



妇产科学

课间实习指导

主编 李卫民



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

妇产科学

课间实习指导

主审	刘江波	首都医科大学支教团专家
主编	李卫民	首都医科大学平谷教学医院
编者	(以姓氏笔画为序)	
	马秀华	首都医科大学大兴教学医院
	史伟	首都医科大学大兴教学医院
	宋风丽	首都医科大学大兴教学医院
	陈隈陟	首都医科大学潞河教学医院
	赵玉华	首都医科大学密云教学医院
	赵雪燕	首都医科大学平谷教学医院
	郝静	首都医科大学良乡教学医院
秘书	王芳	首都医科大学平谷教学医院



西安交通大学出版社

XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

妇产科学课间实习指导/李卫民主编. —西安:西安交通大学出版社,2014.8

ISBN 978-7-5605-6428-9

I. ①妇… II. ①李… III. ①妇产科学-实习-医学院校-教学参考资料 IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 144220 号

书 名 妇产科学课间实习指导
主 编 李卫民
责任编辑 问媛媛 杜玄静

出版发行 西安交通大学出版社
(西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)

网 址 <http://www.xjtpress.com>
电 话 (029)82668357 82667874(发行中心)
(029)82668315 82669096(总编办)

传 真 (029)82668280
印 刷 西安明瑞印务有限公司

开 本 787mm×1092mm 1/16 印张 3.375 彩页 2 字数 70 千字
版次印次 2014 年 9 月第 1 版 2014 年 9 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5605-6428-9/R·522
定 价 8.00 元

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。

订购热线:(029)82665248 (029)82665249

投稿热线:(029)82668803 (029)82668804

读者信箱:xjtumpress@163.com

版权所有 侵权必究

临床课程课间实习指导编委会

主任委员 刘 扬

副主任委员 杨 红

委 员 (以姓氏笔画为序)

于则利 王金瑞 冯伟捷

白淑英 刘江波 杨昭徐

邵山红 赵艳芝 康淑云

妇产科学是临床医学的主要课程之一,学好本课程学生必须将相关的基础知识与临床紧密结合,注重实践,注重基本技能训练,努力培养学生分析问题和解决问题的能力。

妇产科学课间实习的要求是:通过课间实习,学生要逐渐熟悉妇产科常见病、多发病的基本病因、临床表现、诊断依据、鉴别要点、治疗方法。

课间实习课中,学生在老师的指导下,通过仔细的询问病史、全面的体格检查、结合辅助检查资料,对病情进行科学地分析,理清思路,抓住要点,作出诊断,同时提出正确的治疗方法。

为较好的指导学生实习,我们根据妇产科学教学大纲和全国高等医学院校《妇产科学》教材对妇产科学教学的基本要求,编写了本课间实习指导。

本指导具有以下特点:

1. 紧扣妇产科学教学大纲和全国高等医学院校《妇产科学》教材,精简扼要地介绍了实习内容。
2. 概括地提出了实习方法,即以病史、体征、辅助检查为基本依据,作出诊断,提出治疗方法。
3. 指出了各个疾病应该掌握、熟悉、了解的内容及实习的重点。
4. 为便于学生复习,每个实习之后均提出了几个针对实习内容的思考问题。

由于编写时间和编者水平有限,缺点错误在所难免,望批评指正。

编委

2014年4月

首都医科大学燕京医学院

实习一	妇产科门诊	(1)
实习二	产前检查、孕期监护	(5)
实习三	正常分娩	(10)
实习四	高危妊娠、胎儿监护	(16)
实习五	妇科门诊常见病	(21)
实习六	妇科肿瘤与妇科手术	(26)
实习七	计划生育	(39)
参考文献		(45)
附录		(47)

实习一

妇产科门诊

【实习目的和要求】

1. 掌握妇科患者的查体方法、病史采集及门诊病历的书写。
2. 熟悉宫颈刮片、输卵管通液术、诊断性刮宫术、宫颈糜烂、宫颈息肉的治疗等常见门诊的诊断治疗技术的操作方法及注意事项。
3. 了解门诊治疗操作(阴道冲洗上药、电熨、冷冻或激光治疗)。

