

妇产科学专题讲座

疑难病案专辑

中国人民解放军总后勤部卫生部
医学科学委员会妇产-优生专业组

广东科技出版社

妇 产 科 学 专 题 讲 座

(第三辑)

疑 难 病 案 专 辑

中国人民解放军总后勤部卫生部
医学科学委员会妇产—优生专业组

广 东 科 技 出 版 社

编 委 会 成 员

- 段如麟* 西南医院主任医师 第三军医大学教授
陈解民* 南京总医院主任医师 第二军医大学客座教授
徐增祥* 济南总医院主任医师 第二军医大学客座教授
曹素月 二〇二医院主任医师
陈光璧 昆明总医院主任医师
李桂春 广州总医院主任医师
杨 辛 北京总医院主任医师
李贵容 西京医院主任医师 第四军医大学教授
盛韵姑 海军总医院主任医师
涂 冰 南方医院主任医师 第一军医大学教授
(* 主编)

妇产科学专题讲座(第三辑)

疑难病案专辑

主编: 段如麟 陈解民 徐增祥

广东科技出版社出版发行
第一军医大学印刷所印刷

787×1092毫米 16开本 19.75印张 410千字

1988年6月第一版 1988年6月第一次印刷

印数 1—10000册

书号: ISBN 7—5359—0387—9/R·71

定价 3.50元

前 言

本讲座曾于1985,1986年各出了一辑关于妇产优生临床需要的专题集。详细阐明和归纳了各专题的基础理论、近代进展及临床实际应用的价值与实施,得到读者的赞许,书一出版即被订购一空。编委们感到临床第一线医生亟需理论参考书籍,为此于1987年初讨论拟定总结一辑临床实例,分析其成败当较之一般的专论更能切实地发挥临床参考与借鉴作用。遂决定出一辑疑难病案专辑。收集全军总医院及军医大学教学医院为主的各大医院三十多年来所遇疑难、重危、罕见的病案,就其病理生理,临床演变,诊断和鉴别的征结,预防与治疗原则和方法等结合最新科技进展,深入分析总结出各病例的成功经验及失败教训,从而提出正确处理意见,以企为提高临床诊疗水平作出贡献。本专辑共征集病案近400例,编委专家教授们集结于广州,进行认真选择其中纪录完整,临床意义较大之132例,经过月余的反复推敲、补充,精心审修,完成30余万字,图70余帧的本专辑。对临床实际,尤其是住院医师和主治医师确有切实具体的指导与参考价值。

本专辑内容排列按产科:妊娠合并症,严重出血,损伤,难产,休克(DIC),手术产并发症,产后;妇科:宫外孕,良、恶性肿瘤,功能失调,内膜异位,感染,畸形,手术(包括器官移植),计划生育手术并发症等。

本专辑虽出于良好愿望,限于编撰者的水平,挂漏、错误之处,尚希读者与同道指正。

承妇产科老前辈第四军医大学王荣光教授为本辑提写封面书名,谨致深切谢忱。

编 者 1988.4.

编 后 语

1. 为了赶时间, 广东科技出版社林总编辑的终校未完, 就急于付印, 致文字误差甚多, 特向读者和林总编辑致歉!

2. 更正: (1) 错字, 如部份、成份、过份、充份、水份等, “份”统改为“分”。烦躁改烦躁。皮肤搔痒改皮肤瘙痒。肠鸣音改肠鸣音。盲目改盲目。报导改报道。兰色改蓝色; 兰尾改阑尾。复盖改覆盖。园形改圆形。予后改预后。(2) 改用规范字, 如馀改余(以上均见于作者原稿)。

3. 勘误表

勘 誤 表							
页	行	误	正	页	行	误	正
8	9	把治疗以	治疗应以	68	15	81:20胎娩出	18:20胎 盘 娩 出
12	11	血小板15×	血小板150×				
16	16	续发感染	继发感染	78	5	超声查检查	超声检查
16	17	续继术前	继续术前	79	倒13	蛭	蛭
17	12	求要绝育	要求绝育	80	3	妊妊期	妊娠期
20	15	血红蛋白(	血红蛋白尿(	80	倒5	体克	休克
20	15—16	是种一慢	是一种慢	81	倒1	娠妊	妊娠
22	4	病案	病例	81	倒8	头昏	头晕
25	11	乐法四联症	法乐四联症	82	2	头昏	头晕
27	7	经儿次	经几次	84	17	用此,	因此,
28	倒4	分娩认为	分娩, 认为	105	10	熟知	孰知
28	倒1	越多, 愈要	越多, 越要	106	倒7	($\mu\text{g}/\text{ml}$ 2048)	(2048 $\mu\text{g}/\text{ml}$)
32	19	持久或律	持久或心律	107	4	$\bar{x}$	$\bar{X}$
34	倒9	萄葡糖	葡萄糖	110	1	纤容系统	纤溶系统
37	倒10	诉痛头	诉头痛	111	倒18	过预超产期	超过预产期
39	11	姆指	拇指	115	2~3	情病	病情
39	倒6	刘凤文	刘凤文	115	10	及衰	衰及
40	4、16	(廿)	(++)	115	11	务任	任务
43	11	CO^2	CO_2	115	倒12	状症	症状
44	倒2	Co_2	CO_2	115	倒11	DJC	DIC
45	5、7	班	斑	115	倒4	疑血功能	凝血功能
45	12	萄糖萄	葡萄糖	116	2	碍障	障碍
46	倒14	血班	血斑	116	倒1	撤除	撤除
49	17	硬膜外醉麻	硬膜外麻醉	117	6	渐逐	逐渐
52	倒12	的诊断及	诊断及	120	2	病历要摘	病历摘要
57	3	折线	拆线	124	10	许凤娣	许凤娣
61	12	此例	比例	125	18	0.5公分	0.5cm
61	倒6	1~数疗程	一至数疗程	126	11	(金葡萄糖)	(金葡菌)
62	8	导至泌尿	导致泌尿	135	10、11、13	妊高症	妊高征
64	3	危胁	威胁	143	倒7	由道阴排出	由阴道排出
66	5	需及早	须及早	144	倒8	大纲膜	大网膜

