临 床 处 方 丛 书

妇产科

临床处方手册

FUCHANKE LINCHUANG CHUFANG SHOUCE

主编 韦镕澄 万贵平

江苏科学技术出版社



www.dxy.cn/bbs

主　编　韦镕澄　万贵平
副主编　彭根大　柴利强　王　珏　顾俊杰　孙金玉

临　床　处　方　丛　书

妇产科临床处方手册



www.dxy.cn/bbs

图书在版编目(CIP)数据

妇产科临床处方手册/韦镕澄,万贵平主编 .—南京:江苏科学技术出版社,2002.1
(临床处方丛书)
ISBN 7-5345-3493-3

Ⅰ.妇... Ⅱ.①韦...②万... Ⅲ.妇产科病—处方—手册 Ⅳ.R710.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 080332 号

妇产科临床处方手册

主　　编	韦镕澄　万贵平
责任编辑	徐祝平
出版发行	江苏科学技术出版社 (南京市湖南路 47 号,邮编:210009)
经　　销	江苏省新华书店
照　　排	南京展望照排印刷有限公司
印　　刷	扬州鑫华印刷有限公司
开　　本	787mm × 1092mm　1/32
印　　张	11.5
字　　数	250 000
版　　次	2002 年 1 月第 1 版
印　　次	2002 年 1 月第 1 次印刷
印　　数	1—5 000 册
标准书号	ISBN 7—5345—3493—3/R·601
定　　价	20.00 元

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换。

www.dxy.cn/bbs

本书编写人员名单

主　　编　韦镕澄　万贵平

副 主 编　彭根大　柴利强　王　珏　顾俊杰
孙金玉

编写人员（以姓氏笔画为序）

万贵平　王　珏　韦镕澄　宁魏青
孙金玉　纪统慧　邱云芬　陈沿东
宗　英　范剑虹　郑江丽　胡惠敏
徐　辉　柴利强　顾俊杰　彭　兰
彭根大　戴　雪　瞿　琳

www.dxy.cn/bbs

前 言

我们通过40多年的临床实践，深深地体会到临床处方用药的重要性。妇产科临床医师在应用药物治疗该科疾病开列处方时，不仅要掌握药物的药理特性、应用原则、剂量大小、用药方法、疗程长短，而且要慎重衡量病人的年龄、是否妊娠以及妊娠时间等情况。正确选择与合理用药，方能使药物发挥最大治疗作用，且不产生或少产生不良反应。有鉴于此，我们特组织了10余位在临床第一线工作，具有丰富临床经验的妇产科专家、教授、医学博士等共同编写了《妇产科临床处方手册》一书，希望能为妇产科医师的临床工作有所帮助，使之成为一本有用的工具书。

本书包括产科、妇科的常见疾病，有些疾病因病情、类型不同而处理不同则分别介绍。每一疾病均从"诊断要点、治疗要点、处方、警示"四大方面进行阐述。"处方"是该书的特色，故特别列出，以利年轻医师查找选用。"处方"以临床应用的正规模式开列，药物的剂量、用法、疗程具体，而且还明确了用药的先后顺序，什么情况下该换药，什么情况下该减量，什么情况下要改变用药方法，如何联合用药都一一作了交代。妇产科疾病的治疗，用药只是一种手段，或者只是综合治疗的一个部分，所以手术治疗、辅助治疗以及一些特殊治疗，在治疗要点中也提纲挈领地作了介绍。"警示"则为该书的第二大特点，主要阐述了治疗方面的有关问题，介绍了处方中用药的注意事项，选用和更换药物的原则，治疗过程中可能出现什么样的药物副作用，出现副作用怎么办，尤其解决了控制孕妇病情发展和影响胎儿发育出现治疗矛盾时如何处理的问题。"警示"对诊断方面的一些关键

www.dxy.cn/bbs

问题也作了相应说明。因为该书是一本妇产科临床治疗指导用书，所以疾病诊断方面只作了条目化的简要介绍，点到即止，未予展开叙述。

该书为了贴近临床工作，开列处方时采用了临床上常用的缩写，特作如下说明：

GS = 葡萄糖溶液	GNS = 葡萄糖盐液	NS = 生理盐水
qd = 每日 1 次	bid = 每日 2 次	tid = 每日 3 次
qid = 每日 4 次	qod = 隔日 1 次	st = 即刻
q6h = 6 小时 1 次	iv = 静脉注射	iv gtt = 静脉滴注
im = 肌内注射	ih = 皮下注射	口服则省略
d = 日、天	h = 小时	min = 分钟 s = 秒

疾病的临床表现千变万化，产科涉及到孕妇和胎儿两个方面，读者切不可生搬硬套，要密切结合病人的具体情况，因人而异，合理选用处方，结合手术和其他治疗，以制定和采用最佳的治疗方案。

本书可供年轻的妇产科医师、基层医务工作者临床工作时参考。

由于编写时间紧迫，加之编者水平有限，不妥之处在所难免，恳切希望广大同道惠予指正。

韦镕澄　万贵平

www.dxy.cn/bbs

目 录

第一篇 产 科

第一章 正常妊娠 …… 3
第一节 早期妊娠 …… 3
第二节 中晚期妊娠 …… 4
第二章 病理妊娠 …… 7
第一节 流产 …… 7
一、先兆流产 …… 7
二、难免流产 …… 8
第二节 早产 …… 9
第三节 过期妊娠 …… 10
第四节 前置胎盘 …… 14
第五节 多胎妊娠 …… 15
第六节 胎盘早剥 …… 18
第七节 妊娠剧吐 …… 19
第八节 异位妊娠 …… 20
第九节 母儿血型不合 …… 23
一、ABO 血型不合 …… 23
二、Rh 血型不合 …… 26
第十节 胎儿宫内发育迟缓 …… 27
第十一节 胎儿宫内窘迫 …… 30
第十二节 羊水过少 …… 32
第十三节 羊水过多 …… 33
第十四节 死胎 …… 35
第十五节 妊娠高血压综合征 …… 35

www.dxy.cn/bbs

第三章 妊娠合并症 …… 40
第一节 心血管疾病 …… 40
一、原发性高血压 …… 40
二、妊娠合并心脏病 …… 42
第二节 呼吸系统疾病 …… 48
一、肺结核 …… 48
二、支气管哮喘 …… 51
三、肺炎 …… 56
第三节 妊娠合并消化系统疾病 …… 59
一、病毒性肝炎 …… 59
二、急性胆囊炎、胆石症 …… 63
三、急性阑尾炎 …… 65
四、消化性溃疡 …… 67
五、急性胰腺炎 …… 69
六、肠梗阻 …… 73
第四节 内分泌疾病 …… 75
一、糖尿病 …… 75
二、甲状腺功能亢进症 …… 78
三、甲状腺功能减退症 …… 81
四、肾上腺皮质功能减退症 …… 82
第五节 妊娠合并泌尿系统疾病 …… 84
一、急性肾炎 …… 84
二、慢性肾炎 …… 86
三、肾盂肾炎 …… 87
四、急性膀胱炎 …… 89
第六节 血液系统疾病 …… 90
一、缺铁性贫血 …… 90
二、再生障碍性贫血 …… 93
三、特发性血小板减少性紫癜 …… 98
四、血栓性血小板减少性紫癜 …… 102
五、血友病 …… 104
第七节 妊娠合并神经系统疾病 …… 108

www.dxy.cn/bbs

一、蛛网膜下隙出血 …… 108
二、缺血性脑梗死 …… 109
三、癫痫 …… 111
四、偏头痛 …… 113
第八节 妊娠期合并病毒感染 …… 115
一、风疹 …… 115
二、巨细胞病毒感染性疾病 …… 116
三、单纯疱疹病毒感染 …… 118
四、流行性感冒 …… 120
五、柯萨奇病毒感染 …… 121
六、埃可病毒感染 …… 122
七、流行性腮腺炎 …… 123
八、水痘-带状疱疹病毒感染 …… 124
九、尖锐湿疣 …… 125
第九节 妊娠合并性病 …… 127
一、梅毒 …… 127
二、淋病 …… 131
第四章 分娩期并发症 …… 134
第一节 胎膜早破 …… 134
第二节 羊膜感染综合征 …… 135
第五章 产褥期疾病 …… 138
第一节 产褥感染 …… 138
第二节 产褥中暑 …… 141
第三节 子宫复旧不全 …… 143
第四节 晚期产后出血 …… 145
第五节 急性乳腺炎 …… 147
第六节 产褥抑郁症 …… 148

第二篇 妇 科

第六章 外阴炎症 …… 153
第一节 非特异性外阴炎 …… 153

www.dxy.cn/bbs

第二节 婴幼儿外阴炎 …… 154
第三节 念珠菌外阴炎 …… 155
第四节 前庭大腺炎 …… 157
第五节 前庭大腺囊肿 …… 158
第六节 外阴溃疡 …… 159
第七节 外阴尖锐湿疣 …… 160
第七章 阴道炎症 …… 163
第一节 念珠菌阴道炎 …… 163
第二节 滴虫性阴道炎 …… 164
第三节 老年性阴道炎 …… 165
第四节 婴幼儿阴道炎 …… 166
第五节 细菌性阴道病 …… 167
第六节 阿米巴阴道炎 …… 169
第八章 子宫颈炎 …… 171
第一节 急性子宫颈炎 …… 171
第二节 慢性子宫颈炎 …… 171
第三节 病毒性宫颈炎 …… 173
第四节 结核性宫颈炎 …… 175
第五节 放射菌性宫颈炎 …… 175
第九章 盆腔炎 …… 177
第一节 急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎 …… 177
第二节 慢性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎 …… 180
第三节 急性盆腔结缔组织炎 …… 181
第四节 慢性盆腔结缔组织炎 …… 182
第五节 盆腔脓肿 …… 183
第十章 生殖器结核 …… 184
第十一章 女性性病 …… 187
第一节 淋病 …… 187
第二节 梅毒 …… 187

www.dxy.cn/bbs

第三节 衣原体感染 …… 187
第四节 尖锐湿疣 …… 188
第十二章 外阴肿瘤 …… 189
第一节 外阴良性肿瘤 …… 189
第二节 外阴瘤样病变 …… 191
第三节 外阴恶性肿瘤 …… 193
一、外阴鳞状上皮细胞癌 …… 193
二、外阴恶性黑色素瘤 …… 199
三、外阴湿疹样癌 …… 201
四、外阴基底细胞癌 …… 202
五、外阴肉瘤 …… 203
第十三章 阴道肿瘤 …… 206
第一节 阴道囊肿 …… 206
一、中肾管囊肿和副中肾管囊肿 …… 206
二、包涵囊肿 …… 207
第二节 阴道腺病 …… 207
第三节 阴道良性肿瘤 …… 208
第四节 阴道恶性肿瘤 …… 210
一、原发性阴道鳞状细胞癌 …… 210
二、其他阴道恶性肿瘤 …… 213
第十四章 子宫肿瘤 …… 217
第一节 子宫肌瘤 …… 217
附：子宫肌瘤合并妊娠 …… 221
第二节 子宫颈癌 …… 221
第三节 复发性子宫颈癌 …… 227
第四节 子宫内膜癌 …… 230
第五节 子宫肉瘤 …… 235
第十五章 卵巢肿瘤 …… 240
第一节 卵巢良性肿瘤 …… 240
第二节 卵巢恶性肿瘤 …… 241

www.dxy.cn/bbs

第三节 转移性卵巢肿瘤 …… 247
第十六章 滋养细胞疾病 …… 250
第一节 葡萄胎 …… 250
第二节 侵蚀性葡萄胎 …… 252
第三节 绒毛膜细胞癌 …… 253
第四节 胎盘部位滋养细胞肿瘤 …… 262
第十七章 输卵管肿瘤 …… 263
第一节 输卵管良性肿瘤 …… 263
第二节 原发性输卵管癌 …… 264
第十八章 子宫内膜异位症 …… 267
第一节 子宫内膜异位症 …… 267
第二节 子宫肌腺病 …… 271
第十九章 常见放疗并发症 …… 273
一、放射性直肠炎 …… 273
二、放射性膀胱炎 …… 275
第二十章 功能失调性子宫出血 …… 278
第二十一章 闭经 …… 283
第二十二章 闭经溢乳综合征 …… 287
第二十三章 多囊卵巢综合征 …… 291
第二十四章 痛经 …… 294
第二十五章 经前期综合征 …… 297
第二十六章 围绝经期综合征 …… 299
第二十七章 高雄激素血症 …… 303
第二十八章 卵巢早衰 …… 306
第二十九章 女性生殖器官损伤及损伤性疾病 …… 308
第一节 外生殖器损伤 …… 308
一、外阴损伤 …… 308
二、阴道损伤 …… 309
第二节 子宫损伤 …… 310
一、子宫穿孔 …… 310

www.dxy.cn/bbs

二、子宫颈撕裂 …… 312
第三节 生殖器官异物残留 …… 313
第四节 子宫脱垂 …… 314
第五节 膀胱膨出和尿道膨出 …… 316
第六节 直肠膨出 …… 317
第三十章 女性性功能失调 …… 319
第三十一章 乳腺疾病 …… 321
第一节 急性乳腺炎 …… 321
第二节 乳腺良性肿瘤 …… 323
一、乳腺腺纤维瘤 …… 323
二、乳腺导管内乳头状瘤 …… 324
第三节 乳腺增生性病变 …… 325
一、乳腺囊性增生病 …… 325
二、乳腺小叶增生 …… 326
第四节 乳腺恶性肿瘤 …… 326
第三十二章 外阴皮肤病 …… 332
第一节 变应性皮肤病 …… 332
一、外阴湿疹 …… 332
二、外阴接触性皮炎 …… 334
第二节 神经功能障碍性皮肤病 …… 336
一、外阴瘙痒症 …… 336
二、外阴神经性皮炎 …… 337
第三节 外阴其他皮肤病 …… 339
一、擦烂 …… 339
二、外阴癣 …… 339
三、外阴白色病变 …… 340
第三十三章 计划生育与不孕症 …… 343
第一节 不孕症 …… 343
第二节 辅助生殖助孕技术 …… 346
第三节 女用避孕药 …… 349
第四节 药物流产 …… 353

www.dxy.cn/bbs

第一篇　产　　科

www.dxy.cn/bbs

第一章 正常妊娠

第一节 早期妊娠

妊娠12周末以前称为早期妊娠

【诊断要点】

1. 病史与症状

(1) 停经：平时月经周期规则的生育年龄已婚妇女月经过期10 d或10 d以上。

(2) 早孕反应：50%的妇女于停经6周左右可出现早孕反应，表现为畏寒、头晕、乏力、嗜睡、食欲不振、喜食酸物或厌食油腻、恶心、晨起呕吐等。

(3) 尿频：排尿次数比平时增多，每次尿量减少。

2. 体征

(1) 乳房的变化：孕妇自觉乳房轻度胀痛及乳头疼痛，乳头及其周围皮肤着色加深。

(2) 生殖器官的变化：阴道壁及宫颈充血呈蓝紫色。宫颈变软，子宫峡部极软，感觉宫颈与宫体似不连接，称"黑加征"。宫体增大变软，妊娠8周宫体为非孕宫体的2倍，妊娠12周约为3倍。

3. 辅助检查

(1) 超声检查：

a. B型超声显像法：妊娠5周时在增大子宫的轮廓中，见到来自羊膜囊的圆形光环(妊娠环)。

b. 超声多普勒法：在增大的子宫区内，听到有节律的、单一高调的、频率在150～160次/min的胎心音，最早出现在妊娠7周时。

(2) 妊娠试验：尿绒毛膜促性腺激素(HCG)试验为阳性。

(3) 黄体酮试验：每日肌内注射黄体酮20mg，共3 d，若停药超

www.dxy.cn/bbs

过7日仍未出现阴道流血，则妊娠可能性大。（此法目前少用）

（4）宫颈黏液检查：见到排列成行的椭圆体，不见羊齿状结晶，妊娠可能性大。

（5）基础体温测定：双相型体温的妇女，高温相持续18日不见下降，早期妊娠可能性大，高温相持续3周以上，早孕的可能性更大。

【治疗要点】

1. 一般治疗　注意休息加强营养，多食水果、牛奶等富含维生素、微量元素、蛋白质食物。

2. 药物治疗　主要针对处理早期妊娠常见消化道症状。

【处　方】

处方1　恶心、晨吐者选用。

维生素 B_6　10～20mg　tid

处方2　消化不良者选用。

维生素 B_1　20mg　tid

或　干酵母　3片　tid

或　胃蛋白酶　300mg　饭时与稀盐酸1ml同服　tid

或　孕康口服液　1支　tid

【警　示】

1. 妊娠是一个正常的生理过程，早孕反应一般对生活与工作影响不大，不需特殊治疗，多在妊娠12周前后自然消失。

2. 因为个体差异，少数孕妇早孕反应严重，恶心呕吐频繁，不能进食，影响身体健康，甚至威胁孕妇生命，称为妊娠剧吐，应积极处理。

3. 一旦怀疑为妊娠，应及时到医院检查确诊，以防异位妊娠的发生。

第二节　中晚期妊娠

妊娠第13～27周末称为中期妊娠，第28周末以后称为晚期妊娠。

www.dxy.cn/bbs

【诊断要点】

1. 有早期妊娠的经过，并逐渐感到腹部增大和自觉胎动。

2. 子宫增大，能扪到胎体，感到胎动，并可闻及频率为 120～140 次/min 的胎心音。

3. B 超检查能显示胎儿数目、胎产式、胎先露、胎方位，有无胎心搏动，以及胎盘位置、胎头双顶径，还可显示有无胎儿体表畸形。

【治疗要点】

1. 一般治疗

(1) 腰背痛明显者，必要时卧床休息、局部热敷及服止痛片。

(2) 下肢静脉曲张者，应避免长时间站立，下肢扎以弹性绷带，晚间睡眠时适当垫高下肢以利静脉回流。

(3) 患痔疮者应多吃蔬菜，少吃辛辣食物，必要时服缓泻剂软化大便，纠正便秘。

(4) 常出现于妊娠末期的仰卧位低血压，可改为侧卧姿势，血压可迅即恢复正常。

2. 药物治疗　主要补充胎儿发育需要的铁、维生素、钙剂等。

【处　方】

处方 1　消化系统症状者，见"第一节早期妊娠，处方 1、处方 2"。

处方 2　妊娠后半期应适时补充铁剂。

富马酸亚铁　200mg　qd

或　硫酸亚铁　300mg　qd

乳酸钙　1g　tid

处方 3　用于明确缺铁性贫血诊断者。

富马酸亚铁　400mg　tid

或　硫酸亚铁　600mg　tid

维生素 C　300mg　tid

处方 4　用于出现下肢肌肉痉挛等孕妇缺钙表现时。

乳酸钙　1g　tid

维生素 AD 丸　1 丸　tid

维生素 E　100mg　bid～tid

www.dxy.cn/bbs

处方5　便秘者，每日清晨饮开水1杯，必要时口服缓泻剂，禁用峻泻药及灌肠。

酚酞（果导）　1～2片　睡前口服

开塞露　1支　挤入直肠

【警　示】

1. 中、晚期妊娠应嘱孕妇定期到医院做产前检查。

2. 医师应教会孕妇进行自我监护，如每日数胎动等。

3. 如出现阴道流水、出血等情况，应及时去医院，以免延误治疗和抢救时机，危及孕妇及胎儿生命。

（顾俊杰）

www.dxy.cn/bbs

第二章 病理妊娠

第一节 流 产

妊娠不足28周，胎儿体重不足1 000 g而终止妊娠者称流产。流产发生于妊娠12周以前者称早期流产，发生在妊娠12周至不足28周者称晚期流产。自然流产的发生率占全部妊娠的15%左右，多数为早期流产。

一、先兆流产

妊娠28周前，先出现少量阴道流血，继之常出现阵发性下腹痛或腰背痛，妇科检查宫颈口未开，胎膜未破，妊娠物未排出，子宫大小与停经周数相符，妊娠有希望继续者。

【诊断要点】

1. 停经并伴有早孕反应。

2. 少量阴道流血。

3. 腹痛 阵发性下腹痛或腰背痛。

4. 妇科检查 宫颈口未开，胎膜未破，妊娠物未排出，子宫大小与停经周数相符。

5. B超检查 确定胎儿存活，胎儿大小与停经月份一致。

【治疗要点】

1. 一般治疗 卧床休息，禁忌性生活；心理治疗，使其情绪稳定，增强信心。

2. 药物治疗 主要以黄体酮、维生素E保胎，必要时给以对胎儿危害小的镇静剂。

【处 方】

处方1 用于黄体功能不足者。

黄体酮 20mg im qd

www.dxy.cn/bbs

处方2　用于一般先兆流产孕妇。

维生素E　100mg　qd或bid

处方3　用于孕妇情绪较为紧张者。

地西泮(安定)　2.5mg　qd

二、难免流产

指胎膜已破、宫口已开大,或胎儿已死亡,流产已不可避免。

【诊断要点】

1. 有先兆流产的症状。

2. 阴道流血增多,阵发性下腹痛加重或出现阴道流液(胎膜破裂)。

3. 妇科检查　宫颈口已扩张,有时可见胚胎组织或胚囊堵塞于宫颈口内,子宫大小与停经周数相符或略小。

4. B超检查　胎儿存活或已死亡。

【治疗要点】

1. 一般治疗　一旦确诊,及早使胚胎及胎盘组织完全排出。

2. 药物治疗　用于不全流产者,促使胎儿或胎盘组织排出、加强宫缩,防止出血。

【处　方】

5%GS	500ml	
缩宫素(催产素)	10~20单位	iv gtt　st

【警　示】

1. 先兆流产经治疗2周,症状不见缓解或反而加重者,提示可能为胚胎发育异常,进行B超检查及β-HCG测定,明确胚胎发育情况,给予相应处理,包括终止妊娠。

2. 难免流产为早期流产者,行负压吸宫术;晚期流产者,应用缩宫素(催产素),促使胎儿和胎盘组织排出。对妊娠产物认真检查,必要时送病理检查。

3. 不全流产流血多有休克表现者,应同时输血、输液,出血时间较长者,应给予抗生素预防感染。完全流产如无感染征象,一般不需特殊处理。

www.dxy.cn/bbs

4. 流产感染 如阴道流血不多，应用广谱抗生素 2～3 日，待控制感染后再行刮宫术，如阴道流血多，静滴广谱抗生素的同时，用卵圆钳将宫腔内残留组织夹出，使流血减少，术后继用抗生素，待感染彻底控制后再行彻底刮宫。

第二节 早 产

妊娠满 28 周至不满 37 周(196～258 d)间分娩者称早产。

【诊断要点】

1. 以往有流产、早产史，或本次妊娠期有阴道流血史。临床表现主要为子宫阵发性收缩，最初为不规则宫缩，并常伴有少许阴道流血或血性分泌物，以后发展为规则宫缩。

2. 阴道流水，胎膜早破。

3. 宫颈先消失，后扩张。

【治疗要点】

1. 一般治疗 卧床休息，心理治疗，消除紧张情绪。若胎儿存活，无胎儿宫内窘迫，胎膜未破，应设法抑制宫缩，尽可能使妊娠继续维持。若胎膜已破，早产已不可避免时，应尽力设法提高早产儿的存活率。

2. 药物治疗 选择 β 受体兴奋剂、硫酸镁、前列腺素抑制剂抑制宫缩。镇静剂只作为孕妇精神紧张时的辅助用药，为避免抑制新生儿的呼吸，临产后忌用。为避免新生儿呼吸窘迫综合征的发生，分娩前可选用糖皮质激素。

【处 方】

处方 1～3 中可任选一组药物用来抑制宫缩：

处方 1 β 受体兴奋剂能降低子宫平滑肌对刺激的应激性，达到抑制宫缩的目的。

利托君(安宝) 150 mg
5%GS 500 ml | iv gtt(150～350 μg/min)

宫缩抑制后连续滴注 12 h 后改用：

利托君 10 mg qid

www.dxy.cn/bbs

或　沙丁胺醇　首剂 4.8 mg　继后 2.4～4.8 mg　q8 h

处方 2　硫酸镁中镁离子直接作用于肌细胞，使平滑肌松弛，抑制子宫收缩。

首剂　5%GS　100～250 ml　|　25%硫酸镁　20 ml　|　iv gtt(30～60 min 滴完)

继后　5%GS　500 ml　|　25%硫酸镁　40 ml　|　iv gtt(维持 5～10 h)

处方 3　钙离子拮抗剂，抑制缩宫素及前列腺素的释放。

硝苯地平　10mg　舌下含服　tid

处方 4　镇静剂仅在孕妇紧张时作为辅助用药，临产后忌用。

地西泮(安定)　2.5mg　bid

处方 5　促进胎儿肺成熟，避免早产儿发生呼吸窘迫综合征。

地塞米松　5mg　im　tid　共 3 d

或　地塞米松　10mg　羊膜腔内注入　共 1 次

【警　示】

1. β受体兴奋剂的副作用较多，特别是心血管副作用较突出，常使母儿双方的心率增快，孕妇血压下降。此外尚有恶心、呕吐、头昏、出汗及血糖增高等副作用，应予注意。

2. 硫酸镁用药过程中应注意呼吸不得少于 16 次/min，24 h 尿量不少于 600 ml，膝反射存在。同时备 10%葡萄糖酸钙 10 ml，以便在硫酸镁中毒时解毒用。

3. 临产后慎用吗啡、哌替啶等抑制新生儿呼吸中枢的药物。

4. 产程中应给孕妇氧气吸入。

5. 分娩时可作会阴后-斜切开，以防早产儿颅内出血。

第三节　过期妊娠

凡平时月经周期规则，妊娠达到或超过 42 周尚未临产，称过期妊娠。

www.dxy.cn/bbs

【诊断要点】

1. 计算预产期，分辨生理性预产期。

(1) 据末次月经推算预产期，详细询问平时月经变异情况。

(2) 据基础体温推测算出排卵日，再加 256～270 d。

(3) 根据早孕反应(孕 6 周出现)时间加以估计。

(4) 妊娠早期曾做妇科检查者，按当时子宫大小推算。

(5) 孕妇初感胎动的周数×2，为预计可达足月分娩的日数(达 37 周)为足月。

(6) 连续 B 超下胎儿双顶径的测量：31～37 孕周平均每周增长 1.6 mm，38～40 孕周平均每周增长 1 mm，若每周增长 < 0.45 mm，胎儿过熟预测率为 90%。

2. 胎儿情况及胎盘功能检查

(1) 胎儿储备力检查：

a. 胎动计数：12 h 内胎动次数累计少于 10 次或逐日下降超过 50%，提示胎儿缺氧。

b. 胎心监护：若胎心基线伴有轻度加速、早期减速、偶发变异减速，表示宫内缺氧，但胎儿有一定储备，若出现重度以上的加速表示宫内缺氧严重，低储备。

(2) 胎盘功能检查：

a. 尿雌三醇(E_3)的连续测定：24 h 尿雌三醇的值为 25 mg，即使过期仍可继续妊娠；> 15 mg，胎儿多数健康；< 10 mg，胎盘功能减退；2～6 mg，胎儿濒临死亡。

b. B 超检查：胎盘成熟度Ⅲ级，羊水指数 < 8 mm，胎儿活动呈现保护性抑制。

c. 羊水性状检查：羊水量少，羊水指数 < 8 mm，羊水浑浊，羊水脂肪细胞计数 < 50%。

d. 阴道细胞涂片出现核致密的表层细胞。

e. 临产时胎儿头皮血 pH、PCO_2、PO_2、BE 的测定。

f. 胎盘病理检查：25%～30%绒毛和血管正常，15%～20%仅有血管形成不足，但无缺血影响，另有 40%血液灌注不足而导致缺血，供氧不足。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

1. 一般治疗

(1) 未完全肯定是否过期，但胎盘功能正常，胎儿情况良好，宫颈尚未成熟者可在严密监护下等待自然临产。

(2) 凡伴有高危因素的孕妇分娩时间不应超过预产期。

(3) 美国妇产科协会主张：正确推算预产期，从预产期起每周进行 NST 及 OCT 的监护 2 次，并以 B 超检查测定羊水指数，在停经 288～294 d 若无禁忌应进行引产。

(4) 对肯定过期妊娠的孕妇，应加强监测，防止过熟综合征的发生。

a. 每周门诊随访 2 次，有条件地区应收住入院观察。

b. 每周测定尿 E_3 或 E/C 比值 1～2 次。

c. 胎动计数每日早、中、晚各 1 次，每次 1 h，3 次胎动计数之和不应少于 10 次。

d. 每周监测 NST 和(或)OCT 2 次。

e. 有条件应作超声胎儿生物物理活动五项指标监测，如无条件至少每周测羊水指数 2 次，同时测量胎儿双顶径及胎盘形态分级。

f. 若以上指标均正常，无其他高危因素，可继续妊娠。但如果宫颈条件已成熟或无引产禁忌，可进行引产，以免在等待中胎盘功能不全造成胎儿死亡。

g. 以上监护指标提示胎盘功能不全时，如持续 E_3 低值，NST 呈无反应型，OCT 阳性，胎儿 BPD 不增长，羊水过少，胎盘形态Ⅲ级，胎儿五项生物评分中有两项阳性等都应及时终止妊娠。

2. 引产与产前处理

(1) 促宫颈成熟：

a. 刺激乳头法：用湿热毛巾按摩乳房，并徒手刺激乳头，每侧各 15 min，每日 3 次，共 3 d。

b. 小剂量缩宫素(催产素)静脉滴注法：详见"处方 1"。

c. 脱氢表雄酮(DHAS)制剂：详见"处方 1"。

d. 中药引产方剂、缓泻剂、蓖麻油鸡蛋餐均可以诱发宫缩，促进宫颈成熟。

www.dxy.cn/bbs

(2) 前列腺素促引产：详见"处方 2"。

3. 产时处理

(1) 按产程图各项时间要求，严防产程延长。

(2) 防高张性宫缩乏力，先在宫缩间期破水，视羊水性状后再酌情使用催产药物。

(3) 注意胎头下降及头周径、肩周径比例等情况，警惕阻塞性难产、肩难产发生。

(4) 常规左侧卧位。

(5) 防治母体脱水、酸中毒、血液浓缩及高凝状态。

(6) 面罩纯氧间断吸入。

(7) 有条件时做胎头皮血 pH 测定、胎心监护。

(8) 合并羊水过少，提倡产时应用经宫颈的双腔导管行羊膜腔输液术及羊水置换术。

(9) 当分娩期头盆关系不紧张时，以阴道手术助产为宜。

【 处 方 】

处方 1 促宫颈成熟。

0.5%～1%缩宫素(催产素) 500 ml iv gtt qd 连续 3 d

和(或) 脱氢表酮(DHAS) 100 mg 2 次/周(从 38 孕周开始) 共 6 次

处方 2 促引产，但不宜推广。

米索前列醇 50 μg(1/4 片) 阴道后穹隆置药 平卧 1/2 h 每 3～4 h 重复 1 次(直至出现有效宫缩) 最大剂量为 50 μg×3 次

【 警 示 】

1. 过期妊娠终止的方法应酌情而定，宫颈已成熟者应人工破膜，羊水多而清，可在严密监护下经阴道分娩。

2. 过期妊娠者剖宫产指征 ① 引产失败；② 产程长，胎儿先露部下降不满意；③ 产程中出现胎儿窘迫综合征；④ 头盆不称、巨大儿、臀位伴骨盆轻度狭窄；⑤ 高龄初产妇；⑥ 破膜后羊水量少、黏稠、胎粪污染。

www.dxy.cn/bbs

3. 过期儿死亡率较高，应及时发现和处理新生儿窒息、低血容量休克及代谢性酸中毒等并发症。

4. 米索前列醇的副作用之一为宫缩过频或过强，可引起胎心率改变甚至宫内窘迫，为此建议小量重复用药，每次以 25 μg 为宜。

第四节　前置胎盘

孕 28 周后若胎盘附着于子宫下段，甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，其位置低于胎先露部称为前置胎盘。

【诊　断】

1. 妊娠晚期或临产时突然发生无诱因无痛性反复阴道流血。

2. 贫血甚至休克，胎先露高浮，胎儿宫内窘迫。在输血、输液条件下阴道检查发现手指与胎先露之间有较厚软组织。

3. 超声检查　可以确诊，并可明确前置胎盘的类型。宫颈内口全部被胎盘组织所覆盖为完全性前置胎盘；宫颈内口的一部分被胎盘组织所覆盖为部分性前置胎盘；胎盘边缘附着于子宫下段甚至达宫颈内口，但不超过宫颈内口为边缘性前置胎盘。

4. 产后检查胎盘及胎膜发现胎膜破口距胎盘边缘距离 < 7 cm 为前置胎盘。

【治疗要点】

1. 处理原则　止血补血。在保证孕妇安全的前提下保胎，即减少母亲出血，促进胎儿存活，适时进行分娩。

2. 药物治疗　包括镇静、纠正贫血、抑制宫缩、促进胎儿肺成熟。

3. 手术治疗　在保守治疗无效时，必须及时手术终止妊娠，必要时切除子宫。

【处　方】

(1) 苯巴比妥　30 mg　tid

或　地西泮(安定)　2.5 mg　tid

(2) 速力菲　0.1g　bid

www.dxy.cn/bbs

(3) 首剂 25%硫酸镁 20 ml
5%葡萄糖液 100～250 ml | iv gtt(30～60 min 内滴完)

继后 5%葡萄糖液 500 ml
25%硫酸镁 40 ml | iv gtt(维持 5～10h)

(4) 地塞米松 5 mg im tid 共 3 d

(5) 吸氧 20～30 min tid

【警 示】

1. 前置胎盘分娩后由于子宫下段肌组织非薄,收缩力较差,附着于此处的胎盘剥离后,血窦一时不易缩紧闭合,故常发生产后出血。

2. 因子宫蜕膜发育不良等原因,胎盘绒毛可植入子宫肌层,形成植入性胎盘而发生大出血,应备好大量血液和液体,作好一切抢救母婴准备。

3. 前置胎盘易诱发羊水栓塞。

4. 前置胎盘出血多发生于妊娠晚期,被迫早产。同时由于产前出血乃至手术,产妇休克而导致胎儿窘迫发生,胎儿可因严重缺氧死于宫内,也可因早产儿生活力差而死亡。

5. 病人阴道大量流血而当地无条件处理,先输液、输血,在消毒下进行阴道填纱,腹部加压包扎,以暂时压迫止血,并迅速护送转院治疗。

6. 终止妊娠指征

(1) 孕妇反复多量出血致贫血甚至休克者,无论胎肺成熟与否,为求母亲安全而终止妊娠。

(2) 胎龄达 36 周以后有出血者终止妊娠。

(3) 胎儿成熟度检查提示胎儿肺成熟者终止妊娠。

第五节 多胎妊娠

一次妊娠有两个或两个以上胎儿称为多胎妊娠,其中以双胎最多见。多胎妊娠为高危妊娠,孕妇并发症发生率、围生儿并发症

www.dxy.cn/bbs

发生率与死亡率均较高，本节着重阐述双胎。

【诊断要点】

1. 病史　可有家族史，促排卵药物治疗史，早孕反应较重，腹部增大快。

2. 产前检查

(1) 子宫比孕周大，羊水量较多。

(2) 孕晚期触及多个小肢体、两个胎头或三个肢体。

(3) 胎头较小，与子宫大小不成比例。

(4) 在不同部位听到两个频率不同的胎心，或两胎心音之间隔有无音区。

(5) 孕中晚期体重增加过快，不能用水肿或肥胖解释者。

3. 辅助检查

(1) B超检查：可早期诊断双胎、畸胎。于孕7～8周时可见到两个妊娠囊。

(2) 多普勒胎心仪：孕12周后听到两个频率不同的胎心音。

【治疗要点】

1. 一般处理　定期产前检查，加强营养，补充足够的蛋白质、维生素、铁剂、叶酸、钙剂等；孕晚期避免过劳，30周后多卧床休息；防止早产和产后出血。

2. 妊娠期处理

(1) 确诊为联体畸形时，妊娠26周前行引产术，26周后一般需剖宫取胎。

(2) 发现双胎中一个胎儿死亡的处理：早期死亡可不必处理；孕晚期死亡者，稽留4周以上需测定凝血功能指标，若纤维蛋白原含量＜1.5 g/L，可用小剂量肝素治疗，用药期间应作试管凝血时间监测，等待至胎儿成熟适时分娩。

3. 分娩期处理　双胎子宫过度膨胀，易发生宫缩乏力，可加用低浓度缩宫素（催产素）缓慢静滴，必须有专人守护。为预防产后出血，应在第二个胎儿娩出前即时用药。

【处　方】

处方1　双胎中有一胎死亡，为预防凝血，可应用小剂量肝素。

www.dxy.cn/bbs

肝素 0.15～1.0 mg/kg iv gtt q6 h

处方 2 在临产过程中如发生宫缩乏力，可加用低浓度缩宫素（催产素）缓慢静滴。

缩宫素（催产素）	2～5 单位	
10%GS	500 ml	iv gtt（缓慢） st

处方 3 为预防产后出血，应在第二个胎儿娩出后即时用药。

缩宫素（催产素）	10～20 单位	
10%GS	10 ml	iv st

或 麦角新碱 0.2 mg im st

【警 示】

1. 双胎妊娠引产指征

（1）合并急性羊水过多，有压迫症状，孕妇腹部过度膨胀，呼吸困难，严重不适。

（2）胎儿畸形。

（3）母亲有严重并发症，不允许继续妊娠。

（4）预产期已到尚未临产，胎盘功能减退者。

2. 剖宫产指征

（1）异常胎先露如第一胎儿肩先露，或易发生胎头交锁和碰撞的胎位及单羊膜囊双胎、联体双胎等。

（2）脐带脱垂、前置胎盘、先兆子痫、子痫、胎膜早破、继发性宫缩乏力，经处理无效者。

（3）第一个胎儿娩出后若发现先兆子宫破裂，或宫颈痉挛，为抢救母婴生命也应行剖宫产。

3. 阴道分娩注意事项

（1）第一个胎儿娩出后应立即断脐，钳夹紧胎盘侧的脐带，以防第二个胎儿失血。

（2）第一个胎儿娩出后如无异常，一般等候 10～20 min，如超过 15 min 仍无宫缩，可行人工破膜，加用缩宫素（催产素）。

（3）第二个胎儿娩出后腹部加沙袋，用腹带裹紧腹部，以防腹压突然下降引起休克。

www.dxy.cn/bbs

(4) 产后给抗生素预防及控制感染。

第六节　胎盘早剥

妊娠20周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称为胎盘早剥。

【诊断要点】

1. 孕妇有重度妊娠高血压综合征、慢性高血压、慢性肾脏疾病、全身血管病变或有外伤、外转胎位以及孕妇长时间取仰卧位病史及过程。

2. 持续剧烈的腹痛。

3. 隐性出血或阵发性出血，贫血程度与外出血量不成正比。

4. 查体发现子宫硬如板状，有压痛、较孕周大，宫底继续升高。

5. 出现胎儿窘迫或死亡。

6. 产后检查胎盘母体面有凝血块及压迹。

7. B超示胎盘位置正常，有胎盘后血肿。

【治疗要点】

1. 处理原则　① 积极纠正休克，开放静脉通路，补充血容量，输新鲜血；② 及时终止妊娠，可采用阴道分娩或剖宫产方法进行；③ 预防产后出血：分娩后应及时应用子宫收缩剂，并按摩子宫，无效者需作子宫切除；④ 发生凝血功能障碍者，应积极处理；⑤ 预防肾衰竭。

2. 药物治疗　控制产后出血；针对DIC不同阶段，选择抗凝、抗纤溶药物。

3. 手术治疗　剖宫产是及时终止妊娠的一种方法，术中如发现子宫卒中，经处理后出血量仍较多，应及时切除子宫，以免延误治疗时机。

【处　方】

处方1　产后出血者使用。

缩宫素(催产素)　20单位　iv或宫体肌注　st

米索前列醇　600μg　舌下含服　st

www.dxy.cn/bbs

处方2 凝血功能障碍者使用。

输新鲜血或新鲜冰冻血浆，量根据具体情况定。

或 纤维蛋白原 3～6 g iv gtt st

和(或) 血小板悬液 10单位 iv gtt st

处方3 DIC高凝期加用。

NS 100 ml
肝素 1 000单位 | iv gtt st

【警 示】

1. 胎儿娩出前胎盘剥离可能继续加重，难以控制出血，时间越长，病情越重，故一旦确认重型胎盘早剥，必须及时终止妊娠。对以显性出血为主，宫口已开大，经产妇、一般情况好，估计短时间内能结束分娩者可阴道分娩。剖宫产指征：① 重型胎盘早剥，特别是初产妇，不能在短时间内结束分娩者；② 轻型胎盘早剥，出现胎儿窘迫征象，需抢救胎儿者；③ 重型胎盘早剥产妇病情恶化，胎儿已死，不能立即分娩者；④ 破膜后产程无进展者。

2. 剖宫产取出胎儿胎盘后，若发现子宫胎盘卒中，经缩宫素(催产素)子宫肌壁注射、按摩子宫，热盐水纱布湿热敷子宫，结扎子宫动脉及上行支等方法都不能止血或发现DIC则应将子宫切除。

第七节 妊娠剧吐

少数孕妇早孕反应严重，恶心、呕吐频繁，不能进食，影响身体健康，甚至威胁孕妇生命时，称妊娠剧吐。

【诊断要点】

1. 多见于年轻初孕妇。初为早孕反应，逐渐加重，直至呕吐频繁不能进食，呕吐物中有胆汁或咖啡渣样物。重度病人可出现意识模糊及昏睡状态。

2. 病人明显消瘦，极度疲乏，皮肤黏膜干燥，眼球下陷，脉搏增快，体温轻度升高，甚至出现血压降低、尿量减少。

3. 血红蛋白及血细胞比积升高、尿比重增加，并出现酮体；可

www.dxy.cn/bbs

因肝肾功能受损出现黄疸，血胆红素和转氨酶升高，血尿素氮和肌酐增高，尿中出现蛋白和管型。眼底检查可发现视网膜出血。

【治疗要点】

1. 一般处理　给予精神安慰、解除顾虑；通常住院治疗，应先禁食 2～3 d，呕吐停止后可试进食；每日尿量至少应达到 1 000 ml。

2. 药物处理　补充液体、电解质、维生素，纠正酸碱平衡失调，止吐。

【处　方】

处方 1　静脉补液，补充热量。

5%GS	2 000 ml	iv gtt　qd
5%GNS	1 000 ml	
10%氯化钾	20 ml	
维生素 C	1 g	
维生素 B_6	50～100 mg	im　qd

处方 2　纠正代谢性酸中毒者。

5%碳酸氢钠　100 ml　iv gtt　qd

处方 3　据报道葡萄糖醛酸内酯（肝泰乐）有一定疗效。

10%GS	40 ml	iv　bid　共 7 d
葡萄糖醛酸内酯	500 mg	

【警　示】

1. 若治疗后，病情不见好转，体温增高达 38℃以上，心率超过 120 次/min 或出现黄疸时，应考虑终止妊娠。

2. 妊娠剧吐可并发 Wernicke 脑病，Wernicke 脑病是指因体内维生素 B_1 缺乏引起的一系列神经精神症状，病死率较高（17%～43%），常死于肺水肿及呼吸肌麻痹。及时合理治疗妊娠剧吐甚为重要，需补充大量维生素 B_1 及其他 B 族维生素，并考虑及时终止妊娠。

第八节　异位妊娠

正常妊娠时，受精卵着床于子宫体腔内膜。当受精卵于子宫

www.dxy.cn/bbs

体腔以外着床，称为异位妊娠，习称宫外孕。异位妊娠包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠及宫颈妊娠，以输卵管妊娠最常见。

【诊断要点】

1. 输卵管妊娠

(1) 停经：多有 6～8 周停经。

(2) 腹痛：常表现为一侧下腹部隐痛或酸胀感；一旦流产或破裂，病人突感一侧下腹部撕裂样疼痛、常伴有恶心、呕吐、肛门坠胀感及肩胛部放射性痛。

(3) 阴道流血：不规则阴道流血，呈点滴状，少数病人阴道流血类似月经，可伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出。

(4) 晕厥与休克：其严重程度与阴道流血量不成正比。

(5) 腹部包块。

(6) 辅助检查：

a. HCG 测定：异位妊娠的阳性率可达 80% ～ 100%，仍有少部分为阴性。

b. 超声诊断：子宫虽增大但宫腔内空虚，宫旁出现低回声区，该区若查出胚芽及原始胎心搏动可确诊。

c. 阴道后穹隆穿刺：有内出血者可抽出暗红色不凝固血液。

d. 腹腔镜检查：适用于异位妊娠尚未破裂或流产的早期病人。大量内出血伴休克者禁做此检查。

e. 子宫内膜病理检查：现已少用，仅用于因出血多排除宫内妊娠流产者。

2. 卵巢妊娠　其临产表现与输卵管妊娠相似，术前很难确诊、术中经仔细探查方能确诊。

(1) 双侧输卵管必须完整。

(2) 囊胚必须位于卵巢组织内。

(3) 卵巢与囊胚必须以卵巢固有韧带与子宫相连。

(4) 囊胚壁上有卵巢组织。

3. 腹腔妊娠　腹腔妊娠是指位于输卵管、卵巢及阔韧带以外的腹腔内妊娠，极少见。

www.dxy.cn/bbs

（1）停经及早孕反应。

（2）多有输卵管妊娠流产或破裂症状，即腹痛及阴道流血。随后阴道流血停止，腹部逐渐增大，胎动时孕妇感腹痛，随胎儿长大，症状加重。

（3）腹部检查：子宫轮廓不清、但胎儿肢体极易触及，先露高浮，胎心异常清晰，胎盘杂音响亮。

（4）B超显像：宫腔空虚，胎儿位于子宫腔外。

4. 宫颈妊娠　受精卵着床和发育于宫颈管内者，极罕见。

（1）妇科检查发现在膨大的宫颈上方为正常大小的子宫。

（2）妊娠产物完全在宫颈管内。

（3）分段刮宫：宫腔内未发现任何妊娠产物。

【治疗要点】

1. 一般治疗　一旦确诊，应备血，内出血较多者，应立即输血、输液，做好术前准备。

2. 手术治疗　异位妊娠以手术治疗为主，手术可经腹或在腹腔镜下进行。

3. 药物治疗　为非手术治疗，主要适用于早期未破裂型的异位妊娠，要求保存生育能力的年轻病人，并符合下列条件：

（1）输卵管妊娠包块直径＜3 cm。

（2）输卵管妊娠未发生破裂或流产。

（3）无明显内出血。

（4）血 HCG＜2 000 单位/L。

【处　方】

适用于早期未破裂型的异位妊娠。

甲氨蝶呤　20 mg　im　qd　共 5 d

或　米非司酮　50 mg　tid　共 3 d

或　甲氨蝶呤　50 mg　B超引导下穿刺或在腹腔镜下直接注入输卵管的妊娠囊内　共 1 次

【警　示】

1. 异位妊娠的非手术治疗未必每例均获成功，故治疗期间应用B超和β－HCG进行严密监护，并注意病人的病情变化及药物的

www.dxy.cn/bbs

毒副作用。若用药后 14 d，β－HCG 下降并每周测定连续 3 次阴性，腹痛缓解或消失，阴道流血减少或停止，则为显效。若病情无改善，甚至发生急性腹痛或输卵管破裂症状，则应立即进行手术治疗。

2. 宫颈妊娠易误诊为难免流产，确诊后可行刮宫术，术前作好输血准备，术后用纱布条填塞宫颈管创面以止血。若出血不止，可行双侧髂内动脉结扎。若效果不佳，则应及时行全子宫切除术，以挽救病人生命。为减少刮宫时出血并避免切除子宫，可采用甲氨蝶呤每日肌注 20 mg，共 5 d，或甲氨蝶呤单次肌注 50 mg/m^2，经治疗后，胚胎死亡，其周围绒毛组织坏死，刮宫时出血量明显减少。

第九节　母儿血型不合

一、ABO 血型不合

ABO 血型不合是我国新生儿溶血病的主要原因，占 96%，也是高胆红素血症的常见原因，大多数是由于母血是 O 型，父血是 A 型、B 型或 AB 型，子代为 A 型或 B 型，血型为 O 型的母亲，因胎儿的 A 型或 B 型抗原致敏而产生 IgG 抗 A 或抗 B 免疫抗体。

【诊断要点】

1. 临床诊断

(1) 曾有原因不明的死胎、死产或新生儿出生后 24～30 h 内出现黄疸、溶血病史的孕妇，有可能为母婴血型不合。

(2) 母血型为 O 型，父为 A 型、B 型、AB 型者。

(3) 新生儿水肿、黄疸、贫血和肝脾肿大。

(4) 神经系统症状：黄疸加重影响到神经系统时称胆红素脑病（核黄疸），大多在生后 5 d 发生。

2. 血清学检查

(1) 母体血清抗体效价测定：抗体效价超过 1:8 提示胎儿可能发病，ABO 血型不合抗体 IgG 效价在 1:512 以上提示病情严重。

www.dxy.cn/bbs

(2) 病儿脐血血清学检查：

a. 抗体释放试验阳性。

b. 改良 Coomb's 直接试验阳性。

c. 游离抗体试验阳性。

(3) 脐血胆红质 > 51 μmol/L，或出生后 72 h > 342 μmol/L，脐血血红蛋白 < 140 g/L，网织红细胞比例 > 6%。

3. B 超检查　受累胎儿呈典型水肿儿状态，胎儿头颅见双重光环，心脏、脾脏增大，胸腹腔积液，胎盘增大。

4. 羊水检查

(1) 分光光度计分析羊水胆红质吸光度：胆红质于 450nm 处吸光度差(△OD450) > 0.06 为危险值，0.03 ~ 0.06 为警戒值，< 0.03 为安全值。

(2) 测定羊水中胆红质的含量：> 3.42 μmol/L 提示胎儿严重贫血。

(3) 羊水中抗体效价测定：1:8 ~ 1:16 提示胎儿已有溶血损害，1:32 以上提示病情危重。

【治疗要点】

1. 妊娠期治疗

(1) 血浆置换：应用血液细胞分离将高效价抗体血浆置换出来。

(2) 胎儿输血：在胎儿镜或 B 超声指引下行脐静脉、胎盘表面血管直接输血。

(3) 提高胎儿抵抗力：终止妊娠前 2 周行 10 日综合疗法。口服苯巴比妥，加强胎肝细胞葡萄糖醛酸与胆红素的结合能力，以减少新生儿胆红素脑病的发生。

(4) 中药治疗：自抗体效价增高时口服茵陈汤，提高孕妇的免疫力。

2. 分娩期的治疗　孕妇在预产期前 2 ~ 4 周入院。

(1) 除非有产科指征，一般以自然分娩为原则。

(2) 备好 1:5 000 外用碘氯纱布，以备包扎脐带，换血用。

3. 产时处理　避免用麻醉药和镇静剂。分娩时做好抢救新生

www.dxy.cn/bbs

儿准备，如气管插管、加压给氧和换血准备。胎儿娩出后立即断脐，保留脐带 10～15 cm，以备换血，并向脐静脉注入 20% 葡萄糖、维生素 C、地塞米松、白蛋白。

4. 新生儿治疗

(1) 关键时间处理：

a. 生后 1～2 d 内：注意黄疸出现时间和胆红素出现的速度。若出生时已有严重贫血，脐血血红蛋白 < 120 g/L，应采取换血治疗。

b. 生后 2～7 d：注意预防胆红素脑病的发生。

c. 生后 2 个月内：注意红细胞再生障碍性贫血发生，严重时输血一次不能太多，以免发生心力衰竭。

(2) 预防胆红素脑病：

a. 药物治疗：加速胆红素代谢和排泄，或阻止胆红素在肠道的再吸收。

b. 光照疗法：以 20W 或 40W 蓝色荧光灯管 8～10 只，呈弧形排列，管间距约为 2.5 cm，距离病儿皮肤约 35 cm，箱内温度为 30～32℃，湿度为 65%，病儿裸卧，注意保护眼睛和性腺，每小时翻身 1 次。病儿体温不高于 38℃。光疗 8～12 h，可降低胆红素 17～34μmol/L。

c. 换血疗法：可换去病儿血清中的免疫抗体、致敏红细胞以及过量胆红素，阻断继续溶血，并纠正贫血。

【 处　方 】

1. 妊娠期治疗

处方 1　10 日综合疗法。

维生素 C　500 mg
25%GS　40 ml　iv　qd
维生素 K_1　2～4 mg　qd
维生素 E　30 mg　tid
苯巴比妥(鲁米那)　0.1～0.3 g　tid
氧气吸入 20 min　bid

处方 2　茵陈汤方。

www.dxy.cn/bbs

茵陈 9 g　制大黄 4.5 g　黄芩 9 g　甘草 6 g
煎服　qd　直至分娩

2. 产时处理

处方 3　产时脐静脉用药。

20%GS	2 ~ 4 ml/kg	脐静脉注射(1 ml/min)
维生素 C	100 mg	
地塞米松	1 mg	
白蛋白	3 g	

3. 新生儿治疗

处方 4　预防胆红素脑病的药物治疗。

白蛋白　1 g/kg　iv gtt　qd ~ tid
或　血浆　25 ml/次　iv gtt　qd ~ tid
泼尼松(强的松)1 ~ 2 mg/kg　加入 GS 中 iv gtt　qd
或　氢化可的松　6 ~ 8 mg/kg　加入 GS 中 iv gtt　qd

苯巴比妥	5 ~ 8 mg/kg	分 3 次口服　用 5 ~ 7 d
尼克刹米	100 mg/kg	

维生素 K_1　4 ml　im　qd

【警　示】

1. 孕期越长，对胎儿损害越大，故应把预产期提前，提早引产。

2. 产时不用或慎用麻醉剂和镇痛剂，必要时缩短第二产程。

3. 换血治疗时，ABO 血型不合时选用 O 型红细胞、AB 型血浆的混合血。

4. 光疗时要增加皮肤暴露面，要用黑色不透光纸片做遮目镜，谨防小儿眼部损伤，室温保持在 30℃左右，每 4 h 测体温 1 次，一般超过 38.5 ℃应予以降温。

二、Rh 血型不合

Rh 血型不合主要发生在母亲为 Rh 阴性、胎儿 Rh 阳性(即抗 D 抗原阳性)时，是由抗 E(母为 ee)、抗 C(母为 cc)或抗 e、c 等引起。其中以抗 E 较多见。

www.dxy.cn/bbs

【诊断要点】

1. 母血型为 Rh 阴性，父血型为 Rh 阳性。

2. 直接 Coomb's 实验阳性。

3. Rh 免疫抗体测定、胶体介质、木瓜酶、Coomb's 间接试验阳性，其中一项阳性即可诊断。

4. 临床诊断、B 超检查、羊水检查参照一。

【治疗要点】

1. 妊娠期治疗

(1) 对于已致敏的孕妇，予以中药茵陈汤治疗，对于防止流产死胎有一定疗效。

(2) 血浆置换：应用血液细胞分离将高效价抗体血浆置换出来。

(3) 宫内输血：超声指引下行脐静脉、胎盘表面血管直接输血。

2. 分娩期治疗、产时处理、新生儿治疗同"一、ABO 血型不合"。

【处　方】

适用于已致敏的孕妇，防止流产死胎，可应用下面方剂治疗：

益母草 500 g　当归 250 g　川芎 250 g　白芍 300 g　广木香 12 g

研成细末，炼蜜成丸(每丸重 9 g)　1 粒　qd ~ tid

【警　示】

同"一、ABO 血型不合"。

第十节　胎儿宫内发育迟缓

胎儿宫内发育迟缓(IUGR)是指孕 37 周后，胎儿出生体重低于 2 500 g，或低于同孕龄平均体重的两个标准差，或低于同孕龄正常体重的第 10 百分位数。

【诊断要点】

1. 临床诊断

www.dxy.cn/bbs

(1) 病史：有引起 IUGR 的高危因素。

(2) 临床监测：测量宫高，腹围，体重，推测胎儿大小，胎儿发育指数 < -3[胎儿发育指数 = 宫高(cm) - 3×(月份 + 1)]，宫高腹围值连续 3 周均在第 10 百分位数以下，孕妇每周体重增加 < 0.5 kg，提示有 IUGR 的可能。

(3) 辅助检查：

a. B 超测量：常用指征有胎头双顶径、胎儿股骨长度、腹围、胸围、头围以及羊水及胎盘成熟度、脐血 S/D 值(宫内发育迟缓胎儿胎血 S/D 值升高)。

b. 胎儿胎心电子监护：明确胎儿有无缺氧现象。

c. 实验室检查：通过尿 E_3 和 E/C 比值、血甲胎蛋白、胎盘生乳素等测定以排除有无发育异常。初步诊断 IUGR 后，应在 1 ~ 2 周后复查，不可以根据一次测量数值确诊。

2. 分类

(1) 内因性均称型 IUGR：属于原发性宫内发育迟缓。特点：体重、身长、头径均相称，但小于该孕龄正常值，胎儿无缺氧表现，半数胎儿有先天性畸形，预后不良。

(2) 外因性不均称型 IUGR：属于继发性生长发育不良。新生儿发育不均称，身长、头径与孕龄相符而体重偏低。

(3)外因性均称型 IUGR：身长、体重、头径相称，但均较小，宫内缺氧不常见，存在代谢不良，新生儿常有明显的生长与智力障碍。

【治疗要点】

治疗越早，效果越好。小于 32 周开始治疗效佳，孕 36 周后治疗效差。

1. 一般治疗　均衡膳食，休息吸氧，左侧卧位改善子宫胎盘血液循环。

2. 补充营养物质　补充氨基酸、脂肪乳剂、维生素及微量元素锌，促进胎儿发育。

【处　方】

处方 1　补充氨基酸、脂肪乳剂。

www.dxy.cn/bbs

多种氨基酸片 1片 qd～bid

英特利匹特 250～500 ml iv gtt 3 d 1次 连用1～2周

处方2 补充能量合剂。

10%GS 500 ml
维生素C 3.0 g
ATP 40 mg
辅酶A 100单位 iv gtt qd 共10 d

处方3 叶酸 5～10 mg tid 共15～30 d
维生素E 100 mg qd
复合维生素B 100 mg tid
葡萄糖酸锌(35 mg/片) 3～6片/次 bid

处方4 改善微循环。

低分子右旋糖酐 500 ml iv gtt qd
和(或) 复方丹参注射液 4 ml iv gtt qd
和(或) 阿司匹林 50 mg qd 6～8周

【警 示】

1. IUGR的病因多而复杂，与遗传因素、孕妇偏食、妊娠剧吐、妊娠高血压综合征、多胎妊娠、妊娠肝内胆汁淤积症、妊娠合并心脏病、高血压肾炎、贫血以及孕妇的年龄、身高、体重、吸毒、酗酒等有关，胎儿本身发育缺陷、胎儿代谢功能紊乱、各种生长因子缺乏、宫内感染、胎盘异常、脐带异常等均可引起IUGR。

2. IUGR病人继续妊娠指征

(1) 胎儿尚未足月。

(2) 宫内监护情况良好。

(3) 胎盘功能好转。

(4) 孕妇病情稳定，可以在密切监护下妊娠至足月，但不应超过预产期。

3. IUGR病人终止妊娠指征

(1) 治疗后IUGR未见好转，每周NST反复呈无反应型，缩宫激惹试验阳性，胎儿生物物理评分4～6分，如胎儿已成熟应立即

www.dxy.cn/bbs

终止妊娠，如未成熟应积极促胎肺成熟后终止妊娠。

(2) 治疗中发现羊水量减少，胎儿停止生长 3 周以上、孕妇自觉胎动明显减少，无论胎儿成熟与否均应终止妊娠。

(3) 妊娠合并症、并发症治疗中病情加重，为母婴安全应尽快终止妊娠。

(4) 若胎儿未成熟、但有存活能力者，应在终止妊娠前 2 d 肌注地塞米松 5 mg 每日 3 次，以促胎儿肺成熟。

4. 分娩方式

(1) 阴道分娩：经治疗胎儿在宫内正常发育，情况良好，胎盘功能正常，胎儿成熟，Bishop 宫颈成熟度评分 ≥ 7 分，无禁忌证者可经阴道分娩；另一种为胎儿难以存活，无剖宫产指征时予以引产。

(2) 剖宫产：IUGR 的胎儿对缺氧耐受性差，储备功能不足，对胎儿窘迫，孕妇高危病情加剧，羊水过少，胎儿停止发育 3 周以上，均应行剖宫产结束分娩。

第十一节 胎儿宫内窘迫

胎儿在宫内有缺氧征象危及胎儿健康和生命者，称胎儿宫内窘迫。

【诊断要点】

1. 急性胎儿窘迫：通常所称的胎儿窘迫均指急性胎儿窘迫，主要发生在分娩期。

(1) 胎心率变化：胎儿缺氧的初期表现为胎心率 > 160 次/min，尤其是 > 180 次/min，以后变为胎心率 < 120 次/min，尤其是 < 100 次/min，为胎儿危险征，胎心监护仪图像出现以下变化，应诊断为胎儿窘迫：① 出现频繁的晚期减速；② 重度可变减速的出现，若同时伴有晚期减速，表示胎儿缺氧严重。

(2) 羊水胎粪污染：羊水Ⅲ度污染，或羊水轻度污染，胎心经 10 min 的监护有异常发现，即为胎儿窘迫。

(3) 胎动：急性胎儿窘迫初期，表现为胎动频繁，继而转弱及

www.dxy.cn/bbs

次数减少，进而消失。

（4）酸中毒：胎儿头皮血 pH < 7.20、PO_2 < 10 mmHg、PCO_2 > 60 mmHg。

2. 慢性胎儿窘迫

（1）胎盘功能检查：E_3 < 10 mg，E/C 比值 < 10，A_1 糖蛋白 < 100 mg/L，胎盘生乳素 < 4 mg/L。

（2）胎心监测：胎动时胎心率加速不明显，基线变异频率 < 5 次/min，持续 20 min。

（3）B 超监测：检测胎儿呼吸运动、胎动、肌张力及羊水量。

（4）胎动计数：胎动减少是胎儿窘迫的一个重要指标，胎动过频往往是胎动消失的前驱症状。

（5）羊膜镜检查：羊水的性状的检测有助于诊断。

【治疗要点】

1. 急性胎儿窘迫

（1）去除病因：如心力衰竭、呼吸困难、贫血、脐带脱垂。

（2）纠正酸中毒。

（3）尽快终止妊娠。

2. 慢性胎儿窘迫

（1）定期产前检查，左侧卧位休息，定时吸氧，积极治疗孕妇合并症，争取胎盘供血改善，延长妊娠周数。

（2）若情况难以改善，已接近足月妊娠，估计胎儿娩出后生存机会极大者，应考虑剖宫产。

（3）距离足月妊娠越远，胎儿娩出后生存可能性越小，向家属说明情况，尽量保守治疗以期延长孕周数。

【处 方】

胎儿宫内窘迫药物治疗主要针对病因。若合并代谢性酸中毒，应以碳酸氢钠纠酸。

5%碳酸氢钠 250 ml iv gtt st

【警 示】

1. 胎儿窘迫严重者必须终止妊娠的指征

（1）胎心率低于 120 次/min，或高于 180 次/min，伴羊水 Ⅱ ~ Ⅲ

www.dxy.cn/bbs

度污染。

(2) 羊水Ⅲ度污染，B型超声显示羊水池＜2 cm。

(3) 持续胎心缓慢达100次/min以下。

(4) 胎心监护反复出现晚期减速或出现重度可变减速，胎心60次以下持续60 s以上。

(5) 胎心图基线变异消失伴晚期减速。

(6) 胎儿头皮血pH＜7.20。

2. 宫颈尚未完全扩张，胎儿窘迫情况不严重，可吸氧20～30 min进入到第二产程时可持续吸氧。

3. 宫口开全，胎先露部已达坐骨棘平面以下3 cm者，吸氧同时应尽快助产，经阴道娩出胎儿。

第十二节 羊水过少

妊娠晚期羊水量少于300 ml称羊水过少。

【诊断要点】

1. 临床表现

(1) 孕期测量宫高腹围均较同期妊娠者小。

(2) 子宫敏感性高，轻微刺激即可引起宫缩。

(3) 胎位异常发生率高，以臀位多见。

(4) 临产时阵发性腹痛剧烈，宫缩多不协调，宫口扩张缓慢，易发生宫内胎儿窘迫。

(5) 破膜后前羊水较少，黏稠，有时呈黄绿色。

2. 超声诊断

(1) 羊水量明显减少，羊水和胎儿界面不清，胎儿肢体明显接触，胎儿肢体挤压蜷曲。

(2) 最大羊水池径线＜3 cm为羊水过少，＜1.0 cm为严重羊水过少；羊水指数≤5.0为羊水过少，5.0～8.0为羊水偏少。

3. 破膜时以羊水＜300 ml为诊断羊水过少的标准，羊水黏稠、混浊，呈暗绿色。

4. 羊膜镜检查前羊膜囊羊水少，胎膜紧贴头皮，推动胎头不见

www.dxy.cn/bbs

胎发飘动。

【治疗要点】

1. 妊娠中期行B超检查如发现羊水过少，应严密随访，观察胎儿有无泌尿系统等部位的畸形。

2. 妊娠晚期每次行B超检查时应测羊水量。发现羊水过少时，根据情况作如下处理：

(1) 若已近足月或足月妊娠，应在短期内重复羊水量的测定，测胎动同时做胎心电子监护及胎盘功能测定，以决定处理方案。

(2) 若同时并发过期妊娠、IUGR、妊高征等应及时终止妊娠，估计短时间内不能结束分娩，在除外胎儿畸形后，应选择剖宫产，以降低围生儿死亡率。

(3) 胎膜早破以及产程中发现羊水过少，可以向羊膜腔内以15～20 ml/min的速度注入37 ℃的0.85%盐水，250 ml(100～700 ml)至胎心率受异减速消失或羊水指数达到8 cm，通过羊膜腔输液可解除脐带受压，提高新生儿成活率。

【处 方】

没有具体药物处方。

【警 示】

1. 妊娠早、中期的羊水过少，多以流产告终。

2. 妊娠中、晚期羊水过少，子宫四周的压力直接作用于胎儿，易引起内骨骼畸形，如斜颈、曲背、手足畸形。

3. 引起羊水过少的原因有胎儿畸形、过期妊娠、胎儿宫内发育迟缓、羊膜病变。

第十三节 羊水过多

凡在妊娠任何时期羊水量超过2 000 ml者，称为羊水过多，最高达20 000 ml。

【诊断要点】

1. 临床表现 急性羊水过多者，由于羊水快速增多，子宫在数日内急剧增大，使病人呼吸困难，发绀。慢性羊水过多者羊水缓慢

www.dxy.cn/bbs

增多，多数孕妇能适应。

2. 宫高、腹围大于同期孕妇，腹壁皮肤发亮，变薄。

3. 胎位不清，胎儿有漂浮感，胎心遥远或听不到。

4. 超声波检查　① 胎儿与子宫壁间的距离 > 7 cm；② 羊水指数 > 18 cm；③ 胎儿呈自由体态，漂浮于羊水中；④ 可发现胎儿畸形，双胎等。

5. 产后测羊水量≥2 000 ml。

6. 羊膜腔及胎儿造影，可以确诊羊水过多及胎儿消化道有无畸形。

【治疗要点】

1. 羊水过多合并胎儿畸形　处理原则为及时终止妊娠。

2. 羊水过多合并正常胎儿

(1) 孕妇症状较轻可继续妊娠，注意休息，低盐饮食。

(2) 严重羊水过多，应经腹穿刺放羊水，以每小时 500 ml 速度放出羊水，一次放羊水量不应超过 1 500 ml，以孕妇症状缓解为度。

(3) 以前列腺合成酶抑制剂(如吲哚美辛，用量用法见"处方")抑制胎儿排尿治疗羊水过多。

(4) 妊娠已近 37 周，胎儿已成熟，行人工破膜，终止妊娠。

【处　方】

吲哚美辛　2.2～3.0 mg/kg　qd (3 周以内)

【警　示】

1. 羊水过多者应注意有无胎儿畸形，尤其是神经管缺陷，有无双胎妊娠，以及孕妇有无糖尿病，血型不合，妊高症，急性肝炎，严重贫血等。

2. 人工破膜采用高位破膜，自宫口沿胎膜向上 15～16 cm 刺破胎膜，使羊水以 500 ml/h 速度缓慢流出，以免宫腔压力骤减引起胎盘早剥。

3. 无论选用何种方式放羊水，均应从腹部固定胎儿为纵产式，注意胎盘早剥与脐带脱垂的发生，并预防产后出血。

4. 吲哚美辛有闭合动脉导管的副作用，故不应大量长期应用。

www.dxy.cn/bbs

第十四节 死 胎

妊娠20周后的胎儿在子宫内死亡，称死胎。

【诊断要点】

1. 自觉胎动消失，子宫停止增长，检查胎心听不到，子宫比妊娠周数小。

2. B型超声发现胎心和胎动消失。

3. 多普勒胎心仪听不到胎心。

4. 尿 $E_3 < 3$ mg，羊水甲胎蛋白显著增高。

【治疗要点】

1. 处理原则 死胎一经确认，应予引产。

2. 胎儿死亡4周尚未排出，应做有关凝血功能检查，若纤维蛋白原含量 < 1.5g/L，血小板 < 100×10^9/L时，需应用肝素治疗。

3. 备新鲜血，预防产后出血和感染。

【处 方】

NS	100 ml	
肝素	500～1 000单位	iv gtt q6h

【警 示】

1. 死胎在宫腔内停留过久，能引起母体凝血功能障碍。

2. 若胎儿死亡后3周仍未排出，退行性变的胎盘组织释放凝血活酶进入母血循环，激活血管内凝血因子，引起弥散性血管内凝血(DIC)。

3. 胎死宫内4周以上，DIC发生机会明显增多，可引起分娩时的严重出血。

第十五节 妊娠高血压综合征

妊娠高血压综合征(pregnancy-induced hypertension syndrome，PIH，妊高征)是妊娠期特有的疾病。本病发生于妊娠20周以后，临床表现为高血压、蛋白尿、水肿，严重时出现抽搐、昏迷甚至母婴死

www.dxy.cn/bbs

亡。到目前为止，仍为孕产妇和围生儿死亡的重要原因。

【诊断要点】

1. 病史 孕前及妊娠20周前无高血压、蛋白尿、水肿及抽搐等征象，无原发性高血压、慢性肾炎及糖尿病。

2. 临床表现

(1) 轻度妊高征：血压≥140/90 mmHg，<150/100 mmHg，或较基础血压升高30/15 mmHg，可伴有轻微蛋白尿和(或)水肿。

(2) 中度妊高征：血压≥150/100 mmHg，<160/110 mmHg，蛋白尿"+"(≥500 mg/24h)和(或)水肿，无自觉症状或有轻度头晕等。

(3) 重度妊高征：先兆子痫，血压≥160/110 mmHg，蛋白尿"++～+++"(≥5 g/24 h)和(或)水肿，有头痛、眼花、胸闷等自觉症状。

(4) 子痫：在妊高征基础上有抽搐或昏迷。

3. 辅助检查

(1) 血液检查：测定血红蛋白、血细胞比容、血浆黏度、全血黏度，以了解血液有无浓缩；重症者测定凝血功能，以排除异常。

(2) 肝肾功能测定：了解有无肝肾功能损害、电解质紊乱及酸中毒。

(3) 眼底检查：主要改变为视网膜小动脉痉挛，动、静脉管径之比可由正常的2:3变为1:2，甚至1:4。严重时可出现视网膜水肿、视网膜剥离，或有棉絮状渗出物及出血，病人可能出现视力模糊或突然失明。产后多可恢复。

(4) 其他检查：如心电图、超声心动图、胎盘功能、胎儿成熟度检查、脑血流图检查等，可视病情而定。

【治疗要点】

1. 一般治疗 轻度妊高征在家休息，保证充足睡眠，必要时住院治疗；采取左侧卧位，改善子宫胎盘循环；摄入足够的蛋白质、蔬菜、水果，应避免进过多食盐，但不必严格限制。对中重度妊高征，一经确诊，应住院治疗，保持安静，避免各种刺激，每4 h测血压，随时观察有无自觉症状出现，重度者应每日计液体出入量，每日测尿蛋白。

2. 药物治疗

www.dxy.cn/bbs

(1) 镇静：应用镇静药物，保证病人的睡眠和休息。

(2) 预防子痫：应用解痉药硫酸镁。

(3) 降压、脱水对症：血压过高，舒张压≥110 mmHg，或平均动脉压≥140 mmHg 者，应给予降压；全身性水肿、急性心力衰竭、肺水肿、脑水肿、血容量过高且伴有潜在肺水肿者，应给予脱水。

(4) 子痫的处理：

a. 控制抽搐首选硫酸镁(如"处方 3")，降低颅内压使用甘露醇，出现肺水肿则用呋塞米(速尿)(如"处方 5")，使用广谱抗生素(如青霉素等)预防感染。

b. 指定专人护理。

c. 严密观察病情及时进行必要的实验室检查和体格检查，及早发现并处理并发症。

【 处　方 】

处方 1　镇静、催眠。轻度妊高征者适用，用于保证休息及睡眠。

苯巴比妥　30 mg　tid

或　地西泮(安定)　2.5 mg　tid

处方 2　解痉，预防及控制子痫发作。

25%硫酸镁　20 ml
25%GS　20 ml　iv(缓慢，不少于 10 min，首次应用)

25%硫酸镁　20 ml
2%利多卡因　2 ml　im(臀肌深部注射)　q6 h

或　25%硫酸镁　60～80 ml
10%GS　1 000 ml　iv gtt(滴速不超过 2g/h)
qd

处方 3　镇静。

(1) 用于轻度、中度 PIH。

地西泮(安定)　5 mg　tid

(2) 用于口服安定效果不佳者。

地西泮(安定)　10 mg　im　qd

www.dxy.cn/bbs

(3) 用于重度 PIH 或子痫发作病人。

地西泮(安定) 10 mg iv st

(4) 用于控制子痫发作

10%GS 500 ml
哌替啶 100 mg
氯丙嗪 50 mg
异丙嗪 50 mg | iv gtt st

处方 4 降压。降压药物仅适用于血压过高,舒张压≥110 mmHg 或平均动脉压≥140 mmHg 者。可选用下列(1)~(6)中的任一组药物。

(1) 肼曲嗪 10~20 mg bid~tid

或 肼曲嗪 40 mg
5%GS 500 ml | iv gtt qd

(2) 卡托普利(ACEI) 12.5~25 mg tid

(3) 硝苯地平 10 mg qid

(4) 甲基多巴 250~500 mg tid

或 甲基多巴 250~500 mg
10%GS 500 ml | iv gtt qd

(5) 拉贝洛尔 100 mg bid

或 拉贝洛尔 50 mg
5%GS 500 ml | iv gtt st

(6) 硝普钠 50 mg
10%GS 1 000 ml | iv gtt (缓慢) st

处方 5 脱水、利尿。利尿剂的使用仅限于全身性水肿、急性心力衰竭、肺水肿、脑水肿、血容量过高且伴有潜在肺水肿者。心力衰竭、肺水肿者禁用甘露醇。

25%GS 20 ml
呋塞米(速尿) 20~40 mg | iv (缓慢) st
20%甘露醇 250 ml iv gtt(20 min 内滴完) st

【 警 示 】

1. 适时终止妊娠指征:① 先兆子痫孕妇经积极治疗 24~48 h

www.dxy.cn/bbs

无明显好转者；② 先兆子痫孕妇胎龄已超过 36 周，经治疗好转者；③ 先兆子痫孕妇，胎龄不足 36 周，胎盘功能检查提示胎盘功能减退，而胎儿成熟度检查提示胎儿已成熟者；④ 子痫控制后 6～12 h 的孕妇。选择分娩方式依据产科指征。产后 24 h 直至 5 d 内仍有发生子痫的可能，仍不应放松观察及防治。

2. 妊高征特别是重度妊高征，可发生妊高征心肌病、胎盘早剥、肺水肿、凝血功能障碍、脑出血、急性肾衰竭、HELLP 综合征、产后出血及产后循环衰竭等并发症。

3. HELLP 综合征系指在重度妊高征基础上出现溶血、肝酶升高、血小板减少的综合征。诊断依据：① 溶血，周围血涂片出现异形红细胞或血清总胆红素 20.52 μmol/L；② 肝酶升高；③ 血小板降低；④ 除外引起上述变化的其他疾病。HELLP 综合征在常规妊高征治疗同时加用糖皮质激素（地塞米松　10 mg　iv　q12h），输血浆、血小板及新鲜血等。

4. 妊高征病人，由于子宫血管痉挛所引起的胎盘供血不足、胎盘功能减退，易致胎儿宫内窘迫、胎儿宫内发育迟缓、死胎、死产或新生儿死亡，应引起高度重视。

（顾俊杰）

www.dxy.cn/bbs

第三章 妊娠合并症

第一节 心血管疾病

一、原发性高血压

原发性高血压(essential hypertension)病因不明,也称高血压病。早期多无症状,随病情发展,可表现为血压升高,或在精神紧张、情绪激动后或劳累后有头痛、眼花、耳鸣、乏力、注意力不集中等症状。症状与高血压增高程度未必一致。血压持续增高,可有心、脑、肾和血管等靶器官受损的表现。

