

目 录

第一章 病理妊娠	1
第一节 流产	1
一、先兆流产	1
二、习惯性流产	2
三、难免流产	6
四、不全流产	6
五、完全流产	7
六、过期流产	7
七、感染性流产	7
第二节 异位妊娠	8
一、输卵管妊娠	8
二、宫颈妊娠	14
三、卵巢妊娠	15
四、腹腔妊娠	15
第三节 妊娠高血压综合征	15
第四节 前置胎盘	29
第五节 胎盘早期剥离	33
第六节 多胎妊娠	36
一、发生率及发生因素	36
二、类型及形成	36
三、诊断	37
四、处理	37
第七节 羊水过多	43
第八节 羊水过少	45
第九节 早产	47
第十节 过期妊娠	51
第十一节 胎儿宫内生长迟缓	58
第十二节 母子血型不合	65
第十三节 胎儿宫内感染	71
一、弓形体病	72
二、妊娠期巨细胞病毒感染	75
三、妊娠期风疹病毒感染	79
第十四节 死胎	83
第二章 胎儿窘迫及胎儿监护	90
第一节 胎儿窘迫	90

第二节	胎儿心率的监护	98
第三节	胎动	103
第四节	羊膜镜检查	105
第五节	胎儿镜检查	105
第六节	胎儿胎盘功能的监护	108
第七节	胎儿成熟度的检查	115
第八节	甲胎蛋白测定	117
第三章	分娩异常	132
第一节	产力异常	132
一、	子宫收缩乏力	132
二、	子宫收缩过强与病理性收缩环	135
三、	子宫收缩不协调	136
第二节	产道异常	137
一、	骨产道异常	137
二、	软产道异常	142
第三节	胎儿异常	145
一、	胎位异常	145
二、	胎儿发育异常	156
第四章	产后出血	161
第五章	羊水栓塞、产科休克及弥散性血管内凝血	168
第一节	羊水栓塞	168
第二节	产科休克	171
一、	低血容量性休克	171
二、	感染中毒性休克	174
第三节	产科弥散性血管内凝血	177
第六章	软产道损伤与子宫内翻	182
第一节	软产道损伤	182
一、	宫颈裂伤	182
二、	会阴、阴道裂伤	183
第二节	子宫内翻	183
第七章	产褥感染	186
第八章	妊娠合并症	192
第一节	妊娠合并心脏病	192
一、	妊娠时心脏血管方面的变化	192
二、	分娩期心脏血管方面的变化	193
三、	产褥期心脏血管方面的变化	193
四、	妊娠妇女患心脏疾病的临床评价	193
五、	妊娠期常见的心脏病	194
六、	妊娠期各种心脏情况的处理	197

第二节 血液病	208
一、缺铁性贫血	209
二、巨幼细胞性贫血	212
三、再生障碍性贫血	214
四、血红蛋白病	217
五、原发性血小板减少性紫癜	220
六、白血病	223
第三节 呼吸系统疾病	227
一、肺炎	227
二、妊娠合并支气管哮喘	232
三、肺结核	236
第四节 消化系统疾病	239
一、病毒性肝炎	239
二、妊娠期消化性溃疡	242
三、急性胃炎	245
四、妊娠期肝内胆汁郁积症	248
第五节 泌尿系统疾病	250
一、妊娠合并尿路感染	250
二、妊娠合并慢性肾炎	253
三、妊娠期急性肾功能衰竭	255
第六节 内分泌疾病	261
一、糖尿病	261
二、妊娠合并甲状腺功能亢进	270
三、皮质醇增多症	274
四、慢性肾上腺皮质功能减退症	277
五、嗜铬细胞瘤	278
六、脑垂体前叶功能减退症	281
第七节 妊娠合并系统性红斑狼疮	283
第八节 妊娠合并生殖系统疾病	292
一、妊娠合并子宫肌瘤	292
二、妊娠合并子宫颈癌	295
三、卵巢肿瘤	298
四、妊娠滋养细胞疾病	302
五、生殖道畸形	309
第九章 妊娠与性传播疾病	317
第一节 妊娠与梅毒	317
第二节 妊娠与淋病	322
第三节 妊娠与非淋菌性尿道炎	325
第四节 妊娠与尖锐湿疣	326
第五节 妊娠与艾滋病	330

第十章 妊娠期急腹症	336
第一节 急性阑尾炎	336
第二节 消化性溃疡急性穿孔	340
第三节 急性胆囊炎和胆石症	342
第四节 急性胰腺炎	345
第五节 急性肠梗阻	349
第六节 急性腹膜炎	354
一、原发性腹膜炎	354
二、继发性腹膜炎	356
第七节 妊娠子宫扭转	358
第八节 子宫破裂	359
一、分娩期子宫破裂	359
二、妊娠期子宫破裂	361
第十一章 遗传性疾病产前诊断	364
第一节 羊水细胞培养检查染色体	364
第二节 孕早期利用绒毛组织进行产前诊断	365
第三节 遗传病的产前基因诊断方法	366
第四节 其他产前诊断方法	366
第十二章 产科镇痛与麻醉	369
第一节 有关分娩疼痛的基本知识	369
第二节 产科镇痛的方法	369
第十三章 妊娠及授乳妇女的临床用药	375
第一节 妊娠妇女的临床用药	375
第二节 孕妇用药对胎儿的影响	379
第三节 妊娠后期及临产时用药对婴儿的影响	384
第四节 授乳妇女用药对乳婴的影响	388
第十四章 乳腺疾病	392
第一节 乳腺囊性增生病	393
第二节 乳腺癌	394
第三节 乳腺炎症性疾病	400
一、乳头炎	400
二、乳晕炎	400
三、急性乳腺炎 (acute mastitis)	401
第十五章 超声在产科的应用	404
第一节 正常妊娠	405
一、胚胎学概要	405
二、早期妊娠	405
三、中晚期妊娠	406
第二节 异常妊娠	411

一、前置胎盘	411
二、胎盘早期剥离	412
三、羊水量异常	412
四、多胎妊娠	412
五、中晚期胎死宫内(死胎)	413
第三节 胎儿畸形	413
一、胎儿水肿	414
二、无脑儿	414
三、脑积水	415
四、脊柱裂	416
五、脑脊膜膨出	416
六、脑膨出	417
七、胎儿头颈部肿块	418
八、先天性肺腺瘤样囊肿	418
九、脐膨出和内脏外翻	418
十、先天性肠闭锁	420
十一、泌尿生殖道畸形	420
十二、胎儿腹腔内占位性病变	421
十三、先天性心脏缺陷和某些心脏疾患	422
十四、其他畸形	422
第四节 介入性超声在产科的应用	423
第五节 超声多普勒在产科的应用	427
第十六章 手术产	436
第一节 剖宫产术	436
第二节 胎头吸引术	446
第三节 产钳术	448
第四节 倒转术	451
第五节 臀位牵引术	454
第六节 毁胎术	458
第七节 徒手剥离胎盘术	462
第八节 宫腔填塞法	463
第九节 会阴切开缝合术	464

