

临床误诊误治案例解析 丛书

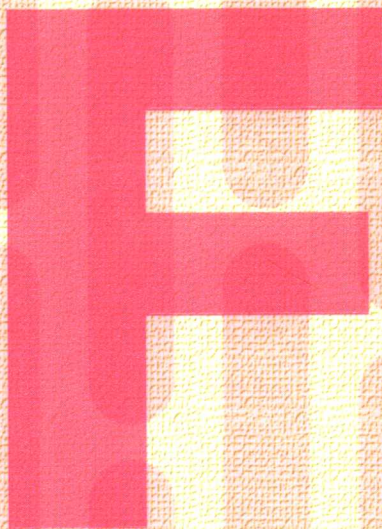
临床误诊误治 案例解析

妇|产|科|学

fuchanke xue

总主编 彭再梅 何清湖

主 编 皮丕湘 刘毅智



山西出版集团
山西科学技术出版社

临床误诊误治 案例解析 妇产科学

主 编 朱付凡 皮丕湘 刘毅智

副主编 丁依玲

参编人员 (按姓氏笔画为序)

丁依玲	丁 晖	方小玲	邓 文	皮丕湘
冉晓敏	朱付凡	刘凤英	刘毅智	孙晓红
吴宜林	吴 相	吴献清	花 兰	李 萍
张丽娟	张向梅	张 娟	杨元娟	杨 婷
杨励勤	陈蒲香	陶光实	聂妹芳	唐 君
唐 莉	符书馨	黄凤英		

山西出版集团
山西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科学 / 何清湖、彭再梅总主编. —太原: 山西科学技术出版社, 2007.5

(临床误诊误治案例解析丛书)

ISBN 978-7-5377-2948-2

I. 妇… II. ①何…②彭… III. ①妇产科病-误诊-案例-分析②妇产科病-治疗失误-案例-分析 IV.R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 053983 号

临床误诊误治案例解析——妇产科学

主 编 朱付凡 皮不湘 刘毅智

出 版 山西出版集团山西科学技术出版社
(太原建设南路 21 号 邮编:030012)

经 销 各地新华书店

印 刷 山西出版集团·山西新华印业有限公司美术印刷分公司

开 本 850 毫米×1168 毫米 1/32 印张: 11.375

字 数 278 千字

电子邮件 cbszzc2643@sina.com

编辑部电话 0351-4922073

发行部电话 0351-4922121

版 次 2007 年 5 月第 1 版

印 次 2007 年 5 月太原第 1 次印刷

印 数 3000 册

书 号 ISBN 978-7-5377-2948-2

定 价 24.00 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与发行部联系调换。



《临床误诊误治案例解析》总序

临床许多疾病,特别是一些疑难急重疾病,由于各病之间在某些临床特征的相似性和医生诊断思维或医疗技术水平等原因,容易导致临床中的误诊误治,贻误病情,甚或导致医疗事故。现大批医学学术专著和教材多着重在总结成功经验,而忽略临床误诊误治案例的整理与分析。“前车之覆,乃后车之鉴”,从误诊误治案例中吸取教训,分析原因,总结规律,加强防范,无疑是提高医生临床诊疗水平的一个重要方法。为此,我们从大量的医学文献和医疗病案中,精选误诊案例,详加剖析,从临床误诊误治的实例中总结“反面”经验,编纂《临床误诊案例解析》系列丛书,以指导临床诊疗实践。

丛书根据临床学科设置分册,即:《内科病误诊误治案例解析》、《外科病误诊误治案例解析》、《传染病误诊误治案例解析》、《妇产科病误诊误治案例解析》和《耳鼻喉——口腔颌面外科病误诊误治案例解析》5个分册。每书以类病设章,以具体病名设节,每病以误诊案例为中心,通过误诊案例的剖析,总结出误诊的原因及防范措施。其编写体例为:无题概述、诊断依据、误诊概况、鉴别诊断、误诊案例、误诊原因和误诊防范。适用于临床各级医生,也可作为高等医学院校临床医学专业教师和学生教与学的参考用书。

