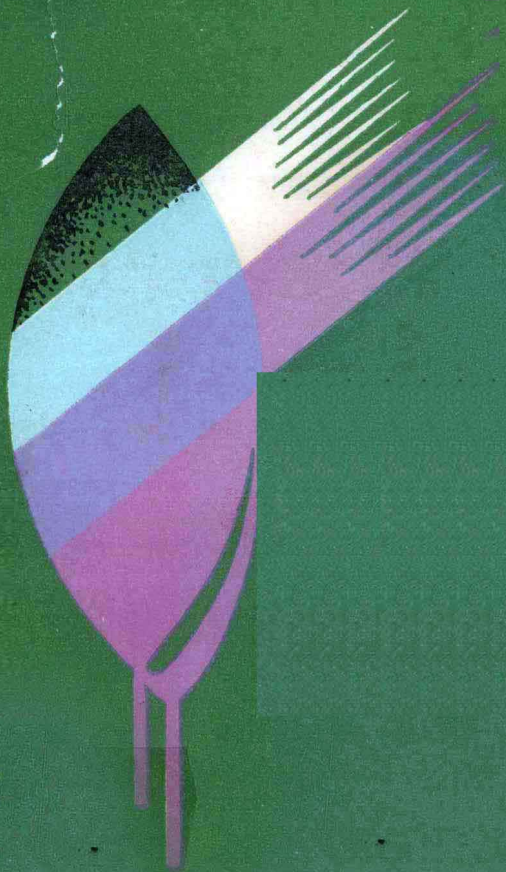


92384
临床医学继续教育教材

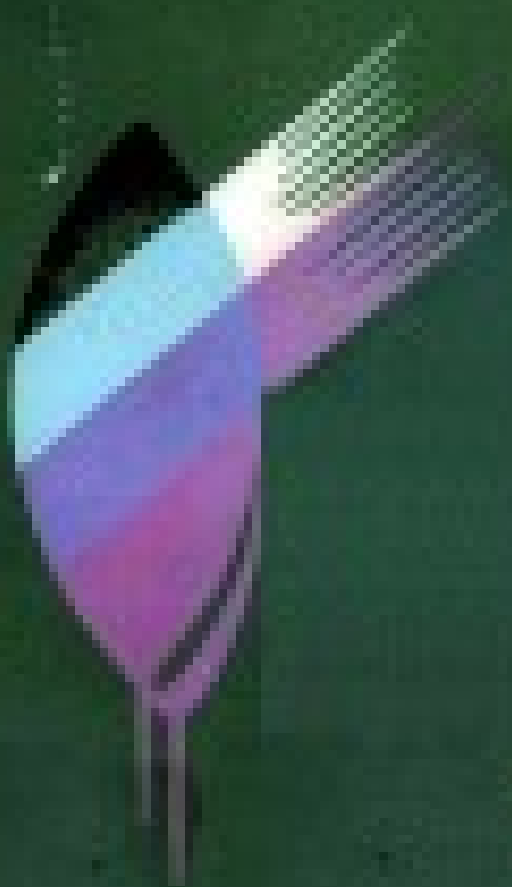
680168

妇产科分册



- 主编单位
浙江省卫生厅
浙江医科大学
中华医学会浙江分会
- 上海科学技术出版社

临床医学继续教育培训教材
妇产科分册



临床医学继续教育教材

妇 产 科 分 册

(供住院医师用)

浙江省卫生厅

主编单位 浙江医科大学

中华医学会浙江分会

上海科学技术出版社

临床医学继续教育教材

妇 产 科 分 册

(供住院医师用)

浙江省卫生厅

主编单位 浙江医科大学

中华医学会浙江分会

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所发行 **上海新华印刷厂**印刷

开本 787×1092 1/32 印张 7.5 字数 164,000

1990 年 11 月第 1 版 1990 年 11 月第 1 次印刷

印数: 1—4,400

ISBN 7-5323-2090-1/R·585

定价: 3.55 元

总主编 王季午

总编委 戴迪 郑树 王绪鳌 金干

钱礼 吕俊升 李正之 洪文澜

石一复 沈世竑 屠中元 王雪蕉

陈健义

分册主编 石一复

编委 (按姓氏笔划排列)

石一复 叶克孝 叶碧绿 孙进

上海图书馆出版社

序

由浙江省卫生厅组织浙江医科大学和中华医学会浙江分会编写的临床医学继续教育教材将正式出版,这标志着我国临床医学继续教育工作上了一个新的台阶。

在科学技术飞速发展、医学科技知识更新的周期日益缩短的今天,有计划、有目的地对医学院校毕业生和医师实施医学继续教育制度,是完善我国医学教育体系,进一步提高卫技队伍素质的一项非常重要的工作,也是广大人民群众对我国医学科技事业发展和高水平的医疗保健服务寄予的殷切期望。

