

妇产科晋升副主任医师专题报告汇编五篇

单 位：***

姓 名：***

现任专业

技术职务：***

申报专业

技术职务：***

20**年**月**日

篇一

妇产科医师职称晋升专题报告

妊娠期糖尿病

病史

1. 病史摘要：

李**，女，26岁。主诉：停经33₊₂周、多饮多食、消瘦2个月，伴恶心、呕吐1天。

患者孕期未行规范的产前检查，停经25周在当地医院检查时发现血糖升高（具体结果不详），未行进一步诊治。近2月来出现多饮、多食、伴乏力、消瘦，1天前出现头晕、眼花、恶心、呕吐，伴胎动减少，来我院急诊就诊，以“妊娠期糖尿病、酮症酸中毒”收入院。既往体健，无妊娠史，孕前无糖尿病、高血压史。其母患糖尿病，无高血压病家族史。无遗传病家族史。

2. 病史分析：

(1) 关于妊娠期糖尿病的病史采集应着重于明确孕前疾病，糖尿病与妊娠发生的时间关系，糖尿病症状出现的时间、程度及伴随症状，糖尿病并发症出现的时间及症状等主要临床表现。更要重点询问有无糖尿病的急性并发症，如糖尿病酮症酸中毒。胎儿宫内情况也是病史采集必须了解的内容。

(2) 体格检查和辅助检查应注意了解全身情况、重要器官的功能状态、代谢状态，明确代谢紊乱的程度、微血管受累程度等。

(3) 病例特点；①孕前无糖尿病史，其母患糖尿病。②停经 25 周时发现血糖升高，未行进一步诊治。③孕晚期逐渐出现糖尿病的典型症状，未得到恰当处理，逐渐出现头晕、眼花、恶心、呕吐等代谢紊乱的典型症状。④伴胎动减少。

体格检查

1. 结果：

T 37.5 °C, P 120 次 / 分, R 19 次 / 分, BP 80 / 50mmHg 。

晚孕体态，痛苦面容。反应迟钝，神智尚清楚，可应答应问，查体合作；身高 160cm ，体重 73kg ；眼眶下陷，全身皮肤黏膜无淤点淤斑，无黄染，皮肤弹性差；双肺呼吸音清晰，呼吸深大，双肺底未闻干湿啰音；心率 120 次 / 分，心界无扩大，心律齐，心脏各瓣膜区未闻及病理性杂音；腹软，肝脾未触及；双下肢无浮肿。

产科检查；宫高 33cm ，腹围 103cm ，胎位 LOA，胎头浮，胎心 136 次 / 分；骨盆外测量各径线在正常值范围。

2. 体格检查分析

(1) 查体特点：胎儿心率 136 次 / 分，宫高 33cm ，腹围 103cm ，胎儿发育与孕周相符。患者呼吸深大，提示在糖尿病的基础上出现了并发症，可能为酮症酸中毒。

(2) 无其他明显阳性体征，其诊断主要依靠病史及辅助检查。

辅助检查

1. 结果：

(1) 血生化：空腹血糖 346mg / L, 阴离子间隙 18mmol / L、 CO_2CP 17.5mmol / L; BUN 18mg / L, 肌酐 0.8mg / L。

(2) 动脉血气：pH 7.25 、 HCO_3^- 9mmol / L, 尿酮体 150mg / L。

(3) NST：基线 150bpm ，变异幅度 10bpm ，胎动后胎心加速 5bpm ；延长监护时间 40 分钟以上无改善。

(4) ECG：窦性心动过速。

(5) 眼底检查：无明显异常。

(6) B 超：宫内孕单活胎，胎儿双顶径 8.9cm ，胎儿股骨长 7.6cm ，羊水指数 23.2cm ，胎盘位于后壁，I 级；PI 0.98 ，RI 0.45 ，AD 2.17 ；BPS 5 分(胎动 1 分、肌力 1 分、羊水 2 分、呼吸 1 分)。

