

产 科

临床诊疗流程

CHANKE LINCHUANG
ZHENLIAO LIUCHENG

主 编 © 刘兴会 王晓东 邢爱耘



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

产 科

临床诊疗流程

中国医师协会 中国妇幼保健协会
产科临床诊疗流程专家共识

主 编 曹泽英 副主编 王 宇 廖 蔚



人民卫生出版社
RENMING JIAOYU CHUBANSHE

CHANKE LINCHUANG ZHENLIAO LIUCHENG

产科临床诊疗流程



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

产科临床诊疗流程/刘兴会,王晓东,邢爱耘主编. —北京:人民军医出版社,2010.9
ISBN 978-7-5091-3952-3

I. ①产… II. ①刘…②王…③邢… III. ①产科病-诊疗 IV. ①R714

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 181827 号

策划编辑:郭伟疆 崔玲和 文字编辑:李 坚 责任审读:吴 然

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927272

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京京海印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:18.75 字数:461 千字

版、印次:2010 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:69.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

序

临床医学从本质上来讲是经验科学,它的发展需要时间的积累。因此,一本妇产科著作如果能有十分之一与别人不一样的地方已经很不错了,创新实属不容易的大事。本书的主编刘兴会教授是一位产科专家,也是一位实干家,有着非常丰富的临床经验,果然文如其人,写的书也是直奔主题,非常实用。无论是形式还是内容方面都有不少亮点。

记得刘教授曾经说过,想写一本给一线临床医生读的书,目的是规范临床实践。看来她是做到了,本书内容安排很有特色,主要讲诊疗流程,很好地将循证医学与实践经验结合在一起。本书所参考的文献主要是国外具有循证医学证据的临床指南,根据我国情况进行了实事求是的解读和推荐,的确是一本难得的临床实践指导手册。

段 涛

2010年8月

前 言

四川大学华西第二医院历史悠久,临床病例丰富,尤其是复杂疑难疾病多,有深厚的临床积淀。我们诚邀国内妇产科知名专家,以现代产科理念为基础,针对临床产科医师尤其是基层医师在产科临床诊疗过程中遇到的难题,以及同类书中对临床诊断思路描述不足的特点,编写了《产科临床诊疗流程》一书。该书在总结各位专家所在医院临床经验的基础上,参照循证医学最新进展及国内外临床指南,以实用和可操作性强为特点,对产科临床路径以及产科适宜技术进行讨论,重点提出产科复杂疑难与急危重症的全面评估与产科处理原则,为产科临床工作尤其是产科复杂疑难与急危重症处理提供实用的必备知识和程序化处理方案,供产科医师诊疗疾病尤其是急危重症作参考。

关于产科临床实用技术,各家临床经验观点不尽一致。我们在总结各家医院临床经验的基础上,尽可能做全面论述,但难免疏忽遗漏,尚希同道不吝指教。

编 者

2010年8月

第 1 章 常见产科急症	1
第一节 妊娠期阴道流血.....	1
第二节 妊娠期腹痛.....	6
第三节 产后出血	10
第四节 胎动异常	16
第五节 产科急危重症急诊处理流程图	21
第 2 章 产科保健	22
第一节 孕前保健	22
第二节 产前保健	25
第三节 分娩期保健	35
第四节 产褥期保健	44
第五节 母乳喂养与乳房护理及保健	47
第 3 章 遗传咨询与产前诊断	52
第一节 绒毛膜取样术	52
第二节 经母腹脐静脉穿刺术	55
第三节 羊膜腔穿刺术	57
第四节 减胎术	60
第 4 章 妊娠并发症	64
第一节 异位妊娠	64
第二节 妊娠剧吐	68
第三节 羊水量异常	70
第四节 死胎	76
第五节 胎儿生长受限	78
第六节 多胎妊娠	82
第七节 妊娠时限异常	87
第八节 未足月胎膜早破	95
第九节 胎儿窘迫.....	101
第十节 妊娠晚期阴道流血.....	106
第十一节 头位难产.....	116
第十二节 巨大儿与肩难产.....	122
第十三节 羊水栓塞.....	127

