

· 妇幼临床诊疗常规系列丛书 ·



妇科疾病 诊疗技术规范

吴绪峰 主编

内 容 简 介

本书是“妇幼临床诊疗常规系列丛书”之一。

本书共分为两篇,上篇为普通妇科,包括外阴白色病变、妊娠流产相关疾病、剖宫产瘢痕部位妊娠、异位妊娠与急腹症、子宫肌瘤、子宫内膜异位症等内容;下篇为妇科恶性肿瘤,包括外阴癌、阴道恶性肿瘤、宫颈癌筛查与管理、宫颈癌、子宫内膜癌、子宫肉瘤、卵巢癌和妊娠滋养细胞疾病。本书系统介绍了常见妇科疾病的诊疗常规及学科特色。

本书适合于广大妇科医师、研究生及规培生参阅。

图书在版编目(CIP)数据

妇科疾病诊疗技术规范/吴绪峰主编. —武汉:华中科技大学出版社,2021.1
ISBN 978-7-5680-1006-1

I. ①妇… II. ①吴… III. ①妇科病-诊疗-技术规范 IV. ①R711-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2020)第 235825 号

妇科疾病诊疗技术规范

吴绪峰 主编

Fuke Jibing Zhenliao Jishu Guifan

策划编辑:荣 静

责任编辑:毛晶晶

封面设计:原色设计

责任校对:曾 婷

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉) 电话:(027)81321913

武汉市东湖新技术开发区华工科技园 邮编:430223

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:湖北新华印务有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:12.75

字 数:275千字

版 次:2021年1月第1版第1次印刷

定 价:39.80元



本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

前 言

QIANYAN

为规范临床常见疾病诊疗行为,湖北省妇幼保健院医务部组织编写了“妇幼临床诊疗常规系列丛书”,本书是丛书之一。全书共分为两篇,上篇为普通妇科,包括外阴白色病变、妊娠流产相关疾病、剖宫产瘢痕部位妊娠、异位妊娠与急腹症、子宫肌瘤、子宫内膜异位症等内容;下篇为妇科恶性肿瘤,包括外阴癌、阴道恶性肿瘤、宫颈癌筛查与管理、宫颈癌、子宫内膜癌、子宫肉瘤、卵巢癌和妊娠滋养细胞疾病。本书系统介绍了常见妇科疾病的诊疗常规及学科特色。全书文字精练,简明扼要,实用易懂,适合于广大妇科医师、研究生及规培生参阅。

我们力求在“常规”中体现本科特色,并借此机会进一步总结和提高。但由于水平有限,疏漏和错误之处在所难免,还希望大家多提宝贵意见。

医学在不断发展,常规也将随之更新。我们的工作永远在路上!

编 者

目录

MULU

上篇 普通妇科

第一章 外阴白色病变	/3
第一节 外阴慢性单纯性苔藓	/3
第二节 外阴硬化性苔藓	/5
第三节 其他外阴色素减退性疾病	/7
第二章 妊娠流产相关疾病	/9
第三章 剖宫产瘢痕部位妊娠	/13
第四章 异位妊娠与急腹症	/20
第一节 异位妊娠及妇科急腹症	/20
第二节 妇科急腹症的诊断及鉴别诊断	/28
第五章 子宫肌瘤	/31
第六章 子宫内膜异位症	/36
第七章 子宫腺肌病	/43
第八章 功能失调性子宫出血	/46
第九章 卵巢良性肿瘤	/53
第十章 盆底器官脱垂及泌尿生殖道瘘	/57
第十一章 盆腔炎症性疾病	/64
第十二章 宫腔镜诊治规范	/70

下篇 妇科恶性肿瘤

第十三章 外阴癌	/79
第一节 概述	/79
第二节 诊断	/79
第三节 组织学分类和分期	/81
第四节 治疗	/86
第五节 其他类型外阴恶性肿瘤	/89
第六节 随访	/93
第十四章 阴道恶性肿瘤	/94
第一节 概述	/94

