

全国高等医药院校配套教材

供 临 床 医 学 类 专 业 用

妇产科临床教学 查房病案精选

—实习医师必读

主 编 乐 杰

副主编 冯丽华 张树荣



人民卫生出版社

全国高等医药院校配套教材

供临床医学类专业用

妇产科临床教学查房病案精选

—实习医师必读

主 编 乐 杰

副主编 冯丽华 张树荣

编 者 (按姓氏笔画排列)

王绍娟	安立彬	丛云凤	乐 杰
乐晓妮	冯丽华	付 艳	李 成
李春爱	李春洪	李慕军	李晓文
何 冰	何 津	周吉海	岳 瑛
张树荣	张学勤	胡 颖	高 竞
韩淑梅	葛 峰	谢铁男	温 岩
谭季春			

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科临床教学查房病案精选—实习医师必读/乐杰
主编. —北京:人民卫生出版社,2003.6

ISBN 7-117-05554-5

I. 妇… II. 乐… III. 妇产科病—病案—分析
IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 044473 号

妇产科临床教学查房病案精选 —实习医师必读

主 编: 乐 杰

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京人卫印刷厂(富华)

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 21.25

字 数: 482 千字

版 次: 2003 年 7 月第 1 版 2003 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05554-5/R·5555

定 价: 28.00 元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

妇产科学是医学生必读的、主干临床课程,分为理论讲授和临床实习两阶段。医学生学完妇产科学理论知识后,就要进入到临床实习阶段,成为一名实习医师。实习医师在上级医师的指导下,参加妇产科临床诊疗工作。实习医师从开始接触病人到能够作出诊断是个思维过程,要善于掌握正确的临床思维方法。医师必须提高临床诊断的思维能力,深入探讨临床思维过程,这有益于掌握正确的临床思维方法,能够大大减少误诊和误治,从而不断提高临床诊治水平。为此目的,本书第一章专门介绍了“初步诊断及临床诊断的思维方式,”更具体地介绍了“妇产科的临床思维特点”,相信这些内容对实习医师会大有裨益。

由于理论课是以病为主线的纵向学习,为的是系统化,进入临床实际接触病人时则是以症为主线的横向联系。为此,本书第二章详细介绍了“妇科常见临床症状”,为的是让刚参加到医师行列的实习医师能够尽快进入角色。

本书第三、四、五、六章以极大篇幅介绍 112 份病案讨论资料。通过对临床病案的分析,能更深刻地提高临床思维水平,也为的是理论联系实际,使实习医师学会分析病情,解决诊治中的难点,自觉地贯彻理论与实践相结合的原则,认真实习,以便成为一名合格的妇产科医师。相信这 4 部分内容会大大提高实习医师分析病情和对病情的综合判断能力。

本书第七章内容的目的是让实习医师深深感到,在临床医疗诊治过程中,必须认真贯彻我国“预防为主,依靠科学进步,动员全社会参与,中西医并重,为人民健康服务”的卫生工作方针和《中华人民共和国母婴保健法》,善于在为病人服务中学习,在服务过程中学好本领,再用学好的本领服务于病人。

本书的另一些特点,重视英文妇产科专有名词在各个病案中不断出现以加深印象;有妇产科常用英文缩写;有妇产科专用术语英中文对照。药物名称均以药典规定的名称为准;实验室检测项目均采用法定计量单位,血压用毫米汞柱;标记检测项目正常值(或称参考值),……。让实习医师步入临床诊疗工作开始,就应该做到一切规范化。

本书主编认为,将人民卫生出版社出版的《妇产科学》教材、妇产科复习考试指南、妇产科实习手册和本书在一起配套,足以为五年制、六年制、七年制医学生提供良好的学习资料。尽管本书的读者对象主要是实习医师,由于有相当数量的疑难病例和少见病例,对妇产科医师、进修医师也会有所启发和帮助。

本书在人民卫生出版社有关编辑的策划下,共有 10 所医疗单位参与了编

写,尤其是在编写过程中得到吉林大学第一医院领导的大力支持,使本书得以顺利出版,表示诚挚谢意。由于编写人员较多,文笔不尽相同,尽管主编作了文字修饰,难免仍有不妥之处,殷切希望读者们提出,以便及时纠正改进。

主编 乐 杰

于吉林大学

2003年2月

目 录

第一章 临床思维.....	(1)
第二章 妇科临床常见症状	(10)
第一节 外阴瘙痒	(10)
第二节 异常白带	(14)
第三节 阴道流血	(18)
第四节 急性下腹痛	(21)
[附] 慢性下腹痛	(24)
第五节 下腹部肿块	(25)
第三章 妇产科临床教学查房病案讨论	(30)
第一节 产科篇	(30)
病案 1 宫颈妊娠	(30)
病案 2 腹腔妊娠	(32)
病案 3 残角子宫妊娠	(34)
病案 4 宫内妊娠、输卵管妊娠并存	(36)
病案 5 重度妊娠高血压综合征—子痫	(38)
病案 6 重度妊娠高血压综合征合并腹水	(41)
病案 7 葡萄胎、重度妊娠高血压综合征、急性肾功能衰竭	(44)
病案 8 重度妊高征并发脑出血	(46)
病案 9 妊娠剧吐并发 Wernicke 脑病	(48)
病案 10 联体双胎	(51)
病案 11 药物流产	(53)
病案 12 药物流产致输卵管妊娠破裂	(56)
病案 13 稽留流产	(59)
病案 14 胎盘早剥子宫卒中	(61)
病案 15 早产	(64)
病案 16 过期妊娠伴胎儿窘迫	(66)
病案 17 羊水过多	(68)
病案 18 肩难产	(70)
病案 19 四胎妊娠、重度妊娠高血压综合征	(73)
病案 20 完全性前置胎盘	(76)
病案 21 胎膜早破	(78)

