

妇产科

疾病治疗

与护理

王春香 张桂萍 李 丽 亓夫梅 张艳春 陈国峰 主编



云南出版集团公司
云南科技出版社

妇产科

疾病治疗

与护理

王春香 张桂萍 李丽 元夫梅 张艳春 陈国峰 主编



云南出版集团公司
云南科技出版社

· 昆明 ·

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疾病治疗与护理/王春香,张桂萍,李丽编著.
昆明:云南科技出版社,2009.8
(临床护理丛书/王奉德主编)
ISBN 978-7-5416-3374-4

I. 妇… II. ①王…②张…③李… III. ①妇产科病—治
疗②妇产科病—护理 IV. R710.5 R473.71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 142768 号

云南出版集团公司
云南科技出版社出版发行
(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码:650034)
昆明锦润印刷有限公司印刷 全国新华书店经销
开本:889mm×1194mm 1/32 印张:9.5 字数:240 千字
2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷
定价:180.00 元(共六册)

编委会名单

主 编 王春香 张桂萍 李 丽
亓夫梅 张艳春 陈国峰

副主编 亓子坤 魏凤群 张俊红
魏 榕 付红燕 张庆玲
张晓峰 李 迎 李灵娟
邹爱霞 王兴云 栾君霞

前 言

妇产科疾病是危害妇女健康的严重疾患,不断提高对该类疾病的早期诊断、预防、治疗及护理水平,普及对妇科、产科疾病基本检查和护理常规的认识,尤为重要。本书以现代最先进的医学理论为基础,结合编者丰富的临床及护理经验,参考国内外主要相关文献,对各类妇产科疾病的最新诊断、治疗及护理作了重点叙述。

全书共分二十章。前一至七章叙述了妇产科常见疾病的诊断及治疗情况,如病理妊娠、妊娠合并症、分娩期并发症、产褥感染及女性生殖系统炎症、肿瘤、滋养细胞疾病及乳房疾病、女性性传播疾病等妇产科常见疾病的诊治进展;第八至二十章叙述了妇产科常见疾病的护理新方法,如病理妊娠、妊娠合并症、异常分娩及女性生殖系统炎症、肿瘤、月经失调的护理等。本书既有对妇产科疾病的理论研究、最新诊断与治疗,又有全新的护理方法,力求达到普及基础知识与提高妇产科疾病防治水平的目的。

由于编著者水平有限,时间仓促,书中难免有差错和遗漏之处,望同道谅解并指正。

编者



目 录

第一章 病理妊娠的最新诊治	(1)
第一节 流产	(1)
第二节 异位妊娠	(5)
第三节 前置胎盘	(9)
第四节 胎盘早期剥离	(12)
第五节 双胞胎妊娠	(15)
第六节 羊水过多	(17)
第七节 过期妊娠	(19)
第八节 早产	(21)
第九节 妊娠高血压综合征	(24)
第二章 妊娠合并症及异常分娩	(35)
第一节 妊娠合并心脏病	(35)
第二节 妊娠合并急性病毒性肝炎	(38)
第三节 产力异常	(40)
第四节 骨产道异常	(43)
第五节 胎位异常	(46)
第六节 胎儿发育异常	(51)
第三章 分娩期并发症及产褥感染	(52)
第一节 胎膜早破	(52)
第二节 子宫破裂	(53)



第三节	产后出血	(55)
第四节	胎儿窘迫	(60)
第五节	产褥感染	(63)
第四章	女性生殖系统炎症的诊治	(69)
第一节	前庭大腺炎	(69)
第二节	阴道炎	(70)
第三节	宫颈炎	(74)
第四节	盆腔炎	(76)
第五节	生殖器结核	(79)
第五章	女性生殖系统肿瘤及滋养细胞疾病的诊治	(83)
第一节	宫颈癌	(83)
第二节	子宫肌瘤	(86)
第三节	子宫内膜癌	(90)
第四节	卵巢肿瘤	(92)
第五节	葡萄胎	(95)
第六节	侵蚀性葡萄胎	(98)
第七节	绒毛膜癌	(100)
第八节	子宫内膜异位症	(102)
第六章	乳房疾病诊治进展	(105)
第一节	急性乳腺炎	(105)
第二节	乳腺囊性增生病	(106)
第三节	乳腺纤维瘤	(107)
第四节	乳管内乳头状瘤	(108)
第五节	乳腺癌	(109)
第七章	女性性传播疾病的诊治	(112)



