

妇产科疑难病案分析选

福建科学技术出版社



妇产科疑难病案分析选

郑 秀 高依琴 陈宇涵 胡继芬 编

福建科学技术出版社

一九八八年·福州

责任编辑：肖阳

妇产科疑难病案分析选

郑 秀 高依琴 陈宇涵 胡继芬 编

福建科学技术出版社出版

（福州得贵巷27号）

福建省新华书店发行

闽北印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 6.5印张 140千字

1988年7月第1版

1988年7月第1次印刷

印数：1—6,250

ISBN 7—5335—0124—1/R·26

定价： 1.35元

编 者 的 话

对典型病案进行讨论、分析,是提高临床医师的分析问题和解决问题能力的有效途径。有感于此,编者精心选编了具有代表性的妇产科疑难病案近50例,每则病案基本按照病历摘要、临床分析、讨论及小结这几个部分编写。读者可以根据病历先进行分析、诊断,看看能否与书中分析相吻合。相信此书的出版,对妇产科医师诊断水平的提高大有裨益。

限于水平,书中疏漏、不妥之处在所难免,谨请读者批评、指正。

一九八七·十一

目 录

月经28天，休克·····	(1)
宫颈妊娠·····	(11)
输卵管粘堵术后并发输卵管间质部妊娠 破裂·····	(17)
输卵管结扎术后异位妊娠·····	(20)
子宫峡部妊娠·····	(23)
右宫角足月妊娠破裂·····	(28)
盆腔包块并早期妊娠·····	(30)
重复腹腔妊娠·····	(33)
中期妊娠植入性胎盘·····	(35)
停经 8 月余，腹痛 6 小时，休克·····	(38)
妊娠晚期子宫静脉破裂·····	(44)
妊娠良性黄疸·····	(45)
妊娠期腹腔积脓误诊为胎盘早期剥离·····	(50)
极度高危孕妇·····	(53)
胎膜早破·····	(56)
剖腹产术后晚期阴道出血·····	(62)
急性子宫翻出·····	(66)
剖腹产术中并发羊水栓塞死亡·····	(70)
剖腹产术后 5 天猝死·····	(74)
先天性胸腹裂孔疝·····	(81)

过期流产引起纤维蛋白原减少症·····	(82)
产后急性肾功能衰竭·····	(87)
剖腹产术后猝死·····	(90)
停经53天, 恶心, 厌食·····	(95)
妊娠合并子宫肌瘤·····	(100)
晚期妊娠合并巨大宫颈管肌瘤致大出血·····	(106)
绝经后出血·····	(109)
下腹部肿块3月余·····	(116)
停经5个月, 阴道少量暗红色流液5天·····	(121)
卵巢癌阴道、子宫转移·····	(127)
腹盆腔巨大肿瘤·····	(134)
卵巢无性细胞瘤治疗20余年, 进行性腹胀·····	(139)
产后腹胀痛、发热及消瘦1月·····	(147)
闭经, 下腹部包块, 腹水·····	(151)
腹胀, 腹痛, 发热·····	(157)
宫颈转移性卵巢无性细胞瘤误诊为宫颈恶 性黑色素瘤·····	(161)
卵巢恶性勃勒纳氏瘤·····	(167)
子宫腺肌症合并内膜异位症和子宫肌瘤·····	(170)
年轻妇女双侧附件囊肿·····	(177)
腰骶部胀痛4个月, 下腹肿块·····	(182)
产后阴道横膈闭锁经血潴留误诊·····	(190)
哺乳期子宫穿孔·····	(193)
剖腹产术后子宫腹壁瘻·····	(197)

月经28天，休克

病历摘要

25岁。结婚2年未孕，月经正常，3~4/30天，末次月经1985年5月4日。6月2日晚饭后突感剧烈持续的腹痛如刀割状，由家属伴送入院，路途中即感头昏，病发仅半小时已抵急诊室。此时体温正常，血压90/70mmHg，面色苍白，出冷汗，全腹有压痛及反跳痛，有可疑的转移性浊音，内科急请外科会诊。因当日无外伤史，外科医生诊查时血压已降至60/...mmHg（舒张压听不清），拟诊休克，原因待查，继续观察。内科再请妇产科会诊时，血压已降至0，脉搏极微弱，腹部转移性浊音明显。阴道检查：阴道内无血迹；子宫正常大小，略软，有漂浮感，宫颈无举痛；两侧附件未触及包块，患者由妇产科收入并直接送手术室。

