

妇产科临床诊疗 护理与产后康复

张 磊◎编著

 吉林科学技术出版社

妇产科临床诊疗护理 与产后康复

张 磊◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科临床诊疗护理与产后康复 / 张磊编著. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017. 9
ISBN 978-7-5578-3328-2

I. ①妇… II. ①张… III. ①妇产科学—护理学②产褥期—妇幼保健 IV. ①R473.71②R714.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第232232号

妇产科临床诊疗护理与产后康复

FUCHANKE LINCHUANG ZHENLIAO HULI YU CHANHOU KANGFU

编 著 张 磊
出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波 李洪德
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 430千字
印 张 21.5
印 数 1—1000册
版 次 2017年9月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176

储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 978-7-5578-3328-2
定 价 75.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

近年来,临床医学的发展非常迅速,医疗模式的转换和疾病谱的变化日益显著,在妇产科学领域同样如此。一名优秀的妇产科医护人员不仅需要强烈的社会责任感和较好的奉献精神,还需要密切关注与跟踪国内外相关的基础理论和临床技术的新进展、新动态,同时要善于总结自己的临床经验,改进诊疗手段,提高妇产科学诊疗护理水平。因此,《妇产科临床诊疗护理与产后康复》书正是在这一背景之下编写而成。

本书内容包括产科和妇科,共17章。笔者在编写过程中注重内容的实用性,密切关注当今医学动态,强调贯彻循证医学原则,着重阐述临床诊疗护理与康复,重点介绍临床诊疗护理康复新技术、新方法以及相关的理论新进展,力求使读者读后能从理论上获得指导、实践上有可操作性,在写法上力求文字简明扼要、通俗易懂、便于读者理解与应用。是一部可供中高级妇产科医护工作者、研究生、医学生阅读、参考的工具书。

在本书编写过程中,多处引用国内外文献,书中如有错误或不妥之处,欢迎广大读者批评指正。

张 磊

2017年6月于山东省高密市妇幼保健院

目 录

第一章 妊娠病理	1
第一节 流 产	1
第二节 早 产	8
第三节 异位妊娠	13
第二章 妊娠并发症	21
第一节 妊娠期高血压疾病	21
第二节 前置胎盘	32
第三节 胎盘早剥	37
第四节 妊娠剧吐	42
第五节 羊水过多	45
第六节 羊水过少	48
第七节 过期妊娠	51
第三章 妊娠合并症	56
第一节 妊娠合并心脏病	56
第二节 妊娠合并病毒性肝炎	61
第三节 妊娠合并糖尿病	66
第四节 妊娠合并甲状腺功能亢进	72
第五节 妊娠合并肺结核	76
第六节 妊娠合并急性肾盂肾炎	81
第七节 妊娠合并慢性肾小球肾炎	83
第八节 妊娠合并急性阑尾炎	86
第九节 妊娠合并子宫肌瘤	89
第四章 正常分娩	92
第一节 分娩动因	92
第二节 影响分娩的因素	93
第三节 枕先露的分娩机制	96
第四节 分娩的临床经过	97
第五节 分娩的处理	99
第五章 正常产褥	104
第一节 产褥期母体变化	104
第二节 产褥期心理及其异常	106
第三节 产褥期临床表现	107

第四节	产褥期处理及保健	108
第六章	异常分娩	111
第一节	产力异常	111
第二节	产道异常	115
第三节	胎位异常	118
第四节	胎儿发育异常	125
第七章	分娩并发症	132
第一节	子宫破裂	132
第二节	产后出血	136
第三节	胎膜早破	144
第四节	羊水栓塞	147
第五节	胎儿窘迫	154
第六节	脐带异常	159
第八章	产后疾病防治与护理康复	163
第一节	产后腹痛	163
第二节	产后缺乳	164
第三节	产后子宫复旧不全	167
第四节	会阴切开	168
第五节	剖宫产手术的护理	170
第六节	产后排尿困难	171
第七节	产后乳腺疾病	172
第八节	产褥感染	173
第九节	晚期产后出血	178
第十节	产后抑郁症	180
第十一节	产褥中暑	182
第十二节	产后发热	184
第十三节	产后便秘	185
第十四节	产后泌尿系统感染	185
第十五节	产后腰疼	186
第十六节	产后头痛	187
第十七节	产后失眠	188
第十八节	产后痔疮	188
第十九节	产后子宫脱垂	189
第二十节	产后外阴发炎	190
第二十一节	产后恶露不下	190
第二十二节	产后肛裂	191
第二十三节	产后尿失禁	192
第二十四节	产后盆底肌肉松懈	194

