

病理产科学学习班讲义

湖南省卫生厅妇幼卫生处

一九八三年九月

前 言

为了加强围产期保健，提高产科质量，降低孕产妇和新生儿死亡率，保护母子健康，我厅委托湖南医学院附属一院妇产科教研组负责举办病理产科学习班，并编写了这本讲义，供广大妇幼保健工作者学习，以提高产科知识水平。

湖南省卫生厅妇幼处

一九八三年九月七日

目 录

围产期保健概述·····	刘绛仙(1)
孕产妇及围产儿死亡原因分析·····	余浣珍(4)
高危妊娠的监护·····	余浣珍(12)
早产及过期妊娠·····	刘年彬(27)
妊娠中毒症·····	余浣珍(33)
妊娠晚期出血(前置胎盘及胎盘早期剥离)·····	徐碧泉(54)
多胎及羊水过多·····	寇 遼(68)
胎儿宫内发育迟缓及死胎·····	刘绛仙(84)
新生儿溶血病·····	张宝林(90)
妊娠合并心脏病·····	余浣珍(108)
妊娠合并肝、肾疾病·····	刘年彬(120)
分娩动因·····	雷慧中(128)
分娩三因素(产程图)·····	雷慧中(132)
产力异常·····	雷慧中(151)
产道异常·····	雷慧中(158)
胎位异常(臀位、横位)·····	彭月新(168)
胎儿异常(头位难产、畸胎、巨大胎儿)·····	刘绛仙(181)
子宫破裂·····	曾文洁(196)
子宫翻出·····	曾文洁(202)
产后出血·····	曾文洁(207)
产科弥漫性血管内凝血·····	相 湛(216)

产褥感染·····	陈涤瑕(230)
胎儿窘迫·····	王宝琼(244)
新生儿窒息·····	张宝林(248)
新生儿产伤·····	王宝琼(261)
新生儿败血症·····	许雪娥(270)
妇产科休克·····	陈涤瑕(284)
B 型超声在产科领域的应用·····	刘年彬(300)
剖腹产术·····	曾文洁(310)
产钳及胎头吸引术·····	彭月新(315)
在农村减少孕产妇死亡及预防“两病” 的几点意见·····	陈涤瑕(321)

围产期保健概述

围产医学是专门研究在分娩前后一定时期内孕产妇的各种可以危害胎儿的疾病和胎儿新生儿的生理和病理的一门新兴学科，它的目的是降低围产儿死亡率、障碍儿发生率、孕产妇死亡率和并发症。围产医学与临床产科不同，它强调了孕妇和胎儿是一个整体，妊娠过程是一个综合性的生理变化过程，与许多基础学科如解剖、组织胚胎、生理、生化、遗传、免疫、药理学等都有非常密切的关系。生理变化超出正常范围便进入病理状态，例如妊娠高血压综合征。

围产期保健是在孕妇系统保健的基础上充实了新的内容，运用新的方法和技术，对胎儿的健康进行预测和监护，其特点是对母子进行统一管理，它还应包括未孕前的健康状态。围产期保健的对象，包括所有怀孕妇女，但其重点是高危妊娠。

1981年9月，我国第一次全国围产会议提出目前围产保健工作的主要内容如下：

1.要有计划的培训基层医务人员和妇幼保健工作者，及早筛选出高危对象。

2.定期产前检查，对高危妊娠加强监护。

3.加强产程观察，减少和正确处理难产，提高接产质量。

4.加强妇幼卫生的宣教，提高群众的围产保健知识水平。

5.注意积累资料。

要搞好围产期保健工作，首先要有健全的妇幼保健网和三

级医疗，抓住以下六个环节：

1. 早发现、早确诊、早检查、早保护。
2. 观察胎儿宫内生长发育，矫治胎儿宫内发育不良。
3. 防治孕期并发症，做好计划分娩。
4. 高危产妇的分娩监护。
5. 围产新生儿保健。
6. 高危新生儿复苏抢救。

