

## · 中医病案析评 ·

### 中西医结合治疗重症妊娠剧吐 1 例

王俊玲 刘芳 廖坚 肖道梅 覃晓玲

**【摘要】** 妊娠剧吐是常见的妊娠期并发症,本病例经西医常规补液治疗症状缓解不明显,加用调气和中、降逆止呕的中药口服及灌肠治疗,并辅以温针灸及针刺治疗后症状逐渐缓解并治愈,表明中西医结合治疗此病可优势互补,提高疗效,值得临床推广应用。

**【关键词】** 妊娠剧吐; 中西医结合; 疗效

**【中图分类号】** R714.24+1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.015

#### 1 病历摘要

患者,女,28岁,因“停经52天,恶心呕吐10天,加重2天”于2011年11月28日入住广东省深圳市妇幼保健院妇科。患者自停经42天开始出现恶心呕吐,50天开始症状加剧,不能进食,进食后呕吐明显,均为胃内容物,非喷射状,伴轻微胸闷、心慌、头晕、眼花,无腹痛腹泻等其他不适。11月28日门诊查尿常规示尿酮体(KET)(++++),电解质:钾离子(K<sup>+</sup>)正常;B型超声示宫内早孕,胚胎存活,大小相当于7周。门诊以“早期妊娠 妊娠剧吐”收入院。孕2产0,既往于2011年5月孕9周因“妊娠剧吐”行人工流产术终止妊娠。入院查体无异常。实验室检查:血常规分析、凝血功能、肝肾功能均正常;电解质示:K<sup>+</sup> 3.33 mmol/L,余均无异常。诊断:早期妊娠 妊娠剧吐。予肌肉注射维生素B<sub>1</sub>、静脉滴注氯化钾、维生素B<sub>6</sub>、维生素C等以及营养支持治疗。

12月6日复查尿常规示尿酮体(+++),但恶心呕吐症状无明显缓解,12月10日开始症状加重,呕吐较多清水痰涎,量约600~1000 ml/天,24小时尿量减少,约400~800 ml,患者及家属要求中西医结合治疗,遂于12月12日转入中医科治疗。查体基本同前,舌淡苔白厚脉细滑。补充中医诊断:妊娠恶阻(脾虚湿阻、肝胃不和证)。治疗上加用健脾和胃、降逆止呕中药,具体方药如下:黄连5g、姜半夏10g、党参30g、白术15g、炙甘草10g、木香10g、紫苏叶10g、姜竹茹10g、柿蒂10g、瓜蒌皮10g、陈皮10g、砂仁10g,3剂,每天1剂,水煎分2次服。加用中药治疗后症状稍缓解。12月15日复查电解质7项基本正常,尿常规示:尿KET(++)。中药处方调整如下:上方去柿蒂、瓜蒌皮,加茯苓15g、黄芩15g、陈皮10g。

患者抗拒输液,静脉输液速度稍快即诉疼痛难忍,甚觉

胸闷气促,静脉输液速度缓慢,每天液体均无法完全输注,导致病情反复。12月19日症状再次加重,凌晨2时起感胃脘不适,食道灼热感,频吐清水痰涎,其中呕吐咖啡色痰涎2次,伴胸闷痛,心慌。予针刺双足三里、阳陵泉;艾灸膻中、中脘等穴理气和胃止痛,低流量吸氧半小时后症状缓解。晨查房见患者情绪烦躁,精神疲倦,诉头晕乏力,日呕吐10余次,呕吐物主要为清水痰涎,量约400 ml,偶夹咖啡色痰涎,24小时尿量约450 ml。

复查电解质七项:K<sup>+</sup> 3.12 mmol/L,余基本正常,尿常规示:尿KET(+++),血气分析、全血细胞分析、肝肾功能、心电图检查均无明显异常。治疗上予暂禁食,静脉补钾3g、10%葡萄糖1500 ml以加强营养支持;5% NaHCO<sub>3</sub> 125 ml以纠正酸中毒,并予冬眠合剂缓慢静滴以达镇静催眠之效。中药停止口服,改以健脾理气和胃中药灌肠,处方如下:砂仁10g、白术15g、白芍10g、藿香10g、佩兰10g、党参30g、陈皮10g、茯苓15g、姜半夏10g、炙甘草10g、黄连5g,3剂,每天1剂,保留灌肠。辅以温针及针刺治疗,穴位选取双足三里、内关、丰隆等;配合上、中、下脘等穴艾灸。同时给患者进行心理疏导,鼓励其克服心理障碍,解除其思想顾虑,讲解妊娠剧吐与情绪的关系,以减少紧张、焦虑等不稳定的情绪,防止进一步刺激中枢神经系统,减少呕吐频率,从而缓解病情。

