

医学临床诊疗技术丛书 ▼

FUCHANKEJIBING

妇产科疾病

临床诊疗技术

主编 ⊙ 贾晓玲 宋立峰 林森淼

中国医药科技出版社

◆ 医学临床诊疗技术丛书

妇产科疾病

临床诊疗技术

贾晓玲 宋立峰 林森森 主 编

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书较为系统、全面地介绍了妇产科疾病的诊断方法和治疗技术,包括疾病的临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的知识,并结合临床实际,重点介绍了诊断和治疗上的临床经验,以及如何做好病情记录、医患沟通等方面的方法与要求。本书立足临床实践,内容全面翔实,重点突出,是一本实用性很强的妇产科疾病诊疗读本。适合妇产科专业人员以及基层医务工作者阅读。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疾病临床诊疗技术/贾晓玲,宋立峰,林森森主编.
—北京:中国医药科技出版社,2017.6

(医学临床诊疗技术丛书)

ISBN 978-7-5067-8595-2

I. ①妇… II. ①贾… ②宋…③林… III. ①妇产科病—
诊疗 IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 191231 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010-62227427 邮购: 010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787×1092mm $\frac{1}{32}$

印张 12 $\frac{3}{8}$

字数 277 千字

版次 2017 年 6 月第 1 版

印次 2017 年 6 月第 1 次印刷

印刷 北京昌平百善印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-8595-2

定价 36.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换



编 委 会

主 编 贾晓玲 宋立峰 林森森

副主编 王彩霞 刘美荣 索然然

王银平 贾素馨 张 丽

编 委(以姓氏笔画排序)

王玉欣 王彩霞 王银平 邢忠兴

刘英勇 刘美荣 安香珍 李季滨

邱 洁 宋立峰 张 红 张 丽

陈 静 陈红青 林森森 贾素馨

贾晓玲 索然然 高 芳 黄 今

韩玉双

前 言

为了在广大临床医师中普及和更新妇产科疾病诊断及治疗知识，满足妇产科相关专业人员的临床需要，促进广大临床医师在临床工作中更好地认识、了解相关疾病，从而正确诊断与治疗疾病，并最终提高临床疾病的诊断率与治愈率，编者在参阅国内外相关研究进展的基础上，结合临床经验编写此书。

本书涉及妇产科临床中各种常见疾病，内容包括妇产科临床工作中遇到常见疾病诊断和治疗的要点。对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述，包括临床表现、辅助检查、诊断、治疗方案和临床经验。同时，妇产科的医疗活动具有高风险性，医疗纠纷发生率呈现上升趋势。为此，本书重点突出诊断和治疗处理上临床经验介绍，把有丰富临床经验高年资医师的临床思维方法和经验介绍给年轻医师。在临床经验介绍中，书中特别强调了如何做好病情告知、医患沟通等方面的问题，帮助年轻医师更好地构筑和谐医患关系。

在本书编写过程中，得到了多位同道的支持和关怀，他们在繁忙的医疗、教学和科研工作之余参与撰写，在此表示衷心的感谢。

文中不足之处望广大读者诚恳赐教。

编者

2017年5月

目 录

第一章 妊娠病理 / 1

第一节	流产	1
第二节	早产	8
第三节	异位妊娠	13
第四节	妊娠高血压综合征	21
第五节	母子血型不合	31
第六节	胎儿窘迫	38
第七节	过期妊娠	42
第八节	巨大儿	45
第九节	胎儿生长受限	49
第十节	前置胎盘	53
第十一节	胎盘早期剥离	58
第十二节	羊水过多	64
第十三节	羊水过少	69
第十四节	胎膜早破	73

第二章 妊娠合并症 / 78

第一节	妊娠合并甲状腺功能亢进症	78
-----	--------------------	----

第二节	妊娠期糖尿病	84
第三节	妊娠合并缺铁性贫血	95
第四节	妊娠合并巨幼细胞贫血	101
第五节	妊娠合并再生障碍性贫血	105
第六节	妊娠合并血小板减少性紫癜	110
第七节	妊娠合并急性肾盂肾炎	117
第八节	妊娠合并急性阑尾炎	122
第九节	妊娠合并急性胆囊炎	128
第十节	妊娠合并急性胰腺炎	135

第三章 异常分娩 / 144

第一节	产力异常	144
第二节	产道异常	151
第三节	持续性枕后位、枕横位	158
第四节	臀先露	163
第五节	肩先露	167

第四章 分娩期并发症 / 172

第一节	子宫破裂	172
第二节	羊水栓塞	176
第三节	产后出血	182

第五章 产褥期 / 189

第一节	晚期产后出血	189
-----	--------------	-----

第二节	产褥期感染	193
-----	-------------	-----

第六章 女性生殖系统炎症 / 204

第一节	外阴炎	204
第二节	前庭大腺囊肿	207
第三节	前庭大腺炎	210
第四节	念珠菌阴道炎	213
第五节	滴虫阴道炎	217
第六节	老年性阴道炎	220
第七节	急性宫颈炎	223
第八节	慢性宫颈炎	227
第九节	急性盆腔炎	231
第十节	慢性盆腔炎	237

第七章 性传播疾病 / 242

第一节	淋病	242
第二节	梅毒	248
第三节	尖锐湿疣	251
第四节	生殖器疱疹	256

第八章 生殖内分泌疾病 / 261

第一节	功能失调性子宫出血	261
第二节	痛经	268
第三节	闭经	273

第四节	多囊卵巢综合征	278
第五节	围绝经期综合征	285

第九章 女性生殖系统肿瘤 / 292

第一节	外阴良性肿瘤	292
第二节	外阴恶性肿瘤	295
第三节	子宫颈癌	300
第四节	子宫肌瘤	307
第五节	子宫内膜癌	313
第六节	输卵管恶性肿瘤	317
第七节	卵巢肿瘤	325
第八节	葡萄胎	334
第九节	绒毛膜癌	339

第十章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病 / 348

第一节	子宫内膜异位症	348
第二节	子宫腺肌病	354

第十一章 不孕症 / 358

第十二章 盆底功能障碍性疾病 / 368

第一节	子宫脱垂	368
第二节	阴道前后壁膨出	372
第三节	尿瘘	376
第四节	粪瘘	381

第一章

妊娠病理

第一节 流 产

妊娠于 28 周前终止，胎儿体质量不足 1000g，称为流产 (abortion)。妊娠不足 12 周发生流产者称为早期流产，发生于 12 周至不足 28 周者称为晚期流产。按流产的发展过程分为先兆流产、不全流产、难免流产和完全流产。胚胎在子宫内死亡超过 2 个月仍未自然排出者称为过期流产。自然流产连续 3 次或 3 次以上者称为习惯性流产。

早期流产的原因多数是遗传因素（如基因异常），其次为母体因素（如孕妇患急性传染病、胎儿感染中毒死亡、黄体功能不足等），此外母儿双方免疫不适应或血型不合亦可引起流产，晚期流产则因宫颈内口松弛、子宫畸形等因素所致。

【诊断】

（一）临床表现

1. 先兆流产 妊娠 28 周前出现少量阴道出血和（或）轻微下腹疼痛或腰酸下坠感，无破水及组织排出，妊娠反应持续存在；检查宫口未开，胎膜未破，子宫大小与停经月份符合；妊娠试验阳性；B 超显示有孕囊及胚芽，孕 7 周以上者有胎心波动。如胚胎发育正常，经休息和治疗后出血及腹痛消

失，妊娠可以继续；若胚胎发育异常或出血增多、腹痛加重，则可发展为难免流产。

2. 难免流产 多由先兆流产发展而来，流产已不可避免。阴道出血量增多（常多于月经量），腹痛加重，呈阵发性下腹坠胀痛，可伴有阴道流水（胎膜破裂）。妇科检查见宫口已扩张，可见胚胎组织或胚囊堵塞于宫颈口，子宫大小与停经月份符合或略小，尿妊娠试验可呈阴性或阳性，B超宫腔内可见胚囊胚芽，有时可见胎动及胎心搏动。

3. 不全流产 妊娠物已经部分排出子宫，尚有部分残留于子宫内，由难免流产发展而来。残留妊娠物影响子宫收缩，有持续性阴道出血，严重者可发生休克。检查时可发现宫颈口扩张，有血液自宫颈口流出，有时可见妊娠物在宫颈口或阴道内出现，部分仍残留在宫腔内，子宫大小一般小于停经月份。

4. 完全流产 常发生于妊娠8周以前或12周以后。经过腹痛及阴道出血后，妊娠产物已完全排出，阴道出血逐渐停止或仅有少量出血，腹痛消失。妇科检查见宫口关闭，子宫略大或已恢复正常大小，妊娠试验阴性或阳性，B超显示宫腔线清晰，可有少量血液，但无组织残留。

5. 过期流产 胚胎或胎儿在宫内已经死亡，但没有自然排出。胚胎或胎儿死亡后子宫不再继续增大，反而缩小。妊娠反应消失，胎动消失。检查时发现宫颈口关闭，子宫小于停经月份，听不到胎心。

6. 习惯性流产 每次流产往往发生于相同妊娠月份，流产经过与一般流产相同，早期流产的原因常为黄体功能不全、甲状腺功能低下症、染色体异常等。晚期流产较常见的原因则为宫颈内口松弛、子宫畸形、子宫肌瘤等。

7. 孕卵枯萎 也称为空卵，在超声检查时发现妊娠囊，但是没有胚胎，说明胚胎已经死亡，不再发育。

8. 流产感染 流产过程中若出血时间长、有组织残留、非法堕胎或不洁性生活可引起宫腔内感染,严重者感染可扩散到盆腔、腹腔乃至全身,引起盆腔炎、腹膜炎、败血症甚至感染性休克。患者除有一般流产症状外,尚有发热、下腹痛、阴道分泌物味臭或流脓性液体等感染症状及相应体征,可因感染性休克而导致患者死亡。

(二) 辅助检查

1. 妊娠试验 胚胎或绒毛滋养细胞存活时,妊娠试验阳性,当妊娠物与子宫壁分离已久失活时妊娠试验阴性。

2. 激素测定 定期测绒毛膜促性腺激素(hCG)、胎盘催乳素(HPL)、雌二醇(E₂)及孕酮(P)的含量,动态观察其变化情况,如有进行性下降,提示将发生流产。

3. 细菌培养 疑有感染时做阴道或宫腔拭子的细菌培养及药物敏感试验,有助于感染的诊断和治疗。

4. B超检查 显示子宫增大,明确宫腔内有无孕囊、胚胎、胎心搏动及残留组织或积血,以协助诊断。

5. 病理检查 对于阴道排出的组织,可以用水冲洗寻找绒毛以确定是否为妊娠流产。对于可疑的病例,要将组织物送病理检查以明确诊断。

(三) 诊断要点

1. 生育年龄妇女,既往月经规律,若有月经过期,出现早孕反应,妇科检查子宫增大,尿妊娠试验阳性应诊断为妊娠。

2. 妊娠后阴道出血、下腹坠痛、腰骶酸痛,要考虑流产的可能。流产可以分为许多种不同类型,在诊断时需要根据不同的病史、临床表现及辅助检查来进行判断和区分。

(四) 鉴别诊断

需与异位妊娠及葡萄胎、功能失调性子宫出血、盆腔炎及急性阑尾炎等进行鉴别。

1. 异位妊娠 特点是有不规则阴道出血，可有腹痛，但常为单侧性；超声检查显示宫腔内无妊娠囊，在宫腔以外部位，特别是输卵管部位可见妊娠囊或液性暗区；hCG 水平较低，倍增时间较长。

2. 葡萄胎 特点是有不规则阴道出血，子宫异常增大而软，触摸不到胎体，无胎心和胎动；B 超检查显示宫腔内充满弥漫的光点和小囊样无回声区；hCG 水平高于停经月份。

3. 功能失调性子宫出血 特点是有不规则阴道出血，子宫不增大，B 超检查无妊娠囊，hCG 检查阴性。

4. 盆腔炎、急性阑尾炎 一般无停经史，尿妊娠试验阴性，hCG 水平正常，B 超检查宫腔内无妊娠囊，血白细胞总数 $> 10 \times 10^9/L$ 。

【治疗】

1. 先兆流产

(1) 一般治疗：卧床休息，避免性生活。

(2) 药物治疗：①口服维生素 E，每次 10mg，每天 3 次；②肌肉注射黄体酮，每天 20mg，共 2 周；③肌肉注射 hCG，每天 1000U，共 2 周；或隔天肌肉注射 hCG 2000U，共 2 周。

(3) 其他治疗：经过治疗后进行定期随访，症状加重或胚胎（胎儿）死亡时，及时手术终止妊娠。

2. 难免流产 治疗原则是尽早排出妊娠物。

(1) 药物治疗：晚期流产时，子宫较大，可静脉滴注缩宫素，具体方法是缩宫素 10U 加入 5% 葡萄糖 500ml 静脉滴注；加强子宫收缩，维持有效的宫缩。

(2) 手术治疗：早期流产时行吸宫术或刮宫术。晚期流产当胎儿及胎盘排出后，检查是否完整，必要时行清宫。

3. 不全流产

(1) 药物治疗：出血时间长，考虑感染可能时应给予抗生素预防感染。

(2) 手术治疗：用吸宫术或钳刮术清除宫腔内妊娠残留物，出血量多者输血。

4. 完全流产 一般不予特殊处理，必要时给予抗生素预防感染。

5. 稽留流产 胚胎死亡时间长，可能会发生机化与子宫壁粘连，也可能会消耗凝血因子，造成凝血功能障碍，导致大量出血，甚至 DIC。因此，在处理前应先行凝血功能的检查（血常规、出凝血时间、血小板计数、纤维蛋白原、凝血酶原时间、3P 试验、血型检查）并做好输血准备。

(1) 一般治疗：凝血功能异常者，先输注血液制品或用药物纠正凝血功能，然后进行引产或手术。

(2) 药物治疗：凝血功能正常者，口服己烯雌酚每次 5 ~ 10mg，每天 3 次，共 3 ~ 5 天，以提高子宫对缩宫素的敏感性。子宫 > 12 周者，可以用缩宫素、米索前列醇、依沙吖啶引产。具体方法如下：缩宫素 10U 加入 5% 葡萄糖 500ml 静脉滴注；米索前列醇 0.2mg (0.2mg/片) 塞于阴道后穹窿，每隔 4 小时 1 次；依沙吖啶 50 ~ 100mg 溶于 5ml 注射用水，注射到羊膜腔内。

(3) 手术治疗：子宫 < 12 周者可行刮宫术，> 12 周者需行钳刮术。

6. 孕卵枯萎 确诊后行吸宫术或刮宫术。

7. 习惯性流产 在下次妊娠之前，需要测定夫妇双方的 ABO 和 Rh 血型、染色体核型、免疫不合的有关抗体，以明确病因，对发现的异常情况进行相应的治疗。

(1) 如果女方的卵巢功能和甲状腺功能异常，应及时补充黄体酮、甲状腺素。

(2) 如果有生殖道畸形、黏膜下肌瘤、宫颈功能不全等，应及时手术纠正。

(3) 如果是自身免疫性疾病，可以在确定妊娠以后口服

小剂量阿司匹林每天 25mg，或泼尼松 5mg/d，或是皮下注射肝素 5000U/12h 治疗，持续至分娩前。目前推荐阿司匹林为首选方案，因为其效果肯定且不良反应比较少。

(4) 如果是男方精液异常，进行相应的治疗。

【病情观察】

对流产患者除了要观察主要症状如腹痛和阴道流血的变化以外，还要了解子宫的大小、宫颈口是否扩张、是否有妊娠物、胎膜是否破裂以及双侧附件的情况。近年来，B 超检查在流产的诊断和观察中起了越来越重要的作用。通过超声检查可以了解有无妊娠囊、胚胎或胎儿的大小、胎儿是否存活、是否有出血等，结合临床表现基本上可以确定是哪一种类型的流产。

【病历记录】

(1) 在门诊病历记录时，对流产患者的询问要详细，特别要重视记录既往生育史、月经史以及末次月经情况。

(2) 如果没有条件做超声检查，在诊断流产时不要忘记考虑异位妊娠的可能性，并记录已经向患者和（或）家属交代异位妊娠的可能。

【注意事项】

1. 医患沟通

(1) 对先兆流产的患者进行检查之前，要解释检查的必要性和安全性并征得患者的同意，因为检查会对子宫带来一定的刺激。如果没有征得患者的同意就进行检查，一旦出现流产，患者往往就会认为是检查本身造成了流产，从而引起不必要的纠纷。