围产期保健的工作包括：

一，婚前保健

1. 询问病史：个人史、家族史、遗传史。
2. 体格检查。
3. 做好婚前指导。

二，孕早期保健

受精~15孕周。早期发现孕妇，重点抓内科合并症、周围环境对胚胎及胎儿发育的影响。通过产前咨询及遗传咨询门诊，确定高危程度，决定妊娠能否继续。

三，孕中期保健

16~27孕周。注意对孕妇进行营养指导，及早发现胎儿宫内发育不良，临床通过宫底高度、胎头双顶径测定，观察胎儿生长发育。此期尚可做羊水细胞培养染色体核型分析、胎甲球测定，B型超声显象等方法，进行染色体病及部分畸胎的产前诊断。

四，孕晚期保健

28孕周~分娩前。除继续监护胎儿生长发育外，主要抓孕妇各种并发症的防治及计划分娩。尤其对产科并发症的多发病妊娠高血压综合征做好系统防治。目的为减少母体脏器受损，

从而减少死胎和死产、新生儿死亡及早产和低体重儿。通过产前检查、高危门诊及病房进行纠正异常胎位，及早了解头盆情况。对高危孕妇临床监护可用听胎心、胎动计数，实验室测E，或E/C比值，了解胎儿胎盘功能，测胎头双顶径、羊水中L/S肌酐、胆红素、胎儿脂肪细胞等了解胎儿成熟度，用羊水镜、胎儿监护仪作产前无激惹试验（NST）以早期发现胎儿有无宫内窘迫，根据孕妇及胎儿情况决定分娩时间及方式。

五、分娩期保健

要求提高接产质量，减少分娩损伤及胎儿新生儿窒息。分娩监护对每一个产妇都是必要的，但重点对象为高危孕产妇。监护的内容主要为产程进展情况及产程中母婴所受的影响，以便及时采取适宜的分娩方式。产程图为易行而有效的方法，有条件者可用胎儿监护仪作宫缩刺激试验（CST）或催产素激惹试验（OCT），还可进行胎儿头皮血pH测定和气体分析。

六、产褥期及围产儿保健

重点在高危儿的监护，包括新生儿窒息的抢救，早产及小样儿的护理喂养，呼吸系统疾病的防治。

孕产妇及围产儿死亡原因分析

解放卅多年来我国城乡妇幼保健事业不断发展, 产科医疗及保健技术也不断提高, 孕产妇及围产儿死亡率均有明显下降, 解放前孕产妇死亡率估计为150/万, 到59年北京市城区已降到1/万, 是历史上最好水平, 但近10余年孕产妇死亡率又有回升, 79年北京市为4.73/万, 与59年有甚大差距。为了探求我省近年孕产妇死亡原因, 总结经验教训, 进一步提高产科质量, 各地区曾上报过一些调查资料(内容未作统一规定, 故欠完整全面), 现将省卫生厅收到的部分孕产妇死亡资料综合如下, 可对本省情况有粗略了解。

资料来源 资料来源于益阳、零陵、常德地区及邵阳市妇幼保健站、衡阳市立第二医院。统计年限有20年、5年、1年不等, 近年的统计较多, 总计370例。

孕产妇死亡率分析 由于各地区情况不同, 地区和医院之医疗条件不一, 因此, 孕产妇死亡率存在着较大差异。总的来说, 与中央卫生部的要求——力争将孕产妇死亡率降到2~5/万——还相距甚远, 我们还需做出很大努力才能达到。

年龄及产次分析

就4份资料进行孕产妇死亡年龄分析, 小于20岁者25例占8.97%, 而大于35岁者计54例占19.41%, 见表2。

从整个370例(包括60~82年资料)分析孕产妇死亡胎次, 胎次分布极广, 有高达12胎者, 一胎者占30%, 4胎以上者占

表 1 本省不同地区孕产妇死亡率分析

资 料 来 源	年 限	分娩人数	孕 产 妇 死 亡 数	死亡数/万
邵阳市二个医院	68~77	24,136	80	33.1
常 德 地 区	82	68,739	77	11.2
零 陵 地 区	82	47,826	55	11.5
益 阳 地 区	81	78,913	64	8.1
	82	80,803	67	8.3
衡阳市立二医院	60~68	10,809	18	16.6
	69~79	13,613	9	6.6

