

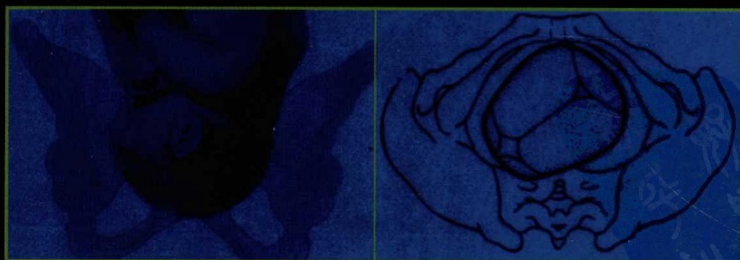
原 著 KENNETH J. LEVENO
F. GARY CUNNINGHAM
JAMES M. ALEXANDER
STEVEN L. BLOOM
BRIAN M. CASEY
JODI S. DASHE
JEANNE S. SHEFFIELD
SCOTT W. ROBERTS

主 译 龚晓明 边旭明

威廉姆斯 产科学手册 妊娠并发症

Williams Manual of Obstetrics
Pregnancy Complications

第 22 版



人民卫生出版社

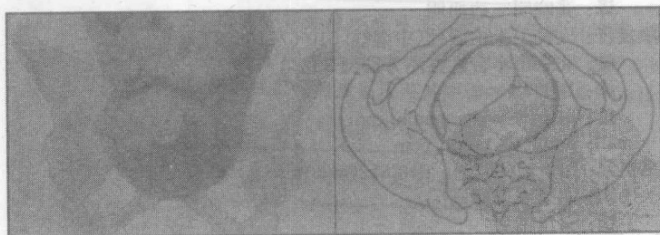
威廉姆斯 产科学手册 妊娠并发症

Williams Manual of Obstetrics
Pregnancy Complications

— 第 22 版 —

原 著 KENNETH J. LEVENO
F. GARY CUNNINGHAM
JAMES M. ALEXANDER
STEVEN L. BLOOM
BRIAN M. CASEY
JODI S. DASHE
JEANNE S. SHEFFIELD
SCOTT W. ROBERTS

主 译 龚晓明 北京协和医院
边旭明 北京协和医院



人民卫生出版社

人民卫生出版社

McGraw-Hill A Division of The McGraw-Hill Companies



KENNETH J. LEVENO, et al.

Williams Manual of Obstetrics
Pregnancy Complications

ISBN: 978-007-127413-5 or MHID: 007-127413-8

Copyright © 2008 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the publisher. Simplified Chinese translation edition jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) Co. and People's Medical Publishing House.

威廉姆斯产科学手册

妊娠并发症

本书中文简体字翻译版由人民卫生出版社和美国麦格劳-希尔(亚洲)出版公司合作出版。未经出版者预先书面许可,不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

敬告:本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读药物使用说明书,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

图书在版编目(CIP)数据

威廉姆斯产科学手册 妊娠并发症/龚晓明等主译. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 11
ISBN 978-7-117-10532-3

I. 威… II. 龚… III. 产科学-手册 IV. R714-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 123259 号

图字: 01-2008-1713

威廉姆斯产科学手册

妊娠并发症

主 译: 龚晓明 边旭明

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/32 印张: 16.75 字数: 603 千字

版 次: 2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10532-3/R · 10533

定 价: 42.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



译者名单

译者

(以姓氏汉语拼音排序)

- | | |
|-----|-------------------|
| 邓 姗 | 北京协和医院 |
| 耿 硕 | 北京协和医院 |
| 李春颖 | 北京协和医院 |
| 李慧玲 | 黑龙江省大庆油田总院集团脑血管医院 |
| 李 明 | 山东潍坊寒亭妇幼保健院 |
| 刘月忠 | 山东省济南市中心医院 |
| 马 妍 | 上海复旦大学附属妇产科医院 |
| 秦 伟 | 北京朝阳医院 |
| 宋亦军 | 北京协和医院 |
| 滕莉荣 | 北京协和医院 |
| 王洪庆 | 山东省立医院 |
| 吴春香 | 江苏省人民医院 |
| 吴 海 | 华西第二医院 |
| 向 娟 | 重庆医科大学附属儿童医院 |
| 徐蕴芸 | 北京协和医院 |
| 杨孝军 | 温州医学院附属第一医院 |
| 周慧梅 | 北京协和医院 |