【诊断要点】

1. 孕妇在孕20周以前或孕前已知有高血压,即在不同时间测量3次血压,收缩压≥140 mmHg和(或)舒张压≥90 mmHg。

2. 孕20周前血压正常,其后血压超过140/90 mmHg以上,产后3个月以上仍未降至正常。

3. 体检发现主动脉瓣区第2心音亢进。

4. 心电图示左心室肥厚征象。

5. 排除各种原因的继发性高血压。

【治疗要点】

1. 处理原则 原发性高血压合并妊娠在孕期的处理与妊高征不同,需用降压药控制血压。孕期注意胎儿胎盘功能监护,妊娠已达37周应及时计划分娩。

2. 药物治疗 最常用的药物是β受体阻滞剂。也可选择钙拮抗剂、α受体阻断剂、肼苯哒嗪等药物。严重妊高征者应用硫酸镁。

【处 方】

处方1 用于紧急降低妊娠合并高血压。

硝苯地平(心痛定) 10 mg tid(紧急时舌下含服)

www.dxy.cn/bbs

卡维洛尔(卡维地洛) 12.5~25 mg tid

和(或) 肼苯哒嗪 10~25 mg tid

处方2 用于长期治疗妊娠合并高血压。下列制剂可选用一种:

阿替洛尔(氨酰心安) 6.25~25 mg tid

卡维洛尔(卡维地洛) 12.5~25 mg qd~bid

硝苯地平(心痛定) 10 mg tid

哌唑嗪 1 mg tid

肼苯哒嗪 10~25 mg tid

甲基多巴 0.25g tid

处方3 用于严重妊娠高血压。

10%GS 500 ml

25%硫酸镁 30 ml | iv gtt (1~2g/h) st

【警 示】

1. 原发性高血压合并妊娠时,有些孕妇在妊娠中期血压可以降低,甚至达到正常范围。因此这些孕妇若初诊于妊娠中期,而此时血压刚好在正常范围,至妊娠晚期再度升高时,易被误诊为妊高征。

2. 一般认为,血压 > 170/110 mmHg 时应加以治疗,以防母体发生卒中(中风)或子痫。但将血压降至何种水平至今意见未完全达成一致。

3. 一般在妊娠期间应避免应用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)和所有血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂。这两类药物在应用过程中,可伴发胎儿宫内发育迟缓、羊水过少、新生儿肾衰竭和胎儿形态异常,如胎儿低血压综合征等。利尿剂的使用可进一步减少已显不足的血容量,故也不经常应用。总之,对有生育意愿的慢性高血压病人,在孕前最好避免使用不宜在孕期应用的降压药物。

4. 对患有高血压的孕妇,应注意妊高征的发生,如血压进一步升高,出现蛋白尿和水肿等。血压较高的孕妇,在妊娠最后几周(2~4周)内,胎儿死亡的几率很大。因此,这类孕妇应及早住院治疗高血压。当妊娠持续到36周时,若血压不下降,应做剖宫产(初

www.dxy.cn/bbs

产妇)或引产(经产妇)。高血压孕妇在妊娠的任何阶段出现蛋白尿及水肿,均应及时住院治疗。

5. 高血压病人在妊娠期间子宫胎盘循环的有效血流量减少,若同时有蛋白尿,则子宫胎盘循环的血流量更明显减少。在此情况下,胎盘可能较小,以致影响胎儿的生长发育,在妊娠期间成为死胎。高血压病人若能妊娠至足月而无其他并发症,胎儿一般均正常。有一般(约 50%或更多一些)高血压病人,妊娠中期收缩压可下降 20 mmHg 或更多,这种情况说明胎盘循环良好,胎儿存活的机会较血压不下降者要大一些;若在妊娠中期血压上升,说明胎盘循环不良,胎儿的存活率只有 10%。

6. 患高血压的孕妇发生妊高征的几率约为血压正常孕妇的 5 倍。高血压病人的血压高低与妊高征的发生无直接关系,但血压较高的孕妇胎儿的死亡率亦较高。患有高血压病的孕妇,发生妊高征时,与血压正常的孕妇相比,发生的时间较早,病情较严重,胎儿的预后亦较差。

7. 高血压病合并妊娠的孕产妇预后主要决定于高血压的程度及其合并症和有无靶器官的损害。当血压 160/100 mmHg 时,一般预后较好,母儿病患率及围生儿死亡率均无明显增加。当收缩压 ≥200 mmHg 或舒张压 ≥ 120 mmHg 时,围生儿死亡率可高达 50%。其次看是否合并妊高征,并发妊高征者,其预后明显劣于单纯慢性高血压及单纯妊高征者。因此应特别注意血压上升 40/20 mmHg、全身水肿,尤其是出现蛋白尿的时间。没有合并症的轻型高血压病人,绝大多数妊娠期经过良好,尽管妊娠后期血压可能进一步升高,其流产的病例数与血压正常者无差别。若高血压病伴有蛋白尿(肾功能不良)或心脏扩大或眼底变化,应考虑发生妊高征、脑溢血、心力衰竭的危险,以及分娩后孕妇的高血压变得更为严重之可能,而且胎儿存活的几率极小。因此对这类孕妇,应考虑提前终止妊娠。

二、妊娠合并心脏病

妊娠合并心脏病是产科领域内的重要问题之一,妊娠与分娩

www.dxy.cn/bbs

均可给心脏增加额外负担，如心脏功能不良，极易造成严重后果。据国内(1979年)1 432例妊娠合并心脏病统计，风湿性心脏病占70.34%，先天性心脏病占18.08%，高血压性心脏病占5.67%，贫血性心脏病占5.30%，其他器质性心脏病则较少见。

【诊断要点】

1. 妊娠前确有心脏病或心力衰竭病史。

2. 心脏扩大。

3. 有粗糙响亮的收缩期杂音(Ⅲ级或Ⅲ级以上)，有舒张期或舒张前期杂音。

4. 严重心律失常，如心房颤动、心房扑动、三度房室传导阻滞、舒张期奔马律等，均表示有心脏病变。

5. 通过X线(慎行)、心电图、心脏超声、心肌酶谱等检查，以进一步确诊。

一旦妊娠期心脏病确诊，必须进行心功能定级，并分别确定孕前、孕后心功能的级别。

Ⅰ级：体力活动不受限制，一般的体力劳动不引起不适。

Ⅱ级：体力活动稍受限制，一般的体力劳动引起不适并稍感不能胜任。

Ⅲ级：一般的体力活动大受限制，轻微活动即感不适，或不能胜任，休息后好转，尚有代偿功能。既往有过心力衰竭史，不管目前有无症状，均属Ⅲ级。

Ⅳ级：不能胜任任何体力活动，休息时仍有心力衰竭的症状和体征。

【治疗要点】

1. 一般治疗

(1) 根据心功能情况，限制体力活动，一般应增加休息和睡眠时间。

(2) 限制钠盐摄入，妊娠4个月起，每日钠摄入量<4~5g。

(3) 食用含铁较高的食物以纠正贫血。

(4) 定期产前检查。

2. 药物治疗

www.dxy.cn/bbs

(1) 贫血者补铁。

(2) 预防和控制感染：任何小手术或创伤均应及早应用广谱抗生素预防感染。

(3) 预防和治疗心力衰竭：强心、利尿、扩血管，必要时应用吗啡。

【处 方】

处方1 合并贫血者可选用下列任一组药物：

(1) 硫酸亚铁 0.3 g qd
维生素C 0.2 g tid

(2) 速力菲(琥珀酸亚铁) 0.1 g tid
维生素C 0.2 g tid

(3) 玛特那(加钙镁维生素，每片含铁 60 mg)
1片 qd

处方2 小手术后或遇创伤者，可选用下列药物之一组：

(1) NS 250 ml
青霉素 320万单位 | iv gtt bid(青霉素皮试阴性)

(2) NS 250 ml
哌拉西林 4.0 g | iv gtt bid(青霉素皮试阴性)

(3) 5%GNS 500 ml
头孢拉定 6.0 g | iv gtt qd

(4) 5%GS 500 ml
红霉素 2.0 g | iv gtt qd

(5) 5%GS 500 ml
林可霉素(洁霉素) 1.2 g | iv gtt qd

或 头孢拉定 0.5 g tid

或 琥乙红霉素 0.375 g bid～qid

处方3 有心力衰竭的先兆症状或早期心力衰竭选用。
地高辛 0.125～0.25 mg qd

www.dxy.cn/bbs

呋塞米(速尿) 20 mg qd ~ tid

处方4 合并心力衰竭,急性肺水肿者选用。

呋塞米(速尿) 20 ~ 40 mg iv st (2 min 内推完)

毛花苷C(西地兰) 0.2 ~ 0.4 mg
50%GS 20 ml
iv (缓慢) st

或 毒毛花苷K 0.125 ~ 0.25 mg
50%GS 20 ml
iv (缓慢) st

硝酸甘油 5 ~ 10 mg
5% ~ 10%GS 250 ml
iv gtt (滴速50 ~ 100 μg/min,最大剂量 80 μg/min) st

或 硝酸甘油 0.5 mg 舌下含化

吗啡 3 ~ 5 mg iv(3 min 内注射完) st 必要时重复

或 吗啡 5 ~ 10 mg ih st

或 吗啡 5 ~ 10 mg im st

氨茶碱 0.25 g
10%GS 20 ml
iv (10 min 内注射完) st

处方5 合并心力衰竭、急性肺水肿病人如有低血压,可合用多巴胺,必要时可合并间羟胺(阿拉明)。

多巴胺 2 ~ 15 μg/(kg·min) iv gtt st

和(或) 间羟胺 20 ~ 40 mg
5%GS 250 ml
iv gtt st

【警 示】

1. 心脏病孕妇中,凡具有以下情况者应劝告其避孕或绝育,如已妊娠则应及早终止:

(1) 心功能不全Ⅲ ~ Ⅳ级。

(2) 有心力衰竭史,且伴有其他内科合并症。

(3) 近期有心内膜炎或活动性风湿热。

(4) 紫绀型先天性心脏病,有严重右向左分流症状。

(5) 原发性肺动脉高压、主动脉缩窄病人。

(6) 先天性心脏病病人的胎儿受到缺氧和双亲遗传的不利影

www.dxy.cn/bbs

响，先天性心脏病的发生率约为2%，为正常人群先天性心脏病发生率的6倍，故须慎重考虑能否妊娠或能否继续妊娠。

2. 上述的不宜受孕者，如已怀孕，则应在妊娠3个月内控制心力衰竭后做人工流产以终止妊娠。若妊娠已超过3个月，则不能用刮宫术终止妊娠而必须做较复杂的手术，如利凡诺羊膜腔内注射引产术等。其危险性不亚于妊娠及分娩，故以积极防治心力衰竭，使其尽量渡过妊娠及分娩为宜。妊娠3个月内出现心力衰竭者，宜终止妊娠。对允许继续妊娠者，加强孕期保健和产前检查，以防病情加重，防治感染是关键。

3. 心功能Ⅱ级孕妇至少应在预产期前2周住院，宜卧床休息，服氢氯噻嗪(双氢克尿噻)之类利尿剂，使其心脏有更好的代偿能力以应付即将分娩时所担负的工作量。

4. 心功能Ⅲ级以上者应住院治疗，并住院观察待产。

5. 发生急性肺水肿时，应予紧急处理：

(1) 病人取半卧位，双足下垂以减少回心血量。

(2) 高流量吸氧(4～6L/min)，在湿化瓶中加入抗泡沫剂(有机硅或70%～90%乙醇)，必要时面罩给氧，间歇正压呼吸。

(3) 用止血带轮流结扎四肢，每5 min松解一个肢体。

(4) 处方4(或加用处方5)中之用药，并注意以下问题：

a. 吗啡对急性左心衰竭疗效高，起效快，常在数分钟到10余分钟内使病情缓解。神志清醒者3～5 mg吗啡稀释后静脉注射(3 min注射完)，必要时每隔15 min重复1次，共2～3次。如病情不紧急，可用5～10 mg皮下注射或肌注，每3～4 h重复1次。应用吗啡时应随时准备好吗啡拮抗剂，同时严密观察疗效和不良反应(呼吸抑制)。如病人对吗啡敏感，有发生恶心、呕吐的可能，则可联用阿托品，但阿托品能增加心率，对母儿可能有不良反应。对于产程已发动，估计2 h内可经阴道分娩者禁用吗啡。亦有研究表明，吗啡通过阻断交感神经，能扩张周围静脉，减少回心血量，改善肺循环，故对严重心力衰竭病人，剖宫产时于胎儿娩出前使用吗啡是有益的，关键是用量不宜过大，用药时间要掌握确当，即在用吗啡后10 min内要娩出胎儿。因为在如此短

www.dxy.cn/bbs

的时间内，吗啡尚未进入或极少量进入胎儿循环，尚不至于影响新生儿呼吸。

b. 对于无低血压者，可选用硝普钠静脉滴注（单纯二间瓣狭窄引起的急性左心房衰竭者禁用）。从 10 μg/min 以下起，监测血压，每 5 min 可增加 5 ~ 10 μg/min，直至症状缓解或收缩压 < 90 mmHg 之后给予维持量，并根据病情逐渐停药。一般不宜突然停药，以免反跳。

（5）由于所有药物对发育中的胎儿均有不利影响，故在妊娠期尽可能不用药。必须用药时应仔细权衡利弊，采用最小有效量。其中某些药物对胎儿可能有危害，但对母亲的安全应优先考虑。

a. 洋地黄制剂：该类药物可通过胎盘，进入乳汁，且孕妇对其的耐受性较差、快速静脉用药或给予维持量时，应注意毒性反应。长期应用此类药物无致畸作用，也不影响哺乳，但可能产生低体重儿，估计与地高辛影响胎盘对氨基酸的转运引起胎儿宫内发育迟缓有关，或与其增强子宫肌的收缩导致早产有关。为防止产后组织内大量水分和强心药同时回入血液循环而可能引起的毒性反应，宜采用排泄较快的制剂（如地高辛），且平时使用不要求达到饱和量，以备突然发生病情变化时能有加大剂量的余地，且不主张长期应用维持量，病情好转后应逐渐停药。

b. 正性肌力药：如多巴胺、多巴酚丁胺，此类药物可减少子宫血流量，刺激子宫收缩，对胎儿产生不利影响。

c. 利尿剂：虽无致畸作用，但长期应用有可能增高血钙、血尿酸、血糖，降低血钾、血钠和血压，引起碱中毒。对胎儿偶可致宫内窘迫，新生儿可发生血小板减少及高胆红素性黄疸。

d. 血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）：在动物实验中可引起胎儿持续性低血压及死胎。在人体虽未见致畸报道，但长期应用有可能引起流产、产生低体重儿、羊水过少、罕见的新生儿头骨骨化缺陷、新生儿无尿症和肾衰竭。

e. 血管扩张剂：硝普钠、硝酸甘油等均可应用，但有可能使血压降低，引起胎儿心率减慢或心动过缓。此外，动物实验表明大剂量硝普钠可致死胎。

www.dxy.cn/bbs

f. 钙通道阻滞剂：能通过胎盘，进入乳汁，尚未见致畸报道，但因为有较强的外周血管扩张作用，有可能导致子宫血流减少，给胎儿带来不利影响。

第二节　呼吸系统疾病

一、肺　结　核

肺结核病是结核分支杆菌入侵人体后，在一定条件下引起发病的肺部慢性感染性疾病。近几年来，妊娠合并肺结核的发病率较过去明显降低，严重进展的肺结核已属少见。但由于吸毒、人类免疫缺陷病毒(HIV)感染、多重耐药结核菌的迅速增长以及缺乏产前系统保健，妊娠期合并肺结核的发病率有所增加，严重危害母婴健康。

【诊断要点】

1. 病史　孕前多有密切的结核病接触史，或已有明确的肺结核诊断并进行过治疗。

2. 症状　有低热、盗汗、咳嗽、咯血、消瘦、乏力、纳差等表现。

3. 体征　肺尖部及肩胛区可听到细湿啰音，尤其在咳嗽末吸气初听到时对诊断有意义。

4. 实验室检查

(1) 结核菌素试验阳性(要与接种卡介苗后引起的阳性鉴别)。

(2) 胸部X线摄片：应尽量避免，以防妊娠早期X线对胚胎造成损害，如确实需要，应作好腹部防护，并尽量推至12周以后。

(3) 痰细菌学检查：为诊断肺结核的主要依据。对可疑者应至少连续检查3 d痰标本涂片抗酸染色找结核菌。必要时可进行痰结核菌培养及药敏试验。

(4) 痰聚合酶链反应(PCR)找结核菌。

【治疗要点】

1. 一般处理

(1) 对育龄妇女，若出现活动性肺结核，应暂缓结婚，已婚者应

www.dxy.cn/bbs

及时接受治疗同时劝其避孕。待病情稳定 1～2 年后再考虑妊娠为宜。

(2) 妊娠者应加强营养，供给高蛋白、富有多种维生素食物，对症治疗，及时治疗妊娠剧吐，注意休息，改善机体一般状况。

(3) 加强产前检查，以便在治疗期间能够及时了解病情变化，对严重肺结核孕妇，应及时发现妊娠期合并症。

3. 药物治疗

(1) 有结核病病史的孕妇：有可能发展为活动性病变时应注意预防潜在结核感染的发展。

(2) 活动性肺结核的孕妇：应尽早、联合、适量、全程使用敏感物，以降低抗药性，加强疗效。但要根据对胎儿的影响进行取舍，选择效佳、对胎儿影响小的药物。

【 处 方 】

处方 1 预防性治疗，防止妊娠期间潜在的结核感染发展为活动性病变。

异烟肼 300 mg
维生素 B_6 50 mg
同时顿服

处方 2 治疗活动性肺结核，可选下列一组药物：

(1) 异烟肼 300 mg
利福平 600 mg
同时顿服

(2) 异烟肼 300 mg qd
利福平 600 mg qd
乙胺丁醇 1.0 g qd

(3) 异烟肼 300 mg qd
利福平 600 mg qd
吡嗪酰胺 1.5～2.0 g qd

【 警 示 】

1. 肺结核除非同时伴有生殖器结核，一般不影响受孕。肺结核孕妇由于发热、缺氧及营养不良，流产、早产发生率会增高。患活动性肺结核的妇女，可引起胎儿宫内发育迟缓甚或胎死宫内，围生期死亡率可高达 30%～40%。肺结核还可使妊娠并发症(妊高

www.dxy.cn/bbs

征、阴道出血等)和难产机会增加。对于急性粟粒性肺结核,结核菌可以血行播散,形成胎盘结核,并由此侵及胎儿,引起死胎或新生儿先天性结核。但由于病变多在蜕膜层,结核菌破坏绒毛,进入胎体、传染胎儿引起先天性结核病者极为少见。大多数新生儿结核均系后天与母亲的密切生活接触所致。

2. 进行预防性治疗,用药须持续 6 ~ 12 个月,或至产后 3 ~ 6 个月,且须每月监护病人的异烟肼中毒症状和体征。已证实,异烟肼预防活动性结核的有效率为 60% ~ 90%,甚至高达 98%。下列孕妇须进行预防性治疗:① 有低度危险因素的 35 岁以上的孕妇;② 结核高发人群的孕妇;③ PPD 反应直径≥10 mm;④ 与传染性结核病病人接触的妇女;⑤ HIV 感染者,皮试硬结≥5 mm;⑥ X 线胸片有陈旧病灶,皮试硬结≥5 mm 者。

3. 治疗活动性肺结核时,用药如处方 2(1),共持续服用 9 个月;如果治疗开始就对异烟肼耐药,可选用处方 2(2),乙胺丁醇用至 8 周或直至培养证实细菌对异烟肼、利福平敏感为止;怀疑对异烟肼或利福平耐药病例,可选用处方 2(3),吡嗪酰胺使用 8 周或直至培养证实细菌对异烟肼或利福平敏感为止。不论采用何种化疗方案,治疗成功的关键还是病人能否遵循完善及规律的治疗。

4. 关于用药的几个问题

(1) 妊娠期宜选用异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺、对氨基水杨酸等药。

a. 异烟肼:孕期使用异烟肼是安全的,偶尔可引起药物性肝炎,故在用药前及用药过程中,应每月检查转氨酶 1 次,如升高 3 倍则应停药,至恢复正常后可重新用药。重新使用的最初 3 个月应每 2 周检查 1 次转氨酶。为减少异烟肼的神经毒性作用,可同时加用维生素 B_6。

b. 利福平:在近年来的临床研究证明,孕期使用利福平是安全的,可早期选用,能及时控制结核。

c. 乙胺丁醇:孕期使用乙胺丁醇是安全的,对胎儿无不良后果。主要副作用是引起视神经炎。

d. 吡嗪酰胺:该药的致畸性的证据不足,所以只有对异烟肼

www.dxy.cn/bbs

和利福平耐药者才用。

(2) 避免使用氨基糖苷类抗生素，如链霉素易进入胎儿循环，损害胎儿听神经、耳内迷路感应器，导致胎儿耳聋和眩晕，甚至终身耳聋。因此，只有危及生命的肺结核病例，且无其他药物替代时方可使用。

(3) 氟喹酸类药在妊娠期及哺乳期禁用。

(4) 乙(丙)硫异烟肼在妊娠期使用可致胎儿畸形，尤其在妊娠初期应避免使用。

5. 对于某些具有手术指征的肺结核病变，如肺结核空洞久治不闭合且病变较局限、反复咯血者，孕妇如非禁忌，手术治疗往往对母儿有利。施行手术的时间，以妊娠 16～28 周内进行为宜。术式包括肺楔行切除、肺段切除、肺叶切除或一侧肺切除。

6. 早期妊娠合并活动性肺结核者，为了便于药物治疗，应行人工流产；晚期妊娠合并活动性肺结核或施行肺叶切除者，应提前 2 周住院待产。

二、支气管哮喘

支气管哮喘是一种变态反应性疾病，其主要症状是反复的发作性呼吸困难。哮喘是妊娠期妇女较常见的肺部合并症。由于妊娠本身发生的一系列生理变化可影响哮喘的发作，而哮喘发作及某些平喘药物又可作用于孕妇、胎儿及分娩过程，所以正确认识妊娠哮喘，并予以合理治疗是很重要的。

【诊断要点】

1. 病史　反复发作，且反复多有季节性。

2. 症状　反复的发作性呼吸困难，发作间歇期无症状，一如常人。

3. 体征　发作时双肺可听到弥漫性高音调于性啰音，在呼气相时明显。

4. 治疗　发作时给予支气管解痉剂，症状可迅速缓解。

【治疗要点】

1. 妊娠期　注意预防哮喘发作，及时缓解哮喘，消除母儿缺氧

www.dxy.cn/bbs

状态及避免使用对胎儿有害的药物。

2. 临产与产程中　尽量使产妇保持精神安定状态，防止哮喘发作；为避免产妇用力施加腹压，减少体力消耗，尽量缩短第二产程，可手术助产。

3. 产褥期的处理　产后要注意休息，适当调节饮食、起居，减少哺乳次数，对需要继续进行抗哮喘治疗的重症病人，不应哺乳。

【处　方】

处方1　用于哮喘轻度发作。

(1) 沙丁胺醇气雾剂　喷吸　bid 或 tid　prn

或　沙丁胺醇　2.4 mg　tid

或　博利康尼喷剂　喷吸　bid　(prn)

或　洛布特罗(息克平)　0.5 mg　bid

或　普鲁特罗(美喘清)　25 μg　bid

(2) 氨茶碱　0.1 g　tid

(3) 丙酸倍氯米松气雾剂　100 μg 喷雾吸入　qd 或 bid

或　布地奈德(普米克)　100 μg 喷雾吸入　qd 或 bid

处方2　用于哮喘中度发作。

(1) 丙酸倍氯米松气雾剂 100～200 μg　喷雾吸入　bid 或 tid

(2) 泼尼松　5～10 mg　tid

(3) 沙美特罗气雾剂　50 μg　睡前吸入

或　普鲁特罗(美喘清)　25～50 μg　睡前服

或　葆乐辉　0.4 g　睡前 2 h 服

(4) 溴化异丙托品气雾剂　20～40 μg　喷吸　tid

处方3　用于哮喘重度发作。

(1) 氢化可的松　200 mg
10%GS　40 ml　iv(缓慢)　q6h

或　甲泼尼龙　40 mg
10%GS　40 ml　iv(缓慢)　q4h

www.dxy.cn/bbs

(2) 氨茶碱 0.25 g
10%GS 40 ml | iv (缓慢), > 15 min)
首次

继后 氨茶碱 0.5 g
10%GS 500 ml | iv gtt (维持)

(3) 沙丁胺醇(舒喘宁) 0.5 ~ 1 ml
NS 2 ~ 2.5 ml | 超声雾化吸入
qd 或 bid

【警 示】

1. 哮喘妇女妊娠期间病情变化是复杂多样的,约 1/3 改善,1/3 不变,1/3 恶化。在病情加重的孕妇中,妊娠 29 ~ 36 周最严重,孕期最后 4 周减轻,分娩时哮喘发作不多见,仅占 10% 左右,且多数病人对吸入支气管扩张剂有反应。大多数妇女产后 3 个月恢复到孕前病情的严重程度。另外,妊娠对哮喘的影响在各次妊娠中有一定规律性,即首次妊娠哮喘所表现的缓解或恶化,在以后妊娠中常以同样的形式出现。妊娠对哮喘的影响机制,主要表现在机械性影响(如妊娠后期、孕妇横膈抬高、胸廓外形改变)及与哮喘有关的激素(如孕酮、雌激素、环核苷、前列腺素、糖皮质激素等)的作用。

2. 哮喘孕妇发生妊娠剧吐、阴道出血、妊高征、早产、产后出血、胎膜早破以及需要剖宫产等的发生率均高于普通孕妇,其围生期病死率增高约 2 倍。另外,孕妇哮喘发作与孕期高血压显著相关,表现为随孕妇高血压轻重程度,哮喘发作有增高趋势。哮喘孕妇,因其母体低氧血症,过度通气致低碳酸血症使子宫血管收缩,交感神经兴奋等因素,限制了子宫血供和胎儿供氧,从而使流产率、死胎率、早产儿、低体重儿、低 Apgar 评分、呼吸窘迫、新生儿畸形、后遗婴儿神经系统损害等的发生率,新生儿死亡率升高。

3. 妊娠期哮喘用药选择

(1) 糖皮质激素:目前治疗哮喘最有效的抗炎药物,口服或吸入均可产生良好的效果。一般首选丙酸倍氯米松(BDP)、布地奈得(普米克)。全身应用糖皮质激素一般剂量对胎儿不会产生不良影

www.dxy.cn/bbs

响。地塞米松可高浓度通过胎盘并很快在胎儿体内达到与母体相同水平。氢化可的松虽易于通过胎盘，但在胎儿体内很快被灭活。泼尼松龙通过胎盘较慢。泼尼松虽很快通过胎盘，但其转变为有活性的泼尼松龙这一过程是缓慢的，从功能上讲，泼尼松是以灭活的形式存在，因此孕期全身用药可选择泼尼松、泼尼松龙或氢化可的松。

(2) β_2 受体兴奋剂：妊娠期使用 β_2 受体兴奋剂是安全、有效的，可按常量使用。给药途径包括吸入、口服。常用药物为沙丁胺醇(舒喘宁)、博利康尼、息克平、美喘清等。

(3) 氨茶碱：氨茶碱具有舒张支气管平滑肌的作用，并具有兴奋呼吸中枢和呼吸肌的作用。小剂量氨茶碱具有抗炎和免疫调节作用。大剂量氨茶碱对胎儿可能有害，但如能监测血浆中药物浓度，使之维持在 10～15 μg/ml 或服用控释剂，以避免血内浓度有大的波动，在孕期应用是安全的，并有助于控制夜间哮喘的发作。

(4) 色苷酸二钠：色苷酸二钠是一种非糖皮质激素类抗炎制剂。临床上未发现其对胎儿的损害作用，但剂量过大，胎儿吸收增加，胎儿体重下降。其吸入制剂适用于分娩前和接触过敏原前作为哮喘发作的短期预防，避免长期应用，尤其妊娠前 3 个月应慎用。

(5) 抗组胺类药物：抗组胺类药物如氯苯那敏(扑尔敏)等对哮喘孕妇是安全的，但也有人认为可致胎儿骨骼畸形和兔唇。

(6) 硫酸镁：对 β_2 受体兴奋剂治疗无效的重度哮喘发作病人可静脉滴注硫酸镁，并认为这种治疗是有益的，同时妊娠期补充镁可减少胎儿生长迟缓和先兆子痫的发病率，但过量补镁可产生毒性反应，不仅对孕妇有不良反应，而且还可降低婴儿肌张力。

(7) 抗胆碱能制剂：抗胆碱能制剂吸入可抑制因理化因子激惹气道胆碱能神经末梢而引起的哮喘发作，也适用于精神紧张、分娩劳累激惹迷走神经而引起的哮喘发作。常用制剂为溴化异丙托品气雾剂。

4. 控制哮喘急性发作

(1) 轻度发作：步行时气促，喜平卧，尚安静，或有焦虑，无出

www.dxy.cn/bbs

汗，呼吸频率增加，但无辅助呼吸肌活动，呼气未闻及哮鸣音，脉率 < 100 次/min，无奇脉，PaO_2（吸空气）正常，$PaCO_2$ < 6.0 kPa（45 mmHg），SaO_2 > 95%。治疗用药可选处方 1。

（2）中度发作：稍活动即感气促，喜坐位，有焦虑或烦躁，出汗，呼吸频率增加，常有辅助呼吸肌活动，哮鸣音响亮，脉率 100～120 次/min，有奇脉。用支气管扩张剂后 PEF 占预计值或本人最佳值的 50%～70%，PaO_2（吸空气）> 8.0kPa（60 mmHg）和（或）$PaCO_2$ < 6.0kPa（45 mmHg），SaO_2（吸空气）91%～95%。治疗用药可选处方 2。夜间哮喘者加用长效 β_2 受体兴奋剂或抗胆碱药物吸入。

（3）重度发作：静息时气促、焦虑，烦躁或嗜睡，意识模糊，大汗淋漓，紫绀，呼吸 > 30 次/min，常见辅助呼吸肌活动和肋间凹陷。胸、腹部矛盾运动，哮鸣音响亮或消失，脉搏 > 120 次/min，或出现缓脉、奇脉，用支气管扩张剂后 PEF 小于预计值或本人最佳值的 50%，PaO_2（吸空气）< 8.0kPa（60 mmHg）和（或）$PaCO_2$ > 6.0 kPa（45 mmHg），SaO_2（吸空气）< 90%。可能有呼吸衰竭，甚至呼吸停止。治疗包括糖皮质激素静脉注射或静脉滴注，继而口服；并用氨茶碱静脉注射继而静脉滴注；β_2 受体兴奋剂规律吸入，充足补液；纠正酸碱平衡失调；氧疗；慎用镇静剂，必要时作动脉血气分析，若 PaO_2 < 8.0kPa（60 mmHg），且 $PaCO_2$ 迅速增高和呼吸性酸中毒，应作气管插管和辅助呼吸治疗；合并感染者应选用抗生素。方案如处方 3。

5. 过去有妊娠病情加重病史、病情严重经治疗无好转者，应终止妊娠。一般哮喘不必终止妊娠。

6. 分娩期哮喘处理　其原则基本与孕期相同，但应在产时及产后 2～3 d 预防性应用糖皮质激素，并注意下列环节：

（1）停用沙丁胺醇等 β_2 受体兴奋剂，以免抑制宫缩或引起产后出血。

（2）缩宫素能增强宫缩，缩短产程，对支气管平滑肌无作用，可以使用。

（3）慎用麻醉剂、镇静剂和止痛剂。

（4）禁用前列腺素。

www.dxy.cn/bbs

(5) 对于糖皮质激素依赖性哮喘，主张临产时以氢化可的松100 mg肌内注射，以后每8 h 1次，连用24 h。

(6) 分娩方式选择，原则上应经阴道分娩，除非合并其他产科指征才考虑剖宫产。如采用剖宫产宜选用局麻或硬膜外麻醉。经阴道分娩时，为了减少产妇屏力用气，降低其体力消耗及避免肺部并发症，可采用胎头吸引器或低位产钳助产，以缩短第二产程。对哮喘严重发作者，为防止胎儿宫内窘迫及产时发作加重，应放宽剖宫产指征。

三、肺　　炎

妊娠合并肺炎在妊娠合并症中并不常见，但由于近年来人类免疫缺陷性病毒(HIV)感染的增多、免疫抑制剂的大量应用及分娩时麻醉镇痛剂的应用，妊娠合并肺炎的发病率有所升高。

【诊断要点】

因病原体不同，肺炎的临床表现也不尽相同。

1. 症状　发热(高热、低热均可)，鼻塞，咳嗽。

2. 体征　呼吸频率增多，可有紫绀及呼吸困难。肺底部听诊可闻及细湿啰音。

3. 胸部X线检查　了解肺炎的部位、范围以及病变的程度 。

4. 实验室检查　血白细胞计数与分类。重症者还要行血气分析、血电解质测定及肝脏、肾脏、心脏的功能检查。

5. 病原体有关检查　对痰液、血液、胸腔积液或肺活检组织进行细菌培养。亦可进行血清冷凝集试验及相关免疫学抗体检查。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息(左侧卧位)，注意足够蛋白质、热量和维生素等的摄入。高热者应给予退热。注意止咳化痰对症。

2. 药物治疗　一经诊断应立即开始抗生素治疗，无须等待细菌培养结果。首选青霉素类抗生素，青霉素皮试阳性者可选用大环内酯类抗生素。细菌培养结果出来后调整抗生素应用方案。病毒性肺炎对症治疗的同时可选用对胎儿影响小的抗病毒药物。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

处方1　肺炎球菌肺炎选用，葡萄球菌肺炎也可选用。

青霉素　320万单位 | iv gtt　bid　（青霉素皮试阴性）
NS　250 ml |

或　头孢拉定　3.0 g |
NS　250 ml | iv gtt　bid

处方2　革兰阴性杆菌肺炎选用。

氨苄西林（氨苄青霉素）　3.0 g |
NS　250 ml | iv gtt　bid（青霉素皮试阴性）

或　舒氨新　3.0 g |
NS　250 ml | iv gtt　bid

处方3　衣原体、支原体肺炎及军团菌肺炎选用。

红霉素　2.0 g |
5%GS　500 ml | iv gtt　qd

处方4　病毒性肺炎选用。

金刚烷胺　100 mg　q12h

或　阿昔洛韦（无环鸟苷）　0.1 g　tid

【警　示】

1. 妊娠合并肺炎因病原体的不同，其表现也不尽相同。孕妇出现低热、疲劳、鼻塞、轻咳等症状，不能轻易诊断为上呼吸道感染而不予重视。此外，其他部位的感染灶，如皮肤疖肿、泌尿生殖系统感染等，有血行播散引起肺炎的可能。

2. 胸部X线检查可了解肺炎涉及的部位及程度，对估计病情及病原体有帮助。X线对胎儿的影响，人类尚无明确的实验室研究结果报道。诊断剂量的X线量较低，对遗传学方面的危害比较小，必要的检查还是可以进行的，但应避免作为常规检查。在疑为肺炎时，如为明确诊断或了解有无心肺并发症，可以在良好的防护下行X线摄片。值得注意的是，透视比摄片吸收的X线量要大。

3. 治疗注意点

www.dxy.cn/bbs

(1) 妊娠合并肺炎对母婴损伤都很大，必须重视支持疗法。让病人充分休息，有缺氧者及时给氧。给予足够的热量、维生素，保持水、电解质平衡。

(2) 抗生素是治疗细菌和支原体肺炎的主要手段，应根据细菌培养及药敏选用敏感的、对胎儿无明显毒副作用的抗生素。在药敏结果出来之前，根据临床表现、X线检查及痰涂片结果，推测病原体，选用广谱抗生素。

(3) 改善呼吸道通畅度，积极清除呼吸道分泌物，如用一些祛痰药物及支气管扩张药物，鼓励病人咳出痰液或机械吸痰。禁用含碘类祛痰药。

(4) 严密监测并及时处理并发症，如呼吸衰竭、心力衰竭、多脏器功能损害。要早期发现，及时治疗。

(5) 严密监测胎儿，如有无宫内感染引起的肺炎，应予及时治疗。

4. 肺炎可发生于妊娠的任何时期，其病情较非孕妇女明显为重，孕晚期更甚，死亡率更高。自抗生素应用以来妊娠合并肺炎的母亲病死率已由以往的 20% ~ 32% 下降至 0 ~ 8.6%，并且同时降低了重症肺部感染、菌血症、化脓性胸膜炎的发病率，但对伴有病毒性感染或机会感染的肺炎来说，母体的发病率及病死率并无明显降低，尤其是在 HIV 感染时，母体可出现严重的肺部感染，以致病死率仍很高。孕期合并肺炎对胎儿有一定影响，由于母体的发热、代谢率加快、心动过速等，可致氧耗量增加而产生低氧血症，可致胎儿宫内缺氧。轻者出现胎儿宫内发育迟缓或低体重儿，重者甚至胎死宫内。至今未发现孕期肺炎与胎儿畸形有关。由于炎症反应及某些介质的出现，一些细菌诱发的磷脂酶、蛋白酶和前列腺素等能引起子宫收缩，导致流产、早产或围生儿死亡，特别是在肺炎的急性期。

5. 产科处理

(1) 若为轻型肺炎可积极治疗，等待胎儿成熟后分娩；重型肺炎应在积极纠正低氧血症、酸中毒及电解质紊乱等情况后，根据胎龄、胎儿宫内情况、母亲的产科条件决定终止妊娠的时机和方式。

www.dxy.cn/bbs

肺炎急性期分娩对母亲和胎儿的危险都比较大，然而，若虽经积极治疗，病情仍不改善，而估计胎儿娩出后可改善呼吸状况，在征得家属同意后，可在内科医师和麻醉科医师严密监测下进行分娩，并做好一切急救准备。

（2）妊娠早期，如出现持续高热，为避免高热对胎儿造成不良影响，可根据病人情况，在疾病痊愈后行人工流产术。如果胎儿较"珍贵"，亦可予以保留。临产后合并肺炎者，在应用抗生素的同时，应注意防止并纠正胎儿宫内窘迫，可持续鼻导管给氧，如无其他产科指征，以经阴道分娩为宜。第二产程给予胎头吸引或产钳助产，产后继续应用抗生素至痊愈。

6. 妊娠合并肺炎的预防

（1）育龄期妇女在孕前应有计划地注射疫苗，如风疹疫苗、流感病毒疫苗等，以减少孕期病毒感染的机会。

（2）加强营养，加强卫生保健，提高机体抗病能力。

（3）避免去人群密集的地方，以减少感染机会。

（4）及时治疗孕期呼吸道感染。

（瞿　琳）

第三节　妊娠合并消化系统疾病

一、病毒性肝炎

病毒性肝炎是由肝炎病毒引起的常见传染病，妊娠期间尤易感染，孕妇肝炎的发病率是非孕妇的6倍。

【诊断要点】

1. 妊娠合并普通型肝炎

（1）病史：有与肝炎病人密切接触史及接受输血、注射血制品病史。

（2）症状：食欲减退、恶心、呕吐、厌油、腹胀、腹泻、肝区隐痛、乏力、黄疸、低热。

（3）体征：肝脏轻度肿大，有压痛，皮肤黏膜可有黄染。

www.dxy.cn/bbs

(4) 实验室检查：

a. 丙氨酸氨基移换酶(ALT)、门冬氨酸氨基移换酶(AST)活性增高。

b. 血清病原学检测阳性：如乙肝"两对半"(HBsAg、抗 HBs、HBeAg、抗 HBe、抗 HBc)、甲肝病毒抗体、丙肝病毒抗体等。

c. 血清胆红素在 17.1 mmol/L 以上，尿胆红素阳性。

2. 妊娠合并重症肝炎　除具有上述普通型肝炎的不同程度症状、体征和实验室检查异常外，还可出现以下表现：

(1) 出现严重的消化道症状(食欲缺乏、频繁呕吐)，中毒性鼓肠，出现腹水。

(2) 黄疸迅速加深，血清胆红素 > 171 μmol/L(10 mg/dl)以上。

(3) 肝进行性缩小，有肝臭气味。

(4) 迅速出现神经、精神症状(嗜睡、烦躁不安、神志不清、昏迷)，即肝性脑病表现。

(5) 肝功能严重损害，全身有出血倾向，凝血酶原时间明显延长，"酶胆分离"，白蛋白/球蛋白比例倒置。

(6) 少尿、无尿、氮质血症等急性肾功能衰竭表现，即所谓肝肾综合征。

3. 肝炎病毒抗原抗体系统的临床意义

(1) 抗 HAV - IgM 阳性：提示 HAV 急性感染。

(2) 抗 HAV - IgG 阳性：提示 HAV 感染后长期或终身存在。

(3) HBsAg 阳性：提示目前感染 HBV，见于乙型肝炎病人或病毒携带者。

(4) 抗 HBs 阳性：提示过去感染 HBV，产生保护性抗体。

(5) 抗 HBcIgM 阳性：仅见于病毒复制阶段，处于 HBV 感染期。

(6) HBeAg 阳性：提示 HBV 急性感染期，传染性较强。

(7) 抗 HBe 阳性：提示 HBV 感染恢复期，传染性较低。

【治疗要点】

1. 一般治疗　注意休息，加强营养，补充高维生素、高蛋白、足量碳水化合物、低脂饮食。合并重症肝炎病人，蛋白质摄入每日应低于 0.5 g/kg，增加碳水化合物，每日给热量 7 430 kJ(1 800 kcal)

www.dxy.cn/bbs

以上。

2. 药物治疗　应用中西药物保肝治疗。避免应用可能损害肝的药物，如镇静药、麻醉药、雌激素。注意预防细菌感染，产时严格消毒，并应用广谱抗生素，以防内源性感染诱发肝性脑病。产后防止出血，根据凝血功能补充凝血因子，并给予缩宫素，加强宫缩。

【处　方】

处方1　适用于妊娠合并普通型肝炎病人。

(1) 维生素C　2～3 g
　10%GS　500 ml　iv gtt　qd

或　维生素C　0.2 g　tid

(2) 维生素B_6　10 mg　tid

或　维生素B_1　10 mg　tid

(3) 肌苷　0.2 g　tid

(4) 肝泰乐　0.1～0.2 g　tid

处方2　适用于妊娠合并重症肝炎病人。

(1) 新霉素　0.5 g　q6h

或　甲硝唑(灭滴灵)　0.2 g　qid

(2) 乳果糖　20 g　tid

(3) 谷氨酸钠(钾)　23～46 g
　5%～10%GS　500 ml　iv gtt　qd

或　精氨酸盐　25～50 g
　5%～10%GS　500 ml　iv gtt　qd

(4) 支链氨基酸　250 ml
　5%～10%GS　250 ml　iv gtt　qd

(5) 胰高血糖素　1～2 mg
　胰岛素　4～8单位
　50%GS　20 ml
　10%氯化钾　10 ml
　5%～10%GS　250 ml　iv gtt　qd

(6) 人体白蛋白 10～20 g　iv gtt　每周1～2次。

处方3　预防和治疗DIC，DIC往往是重症肝炎的致死原因，应

www.dxy.cn/bbs

积极加以防止。

(1) 肝素　12.5～25 mg
　　5%～10%GS　20 ml　iv gtt　q4～6h

(2) 维生素 K_1　10 mg　im　qd

(3) 新鲜血或血浆　200～400 ml　iv gtt　每周 2～4 次。

【警　示】

1. 妊娠合并普通型肝炎处理中注意的问题

(1) 妊娠合并病毒性肝炎治疗原则是以休息、营养为主，给予适当保肝药物，避免过劳和使用损肝药物(如镇静药、麻醉药、雌激素等)，保肝治疗可考虑静脉点滴葡萄糖及大量维生素 C，口服维生素 B_1、维生素 B_6 及保肝药物肌苷，肝泰乐等。亦可服用中草药，如清热利湿的茵陈蒿汤等。

(2) 预防感染：凡孕期有或无感染征象，一旦临产即应选用对肝脏损害小的广谱抗生素预防感染，如半合成青霉素类、头孢菌素，禁用四环素和红霉素。

(3) 预防产后出血：临产前 1 周开始应用维生素 K_1(10 mg，im，qd)并检查凝血功能，如有血小板及凝血因子减少应及早补充，临产后配新鲜血或血浆备用，及时应用宫缩剂(缩宫素)防止宫缩乏力及产后出血。

2. 妊娠合并重症肝炎的处理要点

(1) 重症肝炎时蛋白质代谢异常而发生高血氨、高血胺及高芳香类氨基酸，导致中枢神经系统功能紊乱而昏迷，故应注意如下几点：① 在保证每日热量 > 1 800kcal 基础上限制蛋白质摄入而增加碳水化合物，适宜的脂肪也有必要。② 保持大便通畅，减少有毒物质吸收。③ 新霉素和甲硝唑(灭滴灵)均可抑制肠道中大肠杆菌，减少游离氨及其他毒素形成，二者可选其一或联合使用。如有继续妊娠可能者慎用甲硝唑，新霉素长期服用后可发生听力或肾功能受损，故服药时间不宜超过 1 个月。④ 乳果糖可减少肠道内氨的吸收，对忌用新霉素或需长期治疗的病人为首选药物。

(2) 有肝性脑病前驱症状或肝性脑病者，每日静脉滴注降氨药

www.dxy.cn/bbs

减轻昏迷程度，如谷氨酸钠(钾)、精氨酸、支链氨基酸。另外，胰高血糖素与胰岛素、葡萄糖、氯化钾合用可促进肝细胞再生，调节氨基酸的作用，但用时应注意低血糖的发生。

(3) 少量多次输入新鲜血，补充白蛋白、血浆等，可补充凝血因子，提高机体免疫功能，促进肝细胞再生，减轻黄疸。

(4) 应用肝素治疗 DIC 时，应注意如下几点：① 在终止妊娠前 4 h 内，临产期及产后 12 h 内不宜应用肝素以免发生创面大出血。② 肝功能不良时，肝素用量宜小，以免增加肝脏负担。开始以 12.5 ~ 25 mg 静脉滴注，以后根据病情及凝血功能调整剂量。③肝功能不良凝血因子缺乏，肝素治疗时必需同时补充新鲜血或用抗凝血酶Ⅲ。④ 肝素滴注 4 h 后，用试管法测凝血时间，使其控制在 20 ~ 25 min，> 30 min 表示肝素过量，应及时停用，< 12 min 表示肝素剂量不足，可酌情增加。

3. 产科处理

(1) 妊娠早期发生急性肝炎，出现肝功能损害者，应积极治疗，待病情好转后尽早行人工流产。

(2) 妊娠中晚期发生急性病毒性肝炎，一般不主张终止妊娠，可住院积极保肝治疗，但在治疗后病情加重时应考虑适时终止妊娠。

二、急性胆囊炎、胆石症

妊娠合并急性胆囊炎是仅次于阑尾炎的外科急腹症，孕期由于体内雌孕激素的变化，使胆囊容积增大，排空减慢，为细菌繁殖创造条件，增加了胆道感染与结石的机会，国外文献报道发病率为 0.8‰。70% 的胆囊炎合并有胆石症。

【诊断要点】

1. 症状　突然发作的持续性右上腹痛，阵发性加重，常在夜间或脂肪餐后发作，疼痛向右肩或后背部放射，伴恶心、呕吐、寒战、发热、轻度黄疸，少数有腹胀。

2. 体征　10% ~ 25% 的病人可出现皮肤黏膜黄染，有右上腹压痛，反跳痛，肌卫，Murphy 征阳性，右季肋部叩击痛，右上腹部可

www.dxy.cn/bbs

能触及肿块。

3. 辅助检查

(1) 实验室检查：血白细胞计数和中性粒细胞比例均可增高，血清转氨酶常增高，血清胆红素亦可增加，尿胆红素阳性。

(2) B 超：可发现胆囊肿大、囊壁水肿增厚、可有结石声影。

4. 本病应与急性胰腺炎、急性阑尾炎、右肾结石、急性病毒性肝炎等鉴别。

【治疗要点】

1. 一般处理　卧床休息，低脂饮食，必要时禁食、胃肠减压，同时补液，维持水、电解质平衡。

2. 药物治疗　胆绞痛发作时，应解痉镇痛，应用抗生素抗感染。

3. 手术治疗　妊娠期经保守治疗无效或已出现胆囊坏死穿孔、腹膜炎等严重并发症时应采取紧急手术处理，术后给予安胎治疗。

【处　方】

处方 1　用于胆绞痛发作时，解痉镇痛。

阿托品　0.5～1 mg　im　bid～tid

或　山莨菪碱(654－2)　5～10 mg　im　qd～bid

哌替啶(杜冷丁)　50～100 mg　im　prn

处方 2　抗感染用药，"(1)～(4)"任选其一。

(1) 氨苄青霉素　1～2 g
NS　100 ml　iv gtt　q6h(青霉素皮试阴性)

(2) 氧哌嗪青霉素　4～8 g
5%GNS　100 ml　iv gtt　bid(青霉素皮试阴性)

(3) 头孢拉定　2～4 g
5%GNS 或 NS　100 ml　iv gtt　bid

(4) 头孢曲松(罗氏芬)　1～2 g
NS 或 5%GS　100 ml　iv gtt　qd

www.dxy.cn/bbs

【警　示】

1. 妊娠期胆道疾病一般首先考虑药物治疗，大部分病人经保守治疗后，症状得以缓解，尤其在妊娠早期应尽量保守治疗，以免手术导致流产。一般选妊娠中期以后手术，流产率可能下降，在妊娠晚期易引起早产。手术方式原则力求简单，包括胆囊造口引流、胆囊切除或病灶局部脓液引流等。

2. 解痉药物阿托品、山莨菪碱(654－2)具有良好的解除胆道平滑肌痉挛的作用，但对较严重的胆绞痛仍需加用哌替啶(杜冷丁)，方能获得较好疗效。

3. 胆囊炎发作前后及有感染征象者，及时给予抗生素控制感染，可选用半合成青霉素类、头孢菌素类等对胎儿无不良影响的药物。

三、急性阑尾炎

急性阑尾炎是妊娠期最常见的外科合并症。妊娠并不诱发阑尾炎，但妊娠期阑尾炎症状、体征不典型，易引起误诊，使炎症扩散，发生阑尾炎穿孔、弥漫性腹膜炎等严重病症。因此，及时诊断和处理对预后有重要意义。

【诊断要点】

1. 症状　起病时上腹或脐周疼痛，渐转移至右下腹，可伴恶心呕吐、发热、乏力等症状。

2. 体征　右下腹麦氏点或稍靠上处有明显压痛，有或无反跳痛、肌紧张，体温升高，脉率增快。

3. 辅助检查　血白细胞计数增加，通常在$(10\sim20)\times10^9$/L或计数虽不高但分类有核左移现象。若白细胞计数$>25\times10^9$/L以上，则穿孔可能性大。另外红细胞沉降率(血沉)可增快。

【治疗要点】

1. 处理原则　一旦确诊立即手术。但不论妊娠任何时期，当高度怀疑阑尾炎时应放宽开腹指征，以免贻误病情，引起不良后果。

2. 药物治疗　因炎症及手术操作可诱发宫缩，导致流产或早

www.dxy.cn/bbs

产，故应于术前或术后给予预防性或治疗性保胎措施。

【处　方】

处方1　妊娠早期病人使用。

黄体酮　20 mg　im　qd～bid

或　维生素E　50～100 mg　qd～tid

或　绒毛膜促性腺激素　1 000～2 000单位　im　qd～qod

处方2　妊娠中晚期病人适用，下列制剂可选一组：

(1) 沙丁胺醇(舒喘宁)　2.4～4.8 mg　q6h

(2) 25%硫酸镁　10 ml
10%～25%GS　20 ml　iv(5 min内缓慢注射)　首剂

继后　25%硫酸镁　30～40 ml
10%GS　500 ml　iv gtt(滴速1～2 g/h)　qd～bid(24 h总量≤25 g)

(3) 羟苄羟麻黄碱　50～150 mg
5%～10%GS　500 ml　iv gtt(滴速0.05～0.2 mg/min)　qd～bid
羟苄羟麻黄碱　10 mg　qid

【警　示】

1. 妊娠期急性阑尾炎选用抗生素时应考虑药物对胎儿的影响，一般选用抗菌谱广、对胎儿无副作用的青霉素类、头孢菌素类，禁用氨基糖苷类、四环素类及甲硝唑治疗。

2. 羟苄羟麻黄碱首次为50～100 μg/min，以后每隔15～30 min增加50 μg/min，最大量350 μg/min，宫缩抑制后以150～350 μg/min速度继续静脉滴注12 h，以后改为10 mg口服，qid。

3. 手术切口应按子宫大小及触痛点的位置而定，妊娠早期取麦氏切口，妊娠中期后以腹直肌右旁切口为宜，如子宫过大妨碍手术或有产科指征，可选剖宫产(最好腹膜外)再行阑尾切除术。

www.dxy.cn/bbs

四、消化性溃疡

妊娠合并消化性溃疡少见，穿孔者罕见。妊娠早、中期多数病人症状得以缓解，甚至自愈，但在妊娠晚期及产褥期由于肾上腺皮质功能增强，胃酸及蛋白酶含量增高，易使溃疡加重，应提高警惕。发病者亦可因增大的子宫掩盖了腹部体征而贻误诊断，及时正确的诊断和治疗对预后有重要意义。

【诊断要点】

1. 临床表现

(1) 慢性病程。

(2) 周期性发作，有季节性，多在秋冬和冬春之交发病。

(3) 节律性上腹痛，伴恶心、呕吐、嗳气、反酸，胃溃疡疼痛发作常在饭后 0.5～2 h，十二指肠溃疡发作常于夜间或饭后 3～4 h。

(4) 多数病人腹部有局限性压痛点。

(5) 溃疡穿孔可出现急性腹痛、腹肌紧张和休克，应与胎盘早剥和子宫破裂相鉴别。

(6) 溃疡出血可出现呕血、黑便、血压下降和血色素降低等表现。

2. 辅助检查

(1) 纤维胃镜：可以明确有无溃疡和溃疡部位，还可作活组织检查，对妊娠期消化性溃疡有确诊价值。

(2) X 线钡餐：孕期应尽量避免 X 线照射，确有必要时应待 7 个月后进行。

(3) 其他检查：粪隐血试验阳性见于活动性溃疡，幽门螺旋杆菌检查可指导治疗方案。如疑有溃疡穿孔者可行腹部立位平片检查，发现腹下游离气体可以明确诊断。

【治疗要点】

1. 一般治疗　生活要有规律，避免过劳和精神紧张，避免辛辣、过咸食物及浓茶、咖啡等饮料。

2. 药物治疗　抑制和中和胃酸，抗幽门螺杆菌感染。

3. 手术治疗　消化性溃疡穿孔病人应即时手术。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

处方1　幽门螺旋杆菌(HP)阴性的妊娠期消化性溃疡的病人,可在下列制剂中任选一种:

氢氧化铝与氢氧化镁合剂　15～30 ml　tid～qid

或　西咪替丁　200 mg　tid(餐后服)

或　800 mg　qN

或　雷尼替丁　150 mg　bid

或　300 mg　qN

或　奥美拉唑(洛赛克)　20 mg　qd～Bid

处方2　HP检测阳性的妊娠期消化性溃疡的病人在服用处方1药物的同时,加用下列药物。

(1) 硫糖铝　1 g　qid　(三餐餐前1 h及睡前服用)

或　胶体次枸橼酸铋　120 mg　qid(餐前服)

(2) 阿莫西林(羟氨苄青霉素)　500 mg　tid

或　甲硝唑　400 mg　tid

或　呋喃唑酮　100 mg　tid～qid

【警　示】

1. 妊娠期消化性溃疡的治疗与非孕期基本相同,首先要区分HP感染阳性或阴性的病人。HP阴性者用处方1,即在制酸剂、H2受体拮抗剂和质子泵阻滞剂中任选一种治疗。HP阳性者在处方1的基础上加用抗生素治疗(二联疗法),以2周为一疗程,如一疗程结束后可加用一疗程,如HP仍阳性可改用三联疗法即处方1加处方2中的(1)和(2)。总疗程十二指肠溃疡为4～6周,胃溃疡为8～12周。

2. 以上方案中涉及到的药物,在妊娠期使用应注意以下问题:

(1) 目前认为妊娠中晚期服用含铝、镁或钙的制酸剂是安全的,是治疗妊娠期消化性溃疡的第一线药物。现临床上常用氢氧化铝和氢氧化镁合剂,该两药合用可以减少其单用时的副作用,即氢氧化铝会引起便秘,氢氧化镁会引起腹泻。本药不通过乳汁分泌排出,哺乳妇女可服用。

(2) 胃黏膜保护剂硫糖铝,此药目前仍缺乏人类妊娠期用药安

www.dxy.cn/bbs

全性及关于该药通过胎盘或进入乳汁中的资料，但因本药不易经胃肠道吸收，因此估计妊娠期和哺乳期用药是安全的。美国胃肠病学会认为若病情需要，孕妇或哺乳期妇女服用本品是利多弊少的。

(3) H_2 受体拮抗剂西咪替丁是 FDA 批准用来治疗妊娠期消化性溃疡的第一个 H_2 受体拮抗剂，与雷尼替丁一样，曾被很多孕妇使用过，动物实验未见有致畸作用，但应用时应慎重，最好用于妊娠中晚期伴严重反流性食管炎症状和对制酸剂或硫糖铝无效的消化性溃疡病人。

(4) 奥美拉唑是质子泵抑制剂，该药可有效抑制胃酸的分泌，但迄今未见妊娠期和哺乳期用药的安全性报道，所以一般来说妊娠期及哺乳期妇女慎用本药。

(5) 目前还没有关于胃黏膜保护剂胶体次枸橼酸铋对胎儿及哺乳期婴儿安全性的报道，也不了解用药后羊水、脐带血或乳汁中铋的浓度，因此本药不作为妊娠期首选的药物，产后或停止哺乳后才考虑使用。

(6) 甲硝唑易透过胎盘进入胎儿体内，故对人类可能有危险或致畸作用，因而孕妇应尽量避免使用。

(7) 呋喃唑酮在孕晚期应用可导致新生儿溶血及黄疸，因此服用本药需十分慎重。

3. 溃疡穿孔病人应积极手术治疗，手术的孕妇几乎无死亡，溃疡出血者必须及时输血，以免胎儿因缺氧而死亡。

五、急性胰腺炎

妊娠合并急性胰腺炎比较罕见，可发生于妊娠各个时期，但以妊娠晚期比较多见。国外报道孕期急性胰腺炎孕妇的死亡率要高于同龄非孕妇女，且新生儿死亡率高达 37.9%。

【诊断要点】

1. 病史　了解既往有无胆囊结石、十二指肠溃疡、饮酒或腹部创伤等诱发疾病的因素。

2. 轻型(水肿型)胰腺炎的临床表现

www.dxy.cn/bbs

(1) 症状:突发中上腹或左上腹剧烈疼痛,呈束带状,可向左肩部或腰部放射,疼痛呈持续性,阵发性加重,常伴恶心、呕吐、发热、腹胀等表现。

(2) 体征:上腹部有明显压痛、反跳痛和肌紧张,肠鸣音减弱,有时有轻度黄疸。因妊娠期增大的子宫将胰腺向上腹部推移,使其更为隐蔽,故而腹膜炎和上腹部包块体征更不典型。

3. 重型(出血坏死型)胰腺炎的临床表现

(1) 除具有上述水肿型胰腺炎的症状体征继续加重外,迅速出现低血压和休克表现,脉搏细速、血压降低、面色苍白、四肢厥冷等,少数病人可出现腰部蓝 - 棕色斑(Grey - Turner 征)或脐周蓝色改变(Cullen 征),系胰酶及坏死组织液穿过筋膜及肌层渗入腹壁皮下所致,有时还可出现胰源性胸腔积液和胸腹水。

(2) 多器官功能异常:呼吸困难,低氧血症,黄疸加深,胃肠出血,心律失常或心力衰竭,神志模糊或谵妄,代谢性酸中毒,高血糖(> 13.9 mmol/L),低血钙(< 2 mmol/L),氮质血症,甚或 DIC。

4. 辅助检查

(1) 血、尿淀粉酶检查:在急性胰腺炎的诊断中有重要意义。一般在起病后 2 ~ 12 h 血清淀粉酶升高超过 500 索氏单位可确诊。轻型胰腺炎持续 3 ~ 5 d,即恢复正常,尿淀粉酶值在发病后 12 ~ 24 h 升高,超过 1 000 索氏单位可确诊,持续升高可达 1 ~ 2 周。对具有腹膜刺激征而诊断困难者可行腹腔穿刺,如穿刺液的淀粉酶值 > 1 500 索氏单位可确诊重症胰腺炎。

(2) 血清脂肪酶测定:急性胰腺炎时血清脂肪酶升高,超过 1.5 单位(Cherry-Crandall),其升高时间较晚,早期诊断价值不如血、尿淀粉酶,但特异性优于后者。

(3) 生化检查:高血糖,高胆红素血症,血清丙氨酸氨基移换酶(AST)、乳酸脱氢酶(LDH)增高,血清白蛋白降低,低血钙,动脉血氧分压降低等。

(4) 超声检查:对急性胰腺炎及其局部并发症可提出有诊断价值的资料,检查中可见胰腺弥漫性增大,其轮廓与周围边界模糊不清,坏死区呈低回声或低密度图像,还可发现胆道结石声影。

www.dxy.cn/bbs

5. 重症胰腺炎的诊断标准 ① 全腹剧痛，腹肌强直，腹膜刺激症状；② 烦躁不安，四肢厥冷，血压下降等休克表现；③ 消化道大出血；④ 肢体出现脂肪坏死；⑤ 肠鸣音显著降低，肠胀气等麻痹性肠梗阻表现；⑥ Grey-Turner 征或 Cullen 征；⑦ 血清钙 < 2 mmol/L；⑧ 血糖 > 11.2 mmol/L（无糖尿病史者）；⑨ PaO_2 < 8kPa，血 BUN > 14.3 mmol/L，血白细胞计数 > 18×10^9/L；⑩ 正铁血白蛋白阳性；⑪ 与病情不相适应的血、尿淀粉酶值突然下降，腹腔诊断性穿刺有高淀粉酶活性的腹水。

【治疗要点】

1. 一般处理 禁食，胃肠减压，对症支持治疗（包括补充液体、电解质及热量等）。

2. 药物治疗 抑制或减少胰液分泌，抑制胰酶活性，解痉镇痛。对重症胰腺炎应选用糖皮质激素治疗。对胆道疾病引起的急性胰腺炎应选用有效抗生素抗感染。对低血钙手足搐搦者应给予钙剂处理。

【处 方】

处方 1

(1) 阿托品 0.5 ~ 1 mg ih 或 im bid ~ tid

或 山莨菪碱（654 - 2） 5 ~ 10 mg ih 或 im bid ~ tid

哌替啶（杜冷丁） 50 ~ 100 mg im prn

(2) 西咪替丁 0.2 ~ 0.6 g

5%GS 250 ml | iv gtt bid

或 雷尼替丁 0.05 g

5%GS 250 ml | iv gtt bid ~ q6h

病情缓解时给口服药：

西咪替丁 0.2 g tid（餐前服）

雷尼替丁 0.15 g bid

(3) 奥曲肽（善得定） 0.3 mg

10%GS 500 ml | iv gtt bid（或以 0.25 mg/h 速度持续 iv gtt）

www.dxy.cn/bbs

(4) 抑肽酶　10万单位
10%GS　500 ml　iv gtt　bid

处方2　处方1中的西咪替丁或雷尼替丁在病情缓解后可改为口服。

西咪替丁　0.2 g　tid(餐前服)

或　雷尼替丁　0.15 g　bid

处方3　下列抗生素应用于胆道疾病引起的急性胰腺炎，可任选"(1)～(4)"中的一或两种：

(1) 氨苄青霉素　1～2 g
NS　100 ml　iv gtt　bid～q6h

(2) 氧哌嗪青霉素　4～6 g
5%GNS　250 ml　iv gtt　bid

(3) 头孢哌酮　1～2 g
NS或5%GNS　100 ml　iv gtt　bid

(4) 头孢噻肟　1～4 g
5%GS或NS　100 ml　iv gtt　bid

处方4　用于病程中出现低血钙手足抽搐者。

10%葡萄糖酸钙　10～20 ml
10%GS　10 ml　iv(慢)　st

【警　示】

1. 妊娠合并急性胰腺炎者，轻型以保守治疗为主，尽量避免手术，以防引起流产、早产。重型即出血坏死型胰腺炎或诊断未明但高度怀疑有脏器穿孔、化脓性腹膜炎、胰腺脓肿危及孕妇生命者均可选用手术治疗。若为胆源性胰腺炎，一般待产后择期行胆囊切除术。若急需行胆囊切除术，最好在孕3个月后进行，对于重度胆源性胰腺炎伴胆总管结石的孕妇，可在内镜下行胆总管取石，并发症较少。

2. 胆碱能受体阻滞剂阿托品、山莨菪碱(654－2)等可有效解痉，但此类药物有引起心动过速、尿潴留、肠麻痹等副作用，对胎儿可能有不利影响，需要时可慎用。腹痛剧烈的病人可加用哌替啶(杜冷丁)，但禁用吗啡，因吗啡能引起肝胰壶腹括约肌(Oddis　括

www.dxy.cn/bbs

约肌)痉挛,加重病情。

3. 西咪替丁、雷尼替丁有关注意事项参见"本章四、消化性溃疡"。法莫替丁、尼扎替丁等 H_2 受体阻断剂在妊娠期的应用尚无安全性报道,缺乏经验,因此孕期慎用。

4. 生长抑素类制剂(如善得定)可抑制胰液、胰酶的分泌,减少并发症与缩短病程,仅用于重症胰腺炎病人。应在禁食、胃肠减压、补充有效循环血容量基础上尽早使用,疗程持续 5~7 d。

5. 抑酞酶可抑制胰酶的活性,仅用于重症胰腺炎的早期,但其在妊娠妇女的应用上尚缺乏经验,使用时宜慎重。

6. 及时合理的治疗感染对预后较为重要,可使用对胎儿无明显影响的半合成青霉素类,头孢菌素类药物,应选针对革兰阴性杆菌为主兼顾革兰阳性球菌的广谱抗生素联合用药。

7. 产科处理

(1) 预防早产、流产:在保守治疗胰腺炎的同时应积极进行保胎治疗,密切观察胎动计数胎心率及 B 超检查胎儿健康状况等。

(2) 终止妊娠:① 孕妇已临产者可自然分娩,胎死宫内者可引产分娩。② 胎儿有宫内窘迫但估计娩出后有生存能力,应及时行剖宫产术。③ 孕妇急诊入院行剖宫产术,术中发现腹膜增厚,腹腔内有乳糜样脓液或血性浅棕色液体,大网膜及肠壁表面充血有点状脓苔表现,要考虑到胰腺炎,即时请外科医师协助治疗。

六、肠　梗　阻

妊娠合并肠梗阻少见,其发病率在 0.018%~0.16%,又因临床表现不典型,易造成误诊。妊娠期肠粘连是最常见的原因,其次为肠扭转,其他如肠结核、克罗恩病(克隆病)、肠道占位性病变等较少见,妊娠合并肠梗阻的诊治较困难,以致孕妇和胎儿死亡率较高,因此必须早期诊断。

【诊断要点】

1. 病史　了解既往有无剖腹手术史,有无肠粘连的可能。

2. 症状　腹痛发作多较突然,为阵发性绞痛,或持续性绞痛,

www.dxy.cn/bbs

阵发性加剧，伴腹胀、恶心、呕吐，肛门排气、排便减少或停止。

3. 体征　① 腹部膨隆，可见到肠形及蠕动波。② 腹部通常无压痛，但闭襻型或绞窄性肠梗阻可有腹部压痛及肌紧张，如有肠坏死穿孔则腹膜刺激征更明显，有时腹部可扪及有一定弹性及压痛的肿块。③ 全腹叩诊鼓音，伴腹腔积液时，移动性浊音阳性。④ 肠鸣音活跃或亢进，可听到金属音样改变和气过水声，麻痹性肠梗阻肠鸣音消失。

4. 辅助检查

(1) 实验室检查：血白细胞计数及中性粒细胞比例增加，红细胞比积升高，尿比重增高，粪隐血试验阳性。

(2) X线检查：① 普通X线：对肠梗阻诊断价值很大，可采取腹透，立位或卧位腹部平片等方法。检查见梗阻以上肠管扩张，有多数液平面。② CT：可发现增厚的肠壁，肠腔内积气、积液。X线检查对孕妇及胎儿有不利影响，不宜常规进行。

(3) B超：虽对肠梗阻诊断价值有限，但因其安全性较高，目前已替代X线在孕期进行辅助诊断。

(4) 内镜检查：可以直接发现病变部位，结合活检可确诊。

5. 绞窄性肠梗阻的诊断标准

(1) 腹痛发作急骤，起始即为持续性剧烈疼痛，呕吐出现早而频繁。

(2) 腹胀不对称，腹部有局部隆起或触及有压痛的肿块。

(3) 病情发展迅速，早期出现休克，抗休克治疗后改善不显著。

(4) 有明显腹膜刺激征，体温上升，脉率增快，血细胞计数明显增加。

(5) 呕吐物、胃肠减压抽出液，肛门排出物为血性或腹膜穿刺抽出血性液体。

(6) 腹部X线检查是孤立胀大的肠袢，不因时间而改变位置。

(7) 经积极非手术治疗而症状无明显改善。

【治疗要点】

1. 一般处理　禁食，胃肠减压，补液，纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调，输血或血浆。

www.dxy.cn/bbs

2. 药物治疗　对发热、病情较显著者及时应用抗生素。因炎症及手术操作可诱发宫缩、导致流产或早产，故在术前或术后应给予保胎治疗。

3. 手术治疗　经保守治疗无效者，应手术治疗。应先剖宫产，然后手术解除梗阻。

【处　方】

参见"本章三、急性阑尾炎"。

【警　示】

1. 单纯性肠梗阻应首先采取保守治疗，但时间不宜超过 12～24 h，最多不超过 48 h。如存在绞窄性肠梗阻或经保守治疗 12～24 h症状不好转，梗阻未解除者，应选用手术治疗，术后继续应用大量抗生素。

2. 产科处理

(1) 妊娠早期经过保守治疗好转，梗阻解除者，可以继续妊娠，如治疗无效可先行人工流产，而后行剖腹探查(肠梗阻矫治)手术。

(2) 妊娠中期如无产科情况，不必采取引产，但有部分病人发生自然流产。

(3) 妊娠晚期由于膨大的子宫影响了手术操作，应先行剖宫产术，多数可得到活婴，之后再行肠梗阻矫治术。

(4) 凡保留妊娠应予保胎治疗，具体内容参见"本章三、急性阑尾炎"。

(宁魏青)

第四节　内分泌疾病

一、糖　尿　病

糖尿病是一种以糖代谢紊乱为主要表现的内分泌代谢疾病，主要是由于病人体内胰岛素相对或绝对不足所致。妊娠期糖尿病，可在原有糖尿病基础上合并妊娠，也可为妊娠前为隐性糖尿病，在妊娠后进展为临床糖尿病，或为妊娠后新发糖尿病。以上三

www.dxy.cn/bbs

种情况都称为妊娠期糖尿病。

【诊断要点】

1. 糖尿病诊断依据

(1) 有糖尿病症状：多饮、多尿、多食、消瘦，外阴瘙痒，易合并神经炎、白内障及皮肤化脓感染等并发症。一次空腹血糖(FBG)≥7.0 mmol/L，或一次餐后血糖(PBG)≥11.1 mmol/L。

(2) 无糖尿病症状：2 次以上 FBG≥7.0 mmol/L，或 2 次以上 PBG≥11.1 mmol/L，或 1 次 FBG≥7.0 mmol/L，同时 1 次 PBG≥11.1 mmol/L。

(3) FBG < 7.0 mmol/L 同时 PBG < 11.1 mmol/L：可作 75 g 口服糖耐量试验(OGTT)，有糖尿病典型症状而且 OGTT 中服糖后 2 h 血糖值≥11.1 mmol/L 者可诊为糖尿病；如无糖尿病典型症状，则除服糖后 2 h 测血糖外，须同时有服糖后 30 min 或 1 h 中的血糖测定值≥11.1 mmol/L，或者另 1 次 OGTT 结果中有达到糖尿病诊断的血糖值。

2. 妊娠糖尿病的诊断

(1) 孕前无糖尿病病史，孕期有多饮、多尿、多食，肥胖或孕期检查发现胎儿过大，羊水过多，或有原因不明的早产、畸胎、死胎史，习惯性流产或巨大儿分娩史，或有家族妊娠糖尿病史者，均应口服 50 g 葡萄糖 1 h 筛查血糖。如≥7.2 mmol/L 者，继续作 100 g 葡萄糖耐量试验。美国糖尿病协会建议，对所有孕妇都应在妊娠第 24～28 周进行 1 次 50 g 糖耐量试验。

(2) 75 g 葡萄糖耐量试验结果判断：空腹血糖 5.9 mmol/L，服糖后 1 h 10.6 mmol/L，2 h 9.2 mmol/L，3 h 8.1 mmol/L。如有两项超过上述指标者即可确诊。

【治疗要点】

1. 一般治疗

(1) 饮食治疗：孕期总热量一般为 7 524～8 360 kJ/d(1 800～2 000 kcal/d)，其中碳水化合物占 50%，蛋白质占 20%，脂肪占 30%。对于胰岛素依赖型糖尿病病人每日可进 5～6 餐，非胰岛素依赖型病人仅在睡前加一餐即可，使孕期体重增加不超过 9kg，每

www.dxy.cn/bbs

月不超过 1.5kg 为宜。

(2) 运动治疗：孕妇心率 < 140 次/min；每次运动持续时间不应少于 15 min，运动幅度以轻中度为宜；妊娠后 4 个月，不应做仰卧运动；运动后适当增加饮食或减少胰岛素用量；孕妇基础体温不宜高于 38℃。

2. 药物处理　根据糖尿病的分型选用不同方案的胰岛素治疗，并定期测定血糖，调整治疗方案。分娩期注意预防新生儿低血糖的发生。

【处　方】

处方 1　用于胰岛素依赖型糖尿病病人或饮食治疗不能控制病情者，用量因人而异(以短效胰岛素为例)。

胰岛素　20 ~ 40 单位/d　早餐前 2/3 总量、晚餐前 1/3 总量 ih

总量≥40 单位/d 者　早餐前 1/2 总量、晚餐前 1/4 总量、睡前 1/4 总量　ih

处方 2　妊娠糖尿病的治疗，均为开始剂量，根据血糖加以调整。

(1) 空腹血糖升高者：中效胰岛素　10 单位　ih (睡前)。

(2) 空腹及餐后血糖升高者：混合胰岛素　15 单位　ih　早餐前、晚餐前各 1 次

处方 3　分娩期控制孕妇血糖，减少新生儿低血糖的发生。

5%GS　500 ~ 1 000 ml
胰岛素　8 ~ 12 单位　| iv gtt　st

处方 4　酮症的治疗，每日查尿酮体，用至尿酮体阴性。

10%GS　1 000 ml
胰岛素　32 ~ 40 单位　| iv gtt　qd

【警　示】

1. 饮食控制有效的实验室指标：空腹血糖 < 4.44 ~ 6.66 mmol/L，餐后血糖 < 8.83 mmol/L。如果在饮食治疗 1 ~ 2 周内，孕妇有 2 次以上空腹血糖 > 5.8 mmol/L 和(或)餐后血糖 >

www.dxy.cn/bbs

6.7 mmol/L者，即应考虑胰岛素治疗。

2. 妊娠期血糖控制的标准为：空腹血糖 3.3～5.5 mmol/L；餐后 2 h 血糖≤6.7 mmol/L；或 24 h 平均血糖 5.6 mmol/L。胰岛素用量原则：初用剂量可根据 24 h 尿糖定量按每 2 g 尿糖用 1 单位胰岛素，或根据前一日尿糖定性一个"+"给 4 单位胰岛素。孕早期一般在 0.7～1 单位/(kg·d)，孕后期用量可增加 3 倍。

3. 分娩前应使空腹血糖控制在 3.9～6.2 mmol/L。分娩期每 2 h 测1 次血糖，以调整胰岛素用量，使其血糖维持在 4.4～6.7 mmol/L之间。剖宫产者由于术前禁食，术中硬膜外麻醉，应减少胰岛素用量，以免发生低血糖。

4. 产褥期　应在产后 24 h 内减少胰岛素用量至少 1/2，48 h 后减少至原量的 2/3，产后次日测空腹血糖，重新调整胰岛素用量；出院前复查糖耐量试验，产后 42 d 再随访检查。注意电解质平衡及抗生素的应用，预防产后感染。病情严重者，最好不哺乳。新生儿按早产儿处理，密切观察低血糖、呼吸窘迫综合征及其他并发症。出生后鼓励早哺乳，必要时静脉缓慢滴注 10% 葡萄糖 30～40 ml(10～15 滴/min)。

5. 妊期管理　有血管病变者，终止妊娠。无合并症者，每 2 周检查 1 次，32～36 周入院，37～38 周分娩最好。从第 32 周开始连续动态监测胎儿胎盘功能如尿 E_3、血 HPL。

6. 自然分娩对病人最有益，产程不宜过长。如果糖尿病严重、高龄初产、巨大儿、臀位、胎盘功能严重减退，以及引产 6 h 无进展或自然分娩产程超过 16 h 者应考虑行剖宫产术。

二、甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症(甲亢)是指由多种原因引起的甲状腺激素增多，作用于全身的组织器官，造成机体的神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进为主要表现的疾病的总称。是妇女孕期最常见的第二种内分泌疾病。在甲亢未控制的情况下，由于应激使甲亢病情突然加剧出现危及生命的状态，称为甲亢危象。

www.dxy.cn/bbs

【诊断要点】

1. 怕热、多汗、易激动、食欲亢进、消瘦、腹泻、心慌、气促，女性病人月经减少，周期延长。

2. 低热、皮肤温湿；舌、手细颤，腱反射活跃；心动过速、心律失常、心脏扩大、脉压差增大；甲状腺弥漫性肿大，伴局部杂音和震颤；突眼征。甲状腺危象表现为以上症群的加重。

