

FUCHANKE

ZHUREN CHAFANG

妇产科 主任查房

主编 李桂芬 孙金豹

科学技术文献出版社

CHAFANG

福建
FUCHIAN

妇产科 主任查房

主编 李秋平 副主编

福建科学技术出版社

妇产科主任查房

主 编 李桂芬 孙金豹
副主编 杜素果 高惠玲 毕凤玲 黄凤娥
编 委 姚水平 张 燕 张秀岩 薛雅静
甄美玲 赵瑞芳 张宪军 孙红霞

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妇产科主任查房/李桂芬,孙金豹主编.-北京:科学技术文献出版社,2010.4

ISBN 978-7-5023-6605-6

I. ①妇… II. ①李… ②孙… III. ①妇科病-诊疗 IV. ①R711

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 030472 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编辑部电话 (010)58882938,58882087(传真)
图书发行部电话 (010)58882866(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882873
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 樊雅莉
责 任 编 辑 陈家显
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京博泰印务有限责任公司
版 (印) 次 2010 年 4 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 850×1168 32 开
字 数 339 千
印 张 14.5
印 数 1~4000 册
定 价 29.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

参加编写人员（按姓氏笔画排列）

孙金豹	孙红霞	毕凤玲
李桂芬	杜素果	张 燕
张秀岩	张宪军	姚水平
赵瑞芳	高惠玲	黄凤娥
甄美玲	薛雅静	

序

卫生部颁发的《医院管理评价指南》(2008年版)要求各级医院认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度,用十四项核心制度规范医疗行为,提高医疗质量,保证患者的医疗安全,促进医疗质量的持续改进,其中三级查房制度要求对新入院病人,危重、疑难及重大手术病人坚持三级查房,及时对病情进行分析,提出治疗方案。经治医师查房要做到:细心观察一般状态,详细询问病情,仔细查体,观察用药的疗效、有无药物不良反应及增减药物;注意术后切口的恢复情况;指出诊治的难点所在。主治医师查房要做到:认真与患者及家属有效沟通,系统了解患者的病情变化;检查医嘱执行情况治疗效果;对新入院、重危、诊断未明、治疗效果不好的患者进行重点检查与讨论,确定新方案;检查病历,纠正下级医师病史采集的错误与不足;对下级医师进行“三基”训练,对查体操作等予以正确的示范;决定患者出院、转院问题,决定手术方案等;结合病例,介绍有关疾病诊治的新进展。副主任医师或主任医师查房要做到:解决疑难病例及审查新入院、重危患者的诊断、治疗计划;决定重大手术及特殊检查和治疗;抽查病案、医嘱、护理质量;听取医师、护士对诊疗护理的意见,进行必要的教学工作;开展三谈三讲,谈讲国



际、国内、院内对该病的认识和诊断治疗上的新进展,根据医学科学发展的新趋势对该病例提出具体的诊治方案,提高治愈率和好转率,推动临床诊疗工作层次的上升。

按照卫生部对三级查房的要求,为了把三级查房更具体化,我们组织长期工作在临床第一线,有扎实医学理论基础、丰富临床经验的主任医师或副主任医师撰写了《科主任查房》系列书,包括急救分册、血液分册、肿瘤分册、内分泌分册、妇产科分册、儿科分册、眼科分册、耳鼻喉科分册。各科编委会查阅了其所在医院建院以来的病例,筛选出有典型教学意义,病情危重复杂,抢救治疗过程曲折,对临床第一线医师具有参考和指导意义的病例近 900 多例,从病历摘要、主治医师查房、第一次主任查房、第二次主任查房 4 个层面进行整理撰写,阐述了主任查房提出的新理论、新方法、新技术及制定的诊治新方案,力求做到使临床第一线的医师开拓思路、借鉴经验、提高诊治技术、满足患者需求。本书是临床第一线医师工作中要用,医学院校教师教学中要备的书籍。

在本书编写过程中,各位作者查阅了各医院的大量病例,参考了大量医学著作和文献,在此我们对有关医院和文献的作者致以衷心的感谢!