前 言

《威廉姆斯产科学手册 妊娠并发症》第22版做出了些调整,我们把重点放在了妊娠合并症和并发症上,因此削减了正常妊娠部分的内容,章节由原来的126章调整为94章。我们希望这一更改可以让这本手册更加实用。从第1版手册的读者反馈情况来看,有关妊娠并发症的部分是本手册的精华所在。如果对正常妊娠部分的内容有需要,可阅读第23版的《威廉姆斯产科学》相应的内容。读者如果对于手册中部分内容有兴趣,我们提供了详细阅读的指导,可以翻阅相应的章节,了解到最新的文献。和以前一样,我们也在本手册的附录部分提供了一些常用的数据。

目 录

第 I 部分 妊娠相关产科并发症

第 1 章 早期流产	3
第 2 章 异位妊娠	14
第 3 章 神经管缺陷、唐氏综合征及遗传性疾病的筛查	21
第 4 章 产前诊断	27
第 5 章 染色体异常	30
第 6 章 单基因(孟德尔)疾病	37
第 7 章 非孟德尔疾病	40
第 8 章 畸形学、药物及滥用	43
第 9 章 产科超声成像及多普勒速度测量	52
第 10 章 羊水过少	65
第 11 章 羊水过多	68
第 12 章 产前胎儿监护	71
第 13 章 产时胎儿监护	77
第 14 章 异常产程和分娩	89
第 15 章 绒毛膜羊膜炎	104
第 16 章 肩难产	105
第 17 章 臀位分娩	107
第 18 章 前次剖宫产	122
第 19 章 子宫破裂	127
第 20 章 产后子宫切除术	129
第 21 章 产后和手术后感染	137
第 22 章 败血症性盆腔栓塞性静脉炎	144
第 23 章 妊娠高血压和子痫前期	146
第 24 章 子痫	155
第 25 章 胎盘早剥	162

2 目 录

第 26 章	前置胎盘	167
第 27 章	胎母失血	173
第 28 章	早期产后出血	176
第 29 章	产科出血的血液制品输注	187
第 30 章	羊水栓塞	192
第 31 章	死胎及其延迟分娩	194
第 32 章	早产:定义、结局、及原因	196
第 33 章	早产的预测	201
第 34 章	早产胎膜早破	204
第 35 章	早产:胎膜完整	206
第 36 章	宫颈机能不全	211
第 37 章	过期妊娠	215
第 38 章	胎儿生长受限	218
第 39 章	巨大儿	225
第 40 章	双胎妊娠:概述	228
第 41 章	双胎妊娠的特有并发症	234
第 42 章	三胎及以上妊娠	238
第 43 章	多胎妊娠的选择性减胎或终止妊娠	240
第 44 章	妊娠滋养细胞疾病	242

第 II 部分 妊娠期内外科合并症

第 45 章	急性肺水肿及成人呼吸窘迫综合征	251
第 46 章	肺动脉插管	254
第 47 章	慢性高血压	258
第 48 章	妊娠合并心脏病	263
第 49 章	肺炎	276
第 50 章	哮喘	281
第 51 章	结核、类肉瘤和囊性纤维化	285
第 52 章	血栓性栓塞	288
第 53 章	血栓形成倾向	295
第 54 章	抗磷脂抗体综合征	300
第 55 章	系统性红斑狼疮	305
第 56 章	风湿性关节炎和其他结缔组织病	311
第 57 章	妊娠剧吐	314

第 58 章	妊娠期胆汁淤积症	316
第 59 章	胆囊和胰腺疾病	318
第 60 章	阑尾炎	321
第 61 章	病毒性肝炎	323
第 62 章	妊娠期急性脂肪肝	328
第 63 章	无症状菌尿	330
第 64 章	膀胱炎	332
第 65 章	急性肾盂肾炎	333
第 66 章	肾结石	336
第 67 章	急、慢性肾衰	338
第 68 章	贫血	343
第 69 章	血红蛋白病	346
第 70 章	血小板减少症	350
第 71 章	妊娠期糖尿病	354
第 72 章	妊娠前显性糖尿病	359
第 73 章	甲状腺功能低下	368
第 74 章	甲状腺功能亢进	370
第 75 章	产后甲状腺炎	372
第 76 章	癫痫	374
第 77 章	脑血管病	377
第 78 章	其他神经系统疾病	379
第 79 章	妊娠期精神性疾病	383
第 80 章	产后抑郁	386
第 81 章	妊娠合并恶性肿瘤	390
第 82 章	皮肤病	395
第 83 章	性传播疾病	400
第 84 章	A 及 B 族链球菌感染	409
第 85 章	人免疫缺陷病毒感染	412
第 86 章	巨细胞病毒, 细小病毒, 水痘, 风疹, 弓形虫病, 马斯特菌属, 疟疾	418
第 87 章	妊娠期外伤	427
第 88 章	妊娠期手术	431

