

简明产科急症学

胡佩兰 编著

黑龙江人民出版社

责任编辑：张元荣
封面设计：安振家
插图：吕淑贤

简明产科急症学

Jian Ming Chan Ke Ji Zheng Xue

胡佩兰 编著

黑龙江人民出版社出版

(哈尔滨市道里森林街42号)

黑龙江新华印刷厂印刷 黑龙江省新华书店发行

开本 787×1092毫米 1/32：印张 8 10/16·字数 162,000

1986年1月第1版 1986年1月第1次印刷

印数 1—5,150

统一书号：14093·85

定价：1.85元

前 言

根据产科临床的需要，结合多年实践中积累的资料，编写成《简明产科急症学》一书。

书中重点介绍了产科临床中经常遇到的急症的处理与抢救。较为详细地阐述了妊娠出血、妊娠合并症、难产、失血性休克、围产儿急症及其计划生育手术意外等的病因、临床表现、诊断、处理以及如何预防。并附有比较详细的产科急症的手术图谱。目的在于能对基层产科工作者，提供这方面的专业知识，并作为临床参考之用。

在编写此书过程中，承蒙有关党政领导及同志们热情关怀和大力支持，承蒙吕淑贤同志绘图，在此一併表示感谢。

但由于本人水平有限，经验不足，书中不妥之处，在所难免，诚恳地渴望广大读者予以批评指正。

胡 佩 兰

1984年12月20日

目 录

第一章 产科出血	1
第一节 妊娠早期出血	1
一、流产	1
二、水泡状胎块	7
三、恶性葡萄胎	12
第二节 妊娠晚期出血	15
一、前置胎盘	15
二、胎盘早期剥离	19
第三节 产后出血	23
一、宫缩乏力性出血	24
二、胎盘异常性出血	26
三、软产道损伤	30
四、凝血机制障碍性出血	31
第四节 其它	39
一、子宫外孕(异位妊娠)	39
(一)输卵管妊娠	39
(二)腹腔妊娠	45
二、子宫破裂	49
三、子宫内翻	53
四、羊水栓塞	60
第二章 妊娠急性合并症	65
第五节 子痫	65

第六节	妊娠合并心力衰竭	70
第七节	妊娠合并急性阑尾炎	76
第八节	妊娠合并急性传染性肝炎	79
第九节	妊娠期手足搐搦症	82
第十节	妊娠期仰卧位低血压综合征	85
第三章	难产	88
第十一节	胎位性难产	88
一、	忽略性横位	88
二、	臀位	91
三、	头盆不称	95
四、	复合先露	102
第十二节	软产道异常	104
一、	外阴及阴道异常	104
二、	子宫颈异常	105
三、	子宫体异常	106
四、	软产道肿瘤阻塞	107
第十三节	畸形胎儿	110
一、	脑积水	110
二、	联体双胎	113
第十四节	其它	116
一、	脐带脱垂	116
二、	胎膜早破	119
三、	双胎分娩	122
第四章	产科休克	125
第十五节	失血性休克	125
第十六节	感染性休克	129

第十七节 急性肾功能衰竭	133
第十八节 产后血管舒缩性虚脱	139
第五章 围产儿急症	142
第十九节 胎儿窘迫	142
第二十节 新生儿窒息	144
第二十一节 新生儿产伤	147
一、头颅血肿	147
二、颅内出血	148
三、骨折	149
四、周围神经损伤	150
第二十二节 新生儿自然出血症	150
第二十三节 新生儿呼吸困难综合征	152
第六章 计划生育手术意外	155
第二十四节 急性盆腔炎	155
第二十五节 节育术所致的脏器损伤	153
一、子宫损伤	158
二、其它脏器损伤	169
三、输卵管系膜断裂与血肿	170
第二十六节 中引引起的羊水栓塞症	173
第二十七节 人工流产综合征	175
第七章 产科急症技术操作	177
一、心跳、呼吸停止的抢救	177
二、静脉输液及输血法	182
(一) 静脉输液法	182
(二) 静脉输血法	187
三、产科急症输血及输液种类	191

