

(上接5月14日8版)

(二)产前检查

自妊娠 28 周(7 个月)开始,每两周进行一次产前检查,到 36 周(9 个月)时每周检查一次,及时发现并纠正胎位不正及其他异常。注意胎盘功能和胎儿宫内安危的监护。妊娠高血压综合征、妊娠晚期出血(前置胎盘及胎盘早剥)、胎位不正、早产或过期产是孕期常见的并发症,一般都发生在孕晚期,对孕妇和胎婴儿都会产生不良影响,必须积极防治。除了定期产前检查,及早发现,及早矫治外,还应将这些常见并发症的早期症状及对母体的危害性告诉孕妇及其家属,以便及早识别,加以重视,及早就诊。临近预产期作 B 超检查,了解胎儿宫内情况及胎盘功能。

(三)自我监护

孕 30 周起指导孕妇用胎动计数来监测胎儿宫内情况。要求孕妇每天早、中、晚固定一个时间段 3 次胎动,每次 1 个小时,或每晚数胎动 1 个小时。计算 12 个小时的胎动数,30 或 30 次以上为正常,小于 20 次提示胎儿有异常,小于 10 次则提示胎儿宫内明显缺氧。当胎儿出现危险时,胎动减少要比胎心消失早 24 个小时左右,及时发现,采取胎教和做孕妇体操,适量运动,免提重物,以免诱发早产、胎盘早剥、早破水等。

6.出现眩晕、心慌、视物不清、浮肿等症状,立即就医。如出现临产先兆,破水、阴道流血、规律腹痛,立即入院。破水者在运送途中应保持臀高头低位,防止脐带脱垂。

(五)分娩准备教育

分娩准备教育应列为孕期健康教育的重要内容,说明分娩是一个特殊的生理过程。妇女和胎儿天生具备完成分娩的智慧,一个健康的母亲和一个发育正常的胎儿是能顺利完成分娩过程的。使孕妇在分娩前能在生理上、心理上、物质上作好准备,树立正确对待分娩的态度,克服恐惧、紧张等心理。在掌握产程进展和分娩知识的基础上,懂得各产程的保健要点,能正确对待和处理分娩时会遇到的疼痛,主动调动产程的主观能动性,促使分娩的顺利进行。目前的孕妇健康教育内容主要是孕早、中、晚三期保健,而分娩准备及产时保健的内容,涉及甚少,需补充加强。

(六)母乳喂养教育

向孕妇宣传母乳喂养的优点,指导孕妇做好相关准备,有利于产后哺乳。

(七)孕晚期膳食营养原则

孕晚期是胎儿生长发育最快的阶段,孕晚期膳食既要增加营养又要保持平衡。适当限制碳水化合物和脂肪的摄入,注意热量、蛋白质、维生素、微量元素、矿物质等需要量。如果发现下肢浮肿,还应限制盐的摄入,每天 4~6 克。

(八)孕晚期心理保健

由于胎儿发育迅速,孕妇的生理功能处于超负荷状态,并且随着预产期的临近,孕妇对分娩的恐惧、对胎儿健康状况的担心逐渐增多。使孕妇在体力、情感和心理状态方面开始经历一个异常脆弱的时期。睡眠质量差,可能造成情绪极不稳定,容易出现矛盾、恐惧、焦虑、抑郁、神经衰弱等问题。有高危因素的孕妇,其焦虑不安的情绪可能更为严重。此时需要亲人和医护人员的人文体谅和加倍关怀。

第六章 妊娠期用药原则及药物对胎儿的影响

一、妊娠期用药目的

妊娠期用药主要是针对孕妇的治疗需要,对胎儿要考虑的问题是药物可能具有致畸性或其他不良影响,掌握合理用药的原则。

二、药物对胎儿的影响

药物对胎儿的影响包括正反两种作用。一是妊娠期间孕妇用药可能危害胎儿,二是药物可用来防治宫内胎儿疾病。胎儿对药物的敏感性在妊娠不同阶段差异非常大,因而药物的效应及毒性也各异。

(一)妊娠期用药与致畸

造成胎儿畸形的因素很多,但致畸原因往往不明确。1986 年,贝克曼等报道 85%~90%的先天畸形原因是遗传基因、环境等多种因素或原因不明,因药物引起的先天畸形较少见。

