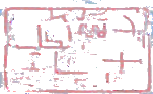
岭札 H 伽盗脚 **印州泄排**



能

镉

**百病中医自我疗养丛书**

**流** **产** **子** **宫** **脱** **垂**

马 宝 璋 **著**

**人** **民** **卫** **生** **出** **版** **社**

百病中医自我疗养丛书 流产 子宫脱垂

马 宝 璋 著

人 民 卫 生 出 版 社 出 版 (北京市崇文区天坛西里10号) 河北省遵化县印刷厂印刷 新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 58印张 110千字

1987年7月第1版 1987年7月第1版第1次印刷

印数：00,001-7,450

统一书号：14048 ·5424 定价：0.85元 〔科技新书目142—93〕

**出** **版** **说** **明**

为了普及中医中药知识，使广大读者能够应用中医中药 防治常见病和多发病，以维护健康，祛病延年，我社特组织 编写一套《百病中医自我疗养》丛书。

本丛书共介绍一百种常见病和多发病，以辨证论治的原 则为指导，通过对病因、发病机理和临床表现的分析，以及 如何辨证和辨病的阐述，从而提出多种有关治疗(包括中药、 针灸、简易外治、自我按摩、气功导引、饮食等疗法)、调养 护理、预防等方面的具体措施，以供患者选用。

本丛书所介绍的治疗方法都是通过临床实践证明疗效确 切或前人用之有效且有文献可依据的。并具有容易掌握、应 用简便、取材方便、不受设备条件限制、疗效稳妥可靠、适 宜于家庭应用等优点。

本丛书主要供具有中等文化水平的患者，及中医爱好者 阅读，也可供中西医务人员参考。

**目** **录**

[**流** **产**](#bookmark1)

[前 言 1](#bookmark2)

[第 一 章 关 于 妊 娠 的 理 论 2](#bookmark3)

[第一节 中医学的妊娠理论 2](#bookmark4)

[一 、胞宫的名称、位置、形态与功能 2](#bookmark5)

[二 、胞宫与冲任督带四脉及脏腑的联系 3](#bookmark6)

[三 、怀孕的机理与征象 6](#bookmark7)

[第二节 目前对生殖生理的认识 7](#bookmark8)

[一 、女性内生殖器 7](#bookmark9)

[二 、卵巢和卵子 10](#bookmark10)

[三 、睾丸和精子 12](#bookmark11)

[四 、受精与着床 12](#bookmark12)

[五、胚胎、胎儿及胎盘的发育 16](#bookmark13)

[六 、关于妊娠的诊断 23](#bookmark14)

[第 二 章 对 流 产 的 认 识 29](#bookmark15)

[第一节 西医学关于流产的论述 29](#bookmark16)

[一 、流产的定义与病理 29](#bookmark17)

[二 、流产的临床分型 31](#bookmark18)

[第二节 中医学关于流产的理论 34](#bookmark19)

[一 、流产的最早记载 34](#bookmark20)

[二 、中医学对流产的疾病分类及概念 36](#bookmark21)

[三 、中医学对先兆流产的辨证分型 37](#bookmark22)

[第三节 流产的诊断 39](#bookmark23)

[一 、确定是否流产 40](#bookmark24)

[二 、确定为何种流产 41](#bookmark25)

[三 、有无流产合并症 42](#bookmark26)

[第 三 章 流 产 的 原 因 43](#bookmark28)

[第一节 胚胎方面的因素 43](#bookmark29)

[一 、孕卵异常 43](#bookmark30)

[二 、染色体异常 43](#bookmark31)

[三、胎盘异常 47](#bookmark32)

[第二节 母体方面的因素 48](#bookmark33)

[一 、内分泌功能失调 48](#bookmark34)

[二 、母体全身性的疾病 48](#bookmark35)

[三 、生殖器官的疾病 54](#bookmark36)

[四 、创伤与精神因素 55](#bookmark37)

[第三节 其他因素 55](#bookmark38)

[一 、免疫方面的因素 55](#bookmark39)

[二 、血型不合 56](#bookmark40)

[三 、放射线 56](#bookmark41)

[四 、环境污染与过量烟酒 56](#bookmark42)

[第四章 流 产 的 预 防 和 治 疗 59](#bookmark43)

[第一节 流产的预防 59](#bookmark44)

[一 、做好孕前的准备 59](#bookmark45)

[二 、及早确诊是否妊娠 59](#bookmark46)

[三、保证孕期的营养供给 60](#bookmark47)

[四、力避有害因素的毒害 63](#bookmark48)

[五、定期产前检查 64](#bookmark49)

[六、孕期自我监护 65](#bookmark50)

[第二节 先兆流产的治疗 65](#bookmark51)

[一 、药物治疗 66](#bookmark52)

[二 、饮食疗法 77](#bookmark53)

[第三节 其余各型流产的治疗 81](#bookmark54)

[一 、难免流产 31](#bookmark55)

[二 、不全流产 82](#bookmark56)

[三、完全流产 82](#bookmark58)

[四 、稽留流产 83](#bookmark59)

[五、感染性流产 84](#bookmark60)

[〔附〕胎儿期先天性疾病的诊断与处理 85](#bookmark61)

[**子** **宫** **脱** **垂**](#bookmark62)

[前 言 95](#bookmark63)

[第 一 章 中 医 学 对 子 宫 脱 垂 的 认 识 96](#bookmark64)

[一 、中医学关于子宫的理论 96](#bookmark65)

[(一)冲、任、督、 带四脉与子宫的关系 97](#bookmark66)

[(二) 肾与子宫的关系 98](#bookmark67)

[(三) 脾与子宫的关系 98](#bookmark68)

[二 、中医学关于子宫脱垂的理论 98](#bookmark69)

[( 一 )对子宫脱垂的最早记载 99](#bookmark70)

[(二)子宫脱垂的主要症状 99](#bookmark71)

[(三) 子宫脱垂的临床分型 102](#bookmark72)

[第 二 章 女 性 生 殖 道 的 解 剖 与 生 理 104](#bookmark73)

[一、女性生殖道 104](#bookmark74)

[( 一 ) 子宫 104](#bookmark75)

[(二) 阴道 107](#bookmark76)

[二 、女性生殖道的支持结构 108](#bookmark77)

[( 一 ) 圆韧带与阔韧带的悬系作用 108](#bookmark78)

[(二) 主韧带、子宫骶骨韧带和耻骨膀胱宫颈韧带的支](#bookmark79)

[持作用 109](#bookmark79)

[(三) 盆底肌肉和筋膜的承托作用 111](#bookmark80)

[第 三 章 发 病 原 因 与 发 病 机 理 115](#bookmark81)

[一 、分娩损伤 115](#bookmark82)

[(一) 尿生殖膈损伤 115](#bookmark83)

[(二) 会阴体损伤 116](#bookmark84)

[(三) 肛提肌损伤 116](#bookmark85)

[(四) 盆底结缔组织损伤 116](#bookmark86)

[二 、盆底支托结构薄弱乏力 117](#bookmark87)

[( 一 ) 卵巢功能减退 117](#bookmark88)

[(二) 营养不良 117](#bookmark89)

[(三) 先天性发育缺陷 118](#bookmark90)

[三、腹腔压力持续增加 118](#bookmark91)

[( 一 ) 劳动负荷过重和体势用力 118](#bookmark92)

[(二) 产后劳动过早 119](#bookmark93)

[(三) 增加腹压的疾病 119](#bookmark94)

[四、子宫脱垂的发病机理 119](#bookmark95)

[第四章 子 宫 脱 垂 的 局 部 病 理 变 化 与 诊 断 121](#bookmark96)

[一、局部病理变化 121](#bookmark97)

[( 一 ) 子宫位置的变化 121](#bookmark98)

[(二) 子宫颈延长和肥大 122](#bookmark99)

[(三) 阴道壁的变化 122](#bookmark100)

[(四) 盆底支托结构的变化 123](#bookmark101)

[(五) 膀胱、尿道和直肠的膨出 124](#bookmark102)

[二 、子宫脱垂的诊断 124](#bookmark103)

[( 一 ) 张力性尿失禁 124](#bookmark104)

[(二) 外阴检查 125](#bookmark105)

[(三) 尿道膨出 125](#bookmark106)

[(四) 膀胱膨出 126](#bookmark107)

[(五) 子宫脱垂 127](#bookmark108)

[(六) 直肠膨出 128](#bookmark109)

[(七) 肠膨出 129](#bookmark110)

[(八) 并发症的检查 129](#bookmark111)

[第五章 预 防 措 施 130](#bookmark112)

[一 、锻炼身体，增强体质 130](#bookmark113)

[二 、加强妇女的劳动保护 130](#bookmark114)

[三 、积极开展计划生育 131](#bookmark115)

[四、加强孕妇的管理 131](#bookmark116)

[五、做好分晚的处理 131](#bookmark117)

[六、加强产后护理 132](#bookmark118)

[七 、积极防治慢性疾病 134](#bookmark119)

[八、注意更年期生活指导 134](#bookmark120)

[第 六 章 治 疗 措 施 135](#bookmark121)

[一 、中药治疗 135](#bookmark122)

[( 一 )子宫脱垂气虚型的治疗 135](#bookmark123)

[(二) 子宫脱垂肾虚型的治疗 138](#bookmark124)

[(三) 并发局部溃烂、阴门肿痛的治疗 139](#bookmark125)

[(四) 医籍中的有效单方 140](#bookmark126)

[二、针灸疗法 141](#bookmark127)

[(一)传统针灸 141](#bookmark128)

[(二) 新针疗法 145](#bookmark129)

[(三) 小剂量药物穴位注射 146](#bookmark130)

[(四) 耳针疗法 147](#bookmark131)

[(五)穴位埋线疗法 148](#bookmark132)

[三 、气功疗法 148](#bookmark133)

[( 一 ) 内养功 148](#bookmark134)

[(二) 配合功法 151](#bookmark135)

[四 、子宫托疗法 152](#bookmark136)

[( 一 ) 子宫托的类型 153](#bookmark137)

[(二) 适应症 153](#bookmark138)

[(三) 禁总症 153](#bookmark139)

[(四) 子宫托用法 154](#bookmark140)

[(五)使用子宫托注意事项 155](#bookmark141)

[五 、宫旁注射疗法 156](#bookmark142)

**流** **产**

**前** **言**

流产看来是件小事，可确实是牵动着年轻夫妇的心。 一 个美满的家庭，工作、学习和生活可说是万事如意，但就因 为反复流产，不能抱上一个小宝宝感到苦恼和寂莫。

为了您和下一代的健康，为了您和家庭更加幸福、美满， 特此编写了这本科普读物。

这里，主要让您懂得怀孕这一生理过程需要的条件，流 产的原因，以及预防和冶疗的知识。对年轻的夫妇或许能有 些帮助吧!

**祝愿你生育一个健康、聪明的孩子。**

**第一章** **关于妊娠的理论**

从怀孕到分娩这一过程，也就是胚胎在母体子宫内生 长、发育到成熟胎儿的过程，称为妊娠。

年轻的少妇，在她腹中孕育着幼小生命时，母爱的天性 即已萌发。激动、喜悦、盼望……,准备迎接一个聪明、活 泼、健康、漂亮的婴儿降生。但同时怀孕的母亲，在生理上 也发生了一系列变化。妊娠开始， 一个成熟卵子的重量只有 0.0000005克，经过“十月怀胎”,长成重量达2500～3500 克(5~7市斤),甚至更重一些的胎儿。在短短的280天内， 从一个成熟的卵子到一个成熟的胎儿，体重增加6亿倍以 上，这里确实是发生了惊天动地的巨大变化。在妊娠这一过 程中，究竟发生了怎样的具体变化，中医学和西医学都有较 多的理论。

第一节 中医学的妊娠理论

**一、胞宫的名称、位置、形态与功能**

**名称** 胞宫即子宫，在中医学的《黄帝内经》里称为 “女子胞”,因为它有特殊的生理功能，又称为“奇恒之腑”。 在《神农本草》始提出“子宫”之名，此后《千金要方》、 《妇人大全良方》等多家专著里亦有“子宫”的名称。隋代 的《诸病源候论》里称其为“子脏”。近年来为了区别于西 医学的“子宫”,在中医学中则统称为“胞宫”。

**位置** 胞宫居于带脉之下，小腹正中，前邻膀胱，后依

直肠。

**形态** 《格致余论》说：“阴阳交媾，胎孕乃凝，所藏之 处，名曰子宫，一系在下，上有两岐，一达于左，一达于右。” 《景岳全书》说它“形如合钵，中分为二”。总起来说，子宫 是“形如合钵”,状若倒置的梨形。

**功能** 它有行经和孕育胎儿的功能。

**二、胞宫与冲任督带四脉及脏腑的联系**

胞宫是表现妇女生理特点的重要器官，它之所以具有行 经和孕育胎儿的生理功能，是由脏腑的滋养来实现的，并且 脏腑是通过冲、任、督、带四脉和胞宫相联系的。

**(一)冲脉与胞宫、脏腑的联系**

根据中医经典著作《黄帝内经》的记载，冲脉起于胞 中；冲脉又与足阳明胃经会于“气街”,得到胃气的濡养；冲 脉下行支与肾脉相并，使肾中真阴滋于其中，即得到肾精的 充实；冲脉下行支“渗三阴”,自然亦和肝脾相通，肝藏血而 司血海，脾主生血和统血，为气血生化之源；冲脉上行支 “渗诸阳”,而与诸阳经相通，使冲脉之血得以温化；同时 冲脉与任脉同起于胞宫又会于咽喉，而得到任脉的资助。

由此可见，冲脉“渗三阴”、“渗诸阳”,与人体的十二 经相通，是十二经气血汇聚之所，全身气血运行的要冲，故 有“十二经之海”、“血海”之称，十二经多余的气血蓄存于 冲脉之中，为胞宫的行经、养胎提供物质条件。

**(二)任脉与胞宫、脏腑的联系**

根据《黄帝内经》记载，任脉亦起于胞宫；任脉在它的 循行过程巾，与肝脉交会于“曲骨”穴，与脾脉交会于“中 极”穴，与肾脉交会于“关元”穴，其中肝藏血，脾生血和

统血，肾藏精主生殖，因此任脉得到肝、脾、肾三经精血的充 养；任脉又与胃经交会于“承浆”穴，胃为多气多血之腑， 因此得到胃气的濡养；同时任脉与冲脉同起于胞宫，而会于 咽喉，故得到冲脉的辅助。

在功能上看，任脉，任一身之阴，凡人体的精、血、津、 液等阴精物质都属任脉总司，故任脉有“阴精之海”之称， 是人体的妊养之本、而主胞胎。也就是说任脉是主管孕育 的。所以中医学常说：“冲为血海，任主胞胎，二者相资，故 能有子(孕育)”。当女子发育到一定时期，冲脉、任脉功能 正常时，才能使胞宫有行经和孕育胎儿的功能。

**(三)督脉与胞宫、脏腑的联系**

根据唐代王冰对《黄帝内经》的注解，督脉亦起于胞 宫，这一观点已得到承认。又根据《黄帝内经》的记载，督 脉在循行过程中，“贯脊属肾”,与足少阴肾经相通，得到肾 中命火相助；又其脉“起于目内眦”,与足太阳膀胱经相通， 得阳经相助；又其脉“上贯心入喉”,与手少阴心经相通，得 心中君火相助；同时足厥阴肝脉“与督脉会于巅”,督脉又得 肝之相火为助。

由此可见，督脉得君火、命火、相火为助而主一身之 阳，故有“阳经之海”之称。并且督脉有“其少腹直上者” 的分支，说明督脉与任脉互相贯通。督、任二脉，同出“会 阴”穴，任脉行身前正中而主阴，督脉行身背正中而主阳， 两脉于“龈交”穴交会，循环往复，维持着人体阴阳脉气的 平衡，从而保持胞宫功能的正常。

**(四)带脉与胞宫、脏腑的联系**

根据《难经》的记载，带脉就象腰带一样的横行腰部， 总束诸经。正因为带脉横行于腰部，自然与纵行的冲脉、任

脉、督脉相交会，并且通过冲、任、督三脉间接下系胞宫。 另外《儒门事亲》说带脉“络胞而过”,可见带脉与胞宫有 密切的经络联系。同时还由于带脉横行于腰部，也必然与通 过腰部的足三阴(肝、脾、肾)、足三阳(胆、胃、膀胱)诸 经相交会。在功能上来说，带脉主要与重要脏腑相通，而取 肾、肝、脾胃等诸经的气血以为用，用以发挥带脉的约束功 能，即制约和管理的功能，来约束冲、任、督三脉维持胞宫 的正常生理功能。

总起来说：冲、任、督、带四脉与胞宫有着密切的经络 联系和功能联系。冲、任、督、带四脉下起胞宫、上连十二 经脉，而与脏腑相通，从而把胞宫与整体经脉联系在一起。 同时，四脉有湖泽、海洋一样的功能，蓄存着十二经脉的多 余气血，所以冲、任、督、带四脉支配胞宫的功能是来源于 脏腑的。

脏腑之中，肾藏精，主生殖。古人认为肾是先天之本、 元气之根，主藏精气，是人体生长、发育和生殖的根本。肾 的经脉凭借冲、任、督三条经脉与胞宫相通，同时“胞络 者，系于肾”,说明肾还有直接的经络线路和胞宫相通。肝 有藏血和调节血量的功能，又能司理血海，它的经脉凭借 任、督二脉和胞宫相通。脾化水谷以生气血，司中气而统 血，它的经脉借任脉与胞宫相通；胃为水谷之海，主受纳腐 熟水谷，与脾同为气血生化之源，并凭借冲、任二脉与胞宫 相通。心主血，藏神，“胞脉属心而络于胞中”,说明心有直 接的经络与胞宫相通。肺主一身之气，有“朝百脉”、“通调 水道”而输布精微的功能，胞宫需要的一切精微物质都是靠 肺气转输和调节的。由此可见，脏腑的功能是通过冲、任、 督、带四脉才作用到胞官的，胞宫所以有经、孕、产、育的

生理功能，都是脏腑、经络、气血作用的结果。

**三、怀孕的机理与征象**

中医学认为，女子发育成熟后，只要月经按月来潮，经 期前后没有疼痛或其他不适情况，这时就有了受孕的可能。 上述情况说明女子身体已发育到一定阶段，肾气已经旺盛， 天癸业已成熟，冲任二脉功能正常。中医学认为肾藏精、主 生殖，肾气旺盛才能化生天癸，天癸是源于先天，藏之于 肾，化生于肾，成熟于肾，也受后天水谷精微的滋养。它是 促进人体生长、发育和生殖的物质。天癸充达于冲任二脉， 就会使任脉所司的精、血、津、液旺盛充沛，使冲脉广聚脏 腑之血而血盛，这样冲任二脉相资，血海按时满盈，血溢胞 宫，使月经按期来潮。

因此，中医学认为受孕的条件，在于肾气充盛，天癸成 熟，冲任二脉功能正常。在这种情况下，男女两精结合，就 可以构成胎孕，《内经》说：“两神相搏，合而成形”,正说 明了构成胎孕的生理过程。

怀孕的母体有一些特殊的征象。怀孕早期，首先，明显 地表现在月经停止来潮。生育年龄的已婚妇女，月经一贯规 律，突然闭经，这是可能怀孕的主要征象。其次，可有早孕 反应。怀孕初期，由于脏腑、经络之血，下注冲任经脉之中 以养胎元，因此在孕妇整个机体来看，相对的血感不足，气 易偏盛。肝血不足则肝气有余，且又血聚冲任而冲脉气盛、 气逆，以致胃气不降。所以孕妇常常晨起头晕，恶心作呕， 择食，喜食酸物，厌恶油腻及特殊气味等。再次，孕妇可以 自觉乳房发胀，触之有痛感，此由冲脉及胃气盛所致。怀孕 三个月后，白带稍增多，乳房逐渐增大，乳头、乳晕颜色加

深。随着子宫增大，有时压迫膀胱感到尿频。怀孕四、五个 月以后，孕妇可以自觉胎动，由于胎体逐渐增大，小腹逐渐 膨隆，也就是一般说的“显怀了”。妊娠六个月以后，胎儿逐 渐长大，阻滞气机升降，水道不利，常可出现轻度肿胀，小 便短少。妊娠末期，由于胎儿先露部压迫膀胱和直肠，可见 小便频数、大便秘结等现象。

怀孕期间，除了母体变化外，对胎儿的发育情况，前人 也作了较为详细的描写，早在1400多年以前，徐之才在“逐 月养胎法”中就写道：“妊娠一月始胚，二月始膏，三月始 胞，四月形体成，五月始动，六月筋骨立，七月毛发生，八 月脏腑具，九月谷气入胃，十月诸神备，日满即产矣。”尽 管这里对胎儿发育情况的描写是粗线条的，但却是较为准确 的，这说明中医学对胎儿的发育、成熟早有详细的观察。

第二节 目前对生殖生理的认识

前面我们从宏观世界的角度阐述了中医学的妊娠理论， 下面我们想从微观世界的角度进一步介绍生殖生理方面的一 些知识，以便正确认识和处理怀孕期间的异常情况。

**一、女性内生殖器**

女性内生殖器指生殖器官的内脏部分，包括阴道、子宫、 输卵管及卵巢，后二者常被称为子宫附件。

**(** **一)阴道**

位于真骨盆下部中央，为性交器官，及月经血排出与胎 儿娩出的通道。其壁由粘膜、肌层和纤维层构成。上端包围 子宫颈，下端开口于阴道前庭的后部。前部与膀胱、尿道邻 接，后壁与直肠贴近。环绕宫颈周围的部分称为阴道穹窿。

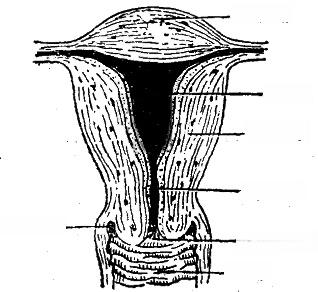
平时阴道前后壁互相贴近。由于阴道壁有很多横纹皱襞及外 敷弹力纤维，故有较大的伸展性。

**(二)子宫**

为一空腔器官，子宫体壁由三层组织构成，外层为浆膜 层，即脏层腹膜，中层为肌层，内层为粘膜层，即子宫腔内 覆以粘膜，称子宫内膜。从青春期到更年期，子宫内膜受卵 巢激素的影响，有周期性的改变，并产生月经。性交时，子 宫为精子到达输卵管的通道；受孕后，子宫为胚胎发育、成 长的处所；分娩时子宫收缩，使胎儿及其附属物娩出。

子宫位于骨盆腔中央，呈倒置的梨形。成年女子的子宫 长约7~8厘米，宽4～5厘米，厚2～3厘米。子宫上部较 宽，称子宫体，其上端隆突部分，称子宫底，子宫底两侧为 子宫角，与输卵管相通。子宫下部较窄，呈圆柱状，称子宫 颈。

子宫腔为一上宽下窄的三角形，子宫腔的容量约为5毫 升。子宫颈内腔呈梭形，称子宫颈管，成年妇女长约3厘 米，其下端称为子宫颈外口，连接阴道顶端。(如图1-1)



—子宫底

子宫腔

— 子宫体

**子宫颈管**

阴道穹窿一

子宫颈外口 一阴道

**图1-1** 子宫各部

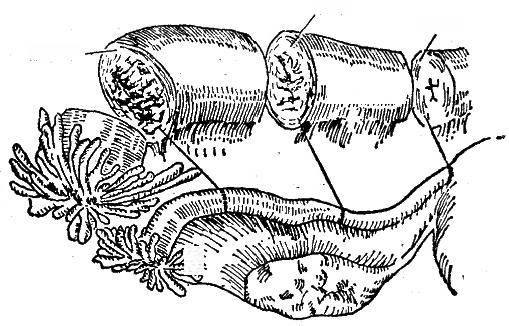
—8—

子宫有四对韧带，即圆韧带，阔韧带，主韧带，子宫骶 骨韧带，借以维持子宫的正常位置。当然子宫还受盆底肌陈 及筋膜的支托作用。

**(三)输卵管**

为一对细长而弯曲的管，内侧与子宫角相连，外端游 离，而与卵巢接近，全长约8～14厘米。输卵管为卵子与精 子相遇的场所，受精后的孕卵由输卵管向子宫运行。

根据输卵管的形态可分为四部分：间质部(或称子宫 部)——为通入子宫壁内的部分，狭窄而短；峡部——为间 质部外侧的一段，管腔也较窄，长约3～6厘米；壶腹部 — 又在峡部外侧，管腔较宽大，长约5～8厘米；漏斗部(或称 伞部)——为输卵管的末端，开口于腹腔，游离端呈漏斗状， 有许多须状组织，故名，有“拾卵”作用。(如图1-2)



峡部

间质部

壶腹部一



伞部



图1-2 输卵管各部横断面

**(四)卵巢**

为一对扁椭圆形的性腺，产生卵子及激素。青春期前，

卵巢表面光滑；青春期开始排卵后，表面逐渐凹凸不平。成 年女子的卵巢约4×3×1厘米大小，重约5~6克，呈灰白 色。

**二、卵巢和卵子**

卵巢是女性的性腺，是产生卵子的地方。卵巢表面无腹 膜，其外由卵巢白膜覆盖，再往里是卵巢组织，分为皮质和 髓质两部。皮质在外层，其中有数以万计的始基卵泡及致密 的结缔组织；髓质在卵巢的中心部分，含有疏松的结缔组织 及丰富的血管、神经、淋巴管及少量与卵巢悬韧带相连续的 平滑肌纤维，髓质内无卵泡。

生成卵子的原始材料是卵原细胞。当女性还在胎儿期，

原始生殖细胞一旦到达了在遗传学上属女性的性腺，就分化 成卵原细胞。它经过若干次有丝分裂，到孕三个月时，卵巢 已有一些分化成颇大的初级卵母细胞，到孕第五个月时，卵 巢内生殖细胞达峰值约有300万～600万个，至出生前存活： 的大部分初级卵母细胞都围有一层特殊的间质细胞(即颗粒 膜细胞),这个联合体就是统称的始基卵泡。并且初级卵母 细胞发育至此双线期(网状期)即告静止， 一直休眠到青春 期，才开始其成熟分裂的其余各期。 一个女婴在出生时，其 卵巢上已有初级卵母细胞约70万~200万个之间，由于在童 年的头几年中大部分卵母细胞都要闭锁，所以到青春期开始 时仅有15万个左右存在。

从青春期开始，随着每次卵巢周期，若干始基卵泡开始 发育，但通常只有一个卵泡达到完全成熟，其余的都变性闭 锁了。卵泡刚一成熟，约排卵前36～48小时，初级卵母细 胞就恢复了第一次的成熟分裂，即减数分裂。这次分裂的结

果，导致形成两个大小不同的子细胞，但每个细胞都有23 个双结构的染色体，其中大的子细胞即次级卵母细胞，接受 了全部的细胞质，其中小的子细胞即第一极体，几乎没有接 受细胞质。

在第一次成熟分裂完成，次级卵母细胞的核还没有恢复 到休息期时，次级卵母细胞不进行 DNA 复制就进入第二 次成熟分裂。但只有当次级卵母细胞受精时，才完成第二次 成熟分裂，否则次级卵母细胞在排卵后24小时左右就变性 了。第二次分裂的结果，形成最后成熟的卵子和第二极体。 一般认为此时第一极体也进行第二次分裂，因为有人已经观 察到带着三个极体的受精卵。

这就是说，初级卵母细胞经过二次减数分裂， 一个分裂 成四个，但体积大小不等，只一个大的发育成卵子，其余三 个小的成为极体，最后退化被吸收。而这个发育成熟的卵子 内的染色体数只有23个，是原来卵母细胞中46个染色体(双 倍体)的一半，这里记录了女性的全部遗传密码。 一般一个

月经周期，只排出一个成熟卵 子，直至绝经期。一个女子的 生育年龄平均30～35年，所 以一生中大约能排出400个卵 子，最多不过500个。成熟的 卵子，大不过针尖，肉眼刚刚

可以看到。外面被一层透明带

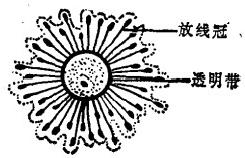


图1-3 成熟卵子

包围着，透明带外面是一层呈放射状排列的细胞，叫做“放 线冠”,内有细胞质、细胞核(如图1-3)。

**三、睾丸和精子**

睾丸是男性的性腺，是制造精子的工厂。睾丸左右各一 个，包裹在阴囊里。睾丸重约10～20克，里面盘曲着1000 多条管子，叫曲细精管，曲细精管里有无数精原细胞，它们 是制造精子的原始材料。精原细胞经过一系列变化后，才发 育成为精子。

精子由曲细精管被推送到附睾，并在附睾获得充分活动 的能力。

精子形态似蝌蚪，性情活泼好动，行动敏捷，身长仅60 微米，只有借助显微镜才能看见。它的头部分泌一种特殊的 酶，只有遇到女性的卵子时才释放出来，去溶解卵子的外 壳，帮助精子进入卵子内同卵子结合；同时它的头部有较大 的细胞核，运载着男子的全部遗传密码。

在人类，最早的精原细胞发育成成熟的精子的整个阶段 称为生精周期，这个周期所需的时间为61～64天。 一个精 原细胞能产生近百个精子。成年男子一人一天能产生精子 1~2亿个。正常男子一次射精约为2～6毫升，每毫升含精 子数约6000万~1亿多个，每次射出的精子可达2~6亿多 个，由此可以说精子是一支浩浩荡荡的庞大队伍。

**四、受精与着床**

目前已经明确认识到：男性发育成熟的精子和女性发育 成熟的卵子，在适当的条件下结合，两个细胞合并成一个细 胞——合子(也称受精卵、孕卵)后，新的生命便从此开 始。精子和卵子结合的过程，就称为受精。因此可以说精子 和卵子是人类生命的种子。那么精子和卵子是怎样结合的

**呢?**

**(一)精子的获能**

人类精子在附睾停留一定时间，并由附睾液的作用最后 成熟，获得授精能力，但由于在精液的灭能因素作用下而使 精子处于灭能状态。当精子在子宫和输卵管内停留6小时 后，才能解除灭能因素的作用，完成授精作用。这种精子在 女性生殖道内发生的一系列形态和生化改变，以完成授精准 备和获得授精能力的过程，称为精子的获能。

**(二)精子的运行**

射入女性阴道的精子，为了与卵子结合，在女性阴道中 拼命奔波，尽管要达到受精地点——输卵管壶腹部与峡部连 接点处的旅途仅十几厘米，但对身材微小的精子来说却是相 当漫长的，它以坚韧不拔的进攻精神，以每分钟2～3毫米的 速度向前游动，看来要达到目的地是十分艰难的。但是获能 的精子，施展它奇妙的逆行本领：在子宫，借助精液中前列 腺素使子宫剧烈收缩的负压，把精子吸入宫腔；在输卵管， 借助输卵管肌层的蠕动和反蠕动，输卵管粘膜皱襞、系膜及 纤毛复杂活动的密切配合，和输卵管液的流动，使精子运行 最快者，仅在数分钟内便到达了受精地点。有人曾在人工受 精5~10分钟内就在输卵管壶腹部发现了精子，并发现在 15~45分钟内，输卵管内精子数分别与精子总数、活动精子 总数之间的比例是恒定的，说明输卵管内精子数目在受精后 不再增加。虽然一次射精有数亿精子进入阴道，但到达输卵 管壶腹部的精子一般不超过200个，实际到达受精部位的精 子只有15～50个，到达时间约在性交后的30~90分钟。

射入阴道的精子，在阴道内存活时间不超过6小时，大 部分死亡在阴道。经过宫颈时又死掉一部分，到达宫腔后，

一部分暂时贮存于子宫腺体周围， 一部分被宫腔内的白细胞 吞噬掉，经过输卵管峡部时，又有一部分被卡住，经过这重 重关卡，最后只有少数“尖兵”到达了受精地点，而其中只 有一个精子能和卵子结合。

**(三)受精**

在排卵前不久，输卵管伞开始覆盖住卵巢表面，输卵管 本身也开始有节律地收缩，卵子(次级卵母细胞阶段)被运 送到输卵管，是输卵管伞的扫动和其上皮表面纤毛摆动的结 果。

卵子排出后大约经8~10分钟就进入输卵管壶腹部，在 壶腹部——峡部连接点处，有一个生理性狭窄环，卵子就停 在此处等候精子的到来，并在此处受精。卵子寿命约为24± 6小时，最佳受精时间是卵子排出的15～~18小时，如果超过 24小时未能受精，卵子则开始变性。

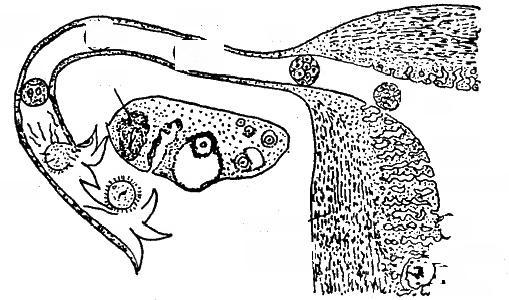
次级卵母细胞一进入输卵管，就丧失其卵丘细胞，精子 通过自动游移而接近卵子，同时精子的顶体序贯地释放一系 列水解酶，消化、分解卵子周围的细胞和透明带，其中至少 有三种主要的酶，即透明质酸酶、卵冠穿入酶及精子蛋白酶 (顶体酶),协助精子穿过放射冠及透明带，随后精子就被卵 细胞吞入到细胞浆内。在受精开始时，次级卵母细胞即发生 了前述的第二次成熟分裂。精子进入卵细胞后，头部很快水 化、膨胀、变圆，称为原核。迅即与卵细胞之原核等大，两 者相互靠近，最后完成融合，受精过程即告完成。受精卵又 称孕卵，是一个新生命的开始。

