



临床诊疗思维路径丛书

妇 产 科

经典病例分析

FUCHANKE
JINGDIAN BINGLI FENXI



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

临床诊疗思维路径丛书

妇产科经典病例分析

FUCHANKE JINGDIAN BINGLI FENXI

主 编 邹积艳

副主编 潘 颖 盛敏佳 冷维春



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妇产科经典病例分析/邹积艳主编. —北京:人民军医出版社, 2012. 3

(临床诊疗思维路径丛书)

ISBN 978-7-5091-5481-6

I. ①妇… II. ①邹… III. ①妇产科病—病案—分析 IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 033870 号

策划编辑:李玉梅 丁 震 文字编辑:王月红 责任审读:刘 平

出 版 人:石 虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8746

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:17.25 字数:441 千字

版、印次:2012 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—3000

定价:56.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

临床诊疗思维路径丛书

编写委员会

主任委员	李春昌	李义祥		
副主任委员	朱庆三	姜玉珍	谷树严	邹积艳
	赵学良	孙辉	姜日花	马宁
	谭平			
编委	(以姓氏笔画为序)			
	王秀丽	尹飞	尹艳秋	付言涛
	吕建莉	刘斌	刘玉梅	安立峰
	冷维春	张莉	张远鹰	张志民
	张学文	周延民	周鸿雁	赵建军
	郝继龙	盛敏佳	蒋忠民	潘颖
编辑办公室	李玉梅	郭秀丽		

丛书前言



这是一套为青年医师撰写的书。临床上要做到及时、准确地判断疾病并非易事，它不是一朝一夕所能做到的，亦不是听一堂课、读几本书所能解决的。所谓“同病异症，异病同症”是对疾病复杂性的精辟概括。医学科学发展的局限性和医师实践的有限性亦影响了医师对疾病的认识，因此，临床漏诊和误诊时有发生，这虽不是医师所愿看到的，但有时却是医师力所不及的。正因为如此，提高疾病诊断的正确率，就成为每一位执业医师毕生追求的基本目标。

疾病的发生是渐进的，它经历了健康（功能平衡）——亚健康（功能代偿）——器质性改变（功能失代偿）——生物衰竭等过程。人体在疾病的不同阶段，生理活动有不同的变化，产生相应的生物学反应和不适感受，因此在一定程度上，疾病的表现又是有规律可循的。诊断疾病是对疾病过程的倒叙或插叙，是根据疾病的表征描述疾病，对其本质做出判断的过程。因此，诊断有赖于对疾病的充分认识和清晰的思维判断，这一特点使疾病的诊断过程成为医师的一种创造性劳动。疾病诊断是在获取病史及相关检查资料的过程中产生的。本套丛书从临床诊断的路径入手，从医师的视角剖析疾病的发现、拟诊、鉴别和处置的全过程。

本丛书的编者均来自医学高等院校教学和临床工作的一线，是医学教育和临床诊疗的专家。书中每一个病例都精选于临床，

是青年医师必须熟悉和掌握的重要疾病;每一个经验和教训都是他们的亲历,是入门医师经常忽视的现象或遇到的困惑。本丛书以临床诊疗过程为线索,以健康问题为核心,对疾病诊疗的重要环节进行提问,并予以讲解,使医师在一问一答中学习诊断疾病的思路,掌握解决临床问题的原则和方法,从而举一反三,提高诊断技能。

全套丛书分为内科、外科、妇产科、儿科、眼耳鼻喉口腔科及皮肤性病科经典病例分析 6 册,试图从诊断思维方法和诊断实践两个方面为医师提供一些可借鉴的原则和经验。本丛书的编写得到了吉林大学附属各临床学院的领导和专家们以及兄弟院校附属医院同行们的大力支持,在此表示衷心的感谢。对专家们辛勤笔耕,无私地传授予“渔”表示真诚的敬意。

