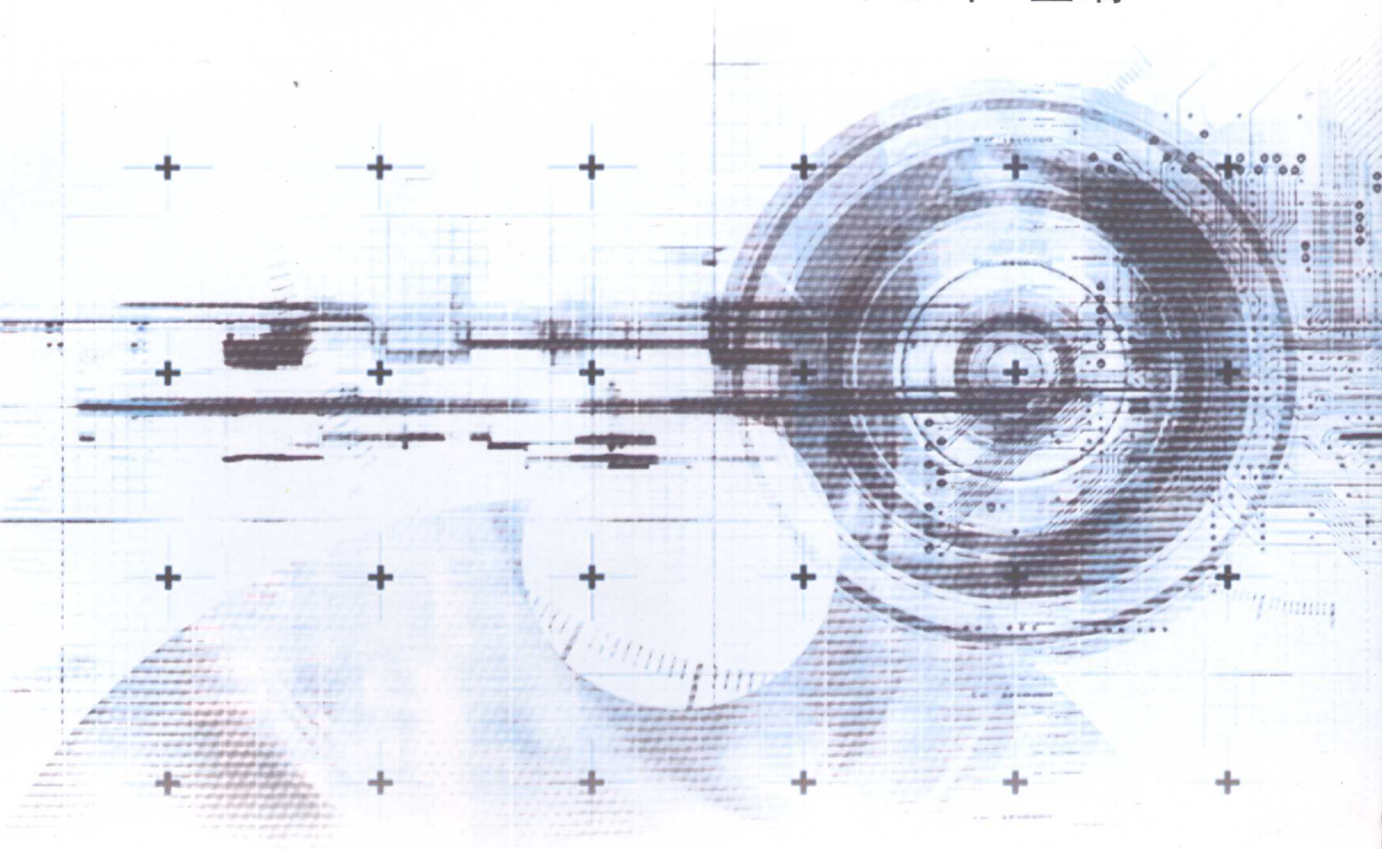


今日临床丛书

总主编 黄 峻

产科诊断流程与 治疗策略

孙丽洲 主编



科学出版社

www.sciencep.com

今日临床丛书

总主编 黄 峻

产科诊断流程与 治疗策略

孙丽洲 主编

科学出版社

北 京

今日临床丛书

内 容 简 介

本书内容主要包括生理产科和病理产科,共16章,并附有11个典型病例分析。本书着重阐述临床诊疗思路及诊疗方案,重点介绍临床诊疗新技术、新方法以及相关疾病处理的最新进展,并通过典型病例的分析以达到理论结合实践的目的。每一章分概述、诊断思路、治疗措施、预后评价、最新进展五个部分介绍,均列出诊断和治疗流程图。产科临床主要的操作技术则列为专章,集中介绍。

