

FUCHANKE
JIZHEN

妇产科 急 诊

主编 段涛 狄文

福建科学技术出版社
FUJIAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

妇产科急症

主编 段涛 狄文

福建科学技术出版社
FUJIAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科急诊/段涛, 狄文主编. —福州: 福建科学技术出版社, 2008. 5

ISBN 978-7-5335-3167-6

I. 妇… II. ①段…②狄… III. 妇产科病—急诊 IV. R710. 597

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 009749 号

书 名	妇产科急诊
主 编	段涛 狄文
出版发行	福建科学技术出版社 (福州市东水路 76 号, 邮编 350001)
网 址	www. fjstp. com
经 销	各地新华书店
排 版	福建科学技术出版社排版室
印 刷	人民日报社福州印务中心
开 本	850 毫米×1168 毫米 1/32
印 张	13. 75
字 数	324 千字
版 次	2008 年 5 月第 1 版
印 次	2008 年 5 月第 1 次印刷
印 数	1—4 000
书 号	ISBN 978-7-5335-3167-6
定 价	25. 00 元

书中如有印装质量问题, 可直接向本社调换

主 编 段 涛 狄 文
编 委 (以姓氏笔画为序)

王彦林 古 航 刘宝琴

李 红 李儒芝 狄 文

应 豪 张 艳 张 健

张 慧 赵 欣 段 涛

施 居 贺 茜 钱晓蕾

高 华 高泳涛 谢康云

蔡圣芸 管 睿 熊振虹

前言

不知道为什么，自己写书总是有点怕写前言和序，每次都是想请前辈或同辈的教授帮忙。第一次自己动笔写的原因是责任编辑实在不满意受邀请教授的应付之作，逼我自己动手，于是便天马行空写了个不大像前言的前言。没想到还挺受欢迎，每每谈起那本书，朋友们总是要提起那个前言，表扬我一番。于是便有了压力，更不知道如何下笔。仔细反思自己不愿写前言或序的原因可能主要是不愿意太俗套，其实写个一般的前言也很简单，先介绍写本书的目的，然后介绍本书的特色，再感谢若干人，最后再写上：有不足之处还请多多包涵，不吝赐教，就万事大吉了（记得自己上一本书的前言就是这么写的）。要么干脆学人家老外，就那么几个字：To my beloved wife and daughters（献给我的娇妻和如花似玉的女儿们）！可是在中国行不通。一来太肉麻，人家出版社不愿意；二来咱只有一个六个月大小，胖嘟嘟、长着两颗小白牙、见人就笑的可爱女儿，还谈不上

如花似玉的女儿们。思前想后，只好回到主题思想、段落大意的老路上。

重要的妇产科急诊就那么几个病，不可能出什么新花样，所以本书的目的不在于创新，而在于规范。首先在疾病种类方面考虑的是全面，所有妇产科可能出现的急诊疾病都要考虑进去，然后考虑的是重点突出，重点介绍那些常见、严重的急诊。在写作的体例方面和以往的其他同类书籍会有所不同，希望能够给读者提供些经验和实用性的内容。一本书写出来的内容如果能中规中矩就已经不错了，如果还能有百分之十左右让人眼睛一亮的地方就算是好书了，希望本书能够得到同行们的认可。

段 涛

2007 年 10 月于上海

目录

上篇 产科急诊

第一章 妊娠期急腹症	(2)
第一节 妊娠期急性阑尾炎	(2)
第二节 妊娠期急性胆囊炎	(10)
第三节 妊娠期急性胰腺炎	(18)
第四节 妊娠期急性肠梗阻	(28)
第五节 妊娠期泌尿道结石	(37)
第六节 妊娠期卵巢囊肿蒂扭转	(42)
第二章 妊娠期内科急诊	(48)
第一节 妊娠合并哮喘	(48)
第二节 妊娠合并心力衰竭	(54)
第三节 妊娠合并甲状腺危象	(65)
第四节 妊娠合并糖尿病酮症酸中毒	(71)
第五节 妊娠合并癫痫	(78)
第六节 妊娠期特发性血小板减少性紫癜	(86)

