

流产 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_B5_81_E4_BA_A7_c22_308663.htm 名称流产所属科室妇产科病因导致流产的原因很复杂，是多种的，早期流产较为常见的原因因为染色体异常、内分泌异常、子宫发育不良或畸形。一、染色体异常 染色体异常包括染色体数目异常，如单体、三体、多倍体；结构异常，如断裂、缺失、易位均可致流产。有人对自然流产和治疗性流产进行染色体的研究，发现在自然流产中核型异常者占60%。核型异常者每伴有胎儿或胎盘等一种结构上的异常。而核型正常者流产的胎儿多正常。二、内分泌失调 雌激素过多与孕酮不足亦为早期流产的原因。因在妊娠12~14周正处于胎盘形成代替妊娠黄体功能的时期，易有内分泌失调，尤以黄体功能不足。此外，甲状腺素缺少，使细胞的氧化过程遭受障碍，以及甲状腺机能亢进与糖尿病等皆易发生流产。三、胎盘异常与胎盘内分泌不足 早期妊娠时的蜕膜炎可使底蜕膜出血或增生，绒毛上皮细胞及蜕膜细胞被溶解，绒毛内血管阻塞，影响营养物质的吸收与运送，以致孕卵从附着处分离、出血而流产。此外如胎盘内巨大梗塞可使胎盘功能降低，影响胎儿生存；而前置胎盘、胎盘绒毛水肿变性致成流产者亦不少见。妊娠后母血中—生育醇的缺乏，汞、铅、酒精及吗啡等慢性中毒，均可引起流产。七、生殖器官疾病 子宫畸形，如双角子宫、子宫腔纵隔，常为流产的原因。但子宫发育不良往往是不孕的原因。此外，如子宫肌瘤，尤其是向子宫腔内发展的粘膜下肌瘤或嵌顿在骨盆腔中的卵巢囊肿，均可影响胎儿的发育而导致流产。子宫内口松弛为习惯性流产常见原因之一。近年来发现宫腔粘

连患者中，约14%发生在流产后。粘连引起宫腔缩小、变形和子宫内膜面积减少，且有硬化，影响胚胎发育。

八、免疫因素

对原因不明者，近年来研究发现多数与免疫因素密切相关。

(一) 组织相容抗原 (histocompatibility locus antigen, HLA)：HLA复合体定位于人的第六对染色体短臂的一个区段上，至少包括4个与移植有关的基因位点：HLA-A、B、C、D/DR等。正常妊娠时夫妇HLA不相容，可维持遗传的多样性，防止致死纯合子的产生。而习惯性流产夫妇间HLA抗原相容的频率大于正常妊娠者，其中以DR抗原相同的机会更多。过多的共有抗原，阻止母体对妊娠作为异体抗原的辨认，不能刺激母体产生维持妊娠所需的抗体，缺乏抗体的调节作用。母体免疫系统易对胎儿产生免疫学攻击，而导致流产。

(二) 抗磷脂抗体：为一组自身免疫性抗体，其中包括狼疮抗凝抗体 (LA) 及抗心磷脂抗体 (acl)。近年来研究发现，在自身免疫性疾病，某些感染、药物，或不明原因的疾患中，如抗磷脂抗体阳性，习惯性流产发生率极高。患者常有动静脉血栓形成，血小板减少，考虑致流产的原因是由于血栓形成，引起蜕膜或胎盘功能不足。抗磷脂抗体不是作用于妊娠早期导致流产，而是作用于妊娠中、晚期使胎儿死亡，抗磷脂抗体可能是中晚期流产的因素。

(三) 抗精子抗体：在反复自然流产 (recurrent spontaneous abortion, RSA) 夫妇中，研究发现双方或男方血清中的抗精子抗体。动物实验证实抗精子抗体有杀死胚胎的作用。提示该抗体的存在与RSA有关。国内亦有报道女方抗精子抗体阳性多见，说明女方对精子的同种异体免疫及丈夫的自身免疫均与RSA有关。抗精子抗体引起的流产，多发生在3个月以内的早期流产，

