

实用妇产科专著系列

shiyongfuchankezhuanzhuxilie

妇产科误诊病例分析 与临床思维

FUCHANKE WUZHEN BINGLI FENXI
YU LINCHUANG SIWEI

主编◎乐 杰 林仲秋



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

实用妇产科学专著系列

Practical Obstetrics Series

妇产科误诊病例分析 与临床思维

PLACENTAL ABLATION BEFORE FETAL DEATH
YU LINCHUAN AND OTHERS

王淑芬 主 编



人民卫生出版社

People's Health Press

妇产科误诊病例分析 与临床思维

FUCHANKE WUZHEN BINGLI FENXI YU LINCHUANG SIWEI

主 编 乐 杰 林仲秋
副主编 苟文丽 李佩玲
编 者 (以姓氏笔画为序)

王红丽	方 静	田丽娜	乐 杰
乐晓妮	吕淑兰	安瑞芳	李艺扬
李佩玲	邹寒雪	宋铁芳	张利群
张松灵	张宗峰	张艳华	张媛媛
苟文丽	林仲秋	姚婷婷	黄 谱
葛 岩	董 丹	董 倩	



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

法学方法论/王利明著. —北京:中国人民大学出版社, 2011. 11
(中国当代法学家文库·王利明法学研究系列)
ISBN 978-7-300-14787-1

I. ①法… II. ①王… III. ①法学-方法论 IV. ①D90-03

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 242977 号

“十二五”国家重点图书出版规划

中国当代法学家文库

王利明法学研究系列

法学方法论

王利明 著

Faxue Fangfalun

出版发行	中国人民大学出版社		
社 址	北京中关村大街 31 号	邮政编码	100080
电 话	010-62511242 (总编室)		010-62511398 (质管部)
	010-82501766 (邮购部)		010-62514148 (门市部)
	010-62515195 (发行公司)		010-62515275 (盗版举报)
网 址	http://www.crup.com.cn		
	http://www.ttrnet.com (人大教研网)		
经 销	新华书店		
印 刷	涿州市星河印刷有限公司		
规 格	170 mm×228 mm 16 开本	版 次	2012 年 2 月第 1 版
印 张	50.75 插页 3	印 次	2012 年 2 月第 1 次印刷
字 数	759 000	定 价	138.00 元

版权所有 侵权必究 印装差错 负责调换

前言

误诊是指临床医师对疾病的最终诊断不正确或不完全正确,大体上可划分为非过失性误诊和过失性误诊两大类。非过失性误诊表明误诊不应算作“过失”,从认识论角度看,医师的认识是有限的,决定临床医师无法全部作出正确判断,永远有认识不清的疾病。例如,2003年初发现的冠状病毒变异所致的严重急性呼吸综合征,开始并不认识,导致该病初期判断不正确、不完善或错误诊断。尽管我们不能说这是应该的,但却可以说是可以理解的,这是认识论的自然规律,故不应算作过失,应列为非过失性误诊。临床医师认识疾病有个过程,人类疾病的过程是复杂多变的,而认识疾病又受到许多条件限制,不管针对依据多么充分和全面,所谓的“正确诊断”也只能是对疾病本质的不断接近。可见正确诊断是有条件的,而误诊则是不可避免的。据统计,临床诊断与尸检诊断不相符合的比率仍然较高就是明证。过失性误诊在临床上仅占极少部分,是指对某种疾病应用高科技手段,能够对该疾病的病因、病理、病程、并发症等达到对疾病本质的最大限度地接近,但因某些原因未能达到或未能最大限度地达到。究其原因,有临床医师因素,包括临床思维方法、专业知识水平、临床经验导致误诊,也有病人因素,如病史不真实,故意隐瞒病情(如有性生活史等)。

误诊又可分为责任性误诊、技术性误诊和责任、技术性兼有性误诊3类。责任性误诊已经不是临床医师专业知识水平的原因,而是工作责任心和不良的思维方法(如主观武断、以偏概全、走极端、凭经验等)所致;技术性误诊只是由于临床医师专业知识水平不高和医院设备条件有限所致;责任、技术性兼有性误诊通常是上述两种分类很难截然分开,常常是错综复杂在一起,至少不全是技术性误诊。