(7) 血常规：WBC 8.7×10^9 / L、N 78 %，Hb 130g / L, PLT 187×10^9 / L。

2. 辅助检查分析：

空腹血糖 300mg / L, 尿酮体 150mg / dl, 动脉血 pH 值 7.25, 阴离子间隙 18mmol / L, CO_2CP 17.5mmol / l,

HCO_3^- 9mmol / L，可以考虑为糖尿病酮症酸中毒；NST 基线平直，变异幅度 $< 10\text{bpm}$ ，胎动后胎心无明显加速，排除胎儿睡眠期；B 超提示宫内孕单活胎，胎儿双顶径 8.9cm，胎儿股骨长 7.6cm，羊水指数 23.2cm，胎盘位于后壁，I 级；PI 0.98、RI 0.45、AD 2.17，BPS 5 分，提示羊水过多、胎儿宫内缺氧、酸中毒。

诊断和鉴别诊断

1. 诊断：

(1) G_1P_0 宫内孕 33₊₂ 周，LOA

(2) 妊娠期糖尿病

(3) 糖尿病酮症酸中毒

(4) 胎儿宫内窘迫

(5) 羊水过多

2. 诊断依据：

孕前无糖尿病史，其母患糖尿病；停经 25 周时血糖升高，未进一步诊治。孕晚期逐渐出现多饮多食、消瘦、乏力；停经 33₊₂ 周，多饮多食、消瘦、乏力 2 个月，头晕、眼花、恶心、呕吐 1 天，体格检查发现脱水、低血容量的表现：如脉搏加快、血压下降、皮肤弹性差；空腹血糖 $> 300\text{mg} / \text{L}$ ，尿酮体 150mg / L，动脉血 pH 7.25，阴离子间隙 18 mmol / L， CO_2CP 17.5mmol / L， HCO_3^- 9 mmol / L，呼吸深大，提示糖尿病酮症酸中毒；NST 基线平直，变异幅度 $<$

10bpm，胎动后胎心无明显加速，排除胎儿睡眠期；B超提示宫内孕单活胎，羊水指数 23.2cm，胎盘位于后壁，I级；PI 0.98、RI 0.45、AD 2.17，BPS 5分。

3. 鉴别诊断：

(1) 饥饿性酮症酸中毒：由于饥饿导致机体脂肪分解，产生大量酮体，导致酮症酸中毒。与高血糖酮症酸中毒最重要的鉴别点：一是既往病史不同，前者无糖尿病史，后者有明确的糖尿病史；二是前者低血糖、合并高血酮体及尿酮体，后者高血糖合并高血酮体及尿酮体，两者均可出现脱水、酸中毒的临床表现。

(2) 糖尿病合并妊娠：妊娠前已明确诊断为糖尿病，由于病程长，大部分病人妊娠时已经出现微血管病变，常合并胎儿生长受限，这一点与妊娠期糖尿病常合并巨大儿截然不同；由于微血管病变，常导致胎盘循环障碍，发生胎儿宫内窘迫，胎死宫内的危险性较妊娠期糖尿病高。合并妊娠高血压、慢性高血压的危险性增高。根据妊娠前的病史、妊娠经过及体格检查进行诊断和鉴别诊断。

治疗

1. 治疗原则：积极补液、小剂量胰岛素静脉滴注、纠正酸碱失衡和电解质紊乱。

2. 治疗方案：

(1) 大量补液，纠正低血容量。

(2) 小剂量胰岛素静脉点滴。

(3) 纠正酸碱失衡和电解质紊乱。

(4) 孕期监测：严密监测血压、肾功能、眼底和心电图检查、糖化血红蛋白，孕 18~20 周行常规检查，核对胎龄并排除致命性胎儿畸形。孕晚期行胎儿监护、胎动计数、胎心监护、生物物理评分。

(5) 孕期治疗：严格糖尿病饮食，根据血糖水平调整胰岛素用量。动态监测空腹血糖、餐后血糖，根据不同孕周血糖变化调整胰岛素用量。强调个体化治疗。血糖控制良好的孕妇，停经 40 周以前结束分娩。