第十四节 产褥感染·····	130
第 5 章 妊娠期特发性疾病·····	134
第一节 妊娠期高血压疾病·····	134
第二节 妊娠肝内胆汁淤积症·····	139
第三节 妊娠期急性脂肪肝·····	143
第 6 章 妊娠合并症·····	146
第一节 妊娠合并心脏病·····	146
第二节 妊娠期肝脏疾病·····	153
第三节 妊娠合并肾脏疾病·····	155
第四节 妊娠合并糖尿病·····	161
第五节 妊娠合并甲状腺疾病·····	166
第六节 妊娠合并免疫系统疾病·····	172
第七节 妊娠合并性传播疾病·····	177
第八节 妊娠合并血液系统疾病·····	191
第九节 妊娠合并外科急腹症·····	194
第 7 章 产科适宜技术·····	201
第一节 催引产技术·····	201
第二节 产科基本手术·····	206
第三节 剖宫产术·····	212
第四节 新生儿窒息复苏术·····	220
第五节 产科输血·····	226
第六节 微创手术在产科的应用·····	242
第 8 章 产科特殊检查及用药·····	270
第一节 产科特殊用药·····	270
第二节 产科特殊检查·····	278
第三节 胎儿宫内监护技术·····	286

第 1 章

常见产科急症

第一节 妊娠期阴道流血

一、概述

阴道出血是产科常见的急诊症状之一,如不及时处理或者处理不当,可导致患者休克,甚至危及生命。常见原因如下。

(1)宫颈出血:在妊娠期可以因为宫颈息肉、宫颈妊娠、妊娠合并宫颈癌等导致出血。

(2)子宫出血:妊娠早期的各类流产,尤以不完全流产组织嵌顿的患者,出血来势凶猛,可危及生命;滋养层细胞肿瘤(侵蚀性葡萄胎、绒毛膜癌、胎盘部位滋养细胞肿瘤)多是出血的原因。宫外孕患者常有阴道流血;妊娠晚期阴道出血可因前置胎盘、胎盘早剥、子宫破裂等出血。流行病学调查前置胎盘的发生率为 0.4%~0.46%,高危因素与孕妇年龄、胎儿性别、前次剖宫产以及流产有关。

(3)全身性疾病:血液凝结异常或者生成异常,均能引起妊娠期阴道异常出血。血小板减少性紫癜最容易发生出血,类血友病可使血液难于凝结,遗传性出血性毛细血管扩张症的患者可以引起子宫大出血。

妊娠各时期出血原因,见图 1-1。

二、诊断流程

妊娠期阴道出血诊断流程,见图 1-2。

【说明与注意事项】

1. 相关检查

(1)病史询问中应注意年龄、孕产史、月经及生育史,并详细询问阴道出血的量、时间,腹痛的性质,近期有无流产、生产史等;

(2)妇科检查:是否有宫颈炎、息肉;宫颈阴道是否有转移结节;

(3)B 超:了解胚胎发育情况,胎盘位置等;

(4)胸部 X 线片:了解肺部是否有转移病灶(排除宫内孕后);

(5)HCG;定量情况;

(6)其他:血常规,凝血功能;肝肾功能;凝血因子检测等。

2. 妊娠早期阴道出血的鉴别诊断(表 1-1)