第一节 淋病的诊治进展	(112)
第二节 梅毒的诊治进展	(119)
第三节 艾滋病诊治进展	(135)
第四节 尖锐湿疣诊治进展	(147)
第八章 女性生殖系统炎症的护理新进展	(149)
第一节 阴道炎的护理	(150)
第二节 子宫颈炎护理	(153)
第三节 盆腔炎的护理	(155)
第四节 生殖器结核的护理	(157)
第五节 淋病与尖锐湿疣的护理	(159)
第六节 女性生殖系统炎症的护理	(161)
第九章 女性生殖器官肿瘤的护理	(163)
第一节 子宫颈癌的护理	(163)
第二节 子宫肌瘤的护理	(172)
第三节 子宫内膜癌的护理	(176)
第四节 卵巢肿瘤的护理	(182)
第十章 滋养细胞疾病的护理新进展	(190)
第一节 葡萄胎	(190)
第二节 侵蚀性葡萄胎与绒毛膜癌	(192)
第三节 滋养细胞疾病的护理	(199)
第十一章 月经失调的护理新进展	(207)
第一节 功能失调性子宫出血病的护理	(207)
第二节 闭经的护理	(211)
第三节 更年期综合征的护理	(214)
第十二章 其他妇科疾病的护理	(218)



第一节	不孕症的护理	(218)
第二节	子宫内膜异位症及子宫肌腺病的护理	(221)
第三节	子宫脱垂的护理	(222)
第十三章	妇科手术前后的护理	(225)
第一节	妇科手术病人的评估	(225)
第二节	妇科手术前后护理	(226)
第十四章	妇科肿瘤化疗病人的护理	(239)
第一节	化疗的基本知识	(239)
第二节	化疗病人护理评估及常见的护理诊断	(244)
第十五章	病理妊娠妇女的护理新进展	(253)
第一节	妊娠早期出血性疾病妇女的护理	(253)
第二节	妊娠晚期出血性疾病妇女的护理	(260)
第三节	妊娠高血压综合征妇女的护理	(266)
第四节	高危妊娠监护	(272)
第十六章	妊娠合并症妇女的护理新进展	(278)
第一节	妊娠合并心脏病妇女的护理	(278)
第二节	妊娠合并糖尿病妇女的护理	(284)
第三节	妊娠合并急性病毒性肝炎妇女的护理	(288)
第四节	妊娠合并贫血妇女的护理	(290)



第一章 病理妊娠的最新诊治

第一节 流 产

流产是指妊娠不足 28 孕周,胎儿体重不足 1000g 即终止者。流产分人工流产与自然流产。人工流产是指应用人工方法使妊娠终止者。自然流产:发生于妊娠 12 周以前者为早期流产,发生于妊娠 12 周至 27 孕周末者为晚期流产。

一、病因

1. 胚胎因素

由于卵子和精子本身的缺陷,胚胎染色体结构或数目异常,引起受精卵和胚胎发育异常或绒毛变性,是早期自然流产的最常见原因。

2. 母体因素

(1) 内分泌失调:妊娠早期卵巢黄体功能不全,致孕激素产生不足;甲状腺功能异常、糖尿病等均可影响胚胎的正常发育,导致流产。

(2) 全身性疾病:急性传染病、高热;孕早期病毒感染;慢性疾病如严重贫血、心力衰竭。

(3) 子宫病变:子宫畸形、子宫发育不良、子宫肌瘤等可影响胚胎、胎盘生长发育导致流产;宫颈重度裂伤或宫颈内口松弛易致晚期流产。

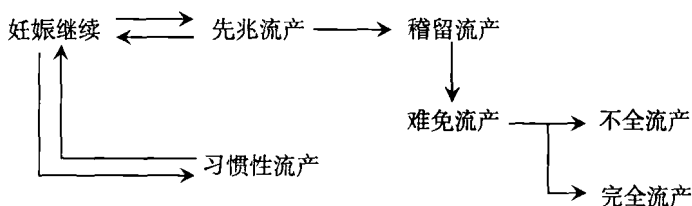
(4) 创伤及其他:外伤、妊娠早期腹部手术等易刺激子宫收缩而引起流产。免疫因素如母儿血型不合也可导致流产。