第七节	妊娠合并肺炎	(92)
第八节	妊娠合并急性肾盂肾炎	(98)
第三章	妊娠剧吐	(105)
第四章	产前出血	(112)
第一节	流产	(112)
第二节	子宫颈功能不全	(118)
第三节	前置胎盘	(123)
第四节	胎盘早剥	(130)
第五节	胎儿血管前置	(137)
第五章	胎儿宫内窘迫	(143)
第六章	脐带脱垂	(148)
第七章	子痫前期和子痫	(151)
附	HELLP 综合征	(162)
第八章	羊水栓塞	(166)
第九章	急性羊水过多	(172)
第十章	胎膜早破	(176)
第十一章	异常分娩	(181)
第一节	产力异常	(181)
第二节	产道异常	(184)
第三节	胎儿异常	(188)
第十二章	分娩损伤	(196)
第一节	软产道裂伤	(196)
	会阴及阴道裂伤 (196) 宫颈裂伤 (198)	
第二节	子宫破裂	(200)
第十三章	产后出血	(204)

第十四章	产科弥散性血管内凝血	(211)
第十五章	产褥感染	(224)
第十六章	异位妊娠	(229)

中篇 妇科急诊

第一章	腹痛	(238)
第二章	阴道流血	(242)
第三章	阴道排液	(245)
第四章	呕吐	(253)
第五章	血压升高	(261)
第六章	血压降低	(267)
第七章	昏厥、休克	(272)
第一节	昏厥	(272)
第二节	休克	(274)
第八章	抽搐、昏迷	(281)
第一节	抽搐	(281)
第二节	昏迷	(283)
第九章	感染性疾病	(286)
第一节	前庭大腺炎和前庭大腺囊肿	(286)
第二节	外阴阴道假丝酵母菌病	(291)
第三节	急性宫颈炎	(298)
第四节	盆腔炎性疾病	(301)
第十章	外阴骑跨伤	(308)
第十一章	性暴力损伤	(313)

第十二章	阴道异物	(321)
第十三章	痛经	(326)
第十四章	黄体破裂	(332)
第十五章	卵巢肿瘤破裂	(337)
第十六章	卵巢肿瘤扭转	(347)
第十七章	卵巢过度刺激综合征	(353)
第十八章	子宫肌瘤红色变性	(359)
第十九章	滋养细胞疾病	(364)
第一节	葡萄胎	(364)
第二节	侵蚀性葡萄胎	(369)
第三节	绒毛膜癌	(372)
第四节	胎盘部位滋养细胞肿瘤	(377)
第二十章	功能失调性子宫出血	(380)
第二十一章	妇科术后并发症	(391)
第一节	阴道出血	(391)
第二节	尿潴留	(392)
第三节	深静脉血栓形成	(393)
第二十二章	妇科化疗后并发症	(396)
第一节	血液系统并发症	(397)
	骨髓抑制 (397) 粒细胞减少 (397) 贫血 (400) 血 小板减少 (402)	
第二节	恶心、呕吐	(403)
第三节	口腔黏膜炎	(405)
第四节	肝功能损害	(406)
第五节	腹泻	(407)

第六节	肾脏和膀胱毒性	(408)
第七节	心脏毒性	(409)
第八节	肺毒性	(410)
第九节	神经毒性	(412)
第十节	溶血性尿毒症性综合征	(413)
第十一节	妇科化疗后的影响与局部反应	(415)

下篇 计划生育急诊

第一章	紧急避孕	(418)
第二章	人工流产并发症	(422)
	术中出血 (422) 人工流产综合征 (423) 子宫穿孔 (423) 漏吸 (424) 吸宫不全 (425) 感染 (425) 羊水栓塞 (426) 手术流产造成的远期并发症 (427) 药物流产的并发症 (428)	

上 篇

产科急诊

CHANKE
JIZHEN



第一章 妊娠期急腹症

第一节 妊娠期急性阑尾炎

急性阑尾炎 (acute appendicitis) 是妊娠期最常见的外科合并症。妊娠期急性阑尾炎的发病率与非妊娠期相同, 为 0.5%~1%, 可发生在妊娠各期, 但分娩期与产后少见。通常认为妊娠与急性阑尾炎的发生无内在联系。妊娠期阑尾炎临床表现不典型, 且病情发展快, 增加了诊断的难度, 使孕妇和胎儿的并发症和死亡率大大提高。因此, 掌握妊娠期阑尾炎的特点, 早期诊断和及时处理对预后有明显影响。

