



魏丽惠 主编

FUCHANKE YINAN BINGLI JINGCUI

妇产科 疑难病例精粹



北京大学医学出版社

妇产科疑难病例精粹

主 编 魏丽惠

副主编 王建六 廖秦平 乔 杰

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科疑难病例精粹/魏丽惠主编. —北京: 北京大学
医学出版社, 2007. 4
ISBN 978-7-81116-131-1

I. 妇... II. 魏... III. 妇产科病: 疑难病—诊疗 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 040500 号

妇产科疑难病例精粹

主 编: 魏丽惠

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印刷公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 赵 曼 责任校对: 杜 悦 责任印制: 郭桂兰

开 本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 8.625 插页: 2 字数: 228 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 次印刷 印数: 1-5000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-131-1

定 价: 19.90 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

参编人员 (按姓氏笔画排序)

北京大学第一医院

孔彦 左文莉 刘静 孙笑 孙瑜 孙伟杰 孙晓梅
时春艳 杨慧霞 郑虹 袁士平 郭燕燕 温宏武 廖秦平

北京大学人民医院

王大鹏 王山米 王世军 王志启 王建六 王朝华 孙秀丽
李小平 苗雅莉 姚远洋 赵炀 赵彦 赵超 屠铮
黄振宇 魏丽惠

北京大学第三医院

王丽娜 王伽略 王海燕 叶蓉华 乔杰 刘从容 张璐芳
李蓉 李诗兰 杨孜 赵文秋 郭红燕 韩劲松 魏瑗

北京大学临床肿瘤学院 (北京肿瘤医院)

安娜 汤望舒 高雨农 蒋国庆 燕鑫

北京大学深圳医院

王玉洁 吴瑞芳 张静媛 樊尚荣

目 录

第一部分 妇科

- 病例 1 系统性红斑狼疮致卵巢出血坏死 (3)
- 病例 2 第Ⅷ因子缺乏导致妇科腹腔镜术后腹腔大出血 (9)
- 病例 3 急性间歇型血卟啉病伴腹痛、低钠血症和抽搐 ... (13)
- 病例 4 巨大卵巢巧克力囊肿合并甲状腺功能亢进 (18)
- 病例 5 少女残角子宫积血伴卵巢内膜异位囊肿 (23)
- 病例 6 妇科腹腔镜手术肠管损伤 (27)
- 病例 7 巨大子宫肌瘤合并腹腔放线菌病 (32)

第二部分 妇科肿瘤

- 病例 8 静脉内平滑肌瘤病 (39)
- 病例 9 子宫多发性平滑肌瘤伴卵巢平滑肌瘤 (44)
- 病例 10 恶性潜能未定型子宫平滑肌瘤 (47)
- 病例 11 子宫内膜间质肉瘤术后皮下转移伴腹壁子宫内膜
异位症 (54)
- 病例 12 子宫内膜癌合并双卵巢子宫内膜异位
囊肿恶变 (57)

病例 13	子宫腺肌病恶变	(61)
病例 14	子宫颈癌合并阴道腺病	(68)
病例 15	宫颈癌合并中期妊娠治疗后未控	(72)
病例 16	宫颈原发绒毛	(79)
病例 17	盆腔内来源不明上皮性癌合并感染	(85)
病例 18	外阴鳞癌、左腹股沟淋巴结复发	(90)
病例 19	卵巢畸胎瘤鳞癌变	(94)
病例 20	未成熟畸胎瘤经治疗逆转后继发恶变	(99)
病例 21	足月妊娠并发胎盘绒毛膜癌并肺转移	(103)
病例 22	胎盘部位滋养细胞肿瘤合并子宫动静脉瘘 伴假性血管瘤	(107)
病例 23	卵巢癌治疗后复发脑转移	(113)
病例 24	子宫内膜腺癌治疗后复发脐部转移	(118)
病例 25	子宫内膜浆液性乳头状腺癌治疗后骨转移	(121)
病例 26	晚期子宫内膜癌骨转移	(126)
病例 27	恶性胃肠道外间质瘤	(130)

