

产科疾病的 诊断与治疗

周桂芳◎编著

产科疾病的诊断与治疗

周桂芳◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

产科疾病的诊断与治疗 / 周桂芳编著. — 长春 :
吉林科学技术出版社, 2018. 4

ISBN 978-7-5578-4046-4

I. ①产… II. ①周… III. ①产科病—诊疗 IV.
①R714

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第089767号

产科疾病的诊断与治疗

编 著	周桂芳
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陆海艳
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
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	253千字
印 张	13.25
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1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	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4046-4
定 价	55.00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

产科是研究孕育生命及迎接新生命诞生的学科。近年来,随着医学科学与相关学科的迅猛发展,尤其是围产医学、细胞遗传学、畸胎学的发展,以及胎心率电子监测、胎儿心电图、超声、磁共振等新技术的应用,使产科学的理论和实践发生了巨大的变化。

本书以临床实用为主,着重于讨论病理妊娠、妊娠并发症、异常分娩、分娩期及产褥期病变,并对产科急症等相关内容也作了简单叙述。

本书在编写过程中可能有考虑不周之处,缺点、疏漏在所难免,敬请广大读者批评指正。

目 录

第 1 章 妊娠剧吐	(1)
第 2 章 病理妊娠	(4)
第一节 流产	(4)
第二节 早产	(8)
第三节 多胎妊娠	(10)
第四节 异位妊娠	(17)
第五节 过期妊娠	(22)
第六节 前置胎盘	(28)
第七节 羊水病变	(32)
第八节 母儿血型不合	(35)
第九节 胎儿宫内感染	(40)
第十节 胎儿宫内生长迟缓	(51)
第十一节 死胎	(56)
第 3 章 妊娠高血压综合征	(58)
第 4 章 妊娠急腹症	(72)
第一节 妊娠合并急性阑尾炎	(72)
第二节 急性胰腺炎	(75)
第三节 急性肠梗阻	(78)
第四节 妊娠子宫扭转	(83)
第 5 章 产力异常	(85)
第一节 协调性及不协调性子宫收缩过强	(85)

第二节 子宫收缩乏力	(87)
第6章 骨产道异常	(92)
第一节 骨产道异常	(92)
第二节 软产道异常	(97)
第7章 胎位异常	(100)
第一节 持续性枕后位	(100)
第二节 持续性枕横位	(102)
第三节 高直位	(103)
第四节 不均倾位	(104)
第五节 面先露	(104)
第六节 额先露	(105)
第七节 臀位	(106)
第八节 横位(肩先露)	(109)
第九节 复合先露	(110)
第十节 肩难产	(111)
第8章 胎儿发育异常	(113)
第一节 巨大胎儿	(113)
第二节 无脑儿	(114)
第三节 胎儿脑积水	(114)
第四节 连体双胎畸形	(115)
第9章 妊娠并发症	(116)
第一节 心脏病	(116)
第二节 肺结核	(132)
第三节 急性病毒性肝炎	(135)
第四节 糖尿病	(139)

第五节	生殖系统肿瘤	(148)
第 10 章	分娩并发症	(165)
第一节	胎膜早破	(165)
第二节	脐带先露与脱垂	(170)
第三节	子宫破裂	(171)
第四节	软产道损伤	(174)
第五节	产后出血	(176)
第六节	羊膜腔感染综合征	(181)
第 11 章	产褥感染	(183)
第 12 章	产褥期病变	(187)
第一节	产褥中暑	(187)
第二节	子宫复旧不全	(188)
第三节	乳腺炎	(190)
第四节	产褥期精神障碍	(191)
第 13 章	产科急症	(194)
第一节	羊水栓塞	(194)
第二节	胎儿窘迫	(197)
第三节	产科休克	(199)
第四节	弥散性血管内凝血	(205)

第 1 章

妊娠剧吐

妊娠期孕妇恶心、呕吐，甚至不能进食，发生体液平衡失调及新陈代谢紊乱者称妊娠剧吐。

一般按呕吐严重程度分为 3 种类型：①晨吐：清晨有恶心、呕吐，但不影响日常生活；②中度呕吐：恶心、呕吐加重，但经对症治疗、饮食指导和适当休息，则症状多可缓解；③恶性呕吐：为持续性恶心、呕吐，导致酸中毒及电解质紊乱或肝功能异常，需住院治疗以纠正代谢紊乱。

