

● 面向 21 世纪的医学类参考用书

常
见
典
型

妇科病

病案 解析

CHANGJIAN DIANXING FUKETING BING AN JIEXI

王智文 主编

④ 山西科学技术出版社



常
见
典
型

妇科病

病案解析

CHANGJIAN DIANXING FUKEBING BING AN JIEXI

王智文 主编

④ 山西科学技术出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

常见典型妇科病病案解析 / 王智文主编. —太原:
山西科学技术出版社, 2006. 6
ISBN 7-5377-2743-0

I. 妇... II. 王... III. 妇科病 - 病案 - 分析
IV. R711

中国版本图书馆CIP 数据核字 (2006) 第 041334 号

面向 21 世纪的医学类参考用书
常见典型妇科病病案解析
王智文 主编

*

山西科学技术出版社出版发行 (太原建设南路 15 号)
山西新华印业有限公司美术印刷分公司印刷

*

开本: 850 × 1068 1/32 印张: 7.25 字数: 172 千字
2006 年 6 月第 1 版 2006 年 6 月太原第 1 次印刷

*

ISBN 7-5377-2743-0

R·1000 定价: 38.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与印厂联系调换。

内 容 简 介

本书共分八章，37 例临床病案，近 20 万字。通过详细记录临床病案及要点讲述，介绍了子宫肌瘤、宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢肿瘤、宫外孕等疾病的某些特点，特别是腔镜学，如：阴道镜的检查、宫腔镜下肌瘤切除、腹腔镜下手术操作要点。本书具有科学性、先进性、启发性、实用性，有助于引导青年医师确立正确诊断、治疗思维方法，以及处理某些危重并发症的措施。

内 容 简 介

本书共分八章，37 例临床病案，近 20 万字。通过详细记录临床病案及要点讲述，介绍了子宫肌瘤、宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢肿瘤、宫外孕等疾病的某些特点，特别是腔镜学，如：阴道镜的检查、宫腔镜下肌瘤切除、腹腔镜下手术操作要点。本书具有科学性、先进性、启发性、实用性，有助于引导青年医师确立正确诊断、治疗思维方法，以及处理某些危重并发症的措施。

主 编：王智文

副主编：秦秀菊 金海红 郭力魁

编 委（以姓氏笔画为序）：

王智文（秦皇岛市第一医院）

吴红云（河北省抚宁县医院）

金海红（秦皇岛市第一医院）

贺 亮（河北省抚宁县牛头崖医院）

秦秀菊（秦皇岛市第一医院）

郭力魁（秦皇岛市第一医院）

目 录

第一章 外阴病案	(1)
左侧前庭大腺脓肿	(1)
要点讲述：前庭大腺炎治疗计划	(3)
第二章 阴道病案	(5)
第一节 陈旧性会阴Ⅲ度撕裂伤	(5)
要点讲述：	
一、会阴Ⅲ度裂伤	(6)
二、手术步骤	(6)
第二节 (1) 阴道前壁膨出Ⅱ度；(2) 子宫脱垂Ⅰ度；	
(3) 阴道后壁膨出Ⅰ度；(4) 慢性宫颈炎；	
(5) 高血压病	(10)
要点讲述：子宫脱垂的鉴别：	(12)
第三节 (1) 子宫脱垂Ⅲ度；(2) 阴道前壁脱出Ⅲ度；	
(3) 阴道后壁膨出Ⅲ度；(4) 老年性阴道炎、	
宫颈炎；(5) 张力性尿失禁	(14)
要点讲述：子宫脱垂解剖概要	(16)
第三章 宫颈病案	(18)
第一节 宫颈内口松弛	(18)
要点讲述：	
一、宫颈内口松弛症（宫颈内口机能不全）的	
诊断依据	(19)
二、宫颈内口松弛（宫颈机能不全）的治疗	(20)
第二节 宫颈癌Ⅰ _{a2} 期，子宫平滑肌瘤，	

