

临床报道

对妊娠高血压综合征中医辨证的临床研究

北京妇产医院 (北京 100006) 金有慧 沙文莹 高晓哲 李恩棠

内容提要 本文对 457 例孕妇进行孕期中医辨证证型流行病学调查, 观察其与妊娠高血压综合征 (以下简称妊高征) 的关系。妊高征的发病率为 36.8%, 孕早期肝阴虚型演变为妊高征者最多 (65.9%), 孕中期脾虚肝旺型演变最多 (61.1%)。中医辨证论治 50 例, 妊高征发病率降到 20%。作者还观察了孕期各证型 ACh、AChE、胆酸、胃泌素等指标的变化, 以及健脾治疗对脾虚孕妇各指标的影响。

主题词 子痫前期/流行病学 子痫前期/中医疗法

妊高征至今仍是孕妇围产儿死亡的主要原因之一。为了降低其发病率, 探索监测方法和预防措施, 我们自 1984 年以来, 运用中医辨证分型和辨证施治的基本原则, 分阶段地进行了本课题研究, 现报告如下。

一、孕期中医辨证证型流行病学调查与妊高征的关系

1. 对象与方法: 按随机原则对本院产科门诊定期检查的孕妇 457 例进行了中医辨证, 并按孕早期 ($\leq$ 孕 12 周)、孕中期 (孕 26~30 周)、孕晚期 (孕 36~40 周) 及产后期 (产后 30 天以内) 四个阶段进行证型分布的统计分析。按照 1983 年前全国妇产科临床统一的妊娠中毒症的诊断分类标准分析其发病率。

中医辨证分型标准: (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, 舌胖大, 舌边有齿痕, 舌质淡, 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, 两胁疼痛胀满, 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: 在脾虚的基础上伴有肝阴虚的证候, 亦即脾虚与肝阴虚证候并见; (7) 肝肾阴虚型: 头痛头晕, 颧红耳鸣, 耳聋, 口干目赤, 视物障碍, 五心烦热, 盗汗, 腰痛或肢体麻木, 多梦少寐, 舌红少津, 脉细弦而有力。

2. 观察结果: 表 1 示, 在孕期的不同阶段, 证型的分布也不同, 孕早期以正常型为主, 孕中期和孕晚期则见脾虚、脾虚肝旺和肝阴虚型比例增加。产后期的中医证型分布逐渐恢复到孕早期水平 (资料略)。

表 1 457 例孕妇在孕期中 的中医证型分布

辨	孕早期	孕中期	孕晚期
正 常	236(51.6)	109(23.8)	115(25.1)
脾 虚	135(29.5)	132(28.9)	112(24.5)
心脾两虚	6(1.3)	41(9.0)	47(10.3)
心 阴 虚	10(2.2)	43(9.4)	36(7.9)
脾虚肝旺	3(0.7)	54(11.8)	66(14.4)
肝 阴 虚	44(9.6)	52(11.4)	46(10.1)
肝肾阴虚	9(2.0)	23(5.0)	21(4.6)
其 他	14(3.1)	3(0.7)	14(3.1)

注: 表内数字为例数 (%), 表 3、表 5 同。

本组 457 例孕妇, 在孕晚期出现妊高征者 168 例, 妊高征的发病率为 36.8%。表 2 示, 在孕早期各证型中以肝阴虚型演变为妊高征者最多 (65.9%), 脾虚型、脾虚肝旺型次之; 孕中期则以脾虚肝旺型之演变为妊高征者最高 (61.1%), 肝阴虚型、肝肾阴虚型次之。产前

表 2 妊高征168例在孕早期和孕中期的证型分布

辨 证	孕 早 期	孕 中 期
正 常	83/236(35.2)	26/109(23.9)
脾 虚	45/135(33.3)	51/132(38.6)
心脾两虚	2/6(33.3)	15/41(36.6)
心 阴 虚	3/10(30.0)	7/43(16.3)
脾虚肝旺	1/3(33.3)	33/54(61.1)
肝 阴 虚	29/44(65.9)	25/52(48.1)
肝肾阴虚	1/9(11.1)	11/23(47.8)
其 他	4/14(28.6)	0/3 (0)

