

产科诊疗技术

LHANKENZHENLI-AOJICHU

甘肃科学技术出版社

产 科 诊 疗 技 术

李 维 李磐芝编

甘 肃 科 学 技 术 出 版 社

责任编辑：李卫平
封面设计：谢艺平
插图绘制：戚有生

产科诊疗技术

李 维 李磐芝编

甘肃科学技术出版社出版

（兰州第一新村51号）

甘肃省新华书店发行 兰州新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米1/32 印张6.25 字数128,000

1986年12月第1版 1986年12月第1次印刷

印数：1——3,480

书号：14463·3 定价：0.99元

前 言

少生、优生、控制人口增长率，是我国的既定国策，这就对产科工作提出了更高的要求。要保证孕期、分娩及产后母子健康，产科工作者不仅要具备全心全意为人民服务的精神，还需掌握先进的产科知识和医疗技术，才能完成这一任务。

近年来，国内外在产科生理、病理、诊断技术、处理方法等方面，有了很大的进展。使一些以往被认为是定型的诊断处理原则，也发生了很大的改变。因此，参阅了国内外有关先进的产科资料并结合临床实践，编著了这本书。对产科生理和病理、助产技术及有关手术操作等，作了较为详细的阐述，供助产人员及有关医务工作者参考。

编 者

1985年5月

目 录

第一章 妊娠诊断及妊娠期限判断	(1)
第一节 早期妊娠的诊断.....	(1)
第二节 中期及晚期妊娠的诊断.....	(3)
第三节 妊娠期限的判断及预产期的推算.....	(4)
第二章 产前检查	(7)
第一节 初诊检查.....	(7)
第二节 复诊检查.....	(12)
第三章 妊娠病理	(14)
第一节 妊娠剧吐.....	(14)
第二节 妊娠高血压综合征.....	(16)
第三节 双胎妊娠.....	(25)
第四节 羊水过多.....	(27)
第五节 前置胎盘.....	(29)
第六节 胎盘早期剥离.....	(31)
第七节 早产.....	(35)
第八节 过期妊娠.....	(38)
第四章 妊娠合并症	(45)
第一节 妊娠合并心脏病.....	(45)
第二节 妊娠合并肺结核.....	(49)
第三节 妊娠合并急性肾盂肾炎.....	(49)
第四节 妊娠合并贫血.....	(51)

第五节	妊娠合并病毒性肝炎·····	(52)
第五章	正常分娩·····	(55)
第一节	产前处理及准备·····	(55)
第二节	正常分娩·····	(58)
第三节	家庭及特殊情况下的接生·····	(75)
第六章	产褥期生理变化及护理·····	(78)
第一节	产褥期生理变化·····	(78)
第二节	产褥期护理·····	(80)
第七章	异常分娩·····	(84)
第一节	产力异常·····	(84)
第二节	产道异常·····	(87)
第三节	胎位异常·····	(94)
第四节	头位难产·····	(101)
第八章	分娩期常见并发症·····	(109)
第一节	胎膜早破·····	(109)
第二节	脐先露与脐带脱垂·····	(111)
第三节	产后出血·····	(113)
第四节	软产道损伤·····	(117)
第五节	子宫破裂·····	(118)
第六节	羊水栓塞·····	(120)
第七节	胎儿宫内窘迫·····	(123)
第八节	新生儿窒息·····	(128)
第九节	新生儿产伤·····	(131)
第九章	产褥期疾病·····	(134)
第一节	产褥感染·····	(134)
第二节	产褥期出血·····	(138)

