


妇产科临床实习指导

产科分册

丁晨晨 王 健 朱 萍 张长兰 孟 静 主编



fu chan ke
lin chuang
shi xi zhi dao

妇产科临床实习指导

产科分册

丁晨晨 王健 朱萍 张长兰 孟静 主编

济南出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科临床实习指导. 产科分册/丁晨晨等主编. — 济南:
济南出版社, 2008. 11

ISBN 978 - 7 - 80710 - 704 - 0

I. 妇… II. 丁… III. 产科学 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 167589 号

责任编辑 朱向泓

封面设计 焦萍萍

出 版 济南出版社

地 址 山东省济南市经七路 251 号

邮 编 250001

发 行 济南出版社发行部(0531 - 86131730)

电 话 0531 - 86131726 86131727(编辑部)

印 刷 山东省恒兴实业总公司印刷厂

版 次 2008 年 11 月第 1 版

印 次 2008 年 11 月第 1 次印刷

开 本 850 × 1168 毫米 1/32

印 张 8.625

字 数 230 千字

定 价 40.00 元(全两册)

(如有印装质量问题,请与承印厂联系调换)

妇产科临床实习指导产科分册

主 编 丁晨晨 王 健 朱 萍 张长兰

孟 静

副主编 颜道雪 马晓晋 丁 晨 黄 婷

赵忠良

编 委 (按姓氏笔画排序)

丁晨晨 丁 晨 马晓晋 王 健

朱 萍 李斌远 李 芳 陈 芹

苏 梦 张长兰 孟 静 胡宗艳

赵忠良 谢 敏 黄 婷 颜道雪

前 言

本书由具有多年临床经验的妇产科大夫编写,编者从简明、实用和方便速查出发,分 19 章阐述了妇产科疾病常见症状,女性生殖系统生理和妊娠生理,正常妊娠和异常妊娠,正常分娩和异常分娩,正常胎儿和异常胎儿,妇科常见病和产科常见病的基本概念、定义,或病因、发生(或发病)机制、分类、临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗,以及计划生育、妇女保健等相关政策、法规、宣传、教育和措施等,并简要介绍了 20 余种妇产科常用检查、试验、诊断、治疗等实用技能的技术原理、操作要点、注意事项、并发症处理和防治措施等。本书简明扼要,方便实用,指导性强,可作为妇产科实习大夫的参考用书,也可作为全科医师、乡镇医师的临床工具书。

本书是全体编者辛勤劳动的结晶。由于参加编写的作者较多,行文风格各异,叙述繁简不尽相同,限于水平,书中不可避免的存在一些不足之处,敬请广大读者予以指正。

全体编委

2008 年 7 月



目 录

第一章 生理妊娠	(1)
第一节 早期妊娠的诊断	(1)
第二节 中、晚期妊娠的诊断	(3)
第三节 正常分娩	(5)
第四节 产前保健	(22)
第二章 病理妊娠	(45)
第一节 流产	(45)
第二节 早产	(53)
第三节 过期妊娠	(59)
第四节 输卵管妊娠	(63)
第五节 妊娠高血压综合征	(68)
第六节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(76)
第七节 妊娠剧吐	(79)
第八节 前置胎盘	(80)
第九节 胎盘早剥	(86)
第十节 胎膜早破	(91)
第十一节 羊水过多	(94)
第十二节 羊水过少	(101)
第十三节 胎儿生长受限	(103)
第十四节 胎儿窘迫	(107)

