

西藏产科

急症诊治技术教程

陈瑞华 主编

西藏人民出版社

西藏产科急症诊治技术教程

陈瑞华 主编

西藏人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

西藏产科急症诊治技术教程/陈瑞华编. —拉萨: 西藏人民出版社, 2007.7

ISBN 978-7-223-02182-1

I. 西… II. 陈… III. 妇产科病: 急性病—教材
IV. R710.597

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第052059号

西藏产科急症诊治技术教程

编 著	陈瑞华
责任编辑	西绕拉姆
封面设计	阿 曲
出版发行	西藏人民出版社(拉萨市林廓北路20号)
印 刷	西藏军区印刷厂印刷
开 本	787×960 1/16
印 张	17
字 数	250千
版 次	2007年7月第1版
印 次	2007年7月第1次印刷
印 数	01-1,200
书 号	ISBN978-7-223-02182-1
定 价	25.00元

版权所有 翻印必究

《西藏产科急症诊治技术教程》编委会

名誉主席 阿 登

主任委员 王建鹏

副主任委员 欧珠罗布

主 编 陈 瑞 华

副 主 编 尼 玛 鲜 恩 英

编委会成员(按姓氏笔画排名)

王云新 扎西罗布 边巴仓决 尼 玛 付 强

陈瑞华 何丽英 周小红 胡 刚 赵振宇

洛 桑 郭海燕 索 朗 喻 敏 鲜恩英

序

妇幼保健工作是公共卫生工作的重要组成部分,加强妇幼保健工作,提高占我区人口 2/3 的妇女儿童的健康水平,是我区卫生工作的主要任务,也是构建和谐西藏、平安西藏和小康西藏的重要内容。

和平解放特别是近些年来,妇幼保健工作已愈来愈引起各级党委、政府和各有关部门的高度重视。在各级党委、政府的正确领导下,我区妇幼保健工作取得了显著成就,妇幼保健服务条件不断改善,孕产妇死亡率、婴幼儿死亡率逐年得到有效降低,住院分娩率逐年提高,广大妇女儿童的健康水平不断提高。然而,由于我区地广人稀、交通不便,妇幼保健服务半径大,妇幼保健服务能力特别是基层产科急救能力还相对薄弱。因此,加强农牧区产科急救能力建设,大力培养基层产科急救队伍,是当前乃至今后相当长的时期内我区妇幼卫生工作的重要任务。

在自治区卫生厅领导的高度重视下,我处组织西藏大学医学院、拉萨市人民医院、自治区人民医院、自治区第二人民医院的有关专家,根据我区农牧区妇幼保健工作的实际需要,同时借鉴过去开展农牧区产科急救人员培训工作的经验,在充分调研论证的基础上,编写了这本《西藏产科急症诊治技术教程》,并经过了国家级有关专家的审阅。该书具有一定的实用性和可操作性,是今后我区开展农牧区产科人员培训的主要教材,也是对全区产科专业技术人员具有一定实用价值和指导意义的工具书。

书中难免有缺点、遗漏或不当之处,敬请大家批评指正,以便今后再版时进一步修改、补充和完善。

西藏自治区卫生厅
基层卫生与妇幼保健处
2007 年 5 月

前 言

《西藏产科急症诊治技术教程》是一本西藏妇产科医生必备的教材，主要是西藏各县级妇产科医生在进修学习和临床工作中的指南。该书内容包括西藏产科急重症、胎儿与新生儿急重症、手术学基础和产科手术学。主要介绍导致西藏孕产妇死亡四大原因：产科出血、妊娠期高血压疾病、妊娠合并症、产褥感染。本书还详细阐述了输血、输液、麻醉、复苏和产科手术技术。

本书编写、出版、编辑过程中，得到了西藏自治区卫生厅、西藏大学医学院与西藏大学附属医院的各级领导大力支持，也得到了西藏人民出版社的大力支持，“降低孕产妇死亡和消除新生儿破伤风项目”国家级专家熊庆教授承担了本书的审稿工作。本书绘图全部由庞仁强同志完成。谨在此致以诚挚的感谢！