第三节	急性乳腺炎·····	(139)
第十章	新生儿、早产儿生理特点及护理·····	(141)
第一节	新生儿生理特点及护理·····	(141)
第二节	早产儿生理特点及护理·····	(147)
第十一章	产科常用手术·····	(149)
第一节	会阴切开及缝合术·····	(149)
第二节	会阴裂伤修补术·····	(152)
第三节	宫颈裂伤缝合术·····	(153)
第四节	产钳术·····	(154)
第五节	胎头吸引术·····	(160)
第六节	臀位助产及臀位牵引术·····	(161)
第七节	倒转术·····	(170)
第八节	剖宫产术·····	(175)
第九节	毁胎术·····	(181)
第十节	妊娠晚期引产术·····	(186)
第十一节	人工剥离胎盘术·····	(187)
第十二节	子宫颈横缝术·····	(189)
第十三节	宫颈荷包缝合术·····	(190)

第一章 妊娠诊断及妊娠 期限判断

第一节 早期妊娠的诊断

早期妊娠诊断一般并不困难，特别是近年来计划生育工作大力开展，妇女要求人工流产的数量增加，每个妇产科医务工作者都具备了诊断早期妊娠的丰富经验。

一、症状

1.停经：已婚健康育龄妇女，平素月经规律，一旦停经，首先应考虑是否为早孕。妊娠初期包蜕膜与真蜕膜尚未吻合，少数孕妇可因孕卵植入而发生少许阴道流血，不应该误认为月经来潮，应进一步仔细观察。但单凭停经不能作早孕之确诊，而停经则为早孕的必备征象。

2.早期妊娠消化系统反应：停经后6周左右出现轻重不等的食欲不振、恶心、偏食、喜酸辣厌腥腻，此种反应的轻重和时间因人而异，孕12周以后逐渐自愈。但单纯的停经及上述反应症状亦不能确诊为早孕，而且半数早孕妇女并无任何反应。

3.尿频：妊娠早期由于子宫增大，在盆腔内压迫膀胱，孕妇常有尿频现象。待孕12周子宫出盆后，尿频症消失。临床上膀胱受压均能产生尿频症，故此症亦非早孕所特有之症

状。

二、体征

1.子宫的变化：早孕子宫往往变软，孕6周左右增大呈球形，多呈前倾前屈位，比较活动，即使是三度后倒子宫亦易变成前位；孕6—10周，子宫峡部充血肥大变软，双合诊时感到宫体与宫颈似不相连，称黑格尔（Hegar）氏征，是早期妊娠的典型体征；妊娠8周子宫即有收缩感，触诊时常可促使子宫收缩变硬变小，顷刻又放松。

2.子宫颈与阴道的变化：子宫颈及阴道粘膜充血、增厚而组织变软、呈紫蓝色；阴道前庭，尿道口局部静脉曲张亦呈紫蓝色称之为“着色”。但月经期盆腔充血、盆腔肿瘤压迫充血均有此现象，并非妊娠之独特征象。

3.乳房变化：妊娠8周后由于卵巢激素影响，乳腺腺泡增生，乳房渐增大，有发胀及触痛感。初孕妇女乳头乳晕着色加深，乳头周围有深褐色突起小结节。

以上所述之主观症状与客观体征，对绝大多数早期妊娠可以做出诊断。

三、辅助诊断

1.黄体酮试验：肌注黄体酮10毫克，每日一次，连续5日；或肌注黄体酮20毫克，每日一次，连续3日。注射后3~7天，常可引起激素撤退性出血。若系妊娠则无撤退性出血，借以诊断（雌激素低落性闭经及子宫内膜被破坏者；如子宫内膜结核所引起之闭经，亦不引起撤退性出血）。

2.免疫学试验：常用者为快速乳胶凝集抑制试验。如受验者尿内含有一定量的绒毛膜促性腺激素，与抗绒毛膜激素血清混合则起凝集反应，再加入特异的乳胶抗原后，不再

产生凝集作用者为阳性；若出现凝集颗粒则为阴性。阴性表示没有妊娠。

3.雄蟾蜍试验：准确性高，亦可在短小时内得到结果，适用于早期妊娠之诊断。方法将体重40克以上雄蟾蜍隔离10天，在其背部注入受验者尿液3～5毫升，2～4小时后由穴肛吸取少许尿液镜检，若有活动之精子则为阳性。

