



临床简明妇产科学（卷二）

产科疾病

诊断与治疗

CHANKE JIBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

主 编：王志芳 于鹏伟



第四军医大学出版社

临床简明妇产科学(卷二)

产科疾病诊断与治疗

CHANG KE JI BING ZHEN DUAN YU ZHI LIAO

主 编:王志芳 于鹏伟 王凤彦 张朝辉
骆 硕 付静宜 杨 进

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

产科疾病诊断与治疗/王志芳等主编. —西安:第四军医大学出版社,2008.6

临床简明妇产科学

ISBN 978 - 7 - 81086 - 452 - 7

I. 产… II. 王… III. 产科病 - 诊疗 IV. R714

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 100844 号

产科疾病诊断与治疗

-
- | | |
|------|---|
| 主 编 | 王志芳 于鹏伟 王凤彦 张朝辉
骆 硕 付静宜 杨 进 |
| 责任编辑 | 杨耀锦 |
| 出版发行 | 第四军医大学出版社 |
| 地 址 | 西安市长乐西路 17 号(邮编:710032) |
| 电 话 | 029 - 84776765 |
| 传 真 | 029 - 84776764 |
| 网 址 | http://press.fmmu.sn.cn |
| 印 刷 | 涿州市京南印刷厂 |
| 版 次 | 2008 年 5 月第 1 版 2008 年 5 月第 1 次印刷 |
| 开 本 | 850 × 1168 1/32 |
| 印 张 | 11 |
| 字 数 | 284 千字 |
| 书 号 | ISBN 978 - 7 - 81086 - 452 - 7/R · 398 |
| 定 价 | 45.00 元(共 2 卷) |
-

(版权所有 盗版必究)

编著者名单 (排名不分先后)

主 编:王志芳 于鹏伟 王凤彦 张朝辉

骆 硕 付静宜 杨 进

副主编:石军荣 安淑辉 王红英 何英茹

编 委: (以姓氏笔画为序)

王 平 刘蕴华 张锐敏 吴丽平

郑 超 祖艳红 康红霞

内 容 提 要

全书共十章,分别介绍了包括正常妊娠与分娩、孕期保健等产科基础知识,以及产科常见疾病的诊断、治疗及产科常用手术及技术。本书是一部以中西医理论与实践密切结合为著述理论体系的临床实用参考书,旨在对基层产科人员,特别是产科主治医师的临床实践有所裨益。全书以简明扼要,通俗易懂,重点突出,较强的指导性和实用性为特点;可作为基层产科人员、社区广大产科医护人员临床指导用书,亦可供医学院校学生学习参考。

前 言

随着社会经济的发展及生活水平的提高,人们对健康的需求越来越迫切,尤其是妇女孕产期这一特殊时期的健康状况,更是受到社会及家庭的重视。本书的编写初衷就是为了适应形势发展的需求,提高产科医务人员的业务水平,使孕产妇保健与治疗工作进一步提高,以更好为孕产妇服务,使其安全度过这一特殊时期。

编写本书的作者均是长期工作在临床一线,有丰富工作经验,熟练掌握本专业先进技术的骨干人员。本书既涉及现代医学知识,又富含传统医学精华,文字通俗易懂,深入浅出,独具特色,对于产科医务工作者有很好的指导和借鉴作用。

本书共十章,分别介绍了包括正常妊娠与分娩、孕期保健等产科基础知识,以及产科常见疾病的诊断、治疗及产科常用手术及技术。本书是一部以中西医理论与实践密切结合为著述理论体系的临床实用参考书,旨在对基层产科人员,特别是产科主治医师的临床实践有所裨益。全书以简明扼要,通俗易懂,重点突出,较强的指导性和实用性为特点;可作为基层产科人员、社区广大产科医护人员临床指导用书,亦可供医学院校学生学习参考。

本书在编写的过程中,参阅了许多医学著作及文献,力求有所创新和发展。在此,谨向作为本书参考资料的书刊编著者致谢,向支持并参与此项工作的全体人员表示感谢。由于作者水平有限,虽然在编写过程中力求尽善尽美,但不足之处在所难免,还望广大同仁及读者不吝赐教,以便修订时改进。

