

主编

冯力民

贾晓芳

妇产科临床实习 攻略



FUCHANKE
LINCHUANG
SHIXI
GONGLUE

- ◎——如何克服实习时“零经验”的战战兢兢
 - ◎——如何在执业生涯的初级阶段“顺利通关”
- 这里有前辈总结的技巧可供借鉴，更有各种记忆攻略让初入行者武装自己！



清华大学出版社

FUCHANKELINCHUANGSHIXIGONGLUE

妇产科临床实习 攻略

主编 冯力民
贾晓芳

清华大学出版社
北 京

内 容 简 介

本书是由多位具有丰富妇产科临床经验与教学经验的医师共同倾力编写而成的。全书以图表、流程图为主的整体形式,以“问题为导向”的编写脉络给读者耳目一新的感觉。编写中将相关知识点进行横向融合与比较,旨在巩固实习医师知识的同时,又拓宽了其知识面。本书是一本基于临床实习框架,又结合目前妇产科学最新进展的指导性书籍。希望本书对年轻的妇产科实习医师和住院医师的临床工作有所帮助。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13701121933

图书在版编目(CIP)数据

妇产科临床实习攻略/冯力民,贾晓芳主编.--北京:清华大学出版社,2010.4

ISBN 978-7-302-21828-9

I. ①妇… II. ①冯… ②贾… III. ①妇产科病—诊疗 IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 002673 号

责任编辑:王 华

封面设计:色朗图文设计

责任校对:赵丽敏

责任印制:李红英

出版发行:清华大学出版社

地 址:北京清华大学学研大厦 A 座

<http://www.tup.com.cn>

邮 编:100084

社 总 机:010-62770175

邮 购:010-62786544

投稿与读者服务:010-62776969, c-service@tup.tsinghua.edu.cn

质 量 反 馈:010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn

印 装 者:北京市清华园胶印厂

经 销:全国新华书店

开 本:185×230 印 张:13.5 字 数:281 千字

版 次:2010 年 4 月第 1 版 印 次:2010 年 4 月第 1 次印刷

定 价:25.00 元

产品编号:033132-01

编者名单

主 编 冯力民 贾晓芳

副主编 韩 丹

编 者 (以姓氏笔画排序)

于 文	王 越	王伟娟	王恩杰	冯力民
邢凤玲	李 靖	李春霞	杨保军	张生澎
张露平	赵 辉	赵卫红	侯晓慧	贾晓芳
高婉丽	韩 丹			

前言

《妇产科临床实习攻略》是为妇产科实习医师与临床医师编写的一本适于临床应用的妇产科学参考书。其内容涵盖妇产科学各个专业,概要总结临床医师需要掌握的各种常见妇产科疾病特点,从妇产科临床思维方法到常见症状体征,从妇产科各系统疾病的大量知识要点到较新的疾病诊治指南应用,以及常见操作要领,内容广泛,篇幅精简。在编写方法上,借鉴了国内外同类书籍的优点,在保持章节风格系统性和连续性的同时,又突出各科的专业特点。尤其全书以表格、流程图为主的整体形式,以“问题为导向”的编写脉络给读者耳目一新的感觉。

全书共分三篇十八章,内容涵盖妇产科实习中妊娠并发症、合并症的诊疗与处理,产科手术指征与禁忌证,计划生育措施的选择,妇科炎症、急腹症、肿瘤、内分泌疾病的诊疗以及妇科特殊检查及手术的选择等知识,多角度、多层次给出所需掌握的知识点,模拟学生的思维模式,帮助实习医师强化对临床知识的认识和理解。

本书的编者都是工作在妇产科系统一线的临床和教学的业务骨干。他们年富力强,临床经验丰富,保证了本书的科学性、先进性和可读性。希望该书能帮助各学历层次妇产科实习医师和医务工作者在有限时间内,高效率掌握妇产科学基本和核心内容。本书让实习医师喜读易看,学而有获,实为实习医师之良师益友。由于编者们工作繁忙、时间紧迫,书中缺点和不足之处还望读者不吝指正。



冯力民(医学博士,教授,主任医师,硕士生导师)

