

shiyong linchuang fuyou zhenliao xue

实用临床妇幼诊疗学(下)

SHIYONG LINCHUANG
FUYOU ZHENLIAO XUE

妇产科分册

中国医学创新杂志社 编

实用临床妇幼诊疗学(下)

妇产科分册

中国医学创新杂志社 编

中国科学技术出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

实用临床妇幼诊疗学. 妇产科分册/中国医学创新杂志社编. —北京:中国科学技术出版社,2009.10

ISBN 978-7-5046-5536-3

I. 实… II. 中… III. 妇产科病-诊疗 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 190217 号

本社图书贴有防伪标志,未贴为盗版。

编委会名单

(按姓氏笔画排序)

马舒雅	王 凯	王希梅	王顺梅
王桂芳	王静丽	牛佳辉	田 静
田宝艳	史双宏	代丽华	刘 燕
刘晓华	刘维琴	齐新颖	李青梅
肖明云	宋月花	宋玉娟	张金环
张清华	陈风华	袁长立	柴卫新
高雅	高淑红	黄月丽	曹国燕
蒋风兰	曾 英		

前 言

随着医学科学的迅猛发展,新的诊疗仪器不断问世,新的诊断技术、治疗方法不断涌现。为了反映现代先进的妇产科临床诊疗技术和方法,指导临床医师的实际工作,特编写《实用临床妇幼诊疗学》一书。

本书是《实用临床妇幼诊疗学》之妇产科分册,分为上、下两篇。上篇为总论,包括第1~5章,介绍了妇产科临床检查、阴道分泌物检查、妇产科影像学检查、诊断技术、妇产科疾病的护理。下篇为各论,包括第6~14章,介绍了女性生殖系统先天性畸形、妇科内分泌失调、妊娠诊断及产前检查、生理妊娠、病理妊娠、生理产科、难产、妇产科休克、妇科肿瘤等内容。

本书主要适用于妇产科医师、进修医生、医学院校学生学习,也可供妇产科研究生参考。

限于编者水平,本书难免有漏有误,诚望前辈和同道们批评指正,以使本书逐渐趋于完善。

编 者
2009年8月



上篇 总 论

第一章 妇产科临床检查	3
第一节 妇科检查	3
第二节 产科检查	5
第二章 阴道分泌物检查	13
第一节 阴道 pH 值测定	13
第二节 阴道清洁度检查	14
第三章 妇产科影像学检查	15
第一节 妇科疾病的 X 线检查	15
第二节 产科疾病的 X 线检查	21
第三节 计划生育的 X 线检查	23
第四节 妇科 CT 和 MRI 检查	25
第五节 妇产科的超声诊断	27
第四章 诊断技术	36
第一节 胎儿监护	36
第二节 胎儿心电图测定	40
第三节 妇科腹腔镜的应用	42
第四节 妇产科激光技术	53
第五章 妇产科疾病的护理	58
第一节 围产期保健	58
第二节 更年期保健	68
第三节 妇科常见肿瘤的护理	70

下篇 各 论

第六章 女性生殖系统先天性畸形	77
第一节 致病原因	77

第二节	种类及其临床表现	79
第三节	治疗	84
第七章	妇科内分泌失调	87
第一节	功能失调性子宫出血	87
第二节	多毛症及男性化	95
第三节	闭经-溢乳综合征	100
第四节	闭经的诊断及治疗	106
第五节	多囊卵巢综合征	116
第六节	功能性卵巢肿瘤	121
第八章	妊娠诊断及产前检查	128
第一节	早期妊娠的实验室检查	128
第二节	妊娠早期诊断	129
第三节	妊娠中、晚期诊断	132
第四节	孕龄诊断	133
第五节	产前检查	136
第九章	生理妊娠	144
第一节	受精卵的输送、发育和着床	144
第二节	羊水	148
第三节	胎盘、胎膜和脐带的形成及其功能	151
第四节	胎儿发育及生理特点	156
第十章	病理妊娠	162
第一节	妊娠剧吐	162
第二节	妊娠高血压综合征	166
第三节	过期妊娠	185
第四节	异位妊娠	190
第五节	多胎妊娠	199
第六节	流产	203
第七节	早产	209
第八节	前置胎盘及孕晚期大出血	213
第九节	羊水过多	219
第十节	羊水过少	222
第十一章	生理产科	225
第一节	产前准备	225
第二节	先露及胎位	234
第三节	分娩动因及机制	236