篇二

妇产科医师职称晋升专题报告

妊娠期高血压疾病

病史

1. 病史摘要：

陈金玉，女性，24 岁。主诉：停经 40 周，发现血压升高一月，加重一天。

患者为第一次妊娠，现停经 40 周，平素月经规则、4~5 / 35 天，末次月经 2010 年 04 月 01 日，预产期 2011 年 01 月 08 日。停经 40 天始出现早孕反应及尿 HCG(+)，停经 4 个月余始觉胎动、至今良好，停经期间无有害物质接触史，无病毒感染史，无用药史，无腹痛、阴道流血流水史。停经 12 周始建围生期保健卡进行产前检查，共检查 6 次未

发现其他异常。1月前无明显诱因出现双下肢浮肿，当时产前检查血压为 145 / 90mmHg ，尿常规检查正常，未遵医嘱用药。入院前一天患者觉头昏不适，无眼花、恶心呕吐，无胸闷心慌，在外院就诊，测血压为 160 / 110mmHg ，急诊转入本院。患者现无胸闷心慌、气喘等不适，无腹痛、无临产征兆。

既往史：既往体健，否认“肝炎、结核、癫痫”等病史。否认药物过敏史。否认手术外伤史。婚育史：23岁结婚，爱人体健，生育史 0-0-0-0，初潮 13 岁。家族史：否认家族有高血压、糖尿病、癫痫、恶性肿瘤等病史。父母健在。

2. 病史分析：

(1) 患者为妊娠晚期妇女，初产妇，血压升高伴下肢水肿均出现于妊娠晚期，符合妊娠期高血压疾病的发病特点；而患者既往体健，无原发性高血压病及肾脏病史，因此应考虑血压升高系妊娠引起。

(2) 病史特点：①停经 40 周，发现血压升高一月加重一天。②产前检查血压为 145 / 90mmHg ，未遵医嘱用药。③入院前一天自觉头昏不适，测血压为 160 / 110mmHg 。④既往体健。

体格检查

1. 结果：

T 37℃, P 90 次 / 分, R 20 次 / 分, BP 160 / 110mmHg 。

一般情况可，发育正常，营养良好，神志清楚，查体合作；皮肤黏膜无黄染，无皮疹及出血点；浅表淋巴结未触及肿大；头颅五官正常，巩膜无黄染；甲状腺无肿大；胸廓无畸形，两侧乳房丰满；心肺检查未发现异常；妊娠腹型，肝脾肋下未及；四肢活动正常，下肢浮肿(++)；外阴无瘢痕溃疡，无静脉曲张，肛门无痔疮。

专科检查：宫高 36cm，腹围 96cm，胎方位左枕前，胎心 140 次 / 分，先露头，已衔接，胎膜未破，未及宫缩，宫颈管长约 2cm，质中，居后，宫口未开；骨盆外测量：髂棘间径 25cm，髂前上嵴间径 27cm，骶耻外径 19cm，坐骨结节间径 9cm。

2. 体格检查分析：

(1) 患者一般状况良好，足月妊娠腹型，胎心 140 次 / 分，胎方位左枕前，符合妊娠晚期的体征；无宫缩，胎膜未破，宫口未开符合待产情况；血压 160 / 110mmHg，下肢水肿(++)。

(2) 阳性体征：主要表现为血压升高 160 / 110mmHg，下肢水肿(++)；患者一般状况良好，足月妊娠腹型，胎心 140 次 / 分，胎方位左枕前；无宫缩，胎膜未破，宫口未开。符合妊娠期高血压疾病的体征。

辅助检查

1. 结果：

血常规：WBC $7.4 \times 10^9 / L$ ，Hb 133g / L、HCT 37.1%，PLT $170 \times 10^9 / L$ 。

(2) 血 PT、KPTT 均正常。

(3) 血电解质：K⁺ 4.62 $\mu\text{mol} / L$ 、Na⁺ 137.9 $\mu\text{mol} / L$ 、Cl⁻ 106.5mmol / L。