第三部分 产科

病例 28	妊娠晚期合并自身免疫性肝炎	(137)
病例 29	妊娠急性脂肪肝	(142)
病例 30	双胎妊娠合并重度肝损害	(149)
病例 31	妊娠合并糖尿病并发酮症酸中毒	(157)

病例 32	妊娠合并心衰	(162)
病例 33	妊娠合并艾森曼格综合征	(169)
病例 34	HELLP 综合征	(177)
病例 35	妊娠合并流行性出血热	(184)
病例 36	妊娠晚期合并髂骨骨髓炎	(192)
病例 37	妊娠合并原田病	(198)
病例 38	妊娠合并升主动脉夹层瘤	(202)
病例 39	中期妊娠胎盘植入子宫下段	(205)
病例 40	剖宫产术后再次妊娠, 阴道分娩后 子宫自发破裂	(210)
病例 41	产后出血合并产后子痫	(214)
病例 42	中期妊娠合并肺动脉栓塞	(222)
病例 43	子宫剖宫产瘢痕妊娠	(227)
病例 44	腹腔妊娠 30 周胎儿存活	(236)
病例 45	宫内妊娠合并卵巢妊娠治疗后足月分娩	(243)
病例 46	妊娠合并子宫纵隔, 阴道斜隔后腔积脓	(247)

第四部分 生殖内分泌与辅助生育技术

病例 47	输卵管积水双侧输卵管切除术后 IVF - ET 的结局	(253)
病例 48	难治性 PCOS 经 IVF - ET 后妊娠	(258)
病例 49	IVF - ET 后多胚胎不同部位妊娠	(263)

第一部分

妇
科

病例 1 系统性红斑狼疮致卵巢出血坏死

系统性红斑狼疮 (systemic lupus erythematosus, SLE) 是一种较常见的累及多系统多器官的自身免疫性疾病。泌尿生殖系统并发症 (卵巢受累出血坏死) 罕见, 用 “SLE” 和 “卵巢” 检索 MEDLINE1966~2003 年的文献仅发现 2 例报道。本病例是一名 17 岁少女以卵巢出血坏死、呕吐、腹泻和膀胱炎为并发症, 最后确诊为 SLE 的诊治过程。

病历摘要

患者, 女, 17 岁, 主因 “停经 47 天, 恶心呕吐, 左上腹痛 2 天” 到当地医院医治。患者平素月经规律, 因否认性生活史未行盆腔检查, 化验尿 hCG 阴性, 腹部 B 超检查于子宫内、外均未见孕囊样结构, 右附件探及 $10.2\text{cm} \times 9.2\text{cm}$ 的不规则无回声包块。当天又到另一所医院就诊行彩超检查示: 右附件区可见 $5.2\text{cm} \times 3.0\text{cm}$ 的不均质回声团, 盆腔有 $9.6\text{cm} \times 4.1\text{cm}$ 的液性暗区。查体: 右下腹压痛、反跳痛, 移动性浊音 (+), 诊断为黄体破裂。患者住院后给予抗炎、止血、补液保守治疗 3 天, 再行 B 超检查, 发现腹腔积液增多, 行腹腔穿刺, 抽出腹水为淡黄色渗出液, 未化验。2 天后患者低热, 恶心、呕吐, 并出现频繁腹泻, 每日约十余次, 呈稀水便, 伴以右下腹部为主的腹部胀痛。便常规检查正常。患者发病后 11 天再行 B 超示大量胸腹水, 少量心包积液, 转入我院。患者既往体健, 幼年时曾因皮肤过敏住院治疗一次。无其他特殊病史和家族史。

入院后查体: T 37.2°C , P 121 次/分, R 21 次/分, BP 120/70

mmHg。患者精神差，皮肤无皮疹，无贫血貌，全身浅表淋巴结未触及。心界不大，心律齐，各瓣膜区听诊未闻及病理性杂音。双肺叩清，未闻及干湿性啰音，右侧呼吸音稍弱。腹部膨隆，腹围 88cm。肝、脾未触及，腹部未触及包块，右下腹有压痛、反跳痛，无肌紧张，移动性浊音（+），肠鸣音 7 次/分。双下肢无水肿，关节无红肿变形及压痛。肛查：外阴未婚型，子宫中位，正常大小，质中，活动，无压痛；因腹水多双附件区未触及包块。

