

(上接5月7日8版)

2. 孕妇营养状况尚好，无代谢障碍，经休息、对症治疗及饮食调整多可缓解。尿酮体阴性。

【诊断鉴别要点】

有停经、尿妊娠试验阳性，B超明确为早孕的女性出现上述症状即可诊断。

(二)妊娠剧吐。少数孕妇早孕反应严重，频繁恶心、呕吐，不能进食，以致发生体液失衡及新陈代谢障碍，甚至危及孕妇生命，称妊娠剧吐。

【症状体征特点】

1.早期为一般早孕反应，但逐日加重，发展为妊娠剧吐，表现反复呕吐、失眠、全身乏力，随即滴水不进，呕吐频繁，呕吐物中有胆汁或咖啡渣样物。

2.严重呕吐和长期饥饿，引起失水及电解质紊乱，血液浓缩及尿量减少，尿中出现酮体，形成代谢性酸中毒。

3.患者身体状况呈进行性恶化，体重明显减轻，出现严重脱水及营养不良，表现为眩晕、软弱无力、精神萎靡，皮肤、黏膜苍白、干燥，眼球下陷，甚至出现血压下降，腹部凹陷，便秘；严重者可出现黄疸，肌膜黄染；患者尚可发生神经官能症样改变，如神经衰弱、歇斯底里或极度抑郁等；极严重者呕吐频繁、加剧，全身功能减退，常辗转卧床不起，脉搏细速，可达每分钟100~120次，呼吸急促。

【诊断鉴别要点】

根据病史及妇科检查，首先应确诊是否为早孕，并排除其他疾病引起的呕吐。根据孕妇临床表现、尿中酮体阳性即可作出诊断。

第七节 抽搐与颅原

抽搐是指全身或局部的成群骨骼肌的不自主收缩，常可引起关节运动或强直。抽搐是由于脑部兴奋过高的某些神经元突然过度的重复放电引起的脑功能突然短暂的异常，临床表现为短暂的视觉障碍、肢体抽动、意识丧失，行为障碍或自主神经功能异常。妊娠晚期常见的引起抽搐的病因有以下几种：子痫、破伤风、低钙性抽搐、脑局部病变等。

一、病史采集要点

询问病史时应注意发作的诱因、先兆症状、发作时的表现、伴随症状。首先要考虑是否重度妊娠期高血压病子痫状态，如果患者有浮肿、血压升高、蛋白尿等，一般可确诊；还要注意发作后有无意识障碍、肢体瘫痪、失语、遗忘等，及患者的家族史、外伤史、脑部疾患、服药史等。

二、体格检查重点

体检要全面，特别要注意神经系统检查有无异常。有意识障碍多为脑部器质性病变，无意识丧失则为癡症；视神

经乳头水肿提示颅内高压；视网膜改变为血管性病变；瞳孔散大及对光反应消失多见于各种原因引起的癫痫大发作；局限性神经功能缺失如偏瘫、感觉缺失、脑神经麻痹等有助于病定位以明确颅内疾病所致的继发性癫痫。

三、实验室与辅助检查

(一)脑电图检查。在抽搐发作间歇期多有异常表现，局限性病灶也可由脑电图显示，发热所致的惊厥在热退后一周脑电图可转为正常。

(二)脑脊液检查。异常提示为继发性癫痫，原发性癫痫无异常表现。

(三)X线检查对明确颅内病变有诊断意义。

四、常见疾病

(一)子痫

子痫是妊娠期高血压疾病的临床危重表现，多发生于妊娠晚期或临产前，一般是在重度妊娠期高血压疾病的基础上（少数是轻度妊娠期高血压疾病）突然发生抽搐和昏迷。

【症状体征特点】

1.患者有高血压病、水肿、蛋白质的妊娠期高血压疾病临床表现，出现头痛，眼花，恶心、呕吐等自觉症状，继而出现抽搐。

2. 其典型发作过程表现为眼球固定、瞳孔散大，瞬即头扭向一侧，牙关紧闭，继而口角及面部肌颤动，数秒后发展为全身及四肢肌强直，双手紧握，双臂屈曲，迅速发生强烈抽动，抽搐时有呼吸暂停，面色青紫，持续1分钟左右抽搐强度减弱，全身肌肉松弛，随即深长呼吸，后呼吸恢复，呼吸深而发生鼾声。

