

实用妇产科急症手册

总编校：江 森 李家福

编译者：殷立基 李家福 夏寿恺

戴旻笙 陈菊芳 张文尧

校 对：丁声玲 邹 玲

山东科学技术出版社

一九八六年·济南

责任编辑 徐蓝田
李 宇
封面设计 史速建

实用妇产科急症手册

江 森 等

*

山东科学技术出版社出版

(济南市南郊宾馆西路)

山东省新华书店发行 山东新华印刷厂临沂厂

*

787×1092毫米40开本 3.7印张 77千字
1986年3月第1版 1986年3月第1次印刷
印数, 1—8,500

书号 14195·223 定价 0.80 元

编校者的话

妇产科急症在临床各科中有其特殊之处，不唯在于患者为女性，而尤在于其不同年龄（自胎儿期至绝经期）、不同情况（经前、经期、经后、未婚、已婚、未育、已育、不育、孕期、非孕期、产时、产后……）所产生的远异于男性之特异性。因此妇产科临床医生对妇产科急症一向视为畏途。盖临诊处理，不独需掌握一般急症之要点，更应熟悉妇女之种种特异情况，方能及时判断，适当治疗。否则必致贻误诊治良机，造成久后功能上之障碍，又岂仅影响妇女之健康，丧失其劳动力而已！

妇产科急症，在国内外妇产科经典著作中虽有涉及，但大多语焉不详，失之过简，而近年之妇产科急症专著，又罗列周详，失之过繁。科内同志们有鉴于此，多年来亟望编写一册能供妇产科临床医生随时参考的“实用妇产科急症手册”，但因忙于临床、教学、科研工作，久未如愿。近获美国马里兰州大学凯泽（Kaiser）教授译之德国海勒（Heller）教授原著“妇产科急症”，感其提纲挈领、言简意赅，深得妇产科急症诊治之三昧，乃协力编译，使其更适合国内，尤

其是基层妇产科临床工作者，包括城乡卫生所、机关、学校、工厂诊所及保健站医生之需要，亦可供医学院校及医院妇产科医生临诊及教学之参考，则于保障“半边天”之妇女健康，促成我国提前四化，亦一贡献。

关于此册之优点，不仅在于其内容之扼要，亦在于其编排之醒目，原著译者已于其历版前言（附译于后）中道及，兹不赘述。惟编校者限于水平，心余力绌，难免谬误，恳请同道不吝指正，匡其不逮。

江 森

1986年2月

德文版前言

现今在妇科学领域中，根据社会情况和对医生的要求，对急症情况的早期识别与正确处理极为重要。这就需要在实践中应用新的科学成就来避免技术上的失误和不足。此手册为临床医生、医院青年医生提供了可用以迅速提示处理急症的要点。

此手册的内容是根据症状的类型和危险程度选编的。因而限于急症病例而未考虑慢性情况。共分三部分：妇科急症、影响孕妇的产科急症及影响胎儿、婴儿的围产期急症。此外，还有技术操作部分。此部分，在产科技术方面专为缺乏经验的医生提示尽可能安全的方法，特别是臀先露的技术操作，除布拉赫特（Bracht）氏手法，即按维特—司美里（Veit—Smellie）氏的传统解脱胎手和娩出胎头法外，作者提出加用产钳。尽管这种方法在德国几乎没人使用，但较适用于克服胎头娩出困难。

特别感谢Georg Thieme Verlag出版社和Günther Hauff医生、也感谢Lothar Schnellbacher的精确绘图，使手术操作部分更为清晰。

