

妇产科疾病 诊疗思维

FUCHANKE JIBING ZHENLIAO SIWEI



主编 贾书荣 王泽菊 温晓辉



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

妇产科疾病 诊疗思维

PLACENTAL CIRCULATION DISORDERS AND CLINICAL MANAGEMENT

主编 王瑞娟 副主编 王瑞娟 王瑞娟

人民卫生出版社
人民卫生出版社

妇产科疾病诊疗思维

主编 贾书荣 王泽菊 温晓辉

第二军医大学出版社

内 容 简 介

详细介绍妇科及产科常见疾病 80 多种。编写体例以疾病为纲,对每种疾病按基本概念、临床表现、检查、诊断与诊断思维、治疗与治疗思维依次展开阐述。全书贯穿了疾病的基本理论、基本知识,集临床多年来的诊疗经验于一体,展现了疾病诊断与治疗过程中的不同角度的思维方式,以及容易引起误诊的疾病的鉴别点及治疗中应注意的事项等,对医务人员提升医疗实践能力有很大帮助。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疾病诊疗思维/贾书荣,王泽菊,温晓辉主编. —上海:第二军医大学出版社,2010.7

ISBN 978-7-5481-0080-5

I. ①妇… II. ①贾…②王…③温… III. ①妇产科-诊疗 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 131441 号

出 版 人: 石进英

责任编辑: 李睿旻

妇产科疾病诊疗思维

主 编 贾书荣 王泽菊 温晓辉

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

发行科电话/传真: 021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 12.5 字数: 322 千字

2010 年 7 月第 1 版 2010 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0080-5/R·886

定价: 29.00 元

编委会名单

主 编 贾书荣 王泽菊 温晓辉

副主编 张丽红 司艳芳 裴计荣

郭计珍 侯智慧 孙清娟

李晓云 张春梅 郑秀玲

焦 静

前 言

诊断思维是医生认识疾病的过程,医生通过对患者进行病史采集、体格检查和必要的实验室检查,得到第一手资料,经过分析、综合、类比、判断、推理等思维活动,作出对疾病本质的、理性的、抽象的判断,得出对于疾病诊断的理性认识,继而根据诊断采取相应的治疗措施。妇产科由妇科、产科、计划生育科组成,其工作范围和服务明显有别于其他临床科室。正确认识和掌握其特点,是做好妇产科工作的基础。为了帮助临床妇产科住院医师、实习医生等迅速提高诊断、治疗水平,在临床实践中提高综合思维能力,我们特组织有丰富临床经验的一线专家编写这本《妇产科疾病诊疗思维》。

本书以妇产科常见疾病为纲,对每种疾病按基本概念、临床表现、检查、诊断与诊断思维、治疗与治疗思维依次展开阐述。全书贯穿了疾病的基本理论、基本知识,集临床多年来的诊疗经验于一体,展现了疾病诊断与治疗过程中的不同角度的思维方式,以及容易引起误诊的疾病的鉴别点及治疗中应注意的事项等,对医务人员提升医疗实践能力有很大帮助。

本书突出了以下特点:①强调实用性,所涉及内容多为临床常见、多发病,便于临床医师的临床操作。②简明扼要,凡教科书上已阐明的内容,如病因、发病机制、病理生理等基础性内容,作为已知我们不再赘述,只就临床表现、体征特点、检查结果等与临床工作直接相关的实际内容进行阐述。③突出临床经验,本书由一线医务人员编写,在疾病的诊断与治疗中融入了各自的临床经验、思维方式,尤其对年轻医师业务水平的提

升有很好的帮助。本书可作为临床医师、进修医师、实习医师和在校大学生的参考书。

我们在编写过程中尽求完美,由于时间及水平所限,书中不足之处在所难免,望广大读者不吝指教。

编 者

2010年4月

目 录

第一篇 绪 论

第一章 妇产科疾病诊断思维	1
第一节 诊断原则	1
第二节 病史采集	2
第三节 体格检查	3
第四节 诊断技术	9
一、实验室检查	9
二、内镜检查	9
三、B超检查	9
四、妇科疾病的CT检查与诊断	10
五、磁共振成像在妇产科中的应用	11
六、正电子发射型计算机断层显像	11
第二章 妇产科疾病治疗思维	12
一、通过治疗验证与修正临床诊断	12
二、制订治疗方案更需要复杂的临床思维	12
三、如何对待治疗的不良反应	13
四、调动患者的主观能动性	13
五、分析与总结	14

