

妇产科临床失误浅析

崔寿山



内蒙古人民出版社

71
3

妇产科临床失误浅析

FUCHANKELINCHUANGSHIWUQIANXI

崔寿山

—内蒙古人民出版社

妇产科临床失误浅析

崔 寿 山

•
内蒙古人民出版社出版

(呼和浩特市新城西街82号)

内蒙古新华书店发行 四子王旗印刷厂印刷

开本:787×1092 1/32 印张:5 字数:101千

1983年9月第一版 1983年9月第一次印刷

印数:1—13,000册

统一书号:14089·77 每册:0.56元

作者的话

医生的责任是帮助患者祛除疾病，恢复健康。然而，由于某些因素的影响，例如：医生的医疗技术是否精湛，医疗作风是否端正，以及医疗设备是否先进等等，任何一位医生，都有可能在自己的临床实践中出现误诊误治的情况。但是，如果医生能够认真分析自己临床实践中出现失误的原因，从中吸取教训，总结经验，就可以减少临床中的失误，以至消灭临床中的失误。这正是本书编写的宗旨。

我从事妇产科临床实践已30年有余，在这30多年的医疗实践中也曾出现过一些临床失误。为了使基层妇产科工作者，特别是年轻的妇产科工作者，能够从我的临床失误中吸取教训，在临床实践中不再发生类似我以前的失误，我愿意将自己30多年临床实践中出现的失误教训总结出来，作为反面的教材，供他们学习参考。如果他们能够从这些临床失误教训中收到裨益，那将是我的最大愿望和安慰。

我在本书中共选入了38例临床失误，整理成33篇文章进行介绍。这38例临床失误，都是具有一定代表性的妇产科临床失误。书中对每一例误诊误治的原因都作了较具体的分析和探讨，并根据我个人的医疗技术水平提出诊断、治疗以及如何避免失误发生的方法。本书编写力求简明扼要，通俗易懂。

目 录

感染性剖腹产死亡.....	(1)
阴道膀胱瘘.....	(7)
死产会阴切开术.....	(10)
会阴部断针残留.....	(13)
手术台上的死亡.....	(15)
产后阴道异物.....	(21)
腹膜外剖腹产兼断头术.....	(25)
剖腹产术致新生儿股骨骨折.....	(28)
产后急性子宫内翻脱垂.....	(32)
宫颈撕裂伤出血.....	(37)
臀位牵引术的失误.....	(41)
剖腹产术后出血死亡.....	(47)
产后出血死亡.....	(50)
产后阴道壁血肿.....	(60)
臀位足先露脐带脱垂.....	(66)
先天性脑积水误诊.....	(70)
嵌顿性横位.....	(73)
宫颈肌瘤误诊为胎头.....	(78)
头位的误诊.....	(84)

不应该发生的失血性休克·····	(88)
16岁女子异位妊娠·····	(92)
异位妊娠破裂出血死亡·····	(94)
未破裂的异位妊娠·····	(97)
带蒂子宫肌瘤阴道内手术的失误·····	(101)
双侧输尿管损伤·····	(106)
经血潴留误诊为卵巢囊肿·····	(114)
阴道手术误致膀胱穿孔·····	(119)
阴式输卵管结扎术并发腹膜后血肿·····	(125)
节育环引起的大出血·····	(130)
人工流产术并发子宫穿孔·····	(133)
钳刮术残留的后患·····	(137)
无效取环术·····	(141)
腹式输卵管结扎术的过失·····	(145)
主要参考文献·····	(150)

