

“十二五”国家重点图书

住院医师查房医嘱手册丛书

丛书主编 王宇 张淑文

实用妇产科 查房医嘱手册

主编 蔺莉 靳家玉

- 全程查房示教，动态情景教学
- 临床医嘱示范，规范医嘱行为
- 实际病例教学，培养临床思维
- 重点突出简明，实用小巧便携



北京大学医学出版社

“十二五”国家重点图书
住院医师查房医嘱手册丛书

实用妇产科查房医嘱手册

主 编 蔺 莉 靳家玉
编 者 郝增平 黄建平 林 青 王慧英
 张洁文 贺欣红 杨 桦

北京大学医学出版社

SHIYONG FUCHANKE CHAFANG YIZHU SHOUCHE

图书在版编目 (CIP) 数据

实用妇产科查房医嘱手册/蔺莉, 靳家玉
主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2012. 1
(住院医师查房医嘱手册丛书)
“十二五”国家重点图书
ISBN 978-7-5659-0240-6

I. ①实… II. ①蔺…②靳… III. ①妇产科病—医
嘱—手册 IV. ①R710.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 158482 号

实用妇产科查房医嘱手册

主 编: 蔺 莉 靳家玉

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 吕晓凤 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 889mm×1194mm 1/32 印张: 12.5 字数: 362 千字

版 次: 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0240-6

定 价: 46.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《住院医师查房医嘱手册丛书》编委会

丛书主编 王 宇 首都医科大学附属北京友谊医院
外科主任医师、教授，首都医科大学普通外科学系副主任，北京市消化疾病中心首席外科专家，首都医科大学附属北京友谊医院专家委员会委员

张淑文 首都医科大学附属北京友谊医院
感染暨急救医学内科主任医师、教授、博士生导师，首都医科大学中西医结合系秘书长，中国中西医结合急救委员会副主任委员

编 委 (按姓氏汉语拼音排序):

段 婷	段美丽	龚 民	洪 旭
靳家玉	李 昂	李虹伟	蔺 莉
刘 藏	刘文虎	屈 翔	田 野
童笑梅	王 红	王 薇	王 昭
王炳强	王浩彦	王宁宇	杨传瑞
张澍田	张忠涛		

编写秘书: 王海曼 刘 庚

主编简介



蔺莉，首都医科大学附属北京友谊医院妇产科主任，教授、主任医师，硕士生导师，博士学位。现任中华医学会围产医学分会委员，中华医学会北京围产医学分会委员，中华医学会北京妇产科学会青年委员，中华医学会妊娠期高血压疾病学组委员，北京市孕产保健专家委员会委员，北京市产前诊断专家委员会委员，中华医学会儿科学会委员，《中国微创外科杂志》编委，《中国妇产科临床杂志》编委，《中华围产医学杂志》特约编委。获北京市科技成果一等奖，北京市妇幼卫生先进个人称号。擅长各种妇产科疑难重症的诊治，尤其在处理产科并发症、各种产科疑难危重病症方面积累了丰富的经验。目前承担多项科研项目，在国内外杂志上发表论文 40 余篇，参编多部著作。



靳家玉，1961 年毕业于北京医学院医疗系，毕业后于北医三院妇产科、北京友谊医院妇产科从事临床工作，至今已有 49 年。曾于 20 世纪 80 年代赴法国里昂医科大学妇产科做访问学者；90 年代初期赴法国腹腔镜中心学习腹腔镜手术。曾获北京市卫生局科技进步奖两项，译著有《关于绝经的研究》，在国内外发表论文多篇。2007 年获“北京市卫生系统先进个人”称号。现任：首都医科大学附属北京友谊医院妇产科主任医师、教授，首都医科大学妇产科学系学术委员会副主任，《中华妇产科杂志》编委，《首都医药杂志》终身编委，《中国妇产科临床杂志》编委等职。曾任：妇产科主任，妇产科教研室主任，中华医学会妇产科学会全国委员，中华医学会妇产科北京分会副主任委员，《中国实用妇科与产科杂志》副主编等职。