由于知识水平有限,本书难免有不足之处,欢迎广大读者提出宝贵意见,以便再版时进行修订。

董凤岐

前 言

本书是由河北医科大学附属哈励逊国际和平医院十几位从事妇产科临床及教学工作的副教授、教授所撰写，本书具有如下特点：

与教科书的编写方式不同。以临床各种多发病例、特殊病例入手，从症状、体征、病史，到辅助检查结果，各级医师从临床角度详细地分析、讲解，对各个病例所涉及疾病的发生、发展、病理生理、临床表现、疾病特点、诊断依据、治疗方案以及最新研究结果进行深入浅出的阐述。有关疾病的鉴别诊断亦逐一进行讨论，使临床医师一目了然。

主任查房分析中，引用了大量的文献资料，丰富了基础知识，反映了最新进展，使读者对有关疾病能有详尽透彻的了解，促进各级医师临床技能的提高。

主任查房分析具有不同的学术特色，便于临床参考、带教研究生和指导下级医师。

本书系集体编写，虽几经审改，难免有错误之处，恳请有关专家及读者不吝指正。

李桂芬

2009年9月26日

目 录

病例 1	青春期子宫出血	(1)
病例 2	卵巢浆液性囊腺癌复发病例	(4)
病例 3	子宫剖宫产瘢痕妊娠	(7)
病例 4	子宫切除手术后下肢静脉血栓(LEDVT)	(9)
病例 5	绝经后妇女良性卵巢囊肿	(11)
病例 6	卵巢子宫内膜异位囊肿破裂的诊断	(14)
病例 7	子宫内膜癌的诊断方法	(17)
病例 8	生殖细胞肿瘤	(23)
病例 9	附件扭转	(26)
病例 10	异常宫内妊娠	(30)
病例 11	宫角妊娠	(34)
病例 12	早期子宫内膜癌	(36)
病例 13	子宫肌瘤	(39)
病例 14	青年子宫内膜癌	(46)
病例 15	宫颈癌晚期出血	(51)
病例 16	I 期子宫内膜癌患者应否接受辅助放射治疗	(54)
病例 17	胎盘植入	(56)
病例 18	子宫肌瘤、盆腔侵袭性血管黏液瘤(AAM)	(60)
病例 19	卵巢畸胎瘤合并肾母细胞瘤	(65)
病例 20	卵巢转移癌	(69)



- 病例 21 输卵管癌 (73)
- 病例 22 卵巢黏液性交界性腺瘤Ⅱb期 (80)
- 病例 23 侵蚀性葡萄胎阴道转移 (83)
- 病例 24 绝经后卵巢原发绒癌Ⅱ期 (87)
- 病例 25 异位妊娠药物保守治疗 (91)
- 病例 26 卵巢低分化腺癌Ⅱc期术后静脉腹腔联合化疗
..... (94)
- 病例 27 卵巢未成熟畸胎瘤扭转破裂 (97)
- 病例 28 阴道斜隔综合征误诊卵巢囊肿蒂扭转 (101)
- 病例 29 绝经后子宫肌瘤红色变性 (104)
- 病例 30 子宫腺肌病 (108)
- 病例 31 宫颈巨大肌瘤 (111)
- 病例 32 绒癌Ⅰ期 (114)
- 病例 33 Ⅱ型残角子宫腺肌症, 盆腔子宫内膜异位 (119)
- 病例 34 外阴上皮内非瘤样病变——外阴鳞状上皮增生
..... (123)
- 病例 35 产后胎盘植入药物保守治疗 (127)
- 病例 36 多发性子宫大肌瘤阴式子宫切除 (130)
- 病例 37 人工流产后反复阴道流血6月余 (134)
- 病例 38 停经 36^{+2} 周, 下腹痛伴阴道出血6小时 (139)
- 病例 39 剖宫产后10天, 呼吸困难、咳嗽、
双下肢水肿4天 (145)
- 病例 40 孕3⁺月要求行宫颈环扎 (151)
- 病例 41 孕足月第一胎不规则腹痛半天 (156)
- 病例 42 孕7⁺月, 阴道流水4天 (162)
- 病例 43 孕足月第一胎双胎不规则腹痛 (168)
- 病案 44 孕足月阵发性腹痛3小时 (174)

