



# 团 体 标 准

T/CACM 1636—2025

## 子痫前期中医诊疗指南

Guidelines for Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of preeclampsia

2025 - 02 - 13 发布

2025 - 02 - 13 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

## 目 次

前言 .....	II
引言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 病因病机 .....	2
5 诊断 .....	2
5.1 临床诊断要点 .....	2
5.2 证候要素诊断 .....	3
5.3 鉴别诊断 .....	3
6 治疗 .....	4
6.1 中医治疗原则 .....	4
6.2 临床问题 1（适用于治疗子痫前期脾虚证的方药包括哪些，疗效如何） .....	4
6.3 临床问题 2（适用于治疗子痫前期肾虚证的方药包括哪些，疗效如何） .....	4
6.4 临床问题 3（适用于治疗子痫前期气滞证的方药包括哪些，疗效如何） .....	4
6.5 临床问题 4（适用于治疗子痫前期肝肾阴虚证的方药包括哪些，疗效如何） .....	5
6.6 临床问题 5（适用于治疗子痫前期脾虚肝旺证的方剂包括哪些，疗效如何） .....	6
6.7 临床问题 6（非药物治疗治疗子痫前期疗效如何） .....	6
6.8 临床问题 7（中医疗法治疗子痫前期的安全性如何） .....	6
6.9 临床问题 8（子痫前期的早期预警信号包括什么） .....	7
6.10 临床问题 9（对于具有子痫前期危险因素的患者，预防监测措施包括哪些） .....	7
6.11 临床问题 10（子痫前期患者应如何管理孕期生活方式） .....	7
7 中医治疗子痫前期推荐用药汇总表 .....	8
8 中医诊疗流程图 .....	9
附录 A（资料性） 确定并构建临床问题 .....	10
附录 B（资料性） 证据概要表 .....	11
参考文献 .....	25

## 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020 《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由黑龙江中医药大学附属第一医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：黑龙江中医药大学附属第一医院、黑龙江中医药大学附属第二医院、徐州医科大学附属徐州妇幼保健院、浙江中医药大学附属杭州市中医院、南京中医药大学附属苏州市中医医院、上海中医药大学附属龙华医院、安徽中医药大学第一附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、山西中医药大学附属医院、浙江省中医药大学附属第三医院、唐山市中医医院、湖南中医药大学第一附属医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、哈尔滨医科大学附属第一医院、哈尔滨医科大学附属肿瘤医院、哈尔滨市道里区人民医院、深圳市宝安区妇幼保健院、中国中医科学院西苑医院。

本文件主要起草人：韩延华、朱小琳、张跃辉、朱锦明、章勤。

本文件参与起草人：许小凤、付金荣、李伟莉、丁丽仙、刘宏奇、陈学奇、韩亚光、刘丽、刘淑君、胥风华、匡洪影、沈文娟、乔江、刘兆兰、林静、张丹丹、刘天伯、董丽娜、郝凤霞、于津澜、刘格、辛雪艳、常惠、韩亚鹏、韩晗、韩梅、姜玥。

## 引 言

子痫前期 (Preeclampsia, PE) 是造成孕妇严重妊娠期合并症和不良妊娠结局的重要原因之一,常在孕 20 周后出现新发高血压和蛋白尿,或在无蛋白尿时合并血小板减少、肝肾功能不全等其他相关症状及体征<sup>[1]</sup>。流行病学数据表明,我国的子痫前期发生率为 2.28%,其中重度子痫前期占 68.10%,胎儿死胎率为 4.60%,低出生体质量新生儿发生率为 27.90%,不良妊娠结局发生率远高于正常孕妇<sup>[2]</sup>。PE 具有病情危急,进展迅速的特点,不仅给患者及其家庭带来严重的经济负担,而且严重威胁着患者的身心健康<sup>[3]</sup>。由于 PE 病因复杂多样且异质性强,已引起广大医务工作者的高度重视和广泛关注,故 PE 的规范性诊治已成为生殖健康领域亟待解决的重要问题。中医学对 PE 的认知有着悠久的历史,根据临床症状的不同,归属于“子肿”“子晕”等范畴,运用四诊合参,辨证论治,临床疗效较好,早期识别与防范能力较强。

本文件以中西医临床关键问题为导向,开展 PE 中医诊治的循证研究,遵循“循证为举,共识为主,经验为鉴”的原则,基于现有的最佳证据,经专家讨论,广泛征求中医妇科、中西医结合妇产科、西医妇产科及方法学专家意见后形成中医诊疗推荐意见,以保证指南的科学性、实用性、临床可操作性,指导临床医师规范化诊疗 PE,提高 PE 治疗的临床疗效,并重视 PE 的早期预警信息,防患于未然,预防重度子痫前期及子痫的发生,节约医疗卫生资源、缓解疾病负担,提高患者生活质量。

本文件制定受黑龙江中医药大学优秀青年学术带头人支持计划资金资助。

本文件制定项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明”,且已存档。本文件制定过程中“无利益冲突”,为此不会成为本文件制定的偏倚来源,无需进一步处理,已在正式工作开始前公开了利益声明和评价结果,即所有参与本文件制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

# 子痫前期中医诊疗指南

## 1 范围

本文件界定了子痫前期的术语和定义，提供了诊断、中医辨证、治疗、疗效评价和预防调摄等指导意见。

本文件适用于各级医疗机构的中医妇科、妇产科、中医科等相关科室临床医护人员对子痫前期患者的中医临床诊疗的指导。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657—2021 中医病证分类与代码

GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 16751.3—2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法

## 3 术语和定义

GB/T 15657—2021、GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021和GB/T 16751.3—2023下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**子痫前期** preeclampsia; PE

妊娠期特有的疾病，指妊娠 20 周后首次出现高血压，伴有蛋白尿或以下任何体征或症状：血小板减少，肝功能受损，肾功能不全，肺水肿，新发中枢神经系统异常，或视力障碍<sup>[4-6]</sup>。

注：中医学的子肿、子晕与本病类同，可互参。

### 3.2

**子肿** cyesedema

妊娠中晚期，孕妇肢体面目发生肿胀者<sup>[7]</sup>。依据肿胀部位、性质及程度不同，分别有“子气”“皱脚”“脆脚”等名称，如《医宗金鉴·妇科心法要诀》云：“头面遍身浮肿，小水短少者，属水气为病，名曰子肿；自膝至足肿，小水长者，属湿气为病，故名曰子气……但两脚肿而肤厚者，属湿，名曰皱脚；皮薄者，属水，名曰脆脚。”

