了解宫腔深部及形态。

三、子宫输卵管碘油造影

可显示子宫大小,宫腔形态及肌瘤附着部位。

四、内窥镜检查

子宫镜可窥视子宫腔内的粘膜下肌瘤。腹腔镜可直视子宫外形及肌瘤情况。

五、病理检查

镜检有呈漩涡状排列的平滑肌与纤维组织交叉组成,细胞大小均匀,胞核染色较深。

[诊断与鉴别诊断]

一、临床诊断

1. 病史 多发于30~50岁女性,常伴有不孕症或流产史。
2. 典型的临床症状。
3. 体征 妇检发现子宫不同程度增大、质硬。

二、辅助诊断

1. B超或彩色多普勒检查。
2. 子宫探测或诊刮。
3. 子宫输卵管碘油造影。
4. 内窥镜检查。
5. 病理检查。

三、鉴别诊断

1. 妊娠子宫 有停经史、早孕反应,子宫增大与停经月份相符,质软,可借助

尿或血 hcG 测定, B 超检查最有利于诊断。

2. 卵巢肿瘤 一般无月经变化, 多为偏于一侧的囊性或实性肿块与子宫分开, 实质性卵巢肿瘤与浆膜下子宫肌瘤相鉴别。腹腔镜检查及 B 超检查有利于诊断。

3. 盆腔炎性包块 多有发热腹痛等盆腔感染的病史, 块物边界不清与子宫粘连, 有压痛, 抗炎治疗后体征有好转。

4. 子宫腺肌症 常有较剧烈的渐进性痛经、月经增多, 子宫均匀性增大等。月经后略缩小。

5. 其他 粘膜下肌瘤还须与子宫颈癌、子宫内膜腺癌、子宫肉瘤、子宫内翻相鉴别。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 肌瘤内消汤

组成与用法 党参 桑寄生 生首乌 牛膝 鬼箭羽 急性子 夏枯草 制鳖甲 瓦楞子 生牡蛎等。本方用于非经期, 每日 1 剂, 3 个月为 1 疗程。

功用与评述 非经期治以活血化瘀, 软坚消癥兼以益气。方中党参益气, 桑寄生补肝肾养血, 生首乌调和气血, 散结消肿, 牛膝活血散瘀止痛, 补肾强腰, 并能引诸药下行胞宫胞脉, 作用于病处; 鬼箭羽、急性子活血化瘀、软坚散结且不峻猛; 夏枯草散郁结、清郁热、消痰核; 制鳖甲、瓦楞子、生牡蛎既能软坚散结又有化痰之功。

(二) 益气缩宫汤

组成与用法 党参 太子参 南沙参 白术 枳壳 益母草 生贯众 花蕊石

煅牡蛎 煅龙骨 炒蒲黄等。本方用于经期, 每日 1 剂, 3 个月为 1 疗程。

功用与评述 经期以益气缩宫祛瘀止血兼以软坚散结。方中党参补益中气摄血, 太子参平补气血, 南沙参益气又滋阴, 白术补中益气健脾和胃, 枳壳破气消积, 化痰消痞, 益母草祛瘀生新、活血调经, 生贯众清热解毒, 散瘀止血, 花蕊石化瘀止血, 煅龙骨镇惊安神、收敛止血, 煅牡蛎益阴潜阳, 收敛止血, 化痰软坚, 蒲黄活血祛瘀止血。诸方配合共奏益气缩宫, 祛瘀止血消癥之效。

(三) 加味消癥散

组成与用法 炒当归 赤白芍 石打穿 五灵脂各 10g 蒲黄 6g (包) 制香附 9g 花蕊石 10g (先煎) 血竭末 琥珀末各 4g (吞) 黄芪 10g 党参 10g。水煎分服, 日服 1 剂。

功用与评述 本方具有化瘀消癥功效。方中当归、赤白芍、石打穿养血活血, 血竭末、花蕊石、五灵脂、蒲黄祛瘀止痛、止血, 制香附理气止痛, 党参、黄芪补气以摄血。

加减: 经行大便溏者, 上方去当归, 加炒白术 10g, 六曲 10g, 心烦失眠者, 加炙远志 6g、紫贝齿 10g (先煎)、太子参 10g; 经净之后, 上方去蒲黄、花蕊石、琥珀末, 加三棱 10g, 莪术、地鳖虫各 10g。

二、专药选用

(一) 宫瘤清胶囊

[中国中医研究院中汇制药公司。
(1998) 卫药准字 Z—158 号]

主要成分 熟大黄 土鳖虫 水蛭等。

功用与评述 活血逐瘀, 消癥破积,

养血清热。方中以大黄虻虫丸为主去虻虫、蛭螬、干漆，加入蒲黄、牡蛎、枳实以化瘀止血、软坚散结，行气导滞。使整个处方不致过于峻猛，而趋于平衡。

药理实验证明 宫瘤清胶囊具有抗雌激素的作用，可抑制己烯雌酚所致幼年小鼠子宫重量的增加，对抗大鼠血清雌二醇的升高。具有活血化瘀的作用，促进“离经之血”吸收，改善微循环障碍，降低全血粘度。具有抗炎止血作用，能够提高细胞免疫功能。

用量与用法：每次3粒，每日3次。3个月为1疗程。

(二) 桂枝茯苓胶囊

[江苏连云港康缘制药有限责任公司。(1995)卫药准字Z-25号]

主要成分 桂枝 茯苓 牡丹皮 白芍 桃仁。

功用与评述 活血化瘀，缓消癥块。方中桂枝温经，行气、通阳；丹皮、桃仁活血祛瘀；茯苓渗湿健脾；赤芍行血中之滞。全方合用具有活血散结、破瘀消癥等功用。

药理实验证明 应用本方后进行血液流变学测定，结果除红细胞比容外，全血还原比粘度，全血比粘度和血浆比粘度，纤维蛋白原浓度均有明显降低，红细胞电泳时间减少，说明该药降低血液粘度，增加血液流通性，达到消癥作用。

用量与用法 每次3粒，每日3次，3个月为一疗程。

三、西医药治疗

(一) 随访观察

1. 子宫肌瘤无症状，小于3个月妊娠大小，可每3~6个月复查一次。

2. 年龄在40岁以上，出血量不多，

做诊刮后无恶性病变，也可每3~6个月复查一次。

3. 肿瘤无明显变化，无出血或出血不严重，期待更年期后，肌瘤逐步萎缩。

(二) 性激素治疗

适用于月经量较多而肌瘤不大，已除外子宫内膜恶性病变，可用雄激素治疗。

1. 甲基睾丸素 每次10mg，每日1次，每月用药20天。

2. 丙酸睾丸酮 每次25mg，肌肉注射，每日1次，连用3天，以后25mg每周肌肉注射2~3次。月用量不超过300mg。

(三) 手术治疗

适用于肌瘤大于3个孕月大小，症状明显以致继发性贫血者。

1. 肌瘤摘除术 适用于年轻患者需要保留生育功能者；年轻而不怀孕者；粘膜下肌瘤突出在宫颈口者。

2. 子宫全切除 适用于子宫超过3个孕月大小者，易发生退行性变；月经过多，严重贫血而药物治疗无效者；肌瘤生长快，有恶性可能者；肌瘤有蒂扭转或发生感染者；不再生育者。

[预防与护理]

一、饮食疗法 可予桃仁粥（桃仁10~15g，粳米50~100g），或加味三七散口服。

二、保持心情舒畅，预防外感，纠正贫血症状。

三、子宫肌瘤患者不宜放置宫内节育器，也不宜口服避孕药。

主要参考文献

1. 肖承棕. 子宫肌瘤的论治. 中国医药学报, 1995, (10):24

2. 夏桂成主编. 中医临床妇科学. 第1版
北京: 人民卫生出版社, 1994. 479~481

3. 尤昭玲等主编. 实用妇产科手册. 第1版.
湖南科学技术出版社, 1996. 356~360

(黄熙理)

子 宫 颈 癌

子宫颈癌 (Cancer of the cervix) 是指来自宫颈上皮的恶性肿瘤, 是女性发病率最高的恶性肿瘤之一, 占女性生殖器恶性肿瘤的 2/3。临床上以宫颈鳞状上皮癌为多, 约占 95%, 宫颈腺癌次之。早期症状不明显, 或偶有阴道出血、带下增多, 晚期可有崩中漏下、带下秽臭, 黄白相兼或五色相杂不等。

70 年代以前, 女性宫颈癌发病率尤为突出。随着人民生活水平提高, 提倡计划生育及晚婚广泛开展宫颈癌的普查普治, 特别是对宫颈糜烂、不典型增生等常见病的治疗, 使宫颈癌的发病和死亡率大幅度下降, 也是目前我国恶性肿瘤中发病率和残废率趋于下降的肿瘤之一。

中医文献中尚未发现宫颈癌这个名称, 但是以妇科“崩漏”和“带下”中记录了类似宫颈癌的病征, 尤以孙思邈在《备急千金要方》中所述, 就是宫颈癌的典型症状。“崩中漏下, 赤白青黑腐臭不可近, 令人面黑无颜色, 皮骨相连, 月经失度, 往来无常, 小腹弦急, 或者绞痛上至心。……腰背痛连肋, 不能久立, 每思卧困顿”。这段描述与现代医学中宫颈癌的表现一致。最早在《内经》骨空论中还有“任脉为病, 女子带下瘕聚”的记载。汉代张仲景《金匮要略》妇人篇“妇人病因虚积冷结气, 为诸经水断绝, 至有历年血寒, 积结胞门, 寒伤经络”; “经候不

匀, 令阴掣痛, 少腹恶寒, 或引腰脊, 下根气街, 气冲急痛, 膝胫痛烦, 奄忽眩冒, 状如癫痫, 或有忧惨, 悲伤多嗔, 此皆带下, 非有鬼神, 久则羸瘦脉虚多寒”。元朱丹溪所述“糟粕出前窍, 溲尿出后窍”更是叙述了晚期宫颈癌侵犯膀胱和直肠, 致使阴道、膀胱、直肠穿通的现象。

[病因与发病机理]

子宫癌的病因至今尚不明确。多种调查认为, 肿瘤的发生与环境因素、遗传因素和生活习惯等多种因素相互或共同作用有关。中医学普遍认为, 宫颈癌与冲任虚损有关。冲任受损而气血俱虚, 不能统制经血, 忽然而下, 谓之崩中暴下, 五脏皆虚者, 故五色随崩俱下。肝肾和冲任功能上相互关联, 肝藏血, 肾藏精, 崩漏又与肝肾受损有关, 带下是湿毒下注, 是脾虚湿盛, 化热成毒所致。“崩中之病是伤损冲任之脉, ……冲任气虚, 不能统制经血, 故忽然崩下……伤损之人, 五脏皆虚者, 故五色随崩俱下”(《诸病源候论》)。“妇人崩中者, 由脏腑操作冲任二脉, 气血俱虚故也, 二脉为经脉之海, 血气之行, 外循经络, 内荣脏腑, 若气血调适则经下依时, 若劳动过极, 脏腑俱伤, 冲任之气虚不能制约其经血, 响应忽然而下, 谓之崩中暴下。”从中可以看出肝、脾、肾三脏与冲任受损致使崩漏带下, 也指出了治疗本症是以冲任为本, 全面调理相关脏腑气血的原则。

一、此病为七情所伤, 肝郁气滞, 冲任损伤, 肝、脾、肾诸脏虚损为内因, 外受湿热、或积冷结气、血寒伤络、瘀阻胞络所致。故此病以正虚冲任失调为本, 湿热瘀毒凝聚而成。

1. 湿毒下注 素体湿热, 或脾虚,

湿蕴化热，久而结毒，流注下焦，堵塞胞络而致。

2. 下元虚寒 房室不节，多产伤肾，温煦无能，冲任失调，胞脉气血运行受阻，瘀毒内结而成。

3. 气郁湿困 抑郁伤肝，肝气失于疏泄而郁结；久郁伤脾，脾虚生湿，湿浊与气蕴结下焦而致。

4. 阴阳两虚 年近七七，天癸将竭，阴阳失调，邪毒乘虚而袭，流注胞脉致病。

二、现代医学研究表明，子宫颈癌的发生与下列因素关系密切。

1. 早婚、早育与多产 宫颈癌一般多见于已婚妇女，未婚者极罕见。美国调查3280名修女中无1例子宫颈癌发生。流行病学调查已肯定早开始性生活者的发病率高。国内上海肿瘤医院统计，已婚的子宫颈癌病人中，70%病例是20岁以下结婚的。

据国内临床资料，初婚在20岁以下和产次在5胎以上者发病明显比正常妇女组高，早浸润癌组原位癌组更为明显。多产妇女子宫颈创伤机会多，继发炎症，而进一步发展的可能性增大。北京市的材料说明，生产1~2胎的妇女的发病率为31.07/10万，而7胎以上者为358.6/10万，说明子宫颈癌的发生率随产次的增加而递增。

2. 宫颈糜烂、裂伤与外翻 在早期子宫颈癌患者中，宫颈糜烂者较对照组妇女明显为多。据北京、上海等四大城市普查统计，子宫颈癌的发病率，有宫颈糜烂的妇女比无宫颈糜烂的妇女高10倍。

3. 病毒因素 近年来国外已有许多关于人乳头瘤(HPV)与宫颈癌的关系的报道。有作者认为HPV16, HPV18多见于严重非典型增生与原位癌或浸润癌。

经用分子杂交法可以在85%的宫颈癌中找到HPV的DNA序列，并确定浸润含HPV16和HPV18两型DNA。新的观点认为，通过性传播的HPV感染，常使宫颈维持亚临床乳头瘤病毒感染(SPI)状态，偶见形成明显的湿疣病变，此时病毒潜伏在体内，以后遇到宿主因素对病毒有利时，如免疫力低下、局部再次外伤、感染等，病毒基因就可整合入宿主细胞基因组，激活癌的发生，这时出现重度间变或原发癌。

近年用荧光抗体法发现宫颈癌病人的宫颈脱落细胞中有Ⅱ型疱疹病毒(HSV-2)感染病人的宫颈癌发生率比对照组高6倍。因而认为HSV-2及HPV感染与宫颈癌有密切关系，这些病毒通常是由性生活传播的，加上其它致癌因子的作用或宿主的免疫力下降，这些细胞变成恶性细胞。

4. 其它因素 临床病因调查还说明，子宫颈癌的发生和精神创伤、社会经济、家族肿瘤史等有关。有报道宫颈癌病人血清硒浓度，与年龄、体重、居住地等相匹配的对照组比较，表明癌病人的血清硒浓度较低。由于硒的缺乏使过氧化物的累积，可导致细胞膜的操作，而摄入含硒的饮食就能增加谷胱甘肽过氧化物酶的活性，对细胞膜有保护作用。迄今已有不少作者报道，认为硒的缺乏与肿瘤的发生有关。但血清硒浓度低下可能只是子宫肿瘤发生的一种因素，对硒在致癌作用中的病因学还需进一步深入研讨。因而有人提出宫颈癌的发生可能与上述多种致癌因素的综合作用有关。

[临床表现]

早期宫颈癌多在妇科检查时发现，Ⅰ期宫颈癌近半数无症状，或仅见宫颈糜

烂，当症状出现就诊时多数病情已属晚期。宫颈癌的主要症状是出血和白带。

一、阴道出血

宫颈癌最常见的症状。80%以上的患者有不规则的阴道出血。早期量少，在活动、排便或阴道检查时出现，尤以性交后出血常见。有的病人表现为经期延长血量增多。晚期病人出血量大，菜花型肿瘤或因肿瘤侵犯较大血管时，可出现大出血，甚至出血性休克。由于长期失血，可导致病人重度贫血。

二、白带增多

早期白带量增多，呈粘液或浆液状，随后可呈米汤样，混有血液。晚期因肿瘤组织坏死、感染，白带为混浊或脓样，有恶臭。

三、疼痛

早期宫颈癌不痛。癌肿侵及宫旁组织时则有胀感和钝痛，累及腹膜则有剧痛，累及盆腔，压迫或侵犯神经，可出现腰部和下半身痛，这已是晚期宫颈癌的表现。

四、泌尿道症状

晚期宫颈癌压迫或侵犯膀胱，可出现尿频、尿血等尿道炎的症状，压迫输尿管，可引起肾盂积水，如为双侧，尚可出现尿毒症。

五、消化道症状

晚期宫颈癌压迫甚至侵犯直肠，引起大便困难、梗阻、便血乃至阴道直肠瘘。

六、其他症状

纳差、消瘦、贫血、低烧、下肢肿胀。严重者出现恶液质等。

〔实验室与其他检查〕

一、阴道脱落细胞学检查

对于宫颈癌早期诊断的阳性率可达90%左右。宫颈癌发生在宫颈鳞状上皮与柱状上皮交界的宫颈口。为了提高涂片的阳性率，应从宫颈口刮取细胞涂片，必要时可以用带丝线的竹签，从宫颈口伸入颈管刮取细胞，特别适用于绝经后的妇女。巴氏染色Ⅱ级以上应重复检查，定期复查，Ⅳ-Ⅴ级者，在可疑病变处或多点活检。临床可见明显病灶者，可直接活检。

二、阴道镜检查

阴道镜是一种附有强光照明的双筒放大镜，能直接观察子宫颈表面上皮和血管的变化，发现肉眼不易看到的宫颈病变和异常形态，提示活检部位，提高早期宫颈癌的诊断率。

三、病理检查

对宫颈细胞涂片有可疑癌细胞或典型癌细胞以及临床疑为宫颈癌者，均应以活检钳取病变组织，或采用手术切取组织进行切片检查。对细胞学阳性而钳取活检阴性者，或为了对原位癌进一步诊断有无浸润癌存在时，可施以子宫颈锥形切除，进行病检。

以上检查方法已能明确诊断，为了对患者的病变侵犯范围，对周围器官的影响，有无远处转移等情况进行诊断，还可根据情况选用X线检查、尿路造影、骨扫描、B型超声显像乃至CT检查。

〔诊断与鉴别诊断〕

大多数晚期宫颈癌根据临床症状及妇

科检查, 不难作出诊断。因此宫颈癌的早期发现、早期诊断、早期治疗尤为重要。

一、诊断

(一) 全身检查和妇科检查 在全身检查时, 要注意可触及的浅表淋巴结有无肿大、变硬和固定, 尤其是腋窝、腹股沟及锁骨上淋巴结。妇科检查时动作要轻柔, 对于阴道出血较多者, 最好先做指诊, 以后再做视诊。阴道指诊主要了解宫颈和肿瘤的情况, 了解阴道受侵情况。双合诊检查及三合诊检查是必不可少的。双合诊要了解子宫的情况及附件和宫旁有无浸润, 三合诊要了解主韧带、骶韧带、直肠及盆腔的情况。根据以上详细检查, 才能做出临床分期。检查时要避免引起大出血。

(二) 宫颈细胞刮片检查 为目前发现早期宫颈癌的最实用的方法, 结合活组织检查, 可使早期宫颈癌的发现率大大提高。

(三) 活体组织检查 为诊断宫颈癌的最可靠的依据。对于临床上疑有早期宫颈癌, 或阴道细胞学涂片阳性, 或临床上不能排除颈管内癌时, 可行颈管内组织刮取术。当病变不明显时, 可在碘着色或阴道镜帮助下, 多刮取点宫颈组织检查。

(四) 阴道镜检查 用阴道镜可使宫颈放大10~20倍, 使原来肉眼所不能看见的早期病变被发现, 并提供活检部位, 提高活检阳性率。

阴道镜检查指征: (1) 阴道细胞学不正常或阳性(巴氏Ⅱ级以上); (2) 肉眼观察可疑。或病史可疑由于子宫颈的不正常转化区与正常转化区处于相同的位置, 主要由非典型上皮及不正常血管构成, 所以阴道镜基本图像可表现为白色上皮、白斑、点状血管、镶嵌及异型血管。对于早期浸润癌阴道镜图像可表现出镶嵌、点状血管

和白色病变。病变的边界清楚, 周围可现红色反应带。浸润癌表面凹凸不平或呈结节状, 色彩转为发白、黄色或蜡红。下列表现提示浸润癌的存在: ①不规则的镶嵌, 且有显著的表面不规则; ②乳突状点状血管(如杨梅状); ③表面有岩石状突出; ④异型血管, 即发夹状、螺旋状和线球状异型血管的出现。多数情况下, 异型血管的出现指示浸润癌的存在。但是阴道镜不能观察到颈管内的癌瘤, 而镜下所见异型上皮并非均为癌, 所以与细胞学及活体组织检查相配合, 可提高阴道镜的早期诊断率。

(五) 宫颈锥切检查 细胞学检查连续多次阳性, 但多点活检及宫颈管刮取术未见癌变, 或已见原位癌, 但不能排除浸润癌, 则应行宫颈锥切术, 并将整个标本做成蜡块, 分块做切片病理检查。

二、鉴别诊断

早期时需与下列疾病相鉴别

(一) 宫颈糜烂 子宫颈外口周围有颗粒状糜烂, 触之易出血, 仔细检查糜烂处质地不硬, 而癌变质地较硬, 有怀疑时可作宫颈刮片或取活检。

(二) 宫颈息肉 息肉为炎变, 但宫颈恶性肿瘤有时呈息肉状, 故凡有息肉应切除, 并送病检。

(三) 宫颈结核 少见, 外观宫颈糜烂、溃疡、乳头状或息肉样生长, 好发于年轻妇女, 伴有不育史、月经异常, 结合活检可确诊。

(四) 宫腔或宫颈粘膜下肌瘤 当肿瘤脱入阴道, 伴感染坏死, 双合诊可触及瘤蒂, 质硬均匀不脆, 无癌瘤的侵蚀感。

[临床分期]

宫颈癌的临床国际分期 1985年由国

际妇产科联合会 (FIGO) 做了部分修改, 并于 1988 年开始使用。介绍如下:

癌前病变 轻度不典型增生 (结构不良 1 级)

中度不典型增生 (结构不良 2 级)

重度不典型增生 (结构不良 3 级)

0 期原位癌, 浸润前癌 (不包括于治疗统计内)

I 期 病变确切局限于子宫颈 (决不蔓延至子宫体)

I_A: 仅在显微镜下才能确诊的临床前期子宫颈癌

I_{A1}: 镜下微小间质浸润

I_{A2}: 镜下可测量的病变。不论以表面上皮或腺上皮基底膜测量, 其浸润深度不能超过 5mm, 而测其水平扩展不超过 7mm, 超过上述范围定为 I_B。

I_B: 不论临床有无可见病变, 但光镜下病变范围超过 I_{A2} 者, 虽不改变分期但须特殊描写以决定治疗时参考。

II 期: 癌扩展超出宫颈, 但未达盆壁, 侵及阴道, 但未达下 1/3。

II_A: 无明显宫旁浸润

II_B: 有明显宫旁浸润

III 期: 癌扩展达盆壁, 肛查肿瘤与盆壁间无空隙。癌瘤侵犯阴道下 1/3; 肾盂积水或肾无功能者

III_A: 未侵犯盆壁

III_B: 浸润盆壁, 并 (或) 有肾盂积水或肾无功能者

IV 期: 癌扩展超出真骨盆, 或临床已侵犯膀胱或直肠粘膜, 泡样水肿不属此期

IV_A: 癌扩展到邻近器官

IV_B: 癌扩散到远处器官

关于 TNM 分类法, 目前不能准确地反映 N 和 M 的情况, 而且分类繁杂, 不

易记忆及应用, 所以没有被广泛采用。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 蜀羊泉散加味

组成与用法 蜀羊泉 15g 红地榆 10g 白花蛇舌草 30g 半枝莲 15g 土茯苓 10g 苍术 9g 龙葵 6g 生薏仁 15g 五灵脂 10g 山楂 10g 续断 10g 炒蒲黄 (包煎) 6g 生黄芪 15g。水煎分服, 每日 1 剂。

功用与评述 清热解毒、化瘀利湿。方中蜀羊泉、白花蛇舌草、半枝莲、龙葵能清热解毒, 土茯苓、苍术、生薏仁能健脾利湿, 红地榆、炒蒲黄能止血涩带, 加生黄芪益气止血, 五灵脂、蒲黄化瘀止血。上方组合共奏清热毒、化瘀利湿之效。

辨证加减

1. 兼肝郁者, 尚有情志抑郁、善悲多虑、胸闷噎逆等症, 上方加柴胡 6g、合欢皮 9g、娑罗子 9g 以疏肝理气。

2. 兼脾虚者, 尚有纳少神疲、阴道、肛门小腹坠胀、腰腿酸软、便溏、舌苔薄白、脉细少力, 上方加补中益气汤, 去半枝莲、龙葵加党参 15g、炒白术 10g、炙升麻 5g、柴胡 5g、炒防风 6g, 以补中益气健脾。

3. 兼肾阴虚者, 伴有腰疲腿软、口渴欲饮、小便涩痛、大便秘结、舌质红或少苔、脉细数, 上方十二甲地黄汤, 即去苍术、苡仁、山楂, 加炙龟甲、炙鳖甲 (先煎) 各 15g、怀山药、熟地、山萸肉各 9g, 以滋肾阴养血。

4. 兼肾阳虚者, 伴有腰腿酸疼, 两腿沉重、形寒怕冷、面浮足肿、脉细、苔

白膩。上方加制附子 6g、党参 15g、鹿角霜 10g、炮干姜 5g，以温阳利湿。

(二) 双术三草方

组成与用法 黄芪 24g 当归 15g 白术 15g 莪术 15g 三棱 15g 白花蛇舌草 30g 仙鹤草 30g 败酱草 30g 半枝莲 30g。水煎，每日 1 剂，每剂分 3 次服，每周 6 剂。

功用与评述 清热解毒利湿，益气活血化瘀方中黄芪、当归、益气补血，以行气活血；白术，补脾胃之气而燥湿，三棱、莪术，活血化瘀；“三草”一白花蛇舌草、败酱草、仙鹤草，可清热解毒，败酱草有清利下焦湿浊之功，仙鹤草兼有止血之效；半枝莲、白花蛇舌草都可清热解毒，且现代药理研究，均有抗癌之功效。

辨证加减

1. 兼肝气郁滞者，去黄芪，加柴胡、陈皮、郁金、茯苓、白芍，以增强疏肝解郁的功能。

2. 兼肝肾阴虚者，加女贞子、枸杞子、山萸肉、生地以滋肝养肾。

3. 湿热瘀毒较甚者，减白术，加土茯苓、蒲公英、生苡仁、车前子、黄柏，以增强清热利湿解毒之功。

(三) 二虫昆藻汤

组成与用法 蜈蚣 3 条 全蝎 6g 昆布 24g 海藻 24g 当归 24g 续断 24g 半枝莲 24g 白花蛇舌草 24g 白芍 15g 茯苓 15g 柴胡 9g 云南白药 2g。水煎内服，每日 1 剂，佐服云南白药 2g，分 2 次服。

功用与评述 理气疏肝，活血化瘀，清热化湿，扶正抗癌。方中蜈蚣、全蝎、海藻、昆布、半枝莲、白花蛇舌草是治癌之主药，能清热利湿、活血化瘀，软坚散结和抗癌，六药合用，相得益彰。当归、

白芍、茯苓、续断扶正；香附、柴胡疏肝理气。适当加味，则药中肯。现代药理研究表明，全蝎、蜈蚣、半枝莲、白花蛇舌草等具有透导癌细胞凋亡作用。当归、续断具有提高机体免疫作用。

辨证加减

1. 脾虚带下甚者，加山药 24g、萆薢 24g。

2. 中气下陷者，加黄芪 15g、升麻 10g、白术 10g。

3. 肝肾阴虚者，加生地 15g、玄参 15g。

4. 便秘甚者，加火麻仁 24g。

5. 腹胀痛甚者，加沉香 6g、枳壳 15g、元胡 15g。

6. 赤白带下，加生苡仁 15g、苍术 10g、厚朴 10g。

按：子宫颈癌中医治疗，不外攻补二法。补法方药有提高机体免疫功能，改善代谢状况，增强垂体—肾上腺皮质功能、保护骨髓功能。延长生存期等多种作用。近年来，中药治疗宫颈癌临床报道不少，常选用的药物有：土茯苓、龙葵、黄柏、半枝莲、生苡仁、苍术、篇蓄、莪术、败酱草、艾叶、蒲公英、紫草、紫河车等，读者在选方用药时不妨酌情选用。

二、专药选用

(一) 三品一条枪

[《外科正宗》方]

主要成分 白砒 明矾 雄黄 没药。

用量与用法：先将白砒 45g、明矾 60g 混合煅制，研细加雄黄 6g、没药粉 4g 混匀压制成型，消毒后备用。

功用与评述 现代药理研究证实。白砒、雄黄、明矾、没药具有较强的腐蚀癌肿，促使癌细胞失活的作用，疗效较好。

(二) 莪术油注射液

[《中国药典》1990年版]

主要成分：莪术、苦参提取物。

功用与评述 莪术具有破血逐瘀作用，药理研究表明，莪术提取物莪术油中含倍半萜醇及倍半萜烯类化合物，如莪术醇 (Curcumol)、莪术双酮 (Curdione) 等，实验证实：莪术醇、莪术双酮对小鼠宫颈癌 U₁₄ 有明显抑制作用；莪术处理的瘤苗接种动物，能明显提高动物的免疫功能，对动物起保护作用。

用量与用法 用 5% 莪术油注射液宫颈局部注射或静脉滴注 (加至葡萄糖液中)，每日静滴量控制在 6mg 以内为宜。

三、西医药治疗

手术治疗是早期宫颈癌的主要治疗方法，中晚期宫颈癌采取放射治疗或放化疗与手术相结合的综合治疗。

1. 手术治疗 手术适应症原则上限于 0~Ⅱ_a 期患者。特殊情况另考虑。年轻、卵巢无病变者，卵巢可保留，65 岁以上，体弱或伴心、肝、肾等器官疾病者，不宜手术。

宫颈癌的典型手术式：

(1) 宫颈锥形切除术：适用于早期宫颈癌的诊断和确定病变范围。

(2) 扩大筋膜外全子宫切除术：分腹式与阴道式两种，适用于宫颈原位癌。

(3) 次广泛全子宫切除术：适用于 I 期。

(4) 广泛全子宫切除术：为宫颈癌手术治疗的 basic 术式，适用于 I_b~Ⅱ_a 期。

(5) 超广泛性全子宫切除术：Ⅱ_b 及 Ⅲ_a 期的一部分病例适用。

(6) 盆腔脏器切除术：适用于年轻、全身情况好的 Ⅲ_a 期及中心复发病例，因

手术损伤大，此术式应慎重。

2. 放射治疗 宫颈癌的放射治疗包括腔内放射治疗和体外照射治疗两部分。

(1) 腔内放疗：指将放射源置于宫腔及阴道内，主要治疗宫颈原发病灶及邻近受累及区，即相当于子宫口水平上方 2cm，距子宫中轴旁 2cm 的部位。所用放射源的容器放入宫腔及阴道内，然后通过管道将放射源从贮源罐送入容器，通过远距离控制传送放射源，减少或避免了工作人员的放射损伤。后装治疗剂量率分三种：高剂量率 (A 点剂量率 > 25cag/分)、低剂量率 (A 点剂量率 < 3cag/分) 及中等剂量率 (A 点剂量率介于高低之间)。高剂量的放射源主要为 ⁶⁰Co 及 ¹⁹²Ir，中剂量的为 ¹³⁷Cs。

(2) 体外照射治疗：用 ⁶⁰Co 远距离治疗机或加速器进行盆腔外照射，与腔内照射相互补充。射野面积一般为 15~18cm × 3~15cm，上界相当于 4~5 腰椎水平，下界为耻骨联合上缘 4~5cm，外界为股骨头中线。照射野包括了髂总下组、髂内、髂外、闭孔及骶前诸淋巴结群，照射方式有盆腔前后两大野照射和盆腔四野照射。

放射治疗又分为根治性放疗和术前后放疗。术前放疗目的在于缩小肿瘤，减少手术引起的癌细胞扩散。主要采用腔内放疗。术后放疗主要用于补充手术之不足，主要用体外照射。

3. 化学疗法 适用于 Ⅲ_b 期宫颈癌。局部肿瘤巨大，伴有宫旁团块浸润或病理分散在 Ⅲ级以上者，可用化疗配合放射治疗。Ⅲ期宫颈癌手术时发现髂总动脉分叉以上有淋巴结转移者，宫颈癌放射或手术后复发或转移以及晚期宫颈癌均属化疗范围。

常用的有效化疗药物有：环磷酰胺 (CTX)、消瘤芥 (AT₁₂₅₈)、5-氟尿嘧啶

(5-Fu)、氨甲蝶呤(MTX)、争光霉素(BCM)、丝裂霉素(MMC)、阿霉素(ADM)、顺氯氨铂(DDP)、长春新碱(VCR)等。

[预防与护理]

一、提倡晚婚晚育,注意性卫生,定期进行阴道细胞涂片检查,积极治疗宫颈糜烂、不典型增生。

二、阴道不规则出血、接触性出血和白带异常应早诊治,有可疑病变,应进行刮片或活组织病检。

三、宫颈癌治疗后应定期检查。治疗期及治疗后应注意阴部卫生,放疗后的病人应进行阴道冲洗,治疗放射性炎症,以免阴道粘连。

四、宫颈癌病人忌用烟酒,少吃生葱、韭菜。

主要参考文献

1. 田景丰. 中药治疗Ⅱ、Ⅲ期宫颈癌 30 例, 10 年疗效观察. 中医杂志, 1989, (9): 30
2. 杨学志. 三品一条枪治疗早期宫颈癌 243 例的临床观察. 中西医结合妇科技情报资料, 1988, (2): 65
3. 李敖. 二虫昆藻汤治疗宫颈癌 13 例临床观察. 浙江中医学院学报, 1991, 15 (1): 55
4. 张天泽, 徐光炜. 肿瘤学. 天津: 天津科技出版社, 1998. 1882~1922

(陈云莺)

子宫内膜癌

子宫内膜癌(endometrial carcinoma)原发于子宫体内膜层, 又称子宫体癌。是妇女常见恶性肿瘤之一, 仅次于宫颈癌。根据普查和临床数据参考, 子宫内膜癌的发病率近年呈明显上升趋势。发病率上升

的原因与高龄妇女增多有关, 其多发年龄为 50~60 岁。

中医学多将本病归于“崩漏”、“五色带下”等症, 其中某些叙述与该病有相似之处。《血证论》云:“崩漏者, 非经期而下血之谓也。”《医学入门》云:“凡非时血行, 淋漓不断, 谓之漏下; 忽然暴下, 若山崩然, 谓之崩中。”此即崩急而漏缓。“五色带下”, 即妇人带下青、黄、赤、白、黑五色相杂。《诸病源候论》云:“带下五色俱下候。”《医宗金鉴·妇科心法要诀》云:“……更审其带久淋漓, 或臭或腥秽, 乃败血所化, 是胞中病也; 若似疮脓, 则非瘀血所化, 是内痈脓也。”

[病因与发病机理]

本病以崩中漏下、断经后再经、五色带下味臭、下腹肿块伴疼痛为主要临床表现。中医学认为, 本病由内伤七情, 气血功能失调, 冲任失固使然。它与肾、肝、脾三脏密切相关。而五色带下成因“皆湿热所化”(《医宗金鉴·妇科心法要诀》)。“带下病者, 由劳伤血气, 伤动冲任脉, 致令血与秽液兼带而下也。”(《诸病源候论》)肝肾阴虚、冲任二脉功能失调, 虚火上炎, 灼伤脉络, 经血离经妄行, 症见崩中漏下、赤白带下、脾虚水湿不化。湿浊蕴久化热, 湿热与瘀毒郁结于胞宫, 可见下腹肿块, 经行色黑紫稠。总之, 本病以冲任失调为病机关键, 病位在胞宫, 临床以虚实夹杂多见。

西医学关于子宫内膜癌的病因, 目前仍无肯定结论, 但长期探索发现似与雌激素对子宫内膜长期持续不断刺激有关。具体相关研究主要包含以下方面: ①不育、延迟绝经: 不育妇女子宫内膜不能在短期内摆脱雌激素的影响, 而延迟绝经者其子

宫内膜受雌激素影响的时间延迟。近年认为老年妇女的肾上腺和卵巢皮质间质增生,产生无活性的雌烯二酮,雌烯二酮在周围组织及脂肪中转化为雌酮,雌酮对宫内膜有致癌作用,而这种转化率随年龄、脂肪增多而升高。年轻妇女卵巢功能失调,无排卵、雌激素缺乏孕酮调节对抗,引起宫内膜增生。②卵巢颗粒细胞瘤和泡膜细胞瘤:可分泌大量雌激素,因而这类病人中并发宫内膜癌患者较多见。Greene 总结文献发现患卵巢颗粒细胞瘤和泡膜细胞瘤中宫内膜癌的发病率达 10%~27%。另外,卵巢粘液性囊腺瘤、卵巢宫内膜样癌等,亦可并发宫内膜癌,但较少见。③垂体功能异常:宫内膜癌患者常伴发一些综合症状,如肥胖、血糖高、高血压等,这些综合症状可能是长期垂体功能紊乱造成的。因而肥胖、不孕、不排卵、功能性子宫出血、高血压、糖尿病是宫内膜癌的高危因素。近年认为宫内膜癌与内分泌失常,尤其是雌激素过高、无孕激素对抗有密切关系。④受体改变:宫内膜癌病人的宫内膜细胞浆内的雌激素受体,较正常宫内膜及增生过长的宫内膜明显降低,因此受体的改变可能与之有一定的关系。⑤其它:高脂肪饮食、宫内膜增殖症及内膜息肉、外源性雌激素经临床观察与研究均与宫内膜癌有一定的关联。

[临床表现]

约有 3/4 的病人为 50 岁以上的绝经妇女,发病高峰在 60 岁左右,并可伴有肥胖、不育、高雌激素症状等。

一、不规则阴道出血

为本病唯一较典型之症状,多表现为

绝经数年后又有阴道出血,出血量多少不等。尚未绝经者,则表现为经量增多,经期延长。

二、阴道分泌物

病人绝经后偶有持续阴道流水样液体,或阴道流脓,并有恶臭。应注意与子宫颈癌内生型相区别。

三、疼痛

早期可有腹部酸胀不适感,后期因盆腔受累压迫神经造成明显疼痛,或因宫腔积脓或积血,子宫引流不畅,发生疼痛。

四、盆腔检查

绝经后患者子宫未变小或萎缩,而与正常生育年龄妇女子宫一致,或略有增大、柔软。如有宫颈和阴道侵蚀者要注意与宫颈癌区别。

[实验室与其他检查]

一、细胞涂片检查

吸取阴道后穹窿、宫颈管及宫腔的分泌物进行涂片检查,以宫腔吸取物准确率最高,可达 90%,后穹窿分泌物涂片的准确率亦可达 60%~70%。细胞涂片检查方法简单,病人无痛苦,是门诊宫体癌早期诊断方法之一。当手术时,从腹腔吸取腹水,或以 200ml 生理盐水冲洗腹腔,吸取后涂片,对估计预后有帮助,如找到癌细胞则转移可能性大,预后差。

二、刮宫病理检查

病理检查是确诊宫内膜癌的依据,亦可明确癌的分化程度。刮宫方法以分段刮取子宫管粘膜和宫内膜最为实用,将

颈管与子宫内膜分别检查,可以明确组织来源和明确宫颈是否受侵犯。对子宫内膜的刮取要求,前、后、左、右及子宫底和角部均应刮。刮宫病理检查是常用、可靠的方法,准确率可达94%,对临床分期和手术方式的选择起重要作用。

三、宫腔镜检查

宫腔镜能直视病变部位,定位取活检,亦避免刮宫可能造成的大出血和宫腔穿孔,亦可避免小病灶的漏诊。

四、B超检查

早期子宫内膜的声像图无特异所见。经腹超声断层扫查时,子宫内膜癌的声像图改变分为四种类型:Ⅰ型:子宫内部没有特征性的异常回声,多见于极小的内膜癌或合并子宫肌瘤。Ⅱ型:在子宫体中央可见线状回声。大部分内膜正常。Ⅲ型:子宫腔内有液体潴留,周围包绕癌组织,多呈强回声。Ⅳ型:癌组织形成肿块,呈强回声。

根据有的学者报告,子宫内为不规则强、中、低回声或杂乱分布,呈粗糙不整的点状,小线状及团块回声。坏死、出血、可见不规则的无回声区。子宫内膜无包膜,所以无明显的声衰减。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

本病诊断主要根据以下三方面:

1 病史及体征 对不正常的子宫出血,特别是绝经后的子宫出血,应予以高度重视,要认真查明出血原因。妇科检查时,子宫增大,但一般不超过拳头大,质硬,也有增大不明显者。如发现有子宫肌

瘤或卵巢肿瘤存在,亦不要忽视子宫体癌的存在,同时可进行B超声检查。

2 脱落细胞学检查 对有上述病史及体征者应取阴道或宫腔分泌物涂片检查,发现癌细胞者应进一步进行分段刮宫检查。

3 分段刮宫病理检查 这是确诊、明确肿瘤发生部位及侵犯范围的最好方法。

二、鉴别诊断

临床常需与下列疾病进行鉴别:

1. 功能性子宫出血 功能性子宫出血与子宫内膜癌患者在体质上常有相似之处,检查时无特殊发现,尤以更年期的子宫出血更不易鉴别,虽然功能性子宫出血的量和间断时间或有某些规律性,仅凭病史难以与子宫内膜癌鉴别。经治疗、观察,不能控制出血,宜刮宫取内膜病理检查。

2. 子宫内膜炎 阴道出血淋漓不断,但量不多,是局部有痛及炎症表现。

3. 老年性阴道炎:阴道炎可有排液或血性分泌物,临床可见阴道有炎性病变,颈口无血流出,抗炎治疗可愈。

4. 子宫肌瘤 子宫增大,不规则流血,可以B超或诊断性刮宫检查鉴别。

5. 宫颈和阴道肿瘤出血 检查时很容易发现,容易鉴别。

6. 子宫内膜癌息肉 子宫内膜癌息肉常发生与子宫内膜癌相似症状,需要行诊断性刮宫相鉴别。

[临床分期]

当前应用较广的临床分期为国际妇科协会(FIGO)所建议的子宫内膜腺癌临床分期,综合了各种分期方法的主要特点,与国际抗癌协会(UICC)推荐的

TNM 分类法大同小异。

按国际妇科学会建议，临床分期应在治疗开始前判定。治疗中的发现和治疗后的变化，均不得作为更改临床分期的依据。子宫内膜癌临床分期的条件为：①盆腔检查包括子宫的大小和子宫腔的深度；②分段的子宫粘膜活检或分段的刮宫标本病理检查；③病理诊断包括组织分级。

0 期：原位癌，组织学所见疑为恶性

I 期：癌灶局限于宫体部

Ia：宫腔长度为 8cm 或以下

Ib：宫腔长度为 8cm 以上

参考组织学所见又细分为三类

G₁ 高度分化腺癌

G₂ 分化型腺癌含有部分实质区

G₃ 主要为实质性或完全为未分化型腺癌

II 期：癌灶累及宫体和宫颈

III 期：癌灶扩散到子宫以外，但未超过真骨盆腔

IV 期：癌灶超过真骨盆腔或明显累及膀胱和直肠

IVa：癌灶侵犯附近脏器如直肠、膀胱

IVb：癌灶有远处转移

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 加味桂枝茯苓丸

组成与用法 桂枝 茯苓 桃仁 赤芍 紫石英 穿山甲 制南星 半夏 王不留行各 10g 三七 红花 吴茱萸各 6g。水煎内服，每日 1 剂，30 剂为 1 疗程。

功用与评述：活血散结，化痰软坚。方中桂枝、吴茱萸温下气，通散瘀结；桃

仁、赤芍、穿山甲、三七、红花活血化痰；制南星、半夏燥湿化痰；紫石英、穿山甲软坚化痰；茯苓、王不留行健脾行水兼散瘀结。诸药合用，共奏散结软坚之功。本方以“攻”为主，更适宜痰瘀实证较明显、冲任虚损不显著者。

辨证加减

1. 血热明显，加丹皮、柴胡、栀子、生地平肝泻热，佐以凉血。

2. 气虚证者，加人参、黄芪、白术、炙甘草益气健脾。

3. 肾虚崩漏，加左归丸益阴滋肾、固冲止血。

4. 湿热下注，加黄连、黄柏、败酱草、蛇莓清热燥湿解毒。

(二) 知柏地黄丸加味

组成与用法 生地 10g 丹皮 10g 山茱萸 10g 山药 10g 茯苓 10g 知母 10g 黄柏 30g 蒲公英 30g 白花蛇舌草 30g 薏米 30g 白毛藤 30g。水煎服，每日 1 剂。

功用与评述：滋阴降火，清热解毒。方中知柏地黄汤能滋阴补肾，而降虚火；其中黄柏能清下焦之热毒，丹皮凉血止血；蒲公英、白花蛇舌草、白毛藤清热解毒；薏米清热利湿。整个组方共奏养肝肾之阴、降虚火，清热解毒之功效。本方以调理冲任为主，配合部分清热解毒药物，以达标本兼治。

现代药理研究表明 蒲公英、白花蛇舌草、薏米、白毛藤具有抑制宫颈癌细胞生长的作用。

辨证加减

1. 血瘀证明显，加全蝎、蜈蚣、三七、桃仁、益母草活血化痰。

2. 疼痛症状明显者，加乳香、没药、八月札、露蜂房行气活血止痛。

3. 气血两虚, 加人参、当归、何首乌、紫河车益气养血补血。

4. 崩漏不止, 加阿胶、茜草根、血余炭、三七止血。

5. 湿热内盛, 加败酱草、苡仁、龙葵、半枝莲清利湿热。

二、专药选用

平消胶囊

[陕西省西安国药厂生产, 批号: 陕卫药准字 871012 号]