病例 45	孕足月 B 超发现羊水少半天	(180)
病例 46	剖宫产后阴道出血 26 天,加重半小时	(185)
病例 47	孕 8 个月,浮肿 1 个月,头晕头痛 3 天, 恶心呕吐 1 天	(189)
病例 48	孕 7 个月,浮肿 1 个月,咳嗽 15 天活动后 气短 2 天	(196)
病例 49	孕 7 ⁺ 月双下肢浮肿 1 个月,视物模糊 2 天	(200)
病例 50	孕 8 月阵发性下腹痛伴恶心呕吐 6 小时	(204)
病例 51	停经 34 ⁺ 周,血糖升高 4 日	(209)
病例 52	人工流产后阴道不规则流血 2 个月, 加重 8 小时	(215)
病例 53	剖宫产后肠梗阻	(221)
病例 54	孕足月第一胎不规律腹痛半天	(226)
病例 55	发现子宫肌瘤 4 年,孕足月第二胎无腹痛	(231)
病例 56	孕 6 个月发热伴尿频尿急尿痛半天	(239)
病例 57	孕 9 个月发现羊水多 2 个月	(243)
病例 58	人流术中大出血	(250)
病例 59	孕 41 周第一胎 LOA 无产兆	(254)
病例 60	高龄初产	(258)
病例 61	孕 40 ⁺ 周第二胎 LOA 无产兆,巨大儿	(265)
病例 62	停经 54 天,人流术中大出血	(269)
病例 63	停经 37 天,少量阴道流血 2 天	(273)
病例 64	甲状腺功能亢进 3 年孕 9 个月无腹痛	(279)
病例 65	孕 9 个月,下腹痛 2 天,发热 1 天	(284)
病例 66	产程异常	(290)
病例 67	妊娠合并特发性血小板减少性紫癜(ITP)	(294)



- 病例 68 妊娠剧吐 (300)
- 病例 69 胚胎移植术后宫内早孕,先兆流产,
急性左下肢深静脉血栓形成 (306)
- 病例 70 剖宫产术后血肿 (311)
- 病例 71 停经 32 周,高热 3 天,腹痛、恶心、
呕吐并胎动消失 20 小时 (316)
- 病例 72 孕 41⁺³ 周第二胎 LOA 临产,巨大儿 (321)
- 病例 73 停经 40 天,B 超示宫内未见孕囊 (326)
- 病例 74 停经 33⁺² 周,恶心、呕吐 3 天不能进食 4 小时
..... (330)
- 病例 75 停经 35 周,胸闷、憋气不能平卧 3 天 (337)
- 病例 76 孕 33⁺⁵ 周,血压高 10⁺ 天,上腹不适 1 天 (342)
- 病例 77 重度子宫脱垂伴阴道壁脱垂张力性尿失禁 ... (349)
- 病例 78 泌尿生殖器官发育畸形——先天性
无阴道、双始基子宫、左肾缺如 (354)
- 病例 79 介入治疗子宫全切术后残端大出血 (359)
- 病例 80 残角子宫内翻误诊黏膜下子宫肌瘤 (361)
- 病例 81 腹腔镜腹膜代阴道成形术 (364)
- 病例 82 宫颈癌合并妊娠 (368)
- 病例 83 宫颈妊娠 (370)
- 病例 84 宫内外同时妊娠 (374)
- 病例 85 急性盆腔炎误诊子宫穿孔 (376)
- 病例 86 宫内节育器下移致阴道大出血 (378)
- 病例 87 卵巢过度刺激综合征 (381)
- 病例 88 卵巢未成熟畸胎瘤 (384)
- 病例 89 前庭大腺癌 (386)
- 病例 90 剖宫术后腹壁切口子宫内膜异位症 (388)