经上述中西医结合手段治疗后,患者症状逐渐缓解,12月23日复查电解质示K<sup>+</sup> 3.35 mmol/L,尿常规示:尿KET(++),24小时尿量恢复正常,逐渐减少补液量;12月31日复查电解质示K<sup>+</sup> 3.86 mmol/L;2012年1月2日开始进食少量半流质饮食;1月3日孕12周行唐氏初筛(NT)检查提示:宫内妊娠,单活胎,胎儿大小相当于12周+。1月5日开始正常进食,1月9日复查电解质、尿常规均正常,予出院。并嘱患者注意饮食调养和情绪控制,以防止复发。

#### 2 分析与讨论

##### 2.1 西医诊断与治疗

妊娠剧吐(hyperemesis gravidarum, HG)是一种严重的早孕反应,是在妊娠早期并发的以频繁恶心、呕吐、不能进食为

作者单位:518048 广东省深圳市妇幼保健院中医科

作者简介:王俊玲(1959-),女,医学博士,主任医师,教授,硕士生导师。主要从事中西医结合治疗不孕不育、子宫内腺异位症、急性盆腔炎、月经不调等疾病的研究。E-mail: wjl97@126.com

建议参考文献标引格式:

王俊玲,刘芳,廖坚,等.中西医结合治疗重症妊娠剧吐1例[J].环球中医药,2012,5(5):369-370.

主要表现的症候群,是产科常见的妊娠期并发症,严重者可导致重度电解质紊乱、酸碱失衡、韦尔尼克脑病及肝肾功能衰竭,甚至死亡。据报道,约 50%~70% 孕妇早孕期有轻度恶心、呕吐,0.3%~2% 发展为妊娠剧吐<sup>[1]</sup>。该病的确切机制及病因迄今未明,多数学者认为可能主要与体内激素作用机制和精神状态的平衡失调密切相关<sup>[2]</sup>。

目前本病的西医治疗方案主要包括:暂禁食水、补液止吐、纠正酸中毒等,大多数患者经上述处理并随着妊娠周数的逐渐增加,妊娠剧吐的症状能得到逐步缓解而使妊娠得以继续维持。若经过上述处理,病情无改善,并出现持续黄疸,体温在 38℃ 以上,心率超过 120 次/分,或眼底出血者,则应考虑终止妊娠。

本例患者既往于 2011 年 5 月孕 9 周因“妊娠剧吐”症状严重难以忍耐而主动行人工流产术终止妊娠。本次妊娠早期再次因“妊娠剧吐”而住院治疗。治疗期间病情仍反复,单纯西医治疗症状缓解不明显,结合两次病史及临床观察,考虑除因激素作用外,亦与患者精神因素有密切关系。患者对输液治疗有较强的抗拒心理,故输液速度极慢,每日液体均无法完全输注。加之剧烈呕吐,进食量少甚或完全不能进食,钾、钠、氯离子丢失过多而补充不足导致水电解质紊乱,并形成恶性循环而致病情进一步加重。结合病史、症状、体征及辅助检查结果,此病例属于典型妊娠剧吐,且属于本病的重症类型。

## 2.2 中医辨证与治疗

妊娠剧吐中医称之为“妊娠恶阻”、“子病”、“病儿”、“阻病”等<sup>[3]</sup>。有关恶阻的记载,最早见于《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》,曰:“妇人得平脉,阴脉小弱,其人渴,不能食,无寒热,名妊娠,桂枝汤主之。”其主要机理是冲脉之气上逆,胃失和降所致<sup>[4]</sup>,常见病因为脾胃虚弱和肝脾不和,如不及时诊治可致气阴两虚。《沈氏女科辑要》云“呕吐不外肝、胃两经病”;《女科经纶》载“恶阻呕吐,大抵寒者少,热者多”,因此恶阻宜从肝从胃从热论治,治以调气和中、降逆止呕为主,并且注意调节饮食和情志,采取辨证论治个体化治疗,从根本上纠正患者机体脾胃虚弱、肝胃不和状态。

