

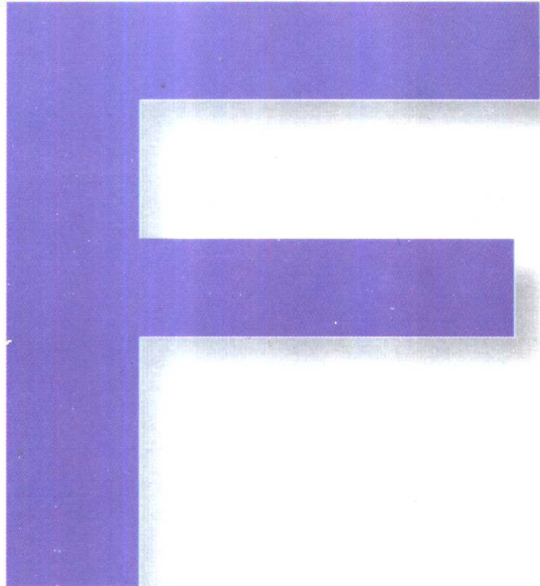
袖珍

主编
王惠兰 王丽丽

XIUZHEN FUCHANKE CHUFANG SHOUC

河
北
科
学
技
术
出
版
社

妇产科处方手册



袖珍妇产科处方手册

主编

王惠兰

王丽丽

河北科学技术出版社

主编 王惠兰 王丽丽

编委 陈素琴 杨兰芝 李瑞珍 卢士燕 郝桂敏

杨月敏

图书在版编目(CIP)数据

袖珍妇产科处方手册/王惠兰,王丽丽主编. —石家庄:
河北科学技术出版社,2002
ISBN 7-5375-2715-6

I. 袖... II. ①王... ②王... III. 妇产科病-处方-手册
IV. R710.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 082093 号

袖珍妇产科处方手册

主编 王惠兰 王丽丽

河北科学技术出版社出版发行(石家庄市和平西路新文里8号)
深泽县印刷厂印刷 新华书店经销

787×960 1/32 7.25 印张 207000 字 2003年1月第1版
2003年1月第1次印刷 印数:1—3000 定价:13.50元

前 言

正确诊断疾病后如何开出有效、合理的处方就成为直接关系到疾病的治疗效果和转归的关键，也是临床医生医疗水平的具体体现。怎样开合理的处方对临床工作者来说是值得探讨的问题，也是不断学习新知识、总结经验的过程。处方中最重要的组成部分为处方用药。在妇产科临床工作中，医师除了应结合具体情况选择正确的处方药物、准确的药物剂量、合理的给药方式、适当的治疗时间外，还应特别注意药物的毒副作用等。鉴于目前较系统地介绍常见妇产科疾病处方的专业书较少，我们结合妇产科临床工作中的体会、教学中遇到的问题和妇产科医学的新进展，编写了《袖珍妇产科处方手册》一书，供读者参考。

本书分两大部分：在第一部分中，简明扼要地介绍了妇产科处方用药的特点；在第二部分中，分别总结了妇产科常见疾病的处方。每一疾病的内容有三项：即首先对疾病进行扼要叙述，包括定义、病因病机、主要临床症状、检查、诊断和治疗原则等；然后以处方 1、处方 2……的形式列出常用处方；最后以“说明”的形式

对各组处方在临床中的具体应用给予详细的解释，包括处方中所应用的特殊药物的适应证、禁忌证、剂量、用法、疗程及毒副反应和配伍注意事项等。在编写过程中，我们努力使本书中所列举的处方“活”起来，使读者在妇产科临床工作中能活学、活用，结合实际，解决问题。当然，同一疾病的病情变化多端，临床表现也多种多样，读者应根据病人具体情况选择处方，并随着疾病的进展及时修改处方。为此，请读者在诊断明确的基础上参阅本书。

