



临床思维指南



妇产科疾病

误诊误治与防范

虽然对一些复杂疾病完全避免误诊误治是不可能的，但是我们倡导积极地讨论误诊误治问题，勇于吸取教训，这是提高诊疗水平的阶梯，也是对病人负责的表现。本丛书为临床医生减少失误提供了宽广的思路。

● 薛敏 主编

Fuchanke Jibing Wuzhen Wuzhi Yu Fangfan

 科学技术文献出版社

R71
X622
2004
C.1

临床思维指南

妇产科疾病

误诊误治与防范

主 编	薛 敏				
副主编	万亚军	邓新粮			
编 委	万亚军	邓新粮	孙 信	刘惠宁	
	吴利玲	徐大宝	龚颖萍	曾 飞	
	程春霞	薛 敏			

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疾病误诊误治与防范/薛敏主编.-北京:科学技术文献出版社,
2004.8

(临床思维指南)

ISBN 7-5023-4720-8

I. 妇… II. 薛… III. ①妇产科病-误诊 ②妇产科病-治疗失误
IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 066131 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)68514027,(010)68537104(传真)
图书发行部电话 (010)68514035(传真),(010)68514009
邮 购 部 电 话 (010)68515381,(010)58882952
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 李卫东
责 任 编 辑 平 平
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王芳妮
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 富华印刷包装有限公司
版 (印) 次 2004 年 8 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×960 16 开
字 数 715 千
印 张 40.75
印 数 1~5000 册
定 价 62.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书是临床思维指南丛书中的一个分册,是目前国内第一部全面系统地介绍妇产科疾病的误诊误治及防范规律的现代专著。全书由多位富有数十年临床经验的妇产科专家撰写,具有较强的权威性、指导性和实用性。全书分上篇、下篇,共 12 章。详细分析了国内妇产科各类误诊误治的案例。讨论了相应的诊断与鉴别诊断思路。对提高临床医师的思维水平及正确诊断治疗具有针对性的实践意义。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

编 委 会

主 编 薛 敏

副主编 万亚军 邓新粮

编 委 (按姓氏笔画)

万亚军 中南大学湘雅三医院妇产科

邓新粮 中南大学湘雅三医院妇产科

孙 信 中南大学湘雅三医院妇产科

刘惠宁 中南大学湘雅医院妇产科

吴利玲 深圳南山区西丽医院妇产科

徐大宝 中南大学湘雅三医院妇产科

龚颖萍 湖南省妇幼保健院妇科

曾 飞 中南大学湘雅三医院妇产科

程春霞 中南大学湘雅三医院妇产科

薛 敏 中南大学湘雅三医院妇产科

前 言

误诊误治是临床医师最大的敌人,任何一个医务工作者及患者都希望病症得到正确的诊断、及时的治疗。但由于临床表现的复杂性、临床医生的经验、临床思维、个人修养素质的不同及医学检查的局限性,往往造成临床的误诊,误诊必将导致误治,给病人造成极大的痛苦和不良后果,甚至丧失生命。因此探讨临床上误诊误治的原因及防范措施是临床医学研究的最主要课题之一。

妇产科是专门研究女性所特有的生理和病理的一门学科。从其器官看仅为盆腔内的一小部分,但它却是女性的生殖、内分泌器官,其发生、发育及调节机制都十分复杂,其所发生的疾病也存在多样性。如卵巢所形成的肿瘤就达数十种,是全身各脏器肿瘤类型最多、最复杂的。加之妊娠这一复杂的生理过程及所产生的特有并发症,一些与妊娠有关疾病的病因、病理过程尚不十分清楚,给诊断、治疗增加了难度,加之妇产科疾病急、重、难的特点,这些都给妇产科医生正确诊断及治疗提出了更高的要求。

妇产科误诊误治病例屡有报道,为此在科学技术文献出版社的大力协助下,我们集中了湖南省的一批中青年专家,将他们在临床工作中所遇到的或文献中报道的典型的误诊误治病例集中起来,系统分析其误诊原因及防范措施。希望读者通过阅读此书能从中得到一些启示,与我们共同分析与思考其误诊误治的原因及可行的防范措施;希望能对减少妇产科临床工作中的误诊误治作一点贡献。但由于作者水平有限,尤其是

在分析其误诊误治原因方面受诸多因素的影响,加之时间紧,任务重,书中难免存在着一些错误与不足,恳请读者不吝赐教予以指正。

在全书的编写过程中,全体编写组成员付出了辛勤的劳动,在繁忙的临床、教学、科研工作中,牺牲了大量的休息时间,尽心尽力地编写。她们的家人也给予了无私的支持与奉献,在此一并表示谢意。