(4) 血生化功能：肝、肾功能及血糖等均无异常。

(5) 胎心监护 NST：反应良好，评 10 分。

(6) B 超：胎儿双顶径(BPD)9.4cm；胎心 140 次 / 分；胎盘 II₊ 级，位于宫底部，厚 43mm；羊水指数(AFI)101mm，脐血流(S / D)2.2。

(7) ECG：窦性心率，90 次 / 分，正常心电图。

(8) 眼底检查：眼底 A:V=1:3，视网膜未见水肿，未见渗出及出血。

(9) 尿常规：蛋白(++)，其余无异常。

(10) 尿雌三醇 / 肌酐(E / C)值：15。

2. 辅助检查分析

(1) 患者 NST 反应良好，说明胎儿目前宫内情况尚好，各项血液检查报告和 ECG 无异常，表明患者一般状况及重要脏器功能良好。

(2) B 超提示胎儿已成熟。

3) 眼底检查提示视网膜小动脉痉挛, 反映高血压的严重程度。

(4) 尿蛋白的多少也标志着妊娠期高血压疾病的严重程度, 该患者蛋白(++), 提示蛋白丢失较严重, 已达到子痫前期重度的标准。

(5) 尿雌三醇 / 肌酐(E / C)值反映的是胎盘功能状况, 患者的结果为 15, 提示胎盘功能状况并非十分良好, 胎儿宫内的生存环境不是非常有利。

1. 诊断:

(1) 第一胎零产妊娠 40 周待产, LOA

(2) 子痫前期: 重度

2. 诊断依据:

(1) 24岁已婚女性, 第一次妊娠。

(2) 主诉: 停经 40 周, 发现血压升高一月, 加重一天。

(3) 病史特点: 患者为 24 岁已婚初产妇, 现停经 40 周, 发现血压升高一月, 加重一天入院, 伴浮肿和头昏不适症状。既往无高血压病史。

(4) 体格检查特点: 血压 160 / 110mmHg , 下肢(++), 足月妊娠腹型, 胎心 140 次 / 分。

(5) 辅助检查: 尿常规: 尿蛋白(++).

特殊检查：眼底检查：眼底 A:V=1:3，视网膜未见水肿，未见渗出及出血；尿雌三醇 / 肌酐(E / C)值：15。B 超提示胎儿已成熟。

3. 鉴别诊断：

(1) 原发性高血压合并妊娠：是指孕前或孕 20 周首次诊断高血压，而该患者既往体健，孕早期检查未发现血压升高。

(2) 慢性肾炎合并妊娠：是指既往有慢性肾炎病史，在妊娠前或妊娠 20 周前有持续性蛋白尿或伴管型尿、水肿、贫血、高血压和肾功能不全等。结合该患者病史，既往体健无肾炎病史，蛋白尿出现于妊娠晚期，与血压升高伴随出现。

1. 治疗原则：镇静，解痉，降压，适时终止妊娠。

2. 治疗方案：

(1) 监测血压、脉搏、呼吸等生命体征。

(2) 在尿量、呼吸、腱反射等生命体征正常情况下可考虑给予 25 %硫酸镁解痉治疗，同时予以硝苯地平口服。

(3) 患者入院 24 小时血压波动于 145 / 100mmHg，脉搏、呼吸平稳，尿蛋白(++)，下肢浮肿(++)，遂行阴道检查，提示骨软产道无明显异常；宫颈管长约 2cm，质中，居后，头先露，棘上 2cm，未破膜，考虑患者已停经 38₊₄ 周，B 超提示胎儿已成熟，胎盘 II₊ 级，尿 E / c 值 15 已达警戒