误诊按程度分为部分误诊、完全误诊和拖延误诊。部分误诊是指向疾病本质接近的不够、不完全、不确切。例如,诊断为外阴阴道假丝酵母菌病,实际是滴虫阴道炎。阴道炎这一疾病本质是正确了,但病因有误。完全误诊是指疾病本质基本无认识,包括假阳性误诊(无病诊断为有病)、假阴性误诊(有病诊断为无病,延误治疗时机)和错位性误诊(甲病诊断为乙病,导致治疗错误)。拖延误诊是指诊断应及时而未能及时作出诊断。

误诊按后果分为死亡性误诊、伤害性误诊和一般性误诊。死亡性误诊是指误诊导致误治,不该死亡的病人因而死亡;伤害性误诊是指误诊导致治疗措施不当

造成病人痛苦甚至致残；一般性误诊是指误诊的后果并未给病人带来明显伤害。

避免误诊的最佳方法就是要做到：树立一切为病人的思想，掌握辩证思维方法，并能够灵活运用辩证思维，加强三级查房制度和会诊制度，不断提高专业知识和学习先进技术。

误诊在临床并不少见，究其原因，与医师的业务能力和技术水平固然有关，而医师的临床思维方式也很重要。必须懂得，病症、病情典型，不一定准是该病，病症、病情并不太典型，却有可能是该病的情况在临床上常会遇到。对病症、病情极其复杂的案例，需要的是采集病史全面准确，仔细分析病程，做不到这些就会表现出思维模糊。临床医师有丰富医疗经验是宝贵的，但运用这些经验时一定不能强调过分，否则会表现思想僵化。对于已经在数所医院就诊一直未能确诊的病例，应该考虑罕见病的可能。首先考虑常见病，最后考虑罕见病的思维方式必须牢记，但需警惕思维方式简单化，决不能“病史问两句，查体写两行，化验一大堆，影像检查挨个来”。

编写《妇产科误诊病例分析与临床思维》的目的，就是想让妇产科医师的眼界更开阔一些，考虑的疾病更多一些，分析病情更全面一些，鉴别诊断环节更重视一些，以期达到最大限度地降低误诊率，实实在在地提高妇产科医师的临床诊断水平。我们最大的愿望，就是希望阅读过本书的误诊病例之后，妇产科各级医师确实能够从中受益，减少误诊。读者对象明确定位在妇产科临床第一线工作的主治医师、博士研究生、硕士研究生、住院医师、进修医师和实习医师。

本书由吉林大学第一医院、中山大学孙逸仙纪念医院、西安交通大学医学院第一附属医院和哈尔滨医科大学第二医院4所医科大学共同编写，共104份误诊病例。主编单位吉林大学第一医院和中山大学孙逸仙纪念医院，副主编单位西安交通大学医学院第一附属医院和哈尔滨医科大学第二医院领导，在本书编写过程中给予大力支持和帮助，使本书得以按时顺利出版，谨表示最诚挚的谢意。

由于编写单位较多，众多编者的写作风格又不尽相同，尽管主编认真对内容进行审阅修改并做了文字修饰，可能仍有不妥之处，殷切希望同道与读者提出，以便再版时改正。

乐 杰 林仲秋

2011年2月14日

目 录

产科篇	1
病例 1 自然分娩导致子宫破裂 1 例误诊	3
病例 2 产道血肿导致产后出血、失血性休克误诊	6
病例 3 宫颈妊娠合并子宫肌瘤误诊为难免流产	11
病例 4 子宫肌瘤合并妊娠发生红色变性误诊为先兆流产	15
病例 5 妊娠 3 个月子宫肌瘤红色变性误诊为卵巢肿瘤蒂扭转	18
病例 6 妊娠合并 Wernicke 脑病误诊分析	21
病例 7 妊娠合并急性胰腺炎误诊为胎盘早剥	25
病例 8 妊娠合并急性阑尾炎误诊为先兆流产	29
病例 9 妊娠合并宫颈癌误诊分析	32
病例 10 妊娠期高血压疾病合并肝脏损害误诊为妊娠合并急性 重症肝炎	36
病例 11 胎盘植入误诊为绒毛膜癌	42
病例 12 妊娠中期胎盘植入致子宫破裂误诊为急性胃溃疡穿孔	46
病例 13 陈旧性宫外孕误诊为绝经过渡期功能失调性子宫出血	50
病例 14 陈旧性宫外孕误诊为卵巢肿瘤	54
病例 15 子宫瘢痕部位绒毛植入误诊为绒毛膜癌	56
病例 16 子宫瘢痕处妊娠误诊为子宫肌瘤变性	60
病例 17 子宫瘢痕处妊娠误诊为绒毛膜癌	64
病例 18 子宫瘢痕处妊娠误诊为不全流产	67
病例 19 宫内妊娠误诊为异位妊娠	71
病例 20 宫内妊娠误诊为输卵管妊娠	74
病例 21 宫角妊娠误诊为绒毛膜癌	78
病例 22 宫颈妊娠误诊为不全流产	82
病例 23 子宫峡部妊娠误诊为正常宫内妊娠	85
病例 24 子宫残角妊娠破裂继发腹腔妊娠误诊分析	88
病例 25 阔韧带妊娠误诊为正常妊娠合并双子宫畸形	92