四、静脉切开术	193
五、产科急症麻醉	195
六、后穹窿穿刺—后穹窿引流术	202
七、会阴切开术	203
八、会阴裂伤缝合术	206
九、宫颈裂伤缝合术	208
十、子宫收缩乏力所致产后出血紧急措施	209
十一、人工剥离胎盘术	211
十二、胎头吸引术	214
十三、低位产钳术(出口产钳术)	217
十四、臀位牵引术	221
十五、内倒转术	226
十六、穿颅术及碎胎术	229
十七、断头术	232
十八、除脏术	234
十九、锁骨切断术	236
二十、新生儿复苏术	237
二十一、气管插管术	238
二十二、脐静脉插管术	239
二十三、剖宫产术	241
二十四、子宫切除术	254

第一章 产 科 出 血

第 一 节 妊娠早期出血

一、流 产

妊娠不到 28 周，胎儿体重不足 1.000 克终止妊娠者，称为流产。发生在妊娠 12 周以前者，称为早期流产。发生在妊娠 12—28 周者，称为晚期流产。

【病因】 流产由多种因素引起。主要有：

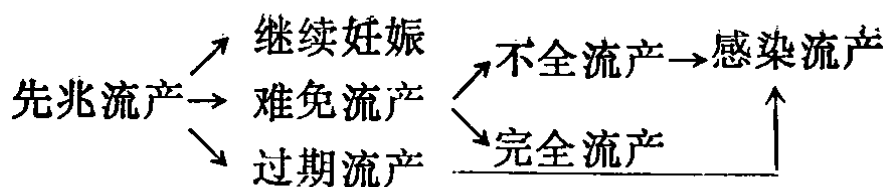
1. 胚胎因素：由于精子或卵子缺陷，或两者均有缺陷，致胚胎不能生存；妊娠早期接受过多有害化学物质及药物毒物，放射线，或遭受病毒感染等，导致孕卵畸形，是发生流产的主要原因。

2. 母体因素：内分泌失调，生殖器疾病，宫颈内口松弛，急慢性传染病等，也可引起流产。

3. 流产的诱因：营养不良，精神刺激，过劳，外伤或腹部手术等。

4. 祖国医学认为，流产是肾气与血气不足，脾虚、肾弱、胎气不固，胎失所养，不能摄血所致。

【临床表现】 子宫出血和下腹疼痛是流产的两大症状。根据流产发展的过程分为：



1. 先兆流产：阴道少量出血，偶有宫缩，腹坠。检查宫口未开，子宫大小与孕月相符，经适当治疗可继续妊娠，处理不当时可发展为难免流产。

2. 难免流产：腹痛剧烈，阴道出血量多，偶有羊水流出，宫口已开，子宫大小与孕月相符。

3. 不全流产：在难免流产的基础上，排出部分胚胎组织，另一部分组织仍残留于子宫腔内。阴道持续出血，下腹坠痛。检查宫口松大，有时可触及子宫口内有组织物堵塞，窥器检查可看到宫口有胚胎组织。

4. 完全流产：有强力的子宫收缩，整个胚胎组织从宫口内排出，宫口关闭，子宫缩小，出血停止。

5. 过期流产：胚胎在宫腔内死亡达两个月以上尚未排出者，为过期流产。常伴有小量阴道出血，色暗红，子宫小于妊娠月份或由大变小，质硬。

6. 习惯性流产：连续流产三次以上。

7. 感染性流产：在堕胎或不完全流产过程中，诱发宫腔感染，发热，寒战，白细胞数增加，下腹疼痛，阴道流脓血性液体，子宫或下腹压痛，可引起盆腔炎，败血症，甚至中毒性休克等。

【诊断】 流产诊断要点见表 1。

流产鉴别诊断见表 2。

【治疗】 根据流产的不同阶段，给予相应的处理。

表 1 流产诊断要点

流产名称	出 血 量	下腹痛	组 织 物	子宫大小	宫 口	妊娠试验
先兆流产	少	不痛或 轻 痛	无组织物 排 出	与妊娠月 份 相 符	未 开	(+)
难免流产	多	加 剧	、	、	已 开	多为(-)
不全流产	少量持续或 大 量 出 血	轻或不痛	部分排出	小于妊娠 月 份	已开或有 胎盘组织	(-)
完全流产	少或已止	不 痛	全部排出	、	关 闭	(-)
感染性流产	排出脓血 性 液 体	痛及压痛	排 出 或 未 排 出	大或小于 妊娠月份	关 闭 或 已 开	(-)
过期流产	少 或 无	无	未 排 出	小 妊 娠 月 份	关 闭	(-)

