

Handbook of Obstetric and
Gynecologic Emergencies

Second Edition

妇产科急诊手册

【第二版】

(美) Guy I. Benrubi 主编

金志军 谢康云 主译

李文 张文凯 译校

李春德 张令浩 译校

第二军医大学出版社

妇产科急诊手册

(第二版)

(美) Guy I Benrubi 主编

金志军 谢康云 主译

李文 张文凯

李春德 张令浩 译校

第二军医大学出版社

Handbook of Obstetric and Gynecologic Emergencies, 2/E by Guy I. Benrubi, M.D.

©2001 by Lippincott Williams & Wilkins

《妇产科急诊手册》中文简体字版权由美国 Lippincott Williams & Wilkins 独家授权

©2003 by 第二军医大学出版社

由辽宁版权代理中心代理

图书在版编目(CIP)数据

妇产科急诊手册/(美) Benrubi, G. I 主编; 金志军, 谢康云, 李文等译. 上海第二军医大学出版社, 2004. 8

ISBN 7-81060-413-9

I. 妇… II. ①本…②金…③谢…④李… III. 妇产科-急诊-手册

IV. 710.597-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 049468 号

妇产科急诊手册

金志军 谢康云 主译
李文 张文凯

第二军医大学出版社出版发行

(上海市翔殷路 818 号 邮政编码: 200433)

全国新华书店经销

莱芜市圣龙印务书刊有限责任公司印刷

开本: 889×1194 1/32 印张: 16.75 字数 404 千字

2004 年 8 月第 1 版 2004 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 7-81060-413-9/R·307

