

• 诊疗标准 • 子宫内位症、妊娠高血压综合征及女性不孕症的中西医结合诊疗标准

(中国中西医结合学会妇产科学专业委员会第三届学术会议修订, 1990 年, 西安)

子宫内位症

一、盆腔子宫内位症的中西医诊断标准

1. 中医诊断标准: 本症为血瘀证 (根据中国中西医结合研究会第二次全国活血化瘀学术会议修订“血瘀证诊断标准”)。主要依据: (1) 舌质紫暗或舌体瘀斑、瘀点, 舌下脉曲张瘀血; (2) 固定性疼痛或绞痛, 或腹痛拒按; (3) 病理性肿块, 包括内脏肿大, 新生物, 炎性或非炎性包块, 组织增生; (4) 血管异常: 人体各部位的静脉曲张, 毛细血管扩张, 血管痉挛; 唇及肢端紫绀, 血栓形成, 血管阻塞; (5) 血不循经而停滞及出血后引起的瘀血、黑粪, 皮下瘀斑等, 或血性腹水; (6) 月经紊乱、经期腹痛、色黑有血块, 少腹急结等; (7) 面部、唇、齿龈及眼周紫黑者; (8) 脉涩, 或结、代, 或无脉。其他依据、实验室依据详见中西医结合杂志, 1987; 7(3):129。

2. 西医诊断标准

病理标准: 切片中有以下证据: (1) 子宫内膜腺体; (2) 子宫内膜间质; (3) 有组织内出血证据, 见红细胞、含铁血黄素、局部结缔组织增生可确诊。

腹腔镜检查诊断: (1) 子宫直肠窝、后腹膜见多个紫蓝色小点, 伴腹腔液增多(常为血性); (2) 子宫骶骨韧带增粗、灰白色结节, 伴有疏松粘连, 输卵管多数通畅; (3) 卵巢包膜增厚、表面不平、粘连, 并常见表面有褐色陈旧性出血斑块, 卵巢穿刺得巧克力样瘀血; (4) 卵巢有粘连, 而输卵管大多通畅。

临床诊断: (1) 渐进性痛经; (2) 经期少腹、腰骶部不适, 进行性加剧; (3) 周期性直肠刺激症状, 进行性加剧; (4) 后穹窿、子宫骶骨韧带或子宫峡部触痛性结节; (5) 附件粘连包块伴包膜结节感, 输卵管通畅; (6) 月经前后附件上述肿块有明显大小之变化(未用抗炎治疗)。凡有以上(1)、(2)、(3)点之一和(4)、(5)、(6)点之一, 两点共存时可作为临床诊断。

对临床可疑病例, 可借助电子计算机计算的“异位症诊断指数表”作辅助诊断 [参阅中华妇产科杂志 1983; 18(2):85]。

二、盆腔子宫内位症病变程度的划分

1. 腹腔镜检查确诊盆腔子宫内位症的病变程度评分。以美国生育协会(AFS)评分法作为我会的目前标准(详见: 国外医学·妇产科分册 1990; 3:162)。在有腹腔镜的单位, 均以此分类法为病变程度划分的标准。

2. 盆腔子宫内位症的临床分期 (以妇科双合诊、三合诊、结合B超检查为主)。

中国中西医结合学会妇产科学专业委员会第二届学术会议制订的临床分期较为详细, 临床应用不便, 根据本次会议将其修改归纳为轻度、中度、重度 (包括广泛性病变) 三类如下, 凡无腹腔镜单位, 均以此为划分病变程度的标准。

(1) 轻度: ①散在的病灶种植, 卵巢触痛, 正常大或略大, 但无明显的内膜囊肿形成; ②粘连轻微或不明显, 子宫、卵巢均活动。

(2) 中度: ①卵巢单侧或双侧有多个病灶, 卵巢增大, 或有小的内膜囊肿形成, 但囊肿直径不超过 3cm; ②输卵管、卵巢有粘连; ③有明显的散在病灶硬结, 可触及触痛结节。

(3) 重度: ①卵巢子宫内位囊肿大于 3cm (单侧或双侧); ②盆腔粘连明显; ③子宫直肠陷凹封闭, 片状增厚, 伴触痛结节; ④病变累及直肠、膀胱、伴子宫固定不动(注明为重度广泛性)。

三、盆腔子宫内位症的疗效标准

1. 痊愈: (1) 症状 (包括瘀血证候) 全部消失; (2) 盆腔包块等局部体征基本消失; (3) 不育症患者在三年内妊娠或生育。

2. 显效: (1) 症状 (包括瘀血证候) 基本消失; (2) 盆腔包块缩小 (月经周期的同时期检查对比; B超检查治疗前后同时期的对比); (3) 虽局部体征存在, 但不育患者得以受孕。