	慢性输卵管炎, 左侧卵巢单纯囊肿	(21)
	要点讲述:	
	一、宫颈癌的分期	(22)
	二、宫颈癌的手术治疗	(23)
第三节	宫颈癌 I b ₁ 期、高血压、肾结石	(24)
	要点讲述: 手术注意事项	(26)
第四节	宫颈癌 II a 期	(27)
	要点讲述:	
	宫颈癌手术并发症的处理	(29)
第五节	宫颈腺癌、输尿管损伤	(33)
	要点讲述:	
	妇科肿瘤手术泌尿道并发症	(36)
第四章	子宫病案	(42)
第一节	子宫内膜息肉	(42)
	要点讲述:	
	一、宫腔镜下子宫内膜息肉	(43)
	二、子宫内膜息肉的鉴别诊断	(43)
第二节	功能失调性子宫出血, 失血性贫血	(45)
	要点讲述:	
	功能失调性子宫出血治疗计划	(46)
第三节	子宫内膜癌 I b 期、高血压	(49)
	要点讲述:	
	子宫内膜癌手术治疗的术式选择	(53)
第四节	子宫内膜癌 II 期	(55)
	要点讲述:	
	子宫内膜癌的激素治疗	(57)
第五节	子宫内膜异位症:	(61)
	要点讲述:	

	一、内膜异位症的诊断	(62)
	二、内膜异位症的治疗	(63)
第六节	子宫黏膜下肌瘤	(67)
	要点讲述:	
	一、子宫黏膜下肌瘤分类	(68)
	二、宫腔镜下子宫肌瘤切除术	(69)
	三、宫腔镜下子宫黏膜下肌瘤切除术手术适应证 及禁忌证	(71)
	四、宫腔镜下子宫肌瘤切除术中特殊情况及处理	(72)
	五、宫腔镜下子宫肌瘤切除术中及术后 监护与处理	(72)
第七节	多发性子宫肌瘤、子宫腺肌病	(73)
	要点讲述:	
	子宫肌瘤的手术治疗	(76)
第八节	(1) 子宫平滑肌瘤; (2) 慢性宫颈炎; (3) 水泡状附件; (4) 慢性输卵管炎; (5) 右侧 卵巢滤泡囊肿; (6) 子宫内膜单纯性增生; (7) 子宫腺肌病	(81)
	要点讲述:	
	一、筋膜内全子宫切除术手术要点	(82)
	二、筋膜内全子宫切除术优点	(83)
	三、筋膜内全子宫切除术操作注意关键	(83)
第九节	(1) 子宫多发性平滑肌瘤; (2) 子宫内膜增 殖症; (3) 子宫腺肌瘤; (4) (左侧卵巢) 囊肿; (5) 肠道损伤	(84)
	要点讲述:	
	肠道并发症的预防和处理	(86)

第十节	(1) 子宫肌瘤; (2) 盆腔粘连	(90)
	要点讲述: 子宫肌瘤剔除术	(92)
第十一节	子宫腺肌病, 子宫肌瘤	(94)
	要点讲述:	
	腹腔镜子宫切除术类型	(96)
第五章	妊娠滋养细胞疾病病案	(100)
第一节	(1) 葡萄胎; (2) 黄素囊肿;	
	(3) 慢性宫颈炎	(100)
	要点讲述:	
	葡萄胎特殊情况的处理	(102)
第二节	侵蚀性葡萄胎	(104)
	要点讲述:	
	一、人绒毛膜促性腺激素 (HCG)	(105)
	二、侵蚀性葡萄胎的诊断依据	(105)
	三、侵蚀性葡萄胎的鉴别诊断	(106)
第三节	绒毛膜上皮癌 I 期	(106)
	要点讲述:	
	一、绒毛膜上皮癌诊断依据	(109)
	二、鉴别诊断	(110)
第四节	绒毛膜上皮癌 III 期	(110)
	要点讲述:	
	绒癌化疗方案及其选择	(114)
第六章	输卵管病案	(117)
第一节	左侧输卵管妊娠 (破裂)、重度贫血、失血性休克	(117)
	要点讲述:	
	妇科手术后的一般监测	(119)
第二节	(1) 右侧输卵管壶腹部妊娠 (破裂型);	