定价: 78.00 元

作者名单

C. David Adair, 医学博士, 厄兰吉医学中心妇产科主任, 田纳西大学医学院妇产科助理教授

Guy I. Benrubi, 医学博士, Shands Jacksonville 医院妇产科主任, 佛罗里达大学妇产科副主任

Richard Boothby, 医学博士, 奥兰多安德森癌症中心妇科肿瘤主任

W. David Boyd, 医学博士, 佛罗里达大学妇产科医生

Joseph Cernigliaro, 医学博士, Mayo 诊所放射科助理教授

Isaac Delke, 医学博士, 佛罗里达生命科学中心大学妇产科副教授

Charles J. Dunton, 医学博士, 托马斯杰弗逊大学杰弗逊医学院妇产科教授

Francisco L. Gaudier, 医学博士, Mayo 诊所妇产科副教授, St. Luke's 医院母婴中心主任

Ann L. Harwood-Nuss, 医学博士, 佛罗里达大学急诊科副系主任, 教授

Thanh T. Hogan, 药学博士, 佛罗里达大学药学院临床副教授

Benson J. Horowitz, 医学博士, 康涅提根大学妇产科临床教授

John F. Huddleston, 医学博士, Shands Jacksonville 医院妇产科产科服务主任, 佛罗里达生命科学中心大学妇产科母婴医学教授

Cheryl Iglesia, 医学博士, 华盛顿医院中心妇产科分科—泌尿妇科及骨盆再造科主任

David C. Jones, 医学博士, 耶鲁纽黑文医院妇产科主治医生, 耶鲁大学妇产科副教授

James L. Jones, 医学博士, 哲学博士, 佛罗里达生命科学中心大学妇产科临床助理教授

Andrew M. Kaunitz, 医学博士, 佛罗里达生命科学中心大学妇产科教授及助理主席

Maribel U. Lockwood, 医学博士, 佛罗里达大学放射诊断科

研究员

Deborah S. Lyon, 医学博士, 佛罗里达生命科学中心大学妇产
产科副教授

Tracey Maurer, 医学博士, 耶鲁大学医学院妇产科临床讲师

Catherine J. McIntyre, 医学博士, 佛罗里达大学妇产科临床
讲师

Kristen Morgen Mulchahey, 医学博士, Marietta, Georgia
30067

Marcia E. Murakami, 医学博士, Mayo 医学院放射科助理教
授

Boniface U. Ndubisi, 医学博士, 佛罗里达生命科学中心大
学妇产科副教授, 肿瘤妇科主任

Robert C. Nuss, 医学博士, 佛罗里达大学医学院妇产科教
授, 临床事务副主管

Marghani M. Reeve, 医学博士, 佛罗里达精神健康资源中
心项目主管

Luis Sanchez - Ramos, 医学博士, 佛罗里达生命科学中心大
学妇产科妇产科母婴医学教授

Mitzi Scott Brock, 医学博士, 佛罗里达大学妇产科住院医

I. Keith Stone, 医学博士, Shands 教学医院妇产科主席, 佛
罗里达大学医学院妇产科教授

Gregory Sutton, 医学博士, 任职于 St. Vincent 医院及健康服
务中心妇产科

Jonathan Tammela, 医学博士, 任职于佛罗里达生命科学中
心大学妇产科妇产科

Mark W. Todd, 药学博士, Samford 大学药学院临床教授,
阿拉巴马大学药学院主任

J. M. Whitworth, 医学博士, Shands 医院儿童危象中心医疗
执行主任, 佛罗里达大学儿科教授

Lynnette Doan - Wiggins, 医学博士, Loyola 大学急诊科医
生, 外科临床助理教授

前 言

医生们正越来越多地面临这个问题:如何对产科和妇科急诊情况作出诊断及处理决定。不管情况的发生是在城市医院的急诊科或是在妇产科医生的诊所,还是在其他提供初级保健的场所,我们都必须了解疾病的病理生理学的变化以及不同情况下不同的处理方法,才能给患者提供优质服务。在过去的10年中,我们越来越明显地看到,一大部分高危年轻妇女及儿童在需要妇科及产科方面的急诊救治时却被抛在了这一医疗保健体系之外。在美国某些地区,高达25%的年轻妇女得不到产前保健,另一些地区有近50%的年轻妇女得不到初级保健服务以应对紧急情况。据估计,目前全国尚有4500万人无医疗保险。与此同时,在目前的管理体制下,有关医疗保健的费用不断增长,因此鼓励不住院或早出院。使得分娩并发症以及妇科手术情况的发生在患者离开医院后才被认识到。因此,不管是在医院还是在诊所,发生情况时都必须及时对患者都进行一系列的紧急处理。

本书为妇产科急诊最新知识,适于产科医生、妇科医生、急诊科医生、家庭医生及从事初级保健工作者阅读。全书分为两大部分:产科急诊与妇科急诊。尽管内容按这两大科内常见的主要急诊情况编排,但是有几个问题有多位作者从不同方面阐述。编者相信,从不同观点出发,大家可以从多方面理解如何处理这些情况。最后,大家必须认识到产科及妇科急诊会随时间发生

变化,今日常见的问题也许明日不再常见,医生总是面临新的挑战。例如,我国将近80%的妇女无法得到合法的流产处理,因此非法流产所致急诊的出现可能将会上升。另外,社会上暴力行为所引发的疾病愈来愈多,治疗女性患者的医生必须既熟悉临床问题又熟悉心理问题,这类心理问题可能由强奸或其他对生殖器官的创伤中产生的,本书中有几个章节阐述了相关问题。

非常感谢所有作者对以上问题所作的出色、细致、勤奋的工作及其敏锐分析;感谢 Lippincott Williams & Wilkins 公司的 Lisa McAllister 促成我们编写此书;感谢 Sonya Seigafuse 高效的编辑;最重要的,感谢所有患者促成此书手稿的完成。特别感谢 Ms. Georgette Andreason,总是愉快地接受我们那难以令人接受的要求;感谢 Ms. Marsha Cole 以极好的安排而显示了其高超的组织技巧,而这正是编者所缺乏的。没有他们的参与,这本书将不可能完成。

Guy I. Benrubi

目 录

前 言

第一篇 产 科	(1)
第一章 妊娠患者急诊	(3)
第二章 妊娠期急性腹痛	(30)
第三章 异位妊娠	(48)
第四章 妊娠创伤	(73)
第五章 妊娠期心肺复苏	(100)
第六章 临死期剖宫产分娩	(113)
第七章 妊娠高血压：子痫与先兆子痫	(124)
第八章 妊娠期出血	(136)
第九章 妊娠感染	(153)
第十章 急诊室分娩	(176)
第十一章 艾滋病病毒感染与妊娠：临产 及分娩处理	(195)
第十二章 产后急诊	(206)
第十三章 影像学检查在产科急诊中 的作用	(226)
第十四章 妊娠期药物治疗	(244)
第十五章 合法及非法流产并发症	(261)
第十六章 急诊科所需设备	(267)
第二篇 妇 科	(273)
第十七章 性传播疾病	(275)
第十八章 外阴和阴道疾病	(305)
第十九章 月经过多与异常阴道出血	(330)
第二十章 盆腔肿物	(344)
第二十一章 卵巢扭转	(361)
第二十二章 肿瘤急诊	(370)
第二十三章 术后急诊	(385)