即母体内精子凝集抗体持续作用于早期胚胎组织致病变，使胚胎受损而流产。病理由于流产发生时期不同，其病理过程亦不一致。发生于妊娠8周以前者，多数胚胎先死亡，然后底蜕膜的海绵层出血、坏死及血栓形成。因此时绒毛发育不全与母体联系不牢固，流产时多数是胚胎和整个胎囊与子宫壁完全剥离而排出，故一般出血不多。这种流产常被忽视而误认为是一次过期的月经。流出的典型标本为一厚而不透明稍有血性浸润之胚囊。囊中最厚的部分为增生绒毛所在，放入水中，可见有绒毛漂浮。切开囊壁，囊内有少量羊水，可见胚胎或已被吸收之胚胎组织如米粒大，色灰，联系在灰色的羊膜上。发生于8~12周者，因绒毛已发育相当完全，与底蜕膜联系较牢固，往往仅胎儿或胎儿同一部分胎盘绒毛流出，而另一部分组织稽留于宫腔，影响子宫收缩，故流血甚多。有的胎儿虽已死亡，但未立即排出，胚胎四周有多次少量出血，血积在底蜕膜绒毛间隙，并可侵及胎囊，血液流出后凝聚，可再次出血形成新血块，包围旧血块，胚胎为多层血块所包围，称为血样胎块，时间久后血红蛋白被吸收，则呈肉样胎块。血液凝聚于绒毛与蜕膜之间，形成凹凸不平的结节状物，凸向羊膜囊，使羊膜囊被挤压变小，胎盘血循环中断，胎儿被吸收，成为结节状胎块。胎盘已形成，与子宫壁联系牢固，流产过程与早产、足月产相仿。开始阵缩，子宫口逐渐扩大，羊膜破裂，胎儿排出，随后胎盘剥离，自行排出，或稽留于宫腔。流血量可多可少，视胎盘剥离情况而不同。如胎儿死于宫内，无感染者，则变为浸软胎，胎儿皮肤及脐带均被浸软，血红蛋白沉着，而现暗红色，羊水被血所染，时间久后，则呈棕色。较少见的是干尸化。羊水被吸收，

胎儿的皮肤贴在骨骼上呈干枯白色，胎体被压扁，而呈纸样胎儿。临床表现一、流产的主要症状为出血与腹痛（一）流血：在妊娠3个月内流产者，开始时绒毛和蜕膜分离，血窦开放，即开始出血。当胚胎全部剥离排出，子宫强力收缩，血窦关闭，出血停止。故早期流产的全过程均伴有出血。晚期流产时，胎盘已形成，流产与早产及足月产相似，一般流血不多。（二）腹痛：早期流产开始流血后，宫腔内存有血液非凡是血块，刺激子宫收缩，呈持续性下腹疼痛。晚期流产则先有阵发性子宫收缩，然后胎盘剥离，故流血前即有腹痛。腹痛与流血多数是进行性的，与其临床经过及进度有关。

二、流产的临床分型流产大多有一定的发展过程，虽然有的阶段在临床表现不明显，且不一定按顺序发展。但一般不外后列几种过程，即临床分型：先兆流产、难免流产、不全流产和完全流产。过期流产为流产发展的另一种非凡情况。习惯性流产是从其反复流产这一特点命名的。但两者在流产过程中仍包含有以上临床分型。（一）先兆流产（threatened abortion）：有流产的表现，但经保胎处理后，可能继续妊娠至足月者。常发生在妊娠早期，仅有少量**流血，伴发稍微的间歇性子宫收缩。检查时子宫口未开大，羊膜囊未破裂，子宫大度与停经月份相符，妊娠试验阳性。（二）难免流产或不可避免流产（inevitable abortion）：有以上过程，但胚胎继续与子宫壁分离，流血时间长，出血量增多，超过正常月经量，且有血块排出，阵发性下腹部疼痛加剧，为痉挛性或为坠胀感。检查子宫口逐渐开大，妊娠月份较大的，有的羊膜囊已膨出或破裂；有的胚胎组织阻塞于子宫颈管中甚至露见于宫颈外口，流产势必发生，妊娠已不能继续。（三）不