主要成分 郁金 白矾 火硝 五灵脂 干漆 马钱子粉 仙鹤草 枳壳等。

功用与评述 活血化瘀, 清热解毒。方中郁金苦降辛开, 入心经, 能开窍、破瘀、生肌、行气解郁; 白矾酸咸而寒, 能除痛热、化顽痰; 火硝破积攻坚, 除五脏积热。干漆与五灵脂配伍, 则消积杀虫, 破瘀血; 马钱子祛毒入络, 仙鹤草收敛止血。

药理实验证明 郁金含有石油醚、环氧倍半萜醇具有抗癌性; 整方结合具有抑制肿瘤细胞生长, 促进癌细胞凋亡之功效。

用量与用法: 每次 4~6 片, 每日 3 次, 1 个月为 1 疗程。

三、西医疗法

(一) 手术治疗 子宫内膜癌治疗方法有手术、放疗、化疗及大剂量孕激素治疗。早期应以手术为主, 对 I 期以上病例应考虑放疗或其它疗法, 使肿瘤得以控制, 缩小后再考虑手术治疗。子宫内膜癌手术应以根治性全宫切除术, 要求切除较多的宫颈旁组织和阴道穹窿部或阴道上段, 操作时要轻柔, 不可将输卵管和宫颈钳夹或缝合, 以防癌组织种植其它部位。手术后如确定

有盆腔、腹主动脉旁淋巴结转移, 子宫深肌层浸润或腺管内有癌栓; 腹腔内癌细胞阳性; 累及子宫峡部或宫颈者; 或术后有残余肿瘤均应进行术后放疗。

(二) 放射治疗 单纯的放射治疗只适用于晚期无手术指征或伴有高血压、心脏病及糖尿病者。放疗应采用腔内放疗和体外放疗, 单纯放疗效果不佳。术前、术后放射治疗根据具体情况而定。

(二) 孕激素治疗 孕激素治疗子宫内膜癌有相当疗效, 特点是剂量大, 疗程长。肌肉注射或口服。

1. 己酸孕酮 500mg/次, 2 次/周, 肌肉注射, 以后 80~160mg/天。

2. 安宫黄体酮 400mg/次, 肌肉注射, 每周 3 次, 12 周为 1 疗程; 或 200~300mg/天, 共 12 周, 口服, 以后 200mg/天维持。

3. 甲地孕酮 160mg/天, 共 12 周, 口服, 维持量 500mg/次, 2 次/周, 可维持数年。

孕激素治疗一般要用 6 周才开始出现疗效, 用药 12 周无效则应考虑改其它治疗。对有效病例应坚持使用, 但应注意肝肾功能。

孕激素对转移灶治疗有效果。国外报道 10 例肺、骨转移者, 用黄体酮治疗, 其中 8 例转移灶消失, 存活 2~9 年。

(三) 化疗 化疗对子宫内膜癌疗效不佳, 故常用于复发, 晚期或其它治疗方法无效时使用, 或作为综合治疗手段之一使用。

常用化疗药有 5-氟脲嘧啶、环磷酰胺、阿霉素等, 单独使用有效率低于 35%, 综合用药可提高疗效。

[预防与护理]

一、对长期不孕、绝经晚、特别是更

年期不规则阴道出血和绝经后出血要特别注意。

二、对用治疗其它疾病大量使用雌激素者，不应使用时间太长。

三、手术治疗后，要定期复查。未行手术治疗者，应定期行阴道细胞学检查。

四、多服养血调经、滋补肝肾之品。如罗汉果、无花果、葡萄、核桃、桑椹、黑芝麻、木耳、鸡蛋、牛奶、薏米粥等。

主要参考文献

1. 许世瑞. 桂枝茯苓丸治疗子宫癌 15 例. 四川中医, 1992, (9):42~43
2. 张惜英主编. 临床妇科肿瘤学. 上海: 上海医科大学出版社, 1993.126
3. 陈熠, 丛众主编. 肿瘤单验方大全. 北京: 中国中医药出版社, 1998.784
4. 李家庚, 屈松柏主编. 中医肿瘤防治大全. 北京: 科学技术出版社, 1994.384~387

(陈云莺 余宗阳)

卵巢囊肿

卵巢囊肿为卵巢瘤样病变，是指卵巢非赘生性肿瘤，它是一种潴留囊肿，在临床上非常多见，可分为功能性卵巢囊肿、炎症性卵巢囊肿。一般认为囊肿可自行消失，临床上无需处理，但在临床中有相当部分囊肿不能自消，且有增大趋势。

中医称本病为“肠覃”。历版的《中医妇科学》都把它归在癥瘕部分讨论。根据其临床表现，古医籍可散见于“癥积”等病症中。

[病因与发病机理]

本病以小腹包块、固定不移或疼痛拒按，或伴腹胀、腰痛为主要临床表现。《灵枢·水胀》曰：“肠覃如何？……寒气客于

肠外、与卫气相搏、气不得荣，因有所系，癖而内著者，恶气乃起，瘕肉乃生，其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也。”古代描述的“肠覃”与现代医学的卵巢囊肿相似。

中医认为：本病发生的主要原因，在于脏腑、气血功能失调，七情太过，风冷寒湿内侵，经产余瘀阻滞，致肾阳不振，寒凝气滞，阴液散布失司，痰饮夹瘀内留，癖而内着，阳气日衰，阴凝不化，日益渐大。故其病机关键为寒凝气滞、痰瘀内阻；病位在盆腔。

现代医学认为：功能性卵巢囊肿包括滤泡囊肿 (follicular cyst)，黄体囊肿 (corpus luteum cyst) 和卵泡膜——黄素囊肿 (theca—lutein cyst)。当成熟滤泡不破裂或闭锁，卵泡持续增大，使滤泡腔液体潴留而形成滤泡囊肿。若囊性黄体持续存在或增大、或黄体血肿含血量较多，血液被吸收后，则可致黄体囊肿。而卵泡膜—黄素囊肿乃因 HCG 过度刺激引起卵泡膜细胞黄素化所形成的囊肿。炎症性卵巢囊肿，不是真性卵巢囊肿，而是慢性炎症的后果。当输卵管炎症波及卵巢，可相互粘连、渗出和积液，造成卵巢囊肿。

[临床表现]

一、本病临床常见小腹不适感症状，若并发囊肿破裂或蒂扭转可引起急腹症而出现腹痛、肛门坠胀等症状。

二、多为单侧，偶可见多发。妇科检查时在盆腔内可扪及肿块，可移动。

[实验室与其他检查]

一、B 超或彩超检查 显示单个或多个无回声区，壁光滑。

二、病理检查 可见退变的粒层细胞和卵泡膜细胞，或见黄素化粒层细胞和卵泡膜细胞。

〔诊断与鉴别诊断〕

病史

滤泡囊肿可发生于不同年龄，常在排卵前卵巢囊性增大；黄体囊肿多发生于生育年龄妇女，常在月经前卵巢囊性增大。黄素囊肿常见于葡萄胎、绒毛膜癌或多胎妊娠。炎症性卵巢囊肿多有盆腔炎病史。

2. 典型的临床表现，并排除卵巢肿瘤。
3. B超或彩超检查。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

（一）蓬莪术丸加味

组成与用法 莪术 15g 当归 9g 肉桂 3g（后下） 赤芍 10g 炒槟榔 9g 海藻 9g 琥珀粉 0.5g（吞） 木香 9g 炙鳖甲 10g 生山楂 10g 生鸡内金 6g 炒枳壳 5g。水煎分服，每日1剂。

功用与评述 本方具有行气活血，软坚消癥的功效。方中莪术、赤芍、槟榔、木香、山楂、枳壳行气活血，海藻、鳖甲、琥珀活血软坚，肉桂温阳行气。诸药同用，共治痰瘀积聚之证。

辨证加减

1. 大便秘结者，可加大黄（后下）。
2. 舌红苔少者，加入干地黄 9g、炙龟甲 15g（先煎）。

（二）海藻玉壶汤加减

组成与用法 海藻 15g 海带 12g 夏枯草 12g 石菖蒲 9g 南星 9g 生牡蛎 30g（先煎） 苍术 茯苓各 9g 陈皮

6g 莪术 三棱各 9g 桃仁 赤芍各 10g 焦楂 焦曲各 10g 肉桂 3g（后下）。水煎分服，每日1剂。

功用与评述 本方具有化痰行气，软坚消癥的功效。方中海藻、海带、夏枯草、生牡蛎软坚散结，石菖蒲、南星、陈皮、苍术化痰软坚，三棱、莪术、桃仁活血化瘀，肉桂温阳化气行血。

辨证加减

1. 偏寒者，加制附片 9g、白芥子 9g、肉桂改为 5g。
2. 恶性者，可加白花蛇舌草 15g、石打穿 15g、炙鳖甲 30g（先煎）、铁树叶 30g、黄芪 15g。

二、专药选用

桂枝茯苓胶囊

〔江苏连云港康缘制药有限责任公司。（95）卫药准字 Z—25 号〕

主要成分：桂枝 茯苓 牡丹皮 白芍 桃仁。

功用与评述 活血化瘀，缓消癥块。方中桂枝温经，行气，通阳；丹皮、桃仁活血祛瘀；茯苓渗湿健脾；赤芍行血中之滞。全方合用具有活血散结，破瘀消癥等功用。

药理实验证明 应用本方后进行血液流变学测定，结果除红细胞比容外，全血还原比粘度、全血比粘度和血浆比粘度、纤维蛋白原浓度均有明显降低，红细胞电泳时间减少，说明该药降低血液粘度，增加血液流通性，达到消癥目的。

用量与用法：每次3粒，每日3次，3个月为1疗程。

三、西医治疗

1. 直径<5cm的卵巢囊肿，常不需

治疗,可随访4~6周,于月经干净后复查。若缩小或无增大,则可继续随访2~4个月。

2. 囊肿直径>5cm者,则应行手术探查。可行单纯切除囊肿,并修复卵巢术。

3. 若并发囊肿破裂或蒂扭转引起急腹症,可视腹腔内出血的多少采取手术或保守治疗。

4. 若滋养细胞所致的黄素囊肿,则予治疗原发病为主。

5. 若系炎症性卵巢囊肿则按盆腔炎治疗。

[预防与护理]

对绝经后或生育期口服避孕药者之卵巢增大,尤其是新近发现者,应高度怀疑肿瘤,必要时可行腹腔镜检查或剖腹探查,以作出明确诊断。

主要参考文献

1. 夏桂成主编. 中医临床妇科学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 482~484
2. 尤昭玲等主编. 实用妇产科手册. 第1版. 湖南科学技术出版社, 1996. 402~404
3. 王淑贞主编. 实用妇产科学. 第1版. 人民卫生出版社出版, 1987. 705~706

(黄熙理)

葡萄胎

葡萄胎 (Hydatidiform Mole) 是一种良性的滋养细胞疾患, 又称良性葡萄胎。其特点是胎盘绒毛间质发生水肿变性, 形成许多水泡, 故又称水泡状胎块。病变局限于宫腔内不侵入肌层或转移至远处。发病率在欧美各国较少见, 其与妊娠的比率为1:1326~1:2500; 在东南亚各

国较多见, 约为1:145~1:530。我国南方及东南沿海较多发, 葡萄胎与妊娠比率为1:1290。

在祖国医学中无专门病名, 似属于“瘕积聚”, 和“崩漏”、“鬼胎”的范畴。

[病因与发病机理]

我国三千多年前古文中即有“妇女生子六百”的记载, 当时谓之奇胎、水泡状鬼胎”。《女科经纶》中有“下如蝌蚪鱼目二斗”的记述。《肘后备急方》中谓之“腹中瘕有结节”, 《景岳全书》中亦称“瘕之病”。

本病的病因, 一般认为多属内因致病, 与肝肾不足, 气滞血瘀, 痰湿凝聚关系密切。若肝肾失调, 可致冲任失常, 气血失和, 可邪滞胞宫; 若气滞血瘀, 血行不畅, 瘀毒化热, 可下注胞宫; 亦有认为属痰湿与血瘀相互作用, 结于胞宫, 日久成结而致。其病理表现多体现瘀、毒、热三方面。

西医学对本病病因研究仍不甚清楚, 一般认为与染色体异常、病毒感染、人种与微量元素变化等有关。

[临床表现]

一、停经

患者均有停经2~3个月以上的病史, 妊娠试验阳性。

二、阴道出血

停经后, 阴道不规则出血, 出血量或多或少, 血色鲜红或紫暗有血块, 有时夹有水泡样组织。

三、子宫异常增大

子宫增大较快, 与妊娠月份不相符, 常伴有疼痛等不适, 无胎动感。

四、其他症状

并发妊娠高血压综合征、贫血或感染。

[实验室与其他检查]

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断 根据病史、症状、体检、尿妊娠试验、超声检查、胎心音监测即可做出诊断。

(二) 鉴别诊断 主要是良性葡萄胎与恶性葡萄胎、绒毛膜癌之间的区别，具体如下：

1. 良性葡萄胎 停经2~3个月以上，停经后阴道不规则出血，妊娠反应较重，妊高征也比正常妊娠出现得早。子宫增大较快，刺激子宫不规则收缩，可产生腹痛。孕5个月时听不到胎心，无胎动感。血/尿检查，持续高于正常，多在50万U/C以上。B超提示子宫内充满长形光片，如雪花状，不见胎体与胎盘图像。

2. 恶性葡萄胎 葡萄胎排出后，阴道不规则出血持续不断，子宫复旧不全，盆腔检查可触及双侧。黄素化囊肿，阴道内出现转移性结节，或肺部出现转移灶。尿HCG测定在葡萄胎排出2个月后持续阳性，或一度阴性又转阳。盆腔动脉造影和子宫输卵管碘油造影，显示有血管异常和宫腔充盈缺损，子宫肌层内浸润。B超提示宫壁内有落雪状光点或蜂窝状光团及暗区。

3. 绒毛膜癌 产后或流产后，尤其在葡萄胎排出后，阴道流血持续不止，妇检阴道内可见有紫蓝色结节。与恶性葡萄胎的区别在于瘤体组织中有绒毛组织。

[治疗方法]

葡萄胎的治疗以西医治疗为主，治疗

包括清宫及防止并发症及恶变发生。中药可做为辅助治疗，以防止恶变。

一、专方辨证论治

(一) 桃核承气汤加减

组成与用法 大黄10g 桃仁15g 桂枝10g 炙甘草10g 夏枯草15g 莪术50g 黄芪30g 芒硝10g 上药水煎服，每日1剂。

功用与评述 理气活血化瘀。方中桂枝配大黄，使大黄不至于专泻肠胃而直入血脉，使泻热通瘀之功得以发挥；芒硝走血软坚散结；桃仁化瘀通血；炙甘草补益脾胃，调和诸药；重用黄芪、莪术，黄芪能补气升阳，托毒生肌，现代药理实验证实黄芪有增强网状内皮系统的吞噬功能，同时有扩张血管、抗凝及促使瘀血吸收等功能。莪术能破血化瘀通经。

辨证加减：

1. 兼阴虚火旺者，伴有头痛、心烦、颧红、手足心热、脉弦细数，可酌加沙参、玉竹、麦冬、百合、鳖甲等。

2. 兼血虚者，伴有面色萎黄、心悸、乏力、舌质淡、脉细弱，可减芒硝，加阿胶、首乌、黄精、熟地等。

(二) 复方蜂房汤

组成与用法 当归9g 泽兰9g 山甲珠9g 露蜂房6g 茯苓12g 丹参15g 山楂18g。水煎服，每日1剂，5剂为1疗程。

功用与评述 清热解毒，活血化瘀。方中当归补血行血，泽兰性苦微温，活血通经利水；与当归同用攻中有补，不伤元气；山甲珠散瘀通络；露蜂房清热解毒；茯苓健脾利湿；丹参活血化瘀；山楂健脾消导。上药同用共奏清热解毒，活血化瘀、消导利湿之功效。

辨证加减

1. 热毒较甚者，症见阴道出血量多，血色鲜红，舌苔黄厚、脉细数，可酌加蒲公英、白花蛇舌草、半枝莲、蚤休等。出血多可加丹皮、地榆、茜草等凉血止血。

2. 兼肝肾阴虚者，伴有腰酸、腿软，手足心热、心烦、不寐等不适，可酌加生地、山萸肉、泽泻、淮山、知母、麦冬、丹皮。

二、专药选用

天皂粉胶囊 外用，天皂粉胶囊（天花粉 50g 牙皂粉 30g 研末，装入胶囊，每粒含天花粉 0.25g、牙皂粉 0.15g）置于阴道后穹窿部，5~7 天 1 次，7~8 次为 1 疗程。

三、西医药治疗

（一）清宫 葡萄胎一经诊断应及时进行清宫术。术前应做好输血准备，以防止大出血。一般一次手术难以将葡萄胎组织吸净，可于 1 周后再刮宫 1 次。

（二）子宫切除 是否需行子宫切除，目前争论较大。一般认为 40 岁以上妇女易恶变，应行切除术。但实践证明，切除子宫并不能完全防止恶变，相反，手术可使滋养细胞扩散。

（三）卵巢黄素囊肿的处理 一般无需处理。但若葡萄胎排出后，子宫骤然缩小，易发生卵巢黄素囊肿扭转，可予 B

超引导下抽液。如发生坏死、破裂应剖腹检查。将病侧卵巢切除，保留一侧。有生育要求者，尽量保留部分卵巢组织。

（四）并发症的处理 有并发重度妊高征，应先按妊高征处理。症状缓解后予以行清宫术，并发感染予以抗炎处理。

〔预防与护理〕

葡萄胎的发生目前无很好的预防措施，也无有效预防恶变的方法。但是葡萄胎之后的随诊非常重要。一般要求在葡萄胎排出后，每周作 HCG 测定一次，正常后每月 1 次至半年，以后每 3 个月 1 次至 1 年，1 年后每年 1 次。术后避孕 1 年，避孕方法避免用宫内节育器，避孕药也不宜采用。饮食宜富有营养，多吃鲜蔬菜和水果，忌烟酒及发物。

主要参考文献

1. 杨今祥主编. 抗癌中草药制剂. 北京: 人民卫生出版社, 1981.265
2. 广西岑西县人民医院. 复方蜂房汤预防子宫绒毛膜上皮癌的观察. 新医学, 1974, (4): 179
3. 田映碧等. 复方中药治疗恶性滋养叶肿瘤 25 例临床分析. 中医杂志, 1981, (10):47
4. 熊用周. 天花粉蛋白对体外培养人胎盘绒毛滋养层细胞影响的研究. 动物学报, 1976, (2):172
5. 牛建昭主编. 现代中西医结合妇科学. 北京: 中国科学技术出版社, 1995.323、324.

(陈云莺)

第13章 外阴阴道疾病

外阴白色病变

外阴白色病变 (white lesions of vulva) 系指女阴皮肤和粘膜组织发生变性及色素改变的一组慢性疾病, 亦称慢性营养不良。因病变部位的皮肤、粘膜呈白色, 故又称其为外阴白色病变。按 1975 年国际外阴病研究会决定“外阴白斑”的病名已被取消; 同时将其按病理变化分为: 增生型、硬化苔癣型、混合型。

根据外阴白色病变临床表现, 可归属祖国医学“阴痒”、“阴蚀”、“阴疮”等范畴。

[病因与发病机理]

本病以外阴奇痒、皮肤粘膜色素减退或脱失为主症, 因肝脾肾的功能失调, 生化乏源, 精血不充, 气血失和, 外阴失于濡润及肌肤卫外功能低下, 湿毒内侵, 郁结肌肤肌肉化热生风所致。

西医学认为本病的发病原因可能与下列因素有关: ①全身性疾病; 例如内分泌障碍、糖尿病、自身免疫病、黄疸等; ②局部因素, 若外阴长期受到潮湿、灼热、炎症及化纤、毛织内裤等刺激; ③遗传因素, 研究中表明, 患病者的组织相容性白细胞抗原 HLA-B₄₀ 抗原的阳性率较无病对照组显著增高, 因而提示 HLA-B₄₀ 与白色病变的发生关系密切。

[临床表现]

一、增生型

以 30~60 岁多见。外阴奇痒, 搔抓后伴有局部溃破疼痛, 皮肤增厚、角化、皲裂、色素脱失, 呈明显的白色斑块状。

二、硬化苔癣型

可发生在包括幼女在内的任何年龄。外阴瘙痒但较增生型稍轻。早期外阴皮肤、粘膜呈粉红色有光泽, 进一步发展皮肤粘膜变白, 变薄, 失去弹性, 干燥易皲裂, 阴蒂萎缩与包膜粘连, 小阴唇萎缩消失。晚期皮肤菲薄, 皱缩, 阴道口挛缩狭窄, 仅能容一指尖。

三、混合型

表现为在非薄白色病变区的邻近部位或在其中伴有局灶性皮肤增厚或隆起。

四、增生或混合型伴上皮不典型增生

通常认为约有 5%~10% 的病人可出现不典型增生。但其临床表现无明显特殊。若外阴病损区出现溃疡或界限清楚的白色隆起时, 在该处活检发现不典型增生和癌症的可能性增高。

[诊断与鉴别诊断]

一、外阴瘙痒和皮肤色素脱失及发生增厚或萎缩的病变可资助诊断。

二、本病的主要确诊依据为病理检查，对于其癌变的检查，病理更是唯一确诊手段。

三、本病应与白癜风、外阴炎等可致外阴皮肤色素脱失及质地病变的疾病相鉴别。白癜风病变仅有局部皮肤色素脱失，无皮肤质地的改变。若外阴瘙痒，分泌物多者应首先排除特异性和非特异性的阴道炎和外阴炎。若外阴皮肤出现对称性发红增厚，伴严重瘙痒，应考虑可能与糖尿病所致外阴炎有关。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 知柏地黄汤加减

组成与用法 知母 15g 黄柏 20g 熟地 30g 白芍 30g 当归 30g 山萸肉 20g 山药 20g 茯苓 15g 酸枣仁 15g 枸杞子 15g 甘草 10g 炙首乌 30g。水煎服，日 1 剂。

功用与评述 滋阴补肾、养血润燥。方中炙首乌、熟地、山萸肉、枸杞子补肾填精；当归、白芍、酸枣仁养血柔肝；知母、黄柏清热泻火；山药、茯苓健脾益气祛湿；甘草调和诸药。

辨证加减

若伴胁胀胸闷不舒者加柴胡 10g、郁金 10g 以理气解郁。

(二) 清肝健脾汤加减

组成与用法 党参 20g 苍术 20g 白术 20g 山药 20g 知母 15g 黄柏 10g 龙胆草 10g 紫草 10g 白花蛇舌草 10g

革薢 10g 生甘草 10g。水煎服，1 日 1 剂。

功用与评述：清肝健脾利湿。方中龙胆草、知母、黄柏、紫草、白花蛇舌草清肝泻热解毒；革薢清热利湿；党参、山药、白术健脾益气；苍术燥湿健脾，甘草调和诸药。

辨证加减

若便溏肢冷者加仙灵脾、补骨脂 15g、巴戟天 10g 以利补肾健脾止泻。

(三) 蛇床子散加减

组成与用法 地肤子 15g 百部 20g 蛇床子 20g 川椒 15g 明矾 15g 苦参 20g 白鲜皮 20g 紫草 20g 鱼腥草 20g 何首乌 30g 红花 30g。水煎外用熏洗，2 日 1 剂。1 日 2 次。

功用与评述：清热利湿，祛白止痒。方中百部、蛇床子、地肤子、苦参、白鲜皮、川椒、明矾清热止痒杀虫；紫草、鱼腥草解毒止痒，何首乌祛白润燥，红花活血化瘀通经。

辨证加减

若有外阴破损者可去川椒。

二、专药选用

(一) 三宝丹

[湖南省回春堂制药厂。湘卫准字第 097006 号]

主要成分 灵芝 鹿茸 丹参 赤芍 熟地 杜仲 山萸 当归等。

功用与评述 填精益肾、养血安神、化瘀生新。方中灵芝、鹿茸补肾壮阳益气；丹参、赤芍活血化瘀通经，熟地、山萸、杜仲补肾填精、养血安神润燥。

药理实验证明 三宝丹具有调节心脑血管等多个脏器失调的作用。能够增强人体的抵抗力，改善血液循环。

用法与用量 每日2次,每次3粒口服,半月1疗程。

(二) 知柏地黄丸

主要成分 知母 黄柏 熟地 山萸肉等。

功用与评述 滋阴补肾,养血润燥。方中知母、黄柏清热泻火;熟地、山萸肉滋阴补肾填精。

用量与用法:每日2次,每次3g口服,半月1疗程。

(三) 首乌片

主要成分 首乌。

功用与评述 补肾益肝养血祛风。首乌具有补肾填精养血润燥,乌须发,悦颜色之功效。

药理实验证明 首乌对血浆过氧化脂质有明显的降低作用。能够明显的提高机体抗病能力,对病变皮肤粘膜的黑色素有增加沉积的作用。

用量与用法 口服每日2~3次,每次4~6片,半月1疗程。

(四) 白斑膏

[辽宁沈阳红旗制药厂。辽卫准字1983年]

主要成分 冰片 雄黄 儿茶等。

功用与评述 解毒止痒祛白。方中冰片清热止痒消肿祛瘀,开窍醒神;儿茶收湿生肌敛疮;雄黄解毒杀虫、燥湿祛痰。

药理实验证明 白斑膏具有改善局部皮肤血液循环的作用,有明显的镇痛止痒功能,具有促进皮肤组织的修复及加强病变组织黑色素沉着的功效。

用量与用法 每日1~2次外用涂于病损处,半月1疗程。

三、西医药治疗

(一) 局部治疗 对增生型可应用去

炎松霜等软膏局部外涂。对硬化苔癣型宜选用2%丙酸睾丸素、鱼肝油软膏。(丙酸睾丸素200mg加入20%鱼肝油软膏10g)每日涂患处3~4次,有止痒和促进粘连松解作用。混合型可应用上述两种药物混合外涂。

(二) 全身用药 凡精神紧张,局部瘙痒症状明显者可用镇静和脱敏的药物加强疗效。

(三) 激光治疗 CO₂激光或氦氖激光治疗能够改善局部血液循环,但复发率高。

(四) 手术治疗 凡经药物治疗无效,经病检为重度不典型增生者可采取局部病灶切除或单纯外阴切除术。但术后复发率高达50%。

[预防与护理]

患病者应注意保持外阴清洁,禁用肥皂或其它刺激性药物擦洗,避免用手或器械搔抓发痒处;注意不食辛辣和有刺激味的食物,衣着要宽大,忌穿不透气的化纤内裤,以免湿热郁积加重病变。

主要参考文献

1. 洪家铁. 中西医结合妇产科学. 北京: 中国中医药出版社, 1996.
2. 乐杰. 妇产科学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 1996.
3. 中华人民共和国卫生部药典委员会. 中华人民共和国《药典》一部. 广东科技出版社、化学工业出版社, 1995.
4. 黄泰康. 常用中药成分与药理手册. 第2版. 北京: 中国医药科技出版社, 1998.

(孟 炜)

白塞氏综合征

白塞氏综合征 (benccets synarome)

又称眼、口、生殖器综合征。1937年由Behcet首先报告本病，其病变以虹膜睫状体炎、滤泡性口腔炎，急性外阴溃疡为主要特征。白塞氏综合征在我国以女性多见。

据白塞氏综合征临床表现，可归属中医“狐惑”病范畴。如《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病脉证治》云：“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐，不欲饮食，恶闻食臭，其面乍赤、乍黑、乍白。”

[病因与发病机理]

本病多由情志所伤，五志化火，肾水不足，心火循经上炎、下移所致。或因外感湿邪、或内伤脾虚生湿，复加肝气不舒，郁久化热，湿毒内蕴，热毒郁遏而发。

西医学认为发病主要基于两种学说。①感染学说：有人认为本病与感染链球菌及结核杆菌有关。②免疫学说：认为本病的发生与自身免疫性疾病有关。其病理变化主要表现为血管炎，常伴有血栓形成，以致发生局部组织的炎性浸淫及溃烂。

[临床表现]

一、口腔溃疡

口腔溃疡是本病的首发症状，约占70%~95%，其发作与月经周期有关，故呈周期性发作。溃疡单发或多发，中心有脓性坏死基底，周围有鲜红色晕，疼痛难忍，影响睡眠、食欲及正常生活。

二、生殖器溃疡

女性大多数病人都有外生殖器溃疡，常发生在口腔溃疡病变之后。以大小阴唇

溃疡为主，也可发生在阴道、会阴、肛门、宫颈、直肠内，伴有明显疼痛，局部淋巴结肿大，约1~3周愈合。

三、眼部病变

一般发生较晚，从初发症状到眼部病变的出现短则数日，长则10年。约15%的病人于病程的第一年内出现，约85%于5年左右出现。其主要损害为虹膜睫状体炎及前房积脓，或有结膜炎，出血性视网膜炎及视神经萎缩等。严重者可影响视力，直至失明。

四、其它损害

白塞氏综合征常伴有皮肤损害、游走性关节炎，血栓性静脉炎、脑干脑膜症候、精神错乱及胃粘膜溃疡反复发作的腹痛、腹泻脓血便等症。

[诊断与鉴别诊断]

1. 在三个主症中，只要有周期性反复发作的口腔溃疡、外阴溃疡两项，再任意有其它病变或眼部病变的一项，即可诊断为本病。

2. 血象检查提示，白细胞总数增多 $(10\sim20)\times10^9/L$ 左右；血清 α_2 及 γ 球蛋白增加，血沉加快。约42%的病人血清中可检出对口腔粘膜的自身抗体。部分病例的类风湿因子阳性。

3. 典型的临床表现并除外单纯外阴疱疹所致多发性外阴溃疡等病变。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 知柏地黄汤合导赤散加减

组成与用法 知母 20g 黄连 10g

黄柏 10g 熟地 50g 生地 15g 茯苓 15g 丹皮 15g 泽泻 15g 山萸肉 20g 山药 20g 淡竹叶 20g 甘草梢 15g 木通 15g 麦冬 15g 莲子心 10g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 滋阴补肾清心泻火。方中知柏地黄汤大补肾水以制心火，黄连、莲子心直泻心火。竹叶、麦冬清心除烦，滋阴；木通上清心经之热，下利小肠之热；甘草梢泻火通经止淋痛，以利邪热从尿中排出。

辨证加减

若见目眦肿痛多眵者加青箱子、密蒙花、菊花以利清肝明目。

(二) 逍遥散加减

组成与用法 柴胡 15g 当归 10g 赤芍 15g 山药 20g 苍术 15g 黄柏 10g 茯苓 10g 龙胆草 15g 萆薢 15g 薏苡仁 15g 甘草 10g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 方中逍遥散疏肝解郁，健脾养血。苍术燥湿健脾；山药、薏苡仁健脾利湿；黄柏、龙胆草、萆薢清肝胆湿热。

辨证加减

口舌生疮伴大便秘结者酌加玄参、麦冬、黄连以利泻心火。

二、专药选用

(一) 宁必泰胶囊

[贵阳新天药业有限公司]

主要成份 芙蓉叶 白茅根等。

功用与评述 清热解毒、利湿通淋、养阴凉血。方中芙蓉叶清热解毒，益气养血；白茅根清热利湿凉血止血养阴。

药理实验证明 宁必泰胶囊对链球菌、葡萄球菌、淋球菌等多种细菌具有抑制和杀灭作用。能够提高巨噬细胞的

吞噬功能，有利于提高机体的抗感染能力。

用量与用法 每次4粒，每日3次口服，7天为1疗程。

(二) 口咽清含漱剂

[辽宁中医制药厂，辽卫准字1988]

主要成份 决明子 野菊花 玄参等。

功用与评述 清热解毒滋阴。方中决明子清热明目，润肠通便，野菊花清热解毒，消肿祛脓，玄参生津养阴除虚火。

药理研究证明 口咽清含漱剂具有明显的抗炎镇痛作用，对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌均有很好的抑制作用，对口腔粘膜、眼结膜均无明显刺激作用。

用法与用量 每日2~4次漱口，每次20~40ml，7天为1疗程。

(三) 知柏地黄丸

[太圣制药·豫卫药准字1996年第034020号]

主要成分 知母 黄柏 熟地 山萸肉等。

功用与评述 滋阴补肾、养血润燥。方中知母、黄柏清热泻火；熟地、山萸肉滋阴补肾填精。

用量与用法：每日2次，每次3g，口服，10天1疗程。

三、西医药治疗

(一) 全身治疗

1. 皮质类固醇激素治疗 强的松 20mg/次，每日3次口服。病情稳定后逐渐减量，每周减少5mg，维持量5~10mg/日。

2. 抗生素治疗 可应用红霉素 0.375g/次，1日4次口服，阿莫西林片

0.5g/次, 1日3次口服。

(二) 局部治疗

1. 口腔溃疡 可用复方硼砂液含漱, 每日2~3次; 或用2.5%金霉素甘油膏涂擦患处。每日2次。也可应用2%龙胆紫涂擦患处, 每日1次。

2. 外阴溃疡 可用1:5000的高锰酸钾溶液坐浴, 每日1~2次。或用1:1000利凡诺尔液湿敷, 每日1~2次。洗浴后局部可选用金霉素眼膏, 复方新霉素软膏, 可的松膏等涂患处, 每天2~3次。

[预防与护理]

白塞氏综合征的特征为自然缓解和复发加重交替出现, 因而临床上应以增强体质为主。平素应多食清淡之品, 忌食辛辣、肥甘厚味, 保持心情舒畅, 注意预防流感, 一旦发生外感应及时治疗。对于顽固性的较重病例应请眼科、内科、皮肤科的医师协同治疗。在应用免疫抑制剂时应待症状控制后酌情减量, 直至停用。

主要参考文献

1. 牛建昭. 现代中西医妇科学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996.
2. 白刚. 中药方剂研究与应用大全. 北京: 中国科学技术出版社, 1995.
3. 黄泰康. 常用中药成分与药理手册. 北京: 中国医药科技出版社, 1998.

(孟 炜)

阴 道 炎

阴道炎(vaginitis)是妇科常见疾病, 白带增多也是妇科最常见的症状。当病原体侵入阴道, 使阴道粘膜产生炎症变化,

白带出现量、色、质的异常, 称阴道炎。

常见的阴道炎有非特异性阴道炎、滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎、老年性阴道炎及阴道嗜血杆菌性阴道炎。少见有婴幼儿阴道炎及阿米巴性阴道炎。

非特异性阴道炎

[病因与发病机理]

非特异性阴道炎(non-specific vaginitis)即指不是由特异的病原体引起的阴道炎症。其病因是多方面, 如阴道损伤、异物(如子宫托、阴道塞、遗留绵球等)、腐蚀性药物、避孕用具或油脂、刺激性的阴道冲洗等。盆腔炎、附件炎、子宫内膜炎、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, 为病菌的生长繁殖创造了条件。常见的病原菌有葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、变形杆菌等。

本病中医属于“带下”、“阴痒”、“阴痛”范畴。多由脾失健运, 湿浊内蕴, 久而化热, 湿热互结, 流注下焦; 或湿毒秽浊之邪乘虚内侵, 直伤带脉而致。

[临床表现]

一、阴道坠胀、灼热、可伴有小腹不适及全身乏力。

二、阴道分泌物增多, 脓性或浆液性, 严重时有臭味。

三、分泌物刺激尿道口, 出现尿痛、尿频。

四、妇科检查 阴道粘膜充血, 阴道及宫颈肿胀、潮红、白带量多, 双合诊时阴道口有触痛。

五、阴道分泌物涂片 革兰染色镜检, 可见病原菌而无滴虫、霉菌或阴道嗜血杆菌。

[诊断与鉴别诊断]

一、病史 多有分娩、流产和妇产科手术史,不洁性交史、经期使用不洁物品史。

二、典型的临床表现。

三、阴道分泌物中找到病原菌而无滴虫、霉菌或阴道嗜血杆菌。

[治疗方法]

一、专方辨证治疗

龙胆泻肝汤加减

组成与用法 龙胆草 10g 栀子 10g 黄芩 10g 车前子 12g 木通 6g 泽泻 12g 当归 10g 椿根皮 10g 柴胡 6g 生甘草 6g。每日 1 剂,水煎分服。

功用与评述 本方疏肝清热利湿止带(详见“子宫脱垂”篇)

二、中药外治

阴道冲洗剂 苍术 10g 百部 10g 蛇床子 10g 黄柏 10g 苦参 10g 连翘 10g 荆芥 10g 枯矾 5g 土槿皮 15g。浓煎成 250ml,对已婚妇女作阴道冲洗,每日 1 剂,6 次为 1 疗程。

三、西医治疗

1. 1% 乳酸或醋酸低压阴道冲洗。

2. 针对病因选择抗生素粉(氯霉素、合霉素等),涂撒于阴道壁,每日 1 次,7~10 次为 1 疗程。

[预防与护理]

一、注意卫生,增加营养,改善全身情况。

二、未治愈前,禁性生活。

三、月经期禁行阴道冲洗。

滴虫性阴道炎

[病因与发病机理]

滴虫性阴道炎(trichomonas vaginitis)是由阴道毛滴虫引起的常见阴道炎。

中医认为本病属于“带下”、“阴痒”范畴。其病因分为内因及外因两种。内因乃脾肾两虚,水湿运化无权、湿邪内生、蕴而化热,积久生虫;外因则系通过不洁的洁具、游泳池、性交等,外感虫毒所致。

[临床表现]

一、带下量多,质稀薄、色灰黄、乳白,或黄白相兼,或黄绿脓性,常呈泡沫状,有腥臭。严重时,白带可混有血液。

二、外阴瘙痒、灼热、性交痛。

三、下腹酸痛、尿频、尿痛、甚至血尿。

四、妇科检查 阴道及宫颈粘膜红肿,常有散在出血点或草莓状突起,后穹窿有多量脓性泡沫状分泌物。

五、阴道分泌物悬滴涂片,可见阴道毛滴虫。

六、阴道分泌物培养阳性。

[诊断与鉴别诊断]

一、根据病史,体征中特有的泡沫状分泌物。

二、具有典型的临床表现,并排除其他原因所致的阴道炎。

三、阴道分泌物镜下检查找到滴虫。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

龙胆泻肝汤合易黄汤加减

组成与用法 龙胆草 10g 栀子 10g 黄芩 10g 生地 10g 柴胡 6g 泽泻 12g 车前子 12g 木通 6g 芡实 10g 生甘草 6g。每日 1 剂，水煎分服。

功用与评述 本方具有清热利湿，杀虫止痒的功用。方中龙胆草、黄芩、栀子苦寒泻火，清热利湿，泽泻、木通、车前子清下焦湿热，引火从小便而出，生地养血益阴，柴胡疏肝，芡实健脾，甘草调中和药。

辨证加减

1. 脾胃虚弱者，去龙胆草、木通，加入炒白术、党参、陈皮，以健脾和胃。

2. 肾虚者加入川断、寄生、淮山药，以补肾强腰。

二、中药外治

1. 外用洗方 蛇床子 15g、龙胆草 10g、黄柏 10g、苦参 10g、花椒 6g、白矾 6g，水煎熏洗或阴道冲洗，每日 1 次，7 天为 1 疗程。

2. 外用塞药 蛇床子、明矾、黄柏各等分，为末，炼蜜为丸，如弹子大，塞阴道内，24 小时后换 1 次，日 1 次，7 天为 1 疗程。

三、西医治疗

1. 全身治疗 灭滴灵 200mg、口服，每日 3 次，7 天为 1 疗程。

2. 局部治疗

(1) 用 0.5%~1% 乳酸或 1:5 000 过锰酸钾溶液冲洗阴道，每日 1 次。

(2) 灭滴灵 200mg，于阴道冲洗后或每晚塞入阴道 1 次，10 天为 1 疗程。

[预防与护理]

一、加强卫生宣传，消灭传染源，杜

绝传播途径，配偶同时治疗。

二、治疗期间宜避免重复感染，内裤、毛巾宜煮沸 10 分钟。

三、妊娠 20 周以前不用口服灭滴灵，应以局部治疗为主。

四、未婚妇女阴道用药困难，口服灭滴灵即可。

五、经治疗滴虫检查已转阴者，下次经后仍应巩固治疗一疗程。

六、每次月经后随访，复查白带、3 次阴性为治愈。

霉菌性阴道炎

[病因与发病机理]

霉菌性阴道炎 (monilial vaginitis) 是一种常见的阴道炎，主要是由白色念珠菌感染引起的。多见于孕妇、糖尿病及接受雌激素治疗的患者，若长期应用抗生素亦可导致本病。

中医认为本病属“阴痒”、“带下”范畴。霉菌与湿浊有关。常因脾虚不运，湿浊内生，下注会阴，湿蕴化热；或外感湿热之邪，循经下注，侵蚀阴中所致。病机关键为湿浊下注，病位在阴道。

[临床表现]

一、外阴、阴道瘙痒，红肿灼热疼痛。

二、典型白带为白色质稠，豆腐渣样或凝乳状，有时较稀薄，白带增多，内含白色片状物。

三、尿频、尿痛及性交痛。

四、妇科检查 小阴唇内侧及阴道粘膜上附着白色膜状物。擦除后，可见整个阴道粘膜红肿，甚至可见受损糜烂面或浅溃疡。

五、阴道分泌物检查 涂片可见霉菌或霉菌培养阳性。

[诊断与鉴别诊断]

一、根据病史，体征中特有的豆腐渣样分泌物。

二、具有典型的临床表现，并排除滴虫性、淋菌性、老年性阴道炎等病。

三、阴道分泌物镜下检查见到霉菌。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

萆薢渗湿汤加减

组成与用法 制苍术 10g 白术 10g 苡仁 15g 丹皮 10g 茯苓 10g 泽泻 10g 滑石 10g 萆薢 10g 白芷 6g 荆芥 6g 炒柴胡 5g 地肤子 10g 车前子 10g。每日 1 剂，水煎分服。

功用与用法 本方具有清热利湿、杀菌止痒的功效。方中苍术、白术、苡仁健脾化湿，丹皮清热凉血，泽泻、茯苓、滑石、萆薢、车前子清热利湿，柴胡、荆芥、地肤子、疏肝祛风止痒。

辨证加减：

1. 胃脘不舒，加入陈皮、制半夏各 6g。

2. 偏于热重者，加入黄芩、炒黄柏各 6g。

二、中药外治

1. 外用洗方 土槿皮 15g、龙胆草 10g、苦参 10g、黄柏 10g、花椒 6g、冰片 2g（后溶入）。上药水煎后先熏后洗，每日 2~4 次。

2. 外用阴道塞药 冰硼散胶囊，每日熏洗后用此胶囊一粒塞于阴道内，连用

10 天为 1 疗程，续用 3 个疗程，经期停用。

三、西医治疗

1. 局部治疗

(1) 用 2%~4% 苏打水冲洗外阴及阴道，改变阴道环境，使之不利于念珠菌生存繁殖。每日 1 次，10 次为 1 疗程。

(2) 制霉菌素 10~25 万 U，每晚 1 次置入阴道，10 次为 1 疗程。

(3) 克霉唑栓剂 每次 1 枚，每日 1 次，塞入阴道，7 天为 1 疗程。

2. 全身治疗 酮康唑，每次 200mg，每日 2 次，连服 5 天。

[预防与护理]

一、消除诱因：积极治疗糖尿病，停用广谱抗生素及雌激素等。

二、孕妇患霉菌性阴道炎时，以局部治疗为主。

三、注意外阴清洁卫生，防止交叉感染。

四、夫妇应同时治疗。

五、治疗期间禁止性生活，经期禁用阴道冲洗。

老年性阴道炎

[病因与发病机理]

老年性阴道炎 (senile vaginitis) 是指妇女绝经后、手术切除卵巢或盆腔放射治疗后，由于雌激素缺乏，阴道粘膜萎缩、变薄，上皮细胞糖原减少、局部抵抗力减弱，易受细菌感染引起的阴道炎症。

中医属于“阴痒”、“带下”范畴。本病主要由于肾气衰，天癸竭，肝肾阴虚，冲任虚衰，经脉不固，带脉失约，湿热之

邪入侵所致。

[临床表现]

一、白带增多，呈黄水样或血性或脓性，常伴有臭味。

二、外阴有瘙痒或灼热感，有时盆腔坠胀不适。

三、炎症波及前庭及尿道口周围粘膜时，可有尿频、尿急、尿痛，或尿失禁症状。

四、妇科检查 阴道呈老年性改变，皱襞消失，上皮菲薄，阴道粘膜、宫颈充血，表面散在小出血点或片状出血斑。

五、阴道涂片和激素测定示激素水平明显低下。

六、阴道分泌物检查，无滴虫、霉菌等特异菌。

[诊断与鉴别诊断]

一、常见于绝经后，手术切除卵巢或盆腔放射治疗后的妇女。

二、典型的临床表现，并排除其他原因所致的阴道炎。

三、应排除子宫恶性肿瘤 可行阴道细胞学、宫颈活检及子宫内膜活组织检查。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

知柏地黄汤加味

组成与用法 知母 10g 熟地 12g 淮山药 10g 黄柏 15g 茯苓 10g 泽泻 10g 椿根白皮 10g 山茱萸 10g 丹皮 10g 鸡冠花 30g 金樱子 10g 每日 1 剂，水煎服。

功用与评述 本方用于肝肾亏损、湿热下注之老年性阴道炎，具有滋养肝肾，

清热止带。方中用熟地、山茱萸、淮山药补肝肾之阴，知母、黄柏，丹皮清肾中之伏火，佐茯苓、泽泻引热由小便下行，椿根白皮、鸡冠花、金樱子固涩止带。

二、中药外治

1. 外用洗方 龙胆草 10g、黄柏 15g、鹿衔草 15g、甘草 6g、淫羊藿 10g、水煎熏洗，每日 2 次。

2. 阴道上药 黄连膏（黄连、姜黄、当归、黄柏、生地、香油、黄腊），用膏涂阴道壁（要在阴道冲洗后）。每天 1 次，10 次为 1 疗程。

三、西药治疗

治疗原则 增加阴道抵抗力及抑制细菌生长。

1. 局部治疗

(1) 1% 乳酸或醋酸液 冲洗阴道，拭干后喷撒磺胺或氯霉素粉于阴道内。每日 1 次。

(2) 己烯雌酚栓 每次 1 枚，每日 1 次，阴道冲洗后上药，7~10 天为 1 疗程。

2. 全身治疗 尼尔雌醇，每月 2.5~5mg，口服，连续 2~3 个月。

[预防与护理]