3. 有效: (1) 症状减轻; (2) 盆腔包块无增大或略缩小 (月经周期的同时期检查对比; B超检查治疗前后同时期的对比); (3) 停药 3 个月内症状不加重。

4. 无效: (1) 主要症状无变化或恶化; (2) 局部病变有加重趋势。

妊娠高血压综合征

一、妊娠高血压综合征(简称妊高征)的诊断和中医辨证分型标准

1. 诊断标准: 凡妊娠20周后发生高血压、水肿、蛋白尿症候群者, 血压超过17.3/12kPa (130/90mmHg) 或较基础血压上升4/2kPa (30/15mmHg), 即可诊断为妊高征。基础血压以未孕时或孕12周前测得的为凭, 在测血压前让孕妇静坐或静卧10分钟以上, 测右臂血压, 如血压超过17.3/12kPa则再等10分钟复测1次, 以第2次为准。舒张压以变音为准。

2. 妊高征分类标准

(1) 轻度: 血压 $\geq 17.3/12\text{kPa}$ 或较基础血压升高4/2kPa, 可伴有轻微蛋白尿或水肿; (2) 中度: 血压 $> 17.3/12\text{kPa} \sim < 21.3/14.7\text{kPa}$ (160/110mmHg), 蛋白尿“+”或伴有水肿; (3) 重度: 血压 $\geq 21.3/14.7\text{kPa}$ 或较基础血压升高8/4kPa (60/30mmHg), 或舒张压 $\geq 14.7\text{kPa}$, 或超过基础血压4kPa, 蛋白尿++~+++或伴有水肿; (4) 先兆子痫: 上述症候伴头痛、眼花、胸闷; (5) 子痫: 子痫前期的基础上有抽搐。

上述血压标准以舒张压为准, 蛋白尿与舒张压二者有一项达到标准时, 即归入该类。如血压17.3/14.7kPa、蛋白尿“+++”即归入重度; 血压21.3/14.7kPa、蛋白尿“+”也归入重度。

3. 妊高征中医辨证分型及治则

(1) 分型: 妊高征中医辨证有虚证和实证, 但绝大多数病例为虚证, 而虚证中又以脾、胃、脾肾阳虚和肝、肾及肝肾阴虚为主, 阴虚又可引起肝旺、肝阳上亢并有相应的妊高征症状, 为此制定妊高征的主要辨证分型标准为: ①肝肾阴虚型: 主证: 腰膝痠软、五心烦热、心悸少寐, 脉细或细弦数, 舌质红、舌苔少; 次证: 头痛昏、口干、大便干结、小便赤黄。②脾肾阳虚型: 主证: 四肢清冷、腰痠足软、腹胀便溏、脉滑而无力, 舌质胖嫩、边有齿印、苔薄白; 次证: 汗出、气短、小便频数色清, 面萎黄。

(2) 分型依据: ①具有上述一型中的主证3项, 或主证2项加次证2项, 或主证1项加次证3项者即归入该型。②阴虚肝旺者以高血压和血液浓缩为主, 表现为红细胞压积 $\geq 35\%$; 尿比重 > 1.020 , 或全血粘度 > 3.6 , 血浆粘度 > 1.6 。脾肾阳虚以浮肿和血液稀释为多。

其他若有舌质紫或舌体瘀斑、瘀点, 脉涩或结代, 舌下及其它部位静脉曲张, 毛细血管扩张, 舌及肢端紫绀、皮肤瘀斑等症状, 实验室检查有微循环障碍,

血液流变性指标的改变等, 为挟瘀血瘀证。

(3) 治则: ①肝肾阴虚型: 滋肾柔肝; 肝阳上亢者平肝潜阳; 肝火上炎者平肝潜阳、清肝泻火; 肝风内动者镇肝熄风、育阴潜阳。②脾肾阳虚型: 温肾健脾。③有血瘀者佐以活血化瘀之剂。

二、妊高征的疗效观察及标准

每治疗3天评价疗效1次, 其指标及标准为:

1. 中医辨证证型的转变。

2. 妊高征评分指数升降值的评价(见附1); 评分指数降至零且不再回升者为痊愈; 指数值下降 > 6 分为显效; ≤ 6 分为有效; 无改变或上升者为无效。

3. 妊高征单项疗效的评价

(1) 降压疗效: 按疗程平均动脉压下降幅度为准(见附2); 平均动脉压降至基础血压水平并不再回升者为痊愈; 动脉压比治前下降 $\geq 2.7\text{kPa}$ (20mmHg) 为显效; $\geq 1.3\text{kPa}$ (10mmHg) 为有效; $< 1.3\text{kPa}$ 以下, 或无改变, 或上升者为无效。