【病因】

妊娠剧吐确切病因不明，目前认为可能与以下因素有关：

1. 内分泌因素 妊娠早期当呕吐最严重时，体内 HCG 水平亦最高，双胎妊娠或水泡状胎块患者血内 HCG 浓度明显增高，而其发生剧吐者也明显增多。据此推测妊娠呕吐可能与体内 HCG 水平相关。

2. 精神、神经因素 妊娠期自主神经的敏感性随个体差异变化的很大，故每个人呕吐的严重程度不同。一些妇女心理受环境影响很大，思想恐惧或脆弱都可增加精神紧张性。精神因素与妊娠剧吐发生有较大关系。

【病理生理】

妊娠剧吐的基本病理生理是因饥饿、代谢性酸中毒及失水、脂肪代谢增加，造成电解质紊乱。大量脂肪酸经肝脏代谢后产生较多乙酰乙酸、 β -羟丁酸及丙酮，统称为酮体，恶性呕吐患者肝脏中产生的酮体超过肝脏组织分解酮体的能力，血中酮体积聚，碳酸氢盐减少，血液 pH 值下降，尿中可出现酮体，产生代谢性酸中毒，由此又可加剧胃肠道症状，出现恶性循环。由于脱水、缺氧，肝功能可受累使转氨酶升高，严重者可出现黄疸。低血钾时可引起心脏传导停止可致心搏骤停。机体严重脱水、电解质紊乱可影响肾脏功能。重症剧吐患者，因严重营养缺乏，维生素缺乏，血管脆性增加，可致视网膜出血，脑功能损害，危及患者生命。

【诊断】

根据病史及临床表现首先明确是否妊娠，需将滋养细胞疾病排除。如肯定为妊娠，亦需排除由消化系统或神经系统等其他疾病所引起的呕吐。

确诊妊娠剧吐后对中、重度患者需做以下检查：

1. 血常规、肾功能、血生化指标的检测 了解血象、血细胞比容、电解质紊乱及肾功能情况。

2. 尿液 计算每日尿量，测尿比重，酮体，尿常规检测。

3. 心电图检查 可及时帮助发现有无低血钾或高血钾，了解心肌情况。

【治疗】

1. 轻度妊娠呕吐 一般不需特殊治疗。医生需了解患者的精神状态并进行心理治疗。指导患者少吃多餐, 吃易消化、低脂肪的食物。

2. 严重呕吐或伴有脱水、酮尿症 均应住院治疗, 重点应补充足量葡萄糖及液体, 补充失水、代谢性酸中毒并补充营养。治疗最初 48 小时患者应禁食, 使胃肠得以休息, 给予静脉输液或全胃肠外营养。

(1) 补充液体 首先补充葡萄糖, 纠正脂肪代谢不全导致的代谢性酸中毒。为更好利用输入的葡萄糖, 可适量加用胰岛素。失水患者宜输入等渗液。除补充水外, 还需同时补充电解质, 以维持细胞内、外渗透压平衡。输入液量根据失水量而定。

a. 轻度脱水者: 临床表现不明显, 稍有口渴, 皮肤弹性略差, 尿量尚正常, 体液丢失量约占体重的 2% ~ 3%, 输液量约为 30 ml/ (kg · d)。

b. 中度脱水者: 口渴明显, 舌干燥, 皮肤弹性差, 尿量减少。体液丢失占体重的 4% ~ 8%, 输液量约为 60 ml/ (kg · d)。

c. 重度脱水者: 除上述症状和体征更加明显外, 可出现神志不清、嗜睡、昏迷、血压降低等症状, 尿极少或无尿。体液丢失占体重的 10% ~ 13% 以上, 输液量约为 80 ml/ (kg · d)。失水的补充可依据尿量及尿比重判断, 失水补充良好者, 24 小时尿量不少于 600 ml, 尿比重不高于 1.018。