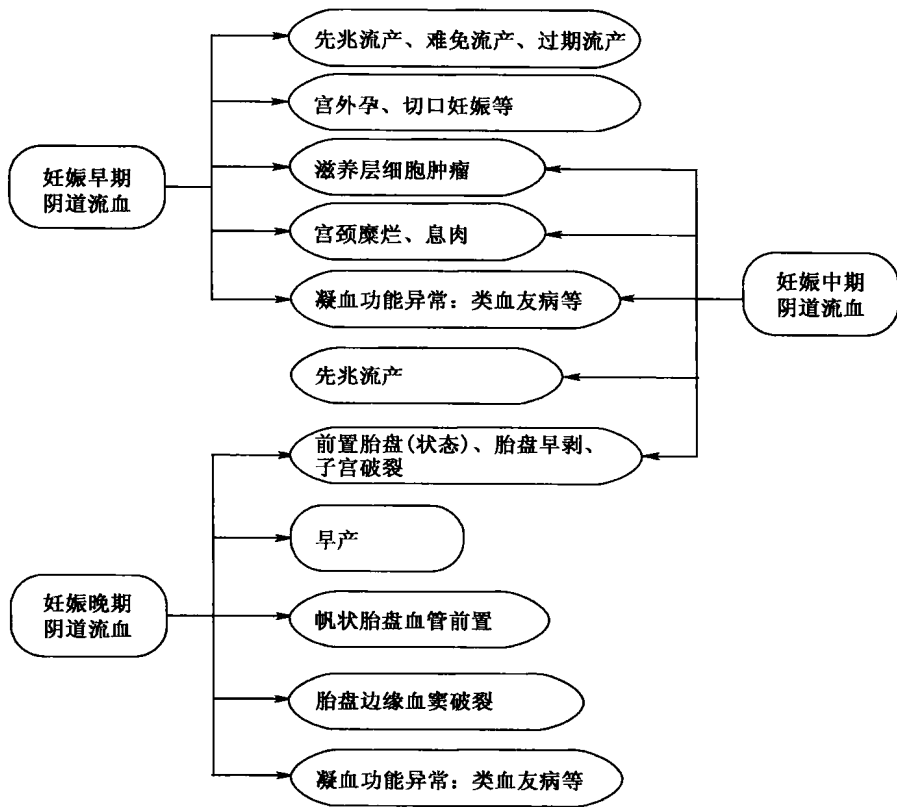


图 1-1 妊娠各时期出血原因

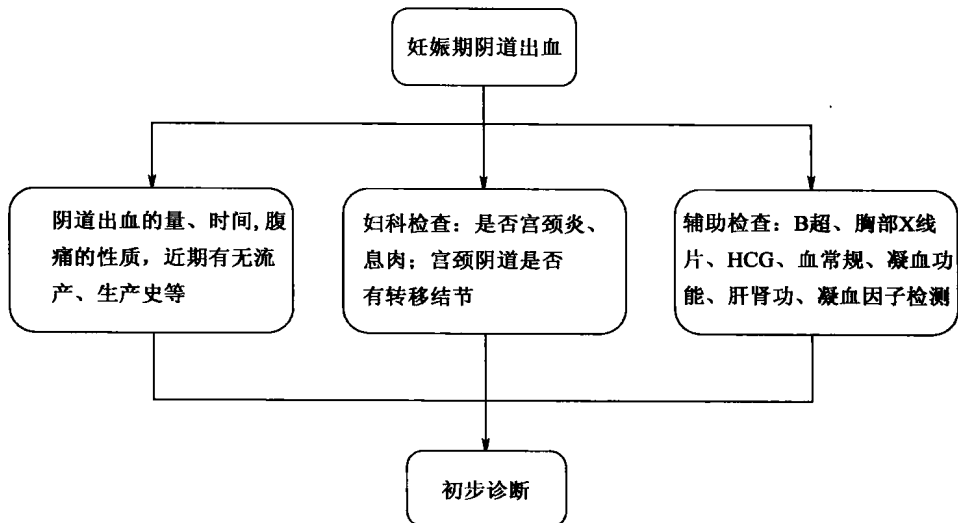


图 1-2 妊娠期阴道出血诊断流程

表 1-1 妊娠早期阴道出血的鉴别诊断

诊断	异位妊娠	先兆流产	难免流产	不全流产	稽留流产
病史	有停经史	有停经史	有停经史	有停经史	有停经史
主 要 症 状	贫血面容,下腹痛 及不规则阴道 流血	阴道流血,常为暗 红色或血性白 带,无妊娠物排 出,相继出现阵 发性下腹痛或 腰背痛	在先兆流产基础 上,阴道流血量 增多,阵发性下 腹痛加剧,或出 现阴道流液(胎 膜破裂)	大量出血,甚至发 生失血性休克	出现反复阴道流 血,子宫不再增 长或逐渐缩小
妇 科 检 查	下腹部压痛(+),可 有反跳痛及肌紧 张(+).妇科检 查可见宫颈举 痛,后穹隆饱满; 附件压痛,有时 可触及包块,触 压痛明显	宫颈口未开,胎膜 未破,子宫大小 与停经周数 相符	宫颈口已扩张,有 时可见胚胎组 织或胎囊堵塞 子宫颈口内,子 宫大小与停经 周数相符或 略小	宫颈口已扩张,宫 颈口有妊娠物 堵塞及持续性 血液流出,子宫 小于停经周数	宫颈口未开,子宫 较停经周数小, 质地不软,未闻 及胎心
实 验 室 检 查	①血常规:血红蛋白 降低;② β -HCG/ 尿 HCG(+);③B 超:宫内无孕囊, 附件有包块;④ 后穹隆穿刺:不 凝血	① β -HCG/尿 HCG (+);②B超:显 示妊娠囊位置正 常或略低,形态 正常,胚胎或胎 儿及胎心搏动正 常,子宫壁与胎 膜间出现新月形 无回声区	① β -HCG/尿 HCG (+);②B超:显 示妊娠囊变形、 下移,胎心搏动 消失	① β -HCG/尿 HCG (+);②B超:显 示子宫略大或饱 满,宫腔或颈管 内有不规则较强 回声光团与条 状、片状暗区回 声相间	① β -HCG/尿 HCG (+);②B超: 显示子宫小于 孕周,子宫腔内 回声紊乱,不能 辨清胎儿、胎囊 结构,看不到胎 心搏动或胎动