本书在编写过程中注重内容的实用性,密切关注当今医学动态,强调循证医学证据,适合产科专业高年资住院医师、主治医师和研究生参阅。

图书在版编目(CIP)数据

产科诊断流程与治疗策略 / 孙丽洲主编. —北京:科学出版社,2008

(今日临床丛书 / 黄峻总主编)

ISBN 978-7-03-020996-2

I. 产… II. 孙… III. 产科病-诊疗 IV. R714

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 012743 号

责任编辑:王 霞 黄 敏 / 责任校对:赵燕珍

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008年2月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2008年2月第一次印刷 印张:25

印数:1—3 000 字数:598 000

定价:78.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

《今日临床丛书》学术委员会

(以姓氏汉语拼音为序)

- | | | |
|-----|-------------------------|------------------|
| 陈灏珠 | 复旦大学附属中山医院 | 院士、教授、博士生导师 |
| 陈洪铎 | 中国医科大学 | 院士、主任医师、教授、博士生导师 |
| 陈香美 | 中国人民解放军总医院 | 院士、主任医师、教授、博士生导师 |
| 樊代明 | 第四军医大学 | 院士、教授、博士生导师 |
| 高妍 | 北京大学第一医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 高润霖 | 中国医学科学院中国协和医科大学阜外心血管病医院 | 院士、教授、博士生导师 |
| 葛坚 | 广州中山眼科中心 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 桂永浩 | 复旦大学 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 韩德民 | 北京同仁医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 黄峻 | 南京医科大学第一附属医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 李麟荪 | 南京医科大学第一附属医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 李舜伟 | 北京协和医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 林其德 | 上海交通大学医学院附属仁济医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 林三仁 | 北京大学附属第三医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 那彦群 | 北京大学泌尿外科研究所 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 邱贵兴 | 北京协和医院 | 院士、主任医师、教授、博士生导师 |
| 邱海波 | 东南大学附属中大医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 阮长耿 | 苏州大学医学院 | 院士、教授、博士生导师 |
| 孙凌云 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 武正炎 | 南京医科大学第一附属医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 于生元 | 中国人民解放军总医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 张宝仁 | 第二军医大学附属长海医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 张奉春 | 北京协和医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 张学军 | 安徽医科大学 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 赵堪兴 | 天津市眼科医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |
| 赵忠新 | 第二军医大学附属长征医院 | 主任医师、教授、博士生导师 |

《今日临床丛书》编委会

总 主 编 黄 峻

编 委 (以姓氏汉语拼音为序)

陈吉庆	陈亦江	程 雷	范卫民	范卫新
傅 震	洪新建	黄 峻	黄祖瑚	李建勇
刘 超	刘嘉茵	苗 毅	施海彬	施瑞华
束永前	孙丽洲	万 琪	王 林	邢昌赢
殷凯生	袁志兰	张劲松	张缪佳	张 炜
周国平				

秘 书 王 哲 虞海平

《产科诊断流程与治疗策略》编写人员

主 编 孙丽洲

副 主 编 张国英 肖云山 王 珏

编 者 (以姓氏汉语拼音为序)

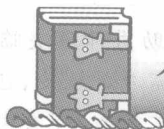
陈炳兰 陈文玮 韩国荣 韩 平

贾雪梅 姜海风 晋 柏 卢守莲

瞿 琳 孙丽洲 王 珏 王美莲

肖云山 邢 燕 杨乃明 张国英

张宏秀 周 欣



今日临床丛书

前言

《今日临床丛书》终于进入各大书店的柜台和读者的案头,我们感到由衷的高兴,这是各个方面鼎力合作的结果。这套丛书的出版是时代的需要,是临床医师们的期盼,也是社会和病人的福音。

临床医学的发展催生了《今日临床丛书》。当今,知识爆炸、信息剧增,在临床医学领域尤其令人瞩目。医疗设备推陈出新,新的技术层出不穷。脏器移植技术日臻成熟,介入技术广泛应用。新的药物不断问世,专业知识的更新周期已缩短至3~5年,今日的临床工作迫切需要反映当前的技术和水平,并能不断更新再版的书籍,这套丛书正是在这样的大环境下应运而生的。