第二十五节	产后盆腔静脉曲张·····	195
第二十六节	产后脱发·····	196
第九章	高危妊娠的监测 ·····	198
第一节	围生医学概述·····	198
第二节	高危妊娠的监测·····	198
第十章	妇科炎症 ·····	203
第一节	外阴及前庭大腺炎症·····	203
第二节	阴道炎·····	205
第三节	宫颈炎·····	213
第四节	盆腔炎·····	217
第十一章	妇科肿瘤 ·····	223
第一节	外阴良性肿瘤·····	223
第二节	外阴恶性肿瘤·····	224
第三节	阴道肿瘤·····	228
第四节	宫颈癌·····	232
第五节	子宫肌瘤·····	238
第六节	子宫内膜癌·····	245
第七节	子宫肉瘤·····	252
第八节	卵巢肿瘤·····	254
第十二章	妊娠滋养细胞疾病 ·····	265
第一节	葡萄胎·····	265
第二节	侵蚀性葡萄胎·····	268
第三节	绒毛膜癌·····	271
第十三章	子宫内膜异位症和子宫腺肌病 ·····	278
第一节	子宫内膜异位症·····	278
第二节	子宫腺肌病·····	283
第十四章	生殖内分泌疾病 ·····	285
第一节	功能失调性子宫出血·····	285
第二节	闭经·····	292
第三节	痛经·····	299
第四节	围绝经期综合征·····	301
第十五章	不孕症 ·····	307
第十六章	女性生殖器官损伤性疾病 ·····	316
第一节	阴道壁膨出·····	316
第二节	生殖器官瘘·····	317
第十七章	计划生育 ·····	321
第一节	工具避孕·····	321
第二节	药物避孕·····	324

第三节	其他避孕方法·····	328
第四节	输卵管绝育术·····	330
第五节	人工终止妊娠术·····	331
第六节	计划生育措施的选择·····	335

第一章 妊娠病理

第一节 流产

妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 而终止者称流产(abortion)。流产发生于 12 周前者称为早期流产,发生在妊娠 12 周以上至不足 28 周者称为晚期流产。流产又分为自然流产和人工流产,本节内容仅限于自然流产。自然流产的发生率占全部妊娠的 15% 左右,早期流产发生率较高。

一、病因和发病机制

1. 染色体异常 是流产的主要原因。早期自然流产时,染色体异常的胚胎占 50% ~ 60%,多为染色体数目异常,其次为染色体结构异常。数目异常多见三体、三倍体及 X 单体等;结构异常有染色体断裂、倒置、缺失和易位。染色体异常的胚胎多数结局为流产,极少数可能继续发育成胎儿,但出生后也会发生某些功能异常或合并畸形。若已流产,妊娠产物有时仅为一空孕囊或已退化的胚胎。

2. 环境因素 许多外界不良因素可以直接或间接对胚胎或胎儿造成损害。过多接触某些有害的化学物质(如砷、铅、苯、甲醛等)和物理因素(如放射线、噪音及高温等),均可引起流产。

3. 母体因素

(1)生殖器官疾病:①先天性子宫畸形。子宫纵隔、单角子宫、双子宫等生殖器官疾病,因子宫发育不健全影响孕卵着床及发育,故易致流产发生。②肿瘤。子宫肌瘤是最常见引起流产的生殖器官肿瘤,肌瘤本身除可影响孕卵着床及发育外,还可因引起子宫收缩从而导致流产。③子宫内口松弛。先天性的宫颈内口功能不全或因损伤所致的继发性宫颈内口功能不全,伴随孕周的延长,宫腔内压力逐渐增大,宫颈难以承受更大的压力,而导致中期流产,这是习惯性流产诸多因素中最常见的原因之一。

(2)内分泌失调:雌孕激素的正常分泌是孕卵发育的基础,如果雌孕激素分泌失衡,必然导致胚胎发育受限或停止发育从而导致流产。还有学者指出多囊卵巢综合征也可以导致流产。此外,如糖尿病、甲状腺疾病等因影响体内的生殖内分泌变化,也可造成流产的发生。

(3)母体全身性疾病及其感染因素:母体在孕期患急性感染性疾病,或合并某些慢性疾病,如心脏病、肾炎、高血压等,可使胎盘发生梗死或早剥而致流产。巨细胞病毒、弓形虫病毒、支原体、沙眼衣原体、梅毒螺旋体以及类病毒体等感染也可引起流产。