本书适合妇产科年轻医师、实习医师和广大的基层临床医护人员阅读参考，也可作为相应专业参考书。由于编者水平所限，书中难免有疏漏之处，敬请读者和同道批评、指正。

编 者

目 录

妇产科处方用药的特点

药物代谢动力学与药物作用·····	(1)
药物的用法与用量·····	(5)
药物的相互作用·····	(7)
影响药物作用的其他因素·····	(8)
选择药物的注意事项·····	(10)
妊娠期的药物代谢·····	(11)
药物对胎儿的不良影响及药物选择·····	(14)
哺乳期药物代谢及注意事项·····	(16)
抗生素的临床应用及注意事项·····	(20)

外阴病变

外阴色素减退疾病·····	(23)
外阴鳞状上皮细胞增生·····	(23)
外阴硬化性苔癣·····	(24)
外阴瘙痒·····	(25)

女性生殖器炎症

非特异性外阴炎·····	(27)
前庭大腺炎·····	(28)
前庭大腺囊肿·····	(29)
外阴尖锐湿疣·····	(29)
外阴丹毒·····	(31)
外阴糜烂与湿疹·····	(31)
外阴接触性皮炎·····	(32)
外阴毛囊炎·····	(33)
外阴疖肿·····	(33)
白塞病·····	(34)
滴虫性阴道炎·····	(35)
念珠菌阴道炎·····	(36)

细菌性阴道病·····	(38)
老年性阴道炎·····	(39)
婴幼儿外阴阴道炎·····	(40)
宫颈炎·····	(41)
急性宫颈炎·····	(41)
慢性宫颈炎·····	(42)
子宫颈息肉·····	(43)
盆腔炎·····	(44)
急性盆腔炎·····	(44)
慢性盆腔炎·····	(46)
生殖器结核·····	(47)
妇科肿瘤	
外阴上皮内瘤样病变 (VIN) ·····	(49)
外阴鳞状细胞癌·····	(50)
宫颈非典型增生·····	(50)
宫颈癌·····	(51)
附：晚期肿瘤的化疗方案·····	(53)
子宫颈癌合并妊娠·····	(56)
子宫肌瘤·····	(57)
子宫内膜息肉·····	(58)
子宫内膜癌前病变·····	(59)
子宫内膜癌·····	(60)
子宫肉瘤·····	(61)
卵巢肿瘤·····	(62)
妊娠滋养细胞疾病 (GTD) ·····	(64)
葡萄胎·····	(64)
侵蚀性葡萄胎·····	(65)
绒毛膜癌·····	(66)
胎盘部位滋养细胞肿瘤·····	(67)
常见化疗副反应及处理方案·····	(67)
妇科恶性肿瘤治疗后激素替代治疗 (HRT) ·····	(73)
晚期妇科恶性肿瘤患者的癌痛处理·····	(74)

慢性盆腔炎

盆腔淤血综合征·····	(76)
子宫内膜异位症和子宫腺肌病·····	(77)
子宫内膜异位症·····	(77)
子宫腺肌病·····	(79)
痛经·····	(80)
原发性痛经·····	(80)
继发性痛经·····	(82)

月经失调性疾病

功能失调性子宫出血·····	(83)
无排卵性功血·····	(83)
有排卵性功血·····	(87)
闭经·····	(90)
下丘脑性闭经·····	(90)
垂体性闭经·····	(91)
卵巢性闭经·····	(93)
甲状腺疾病引起的闭经·····	(93)
多囊卵巢综合征·····	(94)
经前期综合征·····	(95)
围绝经期综合征·····	(97)
不孕症·····	(98)

计划生育

工具避孕·····	(101)
药物避孕·····	(102)
短效口服避孕药·····	(102)
长效口服避孕药·····	(104)
长效避孕针·····	(105)
速效避孕药(探亲避孕药)·····	(106)
缓释系统避孕药·····	(107)
外用避孕药·····	(108)
紧急避孕·····	(108)
其他避孕方法·····	(109)