医学教育的进步和医学教育模式的转变需要《今日临床丛书》。近十多年来,我国的医学教育发生了极其深刻的变化。除了在校教育更加规范、水平不断提高外,住院医师规范化培训、医学继续教育、专科医师培养等陆续展开;对在职医师提出“三基三严”的要求;对重大技术,如器官移植、介入技术、辅助生殖等实施准入制或审批制。我们的医学教育正在或已经与世界接轨。严格、规范和终生性的医学教育是培养高素质、高水平医师的制度保证,也是维护病人安全和利益的基本条件。用于毕业后教育正是这套丛书编写的主要目的。

中青年临床医师自身素质的提高期盼《今日临床丛书》。今天的临床医师承受着巨大的压力。他们自进入医学院校,选择从医作为自己的终生职业,就十分清楚自己的责任,决心义无反顾地向前进。他们需要不断地更新知识,需要了解用来治病救人的各种方法和手段,需要了解服务对象——病人的心理、病理和精神状态,需要……这套丛书可以成为他们的良师益友。

循证医学的进步呼唤着《今日临床丛书》。循证医学的问世是20世纪后期临床医学最重大的进展之一。它使旧的经验医学模式转变为新的以证据为基础的循证医学模式。作为循证医学基础的临床多个领域开展的大型随机对照试验提供了丰富的临床证据,改变了许多传统的理念和观念,也更新了许多疾病的治疗方案,深化了我们对许多常用技术、药物、检查方法等的认识,还使我们首次真正能够从改善病人预后这个基本立足点来审视我们的行为和举措。近几年不断颁布的各种指南、治疗建议和专家共识,正是循证医学的产物,也是循证医学在临床各领域实践的具体体现。今天的临床医师不能不了解这些新的证据,不能不了解这些指南和共识,更不能不懂得循证医学。现代临床医学需要一套既能反映循证医学的进展、体现循证医学的观念,又能在医疗工作中实践循证医学的专著,这套丛书正好能够承担这一历史使命。

《今日临床丛书》在编写上突破传统的医学著作的写作模式,注重实用性,并密切关注当今医学动态,遵循循证医学程序,强调临床思维能力的培养。这套丛书提供给读者的是一张渔网或渔具,而不是一盆鲜鱼;是做厨师的技能,而不是一顿大餐。

《今日临床丛书》有三个突出的特点。一是实用性,帮助医师解决临床上可能遇到的实际问题,提出有关疾病诊断和治疗的具体可行的方案。如需涉及理论,也只是介绍与疾病诊疗密切相关的知识,且具有新颖性。二是注重证据又不排斥经验,即贯彻循证医学的原则和理念,尽量采用大型随机对照临床试验、荟萃分析和系统性评价提供的证据,以充分体现临床医学的进步和现代医学模式的转变。三是遵循临床思维的程序。疾病是演变的,病情是变化的,同样的治疗方法、同一种药物施于不同的病人或同一个病人的不同病期,其效果可能完全不同。本书旨在指导临床医师运用动态的、辩证的、多种因素相互影响的思维方法来诊治疾病。

《今日临床丛书》主要的读者对象为住院医师和主治医师。著名临床医学家吴英恺教授说过,“大学毕业后的十年是一个人专业学习的黄金时代”,“不在这一阶段实践好、学习好,以后的上进、提高就十分困难”。这一时段的临床医师正是奋斗在医疗工作第一线的主力军,千钧重担肩上挑。他们服务的对象是病人,是失去健康的人,是渴望着能够重新回到社会、回到家庭以及对未来、对生活充满憧憬的普通人。健康所系,生命所托,疾病千变万化,处置失当或稍有不慎就可铸成大错,造成无可挽回的损失。因此,敬爱的周恩来总理曾经告诫我们:“医学院的附属医院不能等同于工科学院的附属工厂,不允许出废品。”这套丛书将帮助我国责任在肩的中青年临床医师走上成熟和成功之路。

本套丛书的近百名作者主要来自南京医科大学第一附属医院。这家医院有着70多年历史,是中国人自己创办的第一所西医医学院的主要附属医院,近几年依托当地繁荣的经济和深厚的人文底蕴,在各方面的大力支持下,获得了跨越式的发展。她拥有1800张病床,年门、急诊病人数量超过230万,在规模和水平上已进入全国医院的先进行列。“博学至精、明德至善”,“德术并举、病人至上”的治学原则和从医规范深入人心。衷心地感谢各位作者,在繁忙的医、教、研和管理之余,秉承传道授惑、求真务实和一丝不苟的精神,本着出精品的信念,广泛收集资料,结合自己的临床工作经验和专业知识,精心撰写并多次修改了文稿。此书是集体努力的成果,体现了各位作者的辛劳。