编 者

2008 年 5 月

目 录

第一章 正常妊娠与分娩	1
第一节 妊娠诊断	1
第二节 先兆临产与临产的诊断	4
第三节 入院处理	5
第四节 产程的临床经过及处理	7
第二章 孕期保健	20
第一节 产前检查	20
第二节 评估胎儿健康的技术	25
第三节 孕期营养	30
第四节 孕期用药指导	33
第五节 孕期常见症状及处理	45
第三章 妊娠剧吐	47
第四章 妊娠期高血压疾病	52
第五章 妊娠期合并疾病	71
第一节 妊娠合并慢性肾小球肾炎	71
第二节 妊娠合并肾盂肾炎	73
第三节 妊娠合并心脏病	76
第四节 妊娠合并贫血	83
第五节 妊娠合并病毒性肝炎	97

2 产科疾病诊断与治疗

第六节 妊娠合并糖尿病	106
第七节 妊娠合并肺结核	115
第八节 妊娠合并急性阑尾炎	121
第九节 妊娠合并肿瘤	125
第六章 异常妊娠	132
第一节 流产	132
第二节 早产	137
第三节 过期妊娠	139
第四节 异位妊娠	141
第五节 前置胎盘	146
第六节 正常位置胎盘早期剥离	153
第七节 轮廓胎盘	157
第八节 帆状胎盘合并前置血管	159
第七章 异常分娩	161
第一节 产力异常	161
第二节 产道异常	169
第三节 胎位异常	179
第八章 分娩并发症	192
第一节 产后出血	192
第二节 胎盘滞留	201
第三节 软产道损伤	205
第四节 子宫破裂	210
第五节 急性子宫内翻	215
第六节 羊水栓塞	219
第七节 弥散性血管内凝血	223
第八节 多脏器功能障碍综合征	231

第九章 异常产褥期	239
第一节 产褥感染	239
第二节 尿路感染	247
第三节 产褥中暑	248
第四节 子宫复旧不全	250
第五节 晚期产后流血	252
第六节 乳腺炎	255
第七节 产褥期精神障碍	258
第十章 产科手术	261
第一节 会阴切开缝合术	261
第二节 胎头负压吸引术	262
第三节 产钳术	267
第四节 倒转术	275
第五节 臀位牵引术	278
第六节 气囊助产术	280
第七节 剖宫产术	286
第八节 人工剥离胎盘术	292
第九节 子宫腔纱条填塞术	293

第一章 正常妊娠与分娩

第一节 妊娠诊断

妊娠早期(1~12周)、中期(13~27周)及晚期(28~40周)临床表现有不同的特点。显然早期妊娠诊断较难,中期以后较容易。临床上一般将妊娠诊断分为早期与晚期,以妊娠12周前、后为界线。

一、早期妊娠的诊断

(一)自觉症状

1. 月经停止 生育年龄妇女,体健而月经一贯规则,一旦月经过期10日以上应考虑妊娠。

2. 早孕反应 妊娠妇女于月经停止6周后,常有恶心、呕吐、流涎、食欲不佳等。此外尚有食物的嗜好改变。

3. 尿频 早孕之子宫压迫膀胱而引起尿频。

(二)妇科检查

1. 阴道黏膜柔软呈紫蓝色。

2. 宫颈充血着紫蓝色,变软。

3. 子宫饱满,前后径增宽可呈球形。在妊娠8周后宫颈与宫体之间的子宫峡部十分柔软,双合诊时感觉宫颈与宫体似下相连,临床依据此征可以诊断妊娠。

4. 子宫增大而柔软。妊娠12周时宫底可在耻骨与脐孔联线的中点触及。

(三) 辅助诊断

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(GS)。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/min,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。临床上多用早早孕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. 宫颈黏液检查 宫颈黏液量少粘稠,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(BBT)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 1 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。