入院诊断：①卵巢肿瘤破裂？②卵巢恶性肿瘤？③胸腹腔积液，原因待查；④窦性心动过速；⑤腹泻原因待查。

入院后急查血常规：WBC $10.14 \times 10^9/L$ ，N 68.1%，L 19.52%，HGB 141.5g/L，PLT $834.6 \times 10^9/L$ 。尿常规：PRO（+），RBC 10~20/HP。便常规：WBC 5~6/HP，潜血（-）。TP 53~59g/L，ALB 22g/L。胸部 X 线片检查：右侧胸腔积液，膈肌升高，肺不张，心包少量积液。心电图提示：窦性心动过速，ST 段略改变。B 超检查：右卵巢不均质回声 $5.3\text{cm} \times 3.8\text{cm}$ ，盆腹腔积液。肝、胆、脾、胰、双肾正常。CT：右附件肿块影像性质待定。血液生化检查：肝肾功能、凝血功能正常，乙肝、丙肝、艾滋病和梅毒抗体均阴性。血清学肿瘤标记物检查 CA₁₂₅ 262U/ml（正常值 <35U/ml），CA₁₉₋₉、CEA、AFP、hCG 和性激素检查均正常。

入院后行腹腔穿刺术两次，分别抽出腹水 2200ml、900ml，常规腹水检查为渗出液，细胞总数 7300，WBC 80~198/ml，M 88%，N 12%。LDH 和 AFP 正常，结核杆菌核酸阴性，抗酸染色结核菌阴性，未见肿瘤细胞，结核菌素实验（PPD）阴性。放胸腹水后生成迅速，患者感憋气、胸闷，不能平卧，且持续右下腹痛，频繁呕吐、腹泻，少尿。血钾 2.9~3.4 mmol/L，PO₂ 67.2%。虽给予面罩吸氧、抗炎、静脉高营养，纠正低钾血症、低蛋白血症及低氧血症等对症治疗，症状仍不能缓解，而且患者对数种药物过敏。为明确诊断，缓解症状，入院后第 6 天开腹探

查,术前胸腔引流胸水 1300ml,术中放腹水 2500ml。探查:子宫、左附件、右输卵管无异常;右卵巢 5cm×4cm×3cm,呈葫芦状,紫蓝色,表面光滑无破裂口,蒂部无扭转;肝、脾、横膈正常;肠管表面充血、水肿,大网膜充血。行右附件切除术及盆腹腔、左附件多点活检。病理:右卵巢内为陈旧性血液和坏死组织。镜检:卵巢良性纤维组织增生性病变,伴水肿出血坏死。结合临床病变符合 Meig 综合征。胸腹水细胞学检查未见肿瘤细胞。

术后右下腹痛缓解。次日又开始频繁呕吐、腹泻,腹胀,腹水增长迅速。请有关科室会诊,考虑腹泻可能与应用广谱抗生素后肠道菌群失调有关,SLE 待排外。查大便球/杆比例为 40/1。停用广谱抗生素,静点甲硝唑,口服思密达、乳酸菌素片、整肠生,静脉高营养治疗,效果欠佳,体温 38.6℃,于左耳后发现 3 个增大的淋巴结。再次复查大便球/杆比为 1/25。大便培养:难辨性梭状杆菌(-),无致病菌生长。结肠镜检:未见急性肠炎和伪膜性肠炎的表现。活检未见肿瘤细胞。术后第 9 天出现尿频、尿急,耻骨联合上方出现难以忍受的持续性痉挛样尿痛,向大腿上部放射。查:尿道口局部无红肿,尿常规:WBC(-),RBC 50~60/HP,PRO(+~++)。尿培养(-),抗炎治疗无效。免疫系统检查结果:抗 ds-DNA 抗体(Farr 法)13.9%(正常≤20%)。抗 ANA 抗体 1:640。抗 SSA 抗体阳性。抗 Sm 抗体 28/29kD,抗 RNP 抗体 32kD。取左上臂内侧皮肤活检,狼疮带试验(+)。血沉 52mm/h。C3 0.3g/L, C4 0.1g/L,总补体下降。复查病理:卵巢坏死区域可见多数小血管纤维素有样物质沉着和陈旧性局灶性炎症性破坏性变化,不排除 SLE 伴发的卵巢损伤。

