

齐鲁医丛

杨文学 主编

现代妇产科疾病

临床症状学

杜侠 著



© 国际文化出版公司

现代妇产科疾病临床症状学

杜 侠 著

国际文化出版公司

图书在版编目 (C I P) 数据

现代妇产科疾病临床症状学/ 杜侠著. —北京: 国际文化出版公司, 2008. 8

(齐鲁医丛)

ISBN 978-7-80173-812-7

I. 现… II. 杜… III. 妇产科病—症状—诊疗 IV. R71

中国版本图书馆CIP数据核字 (2008) 第116838号

齐鲁医丛

- | | |
|------|----------------------------|
| 主 编 | 杨文学 |
| 责任编辑 | 李璞 陈杰平 张妮莹 王逸明 潘建农 宋亚晖 |
| 封面设计 | 杨牧原 |
| 出版发行 | 国际文化出版公司 |
| 经 销 | 北京国文润华图书销售公司 |
| 印 刷 | 山东省临沂第二印刷厂 |
| 开 本 | 880×1230 32开 |
| 字 数 | 2750千字 |
| 版 次 | 2008年8月第一版
2008年8月第一次印刷 |
| 书 号 | ISBN 978-7-80173-812-7 |
| 定 价 | 198.00元 (全九册) |

国际文化出版公司地址

北京朝阳区东土城路乙9号 邮编 100013

电话: 64271187 64279032

传真: 64271499

E-mail: icpc@95777sina.net

<http://www.sinoread.com>

前 言

妇产科学与其他所有的医学专科一样在飞快的发展,对有的疾病其临床症状及特点的认识以及诊疗观察有了很大的改变。医生须对症状进行分析再进行相关诊治。本书从妇产科疾病常见症状开始,按临床症状进行分类,在兼顾基础理论的前提下,力求加强临床实践指导性,是对某些疾病的一些独特的临床特征的高度概括。内容丰富,涉及面十分广泛。编者精心细致,可为妇产科临床医师、进修医师、实习医师及研究生提供医疗实践指导。

尽管参加编写本书的作者有多年的妇产科临床教学经验,但由于时间仓促,加之水平有限,难免有错误和不足之处,望广大同仁批评指正。

编 者

2007年11日.

目 录

第一章	妊娠期呕吐·····	1
第二章	妊娠期阴道流血·····	28
第三章	妊娠期呼吸困难·····	39
第四章	妊娠期昏迷·····	68
第五章	妊娠期休克·····	98
第六章	妊娠期腹痛·····	115
第七章	下腹部疼痛·····	154
第八章	外阴瘙痒·····	182
第九章	外阴肿块·····	211
第十章	阴道肿块·····	224
第十一章	盆腔肿块·····	243
第十二章	白带异常·····	267
第十三章	月经周期异常·····	278
第十四章	闭经·····	291
第十五章	不孕症·····	319

第一章 妊娠期呕吐

妊娠期呕吐概括起来分为两大类，一类是因妊娠而引起的呕吐，另一类是妊娠合并其他疾病而出现的呕吐。更细致的区分为：妊娠期呕吐合并食欲不振、妊娠期呕吐合并发热、妊娠期呕吐合并腹痛、妊娠期呕吐合并腹泻、妊娠期呕吐合并精神神经症状、妊娠期呕吐合并肝功能异常和妊娠期呕吐合并肾功能异常。

妊娠期呕吐在诊断及鉴别诊断时，必须重视问诊、体格检查、实验室检查及特殊仪器检查。

1. 问诊 病史应重点放在现在是妊娠多少周，是初孕妇还是经产妇。应重视发生呕吐与妊娠周数的相关性，呕吐内容物的数量、性质及每天发生的次数，既往有无相似的呕吐史；呕吐与进食、精神受刺激、应用药物、饮酒等因素的关系；呕吐时间与进食时间的关系。此外，还应追问有无腹部疾病及腹部手术史、外伤史、颅脑疾病史等。应该重视附加症状，例如是否伴发热、食欲不振、腹痛、腹泻、精神神经症状等。

2. 体格检查 首先注意生命体征，体温、血压、脉搏、呼吸，重视意识状态，更需要重视腹部检查，观察有无胃肠蠕动波及肠型，有无压痛反跳痛及肌紧张，触诊有无腹部肿块，肠鸣音有无异常，有无振水音、移动性浊音等。