全书的编撰主要由中南大学湘雅二医院的专家们完成,他们从搜集文献、整理分析,到反复讨论与修改,最后定稿,付出了大量的心血,在此向他们表示由衷的谢意!对误诊案例的系统解析,是一件尚新且难的研究工作,虽然我们尽心尽力,但书中错误疏漏之处难免,敬请专家和读者批评、指正,以便再版时修订和完善。

彭再梅 何清湖

2007年1月



《临床误诊误治案例解析》丛书 编委会名单

总主编 彭再梅 何清湖

总策划 赵志春

编 委 (按姓氏笔画为序排)

丁依玲 皮丕湘 朱付凡 刘朝圣

刘德良 刘毅智 李 点 杨 旭

杨新明 何清湖 苗雄鹰 郑煜煌

郭运凯 赵小昆 贺兴鄂 倪江东

唐晓鹏 蒋永芳 龚国忠 喻风雷

彭再梅 戴崇文

秘 书 刘文琴 米 铎



目 录

第一章 妊娠特有疾病 / 1

第一节 妊娠期高血压疾病 / 1

第二节 妊娠剧吐与 Wernicke's 脑病 / 10

第二章 异位妊娠 / 16

第三章 妊娠晚期出血 / 36

第一节 胎盘早剥胎 / 36

第二节 前置胎盘 / 41

第四章 脐带异常 / 48

第五章 妊娠合并内科疾病 / 61

第一节 心脏病 / 61

第二节 黄疸 / 74

第三节 糖尿病 / 102

第四节 甲状腺功能亢进症 / 111

第六章 妊娠合并外科疾病 / 121

第一节 妊娠合并急性阑尾炎 / 121

第二节 妊娠合并急性胆囊炎和胆石症 / 128



- 第三节 妊娠合并急性胰腺炎 / 132
- 第四节 妊娠合并卵巢囊肿蒂扭转 / 137
- 第五节 妊娠合并子宫肌瘤红色变性 / 143

第七章 妊娠期免疫性疾病 / 148

- 第一节 免疫性习惯性流产 / 148
- 第二节 妊娠合并系统性红斑狼疮 / 154
- 第三节 母子血型不合 / 160

第八章 产科血栓性静脉炎 / 167

第九章 分娩期并发症 / 172

- 第一节 产科休克 / 172
- 第二节 产科弥漫性血管内凝血 / 183
- 第三节 羊水栓塞 / 198
- 第四节 子宫破裂 / 210

第十章 外阴疾病 / 223

- 第一节 外阴上皮内非瘤样变 / 223
- 第二节 外阴恶性肿瘤 / 225
- 第三节 外阴尖锐湿疣 / 227

第十一章 宫颈癌 / 231



第十二章 子宫肿瘤 / 246

第一节 子宫肌瘤 / 246

第二节 子宫内膜癌 / 258

第三节 子宫肉瘤 / 275

第十三章 卵巢肿瘤 / 283

第十四章 输卵管癌 / 291

第十五章 妊娠滋养细胞肿瘤 / 298

第十六章 月经失调 / 307

第一节 功能失调性子宫出血 / 307

第二节 闭经 / 322

第三节 卵巢过度刺激综合征 / 334

第十七章 子宫内膜异位症和子宫腺肌病 / 339

第一节 子宫内膜异位症 / 339

第二节 子宫腺肌病 / 342



第一章 妊娠特有疾病

第一节 妊娠期高血压疾病

妊娠期高血压疾病(hypertensive disorder complicating pregnancy)是一种常见的妊娠并发症,是妊娠期所特有的疾病。本病多发生于妊娠 20 周以后,临床表现为高血压、蛋白尿、水肿,严重时出现抽搐、昏迷、心肾衰竭,甚至母婴死亡,是造成孕妇和围产儿死亡的重要原因之一,我国的妊娠高血压疾病发病率约 9.4%。妊娠高血压疾病分为:妊娠期高血压、子痫前期轻度、子痫前期重度、子痫、慢性高血压并发子痫前期、妊娠合并慢性高血压。

