

借

医学福尔摩斯

丛书

常见 的疑难病 和 疑难的常见病

——附 65 例临床病案推理分析

(妇科)

赵 轩 王正光 孙 阳
孙丽君 黄文霞 温 青 / 编著



贵州科技出版社

R711

31

医学福尔摩斯

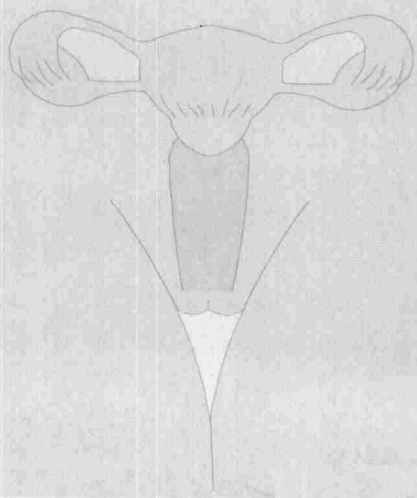
丛书

常见 的疑难病 和 疑难的常见病

——附 65 例临床病案推理分析

（妇科）

江苏工业学院图书馆
藏书章



贵州科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见的疑难病和疑难的常见病. 妇科/赵轩编著.
贵阳: 贵州科技出版社, 2003. 11

(医学福尔摩斯丛书)

ISBN 7-80662-281-0

I. 常… II. 赵… III. 妇科病: 疑难病 - 诊疗
IV. R711

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 092571 号

策 划	夏同珩 夏顺利
责任编辑	夏顺利
封面设计	张 彪

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

出版人: 丁 聪

贵州云商印务有限公司印刷 贵州省新华书店经销

787mm×1092mm 16 开本 16.25 印张 395 千字

2003 年 11 月第 1 版 2003 年 11 月第 1 次印刷

印数 1—3000

定价: 30.00 元

编辑委员会名单

主 编 曹建林

副 主 编 赵 轩 袁正强 温 青 王少浪

编辑委员 (以姓氏笔画为序)

王正光 王少浪 王东红 冯慕仁 刘玉琴

周 虹 孙丽君 孙 阳 赵 轩 袁正强

曹建林 黄文霞 温 青

前 言

近年来,对疾病诊断的正确率并未随着诊疗设备的不断更新而逐渐增加,误诊或漏诊的现象仍屡见不鲜。其主要原因是由于一些临床医师经验匮乏,不注重诊断思维的培养,不善于总结工作的得失、病史的草率采集和疏忽全面细致的体格检查,以及过分或盲目依赖辅助检查结果等,其误诊或漏诊的结果往往是以生命作为代价的。为此,我们根据自己多年的临床工作和教学经验,以临床实际病例为基础,编写了这本《常见的疑难病和疑难的常见病》。书中借用“福尔摩斯”破案的形式,在复杂的临床表现中找出有价值的线索,科学地推理“破案”,最终达到正确诊治,旨在帮助临床医师建立正确的诊断逻辑思维,并娴熟地应用于临床,从而提高诊疗水平。

本书从如何询问病史,如何进行体格检查,如何进行相关的辅助检查,如何观察和总结病情变化,以及书写住院病历的技巧和查房技巧等方面做了新颖的示范性尝试。就如何综合分析这些资料,并从中捕获疾病的诊断线索,按图索骥地提供了临床经验。着重提出了疾病的诊断线索和思维程序,叙述了临床各科常见的“疑难”病和“疑难”的常见病的诊断与鉴别诊断技巧。

为了更符合和适用于临床,该书以作者临床工作中的实际病例作为资料;以症状、体征和辅助检查为编排顺序;以查房分析的形式,综合临床各种资料对疾病诊断进行逐一剖析,由浅入深,耐人寻味。又以年轻医师提问的方式,强调诊断所涉及的难点或疑点,最后分析误诊的原因,总结出临床体会和教训。在编写过程中,作者利用基础医学知识和临床医学知识对病案中所提供的错综复杂的资料进行了综合分析,并运用严谨、科学的逻辑思维推理方法,达到疾病的正确诊断。作者除了参考大量的医学专著和文献外,更注重将自己的临床经验融入书中,为临床医师在工作中如何建立良好的诊断逻辑思维,将起到推动作用。本书所列举的病例,还可供各级临床医师作病案讨论之用。

