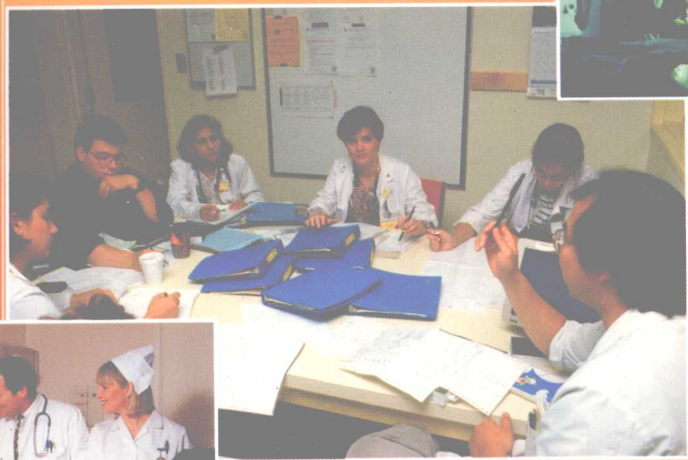


全国高等医药院校临床实习指南系列教材



妇产科学临床实习指南

丁 岩 主编



科学出版社

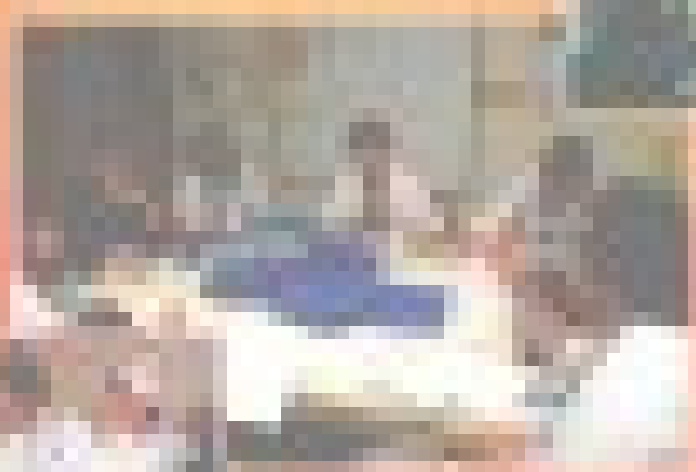
www.sciencepress.com

全国高等医药院校教材 全国高等医药院校教材

妇产科学

妇产科学临床实习指南

第二版



主编 王 颖

全国高等医药院校临床实习指南系列教材
案例版™

妇产科学临床实习指南

主 编 丁 岩
副主编 王冬梅 万晓慧
编 委 (以姓氏拼音为序)

艾 星 子	丁 岩	杜 蓉	傅 熙
哈尼克孜	韩 英	腊晓玲	李 芳
林 琳	马俊旗	孟 炜	曲广第
赛 丽 曼	万晓慧	王冬梅	殷 艳
再 努 尔	朱启英	祖菲娅	

科学出版社
北 京

内 容 简 介

本书分为三部分,第一、二部分以临床典型病例为基础,囊括了妇产科专业常见病、多发病的常规诊疗方法,在手术病例中,还尽可能将术中所见进行详尽描述,进一步证实术前诊断。其特点:生动、形象,使学生通过临床病例分析直观判断,犹如直接面对患者,分析病情,做出诊断,提出诊疗方案。本书还列举临床中遇到的误诊、漏诊的典型病例,以及手术常见的损伤及并发症的预防及处理,对临床工作及实习学习有一定指导作用。每个章节的临床思维分析中,添加了诊疗新进展,以弥补学习中的不足。并在每个章节后附有临床病例复习题,巩固所学知识。本书第三部分,附有妇产科诊疗常规,包含妇产科学要求学生掌握的知识点及基本操作。

本书参编作者均为临床一线医师,以总结自己的实践经验为主,内容实用性强,适用于本科、研究生实习及低年资住院医师阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科学临床实习指南:案例版 / 丁岩主编. —北京:科学出版社,2008

全国高等医药院校临床实习指南系列教材

ISBN 978-7-03-022370-8

I. 妇… II. 丁… III. 妇产科-实习-医学院校-教学参考资料

IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 091962 号

策划编辑:李国红 / 责任编辑:邹梦娜 李国红 / 责任校对:包志虹

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

源海印刷有限责任公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008 年 6 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2008 年 6 月第一次印刷 印张:18