1.用药与致畸的关系 考虑药物是否影响胎儿生长发育,首先应考虑用药时期的孕(胎)龄,其次要考虑药物剂量及用药时间长短,药物的毒性、物理化学等因素。根据胎儿发育将妊娠分为 3 个时期;(1) 胚芽生成期;(2) 胚胎期;(3)胎儿期。其中胚胎期是器官形成阶段,对于胚胎发育是最关键的时期,严重的形态异常、畸形主要发生在这一阶段。妊娠晚期用药,虽然不能致胎儿严重形态异常,但是有些药物对胎儿有不良影响。例如四环素在妊娠 24 周后用药使乳齿呈黄褐色。有些药物致畸不表现在新生儿期,而是在若干年后甚至 20 多年后才显示出

来。

2.已知的致畸药剂 已经证明确为致畸的药物有:酒精、沙利度胺、一些叶酸拮抗剂(如甲氨蝶呤)、维生素 A 同质异构物及多种性甾体激素(如己烯雌酚、炔诺酮)等。

(二)胎儿药物治疗

随着现代科技的发展,宫腔内诊断技术、分子生物学技术及影像学诊断技术已经有明显进步,使宫内诊断并治疗胎儿疾病成为可能,这对于胎儿的正常生长及出生后疾病的防治具有重大意义。

目前临床已经使用的胎儿药物治疗有:1.应用肾上腺皮质激素促进胎儿肺分泌表面活性物,促进胎儿肺成熟,预防早产儿呼吸窘迫综合征和透明膜病;2.通过严格应用低苯基丙氨酸饮食,使孕妇血苯基丙氨酸浓度维持低于 100 毫克/升,有效降低因过多的苯基丙氨酸导致的胚胎畸形发生;3. 从妊娠第十周开始,孕妇口服地塞米松可抑制胎儿的肾上腺皮质激素,预防先天性肾上腺皮质增生症的女婴外阴性性化;4.静脉给予孕妇维生素 B₁₂ 每天 5 毫克,可使母体血维生素 B₁₂ 浓度升至正常 6 倍以上治疗甲基丙二酸血症,减少畸形发生率等。

三、妊娠期合理用药

临床上在对孕妇用药时,应遵循以下原则:(一) 用药治疗必须有明确适应证,如非必要,尽量不用,明确用药时要权衡利弊后再给药提醒孕妇不要自行用药;(二) 采用用于药物代谢有清楚说明的药物和已证明药物对灵长目动物胚胎无害的药物,尽量避免使用新药及未确定对人体胚胎是否有毒的药物;(三)开药时,需清楚地了解妊娠周数,尽量避免胚胎期服用药物,最好在妊娠足 4 个月以后开始用药并选用适当的剂量和用药时间;(四)必要时进行血药浓度监测,避免用药可在胎儿体内形成较高浓度的药物。

第七章 妇科常见疾病和急危重症(病)的诊断与治疗

第一节 细菌性阴道炎

一、病因

细菌性阴道炎是由于阴道内乳酸杆菌减少而其他细菌大量繁殖,主要有加德纳尔菌、克氏厌氧杆菌(一种弯曲的革兰阳性杆菌,亦属厌氧菌)及支原体引起的混合感染。

二、临床表现

细菌性阴道炎主要表现为阴道排液增多,有恶臭味,可伴有轻度外阴瘙痒或烧灼感。白带呈灰白色、均匀一致,稀薄、黏度很低。检查阴道黏膜无明显充血炎症表现,但白带增多,检查无滴虫、真菌或淋菌。(下转 14 版)

(上接 3 版)

三、诊断依据

下列 4 条中有 3 条阳性者即可诊断为细菌性阴道炎。

(一)阴道分泌物为匀质稀薄的白带。

(二)阴道酸碱度>4.5(正常阴道≤4.5),是厌氧菌产氨所致。

(三)氨基味试验阳性 取阴道分泌物少许放玻璃片上,加入 10%氢氧化钾液 1~2 滴,产生一种烂鱼样臭味即为阳性。

(四)线索细胞阳性 取少许白带放在玻片上,加一滴生理盐水混合,置于高倍显微镜下见到 20%以上的线索细胞。

四、治疗

首选药物为甲硝唑,每次口服 500 毫克,每天两次,共 7 天,连续 3 个疗程疗效最好。甲硝唑局部用药,每次 200 毫克,置入阴道内,7 天为一个疗程。甲硝唑近期疗效可达 98.8%,孕妇忌用。

第二节 外阴阴道念珠菌病

一、病因

外阴阴道念珠菌病由念珠菌中的白色念珠菌感染所致,多由肛门部传来,与手足癣疾病无关。阴道内糖原增多、酸度增高为最适宜环境。

二、传染方式

念珠菌可存在于人的口腔、肠道与阴道黏膜而不引起症状,这 3 个部位的念珠菌可互相传染。局部环境条件适合时易发病。

三、临床表现

外阴瘙痒、灼痛,严重时坐卧不宁,尿频、尿痛及性交痛。急性期,白带增多,典型的白带呈白色稠厚豆渣样。检查时见小阴唇内侧及阴道黏膜上附有白色膜状物,擦后露出红粒黏膜面。

