**妇产科常见疾病诊治规范**

**(第一版)**

四川省妇产科质量控制中心

四川大学华西第二医院妇产科

2014年6月

**四川省妇产科质量控制中心省级专家组名单**

主 任： 赵 霞 四川大学华西第二医院 主任医师

副主任： 郄明蓉 四川大学华西第二医院 主任医师

杨业洲 四川省人民医院 主任医师

熊 庆 四川省妇幼保健院 主任医师

毛熙光 泸州医学院附属医院 教 授

周洪贵 川北医学院附属医院 教 授

刘兴会 四川大学华西第二医院 主任医师

王晓东 四川大学华西第二医院 主任医师

王 平 四川大学华西第二医院 主任医师

徐克惠 四川大学华西第二医院 主任医师

成 员： 潘小玲 四川大学华西第二医院 主任医师

黄 薇 四川大学华西第二医院 主任医师

邢爱耘 四川大学华西第二医院 主任医师

尹如铁 四川大学华西第二医院 主任医师

王 和 四川大学华西第二医院 主任医师

马黔红 四川大学华西第二医院 主任医师

樊 英 四川省肿瘤医院 主任医师

傅晓冬 泸州医学院附属医院 主任医师

钱 萍 四川省妇幼保健院 主任医师

陈德新 四川省妇幼保健院 主任医师

肖 兵 四川省妇幼保健院 主任医师

谢 兰 四川省人民医院 主任医师

蔡春华 成都市第三人民医院 主任医师

史则峡 成都市第三人民医院 主任医师

王晓莉 成都市第二人民医院 主任医师

熊万春 成都市第二人民医院 副主任医师

罗 丹 成都市妇女儿童中心医院 主任医师

刘德顺 成都市妇女儿童中心医院 主任医师

谭小勇 南充市中心医院 主任医师

赵 勤 阿坝州人民医院 副主任医师

桂定清 达州市中心医院 主任医师

李飞浪 广安市人民医院 副主任医师

张 玲 广元市第一人民医院 主任医师

罗 晓 乐山市人民医院 主任医师

张 勇 绵阳市中心医院 主任医师

申恒春 内江市第一人民医院 主任医师

王以锋 攀枝花市中心医院 主任医师

徐永莲 攀枝花市妇幼保健院 主任医师

何 佳 遂宁市中心医院 主任医师

李四维 凉山州第一人民医院 主任医师

刘志蓉 雅安市人民医院 主任医师

王志毅 宜宾市第一人民医院 主任医师

江 琴 宜宾市第一人民医院 副主任医师

张川利 宜宾市第二人民医院 主任医师

周永红 自贡市第一人民医院 主任医师

陈 樑 德阳市人民医院 副主任医师

王经泉 巴中市中心医院 主任医师

尤俊谦 简阳市人民医院 副主任医师

汪琼英 资阳市第一人民医院 副主任医师

张玲娟 甘孜州人民医院 主任医师

袁远霞 眉山市人民医院 主任医师

秘 书： 周 淑 李 波

**目 录**

外阴阴道假丝酵母菌病（VVC）诊治规范

盆腔炎症性疾病诊治规范

宫颈癌筛查指南

产后出血预防与处理指南

孕前和孕期保健指南

功能失调性子宫出血诊治指南

**外阴阴道假丝酵母菌病（VVC）诊治规范**

外阴阴道假丝酵母菌病 （vulvovaginal candidiasis, VVC）曾经被称为霉菌性阴道炎、外阴阴道念珠菌病等，其病原菌是以白假丝酵母菌为主的酵母菌，其他如光滑假丝酵母菌、热带假丝酵母菌、近平滑假丝酵母菌等占少数。

**1 VVC的分类**

VVC分为单纯性VVC和复杂性VVC。单纯性VVC是指正常非孕宿主发生的、散发、由白假丝酵母菌所致的轻或中度VVC。复杂性VVC包括：复发性VVC、重度VVC、妊娠期VVC、非白假丝酵母菌所致的VVC或宿主为未控制的糖尿病、免疫低下者。见表1。重度VVC是指临床症状严重，外阴或阴道皮肤粘膜有破损，按VVC评分标准（见表2），评分≥7分为重度VVC。复发性VVC是指1年内有症状性VVC发作4次或4次以上。

**2 VVC的诊断**

2.1 临床表现 (1) 症状：外阴瘙痒、灼痛，还可伴有尿痛以及性交痛等症状；白带增多。 (2) 体征：外阴潮红、水肿，可见抓痕或皲裂，小阴唇内侧及阴道粘膜附着白色膜状物，阴道内可见较多的白色豆渣样分泌物，可呈凝乳状。

2.2 实验室检查 (1) 悬滴法：10% KOH镜检，菌丝阳性率70-80%。生理盐水法阳性率低，不推荐。(2) 涂片法：革兰染色法镜检，菌丝阳性率70-80%。 (3) 培养法：RVVC或有症状但多次显微镜检查阴性者，应采用培养法诊断，同时进行药物敏感试验。

**3 VVC的治疗**

3.1 治疗原则 (1) 积极去除VVC的诱因。 (2) 规范化应用抗真菌药物，首次发作或首次就诊是规范化治疗的关键时期。(3) 性伴侣无须常规治疗；RVVC患者的性伴侣应同时检查，必要时给予治疗。 (4) 不常规进行阴道冲洗。 (5) VVC急性期间避免性生活或性交时使用安全套。 (6) 同时治疗其他性传播感染。 (7) 强调治疗的个体化。 (8) 长期口服抗真菌药物要注意监测肝、肾功能及其他有关毒副反应。

3.2 抗真菌治疗

3.2.1 治疗方法 包括阴道用药和口服用药两种。

3.2.2 治疗方案

3.2.2.1 单纯性VVC 下列方案任选一种，具体方案如下：

(1) 阴道用药：① 咪康唑软胶囊1200mg，单次用药。②咪康唑栓或咪康唑软胶囊400mg，每晚1次，共3d。 ③ 咪康唑栓200mg，每晚1次，共7d。④ 克霉唑栓或克霉唑片500mg，单次用药。⑤ 克霉唑栓100mg，每晚1次，共7d。⑥ 制霉菌素泡腾片10万单位，每晚1次，共14d。⑦ 制霉菌素片50万单位，每晚1次，共14d。

3.2.2.2 重度VVC 应在治疗单纯性VVC方案基础上，延长疗程。症状严重者，局部应用低浓度糖皮质激素软膏或唑类霜剂。氟康唑 150mg顿服，第1、4天应用。其他可以选择的药物还有伊曲康唑等，但在治疗重度VVC时，建议5-7天的疗程。

3.2.2.3 妊娠期VVC 早孕期权衡利弊慎用药物。选择对胎儿无害的唑类阴道用药，而不选用口服抗真菌药物治疗。具体方案同单纯性VVC，但长疗程方案疗效会优于短疗程方案。

3.2.2.4 复发性VVC 治疗原则包括强化治疗和巩固治疗。根据培养和药物敏感试验选择药物。在强化治疗达到真菌学治愈后，给予巩固治疗至少半年。下列方案仅供参考：强化治疗：治疗至真菌学转阴。具体方案如下：(1) 口服用药：氟康唑150mg，顿服，第1、4、7天应用。(2) 阴道用药：① 咪康唑栓或软胶囊400mg，每晚1次，共6d。② 咪康唑栓1200mg，第1、4、7天应用。③ 克霉唑栓或片500mg，第1、4、7天应用。④ 克霉唑栓100mg，每晚1次，7-14d。巩固治疗：目前国内、外没有较为成熟的方案，建议对每月规律性发作1次者，可在每次发作前预防性用药1次，连续6个月。对无规律性发作者，可采用每周用药1次，预防发作，连续6个月。对于长期应用抗真菌药物者，应检测肝肾功能。

3.2.2.5 非白假丝酵母菌性外阴阴道炎 尚无最佳治疗方案。可选择氟康唑以外的其他唑类药物口服或局部用药，并延长治疗时间（如7-14d）作为一线治疗方案，复发时推荐600mg硼酸胶囊置于阴道，每日1 次，连用2周。该方案有70%的临床和真菌学治愈率。如果症状再次复发，建议咨询专家。

3.3 VVC治疗中的特殊情况

3.3.1 关于VVC再发 曾经有过VVC，再次确诊发作，由于1年内发作次数达不到4次，不能诊断为复发性VVC，称为VVC再发。对于这类VVC，尚无明确分类，建议仍按照症状体征评分，分为单纯性VVC或重度VVC。治疗上，建议根据此次发作严重程度，按照单纯性VVC或重度VVC治疗，可以适当在月经后巩固1-2个疗程。要重视对这类患者的好发因素的寻找及去除。