第二篇 产科疾病

第三章 妊娠病理	15
第一节 流产	15
第二节 早产	21
第三节 过期妊娠	25

第四节	异位妊娠	28
第五节	妊娠剧吐	35
第六节	妊娠期高血压综合征	38
第七节	前置胎盘	47
第八节	胎盘早剥	52
第九节	多胎妊娠	56
第十节	羊水异常	60
一、羊水过多	60	
二、羊水过少	63	
第十一节	胎儿发育异常	65
一、巨大儿	65	
二、无脑儿	67	
第四章	母子血型不合	70
第五章	异常分娩	75
第一节	产力异常	75
第二节	产道异常	82
第三节	胎位异常	86
一、持续性枕后位、枕横位	87	
三、臀先露	89	
四、肩先露	95	
第六章	妊娠合并症	98
第一节	妊娠合并心脏病	98
第二节	妊娠合并高血压	106
第三节	妊娠合并肺结核	109
第四节	妊娠合并肺炎	112
第五节	妊娠合并支气管哮喘	115
第六节	妊娠合并病毒性肝炎	118
第七节	妊娠合并急性胆囊炎	124
第八节	妊娠合并急性阑尾炎	128

第九节 妊娠合并急性胰腺炎	132
第十节 妊娠合并糖尿病	138
第十一节 妊娠合并甲状腺功能亢进	145
第十二节 妊娠合并甲状腺功能减退	148
第十三节 妊娠合并贫血	150
一、缺铁性贫血	150
二、巨幼红细胞性贫血	153
三、地中海性贫血	157
第十四节 妊娠合并血小板减少性紫癜	159
第十五节 妊娠合并急性肾盂肾炎	163
第十六节 妊娠合并肾小球肾炎	165
第十七节 妊娠合并系统性红斑狼疮	169
第七章 分娩并发症	176
第一节 产后出血	176
第二节 子宫破裂	181
第三节 胎膜早破	185
第四节 胎儿窘迫	187
第五节 脐带脱垂	193
第六节 羊水栓塞	196
第八章 异常产褥	204
第一节 产褥期感染	204
第二节 产褥期中暑	207
第三节 晚期产后出血	210

第三篇 妇科疾病

第九章 生殖系统炎症	213
第一节 外阴炎	213
第二节 阴道炎	216
一、滴虫性阴道炎	216

二、念珠菌性阴道炎	218
三、细菌性阴道炎	221
四、老年性阴道炎	223
第三节 宫颈炎	225
一、急性宫颈炎	225
二、慢性宫颈炎	228
第四节 盆腔炎	231
第十章 生殖器肿瘤	237
第一节 宫颈癌	237
第二节 子宫肌瘤	244
第三节 子宫内膜癌	251
第四节 卵巢肿瘤	258
第五节 原发性输卵管癌	268
第十一章 妊娠滋养细胞疾病	273
第一节 葡萄胎	273
第二节 侵蚀性葡萄胎	277
第三节 绒毛膜癌	283
第十二章 子宫内膜异位症和子宫腺肌病	289
第一节 子宫内膜异位症	289
第二节 子宫腺肌病	295
第十三章 女性生殖内分泌疾病	299
第一节 痛经	299
第二节 闭经	303
第三节 功能失调性子宫出血	308
一、无排卵性功血	309
二、无排卵性月经失调	314
第十四章 生殖器官变位和损伤	317
第一节 子宫脱垂	317
第二节 子宫损伤	321

一、子宫破裂与子宫穿孔	321
二、宫颈损伤	326
第三节 外生殖器损伤	329
一、外阴损伤	329
二、阴道损伤	332
第四节 生殖器官瘘	335
一、尿瘘	335
二、粪瘘	339
第十五章 生殖器官发育异常	343
第一节 处女膜闭锁	343
第二节 先天性无阴道	345
第三节 两性畸形	347
第十六章 不孕症	352
第十七章 泌尿系统疾病	360
第一节 尿道炎	360
第二节 膀胱炎	363
第三节 肾盂肾炎	367
第四节 尿道肉阜	370
第五节 尿道综合征	372
第十八章 性传播疾病	375
第一节 淋病	375
第二节 梅毒	377
第三节 生殖器疱疹	381
第四节 尖锐湿疣	384

第一篇 绪 论

第一章 妇产科疾病诊断思维

第一节 诊 断 原 则

首先,必须掌握充分的第一手临床资料,包括了解病史、症状与体格检查,取得必要的实验室检测和特殊检查结果,这是诊断必备的基础。然后,进行分析,根据医学及专科理论,结合临床经验,对资料进行归纳、推理,并认真求证,审慎地得出结论。诊断中既要有主见,掌握原则,又要避免主观臆断,特别是防止抓住一两个主症轻易判断。人体是十分复杂的,切忌粗疏、简单。对疑难重症一时不能确诊,应一面对症抢救或试探治疗,一面快速检诊以免延误时机,同时要充分注意全面分析,不可遗漏、掩盖重要病情而造成诊断困难或危及患者安全。例如异位妊娠内出血不能排除时,切不可盲目止痛,升压;对有潜在心力衰竭可能的患者不可错误地输液。即使在获得“诊断依据”时,亦必须结合病史、病情分析辨别真伪,不可脱离病情凭单一证据下结论。对病理活检、病原菌培

