

张光珩 主编

产 科 急 症

(第二版)

EMERGENCY OF OBSTETRICS

4
Y
C.1

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

产 科 急 症

(第二版)

张光玕 主 编

李维敏 副主编

编者(以姓氏笔画为序)

王世阆	方 芳	田映碧	吕 胜	刘兴会
刘淑芸	张光玕	李维芝	李维敏	陈晓平
邱文玉	闵龙秋	周 容	周珍真	周树舜
钟大昌	童南伟	曾蔚越	雷学忠	熊 庆

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

产科急症/张光玕编著. - 2版. - 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1999

ISBN 7-81034-957-0

I. 产... II. 张... III. ①产科病: 急性病-诊断 ②产科病: 急性病-急救 IV. R714

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 05244 号

内 容 简 介

作者根据各自的长期临床经验, 同时参考国内外最新进展与成就深入浅出地介绍了产科急症的有关问题。全书共分十三篇, 五十一章, 40 余万字, 32 幅图, 包括孕产期休克、出血、高血压、腹痛、严重内科合并症及感染等, 还有特殊胎先露异常、多胎妊娠、胎儿畸形及产科手术意外、生殖道软组织损伤、胎儿及新生儿急症、孕产期外伤、产科急症用药及麻醉。鉴于我国产科急症的特点是城乡差别很大, 且农村产科急症特别多, 书中特意增加了一些临床实例, 并从正反两个方面总结经验与教训, 以加深理解, 因而本书有很强的临床针对性和可读性, 适合妇产科医师、医学院校师生及妇幼保健工作者阅读、参考。

产科急症 (第二版)



主 编: 张光玕
责任编辑: 谢 阳

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/16 开
印 张: 21.25
字 数: 516 千字
版 次: 1999 年 7 月第一版 1999 年 7 月北京第一次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 38.00 元

ISBN 7-81034-957-0/R·955

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

第一版前言

产科急症是指产科范围内突然发病，严重威胁孕产妇及胎婴儿生命的急性病症。其处理不同于一般疾病的诊疗原则，体现在产科临床实践之中，应以保障母婴安全和健康为宗旨，当今医学科学迅速发展，临床工作者迫切需要掌握新技术，新知识。为此，我们总结40多年来我校的临床实践经验，并参考国内外有关进展与成就，遵循理论联系实际，侧重于实用的原则，进行本书的编写工作。

鉴于我国的国情及妇幼卫生发展的现状，城乡差别较大，农村产科急症特别多，为此，本书内容力求深入浅出，并穿插一些临床实例，以加深理解。

本书可供产科医师、助产士及医学院校教学、科研人员参考，特别是对于广大妇幼保健人员、基层医务人员很有参考价值。

由于编者理论水平及实践经验有限，书中难免有错误之处，诚恳地希望读者予以批评指正。

编者

1991年1月

目 录

第一篇 总 论	(1)
第一章 我国产科急症概况	(1)
第一节 产科急症的涵义.....	(1)
第二节 产科急症的种类及发生率.....	(1)
第三节 我国产科急症的特点.....	(2)
第二章 产科急症的常见症状及急救处理	(4)
第三章 产科急症的诊断	(10)
第一节 病史.....	(10)
第二节 全身及局部检查.....	(11)
第三节 辅助检查.....	(11)
第四章 产科急症抢救原则及组织设备	(13)
第一节 抢救原则.....	(13)
第二节 抢救人员及组织.....	(13)
第三节 设备器材.....	(14)
第二篇 孕产期休克	(15)
第五章 概述	(15)
第六章 孕产期休克的种类	(19)
第一节 失血性休克.....	(19)
第二节 感染性休克.....	(24)
第三节 羊水栓塞.....	(28)
第四节 体位性休克.....	(31)
第五节 产后血管虚脱性休克.....	(32)
第七章 产科领域的弥散性血管内凝血	(33)
第三篇 孕产期出血	(37)
第八章 妊娠早期出血	(37)
第一节 概述.....	(37)
第二节 流产.....	(37)
第三节 异位妊娠.....	(41)
第四节 葡萄胎.....	(44)
第九章 妊娠晚期出血	(45)
第一节 概述.....	(45)
第二节 前置胎盘.....	(46)
第三节 胎盘早期剥离.....	(49)
第四节 前置血管.....	(52)

第十章	产后出血	(53)
第一节	概述	(53)
第二节	子宫收缩乏力	(56)
第三节	胎盘滞留、残留及植入	(59)
第四节	软产道损伤	(61)
第五节	凝血功能障碍	(62)
第十一章	晚期产后出血	(63)
第十二章	妊娠合并宫颈癌出血	(66)
第四篇	妊娠高血压	(68)
第十三章	妊娠高血压综合征	(68)
第十四章	原发性高血压	(83)
第五篇	孕产期腹痛	(90)
第十五章	早产	(90)
第十六章	妇产科急腹症	(105)
第一节	卵巢肿瘤蒂扭转	(105)
第二节	妊娠合并卵巢肿瘤破裂	(107)
第三节	妊娠子宫扭转	(109)
第四节	子宫肌瘤红色性变	(110)
第十七章	外科急腹症	(113)
第一节	急性阑尾炎	(113)
第二节	急性胆囊炎	(116)
第三节	急性化脓性胆管炎	(118)
第四节	胆道蛔虫病	(118)
第五节	急性胰腺炎	(119)
第六节	上消化道出血	(122)
第七节	肠梗阻	(124)
第八节	消化道穿孔	(126)
第六篇	孕产期严重内科合并症	(128)
第十八章	心力衰竭	(128)
第一节	慢性心力衰竭	(128)
第二节	急性心力衰竭	(133)
第十九章	呼吸困难	(139)
第一节	支气管哮喘	(139)
第二节	肺血栓栓塞	(142)
第二十章	急性肾功能衰竭	(146)
第二十一章	黄疸	(150)
第一节	孕产期的肝脏生理	(150)
第二节	妊娠期特发的黄疸及处理原则	(150)
第三节	妊娠期并发急性肝病及处理原则	(153)

