

“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材配套教材
国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材配套教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材配套教材

全国高等学校配套教材

供8年制及7年制（“5+3”一体化）临床医学等专业用

妇产科学 实习指导

主 审 丰有吉
主 编 沈 铿 马 丁
副主编 狄 文 孔北华 李 力 赵 霞

Medical science
foundation

Clinical Skills

Medical professional
attitude, behavior and ethics

Information management capacity

Critical thinking

Group health and health system

Communication skills

人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材配套教材
国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材配套教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材配套教材
全国高等学校配套教材

供8年制及7年制(“5+3”一体化)临床医学等专业用

妇产科学实习指导

主 审 丰有吉
主 编 沈 铿 马 丁
副 主 编 狄 文 孔北华 李 力(女) 赵 霞
编 委 (以姓氏笔画为序)

丁依玲	中南大学湘雅二医院	张 姝	南京大学医学院附属鼓楼医院
马 丁	华中科技大学同济医学院附属同济医院	张 潍	第四军医大学第一附属医院
丰有吉	上海交通大学附属第一人民医院	张庆华	第三军医大学附属第三医院
王文军	中山大学孙逸仙纪念医院	张淑兰	中国医科大学附属盛京医院
王志坚	南方医科大学	陈晓莉	中山大学孙逸仙纪念医院
王瑾晖	中国医学科学院北京协和医院	范爱萍	天津医科大学总医院
王全民	第三军医大学附属第三医院	林小娟	四川大学华西第二医院
孔北华	山东大学齐鲁医院	周 白	南京大学医学院附属鼓楼医院
史宏晖	中国医学科学院北京协和医院	周希亚	中国医学科学院北京协和医院
朱 兰	中国医学科学院北京协和医院	郑建华	哈尔滨医科大学第一附属医院
乔 杰	北京大学第三医院	赵 霞	四川大学华西第二医院
华克勤	复旦大学附属妇产科医院	胡娅莉	南京大学医学院附属鼓楼医院
许天敏	吉林大学第二医院	段 涛	同济大学附属第一妇婴保健院
阳志军	广西医科大学附属肿瘤医院	顾卓伟	上海交通大学医学院附属仁济医院
李力(女)	第三军医大学附属第三医院	倪仁敏	中山大学孙逸仙纪念医院
李 力	广西医科大学附属肿瘤医院	高云飞	南方医科大学
李 予	中山大学孙逸仙纪念医院	高劲松	中国医学科学院北京协和医院
李 晓	浙江大学医学院附属妇产科医院	黄明莉	哈尔滨医科大学第一附属医院
李科珍	华中科技大学同济医学院附属同济医院	崔满华	吉林大学第二医院
李俊男	重庆医科大学附属第一医院	韩晓兵	西安交通大学第一附属医院
杨冬梓	中山大学孙逸仙纪念医院	喻 玲	中南大学湘雅二医院
余艳红	南方医科大学	谢 幸	浙江大学医学院附属妇产科医院
狄 文	上海交通大学医学院附属仁济医院	漆洪波	重庆医科大学附属第一医院
辛晓燕	第四军医大学第一附属医院	薛凤霞	天津医科大学总医院
沈 铿	中国医学科学院北京协和医院	戴姝艳	中国医科大学附属盛京医院
宋英娜	中国医学科学院北京协和医院		

学术秘书 邓 珊 (中国医学科学院北京协和医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科学实习指导 / 沈铿, 马丁主编. —北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-24131-1

I. ①妇… II. ①沈… ②马… III. ①妇产科学 - 医学院校 - 教材 IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 027758 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

妇产科学实习指导

主 编: 沈 铿 马 丁

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 保定市中华美凯印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 12

字 数: 307 千字

版 次: 2017 年 5 月第 1 版 2017 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-24131-1/R·24132

定 价: 32.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

供8年制及7年制(“5+3”一体化)临床医学等专业用的“十二五”国家级规划教材,《妇产科学》第3版已于2015年8月正式出版。新一轮教材以“温故知新、与时俱进”为总体思路,注重与五年制和研究生教材的区别,突出深层次的思维和启发,兼顾教材的系统性与连续性。为了体现“精英教育”的特点,更好开展以问题为基础的临床教学(problem based learning, PBL),培养学生自学和思考的能力构建,除主干教材中增加疾病诊治的流程图外,还特意编写了两本配套教材《妇产科学学习指导及习题集》(下称“习题集”)和《妇产科学实习指导》。