3. 实验室检查 红细胞计数、血红蛋白值；血细胞比容、全血粘度及血浆粘度，了解有无血液浓缩；血白细胞计数及分类、血小板计数、血型、出血时间、活化部分凝血活酶时间、凝血时间、凝血酶原时间；检查血清钾、钠、氯、钙、胆红素、尿素及二氧化碳结合力，

以了解肝肾功能及电解质；检测血 PH 值；监测血 β -HCG 值等。检测尿常规，特别是尿糖、尿蛋白、尿沉渣、尿 HCG 值、尿酮体、尿比重等。常规检测血糖、肝肾功能等。

4. 特殊仪器检查 心电图描记、盆腹腔 B 超、血气分析及酸碱测定，上消化道内窥镜检查、超声心动图检测、超声多普勒血流图、磁共振成像 (MRI) 等，有助于协助诊断和鉴别诊断。偶需行冷热实验（检测前庭功能）、脑血管造影等。

第一节 妊娠期呕吐伴食欲不振

晨起呕吐起因于妊娠，主要发生于妊娠早期。常见于妊娠 6 周出现，多数伴有食欲不振、乏力、偏食、恶心，症状轻微，通常历经数周，不需特殊治疗，多数能自愈，称为早孕反应。极少数孕妇的这种早孕反应不断加重，厌食、频繁持续呕吐，导致失水、电解质紊乱及酸中毒时，称为妊娠剧吐。

一、早孕反应

已婚育龄妇女一当受孕后，约半数在停经 5~6 周出现一系列症状，包括畏寒、头晕、乏力、嗜睡、食欲不振、喜食酸性食物、厌油腻、轻度恶心呕吐，称为早孕反应。

【临床表现】

突出特点是恶心、呕吐，虽不严重，但却常在晨起、空腹时明显，故曾有孕期晨吐之称。另一特征为一旦终止妊娠，恶心、晨起呕吐症状迅即消失，上午终止妊娠，下午即能进食如常人。从而间接证明恶心及晨吐确实与妊娠有关，目前已知早孕反应与体内 HCG 明显增多、胃酸分泌减少及胃排空时间延长有关。根据临床观察，极少部分孕妇这种不适反应可以持续到妊娠中期，个别病例直至分娩。但绝大部分孕妇上述症状持续至妊娠 12 周左右均能自然痊愈，所以严格说早孕反应不应列为疾病，因为：①症状轻微，尽管有不适但能耐受，通常不

致影响工作及学习。②部分反应稍重的孕妇，呕吐可能不仅仅发生在晨起时，并伴有明显的食欲不振，甚至有不同程度的体重下降，但营养状况尚好，经调整饮食、尽量吃自己喜欢的食物，并经适当休息、对症治疗，病情会逐渐好转。

【辅助检查】

1. 尿妊娠试验 用带有试剂的试条标有 MAX 的一端插入受检者尿液中，尿面不应超过 MAX 线，5 分钟观察结果，在试纸白色显示区见两条红色线，提示尿中有 HCG，为妊娠。

2. B 超检查 见子宫增大，宫腔内见到妊娠囊，囊内见到胚芽光团及原始心管搏动，可确诊为妊娠。

3. 实验室检查 尿酮体阴性或弱阳性。酮体是乙酰乙酸、丙酮和 β -羟丁酸的总称，是体内脂肪代谢的中间产物。由于食欲不振加之呕吐，只能动用体内脂肪，脂肪分解代谢增强，肝内酮体产生的速度超过肝外组织利用的速度，血中酮体增多，过多的酮体从尿中排出称为酮尿，定性反应成弱阳性，提示营养进入体内不足而消耗体内脂肪所致。

【鉴别要点】

早孕反应特点是：①发生在妊娠早期，以 5~6 周发生居多；②晨起呕吐，伴食欲不振；③基本不影响学习和工作，入量与消耗量基本持平；④约于妊娠 12 周左右症状消失。根据这些特点，可以与妊娠剧吐鉴别。

二、妊娠剧吐

妊娠剧吐是指早孕反应进一步加重，在妊娠早期孕妇出现持续食欲不振、剧烈恶心及频繁呕吐，以致不能并害怕进食，导致失水、电解质紊乱及酸碱失衡，严重影响工作、生活和身体健康，时间持续过久病情恶化，甚至威胁产妇生命的一种病理状态。