### 3.3

#### 子晕 pregnancy vertigo

常发生在妊娠中晚期，以眩晕为主症。轻者，除血压升高外无明显自觉症状。重者，血压升高的同时伴有头晕目眩、面浮肢肿等症<sup>[7]</sup>。

注：亦称为子眩。

## 4 病因病机

PE 主要以脏腑虚损，阴血不足为本，风、火、湿、痰为标。中医认为，本病多因脾虚、肾虚或气滞，导致水湿痰聚发为子肿；素体阴虚，肝阳偏亢，或痰浊上扰，发为子晕；若子肿、子晕进一步发展，出现肝风内动，痰火上扰，发为子痫<sup>[7]</sup>。

脾虚：脾气素弱，或劳倦忧思，或过食生冷，脾阳受损，运化失职，水湿停滞，溢于四肢肌肤，发为子肿；水湿停聚，精血传输受阻；脾虚化源不足，营血亏虚；孕后阴血养胎，精血愈虚，肝失濡养，脾虚肝旺，发为子晕。

肾虚：素体肾虚，孕后阴血下聚养胎，有碍肾阳敷布，不能化气行水，且肾为胃之关，肾阳不布，则关门不利，聚水而从其类，水湿泛滥四肢、肌肤而为子肿；或素体肝肾阴虚，加之孕后血聚养胎，阴血益亏，肝失所养，肝阳上亢，上扰清窍，发为子晕。

气滞：素多抑郁，肝失疏泄，气机不畅，孕后胎体渐长，阻碍气机，升降失司，气滞湿郁，泛滥肌肤，遂致子肿；气滞湿停，痰浊中阻，清阳不升，则发为子晕。

PE 的西医发病机制尚未十分明确，目前认为可能与以下因素有关：①子宫螺旋小动脉重铸不足。②炎症免疫过度激活。③血管内皮细胞受损。④遗传因素。⑤营养缺乏。目前的理论认为 PE 的发病过程分为两个阶段。第一阶段是由滋养细胞的浅侵引起的，导致螺旋动脉重构不足，从而导致第二阶段，第二阶段涉及母体对内皮功能障碍的反应以及血管生成因子和抗血管生成因子之间的失衡，最终导致该病的发生<sup>[5,6]</sup>。

## 5 诊断

### 5.1 临床诊断要点

#### 5.1.1 病史

注意询问妊娠前有无高血压、肾病、糖尿病、系统性红斑狼疮、血栓性疾病等病史，有无妊娠期高血压疾病家族史，了解患者此次妊娠后高血压、蛋白尿、头痛、视力模糊、上腹疼痛、少尿、抽搐等症状出现的时间和严重程度<sup>[6]</sup>。

#### 5.1.2 临床表现

高血压：同一手臂至少 2 次测量，收缩压 $\geq 140$  mmHg 和（或）舒张压 $\geq 90$  mmHg 定义为高血压。

尿蛋白：尿蛋白 $\geq 0.3$  g/24 h，或随机尿蛋白（+）<sup>[6]</sup>。

#### 5.1.3 辅助检查

血常规；尿常规；肝功能；肾功能；尿酸；凝血功能；心电图；电子胎心监护；超声检查胎儿、胎盘和羊水等。视病情发展、诊治需要应酌情增加以下有关检查项目：眼底检查；超声等影像学检查肝、胆、胰、脾、肾等脏器；电解质；动脉血气分析；心脏彩超及心功能检查；脐动脉血流、子宫动脉等多普勒血流监测；头颅 CT 或磁共振检查；有条件的单位可检查自身免疫性疾病相关指标<sup>[6]</sup>。

#### 5.1.4 诊断标准

妊娠 20 周后出现收缩压 $\geq 140$  mmHg 和（或）舒张压 $\geq 90$  mmHg，伴有尿蛋白 $\geq 0.3$  g/24 h，或随机尿蛋白（+）

或虽无蛋白尿，但合并下列任何一项者：

血小板减少（血小板 $< 100 \times 10^9/L$ ）；

肝功能损害（血清转氨酶水平为正常值 2 倍以上）；

肾功能损害（血肌酐水平大于 1.1 mg/dL 或为正常值 2 倍以上）；

肺水肿；

新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍<sup>[6]</sup>。

#### 重度子痫前期

子痫前期伴有下面任何一种表现：

收缩压 $\geq 160$  mmHg，（或）舒张压 $\geq 110$  mmHg（卧床休息，两次测量间隔至少 4 h）；

尿蛋白 $\geq 5.0$  g/24 h，或随机尿蛋白（+++）；

血小板减少（血小板 $< 100 \times 10^9/L$ ）；

肝功能损害（血清转氨酶水平为正常值 2 倍以上），严重持续右上腹或上腹疼痛，不能用其他疾病解释，或二者均存在；

肾功能损害（血肌酐水平大于 1.1 mg/dL 或无其他肾脏疾病时肌酐浓度为正常值 2 倍以上）；

肺水肿；

新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍<sup>[6]</sup>。

#### 5.2 证候要素诊断

脾虚证：妊娠数月，面浮肢肿，甚则遍身俱肿，皮薄光亮，按之凹陷；脘腹胀满，气短懒言，口中淡腻，食欲不振，小便短少，大便溏薄；舌体胖嫩，边有齿痕，苔白润，脉沉缓。

肾阳虚证：妊娠数月，面浮肢肿，下肢尤甚，按之没指；头晕耳鸣，腰酸无力，下肢逆冷，心悸气短，小便不利，面色灰暗；舌淡，苔白润，脉沉迟。

气滞证：妊娠数月，肢体肿胀，始肿于足，渐及于腿，皮色不变，压痕不显；头晕胀痛，胸胁胀满，饮食减少；舌暗红，苔白滑或腻，脉弦或滑。

肝肾阴虚证：妊娠中晚期，头晕目眩，视物模糊；心中烦闷，颧赤唇红，口燥咽干，手足心热，甚则猝然昏倒；舌红，苔少，脉弦细数。

脾虚肝旺证：妊娠中晚期，头晕眼花；头胀而重，面浮肢肿，胸闷欲呕，胸胁胀满，纳差便溏；舌红，苔白腻，脉弦滑。

#### 5.3 鉴别诊断

除了病史、症状、体征及以上各项检查，诊断 PE 还应注意与慢性肾炎、隐匿型肾炎、妊娠合并慢性高血压、妊娠合并心脏病、营养不良性水肿、妊娠贫血、自身免疫性疾病、血栓性血小板减少性紫癜、滋养细胞疾病等多种疾病相鉴别。如产后病情不缓解，应注意是否有溶血性尿毒症综合征，注意子痫及后部可逆性脑病综合征与癫痫、其他原因的脑动脉缺血或梗死、颅内出血等情况的鉴别<sup>[1,6]</sup>。

