

妇产科疾病的诊治

FUCHAN KE JIBING DE ZHENZHI

主 编 丁永清 孙艺娟 李明月



东北林业大学出版社

妇产科疾病的诊治

主编 丁永清 孙艺娟 李明月

东北林业大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科疾病的诊治/丁永清等主编. —哈尔滨: 东北林业大学出版社, 2004.7
ISBN 7-81076-605-8

I. 妇... II. 丁... III. 妇产科病—诊疗 IV. R.71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 065138 号

责任编辑: 卢 伟

封面设计: 彭 宇



NEFUP

妇产科疾病的诊治

Fuchanke Jibing De Zhenzhi

主编 丁永清 孙艺娟 李明月

东北林业大学出版社出版发行

(哈尔滨市和兴路26号)

哈尔滨市工大节能印刷厂印装

开本787×1092 1/16 印张15 字数345千字

2004年7月第1版 2004年7月第1次印刷

印数1—1 000册

ISBN 7-81076-605-8

R·69 定价: 27.00元

《妇产科疾病的诊治》编委会

主 编 丁永清 孙艺娟 李明月

副主编 刘文艳 张丽梅 梁淑花 杜亚珍 项金香

主 审 林义家

序

我国是一个地大物博的国家，拥有 13 亿人口，其中 50% 左右是妇女，而妇产科的常见病、多发病一直困扰着广大妇女，影响着她们的工作、学习和家庭生活，降低了生活质量；同时也间接地影响了更多人的生活质量。有些疾病使临床的妇产科医师很棘手，处理起来很困难。

随着医学科学的迅速发展，医学模式的转变以及高新技术在医学界的应用，尤其是近来祖国医学的迅猛发展，新的方剂广泛应用于临床，使临床上的疑难病、多发病的治疗有了新的起色，特别是对肿瘤的治疗有着广阔的发展前景。

该书在丁永清、孙艺娟、李明月等同志的共同努力下，内容完整全面，结构严谨，尤其是编入了一些疾病的最新治疗方法及中医中药的应用，对在临床一线工作的妇产科医生、在校的医科学生具有很好的借鉴和参考价值。

科学是人类实践的理论结晶，信息是新世纪社会的重要财富，愿本书的出版能对广大医务工作者、当代的医科学生及患者提供较大的指导与帮助。

哈尔滨医科大学妇产科教授 林义家

2004 年 3 月

目 录

第一篇 产 科	(1)
第一章 妊娠时限异常	(1)
第一节 流 产	(1)
第二节 早 产	(5)
第二章 妊娠特有疾病	(8)
第一节 妊娠剧吐	(8)
第二节 妊娠高血压综合征	(9)
第三章 妊娠合并内科疾病	(17)
第一节 妊娠合并心脏病	(17)
第二节 呼吸系统疾病	(31)
第三节 消化系统疾病	(42)
第四节 泌尿系统疾病	(55)
第五节 血液病	(67)
第六节 内分泌疾病	(84)
第七节 妊娠合并系统性红斑狼疮	(101)
第四章 妊娠合并性病的治疗	(109)
第一节 梅 毒	(109)
第二节 淋 病	(110)
第三节 尖锐湿疣	(112)
第四节 生殖器疱疹	(113)
第五章 妊娠及授乳妇女的临床用药	(115)
第一节 妊娠妇女的临床用药	(115)
第二节 孕妇用药对胎儿的影响	(118)
第三节 妊娠后期及临产时用药对婴儿的影响	(120)
第四节 授乳妇女用药对乳婴的影响	(121)
第二篇 妇 科	(124)
第六章 女性生殖系统炎症	(124)
第一节 外阴及前庭大腺炎症	(124)
第二节 阴道炎	(125)
第三节 宫颈炎	(129)
第四节 盆腔炎	(133)