第一章 病理妊娠

第一节 流 产

流产 (abortion) 是指妊娠不满 28 周终止者, 发生在妊娠 12 周前称早期流产; 发生在 12 周以后者称晚期流产。自然流产的发生率为 10%~20%, 多为早期流产。

流产原因: 有染色体异常所致孕卵或胚胎发育异常, 母体内分泌功能失调、子宫病变、全身性疾病, 手术创伤, 母儿血型不合, 免疫因素及外界环境因素等。

主要症状: 阴道流血及腹痛, 根据流产的发展过程及临床表现可分为先兆流产、习惯性流产、难免流产、不全流产、完全流产、过期流产及感染流产。

一、先兆流产

(一) 早期先兆流产

【病因】

大部分 (50%~80%) 的早期流产原因是孕卵或胚胎发育异常, 可因卵子或精子染色体异常或由外界因素致胚胎染色体畸变而引起。

【临床表现】

(1) 早期妊娠出现流产征兆, 停经后少量阴道流血, 偶有下腹隐痛及腰酸痛, 早孕反应仍存在。

(2) 妇科检查: 宫口未开, 宫体大小与停经时间相符。

(3) B 超检查: 子宫大小符合孕龄, 宫腔有球形胚囊。停经 7~8 周可见胎心跳动。10 周以上 100% 看到胎心搏动, 并初具人形。

(4) 绒毛膜促性腺激素 (HCG): 于孕卵种植后 8~9 天尿或血可测得, 正常在停经 33 天时尿 HCG 应 $> 312 \text{ IU/L}$, 停经 40 天 $> 2500 \text{ IU/L}$, 60~90 天为高峰期, 可达 8~32 万 IU/L , 随后逐渐下降。如早期 HCG 处于低水平或有下降趋势, 提示有流产倾向。

(5) 人胎盘泌乳素 (HPL) 测定: 孕妇血中 HPL 的生理水平可作为胎盘功能的标志, 妊娠 6~7 周正常为 0.02 mg/L , 8~9 周 0.04 mg/L , 低于正常水平时是早期流产的先兆。

【处理】

先兆流产不是由于孕卵或胚胎异常引起可作保胎治疗。但治疗前须作 B 超检查, HCG 测定, 以判断胚胎是否存活。

(1) 卧床休息, 禁止性生活, 尽量减少不必要的阴道检查。

(2) 药物治疗: 可用一般镇静剂, 如鲁米那 0.06 g , 每日 3 次。维生素 E 50 mg , 每日 3 次; 叶酸 5 mg , 每日 3 次口服, 有利于孕卵发育。

(3) 黄体酮应用：适用于黄体功能不全者，剂量为 20mg 肌肉注射，每日 1 次。流血停止后可改为隔日 1 次，逐渐停止使用。对于非黄体功能不全所致流产，黄体酮无治疗作用，且影响已死亡的胚胎排出而形成过期流产。

(4) HCG 1000 IU 肌肉注射，每天 1 次，流血停止后可改为每 2~3 天 1 次，逐渐减量，或使用至停经 3 个月。

(5) 甲状腺功能低下者可口服甲状腺素 30~60mg，每日 1~2 次。

(6) 中药辨证施治。

(7) 给予精神安慰，解除顾虑。

(8) 进食营养丰富、易消化食物。

(9) 定期 B 超及尿 HCG 检测，监测胚胎是否继续发育，如发现胎儿死亡，及时清宫。

(二) 晚期先兆流产

晚期先兆流产是指妊娠 12 周至不足 28 周出现流产先兆，少量阴道流血伴下腹隐痛，胎动存在，宫口未开，子宫大小与停经月份相符。

【病因】

常见有子宫畸形、宫颈功能不全、合并内外科疾病、羊水过多、绒毛膜羊膜炎、外伤、吸烟、酗酒等。

【预防】

(1) 孕前及早期诊治合并症，如高血压、糖尿病、贫血、甲亢等。

(2) 有反复自然流产或早产史者行子宫碘油造影，发现发育有异常，如双角子宫可作子宫整形术。

(3) 宫颈功能不全，于妊娠 14~16 周行宫颈内口环扎术。

(4) 如有泌尿生殖道感染者于孕前及时治疗。

(5) 避免吸烟、过量饮酒、性生活及外伤。

【处理】

(1) 卧床休息。

(2) 25% 硫酸镁 10ml + 10% 葡萄糖溶液 20ml 静脉推注，继之以 25% 硫酸镁 40~60ml + 5% 葡萄糖 1000ml 约每小时 1 克硫酸镁速度静脉滴注，维持血镁浓度。使用时需监测膝反射、呼吸及尿量。

(3) 使用 β -受体兴奋剂：常用硫酸舒喘灵 2.4~4.8mg，每天 4 次口服。

(4) 可用前列腺素抑制剂：可用消炎痛 25mg，每天 3 次口服，或阿斯匹林 0.5~1g，每天 3 次口服。

(5) 治疗过程中严密观察胎动、胎心、阴道流血或流液等情况，定期作 B 超复查。

二、习惯性流产

自然流产连续 3 次或 3 次以上称习惯性流产。同一个患者多次流产的病因常常是相同的。但习惯性流产的病因十分复杂，有遗传性、内分泌性、子宫性、感染性及免疫性等多种。

（一）遗传因素

早期习惯性流产有 50%~60% 是夫妇染色体异常，有些双方表型及染色体核型均正常，只是在妊娠过程中受某些因素如 x 线、化学试剂、药物、病毒等影响导致胎儿染色体断裂、缺失、环形或易位等结构变化使其发育终止而流产。若再妊娠尤其早期应避免再遭受同样不良因素的影响。