病例 26	输卵管间质部妊娠破裂误诊为人工流产子宫穿孔	95
病例 27	卵巢妊娠黄体破裂误诊为输卵管妊娠破裂	98
病例 28	体外受精-胚胎移植后宫内宫外同时妊娠误诊	101
病例 29	子宫内外复合妊娠卵巢过度刺激综合征误诊为急性阑尾炎	105
病例 30	不全流产误诊为子宫平滑肌瘤	109
病例 31	稽留流产误诊为妊娠滋养细胞肿瘤	112
病例 32	前置血管破裂误诊为前置胎盘	115

妇科篇

病例 33	外阴硬化性苔癣误诊为外阴尖锐湿疣	121
病例 34	外阴结核误诊为外阴蜂窝织炎	124
病例 35	外阴 Bowen 病误诊为外阴黑色素瘤	128
病例 36	外阴平滑肌瘤误诊为前庭大腺囊肿	131
病例 37	外阴癌误诊为外阴阴道假丝酵母菌病	133
病例 38	阴道癌误诊为萎缩性阴道炎	137
病例 39	原发性阴道恶性黑色素瘤误诊为阴道壁囊肿	140
病例 40	阴道斜隔综合征误诊为盆腹腔肿块	143
病例 41	卵巢过度刺激综合征误诊为卵巢恶性肿瘤	147
病例 42	卵巢 Meigs 综合征误诊为盆腔结核	150
病例 43	卵巢 Krukenberg 瘤误诊为卵巢囊肿	153
病例 44	卵巢畸胎瘤误诊为多囊卵巢综合征	156
病例 45	卵巢癌误诊为子宫内膜异位症	160
病例 46	卵巢癌误诊为肝硬化	164
病例 47	出血性输卵管炎误诊为输卵管妊娠破裂	167
病例 48	出血性输卵管炎误诊为输卵管妊娠	170
病例 49	出血性输卵管炎误诊为异位妊娠	174
病例 50	直肠癌误诊为卵巢癌	176
病例 51	输卵管脓肿误诊为卵巢囊肿蒂扭转	179
病例 52	输卵管部分性葡萄胎误诊为异位妊娠	182
病例 53	输卵管癌误诊为卵巢肿瘤	186
病例 54	原发性输卵管癌误诊为卵巢肿瘤	189
病例 55	原发性输卵管癌误诊为卵巢恶性肿瘤	192
病例 56	输卵管绒毛膜癌误诊为输卵管妊娠破裂	196
病例 57	宫腔积脓致子宫穿孔误诊为消化道穿孔	199
病例 58	宫颈葡萄状横纹肌肉瘤误诊为宫颈息肉	202

