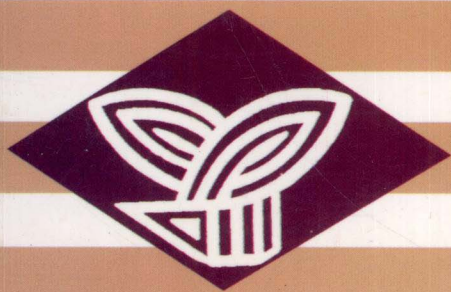


妊娠期并发症



吴美琳等 编著

REN SHEN QI BING FA ZHENG

南海出版公司

妊 娠 期 并 发 症

吴美琳等 编著

南海出版公司

2005 · 海口

图书在版编目(CIP)数据

妊娠期并发症/吴美琳等编著. —海口:南海出版公司, 2005. 6
ISBN 7-5442-0956-3

I. 妊… II. 吴… III. 妊娠合并症
IV. R714.25

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第060990号

RENSHENQIBINGFAZHENG

妊娠期并发症

编 著 吴美琳等

责任编辑 陈弥

封面设计 韩志录

出版发行 南海出版公司 电话(0898)65350227

社 址 海口市蓝天路友利园大厦B座3楼 邮编 570203

电子信箱 nhcbgs@0898.net

经 销 新华书店

印 刷 山东省泰安市第三印刷厂

开 本 850×1168毫米 1/32

印 张 8

字 数 200千字

版 次 1998年7月第1版 2005年6月第2次印刷

印 数 2001~2500册

书 号 ISBN 7-5442-0956-3/R·39

定 价 25.50元

南海版图书 版权所有 盗版必究

主 编
副主编
编 委

吴美琳
张桂风
兰守敏
孙桂美

刘 静
王 翔
任 冉
王晓东

王月琴
朱小霞
曹景梅
徐广秀

张亦文
李艳萍
任俊阁

王今锦
钱智华

前 言

妊娠是人类繁衍后代的开端与基础。妊娠期母亲与胎儿的健康状态是决定分娩顺利与否及产后母婴生命质量的重要关键。诸多妊娠、分娩的不良结局和母儿的后遗症均与妊娠期并发症有关。妊娠期并发症不仅增加了围产儿的致残率、死亡率,给社会和家庭带来沉重的经济负担与巨大的精神压力,而且也直接影响母亲的健康,甚至危及生命。因此,提高对妊娠期并发症危害性的认识,早期诊断,正确处理,是改善预后的重要手段。

作者参阅了近几年国内外有关妊娠期并发症的研究进展与经验总结,并结合个人的临床实践,对该组疾病进行了较系统讲述,内容新颖,观点先进,通俗易懂,注重理论与实用相结合,适用于产科及妇幼保健工作者阅读及参考。

由于编写时间仓促及水平所限,难免有不妥之处,尚请读者批评指正。

吴美琳

2005年6月于山东省立医院

目 录

第一章 妊娠剧吐.....	1
第二章 流产.....	7
第一节 早期自然流产.....	7
第二节 晚期流产	17
第三节 抗磷脂综合征与异常妊娠	20
第三章 异位妊娠	26
第四章 妊娠滋养细胞疾病,.....	38
第一节 葡萄胎	38
第二节 侵蚀性葡萄胎	43
第三节 绒毛膜癌	45
第四节 胎盘部位滋养细胞肿瘤	53
第五章 早产	56
第六章 母儿血型不合	63
第一节 ABO 血型不合	63
第二节 Rh 血型不合	70
第三节 MN 血型不合	75
第四节 P 血型不合	76
第五节 抗血小板性溶血	76
第七章 羊水异常	78
第一节 羊水过多	78
第二节 羊水过少	83
第三节 羊水检查临床意义	85

