

FUCHANKE JIBING ZHENDUAN YU LINCHUANG ZHILIAO

# 妇产科疾病

## 诊断与临床治疗

主编 徐 丽



西安交通大学出版社  
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

FUCHANKE JIBING ZHENDUAN YU LINCHUANG ZHILIAO

# 妇产科疾病

## 诊断与临床治疗

主 编 徐 丽 北华大学附属医院

副主编 雷 静 西安市第四医院（西安交通大学附属广仁医院）

宋丽华 烟台市莱阳中心医院

---

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疾病诊断与临床治疗 / 徐丽主编. —西安:西安交通大学出版社,2017.12  
ISBN 978-7-5693-0402-2

I. ①妇… II. ①徐… III. ①妇产科病-诊疗  
IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 018270 号

---

书 名 妇产科疾病诊断与临床治疗  
主 编 徐 丽  
责任编辑 问媛媛 杨 花

---

出版发行 西安交通大学出版社  
(西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)  
网 址 <http://www.xjtupress.com>  
电 话 (029)82668357 82667874(发行中心)  
(029)82668315(总编办)  
传 真 (029)82668280  
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

---

开 本 787mm×1092mm 1/16 印张 21.75 字数 530 千字  
版次印次 2017 年 12 月第 1 版 2017 年 12 月第 1 次印刷  
书 号 ISBN 978-7-5693-0402-2  
定 价 120.00 元

---

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。  
订购热线:(029)82665248 (029)82665249  
投稿热线:(029)82668803 (029)82668804  
读者信箱:med\_xjup@163.com

版权所有 侵权必究

# 前 言

妇产科学是医学中比较重要的一门学科,主要研究女性在妊娠、分娩和产褥期的生理和病理,胎儿及新生儿的生理和病理以及非妊娠状态下女性生殖系统可能出现的一切特殊变化,包括所有与女性生殖、生理有关的疾病。随着医学的发展和社会情况的变化,妇产科学近年来亦增加了大量新的内容,例如妇产科内分泌学、肿瘤学、围产医学等。本书在一般妇产科教材的基础上,加入近年来在妇产科临床工作中的经验和发展趋势,其内容针对工作需要,主要供广大妇产科医师们临床参考之用。

本书共分2篇,即产科疾病及妇科疾病。详细阐述了妇产科各种常见病、多发病、疑难病的诊断、鉴别诊断和治疗的思路、方法、步骤与要点,以及新技术、新方法在妇产科临床中的应用。内容既有现代妇产科医学研究的深度和广度,又有实际临床应用的价值;既有前人研究的成果和总结,又有编者自己的学术创见。希望此书能够成为一本系统、全面地指导妇产科临床工作的参考书,成为广大妇产科同仁的良师益友。

在编写本书时,参阅了大量文献,在此感谢原文献作者。由于编者的经验有限,书中不可避免地存在着一些不足之处,衷心希望读者对书中不妥之处给予批评指正。

编 者  
2017年10月

# 目 录

---

## 第一篇 产科疾病 / 001

---

### 第一章 胎盘及其附属物异常 / 003

---

- 第一节 前置胎盘 / 003
  - 第二节 胎盘早剥 / 008
  - 第三节 脐带异常 / 014
  - 第四节 羊水量异常 / 016
- 

### 第二章 妊娠合并内科疾病 / 022

---

- 第一节 妊娠合并心脏病 / 022
  - 第二节 妊娠合并内分泌系统疾病 / 029
  - 第三节 妊娠合并糖尿病 / 041
  - 第四节 妊娠合并感染性疾病 / 047
- 

### 第三章 妊娠合并外科疾病 / 052

---

- 第一节 妊娠合并阑尾炎 / 052
  - 第二节 妊娠合并胆囊炎和胆石症 / 056
  - 第三节 妊娠合并肠梗阻 / 059
  - 第四节 妊娠合并急性胰腺炎 / 062
  - 第五节 妊娠合并泌尿道结石 / 068
  - 第六节 妊娠合并创伤性疾病 / 070
- 

### 第四章 妊娠合并妇科肿瘤 / 077

---

- 第一节 概 述 / 077

- 第二节 妊娠合并宫颈肿瘤 / 079
- 第三节 妊娠合并子宫肿瘤 / 083
- 第四节 妊娠合并卵巢肿瘤 / 086
- 第五节 妊娠合并其他肿瘤 / 088

