

北京妇产医院 医疗常规

(增补部分)

北京妇产医院
一九九六年



北京妇产医院 医疗常规

(增补部分)

北京妇产医院
一九九六年

前 言

93 年印发我院医疗诊治常规以来,三年多的时间,各科领域中对某些疾病的观念、认识又有了变化,诊治技术、诊治手段、诊治项目等方面又有了长足的进步,现汇总呈现在各位面前,作为临床诊治实践的依据和参考。

由于时间紧迫,错误在所难免,请批评指正。

1996. 7

北京妇产医院医疗常规(补充部分)

目 录

第一篇 临床各科常规

第一章	产科诊疗常规.....	(1)
第一节	妊娠合并症.....	(1)
	(一)低钠血症的诊治.....	(1)
	(二)高钾血症.....	(2)
	(三)低钾血症.....	(5)
	(四)酸碱平衡失调.....	(7)
	(五)呼吸衰竭.....	(11)
第二节	妊娠并发症(病理产科)	
	子痫的抢救.....	(13)
第二章	新生儿常规.....	(16)
第一节	常见新生儿疾病.....	(16)
	一、呼吸系统疾病.....	(16)
	(一)呼吸衰竭.....	(16)
	(二)肺出血.....	(18)
	(三)呼吸暂停.....	(19)
	二、代谢和血液系统疾病.....	(21)
	(一)母乳性黄疸.....	(21)
	(二)高血糖症.....	(23)
	(三)糖尿病母亲的婴儿特点及监测.....	(24)

	三、新生儿感染.....	(26)
	(一)新生儿破伤风	(26)
	(二)新生儿脐炎	(29)
	(三)新生儿乳腺炎	(30)
	(四)新生儿病毒性心肌炎	(31)
	(五)先天性风疹	(34)
	(六)新生儿巨细胞包涵体病	(35)
	(七)单纯性疱疹病毒感染	(38)
	(八)柯萨奇病毒感染	(39)
	(九)新生儿乙型肝炎	(42)
第二节	静脉内营养	(43)
第三章	妇科诊疗常规	(47)
第一节	妇科疾病诊疗常规	(47)
	一、输卵管妊娠的药物保守治疗.....	(47)
	二、黄体生成素释放因子类似物 LHRH-A 去卵 巢治疗子宫内膜异位症	(49)
	三、非特异性阴道炎(细菌性阴道炎).....	(50)
	四、衣原体感染.....	(51)
	五、支原体感染.....	(51)
第二节	电脑刮片	(52)
第三章	计划生育诊疗常规	(53)
	药物流产常规	(53)
第四章	肿瘤科诊疗常规	(55)
第一节	外阴癌	(55)
第二节	阴道癌	(57)
第三节	宫颈癌	(59)

第四节	子宫内瘤	(64)
第五节	子宫内膜癌	(66)
第六节	卵巢肿瘤	(70)
第七节	滋养细胞肿瘤	(75)
第八节	放射治疗常规	(79)
第九节	宫颈刮片及处理常规	(80)
	“附一”宫颈刮片及处理常规	(86)
	“附二”体力状况计分标准	(87)
	“附三”抗肿瘤药物客观疗效评定标准	(88)
	“附四”抗癌药物急性及亚急性毒性反应分度标准 (WHO 标准)	(88)
	“附五”肿瘤科病历书写特殊要求	(89)
第五章	放射科常规	(90)
第一节	新生儿呼吸系统病变	(90)
	一、新生儿呼吸窘迫综合症	(90)
	二、新生儿肺炎	(91)
	三、吸入性肺炎	(91)
	四、新生儿湿肺	(91)
第二节	恶性葡萄胎	(92)
第三节	绒癌	(93)
第四节	部分项目检查术前准备	(94)
	一、静脉肾盂造影术前准备	(94)
	二、上消化道 x 线造影术前准备	(95)
	三、下消化道 x 线造影术前准备。	(95)