	(2) 失血性休克; (3) 失血性贫血;	
	(4) 慢性盆腔炎	(126)
	要点讲述:	
	异位妊娠几种特殊情况下的腹腔镜手术处理	
	技巧	(127)
	一、严重腹腔内出血	(127)
	二、陈旧性异位妊娠	(129)
	三、粘连	(130)
	四、宫内宫外复合妊娠	(131)
第三节	左侧输卵管壶腹部妊娠(流产型)	(132)
	要点讲述:	
	输卵管妊娠的腹腔镜手术	(134)
第四节	(1) 右侧输卵管间质部妊娠; (2) 子宫平滑	
	肌瘤	(138)
	要点讲述:	
	一、孕卵的受精与着床	(140)
	二、输卵管解剖和生理	(140)
	三、输卵管妊娠临床表现	(141)
	四、输卵管妊娠与其他部位异位妊娠的鉴别	(142)
第七章	卵巢病案	(146)
第一节	卵巢囊肿蒂扭转	(146)
	要点讲述:	
	囊性肿块声像图及病理分析	(147)
第二节	左侧卵巢单纯囊肿、切口感染	(148)
	要点讲述: 妇科腹腔镜并发症	(149)
第三节	左侧卵巢囊肿, 右侧输卵管积水, 盆腔粘连	(154)
	要点讲述: 卵巢囊肿及其他附件疾病的腹腔镜	
	手术	(155)

第四节	巧克力囊肿破裂	(159)
	要点讲述	(160)
第五节	(1) 卵巢浆液性乳头状囊腺癌 I a 期; (2) 子宫腺肌病; (3) 功血; (4) 慢性宫颈炎; (5) 慢性阑尾炎; (6) 会阴Ⅲ度撕裂伤	(162)
	要点讲述:	
	一、卵巢恶性肿瘤的转移	(165)
	二、早期卵巢癌的治疗	(171)
第六节	卵巢癌Ⅲc 期	(172)
	要点讲述:	
	一、卵巢癌化疗的细胞动力学	(175)
	二、卵巢癌的先期化疗	(178)
第七节	复发性卵巢癌	(179)
	要点讲述:	
	一、复发性卵巢癌的诊断和分类	(181)
	二、复发性卵巢癌的化疗治疗原则	(182)
	三、复发性卵巢癌常用的二线化疗药物	(183)
	四、复发性卵巢癌治疗时机的选择	(183)
	五、卵巢上皮性癌的几种化疗方案实施及副反应的预防	(183)
附	化疗期间的支持治疗	(186)
第八章	其他病案	
第一节	男性假两性畸形	(194)
	要点讲述:	
	男性性腺的下降	(195)
第二节	节育环移位, 膀胱结石, 卵巢囊肿	(196)
	要点讲述:	

目 录

一、讨论：超声诊断宫内节育器异位	(197)
二、节育器粘连或嵌顿的原因	(198)
三、取 IUD 手术技巧	(198)
附录 1 肿瘤的分期及分级	(199)
附录 2 抗癌药毒副反应的分度标准	(210)
附录 3 常用抗肿瘤药物的骨髓抑制和恢复时间	(212)
参考文献	(213)