3.子痫可反复发作。发作期间神志丧失，如发作频繁，持续时间长，可陷入深昏迷。

4.脑电图、CT、磁共振等可以协助诊断，明确病因。

【诊断鉴别要点】

1.患者有高血压病、水肿、蛋白尿的妊娠期高血压疾病的表现，出现抽搐。

2.结合实验室检查、影像学检查可确诊。

(二)低钙性抽搐

低钙性抽搐是由血清游离钙浓度低，使肌肉神经兴奋性增高所致的。

【症状体征特点】

1.过度劳累、感染和情绪等因素可诱发。

2.轻症患者有感觉异常，四肢刺痛发麻，手足痉挛，当血钙浓度低于2毫摩尔/升，常发生手足抽搐，双侧对称性腕及手掌指关节屈曲，指尖关节伸直，拇指内收，形成鹰爪状，双足挛强直

性伸展，膝、髌关节屈曲，重者全身平滑肌痉挛，从而发生哮喘、窒息、喉鸣、呃逆、呼吸暂停、心动过速等。

3.无意识障碍和大小便失禁。

4.心电图Q—T间期延长，伴异常T波。血钙水平检查可明确诊断。

【诊断鉴别要点】

临床表现结合血钙检测可确诊。

(三)癫痫

【症状体征特点】

1.妊娠合并癫痫或为原有癫痫在妊娠期发作，或在妊娠期新发癫痫。

2.根据发作时的表现，可分为大发作、小发作和局限性发作3种。以大发作为多见，与产科关系密切的也是大发作。精神紧张、惊恐、强烈精神刺激、过度疲劳、分娩等均可成为大发作的诱因。

3.典型的大发作为表现为意识丧失和全身抽搐，按发作过程，一般分3期。先兆期：部分患者发作前几天内有易怒、烦闷、焦急不安、头痛、胸闷、疲乏、嗜睡等前驱症状。近50%患者发作前半秒钟可出现眼花、眩晕、嗅及异常气味等先兆症状。原发性大发作的患者则无先兆期。

抽搐期：患者突然意识丧失，发出尖叫，跌倒在地、瞳孔扩大，对光反射消失，全身肌肉强直痉挛，上肢屈曲或伸直，两手握拳，双腿伸直，足内翻，巴彬斯基征阳性。此时呼吸暂停，脸色由苍白转为青紫，可能咬破舌头，口吐白沫或血沫，也可出现大小便失禁。

阵挛后期：阵挛后呼吸逐渐平稳，全身大汗，脸色逐渐恢复正常，患者神志由昏迷、深睡、意识模糊转为清醒，醒后常诉头晕、头痛、全身疲乏、肌肉酸痛，对发作经过无记忆。少数患者可出现精神症状。

4.对典型大发作者，如能目睹其发作，即可确诊。脑电图对癫痫的诊断具有特殊价值。

【诊断鉴别要点】

典型大发作，诊断较易，脑电图对癫痫的诊断具有特殊价值。

第三章 产科常见疾病防治

第一节 自然流产

凡妊娠不足28周、胎儿体重不足1000克而终止者，称为流产。流产发生于妊娠12周前者称早期流产，发生在妊娠12周至不足28周者称晚期流产。流产又分为自然流产和人工流产。自然流产的发生率占全部妊娠的15%左右，多数为早期流产。

【临床类型】

一、常见类型 流产的临床类型，实际上是流产发展过程中的各个阶段。流产的主要症状是阴道流血和腹痛。

(下转14版)

(上接3版)

(一)先兆流产 先兆流产指妊娠28周前，出现少量阴道流血或(和)下腹痛，宫颈口未开，胎膜未破，妊娠产物尚未排出，妊娠尚有希望继续者。经休息及治疗后，如流血停止或腹痛消失，妊娠可继续进行；若流血增多或腹痛加剧，则可能发展为难免流产。