4.超声检查：A型超声诊断示波法，于孕6周后可做出诊断；B型超声诊断仪显象法，于孕5周后即可诊断出早孕。

5.基础体温：排卵后高温曲线持续16天以上未见下降者，应考虑早孕的可能。

6.宫颈粘液：取宫颈粘液于玻片上，干后镜检，有排列成行的椭圆体而无羊齿植物叶状结晶可能为妊娠现象。

第二节 中期及晚期妊娠的诊断

1.胎心：妊娠16～18周以后，可以在孕妇下腹部听到胎心音，每分钟120～160次，胎心音似枕下放一手表所发出的规律而清晰的“滴答”声。

2.触到胎体：孕24周以后，可在孕妇腹部扪到圆、硬、有浮球感之胎头；较平坦之胎背；小且有不规则移动之胎儿肢体。

3.胎动存在：孕12周后胎儿在子宫内，羊水中可以自由活动。听诊、扪诊，有时视诊可以证实胎儿在宫内活动征象。。孕妇也可自觉胎动。

4. X光腹部拍片：一般在孕16周后腹部拍片可见到胎儿

脊柱、头骨与肢体骨。但放射线对胎儿是有害的，一般应弃用。

5.超声波：可确定胎儿及胎盘组织图象，可检查胎心、胎动波型及羊水波段。

6.胎儿心电图：可测得由胎儿心脏产生之电波，以此明确诊断。

第三节 妊娠期限的判断 及预产期的推算

人类平均妊娠期限，从末次月经开始算约为 280 天。一般是根据末次月经来判断，但有时记不清日期，或因某种原因暂时闭经接着又妊娠者，或月经不规则，只有用其他方法判断。

1.自觉症状：早期妊娠反应，一般在孕 6 周开始，12 周自愈。胎动，一般初产妇在 20 周开始，经产妇在 18 周开始。

2.子宫大小：检查子宫时可见子宫按妊娠月份增大。因此，可以根据子宫大小判断妊娠期限。参见下表：

3.子宫高度：以软尺测量子宫底与耻骨联合上缘之间的距离，因受腹壁薄厚、腹壁弧度及身材骨骼大小影响，故必须将软尺拉紧，一般孕足月在 32 厘米左右。以骨盆测量器测子宫底与耻骨联合垂直高度：孕 20 周为 16 厘米；24 周为 19 厘米；28 周为 22 厘米；32 周为 25 厘米；36 周为 28 厘米，即每月增加 3 厘米。孕 40 周，宫底下降为 25~26 厘米。

4.胎儿身长

孕 5 个月以前

妊娠期限与子宫大小及宫底高度的关系

妊娠周数	妊娠月数	子 宫 大 小 及 子 宫 底 高 度
4 周末	1 个月末	宫体略增大呈椭圆形
8 周末	2 个月末	宫体略小于手拳 前位子宫可于耻骨联合上缘扪到宫底
12周末	3 个月末	子宫底于耻骨联合上 2 ~ 3 横指
16周末	4 个月末	子宫底于脐耻之间
20周末	5 个月末	子宫底于脐下 2 横指
24周末	6 个月末	子宫底于脐上 1 横指
28周末	7 个月末	子宫底于脐上 3 横指
32周末	8 个月末	子宫底于脐与剑突之间
36周末	9 个月末	子宫底于剑突下 2 横指
40周末	10个月末	子宫底于脐与剑突之间