（二）内分泌因素

【病因】

以黄体功能缺陷为多见，占习惯性流产的 23%~40%。由于孕酮分泌不足，通过 3 种机制造成流产。

(1) 子宫内膜分泌状态不佳，妊娠后子宫蜕膜发育不良，影响了受精卵的正常着床和发育。

(2) 如孕酮分泌不足，内源性催产素，前列腺素作用可刺激子宫收缩，排出胚胎。

(3) 孕酮可作为非特异性免疫抑制物，抑制母体的免疫反应，使胎儿免遭母体排斥。当孕酮分泌不足时胎儿易受到母体免疫系统排斥。

(4) 甲状腺功能低下或甲亢、糖尿病患者亦可导致流产。

【诊断】

(1) 基础体温 (basal body temperature, BBT)：有双相体温，但高温相 ≤ 11 天，提示黄体过早萎缩，或体温上升幅度不足 0.4°C ，提示黄体发育不良。

(2) 子宫内膜活检：在行经 6 小时内刮取子宫内膜作病程检查，了解有无分泌期改变，若分泌不良提示黄体功能不足。

(3) 尿孕二醇测定：于排卵后 6~8 天测定 24 小时尿孕二醇值如 $< 20\text{mg}$ 则提示黄体功能不足。

(4) 孕酮测定：于 BBT 升高后第 4、6、8 天，各抽血 1 次，取其 3 次平均值，如 $< 48\text{mmol/L}$ 为异常。或自妊娠后即开始测定，可发现低于正常。由于妊娠血清孕激素水平个体差异较大即使同一患者在不同时间测定也有较大波动。因为单次测定很难决定是否属孕激素过低，应每周测 2 次，在同一时间抽血，同一时间检测，以防有误差。

(5) 怀疑有甲状腺疾病或糖尿病，应测定血清 T_3 、 T_4 、TSH。空腹血糖及糖耐量试验。

【处理】

(1) 克罗米芬 + HCG：于月经第 3 天开始，克罗米芬 50~100mg，每日 1 次，口服，连用 5 天。再于月经周期第 14 天及第 19 天各加用 HCG 5000 IU，肌注。

(2) 孕激素治疗：补充黄体功能不足，对有受孕可能者，自 BBT 升高第 10 天开始，给予黄体酮替代治疗，20mg，隔天 1 次，肌肉注射。经查尿 HCG 阳性后改为每周 2 次，直至妊娠 12 周。

(3) HCG 治疗：HCG 有延长和提高黄体功能的作用，当尿 HCG 阳性后，可肌注 HCG 3000 IU，隔日 1 次，视病情而逐渐延长间隔时间，至妊娠 12 周。

(4) 甲状腺功能低下合并黄体功能不足者，可补充甲状腺素 30mg，每日 2~3 次，口服。

(5) B超监测：了解孕囊及胚胎情况，发现孕卵枯萎或胎心消失，应即停药。

(三) 子宫因素

【分类】

(1) 先天性子宫发育异常：如子宫纵隔、双子宫、单角或双角子宫等。

(2) 宫腔粘连：可因多次人工流产过度刮宫或宫腔内有妊娠物滞留、产褥期宫腔手术引起损伤或感染导致宫腔粘连。

(3) 子宫肌瘤：粘膜下子宫肌瘤致宫腔变形，内膜环境不良或机械性梗阻不利胚胎发育而致流产。

(4) 宫颈机能不全：少数因先天发育不良、多由于分娩时宫颈裂伤所致。刮宫或人流过度扩张宫口，损伤宫颈软组织或宫颈锥形切除后均可导致宫颈机能不全。

【诊断】

上述各种类型的子宫病变均可通过子宫输卵管碘油造影、宫腔镜、腹腔镜及B超检查协助诊断。宫颈功能不全的诊断在非孕期宫内口可顺利通过8号海格氏扩张器。

【治疗】

(1) 子宫发育异常：可经腹部行子宫整形术进行矫治。宫腔镜下行纵隔切除术。

(2) 宫腔粘连：在宫腔镜下分离粘连，放入宫内节育器，同时给予抗菌素及雌孕激素作人工周期，月经正常后取出宫内节育器。

(3) 子宫肌瘤：行肌瘤剔除术，术中操作轻柔，缝合细致，层次对合整齐，术后按肌瘤大小及生长部位决定避孕时间。

(4) 宫颈功能不全：于妊娠13~16周或既往流产期限前2~3周行宫颈环扎术，术后卧床休息，禁止性生活及负重，也可给予硫酸镁或舒喘灵抑制子宫收缩。

(四) 感染因素

流产与孕前及孕期微生物感染有关，可引起流产的病源体有：病毒（有风疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒等）、弓形体、支原体等。

【感染途径】

病毒感染主要由呼吸道、性接触、输血、人工授精等；弓形体感染途径是由于进食了含有弓形体的未煮熟的肉或猫狗粪便污染的食物。上述病原微生物可经胎盘及产道垂直传播进入胎儿体内。

【诊断】

(1) 病毒感染：用血清学方法进行检测，应在孕早期检查以便发现易感者。目前多用酶联免疫吸附法检查血清病毒IgG滴度，若异常增高及病毒IgM阳性者，提示有新近感染。

(2) 弓形体感染：从羊水、体液和淋巴结穿刺活检中分离弓形体可确诊。但较准确的是血清学检查，其中有间接血凝试验，间接荧光抗体试验，仍以酶联免疫吸附试验灵敏度高，特异性强，尤其对IgM的测定，有助于临床诊断及处理。

(3) 支原体感染：可有尿频尿痛症状，宫颈分泌物作培养或多聚酶联反应可确诊。

【治疗】

(1) 病毒感染：目前尚无满意的预防及治疗方法。可在妊娠早期进行病毒监测。如

风疹病毒、巨细胞病毒 IgG 和 IgM 测定。如 IgG 滴度异常升高或 IgM 阳性为新近感染或复发感染，有引起胎儿畸形、听力损害、智力低下等危险，应早期人工流产。

(2) 弓形体感染应在孕前进行检查及治疗。①乙胺嘧啶：25mg，每日 2 次，7 天为一疗程。隔 10 天行第二疗程，与磺胺合用能提高疗效。②磺胺嘧啶：每次 1g，每日 3~4 次，可与乙胺嘧啶同时口服。7 天为一疗程。③复方磺胺对甲氧嘧啶：每次 1g，每日 2 次，连用 10~14 天为一疗程。隔 10 天后再用一疗程。④孕期如发现有弓形体感染，可用螺旋霉素 0.4~0.6g，每日 4 次，10~14 天为一疗程。可间断重复应用 2~3 个疗程。

(3) 支原体感染可引起不孕，确诊后应及早治疗。①强力霉素：每次 200mg，每日两次，连服 14 天。②罗红霉素：每次 150mg，每日两次，连服 14 天。③美满霉素：每次 100mg，每日两次，连服 10 天。④红霉素：每次 500mg，每日 4 次，连服 14 天。⑤如已妊娠、暂不予药物治疗，妊娠晚期可服用红霉素或罗红霉素。