目前,当务之急的是要加强和完善住院医师培训制度,使医学院校医学系毕业生进入临床工作后,能得到进一步的临床专业科学知识和技能的系统培训,以不断提高临床医学水平和医疗卫生服务质量,满足人民群众对防病、治病、保健、康复日益增长的需求。

1988年,浙江省卫生厅为进一步扩大住院医师培训,使之逐步形成制度化,特邀请部分省内外专家,着手编写“临床医学继续教育教材”(临床医学基础、内、外、妇、儿五个分册),教材在编排上既保持临床医学教育的系统性,又包含本学科及有关交叉学科的近期动态,并重视医师综合分析能力的培养,为读者拓宽思路。内容方面概念清晰、重点明确、繁简适宜、文字大多流畅可读,基本上适应于临床住院医师专业培训的要求,为住院医师培训的规范化提供了良好的基础。

天时地事日相催,冬至阳生春又来。临床医学继续教育制度化规范化的工作在我国尚在起步阶段,就探讨适合国情的规范、制度以及有关配套的政策等方面还需要在今后的实践中认真研究、勇于开拓。“教材”的出版将加快这一进程。在开放、改革的春潮中,愿我国的临床医学继续教育工作方兴未艾,蒸蒸日上,为我国培养高水平的临床医学人才,为更有成效地保障人民健康作出应有的贡献。

陈敏章

1989年3月

前 言

随着现代科学的飞速发展和基础学科的不断深化及学科间的互相渗透,医学科学知识的更新周期日益缩短,加强医学本科生教育、毕业后教育和高层次医师的继续教育,已成为当务之急,并引起了国家有关方面的重视和关注。卫生部于1986年4月正式批准浙江医科大学和杭州市卫生局协作开展医学继续教育试点工作。同年7月,浙江医科大学、浙江省卫生厅、杭州市人民政府联合建立了“医学继续教育试点工作领导小组”。1988年10月由卫生厅组织成立了“浙江省医学继续教育委员会”。经过近3年的试点,以浙江医科大学为主先后制订了有关规定和实施方案,现准备由点到面逐步推开,使医学继续教育走向系统化、制度化、规范化。

住院医师培养对我国临床医学的整体发展至关重要,是改变目前临床医学中后继乏人及提高临床医学水平的重要措施之一,因此,我省把医学继续教育重点放到刚毕业的住院医师这一层次上。《临床医学继续教育教材》一书就是为了适应这一需要而编写的。本书分为临床医学基础和内、外、妇、儿五个分册,共136个专题,内容力求适应毕业后1~5年的住院医师应掌握的知识,不涉及过于专门的内容。本教材由浙江省卫生厅主持,委托浙江医科大学、中华医学会浙江分会具体组织省内、外专家撰写的。去年10月曾刊出了内、外科两分册(试刊),各20个专题,以冀吸收广大读者的意见,为本书的

出版提供了良好基础。由于这项工作在国内刚刚起步,又限我们的经验和水平,本书难免有某些不妥之处,恳望同行和读者们给予批评指正。

本书承蒙卫生部部长陈敏章教授撰写序言,谨致谢忱。

此书的出版,多承上海科学技术出版社的积极鼓励和各编写人员单位的大力支持,并此致谢。

戴 迪

1989年6月

编写说明

根据临床医学继续教育的重点对象放到刚毕业的住院医师这一层次的要求，我们编辑撰写了临床医学继续教育教材《妇产科分册》共24个专题。

教材编写宗旨：1. 必须有别于仅讲述基本理论和应用原则，而应是能作为妇产科住院医师能解决临床实际诊疗问题所必须掌握的理论和处理方面的有关知识，但并不包括本学科专科医师所应具备的内容；2. 内容确定是根据目前妇产科学的发展和世界医学领域中与妇产科密切有关的新课题为原则，以围产医学、妇科内分泌、妇科肿瘤、计划生育、新技术和新进展、性传播性疾病、妇产科病理学和遗传学等为重点；3. 教材内容与深度是既适合住院医师的继续教育所需，又可作为广大基层妇产科医师知识更新的参考资料。

编写此类教材国内尚属首次，既无经验又无参考资料可借鉴，所以错误和不足之处在所难免，期望广大读者批评指正。

妇产科分册编写委员会

一九八九年八月

目 录

第一讲	产科急症	1
第二讲	围生医学概论及基础	11
第三讲	妊娠高血压综合征	22
第四讲	某些妊娠并发症	32
	心脏病	32
	急性病毒性肝炎	38
第五讲	胎儿宫内生长迟缓	45
第六讲	胎儿宫内窘迫	55
第七讲	产程管理	64
第八讲	新生儿复苏	73
第九讲	妇科急症	84
第十讲	性传播性疾病	92
第十一讲	卵巢恶性肿瘤的化疗	107
第十二讲	妊娠滋养细胞肿瘤诊治的进展	114
第十三讲	妇科内分泌学进展	125
第十四讲	闭经	133
第十五讲	子宫内膜异位症的诊治和研究进展	141
第十六讲	子宫切除术概述	150
第十七讲	宫内节育器(IUD)的现况	159
第十八讲	甾体避孕药的进展	167
第十九讲	遗传性疾病的产前诊断	177