讨 论

窦友莲（贵阳医学院附属医院）：本病例在发病时体温正常，应考虑内出血的存在。该患者为生育年龄的已婚妇女，无外伤史，突发持续刀割样腹痛并有内出血征，首先考虑异位妊娠。

受精卵移至宫腔同时发育成具有着床能力的胚泡，开始着床，约在正常月经周期第20~22天，完成着床约在25~26天。受精、受精卵移向宫腔及着床的过程与输卵管的正常功

能密切相关。当输卵管周围及输卵管粘膜的炎症性病变等影响输卵管的正常功能时，一方面可阻碍精卵的结合导致不孕，另一方面也可使受精卵停留在输卵管的时间过长，在其到达宫腔以前已发育成具有着床能力的胚泡，导致输卵管妊娠的发生。

输卵管妊娠占异位妊娠的95%左右，本病例发病距末次月经仅28天，发病后迅速出现失血性休克，故输卵管峡部妊娠破裂的可能性最大。

输卵管峡部狭窄的管腔，未蜕膜化的上皮不能适应胚胎的发育。绒毛为摄取营养物质而由输卵管上皮侵入肌层，最后穿过浆膜，引起输卵管破裂，故输卵管峡部妊娠破裂的发病较其它异位妊娠发病早，并有较严重的内出血。本病例病情与此相符。由于内出血，盆腹腔内液体渐增多，移动性浊音渐明显，出现子宫漂浮感。由于休克加深及腹腔内液体增多，腹膜刺激征反而消失（早期腹压痛反跳痛，以后无宫颈抬举痛）。本病例在发病初，如考虑到内出血的可能，应动态观察血红蛋白。在移动性浊音可疑时，盆腔最低处子宫直肠陷窝内已可能有血液积存，经阴道作后穹窿穿刺，是较常用的辅助诊断方法。

输卵管妊娠流产或破裂发生后，大多数伴有阴道流血及蜕膜管型或蜕膜碎片的排出。本病例无阴道流血，可能的原因为：①发病时间短，子宫内膜尚未对体内雌、孕激素的波动发生反应。②输卵管妊娠破裂发生后，如胚胎未死亡甚至继发腹腔及子宫以外其它部位的妊娠，或胚胎已死亡仍有少数绒毛存活，维持了妊娠黄体的功能，子宫蜕膜不至脱落出血。

卵巢妊娠破裂，因其与输卵管妊娠破裂的症状相似，但

发病较少，故作为本病例可能的次要诊断。在手术中，可对二者进行鉴别以明确诊断。

黄体破裂也可有腹痛、内出血、腹膜刺激征等，但其发病时间多在月经周期中期后几天，一般无不孕史，与本病例不符，可排除。

李春茹（西安市风雷仪表厂卫生科）：

1. 通过本病案介绍，我认为手术前最好在患者下腹部一侧进行腹腔穿刺，如能抽出暗红色不凝血液更有助于诊断。

2. 本病的可能诊断有：①输卵管峡部妊娠破裂（黄体破裂待排）。②失血性休克。

3. 诊断的理论根据：

（1）本患者婚后2年未孕，考虑是输卵管病变所致，理由如下：①月经周期及经期均正常，估计卵巢排卵功能正常。②通过妇科检查，排除了外阴、阴道、宫颈及子宫所造成的不孕。

（2）依临床症状分析，凡原发不孕妇女，突发性的腹部刀割疼痛并急性内出血症状，多为异位妊娠破裂所引起。常见的是输卵管妊娠，其中以壶腹部妊娠最多，占50~70%；其次是峡部，占30~40%；伞部及间质部最少，占1~2%。输卵管峡部管腔狭窄（仅2 mm），孕卵绒毛向管壁侵蚀肌层及浆膜层，最后穿透管壁，引起管壁内较大血管的裂伤，血液直接流入腹腔，发生严重失血。因孕卵第一周就有植入能力，故峡部妊娠破裂发生较早，可表现无停经史。而壶腹部及间质部妊娠因其解剖生理特征，破裂时间发生均较迟，分别在8~12周或3~4个月。

（3）发病后仅1小时左右，血压降至0，脉搏极微

弱，无明显外出血，腹腔内移动性浊音明显，考虑是内失血所致休克。

4. 与典型临床症状不符合几点的解释：

(1) 突发性破裂，内出血多，子宫内膜未能发生退行性变化及坏死，可无点滴样阴道出血。

(2) 因发病急，内出血多，血液未能凝固，盆腔附件包块触诊不满意。

因发病急，失血严重，很快进入休克，脉搏极微，使患者感觉迟钝或意识丧失，故可导致肛门坠胀和排便感及宫颈举痛等症状不典型。

汪少丹（芜湖市中医院）：病人有活动性内出血，并由内出血而引起急性失血性休克。因当日无外伤史，所以对外伤引起的内出血可不考虑。结合本例的临床表现，最可能的诊断是：宫外孕（输卵管妊娠破裂）。