薛 敏
于长沙

目 录

上篇 产 科

第一章 妊娠合并症	(3)
第一节 围生期心肌病	(3)
第二节 妊娠合并高血压	(11)
第三节 妊娠合并重症乙型肝炎	(18)
第四节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(25)
第五节 妊娠合并糖尿病酮症酸中毒	(34)
第六节 妊娠合并肺炎	(40)
第七节 妊娠合并急性阑尾炎	(45)
第八节 妊娠合并急性胆囊炎	(53)
第九节 妊娠合并急性胰腺炎	(58)
第十节 妊娠合并卵巢肿瘤蒂扭转	(65)
第十一节 妊娠合并子宫肌瘤红色变性	(69)
第十二节 妊娠合并宫颈癌	(75)
第十三节 妊娠合并甲状腺功能亢进	(85)
第十四节 妊娠合并慢性肾炎	(92)
第十五节 妊娠合并再生障碍性贫血	(99)
第十六节 妊娠合并白血病	(105)
第十七节 妊娠合并特发性血小板减少性紫癜	(112)
第十八节 妊娠合并癫痫	(117)
第十九节 妊娠合并系统性红斑狼疮	(125)
第二十节 妊娠合并疱疹样脓疱病	(135)
第二章 妊娠并发症	(140)
第一节 妊娠剧吐并发 Wernicke 脑病	(140)
第二节 重度妊娠高血压综合征——子痫	(147)
第三节 妊娠高血压综合征与脑血管疾病	(153)

第四节	妊娠高血压综合征合并 HELLP 综合征	(158)
第五节	妊娠期肾病综合征	(165)
第六节	前置胎盘	(170)
第七节	胎盘早剥	(179)
第八节	前置血管	(186)
第九节	腹腔妊娠	(191)
第三章	分娩及产褥期并发症	(198)
第一节	脐带异常与脐带脱垂	(198)
第二节	胎头不均倾位	(205)
第三节	双胎胎头交锁	(209)
第四节	忽略性横位	(212)
第五节	子宫破裂	(217)
第六节	产后出血	(223)
第七节	软产道损伤	(229)
第八节	胎盘残留	(234)
第九节	产褥中暑	(240)
第十节	产后血栓性静脉炎	(245)
第十一节	剖宫产术后结肠假性梗阻	(251)
第十二节	剖宫产阔韧带血肿	(256)
第十三节	剖宫产胎盘残留	(261)
第四章	产科危急重症	(267)
第一节	产科失血性休克	(267)
第二节	产科感染性休克	(275)
第三节	羊水栓塞	(280)
第四节	妊娠合并肺栓塞	(287)
第五节	妊娠期急性脂肪肝	(293)
第六节	产科弥散性血管内凝血	(299)

下篇 妇 科

第一章	生殖道肿瘤	(309)
第一节	外阴癌	(309)
第二节	原发性阴道癌	(315)

第三节 宫颈癌	(321)
第四节 子宫肌瘤	(328)
第五节 子宫内膜癌	(336)
第六节 子宫肉瘤	(343)
第七节 卵巢上皮癌	(349)
第八节 卵巢转移性肿瘤	(357)
第九节 卵巢混合型恶性生殖细胞肿瘤	(362)
第十节 葡萄胎	(368)
第十一节 侵蚀性葡萄胎	(373)
第十二节 绒毛膜癌	(380)
第十三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤	(388)
第十四节 原发性输卵管癌	(396)
第十五节 播散性腹膜平滑肌瘤	(402)
第二章 妇科炎症	(408)
第一节 外阴阴道炎	(408)
第二节 宫颈炎	(416)
第三节 盆腔炎	(421)
第四节 生殖器结核	(426)
第五节 盆腔包裹性积液	(435)
第六节 性传播性疾病	(439)
第三章 生殖器官损伤	(449)
第一节 子宫脱垂	(449)
第二节 尿瘘	(454)
第四章 先天异常	(462)
第一节 处女膜闭锁	(462)
第二节 阴道斜隔	(467)
第三节 阴道壁囊肿	(473)
第四节 子宫畸形	(478)
第五节 两性畸形	(485)
第五章 内分泌异常	(492)
第一节 性早熟	(492)
第二节 功能失调性子宫出血	(500)