印数:1—5 000 字数:409 000

定价:34.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

前 言

医学是一门实践性很强的学科,临床实习是医学教育中重要的实践阶段,是临床理论教学的一个延续,是理论联系实践的关键性培养阶段,是巩固知识、锻炼技能、开拓思维的重要过程。它要求医学生通过临床实习学习临床工作方法,熟练掌握临床基本技能,独立地进行常见病、多发病的诊治等。

为适应医学科技的飞速发展和培养医学专业人才的需要,我们组织实践经验丰富的临床各专业的专家教授,编写了这套临床实习指南。

本书引入案例的编写模式:首先根据病例的临床资料书写病历摘要;其次结合病例,提出与发病机制、诊断、鉴别诊断、治疗、预后、随访等有关的问题,以启发学生思维;然后根据问题,给出简明扼要的答案或提示;最后引出重点理论知识,旨在加强临床理论向临床实践的过渡,为学生走上工作岗位打下基础。书中附有大量思考题和复习题,以加深理解、掌握知识点;同时,本书还创造性地增加了本学科操作诊疗常规和常见病、多发病的诊治重点。

本书内容系统全面、简明扼要、重点突出、临床实用性和可操作性强,突出“三基”内容,知识点明确,学生好学,教师好教,可以使学生在尽可能短的时间内掌握所学课程的知识点。

本书以5年制医学本科生为基本点,以临床医学专业为重点对象,兼顾预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、护理等专业需求。

本书含有大量真实的临床案例,供高等院校医学生临床实习和见习时使用;同时,案例和案例分析紧跟目前国家执业医师资格考试和研究生入学考试案例分析的命题方向,可供参加这些考试的人员使用。

由于本书涉及专业较多,各领域科技进步迅速,受时间和水平的制约,难免存在缺点和错误,欢迎广大读者批评指正。

新疆医科大学第一临床医学院

2007年12月

序 言

妇产科学是临床医学的重要组成部分,也是一门独立性较强、涉及面比较广的学科。但是由于人体的整体性,决定了女性的生理与病理变化和其他系统有密切的联系。因此,学习妇产科学必须把妇产科学的特点和整体联系起来。同时妇产科学又是实践性很强的学科,临床实习是医学生走向临床工作的第一步,是将理论知识转变为临床诊治技巧的关键步骤,要成为一名好医生,努力把握这一步十分重要。

为了帮助医学生更好地进入妇产科临床实习,尽快从理论过渡到对实际患者的接诊治疗中,我们编写了这本《妇产科学临床实习指南》,改变以往的教学方法,以病例摘要形式,提出问题,启发学生的思维能力,从临床角度总结出诊断、治疗、随访及预防的措施。每一章节都有总结,概括临床思维的要点,最终提出复习题,加强学生的理解能力。本书的第三部分是妇产科实习所必须了解的妇产科操作要点,以及各种妇产科常见病诊治重点。

希望这本指南对医学生的妇产科临床实习有帮助和指导作用、能够顺利地从医学生转变为医生,并且成为一名合格的好医生。

丁 岩

2007年7月

目 录

第一部分 妇科临床实习病例分析

第一章 妇科急腹症	(2)
第一节 异位妊娠	(2)
第二节 黄体囊肿破裂	(7)
第三节 腹腔妊娠	(8)
第二章 妊娠时限异常——流产	(12)
第三章 生殖道炎症	(19)
第一节 阴道炎	(19)
第二节 慢性宫颈炎	(22)
第三节 性传播疾病	(25)
第四节 盆腔炎	(27)
第五节 生殖器结核	(29)
第四章 宫颈病变	(31)
第一节 宫颈上皮内瘤变	(31)
第二节 宫颈癌	(33)
第五章 子宫肌瘤	(39)
第六章 子宫内膜癌和子宫肉瘤	(49)
第一节 子宫内膜癌	(49)
第二节 子宫肉瘤	(51)
第七章 卵巢肿瘤	(54)
第一节 卵巢性索间质肿瘤	(54)
第二节 卵巢纤维瘤	(56)
第三节 卵巢转移性肿瘤	(56)
第四节 畸胎瘤	(57)
第五节 卵巢囊肿蒂扭转	(59)
第六节 卵巢上皮性肿瘤	(60)
第七节 附件区占位(肿瘤)	(61)
第八章 妊娠滋养细胞疾病	(63)
第一节 葡萄胎	(63)
第二节 侵袭性葡萄胎	(66)
第三节 绒毛膜癌	(67)