对本丛书可能存在的不妥之处,恳请同仁惠予指正,以便修订时完善。

吉林大学医学部教授 李春昌

卫生部国家医学考试中心教授 李义祥

2012 年 2 月

前言

在临床医学中,妇产科是直接面对女性,维护妇女健康的重要学科,同时它又关联着对新生儿的呵护,以及对某些新生儿疾病的防治。因此,有人生动而形象的将妇产科称之为“关系到两代人的健康”。作为一名妇产科医师,具备丰富的临床经验与纯熟的实践技能就显得格外重要。诊断疾病是医师执业的基本技能,然而准确地判断疾病并非易事,“同病异症,异病同症”是对疾病复杂性的精辟概括。医学科学发展的局限性和医师实践的有限性亦阻碍了医师对疾病的认识。所以,临床漏诊和误诊偶有发生。这虽不是医师所愿看到的,但有时确是医师力所不及的。正因为如此,提高妇产科疾病诊断的正确率,成为每一位执业医师毕生追求的基本目标。

诊断疾病是对疾病过程的倒叙或插叙,是根据疾病的表征描述疾病,对其本质做出判断的过程。因此,诊断有赖于对疾病的充分认识和清晰的思维判断,这一特点使疾病的诊断过程成为一种创造性的劳动。我们从临床诊治疾病的实践出发,以基本症状为切入点,遵循疾病诊断的主要路径,逐步深入、结合实际,对某些疾病进行全面的认识、分析、判断,以致得出确切的诊断。

为了读者学习方便,结合实际,编者在博采众家之长的基础上,结合自己的长期妇产科临床经验,将全部妇产科内容精选为49例典型病例,对其涉及的临床知识与实践操作进行了详细介绍,并采用提问、解答的形式,按临床诊疗路径依次展开,剖析疾病的发现、拟诊、鉴别和处置的全过程,以帮助读者实践思维方

法,掌握妇产科疾病诊断技巧,提高临床执业的能力。

本书的突出特点是从临床诊断的路径入手,从医师的视角剖析疾病的发现、拟诊、鉴别和处置的全过程。试图从诊断思维方法和诊断实践两个方面为医师提供一些可借鉴的原则和经验。

作者们来自医学高等院校和临床工作的第一线,他们是医学教育和临床诊疗的专家。书中每一个妇产科病例都精选于临床诊疗实践,是青年医师必须熟悉和掌握的经典疾病;每一个教训都是他们的亲历,是入门医师经常视而不见的现象或遇到的困惑。本书以临床诊疗过程为线索,以健康问题为核心,对疾病诊疗的重要环节进行提问,并予以讲解。使医师在一问一答中学习诊断疾病的思路,掌握解决临床问题的原则和方法,并能举一反三,提高诊断技能。

邹积艳

2011年11月

目 录

第1章 正常分娩	(1)
第2章 妊娠病理	(13)
一、停经、呕吐:妊娠剧吐	(13)
二、阴道出血:流产	(21)
三、停经腹痛:早产	(33)
四、腹痛:输卵管妊娠	(47)
五、阴道出血:前置胎盘或胎盘早剥	(64)
六、头痛:子痫前期	(87)
七、右上腹疼痛:HELLP综合征	(109)
八、停经43周:过期妊娠	(116)
九、胎动消失:死胎	(124)
十、胎儿生长受限	(137)
十一、羊水异常:羊水过多	(145)
十二、羊水异常:羊水过少	(155)
十三、多胎妊娠	(162)
第3章 妊娠合并症	(171)
一、呼吸困难:妊娠合并心脏病	(171)
二、全身水肿:妊娠合并病毒性肝炎	(187)
三、尿频:妊娠合并糖尿病	(205)
第4章 异常分娩	(217)
一、产程延长:子宫收缩乏力	(217)
二、产道异常:难产	(233)