实习是高等医学教育中的重要阶段,是医学生将医学理论与临床实践相结合不可缺少的环节,是提高医学生综合思维能力,解决临床实际问题必不可少的训练过程。《妇产科学实习指导》是本次辅助配套教材中的亮点,以临床病例为切入点,导引出知识要点和临床思路,旨在帮助医学生将所学的妇产科理论知识应用于临床工作中,解决医学生在实习期间遇到的具体问题,激发医学生深入思考的热情,培养分析问题、解决问题的实际能力。医生是一个终身学习的职业,医学知识的不断自我更新、解决问题的能力不断提高比读书、考试更重要。

本书的编排与主干教材基本一致或对应,增加了一些因篇幅原因,在主干教材中未做叙述或叙述较少,但对临床工作十分有用的内容。全书分为临床思维、常见症状和体征的鉴别诊断、常见疾病的诊治要点、常用诊疗操作以及妇产科常用药共五篇。第一篇临床思维,分别阐述妇科与产科临床思维的精要。第二篇常见症状或体征的鉴别诊断,用流程图的形式概括妇科与产科几大常见症状的鉴别诊断思路。这两部分化繁为简更体现出教师前辈的专业功底。第三篇妇产科常见疾病的诊治要点,是本书的主要部分,每章节都有生动的临床病例。病例分析和知识点导读也是言简意赅,可读性和易读性都很强,凝聚了编写者很多心血和经验。第四篇常用诊疗操作和第五篇常用药物,可以作为妇产科凝练的操作手册和小药典看待和使用。

《妇产科学实习指导》除适用于医学本科生在实习期间使用,也可以作为住院医师及进修医师的培训教材,同时可以作为妇产科医师的“掌中宝”,以备急查急用。

由于本教材的编写是初步尝试,其内容与编排难免有不妥和不周之处,殷切希望使用本教材的师生和妇产科同道不吝指正,以便改进和提高。

沈 铿 邓 姗

2017年2月

目 录

第一篇 临床思维

第一章 产科临床思维.....	1
第二章 妇科临床思维.....	2

第二篇 常见症状或体征的鉴别诊断

第一章 产科常见症状鉴别诊断.....	3
第二章 妇科常见症状鉴别诊断.....	5

第三篇 常见疾病的诊治要点

第一章 异常分娩.....	7
第一节 产力异常.....	7
第二节 产道异常.....	8
第三节 胎位异常.....	9
第二章 分娩并发症.....	11
第一节 子宫破裂.....	11
第二节 羊水栓塞.....	12
第三节 产后出血.....	13
第三章 产褥期及产褥期疾病.....	16
第一节 正常产褥.....	16
第二节 产褥感染.....	17
第三节 晚期产后出血.....	18
第四节 产褥期抑郁症.....	19
第四章 产科并发疾病.....	21
第一节 流产.....	21
第二节 异位妊娠.....	21

第三节	妊娠剧吐	22
第四节	妊娠期高血压疾病	23
第五节	妊娠期肝内胆汁淤积症	24
第六节	妊娠期急性脂肪肝	25
第七节	母胎血型不合	26
第八节	胎儿窘迫	27
第九节	早产	28
第十节	过期妊娠	29
第十一节	死胎	31
第五章	胎儿附属物异常	33
第一节	胎盘异常	33
第二节	胎膜早破	35
第三节	脐带异常	36
第四节	羊水量异常	36
第六章	妊娠合并内科疾病	39
第一节	心血管系统疾病	39
第二节	消化系统疾病	40
第三节	内分泌系统疾病	40
第四节	呼吸系统疾病	41
第五节	感染性疾病	42
第六节	血液系统疾病	43
第七节	泌尿系统疾病	44
第八节	免疫性疾病	45
第七章	妊娠合并外科疾病	47
第一节	妊娠合并急性阑尾炎	47
第二节	妊娠合并急性胆囊炎和胆石病	47
第三节	妊娠合并急性肠梗阻	48
第四节	妊娠合并泌尿道结石	49
第五节	妊娠合并急性胰腺炎	50
第八章	女性生殖内分泌疾病	51
第一节	女性性早熟	51
第二节	经前期综合征	54
第三节	异常子宫出血	56
第四节	原发性痛经	58
第五节	病理性闭经	59