第四节	分娩经过与处理·····	238
第十二章	难产·····	244
第一节	产力异常·····	245
第二节	胎儿性难产·····	251
第三节	骨产道异常·····	270
第四节	软产道异常·····	274
第十三章	妇产科休克·····	279
第一节	休克的一般概念·····	279
第二节	休克的病理生理学·····	281
第三节	妇产科休克的分类及其特征·····	288
第四节	休克的诊断和预后·····	294
第五节	预防和治疗·····	299
第十四章	妇科肿瘤·····	313
第一节	子宫颈癌·····	313
第二节	子宫体肿瘤·····	325
第三节	输卵管肿瘤·····	334
第四节	卵巢肿瘤·····	340
第五节	外阴部肿瘤·····	357
第六节	阴道肿瘤·····	362
参考文献	·····	369

上篇

总

论

第一章 妇产科临床检查

第一节 妇 科 检 查

体格检查应在采取病史后进行。检查范围包括全身检查、腹部检查和盆腔检查，除急诊外，应按上列先后顺序进行。盆腔检查为妇科所特有，又称为妇科检查。男性实习医生或男医师体格检查时不宜单独进行，应在女医师或护士或其家属陪同下进行为宜。

一、全身检查

1. 全身一般状况、神志、精神状态、面容、体态、全身发育、毛发分布、皮肤等。
2. 头部器官、颈、乳房、心、肺、脊柱及四肢，以及淋巴结（特别注意左锁骨上和腋股沟淋巴结）和各部分发育以及有无包块、分泌物等。
3. 常规测量体温、脉搏、呼吸、血压、体重和身高。

二、腹部检查

腹部检查系妇科体格检查的重要组成部分，应在盆腔检查前进行。

（一）视诊

腹部有无隆起或呈蛙腹、腹部有无瘢痕、静脉曲张、妊娠纹、腹壁疝、腹直肌分离等。

（二）触诊

腹壁厚度、肝、脾、肾有无增大或触痛，腹部有无压痛、反跳痛、肌紧张、有无包块及其大小、性质、压痛形状、活动度表面光滑度等，若为妊娠，注意子宫底高低或胎位等。

（三）叩诊

有无鼓音、浊音、移动性浊音以及其分布范围，肝、肾区有无叩击痛。

（四）听诊

肠鸣音，若合并妊娠则听取胎心音。

三、盆腔检查

（一）检查器械

无菌手套、阴道窥器、鼠齿钳、长镊、子宫探针、宫颈刮板、玻片、棉拭子、消毒液、液状石蜡或肥皂水、生理盐水等。

（二）基本要求

1. 检查者应关心体贴被检查者，态度严肃，语言亲切，检查仔细，动作轻柔。

2. 除尿失禁患者外,检查前应排空膀胱,必要时导尿。大便充盈者应先排便或灌肠。

3. 每检查一人,应由医务人员更换置于被检查者臀部下面的垫单(纸),其他器械也均需每次更换,防止交叉感染。

4. 一般盆腔检查时均取膀胱截石位,检查者面向患者,立在患者两脚间。重危者、不宜搬动者在病床上或单架上检查。

5. 月经期不做检查,若有异常阴道出血,检查前应先消毒外阴。

6. 未婚者忌做双合诊及窥阴器检查,仅做直肠腹部联合诊。若确要做妇科检查应征得本人及家属同意后方可进行。

7. 对腹壁肥厚、高度紧张或未婚患者,在盆腔检查不满意时,宜肌注盐酸哌替啶(杜冷丁)或骶管麻醉下进行。

(三) 检查方法

1. 外阴部检查

(1) 外阴发育及阴毛分布(女性为倒置三角形分布)、阴毛多少、有无畸形、水肿、皮炎、溃疡、赘生物、肿块、皮肤黏膜色泽、有无增厚、变薄、萎缩。

(2) 用戴消毒手套的右手拇指和食指分开小阴唇,暴露阴道前庭、尿道口和阴道口。

(3) 未婚者处女膜应完整未破,其阴道口勉强可容食指;已婚者阴道口能容两指;经产妇处女膜仅残余痕迹,或见会阴侧切瘢痕。

(4) 检查时应嘱患者用力向下屏气,观察有无阴道前壁或后壁膨出,有无尿失禁或漏尿等。

2. 阴道窥器检查

(1) 根据阴道松弛程度选用适当大小的窥阴器,未婚者非经本人同意,禁用窥阴器。

(2) 先将窥阴器两叶合拢,旋紧其中部螺丝,放松侧部螺丝,用液状石蜡或肥皂液润滑两叶前端;若做宫颈刮片或阴道上1/3段涂片细胞学检查,则不用润滑剂,以免影响检查结果。