由于临床诊断逻辑思维是一项复杂的过程,尽管做了很多努力,但错误和疏漏之处仍在所难免,恳切期望读者不吝赐教,提出批评指正。

编 者

2002年11月

目 录

[病例 1]	
停经 34 周,阴道出血 2 小时	(1)
[病例 2]	
停经 32 周,腹部迅速增大 2 周	(5)
[病例 3]	
停经 9 个月,腹痛、胎动消失 6 天	(10)
[病例 4]	
剖宫产术后 2 个月,反复阴道大出血 4 次	(14)
[病例 5]	
产后 72 小时,下腹部进行性胀痛伴包块 2 天	(19)
[病例 6]	
剖宫产术后半个月,右下腹痛 1 周	(23)
[病例 7]	
停经 38 周,羊水减少 3 天	(26)
[病例 8]	
停经 37 周,无痛性阴道出血 4 小时	(30)
[病例 9]	
停经 36 周,胃区胀痛伴吐咖啡液 2 天	(34)
[病例 10]	
剖宫产术后 2 周,左下肢肿痛 5 天	(38)
[病例 11]	
停经 32 周,下腹痛伴恶心、呕吐 12 小时	(43)
[病例 12]	
阴式子宫全切术后 4 天,左下肢行走困难	(47)
[病例 13]	
左下腹绞痛 18 小时,伴呕吐数次	(50)
[病例 14]	
下腹部疼痛,伴排便困难 4 个月	(53)
[病例 15]	
阴道前壁、尿道下方囊性肿大 1 年	(57)

[病例 16]	
盆腔包块,伴反复腹痛 3 年	(60)
[病例 17]	
继发性痛经 2 年,进行性加剧半年	(64)
[病例 18]	
月经紊乱 3 年,腰痛伴盆腔包块半年	(68)
[病例 19]	
下腹部包块逐渐增大 1 年,伴腹胀、尿频 1 个月	(72)
[病例 20]	
下腹部包块 4 个月	(76)
[病例 21]	
月经紊乱 16 年,下腹部包块 6 年	(81)
[病例 22]	
经量增多、经期延长伴下腹痛 4 年,腹部包块 3 个月	(86)
[病例 23]	
经量增多、周期缩短、经期延长 8 年	(90)
[病例 24]	
经量增多、经期延长 2 年,突发性腹痛伴阴道脱出肿物 10 天	(93)
[病例 25]	
月经紊乱 1 年,发现下腹部包块 2 个月	(97)
[病例 26]	
足月产后半年,不规则阴道出血 4 个月	(101)
[病例 27]	
绝经 3 年,阴道出血伴腹痛、包块 3 个月	(105)
[病例 28]	
阴道不规则流血 1 个月	(109)
[病例 29]	
人工流产后不规则出血 3 个月,突发阴道大流血 2 小时	(113)
[病例 30]	
停经 40 天后,不规则阴道出血伴腹痛 40 天	(117)
[病例 31]	
绝经 10 年,阴道大量排液伴腹隐痛 3 个月	(120)
[病例 32]	
子宫次全切除术后 5 年,阴道流水及出血 3 个月	(124)
[病例 33]	
腹部包块 1 年,停经 10 个月,腹胀、腹痛 1 个月	(128)
[病例 34]	
下腹部逐渐增大包块 2 年,咳嗽 2 个月	(133)

[病例 35]	
下腹胀痛 1 年, 停经、腹部膨隆半年	(138)
[病例 36]	
早孕、人工流产、上环术后 3 天, 突发右下腹胀痛 6 小时	(142)
[病例 37]	
停经 48 天, B 超显示左附件包块	(146)
[病例 38]	
子宫次全切除术后 30 天, 阴道流脓 1 周	(149)
[病例 39]	
下腹部包块, 伴腹胀痛 10 天	(153)
[病例 40]	
阴道脱出肿物 5 年, 伴下腹部疼痛 2 年	(157)
[病例 41]	
产后半年阴道出血 10 天, 腹痛伴阴道脱出物 2 天	(160)
[病例 42]	
停经 6 个月, 持续性腹痛 2 天, 加重半天	(164)
[病例 43]	
停经 3 个月, 突发右下腹剧痛半小时	(168)
[病例 44]	
周期性下腹痛 3 年, 伴腹部包块 1 年	(172)
[病例 45]	
从未行经, 结婚 10 年未孕, 下腹部包块 5 年	(177)
[病例 46]	
停经 1 年, 阴道不规则流血 9 个月	(181)
[病例 47]	
子宫全切除术后半年, 下腹坠胀伴性交痛 5 个月	(186)
[病例 48]	
下腹部包块, 伴经期腹痛	(190)
[病例 49]	
经后持续性阴道少量流血、流脓 1 年	(194)
[病例 50]	
左下腹疼痛, 伴左侧阴道肿物、流脓 1 周	(197)
[病例 51]	
阴道肿物 12 年, 阴道出血 20 天	(201)
[病例 52]	
人工流产后 2 个月, 腹部包块, 突发剧烈腹痛伴昏厥	(204)
[病例 53]	
停经 42 周, 胎动消失 2 周	(208)

