

何嘉琳治疗妊娠病验案举隅

高 涛* 指导:何嘉琳

(浙江中医药大学附属广兴医院,浙江省杭州市体育场路 453 号,310007)

基金项目:浙江省中医药管理局立项课题(2009YB029)

* 通讯方式:eyes-on-you@163.com, (0571)85827792

[摘 要] 介绍何嘉琳运用中药治疗胚胎移植术后先兆流产、羊水过少、妊娠合并肌瘤变性、妊娠合并粘连性肠梗阻等四则妊娠病验案,认为妊娠病的治疗当掌握“有故无殒,亦无殒也”之原则。

[关键词] 妊娠病;验案;何嘉琳

何嘉琳(1944—),女,杭州市中医院主任医师,第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医妇科医疗工作 40 余年,运用中医诊治子宫内膜异位症、不孕症、复发性流产、功能性子宫出血等妇科疑难病都取得了较好的疗效。发表论文 20 余篇,多项课题获浙江省中医药科技创新奖。

妊娠期作为一个特殊的生理阶段,用药时因顾及药物对胎儿的影响,处方往往捉襟见肘。何嘉琳教授诊治妊娠病善于观察病情变化,审时度势,“有是证,用是药”,师于古而不泥于古,充分体现“有故无殒,亦无殒也”的治疗原则,现举隅介绍如下。

1 胚胎移植术后先兆流产

患者,女,37 岁。2006 年 5 月 18 日以“婚后不孕 10 余年,试管婴儿移植术后 3 天”入院。曾在多家医院行试管婴儿术均未成功。5 月 16 日再次胚胎移植(受精方式 ICSI),5 月 29 日测人绒毛膜促性腺激素(HCG)176 mIU/ml、雌二醇 801 pg/ml、孕酮 127 nmol/L,诊为“早早孕”。6 月 11 日始阴道出血量多色鲜红,无明显腰酸腹痛。予健脾补肾、止血安胎中药,一度血止。6 月 24 日患者胚胎移植术后 41 天(停经 53 天),血止 10 天后,腹部意外受压迫后见阴道大量出血,色鲜红。B 超示:先兆流产,孕囊上方不规则液性暗区 23 mm×23 mm×11 mm。6 月 28 日夜間患者无明显诱因又见阴道出血如月经

量,色淡红,无明显腹痛。头昏重,胃纳差,寐欠安。次日邀何老师会诊。诊见患者精神紧张,口唇干燥,舌质红、苔薄而干,脉细滑。辨证:肾虚挟热夹瘀。治法:益气养阴滋肾,凉血止血安胎。处方:黄芪 15 g,党参 15 g,太子参 30 g,南沙参、北沙参各 15 g,麦冬 10 g,生地黄(炭)15 g,藕节炭 15 g,仙鹤草 30 g,炒牡丹皮 10 g,白芍 15 g,阿胶珠 12 g,黄芩 10 g,炒桑叶 10 g,墨旱莲 15 g,炒续断 15 g,菟丝子 30 g,桑寄生 15 g,炒杜仲 15 g,山药 15 g,甘草 3 g。服 7 剂复诊,诊时阴道出血已止,无明显腹痛,感腰酸,恶心纳差,精神稍缓。7 月 3 日 B 超示:先兆流产,胚囊左后方可见大片液性暗区,最厚径 1.4 cm,范围约占胚囊周径的 50%左右。前方去党参,加金银花(炭)15 g,玄参(炭)10 g,蒲公英 18 g,炒玉竹 20 g,龙骨 15 g。7 月 12 日复诊:患者阴道又见少量淡红色分泌物,无明显腰酸腹痛。前方去蒲公英、炒玉竹,加大黄炭 6 g,黄连 5 g,绿萼梅 5 g,苎麻根 15 g。8 月 2 日 B 超示:胚囊右上方见暗区 33 mm×13 mm×8 mm,胚囊下方见暗区 36 mm×18 mm×8 mm,较前已缩小。之后上述方药加减出入。辨证酌加侧柏炭 15 g,海螵蛸 15 g,白及粉 10 g,三七粉 3 g 等止血中药。另嘱服铁皮枫斗颗粒、陈阿胶及野山参。患者阴道出血时多时少,出血多时如月

[5]孙伟正,罗梅宏,蒋宁,等.补髓生血冲剂对慢性再生障碍性贫血患者血清 Fas、Bcl-2 表达作用[J].中国实验方剂学杂志,2001,7(4):54-55.

