



协和 妇产科查房手册

■ 主编 向阳 郎景和



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

协和

妇产科查房手册

主 编 向 阳 郎景和

副主编 彭 澎 周希亚

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

曹冬焱 陈 蓉 陈蔚琳 成宁海

冯凤芝 郎景和 彭 澎 孙智晶

向 阳 于 昕 周希亚

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

协和妇产科查房手册 / 向阳, 郎景和主编. —北京:
人民卫生出版社, 2016

ISBN 978-7-117-23223-4

I. ①协… II. ①向…②郎… III. ①妇产科病—
诊疗—手册 IV. ①R71-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 212927 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

协和妇产科查房手册

主 编: 向 阳 郎景和

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/32 印张: 25

字 数: 595 千字

版 次: 2016年12月第1版 2017年3月第1版第2次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-23223-4/R · 23224

定 价: 68.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编写人员

(按姓氏汉语拼音排序)

曹冬焱	陈 娟	陈 娜	陈 蓉	陈 英	陈蔚琳
成宁海	戴 毅	戴毓欣	邓 姗	杜慧佳	冯凤芝
高丽虹	顾 宇	胡颖超	计鸣良	李 源	李春颖
李晓川	李晓燕	李志毅	梁 兵	梁 硕	娄文佳
罗雪梅	吕 嫵	马良坤	彭 萍	彭澍易	戚庆炜
任 彤	商 晓	史精华	宋亦军	宋英娜	孙正怡
孙智晶	谭先杰	仝佳丽	王 丹	王 姝	王 雪
王含必	王亚平	肖长纪	向 阳	熊 巍	杨 洁
杨隽钧	叶天仪	于 昕	俞 梅	张 蕾	张 丽
张家韧	章蓉娅	赵 静	赵 峻	甄景然	周 倩
周慧梅	周希亚	周星楠			

查房教授

(按姓氏汉语拼音排序)

曹冬焱	陈 蓉	邓成艳	樊庆泊	冯凤芝	高劲松
黄惠芳	金 力	金 滢	郎景和	冷金花	刘俊涛
刘欣燕	刘珠凤	马水清	潘凌亚	史宏晖	沈 铿
孙爱军	孙大为	谭先杰	田秦杰	万希润	吴 鸣
向 阳	杨佳欣	杨剑秋	郁 琦	朱 兰	

前 言

北京协和医院妇产科(林巧稚妇产科研究中心)作为全国妇产科疑难重症的诊疗中心,每年都要诊治大批的妇产科疑难患者,同时负担了大量的新技术、新方法在妇产科的应用实践工作。在临床工作中,特别是日常查房中,我们常常会遇到各种临床问题。这些问题有的涉及少见病例的处理,有的涉及不典型病例的诊断和鉴别诊断,有的是如何选择和评价新技术的应用,有的是如何制订最优的诊治方案。这些问题往往在教科书上难以找到答案,需要丰富的临床经验积累和有利的循证医学证据才能回答。在解决这些病例问题的过程中,我们的知识得以更新、视野得以扩展、经验得以丰富、教训得以铭记。因此,这些查房时遇到的宝贵病例资料无疑是医学实践的最好教材,从而编写了这本《协和妇产科查房手册》以便能和同道们分享我们的经验和教训,丰富妇产科临床实践的素材,扩宽临床思路、明晰临床思维,最终提高妇产科疾病的诊治水平。

全书按照专业分为产科、普通妇科、妇科内分泌与计划生育、妇科肿瘤与滋养细胞疾病部分,每一部分的章节聚焦于查房时遇到的某个具体临床问题,或者某个罕见的、不典型的抑或容易混淆的疾病。每一节都先介绍相关的临床背景 and 知识,然后提供一个或若干个临床病例,最后用主要篇幅介绍诊治经验和病例点评。所有

的病例都来自北京协和医院的真实查房资料,诊治经验和点评以协和医院妇产科的专家教授查房分析、讲解为主,其间穿插最新文献资料的复习,使之尽量做到既包含我科的临床实践总结,又有近期循证医学证据的支持;既有教授们过往的经验和教训,也有整个学科最新的发展和走向。

本书中的病例全部由编委会提出和筛选,编辑委员会成员来自北京协和医院妇产科各亚专业组的教授和副教授,既能全面撷取妇产科各方面的疾病,又聚焦于不同亚专业的各自特点。参与查房的教授都是各专业组的领头人和骨干,保证了病例分析的科学性和先进性。全书作者全部来自临床一线,查房病例分析的很多方面就是作者们平时工作中遇到的真实疑惑,因此体现了全书的临床实用性。我们力争做到实用性、科学性、先进性的有机统一,让一个个病例能够鲜活地呈现在大家面前。