## 6 治疗

### 6.1 中医治疗原则

子痫前期主要以脏腑虚损，阴血不足为本，风、火、湿、痰为标。因此在中医辨证论治的过程中以补其不足，泻其有余为主要治则，并注重“治病与安胎并举”的原则。若发为子肿，以肢体面目肿胀发生为主，治疗应利水化湿，脾虚者健脾利水，肾虚者温肾利水，气滞者理气化湿；若发为子晕，以眩晕为主症，则治以平肝潜阳，或佐以滋阴潜阳，或健脾利湿等法。妊娠高血压疾病进展迅速，在治疗子痫前期的过程中，以中医子肿、子晕为切入点，发挥中医既病防变的优势，在疾病早期进行防治，对于延缓病情的发展，防止其向产科危急重症子痫的转化有重要的意义<sup>[7]</sup>。

### 6.2 临床问题 1（适用于治疗子痫前期脾虚证的方药包括哪些，疗效如何）

治法：健脾除湿，行水消肿。

推荐用药：白术散（《全生指迷方》）（证据等级：IVa，强推荐）可有效治疗子痫前期脾虚证，基本用药：白术、茯苓、大腹皮、生姜皮、陈皮。

证据描述：2021 年全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医妇科学》子肿一病中关于脾虚证推荐方剂为白术散<sup>[7]</sup>。

### 6.3 临床问题 2（适用于治疗子痫前期肾阳虚证的方药包括哪些，疗效如何）

治法：补肾温阳，化气行水。

推荐用药：济生肾气丸（《济生方》）（证据等级：IVa，强推荐）可有效治疗子痫前期肾阳虚证，基本用药：熟地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、茯苓、泽泻、桂枝、附子、车前子、怀牛膝。

证据描述：2021 年全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医妇科学》子肿一病中关于肾阳虚证推荐方剂为济生肾气丸<sup>[7]</sup>。

### 6.4 临床问题 3（适用于治疗子痫前期气滞证的方药包括哪些，疗效如何）

治法：理气行滞，化湿消肿。

推荐用药：正气天香散加减（《证治准绳》）（证据等级：IVa，强推荐），基本用药：香附、陈皮、乌药、甘草、干姜、紫苏；若兼血瘀证者推荐丹参注射液结合西医常规治疗（请参照西医诊疗指南，下同）（证据级别：C，弱推荐）。以上两种中药均可有效治疗子痫前期气滞证。

证据描述：2021 年全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医妇科学》子肿一病中关于气滞证推荐方剂为正气天香散加减<sup>[7]</sup>。Meta 分析结果显示，丹参注射液结合西医常规治疗（包括：降压、解痉、镇静，临床根据患者病情单独或联合使用，下同）在降低子痫前期患者平均动脉压、尿蛋白水平方面优于西医常规治疗<sup>[8]</sup>（MD -11.40 [95%CI: -21.56, -1.24]， $P=0.03$ ；MD -264.40 [95%

CI: -281.43, -247.37],  $P < 0.000\ 01$ )。两组中医证候积分<sup>[9]</sup>、不良反应发生率<sup>[10]</sup>方面差异无统计学意义 (MD -1.38[95%CI: -3.44, 0.68],  $P = 0.19$ ; RR 0.38[95%CI: 0.11, 1.31],  $P = 0.12$ )。丹参注射液结合西医常规治疗在提升重度子痫前期患者治疗总有效率<sup>[10-12]</sup>、改善尿蛋白水平<sup>[13]</sup>方面优于西医常规治疗 (RR 1.17[95%CI: 1.09, 1.25],  $P < 0.000\ 01$ ; MD -1.59[95%CI: -2.95, -0.23],  $P = 0.02$ )，两组不良反应、妊娠并发症(胎心异常、新生儿窒息)及产后出血发生率差异无统计学意义<sup>[13]</sup> (RR 0.33[95%CI: 0.04, 2.94],  $P = 0.31$ ; RR 0.43[95%CI: 0.13, 1.43],  $P = 0.15$ ; RR 0.33[95%CI: 0.04, 2.94],  $P = 0.31$ )。丹参注射液在降低子痫前期患者舒张压、临床症状(头痛、上腹部不适、视觉异常、水肿)积分方面优于西医常规治疗<sup>[14]</sup> (MD -2.11[95%CI: -4.17, -0.05],  $P = 0.04$ ; MD -0.48[95%CI: -0.57, -0.39],  $P < 0.000\ 01$ )。在改善收缩压、尿蛋白水平、治疗总有效率、重度子痫及子痫发生率方面，丹参注射液与西医常规治疗疗效相当<sup>[14]</sup> (MD -1.79[95%CI: -5.04, 1.46],  $P = 0.28$ ; MD -8.78[95%CI: -19.59, 2.03],  $P = 0.11$ ; RR 1.05[95%CI: 0.95, 1.17],  $P = 0.36$ ; RR 0.36[95%CI: 0.12, 1.11],  $P = 0.08$ )。

#### 6.5 临床问题 4 (适用于治疗子痫前期肝肾阴虚证的方药包括哪些, 疗效如何)

治法: 滋阴补肾, 平肝潜阳

推荐用药: 杞菊地黄丸(《医级》)结合西医常规治疗(证据级别: C, 强推荐), 基本用药: 枸杞子、菊花、熟地黄、山茱萸、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻; 若病情发展进入重度子痫前期阶段, 偏肝阳上亢者推荐天麻钩藤饮(《杂病证治新义》)结合西医常规治疗(证据级别: C, 强推荐), 基本用药: 天麻、钩藤、栀子、黄芩、杜仲、生石决明、怀牛膝、桑寄生、夜交藤、茯神; 若肝经热盛导致热极生风者推荐羚角钩藤汤(《重订通俗伤寒论》)结合西医常规治疗(证据级别: C, 强推荐), 基本用药: 水牛角、钩藤、桑叶、菊花、贝母、竹茹、生地黄、白芍、茯神、甘草。以上三种中药均可有效治疗子痫前期肝肾阴虚证。

证据描述: 2021年全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医妇科学》子晕一病中关于阴虚肝旺证推荐方剂为杞菊地黄丸<sup>[7]</sup>。Meta分析结果显示, 杞菊地黄丸结合西医常规治疗在提高子痫前期患者临床总有效率方面优于西医常规治疗<sup>[15,16]</sup> (RR 1.34[95%CI: 1.16, 1.55],  $P < 0.000\ 01$ ), 降低收缩压、舒张压、中医证候积分方面优于西医常规治疗<sup>[15]</sup> (MD -11.78[95%CI: -15.74, -7.82],  $P < 0.000\ 01$ ; MD -10.35[95%CI: -12.00, -8.70],  $P < 0.000\ 01$ ; MD -0.68[95%CI: -0.83, -0.53],  $P < 0.000\ 01$ )。降低平均动脉压、改善尿蛋白水平、延长妊娠周数方面优于西医常规治疗<sup>[17]</sup> (MD -9.16[95%CI: -12.69, -5.63],  $P < 0.000\ 01$ ; MD -1.37[95%CI: -2.30, -0.44],  $P = 0.000\ 4$ ; MD 8.24[95%CI: 6.29, 10.19],  $P < 0.000\ 01$ )。两组妊娠并发症(胎盘早剥、胎儿窘迫、胎儿生长受限、羊水过少等)<sup>[15,17]</sup>、不良反应<sup>[15]</sup>及子痫发生率<sup>[17]</sup>差异无统计学意义 (RR 0.76[95%CI: 0.49, 1.18],  $P = 0.22$ ; RR 0.67[95%CI: 0.12, 3.80],  $P = 0.65$ ; RR 0.97[95%CI: 0.06, 15.05],  $P = 0.99$ )。杞菊地黄丸在提高子痫前期患者临床总有效率方面与口服地西洋片/硝苯地平缓释片疗效相当<sup>[18]</sup> (RR 1.09[95%CI: 0.95, 1.25],  $P = 0.24$ ), 且两组不良反应发生率差异无统计学意义<sup>[18]</sup> (RR 4.00[95%CI: 0.47, 34.24],  $P = 0.20$ )。