(3)其他:精神心理因素如惊恐、抑郁;过度劳累、持重物、性交、行腹部手术、跌倒或其他外伤;妊娠营养缺乏、过量吸烟等,均可发生流产。

4. 免疫因素

(1) 组织相容抗原(histocompatibility locus antigen, HLA): HLA 复合体定位于人的第6对染色体短臂的一个区段上,至少包括4个与移植有关的基因位点。正常妊娠时夫妇HLA不相容,可维持遗传的多样性,防止致死纯合子的产生。而习惯性流产夫妇间HLA抗原相容的频率较大,过多的共有抗原,阻止母体对妊娠作为异体抗原的辨认,不能刺激母体产生维持妊娠所需的抗体,从而缺乏抗体的调节作用,母体免疫系统易对胎儿产生免疫学攻击,而导致流产。

(2) 抗磷脂抗体:是一组自身免疫性抗体,其中包括狼疮抗凝抗体(Ia)及抗心磷脂抗体(acl)。近年来研究发现,在自身免疫性疾病、某些感染及一些不明原因的疾患中,如抗磷脂抗体阳性,习惯性流产发生率极高。抗磷脂抗体不是作用于妊娠早期导致流产,而是作用于妊娠中、晚期使胎儿死亡,因此,抗磷脂抗体可能是中晚期流产的因素。

(3) 抗精子抗体:研究发现,在反复自然流产(recurrent spontaneous abortion, RSA)夫妇中,双方或男方血清中存在抗精子抗体。动物实验证明抗精子抗体有杀死胚胎的作用,提示该抗体的存在与RSA有关。抗精子抗体引起的流产,多发生在3个月以内的早期流产。

5. 其他 如血型不合,由于以往的妊娠或输血,致Rh因子不合的ABO血型因子在母体中产生抗体,此次妊娠由胎盘进入胎儿体内与红细胞凝集而产生溶血,以致流产;精神或神经因素:如惊吓、严重精神刺激等也都可致成流产。

二、病理改变

早期流产多数因胚胎先死亡,继之底蜕膜坏死,造成胚胎及绒毛与蜕膜层剥离,血窦开放引起出血,剥离的胚胎组织如同异物,引起子宫收缩而被排出。所以早期流产,往往先有流血而后有腹痛。在妊娠8周以前绒毛发育尚不成熟与子宫蜕膜联系还不牢固,此时发生流产,妊娠产物多数可以完全从子宫壁剥离而排出,故流血不多。妊娠8~12周,胎盘绒毛发育繁盛,与蜕膜联系较牢固,此时发生流产,妊娠产物往往不易完整剥离排出,常因剥离不完全影响子宫收缩而出血较多。妊娠12周以后,胎盘完全形成,流产过程常与足月分娩相似,先有阵发性子宫收缩,然后排出胎儿及胎盘。但也有可能胎盘滞留于子宫腔中,引起大量出血。有时由于底蜕膜反复出血,凝固的血块包绕胎块,形成血样胎块稽留于宫腔内不易排出,时间久后,血红蛋白被吸收形成肉样胎块,有时胎儿被挤压,形成纸样胎儿,或钙化后称为石胎。

三、临床类型

流产是逐渐发展的过程,依腹痛轻重、出血量多少、胚胎是否排出,而分为如下几类。

1. 先兆流产 为流产的早期阶段。轻微腹痛,阴道出血少于月经量。妇科检查宫口未开,子宫大小与停经月份相符。

2. 难免流产 腹痛加重,阴道出血多于月经量,宫口已开张或胎膜已破,子宫大小与停经月份相符或稍小。

3. 不全流产 指妊娠产物部分排出,部分仍残留在宫腔内。由于残留组织影响子宫收缩,致使腹痛、阴道流血不止。有时表现为反复间歇性出血。有时可大量出血,甚至休克,如不及时处理将危及生命。检查时子宫口多较松弛,有时可见组织堵塞于子宫口,子

宫多小于停经月份。流血时间过长、残留子宫腔内的组织可引起宫内感染,出现发热、下腹痛、阴道排臭液等症状,严重时可发展为盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克,称为流产感染(septicabortion)。

4. 完全流产 胚胎组织已完全排出,一般很少出血或不再出血,腹痛逐渐缓解。子宫颈口关闭,无特殊情况多不需处理。

5. 稽留流产 又称过期流产。指胚胎或胎儿已死亡滞留在宫腔内尚未自然排出者。其稽留的时间常难以确定。胚胎或胎儿死亡后子宫不再增大反而缩小,早孕反应消失。多数病人曾有先兆流产病史,阴道流血时有时无,尿妊娠试验多为阴性,宫腔内可见陈旧组织产生的回声较强影像。若已至妊娠中期,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。胚胎死亡较长时间仍未排出,常导致流产组织机化,与子宫壁紧密粘连,不易完全剥离,稽留于宫腔时间过久的坏死组织可释放凝血活酶,引起 DIC 发生。