第四节	妊娠合并慢性肝病	(155)
第五节	妊娠合并重型肝炎	(156)
第二十二章	甲状腺危象	(159)
第一节	甲状腺功能亢进症	(159)
第二节	甲状腺危象	(161)
第二十三章	糖尿病急性代谢紊乱	(163)
第一节	糖尿病诊断与分型	(163)
第二节	糖尿病急性代谢紊乱	(166)
第二十四章	昏迷	(171)
第一节	概述	(171)
第二节	脑血管意外	(173)
第二十五章	抽搐	(179)
第七篇	孕产期感染	(184)
第二十六章	孕期感染	(184)
第一节	急性阴道炎	(184)
第二节	淋病	(186)
第三节	尖锐湿疣	(187)
第四节	急性绒毛膜羊膜炎	(188)
第二十七章	产褥期感染	(191)
第一节	急性生殖道感染	(191)
第二节	伤口感染	(196)
第三节	剖宫产术后子宫切口裂开	(197)
第二十八章	急性泌尿道感染	(200)
第八篇	特殊胎先露异常、多胎妊娠、胎儿畸形及产科手术意外	(203)
第二十九章	特殊胎先露异常	(203)
第一节	忽略性横产式(肩胛先露)	(203)
第二节	肩难产	(205)
第三节	头先露难产	(207)
第四节	臀先露合并胎膜早破	(211)
第三十章	多胎妊娠并发症及其处理	(213)
第三十一章	胎儿畸形	(216)
第三十二章	产科手术意外	(218)
第一节	臀助产术意外	(218)
第二节	产钳术失败	(224)
第三节	胎头吸引术意外	(228)
第四节	剖宫产术中意外	(231)
第九篇	生殖道软组织损伤	(239)
第三十三章	会阴、阴道裂伤	(239)
第三十四章	宫颈裂伤	(243)

第三十五章 尿道和膀胱损伤·····	(245)
第三十六章 子宫损伤·····	(247)
第一节 子宫破裂·····	(247)
第二节 子宫穿孔·····	(252)
第三节 急性子宫内翻·····	(252)
第三十七章 产道血肿·····	(256)
第十篇 胎儿及新生儿急症 ·····	(259)
第三十八章 胎儿窘迫·····	(259)
第三十九章 脐带脱垂·····	(272)
第四十章 新生儿窒息与复苏·····	(277)
第十一篇 孕产期外伤 ·····	(287)
第四十一章 外伤对妊娠生理的影响·····	(287)
第一节 孕产期外伤的特点·····	(287)
第二节 外伤对重要系统功能的影响·····	(288)
第四十二章 外伤对母儿的影响及其处理·····	(290)
第一节 外伤对母儿的影响·····	(290)
第二节 孕产期外伤的处理原则·····	(292)
第四十三章 不同部位外伤的处理·····	(294)
第一节 颅脑外伤·····	(294)
第二节 胸部外伤·····	(295)
第三节 腹部外伤·····	(295)
第四节 骨盆骨折·····	(296)
第十二篇 产科急症用药 ·····	(298)
第四十四章 产科用药特点·····	(298)
第四十五章 孕期常用急症药物·····	(300)
第四十六章 药物致畸作用和新生儿影响·····	(305)
第十三篇 产科急症麻醉 ·····	(309)
第四十七章 妊娠期母体生理变化及对麻醉的反应·····	(309)
第四十八章 麻醉药对母体与胎儿的影响·····	(312)
第四十九章 产科手术的麻醉·····	(315)
第五十章 分娩镇痛·····	(318)
第五十一章 高危妊娠麻醉处理·····	(320)

第一篇 总 论

第一章 我国产科急症概况

第一节 产科急症的涵义

产科急症是指产科范围内突然发生的、严重威胁孕产妇及胎婴儿生命的急性病症。它包括孕产妇出血、休克、妊娠合并症、孕产期感染性疾病、特殊胎先露异常、胎儿畸形、产科手术意外、生殖道软组织损伤、孕产期外伤、胎儿及新生儿急症。