[6]孙伟正,罗梅宏,李海霞,等.补髓生血冲剂对慢性再生障碍性贫血患者血清可溶性 Fas、肿瘤坏死因子、白细胞介素 2 表达作用的影响[J].中医杂志,2001,42(9):546—

548.

[7]孙伟正,杨东光,刚宏林.慢性再生障碍性贫血中医辨证分型与 MHC-DRB1* 等位基因的相关性研究[J].中医杂志,2004,45(6):450-452.

(收稿日期:2013-05-29;修回日期:2013-07-05)

[编辑:洪 涛]

经来潮。8月19日排出一小块肉样物,送病检,病理报告为血性蛋白性物质,有少量退变有核细胞散在。8月25日B超示:先兆流产,胚胎顶臀径105mm,胎心搏动正常。原始胎盘位于前壁。胚囊上方可见暗区,范围约62mm×37mm×21mm,胚囊下方偏右可见暗区,范围约100mm×62mm×18mm。诊时仍有阴道少量出血,色鲜红。处方:党参30g,太子参30g,炒白术10g,黄芩10g,生地黄(炭)15g,藕节炭15g,仙鹤草30g,白芍15g,金银花(炭)15g,龙骨15g,大黄炭6g,麦冬10g,侧柏炭15g,海螵蛸15g,炒牡丹皮10g,赤芍10g,绿萼梅5g,苎麻根15g,甘草5g。9月13日诊:患者仍有阴道出血,量少,暗红色。处方:党参30g,太子参30g,炒白术10g,炒牡丹皮10g,赤芍10g,白芍15g,乌贼骨15g,黄芩10g,黄连5g,藕节15g,仙鹤草30g,生地黄(炭)15g,龙骨15g,大黄炭6g,绿萼梅5g,侧柏炭15g,山药15g,桑寄生15g,炒续断15g,麦冬10g,三七粉3g,甘草5g。一直中药保胎治疗,至10月6日已无明显阴道出血。无明显宫缩,自觉胎动正常,胃纳差,舌苔腻,中药辨证酌加姜半夏10g,茯苓10g。10月12日B超示:单活胎、中孕。双顶径5.9cm,股骨长4.0cm。随访足月顺产一健康女婴。

按:近年来接受试管婴儿辅助生殖患者越来越多,胚胎移植术后发生先兆流产病例亦随之增多。此类患者保胎治疗与传统保胎又有区别之处。试管婴儿先兆流产患者入院时大多精神较为紧张,部分患者阴道出血量多,有如月经来潮,且出血持续时间长,反复出血。何老师认为,这类患者常为阴虚之质,肾阴不足、阴虚内热、蕴久成瘀。孕早期以清热养阴安胎为先,孕60天后可酌情配伍滋阴降火之知母、黄柏,清热解毒化瘀之制大黄,活血化瘀之赤芍、牡丹皮、三七以提高疗效。何老师通过临床实践,总结出活血化瘀、收敛止血药对——三七粉、白及粉。三七止血作用甚佳,并能活血化瘀,具有止血不留瘀的特点;白及质黏而涩,收敛止血,消肿生肌。我们现已将该药对广泛应用于大面积子宫内积血暗区的先兆流产,治疗效果较佳。

胚胎移植后反复大量出血,其原因可能与以下因素有关:①移植后子宫内膜容受性差,子宫内膜发育不同步;②胚胎(冻融胚胎)与母体存在免疫排斥;③移植过程潜在宫腔感染因素^[1]。但临床观察发现,胚胎移植术后先兆流产其阴道出血量与胚胎发

育好坏并无直接关系。行试管婴儿受孕者,尤其是鲜胚移植者雌孕激素水平往往较高。因此,我们辨证时不单纯考虑肾虚胎漏,主要还应考虑湿热挟瘀的感染因素。只要中西医结合控制其可能存在的宫内感染因素,保胎的成功率要高于低性激素水平者。