第九章 生殖内分泌疾病	(71)
第一节 功能失调性子宫出血	(71)
第二节 闭经	(74)
第三节 泌乳	(75)
第四节 多囊卵巢综合征	(77)
第五节 围绝经期月经紊乱	(78)
第十章 子宫内膜异位症	(83)
第十一章 生殖器官发育异常	(93)
第一节 处女膜闭锁	(93)
第二节 先天性无阴道	(94)
第三节 纵隔子宫	(95)
第四节 残角子宫	(96)
第十二章 女性生殖器官损伤性疾病	(100)
第一节 阴道脱垂	(100)
第二节 子宫脱垂	(102)
第三节 女性生殖道瘘	(105)
第四节 尿失禁	(107)
第五节 输尿管损伤	(109)
第十三章 计划生育	(112)
第一节 避孕	(112)
第二节 人工流产	(113)
第三节 不孕	(114)
第四节 紧急避孕	(116)
第五节 继发性不孕	(116)
第十四章 切口裂开	(119)

第二部分 产科临床实习病例分析

第一章 妊娠期高血压疾病	(122)
第二章 妊娠期肝内胆汁淤积症	(128)
第三章 异常分娩	(132)
第四章 妊娠晚期出血性疾病——前置胎盘	(137)
第五章 妊娠晚期出血——胎盘早剥	(142)
第六章 妊娠合并糖尿病	(146)
第七章 妊娠合并心脏病	(151)
第八章 子宫破裂	(157)
第九章 产后出血	(162)
第十章 产褥感染	(167)
第十一章 羊水过多	(171)

第十二章 羊水过少	(173)
-----------------	-------

第三部分 妇产科诊疗操作常规

第一章 妇科操作诊疗常规	(178)
第一节 盆腔检查	(178)
第二节 生殖道细胞学检查	(181)
第三节 女性生殖器官活组织检查	(183)
第四节 妇科常用的穿刺检查	(185)
第五节 诊断性刮宫与分段刮宫	(188)
第六节 宫内节育器放置术	(189)
第七节 输卵管通畅检查	(190)
第八节 阴道镜检查	(192)
第九节 宫腔镜检查	(194)
第十节 腹腔镜检查	(196)
第十一节 女性内分泌激素测定	(197)
第十二节 妇科肿瘤标志物检查	(201)
第十三节 妇科有关的影像学检查	(204)
第十四节 妇科常用的特殊药物	(207)
第二章 妇科疾病诊疗常规	(213)
第一节 与妊娠有关的疾病	(213)
第二节 妇科炎症	(215)
第三节 妇科肿瘤	(220)
第四节 妊娠滋养细胞疾病	(224)
第五节 妇科内分泌疾病——功能失调性子宫出血	(226)
第六节 子宫内膜异位症	(229)
第七节 女性生殖器官发育异常	(231)
第八节 女性生殖器官损伤性疾病	(234)
第九节 女性避孕方法选择	(236)
第三章 产科操作常规	(239)
第一节 产科四步触诊法	(239)
第二节 骨盆外测量	(239)
第三节 骨盆内测量	(240)
第四节 肛诊	(240)
第五节 预测胎儿宫内储备能力(无应激试验 NST)	(240)
第六节 预测胎儿宫内储备能力(缩宫素激惹试验 OCT)	(240)
第七节 人工破膜术	(240)
第八节 产会阴消毒操作	(241)
第九节 测量子宫长度及腹围	(241)