Luz Heller

目 录

一、妇科急症	(1)
(一) 危及生命的妇科出血	(1)
1. 癌溃疡破裂引起的出血	(1)
2. 卵巢滤泡囊肿或黄体囊肿破裂引起的腹 腔内出血	(2)
3. 卵巢囊瘤或子宫肌瘤“包膜”静脉破裂出 血	(4)
(二) 生殖器官损伤	(5)
1. 子宫穿孔	(5)
2. 性交引起的损伤	(6)
3. 强奸	(7)
4. 意外损伤	(9)
5. 阴道内异物	(10)
(三) 急性疼痛	(11)
1. 前庭大腺炎	(11)
2. 盆腔腹膜炎—腹膜炎—子宫直肠窝脓 肿	(12)
3. 卵巢肿瘤和子宫浆膜下肌瘤的蒂扭转 ...	(13)
二、危及母体的产科急症	(15)
(一) 妊娠期和近足月时危及生命的出 血	(15)
1. 流产	(15)
2. 葡萄胎(水泡状胎块)	(17)
3. 宫外孕(异位妊娠)	(18)

4.前置胎盘	(20)
5.胎盘早期剥离	(22)
6.子宫破裂	(25)
7.对前次行剖宫产术者的分娩指导	(27)
8.胎盘滞留—胎盘不全	(28)
9.产后出血	(29)
10.血肿	(32)
11.产科凝血障碍	(33)
(二) 产科休克与类休克状态	(36)
1.出血性休克	(36)
2.败血症性休克(细菌性休克、内毒素性 休克)	(40)
3.羊水栓塞	(43)
4.仰卧低血压综合征(腔静脉压迫综合 征)	(44)
5.产后血管舒缩性虚脱	(45)
6.空气栓塞	(47)
7.缺钠性休克(缺盐综合征)	(48)
8.急性肾功衰竭	(49)
9.局麻所致意外	(51)
(三) 孕期抽搐	(52)
1.子痫发作	(52)
2.癫痫发作	(55)
3.缺钙性抽搐	(56)
(四) 孕期急性腹痛	(57)
1.阑尾炎	(57)
2.肾绞痛	(58)
3.胆绞痛	(59)
4.急性胰腺炎	(60)

5. 孕期意外情况	(62)
(五) 孕期昏迷	(63)
1. 糖尿病性昏迷	(63)
2. 低血糖性昏迷	(64)
3. 肾上腺皮质功能不全、急性阿狄森氏病 危象	(65)
三、围产期胎、婴儿急症	(67)
(一) 产时急症	(67)
1. 宫内窒息 (缺氧)	(67)
2. 脐带脱垂	(69)
4. 臀先露	(71)
4. 横产	(72)
5. 肩难产	(73)
(二) 产后急症	(74)
1. 新生儿窒息 (缺氧)	(74)
2. 新生儿继发性窒息	(78)
四、急症处理技术	(80)
(一) 一般技术	(80)
1. 心脏按摩与人工呼吸	(80)
2. 心脏按摩	(81)
3. 输注	(83)
4. 输注系统的准备	(84)
5. 末梢静脉穿刺术	(85)
6. 静脉切开	(86)
7. 锁骨下静脉穿刺	(87)
8. 静脉插管	88
9. 输注液：血浆扩溶剂	89
(二) 妇产科学技术	90
1. 子宫直肠陷凹穿刺—引流	92

2.全麻与局麻	(94)
3.会阴局麻(浸润)	(95)
4.阴部麻醉	(95)
5.会阴切开术	(96)
6.会阴、阴道裂伤缝合修补术	(99)
7.宫颈裂伤的修复	(100)
8.徒手剥胎盘——二次宫腔探查	(102)
9.继发性出血双手压迫乏力性子宫法 ...	(104)
10.腹主动脉压迫法.....	(105)
11.产钳术或负压吸引术前的准备.....	(106)
12.出口产钳术.....	(107)
13.负压吸引术.....	(111)
14.臀先露助产法——臀牵引术.....	(113)
15.布拉赫特手法(一步操作法).....	(114)
16.维特——司美里传统法(即莫里索氏法 Mauriceaus)	(117)
17.后出头的产钳应用.....	(118)
18.肩难产的肩娩出法.....	(119)
19.羊膜镜检查法.....	(120)
20.新生儿气管导管插入术.....	(122)
21.新生儿气管导管盲目插入术.....	(125)
22.脐血管导管插入术.....	(126)

五、附录

(一) 产科重危病例住院适应症.....	(129)
(二) 新生儿重点护理的适应症.....	(130)
(三) 妊娠期用药.....	(131)
(四) 用药警戒表.....	(131)
(五) 妊娠期接种.....	(134)