第二十四章	儿童和青少年妇科急诊·····	(414)
第二十五章	性暴力受害者的急诊 评估与救治·····	(443)
第二十六章	妇科创伤·····	(465)
第二十七章	妇科急诊影像·····	(478)
第二十八章	泌尿妇科急诊·····	(504)
第二十九章	急诊室交流问题：危机处理·····	(510)

第一篇 产 科

第一章 妊娠患者急诊

John F. Huddleston

巴斯德曾经说过:机会总是垂青那些有准备的人。能否正确处理一名急性患病的年轻孕妇及其胎儿,可显示出一名医生与众不同的临床能力,恐怕在医学界没有比这更好的机会了。虽然与妊娠妇女相关可能出现的急诊情况很多,但大多数属于产科,而且其中大部分发生在分娩时及产后。本章重点讲述孕期五大并发症,对这五大并发症的掌握程度将决定一名急诊科医生,在一名妇女及其家庭一生中理应快乐美好的时分,是成功还是失败。需要强调的是,孕妇本人可能未提到她已怀孕,或者她可能并没有意识到已经怀孕;而且,医生甚至也可能未注意到她已怀孕,尤其是尚未到晚期妊娠时。因此对于以任何主诉来就诊的育龄期妇女均应询问是否有怀孕的可能,这一点非常重要。

肺动脉栓塞

每 1 000 个妊娠妇女中约有 0.5~3.0 人会发生肺动脉栓塞,在美国肺动脉栓塞是母亲死亡率的第一致病因素^(1,2)。肺动脉栓塞不经治疗病死率高达 24%,因此一旦怀疑肺动脉栓塞必须迅速评估、诊断及治疗⁽³⁾。即使患者未经治疗得以存活,仍有超过 30% 的患者将再度发生栓塞⁽⁴⁾。在对急性事件的正确治疗下,病死率将降至低于 1%⁽⁵⁾。大多数血栓从股静脉和盆腔静脉而来,临床上难以定位。孕期这些静脉发生血栓的概率约为 0.4%,这一数值较非孕期高 6 倍⁽⁶⁾。通常,急诊科医生最先发现孕妇出现肺动脉栓塞的症状和体征。

患者表现

孕妇出现急性肺动脉栓塞时常表现为胸痛及呼吸急

促,可有咯血。检查时可见呼吸急促,可能听到胸膜摩擦音,当症状发生已数小时后尤其明显。但是,由于患者呼吸急促及忙碌的急诊室的嘈杂环境,胸膜摩擦音经常难以听到。

大面积肺动脉栓塞容易诊断,因其多伴有低血压及心血管衰竭;与之相反,小栓子栓塞患者通常症状和体征不明显,但这些小栓子很可能是出现大面积栓塞的先兆。因此,必须尽快作出正确诊断;而且,由肺动脉栓塞引起低血压所导致的突然失明,可在无其他症状和体征出现的情况下发生^(7,8)。

诊断检查

若孕妇极度不适,应立即抽动脉血作血气分析。急性肺动脉栓塞时通常表现为血氧分压(P_{O_2})下降,二氧化碳分压(P_{CO_2})下降更多;病程早期 pH 值正常或轻度升高。正常妊娠时每分通气量增加,使 P_{CO_2} 下降 25%,降至约 30 mmHg 水平。若孕妇出现呼吸困难或高碳酸性(40 mmHg)呼吸急促,则预示早期呼吸衰竭,通常预后不佳⁽⁹⁾。应摄胸片(腹部防护),许多医生怕电离辐射对胎儿造成损害而不摄胸片,实际上在无腹部防护时胎儿暴露在一次胸部照射时的剂量约为 $2.5 \times 10^{-5} \text{ Gy}$ (2.5 mrad),若有腹部防护则剂量更低^(10,11)。近 200 次无防护的前后位及侧位胸部照射的剂量总和才相当于孕期从宇宙射线以及存在于食物中的天然放射性物质(如 ^{14}C)中受到的剂量总和。

必须使胎儿接受的放射量最小⁽¹³⁾,但为正确诊断放射性照射也是必需的,否则在没有采取正确诊断步骤的情况下就开始治疗,不但会导致诊断错误而且将延迟抗凝治疗。如果患者已摄常规胸片,则可行通气-灌注扫描以明确肺动脉栓塞诊断。据研究所得胎儿可接受的最大放射剂量为 $5 \times 10^{-4} \text{ Sv}$ (50 mRem)⁽¹⁴⁾,胎儿受到的放射性同位素照射 85% 来自于母体膀胱,因为该研究中所