全流产（imcomplete abortion）：常发生于较晚期妊娠（10周以后），胎盘正在发育或已形成，流产时胎儿及部分胎盘排出，整个胎盘或部分胎盘仍附在子宫壁上，子宫不能很好收缩，以致***流血甚多。残留的胎盘日久可形成胎盘息肉，反复出血，且易诱发感染。（四）完全流产（complete abortion）：通过先兆及难免流产过程，在短时间内胚胎组织完全排出，流血、腹痛停止。（五）稽留流产（missed abortion）：亦称过期流产或死胎不下。系指胚胎死亡而仍稽留于宫腔内者，且孕产物一般多在症状产生后1~2个月内排出。因此，皆规定胚胎停止发育后2个月尚未自然排出者，称为稽留流产。孕妇多有早期妊娠先兆流产经过，此后子宫不再长大，反渐缩小，且亦不象一般妊娠那样柔软。妊娠试验从阳性变为阴性，胎盘机化与子宫壁紧密粘连，不易分离。另一方面因性激素不足，子宫收缩力降低，不易排出而稽留宫腔。胚胎死亡后，胎盘溶解，产生溶血活酶进入母体血液循环，引起微血管内凝血，消耗大量凝血因子，稽留宫腔时间愈长，引起凝血功能障碍的可能性愈大。近年来B超广泛应用于临床，停经6~7周时即可探及胎囊、胎芽。如疑及胚胎停止发育，可用B超观察，及时做出诊断及处理。故有人提出现今是否再用稽留流产一词，但临床上也有症状不明显，未引起患者注重，来诊时胚胎死亡稽留宫腔为时较长者。（六）习惯性流产（habitual abortion）：连续3次以上自然流产称为习惯性流产，且流产往往发生于同一月份，而流产的过程可经历前述的临床分型。检查超声技术图象分辨率清楚，对早期各类流产进行经腹超声检查，符合率高，为早期诊断早期治疗提供了条件。尤其是近数年***探头检查早期妊娠及早期流产，比

经腹检查更为优越。此外，基础体温（如为妊娠，则体温不再下降）、妊娠试验、***涂片、宫颈粘液结晶，在诊断上均有一定意义。绒毛膜促性腺激素水平降至正常范围。辅助检查（一）超声诊断：一般在孕5~6周可见胎囊，孕6~7周可见胎芽，经***探头比经腹早。当临床尚无流产征象时，经超声检查即可发现枯萎孕卵。胎囊 > 20mm无卵黄囊或胎囊 > 25mm而无胎芽者，为枯萎孕卵。图象仅见一较大胎囊内为无回声区。可诊断为何种流产：1.先兆流产：超声检查轻者由于少量出血，胎囊一侧为无回声区包绕，量不多但清楚；重者宫腔有较大量积血，有时可见到胎膜与宫壁剥离，胎膜后有无回声区，根据不同孕期可见胎芽、原始胎心搏动等。2.难免流产：超声表现：胎囊变形，胎囊下移，或羊水已流出；宫内口或宫颈管已开大，胚胎产物下移堵塞于宫内口或宫颈管内，如胎膜未破则宫颈管或***内见囊性暗区；胎儿多已死亡，无胎心搏动。3.不全流产：超声表现：子宫略大；宫腔内有不规则光团或小暗区。4.完全流产：超声图象：子宫正常大小或正常略大；宫腔内见规则宫腔波，未见不规则光团。5.稽留流产：近年来应用超声可及时发现胚胎死亡，不需等待2个月后才诊断，因此近年来有人提出用rdquo。超声表现：子宫小于孕周；未见胎心搏动或胎动；子宫内回声紊乱，难以分辨胎盘或胎儿结构。（二）***细胞学1.绒毛膜合体细胞在涂片中的出现倾向于发生流产。绒毛膜合体细胞为大小不等的细胞团，胞浆呈碱性，含有不同数目的深染大核，且常被红、白细胞所包围，为其特点。2.核固缩指数：妊娠期***涂片中核固缩指数升高表示孕激素不足，其原因，一是卵巢黄体功能不全，致子吕内

膜和蜕膜发育欠佳，从而使滋养叶发生缺陷；一为滋养叶本身的缺陷。黄体素不足可自然恢复或经治疗后恢复。如滋养叶呈大片异常，则无论是原发于受精卵的缺陷，或继发于滋养叶的分离或蜕膜的缺陷，流产均将不可避免。上述两种情况的预后不同，但核固缩指数均升高，故核固缩指数不能鉴别两种不同的情况。只有连续观察核固缩的变化才有意义。