编者能力有限，对此书中的不足之处，欢迎广大同行批评指正。

编 者

2007 年 3 月于拉萨

目 录

第一篇 产科急症诊断与治疗

第一章 产科出血	(1)
第一节 不全流产	(1)
第二节 异位妊娠	(3)
第三节 前置胎盘	(6)
第四节 胎盘早剥	(10)
第五节 产后出血	(14)
第六节 葡萄胎	(26)
第二章 妊娠期高血压疾病	(32)
第一节 重度子痫前期	(32)
第二节 子痫	(45)
第三节 子痫病例讨论	(48)
第四节 妊娠期高血压疾病并发脑血管疾病	(50)
第三章 妊娠合并症	(52)
第一节 妊娠合并心脏病	(52)
第二节 妊娠合并心力衰竭病例讨论	(62)
第三节 妊娠合并急性病毒性肝炎	(67)
第四节 妊娠合并缺铁性贫血	(71)
第五节 妊娠合并糖尿病	(74)
第六节 妊娠合并急性肾盂肾炎	(77)
第七节 妊娠合并急性阑尾炎	(80)
第四章 异常分娩	(83)
第一节 产力异常	(83)
第二节 产道异常	(88)

第三节	胎位胎儿异常·····	(92)
第四节	异常分娩的诊治要点·····	(97)
第五章	产褥感染·····	(99)
第六章	羊水栓塞·····	(103)

第二篇 胎儿与新生儿急重症

第一章	胎儿急重症·····	(107)
第一节	急性胎儿宫内窘迫·····	(107)
第二节	死胎·····	(109)
第三节	胎膜早破·····	(110)
第二章	新生儿窒息·····	(113)

第三篇 产科手术学基础

第一章	手术室的要求与制度·····	(119)
第二章	无菌术·····	(121)
第一节	手术器械、物品、敷料的灭菌法和消毒法·····	(121)
第二节	手术人员和病人手术区域的准备·····	(125)
第三节	手术进行中的无菌原则·····	(130)
第三章	手术基本操作·····	(132)
第一节	手术器械的正确使用·····	(132)
第二节	手术基本操作技术·····	(134)
第四章	手术前准备与手术后处理·····	(142)
第一节	一般术前准备·····	(142)
第二节	手术前合并症的处理·····	(145)
第三节	急症处理·····	(148)
第四节	手术后处理·····	(149)
第五节	术后并发症处理·····	(152)

第五章 输液输血	(155)
第一节 输液	(155)
第二节 输血	(158)
第三节 休克	(163)
第六章 麻醉	(167)
第一节 妇科手术麻醉	(167)
第二节 产科手术麻醉	(170)
第七章 心肺脑复苏	(174)
第八章 气管内插管术和麻醉装置	(182)

第四篇 产科手术学

第一章 会阴切开缝合术	(184)
第二章 软产道损伤修复手术	(189)
第一节 会阴裂伤修补术	(189)
第二节 阴道裂伤修补及产道血肿挖除术	(193)
第三节 子宫颈裂伤修补及宫颈切开术	(195)
第四节 子宫破裂修补术	(196)
第三章 分娩期合并阴道隔膜切除(开)术	(199)
第一节 阴道横隔膜切开术	(199)
第二节 阴道纵隔膜切除术	(200)
第四章 毁胎术	(201)
第五章 后穹窿穿刺术	(204)
第六章 后穹窿切开术	(205)
第七章 胎头吸引术	(207)
第八章 产钳术	(213)
第九章 臀位牵引术	(222)
第一节 臀位助产	(223)
第二节 臀位完全牵引术	(224)
第三节 后进胎头产钳术	(228)

第十章 剖宫产术	(230)
第一节 剖宫产指征.....	(230)
第二节 子宫下段剖宫产术.....	(235)
第三节 手术并发症及防治.....	(241)
第十一章 子宫切除术	(245)
第一节 经腹全子宫及附件切除术.....	(246)
第二节 经腹次全子宫切除术.....	(257)
第三节 经腹保留附件全子宫切除术.....	(259)

后 记

第一篇 产科急症诊断与治疗

第一章 产 科 出 血

第一节 不 全 流 产

诊断要点 停经一段时间后,阴道大量流血或淋漓日久不停,下腹部隐隐作痛或阵痛,胎儿及部分胎盘已排出,还有一部分胎盘仍滞留子宫腔内。

鉴别诊断 与先兆流产、难免流产、完全流产、异位妊娠、妊娠合并子宫颈糜烂或息肉出血、功能失调性子宫出血、子宫肌瘤、绒毛膜癌等加以鉴别。

治疗原则 立即清除宫腔内胚胎组织,纠正休克,同时静脉注射或肌肉注射缩宫素10单位。在纠正休克的同时行清宫术,术后预防感染,纠正贫血。

不全流产常发生于妊娠8~12周。此时胎盘已形成,当胎儿排出后,胎盘部分或全部滞留在子宫腔内,子宫不能很好地收缩,致使阴道出血不止,严重时可引起出血性休克。如不及时处理可危及生命。