第二节	诊断	/94
第三节	组织学分类及分期	/96
第四节	治疗	/99
第五节	其他特殊类型阴道恶性肿瘤	/101
第六节	预后与随访	/102
第十五章	宫颈癌筛查与管理	/103
第一节	宫颈癌筛查与管理(一)	/103
第二节	宫颈癌筛查与管理(二)	/108
第三节	3+2 诊断法(本科特色)	/113
第十六章	宫颈癌	/115
第一节	概述	/115
第二节	病因学	/115
第三节	临床诊断	/116
第四节	分期和病理类型	/119
第五节	治疗	/124
第六节	随访	/137
第十七章	子宫内膜癌	/138
第一节	概述	/138
第二节	诊断	/138
第三节	分期和病理类型	/140
第四节	治疗	/142
第五节	随访	/149
第十八章	子宫肉瘤	/151
第一节	概述	/151
第二节	诊断	/151
第三节	子宫肉瘤的分类和分期	/153
第四节	治疗	/157
第五节	随访	/161
第六节	预后	/161
第十九章	卵巢癌	/162
第一节	概述	/162
第二节	筛查、遗传倾向与干预	/162
第三节	诊断及辅助检查	/164
第四节	组织病理分类	/166
第五节	分期	/170
第六节	初始治疗	/171
第七节	复发后的治疗	/177

第八节	随访	/180
第二十章	妊娠滋养细胞疾病	/181
第一节	概述	/181
第二节	GTD 的分类	/181
第三节	葡萄胎	/181
第四节	侵蚀性葡萄胎	/183
第五节	绒癌	/186
第六节	中间型滋养细胞肿瘤	/189
参考文献		/194

第一章 外阴白色病变

外阴白色病变是一组以瘙痒为主要症状、外阴皮肤色素减退为主要体征的外阴皮肤疾病。2006年国际外阴阴道疾病研究学会(International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD)对外阴皮肤疾病采用基于组织病理学的分类方法,用于病理学诊断。2011年ISSVD又提出了基于临床表现的分类,以补充组织病理学分类,并方便临床诊断和处理。依据2011年ISSVD分类,外阴色素减退性疾病属于外阴白色病变,其组织病理学类型包括棘层细胞增生型、苔藓样型、均质化或硬化型等,为外阴部位的非肿瘤性皮肤病变之一。

妇科临床常见的外阴白色病变,包括外阴慢性单纯性苔藓、外阴硬化性苔藓等。

第一节 外阴慢性单纯性苔藓

一、概述

外阴慢性单纯性苔藓(lichen simplex chronicus)属于2006年ISSVD分类中的棘层细胞增生型,先前的疾病名“外阴鳞状上皮增生”和“增生性营养不良”现已不再使用。

该病的病理特点为表皮层角化过度或角化不全,棘层增厚,但上皮细胞排列整齐、无异型性。以外阴瘙痒为主要症状,确诊主要依靠组织学检查。主要的治疗手段为局部药物治疗结合物理治疗。笔者科室采取药物局部注射治疗,效果良好。

二、诊断

(一) 病因学

该病的病因不明,可分为原发性和继发性两种。前者又称为特发性,后者可继发于硬化性苔藓、扁平苔藓或其他外阴疾病,与慢性摩擦或搔抓刺激有关。有研究发现,病变可能与局部维A酸受体 α 含量减少有关。

(二) 临床表现

1. 症状 主要症状为外阴瘙痒,患者多难耐受而搔抓,搔抓又进一步加重皮损,形成所谓的“痒一抓”恶性循环。

2. 体征 病损常位于大阴唇、阴唇间沟、阴蒂包皮及阴唇后联合等处,可为孤立、

多发或左右形态对称性病灶。病损早期皮肤为暗红色或粉红色,加重后则呈白色。后期则表现为皮肤增厚,有色素沉着,皮肤纹理明显,呈苔藓样改变。可有抓痕、皲裂、溃疡等。

(三) 辅助检查

根据患者症状及体征可以做出初步诊断,确诊主要依靠组织学检查。活检应在色素减退区,皲裂、溃疡、硬结、隆起或粗糙处进行,选择不同部位多点取材。先用1%甲苯胺蓝溶液涂抹局部皮肤,干燥后用1%醋酸溶液擦洗脱色,在不脱色区活检。

(四) 诊断标准

巨检可见皮损呈红色或白色斑块状,或呈苔藓样改变。组织学形态缺乏特异性,主要表现为鳞状上皮表层细胞的角化过度或角化不全,棘层细胞增生,真皮浅层纤维化并伴有不等量炎症细胞浸润。上皮细胞排列整齐,极性保持,细胞的大小和核形态、染色均正常。