(二)难免流产 难免流产指流产已不可避免。一般均由先兆流产发展而来，此时阴道流血增多，或阵发性腹痛加重，阴道流血(胎膜破裂)。妇科检查宫颈口已扩张，或胚胎组织或胎囊堵塞于宫颈口内，子宫大小与停经月份相符或略小。

(三)不全流产 不全流产指妊娠产物已部分排出体外，尚有部分残留于宫颈内，系由难免流产发展而来。妇科检查发现宫颈口已扩张，不断有血液自宫颈口内流出，有时可见胎盘组织堵塞于宫颈口或部分妊娠产物已排出于阴道内，而部分仍留在宫腔内。一般子宫小于停经月份。

(四)完全流产 完全流产指妊娠产物已全部排出，阴道流血逐渐停止，腹痛亦随之消失。妇科检查发现宫颈口关闭，子宫接近正常大小。

二、特殊类型流产

(一)稽留流产 稽留流产指胚胎或胎儿在子宫内已死亡尚未自然排出者。胚胎或胎儿死亡后子宫不再增大反而缩小。妇科检查见宫颈口未开，子宫较停经月份小，未闻及胎心。

(二)习惯性流产 习惯性流产指自然流产连续发生3次或3次以上者。

(三)流产感染 流产过程中，若流血时间过长，有组织残留于宫腔内或非法定堕胎等，有可能引起宫腔内感染，严重时可扩展到盆腔、腹腔乃至全身，并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克等称为流产感染。

【处理】

流产为妇科常见病，应根据流产的不同类型，及时进行恰当的处理。

一、先兆流产 应卧床休息，禁性生活。黄体酮每天肌肉注射20毫克，对黄体功能不足的患者，具有保胎效果。维生素E、小剂量甲状腺粉也可应用。

二、难免流产 一旦确诊，应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出。

三、不全流产 一经确诊，应及时行吸宫术或钳刮术，以清除宫腔内残留组织。流血多、有休克者应同时输血、输液，出血时间较长者，应给以抗生素预防感染。

四、完全流产 一般不需特殊处理。

五、稽留流产 稽留流产处理较困难。

(一)处理前检查血常规，出凝血时间、血小板计数、血纤维蛋白原、凝血酶原时间、凝血块观察试验及血浆鱼精蛋白副凝试验等，并作好输血准备。

(二)凝血功能正常者，可口服己烯雌酚5~10毫克，每天3次，共5天，以提高子宫肌对催产素的敏感性。子宫小于12孕周者，可行刮宫术。子宫大于12孕周者，可静脉滴注催产素，也可用前列腺素或利凡诺等进行引产。

(三)若有凝血功能障碍，应尽早使用肝素、纤维蛋白原及输新鲜血液等，待凝血功能好转后，再行引产或刮宫。

六、习惯性流产 有习惯性流产史的妇女，应在怀孕前进行必要检查，包括女方生殖道检查及卵巢功能检查、男方的精液检查及夫妇双方染色体检查与血型鉴定。

七、流产感染 流产感染多为不全流产合并感染，治疗原则应首先控制感染。若流血不多应控制感染后再行刮宫，清除宫腔残留组织。若已合并感染性休克，应积极纠正休克。若感染严重或腹、盆腔有脓肿形成，应手术引流，必要时考虑切除子宫。

第二节 异位妊娠

异位妊娠是妇科常见的急腹症之一，若不及时诊断和积极抢救，可危及生命。正常妊娠时，受精卵着床于子宫体腔内膜。受精卵于子宫体腔外着床，称为异位妊娠。

【分类】

异位妊娠包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠及宫颈妊娠等。以输卵管妊娠为最常见(占异位妊娠的95%左右)。输卵管妊娠的发生部位以壶腹部最多，约占60%，其次为峡部，约占25%，伞部及间质部妊娠少见。

一、输卵管妊娠

【病因】
(一)慢性输卵管炎 可分为输卵管黏膜炎和输卵管周围炎，均为输卵管妊娠的常见病因。

(二)输卵管发育不良或功能异常。(三)各种节育措施后。(四)受精卵游走。(五)其他，输卵管周围肿瘤。

【临床表现】

输卵管妊娠的临床表现，与受精卵着床部位、有无流产或破裂以及出血量多少与时间长短等有关。

(一)症状

1.停经 除输卵管间质部妊娠停经时间较长外，多有6~8周停经。

(上接14版)

