

中国医师协会住院医师
规范化培训推荐用书

临床技能与临床思维系列丛书

妇产科学分册

总主编 | 王 毅 张秀峰

主 编 | 刘 珏

 人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



中国医师协会住院医师规范化培训推荐用书
临床技能与临床思维系列丛书

妇产科学分册

总主编 王 毅 张秀峰

主 编 刘 珏

副主编 朱俊勇

编 委 (按姓氏拼音顺序)

何宜静 (南华大学)

胡 艳 (北京大学)

贾赞慧 (吉林大学)

李婵娟 (南京医科大学)

李志军 (南华大学)

刘 珏 (南华大学)

秦英楠 (南华大学)

王文艳 (安徽医科大学)

王晓谦 (桂林医学院)

张宇骄 (西南医科大学)

朱俊勇 (武汉大学)

朱理辉 (南华大学)

朱丽霞 (华中科技大学)

秘 书 何宜静 (南华大学)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床技能与临床思维系列丛书·妇产科学分册 / 刘珏主编.
—北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-25089-4

I. ①临… II. ①刘… III. ①临床医学-技术培训-教材
②妇产科学-技术培训-教材 IV. ①R4②R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 226419 号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康,
购书智慧智能综合服务平台
人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

临床技能与临床思维系列丛书
妇产科学分册

主 编: 刘 珏

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市博文印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 10

字 数: 185 千字

版 次: 2018 年 8 月第 1 版 2018 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-25089-4

定 价: 38.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序

医学,不论中医还是西医,其人才培养模式都包含“传承”元素。没有传承就没有医学教育。学校教育,无论是本科、硕士还是博士,都是学生,主要学习医学的知识和技能,培育素养和品质,只是范围和程度的定位不同。毕业后当了住院大夫,也有“学徒”的身份特征,需要在上级医生的指导下,把书本上所学的知识运用到实践中,不断地积累临床经验、完善临床技能,并领悟临床思维。这一过程就是医师成长中必经的住院医师规范化培训过程。因此,国家建立并全面实施住院医师规范化培训制度,不仅是提高我国医疗卫生工作质量和水平的治本之策,也是深化我国医药卫生体制改革和医学教育的重大举措,目的是通过规范化、同质化的人才培养,提高临床医学(含口腔、中医)专业人才的岗位胜任能力。

毋庸置疑,住院医师的岗位胜任力的核心,就是在正确严谨的临床思维指导下,运用精准细致的临床技能操作,力求达到对患者疾病诊治近乎完美的目的。正如外科专家曾宪九教授所说:“操作技巧虽然与手术成功有关,更重要的成功原因是诊断无误、手术适应证准确、手术方案选择得当等,要做到这些,就需要学习正确的思维方法”。由此可见,对于一位正在接受住院医师规范化培训的学员而言,形成正确的临床思维和规范的临床技能既是现实执业所需,更是未来职业发展所要。有鉴如此,为住院医师在规范化培训过程中,提供一本训练临床思维、规范临床操作的学习教材尤其重要而且十分必要。

“临床技能与临床思维系列丛书”抓住了住院医师规范化培训的核心内容,顺应了广大住院医师规范化培训学员和教师的特别需求,系统性、指导性、启发性俱强。衷心希望广大学员和教师欢迎与喜爱,希望这套丛书的出版为我国全面实施住院医师规范化培训制度发挥独特的支持作用。

中国科学院院士

中国医师协会全科医生教育培训专家委员会主任委员

曾益新

2017年7月

前 言

幅员辽阔、卫生与教育资源不平衡的中国,如何实现“健康梦”是中国政府为之奋斗的目标之一。住院医师规范化培训制度的建立为其提供了人才保障。人才培养的规范化和同质化是这一制度设计的美好愿景。临床技能与临床思维作为衡量人才质量的两个重要维度,怎样使住院医师经过一段时间的规范化培训后,能用缜密而又符合临床实际的思维方式,指导并选择精准的操作完成临床病人的诊治过程,是住院医师规范化培训的终极目标。