一、妇科急症

(一) 危及生命的妇科出血

1. 癌溃疡破裂引起的出血

【病因】

几乎均见于晚期宫颈癌，因放射后血管坏死和（或）糜烂引起出血。

【诊断】

基本病变众所周知，但偶有先前未诊断为癌或未经治疗也可发生危及生命的出血。

窥器所见：阴道内充满血块；癌溃疡，较多为菜花型癌（外生型病变）。大量出血，偶也可有渗血。

触诊所见：因癌的扩散情况而异，但常伴有宫旁或整个盆腔广泛浸润。

【治疗】

紧急措施

(1) 止血。以三氯化铁烧灼或局部丙酮浴；紧填阴道（用纱布或明胶海绵）；较先进的方法是：用止血环酸浸泡的纱布条填塞，勿结扎血

手。勿用电凝。采用填塞法时，勿用尖的或锐缘器械。尽可能不用麻醉。

(2) 纠正循环情况。输注低分子右旋糖酐、高渗葡萄糖或血浆代用品；尽早输鲜血或干燥血浆；勿用循环药物。注意老年妇女的意外反应。

止血剂：止血敏0.25~0.5 g/次以5%葡萄糖注射液稀释20ml静注，阿度那25~50mg/次静注。

(3) 住院。必须预料到有再发生致命性出血的可能性。尽可能住进先前治疗其癌症的医院。

附加措施（临床）：如已停止出血；保留阴道填塞数天，并给止血剂（见前）。如出血不止；置镗。争取行髂内动脉结扎。

【转院】

转送前的紧急处理：阴道填塞，输液。

解痛：肌注或口服镇痛剂，如镇痛新。

禁用吗啡或度冷丁。

2. 卵巢滤泡囊肿或黄体囊肿破裂引起的腹腔内出血

【病因】

滤泡囊肿或黄体囊肿破裂可引起危及生命的腹腔内出血。

【诊断】

下腹部疼痛不断加重，开始常为一侧。

下腹部触痛（压之疼痛），开始常为一侧。

肩痛（不一定出现）。

子宫直肠窝饱满（不一定出现）。

急性出血型：下腹部有抵抗感；恶心、甚至呕吐；呼吸困难；贫血不断加重；出血较多会出现休克；子宫直肠窝穿刺有血；急性症状极类似宫外孕。

【治疗】

（1）立即入院。

（2）早期或严重休克。输注低分子右旋糖酐或血浆代用品扩容。

禁用吗啡及影响循环的药物。

（3）住院。确诊腹腔内急性出血的病例（由子宫直肠窝穿刺证实），应立即行剖腹探查术。

（4）输血。在血未取来前，可输给血浆或血浆代用品扩容。

【转院】

尽快转送附近有手术条件的医院。先用电话联系做好手术准备。

在转院途中维持输液；抬高下肢，必要时可加以包扎。

给氧。

3. 卵巢囊肿或子宫肌瘤“包膜”静脉破裂出血

【病因】

自发或外伤。

【诊断】

下腹部疼痛，常为急性发作。

恶心，甚至呕吐。

冷汗，面容憔悴。

呼吸困难，贫血加重。

注意：由于血液浓缩，血红蛋白值在早期仅轻度降低。

休克：发生于所有腹内严重出血者。

子宫直肠窝穿刺：抽出新鲜血或凝血。

所有腹腔内出血的临床体征都可出现。

例外：肌瘤包膜静脉破裂脱入阴道的病例可有危及生命的阴道出血。

【治疗】

(1) 输液。低分子右旋糖酐，高渗葡萄糖或血浆代用品。

(2) 立即住院，并电话通知准备手术。

禁用吗啡和影响循环的药物。

明确诊断为腹腔内出血的病例，应立即行剖腹探查术。

(3) 输血。输血未准备好以前，可输注血浆或血浆代用品扩容。

【转院】

尽快转送至附近有条件医院（先电话联系准备手术）。

转院途中应维持输液。

抬高并包裹下肢。

如有条件，应给氧。

（二）生殖器官损伤