序

临床医学是实践性、技能性很强的学科，临床医师的成长不仅要有广博的知识，而且要有扎实熟练的临床能力。住院医师培训是临床医师提高诊断和治疗能力的必需阶段，也是临床医学人才成长的特有阶段。我国不同层次医疗机构的临床医生的实际工作能力差距较大，其原因与我国缺乏完善的住院医师培养体系制度及相关教材有重要的关系。故建立和完善符合我国国情的住院医师培养制度，编纂适用于住院医师的教材是提高临床医师素质、保障医疗质量的根本措施，也是实现医疗卫生事业可持续发展的根本保证。本手册即以此为主要目的，希望对住院医师的培训、基础知识及技能的掌握起到抛砖引玉的作用。

本套丛书包括消化科、心内科、肾内科、血液科、呼吸科、内分泌科、风湿科、感染科、重症医学科、骨科、普通外科、泌尿外科、神经外科、胸外科、心脏外科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科等各临床学科；各科内容均介绍常见病及多发病。对每种疾病的介绍，均有两大部分：其一为疾病的临床分析、诊断及相关医嘱的处理，其二为具体病例分析及相关问题解答。本书的特色有二：首先阅读对象比较特殊，主要针对刚刚涉入临床的住院医师；其次能够做到充分立足临床，不仅介绍疾病本身，而且涉及疾病的临床分析与实际的医嘱处理。本套丛书可作为住院医师在全方位学习基础知识与理论，以及在轮转过程中具有实用价值信息的独立资料来源。

丛书中医嘱部分采用了临床常用的缩写，说明如下：

im，肌肉注射；iv，静脉注射；ih，皮下注射；iv gtt，静脉滴注；po，口服；prn，必要时；sos，需要时（限用1次）；st，立即执行1次；qd，每日1次；bid，每日2次；qid，每日4次；q6h，每6小时1次；qn，每晚；tid，每日3次；qod，隔日1次。

本书在编写的过程中，各科均参考大量文献资料，又结合本单位的临床经验，尽量做到简明扼要又紧扣临床。但由于水平有限，难免会出现漏洞及不尽如人意之处，敬请读者批评与指正。

王 宇 张淑文

前 言

本书的突出特点为临床实用性，是定位于临床一线医生的参考用书。编写的过程中注重使用者对每一种疾病的基本理论、基本知识、基本技能的掌握。对每一种疾病的编写尽量贴近临床处理路径，从门诊病史采集要点、体格检查要点、门诊资料分析、继续检查项目、门诊医嘱示范到入院后的病情分析和治疗计划；并增加术前、术后、出院医嘱示范，对主要疾病增加了病例讨论。手册强调精选内容，详略适度，文字通俗易懂，便于参考。此书以介绍妇产科常见疾病的诊断和处理思路为主，参编者均为有丰富临床经验的专家，介绍的也都是最基本的处理方案，有利于读者参考学习，具有很强的实用性。该手册在内容与编排上难免存在不妥之处，殷切希望妇产科的同道谅解和指正，以便改进。

蔺 莉 靳家玉

2011年7月4日

第 1 章 病理妊娠	1
第一节 异位妊娠	1
第二节 妊娠剧吐	9
第三节 妊娠期高血压疾病	16
第四节 前置胎盘	27
第五节 胎盘早剥	35
第六节 胎儿窘迫	43
第七节 羊水过多	49
第八节 羊水过少	55
第九节 早产	60
第十节 胎膜早破	67
第十一节 过期妊娠	73
第十二节 多胎妊娠	78
第 2 章 胎儿发育异常	86
第一节 胎儿生长受限	86
第二节 死胎	92
第 3 章 妊娠合并内科疾病	99
第一节 妊娠合并心脏病	99
第二节 妊娠合并糖尿病	109
第三节 妊娠合并病毒性肝炎	122
第四节 妊娠期肝内胆汁淤积症	133
第五节 贫血	140
第六节 特发性血小板减少性紫癜	145
第 4 章 分娩期并发症	152
第一节 子宫破裂	152