实现这一目标的前提和基础是规范化,规范化不仅是培训的管理过程、培训内容、培训标准,更是学员专业能力,特别是临床技能的规范化。只有实现培训的规范化才有可能实现培养的同质化。

有鉴于此,我们组织全国 200 多名具有丰富临床与教学经验的临床专家编写了“临床技能与临床思维系列丛书”,作为住院医师规范化培训用书,旨在提升所有参加住院医师规范化培训的学员的临床岗位胜任能力,将本专业及相关专业的临床医学基础理论与基本知识融会贯通于临床实践的全过程,以期达到培养的同质化。

“临床技能与临床思维系列丛书”将相继出版内科学、外科学、儿科学、妇产科学、神经内科学、急诊医学、全科医学、眼耳鼻喉科学等十余个分册。每分册收录本专业常见临床技能操作,从实训临床技能和临床思维角度出发,详尽列出了各临床技能的适应证、禁忌证、标准操作规程、常见并发症及处理,并将操作规程中的重点、难点及细节以疑点导航的形式呈现,数千个临床情景实例与临床思维分析,全面系统地阐述了临床技能操作的适用范围、具体要求以及临床思维要点,让学员在阅读中顿悟临床思维真谛的同时,达到规范化、精准化和同质化的培养目的。

本系列丛书部分临床技能操作具有通识性,涉及多个学科,编写时将其分别编入到相应分册中,使学员在本专业分册中即能全面学习,无需查阅其他分册。

本系列丛书编者来自全国 30 多所院校,是我国临床医学教育和临床一线的中青年骨干,具有深厚的教学与临床工作经历,编者们严谨的治学态度、活跃的学术思想和敬业的工作作风为本系列丛书的撰写提供了质量保证。与此

同时,本书在撰写过程中得到了湖南省卫生和计划生育委员会和南华大学的大力支持,在此深表谢忱。

由于编者水平有限,疏忽遗漏在所难免,恳请广大师生和临床工作者不吝赐教,以便再版时予以修正。

王 毅 张秀峰

2017年7月于南华大学

目 录

第一章	产前检查	1
第二章	骨盆内测量	6
第三章	胎心监护使用及判读	10
第四章	产程图绘制及应用	19
第五章	人工破膜术	25
第六章	人工剥离胎盘术	31
第七章	阴道分娩接生	35
第八章	会阴切开(裂伤)缝合术	41
第九章	新生儿窒息复苏	47
第十章	盆腔检查	53
第十一章	下生殖道活检术(宫颈活检术)	59
第十二章	经阴道后穹窿穿刺术	63
第十三章	宫颈扩张术	69
第十四章	刮宫术	74
第十五章	人工流产术	80
第十六章	宫内节育器放置术	89
第十七章	宫内节育器取出术	94
第十八章	羊膜腔穿刺术	98
第十九章	腹腔穿刺术	103
第二十章	初级心肺复苏	109
第二十一章	导尿术	115
第二十二章	手术区消毒铺巾	121
第二十三章	外科手术基本操作:切开、显露、缝合、结扎、止血	126
第二十四章	换药与拆线	141
	参考文献	150
	索引	151



