



北京协和医院

PEKING UNION MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

医疗诊疗常规

产科 诊疗常规

北京协和医院 编



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



北京通德医院

BEIJING TONGDE HOSPITAL

国内医疗权威

产科
治疗案例

北京通德医院 编

人民卫生出版社

北京协和医院 医疗诊疗常规

北京协和医院 编

编委会主任

赵玉沛

编委会委员

(按姓氏笔画排序)

于学忠	于晓初	马 方	马恩陵	王以朋	王任直	方 全	尹 佳
白连军	白春梅	邢小平	乔 群	刘大为	刘昌伟	刘晓红	刘爱民
孙 强	孙秋宁	李 方	李太生	李汉忠	李单青	李雪梅	肖 毅
吴欣娟	邱贵兴	邱辉忠	宋红梅	张奉春	张福泉	陈 杰	苗 齐
金征宇	郎景和	赵玉沛	赵永强	赵继志	姜玉新	柴建军	钱家鸣
徐英春	翁习生	高志强	桑新亭	黄宇光	梅 丹	崔全才	崔丽英
梁晓春	董方田	戴 晴	魏 镜				

编委会办公室

韩 丁 刘卓辉 尹绍尤

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

产科诊疗常规/北京协和医院编著. —北京: 人民卫生出版社, 2012. 3

(北京协和医院医疗诊疗常规)

ISBN 978-7-117-15385-0

I. ①产… II. ①北… III. ①产科病-诊疗

IV. ①R714

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 276419 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

产科诊疗常规

编 著: 北京协和医院

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 10

字 数: 190 千字

版 次: 2012 年 3 月第 1 版 2012 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15385-0/R·15386

定 价: 20.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

北京协和医院医疗诊疗常规

产科

诊疗常规

主 编 边旭明

副 主 编 刘俊涛 杨剑秋

编 者 (以姓氏笔画为序)

马良坤 付晨薇 边旭明 刘俊涛 杨剑秋

宋亦军 宋英娜 高劲松 戚庆炜

编写秘书 邓 珊

人民卫生出版社

医疗质量是医院永恒的主题,严格执行诊疗常规和规范各项操作是医疗质量的根本保证。2004年,我院临床各科专家教授集思广益,编写出版了《北京协和医院医疗诊疗常规》系列丛书(以下简称《常规》),深受同行欢迎。《常规》面世7年以来,医学理论和临床研究飞速发展,各种新技术、新方法不断应用于临床并逐步成熟,同时也应广大医务人员的热切要求,对该系列丛书予以更新、修订和再版。

再版《常规》丛书沿袭了第一版的体例,以我院目前临床科室建制为基础,扩大了学科覆盖范围。各科编写人员以“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)和“三严”(严肃的态度、严密的方法、严格的要求)的作风投入这项工作,力求使《常规》内容体现当代协和的临床技术与水平。

该丛书再版正值北京协和医院九十周年华诞。她承载了协和人对前辈创业的感恩回馈、对协和精神的传承发扬、对社会责任的一份担当。我们衷心希望该丛书能成为业内同道的良师益友,为提高医疗质量,保证医疗安全,挽救患者生命,推动我国医学事业发展作出贡献。对书中存在的缺点和不足,欢迎各界同仁批评指正。

赵玉沛

2011年9月于北京

写在前面

没有规矩,不能成方圆。我们的技术常规就是我们临床工作的规矩,或者称规范,也可以认为是指南。

协和做事中规中矩,是为严谨,乃为院训之首;是为科学作风、科学精神。老协和是有一套常规手册的,绿色封面,称为“绿皮书”,有法典之功。遇事查找,有争议时以此核对,颇有权威之效。

上个世纪八十年代,妇产科又以原版修臻补充成新的绿皮书,并作为出版物发行于市,越出协和之墙,供广大同道参考,反映颇佳。

近年,由于科技发展迅速,卫生体制改革掀起,各种规范、指南、路径相继问世,自然是好事。虽各有千秋,也良莠不齐。至少表明大家重视诊治规范化,是为学术昌盛、意识进步,有益于医、有益于患、有益于管。正是在这种情势下,我们又重新编撰了这部规范,其特点有三:

一、突出新颖。引入新理论、新观念、新技术、新方法,又要符合循证医学。虽然尚不能做到诸条皆出自“A”“B”标准,但力求做到有根有据。而且一定是有专家共识、临床应用的,而非仅仅是理论的或研究中的。

二、突出实用。临床规范作用于临床,说得清、做得到,具备可操作性及指导性。诚然,指南或规范适应于“共通性”,特例、罕见、个案,要具体问题具体分析,所谓规范化与个体化相结合。但个体化不等于“自由化”或“随意化”,个人经验依然重要,况且还有病家的认识观念及选择的影响。

