

实用妇产科急症指南

刘棣临 主 编
张惜阴



沈阳出版社

参加本书编写人员（按姓氏笔划为序）

巴景阳	方以晖	王佩贞	王德智
王淑雯	王英华	刘锦临	刘锦芝
石一复	石光	石树中	卢云石
朱人烈	朱凤全	朱若云	朱桂金
宁文贤	成文彩	吴葆楨	吴宇芬
李守柔	李群然	庄依亮	陈惠池
周世梅	周群莹	周重宛	单家治
郎景和	罗焕显	林其德	姚天一
赵瑞琳	费冲	顾美健	殷立基
唐泰海	张惜刚	张丽中	张振钧
潘琢如	魏正强		

前 言

随着医学理论的不断发展和医学技术手段的不断进步，新的诊断及抢救、治疗措施不断出现，广大临床妇产科医生急需一本简明、实用的妇产科急症指南，为此，我们组织国内一些著名的妇产科专家，编写了《实用妇产科急症指南》。本书分为产科篇及妇科篇，产科篇由上海第二医科大学新华医院刘禄临教授主编，妇科篇由上海医科大学妇产科医院张惜阴教授主编。

本书以妇产科医师，尤其是基层妇产科医生为主要阅读对象。内容以妇产科疾病的紧急处理为主，结合作者的实践及体会介绍先进、实用的经验。

本书的产科篇分四部分：第一部分为经各种监护手段初筛，发现胎儿处于不良状态时的进一步监测及处理；第二部分为孕产妇合并各种疾病或并发症的急诊处理及预防；第三及第四部分分别对产科急腹症和休克进行总剖析，以总论的方式进行横的分析，使读者既有疾病的垂直概念又有横向的思维，达到指导临床实践的作用。妇科篇主要以患者急诊就医时的主要症状及临床表现来分章叙述，如阴道流血、疼痛、损伤、休克等，并另设一章叙述急诊妇科手术。各种疾病则按原因、诊断要点及治疗等依次叙述。一种疾病可能有两种或两种以上的症状，为尽量避免重复，则以最常见的症状归类，而在另一症状章节内则简略提及，虽然如此仍免不了重复。急诊手术章则仅叙述急诊需要做的手术，其他很多手术则不予讨论。本书旨在帮助读者在复杂多变的临床实践

中，提高思维、分析、综合的能力，在具体处理病员时有所裨益。

妇产科急症范围较广，尤其是产科，几乎所有的孕产妇都具有潜在的急症因素，涉及孕产妇本身及其胎婴儿。由于篇幅所限，不能一一编入，只选择了对孕产妇及胎婴儿危害较严重的疾病加以阐述。由于时间紧迫，编者水平有限，书中难免不妥之处，敬请读者批评指教。

实用妇科与产科杂志编辑部

1990年4月

目 录

产科篇

第一章 胎儿情况不良的监护与处理	1
第一节 自我监护异常及处理.....	1
第二节 生化监测异常及处理.....	4
第三节 生物物理监护异常及处理.....	9
第四节 超声监护异常及处理.....	17
第五节 羊膜镜监护异常及处理.....	31
第二章 妊娠合并内科疾病	34
第一节 急性心衰.....	34
第二节 急性肾盂肾炎.....	43
第三节 急性肾功能衰竭.....	45
第四节 肝脏疾病.....	50
第五节 再生障碍性贫血.....	58
第六节 特发性血小板减少性紫癜.....	61
第七节 白血病.....	65
第八节 系统性红斑狼疮.....	67
第九节 肺炎.....	69
第十节 支气管哮喘.....	73
第十一节 咯血.....	78
第十二节 糖尿病昏迷及酮症酸中毒.....	81
第十三节 甲状腺机能亢进与甲亢危象.....	88
第十四节 胸廓畸形.....	92

第三章 妊娠合并传染科疾病	97
第一节 脑型疟疾（疟疾高热昏迷）.....	97
第二节 丹毒.....	99
第三节 细菌性痢疾.....	100
第四节 阿米巴痢疾.....	102
第四章 妊娠合并外科疾病	105
第一节 阑尾炎.....	105
第二节 胆囊炎胆石症.....	107
第三节 胰腺炎.....	109
第四节 肾结石.....	110
第五节 脑肿瘤和脑血肿.....	111
第五章 妊娠并发症	113
第一节 早产.....	113
第二节 过熟儿综合征.....	116
第三节 产科 DIC 的诊断与处理.....	120
第四节 重度妊娠高血压综合征.....	127
第五节 胎膜早破.....	136
第六节 产前流血.....	142
第七节 胎儿宫内发育迟缓.....	156
第八节 ABO 及 Rh 溶血症.....	172
第六章 产时并发症	179
第一节 难产.....	179
一、胎头位置异常.....	179
持续性枕后（横）位.....	179
胎头高直位.....	186
头盆倾势不均.....	189