6. 习惯性流产 连续 3 次以上自然流产称为习惯性流产,且流产往往发生于同一月份,而流产的过程可经历前述的临床分型。近来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。习惯性流产发生在早期者,多见于胚胎染色体异常,黄体功能不足,免疫因素异常或甲状腺功能低下;发生于晚期者,常见原因为子宫发育异常、子宫肌瘤或宫颈内口松弛等。

7. 流产感染 上述各型流产皆可合并感染,发生在全流产者较多。感染常发生于手术时使用未经严密消毒的器械;器械损伤宫颈;或宫腔原有感染病灶,流产后引起感染扩散;流产后不注意卫生、过早性交等均可引起感染。感染的病原菌常为多种细菌,厌氧及需氧菌混合感染,近年来各家报道以厌氧菌占大多数,可达 60%~80%。感染可局限于子宫腔内,亦可蔓延至子宫周围,形成输卵管炎、输卵管卵巢炎、盆腔结缔组织炎甚至超越生殖器官而形成腹膜炎、败血症及感染性休克等,称为流产感染。

四、临床表现

主要为停经后出现阴道流血和腹痛。孕 12 周前发生的流产,由于胚胎坏死,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,产生阵发性下腹疼痛。当胚胎完整排出后,子宫收缩,血窦关闭,出血停止。故早期流产的全过程有阴道流血,而腹痛常常出现在阴道流血之后;晚期流产的临床过程与早产及足月产相似,经过阵发性子宫收缩,排出胎儿及胎盘,同时出现阴道流血。晚期流产时胎盘与子宫壁附着牢固,如胎盘粘连仅部分剥离,残留组织影响子宫收缩,血窦开放,可导致大量出血、休克、甚至死亡。胎盘残留过久,可形成胎盘息肉,引起反复出血、贫血及继发感染。

五、实验室及其他检查

1. 妊娠试验 现已采用免疫学方法。近年多用试纸法,诊断妊娠快速、方便。另外,放射免疫法或酶联免疫吸附试验作血清 HCG 定量测定对进一步了解流产的预后有帮助。

2. B 超 应用广泛,根据宫腔内有无妊娠囊及其形态、有无胎心反射与胎动,以及子宫大小等情况,对鉴别诊断和确定流产类型很有价值。

3. 血清孕酮等激素测定对判断先兆流产的预后有帮助。

4. 病理检查 排出物的病理组织切片检查有助于鉴别是否妊娠产物,确定诊断。

5. 病原体检查 近年来发现流产与早期宫内感染关系较为密切,宫腔拭子的细菌培养结果有助于确定感染病菌,有利于治疗。对反复流产且原因不明者,应常规行 TORCH 检查。

6. 免疫学检查 对原因不明反复流产的夫妇双方须进行 ABO 血型及 Rh 血型测定,必要时可做 HLA 位点抗原检查。

六、诊断标准

1. 先兆流产 生育年龄妇女妊娠后(28 周以前)阴道少量出血,下腹轻微疼痛;子宫大小与孕周相符;尿妊娠试验阳性;B 超显示胎动、胎心。

2. 难免流产 妊娠后,阴道出血超过月经量,下腹痛加剧;子宫与孕周相符或稍小,子宫颈口已开大;尿妊娠试验阳性或阴性。

3. 不全流产 阴道少量持续或大量出血,下腹痛减轻,有部分组织排出;子宫较孕周为小,子宫颈口扩张或有组织堵塞;妊娠试验阳性和阴性。

4. 完全流产 阴道出血少或无,腹痛消失,组织全排出;子宫稍大或正常,子宫颈口闭;妊娠试验阴性。

5. 稽留流产 有类似先兆流产史,胚胎已死 2 月以上未排出;子宫小于孕周,宫颈口未扩张;妊娠试验阴性;B 超无胎心胎动。

6. 习惯性流产 有连续 3 次或 3 次以上自然流产史。

7. 流产感染 流产与感染同时存在,即流产伴急性盆腔炎表现。

七、鉴别诊断

1. 各种类型流产的鉴别诊断 见表 1-1。

表 1-1 各种类型流产的鉴别诊断

流产类型	病 史			妇科检查	
	出血量	下腹痛	有无组织物排出	子宫大小	子宫颈口
先兆流产	少	轻或无	无	与孕周相符	未扩张
难免流产	增多	加剧	无	同上或稍小于孕周	扩张
不完全流产	少量持续或多量,甚至休克	减轻	部分排出	小于孕周	扩张,有组织物阻塞,有时关闭
完全流产	少或无	消失	全部排出	接近正常	关闭
稽留流产	少、常反复出血或无	轻或无	无	小于孕周	关闭