第八章	多胎妊娠	88
第九章	胎盘异常	98
第一节	前置胎盘	98
第二节	胎盘早期剥离	106
第三节	胎盘边缘血窦破裂	111
第四节	胎盘形态与结构异常	112
第十章	胎膜异常	119
第一节	胎膜早破	119
第二节	羊膜感染综合征	124
第十一章	脐带异常	132
第一节	脐带缠绕	132
第二节	脐带脱垂	134
第三节	脐带形态和结构异常	138
第十二章	胎儿异常	142
第一节	脑积水	142
第二节	无脑儿	145
第三节	联体双胎	147
第四节	胎儿巨腹症	148
第五节	胎儿其他异常	150
第十三章	胎位异常	154
第一节	臀位	154
第二节	横位	160
第三节	复合先露	163
第十四章	慢性胎儿窘迫	165
第十五章	过期妊娠	173
第十六章	胎儿宫内生长受限	179
第十七章	巨大儿	189
第十八章	妊娠期高血压疾病	193

第十九章 围产期心肌病..... 219

第二十章 妊娠期肝内胆汁淤滞症..... 228

第二十一章 妊娠特发性急性脂肪肝..... 233

参考文献..... 239

第一章 妊娠剧吐

约有半数以上孕妇在妊娠早期有择食、食欲不佳、轻度恶心、呕吐、头晕、倦怠等症状,称为早孕反应。因恶心呕吐多在清晨空腹时较严重,故又称“晨吐”。一般不影响营养和工作,不需特殊治疗,多在妊娠 12 周前后自然消失。少数孕妇反应严重,恶心呕吐频繁,不能进食,以至发生体液失衡及新陈代谢障碍,甚至危及孕妇生命时,称为妊娠剧吐。个别孕妇亦可持续到妊娠中期甚至到分娩期。山东医科大学附属医院 10 年来统计住院妊娠剧吐的发生率为 0.47%,国外报道为 0.1% ~ 1.5%。

【病因】

本病的确切病因至今尚未探明,下列几种因素可能与妊娠剧吐有关。

一、内分泌因素

1. 绒毛促性腺激素(HCG)、雌、孕激素 妊娠早期内分泌系统有显著的改变,如母血中 HCG 于妊娠第 1 周即急剧上升,到妊娠 10 周达最高浓度,此后又迅速下降。从尿中孕二醇及雌三醇排泄量的变化证实雌、孕激素的合成比例在妊娠 8 ~ 12 周有显著改变,此时间恰与妊娠剧吐出现相符。葡萄胎及多胎妊娠测血中 HCG 高于单胎正常妊娠,其发生妊娠剧吐者更多见,妊娠一旦终止,剧吐即消失。

2. 甲状腺激素 在剧吐病人中,血清 T_4 浓度明显高于对照组,70% 有高甲状腺素血症,其严重程度与游离 T_4 及 TSH 明显相

关。鉴于同一实验组中也有甲状腺素未增高者,故对此研究结果不肯定。

3. 肾上腺皮质激素 有报道妊娠剧吐者应用甾体激素治疗有良好反应。如应用 ACTH 治疗对止吐有显效。

二、精神神经因素

多数研究认为,孕妇的精神和心理状态是导致妊娠剧吐不可忽视的因素,妊娠早期大脑皮质及皮质下中枢的兴奋和抑制过程失衡,大脑皮层兴奋性降低而皮质下中枢的抑制过程减弱,即产生植物神经功能紊乱而引起妊娠剧吐。

由于妊娠期间植物神经系统的敏感性个体差异很大,因而妊娠剧吐的严重程度有较大差别,精神紧张、恐惧可加重呕吐,故有神经性呕吐之称。

此外,与妊娠剧吐相关的还有社会因素,如婚姻状态、年龄、胎次、种族、社会文化背景、失血、战争等,均与妊娠剧吐有相关性。

【病理生理】

反复呕吐,不能进食,营养缺乏,电解质紊乱,致使孕妇体重明显下降。由于糖缺乏,机体将动用脂肪组织供给能量,因而脂肪代谢中间产物酮体、乳酸积聚,引起代谢性酸中毒。因胃液中含有较多钾及氯,而钠较低、呕吐严重,导致氯化物丢失,常发生低氯性碱中毒。呕吐脱水,引起血容量减少,血液浓缩,肾小球血流量下降,尿量减少,尿比重高,肾缺血,可致肾功受损。由于饥饿,糖原缺乏,使肝脏实质受损,可表现为肝细胞脂肪变性,偶可发生坏死。维生素 C 缺乏常致出血倾向。