病案 22	妊娠合并风湿性心脏病	(81)
病案 23	妊娠合并先天性心脏病	(84)
病案 24	妊娠期糖尿病	(86)
病案 25	妊娠合并尖锐湿疣	(88)
病案 26	妊娠合并急性阑尾炎	(91)
病案 27	妊娠合并系统性红斑狼疮	(94)
病案 28	持续性枕后位	(97)
病案 29	缩宫素使用不当导致子宫破裂	(99)
病案 30	脐带脱垂	(102)
病案 31	新生儿窒息	(104)
病案 32	会阴Ⅳ度裂伤	(107)
病案 33	急性子宫内翻	(109)
病案 34	产褥中暑	(111)
第二节	妇科篇	(113)
病案 1	阴道炎症	(113)
病案 2	VCE 取材、TBS 报告诊断妇科恶性肿瘤	(116)
病案 3	宫颈糜烂	(118)
病案 4	阴道平滑肌瘤	(121)
病案 5	子宫肌瘤致阴道前壁血管破裂大出血	(122)
病案 6	巨大子宫粘膜下肌瘤	(124)
病案 7	巨大宫颈肌瘤	(126)
病案 8	子宫肉瘤合并感染	(128)
病案 9	卵巢囊肿蒂扭转伴感染性休克	(130)
病案 10	卵巢甲状腺肿	(133)
病案 11	巨大卵巢冠囊肿	(135)
病案 12	侵蚀性葡萄胎	(137)
病案 13	绒毛膜癌致反复多发脑出血	(139)
病案 14	原发性痛经	(141)
病案 15	经前期综合征	(143)
病案 16	高催乳激素血症—闭经溢乳综合征	(145)
病案 17	多囊卵巢综合征	(147)
病案 18	围绝经期综合征	(150)
病案 19	女性同性性早熟	(152)
病案 20	盆腔静脉曲张血综合征	(154)
病案 21	子宫托倒置、嵌顿感染	(156)
病案 22	青春期无排卵性功能失调性子宫出血	(158)
病案 23	子宫腺肌病	(161)
病案 24	子宫穿孔	(164)

第四章 临床病案讨论	(167)
第一节 产科篇	(167)
病案 1 妊娠高血压综合征性心脏病	(167)
病案 2 产前子痫并发高血压脑病	(170)
病案 3 重度妊高征合并胎儿畸形、巨大胎盘	(173)
病案 4 卵巢妊娠	(175)
病案 5 子宫角妊娠	(177)
病案 6 双胎中一胎儿死亡	(179)
病案 7 双胎输血综合征	(181)
病案 8 宫内妊娠合并双侧输卵管妊娠	(184)
病案 9 宫颈妊娠合并输卵管妊娠	(186)
病案 10 羊水过少并发胎儿畸形	(188)
病案 11 妊娠合并子宫肌瘤红色变性	(190)
病案 12 妊娠合并肠梗阻	(192)
病案 13 妊娠合并巨大肾积水及输尿管畸形	(195)
病案 14 妊娠合并急性肝炎	(197)
病案 15 妊娠合并卵巢支持-间质细胞瘤	(200)
病案 16 胎儿生长受限	(203)
病案 17 先兆子宫破裂	(206)
病案 18 原发性子宫收缩乏力	(208)
病案 19 慢性胎儿窘迫	(210)
病案 20 前置血管破裂	(213)
病案 21 瘢痕子宫再分娩	(215)
病案 22 胎儿腹裂畸形	(217)
病案 23 胎儿水囊状淋巴管瘤	(220)
病案 24 中期妊娠引产胎盘植入	(222)
病案 25 羊水栓塞、产后大出血	(224)
病案 26 剖宫产术后晚期产后出血	(227)
病案 27 阴式子宫切除术后早期异位妊娠	(229)
病案 28 宫颈内口关闭不全	(231)
病案 29 卵巢过度刺激综合征同时合并宫内、宫外妊娠	(232)
第二节 妇科篇	(234)
病案 1 盆腔包块	(234)
病案 2 卵巢囊肿蒂扭转	(237)
病案 3 阑尾粘液性囊肿破裂致腹膜粘液瘤	(239)
病案 4 腹膜恶性间皮瘤	(241)
病案 5 残角子宫致痛经进行性加重	(243)
病案 6 腹部卒中	(246)