勘 誤 表

页	行	误	正	页	行	误	正
149	7	逐行剖腹	遂行剖腹	248	倒11	恢复发育	恢复生育
151	倒2	(二)	二	250	倒4	产科术手	产科手术
156	3	付交感	副交感	250	倒2	巢卵功能	卵巢功能
156	倒9	纵膈障	纵隔障	251	19	便秘	便秘
158	10	以动活时	以活动时	252	倒4	切口呈“十”	切口呈“+”
158	倒1	旋窝	漩涡			形	形
163	16	清沏	清澈	254	16	此较少见	比较少见
165	倒4	亦称过	亦称为	272	倒1	抑制因子	抑制因子
169	8	阑尾类	阑尾炎	273	倒13	妇产科的包	女性生殖系统
170	倒3	发现情病	发现病情			的包	
172	9、21	折线	拆线	273	倒6	圆形声形	圆形声影
172	21	疗合	愈合	275	13	终缩	终宿
173	1	硬膜麻外醉	硬膜外麻醉	277	2	后道阴排	后阴道排
173	9	阵烈	阵热	279	倒10	不凝血	不凝血
174	倒3	妇科查检	妇科检查	280	倒3	纸费	纸贵
181	15	回异	迥异	280	倒5	第三年军医	第三军医
182	9	淋漓	淋漓	283	18	为血浓度为	为5~8
188	2	病历摘病	病历摘要			5~8	
189	3	腹上	膜上	289	6	食欲感退	食欲减退
192	1	性素成	性索成	289	9	消瘦缺力	消瘦乏力
194	18	大多数多为	大多数为	290	6	恶势循环	恶性循环
216	11	病例摘要	病历摘要	291	13	脸色苍白	脸色苍白
217	倒5	避免药史	避孕药史	292	15	从这一病历	从这一病例
220	1	上表以到如	如遇到以上表	295	13	拆腺	拆线
		遇		297	倒7	综合症	综合征
220	倒5	后窿穹	后穹窿	298	倒12	疡烂	溃烂
224	倒6	无胎心	无胎心音	301	2	嗅气	臭气
226	倒3	外明显	处明显	302	倒11	流浓	流脓
235	14	必竟	毕竟	304	倒5	引起免避反	引起免疫反应
236	7	一厥不振	一蹶不振			应	
237	倒2	目前又现发	日前又发现	305	3	抗子精抗体	抗精子抗体
239	倒10	有机	有肌	305	倒14	物而者阳性	物者为阳性
243	17	成正此	成正比	306	倒9	抗精子体抗	抗精子抗体
247	倒2	养培养	培养	306	倒5	化综合症占	化综合征占

