

产科急症诊断及其处理

胡志林 祝国光 编著



中国医药科技出版社

胡志林 祝国光
编著

产科急症诊断及处理

中国医药科技出版社

内 容 提 要

为了使各级医务人员对产科急症病人诊断及时, 处理得当, 该书作者根据多年临床和科研经验, 并参考国内外最新文献撰写成产科急症一书。全书共分为五章二十四节, 系统地论述了早孕合并症、晚期妊娠合并症、产时合并症、产褥合并症等疾病的诊断、治疗及其处理, 并附有大量插图。书中编目清晰, 通俗易懂。书的内容会对广大产科工作者经常遇到的急症问题及其处理有所裨益。

产科急症诊断及处理

胡志林 祝国光 编著

中国医药科技出版社 出版
(北京西直门外北礼士路甲38号)
天津宝坻第二印刷厂 印刷
新华书店北京发行所 发行

开本787×1092mm1/32 印张 8.75

字数 186千字 印数 1—8500

1990年9月第9版 1990年9月第1次印刷

ISBN 7-5067-0127-8/R·0128

定价 3.90元

前 言

近年来,随着我国医疗保健事业的发展,越来越多的孕妇得到各级医疗保健组织的监护。当然,大多数孕妇的妊娠过程是正常的,但对于异常妊娠的孕妇,为她们提供监护的医生的责任在于早期发现问题,并及时作出有效的处理,以免并发症发生,或及时转诊有关专科医院,使患者得到积极治疗,以保证孕妇安全。但是,生活中并非所有孕妇都能及时发现自己妊娠中的问题,有一些孕妇往往只是在急症情况下才去就诊,并需予以紧急处理。因此,各级医疗单位的医生,都应具备处理产科急症的知识。

编写本书的目的在于使各级医疗单位的医生对产科急症情况有所了解。该书主要介绍一些多年来形成的有效治疗的手段,并着重介绍近年来国内外在产科领域的一些新技术、新方法,还有我院在临床上的经验与教训。对于产科医生,本书既可作为临床实践和教学的指南,同样也适用于临床护士、助产士和助理医务人员。

本书以手册形式编写,便于有关医师在急症室中翻阅。有关理论内容,简明扼要,实践性强,有助于产科急症的紧急处理。另外也为各级医生们提供产科知识。所有常见的、重要的产科急症情况均包括在本书中,其重点在于产科急症的诊断与处理。

本书分早孕合并症、晚期妊娠合并症、产时合并症、产褥合并症和孕期并发症五章论述。每章中又包括相应的专

题，编目清晰，通俗易懂，便于工作繁忙的临床医生作针对性、快速度的查找和参考。

目前，我国尚无《产科急症诊断与处理》的专著，本书会对广大医务人员在经常遇到的产科急症的诊断和处理上有所裨益。

天津医学院附属医院妇产科

胡志林 祝国光

1989年7月

E225/01

目 录

第一章 早孕合并症	(1)
第一节 妊娠剧吐.....	(1)
第二节 异位妊娠.....	(6)
第三节 流产.....	(14)
第四节 宫内死胎.....	(24)
第二章 晚期妊娠合并症	(29)
第一节 产前出血.....	(29)
第二节 早产.....	(44)
第三节 早破水.....	(57)
第四节 妊娠高血压性急患.....	(65)
第三章 产时合并症	(80)
第一节 先露异常.....	(80)
第二节 头盆不称.....	(91)
第三节 忽略性机械性难产.....	(102)
第四节 胎儿宫内窒息.....	(112)
第五节 急症剖腹产.....	(129)
第六节 产科急症的麻醉.....	(139)
第七节 新生儿复苏.....	(150)
第四章 产后合并症	(164)
第一节 产后出血与低血容性休克.....	(164)
第二节 生殖道损伤.....	(187)
第三节 产褥感染.....	(202)

第五章 并发症	(216)
第一节 孕期急腹症.....	(216)
第二节 糖尿病与妊娠.....	(225)
第三节 孕产期心脏急症的预防、 判断和处理.....	(237)
第四节 血栓性疾患.....	(253)
第五节 产科急症常用药物.....	(263)
第六节 羊水栓塞.....	(269)