第一章 外阴病案

左侧前庭大腺脓肿

要点讲述：前庭大腺炎治疗计划

【病例】患者 48 岁，发现外阴肿物已 6 年，间断疼痛 3 年，加重 1 天，于 2005 - 10 - 31 收治入院。从 6 年前开始，无明显诱因发现外阴有肿物，直径约 1.0cm，无疼痛及外阴瘙痒，未见阴道异常流血、排液，未进行诊治。肿物逐渐增大。从 3 年前开始，无明显诱因出现间断外阴疼痛，疼痛不严重，疼痛期间肿物增大，就诊于当地小诊所，将肿物内容物抽净后腔内注入庆大霉素等抗生素，肿痛消失。此后上述症状反复发作过两次，均如上述处理过后症状可消失，但肿物逐渐增大。于 1 天前外阴再次疼痛，就诊于我院，为进一步诊治，门诊以“左侧外阴脓肿？”收入院。既往体健。24 岁结婚，配偶体健，孕 1 产 1 流 0，末次分娩于 23 年前，为顺产，无产后出血及感染。平素月经规则：13 3~4/30 lmp；2005 - 10 - 25，量中等，偶有痛经。体格检查：T：36.4℃；P：80 次/分；R：20 次/分；Bp：16/10.67kPa (120/80mmHg)；身高：158cm，体重：50kg，心肺未见异常，腹部平坦，无胃肠形及蠕动波，无压痛及反跳痛，未触及包块。妇科检查：外阴：已婚已产型，左侧大阴唇可触及似囊性肿物，约 9.0cm × 5.0cm × 4.0cm 大小，边界不清，质中，压痛阳性，表皮无红肿；阴道：通畅，黏膜光滑；宫颈：正常大小，Ⅰ度糜烂；子宫：前位，正常大小，质韧，压痛阴性，活动好；附件：双侧

附件区增厚，压痛阳性，未触及包块。初步诊断：(1) 左外阴脓肿；(2) 附件炎。入院完善各项检验回报：胸透：无异常；心电图显示：中度 ST 压低；B 超显示：左侧卵巢囊肿 ($2.5\text{cm} \times 2.6\text{cm} \times 2.9\text{cm}$ ，不排除功能性)；血、尿、便分析及血生化无异常；乙丙肝标志物及梅毒、艾滋病抗体阴性；宫颈刮片：未查到癌细胞；肿瘤标志物： $\beta_2\text{-MG}$: $682.30\mu\text{g/L}$ ，余 (-)。入院给予青霉素 960 万单位、甲硝唑 0.5，静点，7 天后，外阴疼痛消失。查体：左侧大阴唇可触及囊性肿物，约 $8.0\text{cm} \times 4.0\text{cm} \times 4.0\text{cm}$ 大小，边界不清，质中，压痛阴性，表皮无红肿。于 2005 年 11 月 7 日手术 (左侧前庭大腺切除术)，手术经过 (术中出现的情况及处理)：麻醉成功后，患者取膀胱截石位，碘伏常规消毒外阴部术野，铺无菌巾，暴露术野，于肿物前壁黏膜下注盐水 20 毫升，切开肿物前壁 5cm 至囊壁，钝性及锐性分离，直至前庭大腺基底部，上端达左侧阴蒂旁，肿物大小为 $7\text{cm} \times 5\text{cm} \times 5\text{cm}$ ，壁极薄，未破；进行电灼及缝扎止血；3-0 可吸收线逐层缝合；留置导尿管；手术顺利，麻醉满意，术中血压 $16 \sim 18.4/10.67 \sim 12\text{kPa}$ ($120 \sim 138/80 \sim 90\text{mmHg}$)，术中补液 1000ml，出血 50 毫升，尿量 500ml，色清。术后标本送病理检查。2005-11-11 血分析回报：WBC: $8.6 \times 10^9/\text{L}$ ；RBC: $3.45 \times 10^{12}/\text{L}$ ；HGB 116g/L ；PLT: $209 \times 10^9/\text{L}$ ；N: 66.6%。2005-11-12 术后第五日，会阴刀口已间断拆线，上、下三针可吸收线未拆，周围组织水肿、轻压痛，无充血、渗液及硬结。2005-11-13 患者术后第六日，会阴刀口拆线，脂肪层长约 4.0cm 未愈合，深约 1.0cm，组织欠新鲜，周围组织水肿、轻压痛，无充血、渗液及硬结。2005-11-14 出院，出院医嘱：(1) 休息 1 个月；(2) 注意营养及外阴清洁；(3) 禁性生活至伤口愈合后 1 月；(4) 术后 1 月门诊复诊；(5) 高锰酸钾 1:5000 坐浴，qd；(6) 金因肽刀口外喷；(7) 有情况随诊。术后病理回报：左侧巴氏腺脓肿。

