

妇产科常见疾病 诊疗指南与护理

FU CHAN KE
CHANG JIAN JI BING
ZHEN LIAO ZHI NAN YU HU LI

主 编 黄礼云 颜景玲 袁 晶

中医古籍出版社

妇产科 常见疾病诊疗指南与护理 编委会

主 编 黄礼云 颜景玲 袁 晶

副主编 王 虹 张金玲 闫丽华 刘长艳

韩 波 张 慧 李素梅 孙 玉

图书在版编目(CIP)数据

妇产科常见疾病诊疗指南与护理 / 黄礼云, 颜景玲主编.
- 北京: 中医古籍出版社, 2009.9
(诊疗指南与护理专家专著)
ISBN 978-7-80174-749-5
I. 妇… II. ①黄…②颜… III. ①妇产科病: 常见病 - 诊疗②妇产科病: 常见病 - 护理 IV. R71 R473.71
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 099318 号

妇产科常见疾病诊疗指南与护理

主 编 黄礼云 颜景玲
责任编辑 刘晓巍 孙志波
封面设计 陶然小筑工作室
出版发行 中医古籍出版社
社 址 北京东直门内南小街 16 号(100700)
印 刷 山东省济南市长清区灵岩印刷责任有限公司
开 本 178mm × 1092mm 1/16
印 张 15.5
字 数 318 千字
版 次 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-80174-749-5

总定价 300.00 元

目 录

第一篇 产科

第一章 正常妊娠	1
第二章 异常妊娠	7
第三章 妊娠期用药	64
第四章 正常分娩	73
第五章 异常分娩	78
第六章 正常产褥期处理	91
第七章 产褥期疾患	94
第八章 产科诊断技术	106
第九章 产科手术	115

第二篇 妇科

第十章 外阴疾病	135
第十一章 女性生殖系统炎症	140
第十二章 女性生殖器肿瘤	157
第十三章 滋养细胞疾病	179
第十四章 子宫内膜异位症及子宫腺肌症	183
第十五章 生殖道损伤	188

第十六章	内分泌失调性疾病	194
第十七章	女性生殖器官发育异常	204
第十八章	更年期综合征和骨质疏松症	209
第十九章	不孕症	218
第二十章	妇产科诊断技术	222
第二十一章	妇科手术	268
第二十二章	妇科护理常规	276
第二十三章	产科护理常规	285

第一篇 产科

第一章 正常妊娠

妊娠早、中、晚期的诊断

妊娠全程为40周，分三个时期：妊娠12周末以前为早期妊娠；第13~27周为中期妊娠；第28周及以后为晚期妊娠。

【早期妊娠的诊断】

一、病史与症状

1. 停经：平时月经周期正常的健康妇女，一旦月经过期10日以上应疑为妊娠。哺乳期妇女、月经不准的妇女可无明确停经史。

2. 早孕反应：约有半数妇女于停经6周左右出现头晕、乏力、嗜睡、不同程度恶心、晨起呕吐，一般孕12周以后自行消失。

3. 乳房胀痛：哺乳期妇女自觉乳汁分泌减少。

二、检查与体征

1. 乳房增大，乳头及其周围皮肤着色加深，乳晕周围有小结节出现。

2. 妇科检查发现子宫增大、变软，阴道壁和宫颈充血变软、呈紫蓝色。孕12周时子宫体增大，相当于非孕期子宫的3倍，当子宫底超出骨盆腔时，可在耻骨联合上方触及。

三、辅助检查

1. 妊娠试验：利用孕卵着床后滋养细胞分泌绒毛膜促性腺激素(hCG)经孕妇尿中排出的原理，采用酶免疫测定法测定血或尿中hCG含量，协助诊断早期妊娠。

2. 超声检查：B型断层显像法或实时超声(B超)显示，在增大子宫的轮廓中见到来自羊膜囊的圆形妊娠环，妊娠环中见到有胚芽或胚胎，如有节律的胎心搏动和胎动，可以确诊为早期妊娠，而且是活胎。

3. 黄体酮试验：利用孕激素在体内突然撤退引起子宫出血的原理，对以往月经周期正常而此次月经过期疑为早期妊娠的妇女，每日肌注黄体酮20mg，连用3~5日，若停药后超过7日仍未出现阴道出血，则早期妊娠可能性大。

