

实习医师手册
INTERNS HANDBOOK
妇产科分册
FUCHANKE FENCI

遵义医学院临床部 编写



贵州科技出版社

96
R4-62
41
2:1

XAN-2104

实习医师手册

妇产科分册

遵义医学院临床部 编写

主编 朱 青

参加编写人员 (以姓氏笔画为序)

王子黔 朱 青 齐宏文

孙荣刚 孙丽君 刘俊霞

李 艳 唐落韵 赵 轩

谭晓珊



3 0147 0008 6

贵州科技出版社



C

229565

责任编辑 夏同珩
技术设计 夏同珩
封面设计 石俊生

黔新登字(90)03

实习医师手册
妇产科分册
遵义医学院临床部 编写

贵州科技出版社出版发行
(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550001)

贵州新华印刷厂校办厂印刷 贵州省新华书店经销
787×960 毫米 32 开本 4.5 印张 86 千字
1995 年 4 月第 2 版 1995 年 4 月第 1 次印刷
印数 27001—34000

ISBN 7-80584-443-8/R·123 定价:3.20 元

编委 (以姓氏笔画为序)

王丕荣	王恩海	刘 权
朱 青	齐宏文	孙显明
陈华嘉	余志豪	沈寅初
李琮辉	杭维亮	钟 铃
谈 漪	褚先秋	
李琮辉	张 琴	

编务

前 言

我院在1983年编写了《实习医师手册》(以下简称《手册》)一书,对实习医师和低年资住院医师的临床工作,起到了很好的指导作用,深受他们的欢迎。十年来,我国在改革、开放政策的指导下,科学事业蓬勃发展,医学的理论知识、临床的诊治方法也不断进步、更新而日益丰富。在这种情况下,对《手册》进行修改、充实,使之更加符合临床实际的需要,又能在一定程度上反映近代医学的成就,以指导并提高临床实习和医疗工作的效果,是很有必要的。

本《手册》根据实习的要求,修订后分为诊疗技术、内科、外科(含麻醉科)、妇产科、儿科五个分册,这样安排可以更好地适应各科因近年来专科学术发展而增添内容的需要,同时也更有利于工作,便于携带。

我们希望本《手册》能对实习医师在用科学方法观察和处理问题,不断提高临床的判断能力和工作水平上发挥应有的作用。

遵义医学院院长 余志豪

1994年8月

目 录

第一章 生理产科.....	(1)
第一节 妊娠诊断.....	(1)
第二节 孕、产期检查及处理	(3)
第三节 产褥期观察及处理.....	(6)
第二章 病理产科.....	(8)
第一节 流产及早产.....	(8)
第二节 异位妊娠	(12)
第三节 妊娠剧吐	(13)
第四节 妊娠高血压综合征	(14)
第五节 前置胎盘	(18)
第六节 胎盘早剥	(20)
第七节 双胎	(21)
第八节 羊水过多	(22)
第九节 羊水过少	(23)
第十节 过期妊娠	(24)
第十一节 死胎	(25)
第十二节 妊娠合并心脏病	(26)
第十三节 妊娠合并急性病毒性肝炎	(28)
第十四节 产力异常	(29)
第十五节 产道异常	(31)
第十六节 胎位异常	(34)
第十七节 子宫破裂	(39)
第十八节 胎膜早破	(40)

第十九节	羊水栓塞	(41)
第二十节	产后出血	(43)
第二十一节	产褥感染	(44)
第二十二节	脐带先露与脐带脱垂	(46)
第二十三节	胎儿宫内发育迟缓(IUGR)	(46)
第二十四节	胎儿窘迫	(47)
第二十五节	新生儿窒息	(48)
第三章	妇科疾病	(51)
第一节	外阴炎	(51)
第二节	前庭大腺炎	(52)
第三节	阴道炎	(52)
第四节	宫颈炎	(55)
第五节	盆腔炎	(56)
第六节	生殖器结核	(58)
第七节	女性性病	(59)
第八节	外阴白色病变及外阴瘙痒	(60)
第九节	外阴癌	(61)
第十节	阴道肿瘤	(63)
第十一节	子宫颈癌	(64)
第十二节	子宫肌瘤	(66)
第十三节	子宫体癌	(68)
第十四节	卵巢肿瘤	(70)
第十五节	滋养细胞疾病	(73)
第十六节	子宫内膜异位症	(77)
第十七节	闭经	(78)