第七章 女性生殖系统肿瘤·····	(141)
第一节 外阴肿瘤·····	(141)
第二节 阴道肿瘤·····	(147)
第三节 宫颈癌·····	(150)
第四节 子宫体肿瘤及护理·····	(160)
第五节 输卵管肿瘤·····	(169)
第六节 卵巢肿瘤及护理·····	(170)
第八章 妊娠滋养细胞疾病·····	(187)
第一节 葡萄胎·····	(187)
第二节 侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌·····	(191)
第九章 月经失调·····	(196)
第一节 功能失调性子宫出血·····	(196)
第二节 痛经·····	(203)
第三节 更年期及老年期妇科疾病·····	(205)
第十章 子宫内膜异位症·····	(212)
第十一章 泌尿生殖道损伤、缺陷和疾病·····	(216)
第一节 阴道壁膨出·····	(216)
第二节 子宫脱垂·····	(218)
第三节 生殖道瘘·····	(222)
第四节 妇科手术所致的泌尿系损伤·····	(229)
后记·····	(232)
参考文献·····	(233)

第一篇 产 科

第一章 妊娠时限异常

第一节 流 产

妊娠不足 28 孕周，胎儿体重尚未达到 1 000g 即终止者，称为流产（abortion）。发生在孕龄小于 12 周者称为早期流产；发生在 12 孕周以上至 27 孕周末期间者称为晚期流产。早期流产的发生率较高。流产又分为自然流产和人工流产，本节主要讲解自然流产。

【原因】

1. 胚胎、胎儿及其附属物方面

（1）胚胎发育异常：为早期流产的常见原因。可能由于遗传基因缺陷、胚胎染色体的数目或结构异常、母儿免疫学上不协调，或外界环境中的有害物质等因素影响了胚胎发育。

（2）胎盘因素：妊娠早期的滋养层发育不全或胎盘绒毛变性，使胎盘功能降低或血液循环障碍导致胚胎死亡。

2. 母体方面

（1）全身性疾病：急性感染时病毒或毒素可造成胚胎或胎儿死亡，高热可使子宫收缩导致流产。慢性肾炎、高血压引起的胎盘梗死以及严重贫血、心力衰竭均可导致胚胎或胎儿缺氧死亡。

（2）内分泌失调：若黄体功能不全，体内孕激素不足，使子宫蜕膜组织发育不良，胚胎不能继续生长而流产。甲亢或甲低导致细胞氧化过程障碍，影响胚胎的正常发育。

（3）生殖器官疾病：子宫发育不良、子宫畸形、子宫肌瘤等，可影响胚胎发育而发生流产。子宫颈重度裂伤、宫颈内口松弛常引起晚期流产。

（4）其他因素：跌伤、过劳等，可引起子宫收缩造成流产。妊娠期间维生素缺乏，将影响受精卵发育导致流产。

【临床表现与诊断】

阴道流血和下腹部疼痛是流产的主要症状。阴道流血是胚胎外面的绒毛与蜕膜层剥

离，血窦开放所致。流产发生于妊娠 8 周以前者，胚胎多已死亡，然后底蜕膜血管形成血栓、坏死、出血。有时底蜕膜海绵层先出血坏死或有血栓形成，也会促使胎儿死亡。宫腔内积血块犹如异物刺激子宫壁，引起阵发性腹痛即子宫收缩，故早期流产先出现阴道流血后有下腹疼痛。而晚期流产，即发生于妊娠 12 周以后者，胎盘已形成，往往先出现阵发性子宫收缩，然后胎盘剥离呈现阴道流血，故阴道流血出现于腹痛之后。

1. 先兆流产

先兆流产是流产的先兆，指妊娠 28 周以前，出现阴道流血或下腹痛，症状轻，子宫颈口未开，有希望继续妊娠者。先兆流产的特点是：①有停经史，或有早期妊娠反应；②出现阴道少量流血，一般少于月经量，色红，如血液积聚于阴道内时间略长，可呈暗红色或深褐色；③可伴有下腹部或腰骶部坠痛，腹痛甚微；④妇科检查子宫颈口未开大，子宫大小符合停经月份；⑤尿妊娠试验阳性；⑥B 型超声检查，妊娠 6~7 周后可探及胚芽及胎儿原始心管搏动。经保胎治疗后部分可继续正常妊娠。

2. 难免流产

一般多由先兆流产发展而来，子宫颈口已开大，流产已属不可避免。此时阴道流血量增多，常多于月经量，下腹痛加剧，呈阵发性坠痛。妇科检查子宫颈口已扩张，有时可触及胚胎组织，子宫大小与停经月份相符合，若胎膜已破子宫可能略小。