该患者为年轻女性,既往有过敏史,秋冬季发病,有多浆膜腔积液和多系统损害(肾、消化道、泌尿生殖道),抗 ds-DNA 抗体和抗 Sm 抗体阳性,低补体血症和狼疮带试验阳性。按照美国风湿学会 1997 年提出的 SLE 修订诊断标准和我国 1982 年

SLE 诊断（参考）标准，患者确诊为 SLE-卵巢血管炎、蛋白丢失性肠炎、间质性膀胱炎、多浆膜腔积液。

术后第 12 天开始，甲强龙 40mg，静点 2 次/日，治疗 5 天后胸腹水迅速消失，消化系统、泌尿系统诸症逐渐减轻，耳后淋巴结消退。治疗 8 天后，症状体征完全消失，改口服强的松 60mg/d。术后 23 天出院继续治疗随访。

临床讨论与分析

我国 SLE 患病率高于西方国家。患者多为青年女性，男女之比为 1：（7~9），确切病因不明，可能与遗传、感染、日晒、药物、精神创伤等多种因素有关。发病机理主要是由于免疫复合物形成（主要由 DNA 和抗 DNA 抗体形成），沉积于血管壁和浆膜腔引起脏器的组织损伤。

该病起病可急可缓，临床表现差异很大。除了常见的非特异的全身症状如低热、全身不适、乏力、体重减轻外，90%以上患者首发症状为关节肿痛；80%可出现各种皮肤损害；40%有面部典型的蝶形红斑；约 50%有肾、心、肺和胸膜的病变；10%有腹泻症状。在病变活动期部分患者出现淋巴结、腮腺肿大，月经紊乱和闭经。SLE 累及泌尿生殖系统致卵巢出血坏死、间质性膀胱炎，同时伴随蛋白丢失性肠炎非常罕见。

Gleicher N 报道一例卵巢血肿继发感染行附件切除术，术后根据实验室检查结果确诊为 SLE，认为 SLE 可导致凝血机制障碍，患者排卵时形成卵巢血肿继发感染，病理未发现血管炎的证据。1999 年 Meyers K E 首次报道 14 岁少女患 SLE 多发血管炎累及多个系统，因急腹痛抗炎治疗无效行附件切除术，病理证实为卵巢血管炎致卵巢出血坏死。SLE 引起的血管炎和一般炎症的区别在于：SLE 性血管炎无单核细胞浸润。SLE 累及卵巢可以有或无卵巢血管炎的证据。本例患者 17 岁，无 SLE 病史，起

病急骤，随病情的发展，逐渐出现右侧盆腔包块、右下腹痛、腹膜刺激征；低热、呕吐、腹泻、多浆膜腔积液及膀胱刺激症状；缺乏系统性红斑狼疮常见的临床症状，病情复杂、不典型。特别是以急腹痛为首发症状时不易考虑到本病，易误诊为妇科急腹症如异位妊娠、黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转。当患者出现大量多浆膜腔积液、低热时，需与结核性浆膜炎、肝硬化腹水、心源性腹水相鉴别。患者有卵巢包块，胸腹水，CA₁₂₅升高，病情进展快，虽多次胸腹水细胞学检查未见肿瘤细胞，但术前很难排除卵巢恶性肿瘤破裂，所以剖腹探查是必要的。Meig 综合征多见于卵巢纤维瘤和卵泡膜细胞瘤合并大量胸腹水，术后胸腹水应迅速消失。该患者与之不符，用 Meig 综合征难以解释卵巢出血坏死以及消化系统及泌尿系统的症状。