Meta分析结果显示天麻钩藤饮结合西医常规治疗在提高重度子痫前期患者临床总有效率<sup>[19-21]</sup>、降低尿蛋白<sup>[20]</sup>方面优于西医常规治疗 (RR 1.20[95%CI: 1.09, 1.32],  $P = 0.000\ 2$ ; MD 0.52[95%CI: 0.42, 0.62],  $P < 0.000\ 01$ ), 两组不良反应发生率<sup>[19,20]</sup>方面差异无统计学意义 (RR 1.50[95%

CI:0.44, 5.17],  $P=0.52$ )。

Meta 分析结果显示, 羚角钩藤汤结合西医常规治疗在改善重度子痫前期患者头晕头痛症状、延长妊娠周数方面优于西医常规治疗<sup>[22,23]</sup> (MD -0.53[95%CI:-0.61, -0.45],  $P<0.00001$ ; MD -1.77 [95%CI:-2.16, -1.38],  $P<0.00001$ )。降低收缩压、舒张压、妊娠并发症(胎盘早剥、低蛋白血症、胎儿窘迫)及产后出血发生率方面优于西医常规治疗<sup>[22]</sup> (MD -10.52[95%CI:-15.68, -5.36],  $P<0.00001$ ; MD -7.84[95%CI:-11.11, -4.57],  $P<0.00001$ ; RR 0.42[95%CI:0.22, 0.80],  $P=0.009$ ; RR 0.36[95%CI:0.14, 0.93],  $P=0.04$ )。提升临床总有效率、降低平均动脉压方面优于西医常规治疗<sup>[23]</sup> (RR 1.25[95%CI:1.04, 1.50],  $P=0.02$ ; MD -6.93[95%CI:-10.17, -3.69],  $P<0.00001$ )。在降低产后出血量方面两组差异无统计学意义<sup>[23]</sup> (MD 0.88[95%CI:-8.85, 10.61],  $P=0.86$ )。

#### 6.6 临床问题 5 (适用于治疗子痫前期脾虚肝旺证的方剂包括哪些, 疗效如何)

治法: 健脾利湿, 平肝潜阳。

推荐用药: 半夏白术天麻汤(《医学新悟》)结合西医常规治疗(证据等级: D, 强推荐)可有效治疗子痫前期脾虚肝旺证, 基本用药: 半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓、炙甘草、蔓荆子、生姜、大枣。

证据描述: 2021 年全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医妇科学》子晕一病中关于脾虚肝旺证推荐方剂为半夏白术天麻汤<sup>[7]</sup>。Meta 分析结果显示, 半夏白术天麻汤结合西医常规治疗在改善子痫前期患者收缩压、舒张压、尿蛋白水平方面优于西医常规治疗<sup>[24]</sup> (MD -17.48[95%CI:-21.12, -13.84],  $P<0.00001$ ; MD -11.13[95%CI:-13.24, -9.02],  $P<0.00001$ ; MD -1.09[95%CI:-1.54, -0.64],  $P<0.00001$ )。半夏白术天麻汤在提高子痫前期患者临床总有效率方面与口服地西洋片/硝苯地平缓释片疗效相当<sup>[18]</sup> (RR 1.09[95%CI:0.95, 1.25],  $P=0.24$ ), 两组不良反应发生率差异无统计学意义 (RR 4.00[95%CI:0.47, 34.24],  $P=0.21$ )。

#### 6.7 临床问题 6 (非药物治疗子痫前期疗效如何)

推荐方式: 穴位按摩结合西医常规治疗(证据等级: C, 强推荐)可有效治疗子痫前期, 按摩穴位: 天门穴、印堂穴、神庭穴、坎宫穴、太阳穴、攒竹穴、百会穴、风府穴、肩井穴、风池穴、安眠穴、内关穴、神门穴、三阴交穴。

操作手法频率: 采用推、按揉、点穴、点压、啄、拿捏按摩法等, 20 min/次~30 min/次, 日 1 次, 2 个月。

证据描述: Meta 分析结果显示<sup>[25,26]</sup>, 穴位按摩结合西医常规治疗在降低子痫前期患者收缩压、舒张压、睡眠质量指数疗效优于西医常规治疗 (MD -10.73[95%CI:-12.42, -9.03],  $P<0.00001$ ; MD -6.78[95%CI:-7.74, -5.82],  $P<0.00001$ ; MD -2.76[95%CI:-5.43, -0.08],  $P<0.00001$ )。穴位按摩结合西医常规治疗在提高子痫前期患者治疗满意度组间比较无统计学差异<sup>[26]</sup> (RR 1.13[95%CI:1.00, 1.28],  $P=0.05$ )。

#### 6.8 临床问题 7(中医疗法治疗子痫前期的安全性如何)

推荐意见: 中医疗法联合西医常规治疗 PE 安全性较好(专家共识度 100%)。

证据描述：7项RCT<sup>[8, 13-15, 18-20]</sup>提到了安全性结局，Meta分析结果显示相比于西医常规治疗，中药单独使用或中药联合西医常规治疗均未增加不良反应的发生率（RR 4.33[95%CI:0.46, 40.60]， $P=0.20$ ；RR 0.64[95%CI:0.30, 1.38]， $P=0.26$ ）。