第十五节	母儿血型不合	(112)
第十六节	死胎	(117)
第十七节	巨大胎儿	(119)
第十八节	多胎妊娠	(120)
第三章	妊娠合并症	(123)
第一节	妊娠合并内科疾病	(123)
第二节	妊娠合并外科疾病	(141)
第三节	妊娠合并性传播疾病	(144)
第四章	分娩期并发症	(148)
第一节	羊水栓塞	(148)
第二节	子宫破裂	(152)
第三节	产后出血	(154)
第五章	产褥期异常	(159)
第一节	产褥感染	(159)
第二节	产褥中暑	(162)
第三节	晚期产后出血	(163)
第四节	急性乳腺炎	(164)
第五节	产褥期抑郁症	(165)
第六章	产力异常	(167)
第一节	低张性宫缩乏力	(167)
第二节	高张性(不协调性)宫缩乏力	(170)
第三节	协调性子宫收缩过强	(170)
第四节	不协调性宫缩过强	(171)
第七章	产道异常	(174)
第一节	骨产道异常	(174)
第二节	软产道异常	(178)



第八章 胎位异常	(180)
第一节 持续性枕后位	(180)
第二节 持续性枕横位	(181)
第三节 胎头高直位	(182)
第四节 前不均倾位	(183)
第五节 面先露	(183)
第六节 臀位	(186)
第七节 肩先露	(188)
第九章 新生儿产后常见疾病	(190)
第一节 概述	(190)
第二节 新生儿窒息	(192)
第三节 新生儿缺氧缺血性脑病	(198)
第四节 新生儿颅内出血	(201)
第五节 新生儿脐部疾病	(205)
第六节 新生儿产伤性疾病	(206)
第十章 产科手术	(209)
第一节 引产与催产术	(209)
第二节 会阴切开缝合术	(237)
第三节 剖宫产术	(243)

第一章 生理妊娠

临床上将妊娠全过程(平均40周)分为3个时期:妊娠12周末以前称早期妊娠,第13~27周末称中期妊娠,第28周及以后称晚期妊娠。

第一节 早期妊娠的诊断

【病史、症状与体征】

1. 停经:生育年龄有性生活史的健康妇女,平时月经周期规律,一旦出现月经过期10日以上应怀疑妊娠。若停经达两个月,妊娠的可能性更大。停经是妊娠最早也是最重要的症状,但并不是妊娠的特有症状。

2. 早孕反应:约60%妇女在停经6周左右出现畏寒、头晕、乏力、嗜睡、流涎、食欲不振、喜食酸物或厌恶油腻、恶心、晨起呕吐等一系列症状,称早孕反应。早孕反应约持续2个月自行消失。

3. 尿频:于妊娠早期出现,增大的前倾子宫在盆腔内压迫膀胱所致,当子宫逐渐增大超出盆腔后,尿频症状自然消失。

4. 乳房发生变化:体内增多的雌激素促进乳腺腺管发育及脂肪沉积,孕激素促进乳腺腺泡发育。催乳激素、生长激素、胰岛素、皮质醇和表皮生长因子协同作用,使腺体干细胞分化为腺泡细胞和肌上皮细胞。查体可见乳房逐渐增大,感乳房胀痛。哺乳妇女妊娠后乳汁明显减少。乳头及乳晕着色加深,由于皮脂腺增生,乳晕周围出现深褐色结节——蒙氏结节。

【妇科检查】见阴道粘膜和宫颈充血呈紫蓝色。妊娠5~6周时,子宫增大,呈球形,妊娠8周时子宫约为非孕时的2倍,妊娠12周时约为非孕时的3倍,可在耻骨联合上方触及。子宫在妊娠最早期表现为胚胎局部较软,妊娠6~7周,双合诊检查子宫峡部极软,感觉宫颈与宫体之间似不相连,是早期妊娠特有的变化。至妊娠8周后表现为全子宫变软。

【辅助检查】

1. 超声检查

(1) B型超声检查:是诊断早期妊娠快速、准确的方法。阴道超声较腹部超声诊断早孕可提前1周。超声最早确定妊娠的依据是妊娠囊。在增大的子宫轮廓内,见到圆形或椭圆形光环,边界清楚,其内为无回声区。子宫内出现妊娠囊是超声诊断中最早出现的影像,妊娠5周时可以出现,在妊娠囊内见到有节律的胎心搏动,可确诊为早期妊娠、活胎。