我要诚挚地感谢审阅本书的各位专家,感谢为本套丛书编写献计献策的各位教授。他们都是国内外享有盛名的临床医学专家和教授,有的还是中国科学院和工程院的院士,且大多在医疗、教学岗位上肩负重任。他们不仅慨然应允作为本书的评阅人或学术委员会的成员,而且在各个层面上都积极参与,身体力行,贡献良多。没有他们的鼓励和支持,这套丛书不可能问世;没有他们的参与和努力,这套丛书不可能达到高质量。他们对临床医学专业的深切关注、对中青年医师的坦诚提携,体现了老一辈医学专家的高风亮节和博大胸怀,永远值得我们学习和铭记。

本套丛书内容之丰富、涉及面之广泛,是我们从未遇到的;临床医学发展之迅捷、知识更新之快速,也是前所未有的。我们虽竭尽全力,但限于水平和经验,难免存在疏漏和差错,敬请同道和广大读者不吝批评指正。

于峰

于南京医科大学第一附属医院

2007年6月25日

序

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,在产科学领域同样如此。一名优秀的产科医生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,提高产科学水平。孙丽洲教授主编的《产科诊断流程与治疗策略》正是在这一背景之下编写出来的一本好书。

本书涵盖产科生理部分和病理部分,特别对当今产科学领域的热点和难点,包括如何加强围生期人性关怀,保障母婴安全,促进母婴身心健康;如何防治妊娠期高血压疾病、妊娠合并糖尿病等严重危害母胎健康的产科合并症和并发症;如何根据分娩发动机制,降低早产、胎膜早破的发生,改善胎儿的发育状况和生存能力;如何运用现代分子生物学技术,开展产前筛查和产前诊断工作,控制和干预出生缺陷,提高人口素质等内容做了概要的描述。

孙丽洲教授长期从事产科学的临床、教学和科研工作,经验丰富、思维敏锐,在病理妊娠的防治、产前诊断和围生期母胎监护等诸多领域有独到和深入的研究。参与编写的人员都是临床第一线产科医生,年富力强,有较高的理论素养和临床实践能力。本书紧密联系临床实际工作,详略分明,阐述清晰、准确。特别是在每一章均附诊疗流程图,是本书一大特征,这些流程图思路明确、设计合理,文字简洁、表述恰当,有一目了然之效。相信许多产科医生阅读此书后会受益良多。

祝贺《产科诊断流程与治疗策略》的出版,并期待它给我们的同仁以更好的指导和帮助!

林其德
2007年9月

前 言

随着医学的发展,现代医学模式正在发生着转变,临床医学的进步日新月异。产科学作为临床医学的重要部分,在产科生理和妊娠病理的诊断技术与治疗方法上有了飞速的发展,并衍生出诸如母胎医学等新兴学科。为了进一步提高临床医师的诊治水平,培养良好的临床思维能力,帮助临床医师及时了解产科的最新进展,我们遵循循证医学的思想,结合数代产科工作者积累的临床实践的经验体会以及国内外相关领域的最新进展,编写了这本《产科诊断流程与治疗策略》。

本书内容包括生理产科和病理产科,共15章。作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,着重阐述临床诊疗思路及诊疗方案,重点介绍临床诊疗新技术、新方法以及相关的理论新进展,希望在传统医学专著的写作模式基础上有所创新。每一种疾病的介绍均分为概述、诊断思路、治疗措施、预后评价、最新进展五个部分,其中诊断和治疗均列出流程图;并将产科临床主要的操作技术列为专章,集中介绍。

本书的编写者皆来自于产科临床第一线,实践经验丰富,学有专长,在产科学各领域有较全面和独到的认识。科学是不断地在实践中通过分析、总结、探讨和辩论发展的,希望读者能用辩证的、发展的科学观来阅读本书。让我们共同努力,促进产科学不断发展进步。