人工流产·····	(109)
孕期监护及保健	
妊娠期常见症状及处理·····	(111)
正常分娩·····	(113)
分娩镇痛·····	(115)
妊娠合并传染性疾病	
妊娠合并梅毒·····	(116)
妊娠合并淋病·····	(117)
妊娠合并尖锐湿疣·····	(118)
妊娠合并沙眼衣原体感染·····	(119)
妊娠合并滴虫阴道炎症·····	(120)
妊娠合并念珠菌阴道炎症·····	(120)
妊娠合并细菌性阴道病·····	(121)
妊娠合并巨细胞病毒感染·····	(121)
妊娠合并生殖器疱疹·····	(122)
妊娠合并风疹感染·····	(123)
妊娠合并弓形虫病·····	(124)
妊娠合并生殖道支原体感染·····	(124)
妊娠合并内科疾病	
妊娠合并心功能不全·····	(126)
妊娠合并心律失常·····	(129)
妊娠合并房性早搏·····	(129)
妊娠合并室性早搏·····	(130)
妊娠合并高血压·····	(130)
围产期心肌病·····	(132)
妊娠合并急性病毒性肝炎·····	(134)
附：新生儿的治疗·····	(138)
妊娠合并贫血·····	(138)
妊娠合并缺铁性贫血·····	(139)
妊娠合并巨幼红细胞性贫血·····	(140)
妊娠合并再生障碍性贫血·····	(142)
特发性血小板减少性紫癜·····	(143)

妊娠合并白血病·····	(144)
妊娠合并糖尿病·····	(148)
妊娠合并肺结核·····	(150)
妊娠合并细菌性肺炎·····	(152)
妊娠合并病毒性肺炎·····	(153)
妊娠合并哮喘·····	(154)
妊娠合并急性膀胱炎·····	(156)
妊娠合并急性肾盂肾炎·····	(156)
妊娠合并慢性肾炎·····	(158)
妊娠合并甲状腺功能亢进·····	(159)
妊娠合并癫痫·····	(161)
妊娠合并精神分裂症·····	(163)
妊娠合并外科疾病	
妊娠合并急性阑尾炎·····	(165)
妊娠合并急性胆囊炎·····	(166)
妊娠合并急性胰腺炎·····	(168)
病理产科	
异位妊娠·····	(170)
流产·····	(173)
早产·····	(177)
过期妊娠·····	(179)
妊娠剧吐·····	(180)
妊娠高血压综合征·····	(181)
前置胎盘·····	(187)
胎盘早剥·····	(189)
羊水过多·····	(191)
羊水过少·····	(193)
母子血型不合·····	(194)
胎儿宫内生长迟缓·····	(196)
死胎·····	(197)
胎儿窘迫·····	(198)
胎膜早破·····	(199)

产力异常·····	(200)
子宫收缩乏力·····	(200)
子宫收缩过强·····	(202)
分娩期并发症及产褥期疾病	
产后出血·····	(204)
羊水栓塞·····	(205)
产褥期变化及其处理与保健·····	(207)
产褥期感染·····	(211)
会阴、阴道及宫颈感染·····	(211)
产后子宫感染·····	(212)
产后血栓性静脉炎·····	(213)
晚期产后出血·····	(215)
子宫复旧不全·····	(216)
产褥期抑郁症·····	(217)
产褥中暑·····	(218)
急性乳腺炎·····	(219)
参考文献 ·····	(221)

妇产科处方用药的特点

药物是人类用以同疾病作斗争的一大类武器，亦即用于人体之后能够预防、治疗和诊断疾病的物质。

药物的种类甚多，除来自天然的动、植物之外，有机合成化合物逐年增加。医务人员只有全面地了解药物的作用机理及特点，才能充分发挥药物有利的（治疗作用）一面，避免和克服其不利的（不良反应）一面。