许多年来,妊娠高血压疾病的病因与发病机制尚未完全阐明,本病基本的病理生理改变是全身小动脉痉挛,引起全身各个器官的血液灌注量减少,对母儿造成极大的危害,甚至死亡。关于妊娠高血压疾病的病因与以下因素有关:

1. 胎盘、滋养叶细胞缺血 zhou 等认为妊娠高血压疾病的根本原因在于滋养细胞分化异常。

2. 免疫机制异常 滋养叶细胞抗原超负荷、封闭抗体产生不足、抑制源生长因子、内皮素、纤溶酶原激活物抑制物-1 的含量增加等等,都会导致血液处于高凝状态,毛细血管通透性增加,最终导致该病的发生。

3. 血管内皮细胞受损 血管内皮细胞受损后使得血管通透性增加,体液与蛋白外渗,激活凝血系统,引起血小板凝聚、血栓形成和血管收缩等一系列的病理变化。

4. NO 含量下降 NO 产生减少被认为是影响妊娠高血压疾病生理变化的关键因素。



5. 内皮素含量增加 内皮素含量增加也是引起妊娠高血压疾病产生的一个因素。

6. 缺钙 缺钙可引起妊娠高血压疾病的分泌, 妊娠高血压疾病升高刺激细胞膜上腺苷酸环化酶形成环磷酸腺苷, 从而使得线粒体库释放 Ca^{2+} 入胞浆, 细胞内 Ca^{2+} 增加, 导致血管收缩, 子宫胎盘血液灌注减少, 出现一系列的妊娠高血压疾病的临床表现。

一、诊断依据

(一) 临床表现

1. 症状出现头晕、眼花、恶心、呕吐视物模糊等症状。由于脑动脉发生痉挛, 引起颅内压升高, 头痛多是在前额或枕部。如果肝脏充血或肝包膜下出血, 则可能会出现右上腹不适或疼痛。

2. 体征

高血压 首次测量血压出现血压升高, 需休息 $\frac{1}{2}$ ~1 个小时后重新测量, 正常孕妇在 20 周以前血压在正常低值范围或孕前水平。如果收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$, 血压升高至少出现两次以上, 间隔时间至少 ≥ 6 小时, 可以诊断为高血压。测量时固定测一侧的上臂, 要排除紧张、焦虑、疲劳、疼痛等影响血压的因素。

蛋白尿 首先要排除泌尿系统的疾病, 取清洁中段尿作标本, 凡 24 小时尿蛋白含量 $\geq 300\text{mg}$, 或者间隔 6 小时后的两次随机尿液检查尿蛋白含量为 0.1g/l , 都可以诊断为尿蛋白阳性。

水肿 体重增加异常往往是许多患者的首发症状, 尤其是当体重突然增加 $\geq 0.9\text{Kg/周}$ 或者 2.7Kg/月 时应警惕子痫的发生。该病水肿的特点从踝部逐渐向上延伸的凹陷性水肿, 休息后不会缓解。水肿局限在膝以下为“+”, 延及大腿为“++”, 延及外阴及腹壁为“+++”, 全身水肿或伴有腹水者为“++++”。

抽搐与昏迷 少数患者病情进展迅速, 前期症状不明显, 突然发生抽搐, 典型特征表现为强直性抽搐, 全身肌肉痉挛, 患者在抽搐前期或抽搐发作时可有意识丧失。根据子痫发生的时间不同又分为产前子痫、产时子痫和产后子痫。



(二) 实验室检查

1. 血液检查

血常规检查 红细胞计数、血红蛋白值、血细胞比容的变化可以帮助了解妊娠高血压疾病患者是否有贫血的存在。全血黏度及血细胞比容的测定主要是了解血液有无浓缩。病情严重者有无凝血功能障碍应作血小板计数、凝血酶原时间、纤维蛋白原等的测定。