虽然绝大多数的妊娠按自然规律顺利分娩，但不可忽视在妊娠期、分娩期及产褥期都会突然发生一些紧急情况，因而产科工作者首先应作好对每一例孕产妇的管理与监护。从妊娠早期即应作出高危评分：包括高危病理因素及社会因素，前者又分为慢性危险因素，一般可在产前检查时确定，急性危险因素，常在妊娠晚期或临产时才突然发生。社会因素如居住地离产院较远，经济困难及文化水平低等。对筛选出的高危孕妇应作好特殊监护。一般孕产妇也应定期作好产前保健，及时发现异常，如妊娠期阴道出血、妊娠高血压综合征、胎位异常、胎盘功能急剧下降、胎动异常等。特别在分娩期孕妇及胎儿皆可能在瞬间发生意外，应特别警惕，仔细观察母儿发生异常的倾向，如产力异常中产程停滞或产程过速，忽略性肩先露、肩难产、胎头位置异常、相对头盆不称致先露梗阻、子宫破裂、子宫内翻、产后大出血等；产科手术中亦常有意外情况，如臀助产术意外中常是后出胎头嵌顿、产钳术、胎头吸引术等；剖宫产术中意外亦时有发生，另外还有胎儿窘迫及新生儿窒息等。重视高危孕产妇及高危胎、婴儿管理及监护，特别是妊娠期及分娩期，应尽早发现异常，及时诊断并紧急处理，作好抢救工作。

第二节 产科急症的种类及发生率

随着国民经济的发展和人民群众物质、文化水平的不断提高，产科急症的临床类型也有所变化。我院 1955、1965、1975、1985、1995 年主要产科急症的病种变化情况如表 1-1 所示。

表 1-1 华西医科大学 1955~1995 年间产科急症类型的变化

	1955 年		1965 年		1975 年		1985 年		1995 年	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
产科病人总数	1238		1408		1278		1555		2474	
失血性休克	13	1.05	28	1.99	17	1.33	3	0.19	3	0.12
感染性休克	14	1.13	1	0.07	2	0.56	1	0.06	0	
过敏性休克	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.06	0	
妊娠期 流产	76	6.14	165	11.72	34	2.66	21	1.35	24	0.98
妊娠出 葡萄胎	13	1.05	67	4.76	30	2.35	12	0.96	12	0.49
早血 宫外孕	31	2.50	26	1.85	20	1.56	26	1.67	198	8.10
妊娠期 前置胎盘	28	2.26	46	3.27	17	1.33	57	3.67	63	2.55
妊娠出 晚血 胎盘早剥	6	0.48	18	1.28	3	2.35	7	0.45	6	0.24
产后出血	35	2.82	47	3.34	35	2.74	34	2.19	28	1.13
晚期产后出血	7	0.56	3	0.21	2	0.56	1	0.06	12	0.49
子宫破裂	3	0.24	5	0.36	5	0.39	0	0.00	0	
妊娠 先兆子痫	64	5.17	41	2.91	31	2.43	28	1.80	20	0.81
妊娠 高征 子痫	3	0.24	5	0.36	5	0.39	3	0.51	1	0.04
严重妊娠合并症 (心脏、肝脏疾病)	44	3.55	53	3.76	23	1.80	53	3.40	78	3.15
胎异 肩先露	12	0.97	13	0.92	12	0.93	3	0.19	3	0.12
先露常 臀先露	43	3.47	75	5.32	71	5.56	83	5.34	85	3.44
胎儿窘迫	89	7.19	86	6.11	84	6.57	86	5.53	118	4.77
合 计	481	38.85	679	48.22	391	30.59	424	27.27	651	26.31

近年来, 由于人工流产及引产增多, 前置胎盘及宫外孕的发生率有所增加, 失血性及感染性休克、横产式、先兆子痫等有明显下降, 在城市已很少发生。然而, 严重妊娠合并症、臀先露、胎儿窘迫等仍是较多见的病种。此外, 由于诊治水平提高, 羊水栓塞, 仰卧位低血压所致休克比过去有较多发现。根据围产儿死亡原因分析, 缺氧是首要因素。因此, 防治胎儿窘迫成为产科急症中的突出问题。

第三节 我国产科急症的特点

建国近 50 年来, 在党和政府的关怀下, 我国的妇幼保健事业得到了不断发展, 使孕产妇及胎、婴儿受到保护。全国孕产妇死亡率已从解放前 1500/10 万以上, 下降到目前的 61.9/10 万。婴儿死亡率由解放前的 200‰以上, 下降到目前的 36.4‰。受到全世界, 特别是第三世界的关注。但由于我国地域辽阔, 人口众多, 各地区之间的发展极不平衡。广大农村, 尤其是边远山区, 地广人稀、交通困难, 未能作好产前保健, 接产技术及条件均很差。再者孕产妇及家属文化水平低, 对孕产妇保健认识不足, 导致妊娠后就诊晚, 或不按要求就诊, 从而增加了本来可以避免的产科急症和重型急症。全国老、少、边、穷地区孕产妇死亡率及围产儿死亡率仍无明显改善。

据卫生部通报, 1995 年全国监测地区、城市、农村孕产妇死亡率 61.9/10 万, 其中城市为 39.2/10 万, 农村为 76.0/10 万。孕产妇死因顺位是: 产科出血、妊高征、羊水栓塞、

心脏病、肝病及产褥感染。无论城市或农村产科出血都占第一位，产科出血占全部死因构成的 24.5/10 万 (45.3%)，其中城市 9.6/10 万 (31.3%) 农村 76.0/10 万 (49.9%)、农村孕产妇死亡，产科出血占一半 (表 1-2)。