四、诊断依据

用悬滴法在显微镜下从分泌物中找到白色念珠菌的芽生细胞和假菌丝即可确诊。

五、治疗

消除诱因,根据患者情况选择局部或全身应用抗真菌药物。

(一)消除诱因 若有糖尿病应给予积极治疗;及时停用广谱抗菌药物、雌激素及皮质类固醇激素。勤换内裤,用过的内裤、盆及毛巾均应用开水烫洗。

(二)局部用药 可选用下列药物放于阴道内:1.咪康唑栓剂;2.克霉唑栓剂;3.制霉菌素栓剂。

(三)全身用药 对不能耐受局部用药者、未婚妇女及不愿采用局部用药者可选口服药。

(四)性伴侣治疗 约 15%男性与

妇产科知识培训

I A1 间质浸润深度≤3 毫米,宽度≤7 毫米

I A2 间质浸润深度>3毫米≤5 毫米,宽度≤7 毫米

I B 临床可见癌灶局限于宫颈,或显微镜下可见病变>I A2

I B1 临床可见癌灶最大直径≤4 厘米

I B2 临床可见癌灶最大直径>4 厘米癌灶已超出宫颈,但未达盆壁。癌累及阴道,但未达阴道下 1/3

II A 无宫旁浸润

II B 有宫旁浸润

III 期 癌肿扩散盆壁和(或)累及阴道下 1/3,导致肾盂积水或无功能肾

III A 癌累及阴道下 1/3,但未达盆腔

III B 癌已达盆壁,或有肾盂积水或无功能肾

IV A 癌播散超出真骨盆或癌浸润膀胱黏膜或直肠黏膜

IV B 远处转移

二、临床表现

(一)阴道流血:年轻患者常表现为接触性出血,发生在性生活后或妇科检查后出血。老年患者常主诉绝经后不规则阴道流血。一般外生型癌出血较早,血量也多;内生型癌出血较晚。

(二)阴道排液:患者常诉阴道排液增多,白色或血性,稀薄如水样或米泔状,有腥臭味。晚期因癌组织坏死、坏死,继发感染有大量脓性或米汤样恶臭白带。

(三)晚期癌的症状:癌灶波及盆腔结缔组织、骨盆腔、压迫输尿管或直肠、坐骨神经时,患者诉尿频、尿急、肛门坠胀、大便秘结、里急后重、下腹胀痛等;严重时导致输尿管梗阻、肾盂积水,最后引起尿毒症。到疾病末期,患者出现恶病质。

三、诊断

根据病史和临床表现,尤其有接触性出血者,应想到宫颈癌的可能,需做详细的全身检查及妇科三合诊检查,并采用以下辅助检查:

(一)宫颈刮片细胞学检查 普遍用于筛检宫颈癌,必须在宫颈移行带区刮片检查。

(二)碘试验 碘试验是将碘溶液涂于宫颈和阴道壁,观察其着色情况。糜烂、囊肿、宫颈炎或宫颈癌等鳞状上皮不含或缺乏糖原,均不染色,故本试验对癌无特异性。碘试验主要识别宫颈病变危险区,以便确定活组织检查取材部位,提高诊断率。

(三)阴道镜检查 宫颈刮片细胞学检查Ⅲ级或Ⅲ级以上,应在阴道

镜检查下,观察宫颈表面有无异型上皮或早期癌变,并选择病变部位进行活组织检查,以提高诊断正确率。

(四)宫颈和宫颈管活组织检查 是确诊宫颈癌最可靠和不可缺少的方 法。若宫颈刮片为Ⅲ级或Ⅲ级以上涂片,宫颈活检阴性时,应用 sign 匙搔刮宫颈管,刮出物送病理检查。

(五)宫颈锥切术 当宫颈刮片多次检查为阳性,而宫颈活检为阴性;或活体组织检查为原位癌,但不能排除浸润癌时,均应作宫颈锥切术,并将切下的宫颈组织分成 12 块,每块做 2~3 张切片检查以确诊。

