

(上接10版)

【处理原则】

(一)产前处理

确诊为过期妊娠的孕妇,有下列情况之一者,应立即终止妊娠:

- 1.宫颈已成熟。
- 2.胎儿体重>4000克;或胎儿宫内发育迟缓。
- 3.胎儿12小时内胎动<10次或NST无反应型、CST阳性或可疑时。
- 4.原雌激素/肌酐比值<10或下降达50%。
- 5.羊水过少或羊水有胎粪。
- 6.并发妊高征。

(二)产时处理

适时应用胎儿监护仪;适时选择剖宫产结束分娩挽救胎儿。剖宫产指征有:

- 1.引产失败。
- 2.产程长,胎儿先露部下降不理想。
- 3.产程中出现胎儿窘迫征象。
- 4.头盆不称、巨大儿、臀位伴骨盆轻度狭窄。
- 5.高龄初产妇。
- 6.破膜后羊水少、黏稠、粪染。

过期妊娠常伴胎儿窘迫、羊水粪染,经阴道分娩时要求在胎肩娩出前清理胎儿鼻咽部分泌物;给产妇吸氧、静脉滴注葡萄糖液;进行胎心监护;应及时发现和处理新生儿窒息、脱水、低血容量及代谢性酸中毒等并发症。

二、早产

【定义】

满28周至37周之间妊娠终止者称早产。娩出的新生儿称早产儿。

【病因】

(一)孕妇因素

- 1.合并急慢性疾病,如病毒性肝炎、急性阑尾炎、慢性胃炎等。
- 2.子宫畸形、宫颈内口松弛等。
- 3.妊娠并发症,如妊高征、胎盘早剥及合并内外科疾病等,病情需要提前终止妊娠。

(二)胎儿、胎盘因素

包括双胎妊娠、羊水过多、胎膜早破等。

【临床表现及诊断】

早产的临床表现主要是子宫收缩,最初为不规则宫缩,与足月妊娠先兆临产相似,并常伴有少许阴道出血或血性分泌物,以后可发展为规则宫缩。若子宫收缩规则,间隔5~6分钟,持续30秒以上,伴宫颈管缩短及进行性扩张时,诊断为早产临产。

【治疗】

治疗原则:若胎儿存活,无胎儿窘

迫、胎膜未破,应设法抑制宫缩,尽可能使妊娠继续维持;若胎膜已破,早产已不可避免时,应尽力设法提高早产儿的存活率。

(一)孕妇卧床休息、取左侧卧位,可减少自发性宫缩,增加子宫血流量,增加胎盘对氧、营养物质和代谢物质的交换。

(二)应用抑制宫缩药物,如β-肾上腺素受体激动剂、硫酸镁、钙拮抗剂、前列腺素合成酶抑制剂。

(三)感染是早产的重要诱因,应用抗生素治疗感染对早产可能有益。

(四)应用肾上腺糖皮质激素24小时后至7日内,能促使胎儿肺成熟,明显降低新生儿呼吸窘迫综合征的发生率。

(五)临产后慎用吗啡、哌替啶等能抑制新生儿呼吸中枢的药物;产程中应给孕妇吸氧;分娩时可于会阴后一侧切开预防早产儿颅内出血等。

【预防】

预防早产是降低围生儿死亡率的重要措施之一。

(一)定期做产前检查,注意孕期卫生,重视可能引起早产的因素。

(二)切实加强加强对高危妊娠的管理,积极治疗妊娠并发症,预防胎膜早破,预防亚临床感染。

(三)宫颈内口松弛者应于妊娠14~18周行宫颈内口环扎术。

第七节 羊水量异常

一、羊水过多

【定义及可能病因】

在妊娠任何时期羊水量超过2000毫升称羊水过多。可能病因有:胎儿畸形;多胎妊娠;孕妇和胎儿的各种疾病;胎盘绒毛血管瘤、脐带帆状附着;特异性羊水过多。

【诊断】

(一)急性羊水过多

多发生在妊娠20~24周,数日内子宫迅速增大,似妊娠足月或双胎妊娠大小;横膈上抬,孕妇出现呼吸困难,不能平卧,甚至发绀;孕妇表情痛苦,腹部张力过大感到疼痛,出现下肢、外阴部水肿及静脉曲张。