一、雌激素治疗用药不可过久或剂量过大，以免引起撤退性出血。

二、应用雌激素前应先排除子宫肌瘤及恶性肿瘤、肝脏疾病、肾病及血栓静脉炎等。

三、注意外阴清洁卫生，勤换洗内裤。

四、多食清淡富于营养之品，忌食辛辣及高脂、高糖食物。

五、保持心情开朗,解除心理障碍及精神负担。

阴道嗜血杆菌性阴道炎

[病因与发病机理]

嗜血性杆菌性阴道炎(hemophilus vaginitis)是由阴道嗜血性杆菌引起的。

中医认为本病属于“带下病”、“阴痒”等范畴。多系肝经湿热下注或寒湿内侵,损伤带脉所致。

[临床表现]

一、白带增多,色灰白、稀薄、有腥臭味。

二、常伴阴道灼热感,性交痛及外阴瘙痒。

三、妇科检查 阴道粘膜充血呈灰红色,轻度水肿,白带如薄膜样覆盖于充血的粘膜上。

四、阴道分泌物涂片 可见线索细胞。

五、阴道分泌物培养 发现嗜血杆菌。

[诊断与鉴别诊断]

一、多见于生育年龄妇女。

二、典型的临床表现,并除外其他原因所致的阴道炎。

三、阴道分泌物镜下检查可见线索细胞。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

止带汤加减

组成与用法 猪苓 10g 茯苓 10g 车前子 10g 泽泻 10g 茵陈 10g 赤芍

10g 丹皮 10g 黄柏 10g 栀子 10g 牛膝 10g 白花蛇舌草 15g 甘草 6g。每日 1 剂,水煎分服。

功用与评述 本方具有清热解毒、除湿止带。方中猪苓、茯苓、车前子、泽泻、利水除湿,茵陈、黄柏、栀子、丹皮、白花蛇舌草清热泻火解毒,牛膝引药下行,甘草调和诸药。

二、中药外治

芒硝参柏煎 芒硝 15g,苦参 15g,黄柏 15g,川椒 15g,蛇床子 15g,石榴皮 15g。加水 1 500ml,煎至 1 000ml,去渣,温热适度时坐浴。每次 15~20 分钟,每日 1 剂、1~2 次,可连用 3~6 天。

三、西药治疗

1. 1% 乳酸液 冲洗阴道,每日 1 次,连用 7 天。

2. 爱尔士 每次 1 支,冲洗阴道,每日 2 次,连用 7 天。

3. 灭滴灵 200mg,每日 3 次,口服,连用 7 天。

4. 四环素 0.5g,每日 1 次,塞入阴道,连用 7 天。

[预防与护理]

一、注意外阴清洁。

二、月经期禁用阴道冲洗上药。

三、治疗期间禁止性生活。

主要参考文献

1. 尤昭玲等主编.实用妇产科手册.第 1 版.湖南科学技术出版社,1996. 215~230
2. 夏桂成主编.中医临床妇科学.第 1 版.北京:人民卫生出版社,1994. 269~277

(黄熙理)

第14章 子宫脱垂

子宫脱垂 (prolapse of uterus) 系女性生殖道变位之一。它是指子宫从正常位置沿阴道下降, 子宫颈外口抵达坐骨棘水平以下, 严重时子宫全部脱出阴道口外, 常伴有阴道前后壁、膀胱、直肠膨出。因此, 子宫脱垂是既有生殖道又有邻近器官参入的一个综合病证, 根本的病理改变是盆底支持组织的损伤、薄弱。本病常发生于劳动妇女, 以产后损伤为多见。

子宫脱垂, 中医学称之为“阴挺下脱”, 又称“阴脱”、“阴癰”、“阴菌”、“阴挺”、“子宫脱出”、“阴茄”、“阴疝”、“阴覃”、“阴痔”、“子宫膨出”。因多发生在产后, 又有“产肠不收”、“子盼不收”、“产后肉线”等名称。

[病因与发病机理]

本病以小腹下坠、阴道口有物脱出、带下量多、二便异常为主要临床表现。

中医学认为, 本病的发生与孕产有关, 气虚是本, 其主要机理是中气不足, 或肾气虚弱而致冲任不固, 带脉失约, 系胞无力。素体虚弱, 中气不足, 分娩时用力太过, 或产后操劳持重, 或久嗽不愈, 或年老久病, 便秘努责, 损伤中气, 中气下陷, 固摄无权, 系胞无力, 以致子宫下垂。若先天不足, 或房劳多产, 或年老体弱, 肾气亏虚, 冲任不固, 系胞无力, 亦

可致子宫下垂。伴有小腹下坠, 四肢无力, 精神倦怠, 属气虚; 伴有腰痠腿软, 头晕耳鸣, 小便频数, 属肾虚。若子宫脱出阴道口外, 摩擦损伤, 又为湿邪外侵, 蕴而生热, 以致湿热下注, 带下量多, 则表现出虚中挟实的情况。

西医认为, 妊娠盆腔充血变软, 分娩时处理不当, 分娩后韧带松弛, 肌张力减低, 复因腹压增加, 可导致支持子宫正常位置的韧带、筋膜、肌肉发生损伤, 或过度松弛, 而产生子宫脱垂症。子宫脱垂经常是由综合因素造成的。

[临床表现]

子宫脱垂症状的轻重视子宫脱垂的程度及伴发周围脏器的膨出情况而定, 通常轻度脱垂可无症状或症状较轻, 重度脱垂则症状显著。

一、阴道脱出块物

常于劳动、久站、久蹲、行走、咳嗽或大用力时脱出, 睡卧时可收, 严重时不能自行还纳。

二、下坠感及腰背酸痛

由于子宫下垂牵拉腹膜、子宫的韧带、盆底组织、可引起下腹、阴道、外阴部的坠胀感, 腰背酸痛, 检查时局部并无压痛。

三、带下增多

子宫长期脱出于阴道口，加以摩擦损伤，红肿溃烂，黄水淋漓，带下色黄量多如脓或夹血水，有秽臭气。

四、二便异常

尿频、排尿困难、癃闭或失禁，大便秘结。

[实验室与其他检查]

通过妇科及B超检查，应排除子宫粘膜下肌瘤、宫颈肌瘤、单纯宫颈过长、慢性子宫内翻症、阴道壁囊肿等。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 根据病史及临床表现。
2. 阴道检查时，嘱病人向下进气，当腹压增加时观察有无子宫颈下垂。如子宫颈外口达坐骨棘水平以下或露于阴道口，诊断即可确立。

临床为便于统一了解脱垂程度，选择治疗方法，比较治疗效果，将子宫脱垂分为三度。

第Ⅰ度：子宫颈下垂到坐骨棘水平以下，但不超越阴道口。

第Ⅱ度：子宫颈及部分子宫体脱出于阴道口外。

第Ⅲ度：整个子宫体脱出于阴道口外。

二、鉴别诊断

1. 粘膜下肌瘤 本病于脱出物中找不到宫口，前后阴道壁不脱出，肌瘤周围可摸到宫颈边缘。

2. 子宫颈延长症 此多为未产妇。前后阴道壁不脱出，前后穹窿部很高，子宫体仍在盆腔之内，仅子宫颈极度延长如柱状，突出于阴道口外。

3. 慢性子宫内翻症 本病肿块中亦不见子宫口，但可找到两侧输卵管入口的凹陷，表面为红色粘膜，易出血，肛门指诊盆腔内空虚，触不到子宫体。

4. 阴道壁囊肿 阴道壁囊肿一般壁薄，边缘清楚，且张力较大，不能移动，膀胱膨出则表面粘膜肥厚，边缘不清，质软并可还纳。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 补中益气汤

组成与用法 黄芪30~60g 党参30g 白术15g 当归10g 炙甘草5g 陈皮5g 炙升麻5g 柴胡5g 生姜3片 大枣5枚。水煎分服，每日1剂。

功用与评述 补气升提。方中黄芪、党参、甘草益气升提；黄芪必须重用，取效才佳。升麻、柴胡升提阳气，以助益气之力。白术健脾；当归补血。陈皮理气。生姜、大枣补脾益血。

辨证加减

1. 若腰痠痛者，加川断、桑寄生、杜仲以固肾气。
2. 若带下量多质清者，可加赤石脂、鹿角霜以固冲任而止带下。
3. 若兼夹湿热，带下量多，质稠色黄，加败酱草15g、苡仁20g、炒黄柏10g、紫花地丁10g、半边莲10g。
4. Ⅱ度到Ⅲ度脱垂者，加金樱子10g、炙乌梅5g。
5. 大便溏泄者，加入砂仁（后下）

5g、神曲 10g。

(二) 大补元煎加减

红参3~10g 山药 熟地 杜仲 炒当归 山萸肉各 10g 甘杞 10g 炙甘草 6g 金樱子 12g 菟丝子 12g 紫河车 12g。水煎分服，每日 1 剂。

功用与评述 补肾固脱。方中当归、熟地养血滋阴、杜仲、山萸肉、甘杞补肝肾、山药、炙甘草健脾和中，紫河车、菟丝子温肾填精，金樱子收敛固脱。

辨证加减

1. 小腹冰冷者，加入制附片 6g、鹿角胶（另炖烊冲）、补骨脂各 10g。

2. 纳欠腹胀者，加陈皮、煨木香、炮姜各 6g。

3. 心慌寐差者，加青龙齿（先煎）、合欢皮 10g、炒枣仁 6g。

4. 兼有湿热，以致带多色黄、质粘腻如脓样者，加入炒黄柏 10g、败酱草 15g、苡仁 20g、鱼腥草 10g。

(三) 龙胆泻肝汤加减

龙胆草 10g 黄芩 10g 山梔 10g 泽泻 10g 木通 6g 柴胡 5g 生地 10g 当归 10g 蒲公英 15g 紫花地丁 15g 苡仁 15g 甘草。水煎分服，每日 1 剂。

功用与评述 清利下焦湿热。方用龙胆草大苦大寒，上泻肝胆实火，下清下焦湿热；黄芩、梔子、蒲公英、紫花地丁清热解毒，泽泻、木通、苡仁清热利湿，使湿热从水道排泄。肝主藏血，肝经有热，本易耗伤阴血，加用苦寒燥湿，易耗伤其阴，故用生地、当归滋阴养血，以使标本兼顾。方用柴胡，是为引诸药入肝胆而设，甘草有调和诸药之效。据现代药理研究表明，本方具有抗菌消炎作用。故尤适宜于子宫脱出阴道口外伴感染患者，以治标为急。

辨证加减

1. 兼气虚下陷者，加入黄芪 15g、太子参 15g、升麻 5g。

2. 兼肾虚失固者，加入续断 10g、桑寄生 10g、肉桂（后下）3g。

二、专药选用

(一) 升气养元糖浆

[Z.Z—3689—浙卫药准字（1996）第 079401 号]

主要成分：黄芪 党参 桂圆肉等。

功用与评述 补气升阳，健中益元。方中黄芪味甘，微温，为重要的补气药，具有收缩子宫作用。党参甘平，补中益气，对子宫有兴奋作用。桂圆，甘温，补气血，益心脾。全方合用具有补益元气，健脾养血的功用。

用量与用法：每次 20ml，每日 2 次，2 周为 1 疗程。

(二) 补中益气丸

主要成分 黄芪 党参 甘草 白术 当归 升麻 柴胡 陈皮。研末，水泛为丸。

功用与评述：补中益气，升阳举陷。方中黄芪为主，补中益气，升阳举陷，辅以党参，炙甘草，白术益气健脾，合主药以益气补中，佐以陈皮理气，当归养血，升麻，柴胡协助主药以升提下陷之阳气。

药理实验证明 本方对在体或离体子宫及周围组织呈兴奋作用。

用量与用法 每次 6g，每日 2~3 次，1 个月 1 疗程。

三、西医药治疗

(一) 子宫托

适用于Ⅰ度、Ⅱ度子宫脱垂者及体弱或因其他疾病不能耐受手术者，方法简

便,经济易行,效果较好。宜选择适当的型号,晚取晨放,经期停用。

(二) 手术疗法

适用于Ⅱ度、Ⅲ度子宫脱垂或保守治疗失败者,应根据不同年龄、生育要求及全身情况选择适当术式。

1. 阴道前后壁修补术 适用于Ⅰ度子宫脱垂伴有明显阴道前后壁膨出而无宫颈延长者。

2. 阴道前后壁修补术加缩短主韧带及子宫颈部分切除术 适用于年龄较轻,宫颈较长并希望保留生育功能者。

3. 阴道子宫全切除及阴道前后壁修补术 适用于ⅡⅢ度子宫脱垂合并阴道膨出、年龄较大无生育要求者。

4. 阴道纵隔成形术 适用于Ⅲ度子宫脱垂、年老体弱不耐受复杂手术者。

四、其他疗法

(一) 针灸治疗

主穴:归来、三阴交。

配穴:中极、关元、曲骨、阴陵泉、长强、百会。

每次可选1~2个主穴、2~3个配穴,强刺激、不留针,以病人有酸、麻、胀、上提感为适度。每周行针2~3次,每2~3周为1疗程。

(二) 外治法

1. 丹参 15g,五倍子 10g,诃子肉 10g,煎水趁热熏洗。

2. 蛇床子 60g,乌梅 60g,煎水熏洗。

3. 金银花、紫花地丁、蒲公英、蛇

床子各 30g,黄连 6g,苦参 15g,黄柏 10g,枯矾 10g,煎水熏洗坐浴,此方用于子宫脱出伴有黄水淋漓、湿热下注者。

(三) 食疗法

1. 熟地山药粥

熟地 15g,淮山药 30g,粳米 100 克,冰糖适量。先煎熟地、淮山药,去渣取浓汁,入粳米,加适量水煮粥,数沸后入冰糖同煮。用于肾虚子宫脱垂。

2. 升麻 9g,黄芪 30g,鸡 1 只,炖熟食肉饮汤,用于气虚子宫脱垂。

[预防与护理]

一、积极开展计划生育。

二、坚持执行劳动妇女五期保护制度。

三、普及产后保健及预防子宫脱垂的科学知识。

四、注意防治慢性病,如慢性气管炎、腹泻等。

五、加强营养、增强体质,保持大便通畅。

六、注意适当休息,避免增加腹压的活动和重体力劳动。

七、重视功能锻炼,一般采用胸膝卧位及肛门收缩动作。

主要参考文献

1. 上海第一医学院等主编. 妇产科学. 第1版. 北京:人民卫生出版社,1980. 419~423

2. 夏桂成主编. 中医临床妇科学. 第1版. 北京:人民卫生出版社,1994. 493~498

(黄熙理)

第15章 子 宫 颈 炎

子宫颈炎(cervitis)是妇产科常见病、多发病之一,当子宫颈受到各种病菌的侵犯,发生急性或慢性炎症病变时,就称为子宫颈炎。根据感染病原体的不同,可分为急性子宫颈炎、慢性子宫颈炎、病毒性子宫颈炎、结核性子宫颈炎、阿米巴性子宫颈炎、放线菌性子宫颈炎等。

在临床上以慢性子宫颈炎为多见,常由急性宫颈炎转变而来。依据病理改变不同,可分为子宫颈糜烂、子宫颈息肉、子宫颈肥大、子宫颈腺体囊肿、子宫颈炎管炎等。而子宫颈糜烂根据腺体与间质增生程度不同,可分为单纯型、颗粒型、乳头型三种。根据糜烂面积大小又可分为轻度、中度、重度糜烂。

由于宫颈的特定环境,治疗虽有一定疗效,但常易反复发作,有少数可发生恶变。

子宫颈炎中医本无此病名,但根据其临床表现,属“带下病”范畴。在古医籍中亦可散见子“阴痒”、“不孕”等病症中。

[病因与发病机理]

本病以带下量多、小腹坠胀、腰骶酸痛为主要临床表现。《素问·骨空论》曰:“任脉为病……女子带下瘕聚。”《傅青主女科》曰:“夫带下俱是湿症。”可见带下病多属湿邪为患。湿有内外之别。宫颈炎

所致的带下量多,常以感受外湿为主,如经期产后,胞脉空虚、摄生不洁,湿毒邪气乘虚内侵胞宫,湿蕴生热,湿热郁腐,以致任脉损伤,带脉失约,湿热蕴结,瘀阻胞脉,故见小腹坠胀,腰骶酸痛。

总之,宫颈炎的病因以感受外湿为主,病位在胞宫、胞脉,湿蕴生热,湿热郁腐是本病的核心机理。

西医认为,长期慢性刺激是宫颈炎的主要诱因,若性交过频、流产、分娩或手术后子宫颈损伤,病原体侵入宫颈而引起感染,或产褥期、经期等不注意卫生,细菌侵袭,亦可导致炎症。

当化脓性细菌直接感染宫颈,或子宫内膜、阴道炎的急性感染都可造成宫颈的急性炎症,由于颈管内膜的柱状上皮薄,抵抗力弱,加之皱襞多,病原体多潜伏其中,感染不易彻底清除而引起慢性宫颈炎。当鳞状上皮脱落,为柱状上皮所代替,上皮下血管显露,宫颈表面呈红色病损,就形成宫颈糜烂。炎症初期,糜烂面仅为单层柱状上皮所覆盖,表面平坦,称单纯型糜烂;病变日久,宫颈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;如间质增生显著,表面凹凸不平更加明显,则称乳头型糜烂。长期慢性炎症的刺激,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,或在宫颈糜烂的愈合过程中,新生

的鳞状上皮覆盖宫颈腺管口或伸入腺管,使腺管口阻塞;或腺管周围组织增生使腺管狭窄以致阻塞,腺体分泌物潴留于腺腔内,形成大小不等的囊肿。若颈管粘膜局部增生逐渐向外口突出形成息肉。

[临床表现]

一、白带增多

呈乳白色,粘液状,或淡黄色脓性。有宫颈息肉时,可有血性白带,或性交后出血。

二、外阴瘙痒

这是白带的刺激继发外阴、阴道炎所致。

三、腰骶部疼痛

小腹下坠及胀痛,经期加重,性交痛,这是炎症波及盆腔结缔组织所致。

四、尿频或排尿困难

这是炎症蔓延至膀胱三角区或周围结缔组织所引起。

五、不孕

粘稠的脓性白带不利于精子穿过而导致不孕。

六、妇科检查

(一) 急性宫颈炎 可见宫颈充血、水肿、颈管内膜外翻。阴道内有多量脓性分泌物,并有脓性粘液自颈管排出。宫颈扪诊可有触痛。

(二) 慢性宫颈炎 可见宫颈有不同程度的糜烂,肥大或宫颈息肉,腺体囊肿、裂伤、外翻等病变。

[实验室与其他检查]

一、白带常规检查 可了解清洁度及找到某些致病菌。

二、宫颈分泌物找病原体,如支原体、衣原体、淋球菌等。

三、血清抗体检查 如检查疱疹病毒等。

四、B超检查可示宫颈肥大、腺体囊肿等。

五、宫颈刮片检查 可见到成片的柱状细胞、提示有宫颈糜烂或宫颈管内膜外翻。

六、阴道镜检查及宫颈活体组织检查等均有慢性宫颈炎的相应改变。

[诊断与鉴别诊断]

一、临床诊断

1. 病史 多为已婚妇女,且常发生诊刮、人流、分娩时引起宫颈损伤或产褥感染及感染性流产、有不洁性生活史、经期有不洁用品使用史、亦可与急性阴道炎或盆腔炎同时发病。

2. 典型的临床症状。

3. 体征 根据分类不同而有不同的表现。

(1) 急性宫颈炎:可见宫颈充血、水肿、颈管内膜外翻。宫颈扪诊有触痛。阴道内有多量脓性分泌物,并有脓性粘液自颈管排出。

(2) 慢性宫颈炎

①宫颈糜烂:宫颈表面呈红色病损,糜烂面与周围组织有清楚的界限。根据糜烂面积的大小可分为三度:

轻度:指糜烂面积小于整个宫颈面积的1/3。

中度：指糜烂面积占整个宫颈面积的1/3~2/3。

重度：糜烂面积占整个子宫面积的2/3以上。

同时要注意糜烂的类型：单纯型或颗粒型、乳突型。

②子宫颈肥大：子宫颈呈不同程度的肥大，变硬，表面光滑或伴糜烂。

③子宫颈息肉：宫口内向外有息肉状物突出、色红、有蒂、单个或多个，质软而脆，其蒂附着于宫颈管。位于宫颈阴道部的息肉则质较韧。

④子宫颈腺体潴留囊肿：又称纳氏囊肿。一般为米粒大，亦有大至直径1cm以上，略外突，内含黄白色粘液。

⑤子宫颈炎：子宫颈阴道部光滑，但宫颈口发红充血。

二、辅助诊断

1. 宫颈刮片检查。
2. 阴道镜检查。
3. 宫颈活体组织检查。

三、鉴别诊断

1. 宫颈湿疣 宫颈表面乳头状凸起与宫颈息肉相似，内生型的表现为白带多而腥臭，通过宫颈活检能鉴别。

2. 宫颈上皮肉瘤样病变 临床表现与宫颈类相同，肉眼观察宫颈糜烂、肥大，阴道镜检查基本能确诊，但最终须病理诊断。

3. 病毒性宫颈炎 宫颈局部红肿、触痛、疱疹、疱疹溃破后呈表浅溃疡，可自行愈合不留疤痕，常易反复发作。通过分泌物培养，可分离出病毒，或作血清抗体检查可协助诊断。

4. 结核性宫颈炎 在病变早期或较

轻时，外观与宫颈糜烂相似，病理组织学检查可见结核结节。

5. 阿米巴性宫颈炎 早期临床检查可见宫颈外口呈表浅糜烂。但本病常继发于肠道阿米巴性疾患后。镜检宫颈组织无特殊性改变。宫颈渗出物内可找到阿米巴滋养体。

6. 放线菌性宫颈炎：宫颈亦呈慢性炎症性反应。继发子宫颈疾病放射治疗后，宫颈涂片巴氏染色可发现放线菌感染病变特征。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 双料喉风散喷剂

组成与用法：人工牛黄 珍珠 青黛 冰片 黄连 北豆根 甘草等。先用1:1 000新洁尔灭棉球消毒外阴、阴道及宫颈，用干棉球拭净，然后用双料喉风散喷剂直接喷射至宫颈糜烂面；宫颈炎者可直接喷射至宫颈口内；合并阴道炎者喷射至阴道。每天1次，一般5~7天为1疗程。用1~3个疗程即可。

功用与评述 本方具有清热解毒，消肿止痛的作用，因其为喷剂故可直接喷射至宫颈局部，使药物直接作用于病变部位。方中青黛、冰片、黄连、北豆根、甘草具有清热解毒，抗菌或抑菌作用，人工牛黄、珍珠具有解热镇静作用，冰片还具有止痛、防腐功效。此外，珍珠还含有人体所需的钙、磷、镁、铝、铜、铁、锰、钠、锌、硅等微量元素，有利于增强身体抵抗力，促进炎症吸收，加速疮面愈合。

(二) 喷涂中药二步法

组成与用法

第1步用1号方：黄连、黄芩、黄

柏、紫草、土茯苓、苦参各 100g、乳香、没药、血竭、鹿角霜、吴茱萸各 50g、雄黄、冰片各 10g、共为极细末、干燥、紫外线消毒、贮瓶密封备用。

第2步用Ⅱ号方：海螵蛸、枯矾、乳香、没药、穿山甲珠、白及、五倍子、象皮各 100g、制法同上。

于月经干净后第3天开始用药，将药末涂于宫颈糜烂面，隔日1次，7次为1疗程。首涂Ⅰ号方1~2个疗程，再涂Ⅱ号方1~2个疗程。

功用与评述 本方具有清热解毒、活血祛瘀、收敛止带、祛腐生肌的功效，既能使肥大的宫颈祛腐消炎后缩小，又能使宫颈糜烂面修复愈合，从根本上治愈慢性宫颈炎。

二、专药选用

(一) 抗宫炎片

[江西博士达药业有限责任公司。赣卫药准字(1997)第0160018号]

主要成分：广东紫珠干浸膏、益母草干浸膏、乌药干浸膏等。

功用与评述：化瘀止血，消炎除带，清热解毒。方中用紫珠、苦平，能清热解毒、止血，益母草性凉，味辛苦，具有活血祛瘀作用，乌药性温味辛，具有理气止痛作用，全方合用具有止血、止痛、止带等功用。适用于宫颈炎、宫颈糜烂。

药理实验证明 抗宫炎片对急性、亚急性、慢性炎症均有较好的抗炎作用，其抗炎作用机理与抑制炎症组织中 PGE₂ 生物合成及降低毛细血管通透性有关。能缩短凝血酶原时间，缩短出血时间，具有较好的止血作用，有显著的镇痛效果，同时抗宫炎片对革兰阴性菌、革兰阳性菌和致病霉菌均有明显的抑制作用。总之，抗宫

炎片具有抗炎、止血、抗菌、镇痛的作用。

用量与用法 每次6片，每日3次，连服2周为1疗程。

(二) 吉春妇炎康复胶囊

[国营塔山制药厂、广东南健医药公司。(94)卫药准字Z-12号]

主要成分 败酱草 薏苡仁、柴胡 黄芩 赤芍等。

功用与评述 清热利湿，化瘀止痛。方中败酱草、黄芩、薏苡仁清热利湿，柴胡、赤芍等行气活血，全方具有解热、镇痛、抗炎、消肿作用。

药理实验证明 吉春妇炎康复胶囊能提高人体血液中巨噬细胞的吞噬功能和杀菌功能，改善循环系统状态，改变血小板表面活性及降低血小板聚集性和血浆比粘度等，以达到化瘀消炎的目的。

用量与用法 每次4粒，每日3次，连服20天为1疗程。

(三) 灭滴消炎栓

[海南中元药业有限公司。琼卫药准字(1997)第000037号]

主要成分：裸花紫珠。

功用与评述 本药具有消炎、清热解毒，散瘀止血的功效。

药理实验证明 本药对细菌和真菌有抑制作用，能改善微循环，具有抗炎、镇痛作用。

用量与用法 阴道给药，先将外阴洗净，拭干，每晚插入1个，8天为1疗程。

三、西医药治疗

(一) 急性子宫颈炎

1. 针对病因治疗。
2. 阴道内及宫颈上撒布呋喃西林或

磺胺粉剂。

3. 禁忌行宫颈活检、息肉切除、电烙等手术。禁止性生活。

(二) 慢性宫颈炎

1. 宫颈糜烂

(1) 药物治疗：适用于糜烂面积较小和炎症浸润较浅的病例。

①10%~20%硝酸银，每周上药1次，2~4次为1疗程。

②5%重铬酸钾液，涂于子宫颈糜烂处。于下次月经净后再涂1次，共2次。

③奥平：睡前清洗外阴，将奥平栓1枚置于后穹窿，隔日1次，6次为1疗程，连用1~3疗程。

④聚维酮碘软膏：[(1998)卫药准字XF—0161号]，用推进器将软膏全部注入宫颈区，每日1次，每次1支，连用6~10天为1疗程。

(2) 物理疗法

①电熨：从下唇宫颈管内0.5cm深处开始，由内向外来回电熨，略超过糜烂面。

②冷冻疗法：用液氮冷冻治疗宫颈糜烂，使病变组织冷冻、坏死、脱落。

③激光治疗：采用激光使糜烂组织碳化结痂，痂脱落后，创面为新生的鳞状上皮覆盖。

(3) 手术治疗

①保守治疗无效，或宫颈肥大，糜烂面深广且颈管受累，可考虑宫颈锥形切除术或全子宫切除术。

②对涂片异常、早期宫颈癌待除外的患者，可作诊断性锥切。

2. 宫颈腺囊肿 先用针尖刺破，擦去囊液后再行电熨。电熨后创面涂1%龙胆紫。

3. 宫颈息肉 用鼠齿钳夹住息肉蒂

部摘除，如有出血可棉球加压止血或电灼止血。

4. 宫颈撕裂及外翻 可考虑宫颈修补、宫颈切除或全子宫切除术。

(三) 病毒性宫颈炎

1. 抗病毒治疗 口服病毒灵或静滴病毒唑。

2. 局部注意清洁，用聚维酮碘软膏或奥平外用。

(四) 结核性宫颈炎

抗结核治疗。

(五) 阿米巴性宫颈炎

用灭滴灵200~400mg，每日3次，连服10~14天为一疗程。局部可用灭滴灵0.2g置入阴道，每日1次，7~10天为一疗程。

(六) 放线菌性宫颈炎

1. 口服氨苄青霉素 每次500mg，每日4次，共10日。

2. 静滴大剂量青霉素 每日1000万U~1500万U，共5日，以后口服青霉素至少2周。

[预防与护理]

一、防止流产及产褥感染。

二、注意掌握人工流产，中期引产手术操作，正确处理分娩，防止宫颈损伤。

三、产后、引产后发现宫颈裂伤时，宜及时修补。

四、保持外阴清洁，及时治疗阴道炎。

五、局部治疗，在创面未完全愈合时应禁止性生活、盆浴和阴道冲洗。

六、宫颈息肉摘除后应常规送病检。

七、宜定期随访检查，预防癌变。

主要参考文献

1. 王淑贞主编. 实用妇产科学. 第1版.

北京：人民卫生出版社出版，1987. 567~571

2. 李沛春. 双料喉风散喷剂治疗宫颈炎 36 例. 新中医, 1996, (4):48

3. 张国珍, 等. 喷涂中药二步法治疗宫颈炎宫颈糜烂 769 例对照观察. 1997, (2):

18~19

4. 董丽珠. 奥平治疗慢性宫颈炎 120 例. 实用妇产科杂志, 1998, (6):329

(黄熙理)

第16章 盆 腔 炎

盆腔炎 (Pelvic inflammatory disease) 是指女性盆腔生殖器官 (包括子宫体部、输卵管、卵巢) 及盆腔腹膜与子宫周围的结缔组织所发生的炎症, 是妇科的常见疾病。随着改革开放, 本病的发病率有所提高。

在发病过程中, 炎症可局限于某一部位, 也可涉及整个内生殖器。如未彻底治疗, 或者起病缓慢, 忽视治疗, 可逐渐演变成慢性盆腔炎。但当机体抵抗力降低时又可急性发作。

盆腔炎, 中医并无此病名, 历版的中医教科书无专门记载本病的诊治, 但根据其临床表现, 可散见于古医籍中的“带下病”、“热入血室”、“癥瘕”、“妇人腹痛”、“不孕”、“痛经”等症中。

[病因与发病机理]

本病以带下量多, 小腹疼痛、腰骶酸楚, 或有寒热为主要临床表现。

中医认为: 本病是由于经期产后, 调理不当、卫生不良、或经期同房, 或宫腔手术操作消毒不严, 湿浊热毒, 乘虚而入, 血热互结, 瘀滞胞宫、胞络, 致使气血凝滞, 冲任受损而发病。初发时, 湿热之邪与气血相搏, 蕴蒸不解, 热毒湿邪壅盛、正气未衰、邪正相争较剧, 表现为实热证, 呈现急性炎症的反应。若治疗不及时, 不彻底, 以致日久不愈, 正气不足,

邪气滞留冲任, 气滞血瘀或为虚证或为虚实夹杂症, 呈现慢性炎症反应。湿毒内侵, 伤及任带, 故见带下量多, 湿毒蕴结, 瘀阻胞脉, 故见小腹疼痛, 腰骶酸楚。

总之, 盆腔炎的病因以感受外湿热毒为主, 病位在胞宫、胞脉, 湿浊热毒壅盛, 瘀阻胞脉, 气滞血瘀、日久成癥, 乃盆腔炎的主要发病机理。

西医认为: 盆腔炎是由病原体感染所致, 而病原体有内原性及外原性之别。常见的内原性病原体是链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌和厌氧菌; 外原性病原体如淋球菌、结核杆菌、沙眼衣原体、寄生虫及流行性腮腺炎病毒。临床上多为几种病菌混合感染。其感染入侵途径多为经淋巴系统或沿生殖器粘膜上行蔓延, 亦有部分由腹腔或盆腔内其他脏器 (如阑尾、膀胱) 的炎症直接蔓延到内生殖器者。炎症仅侵犯子宫内膜者称子宫内膜炎, 如侵及肌层组织则为子宫肌炎, 当炎症侵及宫旁结缔组织、输卵管、卵巢, 可形成输卵管或输卵管卵巢炎症, 或盆腔结缔组织炎, 甚至形成盆腔脓肿。当输卵管因炎症而发生峡部及伞端粘连, 阻塞后易形成输卵管积脓, 或输卵管积水; 若输卵管有积脓而卵巢亦已形成脓肿且逐渐增大, 两者之间的间隔可以穿通而成为一个整体, 脓液液化后即形成输卵管卵巢囊肿。当炎性渗出物与周

围组织粘连时,可形成盆腔炎性包块。由于输卵管特殊的解剖特点,输卵管炎症通过开口很快波及卵巢、盆腔腹膜以及盆腔结缔组织,相反,盆腔其它部位的炎症也极易传入输卵管。因此在临床上往往是输卵管炎、卵巢炎、盆腔腹膜炎、盆腔结缔组织炎同时并存。其临床表现相似,治疗亦有共同之处。

[临床表现]

一、急性期

(一) 发热 发热前可有寒战,甚至出现高热。

(二) 下腹疼痛 呈持续性剧痛。

(三) 白带增多 色黄质稠呈脓样,或为血性气味臭。

(四) 肠道及膀胱刺激症状 腹泻、腹胀、尿频、尿急等。

(五) 如发生于产后,则恶露量多,污秽、有臭味、同时可伴有子宫复旧不良、子宫区压痛明显。

(六) 腹部检查

1. 急性子宫内膜炎 下腹中部有压痛,但反跳痛及肌抵抗不明显。

2. 急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎 多为双侧下腹剧痛,也可一侧较另一侧为重。

3. 盆腔结缔组织炎 腹部弥漫性压痛、下腹部有肌抵抗。

(七) 妇科检查

1. 阴道 可能充血,可见多量脓性分泌物,穹窿部触痛显著。

2. 宫颈 举痛明显,可见脓性或混浊血性分泌物从宫口外流。

3. 宫体 略大,压痛、活动受限。

4. 附件 触痛,或摸到片状增厚,或触及肿块,形成脓肿时可有波动感。

二、慢性期

(一) 全身症状不明显,有时有低热。

(二) 长期下腹或腰骶部隐痛,或坠胀痛。经期或劳累后加重,或性交痛。

(三) 月经不调及白带增多:月经频发、月经量多、经期延长、白带量多,有异味。

(四) 膀胱及直肠刺激症状 尿频、里急后重。

(五) 不孕症 多因输卵管阻塞而致继发性不孕。

(六) 妇科检查

1. 慢性子宫内膜炎 阴道及宫颈口周围发红,宫口有稀薄脓性分泌物流出,秽臭、子宫增大有触痛、双侧附件增厚、压痛。

2. 宫腔积液 子宫增大、柔软、有触痛、宫旁结缔组织增厚,或有附件的炎性包块。

3. 慢性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎 子宫后倾、活动性差、甚至完全固定、移动宫颈或宫体时有疼痛,宫旁可扪到增粗的输卵管或输卵管与卵巢炎形成的包块,有压痛。

4. 慢性盆腔结缔组织炎 宫旁组织,子宫骶韧带明显增厚,子宫前方、侧方周围结缔组织犹如马蹄形硬块,环绕直肠,有时扪及索状物、痞块,触痛、子宫活动受限,如出现“冰冻骨盆”,则子宫完全固定不动。

5. 盆腔脓肿 子宫一侧或双侧、或子宫直肠陷窝,或阴道直肠隔的后上方可扪及包块,有波动感,触痛明显。

[实验室与其他检查]

一、血象检查

急性期，白细胞总数及中性粒细胞增高，若为急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎、急性盆腔结缔组织炎则可显著增高，高达 $2.0 \sim 2.5 \times 10^9/L$ ，血沉加快 $20 \sim 30\text{mm/小时}$ 。

二、宫颈分泌物涂片检查或宫腔排出液细菌培养：可找到相应的病原体。

三、子宫内膜活检

用于慢性子宫内膜炎，表现为内膜间质大量浆细胞及淋巴细胞浸润，伴小血管新生，成纤维细胞或假黄色细胞增生，以及肉芽组织形成或纤维化。

四、探宫腔

用探针探入宫腔，探针通过宫口时有阻力，深入时则有脓液渗出，提示宫腔积液。

五、腹水与血中同种淀粉酶测定

阴道后穹窿穿刺取少许腹水，同时取血测定同种淀粉酶，腹水中同种淀粉酶值/血清同种淀粉酶的值 < 1.5 ，提示急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎。

六、B超检查

可发现炎性反映，或炎性包块的超声声像反应。若盆腔脓肿，可发现脓肿反应，可靠率达 90%。

七、CT检查

对诊断腹腔肿块准确率较高。

八、局部穿刺

可抽到脓液，提示盆腔脓肿。

九、X线摄片

排除胸部或腹部的结核病灶。

十、结核菌素试验

了解有否感染结核。

十一、腹腔镜检查

用于慢性炎症。

十二、子宫输卵管碘油造影

了解输卵管通畅与否。

[诊断与鉴别诊断]

一、临床诊断

1. 病史 急性期多有妇科、产科感染史、妇产科病史、不完全流产、宫腔内手术操作，经期性交等病史、慢性期多有反复急性发作史。

2. 典型的临床表现。

3. 实验室与其他检查。

二、鉴别诊断

(一) 慢性子宫内膜炎

1. 功能性子宫出血病 慢性子宫内膜炎可致月经过多，经期延长。但功血症多表现为月经紊乱，无白带增多及色、质、味的改变。基础体温的测定、白带检查可鉴别。

2. 恶性肿瘤 诊刮后内膜行病理检查可鉴别。

(二) 急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎

1. 急性阑尾炎 右侧输卵管卵巢炎易与急性低位性阑尾炎混淆。一般输卵管卵巢炎偶然可见胃肠道症状，且较轻，无麦氏点压痛或反跳痛。

2. 异位妊娠或卵巢黄体破裂 也可表现急性腹痛，病变多在一侧。且异位妊娠或卵巢黄体破裂可有不同程度贫血或有失血性休克，异位妊娠者多有闭经、阴道流血史，后穹窿穿刺可抽出不凝固血液。

3. 卵巢囊肿蒂扭转 此病发作时可见急性下腹痛，伴胃肠道症状，若合并感染，也可有发热，但一般发病前有肿瘤史。检查时，在子宫一侧可触及界线清楚肿物，B超检查可进一步证实。

4. 盆腔子宫内膜异位症 有剧烈下

腹痛，且在月经期出现，呈周期性进行性加剧。妇检盆腔内可扪及大小不等结节，怀疑病例可作腹腔镜检查。

（三）慢性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎

1. 结核性输卵管炎 与周围组织常发生致密粘连，妇检可发现附件区增厚。经前诊刮，摄盆腔平片或输卵管碘油造影可提供较可靠的诊断依据。

2. 子宫内膜异位 本病有痛经、不孕史。妇科检查可扪及结节有助诊断，行腹腔镜检查诊断更为精确。或按子宫内膜异位症试验治疗加以判断。

3. 输卵管积水或输卵管卵巢囊肿 妇检时不易鉴别，可借助B型超声诊断，必要时可行剖腹探查。

（四）急性盆腔结缔组织炎

1. 急性阑尾炎 先有上腹痛，最后固定在右下腹麦氏点，腹肌紧张较急性盆腔结缔炎显著，有典型的消化系统症状。妇科检查：宫颈无抬举痛，两侧附件正常。

2. 输卵管妊娠 常有早期妊娠征象。少腹一侧撕裂样剧痛渐至蔓延全腹，无腹肌紧张，妇科检查宫颈明显抬举痛，宫体有摇摆痛，后穹窿饱满，并可抽出暗红色不凝固血液。

3. 卵巢囊肿蒂扭转 下腹剧痛以病侧为主，腹肌紧张较少见。妇科检查，盆腔内可触及圆形肿物，体温一般正常（当蒂扭转合并感染时也可有发热）。

（五）慢性盆腔结缔组织炎

1. 输卵管卵巢脓肿 妇科检查时，炎症与盆壁间有明显间隙，B超检查可见脓肿反应。

2. 子宫颈癌 宫旁组织有癌浸润时亦需鉴别。癌性浸润十分坚硬，表面不

平，宫颈涂片细胞学检查或活检可协助诊断癌变的有无。

（六）盆腔脓肿

1. 子宫积脓 盆腔脓肿与子宫粘连在一起时易误诊为宫腔积脓，可用探针探入宫腔，见有脓液流出。

2. 盆腔积血 妇科检查也可扪及波动性包块，采用穿刺术抽出为血液即可证实。

3. 阑尾脓肿 腹部检查麦氏点明显压痛，反跳痛，伴消化系统症状，B型超声诊断显示阑尾切面的蝌蚪状低回声区。

4. 输卵管积液 妇检虽可扪及波动性包块，但无下腹疼痛或发热，血象正常，B型超声可进一步证实。

5. 卵巢囊肿蒂扭转 其腹痛较盆腔脓肿剧烈甚至不能忍受而出现休克，腹部检查见腹壁强直，显著触痛，大部分在腹壁可摸到肿物，妇检更为清楚。

（七）生殖器结核

1. 盆腔子宫内膜异位症 以月经不调，进行性痛经，不育史为主。宫旁子宫直肠陷凹及子宫骶骨韧带处可扪及硬结节与包块，盆腔X线摄片、腹腔镜检查协助确诊。

2. 卵巢囊肿，输卵管卵巢囊肿：输卵管结核病变中可形成包裹性积液固定在子宫一侧或前后处，颇似卵巢囊肿或输卵管卵巢囊肿。穿刺检查见液体内有否结核杆菌便可明确诊断。

3. 子宫浆膜下肌瘤 如输卵管结核积液形成张力较大囊样物并与子宫紧密粘连，易误为浆膜下子宫肌瘤。结合临床表现，借助盆腔X线摄片或子宫输卵管碘油造影即可鉴别。

4. 子宫、卵巢或输卵管癌 均呈慢性病容，低热，妇科检查可扪及块物或结

节状物，类似结核病灶。但癌肿患者健康情况更差，病情发展迅速。脱落细胞学检查可找到癌细胞。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 丹参败酱草汤

组成与用法 丹参 30g 败酱草 30g 赤芍 15g 桃仁 9g 红藤 15g 黄柏 9g 薏苡仁 30g 香附 15g 肉桂 3g 甘草 6g。水煎服 1 日 1 剂。早晚分服。连服 15~20 剂为 1 个疗程，一般服 2~3 个疗程。

功用与评述 本方活血化瘀散结为主，辅以清热利湿，主要治疗慢性盆腔炎。方中丹参入血分，内达脏腑而化瘀滞。败酱草味苦平，清热消肿，行瘀止痛，赤芍、桃仁活血行瘀。红藤清热散瘀，苡仁、黄柏利湿清热。香附行气以助血行、佐少量肉桂辛散温通、振奋阳气以行瘀。总之，本方有较好的抗炎镇痛，消散包块及松解粘连作用。

辨证加减

1. 有包块加三棱、莪术、炮穿山甲。
2. 急性发作，热象明显，去肉桂，加金银花、蒲公英、白花蛇舌草、丹皮。
3. 腹痛明显加元胡、川楝子、炙没药。
4. 腰骶痛明显加续断、桑寄生。
5. 带下量多加猪苓、泽泻、芡实、车前子。
6. 寒湿重者加炮姜、附子、苍术、白术。

(二) 盆炎康胶囊

组成与用法 丹参 赤芍 制乳香 制没药 刘寄奴 小茴香 土茯苓 三棱

莪术 党参等药物组成。每次 3~5 粒，每日 3 次，饭后服。

功用与评述 盆炎康胶囊由具有活血化瘀，行气，软坚破瘀、散结消积之功效的药物组成。方中丹参、赤芍、桃仁等活血化瘀，消积止痛；配以莪术、五灵脂、乳香、没药增加祛瘀行气之功；香附为气分之血药，具有行气止痛之功；小茴香温暖下焦，有利于血液流通，改善组织营养，党参益气补血，能增强机体抵抗力，三棱、莪术和桃仁相伍，活血通络，化瘀散结，对慢性附件炎引起的输卵管不通有良效；土茯苓、刘寄奴活血化瘀，利湿清热解毒，旨在减少炎性渗出，加速炎症吸收，全方活血化瘀，软坚散结、兼以行气利湿解毒。

配合运用：

1. 青霉素 640~800 万 U，或丁胺卡那霉素 0.6g 加入生理盐水中静脉滴注，每日 1 次。青霉素 10~14 日为 1 疗程，丁胺卡那霉素 10 日为 1 疗程。

2. 中药离子透入法 丹参、桃仁、川椒、红藤、乳香、没药、透骨草、路路通等药物浓煎取汁。用纱布做成 9cm×12cm 大小的纱垫，浸入药液，外面再放入 1~2 层纱垫，置于下腹及八髎穴，接通直流感应电疗机，透入 25~30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

(三) 中医综合疗法

1. 内服活血化瘀、清热利湿中药 桃仁 10g，川楝子 10g，丹参 15g，赤芍 15g，元胡 15g，荔枝核 20g，毛冬青 20g，败酱草 30g，忍冬藤 30g，生薏仁 30g。湿热重、带下黄稠气臭、加蒲公英、红藤各 20g；有盆腔包块，加三棱 12g，莪术 12g；病程较长，正气已虚，带下色白，神疲肢倦，加党参 20g，黄芪 30g，