三、胎位异常:难产	(249)
第5章 分娩并发症	(272)
一、产后出血	(272)
二、妊娠晚期腹部剧痛:先兆子宫破裂	(286)
三、停经,阴道排液:胎膜早破	(296)
四、胎心缓慢:胎儿窘迫	(304)
五、分娩呛咳:羊水栓塞	(316)
六、宫颈口触及脐带:脐带脱垂	(328)
七、胎儿躁动:脐带帆状附着	(336)
第6章 异常产褥	(343)
一、产后发热:子宫感染	(343)
二、产后阴道持续出血:子宫复旧不全	(354)
第7章 外阴、阴道皮肤疾病	(366)
一、外阴瘙痒:外阴阴道假丝酵母菌病	(366)
二、外阴瘙痒:外阴上皮内非瘤样病变	(372)
第8章 盆腔炎症及生殖器结核	(381)
一、阴道分泌物增多伴发热:盆腔炎症	(381)
二、经量稀少,不孕:生殖器结核	(391)
第9章 女性生殖系统肿瘤	(403)
一、外阴瘙痒:外阴鳞状细胞癌	(403)
二、接触性出血:宫颈癌	(410)
三、下腹部包块:子宫肌瘤	(419)
四、绝经后阴道不规则出血:子宫内膜癌	(426)
五、运动后突发下腹剧痛:卵巢成熟畸胎瘤	(434)
六、腹胀、腹痛及下腹部包块:卵巢上皮性癌	(441)
七、阴道排液、腹痛:原发性输卵管癌	(451)
第10章 妊娠滋养细胞疾病	(459)
一、停经后阴道出血、下腹隐痛:完全性葡萄胎	(459)
二、葡萄胎清宫术后阴道不规则出血:妊娠滋养细胞	

肿瘤	(467)
第 11 章 生殖内分泌疾病	(477)
一、子宫不规则出血伴经期延长;无排卵性功能失调性 子宫出血	(477)
二、节食后月经紊乱;继发性闭经	(487)
第 12 章 子宫内膜异位症和子宫腺肌病	(495)
一、经期腹痛;子宫内膜异位症	(495)
二、月经紊乱伴痛经;子宫腺肌病	(505)
第 13 章 女性盆底功能障碍性疾病	(513)
第 14 章 不孕症及辅助生殖技术	(522)
第 15 章 计划生育	(530)
参考文献	(539)

第 1 章



正 常 分 娩

患者,女性,28岁,因“停经39周,阴道流水伴下腹痛1h”入院。

平素月经规律,末次月经日期(last menstrual period, LMP)2007年7月3日,孕早期未出现恶心、呕吐等早孕反应,无病毒感染史,无毒物及放射线接触史。孕5个月时自觉胎动,活跃至今。孕中、晚期无头痛、乏力、视物模糊,双下肢无水肿。现停经39周,1h前出现阴道流水,继之出现下腹痛,急诊入院。

妇科检查:子宫底高度33cm,腹围105cm,胎方位枕左前(left occipito anterior, LOA),胎心音150/min。先露头,半固定,跨耻征(±),预测胎儿体重3665g。

骨盆外测量:髂前上棘间径26cm,髂脊间径29cm,骶耻外径20cm,坐骨结节间径9cm。

肛门检查:宫颈容受100%,子宫颈口开大5cm,胎膜已破,胎头颅骨最低点平坐骨棘(S=0)。

病例讨论

1. 根据病史、症状和体征,应首先考虑为哪类疾病?

根据病史、症状和体征,考虑患者可能的疾病是:①孕 1 产 0, 宫内孕 39 周,LOA 临产;②胎膜早破。

2. 临产后的子宫收缩具有哪些特点?

临产后的正常子宫收缩具有以下特点。

(1)节律性:子宫收缩力(简称宫缩)具有节律性是临产的标志。随着产程进展,宫缩持续时间逐渐延长,间歇期逐渐缩短。宫缩强度随产程进展也逐渐增加。宫缩的节律性对胎儿有利。

(2)对称性:正常宫缩起自两侧子宫角部,以微波形式迅速向子宫底中线集中,左右对称,然后以每秒约 2cm 的速度向子宫下段扩散,约 15s 均匀协调地遍及整个子宫,此为子宫收缩的对称性。

(3)极性:宫缩以子宫底部最强、最持久,向下则逐渐减弱,此为子宫收缩的极性,子宫底部收缩力的强度是子宫下段的 2 倍。

(4)缩复作用:每当宫缩时,子宫体部肌纤维短缩变宽,收缩之后肌纤维又重新松弛,但不能完全恢复到原来的长度,经过反复收缩,肌纤维越来越短,这种现象称为缩复作用。

3. 哪些因素影响胎儿顺利通过产道?