1. 发病特点 最初是食欲不振、恶心、晨起呕吐的早孕反应，多发生在停经 5~6 周时。患者并未在意，未经医院治疗或自服药后未见好转，病情逐渐加重，呕吐愈来愈频繁，进食也吐，不进食也吐，不

仅食欲不振，而且惧怕进食，持续天数增多，发展至不进食也无法控制的持续性恶心呕吐状态，每日呕吐次数十几次甚至几十次，呕吐物已无食物，均是透明粘稠物、胆汁和因胃粘膜少量出血导致吐出陈旧血块。

2. 查体特点 意识虽清楚，但精神萎靡不振，疲惫，说话无力，体温稍偏高，皮肤干燥粗糙，弹性减低，粘膜苍白，呼吸急促，脉搏增快变弱，血压开始下降。

3. 病情发展特点 失水、电解质紊乱、酸碱失衡的出现尿少，病情继续进展，出现视物不清、幻觉、意识模糊、嗜睡、甚至昏迷。由于肝肾功能受损，可以出现黄疸、氮质血症，病情日益恶化，卧床不起，出现肝区疼痛，甚至皮肤出现瘀斑，营养不良状态显现。

4. 转归特点 若未能及时治疗，长期失水导致电解质紊乱、酸碱平衡失调进一步加重，可引起高钾血症，引起心脏骤停；维生素 B1 明显缺乏引起中枢神经系统损害，出现 Wernicke 脑病和 Korsakoff 精神病，出现眼球震颤、视力减退、步态和站立姿势受到影响，前庭功能受损，死亡率较高。经医院系统救治，仍未见病情改善，出现下列征象之一，均应该终止妊娠进行人工流产：①经过系统治疗不见好转，病情继续恶化；②体温持续在 38°C 以上；③心率每分钟 120 次；④持续性黄疸；⑤出现视网膜出血；⑥持续蛋白尿；⑦出现多发性神经炎；⑧出现 Wernicke 脑病或 Korsakoff 精神病。通常只要发现剧烈呕吐，去医院进行酮体化验，阳性、强阳性及时入院禁食、输液，及时纠正电解质紊乱及酸碱失衡，病情多能迅速好转，最终治愈。

【辅助检查】

1. 检测血电解质 应及时检测血钾、血钠、血氯、血钙值。重视出现低钾血症（指血钾值 $<4.1\text{mmol/L}$ ，即 $<16\text{mg/dl}$ ）、低钠血症（指血钠值 $<136\text{mmol/L}$ ，即 $<313\text{mg/dl}$ ）、低氯血症（指血氯值 $<100\text{mmol/L}$ ，即 $<355\text{mg/dl}$ ）、低钙血症（指血钙值 $<2.1\text{mmol/L}$ ，即 $<4.2\text{mEq/L}$ ）。警惕病情时间较长，肾功能受损出现高钾血症。

2. 检测二氧化碳结合力、血 PH 值 因大量频繁呕吐致代谢性碱中毒。血 CO_2 结合力 $>29\text{mmol/L}$ ，即 $>65\text{ (vol) \%}$ ，血 PH 值 >7.45 。

但长期呕吐吐出肠液也可出现代谢性酸中毒。

3. 检测血浓度 红细胞计数 $>5.0 \times 10^{12}/\text{升}$, 血红蛋白 >150 克/升; 白细胞计数 $7.0 \times 10^9/\text{升}$, 中性 0.70, 淋巴 0.30; 出血时间 2 分钟, 凝血时间 1.5 分钟; 血小板计数 $300 \times 10^9/\text{升}$, 血细胞比容 >0.43 (即 $>43\%$)。

4. 血有机化合物检测 血丙酮酸 $>100 \mu\text{mol/L}$ ($>800 \mu\text{g/L}$), 血丙酮 $>0.43\text{mmol/L}$ ($>2\text{mg/dl}$), 总胆红素 $>20 \mu\text{mol/L}$ (1.2mg/dl), 直接胆红素 $>6.84 \mu\text{mol/L}$ ($>0.4\text{mg/dl}$)。血总蛋白 $<60\text{g/L}$ ($<6\text{g/dl}$), 白蛋白明显减少, <0.50 , 血尿素 $>6.4\text{mmol/L}$ ($>18\text{mg/dl}$ (尿素氮))。血葡萄糖 $<3.6\text{mmol/L}$ ($<65\text{mg/dl}$)。