3. 血清总 T_3 及 T_4 升高，游离 T_4(FT_4) 及游离 T_4 指数(FT_4I)升高，游离 T_3(FT_3) 及游离 T_3 指数(FT_3I)升高。Graves 病血中促甲状腺激素(TSH)浓度常低于正常。

4. 促甲状腺激素释放激素兴奋试验　血 TSH 仍很低或未见上升。

【治疗要点】

1. 一般治疗　休息及合理膳食。抢救甲状腺危象时包括吸氧、物理降温。

2. 药物治疗　应用抗甲状腺药物，为防止胎儿甲状腺功能低下及甲状腺肿大，需与甲状腺素合用。两种药物的合用还有利于抑制孕妇 TSH 的分泌。为有效控制高代谢症群以及做好手术前准备，可加用β受体阻滞剂。发生甲状腺危象者要积极抢救。

【处　方】

处方 1　最常采用。

丙基硫氧嘧啶(PTU)　50～150 mg　q8h

他巴唑　5～20 mg　q12h

处方 2　甲状腺素与抗甲状腺药物合用，防止胎儿甲状腺功能低下及胎儿甲状腺肿大，可抑制孕妇 TSH 分泌，减轻突眼。

甲状腺片　10～30 mg　bid

处方 3　β受体阻滞剂控制高代谢症群，与抗甲状腺药物合用，或用于抗甲状腺药物过敏者；或作为甲状腺手术前准备。

普萘洛尔(心得安)　10～20 mg　tid

处方 4　甲状腺危象的抢救。

www.dxy.cn/bbs

(1) 丙基硫氧嘧啶　首剂　300～600 mg,口服、鼻饲或直肠给药　st　6 h 后 150～300 mg　q6 h

(2) 他巴唑　60～100 mg　口服或鼻饲　st

(3) 复方碘溶液　首次 2～4 ml,以后 1～2 ml　q4h

或　10%GS　500 ml　|　iv gtt　st

　　复方碘溶液　3～5 ml　|

(4) 普萘洛尔(心得安)　1～5 mg　iv　st

或　10～20 mg　Tid

【警　示】

1. 抗甲状腺药物主要抑制甲状腺激素的合成,对甲状腺和周围组织无损伤。孕期抗甲状腺药物的剂量应为能保持血清 FT_4 为正常上限 1/3 所需的最小量。病人每 2 周复查 1 次,一旦甲状腺试验结果改善,抗甲状腺药物剂量即可减半。病人甲状腺功能正常后,继续使用小剂量几周后,再以维持剂量治疗达妊娠 32 周是可取的。

2. 抗甲状腺药物一般于 2～4 周开始起效,6～12 周病情被控制。副作用主要是皮疹、发热、恶心、瘙痒,以及粒细胞缺乏症等。使用他巴唑后新生儿并发症是先天性皮肤发育不全,损害常能自愈。

3. 普萘洛尔(心得安)能提高潜在的新生儿发病率,也会使自发流产率提高,故不提倡长期应用。

4. 手术治疗　具有以下指征者,妊娠期亦可手术治疗:① 药物治疗失败;② 实质性多发性腺瘤;③ 结节性甲状腺肿;④ 甲状腺压迫症状;⑤ 异位分泌综合征;⑥ 并有甲状旁腺功能障碍。手术时间以妊娠 16～20 周为宜。

5. 产科处理　按高危妊娠处理。胎儿已成熟,甲亢症状已基本控制者,择期行剖宫产术,术中要注意预防发生甲状腺危象。阴道分娩时,严密注意产程进展。甲状腺危象症状稳定后 2～4 h,结束分娩或行剖宫产。新生儿出生时留脐血,测定 TSH 及 T_3、T_4,以确定有无先天性甲状腺功能低下。产后仍服抗甲状腺药物者,不宜授乳。

www.dxy.cn/bbs

三、甲状腺功能减退症

甲状腺功能减退症(甲减)系甲状腺激素合成分泌或生理效应不足所致的全身性疾病。妊娠合并甲减发病率很低,这主要是因为患有甲减的妇女频繁发生的不排卵周期所致生育能力下降。孕期甲减最常见的原因是甲状腺自身免疫性疾病。

【诊断要点】

1. 乏力嗜睡、表情淡漠、智力低下、畏寒少汗,皮肤干燥、毛发稀疏、嗓音粗低,食欲减退,体重增加,便秘,肌肉疼痛、强直,月经失调(孕前)。

2. 黏液性水肿,心动过缓,反射减缓、弛缓期延长,腕管综合征,弥漫性结节性甲状腺肿。

3. 基础代谢率降低,血清蛋白结合碘或 T_3、T_4 降低,TSH 增高。血胆固醇、甘油三酯明显升高。

4. X 线示心脏向两侧扩大。

【治疗要点】

1. 一般治疗　即为对症治疗,贫血病人应补充铁剂、维生素 B_{12}、叶酸等纠正贫血,胃酸低者补充稀盐酸。

2. 替代治疗　不论何种甲减,均需甲状腺激素替代治疗。

3. 黏液性水肿昏迷治疗　补充甲状腺激素,保暖,补充水、电解质,防治感染,纠正休克,抢救昏迷。

【处　方】

处方 1　替代疗法。

左旋甲状腺素片(L－T_4)　100～200μg　po　qd。

或　左旋三碘甲腺原氨酸(L－T_3) 开始用量 25 μg　qd

长期维持量 50 μg　qd

或　甲状腺片　开始用量 10～20 mg　qd

长期维持量 40～120 mg　qd

处方 2　黏液性水肿昏迷的治疗。

L－T_3　40～120 μg　iv　st

或　L－T_4　200 μg　iv　st

www.dxy.cn/bbs

甲状腺片　30～60 mg　胃管给药　q4～6h

【警　示】

1. 近几十年由于合成药物的激素含量更合乎标准，它们代替了甲状腺制剂而成为首选药物，服 L－T_4 更好，更接近正常的生理过程。推荐服药的最佳时间为早晨空腹时，有利于提高疗效。孕期服用硫酸亚铁，可以形成不溶解的甲状腺素-高铁化合物，故服用两种药物至少应间隔 2 h。用药过量者有头痛、心悸、胸痛、怕热、体重减轻、呕吐、腹泻和神经过敏等表现。

2. 甲减孕妇及时诊断治疗的目的，是使其甲状腺功能尽快恢复正常和维持正常，使血清 TSH 水平恢复正常。所有用替代疗法的孕妇应在孕期 6～8 周行第一次检查，其后在 16～20 周和 28～32 周测定 TSH 水平。以 L－T_4 为例，初始剂量根据实际体重为 2 μg/(kg·d)，其后用药量的增加则根据血清 TSH 水平调整：

初始剂量：150 μg/d 或 2 μg/(kg·d)

调整剂量：TSH 升高但 < 10 毫单位/ml，加 50 μg/d；10 毫单位/ml < TSH < 20 毫单位/ml，加 75 μg/d；TSH > 20 毫单位/ml，加 100 μg/d。

产后剂量应减到孕前剂量，产后 6～8 周测定 TSH 用以调整治疗剂量。停药后每年应随访 1～2 次。

四、肾上腺皮质功能减退症

分原发性和继发性二类。原发性也称艾迪生(Addison)病，系指肾上腺本身由于多种原因破坏了双侧肾上腺的绝大部分引起肾上腺皮质激素分泌不足所致。继发性系指下丘脑分泌促皮质激素释放激素(CRH)或垂体分泌促肾上腺皮质激素(ACTH)不足所致。

【诊断要点】

1. 皮质醇缺乏症群　淡漠、疲劳乃至神志模糊、精神失常；食欲减退、消化不良、消瘦，血压降低、心脏缩小、头昏眼花、直立性晕厥；抗利尿激素释放增多致大量饮水后易发生稀释性低钠血症；性功能减退或阴毛减少，病情轻者可生育；易发生低血糖；对各种应激的抵抗力减弱；皮肤黏膜色素沉着，尤以摩擦处、掌纹、乳晕及瘢

www.dxy.cn/bbs

痕等处更为显著。

2. 醛固酮缺乏症群　机体保钠能力减低，血钠低，24 h 尿钠排出量不少于 50 mmol，导致血容量降低，出现肾前性氮质血症；钾、氢离子排泄异常，血钾升高和轻度代谢性酸中毒。

3. 因病因不同，而表现相应的结核中毒症状或伴其他自身免疫症群。

4. 低血钠，高血钾　血尿皮质醇及其代谢物测定常低于正常；血浆 ACTH 水平明显增高。影像学诊断可酌情用于寻找病因（如肿瘤）及观察肾上腺变化（如钙化）。

5. ACTH 刺激试验　尿 17-羟皮质类固醇（17-OHCS）或血浆皮质醇无反应性升高。连续刺激法：原发性者无反应，继发性者为延迟反应。

【治疗要点】

1. 一般治疗　多摄入高糖、高蛋白、富含多种营养素、维生素易消化的饮食；摄入充分食盐（至少 10 g/d）。

2. 药物治疗　坚持终身激素替代治疗。手术及分娩时应加大糖皮质激素的剂量。

【处　方】

处方 1　补充糖皮质激素，首选氢化可的松。以下为生理替代治疗剂量。

氢化可的松　20～30 mg/d

或　可的松　25～37.5 mg/d

或　泼尼松（强的松）　5～7.5 mg/d

处方 2　补充盐皮质激素。如病人在服用糖皮质激素和充分摄取食盐还不能获得满意疗效，仍感头晕、乏力、血压偏低者，需加用盐皮质激素。

9α-氟氢可的松　50～150 μg　8:00 顿服

或　醋酸去氧皮质酮（DOCA）油剂　1～2 mg　im　qd

或　2.5～5 mg　im　qod

中药甘草流浸膏　20～40 ml　qd

处方 3　氮类激素，可改善周身倦怠、食欲不振和体重减轻等

www.dxy.cn/bbs

症，但孕妇、心力衰竭者慎用。

苯丙酸诺龙　10～25 mg　im　每周 2～3 次

或　甲基睾丸素　5 mg　舌下含服　bid～Tid

处方 4　手术及分娩病人用。

氢化可的松　200～300 mg　iv gtt　手术当日

150～200 mg　iv gtt　手术次日

50～100 mg　iv gtt　术后第二日，后逐渐转为常规口服量（如处方 1）。

【警　示】

1. 激素替代治疗的基本原则是"缺什么补什么，缺多少补多少"。临床应用时，应根据病人身高、体重、性别、体力劳动强度以及病情轻重等，并模仿其昼夜分泌周期给药，即 8:00 前给该量的 2/3，15:00 前给该量的 1/3。应激状态时酌情增量至 3～5 倍乃至 10 倍以上为应激替代，手术及分娩为短暂应激，故可在数日内每日减量约 50% 直达维持量。

2. 盐皮质激素过量表现　水肿、高血压甚至心力衰竭。故肾炎、高血压、肝硬化和心功能不全者慎用。

3. 大多数病人可顺利渡过妊娠和分娩，但早期妊娠呕吐重者，必要时改用肌内注射或静脉滴注。妊娠期盐皮质激素疗效不佳，可能与体内孕酮过多、排盐作用加强有关。

第五节　妊娠合并泌尿系统疾病

一、急性肾炎

急性肾小球肾炎简称急性肾炎。急性起病，以血尿、蛋白质、少尿、常有高血压、水肿甚至氮质血症为临床特征的一组疾病。多见于链球菌感染后，其他如葡萄球菌、肺炎链球菌、病毒等的感染。病变主要在肾小球，而肾小管功能基本正常。

【诊断要点】

1. 前驱感染后 1～3 周起病，1～2 个月中病情可全面好转。

www.dxy.cn/bbs

2. 肉眼血尿，少尿尿量 < 500 mg/d，晨起眼睑水肿，一过性中度高血压，常有疲乏、厌食、恶心、呕吐、腰痛及头痛等表现。

3. 实验室检查　镜下血尿，常伴红细胞管型；轻中度蛋白尿（< 3.5 g/d）；一过性轻度氮质血症，利尿后恢复正常；血清总补体及 C_3 下降。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息，在肉眼血尿消失、水肿减退、血压正常后逐步增加活动。低盐饮食（1 ~ 3 g/d），低蛋白饮食[0.5 g/(kg·d)]，高维生素饮食，严重者限制液体入量，量出定人。

2. 药物治疗　消肿、降压，预防心脑合并症，抗感染。

【处　方】

处方 1　利尿以消肿、降压，预防心脑合并症。

双氢氯噻嗪　25 mg　bid 或 tid

和（或）　呋塞米（速尿）　60 ~ 120 mg/d　分次口服或 iv

处方 2　利尿剂使用后血压仍控制不住者，可加用钙通道阻滞剂。

硝苯啶　20 ~ 40 mg/d

或　肼苯达嗪　25 ~ 50 mg　tid

处方 3　如有感染灶，可用抗生素治疗 10 ~ 14 d，选用青霉素类或大环内酯类。

(1) 5%GNS　500 ml
氨苄青霉素　6 g　| iv gtt　qd　（青霉素皮试阴性）

或　阿莫仙　500 mg　tid

(2) 5%GS　500 ml
红霉素　1 ~ 2 g　| iv gtt　qd

或　罗红霉素　150 mg　bid

【警　示】

1. 对于少尿 1 周以上或进行性尿量下降及肾小球滤过功能损害者，需考虑急进性肾炎可能。必要时及时肾活检以明确诊断。

2. 透析治疗　以下两种情况时应及时应用透析治疗：① 少尿

www.dxy.cn/bbs

性急性肾衰竭，特别高血钾时；② 严重水钠潴留，引起急性左心衰竭者。

3. 如病情迁延或反复，与扁桃体病灶有关者应考虑做扁桃体摘除术。手术时机以肾炎病情相对稳定及扁桃体无急性炎症为宜，术前术后应选用青霉素不少于2周

二、慢性肾炎

慢性肾炎系由多种原发性肾小球疾病所导致的以水肿、高血压、蛋白尿、血尿及肾功能损害为临床表现的慢性疾病。最终将发展为慢性肾衰竭。

【诊断要点】

1. 有急、慢性肾炎史。

2. 非孕期或孕20周以前即出现蛋白尿、镜下血尿和肉眼血尿、眼睑及下肢可凹性水肿、高血压等临床表现，头痛、心悸、呼吸困难、夜尿多等症状

3. 24 h尿蛋白总量常在1～3 g/d，尿沉渣见颗粒管型和蜡状管型，肾功能异常常在疾病后期开始出现，妊娠期血肌酐 > 70.7 μmol/L，尿素氮 > 4.64 mmol/L，反映孕妇肾功能低下。

4. 眼底检查　视网膜出现血管病变，可有渗出或出血。肾活检病理检查对诊断有重要意义。

【治疗要点】

1. 一般治疗　保证充足睡眠和休息，避免受凉、感染；选择富含必需氨基酸的优质蛋白质，饮食中蛋白质含量不超过40 g/d，高血压病人减少钠的摄入（低于3 g/d），孕期慎重用药，禁用肾毒性药物。

2. 药物治疗　对症处理，控制血压，水肿严重时可予利尿剂，纠正贫血和水电解质紊乱以及酸碱平衡失调，预防感染，改善肾功能。

【处　方】

处方1　孕期防治妊娠高血压综合征（妊高征）。

www.dxy.cn/bbs

双嘧达莫(潘生丁)　25～50 mg　tid

或　肠溶阿司匹林　80 mg　qd

处方 2　血压 > 160/110 mmHg 时，应用降压药，降压过程不宜太快。

(1) 10%GS　500 ml
　　甲基多巴　250～500 mg　iv gtt　qd

或　甲基多巴　250～500 mg　tid

(2) 5%GS　500 ml
　　肼屈嗪　40 mg　iv gtt　qd

或　肼屈嗪　10～20 mg　bid～tid

处方 3　改善肾功能，一疗程 7～10 d。

10%GS　500 ml
丹参　16 ml　iv gtt　qd

【警　示】

1. 不宜妊娠的情况　以下情况不宜妊娠：① 起病呈急性肾炎综合征表现的慢性肾炎；② 急性肾炎治愈后或未愈但病情稳定 3 年之内；③ 尿蛋白 ≥ 3 g/d 或血压 ≥ 150/100 mmHg；④ 非孕时肾功能损害，血肌酐 > 265.2 μmol/L 或血尿素氮 > 10.71 mmol/L。

2. 孕期监测　妊娠期动态观察血压、蛋白尿、水肿、贫血、肾功能及胎儿胎盘功能。如妊娠进展顺利，应在第 32 周入院观察。

3. 肾功能一旦有恶化趋势，应及时终止妊娠。第 33 周以后，若胎盘功能减退，应及时剖宫产，并行绝育术。

4. 控制血压是防止本病恶化的关键，但降压不宜太快，防止肾血流量骤减。利尿过程中防止低钾血症。

三、肾盂肾炎

由非特异性细菌直接侵袭肾盂、肾实质引起的炎症性疾病。临床上分为急性和慢性期。

【诊断要点】

1. 急性肾盂肾炎

www.dxy.cn/bbs

(1) 寒战高热、全身不适、恶心、呕吐、头痛、乏力、尿频、尿痛、膀胱区压痛、腰痛、肾区叩痛、输尿管点压痛。

(2) 混浊脓尿，尿液镜检可见满视野白细胞，可出现白细胞管型，尿红细胞计数 > 10 个/HP。中段尿培养菌落计数 > 1×10^5/ml。肾功能一般正常。

2. 慢性肾盂肾炎

(1) 病史超过半年以上，全身症状较轻，泌尿系统及尿液改变也可不典型，易反复发作。

(2) 在肾盂造影中见到肾盂、肾盏变形、缩窄。

(3) 肾小管功能有持续性损害，当肾实质破坏严重时亦可出现高血压、尿毒症。

【治疗要点】

1. 一般治疗　及时控制高热，积极物理降温；卧床休息，左右轮流侧卧位；多饮水稀释尿液，每日保持尿量达 2 000 ml 以上。

2. 药物治疗　抗生素治疗为主要疗法。急性期总疗程为 2 周，最好两种有效药物联用。慢性期总疗程为 2 ~ 4 个月，一个疗程为 1 ~ 3 周，停 5 ~ 7 日再开始下一个疗程，尽可能按尿培养药敏试验结果选用药物。

【处　方】

主要为抗感染治疗的处方，可选用下列"(1) ~ (6)"中的任一组：

(1) 5%GNS　500 ml
　氨苄西林(氨苄青霉素)　6 g　| iv gtt　qd(青霉素皮试阴性)

或　阿莫仙　500 mg　tid

(2) 5%GS　500 ml
　头孢拉定　2 ~ 4 g　| iv gtt　qd

或　头孢拉定　500 mg　qid

(3) 注射用水　10 ml
　头孢曲松(罗氏芬) 1 ~ 2 g　| iv　qd

(4) 5%GS　500 ml
　红霉素　1 ~ 2 g　| iv gtt　qd

www.dxy.cn/bbs

或　罗红霉素　150 mg　bid

(5) 5%GS　500 ml
　　克林霉素　1.2～1.8 g　iv gtt　qd

或　克林霉素　300 mg　tid

(6) 呋喃妥啶　100 mg　im　bid

或　呋喃妥啶　100 mg　bid

【警　示】

1. 对未作过尿培养或细菌培养者，原则上选用氨苄西林(氨苄青霉素)、青霉素、头孢菌素类、呋喃类药物；如上述药物无效，磺胺药、庆大霉素、阿米卡星(丁胺卡那霉素)等也可应用，但用药期限及药量应加以考虑。疗效判断：依尿培养为准，用药后2周，每周做1次中段尿培养，阴性为有效。6周后再培养1次，阴性为治愈。

2. 尿标本应取自用药前之晨尿的中段尿，如已用药应在停药3 d以后取样。妊娠期一般不宜作静脉肾盂造影，需要时应于产后10周方可施行。

3. 妊娠早期发病，可引起胎儿神经系统发育障碍，可引起流产和早产、胎儿宫内发育迟缓甚至发生死胎。故需密切观察胎儿的生长发育。

四、急性膀胱炎

【诊断要点】

1. 尿频、尿痛、尿液混浊、血尿，伴或不伴发热，耻骨上区压痛。

2. 尿液镜检白细胞计数5个/HP，清洁中段尿培养菌落计数1×10^5/ml。

【治疗要点】

1. 一般治疗　鼓励病人多饮水，使尿量保持在2 000 ml以上；卧床休息，左右轮流侧卧以减轻子宫对输尿管的压迫；注意阴部清洁，减少尿道口的细菌群丛生。

2. 药物治疗　抗生素最好根据尿培养药敏试验而定。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

安奇　250 mg　tid　共 3 d

或　阿莫仙　500 mg　tid　共 3 d

或　头孢拉定　500 mg　qid　共 3 d

【警　示】

1. 孕早期、产前 3 个月勿用磺胺药，氨基糖苷类和喹诺酮类慎用，四环素、氯霉素不宜用。

2. 复发性膀胱炎（每年 2 次以上）可进行持续性或性交后预防性抗生素治疗，低剂量抗生素每日 1 次，每周 3 次，或性交后服药。

（王　妊）

第六节　血液系统疾病

一、缺铁性贫血

由于体内贮存铁（包括骨髓、肝脾及其他组织内）消耗殆尽，不能满足正常红细胞生成的需要而发生的贫血。妊娠期贫血的诊断标准：红细胞计数 $< 3.5 \times 10^{12}$/L，或血红蛋白 < 100 g/L，或红细胞比积 < 0.30。满足这些条件之一才诊断为妊娠期贫血。

妊娠期贫血可分为轻度、中度、重度、极重度，如表 3－1。

表 3－1　妊娠期贫血的分度

	红细胞计数（$\times 10^{12}$/L）	血红蛋白（g/L）
轻度贫血	3.50～3.00	100～80
中度贫血	3.00～2.00	80～60
重度贫血	2.00～1.00	60～30
极重度贫血	< 1.00	< 30

www.dxy.cn/bbs

【诊断要点】

1. 病史 既往有月经过多等慢性失血性疾病史;或长期偏食、孕期呕吐、胃肠功能紊乱导致的营养不良等病史。

2. 临床表现 早期可无临床缺铁表现,随着缺铁的加重可表现为:面色苍白、倦怠乏力、心悸、心率加快、劳累后气促、眼花、耳鸣、舌痛、萎缩性舌炎、口角炎、皮肤毛发干燥、反甲、异食癖等。

3. 血象 小细胞低色素性贫血 Hb < 100 g/L,红细胞平均容积(MCH) < 80μm^3,红细胞平均血红蛋白含量(MCH) < 28pg,红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC) < 30%,网织红细胞计数正常或减少。

4. 骨髓象 红细胞系统增生活跃,幼红细胞数量增多、粒系、巨核系正常,骨髓涂片作铁染色后铁粒幼细胞极少或消失。

5. 生化检查 血清铁(SF) < 0.5mg/L(50μg/dl)为缺铁性贫血的早期重要表现,总铁结合力(TIBL) > 3.6mg/L(360μg/dl),铁饱和度 < 15%,血清铁蛋白 < 12μg/L,红细胞游离原卟啉(FEP) > 0.9μmol/L(50μg/dl), 红细胞游离原卟啉(FEP)/ Hb > 4.5 μg/gHb。

6. 在诊断不明确的情况下,用铁剂试验性治疗。如网织红细胞明显升高,5 ~ 10 d 达高峰,范围 2% ~ 16%(平均 6.6%)、以后又降至正常范围,亦可诊断。

【治疗要点】

1. 一般治疗 加强营养,鼓励孕妇进高蛋白及含铁丰富的食物,如:黑木耳,海带,紫菜,猪(牛)肝,豆类,蛋类。去除导致缺铁加重的因素。

2. 药物治疗 补充铁剂。

3. 输血或红细胞悬液 重度贫血病人以及妊娠足月面临分娩时需尽快提高血红蛋白,应予输血或红细胞悬液。宜少量多次,每次以 200 ml 以下为宜。

【 处 方 】

处方 1 口服用药,下列制剂可选用一种。

(1) 硫酸亚铁 0.3 g tid

(2) 硫酸亚铁控释片(福乃得) 525 mg qd

www.dxy.cn/bbs

(3) 乳酸亚铁　0.15～0.6 g　tid

(4) 富马酸亚铁　0.2～0.4 g　tid

(5) 琥珀酸亚铁(速力菲)　100 mg　tid

(6) 力蜚能　150～300 mg/d

(7) 葡萄糖酸亚铁　0.3～0.6 g　tid

(8) 10%枸橼酸铁胺　10～20 ml　tid

(9) 康维口服液　20 ml/d　分次口服

处方 2　注射用药，多用在妊娠后期重度缺铁性贫血或病人因严重的胃肠道反应而不能接受口服给药者。下列两种药选一即可。

(1) 右旋糖酐铁　50 mg　im(深部)　qd 或 qod

无副作用增加到 100 mg　im(深部) qd 或 qod

10～15d为 1 疗程

(2) 山梨醇铁　50～100 mg　im(深部)(进出针速度要快)　qd

【警　示】

1. 铁剂使用的注意事项

(1) 服药时间：饭前 1h，饭后 2h 内不宜口服铁剂，如服后胃肠反应重，也可饭后服用，但影响吸收。服药期间避免饮茶、咖啡，避免与牛奶、氢氧化铝同服。维生素 C 是还原剂可增加铁的吸收，但是亚铁盐类本身是二价铁易于吸收，故不必同时服用维生素 C。

(2) 治疗期限：血红蛋白于 2 周后应该上升，1～2 个月后可恢复正常，如规律用药后 3 周血象仍无明显改善，应考虑是否为缺铁性贫血。口服铁剂待血红蛋白明显上升后，可减少用量，治疗应维持到产后 3 个月。

(3) 枸橼酸铁胺为三价铁，不易吸收，不宜用于重症贫血，适用于吞服药片有困难者。药品遇光易变质，服后应漱口，或用玻管吸服，以保护牙齿。

(4) 铁剂的注射一般以深部肌内注射为主，个别会出现类似过敏性休克的副作用须严密观察。静脉注射反应多且重，一般不主张使用。肝肾功能损害者忌用。注射山梨醇铁后可有排尿刺激症

www.dxy.cn/bbs

状，尿排出后变成黑色，山梨醇铁过多可引起血色病，故贫血纠正后即应停用。

(5) 口服铁剂的不良反应有恶心、呕吐、上腹痛、便秘及排黑便。腹泻及溃疡病人慎用，铁过敏者禁用。硫酸亚铁大量服用可致急性中毒，出现胃肠道出血坏死，直至休克。对不宜口服铁剂病人，如溃疡性结肠炎，可使用注射剂。

2. 输血及红细胞悬液问题　过多过速的输血可引起急性心力衰竭，原则上少量多次。如血浆蛋白过低，可同时补充人体蛋白。

3. 妊娠期贫血的预防　妊娠 4 个月起，所有孕妇均应常规补铁硫酸亚铁(0.3 mg，qd 或 bid)，或使用其他可靠的孕期铁剂补充品。

4. 产科处理

(1) 中度或重度贫血者应配新鲜血备用，并开放静脉。

(2) 加强胎心监护，低流量持续吸氧，严密监护产程，防止产程延长，阴道助产以缩短第二产程。

(3) 胎儿前肩娩出后，立即静脉注射缩宫素 10～20 单位，如无禁忌证，胎盘娩出后，可肌内或静脉注射麦角新碱 0.2 mg，同时用缩宫素 20 单位加入 5% 葡萄糖液中静滴，持续至少 2h。

(4) 产程中严格无菌操作，认真缝合会阴阴道伤口。产后给予广谱抗生素预防感染。

二、再生障碍性贫血

再生障碍性贫血(AA)是一组由于化学、物理、生物因素及不明原因引起的骨髓造血功能衰竭，以造血干细胞损伤、外周血全血细胞减少为特征的疾病。

【诊断要点】

1. 临床表现　主要为贫血、出血、感染，脾不大。根据症状发生的缓急，贫血的严重程度可分为重型和慢性。

2. 血象 全血细胞减少，红细胞、白细胞、血小板的减少程度不一定平行，网织红细胞计数明显下降。

3. 骨髓象 骨髓颗粒很少，脂肪滴很多。呈现增生不良，粒系、

www.dxy.cn/bbs

红系细胞减少，巨核细胞很难找到或缺如。

4. 诊断时应排除阵发性血红蛋白尿、骨髓增生异常综合征、恶性组织细胞病。

【治疗要点】

1. 一般治疗 增加营养，提高免疫功能；预防出血，避免外伤和便秘，如果发生出血（如鼻出血），以局部压迫止血为主，适当给予止血药物；预防感染，注意个人卫生，特别是皮肤及口腔卫生，中性粒细胞计数 $<0.5\times10^9$/L，应采取保护隔离。必要时对症治疗、成分输血、止血、控制感染。

2. 药物治疗

（1）慢性再生障碍性贫血：改善微循环。同时应用雄激素和（或）环孢素 A。必要时输注胎肝。

（2）重型再生障碍性贫血：应用免疫抑制剂和造血细胞因子治疗。免疫抑制剂包括抗淋巴细胞球蛋白（ALG）/抗胸腺细胞球蛋白（ATG）、环孢素 A、大剂量丙种球蛋白、大剂量甲泼尼龙（甲基强的松龙）。ALG/ATG 是不适合作骨髓移植治疗的急性再生障碍性贫血病人的主要治疗措施。用药前应给解热镇痛药或苯海拉明口服，同时合用泼尼松。环孢素 A 可与 ATG 或雄激素合用，但剂量要减半。造血因子包括重组人粒系集落刺激因子（rhG－CSF）、重组人粒－单系集落刺激因子（GM－CSF）、重组人红细胞生成素（rh－EPO）等。

3. 特殊处理

（1）手术治疗： 脾切除疗法对慢性再生障碍性贫血的有效率可达 50%左右，急性再生障碍性贫血不宜。有些病人切脾后，重复使用以往药物，能够取得疗效。有效者大多在半年左右出现疗效。一般认为适应证有以下几点：

① 免疫因素存在者；

② 提示脾脏破坏红细胞过多，红细胞的破坏部位主要在脾脏；

③ 周围血中网织红细胞比例超过 2%，骨髓增生活跃者；

④ 多种方法治疗无效者，也可试用。

（2）干细胞移植： 对于年龄低于 45 岁，尤其是＜25 岁的年轻

www.dxy.cn/bbs

急性再生障碍性贫血病人，如有人类白细胞抗原(HLA)匹配的相关供髓者，应积极争取做干细胞移植。移植后长期无病存活率可达60%～80%。准备做移植的病人，应尽量避免输血，必须输血时，血制品要经20～40 Gy(2 000～4 000 rad)照射，输血次数要少于20次。

【处　方】

1. 慢性再生障碍性贫血

处方1　改善微循环。

一叶秋碱　8～24 mg　im　qd×6月以上

阿托品　0.3～0.6 mg　tid　用1个月

或0.5 mg　ih　qd～bid　用1个月

或　山莨菪碱(654－2)　5～10 mg　im　qd～bid　用1个月

处方2　雄激素治疗，可任选一种：

(1) 司坦唑醇(康力龙)　2～4 mg　tid

(2) 丙酸睾丸酮　100 mg　im　qd或qod

(3) 羟甲烯龙(康复龙) 5 mg　tid

(4) 美雄酮(大力补)　10 mg　tid

(5) 十一酸睾丸酮(安雄)　首次1 g　im

后改为500 mg　im　每月2次

或改为40 mg　tid

(6) 庚酸睾丸素(巧理宝)　250 mg　im　每月2～4次

处方3　环孢素A(CSA)　3～10mg/(kg·d)　分2～3次服用　用2个月以上(与抗雄激素合用时剂量减半)

处方4　胎肝输注。选用4～5月龄胎肝，胎儿娩出后1h内制备，制备完成后1h内输用。

胎肝细胞悬液　适量

庆大霉素　8万单位

地塞米松　5 mg　iv gtt　st

泼尼松(强的松)30～40 mg　qd　用7～14d

2. 重型再生障碍性贫血

www.dxy.cn/bbs

处方5　免疫抑制剂治疗。这是急性再生障碍性贫血的主要治疗措施之一。

(1) ALG/ATG　12～15 mg/(kg·d)
　NS　250～500 ml　iv gtt　q12～18h
　共5d
　泼尼松　1mg/(kg·d)　分次服用　2周后减量
　共1个月

(2) 环孢素A(CSA)　3～10 mg/(kg·d)　分2～3次服用　共2个月以上

(3) 丙种球蛋白　20 g　im　qd　共4～5d

(4) 甲基泼尼松　20～30 mg/(kg·d)　分次服用　共3d
　以后每隔4d减半量直至1 mg/(kg·d)　30d后根据病情决定维持量

处方6　造血细胞因子。

(1) 重组人粒系集落刺激因子(惠尔血，rhG－CSF)　150～300 μg　ih或iv　qd～bid　用药后白细胞计数升高需2～4d

(2) 重组人粒－单系集落刺激因子(生白能，rhGM－CSF)　150～300μg　ih或iv　qd～bid

(3) 重组人红细胞生成素(rh－EPO)　20～40单位/kg　ih或iv　每周3次　用2个月以上

【警　示】

1. 妊娠期再生障碍性贫血的治疗主要以支持疗法为主，雄激素、免疫抑制剂如CSA、rh－EPO等治疗对妊娠和胎儿可能有影响，故一般不宜使用，但当病情严重，考虑终止妊娠前，可用以改善症状和血象。

2. 输血疗法　少量多次输新鲜血，使血红蛋白维持在60 g/L以上，临产前最好使血红蛋白达到80 g/L以上，以增加对产后出血的耐受力。还可根据情况考虑输成分血，如浓缩红细胞、红细胞悬液、浓缩血小板等，新鲜血浆分离出的浓缩血小板应在24h内应

www.dxy.cn/bbs

用，而粒细胞则应尽可能在采血 6h 内输注完毕。

3. 单一使用雄激素治疗慢性再生障碍性贫血的有效率为 50% 左右。用药剂量要大，持续时间足够长，至少 3 个月。治疗半年无血红蛋白增加才算无效。若一种雄激素无效，可换用另一种或同时用两种雄激素治疗。有效的病人，不能突然停药，需减量维持半年，否则可能复发。雄性激素副作用有：性刺激过度症状、水钠潴留等，且易引起肝功能损害，通常康力龙等口服药物的肝毒性较丙酸睾酮大些，而雄性化作用较后者为轻。

4. ALG/ATG 出现疗效约需 3 个月，不宜与大剂量糖皮质激素合用。第一疗程无效或缓解后复发的病人可进行第二疗程，近半数仍可有效。ALG/ATG 治疗的副作用有发热、皮疹、白细胞减少、淋巴细胞减少、血小板减少、水潴留、血压升高或降低，晚期发生血清病。过敏试验可采用：ATG 10 mg 加入生理盐水 100 ml 中静滴，1h 滴完。

5. CSA 小剂量长期维持，对减少复发有利。常见副作用有多毛、齿龈增生、乏力、震颤、高血压及肝肾功能损害，个别有癫痫发生（系低镁血症引起），需注意。服药期间应避免高钾饮食、含钾药或保钾利尿剂。

6. HD－MP 的副作用有诱发或加重感染，引起骨质疏松或股骨头无菌性坏死，激发或加重糖尿病和消化性溃疡、高血压、低血钾，大多病人兴奋难眠，有人甚至可发生精神失常。

7. rhG－CSF 和 GM－CSF 短期使用即可使周围血白细胞计数增加，但停药后又下降。长期使用（6 个月以上），有些病人造血功能可望得到恢复。常见副作用有发热、皮疹，少见有骨痛、恶心、水肿。rh－EPO 的副作用有头痛、高血压，有些可发生血栓栓塞现象、偶见过敏反应。

8. 联合用药　急性再生障碍性贫血常见的联合方式有 ALG/ATG 加 CSA 加雄激素或 ALG/ATG 加 CSA 加 GM－CSF 加 EPO；对于慢性再生障碍性贫血，多采用 CSA 加雄激素或 SSL 方案［司坦唑醇、一叶秋碱、左旋咪唑（50 mg，tid）］。

9. 一般认为孕期血红蛋白 > 60 g/L 对胎儿影响不大。分娩后

www.dxy.cn/bbs

能存活的新生儿，一般血象正常，极少发生再生障碍性贫血。血红蛋白≤60 g/L 者可导致流产、早产、胎儿宫内发育迟缓、死胎或死产。

10. 产科处理　一般认为虽然再生障碍性贫血不是妊娠的禁忌证，但在妊娠时的危险性比非妊娠时大得多，再生障碍性贫血病人病情未缓解者应严格避孕，不宜妊娠。

(1) 妊娠早期：如血红蛋白 < 60 g/L，应做好输血准备，住院行人工流产。

(2) 妊娠中晚期：引产的出血和感染的风险比自然分娩要大，且终止妊娠并不能减少孕产妇的死亡率。此期应加强支持治疗，在严密监护下继续妊娠直至足月分娩。

(3) 分娩期：应尽量经阴道分娩，减少手术产，最好实行计划分娩。经过输全血或成分血，使血红蛋白达到 80 g/L 左右，血小板数达到 20×10^9/L 以上，在备好新鲜血情况下，促产程发动。产后仔细检查软产道，认真缝合伤口，防止产道血肿形成，有产科指征必须行剖宫产时，一并将子宫切除为宜，以免引起产后出血及产褥感染。

三、特发性血小板减少性紫癜

特发性血小板减少性紫癜(ITP)是一种常见的自体免疫性出血综合征，由脾脏产生的抗血小板抗体(PAIg)与血小板表面结合，加速血小板在单核巨噬细胞系统内的破坏，结果使血循环中的血小板数减少，引起皮肤黏膜出血，重者内脏亦有出血。ITP 可分为急性和慢性二种，而妊娠妇女一般均为慢性。

【诊断要点】

1. 临床表现　以皮肤和黏膜出血为主要症状，以四肢多见、躯干次之，表现为大小不等的瘀斑、瘀点，或有月经过多、鼻出血、齿龈出血，严重者可有消化道、泌尿道出血。体征上可有轻度脾肿大。

2. 实验室检查　多次血小板 < 100×10^9/L，出血时间延长，凝血检查正常，血清血小板抗体阳性等。骨髓象示巨核细胞增多或

www.dxy.cn/bbs

正常，但多为未成熟型，血小板生成减少。

3. 有以上表现者，具备下列五项中的任何一项可确诊：糖皮质激素治疗有效；切脾治疗有效；PAI gG 增多；PAC_3 增多；血小板生存时间缩短。

4. 诊断时应排除继发性血小板减少。

【治疗要点】

1. 一般治疗　妊娠本身并不加重 ITP，但对病人应密切监护、定期检查血小板计数。对妊娠期首次发病者、妊娠期复发者及妊娠期仍未缓解者，可根据情况采取治疗措施。一般治疗与非孕期病人相同。

2. 药物治疗　轻症病人可以大剂量维生素 C 或氨肽素治疗。有临床出血表现的病人，应选用糖皮质激素。血小板计数低于 10×10^9/L并有出血者，应输注血小板。对于血小板低于20×10^9/L，出血广泛严重或准备手术或分娩的病人，应予急诊处理(具体用药详见处方 3)。

3. 手术治疗　脾切除适用于正规激素治疗 3～6 个月无效，泼尼松维持量每日需 > 30 mg 或疗效差，减少剂量易复发，PLT 仍 < 50×10^9/L，对糖皮质激素禁忌。但出血甚为严重、有心脏病不耐受手术、妊娠期等，一般不宜手术。妊娠期如非有必要手术，一般主张在孕 6 个月前手术。脾切除后血小板持续正常达 6 个月以上者为治愈。

【处　方】

处方 1　用于门诊轻症病人。

维生素 C　2.0 g　qd

或　氨肽素　1.0 g　tid

处方 2　血小板计数 < 50×10^9/L，有临床出血症状，首选糖皮质激素，病情缓解后糖皮质激素逐渐减量。病情严重者选用地塞米松静脉滴注，出血症状改善后改口服强的松。

泼尼松(强的松)　40～100 mg/d 或 1～1.5 mg/(kg·d)　分次服用

www.dxy.cn/bbs

或 地塞米松 5～10 mg iv gtt bid～tid

处方3 血小板计数 $<10\times10^9$/L，并有出血，防止重要脏器出血(如脑出血)时应用。

浓缩血小板悬液(PC)(每单位含血小板 4.8×10^9个) 50单位 iv gtt st

或 单采血小板[每袋含$(2\sim3)\times10^{11}$个血小板]1袋 iv gtt st

处方4 输入丙球蛋白。

丙种球蛋白 400 mg/(kg·d)(或 20 g/d) iv gtt qd 共5d

处方5 急症处理。适用于 PLT $<20\times10^9$/L，尤其是 $<10\times10^9$/L，出血严重广泛者，疑有或已发生颅内出血者，近期将实施手术或分娩者。

浓缩血小板悬液 50～60单位 iv gtt st

丙种球蛋白 0.4 g/kg iv gtt qd 连用4～5d，1月后可重复

血浆置换 每次置换3 000 ml 3～5d内连续3次以上

甲基泼尼松 1.0 g iv gtt qd 共3～5d

【警 示】

1. 糖皮质激素

(1) 禁忌证：溃疡病、结核病、糖尿病、高血压、精神病、心力衰竭及动脉硬化等。

(2) 在妊娠初期不宜应用，必要时在中期使用，待出血症状改善，血小板数 $>60\times10^9$/L以上，再经2～3周，然后逐渐减量。开始减量可稍快，减至每日20 mg时，每1～2周最多减5 mg，通常小剂量泼尼松5～10 mg/d维持4～6个月，反复发作病例可维持1年。孕期应用糖皮质激素治疗者，产后继续应用，待血小板上升后减量并指导避孕。母亲应用糖皮质激素治疗的，新生儿出生后应用泼尼松2.5 mg bid。视血小板情况，1周后逐渐减量。若新生儿出生后出现出血点或紫癜，可用氢化可的松10 mg静脉滴注 q12h，2～3d

www.dxy.cn/bbs

后改为 1 mg/(kg·d)，1 周后剂量减半，维持至血小板计数正常。

(3) 不可骤然停药或减量过快，因长期使用糖皮质激素可致医源性肾上腺皮质萎缩和功能不全，骤然停药可发生肾上腺危象，或使原病复发或加重。

(4) 长期大量使用可引起如下并发症：

a. 类肾上腺皮质功能亢进综合征：水肿、高血压、低血钾、糖尿、满月脸、水牛背、向心性肥胖、多毛、痤疮，停药后可自行消失。

b. 诱发、加重感染。

c. 诱发或加剧胃、十二指肠溃疡，甚至导致消化道出血或穿孔，在治疗过程中出现消化道症状应加用抗酸药。

d. 易诱发高血压、子痫。

e. 有精神症状或癫痫史者可诱使其发作。

f. 骨质疏松。

(5) 肝功能差或长期对泼尼松无效者可改用泼尼松龙。

2. 血小板的输入　因血小板的输入将刺激体内产生的血小板抗体加快血小板的破坏，只有在病情需要，阴道分娩宫口开全或剖宫产手术中输入。一般而言，输注 1×10^{11} 个血小板，输注结束后即刻检测血小板计数(PLT)可升高 1.5×10^{9}/L。输入病人体内的血小板一般可生存 72～96h，故单采血小板输注以间隔 3～4d 为宜。

3. 输入丙球蛋白　可用于严重出血、妊娠、分娩病人，但费用昂贵，且需 2～4 周重复治疗 1 次，药效随时间衰退很快。

4. ITP 产科处理　患本病的妊娠妇女自然流产率增加 1 倍，并有早产和胎盘早剥等并发症。血小板自身抗体可通过胎盘，引起新生儿血小板减少，亦应引起重视，注意以下问题：

(1) 妊娠前：病情不稳定，仍在治疗中，应暂缓怀孕；病情缓解稳定，血小板计数 $>50\times10^{9}$/L，可以考虑妊娠。

(2) 妊娠期：与血液科共同监测血小板变化及出血的倾向。

a. 孕早期终止妊娠指征：孕早期发现 ITP 并需用糖皮质激素治疗，有可能致胎儿畸形者；妊娠前 ITP 严重，孕早期仍未缓解并有恶化趋势者。

b. 妊娠中晚期：以保守支持治疗为主，积极治疗，改善病情，B

www.dxy.cn/bbs

超监测胎儿发育，注意有无颅内出血。

(3) 分娩时作好计划分娩

a. 剖宫产的指征：血小板计数 $< 50 \times 10^9$/L 并有出血倾向；有脾切史。

b. 备好新鲜血及血小板，在剖宫产术中及阴道分娩宫口开全前(时)输入。

c. 应用大剂量糖皮质激素 氢化可的松 500 mg 或地塞米松 20～40 mg 静滴。

d. 阴道分娩防止产程延长，尽量避免阴道手术助产。

e. 认真止血缝合伤口防止血肿形成。

f. 做好预防产后出血，防止感染工作。

(4) 产褥期：ITP 并不是母乳喂养的绝对禁忌证，但母乳中含有血小板抗体，应视母亲病情轻重及血象酌情选择。

四、血栓性血小板减少性紫癜

血栓性血小板减少性紫癜是一种罕见的微血管出血综合征，其主要特征是发热、血小板减少性紫癜、微血管病变性溶血性贫血、中枢神经系统和肾脏受累等，此称为五联征，有前三者称为三联征。

【诊断要点】

1. 临床表现 典型的 TTP 表现是微血管病变性溶血性贫血，血小板减少性紫癜，精神神经症状，发热，肾脏损害。40% 具有此五联征，75% 的病人有前三联征。脑出血是死亡的主要原因。根据起病缓急，病程的长短可分为急性型、慢性型、复发型。急性型尚无有效治疗，多在 3 个月内死亡。

2. 实验室检查

(1) 血象：正细胞正色素性贫血；网织红细胞计数增多，比例平均 19%；严重血小板减少，血小板计数 $(1 \sim 50) \times 10^9$/L。

(2) 尿中出现蛋白、红细胞、白细胞、管型。

(3) 血清乳酸脱氢酶(LDH)、血浆游离血红蛋白增高，血尿素氮、肌酐升高。

www.dxy.cn/bbs

(4) CT 延长、PT、APTT、AFⅢ、FⅧ:C、FDP、血浆纤维蛋白原及转换率等多在正常范围。DIC 检查阴性。Coomb's 试验阴性。

(5) 组织病理学检查:皮肤、齿龈活检及脾脏标本中可见典型的 TTP 病理改变。

(6) 骨髓象:显示红系增生,巨核细胞正常或增多。

【治疗要点】

1. 血浆输注和血浆置换术　孕期一旦诊断即应进行,有条件的地方应首选血浆置换术。

(1) 输注新鲜冰冻血浆,若 48 h 无效则改血浆置换术。

第 1 周:8 mg/(kg·d),共 7 次。

第 2 周:8 mg/(kg·d),共 3 次。

第 3 周:8 mg/(kg·d),共 2 次。

(2) 血浆置换术:换浆量 40 ~ 80 ml/(kg·d),原则上 40 ml/(kg·d),每日以不超过 4L 为宜。

2. 药物治疗　应用糖皮质激素、抗血小板凝集药物治疗,必要时应用免疫球蛋白。

3. 脾切除术　目前意见仍未统一,大多数人认为不宜单独切脾治疗本病。

【处　方】

处方 1　糖皮质激素的应用。可联合用药,也可单独用药。常在 48 ~ 72h 见效,病情好转后可减量。下列制剂可选用一种:

泼尼松(强的松)　60 mg/d(视病情可加至 100 ~ 200 mg/d)　分次服用

或　地塞米松　20 mg/d　iv gtt

处方 2　抗血小板凝集药物的应用,常需联合应用其他方法。

低分子右旋糖酐　500 ml　iv gtt　qd

双嘧达莫(潘生丁)　400 mg/d　分次口服或 iv gtt

或　阿司匹林　600 ~ 2 400 mg　qd

处方 3　处方 1 和处方 2 均无效时选用。

免疫球蛋白　20 g/d　iv gtt　共 5d

www.dxy.cn/bbs

【警 示】

1. 肾上腺糖皮质激素使用注意事项参见"本章三、特发性血小板减少性紫癜"。

2. 抗血小板凝集药物在综合治疗中起辅助作用，取得缓解后作为维持治疗。疗程需长达6～18个月，停药过早易复发，单用抗血小板凝集药物疗效很差，常与糖皮质激素合用。

3. 低分子右旋糖酐大量应用可致出血，少数有皮肤过敏、哮喘及过敏性休克。充血性心力衰竭病人禁用，肝肾疾病者慎用。与庆大霉素及卡那霉素合用可增加其毒性。

4. 肝素的使用 TTP很少有DIC变化，故用肝素无益，且用肝素后可并发血小板减少性紫癜。

5. 产科处理原则

(1) 孕早期：本病一般不引起流产，但在孕早期胎儿死亡率高，因此一旦确诊应考虑终止妊娠。

(2) 孕中晚期：应以支持疗法，用以上治疗改善病情，待胎儿成活时、适时终止妊娠。分娩方式根据病情及产科情况酌情选择。分娩时处理可参考"本章三、特发性血小板减少性紫癜"的处理。

五、血友病

血友病是一种因遗传性凝血活酶生成障碍引起的出血性疾病，包括血友病A、血友病B及遗传性FXI缺乏症，其中以血友病A最常见，以阳性家族史、幼年发病、自发或轻度外伤后出血不止、血肿形成及关节出血为特征。临床上血友病孕妇非常少见。

【诊断要点】

1. 临床表现 表现为自发性或轻度外伤后出血不止，且具有以下特征：生之具有，伴随终身；常为软组织或深部肌肉内血肿；负重关节如膝、踝关节等反复出血甚为突出，最终可致血友病关节。亦可发生内脏出血，如发生脑出血常可致命。

2. 实验室检查

(1) 常规检查：出血时间(BT)、血小板、血块收缩时间、血浆凝血酶原时间(PT)均正常。

www.dxy.cn/bbs

(2) 筛选试验:凝血时间(CT)正常或延长、活化部分凝血活酶时间(APTT)延长、硅化凝血时间(S-CT)、活化凝血时间(ACT)、复钙时间(RCT)延长。

(3) 纠正试验:凝血酶原消耗(PCT)不良,简易凝血活酶生成试验(STGT)异常,凝血活酶生成试验及纠正试验异常。

(4) 特殊检查:① FⅧ促凝活性(FⅧ:C)和抗原含量(FⅧ:CAg)测定;② FⅨ促凝活性(FⅨ:C)和抗原含量(FⅨ:Ag)测定;③ FⅪ促凝活性(FⅪ:C)和抗原含量(FⅪ:Ag)测定;④ 血管性血友病因子抗原(vWF:Ag)。

【治疗要点】

1.一般治疗　避免接触使用可加重出血的物质及药物,慎用华法令、肝素等抗凝药。

2. 药物治疗及替代治疗　补充凝血因子是防治血友病出血的最重要措施。

(1) 血友病A:可选用新鲜冷冻血浆(FFP,凝血因子较全血高1倍)、冷沉淀物(主要含FⅧ、FⅧ、vWF及纤维蛋白原,FⅧ浓度较血浆高5~10倍)、冻干人凝血因子Ⅷ(AHC),还有选用克隆纯化FⅧ、猪FⅧ制品、基因重组FⅧ制品等。

(2) 血友病B:可选用冷冻血浆、凝血酶原复合物、FⅨ浓缩物和重组FⅨ制品。另外,轻症血友病病人,可选用1-去氨基-8-右旋-精氨酸加压素(DDAVP)、甲氰咪呱,有关节腔、肾脏、腹腔、咽喉部及脑部出血以及拔牙等时,可应用糖皮质激素,对反复接受FⅧ:C治疗而疗效渐差者糖皮质激素效果更佳。

辅助治疗有抗纤溶药物和卡巴克路(安络血)的应用。抗纤溶药物有止血芳酸、止血环酸、6-氨基己酸、抑肽酶,可用于轻症病人,或与替代疗法联合使用,以减少FⅧ制品的用量。但血尿、休克、肾功能不全病人慎用。安络血对关节腔、肌肉、创伤、手术出血有效,对泌尿道及脑出血病人应慎用。

3. 外科治疗　关节出血者在替代治疗同时进行固定及理疗处理,对反复关节出血而致关节强直及畸形病人可在补充足量FⅧ或FⅨ前提下行关节成形或置换术。

www.dxy.cn/bbs

【处 方】

处方1 适用于血友病A。"(1)~(3)"任选一种：

(1) 新鲜冷冻血浆 首剂 20~40 ml/kg iv gtt st

维持剂量 10~20 ml/kg iv gtt qd

(2) 冷沉淀物

轻度出血 首剂 10~15 单位/kg，维持剂量减半 q8~12h 用 3~5d

中度出血 首剂 20~30 单位/kg，维持剂量减半 q8~12h 用 3~5d

重度出血 首剂 40~50 单位/kg，维持剂量减半 q8~12h 用 3~5d

(3) 冻干人凝血因子Ⅷ 5~10 单位/kg
20~30 ℃注射用水 100 ml | iv gtt(20min内) q12~24h 用 3~5d

处方2 适用于血友病B。"(1)~(3)"任选一种。

(1) 新鲜冷冻血浆 首剂 20~40 ml/kg iv gtt st

维持剂量 10~20 ml/kg iv gtt qd

(2) 凝血酶原复合物 400~600 单位
5%GS 50 ml | iv gtt (30min内) st

接着 凝血酶原复合物 400~600 单位
5%GS 50 ml | iv gtt q6~24h

(3) FⅨ浓缩物和重组FⅨ制品 首剂 40~60 单位/kg iv gtt st

以后 10~25 单位/kg iv gtt q12~24h

处方3 适用于轻症病人，对血友病B无效。

DDAVP 16~32μg
NS 30 ml | iv gtt(快速) q12h 用2~5次 (亦可分次皮下注射或鼻腔滴入)

处方4 适用于轻症病人。

甲氰咪呱 200 mg tid

www.dxy.cn/bbs

处方5　糖皮质激素　适用于关节腔、肾脏、腹腔、咽喉部、脑出血以及拔牙等。对反复接受FⅧ:C治疗而疗效渐差者疗效更佳。

泼尼松(强的松)　30～40 mg/d　分次服用

【警　示】

1. 1 ml/kg正常人血浆分别提高FⅧ:C和FⅨ水平2%和1%。最低止血水平要求达到20%以上，出血严重或欲行中型以上手术要求达到40%以上。首次输入FⅧ(或FⅨ)剂量(ml或IU)=体重(kg)×所需提高活性(%)÷2，血友病A和B分别每12h和24h再给首剂量的一半。需要指出的是该推荐剂量仅为常规用法，使用时可根据病情轻重加以调整。

2. 凝血酶原复合物的不良反应有发热、头痛及潮红。

3. 冻干人凝血因子Ⅷ使用时，剂量必要时可加大2～3倍，间隔可缩短，滴速60滴/min。溶解后应在1h内滴完，忌剧烈振摇。

4. 出现抗凝血因子Ⅷ抗体后的处理　当有危及生命的大出血或急诊手术时可采用血浆置换或输入大剂量Ⅷ因子浓缩剂或冷沉淀剂或换用其他Ⅷ因子制剂。血浆置换宜用血液成分分离机分次置换出病人血浆2 000～3 000 ml。

5. DDAVP与抗纤溶药同时使用效果可增加；但反复用药后FⅧ反应下降，疗效减低。

6. 止痛药物的应用　一般性疼痛可用镇痛药，但阿司匹林类药物可影响血小板的功能，应终身禁用。剧痛时可暂时使用哌替啶(杜冷丁)等药物止痛，但不宜长期使用。

7. 产科处理要点

(1) 有血友病家族史的高危孕妇，应通过基因诊断确定是否为基因携带者，并通过产前诊断确定胎儿性别，以决定是否需要终止妊娠。

(2) 轻症病人妊娠后大多经过顺利，但应与血液科密切配合，严格进行产前保健。

(3) 分娩方式以阴道分娩为宜。临产后配制新鲜血，注射维生素K。

www.dxy.cn/bbs

(4) 如有严重出血或需剖宫产时，应补充凝血因子，最好输浓缩的凝血因子制剂。如冷沉淀物、AHC 冻干制剂(用于 AHG 活性不高的病人)、凝血酶原复合物(适用于血友病出现抗凝物时)。

(纪统慧)

第七节 妊娠合并神经系统疾病

一、蛛网膜下隙出血

脑实质或脑表面的血管破裂，血液溢入蛛网膜下隙，就称为蛛网膜下隙出血。在孕期发生率为 1:10 400，居妊娠期非产科性死亡原因的第三位。最常见的原因为颅内动脉瘤，其次为脑血管畸形。

【诊断要点】

1. 在活动或情绪激动时发生，起病急剧。

2. 颅内压增高表现 剧烈头痛、喷射性呕吐，甚至昏迷、抽搐或意识障碍。

3. 脑神经瘫痪症状 约 70%病人有眼肌瘫痪。

4. 脑膜刺激征阳性。

5. 头颅 MRI 或 CT 检查可明确出血部位和出血量。

6. 腰椎穿刺 脑脊液压力高，呈血性，历时较久可呈黄色。

7. 脑血管造影有助于动脉瘤或脑血管畸形的诊断。

【治疗要点】

1. 一般治疗 绝对卧床休息 4～6 周，监护生命体征，维持良好的心肺功能，保持大便通畅，维持营养、水电解质平衡，预防感染，严密胎儿监护，去除诱因。

2. 手术治疗 出血量多或影响生命的要及时手术。

3. 药物治疗 主要为止血、镇痛。

【处 方】

5%GS	500 ml	iv gtt qd 或 bid
氨基己酸	4～8 g	

www.dxy.cn/bbs

氨甲苯酸(止血芳酸)　0.1～0.2 g
5%GS　20 ml　iv　bid～tid
强痛定　50～100 mg　im st

【警　示】

1. 头痛严重者给予镇静剂和止痛药，但禁用呼吸中枢抑制剂，如吗啡、哌替啶等。

2. 治疗期间要适当降低颅内压，用20%甘露醇或50%葡萄糖液。必要时腰椎穿刺脑脊液解压，但如有严重脑水肿或血肿存在，不宜使用。

3. 动脉瘤或血管畸形行颅内手术，术中、术后必须严密监测胎儿，避免胎死宫内。

4. 对妊娠的处理

(1) 发生于妊娠中期的动脉瘤或血管畸形破裂出血已经手术纠正者可以阴道分娩，应助产缩短第二产程。

(2) 如果孕妇有先天性颅内动脉瘤和蛛网膜下隙出血，在妊娠期可行动脉瘤切除术，必要时可行剖宫产。

(3) 胎儿达可存活期且胎肺已成熟、近足月、产程中以及未行手术治疗的足月孕妇应行剖宫产。

(4) 病情继续恶化，预后不佳时胎儿可存活则剖宫产抢救胎儿。

二、缺血性脑梗死

缺血性脑梗死是由于脑的主要供血动脉狭窄或闭塞导致的脑大块缺血坏死，其主要因素除脑动脉狭窄或闭塞外，还有脑侧支循环的缺乏，主要有脑血栓形成和脑梗死两种情况。

【诊断要点】

1. 病史中有妊高征、先兆子痫、子痫、产后败血症、风湿性心脏病、亚急性细菌性心内膜炎、低血糖、糖尿病、低血压等诱发因素。

2. 约半数病人有短暂的脑缺血发作，脑血栓形成者起病较慢，脑栓塞者病情发展迅速。

3. 神经系统症状及体征可表现为局限性的抽搐、全身性的抽搐及偏瘫，当主要半球受损时可出现失语。其他神经结构受损时

www.dxy.cn/bbs

出现相应症状。

4. 有条件时首选 MRI 或 CT 检查，以明确病变部位和范围。行 CT 时注意做好腹部防护。

5. 不具备 MRI 或 CT 检查条件时，应做腰椎穿刺，但有颅压增高表现或影像检查提示颅内占位性病变者应谨慎实施。脑脊液压力轻度升高，外观无色透明，少数有白细胞计数增高，蛋白定量 0.6～0.7 g/L。

【治疗要点】

1. 一般治疗　积极治疗原发病，消除诱因。

2. 药物治疗　溶栓治疗、降低血液黏稠度。有脑水肿或颅内压增高者，行脱水治疗。

【处　方】

处方 1　溶栓、降低血液黏稠度。

(1) 5%GS　500 ml
　丹参　8～16 ml　iv gtt　qd

和(或)　低分子右旋糖苷　500 ml　iv gtt qd　2 周为 1 疗程，共 1～2 疗程

(2) 桂利嗪　25 mg　tid　1 个月为 1 疗程

或　川芎嗪　50 mg　tid　1 个月为 1 疗程

(3) 阿司匹林 80 mg　qd

或　曲克芦丁 300 mg　bid～tid

(4) 蛇腹抗栓酶　0.5～0.75 单位
　NS　250 ml　iv gtt qd　15～20d 为 1 疗程

或　尿激酶　10 000～20 000 单位
　5%GS　250～500 ml　iv gtt qd～bid　5d 为 1 疗程

处方 2　若有脑水肿或颅内压增高，加用脱水药物。

地塞米松　首次 10 mg　iv　st
　继后　5 mg　im 或 iv　q6h　共 1～2d

或　20%甘露醇 125～250 ml　iv gtt　q4～6h　共 7～10d

www.dxy.cn/bbs

【警　示】

1. 使用蛇腹抗栓酶要注意检查血小板，血小板计数 $<6\times10^9$/L停用，若有过敏反应可与糖皮质激素合用。

2. 妊娠分娩的处理　胎儿达可存活期、妊娠近足月或产程中发病者宜选用剖宫产结束分娩，否则积极治疗脑动脉梗塞。严密监护下继续妊娠，恢复良好又无产科指征，可以阴道分娩，宫口开全后助产缩短第二产程。

三、癫　痫

癫痫是一种反复发作的、阵发的、短暂的大脑灰质过度的同步放电，是孕产妇常见的神经系统疾病之一，发病率为0.1%～0.16%，有原发性和继发性之分。

【诊断要点】

1. 病史　原发者有既往发作史，失眠、停药为此次发病的诱因，继发者有原发病的相关病史。

2. 症状　有大发作、小发作、精神运动性发作等。

3. 辅助检查

(1) 脑电图检查可有癫痫特征性改变，脑 MRI、CT 检查多数病人可明确诊断。

(2) 相关疾病的检测：尿蛋白、血糖、血钙、肝肾功能、脑脊液等检查。

4. 分型

(1) 小发作：表现为短暂的失神，病人呆立不动，双眼凝视，呼之不应，持续数秒至 30s。局限性发作常表现为一侧面肌、上下肢的抽动，一次持续 1～3min。

(2) 大发作：按发作过程一般分为先兆期、抽搐期、阵挛后期三期。病人可因突然意识丧失而跌倒，因肌肉强烈收缩和昏迷而引起外伤、骨折、吸入性肺炎等并发症。

(3) 癫痫持续状态：常指癫痫大发作，频繁发生，发作间歇意识不清，大发作持续超过 1 h。若同时伴以高热、脱水则为严重表现，如不采取紧急措施终止发作，病人终将因衰竭而死亡。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

妊娠期癫痫的治疗与非孕期相同；长期未发作者应将药物减量至停用，病情稳定者妊娠最理想。

【 处 方 】

处方 1 小发作病人首选。

卡马西平 200～300 mg tid～qid

或 扑米酮 250～500 mg tid

处方 2 如上述药治疗无用时，改用下列药

苯巴比妥 30～60 mg tid

或 苯妥英钠 100～200 mg bid～tid

维生素 D 400 单位 qd

叶酸 1 mg qd

处方 3 癫痫大发作或持续状态的处理。

地西泮 10 mg iv 15～20min 1 次 总量不超过 30 mg

苯妥英钠 200～500 mg iv （注射速度＜50 mg/min）

异戊巴比妥 500 mg | 5%GNS 10 ml | iv st

地塞米松 10 mg im 或 iv st

地塞米松 5 mg im q4～6h

【 警 示 】

1. 三甲双酮或丙戊酸等抗癫痫药物有明显致畸作用，妊娠期禁用。

2. 如果孕前已开始服药，孕期不必更改，如孕后开始用药，从小剂量开始，逐渐增加，直至抽搐停止后改用维持量。若疗效欠佳，改用他药时，后用药逐渐加量，先用药逐渐减量，直至停药。

3. 孕期应按规定服药，不得任意改动原来的有效方案，早孕反应严重者采用缓释胶囊，每晚投药有助于维持血药浓度。

4. 长期服用苯巴比妥者，于妊娠 34 周开始给予维生素 K_1（10 mg，qd）。

5. 癫痫大发作者必须保持呼吸道通畅，妊娠首次发作者经体

www.dxy.cn/bbs

格检查、神经检查、血电解质检测、脑电图检查、MRI、CT 无异常发现，可以观察，不必用抗癫痫药，一般都不发作。

6. 仍有发作者应尽可能单一用药，且定期监测血药浓度，调整药量以维持有效水平。

7. 有 25% 的癫痫病人，癫痫发作仅发生在妊娠期，分娩后则停止。再次妊娠又复发并与妊娠高血压综合征无关，临床上称"妊娠性癫痫"。其脑电图多局限于局灶性异常，其中许多人原有脑血管异常。

8. 监测胎儿的发育：孕至 18～24 周行 B 超检查排除胎儿畸形，有条件者行超声心动图排除先天性心脏病，采用妊娠图或 B 超监测胎儿生长发育，妊娠 30～32 周后定期行胎心监护。

9. 分娩的处理　该类病人应在有血液科的医院分娩，分娩时由儿科协同处理。

10. 产程中，孕期未用维生素 K 者，临产以后给予维生素 K_1 5～10 mg 肌内注射，新生儿娩出后，留脐血测凝血酶原时间与活动度，并及时给予维生素 K_1 5 mg 肌内注射。

11. 新生儿易发生凝血障碍，产后 24h 内严密观察以便及时发现，凝血酶原时间延长者反复注射维生素 K_1，出血时可输入新鲜血浆及凝血因子。

12. 新生儿易发生药物撤退综合征，加强护理可渡过此阶段，一般为 1 周左右。

四、偏头痛

偏头痛时由于神经血管功能障碍所引起的单侧或双侧头痛，反复发作，头痛部位多位于颞部、眶部、枕后部，阵发性或持续性，常伴有恶心、呕吐、视力障碍、视幻觉、感觉异常或失语，甚至发生偏瘫、失明。

【诊断要点】

1. 多数病人孕前有偏头痛发作史。

2. 典型症状　缓缓发作的单侧或全头部疼痛，性质为钝痛或跳痛，常伴有恶心、呕吐或怕光。

www.dxy.cn/bbs

3. 发作前或发作时可伴有神经精神功能障碍。

4. 发作时间往往持续 1d,也偶有时间更长者。

【治疗要点】

1. 一般治疗　消除诱因,注意不用酒类、味精及高酪胺的食品,保证每日三餐的正常进食,避免长时间禁食或缺餐;将病人置于安静避光处;维持水电解质平衡。

2. 药物治疗　治疗急性发作。对每月头痛发作 2～3 次以上者应考虑长期预防性药物治疗。

【处　方】

处方 1　用于偏头痛发作。

普萘洛尔　5～10 mg　tid　(总量≤120 mg/d)

或　阿替洛尔　50～100 mg　qd～bid

或　硝苯地平(心痛定)　10 mg　tid

或　苯噻啶　0.5 mg　qd～tid

或　阿米替林　25 mg　tid

或　75 mg　qn

处方 2　严重者除用处方 1 外,加用下列"(1)～(3)"之一。

(1) 地西泮　10 mg　im　st

或　氯丙嗪　25～50 mg　im　st

(2) 可待因　15～30 mg　tid

或　哌替啶　25～100 mg　(极量为 150 mg) im　prn

(必要时 q4h)

(3) 泼尼松　10 mg　tid

【警　示】

1. 尽量单一用药。

2. 晚期妊娠避免使用阿司匹林、吲哚美辛等。

3. 使用阿米替林时不能与单胺氧化酶抑制剂合用或相继应用,严重心脑血管疾病、高血压、青光眼及尿潴留者禁用。

4. 避免使用麦角类药,麦角胺虽是治疗偏头痛的有效药物,但可能引起出生缺陷,其他麦角类有诱发子宫收缩的作用。

(宗　英)

www.dxy.cn/bbs

第八节　妊娠期合并病毒感染

一、风　疹

风疹是由风疹病毒引起的急性传染性疾病，妊娠妇女是风疹的易感人群。风疹病毒最先累及各脏器血管内膜，引起胚胎死亡，最常累及胎儿眼、耳、心、肾、肺、肝、脑、骨髓、脾，从而导致胎儿先天发育缺陷。

【诊断要点】

1.病史

(1) 风疹病人接触史。潜伏期约 10～20d。

(2) 典型的症状和体征。

a. 耳后、颈后、滑车和周身淋巴结肿大。

b. 宫颈急性炎症，淋巴滤泡增生和腹股沟淋巴结肿大，白带增多，被认为生殖道感染的早期症状。

c. 特征性于颜面部、躯干、四肢皮肤出现弥漫性麻疹样红色斑疹、丘疹、皮肤黏膜充血。

(3) 病程呈自限性，从数日到 2 周不等，易重复感染。

2.实验室检查

(1) 从孕妇咽部、宫颈、阴道分泌物或新生儿鼻咽部分泌物、尿中分离并培养或 PCR 检出病毒，排出病毒从皮疹出现前 7d 一直持续到皮疹出现后 7～10d，此时培养检出阳性率高。

(2) 孕妇血清或新生儿血液中 IgM(+)，滴度 > 1:16。如检测的滴度 > 1:8，应作连续动态观察 14～21d。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息，注意营养，多饮水，高温者物理降温。

2. 药物治疗　用于抗病毒和解热镇痛对症。

【处　方】

处方 1　全身抗病毒可用以下制剂之一。

板蓝根冲剂　1 包　tid

www.dxy.cn/bbs

或　小柴胡冲剂　1包　tid

处方2　头痛及关节肌肉症状可用以下制剂缓解。

阿司匹林　0.75　tid

【警　示】

1. 丙种球蛋白注射对防治风疹意义不大。

2. 运用水杨酸制剂不排除对胎儿的影响，产妇临产前禁用，以免造成产后出血。

3. 感染风疹的孕妇在孕早期应进行人流手术结束妊娠，孕中、晚期欲保留妊娠者需排除胎儿畸形。

二、巨细胞病毒感染性疾病

巨细胞病毒感染性疾病是由巨细胞病毒(CMV)引起的疾病，因其病毒可使感染的组织细胞增大，并在细胞核内形成包涵体而使整个细胞呈特征性"鹰眼"结构，故也称巨细胞包涵体病。可因垂直传播而引起胎儿宫内感染。

【诊断要点】

1. 临床症状

(1) 孕产妇可无明显的症状体征，部分病人表现为单核细胞增多症状、低热、乏力、咽痛、淋巴结肿大、关节肌肉酸痛、多发性神经炎和单核细胞增多、宫颈炎和阴道分泌物增多。

(2) 先天CMV感染时，CMV在胎儿细胞内复制，干扰其细胞正常发育，形成先天畸形、胎儿宫内发育迟缓(IUGR)、新生儿肝脾肿大、黄疸、血小板减少性紫癜、溶血性贫血、呼吸窘迫、昏睡、抽搐，可在生后数小时、数周内死于败血症或脑膜炎。幸存者亦可能遗留神经性耳聋、永久性智力障碍、双目失明、癫痫、心脏畸形、小头畸形，病人尿中长期排放病毒。

2. 病毒分离　尿、唾液离心沉渣，活检标本可发现典型含有嗜酶性核内包涵体的巨细胞。

3. 血清学检查　如有阳性所见，可行下列检查：① 补体结合实验；② 间接血凝实验(IHA)；③ 酶联免疫吸附测定(ELISA)；④ 免疫荧光实验(IFA)；⑤ 新生儿血清CMV的IgM抗体阳性标志宫内

www.dxy.cn/bbs

感染；⑥ 孕妇感染 CMV，其 IgM 阳性；⑦ PCR 检测　尿或阴道分泌物可发现 CMV 病毒阳性。

【治疗要点】

1. 一般治疗　隔离病人，切断传播途径，孕早期感染及脐血特异性 IgM 阳性的中、晚期妊娠，应终止妊娠。CMV 感染活动期的产妇不宜哺乳，以防止乳汁中的 CMV 传入小儿体内。

2. 药物治疗　选用全身和局部抗病毒药物。

【处　方】

处方 1　应用全身抗病毒药物，可选择以下制剂之一。

干扰素　100 万 - 200 万单位　im　qd　共 7d

或　抗病毒冲剂　1 - 2 包　tid　共 15d

或　阿糖胞苷　2 mg/kg　iv　q6 ~ 12h　共 7d

处方 2　局部用药可选择以下制剂之一。

疱疹净软膏　外涂　tid

或　5% 阿昔洛韦软膏　外涂　tid

或　干扰素　100 万 ~ 200 万单位　局部注射　qd　共 7d

【警　示】

1. 成年男女感染 CMV 主要是通过性接触传播，孕妇患 CMV 感染可以垂直传播给胎儿，传播途径主要有：

(1) 宫内感染：通过胎盘感染，在妊娠最初 3 个月胎儿感染率最高，妊娠后期通常不引起胎儿感染。

(2) 产道感染：胎儿在分娩过程中，经过软产道时接触和吞咽含 CMV 的宫颈分泌物和血液后感染。

(3) 出生后感染：产妇唾液、乳汁、尿液中均含有 CMV，通过密切接触、哺乳等方式感染。

2. 孕妇在妊娠期的 CMV 感染　多为隐性感染，无明显症状和体症，能长时间呈带病毒状态。可经唾液、尿液、乳汁、宫颈分泌物排出 CMV；如为原发性 CMV 感染，引起胎儿先天异常的发病率高且病情严重。

3. CMV 先天感染的发病率为 0.4% ~ 2.4%，严重者可发生流产、死产、新生儿死亡。如存活，多数病儿在出生后数小时到数周

www.dxy.cn/bbs

内死亡，死亡率高达50%～80%，幸存者常有智力低下、听力丧失、迟发性中枢神经系统损害等后遗症。

4. 产科处理

(1) 妊娠早期确诊孕妇感染CMV，人工流产终止妊娠或等待至妊娠20周时，抽取羊水或脐静脉血检查特异性IgM，若为阳性应进行引产，以免出生先天性缺陷儿。

(2) 于妊娠晚期感染CMV或从宫颈管中分离出CMV，无需特殊处理，妊娠足月临产后，可经阴道分娩，因胎儿可能已在宫内感染CMV。由于新生儿尿液中可能有CMV，新生儿尿布应消毒处理。

(3) 乳汁中检测出CMV的产妇，应停止哺乳，以改用人工喂养为宜。

(4) 抗病毒药物对CMV感染孕妇并无实际应用价值。大剂量干扰素能抑制病毒血症，使病情好转。

三、单纯疱疹病毒感染

单纯疱疹病毒感染(herpes simplex virus，HSV)的病原体为人类疱疹病毒，可分为Ⅰ型和Ⅱ型两种抗原型：Ⅰ型也称口腔型，主要侵犯口鼻部、颜面部；Ⅱ型也称生殖器型，主要侵犯泌尿生殖道黏膜。

【诊断要点】

1. 临床症状

(1) 孕妇可表现为疲乏无力、倦怠、低热、腹股沟淋巴结肿大压痛。外阴、肛门周围和外生殖器可见典型疱疹样病症：红色肿起基底，表面为疱状隆起，内含有淡黄色渗出液，疱疹可融合成片，呈丛簇状或表浅溃疡性病灶，局部痒痛。

(2) 新生儿眼、口腔、皮肤出现疱疹，并伴有神经系统症状，昏睡、呕吐、发热。

2. 实验室检查

(1) 孕妇血中和试验，酶联免疫吸附实验阳性。

(2) 孕妇病灶分泌物PCR检出HSV。

(3) 新生儿血清中特异性IgM抗体阳性，或PCR检出HSV。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

1. 一般治疗　已感染胎儿终止妊娠，未感染胎儿切断传播途径。

2. 药物治疗　抑制 HSV 的增殖和控制局部感染。可选用全身性和局部抗疱疹病毒药物。

【处　方】

处方 1　局部用药。可选择以下制剂之一：

疱疹净软膏　外涂　tid

或　5%阿昔洛韦软膏　外涂　tid

处方 2　全身用药。可选择以下制剂之一：

阿糖胞苷　2 mg/kg　iv　q6～12h　共 7d

或　阿糖胞苷　首量 5 mg/kg　iv　st

维持量 3 mg/kg　iv　qd　共 3～5d

【警　示】

1. 单纯疱疹病毒感染的分型

(1) 初感染的急性型：主要通过性交传播。经 2～7d 的潜伏期突然发病，自觉外阴剧痛，甚至影响排尿和走路。检查见外阴多发性、左右对称的表浅溃疡，周围表皮形成疱疹，经10d进入恢复期，病灶痊愈后不留疤痕或硬结。此型病程约 4 周或更长。

(2) 再活化的诱发型：孕妇于妊娠前经常出现外阴复发性疱疹，也有于妊娠初期出现疱疹，均属于已感染 HSV 并潜伏于体内，因妊娠儿诱发。常见外阴有 2～3 个溃疡或水疱，病程短，1 周左右自然痊愈。