(2) 纠正电解质紊乱及酸碱失衡

a. 根据血清钠量计算缺钠量

缺钠量 (mmol) = 体重 (kg) × 0.6 × (140 - 测定血钠的浓度 mmol/L) 轻度缺钠时可用生理盐水补充。如缺钠较多, 可用高渗水补充, 即以 3% ~ 5% 的盐水补充。

b. 纠正低钾血症: 补充钾应先快后慢, 快时每小时最多静脉滴注氯化钾 1 g, 多认为每小时 0.75 g 为宜。过快可能发生高钾血症, 快速补钾时应用心电图监护。氯化钾不可静脉推注。补钾不能操之过急, 输入的钾需 15 小时细胞内外渗透方能达到平衡。在控制症状后, 可逐步补给, 常需 1 周或更长时间才得到补充完成。可用下面公式计算补充量:

需补钾 (mmol/L) = (正常血 K⁺ - 实测血 K⁺) × 0.4 × 体重 (kg)

式中血钾的单位是 mmol/L。计算出的 mmol 数除以 13.4 即得所需补充的氯化钾克数。

对不易纠正的低血钾者应考虑是否有低血镁同时存在, 应测定血镁或做试验性治疗, 补充镁剂。

补钾过程中应反复查心电图、血钾、24 小时尿钾, 并结合症状与体征的变化, 随时调整剂量, 绝不能只靠一两次血钾测定来决定补钾量。另外, 血钾恢复正常并不等于总体钾已恢复正常。24 小时尿钾测定对总体钾的估计有一定价值。

c. 纠正酸中毒: 酸中毒产生的原因是缺糖消耗体内脂肪, 酮体增加所致, 首先要补充葡萄糖, 酸中毒就可以很快得以纠正, 严重者则补碱纠酸。对合并有代谢性酸中毒者, 可根据 HCO₃⁻、或 BE、或 CO₂CP 的测定结果补充 5% 碳酸氢钠纠正酸中毒。计算方法:

$$\text{所需碱液 mmol} = \left(\frac{\text{HCO}_3^-}{\text{CO}_2\text{CP}} - \frac{\text{HCO}_3^-}{\text{CO}_2\text{CP}} \right) \times \text{体重 (kg)} \times 0.4$$

0.2
0.6

若以体重的0.6计算体液,一般先给应补充的 $1/3 \sim 1/2$ 量,待复查 HCO_3^- 或 CO_2CP 后,再给其余补充量。

3. 胃肠外营养 有条件的医院可应用。每日供热量 $10\,460 \sim 12\,552\text{kJ}$ ($2\,500 \sim 3\,000\text{kcal}$),除输入10%、30%甚至50%葡萄糖液外,还应输入多种氨基酸液,以供体内合成蛋白质,并输入10%脂肪乳剂。注意尿糖的监测,必要时高渗糖内加入胰岛素,同时注意补钾。应注意感染及其他胃肠外营养治疗中的代谢并发症。

4. 药物治疗 严重病例可适量应用激素,氢化可的松 $200 \sim 300\text{mg}$ 加入5%葡萄糖500ml静滴(孕8~9周前慎用,有导致畸形可能)。另外可口服甲基氢化泼尼松,16mg,3次/d,3日后渐减量维持2周。有报道用地西洋(安定)效果不错。

注意补充多种维生素如维生素C、维生素B、维生素K等。

5. 中医治疗 部分患者穴位注射(内关穴)维生素 B_1 、维生素 B_6 ,艾叶加苍术穴位治疗,或推按掌骨桡侧胃穴区可获良好疗效。

6. 终止妊娠的指征 本病发生下列情况时应终止妊娠。

(1) 治疗5~7日后仍持续频繁呕吐,体温超过 38°C 。

(2) 黄疸加重。

(3) 脉搏持续超过130次/min。

(4) 谵妄或昏睡。

(5) 视网膜出血。

(6) 多发性神经炎。

第 2 章 病理妊娠

第一节 流 产

临床上将妊娠不足 28 周，胎儿体重不足 1 000 g 而终止妊娠者，称为流产。妊娠 12 周后至不足 28 周流产者称为晚期流产。在所有的流产比率中自然流产占 15% 左右，且大多数为早期流产。

近年来围生医学的发展，广泛开展孕产妇和新生儿监护，有些国家和地区将流产的胎龄缩短到 20 周，体重小于 500 g 终止妊娠者，称为流产，妊娠 20 周至不足 28 周终止妊娠者，出生儿称为有生机儿。我国仍采用前者沿用的定义。

