

# 妇产科疾病 现代诊断与治疗

宋昌红等◎主编

# 妇产科疾病现代诊断与治疗

宋昌红等◎主编

 吉林科学技术出版社

## 图书在版编目 ( C I P ) 数据

妇产科疾病现代诊断与治疗 / 宋昌红等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017. 9

ISBN 978-7-5578-3327-5

I. ①妇… II. ①宋… III. ①妇产科病—诊疗 IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第232266号

## 妇产科疾病现代诊断与治疗

FUCHANKE JIBING XIANDAI ZHENDUAN YU ZHILIAO

---

主 编 宋昌红等  
出 版 人 李 梁  
责任编辑 孟 波 李洪德  
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司  
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司  
开 本 787mm×1092mm 1/16  
字 数 330千字  
印 张 18.5  
印 数 1—1000册  
版 次 2017年9月第1版  
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

---

出 版 吉林科学技术出版社  
发 行 吉林科学技术出版社  
地 址 长春市人民大街4646号  
邮 编 130021  
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628  
85652585 85635176  
储运部电话 0431-86059116  
编辑部电话 0431-86037565  
网 址 www.jlstp.net  
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

---

书 号 978-7-5578-3327-5  
定 价 65.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

主 编	宋昌红	张晓华	庄 录	王 静	李 翠
副主编	王海宁	程一苇			
编 委	宋昌红	山东省济南市中医医院			
	张晓华	山东省烟台市福山区人民医院			
	庄 录	山东兖矿集团南屯煤矿医院			
	王 静	烟台海港医院			
	李 翠	滨州医学院烟台附属医院			
	王海宁	滨州医学院烟台附属医院			
	程一苇	滨州医学院烟台附属医院			

## 前 言

随着医学科学的飞速发展,临床妇产科疾病的诊治方面取得了重大进展。为了反映当前妇产科医学最新研究成果,更好地为临床工作服务,我们在繁忙的工作之余,广泛收集国内外近期文献,认真总结自身经验,精心编写成《妇产科疾病现代诊断与治疗》一书。

全书总共 19 章。其内容包括妊娠诊断、孕期监护及保健、正常产褥、病理妊娠、妊娠合并症、分娩期并发症等,还有妇科炎症、妇科肿瘤、妇科内分泌、子宫内膜异位症等诊断和鉴别诊断及经典治疗、常规治疗。

本书的目的是着重介绍每一疾病的诊断要点和每一疾病的详细具体治疗方案,力求使读者读后能从理论上获得指导、实践上有可操作性,其内容丰富,具有很强的临床实用性。在写法上力求文字简明扼要、通俗易懂、便于读者理解与应用。是一部可供中高级妇产科医务工作者、研究生、医学生阅读、参考的工具书。

在本书编写过程中,多处引用国内外文献,书中如有错误或不妥之处,欢迎广大读者批评指正。

编 者

2017 年 6 月

# 目 录

第一章 妊娠诊断	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	2
第三节 胎产式、胎先露、胎方位	3
第二章 孕期监护及保健	5
第一节 孕期监护	5
第二节 孕期保健	13
第三节 妊娠期常见症状及处理	17
第三章 正常产褥	19
第一节 产褥期的母体变化	19
第二节 产褥期的临床表现	21
第三节 产褥期的处理及保健	22
第四章 病理妊娠	25
第一节 流 产	25
第二节 异位妊娠	30
第三节 前置胎盘	37
第四节 胎盘早剥	40
第五节 妊娠期高血压疾病	44
第六节 羊水过多	54
第七节 羊水过少	57
第八节 双胎妊娠	59
第九节 早 产	63
第五章 妊娠合并症	69
第一节 心脏病	69
第二节 病毒性肝炎	76
第三节 妊娠合并糖尿病	80
第六章 遗传咨询、遗传筛查与产前诊断	86
第一节 遗传咨询	86
第二节 遗传筛查	87
第三节 产前诊断	89
第七章 异常分娩	93
第一节 产力异常	93

