

临 床 精 要 丛 书

LINCHUANG JINGYAO CONGSHU

产科精要

CHANKE JINGYAO

主 编 程蔚蔚

凤凰出版传媒集团

江苏科学技术出版社

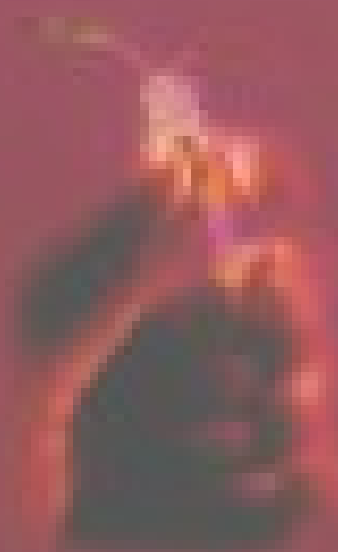


第 1 版 (1998 年) 第 2 次印刷 (2006 年) 850mm×1168mm 1/16 32 印张 1000 千字

产科精要

CHANKE JINGYAO

主编 王 健
副主编 王 健 王 健
编 委 王 健 王 健 王 健
王 健 王 健 王 健



临 床 精 要 丛 书

LINCHUANG JINGYAO CONGSHU

产科精要

CHANKE JINGYAO

主 编 程蔚蔚
编 者 (按姓氏笔画排序)

毛尔一	王彦林	刘春敏
杨怡珂	杨祖菁	陈 焱
林建华	林穗青	范建霞
施婴婴	骆月娥	黄亚娟
蒋荣珍		

凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

产科精要 / 程蔚蔚主编. —南京: 江苏科学技术出版社,
2009. 10

(临床精要丛书)

ISBN 978-7-5345-6852-7

I. 产… II. 程… III. 产科病—诊疗 IV. R714

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 121689 号

临床精要丛书——产科精要

主 编 程蔚蔚
责任编辑 董 玲
责任校对 郝慧华
责任监制 张瑞云

出版发行 江苏科学技术出版社(南京市湖南路 1 号 A 楼, 邮编: 210009)
网 址 <http://www.pspress.cn>
集团地址 凤凰出版传媒集团(南京市湖南路 1 号 A 楼, 邮编: 210009)
集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>
经 销 江苏省新华发行集团有限公司
照 排 南京紫藤制版印务中心
印 刷 扬中市印刷有限公司

开 本 787 mm×1 092 mm 1/36
印 张 15.25
字 数 360 000
版 次 2009 年 10 月第 1 版
印 次 2009 年 10 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5345-6852-7
定 价 30.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

■ 前 言 ■

如何孕育一个健康宝宝,提高人口质量,始终是涉及多学科的研究,而产科所承担的作用是至关重要的。

产科是医疗领域中高风险的临床学科,也是医疗纠纷的高发地。加强责任心的教育固然重要,但过硬的临床功底更是必不可少。在目前工作量大、医患关系紧张的形势下,规范诊疗操作,按照各疾病的临床路径快速有序诊断治疗,同时及时向患者及家属告知显得尤为重要。目前各类专业著作较多,但产科手册并不多见,本书的编写,就是方便临床医生遇到问题时能及时翻阅,为解决问题提供指导。

本书实用性强,就产科每个病症从其病因、诊断、临床诊疗注意点、预后评估、医患沟通要点等方面进行简述,并把每种病症病情发展中可能出现的情况,医患沟通时应如何掌握分寸,具体沟通内容都一一列出,读此书就犹如亲历主任查房。

本书由多位临床经验丰富的产科主任撰写,

感谢所有参与编写的主任们在繁忙的工作之余倾心完成了写稿工作,并无私奉献了她们宝贵的临床经验。当然,由于 21 世纪知识的快速更新及编者知识面有限,也许在书中还有些错误之处,请读者及时与我们联系指正。