（三）宫颈粘液结晶：雌激素能产生宫颈粘液结晶，而孕激素对结晶则有抑制作用。因此，在孕期检查宫颈粘液结晶，可测知流产的预后。

（四）基础体温：早期妊娠应保持高温曲线，持续16周左右，逐渐正常。有流产先兆时如基础体温与正常妊娠相同，预后良好，若较正常妊娠降低者，预后不良。

（五）激素测定：由于内分泌异常所致流产，可根据不同情况测定激素，如疑黄体功能不全，可测定孕二醇观察动态变化，选择适当方法治疗。诊断一、首先应确定是否流产

（一）具体询问病史：有无停经史，有无***流血，流血量，性质，是否伴有腹痛及其他排出物等。1.流产时子宫出血量一般较异位妊娠为多；与其他异常妊娠亦不同。异位妊娠多为点滴***流血；葡萄胎之流血常为暗红色，也可反复流血，甚至发生大量***流血，如仔细检查，有时在血中可查到水泡样组织。功能失调性子宫出血则多发生在生育期年龄的两端，其发生在40岁以上者常有停经史，虽***大量流血，但多无腹痛，很少杂有其他排出物。凡此种情况，结合孕产史及有无避孕措施，不难区别。如有疑问，可行诊断性刮宫，经病理检查，多可确诊；也有利于治疗。不少流产病例，确实误诊为功血。子宫肌瘤患者无明显停经史而有月经过多及不孕史，检查子宫大，如可触及肌核，则诊断更为明确。2.流

血距末次月经时间：即从末次月经至开始发生***流血的时间，在异位妊娠常较短；而在流产、葡萄胎则较长。

3.流出血液的颜色：流产开始时为鲜红，时间长方变为暗红色或褐色。异位妊娠常为少量、色淡红或褐色；葡萄胎则常为暗红色。

4.腹部疼痛：流产、葡萄胎腹痛一般较轻，为阵发性，多在下腹部中心。异位妊娠为一侧性下腹剧烈疼痛，可波及全腹，1~2日后逐渐减轻。功血时多无下腹部疼痛。子宫肌瘤可能有盆腔沉重感或痛轻。

5.了解停经后有无早孕现象及流产之诱因，如性生活、负重、旅游等。

(二)双合诊：注重子宫的位置、大小、形态、硬度，子宫峡部是否非凡柔软，如同子宫体部与子宫颈部失去连续性；两侧附件有无包块或压痛、反抗；子宫颈口有无糜烂、出血，有无子宫颈息肉；并须鉴别流血是否出自子宫，如为流产，则流血必定来自子宫。

(三)辅助检查。

二、确定为何种流产 各种流产所表现之临产经过不同，其处理原则亦不同，故必须确定何种流产。

流血量少，子宫口未开大，子宫大度符合停经月份者，为先兆流产。子宫口开大，羊膜囊突出，或已破裂，流血量甚多，则为难免流产。出血多，排出部分组织，子宫小于停经月份，为不全流产。有先兆流产史，子宫口未开大，开始时流血量多，胚胎组织排出后，***流血迅速减少或停止，检查子宫口已闭，子宫收缩良好，为完全流产。子宫体小于停经月份，妊娠试验阴性，则为过期流产。习惯性流产首先了解流产原因，强调夫妇同时诊断，不仅查女方，应重视男性因素，有条件的医院均已设立遗传优生咨询门诊。习惯性流产的诊治为其重要内容之一。

(一)具体询问既往妊娠史、既往病史、家族遗传史，有可疑遗传病史应绘制家谱图。

(二) 进行全身系统检查及妇科检查。(三) 进行必要的化验及辅助检查。男方：***常规、血型、染色体等。女方：***细胞涂片、宫颈评分、基础体温、血型、染色体、B超检查子宫发育情况有无畸形等。(四) 可根据情况进一步检查：1. 疑子宫畸形除B超外，可行子宫输卵管造影、子宫镜、腹腔镜检查。2. 疑内分泌异常，检查空腹血糖。可结合基础体温行子宫内膜病理检查及放免查孕酮、LH、FSH、PRL、E2、T3、T4、TSH、17-OH、17-Cu等检查，必要时可行颅脑CT，了解脑下垂体有无微腺瘤等。3. 疑非凡感染可查巨细胞病毒，弓形体、衣原体检查。4. 有不良环境接触史者，行SLE、微核、染色体畸变率检查。5. 疑ABO血型不合者，进一步检查抗体效价。如妊娠期进行间段检查，抗体效价是否有改变。接受治疗后效价是否下降。三、有无流产合并症(详后)。并发症一、大失血 有时难免流产或不全流产可造成严重大失血，甚至休克。所以应积极处理。各种措施可同时进行。静脉或肌注催产素或垂体后叶素10U。争取给病人输血。在没有血库的条件下，可动员医务人员或其家属献血。确实一时得不到血，也可暂时静脉滴注右旋糖酐。与此同时给予刮宫，在取出胚胎组织后，出血往往停止，即使在有感染存在的情况下也应将大块的胚胎组织取出。随后还应积极创造条件予以输血。二、感染 上述各型流产皆可合并感染，发生在全流产者较多。感染常发生于用未经严密消毒的器械施行流产手术；器械损伤宫颈；或宫腔原有感染病灶，手术流产或自然流产后可引起感染扩散。此外，流产后(自然或人工流产)不注重卫生、过早性交等均可引起感染。感染性的病原菌常为多种细菌，厌氧及需氧菌混合感染，近年来各家报道以