第二节	羊水栓塞	157
第三节	产后出血	164
第四节	脐带异常	169
第5章	产褥期	172
第一节	产褥感染	172
第二节	晚期产后出血	176
第6章	女性生殖内分泌疾病	181
第一节	功能失调性子宫出血	181
第二节	闭 经	191
第三节	多囊卵巢综合征	197
第四节	盆腔炎性疾病	206
第五节	生殖器结核	217
第六节	外阴上皮内瘤样变及外阴恶性肿瘤	228
第七节	宫颈上皮内瘤变及宫颈癌	236
第八节	子宫肌瘤	249
第九节	子宫内膜癌	259
第十节	子宫肉瘤	270
第十一节	卵巢恶性肿瘤	279
第十二节	原发性输卵管癌	295
第7章	妊娠滋养细胞疾病及子宫内膜异位疾病	306
第一节	妊娠滋养细胞疾病	306
	葡萄胎	306
	侵蚀性葡萄胎	312
	绒毛膜上皮癌	318
第二节	子宫内膜异位症	329
第8章	女性生殖器官损伤性疾病	342
第一节	盆腔器官脱垂	342
	阴道前后壁脱垂	342
	子宫脱垂	346
第二节	压力性尿失禁	353

第9章 计划生育	361
第一节 人工流产	361
第二节 中期引产	367
第三节 宫内节育器	374
第四节 输卵管绝育术	377

病理妊娠

第一节 异位妊娠

概述

受精卵着床发育在子宫体腔外称异位妊娠，又称宫外孕。异位妊娠又分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、宫颈妊娠、剖宫产瘢痕部妊娠等，其中以输卵管妊娠最常见，异位妊娠是妇产科常见急腹症，是孕产妇的主要死亡原因之一。

入院评估

一、病史询问要点

(一) 停经 患者有无短期停经或月经延迟，如无停经史，应询问前次月经情况。除间质部妊娠停经时间可长达3个月或以上外，其他如壶腹部妊娠尤其是峡部妊娠，闭经时间大多为6~8周。

(二) 腹痛 部位、性质、持续时间，是否有撕裂样或刀割样疼痛，是否伴肛门坠胀感及排便感，有无肩部放射痛，以往是否有过类似现象。

(三) 阴道是否有不规则出血，出血量、颜色、有无异味、持续天数，以往是否有过类似的情况。

(四) 有无恶心、呕吐，呕吐物的性质。

(五) 有无昏厥及休克，其严重程度与阴道出血量不成比例。

二、体格检查要点

(一) 一般检查 血压、脉搏，是否处于休克状态，有无发热、贫血、黄疸、四肢湿冷。

(二) 腹部检查 有无压痛、反跳痛、肌紧张，有无移动性浊音。特点是肌紧张可能并不明显，而反跳痛显著。

(三) 妇科检查 阴道有无暗红色血液由宫腔流出，阴道后

穹隆是否饱满,宫颈是否有举痛、是否着色、有无膨大,子宫是否增大变软,有无漂浮感,子宫一侧或后方是否可触及质软、形状不规则、边界不清、位置固定、压痛明显的包块。

三、分析门、急诊资料

停经后不规则阴道出血伴有下腹痛的患者在门、急诊比较常见。首先需要检查尿 HCG 以明确妊娠的诊断,再结合 B 超、血 β -hCG 以明确诊断。需要注意的是,异位妊娠的临床表现多样,常常不典型容易造成误诊或漏诊,有时需要动态观察病情的变化。

四、继续检查项目

(一) 后穹隆穿刺、腹腔穿刺 疑有腹腔内出血者,如果后穹隆穿刺抽出不凝的血液则为阳性。内出血多时,腹部有移动性浊音,可做腹腔穿刺。

(二) B 超检查 可显示子宫增大,宫腔内无胎囊,附件有混合性包块,直肠子宫陷凹有积血表现。有时可在子宫外的着床位置见到胎囊、胎芽或胎心搏动,出血多者可见腹腔内积液及肠管飘动。

(三) 化验室检查

1. 血、尿 HCG: 实验室检查怀疑异位妊娠时,一般先进行妊娠试验检查。可以用尿液进行定性试验,阳性者要进一步鉴别是宫内妊娠还是异位妊娠。阴性者如果临床症状提示有异位妊娠的可能性,还需要重复测定或抽血进行定量血 β -hCG 检测。停经时间较短,不能判断是宫内妊娠还是异位妊娠时,要连续测定血 β -hCG。