感染性剖腹产死亡

【病例】王××，21岁，1953年2月1日入院。主诉：初产，第一胎，妊娠足月，临产5天，胎膜破裂3天。旧产婆接生，阴道检查15次左右，用力下进已一天，仍不能分娩，来我院就诊。自觉疲乏无力、头晕、眼花、恶心。孕期反应严重，一直服用中药。一般检查：身材矮小，瘦弱，唇干，眼窝下陷，呼吸平稳，体温37.5℃，脉搏细弱无力，血压110/60毫米汞柱。心音纯，双肺干罗音。腹部孕末期正常隆起，上腹及左侧腹肠胀气，叩诊鼓音。产科检查：宫底剑突下二横指，枕左前位，胎头未固定，胎心率144次/分钟，律整。能解小便。外阴粘贴砂土。骨盆外测量：24，25，17，7。外阴清洗消毒，阴道检查：阴道入口粘膜发赤轻肿，耻骨弓狭小，耻骨降肢内聚，宫颈开大3横指，头位高浮，头皮柔软已形成胎头水肿，胎膜已破，阴道流出混浊液体，臭气异常，骨盆出口不能容拳。诊断：①初产第一胎，妊娠足月；②骨盆狭窄；③胎膜早破，子宫收缩乏力，滞产，分娩期感染。处理：5%葡萄糖液，静脉点滴。入院后4小时，在乙醚点滴麻醉下，施以帝王切开术（古典式剖腹产术），娩出一男婴，哭声好，术中顺利，出血约400毫升。术后继续输液，口服磺胺、维生素，肌注青霉素等。体温持续38~39℃，9天后拆线，皮肤裂开，排脓，相继腹壁伤口裂开，腹腔有少量混浊液体，宫体伤口完整，浆膜面充血发赤，腹部伤口以蝶形

橡皮膏牵拉，每日清拭伤口，宫体及肠管逐渐覆以脓苔。患者饮食量大减，渐渐消瘦，高热，脉搏细弱频快，贫血，治疗无效死亡。

【讨论】在治疗该例的过程中，由于我们对剖腹产术式选择不当，导致患者腹壁伤口化脓裂开，从而形成毒血症，治疗无效死亡。

该产妇入院时诊断为骨盆狭窄、子宫收缩乏力，胎膜早破、滞产、分娩期感染。根据这些诊断以及当时的技术条件，理应作剖腹产子宫切除术。这种手术可以把作为感染病灶的子宫进行次全切除或全切除，使感染病灶离开人体，不能继续发生感染和中毒作用，以利病人恢复健康。但是，由于我们对分娩期感染的严重性认识不足，因此，没有采取剖腹产子宫切除术，而是采取了帝王切开术。帝王切开术在子宫体部切口、腹壁切口和子宫切口较大，出血较多，创伤较严重，容易使病人抵抗力减低，再加上手术过程中可将宫腔内感染物大量引入腹腔，形成继发性腹膜炎，因此，致使患者发生毒血症。又由于患者妊娠期和手术后营养缺乏，损害了肝、肾功能，导致全身代谢紊乱，水和电解质平衡失调，血浆蛋白减少，肝糖原消耗增多，代谢性酸中毒等一系列病理变化，引起严重的全身中毒现象，表现高热，脉搏细弱频快，贫血。由于感染性子宫的继续存在，继发性腹膜炎病情不能得到改善，终致患者患毒血症，全身衰竭而死亡。

其次，未冲洗腹腔。分娩期感染进行剖腹产术是腹腔内感染性手术的一种，除用纱布垫将手术部位包绕，以减少感染物扩散外，理应手术结束后，缝合腹壁前，用温盐水冲洗

腹腔及腹壁伤口，以将感染物尽可能多地清除出去，减少继发性腹膜炎的发生并促进腹壁伤口的愈合。但是，由于当时还没有认识到冲洗腹腔的重要性，故没有用温盐水冲洗腹腔，使感染物遗留在腹腔内，继续发生对人体的毒害作用。

还有，对腹壁伤口处理不当。术后第9天拆线，伤口皮肤裂开，并有粘稠脓汁流出，这说明伤口早在拆线以前就已经化脓，应该及早拆线排脓，但由于当时没有注意到这一点，拖延了时间，致使伤口完全裂开，使患者病情恶化。