身长 = 妊娠月份平方，即 3 个月的胎儿是 9 厘米长；4 个月的胎儿为 16 厘米。

孕 5 个月以后

身长 = 妊娠月份 × 5，即 6 个月的胎儿是 30 厘米；8 个月的胎儿是 40 厘米。

在宫内的胎儿只能测量胎头至臀的长度，以骨盆测量器测量胎头顶端至臀端距离，减去腹壁厚度 2 厘米，按下列公式计算：

$$\frac{(\text{头臀长度} - 2) \times 2}{5} = \text{妊娠月份}$$

如测量长度为22厘米，则为

$$\frac{(22 - 2) \times 2}{5} = 8 \text{ (妊娠为 8 个月或32周)}$$

5. 胎儿体重

妊娠 5 个月以前

体重 = 妊娠月份的立方 $\times$ 2。即 4 个月胎儿体重为128克；5 个月胎儿体重为250克。

妊娠 5 个月以后

体重 = 妊娠月份的立方 $\times$ 3。即 7 个月胎儿体重为1029克；10个月胎儿体重为3000克。

应该说明的是胎儿身长、体重受着各种因素的影响。如环境因素、孕期保健、孕妇营养、胎盘功能、遗传因素等的影响而有不同程度的差异，所以上面的公式只能代表一般情况。如足月儿体重有时为2500克，有时可为3900克。

6. 预产期推算

习惯上以Naegele氏法计算。将末次月经的月份减去3或加9，天数加7。如末次月经为1983年1月1日，则预产期为1983年10月8日。若妊娠全过程不包括2月份，则应在预产期的天数减去2天。如末次月经为1983年4月1日，则预产期应为1984年1月6日。农村广大社员按农历记末次月经，则应按农历计算日数，应加14而不是加7。如末次月经为农历1983年3月1日，预产期为农历1983年12月15日。

第二章 产前检查

产前定期检查是保证孕妇及胎儿健康的主要措施，应该于停经后或发生早孕反应后即进行。在正常情况下，妊娠六个月以前每月检查一次；七至八个月每两周检查一次；九至十个月每周检查一次。若有异常情况可随时检查，甚至住院观察。产前检查的同时，要进行必要的孕期、产时及产后宣教工作。

第一节 初诊检查

一、病史询问

1. 一般情况：姓名、年龄、职业、籍贯、住址、孕产次。年龄应注意高年初产（35岁以上者）；职业注意有无毒物及放射性物质接触史；籍贯注意有无地方病等。

2. 过去病史及手术史：心、肾、肝、肺等主要脏器疾患，急慢性传染病史。手术史应注意属于何种手术，与妊娠、分娩之关系如何，影响大小。

3. 月经史、生育史。此次妊娠经过特别要注意早期妊娠反应有无高烧、风疹，服用药物等史。

二、全身检查

1. 身高、体态：身高若在145厘米以下者，应考虑骨盆狭窄之可能，腰、骨盆、下肢有畸形或不对称现象。对发现骨

盆狭窄有重要价值。

2.体重：孕5个月以后，平均每周体重增加不应超过500克。体重增加过多，应警惕妊娠高血压综合征。

3.血压：为及早发现妊娠高血压综合征，每次产前检查应测量血压。一般收缩压较孕前高30毫米汞柱、舒张压高15毫米汞柱为异常情况，或血压在130/90毫米汞柱亦为异常情况，应进行治疗。

4.浮肿：妊娠中。晚期由于增大之子宫压迫下肢静脉影响回流引起浮肿，但仅限于膝以下。若超过此平面，应考虑妊娠高血压综合征之可能。

5.心脏、肺部、肝脾、甲状腺、肾脏之物理检查。

6.化验室检查：检查尿常规及尿糖等。

三、产科检查

1.腹部检查

望诊：观察腹部形状，子宫为纵椭圆形还是横椭圆形。前者胎儿多取纵位，后者胎儿多为横位。腹形特大，应考虑双胎、羊水过多，或妊娠合并卵巢囊肿，或合并子宫肌瘤。

扪诊：

第一步：患者排尿后取仰卧位，露出腹部，双腿稍屈曲分开，使腹肌松弛，检查者立于患者右侧，面对患者，两手放于宫底，检查子宫底之高度。然后要扪子宫的硬度、张力、形态与胎头位置，胎头一般为圆而硬之浮球感，臀部为不规则不太活动之块状物。