2. 孕妇于妊娠 20 周前感染 HSV，可以感染胎儿，流产率高达 34%；于妊娠 20 周后感染，低体重儿居多，也可发生早产；经产道感染最常见，占 80%以上。经产道感染的新生儿，新生儿病死率高达 70%以上，幸存者多数遗留中枢神经系统后遗症。

3. 孕 20 周以前，羊膜穿刺进行病毒培养，阳性者终止妊娠。孕 20 周以后，应每 2 周左右进行一次病毒培养，孕足月时剖宫产。对于软产道有疱疹病变的足月孕妇应行剖宫产，即使是病变已治愈，初次感染发病不足 1 个月者，仍应以剖宫产结束妊娠为宜。但

www.dxy.cn/bbs

复发1周以上的复发型可经阴道分娩。

四、流行性感冒

流行性感冒是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病，多在春、秋季流行。妊娠妇女是最易感人群。由于每次流行流感病毒菌株不同，故可重复感染。

【诊断要点】

1. 病史　潜伏期1～3d，起病急骤。

2. 临床表现

(1) 毒血症表现：畏寒、高热、骨关节肌肉酸痛、头痛、乏力。

(2) 呼吸道表现：鼻塞、流涕、喷嚏、干咳和咽喉肿痛。

(3) 部分可表现为胃肠型：恶心、呕吐、腹痛、腹泻、厌食。

(4) 部分神经症状为主：持续高温谵妄、呕吐、抽搐、昏迷。

3. 体格检查　急性热病容，皮肤黏膜充血，眼结膜炎，鼻咽后壁充血、水肿、渗出、淋巴滤泡增生、扁桃体肿大、肺部呼吸音粗糙或可闻及啰音、哮鸣音。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息，多饮水，高温者物理降温。

2. 药物治疗　抗病毒感染。合并细菌感染，应选用抗生素治疗。

【处　方】

处方1　抗病毒治疗。

小柴胡冲剂　1～2包　tid

或　板蓝根冲剂　1～2包　tid

处方2　合并细菌感染者，应选用抗生素，而且宜全身用药。

青霉素　320万～400万单位
NS　250 ml　iv gtt　bid（青霉素皮试阴性）

或　头孢拉定　2～4 g
NS　500 ml　iv gtt　qd

www.dxy.cn/bbs

【警　示】

1. 妊娠是流行性感冒的诱发因素，流行性感冒也是孕产妇死亡的原因之一。

2. 孕早期流行性感冒可引起早期胚胎发育异常、流产、死胎、胎儿宫内发育迟缓，早产、新生儿死亡率增加。

3. 治疗流行性感冒的药物水杨酸制剂致畸作用引起人们的关注。1986年英国皇家医学会已明令禁止妊娠期和12岁以下幼儿大量使用阿司匹林药物。

五、柯萨奇病毒感染

柯萨奇病毒是一种肠病毒，分为A和B两型，妊娠期感染可引起非麻痹性脊髓灰质炎病变，并致胎儿宫内感染和致畸。

【诊断要点】

1. 病史及症状体征

(1) 柯萨奇病毒A型感染：潜伏期1～3d，上呼吸道感染，起病急，流涕、咳嗽、咽痛、发烧、全身不适。典型症状为疱疹性咽峡炎，即在鼻咽部、会厌、舌和软腭部出现小疱疹、黏膜红肿、淋巴滤泡增生、渗出、扁桃体肿大。伴吞咽困难、食欲下降。皮疹可为疱疹和斑丘疹，主要分布于躯干外侧、背部、四肢背面，呈离心性分布，尤以面部、手指、足趾、背部皮疹多见，故称"手-足-口三联征"。

(2) 柯萨奇病毒B型感染：常引起特征性传染性胸肋痛，即所谓Bornholm's病，可合并脑膜炎、心肌炎、Guillain－Barre综合征、肝炎、溶血性贫血和肺炎。

2. 病毒分离培养　从鼻咽部分泌物、大便、血液中培养出柯萨奇病毒或行PCR检出柯萨奇病毒。

3. 血清学检查　应动态观察，前后2周中若补体结合试验抗体滴度升高4倍可确诊。免疫荧光抗体试验也有助于诊断。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息，多饮水，加强营养，高温时物理降温。

2. 药物治疗　抗病毒感染。合并细菌感染者选用广谱抗生

www.dxy.cn/bbs

素，并全身用药。

【处　方】

处方1　可选用制剂之一抗病毒治疗：

小柴胡冲剂　1包　tid

或　板蓝根冲剂　1包　tid

处方2　合并细菌感染者可选用以下制剂之一：

青霉素　320万～400万单位
NS　250 ml　iv gtt　bid（青霉素皮试阴性）

或　头孢拉定　2～4 g
NS　500 ml　iv gtt　qd

【警　示】

1. 柯萨奇病毒A型易引起胎儿幽门狭窄、唇裂和腭裂。柯萨奇病毒B型是亲心脏性病毒，宫内感染对胎儿心脏发育有影响。另外还可能有尿道下裂和隐睾。故孕早期感染柯萨奇病毒的孕妇应作系统检查，排除胎儿畸形。

2. 孕期应加强预防、隔离，尤其是夏季应加强病房空气消毒、积极治疗医护人员隐匿性感染。

六、埃可病毒感染

埃可病毒(ECHO)是肠道细胞致病性人类孤独型病毒。ECHO病毒分为若干型，各型致病力和致病类型也不同，如ECHO6、19型致病力较强，它类似于柯萨奇病毒B型引起急性胸痛和心肌病。

【诊断要点】

1. 临床表现类似于风疹。

2. 实验室检查

(1) PCR检测检出ECHO病毒。

(2) 孕妇血液中可检出IgM(阳性)。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息，加强营养，多饮水，高热时物理降温。

2. 药物治疗　合并细菌感染者应积极选用抗生素治疗。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

合并感染的病人，可选择下列制剂之一：

青霉素　320万～400万单位
NS　250 ml　| iv gtt　bid（青霉素皮试阴性）

或　头孢拉定　2～4 g
NS　500 ml　| iv gtt　qd或bid

【警　示】

孕期感染者应注意排除胎儿畸形，新生儿则应隔离观察。

七、流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒引起的急性传染病，主要侵犯腮腺和其他涎腺，并可侵犯脑、肾、胰腺和性腺。易感人群为儿童和青春期妇女。腮腺炎易伴发中枢神经系统并发症，但较轻微，主要为非化脓性脑膜炎，偶可并发胰腺炎、糖尿病和心肌炎。

【诊断要点】

1. 流行病学接触史，潜伏期14～18d。

2. 症状　起病急，上呼吸道感染，体温升高，肌痛，乏力，咽痛，扁桃体肿大。特征性一侧或两侧腮腺肿大，以耳垂为中心向前、后下方扩展、肿胀，并有压痛。2～3d达高峰，持续5～7d，病程7～14d。

3. 体格检查　急性热病容，一侧或双侧腮腺肿大，边缘不清、压痛，腮腺管口周围红肿有脓性分泌物。部分病人颌下腺、舌下腺也增大伴下颌骨膜炎、下颌关节炎，也可合并卵巢炎、胰腺炎、乳房炎、脑膜炎。

4. 病毒分离培养　急性期从血、尿和咽分泌物中可分离出病毒。

5. 血清学检查　初发期和恢复期相比，血凝抑制实验、补体结合试验抗体效价升高4倍、应用免疫荧光技术，可从血、尿、咽分泌物中查得IgM抗体，早期IgM升高，恢复期IgG升高。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息，多饮水，注意营养。

www.dxy.cn/bbs

2. 药物治疗 局部症状重者可选用消炎解毒中药外用，合并细菌感染选用抗生素。

【处 方】

处方1 局部症状较重，应选用局部外敷药物。

如意金黄散 1包 醋调开外敷 qd

或 大黄末 1包 醋调开外敷 qd

处方2 如并发细菌感染，可选择下列抗生素。

青霉素 320万～400万单位
NS 250 ml | iv gtt bid（青霉素皮试阴性）

或 头孢拉定 2～4 g
NS 500 ml | iv gtt qd

【警 示】

1. 流行季节注意隔离，丙种球蛋白注射有一定效果，妊娠妇女不应注射活减毒腮腺炎疫苗，但非孕妇女可用。

2. 妊娠妇女为腮腺炎易感人群，腮腺炎时的病毒血症可引起宫内感染危及胎儿。早期妊娠感染腮腺炎自然流产率升高，晚期妊娠感染则增加IUGR、早产和围生期死亡率。

八、水痘-带状疱疹病毒感染

水痘和带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒（VSV）感染引起的皮肤传染病。病毒在儿童初次感染时引起水痘，潜伏多年后，在成人或老年人中复发则表现为带状疱疹。妊娠期妇女是易感人群，妊娠期感染可由胎盘引起胎儿宫内感染和先天畸形。

【诊断要点】

1. 有流行病学病史。

2. 典型的症状和体征 水痘或带状疱疹，可并发水痘性肺炎，孕早期感染，胎儿易发生宫内发育迟缓、眼睛小、白内障、视网膜脉络膜炎、脑膜脑炎、肢体畸形、皮肤萎缩并有瘢痕。

3. 水痘液、咽部分泌物、血液中进行病毒分离或PCR检测找到水痘-带状疱疹病毒。

www.dxy.cn/bbs

4．凝胶扩散实验。

5．对流免疫电泳测定病毒抗原。

6．测病人血清补体结合抗体。

7．酶联免疫吸附实验。

【治疗要点】

1．一般治疗　多饮水，卧床休息，注意营养，注意预防。

2．药物治疗　全身结合局部应用抗疱疹病毒感染。

【处　方】

处方1　全身症状较重者，可选用阿糖胞苷全身用药。

阿糖胞苷　首量 5 mg/kg　iv　st

维持量 3 mg/kg　iv　qd　共 3～5d

处方2　局部症状较重者，可选择下列制剂之一局部用药。

40%疱疹净溶液或二甲基亚砜溶液　局部湿敷　prn

【警　示】

1．早期妊娠 VSV 感染可引起流产或宫内感染，引起胎儿多发畸形，故可考虑终止妊娠。

2．妊娠期妇女注意孕期保健，避免接触和被传染。

九、尖锐湿疣

尖锐湿疣是由人乳头瘤状病毒(HPV)感染引起的良性、性传播疾病。性交为其主要传播途径。HPV6、11、16、18、1、2 复制需要分化较好的鳞状上皮细胞，外阴部皮肤黏膜交界处利于其生长繁殖，尤其是性生活易受损的会阴、阴道后壁，尤其易引起尖锐湿疣。尖锐湿疣易与多种性传播疾病如淋病奈氏菌、滴虫、白念珠菌、衣原体、梅毒螺旋体等并存。HPV 还可能与生殖道的癌前病变有关。

【诊断要点】

1．症状与体征　可无症状，或有瘙痒，灼痛，主要侵犯外阴、阴道、肛门周围皮肤，初起为微小散在的乳头状疣，渐增大，增多，融合形成鸡冠状或菜花样，质软、色灰。宫颈病灶多为扁平状疣或菜花状。

www.dxy.cn/bbs

2. 细胞学检查 挖空细胞(检出率仅0.5%～3%)与角化不良细胞。

3. 阴道镜检查 是宫颈HPV感染有价值的辅助诊断。宫颈涂3%醋酸后病变区变白,移行区外原始鳞状上皮呈白色斑块、表面隆起,不平,粗糙,或呈小乳头状突起、血管呈点状或不规则弯曲。

4. 病理学检查 棘层细胞高度增生、有挖空细胞。

5. 电镜检查 感染细胞内病毒颗粒阳性。

6. PCR检测 检测组织内HPV。

【治疗要点】

1. 一般治疗 停止性交,保持外阴清洁、大小便后以氯己定(洗必泰)冲洗阴部,每日换内裤(煮沸消毒)。

2. 药物治疗 选用抗HPV药物,全身用药与局部用药相结合。

3. 手术治疗 对药物治疗无效者可选用下列一种方法手术

(1) 冷冻治疗。

(2) Co_2激光治疗。

(3) 高频电灼或手术切除。

【处 方】

处方1 局部用药。可选择下列制剂之一:

(1) 先以0.5%普鲁卡因(procaine)棉球放于病变部位,再用33%～50%三氯醋酸涂病灶 每周1次

(2) 疣必治软膏 外用 2～3d 1次

(3) 0.25%疱疹净油膏 外用 bid 共2周

(4) 干扰素 100万～300万单位 病灶基底注射 3d 1次

处方2 全身用药。

干扰素 100万～300万单位 im qod

【警 示】

1. 局部用药前可涂以1%丁卡因行表面麻醉以减轻疼痛。局部用药尽可能不要涂及正常皮肤;足叶草脂刺激大,不能用于阴道

www.dxy.cn/bbs

及宫颈。

2. 尖锐湿疣与外阴癌、宫颈癌的发病有关，应积极治疗。反复发作的顽固性尖锐湿疣应及时活检排除恶变。

3. 应排除假性湿疣。假性湿疣者无性乱史，多无症状，病变位于阴道下段近外口处，小阴唇内侧呈对称性分布，前庭、舟状窝黏膜粗糙，柔软，呈粒状、扁平小乳头或毛梳状。局部涂药可治愈。

4. 妊娠期间由于胎盘激素和机体免疫功能变化，尖锐湿疣倾向于恶化，应积极治疗。分娩时无论湿疣是否阻产，均以选择剖宫产为宜。

（戴　雪）

第九节　妊娠合并性病

一、梅　　毒

梅毒是由梅毒螺旋体引起的一种性传播疾病。孕妇发现活动性或潜伏性梅毒称为妊娠合并梅毒。

【诊断要点】

1. 病史　配偶有冶游史、性病及驱梅治疗史，或本人有性乱史，有原因不明的流产、早产或死胎史，子女有胎传梅毒史。

2. 体格检查　注意外生殖器及肛门、皮肤黏膜、骨骼、口腔及浅表淋巴结等部位，必要时作心血管以及神经系统检查，以明确有无相应并发症。

3. 实验室检查

（1）暗视野显微镜检查：可找到梅毒螺旋体。

（2）梅毒血清学检查：

a. 非特异性抗原梅毒血清试验：一般用作筛选试验。① 性病实验室玻片试验（venereal disease research laboratory，VDRL）；② 不加热血清反应素试验（unheated serum reagin test，USR）；③ 血浆反应素环状卡片快速试验（apid plasma reagin circle test RPR）。

b. 特异性梅毒血清试验：通常用作证实试验。① 梅毒螺旋体

www.dxy.cn/bbs

血凝集试验(treponiema pallidum humagglutination test, TPHA);② 被动颗粒凝集试验(serodia treponema pallidum assay, TPPA)。

各期梅毒的诊断要点详见表3-2。

表3-2 各期梅毒的诊断要点

	一期梅毒	二期梅毒	三期梅毒	潜伏期梅毒
病史	有感染史 潜伏期为2~3周	有感染史 可有一期梅毒史,病程2年以内	有感染史 可有一、二期梅毒史,病程2年以上	有感染史 可有一、二、三期梅毒史,病程2年以内为早期潜伏期梅毒,2年以上为晚期潜伏期梅毒
临床表现	典型硬下疳 腹股沟或患部附近淋巴结肿大	皮疹为多形性 可有口腔、眼、骨及关节损害 全身有轻微不适,浅表淋巴结肿大	心血管、神经系统受累,结节性皮疹、树胶样肿	无任何梅毒的临床表现
实验室检查	暗视野显微镜检查阳性 USR(+) RPR(+) TPHA(+)	暗视野显微镜检查阳性 USR强阳性 RPR强阳性 TPHA(+)	RPR(+)/(-) USR(+)/(-) TPHA(+) 有三期梅毒组织病理改变 脑脊液检查:淋巴细胞 > 10×10^6/L 蛋白 > 500mg/L VDRL(+)	非特异性梅毒抗原试验2次以上阳性,TPHA(+)

www.dxy.cn/bbs

4. 梅毒分期

(1) 获得性梅毒：

a. 早期梅毒：病程 < 2 年。一期梅毒(硬下疳)、二期梅毒、早期潜伏期梅毒。

b. 晚期梅毒：病程 > 2 年。三期(皮肤、黏膜、骨骼梅毒，内脏梅毒(如心血管、肝脏等)，神经梅毒，晚期潜伏期梅毒。

(2) 先天性梅毒

a. 早期梅毒：年龄 < 2 岁，表现为皮肤、黏膜损害。

b. 晚期梅毒：年龄 > 2 岁，树胶肿、心血管梅毒、神经梅毒、潜伏梅毒。

【治疗要点】

1. 治疗原则　早期明确诊断、及时治疗，用药足量，疗程规则。治疗期间避免性生活，同时性伴侣也应接受检查和治疗。

2. 药物治疗　妊娠期梅毒首选普鲁卡因青霉素治疗。妊娠初 3 个月注射一疗程，妊娠末 3 个月注射一疗程。治疗后每月做一次定量 USR 或 RPR 试验，观察有无复发或再感染。对青霉素皮试阳性者用红霉素治疗(禁忌用四环素)。婴儿出生后应选用青霉素再治疗。

【处　方】

处方 1　一、二期梅毒及早期潜伏期梅毒选用。

苄星青霉素　240 万单位　im(分两侧臀部)　每周 1 次 共 2 ~ 3 次 (青霉素皮试阴性)

或　普鲁卡因青霉素　80 万单位　im qd　连续 10 ~ 15 d (青霉素皮试阴性)

或　红霉素　500 mg　qid　连续 15 d

处方 2　三期梅毒及晚期潜伏期梅毒选用。

苄星青霉素　240 万单位　im(分两侧臀部) 每周 1 次 连续 3 周 (青霉素皮试阴性)

或　普鲁卡因青霉素　80 万单位　im　qd　连续 15 ~ 20 d 为一疗程，休息 2 周后给第二疗程　(青霉素皮试阴性)

www.dxy.cn/bbs

或　红霉素　500 mg　qid　连续用 30 d

【警　示】

1. 妊娠期合并早期梅毒，包括一、二期梅毒选用处方 1，合并晚期梅毒，包括三期皮肤、黏膜、骨骼梅毒，晚期潜伏梅毒及二期复发梅毒，选用处方 2。妊娠合并梅毒需在妊娠初 3 个月及末 3 个月各治疗一疗程。

2. 在驱梅治疗过程中，应注意观察药物反应及对胎儿的影响，了解胎儿宫内发育情况。孕妇禁用四环素、强力霉素等药物，以防引起孕妇脂肪肝、胰腺炎，对胎儿的骨生长抑制及齿釉发育不全。为避免注射青霉素后出现吉氏反应(Jarish－Herxheimer reaction)，可从小剂量开始，注射前 1 d 口服泼尼松(10 mg bid)，连续 2 d。吉氏反应多出现于早期梅毒，晚期梅毒治疗中发生率不高，但反应较重，可发生生命危险，应引起重视。

3. 早期梅毒经治疗后应随访 2～3 年。治疗后第一年内每 3 个月复查 1 次，包括临床与血清检查(非特异性抗原梅毒血清试验 USR、VDRL、RPR)，以后每 6 个月复查 1 次，梅毒治疗后，RPR 转阴，但少数血清反应滴度逐渐下降至一定程度即不再下降，长期维持在低滴度，即血清固定性反应(sero－resistance reaction)，应判断是复发或是再感染。如出现在早期梅毒的治疗过程中，一般由于治疗量不充足，不规则治疗，复发，再感染以及神经系统梅毒；如出现在晚期梅毒则可能与梅毒类型及开始治疗的早晚有关，即使晚期梅毒已足量治疗，若滴度不降，应详细检查，除外神经系统及心血管系统梅毒，应停止治疗，作定期随访。妊娠期梅毒治疗后，分娩前每月检查 1 次梅毒血清反应，分娩后按一般梅毒病例随访。

4. 梅毒感染对妊娠有不良的影响，可引起胎儿严重危害。受孕后梅毒螺旋体进入血循环，损害和透过胎盘，易发生流产、早产、死产和先天性梅毒。一般认为孕妇患梅毒的病程愈早、距受孕时间愈近，妊娠前又未经充分治疗，则胎儿受感染的机会愈大。故一般新生儿应用青霉素治疗。

5. 一般认为，妊娠对梅毒的病程无明显影响，但由于妊娠期生殖器官充血，组织松软，可能使原有的各期梅毒病灶较平时更为

www.dxy.cn/bbs

明显。

6. 诊断梅毒必须作血清学试验，包括筛查及确诊试验。约1%～2%的二期梅毒病人可能出现前带现象(prozone phenomenon)，即非特异性梅毒螺旋体抗原试验(USR/RPR)有时出现弱阳性或阴性，而临床上又酷似二期梅毒，将血清稀释后重做上述血清学试验，出现阳性结果，作疗效观察时应注意。这是由于血清中心磷脂抗体过多，抑制了阳性反应的出现。

7. 婚姻咨询，医师建议

① 一、二、三期梅毒应达到临床治愈，且梅毒血清滴度，如RPR滴度下降4倍以上，可以结婚，婚后应定期复查直至RPR(－)。

② 潜伏期梅毒正规治疗后，且RPR下降4倍以上，可以结婚，婚后定期随访，直至RPR(－)。

(柴利强　彭　兰)

二、淋病

淋病是由革兰阴性淋病双球菌引起，通过性交传播。80%以上是由男性感染后通过性交传染给女性。接触被淋菌污染的衣物、便盆、器械等可以传染，也可通过患母产道传染给新生儿。

【诊断要点】

1. 有淋病接触史。

2. 临床表现可有白带增多，尿路刺激症状及前庭大腺感染，下腹部隐痛、腰酸。妊娠期淋球菌感染，易引起菌血症或脓血症。

3. 妇科检查　外阴红肿，尿道口充血、流脓；前庭大腺肿胀；宫颈口有脓性分泌物。

4. 宫颈管内、尿道内、尿道旁腺及皮损处分泌物培养或涂片革兰染色镜检找到淋球菌。

【治疗要点】

1. 治疗原则　尽早彻底治疗，用药及时、足量、规则。同时治疗性伴侣。

2. 药物治疗　泌尿生殖道淋病常合并沙眼衣原体感染，而且耐药淋球菌菌株不断出现，因此选用的抗感染药物要对所有部位

www.dxy.cn/bbs

的感染都有效，对耐药菌株有效，对合并的其他感染有效，而且对孕妇安全。多选择青霉素类、头孢菌素类或壮观霉素、红霉素等。

【处 方】

处方1 有条件者选用头孢菌素类。

头孢曲松 250 mg im st

或 头孢噻肟钠 1.0 g im st

处方2 若青霉素过敏或耐药，则选用壮观霉素。

壮观霉素 2.0 g im st

处方3 若合并有支原体、衣原体感染，可选择红霉素或阿莫西林。

红霉素 500 mg qid 共 7 d

或 阿莫西林 0.5g tid 共 7 d

【警 示】

1. 妊娠合并淋病的治疗首先要注意禁止性交，配偶或性伴侣同时治疗。

2. 淋球菌感染对产妇、胎儿及新生儿均有危害。孕妇易引起血行播散，可出现关节或关节周围疾病。妊娠晚期易因淋球菌性宫颈炎使胎膜脆性增加，极易发生胎膜早破，发生羊膜感染综合征，分娩时出现滞产。对胎儿的威胁则是早产和胎儿宫内窘迫，胎儿及新生儿围生期死亡率增高，出生体重减轻，甚至引起淋球菌性败血症。分娩时胎儿通过产道，直接接触引起眼结膜炎，若未及时治疗，可致角膜穿孔、失明。故通过眼分泌物培养或涂片证实有淋球菌感染，应立即治疗，用普鲁卡因青霉素 5 万单位/(kg·d)，静脉滴注，连用7 d。

3. 妊娠期淋球菌感染，禁用喹诺酮类(引起软骨组织损害)、四环素(引起孕妇脂肪肝、胰腺炎甚至死亡；引起胎儿的骨生长抑制及齿釉发育不全)、无味红霉素(引起肝肾功能损害)等药物。

4. 淋病治愈标准

(1) 症状、体征全部消失。

(2) 结束治疗后 4 d 和 8 d，分泌物涂片和培养均为阴性，以后每月复查 1 次共 3 次，结果均为阴性。

www.dxy.cn/bbs

(3) 如有盆腔感染者每次复查应作直肠、阴道、腹部"三合"诊，结果均为阴性。

（柴利强　彭　兰）

www.dxy.cn/bbs

第四章　分娩期并发症

第一节　胎膜早破

临产前胎膜破裂，称胎膜早破（premature rupture of membranes，PROM）。其发生率各家报道不一，占分娩总数的2.7%～17%。

【诊断要点】

1. 有阴道流水病史。
2. 阴道持续溢液。
3. 证实羊水从宫颈溢出，石蕊试纸变蓝。
4. 超声检查可示羊水过少。

【治疗要点】

1. 一般治疗　适用于28～35周，不伴有感染、羊水池深度≥2 cm的胎膜早破孕妇。病人应住院，绝对卧床，保持外阴清洁，注意宫缩与羊水的性状、气味，测体温与血常规。

2. 药物治疗　预防感染，应用子宫收缩抑制剂，促进胎肺成熟。

3. 终止妊娠　有终止妊娠指征者需终止妊娠。

（1）孕期达35周以上，分娩发动者，可令其自然分娩。

（2）有剖宫产指征，行剖宫产结束妊娠。

【处　方】

处方1　预防性使用抗生素，破膜12 h以上者选用。

5%GS　250 ml
青霉素　400万单位　iv gtt　bid（青霉素皮试阴性）

处方2　子宫收缩抑制剂的应用，详见“第二章、第二节早产处方”。

处方3　促胎肺成熟。

地塞米松　5 mg　im q6 h　共8次

www.dxy.cn/bbs

【警　示】

1. 期待疗法适用于孕 28～35 周不伴感染、羊水池深度≥2 cm 的胎膜早破孕妇。

2. 终止妊娠指征

(1) 孕期达 35 周以上分娩发动，可令其自然分娩。若羊水池深度≤2 cm 可采用羊水输注法注入羊水，缓解胎儿宫内窘迫及脐带受压；有剖宫产指征者，可行剖宫产。

(2) 妊娠 28 周以下者，因胎儿很小、围生儿存活率很低，故需尽快终止妊娠。但医务人员应同家属一起讨论妊娠结局，考虑母亲的危险性。

(3) 若羊水池深度≤5 cm 时在 2 h 内饮水 2 000 ml 增加羊水，若羊水池深度≤2 cm 时应终止妊娠。

(4) 一旦出现羊膜炎，则尽快终止妊娠。

3. 期待疗法时应监测有无绒毛羊膜炎，监测包括下列方面：

(1) 体温。

(2) 母体末梢血白细胞计数及分类，每日或隔日检查 1 次。白细胞计数≥15×10^9/L 为警戒值。

(3) C-反应蛋白 > 2 mg% 属于不正常(C-反应蛋白是一种应激时的急性期反应蛋白，主要作用为清除异物和坏死组织)。

(4) 密切注意羊水流出有无臭味或子宫有无压痛。

(5) 胎心率加快，> 160 次/min，常提示胎膜早破伴感染。

(6) 羊水细菌培养，如超过 1×10^3/ml，则有临床意义。

4. 针对胎膜早破的病因，可进行如下预防：

(1) 积极预防和治疗下生殖道感染，重视孕期卫生。

(2) 妊娠后期禁止性交。

(3) 避免负重及腹部受撞击。

(柴利强　彭　兰)

第二节　羊膜感染综合征

羊膜感染综合征可引起胎儿宫内窘迫、新生儿感染等，是对胎

www.dxy.cn/bbs

儿影响很大的一种并发症，常见于胎膜早破的病人，如处理不及时，则对母婴均有一定影响。

【诊断要点】

1. 临床表现 在有胎膜早破的产妇，特别是胎膜早破超过24 h，出现母体心率加快，不明原因的胎心搏动过速、母体体温升高、子宫压痛、宫颈脓性分泌物及子宫收缩，提示羊膜感染综合征。

2. 实验室检查 血白细胞计数及中性分叶核细胞比例增高，羊水中可有白细胞及细菌，羊水细菌培养阳性，羊水涂片检查找到细菌均可确诊。

【治疗要点】

治疗原则：应用有效的抗生素和及时终止妊娠。

【处 方】

处方1 5%GNS 500 ml
青霉素 400万单位 | iv gtt bid(青霉素皮试阴性)

处方2 如短期应用无效，临床估计有耐药菌株。

5%GNS 250 ml
青霉素 400万单位 | iv gtt bid(青霉素皮试阴性)

5%GS 500 ml
阿米卡星(丁胺卡那霉素) 400 mg | iv gtt qd

处方3 如属绿脓杆菌感染，应选用敏感抗生素，如头孢唑啉。

5%GS 250 ml
头孢唑啉 3.0 g | iv gtt bid

【警 示】

1. 羊膜感染综合征常为大肠杆菌、变形杆菌、厌氧菌及葡萄球菌等的混合感染，所以需选用对杆菌及球菌有效的抗生素。最好根据宫腔分泌物培养及药物敏感试验来选择用药。

2. 妊娠期及临产时需注意药物对孕产妇及胎儿、婴儿的影响。常用的对孕产妇、胎儿、新生儿有毒性反应的抗菌药物如表4-1。

www.dxy.cn/bbs

表 4－1　常用妊娠期及临产时对孕产妇、胎儿、新生儿有毒性反应的抗菌药物

抗生素种类	对孕产妇的毒性反应	对胎儿的毒性反应	对新生儿的毒性反应
磺胺类	同“非孕妇”	核黄疸	同“胎儿”
四环素类	脂肪肝（甚可致死）、胰腺炎	骨生长抑制，齿釉发育不全	同“胎儿”
氯霉素	同“非孕妇”	灰色综合征	同“胎儿”
链霉素	同“非孕妇”	第八对脑神经受损	
呋喃咀啶	同“非孕妇”	G－6－PD 缺乏，溶血性贫血	同“胎儿”
甲氧苄氨嘧啶（TMP）及磺胺甲基异恶唑（SMZ）	同“非孕妇”	先天性畸形	

3. 由于羊膜感染存在，引产时，可能对缩宫素（催产素）反应性很差，因此需行剖宫产。此时，可行腹膜外剖宫产，有利于减少产妇的感染。行该手术后，应置一引流管，有利于减少伤口感染。

4. 对于个别羊膜感染综合征极严重的病人，经大量广谱抗生素治疗仍不能控制，甚至有败血症休克征象而保守治疗已难收效时，则需行子宫切除术。

5. 羊膜感染综合征的预防关键为针对胎膜早破而处理，并密切观察体温、脉搏及血象，及时发现有无感染表现。

（彭　兰）

www.dxy.cn/bbs

第五章　产褥期疾病

第一节　产褥感染

产褥感染是指分娩时及产褥期生殖道感染引起局部和全身的炎性变化。发病率为1%～7.2%，是产妇死亡的四大原因之一。

【诊断要点】

1. 产后发热　凡分娩24 h后的10 d内，每4～6 h测量体温1次，连续或断续有2次达38℃或38℃以上者，应考虑产褥感染。

2. 腹痛

3. 体格检查　子宫复旧较差，子宫底有压痛，恶露混浊伴有臭味；延及子宫周围结缔组织时则下腹一侧或双侧有压痛及反跳痛；有下肢血栓性静脉炎者则患肢红肿、静脉压痛或呈红线状。

4. 实验室检查

(1) 血象异常：白细胞计数显著升高，可在20×10^9/L以上。

(2) 中段尿常规及培养：阴性者排除尿路感染。

(3) 高热或寒战者作血培养及药敏试验。

(4) 子宫有压痛者，取宫腔分泌物作细菌培养及药敏试验。

(5) 怀疑有脓肿形成者作B超检查以明确脓肿大小、位置。

5. 排除上呼吸道感染、泌尿系统感染、乳腺炎及产褥期中暑。

【治疗要点】

1. 支持治疗　加强营养，增强全身抵抗力，纠正水、电解质平衡失调。

2. 药物治疗　应用有效抗生素治疗。

3. 清除宫腔残留物，脓肿切开引流，取半卧位以利引流。

【处　方】

处方1　病情较轻者，选用下列抗菌药物口服：

头孢氨苄　0.375 g　tid

www.dxy.cn/bbs

或 罗红霉素 0.15 g bid
甲硝唑 0.2 g tid

处方 2 病情较重或口服效果不佳者需经静脉用药，"(1)和(2)"选一组即可。

(1) 5%GNS 250 ml
青霉素 400 万单位 | iv gtt bid 用 4～7 d
(青霉素皮试阴性)

5%GS 500 ml
庆大霉素 8 万单位 | iv gtt q8h 4～7 d

5%GS 250 ml
甲硝唑 1.0 g | iv gtt qd 4～7 d

(2) 5%GS 250 ml
头孢哌啉 3.0 g | iv gtt bid 4～7 d

5%GS 250 ml
甲硝唑 1.0 g | iv gtt qd 4～7 d

处方 3 青霉素皮试阳性者选用。

5%GNS 500 ml
林可霉素 600 mg | iv gtt tid 4～7 d

或 5%GS 500 ml
红霉素 600 mg | iv gtt qd 4～7 d

处方 4 重症或上述治疗效果不明显时，可酌情选用下列药物。

5%GS 500 ml
克林霉素 0.6 g | iv gtt q8h

或 5%GS 500 ml
头孢西丁 2.0 g | iv gtt q6h

或 5%GS 500 ml
头孢替坦 2.0 g | iv gtt q6h

或 5%GS 500 ml
头孢孟多 2.0 g | iv gtt q6h

www.dxy.cn/bbs

或 5%GS 500 ml
头孢曲松 2.0 g | iv gtt qd

处方5 细菌培养或临床怀疑为厌氧菌者，可选用琥珀酰氯霉素。

琥珀酰氯霉素 2.0 g iv q8h

处方6 怀疑有衣原体感染，可加用多西环素。

多西环素 0.1 g bid 连用2周

处方7 血栓性静脉炎，在应用大量抗生素的同时可加用肝素。

5%GS 500 ml
肝素 50 mg | iv gtt q6h(体温下降后改为 bid)
连用4～7 d

【 警 示 】

1. 产褥感染的治疗必须综合考虑病情的轻重、病灶部位而采取适当的治疗措施。

2. 支持治疗包括适当的运动及适当的体位、增强全身抵抗力、纠正贫血、体温过高时给以物理降温、适当使用缩宫药物等，可以起到加快治愈，避免炎症进一步扩散，适用于各类产褥感染。

3. 对急性子宫内膜炎、急性子宫肌炎、急性子宫周围结缔组织炎、急性盆腔腹膜炎、弥漫性腹膜炎、血栓性静脉炎等可酌情使用处方1至处方7进行治疗，但须注意以下问题：

(1) 抗生素治疗必须严格遵循抗生素使用原则，按照适应证合理使用。临床症状、细菌学诊断和药敏试验可作为选药的重要参考。但严重感染的病人，可不必等细菌培养及药敏试验，直接选用足量广谱高效抗生素。

(2) 由于产褥期感染常为需氧菌与厌氧菌的混合感染，应以2～3种药物的联合应用为宜。首选青霉素和氨基糖苷类抗生素的联合应用。重症时更应根据药物的半衰期选择用药时间，如4～8 h用药1次。

(3) 注意疗效观察：一般抗生素使用达24～48 h，临床和实验室检查显示药效不好或病情恶化时，应换药，首选广谱高效抗生素。注意体温、血象及全身情况的变化，警惕并发症或内科合并症

www.dxy.cn/bbs

同时存在。

(4) 抗生素使用待体温正常后可继续用药 48 h，如曾有脓肿形成者应继续用药 7 d。

4. 产后胎盘残留和胎盘附着部位复旧不全常引起晚期产后出血而继发感染，一旦确诊，需清除宫腔残留物。术前必须使用抗生素控制感染，否则可致感染扩散。

5. 如产后发热经高效广谱抗生素治疗 48～72 h，当出现以下征象，应予重视：

(1) 体温持续不下降，血白细胞计数升高、中性粒细胞升高及全身中毒症状明显，提示有盆腔脓肿形成，结合仔细的妇科检查和超声检查明确诊断，根据脓肿的部位可行后穹隆或经腹壁切开引流，疑有子宫肌壁间多发性脓肿形成者，必要时作全子宫切除，但需极其慎重，力求避免。

(2) 若血栓性静脉炎不断有化脓性血栓播散，则可考虑结扎卵巢静脉或子宫静脉。

(3) 若体温持续不退，并出现午后低热、潮热、乏力、体重减轻等症状，应高度警惕盆腔结核的可能，再结合相应的实验室检查，可行抗痨治疗。如轻易行盆腔结核脓肿切开引流，则可引起结核播散、手术伤口愈合不良。

6. 控制产褥期感染应以预防为主，加强孕期保健，积极纠正贫血，治疗各种孕期并发症。临产前 2 个月内勿行盆浴，避免性交。对于胎膜早破及剖宫产的产妇应预防性使用抗生素。产褥期保持外阴清洁。

(柴利强　彭　兰)

第二节　产褥中暑

产褥中暑是指在产褥期因高温环境中，体内余热不能及时散发引起中枢性体温调节功能障碍的急性热病。本病发病急骤，病情发展迅速，若处理不当，常导致产妇遗留中枢神经系统功能障碍的后遗症，甚至死亡。

www.dxy.cn/bbs

【诊断要点】

1. 病史　气候炎热，房间通风不良，产妇分娩不久。

2. 中暑先兆　发病急骤，出现口渴、多汗、心悸、恶心、胸闷及乏力。

3. 轻度中暑　体温升高，面色潮红、心率增快、呼吸急促、体表痱疹。

4. 重度中暑　体温高达 41～42℃，谵妄、抽搐、昏迷、面色苍白、血压下降、皮肤干燥无汗、瞳孔缩小、反射减弱。

5. 排除产褥感染，败血症，产后子痫等疾病。

【治疗要点】

1. 一般治疗　首先应将病人置于阴凉、通风处，用冷水、酒精等擦浴，快速物理降温。按摩四肢，促进血液循环。

2. 药物治疗　应用氯丙嗪、异丙嗪及糖皮质激素降温，用地西泮、硫酸镁抗惊厥、解痉。低血压病人应予补充血容量、升高血压。心力衰竭病人给予毛花苷 C 强心。

【处　方】

处方 1　药物降温。

5%GNS(4℃)　1 000 ml　iv gtt　st

5%GNS　500 ml
氯丙嗪　25～50 mg　iv gtt　st(1～2 h 滴完)

处方 2　血压下降者选用。

右旋糖苷 40　250～500 ml　iv gtt　st

5%GS　250 ml
多巴胺　20 μg　iv gtt　st(根据血压调节滴速)

处方 3　心力衰竭者选用。

5%GS　20 ml

毛花苷 C(西地兰)　0.2～0.4 mg　iv(缓慢)　st

处方 4　抽搐病人选用。

地西泮(安定)　10 mg　im　st

www.dxy.cn/bbs

【警　示】

1. 治疗产褥期中暑应立即改变高温和不通风环境，迅速降温，用冷水、酒精等擦浴，按摩四肢，促进肢体血液循环等物理降温措施可使用于各种程度的产褥中暑。

2. 先兆中暑只需将产妇移至通风处，解开衣服，短暂休息，补充水分，纠正电解质紊乱及酸碱平衡失调。

3. 轻度中暑则需以物理降温与药物降温相结合。若在 2 h 内体温无下降趋势，可重复给药。

4. 重度中暑若不积极抢救，数小时内可出现心肺衰竭而死亡，即或幸存也常常遗留中枢神经系统功能障碍的后遗症，应迅速降温。降温过程中应加强护理，注意体温、血压、心脏情况。一般待肛温降至 38℃左右时，应停止降温。

5. 产褥中暑是可以预防的，关键是做好卫生宣教工作，告诫产家必须破除旧风俗习惯，居室要通风，衣着要适宜。此外，要预防和积极治疗产褥感染。

第三节　子宫复旧不全

分娩后，由于子宫平滑肌的收缩、缩复作用，迫使肌层内血管闭锁或狭窄，子宫细胞缺血并发生自溶，子宫体积明显缩小，胎盘剥离面亦随着子宫的缩小和新生内膜的生长而得以修复。一般在产后 5～6 周可恢复到非孕状态，这个过程称为子宫复旧（involution of uterus）。当复旧功能受到阻碍时，即引起子宫复旧不全（subinvolution of uterus）。

【诊断要点】

1. 血性恶露持续时间延长，可达 7～10 d，量多，混浊可伴有臭味。

2. 产妇多有腰痛及下腹坠痛。

3. 妇科检查可发现子宫较同时期的正常产褥期子宫为大而且软，多取后倾后屈位，轻度压痛，宫口多未关闭。

【治疗要点】

1. **一般治疗**　加强分娩期和产褥期护理；怀疑有胎盘、胎膜残

www.dxy.cn/bbs

留时应及时清宫；谨防产后尿潴留；鼓励产妇产后尽早下床活动。

2. 药物治疗　单纯子宫复旧不全，给予子宫收缩剂和中药治疗。合并感染时，应选用抗生素。

3. 手术治疗

(1) 清除宫腔内残留物。

(2) 必要时考虑切除子宫。

【处　方】

处方 1　单纯子宫复旧不全，应给予子宫收缩剂及中药治疗。

缩宫素　10 单位　im　bid　共 3 d

益母草膏　10 ml　tid　共 5 d

或　消炎生化汤　1 帖　煎服　qd　共 5～7 d

处方 2　伴有感染时，应加用抗生素。

5%GS　250 ml

青霉素　400 万单位　iv gtt　bid　共 7 d(青霉素皮试阴性)

【警　示】

1. 引起子宫复旧不全的因素　① 部分胎盘、胎膜残留；② 子宫内膜炎、子宫肌炎或盆腔炎；③ 膀胱过度膨胀或经常处于膨胀状态，以产后尿潴留引起的最为常见；④ 子宫肌壁间肌瘤、子宫腺肌病；⑤ 子宫过度后倾、后屈，影响恶露排出；⑥ 多胎妊娠、羊水过多；⑦ 多产妇由于多次分娩引起子宫纤维组织相对增多；⑧ 过大胎盘，由于胎盘附着部位的肌层较薄，收缩力弱，当胎盘过大时，亦影响子宫复旧。子宫复旧不全的治疗主要为针对病因进行治疗。

2. 对于子宫复旧不全，临床无感染征象，并排除了胎盘、胎膜残留，给予子宫收缩剂即可，选用处方 1。

3. 如子宫复旧不全，长期阴道出血合并感染，出现发热、腹痛、下腹部压痛、血象异常等，需结合处方 1 和处方 2，给予抗感染治疗。

4. 手术治疗　以下情况需手术治疗：① 因有大量流血或长期流血不止，高度怀疑胎盘残留时，必须行刮宫术，刮出物需作病理检查；② 子宫肌瘤合并子宫复旧不全者，采取保守治疗无效，长期

www.dxy.cn/bbs

流血不止，亦可考虑切除子宫。

5. 如子宫复旧不全未能及时纠正，长期流血导致慢性炎症，致使子宫壁内纤维组织增生形成子宫纤维化，可引起月经期的延长和月经量的增多。

6. 加强分娩期和产褥期护理，可预防子宫复旧不全的发生。对娩出的胎盘、胎膜必须仔细检查，如怀疑有残留时，应立即清理宫腔。应让产妇及时排尿，如有尿潴留，须积极处理。产妇应避免长期仰卧位，多取侧卧位，并鼓励早期活动。子宫后倾时，应嘱产妇作膝胸卧位锻炼，每次 10～15 min。

（柴利强　彭　兰）

第四节　晚期产后出血

晚期产后出血（late puerperal hemorrhage）是指在产后 24 h 以后，在产褥期内发生的子宫大量出血。以产后 1～2 周发病最常见。

【诊断要点】

1. 产后 24 h 后，反复或突然阴道大量流血，产妇多伴有寒战、低热。

2. 妇科检查可发现子宫复旧不全，大而软，宫口松弛，宫颈口有残留组织或血块堵住。

3. B 超示子宫增大，宫腔有残留物，剖宫产切口愈合不良。

4. 宫腔刮出物送病理检查有绒毛、变形蜕膜可明确诊断。

【治疗要点】

1. 药物治疗　注意出血量多少和生命体征。对出血量不多者，可使用缩宫剂、止血药和抗生素治疗。

2. 手术治疗　对于有活动性出血，或出血量超平常月经量，怀疑有胎盘组织不全者应选择手术治疗。手术方法有：

（1）清除宫腔内残留物。

（2）必要时行子宫切除术。

（3）超选择性髂内动脉造影栓塞。

www.dxy.cn/bbs

【处 方】

5%GNS	250 ml	
青霉素	400 万单位	iv gtt bid(青霉素皮试阴性)
5%GS	250 ml	
甲硝唑(灭滴灵)	1.0 g	iv gtt qd
5%GS	500 ml	
酚磺乙胺(止血敏)	2.0 g	
维生素 K_1	30 mg	
缩宫素	10 单位	iv gtt qd

【警 示】

1. 正确估计产后出血量对治疗有至关重要的意义。估计产后出血量常用目测法和称量法(将产后浸湿的敷料重量减去产前未浸湿的敷料重量,所得重量差 1.05 g 相当于 1 ml)。

2. 少到中等量的阴道出血,排除了宫腔内残留以及血管断裂的活动性出血后,可选用处方中所列的药物治疗。

3. 当晚期产后出血量多,超过平时月经量,高度怀疑胎盘残留、胎膜残留、蜕膜残留及子宫胎盘附着部位复旧不全者,清宫术常为首选。胎盘残留引起的晚期产后出血多发生在产后 10 d 左右,胎盘附着部位复旧不全引起的晚期产后出血多发生在产后 2 周。由于引起晚期产后出血的主要原因是胎盘残留和胎盘附着部位复旧不全,刮宫多能奏效。术前应先予补液,并作好输血准备,同时应用子宫收缩剂,术时操作务求轻柔,以防子宫穿孔及宫腔粘连。

4. 对于一般原因不能解释的产后出血,注意出血的性状、色泽、频率。若为持续性阴道出血,应仔细检查软产道是否损伤;若阵发性阴道大出血,超过 400 ml,应警惕动脉活动性出血,一经发现可行手术治疗或超选择性髂内动脉造影栓塞;同时还须考虑子宫内膜炎、子宫黏膜下肌瘤感染、绒毛膜癌等原因;平产后晚期产后出血应想到双角子宫、双子宫等畸形子宫由于蜕膜残留所致。

5. 对剖宫产术后流血病人的处理多选用处方中用药。怀疑有

www.dxy.cn/bbs

胎盘、胎膜残留时也可行刮宫术。如保守治疗无效，则以伤口裂开的可能最大，修补手术多不能成功，需行子宫切除术。

6. 晚期产后出血重在预防。首先要作好产前保健，其次要普及新法接生，再次晚期产后出血的产妇往往可以追溯到第三产程或产后 2 h 内阴道流血较多或怀疑胎盘残留的病史，故应在产后及时治疗。剖宫产后子宫伤口裂开多发生在术后 2～3 周，出现阴道大量流血，故剖宫产时应注意以下问题：① 下段横切口选择合适；② 若横切口向两侧角部撕裂，应按正常解剖关系缝合；③ 切口缝合不宜过紧、过密，缝线不能穿过蜕膜层。

第五节　急性乳腺炎

急性乳腺炎(acute mastitis)是乳腺的急性化脓性感染。绝大多数发生于哺乳期的产妇，其中尤以初产妇为多见。

【诊断要点】

1. 病史　常于产后 7 d 左右发病，出现畏寒、发热，患侧乳房肿胀、疼痛。

2. 检查　感染灶常局限于一侧乳房的某一象限，该处皮肤发红，有明显肿块，质硬触痛，常伴有同侧的腋下淋巴结肿大并有压痛。

3. 实验室检查　血白细胞计数增高，有时在乳汁中可培养出致病菌。

4. B 超检查　如有液性暗区，示有脓肿形成。

【治疗要点】

1. 一般治疗　乳汁淤积期的病人，可用绷带或乳托将乳房托起，局部冰敷。蜂窝织炎期的病人，应暂停哺乳，采取措施使乳汁通畅排出；局部湿热敷或理疗，促使炎症的局限化。

2. 药物治疗　局部应用普鲁卡因封闭，全身使用抗生素抗感染。

3. 手术治疗　脓肿形成期的病人，应及时将脓液排出。脓肿较小时可采用穿刺排脓的方法，范围较大的脓肿应行切开引流。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

0.25%～0.5%普鲁卡因　60～80 ml 于乳腺周围及乳腺后组织注射　st　（普鲁卡因皮试阴性）

5%GNS　250 ml
青霉素　400 万单位　iv gtt　bid　（青霉素皮试阴性）

或　5%GS　250 ml
头孢唑啉　3.0 g　iv gtt　bid

【警　示】

1. 早期乳腺炎，乳汁淤积期的病人，此时感染常在乳腺管外的结缔组织中，并非乳腺管内发炎，可以继续喂乳。

2. 蜂窝织炎期的病人炎症明显，应停止哺乳，但必须使乳汁排空，可用吸奶器吸之。采用处方中的药物治疗。抗感染药物以静脉用药为宜。急性乳腺炎的病原菌主要是金黄色葡萄球菌，链球菌引起的比较少见。流行性的急性乳腺炎的致病菌多属耐青霉素的金黄色葡萄球菌，故可选用耐酶青霉素如苯唑西林、头孢菌素类药物、克林霉素、林可霉素、红霉素等。

3. 乳腺脓肿早期不易出现明显的波动感，不应消极等待，在全身使用足量广谱抗生素的同时对炎症明显的病人应在压痛最显著的部位进行穿刺，尽早发现深部的脓肿。

4. 较大的脓肿需行切开引流时，为避免手术损伤乳腺管，切口应取辐射的方向，并避免切开乳晕。乳晕下方的脓肿应沿乳晕的边缘作弧形切口。乳腺深部或乳腺后脓肿可在乳房下缘作弧形切口，在乳腺和胸肌筋膜间进行分离，将乳房上翻后切开脓肿。

5. 急性乳腺炎的预防关键是防止乳汁淤积、充分母乳喂养和保持乳头清洁，避免损伤。从妊娠后期开始，经常用温水和肥皂水清洗两侧乳头，有乳头内陷者更应注意。哺乳后应清洗乳头。

第六节　产褥抑郁症

产褥抑郁症（postpartum depression）是指产妇在分娩后出现抑郁症状，是产褥期精神综合征中最常见的一种类型。通常在产后 2

www.dxy.cn/bbs

周出现症状。

【诊断要点】

1. 在产后2周内出现下列5条或5条以上的症状，必须具备"①、②"两条：① 情绪抑郁；② 对全部或多数活动明显缺乏兴趣或愉悦；③ 体重明显下降或增加；④ 失眠或睡眠过度；⑤ 精神运动性兴奋或阻滞；⑥ 疲劳或乏力；⑦ 遇事皆感毫无意义或自罪感；⑧ 思维能力减退或注意力溃散；⑨ 反复出现死亡想法。

2. 在产后4周内发病。

【治疗要点】

产褥抑郁症应选择心理治疗和药物治疗相结合的方法治疗。药物应选用不进入乳汁的抗抑郁药，以免影响乳儿。

【处　方】

可选用下列药物之一：

帕罗西汀　20 mg/d为开始剂量，逐渐增至50 mg/d

或　舍曲林　50 mg/d为开始剂量，逐渐增至200 mg/d

或　氟西汀　20 mg/d为开始剂量，逐渐增至80 mg/d

或　阿米替林　50 mg/d为开始剂量，逐渐增至150 mg/d

【警　示】

1. 分娩至产褥期7 d内发生一过性哭泣、不安、轻度情绪紊乱、易疲乏，并伴有焦虑等症状为产后郁闷，发生率为50%～70%。通常病程短，不需特殊的药物治疗，预后良好。

2. 心理治疗即通过心理咨询，以解除致病的社会心理因素（如婚姻关系不良、想生男孩却生女孩、既往有精神障碍史等）。对产妇多加关心和照顾，尽量调整好家庭中的各种关系，指导其养成良好的睡眠习惯。这对产褥期抑郁症的治疗尤为重要。产科医师发现病人有产后出现精神障碍，应及时请神经科医师协助诊疗。

3. 处方中的药物均不进入乳汁中，故可用于产褥期抑郁症。

4. 产褥期抑郁症预后良好，约70%病人于1年内治愈，仅极少数病人持续1年以上，但再次妊娠，约有20%的复发率。

（柴利强　彭　兰）

www.dxy.cn/bbs

www.dxy.cn/bbs

第二篇　妇　　科

www.dxy.cn/bbs

www.dxy.cn/bbs

第六章　外阴炎症

第一节　非特异性外阴炎

皮肤的各种炎症均可见于外阴。阴道分泌物增多，经血或产后恶露的刺激、尿液浸渍、粪便刺激、糖尿病尿糖刺激及其他化学物理刺激均可引起非特异性外阴炎(non－soecific vulvitis)。常为混合性感染，如葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌等的感染。

【诊断要点】

1. 自觉外阴疼痛、灼热或肿胀感。

2. 病情加剧时，有浆液状、黏液状或脓性分泌物，易形成湿疹，成为湿疹性外阴炎。

3. 局部红肿，以小阴唇及处女膜部位最明显，由于行走摩擦，常有表皮脱落。

4. 炎症累及大阴唇毛囊，形成毛囊炎；若炎症向深层发展，可以形成外阴疖，疼痛剧烈，并常伴有腹股沟淋巴结肿大。

5. 有急性期转入慢性阶段时，局部红肿消退，黏膜及皮肤粗糙、增厚、皲裂，常伴有瘙痒感。

6. 需常规检查阴道分泌物有无滴虫、霉菌，必要时查尿糖及大便有无蛔虫卵。

【治疗要点】

1. 一般治疗　保持外阴清洁、干燥，避免搔抓，去除病因。

2. 药物治疗　对于细菌感染引起的非特异性外阴炎，可选用全身用抗生素及局部用抗生素治疗，对于非感染性外阴炎可选用局部抗生药物及中药治疗。

【处　方】

处方1　非感染性外阴炎病人选用(1)～(5)中任意一个。

(1) 1:5 000 高锰酸钾液　坐浴　bid

www.dxy.cn/bbs

(2) 苦参 15 g、蛇床子 15 g、白鲜皮 15 g、土茯苓 15 g、黄柏 15 g、川椒 6 g　水煎熏洗外阴　qd

(3) 可的松软膏　涂外阴　bid

(4) 复方康纳乐霜　涂外阴　bid

(5) 皮康霜　涂外阴　bid

处方 2　局部用药。感染性外阴炎选用。

金霉素软膏　涂患处　bid

或　红霉素软膏　涂患处　bid

或　莫匹罗星软膏(百多邦)　涂患处　tid

或　环丙沙星软膏(瑞康软膏)　涂患处　bid

处方 3　感染性外阴炎急性期必要时针对病原体，选下列抗菌药物口服：

(1) 甲硝唑　400 mg　tid

(2) 头孢氨苄　0.5 g　qid

或　头孢拉定　0.5 g　qid

或　头孢羟氨苄　0.5 g　bid

或　头孢克肟　50 mg　tid

或　红霉素　0.25 g　q6h

或　罗红霉素　150 mg　bid

或　克林霉素　300 mg　tid

【警　示】

积极给予病因治疗，治疗阴道炎、宫颈炎、糖尿病等。排除糖尿病方可用糖皮质激素软膏。

第二节　婴幼儿外阴炎

婴幼儿外阴炎(infantile vulvitis)常与阴道炎并存，婴幼儿阴道 pH 值较胎儿时上升，分泌物为中性或碱性，加上外生殖器发育不成熟，抗感染力差。

【诊断要点】

1. 常因外阴痛痒而哭闹或手抓外阴部。

www.dxy.cn/bbs

2. 大小阴唇、阴蒂红肿，尿道口及阴道口黏膜充血、水肿。严重时皮肤或黏膜破溃。分泌物增多，可呈脓性。

3. 急性期不及时处理者可造成两侧小阴唇粘连，尿道口及阴道口均被遮盖，仅在其上或下方留一小孔，尿液由此流出。

【治疗要点】

1. 一般治疗　保持外阴清洁干燥。

2. 药物治疗　以高锰酸钾溶液坐浴，抗生素软膏外阴部外用，或针对病原体选择抗生素溶液，用吸管滴入阴道。

3. 必要时可给予小剂量雌激素。

【处　方】

1:5 000 高锰酸钾液　坐浴　bid

金霉素软膏　涂外阴　bid

己烯雌酚　0.1 mg　qd　共 7～14 d

【警　示】

1. 排除霉菌、滴虫性阴道炎以及蛲虫及阴道异物可能。

2. 两侧小阴唇粘连者可于消毒后用手指向下向外分离。如粘连紧可用弯蚊式血管钳从小孔处插入，再垂直向后将透亮区分开。分离后须每日涂消毒凡士林或紫草油软膏，以防再粘连。

3. 己烯雌酚用量不能过多，以免引起子宫内膜增生，停药后发生子宫出血。

第三节　念珠菌外阴炎

念珠菌外阴炎常与念珠菌阴道炎并存，80%～90%的病原体为白色念球菌，旧称霉菌性外阴炎。孕妇、糖尿病病人、长期应用抗生素者易患此病。

【诊断要点】

1. 阴部瘙痒，有时奇痒难忍。

2. 妇检见小阴唇内侧以上黏膜附着白色膜状物，擦净后见黏膜红肿。

3. 局部及阴道分泌物涂片检查与培养可确诊。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

1. 一般治疗 消除诱因，及时停用抗生素、糖皮质激素。用过的毛巾、内裤应用开水烫洗。

2. 药物治疗 以碱性药液冲洗阴道，局部及全身应用抗霉菌药物。

【处 方】

处方1 首选局部用药。

2%～4%碳酸氢钠液 冲洗阴道及外阴 qd 共10 d

达克宁霜或霉克 涂外阴 qd 共7～10 d

或 制霉菌素栓剂 20万单位 塞阴道 qd 共7～10 d

或 克霉唑片 0.25 g 塞阴道 qd 10 d

或 凯妮汀 1粒 塞阴道 st

或 1%甲紫 涂擦阴道 每周3次或god 共14 d

或 咪康唑栓剂 200 mg 塞阴道 qd 共7 d

处方2 全身用药。如局部用药效果差或病情顽固者可选用下列药物之一：

制霉菌素 50万单位 tid 共7～10 d

或 伊曲康唑 200 mg qd 共3～5 d

或 氟康唑 150 mg st

或 酮康唑 200～400 mg qd 共5 d

【警 示】

1. 治疗顽固病例时需注意以下几点：

(1) 有无合并糖尿病。

(2) 有无合并滴虫性阴道炎。

(3) 有无肠道念珠菌互相感染。

如存在以上合并症，应同时治疗。

2. 妊娠期或哺乳期念珠菌外阴炎，可用咪康唑(凯妮汀)。

3. 酮康唑损害肝功能，有肝炎病史者及孕妇禁用。

4. 男方有生殖器真菌感染者应同时治疗。

www.dxy.cn/bbs

第四节　前庭大腺炎

前庭大腺位于两侧大阴唇下方，腺管开口于小阴唇内侧近处女膜处。外阴部的葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌等病原体易于侵入而引起的发炎，称前庭大腺炎。急性期前庭大腺混合感染并积脓，因腺管口肿胀或渗出物凝聚而阻塞，脓液不能外流称前庭大腺脓肿。

【诊断要点】

1. 外阴患侧局部红、肿、热、痛、腺管开口处发红肿胀，压之有波动感，并见脓液从腺管口流出。

2. 有发热等全身症状。

3. 有的脓肿自行破溃，流出脓液，或向脓肿后方组织中扩散。

4. 脓液流出不畅，炎症持续不退或反复急性发作。

5. 前庭大腺开口处取分泌物作涂片及细菌培养可查病原体。

【治疗要点】

1. 一般治疗　休息，注意外阴清洁。

2. 药物治疗　根据病原体选择抗生素口服，并可选用一种外用药局部消炎。

3. 手术治疗　经保守治疗无效，行脓肿切开引流，同时作前庭大腺造口术，若无条件也可穿刺抽脓，并注入青霉素 20 万～40 万单位。

【处　方】

蒲公英 10 g、紫花地丁 10 g、金银花 10 g、连翘 10 g
煎汤　局部热敷　bid

或　1∶5 000 高锰酸钾溶液　坐浴　bid
甲硝唑　400 mg　tid
头孢氨苄　0.5 g　qid

或　罗红霉素　150 mg　bid

或　克林霉素　300 mg　tid

www.dxy.cn/bbs

【警　示】

前庭大腺炎病人如反复发作，要检测尿糖、血糖，如合并糖尿病，应予控制糖尿病。

第五节　前庭大腺囊肿

前庭大腺囊肿(bartholin cyst)可因前庭大腺导管有炎症或非特异性炎症阻塞，腺腔内分泌液积存而形成，也可因前庭大腺脓肿脓液吸收而形成。

【诊断要点】

1. 无明显自觉症状，或仅外阴一侧略有不适感。

2. 外阴一侧或两侧可触及圆形囊性肿物，位于前庭大腺部位，单发多见，无压痛，可持续数年不变。

3. 继发性感染时，再次形成脓肿，有急性期症状。

【治疗要点】

1. 一般治疗　囊肿小，无症状者，不予处理，密切观察。前庭大腺囊肿可继发感染形成脓肿反复发作，遇此情况，应先消炎，后手术。

2. 手术治疗　囊肿较大或反复发作增大者，行前庭大腺造口术或挖除前庭大腺囊肿。该手术方法简单，损伤小，术后还能保留腺体功能。近年采用激光作囊肿造口术，效果良好，术中出血少，无需缝合。

【处　方】

无特殊药物治疗，囊肿剥除术后可以高锰酸钾液坐浴，以利创面愈合，预防感染：

1:5 000 高锰酸钾溶液　坐浴　bid

【警　示】

合并感染后的前庭大腺囊肿，应先予抗感染治疗，脓肿形成者先切开引流，待炎症吸收后再择期手术。

www.dxy.cn/bbs

第六节 外阴溃疡

外阴溃疡(vulvar ulcer)可以由创伤感染、药物灼伤、疱疹、结核、癌变、性病或贝赫切特病(白塞病)引起。

【诊断要点】

1. 常有外阴疱疹、分娩损伤、药物灼伤、结核病等病史或冶游史。

2. 溃疡可见于外阴各部,以小阴唇和大阴唇内侧为多,可表现为急性和慢性。急性者常为非特异性外阴炎、疱疹病毒感染、性病(梅毒、软下疳、性病肉芽肿等)、贝赫切特病(白塞病)等。慢性者常可见于结核、癌症。

3. 若急性女阴溃疡伴眼结膜炎、虹膜炎、视网膜炎或视神经萎缩、口腔黏膜或舌、胃黏膜溃疡时,应考虑贝赫切特综合征(白塞综合征)(即眼-口-生殖器综合征),该病系自身免疫性疾病,常有反复发作性外阴溃疡。急性者起病急、进展快,常伴有全身不适、发热。大、小阴唇水肿,溃疡多见于阴唇内侧,有的溃疡面有伪膜坏死,称坏疽型,全身症状明显。另一种为下疳型,溃疡数目多,较浅,症状轻,常在数周内愈合。第三种为粟粒型,溃疡小而多,很快痊愈。

4. 活检、分泌物涂片、培养、血华康氏反应等有助于鉴别诊断。

【治疗要点】

1. 一般治疗 保持外阴清洁、干燥,避免搔抓。

2. 药物治疗 针对病因,选择相应治疗。

【 处 方 】

处方1 非特异性外阴炎引起的溃疡可局部用抗生素软膏。

金霉素软膏 涂患处 bid

或 红霉素软膏 涂患处 bid

或 莫匹罗星软膏(百多邦) 涂患处 tid

或 环丙沙星软膏(瑞康软膏) 涂患处 bid

处方2 生殖器疱疹可选下列一种抗病药物:

3%无环鸟苷软膏(阿昔洛韦软膏) (10 g/支) 涂患

www.dxy.cn/bbs

处 tid

或 3%酞丁胺软膏 涂患处 tid

利巴韦林(病毒唑) 100 mg tid 共 5～7 d

或 阿昔洛韦(无环鸟苷) 400 mg q4h

处方 3 疱疹严重者可选用下列一组静脉用药:

5%GS 500 ml
利巴韦林 600 mg | iv gtt qd 共 5～7 d

或 5%GS 250 ml
阿昔洛韦 250 mg | iv gtt tid 共 5～10 d

处方 4 用于贝赫切特综合征(白塞综合征)引起的外阴溃疡。

复合维生素 B 2 粒 tid

维生素 C 200 mg tid

维生素 E 100 mg tid

丙种球蛋白 5～10 g iv gtt st

地塞米松软膏 局部外用 tid

红霉素软膏 局部外用 tid

处方 6 非特异性外阴炎引起的溃疡可结合中药治疗。

黄连 15 g、青黛 15 g、元明粉 1.5 g、冰片 0.6 g 共研细末 撒于溃疡面 qd

【警 示】

1. 贝赫切特综合征引起的外阴溃疡 应适当休息,增加营养,给维生素 B、维生素 C,少量输血,注射丙种球蛋白,应用糖皮质激素及抗生素,局部对症处理。必要时应用免疫抑制剂。

2. 慢性外阴溃疡 可见于结核和癌症,结核少见。外阴恶性肿瘤在早期可表现为丘疹、结节和小溃疡,病灶多位于大小阴唇、阴蒂和后联合处,应取活组织检查以明确是否为恶性肿瘤,避免延误治疗。

第七节 外阴尖锐湿疣

尖锐湿疣(condyloma acuminate)是人乳头瘤样病毒(HPV)感染

www.dxy.cn/bbs

引起的鳞状上皮增生性疣状病变。HPV 主要感染鳞状上皮，外阴尖锐湿疣 50%～70%同时伴有阴道、宫颈的尖锐湿疣，且易与多种性传播疾病如淋病奈氏菌、滴虫、白色念珠菌、衣原体、梅毒螺旋体等并存。HPV 还可能与生殖道的癌前病变有关。

【诊断要点】

1. 阴道分泌物较多。

2. 大小阴唇、会阴或肛门附近有大小不等的淡红色或灰色的小赘生物，有时散在，有时呈菜花状聚集。

3. 病理查证实病灶表面覆以鳞状上皮，大多数为角化不全的棘细胞，水肿显著，真皮内有慢性炎症细胞浸润。

【治疗要点】

1. 一般治疗 注意外阴卫生，保持清洁、干燥。

2. 药物治疗 主要目的是抗病毒和局部清洁。

3. 手术治疗 菜花状尖锐湿疣可以手术切除或物理治疗（如微波、激光、冷冻）。

【处　方】

处方 1　用于局部清洁。

1∶5 000 高锰酸钾溶液　坐浴　bid

或　2%～4%硼酸液　坐浴　bid

处方 2　局部药物治疗可选用下列任一种：

33%～50%三氯乙酸或三氯醋酸　外用　每周 1 次　共 1～3 次

或　10%～20%足叶草脂　涂于病灶（2～4 h 后洗去）　每周 1 次　共 3～4 次

或　1%酞丁胺膏　涂擦病灶　tid　共 4～6 周

或　5%氟尿嘧啶软膏　外用　qd　10～14 d 为 1 疗程，共 1～2 疗程

处方 3　有条件可选用干扰素。

干扰素 α－2a　100 万单位　im（或病灶基底部局部注射）　qod　3～4 周 1 疗程

www.dxy.cn/bbs

【警 示】

1. 局部用药前可涂以1%丁卡因行表面麻醉以减轻疼痛。

2. 局部用药尽可能不要涂及正常皮肤；足叶草脂刺激大，不能用于阴道及宫颈。

3. 反复发作的顽固性尖锐湿疣应及时活检排除恶变。

（郑江丽）

www.dxy.cn/bbs

第七章　阴道炎症

第一节　念珠菌阴道炎

念珠菌阴道炎80%～90%的病原体为白念球菌，旧称霉菌性阴道炎。孕妇、糖尿病病人、长期应用抗生素者易患此病。

【诊断要点】

1. 外阴瘙痒。

2. 白带增多，呈凝乳状或豆腐渣样

3. 妇科检查　小阴唇内侧以上黏膜附着白色膜状物，擦净后见黏膜红肿。

4. 阴道分泌物生理盐水悬液见白色念珠菌。

【治疗要点】

1. 一般治疗　消除诱因，及时停用抗生素、雌激素。用过的毛巾、内裤应用开水烫洗。

2. 药物治疗　主要是抗真菌治疗。

【处　方】

处方1　局部用抗真菌药，可选下列"(1)～(5)"中的一种：

(1) 制霉菌素栓剂　20万单位　塞阴道　qd　共7～10 d

(2) 克霉唑片　0.25 g　塞阴道　qd　共10 d

(3) 凯妮汀　1粒　塞阴道　st

(4) 1%甲紫液　涂擦阴道　每周3次或qod　共14 d

(5) 咪康唑栓剂　200 mg　塞阴道　qd　共7 d

处方2　全身用药。如局部用药效果差或病情顽固者可选用下列药物"(1)～(4)"之一：

(1) 制霉菌素　50万单位　tid　共7～10 d

(2) 伊曲康唑　200 mg　qd　共3～5 d

www.dxy.cn/bbs

（3）氟康唑　150 mg　st

（4）酮康唑　200～400 mg　qd　共 5 d

处方 3　用于改变局部酸碱度，提高疗效。

2%～4%碳酸氢钠液　冲洗阴道及外阴　qd　共10 d

处方 4　用于外阴症状严重者。

达克宁霜或霉克　涂外阴　qd

【警　示】

1. 治疗顽固病例时需注意有无合并糖尿病，有无合并滴虫性阴道炎，有无肠道念珠菌感染。如存在以上合并症，应同时治疗。

2. 如妊娠期或哺乳期，可用凯妮汀。

3. 酮康唑损害肝功能，有肝炎病史者及孕妇禁用。

4. 男方有生殖器真菌感染者应同时治疗。

5. 顽固性念珠菌阴道炎以全身用药为主，加大抗真菌药物的剂量，延长疗程。如氟康唑 150 mg，qd，5 d 为 1 疗程，以后每 2 周或每月单次给予 150 mg，连用 3～6 个月。

第二节　滴虫性阴道炎

滴虫性阴道炎由阴道毛滴虫引起。阴道毛滴虫在 pH5.2～6.6、温度 25～40℃的潮湿环境下生长。月经前后阴道 pH 发生变化，经后接近中性，故隐藏在腺体及阴道皱襞中的滴虫于月经前后常易于繁殖，引起炎症的发作。滴虫能消耗阴道上皮细胞内的糖原，阻碍乳酸形成，减低阴道酸度，有利于其他致病菌的生长。滴虫不仅寄生于阴道，还常侵入尿道或尿道旁腺，甚至膀胱、肾盂以及男方的包皮皱褶、尿道或前列腺中。故可以由性交直接传播，或由浴室、厕所间接传播，也可通过污染的医疗器械及敷料传播。

【诊断要点】

1. 白带增多，呈泡沫水样；若合并其他细菌感染，则白带可呈脓性。

2. 外阴瘙痒。

www.dxy.cn/bbs

3. 阴道、阴道口充血、灼热感，阴道黏膜有散在红色斑点。

4. 阴道分泌物悬液可找到阴道毛滴虫。

5. 若悬滴法结果阴性而临床可疑时，可进一步作滴虫培养。

【治疗要点】

1. 一般治疗　做好个人卫生，避免交叉感染；内裤、洗涤用品经常曝晒。

2. 药物治疗　主要是抗滴虫治疗。

【处　方】

处方1　局部用药。

甲硝唑　200 mg　阴道上药　qn　共 10 d

处方2　全身用药，用于局部用药效果不佳者，选下列之一：

甲硝唑　400 mg　bid 或 tid　共 7 d

或　甲硝唑　2 g　st

或　替硝唑　2 g　st

【警　示】

1. 性伴侣应同时检查治疗。

2. 服甲硝唑药后偶见头痛、皮疹、血白细胞计数减少，一旦发现应停药，用药期间及用药后 24 h 不宜哺乳。

3. 阴道用药前先用 1% 乳酸液或 0.1% ~ 0.5% 醋酸液冲洗阴道可提高疗效。

4. 滴虫性阴道炎常于月经后复发，故治疗后检查滴虫阴性时，应于每次月经后复查白带，连续 3 次检查均阴性，方可称治愈。且治疗后检查滴虫阴性时，仍应于下次月经后继续治疗一疗程巩固疗效，并且内裤及洗涤用具应煮沸 5 ~ 10 min 以消灭病原体，防止重复感染。

第三节　老年性阴道炎

老年性阴道炎常见于绝经后的老年妇女，因卵巢功能衰退，雌激素水平降低，阴道壁萎缩，黏膜变薄，上皮细胞内糖原含量减少，阴道 pH 值增高，局部抵抗力减弱，致病菌容易入侵繁殖而引起

www.dxy.cn/bbs

炎症。

【诊断要点】

1. 妇女已绝经、双侧卵巢已切除、长期闭经、长期哺乳、盆腔放疗后或卵巢功能早衰。

2. 阴道分泌物增多，呈黄水样，偶带有淡红血性，有时带脓性。

3. 阴道检查　阴道黏膜萎缩、菲薄、皱襞消失，局部充血，有小出血点，有时见浅表溃疡。若溃疡面与对侧粘连，检查时粘连可被分开而引起出血，粘连严重时可造成阴道狭窄或闭锁，有时还会造成阴道积脓。

4. 阴道分泌物检查，清洁度差，未见滴虫或霉菌。

5. 鉴别时应排除阴道、宫颈或子宫的恶性病变，必要时作宫颈刮片、宫腔分段诊刮。

【治疗要点】

1. 一般治疗　加强锻炼，增强全身和局部抵抗力。

2. 药物治疗　改善阴道酸性环境，提高局部或全身雌激素水平，阴道局部消炎。

【处　方】

处方1　用于改变阴道酸碱度。

0.1%～1%乳酸液　冲洗阴道　qd

处方2　用于阴道局部消炎。

甲硝唑　200 mg　纳阴道　qd　共7～10 d

或　氧氟沙星　100 mg　纳阴道　qd　7～10 d

处方3　用于提高局部或全身雌激素水平。

己烯雌酚　0.125～0.25 mg　纳阴道　qd　共7 d

或　0.5%乙烯雌酚软膏　涂拭阴道壁　qd

或　尼尔雌醇　2 mg　每2～4周1次　共2～3个月

【警　示】

乳癌或子宫内膜癌病人禁用雌激素。

第四节　婴幼儿阴道炎

婴幼儿阴道pH值较胎儿时升高，分泌物呈中性或碱性，加上

www.dxy.cn/bbs

外生殖器发育不成熟，抗感染能力差，易患婴幼儿阴道炎及外阴炎。常见病原体有大肠杆菌、葡萄球菌、链球菌、淋病奈氏菌、滴虫、白念球菌等。

【诊断要点】

1. 因外阴痛痒而哭闹或手抓外阴部。

2. 大小阴唇、阴蒂红肿，尿道口及阴道口黏膜充血、水肿。严重时皮肤或黏膜破溃。分泌物增多，可呈脓性。

3. 急性期不及时处理可造成两侧小阴唇粘连，尿道口及阴道口均被遮盖，仅在其上或下方留一小孔，尿液由此流出。

4. 细棉棒或吸管取阴道分泌物找病原体，必要时作培养。

5. 直肠指检排除阴道异物及肿瘤。

【治疗要点】

1. 一般治疗　保持外阴清洁干燥。

2. 药物治疗　主要是局部消炎。可选择高锰酸钾溶液坐浴、金霉素软膏外用，也可以针对病原体选择抗生素溶液，用吸管滴入阴道。

3. 必要时给予小剂量雌激素。

【处　方】

1:5 000 高锰酸钾液　坐浴　bid

金霉素软膏　涂外阴　bid

【警　示】

排除霉菌、滴虫性阴道炎、蛲虫及阴道异物可能。

第五节　细菌性阴道病

细菌性阴道病是指阴道内有大量不同的细菌而临床及病理特征无炎症改变的非特异性阴道炎。本病实际上是正常寄生于阴道内的菌群失调，阴道内乳酸杆菌减少而其他细菌大量繁殖，以厌氧菌居多。

【诊断要点】

1. 匀质、稀薄的阴道分泌物。

www.dxy.cn/bbs

2. 阴道 pH > 4.5(pH 多为 5.0 ~ 5.5)。

3. 胺臭味试验阳性。

4. 线索细胞阳性。

以上 4 条中有 3 条阳性即可诊断为细菌性阴道病。

【治疗要点】

1. 一般治疗　注意局部卫生,平时尽量不要冲洗阴道,以免引起菌群失调。

2. 药物治疗　局部用药,抗感染、改善阴道酸碱环境。局部用药疗效欠佳者考虑选用全身用药。

【处　方】

处方 1　阴道用药。选用下列制剂之一:

(1) 甲硝唑　400 mg　阴道上药　qd　共 7 d

(2) 2% 克林霉素软膏　阴道上药　qd　共 7 d

(3) 双唑泰栓　阴道上药　qd　共 7 d

(4) 爱宝疗栓　阴道上药　qd　共 7 ~ 10 d

(5) 1.5% 过氧化氢溶液　冲洗阴道　qd　共 7 d

处方 2　局部用药效果不佳者,选下列制剂之一全身用药:

(1) 甲硝唑　400 mg　bid ~ tid　共 7 d

(2) 甲硝唑　2 g　st

(3) 替硝唑　2 g　st

(4) 克林霉素　300 mg　bid　共 7 d

处方 3　用于改变局部酸碱度,提高疗效。

1% 乳酸液或 0.5% 醋酸液　冲洗阴道　qd　共 7 d

【警　示】

1. 孕 12 周内应尽量避免使用口服甲硝唑,孕 12 周后无其他适当疗法,可选用甲硝唑全身或局部治疗。哺乳期可使用甲硝唑全身或局部用药。甲硝唑对乳婴虽无引起不良反应的报道,但用药后至少 24 h 内停止哺乳。

2. 无症状细菌性阴道病无需常规治疗,但拟手术的无症状细菌性阴道病者应进行治疗。

www.dxy.cn/bbs

第六节　阿米巴阴道炎

阿米巴阴道炎是由溶组织阿米巴原虫引起的一种少见的阴道炎，大都继发于肠道阿米巴病。阿米巴侵入阴道后刺激并破坏黏膜，从破损的黏膜进入黏膜下结缔组织，局部渗出大量液体，并形成溃疡及坏死，宫颈亦被侵犯。

【诊断要点】

1. 大多数病人有腹泻或痢疾病史。

2. 阴道分泌物呈浆液血性或脓性，伴有阴道疼痛。

3. 妇科检查见阴道或宫颈上有典型溃疡。其边缘凸出，底部发黄，易出血，多见于阴道皱褶纹内，常多个溃疡融合成大片坏死。

4. 阴道分泌物或溃疡刮出物，可见溶组织阿米巴的滋养体。

5. 活组织检查见有阿米巴及典型的炎症反应时可以确诊，并排除恶性病变、结核或梅毒。

【治疗要点】

1. 一般治疗　注意个人卫生，防止粪便污染外阴及阴道；注意隔离；禁止性生活。

2. 药物治疗　主要是抗阿米巴治疗。

【处　方】

下列制剂任选其一：

(1) 吐根碱　1 mg/kg　im(深部)　qd　共 6～10 d

　　卡巴砷　0.25 g　bid　共 10 d

(2) 甲硝唑(灭滴灵)　400 mg　tid　共 10～14 d

(3) 喹碘方　0.5～0.75 g　tid　共 7 d

(4) 鸦胆子仁　10～15 粒　tid　共 7 d

【警　示】

1. 注意隔离，禁止性生活。

2. 喹碘方能杀灭阿米巴滋养体，对包囊也有效，加服土霉素可提高疗效。

3. 土根碱对阿米巴滋养体的杀灭作用强，但对包囊无作用，且

www.dxy.cn/bbs

毒性大，不宜作为首选药物。孕妇、心、肾疾病病人，以及年老病人禁用。

4. 以上药物可制成溶液作阴道冲洗用，或制成粉剂、栓剂置入阴道，每日1次，共用7～10 d

（郑江丽）

www.dxy.cn/bbs

第八章　子宫颈炎

第一节　急性子宫颈炎

急性子宫颈炎常与急性阴道炎、急性子宫内膜炎同时存在。多见于产褥感染时或感染性流产后。近年来随着性传播疾病的增加，淋病奈氏菌、沙眼衣原体成为急性宫颈炎最常见的病原体。

【诊断要点】

1. 阴道分泌物增多，呈脓性，并有腰酸、骶部疼痛、小腹不适。

2. 局部检查见宫颈充血水肿、触血、或有坏死、溃疡。

3. 活检可见黏膜炎症改变。

4. 常与急性阴道炎、子宫内膜炎、盆腔炎同时存在，故有全身性炎症表现。

5. 宫颈分泌物病原学检查找淋球菌、沙眼衣原体等。

【治疗要点】

1. 一般治疗　休息，忌阴道灌洗和房事，保持外阴清洁。

2. 药物治疗　针对病原体选择抗生素。

【处　方】

详见“第三章妊娠合并症第九节妊娠合并性病二、淋病”、“第十一章女性性病第三节衣原体感染”。

【警　示】

1. 禁止在急性期作宫颈活检、息肉切除等手术。

2. 与子宫内膜炎、滴虫性阴道炎并存时，按主要疾病处理。

第二节　慢性子宫颈炎

慢性子宫颈炎是由病原体侵入宫颈柱状上皮所覆盖的部分，潜藏于皱襞中而形成的慢性感染源。据病理改变，可分为下列

www.dxy.cn/bbs

几类：

1. 宫颈糜烂　分单纯型糜烂、颗粒型糜烂、乳突型糜烂三型。根据糜烂的面积大小可分为三度：轻度，糜烂面小于全宫颈面积的1/3；中度，糜烂面占全宫颈面积的1/3～2/3；重度，糜烂面积占全宫颈面积的2/3以上。

2. 宫颈肥大。

3. 子宫颈息肉　宫颈纳氏腺囊肿，又称子宫颈腺体囊肿。

4. 慢性宫颈管炎　外观宫颈光滑，但由于宫颈管黏膜有炎症，分泌物明显增多。

【诊断要点】

1. 白带增多，下腹或腰骶部疼痛。若炎症向宫旁播散时，可以出现泌尿系统症状、痛经和性交痛。

2. 检查可见宫颈有不同程度的红色糜烂面；根据糜烂的深浅程度分单纯型、颗粒型和乳突型三类和轻、中、重三种程度。

3. 各种病理类型的慢性宫颈病变均可通过阴道窥器检查鉴别。

4. 宫颈糜烂和早期宫颈癌或宫颈结核，从外观上难以鉴别，须作宫颈刮片检查和宫颈活组织检查加以鉴别。

【治疗要点】

1. 药物治疗　面积较小的糜烂可以硝酸银或铬酸等烧灼，也可应用抗生素或抗生素加糖皮质激素局部抗感染抗炎治疗。重组人干扰素阴道用药可有较好疗效。

2. 手术治疗　用于药物治疗效果不佳或面积较大、炎症浸润较深的病人。

(1) 局部物理疗法　长期慢性炎症后，糜烂面较大或有宫颈肥大时选用电熨、冷冻、激光。

(2) 手术疗法　宫颈锥切术、宫颈旧裂外翻修补术、宫颈息肉摘除术(摘除后应作宫颈管抓刮术，并以20%硝酸银及盐水擦拭宫颈管，减少复发)、子宫全切术。

【处　方】

处方1　药物腐蚀，适用于面积较小，炎症浸润较浅的病人。

www.dxy.cn/bbs

20%～50%硝酸银　糜烂面及宫颈内口 0.5 cm 处涂布　每周 1 次　用 3～4 次

或　铬酸　糜烂面及宫颈内口 0.5 cm 处涂布　每周 1 次　用 2～3 次

硝酸银、铬酸应用时均须在后穹隆用棉球保护正常黏膜，并在烧灼后喷呋喃西林等消炎药粉。

处方 2　选下列一种阴道置消炎药，消除局部炎症：

(1) 呋喃西林粉喷雾或呋喃西林　塞入阴道深部　qd　用 10 d

(2) 氯可片(氯霉素 250 mg、泼尼松 5 mg)　1 片　置阴道深处　qod　用 10 次

(3) 氯霉素 500 mg、乙烯雌酚 20 mg、葡萄糖粉 50 g 和可的松 25 mg 混合粉剂　2 g　喷于宫颈　qd　用 10 次

(4) 庆大霉素　4 万～8 万单位　分点注射于宫颈管及宫旁组织内　每 3 d 1 次　用 5 次

(5) 重组人干扰素 α2a(奥平)　1 粒　塞入阴道深部贴近宫颈部位　qod　7 次为一疗程

【警　示】

取宫颈管分泌物作培养及药敏试验，并排除淋病及沙眼衣原体感染。

第三节　病毒性宫颈炎

生殖道疱疹病毒感染是由单纯疱疹病毒(HSV)引起，可表现为宫颈、阴道及外阴的炎症。约 85%为 HSVⅡ型感染，15%为Ⅰ型。生殖道 HSV 感染可能与宫颈癌的发生有关，还可能引起胎儿畸形。孕妇如在晚期妊娠得病，胎儿可在阴道分娩过程中感染疾病，导致新生儿播散性病毒感染，死亡率达 50%，幸存者中多有智力发育障碍。

【诊断要点】

1. 原发性感染首次发作　潜伏期 3～7 d，整个病程约 6 周

www.dxy.cn/bbs

以上。

(1) 全身症状包括乏力、低热及头痛。

(2) 局部症状：外阴、阴道及宫颈局部红肿、触痛，伴腹股沟淋巴结肿大。可累及直肠、尿道及膀胱黏膜，伴肛门烧灼感或疼痛、尿痛及尿频等。病变由局部红肿、触痛发展为疱疹，疱疹破溃后呈表浅溃疡，剧烈疼痛。继而结痂，创面愈合，无疤痕。

2. 非原发性感染首次发作及复发性疱疹　二者症状相同。复发病变常位于生殖道某一特定部位，病变一般轻微，平均 8 d 愈合，多数病人在感染复发产生病变前 1 ~ 2 d，局部有烧灼感或感觉异常。

3. 生殖道 HSV 感染常见并发症有尿道及膀胱感染、尿潴留及皮肤继发感染，偶有腰骶部神经根脊髓炎、横贯性脊髓炎、无菌性脑膜炎。

4. 分泌物培养，分离出病毒可确诊。

5. 急性及恢复期可作血清抗体检查协助诊断。

【治疗要点】

1. 一般治疗　包括止痛、局部清洁、预防继发细菌感染。

2. 药物治疗　抗病毒治疗。

【处　方】

处方 1　一般病人选用。

阿昔洛韦(无环鸟苷)　200 ~ 600 mg/次　4 ~ 6 次/d

处方 2　严重者选用。

5%GNS　100 ml
阿昔洛韦(无环鸟苷)　250 mg　iv gtt　q8h　5 ~ 10 d 为一疗程

或　5%GNS　100 ml
更昔洛韦(丙氧鸟苷)　150 mg　iv gtt　tid　14 ~ 21 d 为一疗程

【警　示】

1. 孕妇有生殖道 HSV 感染史或可能有 HSV 感染病史者，应从孕 34 周起每周作 1 次宫颈分泌物病毒培养，连续 3 次阴性，方能经

www.dxy.cn/bbs

阴道分娩，否则作剖宫产。

2. 阿昔洛韦对肾功能不全的病人、孕妇慎用；更昔洛韦可引起骨髓抑制、皮疹、精神错乱、中枢神经系统异常及胃肠综合征，对孕妇和哺乳期妇女忌用。

第四节　结核性宫颈炎

结核性宫颈炎几乎都继发于子宫内膜结核和输卵管结核。

【诊断要点】

1. 肉眼观察呈慢性炎症表现，与一般慢性宫颈炎无异，可呈颗粒状或有溃疡形成，触之易出血。

2. 组织学检查见宫颈组织内有结核结节，由干酪样坏死组织、类上皮细胞、多核巨细胞组成，外层有大量淋巴细胞浸润。

【治疗要点】

1. 一般治疗　增加营养，如病人有发热或较重腹痛，检查盆腔内有包块或同时合并其他器官的结核，应住院治疗。

2. 药物治疗　详见"第十章生殖器结核"。

【处　方】

详见"第十章生殖器结核"。

【警　示】

详见"第十章生殖器结核"。

第五节　放射菌性宫颈炎

放线菌可感染女性生殖道，包括宫颈，引起放射菌性宫颈炎。可在人工流产或放置节育环时经手术器械感染，或直接由盆腔或肛门传染。

【诊断要点】

1. 盆腔操作后，如人工流产或放置节育环等，病人白带增多，宫颈肿大，或伴有不能解释的腹痛。

2. 特征性病变为局部肿块，中央有黄色硫磺样颗粒。此颗

www.dxy.cn/bbs

粒在镜下为革兰阳性分支菌，具有边缘部栅栏状排列的小球状膨大。

3. 阴道宫颈涂片巴氏染色，免疫荧光法可确诊。

【治疗要点】

及时诊断，及时治疗。主要是抗放线菌治疗，同时预防厌氧菌感染。

【 处 方 】

处方 1 用于症状较轻的病人。

安必西林(氨苄青霉素) 500 mg qid 用 10 d

甲硝唑 400 mg tid

处方 2 用于症状严重者。

5%GNS 250 ml

青霉素 400 万单位 | iv gtt q8h 共 5 d(青霉素皮试阴性) 以后口服青霉素至少 14 d

5%GS 500 ml

克林霉素 0.6 g | iv gtt q8h

【 警 示 】

1. 对涂片发现有放线菌的病人，禁忌作阴道手术。

2. 放置节育器后发现涂片阳性者应将节育器取出。

3. 在放线菌病未治愈前禁忌腹部手术。

4. 发现放线菌，如不予治疗，可引起全身性放线菌脓肿、脑脓肿甚至死亡。

(郑江丽)

www.dxy.cn/bbs

第九章 盆 腔 炎

盆腔炎(pelvic inflammatory disease，PID)指女性内生殖器及其周围的结缔组织、盆腔腹膜的炎症。多年来已知淋球菌、结核杆菌、较常见的葡萄球菌、溶血性链球菌以及大肠杆菌等是导致盆腔炎的主要致病菌，但某些寄生虫如丝虫、血吸虫以及流行性腮腺炎病毒亦偶可感染盆腔生殖器官。

第一节 急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎

一些国家中淋球菌感染是导致急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎的最主要原因。足月分娩、流产后的感染、宫内避孕器的广泛应用等都可引起此类炎症的发生。

【诊断要点】

1. 常有分娩、流产、宫腔手术、经期性交等诱因。

2. 下腹痛及发热是本症的典型症状。少数可有不规则阴道出血、白带增多，或伴有肠道及膀胱刺激症状，如腹胀、腹泻、黏液便或尿频、尿急等。

3. 检查见有急性病容，体温可达 39～40℃，下腹部压痛，宫颈外口见脓性或脓血性分泌物，宫颈可有举痛，附件可及包块或增厚，触痛明显。急性盆腔腹膜炎时下腹压痛、反跳痛、腹肌紧张，宫颈举痛剧，穹隆触痛明显。

4. 急性炎症血象变化，白细胞计数及中性粒细胞比例显著增高，红细胞沉降率(血沉)加速。

5. 排除急性阑尾炎、急性肾盂肾炎、输卵管妊娠、卵巢囊肿扭转或破裂。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

1. 一般治疗 积极支持治疗，卧床休息，取半卧位，发热高者予以降温，纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调。

2. 药物治疗 最好根据药敏试验选用抗生素，在药敏结果出来前，根据症状轻重选择下列处方用药。

3. 手术治疗 对于经抗生素治疗无效，形成输卵管积脓或输卵管、卵巢脓肿病人，要及时剖腹探查。

【处 方】

处方1 症状较轻者，选用口服抗生素，(1)和(2)任选一组。

(1) 甲硝唑 400 mg tid
头孢氨苄 0.375 g tid
或 罗红霉素 0.15 g bid

(2) 克林霉素 300 mg tid

处方2 症状较重者选用静脉用抗生素，(1)～(3)任选一组。

(1) 5%GS 250 ml
青霉素 400万单位 | iv gtt bid 用4～7 d(青霉素皮试阴性)

5%GS 500 ml
庆大霉素 8万单位 | iv gtt q8h 4～7 d

5%GS 100 ml
甲硝唑 0.5 g | iv gtt q8h 4～7 d

(2) 5%GS 250 ml
头孢唑啉 2.0 g | iv gtt bid 4～7 d

5%GS 100 ml
甲硝唑 0.5 g | iv gtt bid 4～7 d

(3) 5%GS 500 ml
头孢拉定 2 g | iv gtt bid 4～7 d

5%GS 100 ml
甲硝唑 0.5 g | iv gtt bid 4～7 d

处方3 青霉素皮试阳性者选用。

www.dxy.cn/bbs

5%GNS　500 ml
林可霉素　600 mg　iv gtt　tid　4～7 d

或　5%GS　500 ml
红霉素　600 mg　iv gtt　bid　4～7 d

处方4　重症者可选用下列"(1)～(10)"中的任一组药物。

(1) 5%GS　500 ml
克林霉素　0.6 g　iv gtt　q8h

5%GNS　250 ml
阿米卡星　0.4 g　iv gtt　qd

(2) 5%GS　500 ml
头孢西丁　2.0 g　iv gtt　q6h

(3) 5%GS　500 ml
头孢噻肟　2.0 g　iv gtt　bid

(4) 5%GS　500 ml
头孢曲松　1.0 g　iv gtt　bid

(5) 5%GS　500 ml
头孢替坦　2.0 g　iv gtt　qd

(6) 5%GS　500 ml
头孢孟多　1.0 g　iv gtt　q6h

(7) 5%GS　500 ml
头孢唑肟　2.0 g　iv gtt　bid

(8) 环丙沙星　0.2 g
5%GS　250 ml　iv gtt　bid

0.5%甲硝唑　100 ml　iv gtt　bid

(9) 氧氟沙星　0.4 g
5%GS　250 ml　iv gtt　bid

0.5%甲硝唑　100 ml　iv gtt　bid

(10) 5%GS　100 ml
特美汀　3.2 g　iv gtt　tid(青霉素皮试阴性)

www.dxy.cn/bbs

处方 5　考虑有衣原体、支原体或淋病奈氏菌感染，加用：

多西环素　100 mg　q12h　共 14 d

或　阿奇霉素　500 mg　qd　共 3 d

【警　示】

1. 急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎病人，一般均需住院治疗。入院后可及时取宫颈分泌物、后穹隆穿刺液等作病原学检查及药敏试验。

2. 抗生素治疗需严格遵循抗生素使用原则，临床症状、细菌学诊断、药敏试验是选药的重要参考。在培养和药敏试验结果未出来前，先选用足量广谱高效抗生素。抗生素使用中，注意疗效观察，效果不佳时，及时调整，并需警惕并发症或合并症发生。抗生素治疗需彻底，以防转为慢性。症状消失，体温正常，抗生素继续使用 48 h，如曾有脓肿形成再继续用药 7 d。

第二节　慢性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎

慢性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎多由急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎迁延而来。

【诊断要点】

1. 有急性盆腔炎病史，可反复发作。

2. 下腹部坠痛、腰骶部胀痛、性交痛、痛经等，白带增多，不孕。

3. 妇科检查　可扪及附件触痛性包块或囊样物，子宫后屈，移位，活动度差，甚至固定。

4. 排除子宫内膜异位症、生殖器结核、卵巢恶性肿瘤等。

【治疗要点】

1. 一般治疗　心理治疗；加强锻炼，增强体质。

2. 药物治疗　急性发作时，应用抗生素抗感染（用药同第一节"急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎"）。非急性发作以中药治疗为主，可口服，亦可保留灌肠。

3. 手术治疗　有如下情况应手术治疗：

www.dxy.cn/bbs

(1) 年龄较大，已有子女，且症状明显者。

(2) 有反复急性发作史，而经非手术治疗效果不佳者。

(3) 已形成较大的输卵管囊肿、卵巢囊肿或输卵管积水者。

(4) 年龄较轻，婚后不孕，其他功能正常、输卵管梗阻但未形成包块，且盼生育者。

【处 方】

处方1 急性发作病人，积极抗生素彻底治疗的同时，加用下列药物。

α-糜蛋白酶 5 mg im qod

或 透明质酸酶 1 500 单位 im qod

或 地塞米松 0.75 mg tid

处方2 非急性发作者选用中药煎汤口服或灌肠。

(1) 湿热型：

丹参 18 g、赤芍 15 g、木香 12 g、桃仁 9 g、金银花 30 g、蒲公英 30 g、茯苓 12 g、丹皮 9 g、生地 9 g，痛重时加延胡索 9 g 煎汤 口服或保留灌肠 qd

(2) 寒凝气滞型：

桂枝茯苓汤，气虚者加党参 15 g、白术 9 g、黄芪 15 g 煎汤 口服或保留灌肠 qd

【警 示】

1. 慢性输卵管卵巢炎治疗应达到以下要求：取得根治效果，减轻病人痛苦；婚后不孕者有受孕可能；年轻病人尽量保留卵巢功能。

2. 物理治疗是利用温热促进盆腔局部血液循环，改善组织营养状况，提高新陈代谢，以利炎症吸收和消退。常用的有短波、超短波、微波、激光、离子透入(可加入各种药物如青霉素、链霉素等)，可在临床选用。

3. 使用激素停药前注意做到地塞米松逐渐减量。

第三节 急性盆腔结缔组织炎

原发性急性盆腔结缔组织炎多由于手术损伤所致，炎症发生

www.dxy.cn/bbs

时，局部组织出现水肿、充血及大量白细胞及浆细胞浸润。

【诊断要点】

1. 发病前有经腹或经阴道子宫切除术。

2. 发热、下腹痛。

3. 妇科检查发现子宫周围的组织有增厚、波动感、触痛，但无明显块物；子宫切除术后发病者，阴道残端见脓性或脓血性分泌物。如急性盆腔结缔组织炎已形成脓肿或合并子宫附件炎，则盆腔可扪及包块。

【治疗要点】

主要依靠抗生素，用药与治疗急性输卵管卵巢炎相同。

【 处 方 】

同"第一节急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎"。

【 警 示 】

如抗生素治疗过程中，病人高热不退，需改变药物，排除肾周围脓肿等隐匿性脓肿、盆腔血栓性静脉炎。

第四节 慢性盆腔结缔组织炎

慢性盆腔结缔组织炎常继发于较严重的慢性宫颈炎，局部以纤维组织增生为主，逐渐使结缔组织变为较坚硬的疤痕组织，出现"冰冻骨盆"的形态。

【诊断要点】

1. 骶部或下腹部胀痛、性交痛。

2. 阴道、直肠、腹部三合诊时，双侧宫骶韧带明显增厚，触痛，宫旁组织增厚、变硬，子宫活动受限，甚至固定。

3. 长期反复发作，可并发骶髂关节炎。

【治疗要点】

积极治疗慢性宫颈炎（详见第八章子宫颈炎第二节慢性子宫颈炎"）。

【 处 方 】

参考治疗慢性宫颈炎（详见"第八章子宫颈炎第二节慢性子宫

www.dxy.cn/bbs

颈炎")。

【警　示】

慢性盆腔结缔组织炎有时比较顽固，症状可以复发，需较长时间的观察和随访。

第五节　盆腔脓肿

盆腔脓肿包括输卵管积脓、卵巢积脓、输卵管卵巢脓肿以及由急性盆腔腹膜炎与急性盆腔结缔组织炎所致的脓肿。

【诊断要点】

1. 高热，下腹痛明显。

2. 妇科检查　盆腔可扪及明显包块，可有波动感，明显触痛。

3. 盆腔脓肿破裂，可自发地穿破阴道后穹隆排出，也可破入直肠，症状可随之迅速减轻。如脓液流入腹腔引起急性腹膜炎甚至败血症可致死亡。

4. B超、CT、穿刺吸引法有利于明确脓肿大小、位置以及周围组织情况。

【治疗要点】

1. 一般治疗　卧床休息，加强营养，提高抵抗力。

2. 药物治疗　详见"第九章盆腔炎第一节急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎"。

3. 手术治疗

(1) 脓肿切开引流：对位置较低的脓肿采用。

(2) 脓肿切除　不适宜引流的脓肿应尽量切除。

【处　方】

同"第九章盆腔炎第一节急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎"。

【警　示】

盆腔脓肿一般均需住院治疗，药物治疗过程中随时警惕脓肿破裂的可能。

(郑江丽)

www.dxy.cn/bbs

第十章　生殖器结核

由结核杆菌引起的女性生殖器炎症称生殖器结核，又称结核性盆腔炎。易发病于20～40岁妇女，也可见于绝经后的老年妇女。以输卵管结核最为多见，占女性生殖器结核的90%～100%。

【诊断要点】

1. 有结核病家族史或个人史。

2. 下腹坠痛、月经失调、不孕及全身症状，如发热、盗汗、乏力、食欲不振、体重减轻等。

3. 妇科检查　子宫一般发育较差，活动受限，双侧附件可及大小不等、形态不规则的肿块，表面不平，或有硬结节。

4. 如有腹膜结核，检查腹部有柔韧感或腹水征。

5. 子宫内膜活检、盆腔X线摄片、子宫输卵管碘油造影、腹腔镜检查、结核菌素试验等均有助于明确诊断。

6. 排除慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、卵巢肿瘤等。

【治疗要点】

1. 一般治疗　增加营养，以增强抵抗力及免疫功能。

2. 药物治疗　主要是抗结核治疗。

3. 手术治疗　手术指征为：

(1) 输卵管卵巢已形成包块，单纯用化疗只能使包块缩小，症状减轻但不能根治者。

(2) 较大的包裹性积液。

(3) 40岁以上病人，用化疗随访困难者。

(4) 正规而足量的化疗，效果不满意，或化疗后症状已消失、但不久又复发者。

输卵管、卵巢结核兼有结核性腹膜炎者，切除内生殖器后，继续化疗，有利于腹膜结核痊愈。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

处方1　链霉素　0.75 g　im　qd　共2个月(链霉素皮试阴性)
异烟肼　300 mg　qd　共6个月
利福平　450～600 mg　qd　共6个月
吡嗪酰胺　0.5 g　tid　共2个月

处方2　链霉素　0.75 g　im　qd　用2个月
异烟肼　300 mg　qd　用2个月
利福平　450～600 mg　qd　用2个月
吡嗪酰胺　0.5 g　tid　用2个月
2个月以后以异烟肼、利福平、乙胺丁醇口服,再连续用6个月。
异烟肼　300 mg　每周3次　用6个月
利福平　450～600 mg　每周3次　用6个月
乙胺丁醇　0.5～0.75 g　每周3次　用6个月

处方3　链霉素　0.75 g　im　qd　用2个月(链霉素皮试阴性)
异烟肼　300 mg　qd　用2个月
利福平　450～600 mg　qd　用2个月
乙胺丁醇　0.5～0.75 g　qd　用2个月
2个月后再口服异烟肼、利福平4个月:
异烟肼　300 mg　每周3次　用4个月
利福平　450～600 mg　每周3次　用4个月

【警　示】

1. 急性病人需卧床休息3个月以上。慢性病人要注意劳逸结合,加强营养,增强体质。

2. 抗结核药物治疗对女性生殖器结核90%有效。用药原则是早期、联合、规律、适量、全程。常用药物副作用如表9-1:

www.dxy.cn/bbs

表9-1 常用抗痨药副作用

药 物	副 作 用	备 注
异烟肼	周围神经炎、肝损害、过敏反应	口服维生素 B_6 10 mg 可预防周围神经炎，50～100 mg 可治疗周围神经炎
利福平	肝损害、发热反应，潜在引起胎儿致畸作用	尿液呈橙色，早孕孕妇忌用
链霉素	第八对脑神经损害、肾损害	老年人慎用
乙胺丁醇	球后视神经炎、皮疹	肾功能不全者慎用，不能作眼科检查时不用
吡嗪酰胺	肝损害、高尿酸症、关节痛、胃肠道反应	易耐药

（郑江丽）

www.dxy.cn/bbs

第十一章 女性性病

第一节 淋 病

详见“第三章妊娠合并症第九节妊娠合并性病二、淋病”。

第二节 梅 毒

详见“第三章妊娠合并症第九节妊娠合并性病一、梅毒”。

第三节 衣原体感染

沙眼衣原体(chlamydia trachomatis,CT)不仅是沙眼的病原体,也是引起女性生殖道感染最常见的病原体。

【诊断要点】

1. 多数是男性先感染衣原体,表现为非淋菌性尿道炎,通过性交传给女性,潜伏期 7 ~ 12 d。

2. 表现为宫颈管炎、阴道炎、子宫内膜炎、输卵管炎、盆腔炎以及尿道炎。

3. 宫颈分泌物检出衣原体可确诊。

【治疗要点】

1. 一般治疗 禁止性生活,注意个人卫生。

2. 药物治疗 抗衣原体治疗。

【处 方】

可用下列药物之一口服:

(1) 红霉素 0.5 g q6h 共 7 d

或 红霉素 0.25 g q6h 共 14 d

(2) 多西环素 100 mg q12h 共 14 d

www.dxy.cn/bbs

(3) 阿奇霉素 500 mg qd 共 3 d
或 阿奇霉素 1 g 单剂量口服
(4) 强力霉素 100 mg bid 共 7 d
(5) 氧氟沙星 300 mg bid 共 7 d

【 警 示 】

1. 孕妇有下列危险因素时，应及时检测宫颈衣原体：开始性生活年龄小、多个性伴侣、不用阻隔式避孕、患沙眼及重度宫颈糜烂等。

2. 孕妇生殖道衣原体感染，孕早期可发生流产，孕晚期可发生胎膜早破，还可通过软产道感染新生儿，引起新生儿结膜炎、肺炎，故需及时诊疗。

3. 妊娠期可选用处方中的"(1)、(3)、(6)"任何一组。

第四节 尖锐湿疣

详见"第三章妊娠合并症第八节妊娠期合并病毒感染九、尖锐湿疣"。

(郑江丽)

www.dxy.cn/bbs

第十二章 外阴肿瘤

女性外阴肿瘤是源于外阴部皮肤、黏膜、皮下组织及其附属腺体的肿瘤，有良性和恶性两大类。常常被病人自己发觉而就诊，少数因肿块深藏于组织中则需在妇科检查时才能发现。

第一节 外阴良性肿瘤

外阴良性肿瘤较少见，有上皮来源的乳头状瘤、色素瘤、汗腺瘤等，还有中胚叶来源的纤维瘤、神经纤维瘤、脂肪瘤、平滑肌瘤、颗粒性肌母细胞瘤、血管瘤及淋巴管瘤等。

【诊断要点】

1. 外阴乳头状肿瘤　外阴乳头状肿瘤为疣状肿瘤，较少见。多发生于成年妇女，尤以中年为常见。好发于大阴唇，但外阴任何部位均可发生。有2%～3%可发生恶变。

(1) 单发多见，偶有多发。

(2) 软性疣状肉质赘生物，体积一般不大。

(3) 瘤表面有无数乳头突起，并有油脂性物质，较易受损而形成溃疡。

(4) 生长缓慢，常无症状。但合并感染或溃疡形成时，可出现痒感、痛感。

2. 外阴纤维瘤　外阴纤维瘤在临床上并不常见，因多发生于外阴的纤维组织，故常生长在大阴唇的皮肤表层或深层。少数可发生肉瘤样变。

(1) 单发、带蒂的小到中等大小的肿瘤。

(2) 肿瘤呈球形或卵圆形，少数可呈分叶状或乳头状。

(3) 表面光滑、质地坚硬。

(4) 一般无症状、少数病人可有下坠感及疼痛。

www.dxy.cn/bbs

3. 外阴脂肪瘤 外阴脂肪瘤在临床上较为罕见，多发生于阴阜、大阴唇或外阴的其他脂肪组织中。

(1) 一般无症状，肿瘤较大时可出现外阴下坠感，行走不便甚至性交困难。

(2) 肿瘤体积一般不大，呈小息肉状。个别生长较大，有报道直径达 17 cm 者。

(3) 表面光滑、质地柔软。

(4) 肿瘤基底部较宽，很少有蒂。

(5) 单发，境界清楚、可以推动。

4. 外阴神经纤维瘤 外阴神经纤维瘤起源于神经鞘，较少见，可能是全身性多发性神经纤维瘤病的局部表现，可发生恶变。

(1) 肿瘤体积较小，质软，临床多无症状。

(2) 肿瘤表面的皮肤常可出现黄褐色的色素沉着，有时可合并皮肤的咖啡色斑、纤维囊性骨炎和多发性神经纤维瘤的全身表现。

(3) 也可表现为多发性皮下结节。

5. 外阴平滑肌瘤 外阴平滑肌瘤罕见，可发生于外阴的平滑肌、毛囊的立毛肌或血管的平滑肌组织中。

(1) 都发生在生育年龄，以大阴唇多见，阴蒂、小阴唇次之。

(2) 肿瘤常为单发，质地坚硬，大小不一。

(3) 一般无临床症状，肿瘤较大时则有垂重感。

6. 外阴颗粒性肌母细胞瘤 外阴颗粒性肌母细胞瘤起源于神经鞘的雪旺细胞，不常见。据 Birch 等研究，35%发生于舌头，7%发生于外阴，其余的发生于身体其他各部位。因此外阴颗粒性肌母细胞瘤常可和全身其他部位的同种肿瘤同时发生。

(1) 皮下组织内单个结节性硬结，多位于大阴唇。

(2) 生长缓慢。

(3) 体积不大(直径 1～4 cm)。

(4) 常和全身其他部位的同种肿瘤同时发生。

【治疗要点】

1. 手术治疗 外阴良性肿瘤以手术或物理治疗为主。包括手术切除、冷冻、激光、电灼或微波治疗。

www.dxy.cn/bbs

2. 药物治疗　主要用于辅助治疗。

【处　方】

处方1　合并感染者选用。

10%红霉素软膏　10 g　局部外搽　bid

或　10%四环素软膏　10 g　局部外搽　bid

或　10%金霉素软膏　10 g　局部外搽　bid

处方2　合并溃疡者选用。

5%尿囊素软膏　10 g　局部外搽　bid

或　2%假单孢酸A　5 g　局部外搽　bid

【警　示】

1. 手术切除是外阴良性肿瘤的主要治疗方法，应将肿瘤周围的皮肤一起作椭圆形切除。术后病理检查如无不典型增生或恶变不需进一步治疗。

2. 一些病灶较小的病例可采用激光、电灼或微波治疗，使病灶坏死脱落。但其治疗深度不易控制。

3. 对合并感染或溃疡形成时，应先采用药物的辅助治疗，待局部感染消退或溃疡愈合后才可行手术治疗。可采用处方1或处方2用药。软膏局部外搽之前，应先清洁局部并待其干燥，将软膏均匀地涂于患处。

4. 少数生长较快，表面有裂隙或溃疡者，应先作活组织检查，以明确有无恶变，再作相应的处理。

5. 少数肿瘤需要作局部较广泛的外阴切除术，如外阴颗粒性肌母细胞瘤。

第二节　外阴瘤样病变

此类病变较多，种类亦多，主要有起源于上皮组织的表皮囊肿、包涵囊肿；起源于上皮附属组织的皮脂腺囊肿等；起源于胚胎组织的中肾管囊肿和副中肾管囊肿等。

【诊断要点】

1. 外阴中肾管囊肿和副中肾管囊肿　外阴中肾管囊肿和副中

www.dxy.cn/bbs

肾管囊肿是因为在胚胎性别分化过程中，部分中肾导管未能闭锁或副中肾的残迹，保留分泌功能而形成囊肿。虽然中肾管囊肿和副中肾管囊肿两者的起源不同，但实际上难以从症状和体征上予以区分。此类囊肿多见于阴道，而罕见于外阴。

(1) 多发生于处女膜旁、前庭、小阴唇和阴蒂周围的组织中。

(2) 单发多见，位置表浅，囊壁薄。

(3) 囊肿小者多无症状。

2. 外阴表皮囊肿 外阴表皮囊肿较多见，是由本应分化为上皮的胚胎组织残留于真皮中继续增生而形成，也可因创伤、感染致使皮肤上皮岛植入皮下组织增殖而成，故亦称包涵囊肿。

(1) 多发生于中年以上的病人。

(2) 多见于大阴唇，会阴部也有发生。

(3) 生长缓慢，常无特殊症状。

(4) 肿物位置较深，质地韧，无波动感。

3. 外阴皮脂腺囊肿 外阴皮脂腺囊肿极少发生，多数认为可能是由于皮脂腺的分泌物积聚而堵塞其导管所致。

(1) 常位于大阴唇的前半部，尤以阴蒂周围多见。

(2) 生长缓慢，常无特殊症状。

(3) 囊肿呈球形，张力较大。

(4) 表面有时可见到囊腺管开口，有皮脂溢出。

4. 外阴子宫内膜异位囊肿 外阴子宫内膜异位囊肿是一罕见疾病。大多发生在会阴侧切或会阴缝合术的瘢痕内，少数发生在前庭大腺切除术及外阴其他手术后。并在上述手术之前均有刮宫史。

(1) 囊肿呈半球或结节隆起。

(2) 囊肿呈紫蓝色。

(3) 囊肿随月经周期而发生周期性变化，个别有瘘管形成，月经期有少量出血。

育龄期妇女，囊肿与月经周期关系密切，经期疼痛、肿大，经后变小、疼痛消失是本病的特征。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

外阴表皮囊肿较小无特殊不适可随访观察。根治在于手术治疗，药物仅用于辅助治疗。

【处　方】

用于术后预防感染：

10%红霉素软膏　10 g　局部外搽　bid

或　10%四环素软膏　10 g　局部外搽　bid

或　10%金霉素软膏　10 g　局部外搽　bid

【警　示】

1. 如果囊肿不大、无症状，不一定要手术，可定期随访观察。如有增大或有症状，则可手术切除。切除物应送病理检查。

2. 有时囊肿合并感染，可先将囊肿切开引流，待感染控制后再作进一步处理。

3. 有些囊肿（如外阴中肾管囊肿和副中肾管囊肿）根部可深入阴道、尿道、膀胱、输尿管、直肠、子宫旁或输卵管，术中应了解囊肿的位置和与周围脏器的解剖关系，才可行切除，避免损伤邻近组织器官。

第三节　外阴恶性肿瘤

外阴恶性肿瘤较少见，约为全身恶性肿瘤的1%，占女性生殖器恶性肿瘤的3%～5%。包括来源于外阴部皮肤、黏膜及其附属器和前庭大腺等的恶性肿瘤。以外阴鳞状上皮细胞癌最为多见，其次有外阴的黑色素瘤、腺癌、基底细胞癌、肉瘤等。

一、外阴鳞状上皮细胞癌

外阴鳞状上皮细胞癌是外阴恶性肿瘤中最常见的一种，占85%～90%，可继发于外阴白斑、外阴乳头状瘤、外阴慢性溃疡，也可继发于尖锐湿疣、单纯疱疹病毒Ⅱ型感染等性传播疾病之后。

【诊断要点】

1. 诊断要点

www.dxy.cn/bbs

(1) 好发于绝经后的老年妇女，平均发病年龄为52岁。

(2) 外阴瘙痒 是最常见的症状，约80%的病人有此叙说。而且多持续了较长时间，药物治疗常常无效。

(3) 外阴结节或肿块形成 多数病人是在外阴白斑、外阴瘙痒长期不愈的基础上发生的外阴结节或肿块，逐渐增大。常合并感染，肿块破溃、出血、有臭味的脓性分泌物、外阴疼痛或排尿烧灼感。

(4) 外阴局部症状 局灶性皮肤糜烂、破溃，且抗炎治疗无效，最后出现肿块。

(5) 外阴白斑 伴破溃、反复增生，最后癌变。

(6) 阴道血性分泌物 晚期病人的表现，常常出现大量阴道血性分泌物。

(7) 外阴局部病灶：外观常常呈结节型、菜花型或溃疡型。

(8) 病变可累及外阴、会阴或肛门四周的任何部位，并出现相应症状。

(9) 腹股沟淋巴结可出现转移而肿大。

(10) 晚期病人出现恶液质。

2. 分期 如表12-1。

表12-1 外阴鳞状上皮细胞癌的分期*（FIGO 1994修正，UICC 1997）

FIGO分期	UICC分期	肿瘤范围
0期	Tis	原位癌，表皮内癌
Ⅰ期	$T_1N_0M_0$	病变直径≤2 cm，局限于外阴和(或)会阴；无淋巴结转移
ⅠA期	$T_{1a}N_0M_0$	病变直径≤2 cm，局限于外阴和(或)会阴和间质浸润不超过1.0mm**；无淋巴结转移
ⅠB期	$T_{1b}N_0M_0$	病变直径≤2 cm，局限于外阴和(或)会阴和间质浸润超过1.0mm；无淋巴结转移

www.dxy.cn/bbs

续 表

FIGO 分期	UICC 分期	肿 瘤 范 围
Ⅱ期	$T_2N_0M_0$	肿瘤局限于外阴和(或)会阴;直径 > 2 cm;无淋巴结转移
Ⅲ期	$T_3N_0M_0$ $T_1N_1M_0$ $T_2N_1M_0$ $T_3N_1M_0$	任何大小的肿瘤并有累及附近的尿道下段和(或)阴道、或肛门,和(或)单侧淋巴结转移
ⅣA 期	$T_1N_2M_0$ $T_2N_2M_0$ $T_3N_2M_0$ $T_4N_{0-2}M_0$	肿瘤侵犯到下列任何器官:尿道下段,膀胱黏膜,直肠黏膜、或盆骨,和(或)双侧淋巴结转移
ⅣB 期	任何 T、N、M_1	任何远处转移,包括盆腔淋巴结转移

注 * 按手术分期,但最终依靠手术标本的组织病理

** 浸润深度测量从最浅的表皮——间质处的真皮乳头到浸润的最深处

Tx 原发肿瘤不能估计

T_0 无原发肿瘤依据

Tis 原位癌(浸润前癌)

T_1 肿瘤局限在外阴、会阴部,最大直径不超过 2 cm

T_{1a} 肿瘤局限在外阴、会阴部,最大直径不超过 2 cm,间质浸润不超过 1.0 mm

T_{1b} 肿瘤局限在外阴、会阴部,最大直径不超过 2 cm,间质浸润超过 1.0 mm

T_2 肿瘤局限在外阴、会阴部,最大直径超过 2 cm

T_3 肿瘤侵犯下列部位之一:下尿道、阴道、肛门

T_4 肿瘤侵犯下列部位之一:膀胱黏膜、直肠黏膜、上尿道黏膜或固定于盆壁

Nx 区域淋巴结不能估计

www.dxy.cn/bbs

N_0 区域淋巴结无转移
N_1 单侧区域淋巴结转移
N_2 双侧区域淋巴结转移
Mx 远处转移不能估计
M_0 无远处转移
M_1 有远处转移(包括盆腔淋巴结转移)

【治疗要点】

外阴鳞状上皮细胞癌的治疗强调以手术治疗为主,对中晚期病人可佐以放疗和化疗,以提高疗效。由于外阴鳞状上皮细胞癌对化疗的敏感性不高,化疗只作为辅助治疗。

【 处 方 】

外阴鳞状上皮细胞癌常用化疗处方:

处方 1 单一用药,可任选一种:

氟尿嘧啶(5-FU) 250 mg
2%普鲁卡因 4 ml
肿瘤内多点注射 qod 共 7~10 次

或 平阳霉素(PYM) 10 mg
2%普鲁卡因 4 ml
NS 10 ml
肿瘤内多点注射 qod 共 7~10 次

处方 2 联合用药,可任选一种方案:

(1) DDP+5-FU 方案:

NS 250 ml
顺铂(DDP) 20 mg
iv gtt qd 第 1~5 d

5%GS 500 ml
氟尿嘧啶(5-FU) 750~1 000 mg
iv gtt qd 第 1~5 d

(2) VPC 方案:

NS 20 ml
长春新碱(VCR) 2 mg
iv st 第 1 d

www.dxy.cn/bbs

NS 500 ml
顺铂(DDP) 20 mg | iv gtt qd 第 1～5 d

NS 40 ml
环磷酰胺(CTX) 400 mg | iv qd 第 1、3、5 d

(3) PFC 方案：

NS 500 ml
顺铂(DDP) 20 mg | iv gtt 第 1～5 d

NS 40 ml
环磷酰胺(CTX) 400 mg | iv 第 1、3、5 d

5%GS 500 ml
氟尿嘧啶(5－FU) 750～1 000 mg | iv gtt qd 第1～5 d

(4) VFC 方案：

NS 20 ml
长春新碱(VCR) 1～2 mg | iv st 第 1 d

5%GS 500 ml
氟脲嘧啶(5－FU) 750～1 000 mg | iv gtt qd 第 1～5 d

NS 40 ml
环磷酰胺(CTX) 400 mg | iv qod 第 1、3、5 d

(5) PC 方案：

NS 250 ml
顺铂(DDP) 20 mg | iv gtt qd 第 1～5 d

NS 40 ml
环磷酰胺(CTX) 400 mg | iv qod 第 1、3、5 d

【 警 示 】

1．手术治疗包括外阴病灶的广泛切除或加区域淋巴结的整块切除。术式有单纯外阴切除术、外阴病灶局部广泛切除术、广泛外阴切除术＋腹股沟淋巴结清扫术＋盆髂淋巴结清扫术。其他尚有部分尿道切除术、全尿道切除并膀胱肌瓣尿道成形术、前盆腔脏器

www.dxy.cn/bbs

切除术等。具体采用何种术式应根据病灶的大小、部位、浸润程度、所累及的脏器以及病人的年龄、全身情况和要求而定。目前，手术治疗所采用的术式趋向于个体化，在考虑治愈病人的基础上尽可能多保留一些正常组织，减少手术的损伤，尽可能维持器官的生理功能。一般可根据外阴鳞状上皮细胞癌的临床分期来决定手术方式：

0期：单纯外阴切除术、外阴病灶局部广泛切除术、广泛外阴切除术。

Ⅰ期：广泛外阴切除术加腹股沟淋巴结清扫术。

Ⅱ期：广泛外阴切除术加腹股沟淋巴结清扫术加盆腔淋巴结清扫术。

Ⅲ期：广泛外阴切除术加腹股沟淋巴结清扫术加盆腔淋巴结清扫术或加尿道前部切除与肛门皮肤切除。

侵犯尿道：外阴根治切除的同时切除尿道。

侵犯肛门、直肠或阴道直肠隔：外阴根治切除联合 Luckhart – Mummery's 手术。

3. 放射治疗一般不作为外阴鳞状上皮细胞癌原发灶的首选治疗。有以下情况者可考虑采用放射治疗：① 禁忌手术的病人；② 晚期外阴鳞状上皮细胞癌的姑息性或综合性治疗；③ 病人拒绝手术；④ 部分Ⅰ期、Ⅱ期癌，替代广泛外阴切除和腹股沟淋巴结清扫术；⑤ 术后局部复发而不能作手术切除者；⑥ 年轻病人阴蒂部小的原发癌灶。

4. 外阴鳞状上皮细胞癌的放射治疗包括对外阴原发癌灶的治疗和对腹股沟和(或)盆髂区淋巴结的治疗。对外阴原发癌灶的治疗既可采用深部 X 线、^{60}Co 等放射源作体外放射，也可采用组织内插植放射(即用^{60}钴针、^{192}铱针、^{137}铯针或镭针等插植于肿瘤内及其旁组织进行放射治疗)；对腹股沟和(或)盆髂区淋巴结的治疗采用体外高能射线(如^{60}Co、电子直线加速器等)进行体外放射。一般采用 14 cm × 7 cm 或 16 cm × 8 cm 的照射野。无论外阴原发癌灶或腹股沟和(或)盆髂区，均给肿瘤放射总剂量 5 000 ~ 6 000cGy。

5. 由于目前的抗癌药物对外阴鳞状上皮细胞癌不敏感、疗效

www.dxy.cn/bbs

低，因此化学治疗常作为辅助的治疗手段。其主要用于术前、术后的治疗及晚期外阴鳞状上皮细胞癌无法手术切除病例的姑息性治疗。

6. 单一用药的目的是用于术前瘤体较大者，使病灶缩小，便于手术或对放射治疗有一定的放射增敏作用。同时是对晚期病人的姑息性治疗。可采用"处方1"中的一种。

7. 联合化疗是化学治疗的主要给药方式，主要用于术前、术后的辅助治疗及晚期病人的姑息性治疗。可采用"处方2"中的一种方案。需说明的是：① 所选方案均为4周重复；② 化疗仅是综合治疗的组成部分；③ 药物的组成及剂量的选择应视病人的实际情况而定，尽量减少不良反应；④ 由于顺铂(DDP)具有肾毒性，因此在应用时一定要水化，特别是大剂量应用时。

二、外阴恶性黑色素瘤

外阴恶性黑色素瘤很少见，是一类起源于神经外胚层组织的恶性肿瘤，多由色素痣恶变而来，是外阴恶性肿瘤中恶性程度最高的肿瘤，约占外阴恶性肿瘤的3.9%～9.9%。

【诊断要点】

1. 多见于50～70岁的老年妇女，平均发病年龄约54岁。

2. 常见部位为小阴唇、阴蒂、大阴唇及尿道口。

3. 局部常呈黑褐色的结节(又称煤炭样结节)。

4. 有时结节可增大形成肿块，表面溃烂而形成不规则的溃疡，常常伴出血及疼痛。

5. 在肿块或结节的周围有大小不等的转移灶，称卫星结节。本病常见腹股沟淋巴结转移。

6. 约有10%的结节无色素沉着，称无色素黑色素瘤。

病灶的ABCD四个特点：A，不对称性(asymmetry)；B，边缘不规则(border irregularity)；C，颜色多样(color varigation)；D，直径增大(diameter enlarging)，为本病的特征性表现。

【治疗要点】

手术是治疗的首选方法。放疗、化疗以及免疫治疗作为辅助

www.dxy.cn/bbs

治疗或姑息治疗的手段。

【处 方】

处方1 BDPT方案,6周为1疗程。

NS 250 ml
氯乙环己亚硝脲(BCNU) 150 mg/m² | iv gtt st 第1 d/6周

NS 250 ml
氮烯咪胺(DTIC) 200 mg/m² | iv gtt qd 第1~3 d/3周

NS 250 ml
顺铂(DDP) 25 mg/m² | iv gtt qd 第1~3 d/3周

他莫昔芬(TMX) 10 mg bid 共30 d

处方2 CVD方案,3~4周为1疗程。

NS 250 ml
顺铂(DDP) 20 mg/m² | iv gtt qd 第1~4 d

NS 20 ml
长春花碱(VLB) 1.5 mg/m² | iv qd 第1~4 d

NS 250 ml
氮烯咪胺(DTIC) 200 mg/m² | iv gtt qd 第1~4 d

处方3 免疫治疗。可选择下列制剂之一:

NS 250 ml
白细胞介素-2 IL-2 10万~40万单位 | iv gtt qod 共10~20次

或 白细胞介素-2 10万单位 im qd 共30次

或 干扰素 300万单位 ih 3次/周

或 胸腺素 2 mg im qd

或 短小棒状杆菌苗(CP) 4 mg
2%利多卡因 2 ml | im 2次/周 用2~4周

www.dxy.cn/bbs

【警　示】

1. 由于外阴黑色素瘤对放射治疗和化学治疗不敏感，手术是治疗的首选方法。

2. 传统的手术是广泛外阴切除术和腹股沟淋巴结清扫术。目前认为应根据肿瘤侵犯深度和生长扩散情况来决定手术范围。病灶位于表皮内或浸润表皮在 1 mm 以内、一般主张行广泛的局部切除即可，切除切缘距肿瘤最少 2 cm。对浸润达颗粒层以下 2 mm 或 >2 mm 者，则行广泛外阴切除术和腹股沟淋巴结清扫术。

3. 由于黑色素瘤发展极为迅速，常早期发生淋巴和血行转移，因此术后必须加用辅助治疗。化疗是一种重要的辅助治疗手段，可起到一定的缓解作用，一般采用联合化疗，如处方 1 或处方 2，需要注意的是 DTIC 和 BCNU 对骨髓有明显的抑制作用，常在用药后 3～4 周出现，且持续 2～3 周，故在用药期间应严密观察血象的变化。

4. 放疗对外阴黑色素瘤的疗效不佳，可以作为综合治疗的一部分或姑息治疗的手段之一。具体方法可参见"本节一、外阴鳞状上皮细胞癌"的放疗，但给予肿瘤的放射总剂量应大。

5. 免疫治疗也常常作为黑色素瘤的辅助治疗，需长期应用，有时可收到意想不到的效果。但由于目前用药不规范且不统一，因此难有较强的说服力。

三、外阴湿疹样癌

外阴湿疹样癌又称佩吉特病（Paget disease），是一种少见的外阴恶性肿瘤。病灶印片细胞学检查可见 Paget 细胞，本病常同时或先后并发其他癌瘤。如乳腺癌、前庭大腺癌、皮肤基底细胞癌、膀胱癌和胆囊癌等。这些在诊断时应注意。

【诊断要点】

1. 好发于绝经后的妇女，平均年龄 65 岁。

2. 顽固性的外阴瘙痒及烧灼感。

3. 病灶表面充血，边界清晰，皮肤增厚，局部有硬结及表面脱屑，并可有色素减退类似白斑。

www.dxy.cn/bbs

4. 扪诊时感觉组织变化较表浅。

【治疗要点】

外阴湿疹样癌以手术治疗为主，根据伴不伴腺癌决定是否作淋巴结清扫。局灶型可作激光或冷冻治疗。局部可用氟尿嘧啶(5-FU)软膏外用，但疗效不肯定。

【处 方】

5%氟尿嘧啶软膏 30 g 局部外搽 bid

【警 示】

1. 治疗原则是以手术治疗为主，手术采用的术式应根据病灶范围以及是否合并腺癌而定。① 不伴腺癌：作较广的局部切除，切缘应距病灶 2.5 cm 以上；② 伴腺癌：手术治疗的原则同外阴鳞状上皮细胞癌，应作广泛外阴切除术和腹股沟淋巴结清扫术。

2. 局部应用 5-FU 治疗，有一定的疗效，但不肯定。局部刺激较严重，可引起皮肤红斑、水肿、破溃和色素沉着。

3. 激光或冷冻治疗适合于年轻病人、病灶小、不伴腺癌的局灶型的外阴湿疹样癌，是一种新的安全有效的方法，可以应用，但有复发的可能。

四、外阴基底细胞癌

外阴基底细胞癌不常见，约占外阴肿瘤的 2.5%。

【诊断要点】

1. 好发于绝经后的老年妇女，平均发病年龄为 58～59 岁。

2. 肿块的常见部位是大阴唇，也可见于小阴唇和阴蒂。

3. 肿块较小，初起时为坚实的小结节，常常小于 2 cm，呈圆形或椭圆形，边界清楚，表皮菲薄，几乎有些半透明，常可见少数扩张的毛细血管。以后于中心形成溃疡，边缘稍隆起，底部发红。

4. 主要为外阴瘙痒和灼热感，也可无症状。当出现溃疡、感染时，会有局部疼痛和分泌具有臭味的血性分泌物。

5. 病程缓慢，很少侵犯淋巴结。

【治疗要点】

1. 手术治疗 治疗外阴基底细胞癌的主要手段，一般采用病

www.dxy.cn/bbs

灶局部广泛切除。

2. 放射治疗　适用于早期、单纯的病例。

3. 化学治疗　适用于晚期病例。

【处　方】

化学治疗处方参见"本节一、外阴鳞状细胞癌"的化疗方案。

【警　示】

1. 外阴基底细胞癌以手术为主要手段。由于外阴基底细胞癌以局部浸润扩展为特点，很少发生转移，区域淋巴结转移很少(<1%)，故术式可采用病灶局部广泛切除，术后标本切缘无癌即认为切除完全。对较广泛的病灶应作外阴广泛切除，疑有腹股沟淋巴结转移者可先行活检，如病理证实有转移，应作腹股沟淋巴结清扫术。对腹股沟深淋巴结阳性者，应作盆腔淋巴结清扫术。

2. 放射治疗对外阴基底细胞癌敏感。但由于外阴部正常皮肤对放射线耐受性差，易引起放射合并症——放射性外阴炎、溃疡和疼痛。故仅适用于早期、单纯的病例。具体可参见外阴鳞状细胞癌的放射治疗。

3. 化学治疗对外阴基底细胞癌效果差，仅作为对晚期病例综合治疗的补充手段，具体可参见并选用外阴鳞状细胞癌的化疗方案。

五、外阴肉瘤

外阴肉瘤很罕见，占外阴恶性肿瘤的1.1%～3.0%，包括平滑肌肉瘤、脂肪肉瘤、淋巴肉瘤、横纹肌肉瘤、纤维肉瘤、恶性神经鞘瘤、血管肉瘤和表皮样肉瘤等。此外尚有更罕见的隆突性皮肤纤维肉瘤、恶性纤维黄色瘤、恶性纤维组织细胞瘤、滑膜肉瘤等。外阴肉瘤的恶性程度较大，5年生存率在25%左右，经治疗后多在1～2年内出现局部复发，复发者80%以上最终出现肺转移。

【诊断要点】

1. 多见于30～50岁的妇女，平均发病年龄为45岁，但也可见于幼女。

2. 初起时肿块较小，位于皮下，可无任何症状。但肿块常迅速

www.dxy.cn/bbs

增大并侵犯皮肤形成溃疡，合并感染时可出现疼痛和出血。

3. 肿块常位于大阴唇，其他部位较少见。

4. 肿块呈圆形或椭圆形，直径 1～5 cm 不等，孤立或多发。

5. 迅速出现远处转移。

【治疗要点】

1. 手术治疗　为外阴肉瘤的主要治疗方法，应采用根治性外阴切除和腹股沟淋巴结清扫术。

2. 化学治疗　适合于病期稍晚，组织上核分裂活跃的肉瘤。手术前后结合化疗可以改善预后。

3. 放疗　根治性手术后补充放疗可减少术后局部复发率，与化疗综合应用也可达到近期治愈。

【处　方】

处方 1　VAC 方案，每 4 周用 1 疗程。

NS　20 ml
长春新碱(VCR) 1.5 mg/m² | iv　第 1、8 d 各 1 次

5%GS　500 ml
更生霉素(KSM) 7～9 μg/(kg·d) | iv gtt　qd　第 1～4 d

NS　40 ml
环磷酰胺(CTX)　300 mg/m² | iv　第 1、4、8 d 各 1 次

处方 2　ADIC 方案。

NS　50 ml
阿霉素(ADM)　60 mg/m² | iv　st　第 1 d

5%GS　500 ml
甲氮咪胺(DTIC)　250 mg/m² | iv gtt　qd　第 1～5 d

处方 3　CYVADIC 方案。

NS　40 ml
环磷酰胺(CTX)　500 mg/m² | iv　st　第 2 d

NS　20 ml
长春新碱(VCR) 1.5 mg/m² | iv　第 1、8 d 各 1 次

www.dxy.cn/bbs

5%GS 500 ml
甲氮咪胺(DTIC) 250 mg/m² | iv gtt st 第2 d

处方4 COP方案。

NS 40 m
环磷酰胺(CTX) 800 mg/m² | iv 第1、15 d各1次

NS 20 ml
长春新碱(VCR) 1.4 mg/m² | iv st 第1 d

泼尼松(强的松) 100 mg qd 第1~5 d

处方5 CHOP方案。

NS 40 ml
环磷酰胺(CTX) 750 mg/m² | iv st 第1 d

NS 50 ml
阿霉素(ADM) 50 mg/m² | iv st 第1 d

NS 20 ml
长春新碱(VCR) 1.4 mg/m² | iv st 第1 d

泼尼松(强的松) 100 mg qd 第1~5 d

【警 示】

1. 外阴肉瘤的治疗应以手术治疗为主,同时辅以化学治疗和放射治疗。只有采用综合治疗才可望提高疗效。

2. 手术治疗应采用根治性外阴切除和腹股沟淋巴结清扫术。原发灶的切除范围必须足够,切除不够则会局部复发。腹股沟淋巴结阳性则行髂盆区淋巴结清扫术。

3. 放疗对外阴肉瘤的疗效尚不肯定,一般用于补充治疗。具体的治疗方法和注意事项参见外阴鳞状细胞癌。

4. 化疗作为综合治疗的补充手段,可用于术前,也可用于术后。有一定的疗效。可选用处方1至处方5中的任何一种方案,间隔3~4周。

(彭根大)

www.dxy.cn/bbs

第十三章 阴道肿瘤

第一节 阴道囊肿

阴道囊肿是最常见的阴道囊性肿块，常见的有胚胎遗留性囊肿及包涵囊肿。其病因复杂，临床表现又大同小异，大多数囊肿须经病理检查才能确诊。

一、中肾管囊肿和副中肾管囊肿

中肾管囊肿(mesonephric duct cyst)来自中肾管(Wolffian 管)系统的遗迹。副中肾管囊肿(paramesonephric duct cyst)来源于胚胎时期残留的副中肾管。由于该管不退化，部分囊性扩张而形成。残留于阴道的中肾管囊肿，又称 Gartner 氏囊肿。副中肾管囊肿又称苗勒管囊肿(Mullerian cyst)。

【诊断要点】

1. 囊肿较小时，一般无症状，多在妇科检查时发现。而囊肿较大时，可有坠胀感或异物感。有时有性生活不适、膀胱刺激症状或排尿不畅。

2. 中肾管囊肿位于阴道侧壁或前侧壁，副中肾管囊肿可发生于阴道的各个部位。

3. 囊肿呈圆形或椭圆形，多为单发，直径 2～3 cm。少数为多发，呈串珠状向上达盆壁。

4. 囊壁薄而透明，表面光滑。

【治疗要点】

囊肿小、无症状的病人可随访观察；囊肿较大或有症状者可行手术切除，术中应注意勿损伤膀胱及尿道。手术治疗困难者可行激光治疗。

www.dxy.cn/bbs

【处 方】

无具体药物处方。

【警 示】

1. 对手术切除困难者也可行囊肿切开造口术。

2. 应用激光治疗时，应先破坏囊肿，放出囊液，然后用生理盐水冲洗囊腔，再用激光对囊腔进行凝固破坏。

二、包涵囊肿

阴道包涵囊肿（inclusion cyst）又称植入性囊肿，是由于阴道创伤或产伤，在行修补手术时将阴道黏膜包埋在黏膜下，而被包埋的黏膜组织在阴道壁内继续生长，上皮细胞脱屑、液化而形成囊肿。

【诊断要点】

1. 一般无症状，有时囊肿较大可有异物感。

2. 囊肿一般位于阴道下段的后壁或后侧壁。

3. 囊肿一般较小，直径 1～2 cm，质韧、不活动。

4. 囊肿内有干酪样黄色内容物。

【治疗要点】

囊肿小、无症状的病人可随访观察，囊肿较大有症状者应行手术治疗。

【处 方】

无具体药物处方。

【警 示】

1. 一般因为囊肿较小、无症状，所以无需治疗。但应严密观察。

2. 如囊肿较大或有症状，或在随访观察过程中发现囊肿生长迅速，可行手术切除。手术时应注意勿损伤直肠。

第二节 阴道腺病

阴道腺病（vaginal adenosis）是指正常阴道的鳞状上皮被腺上皮取代，或在黏膜下的结缔组织内出现腺体组织的病态情况。随着

www.dxy.cn/bbs

病程的延长，病灶中的腺体组织可经过鳞化而转变为正常的鳞状上皮，极少数可发展为透明细胞癌或鳞癌。

【诊断要点】

1. 白带增多 呈稀薄黏液状或血性。

2. 有时可有性交出血、性交痛及阴道灼热感。

3. 阴道壁有单个或多个散在的小囊肿。

4. 阴道黏膜可出现糜烂、红斑、溃疡、息肉等改变。

5. 大多数病人的母亲在妊娠期有已烯雌酚(DES)应用史。

【治疗要点】

1. 随访 适合于无症状者。

2. 阴道冲洗 增加阴道酸度，常用的冲洗液有0.5%醋酸溶液、1%乳酸溶液。

3. 物理治疗 可用微波、激光等行烧灼或冷冻治疗。

4. 手术治疗 适合于黏膜下的单个病灶或发现有恶变者。

【处 方】

无具体药物处方。

【警 示】

1. 多数病人无症状，不需治疗，但因有恶变的可能需要密切随访。每6～12个月随访1次，阴道细胞学及阴道镜检查，如有异常即作活检。

2. 保持阴道酸性环境，使阴道pH在1.8～2.4之间，以促进柱状上皮鳞化，病灶自然愈合。可采用0.5%醋酸溶液或1%乳酸溶液进行阴道冲洗或坐浴。

3. 采用微波、激光等烧灼或行冷冻治疗时，需注意因病变范围较广，有可能并发阴道狭窄或粘连，故应慎用。

4. 黏膜下的单个病灶采用手术切除即可，一旦发现有恶变应根据阴道癌的治疗原则尽早处理。

第三节 阴道良性肿瘤

阴道良性肿瘤较少见，占女性生殖道良性肿瘤的1.4%，其中

www.dxy.cn/bbs

比较常见的有起源于鳞状上皮的乳头状瘤、起源于结缔组织的纤维瘤和起源于平滑肌的平滑肌瘤。

【诊断要点】

1. 乳头状瘤

(1) 一般生长缓慢，无症状。若合并感染可出现阴道分泌物增多或出血。

(2) 体积较小，可带蒂，呈菜花状或息肉状。

(3) 质地较脆，触之易出血。

2. 纤维瘤或平滑肌瘤

(1) 肿瘤单个生长，大小不一。

(2) 体积小者可无症状，增大时可出现阴道内下坠感，性感不快，甚至性交困难。偶可引起腰痛以及膀胱和直肠的刺激或压迫症状。

(3) 好发于阴道前壁，质地硬，带蒂。

(4) 合并感染或变性时可变软，并有阴道分泌物增多或出血。

【治疗要点】

1. 手术治疗　手术是治疗阴道乳头状瘤、纤维瘤或平滑肌瘤的有效手段。

2. 阴道冲洗　用于手术治疗前的阴道准备或合并感染者。常用的冲洗液有 0.5%醋酸溶液、1%乳酸溶液、2% ~ 4%碳酸氢钠溶液、1:5 000 高锰酸钾溶液、1:5 000 氯己定(洗必泰)溶液和 1:2 000 苯扎溴铵(新洁尔灭)溶液等。

【 处　方 】

无具体药物处方。

【 警　示 】

1. 手术治疗是阴道良性肿瘤的主要治疗手段。

2. 切除标本应送病理检查。

3. 术前对合并感染者应行阴道冲洗。要注意的是：①冲洗液的量要大，尽量把阴道内的分泌物或坏死物冲洗干净；②冲洗溶液的浓度必须掌握，特别是高锰酸钾溶液，以 1:5 000 为宜，肉眼观为淡玫瑰红色，太浓可烧灼皮肤；③对一些感染较重，甚至有溃疡出

www.dxy.cn/bbs

现者，冲洗结束时尚须在阴道内置药，如甲硝唑(灭滴灵)、替硝唑、氯霉素胶囊等。

4. 治疗应选择在月经干净后 3～5 d 内进行，术前应禁欲 3 d。

第四节 阴道恶性肿瘤

阴道恶性肿瘤较少见，有原发性和继发性二种，前者比后者更少见，约占妇科恶性肿瘤的 1%～2%，其中 75%～80%是鳞状细胞癌，少数为腺癌、肉瘤及黑色素瘤等。而继发性者大多由宫颈癌、外阴癌、子宫绒癌、子宫内膜癌或直肠癌等转移而来。

一、原发性阴道鳞状细胞癌

原发性阴道鳞状细胞癌较少见，以老年妇女多见，平均发病年龄为 65 岁。

【诊断要点】

1. 诊断要点

(1) 阴道出血：可表现为无痛性的不规则出血、性交后出血或绝经后出血，这些是最常见的症状。

(2) 阴道排液：随着病程的发展，阴道排液表现为少量的、水样或血性分泌物到大量的、有恶臭的、脓性或脓血性分泌物。

(3) 疼痛：晚期病人由于肿瘤侵犯神经或骨质，可出现下腹及腰腿部的疼痛。

(4) 压迫症状：如压迫膀胱或直肠可出现尿频、尿急、血尿或里急后重、大便困难等。

(5) 恶液质：晚期的表现。

(6) 阴道壁肿块：呈结节状、菜花状、溃疡或局部僵硬变。

(7) 最后的确诊必须依靠组织学检查。

诊断原发性阴道鳞状细胞癌的标准是：① 病灶位于阴道；② 宫颈正常；③ 排除身体其他部位的肿瘤。

2. 临床分期 阴道磷状细胞癌的临床分期如表 13－1。

www.dxy.cn/bbs

表 13-1 阴道癌的临床分期(FIGO,1992 年)

分 期	肿 瘤 侵 犯 范 围
0 期	原位癌、上皮内癌
Ⅰ 期	癌瘤局限于阴道壁
Ⅱ 期	癌已侵及阴道下组织,但尚未达盆壁
Ⅲ 期	癌已侵及盆壁
Ⅳ 期	癌已超出真骨盆或临床已累及膀胱、直肠黏膜,但泡样水肿不应属于Ⅳ期
Ⅳa 期	肿瘤侵及临近器官或直接扩展出真骨盆
Ⅳb 期	肿瘤扩散至远处器官

【治疗要点】

1. 放射治疗 适用于各期的病例。

2. 手术治疗 适用于较早期的病例。

3. 化学治疗 作为辅助治疗与手术和放疗联合使用,包括全身用药、腹壁下动脉插管化疗和局部用药。

【 处 方 】

处方 1 全身用药。

(1) NS 20 ml
平阳霉素(PYM) 15 mg | iv qd 共 20 d 间隔 3~4 周重复

或 NS 20 ml
平阳霉素(PYM) 30 mg | iv qod 共 10 d 间隔 3~4 周重复

处方 2 腹壁下动脉插管化疗,(1)与(2)选一即可。

(1) NS 20 ml
平阳霉素(PYM) 15 mg | 动脉注射 qd 共 7~10 d

www.dxy.cn/bbs

(2) NS 20 ml
环磷酰胺(CTX) 200 mg | 动脉注射 qd 共7~10 d

NS 20 ml
氟尿嘧啶(5-FU) 500 mg | 动脉注射 qd 共7~10 d

处方3 局部用药。
5%氟尿嘧啶软膏 局部涂擦 qd 共6~8周
或 氟尿嘧啶(5-FU) 250 mg
2%普鲁卡因 4 ml | 肿瘤内多点注射 qod 共7~10次

或 NS 10 ml
平阳霉素(PYM) 15 mg
2%普鲁卡因 4 ml | 肿瘤内多点注射 qod 共7~10次

【警 示】

1. 阴道鳞状细胞癌的治疗以放射治疗为主,且各期都适合。包括阴道腔内放疗及相应的腹股沟、盆髂区的体外放疗。由于阴道鳞状细胞癌就诊时多为中、晚期,治疗比较困难,所以应同时佐以手术治疗和化学治疗。

2. 阴道内放疗可采用模型敷贴、组织内插植、阴道限线照射、后装式腔内放射等。应根据癌灶的位置、范围及深度来选用最佳的治疗方案:① 癌灶位于阴道上1/3者,与宫颈癌的放疗方法类似。阴道腔内肿瘤基底放射剂量每4~5周7 000 cGy左右,每周1次。② 癌灶位于阴道中1/3者,可选用腔内放疗或模型敷贴,肿瘤放射剂量7 000 cGy左右。③癌灶位于阴道下1/3者,既可采用组织内插植,肿瘤放射剂量7 d内7 000~8 000 cGy,也可采用阴道腔内后装式放疗,肿瘤放射剂量5~6周7 000 cGy。

3. 腹股沟、盆髂区的体外放疗,可采用^{60}钴、加速器等。照射范围应按癌灶的位置而决定。① 癌灶位于阴道上1/3者,不需作腹股沟区的体外放疗,盆髂区的体外放疗与宫颈癌的放疗方法类似。

www.dxy.cn/bbs

② 癌灶位于阴道中、下 1/3 者，应同时将腹股沟、盆髂区包入放射野区内，因此照射面积往往比一般宫颈癌常规体外放疗的照射面积大，肿瘤放射剂量 5～6 周 4 000～5 000 cGy。

4. 手术治疗主要适用于较早期的病例（Ⅰ、Ⅱ期），手术切除范围应根据癌灶的位置及浸润深度而定。① 癌灶位于阴道上 1/3 者，可按宫颈癌根治术式行广泛性全子宫切除和阴道上 2/3 切除及盆腔淋巴结清扫术。② 癌灶位于阴道下 1/3 者，可作外阴广泛性全子宫切除及阴道下 1/3 切除，必要时同时作盆髂淋巴结及腹股沟淋巴结清扫术。③ 癌灶位于阴道中 1/3 者，可行全阴道切除术及广泛性全子宫切除及盆腔淋巴结清扫术。

5. 对于部分Ⅳ期仅累及膀胱或直肠的病人，病人年轻、体质好，可行盆腔内脏切除术。但是，盆腔内脏切除术因为手术范围太大，病人生存质量低，而不被病人所接受，目前国内外已很少采用。

6. 化学治疗仅作为辅助治疗的手段。可以静脉给药、局部注射，也可以动脉灌注治疗，以盆腔动脉灌注化疗为好。

7. 静脉给药可采用处方 1。其中平阳霉素（PYM）每疗程的总剂量为 300～450 mg，用药期间应进行肺检查，用药前后给予吲哚美辛（消炎痛）可减轻发热反应。动脉灌注可通过腹壁下动脉、股动脉插管给药，既可采用单药也可采用联合用药，单药可采用处方 2 的“（1）”，联合用药可采用处方 2 的“（2）”，间隔 3～4 周为一疗程。局部注射主要适合于表浅型或局灶型肿瘤，可采用处方 5、处方 6 或处方 7。

二、其他阴道恶性肿瘤

其他的阴道恶性肿瘤有阴道透明细胞腺癌、阴道肉瘤、阴道黑色素瘤等，均罕见。

【诊断要点】

1. 阴道透明细胞腺癌

（1）多见于年轻妇女和幼女，平均年龄 20 岁左右。

（2）阴道出血和阴道排液。

（3）肿瘤位于阴道前壁上 1/3，大小不一。

www.dxy.cn/bbs

(4) 肿瘤一般比较表浅，呈息肉状、结节状、扁平斑，表面可有溃疡形成，质硬。

(5) 其母亲在妊娠期有服用己烯雌酚(DES)史。

2. 阴道肉瘤

(1) 阴道直肠部疼痛。

(2) 阴道排液，呈血性或脓性。

(3) 阴道出血。

(4) 阴道肿块较硬实，可有假包膜，呈局部性生长(多为阴道平滑肌肉瘤或纤维肉瘤)；阴道肿块可见透亮水肿的葡萄状或息肉状(多为阴道葡萄状肉瘤)。

(5) 病理检查是惟一能确诊的方法。

3. 阴道黑色素瘤

(1) 不规则阴道出血和阴道排液，有时可排出黑色素瘤样组织，似陈旧性血块。

(2) 阴道壁有蓝黑色或棕黑色的肿物，呈乳头状或结节状。

(3) 肿块形态不规则，表面凹凸不平。

【治疗要点】

1. 手术治疗 适用于各期的病例。

2. 放疗 是最主要的治疗措施，适用于早期的病例。

3. 化疗 作为手术治疗和放疗的辅助治疗。

【 处 方 】

处方 1 COP 方案，适用于阴道肉瘤中的淋巴肉瘤。

NS	40 ml	
环磷酰胺(CTX)	800 mg/m^2	iv 第 1、15 d 各 1 次
NS	40 ml	
长春新碱(VCR)	1.4 mg/m^2	iv st 第 1 d
泼尼松(强的松)	100 mg	qd 第 1～5 d

处方 2 CHOP 方案，适用于阴道肉瘤中的淋巴肉瘤。

NS	40 ml	
环磷酰胺(CTX)	750 mg/m^2	iv st 第 1 d

www.dxy.cn/bbs

NS 20 ml
长春新碱(VCR) 1.4 mg/m² | iv st 第1 d
泼尼松(强的松) 100 mg qd 第1～5 d
NS 50 ml
阿霉素(ADM) 50 mg/m² | iv st 第1 d

处方3 VAC方案。适用于阴道葡萄状肉瘤、透明细胞腺癌。

NS 20 ml
长春新碱(VCR) 1.5 mg/m² | iv 第1、8 d
5%GS 500 ml
更生霉素(KSM) 40 μg/d | iv gtt qd 第1～4 d
NS 40 ml
环磷酰胺(CTX) 300 mg/m² | iv 第1、4、8 d各1次

处方4 适用于阴道黑色素瘤、阴道透明细胞腺癌。

NS 50 ml
阿霉素(ADM) 60 mg/m² | iv st 第1 d
5%GS 500 ml
氮烯咪胺(DTIC) 250 mg/m² | iv gtt qd 第1～5 d

处方5 适用于阴道黑色素瘤、阴道透明细胞腺癌。

NS 40 ml
环磷酰胺(CTX) 500 mg/m² | iv st 第1 d
NS 20 ml
长春新碱(VCR) 1.5 mg/m² | iv 第1、8 d各1次
NS 50 ml
阿霉素(ADM) 50 mg/m² | iv st 第2 d
5%GS 500 ml
氮烯咪胺(DTIC) 250 mg/m² | iv gtt qd 第1～5 d

处方6 适用于阴道黑色素瘤。

NS 50 ml
阿霉素(ADM) 60 mg/m² | iv st 第1 d
甲环亚硝脲(CCNU) 150 mg/m² 顿服 第1 d

www.dxy.cn/bbs

【警 示】

1. 阴道透明细胞腺癌、阴道肉瘤和阴道黑色素瘤的手术治疗和放疗可参见原发性阴道癌的治疗。但是阴道透明细胞腺癌的病人多数为幼女、少女，因此其治疗要考虑适当地保留卵巢功能和一定长度的阴道，以利身体副性征的发育和提高生活质量。放疗最好采用组织内插植治疗，肿瘤放射剂量为 5 000～6 000 cGy。

2. 化学治疗用以配合手术和放疗，一般阴道肉瘤可选用处方 1、2 或 3；阴道黑色素瘤可选用处方 4、5 或 6；阴道透明细胞腺癌选用处方 3、4 或 5 较好。除了处方 6 的间隔为 6 周外，其余化疗方案的间隔均为 3 周。用药过程中特别应注意的是长春新碱(VCR)和氮烯咪胺(DTIC)在静脉注射或滴注时要防止外漏，以免引起血管周围组织损伤和剧痛。

(彭根大)

www.dxy.cn/bbs

第十四章 子宫肿瘤

第一节 子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器中最常见的一种良性肿瘤。由子宫平滑肌细胞增生而成，其间有少量纤维结缔组织。育龄期妇女子宫肌瘤的发病率有20%～30%。根据肌瘤发展过程中与子宫肌壁的关系分为浆膜下肌瘤、肌壁间肌瘤和黏膜下肌瘤三类。