鸡血藤 30g。每日 1 剂，水煎服。

2. 复方丹参注射液 10ml + 5% GS 50ml 静滴，每天 1 次。

3. 复方毛冬青灌肠液 100ml 保留灌肠，每天 1 次，经期停用。

4. 双柏散 200g 水调，外敷下腹部，每天 2 次。

以上疗法以 14 天为 1 疗程，每疗程后休息 5~7 天，再行下 1 疗程。

功用与评述 本法以清热解毒，活血化瘀为主，采用多途径综合疗法，既调整脏腑功能，疏通全身气血，又因局部用药，使药力直达病所，能更有效地改善血液循环，促进盆腔炎症渗出物的吸收，粘连组织的松解，内外合治，提高疗效，缩短疗程。

二、专药选用

(一) 宝光妇乐冲剂

[泸州宝光药业集团有限公司 ZZ—3527 川卫药准字 (1994) 10461 号]

主要成分 鸡血藤 忍冬藤 蒲公英 大青叶 川楝子 延胡索 赤芍 丹皮等。

功用与评述 清热凉血，消肿止痛。方中忍冬藤、大血藤清热解毒，消肿通络为君药，配大青叶、蒲公英等清热解毒，凉血止血以助君药之威，川楝子、延胡索配伍，共为臣药，达清热行气止痛之功。丹皮、赤芍等清热凉血，活血化瘀通络，全方配合，共奏清热解毒、凉血消肿、化瘀止痛之功，使湿去热除毒尽，气血调畅，其病自愈。

药理实验证明 本方具有抗炎、镇痛作用，对正常大鼠子宫、平滑肌收缩有一定的抑制作用，并可对抗由催产素引起的子宫平滑肌强烈收缩。对实验性大鼠肠粘

连具有明显抑制作用。

用量与用法 口服，每次 12g (2 包)，每日 2 次，两周 1 疗程。

(二) 金刚藤糖浆

[湖北福人药业股份有限公司 22—3742 鄂卫药准字 (1992) 第 0303 号]

主要成分 菝葜提取物。

功用与评述 本方具有清热解毒，活血化瘀，促进性腺激素样作用，用于治疗附件炎、附件炎性包块、炎性不孕。

药理实验证明 本药有促进单红细胞吸收，具有活血化瘀的作用，能促进瘀血吸收、消散。对动物子宫内放置塑料管所致炎症有明显的抑制作用，具有抗炎作用，同时本药还有促性腺激素样作用。

用量与用法 口服，日 3 次，每次 15~20ml。4 周为 1 疗程。

(三) 妇科千金片

[株州千金药业股份有限公司 22—5376 湘卫药准字 (1979) 第 6038 号]

主要成分 党参 当归 千斤拔 金樱子根 鸡血藤 穿心莲 两面针 十大功劳叶。

功用与评述 益气养血、清热解毒、强腰膝。方中党参、当归益气养血，千斤拔消瘀解毒，鸡血藤补血行血，舒筋活络。金樱子根味酸而性收敛，能固肾止带。全方合用，擅治急慢性盆腔炎。

药理实验证明 本方中穿心莲、两面针、十大功劳叶等，对多种细菌和病毒有抑制作用。

用法：每次 4 片，每日 2~3 次，连服 4 周。

三、西医药治疗

(一) 抗生素的应用 急性期：应及早、足量应用抗生素，不必等待细菌培养

及药敏结果。青霉素类及头孢菌素类药，用前宜作皮试。因盆腔炎为混合感染，应采用联合应用。

1. 首选青霉素

①轻症每次 80 万 U，每日 3 次，肌肉注射。

②重症每日 480～1 200 万 U，分 3 次静滴或静注。

③氨苄青霉素：每日 6g，分 3 次静推。

2. 耐药菌株可选用：头孢唑啉，每日 3～6 克，分 4 次静注。

3. 对青霉素过敏或为其他病原体感染者，可选用：

①庆大霉素每次 8 万 U，每日 3 次，肌肉注射，用于需氧菌。

②灭滴灵：每次 400mg，每日 3 次，用于厌氧菌。

(二) 肾上腺皮质激素治疗 适用于感染严重者，与抗生素合并使用。常用氢化可的松 200～400mg 溶于 5% 葡萄糖溶液 1 000ml 内，静脉滴注。每日 1 次。病情稳定后口服强的松：30～60mg，并逐渐减量至 10mg/日，继服用。

(三) 雌激素的应用 适用于老年性子宫内膜炎。己烯雌酚：每次 0.25mg，每日 1 次口服，7 天后改每次 0.1mg，用至第 20 日。

(四) 抗结核治疗 适用于盆腔结核。

(五) 手术治疗

1. 清宫术 适用于胎盘、胎膜残留引起的急性子宫内膜炎。应在控制感染 48～72 小时后进行，术后仍用抗生素治疗。

2. 取环术 宫内有避孕环或铜管应尽快取出，以利迅速减轻病情。

3. 诊刮术 适用于慢性子宫内膜炎、

子宫内膜息肉，刮出物宜送病理检查。

4. 子宫颈管扩张术 用于宫腔积脓，扩张宫颈口使脓汁充分流出后，子宫颈管内放置橡皮引流条引流排脓。

5. 宫腔冲洗 用于宫腔积脓，用庆大霉素 8 万 U、溶于 100ml 液体中，每次 30～40ml 灌洗宫腔。

6. 后穹窿切开排脓术 适用于盆腔脓肿，位于盆底处。

7. 手术切除脓肿 适用于腹腔内各种脓肿。宜在抗生素治疗 48～72 小时后进行。

8. 剖腹探查 用于盆腔脓肿穿孔或破裂，致全腹膜炎，寒战高热，宜在补液，输血，纠正休克及电解质紊乱的情况下尽快开腹探查。

9. 宫腔灌注疗法 适用于输卵管周围粘连，输卵管伞部粘连，输卵管间质部狭窄以及输卵管积水患者。

庆大霉素 8～16 万 U 加胰蛋白酶（或 α -糜蛋白酶）10 000U，加地塞米松 5mg、加 20% 普鲁卡因 4ml，生理盐水加至 20ml，月经净后 3～5 天作宫腔灌注。

10. 输卵管复通术 适用于双侧输卵管已阻塞而切盼生育的年轻妇女。

11. 双侧附件及全子宫切除 适用于双侧附件均已形成输卵管卵巢囊肿而年龄较大，已有子女、症状较重者。如仅有积水则只需切除输卵管，保留卵巢；年轻妇女尽量保留卵巢。

(六) 物理疗法 常用的有短波、超短波、激光、音频、石蜡疗法、红外线照射及直流电药物导入法等。适用于慢性盆腔炎患者。

[预防与护理]

一、急性期宜卧床休息，取半卧

位。

二、保持外阴清洁。

三、饮食宜含高热量易消化的半流质。

四、保持大便通畅。

五、必要时补液，支持疗法。

六、发热者，以物理降温为主，必要时用退热药。

七、应避免反复阴道检查，以防感染扩散。

主要参考文献

1. 王淑贞主编. 实用妇产科学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社出版, 1987. 572~589
2. 李学诚, 等. 丹参败酱汤治疗慢性盆腔炎. 山东中医杂志, 1998, (3): 113
3. 林静. 盆炎康胶囊为主治疗盆腔炎临床观察. 河北中医, 1998, (5): 272~273
4. 许丽绵. 中医综合疗法治疗慢性盆腔炎 48 例. 新中医, 1997, (12): 40
5. 尤昭玲, 等主编. 实用妇产科手册. 第 1 版. 湖南科学技术出版社, 1996, 243~263

(黄熙理)

第17章 女性性病

外阴尖锐湿疣

尖锐湿疣 (condylomata acuminatum) 又称生殖器疣。是因感染了人类乳头瘤病毒所致的生殖器、会阴、和肛门部位的表面瘤样增生病变。属性传播疾病。性乱行为是本病流行的主要原因。美国近 15 年来发病人数增加了五倍，近年来我国的尖锐湿疣的发病率也增长迅速，其发病数量仅次于淋病，跃居性病发病率的第二位。

本病属中医学疣证的一种，因其以瘙痒脓样分泌物为主要症状，故也属“阴痒”、“带下”病范畴。有甚者赘生物融合成片，如菜花状，且有脓性分泌物，乃属中医学“阴疮”、“瘙瘕”之范畴。

[病因与发病机理]

本病的发生乃由淫乱邪欲，摄生不慎，感受秽浊之邪，浸渍阴部肌肤筋肉，以致局部气血失和，腠理不密，邪毒凝结，宿积而发。

西医学认为：发生尖锐湿疣的病原体是人类乳头瘤病毒 (HPV)，属 DNA 病毒，偏爱人类，对其它动物没有致病作用。其传染途径有三：①直接性接触传染；②通过内裤、便盆、浴巾等间接传染，新生儿可经被感染的产道感染；③自体接种传播感染。由于 HPV 病毒生长在上皮细胞内，温暖潮湿环境有利于其生

长，常合并其它性病如淋病、滴虫等，亦易转变为生殖器癌。约有 5%~13% 的女性外阴癌是在尖锐湿疣的基础上发生的。

[临床表现]

潜伏期为 1~12 个月，平均 3 个月。

一、病史

有不洁性交史或丈夫性乱史。

二、症状

初起为淡红色丘疹，渐次增大增多，融合成乳头状、菜花状或鸡冠状增生物。根部可有蒂，其表面有分泌物浸淫而呈白色、污灰色或红色，瘙痒、灼痛和恶臭。但是约 70% 病人无任何症状。少数病变由于过度增生可成为巨大尖锐湿疣，有压迫及明显的异物感。

三、好发部位

主要发生在大小阴唇、阴蒂、会阴体、肛门周围、阴道口。

[诊断与鉴别诊断]

一、诊断

1. 在外生殖器、会阴、肛门等部位检查见有乳头状、菜花状或鸡冠状增生物可做出初步诊断。

2. 病理检查镜下若见乳头瘤样增生, 棘层上部, 颗粒层凹空细胞及真皮乳头内毛细血管增生即可确诊。

二、鉴别诊断

除外假性湿疣、二期梅毒扁平湿疣、生殖器疱疹等疾病。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 萆薢渗湿汤加减

组成与用法 萆薢 20g 薏苡仁 20g 黄柏 20g 通草 10g 丹皮 15g 茯苓 20g 泽泻 20g 滑石 15g 板蓝根 30g 白花蛇舌草 20g 蚤休 15g。水煎服, 1日1剂。

功用与评述: 清热解毒利湿祛疣。方中萆薢、黄柏、白花蛇舌草、板蓝根、蚤休清热利湿解毒。丹皮活血凉血解毒; 泽泻、茯苓、通草、滑石渗湿辟浊, 薏苡仁利湿排脓。

辨证加减

1. 血瘀症重者, 症见疣体肿痛, 色变暗红, 舌紫暗有瘀点加败酱草 15g、鸡血藤 15g、桃仁 10g、紫草 15g、赤芍 15g, 以利化瘀解毒止痛。

2. 湿热内盛者, 症见带多, 溢脓, 味臭, 瘤体繁殖生长迅速, 舌红苔黄, 应酌加龙胆草 25g、紫花地丁 20g、土茯苓 20g、茵陈 20g、蒲公英 15g、鱼腥草 15g, 以利加强清热利湿解毒之效。

(二) 龙胆泻肝汤加减

组成与用法 龙胆草 20g 栀子 15g 柴胡 15g 黄芩 20g 生地 20g 泽泻 15g 木通 15g 车前子 15g 当归 20g 丹皮 10g。水煎服, 日1剂。

功用与评述 清热利湿、解毒止痒, 本方更适用于热重于湿者。方中龙胆草、栀子、黄芩清热泻火解毒, 泽泻、木通、车前子利湿通淋, 生地、丹皮清热养血凉血, 当归养血疏肝。

辨证加减

1. 湿疣较大坚硬者, 加白花蛇舌草、椿根白皮, 有利于加强解毒化瘀散结之效。

2. 湿疣红肿灼热者, 加鱼腥草、败酱草、金银花、川楝子, 以利加强清热消肿祛疣之功效。

(三) 山豆根洗剂

组成与用法 山豆根 30g 板蓝根 30g 苦参 30g 百部 30g 薏苡仁 15g 黄柏 20g 雄黄 10g。水煎汤外洗, 每日1~2次。

功用与评述 解毒止痒祛疣。方中山豆根、板蓝根, 解毒抗疣, 苦参、百部、黄柏、雄黄清热利湿祛毒止痒, 薏苡仁利湿排脓。

辨证加减

若伴带下量多者可酌加土茯苓, 有利于加强燥湿解毒除带之效。

二、专药选用

(一) 宁必泰胶囊

[贵阳新天药业有限公司]

主要成分 芙蓉叶 白茅根等。

功用与评述 清热解毒、利湿通淋、养阴凉血。方中芙蓉叶清热解毒, 益气养血; 白茅根清热利湿、凉血止血。

药理实验证明 宁必泰有抗菌、抗病毒作用, 能够提高肌体免疫力。

用量与用法 每次4粒, 每日3次口服。7天1疗程。

(二) 血竭胶囊

[西双版纳热带植物园制药厂. 滇卫准字(1996)第003170号]

主要成分 血竭。

功用与评述 活血化瘀祛腐生肌。

药理实验证明 血竭胶囊具有改善微循环作用;对细菌、病毒有抑制和杀灭作用,对病变局部有消肿止痛、加快疣体脱落、愈合创面的作用。

用量用法

1.口服 每次4~6粒,1日2~3次。

2.外用 每次视病灶范围选用2粒~4粒香油调拌,外敷病变处,5日1疗程。

(三) 鸦胆子油

主要成分 鸦胆子 30g、生香油 100ml 浸泡2周。

功用与评述 祛疣化腐生肌。方中鸦胆子抗疣解毒化瘀;香油收敛生肌,促进创面愈合。

药理实验证明 鸦胆子有抗病毒、抗肿瘤、抑制瘤细胞生长的作用。

用量与用法 每日1~2次涂患处,无菌纱布敷盖,胶布固定,5天1疗程。

三、西医药治疗

(一) 局部治疗

1. 0.5%足叶草脂毒素 局部涂擦,每日2次,连用3~5天。孕妇禁用。

2. 3%肽丁胺软膏 涂于患处,每日1~2次。5天连用。

3. 0.5%疣敌溶液 滴于疣上,4小时后冲洗,每天2次,3天为1疗程。孕妇禁用。

4. 5-Fu注射液 每次250mg 局部疣体注射,隔日1次,连用2~3周。

5. 冷冻、激光、电灼手术治疗 可适用于孕妇。

(二) 全身治疗

1. 一般治疗 聚肌胞 2mg 肌注,每日1次 10~20天为1疗程。胸腺素 5mg 肌注,隔日1次,10次为1疗程。吗啉双胍 0.2g 口服,每日3次,共服10~30天。

2. 反复发作者可应用干扰素治疗。

[预防与护理]

外阴尖锐湿疣是性传播疾病,因此应增强防患意识,坚决消除性乱行为,切断传染源是彻底杜绝本病发生的策略之一。一旦发生应积极治疗。平素病人应保持外阴清洁干燥卫生;治疗期间应避免房室。孕妇患病后不要应用化疗药物,以免对胎儿发生危害。家庭应对病人给予关怀和温暖,避免过重的心理负担等均有助于疾病的治愈。

主要参考文献

1. 牛建昭. 现代中西医妇科学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996
2. 刘彩霞. 实用高危孕产妇急救手册. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1998.
3. 白刚. 中药方剂研究与应用大全. 北京: 中国科学技术出版社, 1995.
4. 乐杰. 妇产科学. 第四版. 北京: 人民卫生出版社, 1996.
5. 尤昭玲. 实用妇产科手册. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1996. (孟 炜)

淋 病

淋病(gonorrhea)是由淋病双球菌所致的泌尿生殖系统化脓性炎性疾病。是目前世界上发病人数最多的性传播疾病。在我国淋病的发病率占性病总发病率的77.67%。妊娠妇女中有5%可感染淋病。淋病潜伏期约1~14天,主要通过性交传染,并可经血行播散,引起关节炎、心内

膜炎、脑膜炎、菌血症，甚至造成不孕、失明。由于耐青霉素菌株的出现，给世界范围内控制淋病带来了严重困难。

根据女性淋病的临床特点，中医将其归属于“淋证”、“淋浊”、“尿浊”、“带下病”的范畴。俗称“花柳病”。

〔病因与发病机理〕

淋病多由不洁性交，或摄生不慎，洗涤用具不洁，外感淫毒所致。初期，邪毒内犯下焦、任带二脉受损，病位多在膀胱、阴部及胞宫。进而邪毒深入，正气受损，以致肾肝脾心等多个脏腑功能失调，形成病情缠绵难愈之势。

西医学认为淋病是由G⁻淋病双球菌通过不洁性交直接传染；或通过被污染的衣裤、床上用品、毛巾、浴盆、马桶、手等间接感染；孕妇亦可感染给胎儿；产道感染也可引起新生儿淋菌性结膜炎；轻症或无症状的患者也是主要的传染源。

通常淋球菌首先侵入尿道或宫颈粘膜，借助其菌毛蛋白Ⅱ和它释放的IgA分解酶与上皮粘附，随即被柱状上皮细胞吞噬，进入细胞内的淋菌大量繁殖，导致细胞损伤崩解，然后返至粘膜下层，在该处引起炎症反应，形成典型的尿道脓性分泌物。若不及时治疗，淋菌可进入尿道或宫颈，向上蔓延引起泌尿生殖系统和附近器官炎症。严重者经血行播散全身引起严重后果。淋球菌可长期潜伏在腺组织深部，成为慢性淋病而反复发作。

〔临床表现〕

一、女性急性淋病

(一) 淋菌性宫颈炎 表现为宫颈红肿、糜烂，黄色脓性分泌物，常有阴痒和

烧灼感。偶尔有下腹痛及腰痛。

(二) 淋菌性尿道炎 表现为尿道口红肿及脓性分泌物，有尿频、尿急、尿道痛症状。

(三) 淋菌性前庭大腺炎 腺体开口处红肿，剧痛，溢脓，严重者可形成脓肿。

二、女性慢性淋病

急性淋病未经治疗或治疗不彻底可转入慢性。淋球菌潜伏在宫颈、尿道旁腺、前庭大腺深处反复发作，引起慢性炎症。但自觉症状较轻，有下腹坠胀、腰痛、白带增多等。

三、女性合并症淋病

主要有盆腔炎、继发性输卵管炎、卵巢脓肿及破裂所致的盆腔脓肿、腹膜炎等。

四、幼女淋菌性阴道炎

由于幼女阴道由柱状上皮形成，易被淋球菌感染，表现为外阴红肿、灼痛，阴道有化脓性分泌物。

五、其它部位淋病

(一) 淋菌性结膜炎 新生儿多见，由产道感染所致。出生后2~3天发病，眼睑肿胀，结膜充血，溢脓，俗称脓漏眼，若失治可致角膜溃疡，引起穿孔，失明。

(二) 淋菌性咽炎 主要见于口腔性欲者，同性恋或异性恋者多见。

(三) 淋菌性直肠炎 多由阴道自身感染波及直肠所致。

六、播散性淋病

淋球菌可通过血行播散到全身，出现

较严重的全身症状，主要有淋菌性关节炎、淋菌性菌血症，伴发脑膜炎、心内膜炎及心包炎等。

[诊断与鉴别诊断]

- 一、有性病接触史或不洁性行为。
- 二、典型的临床表现，除外非淋菌、霉菌、滴虫等所致生殖器感染的疾病。
- 三、分泌物涂片或培养检查，在多核白细胞内如果找到G⁻双球菌即可确诊。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 八正散加减

组成与用法 车前子 15g 篇蓄 15g 瞿麦 10g 木通 10g 大黄 5g 滑石 20g 甘草梢 30g 萆薢 10g 野菊花 15g 败酱草 15g 土茯苓 15g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 清热利湿、解毒通淋。方中车前子、篇蓄、瞿麦、木通、滑石、萆薢清热利湿通淋，分清泌浊。大黄清热泻火，逐积聚荡瘀滞。野菊花、败酱草、土茯苓、甘草梢清热解毒，通淋止痛。

辨证加减

若高热寒战，带下量多色黄如脓加栀子、红藤、连翘、薏苡仁，以加强清热利湿之功。

(二) 无比山药丸加减

组成与用法 山药 15g 茯苓 20g 泽泻 10g 山萸 10g 熟地 10g 菟丝子 20g 巴戟天 10g 川牛膝 10g 白术 15g 生甘草 10g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 健脾益肾、化浊解毒。方中山药、茯苓、白术健脾益气，泽泻利湿化浊，山萸、熟地、菟丝子、巴戟天

补肾气，川牛膝活血，引诸药下行直达病所，败酱草、生甘草清热解毒通淋。

辨证加减

若伴腹胀不适者加大腹皮、薏苡仁，以利除胀行气之功。

(三) 知柏地黄汤加味

组成与用法 熟地 15g 山药 15g 山萸肉 15g 泽泻 10g 茯苓 15g 丹皮 10g 知母 20g 黄柏 10g 忍冬藤 30g 马齿苋 15g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 滋阴清热、泻火解毒。方中熟地、山萸肉滋补肝肾，茯苓健脾利湿，山药健脾益气，丹皮、泽泻清热利水、知母、黄柏清热泻火解毒，忍冬藤、马齿苋解毒清热。

辨证加减

若心烦不寐，失眠多梦者，酌加莲子 10g、远志 10g、酸枣仁 10g 以清心火，养心神。

二、专药选用

(一) 分清五淋丸

[《中华人民共和国药典》一部]

主要成分 木通 车前子 黄芩 篇蓄 瞿麦 栀子 大黄等。

功用与评述 清湿热利小便。方中木通、车前子、篇蓄、瞿麦等利湿通淋，黄芩、栀子清热解毒，大黄逐积聚，荡瘀滞。

药理实验证明 分清五淋丸具有较强的抗细菌、真菌、抗肿瘤、寄生虫的作用。而且有明显的增加排出水分、尿素、尿酸的作用。

用量与用法 1次6g，1日2~3次，口服。

(二) 妇科分清丸

[《中华人民共和国药典》一部]

主要成分 当归 黄连 白芍 海金砂 石韦 滑石等。

功用与评述 清热利湿、活血止痛。方中海金砂、石韦、滑石清热利湿，通利小便，黄连清热泻火，当归、白芍柔肝养血，缓解疼痛。

药理实验证明 妇科分清丸具有明显的抗细菌、病毒作用，具有加强网状内皮系统吞噬功能，并有利尿作用。

用量与用法：1次9g，1日2次口服。

(三) 宁必泰胶囊

[贵阳新天药业有限公司]

主要成份 芙蓉叶 白茅根等。

功用与评述 清热解毒、利湿通淋、养阴凉血。方中芙蓉叶清热解毒、养血益气，白茅根清热凉血止痛。

药理实验证明 宁必泰具有明显的抑制和杀灭细菌、病毒的作用，尤其对淋球菌作用最强，能够明显提高机体免疫力。

用量与用法 每次4粒，每日3次，口服。

三、西医药治疗

(一) 无合并症淋病的治疗

1. 淋球菌性尿道炎或淋球菌性宫颈炎

(1) N-PPNG感染(非产青霉素酶淋球菌)

①普鲁卡因青霉素、G480万U一次肌注；或羟氨苄青霉素3.0g一次口服；或氨苄青霉素3.5g一次口服或采用注射剂。上述药物任选一种应用，同时一次口服丙磺舒1.0g(丙磺舒可减慢青霉素经肾脏排出的速度和减少与血浆蛋白结合率的提高和延长青霉素在血液的浓度)。

②氟哌酸800mg，一次口服。

③红霉素0.5g口服，1日4次，共7天。

④强力霉素0.1g口服，每日2次，共7天。

以上药物可任选一种应用。

(2) PPNG感染(产青霉素酶淋球菌感染)

壮观霉素(淋必治)2.0g，一次肌注，或头孢三嗪(菌必治)250mg一次肌注，或氟哌酸800mg一次口服，或氟嗪酸600mg一次口服；可连用7天。

2. 淋菌性眼炎

(1) N-PPNG感染：水剂青霉素G 1000万U静滴，每日1次，共5天。

(2) PPNG感染：头孢三嗪1.0g肌注，每日2次，共5天。

对于新生儿的淋菌性眼炎，①N-PPNG感染可应用水剂青霉素G每日10万U/kg，分4次静滴或肌注，共7天。②PPNG感染：头孢三嗪25mg/kg肌注，每日1次，共5天。或壮观霉素40mg/kg肌注，每日1次，共5天。同时行眼局部生理盐水冲洗，每隔1小时1次，冲洗后滴入0.5%红霉素眼药水。

3. 淋菌性咽炎

头孢三嗪250mg一次肌注；或水剂普鲁卡因青霉素G480万U一次肌注，同时口服丙磺舒1.0g，或氟哌酸800mg一次口服；或用氟嗪酸400mg一次口服，或复方新诺明2片，每日3次口服，共用7天。本病应用氨苄青霉素、羟氨苄青霉素和壮观霉素无效。

(二) 有合并症淋病(淋菌性输卵管炎、盆腔炎)的治疗

1. N-PPNG感染 普鲁卡因青霉素480万U一次肌注。丙磺舒1.0g一次口服。以上治疗后继续服用氨苄青霉素

0.5g, 每6小时1次, 加用丙磺舒 1.0g, 每日2次, 共10天。

2. PPNG 感染 壮观霉素 2.0g, 每日肌注1次, 共10天; 或头孢三嗪 250mg, 每日肌注1次, 共10天。

(三) 播散性淋病(淋菌性关节炎、菌血症)的治疗

1. N-PPNG 感染 水剂青霉素 1000万U, 每日静滴1次, 3~5天待症状改善后改口服氨苄青霉素或羟氨苄青霉素 0.5g 口服, 每日4次, 共7天。

2. PPNG 感染 头孢三嗪 1.0g 静脉注射, 每日2次, 5天后改为 250mg 肌注, 每日1次, 共7天。

经以上治疗, 若临床症状全部消失后 2~3周内, 尿道口、宫颈口分泌物涂片及培养3次(间隔5~7天)无淋球菌即为治愈。

[预防与护理]

提倡淋浴, 不用公共浴巾、毛巾。公厕坐式马桶应使用一次性马桶圈。白带多, 尿频、尿痛、下腹痛的妇女应做淋菌检查。强调建立淋菌培养和耐药菌株的测定, 进而对治疗提供依据, 采取敏感有效药物治疗, 防止继续传播。对淋病患者应加强调护, 加强营养, 多食绿豆芽, 绿豆汁等解毒食品, 加强锻炼, 增强体质。

主要参考文献

1. 中华人民共和国卫生部药典委员会. 中华人民共和国药典. 第一部. 广东科学技术出版社、化学工业出版社. 1995
2. 牛建昭. 现代中西医妇科学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996
3. 乐杰. 妇产科学. 北京: 人民卫生出版社. 第四版. 1996
4. 白刚. 中药方剂研究与应用大全. 北京:

中国科学技术出版社. 1995

5. 黄泰康. 常用中药成分及药理手册. 北京: 中国医药科技出版社, 1998

6. 朱桂纯, 赵淑贞, 温雪松. 中药治疗人乳头状病毒感染生殖器疣的临床研究. 哈尔滨医科大学学报 1996, 30(3):284~285

(孟 炜)

梅 毒

梅毒(syphilis)是由梅毒螺旋体感染引起的一种慢性传染性性疾。感染后几乎可侵犯全身器官, 造成多器官的损害和面容毁坏, 甚至死亡。在性传播疾病中, 其发病率居第四位, 其危害性仅次于艾滋病。

16世纪初梅毒由欧洲传入广东, 随后蔓延全国。中医称其为“杨梅疮”、“杨梅大疮”、“霉疮”、“翻花疮”等。明·陈司成所著《霉疮秘录》是我国最早论述梅毒的专著。指出本病乃由不洁性交传遗所致, 并有遗传之害。该书是世界医学史上最早记载使用砷剂治疗梅毒的医典。

[病因与发病机理]

梅毒之为病, 皆因房室不洁, 或接触污染之衣物, 或禀受父母之霉疮, 导致淫秽邪毒内犯脏腑, 外伤肌肤, 酿湿蕴热化火生毒, 乃致肌体内外、上下气血逆乱, 功能失调, 正气衰败, 而病势日甚, 其病变仍以邪毒所犯, 脏腑亏虚, 阴阳失调为本。

西医学认为梅毒发病的病原体系感染苍白螺旋体, 普通显微镜下不易看清, 若在暗视野中检验可见到螺旋体明亮的外壳。电子显微镜下见到的螺旋体是一个细长、螺旋状的病原微生物, 有均匀的外膜和两束纤维; 纤维收缩使螺旋体能够产生运动。

梅毒螺旋体在人体内可以生存很久。离开人体后,若在潮湿环境下能生存几小时,若在干燥环境中和阳光曝晒下会迅速死亡。梅毒的传染,占95%以上是通过性交直接传染,此外尚包含接吻、哺乳、输血、胎盘、产道传染等。所以据此对梅毒的传染途径的分类是后天性(获得性)梅毒及先天性(胎传性)梅毒两大类。

后天性梅毒的病理损害主要为血管周围淋巴细胞、浆细胞、成纤维细胞的浸淫,致小动脉血管内皮层肿胀,增殖形成闭塞性动脉内膜炎。病灶愈合过程中伴有疤痕组织形成。晚期可形成橡胶肿性溃疡和坏死。梅毒最早也侵犯中枢神经系统,在感染的最初5~10年期间,疾病主要累及脑膜和血管,形成脑膜血管神经梅毒,以后可累及脑和脊髓实质,形成实质性神经梅毒。大脑皮质及其上方的脑膜受累可引起全身性不全麻痹。脊髓后柱和根神经节变性则可引起脊髓痨。

先天性梅毒病理改变的早期以皮肤粘膜的炎性浸淫为主,发生水疱和皲裂与后天梅毒明显不同。皮肤内螺旋体阳性,具有较强传染性。晚期出现间质性角膜炎的眼部病变,致角膜混浊,肿胀,甚至丧失视力。神经病变早期为颅底部的视神经炎,晚期炎症静止,产生视神经萎缩、听神经损害。骨关节早期以单纯渗出水肿为主,晚期可致关节强直、畸形。肝脾病变以炎性浸淫为主,表现为肝脾肿大,晚期轻度纤维化。若病变累及胎盘,可引起胎死宫内。

[临床表现]

一、后天梅毒

(一) 病史 有性乱行为或与梅毒病

人有密切接触史,潜伏期为3周。

(二) I期梅毒 主要表现为硬下疳及所属淋巴结肿大。

1. 硬下疳 是梅毒螺旋体侵入人体的第一个标志。多发生在接触病原体后3周左右,90%发生在外生殖器上。生殖器以外见于乳房、唇、舌、手指等处。硬下疳初起为一小红斑或丘疹,后为硬节,很快糜烂,溃疡,直径约1~2cm,边界清楚,周围堤状隆起,绕以红晕,基底呈肉红色,上有大量渗出物,含有大量梅毒螺旋体,传染性很强。因免疫反应,经一个月可不治而愈,留下浅表瘢痕。其特点具有①损害多为单个;②软骨样硬度;③不痛;④损害表面清洁。

2. 邻近淋巴结肿大 硬下疳出现1~2周后,发生腹股沟淋巴结肿大,常为单侧,不痛,较硬,表面无炎症,不化脓,称梅毒性横痃。

3. 梅毒血清化验 于硬下疳发生2~3周后开始阳性,7~8周后全部阳性。

(三) II期梅毒 主要表现为皮肤粘膜的梅毒疹并伴有全身症状。在硬下疳出现6~8周后出现头痛、眩晕、低热,肌肉关节酸痛,食欲不振及全身淋巴结肿大,并在躯干、四肢及面部出现斑疹、丘疹、脓疱、粘膜白斑、扁平湿疣等,此起彼伏,持续数周或2~3个月。梅毒血清试验呈强阳性。在皮肤损害处取样,在暗视野显微镜下可找到梅毒螺旋体。

(四) III期梅毒 多发生在感染后2年,约占未经治疗梅毒患者的40%。其中15%为良性梅毒(皮肤粘膜、骨骼)10%为心血管梅毒,10%为神经梅毒。三期梅毒对肌体组织的破坏性极大,若重要器官受累,可造成残废和死亡。在皮肤上表现为结节性梅毒疹和树胶疹,多见于头

面部、四肢、躯干，生殖器很少见。此时皮疹为圆形硬结，逐渐软化，流出树胶样分泌物，树胶疹是三期梅毒的标志。梅毒螺旋体制动试验及赖式蛋白补体结合试验为阳性。

二、先天梅毒

妊娠4个月梅毒螺旋体可经胎盘传给胎儿。2岁以内为早期先天梅毒，超过2岁为晚期先天梅毒。特点是不发生硬下疳，其早期病变较后天梅毒重，晚期较轻，心血管受累少，但骨骼、感官系统（如眼、耳、鼻）受累多见。

（一）早期先天梅毒 出生后3周可出现症状。表现有①营养障碍，皮肤松弛，貌似老人。②皮肤粘膜损害，有水疱、大疱性皮损，扁平湿疣，口角与肛周放射性皸裂或瘢痕。③梅毒性鼻炎，流涕，鼻塞，呼吸及吮乳困难，可损及鼻骨。④骨损害，为骨软骨炎、骨膜炎，出现疼痛，四肢不能活动。⑤淋巴结、肝、脾肿大。

（二）晚期先天梅毒 ①皮肤粘膜损害，可发生结节性梅毒疹，树胶肿，上腭，鼻中隔穿孔，马鞍鼻。②骨骼形成马刀胫，关节积水。③郝秦生三征，即实质性角膜炎、郝秦生齿（门齿下缘呈半月形缺损）、神经性耳聋。郝秦生三征有诊断意义。

（三）先天性潜伏梅毒 无临床症状，但梅毒血清反应阳性。有传染性。

〔诊断与鉴别诊断〕

1. 病史 包括不洁性交史、患梅毒及其它性病史、婚姻及配偶状况、分娩史、验血史、治疗史。若系先天梅毒应包括父母、兄弟、姐妹的患病情况，必要时

可做试验治疗。

2. 典型的临床表现 注意一期梅毒的硬下疳与软下疳、固定药疹、生殖器疱疹鉴别。二期梅毒的玫瑰疹应与玫瑰糠疹鉴别，扁平湿疣应与尖锐湿疣鉴别，其它应与白癜风、药疹、银屑病、扁平苔藓、毛囊炎、脓疱疮、鹅口疮鉴别。三期梅毒的结节性疹应与寻常狼疮、瘤型麻风病鉴别，树胶肿应与硬结性红斑、溃疡、癌肿鉴别。

3. 实验室检查 梅毒血清学等可呈阳性反应。

〔治疗方法〕

一、专方辨证论治

（一）荆防败毒散加减

组成与用法 羌活 10g 独活 10g 柴胡 10g 前胡 10g 枳壳 12g 土茯苓 30g 荆芥 10g 防风 10g 桔梗 10g 川芎 10g 生甘草 10g。水煎服，每日1剂。

功用与评述 清泄湿热，解毒杀虫。方中土茯苓解毒除湿，善治杨梅疮毒。羌活、独活、柴胡、前胡祛风解热除湿。枳壳、川芎理气行滞，薄荷疏风清热宣表，生甘草清热解毒。

辨证加减

若皮肤痒甚加白鲜皮、茵陈以加强清热祛风止痒之效。

（二）龙胆泻肝汤加味

组成与用法 龙胆草 15g 黄芩 20g 山栀 10g 柴胡 10g 当归 20g 生地 15g 车前子 10g 泽泻 15g 木通 10g 生甘草 10g 土茯苓 30g 萆薢 15g。水煎服，每日1剂。

功用与评述 清热利湿解毒。方中土茯苓清利下焦湿热，解毒消疮。栀子、黄

芩、草薢清热解毒，利湿消肿，柴胡清肝泻热，车前子、木通、泽泻通调水道泻利湿热。生地凉血解毒，当归养血柔肝，甘草解毒调和诸药。

辨证加减

1. 若疮痒不休者，加地肤子、白鲜皮加强清热解毒之功。

2. 若口渴不喜饮者，加玄参、麦冬以加强滋阴润燥之功。

(三) 银花解毒汤加减

组成与用法 金银花 30g 地丁 20g 水牛角 3g 连翘 15g 丹皮 15g 川黄连 10g 夏枯草 10g 土茯苓 60g 甘草 10g。水煎服，每日1剂。

功用与评述 清热凉血、解毒消疮。方中土茯苓、金银花清热解毒消疮驱霉。川连、地丁、夏枯草清热解毒。水牛角、丹皮清热凉血解毒。

辨证加减

若霉疮日久关节疼痛者，加络石藤、乳香、没药以加强凉血消疮、散瘀止痛之功效。

(四) 归肾丸加味

组成与用法 熟地 30g 山药 20g 山茱萸 10g 土茯苓 60g 当归 15g 枸杞子 15g 杜仲 10g 菟丝子 15g 鹿角胶 10g。水煎服，每日1剂。

功用与评述 补益肝肾、扶正祛邪。方中土茯苓消疮利湿解毒。菟丝子、杜仲、鹿角胶补肾助阳。熟地、山萸、枸杞大补肾水、养血柔肝。当归温养肝血，山药健脾和中。

辨证加减

1. 若形体消瘦、五心烦热者，加地骨皮、丹皮、麦冬以利养阴退热。

2. 若心悸气短，疮色白而不结痂者，加黄芪、党参有利于扶助正气、托毒敛

疮。

二、专药选用

(一) 五福化毒丸

[《中华人民共和国药典》一部]

主要成分 水牛角浓缩粉 连翘 青黛 黄连 牛蒡子 玄参 地黄 桔梗 芒硝 赤芍 甘草。

功用与评述 清热解毒、凉血消肿。方中连翘、水牛角、青黛、黄连、牛蒡子具有清热解毒消肿之功效。玄参、地黄滋阴润燥，祛虚火。桔梗宣利肺窍，排毒祛脓。赤芍凉血清热，甘草调和诸药。

药理实验证明 五福化毒丸对网状内皮系统的功能具有明显增强作用，具有抗菌、抗病毒、抗肿瘤的综合作用。

用量与用法 水蜜丸，每次1g，每日2~3次，口服。

(二) 妇炎净胶囊

[《中华人民共和国药典》一部]

主要成分 苦参、地胆草、当归、鸡血藤、两面针等。

功用与评述 清热祛湿、活血止痛。方中苦参、地胆草、两面针泻火解毒，祛湿凉血。当归、鸡血藤补血活血、通络止痛。

药理实验证明 本品具有明显的抗菌、抗肿瘤作用，能够显著增强体内巨噬细胞的吞噬功能，对皮质激素所致的免疫抑制具有解除和增强作用。

用量与用法 每次9g，每日2次口服。孕妇慎用。

三、西医药治疗

青霉素为首选药物，其治疗原则为早期、正规、足量。

(一) 早期梅毒 (I、II期及早期潜

伏梅毒)

1. 普鲁卡因青霉素 G 80 万 U/次, 每日 2 次肌注, 共 10 天。

2. 苄星青霉素 G 240 万 U, 每周一次肌注, 共 2 周。

3. 青霉素过敏者 可应用红霉素 0.5g 口服, 每日 4 次, 半月一疗程。

(二) II 期梅毒、晚期梅毒 (晚期良性及晚期潜伏梅毒)

1. 普鲁卡因青霉素 G 8 万 U/日, 肌注一次, 15 天 1 疗程。共用 1~2 个疗程, 疗程间可停药 2 周。

2. 苄星青霉素 G 240 万 U, 每周一次肌注, 共 3 周。

3. 青霉素过敏者 应用红霉素 0.5g 口服, 每日 4 次, 共 30 天。

(三) 心血管梅毒

1. 普鲁卡因青霉素 G 每日 1 次 80 万 U 肌注, 15 天 1 疗程, 应用 2 个或以上疗程。疗程间可停药 2 周。

2. 青霉素过敏者, 应用红霉素 0.5g, 口服, 每日 4 次, 共 30 天。

(四) 神经梅毒

1. 水剂青霉素 G 480 万 U/日静滴, 共 10 天 1 疗程, 可用 2 周。疗程间可停药 2 周。

2. 普鲁卡因青霉素 G 240 万 U/日肌注, 同时口服丙磺舒片 0.5g, 每日 4 次, 共 10 天。接用苄星青霉素 G, 每周 240 万 U 一次肌注, 共用 3 周。

(五) 孕妇梅毒

1. 普鲁卡因青霉素 G 80 万 U/日肌注共 10 天, 于妊娠初 3 个月及末 3 个月各用 1 疗程。

2. 青霉素过敏者 应用红霉素剂量与同期病人相同。

(六) 先天梅毒

1. 早期

(1) 普鲁卡因青霉素 G 5 万 U/kg, 每日肌注一次, 共 10 天。

(2) 苄星青霉素 5 万 U/kg, 每天一次肌注。若有神经损害者不用。

2. 晚期

普鲁卡因青霉素 G: 5 万 U/kg, 每日一次肌注, 共 10 天。大儿童用量不超过成人同期患者用量。

[预防与护理]

梅毒是性传染性疾病, 其危害程度仅次于艾滋病, 因此, 杜绝性乱行为是切断传染源非常重要的措施。对已患病的病人应给予关心, 指导正常就医, 给予正规治疗。治疗过程中注意①跟踪梅毒血清复查, 对于一二三期梅毒均应随访 2~3 年, 第一年每 3 个月一次, 此后半年一次。对于心血管、神经梅毒患者应终身随访。孕妇梅毒应在分娩前每月复查一次。分娩后按病期进行复查。对先天梅毒的治疗期间应不断复查, 直到血清阴转为止。②治疗时应避免发生贾郝氏反应 (Jarisch - Herxheimer Reaction J - H) 其反应系药物治疗时大量螺旋体被杀死, 放出异性蛋白所致, 多于投药后数小时发生。表现有高热, 皮损和骨膜炎疼痛加重, 一般 24 小时缓解。但心血管梅毒可发生心绞痛、主动脉破裂、神经梅毒显著恶化。为此世界卫生组织 (WHO) 主张治疗前一天开始口服强的松 5mg, 每日 4 次, 连服 4 天。③应注意饮食和精神方面的调节能够有利于增强体质, 早日康复。

主要参考文献

1. 牛建昭. 现代中西医妇科学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996.