第一篇 临床各种常规

第一章 产科

第一节 妊娠

一、低钠血症的诊治

(一) 诊断

1. 病史: 呕吐、腹泻、利尿剂治疗。

2. 临床症状: 常常是非特异的, 其症状取决于血钠下降的程度及速度。一般患者易疲劳。恶心、嗜睡、纳差、头痛、视力模糊、肌肉性痉挛、运动失调, 严重时发展为谵妄、惊厥以至于死亡。

3. 体征: 表情淡漠, 腱反射减退或亢进, 脉细而速, 静脉充盈时间延长, 常发生起立性低血压性昏倒及体位性低血压等血容量不足的表现。

4. 实验室检查

血 Na^+Cl^- 降低, 血钠 $<125\text{mmol/L}$ 时出现恶心不适, 至 $115\sim120\text{mmol/L}$ 出现头痛嗜睡不适和反应迟钝, 至 $<115\text{mmol/L}$ 时, 出现抽搐及昏迷(低钠性脑病); 血红蛋白增加红细胞压积增高, 血清蛋白增加, 血尿素氮增加。尿钠 (UNa^+) $<15\text{mmol/L}$ 多见于胃肠性失利尿后期, 烧伤水肿状态, $\text{UNa}^+ > 20\text{mmol/L}$ 多见于服用利尿剂早期、肾上腺机能不全、失盐性肾炎、渗透性利尿。

(二)治疗

1. 失钠性低钠血症(失钠性低钠综合症)

常见原因为胃肠道、皮肤及肾性失钠,可致血容量不足及末梢循环衰竭。除治疗病因外,采用补钠——轻度口服补、中、重度静脉补充,计算公式:补钠数(mmol)= $(140 - \text{实测血 Na}^+) \times 0.6 \times \text{体重}$ 在第一个 24 小时内给计算数量 $1/3 \sim 1/2$,然后根据 BP、皮肤弹性、神志、血尿 Na^+ 来判断,再补给剩余量及断续补给量。

利用上述公式补钠注意:(1)公式只是一种估计,为了判断疗效,须作动态观察。(2)公式不包括可能存在的等液丢失,(3)血清钠测定值在轻、中度缺钠时可正常或略低,所以血清钠不一定能反映出当时体内缺钠的总量,应根据临床综合分析,(4)为避免过多氮输入,部分等渗液中加乳酸钠或碳酸氢钠,(5)有循环衰竭应及时补充胶体液——血浆。

2. 稀释性低钠血症(稀释性低渗综合征)

本症主要原因是肾排水功能障碍,心肝功能损害,潴水过多,因而治疗要点是控制水的摄入量,配合排水,逐渐纠正细胞外液低渗状态。

每日摄水量应少于尿量与显性失水量,形成一定程度负平衡。有神经系统症状重病人可选用高渗盐水滴注,在伴有水肿,尿呈低渗而电解质紊乱不重者可用速尿,以帮助排水。

3. 无症状低钠血症:

见于一些慢性消耗性疾病的的腹期——结核及恶性肿瘤,血清钠可降至 125mmol/L 但无低钠症状,一般无需补钠治疗。

二、高钾血症

(一)高钾血症性的诊断

血清 $K^+ > 5.5 \text{ mmol/L}$ 时称为高钾血症。

1. 病史

(1)摄入过多:见于肾功能减退病人进食含钾高的食物,静脉输入含钾液及某些含钾抗生素。

(2)肾排钾减少见于肾功能衰竭,保钾利尿剂使用史等

(3)细胞内钾移至细胞外,多见于组织损伤,如大面积的肌创伤,大量出血或血肿、挤压伤的初期、组织缺氧、高热中暑等。

2. 临床表现

(1)神经肌肉症状

早期有肢体异常、麻木感、极度疲乏、肌肉酸痛,肢体苍白和湿冷等类似缺血现象。严重者可出现吞咽、发音及呼吸困难,甚至上行性麻痹,松弛性四肢瘫痪。腱反射可能消失。CNS表现为烦躁不安、昏厥及神志不清

