

妇产科护理学精要

邱 青◎编著

 吉林科学技术出版社

妇产科护理学精要

邱 青◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科护理学精要 / 邱青编著. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017.9

ISBN 978-7-5578-3326-8

I. ①妇… II. ①邱… III. ①妇产科学—护理学
IV. ①R473.71

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第232229号

妇产科护理学精要

FUCHANKE HULIXUE JINGYAO

编 著	邱 青
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	250千字
印 张	14
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	978-7-5578-3326-8
定 价	50.00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。一名优秀的妇产科护理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,提高妇产科护理水平。本书正是在这一背景之下编写而成的。

本书共分为十一章,内容新颖,知识系统、丰富,具有简明扼要、通俗实用等特点。本书既有基础理论的阐述,又有工作实践的体会。不仅可作为妇产科工作者的良师益友,对在校师生和城乡群众也是一部难得的工具书。

由于笔者学识与专业水平有限,尽管竭尽全力,多次修正,仍难免存在错误和疏漏,诚请广大读者批评指正。

邱 青

2017年5月于山东省高密市妇幼保健院

目 录

第一章 病理妊娠	1
第一节 流 产	1
第二节 异位妊娠	8
第三节 前置胎盘	15
第四节 胎盘早剥	20
第五节 妊娠期高血压疾病	24
第六节 羊水量异常	39
第七节 双胎妊娠	44
第八节 早 产	49
第二章 妊娠合并症	55
第一节 心脏病	55
第二节 病毒性肝炎	61
第三节 糖尿病	66
第三章 异常分娩	73
第一节 产力异常	73
第二节 产道异常	78
第三节 胎位异常	82
第四章 高危儿	90
第一节 胎儿宫内窘迫	90
第二节 新生儿窒息	94
第五章 分娩并发症	99
第一节 子宫破裂	99
第二节 产后出血	103
第三节 胎膜早破	108
第四节 脐带异常	114
第五节 羊水栓塞	116
第六章 异常产褥	122
第一节 产褥感染	122
第二节 晚期产后出血	126
第三节 产褥期抑郁症	129
第七章 妇科炎症	132
第一节 外阴及前庭大腺炎症	132

第二节	阴道炎·····	133
第三节	子宫颈炎·····	141
第四节	盆腔炎·····	145
第八章	妇科肿瘤·····	151
第一节	子宫颈癌·····	151
第二节	子宫肌瘤·····	156
第三节	子宫内膜癌·····	162
第四节	卵巢肿瘤·····	169
第九章	妊娠滋养细胞疾病·····	178
第一节	葡萄胎·····	178
第二节	侵蚀性葡萄胎·····	181
第三节	绒毛膜癌·····	184
第十章	生殖内分泌疾病·····	188
第一节	功能失调性子宫出血·····	188
第二节	闭 经·····	195
第三节	痛 经·····	202
第四节	围绝经期综合征·····	204
第十一章	子宫内膜异位症·····	211

第一章 病理妊娠

第一节 流 产

妊娠于28周前终止,胎儿体重少于1000g,称为流产。流产发生于孕12周前者,称为早期流产。发生于12周后者,称为晚期流产。流产分为自然流产和人工流产。在全部妊娠中,自然流产的发病率占15%~20%,绝大多数为早期流产。本节所称流产是指自然流产。

一、病因和发病机制

导致自然流产的原因较多,主要有:

(一) 遗传基因缺陷 自然流产尤其是早期流产时,染色体异常的胚胎占50%~60%。染色体异常多为数目异常,如多倍体、三倍体及X单体等;其次为结构异常,如染色体断裂、缺失和易位。染色体异常的胚胎多数发生流产,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。

(二) 母体因素

1. 全身性疾病 全身性感染时高热可促进子宫收缩引起流产,梅毒螺旋体、流感病毒、巨细胞病毒、支原体、衣原体、弓形虫、单纯疱疹病毒等感染可引起胎儿染色体畸变而导致流产;孕妇患心力衰竭、严重贫血、高血压、慢性肾炎及严重营养不良等缺血缺氧性疾病亦可导致流产。

2. 生殖器官疾病 孕妇有子宫畸形(如双角子宫、纵隔子宫等)或子宫肌瘤,由于影响胎盘血供,可影响胚胎或胎儿生长发育而导致流产。孕妇有宫颈内口松弛或宫颈重度裂伤,易致胎膜破裂而发生流产。