---

## 第五章 异常分娩 / 092

---

- 第一节 产力异常 / 092
- 第二节 产道异常 / 096
- 第三节 胎儿异常 / 102
- 第四节 头盆不称 / 111

---

## 第六章 产科手术 / 116

---

- 第一节 会阴切开缝合术 / 116
- 第二节 产钳术 / 117
- 第三节 胎头吸引术 / 121
- 第四节 臀位牵引术 / 123
- 第五节 剖宫产术 / 126

---

## 第七章 分娩期并发症 / 133

---

- 第一节 子宫破裂 / 133
- 第二节 脐带异常 / 138
- 第三节 下生殖道损伤 / 145
- 第四节 子宫翻出 / 148
- 第五节 产后出血 / 150
- 第六节 羊水栓塞 / 168

---

## 第八章 产褥期及其疾病 / 177

---

- 第一节 正常产褥 / 177
- 第二节 产褥感染 / 181
- 第三节 产褥期抑郁症 / 186

第四节 晚期产后出血 / 191

第五节 产褥期中暑 / 193

---

## 第二篇 妇科疾病 / 195

---

### 第九章 女性生殖系统炎症 / 197

---

第一节 外阴及阴道炎症 / 197

第二节 宫颈炎症 / 212

第三节 盆腔炎性疾病 / 215

第四节 生殖器官结核 / 223

第五节 盆腔瘀血综合征 / 231

---

### 第十章 子宫内膜异位性疾病 / 242

---

第一节 子宫内膜异位症 / 242

第二节 子宫腺肌病 / 255

---

### 第十一章 盆腔器官脱垂 / 258

---

第一节 阴道前后壁膨出 / 258

第二节 子宫脱垂 / 260

第三节 子宫直肠陷窝疝 / 266

第四节 尿失禁 / 267

---

### 第十二章 女性生殖系统损伤性疾病 / 274

---

第一节 外阴、阴道损伤 / 274

第二节 生殖道瘘 / 277

第三节 输尿管损伤 / 287

第四节 子宫损伤 / 291

---

### 第十三章 女性生殖内分泌疾病 / 295

---

第一节 功能失调性子宫出血 / 295

第二节 痛 经 / 302  
第三节 闭 经 / 305  
第四节 多囊卵巢综合征 / 318  
第五节 高泌乳素血症 / 333

---

**参考文献** / 340

---



**第一篇**  
**产科疾病**»



# 第一章 胎盘及其附属物异常

妊娠时,胎儿与其附属物(包括胎盘、胎膜、脐带及羊水)是一个有机的整体,如果一部分胎儿附属物异常,均可能造成不良的妊娠结局,甚至危及母儿生命。

## 第一节 前置胎盘

妊娠时胎盘正常附着于子宫体部的后壁、前壁或侧壁。孕 28 周后胎盘附着于子宫下段,其下缘甚至达到或覆盖宫颈内口,其位置低于胎先露部,称为前置胎盘。前置胎盘可致晚期妊娠大量出血而危及母儿生命,是妊娠期的严重并发症之一。分娩时前置胎盘的发生率国内报道为 0.24%~1.57%,国外报道为 0.3%~0.9%。

### 一、病因及发病机制

确切病因目前尚不清楚。高龄孕妇(>35 岁)、经产妇及多产妇、吸烟或吸毒妇女为高危人群。其病因可能为:①子宫内膜损伤:多次刮宫、多次分娩、产褥感染、子宫疤痕等可损伤子宫内膜。或引起炎症或萎缩性病变,使子宫蜕膜血管缺陷。当受精卵着床时,因血液供给不足,为摄取足够营养而增大胎盘面积,伸展到子宫下段。前置胎盘患者中 85%~90%为经产妇。瘢痕子宫妊娠后前置胎盘的发生率 5 倍于无瘢痕子宫。②胎盘异常:多胎妊娠时,胎盘面积较大而延伸至子宫下段,故前置胎盘的发生率较单胎妊娠高一倍;副胎盘亦可到达子宫下段或覆盖宫颈内口;膜状胎盘也可扩展至子宫下段,发生前置胎盘。③受精卵滋养层发育迟缓:受精卵到达宫腔时,滋养层尚未发育到能着床的阶段,继续下移,着床于子宫下段而形成前置胎盘。