(2)心血管系统

心搏徐缓和心律紊乱,一般不发生充血性心力衰竭,心脏有时扩大,心音减弱。最有助于诊断意义的是心电图变化。当血 $K^+ > 5.5 \text{ mmol/L}$ 时,先是Q-T时限缩短,T波变得尖高对称,基底狭窄而呈帐篷状,至 $7-8 \text{ mmol/L}$ 时P波振幅降低,P-R间期延长,以至P波消失,至 $9-10 \text{ mmol/L}$ 时,室内传导更为缓慢,QRS变宽,R波振幅降低,S波加深,与T波直线相连、融合。至 11 mmol/L 时,QRS波群,RS-T段和T波融合而成双相曲折波形。最后增至 12 mmol/L 时,一部分心肌可先被激动而恢复,一部分则尚未除极,极易形成异位搏动,心动过速、扑动、心室颤动,乃至心脏停搏而致死。

根据血钾浓度和心电图共同决定其严重程度，一般订为：轻度：血清 K^+ 5.5—6.5mmol/L，而心电图正常；中度：血清 K^+ 6.5—7.5mmol/L，间或心电图显示 T 波变高变尖，或两者同时存在；严重：血清 $K^+ > 7.5$ mmol/L 心电图示 P 波消失，QRS 波变宽，心室律不整。

(3)其他——肾功能衰竭的表现如少尿或尿毒症，还可有恶心、呕吐腹痛等。

(二)高钾血症的治疗

1. 去除引起高血钾的病因，给低钾饮食

2. 注射 Ca^{++} 以对抗 K^+ 的心脏毒性，当发现严重心律失常时应立即在心电图监护下 3~5 分钟内静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 20~30ml 于 25% 葡萄糖 40ml，在数分钟内即可见效，继 10% 葡萄糖酸钙 + 5% 葡萄糖液 1000ml 静滴。并观察心电图改变，如心电图恢复，但血钾未恢复，仍需以 10% 葡萄糖钙作预防治疗。

3. 将细胞 K^+ 暂时移到细胞内，高渗葡萄糖和胰岛素的应用，以 25—50% 葡萄糖液 60—100ml，2~3g 糖加正规胰岛素 1u，继以 10% 葡萄糖液 500ml 内加正规胰岛素 15 单位静滴。可收到将细胞外 K^+ 转移入细胞内功效。遇有心肾疾病要限水病人可用 25—50% 葡萄糖液静脉滴注，胰岛素与葡萄糖之比最好是 1 单位 ÷ 3~4g，以免发生低血糖。

4. 防止 K^+ 由细胞内外移要治疗酸中毒，最常用的是 5% 碳酸氢钠液 60~100ml，急重病人可在 5 分钟内直接静注，往往数分钟内即能看到效果。需要时 15—30 分钟后重复 1 次，或在第一次注射后继续静滴 5% 碳酸氢钠 125—250ml，每分钟 15—45 滴速度，以免以碱抑制呼吸。

5. 排 K^+ 治疗

(1)利尿剂——速尿：利尿酸和噻嗪类排 K^+ 利尿

(2)阳离子交换树脂及山梨醇：可用此树脂 40g 置干 200ml 山梨醇作保留灌肠，给药前先作清洁洗肠。保留 1 小时以上。也可口服树脂，每日 40—80g 分 3~4 次服，每次拌以 20% 山梨醇 10—20ml，酌情增加剂量至大便稀薄为止。