[病例 54]	
停经 43 周,胎动消失 4 周,引产失败 12 天	(212)
[病例 55]	
停经 51 周,胎动消失 8 周	(215)
[病例 56]	
腹胀 1 年,下腹部包块伴消瘦 6 个月	(220)
[病例 57]	
停经 5 个月,下腹部疼痛 6 天,昏迷 2 次	(224)
[病例 58]	
阴道手术后不能自主排尿 2 年	(227)
[病例 59]	
接触性出血半年,不规则阴道出血 2 个月	(230)
[病例 60]	
葡萄胎清宫术后阴道出血	(233)
[病例 61]	
停经 10 个月,胎动消失 20 天	(236)
[病例 62]	
停经 7 个月,中下腹剧痛 12 小时,胎动消失 10 天	(239)
[病例 63]	
停经 30 周,胎动消失 3 天	(242)
[病例 64]	
人工流产术后阴道出血 20 天,大出血 1 小时	(246)
[病例 65]	
停经 39 天,不规则阴道出血 2 个月	(249)

【病例 1】

停经 34 周,阴道出血 2 小时

病 史

孕妇,24 岁,工人,已婚。因妊娠 34 周,阴道流血 2 小时入院。该孕妇于停经 45 天,出现恶心、厌油,清晨呕吐,症状持续约 3 个月后消失。停经 2 个月时,无诱因阴道出血 1 次,量少、色淡,无明显腹痛。按先兆流产处理,经休息、保胎治疗后血止。停经 4 个月时,自觉胎动,孕早期经过正常。入院前两天曾同房,此后自己感到下腹胀痛。今晨 4 点起床排尿,发现阴道流血同时出血约 200ml 左右,色鲜红,随后出现腹痛、腰胀,即来我院诊治。月经经型:15(3~4/27~30)天,量、色基本正常,偶有痛经,白带色黄。22 岁结婚,人工流产(简称人流)1 次, G₂P₀, 男方健康。否认有肝炎及传染病史,既往体健,个人史、家族史无特殊。

体 格 检 查

体温:36.5℃,脉搏:84 次/min,呼吸:18 次/min,血压:126/80mmHg。发育正常,营养中等,自动体位,神清合作。皮肤、巩膜无黄染,浅表淋巴结未扪及异常增大,颈软,气管居中。双肺呼吸音清晰,未闻及干性及湿性啰音。心率 84 次/min,节律整齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹膨隆,肝、脾未扪及,子宫敏感。检查过程中,扪及不规则宫缩,但无明显压痛。肠鸣音存在,四肢脊柱无畸形,神经系统无异常。妇产科情况:宫高 30cm,腹围 80cm,子宫平滑肌较敏感,触之即收缩,放松不满意,胎位未能扪清楚,无胎动感,先露似头,未入盆,未闻及胎心音。耻骨联合上未闻及胎盘血管杂音。骨盆外测量髂前上棘间径 24cm,髂嵴间径 27cm,骶耻外径 18.5cm,坐骨结节间径 8.5cm。肛诊:因阴道有出血而未做。

辅 助 检 查

血常规:Hb 102g/L, WBC $8.8 \times 10^9/L$, N 0.78, L 0.22, BT 2', CT 1', PLT $165 \times 10^9/L$ 。尿常规:蛋白(-),镜检:WBC 0~2/HP, RBC 4~6/HP。

第 1 次查房(入院后半小时)

住院医师:汇报病史如上。

主治医师:该病人的病史特点如下:①育龄妇女,孕期正常,孕晚期出现阴道出血;②腹膨隆,子宫平滑肌敏感,触之即收缩,放松不满意,胎位未能扪及清楚,无胎动、胎心音;③辅助检查 Hb102g/L,轻度贫血。

根据该病人最主要的表现是妊娠晚期出血的特点,我们可从以下 3 个方面来进行分析:

(1)妊娠晚期以无痛性阴道出血为特征的前置胎盘:它是指怀孕 28 周后,胎盘附着于子宫下段,甚至覆盖子宫内口,位置低于先露部。主要见于内膜病变与损伤,如反复刮宫,内膜受损或内膜炎,使子宫蜕膜生长不全,而当受精卵着床后,血供不足,为摄取足够营养,胎盘伸展到子宫下段。还可见于双胞胎,胎盘面积过大,或胎盘异常,副胎盘的存在,等等。主要出现的症状为妊娠晚期或临产前时,无诱因、无痛性、反复阴道出血,这是由于妊娠后期,子宫下段逐渐伸展,而位于宫颈内口的胎盘不能相应地伸展,导致前置部分的胎盘与下段附着处发生错位而引起出血。初次出血量不多,剥离处有血凝块形成后,出血即可停止。随着下段不断伸展,出血则反复发生,且出血量逐渐增多。而且出血时间与胎盘位置相关。中央型的出血早,28 周左右开始,量多,有时一次出血即可出现休克、胎儿死亡;但边缘型出血较晚(37~40 周),出血量也较少;部分型介于二者之间。一般反复出血可引起贫血,大出血可致休克及胎儿死亡,但一般出血对胎儿影响不大。腹部检查子宫与停经月份相符,15%的胎位也常有异常,先露高浮,胎心音正常,常在耻骨联合上方听到胎盘血管杂音。该患者妊娠 34 周,已属晚期妊娠,也是在无明显诱因下出现无痛性阴道出血的,量不算多,很像前置胎盘症状。然而产科检查时,子宫紧张不放松,胎位扪不清楚,无胎动、未闻胎心音,耻骨联合上也未闻血管杂音,又均不支持前置胎盘的诊断。如需确诊,首选 B 超,可了解胎盘位置与宫口关系来确定诊断及分类。必要时,在备血输液及手术准备条件下,也可进行阴道检查。

(2)胎盘早剥也是妊娠晚期阴道出血常见疾患之一:它是指妊娠 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。它的发生常与妊高征、血管性疾病、外伤(腹部受到撞击)或是子宫腔内压力骤降等相关。主要临床表现是妊娠晚期或分娩前持续性腹痛伴或不伴阴道出血,有明显贫血的症状体征而与阴道出血量不成比例。腹部检查:子宫硬如板,有压痛,部分患者可见宫底增高,胎位不清楚,胎动消失,胎心音消失。根据该患者停经 34 周,两天前曾有同房史,对腹部有撞击,此后出现下腹胀痛,而后出现阴道出血约 200ml,随后出现腹痛、腰胀而来院就诊,入院检查虽无明显贫血貌,血色素 102g/L,只是轻度贫血,血压 126/80mmHg,也在正常范围内。但腹部检查,子宫平滑肌对刺激敏感,紧张,松弛不满意,胎位扪不清楚,无胎动,胎心音消失,很似胎盘早期剥离(简称“胎盘早剥”)的征象。如要确诊最好做 B 超检查,可了解胎盘后有无血肿存在及其血肿大小范围。

(3)宫颈、阴道疾患:阴道静脉曲张,宫颈息肉,妊娠合并宫颈癌等。这些疾患出血往往是少量反复出现,一般不会影响子宫的形态及张力,也不会直接威胁胎儿生命。但需排除,可直接用阴道窥器暴露阴道,即可一目了然。该患者虽症状不支持以上疾病,但仍需进一步用阴道窥器检查,给予排除。

综上所述,故初步诊断:①34 周妊娠、G₂P₀;②死胎;③妊娠晚期出血原因待查:前置胎盘?胎盘早剥待排。

治疗:

(1)尽快做 B 超检查,了解胎盘位置以及有无胎盘后血肿。

(2)如在等待 B 超的过程中出血多,可在输液备血及手术准备条件下进行消毒阴道检查。

第 2 次查房(入院后 2 小时)

主治医师:汇报病人住院后初步诊断及治疗经过。住院 2 小时,阴道一直有少量出血,B 超未做成,故做消毒阴道检查明确诊断,以便决定处理方案。消毒阴道检查:窥器轻轻打开阴道,阴道内有血及血凝块,擦拭后未见阴道有曲张静脉,宫颈外口无明显糜烂及菜花状物,颈口内未见息肉,但宫口处有血液及羊水慢慢溢出,宫口松。从宫口四周穹隆处轻轻扪试,未扪及明显软垫感,宫口可容 1 指,用手指轻轻插入,也未发现有血凝块或肉垫样组织,未触及羊膜囊,先露头 -3。检查过程中,无明显出血增多。

根据消毒阴道检查结果,基本可以排除由阴道、宫颈因素引起的阴道出血,也可排除前置胎盘。结合该患者的病史有外创史,故初步考虑为“胎盘早剥,胎死宫内”。该患者现入院已 3 小时,阴道虽有少量出血,但宫底未升高,血压平稳,脉搏也未增快,允许可再等待 1 小时做 B 超检查确诊,了解胎盘后血肿部位及大小,可先进行催产素点滴引产。检查已破膜,但流出羊水清,约 50ml,未见有血性羊水流。腹部用腹带束扎后,开始点滴 0.25% 催产素,8 滴开始/min,逐渐加量达有效浓度。