面先露.....	192
额先露.....	194
二、臀位.....	195
脐带脱垂.....	195
胎臂上举.....	196
后出头娩出困难.....	197
三、忽略性横位.....	203
四、复合先露.....	205
五、多胎妊娠.....	207
两头相撞.....	207
联体双胎.....	208
六、胎肩难产.....	209
第二节 羊水栓塞.....	211
第三节 宫内窘迫.....	216
第四节 脐带因素.....	221
第五节 子宫先兆破裂及子宫破裂.....	223
第六节 狭窄环.....	226
第七节 新生儿窒息的抢救及复苏.....	227
第七章 异常产褥	236
第一节 产后溶血性尿毒症性综合征.....	236
第二节 产后及产褥期出血.....	238
第三节 产褥期血栓性栓塞症.....	244
第四节 产褥期感染.....	248
第五节 产褥期热射病.....	254
第八章 产科急腹痛总论与剖析	259
第九章 产科休克总论及剖析	269

妇科篇

第一章 阴道流血	285
第一节 阴道创伤及病变.....	285
第二节 宫颈创伤及病变.....	291
第三节 宫体宫腔病变.....	299
第四节 早期妊娠异常.....	312
第五节 医源性流血.....	319
第二章 急性疼痛	320
急性腹部疼痛	320
第一节 急性盆、腹腔炎症.....	320
第二节 盆腔脏器穿孔或破裂.....	329
第三节 盆腔脏器急性血运障碍.....	340
第四节 其他原因的腹痛.....	345
急性阴部疼痛	357
第一节 前庭大腺炎.....	358
第二节 急性外阴溃疡.....	359
第三节 阴道异物.....	360
第三章 创伤	362
第一节 子宫穿孔或破裂.....	362
第二节 性交损伤.....	365
第三节 强奸.....	368
第四节 车祸.....	370
第五节 其它损伤.....	372
第四章 休克	376
第一节 失血性休克.....	376

第二节	感染性休克·····	378
第三节	水电解质紊乱·····	383
第四节	过敏性休克·····	389
第五节	其他休克·····	392
第五章	手术后并发症·····	394
第一节	伤口并发症·····	394
第二节	术后发热·····	401
第三节	呼吸系统并发症·····	405
第四节	消化道并发症·····	408
第五节	术后泌尿道并发症·····	415
第六章	常用的急诊手术·····	423
第一节	刮宫术·····	423
第二节	后穹窿穿刺术·····	426
第三节	腹腔穿刺术·····	430
第四节	外阴、阴道、宫颈撕裂修补术·····	432
第五节	静脉切开术·····	435
第六节	锁骨下静脉穿刺插管术·····	437
第七节	髂内动脉结扎术·····	439
第八节	髂内动脉造影栓塞术·····	441
第九节	急诊腹腔镜检查·····	443

附 录

附录1	$\text{cmH}_2\text{O} \rightarrow \text{kPa}$ 速见表·····	449
附录2	$\text{mmHg} \rightarrow \text{kPa}$ 速见表·····	450
附录3	常用人体检验新旧单位参考值对照表·····	453

产 科 篇

第一章 胎儿情况不良的 监护与处理

第一节 自我监护异常及处理

一、胎动监护

胎动是指胎儿躯干及肢体在宫内的活动。随着妊娠月份的增加,胎动逐渐活跃。自妊娠18~20周时起,孕妇可自觉胎动,同时亦可经腹壁触到、听到甚至看到。由于孕妇凭主观感觉自行作胎动计数,与电子仪器及医生听诊计数基本相符,方法简便,结果可靠,因此胎动作为胎儿安危的指标,已普遍得到人们的重视,并作为自我监护 (self-surveillance) 的方法应用于临床。