第二节	产道异常	98
第三节	胎位异常	101
第四节	胎儿发育异常	110
<b>第八章</b>	<b>分娩期并发症</b>	<b>117</b>
第一节	子宫破裂	117
第二节	产后出血	120
第三节	胎膜早破	125
第四节	羊水栓塞	127
第五节	胎儿窘迫	132
<b>第九章</b>	<b>异常产褥</b>	<b>137</b>
第一节	产褥感染	137
第二节	晚期产后出血	142
第三节	产褥期抑郁症	146
第四节	产褥中暑	147
第五节	产后缺乳	150
<b>第十章</b>	<b>女性生殖系统炎症</b>	<b>154</b>
第一节	外阴及前庭大腺炎	154
第二节	阴道炎	156
第三节	宫颈炎	164
第四节	盆腔炎	170
第五节	生殖器结核	177
<b>第十一章</b>	<b>性传播疾病</b>	<b>183</b>
第一节	淋病	183
第二节	梅毒	186
第三节	尖锐湿疣	188
第四节	生殖器疱疹	190
第五节	获得性免疫缺陷综合征	192
<b>第十二章</b>	<b>外阴肿瘤</b>	<b>196</b>
第一节	外阴良性肿瘤	196
第二节	外阴恶性肿瘤	197
<b>第十三章</b>	<b>子宫颈癌</b>	<b>202</b>
<b>第十四章</b>	<b>子宫肿瘤</b>	<b>214</b>
第一节	子宫肌瘤	214
第二节	子宫内膜癌	220
第三节	子宫肉瘤	226
<b>第十五章</b>	<b>卵巢肿瘤</b>	<b>230</b>
<b>第十六章</b>	<b>妊娠滋养细胞疾病</b>	<b>239</b>
第一节	葡萄胎	239

第二节	侵蚀性葡萄胎·····	242
第三节	绒毛膜癌·····	244
第十七章	生殖内分泌疾病·····	250
第一节	功能失调性子宫出血·····	250
第二节	闭 经·····	257
第三节	痛 经·····	264
第四节	围绝经期综合征·····	266
第十八章	子宫内膜异位症·····	271
第十九章	不孕症·····	276



# 第一章 妊娠诊断

妊娠是胚胎和胎儿在母体内发育成长的过程。妊娠可分为三个时期:妊娠第12周末以前( $\leq 12$ 周)称早期妊娠(first trimester),妊娠第13~27周末( $12+1 \sim 27+6$ 周)称中期妊娠(second trimester),妊娠第28周后( $28+1$ 周以后)称晚期妊娠(third trimester)。

## 第一节 早期妊娠的诊断

### 一、病史与症状

1. 停经 生育年龄有性生活的妇女,平时月经周期规律,一旦月经过期10日或以上,应疑为妊娠。但需与内分泌紊乱、哺乳期、口服避孕药引起的闭经相鉴别。

2. 早孕反应 约60%妇女在停经6周左右出现畏寒、头晕、乏力、嗜睡、流涎、食欲不振、喜食酸物或厌恶油腻、恶心、晨起呕吐等一系列症状,称早孕反应。早孕反应约持续2个月自行消失。

3. 尿频 妊娠早期出现,因增大的前倾子宫在盆腔内压迫膀胱所致,当子宫逐渐增大超出盆腔后,尿频症状自然消失。

4. 乳房变化 体内增多的雄激素促进乳腺腺管发育及脂肪沉积,孕激素促进乳腺腺泡发育。催乳激素、生长激素、胰岛素、皮质醇和表皮生长因子协同作用,使腺体干细胞分化为腺泡细胞和肌上皮细胞。查体可见乳房逐渐增大,感乳房胀痛。哺乳妇女妊娠后乳汁明显减少。乳头及乳晕着色加深,由于皮脂腺增生,乳晕周围出现深褐色结节——蒙氏结节(Montgomery's tubercles)。

### 二、体征

1. 生殖器官的变化 妊娠后阴道壁及子宫颈充血变软,呈紫蓝色。双合诊检查子宫体增大变软,最初子宫前后径变宽变略饱满,继后宫体呈球形。孕12周时,宫底超出盆腔,在耻骨联合上可扪及宫体。黑加征出现,子宫峡部极软,宫体与宫颈似不相连,妊娠10周后羊膜囊逐渐下移,此体征消失。

2. 乳房变化 妊娠8周起,乳房逐渐长大,肿胀疼痛,乳头乳晕着色加深,乳晕周围蒙氏结节出现。

### 三、辅助检查

1. 妊娠试验 可用放射免疫法检测孕妇血 $\beta$ -hCG。早孕诊断试纸法检测孕妇尿液,阳性表明受检者尿中含有HCG,可以协助诊断早期妊娠,但注意假阳性的出现。

