

妇产科临床实用手册

田作宾 编著

科学普及出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科临床实用手册/田作宾编著. —北京:科学普及出版社,
1998. 3

ISBN 7-110-04241-3

I. 妇… II. 田… III. 妇产科-诊疗-手册 IV. R71-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 10800 号

科学普及出版社出版

北京海淀区白石桥路 32 号 邮政编码:100081

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京国防印刷厂印刷

*

开本:850 毫米×1168 毫米 1/32 印张:12.5 字数:336 千字

1998 年 3 月第 1 版 1998 年 3 月第 1 次印刷

印数:1—3000 册 定价:21.00 元

内 容 提 要

本书总结了作者 40 多年妇产科临床和教学的经验,收集了国内外最新资料,结合临床实际,以疾病的诊断及处理为重点,对围产期疾病、内分泌失调、不孕症、肿瘤、感染疾病、老年妇科常见病及激素替代疗法等作了详尽的论述,并对每种疾病提出了诊断及治疗准则,是妇产科医师、护校师生等读者的一部理想参考书。

责任编辑：贾凤坡

封面设计：曲文

正文设计：孙俐

责任校对：张燕

前 言

本书以年轻妇产科医师为主要对象。

年轻医师在临床上虽有一些经验,但对时刻在变的病情如何正确地把握和准确地处理,常感困惑,渴望能有一本具有指导临床工作的参考书。

的确,年轻医师因经验不足,在患者的病情发生突变时常有瞬间的困惑和犹豫而不能及时处理。这瞬间的贻误足以影响病人的预后,所以把握病情变化的瞬间,给予适时的、正确的处理是至关重要的。

本书结合临床实际,以诊断及治疗为重点,收集国内外最新的资料,对每种疾病提出诊断及治疗准则,综合诸专家的论述编写而成。

本书的主要特征:①详细叙述妇产科领域内重点疾病管理上的注意事项及其合并症的治疗方针。②根据诸家的意见提出合并症孕妇可否继续妊娠的准则,有助于在管理上的借鉴。③针对不同的合并症提出妇科手术前、后的管理及术中注意事项,以供医师在实际工作中参考。

医师应在临床实际中磨炼自己,不断提高理论和医疗技术水平。本书若能成为年轻妇产科医师在日常工作中具有指导价值的参考书,则感到无上的欣慰。

本书在编写中难免有不当之处,希望同道不吝珠玉提出宝贵意见,以便在再版时订正。

目 录

第一章 孕期保健	1
第一节 妊娠早期的检查.....	1
第二节 妊娠中期的检查.....	4
第三节 妊娠后期的检查.....	6
第四节 孕妇生活指导.....	9
第五节 孕妇与疫苗接种.....	11
第二章 妊娠期感染	13
第一节 弓形体病.....	13
第二节 风疹(Rubella).....	14
第三节 单纯疱疹病毒感染.....	16
第四节 巨细胞病毒感染.....	17
第五节 水痘·带状疱疹.....	18
第六节 考克萨基病毒感染.....	18
第七节 孕妇感冒的管理.....	18
第八节 病毒性乙型肝炎表面抗原 HBs 抗原阳性孕妇 的管理.....	19
第九节 人免疫缺陷病毒(HIV)感染孕妇的管理.....	21
第十节 孕妇梅毒的管理.....	25
第三章 胎儿畸形及先天异常	29
第一节 孕妇与 X 线照像.....	29
第二节 胎儿经胎盘感染.....	33
第三节 妊娠中用药的注意事项.....	34
第四节 染色体异常.....	38
第五节 神经管缺陷症.....	40
第六节 羊水检查.....	41