肝功能测定 肝细胞功能受损导致谷丙转氨酶、谷草转氨酶升高,碱性磷酸酶的下降,出现以白蛋白缺乏为主的低蛋白血症,白蛋白与球蛋白比值失调。

肾功能测定 肾功能受损导致了肾小球滤过率的下降,从而引起了肌酐、尿素氮的升高,尤其是尿酸水平的升高,其增高程度与病情严重程度成正比。

2. 眼底检查

视网膜小动脉的痉挛程度反映全身小动脉的痉挛程度,因此眼底改变是反映妊娠高血压疾病严重程度的一个标志。病情较轻者可无变化,病情严重者可以出现视网膜小动脉痉挛,小动脉与小静脉之比由正常 2:3 变为 1:2、1:3 甚至 1:4。病情进一步恶化还可以出现视网膜水肿、视网膜剥离、棉絮样渗出物以及散在出血点或火焰状出血,此时患者可表现为视力模糊或突然失明。

3. 尿液检查

尿常规、尿比重的测定,当尿比重 ≥ 1.020 时提示尿液浓缩,尿蛋白(+)表示尿蛋白含量为 300mg/24h,尿蛋白(++++)表示尿蛋白含量为 5g/24h。

4. 心电图检查

病情严重者应做心电图检查,了解是否有心肌受损、高血钾或低血钾的改变。

5. 其他检查 根据病情的严重程度,决定是否进行血清电解质、二氧化碳结合力、超声心动图、胎盘功能、胎儿成熟度检查、脑血流图检查等。



二、误诊概况

妊娠高血压疾病为妊娠期常见的而又严重影响母儿安全的疾病,其发病率逐年升高,这与现代生活压力逐渐增大、孕龄偏大、心血管疾病、年轻化等有关。目前随着孕前检查项目的不断完善及孕妇自我保护意识提高,大部分的妊娠高血压疾病在早期便得以确诊,并积极治疗,但是仍然有一部分患者孕前检查意识不够强,尤其是农村患者因为路途遥远或经济紧张到病情严重甚至出现抽搐或其他神经系统症状后才来就诊,其临床表现往往与内分泌疾病、神经系统疾病相似,给患者的确诊带来了一定困难,且随着临床分科的越来越细,越来越专,使得某些专科医生在临床诊断中,注重了专科的常见病、多发病、危重病的诊断,忽略了其他疾病,而往往是在病情发生明显变化时再回过头来考虑,才发现原来的诊断是诊断错误或是不全面的,从而造成误诊漏诊而延误患者的治疗,危及母儿健康。

三、鉴别诊断

(一)慢性肾炎合并妊娠

多见于年轻妇女,有急慢性肾炎史,症状以蛋白尿为主,尿液中出现管型,或伴有浮肿、高血压,多见于妊娠 20 周以前。常伴有不容易纠正的贫血。

(二)原发性高血压

本病发展缓慢,40 岁以后的发病率高。早期,尿中一般不出现蛋白尿、管型及血液化学变化。肾功能不发生减退,眼底检查常以动脉硬化为主。

(三)嗜铬细胞瘤

男性较女性多见,以 20~50 岁最多见,高血压为本病的最主要症状,有阵发性和持续性,也可伴有剧烈头痛、焦虑、恐惧、恶心、呕吐、视力模糊等,少数患者(约 5%)在中上腹部可扪及肿块。实验室检查患者尿儿茶酚胺及其代谢物香草基杏仁酸(VMA)及甲氧基肾上腺素(MN)和甲氧基去甲肾上腺素(TMN)的总和皆升高,常常在正常高限的两倍以上。B 型超声显像 CT、MRI 均可作为肿瘤的定位检查。

(四)高渗性昏迷



多见于老年人,好发年龄为 50~70 岁,大多数患者发病前无糖尿病史。首发症状往往为多尿、多饮。随着病情的进展,开始出现精神症状,表现为嗜睡、幻觉、定向障碍、偏盲、癫痫样抽搐等,最后进入昏迷。实验室检查尿糖强阳性。

