

妇产科名家专题系列

YINGDUICUOSHI

妇产科 急症应对措施

主编/崔满华 郑桂英

FUCHANKEJIZHENG



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

妇产科急救专题系列



人民卫生出版社

妇产科名家专题系列

妇产科急症应对措施

FUCHANKE JIZHENG YINGDUI CUOSHI

主 编 崔满华 郑桂英

副主编 韩丽英 向 梅 崔淑英



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妇产科急症应对措施/崔满华,郑桂英主编. —北京:人民军医出版社,2010.10

(妇产科名家专题系列)

ISBN 978-7-5091-3961-5

I. ①妇… II. ①崔…②郑… III. ①妇产科病:急性病—诊疗 IV. ①R710.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 141418 号

策划编辑:崔玲和 文字编辑:王月红 责任审读:张之生

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8139

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京国马印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:7.125 字数:178千字

版、印次:2010年10月第1版第1次印刷

印数:0001~3000

定价:25.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

本书以妇产科急症救治为主线,重点介绍妇产科急症急救的基础知识、救治原则及应对措施,注重对妇产科医师临床思维能力的培养,突出了专科医师“三基”培训和临床诊疗操作规范的内容。全书语言精练,点评深入,形式新颖,适合基层妇产科医师、研究生阅读参考。

前言

妇产科急症具有起病急、病情重、高危因素多等特点,同时,由于女性生殖系统特殊的解剖及生理特点,尤其是妊娠期、月经期等特殊时期,更增加了妇产科急症的诊治难度。在临床工作中,易发生误诊及漏诊,可能因此而导致后遗症的发生,严重者可能危及患者的生命,尤其在妊娠期,不仅关系到母儿的健康,还关系到人口质量的问题。作为一名妇产科医师,不仅要明确常见病、多发病的诊治,同时还要掌握妇产科急、危、重症的诊治和抢救处理。妇产科急症治疗水平的高低也是显示各级医院医护人员素质的一项综合指标,如何做好妇产科急症救治工作,提高救治成功率已经成为各级卫生部门及广大医护人员的迫切任务。

为满足临床实际工作的需要,我们组织编写了这本《妇产科急症应对措施》。本书共分为3个部分,第一部分主要介绍妇产科急症救治的基本知识;第二部分从症状学角度详细介绍了腹痛、出血、休克等妇产科急症常见症状的相关疾病,有利于妇产科急症的鉴别诊断;第三部分介绍了妊娠相关急症,针对

妊娠期、分娩期及分娩后的各种急症进行了系统的描述。本书注重临床实用性,希望为各级别的妇产科医师以及其他专业的医师在临床工作中提供一些借鉴。

由于编者水平有限,本书中欠缺之处敬请各位同道不吝赐教。

编 者

2010.5

第1章 妇产科急症基础知识	(1)
第一节 妇产科急症的基本知识和急症救治的基本原则	(1)
一、妇产科急症的涵义	(1)
二、妇产科急症的种类和特点	(2)
三、妇产科急症的处理原则	(4)
第二节 妇产科急症救治的基本技术	(5)
一、静脉切开	(5)
二、心肺复苏	(9)
三、新生儿窒息复苏	(18)
四、颈静脉插管	(28)
第2章 妇产科症状急救及应对措施	(35)
第一节 出血	(35)
一、腹腔内出血	(35)
二、阴道出血	(45)
三、外阴阴道外伤性出血	(54)
四、术中出血	(55)
第二节 腹痛	(64)
一、肿瘤、囊肿、盆腔脓肿、卵巢巧克力囊肿破裂	(64)
二、子宫浆膜下肌瘤蒂扭转、卵巢肿瘤蒂扭转、输卵管扭转	(66)

三、盆腔炎性疾病	(68)
四、子宫肌瘤变性(红色样变)	(71)
五、腹腔内出血(异位妊娠)	(73)
六、剖宫产术后子宫切口感染	(75)
七、宫腔积液	(77)
八、宫内节育器嵌顿或异位	(78)
第三节 昏迷	(79)
一、与妊娠有关的病症	(80)
二、其他原因引起的昏迷	(82)
第四节 抽搐——子痫	(89)
第五节 休克	(92)
一、失血性休克	(92)
二、过敏性休克	(97)
三、感染性休克	(99)
四、休克患者血容量的补充	(103)
第六节 发热	(104)
一、盆腔急性炎症	(104)
二、产褥感染	(108)
三、子宫肌瘤红色变性	(111)
四、妊娠期发热	(113)
第七节 其他	(119)
一、多脏器功能障碍综合征	(119)
二、重度卵巢过度刺激综合征	(123)
三、肠穿孔(人工流产或上环、取环)	(125)
四、术后静脉血栓——急性肺栓塞	(127)
五、人工流产综合征	(130)
六、宫腔镜气栓	(132)
七、呼吸衰竭	(134)
八、心力衰竭	(137)