第十节 估计头盆关系	(241)
第十一节 人工胎盘剥离术	(241)
第十二节 新生儿呼吸道处理	(241)
第十三节 新生儿脐带处理	(242)
第十四节 胎头高低的判断	(242)
第十五节 协助娩出胎盘	(242)
第十六节 保护会阴的方法	(242)
第十七节 检查胎盘,胎膜及脐带	(243)
第十八节 会阴左侧后-斜切开术	(243)
第十九节 会阴侧切前阴部神经阻滞及局部浸润麻醉	(243)
第二十节 胎动计数	(243)
第二十一节 胎儿成熟度监测	(243)
第二十二节 胎盘功能检查	(244)
第四章 产科诊疗常规	(245)
第一节 诊疗流程	(245)
第二节 诊疗常规	(247)
(245)	
(246)	
(247)	
(248)	
(249)	
(250)	
(251)	
(252)	
(253)	
(254)	
(255)	
(256)	
(257)	
(258)	
(259)	
(260)	
(261)	
(262)	
(263)	
(264)	
(265)	
(266)	
(267)	
(268)	
(269)	
(270)	
(271)	
(272)	
(273)	
(274)	
(275)	
(276)	
(277)	
(278)	
(279)	
(280)	
(281)	
(282)	
(283)	
(284)	
(285)	
(286)	
(287)	
(288)	
(289)	
(290)	
(291)	
(292)	
(293)	
(294)	
(295)	
(296)	
(297)	
(298)	
(299)	
(300)	
(301)	
(302)	
(303)	
(304)	
(305)	
(306)	
(307)	
(308)	
(309)	
(310)	
(311)	
(312)	
(313)	
(314)	
(315)	
(316)	
(317)	
(318)	
(319)	
(320)	
(321)	
(322)	
(323)	
(324)	
(325)	
(326)	
(327)	
(328)	
(329)	
(330)	
(331)	
(332)	
(333)	
(334)	
(335)	
(336)	
(337)	
(338)	
(339)	
(340)	
(341)	
(342)	
(343)	
(344)	
(345)	
(346)	
(347)	
(348)	
(349)	
(350)	
(351)	
(352)	
(353)	
(354)	
(355)	
(356)	
(357)	
(358)	
(359)	
(360)	
(361)	
(362)	
(363)	
(364)	
(365)	
(366)	
(367)	
(368)	
(369)	
(370)	
(371)	
(372)	
(373)	
(374)	
(375)	
(376)	
(377)	
(378)	
(379)	
(380)	
(381)	
(382)	
(383)	
(384)	
(385)	
(386)	
(387)	
(388)	
(389)	
(390)	
(391)	
(392)	
(393)	
(394)	
(395)	
(396)	
(397)	
(398)	
(399)	
(400)	
(401)	
(402)	
(403)	
(404)	
(405)	
(406)	
(407)	
(408)	
(409)	
(410)	
(411)	
(412)	
(413)	
(414)	
(415)	
(416)	
(417)	
(418)	
(419)	
(420)	
(421)	
(422)	
(423)	
(424)	
(425)	
(426)	
(427)	
(428)	
(429)	
(430)	
(431)	
(432)	
(433)	
(434)	
(435)	
(436)	
(437)	
(438)	
(439)	
(440)	
(441)	
(442)	
(443)	
(444)	
(445)	
(446)	
(447)	
(448)	
(449)	
(450)	
(451)	
(452)	
(453)	
(454)	
(455)	
(456)	
(457)	
(458)	
(459)	
(460)	
(461)	
(462)	
(463)	
(464)	
(465)	
(466)	
(467)	
(468)	
(469)	
(470)	
(471)	
(472)	
(473)	
(474)	
(475)	
(476)	
(477)	
(478)	
(479)	
(480)	
(481)	
(482)	
(483)	
(484)	
(485)	
(486)	
(487)	
(488)	
(489)	
(490)	
(491)	
(492)	
(493)	
(494)	
(495)	
(496)	
(497)	
(498)	
(499)	
(500)	

第一部分

妇科临床实习病例分析



第一章 妇科急腹症

第一节 异位妊娠

病例 1-1-1

患者,女性,20岁。因“停经3个月余,下腹痛3小时伴晕厥一次”入院。末次月经2001年10月2日,停经44天查尿HCG(+),B超提示:“宫内见孕囊21mm×21mm”。于2001年11月20日行药物流产,未见绒毛,当即给予清宫,但是仍然未见绒毛。1周后复查尿HCG为弱阳性,10日后阴道出血止。流产后未转经,有同房史。于2002年1月13日18时30分左右突感下腹痛,伴肛门坠胀,晕厥一次,即来院就诊,查尿HCG(+).体格检查:血压55/30mmHg,心率100次/分,体温正常,患者呈失血貌,下腹有压痛,移动性浊音(+),肝脾肋下未及。妇科检查:宫颈举痛明显,子宫增大如孕50天大小;左侧附件区可以触及10cm×9cm×8cm的包块,有压痛。辅助检查:血红蛋白84g/L,血HCG 22162.0IU/L。盆腔B超:盆腔内见100mm×97mm×86mm的杂乱回声,轮廓不清,孕囊可能是在宫角部或子宫肌层。腹盆腔有中等量积液。后穹隆穿刺抽出不凝血5ml。

- ◆最可能的诊断?
- ◆诊断依据有哪些?
- ◆鉴别诊断?
- ◆治疗方案?