(五) 鉴别诊断

该病应与白癜风、白化病、特异性外阴炎、外阴上皮内瘤变及癌等相鉴别。外阴病变边界清晰、表面光滑润泽、质地正常,无自觉症状者为白癜风。身体其他部位发现多处相同白色病变者,应考虑白化病。外阴皮肤增厚,发白或发红,伴有瘙痒且阴道分泌物增多,应首先排除假丝酵母菌病、滴虫性阴道炎等,分泌物中查见病原体,炎症治愈后白色区域逐渐消失者,应考虑特异性外阴炎。外阴皮肤出现对称性发红、增厚,伴有严重瘙痒,但无分泌物增多者,可能为糖尿病外阴炎。若伴有长期不愈的溃疡,应尽早活检送病理学检查以排除外阴癌。

三、治疗

(一) 一般治疗

保持局部皮肤清洁干燥,不食辛辣、致敏食物。不用刺激性药物或肥皂清洗外阴,忌穿不透气的化纤内裤。对瘙痒症状明显以致紧张、失眠者,可加用镇静、抗过敏药物。

(二) 局部药物治疗

局部应用糖皮质激素类药物控制瘙痒症状,可选用0.025%氟轻松软膏、0.01%曲安奈德软膏,涂搽病变部位,每日3~4次。长期使用糖皮质激素类药物可使局部皮肤萎缩,故当瘙痒症状缓解后,应停用高效糖皮质激素类药物,改用1%~2%氢化可的松软膏,每日1~2次,维持治疗6周。局部用药前可先用温水坐浴,每日2~3次,每次10~15 min,可使皮肤软化、促进药物吸收、缓解瘙痒症状。症状控制后,增厚的皮肤仍需较长时间才能恢复正常。

(三) 物理治疗

局部物理治疗是通过去除局部异常上皮组织和破坏真皮层神经末梢,阻断“痒—

抓”恶性循环的方法,适用于症状严重或药物治疗无效者。常用方法:①聚焦超声治疗。②CO₂激光或氩氛激光治疗。③其他:波姆光、液氮冷冻治疗等。聚焦超声治疗的长期疗效及优化参数有待进一步观察研究。激光治疗有破坏性小、愈合后瘢痕组织较少的优点,但治疗后疾病远期复发率仍与手术治疗后相当。

(四) 外阴局部注药治疗

笔者科室采取药物局部注射治疗,效果良好。

(五) 手术治疗

外阴慢性单纯性苔藓的恶变率很低,手术治疗影响外观及局部功能,且有远期复发可能,故一般不采用手术治疗。手术治疗仅适用于:①反复药物治疗、物理治疗无效者。②出现不典型增生或有恶变可能者。

第二节 外阴硬化性苔藓

一、概述

外阴硬化性苔藓(lichen sclerosus)以外阴、肛周皮肤变薄、色素减退而出现白色病变为主要特征,属于2006年ISSVD分类中的苔藓样型或硬化型亚型。

该病的主要病理特点为表皮萎缩、过度角化及黑色素细胞减少,造成外阴皮肤苍白伴皱缩。外阴瘙痒及烧灼感为主要症状,确诊主要依靠组织学检查。主要的治疗手段为局部药物治疗配合物理治疗,多数患者治疗有效但不能治愈,需反复治疗。笔者科室采取药物局部注射治疗,效果良好。

二、诊断

(一) 病因学

病因不明。可能相关的因素如下:①自身免疫:约21%患者合并自身免疫性疾病。②感染。③遗传:据报道,一些患者有家族史,但尚未发现特异性基因。④性激素缺乏:有患者血清二氢睾酮及雄烯二酮水平低于正常,临床上睾酮类药物有效。

(二) 临床表现

1. 症状 主要症状为病损区瘙痒、性交痛及外阴烧灼感,程度较外阴慢性单纯性苔藓患者轻,晚期可出现性交困难。幼女患者瘙痒症状多不明显,可在排尿或排便后感外阴或肛周不适。

2. 体征 病损区常位于大阴唇、小阴唇、阴蒂包皮、阴唇后联合及肛周,多呈对称性。一般不累及阴道黏膜。早期皮肤红肿,出现粉红色、象牙白色或有光泽的多角形小丘疹,丘疹融合成片后呈紫癜状;若病变发展,出现外阴萎缩,表现为大阴唇变薄,小阴唇变小甚至消失,阴蒂萎缩而其包皮过长;皮肤变白、发亮、皱缩、弹性差,常伴有皱