第3章 妊娠相关急症及应对措施	(141)
第一节 妊娠期急症及应对措施	(141)
一、妊娠期特有疾病的急症	(141)
二、妊娠期合并内科急症	(149)
三、妊娠期合并外科急症	(155)
四、妊娠期阴道流血	(160)
第二节 分娩期急症及应对措施	(170)
一、子宫破裂	(170)
二、羊水栓塞	(173)
三、头位难产	(179)
四、肩难产	(187)
五、急产	(191)
六、脐带脱垂	(193)
七、臀先露	(196)
八、胎膜早破	(200)
九、早产	(203)
第三节 分娩后急症及应对措施	(208)
一、子宫内翻	(208)
二、产后出血	(211)
三、晚期产后出血	(216)

第1章

妇产科急症基础知识

第一节 妇产科急症的基本知识和 急症救治的基本原则

一、妇产科急症的涵义

妇产科急症是指妇女生殖系统相关的、严重威胁妇女及胎儿生命安全的急性病症的统称,包括妇科急症和产科急症两部分。

妇产科急症病因复杂,临床表现多种多样。患者主诉多是阴道大出血、剧烈的突发腹痛,甚至可引起休克,严重者可能引起患者死亡甚至母子双亡的结局,所以对于妇产科急症,应尽快明确诊断,及时采取相应的治疗措施。作为一名合格的妇产科医师,必须熟练掌握女性生殖系统解剖结构和生理特点,以及各种妇产科急症的临床表现,掌握各种急症救治措施,积极做好预防工作,及早诊断,及时治疗。

二、妇产科急症的种类和特点

从症状学角度来讲,妇产科急症包括以下4大类。

1. 急性下腹痛 急性下腹痛是妇产科急症常见的症状之一,应根据下腹痛的性质和特点,并与其他内外科疾病相鉴别,及时正确地做出诊断和鉴别。引起下腹痛的常见妇产科急症有以下几种情况。

(1)肿物破裂:破裂时均可引起突发性下腹痛,破裂后积液或血液流入腹腔刺激腹膜引起全腹剧痛。最常见的急腹症是异位妊娠破裂,其他常见的疾病还包括卵巢黄体囊肿破裂,卵巢巧克力囊肿破裂、妇科肿瘤破裂或浸润邻近器官引起器官破裂。

(2)肿瘤扭转:由于肿瘤扭转,血供受阻,局部淤血坏死,引起严重的腹痛,常见的疾病有卵巢肿瘤蒂扭转、子宫浆膜下肌瘤扭转等。

(3)盆腔炎性疾病:炎性渗出物刺激腹膜或引起输卵管收缩均可引起急性下腹痛。患者常伴有发热,血白细胞升高。主要见于急性附件炎和急性子宫内膜炎。盆腔急性炎症继续发展,脓液积聚则可引发宫腔积脓、输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿。

(4)子宫肌瘤变性(红色变):子宫肌瘤红色变性引起的剧烈腹痛,多发生在妊娠期或产褥期。

(5)子宫破裂:产科子宫破裂或术后子宫切口裂开或感染,刮宫及放置节育器引起子宫穿孔。

(6)梗阻性疾病:生殖道畸形如处女膜闭锁、阴道完全横膈、阴道斜膈、残角子宫以及宫腔手术后宫颈管或宫腔粘连,经血排出受阻,引起子宫剧烈收缩和胀痛。

(7)子宫平滑肌异常收缩或痉挛:难免流产或不全流产时子宫平滑肌收缩以排出内容物,可引起急性下腹痛,其次痛经患者子宫痉挛性收缩也出现剧烈下腹痛。

2. 阴道流血 妇产科疾病引起的出血分为内出血和外出血。

各种疾病及手术损伤引起的内出血因刺激腹膜常引起急性下腹痛,前已详述。外出血主要指阴道流血。阴道流血是指除正常月经外,生殖道任何部位,包括宫体、宫颈、阴道和外阴发生的出血。妇产科急症多表现为大量阴道流血,甚至可导致失血性休克。与出血有关的妇产科急性出血常见疾病有以下几种。