2009年12月于首都医科大学附属北京天坛医院

目 录

第一篇 产 科 学

第一章 产科基本知识 3

第二章 难产 14

第一节 异常产程各阶段的处理 14

第二节 胎位异常 16

第三章 妊娠并发症 26

第一节 早产 26

第二节 妊娠剧吐 28

第三节 B族溶血性链球菌感染 29

第四节 过期妊娠 30

第五节 胎膜早破 31

第六节 胎儿宫内生长受限 32

第七节 产后出血 33

第八节 胎盘早剥 36

第九节 前置胎盘 37

第十节 羊水栓塞 38

第十一节 妊娠特发血小板减少性紫癜 ... 42

第四章 妊娠合并症 45

第一节 妊娠高血压疾病 45

第二节 妊娠合并糖尿病 53

第三节 妊娠合并心脏病 58

第四节 围生期心肌病 63

第五节 妊娠期合并肝炎 65

第六节 妊娠期急性脂肪肝 66

第七节 妊娠期肝内胆汁淤积症 68

第八节 妊娠合并慢性肾小球肾炎 71

第九节 妊娠合并甲状腺功能亢进 71

第十节 妊娠合并癫痫 74

第五章 产科手术 76

第一节 产钳术 76

第二节 胎头吸引术 77

第三节 剖宫产术 78

第四节 引产 79

第六章 新生儿疾病 81

第一节 新生儿窒息 81

第二节 新生儿黄疸 83

第三节 新生儿颅内出血 84

第二篇 计 划 生 育

第七章 避孕 89

第一节 工具避孕 89

第二节 药物避孕 93

第三节 自然避孕 96

第八章 女性绝育 97

第九章 避孕失败后的补救措施 100

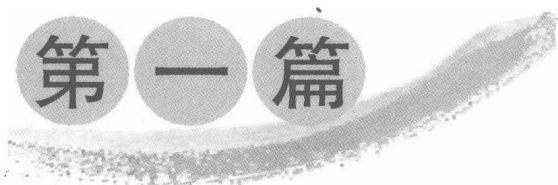
第一节 紧急避孕 100

第二节 人工终止妊娠 100

第十章 计划生育措施的选择 108

第三篇 妇 科

第十一章 妇产科常见症状及体征	111	第一节 盆腔器官脱垂	130
第一节 阴道流血	111	第二节 压力性尿失禁	134
第二节 异常白带	112	第十六章 妇科内分泌疾病	137
第三节 下腹痛	112	第一节 功能失调性子宫出血	137
第四节 下腹部肿块	113	第二节 多囊卵巢综合征	139
第十二章 女性生殖系统炎症	115	第三节 高泌乳素血症	142
第一节 女性生殖系统的防御功能与 盆腔炎性疾病致病特点	115	第四节 闭经	144
第二节 女性生殖系统炎症的诊疗	116	第五节 不孕症	146
第十三章 妇科急腹症	120	第六节 绝经过渡期及绝经后疾病	149
第一节 异位妊娠	120	第十七章 妇科肿瘤	153
第二节 卵巢囊肿蒂扭转	122	第一节 子宫肿瘤	153
第三节 黄体破裂	123	第二节 卵巢肿瘤	168
第十四章 子宫内膜异位症及子宫 腺肌病	125	第三节 滋养细胞疾病及肿瘤	179
第一节 子宫内膜异位症	125	第四节 输卵管癌	185
第二节 子宫腺肌病	128	第五节 外阴癌	186
第十五章 盆底功能障碍性疾病	130	附：化疗方案	187
		第十八章 妇科特殊检查及手术	195
		第一节 肿瘤标记物	195
		第二节 阴道镜检查	198
		第三节 宫腔镜检查	200
		第四节 腹腔镜检查	202



产 科 学

第一章

产科基本知识

一、核对预产期

1. 核对预产期参照指标 见表 1-0-1~表 1-0-5。

表 1-0-1 核对预产期参照指标

参 照 指 标	具 体 要 点
末次月经	月份-3,或+9,日+7
早孕反应	最初出现于停经 35 天,胎动孕 4 个月出现
早期 B 超胎囊大小、头臀长	详见表 1-0-2,表 1-0-3 简单计算公式:孕周=最大胎囊直径(cm)+4 孕周=头臀长+6.5
胎心搏动	大部分停经 7 周 B 超可见,孕 18~20 周腹部多普勒听诊可及
尿妊娠实验	阳性的时间:停经 30 天左右
血 hCG 及孕酮值	正常妊娠血 hCG 值每天增加大于 60%,详见表 1-0-4 和表 1-0-5
宫高、腹围	个体差异较大