用同位素是从母体泌尿道排出的⁽¹⁴⁾。应大量补水使孕妇多排尿以降低胎儿危险,必要时插入导尿管以排空膀胱,减低接近胎儿的放射源对其造成的危害。

如果胸片出现异常或通气-灌注扫描可疑,应立即行选择性肺动脉血管造影,应行腹部防护以减少胎儿在放射线下暴露,对于晚期妊娠患者注意防护物不可遮盖肺底以免影响结果判断。有经验者做选择性肺动脉血管造影时并发症发生率低于1%。妊娠期血浆容量增加近40%并伴外周血管扩张,这两种因素导致静脉穿刺更容易。与非妊娠患者相比,操作更易成功,且费时更少。

照射剂量低于5 rad时,儿童期患癌症的风险似乎也有轻度增加⁽¹⁵⁾。据Wagner和同事报道,儿童期恶性肿瘤发生的风险为0.07%⁽¹⁶⁾,若胎儿在头3个月内接受过1 rad照射,则风险增至0.25%;若放射性照射发生在妊娠中期或晚期,则风险为0.12%。一般诊断盆腔深静脉血栓时,胎儿所受电离辐射量低于0.5 rad,而在辐射量低于0.05 rad时即可显示出肺动脉栓塞⁽¹⁶⁾。由于暴露剂量极小,所以当出现临床指征时应毫不犹豫进行此类检查。

也许在不久的将来,核磁共振血管造影将成为妊娠期诊断肺动脉栓塞的有力工具⁽¹⁷⁾

治疗

肝素疗法是肺动脉栓塞的治疗基础。它是一种带负电的分子量为20 000的大蛋白,不能透过胎盘⁽¹⁸⁾,因此不会使胎儿产生抗凝。如果高度怀疑孕妇肺动脉栓塞而放射诊断在一段时间内无法进行,应凭经验开始使用肝素治疗。如前所述,对治疗的拖延将极大地增加风险。

一旦确定诊断,治疗应马上开始。对非妊娠患者肝素治疗的主要并发症为出血,慎重控制剂量并经常监测部分促凝血酶原激活时间(aPTT)可大大降低此并发症的发生。肝素抗凝治疗时约有8%~33%的患者出血⁽¹⁸⁾,肝素所致其他潜在并发症,包括骨质疏松、斑秃,

组织胺释放所致继发性支气管收缩,重度血小板减少⁽¹⁹⁾。因此,治疗开始后2周内应每周做2次血小板计数,而后每月2次,出现瘀斑或紫癜时随时检查。肝素初始负荷剂量为70 IU/kg,静脉内给药,随后以每小时1 000 IU连续滴注,调整剂量使aPTT接近正常值的2倍或肝素滴度为0.2~0.4 IU/ml。孕妇需要大剂量肝素以维持抗凝,部分原因是血栓多较大,另一部分原因为妊娠期血液中大部分凝血因子的浓度都大大升高^(20,21)。已达临床稳定的患者静脉内抗凝约需持续10天。

经以上治疗后,患者出院后可用中量肝素皮下注射,通常每8~12小时7 500~10 000 IU足以使aPTT保持在正常值的1.5倍而肝素滴度在0.1~0.2 IU/ml⁽¹⁷⁾,门诊患者亦可用连续性皮下肝素泵。皮下注射时肝素的吸收量变化很大,无论患者将其注入皮下或者偶然可能注入肌肉内,肝素的吸收量都有很大变化,所以,急诊科医生遇肝素皮下注射治疗出血的患者时,须立即查aPTT。由于凝血因素的变化,剂量亦需经常调整。如果患者有出血且aPTT时间延长,可使用鱼精蛋白。若使用低分子量肝素,以上治疗原则毫无疑问要改变⁽²²⁾。低分子量肝素不延长aPTT时间,因此无须做该次项检查⁽²³⁾。

抗凝治疗需持续到患者临产,分娩时中断,产后数小时可恢复;产后患者可口服Coumadin(苡丙酮香豆素钠),持续3~6个月,并连续监测凝血酶原时间⁽²⁴⁾。

妊娠期不可使用口服抗凝剂⁽¹³⁾。这类维生素K拮抗剂容易透过胎盘,早期妊娠时还可致畸,早孕时使用这类药物可能会导致胎儿面部变形,肢端发育不良,点状骨骺,以及智力发育迟缓^(25,26);中期妊娠时使用口服抗凝剂可导致胎儿视神经萎缩,大脑发育不良,以及智力发育迟缓⁽²⁵⁾。该药物易透过胎盘,胎儿也被抗凝了,因此在孕妇受到创伤或早产时可导致严重的胎儿出血。

