

产科急危重症 诊治与护理

主 编 王成春 王明俊 刘 梅



天津科学技术出版社

产科急危重症诊治与护理

主 编 王成春 王明俊 刘 梅



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

产科急危重症诊治与护理/王成春,王明俊,刘梅主编. —天津:天津科学技术出版社,2006
ISBN 7-5308-4189-0

I. 产... II. ①王...②王...③刘... III. ①产科病:急性病-诊疗②产科病:险症-诊疗
③产科病:急性病-护理④产科病:险症-护理 IV. R714.059.7②R473.71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 087722 号

责任编辑:马 洪 王连弟
版式设计:邱 芳
责任印制:王 莹

天津科学技术出版社

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话:(022)23332393(发行部) 23332390(市场部) 27217980(邮购部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

山东新华印刷厂德州厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 19.75 字数 439 000 千字

2006 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

定价:40.00 元

编者名单

主 编	王成春	王明俊	刘 梅	
副主编	李其英	马冬玲	朱建文	刘东霞
编 委	丁元香	于 红	于爱军	门风清
	王志文	王金霞	王 蕾	王明贞
	王慧娥	李爱英	李以国	刘荣华
	刘建民	位颜芹	张晓霞	姜 卫
	袁淑红	耿丽丽	崔广树	侯云霞

前 言

据世界卫生组织（WHO）1996 年报告，全世界每年有 1.6 亿妇女妊娠，其中有 15% 有严重的并发症或合并症，1/3 的合并症会危及孕产妇的生命。每年有 60 万孕产妇死亡，平均每分钟有 1 名孕产妇死亡，意味着一个孩子失去母亲，一位丈夫失去妻子，家庭失去支柱，后果是使一个家庭破碎，失去母亲的孩子患病率和死亡率增高。

产科急危重症在临床工作中常见，如果得不到及时妥善的处理往往会危及母婴两条生命，或者延误病机使病情复杂化，造成不应有的伤残，正确处理好危急重症是拯救母婴生命，向疾病夺取健康和劳动力的重要保证，同时也是每位临床医护人员应当掌握的技能。为提高产科工作质量，增强临床医护人员的急救水平，降低母婴死亡率，作者把多年来积累的资料和基础理论知识，结合近 30 年来的临床工作经验和体会，吸收国内外进展和研究成果，编写了这本《产科急危重症诊治与护理》，希望能给临床医护人员进行产科急危重症的急救处理提供参考。

本书读者对象为产科各级医护人员，着重阐述急危重症诊治理论，抢救方法和护理措施，本书以急危重症为主线，按孕产期时序，详述各个时期的急危重症，分别阐述各症的定义、病因、发病机制、临床特点、诊断、鉴别、抢救原则，救治方法及护理要点，本书的内容紧密结合临床，体现了实用性和先进性的特点，相信对产科救治工作会有所补益，但由于作者水平有限，加之编写时间仓促，书中难免有不妥之处，敬请广大同道批评指正。

编 者

二〇〇六年五月

目 录

第一章 妊娠病理	1
第一节 妊娠剧吐.....	1
第二节 自然流产.....	3
第三节 异位妊娠.....	8
第四节 早产.....	22
第五节 胎膜早破.....	24
第六节 羊水过多.....	28
第七节 羊水过少.....	30
第八节 双胎中一胎儿死亡.....	32
第九节 前置胎盘.....	34
第十节 胎盘早期剥离.....	38
第十一节 胎盘血管前置.....	42
第十二节 先兆子痫.....	44
第十三节 子痫.....	48
第十四节 HELLP 综合征.....	53
第十五节 滋养细胞疾病.....	54
第十六节 妊娠急性脂肪肝.....	69
第十七节 妊娠期肝内胆汁淤积症.....	71
第十八节 围生期心脏病.....	74
第十九节 妊娠子宫急性扭转.....	77
第二十节 妊娠子宫急性嵌顿.....	78
第二十一节 妊娠期子宫破裂.....	79
第二十二节 急性绒毛膜、羊膜炎.....	81
第二章 妊娠合并症	83
第一节 妊娠期心力衰竭.....	83
第二节 妊娠合并心律失常.....	98
第三节 妊娠合并脑出血.....	101
第四节 妊娠合并重症肝炎.....	103
第五节 妊娠合并急性阑尾炎.....	107
第六节 妊娠合并急性胆道疾病.....	110