1. 诊断分析如下：

(1) 患者无停经史，在月经后的第28天发生致命性大出血休克而就诊。凡生育期妇女，切不可放弃妊娠的可能及其异常，特别象宫外孕这样瞬息可危及病人生命的疾病更不容疏漏。停经史并非宫外孕必具的病史。因受孕发生在月经周期中间，孕卵在第5天可植入，如植入输卵管峡部，经1周发育，胚囊的滋养细胞将输卵管壁的血窦打开，母血即充盈于绒毛间隙的雏型中，管壁因受胚囊挤压侵蚀，尤其峡部狭窄段变为菲薄，如受腹压，极易于早期发生破裂，而且此处邻近子宫角，血管丰富，常出血多，病情危急。该患者正是在月经后的第28天发生的输卵管妊娠破裂，引起急性失血性休克。

(2) 有不孕史：患者结婚2年未孕，平素月经正常，

因此基本上可排除由内分泌因素引起的不孕。而不孕的主要原因由输卵管病变所致，病变直接影响输卵管蠕动，输卵管内膜病变可使孕卵运行途中被阻滞而就地着床发育。

(3) 于晚饭后突然剧烈持续的腹痛如刀割状。

(4) 急性内出血休克体征：血压下降，面色苍白，出冷汗，脉搏极微弱。

(5) 腹部检查：全腹压痛及反跳痛，转移性浊音明显。

(6) 阴道检查：阴道内无血迹，子宫大小正常略软，有漂浮感。

其中也含有不支持该诊断的，如阴道检查：宫颈无举痛。而该患者是在休克状态下行阴道检查的，可能此时对疼痛无明显反应。

2. 需要鉴别诊断的是：

(1) 卵巢黄体或卵泡破裂：腹痛的性质、体征与输卵管妊娠破裂相似，但无不孕史，同时破裂多发生在月经中期排卵时。

(2) 急性输卵管炎：有急性腹痛，体温升高，腹肌紧张压痛，但无急性内出血的现象。

(3) 宫内妊娠流产：两者有共同点，如腹痛，但腹痛的性质、部位、程度不同，宫内妊娠流产一般疼痛较轻，无腹肌紧张及反跳痛，脉搏、血压的变化与阴道流血量成正比。而输卵管妊娠的破裂，腹痛伴有急性内出血的休克症状，同时可无阴道流血及停经史。

(4) 卵巢囊肿蒂扭转：腹部可触及包块，在子宫的一侧可触及轮廓清楚和压痛性的肿物，无急性内出血引起的失血性休克。

手术前尚需行腹腔穿刺术，因为腹部移动性浊音较为明显，腹腔穿刺抽液如为不凝血液，则更支持诊断。

该患者有急性内出血、失血性休克，是手术的指征，故在处理休克的同时，应作手术治疗。

肖杏兰（河南省许昌地区卫生学校附属医院）：患者伴急骤加重之休克，腹部检查转移性浊音由可疑迅速到明显，全腹压痛、反跳痛，提示患者有急性腹腔内大出血。因内出血量大而迅速，故很快出现移动性浊音。育龄妇女，如素日身体健康，突然腹痛、休克、内出血、无外伤史，应首先考虑输卵管妊娠破裂。

输卵管妊娠时，缺乏完整蜕膜，孕卵植入后，绒毛借蛋白分解酶的破坏作用，向管壁肌层、浆膜层侵蚀，包蜕膜则向管腔伸展。妊娠达一定时间后，必将发生输卵管妊娠流产或破裂，临床上多于停经6周左右出现症状。输卵管妊娠流产多见于壶腹部妊娠，而破裂多见于输卵管峡部妊娠，后者出现症状较早，临床表现严重。因输卵管峡部狭窄，管壁薄弱，故可能于孕卵着床后1周左右发生破裂。该处邻近子宫角，血管丰富，破裂出血特多而急剧。正常月经周期28~30天，排卵多在两次月经中间，卵子受精5~7天（周期19~22天）着床，如着床于输卵管峡部，在月经周期的26~29天即可发生破裂。该患者月经周期30天，从孕卵着床于输卵管峡部破裂的全过程看，完全可以在周期的第28天发病。患者发病早，急剧进展的移动性浊音，子宫漂浮感，严重休克，均支持输卵管峡部妊娠致急性大量腹腔内出血。因患者发病后及时就诊，故无阴道出血。

