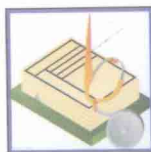


▶ 常见病诊疗思维丛书



产科疾病

病例解析

主编 刘志芬 彭伟 张浩 刘迎军



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

产科疾病 病例解析

主编 王卫华 副主编 李 颖 李 静 李 娜 李 娜



产科疾病病例解析

主编 刘志芬 彭伟 张洁 刘迎军

第二军医大学出版社

内 容 简 介

本书以产科常见的病例为引子,选用医生自己医治的典型病例,在真实性、实用性、科学性的基础上,从病例介绍、检查、诊断思维、治疗、病例讨论与分析等几个方面分别详细阐述。

图书在版编目(CIP)数据

产科疾病病例解析/刘志芬等主编. —上海:第二军医大学出版社,2011.2

ISBN 978-7-5481-0169-7

I. ①产… II. ①刘… III. ①产科病—病案—分析
IV. ①714

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 016875 号

出 版 人 陆小新
责任编辑 李睿旻

产科疾病病例解析

主编 刘志芬 彭 伟 张 洁 刘迎军

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

电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

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:10.75 字数:276 千字

2011 年 2 月第 1 版 2011 年 2 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0169-7/R·974

定价:26.00 元

编委会名单

主 编 刘志芬 彭 伟 张 洁 刘迎军

副主编 李加庆 李会敏 高晓莉 魏文华

逢中琴

编 委 王忠叶 宋晓辉 李季滨 徐祇兰

尚 清 童重新 丁占平 张靖霄

李 利 张 晖 张惠欣 张莉华

武菁菁 赵秀娟 王振霞 王鹏程

朱卫东 黄传玉 宋 军 宫爱华

吕文刚 庄秀峰 庄丽丽

前 言

对于刚刚步入临床工作的医生,如何有效地将在学校所学的医学基础理论与临床实践相结合,尽快提高临床思维能力、分析与解决问题的能力,这是成长为一名好医生的关键。临床思维能力,即形象思维与逻辑思维能力,是指运用理论课所学的基础知识融会贯通于临床实践中,对具体临床现象进行思路清晰、合乎逻辑的分析和思考,最后作出符合实际的判断与决策。这种能力是临床医生独立解决临床问题的基本保障。为了便于医生在临床工作中更好地加强理论与实践的联系,启发与培养初级医生临床思维能力、分析与解决问题的能力目的,本书以产科常见的病例为引子,选用医生自己医治的典型病例,在真实性、实用性、科学性的基础上,从病例介绍、检查、诊断思维、治疗、病例讨论与分析等几个方面分别详细阐述。

本书的编写特色:

1. 以真实病例为基础,展现该疾病的发展过程,联系该疾病的基础知识,指出临床诊断思路,阐述治疗过程。
2. 所选择病例均为多发病、常见病,不包罗万象,但均具有代表性。

本书旨在通过典型的病例,用层层分析的方法,做广泛深入地讨论,并将与之相关的临床和基础问题进行横向联系,理论与实际相结合,使年轻医生和医学生能从中学习到临床逻辑思维方法,使读者领悟正确诊断及治疗结果

的由来,提高分析判断的能力。为了避免医生单纯依靠先进的医疗实备检查结果而轻易地作出诊断,特别强调所有医生均应认真采集病史、全面系统地进行检查和综合分析,从而减少或避免诊疗工作的片面性。本书是年轻的临床医生、医学生提高临床诊疗技术的良师益友,对成功地培养理论联系实践、临床思维能力强的临床医生将大有裨益。

作者为产科领域从事多年临床工作、经验丰富的专家教授,他们有长期临床实践与现代理论相结合的优势。全书内容生动、鲜活,重点突出,实用性强。适合于广大妇产科医生和医学院校学生参阅。

由于时间仓促,不足之处在所难免,请广大读者批评指正。

编 者

2010年10月

目 录

第一章 妊娠时限异常	(1)
第一节 自然流产	(1)
第二节 早产	(12)
第三节 过期妊娠	(18)
第二章 妊娠特有疾病	(24)
第一节 妊娠期高血压综合征	(24)
第二节 妊娠期肝内胆汁瘀积症	(36)
第三节 妊娠剧吐	(41)
第四节 异位妊娠	(50)
第三章 妊娠晚期出血	(67)
第一节 胎盘早剥	(67)
第二节 前置胎盘	(78)
第四章 多胎妊娠与巨大儿	(86)
第一节 多胎妊娠	(86)
第二节 巨大儿	(93)
第五章 羊水量异常	(98)
第一节 羊水过多	(98)
第二节 羊水过少	(103)
第六章 胎儿发育异常及死胎	(110)
第一节 胎儿生长受限	(110)
第二节 胎儿先天畸形	(115)
第三节 死胎	(118)
第七章 胎儿窘迫及胎膜早破	(124)
第一节 胎儿窘迫	(124)