药物治疗疾病的方式不外乎对症治疗和对因治疗两个方面：前者的作用在于消除疾病的症状而不能祛除病因，如镇痛药的止痛作用、解热药的退烧作用；后者则能消除疾病的原因使疾病得以治愈，如抗生素等化学治疗药物能选择性地“杀灭”体内致病微生物，而对人体功能没有明显的不良影响。两种治疗方式不可偏废。医生在用药之前，首先要明确诊断，以求做到“辨证施治”。对因治疗固然重要，但某些严重症状如不及时加以适当的治疗，可能危及生命。此时，对症治疗的重要性并不亚于对因治疗。此外，还要注意患者的年龄、体质等个体差异，因人施治。本章就妇产科医师开处方时所涉及的有关问题做一简要的阐述，以供临床合理用药时参考。

药物代谢动力学与药物作用

药物代谢动力学简称药动学，就是在量上研究药物在机体内的分布、吸收、生物转化和排泄过程的动态规律，这些过程综合表现于血药浓度随时间而变化。药动学的参数如半衰期（ $t_{1/2}$ ），可作为设计、优选给药方案的依据，以求提高疗效，减少不良反应。

（一）吸收

影响药物吸收的因素很多。不同的给药途径，药物吸收的快慢有明显的差异。按吸收快慢顺序排列：静脉>吸入>肌肉>皮下>直肠>口服>皮肤。

静注：是将药物溶液经静脉直接注射到血液中，起效迅速。而其他给药途径，药物首先要从用药部位透过生物膜进入血液循环（这个过程称为吸收），然后随血流分布到全身各器官组织。

皮下或肌注给药：主要以扩散方式进入血液循环，当局部组织血流缓慢时，影响吸收速率。如外周循环衰竭（休克）时，皮下注射给药，吸收大大减慢，就不能适应病情的需要，必须静脉注射才能达到抢救的目的。

口服给药：药物口服以后，多数以扩散的方式透过胃肠道粘膜细胞而吸收。大多数药物是在小肠中被吸收，脂溶性非离子型的药物易于被吸收。胃肠道 pH 的改变通过影响药物的解离度而影响吸收率。因此，通过调节体液环境的 pH 值，可以促进或抑制吸收速率。

任何药物除血管内（静脉推注或滴注）给药外，均有一个利用度问题。生物利用度是指药物剂型中能被吸收入体循环的药物的相对份量及速度，它与药物作用的强度及速度有关。一般是以口服吸收百分率（%）或分数表示，即： $F（生物利用度）= A（进入循环药量）/B（服药剂量）\times 100\%$ 。

生物利用度与制剂的工艺过程有密切关系，同一药厂不同批号的产品也难确保完全相同。临床上同一病人最好使用同一批号产品，若需换用不同批号的制剂时，应当考虑到生物利用度的因素，特别是安全范围小的药物。

（二）分布

药物对组织器官的作用强度与药物的分布并不完全相同。例如，强心甙选择性地作用于心脏，却广泛分布于横纹肌和肝脏；吗啡作用于脑中枢，却大量集中于肝脏。

影响药物的分布因素大致有：①药物与血浆蛋白结合的能力。②药物与组织的亲和能力。③药物的理化特性和局部器官的血流量。

药物与血浆白蛋白的结合，由于分子加大，可影响其向血管外转移及分布，因而降低药物的效力，且排泄将因此减少，生物半衰期延长。但这种结合通常是可逆的，可以对血浆药物浓度进行调节以对抗较大的波动。在通常浓度下，若药物有 80% 以上结合就很容易被其他能结合蛋白的药物自白蛋白中替换出来，结果使游离药物的浓度升高，并可能发生中毒。

脂溶性药物容易透过细胞膜进入细胞内，使细胞内液浓度与细胞外间隙液浓度保持平衡。组织中药物浓度增加的速度决定于组织的血流量，脑、心、肾和肝的灌注速度越高，越能迅速获得与动脉血浆中相同的药物浓度；反之，灌注缓慢的器官的药物浓度增加较慢。

(三) 代谢 (生物转化)