病案 7 妇科手术后应激性溃疡	(248)
病案 8 卵巢内胚窦瘤	(250)
病案 9 盆腔脓肿介入治疗	(253)
第五章 临床病理讨论	(256)
第一节 产科篇	(256)
病案 1 妊娠合并宫颈癌	(256)
病案 2 妊娠急性脂肪肝	(258)
第二节 妇科篇	(262)
病案 1 绝经过渡期无排卵性功能失调性子宫出血	(262)
病案 2 原发性子宫内膜鳞状细胞癌	(264)
病案 3 卵巢冠囊肿扭转	(266)
病案 4 卵巢未成熟性畸胎瘤	(268)
病案 5 卵巢无性细胞瘤	(270)
病案 6 卵巢原发性非妊娠性绒毛膜癌	(273)
病案 7 原发性输卵管癌	(275)
第六章 误诊病案分析	(279)
第一节 产科篇	(279)
病案 1 输卵管间质部妊娠	(279)
病案 2 单胎骶尾部畸胎瘤	(280)
第二节 妇科篇	(282)
病案 1 子宫内膜息肉	(282)
病案 2 宫颈粘连	(285)
病案 3 输卵管积水扭转	(287)
病案 4 绒毛膜癌	(289)
病案 5 卵巢子宫内膜异位囊肿	(291)
第七章 部分产科述评及心理咨询文章	(294)
产科质量与母婴安全	(294)
产科特异感染及监测	(297)
产科合理用药与母婴安全	(300)
积极防治妊娠并发症	(303)
妇科癌症病人心理精神咨询和康复探讨	(307)
[附 1] 本书女性人体检验新旧参考值及换算因数表	(310)
[附 2] 本书所用药物名称对照	(315)
[附 3] 妇产科常用英文缩写	(318)
[附 4] 妇产科常用术语英中文对照	(322)

第一章 临床思维

一、初步诊断及临床诊断的思维方式

(一) 初步诊断三阶段

作出初步的诊断需要经历 3 个阶段,即搜集临床资料;整理临床资料后做出初步诊断;经过临床实际验证后最终确诊。搜集、整理、验证 3 个阶段构成一个完整的诊断思维过程。搜集包含整理和分析的因素;整理能够找出进一步搜集的线索;验证则是更深入地搜集、整理和分析临床资料的过程。

搜集临床资料,应该主动引导病人叙述病情,避免任何形式的暗示。采集病史是开端,也是医师临床思维的起点。收集到全面、真实的病史是做出初步诊断的重要依据。全面的病史资料至少包括病症、病程和病情三要素。一是病症,询问病症一定要真实,分清病症主次,为初步诊断提供比较充分的资料。二是病程,病史资料有时间性,采集病史应搞清病程的连续性、阶段性,重视对既往史的仔细询问,并与现病史有机联系起来。三是病情,病情轻重、发病缓急、典型症状有无,对形成初步诊断具有重要意义。

必须着重指出,有价值的阳性、典型体征是形成初步诊断重要的客观依据,能够弥补病人主诉的不足,进一步发现病人自己未能察觉到的有意义的临床资料。在进行查体时,必须注意去发现主要体征和相关体征,发现阳性体征可以作为初步诊断的重要正面依据,也要重视有意义的阴性体征,可以作为疾病鉴别的重要资料。此时的思维方法是,既要重视发现显性体征,也要重视发现并不明显的隐性体征,这就要求医师做到认真查体,万万不可将重要的显性体征遗漏。

实验室检查,无论是常规项目的检查(如血、尿、便、痰常规等),还是特殊项目的检查(如心电图、B 型超声检查、肝肾功能检查、血生化检查、内镜检查等),这些资料均是形成初步诊断的重要辅助手段。需要进行哪些项目的实验室检查,应该根据对病人的充分了解并做出初步诊断后加以选择。选择的实验室检查项目必须要有明确的目的性,应该选择简单的、无损伤或损伤较轻的检查方法。这既与医师的专业知识水平、临床实践经验是否丰富有关,也与医师的临床思维密切相关。实验室检查获得的结果,应该以辨证的观点,既要重视其重要作用,又不能单凭实验室检查结果作为确诊依据,因为实验室检查项目确实有其局限性。

通过详细采集病史,认真细致查体以及进行必要的实验室检查项目,通常能够搜集到许多病症、病程和病情资料。应该认识到,病史是打开初步诊断的钥匙,查体是发现阳性体征和必要的阴性体征的基本方法,实验室检查是进行辅助诊断不可缺少的手段。病史、查体、实验室检查三者资料综合在一起,为做出初步诊断提供极有价值的资料。

由于疾病的发展过程及转归有明显的个体差异性以及不易获得完整、全面的临床资

料的弊病,致使医师的临床医疗诊治经验在临床思维过程中占有相当重要的地位。可以认为一位医师的临床经验是否丰富,对其临床思维能力有着明显的影响。

(二) 诊断疾病的思维方式

医师从开始接触病人至能够作出临床诊断是个连续的思维过程,都是要通过病史、查体和实验室检查并进行分析综合之后才能得出初步诊断的。以后通过进一步搜集资料、观察病情变化,鉴别排除、试验性治疗,形成临床诊断。临床诊断的最终验证是否正确,还需通过手术或病理组织学检查。不少情况临床诊断与病理检查结果相距甚远。为了使诊断疾病的思维方式符合病情实际,应重视以下4个问题。

