

• 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(试行草案)

(中国中西医结合研究会妇产科专业委员会第二届学术会议制订, 1986年10月, 昆明)

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一次全国活血化瘀学术会议“血瘀证诊断试行标准”)。主要依据: (1)舌质瘀紫或舌体瘀斑瘀点; (2)脉涩或结、代; (3)固定性刺痛并拒按; (4)病理性肿块, 包括内脏肿大、新生物、炎性或非炎性包块, 组织增生变性; (5)血管异常, 包括舌下及其他部位静脉曲张、毛细血管扩张、血管痉挛, 舌及肢端紫绀、血管阻塞; (6)出血及各种出血引起的瘀血、黑便、皮下瘀斑等。具有以上主要依据二条, 可诊断为血瘀证。

其他依据 (由于血瘀引起的下述表现): (1)皮肤粗糙、肥厚、鳞屑增多。(2)月经紊乱。(3)肢体麻木或偏瘫。(4)精神狂躁或健忘。(5)周期性精神异常。(6)腹水。以上其他依据有一条以上, 并有实验室依据证实有微循环障碍、血液流变性异常、血液动力学障碍、血小板聚集性增高。同时根据临床寒、热、虚、实进行辨证分型。

2. 西医诊断标准:

病理标准: 切片中有以下证据: (1)子宫内位腺体; (2)子宫内位间质; (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; (4)卵巢粘连略大, 而输卵管多通畅。

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, 两点共存时可诊断本症。

对临床可疑病例, 可直接应用通过电子计算机计算的“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)。单纯的临床诊断可作为选择各种治疗累积资料用。

二、盆腔子宫内位症病变程度的划分

1. 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): I 期(轻): 病变轻微, 无包块形成。(1)有痛经或不明原因不孕; (2)一侧或双侧骶韧带触痛, 轻度增粗(除外炎症), 或有单个触痛结节; (3)单侧卵巢触痛明显, 但不增大; (4)骶韧带和一侧卵巢触痛, 但卵巢不大; (5)单纯宫颈病变; (6)子宫活动正常。II 期(中): 在一个部位有明显病变(包块形成), 或两个部位均有轻度病变。II 早: (1)骶韧带明显增粗, 触痛或多个触痛结节; (2)一侧卵巢粘连、触痛, 略大, 不超过 3cm; (3)子宫活动正常。II 晚: (1)骶韧带增粗、触痛或结节, 伴单侧粘连触痛, 卵巢略大, 不超过 3cm; (2)单侧卵巢触痛、粘连, 增大不超过 3cm; (3)双侧卵巢均粘连、触痛, 略大, 不超过 3cm; (4)子宫活动正常。III 期(重): 在两个部位有较重病变(包括增大), 或三个部位均有较轻病变。III 早: (1)双侧卵巢触痛、粘连、增大, 其中一侧或双侧超过 3cm; (2)盆底病变伴一侧卵巢粘连、触痛, 增大超过 3cm; (3)盆底病变伴双侧卵巢粘连、触痛, 增大不超过 3cm; (4)子宫活动略受限。III 晚: (1)盆底增厚、触痛, 片状结节; (2)盆底多个触痛结节, 伴双侧卵巢增大, 至少一侧超过 3cm; (3)有卵巢内位囊肿破裂的临床表现; (4)子宫活动受限。IV 期(广泛): 病变累及全盆腔, 子宫活动明显受限。(1)盆底广泛病变、增厚、结节; 卵巢增大超过 3cm; (2)广泛盆腔病变, 伴有多次卵巢内位囊肿破裂史; (3)子宫活动明显受限或固定; (4)邻近脏器和外阴、阴道受累或同时有血尿、血便或麦氏点压痛。

2. 腹腔镜子宫内膜异位症的分期或评分(略)。

三、盆腔子宫内膜异位症的疗效标准

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) 从症状体征消失后, 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)消失; (2) 盆腔包块缩小1/2以上(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) 从症状消失起二年无复发; (4) 虽局部体征存在, 但不育患者能生育。

3. 有效: (1) 症状显著减轻; (2) 盆腔包块缩小1/3以上(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) 主要症状消失后一年无复发。

4. 无效: (1) 主要症状无变化或恶化; (2) 局部病变无变化或有加重趋势。

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130/90mmHg或较基础血压上升30/15mmHg, 即可诊断为妊高征。基础血压以孕16周前测得的为凭, 在测血压前让孕妇静坐或静卧十分钟, 测右臂血压, 如血压超过130/90mmHg则再等十分钟复测一次, 以第二次为准。舒张压以变音为准。

2. 妊高征分类标准: (1) 轻度: 血压 $\geq 130/90$ mmHg或较基础血压升高30/15, 可伴有轻微蛋白尿和水肿; (2) 中度: 血压 $>130/90 \sim <160/110$ mmHg, 蛋白尿“+”, 或伴有水肿; (3) 重度: 血压 $\geq 160/110$ mmHg或较基础血压升高60/30mmHg, 或舒张压 ≥ 110 mmHg, 或超过基础血压30mmHg, 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130/110mmHg、蛋白尿“+++”即归入重度; 血压160/110mmHg、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、脾肾阳虚和脾、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,