现在分析，该例由于具有骨盆狭窄、滞产、分娩期感染等症状，因此，最适宜的剖腹产术式为腹膜外剖腹产术。因为腹膜外剖腹产术不切开腹膜腔，而且具有以下优点：

1. 避免刺激腹膜，肠管及大网膜，故可免除因刺激腹膜而发生的呕吐和休克，也可避免腹腔内粘连及肠梗阻。

2. 羊水、血液、胎粪、胎脂不流入腹腔，术后不致因手术诱发肠胀气、腹痛、肠麻痹、腹膜炎等，可以减少抗菌素的应用。

3. 可以减少切除感染子宫的发生率，降低发病率及死亡率。

4. 对咳嗽和贫血的病例，可以减少伤口裂开的顾虑，即便伤口裂开，也不会发生内脏暴露及腹腔内感染。还可以避免纱布或手术器械遗留腹腔内。

5. 术后数小时即可进食，早期起床活动，术后恢复快。

下面介绍腹膜外剖腹产术的常用的两种术式。

膀胱侧入法腹膜外剖腹产术。

术前用稀释的美蓝液、靛胭脂液 150 ~ 200 毫升充盈膀

膀胱，以利于膀胱轮廓暴露清楚，容易分离。在切开腹壁将腹直肌后面与膀胱前壁分离，找见膀胱侧窝时即可放液。此项操作并不是常规，依术者要求而取舍。

如从膀胱左侧进行手术，术者站在产妇右侧，在脐耻间行左正中旁切开腹壁。将腹直肌左侧缘分离至右侧脐韧带处，左侧缘分离至腹壁下动脉的内侧及膀胱外侧的中下部位，目标点是黄色脂肪（鸡油样脂肪），由黄色脂肪的内侧开始向膀胱后面分离，暴露子宫下段，当分离面积达3~4厘米时，即轻轻切开子宫下段前筋膜，此筋膜很薄，但弹性很好。如切开正确，以刀柄向内侧插入时，毫无阻力感。然后插入手指，向内、向上、向下分离，将子宫下段分离，面积能够娩出胎头时，即横切口取出胎儿。子宫壁和腹壁缝合法同子宫下段剖腹产术。

术中注意以下几点：

1. 腹膜前脂肪要分离干净，尤其膀胱顶部。
2. 寻找膀胱侧窝的黄色脂肪堆时，钩起左侧腹直肌，手指紧贴膀胱进行分离，待发现黄色脂肪后，不要再向外侧分离，因为外侧有输尿管和血管。
3. 子宫下段前筋膜的正确切开是手术顺利的关键之一。及时而正确的切开，可以减少出血，节约手术时间。
4. 侧脐和中脐韧带妨碍操作时可以切断。对膀胱顶部前筋膜分离充分，如分离不足则子宫下段切口长度要受限制，取头时会发生困难。
5. 腹膜破裂要及时缝合，不然牵拉破口很快扩大。如腹膜破口未缝合，腹水流入膀胱侧窝，可发生膀胱侧窝积液，术后表现疼痛和压痛，影响术后恢复。

6. 如遇困难，及时切开腹膜，改变为下段式剖腹产术。

膀胱顶——侧联合式腹膜外剖腹产术。

1. 腹壁切开同膀胱侧入法腹膜外剖腹产术。不充盈膀胱操作更为方便。

2. 切开腹横肌膜，将腹直肌后面分离，右侧至右侧脐韧带，左侧分离上至腹壁切口顶端，下达耻骨后间隙，勿超过腹壁下血管。此筋膜有的人发育较差，术中不易识别，有的人发育良好，识别容易。

3. 切开膀胱筋膜，首先确认膀胱顶位置，于膀胱顶下1.5~2厘米处纵行或横行切开，如果深浅度正确，则膀胱壁和膀胱血管壁完全暴露，如再稍深切即伤及膀胱壁和膀胱血管壁。将膀胱筋膜继续左右弧形切开，右侧至右侧脐韧带，左侧至黄色脂肪堆内侧，此部操作很重要，关系到手术的顺利与否。

4. 分离膀胱。手持纱布，紧压膀胱顶部腹膜和筋膜，稍向脐窝方向用力。然后钝性分离膀胱，要左右横向，同时分离足够长度和深度。

5. 待膀胱顶部或侧部暴露子宫下段后，及时切开子宫下段筋膜，手指插入其下，向左右和下方分离膀胱，子宫下段虽即暴露。暴露面积至能够娩出儿头时，即行切开娩出胎儿。其他操作同子宫下段剖腹产术。

凡子宫下段剖腹产术的适应症，也为腹膜外剖腹产术的适应症。腹膜外剖腹产术与子宫下段剖腹产术的不同之处是腹膜外剖腹产术需要正确辨认和分离切开膀胱筋膜和子宫下段筋膜，技术操作也不太困难，而且其近期和远期优点之