表 1-0-2 5~12 周的胎囊大小

孕 周	均值(cm)	范围(cm)	2SD(2 个标准差)
5	1.97	0.9~3.2	0.765
6	2.39	1.1~3.7	0.778
7	2.99	1.3~5.3	0.986
8	3.23	1.5~6.5	1.12
9	3.78	2.0~7.9	1.28
10	4.72	2.2~7.6	1.52
11	5.18	3.2~7.4	1.37
12	5.77	3.6~8.0	1.19

表 1-0-3 头臀长与孕周

头臀长(cm)	孕 周	头臀长(cm)	孕 周
0.2	5.7	3.5	10.4
0.4	6.1	4.0	10.9
0.6	6.4	4.5	11.3
0.8	6.7	5.0	11.7
1.0	7.2	5.5	12.1
1.3	7.5	6.0	12.5
1.6	8.0	6.5	12.8
2.0	8.6	7.0	13.2
2.5	9.2	8.0	14.0
3.0	9.9		

表 1-0-4 孕周和 hCG 水平

孕龄(天)	孕周	hCG 水平和范围(U/L)
32	4.6	1 710(1 050~2 800)
33	4.7	2 320(1 400~3 760)
34	4.9	3 100(1 940~3 980)
35	5.0	4 090(2 580~6 530)
36	5.1	5 340(3 400~8 450)
37	5.3	6 880(4 420~10 810)
38	5.4	8 770(5 680~13 660)
39	5.6	11 040(7 220~17 050)
40	5.7	13 730(9 050~21 040)
41	5.0	15 300(10 140~23 340)
42	6.0	16 870(11 230~25 640)
43	6.1	20 480(13 750~30 880)
44	6.3	24 560(16 650~36 750)
45	6.4	29 110(19 910~43 220)
46	6.6	34 100(25 530~50 210)
47	6.7	39 460(27 470~57 640)
48	6.9	45 120(31 700~65 380)
49	7.0	50 970(36 010~73 280)
50	7.1	56 900(4 070~81 150)
51	7.3	62 760(45 300~88 790)
52	7.4	68 390(49 810~95 990)
53	7.6	73 640(54 120~102 540)
54	7.7	78 350(58 100~108 230)
55	7.9	82 370(61 640~112 870)
56	8.0	85 560(64 600~116 310)

表 1-0-5 正常孕妇各孕周的血清孕酮的正常值

孕 周	旧制单位 (ng/ml)	新制单位 (nmol/L)
7	24.5±7.6	76.4±23.7
8	28.6±7.9	89.2±24.6
9~12	38.0±13.0	118.6±40.6
13~16	45.5±14.0	142.0±43.7
17~20	63.3±14.0	197.5±43.7
21~24	110.9±35.7	346.0±111.4
25~34	165.3±35.7	514.8±111.4
≥35	202.0±47.0	630.2±146.6

注：旧制单位与新制单位的换算分数为 3.12。

2. 确定孕龄方法的准确度比较(表 1-0-6)

表 1-0-6 确定孕龄方法的准确度比较

方 法	精确度	方 法	精确度
体外受精(IVF)	±1 天	孕早期盆腔检查	±2 周
诱发排卵	±3 天	孕中期体检	±4 周
人工授精	±3 天	孕晚期体检	±6 周
单次性交记录	±3 天	胚胎头臀长(CRL)	±8%
基础体温测量	±4 天	孕中期(BPD 双顶径, HC 头围)	±8%

二、骨盆测量值

骨盆绝对狭窄较少见,是剖宫产的绝对适应证。临床上遇到的多为临界性狭窄或相对狭窄,这就需要结合估计胎儿的大小来决定是否试产。骨盆出口狭窄绝对不能试产。骨盆测量各径线见表 1-0-7。