一、适应证

妊娠中、晚期孕妇。

二、禁忌证

无绝对禁忌证,对于已经有宫缩者,应在宫缩间歇期检查。

三、标准操作规程

见表 1-1。

表 1-1 产前检查标准操作规程

准备	医师准备:穿工作服,戴口罩、帽子,洗手;男医师要求女性医务人员陪同
	核对床号、姓名,向产妇交代检查的目的
	拉好屏风,保护患者隐私
	嘱患者排尿
操作过程	用物准备:皮尺、一次性垫单、无菌手套、生理盐水、骨盆外测量器、骨盆出口测量器、汤姆斯骨盆出口测量器、胎心听诊器
	协助孕妇仰卧在检查床上,头部稍垫高 ¹
	暴露腹部,双腿略屈曲稍分开
	站在孕妇右侧,面向孕妇头端
	观察腹型及大小,有无妊娠纹、手术瘢痕及水肿等 ²
	宫高:用手触及宫底高度,软尺测量耻骨联合上缘中点至宫底的距离
	用软尺经脐绕腹部一周测量腹围
两手置于子宫底部,了解宫底高度,两手指相对轻推,判断宫底胎儿部分,区分胎头及胎臀 ³	
两手分别置于腹部两侧,一手相对固定,另手轻按检查,平坦饱满部分为胎背,可变形的高低不平部分为胎儿肢体,并确定胎背向前、向侧方或向后	

续表

	检查者右手拇指与其余四指分开,置于耻骨联合上方握住胎先露部,进一步查清先露是胎头还是胎臀,左右推动以确定是否衔接
	面向孕妇足端,检查者左右两手分别置于胎先露部两侧,沿骨盆入口向下深按,进一步核实胎先露诊断是否正确,并确定胎先露部入盆程度
	触诊确定胎方位后,使用胎心听诊器在胎背上方的孕妇腹壁上听诊胎心 1 分钟 ⁴
	测量前先了解和观察孕妇骨盆有无畸形及外伤骨折史
	嘱孕妇伸腿仰卧位,脱去一侧裤腿
	测量两髂前上棘外缘的距离
操作	测量两髂棘外缘最宽的距离
过程	嘱孕妇左侧卧位,右腿伸直,左腿屈曲,测量第 5 腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点的距离 ⁵
	协助孕妇平躺,臀下垫一次性垫单,两腿向腹部弯曲,双手抱双膝,检查者戴无菌手套,面向孕妇站于孕妇两腿之间,测量两坐骨结节内缘间的距离 ⁶
	嘱孕妇两腿弯曲,向两侧分开,用两手指指尖斜着对拢,放置在耻骨联合下缘,左右两拇指平放在耻骨降支上,目测两拇指间角度
	撤臀下巾,协助患者复位,复原衣物、被褥
	脱手套,关灯
	告知并记录检查结果

疑点导航:

1. 如长时间平卧位出现仰卧位低血压综合征,则及时更改侧卧位。
2. 对于有异常腹痛的产妇要注意腹部体征,如腹肌是否紧张,有无压痛、反跳痛及其位置,并与正常宫缩所致的节律性腹痛相区别。妊娠期阑尾炎的压痛点可随子宫的增大而不断上移,妊娠中晚期,压痛点可偏高,腹部反跳痛和肌紧张等不明显。由于压痛部位可因子宫的掩盖而不清,可采用以下方法协助诊断:①Bryan 试验:可作为区别阑尾炎与子宫疾病的可靠体征,具体方法是嘱患者采取右侧卧位,妊娠子宫移至右侧而引起疼痛,可提示疼痛非子宫疾病造成;②Aldel 试验:患者平卧,检查者将手指放在阑尾区最明显的压痛点上,然后嘱咐患者左侧卧位,子宫倒向左侧后,如压痛减轻或消失,说明疼痛来自子宫。如压痛较平卧位时更明显,则阑尾本身病变的可能性较大。
3. 注意手法轻柔,以免刺激宫缩。
4. 若行胎心监护则连续记录 20 分钟以上。
5. 第 5 腰椎棘突下定位:两侧髂棘后连线中点下 1.5cm,相当于米氏菱形

