

妇产科

医嘱速查手册

谢玲 陈美玲 林元 主编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

妇产科

医隔速查手册

主编 陈瑞奇 林凤中 主审

© 2013 年 12 月第 1 版

妇产科

医嘱速查手册



化学工业出版社

生物·医药出版分社

·北京·

医嘱是治疗方案的体现。医嘱可以反映临床医师处理疾病的能力和水平。低年资妇产科医师因临床经验和知识掌握不足,开医嘱时往往会遇到各种困难和问题。本书列出妇产科常见疾病的医嘱及特殊情况下(化疗、放疗、手术治疗)的医嘱,并采用注的形式对医嘱中重要检查、治疗及注意事项、其他可选方案等内容进行详细讲解,可以帮助低年资医师快速提升开医嘱能力和水平。病种全面,单病种包括分期、分型、并发症、合并症的医嘱内容丰富,还介绍了常规检查、特殊检查、常规治疗、替代方案及其他可选药物。

本书适合低年资妇产科医师、实习生及全科医师阅读、参考。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科医嘱速查手册/谢玲,陈美玲,林元主编.
北京:化学工业出版社,2010.5
ISBN 978-7-122-07766-0

I. 妇… II. ①谢…②陈…③林… III. 妇产科
病-医嘱-手册 IV. R710.5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第024318号

责任编辑:赵兰江 戴小玲 装帧设计:关飞
责任校对:宋玮

出版发行:化学工业出版社 生物·医药出版分社
(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)
印 装:大厂聚鑫印刷有限责任公司
787mm×1092mm 1/32 印张7 $\frac{3}{4}$ 字数205千字
2010年5月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686)
售后服务:010-64518899
网 址: <http://www.cip.com.cn>
凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价:19.00元

版权所有 违者必究

编著者名单

主 编 谢 玲 陈美玲 林 元

编 者 (以姓氏笔画为序)

王秀萍 方留焰 叶子平

叶健文 汪 萍 陈美玲

林 元 黄 勉 谢 玲

前 言

妇产科学是一门实践性、经验性很强的学科，医嘱的规范化是正确诊疗的体现，是妇产科临床医师提高医疗质量，确保医疗安全，履行其救死扶伤责任的需要。

医嘱既是医师做出临床处理的基本依据，又是医院进行医疗质量检查和监督的客观标准，也是评估临床科室管理水平、医疗水平和评估临床医师业务能力、敬业精神的尺度，而严格的医嘱制度则是执行规范化诊断和治疗的基本保证。

正确、及时的医嘱是保证和提高医疗质量的基础，也是当前保障医疗安全、避免医疗纠纷的重要环节。

医嘱包括门诊医嘱、长期医嘱、临时医嘱，手术医嘱中的术前医嘱根据临床习惯和一般医嘱融于一起，术后医嘱则单列为术后长期医嘱和术后短期医嘱。对一些不必住院治疗的疾病，本书以门诊医嘱的形式列出。每一疾病均有圈注及详细注释，详细说明治疗方案的选择、禁忌证、适应证，所用药物的具体剂量，以供临床医师具体选用。

具体内容包括对病人的护理，治疗药物及其计量、用法，必要的诊断检查项目，以及术前准备、术后处理等。

年轻的妇产科医师尤其是基层医院的专科医师在开医嘱时有时会感到棘手，迫切需要一本妇产科医嘱方面的工具书。我们邀请了一些有着多年临床实践经验的妇产科专家，在参阅了大量相关文献后，结合自己丰富的临床经验和科研成果，编写了本书。书中所介绍的相关医嘱均为编者所在医院和其他大医院长期应用、疗效可

靠，有些为国内外学者所公认的医嘱和处理准则，反映了近年来的研究成果和新进展，力求在内容的先进性和可操作性方面形成特色。

本书力求贴近临床工作，充分反映最新诊疗观点，对既往同类书籍中已逐渐淘汰的一些治疗方案和药物作了更新，可供年轻的妇产科医师、基层医务工作者临床工作时参考，以启迪诊疗思路。但是疾病的临床表现千变万化，甚至险象环生、危机四伏，医生开医嘱时切不可生搬硬套，要密切结合病人的具体情况，因人而异，遵循个体化原则，合理开具医嘱，并根据病情的发展变化不断地修改、完善诊疗方案。希望这本书的出版能给广大同道以帮助和借鉴。