### 二、临床分类

按胎盘下缘与宫颈内口的关系,分为 3 种类型。

#### (一)完全性前置胎盘

完全性前置胎盘或称为中央性前置胎盘,指宫颈内口全被胎盘组织覆盖。

#### (二)部分性前置胎盘

宫颈内口部分被胎盘组织覆盖。

#### (三)边缘性前置胎盘

胎盘下缘附着于子宫下段,但未超越宫颈内口(图 1-1)。

胎盘下缘与宫颈内口的关系随子宫下段的逐渐伸展、宫颈管的逐渐消失、宫颈口的逐渐扩张而改变。因此,前置胎盘的分类可随妊娠的继续、产程的进展而发生变化。临产前的完全性

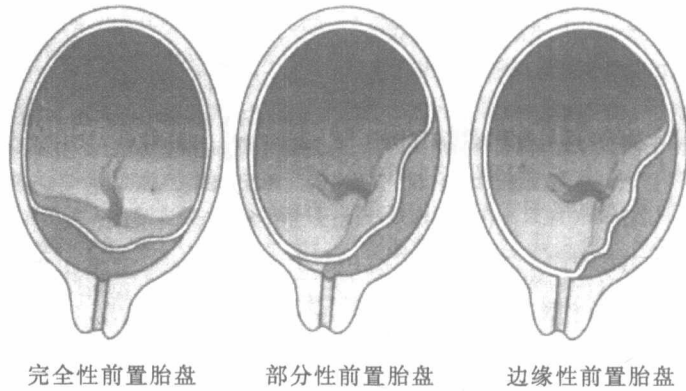


图 1-1 前置胎盘

前置胎盘可因临产后宫颈口扩张而变为部分性前置胎盘。故诊断时期不同,分类也可不同,目前均以处理前最后一次检查来确定其分类。

### 三、临床表现

前置胎盘的特点为妊娠晚期无痛性、反复性阴道流血,可伴有因出血多所致的相应症状。出血可发生于中期妊娠的晚期和晚期妊娠的早期,发生出血较早者,往往由于出血过多而流产。

#### (一) 无痛性阴道出血

妊娠晚期或临产时,突发性无诱因、无痛性阴道流血是前置胎盘的典型症状。妊娠晚期子宫峡部逐渐拉长形成子宫下段,而临产后的宫缩又使宫颈管消失而成为产道的一部分。但附着于子宫下段及宫颈内口的胎盘不能相应的伸展,与其附着处错位而发生剥离,致血窦破裂而出血。初次出血一般不多,但也可初次即发生致命性大出血。随着子宫下段的逐渐拉长,可反复出血。完全性前置胎盘初次出血时间较早,多发生在妊娠 28 周左右,出血频繁,出血量也较多;边缘性前置胎盘初次出血时间较晚,往往发生在妊娠 37~40 周或临产后,出血量较少;部分性前置胎盘的初次出血时间及出血量则介于以上两者之间。部分性及边缘性前置胎盘患者胎膜破裂后,若胎先露部很快下降,压迫胎盘可使出血减少或停止。

#### (二) 贫血、休克

反复出血可致患者贫血,其程度与阴道流血量及流血持续时间呈正比。有时,一次大量出血可致孕妇休克、胎儿发生窘迫甚至死亡。有时,少量、持续的阴道流血也可导致严重后果。

#### (三) 胎位异常

常见胎头高浮,约 1/3 患者出现胎位异常,其中以臀位和横位多见。

### 四、诊断

孕 28 周后胎盘附着于子宫下段,其下缘甚至达到或覆盖宫颈内口,其位置低于胎先露部,可诊断为前置胎盘,但其临床类型随诊断时期不同,分类可有差别,目前均以处理前最后一次检查来确定其分类。临床上,对任何可疑前置胎盘患者,在没有备血或输液情况下,不能做肛

门或阴道检查,以免引起出血,甚至是致命性出血。

### (一) 病史

妊娠晚期或临产后突发无痛性阴道流血,应考虑前置胎盘;了解每次出血量以及出血的总量。但也有许多前置胎盘无产前出血,通过超声检查才能获得诊断,同时应询问有无多次刮宫或多次分娩史。