编 者

目 录

产 科

妊娠合并症

1. 双子宫同时妊娠.....杨光珍 (1)
2. 高渗性非酮症性糖尿病昏迷合并胎盘早剥.....邓淑娟 (2)
3. 妊娠合并重症肌无力.....古 航 (6)
4. 结缔组织病合并妊娠.....吴佩煜 (8)
5. 妊娠合并原发性血小板减少性紫癜.....陆康民 (10)
6. 妊娠合并过敏紫癜性肾病.....尚丽新 (12)
7. 再生障碍性贫血伴视网膜出血合并妊娠.....陈解民 (15)
8. 再生障碍性贫血脾切除后合并足月妊娠.....曹雅丽 (17)
9. 阵发性睡眠性血红蛋白尿合并妊娠.....吴佩煜 (19)
10. 妊娠合并L₃型急性淋巴细胞白血病.....苗超尘 (23)
11. 妊娠合并法乐四联症.....陆康民 (25)
12. 心脏瓣膜置换术后合并妊娠.....赵亚南 张 其 (27)
13. 妊娠合并充血性心脏病.....傅玉春 (30)
14. 妊高征合并枕骨大孔脑疝.....曹素月 (33)
15. 非妊高征脑出血.....刘凤文 (37)
16. 妊娠合并脊髓膜瘤.....刘凤文 (38)
17. 妊娠合并席汉氏综合征.....阎素文 (39)
18. 妊娠亚急性脂肪肝.....许鸿博 (42)
19. 妊娠急性脂肪肝.....李桂春 (44)
20. 家族性体质性黄疸合并妊娠.....杨 辛 (48)
21. 肝硬化合并妊娠.....杨 辛 (51)
22. 妊娠晚期合并脾动脉瘤破裂.....翁霞云 (53)
23. 妊娠合并自发性脾血管破裂.....张月新 (55)
24. 宫内感染并发脾脓肿.....门 新 (56)
25. 妊娠合并肾脓肿.....王绮梅 (58)
26. 成熟型卵巢囊性畸胎瘤恶变术后复发合并足月妊娠.....李 力 (62)
27. 妊娠合并子宫粘膜下肌瘤.....譙淑平 (64)
28. 巨细胞包涵体病者的重复胎儿感染.....柴德锋 (66)

严重出血及其它:

- 29. 帆状低置胎盘合并前置血管.....吴贤义 (68)
- 30. 妊高征合并血管前置出血.....陆韵华 (69)
- 31. 胎盘血管瘤.....黄敏青 (71)
- 32. 胎盘血管瘤致胎儿水肿.....尹传秀 (73)
- 33. 急性子宫内翻.....王翠静 (75)
- 34. 慢性完全性子宫内翻.....曾昭华 (77)
- 35. 妊娠晚期子宫壁静脉曲张破裂出血.....魏翠荣 (79)
- 36. 结扎子宫动脉上行枝抢救产后大出血.....闵 沪 (81)
- 37. 产后晚期阴道伤口严重出血.....+ 譙淑平 (83)
- 38. 轮廓胎盘, 胎膜早破.....谢智农 (85)
- 39. 妊娠晚期无出血性中央性前置胎盘.....吴贤义 (89)
- 40. 死胎引产并发子宫破裂.....陈解民 (90)
- 41. 单角子宫妊娠子宫破裂.....孟藏者 (92)
- 42. 初产足月顺产子宫破裂.....潘用宾 (94)

产时异常:

- 43. 肩难产.....杨 辛 (96)
- 44. 隐性糖尿病合并巨大儿肩性难产.....陈解民 (98)
- 45. 足月胎儿从宫颈旧破口娩出.....张淑琴 (102)

产时休克 (DIC):

- 46. 纤溶活力过强的产科弥散性血管内凝血.....陈解民 (104)
- 47. 无出血表现的羊水栓塞.....顾秋善 (107)
- 48. 羊水栓塞存活一例.....李 力 (111)
- 49. 先兆子痫并发弥散性血管内凝血 (DIC).....苗超尘 (113)

产科手术并发症

- 50. 剖宫产时失血性休克所致神经功能永久性障碍.....曹素月 门新 (116)
- 61. 剖宫产子宫次全切除术.....吴沈雁 (120)
- 52. 剖宫产后输尿管子宫瘘.....许凤娣 (121)
- 53. 剖宫产术后子宫腹壁瘘.....朱麦俊 尹传秀 (124)
- 54. 前置胎盘宫剖产后并发呼吸困难综合征.....沙 堤 (127)
- 55. 剖宫产后腹膜后大血肿及小肠子宫瘘.....王礼章 (129)

产后并发症

- 56. 产后破伤风.....苗超尘 (131)
- 57. 麦角新硷诱发产后抽搐.....龙 波 (134)
- 58. 产后并发格林—巴利综合征 (急性感染性多神经炎).....黄华芬 (135)
- 59. 肝素治愈产后肝昏迷.....陈莉君 (137)

60. 严重产道损伤继发感染并多处瘘管形成.....吕滨江 (140)

妇 科

异位妊娠 (宫外孕)

61. 子宫切除后异位妊娠.....杨生云 (142)
62. 残角子宫妊娠.....潘用宾 (144)
63. 卵巢妊娠.....陆韻华 张月新 (146)
64. 阔韧带妊娠误诊为宫内死胎.....翁霞云 (148)
65. 宫外孕并发成人呼吸窘迫综合征.....陆康民 (150)

良性肿瘤

66. 外阴巨大海绵状血管瘤.....张 其 (152)
67. 外阴及宫颈旁神经鞘瘤.....张林彬 刘亚妮 (154)
68. 宫颈组织细胞性淋巴瘤.....吕秋兰 (156)
69. 巨大子宫肌瘤变性.....黄鸿英 (158)
70. 妊娠期子宫肌瘤红色变性.....纪秀英 (161)
71. 浆膜下子宫肌瘤伴大量腹水.....雷承慧 (162)
72. 子宫淋巴管瘤.....金志魁 (164)
73. 巨大阔韧带囊肿的误诊.....龚素一 (166)
74. 输卵管海绵状血管瘤扭转.....赵汝珠 (168)
75. 卵巢破裂、术后并发急性肺水肿.....莫 瑛 (169)
76. 残留卵巢综合征.....杨 品 (172)