(1)与妊娠有关的出血:早期妊娠出现阴道流血常见的疾病有流产、异位妊娠、妊娠滋养细胞疾病;中晚期妊娠阴道流血常见于前置胎盘、胎盘早剥;破膜后突发的阴道流血,常见于边缘性前置胎盘;分娩时阴道流血常见于子宫破裂;产后及产褥期出血常见于子宫收缩乏力、胎盘残留、软产道损伤、子宫复旧不全、剖宫产切口愈合不良或裂开。

(2)与内分泌功能失调有关的出血:包括功能失调性子宫出血以及外源性性激素使用不当引起的出血。

(3)生殖器官肿瘤:子宫肌瘤是引起阴道流血的常见良性肿瘤,其他多为恶性肿瘤,如阴道癌、宫颈癌、子宫内膜癌、子宫肉瘤及具有分泌雌激素功能的卵巢肿瘤所致。

(4)生殖器官损伤:外伤引起的外阴阴道裂伤、骑跨伤,性交引起的处女膜破裂或阴道壁裂伤,以及阴道异物均可引起阴道出血。

(5)与全身疾病有关的阴道流血:血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血、肝病等引起凝血功能障碍的疾病也可以引起阴道流血。

3. 发热 妇产科的许多疾病可引起发热,盆腔炎性疾病是主要原因。常见的致病菌有淋病奈瑟菌、衣原体、支原体、金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、溶血性链球菌以及某些厌氧菌等。患者除有发热外,常表现为下腹痛、阴道分泌物增多,若有脓肿形成,则可有下腹包块及局部压迫刺激症状。分娩及产褥期生殖道受病原体侵袭,引起的产褥感染也是妇产科急症发热的常见原因。此外,肌瘤红色变性的患者也会表现为发热。

4. 休克 妇产科休克是指妇女由于生殖器官疾病引起的有效

循环血量不足,脑、心、肺、肝、肾等重要生命器官血液灌流不足,从而导致细胞的功能紊乱的一种综合征。根据引起休克的原因及临床表现,妇产科休克可表现为失血性休克、过敏性休克、感染性休克。

三、妇产科急症的处理原则

妇产科急症应尽快做出诊断,及时采取相应的治疗措施。临床急救措施可归纳为以下几个步骤:询问病史,掌握主要临床表现—初步诊断—紧急处理—仔细询问病史—进行必要的临床检查—明确诊断—治疗。

1. 掌握主要的临床表现,紧急处理 首先要掌握患者的一般情况,判断其程度,掌握患者的主要临床表现,包括观察患者的面貌、有无贫血、意识状态、生命体征(如血压、脉搏、呼吸、体温)等,同时要做简要的查体,如果患者一般情况差,甚至发生休克,应该先进行紧急处理,抢救患者的生命,紧急处理包括保持呼吸道通畅(如清除呼吸道分泌物、吸氧等),维持有效血液循环(如输血补液及抗休克药的应用),其他如胃肠减压、留置尿管、镇痛药的应用等。

2. 必要的临床检查 临床检查包括全身检查、腹部检查及盆腔检查。腹部检查主要看腹部有无压痛、反跳痛和肌紧张,能否扪及包块,有无移动性浊音,若合并妊娠,应检查腹围、宫高、胎位、胎心及胎儿大小等,盆腔检查主要包括外阴、阴道、宫颈、宫体及双侧附件的检查。可根据需要行B超检查,腹腔或子宫直肠陷凹穿刺并行相关化验检查,妊娠试验及诊断性刮宫等。此外,X线检查有助于鉴别肠梗阻,胃、十二指肠穿孔等疾病。必要时可行血、尿常规等辅助检查。

3. 明确诊断 根据患者的临床表现、病史以及必要的辅助检查,基本上可以明确诊断,但是盆腔与腹腔相通,一些内外科疾病很容易与妇产科疾病相混淆,特别是妊娠时合并有内、外科疾病,

更要仔细鉴别,必要时请相关科室会诊。遇难题应及时请上级医师会诊,切忌犹豫拖延及惊慌失措。如无抢救条件,应在初步抢救处理后,迅速由专人护送至上级医院。

4. 治疗 对一时未能明确诊断者,应暂时观察,对症治疗。已经明确诊断者,应立即针对病因治疗。如异位妊娠破裂、卵巢肿瘤蒂扭转等,应立即手术。如患者一般情况差,术前准备又不充足,可仅做必要的手术而不必做扩大手术。

一切抢救工作均应做好记录,要求准确、完整、简明、扼要,且必须注明执行时间。诊疗过程中要做好与患者及家属的沟通,交代病情,取得家属的理解,必要时需请患者或家属签字。

(崔满华 郭风军)