5. 肝功检测 丙氨酸转氨酶 $>40\text{U/L}$, 门冬氨酸转氨酶 $>40\text{U/L}$ 。血乳酸脱氢酶总活力 $>5400\text{U/L}$ 。

6. 眼底检查 检查有无视网膜出血及视网膜炎。

7. 心电图检查 低钾血症见 P-R 及 QT 渐起延长及 T 波倒置, 高钾血症见 QRS 波增宽, P 波消失及 T 波高耸而基底较窄。

8. 检测尿液 尿量明显减少, 尿比重增高 >1.020 , 提示肾前性少尿。尿蛋白阳性甚至强阳性, 日量 5 克以上。尿酮体定性++++, 定量呈明显高值, 属于非糖尿病性酮尿。偶见红细胞、白细胞及管形。呈碱性尿。尿液比值 >8.0 。

9. 脑电图描记 有时出现弥漫性慢波, 多数病例未见明显异常。

【鉴别诊断】

妊娠期间出现呕吐、食欲不振、黄疸应与以下疾病鉴别。

1. 并发急性胃肠炎 相似症状为恶心、呕吐、甚至失水、血压下降。不同症状为腹部阵痛和腹泻、里急后重感, 粪便检查有脓细胞、白细胞, 消炎治疗迅速好转。

2. 并发急性病毒性肝炎 重症妊娠剧吐与肝炎有相似之处是出现黄疸及转氨酶升高, 恶心、呕吐和全身乏力。但不同之处为呕吐并不严重, 乙肝两对半检查有改变, 转氨酶升高更明显。

3. 并发胃癌、胰腺炎 相似症状为食欲不振、恶心、呕吐, 不同之处有妊娠全过程出现腹痛, 进行性消瘦, 内镜检查、MRI 检查有助

于诊断。

4. 并发十二指肠溃疡及幽门梗阻 相似症状为食欲不振、呕吐等症状，不同之处则为暖气（指充盈在胃内的气体，由于胃的逆蠕动，贲门开放突然有口腔排出气体的过程。正常人饮食时不自主咽下多量空气而出现暖气属正常，若反复出现暖气则属异常，常见于幽门梗阻时的反复出现，胃内容物大量潴留，吐出物为食物残渣，有腐败臭味等可以相区别。

5. 胃神经官能症 多有精神症状，且干呕明显，呕吐较轻，多为唾液。

三、妊娠合并幽门梗阻

胃的肌层较厚，由内斜行、中环行、外纵行层平滑肌组成，环形肌在幽门增厚形成幽门括约肌。若幽门出现梗阻，其原因有：①幽门管瘢痕性狭窄，多因消化溃疡引起，通常不致引起完全性幽门梗阻；②幽门管被脱垂的胃粘膜或肉芽肿所梗阻；③幽门括约肌痉挛，见于胃炎、胃溃疡、胃癌的基础上发生，常伴有幽门管粘膜充血和水肿。

【临床表现】

可发生在妊娠各时期，并不限制在妊娠早期。这种呕吐特征是呈周期性发作，于进食后不久出现，常呈喷射性。若为幽门括约肌痉挛，多发生在进食几小时后，肌注阿托品后多可出现不同程度缓解。若为幽门器质性狭窄，因多并发胃扩张和胃内容物长时间潴留，常呈喷射状呕吐，呕吐物多量，发酵味道的食物大量呕吐出来。

【辅助检查】

胃镜检查有助于明确诊断。可见到幽门梗阻。

【鉴别要点】

相似症状为食欲不振、呕吐。不同之处为发生在妊娠各时期。周期性呕吐，呕吐物多为胃内容物，甚至已发酵，有臭味。胃镜检查可以鉴别。

四、妊娠合并胃癌、胰腺癌

【临床表现】

胃癌是最常见的肿瘤，占我国消化道恶性肿瘤的第一位，全身肿瘤的第三位。胃癌可发生在胃的任何部位，最多见于胃窦部。胃癌早期症状不明显，也不典型，常见食欲不振、嗝气、反酸及上腹部不适、隐痛。随病情进展，食欲不振更明显，出现消瘦、体重减轻。当胃窦部癌增长到一定程度，出现幽门部分或全部梗阻而发生呕吐，呕吐物多为宿食和胃液，较晚期可以扪及上腹部有肿块，质硬，呈结节状，略有压痛。