(3) 置入阴道前先左手食指和拇指分开两侧小阴唇,暴露阴道口,右手持预先准备好的窥阴器,直接沿阴道侧后壁缓慢插入阴道内,然后向上向后推进,在推进中徐徐将两叶展平,直至完全暴露宫颈为止。置入时注意防止窥阴器顶端碰伤宫颈,以免出血。

(4) 取出窥阴器前,应旋松侧部螺丝,待两叶合拢再取出。

3. 视诊

(1) 检查宫颈:暴露宫颈后,暂时旋紧窥阴器侧部螺丝,使窥阴器固定在阴道内。观察宫口大小、色泽、外口形状、有无糜烂、撕裂、外翻、息肉、腺囊肿、肿块、宫颈管内有无出血、分泌物。宫颈刮片或培养的标本均于此时采集。

(2) 检查阴道:旋松窥阴器侧部螺丝,转动窥阴器。观察阴道壁黏膜颜色、皱裂、有无溃疡、赘生物、囊肿以及有无阴道隔等先天畸形。阴道内分泌物量、色泽、性状、有无臭味。白带异常者取分泌物做涂片或培养,找滴虫、念珠菌、淋菌及线索细胞,以及测定阴道pH值、白带清洁度等。

4. 双合诊检查

(1) 检查者一手的二指(食指和中指)或一指(食指)放入阴道,另一手在腹部配合

检查,称为双合诊。

(2) 目的是摸清阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢、子宫韧带和宫旁结缔组织,以及盆腔内其他器官和组织是否有异常。

(3) 惯用右手(或左手)戴好手套,食、中指涂滑润剂后,轻轻通过阴道口,沿后壁放入阴道,检查阴道通畅度、深度,有无畸形、瘢痕、结节、肿块、有无触痛。

(4) 再扪及宫颈大小、形状、硬度、宫颈外口形态,有无接触性出血、拨动宫颈有无疼痛(称宫颈举痛)、宫颈周围穹窿情况。

(5) 根据宫颈及外口朝向估计子宫位置(宫颈外口方向朝后时宫体多为前倾,朝前时宫体多为后倾,宫颈外口朝前且阴道内手指伸达后穹窿顶部即可触及宫体时,子宫为后屈)。

(6) 摸清子宫情况后,将阴道内两指由宫颈后方移至侧穹窿,尽可能往上向盆腔深部扪诊,与此同时,另一手从同侧下腹壁髂嵴水平开始,由上往下按压腹壁,与阴道内手指相互对合,以触及子宫附件有无肿块、增厚、压痛。

若扪及肿块应注意其位置、大小、形状、软硬度、活动度、与子宫关系、有无压痛。输卵管正常不能扪及,卵巢偶可扪及。

5. 三合诊

(1) 三合诊检查即腹部、阴道、直肠联合检查,一手食指放入阴道,中指放入直肠,另一手放腹部联合检查。

(2) 目的是弥补双合诊的不足,特别注意子宫后壁、直肠子宫陷凹、宫骶韧带、盆腔后部的病变,癌肿与盆壁关系,阴道直肠隔、骶前或直肠内有无病变。

6. 直肠腹部诊

(1) 一手食指伸入直肠,另一手在腹部配合检查,称直肠-腹部诊。

(2) 宜用于未婚、阴道闭锁或其他原因不宜进行双合诊的患者。

(四) 记录

通过盆腔检查,应将检查结果按下列解剖部位先后顺序记录。

1. 外阴 发育情况,婚产式(未婚、已婚或经产术),有异常发现时详加描述,如阴毛分布、稀疏或炎症、畸形等。

2. 阴道 是否通畅,黏膜情况,分泌物量、色、性状,以及有无臭味。

3. 宫颈 大小、硬度,有无糜烂、撕裂、息肉、腺囊肿、有无接触性出血、举痛等。

4. 宫体 位置、大小、硬度、活动度、有无压痛等。

5. 附件 有无块物、增厚、压痛。若扪及包块,记录其位置、大小、硬度、表面光滑与否、活动度、有无压痛等,左右分别记录。

第二节 产 科 检 查

一、早期妊娠的诊断

早期妊娠指12周末以前的妊娠。确诊早期妊娠主要依靠临床症状、体征和辅助检查。

(一) 症状

1. 停经 健康育龄妇女月经周期正常,一旦月经过期,应首先想到妊娠。
2. 早孕反应 约于停经6周开始出现头晕、乏力、嗜睡、喜酸食、流涎、恶心、晨起呕吐,至妊娠12周多能自行消失。
3. 乳房胀痛 多发生在妊娠8周以后,初孕妇明显。
4. 尿频 于妊娠10周起增大的前位子宫压迫膀胱所致。当妊娠12周以后,子宫进入腹腔,尿频症状自行消失。