肝脏是药物代谢 (氧化、还原、水解、结合) 的主要场所。一般说来，脂溶性药物能较广泛地被代谢，并转化成极性更大的衍生物而更易于排泄。不同的肝脏疾患，能影响肝脏一种或几种代谢功能。当肝脏功能不全时，药物代谢将大大减少，则应减量或减少给药次数，以避免血药浓度过高或持续时间过长而中毒。某些药物可以提高肝微粒体酶的活性，使另一些药物代谢速度加快 (称为诱导作用或酶促作用)，药效降低。肝药酶的诱导作用不仅可以解释连续用药产生耐药性、交叉耐药性及停药敏感化现象，还可以治疗某种疾病。例如：孕妇产前服用苯巴比妥 (60mg/d) 2 周，可诱导新生儿肝药酶，后者促使血中游离胆红素与葡萄糖结合后自胆汁排泄，可预防新生儿黄疸。另一些药物，可抑制肝微粒体酶的活性 (酶抑作用)，从而加强许多药物的作用 (或毒性)。这是药物间相互作用而影响疗效的原因之一。

(四) 排泄

肾脏是药物排泄的主要途径，多数药物在肝脏经生物转化变为极性较大的和水溶性代谢物，在肾小管中不易被吸收，而易于排泄。肾小球几乎不能过滤蛋白质，所以只有游离而未结合的药物才能被过滤。尿的 pH 对于许多弱碱性和弱酸性药物的排泄速率是一重要影响因素，弱碱性药物较正常排泄快，而弱酸性药物排泄较正常慢；pH 高时，其结果相反。

患有肾脏疾病时，药物的排泄受影响。如患严重慢性肾病时，肾小球滤过率可降到 $5\sim 10\text{ml/min}$ （正常为 125ml/min ），在这种情况下，链霉素、庆大霉素很快地在体内蓄积。为了避免中毒，其维持量与给药间隔必须根据肾功能损害程度及药物的半衰期予以调整。

（五）半衰期（ $t_{1/2}$ ）和服药方法

通常所谓的半衰期是指血浆半衰期，即药物的血浆浓度下降一半的时间，它反映药物在体内消除的速度。为了维持比较稳定的有效血浓度，给药间隔时间不宜超过药物半衰期，但要避免药物的蓄积中毒，给药时间又不能短于该药的半衰期。当血药浓度许可在 2 倍量的范围内变动而且无毒性反应时，可先服一初剂量（为维持剂量的 2 倍），然后每经一半衰期再服一维持剂量，从而持续不断保持血浆中的治疗浓度。但对半衰期特别短或特别长的药物，则必须用另外的方式用药。青霉素的半衰期很短（ $t_{1/2}$ 为 40min ），且治疗安全度大，所以，可以在长于半衰期的时间间隔中给予大剂量。虽然血浆浓度产生较大的波动，但由于开始的浓度很高，即使经数倍于半衰期的时间以后，血浆中仍能维持着治疗浓度。

注射半衰期为 4h 的药物，每日 3 次，其血浓度波动虽大，但却保持在十分近似的水平上，这种类型的血药浓度波动在肌注青霉素时可以见到。若药物的半衰期为 12h，每日还是 3 次肌注，则用药开始和结束时的浓度比较小（约 2:1），但浓度的峰与谷不断上升，到次日才趋于稳定（约 4~5 个半衰期达到均值）。若半衰期为 24h，则这种情况更为明显，这就说明药物是有蓄积作用的。若首剂用较大剂量则蓄积问题可以减少。首次剂量是重复用量的 3.5 倍，称为“先导剂量”，可使平均血浓度较为稳定。

洋地黄毒甙具有很长的半衰期（ $t_{1/2}$ 为 6d），一般每日给药 1 次。这样给药有两个理由：①让病人每经 24h 以上的时间服药 1 次，不如每日 1 次容易做到。②此药在血浆中的治疗浓度和中毒浓度之间的界限很小（即治疗指数很窄），如果血药浓度过大病人不能耐受。

药物的用法与用量

为了保证及时而充分地发挥药物疗效，就必须讲究药物的应用方法（即给药途径）和合适剂量。药品生产者根据药物的理化性质及临床需要，将药物加工制成各种剂型。供口服的有片剂、丸剂、胶囊剂、酏剂、糖浆剂、颗粒剂（冲剂）、合剂等。通常所谓“针剂”，是指专供注射用的。