【病因】

流产的原因较多，主要有以下几方面：

1. 遗传因素 早期流产中，染色体异常约占 50%，多为染色体数目异常，有多倍体，三倍体及 X 单体等。其次为染色体结构异常；有染色体断裂，缺失和易位。染色体异常的胚胎多数会发生流产，极少数发育成胎儿，但出生后也会发生某些功能异常或畸形。若已流产，妊娠产物有时仅为一空孕囊或已退化的胚胎。

2. 外界因素 影响生殖功能的外界因素很多，可以直接或间接对胚胎或胎儿造成损害。可能发生流产的有害物质有镉、铅、有机汞、乙醇、吸烟及其他放射性物质等。

3. 母体因素

(1) 全身性疾病 妊娠期急性感染，如患肺炎、流感、伤寒等；病原体或毒素可从母体经胎盘侵入胎儿血液循环，使胎儿死亡而发生流产。慢性疾病如严重贫血，心力衰竭、肾炎、高血压等均可危害胎儿导致流产。

(2) 内分泌疾病 孕妇合并内分泌疾病如黄体功能不足，甲状腺功能亢进或低下，糖尿病等都可影响胎儿发育不良而导致流产。

(3) 生殖器官疾病 孕妇因子宫畸形，如双角子宫、纵隔子宫及子宫发育不良等。盆腔肿瘤如子宫肌瘤，卵巢肿瘤等，均可影响胎儿的生长发育即导致流产。宫颈内口松弛或宫颈重度裂伤，易因胎膜早破发生晚期流产。

(4) 其他因素 妊娠期跌伤，劳累，或妊娠早期行腹部手术等，可刺激子宫收缩而引起流产。

4. 胎盘功能不足 妊娠早期由于滋养层发育不全或胎盘绒毛变性，使胎盘功能减低，激素水平下降，妊娠难以继续而致流产。

5. 免疫因素 母体妊娠后由于母儿双方免疫不适应而导致母体排斥胎儿以致发生流产。现已发现有关免疫因素主要有父方的组织相容抗原、胎儿抗原、血型抗原、母体细

胞免疫调节失调,孕期中母体封闭抗体缺乏及母体抗父方淋巴细胞的细胞毒抗体的缺乏等。

6. 母儿血型不合 父母血型不合者常引起晚期流产。例如 ABO 血型及 Rh 血型不合者。

【病理】

由于流产发生的时间早晚不同,其病理过程亦不一致。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,胎盘已完全形成,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。

【临床类型及特征】

流产的主要症状是阴道流血及腹痛。但症状发生的时间,病情轻重程度随流产的发展及就诊时所处的阶段而不同。可将流产分为先兆流产、难免流产、不全流产及完全流产,又因某些特殊情况而分为习惯性流产,稽留流产等。流产的临床类型,实际上是流产发展的各个阶段。分别叙述如下:

1. 先兆流产 指妊娠 28 周以前,出现少量阴道流血及下腹疼痛,妇科检查子宫颈口未开,胎膜未破,子宫增大与停经月份相符合,妊娠尚有望继续者,经休息及治疗后,如腹痛消失或流血停止,妊娠可继续进行,若阴道流血增多或腹痛加剧,则可能发展为难免流产。

2. 难免流产 指流产已不可避免。一般均由先兆流产发展而来,此时阴道流血量增多常超过月经量,阵发性下腹痛加剧,妇科检查时宫颈口已开张,有时尚可见胚胎组织或胎囊堵塞宫颈口内,子宫大小与停经月份相符或略小。

3. 不全流产 指部分妊娠物已排出体外,尚有部分残留于子宫腔内。均由难免流产发展而来。由于宫腔内有残留物,影响子宫收缩,致使流血较多,甚至发生休克。妇科检查时,宫颈口扩张,血液不断从宫颈口流出,有时可见胎盘组织堵塞宫颈口或部分妊娠产物已排出于阴道内,而部分仍留在宫腔内,一般子宫小于停经月份。但有时宫腔内充满血块时,子宫仍增大如停经月份。