#### 2. 超声检查

(1)B型超声显像法:最早在妊娠5周时子宫内可见妊娠囊,妊娠囊内见有节律的胎心搏动,可确诊为早孕、活胎。6~8周后可见胎体活动,胎心搏动。

(2) 超声多普勒法:在增大的子宫区内,能听到有节律、单一高调的胎心音,胎心率多在 150~160 次/分,可确诊为早期妊娠,活胎。

3. 宫颈黏液检查 早孕者的宫颈黏液量少质稠,镜下见排列成行的椭圆体而无羊齿状结晶,则早期妊娠可能性较大。

4. 基础体温 基础体温双相型的妇女,停经后高温相持续 18 日不见下降,早孕可能性大;若高温相持续 3 周以上,则早孕可能性更大。

(张晓华)

## 第二节 中期及晚期妊娠的诊断

妊娠中期以后,胎儿和子宫增大,自腹部可扪及胎儿,听到胎心音,孕 4 个月左右,孕妇可自觉胎动,B 超检查可见到胎儿,不难诊断。

### 一、病史及症状

有早期妊娠的经过,并逐渐感到腹部增大和胎动,以及一些早期妊娠伴随症状。

### 二、检查与体征

1. 子宫增大 子宫随妊娠进展逐渐增大。检查腹部时,根据手测子宫高度及尺测耻上子宫长度,可以判断妊娠周数(表 1-1)。但子宫底高度存在个体差异。

表 1-1 不同妊娠周数的宫底高度、子宫长度、双顶径大小

妊娠周数	手测宫底高度	尺测耻上子宫长度(cm)	双顶径(mm)
12 周末	耻骨联合上 2~3 横指		23.0±5.4
16 周末	脐耻之间		36.2±5.8
20 周末	脐下 1 横指	18(15.3~21.4)	48.8±5.6
24 周末	脐上 1 横指	24(22.0~25.1)	60.5±5.0
28 周末	脐上 3 横指	26(22.4~29.0)	72.4±6.7
32 周末	脐与剑突之间	29(25.3~32.0)	81.7±6.5
36 周末	剑突下 2 横指	32(29.8~34.5)	88.1±5.7
40 周末	脐与剑突之间或略高	33(30.0~35.3)	92.8±5.0

2. 胎动 胎儿在子宫内的活动称胎动。妊娠 18~20 周孕妇自觉胎动,经产妇出现早些,每小时约 3~5 次,随妊娠周数增加,胎动越来越活跃,但至妊娠末期胎动逐渐减少。

3. 胎心音 妊娠 18~20 周,用听诊器在孕妇腹壁可听到胎心音,呈双音,第一音与第二音相接近,似钟表的“滴答”声,速度较快,每分钟 120~160 次。妊娠 24 周前,胎心音多在脐下正中或稍偏左、右听到。妊娠 24 周以后,胎心音多在胎儿背侧对应的孕妇腹壁听得最清楚。胎心音需与子宫杂音,腹主动脉音及脐带杂音相鉴别。子宫杂音为血液通过扩大的子宫血管时发出的吹风样低音响;腹主动脉音为强音响,二者与母体的脉搏一致。脐带杂音为血流通过脐带受阻,发出的吹风样低音响,与胎心音一致。

4. 胎体 妊娠 20 周后可经腹壁触到子宫内的胎体。妊娠 24 周以后,通过四步触诊

法可区分胎头、胎背、胎臀和胎儿肢体,进一步判断胎产式、胎先露和胎方位。

### 三、辅助检查

1. B型超声检查 妊娠15周后作B超检查可显示胎体、胎头及胎盘等完整图像,并能显示胎动、胎心搏动及羊水深度,可证实为活胎。妊娠晚期B超检查还可确定胎产式、胎先露、胎方位。

2. X线检查 妊娠18~20周后,X线摄片检查不仅能见到胎儿的骨骼阴影,且对多胎、畸胎、死胎及可疑头盆不称等有较大的诊断价值。但因X线对胎儿有害,故近年已被B型超声检查所取代。

3. 胎儿心电图 妊娠12周时已能检测出较规律的胎儿心电图图形,孕20周后其检测成功率更高。

(张晓华)

