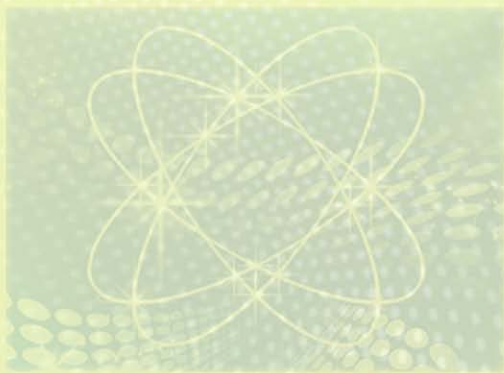


妇科常见疾病中西医结合诊疗与护理常规

李力等 主编



湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇科常见疾病中西医结合诊疗与护理常规/李力等主编. —武汉:湖北科学技术出版社,2014.3

ISBN 978-7-5352-6562-3

I. ①妇… II. ①李… III. ①妇科病—常见病—中西医结合—诊疗 ②妇科病—常见病—护理 IV. ①R711 ②R473.71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 045215 号

责任编辑:陈兰平

封面设计:王 梅

出版发行:湖北科学技术出版社

电话:027—87679439

地 址:武汉市雄楚大街 268 号

邮编:430070

(湖北出版文化城 B 座 13—14 层)

网 址:<http://www.hbstp.com.cn>

印 刷:武汉新新城际数字出版印刷技术有限公司 邮编:430070

880×1230 1/32

8.75 印张

220 千字

2014 年 3 月第 1 版

2014 年 3 月第 1 次印刷

定价:28.00 元

本书如有印装质量问题 可找本社市场部更换

《妇科常见疾病中西医结合诊疗与护理常规》

编委会

主 审
主 编
副主编
编 委

朱宏斌
李力
贺漪
曹丽蓉
邓小艳
姜祥斌
刘明蓉
孟红娟
王瀚
袁丁
肖庆

郑承红
胡雅君
龚世雄
蔡晶霞
段慧君
姜霞
李肖潇
彭肖丽
向一麟
朱一麟

苏文
孙纯
何啸兰
杜娟
高雪梅
刘莉
李金丽
魏芬
徐亿力
周萍

许敏
邓晶
黄浩梁
刘丽丹
罗菁
王敏
游莉
周海燕

前 言

本书是现代妇科临床应用性参考书。从目前国情及临床医护人员实际需要出发,本书在撰写过程中力求内容具体实用,可操作性强,教科书中已学过的发病机制、病理等部分内容叙述尽量简洁明了,密切联系临床实际,重点在于疾病的诊断处理上,以便于读者的理解与应用。

《妇科常见疾病中西医结合诊疗与护理常规》全书共分 19 章,涵盖妇科炎症、肿瘤与生殖内分泌、计划生育、女性不育等专题。每一章基本分为诊断要点、鉴别诊断、治疗方案和护理常规,内容侧重于妇科临床工作中遇到的常见疾病诊断和治疗的要点。

本书有三个特点,一是突出实用。书中涉及的诊疗常规不同于教科书或者其他专著及参考书,便于携带、便于查找、文字简明、条理清晰、具备可操作性及指导性,这也是本书编著的基本原则之一。二是突出中西医结合治疗。中医药注重整体平衡的观念,以人为本,辨证施治,调节人体功能,与西医治疗相结合,对很多妇科疾病有显著疗效。三是突出疾病护理及健康教育。健康教育属于三级预防中的一级预防即病因预防,将相关的健康知识教给更多的人,对减少各类妇科疾病发生有重要意义。