恶性及交界肿瘤

77. 阴道葡萄状肉瘤.....胡宏远 (174)
78. 子宫内膜间质肉瘤.....沙 堤 李建平 (176)
79. 子宫混合性中胚叶肉瘤.....陆韻华 (180)
80. 宫颈高分化粘液腺癌误诊.....莫 瑛 (183)
81. 磁共振成像 (MRI) 诊断子宫内膜腺癌转移灶.....陈碧魂 (185)
82. 卵巢交界性浆液性囊腺瘤复发.....尚丽新 (188)
83. 卵巢性腺母细胞瘤.....辛晓燕 (189)
84. 幼女恶性卵泡膜细胞瘤.....黄守松 (193)
85. 卵巢睾丸母细胞瘤.....张如昉 (195)
86. 卵巢内胚窦瘤 (卵黄囊瘤).....李贵容 (197)
87. 复发卵巢无性细胞瘤.....李贵容 (200)
88. 源于阑尾腺癌的卵巢库肯勃氏瘤.....宋伯来 (202)
89. 女性生殖系统多原发癌 (MPC).....辛晓燕 (205)
90. 反复复发的腹壁腹膜粘液腺瘤.....吴益珍 (207)

91. 阑尾粘液瘤破裂, 腹腔广泛种植误诊为卵巢癌.....段云葵 (209)
92. 腹膜粘液瘤.....李文玲 (211)
93. 腹膜播散性平滑肌瘤病 (LPD)郑维国 (214)
94. 腹膜播散性平滑肌瘤.....欧阳贞 (216)
95. 腹膜恶性间皮瘤.....武舒娅 (218)

滋养细胞疾病

96. 恶性葡萄胎子宫穿孔误诊为宫外孕.....黄鸿英 (220)
97. 残角子宫恶性葡萄胎.....李桂春 (222)
98. 绒毛膜上皮癌脑转移的开颅术.....李贵容 (225)
99. 原发性输卵管绒癌.....沙爱国 (227)
100. 原发卵巢妊娠性绒癌.....吴贤义 (229)
101. 绝经后绒癌.....傅才英 (230)
102. 绒毛膜上皮癌齿龈转移.....刘恭芳 (232)

功能失调

103. 严重青春期功血.....陈光璧 (234)
104. 黄体功能不健的病因治疗.....王 军 (236)
105. 绝经前期功能失调性子宫出血 (功血)陈光璧 (238)
106. 绝经期子宫内膜不典型增生过长.....李桂春 (241)

子宫内膜异位

107. 棉酚治疗子宫内膜异位症.....叶雪清 (244)
108. 子宫内膜异位症合并盆腔脓肿.....莫 瑛 (247)
109. 直肠子宫内膜异位症.....黄守松 孙 贞 (249)
110. 子宫内膜间质异位症.....尹传秀 李晓南 (252)
111. 卵巢子宫内膜异位症与子宫内膜增殖症并发腺癌.....刘君瑜 (256)

生殖系统畸形

112. 女性性幼稚—嗅觉丧失综合征.....刘建立 (258)
113. 罕见双重三体X等臂48+18, XXi (Xq) 综合征.....徐 野 (262)
114. 先天性无子宫、无阴道、单侧肾异位位于盆腔.....赵秀云 (263)
115. 双子宫、双宫颈、双阴道一侧阴道闭锁积脓.....陆韻华 (265)
116. 右侧残存阴道及子宫积血并发术后腹壁瘻.....张美菊 (268)
117. 先天性阴道不全纵膈.....孟庆珍 (269)
118. 真两性畸形妊娠一例.....韩献萍 (271)

感染、手术及其它

119. 女性生殖系统的包虫病.....赵仰鼎 詹和乔 (273)
120. 阴道、流血流脓15年.....苏延华 (276)
121. 经血逆流导致不必要的剖腹术.....闵 沪 (278)

- 122. 经阴道全子宫切除术后并发卵巢脓肿及低钾综合征·····盛韵姑 (281)
- 123. 子宫全切术后盆膜腹腔裂隙致肠梗阻·····杨 琳 (284)
- 124. 卵巢移植·····宋伯来 (285)
- 125. 糖尿病尿潴留误诊为卵巢囊肿·····曲玉蓉 (289)

计划生育术后并发症及其它

- 126. 宫内置环引起大出血·····叶永清 (291)
- 127. 宫内节育器(IUD)异位合并宫颈妊娠·····李桂春 (292)
- 128. 人流术后子宫内粘连经血逆流误为异位妊娠·····赵汝珠 (295)
- 129. 中药止孕致中毒性休克·····何文媛 (298)
- 130. 腹式输卵管结扎绝育术输尿管损伤·····韩献萍 (300)
- 131. 腹式输卵管结扎术后腹壁膀胱瘘·····姚茂湘 (302)
- 132. 试用中药治疗免疫不孕·····涂 冰 (303)