4. 完全流产 指妊娠产物已完全排出,阴道流血逐渐停止,腹痛亦随之消失。妇科检查时,子宫颈口关闭,子宫稍大或正常大小。一般不需特殊处理。上述流产的临床类型,即流产的发展过程。

5. 稽留流产 又称过期流产,指胚胎或胎儿在宫内已死亡尚未自然排出者。胚胎或胎儿死亡后子宫不再增大反而缩小,早孕反应消失,若已至中期妊娠,孕妇感到腹部未

继续增大，无胎动，妇科检查时，宫颈口未开，子宫较妊娠月份小，质地不软，未闻及胎心。

有的患者因为胚胎组织可能机化，与子宫壁粘连较紧，不易剥离，造成刮宫困难，稽留时间较久，可能发生凝血功能障碍，导致 DIC，造成严重出血。

6. 习惯性流产 指自然流产连续发生 3 次或 3 次以上者。每次流产多发生于同一妊娠月份，其临床经过与一般流产相同。

流产过程中，若流血时间过长，有组织物残留宫腔，常见于不全流产或非法堕胎等，有可能引起宫腔内感染，严重感染可扩展到盆腔，腹腔甚至全身，并发盆腔炎，败血症及感染性休克等，称流产感染。

【诊断】

根据病史，体格检查以及辅助检查，先确诊是否为流产，还应确定流产的类型，确定流产的类型涉及的处理方法。

1. 病史 常有停经史和早孕反应，注意询问有无反复流产史，出现阴道流血，出血量的多少及持续时间，腹痛的部位，性质及程度，还应了解阴道有无流水，流出物的量、色、有无臭味，有无妊娠产物排出等。

2. 体格检查 注意患者一般情况及有无贫血，测量血压、脉搏、体温等。妇科检查时注意子宫颈口是否扩张，有无羊膜囊膨出或胎盘组织堵塞，子宫大小是否与停经月份相符合。下腹是否有压痛及附件是否有肿块。检查应在消毒情况下进行，操作要轻柔，避免引起感染或促使病情发展。

3. 辅助检查 常用的辅助检查方法有：

(1) 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。

(2) 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，可辅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。

(3) 其他激素测定 其他激素主要有（人）胎盘生乳素、雌二醇、孕二醇等的测定，可以判断妊娠是否尚能继续或需终止。

【鉴别诊断】

首先，应鉴别各种类型流产，鉴别诊断要点见表 1。

表 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	组织排出	宫颈口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭	与妊娠周数相符
难免流产	中→多	加剧	无	扩张	相符或略小
不全流产	少→多	减轻	有	扩张或有堵塞或闭	小于妊娠周数
完全流产	少→无	无	全排出	闭	正常或略大

早期流产应与异位妊娠及葡萄胎鉴别，还需与功能性子宫出血，子宫肌瘤，宫颈病

变等进行鉴别。

【处理】

流产为妇产科常见病，一旦发生流产症状，应根据流产不同类型，及时进行适当处理。

1. 先兆流产

(1) 应卧床休息 使其情绪稳定，增强信心，休息至出血停止3~5日后，开始可以下床活动。禁忌性生活，阴道检查动作要轻柔。

(2) 保胎治疗 根据情况酌情使用对胎儿危害最小的镇静药。对黄体功能不足的患者，用黄体酮针剂每日肌注20 mg直至流血停止3日逐渐减量停药；用药时间不宜过长，一般不超过2周。因一些人工合成的孕激素类药有致畸作用，早期妊娠时不宜采用。维生素E有类似黄体酮作用，每日口服30~50 mg，并可给叶酸5 mg口服，每日3次，甲状腺功能低下的患者每日口服甲状腺素0.03~0.06 g。

经以上治疗，一般2周，流血仍不止反而加重者，应进行妇科检查，超声检查或妊娠试验，决定胚胎的状态，给予相应处理，全面综合分析，按优生的要求，必要时终止妊娠。

2. 难免流产 一旦确诊，应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出，以达止血目的。早期流产应及时刮宫，对刮出物进行认真检查有可疑时应送病理检查。晚期流产因子宫较大，刮宫前使用缩宫素10~20U加于5%葡萄糖液500 ml内，静脉滴注促使胚胎及胎盘自行排出，必要时输液、输血下行钳刮术，使妊娠物尽快清除宫腔。