本书重点突出、言简意赅、科学实用,适用于临床妇产科医师及各级妇婴保健机构中的广大工作者在处理实际问题时参考。

编 者

2014 年元月

目 录

第一章 自然流产	(1)
第二章 妊娠剧吐(妊娠恶阻)	(11)
第三章 异位妊娠	(15)
第一节 输卵管妊娠	(15)
第二节 其他部位妊娠	(23)
第四章 外阴上皮内非瘤样病变	(26)
第一节 外阴鳞状上皮细胞增生	(26)
第二节 外阴硬化性苔癣	(28)
第三节 外阴硬化性苔癣合并鳞状上皮增生	(30)
第四节 其他外阴皮肤病	(31)
第五章 外阴及阴道炎症	(33)
第一节 非特异外阴炎症	(33)
第二节 前庭大腺炎	(34)
第三节 前庭大腺囊肿	(36)
第四节 细菌性阴道病	(37)
第五节 外阴阴道假丝酵母菌病	(39)
第六节 滴虫阴道炎	(42)
第七节 萎缩性阴道炎	(45)
第八节 婴幼儿外阴炎	(46)
第六章 宫颈炎	(49)
第七章 盆腔炎性疾病及生殖器结核	(53)
第一节 盆腔炎性疾病	(53)
第二节 生殖器结核	(71)

第八章 外阴肿瘤	(81)
第九章 宫颈肿瘤	(98)
第一节 宫颈上皮内瘤样病变	(98)
第二节 宫颈癌	(105)
第十章 子宫肿瘤	(118)
第一节 子宫肌瘤	(118)
第二节 子宫内膜癌	(126)
第三节 子宫肉瘤	(136)
第十一章 卵巢肿瘤	(147)
第十二章 输卵管肿瘤	(166)
第十三章 妊娠滋养细胞疾病	(171)
第一节 葡萄胎	(171)
第二节 妊娠滋养细胞肿瘤	(174)
第三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤	(178)
第十四章 生殖内分泌疾病	(180)
第一节 功能失调性子宫出血(崩漏)	(180)
第二节 闭经	(192)
第三节 多囊卵巢综合征	(198)
第四节 高催乳素血症	(201)
第五节 经前期综合征	(203)
第六节 绝经综合征	(205)
第七节 原发性痛经	(210)
第十五章 子宫内膜异位症和子宫腺肌症	(212)
第一节 子宫内膜异位症	(212)
第二节 子宫腺肌病	(219)
第十六章 女性生殖器官发育异常	(222)
第一节 外生殖器官发育异常	(222)
第二节 阴道发育异常	(225)

第三节	子宫发育异常·····	(228)
第十七章	女性盆底功能障碍性疾病·····	(233)
第一节	压力性尿失禁·····	(233)
第二节	盆腔器官脱垂·····	(237)
第十八章	不孕症和辅助生殖技术·····	(244)
第十九章	计划生育、绝育和流产·····	(260)
第一节	口服避孕药·····	(260)
第二节	宫内节育器·····	(263)
第三节	皮下埋植避孕·····	(264)
第四节	长效避孕针·····	(265)
第五节	屏障避孕法·····	(266)
第六节	计划生育手术·····	(267)

第一章 自然流产

妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000 g 而终止者,称为流产。发生在妊娠 12 周前者,称为早期流产,发生在妊娠 12 周或之后者,称为晚期流产。流产分为自然流产和人工流产。中医根据自然流产的类型和发生时间的不同有不同病名之分。妊娠期阴道少量流血,时下时止,或淋漓不断,而无腰酸腹痛者,称为“胎漏”,或“胞漏”、“漏胎”等。妊娠期出现腰酸腹痛,胎动下坠,或阴道少量流血者,称为“胎动不安”,或“胎气不安”。若腹痛加剧,阴道流血增多或有流液,腰酸下坠,势有难留者,称“胎动欲堕”。妊娠 12 周内胚胎自然殒堕者,称“堕胎”;妊娠 12~28 周内胎儿已成形而自然殒堕者,称“小产”,或“半产”。若怀孕 1 个月不知其已受孕而殒堕者,称为“暗产”。凡堕胎或小产连续发生 3 次或 3 次以上者,称为“滑胎”,亦称“屡孕屡堕”或“数堕胎”。