三、突出便捷。常规不同于教科书或者其他专著及参考书,应是便于携带、便于查找,又文字简明、条理清晰的手册,这也是本书编著的基本原则之一。

鉴于上述基本概念和原则,我们力求将其建立为临床实践指南(Clinical Practice Guideline, CPG)或好的实践指南(Good Practice Guideline, GPG),使之促

进优化诊治、安全诊疗和节约诊治。

临床规范帮助医生制定诊治决策,提高医生水平,改善治疗效果。可以合理利用资源,有利于病人选择,减少医患矛盾。奥地利哲学家维特根斯坦的名言是:“规则之后无一物”(Nothing after rules),表明规则之重要。当然规范也要发展,也得修订,甚至还应该有实施和监督,才能更好地发挥作用。如是,还需要医生的使用和评价。像任何工具一样,有人愿意用,有人不愿意用。只有愿意应用时,它才是有用的;只有愿意应用时,才知道它的好用或不好用。

郎景和

2012年1月

《临床诊疗操作常规》是北京协和医院临床管理的法宝,是几代协和人日常工作的指南,十分权威。20 世纪 80 年代,文革刚刚结束,百废待兴之时,北京协和医院妇产科立即着手修改编写《妇产科临床诊疗操作常规》,出版发行后,在全国妇产科学界反映颇佳,在规范妇产科临床诊疗工作中发挥了巨大的作用。

近年来,妇产科学发展迅速,新理论和新技术不断地改变着临床实践。产科已经由普通的孕期保健、分娩处理发展成为围产医学、母胎医学。孕前保健、产前筛查、产前诊断、预防胎源性疾病等新概念不断的应用于临床。学科的发展敦促着制度和规范的改进,促使这本“常规”应运而生。

按照本书主编郎景和院士的要求,重新编写的诊疗常规要突出三个特点:新颖、实用和便捷,以达到优化诊治、保证安全和提高医生水平的目的。

参与《产科诊疗常规》编写的主要是在临床一线工作多年的教授和副教授。他们有丰富的临床经验,亲历近年来产科领域的学术发展,对如何规范产科的临床行为以改善诊疗效果有比较深刻的认识和体会。本“常规”经过北京协和医院产科同仁的共同讨论和修改,但仍难免有错误和不足之处,我们期待着同行们的批评指正。

边旭明

2012 年 2 月

目 录

第一章 产科门诊一般医疗保健	1
第一节 产科门诊常规	1
第二节 产前检查	2
一、概论	2
二、产前初诊	2
三、产前复诊	3
四、产科门诊医疗保健注意事项	3
第三节 高危门诊	4
一、妊娠期高血压疾病	4
二、多胎妊娠	5
三、羊水过多	5
四、羊水过少	6
五、胎儿宫内生长受限(FGR)	6
六、产前出血	6
七、母子血型不合	7
八、妊娠合并心脏病	7
九、甲状腺功能异常	7
十、糖尿病	8
十一、妊娠合并系统性红斑狼疮	9
第四节 产后检查	9
第五节 产科急诊接诊	10
一、先兆临产或临产	10
二、临近分娩	10
三、来院前或来院途中分娩	10
第二章 遗传咨询和产前诊断	12
第一节 产前筛查和产前诊断	12

一、筛查及产前筛查的概念	12
二、常用产前筛查标志物	12
三、常见胎儿染色体异常产前筛查方案的定义	13
四、产前筛查的工作程序	13
第二节 介入性产前诊断	15
第三节 产前咨询	16
第四节 妊娠期用药咨询	16
第三章 正常分娩及产褥	18
第一节 分娩处理	18
一、第一产程	18
二、第二产程	19
三、第三产程	20
第二节 产褥期观察及处理	21
第三节 新生儿检查及处理	21
第四节 产妇及新生儿出院	22
第四章 病理妊娠	23
第一节 早产	23
第二节 妊娠期高血压疾病	27
第三节 多胎妊娠	32
第四节 羊水过多及羊水过少	34
一、羊水过多	34
二、羊水过少	35
第五节 胎儿宫内生长受限	36
第六节 前置胎盘	37
第七节 胎盘早剥	39
第八节 胎死宫内	40
第九节 母子血型不合	41
第十节 妊娠期肝内胆汁淤积症	42
第十一节 胎膜早破	43
第十二节 过期妊娠	44
第五章 妊娠合并症	45
第一节 妊娠合并心脏病	45