第Ⅲ部分 胎儿及新生儿并发症

第 89 章	新生儿复苏	435
第 90 章	未成熟儿并发症	440
第 91 章	Rh 血型不合溶血及其他同种免疫溶血	448
第 92 章	胎儿和新生儿损伤	455
第 93 章	胎粪吸入, 脑瘫及其他胎儿新生儿疾病	458
第 94 章	死产	467

附 录

附录 A	孕期诊断参数	473
附录 B	超声参数表	496
附录 C	放射剂量测定	515
附录 D	脐带血气分析	519

第 I 部分

妊娠相关产科并发症

第1章 | 早期流产

对于流产的传统定义是指自末次正常月经首日起的 20 周以内, 由于自发或人为原因而终止妊娠。另一种常用的说法是: 娩出胎儿的体重低于 500g。但事实上, 流产的定义随美国各州有关流产率、胎儿及新生儿死亡情况的报告而不尽相同。

超过 80% 的流产发生在孕 12 周之前, 此时称早期流产, 其中至少一半是由染色体异常所致。发生自然流产风险随孕次及夫妻双方年龄的增加而上升。临床研究发现, 20~40 岁妇女其自然流产发生风险可从 12% 升至 26%。另外, 若足月分娩后 3 个月之内再次妊娠, 流产风险也会增加。

对再次妊娠的影响

通常流产 1 次并不影响生育功能, 但有一定几率造成盆腔感染。负压吸引手术流产也不会增加再次妊娠时中孕流产、早产及低体重儿发生的风险。而多次刮宫则会导致前置胎盘的风险增加。

感染性流产

流产的严重并发症大部分与非法堕胎有关。虽然在正规医疗机构施行人工流产也会发生大出血、脓血症、细菌性休克、急性肾衰竭等并发症, 但发生率极低, 其中以子宫内膜炎最为常见, 宫旁组织炎症、腹膜炎、心内膜炎也可发生。2/3 的感染性流产由厌氧菌造成, 以大肠杆菌较常见。其他可引起流产后败血症的病原体包括流感嗜血杆菌、空肠弯曲杆菌、A 族溶血性链球菌等。感染的治疗包括广谱抗菌药物静脉内给药, 迅速清除妊娠组织物。如果发生脓血症或休克, 基本处理可参照 45 章中谈到的支持护理。感染性流产还与血管内弥散性凝血 (DIC) 有关。

排卵恢复

流产后最早 2 周即可恢复排卵。因此, 对有避孕要求的妇女应在流产后尽快采取有效避孕措施。

诊断

临床上流产可简单分为 7 种：先兆、难免、不完全、过期、习惯性、治疗性、选择性。前 5 种为自然流产。

人工流产(治疗性和选择性)是一种相对安全的技术,尤其是在怀孕最初 2 个月内进行。在最初 2 个月进行流产手术的死亡风险约为 0.7%。对于孕 8 周以后的流产,其孕周每增加 2 周,并发症死亡的相对风险将加倍。

先兆流产

在妊娠前半段期间,当阴道出血或有血样分泌物时临床推断为先兆流产。通常是先流血,数小时到数天后伴随着出现腹部痉挛性疼痛。先兆流产是十分普遍的,早孕期间四、五个妇女中就有一人会出现阴道点状出血或更严重的出血。这些妇女中大概有一半会流产。未流产的妇女面临着不良的分娩结果,如不足月分娩、低体重儿以及围生期死亡。生育畸形儿的风险并未增加。

对于伴有流血的妇女的鉴别诊断应该包括月经期间生理流血、宫颈损伤、宫颈息肉、宫颈炎、宫颈蜕膜反应等。由于这些良性原因造成的流血通常不会伴随下腹痛和持续的背痛。很重要的一点是,在先兆流产的鉴别诊断中应该考虑异位妊娠。

应仔细检查每位妇女是否宫颈已扩张,若宫颈已扩张则流产不可避免(见后文),或者是否有严重的并发症,如异位妊娠或未查出的卵巢囊肿扭转。先兆流产的治疗包括在家卧床休息,同时采用止痛法缓解疼痛。如果流血加重或不止,应重新进行体检并检查血球压积。如果失血过多导致贫血或血容量过低,可以认为无继续保胎指征。

轻微阴道出血有时可持续数周。此时可采用经阴道超声、连续监测血清 hCG 定量(附录 B,超声参数表)以及血清黄体酮定量等方法,对于确定是否宫内妊娠是十分有帮助的。