(五)低血糖昏迷

本病以交感神经兴奋症状为主,临床表现多为出汗、颤抖、心悸、饥饿、焦虑、紧张、软弱无力、面色苍白等,血压仅表现为轻度升高。反复血糖测定或 5 小时糖耐量实验可以确定低血糖的存在。

(六)癫痫

主要表现全身肌肉强直和阵挛,伴意识丧失及自主神经功能障碍,大多数患者发作前无先兆,部分病人出现难以描述的先兆,如胸腹气上冲、局部轻微抽动、无名的恐惧等等,历时及短。出现典型的脑电图改变。

(七)脑肿瘤、脑出血

颅内占位压迫脑组织,临床表现为头痛、呕吐、视乳头水肿等典型症状。CT 或 MRI 可鉴别。

(八)颅内感染

结核性、真菌性、细菌性和病毒性脑膜炎等可有头痛、呕吐及脑膜刺激征,但先有发热,CSF 检查提示感染。

四、案例分析

案例一 肾性高血压误诊为先兆子痫

患者,29 岁,已婚,G2P0,末次月经 1999 年 8 月 20 号,预产期 2000 年 5 月 27 号,2000 年 5 月 20 号,因出现不规则下腹痛在当地医院待产 22 小时,以产前高血压、头痛、头晕、恶心呕吐转入我院。体查:神清合作,贫血貌,精神差,营养可。 $T36.2^{\circ}\text{C}$, $P78$ 次/分, $R22$ 次/分, $BP150/100\text{mmHg}$ 。五官端正,巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,无视力障碍,气管居中。两侧甲状腺无肿大,心肺无异常,下肢水肿(++)。膝反射存在。产检:腹部隆起,足月妊娠,宫底剑突下三指,左枕前位,胎心音 155 次/分,先露头,已入盆。肛查:宫口开大 4cm,先露棘下+3,



胎膜未破,骨盆外测量各条径线正常。既往健康。进几年来偶有头痛,常自行缓解,未到医院检查检查过。否认高血压病史,家族也无类似病史。尿蛋白(++),Hb86g/l,RBC $2.8 \times 10^{12}/l$,凝血三项结果均正常。入院诊断为先兆子痫。给予 25%硫酸镁 20ml 加与 10%葡萄糖 20ml 中,缓慢静脉注入,5~10 分钟推完,继之 25%硫酸镁 60ml 加入 5%葡萄糖液体 500ml 静脉滴注,速度为 1~2g/小时。24 小时硫酸镁总量 20g,上午 9 时测血压降至 20/13kpa,头痛,恶心仍很明显,低分子右旋糖酐 500ml 扩容后,给予速尿 20mg 静脉推注,利尿消肿以减轻心脏负荷。此时宫缩强而规律,胎心快,160 次/分,立即氧气吸入,给予大三联(50%葡萄糖 20ml,维生素 C500mg,可拉明 375mg),于 12 点宫口开全,12 点 20 分胎膜自破,立即行胎头助引器,分娩一男活婴。胎盘娩出顺利,产后出血约 500ml,给予宫缩剂加止血剂,同时按摩腹部宫底,阴道出血量明显减少。产后一小时测量血压仍在 20/13kpa。继续用硫酸镁 20g 加 5%葡萄糖 1000ml 静脉滴注降压。至产后第五天膝反射不明显,停用硫酸镁,改用口服降压药及安定,血压仍高,头痛减轻,宫缩好,恶露量少。产后 49 天因外伤到我院行 B 超检查,无意中发现右肾较左肾小。排泄性尿路造影检查示:右肾肾盂肾盏形态均匀缩小,提示先天性右肾发育不全,后到外院行 CT 及肾动脉造影,确诊为:肾性高血压。系右肾发育不良,肾动脉狭窄所致。经手术后所有症状消失,血压下降至 120/80 mmHg。