胎动次数随着妊娠月份而增加,28~30周时达高峰,38周后由于先露部下降,胎动常常减少,妊娠过期后减少更显著。一昼夜间胎动次数亦有变化,上午8~12时胎动均匀,以后逐渐减少,下午2~3时减至最少,至晚上8~11时又增加至最多。因此一般应从妊娠28周开始,每天早、中、晚三次固定时间进行胎动计数。孕妇可于上午9时,下午2时,晚上9时分别进行60分钟计胎动次数,三次数之和乘4则得出12小时的胎动数。如发现1小时的胎动数在3次以下,则应连续记录6或12小时胎动数。

正常情况下,胎动次数每天约30~40次,个体差异较大,每个孕妇都有自己的胎动规律。一般认为,12小时内胎动不

得少于10次,将此作为正常值的最低界限。12小时内胎动累计数少于10次或逐日下降超过50%而不能恢复或停止者,表示胎儿有缺氧,即可诊断宫内窘迫。但是,镇静剂或硫酸镁引起的胎动次数减少或暂时消失不在此列。

发现胎动减少应立即卧床,采取左侧卧位。如果仍不能恢复,应立即到医院进一步检查及治疗。

二、胎心率监护

经腹壁听诊法是观察胎心率变化的最简单而实用的方法。正常胎心率在120~160次/分, <120 次/分或 >160 次/分,表示胎心率异常。应采取两次听诊法,即宫缩间歇期听一次,以了解胎心率,宫缩后30秒钟时再听一次,如胎心率仍不能恢复或不规则,提示宫内窘迫。可指导其丈夫学会听取胎心,进行家庭自我监护。

如自我监护发现异常,应去医院做如下各项检查:

(一) 胎心电子监护

胎心电子监护可动态观察胎心的细微变化,并可同时观察其与胎动、宫缩的关系,能对胎儿的情况提供及时准确的判断(见该章节)。

(二) 羊膜镜检查

是应用羊膜镜通过完整的胎膜,观察羊水量及其性状的一种简便的方法。羊水混浊呈黄绿色至深棕色表示胎儿缺氧。

(三) B超检查

进行五项生物物理指标的监测(见该章节)。

(四) 胎盘功能检查

应测定雌三醇(E_3)或雌激素/肌酐(E/C)比值,胎儿胎盘单位功能,或进行胎盘泌乳素(hPL)等胎盘功能测定。连续

动态地观察其变化，如持续处于低值或突然下降50%，提示胎盘功能减退，胎儿慢性缺氧。

（五）胎儿成熟度检查

在必要时作羊膜囊穿刺，抽取羊水进行各种检查，最重要的是卵磷脂/鞘磷脂(L/S)比值，测定胎儿肺成熟度，以便决定终止妊娠问题。根据进一步检查的结果，可考虑进行下列处理：

【处理】

吸氧 用面罩正压给氧，提高母体血氧含量，改善胎儿血氧供给。

β -受体兴奋剂 口服硫酸舒喘灵或静滴异丙肾上腺素，抑制或减弱宫缩，增加子宫胎盘灌流量，改善胎儿供血供氧情况。

静注新三联 在充分供氧的条件下静注新三联：50%葡萄糖60~80ml加维生素C1g、维生素K₁10mg，增加组织对缺氧的耐受性，加强心肌对能量的利用，改善胎儿血液循环及脑部淤血状态，以减少颅内出血的发生。必要时于胎儿娩出前30分钟内，静滴4~5%碳酸氢钠100~200ml。

终止妊娠 应根据胎儿成熟度、胎盘功能及胎儿宫内情况这三项有关胎儿预后的指标，综合考虑决定。

（一）治疗后胎儿缺氧有所改善，胎儿成熟、宫颈成熟者可静滴催产素引产，如胎儿不成熟，可在严密观察下期待治疗，待胎儿成熟后再终止妊娠。

（二）胎儿已成熟，出现下列情况，应紧急行剖宫产术终止妊娠。

1. 胎动停止，经上述处理胎动仍不恢复。

2. 胎心率持续 >160 次/分或 $<100\sim120$ 次/分；胎心率基线波动降低、低平，或伴LD；NST无反应型或OCT(CST)阳性；反复出现LD或VD。

3. 羊水污染Ⅱ～Ⅲ度，羊水平段 <2.0 cm。

4. 胎盘功能明显减退者。

5. 生物物理指标综合评分 ≤ 5 分，两小时后不恢复者。

6. 合并难产者。

7. 需缩短第二产程者。

(三) 胎儿未成熟，可先采取羊膜囊内或者静滴地塞米松，促进胎儿肺成熟后，立即引产或行剖宫产术。

(白求恩医科大学第三临床学院 宇文贤)