胰腺癌可以发生在胰腺的任何部位，位于头颈部称胰头癌（占65%~70%），以导管细胞癌最多见。胰头癌可以压迫或侵犯胆总管及壶腹部，致使胆管扩张、胆囊肿大，出现胆汁淤积性黄疸，由于胰管及胆管分泌障碍，出现食欲不振、饱胀、恶心、呕吐、陶土色粪便。患者常有腹胀。当出现持续性呕吐，或呕吐物含有胆汁时，提示癌肿已侵犯至十二指肠下段。

在妊娠期间，不仅是在妊娠早期，可以在妊娠任何时间，但只有在妊娠早期出现食欲不振、恶心、呕吐时，才需与妊娠剧吐相区别。而且伴随症状也有区别之处。例如妊娠合并胃癌时，常有上腹部不适、隐痛，呕吐物多为宿食，较晚期能在上腹部扪及硬韧肿块。妊娠合并胰头癌时，常有饱胀、腹泻、陶土色粪便。其实辅助检查更具有鉴别意义。

【辅助检查】

1. 协助诊断胃癌的辅助检查方法

(1) 粪便隐血试验（指用肉眼及显微镜下不能证明，而用化学法或免疫法证实的微量血液实验，常用邻联甲苯胺法）：常持续阳性。

(2) 纤维光束胃镜检查：可见胃癌病灶呈隆起状、僵硬、溃疡，应在该部位行活组织检查，每次取材不少于4次，在四周分点取材。

(3) 胃液细胞学检查：在胃镜检查同时经直接冲洗取出液体行细胞学检查。胃癌细胞表现为成簇、多种形态或重叠，出现印戒状细胞，胞核较大，核膜增厚，核仁增大，核染色质不规则和颗粒大等改变。

2. 协助诊断胰头癌的辅助检查方法

(1) 超声现象是首选方法, 可显示直径 >2 厘米胰腺癌, 见局灶性胰腺增大, 边缘不整, 呈不均匀低回声或强弱不一回声及胰管扩张、狭窄。胰头癌时还可见到胆囊胀大和胆总管、肝内胆管扩张。

(2) 血清总胆红素升高 $>20 \mu\text{mol/L}$, 以结合胆红素为主。血清碱性磷酸酶、乳酸脱氢酶、5'-核苷酸酶等均增高。血尿酸粉酶均明显增高。肝功能检查转氨酶常增高。

【鉴别诊断】

上述两种疾病的特点是食欲不振持续存在, 甚至是整个妊娠期间, 而呕吐症状并不非常严重, 但消瘦、无力、腹胀明显。尽管不能排除妊娠反应伴随其中, 但主病仍然是癌症。

五、妊娠合并胃神经官能症

神经官能症又称神经症, 是一类相当常见的疾病, 其临床表现多种多样, 却是由于精神因素引起的功能性疾病。需指出的是诊断神经官能症必须符合两个条件: ①经过临床仔细检查, 没有发现相应的、可以解释其症状的躯体疾病。②精神因素在其发病及病情变化上有很大的影响。胃神经官能症是指胃部因精神因素出现的呕吐, 也常伴有食欲不振、全身乏力等症状。胃神经官能症可以发生在妊娠任何时期, 不是必须在妊娠早期出现呕吐, 其呕吐的特点是呕吐发作与进食和精神因素关系密切。临床表现多为进食后不久即出现呕吐, 呕吐全不费力, 呕吐物不多, 吐出物主要是水分, 所含食物并不多, 但呕吐声响却相当大, 示意让人注意她在呕吐。吐后又可以继续进食。虽然较长时期反复呕吐发作, 却不影响患者的营养状态。仔细追问其家属, 能获得患者多在妊娠之前即有心胸狭隘、敏感多疑、情绪波动大的精神不健全征象。妊娠合并胃神经官能症注意病史, 容易鉴别。