四、确定诊断

结合病史、症状、体征、妇科检查及辅助检查结果，综合判断才能确诊早期妊娠。若就诊时停经日数尚短，临床表现及辅助检查尚不能判定为早期妊娠时，应嘱7~10日后复查。若复查时子宫明显增大、变软或临床表现与辅助诊断结果相符，即可确诊。对临床表现不典型者应注意与卵巢囊肿、有囊性变的子宫肌瘤、膀胱尿潴留相鉴

别。

【中、晚期妊娠的诊断】

一、病史与症状

有早期妊娠的经过，并逐渐感到腹部增大和自觉胎动。

二、检查与体征

1. 子宫增大：子宫随妊娠周数增大，腹部检查时可根据手测子宫底高度和尺测耻上子宫长度，判断妊娠周数。

2. 胎动：孕18~20周孕妇自觉胎动，胎动可确诊妊娠且为胎儿宫内情况良好的表现。胎动次数个体差异很大，每小时约3~5次，随妊娠周数增加，胎动活跃；而孕38周以后，胎动逐渐减少。

3. 胎心：孕18~20周，用一般听筒或木制胎心听筒，经孕妇腹壁可以听到胎心，超声多普勒则在更早时间(如孕13~14周)可以测到胎心。胎心呈双音，第一音与第二音相接近，有如钟表的“滴答”声，每分钟120~160次。听到胎心可确诊为妊娠，且为活胎。

4. 胎体：孕20周以后，可经腹壁触到了宫内的肢体。孕24周以后触诊时可区分为胎头、胎背、胎臀和肢体。胎头圆而硬，且有浮球感，胎背平坦且宽；胎臀宽而软，形状略不规则；胎儿肢体小且有不规则活动。孕30周以后根据胎体检查确定胎位，以指导临床处理。

三、辅助检查

1. 超声检查：B超不仅能显示胎儿数目、胎位、有无胎心搏动以及胎盘位置，而且能测量胎头双顶径、腹围、股骨长度以核实孕龄，并可观察胎儿有无畸形。若腹部检查胎位不清或胎心未听清，B超可协助诊断。

2. X线摄片：孕20周以后，X线摄片可以看到胎儿骨骼阴影，可确诊妊娠和除外胎儿畸形。因X线摄片可能对胎儿发育有害，故近年来已很少应用，除了可疑胎儿畸形而B超未能排除直接影响临床处理时可酌情使用。

【胎产式、胎先露、胎方位】

于妊娠28周以前，由于羊水较多、胎体较小，胎儿在子宫内的活动范围大，因而胎儿的位置和姿势常变；妊娠32周以后，胎儿生长快，羊水相对减少，胎儿与子宫壁贴近，胎儿的位置和姿势则相对稳定。

一、胎产式

胎儿身体纵轴与母体纵轴的关系为胎产式。两纵轴平行者称为纵产式或直产式，占孕足月分娩总数的99.75%；两纵轴垂直者称为横产式，仅占0.25%；两纵轴交叉呈角度者称为斜产式，属暂时性的胎位，在分娩过程中多转成纵产式，偶转成横产式。

二、胎先露

胎先露系指最先进入骨盆入口的胎儿部分。纵产式有头先露和臀先露，横产式有肩先露。头先露因胎儿头部进入骨盆入口时屈伸程度不同，又分为枕先露、顶先露、额先露和面先露。臀先露因入盆的先露不同，又分为混合臀先露、单臀先露和足先

露。偶见头先露或臀先露与胎手或胎足同时入盆者，称为复合先露。

三、胎方位

胎儿先露部的指示点(指定部位)与母体骨盆的关系称为胎方位，简称胎位。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点。根据指示点与母体骨盆的左、右、前、后、横的关系，有不同的胎位。例如枕先露时，枕骨位于骨盆左前方为枕左前位，余类推。

通过腹部检查、肛门检查和阴道检查，必要时超声检查，确定胎产式、胎先露和胎位。

围产期保健

【目的】

孕妇各系统为适应胎儿生长需要出现一系列相适应的变化，若超越生理范围或患病不能适应妊娠的改变，则孕妇和胎儿均可出现病理情况。围产期保健就是通过定期产前检查，筛查出高危病例，加强对母、儿监测，及时发现并治疗妊娠合并症(如心脏病)及妊娠并发症(如妊娠高血压综合征)，及时纠正胎位异常，发现胎儿发育异常等，并结合孕妇和胎儿具体情况预定分娩方式。