## 第三节 胎产式、胎先露、胎方位

妊娠32周以后,由于胎儿明显长大,羊水相对减少,胎儿与子宫壁贴近,胎儿的位置和姿势相对恒定。从此时起,胎儿在子宫内的姿势为:胎头俯屈,颈部贴近胸壁,脊部略向前弯,四肢屈曲交叉于胸前,整个胎体呈椭圆形,与妊娠晚期的子宫腔形状相吻合。胎儿体位与母体骨盆的关系对分娩的影响很大,妊娠晚期应通过四步触诊、肛门指诊、阴道指诊,结合B型超声检查明确诊断胎位。若发现胎位异常,应尽可能及时纠正。

### 一、胎产式

胎体纵轴与母体纵轴的关系称胎产式。两轴平行者称纵产式,占妊娠足月分娩总数的99.75%;两轴垂直者称横产式。两轴交叉者称斜产式,此产式属暂时的,在分娩过程中多数转为纵产式,偶而转成横产式。

### 二、胎先露

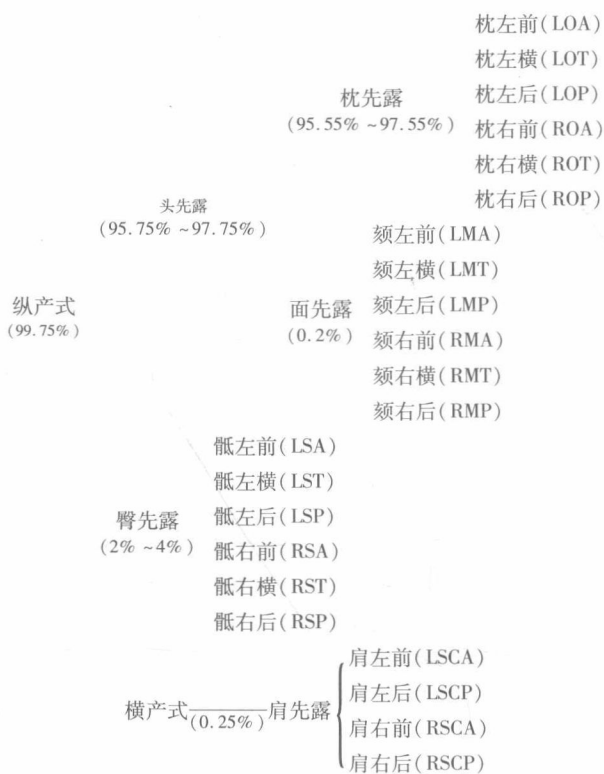
最先进入骨盆上口(旧称骨盆入口)的胎儿部分称为胎先露。纵产式有头先露和臀先露。头先露因胎头屈曲的程度不同,又分为枕先露、前凶先露、额先露及面先露。头先露发生率为纵产式95.75%~97.75%,其中枕先露发生率为纵产式的95.55%~97.55%,面先露为0.2%。臀先露因入盆先露不同,又分为混合臀先露(完全臀先露),单臀先露、单足先露和双足先露。臀先露发生率为纵产式2%~4%。横产式为肩先露。偶尔头先露或臀先露与胎手或胎足同时入盆,称复合先露。

### 三、胎方位

胎儿先露部的指示点与母体骨盆之间的关系称胎方位(简称胎位)。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点。根据指示点与母体骨盆前、后、左、右横的关系而有不同的胎方位(表1-2)。

表 1-2

胎产式、胎先露和胎方位的关系及种类



胎儿在宫内的胎产式、胎先露及胎方位,对分娩过程影响极大,故在产前或分娩时,明确诊断胎位,及时纠正异常胎位极为重要。

(张晓华)

## 第二章 孕期监护及保健

### 第一节 孕期监护

#### 一、围生医学概念

围生医学又称围产医学,是以孕妇和胎儿作为一个统一体进行管理和研究的医学体系,内容包括研究胚胎发育、胎儿的生理、病理、新生儿和孕、产妇疾病的诊断与防治,以及母婴保健和管理。因而围生医学是包含临床医学、基础医学、医学遗传学、放射医学、优生学等多学科的一门综合学科。发展围生医学是为了降低孕产妇和围生儿死亡率,降低远期缺陷和伤残率,提高人类的健康素质。