患者婚后2年未孕，但月经正常。基本上可排除内分泌、子宫性不孕，输卵管炎占女性不孕原因的三分之一，患

者是否有慢性输卵管炎或输卵管发育异常亦应考虑。上述因素可致输卵管通而不畅，阻碍孕卵向宫腔运行，而着床于输卵管。

输卵管妊娠破裂的诊断，术前多采用阴道后穹窿穿刺，抽出暗红色不凝血液，做为腹腔内出血的诊断依据。亦可行下腹一侧穿刺。患者急性内出血诊断明确，严重休克，生命垂危，不需再行穿刺或其它诊断而贻误抢救。直接送入手术室，即抗休克同时剖腹探查止血是唯一有效的抢救治疗。

卵巢黄体破裂多无不孕史及无停经史，多发生在排卵后、月经前。如伴有严重内出血，应与无停经史的输卵管妊娠加以鉴别。

张德蓉（云南瑞丽县民族医院）：

1. 术前尚需检查血常规、出凝血时间、血小板计数及血型，了解血红蛋白降低的程度、白细胞总数，并应进一步动态观察血小板变化，早期发现DIC。

更重要的是后穹窿穿刺。这是诊断宫外孕简单而可靠的方法。如果移动性浊音明显可作腹腔穿刺，如抽出不凝固的血液，输卵管妊娠破裂、腹腔内出血的诊断即可肯定。失血时间在24小时以内，未被污染的腹内鲜血可以自身回输。

2. 可能诊断：输卵管妊娠破裂；失血性休克。

可能诊断理论依据：

（1）病史：患者为生育年龄妇女。婚后2年未孕，月经正常。说明调节月经周期的丘脑下部-垂体-卵巢轴是正常的。卵巢有排卵，子宫发育正常。输卵管因素是造成女性不孕的重要原因。输卵管器质性病变慢性输卵管炎使错综复杂的内膜皱襞互相粘连愈着而成滤泡形或在输卵管壁形成憩室或假腺体，使孕卵陷入其中不得复出。输卵管发育不良或慢

性炎症不仅造成形态上的变化且能发生机能上的障碍，发炎部分的内膜，纤毛常有缺损；管壁肌层蠕动减慢，妨碍孕卵的运输并阻止其前进，孕卵不能及时到达子宫而停留在半途。最常见在壶腹部，约占50~70%；其次为峡部占20~40%；伞部、间质部最为少见占1~2%。宫外孕患者有不孕史约占一半以上。

该患者不孕的原因很可期是输卵管异常。平日月经正常，现为月经第28天。一般排卵在月经中期(5~20日)，受精72小时为桑椹胚，相当于月经周期第18天，它通过峡部进入宫腔，由于输卵管发育不良或其它因素不能推动孕卵前进而着床于输卵管，一般受精后3~6天就已有植入能力。所以并不是每个患者都有停经史。另一个原因是因为输卵管妊娠，胎盘组织缺乏足够数量的激素而未能使子宫内膜达到闭经程度。

(2)患者突然在晚饭后感到剧烈持续的腹痛如刀割状并出现一系列出血性休克早期症状，面色苍白、出冷汗，血压下降，并且症状越来越明显直到血压降至60/0。腹部检查：全腹压痛、反跳痛、移动性浊音由不明显到明显，病情急剧恶化，说明腹腔内有进行性出血。从破裂出现的时间在月经周期第28天，受精卵着床在峡部，因为峡部管腔狭窄，孕卵绒毛向管壁侵蚀肌层及浆膜，最后穿透管壁形成输卵管破裂，伤及附近小动脉，出血较剧烈达1000ml左右，出现一系列失血性休克症状。

本例阴道无出血，与绒毛在短期内继续分泌绒毛膜促性腺激素维持子宫内膜蜕膜变化有关。

(3)妇检时发现子宫大小正常，略软，宫外孕与宫内孕同样由于孕卵的生长，子宫受绒毛膜促性腺激素的影响，

肌纤维增生肥大，弹性增加，间质血管增多，扩大而使子宫变软。发病仅在停经28天，且着床于输卵管，子宫不增大。由于子宫浮于血泊中故妇检时有漂浮感。活动宫颈时盆腔积血多有一缓冲力量未出现宫颈举痛。输卵管妊娠后破裂，孕卵及血全部流向腹腔时间短，血液未机化凝固，因此妇检时双附件未扪及包块。