江苏省人民医院

孙丽洲

2007年9月于南京

目 录

第一章 妊娠诊断	(1)
第二章 孕期监护	(6)
第一节 产前检查	(6)
第二节 评估胎儿安危的技术	(9)
第三节 孕期营养	(12)
第四节 孕期常见症状及处理	(15)
第三章 遗传咨询、产前筛查、产前诊断以及妊娠期用药的致畸性	(16)
第一节 遗传咨询	(16)
第二节 产前筛查	(22)
第三节 产前诊断	(28)
第四节 妊娠期用药的致畸性	(33)
第四章 妊娠并发症	(36)
第一节 流产	(36)
第二节 异位妊娠	(43)
第三节 妊娠剧吐	(54)
第四节 前置胎盘	(58)
第五节 胎盘早剥	(63)
第六节 母婴血型不合	(68)
第七节 胎儿宫内窘迫	(75)
第八节 羊水过多	(79)
第九节 羊水过少	(82)
第十节 胎膜早破	(84)
第十一节 早产	(92)
第十二节 过期妊娠	(95)
第十三节 多胎妊娠	(99)
第十四节 胎儿生长受限	(106)
第十五节 巨大儿	(110)
第十六节 死胎	(113)
第五章 妊娠特有疾病	(116)
第一节 妊娠期高血压疾病	(116)
第二节 妊娠期急性脂肪肝	(121)
第三节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(127)
第六章 妊娠合并内科疾病	(131)
第一节 心血管系统疾病	(131)

第二节	消化系统疾病	(137)
第三节	内分泌系统疾病	(145)
第四节	呼吸系统疾病	(153)
第五节	血液系统疾病	(157)
第六节	泌尿系统疾病	(162)
第七节	免疫系统疾病	(167)
第七章	妊娠合并外科疾病	(174)
第一节	急性阑尾炎	(174)
第二节	急性胆囊炎和胆石症	(176)
第三节	急性胰腺炎	(177)
第四节	急性肠梗阻	(179)
第五节	泌尿道结石	(181)
第八章	妊娠合并性传播疾病	(183)
第一节	淋病	(183)
第二节	梅毒	(185)
第三节	尖锐湿疣	(190)
第四节	妊娠期沙眼衣原体感染	(193)
第五节	妊娠合并生殖道支原体感染	(197)
第六节	妊娠合并生殖器疱疹	(199)
第七节	获得性免疫缺陷综合征	(204)
第九章	正常分娩	(212)
第一节	分娩动因和分娩决定因素	(212)
第二节	正常分娩的临床经过	(221)
第三节	分娩镇痛	(232)
第十章	异常分娩	(235)
第一节	产力异常	(235)
第二节	产道异常	(238)
第三节	胎位异常	(242)
第四节	异常分娩的诊治要点	(249)
第十一章	分娩期并发症	(250)
第一节	产后出血	(250)
第二节	子宫破裂	(257)
第三节	脐带异常	(261)
第十二章	产科弥漫性血管内凝血	(267)
第十三章	羊水栓塞	(270)
第十四章	产褥期及产褥期疾病	(274)
第一节	正常产褥	(274)
第二节	产褥感染	(282)
第三节	晚期产后出血	(287)
第四节	产褥期抑郁症	(291)

第五节	产褥中暑	(293)
第十五章	产科常用特殊检查和技术	(297)
第一节	羊膜腔穿刺	(297)
第二节	绒毛膜取样	(298)
第三节	胎儿脐血管穿刺取血术	(299)
第四节	羊膜镜检查	(300)
第五节	胎儿镜检查	(302)
第六节	超声胎儿异常筛查及诊断	(303)
第七节	胎儿生物物理评分	(312)
第八节	胎儿电子监护	(314)
第九节	缩宫素引产	(317)
第十节	米索前列醇引产	(319)
第十一节	水囊引产	(320)
第十二节	利凡诺引产	(322)
第十三节	促宫颈成熟	(324)
第十四节	羊膜腔灌注治疗	(326)
第十五节	会阴切开术	(327)
第十六节	手取胎盘术	(329)
第十七节	产钳术	(330)
第十八节	胎吸术	(331)
第十九节	剖宫产术	(333)
第二十节	新生儿复苏技术	(336)
第十六章	病例分析	(340)
病例一	中央型前置胎盘合并羊水过少、胎儿畸形	(340)
病例二	妊娠期高血压疾病并发上矢状窦血栓形成病例	(342)
病例三	妊娠高血压疾病合并 HELLP 综合征	(344)
病例四	RH 阴性合并 AFLP	(348)
病例五	布-加综合征介入治疗后成功妊娠并分娩	(352)
病例六	妊娠期糖尿病并发酮症酸中毒	(356)
病例七	妊娠合并再生障碍性贫血	(358)
病例八	妊娠合并白血病	(362)
病例九	妊娠合并疱疹样脓疱病	(364)
病例十	妊娠合并急性化脓性阑尾炎	(366)
病例十一	产褥期精神分裂症	(368)
附录		(372)
附录一	妇产科常用英文缩写	(372)
附录二	常用的实验室检查正常参考值	(375)
附录三	常用药物的 FDA 妊娠期分类	(381)