注：表内数字为孕晚期出现的妊高征例数/孕各期各型例数(%)。表4、表6同。

证型监测，对我们及时采取治疗措施以期转变证型，预防孕晚期妊高征的发生具有重要意义。

二、中医辨证论治对转变证型及对妊高征发生的影响

1. 对象与方法：随机取 50 例孕妇为治疗组，自孕早期起随访到分娩结束，除无证可辨的正常型外，对有异常证型表现的孕妇全部进行中医辨证，分型治疗，直到证型消失，恢复为正常型，或持续治疗到孕 36~38 周止。另以门诊定期检查未经治疗的 457 例孕妇为对照组进行比较观察。在观察中医辨证论治对证型转变的同时，分析比较了妊高征的发病率和经辨证治疗后证型转变对妊高征发病的关系。

2. 观察结果：从表 3 治疗组 50 例妊娠期各证型的分布来看，该组孕早期异常证型占 64%。经辨证治疗后，至孕晚期统计，正常型

表 3 治疗组50例的孕期证型分布

证 型	孕早期	孕中期	孕晚期
正 常 型	18(36.0)	21(42.0)	29(58.0)
心 脾 型	26(52.0)	22(44.0)	18(36.0)
肝 肾 型	6(12.0)	7(14.0)	3(6.0)

明显增多达 58%，异常证型显著减少，其中中心脾型（包括脾虚、心阴虚、心脾两虚、脾虚肝旺型在内）由孕早期的 52% 下降到 36%；肝肾型（包括肝阴虚、肝肾阴虚型在内）由 12%

治疗组 50 例，孕晚期出现妊高征 10 例（临床表现以轻型妊娠水肿为主），妊高征的发病率为 20%，其在孕早期和孕中期的证型分布见表 4。治疗组中原有正常型 3 例，至孕晚期出现异常证型并均演变为妊高征。另据观察，凡在孕早期和孕中期出现异常证型的孕

表 4 治疗组妊高征10例在孕早期和孕中期的证型分布

证 型	孕 早 期	孕 中 期
正 常 型	3/18(16.7)	3/21(14.3)
心 脾 型	5/26(19.2)	5/22(22.7)
肝 肾 型	2/6(33.3)	2/7(28.6)

妇，经及时辨证治疗，使证候消失转变为正常型者，以后无一例发生妊高征。说明中医辨证论治，使孕早期和孕中期的异常证型及时消失转变为正常型是减少孕晚期发生妊高征的有效途径之一。

表 5 为对照组 457 例孕妇的妊娠期各证型分布，该组孕早期异常型占 48.4%，随着妊

表 5 对照组457例的孕期证型分布

证 型	孕早期	孕中期	孕晚期
正 常 型	236(51.6)	109(23.8)	115(25.1)
心 脾 型	154(33.7)	270(59.1)	261(57.1)
肝 肾 型	53(11.6)	75(16.4)	67(14.7)
其 他 型	14(3.1)	3(0.7)	14(3.1)

娠期的增长，异常证型随之增高，由于未经辨证治疗，至孕晚期异常证型增高达 74.9%，其中心脾型由 33.7% 增高至 57.1%，肝肾型由 11.6% 增高至 14.7%。治疗组与对照组的妊娠各期异常证型出现率相比较，孕早期治疗组异常证型出现率显著高于对照组，经治疗至孕中、孕晚期则显著低于对照组，其中尤以孕晚期的差异最为突出($P < 0.001$)。

对照组 457 例孕晚期出现妊高征者 168 例（临床表现以中度妊娠中毒症为主），妊高征的发病率为 36.8%，其在孕早期和孕中期的证型分布见表 6，治疗组与对照组的妊高征发病

表 6 对照组妊高征168例在孕早期和孕中期的证型分布

证 型	孕 早 期	孕 中 期
正 常 型	83/236(35.2)	26/109(23.9)
心 脾 型	51/154(33.1)	106/270(39.3)
肝 肾 型	30/53 (56.6)	36/75(48.0)
其 他 型	4/14 (28.6)	0/3(0)