术终止妊娠，故与患者及家属交代病情后，做子宫下段剖宫产术前准备。

妇产科医师职称晋升专题报告

慢性盆腔炎

病史

1. 病史摘要：

张*，女，40岁。主诉：下腹痛伴不规则阴道出血3月余，发现腹部包块1月。

患者平素月经规则，6 / 28 天。3 个月前自觉下腹隐痛，伴不规则阴道出血，下午时有低热，因自觉症状较轻，未到医院就诊，随后感觉腹痛加重，伴发热、自测体温为 38.0℃ 左右，无畏寒、寒战，在当地医院就诊，拟诊为“盆腔炎”予口服抗生素治疗，腹痛有所缓解，但仍感乏力不适，近 1 月小便次数增加，但无尿急、尿痛，当患者平卧时可自己触及下腹部包块，到医院复诊，行盆腔 B 超检查发现“盆腔包块”收入院。患者半年前“带环妊娠”，于孕 70 余天行钳刮术，一周后因“组织残留”大出血行再次清宫及放环术，术后曾口服抗生素治疗；之后常自觉乏力，月经淋漓不净，但无腹痛、发热等不适。患病以来，精神较差，食欲不佳，大便次数增加、呈黄褐色糊状便、无里急后重感，小便次数增加，体重下降约 5kg。既往体健，否认“结核”等传染病

否认药物过敏史。月经初潮 16 岁，6 / 28 天，23 岁结婚，2-0-2-2，育有两子，宫内节育器避孕。家族史无特殊。

2. 病史分析：

(1) 慢性盆腔炎常为急性盆腔炎未能彻底治疗，或患者体质较差病程迁延所致，所以在询问病史时要注意近期有无盆腔操作史及急性盆腔炎病史。该患者半年前曾有两次宫腔操作史，且主要症状为腹痛和发热等，所以应首先考虑慢性盆腔炎可能，但患者出现排便习惯的改变及慢性消耗症状，因此也应注意鉴别胃肠道及盆腔恶性肿瘤。

(2) 病史特点：①3 个月前自觉下腹隐痛，伴不规则阴道出血。②时有午后低热，在当地医院予口服抗生素治疗，腹痛有所缓解，但仍感乏力不适。③B 超发现“盆腔包块”。④半年前因孕 70 余天行钳刮术，一周后因“组织残留”大出血行再次行清宫及放环术。⑤精神差，食欲下降，体重下降约 5kg。

1. 结果：

T 37.9 °C，P 108 次 / 分，R 20 次 / 分，BP 100 / 70mmHg。

一般情况可，发育正常，营养欠佳，慢性贫血貌，神志清楚；颈部皮肤见散在针尖大小的出血点，全身皮肤未见黄染；腹股沟淋巴结可触及如绿豆大，呈串珠样；头颅无畸形，

张，甲状腺未及肿大；胸廓无畸形，双肺呼吸音清晰，未闻干湿啰音；心率 108 次 / 分，律齐，未闻及病理性杂音；腹部略膨隆，无腹壁静脉曲张，肝肋下 1cm，脾脏未触及肿大，右下腹可触及约 10cm × 7cm × 6cm 大小的包块、边界不规则、活动度欠佳、有压痛；全腹软，下腹部有压痛，无明显肌卫及反跳痛，移动性浊音(一)，肠鸣音正常；脊柱四肢正常，双下肢无浮肿；生理反射存在，病理反射未引出。

妇科检查：外阴(一)，阴道内见少许咖啡色分泌物，无明显异味，宫颈轻-中糜烂，子宫似前位，右后方可触及包块，与子宫粘连紧密，如孕 3 月大小，压痛(+); 左侧附件区增厚；三合诊：子宫后方肠腔明显狭窄，指套无血染。

2. 体格检查分析：

患者一般情况较差，贫血貌，腹股沟淋巴结可触及肿大，腹部略膨隆，右下腹可触及包块，活动度欠佳，有压痛，子宫似前位，右后方可触及包块，与子宫粘连紧密，如孕 3 月大小，压痛(+), 左侧附件区增厚。三合诊：子宫后方肠腔明显狭窄，指套无血染。体格检查结果分析患者有盆腔包块，子宫后方肠腔明显狭窄，因此我们有必要进行必须的辅助检查来加以鉴别。

辅助检查

1. 结果：

(1) 血常规: RBC $2.3 \times 10^{12} / L$, Hb 68g / L, WBC $12.9 \times 10^9 / L$, N 85 %, PLT $214 \times 10^9 / L$ 。