### 6.9 临床问题 8(子痫前期的早期预警信号包括什么)

推荐意见：水肿、眩晕、头痛、耳鸣、视物不清伴血压处于正常高限（专家共识度 100%）。

证据描述：孕中晚期胎体渐大，盘踞中焦，易于阻滞气机，气迟血滞日久，以致津液不行常道，出现水肿；患者先天体质孱弱，加之后天孕产暗耗，或饮食损伤，可致脾虚，脾虚水湿不化泛溢肌肤，亦可导致水肿的发生。或聚湿生痰，上扰脑络，出现眩晕，严重者出现昏厥、抽搐等；孕妇肝肾阴血已弱于未孕时，因情志、内伤等因素耗伤加重，阳气偏亢于上，亦可出现血压升高、眩晕等症状；在孕期需着重关注头面四肢水肿的发生，子痫前期也有以眩晕耳鸣、视物不清为首表现者，若有头痛，每因烦劳或恼怒加剧，少寐多梦，咽干口燥，腰膝酸软等症状，应尽早进行血压的评估与干预<sup>[1, 7]</sup>。肥胖和巨大儿也应引起重视。西医认为子痫前期最早出现的微小临床症状是病理性水肿、体重过度增加、血压处于正常高限（收缩压为 131 mmHg~139 mmHg 和/或舒张压 81 mmHg~89 mmHg）、血压波动、胎儿生长受限趋势、血小板计数呈下降趋势（ $<100 \times 10^9/L$ ）及无原因的低蛋白血症等<sup>[1, 27]</sup>。因此，早期筛查和预警有助于保护孕妇和胎儿的生命健康。

### 6.10 临床问题 9(对于具有子痫前期危险因素的患者，预防监测措施包括哪些)

推荐意见：强健身体，调畅情志，小剂量阿司匹林、叶酸补充剂、维生素 D、钙剂、低分子肝素的适量补充有助于预防 PE 的发生。孕前咨询，优化母体健康状况，孕期监测有助于改善母儿结局（专家共识度 93.75%）。

证据描述：中医对于有危险因素的 PE 患者，通过适当锻炼，控制膳食热量摄入，优化母体的健康状况。通过健康宣教，加强自我监督，改变不良生活方式和行为习惯。保证充足睡眠，调畅情志是预防 PE 发生的关键。小剂量阿司匹林、叶酸补充剂、维生素 D、钙剂、低分子肝素的适量补充有助于预防 PE 的发生<sup>[28]</sup>。孕前咨询：评估 PE 再发的危险因素。优化母体健康情况：孕前体重指数、妊娠间隔、脑血管健康。孕期监测：早孕期：强调早孕超声核实孕周评估胎儿大小，全血计数、尿常规和生化检查等。中孕期：监测 PE 相关症状和体征，18 周~22 周超声进行胎儿结构筛查及子宫动脉多普勒检测。晚孕期：监测 PE 相关症状和体征，产前检查、助产士门诊和家庭血压监测，一旦出现相关病情，需进行：（1）实验室检查。（2）超声检测胎儿宫内生长情况和羊水情况。（3）脐动脉 S/D 比值或生物物理评分，严重者需住院。PE 再发者推荐住院评估病情，对于孕周 $<34$  周者需给予地塞米松促胎肺成熟，而 $\geq 34$  周者若病情进展，需充分考虑到胎盘早剥、死胎及母体发病可能，必要时需提前终止妊娠<sup>[28, 29]</sup>。FIGO 在 2019 版指南<sup>[5]</sup>中提出监测指标包括母体危险因素、平均动脉压(MAP)、子宫动脉搏动指数(UTPI)、胎盘生长因子(P1GF)以及血清妊娠相关蛋白 A (PAPP-A) 对于子痫前期的预测效能，并提出了一个相对完善的孕早期筛查方案以及免费的子痫前期风险评估网站，该指南提出一个可相对节约医疗成本的二阶段筛查方案：第一阶段在孕妇中广泛筛查母体风险因素以及 MAP，被视为中风险（约 30%）的孕妇则进入第二阶段筛查，即联合母体 P1GF 以及 UTPI 进行评估。

### 6.11 临床问题 10(子痫前期患者应如何管理孕期生活方式)

推荐意见：适度锻炼、合理饮食、控制体重（专家共识度 93.75%）。

妊娠后，指导妇女合理膳食与情志调摄，为孕妇营造和谐的人际关系，避免不良刺激，减轻心理负担，保持豁达、乐观的精神状态，消除不良情绪，增强战胜疾病的信心，具体做法采用中华医学会音像出版社出版的自我放松音乐，结合放松训练技术步骤，使患者全身放松 3 次~5 次，患者随语音提示进行想象心情愉悦的场景比如阳光、海岸、鸟语花香等，并强调患者按所学的放松方法，每天自行练习 2 次，每次不得少于 20 min<sup>[30,31]</sup>。此外，孕妇应进食富含蛋白质、维生素及铁、钙、镁、锌等微量元素的食物，多食新鲜蔬菜、水果，减少动物内脏及过量盐的摄入。

## 7 中医治疗子痫前期推荐用药汇总表

中医治疗子痫前期推荐用药汇总表见表 1。

表1 中医治疗子痫前期推荐用药汇总表

证型	推荐用药	主要疗效总结								
		总有效率	延长妊娠周数	降低重度子痫、子痫发生率	改善血压	改善尿蛋白	改善头晕症状	中医证候积分	妊娠并发症	不良反应
脾虚证	白术散 (1IVa)									
肾阳虚证	济生肾气丸 (1IVa)									
气滞证	正气天香散加减 (1IVa)									
	兼血瘀	丹参注射液结合西医常规治疗(2C)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
肝肾阴虚证		杞菊地黄丸结合西医常规治疗(1C)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
	重度偏肝阳上亢	天麻钩藤饮结合西医常规治疗(1C)	✓					✓		✓
	重度偏热极生风	羚角钩藤汤结合西医常规治疗(1C)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	

表1 中医治疗子痫前期推荐用药汇总表（续）

证型	推荐用药	主要疗效总结								
		总有效率	延长妊娠周数	降低重度子痫、子痫发生率	改善血压	改善尿蛋白	改善头晕症状	中医证候积分	妊娠并发症	不良反应
脾虚肝旺证	半夏白术天麻汤结合西医常规治疗（1D）	✓			✓	✓				✓