1. 误诊问题 误诊在临床上不少见,追究其原因,与业务能力、技术水平固然有关,临床思维方式也很重要。必须懂得,病症、病情典型,不一定是该病,病症与病情并不典型,却有可能是该病的情况,在临床上常会遇到。临床医师应该不断提高对疾病复杂性的认识能力,使之尽快地抓住该疾病的本质。应该说,确实也有主观因素,诸如思维偏离和狭隘,属于思维惯性。对病症、病情极其复杂的病例,需要的是全面采集病史,仔细分辨病程,做不到这些,就会表现出思维模糊。临床医师有医疗经验是宝贵的,但运用经验时,不能强调过分,否则会表现思维僵化。对在数所医院就诊不能确定诊断的病例,应该考虑考虑罕见病的可能。传统的思维方式是首先考虑常见病,最后考虑罕见病,这一点必须记住。本书介绍的病例,不少体现出这一点。

2. 重视区分是一种疾病还是两种或两种以上疾病 传统的思维方式总是要求尽可能用一种疾病或一种疾病系列(原发病出现并发病)来说明病人的全部病症、病程和病情。必须指出,虽然病人同时患两种疾病或两种疾病系列可能性的概率是较小的,但医学实践证明,临床上确实存在同时患两种疾病的可能性。例如本书介绍一例子宫内膜癌合并多原发卵巢内膜样癌就是明证,多原性恶性肿瘤就是同一病人单个或多个器官同时或先后发生两个或两个以上原发癌。从该病例体会到对老年妇女的疾病要重视用多个疾病去解释。需知诊断是一种疾病抑或是多种疾病,关键在于一定要从具体病人的实际出发,重视区分的思维方式,避免漏诊和误诊。

3. 重视分清原发病和继发病 当病人患两种疾病时,必须分清哪种疾病是原发疾病,哪种疾病是继发疾病,还是两种疾病是并存的。因为原发疾病常常会影响继发疾病,本书介绍绒毛膜癌原发灶在子宫,发现时已发生脑转移,必须找出原发病,治疗才能有的放矢,治疗才能有效,这也是确立治疗决策的关键所在。

4. 必须清楚病症是器质性抑或是功能性 妇科疾病中属于功能性疾病确实不少,万万不能将器质性疾病错误地认为是功能性疾病,更不能将功能性疾病误诊为器质性疾病。必须指出,功能性疾病虽然找不出器质性病变,例如月经失调,但是确实存在神经内分泌方面的功能异常,同样给病人带来不少痛苦。诊断时必须分清疾病的性质。

(三) 临床诊断思维的三个基本原则

临床诊断是医师对病人所患疾病经过病史、查体和实验室检查后作出的判断性意见。诊是诊察,断是判断,必须通过诊察才能作出判断,做出临床诊断是个相当复杂的认识过程。诊断疾病的全过程又是分析与综合相结合的思维过程,这就要求医师不仅要有必需的医学专业理论知识,还必须要有尽可能丰富的临床实践经验和较强的临床思维能力。

从思维方法讲,要灵活敏捷,分析病情要合乎逻辑,通过实践—认识—再实践—再认识的多次在临床反复验证,使之能尽可能地接近疾病的客观实际。我们认为,临床诊断思维必须遵循以下三个基本原则:第一,由于临床诊断思维的对象是活生生、有生命的病人,又由于同一种疾病在不同病人身上可以有明显不同的临床表现,而不同疾病在不同病人身上又会有几乎相同的临床表现,即使是相同症状在不同病人身上还会有典型、比较典型、不太典型与不典型的差别。由此可见,做出临床诊断时一定要根据具体情况,进行具体分析,这一点正是临床思维的要害和本质。第二,人体患病所出现的临床表现绝不是孤立的,某个局部症状的出现常会引起人体脏器的功能改变,因而医师在诊断疾病时,既要重视病变的局部,又要重视所引起的全身反应,而且更应该重视病情的演变。第三,在临床诊断过程中,自始至终必须坚持“医疗实践第一”的原则,因为临床诊断来源于医疗实践,临床诊断思维自然离不开医疗实践。由于在实践过程中不可避免地会受到医师主观思维的影响,加之疾病本质的显现也要有个过程,可是医师又不可能无限期地等待疾病本质充分暴露时再做临床诊断,可以认为“医疗实践是检验临床诊断的重要环节”。因而,临床诊断思维必须始终坚持理论联系实践并互相结合、医疗实践第一的原则。通过医疗实践—认识—医疗再实践—再认识的多次反复和验证,使之最终能尽可能地接近疾病的客观实际和本质。

(四) 临床诊断要求做到“早期”、“综合”和“个体化”

临床诊断要求做到早期诊断、综合诊断和个体化诊断。

早期诊断:对一般性疾病,有了早期临床诊断,才有可能早期治疗。病情简单的病人,根据病史、病症、体征和实验室检查结果,可以早期得到确诊。但病情复杂的病人或症状不典型的病人;由于病史复杂或不清,体征不典型或不明显,实验室检查又不特异,很难迅即做出正确诊断,常常需要经过短时期的临床观察或进行试验性治疗,才能在临床上做出初步诊断。初步诊断做出之后,又必须在医疗实践过程中不断验证初步诊断是否正确,并能做到及时补充或更正初步诊断,使初步诊断更切合实际,再做出临床诊断,直至最后确诊,使病情复杂的病人,也能做到尽可能的早期诊断。