表 1-2 1995 年全国监测地区城市、农村孕产妇死亡情况

	总 计			城 市			农 村		
	位次	死亡率 (/10 万)	构成 (%)	位次	死亡率 (/10 万)	构成 (%)	位次	死亡率 (/10 万)	构成 (%)
总 计		61.9	100.0		39.2	100.0		76.0	100.0
其中：产科出血	1	24.5	45.3	1	9.6	31.3	1	35.6	49.9
妊 高 征	2	7.7	14.2	2	5.1	16.8	2	9.6	13.4
羊水栓塞	3	4.8	8.8	3	4.2	13.9	4	5.1	7.2
心 脏 病	4	4.4	8.1	4	2.9	9.5	3	5.5	7.6
肝 病	5	2.1	3.9	6	0.4	1.5	5	3.3	4.6
产褥感染	6	1.6	3.0	5	0.9	2.9	6	2.2	3.0

影响孕产妇死亡的因素是多方面的，多层次的。其所在环境和个人条件的优劣决定着死亡的相对危险度，农村孕产妇死亡率明显高于城市，山区明显高于平原。家庭人均收入越低，孕产妇死亡率越高，孕产妇文化水平越低，死亡率也越高。按世界卫生组织要求，90 年代要将现在的孕产妇死亡率降低一半。我国 1989 ~ 1995 年监测地区城市、农村孕产妇死亡率见表 1-3。全国孕产妇死亡由 1989 年 94.7/10 万，下降到 1995 年 61.9/10 万，下降 45%，接近一半。

表 1-3 1989 ~ 1995 年监测地区城市、农村孕产妇死亡率 (1/10 万)

	全国	城市	农村
1989	94.7	49.9	114.9
1990	88.9	45.9	112.5
1991	80.0	46.3	100.0
1992	76.5	42.7	97.9
1993	67.3	38.5	85.1
1994	64.8	44.1	77.5
1995	61.9	39.2	76.0

补充资料：解放前孕产妇死亡率为 150/万。

各国经验证明，80% 以上的孕产妇死亡，在适当的保健及处理下是可以避免的。我国围产保健工作尚待不断完善，特别是社会因素的改善。随着国民经济、文化水平的不断提高，交通条件的逐步改善，以及孕产妇和家属对产科急症的认识和重视，我们相信，对产科急症将会作到防患于未然，如果已经发生，必将尽早发现，并得到及时、妥善地处理。

第二章 产科急症的常见症状及急救处理

产科急症应加强预防措施，认真作好监护，才能防患于未然。应重视临床常见症状及体征的早期表现，密切注视每一个微小的变化，跟踪追查，工作做到既及时又细致，不但要正确掌握常见急症的诊断与抢救，还必须加强各个部门之间的协作与会诊，仔细分析研究症状出现的原因，属于何种疾病，并结合相关症状与体征，以及必要的辅助检查，尽早明确诊断及作出鉴别诊断，做到正确而及时的处理。本章仅概略叙述产科急症常见症状，如休克、出血、腹痛、抽搐、昏迷、呼吸困难、难产及胎儿窘迫等。对各种症状及其相关疾病的诊断及处理，将在本书各篇章中详细描述。

一、休克

有人认为产科休克专指羊水栓塞及仰卧位低血压综合征，但更多的人认为产科休克是包括失血性休克、创伤性休克、感染性休克、羊水栓塞、仰卧位低血压综合征及产后血管舒缩性虚脱在内的一组临床症候群。其中以失血性及创伤性休克最常见。一项全国性调查结果表明，产科出血致死占我国孕产妇死亡率的49.1%，其中多数失血性休克是第三产程处理不当所致。胎盘滞留和子宫收缩乏力是造成产科出血的主要原因，其中绝大部分是可以避免的。妊娠晚期出血多为前置胎盘及胎盘早剥所致。

创伤性休克常见于子宫破裂、软产道损伤及粗暴手术等。通常临床上对大出血和严重创伤容易发现并得到及时抢救，而对小量持续出血或不明显的创伤则易忽视，且对失血量估计常常偏少，甚至仅达实际失血量的一半，以致延误处理。

感染性休克常见于感染性流产、严重的产前、产时及产褥感染、妊娠中期引产感染等，特别是革兰阴性杆菌感染，其休克发生率更高。

羊水栓塞所致的休克主要是由于羊水从胎膜的破口经宫颈内膜静脉或通过胎盘边缘静脉窦等开放的子宫血窦进入母体循环，引起类似过敏反应的一系列症状和体征，常常是发病急骤、病情发展快，其主要症状是突然出现呼吸困难、胸闷、紫绀、血压下降，迅速进入休克与昏迷，休克后不久可出现出血和血液不凝现象。若救治不及时，常可危及产妇生命，病情较轻、抢救及时，则可以治愈。

仰卧位低血压综合征，即在妊娠晚期，孕妇仰卧时，巨大的子宫压迫下腔静脉，使回心血量骤减而突然产生的脉搏加快、血压下降等休克症状，以及因胎盘血流量骤减而出现的胎儿窘迫。若能及时改为侧卧，可转危为安。