第三节	继发性闭经·····	(507)
第四节	高催乳素血症·····	(513)
第五节	多囊卵巢综合征·····	(517)
第六节	经前期综合征·····	(523)
第七节	痛经·····	(527)
第六章	妇科急症·····	(533)
第一节	异位妊娠·····	(533)
第二节	卵巢囊肿破裂·····	(545)
第三节	卵巢肿瘤蒂扭转·····	(552)
第四节	急性出血性输卵管炎·····	(559)
第五节	子宫肌瘤红色变性·····	(564)
第六节	盆腔脓肿·····	(569)
第七章	妇科手术并发症·····	(577)
第一节	泌尿系损伤·····	(577)
第二节	肠梗阻·····	(583)
第三节	肠管损伤·····	(589)
第四节	术后出血·····	(594)
第五节	腹壁子宫瘘·····	(601)
第六节	持续性异位妊娠·····	(604)
第八章	其他妇科疾病·····	(612)
第一节	子宫内膜异位症·····	(612)
第二节	盆腔淤血综合征·····	(621)
第三节	外阴色素减退疾病·····	(627)
第四节	围绝经期综合征·····	(632)

LIN CHUANG SI WEI ZHI NANY

产 科

上 篇

妊娠合并症

第一节 围生期心肌病

一、误诊误治概况

围生期心肌病是一种与妊娠和分娩有关的疾病,是指既往无心脏病史,于妊娠晚期或产后发生心力衰竭的一种综合征。大多数以急性心力衰竭起病,发病时间局限在妊娠最后3个月或产后6个月内。其发病原因目前尚有争论,可能为病毒感染、多胎妊娠、妊高征、营养不良、遗传性疾病、贫血、免疫因素失调及内分泌紊乱等多种因素共同作用的结果,再次妊娠又会复发,显然,该病与妊娠密切相关。由于围生期心肌病临床表现轻重不一,轻者仅有心电图T波变化,而无症状,重者以心力衰竭为主,故临床上易与妊娠合并心肌炎、妊高征心脏病、妊娠合并风心病及心力衰竭混淆。此病临床上并不常见,但可直接影响母婴安全,因而成为目前产科危象中备受关注的问题之一,且早诊断,早治疗,1/3~2/3患者可完全康复,因而减少误诊甚为重要。

二、诊断要点

一般认为诊断围生期心肌病需要三个条件:①围生期发病;②既往无心脏病史;③无特殊病因。

(一) 症状

轻重不一,常发生在产前2个月至产后6个月内,轻者仅有心电图的T波变化而无症状。大多数患者(82%)在产后3个月内出现心力衰竭。起病急,主要表现为心悸、气短、呼吸困难、咳嗽、端坐呼吸,以左心室衰竭为主,有时心律失常,严重时可出现全心衰竭。有的患者可以出现相应器官的栓塞。如肺动脉栓塞者可突然出现胸痛、呼吸困难、咯血和剧咳、缺氧等症状,大块肺栓塞时则可引起急性右心衰竭、休克和猝死。脑栓塞则可引起偏瘫、昏迷。

(二) 体征

心脏普遍性扩大,搏动弱而弥散,心音低钝,心尖区可闻及病理性第三心音或奔马律。由于心脏扩大造成相对二尖瓣和三尖瓣关闭不全,心尖区还可闻及收缩期返流性杂音。双肺听诊有散在湿啰音,颈静脉怒张、肝肿大,下肢水肿,血压可增高、正常或偏低,随心功能改善上述体征可迅速减轻或消失。

(三) 辅助检查

1. 心电图 心电图改变缺乏特异性,最常见者为非特异性T波和ST段异常,T波平坦或倒置,Q-T间期延长,有异常Q波,均显示心肌损害,左室肥大。心律失常以室性早搏多见,及左束支传导阻滞等,但房颤发生率较低,有别于其他类型的心肌病。

2. X线 常显示心脏普遍性增大,尤以左室为主。心搏减弱,酷似心包积液,常有肺静脉淤血,偶有胸腔少量积液。若并发肺栓塞,则可见栓塞影,可伴肺间质或实质水肿。

3. 超声心动图 该检查对本病诊断颇有帮助,对排除心瓣膜病和其他心脏病有助。超声心动图显示心腔扩大,搏动普遍减弱,左室射血分数减低,可见心内壁血栓。有时可见因心脏扩张所致瓣膜相对关闭不全引起的二尖瓣、三尖瓣轻度返流。

4. 心导管检查 可见肺动脉压升高,肺微血管楔嵌压升高,肺血管阻力加大,右心室舒张末期压力上升,心排血量减低。

5. 实验室检查 部分患者出现贫血,补体 C_3 下降,血清免疫球蛋白 IgM、IgG、IgA 升高。

三、鉴别诊断

(一) 妊高征心脏病心衰

两者基本心脏病理改变不同:妊高征为全身小动脉痉挛,冠状动脉痉挛可致心肌缺血,点状出血或局限性坏死。尤为特殊的是冠状动脉小支弹力膜增厚。围生期心肌病则为心肌纤维变性、撕裂、心肌纤维化、心肌无坏死及血管改变。在临床表现上,虽然妊高征可并发心力衰竭,多同时有高血压、浮肿、蛋白尿,而心脏无明显扩大,也无严重的心律失常。但围生期心肌病却无显著高血压与蛋白尿,有心脏显著扩大或有严重心律失常。妊高征心脏病终止妊娠后心脏病可治愈,而产后围生期心肌病仍有心衰的可能。