表 1-0-7 骨盆测量各径线

径 线	正常值	绝对狭窄
髂棘间径(IS)	23~26cm	—
髂嵴间径(IC)	25~28cm	—
粗隆间径	28~31cm	<28cm
骶耻外径	18~20cm	≤16.5cm
骶耻内径	11.5~12cm	<8.5cm
坐骨棘间径	10.5cm	<9.5cm
骶坐切迹	5.0~5.5cm(可容 2 横指)	—
坐骨结节间径(TO)	8~9cm	<7cm
坐骨结节间径+后矢状径	15cm	<15cm
耻骨弓角度	90°	—

三、临产的标志

临产的标志:规律而且逐渐增强的子宫收缩,同时伴有进行性的宫口扩张和先露下降(表 1-0-8)。

表 1-0-8 临产、假临产及原发性宫缩乏力的鉴别

	宫 缩	宫 颈	先 露	强 镇 静 剂
临产	规律,30 秒/5 分钟	伴有展平,宫口开大	下降	无效,宫缩渐强
假临产	不规律	无宫口开大	无下降	宫缩消失
原发性宫缩乏力	不规律	无宫口开大或宫口大小与产程不一致	下降不满意	无效

四、产程

1. 正常产程(表 1-0-9)

表 1-0-9 正常产程

产 程	起 点	终 点	时 间	处理时限
第一产程	潜伏期	宫口开 3cm	8 小时	16 小时
	活跃期	宫口开全	4 小时	8 小时
第二产程	胎儿娩出期	胎儿娩出	2 小时,1 小时(经产妇)	1 小时
第三产程	胎盘娩出期	胎盘娩出	30 分钟	15 分钟

2. 异常产程(图 1-0-1)

- 活跃期停滞:宫口不再扩张达 2 个小时以上。
- 活跃期延长:活跃期超过 8 小时,而初产妇宫口扩张速度<1.2cm/h,经产妇<1.5cm/h。
- 胎头下降停滞:活跃期晚期胎头停滞在原处不下降达 1 小时以上。
- 胎头下降延缓:活跃晚期或第二产程,胎头下降速度初产妇<1.0cm/h,经产妇<2.0cm/h。
- 滞产:总产程超过 24 小时。

五、胎儿附属物

胎儿附属物见表 1-0-10。

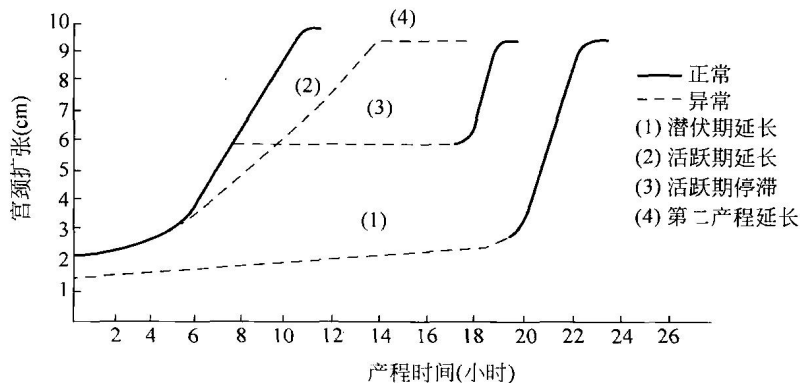


图 1-0-1 异常宫颈扩张曲线

表 1-0-10 胎儿附属物

胎儿附属物	结构特点
胎盘	直径 16~20cm, 厚 1~3cm; 正常的胎盘重约为胎儿体重的 1/6, 450~650g; 胎盘重量超过 800g, 称巨大胎盘
胎膜	外层为滑泽绒毛膜, 内层为羊膜
脐带	正常长度 30~100cm; 小于 30cm 脐带过短, 大于 100cm 脐带过长; 脐带断面中央一条管腔较大为脐静脉, 两侧两条管腔较小为脐动脉, 周围是华通胶, 保护血管
羊水	羊膜中的液体。能使胎儿不受外界的震荡, 并能减少胎儿在子宫内活动时对母体的刺激, 妊娠足月时羊水量约为 800~1 200ml; 最大羊水池垂直直径 2~3cm, 羊水量异常见表 1-0-11