综合诊断:临床诊断应做到全面、完整,应该包括病因诊断、病理形态诊断和病理生理诊断三个方面。由于病因诊断属于阐述疾病的基本性质,应该放在诊断的首位。例如念珠菌性阴道炎、结核性盆腔包裹性积液等。念珠菌性、结核性均为病因诊断,应列在诊断的最前面。病理形态诊断是指病变部位、范围、性质,应放在初步诊断的第二位。例如阴道炎、盆腔包裹性积液等。病理生理诊断阐明疾病引起的功能改变,应放在诊断的第三位,上述两种疾病,没有病理生理诊断,可见不一定每个病人均有这方面的诊断。

个体化诊断:概括地讲,病人所患疾病的表现,既可以是同病异症,也可以是异病同症。医师在考虑疾病的诊断时,不应只看见“病”而看不见“人”,也就是必须强调诊断的个体化。临床医学的一个重要特点,就是同一疾病经过医师的反复诊断,绝不是单纯的重复,而是在不同病情下一次又一次的临床实践,只有做好个体化的诊断,医师在临床实践中才会得到极大、极快的提高。在临床实践活动中,更多的医疗实践可以丰富临床经验,细致观察病情可以及早发现问题,掌握疾病的变化规律。可见临床诊断强调个体化是必要的。

(五) 四种诊断方法的评价

通过病人的临床表现去诊断疾病,其诊断方法概括起来有4种,即类比诊断法、筛选诊断法、排除诊断法和试验治疗诊断法。

类比诊断法:根据病人的病史、查体和实验室检查结果,医师结合自己已有的医学专业理论知识和临床经验,判断病人的临床表现与哪种疾病的临床表现相同或相似,与哪种疾病的临床表现不相同或不相似。本书是以病案分析为主要内容,其中的“临床讨论”部分常常采用类比诊断法,在临床上应用类比诊断法是广泛的。运用类比诊断法的过程中,医师需要进行横向、纵向、纵横交错以及在病程全过程进行类比。类比诊断法不仅用于临床表现比较典型的病例,也用于病情复杂不典型的病例。类比诊断法是临床诊断的一种基本逻辑思维方法。类比诊断法的客观基础是事物间的同一性和差异性,事物的同一性提供给进行类比的主要依据,而事物的差异性则使类比诊断的结论受到一定的限制,因为无论多么相似的两例病人之间,总会找到差异性,所以运用类比诊断法所得到的疾病诊断,并不一定都正确,可能绝大多数是正确的,一小部分是不正确的,临床上的误诊,追究其根本原因,就在于类比诊断法的依据不够充分,从而使确诊疾病的准确性受到限制。临床经验越丰富的医师会尽量寻求病例中的相似病症,越多地找到相似的病症,确诊的准确率就越大,所以一定要尽最大努力去克服类比诊断法的局限性,务必要从相似当中寻找到差异点,考虑多种可能性,以求得诊断尽可能正确。

筛选诊断法:筛选诊断法是诊断疑难疾病常用的方法,依据病人的主要病症,对可能性比较大的几种疾病,运用逻辑推理方法从错综复杂的病症中理出头绪进行筛选,找出关键依据,得出假想诊断,为确诊打下基础。需知筛选应是既有筛又有选,而且应以选为主;既有弃又有留,而且应以留为主;既有否定又有肯定,而且应以肯定为主。筛选诊断法虽然也是以疾病的同一性和差异性为客观基础,但更偏重疾病差异性一面,不同于类比诊断法更偏重疾病同一性一面。筛选诊断法运用不同疾病之间的特征性差异,来肯定某种疾病存在抑或不可能存在。必须指出,筛选诊断法受收集的临床资料限制,受临床资料真实性限制,会直接影响筛选诊断的准确程度,更会受到医师本人学识深浅、临床经验多少、思维方法是否得当的影响。可以认为,筛选诊断法是从否定到肯定的直接诊断方法。本书的目的之一,就是要通过实际病例分析,提高医师运用筛选诊断法的能力。

排除诊断法:排除诊断法的特点是以否定方式对临床表现的某些病症从反面加以论证,并逐一排除某些疾病存在的可能性,当只剩下一、二种疾病不能再排除时,这剩下的一、二种疾病就可能是该病人所患的疾病。可以认为,排除诊断法是从否定到肯定的间接诊断方法,适用于所患疾病目前仍然不具备特异性诊断依据。可见排除诊断法也是一种主要的诊断思维方法。排除诊断法对于疑难疾病的诊断,确实具有实用价值,也是临床医师常用的手段。但此法也有局限性,若思维方法主观片面,是影响排除诊断结论正确性的重要因素,若缺乏有价值的直接证据,则排除诊断法无法得出正确结论。本书内容也会体现这种诊断法。

试验治疗诊断法:适用于运用类比、筛选、排除诊断法仍然无法确诊的某些疑难病症和非典型临床表现的疾病,或者是病人不愿意再等待进一步检查时,常采用试验治疗诊断法。此法主要是为了不失治疗时机,以最可能的疾病作为诊断根据,进行针对性较强的治