3. 不全流产

不全流产是指部分妊娠物已排出子宫，尚有部分胚胎组织残留于子宫腔内。多发生于妊娠 8~12 周，阴道流血甚多，常因流血持续不止而发生休克，如不及时处理可危及生命。妇科检查，子宫颈口松弛或已开大，见多量血自宫颈口内流出，有时在子宫颈口处堵有胎盘组织，子宫小于停经月份。

4. 完全流产

完全流产是指胚胎物已全部排出。多发生于妊娠 8 周以内，阴道流血较少，腹痛也随之消失。妇科检查，子宫颈口已关闭，子宫体接近正常大小。

5. 过期流产

过期流产亦称稽留流产。指胚胎或胎儿在子宫内死亡已达或超过 2 个月，仍未自然排出者。通常曾有先兆流产症状，可有少量咖啡色阴道分泌物，此后子宫逐渐缩小。妇科检查，子宫颈口已闭合，子宫体较妊娠月份小 2 个月以上，质地不软。B 超未探及胎心。血或尿妊娠试验由阳性转为阴性，或滴定度下降与妊娠月份不相符。

6. 习惯性流产

习惯性流产是指自然流产连续发生 3 次或 3 次以上者。习惯性流产的诊断并不困难，但应该明确习惯性流产的病因，以便防治。在进行诊断时应详细询问病史，对男女双方做全面的检查。

【各类流产类型的鉴别】

如表 1-1-1 所示。

【处理】

针对流产的不同类型，给予积极恰当的处理。

表 1-1-1 各类流产的鉴别诊断

流产类型	病史		妇科检查		
	出血量	下腹痛	组织物排出	宫颈口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭合	与妊周相符
难免流产	中、多	加剧	无	扩张	相符或略小
不全流产	少、多	减轻	有	扩张或有物堵塞或闭合	小于妊周
完全流产	少、无	无	全排出	闭合	正常或略大

1. 先兆流产

先兆流产的预后主要取决于胚胎或胎儿的发育是否正常，其次是导致先兆流产的各种环境因素能否得到及时地纠正与控制。具体的保胎措施如下：

(1) 静养：卧床休息，禁止性生活，对精神过分紧张而睡眠不佳者，可给予镇静剂，如口服鲁米那 0.03g，每日 3 次。

(2) 口服助胚胎发育药：维生素 E 0.1g，每日 1 次，长期服用有助于孕卵发育；叶酸 5mg，每日 3 次，可促进胚胎的发育。

(3) 黄体功能不全的治疗：

① 孕酮治疗。常用黄体酮 20mg 肌肉注射，每日 1~2 次，至阴道流血停止，再减半量，用药 1~2 周停药。但不宜用人工合成的孕激素，因长期使用黄体酮，可致女婴男性化。

② HCG 治疗。HCG 3 000U 肌肉注射，隔日 1 次，可持续用药至妊娠 12 周末。

③ HCG 与孕酮联合治疗。先用 HCG 治疗 3 次，随后肌注黄体酮，仍未改善者，可隔日交替应用，直至妊娠 12 周末。

④ 抑制子宫收缩的药物。发生于妊娠 12~28 周末以前的中、晚期先兆流产，子宫较敏感，或有不规则的子宫收缩，可用硫酸舒喘灵，每次 2.4mg 或 4.8mg 口服，每 6h 1 次，如用药 30min 宫缩未见减轻，可加服 2.4~4.8mg，或舌下含化 2.4mg，直至宫缩停止后停药。

⑤ 其他治疗。如甲低或基础代谢低者，可给甲状腺素片 0.03g，每天口服 1 次，如出现心悸等应立即停药。

⑥ 中药治疗。以补肾安胎固冲为治则，安胎的基本方剂为寿胎丸加减，药物：菟丝子 20g，川断 15g，寄生 15g，阿胶 15g（另包烔化冲服），腹痛下坠者加用补气健脾药。

2. 难免流产

诊断明确后，应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出，及时清除子宫内妊娠物，促进子宫收缩，以达到止血的目的。