1. 围生期的定义 围生期是指产前、产时和产后的一段时期。此期中孕妇经历了妊娠、分娩和产褥期三个阶段,而胎儿要经历受精、细胞分裂、繁殖、发育以及从不成熟到成熟和出生后开始独立生活的复杂变化过程。国际上对围生期的规定有4种:①围生期Ⅰ:从妊娠28周(即胎儿体重 $\geq 1000\text{g}$ 或身长 $\geq 35\text{cm}$ )至产后1周;②围生期Ⅱ:从妊娠20周(即胎儿体重 $\geq 500\text{g}$ 或身长 $\geq 25\text{cm}$ )至产后4周;③围生期Ⅲ:从妊娠28周至产后4周;④围生期Ⅳ:从胚胎形成至产后1周。我国采用围生期Ⅰ计算围生期死亡率。

2. 围生期保健的意义 围生期对胎儿新生儿都是十分重要的时期。通过妊娠期间对孕妇的系统管理,做好孕妇和胎儿的监护,及时发现妊娠并发症和合并症及胎儿在子宫内的安危和成熟度,给予积极处理,以降低母婴死亡率、早期发现遗传性疾病和先天缺陷,提高新生儿的存活率和健康水平。因此,做好围生期保健工作,具有重要意义。

3. 围生医学的工作范围及内容 围生医学的具体工作内容就是针对孕产妇、胎儿、新生儿进行系统的保健管理和疾病的防治,包括孕产妇保健、围生期保健和围生保健的组织管理。

#### (1) 孕产妇保健

①妊娠早期:及早确定妊娠及孕期、筛选高危妊娠并决定妊娠是否继续、进行优生优育和孕期卫生指导,预防畸形。

②妊娠中期:要定期进行孕期检查,及时发现高危因素,监测胎儿宫内发育情况,做好宫内诊断,排除先天缺陷。同时要对孕妇加强营养指导,开始进行胎教和孕妇体操。

③妊娠晚期:定期产前检查,识别高危因素并积极防治。了解胎儿宫内发育及安危情况、胎盘功能等,确定分娩时机和分娩方式。此外,还应对孕妇进行分娩准备教育。

④分娩期:加强产时监护,提高助产质量,减少产时并发症,保证母婴安全。

⑤产褥期:积极治疗并发症和合并症,促进产妇机体恢复。进行产褥期卫生和新生儿保健教育,宣传并指导母乳喂养。

(2)围生儿保健:胎儿期通过宫内诊断,排除先天缺陷;产前监护可及时了解胎儿宫内安危和发育情况确定最佳分娩时机和方式。新生儿期应加强高危新生儿的监护,防治新生儿疾病。

(3)围生保健的组织管理:国外一些发达国家,较早采用划区分级的围产保健网来进行系统的医疗保健工作。如美国在1976年由美国医学会、美国儿科学会、美国妇产科学会和美国家庭医生学会联合成立了围产期保健委员会,提出规划,将全国划分为若干地区,每一地区内有一、二、三级医疗机构,分工负责围产期各项医护工作,各地区都设有围产中心,集中有经验的医护人员,装备先进而全面的设备,接受转诊,解决地区疑难问题,辐射式为全地区服务。我国卫生部于1987年总结10年来的经验,制定了城市围产管理办法草案,对围产保健管理实行三级分级管理保健网,建立统一的围生保健卡,对高危妊娠进行筛查、监护和管理。

一级:为乡、街道医疗单位,工作内容负责初筛、识别异常妊娠及转诊,处理正常妊娠、分娩及正常新生儿,产后随访等。

二级:为区、县医院,负责处理高危妊娠,接受一级医院的转诊病人,以及对一级医院工作人员的技术培训。

三级:为省、市及医学院校教学医院,负责极高危妊娠的处理,接受一、二级医院会诊要求、转诊和培训。负责本地区围生保健质量检查,对本地区孕产妇和围生儿死亡原因进行分析,并提出防治措施等。