(2) 超声多普勒法:在增大的子宫区内,用超声多普勒仪能听到有节律、单一高调的胎心音,胎心率多在150~160次/分,可确诊为早期妊娠、活胎。

2. 妊娠试验

妊娠后7~9天可用放射免疫法测定孕妇血 β -HCG诊断早孕。临床上多用诊断试纸法检测孕妇尿液,若为阳性,在白色显示区上下呈现两条红色线,表明受检者尿中含HCG,可协助诊断早期妊娠。阴性结果应在一周后复测。

3. 宫颈粘液检查

宫颈粘液量少粘稠,涂片干燥后光镜下见到排列成行的椭圆体而未见羊齿植物叶状结晶,则妊娠的可能性很大。

4. 基础体温测定

双相型体温的已婚妇女,如出现高温相持续18日不见下降,早孕的可能性大。高温相持续3周以上,早期妊娠的可能性更大,



但基础体温曲线不能反映胚胎的发育情况。

应根据病史、临床检查及辅助检查,做出早期妊娠的诊断。确诊早孕不应单纯依靠妊娠试验阳性。对临床表现不典型者,更应注意与卵巢囊肿、子宫肌瘤、尿潴留及假孕等相鉴别。

第二节 中、晚期妊娠的诊断

【病史与症状】有早期妊娠的经过,并感到腹部逐渐增大。妊娠 18~20 周孕妇自觉胎动,经产妇出现早些。胎动随妊娠进展逐渐增强,至妊娠 32~34 周达高峰,38 周后逐渐减少,正常胎动每小时约 3~5 次。

【体征与检查】

1. 子宫增大:腹部检查可见隆起的子宫,宫底随妊娠进展逐渐增高,手测宫底高度或尺测耻上子宫长度可以初步估计胎儿大小及孕周。宫底高度因孕妇的脐耻间距离、胎儿发育情况、羊水量、单胎、多胎等而有差异。在不同孕周宫底的增长速度不同,同时受孕妇营养、胎儿发育及羊水量的影响。正常情况下,宫底高度在孕满 36 周时最高,至孕足月时略有下降。妊娠 20~24 周时增长速度较快,平均每周增加 1.6 cm,而至妊娠 36~40 周时增长速度较慢,每周平均增加 0.25 cm。

2. 胎动:胎儿在子宫内冲击子宫壁的活动称胎动。有时在腹部检查时可以看见胎动或触到胎动。

3. 胎体:妊娠 20 周后可经腹壁触到子宫内的胎体。于妊娠 24 周后触诊可区分胎头、胎背、胎臀和胎儿肢体。胎头圆而硬,有浮球感,也称浮沉胎动感。胎背宽而平坦,胎臀宽而软,形状不规则,胎儿肢体小且有不规则活动。随妊娠进展胎体各部分日益明显,可通过四步触诊查清胎儿在子宫内的位置。

4. 胎心音:听到胎心音可确诊妊娠且为活胎。于妊娠 12 周后



可用 Doppler 胎心听诊器听到胎心音。妊娠 18 ~ 20 周可用一般听诊器经孕妇腹壁听到胎心音。胎心音呈双音,似钟表“滴答”声,速度较快,正常时每分钟 120 ~ 160 次;妊娠 24 周前,胎心音多在脐下正中或稍偏左、右听到。于妊娠 24 周后,胎心音多在胎背所在侧听得最清楚。头先露时胎心音在脐下,臀先露时在脐上,肩先露时在脐周围听得最清楚。胎心音应与子宫杂音、腹主动脉音、脐带杂音相鉴别。子宫杂音为血液流过扩大的子宫血管时出现的柔和的吹风样低音响。腹主动脉音为单调的咚咚样强音响,这两种杂音均与孕妇脉搏数一致。脐带杂音为脐带血流受阻出现的与胎心率一致的吹风样低音响,改变体位后可消失。若持续存在脐带杂音,应注意有无脐带缠绕的可能。