【检查时间】

产前检查从确诊妊娠，即从早期妊娠开始。孕26周以前在早、中孕门诊，每3~4周1次；26周以后转产前门诊，每2周1次；孕36周以后，每周1次。高危病例根据病情，酌情增加检查次数。

【检查内容】

一、初诊

详细询问病史，包括年龄、妊娠次、职业、本次妊娠经过、月经婚姻史、既往孕产史、丈夫健康情况、家族史有无遗传病和出生缺陷等。

二、全身体格检查

包括步态、发育、营养状态、血压、体重、心肺、肝脾检查。

三、妇科检查

子宫大小是否符合孕月，软产道和盆腔内有无异常。

四、骨盆测量

骨盆大小和形状是决定胎儿能否经阴道分娩的重要因素之一，故骨盆测量为产前检查必不可少的项目，骨盆测量时间宜在孕30~34周。测量方法有两种：

1. 外测量：可对骨盆大小、形态做间接判断。

(1) 髂前上棘间径：孕妇取伸腿仰卧位，测量两髂前上棘外缘的距离，正常值为23~26cm。

(2) 髂嵴间径：孕妇取伸腿仰卧位，测量两髂嵴外缘最宽的距离，正常值为25~28cm。

以上两径线可间接推测骨盆入口横径的长度。

(3) 骶耻外径：孕妇取左侧卧位，右腿伸直，左腿屈曲，测量第5腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点的距离，正常值为18~20cm。此径线可间接推测骨盆入口前后径的

长度。

(4) 坐骨结节间径(或称出口横径): 取仰卧位, 两腿弯曲, 双手抱双膝, 测量两侧坐骨结节内侧缘的距离, 正常值为 8cm, 此径线直接测出骨盆出口横径的长度。若此径小于或等于 7cm 时, 应测量出口后矢状径。

(5) 出口后矢状径: 检查者将戴有指套的右手食指伸入孕妇肛门后向骶骨方向, 拇指置于孕妇体外骶尾部, 两指共同找到骶骨尖端。将尺放于坐骨结节径线上, 用汤姆斯出口测量器一端放于坐骨结节间径的中点, 另一端放于骶骨尖端处, 看测量器刻度数字即得出出口后矢状径的长度, 正常值为 8~9cm。出口后矢状径与坐骨结节间径之和大于 15cm 时, 表示骨盆出口无明显狭窄。

(6) 耻骨弓角度: 用两手拇指尖斜着对拢, 放于耻骨联合下缘, 左右两拇指平放在耻骨降支的上面, 测量两拇指间的角度, 即为耻骨弓角度。正常值为 90° , 小于 80° 为不正常。此角度可以反映出口横径的宽度。

2. 内测量: 能较准确地经阴道测知骨盆大小, 适用于骨盆外测量有狭窄者或直接行内测量。测量时孕妇取膀胱截石位, 检查者带消毒手套并涂以润滑油或肥皂液, 动作要轻柔。

(1) 骶耻内径(对角径 DC): 为耻骨联合下缘至骶岬上缘中点的距离, 正常值为 12.5~13cm ($> 11.5\text{cm}$), 此值减去 1.5~2cm, 即为骨盆入口前后径的长度, 又称真结合径, 正常值为 10cm。

(2) 坐骨棘间径(即中骨盆平面的横径): 测量两侧坐骨棘间的距离, 正常值为 10cm (6 横指)。方法是一手的食、中指放入阴道内, 分别触及两侧坐骨棘, 估计其间的距离。

(3) 坐骨切迹宽度: 代表中骨盆后矢状径, 其宽度是坐骨棘与骶骨下部间的距离, 即骶棘韧带的宽度。如能容纳 3 横指为正常, 否则属中骨盆狭窄。

五、实验室检查

血型, 血尿常规(包括尿糖), 肝功能检查(即 GPT、或 ALT), 乙肝表面抗原、乙肝表面抗体、乙肝 e 抗原、乙肝 e 抗体、乙肝 C 抗体(二对半), 阴道分泌物查有无滴虫、清洁度, 梅毒快速血浆反应素试验(RPR), 人免疫缺陷病毒(HIV 试验), 高危人群或有可疑淋病症状、体征者的宫颈管分泌物涂片查淋菌并做培养。有条件者还应做风疹病毒、巨细胞病毒和弓形体的 IgM 检查。