(二) 体征

1. 乳头及乳晕着色,乳晕周围出现深褐色的蒙氏结节。
2. 外阴色素沉着,阴道黏膜及宫颈充血,呈蓝紫色且变软。
3. 双合诊触及子宫峡部极软,宫颈与宫体似不相连,即黑加征(Hegar sign)。
4. 双合诊触及子宫体增大变软,开始前后径变宽略饱满,于妊娠5~6周子宫体呈球形,至妊娠8周时子宫体约为非孕时的一倍。

(三) 辅助检查

1. 超声检查

(1) B型超声:于妊娠5周在增大子宫轮廓中见到圆形光环(妊娠环),其中间为液性暗区(羊水),环内见有节律的胎心搏动,可确诊为早期妊娠、活胎。

(2) 超声多普勒:在子宫区听到有节律、单一高调胎心音,150~160次/分钟,可确诊为早期妊娠、活胎。

2. 妊娠试验 检测受检者尿液中绒毛膜促性腺激素值,采用免疫学方法,近年国内最常应用的是早早孕(停经42d以内的妊娠)诊断试验法。

(1) 方法:取受检者尿液置于尿杯中,将试纸标有MAX的一端浸入尿液中,注意尿液面不得超过MAX线。一日内任何时间均可测试,但以晨尿最佳。经1~5min即可观察结果,10min后的结果无效。

(2) 结果判定:在白色显示区上端仅出现一条红色线,为阴性结果,未妊娠。在白色显示区上端出现两条红色线,为阳性结果,妊娠。若试纸条上端无红线时,表示试纸失效或测试方法失败。上端为对照测试线,下端为诊断反应线,试纸反应线因标本中所含HCG浓度多少可呈现出颜色深浅变化。

(3) 协助诊断早期妊娠的准确率高达98%。

3. 宫颈黏液检查 早期妊娠时,宫颈黏液量少质稠,涂片干燥后光镜下见排列成行的椭圆体。

4. 黄体酮试验 利用孕激素在体内突然撤退能引起子宫出血的原理,肌注黄体酮注射液20mg连续3d,停药后7d内未出现阴道流血,早期妊娠的可能性很大。

5. 基础体温测定 双相型体温的妇女,停经后高温相超过18d不下降,早期妊娠的可能性很大。必须指出,若妇女就诊时停经日数尚少,症状、体征及辅助检查结果还不能确诊为早期妊娠时,应嘱一周后复查。

(四) 鉴别

容易和早期宫内妊娠相混淆的疾病主要有:

1. 子宫肌瘤 正常妊娠和典型子宫肌瘤不难鉴别。但受精卵着床位置偏于一侧,则该侧子宫角部明显突出,使子宫表面不平及形状不对称,双合诊有可能将早期妊娠的子宫误诊为子宫肌瘤,特别是肌瘤囊性变的患者。借助B型超声和尿妊娠试验极易区分开。

2. 卵巢囊肿 有些早期妊娠妇女,早孕反应不明显,双合诊因黑加征误将子宫颈部当做整个子宫,将子宫体误诊为卵巢囊肿。有些患者出现停经且伴有盆腔肿块时,易误诊为早期妊娠子宫,若仔细行双合诊,可发现卵巢囊肿多偏向一侧,活动范围较大,甚至可在一侧下腹部触及。

3. 假孕 系因盼子心切所致的幻想妊娠。在精神因素影响下,出现停经、早孕样反应,若仅依据主诉及症状描述极易误诊。双合诊检查子宫正常大,不软,尿妊娠试验阴性,可以排除妊娠。

二、中、晚期妊娠的诊断

中期妊娠指第13~27周末的妊娠。晚期妊娠指第28周及其后的妊娠。妊娠中期以后,子宫明显增大,感到胎动,听到胎心,容易确诊。

1. 有早期妊娠的经过,并逐渐感到腹部增大和自觉胎动。

2. 子宫增大,以手测宫底高度和尺测耻上子宫长度,判断与妊娠周数是否相符。

3. 胎动指胎儿在子宫内的活动。胎动是胎儿情况良好的表现。孕妇多数于妊娠18~20周开始自觉胎动,胎动每小时3~5次,妊娠周数越多,胎动越活跃,但至妊娠末期胎动逐渐减少,有时在腹部检查时能看到或触到胎动。