凌梦达（重庆医科大学第二医院）：此患者由急诊室直接送到手术室，立刻腹腔穿刺，抽出5 ml鲜红血液。腹腔内出血诊断一成立，即在硬膜外麻醉下（仅给以试验剂量）行剖腹探查，在局麻下将腹壁切开一个长5 cm的切口，直至腹腔。将腹腔游离的血液抽出过滤后输给患者，输入约400ml后，血压上升至90/70mmHg。此时，再推一次硬膜外麻醉剂，使麻醉完全。打开腹腔所见：腹腔内共有游离血近2 000ml，两侧输卵管外表正常。将附着于输卵管伞端表面的血液擦干净，未再见有血自伞端流出。两侧卵巢均正常，未见破裂出血之处。经仔细检查，在右侧近子宫角部的输卵管峡部发现一芝麻大小的蓝色结节，此处正象喷泉一样喷射出鲜红血液。因此，右侧输卵管妊娠破裂的临床诊断基本成立。切除右侧输卵管。病理报告在此蓝色结节中找到绒毛组织，输卵管妊娠得到证实。

此患者无停经史，平时月经周期为30天，而在月经第28天出现突发性腹痛伴有大量腹腔内大出血的症状与体征，应当首先考虑宫外孕诊断。虽然这样的宫外孕很少见，但在理论上是可以解释的：月经周期为30天者一般在月经第16天排卵。排卵后若受精，受精卵在受精后7～8天（月经第23～24天）就具备着床能力，滋养叶层借助酶的作用即有侵蚀血管并使其破裂的能力。输卵管特别是峡部肌层很薄，血管很

容易破裂出血，穿透而引起腹腔内出血。

此患者的教训是症状与体征完全符合急性大量腹内出血，就因无停经史，内、外科医师均未想到宫外孕诊断，以致延误将近1小时，妇产科会诊医师虽未肯定诊断，但思考及处理是正确的。对于急性内出血患者，唯一处理办法是即刻剖腹探查止血，抢救病员生命。通过这个病例的诊断，应认识到理论基础的重要性，理论可以指导临床实践尤其是疑难病案的分析和处理。

小 结

何光侃（四川省人民医院）：本例的病史特点：①25岁的青年女性，有婚后2年的不孕史。②月经史正常，无停经史。③发病急，突感剧烈持续的腹痛如刀割状。④病情发展迅速、病发仅半小时，面色苍白，出冷汗，全腹有压痛及反跳痛，有可疑的转移性浊音，血压下降很快至零。⑤阴道内无血迹。⑥子宫正常大小略软，有漂浮感，宫颈无举痛。

根据病史特点，临床应考虑和鉴别以下几种常见疾病：

（1）病员有活动性内出血，并很快引起失血性休克，首先应考虑输卵管妊娠破裂的可能性最大。手术前尚需进行阴道后穹窿穿刺或腹腔穿刺，若抽出不凝血液，则更支持上述诊断。病员虽无停经史，但在育龄期妇女，突然发生致命性内出血休克，切不可轻易地排除输卵管妊娠破裂的可能性，因停经史并非宫外孕必须具备的条件。一般排卵常在月经周期的中期，受精后发育5~7天即可着床。孕卵植入输卵管峡部，因该部狭窄，管壁薄弱，缺乏完整蜕膜，绒毛向肌层和浆膜层侵蚀，故可能于孕卵着床后7天左右发生破裂。该处邻近子宫角，血管丰富，破裂后常出血迅猛而量多，导

致急性失血性休克。本例月经周期30天，从孕卵着床于输卵管峡部而破裂的生理病理机制来看，在月经周期的第28天发病是完全可以解释的。

（2）卵巢黄体或滤泡破裂应该考虑，但多发生在月经周期的中期，且不会导致严重休克。

（3）急性输卵管炎，虽有腹痛肌紧张，但无内出血。

（4）宫内妊娠流产，虽有腹痛，但无肌紧张及反跳痛，且阴道流血量与脉搏血压的变化成正比。结合本例病史分析，后3种疾病似均可排除。本例急性内出血，严重休克的诊断已明确，在生命垂危之时，不需作一般的常规检验。作好术前准备，直接送入手术室，立即作剖腹探查止血，是完全正确的和必要的，也是唯一有效的抢救措施，只有这样处理，才能挽救病员的生命。

（边 集）

宫 颈 妊 娠

病历摘要

31岁。孕3产1。因停经41天，阴道出血10余天，在外院检查发现子宫颈口有“粘膜下肌瘤”，于1984年3月27日来院诊治。末次月经1984年2月6日，无早孕反应。3月17