六、超声检查

孕 16~20 周首次超声检查、核实孕龄并除外胎儿畸形, 孕晚期根据情况复查。另外, 早孕期间如有阴道出血、腹坠等先兆流产症状及体征, 决定保胎治疗前应行 B 超检查, 除外胎儿发育异常。晚期妊娠孕 36 周左右及孕 41 周仍未临产, 应行 B 超检查监测胎儿生长、羊水量及胎盘成熟度, 供临床处理参考。

七、特殊检查

1. 母血或羊水甲胎蛋白测定: 妊娠 16~20 周测定, 以除外胎儿畸形。

2. 所有孕妇特别是有下列情况者应于孕 24~28 周行口服 50g 葡萄糖筛查, 若服后 1 小时血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ (140 mg/dL), 应进一步做糖耐量试验。

- (1) 有不明原因的死胎、死产、新生儿死亡史;
- (2) 本次妊娠胎儿巨大、羊水过多, 以往有巨大儿分娩史;
- (3) 肥胖;
- (4) 年龄 > 30 岁;
- (5) 有家族性糖尿病史;
- (6) 早期妊娠随意尿糖两次阳性或空腹尿糖阳性。

产前诊断

【适应证】

一、高龄孕妇

女性年龄增高(> 35 岁)时, 在卵细胞形成过程中容易发生染色体不分离现象, 引起遗传性疾病。先天愚型的发生率随母亲年龄的增大而增加。

二、易位携带者

夫妇之一为染色体易位携带者、先天性代谢障碍、酶系统障碍的家族史者, 其子代染色体异常的发生率可高达 1/20~1/100, 平衡易位的遗传危险性更大。

三、染色体异常或畸形儿分娩史

生过 1 个染色体异常或畸形儿的孕妇, 胎儿再次发生同样异常的危险性增加。如前胎为 21- 三体, 子代 21- 三体再现率为 1%~2%。

四、本人或为性连锁遗传病携带者, 于孕期需确定胎儿性别者。

五、多次自然流产、早产、死胎史

超过 90% 的染色体异常妊娠以自然流产而淘汰。12 孕周以下流产者中约 61.5% 为染色体异常。习惯性流产者染色体异常的发生率较普通人群高 12 倍。部分不明原因的死产可能与先天性遗传病有关。

六、近亲结婚

尤以第一代近亲为甚。近亲中个体携带相同隐性基因、携带异常基因的机会比远亲个体多, 这类孕妇的子代发生隐性遗传病的机会增加。

七、致畸因子接触史

妊娠早期接受过大剂量化学毒剂、放射线、病毒感染或发烧的孕妇。

八、本次妊娠羊水过多

羊水过多孕妇中约 25% 合并胎儿畸形, 其中以神经管畸形和上消化道畸形最常见; 或前胎为神经管缺陷儿或此次孕期血清甲胎蛋白值明显异常。

【方法】

一、羊水检查

一般在孕 16~20 周进行羊膜腔穿刺。

1. 羊水细胞培养核型分析: 通过检查染色体的数目、结构变化及性染色体进行诊断。

2. 羊水细胞基因诊断: 这类遗传病包括地中海贫血、血红蛋白病、苯丙酮尿症、肌营养不良症及血友病 A 等。

3. 羊水生化检测:

(1) 甲胎蛋白(AFP)测定: 开放性神经管畸形胎儿由于脑组织或脊髓外露, AFP 漏出异常增多, 可比正常值高 10 倍。一般在孕 16~18 周测孕妇血清 AFP, 如果升高, 可测羊水 AFP。羊水测定值超过同孕周正常平均值的 2 个标准差以上时, 约 87% 的开放性神经管畸形儿可被检出; 超过 3 个标准差以上者, 诊断准确率为 96%。

(2) 总胆碱酯酶及乙酰胆碱酯酶测定: 乙酰胆碱酯酶诊断神经管畸形最为准确, 假阳性率仅为 0.3%。在无血污染的标本比 AFP 测定减少假阳性率达 90%。

(3) 17- 酮类固醇及雌三醇测定: 先天性肾上腺性征异常综合征是内分泌系统遗传病, 女婴可表现为假男性化, 男婴表现为男性性早熟。正常胎儿羊水中 17- 酮类固醇含量小于 52ng/L 羊水, 雌三醇含量小于 $1.6 \mu\text{mol/L}$ ($46 \mu\text{g/dl}$) 羊水, 而此类患儿羊水中 17- 酮类固醇浓度高达 104 ng/L, 雌三醇含量达 $3.7 \mu\text{mol/L}$ ($106 \mu\text{g/dl}$)。