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。

(二) 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(recurent 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。

(四)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。近年来通过研究认为,噪音与振动对人的生殖也有一定影响

二、病理改变

由于流产发生的时间不同,其病理过程亦不同。早期流产时胚胎多数先死亡,继之底蜕膜出血,造成胚胎外面的绒毛与蜕膜层剥离,已剥离的胚胎组织如同异物,引起子宫收缩而被排出。在妊娠早期,胎盘绒毛发育尚不成熟,与子宫蜕膜联系尚不牢固,因此在妊娠 8 周前发生的流产,妊娠产物多数可以完全从子宫壁剥离而排出,故出血不多。在妊娠 8~12 周,胎盘虽未完全形成,但胎盘绒毛发育繁盛,与蜕膜层联系牢固,此时若发生流产,妊娠产物往往不易完全从子宫壁剥离而排出,常有部分组织残留于宫内,影响子宫收缩,故出血较多。妊娠 12 周后,胎盘已完全形成,流产过程与足月分娩相似,往往先有腹痛,继之排出胎儿及胎盘。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内,在胚胎排出前,往往发生反复的阴道出血。若时间较长,血样胎块可因血红蛋白被吸收而形成肉样胎块,或纤维化与子宫壁粘连。若胎儿被挤压可形成纸样胎儿,或钙化形成石胎。

三、临床类型

(一)先兆流产 有少量的阴道流血和/或下腹痛,妊娠物未排出。检查发现宫颈口闭合,胎膜未破裂,子宫大小符合停经月份。经过休息和治疗以后,如果流血停止、腹痛消失,妊娠可以继续;如果流血量增加或腹痛加剧,则可能演变为难免流产。

(二)难免流产 一般由先兆流产发展而来,阴道出血量增加,阵发性腹痛加剧或出现阴道排液(胎膜破裂)。检查时发现宫颈口已扩张,有时可见妊娠物堵塞于宫颈口内,并有持续阴道流血或排液,子宫大小与停经月份相符或略小,这时流产已不可避免。

(三)不全流产 由难免流产发展而来,部分妊娠物已经排出子宫,尚有部分残留于子宫内。因残留妊娠物影响子宫收缩,有持续性阴道流血,严重者可发生休克。检查时可发现宫颈口扩张,有血液自宫颈口流出,有时可见妊娠物堵塞宫颈口或部分妊娠物已排出至阴道内,部分仍残留在宫腔内,子宫大小一般小于停经月份。

(四)完全流产 妊娠物已经完全排出子宫,阴道流血逐渐停止,腹痛逐渐消失。检查时发现宫颈口关闭,子宫大小基本接近正常。

(五)稽留流产 旧称过期流产。系指胚胎或胎儿死亡而仍稽留于宫腔内者尚未自然排出者。至于滞留时间,有人主张规定胚胎停止发育后 2 个月尚未自然排出者为稽留

流产。孕妇多有早期妊娠先兆流产经过,此后子宫不再长大,反渐缩小,且亦不像一般妊娠那样柔软。妊娠试验从阳性变为阴性,胎盘机化与子宫壁紧密粘连,不易分离。另一方面因性激素不足,子宫收缩力降低,不易排出而稽留宫腔。胚胎死亡后,胎盘溶解,产生溶血活酶进入母体血液循环,引起微血管内凝血,消耗大量凝血因子,稽留宫腔时间愈长,引起凝血功能障碍的可能性愈大。

(六)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。

(七)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

(一)妊娠试验 测定尿HCG定性,多采用酶联免疫法测定;为了进一步了解流产的预后,可以进行HCG的定量测定,多选用放射免疫法。

(二)B型超声显像 目前应用较广,对鉴别诊断中确定流产类型有实际价值。疑为先兆流产者,可根据有无妊娠囊,有无胎心反射及胎动,确定胎儿或胚胎是否存活,可协助选择适当治疗方法。不全流产,稽留流产等均可借助B超检查加以确定。

(三)其他激素测定 主要有人胎盘催乳素(HPL)、雌二醇(E_2)及孕二醇等的测定,可辅助判断妊娠是否尚能继续或需终止。

(四)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。

(五)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。

(六)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

(一)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。

(二)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。

(三)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。

(四)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。

(五)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。

(六)习惯性流产 有连续 3 次或 3 次以上自然流产史。

(七)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

(一)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

(二)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,偶尔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。