第二节 妊娠期呕吐伴发热

妊娠期发热可以发生在妊娠任何时期。发热是病理性的体温升高，病理因素包括致热源的作用和引起体温调节中枢功能障碍导致体温升高，超出正常范围。致热源包括外源性和内源性两大类。外源性致热源如病原微生物及其产物、炎症渗出物、无菌性坏死组织、抗原抗体复合物等，通过激活血液中的白细胞和单核-吞噬系统，使其产生并释放内源性致热源。内源性致热源又称白细胞致热源，如白介素-1、肿瘤坏死因子和干扰素等，通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点（温阈）使其上升并发出冲动，通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵缩（临床表现为寒战），使产热增加；还可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩排汗停止、散热减少。由于产热大于散热，体温升高引起发热。非致热源性则见于：①体温调节中枢直接受损，如颅脑外伤等；②引起产热过多的疾病，如甲状腺功能亢进性疾病；③引起散热减少的疾病，如心力衰竭。发热若以病因分类，可以区分为感染性发热和非感染性发热。感染性发热占多数，包括各种病原体引起的发热，妊娠期呕吐伴发热均属此类发热。非感染性发热的原因不外乎无菌性坏死组织的吸收、抗原抗体反应、内分泌代谢障碍、皮肤散热减少、体温调节中枢功能失常及自主神经功能紊乱等。

妊娠期呕吐伴发热均为妊娠合并感染性疾病，包括急性肾盂肾炎、急性化脓性胃炎、急性胆囊炎及金黄色葡萄球菌败血症等。

一、妊娠期合并急性肾盂肾炎

急性肾盂肾炎是妊娠期最常见的泌尿系统合并症，多发生在妊娠晚期。妊娠期胎盘产生大量孕激素，使输尿管肌肉蠕动减弱导致输尿管扩张。随妊娠进展，增大子宫于骨盆入口处对输尿管的机械性压迫有一定影响，加之妊娠子宫右旋，临床上以右侧输尿管扩张更多见。

增大子宫还使膀胱位置改变，易引起排尿不畅或促使尿液返流入输尿管，致使孕妇存在尿液引流不畅，是无症状菌尿症在妊娠期容易发展为急性肾盂肾炎的原因。妊娠期肾小球滤过率增加，电解质、葡萄糖被大量滤出，近曲小管回收葡萄糖并不成比例增加，加之葡萄糖阈又由非孕时的 10.8mmol/L 降至 8.6mmol/L ，出现生理性糖尿，有利于细菌的滋生、繁殖。

须知正常人的尿路对外来病原微生物入侵具有防卫能力，是因为经常排尿将病原微生物冲出体外，尿液的酸性环境和内含尿素不利于病原微生物生长、繁殖，加之尿路上皮细胞分泌一种粘蛋白涂抹在尿路粘膜表面构成保护膜。女性尿道口与肛门接近，尿道短、直且宽，尿道括约肌较弱，加之在妊娠期孕妇免疫功能降低，容易发生尿路感染，进而引起上行感染，导致急性肾盂肾炎。

【临床表现】

1. 起病急骤，于妊娠期间突然出现畏寒、高热，弛张热型，体温可高达 39°C 或更高。

2. 出现全身感染症状，全身不适、疲乏无力、食欲不振、恶心呕吐，甚至腹胀、腹泻。

3. 单侧或双侧肋痛，伴或不伴膀胱刺激征（尿频、尿急、尿痛三者总称。排尿次数明显增多，称为尿频；尿急指尿意一来迫不及待，要立即排尿的感觉，起因于膀胱三角区或后尿道的刺激；尿痛指排尿时病损处受刺激所产生的痛感。）

4. 检查：患侧（多为右侧）或双侧肋腰点（腰大肌外缘与第十二肋骨交叉处）有压痛，肾区有叩击痛。

【辅助检查】

实验室检查如下

1. 血白细胞计数 明显增高 $(12\sim20)\times 10^9/\text{升}$ ，中性粒细胞增多，核左移。

2. 尿液检查 肉眼成不同程度的脓尿，脓尿是诊断急性肾盂肾炎的重要依据之一。清洁中段尿外观浑浊，尿液沉渣涂片高倍镜下见白细胞、脓细胞（指在炎症的破坏或死亡的中性粒细胞，外形不规则，

结构模糊，胞质内充满粗大颗粒，核膜不清，细胞成堆聚集，细胞间界限不明显）甚至可以是满视野。有时可见镜下血尿（指仅在显微镜下发现红细胞增多），通常尿液 PH 偏碱性。相当多的病例尿蛋白阳性或强阳性。