3.3.2 混合感染 VVC易合并其他病原体感染，常见的混合感染有VVC合并滴虫阴道炎、细菌性阴道病等，应选择针对各种病原体感染治疗。

**4 随访**

症状持续存在或2个月内再发者应进行随访。对RVVC在治疗结束后7-14d、1个月、3个月和6个月各随访1次，3个月及6个月时建议同时进行真菌培养。

表1 VVC的分类

|  |  |
| --- | --- |
| 单纯性外阴阴道假丝酵母菌病（以下单种或多种情况时） | 复杂性外阴阴道假丝酵母菌病（以下单种或多种情况时） |
| 偶发性VVC | 复发性VVC（RVVC） |
| 轻、中度VVC | 重度VVC |
| 白假丝酵母菌 | 非白假丝酵母菌 |
| 正常健康宿主 | 特殊宿主如：妊娠期、控制的糖尿病、免疫抑制等 |

表2 VVC评分标准

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 瘙痒 | 无 | 偶有发作，可被忽略 | 能引重视 | 持续发作，坐立不安 |
| 疼痛 | 无 | 轻 | 中 | 重 |
| 充血、水肿 | 无 | 轻 | 中 | 重 |
| 抓痕、皲裂、糜烂 | 无 | - | - | 有 |
| 分泌物量 | 无 | 较正常稍多 | 量多，无溢出 | 量多，有溢出 |

**(四川大学华西第二医院 郄明蓉)**

**盆腔炎症性疾病诊治规范**

盆腔炎症性疾病（Pelvic inflammatory disease，PID）指女性上生殖道感染引起的一组疾病，是最常见的妇科感染性疾病之一，主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿和盆腔腹膜炎等。性传播感染（sexuaully transmitted infection，STI）的病原体如淋病奈瑟菌、沙眼衣原体是主要的致病原，一些需氧菌、厌氧菌、病毒和支原体等也参与PID的发病过程。多数引起PID的致病微生物是由阴道上行而来的，且多为混合感染，延误对PID的诊断和有效治疗都可能导致上生殖道感染后遗症的发生。

**PID的诊断**

PID的临床表现各异，因此其诊断通常依据临床症状、体征和实验室检查。2014年PID得诊治指南在诊断上仍采用3个标准，即最低标准、附加标准及特异标准。在性活跃期女性及STI患者，如满足以下条件又无其他病因，应开始按PID治疗。

1．最低诊断标准：（1）子宫压痛；（2）附件压痛；（3）宫颈举痛。在性活跃女性及存在性传播感染危险的患者，如排除其他病因且满足以上任一条件，应诊断PID并给予PID经验治疗。若以上三者均必须具备，则会导致诊断的敏感度降低。下腹压痛同时伴有下生殖道感染征象者，诊断PID的可能性明显增加。

2．支持PID诊断的附加条件：（1）口腔温度≥38.3℃；（2）宫颈或阴道脓性分泌物；（3）阴道分泌物显微镜检发现白细胞增多；（4）红细胞沉降率加快；（5）C反应蛋白水平升高；（6）实验室检查证实有宫颈淋病奈瑟菌或沙眼衣原体感染存在。

大多数PID患者都有宫颈脓性分泌物或阴道分泌物镜检白细胞增多。如果宫颈分泌物外观正常并且阴道分泌物镜检无白细胞增多，则PID诊断成立的可能性不大，需要考虑其他可能引起下腹痛的病因。如有条件应积极寻找致病微生物，尤其是性传播感染相关病原微生物。

3．PID的特异性诊断标准：（1）子宫内膜活检显示有子宫内膜炎的组织病理学证据；（2）经阴道超声或 MRI 检查显示输卵管管壁增厚、管腔积液，可伴有盆腔游离液体或输卵管、卵巢包块；（3）腹腔镜检查结果符合PID表现。

**PID的治疗**

**一、治疗原则**

以抗生素抗感染治疗为主，必要时行手术治疗。根据经验选择广谱抗生素以覆盖可能的病原体，包括淋病奈瑟菌、沙眼衣原体、支原体、厌氧菌和需氧菌等。（1）所有的治疗方案都必须对淋病奈瑟菌和沙眼衣原体有效，因为子宫内膜和宫颈分泌物筛查无阳性发现并不能除外上生殖道感染。（2）目前推荐的治疗方案中，抗菌谱应覆盖厌氧菌。（3）一经诊断立即开始治疗，因为及时合理地应用抗生素与远期预后直接相关。（4）选择治疗方案应综合考虑有效性、费用、患者依从性和药物敏感性等因素。（5）适宜的中医、中药治疗PID也可产生一定疗效。

**二、药物治疗**

PID一经诊断，及时应用抗生素治疗将降低后遗症的发生。选择治疗方案应综合考虑有效性、费用、患者依从性和药物敏感性等因素。治疗方案中选择静脉给药和非静脉给药以及是否需要住院治疗由医生对患者及疾病的情况综合评价后根据经验决定。

（一）静脉药物治疗

1．静脉药物治疗A方案：二代或三代头孢菌素类抗菌药物静脉滴注，具体给药间隔时间由药物的半衰期决定，如头孢替坦2g，静脉滴注，1次/12h；或头孢西丁2g，静脉滴注，1次/6h；或头孢曲松1g，静脉滴注，1次/24h，14d。但需特别注意的是：（1）如所选药物不覆盖厌氧菌，需加用硝基咪唑类药物，如甲硝唑0.5g，静脉滴注，1次/12h，14d。（2）为治疗非典型病原微生物，可加用多西环素0.1g，口服，1次/24h或米诺环素0.1g，口服，1次/12h，14d；或阿奇霉素0.5g，静滴，1次/d，1-2天后改为口服0.25g，1次/d，5-7d。阿奇霉素先静滴后口服的治疗方式可增加PID患者的依从性。（3）对输卵管、卵巢脓肿的患者，通常在应用多西环素或米诺环素或阿奇霉素的基础上，加用克林霉素或甲硝唑，可更有效地对抗厌氧菌。（4）临床症状改善后，继续静脉给药至少24h，然后转为口服药物治疗，共持续14d。

2．静脉药物治疗B方案：氧氟沙星0.4g，静脉滴注，1次/12h，或左氧氟沙星0.5g，静脉滴注，1次/d，14d。加用甲硝唑0.5g，静脉滴注，1次/12h，14d。

3．静脉药物治疗C方案：氨苄西林/舒巴坦3g，静脉滴注，1次/6h，加用甲硝唑0.5g，静脉滴注，1次/12h，14d；阿莫西林/克拉维酸1.2g，静脉滴注，1次/6-8h，14d。加用多西环素0.1g，口服，1次/12h, 14d或米诺环素0.1g，口服，1次/12h，14d；阿奇霉素0.5g，静脉滴注，1次/d，1-2天后改为口服0.25g，1次/d ，5-7d。

3. 静脉药物治疗D方案：氯林可霉素0.9g，静脉滴注，1次/8h，14d，加用庆大霉素负荷剂量2mg/kg，静脉滴注或肌内注射，维持剂量1.5mg/kg，1次/8h；也可采用每日一次给药3-5mg/kg，14d。临床症状改善后，继续静脉给药至少24h，或继续口服克林霉素450mg，1次/d，共持续14d。有报告显示氯林可霉素和庆大霉素联用偶出现严重神经系统不良事件，故应用此方案者应密切注意药物的毒副作用。

（二）非静脉药物治疗

1．非静脉药物治疗A方案：二代或三代头孢菌素类抗生素，口服。如所选药物不覆盖厌氧菌，需加用硝基咪唑类药物，如甲硝唑0.2g，口服，1次/12h，14d；为治疗非典型病原微生物，可加用多西环素0.1g,口服，1次/12h或米诺环素0.1g,口服,1次/12h，14d；或阿奇霉素口服0.5g，1次/d ，5-7d。

2．非静脉药物治疗B方案: 氧氟沙星0.4g，口服，2次/d；或左氧氟沙星0.5g，口服，1次/d，14d。加用甲硝唑0.4g，口服，2次/d，共14d。

3．非静脉药物治疗替代方案：阿莫西林克拉维酸钾加用多西环素可获得短期的临床效果，但胃肠道副反应可能会影响该方案的依从性。

PID的药物治疗强调：（1）应足量足疗程14天，明确阿奇霉素的疗程为5-7天；（2）如确诊为淋病奈瑟菌感染，选择非三代头孢菌素类药物者应加用针对淋病奈瑟菌的药物；（3）药物治疗持续72小时无明显改善者应重新确认诊断并调整治疗方案；（4）由于淋病奈瑟菌对莫西沙星的耐药问题严重，且莫西沙星副作用大、无PID相关适应症，所有包含莫西沙星抗生素的盆腔炎治疗方案在新指南中未再推荐。