3. β -HCG 和 B 超结合诊断宫外孕(表 1-2)表 1-2 β -HCG 和 B 超结合诊断宫外孕

类别	β -HCG(U/ml)	β -HCG(U/ml)
经腹 B 超	<6 000	>6 500
经阴道 B 超	<2 000	>2 500
宫腔内孕囊	流产可能	正常妊娠
无宫腔内孕囊	诊断不明确	宫外孕可能

4. 胎盘早剥、前置胎盘及先兆子宫破裂的鉴别(表 1-3)

表 1-3 胎盘早剥、前置胎盘及先兆子宫破裂的鉴别

	胎盘早剥	前置胎盘	先兆子宫破裂
诱因	常有妊娠高血压病史	多次刮宫、分娩、子宫手术史	梗阻性分娩及剖宫产史
腹痛	突然发生的持续性腹痛	无	强烈宫缩,阵发性腹痛
出血	贫血程度与阴道流血量不相符	无痛性反复出血	阴道流血少,可有血尿

(续 表)

	胎盘早剥	前置胎盘	先兆子宫破裂
子宫	重者宫底升高,硬如板状		病理性缩复环
胎儿	重者胎儿宫内窘迫或胎心消失	重者胎儿宫内窘迫或胎心消失	胎儿宫内窘迫
胎盘	胎盘母体面有凝血块及压迹	前置部位的胎盘母体面有陈旧性 黑紫色陈旧血块附着	无特殊
化验	Hb 进行性下降,DIC 筛选试验可 能异常	Hb 进行性下降,DIC 筛选试验可 能异常	无特殊
B 超	胎盘与子宫壁之间出现边缘不清 楚的液性低回声区	胎盘附着于子宫下段,甚至胎盘 下缘达到或覆盖宫颈内口	无特殊

5. 滋养层细胞肿瘤(侵蚀性葡萄胎、绒毛膜癌、胎盘部位滋养层细胞肿瘤)的诊断 主要依据不规则阴道出血,有流产、生产史,结合 β -HCG 升高、B 超、胸部 X 线片等检查,作出分级诊断。

6. 妊娠期血液系统疾病的诊断 血管性血友病也称为 vonWillebrand 综合征(简称 vWD)。本病患者血浆内的 von Willebrand 因子(简称 vWF)缺乏或分子结构异常。典型病例的表现为:①出血时间延长;②血小板对玻璃珠的黏附性减低及对瑞斯托霉素聚集功能减弱或不聚集;③血浆Ⅷ因子有关抗原(ⅧR:Ag)及凝血活性(Ⅷ:C)减低或 vWF 活性(ⅧR:vWF)降低。vWD 是一类较常见的遗传性出血性疾病,男女都可患病,多数患者为常染色体显性遗传,少数为常染色体隐性遗传,vWF 基因位于第 12 号染色体。vWD 患者检查血红蛋白、血小板、铁蛋白、PT(INR)、APTT 等,以及进一步的确诊试验,如Ⅷ因子、vWF 抗原检测。

三、处理

出现妊娠期阴道流血时,应明确病因后进行相应处理。

1. 确诊流产后,应根据自然流产的不同类型进行相应处理。流产前检验血型,宫颈细胞学和白带常规,对于 RH 阴性的患者应该注射抗 D 抗体,每个患者出于义务应该填表登记此次妊娠流产的相关信息,必要时作遗传咨询,以避免妊娠并发症的发生。

(1)先兆流产

①卧床休息,禁性生活,必要时给予对胎儿危害小的镇静药。

②黄体功能不足者可给予黄体酮 10~20mg,每日或隔日肌肉注射 1 次。其次,维生素 E 及小剂量甲状腺片(适用于甲状腺功能低下患者)也可应用。但孕激素在 23 周前保胎治疗的有效性难以评估,对于胎儿的远期影响需要进一步研究。