病例 1-1-1 答案:异位妊娠

- ◆**诊断:**腹腔内出血、异位妊娠、失血性休克。

根据病史考虑是急腹症,妇科的急腹症主要有三大类:出血、感染和肿瘤并发症。这名患者显然是内出血型,应该考虑:异位妊娠、黄体破裂、子宫穿孔。因为患者尿HCG(+),首先想到是异位妊娠,但是也不能完全排除妊娠黄体破裂及滋养细胞疾病穿破子宫的出血。患者在一个多月前因“早孕”而行药物流产,手术前B超提示宫内有孕囊,可是在流产过程中未见到绒毛,流产后也未来月经。应考虑前次的“早孕”可能是“异位妊娠”,而B超提示的孕囊可能是在宫角部或子宫肌层,清宫也未能见到绒毛(但是也不能肯定患者在家服药3天中是否有组织从阴道排出)。或本次的妊娠是药流后再次妊娠(因为未转经,有同房史)。不足的是流产清宫后没有复查B超,不能明确流产后子宫内是否还有孕囊。依患者情况,妊娠黄体破裂可能性小,绒癌引起子宫穿孔也不像。

◆**诊断依据:**患者有停经史、阴道出血、急性下腹痛,晕厥,B超附件区有包块,腹腔内有积液,后穹隆穿刺抽出不凝血。HCG阳性等。

- ◆**鉴别诊断:**①不全流产;②卵巢黄体破裂或滤泡破裂;③卵巢肿瘤蒂扭转;④卵巢巧克力

力囊肿破裂;⑤卵巢肿瘤破裂;⑥急性盆腔炎;⑦急性阑尾炎;⑧急性出血性输卵管炎;⑨急性胃肠炎。

◆治疗

(1) 支持疗法:输血补液,补足血容量。

(2) 手术治疗:剖腹探查明确诊断。术中发现子宫底部有蓝色瘀斑,并有一个破口,有活动性出血,两侧附件未见异常,子宫周围有积血块,盆腔内积血约 2000ml,将破口打开,挖出胚胎样组织,囊腔位于子宫肌层,不通子宫腔,缝合子宫肌层。

◆最终的诊断:子宫肌壁层妊娠。

病例 1-1-2

女性患者,32岁。停经56天,3天前开始有少量断续阴道出血,昨日始右下腹轻痛,今晨加强,呕吐两次。患者以往月经规律,13岁初潮,3~5/28~30,无痛经史,已婚, G₂P₁,宫内放置 IUD 2年。LMP:2005年5月4日。体格检查:体温 37.5℃,血压 75/45mmHg,脉搏 100次/分,呼吸 25次/分,体重 65kg,发育正常,营养中等,神志清楚,精神倦怠,面色苍黄,被人扶入病房,口唇黏膜苍白,双肺呼吸音急促,未闻及病理性呼吸音,心律规律,100次/分,心音有力,无器质性杂音,腹部微隆起,右下腹部有压痛、反跳痛,移动性浊音(+). 妇科检查:外阴发育正常,阴道通畅,有陈旧性出血;子宫口闭,宫颈举痛(+);子宫前倾前屈,较正常稍大,软;子宫右侧可触及拇指大小之块状物。血象:白细胞 $10 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.8,血红蛋白 75g/L。尿 HCG(±),后穹隆穿刺吸出 10ml 不凝血。

◆最可能的诊断?

◆还应该做哪些检查帮助诊断?

◆最合适的治疗方法?