第二节 妇产科急症救治的基本技术

妇产科医师在诊治患者时会遇到一些紧急情况,如产后大出血导致的产妇休克、新生儿窒息、患者呼吸心搏骤停等,为抢救患者生命可能需要对患者实施静脉切开、新生儿窒息复苏、心肺复苏等抢救措施,现就妇产科急诊救治中的基本技术予以介绍。

一、静脉切开

一般选择四肢表浅静脉切开,最常用的是内踝前大隐静脉或股部卵圆窝处大隐静脉,现分别予以介绍。

(一)内踝前大隐静脉切开

【适应证】

1. 病情紧急如休克、大出血等,急需快速大量输血、输液而静脉穿刺不成功或不能保证输液速度者,应立即行静脉切开术。

2. 需较长时间维持静脉输液,而表浅静脉和深静脉穿刺有困难或已阻塞者。

3. 施行某些特殊检查如心导管检查、中心静脉压测定等。

【禁忌证】

静脉周围皮肤有炎症或有静脉炎、已有血栓形成或有出血倾向者。

【术前准备】

无菌静脉切开包,清洁盘及常规消毒用品,输液器材,各种不同口径的静脉插管。

【方法及内容】

1. 消毒、麻醉 患者仰卧位,术侧下肢外旋,静脉切开部位皮肤常规消毒,铺无菌洞巾,用普鲁卡因或利多卡因作局部麻醉。

2. 切口 在内踝前上方 3cm 处,做一与静脉走行方向平行或垂直的切口,长 2~2.5cm(切开部位见图 1-1),切皮时不要过分用力,以免切伤静脉。



图 1-1 内踝前大隐静脉切开部位

3. 分离静脉 用小弯止血钳沿血管走行方向分离皮下组织,找出静脉,分离出约 1cm 长后,用止血钳挑起。在严重休克、脱水的患者,静脉多已萎瘪而不易辨认,或因切口不当或因分离过深而不易找到静脉,此时可适当扩大切口,在内踝边缘仔细寻找。

4. 结扎静脉远端 将静脉挑出并在静脉下穿过细丝线 2 根,用 1 根先结扎静脉远侧端,暂不剪断丝线,留作安置导管时作牵引用;近端丝线暂不结扎。注意要将静脉周围组织剥离干净,以免结扎与之并行的隐神经,而引起术后局部长期疼痛。

5. 剪开静脉 牵引远端结扎丝线将静脉提起并稍微拉紧,用

锐利小剪刀在该结扎线近侧约 1cm 处斜行剪开静脉壁 $1/3 \sim 1/2$ 。要小心,切勿剪断血管。

6. 插管 左手提起远端结扎线,右手将粗细合适的塑料管或胶皮管的管端垂直对准静脉切口,轻轻插入静脉腔内,使管端抵达血管对侧壁,然后顺势沿对侧管壁将管端向上滑进近端静脉管内。一般插入 5~7cm 深。也可用静脉切开针头插入。插管时动作要轻巧准确,以免撕破或拉断静脉或将导管插入静脉管壁的夹层中。若出现上述情况则扩大切口,在原静脉切口的近心端另做切口,重新插管。若静脉壁已瘪缩,导管不能插进时,可用微型止血钳轻轻提起血管切口的上缘,张开切口后,再行插管。

7. 结扎静脉近心端 将备好的输液器接头与导管连接,观察液体输入是否畅通及有无外渗,如液体输入顺利,即可在导管部位扎紧近心端丝线,以防漏血或渗液。

8. 缝合切口、固定插管 剪去多余丝线,间断缝合皮肤切口,用 1 根皮肤缝线环绕导管结扎固定,以防滑脱。外用无菌敷料覆盖,胶布固定。

9. 其他 不再使用时,消毒,剪断结扎线,拔出导管,局部加压,覆盖纱布包扎,胶布固定。术后 7d 拆除皮肤缝线。

【注意事项】

1. 切口不可太深,以免损伤血管。
2. 分离皮下组织时应仔细,以免损伤静脉。
3. 剪开静脉壁时,剪刀口应斜向近心端,且不可太深,以免剪断静脉。

4. 静脉切开导管插入静脉前,应用无菌生理盐水冲洗干净,并充满液体,以防空气注入。

5. 切口外的静脉插管应另用胶布稳妥固定,对小儿和不合作者宜用夹板将踝部固定,以防插管脱落。

6. 局部插管一般可维持 3d,不超过 1 周,以免导致静脉炎。如无禁忌,可每日定时用小剂量肝素溶液冲洗导管。