

FUCHANKE JIBING
ZHENLIAO CHENGXU

妇产科疾病 诊疗程序

孔玲芳 张素莉 刘军敏 李季滨 主编

河北科学技术出版社

妇产科疾病诊疗程序

主 编 孔玲芳 张素莉 刘军敏 李季滨

河北科学技术出版社

主 编 孔玲芳 张素莉 刘军敏 李季滨
副主编 付金红 刘亚杰 王会轻 张国利
孙秀丽 杨 荣
编 委 (以姓氏笔画为序)
王会轻 孔玲芳 付金红 孙秀丽
孙丽娟 刘亚杰 刘军敏 安建令
李季滨 杨 荣 杨静华 张国利
张素莉 黄 今 康月霞

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科疾病诊疗程序 / 孔玲芳等主编. — 石家庄 :
河北科学技术出版社, 2015.8
ISBN 978-7-5375-7994-0

I. ①妇… II. ①孔… III. ①妇产科病-常见病-诊疗
IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 210875 号

妇产科疾病诊疗程序

孔玲芳 张素莉 刘军敏 李季滨 主编

出版发行 河北科学技术出版社
地 址 石家庄市友谊北大街 330 号(邮编:050061)
印 刷 石家庄市文义印刷有限公司
开 本 850 × 1168 1/32
印 张 10.5
字 数 264 千字
版 次 2015 年 8 月第 1 版
2015 年 8 月第 1 次印刷
定 价 25.00 元

前 言

近年来，妇女健康与妇产科疾病的防治问题引起社会广泛重视，保护妇女健康、防治妇产科疾病已成为医学上重大的攻坚任务。随着我国社会主义市场经济和社会事业的协调发展，人民生活水平的不断提高，对医疗服务的质量和水平提出了愈来愈高的要求。医务人员必须具备全面的医学理论知识、熟练的医疗技术操作能力、丰富的临床实践经验和良好的医德；要不断更新知识和技术，提高临床诊断治疗水平，才能胜任临床医疗工作；要在医疗过程中对每一个患者进行连续、严密的观察，及时准确地做出分析、判断和处理，提供规范化服务。

临床医学是一门实践性很强的学科。所有医学院校毕业后走上工作岗位的住院医师都须经过住院医师的学习实践过程，这个阶段是所有毕业后的医学生真正熟悉、掌握临床工作实践的再学习阶段。由于临床经验不足，在实践中必将面临着许许多多的实际问题，如何将书本上汲取来的理论知识与临床实践相结合，如何将课堂中学到的对疾病的介绍与临床上复杂的患者主诉及病情相结合，如何对具有相似临床表现的疾病做出正确的诊断和鉴别诊断，并给出切实可行的治疗方案，在诊断过程中又该依据怎样的先后程序等。为了能让读者合理的解决以上的问题，我们组织了具有丰富临床经验的一线专家编写了这本《妇产科疾病诊疗程序》。

本书编写的目的就是从小临床实用的角度出发，给临床医师一个清晰明了的诊疗指导，在理论知识与临床实践之间架设一座桥梁，使住院医师能在短时间内掌握诊断、治疗的基本流程，提高专业技能。本书重点论述了妇产科常见疾病的诊疗过程，涉及疾病约六十余种。从医师接触患者的角度，对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述，从询问病史到进行体格检查、辅助检查，从诊断、鉴别诊断到提出治疗方案，都为医师提供了方便、简捷的指导。

本书力求简明、实用、规范，旨在提高临床医师的临床诊疗水平，是住院医师、基层医务工作者常备的参考书。由于编者能力所限，书中不足之处在所难免，望广大读者赐教。

编 者

2015 年 5 月

目 录

第一章	妊娠病理	1
第一节	妊娠剧吐	1
第二节	流产	4
第三节	早产	11
第四节	异位妊娠	15
第五节	前置胎盘	23
第六节	胎盘早剥	28
第七节	妊娠高血压综合征	32
第八节	羊水过多	42
第九节	羊水过少	46
第十节	多胎妊娠	49
第十一节	过期妊娠	54
第十二节	死胎	56
第十三节	巨大儿	59
第二章	妊娠合并症	62
第一节	妊娠合并心脏病	62
第二节	妊娠合并病毒性肝炎	71
第三节	妊娠合并糖尿病	78
第四节	妊娠合并急性阑尾炎	86
第五节	妊娠合并缺铁性贫血	91
第六节	妊娠合并血小板减少性紫癜	96