## 二、产前检查

孕妇监护主要通过定期产前检查来实现。

1. 产前检查时间 产前检查的时间从确诊为早孕时开始,常规进行妇科检查以了解软产道及盆腔内有无异常,测量血压作为基础血压,查血、尿常规,并且检查心、肺、肝、肾功能,如无异常,应于妊娠20周起进行产前系列检查,妊娠20~36周期间每4周检查1次,妊娠36周起每周检查1次,即于妊娠20、24、28、32、36、37、38、39、40周共再进行产前检查9次。凡属高危孕妇,应酌情增加产前检查次数。

2. 首次产前检查 应详细询问病史,进行全面的身体检查、产科检查及必要的辅助检查。

### (1)病史

①年龄:年龄过小易发生难产;年龄过大,特别是35岁以上的初孕妇易并发妊高征、产力异常、产道异常和遗传病儿、先天缺陷儿。

②职业:应对接触有毒物质(如铅、汞等)的孕妇检测血常规和肝功能。应将高温作业的孕妇于妊娠5个月以后调换工作。

③推算预产期:按末次月经日期推算预产期。从末次月经第一天起,月份于4月份以后减3,4月份以前加9,天数加7。若孕妇仅记得阴历末次月经第一天,应由医师为其换成阳历再推算预产期。例如末次月经第一天是阳历1999年11月21日,预产期应为2000年8月28日。必须指出,实际分娩日期与推算的预产期,前后可相差1~2周。

④月经史及既往史:了解初潮年龄、月经周期,对月经周期延长者的预产期应相应推迟。着重了解有无高血压、糖尿病、肝肾疾病、心脏病、血液病、结核病等,注意其发病年龄

及治疗概况。

⑤既往孕产史及手术史:若为经产妇,应着重了解有无难产史、死胎死产史、分娩方式、新生儿情况及有无产后出血史,并问明末次分娩或流产的日期及处理情况,还应了解作过何种手术。

⑥本次妊娠情况:了解妊娠早期有无早孕反应、病毒感染及用药史,胎动开始时间,有无阴道流血、头痛、心悸、气短、下肢水肿等症状发生。

⑦家族史:询问家庭中有无高血压、糖尿病、结核病、双胞胎及其他与遗传有关的疾病。

⑧丈夫健康状况:着重询问有无遗传性疾病等。

(2)全身检查:观察孕妇的发育、营养及精神状态;注意步态及身高,身材矮小( $< 145\text{cm}$ )者易有骨盆狭窄;检查心脏有无病变;检查脊柱及下肢有无畸形;检查乳房、乳头有无异常;注意有无水肿,若妊娠晚期仅踝部或小腿下部水肿经休息后消退,不属于异常;测量血压,正常情况下孕妇血压不应超过 $140/90\text{mmHg}$ ,超过者应属病理状态;测量体重,于妊娠晚期体重每周增加不应超过 $500\text{g}$ ,超过者可能有水肿或隐性水肿。

(3)产科检查:包括腹部检查、骨盆测量、阴道检查或肛门检查。

1)腹部检查:孕妇排尿后仰卧于检查床上,双腿略屈曲稍分开,腹肌放松。检查者站在孕妇右侧进行检查。

①视诊:注意腹形及大小,腹部过大、宫底过高者,应想到双胞胎妊娠、巨大胎儿、羊水过多的可能;腹部过小、宫底过低者,应想到胎儿宫内发育迟缓、孕周推算错误等;腹部两侧向外膨出、宫底位置较低者,肩先露的可能性大;注意若有尖腹或悬垂腹者,可能伴有骨盆狭窄。

②触诊:手测宫底高度,用软尺测耻上子宫长度及腹围值。随后用四步触诊法检查子宫大小、胎产式、胎先露、胎方位以及胎先露部是否衔接。在作前3步手法时,检查者面向孕妇,作第4步手法时,检查者则应面向孕妇足端。

第一步手法:检查者双手置于子宫底部,了解子宫外形并摸清子宫底高度,估计胎儿大小与妊娠周数是否相符。然后以双手指腹相对轻推,判断子宫底部的胎儿部分,如为胎头则硬而圆且有浮球感,如为胎臀,则软而宽且形状略不规则。

第二步手法:检查者两手分别置于腹部左右侧,一手固定,另一手轻轻深按检查,两手交替,仔细分辨胎背及胎儿四肢的位置。平坦饱满者为胎背,并确定胎背向前、向侧或向后;可变形的高低不平部分是胎儿的肢体,有时感到胎儿肢体在动。