(2) 降蛋白尿疗效: 检测清洁尿, 尿蛋白消失并不再出现为痊愈; 降低++者为显效, 如++→+、+++→+、++++→++; 降低+者为有效, 如+++→++、++→+等; 无改变或增剧者为无效。

(3) 浮肿疗效: 根据浮肿程度(见附3)与体重的递减评定; 浮肿消失并不再出现者为痊愈; 降低++、体重下降 $> 2\text{kg}$ 者为有效, 如++++→++、+++→+; 降低+、或体重下降 $< 1\text{kg}$ 者为疗效不显著;

附1 全国妊高征评分指数: 见附表。

附表 全国妊高征评分指数。

症 状	程度评分	程度评分	程度评分	程度评分	程度评分
浮 肿	+ 0	+ 1	+ 2	+ 3	
蛋 白 尿	± 1	+ 2	+ 5	+ 7	+ 8
收 缩 压	130 1	160 4	180 6	200 8	
舒 张 压	90 2	100 5	110 7	120 9	
自觉症状	胸闷1~2	头痛1~2	眼花1~2	恶心1~2	其他1~2

注: 收缩压130mmHg为1分, 每增加10mmHg增加1分; 自觉症状用加分法, 各症状相加总分不得超过10分

附2 疗程平均动脉压下降幅度 = 治疗前平均动脉压 - 疗程平均动脉压。

$$\text{疗程平均动脉压} = \frac{\text{全疗程平均动脉压之和}}{\text{疗程天数}}$$

每日定时测量血压4次, 以4次血压的平均值算出平均脉压。

$$\text{平均动脉压} = \frac{\text{收缩压} + \text{舒张压} \times 2}{3}$$

附3 浮肿程度: +, 足部及小腿明显的凹陷性水肿, 经休息后不消退。++: 水肿及大腿, 皮肤如桔皮样。+++: 水肿涉及外阴及腹部, 皮肤薄而发亮。++++: 全身性水肿或有腹水。

无改变或增剧者为无效。

(4)自觉症状改善的疗效：分头晕、头痛、眼花、胸闷、肿胀及其他不适；以症状消失为显效；以症状减轻为有效；症状无改变或增剧为无效。

女性不孕症

一、定义：夫妇同居、性生活正常，男方生殖功能正常，未避孕1年而未受孕者为不孕症。从未怀孕为原发不孕症，曾有妊娠史者为继发不孕症。

二、分类、诊断标准及治则：本分类对处女膜闭锁、阴道闭锁、宫颈闭锁、先天性性腺发育不全等先天性畸形均不列入。诊断标准取辨病与辨证相结合的方法，列出必备标准项目。

1. 排卵功能障碍：分无排卵和黄体不健两大类。

(1)无排卵的标准：①基础体温连续记录单相3个月以上。②阴道脱落细胞涂片检查无周期性变化。③宫颈粘液结晶检查无椭圆体出现。④月经前6天子宫内膜检查无典型分泌期变化。⑤系列B超监测无排卵征象。⑥血、尿孕酮水平低于黄体期水平。以上六点中具备三点者可列为无排卵。

(2)无排卵的分类、诊断标准及治则：下丘脑—垂体功能失调：①多囊卵巢综合征：诊断标准：临床上可表现为月经稀少、闭经、不育，有的呈功能性子宫出血，具多毛、肥胖或痤疮等现象；气腹盆腔造影、腹腔镜检查或B型超声显象证实双侧卵巢大多大于正常子宫体1/4，内有多个囊性滤泡。卵巢活组织检查证实卵巢被膜增厚，其下有多个囊性滤泡，卵泡膜细胞增生，无黄体可见；血清LH/FSH比值 >3 （此项标准对确诊为必需）。临床辨证：肾虚痰实为主，怕冷、乏力、疲倦、腰痠、便溏、浮肿、肥胖、喉中痰多诸症可间或出现，舌淡胖，苔薄，脉细。治则：补肾为主，兼入化痰等品，随证加减。②无排卵性月经失调：诊断标准：月经稀少，或闭经，或按月来潮，不孕，无排卵；气腹盆腔造影，腹腔镜检查或B型超声显象检查结果双侧卵巢小于、等于或大于正常卵巢；血清LH、FSH低于正常或LH/FSH比值 <3 ，LHRH垂体兴奋试验呈延迟反应或无反应，或接近正常反应。临床辨证：肾阴阳两虚：疲倦乏力、腰痠为主证，怕冷、便溏或口干、便秘，舌淡或红，脉细或细数。治则：调补肾阴肾阳，按证而侧重。③高泌乳血症：诊断标准：闭经，月经稀少，不孕，可有溢乳现象；血清PRL $>20\text{ng/ml}$ （此项可作确诊）；蝶鞍摄片可有扩大，视野检查可有缺损，或CT、或核磁共振提示垂体微腺病。临床辨证：肝肾阴虚为主，