第六节 多囊卵巢综合征·····	61
第七节 高催乳素血症·····	62
第八节 绝经综合征·····	62
第九章 女性生殖系统炎症·····	64
第一节 外阴及阴道炎症·····	64
第二节 宫颈炎症·····	67
第三节 盆腔炎性疾病·····	69
第十章 性传播疾病·····	73
第一节 尖锐湿疣·····	73
第二节 生殖器疱疹·····	74
第十一章 下生殖道上皮内病变·····	76
第十二章 妇科肿瘤·····	77
第一节 外阴肿瘤·····	77
第二节 子宫肌瘤·····	79
第三节 子宫颈癌·····	80
第四节 子宫内膜癌·····	83
第五节 子宫肉瘤·····	86
第六节 卵巢肿瘤·····	87
第十三章 妊娠滋养细胞肿瘤·····	97
第一节 葡萄胎·····	97
第二节 妊娠滋养细胞肿瘤·····	99
第三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤·····	102
第十四章 子宫内膜异位症和子宫腺肌病·····	104
第十五章 女性生殖器官及性发育异常·····	107
第十六章 盆底功能障碍性及生殖器官损伤性疾病·····	111
第十七章 不孕症与辅助生殖技术·····	114

第四篇 常用诊疗操作

第一章 产科操作·····	117
第二章 妇科操作·····	121
第三章 计划生育操作·····	134

第五篇 常用药物

第一章 产科常用药物.....	141
第二章 妇科常用药物.....	147
第三章 计划生育用药.....	179

第一篇 临床思维

第一章 产科临床思维

1. 首次产前检查应从确认妊娠早期开始。预产期按末次月经第1日推算; 四步触诊法是检查子宫大小, 胎产式、胎方位及胎先露最基本的方法; 骶耻外径和坐骨结节间径是骨盆外测量、了解骨盆入口与出口的主要径线。

2. 电子胎儿监护通过连续观察胎心及其与胎动和宫缩间的关系, 评估胎儿宫内安危情况; NST和OCT可了解胎儿储备能力; 胎儿物理评分可了解宫内缺氧和酸中毒情况; 胎盘功能检查可间接了解胎儿宫内健康状况。

3. 孕妇系统保健实行三级管理, 及早发现高危孕妇并及时转诊; 建立孕妇系统保健手册制度, 提高产科疾病防治和管理质量; 系统产前检查, 筛查出具有高危因素的孕妇, 及早评估和诊治。

4. 妊娠期营养与胎儿生长和智力发育密切相关, 所需营养必须高于非妊娠期。适当控制与监测孕妇体重变化, 有利于母婴健康。较理想的增长速度是妊娠早期共增长1~2kg, 妊娠中晚期, 每周增长0.3~0.5kg(肥胖者每周增长0.3kg), 共增长10~12kg(肥胖者共增长7~9kg)。

5. 妊娠期合理用药, 着床前期用药对胚胎影响不大, 孕囊着床后至12周是药物的致畸期, 不宜使用C、D、E类药物。避免不必要的用药; 在医师指导下用药; 若病情允许, 尽量推迟到妊娠中晚期用药。尽量避免联合用药; 避免使用大剂量药物; 避免使用尚难确定对胎儿有无不良影响的新药; 若病情所需, 在妊娠早期使用对胚胎、胎儿有害的致畸药物, 应先终止妊娠, 随后再用药。

6. 建立良好饮食习惯、排便习惯, 在妊娠中晚期及时补充铁剂和钙剂。自妊娠16周开始每日口服硫酸亚铁0.3g。自妊娠16周开始每日摄入1000mg钙, 妊娠晚期增加至1500mg。

(段 涛)