【辅助检查】

1. 超声检查: B 型超声检查不仅能显示胎儿数目、胎产式、胎先露、胎方位、有无胎心搏动以及胎盘位置及分级、羊水量、胎儿有无畸形,还能测量胎头双顶径、股骨长等多条径线,了解胎儿生长发育情况。

2. 胎儿心电图: 常用间接法检测胎儿心电图,通常于妊娠 12 周后即能有显著较规律的图形,于妊娠 20 周后的成功率更高。对诊断胎心异常有一定价值。

【重要名称】胎姿势、胎产式、胎先露、胎方位

妊娠 28 周以前,由于羊水相对较多,胎儿小。胎儿在子宫内活动范围较大,胎儿位置不固定。妊娠 32 周后,胎儿生长迅速,羊水相对减少,胎儿与子宫壁贴近,胎儿的姿势和位置相对恒定。

1. 胎姿势: 胎儿在子宫内的姿势称胎姿势。正常胎姿势为胎头俯屈,颜部贴近胸壁,脊柱略前弯,四肢屈曲交叉于胸腹前,其体积及体表面积均明显缩小,整个胎体成为头端小,臀端大的椭圆形。

2. 胎产式: 胎体纵轴与母体纵轴的关系称胎产式。两纵轴平



行者称纵产式,占足月妊娠分娩总数的99.75%;两纵轴垂直者称横产式,仅占足月分娩总数的0.25%;两纵轴交叉称斜产式。斜产式属暂时的,在分娩过程中大多转为纵产式,偶尔转成横产式。

3. 胎先露:最先进入骨盆入口的胎儿部分称胎先露。纵产式有头先露和臀先露,横产式为肩先露。头先露根据胎头屈伸程度分为枕先露、前囟先露、额先露及面先露。臀先露分为混合臀先露、单臀先露、单足先露、双足先露。横产式时最先进入骨盆的是胎儿肩部,为肩先露。偶见胎儿头先露或臀先露与胎手或胎足同时入盆称复合先露。

4. 胎方位:胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系称胎方位。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点。每个指示点与母体骨盆入口左、右、前、后、横而有不同胎位。头先露、臀先露有6种胎方位,肩先露有4种胎方位。如枕先露时,胎头枕骨位于母体骨盆的左前方,应为枕左前位,余类推。

第三节 正常分娩

足月分娩指孕37周至孕41周,胎儿在2500g或以上分娩者。

决定分娩的因素有四点:即胎儿、产力、产道及精神因素。产力为分娩的动力,但受产道、胎儿及精神因素制约。产妇的精神因素可以直接影响产力的正常与否,产力也可因产道或及胎儿异常而异常,或转为异常。如产妇对分娩有较大顾虑,可能从分娩发动之初宫缩就表现不规律或持续在微弱状态,产程开始后,由于胎位异常,宫缩表现持续微弱,或开始良好因时间过长而转为乏力。骨盆大小、形状和胎儿大小、胎方位正常时,两者彼此不产生不良影响,但如果胎儿过大、某些畸形或有某些异常胎位,或骨盆径线小于正常,即便产力正常,仍可能导致难产。

【胎儿】足月胎儿必须适应产道。在分娩过程中,胎儿表现一

系列动作,使之形成如一圆柱体,以适应产道的圆柱形通道。产妇骨盆入口吃不开横椭圆形,而在中骨盆及骨盆出口则呈前后椭圆形。在正常分娩过程中,胎头是最重要的因素。只要头能顺利通过产道,一般分娩可以顺利完成,除非胎儿发育过大,则肩或躯干的娩出可能发生困难。