(3)透析疗法：经以上治疗无效，而病情危重可行血液或腹膜透析治疗。

三、低钾血症

(一)诊治血清钾 $<3.5\text{mmol/L}$ 即可诊断低血钾症。

1. 病史：①摄入过少，禁食、厌食、偏食史。

②排出增加：呕吐、胃肠引流、腹泻、肠痿等，利尿剂使用肾排钾增多；大量出汗、烧伤（钾离子从创面丢失）

③钾向细胞内转移，最常见的是使用胰岛素过多的历史，（用于治疗高钾血症时）

2. 主要临床表现

(1)神经肌肉系统：当血清 $K^+ < 3.0\text{mmol/L}$ 时可出现肌无力， $< 2.5\text{mmol/L}$ 时可出现下肢软瘫以四肢肌肉受侵为最多。当横纹肌受侵时可出现呼吸困难、吞咽困难。膝反射减退或消失。也可发生痛性痉挛，手足抽搐。可有 CNS 症状如精神抑郁、嗜睡、软弱、表情淡漠。有时可出现急性脑病综合症，伴记忆力减退、定向力丧失、精神错乱。

(2)消化系统：肠蠕动减弱，轻度缺 K^+ 时仅有食欲不振，轻度腹胀、恶心、便秘。严重缺 K^+ 可发生腹胀或麻痹性肠梗阻。

(3)心血管系统

轻度缺 K^+ 多出现窦性心动过速、房性及室性早搏。严重低血 K^+ 可致室性或室上性心动过速及室颤等严重心律失常。血压降低,心脏扩大,易发生心力衰竭。加重洋地黄中毒、心电图检查通常能敏感地反映出低血 K^+ 情况其表现如下

①最早期表现 T 波变得低而宽、Q-T 间期可能显著延长。此图形见于血清 $K^+3.5\text{mmol/L}$ 左右时

②T 波变得低而宽,伴有 U 波而成双峰。Q-T 间期可能显著延长,FU 融合,所以测量的常为 Q-U 间期。

③T 波倒置,U 波显得突出,这些图型在 $V_1 V_4$ 最为明显。

④RS-T 段下垂是缺 K^+ 症心电图的特殊表现。

⑤在以上图型中亦可出现 I - I°房室传导阻滞及各种心律失常包括窦性心率过缓、房性早搏、房室阻滞等。

(4)泌尿系统:

长期缺 K^+ 可引起缺 K^+ 性肾病和肾功能障碍,浓缩功能减退,出现多尿尤其是夜尿增多。

(二)血 K^+ 缺乏症的治疗

1. 除去可能致病因素及急救重症患者。

2. 在治疗中,应注意其它电解质、酸碱平衡及心、肾功能。

3. 在血容量减少,周围循环衰竭、休克肾功能衰竭时除非有严重的心律紊乱或呼吸肌麻痹,应待补充血容量、排尿达到30-40ml/h后,继续观察6小时,始予补钾。

4. 补钾:一般达尿量500ml/d以上可予补钾。

(1)轻者口服钾,氯化钾每日3~6g,并鼓励病人进食含钾丰富的水果、蔬菜和肉类。

(2)重者静滴氯化钾:用等渗盐水或5%葡萄糖液稀释、

静脉滴注,补液速度一般每小时不超过 1g 氯化钾、一般滴注速度每 500ml 液体中加氯化钾 1.0—1.5g。严重患者可能心电图监护下每小时补 2g。

补钾量视缺钾程度而定,较重时每天可补氯化钾 6—8g (约 80—100ml),在肾功能良好的情况下,用量多者每日补钾达 240mmol 或更多,但补钾不能操之过急,在控制症状后,可逐步补给,常需 1 周或更长时间始得纠正。

补 K^+ 应注意尿量,如尿少,补 K^+ 应慎重,以免引起高血钾。低血钾者如静滴注葡萄糖加胰岛素或碳酸氢钠,可加重低血钾,因而非必要时不宜采用,必须用时,应同时补钾。

口服氯化钾肠溶片不宜长期使用,因小肠经常处于高钾状态可引起小肠狭窄、出血、梗阻等并发症。

四、酸碱平衡失调

酸碱失衡在临床中可并发于内、外、妇产、儿等科的许多种疾病中,包括代谢性酸、碱中毒和呼吸性酸碱中毒,有时可混合存在,内容复杂繁多,只能简要叙述其诊断和治疗原则。

(一)呼吸性酸中毒

1. 诊断

(1)病史——呼吸异常 $Paco_2 \uparrow$, 动脉血中出现碳酸血症常见于麻醉时透气不足;中枢神经系统疾患;用得不当使呼吸中枢抑制;呼吸肌软弱无力或肌肉麻痹,肺气肿,胸廓畸形等。