**(四)受精卵的运行与发育**

受精卵在输卵管蠕动和收缩的协助下，及其内膜纤毛的 摆动，被送往宫腔。孕卵在输卵管内运行的同时，从输卵管

液中吸收部分营养和氧气，不断进行有丝分裂。孕卵分裂的 过程称为卵裂。

一般受精后30小时，孕卵变成两细胞；受精后3～4 天，由于孕卵不断进行有丝分裂，巳变成实心细胞团——桑 椹胚；桑椹胚进入宫腔后，游离3～4天，随着细胞继续分 裂，体积增大，中间出现间隙，内有少量液体称为囊胚腔或 称胚外体腔，此期孕卵称为囊胚或胚泡；在受精后7～8天 囊胚的透明带在子宫液作用下而消失，囊胚直接与子宫内膜 接触开始着床。囊胚与子宫内膜的结合称为着床或称植入。 植入的部位是接近子宫中线位于宫底和宫内口之间的前壁或 后壁，以植入宫后壁者为多见。孕卵大约在受精后12天左 右被完全包埋于子宫内膜中(如图1-4)。



3天

6

7 4天

8

4,5~65天

9

7 ~ 8 天 D10

12天

子宫肌层 子宫外膜

30小时

D₅

复制DNA 的时间

12~24小时



黄体

)4

3

图1-4 受精卵运行、发育及着床示意图

囊胚的植入好象一粒种子被埋在松软的土壤里一样。囊 胚植入的先决条件是囊胚和子宫内膜发育的同步化，即第 7~8天的受精卵要植入到排卵后7~8天的子宫内膜里。此

时子宫内膜由于受孕激素的影响正处于分泌期，间质水肿， 血管表浅，并出现轻度扩张充血，好象经过“精心耕耘”, 施了底肥的土壤一样，肥沃、湿润、松软，非常适合孕卵的 着床和发育。而囊胚的滋养层细胞与宫内膜接触时，由滋养 层细胞分化出的合体细胞分泌出一种能溶解子宫内膜的蛋白 酶，能浸蚀子宫内膜，故子宫内膜表层细胞很快分解，形成 约1毫米直径的缺口。合体细胞具有变形活动能力，使囊胚 浸入子宫内膜的致密层，表面缺口迅速修复，整个孕卵被包 埋于子宫内膜之中。

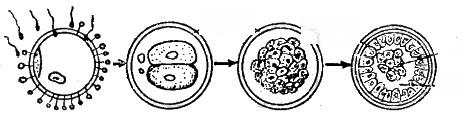
**五、胚胎、胎儿及胎盘的发育**

惯例将孕产物的生长、发育分成三个阶段： 一是受精后 2周内(即闭经后4周或孕4周内)称为受精卵；二是孕5 周起，至孕8周止称为胚胎，这一阶段从形成各脏器系统的 始基，至基本完成发生基础；三是孕9周起，胚胎已具人 形，直至妊娠结束称为胎儿。

**(一)受精卵的发育**

受精后第2周，与囊胚发育的同时，内细胞团开始出现 一系列重大变化。由于内细胞团的增生、分化先后形成两个 囊腔，靠近顶端部分的叫羊膜囊，位于羊膜腔底部的叫卵黄 囊。羊膜囊的底壁与卵黄囊的顶壁，两层细胞贴附在一起形 如圆盘，称胚盘，将来分化演变成胎体。胚盘的两层细胞， 上层叫外胚层，下层为内胚层，故将这一发生阶段称之为 “两胚层时期”〔如图1-5之(6)〕。

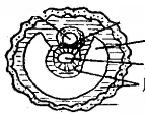
这时滋养层向内分离出一些细胞，称为胚外中胚层，衬 在滋养层内面及包围在羊膜囊和卵黄囊外面，胚外中胚层之 内表面，形成一层薄膜，围绕着含有胶状粘稠液体的空腔

透 明 带 滋养层

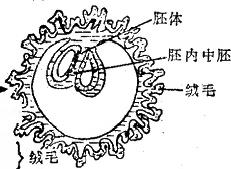
内细胞团

-胚外体腔

(1)受精 (2)卵裂 (3)桑椹胚 (4)囊胚初期

羊膜意

内细胞团 滋养层

-胚外体腔

胚盘

\_胚外体腔

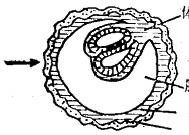
卵黄囊

胚外中胚层 滋养层

(5)透明带消失

(6)两胚层

(8)三胚层



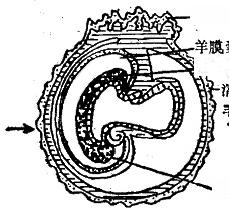
体蒂

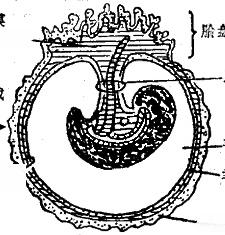
胚 外 体 腔

-胚外中胚层

滋 养 层

(7)两胚层

叶状绒毛膜

卵黄囊-

尾部 一脐带

滑泽绒 毛 膜

—羊膜囊

胎 膜 羊 膜

头部

滑泽绒毛膜

(9)胚体形成

图 1 - 5

(10)胎儿形成 孕卵的发育示意

——胚外体腔，羊膜囊、胚盘及卵黄囊均悬浮其中。故胚外

体腔液的存在进一步保护着羊膜及胚胎。

**(二)胚胎的发育**

在受精后第二周末与第三周初，即从孕卵完全埋于子宫 内膜开始，胚盘尾侧端部分的外胚层细胞增生较快，并向胚 盘中轴分化集中，形成囊状细胞带，称为原索。原索细胞再 转而向外胚层与内胚层的间隙分生，形成一层新的细胞层， 即胚内中胚层，此时胚盘已具有三个胚层，故称为“三胚层 时期”〔如图1-5之(8)〕,这三个胚层是胚体发生的始基。此 后从这三个胚层发生胎儿身体的各个器官。

外胚层：主要分化成神经系统、皮肤表皮、毛发、指 甲、眼睛的水晶体及内耳的膜迷路等。

中胚层：主要分化成肌肉、骨骼、血液、结缔组织、循 环系统及泌尿生殖系统的大部分。

内胚层：主要分化成消化系统和呼吸系统的上皮组织及 其有关腺体、膀胱、阴道下段及前庭。

胚胎早期的宫内发育，由于各胚层增厚， 一端发育较快 较大形成头部，狭窄较小的一端成为尾部， 一部分中胚层细 胞在胚盘尾部与极滋养层内的胚外中胚层相连接成为体蒂， 是将来脐带发生的始基。由于外胚层发育较快，使扁平的胚 盘向腹侧面卷曲，形成柱形胚，随着各器官的发育，约在孕 8周时(受精后6周)使胚胎渐具人形。其头部大，可以看 到眼、耳、口、鼻，四肢已有肢芽(如图1-6)。早期心脏形 成，用超声波可以查出心脏波动。

**(三)胎儿的发育**

孕9周起(受精后7周)胚胎发育至胎儿期〔如图1-7 及图1-5之10)〕。

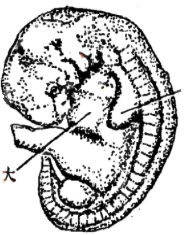
孕12周时，胎儿身长增至7~9厘米，重量增至20克

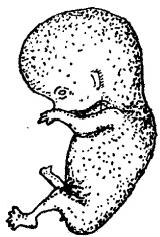
外耳道

耳膨大

肢芽 眼一

**心包一肝**膨 手板

心包膨

图1- 6 孕8周人胚左侧观示意图

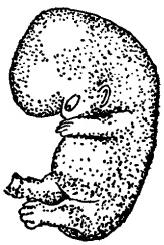


图1~7 孕9周人胚左侧观示意图

左右，是孕8周时的15倍。外观尚不能辨认男女。

孕16周时，胎儿身长约15~17厘米，重量约100～120 克。从外生殖器可以辨认男女。

孕20周时，身长约25厘米，重量约300克左右。这时 可以听到胎心跳动。

孕24周时，胎儿身长达30厘米，体重约700克左右。 孕28周时，胎儿身长约35厘米，体重约1000克左右。

娩出能啼哭，生活能力弱，加强护理可以存活。

孕32周时，胎儿身长约40厘米，体重约1500~1700 克。双睾丸已降至阴囊，此时出生可以存活。

孕36周时，胎儿身长约45厘米，体重约2500克以上。

孕40周时，胎儿身长50厘米左右，体重平均3000克 以上。双睾丸已降至阴囊，大小阴唇发育良好，出生后哭声 宏亮，吸吮力强，有旺盛的生命力。

胎儿各重要器官系统形成的大体时间是：脑在孕2~11 周，眼在孕3~7周，心脏在孕3~7周，四肢在孕4～8周， 牙齿在孕6~10周，耳在孕6~12周，口唇在孕5～6周，腭 在孕10~12周，腹部在孕9~10周形成。可见妊娠早期，是 胚胎早期组织器官分化、形成、发育的重要时期，是受精卵 重演人类进化史的剧烈演进期。此期胎儿最娇嫩，最易受内 外环境有毒害因素的影响，而使其形成有误，造成形形色色 的畸形、死胎及流产，应引起注意。

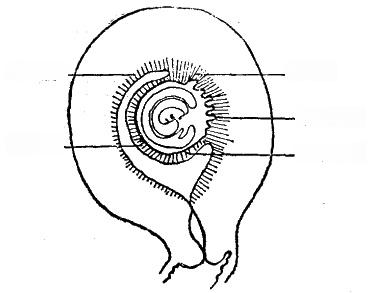
**(四)胎盘的形成和发育**

胎盘由母体组织和胚胎组织共同组成，是母体与胎儿间 进行物质交换的重要器官，在妊娠过程中持续进行动态改 变，其结构特殊，功能复杂。

蜕膜的形成：孕卵着床后，子宫内膜在孕激素作用下， 其细胞结构及细胞形态均有改变。并且这些妊娠期的子宫内 膜，于分娩后大部分脱落，故取名为蜕膜。依其与孕卵部位 的关系分为三部分(如图1- 8)。

底蜕膜：是蜕膜与极滋养层接触的部位，将来发展成为 胎盘的母体部分。

包蜕膜：是覆盖在囊胚上面的蜕膜，随着囊胚的发育扩 展，逐渐突向宫腔。约在12周随着羊膜腔的增大，包蜕膜与 真蜕膜逐渐融合，分娩时此二层已合而为一 ，无法分离。

-底蜕膜

真蜕膜一

叶状绒毛 滑泽绒毛

包蜕膜一

**图1-8** 早期妊娠子宫蜕膜与绒毛膜的关系

真蜕膜：除底蜕膜、包蜕膜外覆盖子宫腔内之蜕膜统称 为真蜕膜。

绒毛膜的形成：早在囊胚发育到2周左右时，滋养层细 胞的表面已形成许多毛状突起，这些毛状突起再分化成小支 而形成原始绒毛。在受精3~4周时出现未成熟的次级干绒 毛，随后胚外中胚层的细胞伸入绒毛内成为绒毛中轴。滋养 层和胚外中胚层合称绒毛膜，这些绒毛从周围的蜕膜中吸收 营养。

随着囊胚生长，与底蜕膜接触的绒毛由于功能日益发 展，发育更为旺盛，分枝繁茂，形成丛密绒毛膜，亦称叶状 绒毛膜。这部分的胚外中胚层亦发育增厚似膜板状，称绒毛 膜板，为日后形成胎盘的子体部分。与包蜕膜接触的绒毛， 遭受压迫，血液供应不良，绒毛逐渐退化萎缩，仅存血管分 布较少的薄层，称为平滑绒毛膜。

综上所述，胎盘是由胎儿未退化的丛密绒毛膜，与母体 的底蜕膜共同发育组成。从孕6~7周(受精后4~5周)开

始奠基，至孕12周末已形成一完整器官。其余部位的绒毛膜 和蜕膜以及羊膜，共同组成胎膜。

足月的胎盘系椭圆形的盘状器官。直径16～20厘米，厚 2.5厘米左右，重达500~600克，绒毛总面积为12平方米 左右。它是受精卵这粒种子生长的根基，母体通过它供给胎 儿生长、发育所需用的一切营养物和氧气，同时又把胎儿的 新陈代谢产物送入母体，排出体外。胎盘还是母亲和胎儿之 间的“天然屏障”,可以防御毒物、细菌、微生物侵袭胎儿。 胎盘功能不佳，能造成胎儿发育障碍，甚至死亡。

胎盘通过脐带把母体和胎儿联系在一起。脐带的一端连 于胎儿腹壁的脐轮，另一端附着于胎盘的胎儿面。胎儿依靠 脐带悬浮于羊膜腔中。足月胎儿的脐带长约50～60厘米，直 径约1.5～2厘米，其表面被羊膜覆盖，其中有一根脐静 脉、两根脐动脉，还有胶样脐带基质，保护着脐血管。胎儿 通过脐血管源源不断地进行着营养物、氧气和代谢废物的交 换。因此，当脐带发育畸形、打结、极度扭曲或受压时，都 可以中断胎儿物质交换的唯一途径，而立即危及胎儿的生 命。

**(五)羊膜及羊水**

羊膜为胎膜的一部分，一般认为人类羊膜在正常受精卵 发育到7~8天从细胞滋养层衍生而来。

羊膜腔内的液体称为羊水，随着妊娠时期的不同，其来 源、容量与组成亦有变化。妊娠早期，羊水主要是由母体血 清通过胎膜进入羊膜腔的透析液，为无色澄清的液体，其成 分基本与母体血浆相似，只是蛋白质含量低。妊娠中期后 〈妊娠14～16周以后),胎儿尿成为羊水的重要来源。

羊膜在羊水的产生上起着重要作用，在羊水吸收上也起

着重要作用，羊水交换约有50%是由羊膜完成的。此外脐 带、胎儿消化道也都能吸收羊水。经消化道吸收的羊水在胎 儿体内形成尿液，再排入羊膜腔中。总之羊水是与周围组织 保持着动态平衡的体液。由于胎儿各系统功能的建立，羊水 的成分也不断地发生变化。

羊水中不仅含有胎儿发育所需的部分营养物，而且含有 胎儿代谢产物(如尿素、尿酸、肌酐),其含量间接反应胎儿 肾脏成熟程度；有胎儿消化、呼吸、泌尿系统、皮肤等的脱 落细胞；可用其预测胎儿性别、先天性染色体异常病及胎儿 成熟程度；有代表胎儿——胎盘功能好坏的各种激素和酶， 可用来预测胎儿——胎盘功能，从而了解胎儿宫内是否安 稳；有胆红素、磷脂类，测其全量能了解胎儿肝脏、肺脏发 育的成熟度。羊水成分复杂，通过羊水检查，可以预知胎儿 各方面的情况。

羊水的量，随妊娠期的不同而有变化。妊娠12周时约为 50毫升，20周时约为400毫升，36～38周时容量最高，约 为1000~1500毫升，妊娠过期后羊水量迅速减少，而且混浊。

总之，羊水的功能主要有三方面：其一，保护胎儿。胎 儿在羊水中自由活动，防止胎体粘连，形成肢体畸形；保持 宫腔内恒温，恒压，减少因外力所致的胎儿损伤。其二，保 护母体。羊水可以减少因胎动引起的不适感；临产时胎囊可 以借羊水压力扩张软产道(宫颈、阴道),避免胎体压迫母 体组织时间过长，引起宫颈、阴道损伤。其三，借助羊水进 行各种检查，了解胎儿性别、成熟度及有无遗传病。

**六、关于妊娠的诊断**

受精卵能否正常的发育，约20%取决于遗传因素，70~

80%取决于母体内外环境。因此，必须极早确诊是否妊娠， 才可能从胚胎发育早期即实行保护。否则会因各种因素而误 伤胎儿，甚至造成死胎、流产。

**(一)妊娠早期的征象**

1. 突然停经：已婚的生育年龄妇女，月经一贯规律，突 然闭经，首先应考虑可能怀孕。当然，停经不一定就是妊 娠，应予鉴别，如哺乳、环境变化、更年期、服用避孕药或 其他原因引起的月经停止应除外。有时哺乳期妇女，月经尚 未恢复，也可再次妊娠。总之，突然停经是已婚妇女怀疑妊 娠最早和最重要的症状。

2. 早孕反应：约半数在停经6周左右时，有恶心、呕 吐、偏食(如喜食酸物)、厌油腻、食欲不振、头晕乏力、嗜 睡、便秘等表现，称之为早妊反应。这些反应多于妊娠12 周左右自行消失。

3. 乳房胀痛：乳房在孕后受雌激素和孕激素的刺激而 进一步发育、增大，使乳房发胀，触之有痛感，有的乳头疼 痛，初次妊娠较明显。哺乳期妇女孕后自觉乳汁分泌减少。

4. 尿频：孕后由于子宫逐渐增大，向前压迫膀胱，引起 膀胱刺激症状，出现尿频。

**(二)临床检查**

有以上现象，往往表示可能怀孕了，应尽快到医院检查 确诊。

1. 妇科检查：阴道窥镜检查时，阴道壁及子宫颈因充血 变软，故呈紫蓝色；子宫峡部极软，双合诊时，感到宫体和 宫颈似不相连，称为Hegar 氏征(海格氏征),是早期妊娠 的典型体征；子宫体增大变软，开始时子宫前后壁变宽、饱 满，约孕6周时子宫呈球形，以后子宫逐月增大，孕12周

后子宫底超出盆腔，可在耻骨联合上方触及；有时可感到子 宫有间歇性无痛的子宫收缩。

2. 乳房变化：孕8周后乳房胀大，乳头及乳晕颜色加 深，乳头周围有深褐色小结节。

3. 脉象：两尺脉滑利。停经三个月时，两尺脉滑利，按 之不绝，便是典型脉象。

**(三)辅助检查**

1. 妊娠试验：由于妊娠后绒毛的滋养层细胞分泌绒毛 膜促性腺激素，经孕妇尿中排出，故可应用生物或免疫反应 测定尿中绒毛膜促性腺激素的存在，以协助诊断妊娠。目前 普遍应用的是免疫法，对可疑者早晨的尿液进行化验检查。

妊娠试验一般在月经过期11～15日即可出现阳性。妊娠 10~12周时绒毛膜促性腺激素的分泌量达高峰，以后逐渐下 降。到妊娠后半期，维持在一个相对稳定的低水平。所以此 项检查对早妊诊断意义很大。若试验报告妊娠免疫试验阳性 (+)时，则为妊娠。但个别病例还要借助超声波检查确诊。

2. 超声检查：应用A 型超声诊断仪，配以多普勒诊断 仪，探测胎心诊断早孕有实用价值，对闭经的非孕子宫、假 孕除外妊娠方面，和确定死胎上有帮助。

A型示波法，有三项指标可以协助诊断。探测时，如见 到宫腔波分离和液平反射，或见到无规律性、时而连动、时 而静止、时隐时现的胎动反射波，对早孕诊断有价值；探测 子宫体的纵径、横径及前后径，累加后大于20厘米，或仅子 宫厚度大于7厘米，均提示子宫体增大，有诊断意义；探测 胎心，但探出率不如多普勒诊断仪灵敏。

多普勒探查法：用于探测胎心。早妊时的胎心为单一的 高调音，更能听到脐带的血流声，胎心率一般在150～160

次/分之间。

B型显象法：妊娠早期5～10周时，应用B 型超声诊断 仪可以显示妊娠囊(妊娠环)或胚胎的声象图，有助于诊断。

3. 黄体酮试验：对可疑早妊的妇女，可以每日肌肉注射 黄体酮10毫克，共5天，或黄体酮20毫克，共3天。如停 药后3~7天出现阴道流血，可以确定不是妊娠。如停药7 天后仍无月经来潮，则早期妊娠可能性很大。

4. 基础体温测定：如测得基础体温为双相型，且黄体期 持续3周仍不见高温曲线(36.8~37.1℃)下降者，应考虑 早妊可能。如高温曲线超过3周，则早妊可能性更大。

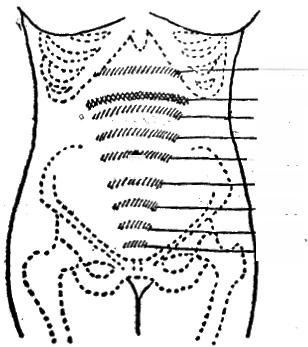
总之，对早期妊娠的诊断，主要靠妊娠试验和超声检 查，即可作出判断。但有时又是比较困难的，如停经时间 短，根据症状、体征与辅助检查仍不能确诊时，可预约1～2 周后复查。如复查时子宫明显增大，或体征与辅助检查相符 时，即可确诊。

**(四)中、晚期妊娠的诊断**

妊娠中期以后的征象逐渐明显，诊断比较容易。 一般根 据子宫增大，扪到胎体，感到胎动，听到胎心即可确诊。

1. 临床表现：

子宫增大：孕妇自觉腹部逐渐膨大，检查腹部时，可见 子宫按妊娠月份增大(妊娠月以4周为一个月)。因此可以 根据子宫底的高度判断妊娠月份(如图1-9)。一般的孕四个 月末子宫底在脐与耻骨联合上缘之间，孕六个月末子宫底与 脐平，孕八个月末子宫底在脐与剑突之间，孕九个月末子宫 底位置最高，中间在剑突下二横指，两侧抵在肋缘下，孕十 个月末子宫底又回到孕八个月末的高度，但子宫较八月末时 为 宽 。

9个月

10个月 8个月 7个月 -6个月 -5个月 4个月

脐

3 个 月 2个月

**图1** **-** **9** 妊娠各月份子宫底的高度

胎动：胎儿肢体在子宫内的活动，称为胎动。于妊娠 18～20周时孕妇开始自觉胎动，每小时约3~5次，愈到后 期胎动愈明显。检查腹部可扪到胎动，也可用听诊器听到胎 动 声 。

胎心：妊娠20周左右，可经孕妇腹壁听到胎儿的心音， 速度较快，每分钟约为120~160次。妊娠6个月以前，胎儿 心音多在脐下正中、或稍偏左右听到，妊娠6个月以后，胎 儿心音多在胎儿背部所在侧听得最清楚。

胎体：妊娠20周后，因子宫壁软而薄，可经腹壁扪及子 宫内的胎头及胎儿肢体，妊娠月份越大，胎体扪得越清楚。妊 娠24周后，触诊时可以区别胎头、胎臀、胎背及胎儿肢体。

2. 辅助检查：

X 线摄片：妊娠18～20周以后，X 线摄片可以见到胎 儿骨骼阴影 ， 对多胎 、 死胎 、 胎儿畸形及可疑头盆不称有诊

断价值。遇有胎位不清诊断困难者，亦可X 线摄片确诊。但 X 线摄片不宜多作，以免孕妇及胎儿过多接受X 射线。

超声检查：A 型示波法，探出胎心及胎动反射的任何一 项，即可确诊为妊娠，并证实为活胎。 B 型显象法，一般于 妊娠15周以后可以显出胎头、胎胸、胎体、胎动、胎心搏动 及胎盘完整图象。妊娠11～14周，如为正常妊娠则B 型超声 声象图不显示妊娠囊及胚胎，此时最好借助多普勒诊断仪探 测胎心活动。妊娠早期5～10周时， B 型超声尚可显示妊娠 囊(妊娠环)或胚胎声象图。

胎儿心电图：一电极置于孕妇左腿上，另一电极置于子 宫底，描记胎儿心电图。 一般说来，妊娠6个月以后方有规 律的图形。

胎儿心音听诊仪：应用多普勒原理，经孕妇腹壁能听到 胎儿心音的一种仪器，具有灵敏度高的优点，对诊断正常妊 娠、多胎、胎儿存活等有诊断意义。

**第二章** **对流产的认识**

流产是妇科常见疾病，如处理不当或处理不及时，可能 遗留生殖器官炎症，或因大出血而危害孕妇健康，甚至威胁 生命。同时本病易与妇科其他疾病如宫外孕、葡萄胎等相混 淆，所以临床要详加辨认。

第一节 西医学关于流产的论述

**一、流产的定义与病理**

**(一)定义**

妊娠于28周(七个月)前终止，胎儿体重少于1000 克，身长短于35厘米者，称为流产。流产发生于妊娠12周 (三个月)前者，称为早期流产；发生于妊娠12～28周(三 个月~七个月)者，称为晚期流产。

目前由于对新生儿的医疗、护理技术有所改进和提高， 所以在妊娠20～27周出生的婴儿偶有存活者，故称有生机 儿，已不列入流产。但在实际临床上，有生机儿的生命力很 脆弱，存活者甚少，故仍在流产中论述。

**(二)病理**

在怀孕早期的流产，胚胎多已死亡，底蜕膜血管形成血 栓后，可发生坏死、出血，造成胚胎外面的绒毛与蜕膜剥 离，已剥离的胚胎组织如同异物，引起宫缩后被排出。早期 妊娠时，胎盘绒毛发育尚不成熟，与子宫蜕膜联系还不牢 固，故在妊娠8周以前的流产，整个胎囊及绒毛多从子宫壁

完全剥离而排出，出血不多。

在妊娠8~12周，胎盘绒毛发育已盛，深植于蜕膜中， 与蜕膜层联系较牢固，但尚未形成完整的胎盘，此时如发生 流产，胎盘往往不易完整剥离排出，常有部分组织残留宫 内，影响子宫收缩，失血较多。

妊娠12周以后的流产称为晚期流产，此时胎盘已完全形 成，往往先有腹痛，排出胎儿后，相继娩出完整的胎盘，其 流产过程与足月分娩相似。 一般胎儿死亡后，两周内自然排 出，但少数情况下，胎儿已死，不立即排出，而绒毛与蜕膜 之间逐渐被血液浸润，羊水被吸收，胎囊被凝固的血块包 围，稽留于宫内，这种情况的流产，在胎盘排出前，往往发 生反复的出血。

基于上述的病理改变，可见流产的主要症状是阴道流血 和腹痛。

阴道流血的特点，在各期流产中表现是不同的，在妊娠 三个月内流产者，开始时绒毛和蜕膜分离，血窦开放，即开 始出血。当胚胎全部剥离排出，子宫强力收缩，血窦关闭， 出血停止。因此，早期流产的全过程均伴有阴道流血。晚期 流产时，胎盘巳形成，此时的流产与早产、足月产相似，流 血不多，且流血多在胎盘娩出以后。

腹痛在各期流产中亦是各有特点的，早期流产出现阴道 流血后，宫腔内存有血液，特别是血块，刺激子宫收缩，呈 阵发性下腹疼痛，故腹痛出现在流血之后。晚期流产则是先 有阵发性子宫收缩，然后排出胎儿，胎盘剥离，故腹痛出现 在阴道流血之前。

**二、流产的临床分型**

流产大多数有一定的发展过程，虽然有的阶段在临床上 表现不明显，且不一定按顺序发展，但一般不外下列几种过 程，即临床分型：先兆流产、难免流产、不全流产和完全流 产。过期流产为流产发展的另一种特殊情况。习惯性流产是 以其反复流产这一特点命名的。感染性流产是上述各型流产 合并感染为特征而得名。后三者在流产过程中仍包含有前述 的临床过程，因此这里一并阐述。

**(一)先兆流产**

主要表现：怀孕后出现少量阴道流血，常比月经量少， 由于流血量多少的不同，和流血积聚在阴道内时间长短的不 同，血色可为鲜红色、粉红色或深褐色，早孕反应仍然存 在，有时伴有轻微下腹痛、腰痛及下坠感。

妇科检查：子宫颈口未开，羊膜囊未破裂，子宫大小与 停经月份相符，妊娠试验阳性。

本病可发生在妊娠的各个时期，而以早期为多见。如胚 胎正常，经保胎处理后，引起流产的原因被消除，子宫无收 缩，阴道流血停止，妊娠可以继续，直至足月分娩。

**(二)难免流产**

主要表现：早期难免流产，主要表现为阴道流血时间 长，出血量增加，或有血块，出血超过正常月经量。由于宫 缩而致下腹部阵发性剧痛，为痉挛性或坠胀感。晚期流产常 在持久阵发性腹痛之后有羊水流出。

妇科检查：子宫口已开大，有时可见胚胎组织堵塞于宫 口，子宫与停经月份相符或稍小。妊娠试验多为阴性。晚期 难免流产时，可查到开大的宫口有胎膜囊已膨出或破裂。

此种情况由先兆流产发展而来，流产势必发生，妊娠巳 不可能继续。

**(三)不全流产**

主要表现：在难免流产的基础上，胎儿巳排出，部分或 全部胎盘尚潴留在子宫腔内，子宫不能很好地收缩，以致阴 道流血持续不止，其出血量甚多，严重时引起休克，如不及 时处理可危及生命。同时残留的胎盘日久可以形成胎盘息 肉，反复出血，容易诱发感染。

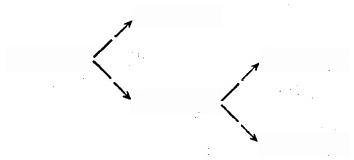
妇科检查：子宫颈口开大，有时可发现胎盘组织堵塞宫 口，子宫较停经月份为小，妊娠试验常为阴性。

此种情况多发生在妊娠8~12周期间，此时正当胎盘绒 毛发育繁盛，深植蜕膜之中，而胎盘尚未形成之际。

**(四)完全流产**

主要表现：一般有先兆及难免流产的过程，在短时间内 胎儿、胎盘完全排出，阴道流血逐渐停止，腹痛随之消失。

妇科检查：子宫颈口多已关闭，子宫接近正常大小。 此种情况多发生在妊娠8周以前。

一般流产的发展过程如下： 继续妊娠

先兆流产；

难免流产

不全流产

完全流产

**(五)稽留流产**

稽留流产又称过期流产，或死胎不下，系指胚胎死亡达 二个月以上尚未自然排出。

主要表现：孕妇多有早期妊娠先兆流产经过，但也有症 状不明显而未引起患者注意者，此后子宫不再增大，反渐缩 小，妊娠反应消失，有时可有反复性阴道出血，量时多时 少，妊娠试验阴性。

妇科检查：'子宫小于妊娠月份，不似一般妊娠那样柔 软。部分病人死胎可以自然排出，但由于胎死日久，胎盘组 织机化，与子宫壁紧密粘连，不易完全剥离，又因雌激素不 足、子宫收缩力降低，流产时可出现大量出血。

个别病例由于死胎长期稽留在子宫内，发生胎盘自溶， 而产生凝血活酶，进入血循环，引起弥漫性血管内凝血，导 致凝血功能障碍，而于流产时大量出血，出血不止。

**(六)感染性流产**

见于各型流产中，较多的发生于不全流产者。流产过程 中，因出血时间长、破膜、有组织残留于子宫腔内，手术时 无菌操作不严或非法堕胎等，都可以引起子宫腔感染。

主要表现：除有流产的出血症状外，有时有恶臭分泌 物，下腹疼痛，体温升高，脉搏增快，发冷发热。

妇科检查：子宫或及附件伴有明显压痛等盆腔急性炎症 表现。如为不全流产者，可见官口开大，宫口内有残存的胚 胎组织，分泌物有臭味。如系流产后的感染，可触到子宫复 旧不全。

感染性流产如不及时处理，严重时引起腹膜炎或败血 症、感染性休克，甚至危及生命。

**(七)习惯性流产**

自然流产连续发生三次以上者，称为习惯性流产。每次 流产往往发生在同一妊娠月份，至于流产经过，依妊娠期的 迟早与其他一般流产相同。

习惯性流产的原因多为黄体功能不全，甲状腺功能低 下，先天性子宫发育异常，宫颈内口闭锁不全及子宫肌瘤等。

习惯性晚期流产，常为子宫颈内口松弛所引起。子宫颈 内口松弛系指子宫颈内口扩张，同时子宫峡部也有缺陷，系 由于分娩、手术产、刮宫时扩张宫颈所引起的子宫颈口损 伤，少数可能为先天性发育异常。此类病人在妊娠后，特别 是中期妊娠以后，由于羊水增多，胎儿长大，宫腔内压增 高，胎囊可自宫颈内口突出，子宫颈管逐渐缩短扩张，当宫 腔内压增高至一定程度，常先破羊膜而流产。故流产前往往 无自觉症状，突然胎膜破裂，很快娩出新鲜而无畸形的胎 儿。

第二节 中医学关于流产的理论

**一、流产的最早记载**

流产是临床常见疾病，对本病病因、病机和症候，早在 公元610年成书的中医学的第一部病理学巨著《诸病源候 论》中巳有论述。

《诸病源候论 ·妇人妊娠病诸候》说：“胞漏者，谓妊娠 数日，而经水时下，此由冲脉任脉虚，不能约制太阳、少阴 之经血故也。”

“胎动不安者，多因劳役气力，或触冒冷热，或饮食不 适，或居处失宜，轻者止转动不安，重者便致伤堕。”

“此或因惊动倒仆，或染温疫伤寒，邪毒入于胞脏，致令 胎死，其候当胎处冷，为胎已死也。”

“妊娠小腹痛者，由胞络宿有冷，而妊娠血不通，冷血相 搏，故痛也，痛甚亦令胎动也。”

“妊娠卒下血候：此谓卒有损动，或冷热不调合，致伤于 胎，故卒痛下血不止者，堕胎也。”