2. 刘彩霞. 实用高危孕产妇急救手册. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1998.
3. 白刚. 中药方剂研究与应用大全. 北京: 中国科技出版社, 1995.
4. 乐杰. 妇产科学. 第四版. 北京: 人民卫生出版社, 1996.
5. 尤昭玲. 实用妇产科手册. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1996. (孟 炜)

艾 滋 病

艾滋病是获得性免疫缺陷综合征(AIDS)的中文译名。它是由人类免疫缺陷病毒(HIV)所致传染性疾病。主要通过性接触及血制品等传染,引起人体细胞免疫功能严重缺陷,导致顽固的条件感染、神经损害、恶性肿瘤。本病传播极其迅速,病死率极高,据资料表明,症状出现后3年死亡率为95%,且多发生在1~2年内,5年的死亡率几乎100%。

根据艾滋病的临床表现和运用中医药防治艾滋病的初步研究成果,可归属中医“瘟疫”、“伏气温病”、“虚劳”、“癰疽”等病范畴。

[病因与发病机理]

中医学认为艾滋病的发生多为房室不节,正气受损,或正气本虚,疫毒淫邪内犯,损伤肌体,脏腑功能失调,气血亏虚,疫毒邪气蔓延相互交织,杂症从生,虚实相兼,致肌体衰竭,病情极度恶化。

西医学认为:艾滋病是侵犯人类的逆转录病毒,对淋巴细胞特别是 T_4 淋巴细胞有高度亲和力。进入 T_4 淋巴细胞内与其共存,可潜伏数年,并杀死 T_4 淋巴细胞,然后到 T_4 淋巴细胞外起作用。感染艾滋病后, Th 、 Ts 比值下降(Th 细胞为

辅助 T 淋巴细胞,是 T 淋巴细胞群的效应细胞,可产生多种淋巴因子作用和调整其它免疫活性细胞。 Ts 细胞是抑制 T 淋巴细胞,具有抑制 B 淋巴细胞的功能),尚可发生 T 细胞、 B 细胞、中性粒细胞、单核细胞、巨噬细胞各种性质的缺陷和功能异常,使免疫系统的所有成分均受累。

艾滋病的传染源,主要是艾滋病人及无症状带毒者。HIV存在于感染者的血液、精液、唾液、尿液、脑脊液、宫颈分泌物、阴道分泌物及淋巴结组织中。其中血液、精液、宫颈及阴道分泌物的传染性最强。在人群中存在从男性到女性的异性传播,而女性能传给男性则困难得多。但近年来,从女性传给男性的病例趋向增多。性接触是本病的主要传播方式,占成人艾滋病的80%,其中肛交传染性最大,其次是血液传染、母婴传染、器官移植、母乳喂养传播等。

[临床表现]

一、潜伏期

一般认为6个月~5年;平均2年,儿童比成人短。若免疫加强可维持8年甚至10年,仅有HIV抗体阳性而不发病。由于无临床症状,难于被发现故易造成传染。

二、艾滋病前期

也称艾滋病相关综合征。患者出现盗汗、消瘦、腹痛、慢性腹泻,不能解释的长期发热、急性扁桃体炎、口腔念珠菌病、全身淋巴结肿大、上呼吸道反复感染等。病程3个月以上者称为淋巴结病综合征,进一步发展为 B 细胞淋巴瘤,出现贫血及血小板减少。

三、艾滋病期

此期出现 HIV 消耗证候：消瘦、腹泻、长期发热、卡氏肺囊虫肺炎、脑弓形虫病、肺外隐球菌病、肝脾或淋巴结外器官发生的巨细胞病毒感染，进行性多灶性脑病，播散性地方真菌病，食管、气管、支气管及肺部的白色念珠菌病。播散性非典型分枝杆菌病；非伤寒沙门氏菌败血症，肺外结核、淋巴肉瘤，HIV 脑病，即不能用其它原因解释的日常活动发生进行性障碍及运动障碍。

四、免疫学缺陷

主要是细胞免疫缺陷。

(一) T_4 淋巴细胞耗竭 T_4 淋巴细胞功能下降，外周血淋巴细胞显著减少，低于 $1 \times 10^9/L$ ， T_4 减少， $T_4/T_8 < 1.0$ （正常人为 1.25~2.1）迟发变态反应皮试阳性。

(二) B 淋巴细胞功能失调 多克隆性高球蛋白血症，循环免疫复合物形成和自身抗体形成。

(三) NK 细胞活性下降

(四) 血中出现抗 HIV 抗体

[诊断与鉴别诊断]

1. 经组织学或病原体检查证实的条件致病性感染或恶性肿瘤（如卡氏肺囊虫肺炎或 Kaposi 肉瘤）。

2. 有中度或重度的细胞免疫缺陷， T_4 淋巴细胞减少， T_4/T_8 比值 < 1.0 。

3. 不能用其它原因解释的免疫功能低下证候。

4. 血中抗 HIV 抗体阳性。

5. 能够除外传染性单核细胞增多症、血液病、肺部真菌感染和中枢神经病变等

疾病。

[治疗方法]

一、专方辨证论治

(一) 归脾汤加味

组成与用法 黄芪 30g 党参 30g 白术 20g 酸枣仁 15g 生姜 5 片 远志 10g 茯苓 10g 龙眼肉 15g 木香 10g 当归 20g 甘草 10g 山药 20g。水煎服，1 日 1 剂。

功用与评述 扶正固本、健脾宁心、养血安神。方中黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾助气血生化之源，当归补血，木香理气醒脾，酸枣仁、龙眼肉、远志养心安神，姜枣调和营卫。

辨证加减

1. 若手足心热，口燥咽干者，加麦冬、生地各 15g、沙参 15g 以加强滋阴补液之功能。

2. 若伴胸闷叹息，加柴胡 10g、香附 10g、枳壳 10g 加强疏肝解郁之效。

(二) 扶正解毒丸加减

组成与用法 苦参 20g 土茯苓 20g 大青叶 15g 白花蛇舌草 10g 连翘 10g 黄连 10g 党参 15g 黄芪 15g 甘草 10g。水煎服，1 日 1 剂。

功用与评述：祛邪解毒、扶正固本。方中土茯苓、大青叶解毒，黄连、苦参清泻内蕴之疫邪，连翘、白花蛇舌草清热解毒，黄芪、党参、甘草健脾益气扶助正气。

辨证加减

1. 若见大便燥结者加大黄以利解毒通便。

2. 气虚明显，加重黄芪用量，加仙鹤草、白术。

(三) 扶正解表汤

组成与用法 金银花 15g 连翘 15g 大青叶 15g 桔梗 10g 贝母 10g 防风 10g 生黄芪 10g 白术 15g 麦冬 15g 甘草 10g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 清热解表、祛疫解毒。方中金银花、连翘、大青叶清热解毒以祛疫邪。防风祛风解毒，桔梗轻宣肺气利咽喉，贝母解毒化痰散结；党参、白术、甘草益气固表扶正以祛邪，麦冬益气养阴。

辨证加减

1. 若汗出不止，气短乏力者：加党参 15g、山药 15g 以健脾益气。

2. 若午后潮热，两颧红赤者：加白薇 15g、玉竹 15g 以滋阴生津。

3. 若高热汗出不退者加石膏 10g、知母 15g、黄芩 10g，去白术，以增强清热解毒滋阴泻火之力。

(四) 参苓白术散合玉屏风散加减

组成与用法 黄芪 20g 人参 15g 白术 15g 茯苓 15g 山药 20g 防风 10g 扁豆 15g 莲子 15g 苡仁 15g 砂仁 6g 木香 10g 甘草 10g。水煎，1日1剂，口服。

功用与评述 补肺健脾。方中黄芪、人参大补元气，白术、茯苓、山药、莲子健脾益气，扁豆、苡仁健脾渗湿，木香、砂仁理气醒脾，佐防风祛风解表，甘草调和诸药。

辨证加减

若兼恶心呕吐者加陈皮、半夏以理气和胃降逆止呕。

(五) 一贯煎加减

组成与用法 生地 15g 熟地 15g 山药 20g 山萸肉 10g 沙参 15g 麦冬 15g 枸杞子 15g 当归 10g 丹皮 12g 茯苓 15g 枣仁 10g 川楝子 10g 甘草

10g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 滋阴清热。方中生地、丹皮滋阴清热，熟地、山萸、枸杞子滋补肝肾，沙参、麦冬养阴生津，当归滋阴养血。山药、茯苓益气健脾，枣仁养心安神，佐少量川楝子以泄肝除热；全方重在养阴生津。

辨证加减

1. 若干咳少痰或痰中带血者，加杏仁 10g、枇杷叶 15g、阿胶 10g 以增加润肺止咳之功。

2. 若发落齿摇者，加龟甲、制鳖甲各 15g 以补益肾精。

(六) 附子理中丸加减

组成与用法 附子 10g 干姜 6g 肉桂 6g 熟地 15g 白术 15g 山药 15g 枸杞子 15g 菟丝子 15g。水煎服，1日1剂。

功用与评述 温补脾肾。方中附子、干姜、肉桂、菟丝子温补脾肾阳气，枸杞、熟地滋肾填精，白术、山药健脾益气。

辨证加减

若心悸失眠者加酸枣仁、五味子、远志以养心安神，交通心肾。

(七) 膈下逐瘀汤合消瘰汤

组成与用法 桃仁 10g 红花 10g 当归 10g 川芎 10g 五灵脂 10g 香附 15g 玄参 15g 贝母 15g 山慈姑 15g 僵蚕 10g 白花蛇舌草 15g 黄药子 15g。水煎，1日1剂。

功用与评述 理气活血、涤痰散结。方中桃仁、红花、川芎活血化瘀。当归养血活血，五灵脂祛瘀止痛，香附疏肝理气。玄参、贝母软坚散结，僵蚕豁痰散结，利血通络，黄药子、山慈姑，白花蛇舌草清热解毒，甘草调和诸药。

辨证加减

1. 若外阴瘙痒疱疹、下肢溃疡者，加龙胆草 10g、泽泻 10g 以清泄肝胆湿热。

2. 若痰涎壅盛色黄而稠者，加瓜蒌 15g、黄芩 10g 以化痰清热。

(八) 涤痰汤合镇肝熄风汤加减

组成与用法 半夏 10g 胆南星 10g 橘红 10g 菖蒲 10g 竹茹 15g 生龙牡各 25g 龟甲 20g 代赭石 20g 天冬 15g 元参 15g 钩藤 10g 生石决明 5g 甘草 10g。水煎服，1 日 1 剂。

功用与评述 镇肝熄风化痰开窍。方中菖蒲、竹茹化痰开窍。半夏燥湿化痰，胆南星、桔红清热化痰，龙牡平肝潜阳。代赭石降气镇逆。天冬、元参、龟甲滋阴潜阳。石决明、钩藤平肝熄风，甘草调和诸药。

辨证加减

若大便秘结者加大黄 6g、芒硝 10g (冲服) 以涤肠泻火。

(九) 补天大造丸加减

组成与用法 人参 20g 黄芪 20g 山药 15g 枸杞子 20g 龟甲 20g 鹿角胶 10g 紫河车 1.5~3g (研末冲服) 地黄 20g 麦冬 10g。水煎服，1 日 1 剂。

功用与评述 滋阴补阳，方中人参、黄芪、山药补肺脾之气，枸杞子、龟甲育阴填精。鹿角胶、紫河车为血肉有情之品可峻补元气，地黄、麦冬滋阴生津。

辨证加减

若大汗淋漓，四肢厥冷，呼吸微弱，脉微欲绝者用参附汤，人参 15g、附子 10g 以益气回阳救逆。

二、专药选用

(一) 三宝丹

[湖南省回春堂制药厂。湘卫准字第 097006 号]

主要成分 灵芝 鹿茸 丹参 赤芍 熟地 杜仲 山萸 当归等。

功用与评述 填精益肾、养血安神，化瘀生新。方中灵芝、鹿茸补肾壮阳益气，丹参、赤芍活血化瘀通经，熟地、山萸、杜仲补肾填精，养血安神润燥。

药理实验证明 三宝丹具有调整人体机能状态，增强免疫功能的作用。

用量与用法 每日 2 次，每次 3 粒，口服；1 个月为 1 疗程。

(二) 玉屏风散

[广东环球大冢制药有限公司。1993 卫准字 2-21 号]

主要成分 黄芪 防风 白术。

功用与评述 益气固表。方中防风善驱风邪，得黄芪固表而外有所卫，得白术固里则内有所据，使风散邪去，当倚如屏，珍如玉，故名玉屏风散。

药理实验证明 玉屏风散能增强肌体免疫功能，增加外周血成熟期 T 淋巴细胞的百分率和增加脾细胞抗体生成功能；增强体弱者的抗体数量，能提高网状内皮系统的吞噬功能。

用量与用法 1 次 1 包 6g，1 日 3 次，口服。1 个月为 1 疗程。

三、西医药治疗

(一) 免疫调节剂

常用的有干扰素、白细胞介素、粒细胞巨噬细胞集落刺激因子 (GM-CSF) 有调节机体免疫功能的作用。但如果不适当的应用免疫调节剂有可能加速 HIV 的感染发展成艾滋病。

(二) 抗病毒制剂

1. 抑制 HIV 与宿主细胞结合及穿入

的药物 可溶性 CD₄ 能与 HIV 结合, 占据 CD₄ 结合部位, 使 HIV 不能与 T₄ 细胞上的 CD₄ 结合, 进而不能穿入、感染 T₄ 淋巴细胞。

2. 抑制 HIV 逆转录酶 (RT) 的药物 通过抑制逆转录酶, 阻断 HIV 复制。效果较好的有①叠氮胸苷, 为目前最有效制剂, 能延长病人的存活期, 但有骨髓抑制, 长期应用 6~9 个月后可出现耐药病毒。②双脱氧核苷类药物: 如双脱氧肌苷和双脱氧胞苷, 特点是对骨髓无抑制作用, 副作用有周围神经病变和胰腺炎。目前多采用叠氮胸苷 (AZT) 和双脱氧胞苷 (ddc) 交替治疗。

3. 抑制 HIV 调节基因的药物 目前这类药物仍处于起步阶段, 有反意寡核苷酸和 rev 缺陷蛋白。

(三) 条件致病性感染治疗 卡氏肺囊虫肺炎, 可用复方新诺明, 每次 1.5, 每日 4 次, 口服。或对症治疗其它证候。

(四) 肿瘤治疗

kaposi 肉瘤可试用 α -干扰素等免疫调节剂治疗, 同时采用放疗、化疗。

[预防与护理]

一、宣传艾滋病的预防知识

加强正常性行为教育, 禁止滥交, 避免与高危人群的成员发生性关系。女性艾滋病人避免妊娠, 男性使用阴茎套, 不共用牙刷、剃刀, 禁用进口血制品, 必须用者须经 HIV 检测, 树立防重于治的观点。

二、禁止吸毒

禁止静脉毒瘾者共用注射器、针头。发现 HIV 阳性者应及早确诊、及早治疗, 病人衣物要严格消毒, 医务人员采取防护措施。

三、HIV 携带者及高危人群应注意

1. 不得供血。
2. 不提供器官移植。

四、医护人员应注意

1. 接触病人应带手套。采取体液和组织标本的方法, 与对待乙肝病人方法相同。

2. 被病人血液和其它体液污染的表面, 必须清洁和消毒。HIV 可被高温、过氧化物、乙醇、酚类等常用消毒剂灭活。

主要参考文献

1. 尤昭玲. 实用妇产科手册. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1996.
2. 乐杰. 妇产科学. 第四版. 北京: 人民卫生出版社, 1996.
3. 白刚. 中药方剂研究与应用大全. 北京: 中国科技出版社, 1995.
4. 刘彩霞. 实用高危孕产妇急救手册. 沈阳: 辽宁科技出版社, 1998.
5. 牛建昭. 现代中西医妇科学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996.

(孟 炜)

附 篇

一、妇科常见病症辨证论治简表

月 经 病

月 经 先 期

月经周期提前 1~2 周者，称为“月经先期”或“经早”。

本病相当于西医学排卵型功能失调性子宫出血的黄体不健和盆腔炎所致的子宫出血。月经先期若伴月经过多可进一步发展为崩漏，应及时治疗。

主要发病机理是冲任不固，经血失于制约，月经提前而至。常见症型有气虚和血热。

月经先期证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
脾气虚证	经期提前，或兼量多，色淡质稀，神疲肢倦，气短懒言，小腹空坠，纳少便溏，舌淡红，苔薄白，脉缓弱	补脾益气，固冲调经	补中益气汤（《脾胃论》）。人参 黄芪 甘草 当归 陈皮 升麻 柴胡 白术
肾气虚证	经期提前，量少，色淡黯，质清稀，腰酸腿软，头晕耳鸣，小便频数，面色晦黯，或有黯斑，舌淡黯，苔薄白，脉沉细	补肾益气，固冲调经	固阴煎（《景岳全书》）。人参 熟地 山药 山茱萸 远志 炙甘草 五味子 菟丝子
阴虚血热证	经期提前，量少，色红质稠，颧赤唇红，手足心热，咽干舌燥，舌红，苔少，脉细数	养阴清热，凉血调经	两地汤（《傅青主女科》）。生地 玄参 地骨皮 麦冬 阿胶 白芍
阳盛血热证	经期提前，量多，色紫红，质稠，心胸烦闷，渴喜冷饮，大便燥结，小便短赤，面色红赤，舌红，苔黄，脉滑数	清热降火，凉血调经	清经散（《傅青主女科》）。丹皮 地骨皮 白芍 熟地 青蒿 黄柏 茯苓
肝郁化热证	经期提前，量多或少，经色紫红，质稠有块，经前乳房、胸胁、小腹胀痛，烦躁易怒，口苦咽干，舌红，苔黄，脉弦数	清肝解郁，凉血调经	丹栀逍遥散（《女科撮要》）。丹皮 炒栀子 当归 白芍 柴胡 白术 茯苓 炙甘草

月 经 后 期

月经周期错后 7 天以上, 甚至错后 3~5 个月一行, 经期正常者, 称为“月经后期”。亦称“经期错后”, “经迟”。

本病相当于西医学的月经稀发。月经后期如伴经量过少, 常可发展为闭经。

主要发病机理是精血不足或邪气阻滞, 血海不能按时满溢, 遂致月经后期。常见的分型有肾虚、血虚、血寒、气滞和痰湿。

月经后期证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾虚型	经期错后, 量少, 色淡黯, 质清稀, 腰酸腿软, 头晕耳鸣, 带下清稀, 面色晦黯, 或面部黯斑, 舌淡黯, 苔薄白, 脉沉细	补肾益气, 养血调经	大补元煎(《景岳全书》)。人参 山药 熟地 杜仲 当归 山茱萸 枸杞子 炙甘草
血虚型	经期错后, 量少, 色淡质稀, 小腹空痛, 头晕眼花, 心悸失眠, 皮肤不润, 面色苍白, 或萎黄, 舌淡, 苔薄, 脉细无力	补血养阴, 益气调经	人参养荣汤(《和剂局方》) 人参 白术 茯苓 炙甘草 当归 白芍 熟地 肉桂 黄芪 五味子 远志 陈皮 生姜 大枣
虚寒证	经期错后, 量少, 色淡质稀, 小腹隐痛, 喜热喜按, 腰酸无力, 小便清长, 面色㿔白, 色淡, 苔白, 脉沉迟无力	温经扶阳, 养血调经	大营煎(《景岳全书》)。当归 熟地 枸杞子 炙甘草 杜仲 牛膝 肉桂
实寒证	经期错后, 量少, 经色紫黯有块, 小腹冷痛拒按, 得热痛减, 畏寒肢冷, 舌黯苔白, 脉沉紧或沉迟	温经散寒, 活血调经	温经汤(《妇人大全良方》)。人参 当归 川芎 白芍 肉桂 莪术 丹皮 甘草 牛膝
气滞型	经期错后, 量少, 经色黯红或有血块, 小腹胀痛, 精神抑郁, 胸闷不舒, 舌苔正常, 脉弦	理气行滞, 活血调经	乌药汤(《兰室秘藏》)。乌药 香附 木香 当归 甘草
痰湿型	经期错后, 量少, 色淡, 质粘, 头晕体胖, 心悸气短, 脘闷恶心, 带下量多, 舌淡胖, 苔白腻, 脉滑	燥湿化痰, 活血调经	芎归二陈汤(《丹溪心法》)。陈皮 半夏 茯苓 甘草 生姜 川芎 当归

月 经 先 后 无 定 期

月经周期或前或后 1~2 周者, 称为“月经先后无定期”。又称“经水先后无定期”、“经乱”。

本病相当于西医学排卵型功能失调性子宫出血病的月经不规则。青春期初潮后

一年内, 及更年期月经先后无定期者, 如无其他证候, 可不予治疗。月经先后无定期者若伴有经量增多及经期紊乱, 常可发展为崩漏。

主要发病机理是冲任气血失调, 血海蓄溢失常。其分型有肾虚、脾虚和肝郁。

月经先后无定期证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾虚型	经行或先或后,量少,色淡,质稀,头晕耳鸣,腰酸腿软,小便频数,舌淡,苔薄,脉沉细	补肾益气,养血调经	固阴煎(《景岳全书》)。当归 白芍 熟地 柴胡 山药 茯苓 菟丝子 炒荆芥
脾虚型	经行或先或后,量多,色淡质稀,神倦乏力,脘腹胀满,纳呆食少,舌淡,苔薄,脉缓	补脾益气,养血调经	归脾汤
肝郁型	经行或先或后,经量或多或少,色黯红,有血块,或行经不畅,胸胁、乳房、小腹胀痛,精神郁闷,时欲太息,暖气食少,舌质正常,苔薄,脉弦	疏肝解郁,和血调经	逍遥散(《和剂局方》)。柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 甘草 薄荷 煨姜

月 经 过 多

月经周期正常,经量明显多于既往者,称为“月经过多”。亦称“经水过多”或“月水过多”。

本病相当于西医学排卵型功能失调性子宫出血病引起的月经过多,或子宫肌

瘤、盆腔炎症、子宫内膜异位症引起的月经过多。宫内节育器引起的月经过多,可按本病治疗。

主要病机是冲任不固,经血失于制约而致经血量多。常见的分型有气虚、血热和血瘀。

月经过多证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	行经量多,色淡红,质清稀,神疲体倦,气短懒言,小腹空坠,面色晄白,舌淡,苔薄,脉缓弱	补气升提,固冲止血	安冲汤(《医学衷中参西录》)加生麻。白术 黄芪 生龙骨 生牡蛎 生地 白芍 海螵蛸 茜草根 续断
血热型	经行量多,色鲜红或深红,质粘稠,口渴饮冷,心烦多梦,尿黄便秘,舌红,苔黄,脉滑数	清热凉血,固冲止血	保阴煎(《景岳全书》)加炒地榆,槐花。生地 熟地 黄芩 黄柏 白芍 山药 续断 甘草
血瘀型	经行量多,色紫黯,质稠有血块,经行腹痛,或平时小腹胀痛,舌紫黯或有瘀点,脉涩有力	活血化瘀,固冲止血	桃红四物汤(《医宗金鉴》)加三七、茜草。当归 熟地 白芍 川芎 桃仁 红花

月 经 过 少

月经周期正常,经量明显少于既往,

不足2天,甚或点滴即净者,称“月经过少”。亦称“经水涩少”、“经量过少”。

本病相当于西医学性腺功能低下、子

宫内膜结核、炎症或刮宫过深等引起的月经过少。月经过少伴月经后期者,可发展为闭经。本病属器质性病变者,病程较长,疗效较差。

主要机理是精亏血少,冲任气血不足,或寒凝瘀阻,冲任气血不畅,血海满溢不多而致。常见的分型有肾虚、血虚、血寒和血瘀。

月经过少证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾虚型	经行量少,不日即净,或点滴即止,血色淡黯,质稀,腰酸腿软,头晕耳鸣,小便频数,舌淡,苔薄,脉沉细	补肾益精,养血调经	当归地黄饮(《景岳全书》)加紫河车、丹参。当归 熟地 山茱萸 杜仲 山药 牛膝 甘草
血虚型	经行量少,不日即净,或点滴即止,经色淡红,质稀,头晕眼花,心悸失眠,皮肤不润,面色萎黄,舌淡,苔薄,脉细无力	补血益气调经	滋血汤(《证治准绳·女科》)。人参 山药 黄芪 白茯苓 川芎 当归 白芍 熟地
血寒型	经行量少,色黯红,小腹冷痛,得热痛减,畏寒肢冷,面色青白,舌黯,苔白,脉沉紧,为寒邪在里之征	温经散寒,活血调经	温经汤
血瘀型	经行涩少,色紫黑有块,小腹刺痛拒按,血块下后痛减,或胸胁胀痛,舌紫黯,或有瘀斑紫点,脉涩有力	活血化瘀,理气调经	通瘀煎(《景岳全书》)。当归尾 山楂 香附 红花 乌药 青皮 木香 泽泻

经 期 延 长

月经周期正常,经期超过7天以上,甚至2周方净者,称为“经期延长”。

本病相当于西医学排卵型功能失调性子宫出血病的黄体萎缩不全者、盆腔炎

症、子宫内膜炎等引起的经期延长。宫内节育器和输卵管结扎术后引起的经期延长也按本病治疗。

发病机理主要是冲任不固,经血失于制约而致。常见的分型有气虚、虚热和血瘀。

经期延长证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	行经时间延长,量多,经色淡红,质稀,肢倦神疲,气短懒言,面色㿔白,舌淡,苔薄,脉缓弱	补气升提,固冲调经	举元煎(《景岳全书》)加阿胶、艾叶、乌贼骨。人参 黄芪 白术 炙甘草 升麻
虚热型	经行时间延长,量少,经色鲜红,质稠,咽干口燥,潮热颧红,手足心热,大便燥结,舌红,苔少,脉细数	养阴清热,凉血调经	清血养阴汤(《妇科临床手册》)生地 丹皮 白芍 玄参 黄柏 女贞子 旱莲草

续表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血瘀型	经行时间延长,量多或量少,经色紫黯有块,经行小腹疼痛拒按,舌紫黯或有小瘀点,脉涩有力	活血祛瘀, 固冲调经	棕蒲散(《陈素庵妇科补解》)。棕蒲炭 蒲黄炭 归身 炒白芍 川芎 生地 丹皮 秦艽 泽兰 杜仲

经间期出血

月经周期基本正常,在两次月经之间,絪蕴之时,发生周期性出血,称为“经间期出血”。

本病相当于西医学排卵期出血,若出血期长,血量增多,不及时治疗,进一步

发展可致崩漏。

月经中期又称絪蕴期,是冲任阴精充实,阳气渐长,由阴盛向阳盛转化的生理阶段。若肾阴不足,脾气虚弱,湿热扰动或瘀血阻遏,使阴阳转化不协调,遂发生本病。常见的分型有肾阴虚、脾气虚、湿热和血瘀。

经间期出血证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾阴虚型	经间期出血,量少,色鲜红,质稠,腰酸腿软,头晕耳鸣,手足心热,夜寐不宁,舌红,苔少,脉细数	滋肾益阴, 固冲止血	加减一阴煎(《景岳全书》)。生地 白芍 麦冬 熟地 甘草 知母 地骨皮
脾气虚型	经间期出血,量少,色淡,质稀,神疲体倦,气短懒言,食少腹胀,舌淡,苔薄,脉缓弱	健脾益气, 固冲摄血	归脾汤
湿热型	经间期出血,血色深红,质稠,平时带下量多色黄,小腹时痛,心烦口渴,口苦咽干,舌红,苔黄腻,脉滑数	清热除湿, 凉血止血	清肝止淋汤(《傅青主女科》)去阿胶、红枣,加茯苓、炒地榆。白芍 生地 当归 阿胶 丹皮 黄柏 牛膝 香附 红枣 小黑豆
血瘀型	经间期出血,血色紫黯,挟有血块,小腹疼痛拒按,情志抑郁,舌紫黯或有瘀点,脉涩有力	活血化瘀, 理血归经	逐瘀止血汤(《傅青主女科》)。大黄 生地 当归尾 赤芍 丹皮 枳壳 龟甲 桃仁

崩 漏

妇女不在行经期间,阴道突然大量出血,或淋漓下血不断者,称为“崩漏”。前者称为“崩中”,后者称为“漏下”。若经期延长达2周以上者,应属崩漏范畴,称为“经崩”或“经漏”。

一般突然出血,来势急,血量多的叫

崩;淋漓下血,来势缓,血量少的叫漏。崩与漏的出血情况虽不相同,但发病机理是一致的,而且在疾病的发展过程中常相互转化,如血崩日久,气血耗伤,可变成漏;久漏不止,病势日进,也能成崩。所以临床上常常崩漏并称。正如《济生方》说:“崩漏之病,本乎一证。轻者谓之漏下,甚者谓之崩中。”本病属常见病,常

因崩与漏交替,因果相干,致使病变缠绵难愈,成为妇科的疑难重症。

本病相当于西医学无排卵型功能失调性子宫出血病、生殖器炎症和某些生殖器

肿瘤引起的不规则阴道出血。

主要病机是冲任不固,不能制约经血。引起冲任不固的常见原因有肾虚、脾虚、血热和血瘀。

崩漏证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾阴虚证	经血非时而下,出血量多或少,淋漓不断,血色鲜红,质稠,头晕耳鸣,腰酸腿软,手足心热,颧赤唇红,舌红,苔少,脉细数	滋肾益阴,固冲止血	左归丸(《景岳全书》)去川牛膝,加旱莲草、炒地榆。熟地 山药 枸杞子 山茱萸 菟丝子 鹿角胶 龟甲胶 川牛膝
肾阳虚证	经血非时而下,出血量多,淋漓不尽,色淡质稀,腰痛如折,畏寒肢冷,小便清长,大便溏薄,面色晦黯,舌淡黯,苔薄白,脉沉弱	温肾助阳,固冲止血	大补元煎酌加补骨脂、鹿角胶、艾叶炭
脾虚型	经血非时而下,量多如崩,或淋漓不断,色淡质稀,神疲体倦,气短懒言,不思饮食,四肢不温,或面浮肢肿,面色淡黄,舌淡胖,苔薄白,脉缓弱	健脾益气,固冲止血	固冲汤(《医学衷中参西录》)。白术 黄芪 煅龙骨 煅牡蛎 山茱萸 白芍 海螵蛸 茜草根 棕炭 五倍子
血热型	经血非时而下,量多如崩,或淋漓不断,血色深红,质稠,心烦少寐,渴喜冷饮,头晕面赤,舌红,苔黄,脉滑数	清热凉血,固冲止血	清热固经汤(《简明中医妇科学》)。生地 地骨皮 炙龟甲 牡蛎粉 阿胶 黄芩 藕节 陈棕炭 甘草 焦栀子 地榆
血瘀型	经血非时而下,量多或少,淋漓不净,血色紫黯有块,小腹疼痛拒按,舌紫黯,或有瘀点,脉涩或脉涩有力	活血祛瘀,固冲止血	逐瘀止崩汤(《安徽中医验方选集》)。当归 川芎 三七 没药 五灵脂 丹皮炭 炒丹参 炒艾叶 阿胶(蒲黄炒) 龙骨 牡蛎 乌贼骨

闭 经

女子年逾 18 周岁,月经尚未来潮,或月经来潮后又中断 6 个月以上者,称为“闭经”。前者称原发性闭经,后者称继发性闭经,古称“女子不月”、或“月事不来”、“经水不通”、“经闭”等。妊娠期、哺乳期或更年期的月经停闭属生理现象,不作闭经论,有的少女初潮 2 年内偶尔出

现月经停闭现象,可不予治疗。

本病属难治之症,病程较长,疗效较差,因此,必要时应采用多种方法的综合治疗以提高疗效。因先天性生殖器官缺如,或后天器质性损伤致无月经者,因药物治疗难以奏效,不属本节讨论范围。

发病机理主要是冲任气血失调,有虚、实两个方面。虚者由于冲任亏败,源断其流;实者因邪气阻隔冲任,经血不通。导致

闭经的病因复杂,有先天因素,也有后天因素;也可由月经不调发展而来,也有因他病

致闭经者。常见的分型有肾虚、脾虚、血虚、气滞血瘀、寒凝血瘀和痰湿阻滞。

闭经证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾气虚证	月经初潮来迟,或月经后期量少,渐至闭经,头晕耳鸣,腰酸腿软,小便频数,性欲淡漠,舌淡红,苔薄白,脉沉细	补肾益气,养血调经	大补元煎加丹参、牛膝
肾阴虚证	月经初潮来迟,或月经后期量少,渐至闭经,头晕耳鸣,腰膝酸软,或足跟痛,手足心热,甚则潮热盗汗,心烦少,颧红唇赤,舌红,苔少或无苔,脉细数	滋肾益阴,养血调经	左归丸
肾阳虚证	月经初潮来迟,或月经后期量少,渐至闭经,头晕耳鸣,腰痛如折,畏寒肢冷,小便清长,夜尿多,大便溏薄,面色晦黯,或目眶黯黑,舌淡,苔白,脉沉弱	温肾助阳,养血调经	十补丸(《济生方》)
脾虚型	月经停闭数月,肢倦神疲,食欲不振,脘腹胀闷,大便溏薄,面色淡黄,舌淡胖,苔白腻,脉缓弱	健脾益气,养血调经	参苓白术散(《和剂局方》)加当归、牛膝。人参 白术 茯苓 白扁豆 甘草 山药 莲子肉 桔梗 薏苡仁 砂仁
血虚型	月经停闭数月,头晕目花,心悸怔忡,少寐多梦,皮肤不润,面色萎黄,舌淡,苔少,脉细	补血养血,活血调经	小营煎(《景岳全书》)加鸡内金、鸡血藤。当归 熟地 白芍 山药 枸杞子 炙甘草
气滞血瘀型	月经停闭数月,小腹胀痛拒按,精神抑郁,烦躁易怒,胸胁胀满,嗳气叹息,舌紫黯或有瘀点,脉沉弦或涩而有力	行气活血,祛瘀通经	膈下逐瘀汤(《医林改错》)。当归 赤芍 桃仁 川芎 枳壳 红花 延胡索 五灵脂 丹皮 乌药 香附 甘草
寒凝血瘀型	月经停闭数月,小腹胀痛拒按,得热则痛缓,形寒肢冷,面色青白,舌紫黯,苔白,脉沉紧	温经散寒,活血调经	温经汤
痰湿阻滞型	月经停闭数月,带下量多,色白质稠,形体肥胖,或面浮肢肿,神疲肢倦,头晕目眩,心悸气短,胸脘满闷,舌淡胖,苔白腻,脉滑	豁痰除湿,活血通经	丹溪治湿痰方(《丹溪心法》)。苍术 白术 半夏 茯苓 滑石 香附 川芎 当归

痛 经

凡在经期或经行前后,出现周期性小腹痛,或痛引腰骶,甚至剧痛晕厥者,

称为“痛经”。亦称“经行腹痛”。

西医学把痛经分为原发性痛经和继发性痛经,前者又称功能性痛经,系指生殖器官无明显器质性病变者;后者多继发于

生殖器官的某些器质性病变,如盆腔子宫内膜异位症、子宫腺肌病、慢性盆腔炎、妇科肿瘤、宫颈口粘连狭窄等。本节讨论的痛经,包括西医学的原发性痛经和继发性痛经。功能性痛经容易痊愈,器质性病变导致的痛经病程较长,缠绵难愈。

本病的发生与冲任、胞宫的周期性生

理变化密切相关。主要病机在于邪气内伏或精血素亏,更值经期前后冲任二脉气血的生理变化急骤,导致胞宫的气血运行不畅,“不通则痛”;或胞宫失于濡养,“不荣则痛”,故使痛经发作。常见的分型有肾气亏损、气血虚弱、气滞血瘀、寒凝血瘀和湿热蕴结。

痛经证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾气亏损型	经期或经后,小腹隐隐作痛,喜按,月经量少,色淡质稀,头晕耳鸣,腰酸腿软,小便清长,面色晦黯,舌淡,苔薄,脉沉细	补肾填精,养血止痛	调肝汤(《傅青主女科》)。当归 白芍 山茱萸 巴戟 甘草 山药 阿胶
气血虚弱型	经期或经后,小腹隐痛喜按,月经量少,色淡质稀,神疲乏力,头晕心悸,失眠多梦,面色苍白,舌淡,苔薄白,脉细弱	补气养血,和中止痛	黄芪建中汤(《金匱要略》)加当归、党参。黄芪 白芍 桂枝 炙甘草 生姜 大枣 饴糖
气滞血瘀型	经前或经期,小腹胀痛拒按,胸胁、乳房胀痛,经行不畅,经色紫黯有块,块下痛减,舌紫黯,或有瘀点,脉弦或脉涩有力	行气活血,祛瘀止痛	膈下逐瘀汤
寒凝血瘀型	经前或经期,小腹冷痛拒按,得热则痛减,经血量少,色黯有块,畏寒肢冷,面色青白,舌黯,苔白,脉沉紧	温经散寒,祛瘀止痛	温经汤
湿热蕴结型	经前或经期,小腹灼痛拒按,痛连腰骶,或平时小腹痛,至经前疼痛加剧,经量多或经期长,经色紫红,质稠或有血块,平素带下量多,黄稠臭秽,或伴低热,小便黄赤,舌红,苔黄腻,脉滑数或濡数	清热除湿,化瘀止痛	清热调血汤(《古今医鉴》)加红藤、败酱草、薏苡仁。牡丹皮 黄连 生地 当归 白芍 川芎 红花 桃仁 莪术 香附 延胡索

经行发热

每值经期或经行前后,出现以发热为主的病证,称“经行发热”。又称“经来发热”。

本病与西医学的慢性盆腔炎、生殖器

结核、子宫内膜异位症等临床症状不明显的感染有关。

主要发病机理是气血营卫失调,值月经的生理改变而发。其分型有阴虚、肝郁和血瘀。

经行发热证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
阴虚型	经期或经后,午后发热,五心烦热,咽干口燥,两颧潮红,经量少,色鲜红,舌红,苔少,脉细数	滋阴清热, 凉血调经	蒿芩地丹四物汤(经验方)去川芎,加银柴胡、白薇。青蒿 黄芩 地骨皮 牡丹皮 生地 川芎 当归 白芍
肝郁型	经前或经期发热,头晕目眩,口苦咽干,烦躁易怒,乳房、胸胁、小腹胀痛,经量或多或少,经色深红,舌红,苔微腻,脉弦数	疏肝解郁, 清热调经	丹栀逍遥散
血瘀型	经前或经期发热,乍寒乍热,小腹疼痛拒按,经色紫黯,挟有血块,舌紫黯,或舌边有瘀点,脉沉弦或沉涩有力	活血化瘀, 清热调经	血府逐瘀汤。(《医林改错》)加栀子。赤芍 桃仁 当归 生地 川芎 甘草 红花 枳壳 柴胡 桔梗 牛膝

经行头痛

每值经期或经行前后,出现以头痛为主的病证,称为“经行头痛”。

本病属西医学经前紧张综合征范畴。慢性盆腔炎患者发生经行头痛,可按本病

论治。

主要发病机理是气血、阴精不足,经行之后,气血阴精更亏,清窍失养所致。或由痰、瘀之邪,值经期冲气上逆,邪气上扰清窍致痛。常见的分型有气血虚弱、阴虚阳亢、瘀血阻滞和痰湿中阻。

经行头痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	经期或经后头痛,心悸气短,神疲体倦,月经量少,色淡质稀,面色苍白,舌淡,苔薄,脉细弱	益气养血, 活络止痛	八珍汤(《正体类要》)加蔓荆子、鸡血藤
阴虚阳亢型	经前或经期头痛,或巅顶痛,头晕目眩,口苦咽干,烦躁易怒,腰酸腿软,手足心热,经量少,色鲜红,舌红,苔少,脉细数	滋阴潜阳, 疏风止痛	杞菊地黄丸(《医级》)加钩藤、石决明。熟地黄 山茱萸 山药 泽泻 茯苓 丹皮 枸杞子 菊花
瘀血阻滞型	经前或经期头痛,小腹疼痛拒按,胸闷不舒,经色紫黯有块,舌紫黯,边尖有瘀点,脉沉弦或脉涩有力	活血化瘀, 通窍止痛	通窍活血汤。(《医林改错》)。赤芍 川芎 桃仁 红花 老葱 麝香 红枣 黄酒
痰湿中阻型	经前或经期头痛,头晕目眩,形体肥胖,胸闷泛恶,平日带多稠粘,月经量少色淡,面色晄白,舌淡胖,苔白腻,脉滑	燥湿化痰, 通络止痛	半夏白术天麻汤(《医学心悟》)加葛根、丹参。半夏 白术 天麻 茯苓 橘红 甘草 生姜 大枣 蔓荆子

经行眩晕

每值经期或经行前后,出现头晕目眩,视物昏花为主的病证,称“经行眩晕”。

本病属西医学经前期紧张综合征范

畴。

发病机理有因精血衰少或痰浊上扰,时值经期的生理变化,致脑髓失养或清窍受蒙闭而发。常见分型有气血虚弱、阴虚阳亢和痰湿上扰。

经行眩晕证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	经期或经后,头晕目眩,小腹绵绵作痛,神疲肢倦,怔忡心悸,月经量少,色淡质稀,舌淡,苔薄,脉细弱	益气养血,调经止晕	补中益气汤加熟地、制首乌、枸杞子
阴虚阳亢型	经前或经期,头晕目眩,心烦易怒,腰酸腿软,口燥咽干,颧红唇赤,经量少,色鲜红,大便干结,舌红,苔少,脉弦细数	育阴潜阳,熄风止晕	杞菊地黄丸加钩藤、白芍、石决明
痰湿上扰型	经前或经期,头重眩晕,胸闷泛恶,纳呆腹胀,大便不爽,平日带下量多,色白质粘,月经量少色淡,舌淡胖,苔厚腻,脉濡滑	燥湿化痰,熄风止晕	半夏白术天麻汤加胆南星、白蒺藜

经行身痛

每值经前或经期,出现以身体疼痛为主的病证,称“经行身痛”。

产生本病的机理主要是气血不和,值经期的生理变化,肢体失于荣养而致。常见分型有气血虚弱和瘀血阻滞。

经行身痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	经行肢体酸痛或麻木,神倦乏力,心悸气短,月经量少,色淡质稀,舌淡红,苔薄白,脉细弱	补气养血,行痹止痛	黄芪桂枝五物汤(《金匮要略》)。黄芪 桂枝 白芍 生姜 大枣
瘀血阻滞型	经行肢体疼痛,屈伸不利,小腹疼痛拒按,经血色黯有块,块下痛减,舌紫黯,有瘀点,脉涩有力	活血化瘀,通经止痛	身痛逐瘀汤(《医林改错》)。秦艽 川芎 桃仁 红花 甘草 羌活 没药 当归 五灵脂 地龙 牛膝 香附

经行吐衄

每值经前或经期,出现有规律的吐血

或衄血者,称“经行吐衄”。又称“倒经”、“逆经”。

本病相当于西医学的代偿性月经。

发病机理主要为火热上炎,值月经期冲脉气盛上逆,损伤阳络而发生吐血、衄血。经血上行由口鼻而出,必致下注冲任

者少,甚或全无,故经行吐衄时,月经量减少,甚或无月经。

经行吐衄证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
阴虚肺燥型	经前或经期吐血、衄血,量少,色鲜红,头晕耳鸣,手足心热,潮热干咳,咽干口渴,月经量少,或无月经,颧赤唇红,舌红或绛,苔花剥或无苔,脉细数	滋阴润肺,降火止血	顺经汤(《傅青主女科》)加知母、麦冬、旱莲草。当归 熟地 沙参 白芍 茯苓 黑芥穗 丹皮
肝经郁火型	经前或经期吐血、衄血,量较多,色鲜红,头晕目眩,烦躁易怒,两胁胀痛,口苦咽干,小便短赤,大便秘结,经量减少,无月经,舌红,苔黄,脉弦数	疏肝泻火,降逆止血	丹栀逍遥散加牛膝、代赭石、黑芥穗

经行泄泻

本病属西医学经前紧张综合征范畴。

每值经前或经期,大便泄泻,经净自止者,称为“经行泄泻”。亦称“经来泄泻”。

主要发病机理是脾肾阳气不足,运化失司,值经期血气下注冲任脾肾愈虚而发生泄泻。常见分型有脾气虚和肾阳虚。

经行泄泻证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
脾气虚型	经前或经期,大便泄泻,脘腹胀满,神疲肢倦,经行量多,色淡质稀,平时带下量多,色白质粘,无臭气,或面浮肢肿,舌淡胖,苔白腻,脉濡缓	补脾益气,除湿止泻	参苓白术散
肾阳虚型	经前或经期,大便泄泻,晨起尤甚,腰酸腿软,畏寒肢冷,头晕耳鸣,月经量少,色淡,平时带下量多,质稀,面色晦黯,舌淡,苔白滑,脉迟沉无力	温肾健脾,除湿止泻	健固汤(《傅青主女科》)合四神丸(《校注妇人良方》)。人参 白术 茯苓 薏苡仁 巴戟 补骨脂 吴茱萸 肉豆蔻 五味子 生姜 大枣

经行浮肿

每值经前或经期,头面四肢浮肿者,称为“经行浮肿”。或称“经来遍身浮肿”。

本病属西医学经前期紧张综合征范畴。

主要病机是脾肾阳虚,水湿运化不良,或肝郁气滞,水湿宣泄不利,值经期血气下注冲任,脾肾愈虚或气血壅滞,水湿泛滥肌肤而浮肿。常见分型有脾肾阳虚和气滞湿郁。

经行浮肿证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
脾肾阳虚型	经前或经期,面浮肢肿,腰膝痠软,疲倦乏力,纳呆食少,大便溏薄,经行量多,色淡质稀,舌淡,苔白,脉沉弱	温肾健脾, 化气行水	苓桂术甘汤(《金匮要略》)加熟附子、仙灵脾。茯苓 桂枝 白术 炙甘草
气滞湿郁型	经前或经期,面浮肢肿,经前小腹胀满,脘闷胁胀,乳房胀痛,月经量少,色黯红,或有小血块,舌质正常,苔白,脉弦滑	理气行滞, 化湿消肿	八物汤(《济阴纲目》)去熟地,加茯苓皮、泽兰。当归 川芎 熟地 赤芍 延胡索 川楝子 木香 槟榔

经行乳房胀痛

每值经前或经期,乳房作胀,甚至胀满疼痛,或乳头痒痛者,称“经行乳房胀痛”。

本病属西医学经前紧张综合征范畴,多见青壮年妇女,是常见病。乳痛症(乳腺结构不良症中的常见轻型病变)也可按

本病论治。

乳房属胃,乳头属肝,冲脉所司在肝而又隶于足阳明胃经,故冲脉与乳房、乳头相关,若肝气郁结或痰湿阻滞,遇经前、经期冲脉气血冲盛,郁滞更甚,令乳络不畅,可致本病发生。常见分型有肝郁气滞和胃虚痰滞。

经行乳房胀痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝郁气滞型	经前乳房胀痛或乳头痒痛,痛甚不可触衣,疼痛拒按,经行小腹胀痛,胸胁胀满,烦躁易怒,经行不畅,色黯红,舌红,苔薄,脉弦	疏肝理气, 通络止痛	柴胡疏肝散(《景岳全书》)加王不留行、川楝子。柴胡 枳壳 炙甘草 白芍 川芎 香附 陈皮
胃虚痰滞型	经前或经期乳房胀痛或乳头痒痛,痛甚不可触衣,胸闷痰多,食少纳呆,平素带下量多,色白稠粘,月经量少,色淡,舌淡胖,苔白腻,脉缓滑	健胃祛痰, 活血止痛	四物合二陈汤(《陈素庵妇科补解》)去甘草。当归 赤芍 川芎 生地 陈皮 半夏 茯苓 海藻 红花 香附 丹皮 甘草

经行情志异常

每值经前或经期出现烦躁易怒,或情志抑郁,悲伤欲哭,坐卧不宁,经后又复如常人者,称为“经行神志异常”。

本病属西医学经前期紧张综合征范畴。

主要发病机理是痰火、郁热或心血素虚,值月经周期的生理变化,扰动心神或心神失养而致。常见的分型有心血不足、肝经郁热和痰火上扰。

经行神志异常证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
心血不足型	经前或经期,精神恍惚,心神不宁,无故悲伤,心悸失眠,月经量少,色淡,舌淡,苔薄白,脉细	补血养心,安神定志	甘麦大枣汤(《金匱要略》)合养心汤(《证治准绳》),去川芎、半夏曲、甘草 小麦 大枣 黄芪 茯苓 茯神 当归 川芎 半夏 柏子仁 远志 五味子 人参 酸枣仁 肉桂
肝经郁热型	经前或经期,烦躁易怒,或抑郁不乐,头晕目眩,口苦咽干,胸胁胀满,不思饮食,月经量多,色鲜红,舌红,苔黄,脉弦数	清肝泻热,解郁安神	丹栀逍遥散加川楝子、生龙齿、代赭石
痰火上扰型	经前或经期,精神狂躁,语无伦次,头痛失眠,心胸烦闷,不思饮食,舌红,苔黄腻,脉滑数有力	豁痰开窍,清心安神	温胆汤(《三因极…病证方论》)加黄连、胆星、石菖蒲。半夏 竹茹 枳实 陈皮 甘草 茯苓 生姜 大枣