裂及脱皮,病变通常对称,并可累及会阴及肛周而呈蝴蝶状。晚期病变皮肤菲薄、皱缩似卷烟纸或羊皮纸,阴道口挛缩、狭窄。由于幼女病变过度角化不似成年人明显,检查见局部皮肤呈珠黄色或与色素沉着点相间形成花斑样病损,若为外阴及肛周病变,可出现锁孔状或白色病损环。多数患者的病变在青春期可自行消失。

(三) 辅助检查

根据患者症状及体征可以做出初步诊断,确诊主要依靠组织学检查。活检应在皲裂、溃疡、挛缩处进行,应多点活检。

(四) 诊断标准

巨检皮损呈白色。镜下可见表皮变薄、过度角化及黑色素细胞减少;真皮浅层早期水肿,后期胶原纤维化形成均质化带,其下有带状淋巴细胞浸润;基底层细胞水肿,黑色素细胞减少。少数病例伴有炎症和溃疡。2%~5%的病例有恶变可能,主要为非HPV相关鳞癌。

(五) 鉴别诊断

应与白癜风、白化病、老年生理性萎缩相鉴别。

三、治疗

(一) 一般治疗

同外阴慢性单纯性苔藓(见“外阴慢性单纯性苔藓”相关内容)。

(二) 局部药物治疗

局部药物治疗的有效率约为80%,多数患者只能改善症状而不能痊愈,且需要长期用药。常用药物如下:①丙酸睾酮:有促进蛋白质合成的作用,能促使萎缩皮肤恢复正常。2%丙酸睾酮油膏或霜,初起每日涂抹2~4次,连用3~4周后改为每日1~2次,连用3周,然后应用维持量,每日1次或每2日1次。根据治疗反应及症状持续情况决定用药次数及时间。治疗期间密切观察其副作用,一旦出现男性化征象或疗效欠佳时应停药,改用其他药物。瘙痒症状较重者,也可与1%或2.5%氢化可的松软膏混合涂抹,症状缓解后可逐渐减量至停用氢化可的松软膏。②黄体酮:0.5%黄体酮油膏,每日涂抹3次。③糖皮质激素类:可先用0.05%氯倍他索软膏,最初1个月内每日2次,继而每日1次,连用2个月,最后每周2次,连用3个月,共计6个月。凡瘙痒顽固、表面用药无效者,可将5mg曲安奈德混悬液用2mL生理盐水稀释后皮下注射。④免疫治疗:免疫抑制剂可通过刺激皮肤局部产生免疫因子而发挥作用,如局部炎症细胞因子抑制剂(吡美莫司)、T细胞选择性抑制剂(他克莫司)等。

幼女的外阴硬化性苔藓至青春期有可能自愈,一般不采用丙酸睾酮油膏治疗,以免出现男性化征象。局部涂1%氢化可的松软膏或0.5%黄体酮油膏,症状多能缓解,但应定时长期随访。

(三) 全身药物治疗

阿维A为一种类似维A酸的芳香族合成物质,有维持上皮和黏膜正常功能和结

构的作用,可用于治疗严重的外阴硬化性苔藓。用法:口服 20~30 mg/d。另可口服多种维生素。精神紧张、瘙痒症状明显伴失眠者,口服镇静、抗过敏药物。

(四) 物理治疗

同外阴慢性单纯性苔藓(见“外阴慢性单纯性苔藓”相关内容)。

(五) 外阴局部注药治疗

同外阴慢性单纯性苔藓(见“外阴慢性单纯性苔藓”相关内容)。

(六) 手术治疗

病情严重或药物治疗无效者,可行表浅外阴切除手术,但手术切除后复发率高。

第三节 其他外阴色素减退性疾病

一、扁平苔藓

扁平苔藓(lichen planus)属于 2006 年 ISSVD 分类中的苔藓样型,为细胞免疫异常介导的皮肤病损,可合并艾滋病、恶性肿瘤、肝硬化、消化性溃疡、乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎、溃疡性结肠炎等。常见于 40 岁以上女性,主要症状为外阴瘙痒,有烧灼感,部分病例无症状。病损外观高度可变,可表现为网格状丘疹到侵蚀性脱屑,常出现在外阴和阴道。病变后期,可以出现小阴唇和阴蒂包皮的粘连、色素沉着、阴道口狭窄。确诊主要依靠组织学检查。局部应用糖皮质激素,症状缓解率可达 94%。口服环孢素也有一定的缓解作用。