病例 59	宫颈非霍奇金淋巴瘤误诊为宫颈炎症	205
病例 60	宫颈癌误诊为宫颈炎	208
病例 61	宫颈癌误诊为子宫黏膜下肌瘤	211
病例 62	子宫内膜息肉脱出误诊为功能失调性子宫出血	213
病例 63	子宫内膜息肉误诊为子宫黏膜下肌瘤	216
病例 64	子宫内膜异位症误诊为卵巢恶性肿瘤	219
病例 65	直肠阴道隔子宫内膜异位症误诊分析	223
病例 66	宫颈子宫内膜异位症误诊为宫颈癌	227
病例 67	宫颈子宫内膜异位症误诊为功能失调性子宫出血	230
病例 68	宫颈子宫内膜异位症破裂出血误诊为功能失调性子宫出血	233
病例 69	子宫内膜不典型增生误诊为子宫肌瘤	236
病例 70	子宫内膜不典型增生误诊为子宫内膜癌	239
病例 71	子宫内膜间质肉瘤误诊为子宫黏膜下肌瘤	242
病例 72	子宫内膜癌卵巢转移误诊为卵巢子宫内膜异位囊肿	246
病例 73	子宫内膜样腺癌误诊为卵巢癌	249
病例 74	子宫腺肌病误诊为绝经过渡期功能失调性子宫出血	253
病例 75	子宫腺肌瘤误诊为子宫肌瘤	256
病例 76	青春期子宫肌瘤误诊为青春期功能失调性子宫出血	259
病例 77	子宫肌瘤红色变性误诊为葡萄胎	263
病例 78	子宫浆膜下肌瘤蒂扭转误诊为卵巢实质性肿瘤蒂扭转	265
病例 79	宫颈肌瘤误诊为子宫脱垂	268
病例 80	腹膜播散性平滑肌瘤病误诊为卵巢癌	271
病例 81	卵巢甲状腺肿误诊为卵巢癌	275
病例 82	卵巢子宫内膜异位囊肿破裂误诊为急性阑尾炎	278
病例 83	子宫恶性中胚叶混合瘤误诊为子宫黏膜下肌瘤	282
病例 84	子宫平滑肌肉瘤误诊为子宫肌瘤	285
病例 85	子宫绒毛膜癌误诊为葡萄胎	288
病例 86	绒毛膜癌误诊为子宫肌瘤	292
病例 87	绒毛膜癌误诊为绝经过渡期功能失调性子宫出血	295
病例 88	完全性葡萄胎误诊为侵蚀性葡萄胎	300
病例 89	侵蚀性葡萄胎误诊为完全性葡萄胎	304
病例 90	子宫翻出误诊为子宫黏膜下肌瘤	307
病例 91	绝经后子宫翻出伴子宫黏膜下肌瘤误诊为子宫脱垂	311
病例 92	盆腔包裹性积液误诊为卵巢囊肿	314
病例 93	肠梗阻误诊为卵巢肿瘤蒂扭转	317

病例 94	先天性肾上腺皮质增生症误诊为多囊卵巢综合征	321
病例 95	垂体卵泡刺激素肿瘤误诊为卵巢早衰	325
病例 96	残角子宫误诊为子宫内膜异位症	328
病例 97	盆腔腹膜后纤维肉瘤误诊为卵巢癌	332
病例 98	非霍奇金淋巴瘤腹腔广泛转移误诊为卵巢癌	336
病例 99	膀胱憩室误诊为卵巢囊肿	339
病例 100	阑尾腺癌误诊为卵巢癌	341
病例 101	阑尾周围脓肿误诊为卵巢肿瘤	344
病例 102	外伤脾破裂误诊为输卵管妊娠破裂	348
病例 103	生殖器结核误诊为卵巢上皮性癌	351
病例 104	胃癌误诊为卵巢癌	355

产 科 篇

病例 1 自然分娩导致子宫破裂 1 例误诊

【病历摘要】

女患,30岁,孕2产0。妊娠40周阴道胎头吸引器助产分娩,产后14h出现发热、腹胀、排尿困难2h,于2009年6月5日急诊来我院产科门诊就诊。经询问得知,于入院前1h,在当地卫生院左侧会阴后-侧切开经胎头吸引器助产并配以腹部加压,娩出一活男婴,体重3900g,新生儿重度窒息,经积极抢救处理,出生后10min新生儿Apgar评分9分。于2h前产妇出现发热,测体温38.1℃,腹胀逐渐加重,伴排尿困难。导尿1000ml,色淡红。以“产褥感染、尿潴留、腹胀原因待查”收入我院产科病房。

入院后查体:体温39.0℃,脉搏每分钟108次,呼吸每分钟22次,血压110/76mmHg。神志清楚,查体合作。轻度贫血外貌。心肺听诊未闻及异常。腹部膨隆,肝脾肋下未触及。腹部叩诊鼓音,肠鸣音弱。子宫如妊娠5个月大,宫底脐下一指,压痛(+),以左侧下腹部为重,无反跳痛及肌紧张。会阴切口已缝合,对合良好。阴道壁、宫颈阴道部及阴道穹部,未发现出血点及异常分泌物。实验室检查:血红蛋白91g/L,红细胞计数 $3.02 \times 10^{12}/L$,白细胞计数 $19.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.82,淋巴细胞0.18,血小板计数 $308 \times 10^9/L$ 。入院后给予广谱抗生素预防感染、肌内注射缩宫素促进子宫收缩、补液等对症治疗,腹痛继续加重,行左下腹部穿刺,抽出淡黄色液体4ml,给予胃肠减压,腹胀稍缓解。复查下腹部可触及一包块,边界欠清楚,压痛明显。进行二次下腹部穿刺及阴道后穹穿刺,均未抽出液体。继续非手术治疗。