第四章 遗传咨询	46
第一节 近亲结婚	46
第二节 多基因遗传病	48
第三节 常染色体异常	49
第四节 性染色体异常	50
第五节 先天性代谢疾病	51
第五章 高危妊娠的管理	52
第一节 妊娠剧吐的管理	52
第二节 妊娠高血压综合征的管理	54
第三节 HELLP 综合征	63
第四节 急性妊娠脂肪肝	66
第五节 臀位的管理	68
第六节 多胎妊娠的管理	72
第七节 双胎输血综合征	77
第八节 胎儿宫内发育迟缓的管理	79
第九节 Rh 血型不合妊娠的管理	83
第十节 贫血的管理	86
第十一节 羊水过多的管理	90
第十二节 羊水过少的管理	92
第十三节 胎膜早破的管理	94
第十四节 剖腹产后再次妊娠的管理	96
第十五节 剖腹产术中大出血的管理	99
第六章 合并症妊娠的管理	102
第一节 心脏病合并妊娠的管理	102
第二节 糖尿病合并妊娠及妊娠糖尿病的管理	105
第三节 慢性肾炎合并妊娠的管理	110
第四节 支气管性喘息合并妊娠的管理	112
第五节 慢性高血压合并妊娠的管理	114
第六节 甲状腺功能异常合并妊娠的管理	115
第七节 癫痫合并妊娠的管理	118

第八节	特发性血小板减少性紫癜合并妊娠的管理·····	119
第九节	系统性红斑狼疮合并妊娠的管理·····	122
第十节	子宫畸形合并妊娠的管理·····	125
第十一节	子宫肌瘤合并妊娠的管理·····	127
第十二节	卵巢肿瘤合并妊娠的管理·····	128
第七章	妊娠期出血·····	130
第一节	妊娠早期流产的管理·····	130
第二节	早产的管理·····	132
第三节	子宫外妊娠的管理·····	134
第四节	前置胎盘的管理·····	138
第五节	胎盘早期剥离的管理·····	142
第六节	子宫破裂的管理·····	145
第八章	分娩的管理·····	148
第一节	临产入院时检查·····	148
第二节	分娩各期的管理·····	150
第三节	产程延长的管理·····	152
第四节	产后出血·····	153
第五节	过期妊娠·····	154
第六节	引产·····	157
第七节	阵缩的促进与抑制·····	159
第八节	胎儿窘迫的诊断及处理·····	163
第九节	羊水栓塞·····	169
第十节	产科 DIC 的管理·····	173
第九章	产褥期异常·····	177
第一节	产褥血栓性静脉炎·····	177
第二节	乳汁分泌的促进与抑制·····	178
第三节	内毒素休克·····	180
第四节	外毒素休克·····	183
第十章	新生儿的管理·····	187
第一节	出生儿当时的管理·····	187

第二节	呼吸障碍的管理.....	190
第三节	复苏法.....	192
第四节	新生儿重症黄疸.....	195
第五节	新生儿低血糖的管理.....	199
第六节	新生儿发热的管理.....	201
第七节	新生儿痉挛的管理.....	204
第八节	新生儿呕吐的管理.....	205
第十一章	性成熟的异常.....	206
第一节	早发青春期与晚发青春期.....	207
第二节	原发性闭经的诊断及治疗.....	211
第十二章	月经异常.....	218
第一节	月经周期的异常.....	218
第二节	月经量的异常.....	220
第三节	继发性闭经的诊断及治疗.....	221
第十三章	功能性子宫出血.....	226
第一节	青春期出血.....	226
第二节	性成熟期出血.....	228
第三节	更年期及老年期出血.....	228
第十四章	过早绝经.....	230
第十五章	月经周期变动法.....	232
第十六章	排卵障碍.....	233
第一节	无排卵症的鉴别诊断及治疗.....	233
第二节	高泌乳素血症的诊断及治疗.....	244
第三节	多囊卵巢综合征的诊断及治疗.....	246
第四节	卵巢过度刺激综合征.....	250
第十七章	不孕症.....	255
第一节	不孕症的诊断及治疗.....	255
第二节	习惯性流产.....	264
第三节	黄体功能不全的诊断及治疗.....	267
第十八章	女性生殖器肿瘤.....	269