(五) 免疫因素

80 年代以来，随着生殖免疫学的进展，部分原因不明的习惯性流产可用免疫学因素解释，其中有组织相容性抗原、滋养细胞抗原、保护性抗体、ABO 血型抗原、抗精子抗体、自身抗体等因素可导致胚胎死亡而流产。

【检查】

- (1) 双方相容性抗原测定。
- (2) 母体抗父系淋巴细胞素抗体（淋巴细胞交叉配血）。
- (3) 女方对男方的单向混合淋巴细胞培养，并与第三者刺激抗原作比较。
- (4) 血清中混合淋巴细胞培养封闭抗体分析。
- (5) ABO 血型及抗 A 或抗 B 抗体效价测定。
- (6) 双方血清抗精子抗体测定。
- (7) 女方宫颈粘液及男方精液中抗精子抗体。
- (8) 女方抗凝抗体。
- (9) 女方抗 DNA 抗体。
- (10) 女方抗核抗体。

【治疗】

(1) 免疫治疗主要是通过输入同种异体白细胞增加相容抗原或次要组织相容抗原的不相容性，以刺激母体对相容抗原及滋养层淋巴细胞交叉反应抗原的适当免疫反应，产生保护性抗体，从而维持妊娠，保护胎儿。

(2) ABO 血型不合：已经分娩过 ABO 血型不合新生儿现又已妊娠者，可用下列方法治疗：①中药茵陈汤加减：茵陈 30g、桑寄生 15g、杜仲 12g、黄芩 10g、焦山栀 10g、川断 10g、当归 10g、白芍 10g，每日一剂孕期全程均可服用。②维生素 E：每次 50mg，每日 3 次口服。③叶酸：每次 5mg，每日 3 次口服。④维生素 B₁₂：250mg 每周 1 次肌肉注射。⑤妊娠晚期加用 10% 葡萄糖溶液 500ml + 维生素 C500mg 静脉滴注。每天吸氧 2 次，每次 30 分钟。

(3) 抗精子抗体：双方或一方抗精子凝抗体或制动抗体阳性（抗体滴度 $\geq 1:32$ ）可

用避孕套避孕半年至1年，使抗体含量减低或消失。如抗体滴度持续不降，应采用小剂量免疫制剂，如强的松5mg，每日2次，口服。

(4) 抗自身抗体：自身抗体如抗心磷脂抗体、狼疮抗凝抗体阳性者，从妊娠初期即开始使用强的松及小剂量阿斯匹林治疗。均有改善胎盘功能作用。强的松每日30~60mg口服；阿斯匹林每日75~225mg口服。

有学者认为免疫因素与习惯性流产的相互影响及其发病机理、患者的全身免疫状况如何等问题尚存在许多不同看法，治疗方法亦有很多不妥善之处，且条件及技术要求高，不易推广，不完全适合每个患者，因需多次输血，有潜在传染疾病，尤其传染艾滋病的危险，对机体的免疫防御功能及稳定性是否有远期效果亦未能确定，有待继续研究。

三、难免流产

【诊断】

难免流产意味着流产必定发生，表现为阴道出血增多或有血块，可超过月经量，下腹有阵发性剧痛。妇科检宫口开大，胎膜已破或宫口可见胚胎组织堵塞，子宫大小与停经月份相符或小于停经月份。B超检查无胎心搏动或胎动，或胚囊下移至子宫内口。

【治疗】

以及时使妊娠物完全排出为原则，并防止出血和感染。

(1) 子宫小于12周妊娠者可行吸宫术。

(2) 子宫大小超过12周妊娠者，可用催产素静脉点滴，以促进子宫收缩，排出胎儿及胎盘；子宫口已开大者，可行钳刮术。如出血不多也可试用中药：当归9g、川芎6g、红花9g、牛膝9g、车前子12g、益母草30g，煎服。

(3) 手术前后均应给予抗生素预防感染，若出血过多或休克者应立即输血、输液抢救。

(4) 清宫所得组织均需送病理检查；有感染迹象者，可作宫腔或阴道分泌物细菌培养；必要时送血培养。

四、不全流产

【诊断】

妊娠物部分排出，部分残留于宫腔，子宫收缩不良，出血不止，甚至发生严重失血性贫血或休克。

妇科检查：宫口已开张，见多量血液自宫口流出或有胎盘组织物堵塞宫口或部分组织已排出在阴道内。子宫小于停经月份，但也有因宫腔积血而子宫大小仍如停经月份。常发生于8周后的妊娠，也可借助B超协助诊断。

【治疗】

立即清宫内残留组织，出血多者应在静脉点滴催产素或输血下进行。术后给予抗菌素。

五、完全流产

完全流产是指在短时间内胎儿胎盘完全排出，阴道出血逐渐停止，腹痛随之消失。

妇科检查：宫口已闭，子宫接近正常大小，常发生于妊娠 8 周之前或妊娠 4~6 个月。此型流产一般不需特殊处理。

六、过期流产

胚胎或胎儿死亡后未及时排出，而较长期存留子宫腔内称之为过期流产。

【原因】

造成过期流产的原因尚不清楚，可能与体内内分泌水平及子宫敏感性有关，但盲目保胎亦为重要原因之一，并可导致一些并发症。

【诊断】

- (1) 曾有先兆流产症状。
- (2) 妇科检查：子宫不增大或小于停经时间，宫口闭，可有少许阴道流血。
- (3) 如发生于妊娠中期，孕妇自觉腹部无增大，胎动消失。
- (4) 借助 B 超检查可进一步确诊。

【治疗】

- (1) 确诊后及时处理，检查血常规及凝血功能，做好输血准备。
- (2) 发生于中期妊娠的过期流产，胚胎死亡后无阴道流血，且估计死亡已近 1 个月，唯恐组织机化，手术前给予己烯雌酚 5mg，每日 1 次肌肉注射，连用 3 天，提高子宫敏感性、便于手术，减少术中出血。
- (3) 停经小于 12 周者，可行扩宫和刮宫术，术中使用催产素，减少出血。由于胚胎组织可能与宫壁粘连，手术时动作应轻柔，如一次不能彻底刮净，5~7 天后可行第二次刮宫。
- (4) 如为中期妊娠胎儿死亡，可用静脉点滴小剂量催产素诱发宫缩排出宫腔内容物。若经 B 超检查宫腔内仍有一定羊水量可行羊膜腔内注射雷凡诺尔引产。也可用前列腺素 (PGF₂α) 羊膜腔外给药，效果良好。方法：消毒阴道、宫颈后用 Foley 氏导尿管经宫颈置于羊膜腔外，充盈气囊，用 PGF₂α 7.5mg + 生理盐水 20ml，首先注入 Foley 氏导尿管 3ml，以后每 30 分钟注入 1ml，直至流产成功。此药一般总量不超过 15mg，也有人将 PGF₂α 500~800μg 一次注入羊膜腔外，80% 于 24 小时内流产。