第七节 妊娠合并急性胰腺炎·····	112
第八节 妊娠合并肠梗阻·····	114
第九节 妊娠合并闭和性腹部损伤·····	116
第十节 哮喘急性发作·····	118
第十一节 妊娠合并糖尿病酮症酸中毒·····	121
第十二节 甲状腺危象·····	125
第十三节 急性泌尿道感染·····	128
第十四节 妊娠合并重度贫血·····	130
第十五节 妊娠期血小板减少性疾病·····	135
第十六节 妊娠合并癫痫急性发作·····	138
第十七节 妊娠期盆腔肿瘤蒂扭转或变性·····	142
第十八节 急性淋球菌感染·····	143
第十九节 急性沙眼衣原体及解脲支原体感染·····	147
第二十节 真菌性阴道炎·····	149
第二十一节 滴虫性阴道炎·····	150
第二十二节 细菌性阴道病·····	152
第三章 分娩期并发症·····	154
第一节 胎儿窘迫·····	154
第二节 新生儿窒息·····	156
第三节 脐带先露与脐带脱垂·····	164
第四节 子宫破裂·····	165
第五节 产后出血·····	168
第六节 羊水栓塞·····	178
第七节 产后子宫内翻·····	186
第八节 羊膜腔感染综合征·····	188
第九节 产后阴道旁及盆腔巨型血肿·····	192
第十节 产科急性弥散性血管内凝血·····	194
第十一节 孕产期休克·····	204
第十二节 产科急性多系统脏器功能衰竭·····	226
第四章 异常分娩·····	235
第一节 巨大儿·····	235
第二节 肩难产·····	237
第三节 横位·····	240
第四节 复合先露·····	243
第五节 臀位分娩困难·····	244
第六节 双胎儿头交锁·····	247
第七节 胎头高直位·····	249

第八节 前不均倾位·····	250
第九节 额位·····	251
第十节 颜面位·····	251
第十一节 持续性枕后位·····	253
第十二节 持续性枕横位·····	254
第五章 产褥期并发症·····	256
第一节 产褥期感染·····	256
第二节 产后破伤风·····	262
第三节 急性肺栓塞·····	263
第四节 围生期 ARDS ·····	268
第五节 孕产妇急性肾功能衰竭·····	270
第六节 产褥中暑·····	274
第七节 产后尿潴留·····	276
第八节 急性乳房炎·····	277
第九节 晚期产后出血·····	280
第十节 剖宫产子宫切口裂开的防治·····	282
第六章 孕产期的心肺脑复苏·····	284
第一节 孕妇和胎儿胎盘的解剖、生理与复苏·····	284
第二节 循环、呼吸骤停的诊断与复苏要求·····	288
第三节 心肺脑复苏的步骤和操作技术·····	289
第七章 现代化急救设施——ICU ·····	297
第一节 基本条件与环境·····	297
第二节 基本监测装置的使用·····	298
第八章 现代输血新概念·····	301
第一节 成分输血的概念·····	301
第二节 成分输血在妇产科的应用·····	301
第三节 全血输注·····	302
第四节 合理输血·····	302
第五节 药物替代输血·····	303

第一章 妊娠病理

第一节 妊娠剧吐

妊娠剧吐 (hyperemesis gravidarum) 是在妊娠早期并发的、以不同程度恶心呕吐为主要症状的症候群, 其发生率为 0.3% ~ 1%。绝大多数患者经治疗后能够治愈, 然而, 也有极个别患者因延误治疗而死于酸中毒、肝肾功能衰竭者。

【分类】

按照呕吐的严重程度可分为三类。

1. 晨吐 每在清晨空腹时, 出现恶心、流涎或轻度呕吐, 但并不影响日常生活, 多在妊娠 12 周前后自然消失。

2. 中度呕吐 恶心、呕吐加重, 且不限于晨间, 但经休息、药物对症治疗及饮食指导后, 病情多可缓解。

3. 恶性呕吐 持续恶心、呕吐, 不能进食, 导致失水, 电解质紊乱及酸中毒, 甚或肝肾功能异常等, 必须住院治疗。

【病因】

至今不明。一般认为早孕期间恶心、呕吐可能与妊娠引起的内分泌变化有关, 但并无结论性证据。鉴于晨吐的发展和消失过程恰与孕妇血 HCG 值的上升和下降时间相吻合, 且呕吐最严重时, 血 HCG 水平最高; 葡萄胎、多胎妊娠时, 孕妇血 HCG 值显著增高, 其剧吐发生率也显著升高; 妊娠终止后, 症状立即消失, 故大多认为妊娠剧吐与血 HCG 增高密切相关, 但是症状的轻重和血 HCG 不一定成正比这一事实难以解释。也有人提出妊娠剧吐是由于血浆雌二醇水平迅速升高引起。此外, 临床观察到, 凡对妊

娠怀有恐惧或厌烦心理、精神紧张、情绪不稳定、生活不安定、社会地位低, 经济条件差的孕妇好发妊娠剧吐, 提示本病与精神、社会因素有关。

【病理生理】

频繁呕吐导致脱水, 血容量不足, 血液浓缩, 细胞外液减少, 钾、钠、氯等离子丢失而致电解质紊乱及体重下降。由于营养摄入不足, 发生负氮平衡, 以致血浆尿素氮及尿酸升高; 由于机体动用脂肪组织供给热量, 脂肪氧化不全, 其中间产物丙酮、乙酰乙酸及 β -羟丁酸增多以及肠道碱性液的丢失, 出现代谢性酸中毒。肝脏受累, 血浆转氨酶升高, 严重时发生黄疸。机体严重脱水使血液浓缩及血管通透性增加, 加上钠盐丢失, 不仅尿量减少而且出现蛋白尿及管型。肾脏发生继发性损害, 肾小管有退行性变, 部分细胞坏死, 肾小管的正常排泌功能减退, 终致血浆中非蛋白氮、肌酐、尿酸的浓度迅速增加。肾功能受损和酸中毒使细胞内钾离子较多转移至细胞外, 出现高血钾, 严重时心脏停搏。病程长达数周者, 由于维生素 C 缺乏, 血管脆性增加, 可致视网膜出血。