一、胎头:胎头为胎儿最难娩出部分,受压后也最少缩小。胎儿头颅由三个主要部分组成:面部、颅底及颅顶。颅底及面部骨头已骨化。颅底系由两块颞骨、蝶骨(sphenoid)及筛骨(ethmoid)所组成。颅顶骨系由左右额骨、左右顶骨及枕骨所组成。这些骨缝之间系由膜相连接,故骨与骨之间可能少许重叠,从而在压力下有一定覆盖性,称为胎头变形。

胎头主要径线命名以解剖部位起止点为主。在分娩过程中,胎儿头颅受压,有些径线变短而另一些径线则延长。

胎头双顶径(biparietaldiameter;BPD):为双侧顶骨隆起间径,为胎儿头颅最宽径线,平均9.25cm。枕下前凶径(snboccipito - bregmaticdiameter)枕骨粗隆下至前凶中点的长度。当胎头俯屈,颞抵胸前时,胎头以枕下前凶径在产道前时,为头颅前后最小径线,平均9.5cm。

枕额径(fronto - occipitaldiameter):枕骨粗隆至鼻根部。在胎头高直位时胎头沿此径在产道前进,平均11.75cm,较枕下前凶径长。

枕颞径(occipito - mentaldiameter):枕骨粗隆至下颌骨中点。颜面后位时,胎头沿此径前进。平均为13.5cm。远较枕下前凶径长,足月胎儿不可能在此种位置下自然分娩。

颞下前凶径(snbmento - bregmaticdiamater):胎儿下颌骨中点至前凶中点,颜面前位沿此径线在产道通过。平均为10cm。故颜面前位一般能自阴道分娩。

二、胎式(fetalattitude):是指胎儿各部在子宫内所取的姿势。



在正常羊水量时,胎儿头略前屈,背略向前弯、下颌抵胸骨。上下肢屈曲并胸腹前,脐带位于四肢之间。在妊娠期间,如果子宫畸形、产妇产腹壁过度松弛或胎儿颈前侧有肿物,胎儿可取不同姿势,背伸直,四肢有的伸直,胎头不同程度仰伸。如羊水过少,可使胎儿过度蜷曲。如果胎头有不同程度的仰伸而形成不同胎头产式,从而以不同胎头周径通过产道而产生头位难产。

三、胎方位(fetallie):胎方位为胎儿纵轴与产妇纵轴的关系,可分为纵轴位、斜轴位与横轴位三种。横轴位或斜轴位为胎儿纵轴与产妇纵轴垂直或交叉,产妇腹部呈横椭圆形,胎头和胎臀各在腹部一侧。纵轴位为胎儿纵轴与产妇纵轴平行,可以是头先露或臀先露。

四、胎先露(fetalpresentation)及先露部(presentingpart):胎先露指胎儿最先进入骨盆的部分。最先进入骨盆的部分称为先露部。先露部可有三种:即头、臀及肩。纵轴位为头先露或臀先露,横轴位或斜轴位则为肩先露。

(一)头先露(cephalicpresentation):头先露占足月妊娠分娩的96%。由于胎头俯屈和仰伸程度不同,可有四种头先露部:即顶(后顶,实际是指后顶部(枕位而言)),前顶(sinciput)(高直位),额及颜面。

(二)臀先露(breechpresentation):为胎儿臀先露。由于先露部不同,可分为全臀、纯臀及足或膝先露数种。全臀为髋关节及膝关节皆屈,以至胎儿大腿位于胎儿腹部,小腿肚贴于大腿背侧,阴道检查时臀部及双足触及。纯臀为髋关节屈,膝关节伸,先露部只为臀部。臀足位为臀先露以膝为先导,即膝关节屈曲。

(三)肩先露(shoulderpresentation):胎儿横向,肩为先露部。

五、胎位或胎方位(fetalposition):胎位为先露部的代表骨在产妇骨盆的位置,亦即在骨盆的四相位——左前、右前、左后、右后。

顶先露可有六种胎位

左枕前(LOA)左枕横(LOT)