第二章 妇科临床思维

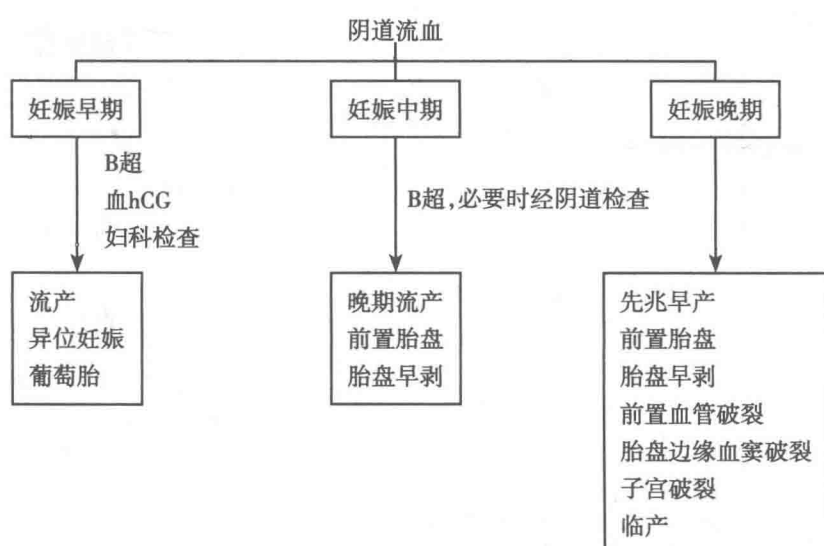
1. 妇科临床医疗实践常常会涉及患者的“隐私”，要关注患者，更要尊重患者。
2. 妇科医患沟通时，要用通俗的语言和患者交谈，尽量少用医学术语。
3. 妇科病史、妇科检查具有一些特点，需特别注意。
4. 询问病史时，切不可反复追问与性生活有关的情节。
5. 对未婚患者，有的要经过肛门指诊和相应的化验检查，明确病情后再补充询问与性生活有关的问题。
6. 男医师对未婚患者进行检查时，需有其他女性在场，以减轻患者紧张心理和避免发生不必要的误会。

(丰有吉)