由于编者的水平有限，本书内容不可能涵盖妇产科所有疾病，可能存在某些不足，恳切期望广大读者批评指正。

林 元

2010年1月

目 录

第一章 产科

/1

一、正常分娩和正常产褥	1
(一) 正常分娩	1
(二) 正常产褥	4
二、异位妊娠	6
(一) 非手术治疗	6
(二) 异位妊娠(输卵管妊娠)手术治疗	8
三、异常产褥	11
(一) 产后急性乳腺炎	11
(二) 产后子宫复旧不良	12
(三) 产褥感染	13
(四) 晚期产后出血	15
(五) 产褥期抑郁症	17
(六) 产褥中暑	17
四、妊娠并发症	19
(一) 流产感染	19
(二) 先兆流产	20
(三) 难免流产及不全流产	20
(四) 稽留流产	21
(五) 习惯性流产	21
(六) 多胎妊娠	22
(七) 过期妊娠	24
(八) 前置胎盘期待疗法	28
(九) 前置胎盘手术疗法	29
(十) 妊娠剧吐	30

13	(十一) 妊娠高血压综合征、子痫前期	
60	(轻、重)	31
53	(十二) 子痫	33
46	(十三) 胎盘早剥	35
26	(十四) 早产	36
63	(十五) 死胎	39
77	(十六) 羊水过多	40
41	(十七) 羊水过少	41
83	(十八) 胎儿宫内窘迫	42
67	(十九) 胎儿宫内生长受限 (FGR)	43
15	(二十) 胎膜早破	45
17	(二十一) 母子血型不合	46
55	(二十二) 妊娠期肝内胆汁淤积症 (ICP)	47
65	五、妊娠合并症	49
47	(一) 妊娠合并心脏病	49
96	(二) 妊娠合并原发性高血压	50
16	(三) 妊娠合并期前收缩	51
32	(四) 妊娠合并室性心动过速	52
89	(五) 妊娠合并贫血	52
18	(六) 妊娠合并血小板减少症 [特发性血小板减少 性紫癜 (ITP)]	53
98	(七) 妊娠合并糖尿病	54
22	(八) 妊娠合并甲状腺功能亢进症 (甲亢)	56
38	(九) 妊娠合并甲状腺功能减退症	57
92	(十) 妊娠合并肺结核	57
80	(十一) 妊娠合并支气管哮喘	58
60	(十二) 妊娠合并肺炎	59
80	(十三) 妊娠合并慢性肾炎	60
60	(十四) 妊娠合并急性肾盂肾炎	61

(十五) 妊娠合并急性病毒性肝炎	61
(十六) 妊娠合并胆囊炎、胆石症	63
(十七) 妊娠合并急性胰腺炎	63
(十八) 妊娠合并阑尾炎	64
六、分娩并发症	65
(一) 产力异常 (宫缩乏力)	65
(二) 产力异常 (宫缩过强)	67
(三) 产道异常	68
(四) 胎儿及胎位异常	69
(五) 子宫破裂	70
(六) 羊水栓塞	71
(七) 产后出血	74
(八) 产科休克	77
七、产科手术	79
(一) 人工破膜术	79
(二) 会阴切开缝合术	80
(三) 宫颈裂伤修补术	81
(四) 胎头吸引术	82
(五) 产钳术	83
(六) 臀位助产术	84
(七) 剖宫产术	86
八、新生儿疾病	88
(一) 新生儿窒息 (轻度) (以体重 3kg 为例)	88
(二) 新生儿窒息 (重度) (以体重 3kg 为例)	89
(三) 早产儿	92
(四) 低体重儿	93
(五) 巨大胎儿	93
(六) 新生儿颅内出血	94

(七) 新生儿吸入性肺炎	95
九、产前咨询、筛查与产前诊断	96

第二章 妇科

/99

一、生殖道炎症	99
(一) 滴虫阴道炎	99
(二) 外阴阴道假丝酵母菌病 (VVC)	100
(三) 细菌性阴道病	101
(四) 老年性阴道炎	102
(五) 宫颈炎	103
(六) 急性盆腔炎症性疾病 (PID)	105
(七) 生殖器结核	110
二、性传播疾病	111
(一) 淋病	111
(二) 尖锐湿疣	112
(三) 生殖道衣原体、支原体感染	113
(四) 生殖器疱疹	114
(五) 早期梅毒	115
(六) 晚期梅毒及二期复发梅毒	116
(七) 心血管梅毒	117
(八) 神经梅毒	118
(九) 妊娠梅毒	118
三、外阴肿瘤	119
(一) 手术治疗	119
(二) 化疗方案	121
四、子宫颈肿瘤	124
(一) 手术治疗	124
(二) 放疗方案	126