### (二) 体征

反复出血者可有贫血貌,严重时出现面色苍白、四肢发冷、脉搏细弱、血压下降等休克表现。

#### 1. 腹部体征

子宫大小与停经月份相符,子宫无压痛,但可扪及阵发性宫缩,间歇期能完全放松。可有胎头高浮、臀先露或胎头跨耻征阳性,出血多时可出现胎心异常,甚至胎心消失;胎盘附着子宫前壁时可在耻骨联合上方闻及胎盘血流杂音。

#### 2. 宫颈局部变化

一般不做阴道检查,如果反复阴道出血,怀疑宫颈阴道疾病,需明确诊断,则在备血、输液、输血或可立即手术的条件下进行阴道窥诊,严格消毒外阴后,用阴道窥器观察阴道壁有无静脉曲张、宫颈糜烂或息肉等病变引起的出血,不做阴道指检,以防附着于宫颈内口处的胎盘剥离而发生大出血。如发现宫颈口已经扩张,估计短时间可经阴道分娩,可行阴道检查,首先以一手食、中两指轻轻行阴道穹隆部扪诊,如感觉手指与胎先露部之间有较厚的软组织,应考虑前置胎盘,如清楚感觉为胎先露,则可排除前置胎盘;然后,可轻轻触摸宫颈内有无胎盘组织,确定胎盘下缘与宫颈内口的关系,如为血块则易碎,若触及胎膜并决定阴道分娩时,可刺破胎膜,使羊水流出生,胎先露部下降压迫胎盘而减少出血。

### (三) 辅助检查方法

#### 1. B型超声检查

B超可清楚显示子宫壁、宫颈、胎先露部及胎盘的关系,为目前诊断前置胎盘最有效的方法,准确率在95%以上,超声诊断前置胎盘还要考虑孕龄,中期妊娠时胎盘占据宫壁一半面积,邻近或覆盖宫颈内口的机会较多,故有半数胎盘位置较低。晚期妊娠后,子宫下段形成及向上扩展成宫腔的一部分,大部分胎盘上移而成为正常位置胎盘。附着于子宫后壁的前置胎盘容易漏诊,因为胎先露遮挡或腹部超声探测深度不够,经阴道彩色多普勒检查可以减少漏诊,而且安全、准确,但应注意避免因操作不当引起出血。

#### 2. 磁共振检查(MRI)

MRI可用于确诊前置胎盘,但价格昂贵,国内已开展应用。

#### 3. 产后检查胎盘胎膜

产后应检查胎盘有无形态异常,有无副胎盘。胎盘边缘见陈旧性紫黑色血块附着处即为胎盘前置部分;胎膜破口距胎盘边缘在7cm以内则为边缘性或部分性前置胎盘。

## 五、鉴别诊断

应与胎盘早剥、帆状胎盘前置血管破裂、胎盘边缘血窦破裂鉴别。诊断时应排除阴道壁病变、宫颈癌、宫颈糜烂及息肉引起的出血。

## 六、对孕妇、胎儿的影响

### (一)产时、产后出血

附着于子宫前壁的前置胎盘行剖宫产时,如子宫切口无法避开胎盘,则出血明显增多。胎儿分娩后,子宫下段肌肉收缩力较差,附着的胎盘不易剥离,即使剥离后因开放的血窦不易关闭而常发生产后出血。