二、贝赫切特病

贝赫切特病(Behcet's disease)又称眼-口-生殖器综合征(oculo-oral-genital syndrome),属于 2006 年 ISSVD 分类中的脉管源性病损类型。该病以反复发作的口腔黏膜溃疡、外阴溃疡、眼炎或其他皮肤损害为主要特征,可伴有心血管系统、关节甚至中枢神经系统损害。病因不清,基本病理改变为多系统性血管炎。临床上以 20~40 岁女性多见,先出现口腔溃疡,然后出现外阴溃疡,最后出现眼部病变。溃疡为单个或多个,边界清楚,溃疡愈合后可形成瘢痕。溃疡初发时局部疼痛显著,急性期可有发热、乏力、头痛等全身症状。眼部病变最初表现为结膜炎、视网膜炎,晚期可出现眼前房积脓,最后可发生视神经萎缩,甚至失明。

患者具备两个主要症状或伴有其他系统症状,并且反复发作,据此可做出诊断。皮肤穿刺试验阳性有助于确诊。急性期内,白细胞中度增多,红细胞沉降率加快,但溃疡局部病理学检查无特异性。治疗主要是对症处理。若溃疡疼痛剧烈,可给予镇静剂或局部麻醉剂止痛。急性期内,给予糖皮质激素可促进溃疡愈合,若为预防复发,可给予小剂量长期应用。

三、外阴白癜风

外阴白癜风(vitiligo)是黑色素细胞被破坏所引起的疾病。病因不明,可能与自身免疫因素有关。患者外阴出现大小不等、形态不一、单发或多发的白色斑片区,外阴白色区周围皮肤往往有色素沉着,故界限分明。病变区皮肤光滑润泽,弹性正常。除外阴外,身体其他部位也可伴发白癜风。患者一般无不适。故除伴发皮炎应按炎症处理外,通常不需治疗。

四、继发性外阴色素减退性疾病

继发性外阴色素减退性疾病伴发于各种慢性外阴病变,包括糖尿病外阴炎、外阴阴道假丝酵母菌病、外阴擦伤、外阴尖锐湿疣等。患者多有局部瘙痒、灼热甚至疼痛等自觉症状,检查可见外阴表皮过度角化,角化表皮常脱屑而呈白色,临床上常被误诊为外阴慢性单纯性苔藓。但通常在原发疾病治愈后,白色区随之消失。若在表皮脱屑区涂以油脂,白色也可减退,据此可鉴别诊断。治疗应针对原发疾病进行治疗。此外,还应注意个人卫生,经常保持外阴干燥、清洁。不宜常用肥皂、清洁剂、药物擦洗外阴。

(董 浩 李艳丽)

第二章 妊娠流产相关疾病

一、概述

妊娠未达到 28 周、胎儿体重不足 1000 g 而终止者为流产。发生在妊娠 12 周前者为早期流产,发生在妊娠 12 周或之后者为晚期流产。

二、病因

1. 胚胎因素 胚胎或胎儿染色体数目及结构异常是导致流产的主要原因。
2. 母体因素 全身性疾病,生殖器官异常,内分泌异常,强烈应激与不良习惯,免疫功能异常。
3. 父亲因素 有研究证实精子的染色体异常可以导致流产。
4. 环境因素 过多接触放射线及毒物。

三、临床表现

临床表现主要为停经后阴道出血和腹痛,如表 2-1 所示。

表 2-1 各型流产的临床表现

流产类型	临床表现
先兆流产	有停经史,阴道出血少,无妊娠物排出,随后出现阵发性下腹痛或腰背痛。宫口闭合,胎膜未破,子宫大小与停经周数相符。休息及治疗后症状消失,可继续妊娠。如阴道流血量增多或下腹痛加重,可发展为难免流产
难免流产	有停经史,多有先兆流产症状,阴道出血量增多,阴道流液(胎膜已破),腹痛加剧。宫口已扩张,有时见胚胎组织或羊膜囊堵塞宫颈,子宫大小与停经周数基本相符或略小
不全流产	有停经史,多有难免流产症状,部分妊娠物排出,部分残留于宫腔内或嵌顿于宫颈处,或胎儿排出后胎盘滞留宫腔或嵌顿于宫颈,阴道出血增多,甚至发生失血性休克。宫口已扩张,宫颈有妊娠物堵塞及持续性血液流出,子宫小于停经周数
完全流产	有停经史,多有难免流产症状,无腹痛,阴道出血极少,妊娠物完全排出,宫口闭合,子宫接近正常大小