伴有先兆流产的 D 抗体阴性的妇女可能要注射抗免疫球蛋白 D,因为此类妇女中 10%会有明确的母-胎出血。

难免流产

难免流产通常伴有宫颈扩张或肉眼可见的胎膜破裂。在这种情况下,流产几乎是肯定的。通常马上开始子宫收缩,若胎膜破裂时间过长可能发生宫内感染。

如伴有明显胎膜破裂或宫颈扩张,那么继续妊娠的可能性微乎其微。如果没有疼痛或流血,妇女应卧床休息并观察是否有进一步渗液、流血、痉挛性疼痛或者发热。若 48 小时后还未出现上述症状,那么妇

女即可恢复日常活动(需避免任何经阴道的操作)。但若持续有阴道流血或者随后出现流血以及腹痛,或者出现发热,那么就认为流产不可避免或应及时清宫。

不全流产

当全部或部分胎盘留在子宫内而胚胎(胎儿)已娩出,可诊断为不全流产。不全流产通常伴有流血,尤其是孕周越大出血量可能会更大。对孕 10 周以内的妊娠来说,流产时可能将胚胎和胎盘同时排出。

过期流产

过期流产的定义是胚胎(胎儿)死后数周仍残留在子宫内。胚胎(胎儿)死亡后,可能有也可能没有流血或其他症状。子宫可能尺寸保持不变,乳房通常恢复原状。大部分过期流产会自然终止,但是死亡胚胎(胎儿)滞留时间过长,可能引发一系列凝血功能障碍,其凝血功能障碍以及出血的发病机理和治疗见第 31 章。

习惯性流产

通常所说的习惯性流产定义是连续 3 次或以上的自然流产。反复自然流产在大多数情况下可能是偶发现象。孕龄妇女中大约 1%~2% 会经历 3 次以上连续自然流产,5% 的人有 2 次以上自然流产。自然流产 3 次以上的妇女被认为患有染色体异常、内分泌失调或免疫系统缺陷的风险增大。有自然流产 3 次以上病史的妇女,在其后的妊娠中出现早产,前置胎盘和臀位的风险增加。除了带有抗磷脂抗体或宫颈功能不全的妇女,患有习惯性流产的妇女当中 70%~85% 可以不经治疗而成功足月妊娠。

治疗性流产

治疗性流产是在胚胎具有生存能力之前,为了避免对母亲身体的严重或永久性伤害,以药物或手术方式终止妊娠。指征包括:心功能失代偿的长期心脏病、晚期高血压性动脉病变、宫颈浸润癌。除此之外,还有很多其他因素可作为治疗性流产的指征。大多数专家同意在强奸或乱伦的情况下终止妊娠是适当的。另一种得到普遍认同的说法是为了防止有明显生理或智力缺陷的胎儿出生。胎儿缺陷的严重性涉及范围极广,并经常与社会和法律范畴相左。

选择性流产

选择或自愿流产是应妇女要求,而不是由于母亲健康受损或胚胎

疾病而在胚胎有足够生命力前终止妊娠。当今大多数流产属于此类范畴,事实上,在美国每出生 4 个婴儿就有 1 例选择性流产。1979 年美国最高法院裁决选择性流产合法。

病因

有多种胎儿、母体病因可导致自发性流产。总结如下。

非整倍(染色)体

早期流产的最常见组织原因是受精卵、胚胎、早期胎儿发育畸形,或者有时胎盘和染色体变异也很常见。例如,60%的流产胚胎都存在染色体变异。常染色体三倍体是已确认最常见的导致孕早期流产的染色体异常。这其中三倍体在第 13、16、18、21 及 22 条染色体上最常见。单倍体 X(45,X)是其次常见的染色体变异,而且可存在于外观正常足月活产女婴中(例如 Turner 综合征),葡萄胎通常与三倍体有关。部分性葡萄胎可能为胎儿第 16 条染色体的三倍体或三体。四倍体的胎儿很少能存活下来,通常在早孕期间就会流产。3/4 的非整倍体流产发生在孕 8 周之内,而整倍体流产的高峰期在大约孕 13 周。值得注意的是整倍体流产的概率在 35 岁以上孕妇当中会明显增高。

感染

自然流产与母体人免疫缺陷病毒(HIV-D)抗体、血清抗梅毒螺旋体抗体滴度和 B 群链球菌阴道寄生独立相关。有证据支持流产中人形支原体和解脲支原体的作用。胎儿慢性微生物感染如:布鲁菌、刚地弓形虫、李斯特菌或沙眼衣原体等与自然流产的关系未经证实。