第二节	胎膜早破	(129)
第八章	妊娠合并内科疾病	(140)
第一节	心脏病	(140)
第二节	急性病毒性肝炎	(146)
第三节	糖尿病	(153)
第四节	急性脂肪肝	(158)
第五节	急性肾盂肾炎	(168)
第六节	肾病综合征	(172)
第七节	慢性肾炎	(176)
第八节	甲状腺功能亢进	(180)
第九节	甲状腺功能减退	(186)
第十节	肺结核	(189)
第十一节	贫血	(193)
第十二节	特发性血小板减少性紫癜	(205)
第十三节	妊娠合并系统性红斑狼疮	(210)
第九章	妊娠合并外科疾病	(215)
第一节	妊娠合并急性阑尾炎	(215)
第二节	妊娠合并急性胆囊炎	(218)
第三节	妊娠合并肠梗阻	(223)
第十章	妊娠合并性传播疾病	(229)
第一节	淋病	(229)
第二节	梅毒	(232)
第三节	巨细胞病毒感染	(238)
第四节	妊娠合并尖锐湿疣	(242)
第五节	支原体感染	(246)
第六节	人类免疫缺陷病毒感染	(250)
第十一章	母儿血型不合	(259)
第十二章	异常分娩	(267)
第一节	产力异常	(267)

第二节	产道异常	(273)
第三节	胎位异常	(279)
第十三章	分娩期并发症	(288)
第一节	产后出血	(288)
第二节	羊水栓塞	(295)
第三节	子宫破裂	(301)
第四节	脐带异常	(307)
第五节	子宫内翻	(311)
第十四章	异常产褥	(316)
第一节	产褥感染	(316)
第二节	晚期产后出血	(321)
第三节	产褥期抑郁症	(325)
第四节	产褥中暑	(328)

第一章 妊娠时限异常

第一节 自然流产

【病例介绍】

患者,女性,29岁。因停经65天,阴道持续流血10天,发热1天入院。患者平素月经规律,末次正常月经2006年1月18日。10天前劳累后出现阴道流血,开始量少,1天后阴道流血较正常月经多2~3倍,有大血块,可见肉样组织排出,伴腰背酸痛、阵发性下腹痛,无恶心、呕吐,持续至今。停经47天B超检查示宫内可见孕囊约0.9 cm×1.2 cm,可见胎心搏动。抗炎、止血治疗后上述症状不缓解。1天前体温38.8℃,下腹痛为持续性,遂来我院诊治。

1. 婚育史及既往史 26岁结婚,孕₃产₀,1年半前及1年前分别于停经50多天时自然流产,多在劳累后发生。既往体健。

2. 体格检查 温度(T): 38.5℃,脉搏(P): 98次/分,呼吸(R): 23次/分,血压(BP): 100/60 mmHg,神志清,心肺未见异常。下腹压痛、反跳痛、肌紧张,未触及包块,叩鼓音,无移动性浊音,肠鸣音弱。阴道检查:已婚未产外阴,阴道畅,有血块,宫颈外口松,有血流出,颈管内有组织堵塞于其内,宫颈举、摆痛(+),后穹窿空虚,宫体如孕40天大小,压痛明显,触诊不满意,双附件区轻压痛,触诊不满意。

3. 辅助检查 血常规:白细胞(WBC) $16 \times 10^9/L$,血红蛋白(Hb) 90 g/L,血小板(PLT) $223 \times 10^9/L$;尿常规:红细胞(RBC)(+),余未见异常;尿妊娠试验(+);凝血酶原时间16秒,白陶土

部分凝血活酶时间 38 秒;B 超检查示子宫增大约 $7.5\text{ cm}\times 6.8\text{ cm}\times 6.5\text{ cm}$,宫腔内及宫颈管内可探及高回声团块约 $1.8\text{ cm}\times 2.5\text{ cm}\times 2.0\text{ cm}$,宫腔内可探及液性暗区约 $1.2\text{ cm}\times 0.8\text{ cm}$,双附件未探及异常,提示胎物残留。