### (二)植入性胎盘

前置胎盘偶可合并胎盘植入,由于子宫下段蜕膜发育不良,胎盘绒毛可植入子宫下段肌层,使胎盘剥离不全而发生大出血,有时需切除子宫而挽救产妇生命。

### (三)贫血及感染

产妇出血,贫血而体弱,加上胎盘剥离面又靠近宫颈内口,容易发生感染。

### (四)围生儿预后不良

出血量多可致胎儿缺氧或宫内窘迫。有时因大出血而须提前终止妊娠,新生儿死亡率高。

## 七、处理

治疗原则是抑制宫缩、控制出血、纠正贫血及预防感染,正确选择结束分娩的时间和方式。根据出血量、有无休克及程度、妊娠周数、胎儿是否存活而采取相应的处理。

### (一)期待疗法

期待疗法适用于出血不多或无产前出血者、生命体征平稳、胎儿存活、胎龄 $<36$ 周、胎儿体重不足 $2300\text{g}$ 的孕妇。原则是在确保孕妇安全的前提下,继续延长胎龄,以期提高围生儿的存活率。若无阴道流血,在妊娠 $34$ 周前可以不必住院,但要定期超声检查,了解胎盘与宫颈内口的关系;一旦出现阴道流血,就要住院治疗。期待疗法应在备血、有急诊手术条件下进行,一旦出血增多,应立即终止妊娠。期待疗法具体如下:①绝对卧床休息:左侧卧位,定时吸氧(每日吸氧 $3$ 次,每次 $20\sim 30\text{min}$ )、禁止性生活、阴道检查、肛门检查、灌肠及任何刺激,保持孕妇良好情绪,可应用镇静剂地西洋 $5\text{mg}$ ,口服,每日 $3$ 次。②抑制宫缩:是期待治疗成功与否的重要措施,子宫收缩可致胎盘剥离而引起出血增多,可用硫酸镁、利托君、沙丁胺醇、硝苯地平类药物抑制宫缩。首选硫酸镁,首次负荷剂量 $4\text{g}$ ,稀释于 $5\%$ 葡萄糖液 $100\text{mL}$ 中快速静脉滴注,再用 $10\text{g}$ 稀释于 $5\%$ 葡萄糖液 $1000\text{mL}$ 中以 $1.5\sim 2.0\text{g/h}$ 速度静脉滴注,每日用量 $10\sim 15\text{g}$ 。③纠正贫血:视贫血严重程度补充铁剂,或少量多次输血。④预防感染:可用广谱抗生素预防感染。⑤促胎儿生长及肺成熟:密切监护胎儿宫内生长情况,由于贫血及胎盘位置不利于胎儿生长,故可适当使用能量等支持药物促胎儿宫内生长,大于 $32$ 孕周妊娠者,可给予地塞米松 $10\text{mg}$ 静脉或肌内注射,每日 $1\sim 2$ 次,连用 $2\sim 3$ 日,以促进胎儿肺成熟,急需时可羊膜腔内一次性注射。⑥终止时机:严密观察病情,期待治疗一般至 $36$ 周,各项指标提示胎儿已成熟者,可适时终止妊娠,避免在出现危险时再处理及急诊终止妊娠。对无反复出血者可延长至足月。

### (二)终止妊娠

#### 1. 剖宫产

剖宫产可在短时间内娩出胎儿,结束分娩,对母儿相对安全,是处理前置胎盘的主要手段。

完全性前置胎盘必须以剖宫产终止妊娠。近年来对部分性及边缘性前置胎盘亦倾向剖宫产分娩。

### 2. 阴道分娩

阴道分娩适用于边缘性前置胎盘、出血不多、头先露、无头盆不称及胎位异常,且宫颈口已开大、估计短时间内分娩者。可在备血、输液条件下人工破膜,并加强宫缩促使胎头下降压迫胎盘而止血。一旦产程停滞或阴道流血增多,应立即剖宫产结束分娩。

### 3. 紧急转送

如无输血、手术等抢救条件时,应立即在消毒下阴道填塞纱布、腹部加压包扎、开通静脉输液通路后,由医务人员亲自护送至附近有条件的医院治疗。

## 八、预防

采取有效的避孕措施,避免多次人工流产及刮宫损伤,预防感染。发生妊娠期出血时,应及时就医,及早做出诊断和处理。

## 九、临床特殊情况的思考和建议

### (一)前置胎盘孕妇终止妊娠时机的选择

选择合适的时间终止妊娠在前置胎盘的处理中十分重要,过早终止不利于新生儿的成活,一味碍于延长孕龄的考虑,可能会丧失最佳处理时机而增加母婴危险。一般情况下,对于无阴道流血的前置胎盘孕妇,尽量延长孕周至足月后终止妊娠;若有少量阴道流血,完全性前置胎盘可在孕 36 周后、部分性及边缘性前置胎盘可在孕 37 周后终止妊娠;若阴道流血量较多,胎肺不成熟者,可经短时间促肺成熟后终止妊娠;一旦前置胎盘发生严重出血而危及孕妇生命安全时,不论胎龄大小均应立即剖宫产。