第一章 早孕合并症

第一节 妊娠剧吐

妊娠剧吐虽属罕见,但应属孕期严重合并症。从理论上分析,病因有很多种,但均未能得以最后证实。因为,并非孕妇发生的一切呕吐均属妊娠剧吐,应除外引起呕吐的其它原因,但另一方面,生育期妇女出现持续性呕吐时,又不应完全排除妊娠可能性。早孕妇女,清晨有点恶心,吐一二次是很常见的现象,但不应使其发展到妊娠剧吐的程度。对每位孕吐妇女,在对一般简单镇吐处理反应不良时,应作仔细检查,并在其出现营养和代谢障碍前,得以相应有效治疗。治疗包括使其心理稳定、生理功能恢复正常、订出每日食谱和使用药物。如对这些处理仍无反应,则需住院治疗。主要治疗原则是输液补充能量和体液,纠正电解质紊乱。同时补以镇静、止吐药物。妥善处理可降低治疗性人工流产的比例,并防止因妊娠剧吐而致的孕妇死亡。

一、概 说

约50%的早孕妇女有恶心、呕吐症状。几乎全部早孕妇女有不同程度的厌食和感觉食物无味。典型的表现是:孕妇清晨起床便觉恶心,随后吐1~2次,便感觉舒服一点。另一些早孕妇女,在白天其它时间里也出现类似情况,甚至在大多数时间里都感到恶心。空腹或吃得过饱时,会感到这一症状加剧。还有表现为对某种特定食物反应强烈的现象(如偏嗜或拒绝)。上述症状开始于停经的早期,一周后加重,持

续数周，在孕12周时多自行消失。

如早孕症状程度严重，且持续不缓，便为妊娠剧吐，需住院治疗。达这种程度的早孕妇女，约占早孕者的0.3~0.4%。

诊断妊娠剧吐的标准比较严格，即限定在那些由于持续性呕吐而导致体重锐减、脱水、电解质失调的患者。妊娠剧吐有时可发展到肝脏损害、神经系统障碍，直至胎儿，乃至产妇发生死亡。虽说目前这种孕妇死亡情况已不复存在，但有时在鉴别诊断方面仍会遇到困难，本章将介绍妊娠剧吐的病因、早期诊断和有效的处理方法。

二、病因

妊娠剧吐的确切病因目前尚不清楚。从理论上划分，大致可以分成四大类：即内分泌功能紊乱、过敏性因素、维生素缺乏和心理障碍。

(一) 内分泌功能紊乱 包括某些激素的产生过量或不足，或是激素的正常代谢途径发生障碍，或是对雌激素、孕酮、肾上腺皮质激素、垂体激素等敏感性异常。

孕吐常发生于绒毛促性腺激素(HCG)处于高水平时期，使人们想到HCG是造成妊娠剧吐的原因。葡萄胎、多胎妊娠者，妊娠反应加剧也支持这种看法。最近采取HCG- β 亚单位测定证实了这点。Masson(1985)测定116名怀孕9~16周的孕妇血中的HCG、孕酮、雌二醇和妊娠特异蛋白，(SP₁)发现，早孕伴有恶心、呕吐者，血中HCG浓度明显高于无症状者。因此，认为HCG是妊娠反应的致病因素。曾有人提出血中孕酮含量增高可抑制胃动素(motolin)的分泌而导致恶心的看法，但masson的测定结果是孕酮无此作用，同样雌二酮和妊娠特异蛋白(SP₁)浓度与妊娠恶心、呕

吐也无关。

(二) 维生素缺乏 毫无疑问长时期的恶心呕吐可导致营养物质和维生素缺乏。一些学者认为维生素B缺乏是妊娠剧吐的主要原因，特别是维生素B₆不足。但在大组病例中使用维生素B₆治疗并未获得满意的效果。目前孕吐的治疗仍以维生素B₆为重要内容之一。

(三) 心理影响 大多数孕者都承认，心理因素在妊娠剧吐的发生和发展中起一定作用，特别是在不想接受这次妊娠的妇女，心理影响更明显。一些患者在服用镇静药、予以心理安慰、催眠术及其它心理学治疗后，反应良好。尽管在精神心理学研究方面未能证实有特定的精神病，但发生妊娠剧吐者常年龄较轻，不太成熟，依赖性强，并常伴有其它功能紊乱。如痛经史、性感缺乏、不孕、自然流产史，或是孕者在妊娠问题上，与丈夫、父母有一定程度的矛盾心理。