经行口糜

每值经前或经期,口舌生疮、糜烂者,称“经行口糜”。

发病机理主要是火热内蕴,值月经期冲脉气盛,气火上逆,灼伤口舌而致。其分型有阴虚火旺和胃中积热。

经行口糜证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
阴虚火旺型	经前或经期,口舌生疮,糜烂疼痛,五心烦热,颧红潮热,口燥咽干,失眠多梦,月经量少,色鲜红,舌红,苔少,脉细数	滋阴降火	知柏地黄丸(《医宗金鉴》)加麦冬、五味子。知母 黄柏 熟地 山药 山茱萸 茯苓 泽泻 丹皮
胃中积热型	经前或经期,口舌生疮,糜烂疼痛,口气秽臭,口渴饮冷,大便秘结,舌红,苔黄厚,脉滑数	清胃泻火	凉膈散(《和剂局方》)。大黄 朴硝 甘草 山栀子 薄荷 黄芩 连翘 淡竹叶

经行痞瘤

每值经前或经期,皮肤起红色疹块,瘙痒异常者,称“经行痞瘤”。又称“经

行风疹块”。

主要病机是风邪值经期的气血变化急骤之际,搏于肌肤腠理之间而发。常见的分型有血虚和风热。

经行痞瘕证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血虚型	经行风疹团块瘙痒,入夜尤甚,肌肤少泽,头晕眼花,失眠怔忡,月经量少,色淡质稀,面色无华,舌淡,苔薄,脉细无力	养血祛风,调经止痒	当归饮子(《证治准绳》)。当归 川芎 白芍 生地 防风 荆芥 黄芪 甘草 白蒺藜 何首乌
风热型	经行风疹团块,疹色焮红,瘙痒异常,感风遇热其痒尤甚,口干喜饮,尿黄便结,舌红,苔黄,脉浮数	疏风清热,调经止痒	清风散(《外科正宗》)。荆芥 防风 当归 生地 苦参 苍术 蝉蜕 木通 胡麻仁 生知母 石膏 生甘草 牛蒡子

经断前后诸证

妇女在绝经前后,出现烘热面赤,进而汗出,精神倦怠,烦躁易怒,头晕目眩,耳鸣心悸,失眠健忘,腰背酸痛,手足心热,或伴有月经紊乱等与绝经有关的症状,称“经断前后诸证”。又称“绝经前后诸证”。这些证候常参差出现,发作次数和时间无规律性,病程长短不一,短者数月,长者可迁延数年以至十数年不等。

本病相当于西医学的更年期综合征,双侧卵巢切除或放射治疗后双侧卵巢功能衰竭者,也可出现更年期综合征的表现。

本病的发生与绝经前后的生理特点有密切关系。妇女 49 岁前后,肾气由盛渐衰,天癸由少渐至衰竭,冲任二脉也随之衰少,在此生理转折时期,受内、外环境的影响,如素体阴阳有所偏胜偏衰,素性抑郁,宿有痼疾,或家庭、社会等环境改变,易导致肾阴阳失调而发病。

“肾为先天之本”,又“五脏相移,穷必及肾”,故肾阴阳失调,每易波及其他脏腑,而其他脏腑病变,久则必然累及于肾,故本病之本在肾,常累及心、肝、脾等多脏、多经,致使本病证候复杂。常见的分型有肾阴虚和肾阳虚。

经断前后诸证证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾阴虚型	经断前后,头晕耳鸣,腰酸腿软,烘热汗出,五心烦热,失眠多梦,口燥咽干,或皮肤瘙痒,月经周期紊乱,量多或少,经色鲜红,舌红,苔少,脉细数	滋肾益阴,育阴潜阳	六味地黄丸(《小儿药证直诀》)加生龟甲、生牡蛎、石决明。熟地 山药 山茱萸 茯苓 丹皮 泽泻
肾阳虚型	经断前后,头晕耳鸣,腰痛如折,腹冷阴坠,形寒肢冷,小便频数或失禁,带下量多,月经失调,量多或少,色淡质稀,精神萎靡,面色晦黯,舌淡,苔白滑,脉沉细而迟	温肾壮阳,填精养血	右归丸。

经 断 复 来

妇女自然绝经2年以上,又见阴道流血者,称“经断复来”。又称“年老经水复行”。

本病相当于西医学的绝经后出血。若生殖道恶性病变引起者,预后不良,故应

给予足够的重视。

妇女49岁前后,肾气虚,天癸竭,太冲脉衰少,地道不通,故经水断绝。如素体气阴两虚,邪气内伏,致冲任不固,则可发生本病。常见的分型有气虚、阴虚、血热和血瘀。

经断复来证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	自然绝经2年以上经水复来,血量较多,色淡质稀,小腹空坠,神疲乏力,气短懒言,面色㿔白,舌淡红,苔薄白,脉缓弱	补气养血,固冲止血	安老汤(《傅青主女科》)人参 黄芪 白术 当归 熟地 山茱萸 阿胶 黑芥穗 香附 木耳炭 甘草
阴虚型	自然绝经2年以上经水复来,量不多,色鲜红,五心烦热,两颧潮红,夜睡不宁,咽干口燥,阴中干涩或灼热疼痛,皮肤或外阴瘙痒,大便燥结,舌红,苔少,脉细数	滋阴凉血,固冲止血	清血养阴汤(《妇科临床手册》)
血热型	自然绝经2年以上经水复来,色鲜红,质稠,带下增多,色黄,有臭味,口苦口干,小便短赤,大便秘结,舌红,苔黄,脉弦滑	清热凉血,固冲止血	益阴煎(《医宗金鉴》)加生牡蛎、茜根、地榆。生地 知母 黄柏 生龟甲 砂仁 炙甘草
血瘀型	自然绝经2年以上经水复来,血色紫黯有块,量多少不一,小腹疼痛拒按,或胞中有癥块,舌紫黯,脉弦涩或涩而有力	活血化瘀,固冲止血	当归丸(《圣济总录》)。当归 芍药 吴茱萸 大黄 干姜 附子 细辛 丹皮 川芎 虻虫 水蛭 厚朴 桃仁 桂枝

带 下 病

带下的量明显增多,色、质、气味发生异常,或伴全身、局部症状者,称为“带下病”,又称“下白物”、“流秽物”。

相当于西医学的阴道炎、子宫颈炎、盆腔炎、妇科肿瘤等疾病引起的带下增多。

主要病因是“湿”邪,如(《傅青主女科》)说:“夫带下俱是湿症”。湿有内外

之别。外湿指外感之湿邪,如经期涉水淋雨,感受寒湿,或产后胞脉空虚,摄生不洁,湿毒邪气乘虚内侵胞宫,以致任脉损伤,带脉失约,引起带下病。内湿的产生与脏腑气血功能失调有密切的关系。脾虚运化失职,水湿内停,下注任带;肾阳不足,气化失常,水湿内停,又关门不固,精液下滑;素体阴虚,感受湿热之邪,伤及任带。总之,带下病系湿邪为患;而脾肾功能失常又是发病的内在条件;病位主

要在前阴、胞宫；任脉损伤，带脉失约是带下病的核心机理。《妇人大全良方》中指出“人有带脉，横于腰间，如束带之

状，并生于此，故名为带。”临床常见分型有脾阳虚、肾阳虚、阴虚挟湿、湿热下注、湿毒蕴结五种。

带下病证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
脾阳虚型	带下量多，色白或淡黄，质稀薄，无臭气，绵绵不断，神疲倦怠，四肢不温，纳少便溏，两足跗肿，面色㿔白，舌质淡，苔白腻，脉缓弱	健脾益气 升阳除湿	完带汤(《傅青主女科》)。白术 山药 人参 白芍 苍术 甘草 陈皮 黑芥穗 柴胡 车前子
肾阳虚型	带下量多，色白清冷，稀薄如水，淋漓不断，头晕耳鸣，腰痛如折，畏寒肢冷，小腹冷感，小便频数，夜间尤甚，大便溏薄，面色晦黯，舌淡润，苔薄白，脉沉细而迟	温肾助阳 涩精止带	内补丸(《女科切要》)。鹿茸 菟丝子 潼蒺藜 黄芪 白蒺藜 紫苑 肉桂 桑螵蛸 肉苁蓉 制附子
阴虚挟湿型	带下量不甚多，色黄或赤白相兼，质稠或有臭气，阴部干涩不适，或灼热感，腰膝痠软，头晕耳鸣，颧红唇赤，五心烦热，失眠多梦，舌红，苔少或黄腻，脉细数	滋阴益肾 清热祛湿	知柏地黄丸加芡实、金樱子。
湿热下注型	带下量多，色黄，粘稠，有臭气，或伴阴部搔痒，胸闷心烦，口苦咽干，纳食较差，小腹或少腹作痛，小便短赤，舌红，苔黄腻，脉濡数	清热利湿 止带	止带方(《世补斋医书·不谢方》)。猪苓 茯苓 车前子 泽泻 茵陈 赤芍 丹皮 黄柏 栀子 牛膝
湿毒蕴结型	带下量多，黄绿如脓，或赤白相兼，或五色杂下状如米泔，臭秽难闻，小腹疼痛，腰骶酸痛，口苦咽干，小便短赤，舌红，苔黄腻，脉滑数	清热解毒 除湿	五味消毒饮(《医宗金鉴》)加上茯苓、薏苡仁。蒲公英 金银花 野菊花 紫花地丁 天葵子

妊 娠 病

妊娠恶阻

妊娠早期，出现严重的恶心呕吐，头晕厌食，甚则食入即吐者，称为“妊娠恶阻”。又称“妊娠呕吐”、“子病”、“病儿”、“阻病”等。

本病相当于西医学的妊娠剧吐。恶阻是妊娠早期常见的病证之一。治疗及时，护理得法，多数患者可迅速康复，预后大多良好。

本病的主要机理是“冲气上逆，胃失和降”。常见的分型有胃虚、肝热、痰滞等。

妊娠恶阻证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
胃虚型	妊娠早期,恶心呕吐,吐出食物,甚则食入即吐,脘腹胀闷,不思饮食,头晕体倦,怠惰思睡,舌淡,苔白,脉缓滑无力	健胃和中,降逆止呕	香砂六君子汤(《名医方论》)。人参 白术 茯苓 甘草 半夏 陈皮 木香 砂仁 生姜 大枣
肝热型	妊娠早期,呕吐酸水或苦水,胸胁满闷,暖气叹息,头晕目眩,口苦咽干,渴喜冷饮,便秘溲赤,舌红,苔黄燥,脉弦滑数	清肝和胃,降逆止呕	加味温胆汤(《医宗金鉴》)。陈皮 制半夏 茯苓 甘草 枳实 竹茹 黄芩 黄连 麦冬 芦根 生姜
痰滞型	妊娠早期,呕吐痰涎,胸膈满闷,不思饮食,口中淡腻,头晕目眩,心悸气短,舌淡胖,苔白腻,脉滑	化痰除湿,降逆止呕	青竹茹汤(《济阴纲目》)。鲜竹茹 橘皮 白茯苓 半夏 生姜

妊 娠 腹 痛

妊娠期间,出现以小腹疼痛为主的病症,称为“妊娠腹痛”,亦称“胞阻”。

妊娠腹痛是孕期常见病,若不伴有下血证,一般预后良好。若痛久不止,病势

日进,也可损伤胎元,甚则发展为堕胎、小产。

发病主要机理是胞脉阻滞,气血运行不畅。不通则痛为实,不荣而痛为虚。常见分型有血虚、虚寒、气郁等。

妊娠腹痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血虚型	妊娠小腹隐隐作痛,头晕心悸,失眠多梦,面色萎黄,舌淡,苔薄白,脉细滑	补血养血止痛安胎	当归芍药散(《金匮要略》)去泽泻,加党参。当归 白芍 川芎 白术 茯苓 泽泻
虚寒型	妊娠小腹冷痛,喜温喜按,形寒肢冷,倦怠无力,面色白,舌淡,苔白,脉细滑	暖宫止痛养血安胎	胶艾汤(《金匮要略》)。阿胶 艾叶 当归 川芎 白芍 干地黄 甘草
气郁型	妊娠小腹胀痛,情志抑郁,或烦躁易怒,伴胸胁胀满,舌红,苔薄,脉弦滑	舒肝解郁止痛安胎	逍遥散加苏梗、陈皮。

异 位 妊 娠

凡孕卵在子宫体腔以外着床发育,称为“异位妊娠”,亦称“宫外孕”。但两者

含义稍有不同,宫外孕指子宫以外的妊娠,如输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠;异位妊娠指孕卵位于正常着床部位之外的妊娠,还可包括宫颈妊

娠、间质部妊娠及子宫残角妊娠。因此异位妊娠的名称含义更广。

中医学文献中没有“异位妊娠”和“宫外孕”的病名，但在“停经腹痛”“少腹瘀血”、“经漏”、“经闭”及“癥瘕”等病证中有类似症状的描述。

异位妊娠中以输卵管为最常见，约占90%~95%，故本节以其为例叙述。当输卵管妊娠破裂后，可造成急性腹

腔内出血，发病急，病情重，处理不当可危及生命，是妇产科常见急腹症之一。

发病机理与少腹宿有瘀滞，冲任不畅，或先天肾气不足等有关。由于孕卵未能移行胞宫，在输卵管内发育，以致胀破脉络，阴血内溢于少腹，发生血瘀、血虚、厥脱等一系列证候。

异位妊娠证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
未破损期	停经后可有早孕反应，或下腹一侧有隐痛，双合诊可触及一侧附件有软性包块，有压痛，尿妊娠试验为阳性。脉弦滑	活血化瘀，消癥杀胚	宫外孕Ⅱ号方(山西医学院附属第一医院)。丹参 15g 赤芍 15g 桃仁 9g 三棱 莪术各 3~6g
休克型	突发下腹剧痛，面色苍白，四肢厥逆，或冷汗淋漓，恶心呕吐，血压下降或不稳定，有时烦躁不安，脉微欲绝或细数无力	益气固脱，活血祛瘀	生脉散(《内外伤辨惑论》)合宫外孕Ⅰ号方(山西医学院附属第一医院)。生脉散：人参(重用) 麦冬 五味子加宫外孕Ⅰ号；丹参 赤芍 桃仁
不稳定型	腹痛拒按，腹部有压痛及反跳痛，但逐渐减轻，可触及界线不清的包块，兼有少量阴道流血，血压平稳，脉细缓	活血祛瘀为主	宫外孕Ⅰ号方(见休克型)
包块型	腹腔血肿包块形成，腹痛逐渐减轻，可有下腹坠胀或便意感，阴道出血逐渐停止，脉细涩	破瘀消癥	宫外孕Ⅱ号方(见未破损期)。

胎 漏

妊娠期，阴道少量出血，时下时止，或淋漓不断，而无腰痠腹痛者，称为“胎漏”。亦称“胞漏”或“漏胎”等。

本病发生在妊娠早期，类似于西医学的先兆流产。经过治疗出血迅速停止，兼证消失，多能继续妊娠。反之，若阴道流

血逐渐增多，兼证加重，结合有关检查，确属胎堕难留者，切不可再行安胎，宜以去胎益母为要。本病若发生在妊娠中、晚期，则类似于西医学的前置胎盘，诊疗中应予高度重视。

主要机理是冲任不固，不能摄血养胎。常见分型有肾虚、气虚、血热等。

胎漏证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾虚型	妊娠期,阴道少量下血,色淡质稀,头晕耳鸣,腰膝酸软,小便频数,舌淡,苔白,脉沉滑无力	补肾固冲,止血安胎	寿胎丸(《医学衷中参西录》)加艾叶炭。菟丝子 桑寄生 续断 阿胶
气虚型	妊娠期,阴道少量下血,色淡红,质稀薄,神疲肢倦,气短懒言,面色㿔白,舌淡,苔薄白,脉滑无力	益气养血,固冲止血	固下益气汤(《临证指南医案》)。人参 白术 熟地 阿胶 白芍 炙甘草 砂仁 艾叶炭
血热型	妊娠期,阴道下血,色深红或鲜红,质稠,心烦少寐,口渴饮冷,溲黄便结,面红唇赤,舌红,苔黄,脉滑数	清热凉血,固冲止血	加味阿胶汤(《医宗金鉴》)去当归。阿胶 艾叶 生地 白芍 当归 杜仲 白术 黑栀子 侧柏叶 黄芩

胎 动 不 安

妊娠期,出现腰酸腹痛,胎动下坠,或阴道少量流血者,称为“胎动不安”。又称“胎气不安”。

本病类似于西医学的先兆流产、先兆早产。胎动不安是临床常见的妊娠病之

一。经过安胎治疗,腰痠腹痛消失,出血迅速停止,多能继续妊娠。若因胎元有缺陷而致胎动不安者,胚胎不能成形,故不宜进行保胎治疗。

主要机理是冲任气血失调,胎元不固。常见分型有肾虚、气虚、血虚、血热、外伤和癥瘕伤胎等。

胎动不安证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾虚型	妊娠期,腰酸腹痛,胎动下坠,或伴阴道少量流血,色黯淡,头晕耳鸣,两膝酸软,小便频数,或曾屡有堕胎,舌淡,苔白,脉沉细而滑	补肾益气,固冲安胎	寿胎丸加党参、白术
气虚型	妊娠期,腰酸腹痛,小腹空坠,或阴道少量流血,色淡质稀,精神倦怠,气短懒言,面色㿔白,舌淡,苔薄,脉缓滑	益气固冲安胎	举元煎加续断、桑寄生、阿胶
血虚型	妊娠期,腰酸腹痛,胎动下坠,阴道少量流血,头晕眼花,心悸失眠,面色萎黄,舌淡,苔少,脉细滑	补血固冲安胎	芩根汤(《妇人大全良方》)加续断、桑寄生。干地黄 苎麻根 当归 芍药 阿胶 甘草

续表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血热型	妊娠期,腰酸腹痛,胎动下坠,阴道少量流血,血色深红或鲜红,心烦少寐,渴喜冷饮,便秘溲赤,舌红,苔黄,脉滑数	清热凉血, 固冲安胎	保阴煎
外伤型	妊娠期,跌仆闪挫,或劳力过度,继发腰腹疼痛,胎动下坠,或伴阴道流血,精神倦怠,脉滑无力	益气养血, 固肾安胎	加味圣愈汤(《医宗金鉴》) 当归 白芍 川芎 熟地 人参 黄芪 杜仲 续断 砂仁
癥瘕伤胎型	孕后阴道不时少量下血,色红或黯红,胸腹胀满,少腹拘急,甚则腰酸胎动下坠,皮肤粗糙,口干不欲饮,舌黯红或边尖有瘀斑,苔白,脉沉弦或沉涩	祛瘀消癥, 固冲安胎	桂枝茯苓丸(《金匮要略》) 加续断、杜仲。桂枝 茯苓 赤芍 丹皮 桃仁

滑 胎

有些古代医著所言滑胎,是指临产催生的方法,不是“滑胎”病证。

凡堕胎、小产连续发生3次以上者,称为“滑胎”。亦称“数堕胎”。

主要机理是冲任损伤,胎元不固,或胚胎缺陷,不能成形。故而屡孕屡堕。常见分型有肾气亏损和气血两虚等。

本病类似于西医学的习惯性流产。但

滑胎证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾气亏损型	屡孕屡堕,甚或如期而堕,头晕耳鸣,腰酸膝软,精神萎靡,夜尿频多,目眶暗黑,或面色晦暗,舌淡,苔白,脉沉弱	补肾固冲 安胎	补肾固冲丸(《中医学新编》)。菟丝子 续断 巴戟天 杜仲 当归 熟地 鹿角霜 枸杞子 阿胶 党参 白术 大枣 砂仁
气血两虚型	屡孕屡堕,头晕眼花,神倦乏力,心悸气短,面色苍白,舌淡,苔薄,脉细弱	益气养血 安胎	泰山磐石散(《景岳全书》) 人参 黄芪 当归 续断 黄芩 川芎 白芍 熟地 白术 炙甘草 砂仁 糯米

堕胎、小产

成形而自然殒堕者,称为“小产”。

凡妊娠12周内,胚胎自然殒堕者,称为“堕胎”;妊娠12~28周内,胎儿已

堕胎、小产相当于西医学的早期流产和晚期流产。

发生机理主要是胎结不实,胎元不固,终

致殒堕离胞而下。发生原因基本于胎漏、胎动不安相同,且多由胎漏、胎动不安发展而来;也有直接发生堕胎、小产者。常见分型有肾气虚弱、气血不足、热病伤胎、跌仆伤胎。

堕胎、小产证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
胎殒难留型	胎堕难留多由胎漏、胎动不安发展而来,此时阴道流血增多,腹痛腹坠加重;妇科检查宫颈口已开大,有时可见胎囊堵塞于宫颈口,继续妊娠已不可能;舌紫黯或边有瘀点,脉沉弦	祛瘀下胎	脱花煎(《景岳全书》)加益母草、当归、川芎、肉桂、牛膝、红花、车前子
胎堕不全型	胎殒之后,尚有部分残留宫腔内;阴道流血持续不止,甚至大量出血,腹痛阵作;妇科检查,宫口开大,有时可见组织物堵塞于子宫颈口,子宫体积小于妊娠月份;舌淡红,苔薄白,脉沉细无力	益气祛瘀	脱花煎加人参、益母草、炒蒲黄

胎死不下

胎死胞中,历时过久,不能自行产出者,称为“胎死不下”。亦称“胎死不能出”。

本病相当于西医学的过期流产及妊娠中晚期的死胎。胎死不下是临床常见病之

一,确诊后,应及时处理。死胎稽留宫腔过久,容易发生凝血机制障碍,导致弥散性血管内凝血,可危及孕妇生命。

胎死不下的机理不外虚实两方面,虚者气血虚弱,无力运胎外出;实者瘀血、湿浊阻滞碍胎排出。常见分型有气血虚弱、瘀血阻滞、湿阻气机。

胎死不下证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	孕期胎死胞中不下,小腹隐痛,或有冷感,或阴道流淡红色血水,头晕眼花,心悸气短,精神倦怠,面色苍白,舌淡,苔白,脉细弱	益气养血,活血下胎	救母丹(《傅青主女科》)加人参、当归、川芎、益母草、赤石脂、荆芥穗(炒黑)
瘀血阻滞型	孕期胎死胞中不下,小腹疼痛,或阴道流血,紫黯有块,面色青黯,舌紫黯,脉沉涩	行气活血,祛瘀下胎	脱花煎加芒硝
湿阻气机型	孕期胎死胞中不下,小腹冷痛,阴中流出粘腻黄汁,胸腹满闷,口出秽气,精疲嗜睡,苍白厚腻,脉濡缓	健脾除湿,行气下胎	平胃散(《和剂局方》)加芒硝、枳实、苍术、厚朴、陈皮、甘草

胎 萎 不 长

妊娠腹形小于相应妊娠月份，胎儿存活而生长迟缓者，称为“胎萎不长”。亦称“胎不长”、“妊娠胎萎燥”。

本病相当于西医学的“胎儿宫内生长

迟缓”。

主要机理是父母禀赋虚弱，或孕后将养失宜，以致胞脏虚损，胎养不足，而生长迟缓。常见分型有肾气亏损、气血虚弱、阴虚血热。

胎萎不长证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾气亏损型	妊娠腹形小于妊娠月份，胎儿存活，头晕耳鸣，腰膝酸软，或形寒畏冷，手足不温，倦怠无力，舌淡，苔白，脉沉细	补肾益气，填精养胎	寿胎丸加党参、覆盆子、桑椹子
气血虚弱型	妊娠腹形小于妊娠月份，胎儿存活，身体羸弱，头晕心悸，少气懒言，面色苍白，舌淡，苔少，脉细弱	补气养血，育胎	胎元饮加续断、枸杞子
阴虚血热型	妊娠腹形小于妊娠月份，胎儿存活，颧红唇赤，手足心热，烦躁不安，口干喜饮，舌红而干，脉细数	滋阴清热，养血育胎	保阴煎加枸杞子、桑椹子

鬼 胎

妊娠数月，腹部异常增大，隐隐作痛，阴道反复流血或下水泡如虾蟆子者，称为“鬼胎”。亦称“伪胎”。

本病相当于西医学的葡萄胎、侵蚀性葡萄胎。葡萄胎患者多有不规则的阴道流

血，大量出血时可导致休克。葡萄胎和侵蚀性葡萄胎有恶变可能，因此，葡萄胎术后应随访和避孕2年。

主要机理是素体虚弱，七情郁结，湿浊凝滞不散，精血虽凝而终不成形，遂为鬼胎。常见分型有气血虚弱、气滞血瘀、寒湿郁结、痰浊凝滞。

鬼胎证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	孕期，阴道不规则流血，量多，色淡，质稀，腹大异常，时有腹部隐痛，无胎动胎心，神疲乏力，头晕眼花，心悸失眠，面色苍白，舌淡嫩，脉细弱	益气养血，活血下胎	救母丹加枳壳、牛膝
气滞血瘀型	孕期，阴道不规则流血，量少不爽，或量多，血色紫黯有块，腹大异常，时有腹部胀痛，拒按，无胎动胎心，胸胁胀满，烦躁易怒，舌紫黯或有瘀点，脉涩或沉弦	理气活血，祛瘀下胎	荡鬼汤（《傅青主女科》）。 人参 当归 大黄 川牛膝 雷丸 红花 丹皮 枳壳 厚朴 桃仁

续表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
寒湿郁结型	孕期,阴道不规则流血,量少,色紫黯有块,腹大异常,小腹冷痛,无胎动胎心,形寒肢冷,苔白腻,脉沉紧	散寒除湿, 逐水下胎	芫花散(《妇科玉尺》)。芫花 吴茱萸 秦艽 白僵蚕 柴胡 川乌 巴戟
痰浊凝滞型	孕期,阴道不规则流血,量少色黯,腹大异常,无胎动胎心,形体肥胖,胸胁满闷,呕恶痰多,舌淡,苔腻,脉滑	化痰除湿, 行气下胎	平胃散加芒硝、枳壳

胎 气 上 逆

本病类似于西医学妊娠合并心脏病,或妊娠合并呼吸系统感染。

妊娠胸腹胀满,甚或喘急,烦躁不安者,称为“胎气上逆”。亦名“胎上逼心”、“子悬”。

主要机理是血气失和,以致胎气上逆,气机不利,壅塞胸腹而致病。常见分型有肝气犯脾和肺胃积热。

胎气上逆证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝气犯脾型	妊娠期,胸腹胀满,甚或喘急不安,心烦易怒,食少噎气,心悸乏力,大便溏薄,苔薄腻,脉弦缓	疏肝健脾, 理气行滞	紫苏饮(《普济本事方》)。紫苏 陈皮 大腹皮 当归 白芍 川芎 人参 甘草
肺胃积热型	妊娠期,胸腹胀满,甚或喘急不安,咳唾黄痰粘稠,口渴口臭,小便短赤,大便秘结,舌红,苔黄,脉滑数	清肺胃热, 降逆化痰	芩术汤(《女科秘诀大全》)加瓜蒌、桑白皮、栀子、枳壳。黄芩 白术

胎 水 肿 满

亦称“子满”。

本病相当于西医学的羊水过多。

妊娠胎水过多,腹大异常,胸膈胀满,甚或喘不得卧者,称为“胎水肿满”。

主要机理是脾失健运,水渍胞中所致。常见分型有脾气虚弱和气滞湿郁。

胎水肿满证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
脾气虚弱型	孕期胎水过多,腹大异常,腹皮急而发亮,下肢及阴部水肿,严重时全身浮肿,食少腹胀,神疲肢软,面色淡黄,舌淡,苔白,脉沉滑无力	健脾渗湿 养血安胎	鲤鱼汤(《千金要方》)鲤鱼 白术 白芍 当归 茯苓 生姜

续表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气滞湿郁型	孕期胎水过多,腹大异常,胸膈胀满,甚则喘不得卧,肢体肿胀,皮色不变,按之压痕不显,苔薄腻,脉弦滑	理气行滞 利水除湿	茯苓导水汤(《医宗金鉴》)去槟榔。茯苓 猪苓 缩砂 木香 陈皮 泽泻 白术 木瓜 大腹皮 桑白皮 苏叶

妊 娠 肿 胀

妊娠中晚期,肢体面目发生肿胀者,称为“妊娠肿胀”。亦称“子肿”。《医宗金鉴》根据肿胀部位及程度不同,分别有子气、子肿、皱脚、脆脚等名称。如在妊娠7~8个月后,只是脚部轻度浮肿,无其他不适者,为妊娠晚期常见现象,可不必治疗,产后自消。

本病类似于西医学的妊娠高血压综合

征轻症、妊娠水肿。

妊娠肿胀是孕妇多发病,做好产前检查,加强营养,适当休息,对减轻本病的发展程度有重要意义。若不伴有高血压、蛋白尿者,预后良好。严重者可致子晕、子痫。

主要机理不外虚实两个方面,虚者脾肾阳虚,水湿内停;实者气滞湿郁,泛溢肌肤,以致肿胀,常见分型有脾虚、肾虚和气滞三种。

妊娠肿胀证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
脾虚型	妊娠数月,面浮肢肿,甚则遍身俱肿,皮薄光亮,按之凹陷,脘腹胀满,气短懒言,口中淡腻,食欲不振,小便短少,大便溏薄,舌体胖嫩,边有齿痕,苔薄白或薄腻,脉缓滑无力	健脾除湿 行水消肿	白术散(《全生指迷方》)白术 茯苓 大腹皮 生姜皮 橘皮
肾虚型	妊娠数月,面浮肢肿,下肢尤甚,按之没指,头晕耳鸣,腰酸无力,下肢逆冷,心悸气短,小便不利,面色晦黯,舌淡,苔白滑,脉沉迟	补肾温阳 化气行水	五苓散(《伤寒论》) 加山药、菟丝子。桂枝 白术 茯苓 猪苓 泽泻
气滞型	妊娠数月,肢体肿胀,始肿两足,渐及与腿,皮色不变,压痕不显,头晕胀痛,胸膈胀满,饮食减少,苔薄腻,脉弦滑	理气行滞 化湿消肿	天仙藤散(《妇人大全良方》)天仙藤 香附 陈皮 甘草 乌药 生姜 木瓜 紫苏叶

妊 娠 心 烦

妊娠期间,烦闷不安,郁郁不乐,或烦躁易怒者,称为“妊娠心烦”。亦名

“子烦”。

主要机理是火热乘心。其火热有阴虚火旺、痰火内蕴、肝经郁火的不同。

妊娠心烦证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
阴虚火旺型	妊娠心中烦闷,坐卧不宁,午后潮热,手足心热,口干咽燥,渴不多饮,小便短黄,舌红,苔少或苔薄黄而干,脉细数而滑	养阴清热 除烦	人参麦冬散(《妇人秘科》) 人参 麦冬 茯苓 黄芩 知母 生地 炙甘草 竹茹
痰火内蕴型	妊娠烦闷不安,甚则心悸胆怯,头晕目眩,胸脘满闷,恶心呕吐痰涎,苔黄而腻,脉滑数	清热涤痰 除烦	竹沥汤(《千金要方》)竹沥 麦冬 黄芩 茯苓 防风
肝经郁火型	妊娠烦闷不安,或烦躁易怒,头晕目眩,口苦咽干,两胁胀痛,常欲太息,舌红,苔薄黄,脉弦数而滑	舒肝清热 除烦	丹栀逍遥散去当归,加黄芩、竹茹

妊 娠 眩 晕

妊娠中晚期,头晕目眩,或伴面浮肢肿,甚者昏眩欲厥,称为“妊娠眩晕”。亦称“子眩”、“子晕”。

本病类似于西医学的妊娠高血压综合征(轻者似妊娠高血压,重者似先兆子痫)或妊娠合并原发性高血压病引起的眩

晕。妊娠眩晕较为常见,属产科重症之一。及时、正确的治疗,预后大多良好;否则病情加重,可发展为“子痫”。

主要机理是阴虚阳亢,上扰清窍;亦可因气郁痰滞,清阳不升;或气血虚弱,清窍失养而引起眩晕。常见分型有肝肾阴虚、气郁痰滞、气血虚弱。

妊娠眩晕证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝肾阴虚型	妊娠中晚期,头晕目眩,视物模糊,心中烦闷,颧红唇赤,口燥咽干,手足心热,甚或猝然昏倒,顷刻即醒,舌红,苔少,脉弦细数	滋阴补肾 平肝潜阳	杞菊地黄丸加龟甲、牡蛎、石决明
气郁痰滞型	妊娠中晚期,头晕目眩,胸闷心烦,两胁胀满,呕逆泛恶,时吐痰涎,面浮肢肿,倦怠嗜卧,甚则视物昏花,不能站立,苔白腻,脉弦滑而缓	健脾理气 化痰熄风	半夏白术天麻汤
气血虚弱型	妊娠中晚期,头晕眼花,心悸健忘,少寐多梦,神疲乏力,气短懒言,面色苍白或萎黄,舌淡,脉细弱	益气养血	八珍汤

妊 娠 痫 证

妊娠晚期,或临产时及新产后,眩晕

头痛,突然昏不知人,两目上视,牙关紧闭,四肢抽搐,腰背反张,少顷可醒,醒后复发,甚或昏迷不醒者,称为“妊娠痫

证”。亦称“子痫”。

本病相当于西医学中的重度妊娠高血压综合征中的子痫。子痫是产科危急重症，做好产前检查，对预防子痫的发生和

发展有重要意义。子痫一旦发生，严重威胁母婴生命。

主要机理是肝阳上亢，肝风内动；或痰火上扰，蒙蔽清窍。

妊娠痫证证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝风内动型	妊娠晚期，或临产时及新产后，头痛眩晕，突然昏仆不知人，两目上吊，牙关紧闭，四肢抽搐，腰背反张，时作时止，或良久不省，手足心热，颧赤息粗，舌红或绛，苔无或花剥，脉弦细而数或弦劲有力	养阴清热 平肝熄风	羚角钩藤汤(《重订通俗伤寒论》)羚羊角 桑叶 川贝母 生地 钩藤(后下) 菊花 茯神 白芍 生甘草 鲜竹茹
痰火上扰型	妊娠晚期，或临产时及新产后，头痛胸闷，突然昏仆不知人，两目上吊，牙关紧闭，口流涎沫，面浮肢肿，息粗痰鸣，四肢抽搐，腰背反张，时作时止，舌红，苔黄腻，脉弦滑而数	清热开窍 豁痰熄风	半夏白术天麻汤送服安宫牛黄丸(《温病条辨》)安宫牛黄丸：牛黄 郁金 水牛角 黄连 黄芩 山梔 朱砂 雄黄 冰片 麝香 珍珠 金箔衣

妊 娠 咳 嗽

妊娠期间，咳嗽或久咳不已者，称为“妊娠咳嗽”。亦称“子嗽”。

本病类似于西医学的妊娠合并上呼吸

道感染、急慢性支气管炎或肺结核等引起的咳嗽。

主要机理是肺失濡润，清肃失职。常见分型有阴虚、痰饮、外感三种。

妊娠咳嗽证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
阴虚型	妊娠期间，咳嗽不已，干咳无痰，甚或咳嗽带血，口干咽燥，手足心热，舌红，苔少，脉细滑数	养阴润肺 止咳安胎	百合固金汤(《医方集解》引赵戴庵方)百合 熟地 生地 麦冬 白芍 当归 贝母 生甘草 玄参 桔梗
痰饮型	妊娠期间，咳嗽痰多，胸闷气促，甚则喘不得卧，神疲纳呆，苔白腻，脉濡滑	健脾除湿 化痰止咳	六君子汤(《和剂局方》)党参 白术 茯苓 甘草 半夏 陈皮 生姜 大枣
外感型	妊娠期间，咳嗽痰稀，鼻塞流涕，头痛恶寒，骨节酸楚，苔薄白，脉浮滑	祛风散寒 宣肺止咳	桔梗散(《妇人大全良方》)天门冬 桑白皮 桔梗 紫苏 赤茯苓 麻黄 贝母 人参 甘草

妊娠失音

“子瘖”。

妊娠期间，因妊娠而出现声音嘶哑，甚或不能出声，称为“妊娠失音”。亦称

主要机理是肺肾阴虚，不能上荣喉舌而致失音。喉者肺之门户；舌者肾脉之所系。常见分型有肺阴亏虚、肾阴不足。

妊娠失音证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肺阴亏虚型	妊娠后期，声音嘶哑，甚至不能出声，口干咽燥，或呛咳气逆，潮热盗汗，两颧潮红，舌红，苔少，脉细滑而数	养阴润燥 清肺开声	养金汤（《沈氏尊生书》）生地 阿胶 杏仁 知母 沙参 麦冬 桑白皮 蜂蜜
肾阴不足型	妊娠后期，声音嘶哑，甚或不能出声，咽喉干燥，头晕耳鸣，腰膝酸软，手足心热，舌红，苔少或花剥，脉细滑而数	滋肾养阴 清热润肺	麦味地黄丸（《医级》）熟地 山药 山萸肉 泽泻 茯苓 丹皮 麦冬 五味子

妊娠小便淋痛

妊娠期间，尿频、尿急、淋漓涩痛者，称为“妊娠小便淋痛”。亦称“子淋”。

本病相当于西医学的妊娠合并尿道

炎、膀胱炎、肾盂肾炎等泌尿系统感染的疾病。妊娠小便淋痛是临床常见的妊娠合并症。

主要机理是膀胱郁热、气化失司。常见分型有阴虚津亏、心火偏亢，下焦湿热三种。

妊娠小便淋痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
阴虚津亏型	妊娠期间，小便频数，淋漓涩痛，量少色黄，午后潮热，手足心热，大便干结，颧赤唇红，舌红，苔少或无苔，脉细滑而数	滋阴清热 润燥通淋	知柏地黄丸
心火偏亢型	妊娠期间，小便频数，艰涩而痛，尿量少，色深黄，面赤心烦，甚者口舌生疮，舌红，苔薄黄，脉细滑数	清心泻火 润燥通淋	导赤清心汤（《通俗伤寒论》）鲜生地 辰茯神 木通 麦冬 粉丹皮 益元散 淡竹叶 辰灯心 莲子心 童便
下焦湿热型	妊娠期间，突感小便频急，尿色黄赤，艰涩不利，灼热刺痛，甚或腰痛，口苦咽干，渴喜冷饮，胸闷食少，面色黄垢，舌红，苔黄腻，脉滑数	清热利湿 润燥通淋	加味五淋散（《医宗金鉴》）黑栀子 赤茯苓 当归 白芍 黄芩 甘草梢 生地 泽泻 车前子 木通 滑石

胎位不正

妊娠后期(32周以后)发生胎先露及胎位异常者,称为“胎位不正”。或称“胎位异常”。

本病相当于西医学的胎先露及胎位异

常,其中以臀位及横位多见。胎位不正是造成难产的主要因素之一,通过定期的产前检查,可以及早发现和纠正异常胎位。

主要由于气虚或气滞,使胎气失和所致。

胎位不正证治归纳表

证型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	妊娠后期,胎位不正,精神疲倦,气短懒言,小腹下坠,面色㿔白,舌淡,苔白,脉滑缓	益气养血 安胎转胎	八珍汤加黄芪、续断、枳壳
气滞型	妊娠后期,胎位不正,胁肋胀痛,时轻时重,精神抑郁,胸闷嗳气,苔薄微腻,脉弦滑	理气行滞 安胎转胎	保产神效方(《傅青主女科》)全当归 川芎 厚朴 菟丝子 川贝母 枳壳 羌活 荆芥穗 黄芪 艾叶 炙草 白芍 生姜

过期不产

妊娠足月逾期2周以上尚未临产者,称为“过期不产”。

本病相当于西医学的过期妊娠。过期

不产可影响胎儿、婴儿预后,其围产儿死亡率明显高于足月分娩者。

主要机理是气血虚弱或气滞血瘀,以致妊娠过期不产。

过期不产证治归纳表

证型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	妊娠足月,逾期半月未产,头晕眼花,神疲乏力,气短懒言,心悸怔忡,面色苍白,舌淡嫩,脉细弱无力	益气养血 活血送胎	八珍汤加香附、枳壳、牛膝
气滞血瘀型	妊娠足月,逾期半月未产,胸腹胀满不舒,烦躁易怒,下腹疼痛拒按,舌紫黯或有瘀点,脉弦涩有力	行气活血 促胎产出	催生安胎救命散(《卫生家宝产科备要》)乌药 前胡 菊花 蓬莪术 当归 米醋

临产病

难产

妊娠足月临产时,胎儿不能顺利娩出

者,称为“难产”。古称“产难”。

中医学关于难产的论述,与西医学产力异常、产道异常、胎位异常和胎儿异常的难产是一致的。本节论述的气血失调难产,基本相当于西医学的产力异常的难产。

气血失调难产的机理主要有虚、实两方面，虚者是气虚不运而难产，实者是湿瘀阻滞而难产。常见的分型有肾气虚弱、气血虚弱、气滞血瘀、气滞湿郁等四型。

难产证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾气虚弱型	产时阵痛微弱，宫缩不强，产程过长，腰酸重，头晕耳鸣，努责无力，舌淡，苔薄润，脉细滑	补肾降气 开窍催产	神效催生丹(《卫生家宝产科备要》)、 腊月兔脑髓1枚(去皮膜研如泥) 冰片5g(另研，代麝香) 乳香末12.5g(另研) 母丁香5g(极细末)
气血虚弱型	产时阵痛微弱，宫缩不强，产程过长，神倦乏力，心悸气短，或用力过早，努责无力，面色苍白，舌淡，苔薄，脉虚大或细弱	补气养血 润胎催产	送子丹(《傅青主女科》)生黄芪 当归 麦冬 熟地 川芎
气滞血瘀型	产时腰腹持续胀痛，疼痛剧烈，宫缩虽强，但无规律、无推力，久产不下，精神紧张，烦躁不安，胸闷脘胀，时欲呕恶，面色紫黯，舌黯红，苔薄白，脉弦大或至数不匀	行气化瘀 滑胎催产	催生立应散(《济阴纲目》)车前子 当归 冬葵子 白芷 牛膝 大腹皮 枳壳 川芎 白芍药
气滞湿郁型	产时腰腹持续胀痛，疼痛难忍，宫缩虽强，但无规律无推力，久产不下，面浮肢肿，头晕目眩，心悸气短，胸膈满闷，恶心呕吐，舌黯，苔白腻，脉弦滑或滑大	理气化湿 滑胎催产	神效达生散(《达生篇》)苏梗 当归 白芍 甘草 川芎 枳壳 白术 陈皮 贝母 大腹皮 冬葵子 葱白

胞衣先破

妊娠足月，临产前或临产早期腹痛刚作，胞衣已破，而胎儿久不产者，称“胞衣先破”。亦称“胞浆先破”。

胞衣先破与西医学的胎膜早破有相近处，但又不尽相同。中医学强调的是妊娠足月临产前或临产早期腹痛刚发作时的

胎膜先破；而西医学则认为临产前破膜者即是胎膜早破，未强调必须是妊娠足月，可发生在任何孕龄期。

病因主要有内、外两个方面。在内则由于产妇气血不足、胞衣脆薄。在外则由于产程指导不当，用力过早、过猛而破；或接生检查不慎损伤胞衣而破。常见分型有气血虚弱、气滞血瘀二型。

胞衣先破证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	临产前或刚临产，胞衣先破，羊水流尽，产道干涩，阵痛微弱，产程过长，神疲乏力，心悸气短，舌淡，苔薄，脉虚大或细弱	补气养血 润胎催产	蔡松汀难产方(经验方)黄芪(蜜炙) 当归 茯神 党参 龟甲(醋炙) 川芎 白芍(酒炒) 枸杞 水煎，只取头煎，顿服
气滞血瘀型	临产前或刚临产，胞衣先破，羊水流尽，产道干涩，阵痛难忍，产程过长，烦躁不安，胸闷脘胀，舌黯红，苔薄白，脉弦大或至数不匀	行气化瘀 滑胎催产	济生汤(《达生篇》)枳壳 香附 甘草 当归 苏子 川芎 大腹皮

胞衣不下

胎儿娩出后经过半小时胎盘不能自然娩出者,称为“胞衣不下”。亦称“息胞”。本病相当于西医学的胎盘稽留。胞

衣,即今之胎盘与胎膜的总称。

引起本病的机理,虚者由于气虚不能传送;实者由于血瘀阻碍或寒凝血滞,以致胞衣不下。常见分型有气虚、血瘀、寒凝三种。

胞衣不下证治归纳表

证型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	产儿后,胞衣久不下,小腹坠胀,有包块按之不硬,阴道流血量多色淡,或有血块,神倦乏力,头晕眼花,心悸气短,面色㿔白,舌淡,苔薄,脉缓弱	补气养血 理气下胞	生化加参汤(《傅青主女科》)人参 当归 川芎 白术 香附
血瘀型	产儿后,胞衣久不下,小腹疼痛,有包块拒按,阴道出血量多,色黯有块,血块下后痛减,舌紫黯,或有瘀斑紫点,苔薄脉弦涩有力	活血化瘀 通利下胞	牛膝汤(《妇人大全良方》)牛膝 瞿麦 当归 通草 滑石 葵子
寒凝型	产儿后,胞衣久不下,小腹冷痛,有包块拒按,得温痛减,阴道流血量少,血色黯红,形寒肢冷,面色青白,舌黯苔白,脉沉紧	温经行滞 活血下胞	八味黑神散(《卫生家宝产科备要》)熟地黄 白芍药 当归 干姜 肉桂 蒲黄 黑豆 炙甘草