第二节 生化监测异常及处理

围产期实验室生化监测(bio-chemical assay)大体上分为胎盘功能检查和胎儿成熟度判定。

一、胎盘功能检查

测定方法和临床意义

在胎盘功能检查中较为可靠和常用的方法有雌三醇(E_3)、总雌激素/肌酐(E/C)比值、胎盘泌乳素(hPL)测定，其次还有妊娠特异蛋白，如妊娠特异 β_1 -糖蛋白(SP_1)和胎盘酶的测定，如耐热性碱性磷酸酶(HSAP)、胱氨酸氨基肽酶(CAP)和亮氨酸氨基肽酶(LAP)等测定。

1. E_3 测定。测 E_3 的方法很多，如生化法、放射免疫法、乳胶凝集法等。

(1) 24小时尿 E_3 的测定。妊娠30周以后24小时尿 E_3 正常值见表1-1。

表1—1 妊娠期尿中 E_3 值/24h($1\text{mg}\approx 3.468\mu\text{mol/d}$)

孕 周	例 数	范围(mg/24h)	平均值(mg/24h)
32~33	9	9~26.375	17.8
34~35	19	13~26.125	19
36~37	20	16~32.25	21.7
38~39	22	15.35~33.25	24.2
40~41	22	13.75~35.75	23.3
42周以上	15	10~9	17

(上海医科大学妇产科医院资料)

若连续测定24小时尿 E_3 含量均在 $41.6\mu\text{mol}(12\text{mg})$ 以下或突然下降50%以上,提示胎盘功能减退,围产儿病死率、胎儿宫内发育迟缓及围产儿窒息的发生率均明显升高;如 E_3 值为 $27.7\mu\text{mol}(8\text{mg})/24\text{h}$ 提示胎盘严重受损;如 E_3 值 $\leq 13.9\mu\text{mol}(4\text{mg})/24\text{h}$,则胎儿处于濒死状态。

除胎盘功能减退外,可使尿 E_3 排泄减少的原因有:①胎儿肾上腺皮质发育不全,如无脑儿等。②胎盘硫酸脂酶缺乏。③孕妇肝、肾功能不全。④广谱抗生素干扰肠道细菌正常菌群。⑤尿量丢失。

下列情况可使尿 E_3 排泄增加:①双胎。②胎儿体重过大,其肾上腺皮质亦大。故糖尿病合并妊娠,虽然胎盘功能可减退,但由于胎儿大, E_3 值可正常或偏高。③Rh溶血病, E_3 排泄在正常范围,胎盘功能可能已下降。

(2) 血浆 E_3 的测定。常用放射免疫法,如妊娠32周以后,血浆多次测定 $E_3\leq 4\text{ng/ml}$ (13.9pmol/L)或急剧减少达35%以上提示胎盘功能减退。

(3) 随意尿 E/C 比值代替 E_3 测定。许多资料证明 E/C 比值和24小时尿 E_3 之间有良好相关性。正常妊娠 E/C 比值

伴随妊娠的进展而增加,32周以后迅速上升,38孕周达高峰,以后稍有下降,并维持在同一水平。 E/C 比值 >15 为正常值,10~15为警戒值, ≤ 10 为危险值。

2. 人胎盘泌乳素(hPL)测定。hPL是胎盘合体细胞产生的,其半衰期较短,仅为10~20分钟,能迅速反映胎盘功能状态。其血中浓度伴随妊娠的进展而增加,38周达峰值,并维持至分娩,产后迅速下降,3~6小时即测不出。正常值为4~11 $\mu\text{g}/\text{ml}$,如下降至4 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 以下,提示胎盘功能减退,围产儿病死率明显增加。

3. 妊娠特异 β_1 -糖蛋白(SP_1)测定。 SP_1 是胎盘合体细胞产生的,半衰期30~40小时,可较迅速地反映胎盘功能状态。孕卵植入后 SP_1 即进入母体血循环,并逐渐上升,38~40周达高峰,40周以后有所下降。如妊娠末期 $\text{SP}_1 < 100\mu\text{g}/\text{ml}$,提示胎盘功能不全,宫内窘迫和新生儿窒息的发生率均明显增加。