窝上角。

6. 如两坐骨结节内缘间的距离小于8.5cm,则加测出口后矢状径。出口后矢状径为坐骨结节间径中点至骶骨尖端的距离。检查者戴手套,右手示指伸入孕妇肛门向骶骨方向,拇指置于孕妇体外骶尾部,两指共同找到骶骨尖端,用汤姆斯骨盆出口测量仪一端放于坐骨结节间径中点,另一端放于骶骨尖端处,即可测得出口后矢状径,正常值8~9cm。此值与坐骨结节间径值之和>15cm,表示骨盆出口狭窄不明显。

四、临床情景实例与临床思维分析

1. 临床情景实例 患者,女性,25岁,孕39周阴道流血1小时入院。请给患者行产前检查,并记录检查结果。

临床思维分析:①首先通过询问及观察判断流血量的多少,量少考虑先兆临产,系正常的临产前征兆;量多则需警惕前置胎盘等疾病;②结果记录:按照宫高、腹围、胎方位、胎心率和IS-IC-EC-TO、耻骨弓角度顺序回答。

2. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,停经37周预约在门诊产检。请给予产前检查。

(2) 初步检查考虑臀位;检查过程中产妇突然出现多量阴道流液,如何处理。

临床思维分析:①常规产前检查,四步触诊检查判断胎方位;②胎先露为臀位时不能完全充填骨盆入口,周围可有间隙;破膜后容易出现脐带脱垂,检查过程中出现胎膜早破应立即去枕、抬高臀部,做阴道检查排除脐带脱垂,听胎心、平车送入病房。

3. 临床情景实例

(1) 患者,女性,23岁,停经8月,下肢水肿2周,头痛2天就诊。患者既往未行系统产前检查,请为患者行相关检查。

(2) 检查时患者突然出现抽搐,紧急处理是什么?

临床思维分析:①考虑妊娠期高血压疾病的产妇询问病史时要仔细询问既往血压情况,并规范测量血压;②检查时要判断下肢水肿程度:+水肿局限于膝以下;++延及大腿;+++水肿延及外阴及腹壁;++++全身水肿或伴有腹水;腹部检查时要重点判断有无腹水可能;③发生抽搐时考虑子痫,系妊娠期高血压疾病最严重的阶段;由于患者是在检查室检查时发生的病情变化,首先应呼救开展团队急救,产妇由卧位改成左侧卧位减少误吸,立即给予开放气道,面罩给氧,建立静脉通道,硫酸镁静脉注射,必要时镇静,血压大于160/110mmHg时积极降压,纠正缺氧和酸中毒,2小时后终止妊娠。

4. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,孕36周前来产检,请为患者进行产科检查。

(2) 患者宫底高度在脐与剑突之间,你如何与家属沟通交代病情?

临床思维分析:①检查时应熟知宫底高度与孕周的关系:12周时宫底在耻骨联合上2~3横指;16周时脐耻之间;20周时脐下1横指,宫高18cm(15.3~21.4cm);24周时脐上1横指,宫高24cm(22.0~25.1cm);28周时脐上3横指,宫高26cm(22.4~29.0cm);32周时脐与剑突之间,宫高29cm(25.3~32.0cm);36周时剑突下2横指,宫高32cm(29.8~34.5cm);40周时脐与剑突之间或略高,宫高33cm(30.0~35.3cm);②从宫底高度判断孕周在32周左右,子宫小于妊娠周数36周。考虑胎儿宫内生长受限、羊水过少、孕周计算错误等。需进一步详细询问病史,B超核查。

5. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,孕32周前来产检,请给患者进行产科检查。

(2) 患者宫底高度在剑突下2横指,你如何与家属沟通交代病情?

临床思维分析:①检查时应熟知宫底高度与孕周的关系(见上题分析);②从宫底高度判断孕周在36周左右,考虑巨大儿,应检查孕妇血糖,排除妊娠期糖尿病;考虑羊水过多,可借助B超了解羊水指数;考虑双胎妊娠,进行B超检查进行核实;或是孕周计算错误。

6. 临床情景实例

(1) 患者,女性,29岁,体外受精-胚胎移植(IVF-ET)术后双胎妊娠。现孕周为36周,因腹部膨胀、呼吸困难、严重不适2天前来产检,请给患者进行检查。

(2) 检查结果第1胎儿为肩先露,进一步如何处理?

