

<<难产>>

图书基本信息

书名：<<难产>>

13位ISBN编号：9787536650947

10位ISBN编号：7536650949

出版时间：2004-1

出版时间：重庆出版集团图书发行有限公司（重庆出版社）

作者：凌萝达，顾美

页数：382

字数：580000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<难产>>

内容概要

本书分3部分共18章，文字50多万，插图250幅左右。

第一部分系统讲述分娩的基础知识，含骨盆、胎儿、产力、枕先露的分娩机转等4章；第二部分为难产的总论，含难产的发病因素、分娩监护、胎儿监护、产后监护、母体预后、儿体预后、产科镇痛为麻醉、解决难产的手术等8章；第三部分为难产的各论，含头位难产总论、头位难产各论、臀位、横位、复合先露、胎儿性难产等6章。

全书集中反映了作者近50年来有关难产的临床经验和科研成果，并吸纳了国内外最新资料，整合出一套完整的难产理论体系。

本书是产科工作者的一部重要的参考书籍。

<<难产>>

作者简介

凌萝达教授，浙江人，1920年生，1945年于上海医学院本科毕业后，一直在上海医学院的几个附属医院从事妇产科工伤脑筋，1958年调重庆医学院，先后在附属第一、二医院工作至今。50多年来，她把全部精力奉献给妇产科工作，尤其精通难产业务。1978年她率先发表了头位难产的论文，

<<难产>>

书籍目录

司徒序苏序再版前言第一部分 分娩的基础知识 第1章 骨盆 1.1 骨盆三个面的特点及其径线 1.2 骨盆其他与分娩有关的部分 1.3 骨盆类型 1.4 妊娠期骨盆的变化 1.5 骨盆检查与测量 第2章 胎儿 2.1 胎儿的特点 2.2 胎儿的大小 2.3 胎儿轴位、胎先露、胎方位 第3章 产力 3.1 子宫收缩力 3.2 腹肌收缩力 3.3 肛提肌收缩力 第4章 枕先露的分娩机转 4.1 衔接 4.2 俯屈 4.3 内旋转 4.4 仰伸 4.5 复位 4.6 外旋转 4.7 肩娩出第二部分 难产的总论 第5章 难产的发病因素 5.1 产道异常 5.2 胎儿异常 5.3 产力异常 第6章 分娩监护 6.1 产程图 6.2 头位分娩评分法 第7章 胎儿监护 7.1 临床监测 7.2 生物电监护 7.3 胎儿的B型超声监测 7.4 生物化学监测 7.5 胎儿头皮末梢血气测定 7.6 胎儿成熟度的检查 第8章 产褥期监护 8.1 母体产褥期监护 8.2 难产特点和护理 第9章 母体预后 9.1 产后出血 9.2 软产道损伤 9.3 低血容量性休克 9.4 晚期产后出血 9.5 产褥感染 第10章 儿体预后 第11章 产科镇痛与麻醉 第12章 解决难产的手术第三部分 难产的各论_临床分类 第13章 头部难产总论 第14章 头部难产各论-各种胎头位置异常 第15章 臀部 第16章 横位(肩先露) 第17章 复合先露 第18章 胎儿性难产

章节摘录

书摘 附：先天性髋关节脱位的检查方法 新生儿仰卧于硬床上，要求保持安静，肌肉松弛。

检查者面对婴儿臀部，两手握住儿体两膝，将两髋及两膝各屈至90度后，渐渐外展。

正常时，两髋可外展至70度—80度，两膝可触及桌面。

若一侧或两侧外展受限，髋部仅能外展至50度~60度或40度~50度，并出现内收肌紧张者为可疑脱位。

亦可由助手固定骨盆，检查者一手拇指置于股骨内侧正对大转子，其余4指置于股骨大转子外侧，另一手将同侧髋、膝各屈90°并逐渐外展，同时4指将大转子向前、内推压，可听到或感到脱位的股骨头滑入髋臼而产生的弹跳，弹跳试验(即Ortolani试验)阳性为可疑脱位。

凡可疑脱位的新生儿须经骨科医师复查，X线摄片，确定诊断并予以复位。

近年来，国外文献报道，单单在新生儿时作一次检查，先天性髋脱位的漏诊率为0.007%—2%，吴守义等报道确诊的23名患者中，13名是在新生儿检查时发现的，10名是在42天复查发现的，提出应在42天再检查一次以减少漏诊率。