【实习时数】

3 学时

【实习准备】

1. 教师准备

- (1) 病情平稳,能配合问诊、查体的患者 3~4 名。
- (2) 预习提纲:将本次实习课所涉及的重点理论知识、问诊要点、查体要点印成提纲表,提前发放给学生。
- (3) 实习测试题:实习结束后将本次见习应掌握的内容以测试的方式对学生考核。
- (4) 教具准备:盆腔检查模型、手套、窥器、石蜡油。

2. 学生准备

按预习提纲进行实习准备,复习理论知识及问诊、查体要点。

【实习内容及方法】

一、第一阶段 地点:示教室; 时间: 30min

- (1) 教师介绍本次实习目的、方法。
- (2) 讲解妇科病史的采集及门诊病历的书写方法,讲解并演示妇科专科查体(双合诊、三合诊)的方法及注意事项,学生们在模型上练习。

二、第二阶段 地点:妇科门诊; 时间: 90min

(一) 教师示教

教师示教初诊患者,包括问诊、全身检查、妇科检查,边讲解内容要点边操作,然后书写门

诊病历。

1. 妇科病史的采集及病历的书写

采集病史做到态度和蔼,耐心细致地询问病情,不仅要考虑到患者讲述病情的真实性,遇到有不愿说出真情者,更应耐心启发。对未婚患者有的需行直肠-腹部诊和相应的化验检查,明确诊断后再补充询问与性生活有关的问题。

(1)一般项目 包括姓名、性别、年龄、籍贯、职业、民族、住址等,若非患者陈述,应注明陈述者与患者关系。

(2)主诉 是指促使患者就诊的主要症状及持续时间,要求通过主诉初步估计疾病的大致范围。力求简明扼要,通常不超过 20 字。

(3)现病史 指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况,为病史的主要组成部分,应按时间顺序书写。

(4)既往史 指患者过去的健康和疾病情况。内容包括一般健康情况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史。

(5)月经史 初潮年龄、月经周期及经期持续时间、经量多少、经期伴随症状,常规询问末次月经日期及其经量和持续时间,若其流血情况不同于以往正常月经时,还应问明再前次月经日期。绝经后患者应询问绝经年龄,绝经后有无阴道流血、白带增多或其他不适。

(6)婚育史 婚次及每次结婚年龄,是否近亲结婚,男方健康状况,有无冶游史、性病史以及对方同居情况等。分娩方式,有无难产史,新生儿出生情况,产后有无大量出血或感染史。自然流产或人工流产情况。末次分娩或流产日期。采用何种计划生育措施及其效果。

(7)个人史 生活和居住情况,出生地和曾居留地区,有无烟、酒等嗜好。

(8)家族史 父母、兄弟、姐妹及子女健康情况。家族成员中是否有遗传性疾病、可能与遗传有关的疾病以及传染病。

2. 妇科检查的方法

(1)全身检查 同体格检查(略)。

(2)腹部检查 为妇科体格检查的重要组成部分,应在盆腔检查前进行。视诊腹部是否隆起或蛙状腹,腹壁有无瘢痕、静脉曲张、妊娠纹、腹壁疝、腹直肌分离等,扪诊腹壁厚度,肝、脾、肾有无增大及压痛,腹部是否有压痛、反跳痛或肌紧张,能否扪到包块,有包块时应描述包块部位、大小、形状、质地、活动度、表面是否光滑或有高低不平隆起以及有无压痛等。叩诊时注意鼓音和浊音的分布范围,有无移动性浊音。必要时听诊了解肠鸣音情况。若合并妊娠,应检查宫底高度、腹围、胎位、胎心及胎儿大小。

(3)盆腔检查 又称妇科检查,检查部位包括外阴、阴道、宫颈、宫体及双侧附件。

3. 妇科检查的基本要求

(1)检查者应关心体贴被检查的患者,做到态度严肃、语言亲切、检查仔细、动作轻柔。检查前告诉患者盆腔检查可能引起的不适,不必紧张。

(2)除尿失禁患者外,检查前应解净小便,必要时导尿排空膀胱。大便充盈者应在排便或灌肠后检查。

(3)应避免于经期做盆腔检查。但若为阴道异常流血则必须检查。检查前消毒外阴,以防发生感染。

(4)患者取膀胱截石位。患者臀部置于台缘,头部略抬高,两手平放于身旁,使腹肌松弛。检查者面向患者,立在患者两腿之间。不宜搬动的危重患者可在病床上检查。

(5)每检查一人,应更换置于臀部的垫单,避免交叉感染。

(6)对未发生过性接触的患者禁作双合诊及阴道窥器检查,应限于行直肠指诊。若需有阴道检查时,应先征得患者及其家属同意。男医生检查患者时,需有其他女医护人员在场,以减轻患者紧张心理和避免发生不必要的误会。