**三、手术治疗**

1．手术治疗指征：（1）药物治疗无效：输卵管、卵巢脓肿或盆腔脓肿经药物治疗48-72h，体温持续不降，患者中毒症状加重或包块增大者，应及时手术，以免发生脓肿破裂。（2）脓肿持续存在：经药物治疗病情有好转，可继续控制炎症2-3周，包块仍未消失但已局限化，应手术切除，以免日后再次急性发作，或形成慢性盆腔炎。（3）脓肿破裂：突然腹痛加剧，寒战、高热、恶心、呕吐、腹胀、腹部拒按或有中毒性休克表现，应怀疑脓肿破裂。若脓肿破裂未及时诊治，死亡率高。因此，一旦怀疑脓肿破裂，需立即在抗生素治疗的同时行剖腹探查术。

2．手术方式：可根据情况选择经腹或经阴道手术或腹腔镜手术。手术范围应根据病变范围、患者年龄、一般状态等全面考虑。原则是以切除病灶、切开引流为主。年轻妇女应尽量保留卵巢功能，以采用保守性手术为主；对年龄大、双侧附件受累或附件脓肿屡次发作者，应行子宫全切除术及双侧附件切除术；对极度衰弱的危重患者的手术范围，须根据具体情况决定。若盆腔脓肿位置低、突向阴道后穹窿时，可经阴道切开排脓，同时注入抗生素。

**四、中医中药及物理治疗**

中医中药和物理治疗在PID的治疗中具有一定作用。中华医学会妇产科分会感染协作组多中心临床实验显示，在抗菌药物治疗的基础上，辅以康妇消炎栓、桂枝茯苓胶囊、红花如意丸，可以减少慢性盆腔痛后遗症发生。

**五、性伴侣的治疗**

2010年我国流行病学调查数据提示盆腔炎症中近1/3为STI相关病原菌感染，因此强调夫妻同治的重要性。对PID患者出现症状前60d内接触过的性伴侣应进行检查和治疗。这种检查和评价是必要的，因为患者有再感染的危险，而且其性伴侣很可能感染淋病奈瑟菌及沙眼衣原体。由淋病奈瑟菌或沙眼衣原体感染引起PID患者的男性性伴侣常无症状。无论 PID 患者分离的病原体如何，均应建议患者的性伴侣进行STI 的检测和治疗。在女性PID患者治疗期间，应避免无保护（避孕套）的性生活。

**五、妊娠期PID的治疗**

由于妊娠期PID可增加孕产妇死亡、死胎、早产的风险，因此可疑PID的妊娠妇女都建议住院接受静脉抗菌药物治疗。妊娠期和哺乳期妇女应禁用四环素类（盐酸四环素、多西环素、米诺环素）及氟喹诺酮类药物。

**随访及预防**

患者应在开始治疗3d内出现临床情况的改善，如退热、腹部压痛或反跳痛、子宫及附件压痛、宫颈举痛减轻等。在此期间病情无好转的患者，应酌情住院治疗，进一步检查或手术治疗。对于药物治疗的患者，应在72h内随诊，明确有无临床情况的改善。如果未见好转则建议住院接受静脉药物治疗及进一步检查。对于沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染的PID患者，还应在治疗结束后4-6周时，重新复查上述病原体。

沙眼衣原体感染筛查和高危妇女的治疗能有效降低PID的发病率。对高危妇女的宫颈分泌物筛查可以预防大部分PID的发生。

**女性下腹痛病症的处理**

下腹痛是PID的主要症状，包括下腹疼痛、性交痛、痛经，其体征包括：下腹触痛、肌紧张、反跳痛、宫颈举痛，宫颈分泌物异常、出血，发热等。但是，目前我国的医疗资源不平衡，许多基层医院无法对急性PID进行病因学诊断及必要的实验室检查，使PID不能得到及时的诊疗。为了更好地对PID进行诊治，避免上生殖道感染后遗症的发生，保证妇女健康，针对女性下腹痛的处理原则具有实用价值。但在临床应用时，尤其是对急性下腹痛，首先应该排除外科或妇产科其他急症后，方可给予抗生素治疗。女性下腹痛病症处理流程，见图1。

采集病史及体检，包括

阴道检查和双合诊

立即转诊至有外、妇科

手术条件的医院

体温≥38℃，或宫颈举痛

或宫颈口脓性分泌物，

或双侧附件压痛

治疗PID

3天后复诊，如疼痛持续则提前复诊

病情改善

继续治疗，进行健康教育和咨询，

如有条件，提供艾滋病咨询和检测

消除顾虑，如疼痛

持续，3d后复诊

转诊

有

无

无

无

有

有任一下列情况：

新近有分娩和/或流产史

下腹部肌紧张和/或反跳痛

阴道异常出血

月经周期不规则

盆腔肿块

主诉下腹痛

**图1 女性下腹痛处理流程**

**（四川大学华西第二医院 林卫）**

**宫颈癌筛查及CIN治疗规范**

宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤之一，在中国妇女中宫颈癌发病率居妇科恶性肿瘤第一位。我国每年新增病例数为13万人，接近全球总数的1/3，且多为中晚期宫颈癌，每年约有5.3万女性死于宫颈癌 。

宫颈癌是目前唯一可实现预防的妇科恶性肿瘤，如果进行了有效筛查，宫颈癌的发病率能够明显降低。美国癌症学会(ACS)、美国阴道镜和宫颈病理学会( ASCCP) 以及美国临床病理学会(ASCP) 共同合作，于2012 年公布了新的宫颈癌筛查指南。2014年NCCN宫颈癌筛查指南建议采用该指南。

**一、筛查规范**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年龄 | 推荐筛查方法 | 筛查结果的处理 | 备注 |
| ＜21 | 不进行筛查 |  | 不适合进行HPV检测，ASC-US者也不使用HPV检测 |
| 21～29 | 单独细胞学筛查，每3年1次 | HPV（+）的ASC-US或≥LSIL：参考《不同细胞学筛查结果的处理》 | 对这一人群进行筛查不适合用HPV检测 |
| 细胞学阴性或ASC-US但HPV（-）：3年后再进行细胞学检查 |
| 30～65 | HPV和细胞学联合筛查，每5年1次 | HPV（+）的ASC-US或≥LSIL：参考《不同细胞学筛查结果的处理》 | 一般不推荐单独使用HPV筛查 |
| HPV（+）、细胞学（-），可选择：  ①1年后再次复查细胞学和HPV；  ②行HPV16或HPV16/18检测：如HPV16或HPV16/18（+），行阴道镜检查；如果HPV16或HPV16/18（-），1年后复查细胞学和HPV |
| 细胞学（-）或ASC-US+HPV（-），5年后再次联合筛查 |
| 单独细胞学筛查，每3年1次 | HPV（+）的ASC-US或≥LSIL：参考《不同细胞学筛查结果的处理》 |
| 细胞学（-）或HPV（-）的ASC-US：3年后细胞学检查 |
| ＞65 | 既往筛查结果连续阴性时可终止筛查 |  | 如果既往有≥CIN2病史，至少进行20年的常规筛查 |
| 子宫切除术后的女性 | 不接受筛查 |  | 宫颈已切除并且20年内无≥CIN2病史者可不筛查 |
| HPV疫苗接种者 | 和无接种HPV疫苗者的筛查方式相同 | | |

说明：

1. 21岁以下宫颈癌患者及其罕见，故筛查应从21岁开始；

2. 21-29岁由于性活动频繁，HPV感染率高，而其绝大部分可自然消退，故21-29岁不查HPV；

3. 由于大部分HPV感染可自然消退，从而不引起宫颈癌的癌前病变或宫颈癌，所以HPV检查不能单独成为宫颈癌筛查的手段；

4. 在连续筛查直到90岁者仅有1.6/1000患宫颈癌，死亡率仅为0.5/1000，65岁以上者新近感染HPV直至发展到CIN2以上者及其少见，患宫颈癌的几率也极低；

5. 对于任何年龄的女性，不论使用何种方法，筛查都没有必要每年进行一次；

6. 细胞学联合HPV的5年间隔筛查法与单独细胞学检查的3年间隔筛查法的宫颈癌患病风险相似；

7. 单独使用细胞学进行筛查时，鳞状上皮内病变的检出率更高，但腺体病变及腺癌的检出率有限，同时进行HPV检测可弥补这一不足；

8. 上述筛查建议不针对宫颈癌患者、HIV感染者、免疫抑制者，以及宫内乙烯雌酚暴露者，这些高危人群需更多的筛查。

**二、不同细胞学筛查结果的处理**

进行宫颈癌细胞学筛查时，使用巴氏涂片法或液基细胞学均可，这两种方法的效能相同，但报告筛查结果时均需使用Bethesda系统中的术语。

1. 如果宫颈已有肉眼可见病灶或可疑病灶，可直接活检并行病理学检查，当病变为浸润性宫颈癌时可按照宫颈癌诊疗指南进行处理；如果未在病灶中发现浸润性癌灶，可考虑冷刀锥切术或转诊至妇科肿瘤专科就诊。