1

双子宫同时妊娠

病历摘要

周×, 23岁, 孕1产0, 工人, 于1983年8月19日因闭经9周在门诊人工流产术时发现双子宫同时妊娠, 左侧子宫人流术后, 右侧子宫疑为残角子宫收住院。

末次月经1983年6月17日, 因早孕于本院门诊人工流产手术时, 检查发现右侧子宫7⁺周妊娠大, 左侧子宫6⁺周妊娠大, 探宫腔左侧8.5cm, 吸刮出组织25克, 见到典型绒毛。右侧宫腔探不进, 行A型超声波检查, 见到胎心收住院。

体检: 一般情况好, 血压正常。

妇科检查: 阴道未见有隔, 只见一个宫颈口, 光滑, 子宫中位、稍大。右附件区可扪及约5×6×6cm大囊性包块, 可活动, 左附件正常。A超复查结果, 未见胎心, 亦未见囊性液平段, 考虑正常妊娠人流术后, 合并右侧卵巢囊肿可能性大。至入院第四天行阴道检查, 发现右侧包块较前长大, 行B超检查, 为一个子宫, 宫内见到胚囊和胎心。第五天再次行人工流产, 经多位医生用探针反复探查均不能进入右侧子宫, 考虑为残角子宫妊娠。于入院第11天阴道流血停止, 行子宫输卵管碘油造影, 左侧子宫输卵管显影, 右侧子宫输卵管不显影。B超复查提示双子宫, 右侧子宫单胎、存活。诊为残角子宫妊娠, 即行剖腹探查术, 术中见为两个单角子宫, 左侧较正常子宫稍小, 左宫角见正常输卵管与卵巢, 右侧子宫为10⁺周妊娠大, 见右宫角正常输卵管与卵巢。两侧卵巢均未见明显黄体, 两侧肾脏大小正常。从阴道再次寻找通向右侧子宫的颈口, 见宫颈上角10点钟处有一个“一”字型小孔, 从此孔可进入右侧子宫, 宫腔深11cm, 行吸刮术, 刮出组织40克, 见胎体, 然后缝合腹壁结束手术。七天拆线。伤口愈合好, 手术证实为单阴道、双宫颈、双子宫(右侧宫颈较小, 不通左宫腔)同时妊娠。术后2⁺年于1986年1月23日妊娠33⁺周分娩一男婴, 体重2050克, 胎盘有粘连, 为左侧子宫妊娠。

讨论

双子宫、双宫颈、单阴道是子宫发育畸形的一种类型, 双子宫同时妊娠较少见。本例为第一次妊娠, 门诊人流只刮了左侧子宫, 右侧子宫因探不进, A超检查发现有妊娠继续存在而收住院。入院后检查仅有一个阴道、一个宫颈, 将右侧子宫妊娠当成囊性包块, 且根部与子宫下段相连, 软, 与正常子宫不相通, 复查A超未见胎心而被误诊为卵巢囊肿。经观察右侧包块逐渐增大, B超见胚囊、胎心, 再次行人工流产、反复探查, 均未找到能进入右侧宫腔的宫口, 可见宫口只能进入左侧宫腔。子宫碘油造影, 左侧子宫输卵管显

影，右侧子宫输卵管不显影。说明可见宫口为左侧所有，而右侧宫腔无宫颈通向阴道，故诊断为残角子宫妊娠。因残角子宫发育差，易破裂，胎物不能排出，可引起大出血，故即行剖腹探查术。但本例如果在剖腹探查前在麻醉下，先行认真仔细的阴道检查，即可发现右侧小宫颈开口，不至于做剖腹探查手术，这一点应引为教训。幸而剖腹探查中，再次行阴道检查，在麻醉下右侧宫口清晰可见，得以确诊，而从阴道刮宫结束妊娠，避免了切除右侧子宫。

本例于2⁺年以后早产一男婴，因为双子宫畸形，子宫发育不良，易导致早产。上次术后未详细向病人交待早产之可能性，及嘱其及早住院保胎，故于临产后方来住院，已来不及治疗，亦为一经验教训。幸好胎儿发育尚好，母乳喂养，婴儿健存。

杨光珍

2 高渗性非酮症性糖尿病昏迷 合并胎盘早剥

病 历 摘 要

患者34岁，农民，孕4产1，末次月经1985年5月29日，预产期1986年3月6日，孕期血压正常，定期产检。于1986年2月24日上午8时产检时胎心音116~120次/分，9:30收入院。孕期无恶心、呕吐、头晕、眼花等症状，只在同年元月底曾因咽喉部疼痛，在当地卫生所诊断为“急性扁桃腺炎”而肌注“青霉素”三天治愈。过去体健。

体检：体温36.5℃，脉搏120次/分，血压16.0/12.0kPa（120/90mm/Hg）呼吸22次/分，体重63kg。发育正常，营养中等，神清，心肺正常，肝脾未扪及，下肢无浮肿，余无特殊。

产科检查：宫高35cm，腹围104cm，臀先露，左骶前位，胎心音144次/分，有血性分泌物，宫缩不规则，宫口未开，骨盆外测量各径正常。

实验室检查：血红蛋白128g/L（12.8g%），红细胞 $4.4 \times 10^{12}/L$ （440万/mm³），白细胞 $18 \times 10^9/L$ （18000/mm³），中性粒细胞82%，淋巴细胞18%，出血时间2'，凝血时间3'，血小板 $150 \times 10^9/L$ （15万/mm³），尿蛋白（±）。未查尿糖。诊断：妊娠38 $\frac{5}{7}$

周，孕4产1，左骶前。

住院经过：入院后于10、11、12时分别听得胎心音144次/分、128次/分、138次/分，

13时未听到胎心音,即按胎儿窘迫处理:吸 O_2 ,静注50%葡萄糖50毫升加维生素C 0.5g,但此后未再听到胎心音。14:45'血压上升至20.0/16.0kPa(150/120mmHg),诉头痛,即给予25%硫酸镁20ml肌注,利血平1mg肌注。一小时后血压降至110/90mmHg,因血象高,肌注青霉素80万单位,2次/日。2月25日凌晨3时发现病人深睡、打鼾、语言不清。6时见病人表情淡漠、嗜睡,呼之能答应,但声音含糊,表达不清,呼吸促25次/分,血压13.3/9.33kPa(100/70mmHg),脉搏128次/分。7时40分,血压12.0/8.0kPa(90/60mmHg),脉搏140次/分,精神差。7时50分,血压10.7/8.0kPa(80/60mmHg),检查腹胀,宫壁紧张,板硬,强直性宫缩。诊断为妊娠38 $\frac{6}{7}$ 周合并胎盘早期剥离;出血性休克,胎死宫内。立即作静脉切开,快速输血300ml,并输入平衡液500ml,10%葡萄糖500ml。1小时后血压上升至13.3/10.7kPa(100/80mmHg),在局麻下行子宫下段剖宫产术。破膜后流出棕褐色羊水约1000ml,胎儿皮肤剥脱,全身浸软,脐带呈暗红色,取出胎儿后2分钟,胎盘自行涌出,协助剥离取出,出血量总共700ml。子宫收缩好,无子宫卒中现象。胎盘早剥面积1/3。术中又输血250ml,输入平衡液1000ml,10%葡萄糖500ml。术后又继续输入10%葡萄糖1250ml,术后血压12.0/9.33kPa(90/70mmHg),当天13时血压又降至10.7/6.67kPa(80/50mmHg),脉搏118次/分,病人烦躁不安,神志不清,意识障碍,检查不合作,右侧鼻唇沟变浅,不能伸舌,左上肢活动少。Rosslimo's征(+),Hoffmann's征(+).为排除颅内病变,立即作头部CT检查,结果未见异常。晚上23时,病人出现四肢肌肉抽搐,经验血糖极度升高95.08mmol/L(1055mg%), K^+ 4.3mmol/L(4.3mEq/L), Na^+ 167mmol/L(167mEq/L), Cl^- 141mmol/L(141mEq/L), Ca^{++} 2.65mmol/L(5.3mEq/L)。再查尿常规:尿糖(++),蛋白(++),尿酮(-)。急查血浆渗透压330mOsm/L(我院血浆渗透压正常值280~300mOsm/L),尿素氮18.56mmol/L(52mg%),肌酐291.7 μ mol/L(3.3mg%),确诊为高渗性非酮症性糖尿病昏迷,再询问其丈夫,才了解到患者孕6个月后开始口渴,多饮,多尿,每天喝开水15磅以上,排尿量多,但未在意,未向医生讲述,入院前晚口渴更剧,睡前喝汽水500ml,开水约800ml,吃鲜橙子三个,当夜排尿约4000ml,烦躁失眠,次晨入院。入院18小时后昏迷,此前病人饮水多,排尿多,但未予重视,无法估计出入水量。昏迷后血压下降,并伴发胎盘早剥,低血容量休克,尿量减少。昏迷初12小时尿量570ml,淡黄透明,昏迷13小时以后尿量每小时只有10ml血尿,用速尿静注亦未增加尿量。确诊后按高渗性脱水、糖尿病、低血容量休克、肾功能损害等处理:用0.45%盐水500ml加胰岛素32单位静脉注入,其他胰岛素用5%葡萄糖溶液稀释静滴,使用胰岛素达203单位。入院后47和59小时血糖分别为39.2和32.48mmol/L(700和580mg%)。此外还补充碱性药物及多巴胺、阿拉明等升压药物,并用速尿、抗生素、地塞米松等药物治疗,血压靠升压药物维持。但尿少,血尿,呕吐频繁,吐出物为咖啡色液体,上腹部膨胀,用胃肠减压。全身肌肉抽搐,伴有高热,体温39~41℃,昏迷加深,肺部出现干湿性啰音,呼吸急促,经三天抢