(三)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。

(四)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。

(五)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。

(一) 先兆流产

1. 早期先兆流产 治疗前做 B 型超声检查,血 β -HCG 水平测定,判断胚胎是否存活。

(1) 卧床休息,禁止性生活,尽量减少不必要的阴道检查。

(2) 适当给予对胎儿无害的镇静药物,如苯巴比妥 0.06g,3 次/d 口服。

(3) 孕激素水平低者,可用孕激素治疗。

1) 黄体酮 10~20mg,每日或隔日肌肉注射 1 次;

2) 维生素 E 有类似黄体酮的作用,10~100mg 口服,3 次/d;

3) 绒促性素(HCG)1000U 肌肉注射,1 次/d,流血停止后可改为每 2~3d 1 次,逐渐减量,或使用至停经 3 个月。

(4) 甲状腺功能减退者可口服甲状腺片 30~60mg,1~2 次/d。控制糖尿病。

(5) 给予心理治疗,使病人保持情绪稳定,增强信心。

(6) 进食营养丰富,易消化食物。

(7) 定期做 B 型超声检查及检测血 β -HCG 水平、做尿妊娠试验,监测胚胎是否继续发育,如发现胎儿死亡,及时刮宫以清除宫腔内妊娠物。

2. 晚期先兆流产

(1) 卧床休息。

(2) 抑制宫缩。

1) 25% 硫酸镁 10ml + 10% 葡萄糖液 20ml 静脉推注,继之以 25% 硫酸镁 40~60ml + 5% 葡萄糖液 1000ml,以约每小时 1g 硫酸镁的速度静脉滴注,维持血镁浓度。使用时注意监测膝反射、呼吸、尿量。

2) 使用 β 受体兴奋药:常用硫酸沙丁胺醇 2.4~4.8mg,4 次/d,口服。

(3) 治疗过程中应严密观察胎动、胎心、阴道流血或流液情况,定期做 B 型超声复查。

(二) 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。

(三) 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。

(四) 完全流产 胚胎组织排出后,流血停止,腹痛消失,除嘱患者休息,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,以再做一次刮宫为妥。

(五)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,术中肌肉注射缩宫素,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。

(六)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)。

(七)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、护理措施

(一)先兆流产患者的护理

1. 除要了解病人的主诉外,还要注意她的生活环境、工作性质和家庭关系等,作为制定护理计划的参考资料。

2. 为患者提供精神上的支持和心理治疗是非常重要的措施,让病人和家属保持镇静,恰如其分地宣传优生的重要性,说明当确实不能保胎时,应顺其自然,解除不必要的紧张气氛,给孕妇一个令心情舒畅且安静的休息环境。

3. 对曾有流产史者,更应给予较多的精神支持和关怀,使其对未来抱有希望、充满信心。卧床休息、提供足够的营养,按医嘱给予适量对胎儿无害的镇静剂、孕激素等,对治疗先兆流产均有良好的效果。