2. 异位妊娠 腹痛多剧烈,而阴道流血量少,如有内失血则贫血或休克与阴道流血量不成正比。阴道出血常是点滴状,呈深褐色,偶然流血量增多或伴有子宫蜕膜管型,被误为流产。若将蜕膜管型置于水中漂浮时,见不到绒毛组织,不典型的复杂病例,还应借助 B 型超声、诊断性刮宫等排除宫内流产。

3. 葡萄胎 停经后阴道反复流血呈暗红色,有时在流出的血中查见水泡样物,早孕反应较重,贫血、浮肿及妊娠高血压综合征出现较早,子宫常大于停经月份,血或尿 HCG 水平较高,借助 B 型超声可排除流产。

4. 子宫肌瘤 子宫增大而硬是子宫肌瘤的特点,有时子宫凸凹不平,或月经量增多,经期延长,尿妊娠试验阴性,诊断性刮宫未见绒毛,B型超声即可诊断。

5. 功能性子宫出血 发生于生育年龄的功能性子宫出血,多为黄体功能不全,无明显停经史,经期延长,阴道流血时多时少,可淋漓不断,多无腹痛,无早孕反应,妊娠试验阴性。妇科检查一般无异常发现,子宫内膜病理检查无蜕膜样改变。易与流产相鉴别。

八、治疗

一旦发生流产,应根据流产的不同类型,给予积极恰当的处理。流产的治疗,采用安胎或下胎两种截然不同的治则和处理。先兆流产以安胎为治;难免流产、不全流产、过期流产,宜尽快下胎,免生他疾;感染性流产和习惯性流产,则需作特殊处理。

1. 先兆流产 以保胎治疗为原则,大约60%的先兆流产经保胎治疗有效。确定胚胎存活者应绝对卧床休息,待症状消失后方可适当活动。禁止性生活,避免不必要的盆腔检查。可酌情给予对胎儿无害的镇静药如苯巴比妥0.03g,口服3/d或地西洋5mg,2~3/d。只有在证实有黄体功能不全时须加用黄体酮20mg,肌肉注射1/d或者隔日1次,可帮助蜕膜生长及抑制子宫收缩,待症状消失后5~7d停用。值得注意的是保胎治疗须在B超监护下了解胚胎发育情况,避免盲目保胎造成过期流产。基础代谢低者,可给予口服甲状腺片0.03g/d。

对晚期先兆流产病人除卧床休息外,可给予 β 受体兴奋药,常用硫酸舒喘灵2.4~4.8mg口服,4/d;前列腺素抑制剂,吲哚美辛25mg口服,3/d;或25%硫酸镁10ml加10%葡萄糖液20ml缓慢静脉注射,继之以25%硫酸镁40~60ml加5%葡萄糖溶液1000ml,以1g/h硫酸镁的速度静脉滴注,维持血镁浓度。静滴时须密切观察病人呼吸频率及尿量,定时监测膝反射。

2. 难免流产 一旦确诊,早期流产应及时吸宫或刮宫。发生于12周之前出血不多者,可给催产素10IU肌肉注射,随即行吸宫术;出血多者,可将催产素10IU加到5%葡萄糖液500ml中静脉滴注,同时行吸宫术。若发生在12周之后,可每半小时肌肉注射催产素5IU,共4次,引起规律宫缩后,胎儿及胎盘常可自行排出。如排出不全,须再行宫腔清理,否则仍会发生阴道出血。术后用抗生素预防感染。

3. 不全流产 肌肉注射催产素并立即清理宫腔内容物以使子宫收缩,从而减少出血。该类患者常有反复的或大量的阴道出血,若进入休克状态,应视具体情况补液、输血并给宫缩剂及抗生素,与抗休克同时清除宫内残存组织。

4. 完全流产 胚胎组织排出后,流血停止,腹痛消失,嘱患者休息,注意排除感染,无需特殊处理。但胚胎组织是否完全排出,必须正确判断。如经检查排出组织已见到完整胎囊、蜕膜或胎儿胎盘,结合症状及检查,必要时B超检查证实,可诊断为完全流产;如不能确定,应按不全流产处理,以再做一次刮宫为宜。

5. 稽留流产 处理意见不一,甚至有完全相反的意见。有人认为不必干扰,待其自然排出。但有人则认为确诊后即应行手术清除。目前常用的处理原则是:妊娠3个月内如已确诊为死胎,可立即清除宫腔。如孕期超过3个月,先用大量雌激素,然后再用缩宫素引产,如不成功,可考虑手术。在稽留流产中胚胎死亡时间愈久,由于组织机化,刮宫愈困难;且近年来临床上及文献报道孕16周以上之稽留性流产,可能引起凝血功能障碍,造