多，绝非子宫下段剖腹产术可比。

如果当时对该产妇施行腹膜外剖腹产术，即使腹壁感染排脓裂开，也不会暴露腹腔内脏，经过妥善处理伤口，产妇是可以免于死亡的。

阴 道 膀 胱 瘻

【病例】1954年11月1日,陆××,34岁,妊娠足月,临产4天。妊娠6个月后因腰腿痛不能下地行走。在家里作产4天不得娩出,未发动宫缩前即破膜流水,排尿困难,自觉极度疲劳。曾分娩4次,第一、二胎均为顺产,第三、四胎分娩困难,第四胎死胎。由第二胎开始哺乳期手麻抽搐。一般检查:侧卧床上,自己不能移动位置,浮肿(++++) , 口唇干燥裂纹。心脏听诊,有轻度收缩杂音,肺听诊有痰鸣音。脉搏微弱无力。血压140/80毫米汞柱,导尿600毫升。产科检查:腹部呈尖腹隆起,宫底剑突下2横指,枕左前位,已固定,子宫下段压痛,可清楚摸得胎儿肢体,宫缩较紧,胎心消失。骨盆测量:24,26,18, 7。消毒后内诊:耻骨弓角度严重狭窄,耻骨降枝内聚,阴道入口容2横指,胎膜已破,头先露入盆,宫口扩张3横指。尿常规,红血球(++),脓球(+);血常规,白血球总数18000/立方毫米,中性核80%,淋巴20%。诊断:①妊娠足月,滞产,死胎;②胎膜早破,分娩期感染;③先兆子宫破裂;④骨盆狭窄,骨质软化症。处理:输液,留置导尿管。入院后2小时30分钟,于乙醚点滴麻醉下,施以帝王切开术,术中顺利,出血约400毫升。术后继续输液,肌注抗菌素等。术后9天拆线,伤口一期愈合。术后14天发现膀胱漏尿。内诊触知阴道前壁有一手指头粗的孔洞与膀胱相通。术后3周出院。嘱患者半年后来院作修补术。

【讨论】该例造成膀胱尿痿的原因，是由于我们对滞产所引起的并发症，比如压迫坏死性损伤所致尿痿不够清楚。

产科尿痿发生的原因有二：

1.产程延长。对骨盆狭窄，头盆不称，胎位异常，胎儿巨大畸形，宫缩乏力，产道阻塞等难产，未作及时诊断和正确处理而造成产程延长，特别是第二产程延长，使阴道软组织，如膀胱、宫颈、尿道等，受压于胎头和骨盆之间，时间一长，便形成缺血、缺氧、水肿、坏死、溃烂、脱落，最终成为尿痿。坏死组织脱落，一般于产后1～3周之间，但也有产后5天就开始尿痿者。坏死组织虽未脱落，但已部分与健康组织分离，也能发生尿痿。组织虽已完全坏死，但未部分分离或脱落者，并不显示尿痿。尿痿为严重的产科并发症，产程延长为其发生原因之一。所以，严密观察产程，及时作出正确的诊断和处理，是预防产程延长的关键，也是预防发生尿痿的重要因素。一般认为初产妇总产程延长至30小时者即为滞产；经产妇总产程延长至20小时者为滞产。第二产程时，初产妇超过2小时，经产妇超过1小时，均称为第二产程延长，对临床处理来说，无论如何不得超过5小时，若超过此时限者，就有发生压迫组织坏死形成尿痿的可能。

2.产道手术。粗心的或产科条件不具备的产钳术，穿颅术，以及其他毁胎手术，也是发生尿痿的一个重要原因。这种原因造成的尿痿，常于手术后立即出现尿痿。也有因严重的产道裂伤，进行修补缝合过程中，缝针误伤邻近器官而形成尿痿或粪痿的。

该产妇由于骨盆狭窄，在家作产4天不得娩出，形成滞产，已经造成阴道和膀胱壁长时间受压。来院后，如果进行

导尿管引流尿液，使膀胱被压迫组织的血循环得到恢复，就可以减少尿瘘发生的机会。但由于我们对此不够清楚，没有放置保留导尿管引流尿液，因此引起产妇膀胱阴道瘘。

通过此例的教训，我们认识到：无论什么原因导致的产程延长，除积极处理分娩外，在产后给予保留导尿，开放引流一周，使膀胱肌壁充分休息，恢复血循环是必要的。这对于被压迫的水肿缺血组织有一定好处。产后一周窥视阴道，若发现坏死或坏死征象者，保留导尿可以延长。对于发生膀胱阴道小瘘孔者，经留置导尿后，也许自行愈合恢复健康。