2 羊水过少

患者,女,36岁,2005年7月20日初诊。孕30周,羊水过少。已在浙江某医院住院治疗10天,复查羊水仍少。羊水指数5.8cm。自诉天气热,平时出汗较多。体形偏胖。多发性子宫肌瘤剔除手术史,产后仍见一枚肌瘤,大小25mm×24mm×21mm,舌淡、苔薄,脉细弱。辨证:阴血亏虚,津液不足。治法:益阴养血生津。处方:墨旱莲15g,麦冬10g,生地黄12g,白芍10g,枸杞子15g,山药15g,石斛6g,南沙参、北沙参各15g,五味子10g,牡丹皮10g,赤芍10g,玄参10g,阿胶珠10g,当归10g,桑寄生15g,黄芩10g,续断12g,炒杜仲12g。7剂。并嘱多饮水,适当开启降温设备减少汗出。2005年7月27日二诊:孕31周,羊水已显著增多。B超示:羊水指数11.1cm。近日已无明显汗出,舌淡、苔薄,脉细。再拟前方加减,益气养血生津。处方:黄芪15g,太子参30g,麦冬10g,生地黄12g,当归10g,炒白芍10g,黄芩10g,石斛6g,牡丹皮10g,丹参10g,赤芍10g,玄参10g,桑寄生15g,山药15g,阿胶珠10g,墨旱莲15g,紫苏梗5g,陈皮5g。10剂。

按:患者36岁,属高龄孕妇。素体禀赋不足,且有子宫肌瘤,此次孕前曾3年不孕,经中药补肾化瘀调理治疗5个月妊娠。产后气血不足,调养失宜,汗出过多,体内津液丢失过多。患者脾肾不足,津液无法生成、输布,虽经西医治疗但难以取效。初诊益阴生津,养血活血。墨旱莲、沙参、麦冬、生地黄、玄参、枸杞子、石斛养阴增液生津,白芍、五味子敛阴生津,当归、赤芍、牡丹皮养血活血,促进胎盘血液循环,山药、阿胶珠、续断、桑寄生、炒杜仲健脾补肾,养血安胎。并从患者饮食起居方面配合治疗。7剂即获显效。二诊守前方,益气补血活血、养阴生津加以巩固。

3 妊娠合并肌瘤变性

患者,女,28岁,2011年9月16日初诊。孕12周,下腹痛1周。患者素有子宫肌瘤病史,早孕期间无明显不适。1周前进食海鲜后出现下腹剧烈疼

痛,B超提示浆膜下肌瘤变性。已在我院西医妇科住院1周静脉滴注硫酸镁、头孢氨苄治疗,腹痛有所缓解,现已出院并要求中医治疗。9月15日B超示:宫内早孕,浆膜下肌瘤变性(胚囊内可见顶臀径约5.3cm的胎儿。子宫左前壁见一不均质回声团,大小约7.1mm×5.7mm×3.8cm,其内见多处不规则的液性暗区,CDFI显示未见明显血流信号)。舌暗红、苔薄,脉细滑。治拟扶正化瘀,固肾安胎。处方:黄芪15g,炒白术10g,牡丹皮10g,赤芍、白芍各15g,黄芩10g,桑叶15g,炒薏苡仁15g,茯苓10g,墨旱莲15g,蒲公英30g,紫苏梗5g,陈皮5g,砂仁5g,绿萼梅5g,生地黄(炭)15g,玄参(炭)10g,桑寄生15g,杜仲15g,龙骨15g,甘草3g。7剂。9月23日二诊:腹痛减轻,唯觉口干,前方加鲜石斛12g。9月30日三诊:药后稍有恶心不适,前方加姜竹茹10g。10月7日四诊:药后腹痛基本消失。10月6日B超示:浆膜下肌瘤变性(较前缩小)。子宫左前壁见一不均质回声团,大小约6.6mm×5.7mm×3.5cm,其内见多处不规则的液性暗区,CDFI显示未见明显血流信号。前方加苎麻根15g。7剂。此后未再服药,腹痛亦未再发作。随访2012年3月26日剖腹产一子并行肌瘤剔除术,病理示:平滑肌瘤伴红色变性。