入院治疗的第3天,患者持续高热,重度贫血貌,急查血红蛋白60g/L,红细胞计数 $1.82 \times 10^{12}/L$,白细胞计数 $16.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.90,淋巴细胞0.10,血小板计数 $308 \times 10^9/L$ 。立即进行彩色多普勒超声检查,提示左中下腹偏外侧36mm液性暗区,疑子宫不全破裂,左阔韧带内血肿。经全科医生会诊后,决定在连续硬膜外麻醉下,急诊行剖腹探查术。术中见腹膜明显水肿、增厚。子宫如孕5个月大,质软,色紫红。膀胱腹膜反折水肿增厚,表面有脓苔。左侧阔韧带内有11cm×10cm×8cm血性包块。切开膀胱腹膜反折,下推膀胱,于膀胱后方子宫下段左侧壁有一纵行裂口,长约6cm。左阔韧带内有污秽脓血性液体,臭味明显。用吸引器管吸净脓液,用温甲硝唑溶液冲洗,去除脓苔,修补子宫破裂口,阔韧带内放置多孔引流管1根,术后每天冲洗阔韧带内脓腔,术后脓液培养为消化链球菌。甲硝唑注射液与头孢西丁钠静脉滴注控制感染。术后第5天拔出引流管,术后第8天腹部切口拆线,愈合良好,术后第9天痊愈出院。出院诊断:子宫破裂、左侧阔韧带内脓肿。

【失误分析】

本病例的特点是胎儿较大,胎头吸引器助产的同时,进行腹部暴力加压导致子宫破裂。产科医生未能及时发现子宫破裂。随后产妇出现发热、腹胀、排尿困难时,也未能想到这一点。但做到了急速转入大医院进一步进行治疗。探查原因分析,本例患者生命体征尚平稳,是因为子宫破裂口未与腹腔相通,未波及到大的血管,致使腹部穿刺及阴道后穹穿刺均未能抽出血液或脓液,以致延误了诊断及治疗,未能够及时确诊及处理。子宫破裂的发生,主要是因高龄多产妇,生育次数多,或由于多次人工流产、引产损伤子宫内膜,致使子宫肌纤维反复伸缩,过

分伸展引起子宫肌纤维变性、断裂,弹性减弱,容易发生子宫破裂。本例则是进行腹部暴力加压的结果。

基层医院遇到难产,在助产的同时采用腹部加压比较多见。必须指出,有梗阻性分娩因素存在时,腹部用力加压有致子宫破裂的可能。有报道助产同时腹部用力加压,腹腔脏器破裂大出血导致产妇死亡的情况偶有发生。另外,当生活在经济落后的边远山区,医疗条件差,转诊困难的条件下,孕妇很少能够做到定期进行产前检查,当孕妇出现难产转送至上级医院时,往往已经发生子宫破裂。因此在分娩过程中,应该严密观察产程,严格遵守诊疗操作常规。

【临床讨论】

子宫破裂是产科的严重并发症,病情危急,常在短时间内大量出血导致孕产妇发生失血性休克,甚至死亡,严重威胁母婴生命安全。子宫破裂在世界发达国家,已属罕见的并发症,在发展中国家发生率仍较高,国外报道发生率为 $0.05\% \sim 0.8\%$,国内报道发生率为 $0.06\% \sim 1.4\%$ 。随着围生期保健的普及,在本地区发生率明显下降,但仍然较上述报道高。由于对孕妇产前相关指导和保健知识的开展,子宫破裂的发生率明显下降,但仍然偶有发生。