二、临床表现及各类型流产的鉴别诊断

流产的主要症状是停经后阴道流血和下腹痛。按流产发展过



程分下列几种类型(见下图):



1. 先兆流产

停经后有少量阴道流血,伴轻微下腹胀痛、腰酸。妇科检查宫口未开,子宫大小与停经周数相符;尿妊娠试验阳性;B型超声见胚囊大小、胎心、胎动情况与孕周相符。经保胎治疗后部分可继续妊娠。

2. 难免流产

由先兆流产发展而来,流产已不可避免。阴道流血量增多,常超过月经量,下腹痛呈阵发性加剧。妇科检查宫口已开大,有时可见胎膜或胚胎组织堵塞;子宫大小与妊娠周数相符或略小;尿妊娠试验阳性或阴性。

3. 不全流产

指妊娠产物已部分排出体外,尚有部分残留在宫腔内。多发生于妊娠8~12周间。残留组织影响宫缩血窦不能关闭,可致持续性流血,甚至休克,若不及时处理可危及生命。妇科检查宫口开大或有胎盘组织堵塞;子宫较停经月份小。尿妊娠试验阴性。反复出血易发生感染。

4. 完全流产

妊娠产物已全部排出。多发生于孕8周之前或孕12周以后。阴道流血逐渐停止,腹痛逐渐消失,妇科检查宫口已关闭,子宫接近正常大小。

5. 稽留流产

指胚胎或胎儿在子宫内已死亡,尚未自然排出者。多数患者



有过先兆流产症状,此后子宫不再增大反而缩小,可有少量咖啡色分泌物;妊娠试验阴性;妇科检查宫口闭,子宫明显小于停经周数;B型超声提示无胎心。若胚胎死亡日久,胎盘组织机化与子宫粘连不易剥离,易感染;同时胎盘在自溶退变过程中,释放凝血活酶,消耗大量纤维蛋白原致凝血功能障碍,导致弥散性血管内凝血(DIC)的发生。

· 6. 习惯性流产

指自然流产连续发生3次或3次以上者。常发生在妊娠的同一时期,发展过程与一般流产相同。习惯性流产的诊断并不困难,难的是明确病因,才能防治。

几种流产的鉴别诊断要点见表1。

表1 各种类型流产的鉴别诊断要点

流产类型	病史			妇科检查		辅助检查	
	出血量	下腹痛	组织物排出	子宫颈口	子宫大小	妊娠试验	超声检查
先兆流产	少量	轻或无	无	闭	与孕周相符	阳性	有妊娠囊或胎心
难免流产	增多	加剧	无	扩张	与孕周相符或略小	阳性或阴性	有或无妊娠征象
不全流产	少量持续或大量、甚至休克	减轻	部分排出	有扩张或有组织堵塞	小于孕周	阴性	无胎心
完全流产	少量或已停止	消失	全部排出	闭	正常或略大于孕周	阴性	无胎心
稽留流产	少量色暗	轻或无	无	闭	明显小于孕周	阴性	无胎心



三、处理

1. 先兆流产

保胎治疗。若经 2 周治疗症状未见改善,或辅助检查提示胚胎已死亡,应及时终止妊娠。保胎期间应卧床休息,禁性生活,保持会阴清洁,避免不必要的阴道检查。黄体功能不全者黄体酮 20mg 肌注,每日 1 次,至阴道流血停止,再减半量继续用药 1~2 周停药。维生素 E30~50mg,每日 3 次,促进胚胎发育。甲状腺功能低下者每日口服甲状腺粉 0.03~0.06g。解除孕妇思想负担,给予精神安慰,加强营养等。