③心理治疗,使其情绪安定,增强信心。

经过 2 周治疗,如阴道流血停止,B 超提示胚胎存活,可继续妊娠;若临床症状加重,B 超发现胚胎发育不良,血 HCG 持续不升或下降,表明流产不可避免,应终止妊娠。

(2)难免流产:一旦确诊,应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出。

①早期流产:及时行刮宫术,对妊娠物应仔细检查,并送病理检查。

②晚期流产:子宫较大,出血较多,可用缩宫素 10~20U 加入 5%葡萄糖液 500ml 静脉滴注,促进子宫收缩,当胎儿及胎盘排出后检查是否完全,必要时刮宫以清除宫腔内残留的妊

妊娠物。

(3)不全流产:一经确诊,应及时行刮宫术或钳刮术,以清除宫腔内残留组织。出血多有休克者应同时输血输液抗休克治疗,并给予抗生素预防感染。

(4)完全流产:症状消失,B超检查宫腔内无残留物,如无感染,一般不需特殊处理。

(5)稽留流产:稽留时间过长,可能发生凝血功能障碍,导致DIC,造成严重出血。处理前,应检查血常规、出凝血时间、血小板计数、血纤维蛋白原、凝血酶原时间、凝血块收缩试验及血浆鱼精蛋白副凝试验(3P试验)等,并做好输血准备。

若凝血功能正常,口服炔雌醇1mg,每日2次,或口服己烯雌酚5mg,每日3次,连用5d,以提高子宫肌对缩宫素的敏感性。子宫小于12孕周者,可行刮宫术,术中肌内注射缩宫素,一次不能刮净,可于5~7d后再次刮宫。子宫大于12孕周者,应静脉滴注缩宫素(5~10U加于5%葡萄糖液内),也可用前列腺素或依沙吖啶等进行引产。

如凝血功能障碍,应尽早使用肝素、纤维蛋白原及输新鲜血等,待凝血功能好转后,再行引产或刮宫。

2. 先兆流产保胎治疗无效,应想到有宫颈病变的可能。行宫颈细胞学检查排除恶性病变,出血量少可局部压迫止血,出血量多可行激光治疗。

3. 异位妊娠患者诊断明确,有失血性休克表现,可行腹腔镜或者开腹手术治疗。希望保存生育能力的年轻患者,符合下列条件,可行保守治疗:①输卵管妊娠包块直径<3cm;②输卵管妊娠未发生破裂或者流产;③无明显内出血;④ β -HCG<2000U/L,全身用药为甲氨蝶呤,常用剂量是50mg/m²,每4~7d复查 β -HCG,7d复查 β -HCG下降至少15%,直至 β -HCG下降为正常范围。

4. 胎盘早剥、前置胎盘及先兆子宫破裂轻症患者,以卧床休息,期待治疗为主。重症患者在输液备血具备抢救条件下可行剖宫产,抢救母婴生命。前置胎盘患者在医院待产是否更加有利没有明确的定论,进行宫颈环扎术可能会降低早产率。胎盘早剥发生时,可以进行缓解疼痛、输血、母婴情况监测等治疗,但目前没有最好的应对措施。如果胎儿存活,建议立即行剖宫产,如果胎儿死亡,则经阴道分娩。帆状胎盘血管前置因流出的血来自胎儿,故出血不多即可出现胎儿窘迫,如果胎儿存活,应立即行剖宫产。

5. vWD孕妇应该到三级医院产检,并且生产时要有多学科,如产科、麻醉、血液、儿科合作。生产时建议全麻下剖宫产,尽量避免胎吸、产钳。

(胡雅毅 张 恒 游 泳)

参 考 文 献

- [1] 吴钟瑜.实用妇产科超声诊断学.天津:天津科技翻译出版公司,1995:156
- [2] CLINICAL STANDARDS. Advice on Planning the Service in Obstetrics and Gynaecology. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. 2002,11
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists(ACOG). Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. Washington(DC): American College of Obstetricians and Gynecologists(ACOG); 2004 Jun. 13 p. (ACOG practice bulletin;no. 53)
- [4] Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES,2005,163:707-708
- [5] Arthur T. Evans. Manual of Obstetrics. 天津:天津科技翻译出版公司,2003,19:283