(二)习惯性流产的护理

1. 患者应卧床休息,禁止性生活和不必要的妇科检查。禁止灌肠。勿食辛辣刺激性食物。

2. 加强心理护理,解除患者思想顾虑,避免过度紧张。

3. 对于习惯性流产者,应做好宫颈缝合术的护理。

(三)难免流产和不全流产的护理

1. 做好心理护理,安慰病人,准备外阴皮肤,及时送手术室清理宫腔。对于流血多者,要防止休克的发生。

2. 刮宫后注意外阴清洁,禁坐浴两周。

3. 出院时嘱病人1月内禁止性生活,采取避孕措施最好1~2年,寻找原因,以防止再次流产。

(四)稽留性流产(过期流产)的护理

1. 确诊后不能自动排出胚胎,应行手术清除,并做好术前各项实验室检查,做好输液、输血准备。尽早施行刮宫或引产术。

2. 术后注意子宫收缩、阴道流血和体温变化,发现异常及时报告医生处理。

(五)感染性流产的护理

1. 注意做好床边隔离,防止交叉感染。

2. 注意外阴清洁,半卧位以利于恶露流出。

3. 每日用 1: 1000 新洁尔灭棉球擦洗 2 次,控制感染后,按医嘱进行刮宫准备,如各项化验检查及术前各项准备工作。

(六)完全流产的护理 嘱患者适当休息,注意观察病情,排出物送病理检查。

(七)健康教育 搞好出院卫生宣教。

1. 持续怀孕者

(1)返家后仍需卧床休息。

(2)避免从事粗重工作或剧烈活动。

(3)教导孕妇自我观察流产征兆:①阴道出血现象。②腹痛。③基础体温下降。

(4)按时接受产前检查。

2. 接受流产手术者

(1)手术后一周内,不可从事粗重工作。

(2)出血期间或手术后,二周内不宜行房事、阴道灌注及阴道塞剂。

(3)教导流产手术后,合并症的自我观察:①发烧体温 37.5°C 以上及寒战现象。②阴道分泌物有恶臭现象。③严重腹痛、恶心、呕吐现象。④大量阴道出血或出血现象持续一周以上。

3. 注意饮食的均衡。

4. 按时返院追踪检查。

5. 提供避孕知识,宜于流产 6 个月后再怀孕。

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%。

十一、预防

绝大多数流产是可以预防的,主要是预防和消除引起流产的病因,以利于胚胎的正常发育。婚前检查可避免流产的潜在因素。孕前应强健夫妇体质,孕后宜慎房事,并适当休息,避免劳累,增加营养。反复流产者,宜尽早安胎。

第二节 异位妊娠

正常妊娠时,受精卵着床于子宫体腔内膜,当受精卵于子宫体腔以外着床,称为异位妊娠(ectopic pregnancy)。是妇产科常见的急腹症之一,若诊治不及时,可危及生命。异位妊娠包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠等(图 1-1),其中以输卵管妊娠为最常见。故本节主要介绍输卵管妊娠。

输卵管妊娠是妇产科的常见急腹症。根据孕卵在输卵管内着床部位的不同,分为间质部、峡部、壶腹部、伞部妊娠等,其中以壶腹部及峡部妊娠最常见(图 1-1)。

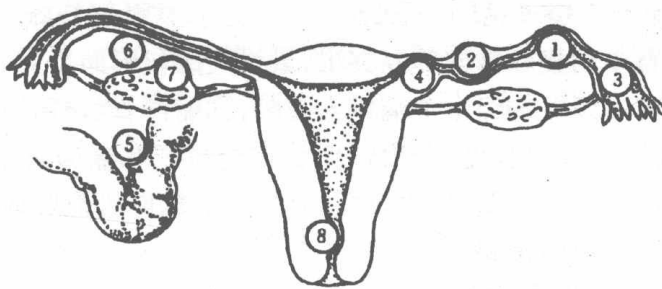


图 1-1 异位妊娠的发生部位

1. 输卵管壶腹部妊娠 2. 输卵管峡部妊娠 3. 输卵管伞部妊娠 4. 输卵管间质部妊娠 5. 腹腔妊娠 6. 阔韧带妊娠 7. 卵巢妊娠 8. 宫颈妊娠

一、病因和发病机制

(一) 输卵管炎症 为输卵管妊娠的常见病因,输卵管内膜炎病情严重者可引起管腔完全堵塞,轻者因输卵管黏膜皱襞粘连导致管腔狭窄,有时输卵管黏膜受到破坏使纤毛缺损,以上情况均可阻碍孕卵在输卵管中的正常运送。输卵管周围炎的病变主要在输卵管的浆膜层或浆肌层,结果可造成输卵管周围粘连,管形扭曲,管腔狭窄及管壁肌肉蠕动减弱,从而使孕卵的运行受到影响。

(二) 输卵管发育不良或功能异常 输卵管发育不良,如输卵管过长,肌层发育不良,黏膜纤毛缺如,双管输卵管,额外伞部等,均为输卵管妊娠的原因。此外,雌、孕激素的分泌异常,精神因素等,亦可影响孕卵的运送而发生输卵管妊娠。

(三) 其他 内分泌失调、神经系统或精神功能紊乱、受精卵游走、输卵管周围肿瘤以及子宫内膜异位症等都可增加受精卵着床于输卵管的可能性。此外,放置宫内节育器与异位妊娠发生的关系已引起国内外重视。随着宫内节育器的广泛应用,异位妊娠发生率增高,其原因可能是由于使用宫内节育器后的输卵管炎所致。最近相关研究表明宫内节育器本身并不增加异位妊娠的发生率,但若宫内节育器避孕失败而受孕时,则发生异位妊娠的机会较大。