【临床表现】

多见于年轻初孕妇。一般在停经 40 日左右发病。初起为晨吐, 以后逐渐加重, 直至呕吐频繁不能进食, 呕吐物中有胆汁或咖啡渣样物。由于严重呕吐, 引起失水及电解质紊乱; 由于长期饥饿, 机体动用脂肪组织

供给能量,导致脂肪代谢中间产物——酮体的积聚而引起代谢性酸中毒。患者明显消瘦,神疲乏力,皮肤与黏膜干燥,眼球凹陷,脉搏增快,血压降低,体温轻度升高;尿量减少,尿比重增加,并出现酮体。若肝功能受损,出现黄疸,血胆红素和转氨酶升高;如肾功能受损,则出现血尿素氮和肌酐增高,尿中出现蛋白和管型。眼底检查可有视网膜出血。病情继续发展,患者可意识模糊,陷入昏睡状态。

【诊断与鉴别诊断】

根据病史、临床表现及妇科检查,诊断并不困难。但是必须进行B型超声检查以排除葡萄胎而肯定正常妊娠。此外,尚需与可引起呕吐的消化系统疾病(如急性病毒性肝炎、胃肠炎、胃癌、胰腺炎、胆道疾患等)或神经系统疾病(如脑膜炎、脑瘤等)鉴别。

确诊为妊娠剧吐后,除以临床表现判断外,为鉴别病情轻重,需进行下列检查:

1. 血液检查 测定血红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积、全血及血浆黏度,以了解有无血液浓缩。测定二氧化碳结合力,或做血气分析,以了解血液pH,碱储备及酸碱平衡情况。测定血钾、钠、氯,以了解有无电解质紊乱。此外,尚需测定血胆红素、肝肾功能。

2. 尿液检查 计算每日尿量,测定尿比重、酮体,做尿三胆试验。

3. 心电图检查 以及时发现有无低血钾或高血钾影响,并了解心肌情况。

4. 眼底检查 以了解有无视网膜出血。

【治疗】

1. 轻度呕吐 必须了解患者的思想情绪,解除其顾虑,并注意患者的精神状态,多加鼓励。指导饮食安排,宜进清淡、易消化的食物,少吃多餐,避油腻、甜品。适当

休息,减轻工作。予以维生素B₁、B₆及C口服。

2. 中重度剧吐 必须立即住院治疗。入院后,先予禁食2~3日,每日静脉滴注葡萄糖液及林格液,总量3000ml,使每日尿量在1000ml以上。输液中加入维生素B₆及C。肌注维生素B₁。根据血钾、血钠情况,决定补充剂量。根据血二氧化碳结合力或血气分析结果,予以静脉滴注碳酸氢钠溶液。营养不良者,可静脉滴注必需的氨基酸、脂肪乳剂等营养液。一般经上述治疗2~3日后,病情大多迅速好转,症状缓解。待呕吐停止后,即可试进少量流质饮食,以后逐渐增加进食量,调整静脉输液量。若治疗数日后,效果不显著,加用肾上腺皮质激素,如氢化可的松200~300mg加入5%葡萄糖液500ml内静脉滴注,可能有益。

经上述积极治疗后,若病情不见好转,反而出现下列情况,应从速终止妊娠:①持续黄疸;②持续蛋白尿;③体温升高,持续在38℃以上;④心率每分钟超过120次;⑤多发性神经炎及神经性体征;⑥Wernicke-Korsakoff综合征。

【并发症】

由于医疗保健条件的改善以及治疗手段的进展,妊娠剧吐患者大多能获得及时治疗,故而出现严重并发症者并不多见。然而,个别重症患者仍有可能发生下列情况。

1. 低钾血症或高钾血症 如未能及时发现、及时治疗,可引起心脏停搏,危及生命。

2. 食管黏膜裂伤或出血 严重时甚至可使食管穿孔,表现为胸痛、剧吐、呕血,需急诊手术治疗。

3. Wernicke-Korsakoff综合征 Wernicke脑病和Korsakoff精神病是维生素B₁(硫胺素)缺乏引起的中枢神经系统疾病,两者的临床表现不同而病理变化却相同,有

时可见于同一患者,故称为 Wernicke - Korsakoff 综合征。硫胺素缺乏所引起神经系统损害的基本发病机制尚不完全清楚,其病理变化则是脑室和导水管周围灰质、小脑、丘脑背核、下丘脑和乳头体斑点状出血与坏死。

约 10% 的严重妊娠剧吐患者并发该综合征。主要特征为眼肌麻痹、躯干性共济失调和遗忘性精神症状。临床表现为眼球震颤、视力障碍、步态和站立姿势受影响。至于遗忘性精神症状则是一种不能记忆新事物的脑功能混乱状态,急性期言语增多,以后主动动作减少,精神迟钝或嗜睡等。部分病人可发生多发性周围神经炎、前庭功能受损、直立性低血压或心动过速。个别发生木僵或昏迷。突然起病者的表现与脑干中风相似。