第七节	妊娠合并癫痫	100
第八节	妊娠合并急性胆囊炎	106
第九节	妊娠合并急性胰腺炎	112
第三章	异常分娩	119
第一节	产力异常	119
第二节	产道异常	127
第三节	胎位异常	135
第四章	分娩并发症	145
第一节	产后出血	145
第二节	子宫破裂	148
第三节	胎膜早破	152
第四节	胎儿窘迫	156
第五节	羊水栓塞	162
第五章	异常产褥	168
第一节	产褥感染	168
第二节	晚期产后出血	172
第六章	女性生殖系统炎症	176
第一节	外阴炎	176
第二节	前庭大腺炎	179
第三节	阴道炎	183
第四节	急性宫颈炎	189
第五节	急性盆腔炎	193
第七章	性传播疾病	199
第一节	淋病	199
第二节	梅毒	202

第三节	生殖器疱疹	207
第四节	尖锐湿疣	210
第八章	女性生殖器肿瘤	214
第一节	外阴恶性肿瘤	214
第二节	子宫肌瘤	219
第三节	子宫颈癌	227
第四节	子宫内膜癌	235
第五节	卵巢肿瘤	242
第九章	妊娠滋养细胞疾病	253
第一节	葡萄胎	253
第二节	侵蚀性葡萄胎	258
第三节	绒毛膜癌	262
第十章	子宫内膜异位症和子宫腺肌病 ..	269
第一节	子宫内膜异位症	269
第二节	子宫腺肌病	277
第十一章	女性生殖内分泌疾病	280
第一节	功能失调性子宫出血	280
第二节	痛经	287
第三节	闭经	292
第四节	围绝经期综合征	297
第十二章	不孕症	302
第十三章	女性生殖器变位和损伤	309
第一节	子宫脱垂	309
第二节	生殖器官痿	312
第十四章	女性生殖器官发育异常	318

第一节	处女膜闭锁	318
第二节	先天性无阴道	321
第三节	两性畸形	324

第一章 妊娠病理

第一节 妊娠剧吐

一般情况下，孕妇在早孕期间可有头晕、倦怠、食欲不振、恶心、呕吐等早孕反应。早孕反应一般对生活、工作影响不大，不需特殊治疗，至妊娠 12 周前后自然消失。少数孕妇早孕反应严重，恶心、呕吐，不能进食，影响身体健康，甚至危及生命，称为妊娠剧吐 (hyperemesis gravidarum)。其发生率为 0.35% ~ 0.47%。

步骤一：病史采集

1. 现病史。一般多见于年轻的初孕妇，在停经 6 周左右出现，首先是出现恶心、呕吐等早孕反应。以后呕吐现象加剧，严重时非但不能进食，即使是饮水都会导致呕吐。
2. 既往史。既往无特殊病史。

步骤二：体格检查

1. 体征。脱水貌，患者极度疲乏、消瘦，皮肤黏膜干燥，脉快，体温高，血压下降，黄疸，视网膜出血，尿量减少，病情严重时可引起代谢性酸中毒，患者可出现意识模糊、嗜睡。
2. 妇科检查。子宫大小与停经月份相符合。
3. Wernicke-Korsakoff 综合征。约 30% 的严重妊娠剧吐患者并发该综合征。该病为主要由维生素 B₁ (硫胺素) 缺乏引起的中枢神经系统疾病。其病理变化为脑室和导水管周围灰质、小脑、丘脑背核、下丘脑和乳头体斑点出血坏死。临床表现为眼球震颤，视力障碍，步态和站立姿势受影响。急性期言语增多，以