第三步手法:检查者右手置于耻骨联合上缘,拇指与其余四指分开,握住胎先露部,进一步查清是胎头部抑或胎臀,左右推动以确定是否衔接。如先露部仍浮动,表示尚未入盆;若已衔接,则胎先露部不能被推动。

第四步手法:检查者两手分别置于胎先露部的两侧,向骨盆入口方向向下深压,再次核对先露部的诊断是否正确,并确定先露部入盆的程度。当胎先露是胎头或胎臀难以确定时,可进行肛诊协助判断。

③听诊:妊娠 $18\sim 20$ 周时,能在孕妇腹壁听到胎心音。在靠近胎背上方的孕妇腹壁听得最清楚,因此枕先露时听诊部位应在脐左或右下方;臀先露时应在脐左或右上方;肩先露时在脐部。听诊时应注意与脐带、子宫杂音鉴别。由于腹壁紧张等原因确定胎背因

难时,可借助胎心音听诊部位作综合分析。不同胎位胎心音听诊部位。

2) 骨盆测量:骨盆形状、大小是决定胎儿能否经阴道分娩的重要因素之一,骨盆测量是产前检查时必不可少的项目。临床测量骨盆的方法有骨盆外测量和骨盆内测量两种。

① 骨盆外测量:虽不能测出骨盆内径,从外测量各径线中能间接了解骨盆的大小及形态,由于操作简便,至今仍广泛应用。常测量以下径线:髂棘间径:孕妇取伸腿仰卧位,测量两髂前上棘外缘的距离,正常值为 23 ~ 26cm;髂嵴间径:孕妇取伸腿仰卧位,测量两髂嵴外缘最宽的距离,正常值为 25 ~ 28cm;骶耻外径:孕妇取左侧卧位,右腿伸直,左腿屈曲,测量第 5 腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点的距离,正常值为 18 ~ 20cm,此径线可间接推测骨盆入口前后径长度,是骨盆外测量中最重要径线;坐骨结节间径(出口横径):孕妇取仰卧位,两腿弯曲,双手抱双膝。测量两坐骨结节内侧缘的距离,正常值为 8.5 ~ 9.5cm。也可用手拳测量,若能容纳一成人横置手拳,即属正常,若此径值小于 8cm 时,应加测出口后矢状径;耻骨弓角度:两手拇指尖斜着对拢,放置于耻骨弓顶端,左右两拇指平放在耻骨降支上面,测量两拇指间的角度为耻骨弓角度,正常值为 90°,小于 80°为不正常。

② 骨盆内测量:适用于骨盆外测量有狭窄者,在妊娠 24 周以后会阴较松弛且不致引起感染时进行。对角径:耻骨联合下缘至骶岬前缘中点的距离,正常值为 12.5 ~ 13cm,此值减去 1.5 ~ 2.0cm 为骨盆入口前后径长度;方法为在孕 24 ~ 36 周时,检查者将一手的食、中指伸入阴道,用中指尖触到骶岬上缘中点,食指上缘紧贴耻骨联合下缘,另一手食指固定标记此接触点,抽出阴道内的手指,测量中指尖到此接触点距离为对角径;坐骨棘间径:测量两坐骨棘间的距离,正常值为 10cm;方法为一手食、中指放入阴道内,触摸两侧坐骨棘,估计其间距离。

3) 阴道检查及肛诊:妊娠早期初诊时应行阴道检查,了解软产道及盆腔情况。骨盆外测量异常者,于妊娠 24 周后进行骨盆内测量,妊娠最后 1 个月以及临产后,应避免不必要的阴道检查。肛诊可以了解胎先露部、骶骨前面弯曲度、坐骨棘突出情况及坐骨切迹宽度、骶尾关节活动度,也可以结合肛诊测量出口后矢状径。

4) 妊娠图:妊娠图是利用观察、测量母体子宫底高度、腹围、体重、血压的数据,描绘成曲线图,用定量和动态观察的方法对妊娠全过程进行人工监护和科学管理,便于及时发现胎儿异常,及早诊治,减少异常儿的出生。

妊娠图简繁不一,可根据本地区、本单位的设备条件、技术水平进行设计。简单者,只设计血压、子宫底高度、体重、腹围等曲线图。设备技术条件优越者,除一般项目外,还可增设胎头双顶径超声测量、尿雌三醇测定、血清甲胎蛋白测定等。