左枕后(LOP)右枕前(ROA)

右枕横(ROT)右枕后(ROP)

臀先露也有六种胎位

左骶前(LSA)左骶横(LST)

左骶后(LSP)

右骶前(RSA)左骶横(RST)

左骶后(RSP)

面先露也有六种胎位

左颞前(LMA)左颞横(LMT)

左颞后(LMP)右颞前(RMA)

左颞横(RMT)左颞后(RMP)

肩先露有四种胎位

左肩前(LScA)左肩后(LScP)

右肩前(RScA)右肩后(RScP)

六、胎先露及胎位发生率近足月或已达足月妊娠时,枕先露占95%,臀先露3.5%,面先露0.5%,肩先露0.5%,有时报道臀先露在3%~8%。目前我国初产妇比数很大,经产妇,尤其是多产妇很少,所以横产发生率很少。枕先露中,2/3枕在左侧,1/3在右侧。

臀位在中期妊娠及晚期妊娠的早期比数较高3%~4%。尤其是在经产妇。但其中约1/3的初产妇和2/3经产妇在近足月时常自然转为头位。

七、胎先露及胎方位的诊断有四种方法:腹部检查,肛诊或及阴道检查,听诊及超声影像检查。

(一)腹部检查:为胎先露及胎方位的基本检查方法,简单易行,在大部分产妇可获得正确诊断,但对少见的异常头先露,往往不易确诊。

(二)肛诊:如因各种因素腹部检查胎位不清楚时,或想进一步



确诊先露部时,可行肛诊。实行肛诊不必消毒,但如果先露部过高,则不能查清,且肛诊产妇有一定程度不适感,故在有指征时和先露部入盆时施行。顶先露时指感为一圆硬块物,臀位时虽有硬物感觉但不是球感,颜面位时也同样是硬物感但表面凹凸不平,应疑诊为颜面位而做阴道检查进一步证实。

(三)阴道检查:临产前此法不易查清胎先露及胎方位,所以有可能不能确诊。临产后,宫颈扩张,先露部大多已衔接,可以对先露部有较明确了解。阴道检查应在消毒情况下进行,以中、食指查先露部是头、是臀、还是肩部。如为顶先露,宫颈有较大扩张时,可触及骨缝、凶门以明确胎位(颜面位等异常头先露特点及臀位特点在有关难产节中介绍),宫颈扩张程度越大,胎位检查越清楚。检查胎方位最好先查出矢状缝走向,手指左右横扫,上下触摸可查出一较长骨缝。矢状缝横置则为枕右或枕左横位;如为斜置或前后置,则为枕前位或后位;如前凶在骨盆前部很易摸到,表示枕骨在骨盆后部;前凶在骨盆左前方,为枕右后位;如前凶在骨盆右前方为枕左后位。前凶如果在骨盆后部,阴道检查不易触及,尤其胎头下降胎头俯屈必然较重,后凶较小,用手不易查清。胎头受挤压严重时,骨片重叠,骨缝、凶门也不易触清。另一可靠确定胎方位方法为用手触摸胎儿耳廓,耳廓方向指向枕部,这只有在宫颈口完全扩张时方能实行(详见难产章)。

阴道检查时还应了解先露部衔接程度。胎头衔接程度在正常情况下随产程进展而加深,胎头下降程度为判断是否能经阴道分娩的重要指标。胎头下降速度在第一产程比较缓慢,而在第二产程胎头继续下降,速度快于第一产程。一般胎头下降程度是以坐骨棘平面来描述。胎儿头颅骨质部平坐骨棘平时称为“0”位,高于坐骨水平时称为“-”位,如高1 cm,则标为“-1”直到“-3”,再高则表示胎头双顶径尚未通过骨盆入口平面,因为骨盆入口平面至坐骨棘平面约5 cm,胎头双顶径至胎头顶部约为3 cm,所以胎头