妊娠剧吐患者如出现脑症状,即应考虑本病。脑电图检查示弥漫性慢波或正常。脑脊液检查蛋白质轻度增多。血丙酮酸含量显著升高。

该综合征为一紧急情况,凡疑似病例,即应终止妊娠并予以大剂量维生素 B_1 500mg 静脉滴注或肌肉注射,以后 50 ~ 100mg/d,直至能进足够食物。为防止致死性并发症,应严格卧床休息。出院后给予足量多种维生素和维生素 B_1 。

经合理治疗后,眼部体征可痊愈,但共济失调、前庭功能障碍和记忆障碍常不能完全恢复。如不及时治疗,死亡率达 50%,治疗病人的死亡率约 10%。

【护理要点】

1) 嘱病人选择高热量、高维生素和易消化的食物,并应少吃多餐。必要时可用少量镇静止吐剂,如氯丙嗪、灭吐灵及维生素 B 等。

2) 呕吐频繁,不能进食,尿酮体强阳性者,需住院治疗观察。

(1) 安置在舒适安静的病室内,卧床休息,避免一切不良刺激,以保证充分休息。要注意室内通风,保持整洁,及时处理呕吐物。要安慰病人,树立信心,主动配合治疗。

(2) 呕吐严重者,暂禁食 24 小时,经补液及药物治疗好转后再进食。并应给予清淡可口,易消化,富有营养的食物,种类多样化,且少食多餐。

(3) 除少数病情严重需卧床休息外,应鼓励病人适当地下地活动,有助于消化功能恢复。

(4) 严密观察呕吐次数、量及性质,根据病情,定时做尿常规、尿酮体及血钾、钠、氯、非蛋白氮和二氧化碳结合力等化验检查。并记录每日出入量。

【预后】

绝大多数妊娠剧吐患者预后良好,仅极个别病例因病重而需终止妊娠。曾有报道妊娠剧吐发生酮尿症者,所生后代的智商低。

(王成春)

第二节 自然流产

妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1 000g 而终止者称流产,在妊娠 12 周前终止者称早期流产,在妊娠 12 周至不足 28 周终止者称晚期流产。流产分为自然流产和人工流产。自然流产的发病率占全部妊娠的

10% ~ 15%,多数为早期流产。

【病因】

导致自然流产的原因较多,主要有:

1. 遗传基因缺陷 夫妇任何一方有染

色体异常可传至子代,染色体异常的胚胎有50%~60%发生早期自然流产。染色体异常包括:①数目异常:多见三体、X单体、三倍体等;②结构异常:多为染色体断裂、倒置、缺失和易位。染色体异常的胚胎即使少数妊娠至足月,出生后会发畸形或有功能缺陷。如发生流产,妊娠产物有时仅为一空孕囊或已退化的胚胎。

2. 母体因素

(1) 全身性疾病:妊娠期患全身性感染、高热可引起子宫收缩导致流产。细菌毒素和病毒(如单纯疱疹病毒、巨细胞病毒等)通过胎盘进入胎儿血循环,使胎儿死亡导致流产;孕妇患严重贫血或心力衰竭可致胎儿缺氧,也能引起流产;孕妇患慢性肾炎或高血压,胎盘发生梗死也可引起流产。

(2) 生殖器官异常:子宫畸形(如子宫发育不良、双子宫、子宫纵隔等)、子宫肿瘤(如黏膜下肌瘤等),均可影响胚胎着床和发育而导致流产。宫颈重度裂伤、宫颈内口松弛导致胎膜早破而发生晚期自然流产。

(3) 内分泌异常:甲状腺功能减退症、严重糖尿病未能控制、黄体功能不足均可导致流产。

(4) 不良习惯:过量吸烟、酗酒,过量饮咖啡、海洛因等毒品均可引起流产。

(5) 创伤刺激:严重休克,子宫创伤(如手术,直接撞击,性交过度)亦可导致流产;过度紧张、焦虑、恐惧、忧伤等精神创伤也有引起流产的报道。

3. 免疫功能异常 妊娠类似同种异体移植,胚胎与母体间存在复杂而特殊的免疫学关系,使胚胎不被排斥。若母儿双方免疫不适应,则可引起母体对胚胎排斥而致流产。与流产有关的免疫因素有父方的组织相容性抗原(HLA)、胎儿抗原、血型抗原(ABO及Rh)、孕期母体封闭抗体不足、母体抗父方淋巴细胞的细胞毒抗体不足、孕妇

