

临床报道

妊娠中毒症和中医辨证分型关系的探讨

北京市妇产医院 高晓哲 王莉莉 吴宝华

为了探索提高防治妊娠中毒症的效果,我们采用了中医辨证分型和西医临床分类相结合的方法,探索其发病规律,为早期发现、早期治疗提供科学依据。

观察方法

一、病例来源

随机对 457 例产科门诊定期检查的孕产妇进行了中医辨证分型,并按统一的四个阶段进行证型分析。孕产期四个阶段的划分是:孕 12 周以内为孕早期,孕 26~30 周为孕中期,孕 36~40 周为孕晚期,产后 30 天以内为产后期。

二、中医辨证分型标准

本组 457 例按中医辨证分为七型。(1) 正常型:无特殊自觉症状和体征;(2) 脾虚型:四肢无力,食欲不振,恶心呕吐,腹胀,便溏,倦怠,浮肿,舌质淡、边有齿痕、胖大,脉象细滑或无力;(3) 心脾两虚型:心悸健忘,失眠多梦,食欲不振,腹胀便溏,倦怠无力,面色萎黄,舌淡,脉沉细;(4) 心阴虚型:心悸健忘,失眠多梦,面色无华,唇色淡,五心烦热,盗汗,口舌生疮,舌红少津,脉细数;(5) 肝阴虚型:头痛眩晕,二胁疼痛胀满,疲乏无力,头胀目涩,失眠烦躁,易怒健忘,口咽干燥,盗汗,四肢震颤、发麻或有蚁行感,舌红少苔(或舌淡),脉细或数;(6) 脾虚肝旺型:在脾虚基础上伴有肝阴虚的症状;(7) 肝肾阴虚型:头痛头晕,颧红耳鸣,耳聋,目干目赤,视物障碍,五心烦热,盗汗,腰疼或肢体麻木,多梦少寐,舌红少津,脉细弦或弦而有力。

结果与分析

一、妊娠各期的证型分布

如表 1 所示,孕早期的证型分布以正常型(51.6%)为高,脾虚型(29.5%)及肝阴虚型(9.6%)次之。至孕中期,正常型(23.8%)比例显著下降;心阴虚型(9.4%)、心脾两虚型(9.0%)比例上升;脾虚肝旺型、肝阴虚型和肝肾阴虚型共占 28.2%,为孕早期(12.3%)时的 2 倍多,差别非常显著($P < 0.01$)。孕晚期各型所占比例与孕中期相似,脾虚肝旺、肝阴虚和肝肾阴虚三型基本维持原水平。产后期的证型分布与孕早期时基本一致,表现为以正常型为主,脾虚肝旺、肝阴虚及肝肾阴虚型减少。

表 1 457 例孕产妇在妊娠过程中的中医证型分布

分 型	孕早期		孕中期		孕晚期		产后期	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
正 常	236	51.6	109	23.8	115	25.1	284	62.1
脾 虚	135	29.5	132	28.9	112	24.5	81	17.7
心脾两虚	6	1.3	41	9.0	47	10.3	13	2.8
心 阴 虚	10	2.2	43	9.4	36	7.9	15	3.3
脾虚肝旺	3	0.7	54	11.8	66	14.4	30	6.6
肝 阴 虚	44	9.6	52	11.4	46	10.1	24	5.3
肝肾阴虚	9	2.0	23	5.0	21	4.6	4	0.9
其 他	14	3.1	3	0.7	14	3.1	6	1.3

综上所述,妊娠各期的证型分布变化,主要表现在正常型与肝阴虚、肝肾阴虚、脾虚肝旺型的比例改变上。在孕早期以正常型为主;在孕中期和孕晚期,正常型比例减少,脾虚肝旺、肝阴虚和肝肾阴虚三型比例增加,至产后