(二)慢性羊水过多

多发生在妊娠28~32周,羊水逐渐增多,孕妇能适应,腹部膨隆大于妊娠月份,腹壁皮肤发亮、变薄,触诊皮肤张力大,胎位不清,胎心遥远或听不到。易并发妊高征、胎位异常、早产,破膜后可引起胎膜早剥。

【辅助检查】

(一)B型超声检查

最大羊水暗区垂直深度超过7厘

米或羊水指数法>18厘米为羊水过多。

(二)神经管缺陷胎儿的检测

胎儿畸形易合并羊水过多。最常应用的检测方法是羊水及母血甲胎蛋白含量测定。

【处理】

主要取决于胎儿有无畸形和孕妇症状的严重程度。羊水过多合并胎儿畸形,处理原则为及时终止妊娠;羊水过多合并正常胎儿,应根据羊水过多的程度与胎龄决定处理方法。

(一)症状严重、孕妇无法忍受(胎龄不足37周)者应行穿刺放羊水。

(二)应用前列腺素抑制剂。羊水

再次增加可重复应用。

(三)妊娠已近37周,胎儿已成熟,行人工破膜终止妊娠。

(四)症状较轻者可继续妊娠,低盐饮食,严密观察羊水量。

二、羊水过少

【定义及可能病因】

妊娠晚期羊水量<300毫升称羊水过少。可能病因有:

(一)胎儿畸形,如胎儿先天肾缺失、输尿管或尿道狭窄致尿少或无尿致羊水少。

(二)过期妊娠,胎盘功能减退、胎儿脱水致羊水少。

(三)胎儿宫内发育迟缓胎,尿生

成减少致羊水少。

(四)羊膜病变。

【诊断要点】

(一)临床表现

胎动时感腹痛;检查腹围、宫高较同期妊娠小;轻微刺激易引起宫缩;临产后阵痛剧烈;宫缩多不协调;宫口扩张缓慢;产程延长,易发生胎儿窘迫与新生儿窒息,增加新生儿死亡率。

(二)B型超声检查

最大羊水平面≤2厘米为羊水过少;≤1厘米为严重羊水过少。羊水指数法≤8.0厘米为羊水过少临界值;≤5.0厘米为羊水过少绝对值。

(三)羊水直接测量

破膜时羊水少于300毫升为羊水过少。

【处理】

妊娠足月,除胎儿畸形外,剖宫产比阴道分娩明显降低围生儿死亡率。羊膜腔输液治疗妊娠中、晚期羊水过少有效。羊膜腔输液可解除脐带受压,使胎心变异减速率、胎粪排出率以及剖宫产率降低,提高新生儿成活率。

(下转4版)

(上接13版)

第四章 产科常见危重症(病)

早期识别及处理

第一节 胎儿窘迫

胎儿在宫内缺氧危及健康和生命称胎儿窘迫,多发生在临产后,偶可见于妊娠晚期。

【病因】

通过子宫胎盘循环,母体将氧输送给胎儿,将二氧化碳从胎儿排入母体,在输送交换过程中某一环节出现障碍,均可引起胎儿窘迫,如母体血氧含量不足、胎盘病变、脐带血运受阻、胎儿因素等。

【临床表现及诊断】

一、慢性胎儿窘迫

主要发生在妊娠晚期,母体合并症和并发症引起胎盘功能减退是主要原因,临床多无明显体征。胎儿长时间慢性缺氧可致宫内发育迟缓。下述检查可协助医生确诊:

(一)胎盘功能检查。测尿雌激素/肌酐比值并动态连续观察,<10提示胎盘功能减退。

(二)无应激试验。胎动时胎心率加速不明显,基线变异率<3次/分,提示存在胎儿窘迫。

(三)胎动计数。胎动减少是胎儿窘迫的重要指标,每日监测胎动能预知胎儿安危。胎动消失后,胎心在24小时内消失,胎动过频是胎动消失的前驱症状,应予重视。

(四)羊膜镜检查。见羊水混浊呈绿色至深褐色,有助于胎儿窘迫诊断。

二、急性胎儿窘迫

主要发生在分娩期,多因脐带因素(如脐带脱垂、脐带绕颈、脐带打结)、胎盘早剥、宫缩强且持续时间长及产妇低血压、休克等引起。

(一)胎心率变化。胎心率是了解胎儿是否正常的重要标志。胎心率>160次/分,尤其是>180次/分,为胎儿缺氧的初期表现。胎心率<120次/分,尤其是<100次/分,为胎儿危险征。出现胎心晚期减速、变异减速或基线变异消失,均表示胎儿窘迫。

(二)羊水胎粪污染。胎儿缺氧,迷走神经兴奋,肠蠕动亢进,肛门括约肌松弛,胎粪排入羊水中,羊水呈绿色、黄绿色、混浊棕黄色,分别为羊水Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度污染。破膜可直接观察羊水的性状。未破膜经羊膜镜窥视,透过胎膜了解羊水性状。

羊水Ⅰ度、Ⅱ度污染,胎心良好者,应密切监测胎心,不一定是胎儿窘迫;羊水Ⅲ度污染,应及时结束分娩。

羊水轻度污染,胎心率<120次,仍应诊断为胎儿窘迫。

(三)胎动。急性胎儿窘迫初期表现为胎动过频,继而转弱及次数减少,直至消失。

(四)酸中毒。破膜后,进行胎儿头皮血血气分析。诊断胎儿窘迫的指标有pH<7.20,血液中氧分压<10毫米汞柱,血液中二氧化碳分压>60毫米汞柱。

【处理】

一、慢性胎儿窘迫

应针对病因处理,视孕周、胎儿成熟度和窘迫的严重程度决定处理。

二、急性胎儿窘迫

(一)宫口开全,胎先露已达坐骨棘平面以下3厘米者,给予产妇吸氧同时尽快助其经阴道娩出胎儿。

(二)宫口尚未开全,胎儿窘迫不严重,应给予产妇吸氧(面罩供氧),同时嘱其左侧卧位。观察10分钟,若胎心率逐渐变为正常,继续观察是否能转为正常。病情紧迫或经上述处理无效者,应立即行剖宫产。