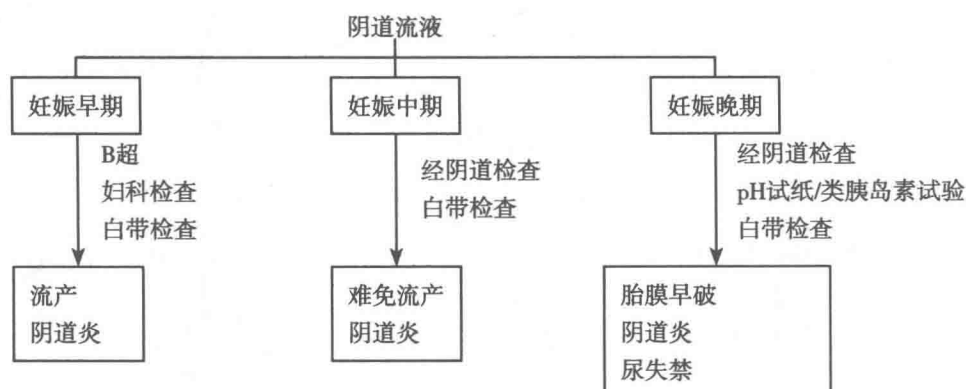
第二篇 常见症状或体征的鉴别诊断

第一章 产科常见症状鉴别诊断

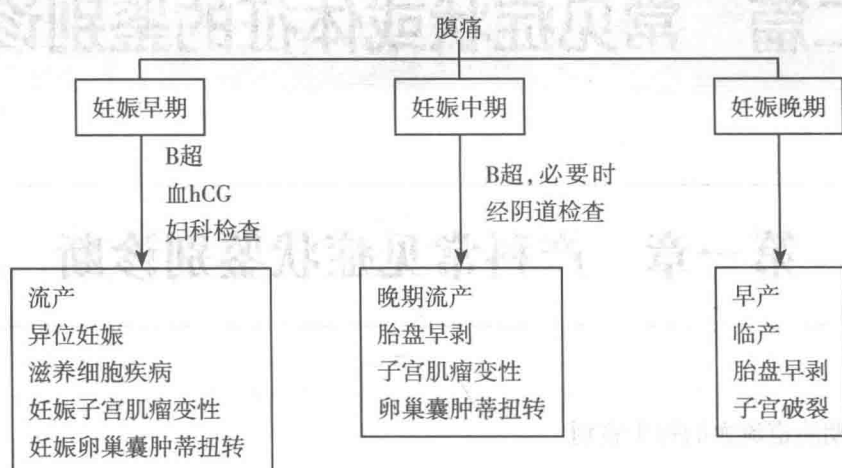
1. 妊娠期阴道流血的初步鉴别



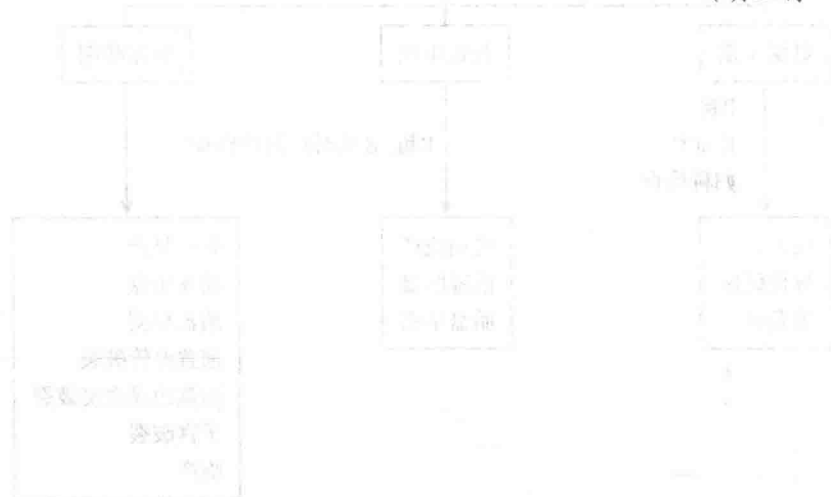
2. 妊娠期阴道流液的初步鉴别



3. 妊娠期腹痛的初步鉴别

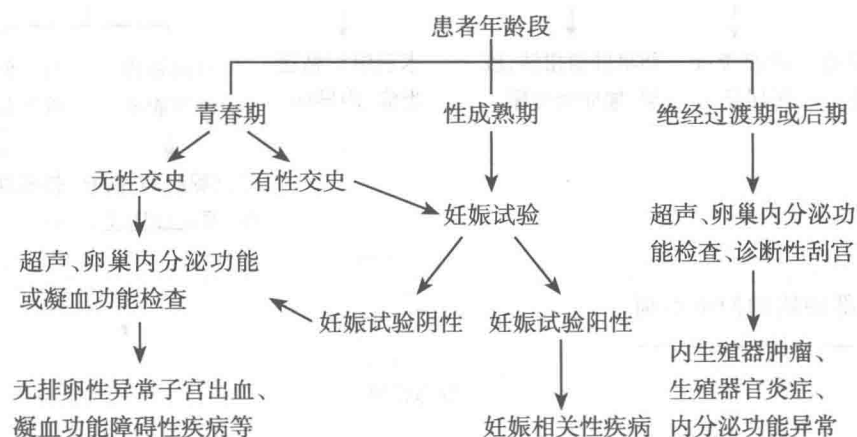


(胡娅莉 周 白)