最近,外科手术方法已开始应用于妊娠期肺动脉栓塞患者及血栓性静脉炎患者。Morgensen及其同事已做

了8例静脉血栓清除术,患者为8名出现急性髂股静脉栓塞的孕妇,手术均很成功⁽⁶⁾。Belgvad及其同事成功治疗了1例右心室衰竭的中期妊娠孕妇,其肺动脉循环85%被阻断⁽²⁷⁾。Splinter及其同事报告了1例开放性栓子切除术,是于剖腹产后立即进行的,母亲及婴儿均完全康复⁽²⁸⁾。虽然外科方法仍处于研究阶段,但无疑为患肺动脉栓塞而又对传统治疗无反应的孕妇提供了另一种治疗选择。

哮 喘

哮喘是孕期最常见的并发症之一^(29,30)。此种阻塞性呼吸障碍约占妊娠者的1%,哮喘持续状态约占妊娠者的0.2%^(32,33)。急诊科医生必须迅速作出诊断及治疗。在美国总人口中,哮喘所致死亡率为1%~3%,即每年有将近4000人死于该病。

当一位有哮喘病史的妇女怀孕后,在其接下来的9个月中哮喘病程的变化是不可预测的。Turner及其同事对1054名妊娠妇女所作的回顾性研究表明,50%哮喘程度不变,30%有好转,而20%恶化⁽³⁵⁾,不过,一名孕妇在其孕期哮喘病的变化并不表明以后妊娠时哮喘病也将有同样变化^(36,37),重症哮喘患者怀孕后病情多恶化。哮喘妇女更常出现肺炎,此时肺炎可混淆对哮喘的诊断而使正确治疗延迟⁽³⁸⁾。

关于哮喘对妊娠的影响,尚未有全面的论述。一些研究者发现妊娠期患哮喘的孕妇早产率升高^(39,40)。在最近的一项研究中,Mabie及其同事发现哮喘孕妇早产率为16%,与对照组人群的17.7%无明显差异⁽⁴¹⁾。另一项研究表明,重度哮喘妇女围产儿病死率为28%⁽⁴²⁾,该数字似乎偏高,也许与此项研究成果发表于1970年有关。自此项研究发表以来的30年中,出生前胎儿评估已得到大大改进,因此目前围产儿病死率恐怕不会如此之

高。在此项研究的 16 例中,有 4 名(25%)重度哮喘患者死亡⁽⁴²⁾。这是一项小样本研究,随着治疗方法及重症监护技术的改进,这一数值已大大降低⁽³¹⁾。但我们切不可因重症监护水平的提高而轻视妊娠期哮喘病。1984 年 Geller 及其同事报道了一例有轻度哮喘病史的孕妇发展为威胁生命的哮喘持续状态,且所有治疗无效⁽⁴³⁾。1977 年 Scoggins 及其同事报道妊娠哮喘患者需机械通气时,其母体病死率为 40%⁽⁴⁴⁾。

需要重点记住的是,孕期通气量会增加 40%,从每分钟约 7.5 L 增为 10.5 L,这主要是由潮气量增加引起的。由孕酮引起的呼吸频率加快只占极小比率。通气量的增加使患者处于轻度代偿性的呼吸性碱中毒^(29,31,45)。

鉴别诊断

对于妊娠妇女,哮喘的正确诊断及治疗是非常有必要的。许多正常孕妇都会有气短的感觉,称为妊娠期呼吸困难⁽⁴⁵⁾。从电话中我们很难诊断哮喘,如果孕妇自诉气短,她应立即就医。引起妊娠期呼吸困难的一个较少见原因是吸入性肺炎。由于孕期胃内残余物增多并且食道括约肌张力下降,孕妇睡眠时发生吸入的危险增大。随着子宫的逐渐增大,对胃及其内容物的压力增加,吸入的危险进一步加大。鉴别诊断需除外的其他疾病包括:肺动脉栓塞、肺水肿、心力衰竭。

哮喘的病理生理学

哮喘时以支气管平滑肌收缩、黏液分泌、支气管黏膜水肿为主要特点⁽³⁵⁾。这些反应释放的介质主要包括:组胺,过敏性反应的慢反应物质,嗜红细胞趋化因子,血小板激活因子^(35,36)。此类物质可因对过敏原的反应,呼吸道感染或激烈运动而释放。释放的这类介质引起炎症反应,是导致呼吸困难的主要原因;其次还使支气管平滑肌肥大,以往一直认为这是孕期呼吸道阻塞的主要原因,目