虽然我们努力让全书力臻完美,但是我们的经验和能力尚有不足,查房的内容可能还有不够精当之处,难免存在一些错误和不足。另外,北京协和医院的病例谱和其他医院的病例构成可能有所差异,使得全书的内容不可能涵盖所有有价值的病例。我们真诚的希望读者们能提供更多宝贵的病例资料,同时对查房的内容发表您的看法,分享您的经验,参与讨论对我们也是很好的学习机会。

衷心感谢北京协和医院妇产科的教授们无私奉献自己多年的临床心得,使得我们有动力、有信心完成全书的编写工作。两位年轻副主编辛勤努力的付出也使得该书得以顺利完成。更要感谢我们的患者,他们就是一个走出书本的鲜活教材,使我们的临床技能日益精进。本书出版之际,恳切希望广大读者在阅读过程中不

吝赐教,欢迎发送邮件至邮箱 renweifuer@pmp.h.com,或扫描封底二维码,关注“人卫妇产”,对我们的工作予以批评指正,以期再版修订时进一步完善,更好地为大家服务。

向阳 郎景和

2016年12月

目 录

第一章 产科查房	1
第 1 节 电子胎心监护解读	1
第 2 节 妊娠合并弓形虫感染	9
第 3 节 妊娠期糖尿病	13
第 4 节 妊娠合并甲状腺功能减退	16
第 5 节 妊娠合并甲状旁腺功能减退	23
第 6 节 妊娠合并甲状腺功能亢进	27
第 7 节 妊娠合并系统性红斑狼疮	37
第 8 节 妊娠期高血压疾病	43
第 9 节 妊娠合并心脏病	49
第 10 节 凶险性前置胎盘	53
第 11 节 炎症性肠病	61
第 12 节 妊娠合并肝内胆汁瘀积症	66
第 13 节 妊娠期急性脂肪肝	69
第 14 节 妊娠期血小板减少症	73
第 15 节 妊娠合并急性间歇性卟啉病	76
第 16 节 前置血管	82
第 17 节 胎母输血综合征	90
第 18 节 单绒毛膜双羊膜囊双胎的妊娠管理	92
第 19 节 羊水 20- 三假性嵌合体的产前 诊断和遗传咨询	98
第 20 节 染色体微阵列分析技术在产前 诊断中的应用	106

第二章 普通妇科查房	115
第1节 不同类型尿失禁的鉴别诊断及 治疗要点	115
第2节 残角子宫	125
第3节 残角子宫妊娠	131
第4节 陈旧性会阴Ⅲ、Ⅳ度裂伤	138
第5节 处女膜闭锁	143
第6节 妇科炎症性疾病的误诊分析和对策	147
第7节 腹腔妊娠	173
第8节 宫角妊娠	182
第9节 宫颈妊娠	189
第10节 卵巢良性肿瘤的误诊分析和对策	193
第11节 盆腔器官脱垂	212
第12节 卵巢巧克力囊肿破裂	224
第13节 生殖道瘘	231
第14节 先天性无阴道	237
第15节 性传播疾病的误诊分析和对策	244
第16节 阴道闭锁	256
第17节 阴道斜隔综合征	262
第18节 子宫肌壁间妊娠	269
第19节 子宫肌瘤的个体化治疗	274
第20节 纵隔子宫	290
第21节 卵巢子宫内膜异位囊肿的 诊治陷阱	297
第22节 复发性子宫内膜异位症治疗中的 陷阱	307
第23节 腹壁子宫内膜异位症	314
第三章 妇科内分泌与计划生育查房	322
第1节 “女性”外阴模糊不清的诊断思路	322
第2节 不育的诊疗流程	327