第一节	良性卵巢肿瘤手术中的诊断要点·····	269
第二节	残留卵巢综合征·····	271
第三节	恶性卵巢肿瘤的管理方针·····	273
第四节	恶性卵巢肿瘤的诊断及治疗·····	276
第五节	子宫颈癌的诊断及治疗方针·····	285
第六节	子宫体癌的诊断及治疗·····	287
第七节	子宫肉瘤·····	291
第十九章	妊娠滋养细胞疾病·····	294
第一节	葡萄胎的管理·····	294
第二节	侵蚀性葡萄胎、绒毛膜癌的管理·····	295
第二十章	子宫内膜异位症·····	298
第一节	子宫内膜异位症的诊断及治疗·····	298
第二节	子宫腺肌病·····	306
第三节	卵巢巧克力囊肿的处理·····	307
第四节	冰冻骨盆的处理·····	309
第二十一章	外阴营养不良·····	311
第二十二章	Behçet 病·····	316
第二十三章	性传播疾病·····	318
第一节	淋病·····	318
第二节	梅毒·····	319
第三节	沙眼衣原体感染·····	323
第四节	尖锐湿疣·····	324
第五节	滴虫性阴道炎·····	326
第六节	念珠菌性阴道炎·····	327
第二十四章	妇产科手术前后的管理·····	329
第一节	妇产科手术前后的管理·····	329
第二节	子宫颈癌根治手术前后的管理·····	336
第三节	合并症手术前后的管理·····	340
第二十五章	断层显像法在妇科的选用·····	350
第一节	超声波断层法·····	350

第二节 电子计算机 X 线体层摄影术 351

第三节 核磁共振影像法 351

第二十六章 肿瘤标志的选择 353

第二十七章 老年妇科常见病 356

第一节 更年期到老年期的内分泌变动 356

第二节 不规则阴道出血 359

第三节 老年性阴道炎 363

第四节 高龄者与卵巢肿瘤 365

第五节 骨质疏松 366

第六节 老年妇女的用药问题 371

第七节 高龄者手术疗法的危险性 373

第八节 老年人的饮食与运动 375

第二十八章 激素替代疗法 378

第一章 孕期保健

第一节 妊娠早期的检查

妊娠早期(12周以前)检查的主要目的在于:①明确是否妊娠;②确定妊娠周数和预产期;③有无流产或宫外妊娠等异常;④早期发现高危妊娠等。

一、问 诊

询问姓名、年龄、职业、工作单位、紧急情况下的联络人地址及电话号码等。

家族史:双亲、同胞的健康状态,有无高血压、糖尿病、精神病、多胎妊娠及畸形等遗传因素,尤其有糖尿病家族史者应注意妊娠中耐糖能低下。

既往史:以前得过哪些病,患病年龄,治疗经过等。若有重症合并症应与有关科室联系,能否继续妊娠必须在妊娠早期决定。

月经史:初潮年龄,月经周期,持续日数,经血量,有无伴随症状,末次月经,必要时详询末次前月经日期,持续日数,经血量等。

结婚史:已否结婚,结婚年龄,有无血缘结婚,配偶者健康状况,有无避孕及其方法。

既往妊娠史:既往妊娠是否足月分娩或早产,自然流产或人工流产,有无胎死宫内、宫颈松弛、妊娠高血压综合症等合并症。既往分娩是自然分娩或手术分娩,若为手术分娩,其手术种类及适应症。出生儿性别,出生时体重,有无窒息,其他合并症及遗传性疾病等。

此外,还应询问有无阴道出血,下腹痛,白带,排尿障碍,早孕

反应及胎动出现的时期等。

二、检 查

系统的全身检查。应特别注意有无高血压、心脏病等,并检查乳房增大,乳头及乳晕有无着色,蒙哥马利氏腺(Montgomery's glands)的出现和乳汁分泌等。然后做窥阴器检查及内诊,明确子宫大小与停经月数是否相符,子宫形态和硬度有无改变,子宫颈阴道部粘膜有无着色等。在双合诊时要注意有无子宫肌瘤、子宫畸形、卵巢肿瘤及子宫颈管松弛等,视诊、阴道窥器检查时要注意有无尖锐湿疣和疱疹,前庭大腺囊肿及阴道中隔异常等。阴道分泌物应常规检查有无滴虫、霉菌等。

三、妊娠诊断

经全身检查及内诊掌握上述妊娠征象后,辅以妊娠试验及超声波检查则可确定妊娠诊断。

1. 妊娠试验 利用孕妇尿中排出的滋养细胞分泌的 hCG,以乳胶颗粒凝集抑制试验法、放射免疫法及酶联免疫吸附分析法等,可在妊娠 5~6 周测出尿中 hCG 含量,藉以协助诊断早期妊娠。

2. 超声波断层检查 超声波尤其经阴道超声断层法在妊娠 5 周左右可直接观察胎儿活动,胎心搏动以及影像有了明显改善,对早期妊娠的胎芽,胎儿的发育,流产,宫外孕,子宫颈松弛症等异常的筛选较经腹超声波检查有了更好的显像效果。