一、临床表现

在妊娠不同时期, 急性阑尾炎的临床表现有明显差异。

(一) 症状

1. 腹痛 大多数妊娠合并急性阑尾炎时, 转移性腹痛这一固有的规律不变。腹痛往往先从剑突下开始, 延及脐周, 数小时或十几小时后, 转移至右下腹部。一部分病人症状可不典型。妊



娠早期，阑尾炎的症状与非妊娠时相似，妊娠中、后期，由于妊娠子宫的增大，阑尾的位置发生改变，孕妇疼痛的部位可达右肋下肝区或右后腰区，疼痛可能较非孕期轻。腹痛的性质和程度，一般与病理类型有关：单纯性阑尾炎多表现为持续性钝痛或胀痛；化脓性或坏死性阑尾炎呈阵发性剧痛或跳痛；阑尾腔梗阻者多为阵发性绞痛。

腹痛在进展过程中突然消失或减轻时，应考虑：

- (1) 炎症消退或梗阻已解除。
 - (2) 组织缺血坏死，神经末梢失去感受与传导能力。
 - (3) 阑尾穿孔，但继而腹痛范围扩大，腹膜刺激症状加重。
2. 消化道症状 多数病人可伴有恶心、呕吐、腹泻等。
3. 全身症状 有全身不适、乏力、发热，甚至寒战。

(二) 体征

1. 腹部压痛 妊娠期阑尾炎的压痛点可随子宫的增大而不断上移，妊娠早期，右下腹 McBurney 点处有压痛和反跳痛，伴有肌紧张。如阑尾发生坏死或穿孔，可形成阑尾周围脓肿或弥漫性腹膜炎，出现相应体征。妊娠中、晚期，压痛点可偏高，腹部反跳痛和肌紧张等不明显。如伴有阑尾周围脓肿，可触及包块，并有压痛。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：

(1) Bryan 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，可提示疼痛非子宫的疾病造成。

(2) Alder 试验：病人平卧，检查者将手指放在阑尾区最明显的压痛点上，然后嘱病人左侧卧位，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。

2. 体温升高 早期阑尾炎时体温与脉搏常正常，故体温升高不是阑尾炎的典型体征。大多数孕妇体温低于 38°C 或无改变。阑尾穿孔、坏死或合并腹膜炎时，体温可升高。

3. 子宫收缩及胎儿情况 妊娠期急性阑尾炎时胎儿的死亡率与阑尾炎的进程呈正相关。穿孔型阑尾炎胎儿死亡率约为 20%，故应密切观察胎动、胎心及子宫收缩等情况。

二、辅助检查

1. 血常规 妊娠期白细胞计数呈生理性增加，至孕晚期可达 $(9\sim 10) \times 10^9/\text{L}$ ，分娩或应激状态时可达 $25 \times 10^9/\text{L}$ 。因此，仅用白细胞计数增高协助诊断阑尾炎意义不大。如分类有核左移，中性粒细胞超过 80% 或白细胞持续 $\geq 18 \times 10^9/\text{L}$ 有临床意义。

2. 影像学检查 B 超是最简单安全的检查方法，可见阑尾呈低回声管状结构，僵硬，压之不变形，横切面呈同心圆似的靶向图像，直径 $\geq 7\text{mm}$ 。X 线和 CT 可显示阑尾区气影、阑尾改变、脓肿等，对阑尾炎诊断价值不大，妊娠期应慎用。

3. 肛门指诊 肛门指诊时直肠前壁右侧触痛。但妊娠晚期因阑尾移位而检查阴性时，不能排除阑尾炎。

三、诊断步骤

第一步 对妊娠期急腹症的患者首先应详细询问病史。

1. 注意询问过去史 文献报道，妊娠期急性阑尾炎患者中，20%~40% 孕妇有慢性阑尾炎病史。

2. 询问腹痛的性质与演变过程 有无转移性右下腹疼痛。疼痛应为持续性、无间歇，以区别于子宫收缩痛。



3. 询问腹痛时的伴随症状 是否有恶心、呕吐、腹泻、全身不适、乏力、发热、寒战等。

第二步 对怀疑为妊娠期急性阑尾炎的孕妇应做系统的全身检查。

妊娠期急性阑尾炎的症状可以不典型，术前诊断率仅 50%，约 20% 在阑尾穿孔或并发腹膜炎时才能确诊，因此对怀疑妊娠期急性阑尾炎的患者，要立刻进行系统的全身检查。