我们把此书呈献给广大致力于妇产科事业的临床医生,希望能对大家的工作有所帮助。

程蔚蔚



目 录

第一章 围生医学	(1)
第一节 围生期保健	(1)
第二节 孕前咨询	(9)
第三节 孕期定期检查	(14)
第四节 围生期用药	(15)
第五节 产前诊断意义及相关技术	(20)
第六节 超声在围生期监护中的作用	(25)
第七节 胎儿宫内监护的方法	(38)
第二章 病理妊娠	(46)
第一节 妊娠剧吐	(46)
第二节 流产	(49)
第三节 异位妊娠	(55)
第四节 胎膜早破	(62)
第五节 早产	(66)
第六节 妊娠期高血压疾病	(70)
第七节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(80)
第八节 羊水过多	(86)
第九节 羊水过少	(90)
第十节 母儿血型不合	(94)
第十一节 前置胎盘	(100)
第十二节 胎盘早剥	(104)
第十三节 多胎妊娠	(111)
第十四节 过期妊娠	(117)

第三章 胎儿异常及死胎	(122)
第一节 胎儿生长受限	(122)
第二节 巨大胎儿	(125)
第三节 胎儿畸形	(128)
第四节 胎儿窘迫	(132)
第五节 死胎	(136)
第四章 妊娠合并内科疾病	(140)
第一节 妊娠合并慢性高血压	(140)
第二节 妊娠合并心脏病	(144)
第三节 妊娠合并消化系统疾病	(150)
第四节 妊娠合并血液系统疾病	(163)
第五节 妊娠合并呼吸系统疾病	(172)
第六节 妊娠合并泌尿系统疾病	(194)
第七节 妊娠合并免疫性疾病	(207)
第八节 妊娠合并内分泌疾病	(215)
第五章 妊娠合并外科疾病	(253)
第一节 妊娠合并急性阑尾炎	(253)
第二节 妊娠合并急性胆囊炎	(257)
第三节 妊娠合并急性胰腺炎	(260)
第四节 妊娠合并急性肠梗阻	(264)
第六章 妊娠合并妇科疾病	(268)
第一节 妊娠合并子宫肌瘤	(268)
第二节 妊娠合并卵巢肿瘤	(271)
第三节 妊娠合并宫颈癌	(275)
第四节 妊娠合并乳腺癌	(279)
第五节 妊娠合并宫颈机能不全	(282)

第七章 妊娠合并感染性疾病	(284)
第一节 妊娠合并 TORCH 感染	(284)
第二节 妊娠合并性传播疾病	(299)
第三节 妊娠合并 B 族溶血性链球菌感染	(309)
第八章 妊娠合并神经精神疾病	(312)
第一节 妊娠合并神经系统疾病	(312)
第二节 妊娠合并精神疾病	(317)
第九章 分娩	(324)
第一节 临产的诊断及评估	(324)
第二节 正常产程的处理	(326)
第三节 产程异常	(331)
第四节 产道异常	(334)
第五节 胎位异常	(337)
第六节 肩难产	(340)
第十章 分娩期并发症	(343)
第一节 产后出血	(343)
第二节 脐带脱垂	(350)
第三节 羊水栓塞	(352)
第四节 子宫破裂	(357)
第十一章 产褥期	(361)
第一节 正常产褥	(361)
第二节 产褥感染	(363)
第三节 急性乳腺炎	(368)
第四节 产后尿潴留	(370)
第五节 剖宫产术后感染	(372)

第六节	晚期产后出血	(375)
第七节	产褥期精神障碍	(379)
第八节	产褥期中暑	(381)
第十二章	分娩镇痛与麻醉	(385)
第一节	导乐陪伴分娩	(385)
第二节	硬膜外麻醉镇痛分娩	(386)
第十三章	促宫颈成熟和引产	(389)
第一节	促宫颈成熟	(389)
第二节	引产	(391)
第十四章	产科手术	(395)
第一节	会阴切开缝合术	(395)
第二节	产钳助产术	(397)
第三节	胎头吸引术	(402)
第四节	臀位助产术	(404)
第五节	剖宫产术	(407)
第六节	人工剥离胎盘术	(412)
第七节	外阴、阴道血肿处理	(413)
第八节	会阴裂伤修补术	(415)
第九节	宫腔纱布填塞术	(417)
第十五章	新生儿疾病	(419)
第一节	新生儿窒息与复苏	(419)
第二节	新生儿湿肺症	(424)
第三节	新生儿呼吸窘迫综合征	(428)
第四节	胎粪吸入综合征	(433)
第五节	早产儿管理	(437)
第六节	新生儿红细胞增多症	(442)