B 超检查报告:胎盘位于子宫后壁中下段,但胎盘边缘未达宫颈内口,相当于胎儿颈部,胎盘下缘可见一根较粗血管回声,胎儿头位,未见胎心搏动。提示:①死胎;②胎盘血管前置。

主任医师:根据主治医师的汇报及其刚做的 B 超结果,我们应从晚期妊娠可能引起出血的几个常见病进行分析。①无痛性阴道出血、前置胎盘,通过阴道检查及 B 超检查可排除;②胎盘早剥也是妊娠晚期出血病之一,它常因外伤或妊娠血管病变引起,当胎盘剥离 1/3 以上就可致胎儿死亡;当剥离胎盘形成的胎盘血肿逐渐增大时,宫底可升高,刺激子宫强直收缩,所以腹部有压痛,而且常见血性羊水,该病人虽很多情况与上述有相同之处,但 B 超否定有胎盘剥离征象;观察期间未见宫底升高,流出羊水也不是血性羊水等等,也可否定是胎盘早剥;③阴道检查也可排除宫颈病变、阴道病变引起的出血;④子宫破裂根本可不考虑;⑤很可能是帆状胎盘、血管前置引起的出血。

进修医师:请问主任,帆状胎盘、血管前置是指胎盘异常,还是血管异常?

主任医师:这是一罕见病,诊断较困难。它实际上是一种特异的胎盘,其特点是脐带不是附着在胎盘实质上,而是附着在胎膜上,很似船帆的主桅。当胎盘位置较正常低时,脐带血管从附着处开始,走行于绒毛膜、羊膜之间,可跨越子宫颈内口而达胎盘,脐带血管位于胎先露之前,称为帆状胎盘血管前置。一旦胎膜破裂或是前置血管自发破裂时,均可出现较大量的阴道出血,胎儿也会因前置的脐带血管破裂而失血死亡,所以此病对胎儿危害极大。

住院医师:请问主任,诊断这个病的临床特点有哪些?

主任医师:诊断本病有几点要记住:①胎膜未破裂前,常常于先露部可扪及搏动的血管;②胎膜破裂后,出现无痛性阴道流血,胎心很快出现异常;③阴道出血 $\geq 200\text{ml}$ 时,可致使胎死宫内;④阴道血液涂片发现幼红细胞;⑤B 超检查排除前置胎盘和胎盘早剥,在胎盘下缘与宫颈内口间有粗大血管影;⑥还可通过娩出的胎盘进行确诊。

最后阴道出血还应与胎盘边缘血窦破裂区分,该病往往是临产后才发生出血,而且出的血是来自母体,所以少量出血或未能引起母体休克的出血均不会致胎儿死亡。而血管前置出血

致胎儿死亡是很重要的一点,诊断明确,应及时交待家属。如胎儿已死,出血不多,及时引产,可经阴道分娩;如胎膜囊未破,血管未破前已明确该病,应及时剖宫产。

所以该产妇应诊断为:①34周妊娠、G₂P₀;②低置胎盘、帆状胎盘、血管前置破裂;③胎死宫内。

后 记

从上午8:30开始点滴催产素引产,至晚9:10宫口开全,顺利自娩一死女婴,重2300g,无畸形。检查胎盘完整,脐带附在胎膜上,距胎盘约3.5cm。胎膜上有数根血管,其中一根较粗的破裂,并可见小血凝块,胎膜破口距胎盘缘约4.5cm。胎盘面未见血凝块压迹。产后诊断:同上。

小 结

(1)帆状胎盘血管前置是一种罕见病,指脐带附着于胎膜上,当胎盘低置时,胎膜上的脐血管可跨越宫颈内口而达胎盘,脐血管位于胎先露之前,称为帆状胎盘血管前置。

(2)常常于临产后,胎膜破裂或在胎膜上的前置血管可被撕裂或自发断裂,引起大出血,严重危害胎儿,当此时阴道出血量>200ml可致胎死宫内。

(3)诊断要点:胎膜未破前在先露部可扪及索状搏动的血管,胎膜破裂时可出现无痛性大出血,很快胎儿死于宫内。阴道血液涂片可见幼红细胞或核红细胞,B超检查有利于鉴别前置胎盘或胎盘早剥。