后逐渐发展为精神迟钝、嗜睡。突发起病者与脑卒中相似。该病严重危及孕妇生命，如不及时治疗，50%患者死亡。治疗及时，患者死亡率下降为10%。妊娠剧吐患者如出现精神迟钝、嗜睡、萎靡，应考虑本病。

步骤三：辅助检查

1. 尿妊娠试验。阳性。B超示宫内早孕，应注意有无葡萄胎。
2. 尿常规检查。尿比重增加，酮体阳性，严重时出现尿蛋白和管型。
3. 血电解质检查。水、电解质紊乱，钾、钠、氯、二氧化碳结合力均降低。
4. 肾功能检查。可有肝肾功能受损。
5. 其他。Wernicke-Korsakoff综合征时，脑电图检查示弥漫性慢波或正常，脑脊液检查蛋白质轻度增高，血丙酮酸含量显著升高。

步骤四：诊断

（一）诊断要点

1. 病史。停经后出现恶心、呕吐等反应，严重时不能进食。
2. 临床表现。皮肤干燥，脉搏加快，体温轻度升高，血压下降。严重时出现脱水、电解质紊乱，酸中毒以及体重下降。
3. 辅助检查。尿比重增加，可以出现尿蛋白、尿酮体以及管型。有肝肾功能异常、血红蛋白以及血细胞比容升高。

（二）鉴别诊断

1. 急性胃肠炎。有不良饮食史，伴有腹痛腹泻，大便常规有白细胞，培养有致病菌生长，抗生素治疗有效。
2. 肠梗阻。腹痛腹胀明显，可出现肠型，不排气，腹平片肠管内有液平面。
3. 胆囊疾患。右上腹疼痛明显，有压痛，B超可协助诊断。
4. 急性肝炎。有肝炎接触史，呕吐多较轻，肝炎血清免疫

学阳性。

5. 脑膜炎。流行季节发病，神经系统检查有异常，脑脊液检查异常。

6. 葡萄胎。也可以表现为严重的呕吐，通过超声检查发现宫内无妊娠囊以及胚胎，可以见到“雪花状”回声或“蜂窝状”图像。

步骤五：治疗

1. 轻度呕吐，尿酮体阴性，解除思想顾虑，鼓励进食。饮食宜清淡、易消化，少吃多餐，避免能引起呕吐的因素。适当休息，并给予维生素 B₁、维生素 B₂、维生素 B₆、维生素 B₁₂、维生素 C 及镇静剂等。

2. 中重度呕吐，尿酮体 + ~ + + 应住院治疗，最初 2 ~ 3d 禁食。每日至少静脉滴注葡萄糖液及乳酸林格液总量 3 000ml，包括必需氨基酸及脂肪乳，加入维生素 C 2.0g、维生素 B₆100mg、15% 氯化钾 20ml。记录尿量，每日尿量应 ≥ 1 000ml。纠正电解质紊乱及酸中毒，必要时保肝治疗。

上述治疗不满意者，可加入肾上腺皮质激素，如氢化可的松 200 ~ 300mg 加入 5% 葡萄糖液 500ml 静脉滴注。经以上治疗一般 2 ~ 3d 可以缓解病情，如病情不缓解，出现下列情况，应考虑终止妊娠：体温持续 38℃ 以上，心率超过 120 次/min，持续黄疸，持续蛋白尿，出现多发性神经炎及神经性体征；有颅内或眼底出血经治疗不好转者；出现 Wernick's 脑病。

3. Wernicke-korsakoff 综合征的治疗。大剂量维生素 B₁ 500mg 静脉滴注或肌肉注射，神经症状缓解后，维生素 B₁ 50 ~ 100mg/d，至足够进食。应终止妊娠，绝对卧床休息，治疗出院后继续给予足量各种维生素。经治疗后眼部症状可缓解，但共济失调、前庭障碍和记忆障碍不能立即恢复。