【临床表现与诊断】

一、症状

生育年龄妇女停经 5 周后,非病理因素引起反复呕吐。

1. 轻度 每日呕吐次数较少,伴有恶心、食欲下降、乏力,全身状况尚好,体温、脉搏、血压正常,体重稍有下降,能胜任一般工作,多于妊娠 12 周后呕吐逐渐消失。

2. 中度 反复呕吐,影响进食,体重下降明显,疲乏无力,尿量减少,不能坚持正常工作。

3. 重度 呕吐持续引起代谢性酸中毒(呕吐物有丙酮味),不能进食,口渴、少尿或无尿,憔悴,精神颓丧,行走困难,肌肉酸痛,病情继续发展,出现嗜睡、意识模糊、谵妄甚至昏迷。

二、体征

1. 消瘦 营养不良、体重下降与呕吐程度有关,呕吐严重者体重下降明显。

2. 脱水貌 皮肤苍白,黏膜干燥,眼窝下陷。

3. 黄疸 出现于呕吐严重者,可能与呕吐致肝细胞营养不良、变性、坏死有关。

4. 反射减弱 以下肢和腹壁明显,可能与维生素缺乏致周围神经炎有关。

5. 出血倾向 常见于牙龈出血,亦可见于视网膜及骨膜出血。

6. 贫血 可为缺铁性贫血或大细胞性贫血,多见于重症营养不良患者。

7. 体温、呼吸、脉搏、血压 轻度者无明显异常,重症者可有体温升高,呼吸急促,脉搏增快,血压下降。

三、辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血液检查:血常规:以了解有无贫血及血液浓缩。有条件者应作全血粘度及血浆粘度检查。血生化检查:查血 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 及二氧化碳结合力及血气分析以了解血液 pH, 碱储备及酸碱平衡情况。肝功能及血清胆红素测定。肾功测定:如查血尿酸、肌酐及尿素氮。血糖测定。

(2)尿液:每日计算尿量,测尿比重、酮体及有无蛋白尿、管型等。

2. B超 有助于确定是否妊娠及有无异常。

3. 心电图 此项检查不可忽视,可及时发现有无低血钾或高血钾及心肌情况。

4. 必要时行眼底检查及神经系统检查。

根据病史、妇科检查、症状、体征及辅助检查,对妊娠剧吐诊断并不困难,但应排除其他疾病,如消化系统、神经系统、肾脏病变及传染病所致的呕吐。

【治疗】

一、精神疗法

对精神、情绪不稳定的孕妇,给予心理治疗,解除其思想顾虑。

二、饮食

从以往的饮食中除掉那些易于引起恶心和呕吐的食物。尽量选择富于碳水化合物、维生素及适量蛋白质的清淡食物。少量多餐,脱离烹调环境,由丈夫多承担家务劳动。

三、止吐与镇静

尽管对妊娠呕吐使用镇静止吐剂存有争议,但病人仍希望为她们提供少量的镇吐药物。根据大脑皮层及皮质下中枢平衡失调的病因学说,可应用10%溴化钠10ml,每日1次或口服三溴合剂10ml,3次/日,同时肌注安钠加或内服上述二者配成的巴氏合剂(50%溴化钠溶液200ml加入安钠加1g),每次10ml,3次/日;有便秘者可服缓泻剂或用开塞露。

关于维生素B₆的镇吐,目前研究发现有1.1%分娩出先天异常儿,而对照组为1.2%,无相关性。

四、封闭疗法

国内有学者引用前苏联学者的封闭疗法,用奴夫卡因行骶前

神经封闭,封闭后次日在胸椎旁皮内注射以阻断病理性冲动,3~4日后重复治疗一次,有80%的病人停止呕吐,食欲恢复且无副作用,药物对胎儿无害,此法简单、有效、经济。

五、纠正水、电失衡及酸中毒

可给予生理盐水,林格氏液及10%葡萄糖,总输入量每日2000ml。10%葡萄糖1000ml含热量400卡,每日输入盐最少含氯化钠9g,氯化钾6g,在输液同时加入维生素B₆100~200mg及维生素C1~2g。补液量的多少可根据临床表现来估计,轻度脱水输液量应为体重的4%(30ml/kg);中度脱水为体重的6%(40~50ml/kg),重度脱水为体重的8%(60ml/kg)。