【诊断要点】

1. 月经异常，是子宫肌瘤最常见而又最重要的症状，可表现为月经量过多、月经频发或经期延长，或不规则阴道出血。

2. 子宫增大，质硬，有时呈结节状。

3. B型超声常提示在子宫或宫旁有一回声增强区。

4. 病人常常伴有贫血症状，有时可有阴道分泌物增多及压迫症状。

5. 少数情况下可发生下腹疼痛及恶心、呕吐。

【治疗要点】

1. 随访观察　适用于肌瘤小，无症状，尤其近绝经期者。

2. 药物治疗　适用于肌瘤在2.5个月妊娠子宫大小以内，症状不明显，近绝经年龄或全身情况不能耐受手术者。

3. 手术治疗　适用于肌瘤＞2.5个月妊娠子宫大小，或症状明显，或药物治疗无效，或继发贫血者。

【处　方】

处方1　雄激素制剂治疗。

甲基睾丸素　5 mg　舌下含服　tid　每个月用20 d，连用3个月

或　丙酸睾丸酮　25 mg　im　每5 d　1次

月经来潮时　25 mg　im　qd　共3～6个月

www.dxy.cn/bbs

处方2 抗雌孕激素制剂治疗，任选其一：

三苯氧胺(TAM) 10 mg bid 共3～6个月

米非司酮(Ru486) 25 mg qd 共3个月

处方3 孕激素制剂治疗，任选其一：

黄体酮 10 mg im qd 共10 d 从月经第12～14 d起，可连续使用3～6个月

安宫黄体酮 5 mg bid 共10 d 从月经第16 d起，可连续使用3～6个月

处方4 促黄体生成激素释放激素类似物治疗，任选其一(共3～6个月)：

LHRH－a 300～500 ng im qd

或 那法瑞林 200 μg 喷鼻 bid 月经第2～4 d开始

或 布舍瑞林 100 μg 滴鼻 tid 月经第2～4 d开始

或 布舍瑞林 500 μg ih qd 月经第2～4 d开始

或 亮丙瑞林 3.75 mg 皮下埋植 每周4次 月经第5 d

或 戈舍瑞林 3.6 mg 皮下埋植 每周4次 月经第5 d

处方5 中成药制剂治疗，任选其一：

桂枝茯苓胶囊 3片 tid 持续3个月

或 宫瘤清胶囊 3片 tid 持续3个月

或 止痛化症胶囊 3片 tid 持续3个月

处方6 辅助用药(适用于月经量过多、月经频发或经期延长者)。

益母草浸膏 5 ml tid

麦角浸膏 5 ml tid

麦角新碱 0.2 mg im st

巴曲酶(立止血) 1K单位 im st

缩宫素(催产素) 10单位 im st

【警 示】

1. 子宫肌瘤的处理，必须根据病人的年龄、临床症状、肌瘤的大小及部位、生育要求等因素综合考虑。近绝经年龄的病人，因为绝经后，雌激素水平低落，肌瘤可自然萎缩或消失。因此，近绝经

www.dxy.cn/bbs

期病人，肌瘤小，无症状者，可随访观察，每3～6个月随访1次。如发现肌瘤在短期内迅速增大，尤其是绝经后，肌瘤不萎缩反而继续增大，应提高警惕。

2. 雄激素(处方1)可以对抗雌激素，使子宫内膜萎缩，直接作用于平滑肌，使其收缩而减少出血，并使近绝经期病人提早绝经，但对肌瘤本身无效。由于长期应用雄激素可引起肝功能损伤和黄疸，故应定期检查肝功能。因用量过高可产生男性化现象，因此应限制每月总量不超过300 mg。该药禁用于妊娠及哺乳期以及有肝、肾功能损害者。

3. 三苯氧胺(TAM)或米非司酮(Ru486)(处方2)使用后月经量明显减少，甚至月经停止来潮，肌瘤也可缩小，但停药后肌瘤又可逐渐增大。故常常用作术前用药。由于雌激素水平下降后病人可出现更年期综合征症状，长期使用可使雌激素缺乏导致骨质疏松。

4. 孕激素(处方3)禁用于有血栓栓塞疾病的病人，慎用于肾病、心脏病、肝功能不全及水肿病人，早孕期应用可能使女性胎儿男性化。长期应用可引起子宫内膜萎缩，月经量少，易发生阴道真菌感染。子宫肌瘤病人使用后月经量减少比较明显，但肌瘤的缩小并不很显著。

5. 促黄体生成激素释放激素类似物(处方4)禁用于妊娠期，常常作为手术前或不孕症的辅助用药。由于其可抑制垂体卵巢的功能，因此能有效地降低雌激素水平。国外近年来报道用药期间子宫肌瘤体积明显缩小平均达44%，症状明显改善。但治疗停止以后肌瘤又逐渐增大，甚至比原肌瘤更大。使用该药可出现潮热、夜间出汗等。长期使用可使雌激素缺乏导致骨质疏松。

6. 桂枝茯苓胶囊、宫瘤清胶囊和止痛化症胶囊(处方5)为中成药制剂，主要作用是防止肌瘤继续生长和出血，但中药成本较高且肌瘤消退者少见。

7. 手术治疗是目前子宫肌瘤最常用的治疗方法，其适应证：① 有明显的症状，如月经过多，阴道不规则出血及因肌瘤引起的贫血、疼痛和压迫症状；② 肌瘤超过2.5个月妊娠子宫大小；③ 肌瘤生长迅速有恶变可能；④ 黏膜下带蒂肌瘤；⑤ 宫颈肌瘤；⑥ 肌瘤有

www.dxy.cn/bbs

扭转或发生感染时(先控制感染);⑦ 肌瘤影响生育,病人要求生育。

8. 手术术式 ① 腹式肌瘤摘除术;② 阴道内有蒂肌瘤摘除术;③ 子宫切除术。一般来讲,病人年轻(35 岁以下)、未婚或已婚未生育,希望保留生育功能,无宫颈及宫体的癌前病变或癌,可选术式①,缺点是术后肌瘤复发率高,可达 20%以上。黏膜下带蒂肌瘤选术式②。而肌瘤大、多发、症状明显、药物治疗失败、年龄大无需保留生育功能或疑有恶变者应选术式③,子宫全切除术或子宫次全切除术。如表 14-1。

表 14-1 子宫肌瘤的处理方案

生育要求	无症状		有症状
	肌瘤 < 2.5 个月	肌瘤 > 2.5 个月	(不论肌瘤大小)
有	观察或肌瘤摘除	肌瘤摘除	肌瘤摘除
无	观察	子宫切除	子宫切除

9. 子宫肌瘤在手术治疗时,对卵巢的弃留应持慎重的态度,既要考虑保持卵巢的正常功能,又要尽可能降低卵巢癌的发生率。为此,主张 50 岁以下的妇女将全子宫、双侧输卵管和一侧卵巢切除,仅保留一侧正常卵巢。但在保留卵巢时应注意:① 所保留的卵巢必须是正常的,必要时可剖视并作冰冻切片;② 将保留的卵巢固定在盆腔腰大肌上或带蒂移植于腹壁,以便发生卵巢肿瘤时易于发现。

10. 近年来,以欧美为中心用于治疗子宫肌瘤的新方法——子宫动脉介入栓塞术引起广泛瞩目。该法是在 X 线透视下经皮选择性子宫动脉插管注入栓塞物质栓塞子宫肌瘤供血动脉。手术操作如同一般血管造影,经一侧股动脉穿刺,选择性地对左、右子宫动脉造影,然后将栓塞物质与造影剂混合后在透视下注入子宫动脉内。当明显的肿瘤图像大致消失之际停止注入,拔出导管,栓塞术即告结束。该方法对月经过多、盆腔疼痛、贫血等有较好的改善效果,即使对多发性子宫肌瘤也能起到一次性治疗、保留子宫的功

www.dxy.cn/bbs

效。几乎所有的病人在2～3个月内均收到症状消失或改善和肌瘤缩小的效果。但此法存在远期疗效不明、对未来妊娠、分娩带来的影响不清、病理组织检查困难等缺点。

附：子宫肌瘤合并妊娠

子宫肌瘤合并妊娠的发生率占肌瘤病人的0.5%～1%，占妊娠的0.3%～0.8%。对妊娠和分娩均有影响，如流产、早产、胎位异常、产程延长、产道阻塞等。而妊娠对肌瘤也有影响，如肌瘤迅速增长、红色变性、浆膜下肌瘤蒂扭转等。

子宫肌瘤合并妊娠的处理，需根据妊娠月份，肿瘤的类型、大小、部位，有无并发症以及临床表现、年龄等因素作出决定。

1. 针对肌瘤的处理

(1) 妊娠期，不论肌瘤大小、部位，如不影响妊娠，不宜进行手术干扰。

(2) 出现红色变性，先进行姑息性治疗，尽可能避免手术。

(3) 如发生浆膜下肌瘤蒂扭转、肌瘤过大或嵌顿，影响妊娠继续时，可考虑手术治疗，行肌瘤摘除术。

2. 针对妊娠的处理

(1) 肌瘤小(直径 < 5 cm)，无症状，无需处理，一般可自然分娩，预防产后出血的发生。

(2) 估计分娩困难，可考虑行剖宫产。术中同时行肌瘤剔除术或子宫切除术。

第二节 子宫颈癌

子宫颈癌是全球妇女中仅次于乳腺癌的第二个最常见的恶性肿瘤。在发展中国家妇女中则是最常见的。我国每年新发病例为13.15万。

【诊断要点】

1. 阴道流血 早期表现为接触性流血，晚期表现为不规则出血甚至大出血。

www.dxy.cn/bbs

2. 阴道排液　随着病程的发展，阴道分泌物从稀薄似水样，有时呈米泔水样到血性或脓血性，有腥臭。

3. 晚期病人可出现一系列继发症状，如尿频、尿急、肛门坠胀、大便秘结、里急后重、下肢肿痛等，最后呈恶液质。

4. 宫颈肿瘤呈菜花状、结节状、溃疡空调型、糜烂型或颈管增粗如桶状。

5. 宫颈细胞学涂片阳性。

6. 宫颈活组织检查可确诊，而且是确诊必备。

【治疗要点】

子宫颈癌早期应以手术治疗为主，中、晚期应辅以放疗为主。化疗一般不作为宫颈癌的首选。但近来随着化疗药物的改进，化疗已成为高危病人治疗的重要手段。具体治疗原则如表 14－2。

表 14－2　子宫颈癌分期和治疗原则

子宫颈癌分期	治　疗　原　则
浸润前期癌 0 期：原位癌，癌巢未突破基底层	全子宫切除术，包括切除穹隆阴道 2 cm，可保留卵巢
浸润癌 Ⅰ期：癌瘤局限于子宫颈	次广泛全子宫切除术，包括次广泛全子宫、双附件、游离输尿管、宫旁 2 cm，阴道 2 cm，不作盆腔淋巴结清除术，年轻病人可保留卵巢
$Ⅰ_a$：镜下浸润达基底层下 1 ～ 3 mm：病灶散在，无脉管浸润 3 ～ 5 mm：病灶融合，有脉管浸润，细胞分化不良	
$Ⅰ_b$：其他浸润癌 Ⅱ期：癌超过宫颈范围，侵及阴道但未达下 1/3，或宫旁有浸润但未固定于盆壁	宫颈癌根治术，包括广泛全子宫、双附件、宫旁、阴道各 3 cm 以上，盆腔淋巴结清除术，40 岁以下可保留卵巢
$Ⅱ_a$：癌超过宫颈范围，侵及阴道壁但未达下 1/3，宫旁无明显浸润	

www.dxy.cn/bbs

续 表

子宫颈癌分期	治 疗 原 则
II_b：癌浸润宫旁组织，但未固定于盆壁 III 期：癌浸润已达阴道下1/3，浸润宫旁组织并固定于盆壁或压迫输尿管引起肾盂积液者 III_a：侵及阴道下1/3而宫旁浸润未固定盆壁 III_b：癌浸润宫旁组织，一侧或两侧固定于盆壁 IV 期：宫颈肿瘤浸润或转移至邻近器官（膀胱或直肠）或超过真骨盆而发生远处转移 IV_a：肿瘤浸润膀胱（泡性水肿不计在内）或直肠 IV_b：肿瘤转移到真骨盆以外或有远处转移	放射治疗

【 处 方 】

处方 1 和放疗同时进行，为减少毒副作用可多饮水或增加补液量。

NS	500 ml	
顺铂（DDP）	30 mg/m^2	iv gtt 每周 1 次

处方 2 和放射治疗的头尾 4 d 同步进行。

5%GS	200 ml	
四氢叶酸（CF）	300 mg	iv gtt qd 共 4 d
5%GS	1 000 ml	
氟尿嘧啶（5-FU）	1.0/m^2	iv gtt qd 连用 96 h

www.dxy.cn/bbs

处方3 手术或放疗前进行，使用3 d，休息7 d，10 d重复1次，共3个疗程。

NS 30 ml
长春新碱(VCR) 1 mg/m² | iv st 第1 d

NS 500 ml
顺铂(DDP) 20 mg/m² | iv gtt qd 共3 d

5%GNS 500 ml
博莱霉素(BLM) 25 mg/m² | iv gtt qd 共3 d

处方4 异环磷酰胺(IFO)因价格昂贵，仅作为二线方案。

5%GNS 500 ml
异环磷酰胺(IFO) 2 g/m² | iv gtt qd 共3 d

美司钠(Mesna) 400 mg iv gtt 于用IFO后0 h、4 h、8 h各1次

5%GNS 500 ml
博莱霉素(BLM) 10 mg | iv gtt qd 共3 d

NS 500 ml
顺铂(DDP) 30 mg | iv gtt qd 共3 d

【警 示】

1. 宫颈癌根治术因手术范围广，创伤多，易发生并发症和副损伤，因此手术应在有条件的医疗机构进行，手术者应技术熟练，解剖熟悉。操作时应仔细，在常规操作的同时应注意到病人解剖的变异及盆腔炎性粘连等个别现象。

2. Ⅰ～Ⅱ期宫颈癌，如局部癌灶较大或Ⅱ期病灶明显浸润阴道穹隆部者，术前应予以后装腔内放疗，剂量为常规腔内放疗剂量的1/2～2/3(A点剂量30～40 Gy)。以减低肿瘤细胞的活力，避免术时扩散和术后复发；缩减肿瘤体积提高手术切除率并可获得切除边缘最宽的无瘤边带；同时减少术后感染和出血。手术与放疗的间隔时间一般为2～8周，若术前仅给腔内放疗的半量则2周后即可手术。

3. 宫颈癌术后标本中如发现有如下高危因素应于术后1个月

www.dxy.cn/bbs

采取补充放疗：盆腔淋巴结癌转移阳性、宫颈深部有浸润、切缘有癌、脉管内癌栓、局部肿瘤巨大等。一般采用外放疗 45～50 Gy，若阴道切缘有残癌者则需补充腔内放疗 20 Gy。

4. 除严重的肝、肾、造血功能障碍外，各期病人均可行放射治疗。Ⅰ期的 5 年生存率达 80%～90%，Ⅱ期为 60%～80%，Ⅲ期为 50%～65%，Ⅳ期为 10%～20%。有些病例即使得不到根治也可以获得满意的姑息治疗效果。目前较多使用的放疗方案为腔内后装加体外照射。可先行全盆照射，盆腔中心总剂量 25～30 Gy，每周 5 次，每次空气量 2～2.5 Gy，完成后腔内治疗与盆腔四野外照同时进行。腔内治疗每周 1 次，每次 A 点剂量为 6～7 Gy，共 5～6 次，总剂量 30～36 Gy，盆腔四野照射予以宫旁 15～20 Gy，每周 4 次，腔内治疗当日不予体外照射。

5. 化疗一般不作为宫颈癌的首选治疗，而常用作宫颈癌综合治疗的一部分。大部分晚期宫颈癌及复发病人都适用于姑息性化疗，但迄今未发现治愈性的化疗药物。随着铂制剂的问世、有效化疗方案的形成和方法学上的改变，目前化疗已成为宫颈癌高危组病例治疗的重要组成部分。为提高高危组病人治疗后肿瘤的控制率和生存率，其化疗已包括三个方面：① 新辅助性化疗（Newadjuvant chemotherapy，NAC）：对局部肿瘤大者在手术前或放疗前先行化疗，可应用处方 3 或处方 4。② 辅助性化疗（Adjuvant chemotherapy，AC）：在放疗同时或初治后对具有高危因素者进行辅助性化疗，目的是缩小肿瘤体积，消灭微小转移灶，改善疗效。此时可应用处方 1 或处方 2。③ 综合治疗：无论应用哪种类型的化疗，化疗前均需检测血象（血白细胞计数 $\geq 4.0\times10^9$/L，血小板计数 $\geq 80.0\times10^9$/L）、肝功能、肾功能、X 线胸片、心电图等。

6. 顺铂（DDP）使用后恶心、呕吐等消化道反应较明显，一般予以止吐剂等治疗后可缓解。大剂量用药时为减轻对肾脏的毒副反应，应多饮水，并静脉输液以有保证足够的尿量。如果 DDP 采用高剂量[80～120 mg/(m^2·次)]，在静滴的同时需进行水化和利尿，以保证足够的尿量（≥100 ml/h）。用药期间应监测血常规、尿常规及肝、肾功能。尿每一高倍视野出现红细胞 5 个，白细胞 10 个或管型

www.dxy.cn/bbs

5个以上，血清肌酐高于20 mg/L均应停药。既往有肾脏病史、肾功能不佳或中耳炎史者慎用或不用。

7. 氟尿嘧啶(5-FU)，用药过程中可出现严重的腹泻(每日5次以上)，甚至血性腹泻，其他尚有明显的白细胞计数减少($<3.0\times10^9$/L)、血小板计数减少($<80.0\times10^9$/L)、共济失调等严重不良反应，应停止用药并及时予以对症治疗。用药期间应监测血象、肝功能。

8. 长春新碱(VCR)的局部刺激较强，注射时勿使药液漏出血管外(可引起局部组织坏死)，并采取静脉冲入法注入。用药期间应注意神经系统毒性反应，及时处理。注射VCR时应严密观察注射部位，一旦发现(或怀疑)药物外渗，应立即停止注射，用5 ml空针尽量回抽(余药另换静脉注射)，并注入地塞米松5 mg，同时用生理盐水冲洗静脉，局部用透明质酸酶或5%利多卡因(或0.25%~0.5%的普鲁卡因)封闭后冷敷(冰敷或用50%硫酸镁)，严重者可在4 h后外敷喜疗妥霜，每日1~2次，连用3 d或次日开始理疗(无热量超短波)。

9. 平阳霉素(PYM)用药期间为防止高热反应，可用吲哚美辛(消炎痛)预防以减轻发热反应。出现高热、寒战需考虑停药。用药期间应注意呼吸系统检查，出现肺炎样表现应停药和服用泼尼松(强的松)及抗生素。一旦出现过敏性休克表现应立即停药，并按过敏性休克抢救治疗。有平阳霉素类药物过敏史者禁用，老年病人、慢性呼吸道疾病、肺功能不佳者慎用。

10. 异环磷酰胺(IFO)用药期间需补充大量液体，保持足够尿量，以减少尿路损害，同时予以美司钠(Mesna)，防止或减轻泌尿系毒性反应。用药期间注意监测尿常规、血象及肝、肾功能。

11. 丝裂霉素(MMC)骨髓抑制较剧，是剂量限制性毒性，表现为白细胞、血小板减少，最低值在用药后3~4周，因此应特别需要监测血象。本药可引起静脉炎，溢出血管外可发生组织坏死、溃疡，注射时应避免药物外漏，另外本药溶解后应在4~6 h内使用。

12. 鬼臼乙叉甙(VP-16)用药期间应密切监测血象，勿漏出血管外，不能用作鞘内注射。本品应加入NS并做20倍以上稀释后

www.dxy.cn/bbs

滴注。不能用5%葡萄糖稀释，因药物不稳定，可形成微细沉淀。本品静脉滴注速度不宜过快，应超过30 min方可滴完，否则易引起低血压或支气管痉挛。

13. 南通市肿瘤医院近10年来经常应用于宫颈鳞癌的化疗方案(即处方3)，我们称之为改良"VBP"方案(madified VBP reginmen)，使用3 d，休息7 d，10 d重复1次，共3个疗程，三疗程结束1周后作化疗评价，缓解率达85%以上，其中CR达39%～44%。Sardi认为间隔3周1次化疗疗效不理想，我们将Sardi方案里DDP由50 mg/m^{2}改为60 mg/m^{2}分3 d使用，理由是无需水化，有利于门诊化疗。我们强调该方案用于高危组病人(局部肿瘤直径＞4 cm，病理分级差)，需3个疗程。

14. 介入治疗作为放射治疗学的一个新领域，近几年来在肿瘤治疗上已发挥了积极的作用。目前一般选择晚期宫颈癌手术或放疗后的复发病人以及宫颈局部肿瘤巨大(直径＞4 cm)将行手术治疗者。

第三节　复发性子宫颈癌

复发性子宫颈癌是指宫颈癌病人经放射治疗或手术治疗后，局部瘤灶已消失，经一定时间后原病变范围内又出现与前相同病理类型的肿瘤。根据首次治疗方法的不同，可分为放疗后或手术后复发两类。

【诊断要点】

1. 宫颈癌治愈后出现白带增多，呈水样，有恶臭，阴道流血。

2. 消瘦、下肢水肿及盆腔疼痛。

3. 有远处转移的症状，如咳嗽、咯血、胸背疼痛、排尿困难、尿少、尿闭等。

4. 全身器官或浅表淋巴结转移的体征。

5. 盆腔检查　外阴、阴道、宫颈病灶及盆腔肿块等。

6. 阴道脱落细胞学检查(为放疗后或手术后复发的必检项目之一)找到子宫颈癌癌细胞。

www.dxy.cn/bbs

7. 病理检查 复发的诊断一定要有病理证实。

8. 其他检查包括 B 超、CT、MRI、胸片等，有相应影像表现。

【治疗要点】

复发性宫颈癌的治疗十分困难，目前国内外学者对复发癌的治疗多主张采用多种方法相结合的综合治疗，如手术、放射治疗、化疗(包括全身及区域性化疗)，热疗及中医中药治疗等。复发性宫颈癌一旦被确诊，应根据首次治疗的方法、复发的部位、肿瘤的体积及复发的时间并结合病人的具体情况采取相应的治疗措施。原则上若为放疗后复发者应采取手术治疗为主，手术后复发者应采取放射治疗为主的治疗方法。

【处 方】

处方 1 方案 1。可与放疗配合应用。

NS	30 ml	
长春新碱(VCR)	1 mg/m²	iv st 第 1 d
NS	250 ml	
顺铂(DDP)	20 mg/m²	iv st qd 共 3 d
5%GNS	500 ml	
博莱霉素(BLM)	25 mg/m²	iv gtt qd 共 3 d

处方 2 方案 2。

5%GNS	500 ml	
博莱霉素(BLM)	5 mg	iv gtt qd 共 7 d
NS	30 ml	
丝裂霉素(MMC)	8 mg	iv st 第 8 d

【警 示】

1. 放疗

(1) 宫颈癌根治术后复发：① 盆腔复发：以体外放疗为主，应用全盆腔或局部照射的方式，剂量 40 - 45 Gy，4 ~ 5 周内完成，视肿瘤消退情况和放疗副作用等决定是否缩野及补充剂量；② 阴道或残端复发：以腔内放疗为主，可辅以体外照射及阴道模型治疗，部分病人可选择组织间插植治疗，但剂量的选择应视肿瘤的体积及肿瘤的消退情况及周围组织和器官的耐量适当掌握，否则放疗后

www.dxy.cn/bbs

引起的直肠瘘、尿瘘等将使病人的生存质量大大降低。

(2) 宫颈癌放疗后复发：① 盆腔复发：是否再行放疗意见不一。因经第一次照射后，盆腔组织纤维化，正常组织和器官对放疗的耐受性下降，再次放疗易引起严重的并发症，而且其剂量也难于掌握。因此，一般对于近期复发者再放疗需持慎重态度，否则产生的严重并发症将是致命的。Jones 和 Russet 认为 5 年或 5 年以上复发者，再次放疗是可行的，但仍有一定危险性。② 阴道复发：复发病灶在阴道或宫颈，无远处转移者可行腔内放疗，以阴道敷贴镭盒(或后装治疗)辅以阴道模型治疗。上海医科大学报道收治的 73 例晚期阴道复发者通过以上治疗其 5 年生存率达 40.3%。但副作用重，尤其是直肠阴道瘘及膀胱阴道瘘，将给病人带来额外的痛苦。盆腔外转移灶可通过放疗来减轻转移者的痛苦(如疼痛等)剂量为每 2～3 周 30 Gy。

2. 手术治疗

(1) 适应证：放疗后中心性复发包括宫颈、宫体、宫旁(未固定于盆壁)、阴道、外阴、膀胱、直肠等处，无手术禁忌证，病人年轻，全身情况佳。

(2) 禁忌证：复发灶已超出盆腔，下肢水肿，输尿管梗阻、肥胖、年老、合并内外科疾病不宜手术者。

(3) 术式：中国医学科学院根据他们的经验认为中心性复发者行全子宫 + 双附件切除即可。至于放疗后复发灶局限于盆腔、年轻、全身情况佳的少数病人可考虑作盆腔脏器清除术，但 5 年生存率大多报道在 30%左右，且出现的并发症较严重，如肺水肿、心血管意外、肠瘘、肠梗阻等。

3. 化疗　化疗对复发癌的疗效较差，一般不单独作为复发癌的治疗，而是作为综合治疗的方法之一。因经放疗或手术治疗后，盆腔组织纤维化及血管受损，使化疗药物很难进入癌灶，而且癌灶对药物不敏感，以及输尿管梗阻肾脏受损等因素均限制用药。化疗的注意事项及用药事宜在"本章第二节子宫颈癌"中已有详细说明，不再赘述。值得一提的是 Kumar 报道，复发性宫颈癌使用化学治疗(处方 1)有效率达 66.6%，且毒副作用小。

www.dxy.cn/bbs

总之，复发性宫颈癌的再治疗十分困难，Manetta 等报道 1 年存活率 10% ~ 15%，5 年存活率 < 5%。中国医学科学院肿瘤医院统计资料经再治疗后 5 年生存率仅 17.1%、10 年生存率 5.3%，而未治疗者 94.7% 在 2 年内死亡。因此如何改善疗效，提高病人的生存率仍是今后世界性的研究课题。

第四节　子宫内膜癌

子宫内膜癌是发生在子宫内膜层的恶性肿瘤，又称子宫体癌。占女性生殖道恶性肿瘤的 20% ~ 30%，近年有上升趋势。多见于老年妇女，但目前年轻妇女所占的比例有所增加。

【诊断要点】

1. 诊断依据

(1) 阴道不规则出血，尤其是绝经后阴道出血。

(2) 浆液性或血水样阴道排液。

(3) 晚期病人出现疼痛、贫血、消瘦及恶病质等。

(4) 子宫可增大，质软，有时盆腔可扪及肿块。

(5) 有不孕、未产或长期无排卵型功能性子宫出血或绝经延迟史。

(6) B 超检查　尤其是经阴道 B 超检查，极早期见子宫正常大小，仅见宫腔线紊乱、中断。典型的声像图为子宫增大或绝经后子宫相对增大，宫腔内见实质不均质回声区，形态不规则，宫腔线消失，有时见肌层内不规则回声紊乱区，边界不清。

(7) 分段诊刮病理学检查　为最后确诊的依据。

2. 临床分期　子宫内膜癌的分期如表 14 - 3。

表 14 - 3　子宫内膜癌手术、病理分期(FIGO，1988 年)

分　期		肿　瘤　范　围
I 期	$I_a(G_1G_2G_3)$	癌瘤局限于子宫内膜
	$I_b(G_1G_2G_3)$	癌瘤浸润深度 < 1/2 肌层
	$I_c(G_1G_2G_3)$	癌瘤浸润深度 > 1/2 肌层

www.dxy.cn/bbs

续　表

分　期	肿　瘤　范　围
Ⅱ期 $Ⅱ_a(G_1G_2G_3)$	宫颈内膜腺体受累
Ⅱ期 $Ⅱ_b(G_1G_2G_3)$	宫颈间质受累
Ⅲ期 $Ⅲ_a(G_1G_2G_3)$	癌瘤累及浆膜和(或)附件和(或)腹腔细胞学阳性
Ⅲ期 $Ⅲ_b(G_1G_2G_3)$	阴道转移
Ⅲ期 $Ⅲ_c(G_1G_2G_3)$	盆腔淋巴结和(或)腹主动脉旁淋巴结转移
Ⅳ期 $Ⅳ_a(G_1G_2G_3)$	癌瘤侵及膀胱或直肠黏膜
Ⅳ期 $Ⅳ_b(G_1G_2G_3$	远处转移，包括腹腔内和(或)腹股沟淋巴结转移

【治疗要点】

子宫内膜癌的治疗原则上以手术为主。根据手术、病理期别、细胞分级以及病人的具体情况选择配合术前或术后放射治疗及辅以激素类和非激素类化学治疗。

表 14-4　子宫内膜癌的治疗原则

手术、病理分期	治　疗　原　则
$Ⅰ_a(G_1)$腺癌	次广泛子宫＋双附件切除术(包括宫旁及阴道穹隆各 2 cm)
$Ⅰ_b(G_1)$腺癌	
$Ⅰ_a$ G_2、G_3 腺癌	次广泛子宫＋双附件切除术＋受体阳性者激素治疗，阴性者全身化疗或腔内治疗
$Ⅰ_b$ G_2、G_3 腺癌	
$Ⅰ_c$ G_1、G_2、G_3	次广泛子宫＋双附件切除术＋术后补充全盆腔放疗
Ⅱ期 G_1，肌层浸润＜1/2，未侵犯淋巴结	广泛子宫＋双附件切除术(宫旁及阴道各 3 cm 以上)＋盆腔淋巴结清除术

www.dxy.cn/bbs

续 表

手术、病理分期	治 疗 原 则
Ⅱ期 G_2、G_3，肌层浸润 < 1/2，淋巴结阳性	术前腔内放疗 + 广泛子宫 + 双附件切除术 + 盆腔淋巴结清除术 + 术后盆腔放疗 + 化疗和激素治疗
$Ⅲ_a$ 盆腔内病变	广泛子宫 + 双附件 + 盆腔淋巴结清除 + 肿瘤缩减术 + 术后补充盆腔放疗 + 化疗和激素治疗
$Ⅲ_a$ 腹腔冲洗液阳性	广泛子宫 + 双附件 + 盆腔淋巴结清除 + 肿瘤缩减术 + 腹腔化疗 + 激素治疗
$Ⅲ_b$ 盆腔淋巴结转移	放射治疗（体外 + 腔内）+ 化疗和激素治疗
$Ⅲ_c$ 腹主动脉旁淋巴结转移	首选放射治疗（体外 + 腔内 + 包括腹主动脉旁放疗）+ 化疗和激素治疗。也可以尽量手术后加放疗、化疗和激素治疗
Ⅳ期	放射治疗 + 化疗和激素治疗

【处 方】

以下化疗方案可任选一种：

处方 1 间隔 21 d 重复。

NS	40 ml		
环磷酰胺（CTX）	500 mg/m²	iv st	第 1 d
5%GNS	500 ml		
阿霉素（ADM）	40 mg/m²	iv gtt st	第 1 d

处方 2 间隔 21 d 重复。

NS	40 ml		
环磷酰胺（CTX）	500 mg/m²	iv st	第 1 d

www.dxy.cn/bbs

NS　50 ml
E-阿霉素(ADM)　40 mg/m² | iv　st　第1 d

NS　500 ml
顺铂(DDP)　20 mg/m² | iv gtt　qd　第1～3 d

处方3　间隔21 d重复。

NS　500 ml
鬼臼乙叉甙(VP-16)　80 mg/m² | iv gtt　qd　第1 d

5%GNS　500 ml
氟尿嘧啶(5-FU)　600 mg/m² | iv gtt　qd　第1～3 d

NS　500 ml
顺铂(DDP)　30 mg/m² | iv gtt　qd　第1～3 d

处方4　激素治疗。以下药物可任选一种：

(1) 甲孕酮(MPA)　100 mg　qd
或　400 mg　im　qd　共7 d
继之　400 mg　im　qod
显效后100 mg　每3 d 1次
(1 000 mg/月)　长期维持

(2) 甲地孕酮(MA)　40～80 mg　qd

(3) 氯地孕酮　20～40 mg　qd

(4) 己酸孕酮　500 mg　im　每周2次　持续6～8周
后改为500 mg　im　每周1次　维持

处方5　三苯氧胺　10 mg　bid

【 警　示 】

1. 子宫内膜癌的高危因素：肥胖、糖尿病、高血压、不育、未产、少产、迟绝经以及与雌激素增高有关的妇科疾病或长期使用外源性雌激素。

2. 传统的观点认为，诊断性刮宫术(诊刮术)是子宫异常出血诊断的首选方法，分段诊刮术一直被作为用来诊断子宫内膜癌的金标准。但子宫诊刮术在诊断子宫内膜癌时有2%～6%的假阴性率。最近的观点认为经阴道B超检查(TVS)对诊断子宫内膜癌有很高的敏感性：子宫内膜≤4 mm时假阴性率为0.8%；子宫内膜厚

www.dxy.cn/bbs

度 > 4 mm，其敏感性为 97.7%。随着子宫内膜厚度的增加，阳性结果敏感度也增加，现多主张以 6 mm 为警戒线。TVS 对肌层浸润的敏感性达 80% ~ 100%。

3. 放疗 过去认为子宫内膜癌是放射不敏感的肿瘤，但近年的研究证实内膜癌单纯放疗效果良好，其 Ⅰ ~ Ⅱ 期单纯放疗效果达 60% ~ 80%，但仍有一些学者认为单纯放疗的疗效低于手术 + 放疗。有统计认为手术 + 放疗的疗效达 90%以上。但是单纯放疗仍是手术禁忌病人、老年及晚期病人的首选。

(1) 单纯放疗：① 腔内照射 A 旁及 F 旁总剂量为 45 ~ 50 Gy，每周 1 次，分 6 ~ 7 次完成。② 体外照射：40 ~ 45 Gy，6 周完成。

(2) 术前放疗：① 全剂量照射：腔内加体外照射同单纯放疗，于完成放疗后 2 ~ 3 个月手术(行单纯全子宫 + 双附件切除术)。② 腔内照射：腔内照射 45 ~ 50 Gy，完成后 8 ~ 10 周手术，部分性腔内术前放疗：A 旁及 F 旁总剂量不低于 20 Gy，每周 1 次，分 2 ~ 3 次完成，放疗后 10 ~ 14 d 手术。③ 术前体外照射：不宜腔内照射者，如子宫大于 10 ~ 12 周，或有宫腔外播散。盆腔外照射量 20 Gy，2 ~ 3 周完成，休息 10 ~ 14 d 手术。

(3) 术后放疗：① 术后全盆腔照射 40 ~ 50 Gy，4 ~ 6 周完成；② 腹主动脉旁扩大照射区：总剂量 30 ~ 40 Gy，3 ~ 4 周完成；③ 术后腔内放疗：手术范围不够、有癌残留(或疑癌残存者)，于术后 2 周行腔内放疗 10 ~ 20 Gy，2 ~ 3 周完成。

4. 化疗 多用于特殊病理类型(癌分化差，PR、FR 阴性)或为晚期复发癌的辅助治疗。可选择处方 1 至处方 3 化疗方案 3 ~ 6 疗程。腹腔化疗适用于腹腔冲洗液或腹水找到癌细胞的病人，可选择氟尿嘧啶(5 - FU) 1 000 mg + DDP 50 mg/m^2 + NS 1 500 ml 腹腔内输注，每月 2 ~ 3 次，以术后 2 个月内完成 4 ~ 6 次为好。

5. 激素治疗 子宫内膜癌是激素依赖性肿瘤，孕激素可以直接作用于癌细胞，延缓 DNA 及 RNA 的复制，从而抑制癌细胞的生长。但疾病早期用药后并不能改善生存率及减少复发率，而且孕激素仅对孕激素受体(PR)阳性的病人反应好。另一类激素药物是抗雌激素药物他莫昔芬(三苯氧胺)，它可与 E_2 竞争雌激素受体

www.dxy.cn/bbs

(ER),占据受体而起抗雌激素作用从而抑制肿瘤细胞增殖。长期应用孕激素可使胞浆内 PR 下降而使之对孕酮不敏感,而他莫昔芬的弱雌激素作用可以诱发 PR 的产生。因此孕激素和三苯氧胺联合应用时,病人对孕激素的敏感性增加。因此,单独孕激素治疗 3 个月后应加用三苯氧胺 1 个月。激素治疗的时间目前尚无统一看法,但至少应用药 1 年以上。

6. 子宫浆液性乳头状腺癌(UPSC) 为子宫内膜癌的特殊亚型,其恶性程度高,分化低,预后差,激素治疗无效,其治疗与卵巢浆液性囊腺癌相同,即肿瘤细胞减灭术(包括大网膜切除)加术后辅助化疗,可选处方 1 或处方 2,6~8 个疗程,有子宫外癌变者需加腹腔化疗。

7. 子宫内膜癌早期病人的 5 年生存率可达 80%~90%,而晚期疗效差,Ⅲ~Ⅳ期的 5 年生存率仅达 5%~30%。因此,早期诊断、早期治疗显得尤为重要,特别是对高危人群应引起重视。另外,治疗以后的随访也不可忽视。随访时间:2 年以内每 3~6 个月 1 次,3~5 年每 6 个月至 1 年 1 次。

第五节 子宫肉瘤

子宫肉瘤是较罕见的、恶性程度较高的女性生殖器肿瘤,来源于子宫肌层或肌层内的结缔组织。占子宫恶性肿瘤的 2%~4%。好发于绝经前后的妇女,好发年龄在 50 岁左右。而宫颈葡萄状肉瘤则多见于幼女。根据不同的组织发生来源,主要有平滑肌肉瘤、淋巴管内间质肌病、内膜间质肉瘤、恶性苗勒管混合瘤。

【诊断要点】

1. 诊断依据

(1) 绝经前后妇女或幼女有阴道不规则流血伴子宫增大。

(2) 子宫肌瘤在短期内迅速增大。

(3) 腹胀、腹痛、腹部肿块以及产生的压迫症状,少数病人有阴道分泌物增多。

(4) 晚期病人出现贫血、消瘦、恶病质症状以及远处转移症状。

www.dxy.cn/bbs

(5) 子宫增大,外形不规则,结节状,质实偏软。

(6) 诊断性刮宫是确诊的依据。

2. 手术、病理分期 如表 14-5。

表 14-5 子宫肉瘤的分期(FIGO,1988 年)

分 期	标 准
Ⅰ期	肉瘤局限于宫体
Ⅱ期	肉瘤已侵犯宫颈
Ⅲ期	肉瘤侵犯达子宫体外并累及盆腔脏器
Ⅳ期	肿瘤转移到上腹部或远处脏器

3. 病理类型与受体阳性率 如表 14-6。

表 14-6 子宫肉瘤病理类型受体阳性率

子宫肉瘤病理类型	ER 阳性率	PR 阳性率
子宫平滑肌肉瘤	60%	60%
子宫内膜间质肉瘤	78%	22%
子宫恶性中胚叶混合瘤	42%	19%

【治疗要点】

1. 手术治疗 是治疗的主要手段,以经行全子宫+双附件切除术为主,近年来已倾向于根据病理类型决定手术范围,如表 14-7。

表 14-7 子宫肉瘤的手术范围

病 理 类 型	手 术 术 式
子宫平滑肌肉瘤	次广泛子宫+双附件+盆腔淋巴结清除术

www.dxy.cn/bbs

续 表

病理类型	手术术式
淋巴管内间质肉瘤 低度恶性子宫内膜间质肉瘤	广泛性子宫+双附件+盆腔淋巴结清除术
恶性苗勒管混合瘤	广泛性子宫+双附件+盆腔淋巴结清除+大网膜切除术

2. 放疗 用于临床晚期、复发、分化程度差、血管内有瘤栓病人。

3. 化疗 作为手术、放疗的辅助手段，或姑息性治疗。

【处 方】

处方1

5%GNS 500 ml
异环磷酰胺(IFO) 1.5 g/m² | iv gtt qd 共5 d
美司纳(Mesna) 400 mg iv IFO用后0 h、4 h、8 h各1次

NS 500 ml
顺铂(DDP) 50 mg/m² | iv gtt st 第1 d

处方2 3周重复。

NS 30 ml
长春新碱(VCR) 2 mg | iv st 第1 d

NS 30 ml
环磷酰胺(CTX) 400 mg | iv qd 第1～3 d

NS 50 ml
阿霉素(ADM) 40 mg/m² | iv st 第1 d

5%GNS 500 ml
氮烯咪胺(DTIC) 100 mg | iv gtt qd 第1～5 d

处方3 3周重复。

www.dxy.cn/bbs

NS　500 ml
顺铂(DDP)　50 mg/m² | iv gtt　st　第 1 d

5%GNS　500 ml
表阿霉素(E-ADM)　60 mg/m² | iv gtt　st　第 1 d

处方 5　孕激素治疗。以下药物可任选一种：

(1) 甲孕酮　100 mg　qd

(2) 甲地孕酮　80～160 mg　qd

(3) 氯地孕酮　20～40 mg　qd

(4) 己酸孕酮　500 mg　im　每周 2 次　持续 6～8 周
后改为 500 mg　im　每周 1 次维持

【警　示】

1. 子宫肉瘤的症状无特殊性，与一般女性生殖器肿瘤症状类似，因此术前诊断较为困难，而大多数子宫肉瘤病情发展快，恶性程度高，因此我们应通过阴道脱落细胞涂片、取子宫内膜、刮宫或宫颈口活组织检查等手段来提高术前的诊断率。

2. Levenback 认为肿瘤小、低度恶性并由子宫肌瘤恶变而来的子宫平滑肌肉瘤，病人年轻希望保留生育功能可考虑行肿瘤切除而保留子宫，但迄今未见保留子宫完成生育的报道。对于临床期别早的平滑肌肉瘤，特别是由肌瘤恶变而来的年轻病人可考虑保留卵巢，但应密切随访观察。子宫内膜间质肉瘤其表达雌激素受体，卵巢甾体类激素可以刺激肿瘤生长，应常规切除卵巢。子宫恶性中胚叶混合瘤恶性程度高，即使是早期(Ⅰ、Ⅱ期)也有 12%的附件转移，40%的宫旁血管受累，且其大网膜转移率高，因此应常规切除卵巢及大网膜。

3. 盆腔复发是子宫肉瘤重要的临床生物学行为之一，也是影响该病预后的主要因素之一，有资料显示，术后辅以放疗可减少局部肿瘤的复发，但对总生存率的提高尚存争议。一般采用全盆腔外照 50 Gy。放疗指征：临床期别晚，分化程度差，血管内有瘤栓。

4. 子宫肉瘤具有早期血行转移的临床特点，即使是临床Ⅰ～Ⅱ期术后 3 年内也有较高的肺转移率，术后辅以化疗为主的全身治疗以延缓肿瘤复发已日益受到重视。其中处方 1 的有效率

www.dxy.cn/bbs

32.2%，CR17.9%，PR14.3%，处方 2 有效率 19%，CR8%，PR11%。目前美国 GOG 建议处方 1 + 处方 2 联合应用，而处方 3 的有效率 23% ~ 55%，1997 年 Jelic 应用处方 4 化疗有效率达 54%，且处方 4 较处方 3 应用起来简单、方便，疗效与处方 3 相当。

5. 目前的临床观察：孕激素对子宫内膜间质肉瘤和中胚叶混合瘤有一定的疗效，其中内膜间质肉瘤的有效率高达 50%。因此有学者建议孕激素不仅要用于复发或转移病人，还应作为术后基本的辅助治疗之一。

（邱云芬）

www.dxy.cn/bbs

第十五章 卵巢肿瘤

第一节 卵巢良性肿瘤

【诊断要点】

1. 早期多无症状，肿瘤较大时常感腹胀或腹部扪及肿块，少数出现压迫症状。

2. 子宫一侧或双侧触及球形肿块，囊性或实性，表面光滑，活动度良好。

3. B超提示一侧或双侧附件区液性暗区，可有间隔光带，边缘清晰。

【治疗要点】

手术治疗是卵巢良性肿瘤的惟一有效手段，发生卵巢囊肿蒂扭转时应急诊处理。

【处 方】

无具体药物处方。

【警 示】

1. 卵巢良性肿瘤一经确诊即应手术治疗。可根据病人年龄及有无生育要求决定手术范围。年轻、单侧良性肿瘤应行患侧附件或卵巢切除术或卵巢肿瘤剥出术，保留对侧正常卵巢。双侧卵巢肿瘤应争取行卵巢肿瘤摘除或剥出术，以保留部分卵巢组织。绝经期前后则行全子宫加双附件切除术。手术过程中必须完整取出肿瘤，若囊肿巨大可穿刺放液，待体积缩小后取出。标本取出后应尽可能作冰冻切片组织学检查。

2. 妇科门急诊常遇到的急腹症 卵巢肿瘤蒂扭转。其典型的症状是突发一侧下腹剧痛，伴恶心、呕吐甚至休克，可扪及肿块张力较大，有压痛并有肌紧张，一经确诊应立即行剖腹手术，术时应在蒂根下方钳夹，将肿瘤和扭转的瘤蒂一并切除。钳夹前切不可

www.dxy.cn/bbs

回复扭转，以防栓塞脱落。

第二节　卵巢恶性肿瘤

卵巢恶性肿瘤是女性生殖系统三大恶性肿瘤之一，其发病率占女性恶性肿瘤的 2.4% ~ 5.6%，但死亡率占妇女生殖道癌瘤之首。

【诊断要点】

1. 诊断依据

(1) 腹胀、腹痛、腹部肿块，有时可表现为尿少。

(2) 压迫症状　可出现下肢水肿，大便秘结，肛门坠胀等。

(3) 若为功能性肿瘤可产生相应的雌激素或雄激素过多症状。

(4) 晚期表现为消瘦、贫血或恶病质。

(5) 阴道后穹隆触及盆腔散在性、质硬的结节或肿块，多为双侧性、实性或半实性、表面高低不平、固定不动，常伴有腹水。

(6) B 超或 CT 检查　可发现肿块轮廓不规则，向周围浸润或伴腹水。

(7) 肿瘤标志物　① CA_{125}：80%的卵巢上皮癌病人 CA_{125} 水平高于正常值；90%以上病人 CA_{125} 水平的消长与病情缓解或恶化相一致，尤其对浆液性腺癌更具特异性。② AFP：对卵巢内胚窦瘤有特异性价值，或未成熟畸胎瘤，混合性无性细胞瘤中含卵黄带成分者有协助诊断意义。③ HCG：对原发性卵巢绒癌有特异性的诊断价值。④ 性激素测定：颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤产生较高水平雌激素。个别产生雄激素。

2. 临床分期　如表 15 - 1。

表 15 - 1　卵巢癌分期(FIGO，1986 年)

分　期	病　变　范　围
Ⅰ期	病变局限于卵巢
Ⅰa	病变局限于一侧卵巢，包膜完整，表面无肿瘤、无腹水

www.dxy.cn/bbs

续 表

分 期	病 变 范 围
Ⅰb	病变局限于双侧卵巢，包膜完整、表面无肿瘤、无腹水
Ⅰc*	Ⅰa或Ⅰb期病变已穿出卵巢表面；或包膜破裂；或在腹水或腹腔冲洗液中找到癌性细胞
Ⅱ期	病变累及一侧或双侧卵巢，伴盆腔转移
Ⅱa	病变扩展或转移至子宫或卵管
Ⅱb	病变扩展至其他盆腔组织
Ⅱc*	Ⅱa或Ⅱb期病变、肿瘤已穿出卵巢表面；或包膜破裂；或在腹水或腹腔冲洗液中找到癌性细胞
Ⅲ期	病变累及一侧或双侧卵巢，伴盆腔以外种植或腹膜后淋巴结或腹股沟淋巴结转移，肝浅表转移属于Ⅲ期
Ⅲa	病变大体所见局限于盆腔，淋巴结阴性，但腹腔腹膜有种植
Ⅲb	腹腔腹膜种植瘤直径＜2 cm，淋巴结阴性
Ⅲc	腹腔腹膜种植瘤直径＞2 cm，或伴有腹膜后或腹股沟淋巴结转移
Ⅳ期	远处转移，腹水存在时需找到恶性细胞；肝转移需累及肝实质

注 * Ⅰc及Ⅱc：如细胞学阳性，应注明是腹水还是腹腔冲洗液，如包膜破裂，应自然破裂或手术操作时破裂

【治疗要点】

卵巢恶性肿瘤的治疗原则以手术治疗为主，加用化疗、放疗等综合治疗。

【 处 方 】

处方1 CAP方案。间隔3～4周重复。

NS	500 ml	
顺铂(DDP)	30～40 mg	iv gtt qd 第1～3 d

www.dxy.cn/bbs

NS　60 ml
阿霉素(ADM)　50 mg　iv　st　第 1 d

NS　60 ml
环磷酰胺(CTX)　400 mg　iv　qd　第 1～3 d

处方 2　CP 方案。间隔 3 周重复。

NS　60 ml
环磷酰胺(CTX)　400 mg　iv　qd　第 1～3 d

NS　500 ml
顺铂(DDP)　75 mg/m^2　iv gtt　st　第 1 d

处方 3　HCAP 方案。间隔 4 周重复。

NS　60 ml
环磷酰胺(CTX)　300 mg/m^2　iv　qd　第 1～3 d

六甲密胺(HMM)　150 mg/m^2　qd　第 8～21 d

NS　60 ml
阿霉素(ADM)　20 mg/m^2　iv　第 1、8 d 各 1 次

NS　500 ml
顺铂(DDP)　60 mg　iv gtt　st　第 1 d

处方 4　IP 方案。间隔 4 周重复。

NS　500 ml
顺铂(DDP)　60 mg　iv gtt(1 h)　st

NS　500 ml
异环磷酰胺(IFO)　4 g/m^2　iv gtt(24 h)　st

NS　500 ml
美司纳(Mesna)　4 g/m^2　iv gtt(24 h)　st

NS　500 ml
美司纳(Mesna)　2 g/m^2　iv gtt(6 h)　st

处方 5　3 周重复。

NS　500 ml
顺铂(DDP)　75 mg/m^2　iv gtt　st　第 1 d

www.dxy.cn/bbs

NS 500 ml
泰素(Taxol) 135 mg/m² | iv gtt(3 h) st 第1 d

处方6 4周重复。

5%GS 500 ml
卡铂(CP) 300 mg/m² | iv gtt st 第1 d

NS 500 ml
泰素(Taxol) 135 mg/m² | iv gtt(3 h) st 第1 d

处方7 VAC方案。间隔4周重复。

NS 30 ml
长春新碱(VCR) 1.5 mg/m² | iv 第1、15 d各1次

NS 500 ml
更生霉素(KSM) 0.4 mg | iv gtt qd 第1～5 d

NS 60 ml
环磷酰胺(CTX) 150 mg/m² | iv qd 第1～5 d

处方8 VBP方案。间隔3周重复。

NS 30 ml
长春新碱(VCR) 1.5 mg/m² | iv 第1、2 d各1次

NS 20 ml
博莱霉素(BLM) 15 mg/m² | iv qd 第1～5 d

吲哚美辛(消炎痛)栓剂 100 mg 塞肛 st(用博来霉素前30 min)

NS 500 ml
顺铂(DDP) 20 mg/m² | iv gtt qd 第1～5 d

处方9 BEP方案。间隔3周重复。

NS 20 ml
博莱霉素(BLM) 10～15 mg/d | iv qd 第1～3 d

NS 500 ml
鬼臼乙叉甙(VP-16) 100 mg/m² | iv qd 第1～3 d

NS 500 ml
顺铂(DDP) 100 mg/m² | iv gtt st 第1 d

www.dxy.cn/bbs

处方 10　间隔 3 周重复。

NS	500 ml	
顺铂(DDP)	20 mg/m²	iv gtt　qd　第 1 ~ 5 d
NS 或 5%GNS	250 ml	
拓朴替康	1.25 mg/m²	iv gtt(不少于 30 min)　qd　第 1 ~ 5 d

处方 11　腹腔化疗。"(1) ~ (3)"任选其一：

(1) 氟尿嘧啶(5 - FU)	1.0 g	
顺铂(DDP)	60 mg	
丝裂霉素(MMC)	6 mg	
NS	2 000 ml	腹腔灌注　每周 1 次　共 3 次
(2) 氟尿嘧啶(5 - FU)	1.0 g	
顺铂(DDP)	60 mg	
消瘤芥(AT_{1258})	40 mg	
NS	2 000 ml	腹腔灌注　每周 1 次　共 3 次
(3) 顺铂(DDP)	100 mg/m²	
鬼臼乙叉甙(VP - 16)	200 mg/m²	
NS	2 000 ml	腹腔灌注　2 个月内完成 3 次

【警　示】

1. 卵巢恶性肿瘤的治疗应以手术为主，加用化疗、放疗。

(1) 卵巢恶性上皮性肿瘤 I_a、I_b 期作全子宫 + 双附件切除术，I_c 期全子宫 + 双附件 + 大网膜切除术，Ⅱ期以上应行肿瘤细胞减灭术(包括全子宫 + 双附件 + 大网膜 + 阑尾 + 转移灶甚至腹膜后淋巴结部分膀胱或直肠等，尽量使残余灶直径 < 2 cm。术后加用化学治疗以 CAP 方案为主。可选处方 1、处方 2、处方 3 中任一方案，其二线方案可任选处方 4、处方 5、处方 6、处方 10 共 6 ~ 8 疗程。I_c 期以上加腹腔化疗可选处方 11 中任一方案共 3 ~ 4 疗程。术后化疗应强调早期，及时足量的原则。卵巢上皮性恶性肿瘤保留生

www.dxy.cn/bbs

育功能适应证：① 肿瘤局限于一侧卵巢的 FIGO Ⅰ期无腹水、无粘连。② 肿瘤表面光滑无外生乳头、未破裂。③ 病理组织学检查为交界性或高分化，腹水冲洗液阴性，对侧卵巢楔形切除活检阴性。④ 行大网膜切除并详细切片检查阴性。

(2) 生殖细胞肿瘤的治疗　仍以手术为主。过去对待生殖细胞肿瘤的手术治疗原则与对待卵巢上皮癌是一致的，但近年来由于已找到很有效而敏感的化疗方案，加之生殖细胞肿瘤多见于青春期及生育期妇女，作双侧附件切除，将对侧正常卵巢、卵管切除并不会对预后带来好处，故在选择手术范围时应特别强调保留生育功能及生活质量，一般讲手术范围包括卵巢原发肿瘤、大网膜及盆腹腔内种植瘤切除，手术不宜给病人带来过多的创伤，残存的小量癌组织可依靠化疗来予以消灭。术后化疗可选择处方 7、处方 8、处方 9 中任一方案，近年来多选处方 8、处方 9，处方 9 的副反应更小，Ⅰ期用药 3～4 疗程，Ⅱ期～Ⅳ期用药 4～6 疗程。

(3) 卵巢性腺间质肿瘤　以颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤及纤维瘤多见，但卵泡膜细胞瘤及纤维瘤为良性肿瘤，恶性很少见。颗粒细胞瘤的治疗原则仍以手术为主，化疗和放疗为辅，由于其晚期复发的特征，应长期随诊。对于年轻或生育年龄并有生育要求者，如为单侧肿瘤，包膜完整，肿瘤活动，对侧卵巢正常，子宫内膜术前诊断性刮宫排除恶性情况，可行单侧附件切除，绝经病人作全子宫＋双附件切除。Ⅱ期以上病例应施行肿瘤细胞减灭术（包括全子宫＋双附件＋大网膜以及肉眼可见的转移瘤、腹膜后淋巴结切除术）。术后配合处方 8 化疗 3～6 个疗程。

2. 放射治疗　无性细胞瘤是一种对放射线极度敏感及放疗可治愈的肿瘤，手术＋放疗可使存活率达 100%，但由于无性细胞瘤多数为年轻病人，盆腔部的放疗将影响生理及生育功能加之近年来有效化疗方案的形成，使化疗有可能取代放疗在无性细胞瘤治疗中的地位，但病人已有小孩而肿瘤又为晚期，转移或复发瘤较多，术后可辅以放疗，晚期转移复发的病人也仍应用放疗。另外放疗作为卵巢恶性肿瘤综合治疗的一部分在晚期及复发病人的治疗中仍起一定的作用。一般盆腔照射 20 Gy，腹腔 20 Gy。

www.dxy.cn/bbs

3. 20世纪80年代初，美国国立癌症研究所提出恶性肿瘤治疗的新概念，生物反应调节(Bilogical response modifies)理论，并进而建立了肿瘤的第四种治疗模式——生物治疗。目前临床上较常用于卵巢癌辅助治疗的有干扰素、白介素-2、LAK细胞的过继性免疫治疗等。理论上，免疫治疗是一种理想的治疗方法，它是一种全身治疗，按零级动力学消灭肿瘤细胞。对晚期肿瘤病人单纯施行免疫治疗，疗效往往不佳。

4. 紫杉醇(Taxol)治疗方法

(1) 化疗前用药：化疗前6 h及12 h各口服地塞米松片剂20 mg，30 min前口服苯海拉明50 mg，静注西米替丁300 mg以防超敏反应。

(2) 剂量和用法：以往用一种或二种化疗方案者，给紫杉醇175 mg/m^2，若以往已用3种以上化疗方案者则给135 mg/m^2。紫杉醇必须溶于生理盐水或葡萄糖盐液500 ml中静脉滴注，最终浓度不超过1.2 mg/ml，均用3 h滴完，3周重复。

(3) 注意事项：① 静脉滴注前应尽可能混匀，溶液中若有大颗粒存在，则应废弃；② 不可用聚氯乙烯输液袋及输液器，只能用玻璃瓶或聚乙烯输液器，其中应配有0.22 μm口径的醋酸薄膜滤网。③ 化疗开始后1 h内，每15 min测血压、脉搏、呼吸1次，注意超敏反应。

5. 卵巢癌易于复发，应长期随访和监测。术后1年内，每个月1次；术后第2年，每3个月1次，术后第3年，每6个月1次；3年以上，每年1次。监测内容有临床症状、体征、全身及盆腔检查、B超检查，必要时作CT或MRI检查。肿瘤标志物的测定，卵巢上皮性癌应监测CA_{125}；内胚窦瘤、未成熟畸胎瘤、混合性无性细胞瘤中含卵黄囊成分者监测AFP；原发性卵巢绒癌监测HCG；颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤等监测雌、雄激素。

第三节　转移性卵巢肿瘤

一切从其他器官转移至卵巢的肿瘤，都叫做转移性卵巢瘤或

www.dxy.cn/bbs

继发性卵巢瘤。

【诊断要点】

1. 原发肿瘤病史，但相当部分病人无原发肿瘤史。

2. 腹胀、腹痛、腹部肿块，部分病人可表现为阴道不规则出血。

3. 盆腹腔扪及肿块，多为双侧性，肿瘤多为实性，部分为囊实性，表面光滑，尚活动。腹水常见。

4. 胃肠道钡餐、胃镜、纤维结肠镜检查协助原发肿瘤诊断。

【治疗要点】

根据病人的具体情况，尽量选用手术治疗，并辅以化疗。放疗效果不肯定。根据原发肿瘤的部位和性质，选择适当的化疗抗癌药，如 CTX、5－FU、ADM、MMC、DDP 等。

【 处 方 】

处方 1 CAF 方案。适用于乳癌转移病人，可加服三苯氧胺。

NS 60 ml
环磷酰胺(CTX) 600 mg/m² | iv st 第 1 d

5%GNS 500 ml
氟尿嘧啶(5－FU) 10～20 mg/kg | iv gtt(8 h) qd 共 5 d

NS 60 ml
阿霉素(ADM) 40 mg/m² | iv st 第 1 d

处方 2 适用于胃癌转移病人。

NS 30 ml
丝裂霉素(MMC) 8 mg | iv st 第 1 d

5%GNS 500 ml
氟尿嘧啶(5－FU) 10～20 mg/kg | iv gtt(8 h) qd 共 5 d

NS 60 ml
阿霉素(ADM) 40 mg/m² | iv st 第 1 d

NS 500 ml
顺铂(DDP) 20 mg/m² | iv gtt qd 共 5 d

www.dxy.cn/bbs

处方3 适用于肠癌转移病人.

NS	60 ml	
环磷酰胺(CTX)	600 mg/m²	iv st
5%GNS	500 ml	
氟尿嘧啶(5-FU)	10~20 mg/m²	iv gtt(8 h) qd 共5 d
NS	60 ml	
阿霉素(ADM)	40 mg/m²	iv st
NS	30 ml	
丝裂霉素(MMC)	8 mg	iv st

处方4 腹腔化疗。

氟尿嘧啶(5-FU)	1.0 g	
顺铂(DDP)	80 mg	
消瘤疗(AT_{1258})	40 mg	
NS	2 000 ml	腹腔滴注 st

【警 示】

1. 转移性卵巢癌的预后差,生存率低,文献报道平均生存12.5个月,其治疗原则是积极治疗原发癌,根据病人的情况、原发癌的部位和范围以及转移灶的大小、范围等选择治疗方法。可配合手术、化疗甚至放疗等。

2. 手术范围 根据病人的具体情况而定,多数情况下行全子宫+双附件切除术。如病人一般情况差或盆腔广泛转移可仅作双侧附件切除。对于符合以下条件可行全子宫+双附件切除,同时尽可能切除盆腔转移瘤:① 原发瘤可以切除;② 原发瘤已切除且无复发迹象;③ 找不到原发瘤;④ 大网膜饼状可切除的转移局限于盆腔。

3. 化疗可作为转移性卵巢肿瘤术后的辅助化疗或姑息性治疗。有腹水者可腹腔用药,如处方4。

4. 放射治疗 一般帮助不大,但如转移瘤局限于盆腔手术未能彻底切除者,术后可加用放疗。

(邱云芬)

www.dxy.cn/bbs

第十六章 滋养细胞疾病

第一节 葡 萄 胎

葡萄胎(hydatidiform mole),亦称水泡状胎块,是指妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生,终末绒毛转变成水疱,水疱间相连成串,形如葡萄得名,可分为:

1. 完全性葡萄胎(complete hydatidiform mole,CHM) 整个子宫腔充满水疱,胎盘绒毛全部受累,无胎儿及其附属物可见。

2. 部分性葡萄胎(partial hydatidiform mole,PHM) 仅部分胎盘绒毛发生水疱状变性,有滋养细胞增生,可以有或无胎儿,其特点是很少转化为恶性。

【诊断要点】

1. 闭经及阴道出血 常于闭经1~2个月开始反复阴道出血,量时多时少,有不同程度贫血,偶有水疱状组织排出。

2. 腹痛 由于葡萄胎增长迅速,子宫过快扩张时,可有下腹胀痛。此外,在阴道出血前,子宫收缩而出现阵发性腹痛。如有黄素囊肿扭转时,可出现急腹痛。

3. 子宫异常增大,常常超过正常妊娠月份,有时可在双附件处触及囊性包块。

4. 妊娠剧吐及妊高征 妊娠呕吐较正常妊娠重,且妊娠早、中期即可出现妊高征,甚至发生急性心力衰竭或子痫。

5. 血或尿HCG检查 需连续定量血及尿中HCG,葡萄胎HCG水平高于相应月份的正常妊娠水平,常大于100 kU/L,且在孕12周后HCG仍不下降。

6. 超声检查 A超可测出子宫增大,大于正常妊娠月份水平,并出现M波及μ波,尤其测不到胎动及胎心反射。B超检查出现"落雪状图像"。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

1. 清宫。

2. 子宫切除术。年龄超过 40 岁者，可考虑单纯全子宫切除，保留附件。

3. 黄素囊肿处理 一般不需处理，如发生扭转，在 B 超引导下穿刺吸液后可自行复位。如扭转时间长，则应行患侧附件切除。

4. 化疗预防恶化。

5. 随访及避孕。

【处 方】

预防性化疗，以下方案可任选一种：

(1) 5%GNS 500 ml
氟尿嘧啶(5-FU) 28~30 mg/kg iv gtt qd (维持 8 h)
共 10 d

(2) 5%GNS 或 NS 500 ml
放线菌素 D(更生霉素，KSM) 8~10 μg/kg iv gtt qd
(维持 4 h) 共 10 d

(3) 5%GNS 或 NS 500 ml
放线菌素 D(更生霉素，KSM) 12 μg/kg iv gtt qd
(维持 4 h) 共 5 d

【警 示】

1. 半数以上病人子宫大于停经月份，但子宫等于或小于停经月份者，亦不能排除葡萄胎，因为稽留流产型的葡萄胎病人，其子宫往往小于停经月份。

2. 葡萄胎显微镜下所见 ① 滋养细胞有不同程度的增生。② 绒毛间质水肿，并有水疱形成。③ 间质内血管消失或极稀少。滋养细胞增生是葡萄胎最重要的特征。目前，临床上将滋养细胞增生分为三级：Ⅰ级：无增生或轻度增生，无分化不良或轻度分化不良，绒毛间可见小片滋养细胞团；Ⅱ级：中度增生，伴中度或轻度分化不良，绒毛间个别地区可见大片增生的滋养细胞团；Ⅲ级：高度增生，中度或高度分化不良，滋养细胞高度增生，增生的滋养细胞面积常超过绒毛面积。不少学者企图根据其滋养细胞增生分级

www.dxy.cn/bbs

来预测葡萄胎的预后。Park 曾指出轻度增生的有 1%恶变机会，重度增生的将有 10%恶变。

3. 葡萄胎一经确诊，应立即清宫。在葡萄胎排出时，可出现大出血，故必须在输血、输液情况下行清宫术。术前给予预防性抗感染，并在充分扩张宫颈后静滴缩宫素，促进子宫收缩，可防止子宫出血及子宫穿孔，并以 8 号以上吸头负压吸引。同时，第一次清宫不宜刮宫过甚，可在抗感染一周后第二次刮宫，刮出残余葡萄胎。两次刮出的组织均需送病理检查，以明确是否需要化疗。

4. 良性葡萄胎恶变率为 3%～14.5%，发生下列情况者应用预防性化疗：① 年龄大于 40 岁的葡萄胎病人；② 吸宫前子宫比相应的妊娠月份明显大以及血及尿的 HCG 异常增高；③ 葡萄胎排出前有咯血等疑有转移灶者；④ 排出的葡萄胎组织主要为小水疱（直径 0.1～0.2 cm）；⑤ 第二次刮宫仍刮出生长活跃的滋养细胞；⑥ 葡萄胎排出后仍有阴道出血，再次刮宫后无效，需反复输血者；⑦ 尿 HCG 值在葡萄胎排出后 4～6 周持续不降或一度下降后又持续上升者。①～③在清宫前即开始化疗 3 d，清宫后继续完成一疗程化疗。④～⑦应立即化疗，可作 1～2 次疗程，如化疗后 HCG 仍高，则按恶性处理。

5. 清宫后每周复查血 HCG 至正常水平，以后每周查 HCG 共 3 个月，以后 3 个月则每半月复查 1 次，然后每月 1 次，共 6 次。第二年起每半年复查 1 次，共随访 2 年。在这 2 年中，需采用男用避孕套，或阴道隔膜避孕，不宜用宫内节育器及口服避孕药。

6. 葡萄胎与胎儿共存者，如月份较小时可终止妊娠，如已至妊娠晚期，胎儿存活，可待足月分娩，以后视情况再行预防性化疗。

第二节　侵蚀性葡萄胎

侵蚀性葡萄胎（invasine mole）指葡萄胎组织侵入子宫肌层局部，少数转移至子宫外，因其具有恶性肿瘤行为而命名。多数在良性葡萄胎清宫后 6 个月之内发生，占葡萄胎的 5%～20%。

www.dxy.cn/bbs

【诊断要点】

1. 葡萄胎清宫术后半年内出现阴道不规则出血，量可多可少。少数病人出现肺、阴道、脑转移等的相应症状和体征。

2. 子宫可增大、质偏软，部分病人可扪及附件囊性包块。

3. HCG 测定 葡萄胎清除 8 周以上，血 HCG 仍处于高水平或下降至正常后再次升高，并已排除葡萄胎残留及再次妊娠。脑积液 HCG：血清 HCG < 1:60 则考虑为脑转移。

4. B 超可见蜂窝样组织侵入子宫肌壁内。

5. X 线胸片示 肺野外带单个或多个半透明小圆形阴影，晚期呈棉球状或团块状。

【治疗要点】

参考“第十六章滋养细胞疾病第三节绒毛膜细胞癌”。

【处 方】

参考“第十六章滋养细胞疾病第三节绒毛膜细胞癌”。

【警 示】

参考“第十六章滋养细胞疾病第三节绒毛膜细胞癌”。

第三节 绒毛膜细胞癌

绒毛膜细胞癌（choriocarcinoma）为一种高度恶性肿瘤，早期就可通过血道转移至全身，破坏组织及器官，引起出血坏死。常见的转移部位依次为肺、阴道、脑及肝脏。

【诊断要点】

1. 诊断依据

（1）葡萄胎清宫后 1 年以上或流产、分娩、异位妊娠后出现阴道不规则出血，部分病人出现肺、阴道、脑等器官转移的相应症状和体征。

（2）HCG 测定 一般 β-HCG 在人工流产后 30 d、自然流产后 19 d、足月分娩后 12 d、异位妊娠后 8～9 d 降至正常，若超过上述时间仍持续在高值并有上升，脑积液 β-HCG：血清 β-HCG < 1:120，考虑有脑转移。

www.dxy.cn/bbs

(3) B超检查　蜂窝样组织侵入子宫肌壁内，彩超示低阻抗血流丰富信号。

(4) 肺转移　X线胸片示肺野单个或多个透明小圆形阴影，晚期呈棉球状或团块状。

(5) 组织学检查　送检标本中见大片分化不良的细胞滋养细胞和全体滋养细胞以及出血、坏死，未见绒毛结构。

2. 侵蚀性葡萄胎与绒毛膜细胞癌的鉴别　如表16-1。

表16-1　侵蚀性葡萄胎与绒毛膜细胞癌的鉴别

	侵蚀性葡萄胎	绒毛膜细胞癌
病　史	葡萄胎清宫后6个月以内	葡萄胎清宫后1年以上或流产、分娩、异位妊娠后
组织学	原发灶或转移灶内可发现绒毛	无论原发灶还是转移灶均无绒毛
转　移	较少转移至肝脏及大脑	易转移至肝脏及大脑
预　后	好	差

3. 滋养叶细胞肿瘤的分期　如16-2。

表16-2　滋养叶细胞肿瘤的分期

国内分期(1962年)		FIGO分期(1991年)	
分　期	病变范围	分　期	病变范围
Ⅰ期	病变局限于子宫	Ⅰ期	病变局限于子宫
		$Ⅰ_a$	无高危因素
		$Ⅰ_b$	有1个高危因素
		$Ⅰ_c$	有2个高危因素
Ⅱ期	病变转移至盆腔、阴道	Ⅱ期	病变超出子宫，但局限于生殖系统

www.dxy.cn/bbs

续 表

国内分期(1962 年)		FIGO 分期(1991 年)	
分 期	病 变 范 围	分 期	病 变 范 围
Ⅱa	转移至宫旁组织或附件	Ⅱa	无高危因素
Ⅱb	转移至阴道	Ⅱb	有 1 个高危因素
		Ⅱc	有 2 个高危因素
Ⅲ期	病变转移至肺	Ⅲ期	病变累及肺,伴或不伴生殖系统受累
Ⅲa	单个病灶直径或片状阴影不超过一侧肺的一半	Ⅲa	无高危因素
Ⅲb	肺转移超过Ⅲa范围	Ⅲb	有 1 个高危因素
		Ⅲc	有 2 个高危因素
Ⅳ期	病变转移至脑、肝、肠、肾等处(全身转移)	Ⅳ期	所有其他部位转移
		Ⅳa	无高危因素
		Ⅳb	有 1 个高危因素
		Ⅳc	有 2 个高危因素

注 高危因素:治疗前 HCG > 100 kU/L,病程(从先行妊娠算起) > 6 个月。

【治疗要点】

绒毛膜细胞癌应以化疗为主,手术为辅,尤其是侵蚀性葡萄胎,化疗几乎要完全代替手术,但手术治疗在控制出血、感染等并发症及切除残存或耐药病灶方面仍占重要地位。

【 处 方 】

处方 1 单药化疗,适用于Ⅰ期病人,(1)~(4)可任选一种,

www.dxy.cn/bbs

(5)为脑转移者加用。

(1) 5%GNS 500 ml
氟尿嘧啶(5-FU) 28~30 mg/kg | iv gtt (8 h) qd 共 10 d

(2) 5%GNS 500 ml
放线菌素 D(更生霉素,KSM) 8~10 μg/kg | iv gtt qd 共 10 d

(3) 氟尿嘧啶(5-FU) 26 mg/(kg·d) 口服 qd 共 10 d

(4) NS 500 ml
氟尿嘧啶(5-FU) 26~28 mg/kg | 动脉滴注 qd 共 10 d

(5) 双蒸水 4~6 ml
甲氨蝶呤(MTX) 10~15 mg | 鞘内注射 隔 2~3 d 1 次(总量 50 mg)

处方 2 二联化疗,适用于Ⅱ期~Ⅲa期病人,(1)~(3)可任选一种。(1)与(2)每 3 周一疗程;(3)每 2 周一疗程,但易出现耐药。

(1) 5%GNS 500 ml
氟尿嘧啶(5-FU) 26~28 mg/kg | iv gtt(8 h) qd 共 8 d

5%GNS 500 ml
放线菌素 D(更生霉素,KSM) 6 μg/kg | iv gtt qd 共 8 d

(2) 5%GNS 500 ml
甲氨蝶呤(MTX) 0.3~0.4 mg/kg | iv gtt qd 共 5 d

5%GNS 500 ml
放线菌素 D(更生霉素,KSM) 8 μg/kg | iv gtt qd 共 5 d

www.dxy.cn/bbs

(3) 甲氨蝶呤(MTX) 1 mg/(kg·d) im 第1、3、5、7 d各1次
四氢叶酸(CF) 0.1 mg/(kg·d) im 第2、4、6、8 d各1次

处方3 三联或三联以上方案，适用于Ⅲ$_b$～Ⅳ期，(1)～(4)可任选一种：

(1) MAC方案，每3周一疗程。

5%GNS	500 ml	iv gtt
放线菌素D(更生霉素，KSM)	400 μg	

第1、4、7、10、13 d各1次

NS	60 ml	iv 第2、5、8、11、14 d各1次
环磷酰胺(CTX)	400 mg	

双蒸水	20 ml	iv 第3、6、9、12 d各1次
甲氨蝶呤(MTX)	20 mg	

(2) MAC方案，每3周一疗程。

NS	500 ml	iv gtt qd 共5 d
甲氨蝶呤(MTX)	0.3 mg/kg	

5%GNS	500 ml	iv gtt qd 共5 d
放线菌素D(更生霉素，KSM)	8 μg/kg	

NS	60 ml	iv 第1、5 d各1次
环磷酰胺(CTX)	400 mg	

(3) MOMK(或MOFK)方案，每3周一疗程。

5%GNS	500 ml	iv gtt qd 共5 d
甲氨蝶呤(MTX)	10～20 mg	
或 氟尿嘧啶(5-FU)	1.0～1.25 g	

www.dxy.cn/bbs

5%GNS 500 ml
放线菌素 D(更生霉素、KSM) 8 μg/kg | iv gtt qd 共 5 d

NS 30 ml
长春新碱(VCR) 2 mg | iv st 第 1 d

NS 30 ml
氮芥 5 mg | iv 第 1、3、5 d 各 1 次

(4) VBP 方案,每 3 周重复。

NS 60 ml
博莱霉素(BLM) 30 mg | iv 每周 1 次 共 12 次(BLM 总量为 360 mg)

NS 30 ml
长春新碱(VCR) 2 mg | iv 第 1、2 d 各 1 次

NS 200 ml
顺铂(DDP) 30 mg | iv gtt qd 共 5 d

处方 4 适用于耐药病人。可任选一种方案。

(1) EMA - CO(或 EMA - EP 方案),耐药病人首选,第 15 d 开始下一周期。

第 1 d:

NS 200 ml
鬼臼乙叉甙(VP - 16) 100 mg/m² | iv gtt(30 min) st

NS 300 ml
放线菌素 D(更生霉素,KSM) 500 μg | iv gtt st

NS 30 ml
甲氨蝶呤(MTX) 100 mg/m² | iv st

5%GNS 500 ml
甲氨蝶呤(MTX) 200 mg/m² | iv gtt(维持 12 h) st

第 2 d:

NS 200 ml
鬼臼乙叉甙(VP - 16) 100 mg/m² | iv gtt(30 min) st

www.dxy.cn/bbs

NS 300 ml
放线菌素 D(更生霉素,KSM) 500 μg | iv gtt st

四氢叶酸(CF) 15 mg im 或 po q12 h 共 4 次
(用 MTX 24 h 开始)