血管舒缩性虚脱是指产妇于产后数分钟内突然发生的休克或严重虚脱。多见于严重的妊高征。因该类患者处于低血容量状态，加之长期限制钠盐、服用利尿剂、大量解痉剂，以及产后腹压突然减低，腹腔及内脏淤血，回心血量骤减引起周围循环衰竭。

产科休克的特点是发病急骤，血压迅速下降，短时间内进入抑制状态。由于妊娠时血液内的高凝状态，易发生弥散性血管内凝血，进一步加重出血及休克。其紧急处理原则为：让产妇平卧或侧卧、安静、保暖、给氧、适量镇静剂、补充血容量、应用血管活性药物、纠正酸中毒、防止心、肾衰竭等。此外，若为失血性休克，还应迅速止血；若为感染性休克，应

选用最敏感且足量的抗生素，控制感染，清除原发病灶。对羊水栓塞所致休克，应首先解除呼吸困难，加压给氧，必要时气管插管，使用解痉剂以解除肺动脉高压，使用肾上腺皮质激素以抗过敏。根据病情轻重给予相应处理。

二、出血

妊娠早期阴道出血，若出血量不多，是先兆流产的征象。出血量超过月经量，且有阵发性腹痛时，应考虑难免流产。若胚胎排出，而全部或部分胎盘组织仍残留宫腔内则为不全流产。不全流产常致大量出血，及时行宫腔清除手术是惟一的止血方法。若为断续少量出血伴反复大量出血，并有葡萄状物混杂其间则为葡萄胎。该类患者有时出血积聚在子宫腔内或为隐性出血而使子宫迅速长大。少数恶性葡萄胎可穿破子宫引起腹腔内出血。

妊娠晚期出血主要原因为前置胎盘及胎盘早剥，其次，为胎盘边缘血窦破裂，子宫颈的局部病变如妊娠合并子宫颈粘膜下肌瘤、宫颈息肉、宫颈癌及阴道、外阴静脉曲张破裂等亦可引起出血。前置胎盘往往是无诱因、无痛性的反复阴道流血，常发生在不知不觉中，流血量多少不一。初次流血量较少，但在量多或反复出血时能造成严重失血，一次性大出血可立即引起休克。患者突然发生腹部持续性疼痛，伴有或不伴有阴道出血，尤其伴发严重妊高征、高血压、肾病等血管病变，或腹部创伤如摔倒、性生活或宫内压突然降低也可致胎盘早剥，此时应尽快明确诊断。B型超声检查可清楚显示胎盘位置及宫腔内容物，借以判断胎盘附着位置及其剥离面积，鉴别是前置胎盘或系胎盘早剥。宫颈局部病变，窥阴检查即可诊断。紧急的处理办法是在抢救休克的同时积极制止出血，除阴道及宫颈病变外，惟有胎儿迅速娩出，清除宫腔内容物方能达到止血目的。若为阴道及宫颈病变，产后根据情况再作进一步处理。

产后突然发生大量出血或少量的持续出血都较严重，特别是产前已有反复出血或贫血者更易发生休克。此时，应首先排除胎盘残留、产道损伤或凝血机能不全，然后，再考虑是否为子宫收缩不良。从腹壁按摩子宫，给予促子宫收缩药物，如麦角新碱、催产素、前列腺素(PGF₂α)等多能止血。必要时，可采用双手压子宫或腹主动脉或大长纱条填塞宫腔及阴道后穹窿，急转至有条件的医院作进一步处理。根据病情作子宫动脉结扎、髂内动脉结扎或子宫切除术。若胎盘未排出而大量出血，应在抢救休克的同时，徒手剥取胎盘，以减少出血。病人处于休克状态，阴道暂时未继续流血者，应先积极抢救休克，待病情好转后方可施行胎盘剥离术。若产道损伤应立即缝合。严重产道损伤延及穹窿及子宫下段者，应剖腹探查，必要时行子宫切除术。凝血机能障碍者应针对病因进行治疗。

三、腹痛

妊娠期腹痛，首先考虑妊娠因素。妊娠早期不规则下腹痛及坠胀感，应考虑先兆流产；若下腹痛逐渐变为有规律且伴阴道流血，将成为难免难产；若持续腹痛、虚脱，并有月经过期，少量阴道出血，则异位妊娠可能性大。妊娠子宫扭转则出现持续性下腹剧痛，甚至休克。妊娠晚期严重腹痛，扪诊子宫紧张而触痛，多系胎盘早剥。询问中发现过去有剖宫产史或其他子宫手术史，畸形子宫等，则应考虑子宫破裂。子宫破裂后可因宫缩停止而腹痛暂时减轻，随之发生内出血及剧烈腹痛，甚至休克。如果疼痛发生在上腹部并有呕吐，首先考虑先兆子痫，并排除其他疾病，如胆绞痛、急性胰腺炎、消化道穿孔等。妊娠合并子宫肌瘤发生红色变性，首先出现局部疼痛、压痛、低热、白细胞数增高等，妊娠合并卵巢肿瘤者，常常在妊娠早期或产后因子宫体积的改变而致肿瘤根蒂扭转发生腹痛。常见为卵巢肿瘤及有蒂