### (二)前置胎盘围手术期处理

(1)前置胎盘多倾向于剖宫产终止妊娠,对出现紧急情况出血较多者应在积极纠正休克、备血、输液的同时,及时手术。

(2)无论何种条件下手术均尽可能在手术前行 B 超检查,确定胎盘的确切位置及分布,应选用手术熟练的主刀和助手用最短的时间娩出胎儿,可有效减少出血,减少并发症。如为选择性手术,则应在充分与家属沟通后,并准备全麻设备,手术前若孕妇条件许可可适当进行血液稀释,输血可在出血基本控制后进行。

(3)手术中注意根据胎盘附着于子宫的位置而选择子宫切口,在胎盘位于下段前壁时,进腹后往往可见下段部位血管充盈或怒张,做子宫切口时应尽可能避开,或先行血管结扎,采用子宫下段偏高纵切口或体部切口,推开胎盘边缘后破膜,娩出胎儿。但应避免纵切口向下延伸而撕裂膀胱,更不主张撕裂胎盘而娩出胎儿。但在紧急情况时已误入胎盘者,则尽量将胎盘沿宫壁剥离后娩出胎儿,也可撕裂胎盘娩出胎儿,助手应快速将脐带自胎盘侧向新生儿侧挤压并切断以减少新生儿失血。侧壁前置胎盘可选择下段横切口,在无胎盘侧做一小切口后撕开子宫壁向另一侧延长,同时将胎盘向一侧推移娩出胎儿。后壁前置胎盘可选择子宫下段横切口,但由于胎盘挤压往往使先露部高浮,导致出头困难,故可将切口适当向上,也可为扩大切口留有余地。

(4)胎儿娩出后,立即以缩宫素 20U 子宫肌壁内及子宫下段肌壁内注射以加强子宫收缩,必要时可使用欣母沛宫体注射,并徒手剥离胎盘。胎盘剥离后,子宫下段胎盘附着面往往不易止血,可用热盐水纱垫直接压迫,也可在明胶海绵上放置凝血酶压迫出血处,或用可吸收线“8”字缝合血窦、双侧子宫动脉或髂内动脉结扎、髂内动脉栓塞以及宫腔内纱条填塞等方法止血。如无效或合并胎盘植入,可行子宫全切除术或子宫次全切除术(应完全切除胎盘附着的出血处)。

(5)前置胎盘术中出血量估计尤其重要,前壁前置胎盘或中央性前置胎盘尤其大部分胎盘位于前壁时,手术分娩出血较多,可引起休克,甚至可危及生命,即使保住生命,有时因输血不及时或输血量不足,往往可引起严重并发症。故术中正确及时估计出血量和及时输血是避免产妇不良后果发生的有效办法。前置胎盘术中出血往往较急,吸引器难以完全将溢出之血液及羊水完全吸净,可漫至手术单、手术床以及床周地面等。可采用多种统计出血方法综合分析出血量并及时补充。同时要预防继发性宫缩乏力、DIC、感染等不良后果的发生。

### (三)中期妊娠引产问题

临床诊断前置胎盘须于妊娠 28 周后,但有部分要求行中期妊娠引产的患者中,发现胎盘位置低或呈中央性表现,在引产过程中,尤其中央性前置胎盘者仍可能面临大出血的棘手问题。临床传统采用利凡诺羊膜腔内注射引产,其效果肯定。但为减少出血,在引产过程中,要求尽量缩短分娩时间并有较好的子宫收缩,在进入产程后加用缩宫素,并于产后加大用量。也有推荐在利凡诺注射前 48 小时起口服米非司酮 50mg,每天 2 次×3 天,可显著地诱导子宫内膜细胞凋亡,使整个胎盘均匀自子宫壁剥离,减少出血。也有用天花粉注射引产,因天花粉蛋白是直接作用到胎盘,胎盘的血管被凝固的纤维蛋白沉着,血流阻塞,分娩时可有效减少出血,但要注意预防过敏反应。使用方法为:天花粉蛋白皮试为阴性后,用天花粉蛋白试探液 0.045mg 做肌注,同时肌注地塞米松 10mg。观察 2 小时,患者无不适,给予天花粉蛋白注射液 1.2mg 肌注,6 小时后给予地塞米松 10mg 肌注,第 2 天给予地塞米松 10mg 肌注×3 天,监测体温、脉搏、血压,密切注意宫缩胎动,阴道流血,至胎儿、胎盘娩出。