1. 腹部、血常规和 B 超检查 对于腹痛症状较重，或伴有发热的患者，应仔细检查腹部体征，同时做血常规和腹部 B 超。如果右下腹出现压痛、反跳痛、肌紧张，血白细胞增加、分类有核左移、中性粒细胞超过 80%，腹部 B 超呈现阑尾异常，诊断可明确。

2. Bryan 或 Alder 试验 如果腹痛症状明显，而腹部压痛部位不清，可做 Bryan 试验或 Alder 试验，以区别阑尾炎与子宫疾病引起的腹痛。

3. 其他 腹痛症状不明显的，应观察腹痛和体温的变化，定期做腹部检查及血常规、B 超。如出现转移性腹痛，根据妊娠周数的不同，在右侧中、下腹阑尾部位有压痛和肌紧张或反跳痛，体温升高伴恶心、呕吐等症状，且 B 超提示阑尾异常，应可明确诊断。如症状加重而腹部压痛不明显，伴有体温升高、白细胞升高并有核左移，高度怀疑急性阑尾炎时，应行剖腹探查，以明确诊断、及时治疗。

四、鉴别诊断

妊娠期急性阑尾炎通常需与胎盘早剥、卵巢囊肿蒂扭转、异位妊娠、子宫肌瘤变性、右侧输尿管结石、胆绞痛鉴别，尤其需与右侧肾盂肾炎等鉴别。



1. **卵巢囊肿蒂扭转** 多见于妊娠早、中期及产后，常有卵巢囊肿病史，表现为突发性、持续性下腹痛。如肿瘤血运受阻，肿瘤坏死，可有局限性腹膜炎表现。双合诊检查，可触及囊性或囊实性包块，有触痛。B超可明确诊断。

2. **异位妊娠破裂** 右侧异位妊娠应与妊娠早期急性阑尾炎鉴别。病人停经后可有小量不规则阴道出血，持续性下腹痛和肛门坠胀感。双合诊检查，宫颈举痛明显，后穹隆可饱满、有触痛，右附件部位可触及包块或有增厚感，B超显示盆腔内有液性暗区，尿、血 β -hCG阳性，如后穹隆抽出不凝血，即可确诊。

3. **右侧急性肾盂肾炎** 起病急骤，一般寒战后出现高热，疼痛始于腰肋部，沿输尿管向膀胱部位放射；同时伴有尿痛、尿频、尿急等膀胱刺激症状。查体右侧肾区叩击痛明显，上输尿管点和肋腰点有压痛，无腹膜刺激症状。尿常规镜下可见大量脓细胞和白细胞管型。

4. **右侧输尿管结石** 绞痛剧烈，疼痛部位在腰肋部，向大腿内侧和外生殖器放射。实验室检查，尿中可见红细胞，X线或B超显示尿路结石，即可确诊。

5. **胆绞痛** 以往有急性胆囊炎和胆石症病史。疼痛常为阵发性绞痛，多见于右上腹肋缘下，夜间多发，可向右肩部、右肩胛下角或右腰部放射。80%的病人可有寒战、发热、恶心、呕吐，亦可有阻塞性黄疸。X线、B超或胆囊造影可协助诊断。

6. **上消化道溃疡急性穿孔** 常有溃疡病史，一般为全腹疼痛，查体可见腹肌紧张，压痛反跳痛明显。X线立位摄片检查，多有膈下游离液体，可协助诊断。

7. **胎盘早剥** 常有妊娠期高血压病史和外伤史，腹痛剧烈。检查可见子宫坚硬，呈强直性收缩，胎心减慢或消失，产妇可有急性失血及休克症状。腹部B超显示胎盘后血肿可明确诊断。