2. 难免流产

应尽快清除宫腔内容物。早期流产时应行吸宫术,失血多时应输血,并肌注缩宫素 5~10U;晚期流产时缩宫素 5U 每半小时肌注 1 次,共 6 次,或缩宫素 5~10U 加入 5% 葡萄糖液 500ml 内静脉滴注。

3. 不全流产

确诊后立即清宫。必要时补液、输血,术后给抗生素预防感染。刮出物送病检。

4. 完全流产

如无感染征象,一般不需特殊处理。

5. 稽留流产

确诊后尽早排空子宫,同时警惕可能发生的凝血功能障碍。子宫小于妊娠 12 周者,行吸宫或钳刮术,术前应先作凝血功能检查,无异常时,可口服乙烯雌酚 5~10mg,每天 3 次,共 5 天,以提高子宫对缩宫素的敏感性,术时配血备用,并肌注缩宫素。子宫大于妊娠 12 周者,可用缩宫素 10~20U 加于 5% 葡萄糖液 500ml 静脉滴注引产,逐渐增加缩宫素剂量,直至出现宫缩。也可用前列腺素或用乳酸依沙吖啶(利凡诺)等引产。

6. 习惯性流产

针对病因进行治疗。



第二节 异位妊娠

凡受精卵在子宫腔以外着床发育称异位妊娠,习惯称为宫外孕;包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠及宫颈妊娠等。输卵管妊娠最多见,占 95% ~ 98%,是妇产科常见急腹症,起病急、病情重、引起腹腔内严重出血,如诊断抢救不及时,可危及生命。

一、病因和病理

1. 病因

慢性输卵管炎是输卵管妊娠最常见的原因。淋菌性输卵管炎更易引起输卵管妊娠。结核性输卵管炎也较常见。其次输卵管发育或功能异常,如过长、粘膜纤毛缺如、蠕动减慢等;输卵管手术后,如结扎、粘堵等;盆腔子宫内膜异位输卵管粘连;肿瘤压迫;内分泌失调等。

2. 病理

受精卵在输卵管内着床后,由于输卵管腔狭窄,管壁肌肉薄,不能适应胚胎的生长发育,当输卵管膨大到一定程度,可能发生的后果是:

(1) 输卵管妊娠流产:多发生在壶腹部或伞部。若胚囊与管壁完全分离落入管腔,经输卵管逆蠕动排至腹腔,形成输卵管完全流产,腹腔内出血不多;若胚囊剥离不完整,则为输卵管不全流产,反复出血,可形成盆腔血肿。

(2) 输卵管妊娠破裂:胚囊生长时绒毛向输卵管壁侵蚀,最终将肌层、浆膜层穿破,由于肌层血管丰富,常发生大出血,严重者发生休克,若抢救不及时危及生命。

(3) 继发性腹腔妊娠:极少数输卵管妊娠破裂或流产后,胚囊



进入腹腔,绒毛组织仍附着于原来着床处或重新种植于附近脏器(如肠系膜、大网膜等)继续发育,形成继发性腹腔妊娠。

(4)陈旧性宫外孕:胚胎已死亡,内出血渐停止,盆腔积血由于时间长形成机化变硬的包块与周围器官粘连,称陈旧性宫外孕。

此外,子宫受内分泌激素的影响,内膜呈蜕膜样变,若子宫内膜呈现过度分泌反应,称A-S反应,对诊断有一定意义。当胚胎死亡时,子宫蜕膜发生退行性变,有时于碎片状剥脱,而致阴道流血;有时整块剥离排出,形拟三角形蜕膜管型。如将排出的蜕膜置于清水中,肉眼见不到漂浮的绒毛,镜检也无滋养细胞,可与流产鉴别。

二、临床表现

输卵管妊娠流产或破裂前,症状和体征均不明显,除短期停经及妊娠表现外,有时可出现下腹胀痛。当输卵管妊娠破裂或流产时,可出现下列临床表现:

(1)停经:一般停经6~8周,少数可无明显停经史。间质部妊娠停经时间较长。

(2)不规则阴道流血:胚胎死亡后,常有不规则阴道流血,色深褐,量少,可淋漓不断,可随阴道流血排出蜕膜管型或碎片,需待病灶清除后,流血方能完全停止。

(3)腹痛:为患者就诊时最主要的症状。腹痛系因输卵管膨大、破裂及血液刺激腹膜等多因素所致。破裂时患者突然下腹一侧撕裂样疼痛,常伴恶心呕吐,出血多时刺激腹膜可致全腹剧痛;血液积聚直肠子宫陷凹,出现肛门坠胀感。