(三) 化疗方案	130
五、子宫肌瘤	132
六、子宫内膜不典型增生、子宫内膜癌	135
(一) 手术治疗	135
(二) 放疗方案	138
(三) 化疗方案	140
七、子宫肉瘤	141
(一) 手术治疗	141
(二) 化疗方案	143
八、输卵管肿瘤(输卵管良性肿瘤、原发性 输卵管癌)	144
九、卵巢瘤样病变、卵巢良性肿瘤	147
十、卵巢恶性肿瘤	149
(一) 手术治疗	149
(二) 早期卵巢上皮性恶性肿瘤的化疗方案	151
(三) 晚期卵巢上皮恶性肿瘤的化疗方案	152
(四) 卵巢生殖细胞恶性肿瘤的化疗方案	155
十一、葡萄胎	156
(一) 手术治疗	156
(二) 预防性化疗方案	158
十二、侵蚀性葡萄胎、绒毛膜癌	159
(一) 化疗方案	159
(二) 手术治疗	162
十三、胎盘部位滋养细胞肿瘤(PSTT)	164
十四、子宫内膜异位症	166
手术治疗	166
十五、无排卵型功能失调性子宫出血	169
(一) 青春期	169

105	(二) 育龄期	172
105	(三) 围绝经期	173
105	十六、排卵型功能失调性子宫出血	175
105	(一) 黄体功能不足	175
105	(二) 子宫内膜脱落不全	176
105	十七、闭经	178
105	(一) 原发性闭经	178
105	(二) 继发性闭经	179
105	十八、多囊卵巢综合征	180
105	十九、卵巢过度刺激综合征 (OHSS)	181
	二十、绝经期综合征	183
	二十一、高催乳素血症	184
	二十二、女性生殖器官损伤	185
	(一) 外阴及阴道损伤	185
	(二) 会阴陈旧性Ⅲ度裂伤	186
	(三) 尿瘘、粪瘘	188
	(四) 子宫脱垂 (阴道前、后壁膨出)	189
	二十三、女性生殖器官发育异常	191
	(一) 处女膜闭锁	191
	(二) 阴道横膈、阴道纵膈	192
	(三) 先天性无子宫、无阴道	193
	(四) 性分化异常	194
	(五) 子宫纵膈畸形	195
	二十四、不孕症	196

第三章 计划生育

/199

一、经腹输卵管绝育术	199
二、腹腔镜绝育术	200

三、输卵管吻合术	201
四、中期妊娠药物引产术	202
五、中期妊娠依沙吖啶(利凡诺)引产术	204
六、中期妊娠水囊引产术	205
七、中期妊娠剖宫取胎术	206
八、内镜技术	207
(一)腹腔镜检查与治疗	207
(二)宫腔镜检查、治疗术	211
(三)热球子宫内膜去除术	214
(四)经阴道注水腹腔镜手术	215

附录 A 产科数值	/218
------------------------	-------------

附录 B 常用药物妊娠风险等级分类表	/223
---------------------------------	-------------

附录 C 妇产科常用检查项目及参考值	/224
---------------------------------	-------------

附录 D 处方常用外文缩略词表	/234
------------------------------	-------------

参考文献	/235
-------------------	-------------

一、正常分娩和正常产褥

(一) 正常分娩

产前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
产科护理常规	血常规、尿常规、粪常规
一级护理	凝血酶原时间(PT)
产科普通饮食	部分活化凝血活酶时间(APTT)
听胎心(q15~60min) ^①	会阴部备皮
肛门检查(q4h 或酌情)	胎心电子监护 ^②
	B超检查胎儿、胎盘、羊水情况
	产程图 ^③
	灌肠 ^④
	阴道检查 ^⑤
	会阴消毒、铺产包准备接生 ^⑥