狼疮性膀胱炎（间质性膀胱炎）和蛋白丢失性肠炎也是 SLE 罕见的严重并发症，与免疫复合物沉淀在中、小动脉血管壁引起的炎症、血管损伤导致膀胱和肠管功能紊乱有关。在成人狼疮性膀胱炎发生率 1%~2%，多发生在抗 ANA 存在的狼疮活动期，表现为尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状，发病初期有剧烈的耻骨联合上方疼痛，可有肉眼血尿，出血性膀胱炎。尿常规：无白细胞，尿培养阴性。慢性者膀胱壁增厚，不规则，出现溃疡，容积降低，抗炎治疗无效。SLE 常伴随蛋白丢失性肠炎、腹水和中枢神经系统受累。1971 年 Pachas 首例报道了 SLE 蛋白丢失性肠炎。1983 年国内报道的第一例已确诊的 SLE 是经治疗病情缓解的患者出现此症。SLE 蛋白丢失性肠炎的特点是频繁的呕吐、腹泻、肠吸收不良和进行性血浆蛋白降低及电解质紊乱，导致低蛋白血症、低钾血症。因临床表现颇似急性胃肠炎，极易误诊。较长时间应用抗生素治疗导致菌群失调，使诊断更加困难。SLE 蛋白丢失性肠炎除与急性胃肠炎鉴别外，还需要和肠道菌群失调、伪膜性肠炎、肠结核鉴别。鉴别依据：①大便中虽有大量黏液，但无红白细胞，或偶见白细胞，培养无病原菌生

长。②病情发展不像胃肠炎容易脱水，但易出现低蛋白血症。③常同时有 SLE 的其他表现：皮疹、浆膜炎、肺炎、间质性膀胱炎等。④肠镜检查：无急性肠炎和伪膜性肠炎的表现，必要时可做活检及免疫荧光检查。⑤抗 ANA 抗体、抗 ds-DNA 抗体、抗 Sm 抗体阳性，血清免疫球蛋白常升高。⑥按急性胃肠炎、菌群失调、伪膜性肠炎治疗无效，静点糖皮质激素可迅速好转。

卵巢出血坏死、间质性膀胱炎、蛋白丢失性肠炎均可作为 SLE 的首发症状，以后方出现其他系统受损的表现，也可在几年后才出现其他系统受损。本病例为三种罕见情况短期内相继出现在同一患者身上，使原本诊断困难的疾病更加错综复杂，难以确诊。通过此例，如在临床中遇到年轻女性，秋冬季出现急腹痛、卵巢肿物，同时或继发多系统病变，用妇科疾病不能解释，经一般治疗无效者，应考虑可能有免疫系统疾病。实验室免疫学检查对本病的诊断至关重要。SLE 患者特点是由于细胞和体液免疫功能障碍，血中可存在多种自身抗体，其中抗 ANA 抗体、抗 ds-DNA 抗体、抗 Sm 抗体对诊断有意义。抗 ANA 抗体在病情活动时几乎 100% 阳性。阴性时不能排除本病，可更换检查方法或结合临床和其他实验室检查资料综合分析。抗 ds-DNA 抗体虽阳性率较低，但特异性较高。抗体效价随病情的活动和缓解而变化。约 30% SLE 患者抗 Sm 抗体阳性，为本病的特异性抗体。对于不典型、轻型或早期病例，按 SLE 标准不能确诊者，若抗 Sm 抗体阳性，结合其他表现则可确诊。此外低补体血症和血中循环免疫复合物升高，高丙种球蛋白血症，狼疮细胞（+）也有助于诊断。病情严重时在非曝光部位皮肤狼疮带试验多出现阳性。

SLE 如能及早诊断，予以合理治疗可提高患者的存活率。目前治疗本病的主要药物是糖皮质激素，适用于急性或暴发性患者，或主要脏器受累的患者。治疗目的主要着重于缓解症状和阻止病理过程。