二、B 超检查

B 超检查有对胎儿无损害、显像清晰、诊断较准确及迅速的特点, 在产前诊断中起着重要作用。于孕 16~20 周常规进行 B 超检查。

三、绒毛活检

经子宫颈吸取绒毛检查已逐渐被作为产前诊断的方法之一。妊娠 8~10 周时, 孕囊周围完全被绒毛覆盖, 绒毛分支多, 易于吸取。

四、胎儿镜检查

胎儿镜检查是用直径很细的光学纤维内窥镜从母体腹壁穿刺, 经子宫壁进入羊膜腔。观察胎儿、抽取胎血及进行胎儿组织活检或宫内治疗的方法。胎儿镜检查的时间根据羊水的量、胎儿大小、脐带粗细和检查目的而定。孕 15~17 周时, 羊水达足够量, 胎儿也较小, 适宜观察外形; 孕 18~22 周时, 羊水继续增多, 脐带增粗, 适宜作胎血取样。孕 22 周以后, 羊水透明度下降, 不利于观察。

第二章 异常妊娠

妊娠早期并发症

妊娠剧吐

孕妇在早孕期间经常出现挑食、食欲不振、轻度恶心呕吐、头晕、倦怠，称为早孕反应。一般早孕反应于停经40天左右开始，孕12周以内自行消退，对生活、工作影响不大，不需特殊处理。偶有少数孕妇反应严重，恶心呕吐频繁，不能进食，以致影响身体健康，甚至威胁生命，称为妊娠剧吐。确切病因不明，可能与血中绒毛膜促性腺激素急剧上升有关。精神紧张型孕妇，对此次妊娠过分喜爱或厌恶时发病多，故本病发生亦可能与精神因素有关。

【诊断】

一、临床表现

1. 多见于第一胎孕妇，初为一般早孕反应，但逐日加重，表现为反复呕吐、失眠、全身乏力，进而滴水不进、呕吐频繁，呕吐物中有胆汁或咖啡渣样物。

2. 由于长期饥饿和严重呕吐，引起失水和电解质紊乱以及脂肪代谢的中间产物—酮体积聚，尿中出现酮体，形成代谢性酸中毒。

3. 病情进一步发展，出现明显消瘦，嘴唇燥裂，皮肤失去弹性，呼吸呈醋酮味，脉搏增快，体温上升，血压下降，出现黄疸，尿少或无尿，最后病人意识模糊而呈昏睡状态。

二、实验室检查

尿酮体阳性，肝肾功能受损，血胆红素、转氨酶升高，肌酐和尿素氮增高，眼底视网膜出血，红细胞压积上升。

三、确定诊断

根据病史和妇科检查，首先确诊为妊娠，排除因葡萄胎引起的呕吐，然后根据孕妇的临床表现和尿酮体阳性即可诊断为妊娠剧吐。

四、鉴别诊断

需与孕妇合并急性肝炎、胃肠道疾患或脑瘤等引起的呕吐鉴别。

五、其他

进一步测定血红蛋白、红细胞压积、尿常规以及血液化学如二氧化碳结合力、钾、钠、氯、非蛋白氮（尿素氮）、肌酐、胆红素等，以判断病变的严重程度，必要时行眼底检查。

【治疗】

1. 收入院治疗。

2. 静脉输液，补液、补充热能、纠正水电解质紊乱，每日至少静脉滴注5%葡萄

糖水 2000ml、5%葡萄糖盐水 1000ml、15%氯化钾 20ml (3g)，输液中还要加入维生素 C 0.5~1g，肌肉注射维生素 B₆ 50~100mg。合并代谢性酸中毒者，应根据血二氧化碳结合力水平，静脉补充碳酸氢钠溶液，每日尿量至少应达 1000ml 以上。

3. 经上述治疗 2~3 天后，病情多迅速好转，呕吐停止，想进食，尿量增加，尿酮体转阴性。此时可给少量流质食物，逐渐增加食量和调节饮食，每日饮水量和食量不足时，仍应适当补充液体。

4. 经上述治疗病情仍不改善，特别是体温持续 38℃ 以上，心率 > 120 次 / 分或出现黄疸时，应考虑终止妊娠。

流产

流产系指妊娠在 28 周前终止，胎儿体重在 1000g 以下者，分为自然流产和人工流产。本节主要阐述自然流产。

根据流产发生时间分为早期流产(妊娠 12 周以前)及晚期流产(妊娠 12 周以后)。按流产的发展过程分为先兆流产、不可避免流产、不全流产和完全流产。另外，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；自然流产连续发生 3 次或 3 次以上者称为习惯性流产。

早期流产的原因多数是遗传因素(如基因异常)，其次为母体因素(孕妇患急性传染病、胎儿感染中毒死亡、黄体功能不足影响蜕膜发育)。此外，母儿双方免疫不适应或血型不合亦可引起流产。晚期流产则常因宫颈内口松弛、子宫畸形、感染等因素所致。

【诊断】

1. 生育年龄妇女，平时月经规律，若有月经过期，出现早孕反应，妇科检查子宫增大，尿妊娠试验阳性应诊断为妊娠。

2. 妊娠后下腹坠痛，阴道出血，要考虑流产的可能，各种流产的鉴别诊断见表 2-1。

表 2-1 各种流产的鉴别诊断

流产类型	症状				妇科检查		辅助检查
	出血	下腹痛	组织排出	宫颈口	子宫大小	妊娠试验	B 超检查
先兆流产	少	轻	无	闭	与孕月相符	+	胚胎存活
难免流产	中→多	重	无	扩张	相符或略小	+或—	组织堵在宫口
不全流产	少→多	减轻	有	扩张或闭 或有组织 堵塞	小于孕周	+或—	排空或有物
完全流产	少→无	无	全排出	闭	正常或稍大	+或—	宫腔内未见 妊娠物

3. 过期流产的诊断：患者主诉有停经和早孕反应，前段时间曾有过先兆流产症状，以后子宫不再增大或反而缩小。如已至妊娠中期，孕妇未感腹部增大、无胎动、妇科检查宫颈口闭、子宫较孕月小、B 超检查提示胎儿停育。

4. 习惯性流产系指自然流产发生3次或3次以上者，时间在或不在同一妊娠月份，其临床特征与一般流产同。

5. 流产需与功能性子宫出血、输卵管妊娠、葡萄胎、子宫肌瘤等进行鉴别。

【治疗】

一、先兆流产

1. 卧床休息，禁止性生活。

2. 黄体酮20mg肌注，每日1次，共3~7日，或服中成保胎药丸，每日2次，每次1丸至2丸。

3. 维生素E每日口服30~50mg，有利于胚胎发育。

4. 及时超声检查，了解胚胎发育情况，避免盲目保胎。

二、不可避免(难免)流产

诊断明确后，尽早使胚胎、胎盘组织排出。

1. 早期时行刮宫(清宫)术。

2. 晚期时应用催产素稀释后静脉滴注，促使胎儿和胎盘组织排出。

三、不全流产

1. 诊断明确，立即刮宫。

2. 不全流产和不可避免流产往往出血多，应注意全身状况。必要时输液、输血。

3. 术后抗生素预防感染。

4. 刮出物送病理检查，以助诊断。

四、完全流产

如确系完全流产，一般无需特殊处理。

五、过期流产

(一) 诊断确定，尽早排空子宫。

(二) 过期流产时由于胎儿死亡，胎盘释放凝血活酶入血循环，易发生凝血机制障碍，导致弥漫性血管内凝血(DIC)，故在术前应测定纤维蛋白原、出凝血时间、血小板计数等。

1. 凝血功能正常，子宫小于3个月应行钳刮术。术前备血，术时注射宫缩剂(如催产素)以加强子宫收缩，减少出血。如子宫大于3个月可采取静脉滴注催产素行人工引产，待胎儿自然排出，必要时再行清宫术。

2. 凝血功能异常，则需静脉注射纤维蛋白原，输新鲜血，等待凝血功能改善后再行引产或刮宫。

六、习惯性流产

1. 查出引起习惯性流产的原因，针对病因治疗。

2. 注意休息，加强营养，禁止性生活，补充维生素C、E，服中药保胎丸等。治疗期必须超过以往流产发生的妊娠月份。

3. 黄体功能不足者应尽早用黄体酮预防流产。

4. 子宫畸形(如双角子宫、纵隔子宫等)应在孕前行矫治手术，术后避孕1年。

5. 宫颈内口松弛诊断明确，应在未妊娠前作宫颈内口松弛修补术。如已妊娠，宜

在妊娠14~18周行子宫内口缝扎术。术后定期随访，孕37周前提前入院，孕37~38周或有临产先兆时拆除缝线，一般拆线后迅速自然分娩。如缝合后有流产征象，即治疗失败则应及时拆除缝线，以免造成宫颈严重撕裂。

七、流产合并感染

多发生于阴道流血时间长，宫腔内残留妊娠产物，或有不洁宫内操作(如非法堕胎后)，此时除有流产症状、体征外，常有全身感染中毒症状与体征。处理原则为：

1. 流血不多，先用抗生素控制感染后再刮宫。
2. 流血量多或经应用大量抗生素后未能控制感染时，则可一面继续静滴抗生素，一面用卵圆钳将宫腔内容物钳出以控制出血。不宜用刮匙搔刮宫腔，以免感染扩散，术后继续应用抗生素，待感染控制后再行刮宫，彻底清除宫腔内容物。
3. 流产合并严重感染发生败血症，中毒性休克时应积极纠正休克控制感染。如子宫严重感染，用药物不能控制时，为抢救患者生命，不得已可考虑切除子宫。

异位妊娠

正常妊娠时孕卵着床于子宫内膜，当孕卵在子宫腔以外着床发育称为异位妊娠，又称宫外孕；其中以输卵管妊娠最常见，以下主要阐述输卵管妊娠。

输卵管妊娠是妇产科常见急腹症之一。当输卵管妊娠流产或破裂时，可引起腹腔内严重出血，如不及时诊断、积极抢救，可危及生命。发病部位以壶腹部最多，约占55%~60%，其次为峡部，再其次为伞端，间质部妊娠最少见。常见病因为输卵管炎、输卵管黏膜破坏、纤毛受损，阻碍孕卵正常运送所致；输卵管发育异常；放置宫内节育器后可能造成输卵管炎，也可引起输卵管妊娠的发生。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床表现

1. 输卵管妊娠流产或破裂前：症状和体征均不明显，除有短期停经和妊娠反应外，有时出现一侧下腹胀痛，检查时输卵管正常或稍肿大，有轻度压痛。

2. 输卵管妊娠流产或破裂后：根据病情急缓，分为急性期和陈旧型两种类型。

1. 急性期输卵管妊娠：起病急并继续加重。

(1) 停经：大多停经6~8周，停经后发生腹痛、阴道出血，但无停经史时也不除外本病。

(2) 腹痛：为主要症状。腹痛系由于输卵管膨大、破裂，血液刺激腹膜等多种因素引起。破裂时常一侧下腹部撕裂样疼痛，常伴有恶心呕吐。血液积聚在子宫直肠陷凹，肛门有坠胀感。出血量过多，血流由盆腔流至全腹，形成全腹痛。血液刺激膈肌可引起肩胛放射性疼痛。

(3) 阴道出血：胚胎死亡后常有不规则阴道出血，血色深褐、量少、淋漓不尽，随阴道出血可排出蜕膜管型或碎片。

(4) 晕厥与休克：由于腹腔内急性出血可引起血容量减少，加之剧烈腹痛，常造成晕厥以至休克。其严重程度与腹腔内出血速度和出血量成正比，即出血越多、越急，症状出现越严重。

(5) 体征：腹腔内出血多时呈贫血外貌，面色苍白，四肢湿冷，脉快、细、弱，

血压下降。腹部检查有明显压痛、反跳痛，尤以患侧为剧，可出现移动性浊音。盆腔检查阴道后穹窿饱满、触痛、宫颈明显举痛。子宫稍大而软、腹腔内出血多时呈漂浮感。

2. 陈旧性输卵管妊娠：输卵管妊娠流产或破裂后，病程长，经反复内出血后病情渐趋稳定，内出血停止后腹痛减轻，所形成的血肿逐渐机化变硬，且与周围组织及器官粘连。故临床特点为阴道不规则出血、阵发性腹痛、附件肿块及低热。

二、辅助检查

急性输卵管妊娠症状典型，多数病人可作出及时诊断。如症状和体征不典型，应进行必要的辅助检查，尽早明确诊断。

1. 后穹窿穿刺：腹腔内血液易积聚在子宫直肠陷凹，即使血量不多，也能经后穹窿穿刺抽出。用18号长针自阴道后穹窿刺入子宫直肠陷凹，抽出暗红色不凝血为阳性，说明腹腔内有血液。

2. 妊娠试验：放射免疫法测血中hCG，尤其是 β -hCG阳性有助诊断。 β -hCG阴性可排除异位妊娠。

3. 超声检查：B超实时显像诊断异位妊娠准确率为70%~94%，如在输卵管部位看到妊娠囊或胎心搏动即可确诊。

4. 腹腔镜检查：适用于早期和诊断有困难，但无腹腔大出血和休克的病例。腹腔镜检查若为早期病例，可见一侧输卵管肿大，表面紫蓝色，腹腔内无血液或少量血液。陈旧性输卵管妊娠时可见一侧输卵管肿大，周围有血肿形成，或与邻近器官粘连。