- [6] Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 Issue 2
- [7] Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 Issue 2
- [8] Wahabi HA, Abed Althagafi NF, Elawad M. Progestogen for treating threatened miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 Issue 2
- [9] Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. J Matern Fetal Neonatal Med, 2003, 13(3): 175-190

第二节 妊娠期腹痛

一、概述

急腹症是指急性腹部疾病, 亦为妇产科疾病的主要症状之一, 妇产科急腹症主要为盆腔和腹腔脏器的急症。妊娠期的急腹症, 除了由于妊娠、分娩、胎儿、胎盘异常引起外, 还包括妊娠合并内、外、妇科疾病。较严重的妊娠急腹症会引起流产、早产, 增加围生期发病率。

妊娠期的急腹症最常见的症状是急性下腹痛及阴道流血, 常见原因及发病情况, 见图 1-3。

(1) 盆腹腔脏器的急性炎症: 由于炎症局部水肿, 血液循环障碍, 细菌毒素和炎性分泌物或渗出物的刺激等引起腹痛, 如急性阑尾炎等。

(2) 盆腹腔脏器的急性血运障碍: 由于急骤发生的机械性障碍, 引起血流阻滞、局部急性贫血, 使器官本身的组织及邻近组织发生痉挛、变性而疼痛, 如子宫肌瘤红色变性、卵巢肿瘤蒂扭转等。

(3) 盆腹腔脏器的穿孔或破裂: 由于脏器破裂, 内容物刺激腹膜而疼痛, 如黄体破裂、卵巢囊肿破裂、妊娠期子宫破裂、胎盘早剥等。

(4) 盆腹腔脏器的肌痉挛: 由于盆腹部空腔脏器的平滑肌痉挛引起的腹绞痛, 如胃肠痉挛。

二、诊断流程

妊娠期腹痛的诊断流程, 见图 1-4。

【说明与注意事项】

孕期长大的子宫、仰卧位低血压综合征均有可能掩盖病情, 给诊断带来一定的困难。因此, 仔细询问病史、查体、必要的实验室检查是非常重要的诊断依据。

1. 病史

(1) 起病缓急: 急骤发病者, 应考虑卵巢囊肿蒂扭转或囊肿破裂。

(2) 下腹痛性质: 急性腹痛常见有痛苦病容, 持续性钝痛多为炎症或腹腔内积液所致, 卵巢囊肿破裂可引起撕裂样锐痛, 卵巢囊肿蒂扭转常导致剧烈的下腹痛, 如持续性绞痛或牵扯痛、剧烈胀痛。