率比较,经统计学处理,也有显著性差异($P<0.05$)。

三、以脾虚证型为重点,寻求妊娠期中医诊断的客观生化指标

1. 对象和方法:随机取本院门诊正常孕妇28例,以及门诊诊断为脾阳虚孕妇23例、脾气虚孕妇17例、肝胃不和孕妇42例为观察对象,分别测定其静脉血胃泌素、胆酸、乙酰胆碱(ACh)及乙酰胆碱酯酶(AChE)含量,并以北京中医研究所所作非孕期健康人的

上述指标为正常对照,以与正常孕妇测定值相比较。本文重点分析比较脾虚和肝胃不和孕妇与正常孕妇的上述指标测定值变化。我们还对临床辨证为脾虚证的25例孕妇,给予健脾治疗一个月后,复查上述指标,分析比较其治疗前后的变化。

中医辨证分型标准:(1)脾气虚型:除具有面色萎黄、肌瘦无力、食后腹胀、大便溏泄等脾虚证候外,并伴有神疲乏力、少气懒言、自汗、舌体胖有齿痕、脉沉或微迟者;(2)脾阳虚型:除上述脾虚证候外,兼有畏寒肢冷、面目寒凉、夜尿频多、尿清长、舌淡胖苔润、脉沉微迟者;(3)肝胃不和型:恶心呕吐,呃逆,嗳气,食后胃脘胀闷,两胁或胃脘作痛,大便时干时稀,舌苔白或黄,脉弦滑。

2. 观察结果:表7示,与非孕期健康人相比较,正常孕妇的ACh、胃泌素明显增加(P 均 <0.01),AChE略有下降。与正常孕妇

表 7 非孕期健康人与正常孕妇以及正常孕妇与各证型孕妇的生化测定指标比较($M\pm SD$)

测定项目	非孕期健康人	正常孕妇	脾阳虚孕妇	脾气虚孕妇	肝胃不和孕妇
ACh($\mu\text{g/ml}$)	32.40 $\pm$ 9.97(69)	39.29 $\pm$ 12.90(28)*	37.41 $\pm$ 19.73(23)	41.79 $\pm$ 18.19(17)	43.10 $\pm$ 15.84(42)
AChE(U%)	1134 $\pm$ 54.86(47)	1037 $\pm$ 488.2(28)	937 $\pm$ 407.4(23)	1397 $\pm$ 653.31(17) [△]	973 $\pm$ 430.2(42)
胆酸($\mu\text{g}\%$)	113.0 $\pm$ 74.89(1402)	97.5 $\pm$ 55.43(28)	71.8 $\pm$ 42.29(23)	75.5 $\pm$ 39.23(17)	163.2 $\pm$ 147.0(42) [△]
胃泌素(pg/ml)	130.0 $\pm$ 42.99(32)	248.2 $\pm$ 146.0(20)*	136.2 $\pm$ 84.46(21) ^{△△}	92.9 $\pm$ 52.96(17) ^{△△△}	237.9 $\pm$ 133.3(16)

注:(1)表中数据为均值 $\pm$ 标准差(例数);(2)与非孕期健康人比较,* $P<0.01$;(3)与正常孕妇比较:[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$,^{△△△} $P<0.001$

相比较,脾阳虚孕妇胃泌素水平明显降低($P<0.01$);脾气虚孕妇的胃泌素降低更为明显($P<0.001$),并见AChE增高($P<0.05$),胆酸下降;肝胃不和孕妇的胃泌素水平与正常孕妇相比无明显变化,仅表现为胆酸值增高($P<0.05$)。

脾虚孕妇25例,经健脾治疗一个月后,所测结果见表8。与治疗前相比较,治疗后AChE明显下降($P<0.001$),胆酸明显上升($P<0.001$),胃泌素有所上升。提示此三项指标可作为脾虚证辨证的客观指标。

四、讨论

妊高征是妊娠晚期合并症,临床表现为高

表 8 脾虚孕妇治疗前后的生化指标变化($M\pm SD$)

测定项目	例数	治 疗 前	治 疗 后
AChE($\mu\text{g/ml}$)	17	1522.0 $\pm$ 817.0	683.6 $\pm$ 213.0*
胆酸($\mu\text{g}\%$)	25	67.7 $\pm$ 29.3	155.8 $\pm$ 87.2*
胃泌素(pg/ml)	25	120.6 $\pm$ 52.8	127.2 $\pm$ 44.4