表 2 流产鉴别诊断

临床表现	病 名			
	宫 外 孕	流 产	葡 萄 胎	宫 血
行 经 史	有 或 无	有	有	有 或 无
腹 痛	突然一侧下腹 撕裂样疼痛向 全腹扩散	下腹中部阵发 性坠痛	一般无腹痛胎 块排出时下腹 部痛	无
阴道出血	量少暗红色	量少鲜红	量多少不定， 色暗红或鲜红	多暗红
休 克	与外出血量不 成比例	与外出血量成 比例	成 比 例	成 比 例
腹部检查	有压痛反跳痛 肌紧张不明显， 有时有移动性 浊音	无	无	无
阴道检查	宫颈举痛，子 宫正常或稍大， 宫旁包块	子宫大小与妊 娠月份相符， 宫旁无包块	子宫大于孕月 一侧有黄素囊 肿	子宫稍大或 正常
妊娠试验	阳性或阴性	阳性或阴性	强阳性	阴性
阴道排出物	有蜕膜无绒毛	有蜕膜有绒毛	葡萄胎块	无

1. 先兆流产及习惯性流产，以保胎为主，避免容易引起子宫收缩的各种刺激，卧床休息，禁止房事。

内服镇静剂：鲁米那 0.03 克，利眠宁 10 毫克，异丙嗪 12.5 毫克，选用，每日三次，口服。腹痛重者，肌肉注射杜冷丁 50~100 毫克。

保胎药：维生素 E 50 毫克，安宫黄体酮 2~4 毫克，混合，每日三次。或肌肉注射黄体酮 10~20 毫克，每日一次。或绒毛膜促性腺激素 500~1000 单位，肌肉注射，间日一次。也可口服甲状腺素片 0.03 克，每日一次。

对晚期习惯性流产，应了解流产原因，对男女双方进行检查，对排出之胎儿及其附属物进行病检。如为子宫颈内口松弛，于再次妊娠 14 周左右行宫颈环形缝扎术，待妊娠足月，拆去缝线，等待分娩必要时可行剖宫产术。

病例 1

陈××，31 岁，孕 4 产 1，住院号 146905，前三胎均于妊娠 5⁺月时自然流产，排出之胎儿及胎盘均正常。第三次流产后半年，来院检查。月经干净后三天，在不扩宫的情况下，顺利通过 8 号子宫颈扩张器，诊断子宫颈内口松弛。该患者于 1979 年 7 月 28 日第四次妊娠，妊娠 16 周来院行宫颈环状缝扎术，术后无不良反应。1980 年 4 月 15 日入院。诊断为宫内孕 37 周先兆早产；臀位合并轻度妊娠高血压综合征。

4 月 18 日拆去宫颈缝线行剖宫产术，取出一女活婴，体重 3,850 克，身长 48 公分，术后 7 天拆线。住院 12 天母婴健康出院。

讨论：子宫颈内口松弛引起的流产，一般是在流产半年

后，于月经干净 3~7 天来医院检查。如能在不扩张子宫颈口的情况下，顺利通过 6 号子宫颈扩张器即可诊断。

(1) 在月经干净后行子宫颈内口修补术。

(2) 如已怀孕，于妊娠 14~16 周行子宫颈环状缝合结扎术，到预产期前两周拆除缝线，等待分娩或行剖宫产术。本例于孕中期采取宫颈环缝术。临产时因胎位不正及并发妊娠高血压综合征等而行剖宫产术。取出胎儿良好，说明环缝宫颈对治疗子宫颈口松弛引起的流产是简便有效的方法。

2. 难免流产、不全流产和过期流产：应尽早清除子宫腔内的胚胎组织，以减少出血和感染机会。

早期难免流产或不全流产，出血多或休克时，应在纠正休克的同时清除胚胎组织。如胚胎组织已堵塞于宫口，应尽快以卵圆钳取出，无器械时可以手指取出，再行吸刮宫术，术后用抗炎药物预防感染。

晚期难免流产：如胎儿已排出，应从速取出胎盘，然后用大刮匙清理宫腔。如胎儿尚未排出，应视妊娠月份大小，决定药物引产或行钳刮术。

过期流产：因胚胎组织在宫腔内停留时间较长，可导致凝血功能障碍，故术前除检查血常规、出凝血时间、血型外，应检查凝血因子，如血小板计数，纤维蛋白元，凝血酶元时间等。由于胚胎组织和宫壁粘连，造成手术困难，术前应给乙烯雌酚 5~10 毫克口服，每天三次，或 4 毫克肌肉注射，每天四次，2~3 天后根据妊娠月份大小，行药物引产或钳刮术。同时应预防凝血活酶进入母血循环，诱发弥漫性血管内凝血（简称 DIC）。如已发生 DIC，应在纠正 DIC 的同时，