第七节 新生儿溶血病	(445)
第八节 新生儿高胆红素血症	(451)
第九节 新生儿惊厥	(457)
第十节 新生儿缺血缺氧性脑病	(461)
第十一节 新生儿产伤	(467)

第一章 围生医学

第一节 围生期保健

■【围生医学的发展】

围生医学又称围产医学,是20世纪70年代发展起来的一门新兴学科。它是研究妊娠期孕妇各种病理状态、胎儿生长发育及影响胎婴儿正常状态危险因素的新兴学科。它融合了产科学、新生儿学、胚胎学、病理生理学、医学影像学、胎儿外科学、遗传学、药理学、营养学、分子生物学、医用电子学、社会心理学及流行病学等多种学科,改变了人类健康从出生开始的旧观念,把医疗保健推进到从生命的最早受精卵阶段,甚至从受孕前就开始。

■ 围生医学的内容:胎儿生长发育监测、高危妊娠监护治疗、高危新生儿等均是围生医学的重要内容。反映围生期医疗质量的指标:孕产妇死亡率、围生儿死亡率、新生儿病死率,这三项指标同时也是衡量一个国家、一个地区经济文化和医疗水平的重要指标。

■ 围生医学的目标:围生医学的目标,分三个阶段。初期,降低孕产妇和围生儿的死亡率。中期,降低围生病率和远期的致伤率,包括母亲和孩子。最高期的目标就是要提高人口素质。这三个目标就是围生医学为之奋斗的最主要的宗旨。

▶ 孕产妇死亡率:孕产妇死亡率在发达国家已降到 $10/10^5$ 活产以下,妇女寿命已达到80岁以上。我国孕产妇死亡率从解放前的 $1500/10^5$ 活产降到1990年 $88.9/10^5$ 活产、2000年的 $56/10^5$ 活产,平均寿命已达73.2岁。死亡原因:产科出血55%,妊娠期高血压疾病11%,产褥感染5%;间接原因(如内科合并症)22%,其他7%。

▶ 围产儿死亡率：围生儿死亡率在发达国家已降到 10‰ 左右，但大部分地区仍在 20‰~30‰。围生儿死亡的构成中死胎、死产由原来 2/3 减少到 1/2，而新生儿死亡比例上升至 1/2。围生儿死因大部分地区仍以胎婴儿畸形及缺氧性疾病为主，新生儿死亡仍占婴儿死亡的 70%，死亡原因是与缺氧有关的呼吸系统疾病。我国围生儿死亡率从 1982 年的 200‰ 降到 2000 年的 30‰。若按照全球的目标是所有国家的孕产妇死亡率到 2015 年要在 2000 年的基础上进一步下降 50%，我们尚需做很大的努力。

■ 目前围生医学发展的重点：就是保障母亲安全、提高出生人口素质。

▶ 母亲安全的实现：从狭义看母亲安全只是降低孕产妇死亡率，而广义的母亲安全还包括降低围生期妊娠并发症发生率，降低因妊娠分娩而造成的远期伤残率，还包括降低围生儿死亡率及提高儿童健康质量。

▶ 出生缺陷的预防

● 一级预防：防止出生缺陷的发生。目前提倡的婚前保健、孕前保健都是一些预防措施。但因先天缺陷种类繁多，病因复杂，尚缺乏可靠的一级预防措施。

● 二级预防：防止出生缺陷的出生。这就是先天缺陷的早期诊断，对致死性缺陷在围生期前终止妊娠。目前已开展的早期诊断技术有孕中期母血清学筛查，绒毛或羊水、脐血胎儿染色体疾病的检查，以及 B 型超声检查、核磁共振影像学诊断等。