3. 不全流产 一经确诊，应立即行刮宫术，清除宫腔内残留组织，同时补液，必要时输血，用缩宫素，刮宫后给抗生素预防感染，刮出物送病检。

4. 完全流产 胚胎组织已完全排出，出血少或已完全停止，腹痛消失。检查子宫，接近正常大小，子宫口是否已关闭。一般不需特殊处理。

5. 稽留流产 稽留流产处理较困难，因为胚胎组织停留在宫腔的时间较长，可能发生机化，与子宫壁紧密粘连，造成刮宫困难，稽留时间长，还可能发生凝血功能障碍，导致DIC，造成严重出血。故处理前应做凝血功能方面检查；如血常规，血小板计数，出凝血时间，血纤维蛋白原，凝血酶原时间，血浆鱼精蛋白副凝试验（3P试验）等，并做好输血准备。若凝血功能正常，给口服己烯雌酚5~10 mg，每日3次，共5日，以提高子宫肌对缩宫素（催产素）的敏感性。如子宫小于妊娠12周，即在静脉输液下行刮宫术，术时注射宫缩剂以减少出血，若胎盘机化并与子宫壁粘连较紧，手术应特别小心，防止穿孔，若一次刮不干净，可于5~7日后再作刮宫。子宫大于12周者，可用缩宫素5~10U加于5%葡萄糖液500 ml静脉滴注，也可用前列腺素或利凡诺等进行引产，促使胎儿、胎盘排出。若发生凝血功能障碍，应尽早使用肝素，纤维蛋白原及输新鲜血等，待凝血功能改善后再行引产或刮宫。

6. 习惯性流产 首先应查出引起习惯性流产的原因，针对病因治疗。已怀孕者，按先兆流产处理，不可等出现流产症状才治疗，注意休息，加强营养，禁止性生活，补充维生素B、维生素C、维生素E等，黄体功能不足给予黄体酮治疗，治疗期必须超过以往流产发生的妊娠月份。在怀孕前进行必要的检查：包括卵巢功能检查，夫妻双方染色体

检查, 女方生殖器检查, 有无子宫肌瘤, 子宫畸形。如子宫粘连应给相应治疗。宫颈口松弛者, 于妊娠前作宫颈内口修补术, 若已妊娠, 最好于妊娠 14 ~ 16 周行宫颈内口环扎术, 防止流产, 到预产期前 2 周拆线。

7. 流产感染 流产感染多为不全流产合并感染, 宫腔内有残留组织, 致流血时间长, 还有医务人员在行刮宫前不注意无菌操作引起或非法堕胎等。感染可局限于宫腔, 也可侵犯宫旁及盆腹腔; 出现腹膜炎, 败血症, 甚至中毒性休克危及生命。治疗原则首先控制感染, 待控制感染后行刮宫术, 清除宫腔残留组织以止血。刮宫时要注意用卵圆钳轻轻夹出宫腔内残留组织, 切不可用刮匙全面搔刮宫腔, 以免造成感染扩散。术后继续用抗生素, 待感染控制后再彻底清宫。并发严重感染中毒性休克时, 应积极纠正休克。腹腔盆腔脓肿形成应手术切开引流, 必要时考虑子宫切除术。

第二节 早 产

妊娠达 28 ~ 37 周 (196 ~ 258 日) 之间终止者, 称为早产。此时娩出的新生儿体重小于 2 500 g, 身体各器官发育尚未成熟, 称为早产儿。早产约占分娩总数的 5% ~ 15%, 早产儿中有 15% 在新生儿期死亡。75% 以上围生儿死亡与早产有关, 因而防止早产是降低围生儿死亡率的重要环节之一。