2. 如果细胞学/巴氏涂片标本不满意，可在6～12周后再次检查。如果发现感染性疾病，必要时可进行治疗。

3. 如果细胞学/巴氏涂片检查发现癌细胞，当病灶肉眼可见时可直接活检，如果肉眼无法辨别病灶可行诊断性锥切术。

4. 筛查结果出现以下情况时建议转诊至妇科肿瘤专科：不典型腺细胞、原位腺癌、妊娠、患者有生育要求但瘤变复发或持续存在。

5. 对于年龄＞30岁接受HPV检测和细胞学检查的女性，如果HPV（+）但细胞学检查无异常时，可选的处理方式有：①HPV16或HPV16/18检测（1类证据），检查结果阳性时行阴道镜检查，结果阴性时在1年后复查细胞学/巴氏涂片和HPV检测。②1年后复查细胞学/巴氏涂片和HPV检测。①和②后续处理方式相同：当复查细胞学/巴氏涂片和HPV检测结果均为阴性或HPV（-）但细胞学检查结果为ASC-US时，可按照常规筛查方案进行筛查（见《筛查规范》）。当HPV（-）但细胞学检查结果为＞ASC-US时，按照相应细胞异常结果的处理方法进行处理。当HPV（+）时，无论细胞学检查结果如何均进行阴道镜检查。

6. 年龄≥21岁的女性，检查结果为ASC-US时，可选的处理方法有三种：①HPV检测（如果可在液基细胞学标本中对HPV进行检测则首选这一方法）。如果HPV（-），则可转为常规筛查，如果HPV（+），则行阴道镜检查。②6个月后复查细胞学/巴氏涂片。复查结果无异常时，在6个月后再次复查1次细胞学/巴氏涂片，如果再次复查结果仍无异常则可转为常规筛查。两次复查结果中，任何1次结果为≥ASC-US，都需要行阴道镜检查。③直接行阴道镜检查。

年龄≥21岁的女性，当检查结果为LSIL、ASC-H或HSIL时，由于HPV检测和重复细胞检查对于严重病变的发现率都不及阴道镜，所以将阴道镜检查作为唯一的处理方式。

**三、CIN的诊治**

细胞学检查结果只是筛查结果，不能作为诊断宫颈癌前病变和宫颈癌的依据。阴道镜下宫颈活检，组织病理学检查是确诊金标准。

1.CIN I的处理

（1）观察 阴道镜检查满意（见到完整转化区，宫颈鳞柱交界未内移至颈管内）者可观察；阴道镜检查不满意者应作颈管内膜刮术（ECC），排除颈管内病变。

（2）随访6个月后复查宫颈涂片细胞学。如无异常，一年以后再次复查细胞学。如细胞学结果＞ASC-US需要阴道镜检查。

2. CIN Ⅱ、Ⅲ的处理

（1）观察 只限于妊娠期的CIN Ⅱ、Ⅲ的患者，应每2个月进行一次阴道镜检查，产后6-8周再次进行评估处理。

（2）治疗 CIN Ⅱ、Ⅲ的患者可选择宫颈环形电切术（LEEP）或冷刀宫颈锥形切除术。根据锥切后的病理选择进一步治疗方法，单纯子宫切除术不可作为首选治疗方案（注：根据术后病理结果可判断手术范围是否足够，并决定下一步治疗方法。因此，锥切病理的诊断水平非常重要，建议医疗条件不够的医疗单位可将标本固定后转到上级医院进行病理诊断）。

（3）随访 每3-6个月进行1次细胞学检查，连续3次正常后可选择每年1次的细胞学检查，必要时阴道镜随访检查。HPV检查也有助于CIN的诊断和随访，可结合患者的具体情况酌情应用。

**(四川大学华西第二医院 赵霞 周圣涛 林小娟)**

**产后出血预防与处理指南**

产后出血是指胎儿娩出后24 h内出血量>500 ml，是目前我国孕产妇死亡的首要原因。绝大多数产后出血所导致的孕产妇死亡是可避免或创造条件可避免的，其关键在于早期诊断和正确处理[1]。因此，有必要制定产后出血预防与处理指南。本指南的制定主要参考了加拿大、美国和英国等国家关于产后出血的诊断与治疗指南以及最新的循证医学证据，并结合国内外有关临床经验，旨在规范和指导妇产科医师对产后出血的预防和处理。

**一、产后出血的原因与高危因素**

产后出血的四大原因是宫缩乏力(占70%～90%)、产道损伤(占20%)、胎盘因素(占10%)和凝血功能障碍(占l%)；四大原因可以合并存在，也可以互为因果；每种原因又包括各种病因和高危因素，见表l。所有产妇都有发生产后出血的可能，但有一种或多种高危因素者更易发生[2]。值得注意的是有些产妇即使未达到产后出血的诊断标准，也会出现严重的病理生理改变，如妊娠期高血压疾病、妊娠合并贫血、脱水或身材矮小的产妇等。

表1 产后出血的原因和高危因素

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 四大原因 | 病因 | 高危因素 |
| 宫缩乏力 | 全身因素 | 产妇体质虚弱、合并慢性全身性疾病或精神紧张等 |
| 药物 | 过多使用麻醉剂、镇静剂或宫缩抑制剂等 |
| 产程因素 | 急产、产程延长或滞产、试产失败等 |
| 产科并发症 | 子痫前期等 |
| 羊膜腔内感染 | 胎膜破裂时间长、发热等 |
| 子宫过度膨胀 | 羊水过多、多胎妊娠、巨大儿等 |
| 子宫肌壁损伤 | 多产、剖宫产史、子宫肌瘤剔除术后等 |
| 子宫发育异常 | 双子宫、双角子宫、残角子宫等 |
| 产道损伤 | 宫颈、阴道或会阴裂伤 | 急产、手术产、软产道弹性差、水肿或瘢痕等 |
| 剖宫产子宫切口延伸或裂伤 | 胎位不正、胎头位置过低 |
| 子宫破裂 | 前次子宫手术史 |
| 子宫内翻 | 多产次、子宫底部胎盘、第三产程处理不当 |
| 胎盘因素 | 胎盘异常 | 多次人工流产或分娩、子宫手术史、前置胎盘、胎盘早剥 |
| 胎盘胎膜残留 | 产次多，既往有胎盘粘连史 |
| 凝血功能障碍 | 血液系统疾病 | 遗传性凝血功能疾病、血小板减少症 |
| 肝脏疾病 | 重症肝炎、妊娠急性脂肪肝 |
| 产科DIC | 羊水栓塞、Ⅱ~Ⅲ度胎盘早剥、死胎滞留时间长、重度子痫前期及休克晚期 |

**二、产后出血的诊断**

诊断产后出血的关键在于对失血量有正确的测量和估计，错误低估将丧失抢救时机。突然大量的产后出血易得到重视和早期诊断，而缓慢的持续少量出血和血肿易被忽视。失血量的绝对值对不同体重者意义不同，因此，最好能计算出失血量占总血容量的百分数，妊娠末期总血容量(L)的简易计算方法为非孕期体重(kg)×7%×(1+40%)，或非孕期体重(kg)×10%。

常用的估计失血量的方法有：(1)称重法或容积法；(2)监测生命体征、尿量和精神状态[3]，见表2；(3)休克指数法，休克指数=心率/收缩压(mm Hg)，见表3；(4)血红蛋白含量测定，血红蛋白每下降l0 g/L，失血400～500 ml。但是在产后出血早期，由于血液浓缩，血红蛋白值常不能准确反映实际出血量。

表2 产后出血的临床表现

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 失血量占  血容量比  例(%) | 脉搏  (次/分) | 呼吸  (次/分) | 收缩压 | 脉压差 | 毛细血  管再充  盈速度 | 尿量  (ml/h) | 中枢神  经系统  症状 |
| <20 | 正常 | 14~20 | 正常 | 正常 | 正常 | >30 | 正常 |
| 20~30 | >100 | >20~≤30 | 稍下降 | 偏低 | 延迟 | 20~30 | 不安 |
| 31~40 | >120 | >30~≤40 | 下降 | 低 | 延迟 | <20 | 烦躁 |
| >40 | >140 | >40 | 显著  下降 | 低 | 缺少 | 0 | 嗜睡  或昏迷 |

表3 休克指数与估计失血量

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 休克指数 | 估计失血量（ml） | 估计失血量占血容量的比例（%） |
| <0.9 | <500 | <20 |
| 1.0 | 1000 | 20 |
| 1.5 | 1500 | 30 |
| ≥2.0 | ≥2500 | ≥50 |

值得注意的是失血速度也是反映病情轻重的重要指标，重症的情况包括：失血速度>150 ml/min；3 h内出血量超过血容量的50%；24 h内出血量超过全身血容量。