① 第一产程听胎心至少每 1h 一次，注意宫缩前后的变化，有高危因素者增加次数。于第二产程每 15min 听胎心一次或连续监护胎心。

② 胎心电子监护各个指标及其意义等内容。

a. 心动过速：指胎心率 >160 次/分，并历时 10min。

b. 心动过缓：指胎心率 <120 次/分，并历时 10min。

c. 胎心率的变异范围：指胎心率有一定波动，正常波动范围为 10~25 次/分。

d. 胎心率的变异频率：指胎心率在 1min 内波动的次数，正常为 ≥ 6 次。

e. 一过性胎心率加速：指子宫收缩后胎心率基线暂时增加 15 次/分以上，持续 15s 以上，是胎儿良好的表现。

f. 一过性胎心率减速：早期减速特点是于子宫收缩的同时出现胎心率基线下降幅度 < 50 次/分，子宫收缩后迅即恢复正常，时间短，恢复快，为宫缩时抬头受压的表现。变异减速的特点是胎心率减慢与宫缩无恒定关系，下降迅速且幅度 > 70 次/分，时间长短不一，但恢复迅速。一般认为是宫缩时脐带受压兴奋迷走神经引起的表现。晚期减速的特点为宫缩开始一段时间后，出现胎心率下降，幅度 < 50 次/分，下降缓慢、持续时间长、恢复缓慢，一般认为是胎儿缺氧的表现。

③ 从正式临产宫口开大 2cm 时开始描记，标出宫口扩张及胎头下降的曲线。将每次检查的胎心率、血压、宫缩（间隔、持续时间及强弱）、特殊情况和处理，以及检查时间写在相应的记录单内，并签名。如产程进展异常需寻找原因，做出相应的处理和记录。

④ 初产妇宫口扩张 < 4 cm、经产妇宫口扩张 < 2 cm 无禁忌证时，可用温肥皂水灌肠，既能清除粪便以免分娩时污染，又可反射性刺激宫缩，加快产程进展。胎膜早破、胎头高浮、胎位异常、有剖宫产史且宫缩强估计于 1h 内分娩者、严重心脏病及重度子痫前期时，不宜灌肠。

⑤ 阴道检查可直接触清宫口扩张程度及胎先露部，若先露为头，还能了解矢状缝及囟门，确定胎方位，适用于肛查不清、宫口扩张及胎头下降程度不明、疑有脐带先露或脐带脱垂、轻度头盆不称经试产 4h 产程进展缓慢者。阴道检查应严密消毒后进行，应注意尽量避免接触肛周和减少手指进出次数。若能做到严格消毒，阴道检查可取代肛门检查。

⑥ 当初产妇宫口开全、经产妇宫口扩张 4cm 且宫缩规律有力时应将产妇送至分娩室，做好接产准备工作。让产妇仰卧于产床，两腿屈曲分开露出外阴部，在臀下放便盆或塑料布，用消毒纱球蘸

肥皂水擦洗外阴部然后用温开水冲掉肥皂水。用消毒干纱球盖住阴道口，防止冲洗液流入阴道。最后以 0.1% 苯扎溴铵或聚维酮碘涂擦消毒，取下阴道口纱球和臀下便盆或塑料布，铺消毒巾于臀下，接产者准备接产。

注：1. 产程观察应细致，检查结果应及时记录，发现异常情况应及早处理。头位分娩多采用产程图，绘出宫口扩张曲线和胎头下降曲线，对产程进展可一目了然。

2. 观察宫缩最简单的方法是以手摸宫缩，可以手置宫底部，观察子宫收缩时间、持续时间及强度，有条件的医院可采用胎心电子监护仪记录宫缩及胎心率变化。

3. 初产妇多在宫口近开全时胎膜破裂，破膜后应立即听胎心音，观察羊水量及性状，发现胎心异常应立即行阴道检查明确有无脐带脱垂，并予以紧急处理。

4. 如肛门检查宫口扩张及先露下降情况不明，先露不清，或疑有脐带先露或脐带脱垂，可在严密消毒下行阴道检查。

5. 初产妇宫口开全，经产妇宫口扩张 4cm 应送入产房准备接生。

产后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
产后护理常规	按摩子宫 q0.5h×4 次
二级护理	测血压
产科普通饮食 ^①	注意阴道出血
	缩宫素 20U im st ^②
	乙型肝炎病毒疫苗 ^③
	乙型肝炎高效免疫球蛋白 200~400U im ^③

① 产后 1h 内流质或清淡半流质饮食，以后普通饮食。

② 为预防产后出血，可在胎头娩出后立即使用缩宫素 20U 肌内注射。

③ 产妇为乙型肝炎病毒携带者、乙型肝炎表面抗原 (HBsAg)、