(2) 超声检查时，如果妊娠囊平均直径超过 20mm 还没有胚胎出现，胚胎的头臀径超过 5mm 还没有胎心搏动，则胚胎存活的可能性比较小。但是对于多年不孕，期盼生育的患者，可以考虑其继续观察，不要强求其接受刮宫，1~2 周后

再次复查。

(3) 对于有停经、腹痛以及阴道流血而要求保胎的患者，仅仅靠妇科检查不能诊断先兆流产，在保胎之前切记要进行超声检查，以确认是宫内妊娠。因为部分有此症状的患者是异位妊娠，盲目保胎会导致严重的后果，因此在保胎之前要向患者和家属强调超声检查的必要性。即使是超声检查在宫内见到妊娠囊，也不能完全放松，因为在异位妊娠患者中，有时宫内会出现假妊娠囊，所以保胎过程中一旦出现症状和体征的突然改变，要想到异位妊娠的可能性。

2. 经验指导

(1) 早期流产多数是先有阴道流血，然后有腹痛，或是两者同时出现；而晚期流产则类似于早产，往往是先有腹痛，然后阴道流血。

(2) 在所有的妊娠中，30%左右会出现阴道出血，出血患者中有一定比例会流产，流产最常见的原因是胚胎染色体异常。

(3) 在超声检查时，如果妊娠囊平均直径超过 20mm，还没有胚胎出现，胚胎的头臀径超过 5mm 还无胎心搏动，则胚胎存活的可能性比较小。但是对于有疑问的病例，应该在几日以后再复查 1 次。

(4) 流产最需要和异位妊娠进行鉴别诊断，因为一旦发生误诊，会危及患者生命安全。

(5) 妊娠 8 周之前，胚胎和蜕膜组织多数可以完全排出，出血不多。妊娠 12 周之后，胎盘已经完全形成，一般是先有腹痛，然后将胎儿和胎盘排出，在发生妊娠物残留时出血比较多。在妊娠 8~12 周时，胎盘绒毛生长良好，流产时容易发生残留，出血可能会比较多。

(6) 使用 hCG 保胎有一定的效果，但是还需要大样本、前瞻性的研究来判断其效果。

(7) 超声检查时, 如果子宫内容物厚度超过 5mm, 一定有组织残留, 可以通过药物治疗促进残留物的排出, 并不是所有人都需要刮宫。

(8) 流产后要告诫患者不主张在 3 个月内再次怀孕, 如果怀孕, 流产率比较高。

第二节 早 产

妊娠满 28 周至不满 37 足周之间终止者称早产 (preterm - labor, PTL), 娩出的新生儿称早产儿, 其出生体重不足 2500g, 器官发育尚不成熟, 早产儿有比较高的并发症和死亡率。早产约占分娩总数的 10%。早产儿中约有 15% 的新生儿期死亡, 8% 早产儿留有智力障碍或神经系统后遗症。因此, 防止早产应得到产科工作者的重视。早产的原因常与孕妇从事重体力劳动或吸烟、酗酒、有麻醉药瘾以及各种妊娠并发症 (如妊娠高血压综合征) 等因素有关。

【诊断】

(一) 症状

患者主要的表现为子宫收缩, 最初为不规则宫缩, 与足月妊娠先兆临产相似, 并常伴有少许阴道出血或血性分泌物, 以后可发展为规则宫缩。在诊断时应与妊娠晚期出现的生理性宫缩区别。生理性宫缩为不规则、无痛感、不伴宫颈管消失。若子宫收缩规则, 间隔 5~6 分钟, 持续 30 秒以上, 伴宫颈管短缩及进行性扩张时, 则可诊断为早期临产。

(二) 体征

腹部检查时可以感觉到间歇性的子宫收缩, 阴道检查有时会发现少许出血, 如果伴有胎膜早破, 可以发现阴道内有羊水。宫颈管有不同程度的消退, 宫颈口扩张。