第二节 妊娠合并病毒性肝炎	49
第三节 妊娠期糖尿病	52
第四节 妊娠合并甲状腺疾病	55
一、妊娠合并甲状腺功能亢进	55
二、妊娠期甲状腺功能减低	57
第五节 妊娠合并支气管哮喘	58
第六节 妊娠合并贫血	60
一、妊娠合并缺铁性贫血	60
二、妊娠合并巨幼红细胞性贫血	61
三、妊娠合并再生障碍性贫血	62
第七节 妊娠合并特发性血小板减少性紫癜	63
第八节 妊娠合并泌尿系统感染	65
一、妊娠合并无症状菌尿症	65
二、妊娠合并急性膀胱炎	66
三、妊娠合并急性肾盂肾炎	66
第九节 妊娠合并慢性肾小球肾炎	67
第十节 妊娠合并系统性红斑狼疮(附:抗磷脂抗体综合征)	68
第十一节 妊娠合并垂体泌乳素瘤	70
第十二节 妊娠合并急性阑尾炎	71
第十三节 妊娠合并胆囊炎和胆石症	72
第六章 异常分娩	74
第一节 产力异常	74
一、子宫收缩乏力	74
二、子宫收缩过强	75
第二节 产道异常	76
一、骨产道异常	76
二、软产道异常	77
第三节 胎位异常	78
一、持续性枕后位、枕横位	78
二、胎头高直位	79
三、前不均倾位	79
四、额先露	80
五、面先露	80
六、臀先露	80

七、肩先露	81
八、复合先露	82
第四节 肩难产	83
第五节 试产	83
第六节 剖宫产后阴道分娩(VBAC)	84
第七章 分娩期及产褥期并发症	85
第一节 脐带脱垂	85
第二节 先兆子宫破裂及子宫破裂	86
第三节 胎儿窘迫	87
第四节 产科休克	87
一、产科失血性休克	88
二、产科感染性休克	88
第五节 羊水栓塞	89
第六节 产后出血	90
第七节 晚期产后出血	91
第八节 弥漫性血管内凝血	92
第九节 胎盘滞留	93
第十节 产褥感染	94
第十一节 产褥期精神综合征	95
一、产后忧郁	95
二、产后抑郁	95
三、产后精神病	96
第八章 产科技术操作和手术	97
第一节 绒毛活检术	97
第二节 羊膜腔穿刺术	99
第三节 经皮脐血管穿刺术	101
第四节 羊膜镜检查术	103
第五节 胎儿镜检查术	103
第六节 胎儿电子监护	105
一、无应力试验(NST)	106
二、宫缩应力试验(CST)	106
三、缩宫素激惹试验(OCT)	107
第七节 晚期妊娠引产术	108

第八节 人工破膜术	113
第九节 会阴切开缝合术	114
第十节 胎头负压吸引术	116
第十一节 产钳术	118
第十二节 人工胎盘剥离术	121
第十三节 软产道裂伤修补术	122
一、会阴、阴道裂伤修补术	122
二、宫颈裂伤修补术	124
第十四节 臀位助产术与臀牵引术	125
一、臀位助产术	125
二、臀位牵引术	126
第十五节 转胎术	127
一、臀位外倒转术	127
二、臀位内倒转术	128
第十六节 毁胎术	129
一、断头术	129
二、除脏术	130
三、穿颅术	131
第十七节 剖宫产术	132
第十八节 子宫腔纱布条填塞术	137
第十九节 B-Lynch 缝合术	139
第二十节 子宫动脉上行支结扎术	140
第二十一节 髂内动脉结扎术	140
第二十二节 宫颈环扎术	141

第一章

产科门诊一般医疗保健

第一节 产科门诊常规

1. 人员与职责 产科门诊由高年资产科医师及护士专门负责围产保健管理工作。工作内容包括医疗、各种卡片管理、孕妇随诊、产后随访、宣教及围产统计等工作。

2. 产科门诊分类 产科门诊设有产前检查、产科初诊、产科复诊、高危门诊、产前咨询和产前诊断、产后随诊。

3. 检查时间 分产前检查、产前初诊和产前复诊三个部分。

(1) 查尿 hCG(+) 或血 β -hCG $>20\text{mIU/ml}$, 肯定妊娠诊断, 并确定愿意继续妊娠、要求在本院产检并分娩者, 进入产前检查。

(2) 完成产前检查者, 进行产前初诊检查, 包括建卡, 填写产科专用表格、全面查体并核对预产期。

(3) 完成产前初诊者进入复诊阶段, 正常情况下, 妊娠 28 周以前每 4 周随诊一次, 妊娠 28~36 周期间每 2 周随诊一次, 36 周以后至住院每周随诊一次。