## 第二节 胎盘早剥

妊娠 20 周后或分娩期,正常位置的胎盘于胎儿娩出前,全部或部分从子宫壁剥离,称为胎盘早剥,它是晚期妊娠严重的并发症之一。由于其起病急、发展快,处理不当可威胁母儿生命。国内报道发生率为 0.46%~2.10%,围生儿死亡率为 20%~42.8%,是无胎盘早剥的 15 倍;国外报道围生儿死亡率约为 15%。发生率的高低还与产后是否仔细检查胎盘有关,有些轻型胎盘早剥患者症状不明显,易被忽略。

### 一、病因及发病机制

发病机制尚不完全清楚,但下列情况时胎盘早剥发病率增高。

#### (一)孕妇血管病变

胎盘早剥多发生于子痫前期、子痫、慢性高血压及慢性肾脏疾病的孕妇。当这类疾病引起



全身血管痉挛及硬化时,子宫底蜕膜也可发生螺旋小动脉痉挛或硬化,引起远端毛细血管缺血坏死而破裂出血,血液流至底蜕膜层与胎盘之间,并形成血肿,导致胎盘从子宫壁剥离。

## (二)机械因素

腹部外伤或直接被撞击、性交、外倒转术等都可诱发胎盘早剥。羊水过多时突然破膜,羊水流速过快,或双胎分娩时第一胎儿娩出过快,使宫内压骤减,子宫突然收缩而导致胎盘早剥。临产后胎儿下降,脐带过短使胎盘自子宫壁剥离。

## (三)子宫静脉压升高

仰卧位低血压综合征时,子宫压迫下腔静脉使回心血量减少,子宫静脉瘀血使静脉压升高,导致蜕膜静脉床淤血或破裂而发生胎盘剥离。

## (四)其他

高龄孕妇、经产妇易发生胎盘早剥;不良生活习惯如吸烟、酗酒及吸毒等也是国外发生率增高的原因;胎盘位于子宫肌瘤部位易发生胎盘早剥。

## 二、病理及病理生理变化

胎盘早剥的主要病理变化是底蜕膜出血,形成血肿,血肿产生张力使该处胎盘以出血点为中心自子宫壁向四周剥离,如剥离面小,张力增大可压迫止血使血液很快凝固而出血停止,临床可无症状或症状轻微。如继续出血,胎盘剥离面也随之扩大,形成较大的胎盘后血肿,血液可冲开胎盘边缘及胎膜经宫颈管流出,表现为外出血,称为显性剥离。如胎盘边缘或胎膜与子宫壁未剥离,或胎头进入骨盆入口压迫胎盘下缘,使血液积聚于胎盘与子宫壁之间而不能外流,故无阴道流血,称为隐性剥离。由于血液不能外流,胎盘后出血越积越多,可致子宫底升高,当出血达到一定程度,压力增大,血液冲开胎盘边缘和胎膜经宫颈管流出,即为混合性出血。有时胎盘后血液可穿破羊膜而溢入羊膜腔,形成血性羊水。

胎盘早剥尤其是隐性剥离时,胎盘后血肿增大及压力增加,使血液侵入子宫肌层,引起肌纤维分离、断裂及变性,称为子宫胎盘卒中。当血液经肌层侵入浆膜层时,子宫表面可见蓝紫色淤斑,以胎盘附着处为明显;偶尔血液也可渗入阔韧带、输卵管系膜,或经输卵管流入腹腔。卒中后的子宫收缩力减弱,可发生大量出血。

严重早剥的胎盘,剥离处的胎盘绒毛及蜕膜释放大量的组织凝血活酶,进入母体血循环后激活凝血系统,而导致弥散性血管内凝血(DIC),在肺、肾等器官内形成微血栓,引起器官缺氧及功能障碍。DIC继续发展可激活纤维蛋白溶解系统,产生大量纤维蛋白原降解产物(FDP),引起继发性纤溶亢进。由于凝血因子的大量消耗及高浓度FDP的生成,最终导致严重的凝血功能障碍。

## 三、临床表现及分类

国内外对胎盘早剥的分类不同。国外(Sher,1985)分为I、II、III度,国内则分为轻、重两型,我国的轻型相当于Sher I度,重型则包括Sher II、Sher III度。

### (一)国外胎盘早剥的Sher分度

#### 1. I度

多见于分娩期,胎盘剥离面积小,患者常无腹痛或腹痛轻微,贫血体征不明显。腹部检查: