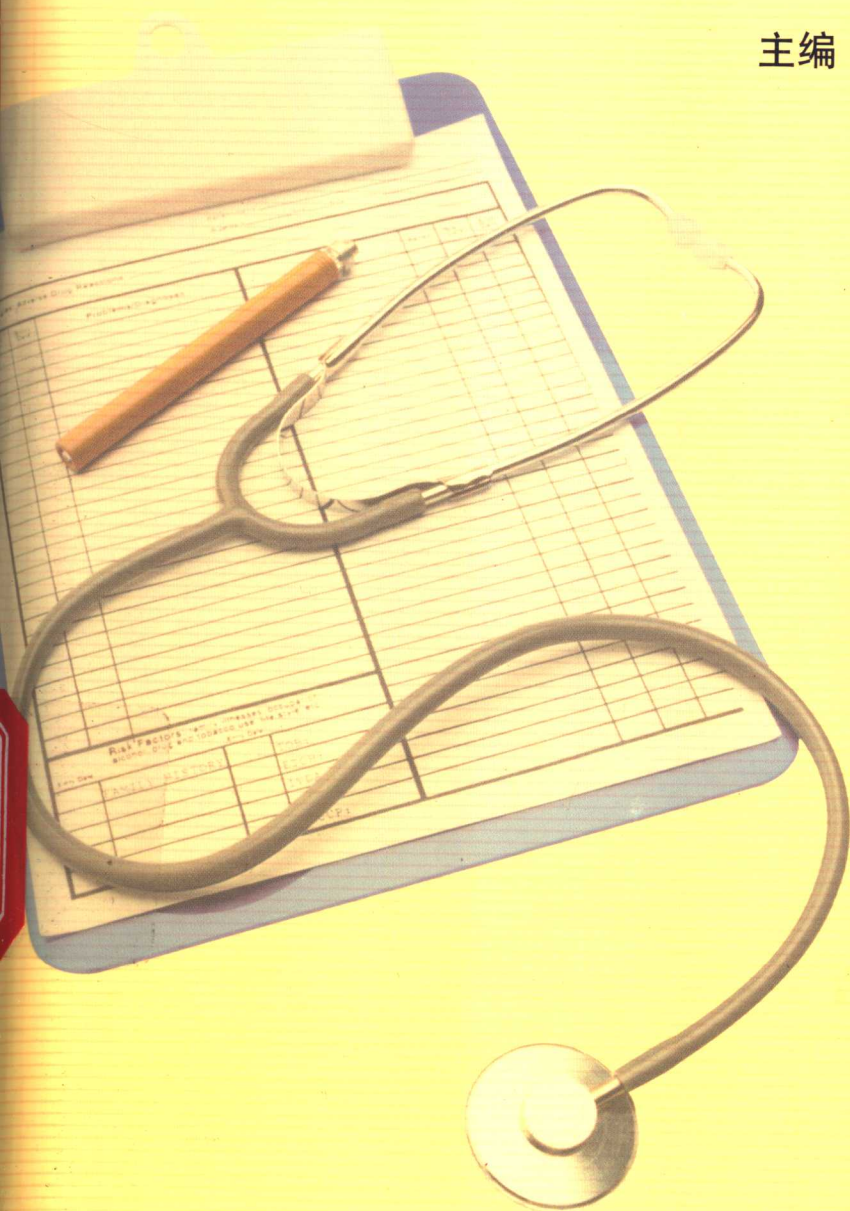


高 等 学 校 教 材

供临床医学专业用

临床病例诊疗剖析 妇产科学分册

主编 刘嘉茵 张震宇



人民卫生出版社



高等学校教材

供临床医学专业用

临床病例诊疗剖析

妇产科学分册

主编 刘嘉茵 张震宇

编者 (以姓氏笔画为序)

刁飞扬 (南京医科大学)	丁 卫 (南京医科大学)
马 翔 (南京医科大学)	万贵平 (南京医科大学)
王美莲 (南京医科大学)	王 炜 (南京医科大学)
王淑珍 (首都医科大学)	卢守莲 (南京医科大学)
刘嘉茵 (南京医科大学)	刘玲珍 (南京医科大学)
刘崇东 (首都医科大学)	邢 燕 (南京医科大学)
陈慧平 (南京医科大学)	陆品红 (南京医科大学)
张 蓓 (南京医科大学)	张国英 (南京医科大学)
张震宇 (首都医科大学)	李淑红 (首都医科大学)
李艳芳 (首都医科大学)	冒韵东 (南京医科大学)
贾雪梅 (南京医科大学)	郭淑丽 (首都医科大学)
桑翠琴 (首都医科大学)	傅士龙 (南京医科大学)
路军丽 (首都医科大学)	戴辉华 (南京医科大学)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

临床病例诊疗剖析. 妇产科学分册/刘嘉茵等主编.
北京:人民卫生出版社,2005.6

ISBN 7-117-06788-8

I. 临… II. 刘… III. 妇产科病-诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 036991 号

临床病例诊疗剖析 妇产科学分册

主 编: 刘嘉茵 张震宇

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

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 14.75

字 数: 335 千字

版 次: 2005 年 6 月第 1 版 2005 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06788-8/R·6789

定 价: 20.00 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)

出版说明

为加强长学制临床医学专业学生和各临床专业研究生的临床专业实践,在人民卫生出版社的支持下,南京医科大学联合华中科技大学(同济医学院)、中南大学(湘雅医学院)、上海第二医科大学、西安交通大学(医学院)、首都医科大学、哈尔滨医科大学等院校的数十位临床医学专家,共同编写了这套《临床病例诊疗剖析》系列教材。

2003 年底,我们成立了《临床病例诊疗剖析》系列教材编写委员会。编委会成立以来,进行了大量的调研与论证工作,反复讨论了本套教材的编写思想、各分册的编写内容与体例等。本次编写《内科学分册》、《外科学分册》、《妇产科学》、《儿科学分册》和《皮肤性病学与眼耳鼻咽喉科学分册》5 种教材。

本套教材除供长学制临床医学专业学生和各临床专业研究生使用外,也可供五年制临床医学专业学生选用,中初级临床医生亦可作为继续医学教育教材阅读。

《临床病例诊疗剖析》系列教材品种及主编

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1.《内科学分册》 | 主 编 孔祥清 马爱群 陆惠华 肖 波 |
| 2.《外科学分册》 | 主 编 陈亦江 陈孝平 |
| | 副主编 张必翔 沈历宗 |
| 3.《妇产科学分册》 | 主 编 刘嘉茵 张震宇 |
| 4.《儿科学分册》 | 主 编 陈吉庆 曹兰芳 |
| 5.《皮肤性病学与眼耳鼻咽喉科学分册》 | 主 编 骆 丹 原慧萍 林子萍 |

《临床病例诊疗剖析》系列教材编写委员会

2004 年 12 月

《临床病例诊疗剖析》系列教材编写委员会

总策划	王锦帆								
主 任	王心如								
副主任	季晓辉	王锦帆	孔祥清	马爱群	陆惠华	肖 波	陈亦江	陈孝平	
	刘嘉茵	张震宇	陈吉庆	曹兰芳	骆 丹	原慧萍	林子萍		

前 言

《临床病例诊疗剖析—妇产科学分册》是一本针对长学制和五年制临床医学专业学生配套相关教材使用的配套教材。此外，也可供各临床专业研究生和从事妇产科专业的青年医师进行继续教育使用。妇产科学是一门专业涉及面广、知识内容丰富而又极富人文色彩的临床学科，涵盖了妇女一生从出生到衰老的生命过程，包括了母婴围生医学、生殖内分泌学、妇科肿瘤学、普通妇科学和计划生育几大专业分支，还与内、外、儿科学、遗传学、组织胚胎学、医学伦理学、法医学等学科有众多交叉的内容。

专业学科的丰富也增加了临床诊疗技术的难度要求。对于一个刚刚进入临床的医学生和青年医师来说，他常常会面对患者的一系列主诉而无从下手。同时，因为手术专业的高风险性，实习医生和年轻医生会感觉对患者的处理更加棘手。因此，有一本妇产科学临床病例的诊疗思维训练教材，可以使一个新手从诊疗范例的分析和总结中得到启迪，获得宝贵的经验和教训，就像一个循循善诱的上级医师在耳边耐心和系统的教导一样。对于医学工作者来说，丰富的临床知识和经验来源于一个又一个病例的积累，没有半点捷径可走。这本病例诊疗剖析给我们的年轻医师提供了一批难得的病例资源，可以使他们仔细地揣摩每一个病例的主诉、病史、临床表现、症状体征、辅助检查、结果分析、诊断和鉴别诊断、处理和总结，层层剖析，丝丝入扣，就像自己面对一个患者诊疗的全过程一样，体会怎样运用基础理论知识和逻辑思维，抓住主要矛盾，去伪存真，去粗取精，使患者得到最适合和有效的治疗，这就是一个临床医师成长的必经之路。

妇产科学与其他所有的医学专科一样在飞跃地发展，对有的疾病和综合征的认识以及诊疗观点，几年来也有了很大的改变。例如对多囊卵巢综合征的临床诊治，涉及了更多的学科交叉和基础理论，对新老医师们都是一个全新的认识和理念。对年轻医师而言，不断学习新的知识、掌握新的技术、更好地服务于人民、迎接现代科学的挑战，是其职责和使命。本书所有的编者都希望这本书能够成为众多年轻的妇产科医师的良师益友和工具，伴随他们在成功之路上成长。

刘嘉茵 张震宇

2005年4月

目 录

第一章 产前保健.....	(1)
病例一 孕产期合理用药	(1)
第二章 妊娠时限异常.....	(4)
病例一 先兆流产.....	(4)
病例二 稽留流产.....	(7)
病例三 早产	(10)
第三章 妊娠特有疾病	(14)
病例一 妊娠期高血压疾病	(14)
病例二 妊娠期肝内胆汁淤积症	(18)
病例三 抗磷脂综合征	(22)
第四章 异位妊娠及其他	(28)
病例一 输卵管妊娠	(28)
病例二 宫颈妊娠	(32)
病例三 黄体破裂	(35)
第五章 妊娠晚期出血	(38)
病例一 胎盘早剥	(38)
第六章 胎儿发育异常	(42)
病例一 胎儿生长受限	(42)
第七章 胎儿窘迫与胎膜早破	(45)
病例一 胎儿窘迫	(45)
病例二 胎膜早破	(47)
第八章 妊娠合并内科疾病	(50)
病例一 妊娠期糖尿病	(50)
病例二 妊娠期急性脂肪肝	(54)
病例三 妊娠合并急性胰腺炎	(58)

第九章 异常分娩	(63)
病例一 头位难产	(63)
第十章 分娩期并发症	(67)
病例一 产后出血	(67)
第十一章 异常产褥	(71)
病例一 产褥感染	(71)
病例二 晚期产后出血	(74)
第十二章 外阴及阴道炎症	(79)
病例一 滴虫性阴道炎	(79)
病例二 外阴阴道假丝酵母菌病	(81)
病例三 外阴尖锐湿疣	(84)
病例四 外阴梅毒	(87)
第十三章 盆腔炎症	(91)
病例一 慢性盆腔炎	(91)
第十四章 外阴肿瘤	(97)
病例一 外阴癌	(97)
第十五章 宫颈肿瘤	(100)
病例一 宫颈癌	(100)
第十六章 子宫肿瘤	(105)
病例一 子宫肌瘤	(105)
病例二 子宫内膜癌	(108)
第十七章 卵巢肿瘤	(114)
病例一 卵巢囊肿	(114)
病例二 早期卵巢上皮性癌	(117)
病例三 晚期卵巢上皮性癌	(122)
病例四 未成熟畸胎瘤	(127)
第十八章 妊娠滋养细胞疾病	(133)
病例一 葡萄胎	(133)
病例二 侵蚀性葡萄胎	(136)
病例三 绒癌	(139)

第十九章 生殖内分泌疾病	(143)
病例一 无排卵性功能失调性子宫出血	(143)
病例二 排卵型功能失调性子宫出血	(147)
病例三 绝经过渡期功血	(150)
病例四 功血合并风湿性心脏病	(153)
病例五 子宫性闭经	(157)
病例六 多囊卵巢综合征	(160)
病例七 痛经	(166)
病例八 围绝经期综合征	(168)
病例九 高催乳激素血症	(174)
第二十章 子宫内膜异位症	(178)
病例一 盆腔子宫内膜异位症	(178)
第二十一章 女性生殖器官发育异常	(186)
病例一 雄激素不敏感综合征	(186)
第二十二章 女性生殖器官损伤性疾病	(190)
病例一 子宫脱垂	(190)
病例二 尿失禁	(192)
病例三 尿瘘	(196)
第二十三章 不孕症与辅助生育技术	(199)
病例一 原发性不孕症	(199)
病例二 继发性不孕症	(205)
病例三 卵巢过度刺激综合征	(211)
第二十四章 计划生育	(217)
病例一 紧急避孕	(217)
病例二 子宫穿孔	(218)
参考文献	(222)
中文索引	(223)
英文索引	(225)

第一章 产 前 保 健

病例一 孕产期合理用药

【病史】

1. 病史概要

患者末次月经 2004-03-24，现停经 56 天，既往月经周期较长，周期 40~45 天，经期 4~5 天。停经 42 天时自测早早孕，试纸结果为阴性。1 周后再自测早早孕试纸结果呈阳性，无早孕反应。因在停经后 35 天时有上呼吸道感染症状，鼻塞、咽痛，无发热，曾服用过小柴胡冲剂、阿莫西林三天，要求咨询用药对胎儿有无影响。

2. 病史分析

患者为早孕，平时月经周期较长，现停经 56 天，在停经 35 天时曾因上呼吸道感染有服药史。

3. 主诉 停经 56 天。

【体格检查】

1. 结果 T 36.8℃ P 80 次/分 R 24 次/分 BP 110/70mmHg

一般情况好，营养发育良好。心肺听诊阴性，腹部肝脾未触及。妇科检查：外阴发育良好；阴道壁黏膜粉红色，未见异常结节及新生物，宫颈表面光滑；宫体如孕 50 天大小，质稍软，光滑，能活动，无明显压痛；双侧附件区未及明显异常。

2. 体格检查分析

子宫与妊娠天数相符，余未及明显异常。

【辅助检查】

1. 结果

(1) 血常规：WBC $6.5 \times 10^9/L$ N 67% Hb 116g/L PLT $192 \times 10^9/L$ 。

(2) 尿 HCG：阳性。

(3) 阴道 B 超检查：宫内妊娠囊大小 $2.3\text{cm} \times 1.9\text{cm} \times 1.2\text{cm}$ ，见胚芽及心芽搏动。

2. 辅助检查分析

生育年龄的已婚妇女，有停经史首先应考虑为早孕。该患者有停经史，且尿 HCG 阳性，因此诊断为早孕。由于该妇女平时月经周期较长，停经 42 天时妊娠试验结果为阴性。阴道超声检查提示妊娠囊大小约为停经 6 周，因此该孕妇的孕龄应较停经周数小两周。由 B 超检查结果分析，该患者停经 35 天，实际应在受孕 2 周之内。

【咨询解释】

妊娠期用药越来越引起医务人员和妊娠妇女的关注,尤其是早孕期用药对胎儿是否有影响,这是产前咨询门诊经常遇到的问题。

妊娠期用药后,大多数的药物均可能通过胎盘进入胎儿体内。药物在胎盘内的转运方式有:扩散作用,主要是从高浓度向低浓度的转运;主动转运,可以由低浓度向高浓度转运,这需要一些酶的参与并消耗生物能量;特殊转运,在转运前转变成能较快经过胎盘的物质;胞饮作用,是被合体细胞吞食后的转运,如一些大分子的蛋白、抗体等。药物吸收的速度和药物的理化特性有关,分子量小的、脂溶性的药物吸收较快。胎儿血中及羊水药物浓度又与用药量、用药时间的长短有关。

美国食品和药物管理局(FDA)根据药物对动物和人类胚胎所具有的致畸危险,将其分为5类,称为药物的妊娠分类。

A类:经动物试验和临床对照研究未见对胚胎或胎儿有致畸作用。

B类:动物试验未见对胎仔有致畸,但缺乏临床对照研究;或动物试验观察到对胎仔有影响,但临床对照研究未证实。

C类:动物试验发现对胎仔有不良影响,但在人类缺乏充分证明,或动物试验亦缺乏充分的对照研究。

D类:有证据表明对人类胎儿有危害,但经权衡利弊后必须使用的药物。

X类:对动物和人类均具有明显致畸作用的药物,这类药物在孕期禁忌使用。

因此,在妊娠期,尤其是早孕期使用了某些药物后,可根据药物的妊娠分类,了解该药物对胎儿的影响问题。

药物对胚胎或胎儿的影响与用药时胚胎发育的阶段关系密切。在胚胎发育的早期,受孕2周之内一般认为外源性药物是“全或无”的影响,胚胎对药物的作用只要耐受,不会对胎儿的发育产生不良影响。而在受孕后2~8周为二胚层形成至器官分化形成期,药物对胚胎发育的影响可能引起胎儿发育的畸形。即使在胎儿期,某些药物亦可能对胎儿的发育造成影响。因为,神经系统、泌尿生殖系统的发育较晚,如妊娠6~7个月时使用氨基糖甙类的药物有可能影响胎儿听神经发育,造成先天性耳聋。

总之,在妊娠期用药的原则为:

(1) 妊娠期用药必须要有明确的指征,尤其是妊娠前三个月,应避免不必要的用药;

(2) 孕妇应在医师指导下服药,不能擅自盲目使用药品;

(3) 妊娠期用药时,可根据FDA的妊娠分类选用药物,尽量选用对胎儿影响较小的药物;

(4) 在新药和老药都可以使用的情况下,尽量使用临床使用时间较长,而又证明对胎儿影响最小的药物;

(5) 有些药物对胎儿可能有影响,但在孕妇又必须使用该药物时,应权衡利弊后使用,但应根据病情及时调整剂量、及时停用药物。

结合该患者的病史分析,患者月经周期较长,虽已停经56天(8周)但B超检查妊娠囊大小为42天(6周),故停经35天时推算尚在受孕两周之内,此期为胚胎发育

的不敏感期，一般认为是“全或无”影响。从患者用药的妊娠分类，阿莫西林属青霉素类药物，应为B类药，对胎儿亦是较安全的。中药由于其成分较复杂，目前尚未确定哪些中药对胎儿有致畸作用。一般可根据药品说明书中有无禁忌确定孕期是否可服用。

由于胚胎或胎儿发育受许多因素的影响，包括夫妇双方的遗传因素、环境因素；如环境污染、宫内感染等等。因此在回答孕妇或家属提出的问题时，应注意不要作出肯定或否定的结论，即使使用的药物为妊娠分类可以使用的药物，但亦可能出生与之无关的缺陷儿。若使用的药物为对胎儿可能有影响的药物，胎儿的存留问题也应在和患者及家属充分知情商谈后，由患者及家属自行决定。

(陈慧平)

第二章 妊娠时限异常

病例一 先兆流产

【病史】

1. 病史概要

患者王××，女，30岁，已婚，银行职员。患者平素月经规则，5/30天，末次月经2004-03-24，量如平素，现停经45天，于一天前有少量阴道流血，无腹痛，未引起重视，一天来阴道流血无缓解，但量亦未增多，无组织块排出，来院就诊。发病以来，精神好，食欲佳，两便无异常。平时身体健康，无妇科疾病史，月经规则，5/30天；LMP：45天前，28岁结婚，爱人体健，0-0-1-0，结婚后2月有一次早孕人工流产史。未避孕半年。

2. 病史分析

育龄妇女出现阴道流血，应重点询问出血与月经的关系、出血量、持续时间、有无组织物排出、有无腹痛等。患者有停经史，要初步鉴别出血是否与妊娠有关，主要考虑有流产、宫外孕、葡萄胎等妊娠有关的并发症。

3. 主诉 停经45天，少量阴道流血一天。

【体格检查】

1. 结果 T 37.0℃ P 84次/分 R 18次/分 Bp 110/70mmHg

一般情况好，发育正常，营养状况好，面色红润，皮肤黏膜无黄染，全身浅表淋巴结无肿大，五官端正，颈软，甲状腺不大。胸廓对称无畸形，乳房发育丰满，心肺听诊无异常，腹部平软，无压痛，腹部未及异常包块，脊柱四肢无畸形。关节活动好，生理反射存在，病理反射未引出。

妇科盆腔检查：外阴发育正常，未产式，阴道畅，见少许暗红色积血。宫颈光滑，宫口闭无组织物堵塞，轻度着色，无举痛。子宫前位，软，均匀增大如孕40余天大小。附件区未触及异常包块，无压痛。

2. 体格检查分析

此病例体格检查特点有：阴道少量积血，宫口闭，无组织物堵塞，子宫均匀增大，与停经日期相符，质地软，附件区无异常。

【辅助检查】

1. 结果

(1) 血常规: WBC $4.5 \times 10^9/L$ N 70% Hb 110g/L PLT $250 \times 10^9/L$ 。

(2) 尿妊娠试验: 阳性。

(3) B超: 宫腔内见孕囊, 如孕 44 天, 见胚芽, 见胎心; 孕囊周围见小的液性暗区; 附件无异常发现。

2. 辅助检查分析

根据实验室检查结果确定妊娠, 盆腔 B 超提示宫内妊娠, 胚囊大小与停经天数相符, 胚胎存活, 但胚囊周围有出血征象。

【诊断及鉴别诊断】

1. 诊断 先兆流产 (threatened abortion)

2. 诊断依据

(1) 育龄期女性患者, 已婚, 未产。

(2) 主诉: 停经 45 天, 少量阴道流血 1 天。

(3) 病史特点: 停经 45 天, 于一天前有少量阴道流血, 无腹痛, 一天来阴道持续流血无缓解, 无组织块排出。

(4) 体格检查特点: 妇科检查子宫如孕 40 余天大小, 与停经月份相符; 宫颈口闭, 无组织堵塞, 符合先兆流产表现。

(5) 尿妊娠试验结果阳性, B 超提示宫内妊娠, 依此可确诊早孕。孕囊周围少量暗区提示蜕膜出血征象, 见胚芽及胎心, 提示胎儿存活。故确诊先兆流产。

3. 鉴别诊断

(1) 异位妊娠: 典型的异位妊娠临床表现有停经、阴道流血, 辅助检查尿妊娠试验结果阳性与本病相似。如果异位妊娠发生破裂者可有剧烈的腹痛、急性失血甚至晕厥及休克表现, 并出现急腹症和腹腔内出血的体征。在异位妊娠未破裂或流产以前, 临床表现则不一定很典型, 一般仅有短的停经史, 少量阴道流血和下腹部不适的表现。妇科检查子宫正常大小或略大, B 超检查宫内无妊娠囊, 附件区可见不均质的回声, 形态不规则, 与流产鉴别应不难。但如果在孕期较早的阶段, 可仅仅表现为停经后少量出血, 与流产容易混淆, 需通过 B 超检查结合动态监测血 β -HCG 水平方可鉴别。

(2) 功能失调性子宫出血: 表现为月经周期紊乱, 经量增多或减少, 经期延长等。妇科检查子宫正常大小, B 超检查子宫附件区无异常发现, 尿妊娠试验阴性, 血 β -HCG 水平正常。

(3) 葡萄胎: 葡萄胎的临床表现为停经后阴道流血, 可有轻微腹痛, 妇科检查发现子宫异常增大, 与停经月份不相符, 有时伴重度妊娠反应、阴道流血并有时有葡萄状组织排出。葡萄胎患者往往伴有卵巢黄素囊肿, 如果发生扭转后可有剧烈的腹痛。B 超为重要的诊断手段, 可见明显增大的子宫腔内充满弥漫分布的光点和小囊样无回声区, 无妊娠囊可见, 无胎儿结构及胎心搏动。罕见的部分性葡萄胎病例可有胎儿结构。

【治疗】

1. 治疗原则 在严密随访下行保胎治疗。

2. 治疗方案

(1) 卧床休息, 禁止性生活。

(2) 保持情绪稳定, 必要时可给以对胎儿影响较小的镇静剂。

(3) 维生素 E 100mg 口服, 每日一次; 黄体酮 20mg, 每日肌注一次; HCG 2 000 单位, 每周 2 次肌肉注射。

(4) 定期随访, 治疗两周, 阴道流血增多, 提示妊娠可能不能维持, 流产难免。进行 B 超检查, 观察到宫内液性暗区增大, 胚囊呈液滴状形态垂向子宫颈口, 一周后胎心消失, 予以清宫处理。吸刮出胚囊及绒毛组织完整, 术后 5 天阴道流血止。

3. 治疗分析

先兆流产的治疗以针对病因的治疗最为有效。由于引起流产的病因很多, 对本病来说一时尚无法明确确切原因, 临床上一般以黄体功能不足给予试验性治疗, 黄体酮为首选药物, HCG 也常作为保胎的一线药物。维生素 E 可起到辅助的治疗作用, 且为口服药, 使用更为方便。保胎治疗过程中, 避免刺激子宫, 保持情绪稳定非常重要。经过治疗两周, 如阴道出血停止, B 超提示胚胎存活, 可继续妊娠; 若临床症状加重, B 超发现胚胎发育不良, β -HCG 持续不升或下降表明流产不可避免, 应及时终止妊娠, 切忌盲目保胎。

【总结】

1. 疾病特征

自然流产是妇科常见病, 尤其早期自然流产更为常见, 发生率为 10%~20%。已知其病因与遗传、内分泌、感染、内生殖器解剖异常以及自身抗体有关。流产 (abortion) 的原因很多, 但仍有 50% 以上流产患者原因不清, 临床上称为不明原因的自然流产。

2. 诊疗思路与经验教训

本病例属早期先兆流产范畴, 临床表现典型, 诊断先兆流产不难; 先兆流产的转归可能继续妊娠, 也可能最终发展成难免流产。因为有的正常妊娠者在停经 30~50 天期间, 也可能出现少量阴道流血, 因此先兆流产的诊断有时很难统一。各临床研究资料中对评估其发病率和治疗效果时也因此出现差异。

在临床诊断上, 鉴别早期妊娠、流产和宫外孕是一个非常重要和常见的问题。在一些更早期的病例, 由于胚胎早期枯萎, 临床上仅有不典型的停经史和阴道流血史, 胚胎很快死亡和退化, 很难鉴别是宫内或宫外孕。月经周期正常的妇女在停经 40 天左右, 血液中 HCG 达到 1 000 单位/L 以上, 阴道 B 超仍未发现宫内胚囊, 则宫外孕的可能性就大于 95% 了。血 HCG 翻倍试验是鉴别妊娠能否继续的重要指标, 在停经 45 天前, 每 48 小时测定血 HCG 值, 共 2~3 次, 每次呈大于 1.6 倍的增长速度时, 妊娠成功的几率应大于 95%。

在治疗上, 先兆流产的结局是很难预料的。一般在诊断难免流产之前, 均按先兆流产处理, 以黄体支持为治疗原则。直接补充孕酮是最有效的, 辅以 HCG 的使用, 可以刺激黄体产生妊娠所需要的孕激素和雌激素, 继而刺激体内免疫系统, 分泌胚胎的保护性抗体, 产生妊娠的免疫保护。据统计, 先兆流产中约 60%~70% 经恰当治疗后维持妊娠有效。但若胚胎着床不良或发育不正常者, 即使采取积极治疗, 终将流产。等发展

到难免流产时,大多数的胚胎已死亡,随后发生蜕膜出血始有阴道流血,故进行B超动态检查胚胎发育状况很有必要,切忌盲目保胎,该患者胚胎存活,故可予适当治疗。故对先兆流产患者,经积极治疗1~2周后,如症状加重,子宫不增大,尿妊娠试验滴度下降或转阴性,可复查B超,了解胚胎存活情况,决定是否中止妊娠。

3. 诊疗新技术与新进展

对于休息与用孕酮类药的疗效估计,鉴于流产中胚胎本身发育缺陷为一重要原因,且目前无特效疗法,因此有些作者主张若无活跃出血,劝其安静及避免性生活外,不需卧床。但迫切希望怀孕的孕妇常不满意此种处理。Johausen报告,201例先兆流产患者中,136例采取卧床休息及镇静剂治疗,65例加用孕酮。两组流产率相同。Papp等将2181例先兆流产之病例,根据采用激素与未用激素治疗分两组观察,每组疗效并无差别。所以应根据病人具体情况制定方案。不管妊娠周数是否与子宫大小相符合,一律应用激素保胎,有时会贻误了过期流产或葡萄胎等异常妊娠的及时处理。

【思考题】

1. 流产的病因有哪些?
2. 流产的临床类型有哪些?

(卢守莲)

病例二 稽留流产

【病史】

1. 病史概要

张××,女,28岁,已婚,农民。患者末次月经2004-03-14,量如平素月经量。停经45天自觉恶心、乏力,晨起有呕吐,至当地医院就诊诊断为“早孕”。20天前有少量阴道流血,呈咖啡色,无腹痛,当地医院予保胎治疗,卧床休息并每日口服维生素E一次。15天前早孕反应消失,未引起注意,2天前阴道流血量稍见增多,并觉下腹疼痛,腹痛呈持续性针刺感,能忍受,无组织物排出。否认停经后有发热、有毒物质接触史,否认有性生活。发病以来,精神好,食欲尚可,睡眠两便如常。平时身体健康,无急慢性传染病史,无甲状腺疾病及其他内分泌疾病史,无有毒物质接触史。月经规则,5/30天,量中等,无痛经。LMP:80天前,24岁结婚,爱人体健,0-0-3-0,末次妊娠于半年前孕两月自然流产,另两次妊娠均为早孕行人工流产。

2. 病史分析

患者停经80天,曾于停经45天时在当地医院确诊早孕,故随后出现的阴道流血、腹痛等症状应围绕妊娠相关疾病考虑,如流产、葡萄胎等。阴道出血20余天后有轻按下腹疼痛,亦应考虑有继发宫内感染的可能。在病史采集中应有目的地询问相关症状以助鉴别。患者出现先兆流产症状后保胎治疗20天,早孕反应于15天前消失,提示胚胎于15天前死亡但未及时排出。进一步的体格检查及辅助检查应注意体温情况、宫颈口是否扩张、子宫大小、盆腔有无感染体征等。

3. 主诉 停经 80 天，阴道流血 20 天，下腹疼痛 2 天。

【体格检查】

1. 结果 T 37.6℃ P 78 次/分 R 20 次/分 Bp 110/90mmHg

发育正常，营养状况一般，步入病房，面色红润，神志清楚，查体合作。皮肤黏膜色泽正常，无黄染，全身浅表淋巴结未及肿大，头颅无畸形，五官端正，巩膜无黄染，颈部柔软，甲状腺不肿大。胸廓无畸形，心肺未发现异常，腹部平坦、柔软，未及异常包块，无压痛，脊柱四肢无畸形，关节活动好，生理反射存在，病理反射未引出。妇科检查：外阴发育正常，已婚未产式；阴道通畅，黏膜色泽正常，见少量暗褐色分泌物；宫颈轻度糜烂，宫颈口闭，无举痛；子宫后位，均匀增大如孕 50 天大小，质地中等，有压痛，活动好；双附件未及异常。