## 8 中医诊疗流程图

中医诊疗流程图见图 1。

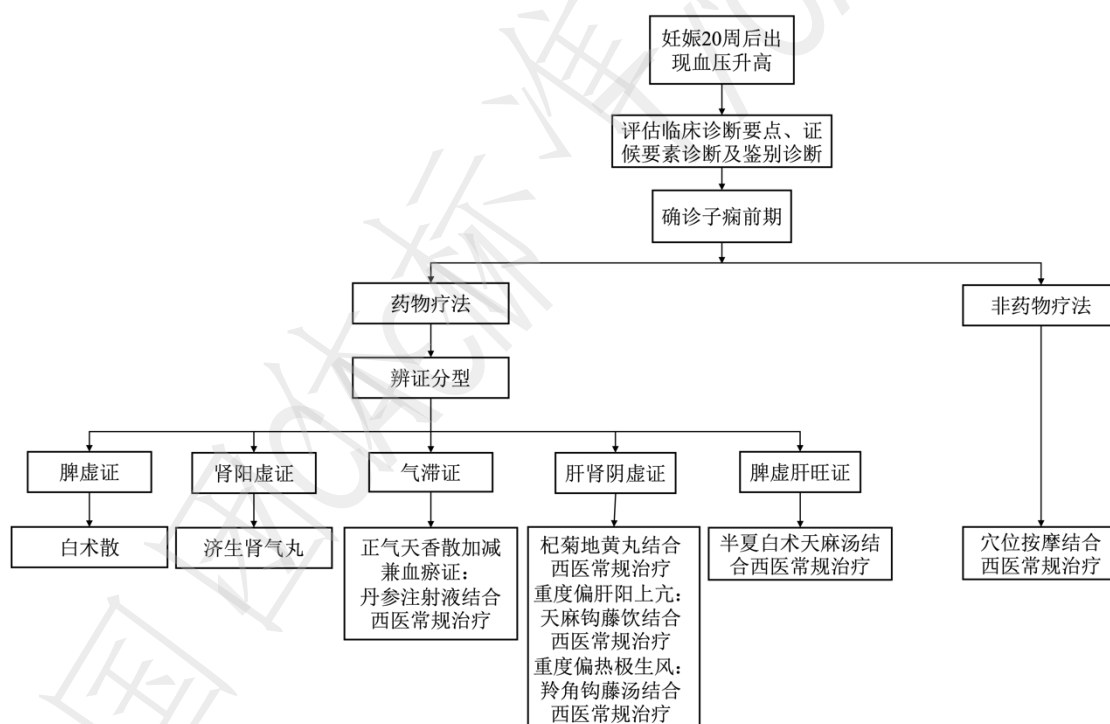


图 1 中医诊疗流程图

附录 A  
(资料性)  
确定并构建临床问题

本文件通过专家访谈、组内讨论及临床调研并经起草组专家共识最终形成以下临床问题：

- 1) 子痫前期的定义及中医病名？
- 2) 子痫前期的中医病因和西医发病机制？
- 3) 子痫前期的中西医诊断（西医疾病诊断、中医证候诊断）？
- 4) 子痫前期的鉴别诊断？
- 5) 子痫前期的中医治疗原则？
- 6) 适用于治疗子痫前期脾虚证的方剂包括哪些，疗效如何？
- 7) 适用于治疗子痫前期肾阳虚证的方剂包括哪些，疗效如何？
- 8) 适用于治疗子痫前期气滞证的方剂包括哪些，疗效如何？
- 9) 适用于治疗子痫前期肝肾阴虚证的方剂包括哪些，疗效如何？
- 10) 适用于治疗子痫前期脾虚肝旺证的方剂包括哪些，疗效如何？
- 11) 非药物治疗子痫前期疗效如何？
- 12) 中医疗法治疗子痫前期的安全性如何？
- 13) 子痫前期的早期预警信号包括什么？
- 14) 对于具有子痫前期危险因素的患者，预防监测措施包括哪些？
- 15) 子痫前期患者应如何管理孕期生活方式？

**附录 B**  
**(资料性)**  
**证据概要表**

丹参注射液证据概要表见表 B.1、杞菊地黄丸证据概要表见表 B.2、天麻钩藤饮证据概要表见表 B.3、羚角钩藤汤证据概要表见表 B.4、半夏白术天麻汤证据概要表见表 B.5、非药物疗法证据概要表见表 B.6。

**表 B.1 丹参注射液**

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗子痫前期平均动脉压如何	子痫前期患者	丹参注射液结合 西医常规治疗	西医常规治疗	平均动脉压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -11.40[95%CI:-21.56, -1.24]			
证据等级	D 级证据 (低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期平均动脉压更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗子痫前期尿蛋白水平如何	子痫前期患者	丹参注射液结合 西医常规治疗	西医常规治疗	尿蛋白水平
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -264.40[95%CI:-281.43, -247.37]			
证据等级	C 级证据 (低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期尿蛋白水平更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗子痫前期中医证候积分如何	子痫前期患者	丹参注射液结合 西医常规治疗	西医常规治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -1.38[95%CI:-3.44, 0.68]			
证据等级	C 级证据 (低)			

是否升级或降级	存在降级
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期中医证候积分无差异

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗子痫前期不良反应发生率如何	子痫前期患者	丹参注射液结合 西医常规治疗	西医常规治疗	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.38[95%CI:0.11, 1.31]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期不良反应发生率无差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗重度子痫前期临床有效率如何	重度子痫前期患者	丹参注射液结合 西医常规治疗	西医常规治疗	临床有效率
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.17[95%CI:1.09, 1.25]			
证据等级	C 级证据 (低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗重度子痫前期临床有效率更高			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗重度子痫前期尿蛋白水平如何	重度子痫前期患者	丹参注射液结合 西医常规治疗	西医常规治疗	尿蛋白水平
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -1.59[95%CI:-2.95, -0.23]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗重度子痫前期尿蛋白水平更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗重度子痫前期不良反应发生率如何	重度子痫前期患者	丹参注射液结合西医常规治疗	西医常规治疗	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.33[95%CI:0.04, 2.94]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗重度子痫前期不良反应发生率无差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗重度子痫前期并发症如何	重度子痫前期患者	丹参注射液结合西医常规治疗	西医常规治疗	并发症
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.43[95%CI:0.13, 1.43]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗重度子痫前期并发症无差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
丹参注射液治疗重度子痫前期产后出血率如何	重度子痫前期患者	丹参注射液结合西医常规治疗	西医常规治疗	产后出血率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.33[95%CI:0.04, 2.94]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液结合西医常规治疗较西医常规治疗重度子痫前期产后出血率无差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与西医常规治疗比较, 丹参注射液治疗子痫前期舒张压如何	子痫前期患者	丹参注射液	西医常规治疗	舒张压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -2.11[95%CI:-4.17, -0.05]			

证据等级	D 级证据（低）
是否升级或降级	存在降级
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚
结论	丹参注射液较西医常规治疗子痫前期舒张压更低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与西医常规治疗比较，丹参注射液治疗子痫前期临床症状积分如何	子痫前期患者	丹参注射液	西医常规治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -0.48 [95%CI: -0.57, -0.39]			
证据等级	C 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液较西医常规治疗子痫前期中医证候积分更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与西医常规治疗比较，丹参注射液治疗子痫前期收缩压如何	子痫前期患者	丹参注射液	西医常规治疗	收缩压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -1.79 [95%CI: -5.04, 1.46]			
证据等级	D 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液较西医常规治疗子痫前期收缩压无差异			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与西医常规治疗比较，丹参注射液治疗子痫前期尿蛋白水平如何	子痫前期患者	丹参注射液	西医常规治疗	尿蛋白水平
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -8.78 [95%CI: -19.59, 2.03]			
证据等级	C 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液较西医常规治疗子痫前期尿蛋白水平无差异			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与西医常规治疗比较，丹参注射液治疗子痫前期总有效率如何	子痫前期患者	丹参注射液	西医常规治疗	重度子痫前期/子痫发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			