(4) 实验室检查:应常规进行血、尿常规检查,必要时尚需作肝、肾功能检查。

在初诊过程中,若怀疑胎儿宫内发育异常、胎儿胎盘功能不全,或有遗传性、先天性疾病史,应根据需要及可能进行羊水检查、胎盘功能测定、甲胎蛋白检查及超声检查。

### 3. 复诊产前检查

了解前次产前检查后有无改变,及早发现异常情况。复诊的内容应包括:

(1) 询问前次产前检查后,有无特殊情况出现,如头痛、眼花、浮肿、阴道流血、胎动异常等。

(2) 测量体重和血压,检查有无水肿,复查有无蛋白尿。



(3)复查胎位、胎心率、子宫长度及腹围。必要时行B超检查。

(4)做好孕期各阶段的卫生宣教,并预约下次复诊日期。

### 三、胎儿监护

胎儿监护,包括胎儿宫内情况的监护、胎盘功能检查、胎儿成熟度检查、胎儿畸形的宫内诊断和胎儿遗传性疾病的宫内诊断。

1. 确定是否为高危儿 高危儿包括:孕龄小于37周或大于等于42周;出生体重小于2500g;小于或大于孕龄儿;生后1分钟内Apgar评分0~3分;产时感染;高危妊娠产妇的新生儿;手术儿;新生儿的姐姐有严重的新生儿病史或新生儿期死亡等。

#### 2. 胎儿宫内情况监护

(1)胎儿生长发育情况的监测:观察胎儿在宫内生长发育情况,首先必须明确胎龄,推算预产期。通过测定宫高及腹围;B型超声测定胎头双顶径、头臀径、股骨长度、胸围及腹围等绘制妊娠图,预测胎儿体重。

#### (2)胎儿宫内安危的监测

1)胎动计数:可自测或B型超声监测。自测胎动一般于早、中、晚各数1小时胎动,将胎动次数相加乘4,即为12小时胎动计数,正常 $\geq 30$ 次/12小时,若 $< 10$ 次/12小时,提示胎儿缺氧。

2)B型超声检查:妊娠早期结合hCG值能比较准确判断胎龄;妊娠中期可发现胎儿畸形;妊娠晚期可判断胎位有否异常、预测胎儿体重、观察羊水量或羊水指数,评估胎儿宫内生长发育情况及是否有胎儿宫内窘迫。

3)羊膜镜检查:正常为淡青色或乳白色,混有胎脂。若混有胎粪为黄绿色甚至棕黄色。

4)胎儿心电图及彩色超声多普勒测定脐血的血流速度:可了解胎儿心脏的情况,及提示胎儿宫内缺氧。

5)电子胎心监护:胎儿监护仪在临床广泛应用,它不仅可以直接记录胎心率(fetal heart rate FHR)的变化,而且可以同时观察胎动、宫缩对胎心率的影响。胎心监护有内、外监护两种形式:①内监护是宫口开大1cm以上时,将单极电极经宫口与胎头直接连接进行监测,此方法在破膜后损伤,有感染机会,但记录准确;②外监护是宫缩描绘探头和胎心率探头直接放在孕妇腹壁上。操作方便,没有感染,但外界干扰可能影响结果。

①胎心率监测:用胎儿监护仪记录的胎心率有两种基本变化——胎心率基线及胎心率一过性变化。

a. 胎心率基线:指在无胎动、无宫缩影响时,10分钟以上的胎心率的平均值,正常值120~160次/分。若FHR $> 160$ 次/分或 $< 120$ 次/分,持续10分钟称心动过速或心动过缓。胎心率基线变异即基线摆动,包括摆动幅度和摆动频率。摆动幅度是指胎心率上下摆动的高度,以bpm表示,正常为10~25bpm;摆动频率指计算1分钟内波动的次数,正常为 $\geq 6$ 次。正常范围胎心率变异表示胎儿有一定储备能力,是胎儿健康的表现。

b. 胎心率一过性变化:受胎动、宫缩、触诊及声响等刺激,胎心率发生暂时性加快或减慢,持续数秒或数十秒后又恢复到基线水平。有加速和减速两种情况,是判断胎儿安危的重要指标。