成严重出血,故以确诊后积极处理为宜。术前给予雌激素,如炔雌醇 1mg,每日两次,共 3~5 天,以增加子宫对缩宫素的敏感性。术前检查血常规,出凝血时间,如有条件应查纤维蛋白原,并作好输血准备。3 个月以内者,可行刮宫术,术中肌内注射缩宫素,如果胎盘机化且与子宫壁致密粘连,术中应谨防子宫穿孔,如一次不能刮净,可待 5~7 日后二次刮宫。月份较大者,先行 B 超检查了解胎儿死亡时大小,是否有羊水。如有羊水,可行羊膜腔穿刺,依沙吖啶 80~100mg 羊膜腔内注射引产或应用催产素引产,促使胎儿及胎盘排出。

6. 习惯性流产

(1) 病因治疗:应针对不同病因采取恰当的治疗方法。

1) 遗传因素:若流产多由于胚胎染色体异常所致,表明流产与配子的质量有关。男方精子畸形率过高者建议到男科治疗,久治不愈者可行供者人工授精。高龄女性胚胎的染色体异常多为三体,且多次治疗失败可考虑做赠卵体外授精一胚胎移植术。夫妇双方基因或染色体异常者可视具体情况选择种植前诊断、供者人工授精或赠卵体外授精一胚胎移植术。

2) 母体生殖道解剖结构异常:对子宫纵隔者可行纵隔切除术。子宫黏膜下肌瘤可在宫腔镜下做肌瘤切除术,壁间肌瘤可做经腹肌瘤挖出术。宫腔粘连可在宫腔镜下做粘连分离术,术后放置宫内节育器 3 个月。

3) 宫颈功能不全:施行宫颈环扎术。

(2) 药物治疗

1) 黄体酮:黄体功能不全者可给本品治疗。方法:20mg,肌注,每日 1 次。用至胎盘形成。

2) 维生素 E:有类似黄体酮作用,有利于胚胎发育。方法:100mg,口服。每日 3 次。

3) 叶酸:5~10mg,口服,每日 3 次。有利于胚胎发育。

4) 镇静剂:对情绪不稳定多次流产恐惧者,适当应用镇静药物,鲁米那 0.03g,每日 3 次,口服;或安定 2.5mg,每日 3 次,口服。以利保胎。

5) 舒喘灵:对于孕晚期习惯性流产,不伴有心脏病、甲亢、糖尿病者,可用本品 2.4~72mg,每日 3~4 次口服。

6) 硫酸镁:可松弛子宫平滑肌,降低子宫张力,改善子宫胎盘循环,以利保胎。方法:25% 硫酸镁 40~60ml 加 5% 葡萄糖 500ml 稀释后缓慢静滴(8~10 小时)。

7. 感染性流产 治疗原则为在控制感染的基础上,尽早清除宫腔内容物。

(1) 在致病菌未确定前,应选用广谱抗生素,尤其要加针对厌氧菌的药物。目前应用较多的是甲硝唑。可选用:①青霉素 G480 万~800 万 U + 甲硝唑 2g,分别加入 5% 葡萄糖溶液静脉点滴,1 次/日;或②氨苄西林 4~6g + 甲硝唑 2g 分别稀释后静滴,1 次/日;或③头孢类药物,如头孢拉定、头孢唑啉、头孢曲松(菌必治),4~6g + 甲硝唑 2g,分别稀释后静滴,1 次/日;④如青霉素过敏,可选用对类杆菌等厌氧菌亦有较好疗效的克林霉素。1.2~2.4g/日,稀释后静滴。

(2) 如出血量少或出血已止,应先控制感染,3~5 日后以卵圆钳轻轻夹取组织或以钝刮匙轻刮宫壁。

(3)如感染体征明显,出血量多,应在抗感染的同时清理宫腔。可在静脉滴注抗生素及使用缩宫剂的同时行钳刮术。

(4)术后仔细检查刮出组织,并将刮出物行细菌培养及药敏试验。

(5)术后应继续应用抗生素治疗至体温正常后3日。

(6)如子宫严重感染,药物不易控制,或出现中毒性休克者,应考虑切除子宫。

九、护理与康复

1. 急救护理 大量阴道流血时,应立即测量血压、脉搏,准确估计出血量。孕妇应取平卧位,吸氧;建立静脉通道,做交叉配血,做好输血、输液的准备工作。及时做好术前准备。术中密切观察病人生命体征,术后注意观察子宫收缩情况及阴道流血量。子宫内清出物应送病理科检查。