效应值及可信区间	RR 1.05[95%CI:0.95, 1.17]
证据等级	D 级证据（低）
是否升级或降级	存在降级
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚
结论	丹参注射液较西医常规治疗子痫前期总有效率无差异

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与西医常规治疗比较，丹参注射液治疗子痫前期后重度子痫前期/子痫发生率如何	子痫前期患者	丹参注射液	西医常规治疗	重度子痫前期/子痫发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.36[95%CI:0.12, 1.11]			
证据等级	D 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	丹参注射液较西医常规治疗子痫前期后重度子痫前期/子痫发生率无差异			

表 B.2 杞菊地黄丸

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者临床有效率如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	临床有效率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.34[95%CI:1.16, 1.55]			
证据等级	C 级证据（低级）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期临床有效率更高			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者收缩压如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	收缩压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -11.78[95%CI:-15.74, -7.82]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期收缩压更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者舒张压如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加 减结合西医常 规治疗	西医常规治疗	舒张压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -10.35[95%CI:-12.00, -8.70]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期舒张压更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者中医证候积分如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加 减结合西医常 规治疗	西医常规治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -0.68[95%CI:-0.83, -0.53]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期中医证候积分更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者平均动脉压如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加 减结合西医常 规治疗	西医常规治疗	平均动脉压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -9.16[95%CI:-12.69, -5.63]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期平均动脉压更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者尿蛋白水平如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加 减结合西医常	西医常规治疗	尿蛋白水平

		规治疗		
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -1.37[95%CI:-2.30, -0.44]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期尿蛋白水平更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者妊娠周数如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	妊娠周数
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD 8.24[95%CI:6.29, 10.19]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期妊娠周数更长			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者并发症发生率如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	并发症发生率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.76[95%CI:0.49, 1.18]			
证据等级	C 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期并发症发生率无差异			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者不良反应发生率如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.67[95%CI:0.12, 3.80]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			

升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期不良反应发生率无差异

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
杞菊地黄丸治疗子痫前期患者子痫发生率如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	子痫发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD 0.97 [95%CI:0.06, 15.05]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期子痫发生率无差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与地西洋片比较, 杞菊地黄丸治疗子痫前期患者临床有效率如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减	地西洋片	临床有效率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.09 [95%CI:0.95, 1.25]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸较地西洋片治疗子痫前期临床有效率无差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与地西洋片比较, 杞菊地黄丸治疗子痫前期患者不良反应发生率如何	子痫前期患者	杞菊地黄丸加减	地西洋片	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 4.00 [95%CI:0.47, 34.24]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	杞菊地黄丸较地西洋片治疗子痫前期的不良反应发生率无差异			

表 B.3 天麻钩藤饮

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
天麻钩藤饮治疗子痫前期患者临床有效率如何	子痫前期患者	天麻钩藤饮结合 西医常规治疗	西医常规治疗	临床有效率
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.20[95%CI:1.09, 1.32]			
证据等级	C 级证据 (低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	天麻钩藤饮结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期的临床有效率更高			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
天麻钩藤饮治疗子痫前期尿蛋白水平如何	子痫前期患者	天麻钩藤饮结合 西医常规治疗	西医常规治疗	尿蛋白水平
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD 0.52[95%CI:0.42, 0.62]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	天麻钩藤饮结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期的尿蛋白水平更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
天麻钩藤饮治疗子痫前期患者不良反应发生率如何	子痫前期患者	天麻钩藤饮结合 西医常规治疗	西医常规治疗	不良反应发生率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.50[95%CI:0.44, 5.17]			
证据等级	C 级证据 (低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	天麻钩藤饮结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期的不良反应发生率无差异			

表 B.4 羚角钩藤汤

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
羚角钩藤汤治疗子痫前期患者头晕症状如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤加减结 合西医常规治疗	西医常规治疗	头晕症状
研究类型及数量	2 个 RCT			

效应值及可信区间	MD -0.53 [95%CI:-0.61, -0.45]
证据等级	C 级证据 (低)
是否升级或降级	存在降级
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚
结论	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期头晕症状积分更低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
羚角钩藤汤治疗子痫前期患者妊娠周数如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	妊娠周数
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -1.77 [95%CI:-2.16, -1.38]			
证据等级	C 级证据 (低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	羚角钩藤汤结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期妊娠周数更长			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
羚角钩藤汤治疗子痫前期收缩压如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤结合西医常规治疗	西医常规治疗	收缩压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -10.52[95%CI:-15.68, -5.36]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	羚角钩藤汤结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期收缩压更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
羚角钩藤汤治疗子痫前期舒张压如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤结合西医常规治疗	西医常规治疗	舒张压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -7.84[95%CI:-11.11, -4.57]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	羚角钩藤汤结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期舒张压更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

羚角钩藤汤治疗子痫前期患者并发症发生率如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	并发症发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.42[95%CI:0.22, 0.80]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期并发症发生率更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
羚角钩藤汤治疗子痫前期患者产后出血率如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	产后出血率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 0.36[95%CI:0.14, 0.93]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期产后出血率更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
羚角钩藤汤治疗子痫前期患者临床有效率如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	临床有效率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.25[95%CI:1.04, 1.50]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期临床有效率更高			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
羚角钩藤汤治疗子痫前期患者平均动脉压如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	平均动脉压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -6.93[95%CI:-10.17, -3.69]			

证据等级	D 级证据（极低）
是否升级或降级	存在降级
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚
结论	羚角钩藤汤结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期平均动脉压更低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
羚角钩藤汤治疗子痫前期患者产后出血量如何	子痫前期患者	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	产后出血量
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD 0.88[95%CI:-8.85, 10.61]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	羚角钩藤汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期产后出血量无差异			

表 B.5 半夏白术天麻汤

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
半夏白术天麻汤治疗子痫前期患者收缩压如何	子痫前期患者	半夏白术天麻汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	收缩压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -17.48[95%CI:-21.12, -13.84]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	半夏白术天麻汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期收缩压更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
半夏白术天麻汤治疗子痫前期患者舒张压如何	子痫前期患者	半夏白术天麻汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	舒张压
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -11.13[95%CI:-13.24, -9.02]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	半夏白术天麻汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期舒张压更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
半夏白术天麻汤治疗子痫前期患者尿蛋白水平如何	子痫前期患者	半夏白术天麻汤加减结合西医常规治疗	西医常规治疗	尿蛋白水平
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -1.09[95%CI:-1.54, -0.64]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	半夏白术天麻汤加减结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期尿蛋白水平更低			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与地西泮片/硝苯地平缓释片比较, 半夏白术天麻汤治疗子痫前期患者临床有效率如何	子痫前期患者	半夏白术天麻汤加减	地西泮片/硝苯地平缓释片	临床有效率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.09[95%CI:0.95, 1.25]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	半夏白术天麻汤较地西泮片/硝苯地平缓释片治疗子痫前期临床有效率无差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与地西泮片/硝苯地平缓释片比较, 半夏白术天麻汤治疗子痫前期患者不良反应发生率如何	子痫前期患者	半夏白术天麻汤加减	地西泮片/硝苯地平缓释片	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 4.00[95%CI:0.47, 34.24]			
证据等级	D 级证据 (极低)			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	半夏白术天麻汤较地西泮片/硝苯地平缓释片治疗子痫前期不良反应发生率无差异			