第二步：检查者位置同上，两手分别置于腹部两侧，辨清胎背及胎儿四肢的位置，胎背呈长方形较平坦，四肢为高低不平分散的小部分，可活动。

第三步：检查者位置同上，右手放于耻骨联合上方，握住先露左右推动，再次辨别先露是头还是臀，并确定是否入盆。

第四步：检查者仍站在患者右侧，但面向患者足部，两手分别置于先露之两侧，沿骨盆入口方向向下深入查先露是否已固定，并了解下降的程度，进一步核对先露是头还是臀。若为顶先露则胎头曲屈，头突为额骨与四肢在同一侧。若为面先露则胎头仰伸，头突为枕骨与胎背在同一侧。

听诊：胎心音的位置可做为胎位诊断之参考，但不一定确切。在孕16~18周以后，开始用听筒或听诊器可听到胎心音，正常胎心音为120~160次/分钟。胎心音少于120次/分钟，多于160次/分钟，表示胎儿在子宫内有缺氧现象，应采取抢救胎儿措施。胎心音一般由胎儿背部传出，故枕左前位则胎心音在左下腹响亮，骶右前胎心音在脐右上方响亮。但面先露及肩先露前位时，胎胸贴近腹壁，则胎心音在腹中线近脐处响亮。

2. 骨盆测量

(1) 骨盆外测量：骨盆外测量只能测出明显之骨盆狭窄。因此，骨盆外测量的临床意义不大。放射线骨盆测量，对母婴均不利。超声波，目前尚不能测骨盆中腔及出口。故外测量目前还不能废除。

孕妇取仰卧位，下肢并拢伸直，，测量者站在孕妇右侧面向孕妇。测量以下径线：

髂前上棘间径：为两侧髂前上棘外缘之间距，平均值为24.5厘米。

髂嵴间径：两侧髂嵴最宽处外缘之距离，平均值为26.6

厘米。

骶耻外径：代表骨盆入口前后径之衡量标志。孕妇取左侧卧位，左腿弯曲，右腿伸直，测量者站在孕妇背后，将骨盆测量器一端放于耻骨联合上缘中点，另一端放在第五腰椎棘突下（相当米氏菱形凹的上端）陷凹处，或先沿髂嵴后连线找第四、五腰椎间隙，再向下1.5厘米处，即为第五腰椎棘突下方。四川凌氏及陈氏认为耻骨联合上缘易滑脱，且易抵着胎头影响测量准确性，因而提出骨盆测量器前端应放于耻骨联合下外缘1~2厘米处（相当于阴蒂根部），平均值为19.6厘米，骶耻外径小于18厘米为临界值。由于测量受骨质薄厚影响，故测量时应将测量器尽量压紧，同时提出补测孕妇右侧桡尺周径（用软尺围右侧尺骨茎突及桡骨茎突所测之前臂下端周径，简称手腕围）来代表骨质薄厚指数。我国妇女平均为14厘米，大于14厘米骨质者偏厚，小于14厘米者骨质偏薄。当手腕围为14厘米时，骨盆入口前后径为骶耻外径减去8厘米；手腕围每增加1厘米，骶耻外径要多减去0.5厘米；手腕围每减少1厘米，则少减0.5厘米。如手腕围为15厘米则骶耻外径减8.5厘米，手腕围为16厘米则减9厘米。相反，13厘米者减7.5厘米，12厘米者减7厘米。依此法计算所得之差，在10厘米以下者60%行剖宫产术。

坐骨结节间径：代表骨盆出口横径。孕妇两下肢屈曲贴近腹部，暴露测量部位，测量两侧坐骨结节内缘之间距，正常值为8.5~9厘米。若出口横径小于8厘米，必须补测后矢状径。

后矢状径，由坐骨结节连线中点到骶尾关节，正常应为7厘米或更多。