2. 协助病人配合治疗 密切观察病人生命体征、阴道流血量、腹痛情况以及有无阴道排出物等。病情及时报告医师,并协助处理:

(1)先兆流产:绝对卧床休息,禁止性生活,可适当服用镇静药。黄体功能不全者,可给予黄体酮10~20mg,每天1次或隔天肌注1次。经过2周治疗,若症状不见缓解或加重者,表明胚胎发育异常,应终止妊娠。

(2)难免流产、不完全流产:一旦确诊,应尽早使胚胎与胎盘组织完全排出,并预防出血和感染。积极做好术前准备和术后护理,协助医师完成手术,并遵医嘱用药。伴有休克者应同时输血、输液,纠正休克。

(3)稽留流产:遵医嘱做凝血功能相关检查。若凝血功能正常,宜使用雌激素,提高子宫肌对缩宫素的敏感性,并做好手术准备,协助医师完成手术。术中严密监测病人生命体征。若凝血功能障碍,应即时给予纠正。待凝血功能好转后,再行刮宫术或引产术,并做好输血准备。

(4)习惯性流产:孕前查找原因,对症处理。对原因不清楚者,做好妊娠前保健。一旦妊娠,即卧床休息,保胎至超过以往发生流产的月份。

(5)流产并发感染:治疗原则是积极控制感染,尽快清除宫内残留物。出血不多时,应先控制感染,再行清宫术。阴道流血多时,在静脉滴注抗生素的情况下,用卵圆钳将宫内残留物夹出,使出血减少,不可刮宫,以免感染扩散。待感染控制后,再彻底刮宫。

3. 预防感染 严格各项无菌操作。会阴擦洗每天2次,保持会阴清洁,置消毒垫。密切监测体温、血象、阴道流血及腹痛情况。发现感染征象,及时报告医师,并遵医嘱应用抗生素。

4. 心理护理 理解病人的悲观情绪,帮助病人及家属接受现实,顺利度过悲伤期。护士还应向病人及家属解释流产的相关知识,与其共同讨论此次流产的原因,帮助他们为再次妊娠做好准备。

5. 健康教育 流产后,需注意休息和加强营养。保持外阴清洁,禁止盆浴和性生活1个月。清宫后,如阴道流血时间较长、流血量超过月经量,或伴有发热、腹痛,应及时到医院复诊。再次妊娠宜在半年后。

十、预后

在所有妊娠中约30%会出现阴道流血,流血患者中有一半会发生流产。多数流产的

预后良好,一般不会危及生命。如果处理不当,可能会导致宫腔感染和输卵管阻塞,影响以后的生育。流产后6个月内怀孕再次流产几率较高。习惯性流产者建议避孕6~12个月。自然流产1~2次者,再次妊娠成功的几率是80%;流产3次,再次妊娠成功的几率是55%~75%。

第二节 早 产

妊娠28周末至不足37周(196~258天)期间分娩者称早产(premature delivery)。此时娩出的新生儿称早产儿,出生体重多在2500g以下,由于尚未发育成熟易于死亡。死亡率在发达国家与发展中国家有较大差异,国内报道为12.7%~20.8%。早产约占分娩总数的5%~15%。75%以上围生儿死亡与早产有关,约有1/4的存活早产儿会遗留智力障碍或神经系统后遗症。因此,防治早产是降低围生儿死亡率和患病率的关键。

一、病因

1. 感染 绒毛膜羊膜炎是早产的重要原因。感染的来源是宫颈及阴道的微生物,部分来自宫内感染。病原微生物包括需氧菌及厌氧菌、沙眼衣原体、支原体等。

2. 胎膜早破 胎膜早破是造成早产的重要原因。在早产的产妇中,约1/3并发胎膜早破。

3. 子宫过度膨胀 双胎或多胎,羊水过多等均可使宫腔内压力升高,以至提早临产而发生早产。

4. 生殖器官异常 如子宫畸形、宫颈内口松弛、子宫肌瘤等。

5. 妊娠并发症 常见的有流感、肺炎、病毒性肝炎、急性肾盂肾炎、慢性肾炎、严重贫血、急性阑尾炎等。有时因医源性因素,必须提前终止妊娠,如妊娠期高血压疾病、妊娠期肝内胆汁淤积症、前置胎盘及胎盘早剥、心脏病、母儿血型不合等。