(四) 一些人提出过敏反应是孕吐的基础，Hofbauer报告妊娠反应严重者血中组织胺浓度增高，抗组织胺治疗效果满意。但目前尚不能确立过敏反应为妊娠剧吐的根本原因。

三、诊断

如孕妇患有恶心呕吐，对一般处理无反应，而且越发加剧，以致发生体重减轻、脱水，和电解质平衡紊乱时，应考虑采取妊娠剧吐的诊断。当然也应注意与伴有呕吐、恶心的其它疾病，如急性肠胃炎、急性肝炎、阑尾炎、胃溃疡、胆道疾患、胰腺炎、肾盂肾炎、小肠梗阻、颅脑肿瘤、头部外伤和药物中毒等引起剧吐相区别。文献报告过胃癌被误诊为妊娠剧吐的病例。

另一种错误倾向即妇女发生恶心、呕吐时，根本未考虑到早孕反应，而作大量的无必要的检查。如全消化道造影，

胆囊造影，甚至开腹探查，增加患者的痛苦。

频频发生的阵发性剧吐，有时可造成意外合并症。如文献报告过并发食道破裂病例。

四、治 疗

在孕妇第一次就诊主诉为呕吐、恶心时，就应予以相宜处理，防止其发展为妊娠剧吐。首先应给患者以心理上的支持和鼓励，而不应过分强调患者症状。并为患者安排适量的，营养成份均衡的每日食谱，告诉患者吃什么对自己和胎儿有利，吃什么对自己和胎儿不利。例如可以嘱患者在起床前先吃两块咸苏打饼干，然后喝点清茶（不要喝牛奶）。在白天时间里，每2小时吃几块饼干，少量多次饮白水，或鲜果汁、苏打水及清汤（饮入的液体以或很热或很凉为宜，依患者习惯选择）。适应几天之后再逐渐增加，以观察孕妇的耐受程度。应指出以少食多餐为原则，不吃油炸，脂肪过多的食物。

绝大多数患者在采用饮食疗法后有向愈反应。早孕期间原则上要少服药物，只有一些镇静，镇吐，抗组织胺类的药物例外。

国外目前控制孕妇恶心、呕吐的最常用药为苯德停(Bendectin)。该药含抗组织胺的苯吡拉明和维生素B₆。据说该药物安全，无致畸危险，清晨起床和晚间入睡前各服一片。

抗组织胺药物的确切作用机理尚不明确，似乎是在中枢神经系统上起作用。该药不仅对过敏因素有抑制作用，对其它原因引起的运动性恶心亦有作用。

经验表明，若孕妇自我控制力差，对制定出的治疗方案，或对类似的处理方法缺乏信心、情绪波动，则效果常不理想。

患者如经上述治疗无疗效，不应等待其出现明显的体重减轻和脱水的情况，即应立即住院治疗。住院后应保持患者情绪稳定，减少探视，并取血、尿化验，得出各项检查的基础指标。患者呕吐严重，应禁食而以输液代替。开始输液以5%葡萄糖盐水为宜，辅以中等剂量镇静、止痛、止吐药。但应注意药物无致畸。

仔细记录患者出入量，每日测体重，根据化验结果补充电解质和治疗酮体防止酸中毒。

化验室检查应包括：血色素，细胞压积、氯化物、二氧化碳结合力、血钾、钠、尿素氮和尿酮体。

如患者血色素和细胞容积增高，表示有脱水，需输液治疗。每日输液量应在3000ml左右，同时静脉给予复合维生素B和维生素C。

如患者血钠低 ($\leq 120\text{meg}$) 应补充5%葡萄糖盐水，如血钾低 ($\leq 3\text{meg}$) 应加用氯化钾40meg，如有酸中毒则给予乳酸钠林格液或用碳酸氢钠。

大多数情况下，妊娠剧吐的处理并不复杂，及时补充5%葡萄糖盐水足以解决问题，维持每日输液，直到恢复进食。

一旦患者电解质平衡保持稳定，应注意解决患者情绪上所遇新问题。如孕妇对未来胎儿发育的顾虑，及时解除孕妇心理矛盾。

当患者能完全进食，体重开始增加，可以出院，但有可能再次复发。

参 考 文 献

Masson G.M. et al, Brit Gynec.