七、感染性流产

感染性流产是指流产合并生殖器感染。多发生于不全流产、手术时无菌操作不严或非法堕胎者。

【诊断】

有不全流产或人工流产的经过及感染表现。

- (1) 体温升高，脉搏增快，发冷寒战。
- (2) 下腹疼痛，盆腔检查宫颈举痛，子宫及附件有明显触压痛，严重者可并发腹膜

炎、败血症或感染性休克。

(3) 白细胞升高，核左移。

【治疗】

1. 抗菌药物 感染性流产的病原菌常不是单一的，是多种厌氧菌及需氧菌的混合感染。常见有厌氧性链球菌，需氧菌以大肠杆菌、假单胞菌为多，在细菌培养及药敏试验未明确前，选用革兰阳性菌及阴性菌和对厌氧菌及需氧菌均有效的广谱抗菌素。常用抗菌有以下几种。

(1) 每日青霉素 G480~800 万 u+庆大霉素 16 万 u~24 万 u，分别加入 5% 葡萄糖溶液静脉点滴。

(2) 每日氨苄青霉素 4~6g+灭滴灵 2g 静脉点滴。

(3) 每日头孢拉定（先锋 VI）4~6g+灭滴灵 2g 静脉点滴。

(4) 红霉素+氯霉素每日各 2g 静脉点滴（慎用）。

2. 手术治疗

(1) 刮宫术：在静脉滴注抗菌素 4~6 小时后进行，以防感染扩散。可先用卵圆钳将宫腔内大块组织钳出，用大刮匙轻轻搔刮宫壁。术中肌注或静脉滴注催产素，以减少出血及避免子宫穿孔。术后继续使用抗菌素，待感染控制后行第二次刮宫，彻底清除宫腔内残留组织。

(2) 子宫切除术：个别病例宫腔感染严重，难以控制，或合并感染性休克，经积极抢救 6 小时病情仍无转归趋势，可行子宫切除以挽救患者生命。术前后必须加强抗感染。

3. 支持疗法 输血、输液纠正水电解质平衡紊乱，补充热量及维生素，改善病人一般情况，以增强抗病能力及手术耐受能力。

（梅少芬、王蕴慧）

第二节 异位妊娠

异位妊娠（ectopic pregnancy）是指受精卵种植并发育于子宫腔以外的器官或组织内。99% 发生于输卵管，少见的异位妊娠包括宫角妊娠、宫颈妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、残角子宫妊娠和阔韧带内妊娠。

近 20 年，异位妊娠的发生率逐渐上升，发生异位妊娠的危险因素与曾有异位妊娠史、宫内节育器使用、盆腔炎和不孕史有关。

十多年来，人绒毛膜促性腺激素（HCG）测定、腹腔镜和高频阴道 B 超检查的应用，使异位妊娠在破裂前能获得早期诊断，避免破裂出血，明显减少患者生命威胁。因而，在治疗异位妊娠方面也有了飞跃性发展，由以往抢救患者生命为主的根治性手术发展为能保留生育功能的保守性治疗。

一、输卵管妊娠

输卵管妊娠（fallopian tube pregnancy）最常发生于壶腹部（55%），其次为峡部

(25%) 和伞端 (17%), 间质部少见 (2%)。输卵管妊娠时, 输卵管粘膜不能形成完整的蜕膜层, 孕卵直接侵犯肌层, 由于输卵管壁薄弱, 管腔狭小不能适应胚胎的生长发育。当输卵管膨大到一定程度, 即可发生: ①输卵管妊娠流产。②输卵管妊娠破裂。③继发性腹腔妊娠。

【诊断】

异位妊娠当临床表现典型时, 诊断并不困难。多数病人有停经、阴道流血和腹痛, 附件区可触及包块, 流产或破裂时可有血腹引起的腹膜刺激征和失血性休克表现, 后穹窿穿刺可抽出不凝血液。但是, 在临床表现不典型时, 容易与流产、附件炎、急性阑尾炎、卵巢囊肿蒂扭转、功能性子宫出血和黄体囊肿破裂出血等相混淆。现代诊断技术要求在输卵管妊娠未破裂之前得到诊断, 下列辅助检查有助于对异位妊娠的早期诊断:

1. HCG 测定 异位妊娠时, 孕卵发育较差, 分泌 HCG 的量往往低于宫内妊娠, 妊娠试验可阴性。放射免疫测定血 HCG 可提高阳性率, 可高达 99%, HCG 的单克隆抗体酶标法检测, 方法简便, 40 分钟即有结果。一般 β -HCG 阴性或 $< 10\text{mIU/ml}$, 可排除异位妊娠。

HCG 的水平代表孕卵和绒毛组织发育情况, 连续 HCG 测定, 可判断异位妊娠孕卵状态, 有助于治疗方法的选择和作为疗效观察的指标。

2. 超声诊断 B 超实时显像诊断异位妊娠的准确率达 70% ~ 90%。近年来, 利用高频阴道 B 超检查, 对异位妊娠诊断的敏感性和特异性非常高。超声诊断和 HCG 联合检查则对异位妊娠诊断的准确性更高。当 HCG 阳性时, 如宫内见胚胎, 则宫内妊娠肯定; 如宫内见双环或偏心环, 则宫内妊娠可能; 如宫内空虚, 或见中心环, 但无附件包块或直肠窝积液, 则有异位妊娠的可能; 如宫内空虚或见中心环, 有附件包块或直肠窝积液, 则异位妊娠很可能; 一旦发现异位胚胎, 则异位妊娠肯定。

3. 腹腔镜检查 腹腔镜检查对不典型的难以鉴别的异位妊娠诊断, 有非常重要的意义。可直接观察到异位妊娠处的输卵管肿胀, 表面紫蓝色, 腹腔可有出血或少量出血, 陈旧性宫外孕则见一侧输卵管肿大, 周围有血肿形成或邻近器官粘连成块, 腹腔内有积血。但是, 腹腔镜毕竟属创伤性检查, 不宜作为首选的检查, 当腹腔内出血较多或休克情况下禁止作腹腔镜检查。在腹腔粘连较严重的情况下, 腹腔镜检查也往往失败。