(4)如胎膜未破,可立即进行剖宫产;如胎膜已破且胎儿迅速死亡,可经阴道引产娩出死婴。

参 考 文 献

曹泽毅,翁梨驹,郎景和. 中华妇产科学. 北京:人民卫生出版社,1999

段如麟,陈解民,徐增祥. 妇产科学专题讲座. 广州:广东科技出版社,1988

唐敏一. 胎盘病理学. 北京:人民卫生出版社,1987

赵 轩 黄文霞

【病例 2】

停经 32 周,腹部迅速增大 2 周

病 史

患者,28 岁,工人,已婚。因停经 32 周,腹部迅速增大 2 周入院。患者既往月经正常,停经 45 天,出现恶心、头昏,偶有呕吐、食欲不振,症状持续近 2 个月,逐渐好转。停经 4 个半月时,自觉有胎动感,腹部随停经月份增加而逐渐增大。于住院前 2 周,无任何诱因发现腹部迅速增大、腹胀痛及平卧困难,同时感活动不便而来我院求治。孕期无阴道流血、流水,也无明显下肢水肿,无头痛、眼花及胎动异常,饮食和大、小便均正常。月经经型:14(4~5/26~30)天,量、色基本正常,无痛经史,白带正常。24 岁结婚, G_2P_0 ,曾于 2 年前做人工流产 1 次。男方体健,非近亲结婚。既往体健,否认有子宫肌瘤、卵巢肿瘤、糖尿病史及多胎家族史。

体 格 检 查

体温:37℃,脉搏:88 次/min,呼吸:20 次/min,血压:128/80mm/Hg。发育正常,营养中等,神清合作,自动体位。全身皮肤、巩膜未见黄染,浅表淋巴结无肿大。头颅、五官正常,颈软,气管居中。心肺(-)。腹部膨隆,如足月妊娠大小。腹肌稍紧张,但无压痛及反跳痛,移动性浊音(-),肠鸣音存在。脊柱四肢无畸形及浮肿,神经生理反射存在,无病理反射。产科情况:腹部膨隆如足月妊娠大小,宫高 35cm,腹围 96cm。子宫张力较大,似感羊水过多。胎儿在宫内活动度较大,胎位 ROA,先露头、浮。胎心音 152 次/min,节律整齐,但较遥远。骨盆外测量各径线测量值均在正常范围内。肛查:宫颈管未消失,宫口未开,先露高浮,骨盆凹度正常,坐骨棘间径 > 9cm,坐骨切迹可容 2 指松,骶骨关节活动,尾骨不翘,耻骨弓角度 > 80°。

辅 助 检 查

血常规:Hb 92g/L, WBC $8.8 \times 10^9/L$, N 0.76, L 0.24。尿常规:蛋白(-),镜检:上皮细胞 2~4/Hb。

第 1 次查房(入院后第 1 天)

住院医师:汇报病史如上。

主治医师:该患者的病史特点归纳如下:①育龄妇女,停经 32 周,有胎动感,腹部随孕月增大;②30 周后(即入院前 2 周)腹部迅速增大如足月妊娠大小;③体格检查:子宫张力大,子宫明显大于相应孕周,胎心音遥远,胎儿活动度大。

根据以上特点,初步考虑:妊娠 32 周, G_2P_0 , ROA。关于患者腹部短期内迅速增大,子宫大于妊娠月份,临床上可见于以下情况:

(1)多胎妊娠:以双胎多见,表现为孕晚期腹部迅速增大,子宫大于相应孕周,这两点与患者情况相同。但双胎检查中可扪及腹部胎儿肢体多,并可触及两个胎头和闻及两个不同频率的胎心音,而患者经产科检查,只有一个胎儿,所以不太支持该诊断。如要确诊,B 超检查可协助判断。

(2)巨大儿:临床上也可表现腹部增大,子宫大于妊娠月份,但患者检查结果,并未发现胎儿过大,而胎儿在宫内活动范围较大,所以也可排除。但要证实 B 超测双顶径应 $> 95\text{mm}$ 以上。

(3)妊娠合并子宫肌瘤或卵巢囊肿:如有妊娠合并症,在妊娠前都可能有相关的病史;如有肌瘤存在,则可表现为月经过多,经期延长,周期缩短,而且检查时可发现子宫不规则增大;如是卵巢囊肿,则在宫旁可扪及囊性包块,境界清楚,可活动,无压痛等等情况。然而该患者在妊娠前并无相关的病史及体征,所以也可排除。如做 B 超,当然更有排除的依据。

(4)羊水过多:是指妊娠期的羊水量异常。正常足月妊娠羊水量约为 800ml,在妊娠任何时期,羊水达到或超过 2 000ml 者,称羊水过多,其发生率约在 0.9% ~ 5% 之间。主要病因有:①胎儿畸形和染色体异常,其中约 18% ~ 40% 的羊水过多合并胎儿畸形;②双胎,其中约 10% 合并羊水过多;③妊娠糖尿病,约 10% ~ 25% 合并羊水过多;④母儿 Rh 血型不合;⑤胎盘因素,如胎盘过大、胎盘绒毛血管瘤。