(4)晕厥与休克:由于腹腔急性内出血,血容量减少及剧烈腹痛,患者出现面色苍白、出冷汗、四肢冰冷、血压下降等。其严重程度与腹腔内出血速度及出血量呈正比。

(5)腹部检查:下腹部有明显压痛、反跳痛,尤以患侧为甚。出



血多时叩诊有移动性浊音。若病程较长形成血凝块,下腹部可触及软性包块并有触痛。

(6)妇科检查:阴道后穹隆饱满、触痛;宫颈呈紫蓝色,抬举痛明显;子宫稍大而软,内出血多时,子宫有漂浮感,患侧附件压痛明显,有时可在子宫一侧或后方触及边界不清的肿块。

三、诊断与鉴别诊断

1. 诊断

典型病例根据病史、临床表现,诊断并不困难,但未破裂前或症状不典型者不易确诊,应作下列辅助检查:

(1)阴道后穹隆穿刺:适用于疑有腹腔内出血患者。抽出暗红色不凝固血液,便可确诊为腹腔内出血。若穿刺时误入静脉,则血色鲜红,滴在纱布上有一圈红晕,放置 10 分钟凝结。出血多时,也可行腹腔穿刺。

(2)妊娠试验:由于 HCG 测定技术的改进,目前已成为早期诊断异位妊娠的重要方法。选择血 β -HCG 放免法测定,灵敏度高,阳性率达 99%,故可用以早期诊断宫外孕,若 β -HCG 阴性可排除异位妊娠。

(3)超声检查:早期输卵管妊娠时,B 型超声显像可见子宫增大,但宫腔空虚,宫旁有一低回声区。若妊娠囊和胎心搏动位于宫外,则可确诊宫外孕,但需到停经 7 周时 B 型超声方能显示胎心搏动。

(4)腹腔镜检查:适用于期未破裂病例或诊断有困难者。

(5)子宫内膜病理检查:诊断性刮宫仅适用于阴道流血较多的患者,目的是排除宫内妊娠流产。

2. 鉴别诊断

输卵管妊娠需与流产、黄体破裂、急性阑尾炎、急性盆腔及卵巢囊肿蒂扭转鉴别(见表 2)。



表 2

输卵管妊娠的鉴别诊断表

	输卵管妊娠	流产	黄体破裂	急性阑尾炎	急性盆腔炎	卵巢囊肿蒂扭转
停经史	多有	有	多无	无	无	无
腹痛	突然撕裂样剧痛,下腹一侧至全腹	下腹阵发性坠痛	下腹一侧突发性疼痛	持续痛,转移性左下腹痛	两下腹持续性钝痛	突然一侧下腹绞痛
阴道流血	量少,暗红色,可见蜕膜管型	量由少到多鲜红,有血块或绒毛	无或少量	无	无	无
休克	程度与外出血量不成正比	程度与外出血量成正比	无或有轻度休克	无	无	无
体温	正常,有时稍高	正常	正常	升高	升高	升高
腹部检查	轻度腹肌紧张,深压痛及反跳痛	无异常	一侧压痛	腹肌紧张,麦氏点压痛反跳痛	腹肌紧张,下腹两侧压痛、反跳痛	患侧触及包块、压痛
妇科检查	后穹窿饱满触痛、宫颈举痛,宫旁包块压痛	宫口稍开,子宫增大变软	一侧附件压痛,无肿块	子宫及附件正常,右侧压痛部位较高	双侧附件增厚、压痛	宫旁角及包块蒂部触痛明显
阴道后穹窿穿刺	可抽出陈旧不凝血液	无	可抽出血液	无	可抽出渗液或脓液	无
妊娠试验	多阳性	阳性或阴性	阴性	阴性	阴性	阴性
血象	红细胞和血红蛋白进行性下降	正常	正常	白细胞增多	白细胞增多	白细胞增多