第3节	反复流产的诊断和处理·····	334
第4节	辅助生殖措施的选择·····	340
第5节	高泌乳素血症患者的相关处理·····	345
第6节	绝经激素治疗·····	356
第7节	输卵管性不孕的诊断和处理·····	364
第8节	性早熟的诊断和处理·····	373
第9节	异常子宫出血的处理·····	379
第10节	表型为女性、原发闭经的46,XY 染色体患者·····	395
第11节	子宫内膜异位症合并不育的治疗·····	400
第12节	子宫腺肌病合并不育的治疗·····	405
第13节	有第二性征发育的原发性闭经·····	410
第14节	瘢痕子宫中期引产导致子宫破裂·····	415
第15节	宫颈妊娠·····	425
第16节	宫内节育器异位的处理·····	430
第17节	结肠癌误诊为异位妊娠·····	436
第18节	人工流产致肠穿孔·····	440
第19节	早孕合并阴道横膈·····	444
第20节	中期引产合并胎盘植入的处理·····	449
第21节	瘢痕妊娠甲氨蝶呤胎囊内注射治疗后 骨髓Ⅳ度抑制病例分析·····	456
第四章	妇科肿瘤与滋养细胞疾病查房·····	464
第1节	子宫肌瘤PET-CT误诊为子宫恶性 肿瘤——影像学诊断的陷阱·····	464
第2节	妇科恶性肿瘤终末期患者的处理·····	472
第3节	复发卵巢癌的治疗·····	483
第4节	腹膜恶性间皮瘤·····	493
第5节	妇科腹水患者的诊断与鉴别诊断·····	496
第6节	宫颈神经内分泌肿瘤·····	505
第7节	合并生殖细胞肿瘤成分的子宫内膜癌·····	508

第 8 节	卵巢恶性生殖细胞肿瘤保留生育功能的治疗	516
第 9 节	妊娠期宫颈癌的处理	520
第 10 节	卵巢库肯勃瘤	530
第 11 节	卵巢未成熟畸胎瘤	534
第 12 节	卵巢正常大小的癌综合征	539
第 13 节	卵黄囊瘤	542
第 14 节	无性细胞瘤	546
第 15 节	盆腔包块的诊断与鉴别诊断	549
第 16 节	外阴癌的手术治疗	558
第 17 节	严重化疗副作用的处理	566
第 18 节	阴道癌	583
第 19 节	阴道黑色素瘤	585
第 20 节	幼儿阴道葡萄状肉瘤	588
第 21 节	原始神经外胚层肿瘤	592
第 22 节	早期宫颈癌患者保留生育功能治疗	595
第 23 节	保留盆腔自主神经在子宫颈癌手术中的应用	599
第 24 节	盆腔廓清术用于中心性复发型子宫颈癌的治疗	608
第 25 节	早期卵巢癌患者行保留生育功能的治疗	618
第 26 节	子宫肌瘤肉瘤变及良性子宫肌瘤与肉瘤的鉴别	620
第 27 节	年轻子宫内膜癌患者保留生育功能的治疗	626
第 28 节	子宫内膜不典型增生的保守治疗	632
第 29 节	复发性滋养细胞肿瘤的处理	641
第 30 节	家族性复发性葡萄胎	650
第 31 节	静息期妊娠滋养细胞疾病	662
第 32 节	耐药性滋养细胞肿瘤的放射治疗	666

第 33 节	葡萄胎肺部良性转移	672
第 34 节	妊娠性滋养细胞肿瘤脊髓转移的 处理	676
第 35 节	妊娠滋养细胞肿瘤治疗中的陷阱	681
第 36 节	绒癌脑转移的处理	695
第 37 节	上皮样滋养细胞肿瘤的手术治疗	701
第 38 节	胎盘部位滋养细胞肿瘤保留生育 功能的治疗	708
第 39 节	双胎妊娠完全性葡萄胎与正常胎儿 共存	721
第 40 节	以肾病综合征为临床表现的胎盘 部位滋养细胞肿瘤	725
第 41 节	滋养细胞肿瘤合并肺转移继发呼吸 功能衰竭的处理	736
第 42 节	滋养细胞肿瘤治疗后肺内转移瘤 持续存在的处理	744
第 43 节	子宫瘢痕部位绒癌的处理	750
第 44 节	妊娠滋养细胞肿瘤阴道大出血	754
第 45 节	子宫瘢痕部位葡萄胎妊娠的处理	762
第 46 节	滋养细胞肿瘤的诊断与鉴别诊断 问题	765

第一章

产科查房

第 1 节 电子胎心监护解读

电子胎心监护自 20 世纪 60 年代开始逐渐应用于临床,能够连续观察和记录胎心率的动态变化,也可了解胎心与胎动及宫缩之间的关系,评估胎儿宫内安危情况。监护可在妊娠 34 周开始,高危妊娠孕妇酌情提前。电子胎心监护敏感性较高,可靠的曲线预后良好,特异性低,不可靠的曲线预后不一定差。持续监护可以减少人力工作,间接反映胎儿酸碱平衡,但也会导致孕妇活动受限,与医师、护士的接触减少,手术分娩率升高。电子胎心监护的解读需要参考以下几方面:

1. **风险确定** 风险确定(determine risk)包括产妇、胎儿及产程中的高危因素的确定。

2. **宫缩** 宫缩(contraction)包括宫缩的强度和频率。

3. **基线心率** 基线心率(baseline rate)是指无胎动无宫缩影响时,10 分钟以上的胎心率平均值。妊娠早期交感占优势,15 周之前可高达 180bpm,之后副交感占优势,胎心基线率下降,孕末期 120~160bpm。

4. **变异** 在胎心率基线上重复而快速的变化小波,称为胎心率基线细变异(variability)。

5. **加速** 伴随胎动、内诊或腹部触诊等刺激而发生的胎心率在基线的基础上增加 15bpm,持续 15 秒以上。满意的加速(accelerations)提示中枢神经系统协调,胎儿

健壮。

6. **减速** 减速(decelerations)主要指伴随宫缩而出现的短暂性胎心率减慢,包括早期减速、晚期减速、变异减速和延长减速。

7. **总体评估** 总体评估(overall assessment)胎心监护的解读需要医师结合病史、孕周、产程进展及动态变化等多因素综合分析,开动大脑、胆大心细、科学解读,绝不是“一纸定论”。不应对减速图形过度恐慌,也不要漏掉危险的信号。

病例 1

31岁, G₁P₀, 妊娠33周, 孕期平顺, 因下腹痛4小时, 阴道少量流血流液1小时急诊入院。患者就诊当天5AM持续性下腹坠痛, 以耻骨上为著, 8AM到急诊诊室时出现少量流血流液, 急诊B超显示: 胎儿径线符合孕周, 羊水指数13.7cm, 胎盘后壁, 位置不低, 未见血肿。9AM入院后仍间断有少量阴道流血, 无明显腹痛。持续胎心监护显示胎心基线平直, 如图1-1和图1-2所示。考

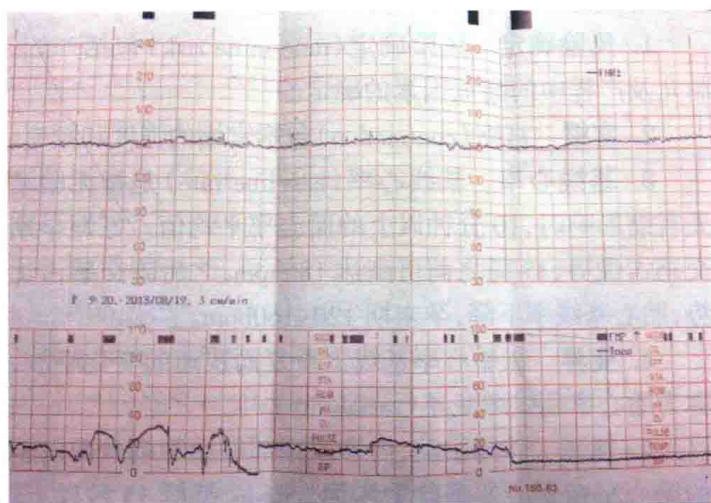


图 1-1

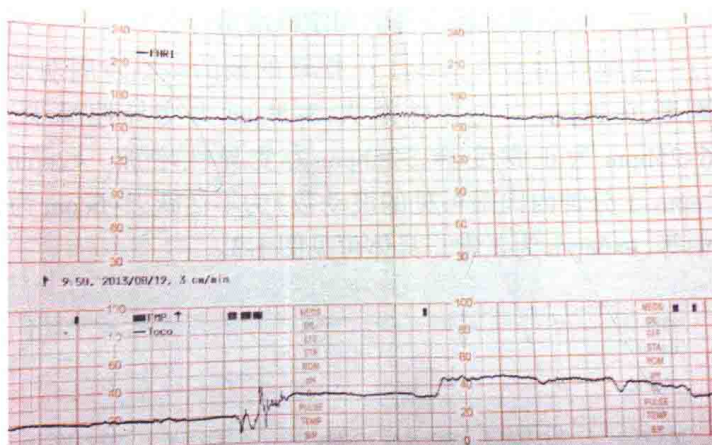


图 1-2

虑胎盘早剥不能除外,当天上午 10:30 急诊行剖宫取子术,切开子宫下段后,先娩出一凝血块,6cm×5cm×3cm,之后破膜,羊水清,顺娩一活男婴,1 分钟评 8 分(呼吸及张力各减 1 分,予正压通气,3 分钟行气管插管,5 分钟评 8 分,10 分钟评 10 分,转儿科)。台下检查胎盘见胎盘母体面局灶压迹 6cm×5cm,左侧宫角及子宫后壁可见紫蓝色瘀斑。手术顺利,宫缩可。



诊治经验与点评

一、胎心率基线变异性有何临床意义?

