

第十四章 女性生殖系统

第一节 女性生殖系统解剖

六、邻近器官

(三) 输尿管

原“全长约 30cm，内径最细 3mm，最粗 8mm。”

修改为“全长约 30cm，内径最细 3mm，7~8mm。”

第三节 妊娠生理

四、胎儿附属物的形成及其功能

2. 胎盘功能

原“胎盘功能包括：①物质交换（气体交换、营养物质供应，排出废物）；②防御功能；③合成功能；④免疫功能等。胎盘是维持胎儿在子宫内营养和发育的重要器官。进行物质交换的部位主要在胎盘内绒毛间隙中。”

修改为“①物质交换（气体交换、营养物质供应，排出废物）；②防御功能；③合成功能；④免疫功能等。胎盘是维持胎儿在子宫内营养和发育的重要器官。进行物质交换的部位主要在胎盘内绒毛间隙中。”

第四节 妊娠诊断

三、中晚期妊娠的诊断

(二) 体征与检查

4. 胎儿心音

原“①多普勒胎心仪能于妊娠 12 周探测到胎儿心音；妊娠 18~20 周用听诊器经孕妇腹壁能听到胎儿心音，每分钟 110~160 次。妊娠 24 周前胎心音在脐下正中或偏左（右）听到；妊娠 24 周后胎心音在胎背侧听得最清楚。②头先露时胎心在脐下，臀先露时在脐上，肩先露时在脐周围听得最清楚。③子宫杂音为血液流过扩大的子宫血管时出现的吹风样低音响，腹主动脉音为咚咚样强音响，两种杂音均与孕妇脉搏数一致。④脐带杂音为与胎心率一致的吹风样低音响，改变体位后可消失。若持续存在脐带杂音，应注意有无脐带缠绕的可能。”

修改为“多普勒胎心仪能于妊娠 12 周探测到胎儿心音；妊娠 18~20 周用听诊器经孕妇腹壁能听到胎儿心音，每分钟 110~160 次。子宫杂音为血液流过扩大的子宫血管时出现的吹风样低音响，腹主动脉音为咚咚样强音响，两种杂音均与

孕妇脉搏数一致。脐带杂音为与胎心率一致的吹风样低音响，改变体位后可消失。若持续存在脐带杂音，应注意有无脐带缠绕的可能。”

第五节 产前检查与孕期保健

四、评估胎儿健康的技术

4. 妊娠晚期

(3) 胎儿影像学监测

原“B型超声：①观察胎头双顶径、腹围、股骨长、胎动及羊水情况；”

修改为“①B型超声观察胎头双顶径、腹围、股骨长、胎动及羊水情况；”

(5) 胎儿电子监护

2) 预测胎儿宫内储备能力

原“①无应激试验(NST)：指在无宫缩、无外界负荷刺激下，对胎儿进行胎心率宫缩图的观察和记录，以了解胎儿储备能力。本试验根据胎心率基线、胎动时胎心率变化(变异、减速和加速)等分为有反应型NST、可疑型NST和无反应型NST(表14-3)。”

表 14-3 NST 的评估及处理 (SOGC 指南, 2007 年)

参数	反应型 NST	可疑型 NST	无反应型 NST
基线	110~160 次/min	100~110 次/min >160 次/min<30 分钟 基线上升	胎心过缓<100 次/min 胎心过速>160 次/min> 30 分钟 基线不确定
变异	6~25 次/min (中 等变异)	≤5 次/min(无变异及最 小变异)	≤5 次/min ≥25 次/min>10 分钟 正弦型
减速	无减速或者偶发变 异减速持续短于 30 秒	变异减速持续 30~60 秒	变异减退持续时间超过 60 秒 晚期减速
加速 (足)	20 分钟内≥2 次加 速超过 15 次/min,	20 分钟内<2 次加速超 过 15 次/min, 持续 15	20 分钟内<1 次加速超过 15 次/min, 持续 15 秒

月胎 儿)	持续 15 秒	秒	
处理	观察或者进一步评 估	需要进一步评估（复查 NST）	全面评估胎儿状况 生物物理评分 及时终止妊娠

修改为“①无应激试验（NST）：指在无宫缩、无外界负荷刺激下，对胎儿进行胎心率宫缩图的观察和记录，以了解胎儿储备能力。用于产前监护。本试验根据胎心率基线、胎动时胎心率变化（变异、减速和加速）等分为**正常 NST**、**不典型 NST**和**异常 NST**（表 14-3）。”