2. 体格检查分析

体格检查特点有：低热；有少量阴道积血；宫口无组织物堵塞；子宫均匀增大，如孕 50 天大小，明显小于停经天数，子宫有压痛；附件无异常。

【辅助检查】

1. 结果

(1) 血常规：RBC $4.0 \times 10^{12}/L$ Hb 120g/L WBC $14 \times 10^9/L$ PLT $215 \times 10^9/L$ N 80%。

(2) B 超：宫腔内见妊娠囊，如孕 50 天大小，形态不规则，见胚芽，无胎心搏动；双附件未见异常。

2. 辅助检查分析

患者的血常规检查提示有感染征象，超声检查提示胚胎死亡，明显小于停经月份，明确诊断。

【诊断及鉴别诊断】

1. 诊断 稽留流产 (missed abortion)

2. 诊断依据

- (1) 女性，28 岁，已婚。
- (2) 停经 80 天，曾有早孕反应，现有阴道流血并伴有腹痛。
- (3) 体格检查有低热，子宫大小与停经月份不相符，有压痛提示感染存在。
- (4) B 超检查宫内妊娠如孕 50 天，胚胎停止发育明显小于停经月份。
- (5) 血常规检查有感染征象。

3. 鉴别诊断

(1) 葡萄胎：葡萄胎表现为停经后阴道流血、下腹疼痛等，与本病相似。但葡萄胎无发热、子宫增大明显大于停经月份，B 超检查可确诊，与本病鉴别并不难。

(2) 功能失调性子宫出血：表现为月经周期紊乱，经量增多或减少，经期延长等。妇科检查子宫正常大小。B 超检查子宫附件区无异常发现。尿妊娠试验阴性，血 β -HCG 水平正常。

【治疗】

1. 治疗原则 抗生素控制感染后，尽早清除宫腔内容物。

2. 治疗方案

(1) 了解感染状况 查血白细胞、血沉、血小板、尿素氮、二氧化碳结合力、血pH值及电解质；测尿量及尿镜检；宫腔及宫颈细菌培养及涂片作革兰染色检查，以了解菌种。

(2) 了解凝血功能 检查血常规、出凝血时间、血小板记数、血浆纤维蛋白原、凝血酶原时间、血浆鱼精蛋白试验等明确凝血功能。

(3) 备新鲜血。

(4) 青霉素 800 万单位静脉点滴，每日一次。

(5) 若凝血功能正常，口服炔雌醇 1mg，每日两次，连用 5 日。

(6) 5 天后行刮宫术。

(7) 若凝血功能障碍，则选用肝素、纤维蛋白原及输注新鲜血等，待凝血功能改善后，再行刮宫术。

3. 治疗分析

稽留流产处理较为困难，因胎盘组织有时机化，与宫壁紧密粘连，造成刮宫困难，稽留时间过长，可能发生凝血功能障碍，导致 DIC，造成严重出血。处理前应检查血常规及凝血功能，并做好输血准备。术前应用雌激素以增加子宫肌层对缩宫素的敏感性，减少术中出血。流产感染的治疗原则为积极控制感染，尽快清除宫内容物，阴道出血不多者，应用广谱抗生素控制感染后再行清宫。术中肌注缩宫素，操作应特别小心，防止子宫穿孔；一次不能刮净，可于 5~7 天后再次刮宫。术后继续用抗生素控制感染，并复查 B 超排除宫腔残留。

【总结】

1. 疾病特征

胚胎死亡后滞留于宫腔未能及时排出者即为稽留流产。由于死亡的胚胎组织释放组织凝血活酶进入母体循环系统易致母体凝血功能障碍，病程越长凝血功能障碍越严重。另外，死亡的胚胎组织稽留于宫腔亦易继发感染。故稽留流产一旦确诊应积极处理，尽早清除宫腔内胚胎组织，以免病情发展。

2. 诊疗思路与经验教训

本例患者停经 80 天，曾在停经 45 天时确诊早孕，而且出现早孕反应。入院时检查子宫如孕 50 天大小，明显小于停经月份。B 超检查提示胚胎已死亡，诊断稽留流产明确。患者同时有下腹疼痛，结合妇科检查及血常规可明确有感染存在，分析感染原因与胚胎死亡后稽留于宫腔而且阴道流血时间较长有关。患者入院时有低热、血象高，但阴道流血不多、一般情况良好，提示感染并不严重，可在抗生素控制感染后再行清宫术。术前一定要明确凝血功能，如有凝血功能障碍，则先纠正凝血功能并备好新鲜血液后刮宫。稽留流产病程过长，胎盘组织与子宫壁紧密粘连，造成刮宫困难，口服炔雌醇的目的是为了增加子宫肌层对缩宫素的敏感性，减少术中出血。若一次不能刮净，不可强行