临床思维分析:①仰卧位低血压综合征主要发生于妊娠晚期妇女,双胎妊娠腹部膨隆明显,平卧位时要特别注意预防。如患者呼吸困难,检查时体位可取半坐位;②该患者非自然受孕,双胎妊娠腹部过度膨隆,影响呼吸,第1胎儿为肩先露,不宜经阴道分娩,处理为尽早剖宫产。

7. 临床情景实例 患者,女性,33岁,孕37周,自觉胎动消失两天入院,为患者进行产科检查时听诊未能听及胎心音,如何处理?

临床思维分析:①可进一步行胎心多普勒听诊,并扩大听诊范围;②如仍未能听及,及时B超检查确诊胎儿是否存活,同时了解胎盘羊水有无异常;③如胎儿死亡尽早实施引产。

8. 临床情景实例

(1) 患者,女性,28岁,孕₂产₀,宫内孕31周活胎,因右下腹疼痛2小时前来就诊,你作为产科接诊医师,请为产妇行腹部检查。

(2) 产妇产科检查正常,右下腹麦氏点外上方有压痛,反跳痛(-)。腹肌紧张不明显。血常规:WBC $23 \times 10^9/L$,N% 89%。尿常规(-),请问:诊断考虑什么?下一步如何处理?

临床思维分析:①处理:常规产科检查,对于有异常腹痛的产妇要注意腹部体征。②诊断:妊娠合并急性阑尾炎?孕₂产₀,宫内孕31周活胎。③处理:鉴于妊娠期急性阑尾炎的诊断较非孕期困难,若漏诊而导致穿孔、腹膜炎,将明显增加母儿死亡率。因此妊娠期急性阑尾炎一般不主张保守治疗,高度怀疑阑尾炎时,若一时难以确诊,病情继续进展者,应放宽手术探查指征。一旦确诊,应立即手术,尤其在妊娠中晚期。完善血常规、B超;抗感染治疗同时行阑尾切除手术;原则上仅处理阑尾炎而不同时做剖宫产,需给予宫缩抑制药物。

9. 临床情景实例

(1) 患者,女性,30岁,因停经39周,规律性下腹痛3小时,阴道流液1小时由急诊平车入院,孕₁产₀,未定期行产检,胎儿估计4300g,请给患者行产科检查。

(2) 检查发现胎位为臀位,请进一步处理。

临床思维分析:①根据模型检查,宫高腹围均超过正常范围,考虑巨大儿,需进一步查血糖,明确是否合并妊娠期糖尿病;②初产妇,臀位,胎儿估计体重4300g,处理为剖宫产。

(刘 珏)

一、适应证

妊娠 24~36 周的孕妇。

二、禁忌证

完全性前置胎盘。

三、标准操作规程

见表 2-1。

表 2-1 骨盆内测量标准操作规程

准备	医师准备:穿工作服,戴口罩、帽子,洗手;男医师要求女性医务人员陪同
	核对床号、姓名,向孕妇交代检查的目的
	拉好屏风,保护患者隐私
	嘱患者排尿
操作过程	用物准备:大棉签、一次性垫单、无菌手套、无菌液状石蜡、络合碘
	协助孕妇膀胱截石位在检查床上,头部稍垫高
	臀下垫一次性垫单
	测量前了解孕妇有无外伤骨折史,观察腹型及骨盆有无畸形 ¹
	检查者面向孕妇,立于孕妇两腿之间
	络合碘大棉签消毒外阴 3 次 ²
	戴无菌手套
	无菌液状石蜡润滑,一手示指及中指并拢伸入阴道,拇指伸直,其余各指屈曲
示指及中指分别触及两侧坐骨棘,估计其间距离,即坐骨棘间径。正常值为 10cm	
示指置于骶棘韧带上移动,测量坐骨棘与骶骨下端间的距离。正常为能容纳 3 横指(5.5~6cm)	