(二) 风湿性心脏病

二尖瓣狭窄表现为左心衰竭、心悸、呼吸困难、咯血、端坐呼吸、咳嗽等,与围生期心肌病相似,但风湿性心脏病多有反复链球菌扁桃体炎或咽喉炎史,心尖区舒张期杂音明显,心脏以左室增大为主,超声心动图可明确诊断。

(三) 心肌炎

近年来,病毒性心肌炎呈增多趋势,心肌炎合并妊娠的比率也在增加,主要表现为既往无心脏病史,在病毒感染的 1~3 周内出现乏力、心悸、呼吸困难或心前区不适,检查心脏扩大,有心律失常,心电图可表现 ST 段及 T 波异常,易误诊为与围生期心肌病,但血液学检查 CPK、GOT、LDH 增高,血沉加快,C 反应蛋白增加有利于诊断。

(四) 肺部感染

肺部感染是由微生物感染引起的肺实质的炎症。累及小支气管及肺泡,导致肺通气——弥散功能障碍,其症状有咳嗽、咳痰、胸痛等。由于缺氧可出现气促、呼

吸困难、心率加快。检查肺部有湿啰音,与围生期心肌病症状相似。但肺部感染在短期内不可能导致心脏普遍性增大,胸部X线照片可发现肺纹理增多等斑片状阴影。超声心动图一般无心脏器质性改变,与围生期心肌病可鉴别。

四、误诊误治典型病例

病例1 患者,28岁,工人。因停经36周、心悸、气促2周、不能平卧3天入院。患者停经40天尿HCG阳性,定期产前检查血压、心率一直正常。近2周感心悸、气促,活动后加重,到当地医院就诊。心率126次/min,血压120/80 mmHg,各瓣膜区无明显杂音,心电图检查为窦性心动过速,部分T波低平,ST段下降,在当地医院妇产科治疗,诊断为妊娠合并心肌炎,给予对症及支持治疗,护心处理,病情无明显好转。近2天,心悸、气促加重,夜间不能平卧,且出现阵发性呼吸困难,而转入我院。查体温36.5℃,脉搏140次/min,呼吸28次/min,血压90/60 mmHg,神志清,端坐呼吸,急性病容,面色略显苍白,颈静脉稍充盈,胸廓对称,呼吸均匀,心率140次/min,可闻及收缩期Ⅲ级吹风样杂音,双肺底可闻及中、小水泡音。肝脾未及,双下肢水肿(±)。产科情况:腹围99 cm,宫高36 cm,胎心136次/min,先露头,浮,无宫缩,骨盆外测量正常。实验室检查:血常规:白细胞 $13.1 \times 10^9/L$,血红蛋白103 g/L,红细胞压积0.335,血小板 $153 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.86,淋巴细胞0.11,中间细胞0.03,凝血功能检查正常,尿常规检查正常,血心肌酶:肌酸激酶102(25~200)U/L,谷草转氨酶25.2(11~40)U/L。血电解质:钾、钠、氯、钙均在正常范围。B超:LOA,活胎。胎心监护:NST基线平直,胎动反应稍差,生物物理评分7~8分。心电图:窦性心动过速,T波低平,ST段下降。超声心动图:左心增大;左室收缩功能下降;二尖瓣轻~中度返流;三尖瓣、肺动脉瓣轻度返流;主动脉轻度返流;肺动脉高压。入院诊断:宫内妊娠36周,LOA,活胎;围生期心肌病,心功能Ⅳ级。入院后,每隔4~6 h给予西地兰0.2~0.4 mg,加速尿40 mg,强心、利尿,口服消心痛、洛汀新扩血管,维生素B₆,复合维生素B,静滴维生素C营养心肌治疗,镇静。24 h后,心悸、气促好转。但入院后24 h出现规律腹痛,胎膜破裂,流出微黄色羊水,考虑患者已临产,患有围生期心肌病,心功能Ⅳ级,心脏耐受力差,阴道分娩危险,故于入院32 h后在硬膜外麻下行子宫下段剖宫产术,娩出一女婴,体重3 000 g。Apgar评分:1 min评9分,5 min评10分。娩出胎儿后腹部放置沙袋,压宫底,减少回心血量,术前2 h曾给西地兰,术后继续强心、护心、利尿治疗,产后第5天转入内科。