病例 1-1-2 答案

◆诊断:该患者最可能的诊断应该考虑是异位妊娠。

◆诊断依据:已婚女性,带环2年,本次发病前先有闭经史,然后出现阴道少量出血3天,右下腹痛1天,加重半天,伴有恶心、呕吐3次。患者有急性失血面容,外出血少量,后穹隆穿刺阳性,说明患者有内出血,现在血红蛋白 75g/L,结合闭经,尿 HCG(±),考虑是与妊娠有关的疾病,附件区触及肿块物,最可能的诊断是异位妊娠。

◆辅助检查:①B超检查了解子宫腔内有没有孕囊,附件区内可见囊性占位,盆腔内有积液;②需要再做血 HCG 测定;③必要时做腹腔镜检查并治疗。

◆最合适的治疗:①建立静脉通道,补液,必要时输血:因为患者已经出现血压下降,因此应该尽快的来抢救。②抽血测定血中 HCG 含量。③手术治疗:可以行腹腔镜检查,一方面明确诊断,一方面在镜下手术,切除输卵管,或是取出妊娠物后,修复输卵管。

临床思维:异位妊娠

受精卵种植发育在子宫体腔以外的地方,称为异位妊娠(ectopic pregnancy),习称宫外孕。根据受精卵种植部位的不同,异位妊娠分为:输卵管妊娠、宫颈妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠。95%~98%的异位妊娠发生在输卵管,多数发生在输卵管的远端三分之二,最常见的是壶腹部占78%,峡部占12%,伞部占5%,角部或间质部占2%,其余为腹腔、宫颈及卵巢(图1-1-1)。

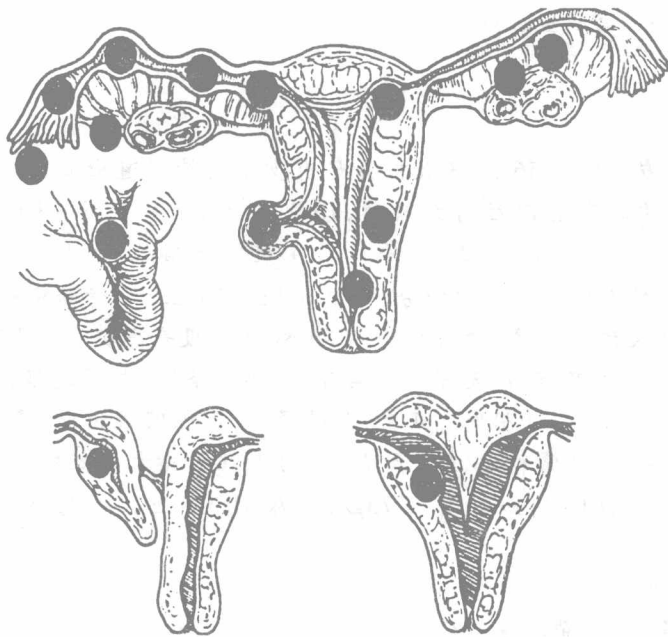


图 1-1-1 异位妊娠的发生部位

【异位妊娠的发生率】

异位妊娠约占所有妊娠的1%~2%,并有逐年增加的趋势。其发病率升高除与患异位妊娠的高危因素的升高有关,一部分与现代诊断技术的改善有关:一些在过去无临床症状或临床症状轻微未被诊断能自愈的异位妊娠患者,在今天也能被诊断,因此现代临床上还存在着过度治疗的问题。异位妊娠对将来的妊娠是有影响的,以后总的妊娠率为60%~80%,再次异位妊娠的复发率为10%~28%,两次输卵管妊娠的复发率>30%。仅三分之一的患者以后分娩活婴。宫内孕合并宫外孕是很罕见的,约占四千万分之一到三万、四万分之一。异位妊娠是孕产妇前3个月最常见的急腹症和最主要的死亡原因,占有产妇死亡率的10%~15%。

【异位妊娠最常见的病因】

盆腔炎症性疾病、异位妊娠史、子宫内膜异位症、输卵管手术史、盆腔手术史、不育和不育的治疗史、子宫输卵管发育异常、己烯雌酚的接触及吸烟等。多性伴侣、初次性生活年龄较早、阴道冲洗等为非直接的高危因素,可能导致性传播性疾病及上行感染,增加了异位妊

娠的发生几率。以上这些因素会导致输卵管的粘连、解剖和功能的异常,影响了受精卵的运送及输卵管的活动力。

【临床表现】

典型的异位妊娠的三联症是停经、腹痛及不规则阴道出血。患者可能有6~8周的停经史,无停经史的也不能除外异位妊娠。在已破裂或正在破裂的患者都有盆腹腔疼痛,可以发生在腹部任何地方,主要在下腹部,患侧更为严重。当支持子宫内膜的人绒毛膜促性腺激素水平(HCG)下降时可表现为少量断续或持续褐色出血。在异位妊娠最初3个月胎盘和卵巢激素的刺激下子宫轻度生长增大(25%)。5%~10%的患者排出子宫蜕膜管型,排出时的绞痛如同自然流产时的绞痛。在腹部和阴道检查时可有剧烈的触痛,75%的患者有宫颈举痛。40%的患者子宫直肠凹可触及包块。腹腔积血多时,膈肌受到刺激可以引起胸痛及肩部疼痛。严重患者可伴有晕厥、眩晕。少于10%的患者有低热(图1-1-2~图1-1-3)。