病例 91	侵蚀性葡萄胎	(389)
病例 92	青春期宫颈腺肉瘤	(391)
病例 93	绒癌致剖宫产术后晚期大出血	(393)
病例 94	胎盘部位滋养细胞肿瘤行病灶切除术后 足月分娩	(396)
病例 95	外阴子宫内位异位症	(399)
病例 96	无性细胞瘤	(400)
病例 97	先天无子宫的子宫内膜异位症	(402)
病例 98	异位葡萄胎	(405)
病例 99	阴道腺癌	(407)
病例 100	原发卵巢绒癌	(410)
病例 101	原发输卵管癌	(412)
病例 102	原发性宫颈恶性黑色素瘤	(415)
病例 103	原发性子宫内膜鳞癌	(418)
病例 104	子宫内膜癌术后盆腔淋巴囊肿	(420)
病例 105	无气腹腹腔镜技术	(424)
病例 106	压力性尿失禁	(427)
病例 107	残角子宫妊娠	(430)
病例 108	多发性子宫肌瘤,全子宫切除术后 切口延期愈合	(433)
病例 109	子宫肌瘤剔除术	(436)
病例 110	全子宫+双附件切除术后阴道残端感染	(441)
病例 111	宫颈高分化鳞癌 IIa 期,术后膀胱麻痹	(444)



病例 1 青春期子宫出血

【病历摘要】

患者,女,12岁。主因阴道不规则出血23天,加重7天,伴心慌、头晕、乏力2天入院。患者11岁月经初潮,共行经3次,周期不规则,本次停经72天后来经,淋漓不断,近7天出血量增多伴血块,有自觉症状,外院止血无效来诊。曾用倍美力2.5mg,8小时1次,口服2天。入院查体:T 36.5℃,P 112次/分,R 20次/分,BP 90/56mmHg。身高160cm,体重43kg。重度贫血貌,心肺检查无异常,腹软,无压痛反跳痛,未及包块。第二性征发育正常。肛门检查:外阴发育正常,子宫正常大小,质软,双附件未触及异常。B超检查:子宫附件未见异常,血红蛋白Hb 40g/L。

【主治医师查房】

入院后经妇科检查、超声、生化检验、血液检验,排除血液系统疾病,再次B型超声检查除外宫腔器质性病变,最后确诊为青春期功能失调性子宫出血,给予积极输血、输液等治疗的同时选用性激素治疗,大剂量雌激素治疗。苯甲酸雌二醇4mg,8小时1次肌注,24小时后出血量不减,经输浓缩红细胞8U后血红蛋白Hb达45g/L,加大苯甲酸雌二醇4mg,6小时1次肌注,24小时后出血量仍不减,下一步治疗方案?



【第一次主任查房】

对青春期子宫出血患者诊断,在询问病史时必须仔细追问与出血相关疾病的症状,检查时注意全身状况、营养、体重及有无其他部位的出血倾向,有无肝脾肿大,同时要注意子宫大小,并常规进行超声检查,了解子宫大小及有无私宫内膜病变,必要时可行宫腔镜检查,从而明确子宫出血的真正原因。该患者经上述检查,确诊为青春期功能失调性子宫出血无疑,对青春期子宫出血患者治疗首先止血,其次调整月经周期。

1. 止血应根据病情的不同采取相应的方法

(1)对出血时间长、出血量多,属中、重度贫血者选择性激素联合用药,给予三合激素(黄体酮 12.5mg,苯甲酸雌二醇 1.25mg,丙酸睾酮 25mg)2mL 肌注,每 8~12 小时 1 次,血止后逐渐减量并改用雌、孕激素联合治疗,倍美力 0.625mg 加安宫黄体酮 8mg,每日 1 次,共 20 天停药。

(2)对于短期内急性突破性出血,但一般情况好,没有或仅有轻度贫血者选用子宫内膜脱落止血法,给予孕激素治疗。给予黄体酮 20~40mg 肌注,每日 1 次,共 5~7 天,停药后一般 1~3 天发生撤药出血。