第一章 妊娠诊断

一、概述

妊娠是胚胎和胎儿在母体内发育成长的过程。妊娠可分为三个时期:妊娠第12周末以前(≤ 12 周)称早期妊娠(first trimester),妊娠第13~27周末($12+1 \sim 27+6$ 周)称中期妊娠(second trimester),妊娠第28周后($28+1$ 周以后)称晚期妊娠(third trimester)。

二、诊断思路

(一) 早期妊娠的诊断

1. 病史要点

(1) 停经:育龄有性生活史妇女,平时月经规则,如月经过期10天以上,应疑为妊娠。如停经达8周以上,妊娠可能性更大。

(2) 早孕反应:约半数以上妇女停经6周左右出现头晕、疲乏、嗜睡、食欲不振、偏食、厌恶油腻、恶心、晨起呕吐等早孕反应,约孕12周自行消失。

(3) 尿频:因子宫增大压迫膀胱,以及盆腔充血刺激所致。孕12周后子宫上升进入腹腔,尿频症状消失。

2. 查体要点

(1) 生殖器官变化:妊娠后阴道黏膜和宫颈充血水肿呈蓝紫色,子宫颈变软;子宫峡部极软,双合诊检查感觉宫颈与宫体似不相连,称黑加征(Hegar's sign)。子宫增大变软,即孕8周时,子宫约为非孕时的2倍,孕12周时,子宫约为非孕时的3倍。

(2) 乳房的变化:早孕时雌激素能够促进腺管的发育和脂肪沉积,孕激素能够促进腺泡的发育。在催乳激素、生长激素、胰岛素、皮质醇和表皮生长因子的共同作用下,腺体干细胞能够分化为腺泡和肌上皮细胞,并且在神经内分泌调节下使乳房增大,乳头乳晕着色加深,乳房肿胀疼痛,乳头周围出现蒙氏结节。

3. 辅助检查

(1) 妊娠试验:在受精7~9天可用放射免疫法测孕妇血清中 β -HCG来诊断早孕。临床多用早孕诊断试纸检测孕妇尿液,可协助诊断早期妊娠,白色显示区上下显示两条红色线,为阳性,表示受检者尿液中有HCG存在,阴性者在1周后复检。

(2) B型超声检查(B超):阴道B超最早可在孕4~5周测到妊娠囊和卵黄囊。孕5~6周时见原始心管搏动,孕6周时看到胚芽,孕8周后可测定胎儿顶臀长。正常早孕妊娠的超声图像:妊娠囊是最早标志,形态为圆形或椭圆形;卵黄囊是子宫内妊娠的标志,它是位

于妊娠囊内的一个强回声环状结构,中间是无回声区。B超是检查早孕及确定胎龄最快、最准确的方法。

(3) 超声多普勒:最早可在孕7周左右闻及有节律的单一高调的胎心音,还可闻及脐带杂音。

(4) 黄体酮试验:对可疑早孕的妇女,予肌内注射黄体酮20mg,每日一次,连用3天,停药后一周内出现阴道流血,可以排除妊娠。如停药一周后仍未出现阴道流血,妊娠的可能性大。

(5) 宫颈黏液检查:光镜下见排列成行的椭圆体,无羊齿植物叶状结晶,则早期妊娠可能性大。

(6) 基础体温(BBT)测定:如BBT双相,高温相持续18天不降,早孕可能性大,如持续3周仍不降则早孕可能性更大。

(二) 中、晚期妊娠的诊断

1. 病史要点

(1) 有早期妊娠的经过,逐渐感到腹部增大:随着妊娠月份的增加,胎儿不断生长发育,子宫亦逐渐增大。因此,孕妇腹部明显膨隆,常常自觉有衣服紧束感,经产妇较初产妇明显。