(二)非手术治疗

1.中医治疗 选用活血祛瘀、消瘀止血药物。

2.化学药物治疗 适用于早期异位妊娠(输卵管妊娠未破裂或流产，无明显内出血)，要求保存生育能力的年轻患者。全身用药常用甲氨蝶呤，若用药后14日，尿人绒毛膜促性腺激素下降并连续3次阴性，腹痛缓解或消失，阴道流血减少或停止者为显效。

二、其他部位妊娠

(一)卵巢妊娠

卵巢妊娠的临床表现与输卵管妊娠极相似，主要症状为停经、腹痛及阴道流血。破裂后可引起腹腔内大量出血，甚至休克。

治疗方法为手术治疗，手术应根据病灶范围做卵巢部分切除、卵巢楔形切除、卵巢切除术或患侧附件切除术，手术亦可在腹腔镜下进行。

(二)腹腔妊娠

腹腔妊娠患者有停经及早孕反应，且病史中多有输卵管妊娠流产或破裂症状，或孕早期出现不明原因的短期贫血症状，伴有腹痛及阴道流血，以后逐渐缓解。随后阴道流血停止，腹部逐渐增大。胎动时，孕妇常感腹部疼痛，随着胎儿长大，症状逐渐加重。

腹腔妊娠确诊后，应剖腹取出胎儿，胎盘的处理要特别慎重，任意剥离将引起大量出血。胎盘的處理应根据其附着部位、胎儿存活及死亡时间久暂来决定。

(三)宫颈妊娠

宫颈妊娠多见于经产妇，有停经及早孕反应，由于受精卵着床于以纤维组织为主的宫颈部，故妊娠一般不易维持至20周。主要症状为无痛性阴道流血或血性分泌物，流血量一般是由少到多，也可为间歇性阴道大量流血。

确诊后可行搔刮宫颈管术或行吸刮宫颈管手术，术前应做好输血准备或于术前行子宫动脉栓塞术以减少术中出血；术后用纱布条填塞宫颈管创面以止血，若流血不止，可行双侧髂内动脉结扎。若效果不佳，则应及时行全子宫切除术，以挽救生命。

第三节 妊娠期高血压疾病

妊娠期高血压疾病发生在妊娠20周以后，临床表现为高血压、蛋白尿、水肿，严重时出现抽搐、昏迷，甚至母婴死亡。

【高危因素】

一、精神过分紧张使中枢神经系统功能紊乱。

二、寒冷季节或气温变化过大。

三、年轻或高龄初孕妇。

四、有慢性高血压病、肾炎病史。

五、营养不良。

六、体型矮胖，体重指数[体重(千克)/身高(厘米)]大于24。

七、子宫张力过高，如羊水过多、双胎妊娠、巨大胎儿。

八、家族有高血压病史，孕妇母亲有妊娠期高血压疾病史。

【病理生理变化及对母儿影响】

一、基本病变为全身小动脉痉挛，全身各系统脏器官灌注减少，对母儿造成危害，甚至导致母儿死亡。

二、对母儿的影响

(一)对孕产妇的影响 重度妊娠期高血压疾病可发生胎盘早剥、肺水肿、凝血功能障碍、脑出血、急性肾衰竭、HELLP综合征(溶血、肝酶升高、血小板减少)、产后出血及产后血循环衰竭等并发症，严重者可导致死亡。(二)对胎儿的影响 胎盘供血不足功能减退，可致胎儿窘迫、胎儿发育迟缓、死胎、死产或新生儿死亡。

【临床表现】

一、轻度妊娠期高血压疾病

(一)血压高 未孕时或妊娠20周前，血压(即基础血压)不高，妊娠20周后血压升至≥140/90毫米汞柱，<150/100毫米汞柱，或较基础血压升高30/15毫米汞柱。

(二)蛋白尿 微量，开始时可无。

(三)水肿 最初表现体重异常增加(隐性水肿)，每周超过0.5千克。积液过多导致可见水肿。水肿从踝部开始，(+)指踝部及小腿有凹陷性水肿，休息后不消退；(++)指水肿延及大腿；(+++)指水肿延及外阴和腹部；(++++)指全身水肿或伴腹水。