子死腹中

妊娠足月,临产前或临产中子死腹中,历时过久,不能自行产出者,称为“子死腹中”。又称“死产”。

本病相当于西医学的“死产不下”。

子死腹中的机理不外虚实两方面,虚者气血虚弱,子婴缺少气血供应;实者气滞血瘀,阻滞气血供应,最后导致子死腹中。常见分型有气血虚弱和气滞血瘀。

子死腹中证治归纳表

证型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	临产前或临产中子死腹中,久产不下,小腹隐痛或冷感,疲倦乏力,头晕眼花,心悸气短,或阴道流血量多,色淡,面色苍白,舌黯淡,苔薄白,脉虚大	益气养血 活血下胎	救母丹(《傅青主女科》)人参 当归 川芎 益母草 赤石脂 芥穗(炒黑)
气滞血瘀型	临产前或临产中子死腹中,久产不下,小腹胀痛剧烈,并感冷凉,精神紧张,烦躁不安,时欲呕恶,口干不欲饮,面色紫黯,舌青黑,苔白腻,脉弦涩有力	行气活血 祛瘀下胎	脱花煎加枳壳、厚朴

产后病

产后血晕

产妇分娩后突然头晕眼花,不能起

坐,或心胸满闷,恶心呕吐,痰涌气急,甚则神昏口噤,不省人事,称为“产后血晕”,以称“产后血运”。

本病相当于西医学产后出血引起的虚脱、休克,妊娠合并心脏病产后心衰,或

羊水栓塞等病证。是产后危急重症之一。若救治不及时, 往往危及产妇生命, 或因气血虚衰而变生他疾。

主要病机不外虚实两端, 阴血暴亡, 心神失养; 或瘀血停滞, 气逆攻心。

产后血晕证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血虚气脱型	新产去血过多, 突然昏晕, 面色苍白, 心悸懊闷, 甚则昏不知人, 眼闭口开, 手撒肢冷, 冷汗淋漓, 舌淡, 苔少, 脉微欲绝或浮大而虚	益气固脱	清魂汤(《丹溪心法》)人参、荆芥、泽兰叶、川芎、甘草
血瘀气逆型	产后恶露不下, 或下也甚少, 小腹疼痛拒按, 甚则心下满闷, 气粗喘促, 恶心呕吐, 神昏口噤, 不省人事, 两手握拳, 面色青紫, 唇舌紫黯, 脉涩有力	活血逐瘀	夺命散(《妇人大全良方》)加当归、川芎、没药、血竭

产 后 血 崩

产妇分娩后, 突然阴道大量出血者, 称为“产后血崩”。

本病基本相当于西医学的产后出血, 它与产后宫缩乏力、软产道损伤、胎盘胎膜部分残留、凝血功能障碍有关。若救治

不及时, 可引起虚脱, 甚至危及产妇的生命, 为产后危急重症之一。如系胎盘、胎膜部分残留宫内, 或软产道损伤所引起的产后阴道大量出血时, 应及时手术止血。

主要机理有气虚血失统摄; 瘀血留滞新血不得归经; 或产伤损伤脉络。

产后血崩证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	新产后, 突然阴道大量出血, 血色鲜红, 头晕目眩, 心悸怔忡, 气短懒言, 肢冷汗出, 面色苍白, 舌淡, 脉虚数	补气固冲, 摄血止崩	升举大补汤(《傅青主女科》)去黄连加地榆炭、乌贼骨、黄芪、白术、陈皮、人参、炙草、升麻、当归、熟地、麦冬、川芎、白芷、黑芥穗
血瘀型	新产后, 突然阴道大量下血, 挟有血块, 小腹疼痛拒按, 血块下后腹痛减轻, 舌淡黯, 或有瘀点瘀斑, 脉沉涩	活血祛瘀, 理血归经	化瘀止崩汤(《中医妇科学》)炒蒲黄、五灵脂、益母草、南沙参、当归、川芎、三七粉
产伤型	新产后, 突然阴道大量下血, 血色鲜红, 持续不止, 软产道有裂伤, 面色苍白, 舌淡, 苔薄, 脉细数	益气养血, 生肌固经	牡蛎散(《证治准绳》)煅牡蛎、川芎、熟地黄、白茯苓、龙骨、续断、当归、炒艾叶、人参、五味子、地榆、甘草

产 后 腹 痛

产妇分娩后, 小腹疼痛者, 称为“产后腹痛”。又称“儿枕痛”。

本病相当于西医学的产后宫缩痛及产褥感染引起的腹痛。

产后腹痛的主要机理有不荣而痛与不通而痛虚实两端。

产后腹痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血虚型	产后小腹隐隐作痛,喜按喜揉,恶露量少,色淡,头晕眼花,心悸怔忡,大便秘结,舌淡红,苔薄白,脉细弱	养血益气	肠宁汤(《傅青主女科》)当归、熟地、阿胶、人参、山药、续断、麦冬、肉桂、甘草
血瘀型	产后小腹疼痛拒按,得热痛减,恶露量少,色紫黯,挟有血块,块下痛减,形寒肢冷,面色青白,舌淡黯,脉沉紧或沉弦	温经活血,祛瘀止痛	生化汤(《傅青主女科》)当归、川芎、桃仁、炮姜、炙甘草
热结型	产后小腹疼痛拒按,或灼热疼痛,恶露初则量多,继则量少,色紫黯或如败脓,其气秽臭,高热不退,口渴欲饮,大便秘结,小便短赤,舌红绛,苔黄而燥,或起芒刺,脉弦数	泻热逐瘀,活血止痛	大黄牡丹皮汤(《金匮要略》)大黄、牡丹皮、桃仁、冬瓜仁、芒硝

产 后 痉 证

产褥期内,突然项背强直,四肢抽搐,甚则口噤不开,角弓反张者,称为“产后痉证”。又称“产后发痉”、“产后痉风”。

本病血虚型相当于西医学的产后搐搦症,感染邪毒型相当于西医学产后“破伤风”。后者病情变化迅速,若治不及时,常可危及产妇生命。

主要发病机理有二:一是亡血伤津,筋脉失养;二是邪毒感染,直窜筋脉。

产后痉证证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
阴血亏虚	产后出血过多,突然头项强直,四肢抽搐,牙关紧闭,面色苍白,舌淡红,苔少或无苔,脉细无力	滋阴养血,柔肝熄风	三甲复脉汤(《温病条辨》)炙甘草、干地黄、白芍、阿胶、麦门冬、生牡蛎、生鳖甲、生龟甲、天麻、钩藤
邪毒感染型	产后头项强痛,发热恶寒,牙关紧闭,口角抽动,而呈苦笑,继而项背强直,角弓反张,舌正常,苔薄白,脉浮而弦	解毒镇痉,理血祛风	五虎追风散(《史全恩家传方》)蝉衣、天南星、天麻、全蝎、僵蚕

产 后 发 热

产褥期内,高热寒战或发热持续不退,并伴有其他症状者,称为“产后发热”。

本病感染邪毒型发热,相当于西医学

产褥感染。其重症,可危及产妇的生命,应予重视。

引起产妇发热的原因很多,而与本病关系密切的主要病因病机有感染邪毒,正邪交争;外邪袭表,营卫不和;阴血骤虚,阳气外散;败血停滞,营卫不通。

产后发热证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
感染邪毒型	产后发热恶寒,或高热寒战,小腹疼痛拒按,恶露初时量多,继则量少,色紫黯,或如败脓,其气臭秽,心烦不宁,口渴喜饮,小便短赤,大便燥结,舌红,苔黄而干,脉数有力	清热解毒,凉血化瘀	解毒活血汤(《医林改错》)。连翘、葛根、柴胡、枳壳、当归、赤芍、生地、红花、桃仁、甘草加银花、黄芩
外感型	产后发热恶寒、头痛身疼,鼻塞流涕,咳嗽,苔薄白,脉浮紧	养血祛风,散寒解表	荆防四物汤(《医宗金鉴》)。荆芥、防风、川芎、当归、白芍、地黄、苏叶
血虚型	产后失血过多,身有微热,头晕眼花,心悸少寐,恶露或多或少,色淡质稀,小腹绵绵作痛,喜按,舌淡红,脉细弱	养血益气,和营退热	八珍汤加地骨皮、黄芪
血瘀型	产后乍寒乍热,恶露不下,或下亦甚少,色紫黯有块,小腹疼痛拒按,舌紫黯,或瘀点瘀斑,脉弦涩有力	活血祛瘀,和营除热	血府逐瘀汤

产 后 身 痛

产褥期内,出现肢体、关节酸痛、麻木、重着者,称为“产后身痛”。亦称“遍身痛”、“产后关节痛”。

本病类似于西医学风湿、类风湿引起的关节痛。

本病的发生与产后营血亏虚,或风寒湿邪稽留有关。

产后身痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血虚型	产后遍身酸痛,肢体麻木,关节酸楚,头晕心悸,舌淡,苔少,脉细无力	补血益气,宣络止痛	黄芪桂枝五物汤加当归、鸡血藤
血瘀型	产后遍身疼痛,或关节刺痛,按之痛甚,恶露量少色黯,小腹疼痛拒按,舌紫黯,苔薄白,脉弦涩	养血活络,行瘀止痛	生化汤加桂枝、牛膝
外感型	产后遍身疼痛,项背不舒,关节不利,或痛处游走不定,或冷痛剧烈,恶风畏寒,或关节肿胀、重着,或肢体麻木,舌淡,苔薄白,脉浮紧	养血祛风,散寒除湿	独活寄生汤(《千金要方》)独活、桑寄生、秦艽、防风、细辛、当归、川芎、白芍、干地黄、桂心、茯苓、杜仲、人参、牛膝、甘草

恶 露 不 绝

产后恶露持续3周以上,仍淋漓不尽者,称为“恶露不绝”。又称“恶露不尽”、“恶露不止”。

本病相当于西医学晚期产后出血。

发病机理主要为冲任不固。恶露乃血所化,出于胞中而源于血海。气虚冲任不固;血热损伤冲任;或血瘀冲任,血不归经,均可导致恶露不绝。

恶露不绝证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	产后恶露过期不止,量多,色淡红,质稀,无臭味,精神倦怠,四肢无力,气短懒言,小腹空坠,面色㿔白,舌淡,苔薄白,脉缓弱。	益气摄血	补中益气汤加阿胶、艾叶、乌贼骨
血热型	产后恶露过期不止,量较多,色深红,质稠粘,气臭秽,口燥咽干,面色潮红,舌红,苔少,脉细数无力。	养阴清热,凉血止血	保阴煎加煅牡蛎、炒地榆
血瘀型	产后恶露过期不止,淋漓量少,色黯有块,小腹疼痛拒按,块下痛减,舌紫黯,或有瘀点,脉弦涩	活血化瘀,理血归经	生化汤加牡蛎、茜草、三七

产后小便不通

产后小便点滴而下,甚或闭塞不通,小腹胀急疼痛者,称为“产后小便不通”。

本病相当于西医学的产后尿潴留。以

初产妇、难产、产程长及手术助产者多见,是产后常见疾病之一。

小便的正常排出,有赖膀胱气化的调节。膀胱气化不利,可致小便不通。常见分型有气虚、肾虚、气滞、血瘀。

产后小便不通证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	产后小便不通,小腹胀急疼痛,精神萎靡,气短懒言,面色㿔白,舌淡,苔薄白,脉缓弱	益气生津,宣肺行水	补气通脬饮(《女科辑要》)。黄芪、麦冬、通草
肾虚型	产后小便不通,小腹胀急疼痛,坐卧不宁,腰膝酸软,面色晦黯,舌淡,苔薄润,脉沉细无力,尺脉弱	补肾温阳,化气行水	济生肾气丸(《济生方》)。炮附子、茯苓、泽泻、山茱萸、炒山药、车前子、牡丹皮、官桂、川牛膝、熟地黄
气滞型	产后小便不通,小腹胀痛,情志抑郁,或胸胁胀痛,烦闷不安,舌苔正常,脉弦	理气行滞,行水利尿	木通散(《妇科玉尺》)。枳壳、槟榔、木通、滑石、冬葵子、甘草
血瘀型	产后小便不通,小腹胀满刺痛,乍寒乍热,舌黯,苔薄白,脉沉涩	养血活血,祛瘀利尿	加味四物汤(《医宗金鉴》)。熟地、白芍、当归、川芎、蒲黄、瞿麦、桃仁、牛膝、滑石、甘草梢、木香、木通

产后小便频数与失禁

产后小便次数增多,甚至日夜数十次,称为“小便频数”。小便自遗,滴沥而下,不能约束者,称为“小便失禁”。

两者临床表现虽不相同,其原因则一,故合并论述之。后者类似于西医学的产后尿失禁,或膀胱阴道瘘。

产后小便频数与失禁的主要发病机理为膀胱失约。常见的分型有气虚、肾虚和产伤。

产后小便频数与失禁证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	产后小便频数,或失禁,气短懒言,倦怠乏力,小腹下坠,面色不华,舌淡,苔薄白,脉缓弱	益气固摄	黄芪当归散(《医宗金鉴》)人参、白术、黄芪、当归、白芍、甘草、猪尿脬加山茱萸、益智仁
肾虚型	产后小便频数,或失禁,夜尿尤多,头晕耳鸣,腰膝酸软,面色晦黯,舌淡,苔白滑,脉沉细无力,两尺尤弱	温阳化气,补肾固脬	肾气丸(《金匮要略》)附子、桂枝、干地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮加益智仁、桑螵蛸
产伤型	小便失禁,或从阴道漏出,或尿中挟血,有难产、手术助产史,舌质正常,苔薄,脉缓	益气养血,生肌补脬	完胞饮(《傅青主女科》)人参、白术、茯苓、生黄芪、当归、川芎、桃仁、红花、益母草、白及、猪脬、羊脬

产后大便难

产后饮食如常,大便数日不解,或艰涩难以解出者,称为“产后大便难”。又

称“产后便秘”、“产后大便不通”。

多由血虚津亏,肠燥失润;或脾肺气虚,传导无力所致。

产后大便难证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
血虚津亏型	产后大便干燥,或数日不解,腹无胀痛,心悸少寐,肌肤不润,面色萎黄,舌淡,苔薄白,脉细弱	养血润燥,清肠通便	四物汤(《和剂局方》)熟地、当归、川芎、白芍加肉苁蓉、柏子仁、火麻仁
脾肺气虚型	产后大便数日不解,或努责难出,神倦乏力,气短汗多,舌淡,苔薄白,脉缓弱	补脾益肺,润肠通便	润燥汤(《万氏妇人科》)人参、甘草、归身、生地、枳壳、火麻仁、桃仁泥、槟榔汁

缺 乳

哺乳期内,产妇乳汁甚少,或全无,称为“缺乳”。亦称“乳汁不行”,或“乳

汁不足”。

发病机理一为化源不足,二为瘀滞不行。常见分型有气血虚弱、肝气郁滞。

缺乳证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气血虚弱型	产后乳少,甚或全无,乳汁清稀,乳房柔软,无胀满感,神倦食少,面色无华,舌淡,苔少,脉细弱	补气养血,佐以通乳	通乳丹(《傅青主女科》)人参、生黄芪、当归、麦冬、木通、桔梗、七孔猪蹄
肝气郁滞型	产后乳汁涩少,浓稠,或乳汁不下,乳房胀痛疼痛,情志抑郁,胸胁胀闷,食欲不振,或身有微热,舌正常,苔薄黄,脉弦细或弦数	疏肝解郁,活络通乳	下乳涌泉散(《清太医院配方》)当归、川芎、天花粉、白芍药、生地黄、柴胡、青皮、漏芦、桔梗、通草、白芷、穿山甲、王不留行、甘草

乳汁自出

哺乳期内,乳汁不经婴儿吮吸而自然流出者,称为“乳汁自出”。如果乳母体壮,乳汁颇十,乳胀时便有少量溢乳;或

非授乳时间,乳母思欲授乳则乳自出;或断乳之初,乳汁难断而自出者,均不为病。

发病机理主要为胃气不固,乳失摄纳;或肝经郁热,迫乳自出。

乳汁自出证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚失摄型	乳汁自出,量少,质清稀,乳房柔软,神倦乏力,面色不华,舌淡,苔少,脉缓弱	益气固摄	补中益气汤加芡实、五味子
肝经郁热型	乳汁自出,量多,质浓稠,乳房胀硬疼痛,情志抑郁,胸胁胀满,烦躁易怒,口苦咽干,大便秘结,小便短赤,舌红,苔薄黄,脉弦数	舒肝解郁,清热敛乳	丹栀逍遥散加生牡蛎、夏枯草

妇 科 杂 病

不 孕 症

女子婚后夫妇同居两年以上,配偶生殖功能正常,未避孕而未受孕者;或曾孕育过,未避孕又两年以上未再受孕者,称为“不孕症”。前者称为“原发性不孕症”,后者称为“继发性不孕症”。古称前者为“全不产”,后者为“断绪”。

西医学认为女性原因引起的不孕症,主要与排卵功能障碍、盆腔炎症、盆腔肿

瘤和生殖器官畸形等疾病有关。中医学对女性先天生理缺陷和畸形的不孕总结了五种不育——“五不女”,即螺(又作骡)、纹、鼓、角、脉五种,其中除脉之外,均非药物治疗所能奏效的,故不属本节论述范畴。

男女双方在肾气盛,天癸至,任通冲盛的条件下,女子月事以时下,男子精气溢泻,两性相合,便可媾成胎孕。可见不孕主要与肾气不足,冲任气血失调有关。临床常见有肾虚、肝郁、痰湿、血瘀等类型。

不孕症证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾气虚型	婚久不孕,月经不调,经量或多或少,头晕耳鸣,腰酸腿软,精神疲倦,小便清长,舌淡,苔薄,脉沉细,两尺尤甚	补肾益气填精益髓	毓麟珠(《景岳全书》)人参、白术、茯苓、芍药、川芎、炙甘草、当归、熟地、菟丝子(制)、鹿角霜、杜仲(酒炒)、川椒
肾阳虚证	婚久不孕,月经后期,量少色淡,甚则闭经,平时白带量多,腰痛如折,腹冷肢寒,性欲淡漠,小便频数或不禁,面色晦黯,舌淡,苔白滑,脉沉细而迟或沉迟无力	温肾助阳化湿固精	温胞饮(《傅青主女科》)巴戟天、补骨脂、菟丝子、肉桂、附子、杜仲、白术、山药、芡实、人参

续表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾阴虚证	婚久不孕,月经错后,量少色淡,头晕耳鸣,腰酸腿软,眼花心悸,皮肤不润,面色萎黄,舌淡,苔少,脉沉细	滋肾养血 调补冲任	养精种玉汤(《傅青主女科》)大熟地(酒蒸)、当归(酒洗)、白芍(酒炒)、山萸肉(蒸熟)
肝郁型	多年不孕,月经愆期,量多少不定,经前乳房胀痛,胸胁不舒,小腹胀痛,精神抑郁,或烦躁易怒,舌红,苔薄,脉弦	疏肝解郁 理血调经	百灵调肝汤(《百灵妇科》)当归、赤芍、牛膝、通草、川楝子、瓜蒌、皂刺、枳实、青皮、甘草、王不留行
痰湿型	婚久不孕,形体肥胖,经行延后,甚或闭经,带下量多,色白质粘无臭,头晕心悸,胸闷泛恶,面色晄白,苔白腻,脉滑	燥湿化痰 理气调经	启宫丸(经验方)制半夏、苍术、香附(童便浸炒)、茯苓、神曲(炒)、陈皮、川芎
血瘀型	多年不孕,月经后期,量少或多,色紫黑,有血块,经行不畅,甚或漏下不止,少腹疼痛拒按,经前痛剧,舌紫黯,或舌边有瘀点,脉弦涩	活血化瘀 温经通络	少腹逐瘀汤(《医林改错》)小茴香、干姜、延胡索、没药、当归、川芎、肉桂、赤芍、蒲黄、五灵脂

子 宫 脱 垂

子宫从正常位置向下移位,甚至完全脱出于阴道口外,称为“子宫脱垂”。又称为“阴脱”、“阴菌”、“阴挺”、“子宫脱

出”等。本病常发生于劳动妇女,以产后损伤多见。

主要机理是冲任不固,提摄无力。常见的分型有气虚、肾虚。

子宫脱垂证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	子宫下移,或脱出阴道口外,劳则加剧,小腹下坠,神倦乏力,少气懒言,小便频数,或带下量多,色白质稀,面色少华,舌淡,苔薄,脉缓弱	补气升提	补中益气汤加枳壳
肾虚型	子宫下移,或脱出阴道口外,小腹下坠,小便频数,腰酸腿软,头晕耳鸣,舌淡,苔薄,脉沉细	补肾固脱	大补元煎加鹿角胶、升麻、枳壳

妇 人 腹 痛

妇女不在行经、妊娠及产后期间发生小腹或少腹疼痛,甚则痛连腰骶者,称为“妇人腹痛”。亦称“妇人腹中痛”。

本病相当于西医学的盆腔炎、子宫颈炎、子宫肥大症及盆腔瘀血症等引起的腹

痛。

主要机理为冲任虚衰,胞脉失养,“不荣则痛”,及冲任阻滞,胞脉失畅,“不通则痛”。临床常见的有肾阳虚衰、血虚失荣、气滞血瘀、湿热蕴结及寒湿凝滞等类型。

妇人腹痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肾阳虚衰型	小腹冷痛下坠,喜温喜按,腰酸膝软,头晕耳鸣,畏寒肢冷,小便频数,夜尿量多,大便不实。舌淡,苔白滑,脉沉弱	温肾助阳 暖宫止痛	温胞饮(《傅青主女科》)巴戟天、补骨脂、菟丝子、肉桂、附子、杜仲、淮山药、白术、人参、芡实
血虚失荣型	小腹隐痛、喜按,头晕眼花,心悸少寐,大便燥结,面色萎黄,舌淡,苔少,脉细无力	补血养营 和中止痛	当归建中汤(《千金翼方》)当归、桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣、饴糖
气滞血瘀型	小腹或少腹胀痛,拒按,胸胁乳房胀痛,脘腹胀满,食欲欠佳,烦躁易怒,时欲太息,舌紫黯或有紫点,脉弦涩	行气活血 化瘀止痛	牡丹散(《妇人大全良方》)牡丹皮、桂心、当归、延胡索、莪术、牛膝、赤芍、荆三棱
湿热瘀结型	小腹疼痛拒按,有灼热感,或有积块,伴腰骶胀痛,低热起伏,带下最多,黄稠,有臭味,小便短黄。舌红,苔黄腻,脉弦滑而数	清热除湿 化瘀止痛	清热调血汤加败酱草、薏苡仁、土茯苓
寒湿凝滞型	小腹冷痛,痛处不移,得温痛减,带下量多,色白质稀,形寒肢冷,面色青白,舌淡,苔白腻,脉沉紧	散寒除湿 化瘀止痛	少腹逐瘀汤加苍术、茯苓

癥 瘕

妇女下腹有结块,或胀,或满,或痛者,称为“癥瘕”。癥与瘕,病变性质有所不同。癥,坚硬成块,固定不移,推揉不散,痛有定处,病属血分;瘕,痞满无形,时聚时散,推揉转动,痛无定处,病属气分。但就其临床所见,每有先因气聚,日久则血瘀成癥,因此不能把它们截

然分开,故前人每以癥瘕并称。

本病相当于西医学的女性生殖系统肿瘤、盆腔炎性包块、子宫内膜异位症等。若小腹肿块质地坚硬,凸凹不平,固定不移,增长速度快者,多为恶性。结合辅助检查,确诊为恶性肿瘤者则预后不良。

多因脏腑不和,气机阻滞,瘀血内停,气聚为瘕,血结为癥。以气滞、血瘀、痰湿及毒热为多见。

癥瘕证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气滞型	小腹有包块,积块不坚,推之可移,时聚时散,或上或下,时感疼痛,痛无定处,小腹胀满,胸闷不舒,精神抑郁,月经不调,舌红,苔薄,脉沉弦	疏肝解郁, 行气散结	香棱丸(《济生方》)木香、丁香、三棱、莪术、枳壳、青皮、川楝子、小茴香
血瘀型	小腹有包块,积块坚硬,固定不移,疼痛拒按,肌肤少泽,口干不欲饮,月经延后或淋漓不断,面色晦黯,舌紫黯,苔厚而干,脉沉涩有力	活血破瘀, 散结消癥	桂枝茯苓丸(《金匱要略》)桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、赤芍

续表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
痰湿型	小腹有包块,按之不坚,或时作痛,带下量多,色白质粘稠,胸脘痞闷,时欲呕恶,经行愆期,甚或闭而不行,舌淡胖,苔白腻,脉弦滑	除湿化痰,散结消癥	散聚汤(《妇科秘诀大全》)半夏、橘皮、茯苓、当归、杏仁、桂心、槟榔、甘草加赤苏、丹皮、丹参
毒热型	小腹有包块拒按,下腹及腰骶疼痛,带下量多,色黄或五色杂下,可伴经期提前或延长,经血量多,经前腹痛加重,烦躁易怒,发热口渴,便秘溲黄,舌红,苔黄腻,脉弦滑数	解毒除湿,破瘀消癥	银花败菜饮(《中医妇科治疗学》)银花、败菜、土茯苓、炒荆芥、甘草

脏 躁

妇女精神抑郁,心中烦乱,无故悲伤欲哭,或哭笑无常,呵欠频作者,称为“脏躁”。

本病相当于西医学的癔病。

主要机理是内伤于心,或心血不足,神无所依;或五志火动,上扰心神。经云:“心藏神,神有余则笑不休,神不足则悲。”临床以心气不足,心肾不交为多见。

脏躁证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
心气不足型	心中烦乱,悲伤欲哭,少寐多梦,呵欠频作,心悸气短,倦怠乏力,不思饮食,舌淡,苔薄,脉细弱	养心安神,和中缓急	甘麦大枣汤(《金匱要略》)甘草、小麦、大枣
心肾不交型	哭笑无常,呵欠频作,头晕耳鸣,心悸少寐,手足心热,口干不欲多饮,腰酸膝软,便秘溲赤,舌红,苔少,脉弦细数	滋阴清热,养心安神	天王补心丹

前 阴 病

阴 痒

妇女外阴及阴道瘙痒,甚则痒痛难忍,坐卧不宁,或伴带下增多者,称为“阴痒”。亦称“阴门瘙痒”。

本病相当于西医学“外阴瘙痒症”、

“外阴炎”、“阴道炎”及“外阴营养不良”。

主要机理有虚、实两个方面。因肝肾阴虚、精血亏损、外阴失养而致阴痒,属虚证;因肝经湿热下注,带下浸渍阴部,或湿热生虫,虫蚀阴中以致阴痒,为实证。常见分型有肝肾阴虚、肝经湿热、湿虫滋生三型。

阴痒证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝肾阴虚型	阴部干涩,奇痒难忍,或阴部皮肤变白,增厚或萎缩,皲裂破溃,五心烦热,头晕目眩,时有烘热汗出,腰酸腿软,舌红,苔少,脉弦细而数	调补肝肾,滋阴降火	知柏地黄丸加制首乌、白鲜皮

续表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝经湿热型	阴部瘙痒灼痛,带下量多,色黄如脓,稠粘臭秽,头晕目眩,口苦咽干,心烦不宁,便秘溲赤,舌红,苔黄腻,脉弦滑而数	泻肝清热,除湿止痒	龙胆泻肝汤
湿虫滋生型	阴部瘙痒,如虫行状,甚则奇痒难忍,灼热疼痛,带下量多,色黄呈泡沫状,或色白如豆腐渣状,臭秽,心烦少寐,胸闷呃逆,口苦咽干,小便黄赤,舌红,苔黄腻,脉滑数	清热利湿,解毒杀虫	萆薢渗湿汤加白头翁、苦参、防风

阴 肿

本病相当于西医学的外阴炎、前列腺大腺炎、前庭大腺囊肿、外阴血肿。

外阴部及外阴一侧或两侧,肿胀疼痛者,称为“阴肿”。亦称“阴户肿痛”。

本病多因肝经湿热,下注阴部;或因手术创伤,或外伤致局部瘀肿。

阴肿证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝经湿热型	外阴红肿胀痛,常伴有发热,两胁胀痛,口苦咽干,小便短赤,大便不爽,舌红,苔黄而腻或黄厚,脉弦数或濡数	清肝利湿,消肿止痛	龙胆泻肝汤加蒲公英、紫花地丁
外伤型	外阴红肿热痛,或局部血肿,有外伤史,舌正常或稍黯,脉正常	活血化瘀,消肿止痛	血府逐瘀汤加三七

阴 疮

本病相当于西医学的非特异性外阴溃疡、前庭大腺炎脓肿破溃、外阴肿瘤继发感染等疾病。

妇人阴户生疮,甚则溃疡,脓水淋漓,局部肿痛者,称为“阴疮”。又称“阴蚀”。

多因湿热下注,蕴结成毒;或因正气虚弱,寒湿凝结而成。

阴疮证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
湿热型	阴部生疮,红肿热痛,甚则溃烂流脓,粘稠臭秽,头晕目眩,口苦咽干,身热心烦,大便干结,舌红,苔黄,脉滑数	泻肝清热,解毒除湿	龙胆泻肝汤加土茯苓、蒲公英
寒湿型	阴疮坚硬,皮色不变,或有疼痛,溃后脓水淋漓,神疲倦怠,食少纳呆,舌淡,苔白腻,脉细弱	温经化湿,活血散结	阳和汤(《外科全生集》)加苍术、茯苓、莪术、皂角刺。熟地、鹿角胶、姜炭、肉桂、麻黄、甘草、白芥子

阴 痛

女子阴中或阴户抽掣疼痛,甚至连及少腹、两乳者,称为“阴痛”。又称“阴中痛”、“阴户痛”、“小户嫁痛”、“嫁痛”等。

前阴乃宗筋所聚之处,冲任与足三阴经亦循此而过。肝主筋,肾司二阴,故阴痛的发生与肝肾有着密切的关系。常见有肝肾亏损、肝郁气滞、肝经湿热、寒滞肝脉等型。

阴痛证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
肝肾亏损型	阴中抽掣疼痛,或下涩疼痛,带下量少或无,腰酸腿软,头晕耳鸣,两目干涩,神倦乏力,舌淡,苔薄,脉沉细	滋养肝肾,缓急止痛	当归地黄饮加煅牡蛎、白芍、延胡索
肝郁气滞型	阴中掣痛,连及少腹,甚则两胁、乳房牵引作痛,烦躁易怒,胸闷太息,舌红,苔薄,脉弦	疏肝解郁,理气止痛	逍遥散加川楝子、香附、延胡索
肝经湿热型	阴部疼痛,带下量多,色黄如脓,稠粘臭秽,头晕目眩,口苦咽干,渴喜冷饮,便秘溲赤,舌红,苔黄腻,脉弦滑而数	泻肝清热,除湿止痛	龙胆泻肝汤加黄柏、郁金
寒滞肝脉型	阴部拘急抽掣,痛不可忍,畏寒肢冷,周身关节疼痛,舌黯,苔白,脉沉紧	温经散寒,行滞止痛	川楝汤(《竹林女科》)去槟榔、泽泻。川楝子、大茴香、小茴香、猪苓、泽泻、白术、乌药、槟榔、乳香、延胡索、木香、麻黄、姜、葱

阴 吹

妇女阴道中时时出气,或气出有声,状如矢气者,称为“阴吹”。

多因中气不足,谷道欠利;胃肠燥化,腑气不通;气机紊乱,腑气不循常道;或因脾阳不运,痰湿停聚,阻遏腑气下泄而致阴吹。

阴吹证治归纳表

证 型	主要临床表现	治疗原则	代表方药
气虚型	阴吹声音低沉,时断时续,神倦乏力,气短懒言,胃脘痞闷,或小腹下坠,面色㿠白,舌淡,苔白,脉缓弱	健脾益气,升清降浊	补中益气汤加枳壳
胃燥型	阴吹簌簌有声,口燥咽干,大便燥结,腹部胀满,舌红,苔黄,脉滑数	泻热润燥,理气导滞	麻子仁丸(《金匱要略》)麻子仁、芍药、枳实、大黄、厚朴、杏仁、白蜜
气郁型	阴吹有声,时轻时重,精神忧郁,烦躁易怒,胸胁、少腹胀痛,暖气食少,时欲叹息,舌正常,苔薄白,脉弦或弦涩	疏肝理脾,开郁行气	逍遥散加枳壳
痰湿型	阴吹而带下量多,色白质稀,胸膈满闷,或呕吐痰涎,心悸气短,口中淡腻,舌淡,苔白腻,脉滑缓	健脾温中,燥湿化痰	橘半桂苓枳姜汤(《温病条辨》)加白术。桂枝、茯苓、生姜、橘皮、制半夏、枳实

二、妇科常用中成药

类别	名 称	功 用	主 治	用 法
补 益 调 经	乌鸡白凤丸	补益气血调经止带	月经不调、痛经、崩漏带下,腰酸腿软,产后虚弱。	温黄酒或温开水送服。每次1丸,每日2次。
	妇珍片	补血调经	月经不调、痛经,贫血,胎前、产后腹痛。	口服。每次5片,每日3次。
	八珍颗粒	补益气血	月经不调、经量过多、闭经,贫血,肿瘤病人化疗、放疗的辅助治疗。	开水冲服。每次0.3g,每日2次。
	佳蓉片	补肾益精,强身安神	更年期综合征,不孕症,黄体不健。	口服。每次4~5片,每日3次;2~3周为一疗程。
	补中益气丸(浓缩丸)	补中益气,升阳举陷	子宫脱垂,崩漏,久泻脱肛。	口服。每次8~10丸,每日3次。
	归脾丸	补益心脾,养血安神	崩漏、月经不调,失眠多梦。	口服。每次6g,每日2次。
	益血生胶囊	健脾生血,补肾填精	血虚诸症,各类型贫血及血小板减少症。	口服。每次4粒,每日3次。
	参芪片	养血补气,健脾益肾	月经过多、崩漏、月经不调,及放、化疗引起的白细胞、红细胞、血小板减少等症。	口服。每次4片,每日3次。
	妇康宁	调经养血,理气止痛	月经不调、痛经。	口服。每次3片,每日3次,经前4~5天服用。
止 痛 止 血	独一味	活血止痛,化瘀止血	痛经、崩漏。	口服。每次3片,每日3次。疗程1周
	田七痛经胶囊	通调气血,止痛调经	痛经、月经不调。	口服。每次3~5粒,每日3次。经期或经前5天服用,7天为1疗程。
	活血止痛胶囊	活血散瘀,消肿止痛	痛经,跌打损伤,瘀血肿痛。	温黄酒或温开水送服。每次4粒,每日3次。
	止血宝	止血祛瘀,消炎镇痛	功能性子宫出血,胎漏,吐血,便血。	口服。每日2次,每次3g。
	三七总甙	活血化瘀,止血、消肿、止痛	经期、产后出血,各种原因引起的内外伤出血。	口服。每日3次,每次2~4片。
	安坤冲剂	滋阴活血,清热凉血	人流、药流、上环引起的出血、月经异常,更年期综合征。	口服。每日3次,每次10g。
	三七胶囊	散瘀止血,消肿定痛	崩漏,产后恶露不绝,跌打损伤出血。	口服。每次3~5粒,每日1~2次,12天为1疗程。

续表

类别	名 称	功 用	主 治	用 法
消 症 散 结	桂枝茯苓丸	活血化瘀,消癥化结	癥瘕,崩漏,腹痛(子宫肌瘤、盆腔炎性包块、子宫内膜异位症)。	口服。每次3粒,每日3次,饭后服。经期停药,疗程3个月。
	宫瘤清	活血逐瘀,消癥破积	癥瘕(子宫肌瘤)。	口服。每次3粒,每日3次。
	乳增宁	疏肝解郁,调理冲任	乳腺增生症。	口服。每次4粒,每日3次。
	乳康片	疏肝解郁,消积化痰,软坚散结	乳腺增生病,月经紊乱。	口服。每次2~3片,每日3次,饭后服。20天为1疗程。间隔5~7天继服第2疗程。
	乳癖消片	软坚散结,活血消痈,清热解毒	乳腺增生病,乳腺炎前期。	口服。每次5~6片,每日3次。
清 热 解 毒	妇科千金片	清热除湿,补益气血	带下病,盆腔炎,子宫内膜炎,宫颈炎。	口服。每次6片,每日3次。忌辛辣油腻。
	金刚藤糖浆	清热解毒,消肿散结	附件炎、附件炎性包块及妇科多种炎症。	口服。每次20ml,每日3次。10瓶为1疗程。
	抗宫炎片	清湿热、止带下	急、慢性宫颈炎、阴道炎、盆腔炎、附件炎,痛经,闭经,崩漏。	口服。每次4片,每日3次。
	新天黄柏胶囊	泻火解毒,清热燥湿	湿热带下,湿疹瘙痒。	口服。每次3~4粒,每日3次。
	金妇康胶囊	活血调经,止痛化癥,软坚散结	慢性盆腔炎、阴道炎,月经不调、痛经,闭经。	口服。每次2~4粒,每日2~3次。2周为1疗程。
	宝光妇乐冲剂	清热解毒,凉血消肿,化瘀止痛	盆腔炎、附件炎、子宫内膜炎等引起的带下、腹痛。	口服。每次12g,每日2次。1周为1疗程。
	白带丸	清利湿热止带	湿热带下、赤白带下。	口服。每次6g,每日2次。
	皮肤康洗液	清热解毒,凉血除湿,杀虫止痒	细菌性、滴虫性、霉菌性、衣原体阴道炎,宫颈炎,外阴瘙痒。	外用。用1:5~10倍稀释,用阴道冲洗器冲洗阴道。
	灭滴消炎栓	收敛止血,散瘀消肿,解毒疗疮	滴虫性、念珠菌性阴道炎,宫颈糜烂。	塞入阴道,每晚临睡前使用1枚。8天为1疗程。

三、常用检验正常值及临床意义简表

项目与正常值	临 床 意 义
	血 常 规 检 查
红细胞计数(RBC) 男 $4.3 \sim 5.4 \times 10^{12}/L$ 女 $4.3 \sim 5.4 \times 10^{12}/L$	减少:见于各种贫血、白血病、术后或产后及其他原因引起的大量失血。 增多:见于真性红细胞增多症、严重脱水、严重烧伤、肺源性心脏病、先天性心脏病、登山病、慢性一氧化碳中毒等。 生理性增多:高山居民、新生儿等
血红蛋白测定(HB) 男 $130 \sim 150g/L$ 女 $113 \sim 136g/L$	血红蛋白增减的临床意义,基本与红细胞增减意义相同。但血红蛋白能更好地反映贫血的程度。而某些贫血,由于单个红细胞血红蛋白的含量不同,血红蛋白减少与红细胞减少的程度,不成平行关系
白细胞计数(WBC) $4.0 \sim 10.0 \times 10^9/L$	增多:各种细菌感染,尤其是化脓菌的感染;某些病毒和寄生虫的感染;白血病、骨髓纤维化、恶性肿瘤、真性红细胞增多症、尿毒症等。其中慢性粒细胞增多症,白细胞增多最为显著。 减少:病毒性感染;某些杆菌和寄生虫感染;脾功能亢进;血液病;各种化学因素、药物及X线和放射性物质引起的白细胞减少。 生理性增多:如新生儿、经期、妊娠、剧烈运动等
白细胞分类计数 中性粒细胞 $0.50 \sim 0.70$ 嗜酸性粒细胞 $0.005 \sim 0.05$ 嗜碱性粒细胞 $0.005 \sim 0.05$ 淋巴细胞 $0.20 \sim 0.40$ 单核细胞 $0.01 \sim 0.07$	中性粒细胞增多:见于各种化脓菌感染、败血症、白喉、烧伤后、大手术后、急性大出血、急性中毒、慢性粒细胞白血病等 中性粒细胞减少:见于某些病毒感染、某些细菌感染(如伤寒、副伤寒、结核病等);某些血液病(如再生障碍性贫血、急性粒细胞缺乏症);自身免疫性疾病,脾功能亢进等。 嗜酸性粒细胞增多:见于变态反应性疾病;寄生虫病;某些皮肤病;肺浸润嗜酸性粒细胞增多症;某些血液病;家族性嗜酸性粒细胞增多症;某些内分泌疾病(如脑垂体前叶机能减退、肾上腺皮质机能减退);急性传染病开始恢复时。 嗜酸性粒细胞减少:多见于较严重疾病的进行期,如伤寒、急性心肌梗塞等。当肾上腺皮质功能亢进或应用肾上腺皮质激素治疗时嗜酸性粒细胞减少。严重烧伤及大手术后,嗜酸性粒细胞均可减少。 嗜碱性粒细胞增多:较少见,偶见于某些慢性粒细胞性白血病,嗜碱性粒细胞性白血病(罕见),恶性贫血,慢性溶血性贫血,红细胞增多症,脾切除后,抗血清治疗,狂犬病疫苗注射等。 淋巴细胞增多:见于百日咳、传染性单核细胞增多症、传染性淋巴细胞增多症、结核病变传染病恢复期、再生障碍性贫血、急性及慢性淋巴细胞性白血病。 淋巴细胞减少:放射病及细胞免疫缺陷时,淋巴细胞可减少。 单核细胞增多:见于某些感染(如亚急性细菌性心内膜炎、伤寒、黑热病、严重的浸润型或粟粒型结核等),某些血液病(如单核细胞白血病、何杰金病等),许多急性传染病的恢复期。单核细胞减少一般无临床意义

续表

项目与正常值	临 床 意 义
血 常 规 检 查	
红细胞沉降率 (ESR)测定 男 0~15mm/h 女 0~20mm/h	增快:活动性结核病、风湿热、肺炎、某些恶性肿瘤、组织变性或坏死性疾病(如心肌梗死、胶原病)、严重贫血、白血病、多发性骨髓瘤、严重的急性感染、严重的肾病等。 生理性增快:妇女月经期、妊娠3个月以上时血沉也增快
网织红细胞计数 成人 0.005~0.020 新生儿 0.02~0.06	增多:表示骨髓红细胞系统的增生旺盛。多见于各种增生性贫血,如溶血性贫血,特别是急性溶血、急性大出血引起的失血性贫血。当缺铁性贫血和巨幼细胞性贫血治疗有效时,可出现短时间的大量增加,以后即降至正常或稍高。 减少:多见于骨髓增生低下,如再生障碍性贫血和某些溶血性贫血有再生障碍危象时,如阵发性睡眠性血红蛋白尿。
红细胞比积(PCV)测定 男 0.41~0.51 女 0.35~0.45 儿童 0.35~0.49 初生儿 0.49~0.54	增高:脱水、烧伤、大手术后。 减低:各种贫血时,红细胞比积均减少,但减少的程度,并不一定与红细胞计数一致。这是因为有小细胞性、大细胞性和正细胞性之分
血 粘 度 检 查	
全血粘度 男 高切 5.91~7.34 低切 5.32~6.57 女 高切 8.65~12.41 低切 6.89~9.27	全血粘度增高的疾病或症候群:冠心病、高血压、高脂血症、动脉硬化症、心功能不全、缺血性中风、出血性中风、糖尿病、白血病、真性红细胞增多症、肺气肿、肺心病、脱水、休克等
血浆粘度 1.47~1.83(25℃)	增高:原发性高球蛋白血症,如多发性骨髓瘤。继发性高球蛋白血症,如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、高脂血症。 病理性低血粘度综合征:出血性疾病,如出血性脑中风、上消化道出血、鼻出血、功能性子宫出血;慢性消耗性疾病,如贫血、尿毒症、肝硬化腹水症、急性肝炎、急性白血病等
溶 血 检 查	
血浆游离血红蛋白测定 40mg/L 以下 (25±14.1mg/L)	血管内溶血释放的血红蛋白量超过触珠蛋白所能结合的量时,血浆中游离血红蛋白升高。多见于较严重的血管内溶血,如阵发性睡眠性血红蛋白尿、阵发性寒冷性血红蛋白尿、运动性血红蛋白尿、蚕豆病,各种微血管病性溶血性贫血以及一些机械损伤,例如体外循环手术中和手术后等
触珠蛋白(HP)测定 0.3~2.0g/L, 平均 1.2g/L (以结合 HP 量表示)	降低:各种血管内溶血,由于消耗了 HP,血清中 HP 降低;血管外溶血有时也可轻度降低;严重的肝病如中毒性肝炎、肝硬化等,由于 HP 的合成减少血清中 HP 浓度亦降低。 升高:HP 是一种急性期反应蛋白,在各种急慢性炎症、感染、风湿病、恶性肿瘤以及用皮质激素或雄性激素治疗后,HP 会升高,此时如测得 HP 不降低并不能排除体内溶血

续表

项目与正常值	临床意义
溶血检查	
红细胞渗透脆性试验 开始溶血 3.8~4.6g/L 完全溶血 2.8~3.2g/L	红细胞脆性增加是指红细胞在低渗溶液中较正常红细胞更易脆裂、溶血。 脆性增加:主要见于球形红细胞增多症、椭圆形红细胞增多症和某些免疫性溶血性贫血。 脆性减低:地中海贫血、严重的缺铁性贫血
抗人球蛋白试验 (Coombs) 正常人 Coombs 直接和 间接试验均呈阴性	自身免疫性溶血性贫血(AIHA)直接 Coombs 试验阳性,严重时,间接试验亦可呈阳性。血型不合的输血反应和新生儿溶血病患者,其 Coombs 直接和间接试验均呈阳性。阵发性寒冷性血红蛋白尿以及药物引起的 AIHA 也可呈阳性
止血与凝血检查	
出血时间测定 1~6min	出血时间延长:主要见于血小板大量减少或血小板功能缺陷。如血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血(DIC)、急性白血病、再生障碍性贫血、肝硬化、脾功能亢进造成的血小板减少;比较严重的肝病;血管性假性血友病。毛细血管本身的病变如过敏性紫癜,出血时间亦延长。此外,各种严重的凝血因子缺乏、纤溶活性增强、血中含大量 FDP 和过量使用抗凝药物也可使出血时间延长
阿司匹林耐量试验正常人 服阿司匹林 2h 和 4h, 出血时间延长 < 2min。	阳性结果主要见于血管性假血友病患者。先天性环氧化酶或血栓素合成酶异常也可出现阳性结果
血小板计数 100~350×10 ⁹ /L	减少:见于原发性血小板减少性紫癜、全身性红斑狼疮、弥漫性血管内凝血、某些药物中毒或过敏、应用某些抗癌药后、再生障碍性贫血和阵发性睡眠性血红蛋白尿、各种急性白血病、骨髓转移癌、脾功能亢进、巨幼细胞性贫血、某些感染(如伤寒、黑热病、粟粒性结核和败血症)、血栓性血小板减少性紫癜。 增多:主要见于血小板增多症、脾摘除术后(一时性)、骨折、出血和手术后。在慢性粒细胞性白血病和真性红细胞增多时,血小板也常增高
血块收缩时间测定 30~60min 开始收缩 18~24h 完全收缩	血块收缩不良:主要见于血小板减少症、血小板增多症、凝血酶原、纤维蛋白原或其他凝血因子减少的患者、血小板无力症以及红细胞增多症、多发性骨髓瘤等。 血块收缩增强:主要见于先天性或获得性第Ⅺ因子缺乏的患者
血小板粘附功能 体外试验(PAdT) 男 0.349±0.059 女 0.394±0.0519	粘附率减低:多见于 vWD、血小板无力症、尿毒症、某些肝病、白血病、MDS、巨球蛋白血症、高丙种球蛋白血症或其他血小板病。 粘附率增高:见于手术后或创伤后,某些动脉粥样硬化、心肌梗死,某些静脉炎或静脉血栓、高β脂蛋白血症、高血压及缺血性脑血管病、糖尿病、肾炎及肾病综合征等