第8 d: 用长春新碱 + 环磷酰胺或鬼臼乙叉苷加顺铂。

NS 20 ml
长春新碱(VCR) 1 mg/m² | iv st

NS 60 ml
环磷酰胺(CTX) 600 mg/m² | iv st

或 NS 250 ml
鬼臼乙叉苷(VP-16) 150 mg/m² | iv gtt(12 h 以上) st

NS 300 ml
顺铂(DDP) 75 mg/m² | iv gtt(12 h 以上) st

(2) MEB 方案,每 3 周重复,wong 报道完全缓解达 89%。

NS 30 ml
甲氨蝶呤(MTX) 100 mg/m² | iv st

5%GNS 500 ml
甲氨蝶呤(MTX) 900 mg/m² | iv gtt(12 h) st

5%GNS 200 ml
四氢叶酸(CF) 15 mg | iv gtt(于 MTX 用后 12 h 开始) 15 h 改口服 q6 h 共 11 次

NS 200 ml
鬼臼乙叉甙(VP-16) 100 mg/m² | iv gtt qd 共 5 d

5%GNS 500 ml
博莱霉素(BLM) 20 mg/m² | iv gtt(24 h) 第 3 d 用

www.dxy.cn/bbs

(3) VIP 方案,3 周重复。Sntfon 报道 3 例达完全缓解,若 EMA - CO 方案耐药可选此方案。

NS 200 ml
鬼臼乙叉甙(VP - 16) 100 mg/m² | iv gtt qd 共 5 d

NS 500 ml
异环磷酰胺(IFO) 1.2 g/m² | iv gtt qd 共 5 d

NS 60 ml
美司纳 400 mg | iv 0:00、4:00、8:00、12:00 各 1 次 共 5 d

NS 500 ml
顺铂(DDP) 30 mg/m² | iv gtt qd 共 5d

(4) PEBA 方案,间隔 3 周重复,Chen 报道完全缓解率 96.2%,且毒副作用小。

NS 500 ml
顺铂(DDP) 20 mg/m² | iv gtt qd 共 5 d

NS 200 ml
鬼臼乙叉甙(VP - 16) 100 mg | iv gtt qd 共 5 d

NS 60 ml
博莱霉素(BLM) 10 mg | iv gtt qd 共 4 d

NS 60 ml
阿霉素(ADM) 40 mg | iv st 第 1 d

【 警 示 】

1. 恶性滋养叶细胞肿瘤的治疗 原则上以化疗为主,手术以及放疗为辅,尤其是侵蚀性葡萄胎,化疗已几乎完全替代手术。用药原则在处方中已叙述。另外可根据转移部位而选用不同药物,肺及转移者采用 MTX 联合的化疗方案,生殖道、胃肠道转移选用 5 - FU联合的化疗方案。肺转移病人最好采用静脉给药,因药物可通过右心进入肺脏,使肺组织受量最大。而口服药经胃肠道吸收,经门静脉进入肝脏,再经肝静脉进入右心,故口服药物适用于消化

www.dxy.cn/bbs

道及肝转移病人。动脉给药可直接进注动脉所供血的脏器，如肝转移及盆腔转移者可采用动脉插管滴注 5－FU。脑转移病人除全身静脉化疗外，可行鞘内注入 MTX，如全身用药也是 MTX，鞘内注药当日，全身用药量减半，穿刺前给予甘露醇脱水，并防止脑积液外渗。第 1、2 疗程用药需足量达到病人的最大耐药量，且化疗需持续到症状、体征消失，每周测 HCG 连续 3 次在正常范围内，早期病人再继续 1～2 个疗程，晚期病人再继续 3～4 个疗程方可结束化疗。化疗期间随时注意化疗毒副作用，并监测血 HCG，多数认为 2～3 个疗程化疗后血 HCG 下降在 10^{-1}～10^{-2}提示有耐药可能，也有认为若 1 疗程后 HCG 下降＜20%则判断为耐药。

2. 手术治疗适应证　① 子宫明显增大；② 子宫穿孔，病灶大出血；③ 耐药病人；④ 各脏器大的单发转移灶，如肺转移可行肺叶切除；⑤ 脑转移颅内高压危及生命者，开颅减压或病灶清除。以上适应证中①～②可采用次广泛全子宫＋双侧卵巢动静脉高位结扎术为主，术前可用半量化疗，术后继续完成化疗疗程。对年轻妇女，病变局限于子宫者，可作全子宫切除，保留附件。

3. 放射治疗适用证：① 外阴、阴道、宫颈等转移灶的急性出血，可局部放疗止血；② 脑、肝等重要器官转移急需解除症状；③ 盆腔病灶广泛，已累及重要脏器，不能手术切除，可在病灶区域放疗；④ 化疗后残余病灶或耐药病灶；⑤ 局部病灶的姑息放疗或团块转移灶的综合治疗。

4. 对于怀疑有阴道转移者，妇科检查必须轻柔，切忌为明确诊断而行活检，从而导致致命的大出血，一旦出现阴道大出血，可看清出血点后用纱条压迫止血，严禁盲目填塞。并立即静滴 5－FU，压迫 24 h 后更换纱条，即使不再出血亦需填塞 1 周，血止后不宜过早作阴道检查。

5. 病人痊愈出院后应严密随访，第 1 年内每月随访 1 次，1 年后每 3 个月随访 1 次，连续至 3 年，此后每 2 年 1 次。随访内容除复查 HCG 外，常规作妇科检查，摄肠片以及肝、脾及盆腔 B 超检查等。避孕同葡萄胎。

www.dxy.cn/bbs

第四节 胎盘部位滋养细胞肿瘤

胎盘部位滋养细胞肿瘤(placentalsite trophoblastic tumor, PSTT)是指来源于胎盘种植部位的一种特殊类型的滋养细胞肿瘤,其病理形态及生物学行为与其他滋养细胞肿瘤有许多不同,罕见。

【诊断要点】

1. 继发于足月产、流产或葡萄胎后,发病时也可合并妊娠。

2. 主要表现为不规则阴道出血或月经过多,有时闭经,少数以转移灶症状为首发症状。

3. 子宫呈不规则或均匀增大。

4. 血 HCG 测定,仅 1/3 ~ 1/2 病人升高。

5. B 超显示子宫肌壁内低回声区,彩超见以舒张期成分占优势的低阻抗、血流丰富肿块图像。

6. 诊断性刮宫组织学检查可确诊。

【治疗要点】

1. 手术治疗 PSTT 对化疗不敏感,故首选手术治疗,手术范围为全子宫 + 双附件切除术,疑有淋巴结转移者行全腔淋巴结清除术。年轻病人可保留卵巢。

2. 化学治疗 仅作为手术后的辅助治疗,可选 EMA - W 或 EMA - EP 方案。

3. 放疗 适用于单个转移瘤或局部复发病变。

【处 方】

EMA - EP 方案参照"本章第三节绒毛膜细胞癌处方 4(1)"。

【警 示】

PSTT 对血 HCG 缺乏敏感性,不利于疾病的监测,其总的 5 年生存率为 80%。

(范剑虹 邱云芬)

www.dxy.cn/bbs

第十七章　输卵管肿瘤

输卵管肿瘤是女性生殖器肿瘤中最少见的一类。而且良性肿瘤较恶性肿瘤更少见。由于其临床表现不典型，一般颇难在术前准确诊断。

第一节　输卵管良性肿瘤

输卵管良性肿瘤在临床上虽然较罕见，但种类繁多。根据细胞类型分类：上皮细胞瘤（腺瘤、乳头状瘤、息肉等）；内皮细胞瘤（血管瘤、淋巴管瘤、包涵囊肿等）；间皮细胞瘤（平滑肌瘤、脂肪瘤、软骨瘤、骨瘤等）；畸胎样瘤（皮样囊肿胚性残迹、中肾管甲状腺瘤、其他混合瘤）。

【诊断要点】

1. 可发生于不同年龄，但以生育期多见。

2. 无典型症状，常常以伴发疾病的症状而就诊，多数在妇科手术中意外发现。

3. 80%以上的病人伴发子宫肌瘤。

4. 肿瘤常局限于输卵管肌层或浆膜下，质硬，体积较小，直径大多数在 3 cm 以下。

5. 本组肿瘤一般多在术后病理证实。

【治疗要点】

输卵管良性肿瘤一旦诊断应选用手术治疗。

【处　方】

无具体药物处方。

【警　示】

1. 输卵管的良性肿瘤一般在术前较少诊断，常常在妇科其他手术时偶尔发现，因此可给予一并切除。

www.dxy.cn/bbs

2. 手术标本一定要送病理检查。最好在术中作冰冻切片，若有恶变应按输卵管癌来处理。

第二节　原发性输卵管癌

原发性输卵管癌(primary carcinoma of fallopian tube)在妇科恶性肿瘤中约占0.1%～2.8%。其病因不清，有人认为慢性输卵管炎症和不孕可能是易感因素。

【诊断要点】

1. 诊断依据

(1) 以40～65岁多见，平均发病年龄为55岁。

(2) 有20%～50%的病人有不孕史。

(3) 早期可无症状，常常因其他原因进行妇科检查或手术时偶然发现。

(4) 阴道排液及出血　是最常见的症状，常表现为间歇性排出淡黄或血性的液体，无臭味，量多少不一。

(5) 疼痛　患侧下腹部有持续性钝痛或阵发性绞痛，阴道排液后腹痛可缓解。

(6) 肿块及腹水　肿物为囊性或囊实性，呈香肠形或梨形，表面光滑或高低不平。晚期常常与周围组织粘连形成固定不动的肿块，且可出现腹水。

阴道排液、腹痛、盆腔肿块被称为原发性输卵管癌的"三联征"，但临床上三者同时存在的机会不多。B型超声波(特别是经阴道超声检查，TVS)、腹腔镜、阴道排液细胞学检查、血清CA_{125}测定等有助于诊断。

2. 临床分期　如表17－1。

表17－1　输卵管癌的临床分期(FIGO，1992年)

分　期	病　变　范　围
0期(原位癌)	病变局限于输卵管黏膜

www.dxy.cn/bbs

续 表

分 期	病 变 范 围
Ⅰ期	病变局限于输卵管
$Ⅰ_a$期	病变局限于一侧输卵管，浸及黏膜下和(或)肌层，但未穿至浆膜表面；无腹水
$Ⅰ_b$期	病变局限于双侧输卵管，浸及黏膜下和(或)肌层，但未穿至浆膜表面；无腹水
$Ⅰ_c$期	$Ⅰ_a$或$Ⅰ_b$病变，浸及浆膜表面；或腹水中找到瘤细胞或腹腔冲洗液阳性
Ⅱ期	病变累及一侧或双侧输卵管，伴有盆腔内扩散
$Ⅱ_a$期	扩散和(或)转移至子宫和(或)卵巢
$Ⅱ_b$期	扩散至其他盆腔组织
$Ⅱ_c$期	$Ⅱ_a$或$Ⅱ_b$病变，腹水中找到瘤细胞或腹腔冲洗液阳性
Ⅲ期	病变累及一侧或双侧输卵管，伴有盆腔外的腹腔内种植和(或)腹膜后或腹股沟淋巴结阳性。肝表面转移属于Ⅲ期
$Ⅲ_a$期	病变大体所见局限于盆腔，淋巴结阴性，但腹腔腹膜面有镜下种植
$Ⅲ_b$期	腹膜种植瘤直径 < 2 cm，淋巴结阴性
$Ⅲ_c$期	腹膜种植瘤直径 > 2 cm，和(或)腹膜后或腹股沟淋巴结阳性
Ⅳ期	病变累及一侧或双侧输卵管伴有远处转移，有胸水时需找到癌细胞，肝实质转移

【治疗要点】

输卵管癌的治疗以手术切除为主，辅以放射治疗和化学治疗。必须强调首次治疗的彻底性和有计划的综合治疗。

www.dxy.cn/bbs

【处 方】

参见卵巢癌的化疗方案，静脉化疗多选用以铂类为主的联合化疗（如 CAP、PC、VAC 等方案）。也可采用以下 TFM 序贯方案：

NS	30 ml	
噻替哌（TSPA）	30 mg	iv 第 1、4、7、10、13 d 各 1 次
5%GS	500 ml	
氟尿嘧啶（5-FU）	500 mg	iv gtt 第 2、5、8、11、14 d 各 1 次
NS	20 ml	
丝裂霉素（MMC）	4 mg	iv gtt 第 3、6、9、12、15 d 各 1 次

【警 示】

1. 手术治疗最常采用的术式是全子宫及双附件切除。大网膜的切除在早期病人中未能证明其价值，但在中晚期的病人中，应被强调并彻底切除。有些晚期病人，肿瘤在盆腹腔内广泛转移，应进行减瘤术，尽量切除肿瘤的原发灶和转移灶，使残存肿瘤减少到最低限度，以利于术后的辅助治疗。对盆腔及腹主动脉旁淋巴结可进行选择性切除。

2. 一般认为放射治疗对改进生存率及无瘤生存期有帮助。因此可考虑在术后辅以放疗，放射范围以全腹加盆腔为宜。其中盆腔照射剂量为 4 000～5 000 cGy，全腹照射剂量为 2 500～3 000cGy。

3. 化疗是输卵管癌综合治疗中的重要组成部分。由于输卵管癌在许多方面与卵巢癌，尤其是卵巢浆液性癌相似，因此常采用卵巢癌的化疗方案。其中最常用的静脉化疗方案是 CAP（参见“第十五章卵巢肿瘤第二节卵巢恶性肿瘤”）。也可采用 TFM 序贯方案（见处方 1），该方案每疗程为 15 d，间隔 3 周。该方案的主要副作用是胃肠道反应和骨髓抑制，在化疗期间应注意血象及肝肾功能。化疗期限由达到临床完全缓解或进行二探术或以血清 CA_{125} 监测来决定，通常要给予 10～12 个疗程。对于腹水较多或术后有残存肿瘤的病人还应给予腹腔化疗（参见“第十五章卵巢肿瘤第二节卵巢恶性肿瘤”）。

（彭根大）

www.dxy.cn/bbs

第十八章　子宫内膜异位症

当具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔被覆黏膜以外的身体其他部位时，称子宫内膜异位症(endometriosis)。有子宫内膜异位症和子宫肌腺病之分，近年来发病率在不断提高，已成为妇科范畴中的多发病和常见病，因而日益受到重视。

第一节　子宫内膜异位症

子宫内膜异位症的病因仍不太清楚，其发病率的增加与腹腔镜的应用发现了更多的早期或无症状的子宫内膜异位症，以及妇科医师对本病的认识提高，减少了漏诊有关，与晚育、吸宫、流产、放环等手术也有一定的关系。

【诊断要点】

1. 痛经　主要表现为随月经周期而发生的下腹痛，大多数病人表现为继发性痛经，且呈进行性加重。

2. 年龄　都发生于生育年龄，30～45岁为多，平均发病年龄约37岁。

3. 不孕　经统计在原发不孕者中，有25%～40%患有子宫内膜异位症；而在子宫内膜异位症病人中，有41%～43%出现不孕。

4. 月经失调　约有20%的病人合并有月经失调，多表现为月经量增多、经期延长或经前点滴出血。

5. 盆腔检查　① 子宫不大或略大，多数后倾后屈固定不动。② 在子宫的一侧或双侧可触及囊性、表面光滑、壁厚的肿物，或固定于盆腔，或粘连于子宫后壁。③ 子宫直肠窝、子宫后壁、宫骶韧带、后穹隆有痛性结节。

6. 辅助检查　B超检查可见附件区有形态不规则、与子宫紧贴的囊性肿块。血CA_{125}值可升高。腹腔镜检查发现盆腔内有紫蓝

www.dxy.cn/bbs

色结节或发现有卵巢"巧克力"囊肿。

7. 性感不适及肠道刺激征　性感不适或性交痛，以月经后半期更为突出，肠道刺激常致使病人有肛门坠胀感和便意感。

8. 急腹症　少数卵巢巧克力囊肿可自发破裂而引起急腹症。

育龄期妇女有进行性痛经、不孕、月经失调、检查时扪及盆腔内有痛性结节或宫旁有不活动的囊性包块为本病的特征性表现。

【治疗要点】

1. 一般治疗　系统观察，适用于病变极早期，临床症状不典型，盆腔检查未触及明显病灶者。

2. 内分泌治疗　适用于病变范围不大，而经系统观察无效者。其中的雌激素疗法，由于雌激素为最早应用于子宫内膜异位症治疗的激素，大量雌激素可造成严重的副作用，而效果并非十分可靠，目前已很少应用。另外，如雄激素疗法、孕激素疗法目前临床仍在使用。

3. 手术治疗　适用于药物治疗无效者。

【处　方】

处方1　雄激素疗法。适用于接近绝经的病人。

甲睾酮　5 mg　bid　持续3～6个月

或　丙酸睾酮　25 mg　im　每周2次 持续3～6个月

处方2　孕激素疗法。孕激素为当前最主要的治疗子宫内膜异位症的激素，一般配合应用少量雌激素，又称"假孕疗法"。下列制剂可选用一种。

(1) 己酸孕酮(羟孕酮)　250 mg　im　每周1次　持续3～6个月

或　甲孕酮(安宫黄体酮)　100 mg　im　每周1次　持续3～6个月

戊酸雌二醇　5 mg　im　每周1次　持续3～6个月

(2) 甲地孕酮(妇宁片)　4～8 mg　qd　持续3～6个月

或　氯地孕酮　2～4 mg　qd　持续3～6个月

www.dxy.cn/bbs

或　炔诺酮(妇康宁)　2.5～5 mg　qd　持续 3～6 个月

或　醋酸炔诺酮　4～8 mg　qd　持续 3～6 个月

炔雌醇　5 μg　qd　持续 3～6 个月

处方 3　达那唑(Danazol)疗法，又称"假绝经疗法"。

达那唑　200～400 mg　bid　持续 6 个月

处方 4　内美通(三烯高诺酮)的应用。

内美通　2.5 mg　每周 2 次　持续 6 个月

处方 5　促性腺激素释放激素激动剂(GnRH－a)的应用。

戈舍瑞林(诺雷德)　3.6 mg　ih　每 4 周 1 次　共 6 次

或　亮丙瑞林(抑那通)　3.75 mg　ih　每 4 周 1 次　共 6 次

或　曲普瑞林(达必佳)　3.75 mg　ih　每 4 周 1 次　共 6 次

【 警　示 】

1. 子宫内膜异位症的治疗方法很多，为了取得最好的疗效，必须根据具体情况选择最适当的治疗方法。一般说来，如病变属于极早期，病人仅有临床症状，或仅有极少阳性体征，可以定期随诊密切观察，不必治疗。如病人已婚、年轻而且未育，可鼓励其受孕，有的经过一次足月分娩后，症状可能缓解或消失。

2. 当病变超出上述范围，盆腔检查到肯定的阳性体征，应给予治疗。如病变很小，附件部位未触及肿物，子宫直肠凹的结节直径＜2 cm，或病变虽大而病人不愿手术，可以先试用药物治疗。

3. 药物治疗的期限一般在 1/2 年左右，如用药到 1 年仍无明显疗效，则应考虑试用其他药物或改变治疗方案。

4. 接近绝经的病人，有临床症状而盆腔检查未触及明显病灶者，特别是卵巢无肿块者，可采用雄激素治疗。处方 1、2 均以 6～8 周为一疗程，两疗程之间至少停药 4 周，持续时间 3～6 个月。采用雄激素治疗时应注意：① 甲睾酮或丙酸睾酮的每个月总量不超过 300 mg；② 肝功能不全者慎用；③ 一旦发现妊娠，应立即停药，以免造成女性男性化；④ 个别敏感的病人，可出现男性化征象，如痤疮、

www.dxy.cn/bbs

发音低沉、体重增加、水肿、阴蒂肥大等；⑤ 此疗法虽然用法简单，副作用少。然而其作用不够强，且不持久，停药后易复发。

5. “假孕疗法” 即雌激素、孕激素联合应用，是当前治疗子宫内膜异位症最主要的内分泌治疗方法。配合应用少量雌激素是为了防止假孕过程中的突破性出血。假孕维持的时间一般不应少于3个月，多数为6～12个月，如果连续治疗达到1年仍无明显缓解，则继续给药并不会有太大改进，应考虑试用其他药物或改变治疗方案。应用的方法如处方2。应注意的是：① 这种治疗只能使病变缩小、症状缓解，而不能彻底根治；② 部分病人在治疗结束后数月至数年症状又出现；③ 对卵巢有子宫内膜异位囊肿者无治疗作用；④ 副作用有恶心、呕吐、体重增加、突破性出血；⑤ 肝、肾功能不全者禁用。

6. “假绝经疗法” 即达那唑(Danazol)疗法(处方3)，为当前治疗子宫内膜异位症较为满意的药物。用药剂量每日600～800 mg，从月经周期的第1 d开始服用，出现疗效后可酌情减量，但不低于400 mg/d，连续服用6～9个月。应注意的是：① 达那唑的副作用有痤疮、发音低沉、体重增加、多毛等；② 用药期间应定期检查肝功能，同时服用保肝药；③ 可作为手术前后的联合治疗。

7. 处方4中的内美通(三烯高诺酮)目前已广泛应用，从月经周期的第1 d开始服用，每次2.5 mg，每周2次，持续6个月。副作用有痤疮、发音低沉、体重增加、多毛等。主要缺点是价格昂贵。肝、肾功能不全者禁用。

8. 促性腺激素释放激素激动剂(GnRH－a) 近年来才应用于子宫内膜异位症，有望成为治疗子宫内膜异位症的一代特效药物，效果良好。主要副作用有面部发热、头痛、性欲降低、阴道干燥、骨质疏松等。为防止副作用，用药时间不能超过6个月，并可添加雌激素、孕激素(如每日添加倍美力0.3 mg或戊酸雌二醇0.5 mg以及安宫黄体酮2 mg或利维爱1.25 mg)，直至疗程结束。缺点是价格昂贵，尚不能推广。

9. 子宫内膜异位症的手术治疗有腹腔镜下手术和剖腹手术二种。剖腹手术又有三种术式：保留生育功能手术(保守手术)、保留

www.dxy.cn/bbs

卵巢功能手术(半根治手术)、切除卵巢和子宫手术(根治性手术)。腹腔镜下手术是目前较普遍采用的治疗方法,常用 CO_2 激光、微波及电凝器,以汽化、切割、烧灼等基本方法处理子宫内膜异位灶。具体采用何种手术方式应根据病人的年龄、有无生育要求、症状的轻重、病灶的大小及位置、药物治疗的效果以及治疗者的技术、条件等综合考虑。

10. 子宫内膜异位症的治疗应主张个体化处理,有时还要考虑内分泌治疗和手术治疗相结合,以提高疗效、减少复发。

第二节　子宫肌腺病

子宫肌腺病(adenomyosis)为子宫内膜侵入子宫肌层,并在肌层内继续生长所致的良性病变,是子宫内膜异位症的一种特殊类型。有时入侵的子宫内膜腺体聚合成结节,称为子宫肌腺瘤(adenomyoma)。

【诊断要点】

1. 痛经　主要表现为随月经周期而发生的下腹痛,大多数病人表现为继发性痛经,且呈进行性加重。

2. 年龄　发病比子宫内膜异位症要晚,平均发病年龄约42岁。

3. 月经失调　约有50%的病人合并有月经失调,多表现为月经量增多、经期延长或经前点滴出血。

4. 子宫增大　一般为对称均匀性增大,呈球形、质较硬。

月经量多、继发性痛经、子宫进行性增大是子宫肌腺病的三大典型症状。

【治疗要点】

1. 系统观察　适用于病变极早期、临床症状不重且年轻的病人。

2. 激素治疗　同"本章第一节子宫内膜异位症"的内分泌治疗。

3. 手术治疗　适用于药物治疗无效者。

www.dxy.cn/bbs

【处 方】

同"本章第一节子宫内膜异位症"。

【警 示】

1. 子宫肌腺病病人如果年轻，症状不严重，要求保留生育功能，可采用系统观察和激素治疗。其中内分泌治疗可参考"本章第一节子宫内膜异位症"的内分泌治疗。

2. 子宫肌腺病病人如经药物治疗无效或症状严重，首选手术治疗。有子宫切除术和保守性手术。

3. 子宫切除术可作全子宫切除术或次全子宫切除术，关系不大。年轻或未绝经的病人可以保留卵巢，已绝经或合并严重的子宫内膜异位症者，应考虑同时作双侧卵巢切除术。

4. 保守性手术适用于病人年轻、病灶局限、要求保留生育功能者。但效果往往不理想，术后常复发。

（彭根大）

www.dxy.cn/bbs

第十九章　常见放疗并发症

放疗是妇科肿瘤综合治疗中的主要组成部分，对妇科肿瘤的治疗效果起着重要的作用。然而，在临床也经常可碰到一些放疗并发症，如放射性直肠炎、放射性膀胱炎和放射性阴道炎，而严重影响了肿瘤的继续治疗和病人的生活质量。

一、放射性直肠炎

由于直肠黏膜对放射线的耐受量较低，而且更靠近宫颈、故放射性直肠炎是妇科肿瘤在放射治疗中经常发生的放射并发症，尤其在腔内放疗后。有早期直肠反应和晚期直肠反应，大多数(80%)为晚期直肠反应。常表现为胃肠功能紊乱、肠黏膜水肿及渗出，甚至形成溃疡及穿孔。临床分三度：Ⅰ度：肠黏膜充血、水肿、无溃疡；Ⅱ度：肠壁增厚，肠腔轻度狭窄，浅表溃疡，大便带血；Ⅲ度：肠壁增厚，肠腔明显狭窄，有溃疡穿孔或瘘管形成。

【诊断要点】

1. 早期直肠反应在放疗开始后 1～2 周至 4～5 周出现；晚期直肠反应常常在放疗后 6～18 个月发生。

2. 早期直肠反应表现为肠鸣音增强、腹痛、水泻，有时可有黏液血便。

3. 晚期直肠反应表现为腹痛、黏液血便、肛门坠痛、里急后重、排便困难、出血甚至穿孔。

【治疗要点】

1. 一般治疗　如为早期直肠反应，应暂停放疗。流质、半流质饮食。

2. 药物治疗　改善直肠黏膜的炎症，抗感染，促进损伤黏膜修复。药物可以口服、保留灌肠或直肠镜下给药，还可作骶前封闭。

www.dxy.cn/bbs

【处 方】

处方1 对急慢性直肠炎均可用。可选择下列制剂的一种或几种：

维生素 B_6 20 mg tid

思密达 3片 tid

小檗碱 0.3 g tid

复方苯乙哌啶 10 mg tid

10%复方樟脑合剂 4 ml tid

处方2 急慢性直肠炎均可用。10～14 d为一个疗程。

庆大霉素 16万单位
地塞米松 10 mg
思密达 6 g
NS(温) 250 ml
保留灌肠(1 h) qd

处方3 急慢性直肠炎均可用。7～10 d为一疗程。

鸦片酊 0.5 ml
颠茄合剂 20 ml
庆大霉素 16万单位
地塞米松 10 mg
苯海拉明 60 mg
酚磺乙胺(止血敏) 2 g
小米汤(经布过滤、42℃) 100～150 ml
保留灌肠(2 h) qd

处方4 急慢性直肠炎均可用。7～10 d为一疗程。

0.25%普鲁卡因 100 ml
氢化可的松 100 mg
小檗碱 0.1～0.3 g
保留灌肠(2 h) qd

处方5 适用于早期直肠反应。

0.5%普鲁卡因 40 ml
维生素 B_6 100 mg
维生素 B_{12} 200 ug
维生素 B_1 200 mg

www.dxy.cn/bbs

链霉素　0.5 g　|　骶前封闭(瞩病人胸膝位常规消毒,尾骨肛门间用8 cm长的7号或9号针浸润注射)　5~7 d 1次　1~3次有效

处方6　适用于活动性血性肠炎。

凝血酶	2 000~4 000单位	
NS	20 ml	
锡类散	0.6 g	
云南白药	0.5 g	
小檗碱	0.3 g	在直肠镜下止血

处方7　中医中药治疗

白头翁15 g、秦皮15 g、黄连10 g、黄柏10 g、赤白芍15 g、马齿苋60 g、败酱草30 g、乌梅10 g、甘草10 g、白花蛇舌草30 g、党参15 g(体虚者加)、黄芪30 g、山药20 g　煎服　qd

【警　示】

同"二、放射性膀胱炎"。

二、放射性膀胱炎

盆腔肿瘤的放射治疗,膀胱是不可避免的照射器官。膀胱黏膜对放射的敏感性低于直肠,但经大剂量照射后,放射性膀胱炎仍属难免,发生率为2.48%~5.6%。有早期急性反应和晚期迟发性损伤,大多数为后者。临床分轻度、中度和重度三度。

【诊断要点】

1. 早期急性反应发生在放疗1~4周内,晚期迟发性损伤多发生在放疗后的6个月至5年内。

2. 尿频、尿急、尿痛、排尿困难。

3. 可见终末血尿、无痛性血尿。

4. 严重者,膀胱直肠瘘或膀胱阴道瘘。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

1. 一般治疗　放疗期间鼓励病人多饮水，每日 3 000 ml，以增加尿量，减轻放疗反应。进食易消化、高营养食物，保持大便通畅。避免吃易产气的食物如糖、豆类、洋白菜、碳酸类饮料。忌食刺激性及粗膳食纤维食物。

2. 药物治疗　局部抗炎、抗感染、止血，可口服给药，也可局部用药。

3. 膀胱镜　出血较重的放射性膀胱炎可以膀胱镜止血。

【处　方】

处方 1　口服用药。可选择下列制剂的一种或几种：

诺氟沙星（氟哌酸）　0.2 g　tid

卡巴克路（安络血）　20 mg　bid

巴曲酶（立止血）　1k 单位　im　st　（适用于出血较多时）

丽珠肠乐　2 片　bid

乳酶生　0.9 g　tid

处方 2　局部用药。可选择下列方案之一进行膀胱灌注。

(1) NS 经三腔管冲洗膀胱，排尽血块，再注入 1% 明矾液 250 ml，保留 20 min 排出，重复换药 3 次

(2) 4% 甲醛 150 ~ 200 ml 灌注并保留 15 min，直到病人感到下腹胀痛为止，再放出液体

(3) 10% 乙醇 200 ml 冲洗 2 ~ 3 次，NS 冲洗 4 ~ 5 次

(4)

苯佐卡因	0.3 g	
颠茄酊	0.5 g	
庆大霉素	12 万单位	
泼尼松	4 g	
NS	30 ml	膀胱灌注　bid

处方 3　局部封闭。

0.25% 普鲁卡因　40 ml　浸润性封闭　每周 1 次

处方 4　中医中药治疗。

藕蓄 30 g、瞿麦 20 g、生地 15 g、丹皮 15 g、木通 10 g、海

www.dxy.cn/bbs

金沙 15 g、滑石 15 g、车前子 15 g、小蓟 30 g、猪苓 30 g、白芍 20 g、甘草 10 g、琥珀 3 g(研粉冲服) 煎服 qd

【警 示】

1. 放射并发症发生的相关因素主要有阴道狭窄,照射剂量过高,腔内放射源位置不当等。宫颈癌腔内近距离治疗时,阴道腔施用器的前后侧予于足够的填塞以尽量避免和减轻直肠或膀胱的放射损伤。

2. Montana 认为并发症的发生与 A 点剂量有关。其中有和无膀胱并发症的 A 点剂量分别为 7 317 ± 375 cGy 和 6 660 ± 53 cGy。有和无小肠并发症的 A 点剂量 6 933 ± 211 cGy 和 6 729 ± 65 cGy。为此,每次腹部放疗前应排空膀胱,尽量避免膀胱高于 6 000 cGy 的高剂量照射。

(胡惠敏 彭根大)

www.dxy.cn/bbs

第二十章 功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血(dysfunctional uterine bleeding,DUB)简称功血,为妇科常见病。是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血,而全身及内外生殖器官无器质性病变存在。功血可分为排卵性和无排卵性两类,约85%的病例为无排卵性功血。可发生于月经初潮至绝经间的任何年龄,50%发生于月经前期,育龄期占30%,青春期占20%。

【诊断要点】

1. 无排卵型功血

(1) 症状与体症:① 多见于青春期和更年期;② 不规则子宫出血,出血时间及出血量无规律;③ 妇科盆腔检查子宫及附件正常。

(2) 辅助检查:① 检查体温呈单相;② 阴道脱落细胞涂片无排卵性的周期性变化;③ 宫颈黏液在月经前仍持续呈不同的羊齿植物叶状结晶;④ B超检查排除了盆腔肿瘤;⑤ 宫腔镜检查排除了黏膜下肌瘤、内膜息肉等;⑥ 诊断性刮宫后病理检查子宫内膜呈增殖期变化,无分泌现象。

2. 有排卵功血 大多数发生在育龄妇女。这些妇女都有排卵功能,可分为以下几种:

(1) 有排卵型月经过多:

a. 病人月经周期规则,但经量过多,经期长于7 d,出血量>80 ml。

b. 妇科检查:生殖器无明显异常;宫颈黏液在卵泡期有典型的羊齿状结晶,在黄体期转变为椭圆体;阴道脱落细胞有排卵型的周期性变化,但伊红指数比正常周期高,细胞较肥大,提示有雌激素偏高现象。

c. 基础体温为典型的双相曲线。经前内膜呈分泌反应,少数呈高度分泌反应,提示性激素的过度分泌、内膜的过度反应或激素

www.dxy.cn/bbs

代谢紊乱。

(2) 黄体不健：

a. 可以表现为黄体期过短，约 9～11 d(黄体期为基础体温开始上升到月经来潮之间的日数正常约 14 d)，或黄体日数正常，而功能不足，即孕酮分泌量偏低。黄体过短者可具有正常的早、中期黄体功能，但萎缩过早，使月经提前来潮，表现为月经周期缩短，少于 23 d。

b. 基础体温呈双相，但排卵后体温上升缓慢，上升后维持时间短，少于 10 d。

c. 黄体期查血清孕激素水平偏低。

d. 经前的子宫内膜病检提示分泌反应不良。

e. 在育龄妇女，常见有早期流产、习惯性流产以及不孕史。

(3) 黄体萎缩不全：

a. 多见于生育年龄妇女，常发生在产后或流产后。

b. 临床表现为月经周期正常，但经期延长超过 8 d，量不太多。

c. 妇科体检无明显异常，基础体温双相，但在经期才逐渐下降。

d. 子宫内膜病理变化提示不规则脱落，主要表现在月经5～6 d，仍有部分子宫内膜呈分泌反应。

(4) 月经中期出血：

a. 出血发生于月经中期，即为接近排卵期出血，可伴有中期腹痛。

b. 出血量少，一般 3～4 d，最长 1 周。

c. 体检宫颈和阴道无出血点或赘生物。

d. 基础体温呈双相。

e. 内膜呈早期分泌期，部分可为晚期增生期。

【治疗要点】

1. 治疗原则　对青春期和生育年龄的病人以止血、调节周期、促排卵为主；更年期病人以止血促其绝经为主；对排卵型功血针对不同病因进行治疗。

2. 药物治疗

www.dxy.cn/bbs

(1) 止血：以雌激素、孕激素以及雄激素制剂止血，也可用常规止血药止血。

(2) 调整月经周期。

(3) 促进排卵。

【处 方】

处方1 雌激素药物止血。

己烯雌酚 1～5 mg qd～tid 20 d为一疗程

或 苯甲酸雌二醇 4～8 mg im qd～bid 20 d为一疗程

或 倍美力 0.625～2.5 mg qd～tid 20 d为一疗程

或 炔雌醇 0.005～0.01 mg qd

处方2 孕激素药物止血。

黄体酮 10～20 mg im qd 共5～7 d

或 醋酸甲羟孕酮(安宫黄体酮) 10～20 mg qd 共5～7 d

或 炔诺酮(妇康片) 8～10 mg qd 共21 d

或 醋酸甲地孕酮(妇宁片) 4～8 mg im qd 共21 d

处方3 雄激素药物止血，每个月总量不超过300 mg。

丙酸睾酮 50 mg im qd

或 甲睾酮(甲基睾丸酮) 5 mg tid

处方4 一般止血、促凝药的应用。

维生素 K_1 10 mg im qd

或 维生素 K_4 2～4 mg tid

或 酚磺乙胺(止血敏) 250～500 mg im qd

或 卡巴克路(安络血) 5 mg tid

或 10 mg im bid

或 巴曲酶(立止血) 1K单位 im st

5%GS 100 ml
氨基己酸 4～6 g } iv gtt qd

处方5 中成药止血。

云南白药 1～2粒 tid

www.dxy.cn/bbs

或　痛血康胶囊　2粒　tid

处方6　促排卵。

氯米芬　50 mg　qd　于月经第5 d起连服5 d

或　绒毛膜促性腺激素　5 000～10 000单位　im　qd　于卵泡发育近成熟时连续肌注2～3 d

或　尿促性素　75单位　im　于月经干净后每日用药1～2次，直至卵泡发育成熟停用

【警　示】

1. 对所有不规则阴道流血，首先必须排除生殖道病变以及识别与功血合并的器质性病灶。

2. 无排卵型功血治疗注意点：

(1) 对于大量出血者，要求在性激素治疗6 h内见效，24～48 h内出血基本停止，如96 h以上出血仍不止，应考虑有器质性病变存在。

(2) 出血较多，出现明显的贫血症状，需及时补充铁剂治疗，必要时需输血纠正贫血。

(3) 体内有一定雌激素的病人，可单用孕激素治疗，补充孕激素使处于增生期或增生过长的子宫内膜转化为分泌期，停药后内膜脱落，出现撤药性出血，此种子宫脱落较彻底，又称药物性刮宫。

(4) 服用雌激素、孕激素止血时，血止后每3 d减量1次，每次减量不超过1/3，直减至维持量，持续用到血止后20 d左右停药，停药后3～7 d出现撤药性出血。防止减量过大，出现突破性出血。

(5) 血止后，对青春期功血，必须用雌激素、孕激素序贯疗法，更年期功血用雌孕激素合并疗法进行调整周期2～3个月(详见"第二十六章围绝经期综合征'警示'1.(6) 用药方案"。

(6) 对青春期功血，要以恢复排卵作为治愈的标志，无排卵情况下复发机会多，促排卵时注意药物剂量和超声监测卵泡发育情况，防止卵巢过度刺激综合征的发生。

(7) 应用雄激素止血时，每月总量不超过300 mg，以防超量后出现女性面部和躯干的多毛症、月经紊乱、阴蒂增大等男性化现象；孕妇及在治疗中可能受孕的妇女禁用。

www.dxy.cn/bbs

(8) 长期大量应用性激素类药物，可能导致肝酶升高，必须定期复查肝功能。

(9) 对于药物治疗效果不理想的病人，应及时手术治疗，手术治疗以刮宫术最常用，既能明确诊断，又能迅速止血。更年期病人激素治疗前宜常规刮宫，最好在宫腔镜下行分段诊刮，以排除子宫器质性病变。对青春期功血刮宫应持慎重态度。子宫切除术很少用于治疗功血，适用于年龄超过 40 岁，病理诊断为子宫内膜复杂型增生过长，甚至发展为子宫内膜不典型增生时。通过电凝或激光行子宫内膜去除术，仅用于年龄超过 40 岁的顽固性功血，或对施行子宫切除术有禁忌证者。

3. 排卵型功血的治疗注意点：

(1) 正常排卵型月经过多，一般具有雌激素偏高的现象，可利用雄激素(处方 3)对抗雌激素、一般的止血药(处方 4)和中成药(处方 5)进行治疗。

(2) 对于卵泡发育障碍所致的黄体功能不健，由于卵泡发育缓慢，雌激素不足，可选用处方 1 和处方 6 进行治疗，对于黄体功能不足的黄体功能不健，可选用处方 2 和处方 6 进行治疗。

(3) 对于黄体萎缩不全的治疗，可选用处方 2 的孕酮治疗，于基础体温上升后 7 d 开始，连用5～7 d。

(4) 中期出血，选用处方 1 中炔雌醇治疗，自月经周期的第 10 d 开始，连用10 d。

(孙金玉　万贵平)

www.dxy.cn/bbs

第二十一章 闭 经

闭经是妇科疾病中的常见症状，分为原发性闭经和继发性闭经。原发性闭经指年龄超过16岁、第二性征已发育，或年龄超过14岁，第二性征未发育，且月经未来潮者；继发性闭经指以往曾建立正常月经，但此后因某种病理性原因而月经停止6个月，或按自身原来月经周期计算停经3个周期以上者。根据发生的原因，又分为生理性闭经和病理性闭经。生理性闭经，如妊娠、哺乳、绝经等生理情况，无须治疗；病理性闭经由某些病理原因所致。本章重点是病理性闭经的药物治疗。

【诊断要点】

1. 诊断依据

(1) 病史：

a. 了解病人的年龄、婚育情况，有无自觉症状，如头痛、视力障碍、恶心呕吐、溢乳、周期性腹痛等。

b. 原发性闭经者，询问幼年健康状况、营养发育、有无结核性腹膜炎史、母亲孕期是否服用过药物、有无产伤等。

c. 继发性闭经者，询问既往月经史、闭经时间及原因、有无宫腔操作史、精神创伤及服用药物情况。

d. 了解家族遗传史。

(2) 检查：

a. 全身检查：营养发育、精神神经类型、智力状况、身高、体重、体态及脂肪分布、有无多毛、溢乳、有无先天畸形。

b. 妇科检查：注意有无腹部及腹股沟包块；外阴发育、阴毛分布、有无阴蒂肥大、阴道及子宫发育有无先天畸形、双侧附件有无包块及结节等。

(3) 辅助检查：

a. 血常规、红细胞沉降率(血沉)、肝功能检查。X线胸片和腹

www.dxy.cn/bbs

部平片以排除结核。

b. 阴道脱落细胞及宫颈黏液结晶检查，了解雌激素水平及有无孕激素影响。

c. 基础体温(BBT)测定，了解有无排卵及黄体功能。

d. 诊断性刮宫，了解宫腔有无粘连等异常、取子宫内膜病理检查。

e. 子宫输卵管碘油造影及宫腔镜检查，了解宫腔形态、有无畸形、粘连、输卵管形态以及管腔是否通畅等。

f. 血清雌激素(E_2)、孕激素(P)、促卵泡生成素(FSH)、促黄体生成素(LH)、催乳素(PRL)、睾酮(T)、T_3、T_4 测定；尿 17-酮和 17 羟的测定。了解下丘脑-垂体-卵巢轴、肾上腺、甲状腺等内分泌功能。

g. 蝶鞍 X 线摄片、CT、磁共振成像等检查排除垂体肿瘤。

h. 染色体检查，排除先天遗传性疾病。

i. 腹腔镜观察子宫及性腺外观，必要时取卵巢活体组织检查。

(4) 药物试验：

a. 孕酮撤退试验：黄体酮 20 mg，im，qd，连续 5 d；或口服安宫黄体酮，8～10 mg/d，连续 5 d。停药 5～7 d，出现撤退性出血者，为 I 度闭经，表示病人子宫内膜功能正常，且体内有足够量雌激素。闭经原因可能为排卵障碍。

b. 雌、孕激素撤退试验：如孕酮未能引发撤退性出血，则给予己烯雌酚口服，每日 1 mg、或炔雌醇 0.05 mg/d，连服 20 d；第 16 d 开始加黄体酮 im，qd，连续 5 d；或口服安宫黄体酮，8～10 mg/d，连续 5 d。停药 2～7 d，出现撤退性出血者，为 II 度闭经，表示病人子宫内膜功能正常，闭经原因是体内缺乏雌激素。如没有撤退性出血，可再重复 1 周期雌激素试验，如仍无出血，说明为子宫性闭经。

c. 垂体兴奋试验：当 FSH 和 LH 均低落时，进行此试验以了解病变在垂体还是在下丘脑。一般在上午进行，将 LHRH 100 μg 溶于 5 ml NS 中，在 30 s 内静脉注射完毕，分别于注射前和注射后 15、30、60、120 min 各采血 25 ml，测其 LH 含量。如注射后 LH 值无增高或

www.dxy.cn/bbs

增高不多，则病变在垂体。

2. 闭经的病因和分类

(1) 原发性闭经：

a. 米勒管发育不全综合征。

b. 性腺发育不全：① 特纳综合征(Turner's syndrome)；② 单纯性腺发育不全：包括 46,XX 条索状性腺和 46,XY 条索状性腺。

c. 对抗性卵巢综合征。

d. 雄激素不敏感综合征。

e. 低促性腺素性腺功能减退。

(2) 继发性闭经：

a. 下丘脑性闭经：紧张应急；体重下降和营养缺乏；过剧运动；药物；颅咽管瘤。

b. 垂体性闭经：垂体梗死；垂体肿瘤；空蝶鞍综合征。

c. 卵巢性闭经：卵巢早衰；卵巢切除和组织破坏；卵巢功能性肿瘤；多囊卵巢综合征。

d. 子宫性闭经：Asheerman 综合征；子宫内膜炎。

e. 其他内分泌功能：甲状腺功能亢进或减退；肾上腺皮质功能亢进；肾上腺皮质肿瘤。

【治疗要点】

1. 治疗原则　治疗引起闭经的器质性疾病，如处女膜或阴道闭锁可手术切开，结核性子宫内膜炎应抗痨治疗，宫腔粘连应扩张宫腔并放置节育环，垂体和卵巢肿瘤可根据肿瘤部位、大小、性质等选择手术、化疗或放疗等。同时应注意心理治疗，消除精神紧张和焦虑。

2. 药物治疗

(1) 性激素替代及促排卵药物治疗：参见"第二十章功能失调性子宫出血'警示'2. 无排卵性功血治疗注意点"。

(2) 闭经溢乳综合征药物治疗：参见"第二十二章闭经溢乳综合征"。

【处　方】

参照"第二十章功能失调性子宫出血中的无排卵性功血的激

www.dxy.cn/bbs

素治疗”及“第二十二章闭经溢乳综合征的药物治疗”。

【警 示】

闭经只是一种症状，诊断时首先必须寻找引起闭经的原因，即下丘脑-垂体-卵巢轴失常发生在哪一个环节，然后再确定是何种疾病引起。

（孙金玉 万贵平）

www.dxy.cn/bbs

第二十二章　闭经溢乳综合征

非产褥期妇女或产妇在停止哺乳1年后，出现持续性溢乳，且伴有闭经者称为闭经溢乳综合征（amenorrhea－galactorrhea syndrome，A－G综合征）。大多数病人合并有高催乳素（PRL）血症。

【诊断要点】

1. 诊断依据

（1）闭经：病人可诉长期闭经，或月经稀发，闭经的期限可自数月至10余年不等。

（2）溢乳：病人可有自发性溢乳，但有些病人则需挤压乳房后才获得小滴乳汁，溢乳期限可长达数月至数年。

（3）不孕：A－G综合征伴有高PRL病人常患原发不孕。

（4）更年期症状：部分病人由于雌激素水平低下，可出现面部阵发性潮红、性情急躁、性欲减退、阴道干燥、性交困难等更年期症状。

（5）其他：如合并有较大的垂体肿瘤，或肿瘤已压迫视神经交叉时可出现头痛、复视、偏盲、视力减退等症状。

2. 引起闭经溢乳综合征的原因

（1）垂体病变：分泌PRL腺瘤较为多见。

（2）药物的影响：较长期服用利血平、氯丙嗪、吗啡等药物可导致闭经溢乳，这些药物通过改变多巴胺的产生、吸收和代谢，从而抑制催乳素抑制因子（PIF）的释放，以致PRL分泌过多，引起闭经溢乳。口服避孕药也可引起闭经溢乳可能是药物中含雌、孕激素，通过对下丘脑的负反馈作用，使PIF减少，而雌激素亦可直接作用于垂体催乳素细胞，从而引起垂体分泌的PRL增高与促性腺激素减少，出现闭经溢乳。此种情况一般在停药后半年内恢复。如在停药后半年仍不恢复，且经克罗米酚或促性腺激素治疗无效时，应警惕垂体微腺瘤的存在。

www.dxy.cn/bbs

(3) 产后溢乳：多数作者认为产后溢乳可能是功能性的，是由于妊娠引起下丘脑-垂体功能紊乱，持续产生过量的PRL，并抑制促性腺激素的分泌，最终导致长期的溢乳和闭经，且伴有生殖器的萎缩。

(4) 原发性甲状腺功能低下：甲状腺分泌减少，解除了对下丘脑、垂体的抑制作用，刺激PRL分泌。

(5) 特发性闭经溢乳综合征：这种情况与妊娠无关，也没有明显的垂体肿瘤存在，而是由于下丘脑-垂体功能紊乱所引起的闭经溢乳。外界刺激可造成一时性溢乳，如手术创伤、麻醉、精神抑郁、假孕等精神因素，可通过大脑皮质，作用于下丘脑-垂体，引起PRL增高和FSH降低而出现闭经与溢乳。

(6) 其他原因：原发性甲状腺功能亢进、长期吸吮乳头、肾功能不全、支气管癌等均可引起高PRL血症。

【治疗要点】

病因治疗是关键。如由原发甲状腺功能减退所引起的闭经溢乳、高PRL血症，可用甲状腺素替代治疗；由药物引起的，停药后症状自然消失；如发现垂体肿瘤，可行手术切除、放射治疗或给予溴隐亭药物治疗。

【处 方】

处方1 用于抑制泌乳素的合成和分泌及垂体肿瘤的生长。

溴隐亭 1.25～2.5 mg bid

处方2 用于特发性闭经溢乳综合征。

左旋多巴 0.5 mg tid

处方3 用于促排卵。

氯米芬(clomiphene, CC) 50 mg qd

人绒毛膜促性腺激素(HCG) 10 000单位 im st (排卵前)

人绝经期促性腺激素(HMG) 75单位 im qd或bid

处方4 维生素B_6 200～600 mg qd

【警 示】

1. 治疗前可通过内分泌(卵巢功能、垂体功能、甲状腺功能、

www.dxy.cn/bbs

PRL 兴奋和抑制试验等)检查和 X 线(CT、MRI 等)检查明确病因,针对病因治疗。

2. 选用处方 1 溴隐亭治疗垂体微腺瘤的适应证有微小肿瘤希望妊娠者;肿瘤有浸润,手术摘除困难者;肿瘤切除后血中 PRL 值不下降者。此药具有多巴胺受体激动剂的特性,可直接作用于下丘脑和垂体,抑制 PRL 的合成和分泌,且能抑制垂体肿瘤的生长,使肿瘤缩小甚至消失。用此药治疗闭经-溢乳综合征或垂体肿瘤病人可获得降低血 PRL 水平、停止溢乳、恢复排卵性月经及妊娠等良好效果。开始时用小剂量,每次 1.25 mg,每日 2 次,7 ~ 14 d 后若无不良反应,可逐渐加至标准治疗剂量,即 5.0 ~ 7.5 mg/d,分 2 ~ 3 次口服,连续治疗 3 ~ 6 个月甚至更长时间。一般在溴隐亭治疗的 4 周内血 PRL 下降最明显,服药期间血 PRL 可维持在较低水平。约有 70% ~ 90% 的病人于治疗 8 周内恢复排卵性月经和停止溢乳。对于不孕症病人,服药期间一旦确诊妊娠,应即停药。

3. 处方 2 中的左旋多巴在体内可代谢为多巴胺,作用于下丘脑,增强催乳素抑制因子的作用,同时亦可直接作用于垂体。用此药后血 PRL 水平不断下降,溢乳减少或停止,尿中促性腺激素水平明显升高,月经来潮,此药运用于特发性溢乳-闭经综合征,连续服用半年,大部分病人可于用药 1 个月后月经来潮,2 个月后溢乳停止。

4. 处方 3 中的促性腺激素作用在于增进卵巢功能,恢复下丘脑-垂体-卵巢轴功能,从而诱发排卵,可任选 1 种或联合应用。氯米芬(CC)在人工诱发或自然周期的第 5 d 开始服用,共 5 d。如疗效不显,剂量可加倍。HMG 从月经来潮或激素撤退性出血后 3 ~ 5 d内开始,根据雌激素水平高低,以每日 1 ~ 2 支开始,观察基础体温、宫颈黏液及超声监测卵巢大小和卵泡发育,若用药 5 ~ 7 d 卵泡发育不明显时每日增加 1 支,再过 1 周仍不明显时,每日再增加 1 支。当超声检测卵泡直径达 18 mm、血雌二醇 500 ~ 1 000 pg/ml、尿雌激素 50 ~ 100 μg/24 h 时,提示卵泡发育成熟,在末次 HMG 注射后 36 h 注射 HCG5 000 ~ 10 000 IU 以助卵泡最后成熟与排卵。

5. 雌激素检测、尿雌激素 > 200 μg/24 h 或血雌激素 >

www.dxy.cn/bbs

2 000 pg/ml时应停用 HCG，以防卵巢过度刺激综合征（OHSS）发生。OHSS 主要表现为卵巢增大腹胀、体重增加；重者出现腹水、胸腔积液、电解质紊乱、血容量减低，导致低血压和少尿，危及生命。卵巢有多个卵泡囊肿，间质水肿，或多个黄体囊肿。血细胞比积测定显示血浓缩，因而可排除内出血。OHSS 病人轻者只需休息和观察，约 1 周左右好转；重者应收入院观察和治疗，卧床休息，每日称体重，严格监测出入液量，注意生命体征，测血细胞比积，血尿素氮和肌酐、电解质、总蛋白和凝血状态。心电监护了解高血钾状态，限制水纳入量。应补充血容量，纠正电解质紊乱。

6. 处方 4 可较长时间使用，增加下丘脑内多巴向多巴胺的转化率，从而抑制 PRL，达到治疗闭经溢乳综合征的目的。

7. 检查发现明显垂体腺瘤时，应主张手术或放射治疗。

（徐　辉　万贵平）

www.dxy.cn/bbs

第二十三章　多囊卵巢综合征

多囊卵巢综合症(PCOS)主要表现为月经紊乱、月经稀发或闭经、多毛、肥胖、不育，双侧卵巢增大呈囊性变。

【诊断要点】

1. 症状和体症

(1) 多发生在20～40岁生育年龄妇女。

(2) 出现渐进性月经稀发、量少、继发闭经，或月经周期缩短、经量过多，表现为黄体功能不全。

(3) 原发不孕。

(4) 一半以上病人有多毛表现。

(5) 体重增加，中等程度的肥胖约占20%。

(6) 妇科检查可触及双侧卵巢呈对称性增大，大于子宫的1/4，质地较坚韧。

2. 辅助检查

(1) 基础体温多呈单相或不典型双相。

(2) 子宫内膜活检，无论在月经前数日或来潮12 h内，均为不同程度的增生期变化，无分泌改变。

(3) B超发现双侧卵巢增大，可见大小不等的卵泡多于10个，无优势卵泡。

(4) 激素测定：血中LH明显增高，LH/FSH > 3；血睾丸酮、雄烯二酮及脱氢表雄酮普遍升高；尿17-酮类固醇正常或增高。

(5) 腹腔镜检查示卵巢增大，包膜增厚，呈灰白色。

【治疗要点】

根据病人就诊时不同的目的和要求进行治疗。就诊目的可分为：婚后多年不育，迫切希望生育；长期闭经和不规则阴道流血，希望有正常月经；多毛影响美观。可进行药物治疗和手术治疗。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

处方1　促排卵，用于希望恢复排卵功能，达到生育的病人。参见"第二十二章闭经溢乳综合征处方3"。

处方2　雌、孕激素序贯或联合应用，用于希望恢复正常月经的病人。

己烯雌酚　0.5～1.0 mg　qd　于月经第5 d开始，连服22 d

黄体酮　10 mg　im　qd　于月经第17 d开始，连用5～7 d

或　18甲基炔诺酮　1粒　qd　连服22 d

处方3　肾上腺来源的雄激素过多的PCOS病人首选。

复方醋酸环丙孕酮片(达英－35)　1片　qd　自周期的第1 d开始，连服21 d

处方4　糖皮质激素治疗，适用于因肾上腺来源的雄激素过多的PCOS，用克罗米酚无效者。

地塞米松　0.25～0.75 mg　qd　连用16 d

处方5　用于多毛症状明显的病人。

螺内酯(安体舒通)　100 mg　qd　连服3个月

【警　示】

1. 当药物治疗6个月后仍无排卵者，可选用手术治疗，手术可采用卵巢楔形切除或腹腔镜下卵巢打洞法，术后睾丸酮水平降低，恢复排卵。

2. 促排卵时，同样要防止卵巢过度刺激综合征(详见"第三十三章计划生育与不孕症第一节不孕症")。

3. 病人就诊目的若仅仅是为了控制由于不排卵而引起的不规则阴道流血，而不是要求生育，当出血量不多，又无多毛症，可考虑予以孕激素周期治疗，以中断持续性雌激素对子宫内膜的影响，停药后发生撤药性出血，状如月经，同时又可以防止子宫内膜增生过长或不典型增生变化。给药的频率也可以2个月给1次。还可以采用低剂量的口服避孕药，以调节流血的周期，并达到避孕的目的。

www.dxy.cn/bbs

4. 多毛妇女雄激素的产生与LH分泌有关，故抑制雄激素必须先抑制LH的产生。单用雌激素治疗，效果不可靠，因为雌激素对LH的分泌既有负反馈又有正反馈作用。雌、孕激素类避孕药多为有效的负反馈作用，使用1～3个月后，体内雄激素水平明显下降，多毛的现象也有所改善。

（徐　辉　万贵平）

www.dxy.cn/bbs

第二十四章 痛 经

凡在月经来潮前后或在经期出现腹痛、腰酸、下腹坠胀及其他不适，影响生活和工作时称为痛经。自月经初潮后或不久即出现的痛经为原发性痛经，生殖器官无器质性病变；由于生殖器官某些器质性病变引起的痛经为继发性痛经。本章主要针对原发性痛经。

【诊断要点】

1. 原发性痛经多发生在月经初潮后不久的未婚、未育的年轻妇女。

2. 月经来潮前数小时开始出现下腹痛，行经的第1～2 d最重；严重时有恶心、呕吐、面色苍白、四肢厥冷甚至虚脱。

3. 既往月经来潮前后或经期常有类似发作。

4. 妇科检查无器质性病变。

【治疗要点】

1. 一般治疗 重视精神心理治疗。疼痛不能忍受时可作非麻醉性镇痛治疗。

2. 口服避孕药抑制排卵 适用于要求避孕的痛经妇女。

3. 应用前列腺素合成酶抑制剂治疗。

【处 方】

处方1 解热镇痛药治疗。

阿司匹林 0.3～0.6 g tid

或 吲哚美辛(消炎痛) 25～50 mg tid

或 酮洛芬 50 mg tid

处方2 解痉剂治疗。

阿托品 0.3 mg tid

处方3 性激素抑制排卵。

己烯雌酚 0.25 mg qd

www.dxy.cn/bbs

或　安宫黄体酮　4～8 mg　qd

或　黄体酮　10 mg　im　qd

或　短效口服避孕药(复方 18 甲基炔诺酮)　1 粒　qd

处方 4　非麻醉性镇痛。

哌替啶(杜冷丁)　25～100 mg　im　st

或　50～100 mg　po　st

或　双氢埃托啡　20 μg　im　st

或　20～40 μg　舌下含服　st

或　措扶兰　25～50 mg　tid

处方 5　中药治疗。

月月舒　1 包　bid

或　麝香追风膏　贴脐或中脘

【警　示】

1. 对于青年妇女，应耐心地告之以医学卫生知识，阐明月经是发育到性成熟期的一种生理现象，可能产生一些生理上的反应，如小腹坠胀、轻度腰酸等，均为正常现象。一般当经血外流后，症状很快消失。原发性痛经多发生于有排卵的月经周期，经生育、分娩后可以消失。如在疼痛时用热敷小腹部，往往可以使疼痛暂时缓解。

2. 在对痛经进行治疗之前，应排除生殖器器质性疾病。如有生殖器器质性疾病应在进行疼痛治疗的同时针对器质性疾病进行治疗，以免延误治疗时间。

3. 对于程度较轻痛经，可选用处方 1、2、3 中的一种药物进行治疗，而对严重的痛经可选用处方 4 中的一种药物治疗，但必须避免长时间用药，以免产生药物依赖。

4. 选用处方 3 中的己烯雌酚治疗，用法为于月经第 5 d 开始，连用 22 d，重复 3～6 个周期，适用于子宫发育不良者，可以促进子宫发育，使子宫肌层增厚，血运增加，痛经减轻；选用安宫黄体酮和黄体酮，从经前 7 d 开始，连用 7 d，主要是抑制子宫收缩，减轻疼痛；选用短效口服避孕药，从月经第 5 d 开始，连用 22 d，主要针对顽固性痛经，通过抑制排卵，抑制前列腺素的合成，从而有效缓解

www.dxy.cn/bbs

疼痛。

5. 选用处方5中的药物，于经前7 d开始服用，持续至月经第3 d，3个月经周期为一疗程。

（万贵平）

www.dxy.cn/bbs

第二十五章　经前期综合征

经前期综合征(premenstrual syndrome,PMS)是指妇女反复在黄体期周期性出现躯体、精神以及行为方面的改变,严重者影响生活质量,月经来潮后症状自然消失。发生率为30%～40%,严重者为5%～10%。

【诊断要点】

1. 周期性发生的系列异常症状。

2. 多见于25～45岁妇女,常因家庭不和睦或工作紧张激发。

3. 症状出现于月经前1～2周,月经来潮后迅速明显减轻至消失。

4. 主要症状

(1) 躯体症状:表现为头痛、乳房胀痛、腹部胀满、肢体水肿、体重增加、运动协调功能减退。

(2) 精神症状:激怒、焦虑、抑郁、情绪不稳定、疲乏以及饮食、睡眠、性欲改变。

(3) 行为改变:思想不集中、工作效率低、意外事故倾向,易有犯罪行为或自杀意图。

【治疗要点】

1. 精神治疗　首先应予心理安慰与疏导,使精神松弛,重新控制生活。

2. 药物治疗　解除水钠潴留,孕激素替代治疗,调节自主神经功能,改善乳房胀痛。

【处　方】

处方1　镇静剂用于解除忧虑。

艾司唑仑(舒乐安定)1 mg　bid(在黄体后期口服)

或　苯巴比妥0.03　tid(月经来潮前口服)

处方2　抗抑郁药,用于缓解精神症状。

www.dxy.cn/bbs

氟西汀(fluoxetine)　20 mg　qd 或 bid(于黄体期用药)
不超过 3 个周期

处方 3　利尿剂,用于月经前体重增加明显者。

螺内酯 20 mg　tid

处方 4　孕激素替代治疗。

甲羟孕酮　6 mg　qd　自月经第 16 d 开始,共 10 d

处方 5　用于乳房胀痛伴高催乳素血症者。

溴隐亭　1.25 ~ 2.5 mg　bid　于月经周期的后半期开始

处方 6　用于自主神经功能紊乱者。

维生素 B_6　100 mg　qd

【 警　示 】

1. 经前综合征是一个与月经有关的周期性疾病,注意与精神病鉴别。

2. 为了解除经前期的水、钠潴留,在月经前 10 d 开始进服低盐饮食。如症状仍明显,可选用处方 3。

3. 经前期综合征可能是雌激素过多、孕激素不足或缺乏所致,故不能用雌激素治疗,只能用孕激素治疗。

4. 乳房胀痛的症状可能与催乳素分泌增加有关,如血催乳素增高在月经的第 12 ~ 16 d,可选用处方 5,可使 90% 的乳痛症状消失。

(万贵平)

www.dxy.cn/bbs

第二十六章　围绝经期综合征

围绝经期(perimenopausal period)指从接近绝经出现与绝经有关的内分泌、生物学和临床特征起至绝经1年内的期间,即绝经过渡期至绝经后1年。绝经指月经完全停止1年以上。我国城市妇女的完全绝经年龄为49.5岁,农村妇女为47.5岁。绝经过渡期多逐渐发生,历时约4年,偶可突然发生,表现不同程度内分泌、躯体和心理方面的改变。围绝经期妇女约1/3能通过神经内分泌的自我调节达到新的平衡而无自觉症状,2/3的妇女可出现一系列性激素减少所致的症状,称为围绝经期综合征。除自然绝经外,两侧卵巢经手术或放射线毁坏,可导致人工绝经,较自然绝经妇女更易发生围绝经期综合征。

【诊断要点】

1. 临床症状

(1) 月经变化:可表现为月经周期不规则、长期无排卵性出血及月经突然停止。

(2) 自主神经系统功能障碍:主要包括潮热、出汗、眩晕、头痛、手指麻木、感觉异常、失眠等。

(3) 精神症状和情绪变化:主要包括情绪不稳定、神经质、激动易怒、抑郁、记忆力减退、工作能力下降,甚至企图自杀。

(4) 泌尿生殖道改变:萎缩性膀胱炎表现为排尿紧迫、尿失禁和尿频,常伴发泌尿系感染。萎缩性阴道炎表现为干燥、灼热、瘙痒。外阴干燥症、性交困难等。

(5) 心血管的改变:易发生高血压,特点主要是收缩压升高,血压较易波动,也易发生心前区不适、心悸、气促。动脉粥样硬化及冠心病的发生率明显升高。

(6) 皮肤变化:表皮变薄、干燥、色素增加形成老年斑。易发生绝经期皮炎,皮肤瘙痒症等疾患。

www.dxy.cn/bbs

(7) 骨质疏松　绝经后女性骨质丢失的速度明显加快，尤其在绝经后 3～7 年内，容易导致骨质疏松甚至骨折。

2. 实验室检查　血促卵泡素(FSH) > 40 IU/L，雌二醇(E_2) < 150 pmol/L。

【治疗要点】

1. 心理治疗　围绝经期精神症状可因神经类型不稳定或精神状态不健全而加剧，故应进行心理治疗。

2. 药物治疗　主要为雌激素替代治疗。

【处　方】

处方 1　用于补充雌激素。

尼尔雌醇(维尼安)　2 mg　每 2 周 1 次

或 5 mg　每 2 周 1 次

或　倍美力　0.625 mg　qd

或　17－β 雌二醇　1 mg　qd

或　7－甲基炔诺酮(利维爱)　2.5 mg　qd

处方 2　用于雌激素进行替代治疗的病人。

甲羟孕酮　10 mg　qd(于周期治疗 16～25 d 服用)

或 2 mg　qd(于周期第 1～25 d 服用)

处方 3　用于调节自主神经功能紊乱。

谷维素　20 mg　tid

处方 4　用于失眠症状较重者。

艾司唑仑　2.5 mg　qn

处方 5　用于潮热症状较重者。

可乐定　0.15 mg　tid

处方 6　中成药，下列制剂可选一种：

更年安　6 粒　tid

或　坤宝丸　50 粒　tid　共 2 个月

或　龙凤宝　2 粒　tid

或　佳蓉片　4 片　tid　共 2～3 周

或　妇宁康　6～8 片　tid　共 1 个月

处方 7　补钙。

www.dxy.cn/bbs

钙尔奇-D 600 mg qd

【 警 示 】

1. 激素替代治疗(HRT) 合理应用雌激素可控制绝经期症状和疾病。

(1) 适应证:主要包括因雌激素缺乏所致的老年性阴道炎、泌尿道感染、潮红潮热及精神症状,预防存在高危因素的心血管疾病、骨质疏松。

(2) 禁忌证:妊娠、严重肝病、胆汁淤积性疾病、血栓栓塞性疾病、原因不明的子宫出血及雌激素依赖性肿瘤病人应视为禁忌。

(3) 制剂及剂量的选择:由于口服合成雌激素刺激肝脏产生蛋白的作用要比天然雌激素强100倍,所以原则上应尽量选用天然雌激素,以雌二醇或雌三醇最为安全有效。剂量应个体化,以最小有效剂量为佳。在服用雌激素制剂的同时应加服安宫黄体酮,以防止子宫内膜的增殖。

(4) 用药途径:口服疗效较为肯定,但也可经阴道、皮肤或皮下给药。

(5) 用药时间:

a. 短期用药:用药目的主要是为了解除绝经期症状,待症状消失后即可停药。

b. 长期用药:用于防治骨质疏松,至少持续5~10年以上,有人主张绝经后用药终身。

(6) 用药方案:目前主张雌激素、孕激素联合治疗以预防诱发子宫内膜增生过长、子宫内膜癌和乳房癌。

a. 周期联合治疗(cyclic combined therapy):雌激素于周期的第1~25 d使用;孕激素于周期的第16~25 d使用,每周期停用4~6 d。模拟自然月经周期,可预测撤药性出血。

b. 续贯联合治疗(sepuential combined therapy):雌激素每日给予,孕激素每个月给予10~14 d。孕激素用药结束后发生撤药性出血。

c. 连续联合治疗(continuous combined therapy):雌激素、孕激素均每日给予。不发生撤药性出血,但可发生不规则淋沥出血。使用于绝经多年的妇女。

www.dxy.cn/bbs

d. 单纯雌激素治疗：使用于已行子宫切除术妇女。

(7) 副作用和危险性：

a. 子宫出血：激素替代治疗时的异常出血，必须作诊断性刮宫以排除子宫内膜病变。

b. 性激素副作用：雌激素剂量过大时可引起乳房胀痛、白带多、头痛、水肿、色素沉着等，应酌情减量，或改用雌三醇。孕激素副作用包括抑郁、易怒、乳腺痛和水肿。

c. 子宫内膜癌：单一雌激素的长期应用使子宫内膜癌和子宫内膜增生过长的危险性增加 6～12 倍，此种危险性依赖于用药时间的长短和用药剂量的大小。其对策是雌激素替代治疗时，每月加用孕激素 12～14 d，可完全阻止子宫内膜腺囊型和腺瘤型增生过长，内膜癌的相对危险性明显降低。

d. 乳腺癌：流行病学研究显示雌激素替代治疗短于 5 年者，并不增加发生乳腺癌的危险性；长期用药 10～15 年以上，是否增加乳腺癌的危险性尚无定论。

(8) 注意事项：

a. 实施 HRT 前必须全面了解病人的病史和家族史。

b. 使用 HRT 前应常规行血压测定、肝肾功能测定、血糖及血脂测定、乳腺检查及妇科检查(包括宫颈涂片检查)，长期应用者应每半年至 1 年重复上述检查，有子宫者应特别注意子宫内膜情况，必要时行内膜活检。

c. 使用 HRT 期间，子宫平滑肌瘤可能增大。

d. 雌激素有增加手术血栓栓塞的危险，应至少在手术前 4 周中断雌激素的使用。

e. 应当使病人清楚，绝经妇女采用 HRT 而恢复月经，并不意味着恢复生育能力。

2. 老年妇女为了预防骨质疏松，应坚持体格锻炼、增加日晒时间，摄入足量蛋白质及含钙丰富食物，必要时选用处方 7 补充钙剂。

3. 对于围绝经期症状较轻或激素替代治疗有禁忌证者，可先选用处方 6 中的中成药物治疗。亦可作为 HRT 的补充治疗。

(万贵平)

www.dxy.cn/bbs

第二十七章　高雄激素血症

妇女血液中雄激素含量过高、活性过强的情况称为高雄激素血症(hyperandrogenism)。典型症状有多毛、月经紊乱与不孕。少数高雄激素妇女由于特殊原因所致，如肾上腺与卵巢肿瘤、肾上腺皮质增生、库欣综合征、高泌乳素血症或药物引起。

【诊断要点】

1. 病史　应了解青春期发育情况、阴毛生长时间、月经初潮时间、月经周期、多毛时间等。

2. 症状和体征

(1) 症状：油性皮肤、多毛、月经失调、音哑、体格粗壮。

(2) 男性化体征：有须、上臂肌肉发达、喉结、阴蒂肥大、多毛、毛发分布男性化。

3. 辅助检查　测血中的黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、睾酮(T)、尿 17 羟、尿 17 酮等。

【治疗要点】

1. 一般治疗　确切了解雄激素的代谢和来源，对因治疗。

2. 药物治疗　目的在于抑制雄激素的产生或抗雄激素，控制体重，去除多毛。

3. 手术治疗　当药物治疗无效，又无生育要求时，卵巢来源的雄激素过多病人，可切除双侧卵巢。希望生育的多囊卵巢综合征病人，可在腹腔镜下电灼、激光去除多囊，以期降低雄激素水平并恢复排卵。也有人主张行卵巢楔形切除，但容易造成粘连，目前已少采用。一旦证实患有分泌雄激素的肿瘤，肾上腺腺瘤或腺癌，应予手术切除。

【处　方】

处方 1　用于降低血浆中雄激素活性。

达英-35(复方醋酸环丙孕酮片)　1 片　qd　月经来

www.dxy.cn/bbs

潮第 1 d 开始，连续 21 d

处方 2 主要治疗肾上腺来源的雄激素过多。

地塞米松 0.25 mg qod

或 泼尼松(强的松) 5 mg qd

处方 3 用于使垂体脱敏，抑制雄激素产生。

Nafarelin 1 000 μg 滴鼻 qd 共 12～14 d

或 Buserelin 200 mg ih qd 共 12～14 d

处方 4 用于干扰雄激素的合成。

螺内酯 50～200 mg qd 共 2～6 个月

处方 5 用于治疗肾上腺来源的雄激素过多。

醋酸塞普特龙(cypoterone acetate，CPA) 50～100 mg qd 从月经周期第 5～14 d 用

处方 6 可抑制肾上腺和性腺来源的雄激素。

酮康唑 400～1 200 mg qd 共 3～6 个月

处方 7 用于治疗多囊卵巢综合征伴泌乳素升高的病人。

溴隐亭 5～10 mg qd 共 3～6 个月

处方 8 用于抑制雄激素产生。

Flufamide 250 mg qd 共 7 个月(需与口服避孕药合用)

【 警 示 】

1. 卵巢来源的高雄激素疾病有多囊卵巢综合征、卵泡膜细胞增殖症、卵巢肿瘤。

2. 肾上腺来源的雄激素过多疾病有库欣综合征、高泌乳素血症、先天性肾上腺皮质增生症、肾上腺肿瘤等。

3. 复合口服避孕药是最常用的治疗雄激素过高的药物，它可抑制 LH、降低睾酮(T)、DHEA－S、增加 SHBC 浓度，明显降低血浆中雄激素活性。

4. 地塞米松主要治疗肾上腺来源的雄激素过多。但小儿与青春期少女禁用，因为此药会抑制生长。

5. 在患雄激素过多症的妇女中，75%过多的雄激素来自卵巢，20%来自皮下组织，5%来自肾上腺皮质增生，少数是肾上腺和卵

www.dxy.cn/bbs

巢肿瘤产生的。雄激素过多症主要是多囊卵巢综合征和卵泡膜细胞增殖症，持续给予促性腺激素释放激素(GnRH)能使垂体脱敏，卵巢甾体激素被抑制，睾酮也降低，可抑制多毛，减少痤疮和皮脂溢出。

6. 螺内酯的作用是抑制5a还原酶活性、干扰双氢睾酮与其受体结合，抑制睾酮的作用。螺内酯还有弱孕激素作用，使血中睾酮和雄烯二酮水平降低，但不抑制促性腺激素等。大剂量螺内酯可干扰雄激素的合成。因为可以使男胎女性化，所以服药期间应避孕。

7. 醋酸塞普特龙能竞争性抑制睾酮、双氢睾酮与雄激素受体的结合，也可抑制促性腺激素而使卵巢产生的雄激素减少。醋酸塞普特龙能增加睾酮的代谢清除率。此外，具有高效与长效孕激素作用，可储存于脂肪组织中缓慢释放，用于治疗肾上腺来源的雄激素过多，效果比糖皮质激素好。副作用有乏力、恶心、头痛、性欲减退、发胖、子宫出血等。

(万贵平)

www.dxy.cn/bbs

第二十八章 卵巢早衰

妇女在40岁以前出现卵巢功能衰退现象者，称为卵巢早衰。

【诊断要点】

1. 临床表现

(1) 性腺未发育者，原发闭经；性腺发育不全者，初潮延迟或月经不规则。

(2) 性腺发育但继发不孕，数年后月经逐渐稀少直到闭经。

(3) 有排卵型，典型的卵巢早衰病人有潮热、性腺功能减退表现。

2. 辅助检查 激素测定显示血 FSH 明显升高，LH 也略有升高，雌激素与雄激素偏低。

3. 病理检查 镜下可见卵巢表面覆盖立方形上皮，其下有一层厚厚的结缔组织，所有卵泡均处于静止状态，无一发育。没有分泌甾体激素的细胞，有时还可以在卵巢周围见到许多淋巴细胞。

【治疗要点】

1. 一般治疗 明确诊断后进行心理治疗，让病人主动配合药物治疗。

2. 药物治疗 诱发卵泡发育，建立人工月经周期。肾上腺皮质功能低下者应用糖皮质激素。

【 处 方 】

处方1 建立人工月经周期。

己烯雌酚 0.5～1 mg qd

或 孕马雌酮(倍美力) 0.625 mg qd 连续20～22 d

甲羟孕酮(安宫黄体酮) 8～10 mg qd 从服雌激素的第11 d开始，连续 10 d

或 黄体酮 10 mg im qd 从服雌激素的第 16 d 开始，连续 5 d

www.dxy.cn/bbs

下一周期从撤退性出血的第 5 d 重复服药

处方 2　诱发卵泡发育。

己烯雌酚　0.25～0.5 mg　qd　连续 3 周　在人工周期治疗一个阶段后开始，不论有无撤退性出血，再开始第 2 个周期，3 个周期为一个疗程

克罗米芬　50 mg　qd　从周期的第 5 d 开始，连续 5 d

处方 3　用于肾上腺功能低下者。

地塞米松　0.25 mg　qd

【 警　示 】

1. 卵巢早衰病人除闭经外，仅有少数病人出现类似围绝经期综合征症状，故常不被重视，也不接受治疗。但是，长期处于低雌激素状态下，年轻妇女会发生子宫萎缩、阴道分泌物减少、性交痛，甚至导致骨质疏松和心血管疾病增加。所以，应当及时补充雌激素。目前认为卵巢早衰不一定是不可逆的，尤其对于期望生育的病人，更应积极治疗。