3. 基础体温诊断法 在未服用激素,又无热性疾病和内分泌疾病,基础体温的高温相持续 16 日以上可疑为早孕,持续 20 日以上可诊断早期妊娠。

四、预产期的推算法

月经周期 28 日型的孕妇,自末次月经第 1 日起算 280 日为预产期。一般采用末次月经的月数加 9 或减 3,日数加 7 推算预产期。但月经周期不规律或流产、产后无月经期间受孕者或月经周期

规律与内诊所见不一致时,应以下列各种检查法推算预产期。

1. **基础体温推算法** 以高温相第 1 日为妊娠 2 周 0 日推算。

2. **性交日推算法** 精子在女性体内的受胎能力约 2 昼夜以内,若性交日记忆准确,可自性交日至预产期按 270 日计算。

早孕反应或出现胎动的时期,常因人而异,误差较大,现在很少采用。一般早孕反应始自妊娠 5~6 周,胎动时期初产妇约为 20 周左右,经产妇约在 18 周前后。

3. **超声波断层法** 妊娠早期测胎囊(Gestational sac;GS),胎儿头臀长度(Crown Rump Length; CRL),根据测值求妊娠周数,GS 和 CRL 与妊娠周数相关,常用以确定或修正妊娠周数及预产期。妊娠中期及后期以胎儿双顶横径(Bipartietal diameter; BPD)和大腿骨长(Femur length; Fl),每 2~3 周计测 2 次左右,对照标准发育曲线推算妊娠周数和预产期。

4. **妊娠试验推算法** 免疫学的妊娠试剂,其阳性敏感度一般在妊娠 6 周左右为 100%,可藉此推算预产期。

五、初诊时化验检查

初诊时常规检查应包括:血型(ABO、Rh),血液检查(红细胞数,血红蛋白,红细胞压积,白细胞数,血小板数),尿检查(尿蛋白,尿糖,酮体),梅毒反应(TPHA 定性法),弓形体病抗体价,HBs 抗体、抗原,衣原体检查,阴道分泌物细菌培养,甲状腺功能检查(Free T₄、Free T₃、TSH),子宫颈细胞诊断等,其检查意义如表 1-1 所示。

表 1-1 初诊时检查项目

检 查 项 目	主 要 检 查 的 意 义
1. 血型	发现血型不合
2. 血液检查	筛选贫血及感染
3. 尿检查	筛选肾脏病、糖尿病
4. 梅毒检查	筛选梅毒感染

续表

检 查 项 目	主 要 检 查 的 意 义
5. 弓形体病抗体价	筛选弓形体病
6. HBs 抗原、抗体	检出 HB 病毒携带者,预防垂直感染
7. 衣原体检查	检出衣原体感染,防止早产及垂直感染
8. 阴道分泌物细菌培养	检出 B 族链球菌,预防早产及垂直感染
9. 甲状腺功能检查	筛选甲状腺疾病
10. 子宫颈细胞诊	筛选子宫颈癌

注:B族链球菌(group B streptococci)在孕妇阴道内的检出率约 5%,一般无症状,要注意新生儿败血症的发生。

第二节 妊娠中期的检查

孕妇在妊娠中期(13~27 周)应每 4 周检查一次,对高危孕妇应根据病情适当缩短间隔时间。在此期间要注意检查胎儿有无异常,胎儿发育状态,胎盘附着部位及羊水量有无异常。还应注意先兆早产、妊高症的发病,若有合并症应及早给予适当的处理。

一、检查事项

首先询问孕妇有无不适,查尿蛋白、尿糖,测体重、血压,量腹围及宫高,然后确定胎位,听胎心,检查有无浮肿。还应进行超声波断层检查及 NST(Non—Stress Test)检查。

1. 尿蛋白 尿蛋白连续 2 次阳性,为尿蛋白阳性。正常孕妇 24 小时尿蛋白量 200mg 以下,一般尿检误差难免,所以疑妊高征和肾功能异常时,应测 24 小时尿蛋白定量。