步骤六：注意事项

1. 妊娠剧吐一般多见于年轻的初孕妇，既往无特殊病史，往往和患者的精神紧张、情绪不稳定有一定的关系。

2. 除了补充液体以外，还要注意补充维生素，特别是 B 族维生素，因为 B 族维生素的缺乏会导致严重的 Wernick's 脑病。

3. 由于妊娠剧吐往往和精神紧张、情绪不稳定有一定的关系，只对患者仅仅用药物治疗是不够的。医务人员还需要与患者进行良好的沟通，并进行相应的心理护理。

4. 由于妊娠剧吐可能在下次妊娠时再次发生，因此在决定终止妊娠时需要和患者及其家属进行沟通，告知下次发生的机会。

第二节 流 产

妊娠于 28 周前终止，胎儿体重不足 1 000g，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 (threatened abortion)、不全流产 (incomplete abortion)、难免流产 (inevitable abortion) 和完全流产 (complete abortion)。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 (missed abortion)。自然流产连续 3 次或 3 次以上者称为习惯性流产 (habitual abortion)。

步骤一：病史采集

1. 现病史

(1) 停经：临床诊断流产的患者多数有停经史，停经的时间每人各不相同，一般在 3 个月以内。另外有一种情况被称为生化妊娠，指在妊娠的极早期就发生流产，不表现为停经，或是仅仅是月经延迟几天。在这种情况下，也没有明显的阴道出血，

月经量正常，或略增加，因此一时不会被发现。

(2) 腹痛：患者往往会有不同程度的下腹痛出现，位置一般在下腹正中部位，一旦妊娠物排出以后，腹痛会明显缓解。在腹痛的同时，往往会伴有不同程度的阴道出血。

(3) 阴道出血：患者没有明显的腹痛，但是有阴道出血。阴道出血的量取决于孕周的大小、妊娠物是否完全排出以及排出的时间长短等。在进行检查时要了解子宫的大小、宫颈口是否扩张、是否有妊娠物阻塞于宫颈内口、胎膜是否破裂以及双侧附件情况。

2. 既往史。由于造成流产的因素很多，需要对夫妻双方详细询问病史，了解是否有染色体异常，孕早期是否受到过化学性制剂或物理性因素的不良影响，是否受到过创伤，是否有严重的急性、慢性内科并发症，是否有生殖器官疾病，例如子宫畸形（如双角子宫、纵隔子宫以及子宫发育不良等）、子宫肌瘤、宫颈机能不全、生殖道感染等，是否有内分泌功能失调以及自身免疫性疾病。

3. 个人史。主要是了解是否有流产史和不良分娩史，这都会增加流产的风险。

步骤二：体格检查

妇科检查阴道内有不同量、不同颜色的血性分泌物或血块。宫颈着色变软，子宫外口可有不同程度的扩张或有组织嵌顿，子宫增大变软。先兆流产者子宫大小与停经月份相符，其他类型的流产子宫大小多小于停经月份。这取决于妊娠物是否已经排出。并发感染时子宫有压痛，严重者伴有腹膜刺激症状。

步骤三：辅助检查

1. 实验室检查

(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: 定期测定绒毛膜促性腺激素 (hCG)、胎盘生乳素 (HPL)、雌二醇 (E_2) 及黄体酮 (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。

2. 特殊检查

(1) 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。

(2) 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。

步骤四: 诊断

(一) 诊断要点

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。

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，子宫大小小于停经月份，未闻及胎心。

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、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）鉴别诊断

1. 异位妊娠。特点是有不规则阴道流血，可以有腹痛，但

是常为单侧性；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 水平比较低，倍增时间比较长。

2. 葡萄胎。特点是有不规则阴道流血，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。

步骤五：治疗

（一）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，10mg/次，3 次/d。

（2）肌肉注射黄体酮 20mg/d，共 2 周。

（3）肌肉注射 hCG 1 000U/d，共 2 周；或隔日肌肉注射 hCG 2 000U，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。

（二）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，必要时行清宫术。

（三）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。