表 1-0-11 异常羊水的量

	诊断标准	发生率	B 超提示	
			四个羊水平面之和(AEI)	最大羊水池垂直直径(AED)
羊水过多	>2 000ml	0.5%~1.0%	>20cm	>8cm。轻度: 8~12cm, 中度: 12~15cm, 重度: >15cm
羊水过少	<300ml	0.1%	5~8cm 为羊水较少 ≤5cm 为羊水过少应结合临床及时处理	≤2cm 为羊水过少 ≤1cm 为严重羊水过少

* AEI: 羊水指数, 即孕妇头高 30°平卧, 以脐和腹白线为标志点, 将腹部分为 4 部分, 测定各象限最大羊水暗区, 相加而得。

六、生产评估

1. 宫颈评分 一般用于妊娠晚期引产前宫颈的评价, 评分 <4 提示宫颈不成熟, 需促宫颈成熟, ≥7 提示宫颈成熟, 0~3 分引产不易成功, 4~6 分成功率仅 50%, 7~8 分成功率 80%, ≥8 分引产成功率与阴道分娩自然临产结果类似。评分方法见表 1-0-12。

表 1-0-12 Bishop 宫颈成熟度评分法

指 标	分 数			
	0	1	2	3
宫口开大(cm)	0	1~2	3~4	5~6
宫颈管消退(%) (未消退为 2~3cm)	0~30	40~50	60~70	80~100

续表

指 标	分 数			
	0	1	2	3
先露位置 (坐骨脊水平=0)	-3	-2	-1~0	+1~+2
宫颈硬度	硬	中	软	—
宫口位置	后	中	前	—

2. 生物物理评分 1980年 Manning 指出利用胎儿电子监护仪与B超联合检测胎儿宫内缺氧情况。5项指标包括无激惹实验(NST),胎儿呼吸样运动(FBM),胎动(FM),胎儿肌张力(FT)及羊水容量(AFV)。评分见表1-0-13,评分预测和处理原则见表1-0-14。

表 1-0-13 Manning 评分方法

指 标	2分(正常)	0分(异常)
NST(20分钟)	≥2次胎动,FHR(胎心率)加速,振幅≥15次/分,持续≥15秒	<2次胎动,FHR加速,振幅<15次/分,持续<15秒
FBM(30分钟)	≥1次,持续≥30秒	无或持续<30秒
FM(30分钟)	≥3次躯干和肢体活动(连续出现计1次)	≤2次躯干和肢体活动
FT	≥1次躯干伸展后恢复到屈曲,手指摊开合拢	无活动,肢体完全伸展,伸展缓解,部分恢复到屈曲
AFV	≥1个羊水暗区,最大羊水池垂直直径≥2cm	无或最大羊水池垂直直径<2cm

表 1-0-14 Manning 评分法意义

评分	胎 儿 情 况	处 理 原 则
10	无急性、慢性缺氧	每周复查1次,高危妊娠每周复查2次
8	急性、慢性缺氧可能性小	每周复查1次,高危妊娠每周复查2次,羊水过少可终止妊娠
6	可疑急性、慢性缺氧	24小时内复查,仍≤6或羊水过少,可终止妊娠
4	可有急性或慢性缺氧	24小时内复查,仍≤6或羊水过少,可终止妊娠
2	急性缺氧或伴慢性缺氧	若胎肺成熟,终止妊娠;胎肺不成熟给予激素治疗48小时内终止妊娠
0	急性、慢性缺氧	终止妊娠,胎肺不成熟,同时激素治疗

七、新生儿评估

新生儿的评估见表1-0-15。

表 1-0-15 新生儿 Apgar 评分

体 征	0	1	2
每分钟心率	0	<100	≥100
呼吸	0	浅慢,不规则	佳
肌张力	松弛	四肢稍屈曲	四肢屈曲活动好
喉反射	无反射	有些动作	咳嗽,恶心
皮肤颜色	全身苍白	躯干红,四肢青紫	全身粉红

满分10分,8~10分为正常新生儿,4~7分为轻度窒息,0~3分为重度窒息。

缺氧较严重和严重的新生儿,应在出生后5分钟、10分钟再次评分,直至连续两次评分均≥8分,1分钟反映宫内情况,5分钟以后评分反映复苏效果。

临床恶化顺序为皮肤颜色→呼吸→肌张力→反射→心率;复苏有效的顺序为心率→反射→皮肤颜

色→呼吸→肌张力,肌张力恢复越快,预后越好。

八、胎儿电子监测

1. 胎儿电子监测基线的意义 见表 1-0-16。

表 1-0-16 胎儿电子监测基线的意义

基线	正常水平	类 型			
	120~160 次/分	平直	波浪型	跳跃型	正弦型
	波动	<10 次/分, <6 次/分	10~25 次/分, >6 次/分	>30 次/分	频率固定 3~5 次/分,幅度 5~10 次/分,缺短变异
意义		- 未成熟儿 - 胎儿睡眠状态 - 镇静麻醉药影响 - 过期胎儿 - 酸中毒倾向 - 神经和心肌缺氧	正常	- 胎儿迷走神经亢进,自主神经不平衡 - 胎儿应激水平上升 - 脐带受压 - 胎儿缺氧	- 胎儿严重缺氧 - 重度 RH 血型不合 - 胎儿贫血

2. NST 评分 见表 1-0-17。NST: 观察胎动时有无胎心加速(无宫缩)。

表 1-0-17 NST 评分

指 标	0 分	1 分	2 分
基线(次/分)	<100 或 >180	100~119 或 161~180	120~160
基线变异振幅(次/分)	<5	5~10 或 >25	11~25
胎动次数 20 分钟	0	1~2	≥3
胎动时胎心加速(次/分)	<10	10~14	≥15
胎动时胎心加速持续时间(秒)	<10	10~14	≥15

3. 临产后的胎心率变化及意义 见表 1-0-18。

表 1-0-18 几种减速的特点与临床意义

	与宫缩关系	下降幅度	波形特点	阿托品	意义	处理
早期减速	同步,相差 <15 秒	20~30 次/分	持续时间短,恢复快	可阻断	胎头受压	不需处理
晚期减速	宫缩 30 秒 以后	10~20 次/分, <50 次/分	持续时间长,恢复缓慢>30 秒	不能阻断	子宫-胎盘单位氧交换障碍,如同时伴有基线平直,是濒死前征兆	迅速终止妊娠
变异减速	无恒定关系	>70 次/分	虽与宫缩有关,但关系不固定,波形不均匀,下降、恢复都迅速,幅度大、持续长	可减轻	脐带受压,迷走神经兴奋	时间不长,多数预后好,但是频繁发作,胎儿缺氧不易纠正
延长减速	无	>30 次/分	持续 2 分钟以上,之后出现心动过速及基线变异减弱或消失	不能阻断	胎儿缺氧	终止妊娠