胎心率基线变异性能反映出正常的中枢神经系统功能,是胎儿预后的最好预测指标。变异性减少/消失可见于胎儿缺氧/酸血症、胎儿睡眠周期、早产(<32 周)、胎儿先天中枢神经系统异常、应用药物(神经系统抑制剂、抗胆碱能药物/抗副交感药物、皮质激素)。变异性增加则多见于脐带受压。本例患者自入院后持续监护一直显示基线平直,变异性减少,同时伴有阴道流血和下腹痛,提示胎盘功能下降,需尽早终止妊娠。术中发现为显性胎盘早剥所致,更加证实了之前的判断。

二、胎心率基线变异的判定标准是什么？

可根据胎心率基线上下摆动的波的振幅及周期来判断,0~2bpm 为变异性消失,3~5bpm 为变异性减少,6~25bpm 为正常变异,>25bpm 为变异性增加。<2cpm (cpm:1 分钟内肉眼可见的波动数) 为不活跃,2~6cpm 为中等,≥6cpm 为正常。具体可见图 1-3。

振幅 (bpm)	大	小	大	小	无
零交叉 (bpm)	多	多	少	少	无
波形特点	锯齿状明显	锯齿波小	锯齿波小	波少而平	静止状态
胎儿状态	健康儿	健康儿睡眠状态	可疑胎窘	胎儿窘迫	预后不良



图 1-3

病例 2

33 岁, G₁P₀, 宫内孕 41 周, 孕期平顺, 入院待产。末次 B 超 (39 周): 估重 3554~3854g, AFI 12cm, 5 月 21 日 (孕 41 周) 16:00 予普贝生引产, 5 月 22 日 3:30AM 因出现两次胎心减速 (图 1-4), 取出普贝生, 之后胎心监护正常。

5 月 22 日 8:30AM 行催产素点滴引产, 下午 17:00 未临产, 停催产素。5 月 23 日 8:30AM 再予催产素引产, 10:30AM 强直宫缩后出现胎心减速, 最低 80bpm, 持续 2.5 分钟 (图 1-5), 立即停用催产素, 之后胎心变异及加速正常。10:50AM 查宫颈消 80%, 靠后, 容指, 先露 S-2。

10:50AM 行人工破膜, 羊水清, 量中, 12:30 因宫缩弱、频率低再予小剂量催产素点滴, 13:25 再次出现强直宫缩伴胎心延长减速, 最低 80bpm, 持续 3 分多钟 (图 1-6), 立即停用催产素, 之后胎心恢复正常, 变异及加速正常。

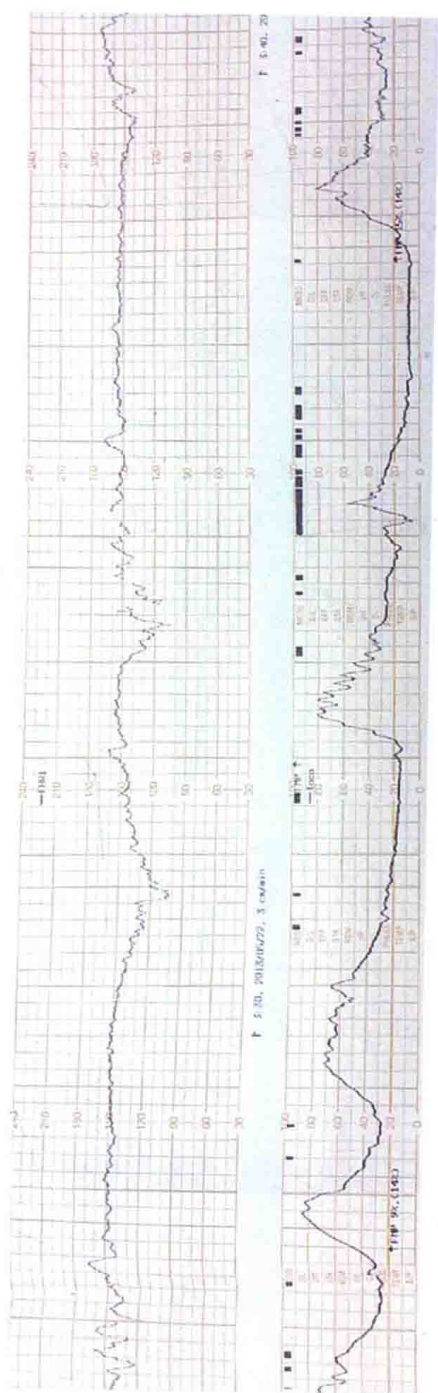


图 1-4