按:妊娠合并小肌瘤临床较为常见,一般小于3cm且不压迫宫腔内膜的肌壁间或浆膜下肌瘤不考虑孕前手术治疗。但有部分患者妊娠期间肌瘤迅速增大。肌瘤红色样变为肌瘤的一种特殊类型坏死,临床并不多见,好发生于妊娠期,患者可有剧烈腹痛伴恶心呕吐、发热^[2]。临床治疗不能机械套用活血化瘀消瘤的治则,虽则有故无殒,仍需辨证论治。处方桂枝茯苓丸去破血之桃仁,易以炒薏苡仁健脾缓急,蒲公英清热消瘤而不伤正;不用辛温之桂枝,改用桑叶、墨旱莲、黄芩、生地黄(炭)、玄参(炭)清热凉血;紫苏梗、陈皮、绿萼梅理气止痛;黄芪、白术、桑寄生、杜仲益气补肾安胎。全方清热祛瘀而不碍胎,用药3周而腹痛消失,肌瘤缩小。

4 妊娠合并粘连性肠梗阻

患者,女,27岁,2007年8月6日入院。孕18周,2天前无明显诱因出现左下腹阵发性绞痛,肛门排气后能稍缓解。无发热,无恶心呕吐。大便数日未解,当地医生曾给予开塞露,大便仍未解。既往史:2004年因左卵巢交界性囊腺瘤行左附件切除术,2005年急性阑尾炎手术切除。入院后查血淀粉

酶正常,子宫附件、双肾输尿管B超无殊。予头孢西丁抗炎,硫酸镁、氨茶碱解痉保胎治疗。腹痛未缓解,未解出大便。8月7日何老师会诊,症见面色苍白,精神萎顿,不时阵痛呻吟,查体:左下腹压痛(++),无反跳痛,肠鸣音10次/min。妇科检查无殊,胎心正常。脉弦滑、苔白腻。治宜温通行气、益阴增液、润肠通便。处方:生地黄12g,麦冬10g,玄参10g,当归12g,炒白芍15g,炒枳壳15g,萆薢3g,萆薢9g,厚朴6g,瓜蒌30g,生大黄6g,制何首乌20g,火麻仁15g,甘草5g。3剂。服药后患者仍有阵发性下腹痛,肛门排气后稍缓解。解出少许水样便。8月10日外科会诊考虑粘连性肠梗阻,转外科病房继续治疗。禁食;予头孢抗炎,氨茶碱、硫酸镁、阿托品、6-542解痉,复方氨基酸、高糖、脂肪乳等供给能量,纠正水电解质失衡。予急腹症3号250ml灌肠,腹痛稍缓解,未解出大便。8月11日二诊:继续口服前方加减。处方:党参30g,生地黄12g,麦冬10g,玄参10g,当归15g,炒白芍10g,炒枳壳15g,萆薢3g,萆薢6g,吴茱萸5g,厚朴6g,大黄10g,瓜蒌30g,火麻仁15g。2剂。服药后腹痛缓解,肛门排气,解出少许水样便,次日解出成形大便。8月14日三诊:药后大便已畅,腹痛已除,精神好转。原方去大黄、萆薢、萆薢,加阿胶珠15g,砂仁5g。7剂。8月15日转回西医妇科,继续解痉保胎治疗,病情稳定。于8月17日病情好转出院。

按:患者迭经左附件切除术、阑尾切除术等手术创伤,极易发生肠管粘连。患者平时偶有下腹疼痛,大便欠通畅。孕中期后,子宫增大抬升至腹腔,肠管受压迫,且孕后肠蠕动减弱导致便秘,易发生肠梗阻^[3]。孕期粘连性肠梗阻急性发作,治疗极为棘手,手术风险极大,患者难以接受。粘连性肠梗阻孕期中医药治疗更是缺少可供借鉴的经验。何老师在增液汤合小承气汤基础方之上,加用当归、白芍、何首乌、瓜蒌、火麻仁等补血养血、润肠通便之品,更加用辛热反佐药萆薢、萆薢、吴茱萸温中散寒止痛。

参考文献

- [1]傅萍,楼毅云.中医药在体外受精—胚胎移植技术中的辨治思路[J].中华中医药学刊,2009,27(9):1870-1873.
- [2]乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:269-272.
- [3]张秀春,张春香,相凤英.妊娠并发肠梗阻4例[J].医药导报,2001,20(7):419-420.

(收稿日期:2013-02-07;修回日期:2013-07-10)

[编辑:洪 涛]