2. 周期性补充雌激素和孕激素可避免生殖器官上皮萎缩、钙的丢失及保护心血管系统、预防脂代谢变化。

（万贵平）

www.dxy.cn/bbs

第二十九章 女性生殖器官损伤及损伤性疾病

第一节 外生殖器损伤

外生殖器损伤主要指外阴(包括会阴)和阴道损伤,以前者为多见。

一、外阴损伤

【诊断要点】

1. 处女膜裂伤常为初次性交后,病人有突发性剧痛,伴有少量流血,处女膜留有清晰裂痕。偶有大量出血或出血不止。

2. 外阴裂伤 外阴疼痛伴有外阴出血。检查见外阴皮肤和皮下组织有明显裂口及活动性出血。

3. 外阴血肿 自扪及外阴肿块,剧烈疼痛,行动不便。检查见外阴有蓝紫色块状物隆起,压痛明显。

【治疗要点】

处女膜裂伤后出血量一般较少,且能自止。奸污或暴力性交,偶可导致过度裂伤。故若性交后流血不止或外阴有任何撕裂伤时,均应及时缝合止血。不管是保守治疗,还是手术治疗均应使用抗生素。

【处 方】

青霉素 80万单位 im bid(青霉素皮试阴性)

甲硝唑 0.2 g tid

【警 示】

1. 外阴血肿的治疗应根据血肿的大小、是否继续长大以及就诊的时间而分别治疗。

www.dxy.cn/bbs

(1) 如外阴血肿小且无增大趋势可行保守治疗。在最初 24 h 内，予局部冷敷；24 h 以后，予局部热敷或超短波、红外线治疗；4～5 d后，可在严密消毒下抽出血液。

(2) 如外阴血肿大，特别是继续出血，应在麻醉下行血肿切开缝合术。

2. 外阴血肿形成的最初 24 h 内，特别是最初数小时内切忌抽吸血液，因渗出的血液有压迫止血点而达到防止继续出血的作用，早期抽吸可诱发再度出血。

3. 外阴血肿切开缝合时，应在良好的麻醉条件下，切开排除积血后，结扎出血点后再缝合。术毕应在外阴和阴道内同时用纱布加压以防止继续渗血，同时安置保留导尿。

二、阴道损伤

【诊断要点】

1. 性交损伤　性交后出现阴道流血，阴道窥诊可见裂伤及活动性出血。

2. 药物损伤　局部用药后阴道分泌物呈脓性，甚至有鲜血流出，伴阴道、外阴灼热疼痛；检查见阴道广泛充血，散在溃疡。

3. 卫生栓损伤　用卫生栓后出现血性白带，阴道出血，检查见阴道上段黏膜有界限明显的红色颗粒状斑块区，甚至溃疡。

4. 阴道水蛭咬伤　3～14 岁幼女，多在 5～9 月炎热季节发病，发病前 1 h 有接触河湖史，出现阴道出血和发热，阴部找到水蛭。

【治疗要点】

1. 随访观察　卫生栓损伤一般在停止使用卫生栓数月后损伤可自愈，故可随访观察。

2. 手术治疗　损伤后出血，在紧急时可暂用纱布压迫止血，然后在充分准备下，经阴道用肠线缝合。

3. 局部用药　药物所致阴道损伤需立即停药，用 1:5 000 高锰酸钾溶液冲洗，局部可擦紫草油。阴道水蛭咬伤可用 10% 高渗盐水500～1 000 ml 冲洗阴道。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

处方1　用于阴道裂伤出血。

巴曲酶(立止血)　1K单位　局部外敷　st

处方2　局部活血化瘀。

云南白药　局部外敷

【警　示】

1. 性交损伤一般均为暴力性交或奸污所致，其发病基础有妊娠期阴道充血、产后或绝经后阴道萎缩、阴道畸形或狭窄，性交时位置不当以及男方酒后同房。

2. 局部用药治疗阴道炎时，可因剂量过大，用法不当或误用腐蚀性药物而造成阴道损伤。如高锰酸钾浓度过高或颗粒未溶化，砷剂、汞坠胎时。要及时治疗，若不治疗及时，阴道黏膜坏死、剥脱，最后可引起阴道粘连和狭窄。如因药物经过黏膜吸收引起全身中毒反应，应测定肝、肾功能，有肾衰尽早给予肾透析。

(柴利强、彭兰)

第二节　子宫损伤

一、子宫穿孔

子宫穿孔多发生在流产刮宫，特别是钳刮人工流产手术时、但诊断性刮宫，安放和取出宫腔内节育环均可导致子宫穿孔。

【诊断要点】

凡宫腔内操作出现下列征象时，均提示有子宫穿孔的可能。

1. 使用的器械进入宫腔的深度超过事先估计或探明的长度，并感到继续放入无阻力时。

2. 扩张宫颈的过程中，如原有阻力很大，但忽然阻力完全消失，且病人当时感到剧烈疼痛。

3. 手术时病人有剧烈上腹痛，检查有腹膜刺激征或移动性浊音，如看到有黄色脂肪或肠管，更可确诊为肠管损伤。

4. 术后子宫旁有块状物形成或宫腔内无组织残留，但仍有反

www.dxy.cn/bbs

复阵发性颈管内出血者，应考虑在子宫下段壁阔韧带两叶之间有穿孔。

【治疗要点】

1. 保守治疗 一旦发现子宫穿孔，应立即停止宫腔内操作，予抗生素预防感染。若穿孔小，宫腔内容物已净，可给予缩宫素收缩子宫，随访观察；如果宫腔内容物未净，无明显内出血，可给予缩宫素或麦角新碱收缩子宫并严密观察有无内出血，如无特殊，可在7～10 d后再刮宫。

2. 手术治疗 若穿孔大，有较多内出血，尤其合并内脏损伤时，应立即剖腹探查。

(1) 若已有子女，最好作子宫部分切除。

(2) 希望再次妊娠者，在肠管修补后再行子宫切开取胎术，或在关闭腹膜前在腹腔内监视下经阴道行钳刮术。

【处 方】

处方1 宫腔内容物已净。

缩宫素 10单位 im st

处方2 用于子宫穿孔小，宫腔内容物未净，无明显内出血。

麦角新碱 0.2 g im st

或 缩宫素 10单位 im st

【警 示】

1. 术前详细了解病史和作好妇科检查，并应排空膀胱，均需严格遵守操作规程，动作轻柔。

2. 产后3个月哺乳期内和宫腔＜6 cm时不予放置宫内节育器。

3. 有剖宫产、子宫穿孔史或哺乳期受孕而行人工流产术时，在扩张宫颈后即注射子宫收缩剂。

4. 孕12～16周而行钳刮术时，最好在术前12 h先经宫颈安放导尿管或注射利凡诺至宫腔，以促进宫颈扩张。钳刮先取胎盘，后取胎体，如胎块长骨通过宫颈受阻时，忌用暴力牵拉或旋转，应将胎骨退回宫腔最宽处，换夹胎骨另一端。

5. 如疑有子宫体绒癌或子宫内膜癌而需行诊断性刮宫时，当

www.dxy.cn/bbs

取出的组织足以进行病理检查时，则不应作全面彻底的搔刮术。

二、子宫颈撕裂

宫颈撕裂多发生于产妇分娩时，但中孕人流引产时亦可引起宫颈撕裂。

【诊断要点】

1. 宫颈外口撕裂　多发生于宫颈6:00或9:00处，长度可由外口处直达穹隆阴道部不等，常有活动性出血。

2. 宫颈内口撕裂　宫颈内口处黏膜下层结缔组织撕裂，因黏膜完整，胎儿娩出后并无大量出血，但因宫颈内口不全以至日后出现习惯性流产。

3. 宫颈破裂　若宫颈阴道部以上破裂，多合并后穹隆破裂，胎儿从后穹隆裂口娩出。若破裂在宫颈阴道部，一般裂口呈横新月形，但外口完整。病人一般流血较多。

【治疗要点】

1. 一般治疗　轻度裂伤，无活动性出血者，用无菌纱布压迫止血，也可用巴曲酶(立止血)局部外敷止血。

2. 手术治疗　裂伤显著，尤有活动性出血者，可用可吸收合成线缝合止血。

【处　方】

立止血　1K单位　局部外敷

【警　示】

1. 应重视人工流产，扩张宫颈时应逐号扩张，不能跳号；于取胎盘术，谨慎细致操作；产妇分娩时，仔细观察产程，合理使用缩宫素。对于中孕引产、胎吸及产钳术后，常规检查宫颈。做到早发现、早诊断、早治疗。

2. 凡用利凡诺引产时，不应滥用缩宫素加强宫缩。引产时如宫缩过强，而宫口扩张缓慢时，应立即注射哌替啶(杜冷丁)以促使子宫松弛，已加用缩宫素者立即停用。

(柴利强、彭兰)

www.dxy.cn/bbs

第三节 生殖器官异物残留

生殖器官异物残留包括阴道内、盆腔内和宫腔内异物残留。

【诊断要点】

1. 阴道内异物残留

(1) 阴道有脓性或脓血性分泌物。

(2) 成人一般有阴道手术史,通过阴道窥诊可确诊。

(3) 幼女可根据有放入异物史、直肠指检可触及有一定活动度的物体。

2. 盆腔内异物残留

(1) 术后持续腹痛、发热和腹部包块。

(2) 若为金属异物,可能除腹痛外无其他症状,腹透可确诊。

3. 宫腔内异物残留 长期发热、腹痛、宫腔内大量分泌物排出,子宫复旧不佳。

【治疗要点】

生殖器官异物一旦发生应尽快取出异物。阴道内异物可用长镊直接取出;盆腔内异物应尽早剖腹探查取出;宫腔内异物可用宫腔镜检查取出;若已形成肠瘘或术时分离粘连而形成肠瘘者,一般作肠切除肠吻合术。术后防治感染。

【处 方】

处方1 用于阴道异物取出后合并感染。

甲硝唑 0.2 g tid

处方2 用于剖腹手术或宫腔手术术后。

NS 500 ml
青霉素 800万单位 | iv gtt qd 共3~5 d(青霉素皮试阴性)

0.5%甲硝唑 100 ml tid 共3~5 d

【警 示】

1. 生殖器官内异物以阴道内异物为多见,盆腔内和宫腔内异物均为医源性异物,医务人员应加强责任心,谨防纱布、器械残留,

www.dxy.cn/bbs

应可避免。

2. 儿童应加强教育与监督，严禁将异物塞入阴道内。

3. 若幼女阴道内异物可用长钳轻轻钳出，或在麻醉下用鼻镜扩开阴道取出。

4. 应注意将阴道内异物与阴道葡萄状肉瘤相鉴别，必要时可在全麻下用鼻镜窥视加以确诊。

（柴利强、彭兰）

第四节 子宫脱垂

子宫从正常位置沿阴道下降，宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出于阴道口以外，称为子宫脱垂（uterine prolapse）。子宫脱垂常合并有阴道前壁和后壁膨出。

【诊断要点】

1. 诊断依据

（1）下坠感与腰骶酸痛。

（2）阴道有块状物脱出。

（3）阴道分泌物增多。

（4）大小便异常症状。

（5）详细的妇科检查（决定治疗方案）。

2. 分度

Ⅰ度：轻型为宫颈外口距处女膜缘 < 4 cm，未达处女膜缘；重型为宫颈外口已达处女膜缘，未超过该缘，检查时可在阴道口见到宫颈。

Ⅱ度：轻型为宫颈已脱出阴道口，宫体仍在阴道内；重型为宫颈及部分宫体已脱出于阴道口。

Ⅲ度：宫颈及宫体全部脱出于阴道口外。

【治疗要点】

1. 一般治疗

（1）支持治疗：加强营养，适当安排工作和休息，避免重体力劳动，经常保持大便通畅，积极治疗慢性咳嗽。

www.dxy.cn/bbs

(2) 使用子宫托。

2. 药物治疗 应用中医中药促进盆底肌肉张力恢复。

3. 手术治疗 对保守治疗无效者应选择手术治疗。手术方法较多,一般以安全、简单、有效为原则。应根据病人的年龄、生育要求及全身情况,结合全面的体格检查,选择合适的方案。

(1) 阴道前后壁修补术:适用于Ⅱ、Ⅲ度阴道前、后壁脱垂者。

(2) 阴道前后壁修补、主韧带缩短及宫颈部分切除术(Manchester手术):适用于年龄较轻、宫颈延长的Ⅱ、Ⅲ度子宫脱垂病人。

(3) 经阴道子宫全切除及阴道前后壁修补术:适用于Ⅱ、Ⅲ度子宫脱垂伴阴道前后壁脱垂,年龄较大、无需考虑生育功能的病人。

(4) 阴道纵隔形成术(Le Fort手术):仅适用于年老体弱不能耐受较大手术者。

【处 方】

补中益气丸 1.0 tid

【警 示】

1. 非手术治疗适用于病情较轻,有生育要求,年老体弱,不愿或不宜手术者,但不适于单纯宫颈延长的病人。加强营养,适当安排休息和工作,避免重体力劳动,经常保持大便通畅,积极治疗慢性咳嗽;外阴破溃需及时局部治疗;绝经后妇女适当使用雌激素以改善组织张力;加强盆底肌肉的适应性锻炼。

2. 有如下情形者,不宜使用子宫托:① 会阴严重裂伤,肛提肌过度松弛,阴道浅短,穹隆部过浅或消失者;有阴道壁、膀胱或直肠重度膨出者;② 重度子宫脱垂无法还纳者;③ 阴道、宫颈有明显炎症或破溃者;④ 宫颈重度肥大、延长或宫颈癌可疑者;⑤ 并发尿瘘、粪瘘或会阴Ⅲ度裂伤,盆腔肿瘤者;⑥ 产褥期阴道黏膜脆弱充血者;⑦ 子宫托使用过久,出现严重并发症或失败者。

3. 除非确诊子宫或卵巢肿瘤,癌症可疑及先天性子宫Ⅱ、Ⅲ度脱垂,对于单纯生殖道脱垂者,多不主张腹式手术。如手术前未注意潜在的肠膨出,有所遗漏,手术后可发生阴道顶端脱垂,应注意

www.dxy.cn/bbs

防止其发生。

4. 子宫脱垂需与宫颈延长相鉴别，因为宫颈延长会给经阴道子宫切除带来困难，因此宫颈延长与子宫脱垂的区别具有重要意义。宫颈延长时，阴道检查阴道穹隆前、后和侧方皆在其通常的高位，病人屏气使用腹压穹隆下降甚微，阴道后壁前方和上方支撑状态良好，子宫体位置相对较高和后倾。

5. 子宫脱垂可以预防。产前和产后锻炼以加强肛提肌力量，早期和充足的会阴切开，以及避免损伤性分娩有助于预防或至少减轻脱垂。延长绝经或绝经后妇女雌激素治疗有助于保持盆腔内筋膜和盆腔肌肉的张力和完整性。

第五节 膀胱膨出和尿道膨出

阴道前壁膨出常伴有膀胱膨出和尿道膨出，以膀胱膨出为主。

【诊断要点】

1. 诊断依据

(1) 阴道有肿物膨出，有"下坠"感。

(2) 自觉膀胱排空不全，常有张力性尿失禁和尿频，可能需上推膀胱以排空小便。

(3) 脱出之肿物可以回纳。

(4) 增加腹压(如咳嗽)时膨出物增大，阴道前壁和尿道下降。

2. 阴道前壁膨出的分度

轻度膨出：阴道壁已达处女膜缘，尚未膨出于阴道外。

中度膨出：部分阴道壁已膨出阴道外。

重度膨出：阴道壁已全部膨出于阴道外。

【治疗要点】

1. 一般治疗

(1) 使用子宫托。

(2) 体育疗法：即利用盆底有关肌肉的运动来锻炼。

2. 药物治疗 应用性激素治疗，增强盆底组织张力。应用子宫托发生溃疡者应积极处理。

www.dxy.cn/bbs

3. 手术治疗 行阴道壁修补术.

【处 方】

处方1 性激素治疗,用于增强盆底组织张力。

孕马雌酮(倍美力) 0.625 mg qd

处方2 用于子宫托应用后溃疡的处理。

1:5 000 高锰酸钾溶液 冲洗阴道 bid

【警 示】

1. 轻度膨出且无自觉症状者,不需特殊治疗。

2. 非手术治疗适用于有临床症状,但因有慢性疾病不宜手术的病人。

3. 自觉症状明显的病人,有尿潴留,反复性尿路感染,张力性尿失禁引起膀胱尿路改变,行阴道前壁修补术多能奏效。术前需正确评价盆底支持组织的整体损伤程度,注意是否与子宫脱垂及阴道后壁膨出并存,决定是否同时修补,否则手术后可能有病情反复。

4. 膀胱膨出及尿道膨出需与尿道和膀胱肿瘤相鉴别,后者更坚硬而固定。大的尿道憩室更靠近侧边,有疼痛和感觉敏感,压迫有脓性分泌物溢出,亦需与膀胱及尿道膨出相鉴别。

5. 膀胱及尿道膨出是可以预防的。作好计划生育,加强孕期保健,普及科学接生,经阴道分娩时,适当放宽会阴侧切指征,重视产褥期保健。

第六节 直肠膨出

阴道后壁脱垂伴有直肠膨出。

【诊断要点】

1. 排便困难,有下坠、腰痛。

2. 阴道充实感("坠落样"压迫)。

3. 突出于阴道后壁下 1/2 段的软而可以还纳的包块存在,会阴体平坦,常有陈旧性裂伤。

www.dxy.cn/bbs

【治疗要点】

1. 保守治疗　使用于轻症病人。不发生小肠膨出、子宫脱垂及膀胱膨出的直肠膨出，不需特殊治疗，通过矫正不良饮食习惯，排便习惯可改善症状，避免屏气、咳嗽、劳累和便秘。必要时应用酚酞（果导）软化大便。加强提肛锻炼，

2. 手术治疗　自觉下坠感，腰痛，排便困难的重症病人，应选择手术治疗。可行阴道后壁及会阴修补术。

【处　方】

果导　1片　qd

【警　示】

直肠膨出与肠疝相鉴别尤为重要。鉴别方法如下：嘱病人采取半蹲位，屏气用腹压直肠阴道检查可证实有腹腔内容物滑入肠疝疝囊，同时可注意到肠管捻发感。

（柴利强）

www.dxy.cn/bbs

第三十章　女性性功能失调

常见的女性性功能失调有性欲丧失、性高潮缺乏、性交不适和阴道痉挛。

【诊断要点】

1. 性欲丧失或性欲抑制　是指女方长期无性要求，即对性活动无兴趣。尽管如此，但如对方要求性生活时仍会首肯。

2. 性高潮抑制　可分为原发和继发：原发性性高潮抑制，是指妇女虽有性兴奋，但无论采取任何性刺激，在其一生中未曾有性高潮出现；继发性性高潮抑制，是指以往曾有过性高潮，而现在不复出现。

3. 性交痛　是指性交时或(和)性交后感到疼痛，严重者在性交时呻吟不止，性交后仍愤怒地哭诉盆腔内疼痛或阴部火辣辣的烧灼痛。

4. 阴道痉挛　是指当阴茎或任何其他物体放入阴道时，阴道外1/3段肌肉以及球海绵体肌、会阴浅横肌和肛提肌均出现不自主的痉挛性收缩。

【治疗要点】

1. 一般治疗　针对心理性原因的治疗，改善病人的精神状态，解除其隐忧和心理上的抑制因素，对男女双方进行性教育。

2. 药物治疗　对性欲抑制、性腺功能减退者，绝经后引起黏膜干燥、萎缩引起性交痛的病人，可应用雌激素治疗。高催乳素血症的病人应抑制催乳素的分泌。

3. 手术治疗

(1) 原发性性高潮抑制者可采用手淫或振荡器进行治疗。

(2) 阴道口狭窄、尿道下裂者可行手术治疗。

(3) 阴道痉挛：治疗可用1～4 cm大小不等的扩张器逐步扩张阴道。

www.dxy.cn/bbs

【处　方】

处方1　用于性欲抑制，性腺功能减退者。

己烯雌酚 0.5 mg　qd　连用 20 d

处方2　用于绝经后引起黏膜干燥、萎缩引起性交痛。

倍美力软膏　外用　qd

【警　示】

1. 对性功能失调病人，在治疗前应以个别交谈方式，详细而准确地了解病史，在进行详细的体格检查和盆腔检查，以及必要的实验室检查，如血、尿常规，血清雌激素，睾酮，血清 T_3、T_4 测定等。

2. 引起性功能失调除少数有性器官缺陷的生理因素外，大部分是由于缺乏正确的性知识，精神紧张或有某种心理因素而引起的性功能障碍所造成。

3. 由于性功能失调大多是由心理性原因引起，故在诊疗过程中应帮助病人夫妻双方掌握性活动的基本知识，消除对性行为的畏惧。

4. 性生活问题不一定是女方有性功能障碍，男方的性功能障碍亦可使女方出现精神紧张，间接出现某种性功能障碍表现。所以检查治疗不应限于一方。

（柴利强）

www.dxy.cn/bbs

第三十一章 乳腺疾病

第一节 急性乳腺炎

急性乳腺炎是产后哺乳妇女的常见病，尤以初产妇更为多见，常在产后3～4周发病。主要的发病原因是乳汁淤积和细菌入侵。致病菌多数为金黄色葡萄球菌，少数为链球菌。病期一般分为乳汁郁滞期、炎症浸润发展期和脓肿形成期三个阶段。

【诊断要点】

1. 乳汁淤滞期

(1) 起病早期。

(2) 病人出现寒战、高热、乳汁排出不畅。

(3) 乳房内出现界限不明显的肿块，有搏动性疼痛和压痛。

(4) 乳房表面皮肤微红、微热。

2. 炎症浸润发展期

(1) 病人高热不退、疼痛更甚。

(2) 局部皮肤潮红发热。

(3) 同侧腋窝淋巴结肿大并有压痛。

(4) 血白细胞计数明显升高。

3. 脓肿形成期

(1) 患侧皮肤红、热、水肿、压痛明显。

(2) 局部有波动感。

(3) 血白细胞计数明显升高。

【治疗要点】

1. 一般治疗　患侧乳房暂停哺乳，并用吸乳器吸出乳汁。同时行乳房按摩和局部热敷，每日3～4次，每次20～30 min。水肿明显者可用25%硫酸镁湿热敷。

2. 药物治疗　选择有效抗生素积极抗感染。

www.dxy.cn/bbs

3. 手术治疗　脓肿形成后需及时切开引流。

【处　方】

处方1　脓肿形成前的药物治疗，可选择下列"(1)～(4)"之一。

(1) 复方磺胺甲噁唑(复方新诺明)　2片　bid(首次量加倍)　共7～10 d

(2) 磺胺甲噁唑(新诺明)　1.0 g　bid　(首次量加倍)　共7～10 d

(3) 头孢拉定　0.5 g　tid

(4) 头孢羟氨苄　0.5 g　tid

处方2　脓肿形成后，可选择下列"(1)～(3)"之一。

(1) 5%GS　500 ml
　头孢拉定　3.0 g　iv gtt　bid　共3 d

(2) 5%GS　500 ml
　头孢噻啶　3.0 g　iv gtt　bid　共3 d

(3) 5%GS　500 ml
　青霉素钠　480万～800万单位　iv gtt　qd　共3～7 d

处方3　反复发作，长期不愈者、可回奶、可选用炒麦芽或乙烯雌酚。

炒麦芽　60 g　分2次煎服

或　苯甲酸雌素二醇　2 mg　im　bid　共3 d

【警　示】

1. 炎症初期，可暂停哺乳，将乳房托起、局部冷敷，并吸出乳汁，使乳管再通。适当辅以抗生素治疗，采用处方1。

2. 炎症发展到化脓阶段后，由冷敷改为热敷，促使脓肿形成，并及时切开引流。表面脓肿在局麻下沿乳晕与皮肤的交界线作半环形切口，可不伤及大导管；深部脓肿在全麻下以乳头为中心，作放射状切口，探查脓肿，清除坏死组织，打通叶间纤维隔以利引流。同时辅以抗生素治疗，采用处方2。

3. 若反复发作，长期不愈，应回奶，采用处方3。

www.dxy.cn/bbs

4. 急性乳腺炎重在预防：① 在妊娠期要经常保持乳头清洁，最好用70%乙醇揩擦乳头、乳晕，使皮肤坚韧，哺乳时不致发生皲裂，以防止细菌入侵；② 注意定期授乳，每次授乳后使乳房排空，勿使乳汁淤积；③ 养成正确的授乳姿势；④ 乳头擦伤时应暂停授乳，外涂消毒软膏；⑤ 乳房稍有胀感，即从乳房外周向乳头按摩，每次5～10 min，每日数次，以利乳汁排空。

第二节　乳腺良性肿瘤

一、乳腺腺纤维瘤

乳腺腺纤维瘤（adenofibroma），又称纤维腺瘤（fibroadenoma）。临床很常见，发病率在乳腺良性肿瘤中属首位，约占乳腺良性肿瘤的3/4。极少数可发生恶变。

【诊断要点】

1. 常见于青年妇女，以30岁以前的女性多见。

2. 常在无意中发现乳腺肿块，无痛、无乳头异常分泌。

3. 肿块呈圆形、卵圆形或扁形，边界清楚，表面光滑，质地实韧，活动度大，与表皮或胸肌无粘连。

4. 大多数单发，直径＜3 cm。

5. 月经周期对肿块的生长无影响。

6. 红外线透照示肿瘤与周围乳腺组织的透光度基本一致，无周围血管改变阴影。

【治疗要点】

1. 手术切除　乳腺腺纤维瘤虽属良性肿瘤，但极少数可发生恶变，而且这种恶变的危险性为累积性增加，故一旦诊断，原则上应手术切除。

2. 药物治疗　由于各类药物的治疗效果多不可靠，一般不采用。

【处　方】

本文不作具体介绍。

www.dxy.cn/bbs

【警 示】

1. 局部切除术即可治愈。一般主张采用放射状切口，以减少对乳管的损伤。

2. 切除的组织标本一定要行病理检查。

二、乳腺导管内乳头状瘤

乳腺导管内乳头状瘤(intraductal papilloma)，又称大导管乳头状瘤、孤立性导管内乳头状瘤、囊内乳头状瘤等，是发生于乳晕区大导管的良性乳头状肿瘤，病程较长、有极少数可发生恶变。

【诊断要点】

1. 多见于经产妇，以40～50岁为多。

2. 常常为孤立单发，少数可同时累及几个大导管。

3. 自发性、间歇性的乳头溢液，可为鲜血、陈旧性血或浆液血性液体。

4. 多无特殊不适感。

5. 压迫乳晕区附近某处时，可见血性或浆液血性液体从乳头溢出。

6. 乳腺导管X线碘油造影是常用的、安全可靠的检查方法。显示扩张的导管及其树状分枝影，在大导管处见米粒或更大的充盈缺损。

7. 乳头溢液细胞学检查可用来排除恶性肿瘤。

【治疗要点】

早期手术切除

【处 方】

无具体药物处方

【警 示】

1. 乳腺导管内乳头状瘤虽属良性肿瘤，但临床上和乳头状癌有时很难鉴别，且有恶变倾向，故主张早期手术切除。

2. 手术切除的关键在于病灶的准确定位：① 手术者必须在术前亲自观察到溢血乳管口的具体位置。② 自溢血乳管口置入平头针，缓慢注入美蓝0.5～1.0 ml，使病变腺段全部蓝染。③ 以保留

www.dxy.cn/bbs

在病变导管内的平头针为引导物，辨明该腺段的位置。

3. 手术方式应采取腺段切除术。术中作冰冻切片以排除恶性肿瘤。

第三节　乳腺增生性病变

一、乳腺囊性增生病

乳腺囊性增生病(cystic hyperplasia)是女性最常见的一种非炎症性、非肿瘤性病变，主要表现为乳腺导管上皮不同程度的增生伴中小导管不同程度的扩张。其发生与女性内分泌失调有关，主要是孕激素水平低下而雌激素分泌过量，长期作用于乳腺组织的结果。

【诊断要点】

1. 多见于40岁左右的妇女，青春期及绝经后则少见。

2. 乳腺局部增厚，触诊示局部结节感和囊性感。

3. 大多数无明显症状，有一些女性主诉乳腺胀痛或月经异常。

4. 乳腺胀痛或轻或重，但多数具有明显的周期性，即月经前加重，月经后减轻或消失。

【治疗要点】

对无明显症状者，密切随访。有症状者进行药物治疗。

【处　方】

处方1　适用于月经不调者，用于每次月经周期的末期。

安宫黄体酮　4 mg　bid　共5～10 d

处方2　适用于乳腺胀痛重者。

三苯氧胺(TAM)　10 mg　bid　共3个月

【警　示】

1. 既往认为本病是癌前期病变，近来已基本被否定。因为真正的癌前期病变是指非典型增生。

2. 如无明显症状，可不作任何处理。多维生素、高膳食纤维、低脂肪饮食有利于症状的减轻。

www.dxy.cn/bbs

3. 如症状明显或伴有月经不调者，可应用处方 1 或处方 2 进行治疗。配合维生素 B_6、维生素 A、维生素 E 等效果更佳。

二、乳腺小叶增生

乳腺小叶增生(lobular hyperplasia)是常见的乳腺增生性病变，其发生与女性内分泌失调有关。

【诊断要点】

1. 多见于育龄期妇女。

2. 与月经周期有关的乳腺胀痛。

3. 乳腺局部组织片状增厚或弥漫性颗粒状增厚，边界不清，可有压痛。

【治疗要点】

无明显症状者，密切随访。有症状者进行药物治疗。

【 处 方 】

处方 1 适用于月经不调者，用于每次月经周期的末期。

安宫黄体酮 4 mg bid 共 5～10 d

处方 2 适用于乳腺胀痛重者。

三苯氧胺(TAM) 10 mg bid 共 3 个月

【 警 示 】

1. 如无明显症状，可不作任何处理。多维生素、高纤维素、低脂肪饮食有利于症状的减轻。

2. 如症状明显或伴有月经不调者，可应用处方 1 或处方 2 进行治疗。配合维生素 B_6、维生素 A、维生素 E 等效果更佳。

第四节 乳腺恶性肿瘤

乳腺恶性肿瘤中绝大部分为恶性上皮肿瘤，即乳腺癌，占全部乳腺恶性肿瘤的 95%以上。其他有乳腺肉瘤、乳腺转移性肿瘤等。乳腺癌是妇女最常见的恶性肿瘤之一。近年，其发病率几乎在世界范围内均呈上升趋势。其发病原因仍不清楚，好发于 40 岁以上、未孕、肥胖、有乳腺癌家族史或伴有糖尿病、长期高热量饮

www.dxy.cn/bbs

食者。

【诊断要点】

1. 乳腺肿块　为最常见的体征，多为一侧乳房外上象限、单发的、大小不一、形态不规则、边界不清、活动度较差、表面结节感的球形肿物。

2. 乳房的皮肤变化　患侧乳房的皮肤由于受癌瘤的侵犯，表现为"酒窝征"、"橘皮样变"甚至"火山口样"。

3. 乳头改变　患侧乳房的乳头早期表现为表皮脱屑、糜烂，进而发展为乳头回缩、固定。

4. 乳头溢液　可表现为浆液性或血性溢液。

5. 乳房疼痛　约 1/3 的病人可伴有患侧乳房疼痛或胀感不适。

6. 有些病人有腋下淋巴结肿大.

7. 乳头溢液细胞学涂片检查、乳腺钼靶 X 线摄片、超声检查是常用的辅助诊断手段。

【治疗要点】

乳腺癌应尽早施行手术，并辅以化疗、放疗、激素治疗、免疫治疗等措施的综合治疗。

1. 手术治疗　包括乳腺癌根治术、扩大乳腺癌根治术、改良根治术(仿根治术)。

2. 化疗　包括术前化疗、术后化疗和根治性化疗。

3. 放疗

4. 内分泌治疗

(1) 手术治疗：

a. 卵巢切除术：适合于晚期绝经前病人。

b. 肾上腺切除术：适合于晚期绝经前病人。

c. 垂体切除术：适合于晚期绝经后病人，进一步去除体内雌激素的来源。

(2) 药物治疗：

a. 竞争性治疗。

b. 添加性治疗。

www.dxy.cn/bbs

5. 生物治疗

【处　方】

处方 1　CMF 方案。

NS　40 ml
环磷酰胺(CTX)　400 mg/m² | iv　每周 1 次

NS　40 ml
甲氨蝶呤(MTX)　20 mg/m² | iv　每周 1 次

5%GS　500 ml
氟尿嘧啶(5-FU)　400 mg/m² | iv gtt　每周 1 次

处方 2　CAF 方案。

NS　40 ml
环磷酰胺(CTX)　400 mg/m² | iv　st　第 1 d

5%GS　500 ml
阿霉素(ADM)　30 mg/m² | iv gtt　st　第 1 d

5%GS　500 ml
氟尿嘧啶(5-FU)　400 mg/m² | iv gtt　st　第 1 d

处方 3　CAP 方案。

NS　40 ml
环磷酰胺(CTX)　200 mg/m² | iv　第 1、3、5 d 各 1 次

5%GS　500 ml
阿霉素(ADM)　40 mg/m² | iv gtt　st　第 1d

NS　250 ml
顺铂(DDP)　30 mg/m² | iv gtt　第 1、3、5 d 各1 次

处方 4　CMFVP 方案。

NS　40 ml
环磷酰胺(CTX)　200 mg/m² | iv　第 1、3、5 d 各 1 次

NS　40 ml
甲氨蝶呤(MTX)　20 mg/m² | iv　第 2、4 d 各 1 次

www.dxy.cn/bbs

5%GS　500 ml
氟尿嘧啶(5-FU)　400 mg/m² | iv gtt　第1、3、5 d各1次

NS　40 ml
长春新碱(VCR)　1 mg/m² | iv　第1、5 d各1次

泼尼松(强的松,PDN)　40 mg/m²　tid

处方5　PE方案。

NS　250 ml
顺铂(DDP)　30 mg/m² | iv gtt　第1、3、5 d各1次

NS　250 ml
鬼臼乙叉甙(VP-16)　100 mg | iv gtt　第1、3、5 d各1次

处方6　5%GS　500 ml
阿霉素(ADM)　40 mg/m² | iv gtt　st　第1 d

5%GS　500 ml
丝裂霉素(MMC)　10 mg/m² | iv gtt　st　第1 d

处方7　5%GS　500 ml
氟尿嘧啶(5-FU)　400 mg/m² | iv gtt　qd　第1~5 d

5%GS　500 ml
四氢叶酸(CF)　200 mg/m² | iv gtt　qd　第1~5 d

处方8　3M方案。

5%GS　500 ml
丝裂霉素(MMC)　8 mg/m² | iv gtt　st　第1 d

NS　40 ml
甲氨蝶呤(MTX)　35 mg/m² | iv　st　第1 d

5%GS　500 ml
米托蒽醌(MIT)　8 mg/m² | iv gtt　st　第1 d

处方9　药物治疗中的竞争性治疗。

www.dxy.cn/bbs

三苯氧胺(TAM)　10 mg　bid　持续至少 2 年

处方 10　添加性治疗。

甲孕酮(MPA)　500 mg　qd

或　甲地孕酮(MA)　160 mg　qd

处方 11　抑制性治疗，适合于晚期绝经后病人。

氨苯哌酮(AG)　500 mg　qd

处方 12　生物治疗。可选择"(1)～(5)"之一。

(1) NS　500 ml

白细胞介素-2(IL-2)　50 万～200 万单位

iv gtt　3 次/周　共 5 周

(2) 干扰素(IFN)　100 万～300 万单位　im　3 次/周　共 5 周

(3) 干扰素(IFN)　300 万单位　im　qd　共 14 d

(4) 胸腺肽　20～40 mg　im　qod　共 5 周

(5) NS　500 ml

胸腺肽　160 mg

iv gtt　3 次/周　共 5 周

【 警　示 】

1. 乳腺癌的治疗，从原始的简单手术切除、乳腺癌根治切除到乳腺癌超根治切除，历经了漫长的岁月。直到 20 世纪 70 年代，采取了外科手术与全身辅助化疗相结合的综合治疗方法。目前手术治疗仍是乳腺癌综合治疗的重要组成部分。当今手术治疗总的趋势是：在不影响充分切除的前提下，尽量采用破坏性较小的术式，即改良根治术(仿根治术)。

2. 一般经病理证实的 0 期及Ⅰ期乳腺癌，采用保留胸大肌及胸小肌的仿根治术；Ⅱ期乳腺癌，采用保留胸大肌切除胸小肌的仿根治术；或者 0、Ⅰ、Ⅱ期乳腺癌均可采用原发癌的局部切除合并放疗。

3. 乳腺癌的化疗包括术前化疗、术后化疗和根治性化疗。术前化疗或称新辅助化疗(Neo-adjuvant chemotherapy，NAC)，在近年已引起广泛重视，是乳腺癌治疗的一个新动向。其目的并非仅限于使较大的瘤体缩小以增加施行保留乳房手术的几率，更重要的应

www.dxy.cn/bbs

是希望利用微转移癌术前所固有的生物学特点，采用术前化疗能够发挥较高的控制效果，从而可以最大程度地消灭微转移癌灶并改善其远期疗效，较常采用的化疗方案是处方2，一般应用6个疗程。术后化疗和根治性化疗一般采用的化疗方案基本相同，如处方1(连用6～8周)、处方2、处方3(间隔3～4周)、处方4(间隔3～4周)和处方5(间隔3～4周)。但术后化疗一般为6～8个疗程，而根治性化疗一般采用8个疗程以上。如果采用以上方案无效，则可以采用处方6、处方7或处方8，即所谓二线方案。

4. 在应用化学治疗时需注意骨髓抑制、消化道反应、肝肾毒性等。

5. 随着手术范围的缩小，保留器官的趋势日益增加，目前乳腺癌放射治疗的地位越来越重要。无论是对原发部位和区域的预防照射，或对晚期乳腺癌的复发和转移灶的照射，放射治疗已成为不可缺少的重要手段之一。

6. 乳腺癌的放射治疗包括根治性放疗、姑息性放疗、预防性放疗、治疗性放疗、术前放疗和术后放疗，具体采用何种方案应根据具体病例具体分析，要做到放疗个体化。

7. 乳腺癌是激素依赖性肿瘤，在适当选择病例的情况下，内分泌治疗的效果并不亚于化疗。手术切除内分泌器官(如卵巢、肾上腺、垂体)，近年除了在必要的情况下仍施行卵巢切除术外，其他内分泌器官的切除已基本不用，代之以药物性内分泌治疗。其中最常用的是处方9，一般认为至少应用2年，在用药期间要注意肝功能的损害。处方10和处方11在临床也应用，一般认为至少应用6～12个月才有效。

8. 乳腺癌的生物治疗包括免疫治疗和基因治疗，是继手术、放化疗之后的又一种新的治疗手段，而且与原有的治疗方法相结合，成为乳腺癌综合治疗的手段之一。免疫治疗的原则是间断、交替、长期。处方12是目前临床经常应用的方案。基因治疗也在进一步的研究之中，相信在不久的将来会给乳腺癌的治疗带来革命性的效果。

(彭根大)

www.dxy.cn/bbs

第三十二章 外阴皮肤病

第一节 变应性皮肤病

一、外阴湿疹

外阴湿疹是由多种内外因素引起的一种具有明显渗出倾向的外阴皮肤炎症反应，亦可一开始即表现为慢性者。病因常不清楚，病程反复，而且似与一定的体质有关。

【诊断要点】

1. 在大小阴唇及其周围皮肤有多个粟粒大小的丘疹，密集成片。

2. 皮疹边界清楚，常因搔抓而呈糜烂或水肿。

3. 病人常常主诉外阴程度剧烈的瘙痒。

4. 病久者可见外阴皮肤增厚、局部色素减退。

【治疗要点】

注意局部清洁卫生，去除病因。局部药物治疗与全身药物治疗相结合。

【 处 方 】

1. 局部用药

处方1 急性期局部药物治疗。

3%硼酸洗液 外阴湿敷 qd 7～10 d

或 0.5%乳酸液 外阴湿敷 qd 7～10 d

处方2 适用于亚急性期渗出较少者。

炉甘石洗剂 涂于外阴 qd 7～10 d

处方3 适用于亚急性期渗出较多者。

炉甘石乳剂 涂于外阴 qd 7～10 d

处方4 慢性湿疹的处理。

www.dxy.cn/bbs

5%松馏油软膏　涂于外阴　bid　7～10 d

或　2%冰片软膏　涂于外阴　bid　7～10 d

2. 全身用药

处方 7　适用于症状较轻者。

氯苯那敏(扑尔敏)　4 mg　tid　3～5 d

或　苯海拉明　25 mg　tid　3～5 d

或　异丙嗪(非那根)　25 mg　tid　3～5 d

处方 8　适用于症状较重者。

10%葡萄糖酸钙　10 ml　iv　st

或　0.25%普鲁卡因　20 ml
　　维生素 C　1.0 g　| iv　st

处方 9　适用于症状较重者。

地塞米松　0.75 mg　bid　3～5 d

或　氢化可的松　100 mg
　　5%GS　500 ml　| iv gtt　qd　共 3 d

【警　示】

1. 外阴湿疹的外在因素有寒冷、炎热、干燥、多汗、搔抓、摩擦等,有些日常生活用品如肥皂、人造纤维等也可诱发湿疹。内在因素如慢性消化系统疾病、失眠、情绪变化或内分泌功能障碍也可加重湿疹。为了寻找诱发因素,应对病人的工作与生活环境、饮食、衣着、思想情绪等进行了解,对全身情况,尤其是胃肠道方面应作详细检查和治疗。避免各种内外因素的刺激。

2. 应注意局部的清洁卫生,但不宜用热水及肥皂水清洗。

3. 根据疾病的严重程度和病期选择不同的药物和不同的用药方法。急性期且症状严重者宜收敛消炎,促进皮肤恢复,可采用"处方 1＋处方 6＋处方 7";急性期但症状不严重可采用"处方 1＋处方 5";亚急性期以消炎、止痒、收敛、干燥为主,可采用"处方 1 中的乳酸溶液或处方 2,再合用处方 5 或处方 6";慢性湿疹以止痒为主,并抑制表皮细胞增生,促进真皮炎症吸收,可采用"处方 4＋处方 5 或处方 6"。

4. 如有合并感染,还应选择加用抗生素。

www.dxy.cn/bbs

5. 在使用外用药前应先用清水清洁外阴部皮肤，并用干毛巾吸干水分。一定要注意的是在静脉滴注10%葡萄糖酸钙时，不宜太快(每分钟不超过2 ml)，以免引起心律失常，甚至心搏骤停。

二、外阴接触性皮炎

外阴接触性皮炎亦称毒物性皮炎(dermatitis venenata)，为外阴的皮肤或黏膜接触某种外来刺激物后所发生的皮肤急性炎症反应。

【诊断要点】

1. 发病前均有明显的刺激物接触史。

2. 皮损一般仅局限于刺激物的接触部位。

3. 皮损的形态、范围、严重程度取决于刺激物的种类、性质、接触时间的长短，以及机体对刺激物的反应程度。可表现为充血、红斑、丘疹、水疱、糜烂、渗出，严重者可有皮肤溃疡或坏死。

4. 自觉瘙痒，严重者可有烧灼感或疼痛。

5. 该病发病急剧。

【治疗要点】

寻找病因，清除刺激因子，避免再接触，注意局部清洁卫生。全身用药与局部用药相结合。

【处　方】

1. 全身用药

处方1　适用于症状较轻者。

氯苯那敏(扑尔敏)　4 mg　tid　3～5 d

或　苯海拉明　25 mg　tid　3～5 d

或　异丙嗪(非那根)　25 mg　tid　3～5 d

或　地塞米松　0.75 mg　bid　3～5 d

处方2　适用于症状较重者。

10%葡萄糖酸钙　10 ml　iv　qd　3～5 d

或　NS　20 ml

　　硫代硫酸钠　1.0 g　iv　qd　3～5 d

www.dxy.cn/bbs

或　氢化可的松　100 mg
　　5%GS　500 ml　iv gtt　qd　3～5 d

2. 局部用药

处方3　适用于渗出较多者。
　　3%硼酸洗液　外阴湿敷　qd　7～10 d
或　0.5%乳酸液　外阴湿敷　qd　7～10 d
或　1%硫酸镁　外阴湿敷　qd　7～10 d

处方4　适用于渗出较少者。
　　炉甘石乳剂　涂于外阴　qd　7～10 d
或　鱼石脂炉甘石乳剂　涂于外阴　qd　7～10 d

处方5　适用于恢复期。
　　1%氢化可的松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d
或　0.05%地塞米松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d
或　氟轻松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d
或　0.025%倍氯米松霜　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d

【警　示】

1. 引起外阴接触性皮炎的刺激物种类甚多，有动物性、植物性和化学性的。以化学性的多见，如避孕用具及药品、月经带、局部用药等。

2. 应告知病人避免搔抓、摩擦，不用热水或肥皂水清洗，摒除辛辣刺激食品，清理胃肠。

3. 急性期用药宜简单，以缓和的安抚剂为主。可选择"处方1或处方2，再结合处方3"。局部渗出减少后可选择"处方1或处方2，再结合处方4"。在恢复期可选择"处方1＋处方5"。

4. 用药期间注意点　处方1较多见的副作用为头晕、嗜睡，故驾驶员在工作时不能应用；处方5如长期应用可引起皮肤萎缩，毛细血管扩张以及痤疮、毛囊炎等，而且孕妇慎用。

www.dxy.cn/bbs

第二节 神经功能障碍性皮肤病

一、外阴瘙痒症

外阴瘙痒症是指外阴完全正常，但表现为外阴的顽固性瘙痒及因长期搔抓所引起的局部皮肤的继发性损害。由于精神因素刺激可诱发或加剧痒感，故又称“精神性外阴瘙痒”。多见于中老年妇女，常因瘙痒难忍以致影响生活和工作。

【诊断要点】

1. 阵发性、剧烈的外阴部瘙痒。
2. 外阴部无原发皮损。
3. 病程久者，外阴部皮肤可呈苔癣样化。
4. 症状随年龄、季节而有不同的变化。
5. 精神因素刺激（如情绪激动）可诱发或加剧痒感。

【治疗要点】

保持外阴干燥，注意外阴清洁。全身治疗与局部治疗相结合，可辅以中医中药的治疗。

【 处 方 】

1. 全身药物治疗

处方1 适用于症状较轻者。

氯苯那敏（扑尔敏） 4 mg tid 3～5 d

或 苯海拉明 25 mg tid 3～5 d

或 异丙嗪（非那根） 25 mg tid 3～5 d

处方2 适用于症状较重者。

苯巴比妥（鲁米那） 5 mg tid 3～5 d

或 地西泮（安定） 5 mg id 3～5 d

或 艾司唑仑（舒乐安定） 2 mg tid 3～5 d

2. 局部治疗

处方3 可选择下列制剂之一。

炉甘石乳剂 涂于外阴 qd 7～10 d

www.dxy.cn/bbs

或　鱼石脂炉甘石乳剂　涂于外阴　qd　7～10 d
或　1%氢化可的松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d
或　0.05%地塞米松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d
或　氟轻松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d
或　0.025%倍氯米松霜　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d

3. 中医中药的治疗

处方 4　当归 10 g　生地 15 g　防风 10 g　蝉蜕 10 g　白藓皮 30 g　地肤子 15 g　苦参 10 g
煎汤服　tid　共 7～10 d

处方 5　青黛膏(局部应用)
冰片 16 g、青黛散 32 g、乙烯雌酚 30 g、薄荷脑 7 g、羊毛脂 300 g　研粉局部外敷　qd

【警　示】

1. 在治疗前首先要排除器质性疾病的可能性，以免造成漏诊、延误治疗。因为许多外阴的皮肤病、感染及外阴肿瘤，均可表现为外阴瘙痒，其他的一些全身性疾病如白血病、阻塞性黄疸、贫血、营养不良、过敏反应以及糖尿病，也常为外阴瘙痒的原因。因此必须详细询问病史、仔细检查局部及全身情况、进行必要的实验室检查，找出原因，确定诊断。

2. 注意局部的清洁卫生，但不宜用热水及肥皂水清洗。

3. 全身治疗时可根据症状的轻重选择不同的处方(也可用中药，如处方 4)；局部治疗可采用处方 3。药物的副作用有头晕、嗜睡、皮肤萎缩、毛细血管扩张以及痤疮、毛囊炎等，应予注意。

二、外阴神经性皮炎

外阴神经性皮炎又称慢性单纯苔癣(liche simplex chronicus)，可能系精神过度紧张或精神创伤造成感觉神经失调所致，肥胖及感染可使病变加重。

【诊断要点】

1. 间歇性发作、逐渐加重的外阴瘙痒，遇热更甚，多于晚间加剧。

www.dxy.cn/bbs

2. 皮肤粗糙变厚，有抓痕、血痂及色素沉着。

3. 病变在大小阴唇及阴阜，有时累及肛门周围及大腿根部内侧。

4. 皮损开始为小丘疹，然后融合呈苔癣样改变。

5. 情绪、疲劳、局部刺激和辛辣、酒类刺激性饮食常可加重或诱发外阴瘙痒。

【治疗要点】

1. 一般治疗　保持情绪稳定，避免局部刺激和服用刺激性药物。

2. 药物治疗　局部应用糖皮质激素软膏抗炎，合并感染时应用抗生素软膏抗感染，口服抗过敏药物抗过敏止痒。

【处　方】

处方 1　局部抗炎治疗。

1%氢化可的松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d

或　0.05%地塞米松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d

或　氟轻松软膏　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d

或　0.025%倍氯米松霜　10 g　涂于外阴　bid　7～10 d

处方 2　适用于合并感染者，选择抗生素软膏。

10%红霉素软膏　局部外搽　bid　7～10 d

处方 3　症状较重者，口服抗过敏药物。

氯苯那敏(扑尔敏)　4 mg　tid　3～5 d

或　苯海拉明　25 mg　tid　3～5 d

或　异丙嗪(非那根)　25 mg　tid　3～5 d

【警　示】

1. 避免刺激性食物，不穿毛织品或尼龙类内衣，避免精神紧张、焦虑不安等情绪。

2. 对一般性的外阴瘙痒以局部治疗为主，即采用处方 1，如因过度搔抓合并感染者可加用处方 2，皮损广泛的可采用处方 1＋处方 3。

www.dxy.cn/bbs

第三节　外阴其他皮肤病

一、擦　　烂

由于病人肥胖、出汗、漏尿或阴道分泌物增多，局部潮湿，并经衣裤摩擦，在经常互相接触的皮肤皱襞或黏膜及皮肤交界处，容易发生损伤的炎症表现称擦烂。

【诊断要点】

1. 皮损　初起时为鲜红或暗红色斑，继之浸渍糜烂、渗出。
2. 皮损范围　与皱褶的皮肤相一致，边界清楚。
3. 多见于婴儿或肥胖的妇女。

【治疗要点】

去除病因，保持外阴干燥，注意局部清洁。抗感染治疗。

【处　方】

处方1　适用于有感染者。

1:5 000 高锰酸钾溶液　坐浴　bid

或　1:5 000 呋喃西林溶液　坐浴　bid

处方2　适用于渗出较多者。

3%硼酸洗液　外阴湿敷　qd　7～10 d

或　0.5%乳酸液　外阴湿敷　qd　7～10 d

【警　示】

1. 皮肤皱襞处要经常保持清洁、干燥，常扑粉，避免局部刺激。
2. 局部可采用处方1或处方2外用。
3. 如有漏尿或阴道分泌物增多者，应同时处理其病因。

二、外　阴　癣

外阴癣属于皮肤真菌病，由致病的浅部真菌（霉菌）引起，是常见的传染性皮肤病。

【诊断要点】

1. 皮损　初发时为边缘清晰、微隆起的红斑，渐扩大，表面有

www.dxy.cn/bbs

脱屑，中心自愈，逐渐向周围扩大，边缘有小疱、糜烂、痂皮等，呈环形或半环形。

2. 自觉症状　剧烈的瘙痒。

3. 发病季节　夏季发作，冬季消退。

4. 诱发因素　白带增多、多汗、糖尿病、长期应用糖皮质激素。

【治疗要点】

主要是抗真菌治疗。

【处　方】

处方1　可选择下列制剂之一：

2%硝酸咪康唑霜　局部外搽　bid　共2~3周

或　1%白呋咪霜　局部外搽　bid　共2~3周

或　1%硫康咪霜　局部外搽　bid　共2~3周

或　1%克霉咪霜　局部外搽　bid　共2~3周

处方2　适用于局部皮肤有慢性浸润者。

5%松馏油软膏　涂于外阴　bid　7~10 d

或　2%冰片软膏　涂于外阴　bid　7~10 d

【警　示】

1. 注意卫生，内裤应消毒，保持外阴清洁干燥，使真菌失去繁殖和生存的条件。

2. 局部治疗是主要的方法，可采用处方1和处方2。

三、外阴白色病变

外阴白色病变亦称慢性外阴营养不良（chronic vulvar dystrophy），系指外阴皮肤和黏膜组织发生变性及色素改变的一组疾病。根据其组织病理变化可分为3种类型：① 增生型营养不良；② 硬化苔癣型营养不良；③ 混合型营养不良。

【诊断要点】

1. 外阴瘙痒是主要的症状。瘙痒的程度以增生型营养不良最严重，硬化苔癣型营养不良最轻。

2. 皮损范围主要波及大小阴唇、阴蒂包皮、阴唇后联合。

3. 病变处皮肤变厚或隆起，颜色变白，或界限清晰的白斑。

www.dxy.cn/bbs

4. 增生型营养不良的好发年龄为围绝经期，硬化苔癣型营养不良的好发年龄在40岁左右。

5. 组织病理学检查是确诊的主要依据。

【治疗要点】

1. 一般治疗 忌穿不透气的化纤内裤，经常保持外阴清洁干燥，禁用有刺激性的药物或溶液擦洗外阴。

2. 药物治疗 瘙痒症状明显者可给予镇静剂、抗组织胺类药物口服，加用维生素类药物口服可改善组织营养。增生型营养不良可局部应用糖皮质激素治疗。

3. 激光治疗 适用于硬化苔癣型营养不良。

4. 手术治疗 手术治疗可行局部病灶切除或单纯外阴切除术，主要适用于症状明显、药物治疗无效、有癌变倾向者。

【处 方】

处方1 适用于瘙痒症状明显者，可选择下列制剂之一。

地西泮(安定) 2.5 mg bid 共7 d

或 苯海拉明 25 mg bid 共7 d

或 氯苯那敏(扑尔敏) 4 mg tid 共7 d

处方2 辅助用药。

维生素C 200 mg tid 共7 d

维生素B_1 20 mg tid 共7 d

处方3 适用于增生型营养不良，可选择下列制剂之一。

1%氢化可的松软膏 局部外搽 bid 2~3周

或 0.025%肤轻松软膏 局部外搽 bid 2~3周

或 0.1%倍他米松软膏 局部外搽 bid 2~3周

或 0.05%氟新诺龙酯 局部外搽 bid 2~3周

处方4 适用于硬化苔癣型营养不良。

2%丙酸睾丸酮 + 鱼肝油软膏 局部外搽 bid 4~6周

【警 示】

1. 目前对此病大多数主张采用非手术治疗，包括一般治疗和局部药物治疗。对于瘙痒症状明显者可采用处方1 + 处方2。

www.dxy.cn/bbs

2. 局部药物治疗应根据病理类型采用不同的药物。增生型营养不良可选择处方3;硬化苔癣型营养不良可选择处方4;混合型营养不良可采用处方3和处方4交替或合并应用。

3. 采用CO_2激光或氦氖激光治疗硬化苔癣型营养不良,可改善局部组织的血循环和代谢,有一定的疗效,但复发率高。

4. 手术切除的标本要注意切缘有无残留的非典型增生病变,术后仍应定期随访。

(彭根大)

www.dxy.cn/bbs

第三十三章 计划生育与不孕症

第一节 不 孕 症

不孕症是指一对夫妻未避孕、有正常性生活，同居1年而未妊娠者。导致不孕的原因有：女方因素；男方因素；不明原因。其中排卵障碍是女性不孕症的重要因素之一，占女性不孕的25%～30%。所以本节主要讨论排卵障碍。

【诊断要点】

1. 月经不调(月经稀发、过少、闭经等)、多毛、肥胖、不孕。

2. 基础体温一般表现为单相型。

3. 血性激素测定无排卵高峰浓度。

4. 超声监测 连续动态观察卵泡发育未见成熟卵泡。

5. 子宫内膜活检 月经来潮6 h内进行，宫内膜呈分泌反应，说明有排卵；如宫内膜呈增生反应，说明无排卵。

6. 宫颈黏液检查 观察宫颈黏液量、性状、拉丝度、有无羊齿状结晶。

【治疗要点】

1. 一般治疗 首先要增强体质和增进健康，纠正营养不良和贫血；戒烟、戒酒；积极治疗内科疾病；掌握性知识、学会预测排卵日性交(排卵前2～3 d或排卵后24 h内)，性交次数适度，以增加受孕机会。

2. 药物治疗 主要用于促排卵。

【 处 方 】

处方1 克罗米芬(CC)，多囊卵巢综合征(PCOS)病人首选。

克罗米芬(CC) 50～150 mg qd 月经第5 d开始，共5 d

处方2 克罗米芬(CC)＋雌激素(E_2)适用于内膜较薄的病人。

www.dxy.cn/bbs

克罗米芬(CC) 50～150 mg qd 月经第 5 d 开始，共 5 d

补佳乐 4 mg qd

或 倍美力 0.625 mg qd 停用克罗米芬后开始用至排卵

处方 3 克罗米芬(CC)＋绒毛膜促性腺激素(HCG)适用于单用克罗米芬促排卵效果不佳者。

克罗米芬(CC) 50～150 mg qd 月经第 5 d 开始，共 5 d

停用克罗米芬后继续观察卵泡发育情况，当 B 超显示优势卵泡直径为 20 mm 时开始应用：

绒毛膜促性腺激素(HCG) 10 000 单位 im st（一般注射后 32～36 h 排卵）

处方 4 人绝经后促性腺激素(HMG)＋绒毛膜促性腺激素(HCG)适用于单用克罗米芬促排卵效果不佳者。

人绝经后促性腺激素(HMG) 75～150 单位 im qd 从月经第 5 d 开始 用 5～7 d 后根据 B 超监测卵泡发育情况调整剂量，用至卵泡直径≥18 mm 或 2 个卵泡直径达 16～18 mm 时停用

HCG 5 000～10 000 单位 im st 停用 HMG 24 h 后开始应用(如尿 LH 峰阳性，一般于 24～36 h 后排卵；如尿 LH 峰阴性，一般于 36～44 h 排卵)

处方 5 克罗米芬(CC)＋人绝经后促性腺激素(HMG)＋绒毛膜促性腺激素(HCG)适用于单用克罗米芬促排卵效果不佳者。

克罗米芬(CC) 50～150 mg qd 月经第 5 d 开始，共 5 d

HMG 75～150 单位 qd 停克罗米芬后用，根据 B 超监测卵泡发育情况调整剂量，用至卵泡直径≥18 mm 或 2 个卵泡直径达 16～18 mm 时停用

HCG 5 000～10 000 单位 im st 停用 HMG 24 h 后

www.dxy.cn/bbs

开始应用(如尿 LH 峰阳性,一般于 24～36 h 后排卵;如尿 LH 峰阴性,一般于 36～44 h 排卵)

处方 6 适用于高泌乳素血症者。

溴隐停 2.5～5 mg qd 从月经第 1 d 开始,连续 3～6个月

处方 7 适用于高雄激素病人。

复方醋酸环孕酮片(达英-35) 1 片 qd 连服 21 d 停药(连用 3 个周期后部分病人可恢复排卵,若无排卵,再予促排卵)

【 警 示 】

1. 多胎妊娠 目前难以预防,是药物促排卵的主要并发症之一,若为 3 胎以上,建议选择性减胎,时间在孕 8～9 周,胚芽达 10 mm。

2. 卵巢过度刺激综合征(OHSS) 是超促排的主要并发症,严重的 OHSS 可危及病人生命,需要严密观察和及时处理。轻、中度的 OHSS 有自限性,可在门诊严密观察,重度的 OHSS 需住院观察、观察病人体重、腹围、尿量、电解质平衡、红细胞比积及凝血状态、卵巢大小,避免妇科检查以防卵巢扭转、破裂。纠正电解质紊乱,以低分子右旋糖酐扩容改善微循环;补充蛋白质、血浆以维持血浆胶体渗透压;严重胸腔积液、腹水病人可抽吸胸腔积液、腹水以缓解病人的压迫症状;必要时使用多巴胺、吲哚美辛(消炎痛)及糖皮质激素,阻止血浆外渗;若出现高凝状态,则给予肝素治疗;若怀疑卵巢扭转、破裂,则及时剖腹探查。经上述处理病情仍不缓解,及时终止妊娠。

3. 流产、异位妊娠 要及时诊断、及时处理。

4. 克罗米芬 起始剂量为 50 mg,如无主卵泡,则下一周期逐渐加量至 150 mg/d。一般克罗米芬用 5 d,若无明显主卵泡可再用克罗米芬 2 d。使用克罗米芬 6 个疗程无效的多囊卵巢综合征病人可改用人绝经后促卵泡成熟素(HMG)。

(陈沿东)

www.dxy.cn/bbs

第二节 辅助生殖助孕技术

辅助生殖助孕技术包括人工授精、体外受精-胚胎移植、单精子卵细胞浆内注射三项技术。

【适应证】

1. 人工授精

(1) 精子问题：精子量少不足 1 ml；精子计数 $< 20 \times 10^6$/ml；精子活力 < 50% 或精子液化时间长及不液化。

(2) 解剖因素及精神因素：严重的尿道下裂、逆行射精、阳痿、早泄等。

(3) 其他原因：免疫性不孕、宫颈因素、不明原因等。

2. 体外授精-胚胎移植

(1) 输卵管因素引起不孕。

(2) 部分少弱精病人及精子计数 $< 20 \times 10^6$/ml。

3. 单精子卵细胞浆内注射

(1) 严重的少、弱精及阻塞性无精症病人。

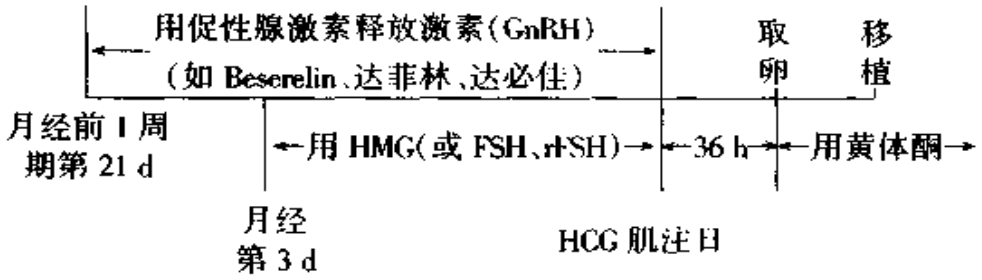
(2) 多次 IVF 失败及不明原因病人。

【治疗要点】

必须通过用药以保证能取到成熟卵子。用药包括长方案、短方案和超短方案。

【 处 方 】

1. 长方案



处方 1 Beserelin + HMG(或 FSH、rFSH) + HCG。

Beserelin 喷鼻(每次喷左右鼻孔各 1 喷) tid 从治

www.dxy.cn/bbs

疗月经周期前1周期的第21 d开始使用，使用1周后复查B超，观察卵巢有无小囊肿。如有超过1 cm的小囊肿，则将其穿刺抽掉，继续用Beserelin至HCG肌注前1 d

HMG(或FSH、rFSH)　从月经周期第3～5 d使用，剂量依卵泡数而定：卵泡数≥20个　75～150单位　im　qd

卵泡数10～20个　225～300单位　im　qd

卵泡数≤10个　375～450单位　im　qd

在使用HMG或FSH、rFSH过程中，观察卵泡发育情况及体内雌激素增长情况，适时调整HMG或FSH、rFSH的用量。当优势卵泡直径达18 mm时即用HCG：

HCG　5 000～10 000单位　im　st　36 h后即取卵

处方2　达菲林＋HMG(或FSH、rFSH)＋HCG。卵泡数＜10个，达菲林不能使用。

达菲林　从月经前一周期的第21 d始用，使用剂量依卵泡数而定：

卵泡数＜10个　不使用

卵泡数10～20个　1.875 mg　im　st

卵泡数≥20个　2.5～3.75 mg　im　st

HMG或FSH　用法同"处方1"

HCG　用法同"处方1"

处方3　达必佳(短效)＋HMG(或FSH、rFSH)＋HCG。

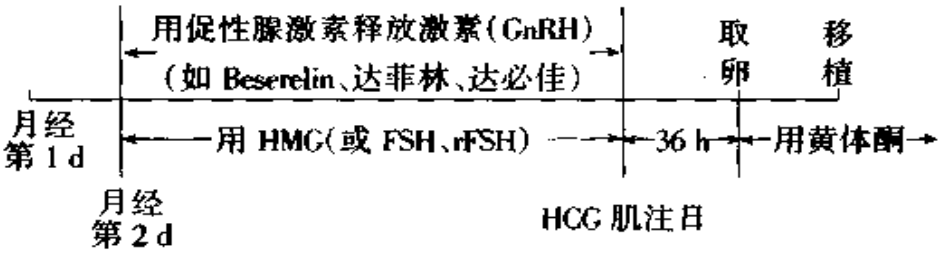
达必佳　0.1 mg　ih　qd　用法同"处方1中的Beserelin"

HMG(或FSH、rFSH)　用法同"处方1"

HCG　用法同"处方1"

2. 短方案

www.dxy.cn/bbs



处方 4 Beserelin + HMG 或(FSH、rFSH) + HCG。

Beserelin 月经周期第 2 d 开始使用,至优势卵泡直径达 18 mm 时停用(Beserelin 剂量和用法同"处方 1")

HMG 或 FSH 月经周期第 2 d 开始使用,至优势卵泡直径达 18 mm 时停用[HMG 或(FSH、rFSH)剂量和用法同"处方 1"]

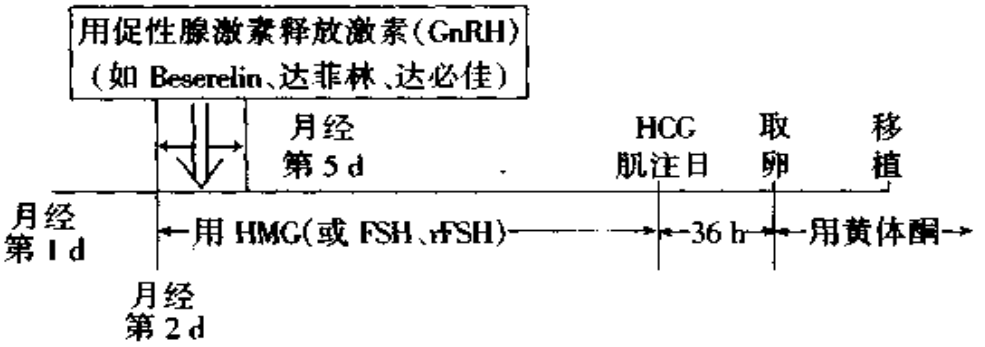
HCG 剂量和用法同"处方 1"

处方 5 达必佳(短效) + HMG(或 FSH、rFSH) + HCG。

达必佳(短效) 0.1 mg ih qd 月经周期第 2 d 开始使用,至优势卵泡直径达 18 mm 时停用,用 HCG。剂量和用法同"处方 1"

HMG(或 FSH、rFSH) 月经周期第 2 d 开始使用,至优势卵泡直径达 18 mm 时停用,用 HCG。剂量和用法同"处方 1"

3. 超短方案



处方 6 Beserelin + HMG(或 FSH、rFSH) + HCG,适用于卵巢功能差的病人。

Beserelin 月经周期第 2 d 开始使用,3 d 后停药,剂量和用法同上

www.dxy.cn/bbs

HMG 或 FSH　用法同"处方 1"

HCG　用法同"处方 1"

【警　示】

同"本章第一节不孕症"。

（陈沿东）

第三节　女用避孕药

应用避孕药为广大妇女常选用的避孕方法之一，其避孕原理是改变多个环节的正常生理功能，从而达到避孕的目的。

【适应证】

无禁忌证的育龄妇女。

【治疗要点】

女用避孕药为人工合成的甾体激素避孕药，包括睾酮衍生物、孕酮衍生物、雌激素衍生物三类，有短效片、长效片、长效针、探亲药及紧急避孕药。主要用于育龄妇女避孕、避孕药应按时服用。

【处　方】

处方 1　女用短效口服避孕药。下列制剂可任选一种：

(1) 口服避孕片 1 号（复方炔诺酮，每片含炔雌醇 0.035 mg 及炔诺酮 0.625 mg）　1 片　qn　连续 22 d（如漏服，应于 12 h 内补服 1 片）　停药 2～3 d 月经来潮，月经来潮的第 5 d 再开始服下一周期药

(2) 口服避孕片 2 号（复方甲地孕酮，每片含炔雌醇 0.035 mg 及甲地孕酮 1.0 mg）　1 片　qn　连续22 d（如漏服，应于 12 h 内补服 1 片）　停药 2～3 d 月经来潮，月经来潮的第 5 d 再开始服下一周期药

(3) 复方 18-甲基炔诺酮（每片含炔雌醇 0.03 mg 及 18-甲基炔诺酮 0.3 mg）　1 片　qn　连续22 d（如漏服，应于 12 h 内补服 1 片）　停药2～3 d

www.dxy.cn/bbs

月经来潮，月经来潮的第5 d再开始服下一周期药

(4) 口服避孕片0号(每片含炔雌醇0.035 mg、甲地孕酮0.5 mg、炔诺酮0.3 mg) 1片 qn 连续22 d(如漏服，应于12 h内补服1片) 停药2～3 d月经来潮，月经来潮的第5 d再开始服下一周期药

(5) 三相避孕片(由炔雌醇及左旋18-甲基炔诺酮组成，分黄、白、棕三种颜色。第1～6片为黄色，每片含炔雌醇0.03 mg及左旋18-甲基炔诺酮0.05 mg；第7～11片为白色，每片含炔雌醇0.04 mg及左旋18-甲基炔诺酮0.075 mg；第12～21片为棕色，每片含炔雌醇0.03 mg及左旋18-甲基炔诺酮0.125 mg) 按顺序1片 qd 第1周期自月经第1 d开始服，以后从月经周期第5 d起服

(6) 妈富隆(marvelon，每片含去氧孕烯(地索高诺酮)0.15 mg) 1片 qn 第1个月从月经来潮第1 d起用 共21 d，以后不管月经是否来潮，从停药第8 d开始服下一周期药

(7) 敏定偶(minulet，每片含孕二烯酮0.75 mg及炔雌醇0.03 mg) 按包装顺序1片 qd 第1周期以月经来潮第1 d起用 共28 d，不管月经是否来潮，继续服用第二周期药

处方2 女用长效避孕针。

(1) 复方己酸孕酮避孕针(1号避孕针，每支含戊酸雌二醇5.0 mg及己酸孕酮250 mg) 月经来潮第5～6 d起2支 im 第1次(首次注射要观察15 min，无异常反应方可离开，以免极少数人发生过敏反应)

以后每次月经周期的第10～12 d 1支 im

www.dxy.cn/bbs

(2) 复方甲地孕酮避孕针(739针,每支含雌二醇3.5 mg、甲地孕酮25.0 mg)　首次用药1支　im　在月经周期的第5 d和第12 d各1次　从第二周期起1支　im　每次月经第10～12 d用

(3) 狄波-普维拉150(DMPA,为单纯孕激素的长效避孕针)　1支　im(深部)　在月经来潮第5 d用(当月即可发挥抑制排卵作用,可避孕3个月)

处方3　探亲避孕药。

(1) 探亲避孕片(每片含炔诺酮5 mg)　1片　qn(探亲当晚服)　连续14 d,超过14 d者改服短效避孕药

(2) 探亲片1号(每片含甲地孕酮2 mg)　房事前10 h先服1片,当晚加1片,以后每晚服1片,探亲结束后再服1片,连续12片,服完12片后改服短效避孕药

(3) 18-甲基炔诺酮探亲片(每片含18-甲基炔诺酮3 mg)　探亲前1 d服1片,以后每晚服1片,连服15片,改服短效避孕药

(4) 53号避孕药(每片含双炔失碳酯7.5 mg、咖啡因30 mg、维生素$B_6$30 mg)　每次性交后服1片,第1次性交后次晨加服1片,连服12片,服完12片后改服短效避孕药

(5) 甲醚抗孕丸(每片含甲地孕酮0.55 mg、醋炔醚0.88 mg)　探亲当日中午含服1片,以后每次性交后服1片(避孕率为99.6%)

处方4　紧急避孕药。紧急避孕是指本周期内,偶尔1次未采取避孕措施或避孕方法失败,为防止妊娠而采取的措施。具有紧急避孕作用的药物为紧急避孕药。

(1) YUZPE片(每片含炔雌醇0.05 mg、18-甲基炔诺酮0.5 mg)　在无保护性生活后72 h内顿服2片,12 h后再服2片

www.dxy.cn/bbs

(2) 复方 18-甲基炔诺酮避孕片　在无保护性生活后 72 h 内顿服 4 片，12 h 后再服 4 片

(3) 米非雌酮　在无保护性生活后 72 h 内顿服 10 mg

【警　示】

1. 应用避孕药的禁忌证

(1) 急、慢性肝炎及胃炎。

(2) 心脏病、充血性心力衰竭。

(3) 严重的高血压症及肾源性高血压。

(4) 糖尿病需用胰岛素。

(5) 以往或现在有静脉或动脉血栓栓塞。

(6) 活动性肺结核及身体其他部位的结核。

(7) 癌症及癌前期病变。

(8) 乳腺癌或乳房内有肿块。

(9) 哺乳期妇女。

(10) 不明原因的异常子宫出血。

2. 药物副作用

(1) 类早孕反应：雌激素刺激胃黏膜引起食欲不振、恶心、呕吐以至乏力、头晕。轻症不需处理，历时数日可减轻或消失。较重者坚持 1～3 周方可消失。

(2) 月经影响：一般服药后月经变规则，经期缩短，经量减少，痛经减少或消失。若用药后出现闭经，反应避孕药对下丘脑-垂体轴抑制过度，应停避孕药，改用雌激素替代治疗或加用促排卵药物，仍无效者应进一步查找闭经原因。服药期间发生不规则少量出血，称为突破性出血，多发生在漏服药后，少数人未漏服也可发生。如在服药前半期出血，为雌激素不足以维持内膜的完整性所致。每晚增服炔雌醇 0.005～0.015 mg，与避孕药同时服至 22 d 停药。如在服药后半期出血，多为孕激素不足引起，每晚增服避孕药 1/2～1 片，同时服至 22 d 停药。如出血量多如月经，应停药，待出血第 5 d 再开始下一周期用药。

(3) 体重增加：可能由于避孕药中孕激素成分的弱雄激素活性促进体内合成代谢引起，也可因雌激素使水、钠潴留所致。

www.dxy.cn/bbs

(4) 色素沉着:少数妇女颜面部出现淡褐色色素沉着如"妊娠斑",停药后不一定都能消退。

(5) 其他影响:长期服避孕药在停药6个月妊娠者,随访胎儿无畸形发现。为避免避孕药影响,以停药6个月妊娠为妥,但短期服药者例外。

3. 药物剂型

(1) 糖衣片:药含于糖衣内。

(2) 纸型片:药附于可溶性纸上。

(3) 滴丸:药稀释于明胶液中,然后滴凝成丸。

服用避孕药时应注意药物的有效成分,尤其防止糖衣片中的药物有效成分失效,服用后影响避孕效果。

4. 紧急避孕只能作为无保护性交后1次有效,不能将紧急避孕药作长效避孕用。

第四节 药物流产

药物流产是应用药物使胚胎停止发育,而达到终止妊娠目的的一种方法。

【适应证】

1. 确诊为正常妊娠,停经天数不超过49 d。

2. 手术人流的高危对象:生殖道畸形、宫颈发育不全或坚韧无法探宫腔者。

3. 对手术流产有顾虑或恐惧心理者。

4. 剖宫产半年以内、产后哺乳期妊娠、多次人流或多次剖宫产者。

【治疗要点】

在药物流产前必须确诊妊娠,并排除异位妊娠。药物流产不全或出血较多时及时清宫。

【处 方】

米非司酮 25 mg bid 共3 d(每次服药前后各禁食1 h)

米索前列醇 600 μg 于首次服米非司酮72 h后一次顿服

www.dxy.cn/bbs

【警 示】

1. 孕妇合并肾上腺疾病、糖尿病等内分泌疾病，肝、肾功能异常，妊娠期皮肤瘙痒史，血液系统疾病，血管栓塞史，与甾体激素有关的肿瘤病人禁用。

2. 孕妇合并有心血管系统的疾病（如二尖瓣狭窄、高血压、低血压）、青光眼、胃肠功能紊乱、哮喘、癫痫者禁用。

3. 孕妇有过敏体质、妊娠剧吐者禁用。

4. 药物流产有时会发生残留或流产不全，在服药期间应严密观察，如出血多应及时清宫，以免出血过多，危及生命。

（韦镕澄）

www.dxy.cn/bbs

临床处方丛书 妇产科临床处方手册

作者：韦镕澄 万贵平主编　　出版社：江苏科学技术出版社

出版日期：2002 年 1 月第 1 版　页数：354

标准书号　ISBN 7-5345-3493-3/R．601

Pdg 来自超星数据库

Pdf　由宝丫头　波波仔　制作

www.dxy.cn/bbs