表 2 孕 产 妇 死 亡 年 龄 分 析

年 龄	<20	21—25	26—30	31—35	36—40	>40	总 计
例 数	25	75	83	43	36	18	278
百分率	8.97	26.97	29.84	15.44	19.41		100

20.2%。但到81~82年领导已再三强调计划生育，号召一胎化后，我省仍有11胎分娩致死者，2胎以上者占45.4%，4胎以上者仍占21.7%（见表3），说明我省计划生育工作距上级的要求差距还很大。

表 3

孕产妇死亡胎次分析

胎次	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	不详	总计
60 ~ 82 年	例数 111	68	52	22	41	16	7	3	1	4	2	1	42	370
	百分率 30	18.4	14.1	5.9				20.2					11.34	100
81 ~ 82 年	例数 88	55	42	21	31	11	6	3	1	3	2			263
	百分率 33.5	20.9	15.9	8				21.7						100

产妇死亡与分娩地点之分析

根据零陵、衡阳、常德及益阳的资料分析,290例死亡中,216例在家分娩,占死亡数之74.5%。此组死亡中3胎以上约占一半。分析其不愿住院分娩之原因有:①大部分为计划外分娩,对到医院分娩存在顾虑。如益阳一位18岁妇女,未婚先孕,不敢接受保健检查,躲到娘家分娩死于家中。②不懂科学,封建迷信;不愿新法接生,妇幼干部多次登门而不予接待。且大部分多胎产妇对分娩的潜在危险认识不足,自认为已生育多次均系顺产,不愿住院花钱。③基层妇幼保健组织不够健全,人力奇缺,致孕产妇管理不善,未能进行全面系统管理。加之,妇幼保健之网点不能满足群众需要,不少地区山高路远,看病住院极不方便,临产后不及送医院。上述分析可看到我省妇幼保健宣教还不够深入人心,保健网点还远不能满足群众需要,孕产妇管理不善是孕产妇死亡率高的的重要因素之一。

孕产妇死亡原因分析 孕产妇死亡原因按直接产科原因及

非直接产科原因分列于表4。直接产科原因294例,占79.5%,非直接产科原因76例,占20.5%,其中产科出血占首位,203例(54.9%)。妊毒症居第二位,占9.6%,第三位为子宫破裂,占7%,心脏病占6.2%居第四位。

表4 孕产妇死亡原因分析

	直接产科原因							非直接产科原因						
	产科出血	妊毒症	子宫破裂	羊水栓塞	产褥感染	其他	总计	心脏病	肝胆病	肺脏病	肾脏病	高血压	其他	总计
例数	203	35	26	16	13	1	294	23	12	6	1	1	30	76
百分率	54.9	9.6	7.0	4.3	3.5	0.2	79.5	6.2	3.2	1.6	0.2	0.2	8.1	20.5

产科出血203例死亡原因分析见表5。其中胎盘因素居首位(包括胎盘滞留、前置胎盘及胎盘早剥),占64.3%,尤以胎盘滞留为最多占51.2%。其次为宫缩乏力性产后流血占22.2%。

表5 产科出血情况分析

病 因	胎 盘 滞 留	前 置 胎 盘	胎 盘 早 剥	产 道 裂 伤	乏 力 性 产 后 流 血	子 宫 翻 出	其 他			总 计
							腹 腔 妊 娠	宫 外 孕	流 产	
例 数	104	17	12	11	45	10	1	2	1	203
百分率	51.2	8.4	5.9	5.7	22.2	4.8	1.8			100

上述产科出血病例约80%在家分娩，由旧法或新法接生，待大出血后无条件抢救，死于家中或转送途中者占大部分，转送至医院者亦大多重度休克，难以救治而死亡。胎盘滞留及宫缩乏力性产后流血死亡者3胎以上者居多。产道裂伤及子宫翻出多系接生员在家接生处理不当造成，如零陵地区一平产，接生员处理胎盘时用力过猛，牵断脐带后，徒手进阴道取胎盘时误将宫颈当胎盘撕裂造成大出血死亡。