张璐芳

病例2 第Ⅷ因子缺乏导致妇科腹腔镜 术后腹腔大出血

病历摘要

患者，女，40岁，因“月经前后阴道少量出血5个月，发现右卵巢囊肿3周”入院。患者否认家族病史；月经生育史：14岁初潮，(7~8)/30天，LMP 2004年4月1日，经量中等，轻度痛经；妊3产1，育1子，人流2次。

入院查体：T 36.6℃、P 70次/分、R 17次/分、BP 130/80 mmHg，心肺正常，腹平软，肝脾肋下未及。妇科检查：外阴、阴道正常，宫颈有0.5cm纳氏囊肿；子宫后位，正常大小，活动度差，压痛(+)；右附件区可及直径约7cm大小囊性包块，与子宫右侧紧密粘连，表面不平，有多个结节突起，压痛，左附件增厚。入院彩超提示：子宫肌瘤，右卵巢囊肿。辅助检查：血常规：WBC $7.07 \times 10^9/L$ ，N 64.65%，RBC $4.009 \times 10^{12}/L$ ，PLT $332.3 \times 10^9/L$ ，HGB 94.8g/L；凝血功能：PT 12.0s，FIB 295mg/dl，APTT 59.3s。

入院诊断：①右卵巢肿物性质待查(右卵巢囊肿?)；②右输卵管积水；③子宫肌瘤；④慢性宫颈炎；⑤轻度贫血。

经术前讨论后，行腹腔镜双侧输卵管切除术+左侧卵巢部分切除术+右侧卵巢囊肿切除术+盆腔粘连松解术。手术顺利，术中血压平稳，出血约50ml，补液1000ml，尿量200ml、清亮。

术后当晚患者曾诉一过性心慌，生命体征稳定；术后第一日晨BP 110/70mmHg，P 80次/分，下腹压痛(+)，反跳痛

(+), 复查血常规 HGB 64.8g/L, 即行床旁 B 超检查提示有腹腔游离液, 2 小时后再次复查血常规 HGB 50.0g/L, 血压 (80~100)/(50~70) mmHg, 脉搏 98 次/分, 可疑腹腔内有活动性出血。追问其病史, 患者父亲及儿子均为血友病患者, 考虑患者可能存在凝血功能异常, 腹腔内出血。因患者血压呈进行性下降, 存在失血性休克, 故急行剖腹探查术。术中见右侧卵巢囊肿剥离面、双侧输卵管系膜创面、子宫后壁及阔韧带后叶粘连剥离面均有弥漫性缓慢渗血, 给予缝合及电凝止血, 术中腹腔内积血 1500ml, 输液 6500ml, 输压积红细胞 800ml, 血浆 700ml, 术毕尿量 1000ml。

第二次术后患者返回外科监护病房, 复查 PT 15.2s, FIB 222mg/dl, APTT 60.3s, FDP <5 μ g/ml, D-dimer <250 μ g/ml, 给予凝血酶原复合物 (300PE) 2 瓶、新鲜冰冻血浆 1500ml、红细胞悬液 800ml, 检查凝血因子Ⅷ:C 浓度 24% (本院正常值为 >50%)。患者于术后第二日转回妇科病房治疗, 复查凝血因子Ⅷ:C 浓度 18%, 输注凝血因子Ⅷ (300PE) 2 瓶、新鲜冰冻血浆 400ml。请血液科会诊, 初步诊断为甲型血友病。复查患者肝功能、胆红素、DIC 等项检查, 除外溶血、肝功能异常以及 DIC; 检测凝血因子Ⅸ活性 167%, 凝血因子Ⅹ活性 115%, 除外乙型及丙型血友病。术后每天给患者静脉输入凝血因子Ⅷ, 并逐渐减量至术后第 7 天, 维持Ⅷ:C 浓度 22%~56%、APTT 40.1~55.5s, 切口愈合好, 于术后第 10 天出院。出院时复查Ⅷ:C 浓度 17%、APTT 45.2s、PT 11.7s。

出院诊断: ①右卵巢子宫内位囊肿; ②右输卵管炎; ③第Ⅷ因子缺乏症; ④重度贫血。

临床讨论与分析

凝血因子Ⅷ缺乏所导致的凝血障碍主要是内源性凝血途径障