流产类型	临床表现
稽留流产	有停经史,早孕反应消失,曾有先兆流产症状或无任何症状,子宫不再增大反而缩小。若已到妊娠中期,孕妇腹部停止增大,胎动消失。宫口闭合,子宫小于孕周,未闻及胎心。容易发生凝血功能障碍。空妊娠囊也可归为稽留流产
流产合并感染	在流产过程中,出现宫腔感染,表现为下腹痛、白带恶臭,腹部压痛、发热及白细胞增高,严重者并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克
复发性流产	指同一性伴侣连续发生3次及以上的自然流产

四、诊断

(一) 稽留流产超声诊断依据

- (1) 妊娠囊直径大于或等于 25 mm 时无胚芽或卵黄囊。
 - (2) 冠-臀长(CRL)不小于 7 mm 时胚胎无心管搏动。
 - (3) 超声见妊娠囊但无卵黄囊,2 周后胚胎仍无心管搏动。
 - (4) 超声见妊娠囊和卵黄囊,11 天后胚胎仍不见心管搏动。
- 具备以上条件其中之一者即可诊断为稽留流产。

(二) 早期妊娠阴道超声特征及血 β -hCG

阴道超声下早期妊娠结构出现时间及早期妊娠血 β -hCG 参考值如表 2-2 及表 2-3 所示。

表 2-2 阴道超声下早期妊娠结构出现时间

停经天数/天	28~35	35~42	42~49	49~56
孕囊	100%	—	—	—
卵黄囊	0	91%	100%	—
心管搏动	0	0	86%	100%

表 2-3 早期妊娠血 β -hCG 参考值

孕周/周	β -hCG 值/(mU/mL)
3	5~50
4	5~426
5	18~7340
6	1080~56500
7~8	7650~229000
9~12	25700~288000

五、鉴别诊断

各型流产的鉴别诊断见表 2-4。

表 2-4 各型流产的鉴别诊断

类型	病史			妇科检查	
	出血量	下腹痛	组织排出	宫口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭	与妊娠周数相符
难免流产	中→多	加剧	无	扩张	相符或略小
不全流产	少→多	减轻	部分排出	扩张或有物堵塞	小于妊娠周数
完全流产	少→无	无	全部排出	闭	正常或略大

早期自然流产应与异位妊娠、葡萄胎、功能失调性子宫出血及子宫肌瘤等相鉴别。

六、治疗

(一) 先兆流产

适当休息,禁性生活。黄体功能不全者可肌内注射(简称肌注)黄体酮 20~40 mg,每日一次,或口服孕激素制剂;甲状腺功能减退者可口服小剂量甲状腺片。若经治疗,阴道流血停止,超声检查提示胚胎存活,则继续妊娠;若临床症状加重,超声检查发现胚胎发育不良,血 β -hCG 持续不升或下降,应终止妊娠。

(二) 难免流产

一旦确诊,立即行刮宫术或钳夹术,出血多或子宫收缩不良时,可用缩宫素 10~20 U 肌内注射或静脉滴注。

(三) 不全流产

一经确诊,立即行刮宫术或钳夹术,若患者出现休克,应同时输血、输液治疗,给予抗生素预防感染。

(四) 完全流产

如无感染可不作特殊处理,但需要定期复查 β -hCG 至正常。

(五) 稽留流产

查血常规、凝血功能,并做好输血准备。患者可先口服雌激素类药物 3~5 日,提高子宫肌对缩宫素的敏感性。或口服米非司酮 50 mg,每 24 h 1 次或 2 次,共服用 1~6 次,末次服用之后 12 h 口服米索前列醇 0.6 mg;小于 12 周者行刮宫术,大于 12 周者必要时可用前列腺素或羊膜腔内注射利凡诺尔引产。

(六) 感染性流产

治疗原则是在控制感染的同时尽快清除宫内残留物。若阴道出血不多,先给予广谱抗生素 2~3 日,待感染控制后再行刮宫术。若阴道出血多,则静脉滴注抗生素及输