期,随着分娩的结束和妊娠中毒症症状和体征的相应好转,其证型分布回复到孕早期,表现为正常型比例迅速增高,脾虚肝旺、肝阴虚及肝肾阴虚型比例减少。

二、妊娠中毒症的发生与各期证型的关系

本组 457 例孕产妇,在孕晚期发展成妊娠中毒症者共 168 例,发病率为 36.8%。妊娠各期证型与妊娠中毒症发病关系见表 2 及表 3。

表 2 妊娠各期证型与妊娠中毒症发病的关系

分 型	孕早期		孕中期		孕晚期	
	总例数	发病例数 (%)	总例数	发病例数 (%)	总例数	发病例数 (%)
正 常	236	83(35.2)	109	26(23.9)	115	12(10.4)
脾 虚	135	45(33.3)	132	51(38.6)	112	32(28.6)
心脾两虚	6	2(33.3)	41	15(36.6)	47	24(51.1)
心 阴 虚	10	3(30.0)	43	7(16.3)	36	3(8.3)
脾虚肝旺	3	1(33.3)	54	33(61.1)	66	50(75.8)
肝 阴 虚	44	29(65.9)	52	25(48.1)	46	34(73.9)
肝肾阴虚	9	1(11.1)	23	11(47.8)	21	12(57.1)
其 他	14	4(28.6)	3	0	14	1(7.1)

表 3 妊娠过程中发病组(168 例)和不发病组(289 例)的证型分布

分 型	孕早期		孕中期		孕晚期	
	发病组 (%)	不发病组 (%)	发病组 (%)	不发病组 (%)	发病组 (%)	不发病组 (%)
正 常	49.4	52.9	15.5	28.7	7.1	35.6
脾 虚	26.8	31.1	30.4	28.0	19.0	27.7
心脾两虚	1.2	1.4	8.9	9.0	14.3	8.0
心 阴 虚	1.8	2.4	4.2	12.5	1.8	11.4
脾虚肝旺	0.6	0.7	19.6	7.3	29.8	5.5
肝 阴 虚	17.3	5.2	14.9	9.3	20.2	4.2
肝肾阴虚	0.6	2.8	6.6	4.1	7.1	3.1
其 他	2.4	3.5	0	1.0	0.6	4.5

注:表内数字为各孕早期不同证型孕产妇在妊娠中毒症发病组(168 例)和不发病组(289 例)中所占比例(%)

孕早期肝阴虚 44 例,后期出现妊娠中毒症者 29 例,发病率为 65.9%,而其他各型发病率则均在 36%以下(表 2),经统计学处理,差别均非常显著($P < 0.001$)。此外,从表 3 中看出,在发病组 168 例中,孕早期肝阴虚者占 17.3%,而在不发病的 289 例中,肝阴虚者只占 5.2%,两者差别也非常显著($P < 0.01$)。孕中期以脾虚肝旺型发展成妊娠中毒症的比例

为最高,占 61.1%,其次为肝阴虚型和肝肾阴虚型,分别占 48.1%和 47.8%(表 2)。表 3 示孕中期脾虚肝旺型在妊娠中毒症发病组中所占比例(19.6%)显著高于不发病组(7.3%),经统计学处理,差别非常显著($P < 0.01$)。表 2 表明,孕晚期脾虚肝旺、肝阴虚和肝肾阴虚型的发病率增高为 57.1~75.8%,其中仍以脾虚肝旺型为最高。在孕晚期出现妊娠中毒症的 168 例中,属脾虚肝旺、肝阴虚和肝肾阴虚型者共 96 例,而在孕中期仅 69 例,两者差别显著($P < 0.01$)。

综上所述,在孕早期各型中以肝阴虚型演变成妊娠中毒症者较其他各型显著增多;孕中期表现为肝阴虚、肝肾阴虚和脾虚肝旺者在妊娠后期有较高地发展成妊娠中毒症的趋势,其中尤以出现脾虚肝旺的发病率为最高;至孕晚期上述三型的发病率继续增高,其中仍以脾虚肝旺型的发病率为最高。掌握上述各证型在妊娠各期的发病规律,及时辨证遣药,采取有效的治疗措施,特别是及时治疗并纠正孕早期的肝阴虚症状,作为监护重点,这对预防孕妇妊娠中毒症的发生具有重要意义。

讨 论

本文分析表明,中医辨证分型和妊娠中毒症的发生发展有着一定的内在联系,中医辨证分型对于早期诊断妊娠中毒症有一定价值。妊娠中毒症是妊娠晚期的并发症。本文研究表明,孕早期在证型的表现上已有某些预兆;孕中期证型特点已明显出现,形成了妊娠中毒症的病理基础;至孕晚期,继续有所发展,其证型特点更为明显。由此可见,中医证型的出现早于妊娠中毒症临床发病时间。据我们统计,早于 1~14 周者占 92.5%;早于 8~14 周者占 65.1%。把某些异常证型的出现作为预报妊娠中毒症发生的一项信息,给予及时的治疗和预防,这对防治妊娠中毒症来说是具有重要的现实意义的。