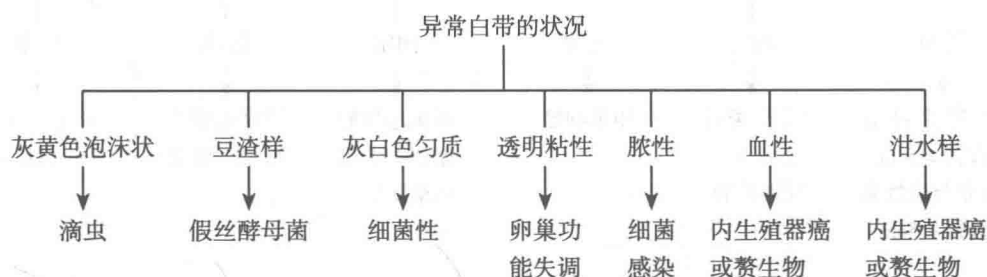


第二章 妇科常见症状鉴别诊断

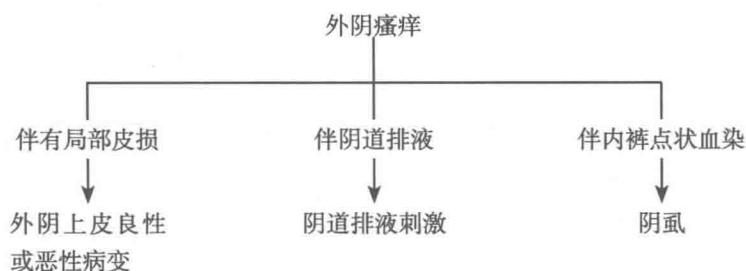
1. 阴道流血的初步鉴别



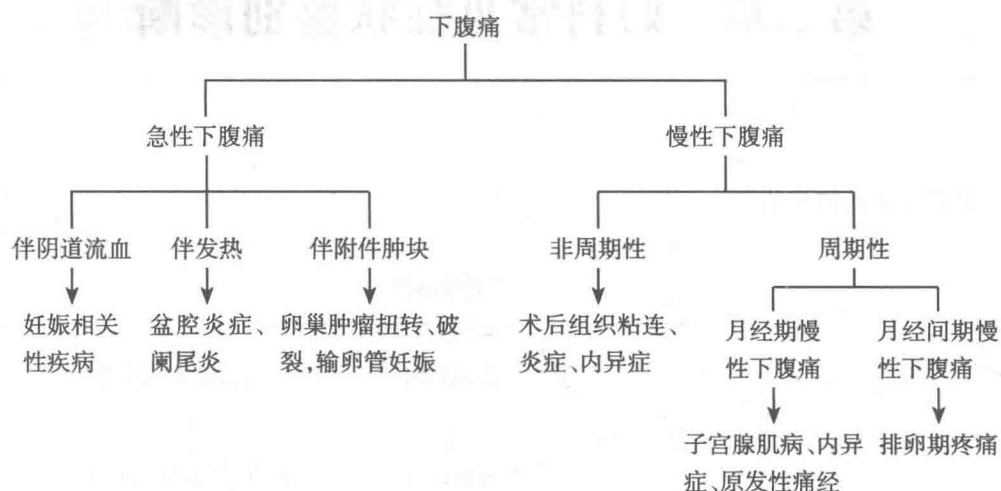
2. 异常白带的初步鉴别



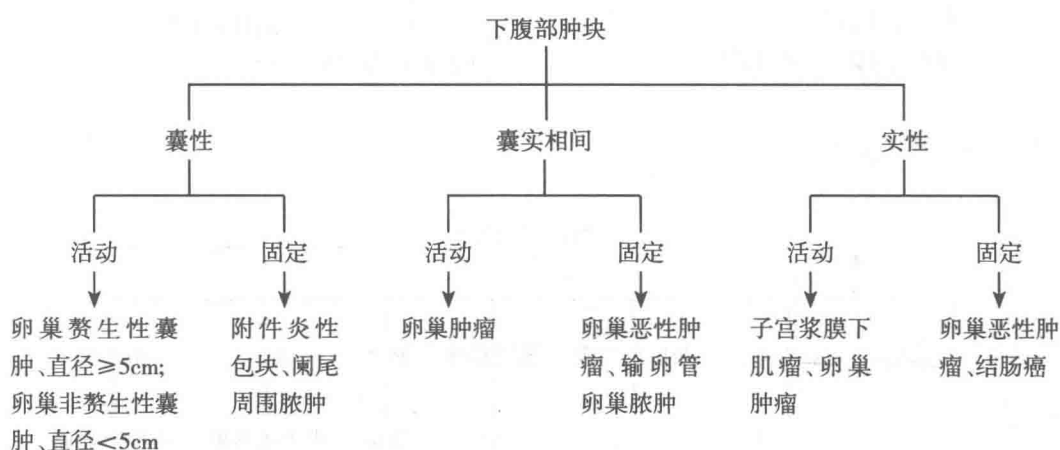
3. 外阴瘙痒的初步鉴别



4. 下腹痛的初步鉴别



5. 下腹部肿块的初步鉴别



(丰有吉)

第三篇 常见疾病的诊治要点

第一章 异常分娩

第一节 产力异常

【病例1】

简要病史: 29岁,初产妇,停经40⁺²周,下腹胀痛8小时入院,诉8小时前出现腹痛,间隔3~4分钟,持续30秒左右,近3小时出现腹痛间隔为10分钟左右,持续5~10秒。专科查体: 胎心140次/分,宫高33cm,腹围100cm,宫缩间隔10~15分钟,持续5~10秒。阴道检查提示坐骨棘间径8cm。

病例分析和知识点导引:

- 1. 病例特点 29岁女性,初产妇,停经40⁺²周,8小时前出现腹痛,间隔3~4分钟,持续30秒左右,近3小时出现腹痛间隔为10分钟左右,持续5~10秒。检查提示坐骨棘间径8cm。
- 2. 协调性子宫收缩乏力分为 ①原发性宫缩乏力: 指产程一开始就出现宫缩乏力; ②继发性宫缩乏力: 指产程开始子宫收缩力正常,产程进展到活跃期以后宫缩强度转弱,使产程延长或停滞,多伴有胎位或骨盆等异常。该患者坐骨棘间径8cm,考虑为继发性宫缩乏力。
- 3. 协调性子宫收缩乏力与不协调性子宫收缩乏力的鉴别(表3-1-1)