2. 血、尿常规: 血红蛋白、红细胞逐渐下降,提示内出血未止。如黄疸指数升高,说明出血时间已久。内出血休克严重时,白细胞计数可升高。

(四) 诊断性刮宫 刮出物见蜕膜组织但无绒毛或病理报告内膜呈 A-S 反应。因蜕膜组织常在 10 天内排净,所以病理报告为增生期、分泌期或月经期也不能除外异位妊娠的可能。

(五) 腹腔镜检查 早期病例及诊断困难病例,可行腹腔镜检查确诊。

五、门诊医嘱示范

- + 卧床休息
- + 监测血 β -hCG、B超
- + 口服治疗宫外孕的中药
- + 腹痛加重、阴道出血增多时随诊

病情分析

一、初步诊断

(一) 典型的临床表现 停经、腹痛、不规则阴道出血。由于内出血、失血过多可导致晕厥、休克，常发生在腹部剧烈疼痛之后，其严重程度与阴道流血量不成比例，而与腹腔内出血速度和出血量有关。

(二) 体格检查

1. 腹部检查 下腹部有明显压痛及反跳痛，尤以患侧为剧。腹肌紧张可以不明显，内出血多时可叩出移动性浊音。

2. 妇科检查 阴道后穹隆饱满、触痛、宫颈有明显举痛，子宫稍大而软，内出血多时子宫有漂浮感，子宫一侧出现大小不等、边界不清、触痛明显的包块。

3. 辅助检查

(1) 血、尿 HCG 检查：尿 HCG 阳性，血 β -hCG 升高。

(2) B超检查：宫腔无胎囊，输卵管部位可见胎囊光环、胚芽或胎心搏动或包块。

(3) 后穹隆穿刺：抽出不凝血。

(4) 子宫内膜检查：诊断性刮宫未见绒毛，病理报告呈 A-S 反应，如反复出血时间长，也可出现增生期、分泌期或月经期变化。

(5) 腹腔镜检查：镜下见一侧输卵管肿大，表面呈紫蓝色，腹腔内有或无血液。

二、鉴别诊断

(一) 流产 有停经史，表现为中下腹阵发性坠痛，较缓和，阴道出血量较多，出血量与全身症状相符。妇科检查宫口可以开大或闭合，子宫大小与停经月份相符。妊娠试验阳性。B超可见宫内妊娠囊。对无生育要求或流血多者可行诊断性刮宫。

(二) 卵巢黄体破裂 表现为下腹一侧突发性疼痛, 腹痛性质及体征同输卵管妊娠, 但黄体破裂一般无停经史, 多发生在月经后半期, 且往往在性交之后。妊娠试验为阴性。

(三) 卵巢囊肿蒂扭转 有盆腔包块史, 扭转后形成囊内出血, 腹痛为下腹一侧突发性疼痛, 妇科检查附件区可及边界清楚的囊肿, 蒂部触痛明显。

(四) 卵巢巧克力囊肿破裂 患者常有痛经史, 突发下腹剧痛, 初起于患侧, 随后扩散到整个下腹部, 可伴有恶心、呕吐、肛门坠胀感, 多有发热, 一般情况良好, 无腹腔内出血等休克征象。体格检查: 腹肌紧张, 有广泛压痛和反跳痛。妇科检查: 附件区可触及固定包块, 有压痛。后穹隆穿刺可抽出咖啡色或深褐色液体。

(五) 急性盆腔炎 一般无停经史, 表现为两下腹持续性疼痛, 体温升高, 两附件常有增厚或包块, 有压痛。血白细胞及中性分类高。尿妊娠试验阴性。后穹隆穿刺有时可抽出脓液或渗出液。

(六) 急性阑尾炎 腹痛为持续性、转移性右下腹痛, 伴发热、恶心、呕吐。腹部检查: 右下腹肌紧张, 麦氏点有压痛及反跳痛。结肠充气试验阳性, 或腰大肌试验阳性, 或闭孔肌试验阳性。如阑尾炎症扩散, 血白细胞多有升高。