(2) 尿常规: 红细胞 6~7 / HP, 余(-)。

(3) 生化检查: 肝肾功能正常。

(4) 肿瘤标志物: CA125 851U / ml , CEA、CA199 均为正常值高界, AFP、血 β -HCG 正常。

(5) B超: 子宫正常, 宫腔内见节育环影, 子宫右后方探及 9cm \times 5cm \times 5cm 的囊实性包块, 内部见不规则回声增强光团, 包块外形不规则, 与子宫无明显界限, 盆腔内见少量积液。

(6) 结核菌素试验(+), 抗结核抗体(-)。

(7) 诊断性刮宫: 宫颈刮出物见炎性渗出物, 宫腔刮出物见少许增殖期子宫内膜, 可见细菌菌落。

(8) 肠镜及胃镜: 未发现异常。

2. 辅助检查分析:

血常规提示贫血及感染; 超声检查下腹部见囊实性包块, CA125 值明显高于正常, 因此卵巢肿瘤的可能性是存在的; 肠镜及胃镜未发现异常对排除消化道肿瘤非常有价值。

诊断与鉴别诊断

1. 诊断: 慢性盆腔炎急性发作

2. 诊断依据:

(1) 主诉：下腹痛伴不规则阴道出血病史 3 个月余，发现腹部包块 1 个月。

(2) 病史特点：半年前因孕 70 余天行钳刮术，一周后因“组织残留”大出血行再次行清宫及放环术；3 个月前自觉下腹隐痛，伴不规则阴道出血，下午有时低热，在当地医院予口服抗生素治疗后腹痛有所缓解，但仍感乏力不适。

(3) 体检特点：发现盆腔包块，包块压痛明显，腹股沟淋巴结呈串珠样肿大。

(4) 白细胞总数和中性粒细胞升高。

(5) 诊断性刮宫见炎性渗出物及细菌菌落，所以盆腔炎性包块的诊断成立。

3. 鉴别诊断：

(1) 子宫肌瘤：尤其是肌瘤变性，除了子宫增大还可能有低热、腹痛及不规则阴道出血等表现。患者 B 超提示子宫未发现明显异常，盆腔包块位于子宫右后方，故可基本排除肌瘤的诊断。

(2) 妊娠子宫：患者血 β -HCG 正常，排除了与妊娠有关的疾病。

(3) 结核性盆腔炎：多发生于年轻、不孕的妇女，可发生腹痛、腹胀，偶可有腹部包块伴午后低热，包块位置通常较高、界限不清、固定，常合并其他脏器的结核病，通过诊断性刮宫常可发现内膜结核。该患者的诊断性刮宫报告未提示结核感染。

(4) 卵巢肿瘤：良性卵巢肿瘤常有以下特点：单侧、囊性、活动、表面光滑，三合诊后穹隆无结节、无积水，生长慢，患者的一般状况好。而恶性卵巢肿瘤的特点是：双侧、实性、固定、表面呈结节状，三合诊后穹隆有结节，有腹水，生长快，患者的一般状况差。该患者有慢性消耗症状，B超检查包块为囊实性、边界不清、与子宫相连，肿瘤标志物值轻度升高或在正常高界，所以我们不能完全排除卵巢恶性肿瘤的可能。

综上所述，该患者盆腔炎性包块的可能性较大，但不能完全排除卵巢恶性肿瘤，应进一步诊断，如腹腔镜检查帮助诊断；在患者一般情况改善后，征得家属同意可考虑行剖腹探查术。

治疗

1. 治疗原则：积极抗炎及支持治疗，同时进行必要的辅助检查，以尽快明确诊断。

2. 治疗方案：

(1) 支持疗法：卧床休息，半卧位有利于盆腔液积聚于直肠子宫陷凹而使炎症局限；给予高热量、高蛋白、高维生素流食或半流食，补充液体，注意纠正电解质紊乱及酸碱失衡，必要时少量输血。高热时采用物理降温。尽量避免不必要的妇科检查以免引起炎症扩散，若有腹胀应行胃肠减压。

(2) 药物治疗：抗生素治疗。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/305213011313011330>