抗磷脂抗体产生过多、抗精子抗体的存在等。

4. 环境因素 砷、铅、甲醛、苯、氯丁二烯、氧化乙烯等化学物质的过多接触,均可引起流产。

【病理】

孕8周前的早期流产,胚胎多先死亡,随后发生蜕膜出血,造成胚胎绒毛与蜕膜分离、出血,已分离的胚胎组织如同异物,引起子宫收缩而被排出。由于此时胎盘绒毛发育不成熟,与子宫蜕膜联系还不牢固,此时妊娠物可以完全排出,出血不多。胚胎发育异常在早期流产可分两大类,一类是全胚发育异常,即生长结构障碍,包括无胚胎、结节状胚、圆柱状胚及发育阻滞胚;另一类为特殊发育缺陷,常见为神经管缺陷、肢体发育缺陷等。孕8~12周时胎盘绒毛发育茂盛,与蜕膜联系较牢固,流产的妊娠物往往不易完全排出而部分滞留在宫腔内影响子宫收缩,致使出血量多。孕12周后胎盘已完全形成,流产时先出现腹痛,然后排出胎儿、胎盘。胎儿在宫腔内死亡过久,被血块包围,形成血样胎块而引起出血不止。也可因血红蛋白长久被吸收而形成肉样胎块,或胎儿钙化后形成石胎。其他还可见压缩胎儿、纸样胎儿、浸软胎儿、脐带异常等病理表现。

【临床表现】

主要症状为停经后出现阴道流血和腹痛。孕12周前发生的流产,开始时绒毛与蜕膜剥离,血窦开放,出现阴道流血;剥离的胚胎及血液刺激子宫收缩,排出胚胎,产生阵发性下腹部疼痛,当胚胎完全排出后,子宫收缩,血窦闭合,出血停止,所以早期自然流产的全过程为先出现阴道流血,而后出现腹痛。晚期流产的临床过程与早产及足月产相似,胎盘继胎儿后娩出,通常出血不

多,所以,晚期流产的全过程为先出现腹痛(阵发性子宫收缩),后出现阴道流血。

自然流产时检查子宫大小、宫颈口是否扩张以及是否破膜,根据妊娠周数及流产过程不同而异。

【临床类型】

按自然流产发展的不同阶段,分为以下临床类型。

1. 先兆流产(threatened abortion) 指妊娠28周前,先出现少量阴道流血,常为暗红色或血性白带,无妊娠物排出,相继出现阵发性下腹痛或腰背痛。妇科检查宫颈口未开,胎膜未破,子宫大小与停经周数相符。经休息及治疗,症状消失,可继续妊娠;若阴道流血量增多或下腹痛加剧,可发展为难免流产。

2. 难免流产(inevitable abortion) 指流产不可避免。在先兆流产基础上,阴道流血量增多,阵发性下腹痛加剧,或出现阴道流液(胎膜破裂)。妇科检查宫颈口已扩张,有时可见胚胎组织或胎囊堵塞于宫颈口内,子宫大小与停经周数相符或略小。

3. 不全流产(incomplete abortion) 难免流产继续发展,部分妊娠物排出体外,尚有部分残留于宫腔内或嵌顿于宫颈口处,影响子宫收缩,导致大量出血,甚至发生失血性休克。妇科检查见宫颈口已扩张,宫颈口有妊娠物堵塞及持续性血液流出,子宫小于停经周数。

4. 完全流产(complete abortion) 指妊娠物已全部排出,阴道流血逐渐停止,腹痛逐渐消失。妇科检查宫颈口已关闭,子宫接近正常大小。

此外,流产有三种特殊情况。

1. 稽留流产(missed abortion) 指胚胎或胎儿已死亡,滞留宫腔内尚未自然排出者。胚胎或胎儿死亡后子宫不再增大反而缩小,早孕反应消失。若已到中期妊娠,孕妇

腹部不见增大,胎动消失。妇科检查宫颈口未开,子宫较停经周数小,质地不软,未闻及胎心。

2. 习惯性流产(habitual abortion) 连续自然流产3次或以上者称为习惯性流产。近年国际上常用复发性流产(recurrent abortion)取代习惯性流产,改为连续2次的自然流产。每次流产多发生于同一妊娠月份,其临床经过与一般流产相同。早期流产常见原因为胚胎染色体异常、免疫因素异常、黄体功能不足、甲状腺功能低下。晚期流产常见原因为子宫畸形或发育不良、宫颈内口松弛、子宫肌瘤等。宫颈内口松弛者于妊娠后,常于妊娠中期,胎儿长大,羊水增多,宫腔内压力增加,胎囊自宫颈内口突出,宫颈管逐渐缩短、扩张。患者多无自觉症状,一旦胎膜破裂,胎儿迅速排出。

3. 流产感染(septic abortion) 流产过程中,若阴道流血时间长,有组织残留于宫腔内或非法堕胎等,有可能引起宫腔感染,严重时感染可扩展到盆腔、腹腔甚至全身,并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克等,称流产感染。

【诊断】

诊断自然流产一般并不困难。根据病史及临床表现多可确诊,仅少数需行辅助检查。确定流产后,还应确定自然流产的临床类型,决定处理方法。

1. 病史 应询问患者有无停经史和反复流产史,有无早孕反应、阴道流血,应询问阴道流血量及持续时间,有无腹痛,腹痛部位、性质、程度,有无阴道排液及妊娠物排出。了解有无发热、阴道分泌物有无臭味可协助诊断流产感染。

2. 查体 有无贫血外观,测量体温、血压、脉搏,在消毒情况下进行妇科检查,注意宫颈口是否扩张,羊膜囊是否膨出,有无妊娠物堵塞于宫颈口内;子宫大小与停经

周数是否符合,有无压痛等,双侧附件有无压痛、增厚或包块。疑为先兆流产者,操作应轻柔。

3. 辅助检查

(1) B 型超声检查:对疑为先兆流产者,可根据妊娠囊的形态、有无胎心反射及胎动,确定胚胎或胎儿是否存活,以指导正确的治疗方法。不全流产及稽留流产等均可借助 B 型超声检查加以确定。