【病因】

(1) 胚胎因素:主要为胚胎或胎儿染色体数目、结构异常。

(2) 母体因素

1) 全身性疾病:孕妇患全身性疾病,如严重感染、高热疾病、严重贫血或心力衰竭、血栓性疾病、慢性消耗性疾病、慢性肝肾疾病或高血压等,有可能导致流产。TORCH 感染虽对孕妇影响不大,但可感染胎儿导致流产。

2) 生殖器官异常:子宫畸形(如子宫发育不良、双子宫、双角子宫、单角子宫、子宫中隔等)、子宫肌瘤(如黏膜下肌瘤及某些壁间肌瘤)、子宫腺肌瘤、宫腔粘连等,均可影响胚胎着床发育而导致流产。宫颈重度裂伤、宫颈部分或全部切除术后、宫颈内口松弛等

所致的宫颈功能不全,可引发胎膜早破而发生晚期自然流产。

3) 内分泌失调:女性内分泌功能异常(如黄体功能不全、高催乳素血症、多囊卵巢综合征等),甲状腺功能减退、糖尿病血糖控制不良等,均可导致流产。

4) 强烈应激与不良习惯:妊娠期无论严重的躯体(如手术、直接撞击腹部、性交过频)或心理(过度紧张、焦虑、恐惧、忧伤等精神创伤)的不良刺激均可导致流产。孕妇过量吸烟、酗酒,过量饮咖啡、二醋吗啡(海洛因)等毒品,均有导致流产的报道。

5) 免疫功能异常:母体对胚胎及胎儿的免疫耐受是胎儿在母体内得以生存的基础,母儿双方免疫不适应而导致母体排斥胎儿可致流产。如父方的组织相容性抗原(HLA)、胎儿特异抗原、血型抗原(ABO 及 Rh)、孕妇抗磷脂抗体产生过多、抗精子抗体的存在、母体封闭抗体不足、母体抗父方淋巴细胞的细胞毒抗体不足等。

(3) 父亲因素:研究证实精子的染色体异常可导致自然流产。

(4) 环境因素:接触过多的放射线和砷、铅、甲醛、苯、氯丁二烯、氯化乙烯等化学物质,均可引起流产。

【临床表现】

主要为停经后出现阴道流血及腹痛。早期流产先出现阴道流血,后出现腹痛;晚期流产往往先有腹痛(阵发性子宫收缩),然后出现阴道流血;稽留流产者就诊时亦可无明显的阴道流血和腹痛。

自然流产根据发展的不同阶段可分为以下临床类型。

(1) 先兆流产:指妊娠 28 周前先出现少量阴道流血,常为暗红色或血性白带,无妊娠物排出,继之出现阵发性下腹痛或腰背痛。妇科检查宫颈口未开,胎膜未破,子宫大小与停经周数相符。经休息及治疗后症状消失,可继续妊娠。中医称“胎漏”、“胎动不安”。

(2) 难免流产:若阴道流血量增多或下腹痛加剧,可发展为难免流产。难免流产指流产不可避免,妇科检查宫颈口已扩张,有时可见胚胎组织或胎囊堵塞于宫颈口内,子宫大小与停经周数基本

相符或略小。中医称“胎动欲堕”。

(3) 不全流产:难免流产继续发展,部分妊娠物排出宫腔,还有部分残留于宫腔内或嵌顿于宫颈口处,或胎儿排出后胎盘滞留宫腔或嵌顿于宫颈口,影响子宫收缩,导致大量出血,甚至发生休克。妇科检查见宫颈口已扩张,宫颈口有妊娠物堵塞及持续性血液流出,子宫小于停经周数。中医称“堕胎”、“小产”。

(4) 完全流产:指妊娠物已全部排出,阴道流血逐渐停止,腹痛逐渐消失。妇科检查宫颈口已关闭,子宫接近正常大小。属中医“堕胎”、“小产”或“暗产”范畴。

(5) 稽留流产:指胚胎或胎儿已死亡滞留宫腔内未能及时自然排出者,又称过期流产。表现为早孕反应消失,有先兆流产症状或无任何症状,子宫不再增大反而缩小。若已到中期妊娠,孕妇腹部不见增大,胎动消失。妇科检查宫颈口未开,子宫较停经周数小,质地不软,未闻及胎心。中医称“胎死不下”。