* 与治疗前比较 $P<0.001$

血压、水肿、蛋白尿,重症患者有头痛、抽搐症状,多于孕20周以后出现。为了降低围产儿死亡率,保障母婴健康,早期预测、积极防治妊高征的发生具有重要意义。

Electron Publishing Co., Ltd. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

本文通过中医辨证分型和辨证论治方法,进行了孕期中证型的流行病学调查及妊娠期证型转变的研究,结果表明孕早期和孕中期出现的中医证型与孕晚期妊高征的发生有一定的内在联系。

临床观察表明,孕早期和孕中期某些异常证型的出现提示了妊高征的发生趋势。如孕早期的脾虚型、肝阴虚型和孕中期的脾虚肝旺型,其演变为孕晚期妊高征的发病率分别达33.3%、65.9%和61.1%。另对50例孕妇在孕早期和孕中期出现异常证型时,及时给予辨证治疗,孕晚期妊高征的发病率为20%;而未经治疗的对照组,妊高征发病率为36.8%,两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。说明妊娠期间一旦出现异常证型,及时给予辨证治疗,可以降低孕晚期妊高征的发病率。因此,我们认为以异常证型为指标,在孕早期和孕中期及时采取辨证治疗措施,使异常证型转变为正常型,是预防孕晚期出现妊高征的有效途径之一。

我们还发现孕早期的脾虚型及肝肾型,特别是虽经治疗仍未能改变其异常证型者,其妊高征的发病率甚高。为提高孕早期辨证的准确性,以便及时采取相应的有效治疗,我们发现血清胃泌素、AChE及胆酸可以帮助对脾虚型的临床辨证,主要表现为胃泌素、胆酸低下和

AChE增高。

从本文资料分析,我们认为脾虚是本病的主要致病因素。在孕早期、孕中期出现的异常证型中脾虚及其相关证型分别占33.7%、59.1%,成为主要的异常证型。其妊高征发病率,孕早期脾虚型为33.3%;孕中期增高到38.6%,而其相关证型脾虚肝旺型则高达61.1%。这不仅提示了脾虚是妊高征的病理基础,而且在孕中期即已形成了妊高征的病理生理基础。脾为后天之本,脾虚则生化无源,阴血不足,阴虚阳亢,肝风内动,酿成子肿—子晕—子烦—子痫等,早期应用健脾方药可将妊高征阻断在基本病理变化形成之前。根据上述资料,我们建议把中医辨证分型列为产前检查的一项内容,把孕早期脾虚型、肝肾型和经治疗仍不能转变证型者视为妊高征高危对象。证型监测,辨证施治可作为预防妊高征的一个措施。

此外,我们曾对67例原因不明(HLA抗体阴性)的习惯性流产孕妇,按中医辨证(肾虚血亏)给予养血活血、补肾保胎治疗,均顺利地度过了孕期,其晚期妊高征发生率也较低,仅占26.8%。结合过去我们曾用中医辨证治疗ABO溶血症孕妇的成功经验,我们推测,中医辨证防治孕妇妊高征的机理,似与中药具有免疫调节作用有关,这些均有待今后进一步研究。

输 卵 管 结 扎 术 与 哮 喘

陕西省山阳县医药卫生科研所(陕西726400) 屈传平

一、临床资料: 本组100例患者均为农村育龄妇女,年龄23~44岁,病程5~43年。

二、疗效观察: 输卵管结扎后停用止喘药,观察随访两年以上哮喘不再发作,肺部哮鸣音消失为痊愈。哮喘症状明显缓解,发作次数显著减少,发作程度减轻,偶闻肺内哮鸣音,评为显效。扎管前后病情无明显变化为无效。本组100例的随访时间前后长达20余年。结果痊愈55例,显效35例,无效10例,总有效率为90%。

三、病例介绍: 白××,女,38岁。14岁患哮喘,多发于冬春季节,每次发作时呼吸困难,口唇发绀,呈端坐呼吸,经对症治疗后才能缓解,反复发作。术前检查: 一般情况可,有轻微气喘,心(一),肺有少量哮鸣音。于1980年4月作输卵管结扎术后,多次随访至1985年10月,哮喘再未发作。

四、体会: 笔者在大量输卵管结扎手术中意外发现,其对哮喘有肯定效果。其机理有待进一步研究和探讨。