清除子宫腔内的胎物。必要时行子宫次切或全子宫切除术。术后用抗菌素预防感染，并注意纠正贫血。

病例 2

田××，28岁，孕1产0，住院号52524。停经32⁺周，胎动消失2周。诊断死胎。1964年8月31日由三门峡西医院转入我院。

检查宫高脐上四指，胎心音听不清，胎位触不清，血压106/66毫米汞柱，下肢无水肿。

血常规、尿常规、出凝血时间、血小板均在正常范围。纤维蛋白元0.438克%，凝血酶元时间正常。施行水囊引产术，术后子宫流血量多。查宫口开大一指，试行扩张宫口，破膜未能成功，持续流血近1,000毫升，疑胎盘早剥，因短时间内由阴道排出胎儿困难，故在输液输血下急行剖宫取胎术。取出一软浸之男死婴（身长28厘米，体重未测）及多处梗塞之早剥胎盘（剥离面积约占胎盘总面积1/3），检查子宫收缩尚好，无大出血，缝合子宫后常规关腹。在包扎切口时，发现阴道向外流出不凝固血液达600毫升，宫底迅速上升至脐平，同时腹壁切口渗血。考虑因死胎及胎盘早剥引起DIC，及时打开原切口，次切子宫。术中阴道及腹腔出血约1,200毫升，输血1,500毫升，血压70/50毫米汞柱。术后在手术室观察2小时，至血压上升到90/60毫米汞柱，始回病房。术后病人恢复较快，住院16天出院。

讨论：死胎可以诱发DIC，水囊引产后子宫出血量增多，是胎盘早期剥离的表现。产科DIC的处理主要是尽快去除病灶，但未来得及查凝血因子及纤溶确诊试验，如鱼精蛋白沉

淀试验(3P试验),乙醇胶试验等,系本例诊断依据的不足。

3. 完全性流产:因胎儿及附属物均已完全排出,阴道出血少,腹痛已减轻或消失,可酌情给预防感染药物,不需其他处理。如果出血仍似月经量或流血超过一周,应按不全流产处理。

4. 感染性流产:出血不多者,先给抗菌药物控制感染,并尽早进行刮宫术。如大量出血,或经治疗后未能控制感染时,可先用卵圆钳将宫腔内感染的胚胎组织取出,使其止血,同时注射催产素。但不要用刮匙搔刮宫壁,以免感染扩散。然后继续用抗炎药物,待感染控制后再次刮宫,以彻底清除子宫腔内的残留组织。

预防:加强孕期保健,对习惯性流产,应进行病因防治。

二、水泡状胎块

水泡状胎块又名良性葡萄胎。是由绒毛过度增生,间质水肿,绒毛部分或全部变性成为大小不等的水泡,以细蒂相连成串,状似葡萄,故名葡萄胎。

【病因】至今不明。可能由于营养失调(如叶酸缺乏)、感染,遗传和免疫机制障碍等不利因素的影响,使孕卵发生异常,引起水泡状胎块。其主要病理变化为:

(1) 绒毛上皮过度增生,产生大量绒毛膜促性腺激素,刺激卵巢发生黄素化囊肿。

(2) 绒毛间质水肿,血管消失,发生退行性变,绒毛失去吸收营养的功能,导致胎死自溶而吸收,故多数没有胎儿。

【临床表现】

1. 停经史：以停经 2~4 月者为多，个别病例没有明显的停经史，也有闭经近足月妊娠者。

2. 早孕反应：一般较重，常出现妊娠剧吐，早期妊毒症状。如高血压、水肿、蛋白尿等，极少数患者早孕反应轻。

3. 阴道出血：为本症的主要症状，多发生在妊娠 2~4 个月之间，反复多次小量出血，色暗红，有时血块与小水泡样组织相混杂。也可一次大量出血，发生休克时常危及生命。

4. 腹痛：胎盘大块剥离引起宫缩，或宫腔积血的刺激，均易发生腹痛；个别病例也有因黄素囊肿蒂扭转引起腹痛的。

5. 子宫较妊娠月份大，宫体软如囊肿，下段饱满。有子宫太小和妊娠月份相符，甚至小于妊娠月份者，可能是由于部分胎块已排出或胎块发生坏死、退变引起的。部分性葡萄胎绒毛增生和水肿不十分广泛，故宫体增大也不明显。