(2) 孕妇自觉胎动出现。胎儿在宫内冲击宫壁的动作称为胎动。正常孕妇孕16~20周,常常自觉腹内有较微的活动,随孕周增加胎动逐渐增多,孕32~34周胎动达高峰,孕38周后胎动逐渐减少。胎动是胎儿情况良好的表现。妊娠末期,受胎儿生理睡眠周期影响,胎动在上午8~12点比较均匀,下午2~3点减至最少,晚上8~11点又增加至最多。当孕妇进食、静脉推注葡萄糖或受到声音刺激等时,可将生理睡眠中的胎儿唤醒从而胎动活跃;而孕妇休息或睡眠时,由于全身肌肉放松对胎动更为敏感。当胎盘功能不全,胎儿处于慢性缺氧时,胎动减弱并减少。

临床上采用胎动自测法:孕妇每日早、中、晚3次卧床计数胎动,每次1小时,相乘以4即为12小时胎动。如胎动 ≥ 30 次/12小时或 ≥ 3 次/小时为正常。胎动异常有两种:①胎动活跃型,多半是因胎盘早剥、脐带受压、胎儿急性缺氧造成胎动增强、频繁;若胎动增多而后停止,提示胎儿因急性宫内窘迫而死亡;若脐带受压得以缓解,胎动可恢复正常。②胎动减少型,妊娠高血压疾病、过期妊娠等所致的胎盘功能不全、胎儿宫内生长受限,使胎儿处于较长期的慢性缺氧中;因缺氧则胎动减弱,次数减少;若胎动弱, ≤ 3 次/小时或减少50%不能恢复,则表明胎儿缺氧严重。

2. 查体要点

(1) 几个重要概念

1) 胎产式:胎体纵轴和母体纵轴的关系。99.75%的足月分娩为两纵轴平行的纵产式,0.25%的足月为两纵轴垂直的横产式,两纵轴呈角度交叉的斜产式为暂时,在分娩中多转为纵产式和横产式。

2) 胎先露:指最先进入骨盆入口的胎儿部分。纵产式有头先露和臀先露,横产式为肩

先露。头先露根据胎头屈伸程度分为枕先露、前卤先露、额先露和面先露。臀先露根据入盆先露的部分不同分为混合臀先露、单臀先露、单足先露、双足先露。复合先露为头先露或者臀先露和胎手和胎足同时入盆。

3) 胎方位:简称胎位,为胎儿先露的指示点和母体骨盆的关系。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点。根据其于母体骨盆的前后左右横的关系有不同的胎方位。

(2) 子宫增大:随妊娠进展,子宫逐渐增大,根据手测宫底高度和尺测耻上子宫长度可以判断孕周。详见表 1-1。

表 1-1 妊娠周数与宫底关系

妊娠周数	妊娠月数	手测宫底高度	尺测耻上子宫长度(cm)
12 周末	3 个月末	耻骨联合上 2~3 横指	
16 周末	4 个月末	脐耻之间	
20 周末	5 个月末	脐下 1 横指	18(15.3~21.4)
24 周末	6 个月末	脐上 1 横指	24(22.0~25.1)
28 周末	7 个月末	脐上 3 横指	26(22.4~29.0)
32 周末	8 个月末	脐与剑突之间	29(25.3~32.0)
36 周末	9 个月末	剑突下 2 横指	32(30.8~34.5)
40 周末	10 个月末	脐与剑突之间或略高	33(30.0~35.3)

(3) 胎心音:孕 10 周左右行超声多普勒检查可闻及胎心音,孕 18~20 周用听诊器经孕妇腹壁能听到胎心音。胎心音呈双音,似钟表“滴答”声,速度较快。正常胎心率 120~160 次/分。妊娠 24 周前,胎心音多在脐下正中或者偏左右闻及,24 周后心音多在胎背侧明显,头先露时在脐下,臀先露时在脐上,肩先露时在脐周围最为清晰。胎心音应和子宫杂音、腹主动脉音及脐带杂音鉴别。子宫杂音为血液通过扩大的子宫血管时的柔和吹风样低音,腹主动脉音为单调的咚咚强音,两杂音都应于孕妇的脉搏一致,脐带杂音为脐带血流受阻后出现的与胎儿心音一致的吹风样低音,改变体位后能够消失。注意持续存在脐带杂音提示有脐带缠绕可能。