表 14-3 NST 的结果判读及处理

参 数	正常 NST (先前的“有反应 型”)	不典型 NST (先前的“可疑型”)	异常 NST (先前的“无反应型”)
胎心 率基 线	110~160 次/min	100~110 次/min; >160 次/min, <30 分 钟	胎心过缓, <100 次/min; 胎心过速, >160 次/min, 持续>30 分钟 基线不确定
基线 变异	6~25 次/min (中 等变异); <5 次/min (变异 缺失及微小变异), 持续<40 分钟。	<5 次/min, 持续 40~ 80 分钟	<5 次/min, 持续>80 分 钟; >25 次/min, 持续>10 分 钟; 正弦波型
减速	无减速或者偶发变 异减速持续<30 秒	变异减速持续 30~60 秒	变异减速, 持续>60 秒; 晚期减速
加速 (≥)	40 分钟内 2 次或 2 次以上加速超过	40~80 分钟内 2 次以下 加速超过 15 次/min, 持	>80 分钟 2 次以下加速超 过 15 次/min, 持续 15 秒

32周)	15次/min,持续15秒	续15秒	
加速(32周)	40分钟内2次或2次以上加速超过10次/min,持续10秒	40~80分钟内2次以下加速超过10次/min,持续10秒	>80分钟2次以下加速超过10次/min,持续10秒
处理	观察或者进一步评估	需要进一步评估	复查:全面评估胎儿状况;生物物理评分;及时终止妊娠

原“②缩宫素激惹试验(OCT):又称为宫缩应激试验(CST),其原理为诱发宫缩,并用胎儿监护仪记录胎心率变化,了解胎盘于宫缩时一过性缺氧的负荷变化,测定胎儿的储备能力。有两种方法可以诱导宫缩产生:静脉内滴注缩宫素;乳头刺激法,透过衣服摩擦乳头2分钟直到产生宫缩。CST/OCT的评估及处理(美国妇产科医师学会,2009年),见表14-4。”

修改为缩宫素激惹试验(OCT):又称为宫缩应激试验(CST),其原理为诱发宫缩,并用胎儿监护仪记录胎心率变化,了解胎盘于宫缩时一过性缺氧的负荷变化,测定胎儿的储备能力。通过静脉内滴注缩宫素诱导产生宫缩。OCT可用于产前监护及引产时胎盘功能的评价。CST/OCT的判读主要基于是否出现晚期减速的变异减速。A.阴性:没有晚期减速或重度变异减速。B.可疑(有下述任一种表现):间断出现晚期减速或重度变异减速;宫缩过频(>5次/10min);宫缩伴胎心减速,时间>90秒;出现无法解释的监护图形。c.阳性:≥50%的宫缩伴随晚期速。

3)产时胎心监护图形的判读:见表14-4。

表14-4 三级电子胎心监护判读标准

I类	满足下列条件 胎心率基线110~160次/min 基线变异为中度变异 没有晚期减速及变异减速 存在或者缺乏早期减速、加速
----	--

	提示观察时胎儿酸碱平衡正常，可常规监护，不需采取特殊措施
II类	除了第I类和第III类胎心监护的其他情况均划为第II类。尚不能说明存在胎儿酸碱平衡紊乱，但是应该综合考虑临床情况、持续胎儿监护、采取其他评估方法来判定胎儿有无缺氧，可能需要宫内复苏来改善胎儿状况
III类	有两种情况： 1) 胎心率基线无变异且存在下面之一： 复发性晚期减速 复发性变异减速 胎心过缓（胎心率基线 <110 次/min） 2) 正弦波型 提示在观察时胎儿存在酸碱平衡失调即胎儿缺氧，应立即采取相应措施纠正胎儿缺氧，包括改变孕妇体位、给孕妇吸氧、停止缩宫素使用、抑制宫缩、纠正孕妇低血压等措施，如果这些措施均不奏效，应该紧急终止妊娠

原：3) 胎儿生物物理监测：利用电子监护和B型超声联合检测胎儿宫内缺氧和胎儿酸中毒情况。Manning评分法（表14-5）满分10分，10~8分无缺氧，8~6分可能有缺氧，6~4分有急性或慢性缺氧，4~2分有急性缺氧伴慢性缺氧，0分有急慢性缺氧。

修改为：4) 胎儿生物物理监测：利用电子监护和B型超声联合检测胎儿宫内缺氧和胎儿酸中毒情况。Manning评分法（表14-5）满分10分，10~8分无缺氧，8~6分可能有缺氧，6~4分有急性或慢性缺氧，4~2分有急性缺氧伴慢性缺氧，0分有急慢性缺氧。

第六节 正常分娩

四、分娩的临床经过及处理

（三）第三产程的临床经过及处理

3) 新生儿阿普加

原：新生儿阿普加（Apgar）评分及其意义：出生后1分钟内的心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色5项体征为依据，每项为0~2分，满分为10分。对缺氧较严重的新生儿，应在出生后5分钟、10分钟时再次评分，直至连续两次评

分均 ≥ 8 分，详见表 14-6。

表 14-6 新生儿阿普加评分法

体征	出生后 1 分钟内得分		
	0 分	1 分	2 分
每分钟心率	无	<100 次	≥ 100 次
呼吸	无	浅慢, 不规则	佳
肌张力	松弛	四肢稍屈曲	四肢屈曲, 活动好
喉反射	无反应	有些动作	咳嗽, 恶心
皮肤颜色	全身苍白	躯干红, 四肢青紫	全身粉红