4. 子宫内膜病理检查 异位妊娠绒毛所产生的 HCG, 可使内膜发生蜕膜变, 出现 A-S (Arias-Stella) 反应。内膜检查见绒毛, 肯定为宫内妊娠; 未见绒毛, 或有 A-S 反应, 应高度警惕异位妊娠。

5. 综合检查 怀疑异位妊娠时, 可采用图 1-1 所示的检查程序作为诊断异位妊娠的参考。

【治疗】

输卵管妊娠治疗应根据患者生命体征是否稳定、输卵管是否破裂、腹腔内出血多少、异位妊娠部位和大小、血或尿 HCG 水平、以前盆腔疾病史或手术史、生育史、年龄以及对生育的要求选择不同的方法, 包括剖腹探查术、腹腔镜下手术、异位妊娠局部药物治疗、全身化疗或期待疗法。手术方式有根治性输卵管切除术或保留生育功能的保守性手术。对有生育要求的患者, 在病情许可情况下应尽可能选择保留输卵管的治疗方法

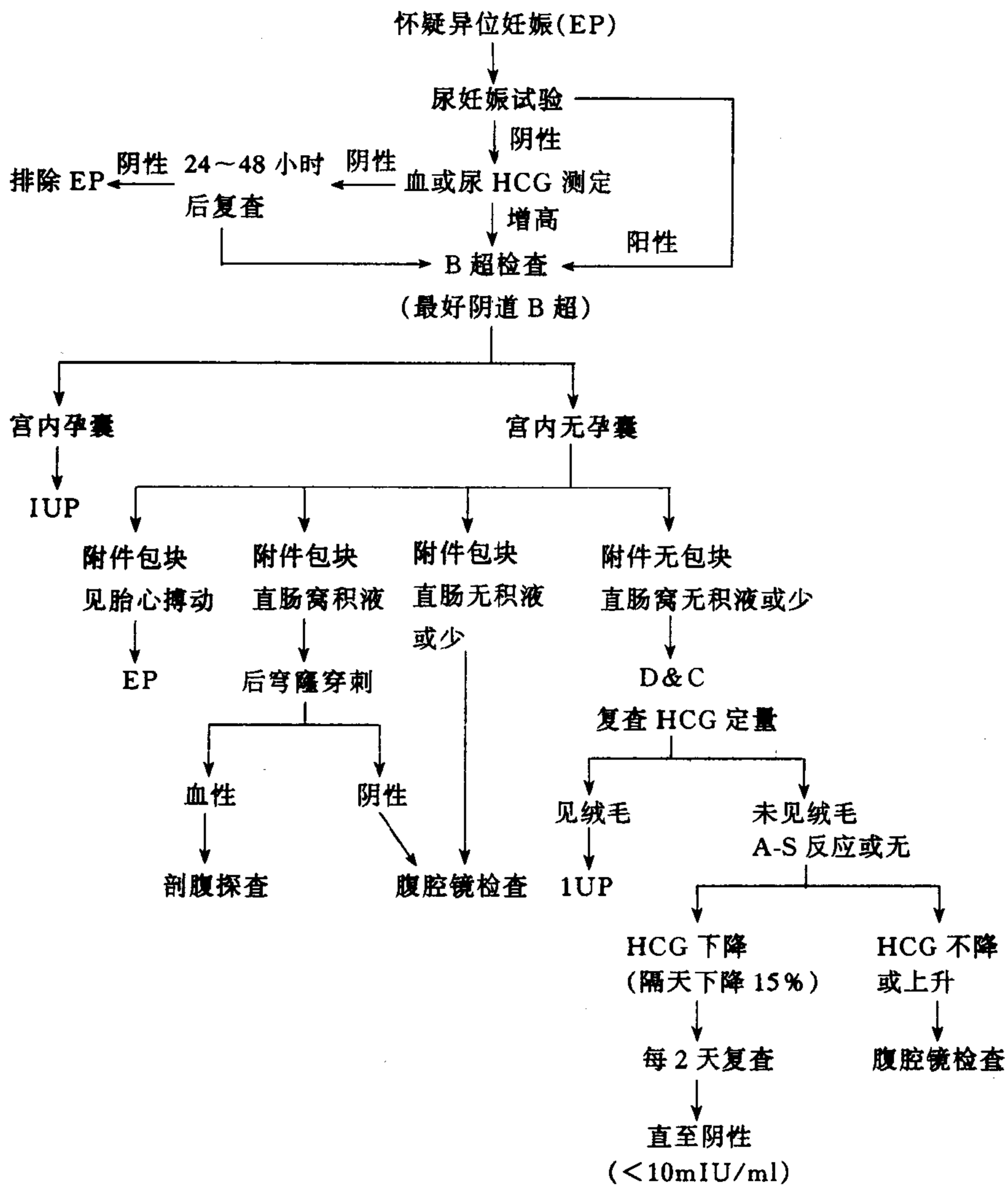


图 1-1 异位妊娠诊断程序

EP 异位妊娠 IUP 宫内妊娠 D&C 诊刮术

法。因此，有人提出，治愈输卵管妊娠的含义，不仅是治愈输卵管妊娠本身，还应包括治疗后输卵管通畅和有宫内受孕的可能性。但是，如果盲目地保留输卵管而不考虑异位妊娠复发的高危因素，不但得不到宫内妊娠，反而会增加异位妊娠的复发。

1. 剖腹探查术 剖腹手术是治疗异位妊娠的基本方法，下列情况需立即剖腹探查：①生命体征不稳定。②腹腔内出血较多。③盆腔粘连，或过于肥胖等原因不宜行腹腔镜者。

剖腹探查时，根据具体情况选择根治性输卵管切除、保守性输卵管手术或显微输卵管手术。

内出血较多，在血源不足情况下，可回收腹腔内血液自体输血，必须符合下列条件：妊娠<12周、胎膜未破、出血时间<24小时、血液未受污染、镜下血细胞破坏率<30%。每回收100ml血液加用3.8%枸橼酸钠10ml抗凝，回收的血液用20μm微孔过

滤器或用输血漏斗垫以6~8层纱布过滤，立即输回体内。一般无严重反应，偶见由血小板、纤维蛋白和白细胞形成的微栓进入体内引起成人呼吸窘迫综合征或急性肾功能衰竭，输血开始时静脉推注地塞米松10mg可预防其发生。