“妊娠数堕胎候：阳施阴化，故得有胎，荣卫合调，则经 养周足，故胎得安而能成长；若血气虚损者，子脏为风冷所 居，则气血不足，故不能养胎，所以致胎数堕；候其妊娠， 而恒腰痛者，喜堕胎也。”

唐代名著《千金要方》不仅将妇人胎产列于卷首，而且 对妊娠胎动不安，数堕胎、漏胞腹中痛等病提出短论和附 方。如书中对胎动不安设5方、数堕胎10方、漏胞4方、腹 中痛9方，进一步丰富了对此类疾病治疗的理论。

唐代成书的现存第一部产科专著《经效产宝》,关于妊 娠胎动不安、胞漏下血、心腹腰痛等设方35首，方药理法严 谨。《经效产宝 ·胎动不安方论第五》:“论曰：安胎有二法， 因母病以动胎，但疗母疾，其胎自安；又缘胎有不坚，故致 动以病母，但疗胎则母瘥，其理甚效，不可违也。 ……治胎 动下血，心腹绞痛，儿在腹死活未分，服此药，死即下，活 即安，极妙。当归三两、芎剪六两，右水四升、酒三升，煮 取三升，为三服。 ……治妊娠无故胎动不安，腹内绞痛：葱 白切壹升、阿胶三两炙、当归四两、川芎四两、桑寄生六 两。”

宋代妇产科名著《妇人大全良方》对胎动不安、胎漏等 更细列门类，如胎动不安方论、漏胎下血方论、卒然下血方 论、下如豆汁胎动腹痛方、误服毒药胎动方、数堕胎方论、 胎动不安当下方论、堕胎后血下方论等，对其因、机、证、 治予以讨论，并附验案及方药。论中所设“安胎散，治卒然 腰痛下血：熟地黄、艾叶、白芍药炒、川芎、黄芪、阿胶 炒、当归、甘草炙、地榆炒，各五分，右姜枣水煎服。或加

杜仲、续断。”这在原理上是十分精当的。

后世诸家，对胎动不安等病论述更有发挥，如《景岳全 书 ·妇人规》说：“凡妊娠胎气不安者，证本非一，治亦不 同。盖胎气不安，必有所因，或虚、或实、或寒、或热，皆 能为胎气之病，去其所病，便是安胎之法，故安胎之方不可 执，亦不可泥其月数，但当随证随经，因其病而药之，乃为 至善。若谓白术、黄芩乃安胎之圣药，执而用之，鲜不误

之。”由于后世诸家的论述，使对胎动不安的分类、病因病 机与治疗的理论日趋完善，因而使本病的治疗取得了较好的 疗 效 。

**二** **、中医学对流产的疾病分类及概念**

中医学根据流产的症状特点将其分为胎漏、胎动不安、 堕胎、小产、滑胎、胎死不下等。

若怀孕以后，阴道不时下血，时下时止，或淋漓不断， 若无腰疫腹痛，小腹坠胀现象的，称为“胎漏”,亦称“胞 漏”、“漏胎”。这种怀孕期间无症状的阴道流血，中医认为 尚未损及胎元，病情较轻，一般不易引起流产，但实际上也 是流产的先兆。当属西医学中的“先兆流产”范畴。

若怀孕后，常感轻微的腰疫腹痛，胎动下坠，或阴道有 少量流血，或无流血，称为“胎动不安”。相当于西医学的 “先兆流产”。

如胎动不安，未经治疗或治疗不当，以致上述症状持续 不止，腰疫、小腹坠痛加重，阴道流血增多，以致流产的，

中医学称为“堕胎”或“小产”。一般怀孕在三个月以内，胎 儿未成形象者，称为“堕胎”;怀孕在三个月以外，胎儿已 成形象者，称为“小产”。本病相当于西医学的完全流产或

不全流产，或早产。其中堕胎或小产之后，阴道流血量少， 并逐渐自然停止的，当是完全流产。堕胎后阴道流血量多， 并持续不止的，当属不全流产。

在堕胎、小产之后，下次受孕，仍然如期而堕，或屡孕 屡堕达三次以上者，称为“滑胎”。在临床上并不一定都是 如期而堕，这里主要强调的是反复流产。本病相当于西医学 中的习惯性流产。

若于妊娠期，胎儿死于母腹，历时过久不能自行产出， 称为“胎死不下”。此时孕妇自觉胎动停止，腹部不再继续 增大，反而微有缩小，有时可能出现阴道流出暗红色血水， 或口有恶臭等症状，有时死胎滞着不下，阴道持续大量下 血，给孕妇造成严重危害。本病相当于西医学中的过期流 产。有的人把临产时胎儿尚未娩出发生的胎儿死亡，也称胎 死不下，似是欠妥，此种情况应称为“子死腹中”。

上述各病之中，胎漏、胎动不安、滑胎者的再妊，均属 先兆流产范畴，对其早期诊断，积极治疗，使维持继续妊娠 至足月有重要意义。而对“胎动安不得”、“堕胎后血下不 止”及“胎死不下”的治疗，又宜着重活血化瘀，促其胚胎 排出，以免出血过多，损害孕妇。

在《太平圣惠方》的“妊娠，胎动安不得却须下诸万” 中指出：“夫妊娠羸瘦，或挟疾病，脏腑虚拨，年而枯竭，即 不能养胎，致胎动而不坚固，终不能安者，则呀不之，免害 妊妇。”这一精辟论述，丰富了中医学治疗流藏的理论。

**三、中医学对先兆流产的辨证分型**

在中医学里，胎漏主要有气虚和血热二个证型。气虚型 的机理是气虚冲任不固，不能制约经血以养胎，而致胎漏；

血热型的机理主要是火热内蕴，损伤冲任，迫血妄行而致胎

**漏。**

胎动不安主要有肾虚、气虚、血虚、血热、外伤五个证 型。肾虚型胎动不安的机理在于素体肾气不足，或孕后房事 不节而伤肾，伤阳则命门火衰，冲任不固，胎失所系；伤阴 则精亏血少，冲任血虚，胎失所养；都可导致胎动不安。气 虚型的机理是气虚冲任不固，胎失所载而胎动不安。血虚型 的机理是血虚冲任血少，胎失所养而致胎动不安。血热型的 机理是阳热内蕴，热扰冲任，损伤胎元而致胎动不安。外伤 型的主要机理是跌仆伤血，闪挫伤气，或登高持重，损伤脾 肾，以致气血紊乱，冲任失调，不能载胎养胎，以致胎动不 安。

滑胎者，孕后恒有腰部疫痛之症，在其未孕之时也常有 腰疫腿软、头晕耳鸣，可见滑胎的机理主要是肾虚胎失所系 而 致 。

上述胎漏、胎动不安、滑胎三病都有先兆流产的过程表 现，胎动不安的五个证型，又包括胎漏、滑胎的相应证型。 所以，可用胎动不安的五个证型代表先兆流产的临床分 型。

现将先兆流产五个证型的主证分述于下：

**肾虚型主要证候** 肾阳虚证，孕后腰疫腹痛，小腹坠胀 阵作，或阴道有少量流血，有流血者，则血色浅淡，胎动下 坠，胫膝疫软，头晕耳鸣，尿频或失禁，或有滑胎史，舌质 淡，苔白滑，脉沉弱。本证以腰痛如折、肢冷尿频，每兼滑 胎为其特征。

肾阴虚证，孕后腰疫腹痛，小腹坠胀阵作，或阴道有少 量流血，有流血者，则血色鲜红，胎动不安，胫疫足跟痛，

头晕耳鸣，手足心热，面红颧赤，甚则潮热盗汗，口干不欲 饮，舌红无苔，脉细数。腰疼胫疫，手足心热，为其特征。

**气虚型主要证候** 孕后腰疫腹痛，小腹坠胀，或阴道有 少量流血，有流血者，血者浅淡，甚者血量较多，胎动下 坠，神倦乏力，头晕气短，动则汗出，面色咣白，舌质淡， 苔薄白，脉滑缓。以全身乏力，下坠感明显为特征。

**血虚型主要证候** 孕后腰疫腹痛，小腹下坠，或阴道有 少量流血，有流血者，血色淡红，胎动不安，眼花心悸，甚 则头晕耳鸣，皮肤不润，面色淡黄，舌淡无苔，脉虚缓而 滑。眼花心悸，头晕耳鸣为此型特征。

**血热型主要证候** 孕后腰疫腹痛，小腹坠胀，或阴道有 少量流血，有流血者，血色深红，甚则其胎欲堕，心烦少 寐，渴喜冷饮，便干溲赤，舌红苔黄，脉滑数。以心烦少 寐，渴喜冷饮为此型的特征。

**外伤型主要证候** 孕后有外伤病史，如跌仆闪挫，或登 高持重，致腰疫腹痛，小腹坠胀，或阴道流血，甚则其胎欲 堕，精神倦怠，脉滑无力。以有外伤史为此型的特征。

在临床上对此五型先兆流产，如能全面了解证候、掌握 病情，辨证求因，对因用药，是一定能够收到满意的治疗效 果的。

第三节 流产的诊断

流产的诊断，根据停经、早妊反应、腹痛、阴道流血及 排出物的病史，妇科盆腔检查及一般检查的体征，妊娠试验、 超声波等辅助检查，是比较容易确定的。但是，也不能粗心 大意，如果不认真辨证也容易搞错。

**一、确定是否流产**

确定流产是在确定妊娠的基础上进行的。

**(一)流血情况**

从末次月经至流血时间，一般超过月经周期时间，在流 血之前可能有早孕反应。流血量根据流产阶段不同而不同， 一般流血量较多，开始时为鲜红色，时间久方变为暗红色或 褐色。上述情况一般应考虑流产可能。

异位妊娠亦可有早妊反应，但流血时间距末次月经时间 较短，阴道流血量少或极少，色淡红或褐色。葡萄胎亦可有 早孕反应，且较严重，阴道流血时间距末次月经时间较长，

反复阴道出血，甚至大量出血，仔细检查血中可能有水泡样 组织，血色为暗红色。子宫功能失调性出血病，可能有停经 而绝无早孕反应，虽可见大量出血而无排出物及阵发腹痛， 且多发生在生育年龄两端的人——青春期与更年期的人。子 宫肌瘤的流血，多无停经史，仅有月经提前，月经量多及不 孕 史 。

**(二)腹部疼痛**

流产与葡萄胎腹痛一般较轻且为阵发性的，部位多在下 腹部中央。异位妊娠为一侧性下腹剧烈疼痛，甚至休克，有 时可波及全腹痛，1~2日后逐渐减轻。功能失调性子宫出血 病，多无下腹部疼痛。子宫肌瘤可能有盆腔沉重感或轻微疼 痛。

**(三)双合诊**

注意子宫的位置、大小、形态、硬度，子宫峡部是否特 别柔软，两侧附件有无包块或压痛、抵抗，子宫颈口有无糜 烂、出血，有无子宫颈痕肉；并鉴别流血是否来自子宫。

如为流产其流血必定来自子宫，随流产种类不同，检查 所见也不同(详见下项)。宫外孕则见明显宫颈抬举痛，宫体 大小正常而有漂浮感，于一侧附件可触及轮廓不清的半实质 包块，阴道后穹窿常饱满，穿刺可抽出不凝之血。葡萄胎多 见大于同期妊娠的子宫，且妊娠试验阳性滴定度较高，但在 早期或子宫增大不明显者，易与先兆流产混淆，应以辅助检 查区别之。一般阴道流血超过3～4周者，即便不是葡萄胎亦 不宜保胎。功能失调性子宫出血病盆腔检查时多无阳性发现。 子宫肌瘤可查得子宫增大，明显者可触及肌核。

**(四)辅助检查**

于阴道流血前及流血时的妊娠试验对流产诊断均有意 义。余如基础体温，如为妊娠则体温不再下降，诊断上有一 定意义。停经时间较长者，可以借助超声波检查有无胎动波、 胎心波以资区别。

**二、确定为何种流产**

各种流产所表现流产经过不同，处理原则也不同，故必 须确定何种流产。

**(一)先兆流产**

阴道流血量少，子宫口未开大，子宫大小符合妊娠月份。 可行保胎治疗。

**(二)难免流产**

子宫口开大，羊膜囊突出或已破裂，阴道流血量甚多。 治疗应以清除宫内容物为原则。

**(三)不全流产**

子宫口已开大，流血量多，排出部分胚胎组织，子宫小 于停经月份。治疗也以清除宫内容物为原则。

**(四)完全流产**

有先兆流产史，子宫口闭合，开始时流血量多，胚胎组 织排出后，阴道流血迅速减少或停止。宜按流产后进行调理。

**(五)过期流产**

子宫体小于妊娠月份，妊娠试验阴性。大月份妊娠胎动、 胎心消失。治疗亦以清除宫内容物为原则。

**三** **、有无流产合并症**

1. 注意有无并发大出血、失血性休克或继发性贫血。

2. 注意有无合并感染：上述各型流产均可合并感染，而 不全流产合并感染者较多。有感染者，发冷发烧、腹痛、阴 道流血或有恶臭分泌物，子宫、附件压痛，子宫复旧不全， 白细胞升高，严重者至中毒性休克。

3. 注意有无子宫复旧不全：子宫复旧不全者可见于各 型流产，主要表现子宫大而软，阴道流血持续过久或大量出 血，以有胎盘残留和炎症者表现严重。

4. 注意有无胎盘瘾肉：流产后并发胎盘瘾肉较正常产 后多见，多发生在流产后的几周内。并发胎盘瘪肉者可致成 严重子宫出血，检查时子宫稍大较软，宫颈稍许开大，有时 妊娠试验(+),诊疗宜行刮宫术，刮除瘾肉并送病理检查。

**第三章** **流产的原因**

第一节 胚胎方面的因素

**一** **、孕卵异常**

孕卵异常是早期流产的主要原因，发生在妊娠8周以内 者，约占80%,并且多数人认为孕卵异常占自然流产总数的 一半以上。

孕卵异常，可能由于卵子或精子的缺陷，或者均有缺陷 所致。从检查早期流产排出物来看，胚胎往往发育不良或完 全枯萎，有时仅存有羊膜囊，而见不到胚胎，绒毛呈退行性 变化。说明早期流产往往胚胎发育异常和绒毛退行变化同时 存 在 。

孕卵异常，还可能是在妊娠极早期，母体缺乏维生素、 叶酸、透明质酸酶等重要物质，妨碍孕卵发育。同时受精时 间距排卵时间越长，孕卵发育异常的机会越多。

**二、染色体异常**

凭借我们的肉眼在宏观世界看到的人，是由骨骼、肌肉、 皮肤、内脏、眼、耳、鼻、口等器官所组成的，但是当我们 借助科学的眼晴——显微镜，在微观世界里就可以窥视到人 体的各个器官都是由细胞组成的。这些细胞，由于部位不同， 功能不同，因此千姿百态，身材相貌各异。

虽然人体的这些细胞外貌悬殊，各具不同，但是它们都

由细胞膜、细胞质和细胞核三部分组成。

细胞膜，象一层朦胧的薄纱包裹着细胞，除蛋白质外，

许多营养物质及代谢产物都可根据新陈代谢的需要由细胞膜 内外自由通过。

细胞质，是一种半液体状物质，在电镜下可以看到它的 微细结构有：线粒体，它能提供细胞活动能量，是细胞的 “发电厂”,解决细胞内呼吸；核糖体，是细胞中合成蛋白质 的“生产车间”;高尔基复合体，可以合成糖，排出分泌物； 溶酶体，是蛋白质分解、合成的催化剂，并可处理废物。

细胞核，人体除成熟的红血球外，所有细胞都有细胞核。 每种细胞核的个数有1~200个多少不等。细胞核悬浮于细胞 之中，核外有核膜，核膜上有许多小孔，供物质交换；细胞 核里还有核仁，具有制造核糖体和核糖核酸的特殊功能。另 外在细胞核中有一种可以被碱性染料着色的物质，叫作染色 体，它平时隐而不现，分散交织成网状，用电镜都很难捉到 它的踪影，只有在细胞分裂的中期，才露其峥嵘，也只有此 时用电镜才能见到它的典型形态。

每种生物的细胞核中的染色体数目都是恒定的，在人类 体细胞核的染色体数目是46条，可配成23对(2n=46), 其 中22对为常染色体，1对为性染色体。无论个体性别如何， 常染色体相同，而性染色体随性别而异。女性的性染色体组 成是xx, 男性的性染色体为xy 。 体细胞经过有丝分裂形成 两细胞中，仍然各有46条染色体。但是性细胞(即精子和卵 子)在形成过程中却经过特殊方式的细胞分裂，即连续进行 两次核分裂，而染色体只复制一次，结果形成四个细胞，每 细胞只含有单倍数染色体 (n =23)。

从形式上看，染色体似乎微不足道，实际上它神通广大，

运载着人类难以数计的遗传信息。

在人类，子女总是保持着与父母类似的体形和生理功能 特性。例如：肤色的深浅，个子的高矮，头发的染色与卷直， 眼皮是双的还是单的，以及音容、笑貌、步态等，都与父母 有相同之处。也就是说，每个亲代都按照自己的模式去“复 制”子女，如是一代一代传下去，千百年后复制出的个体，

仍和他们远祖基本上保持同一模样，这种现象叫作遗传。遗 传既可以把个体优良的“性状”传给子代，也可把疾病与缺 陷传给子代。

另外，纵贯千古，横及全球，不会找到完全相同的细胞， 也不会找到完全相同的父子，这种生物前代和后代之间的差 异，又叫做变异。人类的遗传和变异，恰好可以吸取父母的 优点，屏弃其缺点，复制出美貌、聪明的后代。现在已经清 楚地了解到生物遗传信息，即遗传密码的传递，不是虚无缥 缈的虚构，而是实实在在的物质，这就是父亲的一个精子和 母亲的一个卵子。精子的23个染色体记录着父亲给子代的 遗传密码，卵子的23个染色体记录着母亲给子代的遗传密 码。男女媾精，精卵结合，形成受精卵(合子),又恢复了人 体细胞恒定的46条(2n=46) 染色体，父母的全部遗传密 码就蕴藏在受精卵的染色体上。

染色体主要由脱氧核糖核酸 (DNA) 、 组蛋白为主的蛋 白质组成，另有少量核糖核酸 (RNA) 、 类脂物和无机物质。 DNA 的分子结构中，基本单位是核苷酸。每个核苷酸，都 是由一个脱氧核糖、一个磷酸、一个碱基所构成。构成DNA 的碱基有：腺嘌呤 (A) 、 鸟嘌呤 (G) 、 胞嘧啶 (C) 、 胸 腺嘧啶 (T) 。 一个一个的核苷酸彼此相连成多核苷酸链。其 中磷酸和脱氧核糖构成主链，侧链上伸出碱基。 DNA 就是

这样两条多核苷酸的链螺旋样地拧在一起，两条链靠侧链上 的4种碱基由氢链连接，而且这种连接有严格的排列顺序， 即A 只能与T、G 只能与C 结合，医学上称为互补原则。

如果把，DNA 的链聚在一起，由于排列顺序不同，4种 硷基对所构成的 DNA 种类至少有4100种以上。这里蕴藏着 无以数计的遗传信息，充分表达了它的多样性，从而铸造了 千姿百态的生物界，不仅使物种绵延不息，而且在人类也塑 造了千差万别的不同形象。

在细胞周期，即有丝分裂的间期合成期中， DNA. 按照 本身核苷酸的顺序进行复制。首先DNA 双螺旋链的氢链打 开进行“解旋”,继而拆开后的多核苷酸链的内侧硷基和相 对应的单核苷酸配联，即A-T 、C-G 间形成氢链，最后配联 成一条新的多核苷酸链。

染色体异常，表现为数目异常和结构异常，又可分为常 染色体异常和性染色体异常。

自然流产中，染色体异常的胚胎占有相当比例，通过对 自然流产排出物的检验，大约有22～60%标本中有染色体异 常。染色体数目异常者，常见三体型、单体型和多倍体；染 色体结构异常者，常见有易位、倒位、缺损及断裂。

细胞分裂过程中，发生染色体“不分离”,常形成三体 型，单体型或嵌合体；而单体型或嵌合体也可由染色体缺失 所致。双精受孕、双倍体精细胞受孕，或卵细胞第二次减数 分裂时未排出第二极体，均可形成三倍体；合子第一次分裂 时，染色体复制但细胞未分裂则形成四倍体。

三体型是流产中最常见的染色体异常，因为多了一个常 染色体对胚胎生长有严重影响，故易引起流产，流产的胚胎 中常常仅见一空的胚囊，或点状的胚胎。

a- 单体型，有的统计占流产的25%,此型流产中%有胚 胎，二个月前流产的胚胎短小，二个月后流产的胎儿颈部对 称性淋巴囊肿和全身水肿，将来可有蹼颈，个别有马蹄肾。

多倍体中以三倍体为多见，大多数于早孕期流产，虽有 足月产者多不能存活，少部分胚胎可见脑脊膜膨出、兔唇、

腭裂等畸形。

引起染色体异常的因素是多方面的，有遗传方面的因素， 如着丝粒融合易位的携带者，可发生流产，还发现习惯性流 产之双亲中染色体异常明显高于一般人，而且习惯性流产中 D/D 易位约占一半，可见易位是自发流产的原因之一。也有 的由于外在因素，如放射性、化学诱变剂(包括药物)或病 毒等，引起染色体发生易位、倒位、缺失、断裂、环形等结 构改变，也称“畸变”,最后导致流产。40岁以上的妇女，附 着于染色体的纺锤丝老化，使染色体不分离的频率增高，易 发生三体型及单体型，因而流产率亦增高。

**三** **、胎盘异常**

早期妊娠时蜕膜炎，可使底蜕膜出血或增生，绒毛上皮 细胞及蜕膜细胞被溶解，绒毛内血管阻塞，影响营养物质的 吸收与运送，以致孕卵从附着处分离，出血而流产。

胎盘内巨大梗塞，可使胎盘功能降低，影响胎儿生存； 而前置胎盘，胎盘绒毛水肿变性致成流产者亦不少见。绒毛 间质的胶原样病变，最近发现较多，过去将此种现象视为胚 胎死亡后的绒毛血管退化，最近研究认为是一种急性进行性 疾患，是引起流产的原因之一。

胎盘形态的异常，如轮廓胎盘，因胎盘功能不全，常合 并边缘血窦破裂，胎膜早破(多见高位胎膜),故易发生晚期

流产及早产。

此外脐带打结(主要是真结),多在孕三~四个月时发生， 若真结拉紧，胎儿血循环受阻，可致胎儿发育不全或死胎； 脐带的极度扭转，亦可使胎儿血运中断，致成死胎，最后流

*产。*

第二节 母体方面的因素

**一、内分泌功能失调**

孕妇雌激素分泌过多，与孕酮分泌不足也是早期流产的 原因之一。在妊娠12～14周正处于胎盘形成代替黄体功能 的时期，易有内分泌失调。又如妊娠合并重症和不易控制的 甲状腺功能亢进的病例，可以引起流产、早产和死胎；甲状 腺功能低下，甲状腺素少，使细胞的氧化过程遭受障碍，引 起流产。妊娠合并糖尿病，由于胰岛素分泌不足引起糖代谢 紊乱，在早期易影响胎儿内环境，致成先天性畸形，在晚期 (36周以后)易致死胎。

前列腺素E₂ 或F₂a, 在剖腹产的羊水中未发现，而在自 然流产的羊水标本中却很高。前列腺素样活性物质还存在于 自然流产者的外周静脉中。证明自然流产时高振幅的频紧宫 缩系由内源性前列腺素造成的。

**二、母体全身性的疾病**

**(一)传染病**

妊娠期患流行性感冒、伤寒、肺炎等急性传染病，高热 可以引起子宫收缩而致流产。细菌毒素和病毒可以通过胎盘 进入胎血循环内，使胎儿死亡而发生流产。特别是随着病毒

学和免疫学的发展，对妊娠期的病毒感染，以致血行感染胎 盘，使胎儿在宫内感染，造成死胎、流产、先天畸形等已有 进一步的了解。严重的急性病毒感染可以杀伤胚胎细胞，引 起死胎和流产。

值得重视的是胎儿并不死亡，受感染的细胞不参与组织 的正常分化，干扰了组织器官的发育，造成畸形。造成畸形 的情况，与孕期胎儿器官发生的时间有关。

另外也有的病毒，如单纯泡疹病毒是经阴道粘膜和子宫 粘膜直接感染胎儿的。

妊娠期病毒感染造成流产的情况详见表1。 表 1 常见病毒感染与流产

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病毒疾病 | 胎儿或染 | 胎儿死亡 | 流产早产 | 畸 形 |
| 风 疹 | 十 | + | 十 | 十 |
| 巨细胞病毒 | 十 | 十 | 十 | 十 |
| 麻 疹 | 十 | 十 | 十 | 一 |
| 腮 腺 炎 | 十 | + |  | T |
| 天 花 | 十 | 十 | 十 |  |
| 肝 炎 | 十 |  |  | 一 |
| 流 戚 |  | 十 | 十 |  |
| 弓形体病毒 | 十 | 十 | 十 | 十 |

病毒一旦进入人体，就无孔不入，它进入胎体，使胎儿 组织损伤、坏死；使遗传物质——染色体发生畸变；进入胎 盘血管，则致循环障碍，使供给胎儿发育的氧气和营养缺乏， 从而造成胎儿先天性缺陷，直至流产。值得注意的是，孕妇

感染病毒后，由于症状似感冒，常常被忽视，待到发生流产、 早产或畸形时，为时已晚。因此孕妇应当尽量避免到流行病 区去，减少感染机会。怀孕早期如有发烧，要尽早检查及适 当处置。

**(二)慢性疾病**

严重贫血或心脏病心力衰竭，可引起胎儿缺氧，窒息而 死亡、流产。慢性肾炎、严重高血压，可使胎盘梗塞或早期 剥离，而引起流产。

**(三)营养不良**

孕妇营养的好坏直接关系到胎儿的发育和以后的成长。 我们知道：一个新的生命，由单细胞的受精卵(合子),经过 40周子宫内孕育，发生44次细胞有丝分裂，到婴儿娩出时 已具有约100万亿个细胞，重量增加6亿倍以上。这巨大的 变化，都是从母体吸取了丰富营养的结果。

因此，胎儿发育过程中所必需的营养物质、维生素和矿 物质一旦缺乏时，会使生命停止而流产。早有人发现，流产 率及婴儿健康都与母亲蛋白质摄取量有明显关系，其他如维 生素和叶酸的缺乏，特别是维生素E (即生育酚)的缺乏， 足以引起流产。一些矿物质钙、磷、铁的缺乏，足以影响胎 儿某些系统的发育障碍。孕母的营养低劣可造成“胎儿营养 不良”,有报道说，胎儿死亡中属于胎儿营养不良者，约占 30%,因此孕妇营养不良严重时可以造成流产、早产、死胎 和畸形。

**(四)药物中毒及孕期用药**

有人认为所有的药物(包括有毒物质)都有一定的致畸 作用，所以孕期用药要特别谨慎，因为药物很容易经母体到 达胎儿的血液中，而且胎儿对药物的反应一般又与母体不尽

相同，通常药物给胎儿造成的毒性大于给母亲造成的危害。 因为胎儿的血—脑屏障渗透性比较大，肝脏中酶的结合功 能较差，以致肝脏对药物的解毒功能亦差。更可怕的是，药 物给胎儿造成的毒副作用有可能是不可逆转的变化，即使停 药后亦难恢复正常。

药物引起的流产或致畸，与用药的时间、剂量、药物种 类和致畸性药理作用密切相关。我们前面已经讲过，通常把

表2 肯定致畸的药物

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药 物 | | 致畸时间 | 畸形表现 | 备 注 |
| 抗 癌 药 | 抗代谢类药物  (如氨甲喋哈、 6-毓基票哈、5- 氟脲嘧啶、阿糖 胞嘧啶等) | 妊娠早期 | 头、面部畸形为  主(无脑儿、脑  积水、脑脊膜膨  出、唇裂、肟裂)  四肢畸形、流产 | 与其它抗癌药合 用，致畸作用更 强；胎儿幸存者， 生后往往智力落 后 |
| 白消安 | 妊娠早期 | 多发畸形 |  |
| 环磷酰胺 | 妊娠早期 | 四肢、外耳畸形 腭裂 |  |
| 瘤可宁(苯丁酸 氮芥) | 妊娠早期 | 肾脏、输尿管缺 损 |  |
| 激 素 类 | 可的松 | 妊娠早期 | 早产、死产、无 脑畸型 |  |
| 睾酮、孕酮类 | 妊娠期间 | 女胎男性化、女 性假阴阳人 | 孕7~12周最敏 或 |
| 雌激素、乙烯雌 酚 | 妊娠早期 | 男胎女性化、脑 积水、脑脊膜膨 出、内脏畸形， 女婴到青春期可 发生阴道腺癌、 宫颈癌 | 孕10～12周前  孕18周前作用 明显、潜在致癌 |
|  | 反应停 | 妊娠早期 | 四肢缺损、短 肢、肠道闭锁、 心脏畸形、眼耳 发育不全 |  |

胎儿的发育分为三个期。受精后的2周内是受精着床期，此 期有丝分裂活动旺盛，所有的细胞功能都是相同的，这时如 果服用药物(包括有毒物质)能干扰所有的细胞，结果导致 发育中的胚胎死亡和妊娠中止，主要是导致流产。从受精第 3周到第8周是胚胎期，也是胎儿器官分化期，主要集中在

表 3 可能致畸的药物

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药 物 | | 致畸时间 | 可 能 致 畸 表 现 | 备 注 |
| 抗癫痴药 | 扑痼酮  三甲双酮 | 妊娠期间 | 唇裂、腭裂、小头畸形、心 胜畸形、耳异位、早产、生 后发育缓慢、智力迟钝 | 与苯巴姿合用， 致畸作用更强： 必要时与叶酸合 用，可减弱其致 畸作用；用量大 时才有致畸作用， 早孕时作用明显 |
| 大仑丁 | 妊娠期间 | 除上述畸形外，还可能引起 短鼻、塌鼻、上睑下垂、外 生殖器异常 |
| 抗甲状腺药 | 丙基氧嘧啶 他巴唑  甲亢平 | 妊娠期间 | 甲状腺功能不全、呆小病、死 胎、先天性甲状腺肿大 |  |
| 放射性碘剂 |  | 甲状腺机能低下 |  |
| 降血糖药 | 甲磺丁脲 (D860)  氯磺丙脲 优降糖 | 妊娠期间 | 流产、死胎、多发畸形(如先 天性心脏病、骨骼畸形、觅 唇、腭裂) | 糖尿病本身也可 导致胎儿发生此 类畸形 |
| 维生素类 | 维生素A 维生素D | 妊娠期间 | 骨骼畸形、并指、腭裂、眼与 脑的畸形、血管畸形、智力迟 钝 | 过量服用时才有 致畸作用 |
| 然静安定药 | 合成孕激素 | 妊娠早期 | 女性胎儿男性化 | 长期大量服用 |
| 氯 丙 嗪 | 妊娠期间 | 视网膜病 |  |
| 利 眠 宁 | 妊娠期间 | 肢体畸形 |  |
| 安 定 | 妊娠早期 | 先天性畸形 |  |
| 奎 宁 | 妊娠期间 | 流产、耳聋、肾损伤、脑积 水、心脏与四肢畸形 | 长期大量服用 |

**表** **4** **可能对胎儿有害的药物**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药 物 | | 有 害 致 畸 时 间 | **可能有害致畸表现** | 备 注 |
| 抗 生 ; 素 类 | 四环素族  (包括四环 案、土霉素， 金霉素、强 力莓素) | 妊娠早期  妊娠16周 后 | 手指畸形、先天性白内障、 脑假性肿瘤、死胎、骨发育 不良、牙黄染  溶血性黄疸、念性脂肪肝 |  |
| 氯 霉 素 | 妊娠晚期 新生儿期 | 血小板减少、肝损伤 灰色婴儿综合症 |  |
|  | 妊娠期间 | 先天性耳聋、前庭损伤 | 链霉素每周用2  次，每次1克，  可避觅毒性作用 |
| 新 生 霉 素 | 近分娩期 妊娠早期 | 高胆红素血症、核黄疸 畸形 |  |
| 磺 胺 药 | 妊娠后期 | 新生儿溶血性贫血、高胆红 案血症、核黄疸 |  |
| 糖皮质激素类 (可地松、强地 松、强地松龙) | | 妊娠早期 | 死胎、早产、唇裂、海裂 |  |
| 利尿剂(双氢克 尿塞、环戊甲嘧 嗪、氯腔酮) | | 妊娠晚期 | 血小板减少、内出血 |  |
| 利 血 平 | | 妊娠晚期 | 鼻堵、呼吸困难 |  |
| 眠 尔 通 | | 妊娠全期 | 发骨迟缓 |  |
| 呋喃怛啶 | | 妊娠晚期 | 溶血 |  |
| 苯海拉明、非那 根 | | 妊娠晚期 | 血胆红素坩多症、抑制呼吸 |  |
| 水杨酸类盐(如 阿斯匹林、水杨 酸钠) | | 妊娠早期 妊娠晚期 | 脑及肾畸形、出血倾向  肝损伤害、黄疸、出血倾向 |  |
| 抗凝血药(双香 豆素等) | | 妊娠后期 | 出血倾向、胎死宫内、脑障 碍 | 需用抗凝血药 时，可用肝素 |
| 苯 丙 胺 | | 妊娠早期 | 心血管畸形、脑积水、肢体 畸形 . |  |