要点讲述：

前庭大腺炎治疗计划：

(一) 治疗原则

无自觉症状者可随访观察。炎症早期积极抗炎治疗，注意局部清洁，局部热敷或坐浴。囊肿或脓肿形成者，行前庭大腺造口术。

(二) 治疗方案

1. 随访观察：前庭大腺囊肿小、患者无自觉症状时，可随访观察。

2. 保守治疗：炎症初期应及时积极治疗，可选用甲硝唑 0.4g，每日 3 次，口服，青霉素 80 万单位肌内注射，每日 4 次；或静脉点滴甲硝唑 0.5g 和青霉素 960 万单位，每日一次；局部热敷或高锰酸钾坐浴。

3. 前庭大腺造口术：前庭大腺造口术为多年来一直沿用的手术方法，即在囊肿表面黏膜与皮肤交界处切开，切口与囊肿等长，放尽囊液后，用 1 号丝线间断缝合囊壁与皮肤。术后存在的问题常见的有：①前庭大腺开口移位至小阴唇后端皮肤黏膜交界处，易裸露于外；②由于前庭大腺囊肿愈大则切口愈大，因而丧失造口原意，可使患侧小阴唇下 1/3 被分成两瓣，前庭大腺造口手术虽小，对术后性生活的影响不小。为此，对手术方法应予以修正。其方法如下：

(1) 1%利多卡因进行患侧阴部神经阻滞麻醉，以免局部浸润麻醉造成组织肿胀，不利手术进行。

(2) 用手指夹持、固定前庭大腺囊肿，使之贴近小阴唇后端内侧黏膜面，以利于选择最佳造口部位。

(3) 在处女膜外、患侧小阴唇后端最低处的黏膜面上做一梭形切口。长 1cm，宽 0.5cm，造口部位愈低，愈有利于腺体分泌物外流。

(4) 切除切口范围内的黏膜，以防术后粘连，重新闭合。

(5) 切开囊壁，在囊内液外流之际，用鼠齿钳夹持囊肿壁边缘，以防囊内液流尽后，囊壁内缩。

(6) 用 3-0 号可吸收线间断缝合切口周围的小阴唇黏膜与囊肿壁。

(7) 应尽可能将前庭大腺囊肿内囊液排尽，继用 0.5% 甲硝唑冲洗脓腔，再缝合造口边缘。术后用甲硝唑纱条或雷夫奴尔纱条填塞脓腔，每隔 1~2 天换纱条一次，并应用抗生素控制感染。

4. CO₂ 激光囊肿造口：术中无出血，无需缝合，术后不用抗生素。局部无瘢痕形成并可保留腺体功能。

5. 切开引流：单纯切开引流，仅适用于前庭大腺脓肿已自行溃破的情况。

6. 全腺体切除：反复发作者可进行全腺体切除，但术中出血多，术后疤痕形成可致性交疼痛。

7. 前庭大腺脓肿或囊肿穿刺术：将脓液或囊液抽出后，立即注入抗菌药液冲洗，反复抽洗，直至变清、变稀薄，最后将 2~10ml 2% 碘酊注入囊腔，用手按摩挤压 3 分钟。2~3 天后复查，若囊肿未完全消失，可按上述方法再治疗一次；术后给予局部理疗，效果更好。