● 三级预防：防止缺陷的进一步发展，提高生活质量。即对已存在的先天缺陷的干预治疗，或宫内手术或出生后手术。

▶ 提高胎儿宫内发育质量：近年来越来越多的研究表明，孕早期状况可以改变遗传功能，母亲精神心理行为可以影响胎儿发育及其日后健康。宫内环境主要是代谢环境，不仅影响胎儿生长和生存，而且也影响到胎儿的近、远期生长发育。所以现代围生保健不仅限于发现及治疗母胎疾病，重要的是预防母胎疾病，使胎儿免受先天因素、环境因素、营养及心理因素的干扰，保证胎儿身

心正常健康发育,降低围生儿病率及死亡率。

◆【高危妊娠】

■ 高危妊娠的定义: 高危妊娠指具有高危因素的妊娠,包括所有的病理产科。这些高危因素对孕妇、胎儿、新生儿可能产生不良影响,增加围生期的发病率和死亡率,影响妊娠结局。

■ 高危妊娠的范畴

▶ 孕妇基本情况: 年龄因素,身材过矮、体重过轻或过重、孕产次。

▶ 不良产科分娩史: 围生儿死亡、流产、早产、先天畸形、剖宫产史、其他妇科手术史。

▶ 内外科合并症: 高血压、心脏病、糖尿病、血液病、肝脏疾病、感染性疾病等。

▶ 本次妊娠出现的异常情况: 多胎、胎位不正、胎盘异常、羊水异常、母儿血型不合、胎儿生长发育异常、妊娠期高血压疾病、妊娠期肝内胆汁淤积症等。

▶ 其他: 未婚、吸毒、酗酒、贫困、文盲等社会经济文化因素。

■ 高危妊娠的评分: 目前各地区均有自行设计的高危评分表,表 1-1 是上海地区使用的高危评分表。

表 1-1 高危妊娠评分标准

	5 分(A 级)	10 分(B 级)	20 分(C 级)
基本情况	年龄 < 20 岁, > 35 岁	年龄 > 40 岁	胸廓畸形伴肺功能不全
	身高 ≤ 145 cm	身高 ≤ 145 cm 伴体重 < 40 kg	
	体重 ≤ 40 kg 或 ≥ 80 kg	产道(软、骨)畸形,骨盆狭小	
	年龄 > 30 岁伴 结婚 2 年不孕	胸廓畸形	
	轻度智力低下	中度智力低下 精神病静止期	重度智力低下 精神病活动期

续 表

		5分(A级)	10分(B级)	20分(C级)
异常妊娠 分娩史	流产 ≥ 2 次		3次自然流产或 早产 >2 次,	
	畸形儿、围生儿 死亡史 阴道难产史		婴儿未存活, 瘢痕子宫(剖宫产 史、肌瘤剜除史)	
心血管病		原发性高血压, 血 压持续 $\geq 17.3/$ 12 kPa ($130/90$ mmHg) 心肌炎史	原发性高血压, 血 压持续 $\geq 21.0/$ 13.3 kPa ($160/100$ mmHg) 心脏病, 心功能I~II级	心脏病, 心功能 III~IV级 心房颤动, 先天 性心脏病(发绀 型)
肝病			心肌炎后遗症, 心律失常 肝内胆汁淤积症 (ICP) 急性肝炎或慢性 肝炎	重症肝炎 急性脂肪肝
妊娠 合并 症	肾病		肾炎伴肾功能轻 度损害	肾炎伴肾功能重 度损害
	呼吸道 疾病	肺结核稳定型	肺结核活动型, 哮喘	开放性肺结核, 粟粒性肺结核哮 喘伴肺功能不全
血液病		中度贫血(60 g/ L < 血红蛋白 < 80 g/L)	重度贫血(血红 蛋白 < 60 g/L) 血小板计数 < 50 $\times 10^9/\text{L}$	再生障碍性贫血 血小板计数 < 20 $\times 10^9/\text{L}$
内分泌病		甲状腺功能亢进 症(甲亢)、糖尿 病不需用药者	甲亢、糖尿病需 用药者	甲亢危象, 糖尿 病酮症酸中毒
肿瘤			子宫肌瘤或卵巢 肿瘤 $>6\text{ cm}$	恶性肿瘤
其他		偶发癫痫	癫痫需药物控制 自身免疫病静 止期	自身免疫疾病活 动期