（一）药物剂型与用法

在医疗中，如何选择药物的剂型，主要取决于病情的需要。病情危急时多采用注射给药，而对一般病情尤其是慢性疾病，则应以口服（片剂、丸剂）为主。药物剂型与吸收之间存在着密切的关系。药物吸收的快慢、多少，通过血药浓度的变化，必然会影影响药物作用开始的时间、作用强度以及作用的持续时间。

1. 口服：供口服的剂型使用方便而安全，但药物口服后在胃肠道中的被吸收量受到各种因素的影响，例如胃肠道 pH、消化道中的酶、内容物的多少、食物成分、胃肠蠕动的快慢等；而制剂本身所含有的药物的理化性质，以及其中所含有的崩解剂、分散剂、增溶剂及助溶剂等，也都是影响吸收的重要因素。

口服药物的吸收，除特殊情况，一般必须在透过粘膜上皮之前，先从制剂中溶解出来，达到溶解的状态才能被吸收。从胃肠吸收的药物，进入门静脉后进入肝脏才能进入体循环。有些药物在首次通过肝脏时即发生转化灭活，使进入体循环的药量减少、药效降低，这种现象称为“首次通过效应”，有人称之为首关效应。首关效应较强的药物不宜口服给药。

2. 注射：注射给药的优点是药物作用出现得快而强，故适用于危重病人的急救。

（1）皮下注射（皮下）：药物经皮下注入人体，吸收较快，但仅适宜小量药物（1ml 以内），如果药物有刺激性，则易引起疼痛。

（2）肌肉注射（肌注）：注射容量一般在 10ml 以内，肌肉血管丰富，吸收较皮下更迅速；肌肉内神经末梢分布较皮下少，因

此对疼痛刺激敏感性较差。除水溶性注射剂外，油类及混悬性注射剂均可肌注，注射前应回抽针心，无回血，方可注入。有少量药物肌注反而起效缓慢且不规则，如地西洋（安定），因此，急需发挥疗效时，应静注或口服。

(3) 静脉注射（静注）：静注发挥药效最快，供静脉的注射液，必须澄清无异物，且不得含有热源及溶血性物质。注射容量在 10~100ml。油类及混悬性注射剂均不可静注。

(4) 静脉滴注（静滴或输液）：用量较大的注射液可通过静脉点滴记数输入药液。

(5) 皮内注射：主要用于皮肤过敏试验，注射量在 0.1~0.2ml。

此外，还有穴位注射、关节腔内注射、鞘内（椎管）注射、动脉内注射、胸膜腔内注射等。

3. 粘膜给药

(1) 口腔给药：药物从口腔粘膜吸收较快（1~3min），且可避免药物被消化液和肝脏所破坏。此外，口腔粘膜不同于消化道粘膜，高分子的药物也能吸收。如将药片含于舌下，则吸收更快。

膜剂（药膜）适用于口腔含用，如硝酸甘油药膜、喘舒（妥布特罗）膜、可乐定膜等，使用方便。

(2) 直肠给药：将药物制成溶液或栓剂，除用于直肠粘膜疾病的治疗外，也可以通过直肠粘膜快速吸收作用于全身；药物大部分不进入肝脏，可减少破坏，且可避免对胃肠道的刺激性，故栓剂经直肠给药被临床广泛采用。

(3) 吸入：从呼吸道给药将药物雾化后吸入，经肺、支气管（粘膜及肺泡）吸收入体内，其吸收速度仅次于静注。主要用于气体或挥发性液体；固体药物配成溶液，喷成气雾而吸入。

(4) 阴道给药：将溶剂或栓剂经阴道给药，药物经阴道粘膜吸收直接作用于局部，用于治疗阴道炎、宫颈炎等下生殖道疾病。

4. 局部用药：主要目的是引起局部作用，如软膏、糊剂、洗剂，用于皮肤病的治疗。