(4)先天性骨盆发育异常 有高同化骨盆及低同化骨盆。

高同化骨盆为第五腰椎骶化，使骶骨向上增加一段，骨盆倾斜度增大，后部变深，不利于分娩。

低同化骨盆为第一骶椎腰化，使骨盆后部变浅，有利于分娩。

另外尚有先天性偏斜骨盆及横径狭窄骨盆，均极少见。

以上各种病理性及畸形骨盆的各个平面均可发生严重狭窄而影响正常分娩活动，除骨盆仅轻度变形可短期试产外，一般均需以剖宫产结束分娩。

5.1.2 软产道异常 1. 外阴异常 (1)外阴闭锁 外阴闭锁或处女膜无孔多数是先天性的，若不手术纠正将阻止受孕。

由于外伤或感染引起的外阴闭锁，往往是不完全的，对分娩有一定妨碍，有时会造成外阴严重裂伤。

(2)外阴、阴道口狭窄 阴道外口小而硬，缺乏弹性，在第二产程中常使胎先露下降受阻或引起会阴严重裂伤，应及早作一个较大的会阴侧切。

(3)外阴水肿 外阴可因种种原因出现不同程度的水肿，一般并不妨碍分娩。

严重水肿会妨碍胎先露的下降，引起组织损伤、感染和愈合不良。

在临产前局部可用50%硫酸镁湿热敷，1日多次。

临产后可在严格消毒后，用多点针刺皮肤放液，水肿可明显减轻，分娩时应行会阴切开。

产后须注意外阴清洁和消毒，严格使用消毒会阴垫，严防感染。

(4)外阴感染或肿瘤 靠近会阴的炎块或肿瘤，若体积大也可阻挡分娩，以广泛的女阴尖锐湿疣(condyloma acuminata)为常见，一般不致因分娩造成撕伤或出血，但感染的机会增加。

巴氏腺囊肿(Bartholincysts)很少增大至可以阻碍分娩的程度。

2. 阴道异常 (1)阴道闭锁 完全性阴道闭锁几乎全部是先天性的，不完全性闭锁可由于发育异常，或产伤、腐蚀药、手术感染造成的瘢痕挛缩狭窄引起。

不严重者妊娠后瘢痕软化，临产后胎头下降，对瘢痕有持续扩张作用，常能克服该障碍，完成分娩。

若闭锁位置低可作单侧或双侧会阴侧切，以防严重的会阴裂伤。

瘢痕广、部位高者不宜经阴道分娩，以剖宫产为宜。

(2)阴道纵膈 阴道纵膈有完全和不完全之分。

完全纵膈由外阴延伸至宫颈，不完全纵膈更多见，有上部及下部之分。

阴道纵膈常伴有双子宫及双宫颈畸形。

完全纵膈一般不导致难产，胎头下降过程中能逐渐将半个阴道充分扩张后通过。

部分纵膈常可妨碍胎头下降，有时纵膈自然破裂，但纵膈较厚时则需将其剪断，待胎儿娩出后再切除剩余的膈，用肠线锁边或间断缝合残端。

(3)阴道横膈 阴道横膈多位于阴道上、中段，临产后作肛查可将不全性横膈中央之孔误认为扩张停滞的宫颈外口，特别是在临产一段时间后，胎头位置甚低者，应想到此先天异常的可能。