【病因及病理】

一般多由难免流产发展而来。妊娠8~12周时,胎盘绒毛发育繁盛,与蜕膜联系较牢固,此时若发生流产,妊娠产物往往不易完整剥离排出,常有部分组织残留宫腔内影响子宫收缩,出血较多。

【临床表现】

由于宫腔内残留部分妊娠产物,影响子宫收缩,导致阴道流血持续不止,甚至因阴道流血过多而发生休克,发生休克时病人血压下降、面色苍白、脉搏细弱,重者神态恍惚或昏迷,此时病人可能感到腹痛较前减轻,这不是病情好转的表现,应就近就医处理。妇科检查时可发现子宫颈口已扩张,有时可见胎盘组织堵塞于子宫颈口或部分妊娠产物已排出在阴道内而部分仍滞留宫腔内。此时子宫大小一般小于停经月份。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

(一)病史

有停经史,有或无妊娠反应史。阴道出血可呈少量持续性或大量出血,甚至出现休克。有组织从阴道排出;有的患者出血可暂时停止,而在残留的胎盘组织基础上形成胎盘息肉;有的患者则反复阴道出血,并因并发感染而引起发热、阴道流脓血性分泌物。

(二)妇科检查子宫颈口扩张,有时可见组织堵塞于子宫颈口,子宫体积小于妊娠月份。

(三)实验室检查妊娠试验可呈阴性反应。

(四)在B超检查时妊娠囊已模糊不清或看不到胚胎组织,宫腔内有液性暗区,为宫腔内积血所致。宫腔内容物的厚度超过5毫米,多提示有组织存留。

二、鉴别诊断

(一)先兆流产 阴道出血量少,无或有轻微的下腹疼痛,无阴道组织排出,无宫颈扩张,子宫大小与停经月份相符合,妊娠试验阳性,B超显示宫内可见胎囊、胎芽,甚至可见胎动及心跳,治疗后可继续妊娠。

(二)难免流产 阴道出血量多,有或阵发性加剧的下腹疼痛,无阴道组织排出,宫颈口松或已开大,子宫大小与停经月份相符合或稍小,妊娠试验阳性或阴性,B超显示宫颈内口松弛或胚囊下移,不能继续妊娠。

(三)完全流产 阴道出血量由多到少,下腹疼痛逐渐消失,阴道组织完全排出,宫颈口已闭合,子宫正常大小或稍大,妊娠试验阳性或阴性或定量下降,B超显示宫内无残留物,子宫近正常大小。

(四)妊娠合并宫颈糜烂或息肉 宫颈糜烂或息肉,常有少量出血,易误认为流产。前者无腹痛。经局部处理止血后,即不再出血。

【治疗】

不全流产发生时,阴道流血量往往很多,必需立即去医院就诊。

一、诊断明确,立即刮宫。

二、注意全身状况,必要时输液、输血。

三、术后抗生素预防感染。

四、刮出物送病理检查,以助诊断。

第二节 异位妊娠

诊断要点 停经,下腹刀割样疼痛,肛门坠痛,晕厥,面色苍白,宫颈举痛,盆腔内包块或子宫漂浮感,移动性浊音阳性,后穹窿穿刺可抽出不凝血,妊娠试验阳性。

治疗原则 以手术治疗为主,其次是保守治疗。

异位妊娠是指受精卵着床在子宫体腔以外部位的妊娠,称为异位妊娠,习称宫外孕,但两者含义稍有差别。异位妊娠包括卵巢妊娠、输卵管妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠和宫角妊娠;而宫外孕仅指着床在子宫外的妊娠,宫颈妊娠不包括在内。其中输卵管妊娠最常见,卵巢、腹腔妊娠较少见。异位妊娠是妇产科最常见急症之一,并随着近10多年来人流、上环、引产的增加而呈上升趋势。由于异位妊娠可发生大量出血,导致休克,甚至死亡,所以引起妇产科医生的高度重视。异位妊娠病人大多数手术治疗,预后良好。