(3) 下腹痛部位: 下腹正中痛多见于子宫性疼痛; 下腹一侧痛应考虑为该侧子宫附件病变, 如卵巢囊肿蒂扭转等, 右下腹痛还应与急性阑尾炎鉴别。

(4) 下腹痛放射部位及伴随症状: 下腹痛并发肛门坠胀痛及里急后重感, 一般为直肠子宫

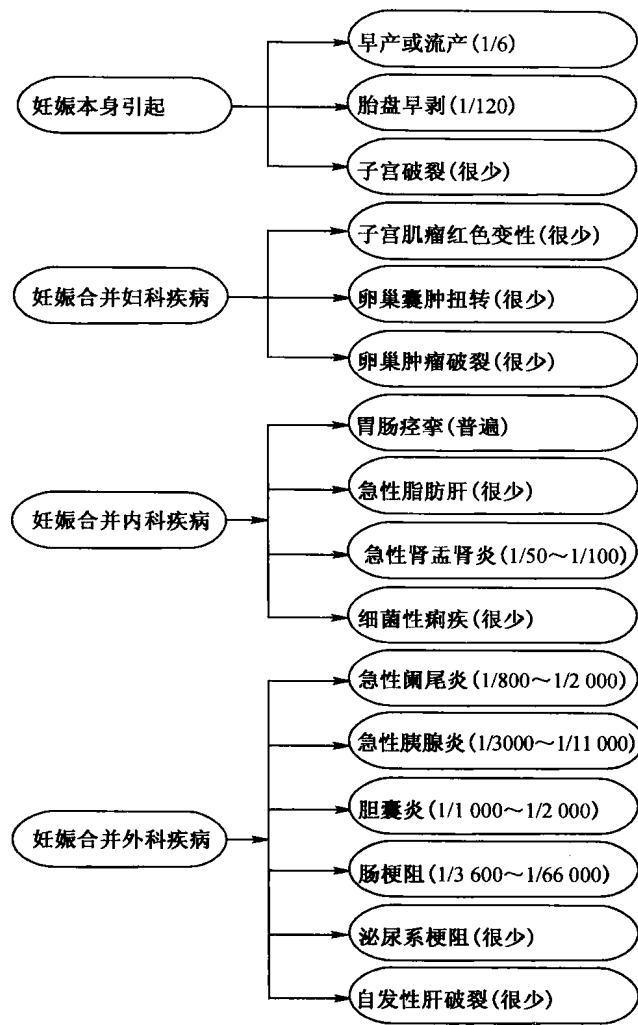


图 1-3 妊娠期急腹症常见原因及发病情况

陷凹积液或积血所致。剧烈的下腹痛伴恶心、呕吐而无腹泻，应考虑有卵巢肿瘤蒂扭转的可能。腹痛并发内出血症状甚至出现失血性休克，应积极考虑或排除引起大量内出血的各种相关疾病，如子宫穿孔或破裂，盆腔肿瘤破裂，甚至胎盘早期剥离致子宫腔内大量积血等。

2. 查体

(1) 一般情况：患者多呈痛苦状，若伴有循环障碍则出现脱水现象。若无腹腔内出血，肿瘤破裂漏出物或腹膜炎的患者，多呈辗转反侧，呻吟不已。有的面色苍白血压降低，脉细速。伴有高热者多属炎症或伴发炎症，如卵巢肿瘤蒂扭转。

急性内出血或腹膜炎，对周身情况及重要器官均有程度不同的影响，所以还需重视对心、肺、肝、肾等器官的检查与观察，以免发生诊治上的错误。

(2) 腹部特征

① 触诊：主要检查腹部有无肌紧张，有无明显的压痛点、反跳痛、肿块的存在，有无明显宫缩。

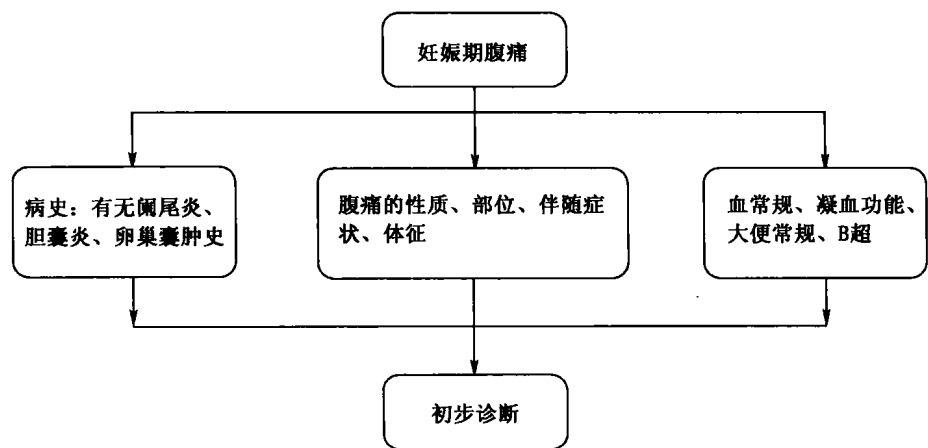


图 1-4 妊娠期腹痛的诊断流程

②听诊:对诊断某些外科急腹症有帮助,如麻痹性肠梗阻时肠蠕动的音低弱。

3. 实验室检查

(1)B超:是鉴别急腹症的主要手段之一。右下腹 B 超检查对阑尾炎,尤其是阑尾炎穿孔并腹腔积脓者的诊断有一定意义,对于胎儿相对安全。CT 对诊断急性阑尾炎有较高的特异性和准确性,但对胎儿可能产生影响,故临床上并不常用。如果不静脉输增强剂,妊娠各期均可做 MRI 检查(Level III,Grade B)。

(2)血常规:如急性炎症,可能白细胞总数及分类增高。

(3)X线检查:为外科急腹症的鉴别诊断方法之一,病情需要时可酌情使用,但检查前应 与患者及家属沟通,讲明可能对胎儿造成的影响。25 孕周前放射线总量应低于 5~10rad。