脉细数或细弦数, 舌质红、舌苔少; 次证: 头痛晕昏、口干、大便干结、小便黄赤。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 。脾肾阳虚以血液稀释为多。

其他若有舌质瘀紫或舌体瘀斑瘀点, 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

每治疗三天评价疗效一次, 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 ≥ 20 mmHg为显效, ≥ 10 mmHg为有效, <10 mmHg以下者或无改变或上升者为无效。(2) 降蛋白尿疗效: 检测清洁尿, 蛋白尿消失并不再出现为痊愈; 降低++者为显效, 如++ $\rightarrow$ —、+++ $\rightarrow$ +, +++++ $\rightarrow$ ++; 降低+者为有效, 如++++ $\rightarrow$ +++、+++ $\rightarrow$ +, + $\rightarrow$ —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 kg者为显效: 如++++ $\rightarrow$ ++, +++++ $\rightarrow$ ++; 降低+、体重下降 >1 kg者为有效, 如+++ $\rightarrow$ ++, ++ $\rightarrow$ +

(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。

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	+	++	+++	++++	+++++
蛋白尿	±	+	++	+++	++++
收缩压	130	160	180	200	
舒张压	90	100	110	120	
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-治疗疗程平均动脉压。

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

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。++：水肿延及大腿，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。

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2年而未受孕者为不孕症。从未怀孕者为原发不孕症，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。以上四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：a：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均大于正常子宫体1/4，内有多数囊性滤泡。或卵巢活组织检查证实卵巢被膜增厚，其下有多数囊性滤泡，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。

b. 无排卵性月经失调：诊断标准：月经按月来潮，或稀少，闭经。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。

c. 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>20ng/ml(此项可作确诊)；蝶鞍摄片可有扩大，视野检查可有缺损；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。

d. 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，未见卵巢黄体或排卵孔(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，此症可发生在子宫内膜异位症者，按之辨证。治则：补肾活血。

e. 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<5mg/24小时>或二次血清孕酮量<10ng/ml。⑤临床辨证：肾虚为主，有时见肝郁证，腰痠乏力，经前乳胀、少腹胀、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，辨证以血瘀证为主，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, 亦无脓性带下, 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, 少腹胀痛, 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, 子宫增大质硬, 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超显象或腹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少于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(可分为一年内和两年内的疗效进行总结)

(王 曼 钱祖洪 梅振翼 俞 瑾 整理)

中西医结合治疗平滑肌肉瘤和乏特氏壶腹周围癌各1例

四川医学院附属医院肿瘤科 谭厚生

例1 男, 50岁, 1975年发现右侧睾丸肿块及右侧腰痛就诊, 检查发现右侧附睾有豌豆大的肿块, 无触痛, 怀疑结核, 门诊观察而未引起重视。1977年右附睾肿块逐渐肿大并伴有疼痛, 腰痛加重, 于1978年3月30日入院诊治。

查体: 右下腹深压可扪到 10×8 cm 肿块, 质硬, 表面光滑, 周界清楚, 活动受限, 右睾丸大小正常, 附睾有 3×4 cm 肿块, 质硬, 表面有结节, 于1978年4月13日作右侧睾丸切除术, 术后病理诊断为右侧附睾平滑肌肉瘤。

治疗经过: 患者右下腹肿块拒绝再次手术, 后用环磷酰胺 400mg 静注, 间日一次, 两次后因恶心、呕吐改为 200mg 间日一次, 用至 4000mg 时右下腹肿块稍缩小变软, 患者因全身反应严重而不能坚持化疗, 以后改用中医治疗: 党参、白术、茯苓、苡仁、花粉、莪术、大青叶、淡竹叶各 12g, 半枝莲、皂角菌、白花蛇舌草各 30g, 蜂房 10g, 甘草 3g, 蜂螂 4~6 个(焙干, 碾细、冲服)。1~3 日一剂, 连续服用, 将药煎水约 1000ml 作茶饮。服药 1 月后, 精神

食欲明显改善, 肿块缩至 10×5 cm, 2 月后 8×4 cm, 半年后 5×3 cm, 可活动, 1 年后仅残留约 3×1.2 cm, 2 年后肿块全部消失, 恢复正常工作。随访 7 年, 表浅淋巴结未肿大, 一般状况良好。

例2 男, 43岁, 1978年1月开始上腹疼痛, 向背部放射, 伴泛酸、嗝气, 经药物治疗好转。1979年10月上腹痛加重, 伴呕吐、黑便, 又经药物治疗缓解。1980年3月上腹剧痛, 诊断为十二指肠溃疡而入院, 剖腹手术未发现溃疡, 见胰头有 5×5 cm 肿块, 质稍硬, 活检诊断为慢性胰腺炎, 予以对症处理。1981年1月B型超声波检查发现胰头区有 4 cm 厚团块回声, 胆囊亦增大, 两次口服胆囊造影剂均未显影。以后按慢性胰腺炎、慢性胆囊炎治疗。1983年2月上腹疼痛仍向背部放射, 伴消瘦, 于5月4日再次入院。后行十二指肠镜检发现十二指肠降段内后壁自帽后至乳头的粘膜呈凹凸不平的结节突向肠腔, 肠壁僵硬, 呈花斑状, 易出血, 活检病理检查为十二指肠粘膜上皮非典型增生, 于5月17日再次手术。术中发现

(下转287页)