妊娠的头三个月内，此期也恰恰是畸胎形成的敏感期。此期 有的药物(包括毒物)可以使处于分化早期的系统或器官的 始基发育受到干扰，致成胎儿畸形或死亡、流产。不同的致 畸剂可以造成不同的畸形，也可造成相同的畸形，这主要与 用药时间、器官分化敏感时间有关。药物剂量大小对胎儿发 育异常的影响差别很大，从完全没有影响直到造成胚胎的死 亡、流产。吗啡的慢性中毒可引起流产，说明药物的毒性和 药理作用与流产也是有关的。

各种药物导致畸形、死胎、流产、早产的情况，详见表

**2 、3 、4。**

中医学一贯主张对孕妇用药宜持审慎态度。中医书籍明 确指出：发汗药、利水药、泻下药、有毒性药和行气破血药， 在孕期均在禁忌之例。甚至编写出妊娠忌服药歌诀，以便于 记忆。其中多数忌服药物确对妊娠不利，如：甘遂、大戟、 芫花、天花粉等，现在已被用作终止妊娠药。另外有的药物， 如半夏用治妊娠呕吐，确实是有效而无害的。这就需要根据 病情与药性区别对待，即中医学所谓“有故无殒，亦无殒” 的原则。还需要在这里提及的是，中药制剂目前尚未发现孕 期使用而有致畸作用的报道，因此对孕期疾病的治疗，中药 是安全可靠的。

**三** **、生殖器官的疾病**

子宫畸形，如双角子宫、子宫腔纵膈、子宫发育不良， 常影响胎儿发育而导致流产。此外盆腔肿瘤，如子宫肌瘤， 尤其是向子宫腔内发展的粘膜下肌瘤，或嵌顿在骨盆腔中的 卵巢肿瘤，亦可影响胎儿的发育导致流产。子宫内口松弛， 常为中晚期习惯性流产的原因之一。宫颈的深度裂伤亦能造

成晚期流产。

**四、创伤与精神因素**

妊娠期腹部手术干扰，如阑尾或卵巢肿瘤切除等，都能 刺激子宫收缩而导致流产。其他外伤如：跌仆闪挫、劳倦过 度等亦可促成流产。妊娠最初三个月内的房事不节容易引起 流产，妊娠7～8个月时房事不节、外伤又可促成早产、感染 或引起胎盘早期剥离。

精神方面，妊娠期受惊吓，中医学认为惊恐伤肾，气乱 气下而致流产。或严重的精神刺激，如忧思不解则伤脾，不 能生血养胎；或忿怒过度以致肝郁化火，热伤胎元等也可致 成流产。

第三节 其 他 因 素

**一、免疫方面的因素**

自然流产的原因是多方面的，从免疫学的观点看其中有 是由于亲代生育的不相容，即母体对父体的组织抗原、血 型抗原的致敏所引起的。遗传规律认为人体细胞中的第六对 染色体存在着HL-A 基因，其中一条来自父体，另一条来自 母体，分别控制产生不同的HL-A 抗原，因此亲代组织基因 差异，将影响妊娠的成功与失败。在流产组中用测定亲代混 合淋巴细胞反应的方法，观察到较强的抗原引起的细胞转化 率较高，妇女的转化细胞越高，越容易流产。同时反复多次 流产更能增加配偶对抗原的致敏程度。

另外，妇女在妊娠以后，在子宫及其周围的静脉中，存 在着一种免疫抑制因子，它是前列腺素的拮抗物，可以抑制

子宫收缩。这种免疫抑制因子来源于滋养层细胞，如果其产 生量不足，则致前列腺素的活性增强，可以是发生流产的原 因。

**二** **、血型不合**

由于以往妊娠或输血，致Rh 因子、不合的 ABO 血 型 因子在母体中产生抗体，这种抗体于再次妊娠时经胎盘进入 胎儿体内，与红细胞凝集而产生溶血，以致流产。

**三** **、放射线**

X 线和放射性同位素是我们诊断和治疗疾病的不可缺少 的手段，但是对于孕妇的应用是要十分慎重的，因为它可以 通过孕妇危害未出生的胎儿。

胚胎对放射线最敏感的时期是从卵受精到卵裂期，人类 大约是在受精后6天之内，因此停经后40天以内禁忌腹部照 射X 线。一般孕妇照射量以不超过1伦琴为宜。若在受精前 或孕4～8周接受过量X 线照射，可使精子、卵子、受精卵及 迅速繁殖分化中的胚胎发生畸变，从而引起流产、胎死宫内 或胎儿畸形、白血病、恶性肿瘤等。

放射线对胎儿的危害程度是由很多因素决定的，如：在 短时间内接受过大剂量照射，或长时间接受过超安全量的X 线照射，照射时间是否在怀孕早期，以及照射部位等因素都 有关系。

**四、环境污染与过量烟酒**

工农业的发展，固然造福于人类，但同时也造成了自然 界的污染。严重的环境污染，可以造成胎儿发育畸形、流产、

早产和死胎。多数资料说明，母体汞中毒或反复食用汞污染的 鱼、肉，可以使胎儿发生大脑发育畸形或神经异常的疾病；母 体受到铅的污染，如工业上的慢性铅中毒，铅可以通过胎盘沉 积在胎儿骨骼和大脑组织，造成流产、早产、死胎及胎儿多发 畸形；孕妇吸入一氧化碳过多，可使胎儿大脑发育障碍和四肢 畸形；个别材料提出孕妇有机磷农药中毒可使胎儿四肢畸形。

烟草中含有400多种有害化合物，对吸烟者起毒害作用 的物质主要有尼古丁、烟焦油、氢氰酸、 一氧化碳等。孕妇 大量吸烟能使流产、早产、死胎，新生儿死亡，胎儿宫内窒 息率大大增加，小于孕期儿明显增加，也有血小板减少的危 险，并且可使婴儿低体重、智力落后。如果孕早期大量吸烟 可引起胎儿发育畸形，如先天性心血管畸形、无脑儿、兔唇、 腭裂、幽门狭窄等，其中无脑儿发生率较不吸烟者高17倍。

这里需要说明的是丈夫大量吸烟，不仅可以影响孕妇， 同时可以直接影响精子的质量，造成精子活动度明显下降， 并发生畸形。这种畸变的精子和卵子结合，自然也会造成流 产和胎儿畸形。

大量饮酒可以使人的肝脏、智力受到损害，已成事实。 酒精慢性中毒可以招致孕妇流产，同时在孕期长期过量饮酒 的孕妇生产畸形儿的可能性明显增加。如果受孕前酗洒，可 以使发育中的精子或卵子发生畸变，这种畸变的精子和卵子， 会把有病的遗传基因传给后代，引起“胎儿酒精综合征”,新 生儿如患有酒精综合征，不但生长迟缓，而且面貌特殊，表 现为头过小、下颌小、眼过小、心脏畸形。

综前所述，我们从西医学的研究成果方面阐述了流产的 诸方面原因，这些理论与中医学关于流产原因的论述是明确 对应着的。其中孕卵异常、染色体异常、胎盘异常、内分泌

失调、生殖器官异常、免疫方面的因素及母儿血型不合等， 所致的流产、习惯性流产情况，与中医学中的肾虚型胎动不 安、滑胎是有一致之处的。中医学认为，肾为先天之本，元 气之根，主藏精气，是人体生长、发育、生殖的根本，说明 肾是主宰人体的生殖功能的。因此这些先天不足的因素是肾 虚的见证，再加上房事不节、早婚、多产都会进一步致成肾 虚。肾气虚则冲任不固，胎失所系；肾精伤则精亏血少，冲 任血虚，胎失所养，故致胎动不安、滑胎、堕胎、小产。

原因中的母体慢性疾病、营养不良、劳倦过度和精神因 素的忧思不解，则酷似中医学的脾胃虚弱、气血不足表现的 情况。中医学认为脾胃为后天之本，气血生化之源。由于素 体虚弱、饮食失节、劳倦过度、忧思不解或数伤于血，都可 以损伤脾胃，耗伤气血。气虚则冲任不固，胎失摄载；血虚 则冲任血少，胎失濡养，故致胎动不安、滑胎、堕胎、小产。

原因中的传染病，及精神因素中的抑郁忿怒，实与中医 学中血热型胎动不安、滑胎情况相一致。中医学早在隋唐时 代就已阐述了“染温疫伤寒，邪毒入于胞脏”致令死胎、堕胎 的原因。中医学认为素体阳盛、感受热邪，五志化火，都会导 致火热内蕴，热扰冲任，损伤胎气，而致胎动不安、堕胎、小产。

其余原因，如：手术创伤，跌仆闪挫、劳倦房事等，与 中医学外伤型胎动不安的原因是一致的。中医学认为手术创 伤，直伤胞宫、冲任；同时劳倦伤脾、房事伤肾、跌仆伤血、 闪挫伤气，以致脾肾被伤、气血紊乱、冲任失调，不能载胎 养胎，故令胎动不安、堕胎、小产。又如药物(包括毒物) 可以伤胎，甚至堕胎、小产，也是早有论述的。

这里，我们从中、西医学两个方面介绍流产的原因，以 便为预防和治疗流产提出科学依据。

**第四章** **流产的预防和治疗**

第一节 流产的预防

**一、做好孕前的准备**

打算怀孕的夫妻，必须有思想上和体力上的准备，应当 学习一点优生知识，懂得孕前、孕后的忌讳，在最佳的条件 下受孕和孕育胎儿。

孕前男女双方都要力避致畸因子，如放射线、化学毒品、 致畸药物等，不要酗酒和大量吸烟，这样可以避免受伤或畸 变的精卵结合，造成流产、死胎和畸胎。

积极治疗慢性疾病，患有贫血、营养不良、甲状腺机能 亢进、重症糖尿病、急性肝炎、慢性肾炎、心功不全、肿瘤 等疾病的妇女，应当积极治疗，严格避孕，以免因疾病或长 期服药造成胎儿发育迟缓、呆傻、畸形或流产，待疾病治愈 后再孕育。轻症患者，或者病程较长， 一时很难治愈者，应 在病情缓解，症情不重时，在医生指导下，决定能否妊娠。

**二、及早确诊是否妊娠**

孕龄妇女，月经一向规律，有过性生活史， 一旦停经， 首先应想到是否已怀孕，并及时到医院检查确诊。除妇科检 查外，亦可送晨尿做妊娠免疫试验，如为阳性(4),即为妊娠。 这是对胎儿实行早期保护的重要环节。怀孕三个月内是胎儿 器官形成和分化的时期，最娇嫩、最容易由于各种因素导致

先天畸形或流产。及早确诊妊娠，就可以明确避免有害因子、 有害药物对胎儿的伤害。

**三、保证孕期的营养供给**

妇女怀孕以后，各器官、各系统生理上发生一系列的重 大变化，最明确的表现是整个孕期体重增加约10公斤左右 (其中包括胎儿体重平均为3000克、胎盘500克、羊水800 克、子宫增加900克、乳房增加400克、细胞之间的液体增 加1200克、母血增加1800克、储存的脂肪1500克)。

妊娠初期的三～四个月内，胎儿生长缓慢，每日体重只 增加1克左右，此期孕妇对营养的需要量较小，但是妊娠反 应即已开始，如：恶心、呕吐，身体不适，饮食不振，厌食， 影响了自身营养的需要。这时要多吃一些有营养的食物，如： 瘦猪肉、猪肝、豆腐、鸡蛋、青菜、海菜、小米和各种水果 等。同时要把饭菜做得清淡、爽口、减少油腻，并应忌食辣 味品。为了防止呕吐，早晨起床前，可以先喝一杯白开水， 准备易消化的食物吃下去，稍躺一会再起来。这样可以减少 或避免呕吐，以保证营养的供应。

妊娠10周后，随着胎儿的发育，母体需要的营养物质 的量不断增加。胎儿在妊娠中期以后，每日体重约增加10 克左右，直到足月分娩时胎儿体重达2500克以上。胎儿体重 的增加，说明各种营养物：糖类、蛋白质、维生素和各种矿 物质，除供应母体需要外，要源源不断地供给和满足胎儿的 需 要 。

**(一)孕妇热能的消耗**

孕妇热能消耗随胎儿的成长而增加，妊娠开始的三~五 个月，热能每天约增加400千卡左右。这些增加的热能必须

通过膳食来补充，主要由主食如：大米、面粉、小米、玉米、 薯类等供给，尽量减少脂肪类的热能。同时且忌热能供给过 多，以免孕妇过于肥胖，引起妊娠高血压综合征和给分娩造 成困难。以轻体力劳动女工为例，平时每天热能供应为2400 千卡，孕五个月每天就要增加300千卡热能，相当85克米、 面放出的热能。所以孕妇要注意基本保持主食常量，主要应 以副食去调节增加的热量。

**(二)蛋白质的供给**

蛋白质是人体活动的基本物质，也是构成人体各系统器 官的最主要成分。胎儿需要从母体内摄取较多的蛋白质来构 成自己的身体。尤其应当指出的是，蛋白质是脑细胞生长、 发育必不可少的“原料”。胎儿脑细胞增殖有两个高峰，第一 高峰是胚胎第10～18周，第二高峰是胚胎30周左右。脑细 胞急剧增殖，需要足够的蛋白质和核酸，才能保证脑的发育。 孕妇本身也需要一定量的蛋白质来保证自身的需要，如子 宫、胎盘、乳房发育的需要；分娩和产后的失血，也需要一 定量的蛋白质弥补；孕妇还要贮备一定量的蛋白质以备产后 哺乳的需要。

一般怀孕前半期，每日需增加蛋白质10～20克，后半 期每日需增加20～30克。前述的热量补充时，增加的85克 米、面中就有蛋白质约8克，其余蛋白质应选蛋白质含量丰 富的食物予以补充。其中豆类，如腐竹、豆腐、黄豆；山产 类，如干口蘑、冬菇；动物内脏，如猪肝、猪血、猪排骨、

羊肝、羊血、牛肝、牛蹄筋等；肉类，如猪瘦肉、酱牛肉、 红烧牛肉；家禽类，如鸡；水产类，如鲤鱼、带鱼、黄花鱼； 蛋类，如鸡蛋、鸭蛋；及乳类等，都富含人体必需的蛋白质。

**(三)钙的补充**

钙是胎儿骨骼、肌肉发育所必需的物质，怀孕前半期平 均每日需钙600毫克，孕五个月后每天需钙1500毫克。孕 妇每天必须从膳食中得到足够的钙、磷和维生素D, 如果摄 入量不足，可致胎儿发育不良和孕妇患骨软化症。含有钙、 磷丰富的食物有：牛奶、黄豆、腐竹、海带、黑木耳、花生 米、羊肝、鱼虾类、蔬菜类(如香菜、小白菜、蒜苗)等。 必要时可用钙片加鱼肝油来补充。

**(四)铁的需要**

铁是血细胞中血红蛋白和组织细胞的重要成分。孕妇每 天要从膳食中得到足够量的铁，用以供给胎儿血液和组织细 胞日益增长的需要，并有相当数量贮存在胎儿肝脏内，以供 给胎儿出生后6个月之内应用。孕妇本身也要贮存一些铁，

以备分娩时流血的消耗。孕妇一般每天要供细胞铁18毫克 左右，因此要注意摄入含铁量较高的食物，如：肝类、蛤蜊、 虾米、蛋类、海带、鲜海蜇；蔬菜类，如：油菜、芹菜、苋 菜、菠菜；水果类，如：樱桃、山楂、鲜椰子肉、甘蔗、桃、 李等；和小米。

**(五)各种必需的维生素**

孕妇对各种维生素需要量也较高，特别是维生素A 有促 进胎儿生长发育的作用，对孕妇可防止皮肤干燥、乳头裂口 等。孕妇每日需要维生素A3300 国际单位，胡萝卜素6毫克， 比平时多20～60%。维生素A 含量较高的食物，有猪肝、鸡 肝、奶油、蛋黄、胡萝卜、韭芽、青椒、苹果、枇杷、杏等。 B 族维生素对孕妇有预防早期流产、脚气病、神经炎和维持 正常饮食的作用，可以减轻妊娠呕吐，维持子宫肌肉的一定 张力，使分娩顺利进行。孕妇每日增加的需要量，硫胺素是 0.2毫克(平时每日1. 1～1.6毫克),核黄素0.2毫克(平

时每日1.1~1.6毫克),维生素Bg0.5 毫克(平时每日2毫 ·克)。B 族维生素含量高的食物，有小米、麦的皮和胚芽、次 等面粉或全麦粉、蛋黄、肉类、鱼类及牛奶等。维生素C 可 以 预防孕妇贫血、坏血病及传染病，增强抵抗力，避免胎儿发育 不全及发生流产和早产等现象。含维生素C 丰富的食物，水 果类有枣、山楂、柑桔、柠檬、西瓜等；蔬菜类有青椒、苦 瓜、雪里燕、菜花、西红柿等。维生素D 能促进钙、磷的吸 收和利用，有利胎儿骨骼形成，防止孕妇骨质软化症。维生 素D 只在很少的食物中存在，如鱼肝油、蛋黄、奶油、鱼籽 等。

总之，合理膳食是使孕妇和胎儿营养全面、身体健康的 重要保证。主食一定要粗、细粮搭配好；副食鸡、鱼、肉、 蛋要适量，新鲜蔬菜、水果要多吃。豆类、豆制品、花生、 芝麻酱等是富含蛋白质、维生素、钙、铁等多种维生素的食 品，应作为孕妇必备的特需食品。

如果孕妇营养不良，甚至严重缺乏，则可发生妊娠贫血、 骨质软化症、流产、早产，甚至死胎、胎儿发育不良、体重 过低等。因此孕妇的营养务需保证供应。

**四** **、力避有害因素的毒害**

妊娠一经确定，就应尽量避免一切有害因素的毒害，并 加强孕期的劳动保护。

**(一)调整劳动强度**

妊娠早期过重劳动可能导致流产，孕晚期行动不便利， 因此应按劳保条例“调轻不调重”的原则，对孕妇体力劳动 予以适当调整。

**(二)调换工种**

孕妇长期立位，震动较大的噪音及操作紧张的工作，其 流产率、早产率比一般其他工种为高，应予适当照顾，调换 轻工作或缩短工作时间。

妊娠早期接触X 线或放射性同位素可致流产、死胎和畸 形。因此接触X 线和放射性同位素工作的孕妇，应暂时调离 岗位。早妊孕妇切忌照X 线和同位素检查。

接触生产性毒物的孕妇，应及时调离有害工种。例如， 接触汞、汽油、苯、铅、锰等物质能引起流产、早产及胎儿 畸形，因此应及时调离。空气和水的污染也可引起流产、早 产。生产、生活中还要谨防煤气中毒，在农村则要注意避免 农药中毒。

**(三)注意生活起居**

早妊确定后，要注意生活起居调节，切切避免病毒感染。 早孕期间稍有不适，切忌动辄服药，特别要忌服那些有害的 药物，以免造成流产、死胎和畸形。必须用药时可按中医辨 证服用中药。

**五、定期产前检查**

定期检查时间：从孕三个月(孕12周)开始，每月检查 一次；孕七个月(孕28周)后，每两周检查一次；孕九个月 (孕36周)后，每周检查一次。

产前检查内容：在检查时，必须了解孕龄、月经史、产 育史、既往史、家族史；全面体格检查，包括体重、血压、 浮肿、头面、胸腹、四肢、内脏；妇科检查，孕早期应作盆 腔器官检查，孕中晚期应检查宫底高、腹围、胎位、胎心、 先露、衔接情况；辅助检查，包括尿妊娠试验、尿蛋白、血 色素、血型、出凝血时间等。如果发现某种疾患，不宜继续

妊娠时，要及时、及早终止妊娠。对孕早期有接触有害因子 的情况，或在家族中有遗传病史的孕妇，应在孕中期(孕 16～20周)作产前宫内诊断，包括B 超声检查、X 线检查、 羊水检查、胎儿镜检查、胎盘功能试验等(详见附篇)以决 定妊娠终止与否。

**六、孕期自我监护**

孕期不到流行病区去，不滥用药物，不接触有害因子， 不作过力劳动。此外。孕早期及孕八个月以后禁止性生活， 以免流产、早产和感染。这些都是孕妇应该知道的卫生常识。

这里我们还介绍一种孕妇自我监护的好办法——胎动计 数。就是利用计算的胎动次数，观察胎儿宫内乏氧情况，方 法简便，敏感及时，安全可靠。正常孕妇胎动， 一般从妊娠 18～20周开始，以后逐渐增加，孕29～38周时达高峰，孕 38周后又稍为减少。每12小时胎动次数波动范围是30～40 次，但对每一个孕妇来说胎动次数是恒定的。 一般中等均匀 的胎动是在上午8点钟到中午，小的胎动是在下午2~3点 钟，大的胎动多数是在晚上8～9点钟。胎动次数减少是胎 儿宫内窘迫和“胎儿胎盘单位”功能不良的表现。

孕妇每日早、午、晚三次计下胎动次数，每次一小时，

把三次计数之和再乘以4就是12小时的胎动数。如果每小 时胎动次数少于3次，或12小时胎动次数少于20次，表明 胎儿宫内窘迫，应及时报告医生以得到及时处置。

第二节 先兆流产的治疗

先兆流产是以保胎为治疗原则的，并且经过治疗大部分 可以治愈，继续妊娠至足月分娩。习惯性流产有先兆者和无

先兆者，都是以保胎为治疗原则的。

接受治疗的病人应卧床休息，尽量避免一切足以引起子 宫收缩的刺激，如重复的阴道检查、性生活等，应在禁忌之 列。减少不必要的思想紧张和顾虑。对先兆流产(包括习惯性 流产)的治疗必须采取休息、药物治疗、饮食疗法等综合措施。

**一、药物治疗**

对先兆流产的药物治疗，我们体会中医药的保胎治疗效 果较好。从目前对一些中药保胎药物的化学成分、药理作用 的研究看，中药保胎药物，不仅含有西药保胎的维生素E 和 其他维生素成分，还有类孕激素样的制止宫缩的作用。此外 中药还有部分消除流产原因的作用，从而使其保胎效果更为 可靠。还值得提出的是使用中药保胎治疗没有致畸的危险， 目前应用中药保胎成功的病例报道也没有发现畸胎情况。

如前所述，中医学将胎动不安分为肾虚、气虚、血虚、 血热、外伤五个证型；胎漏分为气虚、血热二个证型；滑胎 主要责之肾虚一型。可见胎动不安的五个证型包括了胎漏、 滑胎的全部证型，而胎动不安、胎漏、滑胎又都属于先兆流 产范畴，所以对先兆流产的治疗亦以肾虚、气虚、血虚、血 热、外伤五个证型进行辨证治疗。

融中西医学的理论，无论何型先兆流产，必须具备下列 主要征象：腰疫腹痛、胎动下坠，或阴道有少量流血，宫体 大小与妊娠月份相符，宫口闭合，妊娠试验(+), B 型超声证 实活胎。

现将其各型治疗分述如下：

**(一)肾虚型先兆流产**

前述主要征象兼见：胫膝疫软，头晕耳鸣，每有滑胎史。

若肾阳虚者，并见腰痛如折，尿频失禁，舌质淡，苔白滑， 脉沉弱；若肾阴虚者，并见手足心热，颧赤唇红，舌红而干， 脉细数。

**肾阳虚的治疗** 宜温阳补肾益气，固冲安胎。常用下列方 剂。

1. 补肾安胎饮(《中医妇科治疗学》)。

菟丝子25克 补骨脂15克 狗脊15克 益智仁15克

川续断20克 炒杜仲15克 党参20克 白术15克 · 阿胶 1 0 克 艾叶炭15克 水煎服，每日或隔日一剂。

说明：原方有人参，本方用党参代替。若胎动下坠甚者， 可加桑寄生20克、升麻10克。

方中，菟丝子、补骨脂温肾阳而益精气；狗脊、川断、 杜仲补肾强腰膝而安胎；党参、白术益气固摄；阿胶、艾叶 炭养血止血安胎；益智仁固肾气而止遗尿。全方共收温肾益 气、固摄安胎之效。

2. 验方(《圣惠方》)。

熟干地黄75克 鹿茸45克、去毛、酥炙微黄 鹿角胶 60克、捣碎、炒令黄燥 艾叶30克、微炒 节麻根45克、

挫 上药细罗为散，食前粥引调下6克。

全方有补肾阳、益精髓、止血安胎之效。

3. 单方(《圣惠方》)。

桑寄生一两半 艾叶半两、微炒 阿胶一两、捣碎、炒 令黄燥 上药用水一碗半，煎至一碗、去滓食前温服。

**肾阴虚的治疗** 宜滋阴补肾填精，固冲安胎。常用下列 方剂。

1. 寿胎丸(《医学衷中参西录》)加味。

菟丝子25克 川续断20克 桑寄生20克 阿胶15克

熟地15克 山萸肉20克 地骨皮10克 水煎服，每日或隔

日一剂。

说明：本方前四味药为寿胎丸原方。本证若兼流血者， 可酌加炒地榆35克。

方中，菟丝子补肾而益精气；熟地、山萸肉滋肾而填精 血；川断、寄生固摄安胎；阿胶、地骨皮滋阴凉血而清虚热。 综合全方有滋肾填精、养血安胎之效。

2. 万氏方(《万氏妇人科》)。

川续断20克 黄柏炒15克 杜仲炒20克 五味子炒 10克 熟地20克 白芍20克 当归10克川芎5克 上 药水煎服，每日一剂或隔日一剂。

全方有补肾固冲、养血安胎之效。方中川芎性燥用时宜 去，更加桑寄生20克。

3. 杜仲丸(《校注妇人良方》)。

杜仲炒，续断酒浸，等分为末，煮枣肉丸，桐子大，每 服七十丸，酒下，米饮亦可。

**典型病例**

1. 刘××,25岁，工人，住院号25149。停经47天， 阴道流血1天。流血量少色暗，腰疫腿软，头晕耳鸣，畏寒 肢冷，舌质淡，苔薄白，脉沉滑。 一孕0产，妊娠试验(+)。 诊断：中医，胎动不安(肾阳虚型);西医，先兆流产。方 药：补肾安胎饮加减，党参25克、黄芪30克、白术15克、 杜仲20克、川断25克、菟丝子25克、寄生30克、阿胶15 克、山药20克、白芍20克、狗脊15克，水煎服。服二剂阴 道流血量少，腰疫痛减，轻度头晕、恶心。又三剂血止，诸 症悉除。又三剂巩固疗效，8天痊愈出院。

2. 吴××,26岁，干部，住院号26323。妊娠29周，

腹痛腰疫，伴阴道下血1天。曾于半月前有阴道流血治愈。 此次流血量多，色暗有块，腹痛、腰疫、腿软，口渴喜冷饮， 手足心热，头晕，舌红苔薄，脉滑数。宫底脐上二横指，有 不规律宫缩，枕左前位，胎心150次/分。诊断：中医，胎 动不安(肾阴虚型);西医，先兆流产，前置胎盘?(入院后 经B 超声诊断为边缘性前置胎盘)方药：寿胎丸加减，菟丝 子25克、桑寄生25克、续断15克、杜仲20克、黄芩15 克、山萸肉15克、生地15克、旱莲草20克、炒地榆20克， 水煎服。服药3剂阴道流血巳止，腰疫腹痛减轻。又服7剂， 诸症悉除，住院14天痊愈出院。嘱避免过劳，定期产前检查。

3. 赵××,30岁，工人，住院号21727。停经47天， 腰疫腹痛5天，阴道流血1小时。流血量少，腰疫腹痛，小 腹下坠，头晕耳鸣，小便频数，有滑胎史，舌淡红，苔薄白， 脉沉细，妊娠试验(+)。4孕0产，25岁结婚后，分别于妊娠6 个月、3个月、50天自然流产，后二次因不全流产均行刮宫 术。平素月经量少，经常腰疫腿软，头晕乏力。诊断：中医， 胎动不安、滑胎(肾气虚型);西医，先兆流产、习惯性流 产。方药：寿胎丸加减，菟丝子30克、川断20克、寄生20 克、枸杞子20克、杜仲20克、牡蛎35克、白芍20克、黄芪 50克、旱莲草20克，水煎服，每日一剂，嘱卧床休息。服 上药10剂血止，又服上药加减42剂诸症悉除。经三次妊娠 试验(H),B 超声诊断活胎，痊愈出院。

按：本病例入院时病情危重，曾配合使用黄体酮20毫 克，每日肌肉注射一次，共用二周。该患过去三次流产均经 系统使用西药治疗未获成功，本次虽然使用了西药，仍然可 以肯定中药疗效。又本例经随访证实胎儿足月分娩，且无畸 形 。

**(二)气虚型先兆流产**

前述主要征象兼见：神倦乏力，下坠感明显，舌淡苔薄， 脉缓弱。

气虚的治疗，宜补中益气，固摄安胎。常用下列方剂。

1. 举元煎(《景岳全书》)加味。

党参15克 白 术 1 0 克 黄 芪 5 0 克 升 麻 5 克 菟 丝 子 2 5 克 川 断 2 0 克 寄 生 2 0 克 阿 胶 1 0 克 乌贼骨15 克 炙甘草10克 水煎服，每日一剂。

说明：原方为人参，本方用党参代替。若阴道流血者， 宜酌加艾叶炭15克、陈棕炭20克。

方中，参、术、芪、草补中益气；升麻以升阳；菟丝子 补肾阳而益精气；川断、寄生、乌贼骨固摄冲任；阿胶养血 安胎；艾叶炭温经止血；陈棕炭涩血止血。

2. 黄芪散(《圣惠方》)。

黄芪75克 桑寄生50克 地 榆 5 0 克 艾 叶 炒 2 克

龙骨2克 熟干地黄50克 共研细末，为散，每服20克。 加水100毫升，入姜1片、大枣3枚，煎至60毫升，去滓食 前温服。

全方有补气固摄，止血安胎之效。

3. 简便单方(《经效产宝》)。

黄芪150克 糯米适量 以水七碗，煎取二碗，分为四 服 。

又方：黄芪50克 寄 生 5 0 克 糯米25克 水煎服，每

日一剂，连服4～6剂。

**典型病例**

王××,女，27岁，工人，病志号22438。闭经43天， 阴道血性分泌物6天。血色浅淡，腰疫，略有腹痛，小腹坠

胀，精神疲倦，头晕气短，动则汗出，面色咣白，舌质淡润， 苔白滑，脉滑缓。妊娠试验(+),1孕0产。诊断：中医，胎 动不安(气虚型);西医，先兆流产。方药：举元煎加减， 黄芪50克、党参15克、白术15克、白芍25克、升麻10克、 寄生20克、杜仲15克、阿胶15克、砂仁10克、菟丝子25 克、艾叶炭15克，水煎服。服8剂血止，诸症悉除。后继服 数剂以固疗效。连续三次妊娠试验(4), B 超声证实活胎，住 院29天痊愈出院。

**(三)血虚型先兆流产**

前述主要征象兼见：眼花心悸，头晕耳鸣，面色萎黄， 舌淡无苔，脉虚缓而滑。

血虚的治疗，宜健脾养血，固冲安胎。常用下列方剂。

1. 胎元饮(《景岳全书》)加减。

党参20克 白术15克 熟地20克 白芍25克 当归 10克 甘草10克 杜仲15克 寄生20克 川断20克

阿胶15克 水煎服，每日一剂。

说明：原方有人参，本方用党参代替。有阴道流血者， 酌加艾叶炭15克、炒地榆35～50克。

方中，参、术、草健脾调中；地、芍、归、胶补血养血； 杜仲、川断、寄生固冲安胎。共收健脾养血，固冲安胎之效。

2. 阿胶散(《校注妇人良方》)。

熟地黄10克 白 芍 药 5 克 艾 叶 5 克 当 归 5 克 黄 芪炒5克 甘草炙5克 阿胶炒5克 上药用姜3片、枣5 枚，水煎服，每日或隔日一剂。

全方有补气养血安胎之效。

3. 二黄散(《济阴纲目》)。

生地黄 熟地黄各等份，共为细末，每服5克。

**典型病例**

杨××,29岁，干部，住院号22413。妊娠96天，阴道 流血2天。流血量少色淡，腰疫小腹隐痛，头晕心悸，失眠 健忘，面色淡黄，舌淡少苔，脉虚缓而滑。 一孕0产，妊娠 试验(H),A 型超声诊断活胎。诊断：中医，胎动不安(血虚 型);西医，先兆流产。方药：胎元饮加减，熟地15克、白 芍25克、当归10克、党参20克、白术15克、炒杜仲15克、 川断20克、菟丝子20克、阿胶10克、艾叶炭15克，水煎 服，每日一剂。服药4剂血止，又服3剂诸症悉除，又服4 剂以固疗效，住院12天痊愈出院。