二、中度妊娠期高血压疾病

血压≥150/100毫米汞柱，<160/110毫米汞柱；尿蛋白(+)表明24小时尿蛋白>0.5克；无自觉症状或有轻度头晕等。

三、重度妊娠期高血压疾病

血压≥160/110毫米汞柱，尿蛋白+++~++++，24小时尿蛋白≥5克；可有不同程度的水肿，伴有自觉症状。

(一)先兆子痫 除血压高及蛋白尿外，出现头痛、眼花、恶心、胃区疼痛及呕吐等症状，预示即将发生抽搐。(二)子痫 先兆子痫基础上有抽搐发作或伴昏迷称子痫。发生于妊娠晚期或临产称产前子痫，发生于分娩过程中称产时子痫，发生于产后24小时内称产后子痫。

【诊断】
根据病史、临床表现、体征及辅助检查即可作出诊断，同时应注意有无并发症及凝血机制障碍。

一、病史 患者有妊娠期高血压

疾病的高危因素及上述临床表现。

二、高血压 高血压的定义是持续血压升高至收缩压≥140毫米汞柱或舒张压≥90毫米汞柱，血压升高至少应出现两次以上，间隔≥6小时。慢性高血压并发生于孕前前期可在妊娠20周后血压持续上升。

三、尿蛋白 尿蛋白的定义是在24小时内尿液中的蛋白含量≥300毫克或在至少相隔6小时的两次随机尿液检查中尿蛋白浓度为0.1克/升(定性+)，其准确率达92%。

四、水肿 体重异常增加是许多患者的首发症状，孕妇体重突然增加≥0.9千克/周，或2.7千克/月是子痫前期的信号。患者水肿的特点是自踝部逐渐向上延伸的凹陷性水肿，经休息后不缓解。

五、辅助检查

(一)血液检查

(二)肝肾功能测定

(三)眼底检查 见视网膜小动脉痉挛，动静脉管径比由2:3变1:2~1:4。严重时视网膜水肿，视网膜剥离，棉絮状渗出物及出血，出现视力模糊或突然失明，产后多能恢复。

(四)其他检查 心电图、超声心动图、胎盘功能、胎儿成熟度检查等，视病情而定。

【鉴别诊断】

妊娠期高血压疾病应与慢性肾炎合并妊娠相鉴别，子痫应与癫痫、脑炎、脑肿瘤、脑血管畸形破裂出血、糖尿病高渗性昏迷、低血糖昏迷等鉴别。

【处理、并发症及其预防】

一、轻度妊娠期高血压疾病

(一)适当减轻工作，保证睡眠，

取左侧卧位，在家休息，必要时住院治疗。

(二)饮食 食盐不必限制，长期低盐饮食易发生产后血循环衰竭，若全身水肿应限制食盐。

(三)药物 苯巴比妥0.03克或地西洋2.5毫克，每天3次，口服，保证充足的睡眠。

二、中、重度妊娠期高血压疾病

应住院治疗。治疗原则为解痉、降压、镇静，合理扩容及利尿，适时终止妊娠。

(一)解痉药物 硫酸镁有预防和控制在子痫发作作用，适用于先兆子痫和子痫患者。对子宫和胎儿无不良影响。

1.用药方法：硫酸镁肌内注射或静脉给药。

2.毒性反应：硫酸镁中毒首先为膝反射消失，随后出现全身肌张力减退及呼吸抑制，严重者心跳突然停止。

(下转10版)

次出血、大量出血，可发生休克。

三、阴道检查 仅适用于终止妊娠前为明确诊断并决定分娩方式时。

四、B超型超声检查 能清楚看到子宫壁、胎先露部、胎盘和宫颈的位置，明确前置胎盘的类型，准确率达95%以上，并可重复检查。

五、产后检查 胎盘及胎膜前置部位的胎盘有陈旧血块附着。胎膜破口距胎盘边缘<7厘米为部分性前置胎盘。

【处理】
处理原则是止血补血。根据阴道流血量、有无休克、妊娠周数、产次、胎位、胎儿是否存活、是否临产做出决定。

一、期待疗法 目的是保证孕妇安全前提下延长胎龄，使胎儿达到或接近足月，提高围生儿存活率。适用于妊娠37周以前或胎儿体重估计<2300克、阴道流血不多、患者一般情况好、胎儿存活者。