【诊断治疗过程】

一、病史特点

1. 患者已婚女性,29 岁。
2. 症状停经后阴道大量出血,伴阵发性下腹痛,排出部分肉样组织,高热 1 天。
3. 辅助检查血常规:WBC $16\times 10^9/\text{L}$,Hb 90 g/L。尿妊娠试验(+)。B 超检查:宫腔内及宫颈管内可探及高回声团块,约 $1.8\text{ cm}\times 2.5\text{ cm}\times 2.0\text{ cm}$,宫腔内可探及液性暗区约 $1.2\text{ cm}\times 0.8\text{ cm}$,双附件未探及异常。

二、诊断

1. 不全流产 患者有停经后阴道大量出血,伴阵发性下腹痛,排出部分肉样组织。阴道畅,有血块,宫颈外口松,有血流出,颈管内有组织堵塞于其内。尿妊娠试验(+).

2. 流产感染 患者有停经后阴道大量出血,伴阵发性下腹痛,未行清宫术。高热 1 天,最高 38.8°C ,下腹压痛、反跳痛、肌紧张,宫颈举、摆痛(+),宫体如孕 40 天大小,压痛明显。B 超示胎物残留。

3. 轻度失血性贫血 患者阴道大量流血近 10 天,Hb 90 g/L。

4. 习惯性流产 既往曾 2 次于相似停经月份自然流产,诱因相似。

三、住院诊治经过

入院后建立液路,备血,静滴大量抗生素的同时,用卵圆钳夹出宫颈内堵塞组织,未刮宫腔,阴道出血明显减少。继续给予大量抗生素静滴及止血治疗,3 天后体温降至正常,7 天后宫体压痛消

失,行彻底的清宫术,术后继续抗炎治疗2天,B超检查示宫腔内及双附件未见异常,刮出宫内容物病理检查示可见蜕膜组织及凝血块。支持不全流产诊断。患者阴道出血少,分泌物无异味,无腹痛,T: 36.5℃,BP: 100/65 mmHg,遂出院。

四、病例分析与讨论

1. 自然流产多数为早期流产,孕12周前发生的流产,开始时绒毛与蜕膜剥离,血窦开放,出现阴道流血。剥离的胚胎及血液刺激子宫收缩,产生阵发性下腹痛。所以早期自然流产的全过程为先出现阴道流血,而后出现腹痛。孕8~12周时胎盘绒毛发育茂盛,与底蜕膜联系较牢固,流产的妊娠物不易完全排出而部分滞留在宫腔内影响子宫收缩,致使出血量多。此患者病史典型:有停经后阴道大量流血伴阵发性下腹痛,宫颈管内有组织堵塞,尿妊娠试验(+),B超检查示胎物残留,诊断不难。但院外处理不恰当,阴道流血量多时未及时进行清宫术,致使宫腔内胎物长时间滞留,影响子宫收缩,引起子宫出血量多及宫腔感染。

2. 患者入院时,神志清,无面色苍白及口唇发绀,导尿550 ml,色淡黄,不支持失血性休克及感染中毒性休克。凝血功能检查未见异常,提示无播散性血管内凝血(DIC)发生。但患者存在流产感染,在这种情况下不宜全面刮宫腔,以免感染扩散,应在抗感染治疗的同时夹出宫腔内残留组织,待感染控制后再彻底清宫。事实证明,此患者采用以上方法治疗后,效果显著,病情好转出院。患者下腹痛开始为阵发性,体温升高后变为持续性,提示因宫缩引起的阵发性下腹痛加重为宫腔感染引起的持续性痛。

3. 患者既往曾于相似停经月份及相似诱因下自然流产,此次在相似情况下再次自然流产,可诊断习惯性流产。其原因可能有夫妇双方染色体异常;黄体功能不足;生殖器官发育异常;甲状腺功能减退;吸烟、酗酒、吸毒等不良习惯;精神紧张;接触环境中有害物质如砷、铅、苯、甲醛等,应积极寻找原因,予以纠正。