案例分析 肾动脉狭窄导致的肾动脉高压常发生在 35 岁以下,孕前已有长期的高血压病史,无高血压家族史。体查时在患者的腹背部可以听到血管杂音,B 超显示一侧肾脏小于对侧,尿路造影显示一侧肾脏形态呈均匀缩小。本案例中患者入院时已临产,产前检查不详,且否认既往有高血压病史。患者出现症状及体征基本上与本科妊娠高血压疾病表现相吻合,妇产科医生只考虑本科疾病的特征,忽略内外科症状和/或体征类似的疾病鉴别诊断,同时也缺乏对肾性高血压的症状体征以及辅助检查足够的认识,致使患者出院后仍按产后高血压治疗,从而造成了误治。



案例二 妊娠高血压疾病并发脑溢血误诊为脑炎

患者,女,26岁,汉族人,月经规则,孕2产0人流1,孕38⁺W,再当地医院行产前检查6次,基础血压100/60 mmHg,血常规无异常,尿蛋白阴性,未行肝、肾功能检查。6小时前出现剧烈头痛,恶心、呕吐2次,伴烦躁不安,表情淡漠急诊入院。一月前曾出现头晕,双下肢水肿,未行任何检查。查体:体温37℃,脉搏86次/分,血压130/90 mmHg,意识模糊,烦躁不安,全身皮肤黏膜无黄染,颈项强直,心肺及腹部未见异常,双下肢无水肿,四肢肌力、肌张力正常,膝腱反射存在,巴宾斯基征、霍夫曼征阴性,血白细胞 $8.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.80,淋巴细胞0.25;尿蛋白3.0g/24小时,因患者妊娠期未行CT检查,诊断为脑炎,予以抗感染、抗病毒、降颅压及对症处理2日,出现阴道流液,立即行剖宫产术,婴儿一般情况良好。术后患者左侧肢体肌力Ⅱ级,急查头颅CT示:右侧颞叶出血,量约50ml,诊断为妊娠高血压疾病合并脑出血,急行头颅穿刺减压术,并给予降颅压、抗感染等治疗,3周后头痛消失,言语顺利,颈无抵抗,左侧肢体肌力恢复至Ⅳ级,出院。

案例分析 妊娠高血压疾病合并脑出血在临床上较罕见,如果临床医生缺少经验,忽略了有类似症状体征的其他内外科疾病,就容易造成误诊。在本例中,临床医生对妊娠妇女容易并发高血压的特点认识不足,该病人基础血压低,但发病时血压较基础血压升高30/30 mmHg,且妊娠期间曾有头晕、水肿等症状,未进行任何系统检查,再者由于妊娠合并脑出血发病率低,思维比较狭窄,局限与只考虑脑炎;由于症状不典型,无抽搐、肢体活动等障碍,未曾想到脑出血的可能;未认真进行系统的产前检查,也没仔细分析水肿、血压波动及蛋白尿变化的原因,从而导致了误诊。如果能早期确诊妊娠高血压疾病并进行有效治疗,就有可能避免脑出血的发生。

案例三 妊娠合并嗜铬细胞瘤误诊为子痫前期重度

患者,女,28岁,因停经30周,阵发性头痛、头晕伴右腰疼痛4



月余入院。患者在3个月前时感头痛、头晕、眼花伴腰部疼痛,阵发性发作,在当地医院就诊,测血压165/105 mmHg,尿蛋白(++),B超检查示胎儿发育生长正常,诊断为妊娠高血压疾病子痫前期重度。予以硫酸镁、胍苯达嗪、地西泮等药物治疗后症状稍有缓解,但有时仍有发作。患者于39⁺周顺利产下一女婴,围生期产妇无特殊,分娩后产妇仍感头痛、头晕伴右腰部疼痛。查体:体温37.8℃、脉搏115次/分,血压110/70 mmHg,头痛时血压升至180/100 mmHg,浅表淋巴结未触及;右中腹可扪及一10cm×12cm大小包块,表面光滑,质中,右肾区压痛叩击痛;颜面部及双下肢无水肿,辅助检查:血常规正常,尿蛋白(+++);肝功能、肌酐、尿素氮正常;血钾3.0mmol/l,血钠125mmol/l,血氯90mmol/l,血糖8.9 mmol/l;心电图示窦性心动过速,心率105次/分,静脉肾盂造影示右肾不显影。B超示右肾上腺占位性病变,查儿茶酚胺130nmol/24h,去钾肾上腺素2054nmol/24h,肾上腺素126nmol/24h,拟诊为右肾上腺嗜铬细胞瘤,行手术治疗,术中见肿瘤位于右肾上腺上极约10cm×10cm×8cm大小,与右肾界限尚清,右肾被压迫。瘤体包膜完整,质中,表面光滑。探查,在分离和切除肿瘤时血压剧烈升降,术后病理诊断:右肾上腺嗜铬细胞瘤,术后两周痊愈出院。