(2) 妊娠试验:用免疫学方法,近年

临床多用早早孕诊断试纸条法,对诊断妊娠有价值。为进一步了解流产的预后,多选用放射免疫法进行血 β -HCG 的定量测定。

(3) 激素测定:主要测定血孕酮水平,可协助判断先兆流产的预后。

【鉴别诊断】

首先,应鉴别流产的类型,鉴别诊断要点见表 1-1。

表 1-1 各种类型流产的鉴别诊断

类型	病史			妇科检查	
	出血量	下腹痛	组织排出	宫颈口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭	与妊娠周数相符
难免流产	中~多	加剧	无	扩张	相符或略小
不全流产	少~多	减轻	部分排出	扩张或有物堵塞或闭	小于妊娠周数
完全流产	少~无	无	全排出	闭	正常或略大

早期的自然流产应与异位妊娠及葡萄胎、功能失调性子宫出血及子宫肌瘤等疾病相鉴别。

【处理】

确诊流产后,应根据自然流产的不同类型进行相应处理。

1. 先兆流产 卧床休息,禁性生活,必要时给予对胎儿危害小的镇静剂。黄体功能不足者可给予黄体酮 10~20mg,每日或隔日肌注一次。其次,维生素 E 及小剂量甲状腺片(适用于甲状腺功能低下患者)也可应用。经过两周治疗,如阴道流血停止,B 型超声提示胚胎存活,可继续妊娠。若临床症状加重,B 型超声发现胚胎发育不良, β -HCG 持续不升或下降表明流产不可避免,应终止妊娠。此外,对先兆流产患者的心理治疗也很重要,要使其情绪稳定,增强信心。

2. 难免流产 一旦确诊,应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出。早期流产应及时行

刮宫术,对妊娠物应仔细检查,并送病理检查。晚期流产时,子宫较大,出血较多,可用缩宫素 10~20U 加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静脉滴注,促进子宫收缩。当胎儿及胎盘排出后检查是否完全,必要时刮宫以清除宫腔内残留的妊娠物。

3. 不全流产 一经确诊,应及时行刮宫术或钳刮术,以清除宫腔内残留组织。出血多有休克者应同时输血输液,并给予抗生素预防感染。

4. 完全流产 症状消失,B 型超声检查宫腔内无残留物,如无感染,一般不需特殊处理。

5. 稽留流产 处理较困难。因胎盘组织有时机化,与子宫壁紧密粘连,造成刮宫困难。稽留时间过长,可能发生凝血功能障碍,导致 DIC,造成严重出血。处理前,应检查血常规、出凝血时间、血小板计数、血纤维蛋白原、凝血酶原时间、凝血块收缩试验及血浆鱼精蛋白副凝试验(3P 试验)等,并做好输血准备。若凝血功能正常,口服快

雌醇 1mg 每日 2 次, 或口服己烯雌酚 5mg 每日 3 次。连用 5 日以提高子宫肌对缩宫素的敏感性。子宫小于 12 孕周者, 可行刮宫术, 术中肌注缩宫素, 若胎盘机化并与宫壁粘连较紧, 手术应特别小心, 防止子宫穿孔, 一次不能刮净, 可于 5~7 日后再次刮宫。子宫大于 12 孕周者, 应静脉滴注缩宫素 (5~10U 加于 5% 葡萄糖液内), 也可用前列腺素或依沙吖啶等进行引产, 促使胎儿、胎盘排出。如凝血功能障碍, 应尽早使用肝素、纤维蛋白原及输新鲜血等, 待凝血功能好转后, 再行引产或刮宫。

6. 习惯性流产 染色体异常夫妇应于孕前进行遗传咨询, 确定是否可以妊娠。在孕前应进行卵巢功能检查、夫妇双方染色体检查与血型鉴定及其丈夫的精液检查, 女方尚需进行生殖道检查, 包括有无肿瘤、宫腔粘连, 并做子宫输卵管造影及宫腔镜检查, 以确定子宫有无畸形与病变, 有无宫颈内口松弛等。宫颈内口松弛者应在妊娠前行宫颈内口修补术, 或于孕 14~18 周行宫颈内口环扎术, 术后定期随诊, 提前住院, 待分娩发动前拆除缝线, 若环扎术后有流产征象, 治疗失败, 应及时拆除缝线, 以免造成宫颈撕裂。原因不明的习惯性流产妇女, 当有怀孕征兆时, 可按黄体功能不足给予黄体酮治疗, 每日 10~20mg 肌注, 或 HCG 3 000U, 隔日肌注一次。确诊妊娠后继续给药直至妊娠 10 周或超过以往发生流产的月份, 并嘱其卧床休息, 禁性生活, 补充维生素 E 及心理疗法, 安定情绪。