孕卵在输卵管内着床,由于输卵管管壁较薄,黏膜只有上皮缺少黏膜下组织,在孕卵种植后不能形成完整的蜕膜层,而且输卵管的血管系统亦不同于子宫,既不能抵御绒毛的侵蚀亦不能提供足够的营养,孕卵遂直接侵蚀输卵管肌层。绒毛侵及肌壁微血管,引起局部出血,进而由蜕膜细胞、肌纤维及结缔组织形成包膜。输卵管的管壁薄弱,管腔狭小,不能适应胎儿的生长发育,因此,妊娠发展到某一阶段,即被终止。如孕卵着床在靠近伞端的扩大部分——壶腹部,则发展到一定程度即以流产告终。当胚胎全部流入腹腔(完全流产)一般出血不多;如部分流出(不完全流产)则可反复多次出血。如孕卵着床在狭窄的输卵管峡部,则往往招致输卵管破裂而发生严重的腹腔内大出血。

二、病理

(一) 输卵管妊娠的病理改变与结局 输卵管管壁很薄,肌层发育不良,妊娠时不能形成完整的蜕膜层,抵挡不住滋养层的侵蚀。受精卵种植时,绒毛溶解周围结缔组织和肌层,引起局部出血,血液进入绒毛间,使绒毛剥离,受精卵死亡,致流产、破裂或继发性腹腔妊娠。

1. 输卵管妊娠流产 是多见的一种结局。多见于壶腹部妊娠。由于输卵管管壁形成的蜕膜不完整,发育中的囊胚常向管腔突出,最终突破包膜而出血,囊胚可自管壁分离,进入输卵管管腔,腔内的妊娠物经由伞端排入腹腔,称输卵管妊娠流产。多在妊娠8~12周发生。据妊娠物排出的完全程度,分为输卵管完全流产和输卵管不全流产。流产不全者,滋养细胞可侵蚀输卵管管壁,使之反复出血,形成输卵管血肿或输卵管周围血肿,甚至盆腔血肿,血量多时可流向腹腔。

2. 输卵管妊娠破裂 是较多见的一种结局。多见于峡部妊娠,囊胚生长可使狭小的输卵管过度膨胀,滋养细胞侵蚀肌层和浆膜,最终导致输卵管破裂。输卵管肌层血管丰富,输卵管妊娠破裂所致的出血较输卵管妊娠流产时为剧,如短时间内大量出血,患者迅即陷入休克。反复出血者,腹腔内积血形成血肿,日后可机化变硬并与周围组织粘连,临床上称为“陈旧性宫外孕”。有时内出血停止,病情稳定,时间久之,胚胎死亡或被吸收,也可能继发感染,化脓。

3. 继发性腹腔妊娠 是罕见的一种结局。输卵管妊娠流产或发生破裂后,随血液排至腹腔中的胚胎偶有存活者,存活的胚胎绒毛继续从原位或其他部位获得营养,则可在腹腔中继发发生,发展为继发性腹腔妊娠。

(二)子宫的变化 妊娠内分泌使子宫稍大变软,子宫内膜仍呈蜕膜反应,腺上皮低矮,染色淡、分泌旺盛,腺体增生呈锯齿状,间质细胞呈大多角形,紧密相连,未见滋养细胞。当胚胎死亡后,有50%的病例可由阴道排出三角形蜕膜管型,其余呈碎片排出,在排出组织中见不到绒毛。

三、临床表现

(一)病史 详细询问月经史、腹痛经过,了解有无不孕、生殖器官炎症与治疗史,阑尾炎或下腹部手术(尤其宫外孕)史,分娩、产褥经过、人工流产、输卵管绝育或宫内节育器情况,子宫内膜异位症,性传播疾病接触史等。有节育措施或未婚者,重在临床表现和警惕本病。

(二)临床表现 输卵管妊娠的临床表现,与受精卵着床部位,有无流产或破裂以及出血量多少,出血时间长短等有关。

1. 症状

(1)停经:多数病人停经6~8周以后出现不规则阴道流血,但有些患者因月经期仅过几天,误将不规则的阴道流血视为月经,也可能无停经主诉。

(2)腹痛:是输卵管妊娠患者就诊的主要症状。输卵管妊娠未发生流产或破裂前,常表现为一侧下腹隐痛或酸胀感。输卵管妊娠流产或破裂时,患者突感一侧下腹撕裂样疼痛。随后,血液由局部、下腹流向全腹,疼痛亦遍及全腹,放射至肩部;当血液积聚于直肠子宫陷凹处,可出现肛门坠胀感。