4. 鉴别诊断 妊娠期发生的急腹症应仔细地进行分析,才能做出正确的诊断。以下讨论常见的妊娠期腹痛的诊断与鉴别诊断(表 1-4)。

表 1-4 常见妊娠期腹痛的诊断与鉴别诊断

	病史	症状	体征	实验室检查
妊娠合并急性阑尾炎	妊娠中期多见,25%~50%的孕妇有慢性阑尾炎史	不典型,极易误诊。腹痛位置可高于麦氏点,转移性右下腹痛较非孕时少见,伴有较明显的呕吐、发热	麦氏点压痛点上移或外移,反跳痛及肌紧张不明显	血常规白细胞总数及分类可能增高
妊娠合并急性胰腺炎	妊娠晚期及产褥期多见,孕产妇死亡率 37%,围生儿死亡率 38%	孕期诊断困难。突发性上腹痛,呈持续性、阵发性加剧,向腰背部放射,多有发热、呕吐,吐出物含有胆汁。可并发上消化道出血、呼吸窘迫综合征、休克等	上腹压痛,严重者反跳痛及肌紧张,上腹可触及肿块,移动性浊音可阳性	①血常规:白细胞总数增高>18×10 ⁹ /L;②血淀粉酶及尿淀粉酶、脂肪酶升高明显;③B超发现胰腺增大,边界模糊,不规则

(续表)

病史	症状	体征	实验室检查
妊娠合并急性胆囊炎	可有胆囊炎史 上腹急性剧烈疼痛,可伴有恶心、呕吐、发热、轻度黄疸等	右上腹部压痛,反跳痛及肌紧张,Murphy征阳性	血常规白细胞总数及分类可能增高
妊娠合并细菌性痢疾	妊娠各个时期均可以发生,可有不洁饮食史 腹痛、腹泻、里急后重、发热、食欲缺乏,可出现脓血便和黏液便,重者出现酸中毒和血压下降	腹部无明显压痛、反跳痛及肌紧张	①大便常规:大量红细胞,脓细胞;②大便培养:志贺菌属阳性;③血常规白细胞总数及分类可能增高
妊娠合并卵巢肿瘤蒂扭转	部分患者既往曾做妇科检查或盆腔超声检查证实有卵巢肿瘤存在 卵巢肿瘤蒂扭转易发生于腹壁松弛的孕妇,典型症状是突然发生一侧下腹剧烈疼痛,常伴恶心、呕吐,甚至休克	腹部检查发现下腹部有明显触痛,有时可在宫旁触及肿块,常有明显触痛,活动受限。子宫与肿块之间的瘤蒂触痛尤为明显	①B超发现宫旁团块;②血常规白细胞总数及分类可能增高
早产或流产	原因不明,可能有双胎、羊水过多、妊娠征等 妊娠期出现的子宫收缩,阴道见红,宫颈缩短及宫口扩张,胎膜早破等	扪及子宫规律宫缩,宫口扩张	无特殊

三、处理

1. 详细全面检查,尽可能快速明确诊断,注意妊娠期急腹症的鉴别。处理的原则是在不增加母儿的致病率和死亡率的前提下,尽量在胎儿成熟并有条件分娩时处理并发症。

2. 急腹症手术指征 手术时机选择在保守治疗后症状缓解,炎症消退,病情相对稳定时,宜在孕中期和晚孕早期,以避免较高的自然流产或早产率。对于具备手术指征的疾病,亦应根据胎儿是否成熟,是否胎儿宫内窘迫,母亲情况来综合考虑。

(1)伴发大出血的疾病:如妊娠子宫破裂、临产期子宫破裂、胎盘早期剥离等。

(2)病灶破裂或者可能发生组织坏死或毒血症的疾病:如妊娠合并卵巢瘤肿破裂,妊娠合并卵巢瘤蒂扭转。

(3)严重急性炎症引起弥漫性腹膜炎的疾病:如妊娠合并急性阑尾炎、妊娠合并急性胆囊炎、妊娠合并急性胰腺炎。

①发生在妊娠各期的急性阑尾炎一旦确诊,应立即手术治疗,延误手术时间则有发生阑尾穿孔和弥漫性腹膜炎的可能,导致手术难度加大、手术时间延长,相应的流产及早产发生率高,即使再手术,母婴后果严重甚至死亡。

②妊娠合并急性胆囊炎以保守治疗为主。85%~90%的患者可以通过禁食、补液、抗感染、解痉镇痛等保守治疗得到完全缓解。反复发作或保守治疗无效或发现胆囊管或胆总管结石梗阻合并感染,胆囊积脓穿孔并发弥漫性腹膜炎时,均需手术治疗。