我们认为,根据中医辨证分型进行辨证施治,是防治妊娠中毒症的有效途径。为加强围

对慢性肝炎转氨酶增高的辨证论治

内蒙古包头市第二医院 孟琳昇

慢性肝炎转氨酶增高系现代医学指标,其病机多以正虚为本,夹邪为标,而气机阻滞是本病的核心问题。诊治时应谨守病机,各司其属,以求获得较好疗效。

一、肝气郁滞型

本型多因恼怒忧思、情怀不畅而致肝气郁结,气机痹阻。症见胁肋胀闷,钝痛串痛,甚及全身(多发于子时、丑时),伴口苦太息,嗳气呕恶,舌红苔薄灰、或中有竖纹,脉多沉弦。治宜疏肝理气解郁。方用柴胡疏肝散(柴胡,白芍,甘草,香附,枳壳,陈皮,川芎)合颠倒木金散(木香,郁金)。方中郁金用量宜大(30克左右),因本品功擅理气活血,通络止痛,可使转氨酶下降较快,并有利于肝脏回缩。

若肝郁化热(慢性肝炎患者中,本型约占20%),症见脘胁灼痛、泛酸嘈杂、头晕或痛、咽干口苦、或见吐衄、舌红苔黄、脉弦数者,治宜疏肝泄热,可用化肝煎(青陈皮,白芍,丹皮,栀子,泽泻,贝母)加龙胆草、郁金化裁。

若肝郁脾虚,症见食少腹胀、胁肋胀痛、肠鸣便溏、月经不调、苔白腻滑、脉弦缓者,治宜调肝理脾,可用逍遥散(当归,白芍,柴胡,茯苓,白术,甘草,生姜,薄荷)加黄精、

郁金各30克化裁。

若肝胃不和,症见脘闷胁痛、纳差便溏、嗳气吞酸、苔白厚或腐或薄黄、脉弦者,可选用香砂六君子汤(木香,砂仁,党参,白术,茯苓,甘草,半夏,陈皮)加郁金、山楂。

若气滞湿阻,症见面色晦黯、头晕乏力、口甜腻粘、食后腹胀、甚而浮肿、脉细弦缓或濡者,可予柴胡疏肝散合胃苓汤(苍白术,猪茯苓,陈皮,厚朴,甘草,泽泻,桂枝)。

多数病例在治疗过程中,兼夹证往往发生变化,此时治疗法则亦应作适当调整。

例一:耿××,男,24岁,1983年3月10日初诊。患慢性肝炎2年余。诊见胁痛腹胀,食少倦怠,肠鸣便稀,面白无华,气短自汗,脉弦而细;GPT 500单位,TTT 15单位,TFT(++),HBsAg阳性。证属气滞脾虚,治宜理气健脾。予中满分消丸及逍遥散,交替服药10剂,GPT降至300单位。后因动怒,胁痛加剧,脘闷呕恶,予木香、郁金各30克(研末),每次3克,每日3次。服药一料,GPT降至153单位。又因饮食不节,脘腹胀满,恶心嘈杂,矢气如败卵,苔腻脉弦。此乃肝胃不调,食积内阻,予柴胡10克,木香10克,山楂30克,麦芽20克,神曲15克,莱菔子20

产保健,从孕早期起即应开始进行辨证分型。根据本文所分析的证型变化规律,应重视肝阴虚和脾虚两证。因为肝阴虚证常可导致肝阳亢和肝肾阴虚,临床多出现高血压、头痛、头晕甚至抽搐等中度和重度妊娠中毒症表现;而脾虚证则可导致肝旺,脾虚肝旺是妊娠中毒症的主要证型。肝阴虚证和脾虚证出现较早,在孕早期、孕中期已有反映。早期发现并早期治疗

这两种证型病例,有助于防止妊娠中毒症的发生。

根据妊娠不同阶段证型的分布情况和妊娠中毒症的发病规律,设想采取预防措施,如孕早期给服养血柔肝、健脾益肾中药,孕中期给服健脾养血、滋补肝肾中药,至孕晚期服用健脾补肾、平肝潜阳中药,对防止妊娠后期妊娠中毒症的发生,应能取得一定效果。