因妊毒症死亡之孕产妇35例，居第二位，其中记录较详之21例中，产前产时子痫15例，产后子痫1例，死于脑溢血者3例，心衰肺水肿者3例，脑疝呼吸衰竭者6例、肺栓塞、肺炎、肾炎，消化道出血各1例。21例中虽8例有过产前检查，但未处理或处理不得力。未能将病情控制在妊毒症的早期阶段。

因子宫破裂造成之死亡中，有横位产道梗阻者、滥用催产素导致破裂及剖腹产疤痕破裂者。子宫破裂发生后个别病例又未能及时切除子宫，以致感染、中毒性休克造成死亡。

羊水栓塞是产科中发病急，病情凶险，死亡率高之并发症，本文16例中有较详记录者仅10例，2例于产时死亡，7例于产后1小时许死亡，1例死于产后4小时。合并前置胎盘者3例、胎位不正行产钳、吸引器助产者各1例，宫缩过强突发呼吸困难、休克者1例，余不详。

感染死亡者13例，多系家庭接生，消毒不严败血症死亡。

非直接产科死亡原因中，心脏病居首位，23例，占6.2%，记录较详之10例中，风心病8例，肺心病及高心病各一例。其中5例于孕期死亡。

妊娠合并肝胆疾病死亡者共12例。死于黄疸性肝炎3例、肝坏死、急性肝萎缩及肝硬化者各2例，肝脓疡1例，胆道感

染 2 例。

死于妊娠合并肺部疾患者为肺炎 3 例、肺结核、慢性支气管炎感染及脓胸各 1 例。

妊娠合并其他疾病者有颅脑血栓，出血，消化道溃疡，卵巢畸胎瘤感染，再生障碍性贫血、结核性脑膜炎、癫痫、菌痢及化脓性扁桃体炎。其中菌痢、扁桃体炎及肿瘤感染如能及时处理，应可免于死亡。更有甚者 82 年常德地区有一例破伤风死亡，零陵地区有一例青霉素过敏（未做过敏试验）死亡，此类死亡如能接受新法接生及按医疗制度行事是完全可以避免的。

围产儿死亡包括死胎、死产及出生后 28 天内的新生死亡。近年来由于围产医学的迅速发展已逐渐下降。1978 年 11 月地区性妇产科学术会议交流资料中，北京、武汉、上海等 20 个医院资料的围产儿死亡率，与世界各国相比，居中等水平。

表 6 围 产 期 死 亡 率 统 计

年 份	组 别	围产期死亡率%
1 9 7 5	瑞 士	11.1
1 9 7 5	法 国	19.3
1 9 7 5	瑞 典	11.1
1 9 7 6	美 国	17.2
1 9 7 6	日 本	14.8
1974~1977	北京、武汉、 上海等 20 个医院	15.1

围产儿死亡原因分析：本省缺乏详细资料。按上海市第一妇婴保健院60~72年及全国19省市80年尸解分析具有一定的代表性。

表 7 围产儿死亡原因分析（上海市第一妇婴保健院）

主要死亡原因	1960年%	1972年%
产程缺氧	20.7	14.0
临产前缺氧	15.9	11.0
	36.6	25
肺透明膜变	13.0	10.2
肺部情况	17.1	15.3
颅内出血	11.8	18.0
损伤性		
缺氧性	2.8	3.4
	14.6	21.4
畸形	7.3	11.2

表 8 全国19省市1103例尸解分析（1980年）

主要死亡原因	%
肺部疾患	48.32
缺氧	14.05
畸形	12.51
颅内出血	12.24

从上面二表来看，缺氧及肺部疾病是围产儿死亡的原因，颅内出血和畸形次之。近年来围产期监护技术和接产技术的进步，肺部疾患、缺氧及颅内出血均有减少，畸形之百分率相应增加。