第二节 异位妊娠

宫外孕是妇产科常见急症之一，在孕妇死亡中占有重要比例，是早孕妇女死亡的最主要原因。死亡原因在于突然大量失血，而来不及抢救。防治宫外孕的唯一方法是对可疑患者作严密监护，并尽快予以确诊和治疗。为使诊断准确及时，应尽量采用一些新的、有效的诊断方法。如高度敏感的妊娠试验，超声波检查及腹腔镜检查，从而减少误诊率，使诊断确立于宫外孕破裂之前，为宫外孕保守性手术创造条件。

一、概 论

凡孕卵种植在子宫体宫内膜以外均称宫外孕。其中95%是种植在输卵管，亦有种植在子宫角、子宫颈、卵巢和腹膜。宫外孕发病率各家报道差异很大，范围在0.4~1%。近年来宫外孕发病率有增高趋势，这可能与育龄妇女生育年龄推迟、选择性人工流产术增多、性病蔓延、盆腔感染性炎症增加、输卵管结扎术后妊娠，和宫内节育器的普遍使用有关。凡存在以上各类情况的人，这都属宫外孕的高危人群。

表1-1 宫外孕诱发因素

子宫内	膜异位症
感染（	结节性输卵管炎；结核；支原体）
原发或继	发不孕
宫内	节育器
既往	剖腹手术史
既往	宫外孕史
不孕	症手术史
输卵	管绝育术后
孕卵	移植障碍
遗传	和先天性因素

医生应力争把诊断做在输卵管妊娠破裂前。如果达到这一点，不仅可把诊治工作作得有的放矢，减少死亡率和并发症，而且有助于该妇女未来再妊娠和预后。因此要求医生对宫外孕患者要认真、及时、果断地处理。

如患者主诉有闭经、突然下腹痛、伴有阵发晕厥和阴道出血等典型病史，妇科检查又发现子宫略增大、一侧附件有包块伴轻度压痛。子宫直肠陷凹处饱满感等典型体征，医生迅速作出诊断尚无困难。但在临床实践中，并非所有病人都能表现这种典型的症状和体征，而只能通过可疑、高度可疑，最后达到诊断。

二、症 状

在月经应来潮的日期前一周，便开始出现异常的，不规则的阴道流血，而不一定有闭经。就诊时最常见的主述是阴道流血，其原因为子宫内膜失掉足够的激素支持和日后胚胎和胎盘组织死亡。

表1-2 宫外孕常见症状和体征

异常子宫出血	94%
腹痛	87%
闭经	6%
子宫增大	4%

腹痛常始发于下腹一侧，其严重度犹如刀割或针刺。腹痛常先于阴道出血，这是由于输卵管破裂或是孕卵组织自输卵管排出缘故（又称输卵管流产），当患者有腹腔内出血时，因游离血刺激膈肌，所以引起肩胛部反射性疼痛。下腹痛可无任何诱因，或仅因咳嗽、笑、活动而引起。如果腹腔内有明显的大量出血，患者会出现头昏以致昏迷。主诉腹痛，是宫外孕第二典型常见的症状。

一些患者先出现早孕症状，如乳房触痛、恶心或尿频。

但作为有经验的医生，如患者无早孕症状，或否认有性交史，是绝对不应完全排除宫外孕可能的。这种失误在临床上并不少见。

三、体 征

患者可出现颜面苍白、皮肤潮冷、心动过速或血压降低等低血容性休克表现。当患者由平卧体位转为坐位时，血压下降更为明显。作腹部触诊检查时，下腹压痛明显，压痛可局限于一侧，亦可双侧均有压痛，但常是一侧较另一侧重。盆腔检查时发现：子宫略增大，质地较软。一般子宫增大不超过孕8周。约有半数患者可触及压痛明显的附件肿块，另一半患者仅有明显附件压痛，但无明显肿块。