(6) 复发性流产:指同一性伴侣连续发生3次及3次以上的自然流产。每次流产往往发生在同一妊娠月份,其流产过程与一般流产相同,中医称“滑胎”。

(7) 流产合并感染:流产过程中,若阴道流血时间长,有组织残留于宫腔内或非法堕胎,有可能引起宫腔感染,常为厌氧菌及需氧菌混合感染,严重感染可扩展至盆腔、腹腔甚至全身,并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克。除流产的一般症状外,还可有高热寒战、腹痛等感染症状。腹部检查时可见压痛、反跳痛及肌紧张。妇科检查:子宫及附件压痛明显,阴道有灼热感,可有脓性白带或败酱样血性分泌物,有臭味。严重时可有盆腔腹膜炎、败血症,甚至中毒性休克症状。

【中医症候】

(1) 肾虚证:证候妊娠期阴道少量下血,色淡黯,腰酸,腹坠痛,头晕耳鸣,两膝酸软,小便频数,夜尿多,或曾屡次堕胎;舌淡,

苔白,脉沉细滑尺弱。

(2) 气血虚弱证:妊娠期阴道少量流血,色淡红,质稀薄,或腰腹胀痛,小腹下坠,神疲肢倦,面色㿔白,头晕眼花,心悸气短;舌质淡,苔薄白,脉细滑。

(3) 血热证:妊娠期阴道下血,色深红或鲜红,质稠,或腰腹坠胀作痛,心烦少寐,口干口渴,溲赤便结;舌质红,苔黄,脉滑数。

(4) 血瘀证:宿有癥疾,或孕后阴道下血,色黯红或红,甚则腰酸痛下坠;舌黯或边有瘀点,脉弦滑或沉弦。

(5) 肾气亏损证:屡孕屡堕,甚或如期而堕,月经初潮晚,月经周期延后或时前时后,经量较少,色淡黯,头晕耳鸣,腰膝酸软,夜尿频多,眼眶黯黑,或面有黯斑;舌质淡或淡黯,脉沉弱。

(6) 气血虚弱证:屡孕屡堕,月经量少,或月经周期延后,或闭经,面色白或萎黄,头晕心悸,神疲乏力;舌质淡,苔薄,脉细弱。

(7) 流产合并感染中医认为多系感染邪毒所致,证候高热寒战,阴道不规则流血,色如败酱,臭秽,或带下色黄如脓,其气臭秽,腹痛拒按,便秘溲黄;舌质红,苔黄腻,脉滑数。

【诊断】

根据病史及临床表现多能确诊,仅少数需行辅助检查。确诊自然流产后,还需确定其临床类型,决定相应的处理方法。

(1) 病史:应询问患者有无停经史和反复流产史,有无早孕反应、阴道流血,应询问阴道流血量及持续时间,有无阴道排液及妊娠物排出。询问有无腹痛,腹痛部位、性质、程度。了解有无发热、阴道分泌物性状及有无臭味可协助诊断流产合并感染。

(2) 体格检查:观察患者全身状况,有无贫血及感染征象。测量体温、脉搏、呼吸、血压。消毒外阴后行妇科检,注意宫颈口是否扩张,羊膜囊是否膨出,有无妊娠物堵塞于宫颈口内;子宫大小与停经周数是否相符,有无压痛;双侧附件有无压痛、增厚或包块。疑为先兆流产者,暂不做盆腔内诊检查。

(3) 辅助检查

1) B 型超声检查:对疑为先兆流产者,根据妊娠囊的形态,有无胎心搏动,确定胚胎或胎儿是否存活,以指导正确的治疗方法。若妊娠囊形态异常或位置下移,预后不良。不全流产及稽留流产均可借助 B 型超声检查协助确诊。