(1) 妊娠<12 周者，立即行刮宫术。手术前后可用催产素 10U 肌肉注射，以加强子宫收缩，减少出血。失血过多可酌情输血。

(2) 妊娠>12 周者，可用催产素 5~10U 加入葡萄糖注射液内静脉滴注，先从低浓度开始，逐渐增加，必要时可加至 20U 催产素，但应严密观察宫缩情况。当胎儿胎盘

排出后，应检查是否完整，一般需要刮出残留的胎盘、胎膜，可减少出血。

(3) 特殊情况下，阴道流血很多，当时又无刮宫条件，为迅速取出妊娠物，以达到止血的目的，可在严密消毒下，戴无菌手套行指搔术，术后用抗生素预防感染。

3. 不全流产

如阴道流血不多，立即行刮宫术；若流血过多，病人呈现休克状态，应在输液、输血的同时，行刮宫术，并给予催产素，促进子宫收缩止血。术后应用抗生素预防感染。若无刮宫条件，可用指搔术。刮出物送病理。有贫血者给予纠正。

4. 完全流产

确系妊娠物完全排出，阴道流血较少，一般不需特殊处理。如阴道流血多于月经量，或流血时间超过1周，或未经确认流出的胚胎组织是否完整，均应尽早刮宫，并预防感染。

5. 稽留流产（过期流产）

明确诊断后，应住院治疗，以尽早排出宫内容物。

(1) 立即查血常规、出凝血时间、血小板计数、血型、纤维蛋白原、凝血酶原时间、3P试验等，如有凝血功能异常，可静脉滴注纤维蛋白原、肝素、输新鲜血，待凝血功能纠正后再行刮宫或引产。术前常规备血。

(2) 提高子宫敏感性，术前应给予己烯雌酚5mg，每天口服3次，连用3~5d。以提高子宫肌肉对催产素的敏感性，加强宫缩以利止血。

(3) 子宫<妊娠12周者，行刮宫术。刮宫较困难，易引起子宫穿孔及流血过多，故术前必须备血，术时注射宫缩剂加强宫缩以减少出血，术中必须耐心谨慎，如一次不能刮净，可于5~7d后行第二次刮宫。

(4) 子宫>12周妊娠者，可采用人工引产的方法。

(5) 前列腺素(PG)及其类似药物，具有诱发宫缩及松弛子宫颈的作用，常用的有PGF_{2α}及PGE₂，其效果好、副作用少、应用较广，在终止晚期流产中已取得良好的效果。

6. 习惯性流产

应针对前几次流产的病因进行治疗，如已妊娠，应在B超监护下进行保胎治疗。

(1) 免疫因素的治疗，夫妇双方服用小剂量强的松。

(2) 子宫病变的治疗，如为子宫发育不良，应给予己烯雌酚0.25mg，促进发育；如子宫畸形，应行矫正手术；如为子宫肌瘤，应做肌瘤剔除术，术后避孕1年。

(3) 子宫颈内口松弛者，如已妊娠应在妊娠12~20周行子宫颈内口缝扎术。在终止妊娠前或距预产期2周拆线，以免宫颈撕裂。

(4) 黄体功能不全者，应尽早应用黄体酮等保胎治疗，治疗期限应超过历次流产的妊娠月份。

习惯性流产的病因复杂，保胎不易成功者，妊娠不宜过密，应避孕1~2年；已受孕者，应避免劳累、性生活及精神刺激，卧床休息，补充维生素E、B、C及叶酸等。

【护理】

对于不同类型的流产孕妇，其处理原则亦不同。在全面评估孕妇身心状况的基础

上, 综合病史及诊断检查, 认真执行医嘱, 积极配合医生为流产孕妇进行诊治, 并提供相应的护理措施。

1. 先兆流产孕妇的护理

先兆流产孕妇需卧床休息, 禁止性生活, 禁用肥皂水灌肠, 以减少各种刺激。护士除了为其提供生活护理外, 随时评估孕妇的病情变化, 如是否腹痛加重、阴道流血量增多等。此外, 由于孕妇的情绪状态也会影响其保胎效果, 因此护士应注意观察孕妇的情绪反应, 加强心理护理, 从而稳定孕妇情绪, 增强保胎信心。