**三、产后出血的预防**

1．加强产前保健：产前积极治疗基础疾病，充分认识产后出血的高危因素，高危孕妇应于分娩的转诊到有输血和抢救条件的医院。

2．积极处理第三产程：循证医学研究表明，第三产程积极干预能有效降低产后出血量和发生产后出血的危险度。积极处理第三产程包含3个主要的干预措施[4-5]：(1)头位胎儿前肩娩出后、胎位异常胎儿全身娩出后、多胎妊娠最后一个胎儿娩出后，预防性应用缩宫素(I a级证据)，使用方法为缩宫素10U肌内注射或5u稀释后静脉滴注，也可l0u加入500 ml液体中，以100—150 ml/h静脉滴注；(2)胎儿娩出后(45-90 s)及时钳夹并剪断脐带，有控制的牵拉脐带协助胎盘娩出；(3)胎盘娩出后按摩子宫。产后2 h是发生产后出血的高危时段，应密切观察子宫收缩情况和出血量变化，并应及时排空膀胱。

**四、产后出血的处理流程**

产后出血的处理可分为预警期、处理期和危重期，分别启动一级、二级和三级急救方案，见图1。产后2 h出血量>400 ml为预警线，应迅速启动一级急救处理，包括迅速建立两条畅通的静脉通道、吸氧、监测生命体征和尿量、向上级医护人员求助、交叉配血，同时积极寻找出血原因并进行处理；如果继续出血，应启动相应的二、三级急救措施。病因治疗是产后出血的最重要治疗，同时兼顾抗休克治疗，并可求助麻醉科、重症监护室(ICU)、血液科医师等协助抢救。在抢救产后大出血时，团体协作十分重要。

**五、产后出血的处理原则**

(一) 一般处理：应在寻找出血原因的同时进行一般处理，包括向有经验的助产士、上级产科医师、麻醉医师和血液科医师求助，通知血库和检验科做好准备；建它双静脉通道维持血液循环，积极补充血容量；进行呼吸管理，保持气道通畅，必要时给氧；监测出血量和牛命体征，留置尿管，记录尿量；交叉配血；进行基础的实验事检查(血常规、凝血功能、肝肾功能检查等)并行动态监测[6]。

(二) 针对产后出血原因的特殊处理：病因治疗是最根本的治疗，检查宫缩情况、胎盘、产道及凝血机制，针对原因进行积极处理。

1．宫缩乏力的处理：(1)子宫按摩或压迫法：可采用经腹按摩或经腹经阴道联合按压，按摩时间以子宫恢复正常收缩并能保持收缩状态为止，要配合应用宫缩剂。(2)应用宫缩剂：①缩宫素：为预防和治疗产后出血的一线药物。治疗产后出血方法为：缩宫素l0u肌内注射、子宫肌层或宫颈注射，以后l0～20u加入500 ml晶体液中静脉滴注，给药速度根据患者的反应调整，常规速度250 ml/h，约80 mU/min[7]。静脉滴注能立即起效，但半衰期短(1—6 min)，故需持续静脉滴注。缩宫素应用相对安全，大剂最应用时可引起高血压、水钠潴留和心血管系统副作用；快速静脉注射未稀释的缩宫素，可导致低血压、心动过速和(或)心律失常。缩宫素有受体饱和现象，无限制加大用量反而效果不佳，并出现副作用，故24 h总量应控制在60 u内。②卡前列素氨丁三醇(商品名：欣母沛)：为前列腺素F2a衍生物(15-甲基FGF2a)，引起全子宫协调有力的收缩。用法为250ug(1支)深部肌内注射或子宫肌层注射，3 min起作用，30 min达作用高峰，可维持2 h；必要时重复使用，总量不超过2000ug(8支)。哮喘、心脏病和青光眼患者禁用，高血压患者慎用[8]；副反应轻微，偶尔有暂时性的恶心、呕吐等。③米索前列醇：系前列腺素El的衍生物，可引起全子宫有力收缩，应用方法：米索前列醇200～600 ug顿服或舌下给药[9]。但米索前列醇副作用较大，恶心、呕吐、腹泻、寒战和体温升高较常见；高血压、活动性心、肝、肾脏病及肾上腺皮质功能不全者慎用，青光眼、哮喘及过敏体质者禁用。(3)手术治疗：在上述处理效果不佳时，可根据患者情况和医师的熟练程度选用下列手术方法。①宫腔填塞：有宫腔水囊压迫和宫腔纱条填塞两种方法，阴道分娩后宜选用水囊压迫，剖宫产术中选用纱条填塞。宫腔填塞后应密切观察出血量、子宫底高度、生命体征变化等，动态监测血红蛋白、凝血功能的状况，以避免宫腔积血，水囊或纱条放置24—48 h后取出，要注意预防感染[10]。②B-Lynch缝合：适用于宫缩乏力、胎盘因素和凝血功能异常性产后出血，子宫按摩和宫缩剂无效并有可能切除子宫的患者[11]。先试用两手加压观察出血量是否减少以估计B-Lynch缝合成功止血的可能性，应用可吸收线缝合[12]。B-Lynch缝合术后并发症的报道较为罕见，但有感染和组织坏死的可能，应掌握手术适应证。如合并凝血功能异常，除手术外，需补充凝血因子等。③盆腔血管结扎：包括子宫动脉结扎和髂内动脉结扎。子宫血管结扎适用于难治性产后出血，尤其是剖宫产术中宫缩乏力或胎盘因素的出血，经宫缩剂和按摩子宫无效，或子宫切口撕裂而局部止血困难者。推荐五步血管结扎法[13]：单侧子宫动脉上行支结扎；双侧子宫动脉上行支结扎；子宫动脉下行支结扎；单侧卵巢子宫血管吻合支结扎；双侧卵巢子宫血管吻合支结扎，见图2。髂内动脉结扎术手术操作困难，需要对盆底手术熟练的妇产科医师操作。适用于宫颈或盆底渗血、宫颈或阔韧带出血、腹膜后血肿、保守治疗无效的产后出血，结扎前后需准确辨认髂外动脉和股动脉，必须小心勿损伤髂内静脉[14]，否则可导致严重的盆底出血。④经导管动脉栓塞术(transcatheter arterial embolization，TAE)：适应证：经保守治疗无效的各种难治性产后出血(包括宫缩乏力、产道损伤和胎盘因素等)，生命体征稳定。禁忌证：生命体征不稳定、不宜搬动的患者；合并有其他脏器出血的DIC；严重的心、肝、肾和凝血功能障碍；对造影剂过敏者[15]。⑤子宫切除术：适用于各种保守性治疗方法无效者。一般为次全子宫切除术，如前置胎盘或部分胎盘植入宫颈时行子宫全切除术。操作注意事项：由于子宫切除时仍有活动性出血，故需以最快的速度“钳夹、切断、下移”，直至钳夹至子宫动脉水平以下，然后缝合打结，注意避免损伤输尿管[16]。对子宫切除术后盆腔广泛渗血者，用大纱条填塞压迫止血并积极纠正凝血功能障碍。

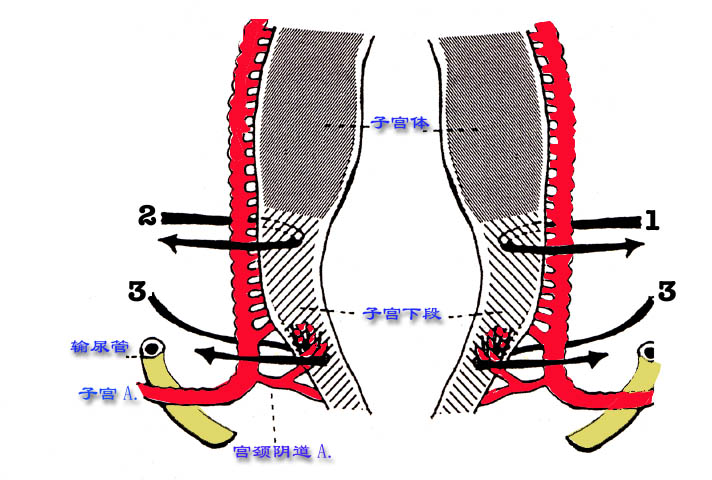


图2 子宫血管结扎步骤示意图

1：单侧子宫动脉上行支结扎；2：双侧子宫动脉上行支结扎；3：子宫动脉下行支结扎

2．产道损伤的处理：应在良好的照明下，查明损伤部位，注意有无多处损伤，缝合时尽最恢复原解剖关系，并应超过裂伤顶端0.5cm缝合。血肿应切开清除积血，缝扎止血或碘仿纱条填塞血肿压迫止血，24～48 h后取出。小血肿可密切观察，采用冷敷、压迫等保守治疗。

子宫内翻：如发生子宫内翻，产妇无严重休克或出血，子宫颈环尚未缩紧，可立即将内翻子宫体还纳(必要时可在麻醉后还纳)。还纳后静脉滴注缩宫素，直至宫缩良好后将手撤出。如经阴道还纳失败，可改为经腹子宫还纳术，如果患者血压不稳定，在抗休克同时行还纳术[17]。

子宫破裂：立即开腹行手术修补或行子宫切除术。

3．胎盘因素的处理：(1)对胎盘未娩出伴活动性出血可立即行人工剥离胎盘术。术前可用镇静剂，手法要正确轻柔，勿强行撕拉，防胎盘残留、子宫损伤或子宫内翻。(2)对胎盘、胎膜残留者应用手或器械清理，动作要轻柔，避免子宫穿孔。(3)胎盘植入伴活动性出血者，采用子宫局部楔形切除或子宫全切除术[18]。

4．凝血功能障碍的处理：一旦确诊应迅速补充相应的凝血因子。(1)血小板：血小板低于(20～50)×109/L或血小板降低出现不可控制的渗血时使用。(2)新鲜冰冻血浆：是新鲜抗凝全血于6～8 h内分离血浆并快速冰冻，几乎保存了血液中所有的凝血因子、血浆蛋白、纤维蛋白原。使用剂量10～15 ml/kg。(3)冷沉淀：输注冷沉淀主要为纠正纤维蛋白原的缺乏，如纤维蛋白原浓度高于150 s/L不必输注冷沉淀。冷沉淀常用剂量为1～1.5 U/10 kg。(4)纤维蛋白原：输入纤维蛋白原1 g可提升血液中纤维蛋白原25 g/L，1次可输入纤维蛋白原2～4 g。

图1 产后出血的处理流程图

积极处理第三产程

按摩子宫

使用宫缩剂

宫腔水囊或纱条填塞

B-Lynch及其他子宫缝合术

子宫血管结扎

缝合裂伤

清除直径>3cm血肿

恢复子宫解剖位置

人工剥离

刮宫等

补充凝血因子：

新鲜冰冻血浆、冷沉淀、凝血酶原复合物、血小板等。

出血量：>1500ml

继续抗休克和病因治疗

呼吸管理

容量管理

DIC的治疗

使用血管活性药物药

纠正酸中毒

应用抗生素

必要时子宫动脉栓塞或子宫切除术

重要脏器功能保护：心、脑、肺、肾等

重症监护（麻醉科、血液科、ICU等）

求助

建立两条可靠的静脉通道

吸氧

监测生命体征、尿量

检查血常规、凝血功能，交叉配血

积极寻找原因并处理

产后2小时内出血>400ml

出血量：500～1500ml

抗休克治疗

扩容

给氧

监测出血量、生命体征和尿量、血氧饱和度、生化指标等

宫缩乏力

产道损伤

胎盘因素

凝血功能障碍

病因处理

备注：根据中华医学会妇产科学分会产科学组2009年《产后出血预防与处理指南（草案）修订》

**（四川大学华西第二医院 刘兴会、周淑）**

**孕前和孕期保健指南**

孕前和孕期保健是降低孕产妇死亡和出生缺陷的重要措施。为适应我省的实际情况，参考了中华医学会妇产科学分会产科学组2011年制定的《孕前和孕期保健指南》，特制定本指南。本指南的内容包括：健康教育及指导、常规保健内容、辅助检查项目（分为必查项目和备查项目），其中健康教育及指导、常规保健内容和辅助检查的必查项目适用于所有的孕妇，辅助检查项目中，有条件的医院或有指征时可开展备查项目。

**孕前保健（孕前3个月）**

**一、健康教育及指导**

遵循普遍性指导和个性化指导相结合的原则，对计划妊娠的夫妇进行孕前健康教育及指导，主要内容包括：⑴有准备、有计划的妊娠，避免高龄妊娠。⑵合理营养，控制体质量（体重）增加。⑶补充叶酸0.4~0.8mg/d，或经循证医学验证的含叶酸的复合维生素。既往发生过神经管缺陷（NTD）的孕妇，则需每天补充叶酸4mg。⑷有遗传病、慢性疾病和传染病而准备妊娠的妇女，应予评估并指导。⑸合理用药，避免使用可能影响胎儿正常发育的药物。⑹避免接触生活及职业环境中的有毒有害物质（如放射线、高温、铅、汞、苯、砷、农药等），避免密切接触宠物。⑺改变不良的生活习惯（如吸烟、酗酒、吸毒等）及生活方式；避免高强度的工作、高噪音环境和家庭暴力。⑻保持心理健康，解除精神压力，预防孕期及产后心理问题的发生。⑼合理选择运动方式。

**二、常规保健**

1. 评估孕前高危因素：⑴询问准备妊娠夫妇的健康状况。⑵评估既往慢性疾病史，家族和遗传病史，不宜妊娠者应及时告之。⑶详细了解不良孕产史。⑷生活方式、饮食营养、职业状况及工作环境、运动（劳动）情况、家庭暴力、人际关系等。

2. 身体检查：⑴包括测量血压、体质量，计算体质指数（BMI），BMI=体质量（kg）/身高（m）2。⑵常规妇科检查。

**三、辅助检查**

1. 必查项目：包括以下项目：⑴血常规；⑵尿常规；⑶血型（ABO和Rh）；⑷肝功能；⑸肾功能；⑹空腹血糖；⑺HBsAg；⑻梅毒螺旋体；⑼HIV筛查；⑽宫颈细胞学检查（1年内未查者）。

2. 备查项目：包括以下项目：⑴弓形虫、风疹病毒、巨细胞病毒和单纯疱疹病毒（TORCH）筛查。⑵宫颈阴道分泌物检查（阴道分泌物常规、淋球菌、沙眼衣原体）。⑶甲状腺功能检测。⑷地中海贫血筛查（广东、广西、海南、湖南、湖北、四川、重庆等地）。⑸75g口服葡萄糖耐量试验（OGTT；针对高危妇女）。⑹血脂检查。⑺妇科超声检查。⑻心电图检查。⑼胸部X线检查。

**孕期保健**

**一、产前检查的次数及孕周**

根据目前我国孕期保健的现状和产前检查项目的需要，**推荐的产前检查孕周分别是：妊娠6-13周+6、14-19周+6、20-24周、24-28周、30-32周、33-36周、37-41周。有高危因素者，酌情增加次数。**

**二、产前检查的内容**

（一）首次产前检查（妊娠6-13周+6）

1. 健康教育及指导：⑴流产的认识和预防。⑵营养和生活方式的指导（卫生、性生活、运动锻炼、旅行、工作）。⑶继续补充叶酸0.4-0.8mg/d至孕3个月，有条件者可继续服用含叶酸的复合维生素。⑷避免接触有毒有害物质（如放射线、高温、铅、汞、苯、砷、农药等），避免密切接触宠物。⑸慎用药物，避免使用可能影响胎儿正常发育的药物。⑹必要时，孕期可接种破伤风或流感疫苗。⑺改变不良的生活习惯（如吸烟、酗酒、吸毒等）及生活方式；避免高强度工作、高噪音环境和家庭暴力。⑻保持心理健康，解除精神压力，预防孕期及产后心理问题的发生。

2. 常规保健：⑴建立孕期保健手册。⑵仔细询问月经情况，确定孕周，推算预产期。⑶评估孕期高危因素。孕产史，特别是不良孕产史如流产、早产、死胎、死产史，生殖道手术史，有无胎儿的畸形或幼儿智力低下，孕前准备情况，本人及配偶家族史和遗传病史。注意有无妊娠合并症，如：慢性高血压、心脏病、糖尿病、肝肾疾病、系统性红斑狼疮、血液病、神经和精神疾病等，及时请相关学科会诊，不宜继续妊娠者应告知并及时终止妊娠；高危妊娠继续妊娠者，评估是否转诊。本次妊娠有无阴道出血，有无可能致畸因素。⑷身体检查。包括测量血压、体质量，计算BMI；常规妇科检查（孕前3个月未做者）；胎心率测定（采用多普勒听诊，妊娠12周左右）。

3. 必查项目：⑴血常规；⑵尿常规；⑶血型（ABO和Rh）；⑷肝功能；⑸肾功能；⑹空腹血糖；⑺HBsAg；⑻梅毒螺旋体；⑼HIV筛查。（注：孕前6个月已查的项目，可以不重复检查）

4. 备查项目：⑴丙型肝炎病毒（HCV）筛查。⑵抗D滴度检查（Rh阴性者）。⑶75gOGTT（高危孕妇或有症状者）。⑷地中海贫血筛查（广东、广西、海南、湖南、湖北、四川、重庆等地）。⑸甲状腺功能检测。⑹血清铁蛋白（血红蛋白<105g/L者）。⑺结核菌素（PPD）试验（高危孕妇）。⑻宫颈细胞学检查（孕前12个月未检查者）。⑼宫颈分泌物检测淋球菌和沙眼衣原体（高危孕妇或有症状者）。⑽细菌性阴道病（BV）的检测（早产史者）。⑾胎儿染色体非整倍体异常的早孕期母体血清学筛查[妊娠相关血浆蛋白A（PAPP-A）和游离β-hCG，妊娠10-13周]。注意事项：空腹；超声检查确定孕周；确定抽血当天的体质量。高危者，可考虑绒毛活检或联合孕中期血清学筛查结果再决定羊膜腔穿刺检查。⑿超声检查。在早孕期行超声检查：确定宫内妊娠及孕周，胎儿是否存活，胎儿数目或双胎绒毛膜性质，子宫附件情况。在妊娠11-13周超声检查胎儿颈后透明层厚度（NT）；核定孕周。NT测量按照英国胎儿医学基金会标准进行。⒀绒毛活检（妊娠10-12周，主要针对高危孕妇）。⒁心电图检查。

（二）妊娠14-19周+6产前检查

1. 健康教育及指导：⑴流产的认识与预防。⑵妊娠生理知识。⑶营养和生活方式的指导。⑷中孕期胎儿染色体非整倍体异常筛查的意思。⑸血红蛋白<105g/L，血清铁蛋白<12ug/L，补充元素铁/d。⑹开始补充钙剂，600mg/d。

2. 常规保健：⑴分析首次60-100mg产前检查的结果。⑵询问阴道出血、饮食、运动情况。⑶身体检查，包括血压、体质量，评估孕妇体质量增长是否合理；宫底高度和腹围，评估胎儿体质量增长是否合理；胎心率测定。

3. 必查项目：无。

4. 备查项目：⑴胎儿染色体非整倍体异常的中孕期母体血清学筛查（妊娠15-20周，最佳检测孕周为16-18周）。注意事项：同孕早期血清学筛查。⑵羊膜腔穿刺检查检查胎儿染色体核型（妊娠16-21周；针对预产期时孕妇年龄35岁及以上或高危人群）。

（三）妊娠20-24周产前检查

1. 健康教育及指导：⑴早产的认识与预防。⑵营养和生活方式的指导。⑶胎儿系统超声筛查的意义。

2. 常规保健：⑴询问胎动、阴道出血、饮食、运动情况。⑵身体检查，同妊娠14-19周+6产前检查。

3. 必查项目：⑴胎儿系统超声筛查（妊娠18-24周），筛查胎儿的严重畸形。⑵血常规、尿常规。

4. 备查项目：宫颈评估（超声测量宫颈长度）。

（四）妊娠24-28周产前检查

1. 健康教育及指导：⑴早产的认识与预防。⑵妊娠期糖尿病（GDM）筛查的意义。

2. 常规保健：⑴询问胎动、阴道出血、宫缩、饮食、运动情况。⑵身体检查，同妊娠14-19周+6产前检查。

3. 必查项目：⑴GDM筛查。先行50g葡萄糖筛查（GCT），如血糖≥7.2mmol/L、≤11.1mmol/L，则行75gOGTT；若≥11.1mmol/L，则测定空腹血糖。国际最近推荐的方法是可不必先行50gGCT，有条件者可直接行75gOGTT，其正常上限为空腹血糖5.1 mmol/L，1h血糖10.0 mmol/L，2h血糖8.5mmol/L。或者通过检测空腹血糖座位筛查标准。⑵尿常规。

4. 备查项目：⑴抗D滴度检查（Rh阴性者）。⑵宫颈阴道分泌物检测胎儿纤维连接蛋白（fFN）水平（早产高危者）。

（五）妊娠33-36周产前检查

1. 健康教育及指导：⑴分娩前生活方式的指导。⑵分娩相关知识（临产的症状、分娩方式指导、分娩镇痛）。⑶新生儿疾病筛查。⑷抑郁症的预防。

2. 常规保健：⑴询问胎动、阴道出血、宫缩、皮肤瘙痒、饮食、运动、分娩前准备情况。⑵身体检查，同妊娠30-32产前检查。

3. 必查项目：尿常规。

4. 备查项目：⑴妊娠35-37周B族链球菌（GBS）筛查：具有高危因素的孕妇（如合并糖尿病、前次妊娠出生的新生儿有GBS感染等），取肛周与阴道下1/3的分泌物培养。⑵妊娠32-34周肝功能、血清胆汁酸检测（ICP高发病率地区的孕妇）。⑶妊娠34周开始电子胎心监护（无负荷试验，NST）检查（高危孕妇）。⑷心电图复查（高危孕妇）。

（六）妊娠37-41周产前检查

1. 健康教育及指导：⑴分娩相关知识（临产的症状、分娩方式指导、分娩镇痛）。⑵新生儿免疫接种指导。⑶产褥期指导。⑷胎儿宫内情况的监护。⑸妊娠≥41周，住院并引产。

2. 常规保健：⑴询问胎动、宫缩、见红等。⑵身体检查，同妊娠30-32产前检查；行宫颈检查及Bishop评分。

3. 必查项目：⑴超声检查：评估胎儿大小、羊水量、胎盘成熟度、胎位和脐动脉收缩期峰值和舒张末期流速之比（S/D值）等。⑵NST检查（每周一次）。

4. 备查项目：无。

**三、孕期不推荐常规检查的内容**

1. 骨盆外测量：已有充分证据表明骨盆外测量并不能预测产时头盆不称。因此，孕期不需要常规检查骨盆外测量。对于阴道分娩的孕妇，妊娠晚期可测定骨盆出口径线。

2. 弓形虫、巨细胞病毒和单纯疱疹病毒血清学筛查：目前对这三种病原体没有成熟的筛查手段，孕妇血清学特异性抗体检测均不能确诊孕妇何时感染，胎儿是否受累以及有无远期后遗症，也不能依据孕妇血清学筛查结果来决定是否需要终止妊娠。建议孕前筛查或孕期有针对的筛查，不宜对所有的孕妇进行常规筛查，避免给孕妇带来心理的恐惧和不必要的干预。

3. BV筛查：妊娠期BV的发生率为10-20%，与早产发生相关，早产高危孕妇可筛查BV，但不宜针对所有孕妇进行常规BV筛查。

4. 宫颈阴道分泌物检测fFN及超声检查评估宫颈：早产高危孕妇，这两项筛查的价值在于阴性结果提示近期内无早产可能，从而减低不必要的干预。但是尚没有足够的证据支持对所有孕妇进行宫颈阴道分泌物fFN检测及超声宫颈评估。

5. 每次产前检查时检查尿蛋白和血常规：不需要每次产前检查时进行尿蛋白和血常规检查，但妊娠期高血压疾病和妊娠期贫血的孕妇可反复进行尿蛋白和血常规检查。

6. 甲状腺功能筛查：孕妇甲状腺功能减退影响儿童神经智能的发育，有专家建议筛查所有孕妇的甲状腺功能（FT3、FT4、TSH），但是目前尚没有足够的证据支持对所有孕妇进行甲状腺功能的筛查，孕期应保证充足的碘摄入。

7. 结核病筛查：目前，尚没有足够证据支持对所有孕妇进行结核病的筛查（包括PPD试验和胸部X线检查）。高危孕妇（结核病高发区、居住条件差、HIV感染、药瘾者）可以在妊娠任何时期进行结核病筛查。

备注：据中华医学会妇产科学分会产科学组2011年《孕前和孕期保健指南(第1版)》修订。

**（四川大学华西第二医院 刘兴会 周淑）**

**功能失调性子宫出血诊治指南**

**一、概述**

正常月经周期24-35天，经期持续2-7天，平均失血量20-60ml，凡不符合上述标准的均属异常子宫出血。异常子宫出血包括器质性疾病引起的出血，也包括功能失调性子宫出血，简称“功血”，功血是从月经初潮至绝经的任何阶段均可发生，由生殖内分泌轴（下丘脑-垂体-卵巢轴）调节功能失调而引起的一种异常子宫出血，排除全身性引起出血的疾病和局部生殖道器质性病变（炎症、肿瘤、外伤等）。分为有排卵性功血与无排卵性功血两大类型。又可按年龄不同分青春期功血，生育期功血，更年期功血。

**二、诊断要点**

（一）病史：患者的年龄、月经史、婚育史、避孕措施、是否存在引起月经失调的内分泌疾病、血液系统疾病、肝肾功能异常以及相关药物的使用（如抗凝药、激素药物等）

（二）查体：检查有无贫血、甲状腺功能异常、多囊卵巢综合征及出血性疾病的阳性体征。妇科检查排除阴道、宫颈及宫体病变。

（三）辅助检查：

1、血液常规检查：有无贫血、血小板减少、红细胞异常等；

2、凝血功能检查：凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、血小板计数、出凝血时间等，排除凝血功能障碍性疾病；

3、尿妊娠试验或血人绒毛膜促性腺激素排除妊娠；

4、盆腔超声检查：了解子宫内膜厚度及回声，以明确有无宫腔占位性病变及其他生殖道器质性病变等；

5、基础体温测定：有助于判断有无排卵、黄体功能不全（体温升高天数≤11天）、黄体萎缩不全（高相期体温下降缓慢伴经前期出血）

6、激素水平测定：适时测定孕酮水平可确定有无排卵及黄体功能，测定催乳素及其他内分泌激素水平，测定甲状腺素水平排除甲状腺功能异常；

7、诊断性刮宫或宫腔镜下刮宫：当异常子宫出血病程超过半年，或超声检查发现子宫内膜厚度＞12mm，或患者年龄＞40岁是，考虑诊刮排除器质性疾病。

**三、治疗**

功血的一线治疗是药物治疗。青春期及生育期无排卵性功血以止血、调整周期、促排卵为主；绝经过渡期功血以止血、调整周期、减少经量、防止子宫内膜病变为治疗原则。

（一）无排卵性功血治疗方案：

1、一般治疗：贫血者应补充铁剂、维生素C和蛋白质，严重贫血者需输血。流血时间长者给予抗生素预防感染。出血期间应加强营养，避免过度劳累，保证充分休息。

2、激素止血：无排卵性功血首选性激素治疗。雌激素能使子宫内膜增殖，达到内膜修复作用，这种治疗方法称子宫内膜修复法。孕激素使增殖的子宫内膜转化为分泌期或促进内膜萎缩，停药后内膜剥落，这种治疗方法称“子宫内膜脱落止血法”或“药物性刮宫法”。如出血量大，血色蛋白≤80~90g/L。贫血严重需要快速止血，通常用雌激素效果好而快。贫血不重，血色蛋白大于≥80~90g/L用孕激素治疗。

（1）常用雌激素及方法：

苯甲酸雌二醇：初始剂量3~4mg/天，分2~3次肌内注射，若出血明显减少，则维持；若出血量未见减少，则加量，也可从6~8mg/天开始，每日最大量一般不超过12mg。出血停止3天后开始减量，以每3天减量1/3，减至维持量1mg/日，改用口服雌激素，

结合雌激素：25mg，静脉注射，可4~6小时重复1次，一般用药2~3次；次日给予结合雌激素（倍美力）3.75~7.5mg/天，口服，止血后每3日递减1/3用量，直到维持量1.25mg/日；也可在24~48小时内开始用口服避孕药。

结合雌激素：每次1.25mg或戊酸雌二醇（补佳乐）每次2mg，口服，每4~6小时1次，血止3天后按每3天递减1/3用量。

雌激素止血法注意事项： 雌激素止血法仅适用于青春期功血，生育期及绝经过渡期不宜采用；止血用药量个体差异较大，减药时不宜过快，则逐渐减量，否则再次出血；当血红蛋白增加至90g/L以上后，加用孕激素治疗，可注射黄体酮20mg用5天，或口服甲羟孕酮6-10mg/日，最好用10-14天，使内膜充分转化为分泌期，停药后子宫内膜剥落完整，易于止血；通常雌激素止血法用药后24-48小时之内能减少出血或完全止血。72小时尚未止血者应注意排除器质性疾病，或用药不当；用药应注意雌激素禁忌症，特别注意肝、肾功能及凝血功能。血液高凝或血栓疾病禁用。

（2）孕激素止血法

甲羟孕酮片（安宫黄体酮）是17-羫孕酮的衍生物，6-10mg，口服，每日1次，共10天；

地屈孕酮片（达芙通），是一种新型的孕激素，结构为逆转甾体，其构造能使对孕酮受体有高度的选择性，本品无雌激素和雄激素活性。对血脂、血糖及胰岛素影响很小。10mg/次，每日2次，共10天，停药后撤血；

黄体酮：20-40mg，肌内注射，每日1次，共3~5天；

微粒化黄体酮胶囊\胶丸200~300mg，口服，每日1次，共10天；

炔诺酮是一种高效合成孕激素，使子宫内膜萎缩（青春期功血不推荐使用）首剂为5mg，每8小时1次，血止2~3天后，每3天递减1/3量，直至维持量为每天2.5-5.0mg；持续用至血止后21天停药，停药后3-7天发生撤退性出血。也可用左炔诺孕酮1.5-2.25mg/天，血止后按同样原则减量。

（3）雌、孕激素止血法（短效口服避孕药止血法）

口服短效避孕片，每次1片，每日2次，连用7天，然后减量为每日1片，持续21天，停药撤血。重度贫血患者可每次1片，每日4次，24-36小时止血后，连用3-4天逐渐减量。

3、调整周期，有雌、孕激素序贯周期（人工周期）和雌孕激素联合周期及后半周期治疗三种方法，雌、孕激素序贯周期是模拟自然月经周期的雌、孕激素变化，序贯和联合使用雌孕激素：

（1）、雌激素加孕激素周期序贯法：药物撤退性出血第5天先用结合雌激素（倍美力）0.625-1.25mg/日，或戍酸雌二醇1-2mg/日，每晚一次，连续服用20-21天。在服雌激素后10天加孕激素甲羟孕酮6-8mg/日，或地屈孕酮10mg每日二次，停药撤血。连续用3个周期为一疗程。也可直接用克龄蒙或芬吗通。

（2）雌、孕激素联合疗法：用口服短效避孕药，包括炔雌醇去氧孕烯片（妈富隆），炔雌醇孕二烯酮片（敏定偶）或炔雌醇环丙孕酮片（达因35）炔雌醇或左炔诺孕酮片（左旋18甲三相片）以及第一代口服避孕药1号、2号、0号均可使用。口服避孕药中雌激素作用是维持子宫内膜防止突破性出血，孕激素则促进内膜分泌转化。服法：撤血1～5天起每日一片，连续服21天停药后撤血。通常3周期为一疗效程。注意：青春期功血用雌激素止血或雌、孕激素人工周期不宜用药时间过长，通常3月一疗程，雌激素能引起骨垢融合，患者年龄小于16岁用药应特别注意身高变化。

（4）后半周期疗法：青春期无排卵性功血患者如体内有一定雌激素水平者可在月经周期后半期或撤药性出血后第16～25日加用孕激素。用法：甲羟孕酮6～10mg/日每日一次，连用10天；地屈孕酮10mg每日2次，连用10天；肌注黄体酮20mg/日连用5～7日。三个周期为一疗程。

4、其他辅助止血药物

（1）抗纤溶药物：氨甲环酸（妥塞敏）用量0.5～1.0g加入5%葡萄糖液250～500ml静脉滴注。或0.5～1g口服每日2～3次，最大量不宜超过3g/日。

（2）酚磺乙胺（止血敏，止血定）用量0.25～0.5g肌注每日1～2次，或加入5%葡萄糖液250～500ml静脉滴注，0.5～1g/次，每日2~3次。

（3）氨甲苯酸（对羧基苄胺，止血芳酸）静脉滴注0.1～0.3g/次，最大量0.6g/日，或加入5%葡萄糖或0.9%氯化钠注射液10～20ml稀释缓慢静注。口服0.25～g/次，每日3次，最大量每日2g。

（4）其他：丙酸睾酮，具有对抗雌激素的作用，可减少盆腔充血和增加子宫张力，减少子宫出血。出血严重者可补充凝血因子，维生素K 4mg每日3次；维生素C 0.3g口服，每日三次；卡巴克络（安络血）5～10mg口服每日3次；中药或云南白药等均有止血效果。宫内放置左炔诺孕酮宫内缓释系统可有效治疗功血，有效期为5年，使用后经量可明显减少，20%-30%的使用者可出现闭经，但使用的最初6个月可能发生突破性出血。

5、手术止血：对于绝经过渡期及病程长的育龄期妇女推荐首先考虑诊断性刮宫术，诊断性刮宫不仅能达到止血目的，对于诊断功血种类，内膜病理组织学改变，排除子宫内膜疾病如息肉、小肌瘤、内膜癌等都有重要意义。对于药物治疗效果不佳或不宜用药、无生育要求的患者，尤其是不易随访的年龄较大者及内膜病理为癌前病变或癌变者，应考虑子宫内膜去除术或子宫全切术或子宫动脉栓塞术。

（二）、排卵性功血治疗

1、月经过多的治疗：

（1）、药物治疗：止血药物治疗、宫内放置左炔诺孕酮宫内缓释系统、高效孕激素。

（2）、手术治疗：子宫内膜去除术、子宫全切术或子宫动脉栓塞术。

2、月经间期出血的治疗：建议先观察1-2个周期，确定出血模式，排除器质性病变。

（1）、围排卵期出血：止血等对症治疗；

（2）、经前期出血：出血前补充孕激素或HCG，卵泡期应用枸橼酸氯米芬促排卵以改善卵泡发育及黄体功能；

（3）、月经期延长：周期第5-7天，给予小剂量雌激素帮助内膜修复，或枸橼酸氯米芬促卵泡正常发育，或在前个周期的黄体期应用孕激素促进子宫内膜脱落；

（4）、口服避孕药：可适用于上述各种月经间期出血，口服避孕药可很好地控制周期，尤其适用于有避孕需求的患者。一般于月经第1-5天开始，周期性适用口服避孕药3个周期，病情反复者可酌情延长至6个周期。

**（四川大学华西第二医院 徐克惠）**