(7)疑有盆腔内病变的腹壁肥厚、高度紧张不合作者,若盆腔检查不满意时,可行B型超声检查。

4. 妇科检查方法及步骤

(1)外阴部检查方法 观察外阴发育及阴毛多少和分布情况,有无皮炎、溃疡、赘生物或肿块。分开小阴唇,暴露阴道前庭及尿道口及阴道口。观察尿道口有无赘生物。未婚者的处女膜完整未破,其阴道口勉强可容示指;已婚者阴道口可容两指;经产妇的处女膜仅余残痕。检查者可让患者用力向下屏气,观察有无阴道前后壁脱垂、子宫脱垂或尿失禁。

(2)阴道窥器检查

①放置和取出:常用鸭嘴形阴道窥器,可以固定,便于阴道内治疗操作。放置窥器时将前后两叶合拢表面涂润滑剂以利插入,若取阴道分泌物做细胞涂片检查时,则不应用润滑剂。

②视诊:检查阴道前后壁和侧壁及穹窿黏膜颜色、皱襞多少,是否有阴道隔或双阴道等畸形,注意阴道分泌物的量、性质、色泽,有无臭味,阴道分泌物异常者应作滴虫、念珠菌、淋菌及线索细胞等检查。检查宫颈时观察宫颈的大小、颜色、外口形状,有无出血、糜烂、撕裂、外翻、腺囊肿、息肉、赘生物。同时可采集宫颈外口鳞-柱交界部或宫颈分泌物标本。

③双合诊:是盆腔检查中最重要的项目。检查者一手的两指或一指放入阴道,另一手在腹部配合检查叫双合诊。目的在于检查阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢及宫旁结缔组织以及盆腔内壁有无异常。

——检查方法:检查者戴无菌手套,食、中两指蘸润滑剂,顺阴道后壁轻轻插入,检查阴道通畅度和深度,再触宫颈大小、形状、硬度及外口情况,有无接触性出血。当触及宫颈外口方向朝后时宫体为前倾;朝前时宫体为后倾;宫颈外口朝前且阴道内手指伸达后穹窿顶部可触及宫体时,子宫为后屈。随后将阴道内两指放在宫颈后方,另手掌心朝下手指平放在患者腹部平脐处,当阴道内手指向上向前方抬举宫颈时,腹部手指往下按压腹壁,并逐渐向耻骨联合部移动,通过内、外手指同时分别抬举和按压,相互协调,即可触及子宫的位置、大小、形状、软硬度、活动度及有无压痛。正常子宫位置一般是前倾略前屈。弄清子宫情况后,将阴道内两手指由宫颈后方移向一侧穹窿部,尽可能往上向盆腔深部触及,与此同时,另一手从同侧腹壁髂棘水平开始,由上往下按压腹壁,与阴道内手指相互对合,以触摸该侧子宫附件区有无肿块,增厚或压痛。正常卵巢可触及。

④三合诊:即腹部、阴道、直肠联合检查,一手食指放入阴道,中指放入直肠以替代双合诊时阴道内两指,弥补双合诊的不足,了解极度后位子宫大小、子宫后壁、子宫直肠陷凹、骶骨韧带及盆腔后部病变。

(二)学生分组实习

3~4人一组,接纳几位患者进行问诊及查体,由一名学生参加,再由老师复查。课堂时

间不够,课外可继续进行。要求每个学生都要完成一次妇科查体操作。

三、第三阶段 地点:示教室;时间:20min

由老师以提问的形式突出这次课间实习重点,妇科查体的要领及注意事项。

四、测试和答疑 地点:示教室;时间:10min

【测试题】

1. 宫颈细胞学检查的目的及意义是什么?
2. 妇科双合诊时的检查内容有哪些?