**(四)血热型先兆流产**

前述主要征象兼见：心烦少寐，渴喜冷饮，便干溲赤， 舌红苔黄，脉滑数。

血热的治疗，宜清热益阴，养血安胎。常用下列方剂。

1. 保阴煎(《景岳全书》)加味。

生地15克 熟地15克 白芍20克 山药25克 川断 20克 黄芩15克 黄柏20克 甘草10克 寄生20克

阿胶10克 水煎服，每日一剂。

说明：本方前8味药为保阴煎原方。有流血者，酌加旱 莲草20克、炒地榆35克。

方中，黄芩、黄柏、生地清热凉血；熟地养血滋阴；芍 药和血敛阴；山药、川断、寄生补肾固摄安胎；甘草调和诸 药。共收清热益阴，养血安胎之效。

2. 胡连丸(《万氏妇人科》)。

胡连50克 黄芩100克 白术100克 莲肉50克 砂 仁50克 炙甘草50克山药150克 前六味共为细末，山 药作糊为丸，每服3~5克，日服2~3次。

全方有清热益气安胎之效。

3. 单方(《圣惠方》)。

生地黄，捣取汁一小盏，煎令沸，入鸡子白1枚，搅令 匀，顿服之。

**典型病例**

权×,女，25岁，工人，住院号21545。妊娠90天，阴道 流血3天。流血血色深红，小腹坠痛，心烦，有时手足心热， 舌质红，苔薄黄，脉滑数。1孕0产，妊娠试验(+)。诊断： 中医，胎动不安(血热型);西医，先兆流产。方药：保阴煎 加减，生地20克、白芍25克、川断20克、山药15克、黄 芩15克、黄柏15克、寄生25克、杜仲15克、旱莲草25 克、炒地榆30克、甘草5克，水煎服，每日一剂。服药7剂 血止，但余症不减；又服3剂，更致腰疫，小腿疫痛，轻度 腹泻。故改用补气养血、固肾安胎法：黄芪50克、白术15 克、川断20克、寄生20克、杜仲15克、菟丝子20克、白 芍25克、黄芩15克、旱莲草30克，水煎服，每日一剂。 服7剂，诸症悉除，妊娠试验(+),B 型超声诊断胎儿发育良 好，住院18天痊愈出院。

按：本案说明，虽因血热致成胎动不安，治疗法当清热， 但应中病即止，不可过用寒凉，寒甚则肃杀生机，总宜固肾 调养气血为主，以合肾以系胎、气以载胎、血以养胎之理。

**(五)外伤型先兆流产**

前述主要征象兼有：跌仆闪挫，登高持重等外伤史，精 神倦怠，脉滑无力。

外伤的治疗宜扶气养血、固冲安胎。常用下列方剂。

1. 圣愈汤(《东垣十书》)加减。

党参20克 黄芪50克 熟地20克 白芍25克 阿胶

15克 杜仲15克 川断20克 寄生20克 砂仁15克

说明：圣愈汤原方为人参、黄芪合四物汤，因其中当归、 川芎行血逐瘀，非胎动不安者所宜，故去归、芎，加阿胶代 之；同时用党参代人参。若兼有阴道流血者，宜酌加艾叶炭 15克、炒地榆35克。

方中，参、芪补气；地、芍、阿胶养血；砂仁调气和中； 杜仲、川断、寄生固肾安胎。故全方扶气养血，而理气血之乱， 固肾安胎。

2. 保命安胎汤(《陈素庵妇科补解》)。

黄芪30克 白术15克 白芍20克 当归10克 川芎 10克 香附10克 砂仁15克 陈皮15克 紫苏10克

秦艽10克 艾 叶 1 5 克 醉 芩 1 0 克 童便20毫升 水煎 服，每日一剂。

全方有补气养血，调气理血安胎之效，用治外伤胎动不 安。然若胎动下坠甚或阴道有流血者，宜去归、芎、香附之 活血，去紫苏、秦艽之发散，酌加阿胶10克、炒地榆25克、 牡蛎35克。

3. 单方(《校注妇人良方》)。

阿胶炙50克 熟艾叶5克 上药以水三碗，煮取二碗， 分三次服。

**典型病例**

葛××,25岁，工人，病志号24747。停经45天，阴道 流血2天。两天前因闪挫致腰疫腹痛，时有下坠感，并有阴 道流血，精神倦怠，舌淡苔薄，脉滑无力。2孕0产，妊娠 试验(+)。诊断：中医，胎动不安(外伤型);西医，先兆流 产。方药：圣愈汤合寿胎丸加减，菟丝子35克、黄芪30克、 党参20克、寄生20克、川断20克、白芍25克、女贞子15

克、旱莲草15克、山药25克、甘草10克、阿胶15克，水 煎服。服药8剂，诸症悉除。又服3剂以固疗效，住院11天 痊愈出院。

中医学认为，胎气之固，全赖肾以系胎，气以载胎，血 以养胎。其胎动不安者，则由于肾气亏损，气血失调，冲任 不固所致，这是胎动不安的核心机理。因此，对本病的治疗 必以补肾为主，兼予调养气血。

从上所述五个证型先兆流产所用的方药来看，亦足以体 现这一治疗原则。前述每个证型里所列的第一个方剂，就是 该型先兆流产治疗的首选方剂。我们剖析这些首选的方剂和 实际病例的用药，就会发现安胎的方药里都有寿胎丸(菟丝 子、用断、寄生、阿胶)的成分，这与肾藏精主生殖的理论 是密切相关的，诚如《医学衷中参西录》所说：“流产为妇 人恒有之病，而方书所载保胎之方，未有用之必效者。诚以 保胎之药，当注重于肾，以变化胎之性情气质，使之善吸其 母之气化以自养，自无流产之虞。”因此我们在各型先兆流 产的治疗中就可以把握住一个重要而有效的规律，即各型胎 动不安的用药都可以在寿胎丸的基础上加减变化(如表5)。

由此可见，以寿胎丸加味治疗先兆流产、习惯性流产(胎 动不安、滑胎)确有提纲挈领、纲举目张的效用。

习惯性流产一症，不仅孕期确有肾虚的见证，而且平时 也多有头晕耳鸣、腰疫腿软之症，从“不治已病治未病”的 角度看，对习惯性流产在孕前进行调治则更属必要，即在平 时给予寿胎丸加味的治疗，以达补肾益气、填精养血的目的。 则肾气即固，精血充盛，胎孕得以摄养，岂有流产之理?笔 者临床体会：保产无忧不无忧，芩术圣药不全灵，辨证审因 最重要，安胎之本在肾经。

**表** **5** **各型先兆流产治疗用药一览表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 证型 | 治则 | 基础方 | 加减变化 | 备注 |
| 肾阳虚 | 温阳补肾固 冲安胎 | 寿胎丸 | 酌加补骨脂、狗存、 杜仲、盆智仁 | 补气为佐，恰是 补肾安胎饮 |
| 肾阴虚 | 滋阴补肾固 冲安胎 | 寿胎丸 | 酌加山萸肉、熟地、 地骨皮 | 满热为佐 |
| 气虚型 | 补中盆气固 摄安胎 | 寿胎丸 | 酌加人参、白术、黄 武、升麻 | 恰是举元煎加味 |
| 血虚型 | 健脾养血固 冲安胎 | 寿胎丸 | 酌加 熟地、白芍、 炒当归 | 补气为佐，恰是 胎元饮方义 |
| 血热型 | 清热益阴养 血安胎 | 寿胎丸 | 酌加 黄芩、黄柏、  生地 | 补血为佐，恰是 保阴煎方义 |
| 外伤型 | 补气养血固 冲安胎 | 寿胎丸 | 酌加补气(参、术、 芪)养血(地、芍、 归 ) | 恰是圣愈湯加味 |
| 策有流血者 |  |  | 酌加：  艾叶炭(有热者不用) 旱莲草(阴虚用良)  炒地检(有寒者慎用) 节麻根(外伤用良) |  |

还值得一提的是：根据现代药理研究，上述保胎药物， 除含有促进胎儿发育的维生素E 和拟黄体酮样的抑制宫缩的 作用外，还含有多种维生素、氨基酸和蛋白质，可以治疗营 养不良；还有的药物能杀抑部分细菌和病毒；还有多数补益 药有调整免疫功能的作用。这些都可以部分地消除流产的原 因(这是西药保胎药物所缺少的作用),从而使中药方剂在 预防和治疗先兆流产、习惯性流产方面获有可靠的疗效。

**(六)配合西药治疗**

对病情危重的先兆流产和习惯性流产的病人，亦宜酌情 配合西药治疗。

1. 镇静剂：如鲁米那0.03克，每日三次口服。或利眠 宁10毫克，每日三次口服。腹痛严重者，可肌肉注射度冷 丁50~100毫克。

2. 内分泌治疗：可用黄体酮20毫克，肌肉注射，每日 一次，阴道流血停止后7天左右停药。黄体酮可使蜕膜组织 生长，有利于早期孕卵的发育，并有抑制子宫收缩的作用。 值得注意的是，黄体酮不宜应用过久，并应经常以B 型超声 波检查胎儿存活情况，以免引起过期流产。此外，基础代谢 偏低的患者，每日可给甲状腺片0.03～0.06克，口服。

3. 维生素：可给维生素E10～20 毫克，每日三次口服， 有利于孕卵的发育。还有的人认为，维生素E 对子宫局部有 类似黄体酮的作用，并对中枢神经起作用，因此主张大量使 用，即每日400毫克，分二次口服，或每日肌注100毫克， 其症状改善见于治疗后第4～8天，可以参考使用。另外可 给维生素C200 毫克、维生素B₁20 毫克，每日三次口服。

上述西医疗法，在配合中药治疗时，可以根据病情选用。

**二、饮食疗法**

**(一)鲤鱼臛方** (《圣惠方》)

组成：鲤鱼1000克、糯米200克、豆豉10克、葱3茎、 盐醋少许。

制法：鲤鱼去鳞肠、洗净，糯米洗净，加水1000毫升， 如法作臛(臛，不加菜的带汁的肉),至鱼、米熟后，加入葱 豉，少着盐醋，更煮5~7沸。

服法：每日2～3次食之，连吃5~7日。滑胎者， 一月 中服5~7次。

适应证：肾虚型及气虚型胎动不安、滑胎、胎萎不长。

分析：鲤鱼，性味甘平，补益脾肾，利水通乳；糯米， 性味甘温，补中益气，健脾和胃，主治诸虚百损；葱白，《日 用本草》说：“能达表和里，安胎止血。”

**(二)鸡子黄汤** (《外台秘要》)

组成：鸡子14枚取黄、好酒200毫升。 制法：将上二味入锅中煮沸，使如汤。

服法：上药一次顿服，未愈可更作继续服用，每日一剂， 以愈为度。

适应证：血虚型及肾阴虚型胎动不安、胎漏下血不止。

分析：鸡子黄，性味甘平，功能滋阴润燥，养血熄风。 主治心烦不眠，热病痉厥，虚劳吐血，呕逆，下痢，胎漏下血。

**(三)鸡子羹** (《圣济总录》)

组成：鸡子1枚、阿胶50克(捣碎，炒令黄燥)、清酒 100毫升、盐5克。

制法：先将阿胶、清酒入锅中，用文火煮使阿胶消化后， 打入鸡子1枚，加盐，和匀即成。

服法：上药分三次， 一 日服完。可连服3～5天。 适应证：血虚型及肾阴虚型胎动不安、胎漏下血。

分析：鸡子，性味甘平，滋阴润燥，养血安胎；阿胶， 性味甘平，功能滋阴补血，安胎。主治妇女月经不调，崩中， 胎漏。

**(四)罗氏立圣散** (《证治准绳》) 组成：鸡肝3个、酒300毫升。

制法：上二味共入锅内，将肝煮熟，备用。 服法： 一次尽服之，连服5～7日。

适应证：肾阳虚型及气虚型胎动不安、胎漏下血。

分析：鸡肝，性味甘微温，补肝肾，主治肝虚目暗，妇

人胎漏；酒，性味辛温，功能行药势，主治心腹冷痛。

**(五)护胎法** (《外台秘要》)

组成：鲤鱼1000克、糯米200克、食盐少许。 制法：作臛如前法，备用。

服法：上药分次服，每3～5日一服。

适应证：肾虚型及气虚型滑胎、胎动不安。

**(六)鲈鱼煲苎麻根**

组成：鲈鱼250克、苎麻根30克。

制法：鲈鱼去鳞肠、洗净，切成长一寸、宽八分的鱼片， 再将苎麻根洗净，一起放入砂锅内，加水1000毫升，煲至鲈 鱼熟透，即可食用。

服法：吃鱼肉喝汤， 一次用完。连用5~7次。

适应证：血虚型、肾阴虚型及血热型胎动不安、胎漏。

分析：鲈鱼，性味甘平，益脾胃，补肝肾，安胎；苎麻 根，性味甘寒，清热止血，安胎。

**(七)莲子葡萄干汤**

组成：莲子90克、葡萄干30克。

制法：莲子去皮、心，洗净，与葡萄干一同装入陶瓷罐 里加水700～800毫升，用旺火隔水炖至莲子熟透，即可食用。

服法：上药服食。 一般5～7次见效。

分析：莲子，性味甘涩平，补脾益肾养心涩肠，固精气， 强筋骨；葡萄干，性味甘酸平，补气血，强筋骨，安胎。

**(八)寄生黄芩炖猪腰子**

组成：桑寄生15克、黄芩10克、猪腰子2个。

制法：将猪腰子片开，切除腰臊，放在清水中浸泡30分 钟，洗净，再每片切成3片。与桑寄生、黄芩一起放入搪瓷 罐内，加水500毫升，用旺火隔水炖至猪腰子熟透，即得。

服法：吃猪腰子，喝汤。

适应证：肾阴虚型及血热型胎动不安、妊娠腰痛。

分析：猪腰子(即猪肾),性味咸平，治肾虚腰痛，遗精 盗汗；桑寄生，性味苦甘平，补肝肾，强筋骨，益血安胎， 主治腰膝酸痛，胎漏血崩；黄芩，性味苦寒，能清热降火安胎。

**(九)黑母鸡肉汤**

组成：黑母鸡1只；党参25克、白术15克、黄芩20 克、寄生25克、白芍35克、大枣15枚、生姜15克、清酒 300毫升。

制法：黑母鸡整治如食法，洗净，将前7味药洗净，装 入纱布袋内，同置锅中，放入清酒，加水至没药为度。旺火 煮至鸡熟，即成。

服法：去药，食鸡肉喝汤，日2～3服，3～4日效。 适应证：气血虚弱型及肾虚型胎动不安。

分析：鸡肉，性味甘平，入脾胃(肝),补精填髓。《神 农本草经》:“黑雌鸡，主风寒湿痹，安胎。”诸药综合有补气 养血，固肾安胎之效。

**(十)黑豆续断糯米粥**

组成：黑豆30克、续断30克、糯米60克。

制法：将黑豆、续断、糯米洗净，续断装入纱布袋内， 一起放入锅内，加水800毫升，文火煮成粥，除纱布袋，备用。

服法：上粥食用，每日一次，连服5~7次。 适应证：肾虚型及气虚型胎动不安、滑胎。

分析：川断，性味苦辛微温，补肝肾，续筋骨，调血脉， 安胎；黑豆，性味甘平，无毒，调中、补肾、镇心；糯米详前。

第三节 其余各型流产的治疗

其余各型流产，包括难免流产、不全流产、完全流产、 稽留流产、感染性流产。上述流产除完全流产外，都是以清 除宫内容物为治疗原则的，同时有感染者必须进行抗炎治疗 以控制感染。

**一、难免流产**

难免流产诊断确立后，治疗应以完全清除宫腔内胚胎组 织为原则，并防止出血和感染。子宫小于12周妊娠者，可进 行吸宫术，术前或术后肌肉注射催产素10单位，使子宫收 缩，减少出血。如出血严重，伴有休克时，应纠正休克，在 输血、输液的同时进行刮宫。子宫超过12周妊娠大小，但宫 底平脐以下者，可先肌肉注射催产素(或垂体后叶素)5单 位，每半小时一次，连续4～6次。或静脉滴注催产素，用催 产素10～20单位，加入5%葡萄糖500毫升作静脉点滴，根 据宫缩情况，调整催产素浓度及滴注速度，使引起强有力的 子宫阵缩，并维持至胚胎组织排出。若出血多，子宫口已开 大时，亦可行钳刮术。

遇有晚期难免流产病人，如阴道流血不多时，可用中药 促使胎儿及胎盘排出。方用脱花煎(《景岳全书》)去肉桂加 益母草 ：

当归15克、川芎15克、红花10克、牛膝10克、车前 子15克、益母草30克，水煎服，每日一剂，连服2～3剂。

方中当归、川芎、红花、益母草养血活血破瘀；牛膝引 血下行；车前子滑利下胎。共奏祛瘀下胎之效。

另方，试胎佛手散：当归15克、川芎30克。《经效产

宝》说：“治胎动下血，心腹绞痛，儿在腹死活未分，服此 药，死即下，活即安，极妙。”

针刺：合谷、三阴交、关元，能促进子宫收缩，可以配 合使用。

**二、不全流产**

不全流产诊断确立后，应清除宫腔内残留的胚胎组织， 可行吸宫术或刮宫术。阴道流血时间较长者，给抗炎药物预 防感染。出血量多伴休克者，应予输血、输液纠正休克，同 时肌肉注射催产素10单位，然后行刮宫术，术后继续抗炎治 疗；用中药归脾丸、人参养营丸之类补气养血以善其后。

若无手术条件时，对不全流产可按中医“堕胎后血下不 止”论治，试用艾叶散(《圣惠方》):

艾叶炭5克 炒地榆50克 干姜5克 当归30克 赤 石脂5克 水煎服，日服三次。

**三、完全流产**

完全流产诊断确立后， 一般不需特殊处置，可嘱患者休 息，调节饮食，严禁房事，避免寒凉及过劳。如阴道仍有少 量流血，可服加参生化汤(《傅青主女科》):

当归15克 川芎10克 桃 仁 1 0 克 炮 姜 5 克 甘草 10克 党参15克(原方为人参)水煎服，每日1剂，可服 2～3剂。

全身乏力者，可服归脾丸、人参养营丸补气养血以善其 后。

**四、稽留流产**

稽留流产一经确诊，即应及时处理，以清除胚胎组织为 原则。有时因胚胎组织机化，与子宫壁粘连，造成刮宫困难。 同时稽留日久，可能发生凝血功能障碍，造成严重出血，故 以积极处理为宜。

术前给乙烯雌酚5~10毫克，每日三次，口服，共5天， 以提高子宫敏感性，并检查血常规、出凝血时间，如有条件 应查纤维蛋白原，并作好输血准备。

服完乙烯雌酚后，子宫小于妊娠12周者，可行宫颈扩张 术和刮宫术。或于术前12小时行宫腔插管，扩张宫颈，然后 用胎盘钳钳取胚胎组织，再行吸宫、刮宫术。由于胎盘与子 宫壁粘连较紧，手术时应轻柔小心，防止子宫穿孔。个别一 次不能刮净者，5~7天后可再刮宫一次。

若子宫大于妊娠12周者，可静脉滴注高浓度催产素引 产，促使宫腔内容物排出。开始第一瓶5%葡萄糖500毫升， 每100毫升调整浓度使含催产素2~12单位，点滴速度为每 分钟25滴，并根据宫缩情况随时调整其滴数。第二瓶5%葡 萄糖500毫升加催产素50单位。全天液体量1000毫升，催 产素不超过85单位。如第一天无效，第二天可重复使用。 重新静脉点滴时，开始的催产素浓度要低于前一天末次浓度。 有人主张同时配合水囊引产。总之上述治疗必须在医院由医 生严密观察下进行。

本病采用中药治疗时，则按中医学“胎死不下”辨证施 治。中医学认为引起本病的原因：

其一是伤损血瘀或寒凝血瘀，瘀阻不行，故胎死不下。 主要征象有胎动停止，口气恶臭，小腹冷痛，面唇青黯，舌

质紫暗，脉沉涩。治疗宜行血祛瘀，方用脱花煎(见前难免 流产条)。若兼寒者则见肢冷脉迟，可加肉桂10克、吴茱萸 15克以温经行血。

其二是孕妇气血素虚或久病气血耗伤，致气血虚弱无力 促胎排出，故胎死不下。主要征象有胎动停止，口气恶臭， 小腹冷痛或坠痛，精神疲倦，面色苍白，舌质淡，苔白腻， 脉虚大而涩。治疗宜补气养血、行血下胎，仍用前方加党参 20克、黄芪50克，使气旺则血易行，共收补气养血行血下 胎之效。

其三是抑郁忿怒气滞或脾胃虚而滞，以致气机不畅，死 胎滞着，故致胎死不下。主要征象有胎动停止，口气恶臭， 小腹冷痛或胀痛，胸胁胀满，舌苔微腻，脉弦。治疗宜理气 行滞下胎，方用平胃散(《证治准绳》)加味：

苍术15克 厚朴15克 枳壳20克 陈皮15克 甘草 5克芒硝15～20克(冲服)水煎服，每日 一剂，连服三 日。体虚者可加黄芪50克。

方中苍术、陈皮和中调气；厚朴、枳壳、芒硝行滞泻积 下胎；甘草调和诸药。

**五、感染性流产**

前述各型流产均可合并感染，而以不全流产合并感染者 居多。感染性流产确诊后，若阴道流血不多者，可先给抗炎 药物控制感染，并尽早进行刮宫术。若阴道大量出血，或经 抗炎治疗后感染仍未控制者，可先用卵圆钳将宫腔内感染的 胚胎组织钳出以止血，同时注射催产素。但不要用刮匙搔刮 宫壁，以免感染扩散。

若在无手术条件的情况下，可用西药的抗炎药配合中药

的清热解毒、活血化瘀的药物进行治疗。方用血府逐瘀汤 (《医林改错》)加减：

当归15克 川芎15克 生地10克 赤芍15克 红花 10克 枳壳20克 柴胡15克 牛膝15克双花50克 连 翘25克 黄柏25克 水煎服，每日一剂，可连服数剂。

方中当归、川芎养血行血；赤芍、红花、牛膝活血化瘀； 枳壳行气；黄柏、柴胡、生地清热凉血；双花、连翘清热解 毒。综合可收清热解毒、活血化瘀之功，使胎瘀除、毒热退， 其病可愈。

〔附〕 胎儿期先天性疾病的 诊断与处理

先天性疾病是指生前就有的疾病，包括智力、器官结构 和功能缺陷等。这些先天性疾病有的是由于遗传物质改变而 造成的遗传病；有的是由于受精卵发育时期受内外各种环境 因素(感染、药物、射线、营养等)影响而形成的疾病，如 果下次怀孕这些因素不再存在，胎儿就可不发生疾病。

为了控制人口数量、提高人口质量，不仅要普及优生学 知识，而且更重要的是要采取优生措施。前述造成流产和死 胎的因素，同时也是导致胎儿先天性疾病的因素，因此，对 怀疑可能异常的胎儿作出产前诊断和选择性流产是十分必要 的。

**(一)哪些孕妇需要作产前诊断**

夫妇其一或者家族成员中出现过有某种遗传病或者先天 畸形的患者，他们未来的儿女发病的风险有多大?夫妇已经 生过一个有遗传病或先天畸形的患儿，再次怀孕会不会再生 此种病儿?怀孕早期有过发烧和服药史，孩子会不会成为怪

胎?孕期照过X 线，孩子能不能要?对这些疑问，孕妇不要 难于启齿而闷在心里，应该去产前咨询门诊就医，那里的医 生一定会根据你的病史和检查作出正确的产前诊断，热情而 中肯地解答上述问题，并会指示处理意见。

一般凡符合下列指征者应该进行产前诊断：

1.35岁以上的高龄孕妇。因为高龄孕妇发生染色体不 分离畸变的机会多，而且随着年龄的增长而增加。

2. 已经生过一个无脑儿、脊柱裂、脑脊膜膨出等畸形儿 的孕妇，再生这种病儿的机会增高，约为5～10%。

3. 已经生过一个有先天代谢病儿的孕妇，再生这种病儿 的机会为4。再次怀孕一定要作产前诊断。

4. 家族中有伴性遗传史者，应该在怀孕后预测胎儿性 别，以决定要男孩还是要女孩。

5. 夫妇近亲结婚并已怀孕，或家族中有隐性遗传史的 怀孕者，应作产前诊断。

6. 怀孕早期接触过致畸因子。如有过风疹病毒感染，服 过对胎儿有害的药物，接触过射线、放射性同位素，有过煤 气中毒等情况，可能导致胎儿畸形。

7. 夫妇之一有染色体平衡易位，包括倒位或着丝粒融合 者，出生染色体异常儿的机会较高，有的高达%。如夫妇为 21/21易位，其存活子女全部呆傻，这种人不应该生育子女。

8. 有习惯性流产史、早产史、原因不明的胎死宫内史， 往往有染色体异常，平时应作检查，再孕应作产前诊断。

上述孕妇有可能怀有怪胎或病胎，应及早到医院进行产 前咨询，并根据情况进行产前诊断。

**(二)产前诊断的方法**

对有上述情况的孕妇要详细询问病史及家族史，并作详

细的临床检查。同时要根据现有的设备和条件进行一些特殊 检查，作出产前诊断。

1. 超声波诊断法：超声波是一项实用而简便的产前诊 断方法。特别近几年来B 型超声扫描仪应用以后，对临床诊 断胎儿畸形、胎儿心脏畸形、多囊肾、双胎、胎盘位置或发 育异常、胎头大小有无等帮助更大。

超声波诊断技术简单，病人无损伤、无痛苦，每扫描一 次平均时间约30分钟，是广大孕妇喜欢接受的产前诊断手 段。

2.X 线诊断法：X 线诊断胎儿畸形以及羊膜囊造影亦 是产前诊断的一种方法。X 线常用于妊娠20周后胎儿骨骼 畸形，而在妊娠20周前可能用超声波诊断比X 线好。X 线 诊断中枢神经系统畸形，如无脑儿、脑积水；骨骼畸形，如 短肢侏儒、多肢畸形、缺指畸形等较为明确。脊柱裂常不易 分辨。有时与B 超声扫描对照使用更好。

3. 羊膜腔穿刺：近十年来产前诊断领域的惊人进展，与 腹部羊膜腔穿刺技术的应用有密切关系。目前，此项技术已 在各产前诊断中心被广泛采用。

羊膜腔穿刺的时间最好选在妊娠16～20周。妊娠16周 时羊水量达170毫升，妊娠20周时羊水量达500毫升，而且 增长又快。此期间胎儿小、羊水多，穿刺不易伤及胎儿，亦 不易引起流产。同时此期间羊水细胞中，有活力细胞比例最 大，培养成活希望大。

羊膜腔穿刺前要作好充分准备。核对适应证，有无并发 症，妊娠周数，子宫大小；作白细胞、血色素及血型检查； 确定子宫大小及宫底高度是否适于穿刺，宫底在脐耻之间或 脐下二指处时容易成功；穿刺部位的皮肤有无疖肿、皮炎等

不利穿刺情况；选择穿刺部位时应仔细触诊，尽量避开胎头 部位，以手指感觉寻找囊性感大、易于触及浮动胎体的部位； 有条件时可用B 超声波仪协助确定胎盘位置及选择穿刺部位 更好；备好穿刺用具。

羊膜腔穿刺操作过程，要严格无菌、按步骤进行。穿刺 时自脐下至耻骨上消毒皮肤，铺孔巾后，在穿刺点给少许局 麻，用21号长针(带针蕊)垂直刺入皮肤后，用手指轻轻拈 住针体远端，扎进腹腔和宫腔，在针通过腹直肌前鞘、子宫 壁时有阻力增加的感觉，当阻力消失则有进入空腔的感觉。 一般需刺入7～8厘米深，腹壁肥胖者进针要深些。取出针 蕊，用2毫升针筒抽，见有清亮浅黄色的羊水，便是穿刺成 功(如图1-10)。将羊水抽取1~2毫升送查甲胎蛋白，换一 只用双蒸水处理过的20毫升无菌针筒，再抽15～20毫升羊 水备检。

羊水抽毕拔出针头，用无菌棉球或纱布盖住针眼，胶布 固定，稍休息后即可回去。注意两天内禁止剧烈活动，两周 内禁止房事。

羊膜腔穿刺失败率约为0.5～1%,失败的原因，可能是 子宫太小；穿刺部位太低，误穿了膀胱内的尿液；腹壁太厚 进针不够深，或穿刺了胎盘附着部位，抽出血液后未敢再试 穿等原因。

羊膜腔穿刺抽出羊水带血者，不甚少见，约有10%左 右。抽出血性羊水，可能是针尖斜面一半在腔内，一半在宫 壁，此时可将针轻轻向腔内推进，弃去针筒内的血性羊水， 换一针筒再试抽，就可得到透明羊水。如果羊水出得很通畅， 羊水内始终带有血性，则可能扎着胎体或刺破胎盘血管。

羊膜腔穿刺也偶有刺伤胎体者；或穿刺在胎盘上形成胎

|  |  |
| --- | --- |
| 脐 帶  能  S | 羊 膜 囊 子 宫 壁 |



s

**图1-10** 羊膜囊穿刺示意图

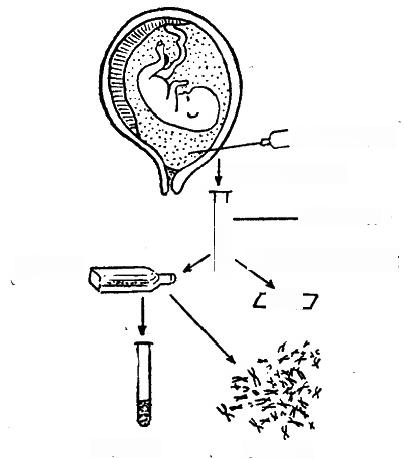
盘后血肿而致流产者；或穿刺后针眼羊水外流、出血、以致 流产者。

由于羊膜腔穿刺有上述问题，羊水细胞培养亦有一定失 败率，因此在穿刺前要把可能发生的问题向孕妇和家属解释 清楚，并说明如果羊水穿刺失败或细胞培养失败，有可能要 第二次穿刺。

羊水的生化分析与细胞培养 作为产前宫内诊断目前已

被广泛采用。 一般检查程序可以先将抽得的羊水进行生化分 析，如测定甲胎蛋白、17羟孕酮、甲状腺素、胆红素、血 型、卵磷脂等。将离心后沉淀细胞直接作性染色体检查，而 其中大部分细胞用作细胞培养，若培养成功，细胞培养的原 代常用以作细胞染色体核型分析，传代后的细胞则可用作酶 的测定(生化分析),以诊断先天性代谢病。(如图1 - 11)

的 的



抽10毫升羊水 放入离心管沉淀

→生化分析 细胞学检查性染色质

细胞培养



生化分析

核型分析

图1-11 羊水穿刺产前诊断先天疾病示意图

(1)甲胎蛋白的测定：现在已经肯定测定羊水内的甲胎 蛋白数值，能够准确地反映胎儿有无开放性神经管畸形。由 于神经管畸形是一种较多见的先天畸形，而开放性神经管畸 形(无脑儿及脊柱裂)又占神经管畸形的二分之 一 ，可见这

种畸形发病多，胎儿常不能存活，因此应用甲胎蛋白测定法 对及早产前诊断、及早引产处置的意义是很大的。

甲胎蛋白主要在胎儿肝脏及卵黄囊内合成。胎儿6.6周 时，甲胎蛋白开始在胎血内出现，10~23周时达高峰，21周 以后逐渐下降。甲胎蛋白在羊水中达峰值是妊娠13～15周 时，可达40微克/毫升，20～22周后逐步下降。故取妊娠 14~20周时期羊水中甲胎蛋白的值作为诊断标准，若测得甲 胎蛋白高于2~3个标准差(2SD~3SD) 即有诊断意义。 此项诊断除对开放性神经管畸形有特殊诊断价值外(有时高 达10倍以上),对先天性肾病、先天性食道闭锁、脑积水、 骶尾畸胎瘤、糖尿病胎儿胎盘功能不足等也有一定诊断意义。 此外胎儿宫内窘迫、胎死宫内、稽留流产、先兆流产、先兆 子痫等甲胎蛋白亦升高，可能与胎盘屏障改变、胎儿肝脏成 熟缓慢有关。

(2)其他生化检查：测定羊水内的17羟孕酮可诊断胎儿 有无肾上腺性征异常综合征。测羊水内甲状腺素及 TSH 可 诊断胎儿有无甲状腺功能减低。此外还可测羊水内胆红素、 血型、卵磷脂、鞘磷脂等，预测胎儿成熟度。

(3)羊水细胞的性染色质测定：测定羊水细胞的性染色 质可以预测胎儿的性别。将羊水细胞用特殊方法处理后在油 镜下选择100个胞核染色均匀清晰、核模完整无缺的细胞， 计数有多少个有X 小体的细胞核，算出百分数，若x 小体计 数超过6%,则胎儿为女性。将羊水细胞用另一种特殊方法 处理后在莹光显微镜下计数Y 小体的百分数，若Y 小体计数 超过5%,则胎儿为男性。这在临床上是有实际指导意义的， 如果父亲是X 连锁显性遗传病的患者，则所有的女儿都将发 病，而儿子不发病，故应留儿子不留女儿；如果母亲为X 连

锁隐性基因携带者，则她的儿子有50%将发病，而女儿无一 发病，故产前预测性别后留女儿不留儿子。

(4)羊水细胞培养：羊膜腔穿刺抽出之羊水放入无菌玻 璃管内送实验室培养。我国中国科学院遗传研究所、首都医 院妇产科1977年报告一种简易的羊水细胞培养法，并在临 床推广应用。羊水细胞培养的原代常用作细胞染色体核型分 析，以诊断染色体病。传代后的细胞则可用作酶的测定，以诊 断先天性代谢病。这种诊断方法准确，现已能测定的先天性 代谢病达80多种。