2. 妊娠不能再继续者的护理

护士应积极采取措施, 及时做好终止妊娠的准备, 协助医师完成手术过程, 使妊娠产物完全排出, 同时开放静脉, 做好输液、输血准备。并严密监测孕妇的体温、血压及脉搏。观察其面色、腹痛、阴道流血及与休克有关的征象。有凝血功能障碍者应予以纠正, 然后再行引产或手术。

3. 预防感染

应监测病人的体温、血象及阴道流血、分泌物的性质、颜色、气味等, 并严格执行无菌操作规程, 加强会阴部的护理。指导孕妇使用消毒会阴垫, 保持会阴部清洁, 养成良好的卫生习惯。如发现感染征象后应及时报告医师。

4. 协助病人顺利度过悲伤期, 加强卫生宣教, 避免再次流产

病人由于失去胎儿, 往往会出现伤心、悲哀等情绪反应。护士应给予同情和理解, 帮助病人及家属接受现实, 顺利度过悲伤期。护士还应与孕妇及家属共同讨论此次流产的原因, 并讲解流产的相关知识, 帮助他们为再次妊娠做好准备。病因明确者, 应积极接受治疗。

(丁永清)

第二节 早 产

妊娠满 28 周至不足 37 周 (196~198d) 终止者, 称为早产 (premature or preterm birth)。其发病率在 3% 左右。娩出的新生儿发育未成熟, 出生体重为 1 000~2 499g, 早产的诊断决定于妊娠周数, 而与胎儿的体重无关, 但孕龄必须准确。早产儿死亡占围产儿死亡的 75% 左右, 故防止早产儿是降低围产儿死亡率的重要环节。

【原因】

早产的原因大多与流产相似。由于分娩动因尚未明确, 故大部分自发早产的病因也不太清楚, 可与以下因素有关:

1. 母体方面

(1) 局部因素: 子宫畸形, 如双角子宫、纵隔子宫、宫颈内口松弛、子宫肌瘤等。

(2) 全身因素: 合并急慢性疾病, 如流感、风疹、传染性肝炎、高热、严重的心脏病、高血压、妊高征等。

2. 胎儿、胎盘方面

如多胎妊娠、羊水过多、胎儿畸形、母儿血型不合、胎死宫内、胎盘功能不全、胎

膜早破、前置胎盘、胎盘早剥等。

3. 其他

如创伤、性交、孕期从事重体力劳动，或吸烟、酗酒等。

【临床表现与诊断】

曾经有过流产、早产史者易发生早产，应予重视。先兆早产表现为宫缩不规律或有轻微的规律宫缩，子宫颈口扩张不足 3cm，并常伴有少许阴道流血或血性分泌物。若子宫收缩规律并逐渐加强，宫缩间歇 5~10min，持续 30s 以上，子宫颈口开大 3cm 以上者，则早产多已难免。其经过与足月妊娠分娩相似。

以往有流产、早产史或本次妊娠期有阴道流血史的孕妇容易发生早产。诊断早产一般并不困难，但应与妊娠晚期出现的生理性子宫收缩相区别。生理性子宫收缩一般为不规则、无痛感，且不伴有宫颈管消退等改变。

【治疗】

对先兆早产以及早产、临产孕妇中无继续妊娠禁忌证、胎膜未破、初产妇宫颈扩张在 2cm 以内、胎儿存活、无宫内窘迫者，原则上尽可能抑制宫缩，维持妊娠。除卧床休息外，给予宫缩抑制剂为主的药物。

1. 镇静休息

取左侧卧位休息，可增加胎儿供氧，减少自发性宫缩，提高子宫血流量，改善胎盘功能，是安胎的最好方法。对精神紧张者，可用安定 2.5mg，每日 2~3 次口服，以保证充分休息。