【病因和病理】

异位妊娠的病因很多,其中以输卵管炎为主要原因。此外尚与输卵管先天发育不良、畸形、输卵管子宫内膜异位症、孕卵外游、输卵管结扎术再通等因素有关。异位妊娠在病理上的结局是流产和破裂。按妊娠的部位不同,异位妊娠有下列数种情形:1.输卵管内的妊娠:包括间质部、峡部、壶腹部、漏斗部、伞端妊娠,其中壶腹部妊娠多见占60%;峡部次之占25%。2.子宫腔外的有关妊娠包括宫颈、宫角、肌壁内妊娠等。此外尚有阔韧带、卵巢、腹腔、腹膜后妊娠及异位妊娠与宫内妊娠同时存在等。

【临床表现】

近年来由于现代诊断技术的提高及妇产科医生的警觉,异位妊娠常常能在未破裂前被诊断,故临床表现常有两种:典型的异位妊娠为破裂、流产型,患者可有不同程度的腹腔内出血,生命体征不稳定,需紧急处理。另一种患者生命体征平稳,有下腹不适、不规则阴道出血、妊娠试验阳性或无症状,但随时可能发生危及生命的腹腔内大出血。

典型的异位妊娠的三联征是停经、腹痛及不规则阴道出血。患者可能有6~8周的停经史,无停经史的也不能除外异位妊娠。在已破裂或正在破裂的患者都有盆腹腔疼痛,可以发生在腹部任何地方,主要在下腹部,患侧更为严重。当支持子宫内膜的(人)绒毛膜促性腺激素水平下降时可表现为少

量断续或持续褐色出血。在异位妊娠最初3个月胎盘和卵巢激素的刺激下,子宫轻度生长增大25%。5%~10%的患者排出子宫蜕膜管型(在受精后不久,子宫内膜呈蜕膜改变)。输卵管妊娠的胎儿常常仅生存一个较短的时期,胎儿死亡后,子宫蜕膜常整块脱落,称子宫管型,或呈细小的碎片脱落。排出时的绞痛如同自然流产时的绞痛。在腹部和阴道检查时可有剧烈的触痛,75%的患者有宫颈举痛。40%的患者子宫直肠凹可触及包块。腹腔积血多时,膈肌受到刺激可以引起胸痛及肩部疼痛。严重患者可伴有昏厥、眩晕。<10%的患者有低烧。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

- (一)有引起异位妊娠和高危因素存在。
- (二)为育龄期妇女,有不孕史。
- (三)多数患者有停经史。
- (四)下腹刀割样疼痛,肛门坠痛。
- (五)阴道不规则少量出血,有时伴有子宫蜕膜管型排出。
- (六)严重内出血者可有休克,甚至危及生命。
- (七)体检时可有腹膜刺激征阳性,重者有移动性浊音及休克表现。
- (八)阴道检查时阴道后穹窿部呈波动感、宫颈举痛、盆腔内包块或子宫漂浮感。
- (九)妊娠试验阳性可区别于子宫附件上肿瘤、炎性包块等。
- (十)子宫内膜若发现绒毛膜组织时,证明为宫内妊娠,若仅发现蜕膜而无绒毛膜时,则证实为输卵管妊娠。

(十一)后穹窿穿刺可抽出不凝血液。

(十二)B超及腹腔镜检查有助诊断。

二、鉴别诊断(见表1)

【治疗】

治疗原则以手术治疗为主,其次是保守治疗。

一、输卵管切除术 适用于有内出血和并发休克的急症患者。一般为切除患侧输卵管,预后良好。

二、保守治疗 主要适用于早期异位妊娠,要求保存生育能力的年轻患者。一般认为符合以下条件者,可采用此方法:

- (一) 输卵管妊娠未破裂或流产者；
- (二) 输卵管妊娠直径不超过3厘米；
- (三) 无明显内出血者；
- (四) 血 β -(人)绒毛膜促性腺激素<3000单位/升。