低氯性碱中毒患者则用高氯液体纠正。如不缺钠,最好输入2%氯化铵溶液,每1000ml含氯379mEq。

如存在酸中毒,二氧化碳结合力降低,可输入碳酸氢钠及乳酸钠溶液,补充量可根据下列公式:患者血液二氧化碳结合力为x(mmol/L)需补碳酸氢钠(5%)毫升数=(27-x)×体重(kg)×0.2。需补乳酸钠溶液(1/6M)毫升数=(27-x)×体重(kg)×0.2,按公式计算出的药量为一次性补给量。次日应复查二氧化碳结合力,以确定再次补充量。开始出现黄疸时,应将盐酸精氨酸15~20g溶于5%葡萄糖500~1000ml中静注,以降低血氨水平,防止发展成肝性昏迷。

六、中医中药辨证施治

选用中药原则为:调气和胃,降逆止呕,佐以安胎和血。处方:陈皮9g、竹茹9g、枳壳6g、麦冬9g、川贝3g、生姜3g、柴胡3g、当归3g、川芎9g水煎服,另外还可加乌梅、白术、山药以益气健脾、行气和胃、增进食欲。加用杜仲、续断、菟丝子以壮腰膝、补肾,治疗腰背腹痛,缓解妊娠反应。

用针灸治疗妊娠剧吐,亦有一定疗效。可针刺中脘、内关、建里、幽门、足三里、三阴交等,每日1次,3~5日后隔日1次,可针、

灸并用。

七、终止妊娠

由于近代治疗的进展,妊娠剧吐的预后一般较好,但必须积极治疗方能阻止病情发展。有下列情况时应考虑终止妊娠,积极治疗后持续呕吐,体温超过 38°C ;黄疸加重;脉搏持续超过 130 次/分治疗无效;谵妄或昏迷;视网膜出血;多发性神经炎;持续蛋白尿。手术前应进行支持治疗,待一般情况稍有改善后再进行手术。

【对围产儿的影响】

妊娠剧吐妇女分娩的新生儿发生 IUGR 和新生儿畸形的几率增加。如中枢神经系统及骨骼畸形,也可出现体表畸形,这可能与营养、代谢障碍有关,也可能与应用某些药物有关。

(王桂兰 周炳秀 鲍修华 张亦文 刘静)

第二章 流 产

定义:凡胎龄不足 28 周,胎儿体重不足 1000 克妊娠终止者,称为流产。有些国家和地区将流产胎龄限定为 20 周前,胎儿体重小于 500 克。将胎龄 20~28 周的流产儿中有生存能力者称为有生机儿。自然流产发生率约占生育丢失的 15%~40%,75% 的自然流产发生在妊娠 16 周前。

第一节 早期自然流产

胎龄不足 12 周妊娠终止者称为早期自然流产。

【病因】

一、内分泌异常

习惯性流产约 25% 的原因是内分泌异常。主要是孕激素不足,黄体功能不全, E_2 降低与子宫内膜反应不良,高泌乳素血症,甲状腺功能异常及糖尿病等。

1. 孕激素不足 孕酮不足致子宫内膜发育不良,妨碍孕卵着床。

2. 妊娠后黄体功能不全 不能产生足量的孕激素,不能维持正常妊娠。

3. 雌激素降低与子宫内膜反应不良 新近研究发现,子宫内膜反应不良与其黄体功能不足在组织学表现相似,但两者实质截然不同。子宫内膜反应不良又称假性黄体功能不全或不协调黄体

期综合征。特征有：①子宫内膜发育迟缓或腺体间质发育分离；②黄体分泌激素的功能正常，但是内膜组织中的胞浆雌、孕激素受体（ERc PRc）含量减低，使激素不能发挥应有的效应。