烦躁、内热、口干、便秘、头痛、少眠、腰痠、乳胀、乏力，脉细（弦）数，舌红。治则：清肝火，补肝肾。④无排卵滤泡黄素化综合征（Luteinized unruptured follicle syndrome）：诊断标准：基础体温双相，子宫内膜经前呈分泌期变化，月经正常来潮，不孕；基础体温后期上升3~5天时作腹腔镜检查，未见卵巢黄体 and 排卵孔（Stigma）（此点可作确诊用）；B超显象检查，基础体温上升日未见滤泡破裂排卵现象，子宫直肠陷凹内无积液现象。临床辨证：肾虚血瘀，可以无证候，有时舌上有瘀点。此证可发生在子宫内膜异位症者，按之辨证。治则：补肾活血。⑤无反应卵巢综合征（Resistant ovarian syndrome），诊断标准：闭经、不孕；血清FSH升高，可达更年期近绝经期水平；卵巢活组织检查，皮质内无黄体或生长滤泡，但可见始基滤泡。当由以上三点确诊。临床辨证：阴虚火旺为主，烘热、口干、五心烦热、失眠、心悸、便秘、腰痠无力，脉细数，舌红。治则：滋阴降火。

(3)黄体不健：诊断标准：①基础体温双相，经前期子宫内膜呈分泌期变化，黄体期卵巢B超显象见黄体表现而不孕。②基础体温后期上升不典型或少于12天。③分泌期子宫内膜反应与正常月经周期的反应日期相比相差2天以上（此点可确诊）。④排卵后6天尿孕二醇量 $<5\text{mg}/24\text{小时}$ ，或两次血清孕酮量 $<10\text{ng/ml}$ 。⑤临床辨证：肾虚为主，有时见肝郁证，腰痠乏力、经前乳胀、小腹胀、心烦、头胀、浮肿，脉细弦或细数，舌淡红。治则：补肾疏肝，可入调经之品。

2. 子宫内膜异位症

详见子宫内膜异位症有关标准讨论，诊断当有腹腔镜检查或手术证实，辨证以血瘀症为主。治则为活血祛瘀。

3. 输卵管炎（生殖道结核不列入）

诊断标准：(1)子宫输卵管造影：证实输卵管不通畅阻塞、或积水等。(2)腹腔镜检查下做输卵管通液，证实输卵管不通畅或不通，并且盆腔内粘连。(3)不孕。

临床辨证及治则：气滞血瘀：少腹、胸胁胀，乳胀，无发热或腹痛，也无脓性带下，腰痠；脉细或细弦，舌淡红或有瘀点。治则：行气化瘀，温经通络。下焦湿热：经前发热，小腹胀痛，甚则拒按，带下黄色，溲黄，便秘；脉细数，舌质红，苔薄黄或黄腻。治则：清利下焦湿热，活血祛瘀。

4. 子宫肌瘤病

诊断标准：(1)痛经，子宫增大质软，不孕。

(2)腹腔镜检查证实非子宫内膜异位症引起的痛经,子宫输卵管造影、B超显象或宫腔镜检查除外粘膜下肌瘤引起的痛经。(3)临床辨证:胞宫血瘀为主,痛经,舌有瘀色或瘀点,脉细或细弦。治则:活血化瘀。

5. 宫腔粘连

诊断标准:(1)有宫腔炎症或刮宫病史,痛经或周期性下腹痛而闭经或经量少,不孕。(2)经子宫输卵管造影或宫腔镜证实宫腔有粘连。(3)临床辨证:气滞血瘀为主。痛经,少腹胀满痛,经量少色暗,舌有瘀点,脉细或细弦,治则:活血化瘀。

6. 免疫性不孕

诊断标准:(1)临床及各项检查除外以上因素引

起的不孕症。(2)血清或宫颈粘液抗精子抗体阳性,或抗卵透明带抗体阳性(此点可确诊)。(3)性交后试验:排卵前性交后2小时内,每高倍视野下宫颈粘液中有力前进的精子 <5 个。(4)精子宫颈粘液接触试验:排卵前试验,镜下见和宫颈粘液接触面的精子“颤抖”,不活动或活动迟缓。(5)临床辨证:可无证候,有时有内热、口干等表现,辨证以阴虚火旺为主。治则:养阴降火。