二、中、晚期妊娠的诊断

1. 子宫的大小 妊娠 20 周末子宫底在脐下 2 指,24 周末子宫底为脐平,28 周末子宫底在脐上 3 指,32 周末子宫底在脐与剑突之间,36 周子宫底在剑突下 2 指,40 周末胎先露入盆故宫底反而

下降达 32 周末的水平。

2. 胎心音 孕第 18~20 周开始可在孕妇腹部听到胎心音,恰如“滴嗒”声,每分钟为 120~160 次。

3. 胎动 于妊娠 16 周以后,不仅孕妇自觉有胎动,而且检查者可在孕妇腹壁触及或听到。

4. 胎体 妊娠晚期、胎儿成长发育完备,于妊娠 24 周后可在孕妇腹壁触知胎头、胎臀、躯干和四肢。根据孕妇腹壁之宽紧、羊水之多少、妊娠月份的大小,检查胎体时尚有难易之别。

5. 辅助诊断

(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 周后即能显示较规律的图形,于妊娠 20 周后的成功率更高。对诊断胎心异常有一定价值。

三、胎姿势、胎产式、胎先露、胎方位

妊娠 28 周以前胎儿小,羊水相对较多,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为胎姿势。正常胎姿势为胎头俯屈,颈部贴近胸壁,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为胎产式。胎体纵轴与母体纵轴平行者,称为纵产式,占足月妊娠分娩总数的 99.75%;胎体纵轴与母体纵轴垂直者,称为横产式,仅占足月分娩总数的 0.25%;胎体纵轴与母体纵轴交叉者,称为斜产式。斜产式属暂时的,在分娩过程中多转为纵产式,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为胎先露。纵产

式有头先露和臀先露,横产式为肩先露。根据胎头屈伸程度,头先露分为枕先露、前凶先露、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,称为复合先露。

4. 胎方位 胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系称为胎方位。枕先露以枕骨、面先露以颏骨、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、臀先露各有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。

第二节 先兆临产与临产的诊断

一、先兆临产

1. 假临产 孕妇在分娩发动前,常出现假临产。假临产的特点是宫缩持续时间短(不超过30 s)且不恒定,间歇时间长且不规律,宫缩强度不增加,常在夜间出现、清晨消失,宫缩时不适主要在下腹部,宫颈管不缩短,宫口不扩张,给予镇静药物能抑制假临产。

2. 胎儿下降感 多数初孕妇感到上腹部较前舒适,进食量较前增多,呼吸较前轻快,系胎先露部进入骨盆入口使宫底位置下降的缘故。

3. 见红 在分娩发动前24~48 h内,因宫颈内口附近的胎膜与该处的子宫壁分离,毛细血管破裂经阴道排出少量血液,与宫颈管内的黏液栓相混排出,称为见红,是分娩即将开始的比较可靠征象。若阴道流血量较多,超过平时月经量,不应认为是先兆临产,应想到妊娠晚期出血如前置胎盘等。

二、临产的诊断

临产开始的标志为有规律且逐渐增强的子宫收缩,持续30 s

或以上,间歇5~6 min,同时伴随进行性宫颈管消失、宫口扩张和胎先露部下降,用镇静药物不能抑制临产。

第三节 入院处理

一、询问病史

1. 一般病史 过去病史和目前健康情况。特别注意与本次分娩有关的疾病。例如,心脏病、高血压、合并妊娠毒血症等。

2. 孕产史 问清是第几胎第几产,现在存活数,是否有异常产史,家族双胎史。如有异常产史,必须进一步问清与考虑这次分娩处理方案。

(1)有剖宫产史者,问清其过去手术的指征。如因相对性头盆不称、前置胎盘、产力异常者,可考虑在严密观察下试产;如因骨盆狭窄者,则必须作选择性剖宫产。

(2)有产后出血史者,问清出血的原因,预防这次分娩出血。

(3)有人工流产史者,问清人工流产的次数,与这次妊娠相隔多少时间,人流后有无感染等情况。如人流不到半年即怀孕,或多次的人流,有可能存在胎盘粘连的并发症。有人工剥离胎盘史者,亦有可能引起本次胎盘粘连。