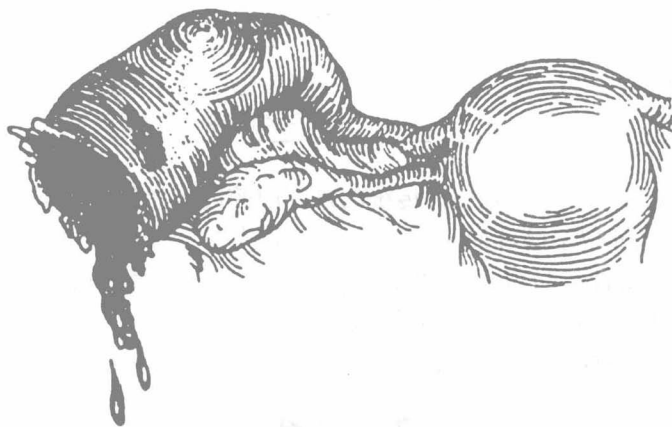


图 1-1-2 输卵管妊娠流产

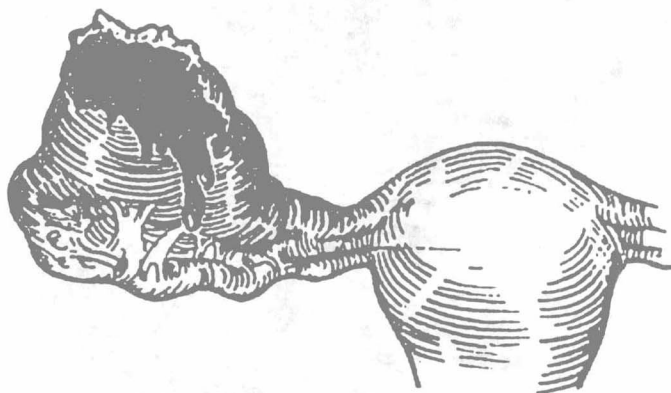


图 1-1-3 输卵管妊娠破裂

【辅助检查】

1. 超声结合血 β -HCG 水平(表 1-1-1)

表 1-1-1 超声结合血 β -HCG 的水平及意义

超声结合血 β -HCG 水平	意义
β -HCG > 6000mIU/ml 腹部超声可见宫内有囊	异位妊娠可以被排除(除了罕见者)
β -HCG > 6000mIU/ml 腹部超声未见宫内有囊	异位妊娠的可能性很大,自然流产时也可能有这个图像,需注意除外
β -HCG > 1500 ~ 2500mIU/ml 阴道超声未见宫内有囊	
β -HCG < 6000mIU/ml 腹部超声可见明确的宫内妊娠囊	自然流产的可能性很大,但也必须除外异位妊娠,此时血清的孕酮水平的测定很有意义
β -HCG < 1500 ~ 2500mIU/ml 阴道超声可见明确的宫内妊娠囊	
β -HCG < 6000mIU/ml 腹部超声未见宫内有囊	不能诊断。受精后 8 天血清 β -HCG 能证实妊娠。孕后 28 天阴道超声才能辨认出宫内妊娠囊。8 ~ 28 天间有 20 天的盲区,需要动态的观察血清
β -HCG < 1500 ~ 2500mIU/ml 阴道超声未见宫内有囊	β -HCG 水平与随诊超声检查来解决

2. 后穹隆穿刺(图 1-1-4) 是一种传统的辨别腹腔内积血的一个简单快速的方法。后穹隆穿刺时吸出 2 ~ 3ml 以上暗红而不凝血者为阳性;若抽出脓性或草黄色液体则可除外异位妊娠的诊断。穿刺阳性异位妊娠的可能性为 85%,其他的腹腔内出血情况还有黄体出血、腹腔其他脏器的破裂、滤泡出血、经血倒流等。以前有输卵管炎和盆腔炎的患者可由于子宫直肠陷凹消失使后穹隆穿刺不满意。