<<难产>>

肛查可感到宫颈位于此横膈水平以上，再仔细进行阴道检查。

在小孔上方可查到宫颈外口。

当宫颈开全，横膈仍不退缩时。

可用手指扩张或作X形切开，待胎儿娩出后再将切缘锁边缝合。

如横膈高且厚者需行剖宫产。

(4)阴道肿块 较小的阴道壁囊肿可以退到先露部的后方，不妨碍分娩的进行；囊肿较大时可阻碍先露部下降，则需在消毒情况下行囊肿穿刺吸出其内容物，待产后再作处理。

阴道肿瘤如纤维瘤、上皮癌、肉瘤会阻碍胎头下降，一般需行选择性剖宫产。

肛提肌痉挛性收缩虽然少见，但由于在阴道中段出现硬的环状缩窄，严重妨碍胎头下降，一般需用麻醉解除痉挛。

3. 宫颈异常 (1)宫颈闭锁或狭窄 宫颈完全闭锁不可能受孕，除非闭锁发生在受孕之后，但这是极为罕见的。

宫颈管狭窄多数发生在广泛的深部电灼、宫颈部分切除、宫颈锥形切除以及粗暴的宫颈扩张术后，亦可因困难分娩造成宫颈组织严重破坏或感染引起。

一般宫颈管狭窄在妊娠后可以软化，多不影响分娩。

但严重的狭窄致使宫颈无法扩张者，宜及早行剖宫产术。

(2)宫颈口粘合 在分娩过程中宫颈管虽已完全消失，但宫颈口一直不扩张(须与不完全阴道横膈相鉴别)，而先露部与阴道之间有一层很薄的宫颈组织相隔，经用手指*破后宫颈即很快扩张，但有时也需在10点、2点及6点处将宫颈切开1~2cm，但该手术有切口撕裂延及子宫下段的危险，必须谨慎从事。

(3)子宫颈癌 子宫颈癌的宫颈质硬而脆，影响宫颈扩张，如经阴道分娩不但会引起严重裂伤和大出血，还可以造成癌扩散，故应行选择性剖宫产。

术后给抗生素预防感染，2~4周后再进行放射治疗；亦可于剖宫产的同时行子宫切除或根治性手术。

由于孕期盆腔解剖层次清晰，并不增加手术难度，出血量亦无明显增多。

4. 子宫异常 (1)先天畸形 子宫畸形合并妊娠者并不少见，且常伴有泌尿道畸形。

1)双角子宫、子宫纵膈畸形 妊娠发生在双角子宫及纵膈子宫者较为常见，临床上很难区别这两种畸形。

检查时双角子宫的宫底部呈马鞍形，两角较凸起，而纵膈子宫外形正常。

两者均可因宫腔形态异常，而导致异常胎儿轴位和异常胎位，然而一般不影响产力。

附着于子宫纵膈处的胎盘部分常不易自然剥离或剥离不全，需行人工剥离。

凡产前怀疑双角子宫及纵膈子宫者，产后应作宫腔探查以明确诊断。

2)双子宫畸形 双子宫之一侧妊娠时，另一侧未孕子宫亦稍增大，但一般不致引起产道梗阻。

由于子宫形状狭长，易发生臀位。

分娩时可因子宫发育不良而出现宫缩乏力或宫缩不协调，致使产程延长。

<<难产>>

媒体关注与评论

司徒序 由凌萝达、顾美礼教授任主编并由重庆出版社出版的《头位难产》一书于1990年问世。初版出书6000册，不久即售罄。

出版社曾分别于1992、1994以及1996年将此书再重印，总共出书约2万册，但仍供不应求。经出版社与凌教授协商后，认为有必要将此书再版并将书名更改为《难产》。

以使书名与内容相吻合。

在新版中除增减一些内容外，又将书的章节重新加以编排，使内容更具逻辑性。

凌萝达教授从事妇产科工作数十年，有丰富的临床经验，她尤其对难产问题有较深的造诣。多年前即对骨盆进行深入的研究，对骶骨、骨盆狭窄及入口倾斜度及它们分类与分娩的影响进行了探讨与研究。

其后又对头位中的胎头高直位、持续性枕横位以及持续性枕后位等提出她的诊断与处理方法与见解，并创新性的提出过去中外产科书籍未曾明确提出的枕横位中的前不均倾位。

凌教授特别强调理论联系实际，并将自己多年实践的心得体会提升总结为理论。

读者如能按书中的理论加以实践，定能解决不少问题。

目前在一些单位的剖宫产率有逐渐升高的趋势，达到分娩的50%~60%，甚至更高。

须知剖宫产手术并非是绝对安全的，医者如能对胎头至临产后迟迟不能入盆及遇有宫颈扩张及胎头下降延缓或阻滞的情况作仔细的检查，并采取适当的手法将胎头的位置纠正，胎儿就常可顺利娩出，从而避免了剖宫手术。

据统计，我国目前共有妇产科工作者10余万人，其中有不少须不断处理难产问题，相信《难产》一书的出版必将受到众多妇产科工作者的欢迎。

司徒亮 1999年5月于重庆医科大学

<<难产>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>