案例分析 嗜铬细胞瘤起源于肾上腺交感神经节或其他部位的嗜铬细胞瘤。肿瘤组织可持续或间断地释放大量的儿茶酚胺,引起持续性或阵发性高血压和多器官功能及代谢紊乱,本例误诊原因:由于本病少见,医务人员对本病认识不足,接诊时只注意到患者孕23周出现高血压的表面现象就诊断为妊娠高血压疾病,未考虑到本病;患者为妊娠合并嗜铬细胞瘤,临床表现与妊娠高血压疾病很相似,且按妊娠高血压疾病子痫前期重度应用硫酸镁、胍苯达嗪、地西泮等药物治疗后症状有缓解,使得医务人员满足于妊娠高血压疾病的诊断;临床医生工作不细致、缺乏深入分析,从本例入院后的临床症状和体征来看,是典型的以阵发性高血压为特点的嗜铬细胞瘤,虽然在孕期出现高血压易考虑到妊娠高血压疾病,但是只要认真观察分析,做一些必要的辅助检查,就可以发现一些难用妊娠高血压疾病解释的疑点;同



时受到孕期增大的子宫和胎儿的影响,而且发病时瘤体体积较小,产前B超时只注意胎儿的情况而忽视了母体以致漏诊肿瘤。

五、误诊原因

妊娠高血压疾病发病率近年有上升趋势,因此及早明确诊断与治疗,是妇产科医师面临的重要问题。妊娠高血压疾病的临床表现容易和内外科疾病相混淆,分析误诊病例,其误诊的主要原因如下:

1. 忽略了必要的病史询问,对家族史尤其是高血压家族史的询问千万不能忽视,特别对于孕前有高血压病史的患者,一定要注意区分原发性高血压和肾性高血压,一旦诊断错误就会影响到产后的治疗方案,造成误治。

2. 鉴别诊断不认真 由于妊娠高血压疾病突出临床表现为水肿、高血压,伴或不伴蛋白尿,病情严重者还出现抽搐或神经系统的改变,而肾性高血压、脑血管破裂、脑肿瘤、癫痫等疾病中也会出现高血压、水肿、抽搐、甚至昏迷,因此,如果妇产科临床医生只考虑本科疾病,忽略了有相似症状和体征的其他内外科疾病,同样,内、外科医师接诊时也较易用本科的疾病做出解释,从而导致误诊误治。

3. 患者及其家属从妊娠开始就未能引起重视,没有定期做产前检查,忽视了妊娠期曾经出现的水肿、高血压、蛋白尿、头痛、头晕等现象,尤其在农村,一些孕妇缺乏保健意识,这些重要的临床表现没有引起重视而导致了子痫的发生。如果能及早地发现这些妊娠并发症,及时治疗,就不会错过治疗时机。

4. 辅助检查不完善。当患者的临床症状不典型,给临床医生的确诊带来困难时,需要一些辅助检查来帮助诊断,但是由于各个医院的辅助检查设施或人员配备不齐全,一些辅助检查如计算机断层摄像(CT)、磁共振成像(MRI)、脑血管造影以及一些实验室检查项目无法开展,在一定程度上也造成了误诊的发生。

六、误诊防范

1. 提高对妊娠高血压疾病的警惕性 孕妇定期做好产前检查,尤其是对有高血压家族史或是在孕期曾经出现高血压、水肿、蛋白尿的患者要特别重视,尽量在早期能够预防妊娠高血压疾病的发生,尽