二、终止妊娠

(一)剖官产 可迅速结束分娩，于短时间内娩出胎儿，对母儿均较安全。完全性前置胎盘应剖官产，部分性或初产妇女边缘性前置胎盘，近年也倾向剖官产。

(二)阴道分娩 仅适用于边缘性前置胎盘、枕先露、阴道流血不多、估计在短时间内能结束分娩者。

不论剖官产术后或阴道分娩后，均应纠正贫血及预防感染。

第五节 胎盘早剥

妊娠20周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称胎盘早剥。

【分类】

胎盘早剥分为显性剥离(轻型)、隐性剥离(重型)及混合性3种类型，主要病理变化是底蜕膜出血，形成血肿，使胎盘自附着处剥离。

【临床表现及诊断要点】

一、轻型 外出血为主，胎盘剥离面不超过胎盘的1/3，多见于分娩期。主要症状为阴道流血，量不多，伴轻度腹痛。腹部检查子宫软，宫缩有间歇，子宫大小与孕周相符，胎位清楚，胎心率正常。

二、重型 内出血为主，胎盘剥离面超过胎盘的1/3，有较大胎盘后出血，多见于重度妊高征。主要症状为突然发生的持续性腹痛和腰酸、腰痛，积血越多，疼痛越剧烈，严重时出现休克征象。腹部检查子宫板状硬，有压痛，尤以胎盘附着处明显。

三、辅助检查

(一)B超型超声检查 显示胎盘与子宫壁之间出现液性暗区。

2.腹痛 是输卵管妊娠患者就诊的主要症状。一侧下腹部隐痛或酸胀感(输卵管妊娠未发生流产或破裂)；一侧下腹部撕裂样痛，输卵管妊娠流产或破裂时，常伴有恶心呕吐；若血液局限于病变区，或积聚于直肠子宫陷凹处时，出现下腹疼痛、肛门坠胀感。全腹及肩胛区疼痛，是急性内出血血液刺激腹膜、膈肌所致。

3.阴道流血 胚胎死亡后，常有不规则阴道流血，一般不超过月经量，由子宫蜕膜剥离所致。

4.晕厥与休克 由于腹腔内急性出血及剧烈腹痛引起晕厥与休克，与阴道流血量不成比例

5.下腹部包块(盆腔或附件区血肿)。

(二)体征 呈贫血貌，可有血压下降及休克表现。下腹有明显压痛及反跳痛，叩诊有移动性浊音，有些患者下腹可触及包块。

【诊断】

(一)病史与体征 输卵管妊娠在未发生流产与破裂时，临床表现不明显，诊断困难，常易漏诊或误诊，应重视停经及腹痛病史的采集，选用适当的辅助检查争取早期确诊。流产与破裂后多数临床症状典型诊断无困难。

(二)辅助检查

1. 阴道后穹窿穿刺或腹腔穿刺 是一种简单可靠的诊断方法。用于疑有盆腔腔内出血的患者。

2.妊娠试验 人绒毛膜促性腺激素检测(多采用放射免疫法测定血人绒毛膜促性腺激素，或酶联免疫法测定尿人绒毛膜促性腺激素)。人绒毛膜促性腺激素阴性一般可以排除异位妊娠，人绒毛膜促性腺激素阳性则需鉴别是宫内妊娠还是异位妊娠。

3. 超声诊断 异位妊娠的声像特点：子宫虽增大但宫腔内空虚无孕囊；官旁出现低回声区，该区若查出胚芽及原始心血管搏动，便可诊断异位妊娠。

4. 子宫内膜病理检查 诊断性刮宫仅适用于阴道流血量较多的患者，目的在于排除宫内妊娠流产。宫腔排出物或刮出物应作病理检查。切片中见到绒毛膜，可诊断为宫内妊娠，仅见蜕膜未见绒毛有助于诊断异位妊娠。

5.腹腔镜检查 有助于提高异位