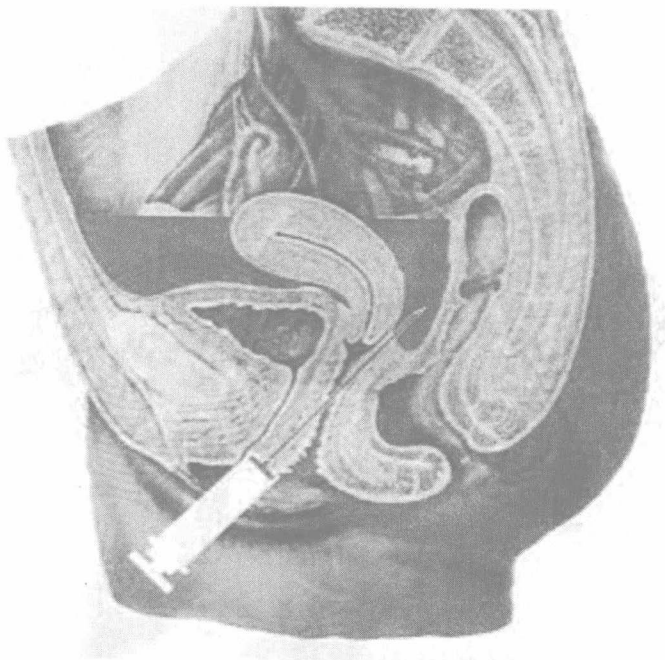


图 1-1-4 后穹隆穿刺

【治疗】

1. 手术治疗 患者生命体征不稳定或处于休克状态,应尽可能快的送入手术室,必要时需用大的两条静脉通路复苏。腹腔镜手术微创、恢复快,如有腹腔镜的设施、技术,腹腔镜手术是异位妊娠的首选手术方式。

(1) 保守性手术:输卵管远端三分之二的异位妊娠可行输卵管造口术,在输卵管系膜对侧缘妊娠包块上线型切开,取出妊娠物,出血点可用激光或电烧止血。在输卵管峡部妊娠时,也可行部分输卵管切除术,两断端日后行吻合术,避免造口术后瘢痕进一步狭窄。输卵管伞端妊娠时,妊娠物从伞端挤压排出。

(2) 输卵管切除术:适用于不能控制的出血、广泛的输卵管损伤或同条输卵管的复发的异位妊娠以及想要绝育的患者。

2. 非手术治疗

(1) 期待疗法。

(2) 药物治疗(medical treatment)。

第二节 黄体囊肿破裂

病例 1-1-3

停经 2.5 个月的 25 岁妇女,主诉近 1 小时剧烈腹痛且自觉虚弱乏力。1 天前早晨开始有中量暗红阴道出血,患者特别提到可能有一些类似肉样组织从阴道排出。排除的组织置入生理盐水中呈现一种叶状图案。目前她否认有阴道流血,但有头晕。体检:血压 90/60mmHg,心率 120 次/分,体温 36℃。腹膨隆,有反跳痛,存在液波震颤。妇科检查:外阴、阴道正常;宫颈闭合;子宫基本为正常大小,比较软;两侧附件区未触及异常。

◆最可能的诊断是什么?

◆应该如何选择治疗?

病例 1-1-3 答案:黄体囊肿破裂伴腹腔积血。

◆最可能的诊断:黄体囊肿破裂伴腹腔积血。

◆治疗方法:入院手术(腹腔镜或开腹手术)。

这位 25 岁女性在孕 10 周主诉的是血容量减少的症状。自觉虚弱乏力是低血压症状,同时有心动过速。这些症状符合失血性休克症状。并且,患者有剧烈腹痛,腹部膨隆,反跳痛,同时液波震颤阳性。最可能的原因是腹腔积血。腹腔内血液刺激腹膜壁,引起反跳痛。90% 的妊娠妇女伴有腹腔积血是异位妊娠。然而,在此病例中,患者排出的组织在生理盐水中漂洗呈现“叶状图案”。这恰恰是妊娠产物的最好证据;事实上,漂洗试验对于诊断绒毛 95% 以上是正确的。宫内宫外同时妊娠是非常罕见的(1/10 000),因此,腹腔积血可能是黄体破裂引起的,另一较少见原因是脾损伤或脾破裂。