(郝静)

实习二

产前检查、孕期监护

【实习目的和要求】

1. 掌握孕期检查的内容, 产前检查方法。
2. 熟悉高危妊娠范畴, B超监测胎儿的生长、发育情况。
3. 了解围产医学的概念, 孕期保健的重要性, 孕产期保健的三级管理。

【实习时数】

3 学时

【实习准备】

1. 教师准备

- (1) 病情平稳, 能配合问诊、查体的孕妇 1 名。
- (2) 预习提纲: 将本次实习课所涉及的重点理论知识、问诊要点、查体要点印成提纲表, 提前发放给学生。
- (3) 实习测试题: 实习结束后将本次见习应掌握的内容以测试的方式对学生考核。
- (4) 教具准备: 血压表、听诊器、多普勒胎心仪、软尺、骨盆模型、骨盆测量仪、妊娠图、婴儿模型。

2. 学生准备

按预习提纲进行实习准备, 复习理论知识及问诊、查体要点。

【实习内容及方法】

一、第一阶段 地点: 示教室; 时间: 30min

- (1) 教师介绍本次实习目的、方法。
- (2) 复习胎产式、胎先露及胎方位的定义。
胎产式: 胎体纵轴与母体纵轴的关系, 分纵产式、横产式及斜产式。
胎先露: 最先进入骨盆入口的部分。
胎方位: 胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系。
在骨盆模型上简要讲解骨盆平面的骨性标志, 学生们在模型上练习。

二、第二阶段 地点:产科门诊; 时间:90min

(一)教师示教

教师分别示教初诊孕妇及复诊孕妇各 1 次,从问诊、全身检查、产科检查、骨盆外测量示教一遍,边讲解内容要点边操作,然后填写初诊病历,描绘妊娠图及处理。

1. 产前检查的时间

确诊早孕开始,一般孕 3 个月以内做双合诊检查,了解软产道及内生殖器有无异常。首次检查若无异常应于孕 20 周开始检查,孕 20~28 周每 4 周检查 1 次,28~36 周每 2 周检查 1 次,孕 36 周后每 1 周检查 1 次。高危孕妇,酌情增加复诊次数。

2. 首次产前检查

(1)建立孕期保健手册。

(2)询问病史:姓名、年龄、职业、结婚年龄、胎产次。

①年龄小于 16 岁易发生难产,年龄大于 35 岁易发生并发症,产力异常、胎儿畸形的发生率高。

②询问职业有无毒物接触史。

③月经史及推算预产期:月经规律者根据末次月经第一日算起,月份减 3 或加 9,日数加 7。若月经不规则,可根据早孕反应和胎动开始的时间、子宫底高度及 B 超测胎儿双顶径来估计。

④既往孕产史:有无不良孕产史(流产、死胎、死产、难产)、分娩方式、手术指征及产后出血史、末次分娩及或流产日期,了解出生时新生儿情况。

⑤本次妊娠过程:妊娠早期有无早孕反应、病毒感染及用药史、胎动开始时间、有无阴道出血、头痛、头晕、心悸、气短、下肢水肿等。

⑥既往史及手术史:有无高血压、心脏病、结核病、肝肾疾病等和做过何种手术。对有剖宫产史及子宫肌瘤剔除者及早制定治疗方案。

⑦家族史:了解家族中有无精神病史,有无结核、高血压、糖尿病、多胎妊娠及其他遗传病史。

⑧丈夫健康情况:了解有无遗传疾病等。

(3)体检

①全身检查:观察发育、营养、精神状态、体态等。量身高,测量体重,计算体重指数(BMI), $BMI = \text{体重(kg)} / \text{身高}^2(\text{m}^2)$ 。整个孕期体重增长约 12.5kg 左右,孕晚期体重增长每周不超过 500g。测血压,正常不应超过 140/90mmHg。检查乳房发育情况、乳头有无凹陷。检查心脏有无异常,肝脾有无肿大,脊柱有无畸形,下肢有无水肿。

②产科检查

a. 腹部检查:孕妇排尿后仰卧在检查床上,头部稍垫高,暴露腹部,双腿略屈曲稍分开,使腹肌放松。

视诊:注意腹部的形状及大小、腹部妊娠纹的颜色、腹部有无水肿及手术瘢痕等。软尺测量宫高、腹围,宫底过高应考虑有多胎、羊水过多、巨大儿的可能,过低者可能有胎儿生长受限或孕周推算有误等。