1. 子宫破裂的原因分析

(1)梗阻性难产。直至今日,梗阻性难产仍是引起子宫破裂最常见的原因。在骨盆狭窄、头盆不称、胎位异常(特别是嵌顿性肩先露)、软产道畸形或胎儿畸形(特别是脑积水胎儿)等情况下,胎先露下降受阻,子宫收缩过强,子宫上段肌层因收缩和缩复而越来越厚,子宫下段被动伸长变薄,容易发生先兆子宫破裂,此时若不处理或处理不当(如行阴道助产手术时暴力腹部加压、内倒转术等),即可发生子宫破裂。故应尽早发现可能的难产因素,积极预防,做好孕期保健,及早发现胎位异常、胎儿畸形;大力提倡住院分娩,严密观察产程进展,动态进行头盆评分,尽早发现异常情况;及时处理。一旦发现先兆子宫破裂的征象,必须立即采取有效措施,抑制子宫收缩以缓解子宫破裂的继续进展,并尽快行剖宫产术。术中一定要注意检查子宫是否有先兆破裂的征象。

(2)子宫肌层薄弱。如前次剖宫产或子宫肌瘤切除术后子宫瘢痕、多胎经产妇多次刮宫所致的子宫肌壁纤维组织增多,弹性降低,均可在强烈子宫收缩甚至在正常子宫收缩时发生子宫破裂。子宫肌层薄弱在子宫破裂的原因中居第2位。由于高龄多产妇生育次数多,或由于多次行人工流产术、中期妊娠引产术,损伤子宫内膜,使子宫肌纤维反复伸缩,过分伸展,引起子宫肌纤维变性、断裂,弹性降低,容易发生子宫破裂。

(3)分娩时使用大剂量缩宫素催产。分娩时不注意缩宫素的适应证和使用方法,例如肌肉注射缩宫素或大剂量静脉滴注缩宫素,均能够引起子宫收缩过强,而宫颈口一时不能随之扩大或胎先露下降受阻,均可造成子宫破裂。使用缩宫素加强宫缩时,除注意缩宫素的用法正确外,用量更需严格掌握。必须指出,静脉滴注缩宫素必须有专人守护,密切观察产程进展。

2. 子宫破裂的诊断 子宫破裂一般均有一些先兆征象,如患者不能忍受的腹部剧烈疼痛,下腹部可扪及凹陷的病理缩复环、胎儿窘迫等,继之腹痛减轻或消失,伴有或不伴有阴道出血、血压下降、胎心消失、腹壁容易扪及胎体等。如能在先兆子宫破裂时进行诊断和处理,多能挽救胎儿生命并保住母亲子宫。若已发生子宫破裂,能够立即诊断并处理,也可减轻母体损伤,挽救不必要的损失。因此,应密切观察产程,对瘢痕子宫、多次人工流产等高危孕妇,更应严密观察产程。若出现剧烈腹痛、胎心减慢等,均应高度怀疑先兆子宫破裂。静脉滴注缩宫素

一定要严格掌握适应证,从小剂量(每分钟 $1\sim 2\text{mU}$)、慢速度(每分钟 $4\sim 5$ 滴)开始,如出现异常,应立即停止静脉滴注缩宫素。

3. 子宫破裂的处理 子宫破裂的处理方法有修补缝合子宫、子宫次全切除等。子宫破裂的手术方式,应根据破裂部位、范围、有无子女及有无感染而定。保留子宫对妇女的生理和心理有着重要意义,应尽量行子宫修补术,若为年轻女性且破裂口不大、边缘比较整齐、子宫动脉未受损伤、破裂时间不足 24h 、未发现明显感染征象且为不完全子宫破裂,应行子宫修补术。若裂口大、破裂时间长、破裂边缘不整齐、感染征象明显,应及时行子宫次全切除术。若裂伤严重、出血多,为保证产妇安全,应行子宫全切除术。

【临床思维】

本例属伤害性误诊,应尽量避免。产妇在分娩前应做好一切准备,以免发生子宫破裂。梗阻性难产时,子宫收缩过强,产程较长,产妇处于衰竭状态,多次肛诊和阴道检查增加感染机会,软产道长时间受压、缺血,容易形成生殖道瘘。子宫破裂导致子宫及周围组织脏器的损伤,若波及较大血管而发生失血性休克,可因多脏器功能衰竭危及产妇生命,术后因全身抵抗力低下并发感染。先兆子宫破裂、子宫破裂时,胎儿窘迫、新生儿窒息、围生儿病死率均明显增高。缩宫素具有诱发和加强子宫收缩的作用,是引产、催产和预防产后出血最常用的有效药物。医务人员在静脉滴注期间,必须严格掌握缩宫素的适应证、禁忌证、剂量、浓度和方法。应有专人守护观察,预防子宫破裂。做好计划生育指导及产前检查。医护人员应严密观察产程,勤听胎心率及注意观察子宫收缩强度,发现问题及时处理。通过宣传孕产妇保健知识,加强产前检查,细致观察产程,避免嵌顿性肩先露的发生。有些产妇由于生育次数多,或多次人工流产、引产、损伤子宫内膜,使子宫肌纤维反复过度伸缩,极容易发生子宫破裂,故对经产妇或有人工流产史的孕产妇分娩时应严密观察,胎儿娩出后常规探查宫腔。有剖宫产史或子宫切开手术史者,应提前住院待产,避免子宫破裂的发生,保证母婴安全。