2. 宫缩抑制剂

(1) β -肾上腺素能受体兴奋剂：这类药物可激动子宫平滑肌中的 β_2 受体，抑制子宫收缩，减少子宫的活动而使妊娠延续。但其副作用较多，特别是心血管副反应较突出，如心跳加快、血压下降、血糖增高、恶心、出汗、头痛等，故有糖尿病、心血管器质性病变、心动过速者禁用或慎用。目前常用药物有：①硫酸舒喘灵：每次 2.4~4.8mg 口服，每 4~6h 一次，宫缩消失后，继续用 2~3d 停药；②苯氧丙酚胺：先静脉滴注，常用剂量为每分钟滴入 0.25~0.5mg，当宫缩被抑制后改为肌注 5~20mg，每 3~6h 1 次，24h 后可改用同样剂量口服。

(2) 硫酸镁：镁离子对促进子宫肌肉收缩的钙离子有拮抗作用，从而抑制子宫收缩。一般采用 25% 硫酸镁 10ml 加于 25% 葡萄糖液中，缓慢静脉推注。然后用 25% 硫酸镁 60ml 加于 5% 葡萄糖液 1000ml 中，以每小时 2g 速度静脉滴注，直至宫缩停止。用药过程中应注意呼吸每分钟不少于 16 次，膝腱反射存在及尿量每小时不少于 25ml 等。

(3) 前列腺素抑制剂：前列腺素有刺激子宫收缩、软化宫颈、维持胎儿动脉导管开放的作用。前列腺素合成酶抑制剂可抑制前列腺素合成酶，减少前列腺素的合成或抑制前列腺素的释放以抑制宫缩。常用药物有消炎痛、阿司匹林、保泰松等。由于消炎痛可通过胎盘抑制胎儿前列腺素的合成与释放，使胎儿体内前列腺素减少，而前列腺素有维持胎儿动脉导管开放的作用，可能引起动脉导管过早关闭，而导致胎儿血循环障碍。因此，此类药物已较少应用。

3. 产科处理

临产后，为防止胎儿缺氧及颅内出血，可给产妇氧气吸入。宫口开全后，行会阴侧切术，缩短第二产程。早产儿在清理呼吸道的同时，特别注重保暖，给予抗生素，预防感染。

【护理】

1. 预防早产

孕妇良好的身心状况可减少早产的发生，突然的精神创伤亦可诱发早产。应做好孕期保健工作，指导孕妇加强营养，保持平静的心情。避免诱发宫缩的活动，如抬举重物、性生活等。高危孕妇必须多卧床休息，采取左侧卧位，以减少宫缩，增加子宫血液循环量，改善胎儿供氧，禁止性生活，慎做肛查和阴道检查等，积极治疗合并症。

2. 药物治疗的护理

护理人员应能明确具体药物的作用和用法，并能识别药物的副作用，以避免毒性作用的发生，同时对病人做相应的健康教育。

3. 预防新生儿合并症的发生

在保胎过程中，应每天行胎心监护，教会病人自数胎动，有异常时及时采取应对措施。

4. 为孕妇提供心理支持和保证

安排时间与孕妇进行开放性的讨论，让病人了解早产的发生与患者本身无关，有时甚至是无缘由的。由于早产是出乎意料的，孕妇多没有精神和物质方面的准备，对产程中的孤独感、无助感尤为敏感，因此，丈夫、家人和护士在身旁提供支持较足月分娩更重要，并帮助孕妇重建自尊，以良好的心态承担早产儿母亲的角色。

(刘文艳)

第二章 妊娠特有疾病

第一节 妊娠剧吐

孕妇在妊娠6~12周，出现择食、食欲不振、头晕、倦怠、晨间或饭后恶心、呕吐等症状，称为早孕反应。一般尚能耐受，对生活与工作影响不大，无需特殊治疗，但少数孕妇早孕反应严重，恶心，呕吐严重，不能进食，甚至出现脱水、酸中毒，严重影响孕妇身体健康时，称为妊娠剧吐（hyperemesis gravidarum），祖国医学称为妊娠恶阻。

【病因】

目前多认为本病可能与体内绒毛膜促性腺激素水平急剧升高有关。但反应的严重程度，个体差异很大，且不一定和绒毛膜促性腺激素含量呈正比。另外，临床上观察到有些神经系统功能不稳定、精神紧张型的孕妇，妊娠呕吐较为多见，提示本病可能是大脑皮质与皮质下中枢功能失调，导致丘脑下部植物性神经系统功能紊乱的结果。