## 2.3 经验与讨论

本病例患者在经西医常规治疗症状改善不显的情况下转入中医科治疗。结合症状、体征等四诊资料,辨证属于妊

娠恶阻,证属脾虚湿阻、肝胃不和。脾胃虚弱,脾失健运,痰湿内生;胃失和降,冲气夹痰上逆而呕恶清水痰涎;加之血聚养胎,肝血不足,肝失所养,因此肝气挟冲气上逆犯胃而加重呕吐。治宜健脾和胃,降逆止呕。方选党参、白术、茯苓、甘草健脾和胃,半夏、砂仁温胃降逆止呕,木香、陈皮、柿蒂舒肝理气降逆气,竹茹、瓜蒌皮化痰止呕除烦;黄连清泻肝火,使肝火得清,自不横逆犯胃。全方君臣佐使配伍具有健脾和胃,舒肝理气降逆止呕作用。若吐甚不得进食还可考虑采用中药浓煎保留灌肠的方式,促进药物吸收而增强健脾理气、降逆止呕之效。同时针灸疗法经济而简便易行,无毒副作用,对胎儿无不良影响,经济、安全<sup>[5]</sup>。笔者在中药口服、灌肠及西医常规支持输液疗法的基础上配合针刺及温针治疗,穴位选取:内关(双),足三里(双),丰隆(双),上、中、下脘等穴。内关穴平冲降逆,和胃止呕。足三里穴健脾和胃、化痰除湿,对胃功能有双向调节作用,同时此穴又是人体一强壮要穴,针刺该穴对人体的多个系统如神经系统、消化系统、内分泌系统、免疫系统等均有良性调节作用。丰隆穴为足阳明络穴,胃经浊气在此沉降,配合足三里、商丘等穴可治疗痰湿诸症。中脘穴为募穴,又为八会之一腑会。募穴是脏腑经气聚于胸腹部的腧穴,六腑病证多取募穴,胃募为中脘,故胃病多取中脘。采用中药口服、保留灌肠、针刺疗法配合西医输液支持疗法,疗效显著,副作用小,因此对于妊娠剧吐患者不失为值得推广的一种治疗方法。

## 参 考 文 献

- [1] 汤希伟,庄依亮. 现代产科学[M]. 北京:科学出版社,2003: 134-139.
- [2] Dodds L, Fell DB, Joseph KS, et al. Outcomes of Pregnancies Complicated by Hyperemesis Gravidarum [J]. Obstetrics & Gynecology, 2006, 107(2): 285-292.
- [3] 周京晶, 苟天存. 妊娠恶阻病因病机浅述[J]. 现代中医药, 2006, 26(2): 9-11.
- [4] 杨鉴冰. 傅青主女科妊娠病探析[J]. 现代中医药, 2006, 26(1): 46-48.
- [5] 刘淑杰. 针灸治疗妊娠呕吐研究进展[J]. 江西中医药, 2005, 36(8): 61.

(收稿日期: 2012-02-05)

(本文编辑: 秦楠)

## · 信息之窗 ·

### 本刊标注数字对象唯一标识符

《环球中医药》杂志自 2010 年第 3 期开始,对本刊刊出的论文标注数字对象唯一标识符(digital object identifier, DOI)。本刊 DOI 统一标注于论文文献标识码后方。标注规则为 doi:10.3969/j.issn.1674-1749.yyyy.nn.zzz。其中 10 为 DOI 特定代码,用以将 DOI 与其他应用 Handle System(句柄系统)技术的系统区别开;3969 是 DOI 注册代理机构的代码,由 DOI 的管理机构国际 DOI 基金会(international DOI foundation, IDF)负责分配;j 表示本刊为信息资源期刊;issn.1674-1749 表示本刊的国际标准连续出版物号;yyyy 代表出版年;nn 代表期次;zzz 代表论文本期流水号。

建议参考文献标引格式:

王俊玲, 刘芳, 廖坚, 等. 中西医结合治疗重症妊娠剧吐 1 例[J]. 环球中医药, 2012, 5(5): 369-370.