胎儿能否顺利通过产道取决于胎儿大小、胎位及胎儿是否畸形。

(1)胎儿大小:在分娩过程中,胎儿大小是决定分娩难易的重要因素之一。胎头是胎体的最大部分,也是胎儿通过产道最困难的部分。

①胎头颅骨的构成:胎儿颅骨由 2 块顶骨、额骨、颞骨及 1 块枕骨构成。矢状缝和囟门是确定胎位的重要标志。在临产过程中,通过颅缝轻度重叠使头颅变形,缩小头颅体积,有利于胎头的娩出。

②胎头主要径线及其平均值

双顶径:是胎头的最大横径,为两顶骨隆突间的距离,临床用B型超声判断胎头大小,妊娠足月时平均值约为9.3cm。

枕额径:又称前后径,胎头以此径衔接,妊娠足月时平均值约为11.3cm。

枕下前凶径:又称小斜径,胎头俯屈后以此径通过产道,妊娠足月平均值约为9.5cm。

枕颞径:又称大斜径,妊娠足月时平均值约为12.5cm。

(2)胎位:纵产式、头位头先露时胎头先通过产道,触清矢状缝及前后凶,即能确定胎位,较臀位容易娩出。臀位时,胎臀先娩出,使胎头娩出困难。如果横产式肩先露时,妊娠足月的活胎不能通过产道,对母儿危险极大。

(3)胎儿畸形:胎儿先天畸形,如脑积水、联体儿等,通过产道常发生困难。

4. 影响分娩的四因素除了产力、产道、胎儿以外,还有什么?

影响分娩的四因素除了产力、产道、胎儿以外,还有精神心理因素。产妇临产后常处于焦虑、不安和恐惧状态,会使机体产生一系列变化,致使子宫收缩乏力、产程进展缓慢或停滞,同时也使产妇神经内分泌发生变化,血压升高,导致胎儿缺血缺氧,出现胎儿窘迫。

5. 正常分娩时产程如何分期?

分娩全过程是从开始出现规律宫缩至胎儿胎盘娩出为止,简称总产程。

第一产程:又称宫颈扩张期。从开始出现间歇5~6min的规律宫缩,到宫口开全。初产妇需11~12h,经产妇需6~8h。

第二产程:又称胎儿娩出期。从宫口开全到胎儿娩出。初产妇需1~2h,经产妇通常数分钟即可完成,但也有长达1h者。

第三产程:又称胎盘娩出期。从胎儿娩出到胎盘娩出,需 5~15min,不超过 30min。

相关知识

1. 决定分娩的四因素有什么?

决定分娩的四因素是产力、产道、胎儿及精神心理因素。若各因素均正常并能相互适应,胎儿顺利经阴道自然娩出,为正常分娩。

2. 什么是产力? 包括什么?

将胎儿及其附属物从子宫内逼出的力量,称为产力。产力包括子宫收缩力、腹壁肌及膈肌收缩力和肛提肌收缩力。

(1)子宫收缩力:是临产后的主要产力,临产后的子宫收缩力能迫使子宫颈管短缩直至消失、宫口扩张、胎先露部下降、胎儿和胎盘娩出。

(2)腹壁肌及膈肌收缩力:腹壁肌及膈肌收缩力(腹压)是第二产程时娩出胎儿的重要辅助力量。腹压在第二产程,特别是第二产程末期配合宫缩时运用最有效,过早加腹压易使产妇疲劳和造成宫颈水肿,致使产程延长。腹压在第三产程还可促使已剥离胎盘娩出。

(3)肛提肌收缩力:①肛提肌收缩力有协助胎先露部在骨盆腔进行内旋转的作用;②当胎头枕骨部露于耻骨弓下时,可协助胎头仰伸及娩出;③肛提肌收缩力有助于胎盘娩出。

3. 骨产道有几个平面? 每个平面又各自有哪些径线?