确诊宫颈癌后,根据具体情况进行胸部 X 线摄片、淋巴造影、膀胱镜、直肠镜检查等,以确定其临床分期。

四、处理

(一)手术治疗 适应证:ⅠA~ⅡB 早期患者,无严重内外科合并症,无手术禁忌证,年龄不限,需根据全身情况能否耐受手术而定;肥胖患者根据手术者经验及麻醉条件而定。

I A1 期:全子宫切除术,卵巢正常者应予保留;或可行宫颈锥切术。

I A2~ⅡB 早期:广泛性子宫切除术及盆腔淋巴结清扫术,卵巢正常者应予保留。

(二)放射治疗 适应证:ⅡB 晚期、Ⅲ、Ⅳ期患者;不能耐受手术患者。放射治疗包括腔内及体外照射:腔内照射多用后装治疗机,放射源为 137 铯、192 铱等,226 镭已经被淘汰。体外照射多用直线加速器,60 钴等,深部 X 线已经废弃不用。早期病例以腔内放疗为主,体外照射为辅。晚期则以体外照射为主,腔内放疗为辅。

(三)手术及放射综合治疗 手术放射综合治疗适用于宫颈较大病灶,术前先放疗,待癌灶缩小后再行手术。或手术后证实淋巴结或宫旁组织有转移或切除残端有癌细胞残留,放疗作为手术后的补充治疗。

(四)化疗 主要用于晚期或复发转移的患者。近年也采用化疗作为手术或放疗的辅助治疗,用以治疗局部巨大肿瘤。化疗途径可采用静脉或介入化疗(超选择性动脉灌注化疗)。

五、随访

宫颈癌患者治疗后出院时,应向其说明随访的重要性,并核对通信地址。随访时间一般在出院后第一年,出院后 1 个月行第一次随访,以后每隔 2~3 个月复查一次。出院后第二年每 3~6 个月复查一次。出院后第三至五年,每半年复查一次。第六年开始每年复查一次。随访内容除临床检查外,应定期进行胸透和血常规检查。(下转 10 版)

女性患者接触后患有龟头炎,对有症状男性应进行假丝酵母菌检查及治疗,预防女性重复感染。无症状者无需治疗。

第三节 慢性宫颈炎

慢性宫颈炎多见于分娩、流产或手术损伤宫颈后,病原体侵入而引起感染。

一、病理

(一)宫颈糜烂 宫颈外口处的宫颈阴道部外观呈细颗粒状的红色区,称为宫颈糜烂。炎症初期,宫颈糜烂面仅为单层柱状上皮所覆盖,表面平坦,称单纯型糜烂;随后由于腺上皮过度增生,并伴有间质增生,糜烂面凹凸不平而呈颗粒状,称颗粒型糜烂;如同质增生显著,表面不现现象更加明显而呈乳突状,称乳突型糜烂。

宫颈糜烂根据糜烂面积的大小可分为 3 度:轻度指糜烂面小于整个宫颈面积的 1/3;中度指糜烂面占整个宫颈面积的 1/3~2/3;重度指糜烂面占整个宫颈面积的 2/3 以上。根据糜烂的深浅程度可分为单纯型、颗粒型和乳突型 3 型。诊断宫颈糜烂时应同时表示糜烂的面积和深浅,如诊断为中度糜烂(颗粒型)等。

(二)宫颈肥大 由于慢性炎症的长期刺激,子宫颈组织充血、水肿,腺体和间质增生,使宫颈呈不同程度的肥大,但表面多光滑,最后由于纤维结缔组织增生,使宫颈硬度增加。

(三)宫颈息肉 慢性炎症的长期刺激可使宫颈管局部黏膜增生,逐渐自基底部向宫颈外口突出而形成息肉,一个或多个不等,直径一般在 10 毫米以下,色红、舌形、质软而脆,易出血,蒂细长。根部多附着于宫颈外口,少数在宫颈管内。

(四)宫颈腺囊肿 在宫颈糜烂愈合过程中,新生的鳞状上皮覆盖宫颈腺管口或伸入腺管,将腺管口阻塞。腺管周围的结缔组织增生或瘢痕形成压迫腺管,使腺管变窄甚至阻塞,腺体分泌物引流受阻、潴留而形成囊肿。检查时可见宫颈表面突出多个青白色小囊泡,内含无色黏液。

(五)宫颈黏膜炎 宫颈黏膜炎亦称宫颈炎炎,宫颈阴道部可以很光滑,由于宫颈管黏膜及黏膜下组织充血、水肿、炎性细胞浸润和结缔组织增生,可使宫颈肥大

二、临床表现

慢性宫颈炎的主要症状是阴道分泌物增多。当炎症涉及膀胱下结缔组织时,可出现尿急、尿频。若炎症沿宫颈韧带扩散到盆腔,可有腰骶部疼痛、下腹坠痛等。宫颈黏稠脓性分泌物不利于精子穿过,可造成不孕。妇