第二节 胎膜早破

胎膜在临产前破裂称胎膜早破。早产者为足月产的2.5~3倍,围生儿死亡率、宫内感染率及产褥感染率均升高。

【对母儿影响】

胎膜早破诱发早产、增加宫内感染和产褥感染,胎儿吸入感染的羊水可发生肺炎、胎儿宫内窘迫、脐带脱垂增多。

【临床表现及辅助诊断方法】

孕妇突感自阴道流出较多液体,继而少量间断排出。

一、阴道液检测

以硝嗪纸测试,阴道液pH值≥6.5为阳性,倾向为羊水,胎膜早破的可能性大。

二、阴道液涂片干燥后检查

羊齿植物叶状结晶出现为羊水;涂片用硫酸尼罗蓝染色见桔黄胎儿上皮细胞,可确定为羊水。

三、羊膜镜检查

可直视胎儿露部,未见前羊膜囊,可确诊为胎膜早破。

【处理】

一、应住院待产,注意观察胎心变化,未衔接者应绝对卧床,以侧卧为主,防止脐带脱垂。

二、有羊膜炎者应及时结束分娩,不考虑孕龄。妊娠近足月或感染明显,应行剖宫产。

三、未临产又无感染征象,胎儿已达孕37周,估计胎儿体重已达2500

克者,观察12~18小时。若产程仍未发动,开始引产或行剖宫产。

四、孕龄未达37周,无产兆,无感染征象者,应严密观察,争取适当延长孕龄。

五、妊娠不足月,产程已发动,头先露者,尽可能经阴道分娩。

六、妊娠不足月,孕龄超过30周,臀位已临产者,应行剖宫产;未达妊娠30周者最好经阴道分娩。

七、分娩结束,应给予抗生素控制感染。

第三节 子宫破裂

子宫体部、子宫下段在妊娠期或分娩期发生破裂称子宫破裂,为产科最严重并发症,常引起母儿死亡。其发生率可判断产科质量。

【分类】

根据程度分为完全破裂和不完全破裂;根据部位分为子宫下段破裂和子宫体部破裂;根据原因分为自然破裂和创伤性破裂。

【临床表现】

子宫破裂发生在分娩遇到困难时,分为先兆子宫破裂和子宫破裂两个阶段。

一、先兆子宫破裂

当胎儿先露部下降受阻时,强烈阵缩使子宫下段变薄,出现病理缩复环。此时,下段压痛明显,产妇自诉下腹疼痛难忍、烦躁不安、呼叫、脉搏、呼吸加快,血尿形成,胎心改变或听不清,若不立即解除,子宫将很快在病理缩复环处及其下方发生破裂。

二、子宫破裂

(一)完全性子宫破裂。在破裂瞬间,产妇感撕裂状剧烈疼痛,随之宫缩消失,疼痛缓解,很快又感到全腹痛,脉搏加快微弱,呼吸急促,血压下降。检查全腹压痛及反跳痛,腹壁下能清楚扪及胎体,子宫缩小位于胎儿侧方,胎心消失,阴道有鲜血流出,宫口回缩。催产素注射致子宫破裂者,在注药后感到强烈宫缩,突然剧痛,先露部随即上升、消失。

(二)不完全性子宫破裂。指子宫肌层全部或部分破裂,浆膜层尚未穿破,宫腔与腹腔未相通,胎儿及其附属物仍在宫腔内。腹部检查,在子宫不完全破裂处有压痛。

【诊断】

诊断完全性子宫破裂无大困难;而诊断不完全性子宫破裂只有严密观察方能发现。晚期妊娠只有出现子宫破裂典型症状和体征时方能确诊。

(下转9版)

(上接4版)

【处理】

发现先兆子宫破裂,需立即抑制子宫收缩,肌注度冷丁100毫克,尽快行剖宫产。子宫破裂胎儿未娩出者,即使是死胎也应迅速剖腹取出,视损伤部位情况、感染程度和患者是否已有子女等综合考虑,若子宫裂口感染不严重,可作裂口修补缝合,否则行子宫全切除或次全切除。子宫破裂多伴严重出血及感染,术前应输血、输液,积极抗休克治疗;术中、术后应用大剂量广谱抗生素控制感染。

第四节 产后出血

【定义】

胎儿娩出后24小时内阴道流血量超过500毫升称产后出血,包括胎儿娩出后至胎盘娩出前、胎盘娩出后至产后2小时和产后2小时至24小时3个时期。出血多发生在前两期。在我国,产后出血是产妇首位死亡原因。

【病因及分类】

分为宫缩乏力、软产道裂伤、胎盘因素和凝血功能障碍4类。

【诊断依据】

一、宫缩乏力

出血特点出现在胎盘剥离后。在未剥离前阴道不流血或仅有少许流血,胎盘剥离后因子宫收缩乏力使子宫出血不止;流出的血液能凝固;产妇可出现失血性休克表现;检查腹部子宫轮廓不清,摸不到宫底。

二、软产道裂伤

出血特点是出血发生在胎儿娩出后。软产道裂伤流出的血液能自凝;若裂伤损及小动脉,血色鲜红。

三、胎盘因素

胎盘剥离不全及剥离后胎盘滞留宫腔,见于子宫收缩乏力,胎盘未能娩出而出血量多;胎盘嵌顿可发现子宫下段出现狭窄环;胎盘部分与宫壁粘连易发生剥离不全,滞留胎盘影响子宫收缩,使剥离胎盘部位血窦开放出血;部分胎盘植入可发生未植入部分剥离而出血不止,当徒手剥离胎盘时,发现胎盘全部或部分与宫壁连成一体,剥离困难而确诊;胎盘残留是指在例行检查胎盘胎膜是否完整时,发现胎盘母体面有缺损或胎膜有缺损而边缘有凝血的血管,表示有胎盘组织或副胎盘遗留。