(4) 胎心率:受许多因素影响,如硫酸镁、利血平等镇静药物及仰卧位低血压可发生轻度的胎心减缓(100~119 次/分);相反,母体贫血、发热、绒毛膜及羊膜炎,均可使胎心率轻度加速(160 次/分)。出现暂时的胎心率变化不一定表示胎儿宫内缺氧。若无明显诱因,胎心率持续在 100~119 次/分或 >160 次/分,提示胎儿宫内缺氧。如持续 >180 次/分或 <100 次/分,提示胎儿宫内缺氧严重,如不及时处理可能胎死宫内。胎心律不规则提示脐带受压、脐带病理或胎儿低氧血症。

(5) 胎体:孕 20 周后,经腹部可触到子宫内的胎体。孕 24 周后能区别胎头、胎背、胎臀及胎儿肢体。胎头圆而硬,有浮球感;胎背宽而平坦;胎臀宽而软,形态不规则;胎儿肢体小且有不规则的活动。

3. 辅助检查

(1) 常规检查

1) B 超:测量头围和腹围比值(HC/AC),能够准确反映胎儿生长发育的动态变化。如小于正常同孕周平均值的 10%,需考虑胎儿宫内生长受限(FGR)。测量胎儿的双顶径(BPD),观察动态变化,孕 24 周前每周增加约 3mm,25~32 周每周增加约 2mm,33~38 周每周增加约 1mm,38 周后胎头生长速度明显减慢,甚至可能停止生长。如 BPD 增长小于 2.0mm/孕周,或者小于 4.0mm/3 孕周,小于 6.0mm/6 孕周,妊娠晚期小于 1.7mm/孕周,需考虑 FGR。注意观察 FGR 时出现的羊水过少、胎盘老化的 B 超图像。超声多普勒妊娠晚期脐动脉 S/D 应小于等于 3,升高提示可能有胎盘功能不全、胎儿宫内受损、胎儿宫内生长受限、胎儿宫内窘迫等情况存在。另外,利用胎儿电子监护仪与超声联合,在晚孕期进行胎儿生物物理参数的评分(biophysical score,BPS),是产科医生诊断胎儿宫内窘迫的一项重要的参考依据。

2) 胎儿电子监测:多用经腹壁外监护法,对母儿均无损伤,可多次监测。用于预测胎儿宫内储备能力。

(2) 其他检查

1) 胎儿心电图:可以反映胎儿心脏的活动情况。孕 12 周以后即能显示较规律的图形,孕 20 周后成功率较高。如胎儿心电图表现为 ST 段偏高,反映胎儿宫内缺氧;如胎儿心电图出现严重的节律或速度异常、QRS 波群增宽、传导阻滞或胎儿心律不齐,应考虑先天性心脏病的可能。

2) 胎儿镜检查:可直接观察胎儿体表畸形和有无白化病存在。

3) 羊膜镜检查:利用羊膜镜判断胎儿安危。正常羊水呈透明淡青色或乳白色及胎发、漂浮胎脂片。若混有胎粪者呈黄色、黄绿色甚至深绿色,表示胎儿宫内有缺氧情况存在。

(三) 妊娠诊断要点

1. 病史 停经、早孕反应、尿频。

2. 查体要点 子宫颈着色,子宫增大变软,乳房增大,乳头周围出现蒙氏节结。

3. 辅助检查 妊娠试验阳性,B 超测到妊娠囊和卵黄囊,超声多普勒检查可闻及胎心音,黄体酮试验阳性,宫颈黏液检查见椭圆体,基础体温(BBT)双相,高温相持续 18 天不降。

(四) 鉴别诊断

1. 子宫肌瘤 子宫肌瘤或子宫腺肌瘤一般无停经史,子宫较硬。有疑问可做妊娠试验、B 超以鉴别。有些妊娠在早孕期间仍然有月经来潮,而妊娠子宫此时发育不匀称,如不注意可能误诊为子宫肌瘤,应当仔细询问病史,并行尿妊娠试验。

2. 卵巢囊肿 仔细行双合诊检查,必要时行妊娠试验、B 超检查。除罕见的睾丸细胞瘤外,卵巢囊肿一般不引起闭经,且卵巢囊肿多为囊性偏向宫体一侧或后方。

3. 假孕 亦称幻想妊娠。常见于近绝经期妇女或迫切希望怀孕的妇女。患者有停经,早孕反应,腹部逐渐胀大(由于脂肪堆积、肠充气等所致);乳房可增大且有分泌;有时色素增加。仔细检查,子宫并不增大,B 超和 HCG 可确诊。