三、疗效标准:治疗后2年以内妊娠者为痊愈(可分为1年内和2年内的疗效进行总结)。

(王 曼 俞 瑾 钱祖洪整理)

雷公藤治疗子宫肌瘤3例报告

北京市小汤山康复医院(北京 102211) 李佩瑜 杨习辰 孙华坤 徐淑环 李德田 秦桂香

我们用雷公藤治疗类风湿性关节炎的过程中,观察到3例合并子宫肌瘤的患者,2例缩小,1例消失,现介绍如下。

例1 刘某某,49岁,住院号35661,因类风湿性关节炎合并子宫肌瘤入院。32岁时因月经不规则,量多有血块,曾在某医院诊断子宫肌瘤。近年来加重,出现尿频,自己能在下腹部摸到肿物,曾确定手术治疗,因服强的松推迟手术。住院后查体左下腹部能触及一个鸭卵大小之肿物,B超探查子宫左侧有一个 $5.6 \times 8.8\text{cm}$ 低回声结节,边缘完整、清晰,结合病史,确诊子宫肌瘤。开始内服雷公藤,每日6片,分3次服,服药后2个月,经量减少,3个月后闭经,尿频消失,自己摸不到肿物。服药4个月后妇科检查:子宫上有一个 5cm 大小之肿物,光滑,B超复查:子宫肌瘤缩小为 $4.5 \times 5.4\text{cm}$ 低回声结节,边缘完整、清晰。出院后随访半年,情况良好。

例2 马某某,39岁,住院号39995。因类风湿性关节炎合并子宫肌瘤入院。患者于1987年因月经不规则,出血多伴有下腹部疼痛,某县医院妇科检查,诊断子宫肌瘤,并经B超探查证实。入本院后B超探查发现子宫右侧有 $3.4 \times 3.1\text{cm}$ 低回声结节,边缘完整清晰,结合既往史,确诊子宫肌瘤,内服雷公藤每日6片,分3次服。服药1个月后月经减少,45天后B超复查,肌瘤缩小为 $2 \times 2\text{cm}$,服药2个月闭经,5个半月后妇科检查:子宫上有 2cm 大小之肿物,B超探查子宫前壁有 $1.0 \times 2\text{cm}$ 低回声结节,较入院时缩小近一半。

例3 王某某,56岁,住院号39016。因类风湿

性关节炎入院。45岁闭经,既往无子宫肌瘤病史,住院后B超探查子宫前壁有 $1.5 \times 1.5\text{cm}$ 低回声结节,诊断子宫肌瘤,内服雷公藤每日6片,分3次服。服药3个月后B超复查缩小为 $1.1 \times 1.1\text{cm}$ 低回声结节。5个月后妇科检查未发现子宫明显异常。B超探查肌瘤已不能辨认。

讨论 药理学研究显示雷公藤既无雄激素样作用,亦无抗雄激素和抗雌激素作用,而临床观察,女性育龄服药者,除发生暂时性闭经外,阴道细胞涂片可发现雌激素水平低落,生殖器官萎缩,基础体温单相等变化,并认为是雷公藤对垂体-卵巢轴某个环节有一定的干扰,抑制卵巢功能的结果。雷公藤对子宫肌瘤的疗效,从临床方面又为此提供了佐证。另外动物试验显示雷公藤有类似细胞毒的作用,对子宫平滑肌有特别亲和力,尤其是对体内迅速增殖的细胞,致使平滑肌变性萎缩,肌瘤从而缩小或消失,有待更多临床进一步证实。我院用雷公藤为黄石制药厂产品,每片含雷公藤甲素 $33\mu\text{g}$,使用剂量为成人常规剂量。通过3~6个月对肌瘤演变情况的观察,剂量是适宜的。每月进行肝肾功能检查,心电图和血象监测,均未发现异常,说明此剂量对子宫肌瘤患者是可以耐受的。雷公藤为有毒药品,治疗前应作肝肾功能、血常规和心电图检查,其中有一项异常者,均应慎用。治疗过程中,每月复查1次,发现异常视其情况停药或减量。雷公藤起效较慢,有出血急的患者,开始时应配合其他措施。需要再孕的患者,最好不用雷公藤治疗。如果用雷公藤治疗,在服药期间和停药后半年内应避孕,以免造成胚胎的异常发育。