子宫浆膜下肌瘤，突然发生扭转时，腹痛严重，且伴恶心、呕吐，有时引起休克；如扭转缓慢发生，则为阵发性疼痛逐渐加重；肿瘤坏死，将出现急性腹膜炎等一系列症状和体征。其他与妊娠无直接联系的腹痛如阑尾炎，妊娠早期与非孕时临床表现相同，体征明显，常先是上腹脐周疼痛，然后转移到右下腹；妊娠晚期由于增大的子宫将肠管向上、向外推移，故疼痛部位较高且偏后，可有腹肌紧张和反跳痛，但有部分病例症状及体征均不明显。此外，肠梗阻、胰腺炎、肾绞痛等急腹症均可发生于妊娠期。产后血栓形成所致腹内脏器循环梗塞，发生坏死，亦可出现腹痛及腹膜炎症状及体征。

妊娠期腹痛常需辅助检查，除血、尿常规检查外，B型超声，X线检查、电解质及淀粉酶测定、后穹窿穿刺等皆对明确诊断有帮助。

关于紧急手术处理，其指征为急性腹内出血，异位妊娠破裂，肝、脾破裂，妊娠伴发急性阑尾炎，内脏穿孔，卵巢肿瘤根蒂扭转，妊娠子宫扭转或破裂，绞窄性肠梗阻等。手术后除给予一般术后处理外，妊娠早、中期应用适量解痉剂，如硫酸镁、舒喘灵等抑制宫缩，以减少流产、早产的发生。妊娠晚期胎儿发育接近成熟，娩出后能存活者，为避免病情的发展，处理时可考虑终止妊娠。通常采用引产或剖宫产终止妊娠后，再行病灶处理。诊断未确定者不宜使用杜冷丁、吗啡等强镇痛剂，应严密观察。目前认为，有子宫肌瘤病史，且疑诊肌瘤红色变性者，一般支持和期待疗法可逐步缓解。

四、抽搐

妊娠所致抽搐多系妊高征最严重阶段，常见于妊娠20周至产后1周内。多见于初孕妇、羊水过多、多胎妊娠及葡萄胎等。原发性高血压病、慢性肾炎及糖尿病，常为其发病诱因。抽搐发作时先眼球固定、瞳孔放大、全身肌肉强烈抽动。继而昏迷。抽搐发作的次数，昏迷时间的长短均视病情轻重而异，轻症几分钟后清醒，重者可持续昏迷数天。多数患者抽搐发作前均有不同程度的头痛、胸闷、眼花等前驱症状，但少数仅稍感头晕，随即抽搐；有的表现为严重水肿或体重突然增加，尿量减少，尿蛋白骤增，血清转氨酶增高或胎盘功能下降等。抽搐发作过程中常易发生唇舌咬伤，坠地摔伤。昏迷时喉头分泌物引流不畅，可致吸入性肺炎。全身肌肉抽搐时引起子宫收缩，造成早产、胎盘早剥。全身脏器均受累，可产生各种并发症，如脑水肿、脑溢血、肝、肾功能衰竭、心肌损害、心力衰竭、肺水肿等。胎儿可因缺氧发生窘迫，甚至死亡。

需要与之鉴别的常见病有妊娠合并癫痫、脑炎、颅内出血及瘧病等。

妊娠合并癫痫：患者既往有癫痫发作史，抽搐始于四肢，虽强直性，继而累及全身，并呈阵挛性抽搐，除持续性癫痫患者常处于深昏迷状态外，一般患者抽搐后多立即清醒，即使有短暂昏迷或神志不清，亦能很快恢复。

脑炎：一般先有发热、头痛、颈部不适、恶心、呕吐、烦躁、谵妄、昏迷，再出现抽搐。查体可发现脑膜刺激征及病理反射，常有季节性、流行病史。

妊娠合并颅内出血：多发生于高血压及脑血管畸形所致的脑血管意外，子痫外伤也可致颅内出血。其表现随颅内出血部位及程度而异，神经系统检查可发现定位体征及病理反射，脑脊液压力增高，多呈血性脑脊液。

其他如瘧病、尿毒症、低血糖及低血钙性抽搐也应予以鉴别。

对抽搐者应保持绝对安静，避免光、声刺激，保持呼吸道通畅，专人守护，防止意外。子痫病人药物治疗可用解痉、镇静、扩容、降压药物及甘露醇、速尿、高渗葡萄糖以降低颅

内压。若分娩发作，则应尽量缩短第二产程。控制抽搐后 2~4 小时，在补足血容量，纠正水、电解质和酸碱平衡失调，了解凝血机能状况后，可考虑终止妊娠。此外，还应重视并发症如胎盘早剥，心、肾功能衰竭，脑血管意外，凝血机能障碍，胎死宫内以及产后血循环衰竭等的预防和处理。

五、昏迷

昏迷系指意识完全丧失的一种状态。妊娠期昏迷多因子痫发作或无抽搐型子痫，或妊娠合并其他较严重的疾病，波及中枢神经系统所致，如脑血管病变、严重感染、代谢性或内分泌疾患、颅内占位病变及外伤等。