疗措施,再根据治疗过程中效果的有无,从而取得诊断某种疾病的直接或间接证据,以期达到最后确定或最终排除某种疾病的目的。在妇科疾病中,炎症和肿瘤有时确实难以鉴别时,应用抗炎药物观察一段时间,若治疗有效,则排除肿瘤,确定为炎症疾病继续进行抗炎治疗;若治疗无效,则排除炎症,应考虑为肿瘤行手术治疗。试验治疗诊断法在本书中也有所体现。

(六) 小结

为了推动对临床思维方式的研究,医师应该提高初步诊断及临床诊断的思维能力,本书选择误诊病例分析,也是为了更好地阐述临床思维方式问题。通过实际临床病案的剖析,能更深刻地提高临床思维水平,读者若能从本书中深深地感受到这一点,就达到主编的写书目的之一。再强调一遍,只有对病史、查体和实验室检查所获得的资料给予正确评价,认真进行综合分析,才能做出正确的初步诊断及随后的临床诊断。有了正确诊断,才能做到早治疗,才能为病人解除病痛。

二、妇产科的临床思维特点

临床思维通常是指医师在临床医疗实践中对各种疾病的具体认识,并按照这一认识指导医疗活动的思考过程。深入研究临床思维,有益于医师掌握科学的思维方法,能够减少误诊和误治,从而提高临床治疗水平。临床科室很多,每个科室的临床思维自然有特殊之处,认真找出各个临床科室的临床思维特点显然很有必要。本文介绍妇产科临床思维特点。

妇产科这门临床学科实际上是由妇科、产科和计划生育科三部分所组成。这三大部分虽然均归属在妇产科范畴内,但其服务对象却有相当大的差异。妇科的服务对象是患内外生殖器疾患(包含炎症、肿瘤、月经异常及其他疾病)的幼女、少女、女青年、育龄妇女、绝经过渡期妇女以及老年妇女,也就是说服务对象均是病人。产科的服务对象是孕妇、产妇及产褥期妇女。她们当中的绝大多数并未罹患疾病,仅仅属于育龄已婚妇女的特殊生理状态,致使医院在统计时也不计算正常产科的治愈率、好转率及死亡率。孕妇以正常妊娠者占绝大多数,临产后的产妇约 90% 以上属于正常分娩,产褥期妇女则以正常产褥居多。孕妇因妊娠、分娩时出现的疾病包括妊娠病理(流产、异位妊娠、前置胎盘、胎盘早剥等)、妊娠合并症(妊娠合并心脏病、急性病毒性肝炎、糖尿病等),而孕产妇因妊娠、分娩时出现的疾病,包括妊娠病理、妊娠合并症、异常分娩、分娩期并发症、异常产褥等,终究只是少数。计划生育科的服务对象绝大多数是健康妇女,他们或是咨询最佳避孕方法,或是因避孕失败而来终止妊娠。但必须指出,治疗性的人工流产及输卵管结扎术却不容有半点疏忽,应是服务重点。可见,妇产科的服务对象年龄跨度极大,既有罹患疾病的妇女,又有身体健康的妇女,而健康的妇女处于特殊生理状态时又随时有可能出现病理状态。这一切均有别于内科、外科等临床各科,这是妇产科临床思维一个非常重要的特点。下面分别阐述妇科、产科以及计划生育科各自的临床思维特点。

(一) 产科的临床思维特点

1. 明显的动态性 产科临床思维活动的重要特点之一是明显的动态性。这一特点不仅表现在胎先露及胎位的多变性(举例:妊娠 28 周,臀先露变为头先露,枕横位于临产

后变为枕前位等)、胎头的可塑性(胎头颅缝与囟门有软组织遮盖,使骨板有活动余地,临产时通过胎头颅缝轻度重叠,使头颅变形,缩小头颅体积,有利胎头娩出)、胎盘功能的突变性(胎盘老化,承受临产后的宫缩,出现突然变化)、胎心的可变性……,而且还表现在产妇于临产后诊断的易变性。

【例证】一位妊娠足月枕先露产妇,临产后因宫口开大2cm,胎头双顶径仍未进入骨盆入口(即胎头尚未衔接),经过胎头跨耻征的检测,下压的胎头平面平耻骨联合平面,诊断为可疑头盆不称。此时产科医师曾经考虑是否行剖宫术结束分娩,并做出试产的决定。随着产程的进展,宫缩良好,在严密观察产程1小时之后,再次对产妇进行肛门检查,却意外地发现不仅宫口已经顺利地开大至5cm进入活跃期,而且胎头颅骨的最低点已经达到坐骨棘平面下2cm。根据第二次肛查所见,诊断为头盆相称,产程进展顺利,修正了原来“可疑头盆不称”的诊断,胎儿不久终于经阴道自然分娩。

可以看出,本例从第一产程开始,随着产程进展,情况变化极大,诊断也随情况变化而变化,即开始诊断为相对头盆不称,随后则诊断为头盆相称。这里,“相对头盆不称”有可能是异常分娩,而头盆相称则是正常征象。