(1) 输卵管全切除术：适应于生命体征不稳定，为尽量缩短手术时间；患侧输卵管破损、粘连严重，而对侧输卵管基本正常；无生育要求；双侧输卵管粘连、损害严重者。进行输卵管全切除时，需注意下列几个问题：①患者已无生育要求，或双侧输卵管粘连严重或管腔狭窄，估计异位妊娠复发危险性较大者，宜同时结扎对侧输卵管。②切除输卵管，必须将峡部全部切除，以免以后残端异位妊娠复发。③一般不切除同侧卵巢，除非同侧卵巢破坏、粘连严重，难于分离或估计不切除血液循环已受影响者，才可将患侧卵巢一并切除。④单纯切除输卵管时，需注意不损伤同侧卵巢的血液循环，以免引起卵巢功能紊乱。

(2) 输卵管部分切除术：位于输卵管峡部或壶腹部妊娠。对侧输卵管阻塞严重或已切除，患者生命体征不稳定或患侧输卵管充血水肿明显，不宜同时行输卵管吻合术者，可暂时切除妊娠部位输卵管，保留正常输卵管，待3个月后再行输卵管吻合术或宫角输卵管植入术。如图1-2所示。

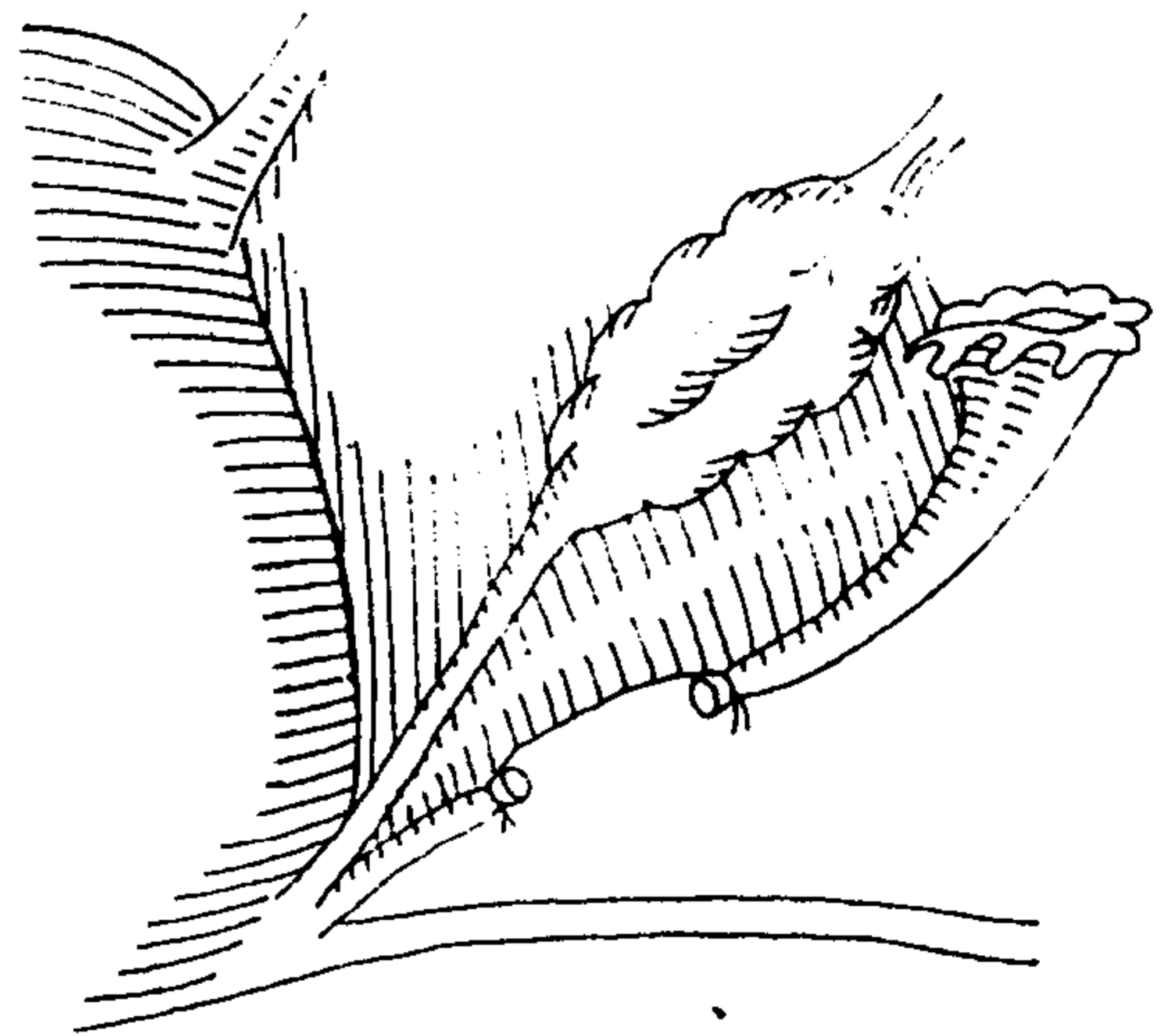


图1-2 切除妊娠部位输卵管残端已结扎

(3) 保守性输卵管显微手术：适应于患者生命体征稳定，内出血不多，输卵管尚未破裂，输卵管充血水肿不严重，输卵管及周围组织无明显粘连，仍有生育要求。手术在放大镜下进行。

1) 输卵管纵行切开缝合术：在妊娠部位输卵管系膜对侧的游离面，纵行切开输卵管壁1

~2cm。用刮匙刮净输卵管腔内的胚胎和绒毛组织，生理盐水冲洗，已无活动性出血，则肌层用0/5~7尼龙线间断缝合，注意不穿透粘膜，浆膜层用0/3尼龙线或丝线间断缝合。如输卵管切口处出血，压迫止血无效者，可结扎切口部位输卵管系膜血管。

2) 输卵管部分切除和吻合术：局部充血水肿不严重，在切除妊娠部位输卵管后可同时行吻合术，如图1-3所示。肌层用0/7~9尼龙线间断缝合4~5针，不穿透粘膜，浆膜层用0/3尼龙线或丝线间断缝合。

3) 输卵管妊娠压出和搔刮术；适应于位于壶腹部和伞端的妊娠。从妊娠输卵管近侧开始向伞端方向挤压，将妊娠内容物挤出。如果有绒毛残留，可用刮匙从伞端伸入输卵管腔进行搔刮，刮净后注意输卵管有无活动性出血，必须彻底止血。