2) 妊娠试验:临床多采用尿早早孕诊断试纸条法,对诊断妊娠有价值。为进一步了解流产的预后,多选用各种敏感方法连续测定血 hCG 的水平。

3) 孕激素测定:测定血孕酮水平,能协助判断先兆流产的预后。

(4) 宫颈功能不全的诊断

1) 有不明原因晚期流产、早产,或未足月胎膜早破史,且分娩前或破膜前无明显宫缩,胎儿存活,应怀疑宫颈功能不全。

2) 非孕期,妇科检查发现宫颈外口松弛明显,宫颈扩张器探查宫颈管时,宫颈内口可顺利通过 8 号扩张器。

3) 妊娠期,无明显腹痛而宫颈内口开大于 2 cm 以上,宫颈管缩短并软化,此外 B 型超声测量宫颈内口宽度 >15 mm 均有助于诊断。

(5) 鉴别诊断:首先,应鉴别流产的类型,鉴别诊断要点见表 1-1。早期自然流产应与异位妊娠、葡萄胎、功能失调性子宫出血及子宫肌瘤等相鉴别。

表 1-1 各型流产的鉴别诊断

类型	病 史			妇 科 检 查	
	出血量	下腹痛	组织排出	宫颈口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭	与妊娠周数相符
难免流产	中→多	加剧	无	扩张	相符或略小
不全流产	少→多	减轻	部分排出	扩张或有组织物堵塞	小于妊娠周数
完全流产	少→无	无	全部排出	闭	正常或略大

1) 异位妊娠:有腹痛、停经、不规则阴道流血症状,妇科检查宫颈有举痛,附件可触及包块,压痛,B超检查宫内无胚胎,宫外有包块可见孕囊,尿妊娠试验阳性,后穹窿穿刺抽不出凝血。

2) 葡萄胎:闭经后阴道出现不规则流血,恶心、呕吐较重,子宫大于孕周,血 hCG 检查明显升高,B超检查不见胎体及胎盘的反射图像,只见雪花样影像称为“落雪状”改变。

3) 功能性子宫出血:可引起阴道不规则流血,一般无停经史,无早孕反应,尿妊娠试验阴性,血 hCG 阴性,B超检查无宫内外妊娠迹象。

4) 子宫肌瘤:子宫增大可不均匀,且子宫硬,一般无停经史,无早孕反应,尿妊娠试验阴性,可借助血 hCG 和 B 超检查即可鉴别。

5) 子宫恶性肿瘤:宫颈癌、子宫内膜癌等致子宫出血。

6) 阴道及宫颈炎症:阴道炎或宫颈炎所致阴道流血,窥器检查可见白带异常,阴道壁充血、出血点,宫颈充血、宫颈接触性出血等。

(6) 中医辨证要点:临证时须动态观察阴道流血、腹痛、腰酸、小腹下坠四大症状,结合全身情况和舌脉的变化,辨别胎儿的存亡和寒热虚实。

【常见并发症】

自然流产常见的并发症有出血、感染、宫腔粘连、月经不调等。

【治疗】

应根据自然流产的不同类型进行相应处理。

1. 西医治疗

(1) 先兆流产:卧床休息,禁止性生活,必要时给予对胎儿危害小的镇静剂。黄体功能不全者可肌肉注射黄体酮注射液 10~20 mg,每日或隔日 1 次或口服黄体酮胶丸,200~300 mg/日。可口服维生素 E 胶丸 50~100 mg/次,2 次/日;甲状腺功能减退者

可口服小剂量甲状腺片。经治疗 2 周,若阴道流血停止,B 型超声检查提示胚胎存活,可继续妊娠。若临床症状加重,B 型超声检查发现胚胎发育不良,hCG 持续不升或下降,表明流产不可避免,应终止妊娠。此外,应重视心理治疗,使其情绪安定,增强信心。