续表

操作 过程	示指指尖触到骶岬上缘中点,示指上缘紧贴耻骨联合下缘,另一手标记此接触点,抽出阴道内手指,测量中指尖到接触点的距离,即对角径的长度;正常值为12.5~13cm ³
	撤臀下巾,协助患者复位,复原衣物、被褥
	脱手套
	告知并记录检查结果

疑点导航:

1. 胎头侧屈使顶骨入盆,呈不均倾位嵌入骨盆入口,称为头盆均倾不均,若前顶骨先嵌入,矢状缝偏后,称前不均倾;若后顶骨先嵌入,矢状缝偏前,称后不均倾。此时易出现胎头跨耻征阳性,腹型为尖腹。

2. 亦可采用肥皂水、温开水、新洁尔灭溶液冲洗消毒的方法:消毒肥皂水及温开水冲洗外阴3次,也可用肥皂水及温开水擦洗1次后用1:1000新洁尔灭溶液冲洗消毒。

3. 为减少手指进出阴道的次数,最后测量对角径。

四、临床情景实例与临床思维分析

1. 临床情景实例 患者,女性,20岁,停经8月,要求行骨盆内测量,请为患者完成该项检查,并记录结果。

临床思维分析:①骨盆内测量时由于手指会进入阴道,可能引起患者紧张和不适,故检查前需交代产妇充分放松,积极面对,配合检查。检查时做到动作轻柔;②记录对角径、坐骨棘间径、骶棘韧带长度。

2. 临床情景实例 患者,女性,25岁,孕35周,阴道流血3小时入院。B超检查:宫内孕活胎,完全性前置胎盘。患者从未行骨盆内测量,请为患者完成该项检查。

临床思维分析:骨盆内测量的目的是评估骨盆的大小和形态,从而判断孕妇能否经阴道顺利分娩。该患者B超检查考虑为完全性前置胎盘,无法经阴道分娩,是骨盆内测量的禁忌证。

3. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,停经27周首次门诊产检。既往因骨盆骨折手术治疗(具体不详),请为该患者完成骨盆内检查。

(2) 检查结果显示坐骨棘明显凸出,其间距离为7cm左右,如何处理。

临床思维分析:①既往曾有骨盆骨折手术史的患者,应在孕前行X线检查

了解骨盆结构改变。如之前并未检查,则骨盆内测量尤为重要,据此判断孕妇能否经阴道分娩。②该结果显示中骨盆平面狭窄,足月胎儿可能无法经阴道分娩,建议剖宫产。

4. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,孕39周,临产16小时宫口开全2小时未能分娩急诊入院。入院时查:胎心正常,宫缩20s/2~3min,性质中。阴道检查:盆腔后部空虚,胎头矢状缝位于骨盆斜径上,前囟在骨盆右前方,后囟(枕部)在骨盆左后方。先露-1。请进行处理。

(2) 坐骨棘间径8cm,请继续处理?

临床思维分析:①阴道检查结果考虑持续性枕后位,需警惕中骨盆狭窄。应再次行骨盆内测量,了解坐骨棘间径;②坐骨棘间径8cm提示中骨盆狭窄,胎头位置较高,考虑头盆不称,需行剖宫产术。

5. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,孕32周前来产检,既往有佝偻病病史,请给患者进行骨盆内测量。

(2) 患者检查结果对角径9cm,如何与患者沟通?