内分泌失调

临床甲状腺机能减退与流产几率增加并无关系。然而,携带有甲状腺自身抗体的妇女流产风险会增加。患有胰岛素依赖性糖尿病的妇女,其自然流产及常见先天畸形的风险会增加,而且风险与代谢异常的控制程度有关。黄体或胎盘若分泌黄体酮不足则与流产几率增加有关;但是这可能更应该说是早期妊娠失败的结果而非原因。

营养

没有结论性的证据证明饮食中缺乏某一营养元素或全面营养不良是流产的重要原因。

药物使用

吸烟与整倍体流产风险增加有关。对于每天吸烟超过 14 支的妇女而言,风险可倍增。怀孕最初 8 周内频繁酗酒可能导致自然流产或者胎儿畸形。每周饮酒两次的妇女流产率增加 2 倍,每日饮酒的妇女流产风险增至 3 倍。每天饮咖啡超过四杯有可能轻度增加自然流产的风险。尚无迹象支持口服避孕药或者避孕膏和凝胶中使用的杀精剂与流产几率增加有关的观点。但是宫内节育器在避孕失败后与感染性流产有关。

环境因素

目前认为,辐射在达到一定量后,可导致流产。当前证据指出低于 5rad 的辐射剂量不会增加流产风险。但是大多数病例中,几乎没有资料表明任何具体的环境因素和流产之间存在明显关系。

免疫缺陷

与免疫有关的自然流产病理生理模型有两种:自体免疫理论(免疫排斥自身)和同种免疫理论(免疫排斥他人)。多达 15% 的习惯性流产的妇女具有自体免疫因素。其中最为明确的是抗磷脂抗体综合征与自然流产的关系。这些妇女妊娠失败的机理包括胎盘血栓征和梗死形成(见第 54 章)。抗磷脂抗体是后天获得的抗体,作用是抗磷脂。他们可能是 IgG、IgA 或 IgM 的同种异形体,其检测可通过检验抗狼疮抗体(LAC)和抗心磷脂抗体(ACA)进行。

一些习惯性流产的妇女都被诊断为由于各种同种免疫原因造成。这种诊断的正确性仍遭受质疑,习惯性流产的免疫疗法仍有待进一步研究。

遗传血栓形成倾向

众多报告报道了自然流产和遗传血栓形成倾向,如缺乏蛋白质 C、蛋白质 S 和抗凝血酶Ⅲ与自然流产之间的关系。凝血因子 V 的基因突变和高半胱氨酸血症也与妊娠失败有关系。尽管存在争议,许多医师认为肝素和阿司匹林治疗可以改善妊娠结局(见第 53 章)。

子宫解剖结构异常

子宫解剖结构异常可能是先天发育造成的,也可能是获得性的。在获得性子宫异常中,较大或多发的子宫平滑肌瘤一般不会导致流产。

I 刮宫术后子宫内膜大面积破坏而致子宫粘连(Asherman 综合征)与自然流产有关。发育造成的子宫缺陷是异常苗勒氏管发生或融合的结果;或者可能是子宫接触二乙基己烯雌酚导致的。有些子宫异常如子宫纵隔也可能与流产有关。

宫颈功能不全

宫颈功能不全以孕中期或孕晚期初期相对无痛的宫颈扩张为标志,伴有羊膜囊膨出及突入阴道,以及随后出现的胎膜早破,娩出发育未成熟胎儿(见第 36 章)。

开腹手术

无证据显示妊娠早期进行的外科手术会导致流产。但是腹膜炎确实会增加流产的风险。

治疗方法

有许多手术方法和药物方法可治疗自然流产,同时也有在一些其他情况下的终止妊娠方法,表 1-1 总结了这些方法。以下会总结其中最常用的一些方法,表 1-1 中所列的其他方法请参见《威廉姆斯产科学》第 22 版,第 9 章“流产”。

表 1-1 流产治疗方法

手术疗法	20% 盐水
子宫颈扩张伴宫内负压手术操作	30% 尿素
刮宫术	前列腺素 E_2 、 $F_{2\alpha}$ 、 E_1 及同类物
负压吸宫(负压刮宫)	羊膜腔内注射
宫颈扩张+负压吸引	卵巢外注射
宫颈扩张+负压抽吸	阴道塞药
经血吸引	非肠道注射
开腹手术	口服
剖宫取胎术	抗孕激素 RU 486(米非司酮)和
子宫切除术	爱波可坦
药物疗法	甲氨蝶呤——肌肉注射或口服
静脉注射催产素	上述方法的各种组合
羊膜内高渗液注射	