围产儿死亡率与孕产妇之处理密切相关。从我省有限地区孕产妇死亡统计分析，孕产妇死亡率远高于上海郊区3.26/万，沈阳郊区3.3/万及北京的6.3/万，距中央的要求差距更大。为了降低母婴死亡率及保障母婴健康，今后必须加强围产期保健及医疗工作，特别应着重基层卫生单位的建设和医疗力量的配备和培养，大力开展卫生宣传教育，并应注意下列各项：

1、恢复和加强妇幼卫生学校的建设，大力培养中级助产人员，充实基层，全面推广新法接生。

2、建立或扩大妇幼保健网，力求做到各地区无空白点，大力宣传妇幼保健卫生常识，突出抓好孕产妇的系统管理，对高危孕产妇能做好预防保健，防治工作中应与内、外科医师密切配合。

3、公社卫生院一级应设立产科病床以供社员使用，高危孕妇杜绝家庭分娩。

4、定期举办产科围产期、新生儿学习班，以提高妇幼干部及临床工作者之业务水平，使能针对上述孕产妇及围产儿死亡主因进行防治，确保母婴安全及新生儿健康水平。

5、大力开展计划生育宣教，提倡一胎化，杜绝三胎。提倡节育，减少人工流产，以降低产科出血之病因。

6、建立孕产妇及围产儿死亡统计制度，统一规格项目，定期收集及分析以指导孕产妇保健工作。

高危妊娠的监护

为了降低孕产妇及围产死亡率，高危妊娠的识别和监护是主要关键。影响妊娠的高危因素为：

一、一般因素 如年龄、胎次、经济营养状况、文化水平、卫生习惯、非法妊娠等。

二、过去异常妊娠及分娩史 如流产、早产、死产、新生儿死亡、难产、畸胎史等。

三、妊娠合并症 如心、肝、肾等脏器疾患或生殖道畸形、肿瘤等。

四、此次妊娠的不良因素 如胎位异常、产道异常、妊娠中毒症、过期妊娠，妊期出血等。

高危妊娠的监护必须从妊娠早期开始，一直持续至分娩期及产后期，但各期的重点不同。

一、早妊期 为了早期识别和预防高危因素的发生和发展，国内外均采用高危妊娠评分法，惟各家评分标准不一（附苏州市高危妊娠评分标准表）。

早孕初诊时必须在详询病史（包括三级亲属的遗传疾病史）及全面体查的基础上进行第一次基础评分，以决定是否高危，并根据高危程度决定能否继续妊娠。如允许继续妊娠，应转高危妊娠门诊，由产科主治医师负责监护。由于高危因素部分呈动态变化，故在早孕进行基础评分后，于孕28周、38周及临产前还应再进行评分，以便加强监护。凡疑有遗传性先天性疾病者

应转遗传咨询门诊诊治。

如非高危妊娠亦应医劝注意营养及避免下列因素如药物、X线照射、病毒感染，工农业生产毒物等对胚胎的不良影响。

表一 苏州市围产期高危妊娠范围及评分表

高危因素 (每项10分)		中危因素 (每项 5 分)	
范 围	20 30 38 临产 W W W W	范 围	20 30 38 临产 W W W W
个 人 史	年龄>40身高 <1.5米 骨、软产道畸 形,胸廓畸形 有子宫手术史 (肌瘤摘出术等)	年龄<20或 35~39体重< 80斤 多产(三次 以上) 有附件手术史	
既 往 产 科 史	生过致命畸形 胎儿 有流产(人流) 三次或早产史 (无存活儿) 有子宫破裂或 剖腹产史	生过一般畸 形胎儿 有流产(人流) 2次或早产史 (有存活儿) 有阴道难产 史	
妊 娠 合 并 症	妊娠合并心脏 病(3~4级) 妊娠合并糖尿 病(需药物控制) 妊娠合并肾脏 病、肝炎 贫血,HB 7 克 以下 A、B、O 溶血 或Rh的免疫病	妊娠合并心 脏病(1~2级) 妊娠合并糖 尿病(需饮食 控制) 妊娠合并慢 性高血压 贫血Hb7~ 9克	