四、凝血功能障碍

在孕前或妊娠后期已有出血倾向,胎盘剥离或产道有损伤时,出现凝血功能障碍,表现为血不凝及不易止血。

【处理原则及防治】

处理原则是迅速止血、纠正失血

性休克和控制感染。

一、宫缩乏力

加强宫缩是最有效的止血方法。按摩子宫需强调用手握宫体,按摩时间以子宫恢复正常收缩并能保持收缩状态为度。

二、软产道裂伤

止血的有效措施是及时、准确地修补缝合。宫颈裂伤用肠线缝合,缝线第一针应从裂口顶端稍上方开始;最后一针应距宫颈外侧端0.5厘米处止。

三、胎盘因素

胎盘剥离不全、滞留及粘连行徒手剥离取出;部分残留用大刮匙刮残留物;胎盘植入应剖腹切开子宫检查,确诊则行子宫次全切除;胎盘嵌顿在子宫狭窄环以上用乙醚麻醉,松解狭窄环,用手取出胎盘。

四、凝血功能障碍

在妊娠早期,尽早行人工流产终止妊娠;在妊娠中、晚期始发现者,争取去除病因或使病情明显好转;分娩期则在病因治疗同时,出血稍多即作处理,使用药物以改善凝血功能,输新鲜血液;产后出血者,在止血应对失血性休克的同时,改善患者状态并应用抗生素控制感染。

第五节 羊水栓塞

【定义】

在分娩过程中,羊水进入母体血液循环引起肺栓塞、休克和DIC等一系列严重症状的综合征称羊水栓塞,是极严重的分娩并发症。

【病理生理】

羊水含毳毛、角化上皮细胞及胎粪直接形成栓子,羊水本身为强凝物质,能促使血液凝固阻塞肺毛细血管。反射性迷走神经兴奋引起肺血管及冠状血管痉挛。肺动脉压升高引起急性肺水肿及右心衰竭。全身各组织及重要器官如脑、肾严重缺氧,患者迅速死亡。羊水中含有丰富的凝血酶,进入母血后引起DIC,消耗大量凝血因子,血中纤维蛋白原减少;羊水中还含有纤溶激活酶,激活纤溶系统,使血液不凝,发生严重的产后出血。

【临床表现】

发病突然,病情凶险。产妇破膜后突然发生烦躁不安、呛咳、呼吸困难、发绀、心率快而弱,可迅速出现循环衰竭、休克及昏迷。不在短期内死亡者,出现出血不止、血不凝、皮肤、黏膜、胃肠道或肾出血,继之出现少尿、无尿及尿毒症。临床经过通常分为急性休克期、出血期和肾衰竭期3个阶段。

【诊断】

根据临床典型表现,即可初步诊断并立即进行抢救。X线床边摄片见肺部双侧弥漫性点状、片状浸润影,沿肺门周围分布,伴右心扩大及轻度肺不张。心电图提示右侧房室扩大。痰液涂片可查到羊水中内容物(见蓝染色)。确诊自腔静脉取血查出羊水中的有形物质,并有DIC各项血液检查阳性。尸检证实有肺小动脉有羊水成分栓塞。

【处理】

一旦发生羊水栓塞,必须积极抢救。

一、缓解呼吸困难,取半卧位,加压给氧,必要时行气管插管或气管切开。预防肺水肿的发生。

二、纠正肺动脉高压。

三、抗过敏。

四、纠正心衰。

五、纠正DIC。

六、防治肾衰竭。

七、预防感染。

八、产科处理。原则上先改善呼吸循环衰竭,待病情好转后再处理分娩。处在第一产程期间,应行剖宫产;处在第二产程期间,可酌情经阴道助产。子宫切除应根据能否控制子宫出血及孕妇能否耐受手术而定。发病时正在静滴催产素的应立即停止。

【预防】

一、破膜应在宫缩间歇期进行,让羊水缓慢流出。

二、慎用催产素,若静滴催产素应避免宫缩过强,不可在强宫缩时行人工破膜。

第五章 妊娠期保健

妊娠是指胚胎和胎儿在母体内发育成长的过程。妊娠期全过程从末次月经第一天算起,平均40周。临床上分为3个时期:妊娠12周以前为孕早期;第13周至27周末为孕中期;第28周及以后为孕晚期。妊娠是一个特殊的生理过程,在此时期,母体的生理、心理随时间的不同发生着巨大的变化。做好妊娠期的保健有着重要的意义。