(3)对于间断性少量出血,出血时间延长,或一般情况差,严重贫血者,则选用子宫内膜修复法,给予大剂量雌激素治疗。给予倍美力 25mg 静脉注射,多数患者在 6 小时内止血,6~12 小时后视止血情况可重复 1 次,一般用药不超过 2 次,出血减少后改用倍美力 1.25mg,每 6~8 小时口服 1 次,血止后每 3 天递减 1/3 量直至维持量,倍美力 0.625~1.25mg/天,最后 7~10 天加用安宫黄体酮 10mg 口服,每日 1 次,一般在停药后 1~3 天发生撤药出血。

2. 调整月经周期



止血后,根据病情调整月经周期,纠正贫血。使用雌、孕激素序贯疗法连续用药3个周期或服用短效避孕药,门诊随访,大多数患者恢复正常的月经,获得近期治愈。

该患者应用大量雌激素48小时后仍未见血量减少,说明体内已有雌激素而缺乏孕激素,是增生的子宫内膜转变为分泌期内膜,加用孕激素治疗观察疗效。以炔诺酮2.5mg,8天1次,同时支持治疗。

【第二次主任查房】

患者经上述治疗后24天出血明显减少,72小时血止。雌孕激素减量,贫血纠正,出院继续治疗。该患者运用雌激素+孕激素止血,下个周期可用避孕药I号治疗,避孕药I号兼有雌、孕激素两者的作用。含有炔雌醇0.035mg、炔诺酮0.6mg,两者含量均较低,合用止血效果好,雌激素可以修复子宫内膜增加纤维蛋白原及凝血因子,降低毛细血管通透性等作用,而且含量低,对胃肠道副反应小;炔诺酮则起到了上述一系列孕激素的作用,同时含量少,减少了孕激素对肝功能及脂蛋白的影响。

青春期功血是以中枢成熟缺陷为主。下丘脑-垂体调节功能不健全,或对雌激素的正反馈失常,前者往往引起卵泡发育不良,后者卵泡即使发育良好,但由于无FSH、LH峰性分泌致排卵障碍;由于无排卵,子宫内膜受单一雌激素的刺激而缺乏孕激素的拮抗与保护,内膜层持续增生或增生过长,内膜层引起雌激素撤退或突破性出血,表现为量或多或少,时间或长或短的不规则阴道出血。所以,青春期功血主要是无排卵所致孕激素缺乏,雌激素则是相对足够的。

外源性补充雌激素止血是因出血系雌激素撤退或突破所致,用雌激素可使子宫内膜增生修复而止血。雌激素还可通过增加纤



维蛋白原水平、增加凝血因子,促进血小板聚集及降低毛细血管通透性而发挥作用。由于口服雌激素,胃肠道反应大,所以,急性出血期止血采用苯甲酸雌二醇。但用雌激素止血有一定的弊端,由于用药量大,势必使子宫内膜继续增生,而且雌激素可使子宫内膜血流量增加。因此,撤药时会导致出血量增多。为使撤药时子宫内膜能完整剥离,在维持量时仍需加用孕激素,以使子宫内膜转为分泌期。

外源性补充孕激素止血是因出血的根本原因是缺乏孕激素,用孕激素可使子宫内膜转变为分泌相,可防止子宫内膜增生而减少出血量。停药后功能层内膜能完整剥离,达到止血。新一代避孕药,如妈富隆,其组成为每片含地索高诺酮 0.15mg 和炔雌醇 0.03mg,地索高诺酮没有雄激素和雌激素的活性,其孕激素活性较炔诺酮强 18 倍,还可升高高密度脂蛋白 HDL,适合年轻人长期服用。因其激素含量低,故其胃肠道等副反应很少出现,且雌孕激素同时应用,止血效果强大而稳定。

(孙金豹)

病例 2 卵巢浆液性囊腺癌复发病例

【病历摘要】

患者,女,52岁。主因阴道不规则出血 23 天,加重 7 天入院。患者 3 年前因卵巢浆液性囊腺癌 3 期行肿瘤细胞减灭术,手术中肿瘤基本切净,手术后给予 PC 方案化疗 8 个疗程,以后监测 CA125 8~16mU/mL。入院查体:T 36.5℃,P 82 次/分,R 20 次/分,BP 110/76mmHg。身高 160cm,体重 63kg,无贫血貌。心