这类例子在产科临床上比比皆是,决非罕见。产科医师必须懂得,异常可以蕴藏着正常,正常也可以包含着异常。正常与异常的界限并不一定总是分明的。一产妇乍看可能认为是正常产,随着产程进展,可能转化为难产。因此,对胎位正常、骨盆正常的孕妇,万万不能视为最终必定是正常分娩。在分娩尚未结束之前,一直要警惕有可能出现异常,思想上不能有丝毫的放松,要按可能出现异常产来对待。因为分娩过程顺利与否,实际上取决于孕妇与胎儿两个方面和产力、产道、胎儿及产妇精神心理因素4个要素。若两个方面及4个要素均正常,而且能够相互适应,分娩进展就会顺利,这就是顺产(正常分娩)。若两方面及4个要素中有一个或一个以上不正常,或是产力明显减弱(如子宫收缩乏力等),或是骨产道异常(如骨盆轻度狭窄、畸形骨盆等),或是胎位异常(如臀先露、肩先露等)、胎儿异常(如胎头过大、脑积水、巨大儿等),就有可能发生难产(异常分娩)。

顺产与难产在一定条件下是可以相互转化的。产科医师若能果断地采取正确措施(如做好孕期检查,发现异常胎位及时纠正;万一不能纠正异常胎位时,娩出过程中也应尽可能减少和避免母婴受损伤;临产后应仔细观察产程,及时发现并纠正影响产力的因素;产时若发现可疑头盆不称时,正确进行试产,必要时行剖宫产术等),就有可能使难产转化为正常的分娩过程或得到良好的结局。相反,产科医师在分娩过程中若采取的措施不当(如子宫颈口尚未开全,过早地使用腹压极易发生宫颈水肿,可以造成软产道难产;产程中肌注大剂量缩宫素,使子宫出现痉挛性收缩,甚至能造成子宫破裂;产程中使用大剂量镇静药抑制子宫收缩,能够造成人为的子宫收缩乏力等),就有可能使正常的分娩过程转化为异常的分娩过程。因此,产科医师此时的临床思维特点,应是严密观察产程进展,动态地分析分娩4个要素。其实,产力、产道、胎儿及孕妇精神心理状态,这四者是相互联系、相互影响的。四要素的关系是错综复杂的:临床上看到的产力异常,虽然有的是原发的,但也有不少是继发的,其实是由于骨产道异常或胎位异常造成的;临床上看到的胎位异常,其实有不少是由于产道异常而引起的。因此,只有动态地认真分析、正确诊断,及时采取有效措施,才能够为顺利分娩创造条件,才能够保证母婴的安全和健康。

强调动态性,不仅适用于产科分娩过程中,也适用于产科危、急、重病人。

2. 兼顾孕妇和胎儿 产科医师临床思维活动的另一个特点是,既要重视孕产妇,又要考虑胎儿。产科医师考虑问题必须要兼顾孕产妇和胎儿、新生儿两方面,这一点确实不同于其他临床各科。妊娠期间应该按规定定期做产前检查,既要检查孕妇有无异常,如测血压、检测尿蛋白、测量骨盆大小、是否有妊娠合并症,又要注意胎儿心率及心律、胎位是否正常及胎儿发育是否正常;当产妇处于分娩期时,既要严密观察产妇的宫缩频率及强度、头盆是否相称、宫口开大程度、胎儿下降是否顺利,又要重视检查胎心率、胎心强弱及是否规律;在产科处理时,更要注意兼顾孕妇和胎儿两方面。举例,产科病房有两名妊娠高血压综合征的孕妇,尽管均诊断为先兆子痫,由于妊娠周数不同,处理原则有明显差异,妊娠仅满 34 周的孕妇,根据子宫长度为 28cm 及腹围为 87cm 的测量,以及 B 型超声测量胎头双顶径值为 7.7cm,估计胎儿出生后不能存活,经积极治疗 48 小时,病情明显好转且稳定,为了胎儿其处理原则应该继续妊娠;另一位孕妇为妊娠满 38 周,估计胎儿出生后能够存活,尽管经积极治疗 48 小时,病情同样也明显好转,其处理原则却为了孕妇应该予以引产尽早结束分娩。

给孕妇用药时,不仅应该做到对症用药,还必须考虑到子宫内的胎儿。这是因为孕妇应用药物后,多数药物入血后能够经胎盘屏障进入胎儿体内,特别是在妊娠前 3 个月内,胚胎、胎儿各器官正处于生长、发育、分化阶段,若药物对胚胎、胎儿有毒性作用,可以致畸。这个时期各器官功能尚不完善,容易造成药物在胎儿体内蓄积。可见还需做到慎用药。