诊断时应注意病史及发病特点。由妊高征引起的子痫昏迷，常有典型的妊高征病史和特殊的抽搐状态。无抽搐型子痫患者，意识丧失，呈昏迷状态，有呕吐、发绀及呼吸困难等现象，体检可见脉搏快，体温升高，并可出现黄疸。脑血管病变导致颅内出血，起病突然，伴抽搐和偏瘫，然后昏迷，有时伴有高血压病史。昏迷发展缓慢，于疾病的一定阶段后始出现昏迷者，常提示各种急、慢性感染，或代谢性疾病，如严重的败血症、肝脏疾病、糖尿病等。颅内占位病变引起的昏迷起病缓慢，常有颅内高压，出现头痛、呕吐和视乳头水肿。颅脑外伤者有外伤史，头痛明显。

体检中除应注意生命体征外，尚应观察患者的呼吸状态，瞳孔大小、形状及对光反射、眼球的位置及运动情况，有无瘫痪及异常神经反射。此外，还应作胸透、心电图、脑电图、脑超声、CT 或脑血管造影等检查。

对昏迷患者首先应保持安静和呼吸道通畅，给氧、降温或保温，置保留尿管与鼻饲管，防止褥疮和肺炎。然后，根据病情作相应处理。对于子痫引起的昏迷，治疗中应强调解痉、降低颅内压、纠正酸中毒、防止血液浓缩，更重要是选择合适时机终止妊娠。对脑血管意外的处理，应强调降低颅内压、止血、保护脑细胞、控制血压等。对代谢性疾病引起的昏迷，如糖尿病酮症酸中毒，应注意纠正脱水及代谢性酸中毒，补充电解质。肝脏疾病引起的肝昏迷应注意保肝，降低血氨浓度。对妊娠伴昏迷病人的抢救，还应强调与神经科、内科及外科医师密切配合，争取在短时间内恢复病员的意识。

六、呼吸困难

妊娠期或分娩期伴发呼吸困难，多为妊娠合并有严重的心、肺疾患。常见的原因有急性左心衰竭合并肺水肿、羊水栓塞、肺炎、肺梗塞、成人急性呼吸窘迫综合征、肺不张或支气管哮喘等，此外，亦偶见于酸中毒、瘧病或休克晚期。

诊断：根据病史，如以往有心脏病史，此次发生呼吸困难，伴有心慌、气急、发绀等症状，应多考虑为急性左心衰竭；产妇胎膜破裂后突然出现呼吸困难、发绀、呛咳、寒颤，应首先考虑羊水栓塞；如先有发热、咳痰、胸痛、然后才出现呼吸困难者，多为肺部感染；呼吸困难伴咳嗽、咯血、咯粉红色泡沫痰，当为肺水肿；肺梗塞可咯少量鲜红的泡沫痰；反复发作呼吸困难伴有哮喘史者，应考虑为支气管哮喘；呼吸困难伴意识改变，多系神经系统疾病和肺性脑病；手术后发生呼吸困难，应考虑肺不张。

体检中应注意患者的呼吸形式：吸气性呼吸困难多见于上呼吸道有阻塞或狭窄；呼气性呼吸困难是由于肺组织病变伴弹性减弱，以及小支气管痉挛、狭窄所致，常见于支气管哮喘；混合性呼吸困难常见于急性肺水肿、广泛肺实质病变、缺氧及严重贫血；浅而快的呼吸多见于肺淤血及炎症；深而慢的呼吸见于代谢性酸中毒、脑血管意外等。端坐呼吸常见于心

力衰竭、严重哮喘病人。此外，还需观察患者意识状态、有无发绀、贫血、水肿、杵状指、胸部体征、肝脾肿大、下肢静脉曲张或颈静脉怒张等。辅助检查：除血、尿常规外，尚需作血液化学检查，如血糖、电解质、二氧化碳结合力、尿素氮、肌酐、动脉血气分析与酸碱测定，以及胸部 X 线检查，心电图、超声心动图等，以明确诊断。

紧急处理：应首先给氧，保持呼吸道通畅。对急性左心衰竭合并肺水肿者，治疗中应注意使用镇静剂、强心剂、利尿剂及血管扩张剂，及时纠正心力衰竭。对羊水栓塞者，应加强抗休克、抗过敏、支持心肺功能及预防血管内凝血的治疗。肺部炎变者给予抗炎治疗，必要时应用呼吸兴奋剂，对支气管哮喘发作者，用呼吸道解痉剂、肾上腺皮质激素或少许镇静剂。其他应根据造成呼吸困难的原发病因进行处理。

七、难产及手术意外

难产是产科最常见的急症，此时产妇及胎儿多处于紧急状态，且多需行各种手术处理。盲目行事或估计不足，往往可造成严重后果和手术意外。

难产多因产力异常、骨盆异常和胎儿异常所造成，且多发生于未曾进行过产前检查者。产妇往往是产程过长、衰竭、感染、胎儿发生宫内窘迫或胎儿肢体、脐带脱出阴道等险情。

体检：产妇表现疲倦、脱水、宫缩乏力、胎膜早破、宫颈水肿、先兆子宫破裂；胎儿窘迫、肢体、脐带脱垂，甚至死亡。若为头先露，常有胎先露高浮、产瘤形成、颅骨重叠等现象；若为臀先露，多已胎膜早破、下肢或脐带脱垂，严重者整个胎体已娩出、脐带无搏动，后出胎头尚未娩出；若为横产式，往往胎手脱垂，肩胛嵌顿于盆腔，子宫形成病理缩复环，呈先兆子宫破裂征象。