养、细胞学检查、染色体核型分析以及免疫学、影像学检查的结果等,遇决策前应仔细再查对一遍,以避免标本弄错或其他技术误差的可能。例如一中年妇女过期流产,清宫后阴道出血淋漓不尽,排出组织物小块,病检为绒毛癌,建议子宫附件全切。因无其他根据,患者不同意手术,再次清宫,血净,复旧,病检未再发现癌变而痊愈。另一例 39 岁,无子女,因阴道少量出血持续不净已 4 个月,子宫增大如成人手拳,止血无效,排出组织物数小块,病检为腺癌,仓促行子宫切除,竟为一正常 4 个月妊娠男胎,合并子宫底段蜕膜炎。以上说明疾病诊断必须全面慎重考虑,即使是熟练的医生亦不可掉以轻心。凡生育期妇女有子宫增大者,切不可忘记首先排除妊娠。

(贾书荣)

第二节 病史采集

病史是从发病至诊疗结束期间病情发生与发展变化的全过程,包括促使患者就诊的主要症状,过去重要病史及生活、环境、家族、个人等与疾病有关的回顾,以及现病史等,是经过医护人员整理的一份真实而科学的医疗文献,既是诊疗记载,也是科研资料,因此必须认真采集与书写。

询问病史是一种专业艺术,应细心认真。大多数患者为非医学人员,对病情叙述常不够准确。有的过分紧张或恐惧,常夸大其病情,如说阴道出血很多,又如形容腹痛常说痛得死去活来等;有的受各种因素影响或涉及隐私,羞于启齿或企图隐瞒等而言不由衷,转弯抹角。因此,应根据病情的规律与特点作适当的协助与诱导,并以亲切、严肃认真的态度说明医师有为患者保守秘密的责任和道德要求,从而得到患者的信任,使其说出真实病情。切不可将患者情况作为笑谈资料,这是医德所不允许的。即便是诈病或伪装也要耐心说明利害,诚恳地指出错误,帮助其说出真实情况,切

不可当众揭穿或加以斥责。如涉及蓄意欺诈,医师应避免介入纠纷,并向有关方面汇报或联系求得法律公正处理。

询问病史应注意抓住主要症状,从发病开始顺时序详询其起病的缓急、发展、变化及轻重程度。如有伴行症状应按时序插入,并询问其与主症相互之间的影响与关系。如有体征出现,应详询其演变情况及与主症之间的关系。如在就诊前曾进行过诊疗,须详询经过情况及诊疗结果,用药情况与效果。发病后对全身健康的影响,重要器官的功能变化(如心、肾、肝、脑等),以及饮食起居、神志、大小便均须询问,以了解局部与全身的联系。从发病开始直问到来院就诊为止。对过去病史、家族史、婚姻史、月经史、孕产史以及个人生活史等均需结合病情作重点询问。

(贾书荣)

第三节 体格检查

体格检查(简称体检)是医师对患者用自己的感观结合科学知识与临床经验,怀着对患者的同情与责任感,用适当的诊断技术在患者身体上直接诊查致病因素所造成的损害征象。这是诊断疾病基本的客观依据,必须认真细致地进行。要尽量减轻必要的检查给患者造成的不适。体检分为全身与局部两方面,通过视、触(扪)、叩、听四步法揭示病变情况。专科医师容易过多地注意局部病情而忽略全身情况,这常是漏诊和对病情判断失误的重要原因。机体是一完整的个体,全身各器官组织是互相密切相关的,绝非孤立。因此,凡接诊患者切不可忽视局部与全身的关系。例如一初孕妇,35周孕临产,于凌晨1点急诊入院,呼吸喘急,误以为宫缩所致,即抬待产室,深夜灯暗,值班护士立即听胎心,未听到,找来值班医师亦遍听胎心未听到,急请值班主治医师,主治医师一入待产室即闻产妇呼吸窘迫,痰喘急促,立即开灯检视患者,见面部发绀,口喷血性泡沫,心率140次/分,表明为心力衰竭肺水肿,立即