6. 其他 如外伤、过劳、性生活不当、酗酒等。

7. 每日吸烟 ≥ 10 支,酗酒。

二、临床表现

早产的临床表现主要是子宫收缩,最初为不规则宫缩,并常伴有少许阴道流血或血性分泌物,以后可发展为规则宫缩,与足月临产相似。胎膜早破的发生较足月临产多。宫颈管先逐渐消退,后扩张。

三、实验室及其他检查

1. 血常规 检查是否贫血,发现贫血,及时纠正。

2. 尿常规 检查尿蛋白、尿糖、尿沉渣镜检,如有泌尿系感染史者,常规作尿培养,以便及时发现菌尿症。

3. 白带检查 注意有无霉菌、滴虫,如发现阴道炎应予以治疗。

4. 超声波检查 作B超及断层法,了解胎儿情况,是否多胎,胎位、胎儿是否存活或死亡。

近年,早产预测工作有明显进展。现常用两种方法:①阴道B型超声检查宫颈长度及宫颈内口漏斗形成情况,如宫颈内口漏斗长度大于宫颈总长度的25%,或功能性宫颈

内口长度 <30mm,提示早产的可能性大,应予治疗;②阴道后穹隆棉拭子检测胎儿纤维连接蛋白(fetal fibronectine, fFN),fFN 是一种细胞外基质蛋白,通常存在于胎膜及蜕膜中,在妊娠最初 20 周内,宫颈、阴道分泌物中可测出 fFN。若妊娠 20 周后,上述分泌物中 fFN >50ng/ml,则提示胎膜与蜕膜分离,有早产可能。其预测早产的敏感性可达 93%,特异性 82%。

5. 阴道窥器检查及阴道流液涂片 了解有无胎膜早破。

6. 宫颈及阴道分泌物培养 排除 B 族链球菌感染及沙眼衣原体感染。

7. 羊膜穿刺 胎膜早破者可抽取羊水送细菌培养,排除绒毛膜羊膜炎,以及检测卵磷脂鞘磷脂比值或磷脂酰甘油等,了解胎儿肺成熟度。

四、诊断

妊娠满 28 孕周至不足 37 周期间出现不规则子宫收缩,多伴有少量阴道血性分泌物,临床上可诊断为先兆早产。一旦有规律宫缩,即宫缩每次间隔 5~6 分钟,持续 30 秒以上,伴宫颈管缩短 $\geq 75\%$ 、宫口扩张达到 2cm 以上或胎膜已破,可诊断为早产临产。

五、鉴别诊断

1. 前置胎盘 为无痛性出血,不伴规律宫缩。

2. 胎盘早剥 出血常伴腹痛及压痛,宫缩间歇时亦存在,严重者胎位、胎心不清,如板样腹肌多伴内出血。

3. 宫颈局部病变出血 可通过窥器检查或指检发现。

4. 假临产及妊娠晚期子宫生理性收缩 一般子宫收缩不规则,无痛感,且宫口不开大,经休息或应用镇静剂治疗后消失。

六、治疗

早产的治疗原则:如胎儿存活、胎膜未破、无宫内感染、宫颈扩张在 4cm 以下者,尽量设法抑制宫缩,使妊娠继续,让胎儿在子宫内继续生长与发育。如胎膜已破,宫颈口进行性开张,妊娠已无法继续,应积极做好新生儿复苏准备;尽量提高早产儿的存活率。治疗方法如下。

1. 一般治疗 卧床休息,增加营养,应住院治疗。间歇吸氧,每天 2 次,每次 30 分钟,面罩吸氧比鼻管吸氧效果好。B 超监测胎儿发育情况、羊水量、胎盘成熟度及排除胎儿畸形等,并行胎心监护、B 超生物物理评分、测量血及尿雌三醇(E_3)、胎盘生乳素、妊娠期特异性胎盘糖蛋白等,了解胎儿胎盘功能,对处理有指导意义。

2. 病因治疗

(1)去除早产的明确病因是治疗早产的重要措施之一,对于妊娠合并症及并发症,积极治疗原发病可避免医源性(干预性)早产的发生;对于宫颈功能不全者,孕妇可于妊娠 14~28 周间行宫颈环扎术。

(2)对于先兆早产和早产患者,现建议使用抗生素(用药量及方法按具体情况而定)。既可防止下生殖道感染的扩散,也能延长破膜后的潜伏期(从破膜开始到有规律宫缩的一段时间)。因宫缩有负压作用,能促进和加重感染,一旦出现宫缩,则应该应用抗生素。

抗生素多选用氨苄西林和(或)红霉素。用药方法:①对仅有胎膜早破者,用阿莫西林 750mg,3 次/d,口服,共 7 天;②有规律宫缩、宫口未开、无破膜者,口服氨苄西林 2.0~