1. 子宫穿孔

【病因】

（1）刮宫；癌肿侵蚀。

（2）流产。

【诊断】

无子宫壁阻力感。

器械进入超过子宫应有深度。

严重病例为网膜或部分肠管被拖入阴道。

【治疗】

每一例子官穿孔必须临床处理。已做出诊断，甚至疑诊者均应立即报告。

单纯子宫穿孔并不一定是医疗失误，但若忽视诊断或可疑情况，则能使病人致死。

处理步骤：（1）由探针或小号宫颈扩张器所致之单纯穿孔应停止手术。

输液，预防用抗生素。

严密观察：监测血压、脉搏、尿量、腹膜刺激症状。

（2）由大号宫颈扩张器、中型刮匙或卵圆

钳所致之穿孔，需行剖腹探查术。

(3) 疑有腹腔内脏器损伤时需行剖腹探查术。

(4) 流产术中不同阶段之可疑穿孔。

宫颈管已适当扩张者：徒手检查。有阳性发现的病例行剖腹探查术。

宫颈管未充分扩张者：严密观察，用真骨盆X线检查（注意异物）。

勿用器械操作（否则穿孔将归咎于“第二个手术者”，应由富有经验的医生操作；对可疑穿孔例，以行剖腹探查术为宜）。

2. 性交引起的损伤

【发生】

多见于少女（处女膜破裂），但已生育过的妇女，偶因强奸也可发生广泛损伤。

【诊断】

性交后出血，极少疼痛。

损伤部位：阴道口（深达处女膜）、阴蒂区域、会阴、阴道后穹窿、阴道后壁。

正确放置阴道窥器（双叶窥器），以便暴露伤部。

警惕：伤及膀胱（血尿）、直肠（排粪失禁或粪存于阴道）；伤达子宫、直肠窝。

【治疗】

外生殖器较小损伤宜用局麻；损伤较广者则需用全身麻醉（如氯氨酮、硫喷妥钠）。缝合

小裂伤。

结扎或荷包缝合出血之血管。

阴道损伤缝合，用圆针、铬制0号肠线。

广泛损伤并疑伤及膀胱、直肠或子宫直肠窝者，需住院治疗。

【转院】

应以消毒巾覆盖创面。

输液。

酌给镇痛或安定药，如镇痛新和安定。

有严重出血的病人在转院中应抬高臀部。

禁用吗啡。

禁用阴道填塞。

3. 强奸

【发生】

大多发生于大城市，一般由公安部门或父母要求检查。需记录下列资料：

(1) 检查的时间。

(2) 被奸的时间。

(3) 事件发生经过的细节。

(4) 病人情况：清醒？迷惑？精神性休克？

(5) 衣着情况：撕破？弄脏？染血？女衣应交公安人员存查；有无精液痕迹？

(6) 一般检查。

(7) 妇科检查。

(8) 应予保密，但应将所获资料（发现）告知公安人员、所在单位、法院或其丈夫。

【检查所见】

一般检查：注意血肿、抓痕、创伤。

常见部位：（1）颈部扼掐征象、上臂、手腕、乳房。

（2）下腹、大腿（内面）、外生殖器。

阳性发现应绘图，最好拍照。因事件发生后短时间内血肿常不清晰，故应在大约12小时后由治安人员及医师检查。

血标本：国外做梅毒的血清学检查，可在6周后重复。

妇科检查：（1）外生殖器检查，处女膜的描述。

（2）阴道检查。

（3）阴道的损伤，特别需用双叶窥器检查阴道后穹窿。

（4）子宫出血。

（5）触诊结果。

（6）准备与保存涂片。

①立即取阴道后穹窿标本检查活精子。

②由阴道后穹窿取液做涂片染色检查精子，留作证据。

③宫颈涂片找淋菌，同时偶可发现精子。

④尿道涂片找淋菌。

（7）做妊娠试验。有严重的性交损伤和精中休克者需住院。

【转院】

严密监护（因有自杀的危险），肌注安