有作者对不同原因的习惯性流产患者行主动免疫治疗, 将其丈夫或他人的淋巴细胞在女方前臂内侧或臀部做多点皮内注射, 妊娠前注射 2~4 次, 妊娠早期加强免疫 1~3 次, 妊娠成功率可达 86% 以上。

7. 流产感染 治疗原则为积极控制感染, 尽快清除宫内残留物。若阴道流血不多, 应用广谱抗生素 2~3 日, 待控制感染

后再行刮宫。若阴道流血量多, 静脉滴注抗生素及输血的同时, 用卵圆钳将宫腔内残留组织夹出, 使出血减少, 切不可用刮匙全面搔刮宫腔, 以免造成感染扩散。术后应继续给予广谱抗生素, 待感染控制后再行彻底刮宫。若已合并感染性休克者, 应积极抢救休克。若感染严重或腹盆腔有脓肿形成, 应行手术引流, 必要时切除子宫。

【护理要点】

(1) 引导孕妇说出焦虑的心理感受, 提出有关问题, 耐心解释病情和治疗方案, 使其能积极配合治疗。关心体贴病人, 提供良好的生活护理。

(2) 对流产保胎的孕妇, 嘱其绝对卧床休息。保持大便通畅, 防止便秘。加强巡视, 及时发现病人的需要, 将日常用品放在病人伸手可及之处以便于拿取。注意阴道流血、腹痛、有无妊娠物及蜕膜排出, 发现异常, 及时报告医生。

(3) 遵医嘱给先兆流产及习惯性流产的孕妇药物治疗, 镇静剂苯巴比妥 0.06g 或地西泮 5mg, 每日 2~3 次; 对黄体功能不足者, 可用黄体酮 20mg, 每日 1 次, 肌肉注射, 出血停止后 7 日左右停药, 具有保胎效果; 维生素 E 10~20mg 口服, 每日 3 次, 利于孕卵发育。

(4) 对难免流产及不全流产大出血的孕妇, 应监测生命体征, 观察神志及面色变化, 遵医嘱及时给予吸氧、输血、输液、补充血容量, 做好清宫术前手术器械及用物准备, 术中积极配合处理。

(5) 保持外阴清洁, 消毒液擦洗外阴, 每日 2 次, 勤换会阴垫, 预防感染。阴道流血时间长的孕妇, 按医嘱给适量抗生素。

【健康教育】

嘱孕妇增加营养, 纠正贫血, 增强机体抵抗力; 流产清宫术后如阴道流血淋漓不

尽, 流血量多于月经量或伴有发热、腹痛时, 及时到医院就诊; 保持外阴清洁, 禁止

盆浴及性生活 1 个月, 以防感染。

(王明贞)

第三节 异位妊娠

凡受精卵着床并发育于子宫腔以外的器官或组织者, 称为异位妊娠。异位妊娠是生育年龄妇女常见的急腹症之一。一旦发生流产或破裂, 常引起出血等严重并发症, 若不及时诊断和积极治疗, 可危及生命。

据国内统计, 异位妊娠与正常妊娠总数的比例为 1:43 ~ 1:50。近年发病率呈上升趋势, 已成为世界流行性的疾病。发病率升高的原因可能是: ①性传播疾病的流行使盆腔炎、输卵管炎的发病增加; ②人工流产后所致的感染增加; ③助孕技术的应用; ④盆腔手术的增多; ⑤性激素的应用; ⑥早期诊断技术的提高等。

本病的死因 85% 来自内出血。近年由于诊断和治疗技术的改进, 尤其是 B 超、血 β -HCG 测定及腹腔镜的广泛应用, 80% 的异位妊娠可以在未破裂前得到早期诊断。并予以以甲氨蝶呤为主的药物治疗和腹腔镜下微创手术, 避免了致命性出血及其并发症的发生, 病死率明显下降。

一、输卵管妊娠

异位妊娠中最多见者为输卵管妊娠, 占总数的 95% ~ 98%。其中又以壶腹部妊娠为最多, 占 50% ~ 70%; 其次为峡部, 占 30% ~ 40%; 伞部、间质部最少见, 占 1% ~ 2%。

【病因】

1. 输卵管病变

(1) 输卵管炎: 是异位妊娠最常见的原因。输卵管内膜因炎症造成粘连、管腔狭窄、曲折或输卵管周围粘连致形态异常, 常使孕卵运行受阻; 因内膜纤毛常有缺损, 使输卵管蠕动能力降低, 影响孕卵运行。慢性

输卵管炎除一般感染所致者外, 近年发现性传播疾病如淋球菌、支原体、衣原体等的感染使异位妊娠的危险性成数倍增加。因此, 不洁性交、多个性伴侣等都易导致异位妊娠的发生; 多次人工流产后, 可能由于输卵管的发病率增加, 使异位妊娠的危险性加大, 一次异位妊娠后, 再次患病的机会可达 7% ~ 15%; 输卵管结核、息肉所致输卵管的改变也可引起异位妊娠。

(2) 输卵管手术史: 输卵管再通术、电凝术、绝育术等可使异位妊娠的危险性增加 9.3 ~ 21 倍。

(3) 输卵管发育异常: 输卵管发育不良者其管壁的肌纤维发育差或缺乏, 内膜纤维缺少, 外形细长, 并弯曲成螺旋形。发育畸形者可有多个孔、憩室、双输卵管口或有另一发育不全的输卵管(副输卵管)等, 都可成为输卵管妊娠的原因。