抢救,经救治 3 日始转危为安,幸发现尚及时而未出事。

凡住院患者,尤其是初次住院,必须尽可能进行全身检查以了解病情及身体素质。门诊患者多,对诊疗时间短者,亦必须结合现病史,迅速观察患者的全身情况及与现病史相关的重要器官的功能状态。例如中晚期孕妇的心、肾功能;胎儿过小的肝功能;妇科肿瘤与胃、肠、肺、脑的关系等。此外,对患者的心态、精神面貌亦应注意,心身医学在妇产科疾病诊断中有很重要的作用。

在女性生殖系统疾病的局部检查中,以视、触、叩三者使用较多、且重要。听诊除产科检查听胎心、胎动、肠鸣音外,较少使用。局部检查专科情况(如妇科情况、产科情况)是检查的重点,应认真细致。检查的范围包括脐以下腹部至外阴、肛门、双大腿内侧,以生殖器官为主,兼顾邻近器官组织及乳房,并按序做详细记录。

妇产科专科检查有些属于隐私,应向患者诚恳地作出保密的保证,使其解除顾虑,信任医师。男性医师做妇科检查时,应有第三者(如女护士)在场。生殖器官为敏感之处,检查务必轻柔、从容,尽量避免重力挤压以取得患者放松合作。对处女或自称未婚、无性交史的患者,未得患者同意不可作阴道检查或双合、三合诊。凡牵涉法律问题者,进行检查时应有法院的证明及证人在场。内诊时注意严格消毒及预防感染。

(一) 视诊

妇产科检查中,视诊是重要的一环,不可忽视,尤其对初诊患者不可大意。住院患者时间充裕,全身检查比较全面时,遗漏较少,门诊患者则常有漏诊。例如:一妇女常感右腹牵拉痛,妇科检查未发现异常,后因右上腹包块、肝区压痛、高热不退以肝脓肿开腹探查,发现为一直径 10 cm 大卵巢囊性畸胎瘤感染,其蒂部长达 35 cm,从右侧卵巢区起始。妇科诊察时只在下腹部作双合诊扪触,未查看肝叶下悬挂的已清晰可见的囊肿。手术时瘤壁炎性肿胀,如再拖延,后果严重。追问病史,2 年前即感有一直径 5 cm 大包块时隐时现,后怀孕足月分娩,产后常感右腹牵拉痛,未再扪及

包块。估计囊肿因妊娠子宫推挤于肝叶下方,因压迫发生粘连,子宫复旧的牵扯使瘤蒂逐渐延长所致。因病史不详,腹部检查只看下腹而未发现右上腹包块故致漏诊。此例虽不多见,但说明盆、腹腔本无间隔,病变相互移位则是常事。因此,腹部诊查应从肋缘下开始,遍及全腹直至两腰侧及耻骨上方。视诊除常规腹壁观察项目外,应特别注意腹壁厚、薄、松、紧,是否对称,有无局限性隆起,其部位、大小范围如何。如腹增大,应注意其形状。

外阴部视诊不可疏忽,从阴毛多少及分布有无异常,到发育情况,有无畸形、病灶、损伤、瘢痕等均应看清。并令患者咳嗽或下蹲以观察阴道前后壁或宫颈是否有膨出与下垂。肛门会阴部亦应查看,有无瘘管与溢脓,前庭、尿道口与阴蒂有无异常。观察不仔细常遗漏早期癌灶、溃疡、下疳等重要病变。

阴道视诊须从阴道口开始,拨开大小阴唇的遮掩,清楚地查看尿道旁腺及开口有无肿胀、红肿与溢脓。阴道口有无瘢痕、病变;外阴色泽;流出液(亦称白带)性质、气味;量多少,是否带血;有无尿或粪臭。已婚患者须作阴道检查及双合诊时,可从窥阴器扩开面视诊阴道内情况。从阴道口开始,注意阴道黏膜的色泽、弹性,表面是否光滑,有无隐性瘘管、病变,阴道深度,宫颈位置、形状,有无病变,穹窿部情况及分泌物性质、量等,亦要注意有无横隔、纵隔、双阴道或残端和宫颈畸形,同时注意腹股沟处有无隆起及包块。

(二) 触诊(或扪诊)

触诊是妇产科体检中使用最多的检诊技术,其准确与熟练程度常与诊断正确与否密切相关。触诊从腹部、外阴体表开始,然后从阴道内与腹壁配合作双合诊或阴道、肛门及腹壁配合作三合诊,检查盆腔内生殖器官及周围盆腔内毗邻组织器官的情况与关系(包括骨盆腔及骨骼)。腹部触诊自上而下,从健侧开始,向中央至对侧进行诊察对比,了解压痛部位、范围、程度及肌紧张程度等。如有包块应触摸清楚其所在部位、大小、形状;表面是否光滑、粗