表 B.6 非药物治疗法

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

非药物治疗治疗子痫前期收缩压如何	子痫前期患者	穴位按摩结合 西医常规治疗	西医常规治疗	收缩压
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -10.73[95%CI:-12.42, -9.03]			
证据等级	C 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	穴位按摩结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期收缩压更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
非药物治疗治疗子痫前期舒张压如何	子痫前期患者	穴位按摩结合 西医常规治疗	西医常规治疗	舒张压
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -6.78[95%CI:-7.74, -5.82]			
证据等级	C 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	穴位按摩结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期舒张压更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
非药物治疗治疗子痫前期患者睡眠质量指数如何	子痫前期患者	穴位按摩结合 西医常规治疗	西医常规治疗	睡眠质量指数
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	MD -2.76[95%CI:-5.43, -0.08]			
证据等级	C 级证据（低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、怀疑存在发表偏倚			
结论	穴位按摩结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期睡眠质量指数更低			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
非药物治疗治疗子痫前期患者满意度如何	子痫前期患者	穴位按摩结合 西医常规治疗	西医常规治疗	满意度
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR 1.13[95%CI:1.00, 1.28]			
证据等级	D 级证据（极低）			
是否升级或降级	存在降级			
升级或降级因素	原始研究在盲法、分配隐藏存在缺陷、纳入研究样本量较小、怀疑存在发表偏倚			
结论	穴位按摩结合西医常规治疗较西医常规治疗子痫前期满意度无差异			

## 参 考 文 献

- [1] 中华医学会妇产科学分会妊娠期高血压疾病学组. 妊娠期高血压疾病诊治指南(2020)[J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(04):227-238.
- [2] Yang Y, Le Ray I, Zhu J, et al. Preeclampsia Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes in Sweden and China[J]. JAMA Netw Open, 2021, 4(5): e218401.
- [3] Roberts JM. Preeclampsia epidemiology (ies) and pathophysiology (ies) [J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2024;94:102480.
- [4] US Preventive Services Task Force. Screening for Hypertensive Disorders of Pregnancy: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement[J]. JAMA, 2023(330)11: 1074-1082.
- [5] Poon LC, Shennan A, Hyett JA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2019, 145 Suppl 1(Suppl 1):1-33.
- [6] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [7] 冯晓玲, 张婷婷. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [8] 朱一麟, 周萍, 高雪梅. 复方丹参注射液联合硫酸镁治疗早发型子痫前期血瘀证的临床观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(08):1037-1039.
- [9] 高珊. 丹参注射液治疗子痫前期(血瘀证)的临床与实验研究[D]. 北京中医药大学, 2008.
- [10] Zhou Y, Wang J, Wang L, Tang J, Zhang C. Effect of Compound Danshen Injection Combined with Magnesium Sulfate on Oxidative Stress, TNF- $\alpha$ , NO, and Therapeutic Efficacy in Severe Preeclampsia. Comput Intell Neurosci. 2022;2022:9789066.
- [11] 刘义环. 中西医结合治疗妊娠高血压早发型重度子痫前期临床效果分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(08):73.
- [12] Yang K, Dong G, Tian Y, Li J. Effects of compound Danshen injection combined with magnesium sulfate on serum MPO and hs-CRP in patients with severe preeclampsia. Exp Ther Med. 2018;16(1):167-170.
- [13] 王玉双, 文亚南, 司亚茹. 复方丹参注射液治疗重度妊娠期高血压疾病的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(11):1400-1402.
- [14] 马银瑶, 严思萍, 覃光地, 等. 丹参注射液治疗轻度子痫前期的临床研究[J]. 广西中医药, 2012(01), 12-14.
- [15] 谢宁, 李红岩, 韩晓云. 加减杞菊地黄汤联合西药治疗子痫前期疗效及对患者外周血 sFlt1/PlGF 和妊娠结局的影响[J]. 陕西中医, 2021, 42(09):1189-1192.
- [16] 林红华. 中西医结合治疗轻度子痫前期 60 例[J]. 光明中医, 2013, 28(11):2362-2363.
- [17] 郭瑞新, 胥文萍, 刘以欣. 自拟中药联合西药治疗早发型重度子痫前期的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2015, 24 (07): 1283-1285+1313.

- [18] 成丹. 子痫前期的中西医治疗[J]. 湖北文理学院学报, 2014, 35(08):83-85.
- [19] 赵亚宁, 曹静, 杨静. 天麻钩藤饮加减对重度子痫前期患者微炎症状态、凝血功能及肾功能影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(04): 35-38.
- [20] 金美媛, 郑能能, 熊智慧. 中西医结合治疗重度子痫前期与子痫型妊娠期高血压的临床分析[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(04): 949-951.
- [21] 成静. 补气活血滋阴汤对子痫前期患者血清胱抑素 C 及尿微量白蛋白水平的影响 [J]. 四川中医, 2018, 36 (11): 158-160.
- [22] 庞桂珍. 羚角钩藤汤对早发型重度子痫前期孕妇母婴结局及子代预后的影响分析[J]. 四川中医, 2018, 36(11):154-156.
- [23] 杨学芳, 王爱蓉, 陈庆昭. 滋阴平肝法对子痫前期孕妇血脂水平及妊娠结局的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(05):1115-1118.
- [24] 雷娜. 中西医结合治疗重度子痫前期临床观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(23):86-87.
- [25] 党婷. 观察穴位按摩对子痫前期患者睡眠及血压控制的临床影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10(03):491-493.
- [26] 韩秀红, 赵作华, 邱忠君. 穴位按摩对子痫前期患者睡眠及血压控制的临床疗效[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(11):2640-2643.
- [27] 顾蔚蓉, 李笑天. 子痫前期的预测和预警 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(11):1087-1092.
- [28] 贺晶, 梁琤. 子痫前期再发的防范[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(05):503-508.
- [29] 张亚光, 刘琴, 谢燕丽, 等. 妊娠期高血压患者再次妊娠发生子痫前期的危险因素分析[J]. 大连医科大学学报, 2023, 45(05):427-430+438.
- [30] 马安莉, 柴春英. 健康教育结合中医情志护理在妊娠期高血压疾病护理教学中的应用[J]. 环球中医药, 2014, 7(S2):80-81.
- [31] 张远. 放松训练结合情志疗法对妊娠高血压疾病的影响 [J]. 中国民族民间医药, 2010, 19(23):103.
-