(4) 产后检查在产后 42~50 天进行。

4. 产前讨论 每月末, 由门诊及产科病房医师共同对下月预产期内伴有合并症或并发症的病例进行讨论, 提出诊断、治疗意见, 并对分娩方式提出建议或做出决定。

5. 宣教制度 孕期进行两次产前宣教, 第一次于产初检查时, 介绍孕妇须知并解答有关问题, 第二次于妊娠 36 周左右进行, 介绍孕妇须知, 如临产、分娩、产褥以及新生儿护理和喂养等问题。建议妊娠糖尿病或孕前糖尿病患者听一次

孕期营养指导课。

第二节 产 前 检 查

一、概论

1. 查尿 hCG(+) 或血 β -hCG $>20\text{mIU/ml}$, 肯定妊娠诊断, 并确定愿意继续妊娠, 要求在本院产检并分娩者, 进入产前检查。

2. 测量基础血压和体重。

3. 仔细询问月经史、既往史、家族史。

4. 对早孕有其他合并症者, 应请相关科室会诊, 确定能否继续妊娠, 并商讨妊娠过程中的合并症处理。如不宜继续妊娠, 应将继续妊娠的风险向孕妇交代清楚, 由其在知情同意原则上决定是否终止妊娠。

5. 在妊娠 11~13⁺6 周左右做超声检查, 测量胎儿 CRL 以核对孕周, 测量 NT 值进行常见染色体非整倍体的早孕超声筛查。NT $\geq 3\text{mm}$ 者转诊至产前咨询门诊。

6. 妊娠 11~13⁺6 周超声检查正常者, 继续产前检查

(1) 进行常规化验检查, 包括血常规、尿常规、肝肾全、血型 +Rh 因子、输血八项。

(2) 妊娠 15~20⁺6 周期间进行唐氏综合征母血清学筛查, 筛查高危者转产前咨询门诊。

(3) 妊娠 20~24 周行系统胎儿超声检查。

7. 有遗传病家族史或有产前诊断指征的孕妇应转诊至产前咨询门诊。

8. 产科门诊一般保健内容详见表 1-1。

二、产前初诊

1. 完成产前检查者, 进入产初检查。

2. 填写本院产前管理卡 1 张, 注明并发症、复诊日期, 交产前管理归档。

3. 按产科初诊表内容, 详细采集记录月经史、生育史、个人既往史及家族史。进行全面查体、产科检查, 并在系统胎儿超声检查除外胎盘低置状态的前提下行骨盆测量。

4. 一年以内未进行过 TCT 检查者, 在系统胎儿超声检查除外胎盘低置状态的前提下, 可于骨盆测量的同时行 TCT 检查。

5. 妊娠 24~28 周期间行 50g 糖筛查。

6. 发现妊娠并发症或合并症者,转诊至高危门诊随诊。
7. 从妊娠 20 周开始,建议预防性服用铁剂。视孕妇具体情况决定是否预防性补充钙剂。

三、产前复诊

1. 询问孕妇上次检查后的一般健康状况,按复诊表格项目进行检查和填写。
2. 妊娠 32 周左右复查血常规。
3. 妊娠 30~32 周行超声检查,了解有无 FGR。
4. 孕 20 周之后每次复诊均应检查尿常规,测量血压和体重,结果异常者应注意随访。
5. 妊娠 28 周起要求产妇进行胎动计数,如发现胎动异常或听诊胎心音异常,应进行 NST 检查。
6. 妊娠 36 周左右行 NST 检查和阴拭子培养。
7. 妊娠 32 周时全面核对预产期、胎儿生长情况、孕妇并发症及合并症情况、各项化验结果、骨盆测量结果,对母胎进行评价。
8. 妊娠 38 周进行超声检查,评估 AFI 值、确认胎位、估测胎儿体重,再次对母胎进行评价,并决定分娩方式。

四、产科门诊医疗保健注意事项

1. 孕妇第一次来看产科门诊时就应该核对预产期。
2. 预产期的核对应将临床推算和超声推算结合起来。
 - (1) 如果通过 LMP 推算的预产期和超声检查推算的一致,且超声推算结果的误差在超声检查所允许的范围内,则可以依据 LMP 来推算预产期。
 - (2) 如果孕妇的月经不规律,或孕妇无法提供用于推算预产期的临床资料,则依据超声检查来推算预产期。用于确定预产期的超声检查以孕 11~13⁺⁶ 周超声测量的 CRL 结果为主。
3. 当 20 周之后,每次产科门诊均应进行尿常规检查,注意有无尿蛋白出现,如两次尿蛋白阳性,应进一步行 24 小时尿蛋白定量以及其他相关检查。
4. 每次产科门诊均应测量血压、体重。
5. 从 28 周之后每次门诊均应测量宫高、腹围,如增长不满意,应注意除外 FGR(表 1-1)。