【处理】

1. 如实验室检查发现胎盘功能不全,应连续测定,或结合B超、胎儿监护仪和羊膜镜检查等进行综合判定。

2. 着重对病因进行治疗,如妊高征、妊娠合并慢性高血压、妊娠合并慢性肾炎、过期妊娠、IUGR等。

3. 一般治疗:(1)左侧卧位可减轻妊娠子宫对下腔静脉的压迫,改善子宫胎盘血流量,改善胎盘功能,使 E_c 合成及排出量增加。(2)口服硫酸舒喘灵2.4~4.8mg,每日4次,可以降低子宫张力,改善胎盘循环,纠正胎盘缺氧。

(3)静脉点滴葡萄糖和维生素C。(4)间断吸氧,每日3~4次,每次30~60分钟。(5)适时终止妊娠。

二、胎儿成熟度判定

(一) 羊水中磷脂类的测定

在胎儿成熟度判定中以肺成熟度最为重要，因未成熟儿死亡的主要原因为新生儿呼吸窘迫综合征(RDS)。RDS的发生是肺内缺乏足够的表面活性物质。表面活性物质中80%以上是磷脂，其中50%是二棕榈酰卵磷脂(DPPC)，9~15%是磷脂酰甘油(PG)，此外还有磷脂酰肌醇(PI)及鞘磷脂等。通过羊水中表面活性物质，特别是羊水中磷脂的测定可判断胎儿肺成熟度。

1. 卵磷脂/鞘磷脂(L/S)比值。卵磷脂伴随妊娠的进展逐渐增加，35周以后迅速上升，鞘磷脂则相对稳定，所以可通过L/S比值判断胎儿肺成熟度。目前常用薄层层析法。成熟值 ≥ 2.0 ，可疑值 $1.50 \sim 1.99$ ，未成熟值 < 1.5 。

2. PG的测定。PG与肺成熟度关系密切，目前常用的方法有单向二次薄层层析法和乳胶凝集法。若羊水中检出PG，证明胎儿肺已经成熟。

3. 羊水振荡试验。同上述方法，因较复杂且国内尚无试剂（如PG乳胶凝集试剂），所以可用简便快速的羊水振荡试验来判断胎儿肺成熟度。

操作方法：取 $100 \times 14\text{mm}$ 试管5支，按表1—2进行操作。

表 1—2 羊水、振荡试验操作方法

项 目	1	2	3	4	5
羊水量	1.0	0.75	0.5	0.25	0.20
生理盐水	0	0.25	0.5	0.75	0.80
95%酒精	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
羊水：95%酒精	1/1	1/1.3	1/2	1/4	1/5

结果判定：每支试管均强振15秒后，放置15分钟观察结果，若液面与试管壁接触处有一圈连续不断泡沫者为阳性，有泡沫但不连续为可疑，无泡沫为阴性。

测定值： $\geq 1.3/1$ 阳性为成熟值， $1/1$ 阳性为可疑值， $1/1$ 阴性为不成熟值。

4. 羊水光密度650nm(OD650)测定。肺表面活性物质在光密度650nm处有一个特异的吸收峰，通过OD650测定可反映肺表面活性物质的含量。取离心后羊水上清液用751分光光度计测定，波长650nm，以蒸馏水调零点，读光密度值。其成熟值 ≥ 0.075 ，可疑值 $0.051 \sim 0.074$ ，未成熟值 ≤ 0.050 。值得注意的是每个实验室和不同的分光光度仪测定值不尽相同，需结合具体情况确定测定值。

(二) 羊水肌酐测定。随着胎儿的成熟，可将胎儿体内的代谢产物通过胎儿尿排入羊水中。测定羊水中肌酐浓度可反映胎儿肾成熟度 其成熟值 $\geq 176.8 \mu\text{mol/L}$ (2mg/dl)，可疑值 $132.6 \sim 175.9 \mu\text{mol/L}$ ($1.5 \sim 1.99\text{mg/dl}$)，未成熟值 $< 132.6 \mu\text{mol/L}$ (1.5mg/dl)。

(三) 羊水光密度450nm(O、D450)测定。随着胎儿肝的成熟，羊水中胆红素和OD450值逐渐下降，实验证明 $\Delta\text{OD}450$ 与羊水中胆红素有良好相关性。取新鲜羊水，立即离心，取上清液用721分光光度计测定，波长450nm，以蒸馏水调零点，读光密度值。操作时要在避光下进行。正常妊娠38周以后多数羊水的 $\Delta\text{OD}450$ 近于零。其成熟值 < 0.03 ($0.02 \sim 0.04$)。

(四) 羊水淀粉酶测定。羊水中淀粉酶主要来自胎儿唾液腺，并伴随妊娠的进展而增加，是判断胎儿成熟度的良好