【原因】

1. 孕妇方面

(1) 孕妇合并严重的急性或慢性疾病 如肝炎、泌尿道感染、高热、急性阑尾炎、急性肾盂肾炎、慢性肾炎、严重贫血、心脏病、糖尿病等。

(2) 子宫畸形 如双子宫、双角子宫及纵隔子宫等; 子宫肌瘤、子宫过度敏感、宫颈内口松弛等。

(3) 曾经有过早产、流产史。

(4) 医源性因素 高危孕妇如妊高征、妊娠晚期出血等, 以及合并内外科疾病, 因病情需要必须提前终止妊娠者。

2. 胎儿、胎盘方面 双胎、羊水过多、胎盘功能不全、母儿血型不合、胎膜早破、宫内感染、前置胎盘及胎盘早剥等。

【临床表现及诊断】

以往有流产、早产史或本次妊娠期有流血史的孕妇容易发生早产。诊断早产一般并不困难, 但应与妊娠晚期出现的生理性子宫收缩相区别, 生理性子宫收缩是由于妊娠晚期子宫敏感度增加而出现短暂且不规则的子宫收缩, 其特点为子宫收缩强度弱、无痛感且不伴有宫颈管消失等改变, 经休息后宫缩可减弱, 用镇静剂可消失。但必须严密观察, 防止假临产发展为真临产而忽略。

早产的临床表现和足月产相似, 主要是出现子宫收缩, 最初为不规则子宫收缩, 以后发展为规律宫缩, 间隔 5 ~ 6 分钟, 持续 30 秒钟以上, 伴有阴道血性分泌物及阴道流水, 宫颈管消失, 宫口进行性扩张, 可诊断为早产临产。

【预防】

1. 加强孕期检查, 指导孕期卫生, 防止感染, 加强营养, 保持身心健康。
2. 高危孕妇多卧床休息, 应取左侧卧位, 增加子宫胎盘血流量, 防止自发性子宫收缩, 切实加强对高危妊娠的管理, 积极治疗妊娠并发症, 从而预防或减少早产的发生。
3. 宫颈口松弛者应于妊娠 14~16 周作宫颈内口环结扎术。但早产难以避免应拆除环扎线。

【治疗】

早产的治疗原则是: 如胎儿存活, 无宫内窘迫, 胎膜未破, 应设法抑制宫缩, 尽可能使妊娠维持至近足月再分娩。以降低围生儿死亡率。

1. 左侧卧位 可减少自发性宫缩, 提高子宫血流灌注量, 增加胎儿的供氧和营养。给予平衡液 500~1000 ml, 静脉滴注, 改善胎盘血液灌注量。

2. 应用药物抑制宫缩 常用药物:

(1) 硫酸镁 镁离子直接作用于肌细胞, 使平滑肌松弛, 抑制子宫收缩, 剂量为 25% 硫酸镁 16 ml, 加入 25% 葡萄糖液 20 ml 中, 在 5 分钟内缓慢静脉推注, 然后用 25% 硫酸镁 40 ml 加入 5% 葡萄糖 1000 ml 中, 以每小时 2 g 的速度静脉滴注至宫缩停止。用药过程中应注意呼吸, 每分钟不少于 16 次, 膝反射 (存在) 及尿量不少于 (每小时 25 ml) 等。

(2) β 肾上腺素能受体兴奋剂 能抑制子宫收缩, 降低子宫肌肉对刺激物的敏感性, 从而延长妊娠期, 有效地防止早产的发生。但临床上有使孕妇的心率增快, 血压下降; 有时有恶心、呕吐、头昏、出汗等副作用, 应注意。目前常用的药物有: ①羟苄羟麻黄碱, 又称安宝。是目前临床上安全有效的安胎药; 常用剂量为 0.05~0.2 mg, 每分钟静脉滴入, 宫缩停止后仍需维持静滴 12 小时, 后再改为口服 10 mg, 每日 4 次。无条件静脉滴注可改用肌肉注射, 每 2~6 小时给予 10~20 mg, 持续给药 12~48 小时后改用口服维持治疗; ②硫酸沙丁胺醇 (舒喘灵): 为 β_2 受体兴奋剂, 宫缩短期内不能被抑制时可考虑应用。4.8 mg 口服, 每 6 小时 1 次, 宫缩消失后, 继续用 2~3 日停药, 病情需要可重复再用。但有糖尿病, 心血管器质性病变者禁用; ③前列腺素抑制剂: 前列腺素有刺激子宫收缩和软化子宫颈的作用。其抑制有减少前列腺素合成作用, 从而抑制宫缩, 常用药物有: 吲哚美辛 (消炎痛), 阿司匹林, 保泰松等。但前列腺素有使动脉导管开放的作用, 缺乏时导管可能过早关闭而致胎儿血液循环障碍, 故较少采用, 必要时短期不超过 1 周服用。