4. 胎儿镜的应用：世界上已有些国家应用胎儿镜，胎儿 镜又叫羊膜腔镜。羊膜腔穿刺对产前诊断先天性疾病是一个 巨大的进步，但也只能解决部分宫内胎儿异常问题。其他如 唇裂、腭裂、多肢体畸形、闭合性脑脊膜膨出、血红蛋白病 等还没有办法诊断。如果能用胎儿镜直接观察，则不但能辨 认形态上的畸形、识别性别，还能取得胎儿血液、皮肤及其 他组织活检标本，提高产前宫内诊断水平。同时能开展宫内 治疗，及早纠正胎儿病态，改变目前宫内诊断只能采取终止 妊娠的被动状态。

此外，目前有一些新技术也开始用于产前诊断，如用显 微技术测定培养的羊水细胞内的酶，可大大提高精确度并缩 短出结果的时间；有些代谢病的酶的变化不能在羊水细胞内 表现，如把羊水细胞与能表现出酶变化的组织细胞杂交培养， 再测出酶的浓度，叫作体细胞杂交试验，用以测定先天代谢 病，进行产前诊断；实时超声波的应用，可以明确显示多种 畸胎，指示胎儿镜取胎儿血液及组织，也可以在超声波指导 下进行某些胎儿手术。总之随着产前诊断技术的进步，必将 为人类的优生作出贡献。

**(三)确诊患有先天性疾病的胎儿的处理原则**

经产前诊断确诊胎儿患有先天性疾病，目前以中止妊娠、 清除病胎为治疗原则。妊娠中止的方法有药物引产和手术引 产两大类，妊娠中期(孕13～24周)引产的具体方法有：

**水囊引产** 即将水囊放置在子宫壁与胎膜之间，引起宫 缩的方法，成功率90%左右，平均引产时间在72小时之内。

**利凡诺引产** 利凡诺有较强的杀菌作用，能刺激子宫收 缩。每安瓿含100毫克，为一次安全用量。给药途径有经腹 壁羊膜腔内注射法和经阴道羊膜腔外注射法。成功率在95% 以 上 。

**天花粉引产** 天花粉对胎盘滋养层细胞有直接破坏作 用，使其变性、坏死、阻断胎盘血循环，导致胎儿死亡，然 后排出。给药途径，经皮试及试探试验无不良反应者，引产 用肌肉注射法、经腹羊膜腔内注射法均可。与水囊引产相比， 此法有疗效高、出血少、损伤少等特点，但副反应较重。

**前列腺素引产** 目前用于临床的前列腺素有PGE₂,

PGF₂a 两种，对子宫平滑肌有显著活性，引起较强宫缩，不 因妊娠月份而敏感性不同，引产效果良好。给药途径有羊膜 腔内注射、宫腔内羊膜腔外注射、静脉点滴等法。静脉点滴 反应较大。

**剖腹取胎术** 较少采用。

妊娠晚期(孕28周以后)引产常采用综合的引产方法， 如针刺加中药、中药加剥膜、剥膜加催产素静脉点滴等。

**针刺引产** 太冲、太溪、三阴交、合谷，取双侧穴，顺 序捻转以得气而止，以后每3~5分钟捻转一次，留针30～60 分钟，一般用弱刺激捻转。

**中药引产** 催产方的药物有：当归24克、川芎15克、

枳实12克、川牛膝12克、红花10克、赤芍20克、制乳香 10克、冬葵子30克、酒军10克、车前子30克、黄芪10 克、芒硝12克(冲服)。每日二付，早晚各一付，亦可每付 分二次饮，连服2～3天。或与其他引产方法联合使用。

剥膜引产与人工破膜引产从略。

前述只梗概的介绍了一些引产方法，其中的适应证、禁 忌证及注意事项均未叙述。因为所有的引产病人均需住院进 行治疗，有关事项医生会具体掌握和处理的。

**子** **宫** **脱** **垂**

**前** **言**

子宫脱垂是我国农村中劳动妇女的常见疾病，严重地危 害着妇女们的健康。

从前，由于广大妇女劳动条件低劣，生活困苦，患了子 宫脱垂，得不到治疗，给患者和家庭带来了灾难。建国后， 子宫脱垂病患者得到了积极治疗。特别是当前，我国巳将子 宫脱垂病的防治列为国家重点科研项目之一。为了有效地预 防和治疗子宫脱垂，有必要向广大妇女普及子宫脱垂的发生 原因、预防措施、 一般治疗等方面的科学知识，以提高群众 的文化水平，保护妇女的身心健康。因此，编写了这一部分 内 容 。

由于资料局限和实践经验缺乏，书中错误在所难免，敬 请批评指正。

**第一章** **中医学对子宫脱垂的认识**

一、中医学关于子宫的理论

子宫，在中医学中称之为“女子胞”、“子脏”、“胞脏”, 近年又为了区别于西医的“子宫”,而统称之为“胞宫”。实 际上按中医学的传统理论，“子宫”早就是中医学的固有名 词。被誉为中医学四大经典著作之一的《神农本草经》里说： “紫石英……女子风寒在子宫，绝孕十年无子。”唐代《备急 干金要方 ·卷第二妇人方上》说：“必下积血及冷赤脓，如赤 小豆汁。本为妇人子宫内有此恶物令然。”宋代《妇人大全良 方 · 求嗣门》说：“续嗣降生丹 治妇人五脏虚损，子宫寒 冷，不能成孕。”《卫生家室产科备要》说：“大圣泽兰散 治 妇人血海虚冷，久无子息及产后败血冲心……常服暖子宫， 和血气，悦颜色……”。《医宗金鉴》说：“不子之故伤任冲 ……痰饮脂膜病子宫”。上述诸论，都足以说明“子宫”是 中医学的术语。

关于子宫的形态，早在金元时代已有记载，《格致余论》 说：“阴阳交媾，胎孕乃凝，所藏之处，名曰子宫， 一系在 下，上有两岐， 一达于左， 一达于右”。并知道它位于盆腔，

前临膀胱，后有直肠。关于子宫功能，中医学认为它有行经 和孕育胎儿的功能。

显然，子宫的功能不是孤立而成的，而是子宫与脏腑、 经络有密切的经络联系和功能联系的结果。子宫主要与肾、 肝、脾胃，以及冲、任、督、带四脉有密切的关系。

**(一)冲、任、督、带四脉与子宫的关系**

根据中医学的经典记载，冲脉、任脉、督脉都起于宫中， 这三条经脉都有体表循行支。如冲脉起于气冲穴，并足少阴 肾经、足阳明胃经挟脐上行；任脉出于会阴，循腹前正中线 上行，循面入目；督脉出于会阴，循脊背正中上行，达巅顶，

止于龈交穴(上唇系带处);而带脉起于季胁，如束带状横行 于腰部，因此它必然与纵行的冲、任、督三脉相交会，而通 过冲、任、督三脉间接地下系胞宫。

冲脉在体内循行部位广泛，它“渗诸阳”、“渗三阴”,说 明它与五脏六腑十二经脉都是相通的。十二经多余的气血则 流蓄于冲脉之中，因此称冲脉为“十二经之海”、“血海”。 任脉在它的循行中，与肝、脾、肾三经分别交会于曲骨、中 极、关元。任脉掌管人体一身的阴液，凡人体的精、血、津、 液都由任脉总司，又被称为“阴脉之海”。并且任脉为人体的 妊养之本而主胞胎，即与生育功能密切相关。督脉在循行中 与肝、肾、心、膀胱等诸经相通，它行于身之背而主一身之 阳，又称“阳经之海”,它与任脉同出于会阴而会于龈交，任 督二脉循环往复维持人体阴阳脉气的平衡。带脉横行于腰部 自然也与足三阴、足三阳等诸经相交会。

根据内经记载，冲、任、督、带四脉是相通的，这四脉 下起子宫，上联十二经脉，因此把子宫和整体经脉联系在一 起，维系着子宫的正常生理位置。同时，冲、任、督、带四 脉有湖泽和海洋一样的功能，《奇经八脉考》说：“蓄正经犹夫 沟渠，奇经犹夫湖泽，正经之脉隆盛，则溢于奇经”。可见十 二经脉中气血旺盛则流溢于奇经，奇经犹如湖海一样蓄存着 充盈的气血，从而保证了子宫行经和孕育胎儿的功能。

**(二)肾与子宫的关系**

肾与子宫有密切的联系，《素问 ·奇病论》说：“胞络者 系于肾",说明肾与子宫有直接的经络联系。同时冲脉“并少 阴之经，渗三阴",任脉“循腹里，至关元”,督脉“贯脊属



肾",可见冲、任、督三脉皆通于肾经，而冲、任、督又皆起 于子宫，所以肾借冲、任、督三脉与子宫密切相通。肾藏精， 主生殖，化生天癸，是人体生长、发育和生殖的根本，而子 宫的行经、胎孕的全部功能就是生殖功能。所以肾与子宫由 于经络上的密切联系和功能上的一致性，二者的关系是最为 密切的。

**(三)脾与子宫的关系**

脾与子宫在经络方面的联系较少，《灵枢 ·经脉篇》说脾 太阴之脉“入腹，属脾络胃”,“连舌体，散舌下”。入腹时与 任脉交会于中极穴；丁注古本《难经》说任脉“络舌”,可见 脾、任二脉又皆通于舌。因此，脾主要借任脉与子宫相联系。 脾为后天之本，气血生化之源，为子宫的行经、胎孕提供物 质条件；同时脾司中气，其气主升，就是说中气有升提的功 能，中气又对血液有收摄、控制的作用。因此，脾与子宫有 较密切的经络联系和功能联系。

二、中医学关于子宫脱垂的理论

子宫脱垂，是子宫脱离了正常位置而下垂。中医学又叫 “阴挺出下脱”、“阴脱”、“阴茵”、“子宫脱出”。俗称“掉茄 子”。

**(一)对子宫脱垂的最早记载**

子宫脱垂一证，在中医学典籍中的记载也是较早的。在 公元610年成书的《诸病源候论》中明确记载：“阴挺出下 脱候 胞络伤损，子脏虚冷，气下冲则令阴挺出，谓之下脱。 亦有因产而用力偃气而下脱者，诊其少阴脉浮动，浮则为虚， 动则为悸，故脱也”。中医妇产科名著《妇人大全良方》说： “妇人阴挺下脱，或因胞络损伤，或因子脏虚冷，或因分娩用 力所致”。其后明清各家对此病均有讨论，特别是清代医家陈 修园对本病的病因、病机，症状、治疗都有发挥。他在《女 科要旨》中写道：“阴挺证，甚者突出一二寸或三四寸；大如 指或大如拳；其形如蛇、如瓜、如香茵、如虾蟆不一；或出 血水不断，或干枯不润，或痛痒，或顽麻者……轻者但觉阴 中滞碍，而无其形，或有形亦不甚显，无甚痛害”。这里对子 宫脱垂轻重程度的描写是具体、真切的。《医宗金鉴 · 妇科心 法要诀》说：“妇人阴挺，或因胞络损伤，或因分娩用力太 过，或因气虚下陷，湿热下注，阴中突出一物，如蛇，或如 茵、或如鸡冠者，即古之癫疝类也。”

对本病的治疗方法，各家记载比较丰富，有内治法、外 治法，特别许多名家提出治疗原则应当是升补元气，选方用 补中益气汤，这在今天的治疗中都有重要意义。

**(二)子宫脱垂的主要症状**

子宫脱离正常位置，下降到阴道，并且部分或全部地脱 出到阴道口外，给病人造成很大痛苦，并出现许多临床症状。

1. 阴道口有块状物脱出 由于子宫脱垂的程度不同，阴 道口的脱出物可为子宫颈，阴道前、后壁，膀胱和直肠，严

重者也可以为全部子宫(如图2 - 1)。

轻度脱垂患者，常于劳动、行 走、下蹲、咳嗽和排大便等腹压增 加的情况下，才有大小不等的块状 物脱出于阴道口外，经平卧休息后， 则可变小，并自行回缩。而重度子 宫脱垂患者，或宫颈明显呈肥大，

或水肿严重，休息后也不能自行回 缩，常需用手推送才能还纳。

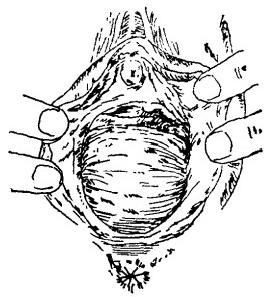


图2-1 子宫脱垂

2. 局部症状 重度子宫脱垂患者，常因阴道壁和子宫颈 阴道段脱出于阴道口外，局部肥大，水肿，脱出的阴道壁粘 膜角化增厚。由于正常阴道保护机制遭到破坏，白带增多，

并发生溃疡。发生溃疡的机理，主要是子宫脱垂时子宫向下 牵引，减少了动脉血的供应，引起局部营养障碍，再加上衣 裤的机械性摩擦，而产生溃疡。溃疡面继发感染时，流出大 量脓性和血性分泌物，并有臭味。这种情况下，极个别病例 有并发宫颈癌可能，应引起注意。

3. 腰骶疫痛和下坠不适感 子宫脱垂患者，常有不同程 度的腰骶部疫痛和下坠不适感。多数在下蹲、久立、行走和 体力劳动时加重。有月经的患者，在经前和经期症状也加重， 这是由于子宫脱垂后牵拉韧带和腹膜，加上盆腔充血，刺激 感觉神经和植物神经、引起腰骶部和下腹部坠痛。同时，子 宫因脱垂时位置改变，引起静脉血回流障碍，局部发生血液 淤积、水肿，加重了对邻近器官及骶神经的刺激，引起腰部 和坐骨神经分布部位的疼痛和下坠感。伴有脏器下垂的患者， 则因腹腔内压力改变，下坠感更为明显。

4.张力性尿失禁与排尿困难 由于子宫脱垂常伴有尿 道、膀胱膨出，因而随着膨出的程度不同而出现一些相应的 症状。当然有这类膨出的患者，不一定都伴有子宫脱垂(如 图2-2)。

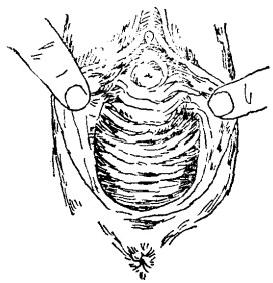


图2-2 膀胱膨出 图2-3 直肠膨出

张力性尿失禁(亦称压力性尿失禁),是子宫脱垂的常见 合并症之一。主要由于膀胱颈部和尿道括约肌，在分娩时受 到机械损伤或过度伸展，使其功能发生障碍，在腹压增加时 尿道上段不能有力收缩而发生尿失禁。如当咳嗽、大笑、打 喷嚏、负重急走时，尿道的阻力不能控制尿液外流，则尿液 不自主地自尿道口溢出，形成张力性尿失禁。

在重度膀胱膨出时，膀胱底部下降到阴道口外，尿道膀 胱后角度小甚至折叠，因此患者排尿困难，有时需将膨出的 膀胱送入阴道，或者需用手压迫阴道前壁，才能将尿排出。

5. 大便排出困难 子宫脱垂患者，常为无力型体质，肠 蠕动缓慢，易引起便秘。同时会阴陈旧裂伤，和肛提肌的分 离，使会阴体的结构甚为薄弱，直肠前壁与阴道后壁联系松

弛，而使直肠向阴道膨出(如图2-3)。粪便常堆积于膨出的 直肠袋内，不易排出，常需将膨出的直肠推回阴道，才能排 出大便。

6. 其他 由于子宫脱垂可引起盆腔充血、子宫局部淤 血，影响卵巢功能低下和子宫血液循环障碍，可导致月经不 调和闭经。还可影响精子生存，导致继发不孕。子宫脱垂患 者在妊娠期，于第3、4个月时偶可发生妊娠子宫被嵌顿于 盆腔内；亦有的妊娠宫颈高度充血、水肿嵌顿于阴道口外。

**(三)子宫脱垂的临床分型**

按中医学的理论来说，产生子宫脱垂和上述症状的主要 原因是中气不足和胞络损伤。脾司中气，中气不足者，主要 是脾气的损伤；胞络者系于肾，胞络损伤和肾气亏损有直接 关系。因此，中医临床常将子宫脱垂分为气虚、肾虚两个证 型 。

1. 气虚型 气虚主要是说中气之虚。中气是指中焦脾 胃之气，它对饮食有消化运输、升清降浊的功能；这种中气 在人体内还有重要的升举作用。如果中气虚损不足，不仅影 响饮食的消化，而且全身机能低落，约束和联系的功能降低， 因此气虚下陷，无力系胞，造成子宫脱垂。

导致中气虚损的原因很多，有的是先天禀赋就脾胃虚弱， 运化功能不好，中气不足，如同所说的“无力型”体质；有 的是饮食失节或忧思不解，损伤脾气，以致食少纳呆，形体 消瘦，中气不足；有的是日常过度劳累、持重物，或产时用 力过度，损伤中气，以致中气下陷，无力系胞，子宫脱垂。

气虚型子宫脱垂的主要症状：阴道中有块状物，大如鹅 卵，下坠到阴道口，或挺出阴道口外，甚者坠出数寸。自觉

小腹下坠，精神疲倦，心悸气短，小便频数，白带较多，舌 质淡，苔薄润，脉浮而虚。

2. 肾虚型 肾藏精而系胞，又是奇经八脉所属。所以肾 气不足，则胞脉虚损，带脉失约，冲任不固，不能系胞，以 致子宫脱垂。

导致肾气虚损的原因很多，有的先天不足，肾气虚弱或 肾阳不足，子宫虚冷，子宫机能不足，或子宫恢复机能缺损； 有的是房劳多产，产时用力过度，产后操劳过早，都可以损 伤胞脉，影响于肾；有的是平日劳力过度，或举重攀险，便 秘努责，久咳不已，以致气下冲，损伤胞脉，造成子宫脱 垂。

肾虚型子宫脱垂的主要症状：阴道中有块状物，大如鹅 卵，脱出到阴道口，或挺出阴道口外，甚者坠出数寸，腰疫 腿软，头晕耳鸣，小腹下坠，无白带，或阴道干涩不适，小 便频数或失禁，舌淡红，苔薄白，脉沉弱。

上二型的重度子宫脱垂，均可因摩擦损伤，局部出现红 肿溃烂，黄水淋漓，或脓血绵绵，阴门肿痛，发热口渴，溲 赤而痛，舌红脉数等证，治疗时尤要注意辨认。

**第二章** **女性生殖道的** **解剖与生理**

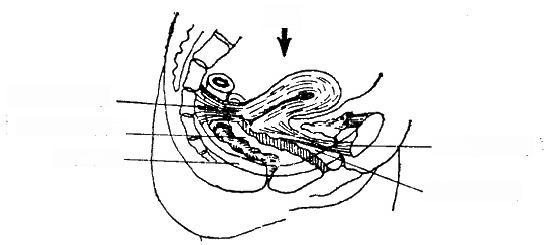
学习和了解女性生殖道及其支持结构的解剖和生理，对 明确子宫脱垂的病因、诊断和防治是必不可少的基础知识。

一、女性生殖道

**(** **一** **)子宫**

1. 子宫的形态和位置 子宫略似倒置的梨形，前后稍 扁。子宫分为子宫底、子宫体和子宫颈三部。成年妇女的子 宫长度约为7～8厘米，宽约4～5厘米，厚约2～3厘米，宫 颈长约2.5～3厘米。多次分娩的子宫各径均可增大。宫颈 下极插入阴道前壁顶端，称为子宫颈阴道段，以完成组织上 的连续，其余部分称为子宫颈阴道上段。子宫腔是一倒置三 角形的缝隙，以子宫内口为界，上部称为子宫体腔，下部称 为子宫颈管，子宫颈管上口与子宫腔相通，下口称为子宫外 口，通于阴道。

子宫为排出月经和孕育胎儿的空腔器官，位于盆底之上， 小骨盆之中，前邻膀胱，后依直肠，保持轻度前倾前屈位。 当人体直立时，子宫几乎呈水平位，伏卧于膀胱之上，子宫 颈则位于两坐骨棘之间，并指向尾骨(如图2-4)。子宫作为 盆腔内容的组成部分，是与周围的器官相协调的，膀胱和直 肠的充盈程度，均可影响子宫的位置。



腹压

子宫骶骨韧带

直肠阴道筋膜\_

肛提肌 —

耻骨宫颈筋膜 阴道膀胱筋膜

图 2 - 4 子宫正常位置的维持(矢状面)

子宫维持在轻度前倾前屈位，与以下组织有关：圆韧带 能将后移的子宫牵向前倾，在使子宫保持前位方面起着重要 作用；其次是子宫骶骨韧带，它从子宫颈两侧后面出发，绕 过直肠两侧，插入骶骨骨膜，将宫颈牵向后上方而保持子宫 前倾位。子宫能保持前倾位的另一个因素，是子宫肌肉本身 的张力；当子宫张力坚强时，子宫体很容易维持向前位置。

从力学观点来看，子宫的这种前倾前屈的位置很重要，腹腔 压力下行，直接作用于较厚的子宫后壁，其抗力较强；当压 力分散至盆底的边缘组织时，压力已大为减低。所以前位子 宫加上腹内压力直接作用于子宫后壁，因而增加了子宫前倾 的 力 量 。

子宫的形态和位置受卵巢内分泌的影响。当女性处于幼 年时，由于雌激素水平较低，子宫肌肉薄弱，体部较小，子 宫体与子宫颈的比例几乎相等，或稍小于宫颈(3:4)。进入 青春期，卵巢功能渐趋旺盛，卵泡逐渐发育成熟，雌激素水 平增高，子宫平滑肌和结缔组织的增长较宫颈迅速，子宫体 与子宫颈长度的比例为4:3。这时子宫动、静脉增殖，淋巴

管丰富，使子宫具有良好的血液供应和一定的弹性和张方， 从而呈现前倾前屈的姿势。当卵巢功能减退时，子宫也相应 萎缩，其张力和弹性逐渐消退，子宫的位置有时也随之发生 改变。在妊娠期，因受激素影响，子宫及其韧带增长变软而 松弛。由妊娠和分娩引起的盆底软组织松弛和过度伸展，约 需6～8周才能基本恢复。在哺乳期，卵巢功能有时被抑制' 卵泡萎缩、纤维化，雌激素水平逐渐降低，致使生殖道及其 支持组织的能力减退，子宫壁变薄，肌组织纤维化，宫腔短 缩，子宫变小而硬。在老年期，宫颈及宫腔总长度有时仅3~ 4厘米，子宫失去原有的弹性与张力，常呈现后倾后屈位。

2 . 子 宫 的 血 管 和 淋 巴 子 宫 的 血 液 供 应 主 要 来 自 子 宫

动脉，另一部分来自卵巢动脉 (如图2-5)。

子宫动脉自髂内动脉发出 沿骨盆侧壁向前向内向下走 行，穿过阔韧带基底部，在约 平子宫颈内口的高度，距子宫 颈约2厘米处，与输尿管交叉， 从输尿管终末段的前上方越 过，后又弓形向下，至阴道侧 穹窿1～2.5厘米处分为两支， 一支为宫体支(升支),另 一 支为宫颈阴道支(降支)。

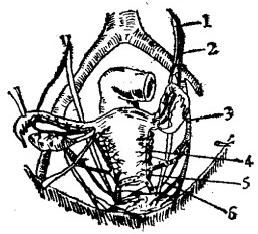


图2-5 女性生殖器的动脉

1.输尿管 2. 卵巢动脉3 . 路

内动脉4 . 升支子宫动脉5 . 降

支子宫动脉 6.阴道动脉

静脉：子宫壁内的静脉出肌层后，在邻近子宫的侧缘处， 围绕子宫动脉及其分支，形成稠密的子宫静脉丛，丛内血液 向三处分流——卵巢静脉、子宫静脉、髂内静脉。子宫静脉 丛下部与膀胱后壁的静脉和痔静脉丛吻合。因此子宫静脉丛

形成一个联合小骨盆内所有静脉丛的中心。

淋巴：子宫的淋巴在子宫内膜下、肌层和浆膜下，形成三 个淋巴毛细血管网，出子宫后向三处回流——①子宫体上部 和底的淋巴管与输卵管及卵巢的淋巴管吻合，伴随卵巢的血 管上行，注入腰淋巴结。另一部分随子宫圆韧带注入腹股沟 浅淋巴结。②子宫体下部的淋巴管向外经阔韧带基底部，大 部分至髂外淋巴结，小部分伴子宫血管到髂内淋巴结。③子 宫颈的淋巴管，向外注入髂内、外淋巴结，部分向后注入骶 淋巴结和骼总淋巴结。

子宫淋巴管与膀胱、直肠的淋巴管均有广范的吻合，这 一特点对炎症的蔓延、肿瘤的转移，都具有临床意义。

**(二)阴道**

1. 阴道的形态和位置 阴道位于真骨盆下部中央，为 性交器官，是月经排出和胎儿娩出的通道。阴道呈管状，下 端开口于阴道前庭，上端围绕子宫颈，在子宫颈与阴道上端 之间构成环状凹陷，称为阴道穹窿。阴道穹窿可分为前、后、 左、右四部，其中以后穹窿为最深，并有约1~2厘米的部 位为子宫直肠陷窝的腹膜所覆盖。阴道前壁长7～9厘米，后 壁长10～12厘米，通常阴道前后壁相贴，故阴道下部管腔 横切呈 “H” 形 。

阴道前壁与膀胱底及尿道相毗邻，在阴道前壁上部与膀 胱底之间有由阴道筋膜与膀胱筋膜所围成的潜在的膀胱阴道 间隙，其内有疏松的结缔组织和静脉丛，于此处极易将两层 筋膜分离。在阴道前壁下部与尿道后壁之间，尿道筋膜与阴 道筋膜紧密地结合，合称为尿道阴道膈，坚固而难于分离。

阴道后壁与直肠相邻。后壁上四分之一处有直肠子宫陷

窝，使阴道与直肠分离。后壁下四分之一处有会阴体，使阴 道壁与肛门分开。后壁中四分之二处系直肠阴道膈，为一疏 松的结缔组织，内含静脉丛。

阴道两侧壁相当于骨盆底的水平，有盆筋膜使阴道与肛 提肌的内侧缘相隔。在肛提肌以下，阴道穿过尿生殖膈，开 口于阴道前庭。

2. 阴道的血管和淋巴 阴道上部血液供应主要来自子 宫动脉的子宫颈支和阴道支，阴道中部的血液供应来自膀胱 动脉的阴道支，阴道下部血液供应来自直肠下动脉的分支。 这些动脉分支在阴道壁互相吻合，且阴道毛细血管丰富，故 手术中易引起出血。

静脉：阴道静脉比较丰富，在阴道两侧形成阴道静脉丛， 注入骼内静脉。

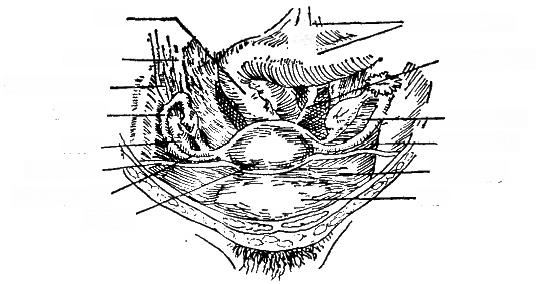
淋巴：阴道淋巴管分上、中、下三组，上组淋巴管注入 骼内、外淋巴结；中组淋巴管注入髂内淋巴结；下组淋巴管 注入骶淋巴结和骶岬淋巴结。

二 、女性生殖道的支持结构

**(一)圆韧带与阔韧带的悬系作用**

圆韧带和阔韧带是子宫体水平以上的支持结构，对子宫 维持正常位置起着悬系的作用。(如图2-6)。

1. 圆韧带 呈圆索状，由平滑肌及结缔组织构成。长约 12～14厘米，直径3~5毫米，离子宫越远则越细。圆韧带 起于两侧输卵管子宫口的前下方，经阔韧带内行向前外，达 骨盆侧壁，经腹股沟腹环入腹股沟管，出皮下环后，止于阴阜 和大阴唇的皮下组织。在多次分娩后子宫圆韧带的粗细和长



**直肠-**

**输尿管** **—** **骨盆漏斗韧带一**

输卵管一

卵巢一 子宫圆韧带 卵巢固有韧带

子宫底

乙状结肠及系膜

子宫骶骨韧带

输卵管系膜 子宫阔韧带

膀胱侧窝，

-膀胱



图2 - 6 女性生殖器的韧带

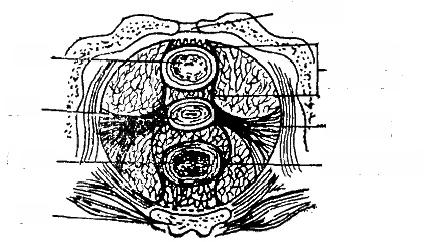
短均略有增加。一般认为，子宫圆韧带有维持子宫前倾的作 用；但目前多数学者认为，子宫圆韧带的主要作用，是在分 娩时牵引子宫，使子宫维持前倾位，不致过度上升，有利于 胎儿循产道方向娩出。因此，圆韧带对子宫的悬系作用非常 有限，施用圆韧带缩短术来纠正子宫位置，或用圆韧带悬吊 术治疗子宫脱垂，其复发率都是较高的。

2. 阔韧带 它是联系子宫侧缘与骨盆侧壁之间的双层 腹膜皱襞，横行于骨盆中部，其外侧缘附着于骨盆侧壁，下 缘附着于骨盆底，上缘游离。该韧带将小骨盆分隔为前后两 部。韧带的两层之间含有输卵管、子宫圆韧带、子宫和卵巢 的动静脉、淋巴管、神经及输尿管的一部分，数量不定的平 滑肌纤维和脂肪蜂窝组织。阔韧带对限制子宫向左右移动起 一 定 作 用 。

**(二)主韧带、子宫骶骨韧带和耻骨膀胱宫颈韧带的支** **持作用**

主 韧 带 、 子 宫 骶 骨 韧 带 和 耻 骨 膀 胱 宫 颈 韧 带 是 相 当 于 子

宫颈水平的子宫各韧带，其中主韧带、子宫骶骨韧带对子宫 保持正常位置起主要支持作用(如图2- 7)。



耻骨联合

耻骨膀胱 宫颈韧带

宫 颈 .