诊断需经腹部检查、阴道检查、B 型超声检查、胎心监护等方能确定。

处理时必须根据产妇状况，胎先露、宫口扩张程度、先露高低、胎儿存亡、当地技术及设备条件等因素，决定是立即行剖宫产、阴道助产、碎胎等，抑或只作一些紧急处理即转院治疗。既不能延误时机，又不能草率从事。如盲目处理，往往容易发生意外，使处理更加困难和复杂化。肩胛先露者，若是足月产，必须剖宫产确保母婴安全，无剖宫产条件，宫口已开全者，可于全麻下作内倒转臀牵引术；已成忽略性横产式、脐带或胎手脱出、胎儿已死亡的，则只能在全麻下行断头术或毁胎术；凡子宫已有先兆破裂或破裂者，不论胎儿存活与否，均应行剖腹探查术；臀先露时，切忌盲目作臀牵引，否则会造成后出胎头分娩困难。臀助产中如不按臀先露分娩机转，会导致胎臂上举、胎头仰伸或转成骶后位，胎头将以枕后位进入盆腔，致使后出胎头娩出困难。如此将会造成胎儿严重损伤，甚至死亡。

头先露难产选择产钳术或胎头吸引术时，应认真检查头盆是否相称、先露高低、胎儿缺氧程度等，否则将造成助产失败，致使胎儿损伤或严重窒息，还会导致产妇软产道损伤，严重出血，如阴道裂伤、子宫颈撕裂、先兆子宫破裂或子宫破裂等。头先露难产选择剖宫产术时，当胎头深嵌于骨盆腔内发生取头困难时，若手法不当或强行娩出胎头，则易造成子宫切口撕伤，酿成术中大出血。为了避免上述严重并发症的发生，在任何情况下，都不应忽略对病史的了解和详细的检查。只有在充分估计产妇和胎儿的全面情况后，选择最合适的处理方案，才能最大限度地保证母婴的安全。

八、胎儿窘迫

胎儿窘迫系指胎儿在宫内由缺氧而引起的以呼吸循环功能不全为主的一系列的病理生理改变。其主要临床表现为胎心异常、羊水量减少并感染、胎动减弱或消失、胎儿肌张力下

降，甚至消失。缺氧导致代谢紊乱和酸中毒，严重者可在短时间内引起胎儿死于宫内或遗留下中枢神经系统后遗症。

急性胎儿窘迫主要发生在分娩期，常因母体缺氧，母、胎间循环障碍，即胎盘、脐带循环受阻及胎儿心血管系统功能障碍等所引起。更常见的则是胎儿在孕期因母体患妊高征、心血管疾病及/或过期妊娠等所致的慢性缺氧，使其对分娩期严重缺氧的耐受性减低。其临床表现首先是无氧代谢使胎儿体内乳酸聚积，血液 pH 值下降，酸中毒，引起胎心率异常；由于胎儿对缺氧的最后挣扎，胎动突然异常增多；缺氧引起迷走神经兴奋，肠蠕动亢进，肛门括约肌松弛，使胎粪排入羊水中；胎儿缺血低氧时，循环系统进行血液再分布，将肺、肾血液进行分流，供血量明显减少，使毛细血管对羊水的交换量下降，肾血流量减少，致使胎尿减少而造成羊水量下降，可能造成脐带受压，导致胎儿死亡；严重缺氧时，胎儿肌张力下降，甚至消失。关键是尽早诊断胎儿窘迫程度，给以及时恰当的处理。可采用 B 型超声测胎动、胎动后胎心率改变、羊水量、胎儿呼吸、胎儿肌张力及胎盘级别等生物物理指标。胎心电子监护、胎儿心电图监测或胎心听诊 5 秒记数，作为早期发现低氧征象的手段很有价值。胎儿头皮 pH 及胎儿头皮组织 pH (tpH) 连续监护，以及连续经胎儿头皮测 PO_2 及 PCO_2 (tc PO_2 及 tc PCO_2)，还有 B 型超声多普勒诊断仪记录脐带发出的信号——脐动脉血流速波形图及羊膜镜等，均为有效的监测手段。

本病一经明确诊断即应进行紧急处理。要重视可能诱发胎儿窘迫的因素，加强监护及预防。其具体处理措施为：改变孕妇体位，给宫缩抑制剂解除脐带受压，增加胎盘通透性，从而改善胎儿缺氧情况。母体吸入高浓度的氧，可增加胎儿的氧分压。此外，给予葡萄糖及碱性药物，对于预防母体代谢性酸中毒和酮中毒状态也有价值。更应强调胎儿宫内复苏，可宫内注射碱性药物，中和胎儿体内的酸性代谢物质，一定时间后，酸碱失衡可得到纠正。根据产妇具体情况，如宫颈口扩张大小、宫缩强弱、先露高低、胎儿窘迫程度等，施行剖宫产或经阴道助产结束分娩。