临床思维分析:①佝偻病骨骼软化使骨盆变形,骶岬被压向前,骨盆入口前后径明显缩短,骨盆入口呈肾形,骶骨下段向后移,失去骶骨的正常弯度,变直向后翘;②骨盆入口平面狭窄分级:I级(临界性狭窄)骶耻外径18cm,入口前后径10cm,对角径11.5cm,绝大多数可自然分娩;II级(相对性狭窄)骶耻外径16.5~17.5cm,入口前后径8.5~9.5cm,对角径10.0~11.0cm,需经试产决定是否可经阴道分娩;III级(绝对性狭窄)骶耻外径 \leq 16.0cm,入口前后径 \leq 8.0cm,对角径 \leq 9.5cm,须以剖宫产结束分娩。

6. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,初产妇。孕38周,阴道见红两天前来产检,腹型为尖腹,胎头跨耻征阳性。请给患者进行骨盆内测量。

(2) 骨盆内测量结果中哪项指标最有可能异常?

临床思维分析:①骨盆入口平面狭窄,主要为扁平骨盆的妇女,妊娠末期或临产后,胎头矢状缝只能衔接于入口横径上;②对角径反映骨盆入口前后径的长度,可能小于正常值。

7. 临床情景实例

(1) 患者,女性,29岁,初产妇。孕37周前来产检,产妇身高141cm,体重48kg。请给患者进行骨盆内测量。

(2) 患者检查结果:对角径10cm、坐骨棘间径8cm、骶棘韧带3.5cm。患者骨盆属于那种类型?你如何与家属沟通?

临床思维分析:①骨盆三个平面狭窄,每个平面径线小于正常值 2cm,或更多,称为均小骨盆;②若估计胎儿不大,胎位正常,头盆相称,宫缩好,可以试产,通常可通过胎头变形和极度俯屈,以胎头最小径线通过骨盆腔,可能经阴道分娩。如胎头较大,有明显头盆不称,胎儿不能通过产道,应选择剖宫产。

8. 临床情景实例

(1) 患者,女性,25岁,初产妇。孕32周前来产检。请给患者进行骨盆内测量。

(2) 阴道内手指退出时可见多量白色渣样分泌物,如何处理?

临床思维分析:①妊娠期女性的雌激素和孕激素水平比非孕期高,阴道上皮的含糖量增加,导致假丝酵母菌大量繁殖和生长。②行分泌物常规检查,如发现假丝酵母菌的芽生孢子或假菌丝即可确诊,咪康唑栓剂或克霉唑栓局部治疗。

9. 临床情景实例

(1) 患者,女性,26岁,初产妇。孕30周常规预约门诊产检。请给患者进行骨盆内测量。

(2) 阴道内手指退出时指套可见红色血液,请继续处理?

临床思维分析:①孕晚期的流血要警惕宫颈病变、先兆早产、前置胎盘、胎盘早剥、胎盘边缘血窦破裂等。②应行窥器宫颈检查、B超等检查,并监测阴道流血情况。

(刘 珏)

一、适应证

1. 正常妊娠 34 周以上的孕妇每周 1 次, 高危妊娠孕妇酌情提前检查时间, 增加检查频次。
2. 临产后产程中的胎心和宫缩的监护。

二、禁忌证

无绝对禁忌证。

三、标准操作规程

见表 3-1。

表 3-1 胎心监护标准操作规程

准备	医师准备: 穿工作服, 戴口罩、帽子, 洗手; 男医师要求女性医务人员陪同
	核对床号、姓名, 向孕妇交代检查的目的
	拉好屏风, 保护患者隐私
	嘱患者排尿, 进食后进行检查
操作过程	用物准备: 一次性垫单、胎心监护仪、耦合剂、卫生纸
	协助孕妇仰卧在检查床上, 腰背部位置预先放置好两条监护仪探头固定带, 头部稍垫高 ¹
	接通电源打开监护仪开关, 检查监护仪性能
	暴露腹部, 双腿略屈曲稍分开
	站在孕妇右侧, 面向孕妇头端
	两手置于子宫底部, 了解宫底高度, 两手指相对轻推, 判断宫底胎儿部, 区分胎头及胎臀 ²