四、实验室检查

一般白细胞计数正常或略偏高，有血色素或血细胞容积下降等贫血现象，其表现时间和程度和血标本检查时及距腹腔出血的时间有关。以往常规采用的古典妊娠试验方法（如生物学方法和免疫学方法），仅有50%为阳性。妊娠实验阳性者仅能证实为早孕，但不能证实是宫外孕；而妊娠实验是阴性者也绝不能完全除外宫外孕。传统妊娠试验的敏感性需绒毛促性腺激素浓度 $>1000\text{ IU/L}$ ，宫外孕常因孕卵发育不良，HCG分泌量少，或因出血而致血管收缩HCG不能顺利进入母体循环，故妊娠反应常呈假阴性。近年采用的超敏感妊娠试验，可使HCG浓度在 $600\sim700\text{ IU/L}$ 尿便可呈阳性反应所以特别有助于宫外孕的早期诊断。能最早检查怀孕的试验方法是放免测定血清HCG β 亚单位，其敏感度为 $9\sim15\text{ mIU/ml}$ 。有报告表明：其对宫外孕妊娠诊断率达100%，其缺点是完成一次检测需2天时间。

1975年又发明一种用放免测定受体方法来检测HCG浓

度，其敏感度与放免测HCG- β 亚单位相同，但所需时间仅为1小时。最近放免测定HCG- β 亚单位的方法也在不断改进，使测定时间逐渐缩短到6~12小时，进而缩短到2小时，使孕卵着床后几天便可出现阳性结果。

宫外孕患者HCG浓度较同孕龄宫内孕低，正常宫内孕在受孕3周后HCG浓度可达700~1500ng/ml，而宫外孕浓度仅为100~200ng/ml。正常宫内孕晨尿中HCG浓度较平时为高，如反复测定孕妇尿妊娠试验时，若未表现出晨尿与平时尿中HCG的差别，则表示该妊娠为自然流产或宫外孕。超敏感妊娠试验阴性时，是可完全除外宫外孕诊断的。显然，采用“超敏感妊娠试验”——放免测定HCG- β 亚单位，或是放免测定HCG受体，可使很多宫外孕患者在发生破裂之前，便被诊断出来。

五、诊断步骤

有三种检查方法对宫外孕的诊断有帮助，即后穹窿穿刺、盆腔超声波检查和腹腔镜检查（图1-1-A）。

（一）后穹窿穿刺 是一种有价值的检查方法，对可疑宫外孕患者可以使用。手术操作方法并不困难，即把宫颈抬起，用18~19号长针头经阴道后穹窿刺入坐骨直肠凹陷内（腹腔内），如吸出不凝的游离血，表明腹腔有内出血（或因宫外孕破裂，或因其它原因），必需立即开腹探查。如吸出物为清亮的腹腔液，则可除外腹腔内出血，但不能除外未破裂的宫外孕。据文献报告65%未破裂型输卵管妊娠，85%已破裂的输卵管妊娠，后穹窿穿刺结果为阳性，但阳性结果不能除外黄体破裂出血。如果什么东西都未抽出，或抽出物为可凝血液，意味着穿刺针头未在腹腔内。出现这种情况，不应放弃宫外孕的怀疑，有必要作进一步检查。



A. B 超检查 显示胎囊

图1-1-A 宫内孕B超影像

(二) 盆腔超声波检查 超声波检查有时可见到妊娠的特异影像：包括胎囊、子宫外胎儿回波、附件肿物的复合回波、盆腔积液影像等。如结合子宫体略增大、宫腔内未见明确胎囊、子宫腔内有代表蜕膜反应的特异性回波，则可高度怀疑宫外孕（如图1-1-B）。

尽管采用超声波检查仍可使一些宫外孕被漏诊，但其重要的价值是在宫内见有胎囊时便可除外宫外孕诊断（宫内孕合并宫外孕者极为罕见）。

(三) 腹腔镜检查 如经各项检查仍不能使可疑宫外孕得以确诊时，应以腹腔镜检查来确定或除外宫外孕诊断。腹腔镜检查可以诊断未破裂的异位妊娠。仅在极少数情况下，由于输卵管周围有粘连，未能全面观察输卵管，又未对视诊