(二) 妇科的临床思维特点

1. 从疾病的临床表现相似性当中寻求特异性 某些疾病常表现出相似的临床症状,医师应从这些相似的症状中找出其特异性。妇科最常见症状概括有外阴瘙痒、白带异常、阴道流血、下腹痛(急性或慢性)、下腹部肿块、闭经、不孕 7 项。其中任何二、三项常见症状,又可能是妇科某种疾病主要的临床表现。例如,滴虫阴道炎和白色念珠菌阴道炎,虽然均是阴道炎症,但病原不同(前者为阴道毛滴虫,后者为白色念珠菌),而两种阴道炎的主要临床症状又是外阴瘙痒和白带异常,也就是临床症状极其相似。此时就需要仔细分析这两项临床症状在各自疾病时的特异点。白色念珠菌阴道炎时,外阴瘙痒症状非常严重,且常常伴有烧灼痛,致使坐卧不安,甚至影响睡眠;而滴虫阴道炎时,尽管外阴瘙痒症状也比较明显,但比起白色念珠菌阴道炎要轻得多,瘙痒部位也主要是在阴道口及外阴。而白带异常上述两种阴道炎更有着明显的差别:白色念珠菌阴道炎所致的白带,几乎均呈白色稠厚块状(类似奶酪样或豆腐渣状);而滴虫阴道炎所致的白带却以泡沫状稀薄白带为其特征。由此可见,这就需要善于在临床表现相似性中寻求特异性来加以区别,有助于鉴别诊断。再如阴道流血这个妇科最常见的临床症状,出血部位广泛,绝大多数来自子宫,但也可以来自宫颈、阴道、处女膜、阴道前庭等部位。出血形式更是多种多样,或是月经过多、经期延长,或是不规则出血、接触性出血,出血大量或是淋漓不断。出血病因则可能与妊娠、卵巢内分泌功能失调、生殖器炎症、生殖器肿瘤、生殖器创伤及生殖器异物有关,也可能是全身性疾病(如再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、白血病、肝功能损害等)的局部表现。此外,不适当地应用性激素、漏服口服避孕药、宫内节育器(intrauterine dr-

vice, IUD) 不良反应等,也可以引起阴道流血。此时的临床思维方法,也应通过临床症状相似性中寻找其特异性来加以区分鉴别。

2. 警惕过分依赖医学影像诊断的倾向 现在检测手段越来越先进,为了确诊妇科疾病,常常选用 B 型超声断层法,有时甚至用电子计算机断层摄影技术(横断面体层摄影,简称 CT)和 X 线扫描技术,磁共振成像(MRI)更是 20 世纪 80 年代初期用于临床的一种新的医学影像诊断技术,作为必做的辅助诊断方法。目前 B 型超声已发展到高对比实时超声选用阴道探头;电子计算机体层摄影和磁共振成像比起普通 X 线摄影具有更高的分辨率,可辨别出 0.5% 的组织密度差异。这些现代仪器,已经成为诊断妇科疾病不可缺少的手段。医师能够通过清晰的影像,看到盆腔内生殖器肿块的形态、大小、内部结构、轮廓、肿块的来源、与盆腔结构的关系、出血以及钙化等病变,甚至可见与恶性疾病有关的异常表现,如腹水、转移等。但是也必须清楚地认识到,再清晰的盆腔病变影像,毕竟不是病变本身,而只是静止不动的一个或几个平面的影像,而病变却远不是用一张影像所能概括的。众所周知,“同影异病”和“同病异影”的病例,在妇科临床上确实是屡见不鲜的。应警惕过分依赖医学影像作出诊断的倾向。

例如,一患者的盆腔内左侧附件区有一块状影,可能的疾病有盆腔炎症性包块、子宫内膜异位症,也可能是良性肿瘤、恶性肿瘤;肿块的部位可能是输卵管、卵巢、子宫以及其他器官。这表明影像仅能反映疾病发展过程中一瞬间的外部形态,若仅仅依靠影像确定诊断,很容易导致就影像确诊具体疾病的机械唯物论错误。必须明确的是,影像只能反映疾病的局部病变,事实上局部病变只是整个疾病的组成部分。若仅仅依赖局部影像而忽视了解整个疾病时,就会出现“以影像诊断疾病”、“瞎子摸象”,容易造成误诊。需要以影像作为诊断依据,无疑还要取决于妇科医师对影像判断的熟练程度和经验。即使是对影像判断经验非常丰富的医师,其大脑储备的信息也是有限度的。总之,需要运用影像帮助诊断,却又不能用影像“对号入座”去确定诊断,也可以说是近年来妇科临床思维的一大特点。

综上所述,分析影像资料时,一定要重视整体观念及动态观察,这是判断疾病时的两项主要方法,既要从空间看问题,又要从时间看问题。只有两者有机地紧密结合起来,临床思维过程才能够做到尽可能合理、正确,诊断才会尽可能做到准确无误。

(三) 计划生育的临床思维特点

1. 理直气壮和稳妥细致并重 计划生育是当今我国的一项基本国策,是关系到我国建设高度的社会主义物质文明和精神文明的大事。妇产科医师有做好计划生育工作的职责,就要理直气壮地大力宣传晚婚、晚育的重大意义,积极讲解避孕的科学知识和方法,帮助育龄已婚妇女选用合适的避孕措施;还应该做好节育手术的技术指导,要掌握好放置宫内节育器(IUD)的适应证,对避孕失败者尽早为其行药物流产或负压吸宫人工流产术。

计划生育手术前一定要耐心细致地做好说服解释工作,交待清楚手术的安全性和可靠性;进行手术时,必须突出“严肃认真、高度负责、稳妥细致”十二字方针,一定要严格掌握手术适应证,严格执行无菌操作和规定的手术操作常规;术中做到操作轻柔、细致,止血完全,做到稳、准、轻、巧。需知这一切几乎都是在为健康人进行手术。手术效果不仅关系到受术者本身的健康,而且具有较大的社会影响。因此,做计划生育手术时,万万不能抢