触诊:四步触诊法检查胎产式、胎方位、胎先露及胎先露部是否入盆等。

第一步:检查者双手置于子宫底部,手测宫底高度,根据其高度估计胎儿大小与妊娠周期是否相符。然后以两手指腹相对交替轻推,判断在宫底部是胎儿的哪一部分。若为胎头则硬而圆且有浮球感,若为胎臀则软而宽且形状不规则。

第二步:检查者两手分别置于腹部两侧,一手固定,一手轻推,两手交替,分辨胎背及胎儿四肢。胎背平坦,四肢则高低不平且可变形。

第三步:检查者右手拇指与其他4指分开,置于耻骨联合上方握住胎先露部,进一步查清胎头或胎臀,并左右推动以确定是否衔接。

第四步:检查者面向孕妇足端,两手分别置于胎先露的两侧,向骨盆入口处深按,核实先露及入盆程度。

听诊:孕妇两腿伸直听胎心。头先露时,胎心在脐下左侧或右侧,臀先露时,胎心在脐上左侧或右侧,横位时在靠近脐下。胎心频率正常为120~160次/分。

b. 骨盆外测量

髂棘间径、髂嵴间径、骶耻外径、耻骨弓角度、坐骨结节间径和出口后矢状径。

髂棘间径:孕妇取伸腿仰卧位,测量两髂前上棘的外侧缘距离,正常值约为23~26cm。

髂嵴间径:孕妇取伸腿仰卧位,测量两髂嵴外缘间最宽距离,正常值约为25~28cm。

骶耻外径:孕妇取左侧卧位,右腿伸直,左腿屈曲,测量第五腰椎棘突下(相当于米氏菱形窝上角)至耻骨联合上缘中点的距离,正常值约为18~20cm。

耻骨弓角度:两拇指指尖斜着对拢放在耻骨联合下缘,左右两拇指平放在耻骨降支上面,两拇指所形成的角度即为耻骨弓角度,正常值为90°。

坐骨结节间径:孕妇取仰卧位,两腿弯曲,双手抱膝,暴露会阴,测量两坐骨结节内侧缘的距离。正常值为8.5~9.5cm,若小于8cm则应加测出口后矢状径。

出口后矢状径:为坐骨结节间径中点至骶骨尖端的长度。正常值为8~9cm。出口后矢状径与坐骨结节间径之和>15cm时,表明骨盆出口狭窄不明显。

c. 孕36~37周进行肛门检查骨产道。根据胎儿大小、胎先露入盆情况初步决定分娩方式。

③辅助检查

a. 首次检查时查血常规+血型+Rh、尿常规、肝功、肾功、空腹血糖、出凝血时间、甲肝、丙肝、艾滋病、梅毒、乙肝五项、甲状腺功能、阴道分泌物检查及心电图检查。

b. 妊娠10~12周,绒毛活检(针对有遗传病家族史的孕妇)。妊娠15~20周行唐氏儿筛查,孕妇年龄≥35岁或高危者在妊娠16~21周行羊水穿刺做染色体核型分析。

c. 妊娠24~28周行葡萄糖耐量试验(OGTT)。

d. 孕妇自我监测,孕28周开始计胎动。

e. B超检查:早孕期确定宫内妊娠和孕周,妊娠11~13+6周测量胎儿颈后透明膜厚度(NT),核定孕周,妊娠20~24周筛查胎儿畸形,妊娠28~30周了解胎儿生长发育情况、羊水量、胎位、胎盘位置,妊娠37~38周了解胎儿大小、羊水量、胎盘成熟度、胎位及S/D值。