科检查时可见宫颈有不同程度糜烂、肥大、充血、水肿,有时质较硬,有时可见息肉肉及宫颈腺囊肿。

三、诊断

对有性传播疾病的高危妇女,应作淋病奈瑟菌及衣原体的相关检查。还需常规作宫颈刮片、宫颈管吸片,必要时作阴道镜检查及活组织检查以明确诊断。

四、治疗

慢性宫颈炎以局部治疗为主,根据病理类型采用不同的治疗方法。

(一)宫颈糜烂

1.物理治疗:物理治疗是最常用的有效治疗方法。临床常用的方法有激光、冷冻、红外线凝结及微波等,各种治疗方法大同小异。

2.药物治疗:局部药物治疗适用于糜烂面积小和炎症浸润较浅的病例。

(二)宫颈息肉

行息肉摘除术,手术后将切除息肉送病理组织学检查。

(三)宫颈管黏膜炎

宫颈管的炎症局部用药疗效差,需行全身治疗。根据宫颈管分泌物培养及药敏试验结果,采用相应抗感染药物。

(四)宫颈腺囊肿

对小的宫颈腺囊肿,无任何临床症状可不予处理;若囊肿大,或合并感染,可用微波治疗,或采用激光照射。

五、预防

积极治疗急性宫颈炎;定期作妇科检查,发现宫颈炎症状予以积极治疗;避免分娩时或器械损伤宫颈;产后发现宫颈裂伤应及时缝合。

第四节 慢性盆腔炎

慢性盆腔炎常为急性盆腔炎未能彻底治疗,或患者体质较差,病程迁延所致,但亦可无急性炎症病史。病情较顽固,当机体抵抗力较差时,可有急性发作。

一、病理

(一)慢性输卵管炎与输卵管积水 慢性输卵管炎多为双侧性,输卵管呈轻度或中度肿大,伞端可部分或全部闭锁,并与周围组织粘连。输卵管炎症较轻时,伞端及峡部粘连闭锁,浆液性渗出物积聚而形成输卵管积水;有时输卵管积脓变为慢性,脓液渐被吸收,浆液性液体继续自管壁渗出而充满管腔,亦可形成输卵管积水。

(二)输卵管卵巢炎及输卵管卵巢囊肿 输卵管炎波及卵巢,可相互粘连形成炎性肿块,或输卵管伞端与卵巢粘连贯通,液体渗出而形成输卵管卵巢囊肿。(下转 7 版)

妇产科知识培训

(上接 14 版)
慢性盆腔炎结缔组织炎 炎症蔓延至宫骶韧带处,纤维组织增生、变硬。广泛蔓延时,宫旁组织也增厚。

二、临床特点

(一)有急性盆腔炎史,全身症状不明显,有时有低热、疲乏、精神不振、失眠及急性发作。

(二)下腹坠胀、疼痛,腰骶部酸痛,性交及月经前后加剧。

(三)月经有时失调,输卵管阻塞时可致不孕。

(四)妇科检查时子宫活动受限,两宫旁增厚及轻压痛,形成囊肿时可触及实质性肿块。

三、治疗

(一)一般治疗 解除患者思想顾虑,增强治疗的信心,增加营养,锻炼身体,注意劳逸结合,提高机体抵抗力。

(二)中药治疗 慢性盆腔炎以湿热型居多,治则以清热利湿、活血化瘀为主。

(三)物理治疗 湿热的良性刺激可促进盆腔局部血液循环,改善组织的营养状态,提高新陈代谢,以利炎症的吸收和消退。

(四)其他药物治疗 在用抗菌药物时,也可同时采用 a-糜蛋白酶或透明质酸酶以利粘连和炎症的吸收。个别患者局部或全身出现过敏反应时应停药。

(五)手术治疗 有肿块如输卵管积水或输卵管卵巢囊肿可行手术治疗;存在小的感染灶,反复引起炎症发作者宜手术治疗。手术以彻底治愈为原则,避免遗留病灶再有复发的机会,行单侧附件切除术或子宫全切除术加双侧附件切除术。

第五节 子宫颈癌

宫颈癌又称宫颈浸润癌,是最常见的妇科恶性肿瘤。由于宫颈癌有较长癌前病变阶段,因此宫颈细胞学检查可使宫颈癌得到早期诊断与早期治疗。子宫颈癌以鳞状细胞癌为多见,占 80%~85%,腺癌约占 15%。主要为直接蔓延及淋巴转移,血行转移极少见。

一、临床分期

采用国际妇产科联盟修订的 I 临床分期。

期别 肿瘤范围

0 期 原位癌(浸润前癌)

I 期 癌灶局限在宫颈(包括累及腺体)

I A 肉眼未见癌灶,仅在显微镜下可见浸润癌。

(下转 13 版)