(2)临床表现:除原有病的症状和体征外主要是高碳酸血症引起的症状和体征,但都不特异。

(3)血气分析:PH 下降 $Paco_2 \uparrow$ 、 $Pao_2 \downarrow$ 、 H_2CO_3 浓度增加。血气分析是主要的诊断依据。

2. 治疗

治疗应以改善通气、促进氧合为主。具体措施包括抗感染、解痉、排痰、必要时作气管切开并置气管插管,处理心脏衰竭,给对抗麻醉或对抗抑制呼吸中枢的药物,人工呼吸器的使用及合理给氧。严密动态观察动脉血的 PH, PaCO_2 , PaO_2 。

目前使用的解痉剂为东莨菪碱、654-2,能解除支气管痉挛,减轻气道堵塞,改善脐微循环,从而改善通气换气功能,对呼吸中枢有较强的兴奋作用,东莨菪碱 0.3~0.6mg 或 654-2 10~20mg + 10% 葡萄糖液 20~40ml V 推注、重复间隔时间,视病情需要而定,可从 15~30 分钟至 1~4 小时或每 6~12 小时 1 次。

(二)呼吸性碱中毒

1. 诊断

(1)病史:呼吸过度, CO_2 排出增加,血中碳酸减少是于精神紧张、麻醉时呼吸过度,或辅助呼吸器械使用不当,水杨酸钠中毒等。

(2)血气分析:PH 升高, PaCO_2 降低, HCO_3^- 正常或降低。

治疗:主要是针对病因进行防治。如果是由于自发呼吸过度所致者,可用药物或精神治疗来降低紧张状态。减低人工呼吸器的通气量或在人工呼吸器与气管之间加一段 0.3~1cm 的导管以加大死腔量使病人重复呼吸死腔的空气,以增加肺泡 CO_2 浓度和提高 PaCO_2 ,积极合理地纠正缺氧。监测动脉血 PaCO_2 和 PH 值,根据情况调整人工呼吸器。

(三)代谢性酸中毒

1. 诊断

(1)病史:肾功能不全尿毒症氮质血症、严重低氧血症,各种休克组织缺氧、乳酸堆积,糖尿病且伴有酮症者;进食过少

致酮症酸中毒,腹泻或肠痿伴有电解质(包括碳酸氢盐)丢失脱水者等。

(2)临床表现:除外原发病的临床表现外,尚有酸中毒表现如糖尿病酮中毒主要症状有食欲不振,恶心、呕吐、腹痛等,随后可有嗜睡、精神萎靡,严重时逐渐进入昏迷状态。常有脱水,缺 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 的表现。呼吸加快加深有酮味。双颊潮红,舌唇樱桃红色,心率快,血压下降、四肢厥冷,腹部可有触痛,肌体力下降,反射迟钝。

(3)化实验室检查:

①尿酮体阳性。

②血清钾(K^+)、钠(Na^+)、氯(Cl^-)可降低,血清磷、镁亦可低于正常。

③血糖升高(糖尿病)血酮体若 $>50mg/dl$ 可诊断为酮血症。

④标准碳酸氢盐(SB)、缓冲碱(BB)低于正常碱剩余(BE)负值加大。同时伴有 $PaCO_2$ 下降(代偿性)时即可确定为代谢性酸中毒。血 CO_2CP 降低,但需除外呼吸性碱中毒。 $PH<7.35$ 时为失代偿性。阴离子间隙(AG)值($Na^+ - (HCO_3^- + Cl^-)$) >16 时提示代谢性酸中毒存在。

2. 治疗

(1)纠正致病原因(如糖尿病时用胰岛素)