【吸取教训】

通过临床实践,深刻体会到自然分娩对提高母婴生命安全、降低产科并发症发生率的效果是明显的,特别是胎儿窘迫、新生儿窒息的发生率会大大降低。分娩过程不仅受生理因素的影响,也受社会心理因素的影响。分娩其实是一个自然的过程,在分娩时尽量不要人为干预。做好心理安慰和精神支持,同时密切观察产程进展,并给予及时、正确的指导,使其有一种稳定的心态和对自然分娩的信心,让分娩过程更加人性化。我们呼吁,不仅产科医生要负责女性的生殖健康,而且学校也要注重女性的生殖健康教育,家庭要关心女性生殖健康情况,这对减少高危妊娠、避免子宫破裂的发生,具有重要的意义。子宫破裂行子宫切除术的产妇,会对精神及性心理方面产生消极影响,特别是对初产妇保留子宫显得尤为重要。开展积极的术前心理支持,可以减轻孕妇的精神压力和心理障碍,改善孕妇的社会心理问题,是提高孕产妇顺利分娩的必备条件。最后必须指出,进一步开展低收费住院分娩,提高住院分娩率,是预防子宫破裂的根本措施。加强产前检查,提高产科技术水平,要深入到农村及偏远山区。有剖宫产史、产道异常及胎位异常的孕产妇应提前住院,提高住院分娩率,是预防子宫破裂发生的有效措施。

病例2 产道血肿导致产后出血、失血性休克误诊

【病历摘要】

女患,26岁。以“阴道分娩后18h,心慌、气短6h”主诉来我院门诊就诊。18h前,因“会阴弹性差、胎心率波动为每分钟110~120次”,于当地医院行会阴侧切助娩一女活婴,新生儿评分10-10-10分,体重3820g,产程顺利,出血约200ml。产后子宫收缩好,阴道出血不多,测血压130/80mmHg,常规缝合会阴侧切伤口,产房观察2h后送回病房。产后8h自诉会阴区疼痛,伴肛门坠胀感,无头晕、心慌、气短等不适,测血压120/70mmHg,会阴皮肤青紫、水肿,阴道出血约20ml,考虑会阴切口处疼痛,给予哌替啶肌内注射、硫酸镁湿敷会阴,自诉疼痛减轻。产后12h病人主诉心慌、气短,测血压100/60mmHg,心率每分钟118次,子宫底上升,会阴皮肤青紫,阴道少许鲜红色血液流出,考虑子宫收缩乏力导致产后出血、失血性休克,给予缩宫素20U+0.9%氯化钠注射液500ml静脉滴注,按摩子宫,米索前列醇400 μ g口服,同时心电监护、补液、配血,阴道出血停止,心慌、气短加重。产后16h患者面色苍白,脉搏细数,烦躁、大汗淋漓,四肢冰冷,测血压90/60mmHg,心率每分钟126次,子宫收缩良好,阴道无血液,纠正休克的同时急诊送入手术室,严格消毒后行双合诊检查,阴道壁光滑无血肿,侧切伤口处明显渗血,0.9%氯化钠纱条填塞阴道,压迫止血,输红细胞悬液200ml,转入我院妇科病房。