厌氧菌占大多数可达60~80%。感染可局限于子宫腔内，亦可蔓延至子宫四周，形成输卵管炎、输卵管卵巢炎、盆腔结缔组织炎甚至超越生殖器官而形成腹膜炎、败血症。患者发冷发热、腹痛、***流血，有时有恶臭分泌物，子宫及附件压痛，子宫复旧不好，白细胞增多等炎症表现。严重者可发生感染性休克。可做血、宫颈或宫腔分泌物涂片、培养（需氧菌及厌氧菌）。B超检查子宫腔有无组织残留。治疗：1.迅速控制感染，应用甲硝唑静脉点滴、抗生素应用，种类、剂量、给药途径，可根据病情严重程度来考虑。已有培养、药敏结果者，可针对情况选用。2.尽早清除宫腔内感染组织，刮宫可在静脉给药后6小时进行，将大块组织钳出。3.支持疗法，必要时给新鲜血液输入。各种维生素。4.中医治疗见盆腔器官炎症章。

三、子宫复旧不佳 可给予子宫收缩药物，如麦角流浸膏或益母草流浸膏。怀疑有胎盘残留者，可待炎症控制后，再予刮宫。但有大出血者，当立即施行。

四、急性肾功衰竭 流产后可因急性大量失血及严重感染发生休克而引起急性肾功衰竭。

五、胎盘息肉 足月妊娠与流产比较，以发生于流产者为多。可致成严重子宫出血，多在流产后几周内发生。检查时子宫稍大于正常，较软，宫颈口稍许扩张。有时妊娠试验还可呈阳性。应进行宫颈扩张刮宫术刮除息肉。必须送病理检查，可见完整绒毛或退变的绒毛由血块所包绕。

治疗一、先兆流产 临床上以保胎为治疗原则，约60%先兆流产经恰当治疗有效。先经B超检查胚胎存活者，绝对卧床休息，待症状消失后适当活动。尽量避免一切能引起子宫收缩的刺激，如***检查、性生活等。减少患者不必要的思想紧张与顾虑。让患者从优生观点来熟悉，多数早期流产系由于各种原

因致胚胎不正常，流产是自然淘汰，不应惋惜。注重足够的营养，对胎儿无损害的镇静药物如鲁米那0.03~0.06g，每日3次。保持大便通畅，如有便秘，可服用缓泻剂，通便灵（芦荟、琥珀等）1~2粒，较果导、双醋酚酞在剂量上轻易把握，软化大便效果好。内分泌治疗如黄体功能不足者，可用黄体酮20mg，每日1~2次，肌注，可帮助蜕膜生长及抑制子宫肌肉活动，应在B超等监护下治疗。对雌激素的应用，近年来不少学者报道所生女婴易发生***腺病，甚至腺癌。绒毛膜促性腺激素早期应用，促进孕酮合成。维生素E（生育酚）有利于孕卵发育，每日100mg，口服。有的作者认为维生素E对子宫局部有类似黄体酮的作用，并对中枢神经起作用，每次200mg，日服2次。基础代谢低者，可给予甲状腺片0.03g/d，口服。可在B超监护下了解胚胎情况，避免不必要的保胎。

中医中药：中医认为先兆流产多系气血虚弱，肾气方损，胎元不固，以致气血失调，冲任不固，影响胚胎着床发育，而致流产。（一）气血虚弱：妊娠初期，***流血，腰酸腹坠或妊娠中期，胎动不安，***流血，神疲乏力，舌淡，脉滑无力。治法：益气养血安胎。方药：泰山磐石饮加减：党参10g、白术10g、黄芪10g、白芍10g、黄芩10g、川断10g、橘皮6g、熟地10g、砂仁10g。（二）肾虚：系有腰酸、腿软或有流产史，妊娠胎动不安，甚则腰酸腹痛，胎坠下血、小便频数，脉沉弱，舌淡红，少苔。治法：补肾安胎。方药：寿胎丸加味：菟丝子30g、桑寄生10g、续断10g、杜仲10g、熟地10g、阿胶10g（冲服），炙甘草3g。（三）血热：胎动不安，下坠，漏下色鲜红，口干，心烦、手心发热，小便黄赤，舌红，苔薄黄，脉滑数。治法：清热安胎。方药：生地10g、杭