(4) 子宫内膜异位症: 子宫内膜组织可侵入输卵管的间质部, 使间质增厚, 管腔狭窄或阻塞, 影响孕卵运行而着床于输卵管内。此外, 异位于输卵管的子宫内膜岛较正常的输卵管内膜更适宜孕卵的种植。

2. 子宫病变

(1) 子宫内膜炎: 可造成宫腔粘连、瘢痕形成, 不利于孕卵的着床。

(2) 子宫肿瘤: 最多见的是子宫肌瘤, 特别是黏膜下肌瘤, 可造成宫腔变形, 影响孕卵的正常着床。

(3) 宫腔手术, 如人工流产、中期引产、剖宫产、反复或过度刮宫及子宫腔的检查、治疗操作等易造成子宫内膜损伤、缺失, 形成宫腔粘连、瘢痕、变形而有碍孕卵的种植。

(4) 子宫畸形:如残角子宫并不与正常子宫相通,但当对侧排卵时,孕卵可游走到残角侧种植发育。双角子宫的宫腔不利于孕卵种植,也可引起输卵管妊娠。

3. 盆腔疾患 附件肿物以及盆腔手术后粘连可使输卵管受压、扭曲、变细、变长,阻碍孕卵通过而着床于输卵管内。

4. 功能因素

(1) 过早排卵:卵子过早进入宫腔后向对侧输卵管游走而在该处受精、发育而形成输卵管妊娠。

(2) 受精时间延迟:如输卵管伞端纤毛作用缺失,卵子排出后在腹腔内游动时间长,延迟了受精时间;有的卵子从一侧卵巢排出而进入另一侧输卵管,或卵子在对侧输卵管附近处受精等情况下,再进入输卵管都需较长时间。此时受精卵往往已发育成囊胚,体积增大而难于通过输卵管进入宫腔,着床于管内成为输卵管妊娠。这种情况常见于输卵管正常,从未怀孕过的妇女。

(3) 雌、孕激素水平改变:可能造成下列影响:①输卵管腔内代谢环境不正常,失去对受精卵透明带的保护,使其尚在输卵管内时,透明带已提前溶解,而在输卵管内种植;②减低输卵管的运送力,使孕卵不能送至子宫腔而停滞于输卵管内。如使用单一孕激素类避孕药或含孕激素的宫内节育器;排卵后使用大剂量的雌激素;吸烟可能改变输卵管肌层类固醇受体数量和亲和力等,都可使输卵管妊娠的发病率增高。

5. 助孕技术 采用助孕技术的病人大都有输卵管疾病或功能性障碍的病史,本身就具有异位妊娠的可能性。用人类垂体激素和绒毛膜性腺素诱发排卵,当尿雌三醇值超过200mg/24h时,异位妊娠率就将增高;配子输卵管内移植、体外受精胚胎移植也可增加异位妊娠的可能性;后者和诱发排卵还使宫内、外同时妊娠的机会增加。

6. 宫内节育器(IUD) IUD增加异位

妊娠的发生率,可能与IUD的类型、选用的禁忌、操作是否规范及观察方法有关。国内外学者意见尚不一致。如:

(1) Kaunitz(1977)认为IUD并不增加异位妊娠发生率。由于孕激素可以抑制输卵管的蠕动频率和次数,仅释放孕激素的IUD可能与异位妊娠有关。

(2) WHO(1992)研究证实,长期放置IUD并不增加盆腔炎的危险,但IUD在子宫内的抗生育能力强于输卵管,如宫内避孕成功,则异位妊娠的发生率相对较高。

(3) 我国IUD的应用广泛,但不少地方在放器前后对生殖道感染未适当治疗,放置操作不规范,放置后缺少随访,术后长期出血和感染经常可见。据报道,带器异位妊娠的发生率比不带器者高13倍。带器怀孕者中,4%~17%是异位妊娠,可能与带器后子宫及输卵管的炎症有关。放器25个月至取器后1年是患异位妊娠最危险的时期。

【病理机制】

输卵管妊娠时,内膜的蜕膜反应较差,孕卵着床后,借蛋白水解酶的作用,绒毛直接侵入管壁肌层,破坏肌层微血管而引起出血,血液浸入滋养层与周围组织之间,孕卵由肌纤维及结缔组织形成的包膜所包围,终致发育停止而流产,或穿透肌层而破裂。

输卵管峡部由于管腔较狭窄,绒毛易侵蚀穿透肌层及浆膜层,致输卵管破裂。破裂发生时间较其他部位更早。

输卵管间质部妊娠占异位妊娠的2%~4%,其妊娠囊由输卵管的浆膜、结缔组织及变薄的子宫肌层组成,滋养层可侵及输卵管黏膜及肌层。由于未在子宫壁内,常在孕10~12周时,甚至可发育到3~4个月才流产或破裂。

输卵管妊娠破裂可损伤较大血管,一般出血都较严重,尤以间质部妊娠破裂出血猛烈,可危及生命。血液流入腹腔,刺激腹