续 表

	5 分(A 级)	10 分(B 级)	20 分(C 级)
胎位不正	32~36 孕周 横位、臀位	>37 孕周横位、臀位	
先兆早产	34~36 孕周	<34 孕周	
胎膜早破	—	—	—
过期妊娠	>42 孕周	>42 孕周伴胎盘功能低下	
妊娠期高血压疾病	轻度妊娠期高血压疾病	中度妊娠期高血压疾病	先兆子痫与子痫
妊娠并发症 产前出血	产前出血(28 孕周前)	产前出血(>28 孕周)	中央性前置胎盘、胎盘早剥
羊水异常	羊水过多	羊水过多伴症状或羊水过少	
双胎、巨大儿		双胎、巨大儿	3 胎及以上
胎儿宫内生长迟缓	宫高为第 10 百分位	宫高为 < 第 10 百分位	宫高 < 第 5 百分位
胎 动	胎动 < 16 次/12 小时	胎动消失	
母子血型不合	ABO 溶血症	Rh 溶血症	
环境及社会因素	被动或主动吸烟 > 20 支/日, 酗酒、文盲、无产前检查、流动人员、家庭经济困难、卫生条件差, 其中有 2 项者	早孕期接触农药、放射线等化学、物理因素, 家庭中受歧视	

备注: 有 2 种以上高危因素时总高危评分可由各单项相加累计, 但其高危级别则以单项中最高者记录。

例 1: 身高 145 cm(A 级), 血红蛋白(Hb)70 g/L(A 级), 评分为 5+5=10 分, 总评 10 分 A 级。

例 2: 两次流产史(A 级), 此次妊娠宫高<第 10 百分位(B 级), 评分 $5+10=15$ 分, 总评分 15 分 B 级。

例 3: 高年初产(A 级), 子宫肌瘤剝除史(B 级), 先天性心脏病发绀型(C 级), 评分 $5+10+20=35$ 分, 总评分 35 分 C 级。

■ 高危孕产妇的监护与管理

▶ 高危评分: 每位来院建册的高危孕产妇应根据表 1-1 进行高危评分。高危评分整个孕期并不是不变的, 随着妊娠的进展会出现一些新问题, 所以高危评分应评 4 次: 初诊时、孕 28 周时、孕 37 周时及入院时。

▶ 设立高危门诊: 筛查出孕产妇要到高危门诊就诊, 在高危门诊设有专门的登记册, 了解每例高危孕产妇的发生、发展、治疗、转归过程。

▶ 高危妊娠孕期监护: 应针对不同的高危因素加以检测随访。如有些内外科合并症则应在产科、内外科医生共同监护下进行。

◎【孕产妇死亡分析】

■ 孕产妇死亡率计算: 孕产妇死亡是指妊娠开始至产后 42 日内, 不论妊娠部位、期限, 因各种原因(不论是产科引起的还是由于因妊娠及其处理方法而加重的)所引起的死亡, 但意外死亡如车祸、自杀不包括在内。

$$\text{孕产妇死亡率} = \frac{\text{年内孕产妇死亡数}}{\text{当年活产总数}} \times 100\%$$

■ 孕产妇死亡原因: 孕产妇死亡原因可分为两大类: ① 直接产科原因: 即妊娠、分娩和产后的产科并发症如流产、异位妊娠、产科出血、重度子痫前期子痫、产褥感染等。② 非直接产科原因: 妊娠前已存在的疾病或妊娠期合并发生的疾病, 因妊娠的影响而加重, 导致孕产妇死亡。

■ 孕产妇死亡评审: 孕产妇死亡后由接诊医疗机构填写详细的孕产妇死亡报告, 上报至区县或市级妇幼保健所, 由上述机构组织围生专家进行评审。孕产妇死亡评审不同于一般的病案