芍10g、黄芩10g、川断10g、山药10g、旱莲草10g。二、难免流产 治疗原则应清除宫腔内胚胎组织。早期妊娠应行吸宫术。流血多者可随即注射垂体后叶素10U（或催产素）以促进子宫收缩，排出组织，并预备吸宫。如为中期妊娠可给垂体后叶素（或催产素）引产。方法：垂体后叶素（或催产素）5U，每半小时1次，肌注，连续4~6次，以待其自动排出。但子宫有创伤史或感染史者要慎用或不用，以免发生子宫破裂；高浓度垂体素引产，可给1~5%催产素（每100ml里含1~5U）静脉点滴，可从低浓度开始，逐渐增加至有效浓度（引起强有力的子宫阵缩），并维持此浓度至胚胎组织排出。流血多时，子宫口开大，可配合手术取出胚胎。三、不全流产 应清除宫腔。如流血多，有休克征，应输液、输血纠正休克，同时静推或肌注催产素10U，并预备清除宫腔。等休克纠正，即钳刮胎盘或吸出胎盘出血。术后预防感染。同时给铁剂、中药，以纠正贫血。四、完全流产 胚胎组织排出后，流血停止，腹痛消失，除嘱患者休息，注重产后摄生外，无需非凡处理。但胚胎组织是否完全排出，必须正确判定。如经检查排出组织已见到完整胎囊、蜕膜或胎儿胎盘，结合症状及检查，必要时B超检查证实，可诊断为完全流产；如不能确定，应按不全流产处理，以再作一次刮宫为妥。五、稽留流产 处理意见不一，甚至有完全相反的意见。有人认为不必干扰，待其自然排出。但有人则认为确诊后即应行手术清除。目前常用的处理原则是：妊娠3个月内如已确诊为死胎，可立即清除宫腔。如孕期超过3个月，先用大量雌激素，然后再用催产素引产，如不成功，可考虑手术。在稽留流产，胚胎死亡时间愈久，由于组织机化，刮宫愈困难；且近年来临床

上及文献报道孕16周以上之稽留性流产，可能引起凝血功能障碍，造成严重流血，故以确诊后积极处理为宜。术前给予雌激素或己烯雌酚5mg，每日4次，共3~5天，使子宫对催产素敏感。术前检查血常规，出凝血时间，如有条件，应查纤维蛋白原，并作好输血预备。3个月以内者，可行吸宫或术前12小时行宫腔插管，再行钳刮术。月份较大者，先行B超检查了解胎儿死亡时大小，有否羊水。如有羊水，可行羊膜腔穿刺，利凡诺80~100mg羊膜腔内注射引产。必要时亦可应用催产素引产，前者更为方便、安全。

六、习惯性流产 有习惯性流产史者，应经常测量基础体温，如月经周期稍有延长而基础体温不下降，有妊娠可能时，即可开始治疗。避免体力劳动及精神紧张，禁止性生活，并开始口服维生素E100mg/d，并给予维生素B、C，早期做times.104/ml每3~4周给妻子皮内注射1次，共免疫3~5次。有作者报道应用丈夫的淋巴细胞行免疫疗法取得较好疗效，311例中有200例妊娠，其中已分娩124例，继续妊娠已超过24周者23例，共占73.5%。山东省立医院32例经免疫治疗后28例成功，妊娠成功率87.5%。

中医中药：1.气血虚弱：治法见先兆流产。症状好转后，隔3~5日1剂，至4个月。有晨热者，倍加黄芩减砂仁；胃寒者多用砂仁，少加黄芩。已有***流血者，并用胶艾汤，有时配杜仲、桑寄生二药；对胎火旺者，配用黄柏、知母。

2.肾气不固：治法：补肾固冲。方药：补肾固冲丸：菟丝子75g、续断30g、阿胶45g、鹿角霜30g、熟地45g、白术30g、杜仲30g、枸杞子30g、砂仁10g、当归身24g、巴戟天30g、大枣肉二十枚。共为细末炼蜜丸，每重10g。服法：每次1丸，日3次。月经来潮停药，两个月为一疗程。已受孕，可服补肾安胎饮加味

：党参12g、白术10g、杜仲12g、川断12g、狗脊12g、阿胶10g、艾叶炭10g、菟丝子10g、桑寄生10g、益智仁10g、补骨脂10g。自习惯性流产月份前两周开始服用，隔日1剂，连服过习惯流产月份。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com