羊水过多的临床表现,即在短期内或一定时间内,腹部迅速增大明显,子宫宫高及腹围大于相应妊娠周数,检查腹壁变薄,发亮有张力,宫内有液体震荡感,胎位不清或变动较大,胎心遥远或听不到。根据该患者情况,则与以上特点相同,所以初步可考虑为羊水过多。如需确诊,最简单的方法是,可做 B 超检查,B 超可根据羊水池 $> 7\text{cm}$ 或羊水指数 $> 18\text{cm}$ 来确定。

综上所述,B 超检查在鉴别以上几种情况中,均有实用价值,故首先可做 B 超检查。其次,如果是羊水过多,则应进一步查清楚引起的原因。除 B 超可判定畸形外,还需做血糖、尿糖测定,定血型,肝、肾功能,母血或羊水 AFP 及羊水染色体检查。

治疗:主要根据羊水过多的情况和有无胎儿畸形、孕周而定。

(1)如羊水过多合并胎儿畸形,应及时终止妊娠。

(2)如羊水过多而胎儿正常,要根据胎龄和羊水过多的程度决定:

①如羊水过多严重,但胎龄 < 37 周时,可少量放羊水,必要时 3 ~ 4 周可重复 1 次,以减轻宫腔压力。

②消炎痛(吲哚美辛):是一种前列腺素合成抑制剂,其作用机制可能是减少胎儿尿液的生成。该药物最大的副作用是可使动脉导管提前关闭,国外报道当其剂量达到 100mg/日时危险性更大,故建议在 32 ~ 34 周后慎用此药。必要时按 25mgTid 使用,用药时间应 < 3 周。

③如孕周 ≥ 37 周,可终止妊娠。

④症状轻者,可卧床休息,低盐饮食,酌情用药,严密观察羊水量变化,待胎儿成熟后即可终止妊娠。

⑤待产中应注意胎膜早破,因其可引起脐带脱垂、胎盘早剥及产后子宫收缩乏力引起的大出血。

(3)待有关辅助检查结果返回后,请示上级医师指导诊断及进一步处理。

第 2 次查房(入院后第 3 天)

主治医师:汇报病史及体查情况。该患者有关辅助检查结果返回:①B 超检查:胎儿头位,双顶径 80mm,未见明显的大体畸形;羊水指数 22cm;胎盘位于子宫前壁靠底部,胎盘成熟度 II 级;胎盘中见部分绒毛枝断开,其内探到 6.2cm × 4.5cm 大小异常回声区,边界清楚,边缘规整,内有光点,分布不均,低回声;提示:单胎头位,羊水过多,胎盘实质占位性病变;②空腹血糖:5.4mmol/L,尿糖:阴性;③肝功能、肾功能:正常;④血放射免疫法测 AFP 结果:125μg/L。根据其病史、体查及 B 超结果,支持羊水过多的诊断,B 超还提示可能有胎盘病变。故下一步拟终止妊娠。请上级医师做进一步分析及指示。

主任医师:通过病史、体格检查及辅助检查结果,对该患者羊水过多的诊断是明确的。从其体查及 B 超结果来看,可排除双胎、巨大儿、妊娠合并子宫肌瘤及卵巢肿瘤。主治医师在前面的查房中,已对羊水过多进行了有关介绍。羊水在孕期无法准确测量,但可通过 B 超测定羊水池及羊水指数来了解宫内羊水情况,如羊水池数 > 8cm 或羊水指数 > 20cm,根据国外资料临床上即可诊断羊水过多。国内资料统计羊水池 > 7cm 或羊水指数 > 18cm,也可诊断羊水过多。下一步应了解羊水过多的原因,以决定有关的处理方案。

下面就该患者的病情进行分析。目前的问题是 B 超发现胎盘中部有一鸭蛋般大小的肿物,使绒毛枝断离,而且母血 AFP 也有异常。说明羊水过多的原因很可能是:①胎盘异常(B 超显像提示);②胎儿神经管缺陷(AFP 异常提示)。

回顾羊水过多的病因,着重分析与其有关的胎儿畸形和胎盘异常:

(1)胎儿畸形:有神经管缺陷性疾病、消化道畸形、腹壁缺陷及腹疝等;①神经管缺陷性疾病,最常见,约占 50%,其中又以无脑儿、脊柱裂所致脑脊膜膨出多见;②消化道畸形约占 25%。以上两种畸形的母血及羊水中 AFP 可升高。如畸形小,部位隐蔽,在 B 超下往往也不易发现。

(2)胎盘异常:①胎盘异常增大:胎盘催乳素(HPL)由胎盘合体滋养细胞合成释放,妊娠 6 周时,就可在母血中测出来,随着妊娠月份逐渐的增加,母血清及羊水中的 HPL 浓度也逐渐增加,此时绒毛小叶亦出现 HPL 受体;妊娠至 36~37 周时,HPL 达到高峰;但当胎盘异常增大时,其羊水中 HPL 受体减少,造成特发性羊水过多;②胎盘绒毛血管瘤,是胎盘常见的良性肿瘤,并不多见,约 500~3 500 个胎盘中可发生 1 例,多因肿瘤小而被忽略。

主治医师:请问主任,胎盘绒毛血管瘤的特点是什么?