(2) 难免流产:一旦确诊,应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出。早期流产应及时行清宫术,对妊娠物应仔细检查,并送病理检查;如有可能争取做绒毛染色体核型分析,对明确流产原因有帮助。晚期流产时,子宫较大,出血较多,可用缩宫素 10~20U 加于 5%葡萄糖注射液 500 ml 中静脉滴注,促进子宫收缩。当胎儿及胎盘排出后检查是否完全,必要时刮宫以清除宫腔内残留的妊娠物。应给予抗生素预防感染。

(3) 不全流产:一经确诊,应尽快行刮宫术或钳刮术,清除宫腔内残留组织。阴道流血多伴休克者,应同时输血输液,并给予抗生素预防感染。

(4) 完全流产:流产症状消失,B 型超声检查证实宫腔内无残留物,若无感染征象,不需特殊处理。

(5) 稽留流产:处理较困难。胎盘组织机化,与子宫壁紧密粘连,致使刮宫困难。晚期流产稽留时间过长可能发生凝血功能障碍,导致弥散性血管内凝血,造成严重出血。处理前应查血常规、血小板计数及凝血功能,并做好输血准备。若凝血功能正常,先口服炔雌醇 1 mg,每日 2 次,连用 5 日,或苯甲酸雌二醇 2 mg 肌肉注射,每日 2 次,连用 3 日,可提高子宫肌对缩宫素的敏感性。子宫 <12 孕周者,可行刮宫术,术中肌肉注射缩宫素,手术应特别小心,避免子宫穿孔,一次不能刮净,于 5~7 日后再次刮宫。子宫 >12 孕周者,可使用米非司酮加米索前列醇,或静脉滴注缩宫素,促使胎儿、胎盘娩出。若出现凝血功能障碍,应尽早使用肝素、纤维蛋白原及输新鲜血、新鲜冰冻血浆等,待凝血功能好转后,再行刮宫。

(6) 复发性流产:染色体异常夫妇,应于孕前进行遗传咨询,确定是否可以妊娠。夫妇一方或双方有染色体结构异常,仍有可能分娩健康婴儿,但其胎儿有可能遗传异常的染色体,必须在孕中期行产前诊断。黏膜下肌瘤应在宫腔镜下行摘除术,影响妊娠的肌壁间肌瘤可考虑行剔除术。子宫中隔、宫腔粘连应有宫腔镜下行中隔切除、粘连松解术。宫颈功能不全应在孕14~18周行宫颈环扎术,术后定期随诊,提前住院,待分娩发动后拆除缝线。若环扎术后有流产征象,治疗失败,应及时拆除缝线,以免造成宫颈撕裂。抗磷脂抗体阳性患者可在确定妊娠以后使用小剂量阿司匹林50~75 mg/d,和(或)低分子肝素(5000IU,每日1~2次,皮下注射)。黄体功能不全者,应肌内注射黄体酮20~40 mg/d,也可考虑口服黄体酮,或使用黄体酮阴道制剂,用药至孕12周时即可停药。甲状腺功能低下者应在孕前及整个孕期补充甲状腺素。原因不明的复发性流产妇女,尤其是怀疑同种免疫性流产者,可行淋巴细胞主动免疫或静脉免疫球蛋白治疗,取得一定成效,但仍有争议。

(7) 流产合并感染:治疗原则为控制感染的同时尽快清除宫内残留物。若阴道流血不多,先选用广谱抗生素2~3日,待感染控制后再行刮宫。若阴道流血量多,静脉滴注抗生素及输血的同时,先用卵圆钳将宫腔内残留大块组织夹出,使出血减少,切不可用刮匙全面搔刮宫腔,以免造成感染扩散。术后应继续用广谱抗生素,待感染控制后再行彻底刮宫。若已合并感染性休克者,应积极进行抗休克治疗,病情稳定后再行彻底刮宫。若感染严重或盆腔脓肿形成,应行手术引流,必要时切除子宫。