救无效，于2月27日上午7时45分心跳呼吸停止。

讨 论

一、发病特点

高渗性非酮症性糖尿病昏迷，是糖尿病的严重急性并发症之一，临床特点为严重的高血糖、血浆高渗透压、渗透性利尿、脱水。由于细胞外液呈高渗状态，使细胞内液向细胞外转移，造成细胞内脱水。神经细胞的脱水引起中枢神经系统功能紊乱，表现为进行性意识障碍及昏迷，由于渗透性利尿，失水严重，造成低血容量休克，血容量的显著减少，刺激醛固酮的分泌，增加钾的排出和钠的潴留，加上血液浓缩、肾血流量减少、排钠受限等因素，使血钠增高，加重了血浆的高渗状态。高渗性糖尿病昏迷患者可不出现酮症酸中毒，其原因可能患者体内尚有一定量的内生胰岛素，可以防止酮体的产生；也有人认为高血糖和严重脱水是抑制酮体发生的主要原因。发病的诱因有妊娠、感染、药物（皮质激素、速尿、噻嗪类利尿剂、心得安、苯妥英钠）等均能增加对胰岛素的抵抗，增高血糖，加重脱水。本病常因起病较隐匿，过去又无糖尿病病史，多以其他疾病就诊，且多伴意识障碍，被误诊为“脑血管疾病”。本例剖宫产术后出现神经症状时，也曾考虑颅内病变而作CT检查。本例诱发糖尿病昏迷的因素除妊娠本身外，输液不当也是重要的原因。在胎心音有变化时，处理中常规静脉推注高渗葡萄糖溶液，而后又出现胎盘早剥，出现休克，按一般处理静脉滴入平衡盐液和10%葡萄糖溶液，因此加重了血浆的高渗状态，加重了细胞内外的脱水，出现神经症状。根据血清钠的计算，脱水占体重的9.8%，由于出现低血容量休克，肾脏缺血，造成肾功能衰竭。本例肾功能损害严重，病情发展迅速，可能与糖尿病患者原有肾血管、肾小球病变，局部血液循环障碍的基础上，加上低血容量休克，进一步缺血，引起肾功能不可逆转的衰竭，但因未作尸检，肾脏的病变只能根据临床分析。

二、对胎儿的影响

糖尿病对胎婴的影响，取决于疾病的严重程度。糖尿病合并妊娠易致死胎，多发生在孕36周后。一般认为与胎盘发育有关。胎盘由于血糖供应过多，增殖明显，绒毛数量增多，间隙缩小，细胞增生，绒毛内间质细胞增多，使母儿间血液循环的屏障加宽；蜕膜小动脉增生，管腔变小，或胎儿侧小动脉栓塞，影响对胎儿氧的输送。孕36周后，当胎儿对氧的需要量增加时，供氧不足，可在子宫内突然死亡。婴儿发生的疾病包括低血糖、低血钙、高胆红素血症、肺透明膜病、肾静脉血栓和先天性发育异常等。本例发生宫内死胎的原因是由于胎盘的绒毛与血管病变所致。因胎心音消失时孕妇血压正常，未出现胎盘早期剥离症状。昏迷及休克症状是在胎心音消失17小时后出现的，且胎盘剥离面仅占1/3，属中度。而且，剖宫产取出胎儿时，见全身皮肤剥落，松解，因此，死亡已24小时左右。即胎儿死亡在前，胎盘早剥在后。

三、诊 断

糖尿病出现典型的三多一少症状群时诊断并不难。但是，病人常常不把多饮多尿当作病态，不向医生讲述；医生在查尿常规时只查尿蛋白与镜检沉渣，不查尿糖，是造成漏诊的重要原因。本例产前检查时已查过两次尿常规，但都未查糖尿或血糖，直至昏迷后查血才发现糖尿病，为时已晚。尿糖强阳性，严重高血糖，血浆渗透压增高，血中电解质增高，都是重要的诊断根据。由于重度脱水可致周围血白细胞、血红蛋白、红细胞压积等均增加，但尿酮阴性或微量。

诊断上应注意几个问题：（1）应详细询问病史；（2）尿常规检查一定要包括尿糖；（3）对病理妊娠患者（包括妊娠高血压综合征、巨大胎儿等）应查血糖。

四、处理

应立即抢救，包括输液，补充胰岛素，抗休克，抗感染，改善心、脑、肾功能等。

输液的目的在于纠正血浆的高渗状态及补充血容量，纠正休克。当血浆渗透压 $>350\text{mOsm}$ ，可输入 0.45% 盐水，或 $2.5\sim3\%$ 低渗葡萄糖液，至血浆渗透压降至 330mOsm/L 时，改用等渗溶液，以免发生溶血及脑水肿。并可适当使用全血及血浆。由于病人脱水严重，为了及时抢救低血容量休克，要迅速大量补液，开始 $5\sim15\text{ml/分}$ ，每天补液量 $6\sim18$ 升，平均 9 升。若有心肾功能不全者，测定中心静脉压作监护。