表3-1-1 协调性子宫收缩乏力与不协调性子宫收缩乏力的鉴别

鉴别内容	协调性子宫收缩乏力	不协调性子宫收缩乏力
宫缩特性	具有	失去正常对称性、节律性和极性
临床情况	宫缩高峰宫体隆起不明显,手指压宫底可出现凹陷	不协调性宫缩乏力,不能产生向下的合力,下段张力高于上段;胎先露不下降,宫口不扩张,容易造成产妇过度消耗和胎儿窘迫
母胎影响	时间如不长对胎儿影响不大	产程异常
结局	宫口扩张慢甚至停滞	

4. 继发性宫缩乏力的治疗原则 不论是原发性还是继发性,首先应寻找原因。发现有头盆不称或胎位异常估计不能经阴道分娩者,应及时行剖宫产术。确认无头盆不称和胎位异常,无胎儿窘迫征象,估计能经阴道分娩者,应采取加强宫缩的措施。

【病例2】

简要病史: 24岁, 初产妇, 停经40周, 持续下腹痛3小时入院。查体: 烦躁不安, 子宫下段可扪及狭窄环、拒按, 胎心听不清, 宫高33cm, 腹围101cm。宫口开大2cm, 先露-2, 坐骨棘间径8cm。

病例分析和知识点导引:

1. 病例特点 24岁女性, 初产妇, 停经40周, 持续下腹痛3小时。查体: 烦躁不安, 子宫下段可扪及狭窄环、拒按, 胎心听不清, 坐骨棘间径8cm。

2. 子宫收缩过强分为协调性子宫收缩过强和不协调性子宫收缩过强。该患者为不协调性子宫收缩过强。

3. 不协调性子宫收缩过强的特点 ①强直性子宫收缩: 产妇持续性腹痛, 拒按, 烦躁不安。触诊胎位不清, 听诊胎心不清, 甚至出现病理缩复环、血尿等先兆子宫破裂征象。②子宫痉挛狭窄环: 产妇烦躁不安, 持续腹痛, 宫颈扩张缓慢, 胎先露下降停滞, 胎心不规则。

4. 强直性子宫收缩常见于缩宫药物使用不当。其特点是子宫收缩失去节律性, 呈持续性强直性收缩。若合并产道梗阻, 亦可出现病理缩复环、血尿等先兆子宫破裂征象。

5. 子宫收缩过强的处理原则 以预防为主, 有急产史(包括家族有急产史)者应提前入院待产, 临产后慎用缩宫药物及其他可促进宫缩的产科处置, 包括灌肠、人工破膜等。一旦发生强直性子宫收缩, 给予产妇吸氧的同时使用宫缩抑制剂, 如25%硫酸镁20ml加入5%葡萄糖液20ml缓慢静脉注射, 哌替啶100mg肌肉注射(适用于4小时内胎儿不会娩出者), 在抑制宫缩的同时密切观察胎儿安危。若宫缩缓解、胎心正常, 可等待自然分娩或经阴道手术助产; 若宫缩不缓解, 已出现胎儿窘迫征象或病理缩复环者, 应尽早行剖宫产术; 若胎死宫内, 应先缓解宫缩, 随后阴道助产处理死胎, 以不损害母体为原则。

6. 该患者处理方式 该患者为梗阻因素导致的强直性子宫收缩, 即行剖宫产术。

第二节 产道异常

【病例】

简要病史: 28岁初产妇。停经39周, 规律宫缩8小时。查体: 一般状态良好, 宫缩40秒/3~4分, 胎位LOA, 胎心140次/分, 跨耻征阳性。骨盆测量: 骶耻外径17cm, 坐骨结节间径7cm。阴道检查: 宫颈消, 宫口开大3cm, 先露-3。

病例分析和知识点导引:

1. 病例特点 28岁初产妇。停经39周, 规律宫缩8小时。查体: 宫缩40秒/3~4分, 胎位LOA, 胎心140次/分, 跨耻征阳性。骨盆测量: 骶耻外径17cm, 坐骨结节间径7cm。肛诊: 宫颈消, 宫口开大3cm, 先露-3。

2. 狭窄骨盆 可以是一个径线过短或多个径线同时过短, 也可以是一个平面狭窄或多个平面同时狭窄。造成狭窄骨盆的原因有先天发育异常、出生后营养、疾病及外伤等因素。

3. 骨盆测量径线 除测量髂棘间径、髂嵴间径、骶耻外径和坐骨结节间径外, 还应注意检查耻骨弓角度、对角径、坐骨切迹宽度、坐骨棘内突程度、骶凹曲度及骶尾关节活动度等, 以便充分预测骨盆各平面的狭窄程度。