续表

项目与正常值	临 床 意 义
止 血 与 凝 血 检 查	
血液凝固时间测定 5~11min(试管法)	凝血时间延长主要见于血浆中某一凝血因子缺陷(如血友病)、严重的凝血酶原和纤维蛋白原减低以及存在抗凝物质,如各种低凝血酶原血症、低纤维蛋白原血症和 DIC
凝血酶原时间(PT)测定 男 11~13.7s 活动度 80~120% 女 11~14.3s 活动度 80~120%	凝血酶原时间延长:见于凝血酶原、第 V、Ⅶ、Ⅹ 因子缺陷、纤维蛋白原显著降低,以及血中抗凝物质增加时;严重肝病、维生素 K 缺乏、阻塞性黄疸、先天性缺乏凝血酶原及 DIC 时 PT 均可延长;用抗凝药物治疗时,PT 显著延长,故可用 PT 对抗凝疗法加以监控
活化的部分凝血 活酶时间(APTT) 35~52s (60s 以上肯定为异常)	APTT 延长:血浆的凝血因子中除第Ⅶ因子和Ⅲ因子外,其余因子缺陷均可使 APTT 延长,血中抗凝物质增加时也延长。 APTT 缩短:见于第Ⅶ、V 因子活性增高,DIC 高凝期,血栓形成性疾病,血小板增多以及静脉穿刺不顺利、混入组织液等
血浆凝血酶时间测定比正常 对照延长 3s 以上为异常;如 正常对照在 20s 以上,则以较 正常对照延长 5s 以上为异常	凝血酶时间延长见于血中肝素增多或存在类肝素抗凝物质,以及 AT-Ⅲ 显著升高时。此外纤维蛋白原减少,DIC 成原发性纤溶,有异常蛋白(如多发性骨髓瘤)时亦可延长
优球蛋白溶解时间(ELT) 测定>150min	ELT 缩短表示纤维蛋白溶解活性增强,多见于原发性或继发性纤溶亢进(如 DIC),肺、肝、胰、前列腺等手术后、某些恶性肿瘤、某些变态反应、高血压和晚期肝硬化
血浆鱼精蛋白副凝固 试验(3P 试验)阴性	3P 试验阳性多见于 DIC 血液呈高凝状态,并有继发性纤溶时,如败血症、流行性出血热、急性胰腺炎、休克、烧伤、恶性肿瘤晚期、急性白血病、羊水栓塞、死胎、血型不合和毒蛇咬伤。 在原发性纤溶时,因血中无 FM(纤维蛋白单体),3P 试验可呈阴性
血 浆 蛋 白 质 测 定	
血清总蛋白测定 成人总蛋白 60~82g/L	血清总蛋白浓度升高见于:各种原因失水所致血液浓缩;多发性骨髓瘤、巨球蛋白血症;系统性红斑狼疮、多发性硬化和某些慢性感染造成球蛋白(多克隆)升高的一些慢性病。 血清总蛋白浓度降低见于:体内水分过多;各种渠道的血清蛋白丢失,如肾病综合征、严重烧伤、蛋白丢失性肠病、营养不良及消耗增加,如结核、甲亢、肿瘤;蛋白合成障碍,如肝细胞病变,肝功能受损等
血清白蛋白测定 卧床成人 35~50g/L 走动男成人 42~55g/L 走动女成人 37~53g/L	高白蛋白血症偶见于脱水所致的血液浓缩。 血清白蛋白降低临床较常见,与总蛋白降低的原因大致相同。急性降低见于大量出血与严重烧伤。慢性降低见于肾病蛋白尿、肝功能受损、腹水形成、肠道肿瘤与结核,慢性的失血、营养不良和消耗性疾病等。 白蛋白如低于 20g/L,临床可出现水肿

续表

项目与正常值	临 床 意 义
血 浆 蛋 白 质 测 定	
血清球蛋白测定 血清球蛋白 23~36g/L	球蛋白浓度增高见于多发性骨髓瘤与某些淋巴瘤等单克隆免疫球蛋白病、肝硬化、多发性硬化、结缔组织病、血吸虫病、疟疾、慢性感染、肾病、严重脱水等。尤其是骨髓瘤的单克隆免疫球蛋白升高,可使总蛋白超过 100g/L。球蛋白浓度降低通常与低丙球蛋白血症相关,如婴儿低 γ 球蛋白血症或先天性无 γ 球蛋白血症,临床较少见。肾上腺皮质功能亢进和使用免疫抑制剂等常使免疫球蛋白合成减少,引起球蛋白降低
血浆纤维蛋白原测定 正常成人 2.00~4.00g/L	纤维蛋白原降低:纤维蛋白原消耗过度,如 DIC、胎盘早期剥离、分娩时羊水渗入血管形成血栓;肺、前列腺手术。营养不良及肝脏疾病时纤维蛋白原合成减少。罕见的先天性纤维蛋白原缺乏症及异常纤维蛋白症。 纤维蛋白原增高:往往与急性期反应蛋白同时增高,如肺炎、风湿热、结核、败血症等细菌感染。尿毒症、肾病、妊娠、月经期、代偿性 DIC、肿瘤等亦见增高。大手术中亦升高
内 分 泌 测 定	
三碘甲状腺原氨酸(T_3) 1 150~1 610ng/L 甲状腺(T_4) 45~130 μ g/L	在大多数情况下, T_3 值与 T_4 平行,甲亢时升高,甲减时降低。但 T_3 型甲亢仅有 T_3 升高而 T_4 正常;在甲亢早期或复发的初期, T_3 可在 T_4 尚未上升时先增高,在甲状腺次全切除术后以及地方性甲状腺肿病人, T_3 往往降低而 T_4 则正常或代偿性增高
游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3) 3.19~9.15pmol/L 游离甲状腺素(FT_4) 9.11~25.4pmol/L	测定血中的 FT_3 和 FT_4 的浓度更能反映甲状腺功能、状态的水平。可避免口服避孕药、妊娠等 TBG 的增高,而导致 TT_3 、 TT_4 的增高和 TBG 病理性减少而导致的 TT_3 、 TT_4 的减小。故测定血中 FT_3 、 FT_4 的浓度是甲亢、甲减及亚临床异常状态等甲状腺疾病鉴别、诊断的灵敏指标。
促甲状腺素(TSH) 成年人 $3.4 \pm 4.0 \mu$ Iu/ml 儿童 $5.5 \pm 4.3 \mu$ Iu/ml 一般应 $<10 \mu$ Iu/ml	增高:原发性甲减病人,地方性缺碘性、高碘性甲状腺肿和单纯弥漫性甲状腺肿。 降低:甲亢患者,席汉综合征
甲状腺微粒体抗体 (TMA) 结合率 $<15\%$ 或阴性	TM 抗体的检测对桥本甲状腺炎的诊断治疗具有重要意义。桥本甲状腺炎病例阳性率达 90.3%,特别是无症状的甲状腺肿和亚临床型桥本甲状腺炎仅 TGA 和 TMA 增高。自身免疫性甲状腺病,原发性甲减亦增高
甲状腺球蛋白抗体 (TGA) 结合率 $<30\%$ 或阴性	TG 抗体是非补体结合抗体,对于自体免疫性甲状腺炎的诊断有重要意义。 增高:自身免疫性甲状腺炎(AIT),原发性甲减
皮质醇(Cortisol)以晨 8 时 采血测定值 50~250 μ g/ml	增高 1. 肾上腺皮质亢进:①由皮质增生、腺瘤或癌肿引起的皮质醇增多症。②异位产生 ACTH 肿瘤:如燕麦型肺癌、胰、甲状腺、甲状旁腺、卵巢、睾丸、大肠、胆囊、乳腺肿瘤等。2. 垂体前叶促激素的大量分泌、靶腺增生。3. 妊娠。4. 应激反应。如:重度创伤手术,灼伤,大量出血,寒冷,剧烈疼痛等。 减少:肾上腺皮质破坏或萎缩,西蒙氏-席汉综合征,类固醇激素治疗后

续表

项目与正常值	临 床 意 义
内 分 泌 测 定	
胰岛素(INS) <179.4pmol/L	主要用于糖尿病的早期诊断和分型,诊断分泌胰岛素的肿瘤等
性 激 素 类 测 定	
睾酮(Testo) 男性 9.54~30.19nmol/L 女性 0.80~2.60nmol/L	增加:①女性男性化肿瘤;②XYY 女性;③肥胖者稍增加。 降低:①Klinefelter 综合征;②隐睾症;③垂体功能减退;④性腺功能减退;⑤Kallman 综合征
雌二醇(E ₂) 男子 51.8~322pmol/L 女子 85.1~1306pmol/L 卵泡期 133~222pmol/L 排卵期 1443~3145pmol/L 黄体期 407~1132pmol/L	雌二醇是人类女性激素中生物活性最强的一种,升高:①正常妊娠中 E ₂ 轻度升高。在胎盘娩出后 E ₂ 急剧下降。②糖尿病孕妇 E ₂ 异常增高。③妇女排卵期。④多胎妊娠。 降低:葡萄胎、妊娠毒血症、无脑儿、闭经后妇女,轻度糖尿病
孕酮(P) 男性 0.35~0.83nmol/L 女性卵泡期 0.06~2.9nmol/L 黄体期 19~95nmol/L	①正常妇女月经周期中,黄体期最高,卵泡期最低。②正常妊娠中第 11 周开始血中孕酮升高,至 35 周达高峰。③流产:先兆流产时其值仍在高值内。若值有下降趋势则有流产的可能。④葡萄胎时血中孕酮水平比正常妊娠者为高,绒毛膜癌时血和尿中孕酮水平较低。⑤妊娠毒血症轻度时孕酮多数增加,但严重时一般量减少。⑥原发性高血压病患者血中孕酮较偏高
黄体生成素(LH) 女卵泡期 0.46~3.30μg/L 排卵期 2.47~18.4μg/L 黄体期 0.34~3.70μg/L	增高:多囊卵巢综合征,卵巢功能早衰,真性卵巢发育不全,原发性不孕症、原发性闭经、继发性闭经、妇女更年期、Turner 综合征。 降低:原发性不孕症、原发性闭经、继发性闭经、溢乳闭经综合征、月经失调、席汉综合征、垂体瘤术后、多囊体卵巢综合征、子宫内膜异位症。 其他:如果促性腺激素 FSH、LH 异常高值,是卵巢功能的障碍。如果是低值可认为是下丘脑垂体的异常。
促卵泡成熟素(FSH) 卵泡期 0.66~2.20μg/L 排卵期 1.38~3.80μg/L 黄体期 0.41~2.10μg/L	增高:男性不育症,原发性不孕症、原发性闭经、继发性闭经、溢乳闭经、月经失调等。 睾丸精原细胞瘤、Klinefelter 综合征、Turner 综合征、原发性性腺功能减退、早期垂体前叶机能亢进症、巨细胞退行性肺癌、卵巢排卵障碍、慢性肾功能衰竭、肾上腺皮质激素治疗后、完全性(真性)性早熟症儿童。 降低:原发性不孕症、原发性闭经、继发性闭经、溢乳闭经、月经失调、席汉综合征、垂体瘤术后、多发性卵巢综合征、子宫内膜异位症。 继发性性功能减退,晚期垂体前叶机能减退、黄体化未破卵泡综合征、孕酮治疗、不完全(假性)性早熟儿童(性腺或肾上腺皮质病变所致)
绒毛膜促性腺激素-β 抗体 (β-HCG)<10μg/L	HCG 为胎盘绒毛滋养叶细胞合成分泌的糖蛋白激素,HCG 的 α 亚单位与人体其他糖蛋白的激素如 LH 等有交叉反应,而 β-HCG 的抗原特异性强,能更精确地反映 HCG 在血尿中的浓度,有利于早孕和宫外孕等的诊断,亦可用于滋养叶细胞疾病的诊断、监护和随访
泌乳素(PRL) 男 6.2±0.6μg/L 女 9.0±0.6μg/L	增高:见于下丘脑病变、转移性肿瘤、产后闭经—溢乳症候群、甲亢、垂体肿瘤 减低:见于垂体前叶功能减退、乳腺癌次全切除术后

续表

项目与正常值	临 床 意 义
部 分 肿 瘤 标 志 物 测 定	
β_2 微球蛋白 (β_2 -MG) 血清 $1.615 \pm 0.335\text{mg/L}$ 随意尿 $0.091 \pm 0.068\text{mg/L}$	正常人 β_2-MG 合成和释放速度非常恒定。血液 β_2-MG 可以从肾小球后细胞管壁自由滤过,其中 99.9% 以上被近端肾小管重吸收并分解。血清 β_2-MG 浓度的增高可以反映肾小球滤过率(GFR)降低或体内合成增多,尿中 β_2-MG 的浓度增高时表明肾小球再吸收功能降低,因此可早期发现肾小管机能障碍。若 β_2-MG 产生过多,就有可能是肾小球及肾小管机能均受损害,也有可能是某些恶性肿瘤的原因。 恶性肿瘤患者血中 β_2-MG 升高,是由于癌细胞局部浸润活化的免疫细胞产生过多的 β_2-M 所致。癌肿患者尿 β_2-MG 含量亦增高,其原因可能是恶性肿瘤患者合成 β_2-MG 增快,而超过了肾吸收阈值所致。亦可能肿瘤直接浸润泌尿系统所致。 β_2-MG 虽不是特异的肿瘤指标,但对肿瘤的诊断,疗效判断及预后观察具有一定的意义
α -L-岩藻糖苷酶活力 测定(AFU) 正常 $<450\text{nmol/h}$ 可疑 $450 \sim 600\text{nmol/h}$ 阳性 600nmol/h (上系是采用显色多肽 基质检测法测出值)	AFU 是一种溶酶体酸性水解酶,存在于人体肝、胰、脑等细胞的溶酶体内,参与多糖物质的分解和代谢。AFU 作为 PHC 肿瘤标志物国内外已有报道。PHC 患者血清 AFU 检测阳性率高达 86.7%。 癌肿患者血中 AFU 增高的原因,尚未完全阐明。有人认为,可能是此类患者 AFU 降解减慢或由于癌细胞的增殖促使其合成增加
甲胎蛋白(AFP) $<20\mu\text{g/L}$	增高;恶性畸胎瘤,原发性肝细胞癌,胎儿处于危急或死亡的孕妇,胃肝样腺癌,睾丸非精原细胞癌,慢性肝炎,肝硬化、胆道系肿瘤,结肠癌,胃癌,乳癌。 羊水 AFP 增高:无脑儿,脊柱裂、毛细血管扩张症、酪氨酸血症、先天性胆道闭锁、重症妊娠中毒症、Rh 因子不合,先天性肾病、脐癌、尾骨畸胎瘤等
癌胚抗原(CEA) $<15\mu\text{g/L}$	增高;原发性肺癌、胃癌、结肠癌、胰腺癌、乳腺癌、子宫颈癌等
铁蛋白(SF) 男 $20 \sim 240\text{ng/ml}$ 女 $16 \sim 132\text{ng/ml}$	增高:某些体内含铁总量不增多的疾病,如肝脏病,恶性血液病,炎症感染,恶性肿瘤等,血清铁显著增多。 减少:缺铁性贫血、隐性贫血

四、妇科中西医病名对照

中医（病名或病证） 西 医

下白物 白带增多症，阴道炎，宫颈炎，
宫颈管炎，盆腔炎症，淋病，
非淋球菌性阴道炎，宫颈息肉，
宫颈癌，子宫内膜癌，子宫肌
瘤

下痿 子宫脱垂，阴道壁膨出

小户嫁痛 性交痛，阴道痉挛

小产 晚期流产

子气 妊娠高血压综合征，妊娠水肿

子病 妊娠剧吐

子肠不收 子宫脱垂，阴道壁膨出

子烦 妊娠心烦

子肿 妊娠高血压综合征，妊娠水肿

子眩 妊娠高血压

子黄 妊娠期肝内胆汁淤积症，妊娠
合并肝炎

子晕 妊娠高血压综合征，先兆子痫

子悬 妊娠胸腹胀

子痫 妊娠高血压综合征，子痫

子满 羊水过多

不孕证 不孕症

无子 原发性不孕症

无嗣 原发性不孕症

五色带 白带增多症，阴道炎，宫颈炎，
宫颈管炎，盆腔炎症，淋病，
非淋球菌性阴道炎，宫颈息肉，
宫颈癌，子宫内膜癌，子宫肌
瘤

月水不绝 黄体萎缩不全型功能性子宫出
血，子宫内膜修复过长功能性
子宫出血，慢性子宫内膜炎，
急性子宫内膜炎，慢性盆腔结
缔组织炎

月水不断 黄体萎缩不全型功能性子宫出
血，子宫内膜修复过长功能性
子宫出血，慢性子宫内膜炎，

月经过多

月经后期

月经先期

月经先后不定期

月经前后诸证

月经超前

月经超前

白沥

白沃

白带

半产

失胎

闭经

产后小便不通

产后小便失禁

产后大便难

产后发热

产后血崩

产后血晕

产后身痛

产后乳汁自出

急性子宫内膜炎，慢性盆腔结
缔组织炎有排卵型子宫功能性出血，盆腔
淤血症，盆腔炎症，子宫肌瘤

月经稀发

有排卵型功能性子宫出血，月
经频发

月经不规律

经前期紧张征

有排卵型功能性子宫出血，月
经频发有排卵型功能性子宫出血，月
经频发白带增多症，阴道炎，宫颈炎，
宫颈管炎，盆腔炎症，淋病，
非淋球菌性阴道炎，宫颈息肉，
宫颈癌，子宫内膜癌，子宫肌
瘤白带增多症，阴道炎，宫颈炎，
宫颈管炎，盆腔炎症，淋病，
非淋球菌性阴道炎，宫颈息肉，
宫颈癌，子宫内膜癌，子宫肌
瘤白带增多症，阴道炎，宫颈炎，
宫颈管炎，盆腔炎症，淋病，
非淋球菌性阴道炎，宫颈息肉，
宫颈癌，子宫内膜癌，子宫肌
瘤

晚期流产

晚期流产

闭经，多囊卵巢综合征，高泌
乳血征

产后尿潴留

尿瘘

产后便秘

产褥感染，产褥期感冒，产后
中暑

产后出血，子宫复归不全

产后出血，子宫复归不全

产后关节痛

产后乳汁自出

产后痉证	产后破伤风	赤白	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
产后恶露不绝	子宫复旧不全, 晚期产后出血, 产褥感染		
产后痛风	产后关节痛		
产后痹证	产后关节痛		
产后腹痛	产后宫缩痛, 产褥感染	赤白沥	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
产后腰痛	产后关节痛		
产难	难产		
吊阴痛	性交痛, 阴道痉挛		
妇人经断复来	绝经后出血, 子宫内膜癌	赤白沃	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
老年经断复行	绝经后出血, 子宫内膜癌		
年老经水复行	绝经后出血, 子宫内膜癌		
全不产	原发性不孕症		
伤娠	晚期流产		
阴门瘙痒	外阴炎, 阴道炎, 外阴湿疹, 外阴神经性皮炎, 外阴白色病变	赤白带	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
阴户痛	性交痛, 阴道痉挛		
阴中痛	性交痛, 阴道痉挛		
阴纵	子宫脱垂, 阴道壁膨出		
阴茄	子宫脱垂, 阴道壁膨出	赤带	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
阴蚀	外阴溃疡, 阴痒		
阴挺	子宫脱垂, 阴道壁膨出		
阴突	子宫脱垂, 阴道壁膨出		
阴菌	子宫脱垂, 阴道壁膨出		
阴痒	外阴炎, 阴道炎, 外阴湿疹, 外阴神经性皮炎, 外阴白色病变	鸡冠疮 妊娠气逆 妊娠肿胀 妊娠胎不长 妊娠胎萎燥 妊娠眩晕 妊娠黄疸	子宫脱垂, 阴道壁膨出 妊娠胸腹胀 妊娠高血压综合征, 妊娠水肿 胎儿宫内生长迟缓 胎儿宫内生长迟缓 妊娠高血压综合征, 先兆子痫 妊娠期肝内胆汁淤积症, 妊娠合并肝炎
阴脱	子宫脱垂, 阴道壁膨出	妊娠痢证	妊娠高血压综合征, 子痫
阴痔	子宫脱垂, 阴道壁膨出	妊娠腹痛	先兆流产, 异位妊娠
阴痛	性交痛, 阴道痉挛	杨梅疮	软下疳
阴匿	外阴炎, 阴道炎, 外阴湿疹, 外阴神经性皮炎, 外阴白色病变	阻病	妊娠剧吐
阴癰	子宫脱垂, 阴道壁膨出	坐产	臀位
杂色带	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤	革产	晚期流产
		怪胎	葡萄胎
早产	早产	经从口鼻出	倒经

经从上逆	倒经		缔组织炎
经水太多	有排卵型功能性子宫出血, 盆腔瘀血症, 盆腔炎症, 子宫肌瘤	青带	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
经水不期	有排卵型功能性子宫出血, 月经频发		
经水过多	有排卵型子宫功能性出血, 盆腔瘀血症, 盆腔炎症, 子宫肌瘤	茄病	子宫脱垂, 阴道壁膨出
经闭	闭经, 多囊卵巢综合征, 高泌乳血征	乳汁不行	产后缺乳
经行口糜	经前期紧张征	乳汁不足	产后缺乳
经行不寐	经前期紧张征	乳汁自漏	产后乳汁自出
经行发热	经前期紧张征	乳痈	急性乳腺炎
经行头晕	经前期紧张征	胞衣不下	胎盘滞留, 胎盘残留
经行头痛	经前期紧张征	胞阻	先兆流产, 异位妊娠
经行吐衄	倒经	带下病	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
经行先期	有排卵型功能性子宫出血, 月经频发		
经行身痛	经前期紧张征	鬼胎	葡萄胎
经行乳胀	经前期紧张征	绝嗣	原发性不孕症
经行泄泻	经前期紧张征	逆行	倒经
经行便血	经前期紧张征	逆经	倒经
经行浮肿	经前期紧张征	胎上逼心	妊娠胸腹胀
经行情志异常	经前期紧张征	胎不长养	胎儿宫内生长迟缓
经行腹痛	痛经, 子宫内膜异位症, 子宫肌瘤, 盆腔炎症	胎气上逆	妊娠胸腹胀
经早	有排卵型功能性子宫出血, 月经频发	胎气上逼	妊娠胸腹胀
经间期出血	排卵期出血	胎水过少	羊水过少
经事延长	黄体萎缩不全型功能性子宫出血, 子宫内腹修复过长功能性子宫出血, 慢性子宫内膜炎, 急性子宫内膜炎, 慢性盆腔结缔组织炎	胎水过多	羊水过多
经逆	倒经	胎水肿满	羊水过多
经断前后诸证	更年期综合征	胎中蓄水	羊水过多
经期延长	黄体萎缩不全型功能性子宫出血, 子宫内腹修复过长功能性子宫出血, 慢性子宫内膜炎, 急性子宫内膜炎, 慢性盆腔结	胎动不安	先兆流产
		胎死不下	过期流产, 胎死宫内, 稽留流产
		胎死腹中	过期流产, 胎死宫内, 稽留流产
		胎弱症	胎儿宫内生长迟缓
		胎萎不长	胎儿宫内生长迟缓
		胎堕难留	难免流产
		胎漏	先兆流产
		经绝期出血	排卵期出血
		蚌疽	前庭大腺囊肿

病儿	妊娠剧吐
病食	妊娠剧吐
脆脚	妊娠高血压综合征, 妊娠水肿
倒产	臀位
倒经	倒经
恶阻	妊娠剧吐
热入血室	产褥感染, 急性盆腔炎
损娠	晚期流产
皱脚	妊娠高血压综合征, 妊娠水肿
崩中	无排卵功能性子宫出血, 多囊卵巢综合征
崩漏	无排卵功能性子宫出血, 多囊卵巢综合征
断续	继发性不孕症
断绪	继发性不孕症
堕胎	流产
堕胎后血崩	不全流产
黄带	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
偏产	斜位
粪痿	阴道直肠痿
黑带	白带增多症, 阴道炎, 宫颈炎, 宫颈管炎, 盆腔炎症, 淋病, 非淋球菌性阴道炎, 宫颈息肉, 宫颈癌, 子宫内膜癌, 子宫肌瘤
葫芦	子宫脱垂, 阴道壁膨出
滑胎	习惯性流产
屡孕屡堕	习惯性流产
痛经	痛经, 子宫内膜异位症, 子宫肌腺病, 盆腔炎症
暗产	早期流产
嫁痛	性交痛, 阴道痉挛
数堕胎	习惯性流产
漏下	无排卵功能性子宫出血, 多囊卵巢综合征
漏乳	产后乳汁自出
痼突	子宫脱垂, 阴道壁膨出

膀胱落下
横产
癰疽
癰疽

阴道前壁膨出, 膀胱膨出
横位
子宫脱垂, 阴道壁膨出
多囊卵巢综合征, 子宫内膜异位症, 子宫肌腺病, 慢性输卵管炎、卵巢炎, 慢性盆腔结缔组织炎, 盆腔脓肿, 子宫肌瘤, 卵巢肿瘤, 子宫内膜癌, 异位妊娠

五、妇产科常用英文缩写

Ab	antibody 抗体
ACTH	adrenocorticotrophic hormone 促肾上腺皮质激素
ADH	antidiuretic hormone 抗利尿激素
AFE	amniotic fluid embolism 羊水栓塞
AFP	alpha fetoprotein 甲胎蛋白
Ag	antigen 抗原
AID	artificial insemination with donor's semen 供精者精液授精
AD	autoimmune disease 自身免疫病
AIDS	acquired immuno-deficiency syndrome 获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)
AIH	artificial insemination with husband's semen 丈夫精液授精
AKP	alkaline phosphatase 碱性磷酸酶
AMPS	acid mucopolysaccharide 酸性粘多糖
AR	autosomal recessive 常染色体隐性遗传
ARDS	adult respiratory distress syndrome 成人呼吸窘迫综合征
ARV	AIDS-related virus AIDS 相关病毒
AS	Arias-Stella reaction A-S 反应(阿-斯反应)
ATP	adenosine triphosphate 三磷酸腺苷
BBT	basal body temperature 基础体温
BCG	bacille Calmette-Guerin 卡介苗
BFHR	baseline fetal heart rate 胎心率基线
BMR	basal metabolic rate 基础代谢率
BPD	bi-parietal diameter 双顶径
bpm	beat per minute 每分钟心跳

BSP	bromsulphalein 磺溴酞钠 (测肝功能)	DIC	disseminated intravascular coagulation 弥散性血管内凝血
BV	bacterial vaginosis 细菌性阴道病	DNA	deoxyribonucleic acid 脱氧核糖核酸
CAH	congenital adrenal hyperplasia 先天性肾上腺皮质增生	DNase	deoxyribonuclease 脱氧核糖核酸酶
cAMP	cyclic adenosine monophosphate 环磷酸腺苷	E1	estrone 雌酮
CBG	corticosteroid binding globulin globulin 皮质甾类结合球蛋白	E2	estradiol 雌二醇
CC	choriocarcinoma 绒毛膜癌	E3	estriol 雌三醇
CCT	chorionic corticotropin 绒毛膜促性腺激素	EC	external conjugate 骶耻外径
CEA	carcinoma embryonic antigen 癌胚抗原	E/C	E3/creatinine 雌三醇/肌酐
CEE	3 cyclopentyl-17-ethinyl estradiol ether 炔雌醇-环戊醚	ED	early deceleration 早期减速
CF	chemotactic factor 趋化因子	EDC	expected date of confinement 预产期
CHM	complete hydatidiform mole 完全性葡萄胎	EDRFs	endothelium-derived relaxing factor 血管内皮细胞舒张因子
CIN	cervical intraepithelial neoplasia 宫颈上皮内瘤样病变	EE	ethinyl estradiol 炔雌醇
CIS	carcinoma in situ 原位癌	EI	eosinophilic index 嗜伊红细胞指数
CMV	cytomegalovirus 巨细胞病毒	EIA	enzyme-immunoassay 酶免疫试验
CPD	cephalopelvic disproportion 头盆不称	EIN	endometrial intraepithelial neoplasia 子宫内膜上皮内瘤样病变
cpm	counts per minute 次/分	ELISA	enzyme-linked immunosorbent assay 酶联免疫吸附试验
CRP	c-reaction protein C-反应蛋白	ER	estrogen receptor 雌激素受体
CSA	cell surface antigen 细胞表面抗原	ESR	erythrocyte sedimentation rate 红细胞沉降率
CST	contraction stress test 宫缩应激试验	ET	endothelin 内皮素
CT	chorionic thyrotropin 绒毛膜促甲状腺素	FAD	fetal activity acceleration determination 胎儿活动加速测定
CT	computerized tomography 电子计算机 X 线断层照相术	FDP	fibrinogen degradation product 纤维蛋白原降解产物
CVP	central venous pressure 中心静脉压	FECG	fetal electrocardiography 胎儿心电图
DC	diagonal conjugate 对角径	FHR	fetal heart rate 胎心率
D&C	dilatation and curettage 刮宫术	FIGO	Federation International of Gynecology and Obstetrics 国际妇产科协会
DES	diethylstilbestrol 己烯雌酚 (乙蔗酚)	FM	fetal movement 胎动
DHA	dehydroepiandrosterone 脱氢表雄酮	FSH	follicle stimulating hormone 卵泡刺激素
DHAS	dehydroepiandrosterone sulfate 硫酸脱氢表雄酮	FSH-RH	follicle stimulating hormone releasing hormone 卵泡刺激素释放激素
		FTA-ABS	fluorescent treponemal antibody absorption 荧光密螺旋体抗体吸收

	试验		减少综合征 (HELLP 综合征)
GFR	glomerular filtration rate 肾小球滤过率	HGG	human gammaglobulin (人) 丙种球蛋白
GIFT	gamete intra fallopian transfer 配子输卵管内移植	HGH	human growth hormone (人) 生长激素
Gn-RH	gonadotropin releasing hormone 促性腺激素释放激素	HIV	human immunodeficiency virus (人) 免疫缺陷病毒
Gn-RH-a	gonadotropin releasing hormone agonist (analogue) 促性腺素释放激素激动剂 (类似物)	HLA	human leukocyte antigen (人) 白细胞抗原
GTD	gestational trophoblastic disease 妊娠滋养细胞疾病	HM	hydatidiform mole 葡萄胎
GTT	gestational trophoblastic tumor 妊娠滋养细胞肿瘤	HMG	human menopausal gonadotropin (人) 绝经期促性腺激素
Gy	gray unit 辐射吸收剂量单位, 1Gy = 100 rads	HPG	human pituitary gonadotropin (人) 垂体促性腺激素
HAIR	hemoagglutination inhibition reaction 血凝抑制反应	HPF	high power field 高倍视野
HAV	hepatitis A virus 甲型肝炎病毒	HPL	human placental lactogen (人) 胎盘生乳素
HBV	hepatitis B virus 乙型肝炎病毒	HPV	human papilloma virus 人乳头状瘤病毒
HBAg	hepatitis B antigen 乙型肝炎抗原	HSAP	heat stable alkaline phosphatase 耐热性碱性磷酸酶
HBcAg	hepatitis B core antigen 乙型肝炎核心抗原	HSG	hysterosalpingography 子宫输卵管造影
HBeAg	hepatitis B e antigen 乙型肝炎核心相关抗原	HTLv-	human T lymphotropic virus type (人) 嗜 T 细胞病毒 III 型
HBIG	hepatitis B immunoglobulin 乙型肝炎免疫球蛋白	HSV	herpes simplex virus 单纯疱疹病毒
HBsAg	hepatitis B surface antigen 乙型肝炎表面抗原	H-Y antigen	histocompatibility Y antigen 组织相容性 Y 抗原
HCV	hepatitis C virus 丙型肝炎病毒	IC	intercristal diameter 髂嵴间径
HDV	hepatitis D virus 丁型肝炎病毒	ICP	intrahepatic cholestasis of pregnancy 妊娠肝内胆汁淤积症
HEV	hepatitis E virus 戊型肝炎病毒	IFN	interferon 干扰素
HCG	human chorionic gonadotropin (人) 绒毛膜促性腺激素	Ig	immunoglobulin 免疫球蛋白
HCT	human chorionic thyrotropin (人) 绒毛膜促甲状腺激素	IHM	invasive hydatidiform mole 侵蚀性葡萄胎
HDN	hemolytic disease of newborn 新生儿溶血性疾病	IL	interleukin 白细胞介素
HELLP	hemolytic anemia, elevated liver function syndrome and low platelet count syndrome 溶血, 肝酶升高及血小板	IRDS	idiopathic respiratory distress syndrome 特发性呼吸窘迫综合征
		IS	interspinal diameter 髂棘间径
		IT	intertrochanteric diameter 粗隆间径
		IU, iu	international unit 国际单位

IUD	intrauterine device 宫内节育器	m μ g	millimicrogram 毫微克
IUGR	intrauterine growth retardation 宫内发育迟缓	McAb	monoclonal antibody 单克隆抗体
IVF-ET	in vitro fertilization and embryo transfer 体外受精与胚胎移植	MRI	magnetic resonance imaging 磁共振成相
iv gtt	intravenously guttae 静脉滴注	MSH	melanocyte stimulating hormone 促黑素细胞激素
LAK	lymphokine activated killer cell 淋巴因子激活的杀伤细胞	nm	nanometer 毫微米
LAV	lymphadenopathy associated virus 淋巴腺病相关病毒	NST	non-stress test 无应激试验
LD	late deceleration 晚期减速	OCT	oxytocin challenge test 催产素激惹试验
LD50	median lethal dose 半数致死量	OT	old tuberculin 旧结核菌素
LDH	lactic dehydrogenase 乳酸脱氢酶	Δ OD	optical density difference 吸光度差
LGA	large for gestational age 大于孕龄	PBI	protein bound iodine 蛋白结合碘
LH	luteinizing hormone 黄体生成激素	PCOS	polycystic ovary syndrome 多囊卵巢综合征
LH-RH	luteinizing hormone releasing hormone 黄体生成激素释放激素	PCR	polymerase chain reaction 聚合酶链反应
LMA	left mento anterior 颏左前	PCWP	pulmonary capillary wedge pressure 肺毛细血管楔压
LMP	left mento posterior 颏左后	pg	picogram 微微克
	last menstrual period 末次月经日期	PG	prostaglandin 前列腺素
LMT	left mento transverse 颏左横	PGF	前列腺素 F
LOA	left occipito anterior 枕左前	PGE	前列腺素 E
LOP	left occipito posterior 枕左后	PGI ₂	prostacyclin 前列环素
LOT	left occipito transverse 枕左横	PHM	partial hydatidiform mole 部份性葡萄胎
LRF	luteinizing hormone releasing factor 黄体生成激素释放因子 (即 LH-RH)	PID	pelvic inflammatory disease 盆腔炎
LSA	left sacro anterior 骶左前	PIH	pregnancy induced hypertension syndrome 妊娠高血压综合征
LSP	left sacro-posterior 骶左后	PIH	prolactin inhibitory hormone 催乳激素抑制激素
LST	left sacro-transverse 骶左横	PMP	previous menstrual period 前次月经日期
LScA	left scapulo-anterior 肩左前	POP	plasma oncotic pressure 血浆胶体渗透压
LScP	left scapulo-posterior 肩左后	PR	progesterone receptor 孕激素受体
L/S	lecithin/sphingomyelin 卵磷脂/鞘磷脂	PRL	prolactin 催乳激素
LUFS	luteinized unruptured follicle syndrome 黄素化未破裂卵泡综合征	PS β 1G	pregnancy specific β 1-glycoprotein 妊娠特异 β 1 糖蛋白
mABP	mean arterial blood pressure 平均动脉压	PSTT	placental-site trophoblastic tumor 胎
MI	maturation index 成熟指数		
mol	mole 摩尔, “物质的量”单位		
mRNA	messenger RNA 信使核糖核酸		

	盘部位滋养细胞肿瘤	SOD	superoxide dismutase 超氧化物歧化酶
PVP	polyvinyl-pyrrolidone 聚乙烯吡咯烷酮	STD	sexually transmitted disease 性传播疾病
rad	拉德, 辐射吸收剂量单位	T ₃	triiodothyronine 三碘甲状腺原氨酸
Rh	rheus 猕 (指人红细胞某种物质与猕红细胞相似)	T ₄	thyroxine 甲状腺素
RIA	radioimmunoassay 放射免疫测定	TBG	thyroxine-binding globulin 甲状腺素结合球蛋白
RMA	right mento-anterior 颞右前	TeBG	testosterone estrogen binding globulin 睾酮雌激素结合球蛋白
RMP	right mento-posterior 颞右后	TF	transfer factor 转移因子
RMT	right mento-transverse 颞右横	TNF	tumor necrosis factor 肿瘤坏死因子
RNA	ribonucleic acid 核糖核酸	TO	transverse outlet 出口横径
ROA	right occipito-anterior 枕右前	TPHA	treponema pallidum haemagglutination assay 梅毒螺旋体血凝试验
ROP	right occipito-posterior 枕右后	TRH	thyrotropin releasing hormone 促甲状腺素释放激素
ROT	right occipito-transverse 枕右横	tRNA	transfer RNA 转运核糖核酸
ROT	roll over test 翻身试验	TSH	thyroid stimulating hormone 促甲状腺激素
RPF	renal plasma flow 肾血流量	TXA ₂	thromboxane A ₂ 血栓素 A ₂
RSA	right sacro-anterior 骶右前	VDRL	Venereal Disease Research Laboratory Test 性病研究实验室试验
RSP	right sacro-posterior 骶右后	μg	microgram 微克
RST	right sacro-transverse 骶右横	USR	unheated serum reagin test 不加热血清反应素试验
RScA	right scapulo-anterior 肩右前	VD	variable deceleration 变异减速
RScP	right scapulo-posterior 肩右后	VSM	vasculo-syncytial membrane 血管合体膜
RU	rat unit 大鼠单位	VIN	vulvar intraepithelial neoplasia 外阴上皮内瘤样病变
SCJ	squamo-columnar junction 鳞柱交接部	WHO	world health organization 世界卫生组织
SGA	fetus small for gestational age fetus 小于孕龄儿		
sGOT	serum glutamic-oxaloacetic transaminase 血清谷草转氨酶		
sGPT	serum glutamic-pyruvic transaminase 血清谷丙转氨酶 (又称 ALT)		
SHBG	sex hormone binding globulin 性激素结合球蛋白		

六、处方中常用外文缩写表

缩 写	拉 丁 文	英 文	中 文
a. c	Antecibus	before meals	饭前服
a. m.	ante meridiem	morning	上午
Amp	Ampullae	Amput, Ampule	安瓿、针剂

续表

缩 写	拉 丁 文	英 文	中 文
b. i. d.	bisindie	twice daily	1 日 2 次
CO	Compositus	Compound	复方的
d	dies	day	日、天
gtt	gutta	a drop	滴
h	hora	hour	小时
h. s	hora somni	at bedtime	睡前
im	injectiointramusculus	intramuseu-larinjection	肌肉注射
iv	injeetiointravenous	intravenousinjection	静脉注射 P. O.
P. C.	Post Cibum	after meals	饭后服
P. m.	Post meridiem	afternoon	下午
P. r. n.	Prorenata	as needed	必要时
qd	quaque die	once daily	每日 1 次
qid	quaque in die	four time daily	每日 4 次
q4h	quaque 4hora	every four hours	每 4 小时 1 次
qn	quaque nocte	every night	每晚 1 次
qod		every other day	隔日 1 次
Rq. (R)	Recipe		取、取药、处方
Sig (S)	Signa	label	标记、用法
S. C 或 H	injectio hypo dermatici	Subcutaneous injection	皮下注射

附：常用希腊文：α [阿尔发] β [贝塔] γ [嘎玛] θ [戏塔] δ [呆尔塔]

七、主要参考书目

1. 王淑贞主编. 妇产科理论与实践. 第 2 版. 上海：上海科学技术出版社，1991.
2. 牛建昭主编. 现代中西医妇科学. 北京：中国科学技术出版社，1996.
3. 马宝璋主编. 中医妇科学. 上海：上海科学技术出版社，1997.
4. 乐杰主编. 妇产科学. 第 4 版. 北京：人民卫生出版社，1998.
5. 罗元恺主编. 实用中医妇科学. 上海：上海科学技术出版社，1994.
6. 史大卓. 高思华编著. 中医内科辨病治疗学. 北京：科学技术文献出版社，1995.
7. 李僖如主编. 妇科疾病古今效方. 北京：科学出版社，1998.
8. 张延钧主编. 妇科病最新中医治疗. 北京：中医古籍出版社，1997.
9. 郑惠国主编. 现代妇科疾病治疗学. 广州：广东科技出版社，1995.

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=妇科辨病专方治疗

作者=

页数= 2 9 7

S S 号= 0

出版日期=

封面页
书名页
版权页
前言页
目录页
上篇

总论

第 1 章

病因病机
病因
发病条件
病机

第 2 章

妇产科的辨病与辨证
月经病辨病与辨证
带下病辨病与辨证
妊娠病辨病与辨证
产后病辨病与辨证
杂病的辨病与辨证

第 3 章

妇科疾病常见症状学要点
阴道出血
下腹疼痛
下腹包块
停经
阴痒
异常带下

第 4 章

妇科常用治法研究
滋肾温肾法
疏肝养肝法
健脾和胃法
补益气血法
活血化瘀法

下篇

专病专方辨证论治

第 5 章

月经病
功能失调性子宫出血
闭经
痛经
经前紧张综合征
更年期综合征

第 6 章

子宫内膜异位症、子宫腺肌病

第 7 章

妊娠病
妊娠剧吐
异位妊娠
流产
先兆流产
难免流产和不全流产
完全流产
过期流产
习惯性流产

第 8 章

胎儿宫内发育迟缓
妊娠高血压综合征
羊水过多
羊水过少
妊娠合并症
妊娠合并心脏病
妊娠合并糖尿病
妊娠合并急性病毒性肝炎
妊娠合并肺结核
妊娠合并慢性肾炎
妊娠合并急性肾盂肾炎
妊娠合并甲状腺机能亢进
妊娠合并贫血
妊娠合并急性阑尾炎

第 9 章

产褥期疾病
晚期产后出血

	产褥感染
	产褥期感冒
	产后尿潴留
	产后缺乳
	产后乳汁自出
	产后子宫复旧不全
	产后关节痛
	急性乳腺炎
第 1 0 章	不孕症
第 1 1 章	盆腔瘀血综合征
第 1 2 章	妇科肿瘤
	子宫肌瘤
	子宫颈癌
	子宫内膜癌
	卵巢囊肿
	葡萄胎
第 1 3 章	外阴阴道疾病
	外阴白色病变
	白塞氏综合征
	阴道炎
	非特异性阴道炎
	滴虫性阴道炎
	霉菌性阴道炎
	老年性阴道炎
	阴道嗜血杆菌性阴道炎
第 1 4 章	子宫脱垂
第 1 5 章	宫颈炎
第 1 6 章	盆腔炎
第 1 7 章	女性性病
	外阴尖锐湿疣
	淋病
	梅毒
	艾滋病

附篇

一、妇科常见病症辨证论治简表

月经病
月经先期
月经后期
月经先后无定期
月经过多
月经过少
经期延长
经间期出血
崩漏
闭经
痛经
经行发热
经行头痛
经行眩晕
经行身痛
经行吐衄
经行泄泻
经行浮肿
经行乳房胀痛
经行情志异常
经行口糜
经行？
经断前后诸症
经断复来
带下病
妊娠病
妊娠恶阻

	妊娠腹痛
	异位妊娠
	胎漏
	胎动不安
	滑胎
	堕胎、小产
	胎死不下
	胎萎不长
	鬼胎
	胎气上逆
	胎水肿痛
	妊娠肿胀
	妊娠心烦
	妊娠眩晕
	妊娠痢证
	妊娠咳嗽
	妊娠失音
	妊娠小便淋痛
临产病	胎位不正
	过期不产
	难产
	胞衣先破
	胞衣不下
产后病	子死腹中
	产后血晕
	产后血崩
	产后腹痛
	产后痉证
	产后发热
	产后身痛
	恶露不绝
	产后小便不通
	产后小便频数与失禁
	产后小便难
	缺乳
	乳汁自出
妇科杂病	
	不孕症
	子宫脱垂
	妇人腹痛
	癥瘕
	脏躁
前阴病	
	阴痒
	阴肿
	阴疮
	阴痛
	阴吹

- 二、妇科常用中成药
- 三、常用检验正常值及临床意义简表
- 四、妇科中西医病名对照
- 五、妇产科常用英文缩写
- 六、处方中常用外文缩写表
- 七、主要参考书目