4. 患者尿常规中有RBC(+),无尿急、尿频、尿痛,腹痛位于

下腹正中,而不是一侧下腹部阵发性绞痛,可排除输尿管结石,考虑尿中红细胞为阴道出血污染尿液所致。

五、小结

1. 对于确诊早孕的患者如有停经后阴道多量流血,应尽早行清宫术,以达到止血的目的,防止阴道流血不止及宫腔感染的发生。即时尿妊娠试验(+),B超不能确定宫内孕或宫外孕时,亦可行清宫术,既能止血,又能明确诊断。

2. 对于合并流产感染的患者不宜全面搔刮宫腔,以免感染扩散,应在抗感染治疗的同时夹出宫腔内残留组织,待感染控制后再彻底清宫。如合并感染性休克者,应积极抢救休克,并注意检查凝血功能,以防DIC的发生。待病情稳定后再行清宫术,必要时切除子宫。

3. 对于习惯性流产的患者应积极查找原因。手术纠正生殖器官畸形,避免接触环境中不良因素,改正不良生活习惯,保持心情愉快,如系染色体异常不宜妊娠者应避孕。对于已妊娠者,自确诊妊娠后给予黄体支持治疗直至妊娠10周或超过以往发生流产的月份,并卧床休息,禁性生活,补充维生素E,地西洋稳定情绪。

【临床讨论与分析】

妊娠不足28周,胎儿体重不足1000g而终止妊娠者,称为流产。妊娠不足12周终止者称为早期流产。妊娠12周至不足28周终止者称为晚期流产。流产分为自然流产(spontaneous abortion)和人工流产(artificial abortion)。按自然流产的不同阶段分为先兆流产(threatened abortion)、不全流产(incomplete abortion)、难免流产(inevitable abortion)和完全流产(complete abortion)。胚胎或胎儿在子宫内死亡尚未自然排出者称为稽留流产(missed abortion)。自然流产连续3次或3次以上者称为习惯性流产(habitual abortion)。

一、病因和发病机制

(一) 病因

1. 胚胎、胎儿方面的因素 孕卵发育异常或死亡是早期流产的主要原因。卵子或精子两者的胚浆异常或不足,胚胎不能生长发育而终止。亦可能因胎盘的种植与发育异常,导致胚胎发育异常。常见流出的胚囊无胚胎,或仅有一小块不成形的胚胎。有的胚囊仅有一层羊膜,绒毛退化萎缩。而孕卵发育异常多与遗传基因缺陷、染色体数目或结构异常有关,在早期流产中占50%~60%。

2. 母体因素

(1) 生殖器官疾病:包括子宫畸形,如纵隔或斜隔子宫、单角或双角子宫、残角子宫,这些畸形都存在宫内膜发育不良等情况;子宫肌瘤和宫颈先天性或损伤性内口松弛等影响宫内结构和宫腔压力,妨碍胚胎的生长发育,易导致流产。

(2) 内分泌失调:这是流产的一个重要因素。卵子受精后黄体继续分泌雌激素与孕激素,使子宫内膜产生蜕膜改变,准备为孕卵着床种植及生长。若黄体功能不足,不能准备良好的内膜为孕卵着床种植,就可发生流产。当绒毛尚未分泌足够的雌激素与孕激素时,而黄体已衰退,也就不能维持正常的妊娠而发生流产。若滋养细胞不能及时分泌足够的激素,以补充黄体衰退过程中激素的减少,亦可致流产。其他的内分泌功能如甲状腺、肾上腺等维持正常妊娠亦很重要。甲状腺功能低落时,可以影响胚胎的发育而导致流产,或发生胚胎发育异常。

(3) 母体全身性疾病:急性传染病和各种细菌感染均直接影响子宫胎盘功能,使胎儿停止生长发育直至死亡。孕妇炎症高热、寒颤及细菌毒素导致胚胎死亡及子宫收缩,而造成流产。严重的慢性疾病如重度贫血、心力衰竭、严重营养不良等,可导致胎儿缺氧而胎死宫内致流产。慢性肾炎、慢性高血压等疾病可导致胎盘梗死或早期剥离而引起流产。精神神经因素,如突然发生意外情况,精神受较大刺激,或极度悲伤、惊恐以及自主神经功能紊乱,也