骨产道指真骨盆,是产道的重要部分。骨产道有大小、形状与分娩关系密切。

(1)骨盆平面和径线,分为 3 个平面。

①骨盆入口平面:为真、假骨盆的交界面,呈横椭圆形,其前方为耻骨联合上缘,两侧为髂耻缘,后方为骶岬上缘。有4条径线。

入口前后径:也称真结合径。即耻骨联合上缘中点至骶岬前缘正中间的距离,正常值平均11cm,是胎先露部进入骨盆入口的重要径线,其长短与分娩关系密切。

入口横径:左、右髂耻缘间的最大距离,正常值平均13cm。

入口斜径:左、右各1条,左骶髂关节至右髂耻隆突间的距离为左斜径;右骶髂关节至左髂耻隆突间的距离为右斜径,正常值平均12.75cm。

②中骨盆平面:为骨盆最小平面,最狭窄,具有产科临床意义。呈前后径长的椭圆形,其前方为耻骨联合下缘,两侧为坐骨棘,后方为骶骨下端。有2条径线。

中骨盆前后径:耻骨联合下缘中点通过两侧坐骨棘连线中点至骶骨下端间的距离,正常值平均11.5cm。

中骨盆横径:也称坐骨棘间径。为两坐骨棘间的距离,正常值平均10cm,是胎先露部通过中骨盆的重要径线,其长短与分娩关系密切。

③骨盆出口平面:由两个在不同平面的三角形组成,坐骨结节间径为两个三角形共同的底。前三角的顶端为耻骨联合下缘,两侧为耻骨降支;后三角的尖端为骶尾关节,两侧为骶结节韧带。有4条径线。

出口前后径:耻骨联合下缘至骶尾关节间的距离,正常值平均11.5cm。

出口横径:也称坐骨结节间径。两坐骨结节内缘的距离,正常值平均9cm,是胎先露部通过骨盆出口的径线,其长短与分娩关系密切。

出口前矢状径:耻骨联合下缘至坐骨结节间径中点间的距离,正常值平均6cm。

出口后矢状径：骶尾关节至坐骨结节间径中点间的距离，正常值平均 8.5cm。若出口横径稍短，而出口后矢状径较长，两径之和 $>15\text{cm}$ 时，正常大小的胎头可通过后三角区经阴道娩出。

(2) 骨盆轴与骨盆倾斜度

①骨盆轴：连接骨盆各平面中点的假想曲线，称为骨盆轴。此轴上段向下向后，中段向下，下段向下向前，分娩时，胎儿沿此轴娩出。

②骨盆倾斜度：妇女直立时骨盆入口平面与地平面所成的角度，一般为 60° 。若角度过大，常影响胎头衔接和娩出。

4. 软产道由几部分构成？

软产道即 4 部分构成：即子宫下段、宫颈、阴道及骨盆底软组织构成的弯曲管道。

(1) 子宫下段的形成：子宫下段由非孕时长约 1cm 的子宫峡部形成。临产后的规律宫缩进一步使子宫下段拉长达 7~10cm。

(2) 临产后宫颈的变化：包括宫颈管消失和宫口扩张。

①宫颈管消失：临产前的宫颈管长 2~3cm，临产后宫颈内口向上向外扩张，宫颈管形成漏斗状，随后宫颈管逐渐变短直至消失，成为子宫下段的一部分。初产妇多是宫颈管先消失，宫颈外口后扩张；经产妇则多是宫颈管消失与宫颈外口扩张同时进行。

②宫口扩张：临产后，宫口扩张主要是子宫收缩及缩复向上牵拉的结果。随着产程进展，宫口开全(10cm)时，妊娠足月的胎头方能通过。

(3) 骨盆底、阴道及会阴的变化：破膜后胎先露部下降直接压迫骨盆底，阴道黏膜皱襞展平使腔道加宽。肛提肌使 5cm 厚的会阴体变成 2~4mm 薄的组织，临产后，会阴体虽能承受一定压力，但分娩时若保护会阴不当，也容易造成裂伤。