(2)补充液体,纠正脱水、根据病情选择液体种类。

(3)补钾:血清钾 $<3mmol/L$ 补钾 $2-3g/h$;血清钾 $3-4mmol/L$ 补钾 $1.5-2g/h$;血清钾 $4-5mmol/L$ 缓慢静滴 $0.5-1g/L$;血清钾 $<5mmol/L$ 停止补钾,严密观察。经过充分补钾,血清钾仍低应考虑是否并发低镁血症,证实低镁,可

补充硫酸镁。停止输液后仍应口服钾1周左右。补钾要密切监测尿量、心电图。

(4) 补充碱剂

①适应症：重度酸中毒尤其有循环衰竭，即 $\text{PH} < 7.1$ 或 $[\text{HCO}_3^-] < 10\text{mmol/L}$ ；或血 $\text{CO}_2\text{OP} < 10\text{mmol/L}$ (22Vol/dl)。

②用法：5%碳酸氢钠 0.5ml/kg 可使 Co_2cp 上升 0.04mmol/L (1Vol/dl)。当 co_2cp 提高到 15—20mmol/L (33—44Vol/dl)，血 PH 即可回升至安全水平。可用 5%碳酸氢钠 130ml 配成 1.3% 之等渗液共 500ml 缓慢静点。若 $\text{PH} < 7.0$ ，则补 5% NaHCO_3 200ml。

(四) 代谢性碱中毒

1. 诊断：

(1)病史：幽门十二指肠梗阻所致的急性呕吐过多服用碳酸氢钠碱化剂；各种原因引起的腹泻；空肠造口术功能失调等病史。

(2)临床表现：原发疾病的表现如脱水低 K^+ 低 Na^+ 及肾功能损害等。碱中毒后可表现为呼吸浅慢，疲乏无力、头晕、眩晕、四肢麻木，重者可出现精神失常，性格变化，以至于嗜睡，谵语，面部或手足抽搐及肌肉痛甚至昏迷。

(3) 实验室检查

HCO_3^- 浓度增加而不伴有相当量 PaCO_2 增高，血 PH 增高 Cl^- 降低，低 K^+ ，低 Na^+

2. 治疗

治疗原则：纠正缺盐性脱水，低血氯性碱中毒和钾缺乏。尽速恢复体液容量，从而恢复血循环，改善肾功能，有助于调整酸碱平衡。

轻症呕吐轻,无抽搐症状,静滴注等渗盐水。

重症者 2%氯化铵液 200~400ml+5%葡萄糖等渗盐水 500~1000ml。用 2~3 小时静滴入。肝肾功能差者不宜用。可改用 HCl。0.15—0.2M HCl 于 5%葡萄糖 1000ml 于 12—18 小时内静滴入。补液前应参考血尿电解质及酸碱度,以防过量用药而引起酸中毒。

补钾是治疗重要环节,补钾有两个途径:①每日口服钾 3~6g 分 3 次服,适用于轻症。②以 10%KCl 30—60ml 于输注液体中缓慢静滴,适用于重症患者。

五、呼吸衰竭常规

呼吸衰竭简称“呼衰”是由各种原因引起的肺通气或换气功能严重障碍,以至不能进行有效的气体交换,导致缺氧伴(或不伴)二氧化碳潴留,从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。

(一)诊断

1、有导致呼衰的原发疾病,如肺炎、肺水肿、羊水栓塞致肺栓塞,各种休克所致的肺动脉灌注不足等。

2. 有缺氧及二氧化碳潴留的临床表现,如呼吸困难,紧张,头痛,嗜睡、兴奋,心律增加等。

3. 血气分析: I 型呼衰:以氧合功能障碍为主, $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 、 PaCO_2 正常或低于正常

I 型呼衰:以通气功能障碍为主, $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$

(二)治疗

原则:治疗原发病及诱发病因改善通气,纠正缺氧和酸碱及电解质紊乱,防治并发症。