可能引起流产。

(4) 外界环境不良因素的影响：可能直接作用于胎儿的体细胞，也可能通过胎盘对胎儿造成损害，如放射性物质、病毒、高温、工作条件恶劣，重体力劳动或日夜工作劳累，过度疲乏，都可影响妊娠的维持，导致流产。又如化学物质，有机汞、镉、铅、氯丁二烯、乙烯基氨、二氧化碳、一氧化氮、乙醇中毒、吸烟等均可致胚胎发育不良而导致流产。

(5) 腹盆腔手术或炎症：如孕期卵巢输卵管手术，或胃肠等外科手术，因经历麻醉、手术操作扰动子宫收缩而流产。

(6) 免疫因素：通常胎儿与母体之间存在着复杂而特殊的免疫学关系，这种关系作为异物的胎儿不被排除，对维持胎儿在母体内的正常发育起到重要的作用；如果母儿双方免疫不相适应，就会引起母体对胎儿的排斥而导致流产。组织相容抗原(HLA)夫妻双方相同频率增加，或滋养层细胞抗原(TA)在滋养叶层与母体间相容，导致失去刺激母体产生具有保护作用的封闭抗体，而发生流产。此外，抗精子抗体、ABO血型抗原和T细胞亚群单克隆抗体异常均可引起流产。

(二) 发病机制

一般胎儿先停止发育，然后绒毛分泌的 β -HCG导致雌激素逐渐减少，蜕膜出现退行性变，坏死出血，绒毛退化与宫壁分离后，着床部位的血窦开放而有出血。开始剥离面积小，阴道出血量少而呈褐色的先兆流产阶段后，随着剥离面的扩大，阴道出血量亦增多；至全部剥离后，流产进入不可避免阶段时，可有较多的阴道流血。性激素减少后，子宫肌敏感度增高，与宫壁分离后的胚囊和绒毛与宫壁间的出血，均可刺激子宫收缩，使胚胎及其附属物完整排出宫腔，成为完全流产，阴道出血即可自然停止。这种情况只有在孕早期(6~8周)绒毛与子宫壁尚未建立牢固的关系时，易与宫壁分离，胚囊可以全部排出，然后血窦关闭，此类出血不多。但在孕8~12周，由于胎盘绒毛发育繁茂，并已深入蜕膜层，分离时不易

完整地剥离,部分胚囊留在子宫腔内,使子宫收缩不好,血窦不能关闭,即发生不全性流产,阴道出血增多,须协助将胚囊或胎盘取出,方能停止出血。若胎死日久,胎盘组织机化,而与子宫壁紧密相连,不易剥离;或因先兆流产时,绒毛与蜕膜间逐渐血液浸透,羊水被吸收;胎囊被凝固的血块包围,机化变硬,稽留于宫腔内不易排出。加之雌激素的不足使子宫收缩力降低,加重了机化组织和血块的剥离及排出的困难。若稽留在宫腔内达2个月以上而未排出,即发生过期流产(又称稽留性流产)。因死胎及胎盘组织的坏死机化,所释放出的组织凝血活酶进入母体循环后,可消耗孕母的血小板,使纤维蛋白原变成纤维蛋白,并激活纤溶系统,使血中纤维蛋白降解产物(FDP)增加。妊娠产物稽留在子宫内的时间越长,所释放的凝血活酶则越多,纤维蛋白与血小板的减少也越明显,流产时阴道的出血量也就越多。

二、临床表现

1. 生育年龄妇女,既往月经规律,若有停经史,出现早孕反应,妇科检查子宫增大,尿妊娠试验阳性应诊断为妊娠。

2. 停经后阴道流血、下腹坠痛、腰骶酸痛,要考虑流产的可能。各类流产有各自的临床特征:

(1) 先兆流产:是流产的最早阶段。妊娠28周前出现阴道少量流血,淋漓不断,色暗红或淡红,或仅为少量血性分泌物;伴或不伴轻度腹痛、下坠和腰酸。妇科检查:子宫大小与停经月份相符合,宫口未开。妊娠试验阳性,B超检查胚胎存活,经休息和治疗,症状消失,仍可继续妊娠。

(2) 难免流产:流产已不可避免,阴道流血增多超过月经量,阵发性下腹痛加剧,腰痛加剧。子宫口已开大,或胎膜已破。妇科检查可见胚胎组织堵塞子宫颈口,子宫大小与停经周数相符或略小。妊娠试验阴性或阳性,B超检查可见宫腔或宫颈内有部分胚胎组织。

(3) 不全流产:多在难免流产的基础上发展而成。部分胚胎