(3)阴道流血:胚胎死亡后,常有不规则阴道流血,色暗红或深褐,量少呈点滴状,一般不超过月经量。少数患者阴道流血量较多,类似月经。阴道流血可伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出,系子宫蜕膜剥离所致。阴道流血一般常在病灶除去后方能停止。

(4)晕厥与休克:由于骤然内出血及剧烈腹痛,患者常出现头晕、心慌、恶心、呕吐、出冷汗、面色苍白、脉搏快而弱、血压下降、晕厥等表现,其严重程度与阴道出血不成比例。

(5)陈旧性宫外孕:由于输卵管破裂后囊胚被大网膜或周围组织立即包绕,未造成急性症状。其病情一般较稳定,血压平稳,腹痛亦轻,腹腔内游离血已初步形成包块,或部分被吸收,移动性浊音逐渐消失,腹部压痛及反跳痛已不明显。由于盆腔内有包块形成,可能对膀胱或直肠造成压迫,或可有尿频及里急后重感。

2. 体征

(1)一般情况:与失血量有关,失血多者呈贫血貌,大量出血者可出现血压下降,面色苍白,脉搏细数等休克症状,体温一般正常。若腹腔内陈旧性出血形成包块,吸收时可有体温升高,但不超过 38°C 。

(2)腹部检查:有较轻的腹肌紧张,若内出血多,则腹部膨隆,当盆腔积血 $\geq 500\text{ml}$ 时,可叩及移动性浊音。下腹部有明显压痛反跳痛,尤以患侧为剧。若有反复出血积聚,形成血块,可触及下腹部包块。

(3)盆腔检查:宫颈口见少量暗红血流出,宫颈着色,呈紫蓝色,子宫稍大较软,但小于停经月份。无内出血时,仔细检查于宫体一侧可触及增粗的输卵管及压痛。若有内出血时,则后穹隆饱满触痛,并出现宫颈举痛,子宫有飘浮感,于患侧附件区偏子宫后方或在子宫直肠窝方向,可触及一不规则的边界不清,触痛明显之包块。若发病时间长,输卵管出血形成包裹,子宫一侧之包块为边界不清、不活动的、有触痛的包块。

另外,较少见的还有4种:

1. 宫颈妊娠 孕早期即有反复无痛性阴道流血,多始于孕7~8周或早孕30天后;出血多而猛。妇检宫颈多增大、充血、变蓝、变薄而软,外口扩张,宫体与宫颈等大或反而较小等。

2. 残角子宫妊娠 早期破裂似输卵管妊娠破裂,占多数的中期终绝发生肌层不全或完全破裂,出现内出血或休克,检查似宫角妊娠;达足月者甚少,临产后宫颈管不消失、不扩张,应想到本症。

3. 卵巢妊娠 似输卵管妊娠破裂,腹剧痛或休克,但发生时间可较早。近半数无停经及阴道出血,且内出血量常较严重。

4. 腹腔妊娠 多为继发性,可有停经腹痛史,胎动剧烈而不适,腹壁下可清楚扪及胎儿或胎体。

四、实验室及其他检查

(一)B型超声检查 已成为诊断输卵管妊娠的重要方法之一。输卵管妊娠的典型声像图为:①子宫内不见妊娠囊,内膜增厚;②宫旁一侧见边界不清、回声不均的混合性包块,有时可见宫旁包块内有妊娠囊、胚芽及原始心管搏动,为输卵管妊娠的直接证据;③直肠子宫陷凹处有积液。文献报道超声检查的正确率为77%~92%,随着彩色超声、三维超声及经阴道超声的应用,诊断准确率将不断提高。

(二)妊娠试验 测定 $\beta\text{-HCG}$ 为早期诊断异位妊娠的常用手段。胚胎存活或滋养细胞尚有活力时, $\beta\text{-HCG}$ 呈阳性,但异位妊娠时往往低于正常宫内妊娠,血 $\beta\text{-HCG}$ 的倍增在48小时内亦不足66%。 $\beta\text{-HCG}$ 阴性,也不能完全否定异位妊娠。妊娠 $\beta\text{-HCG}$ 阳性时不能确定妊娠在宫内或宫外。疑难病例可用比较敏感的放射免疫法连续测定。

(三)阴道后穹隆穿刺 简单可靠。适用于疑有腹腔内出血的患者,若抽出黯红色不