第 廿 讲	妇产科常用激素测定及其临床意义	185
第廿一讲	性激素在妇产科临床的应用	195
第廿二讲	妇产科内窥镜检查的临床应用	202
第廿三讲	妇产科B型超声检查	210
第廿四讲	妇产科病理的几个问题	220

第一讲 产 科 急 症

产科领域内发病急骤,病程短促的疾病谓之产科急症。产科大多数疾病属此范围,如出血、感染、损伤、妊高症(妊娠高血压综合征)及内外科合并症等。因病情发展迅猛,医务人员常感措手不及,稍一不慎即可造成严重后果,甚至危及母婴生命,如能掌握急症特点、及时正确处理,每能转危为安,妇产科工作者必须对产科急症有充分的认识并予以足够的重视。

产科急症包括如下范围:

(1) 损伤性疾病: 外阴阴道的裂伤或血肿,宫颈撕裂,子宫破裂等。

(2) 炎症性疾病: 宫内感染、产褥感染、产后破伤风等,严重者可并发血栓性静脉炎、弥漫性腹膜炎、脓毒血症、败血症、中毒性休克等。

(3) 出血性疾病: 妊娠晚期出血如前置胎盘、胎盘早期剥离、轮廓状胎盘、胎盘边缘血窦破裂、子宫胎盘卒中等以及产后出血及晚期产后出血。

(4) 妊娠并发症: 重度妊高征如先兆子痫及子痫等。

(5) 妊娠合并症: 心脏病心力衰竭、脑血管意外、重症肝炎、急性肾功能衰竭等。

(6) 胎儿及新生儿疾病: 胎儿宫内窘迫、新生儿窒息、脐带脱垂、脐带破裂、新生儿颅内出血等。

(7) 其他: 体位性休克、产后血管舒张性虚脱、羊水栓塞

等。

产科急症范围广,内容多,本节拟重点介绍妊娠晚期出血及产后出血的诊断与处理,现分述如下:

一、妊娠晚期出血

妊娠晚期的自发性出血,以前置胎盘与胎盘早期剥离为最严重而常见。

(一) 前置胎盘

胎盘部分或全部附着在子宫下段、程度不同地围绕宫颈内口,称为前置胎盘。根据胎盘与宫颈的关系,分为完全性、部分性、边缘性及低置胎盘四种。目前认为与子宫内膜病变关系密切,胎盘附着部位血供不足,势必扩大面积而达子宫下段或宫口,亦可因受精卵着床延缓、子宫手术疤痕、多胎妊娠或妊娠过密引起。其临床症状与对胎婴儿及孕妇的影响,主要根据症状出现迟早及出血量多少而有不同。

1. 临床表现 经产妇较初产妇多见,有多次流产或感染史者更易发生,35岁以上25岁以下的孕妇较易发生本病,出血为主要症状。其特点为:

(1) 无痛性:妊娠晚期为了适应妊娠的进展,子宫下段不断伸展扩大,而附着该部位的胎盘,却不能同步扩大,并与子宫壁发生错位而分离,血管断裂出血,血液外流,对宫腔及腹膜无刺激,故无疼痛表现。

(2) 反覆性:胎盘与宫壁发生错位而出血,以后局部发生凝血并血块形成,出血停止,但子宫下段因妊娠仍需继续扩展,新的错位又将发生而再次出血,周而复始,出血呈反覆性。

(3) 递增性：首次错位时因剥离面不大，出血亦不多，再次错位时剥离面增大，出血量亦增多，因此出血量逐次增加而呈递增性。

(4) 与宫缩之关系：宫缩时子宫下段受牵拉，使胎盘发生剥离，出血增多，破膜后胎先露下降，压迫胎盘，出血减少或停止，使用抑制宫缩药物，能使出血量减少或暂停。

(5) 与分类之关系：发生出血的时间，出血量、次数、频度等均与分类有关。如为完全性前置胎盘，出血量多，时间早，频度密，而低置胎盘常在近足月或临产时出血，出血次数及血量均少，二次出血相距时间较长。