第十八节	功能失调性子宫出血	(81)
第十九节	多囊卵巢综合征	(84)
第二十节	闭经泌乳综合征	(85)
第二十一节	更年期综合征	(86)
第二十二节	痛经	(87)
第二十三节	子宫脱垂 阴道壁脱垂	(88)
第二十四节	尿瘘	(90)
第四章	计划生育	(94)
第一节	避孕	(94)
第二节	人工流产	(98)
第三节	输卵管绝育术	(104)
第四节	输卵管吻合术	(107)
第五节	不孕症	(109)
第五章	妇产科常用诊疗技术	(111)
第一节	妊娠试验	(111)
第二节	阴道细胞学检查	(112)
第三节	基础体温	(113)
第四节	宫颈粘液检查及宫颈评分	(114)
第五节	B超监测排卵	(115)
第六节	输卵管通畅试验	(116)
第七节	宫颈活组织检查术	(118)
第八节	诊断性刮宫	(119)
第九节	阴道后穹窿穿刺术	(120)
第十节	宫颈旁神经阻滞	(121)
第十一节	胎儿安危监测方法	(122)
第十二节	晚期妊娠引产	(123)

第十三节 妇产科内分泌治疗·····	(125)
附录·····	(129)
一、 妇产科病历特点 ·····	(129)
二、 常用检查正常值 ·····	(131)
三、 妇产科常用实验室诊断正常参考值·····	(132)

第一章 生理产科

第一节 妊娠诊断

临床上将妊娠分为三个阶段,孕12周以前称早期妊娠,13~27周末为中期妊娠,28周以后为晚期妊娠。

【早期妊娠诊断】

临床表现

1. 停经 正常生育年龄妇女,一旦停经,首先应怀疑妊娠。

2. 消化道反应 停经6周后,约半数孕妇有恶心、呕吐、食欲不振,以清晨为重。12周后消失。

3. 尿频。

4. 乏力、乳头刺痛等。

5. 体征

(1) 妇科检查 阴道粘膜、宫颈充血呈紫蓝色,子宫增大、变圆、变软、峡部极软,称黑格氏征。

(2) 乳房 乳房增大,乳晕色加深,有小结节突起。

辅助检查

1. 妊娠试验 阳性。
2. 黄体酮试验 阴性。
3. 超声波检查

- (1) B超 5周后出现妊娠囊。
- (2) A超 宫腔波分为两个高波,出现液平段。
- (3) 超声多普勒。

根据病史、体征、辅助检查等综合分析,才能确诊。

【中、晚期妊娠诊断】

临床表现

1. 子宫增大 孕妇自觉腹部长大。检查子宫按孕月增大。
2. 胎动 孕16~20周后有自觉胎动。
3. 胎体 孕20周后,在腹部可扪及胎头、胎体。
4. 胎心 孕18~20周后,用听诊器可听到胎心。

辅助检查

1. 超声波检查。
2. 胎儿心电图。

【胎产式、胎先露、胎方位】

1. 胎产式 胎体纵轴与母体纵轴的关系,称胎产式。两轴平行称纵产式;两轴垂直称横产式。

2. 胎先露 胎儿最先进入母体骨盆的部分称胎先露。头先露时分枕先露、额先露、面先露等。臀

先露时分混合先露、单臀先露、足先露等。

3. 胎方位(简称胎位) 胎先露的指示点与母体骨盆的关系称胎方位。枕先露时有枕左前(LOA)、枕左横(LOT)、枕左后(LOP),右侧依次类推。臀先露时有骶左前(LSA)、骶左横(LST)、骶左后(LSP),依此类推。横产式——肩先露分为肩左前(LScA)、肩左后(LScP)、肩右前(RScA)、肩右后(RScP)四种。

第二节 孕、产期检查及处理

一、产前检查

(一) 检查时间 妊娠 28 周前每月检查 1 次,孕 29~36 周每 2 周检查 1 次,孕 36 周后每周 1 次。高危孕妇应酌情增加检查次数。

(二) 填写病历 正确推算预产期(末次月经第一天算起,月份减 3 或加 9,日数加 7)。注意有无与高危妊娠有关病史。

(三) 全身检查 包括心、肺、肝、脾、血压、体重、乳房、全身骨骼形态等。检查血尿常规。

(四) 产科情况

1. 腹部检查 注意腹形、大小,测宫高、腹围,胎先露是否入盆,胎心(次数/分),位置等。

2. 骨盆测量 见表 4-1。



表 4-1 骨盆径线测量

骨盆径线	正常值(cm)	骨盆径线	正常值(cm)
髂棘间径(IS)	23~26	髂嵴间径(IC)	25~28
骶耻外径(IC)	18.5~20	出口横径(TO)	8~9