胰岛素的用量应适当掌握，用药期间每 2 小时测血糖一次，随时调整用量。一般主张用小剂量治疗，每小时静脉滴注 $4\sim6$ 单位，开始用 0.45% 盐水稀释点滴，待血糖降至 $14\sim16.8\text{mmol/L}$ （ $250\sim300\text{mg}\%$ ）时，再改用 5% 葡萄糖溶液稀释。

有下列情况者应考虑及时终止妊娠：（1）血糖急剧上升；（2）血糖不过高而出现尿糖；（3）进行性羊水过多或剧烈头痛；（4）高血压；（5）胰岛素需要量突然增高；（6）体重迅速增加；（7）胎儿监护发现尿 E_s （或 E/c ）值明显下降；（8）胎动减少减弱；（9）电子胎心监护仪上FHR变异性减少，NST无反应和/或OCT阳性。

五、教训

高渗性非酮症性糖尿病昏迷合并妊娠，比较少见，预后严重，死亡率高，可达 $40\sim70\%$ ，及时的诊断和正确的治疗对预后具有决定性意义。本例并发胎死宫内，胎盘早剥，危险性更大。但在采取病史时没有询问出三多一少的典型征候群；产前检查时不查尿糖，以致不能及时发现糖尿病；入院当天用 50% 高渗糖静注治疗胎儿窘迫，诱发了糖尿病昏迷。在确诊前共静脉滴入平衡盐液 1500ml 及 10% 葡萄糖 2250ml ，加重了血浆高渗高钠状态，致病情更重。后用地塞米松、速尿等也不恰当。诊断和治疗上都有极为深刻的教训。待到确诊时，病人已肾功能衰竭，昏迷、休克，各脏器细胞严重脱水、衰竭，治疗已经不能奏效。

邓淑娟

病 历 摘 要

陈××, 住院号231435, 31岁, 工人, 患重症肌无力4年。现妊娠36 6/7周, 双胎。因胎儿宫内窘迫, 于1987年1月22日入院。

患者于1982年7月开始双腿抬不起; 12月份起, 不能自穿衣服, 伴呼吸困难, 到我院神经科就诊, 诊断为重症肌无力。以后长期服用吡啶斯的明150mg/日。此次怀孕期间, 症状未加重。

入院时, 双胎中一胎儿的胎心减慢, 经入院治疗后, 胎心好转。因估计两胎儿均小, 故在严密监护下继续妊娠, 并给予静滴氨基酸, 及口服安儿康等治疗。至妊娠36 6/7周, 在连续硬膜外麻醉下, 作剖宫产, 娩出两婴儿。大女重2480g, 小男重2380g, 出生时Apgar评分均为10分。孕妇术前一直服用吡啶斯的明; 术后, 先肌注新斯的明, 后改口服吡啶斯的明。术中、术后患者情况均好, 按期拆线出院。大女婴出生后即发现口角歪斜, 右鼻唇沟浅, 诊断为“周围性面瘫”, 转小儿科诊治。小男婴出生后4天中情况良好; 第5天起发热, 诊断为“一过性新生儿重症肌无力, 继发肺炎”, 转小儿科, 经治疗后痊愈出院。

讨 论

一、诊 断

重症肌无力是一神经肌肉突触传递障碍的疾病, 本病可见于任何年龄, 但以20~40岁起病多见, 40岁以下者, 以女性居多, 少数有家族史, 主要特征为横纹肌稍经活动即感疲劳。症状晨轻夜重。眼外肌最易受累及; 常在早期有眼不易睁开症状。面肌、咀嚼肌、咽喉肌、言语肌、颈肌亦易患病。严重病例, 全身各横纹肌均可无力, 包括膈肌、胸壁肌、肋间肌, 甚至膀胱和肛门括约肌, 经休息或用抗胆碱酯酶药物后, 可以缓解。

测定神经肌肉接头处存在的乙酰胆碱受体的抗体, 或在电镜下观察突触后膜的面积和受体的数目, 既有助于诊断, 亦可作为病情轻重与预后的预测。

二、妊娠与分娩对重症肌无力的影响

两者之间的关系并不完全清楚。多数病人的肌无力症状在妊娠期间加重, 约占47.1%; 症状恶化者, 以妊娠头三个月为多; 亦有少数病人妊娠的影响不明显(占31.4%), 或相对稳定(占21.4%)。但是, 分娩常加重肌无力症状, 甚至有诱发肌无力危象之可能。因此, 对于患重症肌无力的育龄妇女, 应严格避孕, 特别是重症肌无力