2. 腹腔镜下输卵管手术 二十多年来，腹腔镜不但应用于诊断，还成功而安全地应用于异位妊娠治疗。1973年有报道腹腔镜下切开后电凝行输卵管切除；1981年有报道腹腔镜下用勒套技术切除输卵管；1983年有报道腹腔镜下行输卵管切开术后，输卵管通畅率接近100%。随后，有不少文献证明腹腔镜下处理异位妊娠与剖腹探查术同

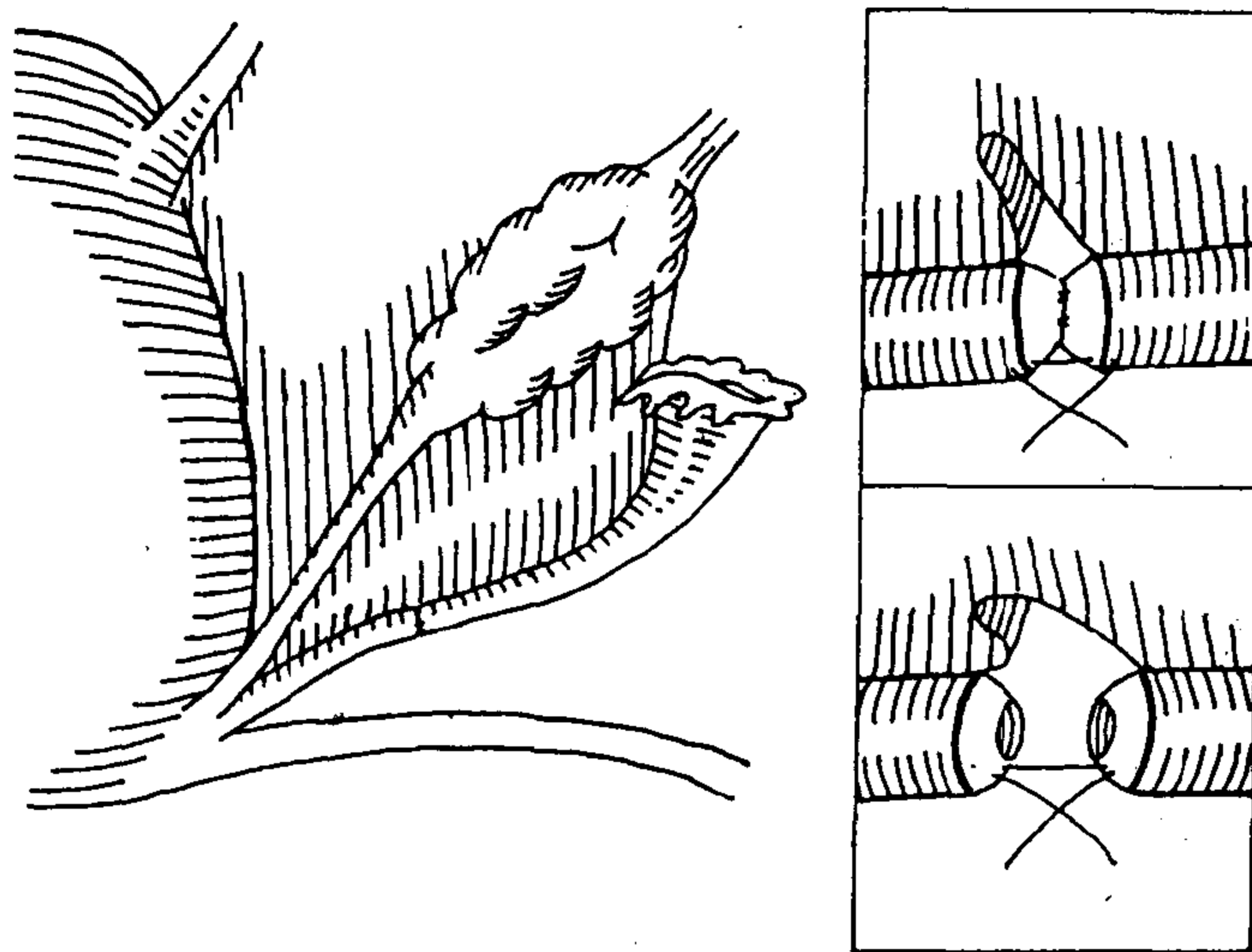


图 1-3 切除妊娠部位输卵管后同时行输卵管吻合术

样安全而有效，但明显缩短住院时间、手术时间、恢复时间和术后止痛的需要，也减少了术后粘连。

近年来，敏感 HCG 测定和阴道超声的发展，使异位妊娠在破裂和血腹前得到诊断。这样，异位妊娠出现破裂和血腹将会越来越少见，这更为腹腔镜下处理异位妊娠创造有利条件。因此，有人认为，腹腔镜处理异位妊娠基本上可替代剖腹术。但是，术中、术后并发症也有发生，出血是较大异位妊娠输卵管切除术失败的最常见并发症；另一个重要的并发症是绒毛组织残存继续在输卵管或腹盆腔生长引起的持续性出血。1986 年有报道称约 5% 患者由于绒毛组织不完全清除而需要再次手术，因而 HCG 定量随访至阴性有其重要性。偶然有 HCG 高值超过 30 天者，但最终下降，而且输卵管通畅率不受组织延迟清除所影响。

有学者预测，今后应用敏感 HCG 测定和高敏超声波检查即能诊断异位妊娠，但目前腹腔镜对多数异位妊娠的确诊是必要的。

然而，并非所有异位妊娠均适宜腹腔镜下手术。腹腔镜下判断双侧输卵管状态，尤其是管腔通畅程度，可能不如剖腹术清楚和准确。下列情况，不宜作腹腔镜手术：①生命体征不稳定。②腹腔内出血较多。③腹膜炎。④严重心脏疾病。⑤体重过重或过轻。⑥手术史或有盆腔大包块存在。

腹腔镜下异位妊娠手术包括输卵管切除术、纵行切开术，输卵管钳刮和盆腔冲洗术，另外，还可行粘连松解术。

3. 局部药物治疗 应用抗胚胎发育药物直接注入异位妊娠的孕囊内，可使胚胎死亡，绒毛组织坏变，最后完全吸收，不但避免了手术，还保留了输卵管。同时，还可将药物直接注入妊娠黄体内，使黄体细胞死亡，停止产生孕激素，加速异位妊娠胚胎和绒毛组织坏变。很多资料表明，异位妊娠局部用药，有效可行，副反应小。治疗成功率