

LINCHUANG CHENGXU ZHENDUAN CONGSHU

妇产科 程序诊断

主编 / 段涛

〈临床程序诊断丛书〉

江苏科学技术出版社

LINCHUANG CHENGXU ZHENDUAN CONGSHU

妇产科 程序诊断

主 编 / 段 涛

副 主 编 / 狄 文

助理主编 / 李儒芝

〈临床程序诊断丛书〉

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科程序诊断 / 段涛主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2004. 11

(临床程序诊断丛书)

ISBN 7-5345-4345-2

I. 妇... II. 段... III. 妇产科病-诊断
IV. R710.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 101071 号

妇产科程序诊断

主 编 段 涛
责任编辑 蔡克难

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)
经 销 江苏省新华书店
照 排 南京展望文化发展有限公司
印 刷 丹阳教育印刷厂

开 本 787 mm×1092 mm 1/16
印 张 21
插 页 4
字 数 480 000
版 次 2004 年 11 月第 1 版
印 次 2004 年 11 月第 1 次印刷
印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7—5345—4345—2/R·819
定 价 45.00 元(精装)

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

编写人员名单

- 段 涛 上海市第一妇婴保健院(200040) 教授
庄桂霞 上海市第一妇婴保健院(200040) 主任医师
裘佳敏 上海市第一妇婴保健院(200040) 副主任医师
华克勤 复旦大学妇产科医院(200011) 教授
孙 红 复旦大学妇产科医院(200011) 教授
程蔚蔚 复旦大学妇产科医院(200011) 教授
杨 丹 复旦大学附属中山医院(200032) 主任医师
狄 文 上海第二医科大学附属仁济医院(200001) 教授
李卫平 上海第二医科大学附属仁济医院(200001) 教授
金 忆 上海第二医科大学附属仁济医院(200001) 副主任医师
喇端端 上海第二医科大学附属瑞金医院(200025) 主任医师
刘建华 上海第二医科大学附属第九人民医院(200011) 主任医师
傅永伦 上海第二医科大学附属第九人民医院(200011) 主治医师
黄亚绢 上海交通大学附属第六人民医院(200233) 主任医师
古 航 第二军医大学附属长海医院(200433) 教授
赵 欣 上海市普陀区妇幼保健院(200060) 主任医师
席晓薇 上海交通大学附属第一人民医院(100080) 副主任医师

○前言

以前在大学上临床课时觉得很有兴趣,因为觉得学习过以后就可以治病救人了。读过教科书后也觉得很有信心,认为做医生没那么复杂,也不过如此。可是真的做了医生以后才发现,原来诊断治疗好一个病人真的是没那么简单。遇到问题再重新翻阅教科书时才发现,其实疾病的实际情况与教科书有很大的不同。教科书上都是典型的症状,诊断和治疗的条理也都很清楚,但实际上病人的情况有时很复杂,症状也不典型,在诊断和治疗过程中充满了许多的不确定性。因此有时就会有一种感觉,就是书看得明白,但在面对实际病人时却不知道该如何一步一步地诊断和治疗。例如,对于某个疾病,教科书上可以有許多检查诊断的方法,但是你不知道该先用哪一种,后用哪一种;有許多治疗方法,可你不知道你的病人具体该用哪一种最合适。有时候遇到内外科的疾病,去查内外科教科书时会遇到同样的问题,看得懂,但就是不知道该先做什么,后做什么。做一个成功的好医生,关键在于知道“在合适的时候,做合适的事情”,但一般的教科书恰恰就是缺乏这一点。可这说起来容易,做起来就困难了。首先在确定目录时就遇到了难题,究竟是按照常见的症状来写,还是按照疾病来写?从实用的角度来讲,应该是按照常见的症状来写,因为多数情况下患者来就医时并不知道自已患的是什么病。从患者的病史、症状和体征入手,通过进一步的检查和辅助检查,多数情况下可以得出正确的诊断。但是如果完全抛开教科书的体系,只按照症状去写,可能会显得太琐碎,而且由于症状和内外科疾病有許多交叉点,放开写的话可能会太散乱。考虑再三,还是决定采用综合的方式去写,一部分按照最常见的症状去写,另外一部分按照系统去写。

本书有两大特点,首先是旗帜鲜明,直奔主题。跳过理论,一切从实践出发,把第一步该做什么,第二步该做什么,应该怎么做都讲得清清楚楚;其次是除了讲常见的共性和规律以外,还注重讲一些不常见的情况,这是一般医生和有经验的医生的区别所在。本书中最有看点的部分应当是经验点滴,这部分集中了作者临床经验的精华部分。这里既有一般教科书里没有的经验、窍门、绝招,也有实践中血的教训。这些经验和教训有些是作者自己的亲身经历,更多的是从前辈的教诲和与同道们的交流中得来的。当然,不能期待每一个章节中的

经验点滴都是非常出彩,有些还是比较平淡,这方面还有待今后的积累和提高。这本书能顺利完稿,除了要感谢各位作者的辛苦努力以外,还要感谢蔡克难编辑。要不是他“挤牙膏”式地诱导,“魔鬼”式地催稿,“吹毛求疵”式地审稿,恐怕不会有这本书的顺利出版。

有鉴于此,我们接受了《妇产科程序诊断》一书的编写邀请,希望本书能够成为临床医生在解决实际问题方面的参考,要使内行看了觉得有收获,外行看了也能明白个究竟。

段 涛

○目 录

第一章 普通妇科	1
第一节 急性下腹痛和盆腔疼痛	1
第二节 子宫内膜异位症	5
第三节 子宫腺肌病	8
第四节 附件肿块	10
第五节 腹部增大	14
第六节 子宫肌瘤	19
第七节 子宫脱垂	21
第八节 白带异常	24
第九节 外阴瘙痒	27
第十节 外阴溃疡	30
第十一节 外阴其他病变	32
第十二节 女性性功能障碍	34
第十三节 性交疼痛	36
第十四节 尿失禁	38
第十五节 性传播疾病	42
第二章 妇科生殖内分泌	47
第一节 女性性早熟	47
第二节 痛经	49
第三节 原发闭经	51
第四节 继发闭经	55
第五节 青春期功能失调性子宫出血	62
第六节 生育年龄功能失调性子宫出血	65
第七节 绝经后阴道流血	67

第 八 节	月经过少	69
第 九 节	经前期紧张综合征	70
第 十 节	多囊卵巢综合征	73
第 十 一 节	高催乳素血症	79
第三章	女性不孕	84
第四章	女性生殖器官发育异常	88
第 一 节	先天性无阴道	88
第 二 节	生殖器官发育异常	90
第五章	妇科恶性肿瘤	95
第 一 节	外阴癌	95
第 二 节	宫颈涂片	98
第 三 节	宫颈上皮内瘤样病变	99
第 四 节	宫颈浸润癌	101
第 五 节	妊娠合并宫颈癌	104
第 六 节	子宫内膜癌	105
第 七 节	子宫肉瘤	110
第 八 节	卵巢癌	112
第 九 节	输卵管癌	118
第六章	妊娠滋养细胞疾病	122
第 一 节	葡萄胎	122
第 二 节	侵蚀性葡萄胎	125
第 三 节	绒毛膜癌	127
第 四 节	胎盘部位滋养细胞肿瘤	131
第七章	普通产科	133
第 一 节	怀疑妊娠	133
第 二 节	子宫大于停经月份	135
第 三 节	子宫小于停经月份	137

第八章 妊娠相关出血	141
第一节 早孕期阴道出血	141
第二节 异位妊娠	144
第三节 反复自然流产	147
第四节 产前出血	151
第九章 产科合并症与并发症	155
第一节 妊娠呕吐	155
第二节 妊娠水肿	158
第三节 妊娠合并贫血	163
第四节 妊娠合并创伤	167
第五节 妊娠合并急腹痛	174
第六节 妊娠合并阴道排液	180
第七节 妊娠合并肺部疾病	183
第八节 妊娠合并心脏病	185
第九节 妊娠期高血压	188
第十节 妊娠期抽搐	191
第十一节 妊娠合并慢性肾脏疾病	193
第十二节 妊娠期糖尿病	196
第十三节 妊娠合并病毒性肝炎	198
第十四节 妊娠合并甲状腺功能亢进	200
第十五节 母子血型不合	201
第十六节 多胎	205
第十七节 脐带脱垂	208
第十八节 羊水过多	210
第十九节 羊水过少	213
第二十节 早产	215
第二十一节 胎儿宫内生长受限	217
第二十二节 过期妊娠	220
第二十三节 胎动消失	222
第二十四节 胎儿窘迫	227



第十章 分娩异常	230
第 一 节 枕后位	230
第 二 节 臀先露	234
第 三 节 横位	240
第 四 节 面先露	243
第 五 节 额先露	246
第 六 节 复合先露	248
第 七 节 预产期时先露高浮	251
第 八 节 骨盆狭窄	255
第 九 节 产程进展失败	259
第 十 节 巨大胎儿	263
第 十 一 节 胎儿脑积水	265
第十一章 产后异常	269
第 一 节 产后出血	269
第 二 节 晚期产后出血	272
第 三 节 产科凝血功能障碍	276
第 四 节 产褥期发热	279
第 五 节 产褥期精神障碍	282
第十二章 计划生育	285
第 一 节 要求避孕	285
第 二 节 要求绝育	288
第 三 节 宫内节育器迷路	291
第 四 节 避孕失败	294
第 五 节 紧急避孕	296
第 六 节 带节育器妊娠	298
第 七 节 要求流产	300
第 八 节 引产	302
第十三章 妇科手术并发症	311
第 一 节 术后发热	311

第 二 节	术后出血	315
第 三 节	术中怀疑膀胱损伤	318
第 四 节	术中怀疑输尿管损伤	319
第 五 节	术中肠损伤	322
第 六 节	术后伤口裂开	324

第一章 普通妇科

第一节 急性下腹痛和盆腔疼痛

急性下腹部和盆腔疼痛是一些妇科疾病的主要症状之一,许多妇科疾病的主要症状为急骤而起的腹痛,由于病情危急,需要立即采取紧急治疗措施,故临床上将它们归于妇科急腹症。急腹症病情紧急,必须尽快明确诊断。因此一方面要全面诊察,以防疏漏,另一方面要争取时间,抓住要点,做出判断,有时甚至要一边抢救休克、改善全身状况,一边进行诊断。

面对急性下腹部和盆腔疼痛的妇女,诊断时要注意腹痛的发生状况、腹痛的部位和腹痛的性质,尤其应了解:

1. 腹痛是否伴有停经史。
2. 腹痛是否伴有发热。
3. 腹痛是否存在盆腔积液及包块。

对急性下腹部疼痛的病人除了考虑妇科疾病外,还应考虑外科急腹症的可能性,尤其要与急性阑尾炎相鉴别。

表 1-1-1 妇科急腹症的主要原因

急性腹腔内出血——异位妊娠、黄体破裂

急性局部血运障碍——卵巢囊肿或肿瘤扭转、子宫浆膜下肌瘤扭转

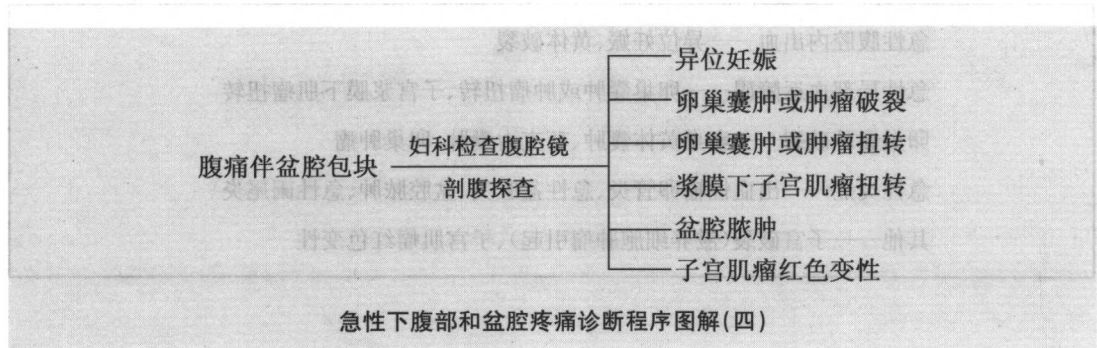
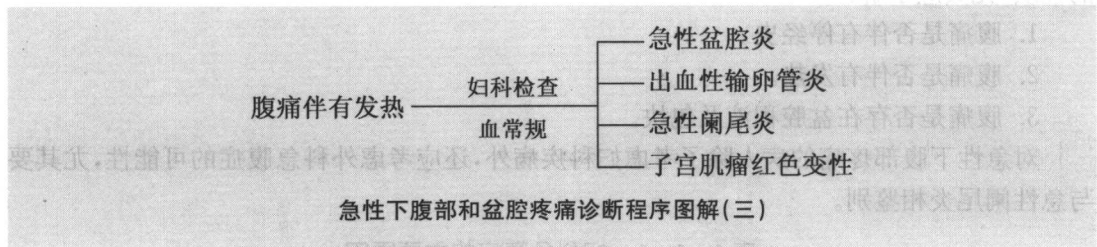
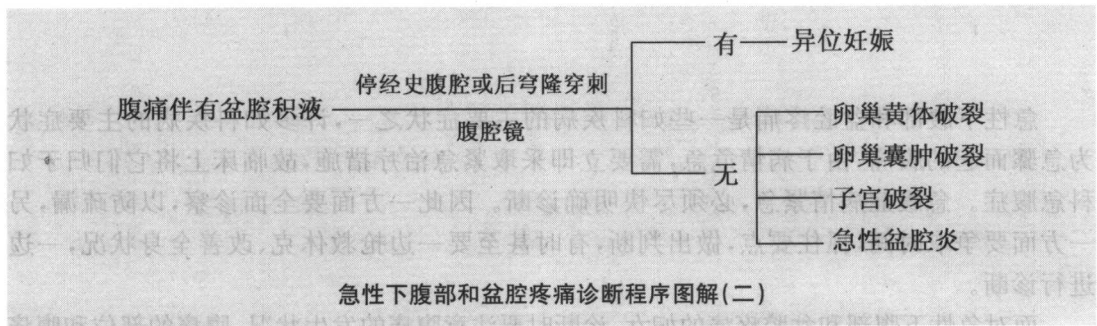
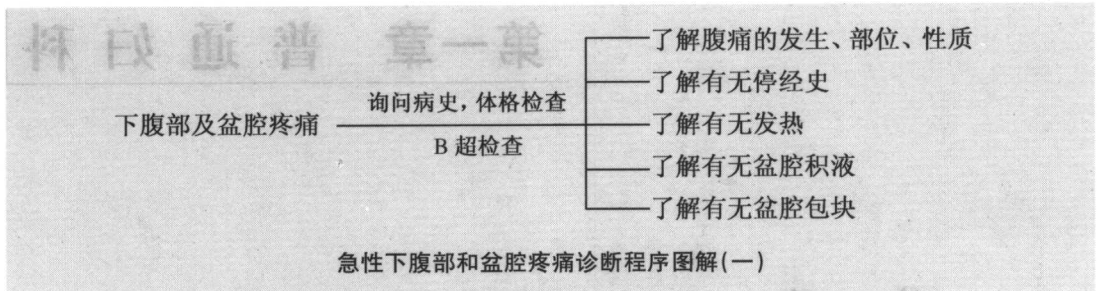
卵巢囊肿破裂——卵巢黄体囊肿、巧克力囊肿、卵巢肿瘤

急性炎症——出血性输卵管炎、急性盆腔炎、盆腔脓肿、急性阑尾炎

其他——子宫破裂(滋养细胞肿瘤引起)、子宫肌瘤红色变性

【诊断程序】

(一) 程序图解



(二) 诊断步骤

第一步 了解腹痛的发生情况、部位和性质。

1. 详细询问病史,了解腹痛的发生情况 是否突然发生,有无诱因,腹痛发作前有无其他症状。卵巢囊肿破裂者多有卵巢囊肿病史,腹部受压、性交或妇科检查后出现腹痛;卵巢瘤蒂扭转病人常在某一体位变动后突然腹痛;异位妊娠破裂病人常在突然强烈腹痛前,有停经史或少量阴道出血,腹痛发作时突然晕厥;子宫肌瘤红色变性者常在妊娠期和产褥期出现腹痛。

2. 腹痛部位 是在下腹正中,还是一侧,或是下腹部两侧。妇科急腹症在发病之初,病人所诉的疼痛部位基本上与病状一致。如急性附件炎多在下腹患侧(一侧或两侧);卵巢瘤蒂扭转的疼痛多在下腹肿瘤的一侧;异位妊娠破裂或卵巢黄体破裂的疼痛亦多在下腹患侧。但随病情发展疼痛部位可发生变化,如腹腔内出血增多刺激腹膜,可引起全下腹或全腹疼痛。如一侧卵巢囊肿破裂后,囊内物刺激腹膜即可引起整个下腹部或全腹疼痛。转移性疼痛是急性阑尾炎的特点,开始为上腹部或脐周痛,以后局限于右下腹压痛。

3. 腹痛性质 是突发性的剧痛,还是持续性的隐痛,疼痛有无放射。卵巢瘤蒂扭转者多由突发性剧痛变为持续性痛;输卵管妊娠破裂腹腔内出血多时可刺激横膈而发生肩痛;子宫的疼痛可向下腰部及大腿内侧放散至膈窝部。

第二步 了解有无停经史。

突然下腹部疼痛伴有短暂的停经史,首先要想到异位妊娠。尤其是伴有不同程度的贫血和休克症状时,要考虑有腹腔内出血。妇科检查有宫颈举痛,子宫正常大或略大,多在子宫一侧有不规则的包块,有压痛。尿或血 β -hCG 检测阳性。诊断性刮宫也有助诊断。腹部有移动性浊音时可做腹腔穿刺。移动性浊音不明显但 B 超提示盆腔有积液者可做阴道后穹窿穿刺,或进一步做腹腔镜检查确诊。

黄体破裂或出血性输卵管炎也表现为腹痛及腹腔内出血,症状与异位妊娠十分相似,但都没有停经史,血和尿 β -hCG 检测均阴性,可鉴别。

第三步 了解有无发热。

下腹部和盆腔疼痛伴有发热、寒战多系炎症性疾病引起,如急性盆腔炎、出血性输卵管炎、输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿、急性阑尾炎等。病人均有发热或高烧寒战,下腹部压痛、反跳痛或肌紧张,检查白细胞可增高或正常,血沉多增高。

第四步 了解有无盆腔包块。

下腹部和盆腔疼痛者均须仔细地做双合诊、三合诊检查。了解有无盆腔包块,包块是单侧的还是双侧的,实性的还是囊性的,活动度如何,边界是否清楚,压痛最明显的部位。如卵巢囊肿蒂扭转时瘤内出血,包块张力高,肿瘤本身有压痛;如无瘤内出血则仅在瘤蒂部有明显压痛。卵巢巧克力囊肿破裂时常在盆腔的一侧或双侧触及边界不清的包块,包块与子宫

后壁粘连,不活动,有触痛,有时还可在子宫直肠窝处摸到触痛结节。子宫肌瘤红色变性者,包块为增大的子宫,张力增加,有压痛。盆腔脓肿者检查时有明显的下腹部压痛和宫颈举痛,也常见子宫附件硬结,有时子宫一侧可扪及明显的包块或在子宫直肠隔上端扪及有波动感的包块,有明显触痛。

B超检查有助于了解包块的部位、性质及有无盆腔积液。

阴道后穹窿穿刺可了解盆腔积液是血液、咖啡样液、囊内容物还是脓液。

诊断有困难时可作腹腔镜检查或剖腹探查以进一步明确诊断。

【经验点滴】

1. 诊断时要注意腹痛发生时间与月经的关系 卵巢巧克力囊肿破裂的腹痛,多发生在月经期或月经刚结束时,因月经期前后囊腔内反复出血,囊内压急剧增高,易发生自发破裂或受压后破裂。黄体破裂腹痛均发生在月经周期的后半期。

2. 要特别注意腹痛与发热开始的时间 由炎症引起的发热,多在发病开始即出现,即先发热后腹痛,或发热与腹痛同时出现。而囊肿破裂、扭转,异位妊娠等疾病常先有腹痛后出现发热,在发病后由于继发感染或血运受阻,组织坏死物吸收才出现发热。

3. 要注意既往病史 异位妊娠者多有不育、慢性盆腔炎、绝育或宫内避孕器史。卵巢囊肿扭转者有下腹部肿块史。卵巢巧克力囊肿破裂者以往多有子宫内膜异位症或盆腔肿块。子宫肌瘤红色变性者发病前就有子宫肌瘤。急性盆腔炎、盆腔脓肿者多有近期分娩、流产、手术、宫腔内操作史或不洁性生活史。急性阑尾炎者有时有慢性阑尾炎史。

4. 异位妊娠大多有停经史,但也有 1/4 的病人无明显停经史。有时医师或病人将少量阴道出血误认为月经,从而忽略了停经史。故仔细询问病史十分重要,可疑者要作血、尿 β -hCG 检测,以免漏诊。

【治疗程序】

妇科急腹症需要紧急处理,虽有一定手术指征,但是否需要立即手术治疗,还要根据病人当时的情况、临床医疗经验、当时当地的设备条件决定,另外还要考虑病人的年龄及对生育功能的影响等情况,进行个性化处理。

1. 必须紧急施行手术的疾病

(1) 伴发腹腔内大出血的疾病 如异位妊娠破裂或流产、黄体破裂和出血性输卵管炎,腹腔内出血量多或出现休克症状时。

(2) 病灶破裂 如卵巢瘤或囊肿破裂、子宫破裂。

(3) 有可能发生组织坏死的疾病 如卵巢瘤或囊肿扭转,有蒂浆膜下子宫肌瘤扭转。

(4) 穿孔性腹膜炎 如急性阑尾炎或阑尾穿孔、盆腔脓肿破裂。

2. 暂无需紧急施行手术的疾病

(1) 腹腔内出血少的疾病,可在严密观察下先予保守治疗,如出血继续增多或出现血液动力学改变时立即手术。① 异位妊娠。年轻有生育要求的,药物保守治疗。② 卵巢黄体囊肿破裂。卧床休息,予止血药。③ 出血性输卵管炎。以抗炎治疗为主。

(2) 盆腔脓肿未破裂时应给予广谱抗生素治疗,若临床症状改善可继续保守治疗,否则立即手术。卵巢瘤或囊肿合并感染时,待急性炎症控制后或控制无效时再手术。

(3) 不必要手术的疾病:① 急性盆腔炎未形成脓肿者,或慢性盆腔炎急性发作。② 子宫肌瘤红色变性大多采用保守治疗,仅极少数保守治疗无效者考虑手术。

第二节 子宫内膜异位症

当具有生长功能的子宫内膜组织生长在子宫腔被覆黏膜以外的身体其他部位时,称子宫内膜异位症。绝大多数病变出现在盆腔内的卵巢、宫骶韧带、子宫浆膜面、覆盖子宫直肠窝和乙状结肠的腹膜、阴道直肠隔,少数可生长在远离子宫的部位,如阴道、外阴、腹壁疤痕。生长在脐、膀胱、输尿管、胸膜、淋巴结、乳腺、手臂、大腿等处极罕见。

此病多发生于生育年龄妇女,是引起盆腔疼痛和不孕的主要原因之一。该病虽为良性疾病,但其表现的细胞增生、浸润和复发性,使治疗极为困难。

子宫腺肌病与子宫内膜异位症虽同为异位内膜引起的疾病,且两者亦可合并存在,但它们并非同一疾病,在组织发生学及临床表现方面均有差异。

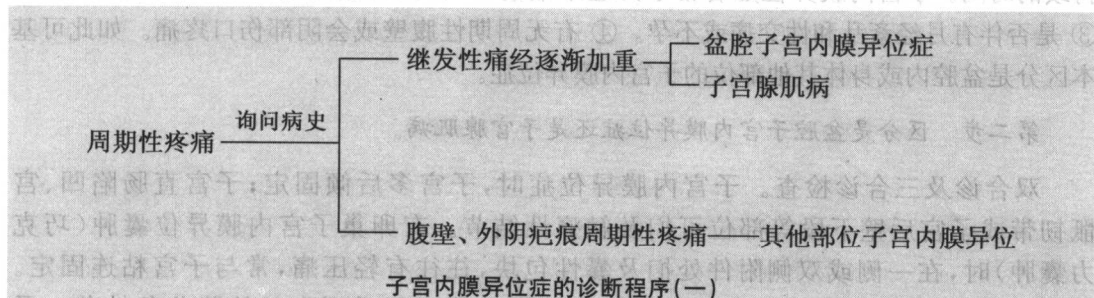
子宫内膜异位症目前多采用美国生育协会修正分期法(AFS-r分期),根据病灶大小、深浅、粘连范围评分,并分为四期:① I期,评分1~5分,轻微;② II期,评分6~15分,轻度;③ III期,评分16~40分,中度;④ IV期,评分>40分,重度。

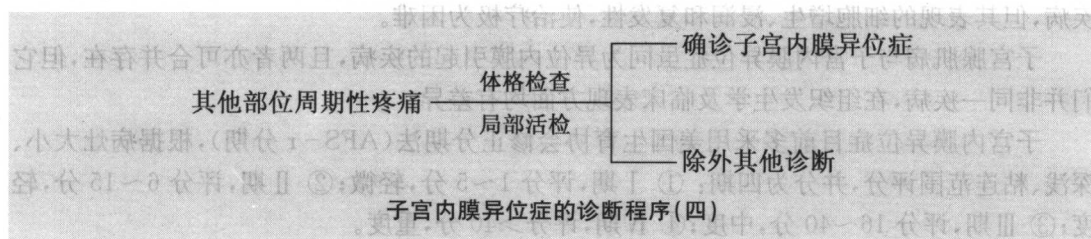
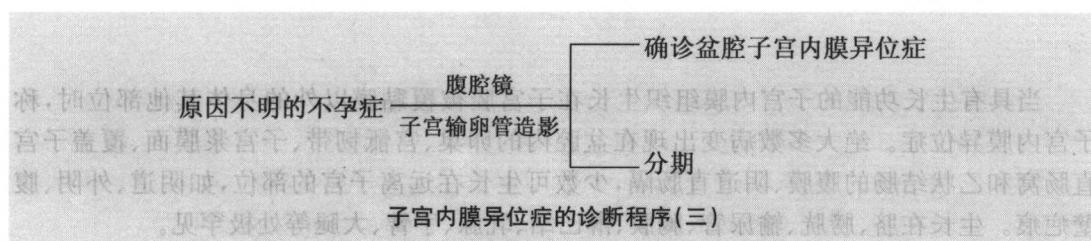
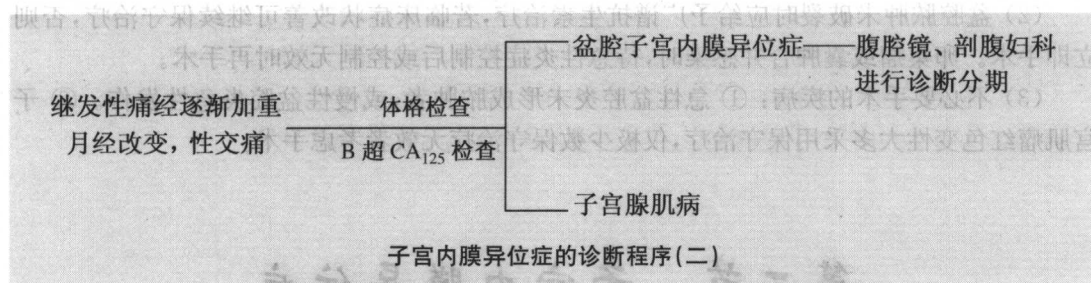
在诊断子宫内膜异位症时要考虑:

1. 病灶在盆腔内还是在盆腔外其他部分?
2. 子宫内膜异位症的严重程度是否影响到日常的生活或者是生育功能?
3. 患者究竟是适合药物治疗,还是手术治疗?

【诊断程序】

(一) 程序图解





(二) 诊断步骤

第一步 了解周期性疼痛部位。

仔细询问病史：① 有无继发性痛经并逐渐加重，这是子宫内膜异位症的典型症状。疼痛多位于下腹部及腰骶部，可放射至阴道、会阴、肛门或大腿。② 了解痛经的程度、开始和持续的时间。子宫内膜异位症者常于月经来潮前 1~2 天开始疼痛，至月经干净时结束。③ 是否伴有月经紊乱和性交痛或不孕。④ 有无周期性腹壁或会阴部伤口疼痛。如此可基本区分是盆腔内或身体其他部位的子宫内膜异位症。

第二步 区分是盆腔子宫内膜异位症还是子宫腺肌病。

双合诊及三合诊检查。子宫内膜异位症时，子宫多后倾固定；子宫直肠陷凹、宫骶韧带或子宫后壁下段等部位可扪及触痛性结节。有卵巢子宫内膜异位囊肿（巧克力囊肿）时，在一侧或双侧附件处扪及囊性包块，往往有轻压痛，常与子宫粘连固定。若病变累及直肠阴道隔，可在阴道后穹隆处扪及甚至可看到隆起的紫蓝色结节。子宫腺肌病者也有月经异常和痛经，检查时子宫一般为均匀性增大，不超过孕 12 周子