【临床表现】

1. 剧烈呕吐

由晨间呕吐或饭后恶心呕吐进而发展到嗅到食物气味或想到某种食物即产生呕吐。呕吐物为食物、黏液、胆汁和血液。反复呕吐使患者精神不安、焦虑、失眠等。

2. 脱水与酸中毒

由于频繁呕吐又不能进食，易出现体重迅速下降、消瘦、嘴唇干燥、舌干苔厚、眼窝下陷、皮肤皱缩、肌肉松软、大便秘结、尿少等脱水表现。病情严重者则脉细数，体温上升，血压下降，精神萎靡不振，呼吸有醋酮味。化验尿酮体阳性，二氧化碳结合力下降，并出现钾、钠、氯等电解质紊乱。

3. 肝肾功能受损

病情进一步发展恶化，由于营养不良，肝糖原消耗，肝细胞坏死和脂肪变性出现黄疸，血胆红素和转氨酶增高；肾功能受损，尿中出现蛋白和管型，血液中非蛋白氮增高。临床上出现少尿、无尿，眼底检查出现视神经及视网膜出血，最后病人出现抽搐、昏迷等严重症状。

【诊断】

(1) 首先要确诊为妊娠，并排除葡萄胎引起的剧吐。

(2) 要排除脑部疾病、胃肠道疾病、肝、胆、胰、肾等引起的呕吐。

(3) 确诊为妊娠剧吐后要同时诊断出由其引起的并发症，如：水电解质紊乱、酸碱平衡失调，肝肾功能损害，眼底改变等，一般确诊不难。必要时肝功能及眼底检查可确定病情的严重程度。

【治疗】

轻症患者可在门诊对症处理，重症者应住院治疗。

1. 门诊治疗

主要是对症处理。

(1) 注意休息：给予患者安慰和支持，解除其思想顾虑，保证充分的休息和睡眠。

(2) 饮食：鼓励进食，指导进食方法，饮食应少量多餐，进食清淡易消化的食物，禁食油炸、高脂肪或乳类。

(3) 药物治疗：给予维生素 B₆、B₁ 及 C，以及镇静药如鲁米那 0.03g，每日 3 次或冬眠灵 25mg，每 12h 1 次，有镇静止吐作用。

2. 住院治疗

当尿液检查酮体为阳性者，即应收入院治疗。

(1) 心理疗法：为本病的首要治疗措施。应置患者于安静、舒适、清洁、通风的病室，避免一切不良刺激，包括探病者及家属的一切言行，以保证其充分休息；医护人员应有亲切和蔼的态度，富于同情心和责任心，深入了解病人思想状况，应给予安慰和支持，解除其思想顾虑，使其树立继续妊娠的信心，鼓励患者进食，并指导进食方法，必要时照顾其口味，使之安心休养，主动配合治疗。

(2) 补充营养和纠正酸中毒：呕吐较严重者，入院后可暂时禁食 24~48h，每天静脉滴注 5% 葡萄糖液 2 000ml，5% 葡萄糖盐水 1 000ml，10% 氯化钾 20ml，并加入维生素 C 1g 和维生素 B₆ 100mg，每天肌注维生素 B₁ 100mg。合并有代谢性酸中毒者，根据血二氧化碳结合力水平，静脉给碳酸氢钠溶液。每天尿量至少应达 1 000ml。

(3) 检查：定期进行血、尿常规及视病情需要做血、尿生化检查，以掌握病情的转归协助治疗。

(4) 镇静止吐药应用：可给维生素 B₆、B₁ 及 C，口服或注射，必要时选用鲁米那、安定等镇静止吐。

(5) 终止妊娠：经以上治疗病情仍不见好转，甚至出现如下情况者，应及时终止妊娠：

- ① 经治疗 1 周，体温持续在 38℃ 以上者。
- ② 心率每分钟超过 120 次者。
- ③ 黄疸加深，血液中总胆红素增加到 34μmol/L 以上者。
- ④ 血液中氯含量降低，尿素氮增加，经治疗不能迅速纠正者。
- ⑤ 出现视神经炎、视网膜出血或抽搐、昏迷等肝肾功能严重受损者。