【诊断】 根据病史、临床表现和体征、诊断不困难。但应与先兆流产、双胎妊娠和羊水过多相鉴别。诊断困难时应作以下辅助检查。

1. 尿妊娠试验：由于本症患者体内绒毛膜促性腺激素的水平较高，在妊娠 12 周以前如尿稀释至 1:500 阳性或妊娠 12 周以后尿稀释至 1:300 阳性，有助于葡萄胎的诊断。

2. 超声波检查：荧光屏上出现连续的低小波及无羊水平段；无胎心胎动或胎体反射；“B”型超声波检查出现雪花状小光点，有助于诊断。

3. X 光检查：对停经时间不清，子宫已超过妊娠 20 周者，可作 X 线摄片，如未见胎儿骨骼组织，可助于诊断。

4. 胎心测定仪检查：正常妊娠在停经8周后用多普勒胎心测定仪，可听到胎心音，如只听到子宫血流杂音，无胎心音时，有助于诊断。但应与死胎相鉴别。

5. 在不具备典型临床症状，没有辅助检查设备，又怀疑葡萄胎时，如能肯定患者不需继续妊娠，子宫大小超过妊娠16周时，可经腹行宫腔诊断性穿刺，如能抽出清亮羊水为正常妊娠，陈旧性血性羊水为死胎，无羊水可考虑为葡萄胎。

6. 在人流或自然流产刮宫过程中，须仔细检查刮出物有无水泡样组织，必要时应送病检，以免漏诊。

【处理】

1. 葡萄胎确诊后，应立即清除。

(1) 吸宫或钳刮术。目前多采用吸宫术，术时选用大号吸头，宫颈应扩张够大，吸宫后再用大刮匙搔刮宫壁数周。葡萄胎多不易一次吸刮干净，常于术后5~7天行第二次吸刮宫术，每次刮出物均应送病检。由于这时宫壁较软，手术操作应稳、准、轻、细，以预防子宫穿孔。在无吸宫条件时，可行钳刮术。

(2) 剖宫取胎术：如子宫较大（宫底在脐上），宫颈坚硬且长，扩宫及吸刮术困难，出血又多时，可考虑施行剖宫取胎术。手术时应注意勿使水泡样组织遗落腹腔或腹壁切口，还应观察是否侵犯宫壁肌层。

2. 肌肉注射或宫腔注入天花粉5~10毫克，用于葡萄胎引产，出血少，并可预防恶变。使用前必须作过敏试验。

3. 子宫切除术：对年龄在40岁以上患者，可切除子宫，以免将来恶变。

4. 由于患者反复出血或大量出血，常伴发贫血，术前应作好输血准备。手术时为促进宫缩，减少出血，在扩张宫口后，可静脉点滴或肌肉注射催产素（催产素 10~20 单位加 5% 葡萄糖 500 毫升静滴）。也可用催产素 10 单位直接注射到宫颈上。手术前后应用抗菌素，预防感染。如遇大出血休克时，应一面纠正休克，一面急诊手术，清除胎块或切除子宫。

5. 加强随访：良性葡萄胎排出后，在相当长时间内有恶变可能。因此术后应每周作妊娠试验，直至阴性。有条件时，阴性后应作浓缩试验。出院后应每月复查一次；半年后每三月复查一次；一年后每半年复查一次，至少需随诊二年。同时应嘱患者避孕二年。术后 12 周以上，尿妊娠试验仍持续阳性，或一度阴性又转阳性，且确认无妊娠时，则有恶变可能。

随诊时应注意患者有无不规则阴道出血，咳嗽、咳血，子宫大小，盆腔及肺部情况等。如有异常应及时进一步检诊，排除恶变。

病例：

张××，20 岁，孕 1 产 0，住院号 56599。

末经 1963 年 5 月 27 日。预产期 1964 年 3 月 4 日。

停经 40 天后，出现早孕反应，但不重，持续两月余自愈。孕 4⁺ 月时，阴道出血，量同月经，持续 3~4 天，在当地卫生所治疗好转（药名不详），孕 6 月时阴道又少量出血 2~3 天，伴发烧，在当地诊治。妊娠后自觉胎动不明显，但子宫继续增大，未作产前检查。入院前一天，阴道流黄水，有不规则下腹阵痛。入许昌某医院分娩，住院一天，以死胎先兆早产，1964 年 2 月 5 日下午 6 时 30 分转来我院。