妊娠期保健包括对孕妇的定期产前检查,指导孕期营养和用药,出现异常情况及时处理,使孕妇正确认识妊娠,消除不必要的顾虑,对胎儿宫内情况的监护等。它是贯彻预防为主、早发现高危妊娠、保障孕妇及胎儿健康和安全分娩的必要措施,对降低围生期母儿死亡率和病残儿发生率、保障母儿健康具有重要意义,是围生保健最重要的阶段。

(下转8版)

(上接9版)

一、孕早期保健要点

(一)孕早期特点

孕早期是胚胎、胎儿分化发育阶段,各种不良因素的干预容易导致胎儿致畸或发生流产,应注意预防、防畸。孕早期要做到“三早”、“四忌”(忌滥用药物,忌到公共场所,忌接触化工原料、农药及有害气体,忌辐射,避免X线及放射性源检查)。

(二)妊娠的早期诊断

人类的胚胎大约在受孕后第3~8周时逐渐形成形态与功能不同的各类器官,这一时期特别容易受化学物质作用而诱发畸形,故要及时进行早孕诊断以便及早对胚胎进行保护。停经是妊娠最早的症状,结合妊娠试验及超声检查,可较准确地得出诊断,排除其他病理妊娠的情况。

(三)产前检查

在确诊妊娠后应立即进行第一次产前检查。通过全面询问病史、全身体格检查和必要的化验,全面了解健康状况,及早发现夫妇双方有无遗传病史或家族史;确定基础血压、基础体重,进行高危妊娠的初筛;了解有无心、肝、肾等主要脏器疾病或病史,有无不良孕产史,以及是否需要进行进一步的遗传咨询和必要的产前诊断。可根据病情的严重程度,考虑是否能完成妊娠整个过程。开展早孕保健指导,以提高孕妇的自我保健能力和识别异常症状的能力。

(四)避免环境中不良因素对胚胎的影响

1.生物学因素。引起感染的各种病原体,如病毒性肝炎、梅毒的孕妇,流产、早产、死胎及新生儿死亡率都增高。孕妇患巨细胞病毒感染、风疹、单纯疱疹病毒感染及弓形体病,可引起胎儿发育异常。

2.化学因素,如各种药物(孕期用药对胚胎、胎儿可能产生流产、致畸、生长发育迟缓和损害,特别在孕早期损害更大);环境中各种有毒物质(铅、苯、汞及农药等)。

3.物理因素,如各种射线、高温、噪声、极低温、微波等。

为避免接触到以上不良因素,在孕早期要注意做到:不到人群密集的公共场所,避免感染疾病;不接触猫、狗,注意饮食卫生,不吃未经煮熟的鱼、虾、蟹等;避免接触放射线及有毒、有害物质;原则上应谨慎用药,孕

羊水轻度污染,胎心率<120次,仍应诊断为胎儿窘迫。

(三)胎动。急性胎儿窘迫初期表现为胎动过频,继而转弱及次数减少,直至消失。

(四)酸中毒。破膜后,进行胎儿头皮血血气分析。诊断胎儿窘迫的指标有pH<7.20,血液中氧分压<10毫米汞柱,血液中二氧化碳分压>60毫米汞柱。

【处理】

一、慢性胎儿窘迫

应针对病因处理,视孕周、胎儿成熟度和窘迫的严重程度决定处理。

二、急性胎儿窘迫

(一)宫口开全,胎先露已达坐骨棘平面以下3厘米者,给予产妇吸氧同时尽快助其经阴道娩出胎儿。

(二)宫口尚未开全,胎儿窘迫不严重,应给予产妇吸氧(面罩供氧),同时嘱其左侧卧位。观察10分钟,若胎心率逐渐变为正常,继续观察是否能转为正常。病情紧迫或经上述处理无效者,应立即行剖宫产。