主任医师:下面向大家介绍临床上极为少见的胎盘绒毛血管瘤。

胎盘绒毛血管瘤是由绒毛血管增生引起的。也可由血管发育的结构畸形,成为良性错构瘤。血管瘤主要分 3 类:①毛细血管型血管瘤,呈灰白色、实性、有包膜,镜下以毛细血管为主,血管腔小,内皮细胞丰富;②海绵状血管瘤,以血管窦为主,深红色、多孔,质疏松似海绵状,镜下见由扩张成囊的海绵状血管组成,血管内充满血液,有血栓;③纤维血管瘤,为有包膜的实性

肿瘤,表面光,黄色,含较多结缔组织,镜下见毛细血管和纤维组织成分。以上3类也统称为绒毛膜血管瘤。

该肿瘤大小不一,小的直径为0.5cm,大的可达22cm,可单发,也可多发。可发生在胎盘的任何部位,以胎儿面多见,常位于脐带附近。小的血管瘤多无症状,如>5cm的血管瘤则出现症状。特别在脐带附近的血管瘤,更容易出现症状,它常并发有羊水过多、胎儿畸形、死胎、早产、胎盘早剥、产后出血等病症。血管瘤可改变胎盘血流,破坏正常的血液供应,可导致胎儿生长发育受阻。B超检查对胎盘血管瘤的诊断有肯定的意义。

该患者在B超下发现胎盘肿物直径>5cm,结合有羊水过多,提示我们应考虑胎盘血管瘤。所以目前该患者诊断为:①羊水过多;②胎盘绒毛膜血管瘤;③胎儿神经管畸形?为慎重起见,建议复查B超、血AFP水平,以进一步确诊。同时把病情转告患者及家属。如复查结果支持以上分析,羊水过多合并胎儿畸形,则应及时终止妊娠。如家属或患者同意,可进行利凡诺羊膜腔内注射引产。

后 记

复查B超和AFP结果同前,征求家属意见同意引产。当日进行利凡诺羊膜腔内注入引产,32小时后出现规律宫缩,破膜后流出羊水约3200ml。破膜8小时后娩出一女婴,体重1800g,检查发现女婴脊柱胸腰段处有一豌豆大小的裂孔,脊膜膨出。胎盘直径20cm×18cm×3.5cm,胎儿面见7cm×5cm×4cm大小、有包膜的实性肿块,色稍黄,表面光滑并靠近脐带附着处。取胎盘肿瘤送病理检查,结果报告胎盘纤维血管瘤。分娩后诊断:①32⁺₅周妊娠分娩G₂P₁;②ROA;③羊水过多;④胎盘纤维血管瘤;⑤胎儿神经管畸形(胸腰段脊柱裂伴脊膜膨出)。

体 会

(1)妊娠晚期腹部迅速增大或子宫明显大于相应孕月者,应想到有羊水过多、双胎或巨大儿的可能。

(2)妊娠晚期有异常的腹部增大、腹胀、平卧困难史,体格检查提示宫高及腹围大于其相应孕月,且感胎儿在宫内活动度大,胎心音遥远或听不到者,应想到有羊水过多的可能。进一步做B超检查了解羊水指数和有否胎儿畸形,若羊水指数>20~18cm,则可诊断羊水过多;若发现有胎儿畸形,则应终止妊娠。

(3)对怀疑羊水过多者,可做B超检查,血或羊水AFP测定,定血型及Rh因子以及血糖、尿糖等检查,进一步明确导致羊水过多的原因。

(4)羊水过多所致的胎儿畸形,以神经管缺陷性疾病多见,查母血或羊水中AFP值有助于此类畸形的诊断。

(5)胎盘血管瘤非常少见,临床诊断较困难,但B超检查具有诊断价值。根据血管瘤大小,是否合并羊水过多、胎儿畸形,来决定处理方案。本病例就是通过B超发现胎盘血管瘤的,因肿瘤直径大于5cm,且出现羊水过多及血AFP明显异常,疑有胎儿畸形而引产终止妊娠。引产后之所见及病理报告证实此前的诊断和分析。