4. 胎心于妊娠18~20周用听诊器经孕妇腹壁能够听到。胎心呈双音,速度较快,每分钟120~160次,需与其他音响相鉴别:子宫杂音、腹主动脉音、胎盘杂音均与孕妇脉搏数相一致;脐带杂音与胎心率一致的吹风样低音响;胎动音及肠鸣音呈杂乱无章音响;听到胎心可确诊妊娠且为活胎。

5. 胎体在妊娠20周后经腹壁能够触清,胎头、胎背、胎臀和胎儿肢体在妊娠24周后能够区分清楚。胎头圆而硬且有浮球感;胎背宽而平坦;胎臀宽而软,形状略不规则;胎儿肢体小且有不规则活动。

最常用的辅助检查是B型超声,能对腹部检查不能确定的胎儿数目、胎位、有无胎心搏动以及胎盘位置有意义,也能测量胎头双顶径、股骨长度等多条径线,并可观察胎儿有无体表畸形。超声多普勒法则能探出胎心音、胎动音、脐血流音及胎盘血流音。

三、产前检查

(一) 定期产前检查的意义

进行定期产前检查(包括全身检查和产科检查)的意义,在于能够全面、系统地了解并掌握孕妇及胎儿在妊娠期间的动态变化,是贯彻预防为主、保障孕妇和胎儿健康、做到安全分娩的必要措施。

1. 产前检查能全面了解孕妇在妊娠期间的健康状况,及早发现妊娠合并症,如妊娠高血压综合征、妊娠合并心脏病等,并予以合理的治疗。

2. 产前检查通过多种途径,能较全面地了解胎儿在母体子宫内的安危和胎儿的成熟程度,提供正确处理的依据,对降低围生儿死亡率和早期发现遗传性疾病、先天缺陷等,均有重要作用。

3. 产前检查能系统地掌握妊娠过程,早期发现妊娠的异常变化(如异常胎位等),及时予以纠正,并能及早决定分娩方式。

4. 产前检查能对孕妇进行必要的孕期卫生指导,使孕妇对妊娠、分娩有正确的认识,消除不必要的疑虑。

(二) 产前检查的时间

产前检查应从确诊为早期妊娠时开始,应在妊娠12周前进行一次全面检查,填写在孕妇保健手册(卡)上,经检查未发现异常者,应于妊娠20周起进行产前系列检查,于妊娠20、24、28、32、36、37、38、39、40周共做产前检查9次,若为高危孕妇,应酌情增加产前检查次数。

(三) 产前检查时的病史询问

1. 年龄 年龄过大,特别是35岁以上初孕妇,因在妊娠期和分娩期较易发生妊娠高血压综合征、胎儿畸形、产力异常等合并症或并发症。年龄过小易发生难产。

2. 职业 接触有毒物质的孕妇,应定期检测血象及肝功能。从事体力劳动、精神高度紧张工作(如建筑高空作业、汽车司机等)及高温作业孕妇,应在妊娠晚期调换工作。

3. 月经史及孕产史 问清末次月经第一日,计算出预产期,问清胎产次,既往孕产情况,有无流产、早产、死胎、死产、胎儿畸形、妊娠合并症、手术产、产前出血、产后出血、胎盘滞留、产褥感染等病史。问清末次分娩或流产的日期、处理经过及新生儿情况。

4. 本次妊娠过程 妊娠期间有无病毒感染及用药史,有无阴道流血、头晕、头痛、眼花、心悸、气短、下肢浮肿等症状。

5. 既往史 着重询问有无高血压、心脏病、结核病、血液病、肝肾疾病等。询问接受过何种手术。

6. 家族史及丈夫健康状况 询问家族及丈夫有无高血压、结核病、双胞胎妊娠、糖尿病及遗传性疾病等。

(四) 产前检查时的全身检查

应注意孕妇的发育、营养及精神状态,心肺情况,肝、脾、甲状腺有无肿大,双肾区有无叩击痛。化验应查血常规、血小板计数、血型、乙型肝炎病毒的两对半检查,尿常规。一年内未做胸透者,在妊娠20周以后必要时行胸部透视。此外,还应着重检查:

1. 身高与步态 身高 $<140\text{cm}$ 应注意有无骨盆狭窄;步态异常应注意脊柱、骨盆及下肢有无畸形。

2. 体重 每次产前检查时均应测体重。从妊娠5个月起体重增加较快,但每周体重平均增加不应超过0.5千克,体重增加过快者常有水肿或隐性水肿。

3. 血压 每次产前检查时均应测血压。血压不应超过 $18.7/12\text{kPa}$ ($140/90\text{mmHg}$),或比基础血压不超过 $4/2\text{kPa}$ ($30/15\text{mmHg}$),超过者应视为病态。在孕中期应行妊高征预测方法的血压检查(如平均动脉压、翻身试验)。

4. 水肿 每次产前检查时,均应检查孕妇体表有无水肿。

5. 乳房 检查乳房发育情况, 有无肿块及慢性病变。注意乳头大小、有无内陷, 若有乳头内陷应在妊娠期间予以纠正。

(五) 推算预产期的方法

卵子受精是妊娠的开始。鉴于确切的受精日期无法获得, 又知妊娠后不再来月经, 故通常均以末次月经第一日作为妊娠开始来计算。妊娠全过程实为 266 日, 应加 14 日相当于 9 个月零 7 日。为了能预先计算出分娩的可能日期, 每位孕妇均应确切知道自己的预产期。

1. 一般方法 推算预产期的方法为月份减 3 (末次月经第一日的月份在 4 月份及以后者) 或加 9 (末次月经第一日的月份在 4 月份以前者), 若超过 12 月需增加 1 年。日数加 7, 日数超过该月份的日数需进位 1 个月。

2. 其他方法 若孕妇已记不清末次月经第一日的日期, 或于哺乳期无月经来潮而受孕者, 可根据早孕反应出现的日期或胎动开始出现的日期估计。

(1) 根据早孕反应出现的日期估计预产期: 早孕反应多数出现在停经 6 周左右, 预产期该在早孕反应开始出现日期再加上 34 周 ($34 \times 7 = 238$ 日)。举例: 孕妇只知早孕反应开始出现日期为 2007 年 4 月 8 日, 估算: 4 月余 22 日, 5 月 31 日, 6 月 30 日, 7 月及 8 月均 31 日, 9 月 30 日, 10 月 31 日, 11 月 30 日, 12 月加 2 日共 238 日, 故估计预产期为 2007 年 12 月 2 日。

(2) 根据胎动开始出现的日期估计预产期: 初孕妇胎动开始出现在停经 20 周 (经产妇则以 18 周居多) 时, 预产期该在胎动开始出现日期再加上 20 周 ($20 \times 7 = 140$ 日)。举例: 孕妇只知胎动开始出现日期为 2007 年 4 月 8 日。估计: 4 月余 22 日, 5 月 31 日, 6 月 30 日, 7 月 31 日, 8 月加 26 日共 140 日, 故估计预产期为 2007 年 8 月 26 日。

必须指出, 上述推算或估计预产期的方法均属概算, 与实际分娩日期可能有 1~2 周的出入。

(六) 胎儿大小的估计

正确估计胎儿大小, 对判断胎儿是否成熟以及提高新生儿存活率, 具有重要意义。

1. 以子宫增大程度估计胎儿大小 单胎、羊水量正常的胎儿大小, 与子宫增大程度通常是一致的, 故可以利用子宫增大程度是否与妊娠周数相符来估计胎儿大小, 主要方法有:

(1) 手测宫底高度的方法: 宫底高度是指以子宫底部与耻骨联合、脐或剑突的距离估计妊娠周数, 借以判断胎儿大小。

(2) 尺测耻上子宫长度的方法: 以软尺测量耻骨联合上缘至子宫底的弯曲长度估计妊娠周数, 借以判断胎儿大小。也可用下述公式计算:

$$\text{子宫长度} = \text{妊娠周数} \times 5/6。$$

2. 外测量法估计胎儿大小 此法较上法更准确些, 主要是测量胎儿坐高径。坐高径是指屈曲姿势的胎儿头顶至臀部尖端的距离。足月胎儿的坐高径为 24~25cm, 约为胎儿身长的一半。以特殊的骨盆计一端伸入孕妇阴道内达先露部胎头顶端, 另一端置于腹壁上子宫底顶点。将实测数值加倍后, 再减去腹壁软组织厚度 2cm 即为胎儿身长。胎儿身长除以 5 即为妊娠月份。其公式为:

$$\text{胎儿身长} = \text{胎儿坐高径 (cm)} \times 2$$

$$\text{妊娠月份} = \text{胎儿身长} \div 5$$