徐苗厚等研究证实了习惯性流产病人整个月经周期的 E_2 水平明显降低，内膜的增生期与分泌期 ERc、PRc 含量明显降低。故激素和受体含量的降低是早孕习惯性流产的重要原因。卵泡分泌 E_2 不足内膜发育迟缓，排卵后，黄体分泌 E_2 的功能仍未得到改善，必然影响胚胎着床。

4. 高泌乳素血症 常表现为月经过少或闭经。亦有表现月经周期正常者而子宫内膜发育不良。子宫内膜发育不良约 10% 为高水平 PRL 所致，由于 PRL 抑制黄体功能，使黄体期变短和血孕酮水平降低。

5. 甲状腺功能异常 以往认为甲状腺功能异常是习惯性流产的原因，但随着甲状腺功能检查 T_3 、 T_4 及 TSH 的测定。对甲状腺功能异常与习惯性流产的关系又有争议。如 Stray - Pedersen 等对 195 例习惯性流产研究，仅 3 例与甲状腺机能低下有关。

二、遗传因素

多为染色体畸变。早期自然流产中异常核型的发生率是 50% ~ 60%，最常见的异常是三倍体（52%），多倍体（26%）及 X 单染色体，其余包括双三倍体、嵌合型及易位。若第 1 次流产胚胎核型正常，又一次妊娠流产将有 50% 的病例染色体异常。反之，第 1 次流产的胚胎染色体即异常，则再一次妊娠流产核型异常的可能性为 80%。

习惯性自然流产夫妇异常核型发生率在 4% ~ 10%。最常见的异常是易位（44%）、嵌合型（48%）、缺失或倒位（8%）。

山东省立医院对 502 例反复自然流产夫妇的染色体检查显示：异常核型发生率为 5.18%，其中平衡易位占 73.08%；染色体数目异常占 9.62%；嵌合体占 15.38%；9 号染色体臂间倒位占

1.92%。山东医科大学附属医院对 624 原因不明的自然流产夫妇的细胞遗传学研究表明:染色体异常 57 例,占 9.1%,其中女方占 66.67%,男方占 33.33%,其中以结构异常最高,占 78.95%;数目异常占 3.51%;其他 9 号染色体臂间倒位 9 例,Y 染色体倒位 1 例,共占 17.54%,值得重视的是这两所医院发现世界首报核型异常分别是 2 例与 10 例。

Marein 等认为遗传错误可能原因是夫妇染色体易位(胎儿畸形和流产原因)、染色体变异(重组错误)、各种其他遗传因素(包括生化异常和纯合子显性遗传)。

三、生殖器官异常

其异常包括子宫畸形、宫颈机能不全、黏膜下肌瘤、己烯雌酚暴露引起的子宫异常及宫腔粘连症等。生殖器官异常所致流产者中,双角子宫和单角子宫各占 1/3,纵隔子宫占 20% ~ 25%。由于解剖异常,致孕卵着床和发育障碍。

四、免疫性因素

占原因不明性流产的 40% ~ 70%,越来越多的研究发现,原因不明的流产多与免疫性因素有关。

从遗传学的观点看,胎儿有一半基因来自父方,对孕妇而言,胎儿是一个半非己的同种异体移植物。正常情况下,母体在妊娠期产生复杂性保护性免疫反应,胎儿不被排斥,且正常发育及分娩。研究发现在某些流产者中缺乏保护性抗体。

目前与流产较为明确的免疫因素有以下几方面:

1. 组织相容性抗原(HLA) HLA 的复合体位于人的第 6 对染色体短臂的一个区域上,至少包括 4 个与移植有关的基因位点 HLA - A、B、C、D/DR 等。正常妊娠时,夫妇 HLA 不相容除维持遗传的多样化外,还可防止致死纯合子的产生。反复流产者夫妇间 HLA 抗原相容的频率大于正常妊娠者,其中发生 DR 抗原相同的机会更多,过多的共有抗原,阻止母体对妊娠作为异体抗原的辨