5. 子宫内膜病理检查：阴道出血较多的病例，为了排除宫内妊娠，应作诊断性刮宫。刮出物送病理检查，检查结果仅见蜕膜未见绒毛应考虑输卵管妊娠，但不能确诊，需要结合病情作出诊断。

三、鉴别诊断

应与宫内孕、流产、急性阑尾炎、急性输卵管炎、黄体破裂和卵巢囊肿扭转鉴别。

【治疗】

一、手术治疗

(一) 严重内出血并发休克者，应在积极纠正休克、补充血容量的同时，进行手术抢救。迅速打开腹腔，提出有病变的输卵管，用卵圆钳钳夹输卵管系膜以暂时控制出血，加快输液，血压上升后继续手术。

(二) 术式

1. 一般采用全输卵管切除术。

2. 有生育要求的年轻妇女行保守性手术，即切开输卵管取出胚胎后局部缝合，以保留输卵管功能。

3. 有绝育要求者可同时结扎对侧输卵管。

(三) 自体输血是抢救急性宫外孕的有效措施之一，尤其是在缺乏血源的情况下更为重要。回收腹腔内血液必须符合以下条件：

1. 妊娠小于12周;
2. 胎膜未破;
3. 出血时间<24小时,血液未受污染,镜下红细胞破坏率<30%。
4. 每回收100ml血液加3.8%枸橼酸钠10ml抗凝,用输血漏斗垫6~8层纱布过滤后,立即输回体内。

二、药物治疗

多用于早期囊破裂型,氨甲喋呤(MTX)治疗。

适应证:①血压正常;②输卵管囊破裂;③无活动性出血;④输卵管直径<3~4cm;⑤肝肾功能正常。

禁忌证:①血 β -hCG>1500IU/L;②B超见明显胎心搏动者。

用药方法:①MTX 0.4mg/kg肌注,每日1次,共5天。②MTX12.5mg,经腹腔镜1次注射。

注射后每日监测血 β -hCG及尿 β -hCG,呈下降趋势者,继续追踪到正常水平为止。同时B超监测肿块消退情况,如果注射后4~7天, β -hCG不下降,则可行第二次注射,或改用手术治疗。

三、中医中药治疗

优点是免除手术创伤,保留患侧输卵管,还可治疗并存的炎症及粘连,从而恢复输卵管功能,适用于早期轻症或陈旧性病例。治疗原则为活血、化瘀,消瘀止血。主方为丹参、赤芍、桃仁,随症加减。中医中药治疗时有严重内出血,疑问质部妊娠或胚胎继续生长时应及时手术治疗。

妊娠高血压综合征

妊娠高血压综合征(简称妊高征)是指妊娠20周以后出现高血压、水肿及蛋白尿三大症候群,严重时出现抽搐与昏迷。妊高征是妊娠期最常见的合并症,又是妊娠所特有的,对母婴都有危险,一旦发生,除考虑终止妊娠外别无他法治疗。

【诊断】

一、临床表现

根据病史、症状与体征的严重程度,临床可分以下几类:

(一)轻度妊高征(mild PIH) 血压升高至18.6/12.0kPa(140/90mmHg)或以上,或血压较基础血压升高4.0/2.0kPa(30/15mmHg),可有微量尿蛋白或轻度水肿。

(二)中度妊高征(moderate PIH) 血压<21.3/14.7kPa(<160/110mmHg)持续4小时以上;尿蛋白(+)或24小时尿蛋白定量>0.5g;可有水肿。

(三)重度妊高征(severe PIH) 血压 $\geq$ 21.3/14.7kPa($\geq$ 160/110mmHg)或舒张压 $\geq$ 14.7kPa持续4小时以上*;尿蛋白(++)或以上或24小时蛋白定量 $\geq$ 5g;有水肿;24小时内尿量 $\leq$ 500ml;通过各种检验证实有脏器受损。

*4小时是WHO专家组集体观点,紧急分娩或舒张压>14.7kPa(110mmHg)虽休息不足4小时也可以诊断。

1. 先兆子痫(pre eclampsia) 上述症候伴有头痛、眼花、胸闷、恶心、上腹不适或呕吐。