一生初荣

子宫骶骨韧辈

骶骨

直 肠 。

膀 胱 。

图2-7 子宫颈水平所见子宫各韧带

1. 主 韧 带 主韧带也称子宫颈横韧带，左右各一，略呈 额状三角形，位于阔韧带底部，紧悬于子宫颈和阴道上半部 两侧缘与小骨盆侧壁之间，从盆侧壁的扇形展开处起始，渐 聚成束，而达子宫颈部，并以主韧带内所含的平滑肌纤维与 子宫壁层的平滑肌相交织。

主韧带上部为血管、淋巴和脂肪组成。它的下部为植物 神经、结缔组织和少许平滑肌组成。主韧带后方与子宫骶骨 韧带相连，它的前方连接耻骨膀胱宫颈韧带。子宫主韧带是 支持子宫和阴道上部的主要力量，并将子宫和阴道上部固定 在膀胱和肛提肌的筋膜上。

2. 子宫骶骨韧带 子宫骶骨韧带左右各一 ，呈扁束状， 始起于子宫颈后侧部和阴道侧穹窿，弓形向后绕过直肠侧方， 并与直肠肌层交换肌束，终止于第二、三骶椎前面筋膜。

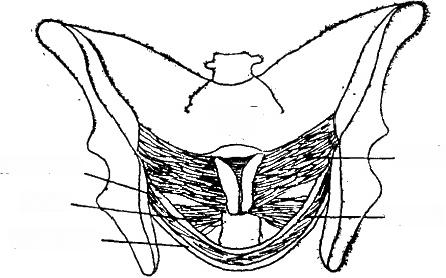
子宫骶骨韧带的主要作用是向后牵拉子宫颈，使子宫保 持前倾位。

3. 耻骨膀胱宫颈韧带 前端起于耻骨内侧，后端与子 宫颈、阴道上段紧密相连，中间与膀胱底部密切连接，有加 强骨盆底肌肉对阴道前壁和膀胱的支持作用。

**(三)盆底肌肉和筋膜的承托作用**

盆底肌肉和筋膜是指组成盆膈、尿生殖膈和会阴体的肌 肉和筋膜，它们对生殖道起重要的承托作用。

1. 盆 膈 盆膈由肛提肌和被覆其上下两面的盆膈上、下 筋膜所构成。它为骨盆底最里面最坚韧的一层，中有直肠、 阴道和尿道通过，主要封闭着肛门三角(如图2-8)。

子宫

阔韧带 提肛肌

盆膈上筋膜 主韧带

盆膈下筋膜

图2-8 肛提肌和盆膈上、下筋膜

盆膈上筋膜，又称盆筋膜，为坚韧的结缔组织膜，覆盖 于骨盆底及骨盆壁，某些部分的结缔组织较肥厚，向上与盆 腔脏器的肌纤维汇合，分别形成相应的韧带，对盆腔脏器有 很强的支持作用。如前述的主韧带、子宫骶骨韧带和耻骨膀 胱宫颈韧带，都与盆筋膜密不可分。

盆膈下筋膜覆盖于肛提肌下面，比较薄弱，承托力也

**差。**

肛提肌，由一对三角形肌肉板组成，两侧肌肉互相对称， 合成漏斗形，为盆底的主要肌肉，是承受腹腔压力最大的部 位。肛提肌又可分为耻骨尾骨肌、髂骨尾骨肌和坐骨尾骨肌。 这层肌肉厚薄不均，前部较薄，向后邻近直肠处则渐厚，最 后联系在坐骨和骶骨上，同时，两侧肛提肌在直肠后方，互 相融合，构成肛提肌板。在前方两侧肛提肌则相互分开，形 成一裂隙，称为“肛提肌裂”。由会阴横肌和交叉的耻尾肌纤 维，将此裂孔分为前后两部，前部有尿道和阴道通过，称 “尿生殖裂孔”;后部有直肠通过，称“直肠裂孔”(如图2-

9)。

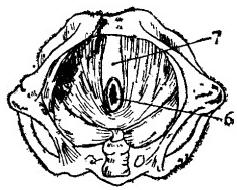
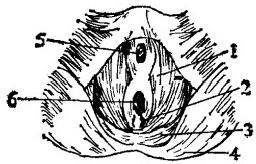


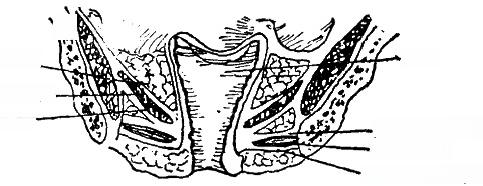
图2-9 肛提肌、肛提肌板及肛提肌裂

1.肛提肌 2.肛提肌板 3.尾骨肌 4 . 臀大肌5 . 尿生殖裂 孔 6.直腸裂孔 7.肛提肌裂

正常时耻尾肌纤维及其交叉纤维(脚间纤维)发育良好， 弹性和张力较强。当腹压增加时，该肌肉即收缩，将阴道后 壁向耻骨联合牵拉，缩小尿生殖裂孔，同时肛提肌拉平。此 时子宫虽然承受腹压，由于宫颈远离尿生殖裂孔，支托在肛 提肌板上，可避免子宫自尿生殖裂孔脱出。但如因肛提肌纤 维(主要是耻尾肌)因分娩损伤，发生撕裂或分离，导致肛

提肌张力变弱，尿生殖膈变宽而敞开，阴道和子宫极易由扩 大的裂孔中脱出。因此在施行阴道修补术治疗子宫脱垂时， 缝合阴道和肛提肌是十分必要的。

2. 尿生殖膈 尿生殖膈由上、下两层坚韧的筋膜和其 间较薄的会阴浅横肌、尿道膜部括约肌所组成，覆盖于由耻 骨弓与两坐骨结节所形成的骨盆出口前部三角形平面上，故 将尿生殖膈亦称“三角韧带”。尿生殖膈后缘游离，其中部有 尿道和阴道通过(如图2- 10)。





盆膈上筋膜

肛提肌一

盆膈下筋膜 尿生殖膈上筋膜

会阴深横肌

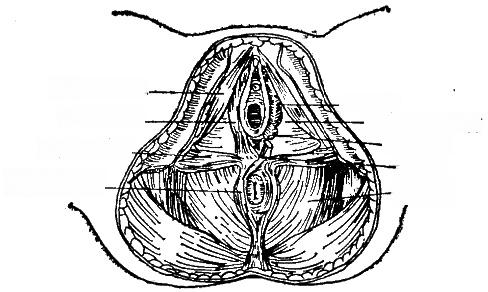
尿生殖膈下筋膜

阴道

图2-10 尿生殖膈盆膈

尿生殖膈的完整，对加强肛提肌的作用和承托盆腔脏器 诸方面也有重要作用。在分娩过程中，由于尿生殖膈的弹性 和扩张能力比肛提肌差，因此当胎儿通过此膈时，容易造成 损伤。

**3.** **会** **阴** **体** 会阴体呈楔形，浅部较宽，深部因阴道后壁 与直肠前壁逐渐接近而变窄，其层次由浅入深，为皮肤、浅 筋膜和会阴中心腱所组成。会阴中心腱由球海绵体肌，肛门 外括约肌，会阴浅、深横肌，以及肛提肌纤维交织而成(如 图2- 11),此腱对盆腔脏器有 一 定支持作用。分娩时，此部 承 受的压力最大，若不注意保护，可发生不同程度的会阴破 裂，破裂时要及时修补缝合。

坐骨海缔体肌. 球海绵体肌\_

—前庭球

尿生殖膈下筋膜 前庭大腺

中心腱 一肛提肌

会阴浅横肌┐

瓶门外括约肌-

图2 - 11 骨盆底浅层肌肉(女会阴)



**第三章** **发病原因与发病机理**

子宫脱垂的发病原因是多方面的，比较复杂。探讨它的 发病原因，对预防子宫脱垂和选择恰当的治疗方法，都有实 际意义。

中医学认为：子宫脱垂主要由于“胞络损伤”、“分娩用 力太过”、“产后劳动过早”、“子脏虚冷气下冲”、“中气下陷” 等原因，这些观点在目前看仍是有意义的。

目前，多数学者认为：分娩损伤，盆腔支托结构薄弱乏 力，以及腹腔压力的增加，体势用力的影响等为主要原因， 综合作用导致子宫脱垂。

一 、分 娩 损 伤

分娩损伤是子宫脱垂的重要原因。正常分娩过程，盆底 组织扩张已达极限，常给部分组织造成不可自然恢复的损伤。 若在产程中遇有某些难产因素：如分娩时间过长，胎儿过大， 胎头定位异常，骨盆出口狭窄，耻骨弓角度狭小，或有不合 理的产科手术等，都可使已经扩张达到极限的盆底组织发生 断裂和撕伤。与子宫脱垂有关的分娩损伤部位，有尿生殖膈、 会阴体、肛提肌和盆底结缔组织等。

**(一)尿生殖膈损伤**

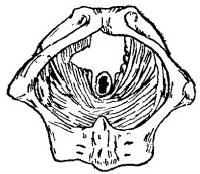
尿生殖膈的组织伸展性较差，分娩往往在胎头通过骨盆 出口前方时，挤压尿道，可使尿道和阴道与耻骨后方发生分 离，造成尿道膨出和阴道前壁膨出。

**(二)会阴体损伤**

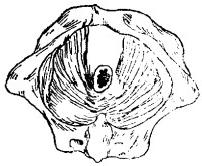
分娩导致会阴体撕裂伤，主要损伤终止于会阴体中心腱 的球海绵体肌、肛门外括约肌、会阴深浅横肌和肛提肌部分 纤维，导致外阴松弛、阴道前后壁膨出。严重时损伤肛门外 括约肌，使大便失禁。

**(三)肛提肌损伤**

肛提肌较坚韧，肌纤维伸展性好，但由于前述难产因素 也可引起肛提肌的脚间纤维和耻骨尾骨肌的断裂(如图2- 12),致使生殖裂孔增大，这是引起子宫和阴道壁脱出的主



1



2

图2-12 肛提肌损伤

1.耻尾肌前部破裂 2.耻尾肌后部破裂

要因素。

**(四)盆底结缔组织损伤**

盆底结缔组织包括：以宫颈为轴心的联系各盆腔器官和 组织的筋膜和韧带，特别是子宫主韧带和子宫骶骨韧带。由 于分娩造成的过度牵拉和伸展而损伤，失去对子宫和阴道壁 的固定作用，而导致了子宫脱垂和阴道壁膨出。

二 、盆底支托结构薄弱乏力

由于先天性体质因素和后天性获得因素的影响，使盆底 肌肉和结缔组织薄弱乏力，失去对内脏强有力的支托作用， 致使肛提肌、肛提肌板下移倾斜，子宫变位(如图2-13)。

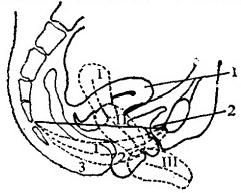


图2-13 盆底组织松弛与子宫脱垂的关系 1.正常子宫位置 2.正常肛提肌位置

**(一)卵巢功能减退**

当卵巢功能减退，雌激素分泌减少时，常使盆底支持组 织变为薄弱，张力减低。国内外统计表明，约有半数以上的 子宫脱垂患者发生在更年期。这与此期卵巢功能低下、卵泡 萎缩、雌激素水平低落有关。产后长期哺乳的妇女也常发生 子宫脱垂，因长期哺乳可使卵巢功能减退。也有的未婚妇女 患有子宫脱垂，并与闭经伴发。上述情况说明卵巢功能低下 是子宫脱垂的一个重要原因。

**(二)营养不良**

当人体处于营养不良状态时，内脏也易下垂。因为组织 营养障碍，可使肌肉张力减退，支持组织松弛，内脏下垂。 有人统计，第二次世界大战期间，由于营养缺乏，妇女的子 宫脱垂和闭经发病率增高。也有人统计我国1961年妇女子

宫脱垂发病率也有增高，这与三年自然灾害所造成的营养不 良有关。此外有些消耗性疾病，造成的营养缺乏，肌肉萎缩， 也易发生内脏和子宫脱垂。

**(三)先天性发育缺陷**

为数稀少的未经分娩的年轻妇女发生的子宫脱垂，多由 于先天性盆腔支持组织薄弱或部分缺损、发育不全。如先天 性直肠窝凹陷，隐性脊柱裂引起的盆底组织神经支配障碍等 可以成为先天性生殖道脱垂的原因。同时此类妇女多属无力 型体质或下垂型体质，易伴有其他内脏的下垂，如胃下垂、 肾下垂和疝等。另外此类患者的肌纤维和结缔组织发育不良， 弹性甚差，难以适应分娩引起的扩张，容易破裂。即使正常 分娩，支托结构未受损伤，软弱乏力的盆底组织，由于分娩 扩张后的弹性和张力复原缓慢，或不能完全恢复，遇有腹压 增加的因素，极易发生子宫脱垂。

三、腹腔压力持续增加

腹腔压力持续增加，是造成生殖道脱垂的重要原因之一。 有的人对腹腔压力进行过测定：正常人上腹部压力为8厘米 水柱，下腹部压力为20厘米水柱。当咳嗽、呕吐、排便、负 重时，下腹部压力可增至80～150厘米水柱。对功能完善的 盆腔来说，即使腹压持续增加也不致引起子宫脱垂。但当盆 腔支持结构已有损伤、薄弱和乏力时，若腹压持续增加，即 可导致子宫脱垂。

**(一)劳动负荷过重和体势用力**

有人证实，妇女负重在30～40公斤以上时子宫即下降。

山 天 中下

4

因此加大负荷并延长劳动时间，对盆底支持组织压力增大， 有可能成为子宫脱垂的诱因。另外体势用力的劳动，如背 篓负重登山、蹲式工作、肩挑、举重等，也能促使生殖道脱 垂 。

**(二)产后劳动过早**

子宫脱垂在产褥期发病占大多数。除有分娩损伤之外， 此期间子宫和盆腔支持结构尚未完全复原，子宫的体积和重 量增加。这时，若产妇过早地参加体力劳动，或腹腔压力增 加(如便秘),即可使子宫脱垂。

**(三)增加腹压的疾病**

增加腹腔压力的疾病主要有：慢性咳嗽、长期便秘、腹 腔肿瘤、腹水、肥胖、呕吐等，都能使腹压持续增加。

四、子宫脱垂的发病机理

子宫脱垂的发病原因，主要有三：分娩损伤、盆腔支托 结构薄弱乏力和腹腔压力持续增加。在此三者之中，前二者 是起决定性作用的。分娩损伤和盆腔支托结构乏力，都可以 使盆底的结缔组织(韧带)和筋膜、肛提肌失去对生殖道的 支持作用，当然同时也使子宫失去了前倾屈的位置，而变为 后倾屈的位置，改变了腹腔压力作用于盆底的部位和方向。 当子宫后倾位时，子宫膀胱凹显露，腹腔压力直接作用于子 宫底、子宫前壁、子宫膀胱凹及子宫阔韧带，将子宫轴推向 与骨盆轴一致的方向，不断向下压迫，支托组织逐渐伸展， 最后形成子宫脱垂。所以子宫后倾位置和腹腔压力的增加， 只能成为子宫脱垂的条件。

**结构正常、功能完善的盆腔，即使在腹压持续增加的情况** **下也不致发生子宫脱垂。然而如果腹压长期超过生理限度，** **达到本人体重的90%以上，则成为子宫脱垂的重要诱因。**

还要说明的是盆腔韧带和筋膜、与肛提肌，二者之一受 到损伤，尚存其他支持组织代偿功能时，盆腔脏器有可能维 持正常位置。一旦二者都受到损伤时，则易发生盆腔脏器膨 出和子宫脱垂。由此可见，子宫脱垂是各种互相关联的因素 共同作用的结果。

**第四章** **子宫脱垂的局部病理** **变化与诊断**

一、局部病理变化

**(** **一** **)** **子** **宫** **位** **置** **的** **变** **化**

正常子宫前倾前屈位，伏卧于膀胱之上、由盆底各韧带 支持和盆底肌肉承托，并受全身营养状态和激素影响。由于 分娩的损伤和卵巢功能的减退等原因，造成盆底支持和承托 结构薄弱，能力减退，子宫萎缩，当腹压增加时，传导至子宫

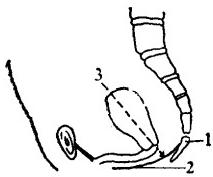


图2-14 子宫前倾位，

子宫颈指向尾骨及肛提

肌板

1.尾骨 2.肛提肌板3.腹压

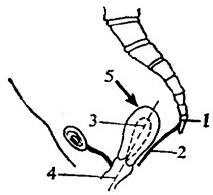


图2-15 肛提肌板向下 倾斜，泌尿生殖裂孔变 宽大，子宫后倾位时， 子宫纵轴与阴道纵轴一

致

**1.尾骨** 2.肛提肌板、肛提

**肌裂** 3.子宫纵轴 4.阴道

纵轴5.腹压

的压力就压迫在能力减退的肛提肌板上，使肛提肌板由正常 的水平位变为向前下的倾斜位，甚至呈额状垂直位，丧失它 在腹压增加时使肌肉收缩的能力和关闭尿生殖裂孔的功能， 因而使尿生殖裂孔变为宽大。如果长期持续地承受腹压，子 宫颈即沿倾斜的肛提肌板向前下移位，力的方向由指向尾骨 的方向变为指向肛提肌裂(如图2-14、2-15)。子宫体向后 移，逐渐呈后倾位，以致子宫纵轴与阴道纵轴相一致，迫使 子宫经扩大的泌尿生殖裂孔下垂。据报道子宫脱垂的患者中 约有s~% 妇女的子宫是后倾的。

**(二)子宫颈延长和肥大**

在子宫脱垂的患者中，有三分之一的患者宫颈延长。关 于子宫颈延长的原因，各家意见不一。有人认为：如果子宫 体被正常悬系装置保持在原来位置而支托组织无力，由于牵 拉下坠的缘故，引起子宫颈延长。而有更多的人认为：由于 子宫后倾，子宫体位于肛提肌板之上，子宫颈部则位于泌尿 生殖裂孔之间，在腹压影响时，使宫颈处于低压环境中，宫 颈局部组织发生淤血、水肿、继而纤维化，终至延长。个别 病例甚至宫颈延长达阴道口外，呈子宫Ⅱ度脱垂。

**(三)阴道壁的变化**

由于分娩导致尿生殖膈损伤的，阴道壁则常随脱出的子 宫下降，形成阴道壁膨出。因为膀胱的后下部和尿道与阴道 前壁紧密结合，而直肠与阴道后壁之间结合较疏松，所以阴 道前壁膨出常合并膀胱及尿道膨出，但阴道后壁膨出则不一 定伴发直肠膨出。在没有经阴道分娩史的人患有子宫脱垂时， 因尿生殖膈完整，故常不伴发阴道壁膨出。

另外，子宫脱垂病程较长的患者，阴道壁长期膨出于阴 道口外，因血液循环障碍和摩擦刺激等原因，使阴道上皮角 化、增殖，局部发生褥疮性溃疡和感染。平滑肌和结缔组织 增生肥厚，甚至产生炎性粘连，整个阴道壁增厚可达1.5厘 米，给手术治疗造成困难。由于阴道前壁膨出较阴道后壁膨 出者多见，故阴道前壁增厚也较明显。

**(四)盆底支托结构的变化**

子宫脱垂的患者，子宫主韧带和子宫骶骨韧带常有肥厚 和延长的改变。这究竟是子宫脱垂的原因，还是盆底组织失 去支持力的结果，目前各家说法不一。同时，盆腔脏器正常 时都包绕有结缔组织，子宫脱垂时，由于淤血、缺氧，结缔 组织增生肥厚，在阴道平滑肌与膀胱、直肠平滑肌之间形成 筋膜样结构。

在支托结构中，主要应该看到肛提肌的变化。肛提肌的 张力和位置，以及泌尿生殖裂孔的大小，对子宫、阴道和直 肠等的支持功能有很大影响。正常的肛提肌板覆盖于尾骨上， 呈水平位，当腹压增加时，肛提肌收缩而张力增加，可以承 托腹压，并使子宫免于过度下降。如果分娩造成肛提肌损伤， 发生纤维化；或使其过度扩张不易恢复，导致肛提肌弹性减 退；或是先天发育缺陷，支托组织软弱乏力，都能使肛提肌 板不能维持在水平位，逐渐向前下倾斜，失去封闭盆底的作 用。

另外，肛提肌的功能状态，决定着泌尿生殖裂孔的大小 和形态。正常肛提肌收缩时，尿生殖裂孔的横径和前后径均 缩小，如果肛提肌断裂或弹性降低，则此裂孔变宽增大。如 果泌尿生殖裂孔过大，则不论前倾或后倾的子宫，都可以从

宽大的泌尿生殖裂孔中脱出。

**(五)膀胱、尿道和直肠的膨出**

由于分娩时，尿生殖膈、耻骨宫颈筋膜(耻骨尿道韧带), 以及与阴道、膀胱的邻近组织过度伸展或破损，使尿道、膀 胱的支持组织从耻骨联合下撕脱，因而造成膀胱、尿道膨出。 单纯膀胱膨出时，可造成排尿困难及尿潴留；同时伴有尿道 膨出的，则导致张力性尿失禁。

子宫脱垂同时伴有膀胱膨出的患者，常因输尿管进入膀 胱的弯曲度增加，又有下垂的子宫动脉压迫在输尿管上，导 致输尿管积水，呈囊状扩张，严重者造成肾盂积水。

当会阴体和阴道直肠筋膜受损时直肠失去支持，可伴随 阴道后壁呈袋状脱出于阴道口外，造成直肠膨出。若骨盆后 部支持组织全部松弛，包括肛提肌的耻骨尾骨肌纤维断裂， 在子宫骶骨韧带处形成疝口，子宫直肠陷窝的腹膜形成疝囊， 由阴道后穹窿处膨出，形成肠疝。

二、子宫脱垂的诊断

子宫脱垂的诊断，主要根据症状和体征。为了明确脱出 的原因，制定治疗方案，对每个患者要详细询问病史、主要 症状、发病年限、分娩情况、劳动情况、发病诱因等，然后 进行系统临床检查，包括全身检查、盆腔检查、脱垂部分的 解剖情况及其与邻近器官的关系。然后作出诊断，指导治疗。

**(一)张力性尿失禁**

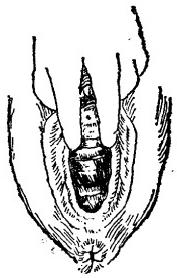
首先让患者不排小便，取膀胱截石位，嘱其憋气向下用 力，或嘱咳嗽，观察有无尿液自尿道口溢出，如有尿液溢出，

再用食指、中指置于阴道前庭、尿道 两侧，向上压迫，再嘱患者迸气或咳 嗽，观察是否仍有尿液溢出，如无尿 液溢出，则表示有张力性尿失禁(如 图2-16),并且施行尿道缩窄整复术 可以治愈。然后嘱患者排空小便，进 行下述检查。

**(二)外阴检查**

主要观察外阴的松弛程度和估计 肛门外括约肌有无损伤。如阴道口

图2-16 张力性尿失 禁检查法

哆开，提示球海绵体肌或会阴体的深部撕伤。如在肛门皱褶 的时钟2～3点和9~10点处有小凹陷时，为肛门外括约肌断 裂现象，手术时应予修复。

**(三)尿道膨出**

尿道膨出的检查比较复杂。首先，尿道膨出可有张力性 尿失禁的情况，检查如前。

其次，可做停顿排尿试验：正常妇女排尿时做停顿排尿 动作，尿道后部上举，未产妇上举约10毫米，经产妇约5 毫米；会阴亦同时上举，约上举15毫米。检查者将食、中两 指置于阴道下段后部，轻压会阴，嘱患者作停顿排尿动作， 注意观察尿道后部和会阴是否上举。如上举正常，则说明无 尿道膨出或膨出不严重。接着，再将两手指置于尿道下方， 体会是否可以触及两侧肛提肌缘。如未触及，或须将两指稍 分开才可触及，说明肛提肌纤维已与尿道分离。继之用食指 检查耻骨坐骨支后方肛提肌的强度与张力。

另外，为进一步检查尿道 膨出，可用金属导尿管检查： 若尿道周围组织松弛，则尿道 增宽 ， 有时可为正常尿道的 2～3倍，因此可根据金属导 尿管检查时尿道外突的宽度来 明确尿道膨出的诊断(如图2 - 17)。总之，尿道膨出的诊断 要根据上述的检查综合分析来 判断。

**(四)膀胱膨出**

检查时嘱患者向下迸气，

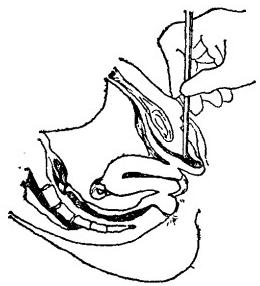
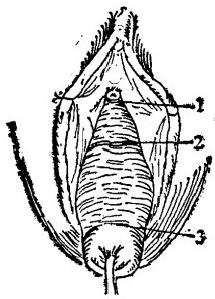


图2-17 用金属导尿管检查 尿道膨出

使阴道前壁膨出，膀胱即可显露。



**图2-18** 阴道前壁的三条

沟纹

1.尿道下沟 2.阴道横沟

3.膀胱沟

膨出的阴道前壁，可见三 条沟纹：

1. 尿道下沟在尿道外口 下0 . 5～1厘米处；

2. 阴道横沟在尿道下沟 下方约3～4厘米，相当于尿道 内口平面；

3. 膀胱沟在膀胱与阴道 前壁相依的终界，相当于膀胱 底部(如图2 - 18)。

明确此种解剖关系，对诊 断尿道膨出、膀胱膨出、提示 修补术时切开阴道的部位等都

有重要实用价值。膀胱膨出时，在阴道横沟与阴道膀胱沟之间 的阴道皱褶减少或消失而光滑。可与单纯的阴道前壁膨出 加以鉴别，并且可以诊断膀胱膨出的轻重程度。

**(五)子宫脱垂**

子宫脱垂根据子宫下降的位置， 一般要作分度诊断。目 前国内分度诊断标准如下：

1.I 度轻一子宫颈距处女膜缘少于4厘米，但未达处

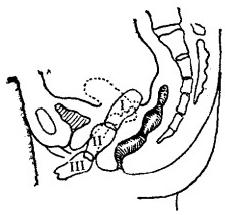
女膜缘；

2.I 度重一子宫颈已达处女膜缘，但未超过处女膜缘， 检查时于阴道口即可见到子宫颈；

3. Ⅱ度轻一子宫颈已脱出阴道口外，但宫体尚在阴道 内 ；

4. Ⅱ度重一子宫颈及部分宫体已脱出于阴道口外；

5 . Ⅲ度一子宫颈及子宫体全部脱出于阴道口外(如图 2-19)。



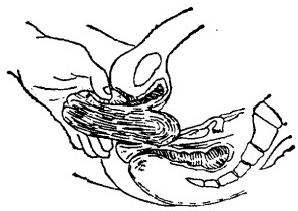


图2-19 子宫脱垂分度 图2-20 I 度子宫脱垂检

查法，兼示宫颈延长

子宫脱垂时，子宫体多后倾后屈。在第I、Ⅱ 度子宫脱

垂时，子宫体仍维持在盆腔入口水平以上，未见明显下降， 而子宫颈管延长为其特有的解剖变化(如图2-20)。同时临 床上大多数第Ⅱ度子宫脱垂的病人伴有膀胱支持组织的损 伤，可见到延长的宫颈与膀胱均脱出于阴道口外。

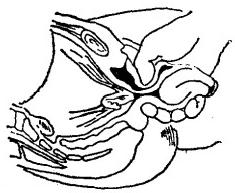
第Ⅲ度子宫脱垂，提示盆 底组织松弛。检查第Ⅲ度子宫 脱垂时，在脱出的组织中，子 宫颈不明显延长，可触及圆形、 萎缩的子宫体(如图2-21)。 所以处理第Ⅲ度子宫脱垂与第 Ⅱ度子宫脱垂的手术方案是完 全不同的。另外，在检查第Ⅲ 度子宫脱垂时，要注意有无直 肠膨出。

图2-21 夏度脱垂检查法

**(六)直肠膨出**

当患者迸气增加腹压时，直肠向阴道内膨出。检查时可 将食指置入直肠内，检查直肠膨出的部位，以及会阴体的弹

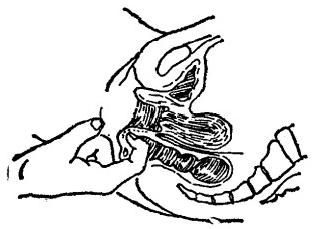


图2-22 直肠膨出的检查

性强度和张力(如图2-22)。

**(七)肠膨出**

轻度肠膨出检查时常被忽略。检查时可用阴道窥器置于 后穹窿，张开窥器，嘱患者使用腹压时，将窥器缓慢外移，可 见后穹窿间距在2厘米以内。若后穹窿间距在2厘米以上， 甚至达4～5厘米，即说明有肠膨出存在。或者同时用鼠齿 钳，钳取后穹窿阴道粘膜，向下牵引，如超过宫颈外口水平， 也可诊断肠膨出。

另外，可以作直肠阴道联合检查：检查者以中指置于直 肠内，食指置于阴道内，在患者增加腹压时，有膨出物充塞 于阴道、直肠之间，并觉有肠辘辘感，即可诊断为肠膨出。 重度肠膨出，多伴随子宫脱出于阴道口外。

**(八)并发症的检查**

第Ⅱ、Ⅲ度子宫脱垂患者的阴道壁常伴随子宫脱出于阴 道口外，膨出的前后阴道壁在诊断时也要明确分度：

轻度——阴道壁已达处女膜缘，尚未膨出阴道口外；

中度——部分阴道壁已膨出于阴道外； 重度——阴道壁已全部膨出于阴道外。

同时要注意检查阴道粘膜的肥厚、角化，宫颈、阴道粘 膜溃疡。

另外要注意检查有无尿潴留及感染等情况，必要时可做 肾分泌性造影以观察有无肾盂积水和输尿管积水。

**第五章** **预** **防** **措** **施**

中医学十分强调疾病的预防，提出“不治已病，治未病” 的原则。我国卫生工作的四大方针之一就是“预防为主”。

子宫脱垂，给患者本人造成极大痛苦，也给家庭生活带来困 难，真是“一人患病，全家不安”。同时，它直接危害妇女 劳动力，影响了国家的“四化”建设。另外，在治疗上，子 宫脱垂的非手术治疗，疗程长，效果不够理想；手术治疗， 技术要求和经济代价也是比较高的。因此，根据子宫脱垂的 发病机理，针对病因，做好预防工作，就显得十分重要了。 现拟综合预防措施如下：

一、锻炼身体，增强体质

几童时期是人体生长发育的旺盛阶段，从童年起就要养 成良好的个人卫生习惯，合理营养，坚持体育运动，如游泳、

体操等，可以加强腹壁和盆底肌肉的锻炼，使腹壁和盆底肌 肉坚强有力。

二、加强妇女的劳动保护

根据妇女的生理特点，注意对妇女四期(月经期、妊娠 期、产褥期、哺乳期)的劳动保护，在“四期”坚持三调三 不调(调干不调湿、调近不调远、调轻不调重),避免超体 重的劳动负荷，青春期妇女单人负重不应超过25公斤。同时 要避免长期从事蹲、站体位的劳动。农村妇女，特别是丘陵 地区妇女的劳动，最好经常变换工种和劳动方式。这些，都

有利于预防子宫脱垂。

三、积极开展计划生育

妇女的身心发育需达25岁左右才能完全成熟，因此要 提倡适龄晚婚。婚后生育是正常的生理现象，但要计划生育， 切不可生育过多、过密。妇女每经历一次怀孕和分娩，其体 内的损失，要在产后二、三年才能完全得到补偿。如果生育 过多、过密，盆底和产道损伤的机会必然增加；身体得不到 足够休养和康复，势必变得衰弱；特别是盆腔组织屡经分娩 损伤而不得恢复，就容易发生子宫脱垂。因此，做好计划生 育工作，也是预防子宫脱垂的重要方面。

四、加强孕妇的管理

加强对孕妇的产前管理，宣传孕期卫生常识，孕期既不 要过分安逸，也不要过度劳累，劳动时要避免长期蹲位、弯 腰和肩挑，定期作好产前检查，及时矫正胎位不正，预防难 产的发生，也是预防子宫脱垂的重要措施。

五、做好分娩的处理

分娩损伤，既然是发生子宫脱垂的重要原因，那么,做 好分娩处理工作，就成为预防子宫脱垂的一个重要环节。因 此，要大力推广科学接生法，正确处理产程。第一产程要严 密观察产程进展，指导产妇在宫口未开全之前不要过早用力， 防止盆底肛提肌裂伤。第二产程要尽量避免或少用无意义的 止痛、镇静和催产药物。因为这些药物能破坏腹部肌肉和盆 底肌肉的协同动作，从而影响产程规律进行。如果滥用催产 药物，会使子宫收缩过强，容易引起盆底组织的撕裂伤。要

认真地掌握好第二产程的时间，适当地保护会阴；估计会阴 裂伤不可避免时，适时地作会阴侧切开术；对因分娩造成的 会阴裂伤，要仔细地按照解剖层次缝合。尽量避免第二产程 的延长，有异常情况要及时处理。第二产程延长，因先露部 对软产道压迫过久，将导致盆底组织过度伸展，造成损伤。 第二产程过短，则导致盆底组织扩张过快，也容易引起撕裂 伤。对难产的处理，应避免使用高、中位产钳，处理好枕后 位、臀位的分娩。必须使用产钳术、胎头吸引术助产时，要 严格掌握指征，准确地进行技术操作。这些，对保护盆底组 织结构和功能的完善，预防子宫脱垂具有重要意义。

六 、加强产后护理

产褥期要按规定的产假严格执行。只有产后充分休息， 才能保证子宫和产道的复旧，否则盆底创伤得不到恢复，可 能引起子宫脱垂。从产后第一天开始，就要注意排空膀胱， 以免影响子宫的缩复和位置的复原。产褥早期不宜整日仰卧， 应随时更换为侧卧位。因为产后子宫重量较大，经常仰卧可 使子宫后倾后屈。产褥期的产道松弛，子宫较重，应当避免 过早和过力的劳动，特别要避免会增加腹压和蹲式工作的劳

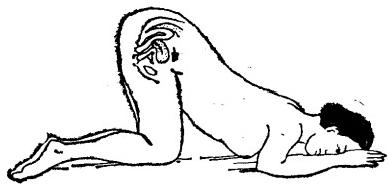
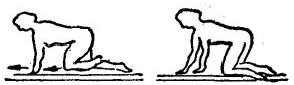


图2-23 胸膝卧位

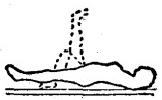
动。产后早期就要下床活动，产后一、二周就可以在床上作 胸膝卧位的锻炼，每日二次，每次10分钟(如图2-23)。

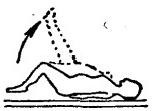
还可以平卧使肛门紧缩，作忍住大便或小便的动作，以











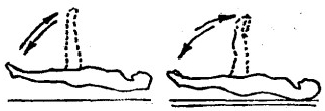
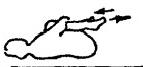


图2-24 产褥体操各动作示意

促使盆底组织张力的恢复。有条件的可以坚持作产褥体操

(如图2-24),其中包括抬头、四肢伸屈及肛门提举等动作， 以锻炼四肢、腹壁和盆底肌肉。

产褥期的妇女，或有应力性尿失禁的妇女，都应该作肛 提肌锻炼。肛提肌为随意肌，排尿时，有意识地做突然停止 排尿的动作，可以达到锻炼肛提肌的目的。此种动作，每次 收缩持续3秒钟，松弛3秒钟，连续进行百次以上。每日需 作几百次，分几回作完，第一回应在起床前进行。坚持锻炼， 效果自然显著。

产褥期积极治疗使腹压增加的疾病，如慢性咳嗽、大便 秘结等，也是预防子宫脱垂的重要措施。

七、积极防治慢性疾病

普及妇女各期卫生知识。哺乳期不宜过长， 一般以一年 为宜。哺乳期过长，可使卵巢功能明显减退，子宫萎缩，盆底 组织张力和弹性减退，易导致子宫脱垂。防治慢性气管炎， 慢性气管炎能引起长期咳嗽，使腹腔压持续增加，是引起子 宫脱垂的条件之一。防治大便秘结，多食富含纤维素的蔬菜 和食物，养成每日定时排出大便的习惯。治疗月经不调、经 闭和腹水等疾病，定期进行妇科检查，以及时发现腹腔肿瘤。

八、注意更年期生活指导

更年期到经绝期妇女的体质逐渐衰弱，组织张力日趋减 退以至松弛，这是生理的规律。因此，更年期妇女要适当地 锻炼身体，避免过重的劳动；保持精神舒畅，注意营养，防 止早衰和卵巢功能过度衰退。并作肛提肌锻炼，防止盆腔组 织过度松弛，以预防子宫脱垂的发生。