表 1 异位妊娠的鉴别诊断

疾 病 症 状	输卵管妊娠	流 产	急性输 卵管炎	急性阑尾炎	黄体破裂	卵巢囊肿 蒂扭转
停经	有	有	无	无	无	无
腹痛	突然撕裂样 剧痛,自下 腹一侧开始 向全腹扩散	下腹中央阵 发性坠痛	下腹持续性 疼痛	持 续 性 疼 痛,从上腹 开始,经脐 周转至右下 腹	下腹一侧突 发性疼痛	下腹一侧突 发性疼痛
阴道流血	量少,暗红 色,可有蜕 膜组织或管 型排出	先量少,后 增多,鲜红 色,有小血块 或绒毛排出	无	无	无或有如月 经量流血	无
休克	程度与外出 血不成正比	程度与外出 血成正比	无	无	无或有轻度 休克	无
体温	正常,有时 稍高	正常	升高	升高	正常	稍高
盆腔检查	举宫颈时一 侧下腹疼痛, 宫旁或直肠 子宫陷凹有 肿块	宫口稍开, 子宫增大变 软	举宫颈时两 侧下腹疼痛, 仅在输卵 管积水时 触及肿块	无 肿 块 触 及,直肠指 检右侧高位 压痛	无 肿 块 触 及,一侧附 件压痛	宫颈举痛, 卵巢肿块边 缘清晰,蒂 部触痛明显
白细胞计数	正常或稍高	正常	升高	升高	正常或稍高	稍高
血红蛋白	下降	正常	正常	正常	下降	正常
后穹窿穿刺	可抽出不凝 血液	阴性	可抽出渗出 液或脓液	阴性	可抽出血液	阴性
HCG	阳性	阳性	阴性	阴性	阴性	阴性
B超	一侧附件低 回声区,其 内或有妊娠 囊	宫内可见妊 娠囊	两侧附件低 回声区	子宫附件区 无异常图像	一侧附件低 回声区	一侧附件低 回声区,边 缘清晰有条 索状蒂

第三节 前置胎盘

诊断要点 妊娠晚期突然发生无痛性反复阴道出血,耻骨联合上方或两侧听到与母体脉搏一致的吹风样杂音,B超检查可见胎盘与宫颈的关系。

治疗原则 控制出血、纠正贫血、预防感染,正确选择结束分娩的时间和方法。

胎盘的正常附着处在子宫体部的后壁、前壁或侧壁。如果胎盘附着于子宫下段或覆盖在子宫颈内口处,位置低于胎儿的先露部,称为前置胎盘。前置胎盘是妊娠晚期出血的主要原因之一,为妊娠期的严重并发症。多见于经产妇,尤其是多产妇。

【病因与分类】

一、目前病因尚未明确。可能与以下因素有关:

1.子宫内膜病变或损伤。

产褥感染、多产、刮宫及剖宫产等引起子宫内膜炎或子宫内膜受损,受精卵着床后,局部血液供应不良,胎盘扩大其面积来摄取足够的营养。

2.胎盘面积过大、双胎妊娠。

3.胎盘异常。

4.受精卵发育迟缓。

受精卵到达宫腔时,未发育到晚期囊胚时期,不能着床,继续下移,种植在子宫下段。

二、分类

以胎盘边缘和宫颈内口的关系,分为三种类型(见图1)。

(一)完全性前置胎盘或称中央性前置胎盘:宫颈内口全部被胎盘组织



(1)完全性前置胎盘



(2)部分性前置胎盘



(3)边缘性前置胎盘

图1 前置胎盘的分类

所覆盖。

(二)部分性前置胎盘:宫颈内口的一部分被胎盘组织所覆盖。

(三)边缘性前置胎盘:胎盘边缘附着于子宫下段甚至达宫颈内口,但不超越宫颈内口。

分类的注意事项:诊断时期不同,分类有所改变,因此,均以终止妊娠时胎盘边缘与宫颈内口的关系作为分类的标准。

【临床表现】

一、阴道流血

(一)表现为孕晚期无诱因、无痛性、反复出现的阴道流血。

(二)阴道流血原因:

子宫下段伸展拉长,宫颈管消失或宫颈扩张,而附着的胎盘并不能相应伸展,错位剥离血窦破裂出血。

(三)阴道流血时间、流血量与前置胎盘类型有关。

二、贫血与休克

三、胎儿异常:胎位异常、胎儿窘迫

四、体征

(一)全身情况由出血量而定。

(二)子宫大小与停经月份相符,子宫软,无压痛,轮廓清楚,胎体及胎心音清楚。

(三)临产后可有阵发性宫缩,间歇期子宫完全放松。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

(一)病史 妊娠晚期突然发生无痛性反复阴道出血,即可疑为前置胎盘,如出血早、量多,则完全性前置胎盘的可能性大。

(二)体征 根据失血量的不同,多次出血,呈贫血貌,急性大量出血,可发生休克,腹部检查与正常妊娠相同。失血量过多胎儿宫内缺氧,发生窘迫。严重者胎死宫内。临产者,有阵发性宫缩,如在耻骨联合上方或两侧听到与母体脉搏一致的吹风样杂音,可考虑胎盘位于子宫下段的前面,如位于后面则听不到胎盘血流杂音。

(三)阴道检查 一般只做阴道窥诊及穹窿部扪诊,避免任意行颈管内