腹部检查 常见胎先露高浮，胎位易变动，耻骨联合上方或可闻及与胎心率同步的粗糙吹风样杂音称胎盘鸣音，其余检查与正常妊娠相似。

2. 诊断 病史及体征十分重要，妊娠晚期无痛性阴道出血者应首先考虑本病。通过阴道检查虽可确诊，但必需具备输血及手术结束分娩的条件，检查后有可能导致出血，而宫口未开者亦不易查清，目前大多病例已不再依赖阴道检查来确诊。至于肛门检查，有弊无利，既不能查清，又有造成大量出血之虞，应列为禁忌。

目前确定诊断以超声波测定为佳，准确性高，且可多次重复检查。B型超声显像法，胎盘呈半月状弥漫光点区，可以明确胎盘附着部位，便于确定前置胎盘的类型，但妊娠中期时的胎盘定位常有误差，常见妊娠中期定为本病者，妊娠晚期检查又行否定，一般在妊娠32周以上则准确性较高。如用多普勒胎心仪检查，耻骨联合上缘能听到粗糙的吹风样杂音，可帮助诊断。

放射性同位素扫描及X线摄片，虽能对诊断有助，但均存

在一定缺点,已逐渐被B型超声扫描所代替。

产后仔细检查胎盘及胎膜,对诊断有参考价值,一般可见到剥离面在胎盘边缘,呈紫色并有凝血块附着,但无压迹,胎膜破口距胎盘边缘不足7cm,有时可发现胎盘为椭圆形,脐带偏中心附着。

3. 处理 前置胎盘为常见的出血性疾病,危险性较大,处理时首先考虑的是止血及纠正血容量。根据前置胎盘的孕周、宫口大小、胎产次、出血量多寡、孕妇一般情况、胎儿成熟度及是否存活等因素,综合分析后确定治疗方案,常见的方法有下列二种:

(1) 积极的保守治疗: 保证孕妇安全的前提下延长孕周、止血或减少出血,提高围生儿的存活率,如能达到孕35周或胎儿体重超过1500g者,围生儿死亡率可大为降低。产前适当输血,除纠正孕妇的血容量外,对改善胎儿贫血、缺氧、酸中毒均有帮助。在孕妇有少量阴道出血但无低血容量时,采用宫缩抑制剂可预防出血量增多,延长孕龄3~4周。在保守治疗的同时,应测定胎儿成熟度、监测胎儿胎盘单位功能,了解胎儿宫内情况是否良好,以利制订适时分娩计划。

(2) 终止妊娠: 阴道出血量多或反覆出血者,应采取积极措施,考虑终止妊娠。

① 剖宫产: 能迅速结束分娩并达止血目的,相对较安全,术前应积极纠正休克、完全性及部分性前置胎盘基本采用本法,而低置胎盘及边缘性前置胎盘出血较多时,尤以初产妇亦可采用剖宫产分娩。手术方式则多数采用子宫下段剖宫产术,少数用典型剖宫产术,根据胎盘位置选择切口、尽量避免切破胎盘,新生儿娩出后应测红细胞、血红蛋白、血球压积等,以了解胎儿是否出血,必要时可予输血。

② 阴道分娩：低置胎盘及边缘性前置胎盘，宫口已稍开，出血不多，又为经产妇常可考虑阴道分娩。利用先露部直接压迫胎盘而止血，且伴有扩张宫颈作用，但宫颈易发生裂伤，操作多可招致感染，围产儿死亡率较高。

③ 人工破膜：破膜后宫缩时不引起胎盘错位，不致发生出血，先露部可直接压迫胎盘而止血，且有促进分娩作用。

④ 头皮钳或胎足牵引：以0.5公斤重物作持续牵引，可压迫止血及扩张宫颈促进分娩，但易发生宫颈裂伤及胎儿损伤。

不论采用何种分娩方式，前置胎盘在产后均需注意纠正贫血及预防感染。

（二）胎盘早期剥离

妊娠20周后至胎儿娩出前，正常位置的胎盘全部或部分与子宫壁分离称胎盘早期剥离，其主要特点为宫腔内积血，出血程度与剥离面积大小有关，有多种并发症，母婴危险性均较大。

1. 病因 尚未十分明确，孕妇高血压或有血管病变，其发病率较正常孕妇高五倍。其他如创伤、宫腔突然缩小，静脉压突然升高，缺乏某些营养物质，均有一定关系。

2. 病理生理机制 如表1-1所示。

血液可渗入羊膜腔呈血性羊水，重者可渗入腹腔或经输卵管流入腹腔，剥离面绒毛及蜕膜可释放组织凝血活酶，激活凝血系统，造成播散性血管内凝血，如宫内压高，时间长，并发症亦多。

3. 诊断

（1）轻型：胎盘剥离面 $<1/3$ ，有阴道出血，色暗红，轻度腹痛，贫血与出血成正比，宫体不硬，压痛轻微，子宫大小与停