4. 几种常见胎儿电子检测图形 见图 1-0-2~图 1-0-10。

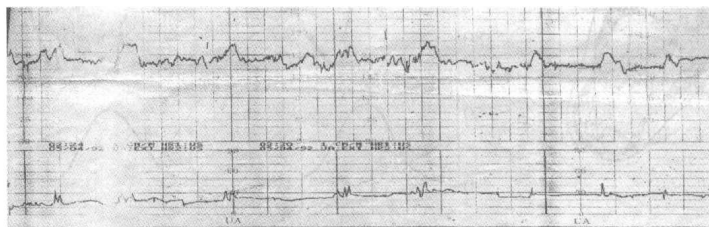


图 1-0-2 正常胎儿电子检测

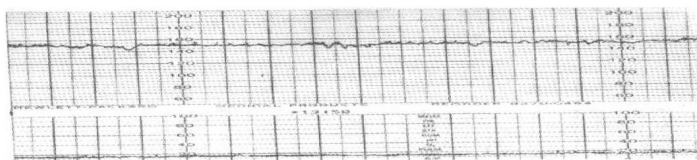


图 1-0-3 胎儿电子检测基线变异平直

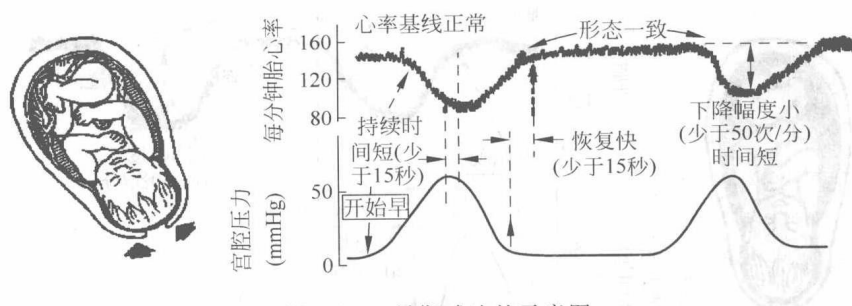


图 1-0-4 早期减速的示意图

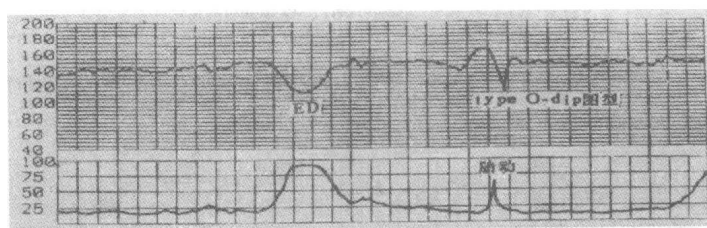


图 1-0-5 早期减速

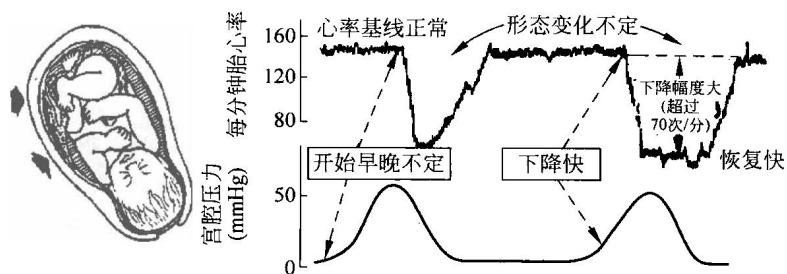


图 1-0-6 变异减速的示意图

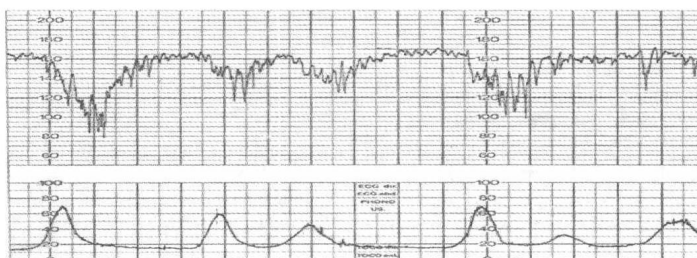


图 1-0-7 变异减速

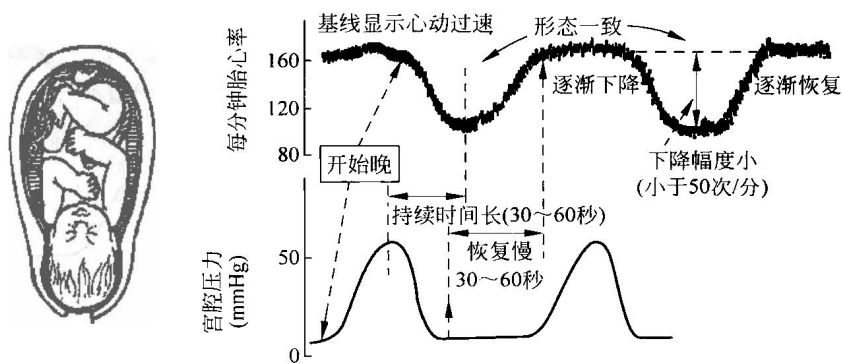


图 1-0-8 晚期减速的示意图

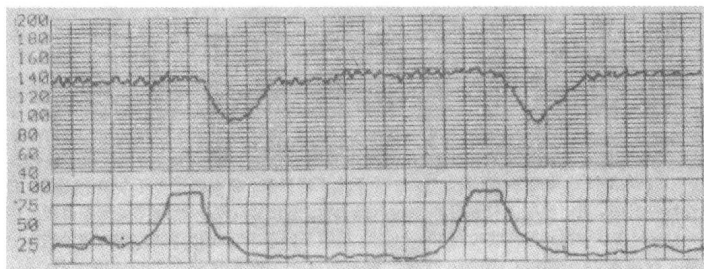


图 1-0-9 晚期减速