治疗计划

一、治疗原则

异位妊娠的治疗包括非手术治疗及手术治疗, 治疗的方法取决于异位妊娠的类型及病情。一般早期未破裂型、腹腔内出血少、要求生育者, 可选择非手术治疗。对于破裂型(腹腔内有大量内出血、出现休克)、诊断不明确者、异位妊娠有进展者、随诊无条件者以及期待疗法或药物治疗禁忌证者则选择手术治疗。

二、治疗方法

(一) 手术治疗 可选择切除患侧输卵管或保留患侧输卵管手术(保守性手术)。手术治疗可以采用经典的经腹手术, 腹腔镜手术是近年来治疗异位妊娠的主要方法。

1. 输卵管切除术 适用于无生育要求的输卵管妊娠内出血量

大并发休克的急症患者。对于输卵管间质部妊娠，一般主张及早手术，以避免危及生命的出血。将患侧宫角与输卵管切除，必要时需要切除子宫。

2. 保守手术 适用于有生育要求的年轻妇女。对于输卵管伞部妊娠，可以将妊娠物挤压出来，此方法目前已很少用；对于壶腹部妊娠，可以切开壶腹部将妊娠物取出；峡部妊娠可以将病变部位切除，然后行输卵管端端吻合。目前常用的方法还有在超声引导下或腹腔镜直视下，将氨甲蝶呤（MTX）直接注射在输卵管的妊娠囊内。

（二）药物治疗

1. 化学药物治疗 适用于早期异位妊娠，要求保存生育能力的年轻患者。患者需符合以下条件：①输卵管妊娠未破裂或未流产。②输卵管妊娠包块直径 $\leq 4\text{cm}$ 。③无明显内出血。④血 $\beta\text{-hCG} < 2000\text{U/L}$ 。⑤无药物治疗的禁忌证。

常用氨甲蝶呤（MTX），单次给药剂量为 50mg/m^2 体表面积，肌肉注射一次；分次给药剂量为MTX 0.4mg/kg 体重，每日肌肉注射一次，连续5天。治疗期间应用B超检查和血 $\beta\text{-hCG}$ 测定进行严密监护，并注意患者的病情变化及药物的毒副反应。用药14日后，若血 $\beta\text{-hCG}$ 下降并连续3次阴性，腹痛缓解或消失，包块缩小，阴道流血减少或停止，为显效；如果血 $\beta\text{-hCG}$ 不降低或反而升高，症状不缓解或反而加重，或有内出血现象，应考虑及时手术治疗。

2. 中药治疗

（三）期待疗法 对诊断不明确者，如有生育要求，不主张过早进行侵入性检查及药物治疗。需定期检查血 $\beta\text{-hCG}$ 及B超以明确诊断。

三、术前医嘱示范（以一侧输卵管切除术为例）

（一）长期医嘱

- + 妇科护理常规
- + 二级护理
- + 普通饮食

（二）临时医嘱（包括术前医嘱）

- + 血常规+血型

- + 尿常规
 - + DIC 补筛
 - + 生化全套 (电解质、肝功能、肾功能)
 - + 乙肝两对半
 - + 丙肝抗体
 - + 艾滋病抗体
 - + 梅毒抗体
 - + 血 β -hCG
 - + 妇科彩超
 - + 申请心电图检查
 - + 申请 X 线胸部正位平片
 - + 向患者和 (或) 家属交代病情并签字
- 术前医嘱:
- + 急诊行开腹探查术
 - + 禁食、水
 - + 备皮、导尿
 - + 备血
 - + 抗生素皮试

术后观察及处理

一、一般处理

- (一) 监测生命体征。
- (二) 监测血 β -hCG 下降情况。
- (三) 饮食和输液 术后 6 小时后可以进流食。摄入营养、能量不足时,需用静脉输液补充。
- (四) 抗生素预防感染。

二、并发症的预防及处理

(一) 持续性异位妊娠 保守性手术时,可能会有绒毛或胚胎组织残留并继续生长,导致血 β -hCG 不下降或升高,需要药物治疗或再次手术。

(二) 药物治疗失败 由于患者选择不当,或者是药物剂量不足,会导致药物保守治疗失败,需要进行手术治疗。如果病情严重,必要时需要切除患侧的输卵管。