f. 妊娠37~38周复查出凝血时间、肝功、肾功及心电图检查。

g. 胎心监护:有异常者妊娠32周行无应激试验(NST),正常情况下妊娠37周开始每周1次。

3. 复诊孕妇检查

(1) 询问前次检查后有无特殊情况出现,如头痛、眼花、水肿、阴道流血、胎动出现异常变

化等,经检查后给予相应处理。

(2) 测血压及体重,孕中后期复查血、尿常规。注意有无贫血、尿蛋白。

(3) 测量宫高及腹围,判断是否与妊娠周数相符合。子宫底高度能初步提示胎儿生长发育情况。连续3次检查宫高未增长则考虑胎儿生长受限。

(4) 进行孕期卫生宣教及孕妇营养宣教,预约下次复诊时间。

4. 描绘妊娠图

将初诊或复诊孕妇检查后的情况均记入妊娠图内。妊娠图的横坐标为孕周,纵坐标为宫高、腹围、血压、体重。四条曲线具有连续性和对比性,可一目了然。

(二) 教师讲解

1. 高危妊娠的范畴

通过早孕初筛及每次产前检查及时筛出高危因素。常见的高危因素有孕妇的本人基本情况、不良孕产史、内科合并症及产科并发症等四方面。如孕妇年龄 <18 岁或 >35 岁,有异常孕产史者(流产、早产、死胎、死产、各种难产及手术产、新生儿死亡、新生儿溶血性黄疸、先天缺陷或遗传性疾病),孕期出血(前置胎盘、胎盘早剥),妊娠高血压综合征,妊娠合并内科疾病(心脏病、肾炎、病毒性肝炎、重度贫血、病毒感染等),上级医院对高危孕妇做全面衡量选择对母儿有利的处理原则。

2. B超监测胎儿的生长、发育情况

(1) B超测胎儿头臀径长度(CRL)是早期妊娠时最常用的指标, $CRL(cm) + 6.5 = \text{孕龄(周)}$ 。

(2) 头径测量:测双顶径(BPD)和头围(HC)。

BPD增长率:孕28周前每周增长3mm,孕28~34周每周增长2mm,孕34周到临产前每周增长1mm。

(3) 腹围(AC)及股骨长(FL)测量。

(4) 头围与腹围比值(HC/AC):妊娠36周以前腹围小于头围,36周时二者相等,此后腹围大于头围值。

(5) 多普勒超声:多普勒超声测定脐动脉及胎儿大脑中动脉S/D比值和阻力指数。

(三) 学生分组实习

3~4人一组,接纳几位孕妇进行产前检查,问诊及查体各由一名学生参加,再由老师复查。如无合适孕妇,骨盆外测量,可学生互查,课堂时间不够,课外可继续进行。要求每个学生都要完成一次测量操作。

三、第三阶段 地点:示教室;时间:20min

由老师以提问的形式突出这次课间实习重点,四步触诊的要领,如何识别正常与高危妊娠。

四、测试和答疑 地点:示教室;时间:10min

【测试题】

1. 足月妊娠时,正常胎心率的范围每分钟应是()
 A. 100~140 次 B. 110~120 次 C. 120~160 次 D. 130~170 次
 E. 140~180 次
2. 有关检查胎位的四步触诊法,下述哪项是错误的()
 A. 用以了解子宫的大小、胎先露及胎方位
 B. 第一步是双手置于宫底部了解宫底高度,并判断是胎头还是胎臀
 C. 第二步是双手分别置于腹部两侧,辨别胎背方向
 D. 第三步是双手置于耻骨联合上方,弄清先露部为头还是臀
 E. 第四步,双手插入骨盆入口,进一步检查先露部,并确定入盆程度
3. 某孕妇,末次月经为 2013 年 2 月 25 日,其预产期应为()
 A. 2013 年 12 月 1 日 B. 2013 年 12 月 2 日
 C. 2013 年 12 月 11 日 D. 2013 年 12 月 30 日
 E. 2014 年 1 月 2 日

(李卫民 赵雪燕)

实习三

正常分娩

【实习目的和要求】

1. 掌握正常分娩的监测及评估,绘制、分析产程图。
2. 熟悉枕先露的分娩机制,接产的准备、如何接产及新生儿的处理。
3. 了解分娩后 2 小时产妇的观察。

【实习时数】

3 学时

【实习准备】

1. 教师准备

- (1)产房中临产的孕妇 1 名(病情平稳,能配合检查)。
- (2)预习提纲:将本次实习课所涉及的重点理论知识、查体要点、操作要点印成提纲表,提前发放给学生。
- (3)实习测试题:实习结束后将本次见习应掌握的内容以测试的方式对学生进行考核。
- (4)教具准备:血压表、听诊器、多普勒胎心仪、软尺、骨盆测量仪、产程图、骨盆模型、婴儿模型、正常分娩录像。