修改为：新生儿阿普加 (Apgar) 评分及其意义：出生后 1 分钟内心率、呼吸、肌张力、**对刺激的反应**及皮肤颜色 5 项体征为依据，每项为 0~2 分，满分为 10 分。对缺氧较严重的新生儿，应在出生后 5 分钟、10 分钟时再次评分，直至连续两次评分均 ≥ 8 分，详见表 14-6。

表 14-6 新生儿阿普加评分标准

体征	0 分	1 分	2 分
心率	无	<100 次/min	≥ 100 次/min
呼吸	无	浅慢、不规则	正常、哭声响
肌张力	松弛	四肢稍屈曲	四肢屈曲，活动好
对刺激的反应 (弹足底或插鼻管反应)	无反应	有些动作，如皱眉	哭，喷嚏
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红，四肢青紫	全身红

第七节 正常产褥

三、产褥期临床表现

(四) 恶露

原产后随子宫蜕膜脱落，含有血液、坏死蜕膜等组织经阴道排出，称为恶露。恶露有血腥味，无臭味，持续 4~6 周，总量为 250~500ml。**恶露分为：**

修改为产后随子宫蜕膜脱落，含有血液、坏死蜕膜等组织经阴道排出，称为恶露。恶露有血腥味，无臭味，持续 4~6 周，总量为 250~500ml。恶露分为 **3 种**。

第八节 病理妊娠

一、自然流产

(二) 病因

原 1. 胚胎因素

2. 母体因素

3. 环境因素

修改为 1. 胚胎因素

2. 母体因素

3. 环境因素

4. 父亲因素

二、早产

(六) 处理

6. 终止早产治疗的指征

原 “停用抗早产药，顺其自然，不必干预，只需密切监测胎儿情况即可。”

修改为 “停用宫缩抑制剂，顺其自然，不必干预，只需密切监测胎儿情况即可。”

7. 分娩期处理

原 “分娩期处理 多可经阴道分娩，临产后慎用吗啡、哌替啶等抑制新生儿呼吸中枢的药物；孕妇吸氧；第二产程可作会阴后-侧切开，预防早产儿颅内出血等。对于早产胎位异常者，可考虑剖宫产。”

修改为 “分娩期处理 <32 周的早产儿需要良好的救治条件，可进行宫内转运。大部分早产儿可经阴道分娩，临产后慎用吗啡、哌替啶等抑制新生儿呼吸中枢的药物；孕妇吸氧；产程中密切监测胎儿情况；不提倡常规会阴侧切，也不支持没有指征的产钳助产术。对于胎位异常者，权衡剖宫产利弊，选择分娩方式。”

五、妊娠期高血压疾病

(二) 子痫前期-子痫

1. 子痫前期

(4) 辅助检查

原 “(4) 辅助检查：应进行以下常规检查：①血常规；”

修改为 “(4) 辅助检查：①血常规；”

七、胎盘早剥

(二) 病因

原“病因 可能原因：①孕妇血管病变”

修改为“病因 ①孕妇血管病变”

八、前置胎盘

(三) 分类

原“(三) 分类 根据胎盘下缘与宫颈内口的关系分为 3 类。”

修改为“(三) 分类 根据胎盘下缘与宫颈内口的关系分为以下几种类型。”

第十三节 异常产褥期并发症

一、产褥感染

(一) 产褥感染与产褥病率的概念

原“1. 产褥感染 分娩时及产褥期生殖道受病原体侵袭，引起局部或全身感染。

2. 产褥病率 分娩 24 小时以后的 10 日内，每日口表测量体温 4 次，间隔时间 4 小时，有 2 次体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 。

3. 产褥病率常由产褥感染引起，也可由生殖道以外感染如急性乳腺炎、上呼吸道感染、泌尿系感染、血栓静脉炎等原因所致。

4. 产褥感染是目前导致孕产妇死亡的 4 大原因之一。”

修改为“1. 产褥感染 分娩时及产褥期生殖道受病原体侵袭，引起局部或全身感染。产褥感染是目前导致孕产妇死亡的四大原因之一。

2. 产褥病率 分娩 24 小时以后的 10 日内，每日口表测量体温 4 次，间隔时间 4 小时，有 2 次体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 。

产褥病率常由产褥感染引起，也可由生殖道以外感染如急性乳腺炎、上呼吸道感染、泌尿系感染、血栓静脉炎等原因所致。”

第十六节 妊娠滋养细胞疾病

(五) 治疗及随访

5. 自然转归与随访

原“③葡萄胎排空后必须严格避孕 1 年，首选避孕套，也可选择口服避孕药。”

修改为“③葡萄胎排空后必须严格避孕半年，首选避孕套，也可选择口服避孕药。”