3. 镇静剂 镇静剂不能有效地抑制宫缩, 若孕妇精神紧张, 可作为辅助用药。常用药物有: 苯巴比妥 (鲁米那) 0.03~0.06 g, 每日 3 次口服。地西洋 2.5 mg, 每日 2 次口服。

4. 新生儿呼吸窘迫综合征的预防 为避免早产儿发生呼吸窘迫综合征, 可在早产不可避免分娩前给予孕妇地塞米松 5 mg 肌肉注射, 每日 3 次连用 3 日, 或地塞米松 10 mg 静脉推注每 8 小时 1 次 (短期内分娩者应用)。亦可作羊膜腔穿刺行胎儿成熟度检查的同时, 向羊膜腔内注入地塞米松 10 mg。

5. 早产分娩处理

(1) 对早产儿在分娩处理时应避免创伤性分娩, 新生儿窒息。必须有良好的保暖措施及新生儿复苏的准备。

(2) 如早产不可避免, 应立即停用宫缩抑制药物。避免应用大剂量镇静止痛剂; 如吗啡、哌替啶等。给予维生素 K_1 10 mg, 肌注或静脉推注, 以减少新生儿颅内出血的发生率。

(3) 缩短第二产程, 以减少盆底对胎头的阻力, 防止早产儿颅内出血, 在适当时间做会阴侧切术; 早产儿娩出时, 立即清理呼吸道防止胎粪吸入, 注意保暖, 防止早产儿并发症的发生。

第三节 多胎妊娠

多胎妊娠是指一次妊娠同时存在两个或两个以上的胎儿。多胎妊娠的孕妇并发症多, 胎婴儿围生期死亡率高, 属于高危妊娠范围。

一、发生率及发生因素

(一) 多胎妊娠的发生率

多胎妊娠中以双胎最多见, 胎次越多, 发生率越低, 按 Hellin 氏公式计算, 发生率为 $1:89^{(n-1)}$ (n 代表一次妊娠中的胎儿数), 本方程式适用于自然发生的多胎, 排卵诱导者不包括在内, 各国的多胎妊娠发生率有很大差异。如双胎妊娠发生率在亚洲最低 (3‰左右), 黑种人最高 (57.2‰), 白种人居中 (12.3‰), 主要表现为双卵双胎, 而单卵双胎发生率在世界范围内比较恒定, 约为 3% ~ 5%。据 Petrirorsky 综合文献报道, 世界上最多的多胎妊娠为 9 胎妊娠, 孕 25 周时阴道分娩 7 个活婴, 均在新生儿期死亡, 另两个为死胎。已成活的最多的多胎妊娠是 8 胎妊娠, 孕 33 周行子宫下段剖宫产, 出生 5 个活胎, 2 个死胎和一个纸样儿。

(二) 多胎妊娠的发生因素

1. 遗传因素 单卵双胎与遗传因素似无明显关系, 而双卵双胎有一定的家族性。Whife 及 Bulmer 等均发现母亲双卵双胎者其下一代双胎的机会比父亲为双胎者多。说明在双胎的遗传上母亲的基因型较父亲更重要。

2. 母亲年龄及产次 多胎妊娠发生率与母亲年龄及产次的增加成正比。双胎发生的高峰年龄为 30 ~ 34 岁, 20 岁以下发生率较低, 有人认为第 4 产及以上, 双胎的发生率明显增加, 但年龄及产次对单卵双胎的发生率影响不明显。

3. 母亲身高体重、营养 母亲的身高、体重及营养状况对单卵双胎影响不大, 而双卵双胎发生率随母亲身高增加而增加, 随营养水平提高而提高。

4. 内源性促性腺激素 双卵双胎的发生可能与体内卵泡刺激素 (FSH) 水平升高有关。有人发现妇女在停止使用避孕药后 1 个月内妊娠发生双卵双胎的比率升高。可能为停药后反跳作用, 脑垂体分泌的 FSH 增加, 使多个卵泡发育成熟, 因而多胎妊娠发生机