3. 尿液培养 清洁中段尿培养，菌落计数 $>10^5$ /毫升，主要是大肠杆菌和厌氧菌。

4. 检测肾功能 检测血尿素及肌酐值，以确定肾功能有无受损。血尿素正常值为 $2.5\sim6.4\text{mmol/L}$ 、血肌酐值为 $44\sim97\mu\text{mol/L}$ 。

【鉴别要点】

虽然妊娠期间的任何时期均可合并急性肾盂肾炎，但以妊娠晚期居多。以发热、呕吐、腰痛、尿液异常为主要表现。高热可致流产、早产。高热若发生在妊娠早期，还可以使胎儿神经管发育异常，无脑儿发病率显著增高。妊娠合并急性肾盂肾炎约有 3% 可能发生中毒性休克。

二、妊娠合并急性化脓性胃炎

临床上将急性胃炎分为单纯性、腐蚀性、化脓性和出血糜烂性胃炎。急性化脓性胃炎虽然少见，却是一种严重的胃炎，主要是胃粘膜下层的严重化脓性炎症，甚至能够发展至胃壁坏死、穿孔。分为弥漫型和局限型。弥漫型化脓性胃炎为化脓性蜂窝织炎，局限型多在幽门形成胃壁脓肿。主要致病菌有金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌及大肠杆菌，其侵入途径主要是身体其他部位感染病灶的化脓菌通过血循环或淋巴播散至胃壁，或细菌直接在胃壁原有病灶（如溃疡处）继续繁殖。妊娠期间任何时期均可以合并急性化脓性胃炎。遇到妊娠期间出现发热（多为高热）、恶心、呕吐时，应想到有合并急性化脓性胃炎的可能。

【临床表现】

1. 在妊娠期间，出现突发畏寒、发热（多为高热，体温在 39°C 以上，弛张热型），伴恶心、呕吐，有时呕吐物为脓性，上腹部剧烈疼痛，痛苦难忍，持续性疼痛，多数因高热、呕吐、剧烈上腹部痛而行

急诊。

2. 查体：上腹部（胃区）有明显压痛。若出现上腹部反跳痛及肌紧张则应考虑有急性局限性腹膜炎，可能为胃壁穿孔。

【辅助检查】

1. 血白细胞计数 明显增高且中性粒细胞增多，核左移。

2. 呕吐物涂片镜检 脓细胞满视野。

【鉴别要点】

本病诊断困难之处在于初期症状不典型，发热、呕吐于妊娠期间不易想到本病，一旦症状明显，特别是出现上腹部反跳痛及肌紧张时，与消化性溃疡急性穿孔、急性胆囊炎、急性胰腺炎不易鉴别。重视呕吐症状，观察呕吐物性质至关重要。

三、妊娠合并急性胆囊炎

急性胆囊炎是由于化脓菌感染、高度浓缩的胆汁或反流入胆囊的胰液化学性刺激引起的急性胆囊炎性疾病，以发热、呕吐、右上腹部疼痛及压痛、血白细胞计数增高为主要临床表现，常为慢性胆囊炎基础上的急性发作。开始时病变常局限在胆囊粘膜，充血水肿，此时为急性单纯性胆囊炎。若病变侵及胆囊壁全层，甚至浆膜层已有纤维素或脓性渗出物，此时则为急性化脓性胆囊炎。若病变严重，因胆囊极度膨胀压迫囊壁发生血运障碍引起坏死，此时为急性坏死性胆囊炎。若因此出现胆囊穿孔，则引起严重的胆汁性腹膜炎。

妊娠期间患急性胆囊炎并不少见，其发病率约为 0.1%，以妊娠晚期更常见。妊娠期孕激素呈高水平，胆囊及胆道平滑肌松弛使胆囊排空缓慢及胆汁淤积。妊娠期雌激素水平也高，降低胆囊粘膜对钠的调节，使胆囊粘膜吸收水分能力降低，影响胆囊浓缩功能。可见妊娠是发生胆囊炎的重要诱因。

【临床表现】

1. 多数患者伴有 38℃ 左右的中度发热，发生化脓性胆囊炎时，出现畏寒、高热、烦躁、谵妄等症状，甚至可以发生感染性休克。常有反射性恶心、呕吐、呕吐剧烈时能吐出多量胆汁，且能引起电解质紊