如 $TO < 8\text{cm}$, 应测出口矢状径及耻骨弓角度(正常为 90°)。

(五) 特殊检查 根据病情需要可测尿雌三醇(E_3), 雌激素总量/肌酐(E/C), 胎盘生乳素(HPL), 阴道脱落细胞涂片, B超测胎头双顶径等。

二、入院处理常规

(一) 一般产妇临产后入院, 高危孕妇应提前入院(如臀位、风心病、妊高症等)。

(二) 填写门诊(或急诊)病历 应注明检查入院时间。除产前检查项目外, 临产病人应做肛查, 了解宫口开大、先露下降情况等。产前出血病人禁做肛查。

(三) 填写入院通知单。

(四) 高危产妇, 病情严重或特殊者, 须由医护陪送到病房, 向病房医师当面交待病情, 并留家属。如胎膜已破头未入盆、臀位等, 应立即平卧, 用推车或担架护送。

(五) 如宫缩强、宫口较大, 应就地接生, 以免在送院途中分娩。

三、待产室处理常规

(一) 医师接到病人入院通知后,应立即往视,全面了解病情,填写产科病历表。高危产妇应写一般病历。

(二) 进入待产室即行外阴消毒、剃毛、灌肠。以下情况禁灌肠:胎儿即将娩出,产前出血、臀位,胎膜已破头未入盆,宫缩过强,会阴Ⅱ°破裂或粪瘘,有严重妊娠并发症或合并症。

(三) 待产期间应鼓励进食,饮水,给予精神安慰,注意排空膀胱。

(四) 严密观察产程 宫口开大、先露下降情况(一般2~4小时肛查1次,宫缩强,经产妇,肛查间隔时间应短些),注意胎心、血压等。

(五) 初产妇宫口开全,经产妇宫口开大4cm即送入产房,准备消毒接生。

四、分娩室处理常规

(一) 第二产程要勤听胎心,指导产妇进气。

(二) 接生 取截石位,常规消毒外阴。接生者更衣裤,洗手,穿消毒衣,戴消毒手套,铺消毒巾。按分娩机转进行接生,适时保护会阴。新生儿断脐后送婴儿室。

(三) 会阴破裂或切开缝合 粘膜用0号肠线,皮肤用1号丝线,埋藏缝合用3/0肠线。

(四) 仔细填写分娩记录,分娩登记本。

(五)产后应在产房留观1小时后送病房。注意子宫收缩、阴道出血量、脉搏、血压。警惕产后出血及产后血循环衰竭。

第三节 产褥期观察及处理

(一)产后24小时,尤其2小时内应严密观察阴道出血,子宫硬度、高度,会阴有无血肿,膀胱是否充盈。若流血多,子宫软,应立即按摩子宫,给宫缩剂。实测出血量,记录之。并立即报告上级医师。

(二)产后需充分休息,注意保暖。饮食要适量,勿暴饮暴食。

(三)产后6~8小时应坐起排尿,如尿潴留可用下法处理:①耻上热敷;②流水声引导;③强针刺激三阴交、水道、关元;④新斯的明0.5mg或垂体后叶素10Iu,im;⑤处理无效时可导尿并留置尿管。

(四)产褥期观察项目

1. 一般情况 体温、脉搏、血压、呼吸等。
2. 子宫复旧 宫底高度、宽度是否与产后天数相符。
3. 恶露 性质、色泽,有无臭味。
4. 乳房 乳汁多少,颜色,乳头有无皲裂,乳房有无红肿。

5. 会阴裂伤 侧切伤口应每日清洁,注意有无红肿,侧切5天拆线,正中缝合4天拆线。

(五)产后宫缩痛 可热敷下腹,重者可给止痛

片;针灸中极、关元、三阴交。

(六) 乳房护理

1. 乳房胀痛 应尽早哺乳,或人工吸出乳汁,使乳腺管通畅。亦可给催产素 10Iu,im,15 分钟后吸乳。

2. 乳头皲裂 轻者哺乳前、后洗净。重者停哺乳 24 小时,用吸奶器吸空乳汁,涂以抗生素软膏或 1%龙胆紫。

3. 催乳 注意睡眠;多进汤食;艾灸膻中、双乳根,针少泽、合谷;紫外线一级红斑量照射双乳,每日 1 次,共 3~8 次。

4. 退乳 不宜哺乳者,产后即服己烯雌酚 5mg,tid,连续 14 天;或溴隐亭 2.5mg,bid po,连续 14 天。

(七) 出院 正常产妇产后 4 天出院;异常者,根据病情延长住院时间。

出院交待事项:

1. 注意产褥期卫生,禁盆浴、性交。

2. 产后运动 提肛肌运动(缩肛);腹肌运动;胸膝式每日 2 次,每次 15 分钟。

3. 有异常情况,如恶露不净、出血、发热、腹痛等来院就诊。

4. 无异常情况,产后 42 天来院行产后检查。

第二章 病理产科

第一节 流产及早产

一、流产

【诊断】

妊娠未满 28 周而终止者称流产。

(一) 先兆流产

1. 少量阴道流血或有轻微下腹痛。
2. 宫口未开,宫体大小与妊周符合。
3. 妊娠试验阳性。

(二) 难免流产

1. 流血量增多,伴下腹部阵痛。
2. 宫口开大,胚胎组织堵塞于宫口或已破膜。
3. 宫体与孕周符合或较小。
4. 虽无流血,但确诊胚胎死亡。

(三) 不全流产

1. 部分胚胎组织或胎儿排出宫腔。