2. 尿糖 查尿糖为早期发现妊娠性糖尿病,早发现早治疗。尿糖阳性应做口服葡萄糖耐糖试验(OGTT),有糖代谢异常及糖尿病合并妊娠时也应做口服葡萄糖耐糖试验。

3. 体重 肥胖是糖尿病、妊高征、巨大儿的危险因子,所以对体重管理必须严加控制。尤其近年来孕妇有过食、美食倾向,活动

量少,肥胖孕妇增多。对超标准体重的肥胖孕妇应做糖代谢异常检查(OGTT, hemoglobin A₁ 及 A_{1c})并进行饮食指导。

4. 血压 测血压易受各种条件的影响,尽可能采用同一条件进行测量。妊娠中期以后子宫增大,避免压迫下腹大静脉的影响,应采用坐位测量。妊娠中期测平均动脉压,有助于早期发现妊高征。平均动脉压=舒张期血压+1/3 脉压差。妊娠中期因血液稀释、血流阻力小、血压较低,平均动脉压也较低。妊高征倾向的孕妇因血管对血管紧张素(A₁)的敏感性增强,平均动脉压多大于 11.3kPa(85mmHg)。

5. 测子宫底及腹围 妊娠 16 周以后,每次检查必须测子宫底高及腹围,要与妊娠周数对比,过大可疑羊水过多、多胎妊娠、巨大儿、子宫肌瘤。过小可疑羊水过少、胎儿宫内发育迟缓(IUGR)。应用超声波断层检查则可明确子宫底高和腹围过大过小的原因。

6. 内诊 妊娠早期检查已有内诊记录例,除有适应症者外,应尽量避免内诊。内诊时内诊指只能从子宫颈外侧触诊宫颈有无异常,内诊指不宜伸入子宫颈管内,以免诱发绒毛膜羊膜炎,导致流、早产。经阴道超声波断层法可测宫颈长度和子宫内口有无开大,对预测早产颇有应用价值。

7. 超声波检查

1)评价胎儿发育 明确胎儿发育与妊娠周数是否相符。在妊娠中期以儿头双顶间径(大横径)、大腿骨长等推测胎儿体重,尤其对 IUGR 诊断是必要的。

2)胎儿有无异常 超声波断层法筛选胎儿有无异常,对决定妊娠中及出生后的管理上很重要,尤其对胎儿心脏畸形的发现和诊断有用。

3)胎儿健康状态的评价 超声波 Pulsed doppler 法根据脐带动脉血流变化做为筛选胎儿因胎盘功能不全导致胎儿慢性宫内窘迫是有用的。

4)胎儿附属物的评价 超声波断层法对筛选前置胎盘是有用的检查方法。但胎盘附着部位常随妊娠经过而有相对的移动

(Placenta migration),妊娠中期诊断的前置胎盘,多数在分娩时是正常的,所以在妊娠 32 周以前,以超声波断层法诊断前置胎盘应特别慎重。

5)测羊水量 羊水量可反映胎儿的情报,尤其羊水减少,不仅是母子有无异常的指针,也是脐带受压引起胎儿窘迫的要因,所以推测羊水量在胎儿管理上是不可少的检查方法。

第三节 妊娠后期的检查

在妊娠后期(28 周以后)要继续监视及治疗妊娠中期发生的胎盘、羊水、胎儿异常、IUGR 及早期发病的妊高征。子宫底高、腹围、体重、血压、尿蛋白、尿糖、浮肿等是妊娠全期必须检查的项目,在妊娠后期须继续检查外,自妊娠 36 周以后应特别注意检查项目如下。

一、评价分娩准备状态

表 1-2 宫颈成熟度评分法(Bishop score)

所见 \ 分数	0	1	2	3
子宫颈口开大程度(cm)	0	1~2	3~4	5~6
子宫颈管消失度(%)	0~30	40~50	60~70	80~100
先露部下降度(S±cm)	-3	-2	-1	+1~+2
子宫颈硬度	硬	中	软	
子宫颈口位置	后方	中央	前方	共计 分

以直肠诊(肛查)必要时可在无菌操作下进行内诊。Bishop 评分(表 1-2)是评价宫颈成熟度,预测分娩难易及引产能否成功的重要指标。在 5 项中宫颈硬度、消失度及宫口开大度等表示子宫颈成熟度;儿头下降度、子宫口位置表示分娩(胎头)的进度。子宫口开大度、硬度、子宫口位置 3 项,在熟练者与初学者间评定的误差虽然不大,但儿头下降度尤其消失度的评价很易出现误差。