**第六章** **治** **疗** **措** **施**

子宫脱垂的治疗，是当前防治妇女疾病工作的重要内容。 在具体治疗上又分手术治疗与非手术治疗两大类。本章将着 重介绍简单、安全、可行的非手术疗法，其中包括中药治疗、 针灸疗法、气功疗法和子宫托的使用。对于手术治疗，本章 不予赘述。但这里需要明确的是，在非手术治疗中，无论何 种疗法，都要求患者适当休息，合理饮食，并要注意各种疗 法的配合应用，同时注意对并发慢性疾病的治疗。在前面我 们已经谈到， I 、Ⅱ 度子宫脱垂与Ⅲ度子宫脱垂的病理改变 是不同的，而处理方案也完全不同。非手术疗法，对I 、Ⅱ

度子宫脱垂尚可收到较为满意的效果，而对Ⅲ度子宫脱垂的 治疗效果不理想。因此Ⅲ度子宫脱垂的患者，在有条件的情 况下最好施行手术治疗。

一 、中 药 治 疗

中药治疗，是根据中医学辨证论治原则实施的。

**(一)子宫脱垂气虚型的治疗**

气虚型的主要症候是：阴道中有块状物，大如鹅卵，下 坠到阴道口，或挺出到阴道口外，甚者坠出很大。自觉小腹 下坠，神倦乏力，心悸气短，小便频数，白带较多，舌质淡， 苔薄润，脉浮而虚。中医治疗原则是：补中益气，固摄升陷。 现列几方以备选用：

1. 补中益气汤(《脾胃论》)

黄芪30克 人参15克(或用党参25克)白术15克 当归15克 陈 皮 1 5 克 甘 草 5 克 升 麻 8 克 柴 胡 8 克 生姜8克 大 枣 5 枚 水 煎 服 。

若于方中酌加鳖头1个、枳壳15克、益母草15克、牡 蛎20克以增加固摄升提之力，则效果更好；若兼肾虚腰痛 甚者，酌加菟丝子20克亦有妙用。

说明：方中参、芪、术、草补中益气，牡蛎、升麻、柴 胡、鳖头固摄升陷，当归、益母草养血行滞，陈皮、姜、枣 和中调胃。此方对子宫脱垂有明确的固摄升陷作用，试验证 明：补中益气汤可以使整体动物的子宫及其附近组织的张力 立即显著增高；对离体子宫也作用明显，即使应用小剂量药 物子宫张力也立即显著增加。实验还认为该汤是直接作用于 子宫的，其中升麻、柴胡有明显增强功效的作用。

另外，腰疫痛甚者，加川断、寄生、杜仲以固肾气；白 带多而清稀者，加鹿角霜、乌贼骨以温固任督。

用法：每日一剂，水煎服，连服二周为一疗程，停服一 周，接着再服一周以巩固疗效。服药期间应配合体育疗法。 患者每日早、晚各做一次胸膝卧位；并做肛提肌收缩运动， 每次持续10～20分钟。还可用子宫托作辅助治疗。要适当 休息，避免增加腹压和重体力劳动。本方用于能将子宫还纳 阴道的，疗效较好；若宫颈肥大、炎症、粘连等，疗效较差。

2. 验方升麻汤

升麻15克 枳壳25克 党参25克 黄芪50克 牡蛎 50克 益母草20克 当归15克 水煎服。

说明：本方有补中益气、固摄升陷的效果。

用法：每日一剂，连服二周。配合体育疗法如前。

3. 验方枳壳汤

枳壳50克 黄芪25克 益母草25克 升麻10克 水 煎服。

说明：本方有益气升提的作用。

用法：每日一剂，水煎服；同时每日一剂煎水(纱布包 煎，煎沸15分钟),乘热先熏后洗。配合体育疗法如前。

病案一例

李××,女，25岁，靠河寨社员，就诊时间1972年4月 23日。

主诉：产后33天，阴道中有物脱出10余日。

现病史：孕期经过良好，初产在家自理，产程较长，产 伤未予缝合，产后尿频、尿痛、尿急，经常蹲便盆，近十几 天下蹲时发现阴道口有物脱出。现觉小腹下坠，全身乏力， 仍尿频、腰疫，故满月后前来就诊。

检查：舌淡苔薄，脉缓弱。妇科检查仅部分宫颈脱出阴 道口外。尿常规：WBC 10～15个 ，RBC2～3 个。

诊断：①子宫脱垂Ⅱ度轻(气虚型)

② 尿路感染

处置：①补中益气汤加枳壳、益母草，每日一剂，水煎 服；

② 验方枳壳汤，每日一剂水煎熏洗；

③ 上方连用两周，并教以肛提肌锻炼法，嘱实行之；

④ 呋喃咀啶100毫克，每日三次口服，至尿频、尿痛 消失为止。

二诊：5月14日。患者自诉阴道脱出物已回缩，尿频已 愈。嘱再服补中益气汤加味二周。后未再诊。

**(二)子宫脱垂肾虚型的治疗**

肾虚型的主要症候是：阴道中有块状物，大如鹅卵，脱 出阴道口，或挺出阴道口外，甚者坠出数寸，腰疫腿软，头 晕耳鸣，小腹下坠，无白带，或阴道干涩，小便频数或失禁， 舌淡红，苔薄白，脉沉弱。中医学的治疗原则是：补肾养血， 温阳益气。现列几方以备选用。

1. 大补元煎(《景岳全书》)加味

人参15克(或党参25克) 山茱萸15克 枸杞子15 克 杜仲15克 熟地15克 当归15克 山药25克 甘草 10克 升 麻 8 克 鹿角胶10克水煎服。

说明：方中人参大补元气，山药、甘草健脾益气，升麻 升陷下之气，山茱萸、枸杞子、杜仲填精血以强肝肾，鹿角 胶益精髓而温阳，当归、熟地补血而益阴。故全方有填精益 血，温肾固摄升陷的作用。

用法：每日一剂，水煎服，每疗程二～四周。同时注意 配合体育疗法、子宫托疗法则收效更快。

2. 验方首乌汤

首乌50克 枳壳50克 益母草25克 升麻10克牡 蛎20克 水煎服。

说明：本方有补肾固摄升陷作用。

用法：每日一剂水煎服；同时每日一剂煎水外用，先熏 后洗，日二次。并配合体育疗法、子宫托等。

3. 验方金樱子汤

金樱子100克益母草100克 枳壳25克 升麻20克 水煎服。

说明：本方有益肾固摄升陷作用。

用法：每日一剂，水煎服；同时每日一剂煎水，乘热先 熏后洗，日二次。配合疗法如上。

**(三)并发局部溃烂、阴门肿痛的治疗**

重度子宫脱垂者，均可因摩擦损伤，局部出现红肿、溃 烂，黄水淋漓，或脓汁绵绵，阴门肿痛，并有发热口渴，溲 赤而痛，舌红脉数等证。中医学治疗宜以清利下焦湿热为原 则，采用内、外兼治的方法：

内服方：龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)

龙胆草15克 山栀子10克 黄芩15克 柴胡10克 车前子20克 木通10克 泽泻15克 当 归 1 0 克 每 日 一 剂水煎服。

外治法：局部溃烂，并发感染，有脓性分泌物的，可酌 情选用下列各方外治。

(1)加减苦参蛇床子汤

苦参35克 蛇 床 子 2 5 克 生 黄 柏 1 5 克 黄连15克 白芷15克 枯矾15克。

用法：煎水，乘热先熏后洗，日二~三次。

(2)丹参15克 枳壳15克 五倍子6克 诃子6克。 用法：煎水外用，乘热先熏后洗。

( 3 ) 蛤 粉 3 0 克 钟 乳 石 3 0 克 黄 丹 1 5 克 雄黄15克 龟板15克 乳 香 6 克 没 药 6 克 薄 荷 1 克 。

用法：上药共研极细末，香油调敷患处，每日换药一次。

(4)呋喃西林溶液坐浴，先洗涤局部患处，后将呋喃西林 粉末撒布患处。或呋喃西林溶液坐浴后，患处涂以其他消炎 药膏，如磺胺类软膏、四环素软膏等。

**(四)医籍中的有效单方**

1. 枳壳汤(《丹溪女科》) 枳壳100克。

用法：煎水外用，乘热先熏后洗，每日二~三次。

2. 乌梅汤(《中医妇科学讲义》) 乌梅100克。

用法：煎水外用，乘热先熏后洗，每日二~三次。

3. 蛇床子(炒)25克 五倍子25克。 用法：煎水外用，乘热先熏后洗。

4. 五倍子 白矾 各等分。

用法：上药共为极细末，温汤泡洗，日二次，每次洗后 再将药末撒布患处。

5. 蓖麻子涂顶心(百会)治妇人子宫出，痛不可忍。若 子宫吸入即洗去药。

用法：根据子宫脱垂的轻重，取鲜蓖麻子36～49粒，去 壳捣烂，摊白纱布上，再将患者百会穴和前囟门之间的头发 剪掉一小撮，暴露头皮，将上药隔纱布敷于此处。每日上下 午各一次，每次贴敷2~3小时，七天为一疗程。休息两天可 重复下一疗程。

6. 鳖头2个阴干 葛根50克。

用法：上药共为细末，酒服3~5克，日三次。

**7.** **硫黄散**

硫黄100克 吴茱萸50克 菟丝子50克 蛇床子50 克 。

用法：上药共为细末，每服20克，日二次。或取上药 20克，加水一碗，煎数沸，去渣熏洗，日二次。

8. 当归散

当归50克 黄芩50克 芍药30克 · 牡蛎60克 刺 螺 皮(烧存性)15克。

用法：上药共为细末，每服10克，温酒或米汤调下，日 二次。忌登高举重。

病案一例

高××,48岁，常德县××公社××大队社员，患子宫 脱垂二十多年。平时腰及下腹痛，下坠感明显，并有尿频、 尿急。十五年未参加生产劳动，心情苦闷。检查确诊为Ⅲ度 子宫脱垂。用蓖麻子敷一疗程后(敷法见前述),并配合内 服补中益气丸(汤),宫颈恢复原位。自觉症状消失，并能 参加劳动。(选自《“两病”防治选编》)

二 、针 灸 疗 法

子宫脱垂病，中医学临床虽然分气虚型与肾虚型，但二 者病机核心都是气虚下陷，冲任不能固摄，胞络松弛，不能： 维系胞宫所致。二型的治疗核心都是以固摄升提为主。子宫 脱垂的针灸疗法也是根据这一精神进行的，同时要注意配合 中药、子宫托以及体育等法。 一般在针灸施术前，常嘱病人 先解小便以排空膀胱，并将子宫还纳后，再行施术。

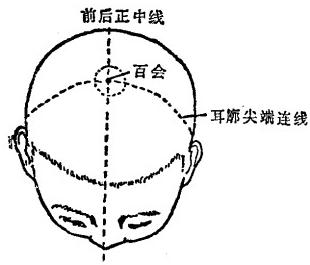
**(一)传统针灸**

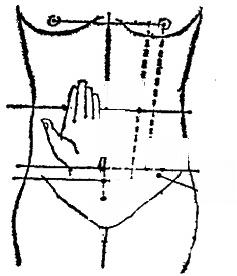
1. 处 方 百会、气海、大赫、维道、太冲、照海。

取穴 百会：两耳廓尖端连线与头前后正中线的交点处 (如图2-25);

气海：下腹部，脐下1.5寸，针感向外阴放散；

大赫：脐下4寸，旁开0.5寸(中极穴旁开0.5寸);



神阈

气海

提托

维胞 维道

字宫 曲骨

图2-25 百会穴 图2-26 维道、维胞、

提托穴

维道：五枢穴前下方0.5寸，约当维胞穴(位置详见后 文)前下方0.3寸。正当子宫阔韧带处，有骼腹沟神经分布 (如图2-26);

太冲：足背第一 、二跖骨结合部之前凹陷中，即第 一、 二趾缝上2寸处(如图2 - 27);

照海：内踝尖直下1寸，内踝下缘下凹陷中(如图2-

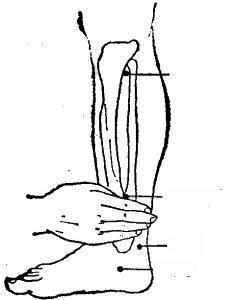
**28)。**

手法 取补法，留针。气海、大赫、维道加灸。 一般隔 日针灸 一 次，二~三周为 一 疗程。

方义 本组穴位配方以升举阳气、固摄胞宫为目的。百 会为督脉经穴，位于巅顶，取百会乃“下病高取”、“陷下者 举之”之意。气海为任脉穴，取之以益气固摄。维道属足少 阳、带脉之会穴，有收摄胞宫的作用。肝肾二经均循行少腹， 八脉隶属肝肾，系络胞宫，故取太冲、照海、大赫以调补肝 ,肾。



图2-27 太冲穴



阴酸泉

三阴交

太溪 照海

图2-28 照海、三阴交等穴

2. 处方 关元、气海、中极、维胞、百会、三阴交、足 三里。

取穴 关元：脐下3寸，腹正中线上；

中极：脐下4寸，有骼腹下神经分支，针感达外生殖器 及会阴；

维胞：髂前上棘前下凹处，关元穴旁开6寸，当在关元 穴的水平线与腹股沟沟纹交点上(如图2 - 26);

三阴交：内踝尖上3寸，胫骨后缘(如图2-28);

足三里：正坐屈膝垂足，外膝眼直下3寸，距胫骨约一 横指尖处。

手法 刺维胞时深达2寸，使针感达子宫，有收缩上提 感；刺中极、三阴交、足三里均用补法；灸百会、气海、关 元。一般隔日针灸一次，二~三周为一疗程。本组处方可配 用下面内服药：鲜棕树心30克、猪大肠头1头，水煎服，每 日一剂。

方义 本组配穴有补气升提、调补冲任的功效。关元、 气海、中极、百会为任、督二经要穴，维胞为治疗子宫脱垂 有效穴，三阴交、足三里调补脾胃而益中气。

3. 处方 气海、三阴交、照海、阴交。 取穴 气海、三阴交、照海位置见前文； 阴交：脐下1寸是穴。

手法 艾条灸10～20分钟，每日灸一次，二周为一疗 程。

方义 温补肾阳、固摄冲任。

4. 处方 主穴：维胞、横骨、维道；

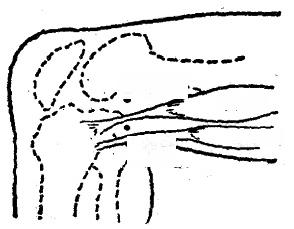
备穴：长强、照海、阴陵泉、大敦、曲泉、大赫、八醪。

取穴 横骨：脐下5寸(曲骨穴)旁开0 . 5寸处(如图 2-26);

长强：胸膝卧位，尾骨尖与肛门的中间是穴；

阴陵泉：正坐屈膝，膝下内侧高骨(胫骨内侧髁)内侧 下缘凹陷处是穴(如图2-28);

大敦：足晦趾外侧趾背上，当外侧爪甲根与趾关节之间 是穴 ；



曲泉：膝内侧横纹端凹陷处(如图2-29);

曲泉 - -

半腱肌

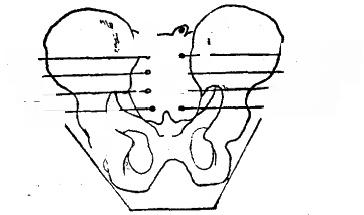
阴谷

图2-29 曲泉、阴谷穴

半膜肌

八醪：第1、2、3、4骶后孔中是穴。取穴时中指按在 第一骶椎棘突，小指按在骶管裂孔，将食、中、无名、小指 等距离放开，各指尖端所指之处即“八醪”(如图2-30)。

。"





第1低后孔

第2骶后孔 第3骶后孔

第4骶后孔

中髑一 下醪一



上醪- 次醪-



十

中 产

图2-30 八髅穴

手法 每次针刺主穴必选，再取备穴2～3个，全部采用 泻法(强刺激),针感都要求达到子宫，每日一次，二周为一 疗程 。

方 义 本方适用于子宫脱垂兼有湿热者，有清热利湿、 兼以升宫的作用。

**(二)新针疗法**

处方 主穴：维胞、子宫；

配穴：中极、三阴交、关元、曲骨、悬钟、阴陵泉、长 强、百会。

取穴 子宫：中极穴旁开3寸。当乳头内侧1寸的向下 垂线与中极穴水平线相交处是穴(如图2-26);

曲骨：耻骨联合上缘中点处；

悬钟：外髁尖上量4横指，在腓骨长肌腱之前，胫骨之 后 缘 ( 对 应 三 阴 交 处 ) 。

手法 维胞进针后沿腹股沟方向向内下针刺2～2.5寸， 大幅度捻转，至病人有子宫上提收缩感为适度。子宫穴进针 后向耻骨联合方向斜刺，捻转、深度以使病人有阴部发疫、 上抽收缩感为适度。

每次可选1～2个主穴，2～3个配穴，强刺激，不留针， 以病人有疫、麻、胀、上提感为适度。每周针刺2～3次，每 二～三周为一疗程。

**(三)小剂量药物穴位注射**

1. 处方 提托穴，或是足三里、三阴交。

取穴 提托穴：关元穴旁开4寸，当关元穴水平线与乳 中线交点处是穴，这里有髂腹下神经分布(如图2-26)。

用药 2.5～5%当归液或红花液。

手法 取药液10～20毫升，以20号腰椎穿刺针针头刺 入两侧提托穴，深度1~1.5寸，针刺时使子宫有上提感，取 得针感后注入药液，每日或隔日一次，七次为一疗程。

足三里、三阴交穴单用5%当归液2毫升，每穴注入1 毫 升 。

2. 处方 主穴：维胞、子宫； 配穴：下醪、足三里、三阴交。

用药 归芪液：当归、黄芪、升麻等分，提取每毫升含 生药1克的药液。

手法 维胞、子宫进针2～2.5厘米，有针感后各注射2 毫升；下醪、足三里、三阴交穴进针2.5~3厘米，有针感后各 注射1毫升。隔日一次，七次为一疗程。休息5天，再巩固 一 、二疗程。

3. 处方 关元、石门、维胞。

用药 麦角新硷注射液。

手法 用5号针头刺入穴位，有针感后，将麦角新硷 0.2毫克徐徐推入，并保持针感。 一般注药短时间内，子宫 即有强烈地收缩和上提感。

具体运用，第一次取关元，注射麦角新硷0.2毫克；若 无不良反应，次日可用关元、石门二穴共注0.2毫克。一般 2~7日治疗一次；当子宫位置恢复正常后，可4~10日治疗 一次，每次只用一穴，药量仍为0.2毫克。麦角新硷用量， 要求每次不超过0.2毫克，每周不超过1.4毫克，二周总量 不超过2.4毫克。一个月为一疗程。治疗中可以配合中药、 子宫托以提高疗效。治疗开始头几次可有头昏、恶心、胸闷、 腹痛等症状出现，可予对症处理。

**(四)耳针疗法**

处方 子宫、皮质下、交感、外生殖器。

取穴 子宫：在三角窝耳轮内侧缘的中点， 皮质下：在对耳屏的内侧面；



子 宫 、 交 感 、

外生殖器 ·

皮质下

图2-31 耳穴示意

交感：在对耳轮下脚与耳轮内侧交界处； 外生殖器：在与交感同一水平的耳轮处。 以上各穴参见图2-31。

手法 点好穴位，严密消毒，用0.5～1寸毫针，垂直刺 入，以不刺穿对侧皮肤为度。 一般多用单侧穴。

**(五)穴位埋线疗法**

处方 提托穴或子宫穴。

手法 用20号腰椎穿刺针刺入穴位，取“00”号肠线约 1.5～2厘米推入穴内，隔10～15天可重复治疗一次。必要 时，可于埋线同时再注入当归液或红花液，以加强疗效。

三、气 功 疗 法

气功疗法是中医学的重要组成部分，是一种以预防保健、 自我调理为主的整体疗法。

气功有着悠久的历史，在历代医书中都有记载。诸如“吐 纳”、“导引”、“静功”、“内功”、“静坐”等，都属于气功的 范畴。这些名称虽然不同，但都是从不同角度，通过姿势、 呼吸、心神的调练，来达到培育元气的目的。

气功可以治疗子宫脱垂。子宫脱垂，主要是由于中气不 足，气虚下陷，或肾气亏损，带脉失约，冲任不固。在气功治 疗时，主要功法是“内养功”;配合功法是“保健功”中的揉 小腹、搓两肾、和带脉三节，以及“行步功”中的前打丹田 后打肾一节。现将练功要求略述于下：

**(** **一)内养功**

内养功是静功的主要功种之一，在治疗子宫脱垂时，对

姿势、呼吸法和意守法有如下具体要求：

1. 姿势 开始用仰卧式，后期卧式和坐式兼用。

① 仰卧式：平身仰卧于床上，头微前俯，躯干正直，两 臂自然伸直，十指松展，掌心向下放于身侧，下肢自然伸直， 脚跟相靠，足尖自然分开。双目轻闭或微露一线之光，目视 鼻准或内视。口可按呼吸法要求定开合。

② 坐式：端坐于椅上，头微前俯，身体端正自然，含胸 拔背，松肩垂肘，十指舒展，掌心向下，轻放于大腿膝部，

两脚平行分开，与肩同宽，小腿与地面垂直，膝关节屈曲90 度。坐椅高低不适合时，可在臀下或脚下热物调节，口、目 动作同仰卧式。

2. 呼吸法 内养功呼吸法较为复杂，要求呼吸、停顿、 舌动、默念四种动作相互结合。呼吸法要求：轻轻闭口，以 鼻呼吸，同时用意领气下达小腹，吸气后不行呼气，而行呼 吸停顿(即不吸也不呼),停顿后再把气徐徐呼出。此呼吸运 动的形式是：吸一停—呼。默念字句的配合要求： 一般先从 三个字开始，以后可逐渐增多，但字数最多不宜超过九个字； 在词意方面， 一定要选择具有静松、美好、健康内容的词句， 常用的有“自己静”、“通身松静”、“自己静坐好”、“内脏动、 大脑静”、“坚持练功能健康”等。默念要和呼吸、舌动密切地 配合。以默念“自己静”三个字为例，吸气时默念“自”字， 停顿时默念“己”字，呼气时默念“静”字，其余类推。舌 动是指舌之起落而言，具体配合是吸气时舌抵上腭，停顿时 舌不动，呼气时舌随之落下。

3. 意守法 意守法是指练功时意念集中于某物或某形 象而言。意守具有集中精神、排除杂念的作用，是气功疗法 中的重要组成。

治疗子宫脱垂，要求意守丹田。丹田是气功中常用的术 语，丹田的部位和含义说法不一。内养功之丹田规定为脐下 一寸五分，位于气海穴。古人认为气海穴是“生气之源，聚 气之所”。用意守之，则元气益壮，百病消除。丹田虽为窍穴， 但意守时不可拘泥分寸，可想象以气海穴为圆心的一个圆形 面积设在小腹表面，也可想象为一个球形体积设在小腹之内。

4. 内养功的效果 通过上述呼吸法和意守法的练习，主 要是达到练气练意，意气合一的目的。

气功的气是指真气(元气),练气一定要从呼吸练起，呼 吸要作到：悠、匀、细、长、缓。呼吸动作由浅入深，由快 至慢，逐渐练习，才能自然形成完整的深长呼吸，甚至腹式 呼吸，达到气贯丹田的目的。同时，练气时一定要排除杂念， 达到入静。

练意主要从意守丹田练起，练功时患者用意念默想丹田 的部位(小腹),使思想得到集中，以排除杂念，而易于入静。 同时要用意念领气下达小腹，经过一段时间的锻炼(一般一 个月左右),随着意识的引导，小腹可以起落。锻炼中必须以 小腹(丹田)动为主，带动全腹动，练习久了甚至有气沉到 丹田的感觉，就是所谓的“气贯丹田”。这就达到了意、气合 一的境地。

气功疗法是自我疗法，主要发挥个人的主观能动性。只 有患者积极练功，坚持不懈，才能取得疗效。

5. 练功要求

① 要选择幽静、清洁的环境或房间；

② 要心情平静，全身放松，顺乎自然；

③ 要固定功法，循序渐进。呼吸时，吸要从鼻细细入， 呼要细细吐气尽。意守中，要时时想丹田，要作到柔和而守，

似守非守；

④ 注意目视鼻准和内视的要求。目视鼻准是指双目轻微 注视鼻尖，不要有意识地真看，而是似看非看地去诱导。两 眼若完全睁开，不易入静；若完全闭上，则易入睡或产生杂 念。因此两目要似睁非睁，似闭非闭。内视是闭合双目或微 闭双目，用意观身体内部，主要意观丹田，久练有助入静；

⑤ 练功对内脏有按摩作用，促使食欲增加，新陈代谢旺 盛，因此要注意饮食调配和适当增加营养，这对疾病的痊愈 ·和体质的增强是有好处的；

⑥ 练功时间：有条件，并且病情较重的患者，每日可练 四～六次，每次一小时。一般起床前、熄灯后各练一次，上、 下午各练一次，共四次。病情较轻，或为巩固疗效者，每日 可练二~三次，可利用早、午、晚休息时间练功30～60分 钟。另外，最初练功，每次时间可稍短些。

6. 练功中可能出现的反应 练功期间，有人出现皮肤 发痒，或感臀部沉重，肩有压力，或出现冷、暖、轻、重、 痛、痒、涩、滑等多种感觉，称为“八触”,这是练功中可能 出现的正常反应，不必紧张，应坚持练功，自会消除。在练 功时不可有意去追求某些反应，以免出偏差。

**(二)配合功法**

1. 保健功 治疗子宫脱垂主要应用其中的“擦丹田” (揉小腹)、搓腰(搓内肾)和带脉三节。

① 擦丹田：病人取坐位，将两手搓热，先用左手手掌沿 大肠蠕动方向，绕脐作圆周运动，即由右下腹至右上腹、左 上腹、左下腹而返右下腹，如此周而复始擦100次。擦丹田 能增强内脏功能，益中气而固摄。

② 搓腰：先将两手互相搓热，然后搓腰部两侧各18次。 搓腰能促进腰部血液循环，消除腰肌疲劳，益肾以固冲任。

③ 和带脉：自然盘坐，两手相握，上身旋转，先自左而 右转16次，再自右而左转16次，探胸时吸气，缩胸时呼气。 本节能增加胃肠活动，强腰固肾。

2. 行步功 治疗子宫脱垂主要应用其中的前打丹田后 打肾一节。亦称定步叩丹田。

练功方法：轻握拳，掌心要空，左拳拳心向里叩打丹田 部位，右拳拳背向内击打命门(后腰)部位。同时配合呼吸。 随左右手的叩击动作，腰也随之转动。叩击要轻，作到轻松 自然。叩击次数与本人的呼吸次数应一致，每次练习10～30 次。

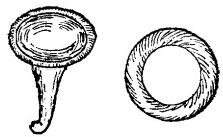
四、子宫托疗法

子宫托是一种支持子宫和阴道壁，并使其维持在阴道内 而不脱出的工具。只要盆底肌肉尚有支持子宫托的能力，就 能发挥该工具的支持作用。上托期间，患者有些症状消失， 有时感到轻松，能参加劳动，走远路也方便。子宫托在使用 初期，主要起支托作用。由于被支托的组织不断发生变化， 如子宫的血液循环改善，子宫旁支持组织的紧张度逐渐恢复， 韧带和筋膜的负担减轻，而不再下脱等，从而使各组织的生 理功能得到恢复。

据广东省环型子宫托治疗子宫脱垂5579例远期疗效观 察，有效率为96.67%。据上海川沙县使用喇叭花型子宫托 治疗子宫脱垂17年的疗效分析，近期有效率为81.89%,远 期有效率为84.61%。可见子宫托是一种疗效可靠，使用方便 的好方法。

**(一)子宫托的类型**

子宫托有喇叭花型、环型、带柄杯型、摇篮型，目前还 有一种球型托在观察使用中。各型均有大、中、小三种型号。 一般多用塑料或硬橡胶制成。目前普遍使用的是喇叭花型和 环型(如图2-32)。



喇叭花型 环 型 图2-32 子宫托

**(二)适应症**

1. 患者身体虚弱，或有其他严重合并症，如心脏病、糖 尿病、肝炎、肾炎等，不能耐受手术的；

2. 拒绝手术治疗的；

3. 因特殊原因不能采用中药或针灸综合治疗的；

4. 正在服用中药或使用针灸等综合治疗的患者，兼用子 宫托疗法则可提高疗效。

**(三)禁忌症**

1. 阴道壁或子宫颈有明显炎症；

2. 阴道口松弛，阴道短浅，或穹窿部浅的；

3. 盆腔有炎症或肿瘤的；

4. 会阴Ⅲ度裂伤，或有尿瘘、粪瘘的；

5. 月 经 期 ， 或 妊 娠 三 个 月 以 上 ， 以 及 产 褥 期 。

**(四)子宫托用法**

1. 环 型 子 宫 托 用 法

① 上托：放托前排净大小便，将手用肥皂水洗净，平卧 床上，两腿屈起分开(或采用蹲式、侧坐式、或将一脚放在 凳上均可)。先将脱出的子宫推入阴道内， 一手将大小阴唇分 开，另一手拇、食指持子宫托，将其斜着慢慢放入阴道内， 继续用食指把托环的先进部送至后穹窿，再把后进部向上方 推，卡于耻骨内侧，使托环套在子宫颈上(如图2-33)。

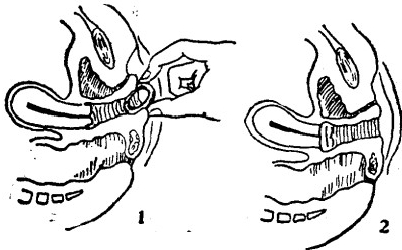


图2-33 环形子宫托的放置 1.将托科行放入阴道口内

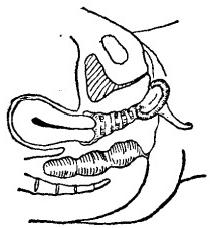
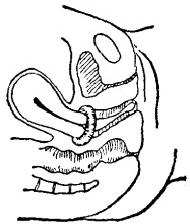
2.使托套在宫颈上

上完子宫托，病人应立起或下蹲，增加腹压，以试子宫 托大小是否合适。若脱出则表示子宫托小，应另换较大号的， 重上。至子宫托不再脱出，又无压迫感，为合适。

② 取托：病人取蹲式或侧坐位，用食指勾住托环前缘， 向后向外牵拉，轻轻取出。

2. 喇 叭 花 型 子 宫 托 用 法

① 放托：姿势同前。一手持托柄，将其弯曲面向上，使 托盘呈倾斜位进入阴道口内，慢慢推进，直至子宫托的托盘 与子宫颈连接，托柄弯度朝前，并正附着在耻骨弓后面(如 图2-34)。型号大小试法同前。



1 2

图2-34 喇叭花型子宫托的放置

② 取托：姿势如前，用手指捏住托柄向左、右、前、后 轻轻摇动，感觉到子宫托与子宫颈已经脱离，然后向后向外 牵拉，慢慢取出。

**(五)使用子宫托注意事项**

1. 认真指导 第一次使用子宫托时，要由医生检查有 无禁忌症，选择好合适的型号，认真指导和教会患者自己上、 取子宫托的方法。使用子宫托期间，避免从事增加腹压和骤 然用力的劳动。

2. 放托时间 每天起床后放入，入睡前取出。取出的子 宫托洗净后，有条件的可置于1:5000高锰酸钾溶液或 1:1000新洁尔灭溶液中，浸泡10～15分钟，然后再将子宫 托用温水冲洗干净，置于清洁杯内，以便次晨再用，可减少

刺激。如无消毒条件，也可将取出的子宫托洗净后，直接放 入清洁杯内，备用。无性生活的患者，也应该3~5天取出 清洗一次。

3. 定期复查 子宫托是一种异物刺激，可以使阴道分泌 物增多，甚至发生炎性粘连，如果子宫托嵌顿，严重者可造 成压迫坏死性尿痿、粪瘘。所以要在用托后3个月、6个月 时定期检查一次，以便及时发现异常，及时处理。同时发现 子宫脱垂程度减轻时，应更换较小型号的子宫托。

五、宫旁注射疗法

采用宫旁韧带注射药物治疗子宫脱垂，我国在七十年代 应用比较广泛。宫旁注射的药物种类较多，有明矾甘油、明 矾普鲁卡因、复方抗垂灵、745注射液、升宫I 号注射液、 归芪液、枯痔液、无水酒精、液体石蜡、1%石炭酸等。注 射部位为宫旁韧带，以主韧带为主，个别的浸入了阔韧带，

有的在刺主韧带的同时兼刺子宫骶骨韧带。宫旁注射疗法的 机理，主要是用药物造成无菌性炎症，使局部组织纤维增生， 形成瘢痕，瘢痕挛缩后，缩短松弛的主韧带，使子宫上提。

国内外从六十年代开始的这项治疗，在我国各地经过十 余年的实践，表明宫旁注射疗法有一定的近期疗效，对轻度 子宫脱垂有效，重度的无效；对子宫颈上提有效，对膀胱、 直肠膨出无效。同时，若注射部位不准确，可以损伤膀胱、 直肠和输尿管；注射过浅时，会使阴道粘膜发生溃疡和坏死； 而且注射后的瘢痕粘连，为今后的手术治疗造成困难。因此， 总起来看，宫旁注射疗法治疗子宫脱垂，效果不够理想，副 作用较大，目前只在小范围内研究使用。