4. 骨盆入口平面狭窄的处理原则 ①骶耻外径16.5~17.5cm、骨盆入口前后径8.5~9.5cm、

胎头跨耻征可疑阳性时,属相对性骨盆入口狭窄。若产妇一般状况好,产力良好,足月胎儿 $<3000\text{g}$,胎位、胎心正常时,应给予阴道试产机会,试产时间以2~4小时为宜。产程仍无明显进展或出现胎儿窘迫征象时,应及时行剖宫产术结束分娩。②骶耻外径 $\leq 16.0\text{cm}$ 、骨盆入口前后径 $\leq 8.0\text{cm}$ 、胎头跨耻征阳性时,属绝对性骨盆入口狭窄,足月活胎不能入盆经阴道分娩,应行剖宫产术。

第三节 胎位异常

【病例】

简要病史:初产妇,孕38周,临产12小时,阴道流液2小时,胎心140次/分,宫口开8cm, S+2,入院后2小时复查,宫缩50秒/3分,宫口扩张及先露下降无进展,阴道检查:后囟门在7点处,矢状缝在右斜径上。

病例分析和知识点导引:

1. 病例特点 初产妇,孕38周,临产12小时;宫口开8cm,入院后2小时复查,宫缩50秒/3分,宫口扩张及先露下降无进展,阴道检查:后囟门在7点处,矢状缝在右斜径上。

2. 持续性枕后位(图3-1-1)常发生于男型骨盆及猿型骨盆。男型骨盆及猿型骨盆的特点是入口平面前半部狭窄,不如较宽的后半部更适合胎头枕部衔接;中骨盆及出口狭窄,骨盆呈漏斗状,由于中骨盆横径狭窄,阻碍胎头向前旋转,使胎头持续于枕后位。头盆大小不称,妨碍枕后位胎头内旋转,也是形成持续性枕后位的原因之一。

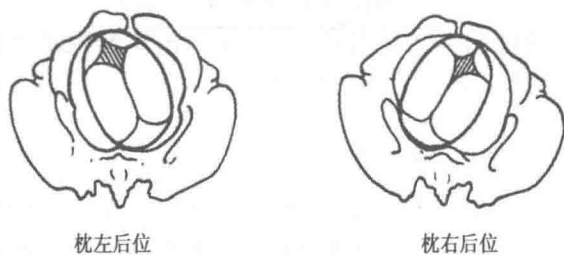


图3-1-1 持续性枕后位

3. 持续性枕后位的处理原则 枕后位头盆无不称或临界不称可以试产,但其中一部分仍可能需剖宫产;经阴道分娩者必须在严密观察下进行。

潜伏期,采取支持治疗,使产妇具有良好的产力,保证产妇充分的营养、水分和休息,如情绪紧张,不能睡眠,子宫收缩欠佳,可给强镇静剂如哌替啶或地西洋等,使宫缩转佳。进食少者应补液。

活跃期,除继续保护产力外,应积极处理,不宜等待。如宫口开张至3~4cm产程停滞,可人工破膜;如产力欠佳,又无头盆不称,可及早使用缩宫素;如果产程曲线表现宫颈扩张阻滞,经破膜及静脉滴注缩宫素效果不佳,扩张率每小时仍低于1cm或无进展,应考虑剖宫产结束分娩。如无头盆不称,产程曲线表现宫颈扩张缓慢者,经破膜及缩宫素处理后,一般效果较好。治疗后如宫颈扩张率每小时可达1cm以上,阴道分娩的可能性较大。如果效果不理想,仍应行剖宫产术。

第二产程,宫口开全后,先露停留在+2及+2以上不再下降,若骨盆无漏斗型狭窄,胎儿一般大小,可先做双侧阴部神经阻滞麻醉后,试用徒手旋转至枕前位,如旋转成功,胎头继续下降,可进行阴道助产或令其自然分娩。技术熟练者也可使用产钳转位,但容易造成软产道损伤。若骨盆有漏斗型狭窄,胎儿较大,徒手旋转胎头失败,需做剖宫产术。

Williams及Benson等(1978)认为持续性枕后位如先露不能入盆,应行剖宫产术。相反,