(李明月)

第二节 妊娠高血压综合征

妊娠高血压综合征（简称妊高征）是妊娠期孕妇所特有的全身性疾病，多发生于妊娠 20 周以后，主要特征为水肿、高血压、蛋白尿，严重者可出现头痛、呕吐、眼花、视力模糊和上腹不适，甚至发生抽搐、昏迷。严重威胁母儿生命，为孕产妇死亡的主要原因之一，多死于子痫的并发症。

【病因】

妊高征的病因迄今尚未阐明。多年来虽经国内外学者的临床观察与实验室研究均未

提出被普遍认可的病因，许多学说只能在某一方面说明本病的主要征象或产生的原因。

【病理】

全身小动脉痉挛为本病的基本病理变化。由于小动脉血管痉挛，致使周围血管阻力增高而产生高血压；血管痉挛易导致血管壁本身的损害，以致血小板、纤维蛋白原通过损伤的血管内皮层而沉着于其下，使血管腔变为更狭小，影响血运，血管痉挛愈严重，周围循环阻力愈大，血压升高愈明显。全身小动脉痉挛，导致各器官缺血，重要脏器会有不同程度的病理改变，而出现高血压、水肿、蛋白尿。

【分类】

国内外目前尚无统一的分类方法。为了诊断与治疗的需要，参照 1999 年世界卫生组织和国际高血压学会公布的高血压指南，高血压定义为：非同日多次测量血压，收缩压大于或等于 18.7kPa（140mmHg）和（或）舒张压大于或等于 12kPa（90mmHg），结合国内现行的分类加以修订，分类见表 2-2-1。

表 2-2-1 妊娠高血压综合征分类

分类	临床表现
轻度妊高征	血压 $\geq 18.7/12\text{kPa}$ （140/90mmHg）， $< 20/13.3\text{kPa}$ （150/100mmHg），或较基础血压升高 4/2kPa（30/15mmHg），可伴有轻微蛋白尿（ $< 0.5\text{g}/24\text{h}$ ），水肿
中度妊高征	血压 $\geq 20/13.3\text{kPa}$ （150/100mmHg）， $< 21.3/14.6\text{kPa}$ （160/110mmHg），蛋白尿+（ $\geq 0.5\text{g}/24\text{h}$ ）和（或）水肿，无自觉症状或有轻度头晕等
重度妊高征	1. 先兆子痫：血压 $\geq 21.3/14.6\text{kPa}$ （160/110mmHg），蛋白尿++~++++（ $\geq 5\text{g}/24\text{h}$ ）和（或）水肿，有头痛、眼花、胸闷等自觉症状 2. 子痫：在妊高征基础上有抽搐或昏迷

注：血压如不符合以上标准时，则以其收缩压或舒张压之高者为标准。例如，血压为 20/14.6kPa（150/110mmHg）或 22.7/13.3kPa（170/100mmHg），均按重度妊高征计之。

未分类：

- （1）妊娠水肿：水肿延及大腿部及以上，无高血压及蛋白尿。
- （2）妊娠蛋白尿：孕前无蛋白尿，妊娠期蛋白尿+及以上，无高血压及水肿。
- （3）慢性高血压合并妊娠：妊娠前即有高血压史，血压 18.7/12kPa（140/90mmHg），无蛋白尿及水肿。

【临床表现】

1. 轻度妊高征

主要临床表现为血压轻度升高，伴有微量蛋白尿和（或）水肿，此期可持续数日以至数周，或逐渐发展，或迅速恶化。

（1）高血压：孕妇在未孕前或妊娠 20 周前血压（即基础血压）不高，而于妊娠 20 周后血压开始升高达 18.7/12kPa（140/90mmHg）以上或较基础血压收缩压升高 4kPa（30mmHg），舒张压升高 2kPa（15mmHg）。

（2）水肿：经休息后水肿不消失，且继续加重，即属病理现象。若体表水肿不明显，而每周体重增加 0.5kg，称为隐性水肿；体表可见的为显性水肿，多由足踝部开始，渐渐延至小腿、大腿、外阴部、腹部，按之凹陷，称凹陷性水肿。根据水肿的严重