2. 学生准备

按预习提纲进行实习准备,复习理论知识及查体、操作要点。

【实习内容及方法】

一、第一阶段 地点:示教室; 时间:30min

- (1)教师介绍本次实习目的、方法。
- (2)复习正常分娩机制。

分娩机制是指胎儿先露部随骨盆各平面的不同形态,被动进行的一连串适应性转动,以其最小径线通过产道的全过程。

分娩过程包括衔接、下降、俯屈、内旋转、仰伸、复位及外旋转、胎肩及胎儿娩出。

结合录像及模型仔细讲解。

二、第二阶段 地点:产房;时间:90min

(一)教师示教收集病史、检查患者、绘制产程图

让学生在产房见习分娩临床经过,参观接生,学习正常分娩过程、产程分期、常见的症状及处理。观察产程图结构,学习产程的填写,了解产程图在产程监护与管理中的意义。

1. 观察及处理第一产程:重点学习观察正常的第一产程进展

(1)关心患者的全面情况:血压、脉搏、饮食、大小便,有何不适、有何顾虑、给予解释,精神安慰鼓励,必要时可给予药物解除痛苦,定时督促排尿,注意膀胱是否排空,有合并症者给予处理。

(2)观察宫缩情况:产程中必须连续定时观察并记录宫缩规律性、持续时间、间歇时间、强度。检测宫缩最简单的方法是将手掌放于产妇腹壁上,宫缩时宫体部隆起变硬,间歇期松弛变软。学习发现异常宫缩,宫缩乏力的诊断及处理,了解哌替啶、地西洋及缩宫素的应用。

(3)听胎心、学习胎心监护,了解胎儿窘迫的诊断及处理。

(4)胎膜早破的诊断及处理:胎膜多在宫口近开全时自然破裂,前羊水流出。一旦发现胎膜破裂,应立即听胎心,并观察羊水性状和流出量,有无宫缩,同时记录破膜时间。

2. 第二产程的观察及处理:重点学习接正常产

(1)宫口开全的特点:胎膜多自然破裂;宫缩增强,每次持续 1min 或更长,间歇 1~2min;产妇有排便感;会阴体变薄,肛门括约肌松弛;胎头拨露;胎头着冠。

(2)准备消毒接生:当初产妇宫口开全、经产妇宫口扩张 4cm 且宫缩规律有力时,应将产妇送至分娩室,作好接产准备工作。

(3)外阴消毒铺单。

(4)指导产妇用力:正确运用腹压是缩短第二产程的关键,指导产妇双足蹬在产床,两手握产床把手,宫缩时深吸气屏住,然后如解大便样向下用力屏气增加腹压。宫缩间歇时,产妇呼气并使全身肌肉放松。如此反复作屏气动作,能加速产程进展。

(5)正常分娩机制。

3. 第三产程的观察及处理:重点学习新生儿的处理

(1)断脐,新生儿处理(清理呼吸道、脐带处理、Apgar 评分)。

(2)新生儿窒息的抢救。

(3)胎盘剥离的征象:①宫体变硬呈球形,下段被扩张,宫体呈狭长形被推向上,宫底升高达脐上;②剥离的胎盘降至子宫下段,阴道口外露的一段脐带自行延长;③阴道少量流血;④接产者用手掌尺侧在产妇耻骨联合上方轻压子宫下段时,宫体上升而外露的脐带不再回缩。

(4)协助胎盘娩出:当确认胎盘已完全剥离时,于宫缩时以左手握住宫底(拇指置于子宫前壁,其余 4 指放在子宫后壁)并按压,同时右手轻拉脐带,协助娩出胎盘。当胎盘娩出至阴道口时,接产者用双手捧住胎盘,向一个方向旋转并缓慢向外牵拉,协助胎盘胎膜完整剥离排出。若发现胎膜部分断裂,用血管钳夹住断裂上端的胎膜,再继续向原方向旋转,直至胎膜完全排出。胎盘胎膜排出后,按摩子宫刺激其收缩以减少出血,同时注意观察并测量出血量。

(5)了解胎盘的大体结构、检查胎盘胎膜是否完整。

(6)检查软产道:胎盘娩出后,应仔细检查会阴、小阴唇内侧、尿道口周围、阴道、阴道穹隆