(4)若系高龄初产或有习惯性流产史或结婚后多年不孕者,则为“珍贵儿”,在决定手术产时,应作为参考因素之一。

(5)如有第一胎新生儿患严重生理性黄疸,第二胎死亡,或死胎的,则必须考虑Rh因子,ABO血型所致的新生儿溶血病,应及早诊断,定出本次分娩的处理方案,并应密切注意及预防产后出血。

二、体格检查

1. 一般检查 在全身检查中,注意血压、浮肿、心肺等。

2. 产科检查 查明胎方位,听取胎心音,肛查,骨盆外测量等。

(1)腹部四步触诊:检查胎位、胎先露及其高低,估计胎儿大小。

(2)肛门检查:在询问病史的同时即可进行肛查,目的是了解宫口扩张、胎先露及其下降程度等,估计分娩的时间,以便及时作好接生准备。检查时必须注意以下几个问题。

1)胎方位及先露的下降程度,并记录与坐骨棘间径的关系,以坐骨棘间径为“0”,若在棘间径以上1 cm者为“-1”,在其以下1厘米者为“+1”,余类推。

2)子宫颈的厚薄、软硬度以及宫颈管是否消失。

3)宫口扩张度。

4)胎膜是否完整。

有阴道出血疑为前置胎盘者禁止肛查,以免增加胎盘剥离而引起大出血。

(3)听胎心音:应在宫缩间歇时听,因宫缩时胎盘血液循环暂时受阻,胎心可能变慢或听不出,间歇时又恢复正常。听胎心时必须注意胎心音的强度、是否规则,以及每分钟的跳动次数,正常胎心音每分钟120~160次,若超过160次或少于120次,则表示胎儿在宫内有窒息现象,应立即给予急救措施。听取胎心的听筒一般用木制直筒,如一时无听筒,可直接用耳紧贴产妇腹部听取胎心。

三、清洗外阴

产妇入院做好检查后,应立即清洗外阴,并将阴阜及阴唇上的阴毛剃去。在剃毛时,必须注意勿使阴毛及肥皂水流入阴道。如遇急产,或因当地风俗习惯,则可不剃毛,但必须消毒后接生。

四、灌肠

用2%肥皂水500~1000 ml(水温40℃~41℃)灌肠,因灌肠能清除直肠内的粪便,避免胎儿娩出时排出大便而引起污染,又能通过反射作用刺激子宫收缩,加速产程。如无条件也可不灌肠,但

接生时须严格消毒,避免大便污染而引起感染。

灌肠者有以下禁忌:

(1)初产妇宫口开 5 cm 以上,经产妇宫口开 3 cm 以上,估计在短时间内分娩者。

(2)有阴道流血、怀疑前置胎盘者,因为灌肠会促发胎盘剥离而引起大出血。

(3)胎膜已破,先露尚未入盆者,一般不宜灌肠,以防脐带脱垂。但在有些情况下,如肠内粪便较多而胎头不是高浮者,或宫口尚未开张时,可在严密观察下灌肠。

(4)胎位异常,尤其是横位及臀位足先露时禁止灌肠。但若腿直臀位而先露已入盆者,可考虑灌肠。

(5)会阴Ⅲ度裂伤,或有阴道直肠瘘者,不宜灌肠。

(6)重度妊高症如子痫,不应灌肠,以防子痫发作。

(7)瘢痕子宫宫缩已较好者,恐灌肠引起强烈宫缩而使瘢痕破裂。

(8)有严重心脏病或其他特殊情况者不宜灌肠。

第四节 产程的临床经过及处理

一、第一产程

第一产程又称宫颈扩张期。从子宫肌层出现规律的具有足够频率(5~6 min 一次)、强度和持续时间的收缩,导致宫颈管逐渐消失、扩张直至宫口完全扩张即开全为止。初产妇的宫颈较紧,宫口扩张较慢,需 11~12 h;经产妇的宫颈较松,宫口扩张较快,需 6~8 h。

(一)临床表现

1. 规律宫缩 产程开始时,出现伴有疼痛的子宫收缩,常用“阵痛”一词描述,初起时宫缩持续时间较短(约 30 s)且弱,间歇