关于妇产科保留尿管问题，我们有以下建议：

1. 普通用导尿管 (*Nelaton catheter*) 容易脱落，其插入的深浅度常不易掌握，有的人担心其脱落而插入过多，致使迂曲于膀胱中，这容易发生感染，对病变组织的恢复也有影响。还有，因为外阴解剖的特殊性，虽用橡皮膏固定，常常自行脱落或导尿管自行退出。由于这种导尿管有这些缺点，因此我们建议尽量少用此种导尿管。

2. 双腔水囊导尿管 (*Foley's catheter*)。其前端有容量不同的水囊，插入膀胱后，按容量注水入水囊内，用丝线结扎其尾端，无需固定也不会脱落，且对保留尿管的护理也较方便。因此，使用这种导尿管是比较理想的。

死产会阴切开术

【病例】娜仁××，26岁，1962年12月10日入院。第一胎，妊娠足月，宫缩及腰憋2小时，见红。产科检查：骨盆外测量各径线均正常。宫底高度剑突下3横指，枕左前位，头浮，胎心律整，144次/分钟。肛查：头先露，宫颈口开大2横指，宫颈展平。产妇宫缩渐紧，胎儿宫内窘迫，渐进性加重，立即吸氧，静注50%葡萄糖液60毫升，加维生素C500毫克，肌注可拉明1支，胎心率100次/分钟，宫缩间歇时胎儿窘迫也不见好转。即作阴道检查：宫口开大3横指，未破膜，头先露，下降至坐骨棘平面，未触及索条状物。产妇宫缩强而有力，检查后再听胎心时，胎心已消失。待宫口开全后，会阴侧切术分娩一男性死婴。脐带随胎头同时娩出。产后诊断。第一胎，妊娠足月，脐带隐性脱垂，胎儿死产。

【讨论】该例造成死产的主要原因是，由于我们缺乏对脐带隐性脱垂的了解，因此，当出现胎儿宫内窘迫的症状时，误认为是脐带过短所致，采取了等待产妇自然分娩的态度，结果造成胎儿窒息死亡。

一般认为，头先露即顺产，实则不尽然。头先露也可能出现多种难产，脐带隐性脱垂便是其中之一。

因脐带脱垂引起的难产，可分以下三种：一为脐带先露，即胎膜未破前而脐带位于先露部之下者，叫作脐带先露；二为脐带脱垂，即胎膜破裂后，脐带脱出于宫颈口外，降至阴道甚至阴道口外，叫作脐带脱垂；三为脐带隐性脱垂，即

胎膜已破或胎膜未破，脐带位于胎先露部任何一侧，被挤压于胎先露与产道之间，阴道检查时不能触及，叫作脐带隐性脱垂。脐带原因所造成的难产，主要威胁胎儿的生命安全，对母体一般无损害。

脐带先露和脐带脱垂的诊断，一般情况下还是比较容易的。因为脐带被挤压于胎先露处和产道之间，依其挤压的程度，胎心音出现相应改变，多数情况表现胎心音缓慢，产妇改变卧位后，可有胎心好转的表现。如果再作阴道检查，于胎先露下方，能触及有搏动的或无搏动的柔软绳索样物。若胎膜已破者，即为脐带脱垂；若胎膜未破者，考虑为脐带先露，若上推胎头胎心即可好转，脐带先露的诊断基本肯定。关于隐性脐带脱垂的诊断，尤其是头先露时，因为脐带可位于胎头的任何一侧，即使考虑到这种脱垂的可能，在阴道检查时也往往不易确诊。但若有以下临床表现者，就应该想到脐带隐性脱垂的可能。①头先露分娩早期，胎心出现改变，或胎膜破裂后羊水混浊色绿黄者；②胎膜破裂后，胎心立即出现变化者；③产妇采取臀高头低位，或改变卧位，或内诊手指上推胎头后，胎心有好转。隐性脐带脱垂与脐带过短是不同的。脐带过短（包括绝对的和相对的），常牵引胎头，使之不易下降，临床表现产程延长和胎头下降缓慢。胎儿宫内窘迫的出现，发生在先露部已降入盆腔后。而隐性脐带脱垂多数在分娩早期，胎膜破裂后立即出现临床症状。由于我们对这两种情况缺乏区分的能力，结果将该例隐性脐带脱垂误认为是脐带过短。

该例施行会阴侧切术，也是错误的。分娩期第二产程施行会阴切开术的目的是：