2. 中医治疗

应根据阴道流血的量、色、质,腰腹疼痛的性质、程度,以及兼症、舌脉,进行综合分析,辨其虚、热、瘀及转归。治疗以补肾安胎为大法,根据不同的证型辅以益气养血、清热等。

(1) 先兆流产

1) 肾虚证治法应补肾益气,固冲安胎。方药可用寿胎丸加党参、白术。若阴道流血多者,选用山茱萸、旱莲草、地榆固冲止血;腹坠明显者,加黄芪、升麻益气升提安胎。若肾阴虚,兼见手足心热,面赤唇红,口干咽燥,舌红少苔,脉细滑而数,加熟地、山茱萸、地骨皮滋阴补肾,固冲安胎;若肾阳虚,兼见腰痛如折,形寒肢冷,面色晦暗,小便清长,舌淡,苔白滑,脉沉迟。治宜补肾助阳,固冲安胎。方用补肾安胎饮。

2) 气血虚弱证治法补气养血,固肾安胎。方药可用胎元饮,去当归,加黄芪、升麻、阿胶、寄生。

3) 血热证治法清热凉血,固冲安胎。方药可用保阴煎,加苎麻根。若下血多者,加阿胶、旱莲草、地榆炭凉血止血;腰痛者,加菟丝子、杜仲、桑寄生补肾安胎。

4) 血瘀证治法活血消癥,补肾安胎。方药可用桂枝茯苓丸,加菟丝子、桑寄生、续断。若妊娠期间不慎跌仆闪挫,继则腰腹疼痛,胎动下坠,阴道流血,精神倦怠,脉滑无力。治宜益气养血,固肾安胎。方用加味圣愈汤。若下血较多者去当归、川芎,加艾叶炭、阿胶止血安胎。

(2) 习惯性流产:滑胎多为虚证,故“虚则补之”为治疗原则。治疗时以预防为主,防治结合。即孕前培补其损,孕后保胎治疗。

1) 肾气亏损证治法补肾益气,调固冲任。方药可用补肾固冲丸。

2) 气血虚弱证治法益气养血,调固冲任。方药可用泰山磐石散。

若小腹空坠不适,重用党参、黄芪,并加升麻、柴胡升阳举陷;若心悸失眠,加酸枣仁、柏子仁、夜交藤养心安神。

(3) 流产合并感染:本型多系感染邪毒所致,以清热解毒祛瘀为大法。治法应清热解毒,凉血化瘀。方药可用五味消毒饮合大黄牡丹皮汤,加红藤、败酱草、连翘。

【一般护理】

1. 病情观察

(1) 应勤巡视,观察患者出血及腹痛情况,如B超测得胎心存在,提示胎儿存活,则应给予保胎处理。

(2) 出血时使用止血剂,注意卧床休息,减少活动。大量阴道流血时,应立即测量血压、脉搏,同时迅速建立静脉通道,及时补充血容量。

(3) 注意观察出血量,保持会阴清洁卫生,勤换会阴垫,预防感染。各项检查和手术应严格无菌操作,并用消毒液每日擦洗外阴2次。发现感染征象及时报告医师。流产合并感染者嘱其半卧位以防炎症扩散,注意床边隔离。

(4) 必要时及时做好清宫或引产术的术前准备,术中注意观察生命体征,术后注意观察子宫收缩及阴道流血,组织物送病检。

2. 生活起居

(1) 病室环境宜清洁整齐,空气流通,为患者创造良好的休息环境。

(2) 注意卧床休息,阴道流血时应绝对卧床,静心休养,避免风寒,慎起居,防止外感等病发生。

3. 饮食护理

宜食易消化富有营养的食物,多食鱼、肉、蛋、动物内脏、排骨汤,以补充胎儿生长发育的需要,忌食辛辣动火之品,宜多吃蔬菜及水果,保持大便通畅,若大便秘结者,每日晨晚服蜂蜜1匙。

4. 情志护理

应给予精神安慰,鼓励静养,同时密切观察病情,给病人安全感。

5. 用药护理

应用止血及抑制宫缩的药物时,应观察用药后的疗效,出血及宫缩抑制的情况。腹痛时应用缓解宫缩的药物,抑制宫缩,观察胎心变化及有无排出物,排出物及时送检。

(孟红娟)