入院后查体:体温36.7℃,脉搏每分钟130次,呼吸每分钟28次,血压80/55mmHg。咽不红,扁桃体不大,肺部未及明显异常,心率每分钟130次,心脏各瓣膜区听诊区未闻及病理性杂音。子宫底脐下2指,质硬,阴道出血不多,双下肢轻度凹陷性水肿。入院后急查血常规、凝血全套、DIC全套、心电图,行心电+血氧饱和度监测,鼻导管吸氧,配红细胞悬液4U,两条通路液体纠正休克,同时急将产妇送入手术室,严格消毒,取出阴道内的纱条,拆除侧切伤口缝线,皮肤和肌层裂开,阴道拉勾充分暴露软产道,见切口深部有一直径约10cm的血肿向臀部伸展,边界不清,腔内积血约600ml,立即切开血肿,取出积血块,查阴道左侧上段2cm×2cm裂伤处有活动性出血,结扎出血点,0.9%氯化钠溶液和甲硝唑冲洗,查宫颈及阴道前后壁、右侧壁无裂伤,软产道无活动性出血,逐层缝合。输红细胞悬液4U,青霉素800万U静脉滴注5d预防感染,伤口换药每日1次,产后第7天开始用1:1000呋喃西林坐浴,每次30min,切口理疗,每次30min,每日2次。产后第9天后痊愈出院。

【失误分析】

1. 对软产道损伤的认识不足,警惕性不高。软产道损伤是产后出血的最常见原因之一,以宫颈裂伤、会阴裂伤最常见,如软产道检查不仔细,检查方法不正确,遗漏活动性出血点,进而形成深部血肿。

2. 观察病情不够仔细。多数医护人员在产后2h内是可以做到仔细观察,但2h之后的观察明显不如产后2h内仔细。对于初产妇、胎儿较大、会阴侧切的高危人群,产后严密观察尤为重要。

3. 忽视了无明显外出血的产后出血。例如产道血肿和宫腔内积血、甚至腹腔内出血,阴道出血量不多,产科医生往往被忽视。

4. 对产后出血的病人,局限于单因素考虑。实际上有些产后出血可由多种病因并存所引

起,产后出血多见于子宫收缩乏力,但胎盘滞留或残留、软产道裂伤、凝血机制障碍也很常见,也可以合并存在,应注意鉴别。

5. 对病史了解不够详细,缺少对有妊娠合并症的患者的病情综合分析。本例追问患者病史,平素血压 90/60mmHg,1 个月前出现双下肢水肿时,测血压 130/80mmHg,孕期血压升高 40/20mmHg,因子宫收缩后破膜,于当地医院住院分娩,当时测血压 140/90mmHg,当地医生考虑分娩过程中血压升高,但未给予足够的重视。妊娠期高血压疾病患者血管壁通透性差,容易出现深部血肿,且出血后有效血容量减少,血压下降至正常血压水平,往往被忽视,致使对病情评估不准确。

6. 主观臆断,对患者主诉不够重视,忽略了隐匿性产后出血的可能性。例如产妇自诉腹痛、肛门坠胀,检查会阴皮肤青紫,未做肛门指检,想当然地认为是会阴切开术后所致疼痛、会阴水肿,仅给予简单的对症处理,导致误诊、误治。

结合以上各点,该病例误诊原因为:产科医生对软产道损伤的认识还不够,警惕性还不高,对病情观察还不够仔细,有主观臆断患者病情的成分,缺乏对病情的综合分析。此病例的临床经过提醒我们,会阴侧切产妇应仔细检查其软产道,认真止血并仔细缝合,产后严密观察生命体征变化,综合分析患者情况,以免漏诊和误诊。

【临床讨论】

1. 相关定义 产道血肿形成是临床常见的分娩并发症,是分娩过程中产道不同部位血管破裂,血液不能外流形成血肿。一般发生在分娩时,大多数在产后被立即发现,亦可在分娩后 24h 内发现,可发生于外阴、阴道、阔韧带、甚至沿腹膜后上延至肾区,轻者局部小血肿、严重者可致失血性休克或危及产妇生命。

深部血肿是分娩中胎儿下降扩张产道时(特别是阴道助产时)造成盆筋膜上方阴道壁深部血管断裂出血,而该处黏膜完整,或由于阴道或会阴缝合撕裂伤不当,留有死腔,同时死腔内有出血,沿筋膜向上蔓延而形成,分为坐骨直肠窝血肿、膀胱侧窝血肿、阔韧带血肿及三者融合而成盆腔阴道巨大血肿 4 类。

2. 发病原因

(1)合并其他病理改变:合并妊娠期高血压疾病的患者,由于全身小动脉痉挛引起周围血管阻力增加,内皮细胞损伤,通透性增加,同时全身小动脉痉挛导致各组织器官缺血、缺氧,微血管病损以及血管脆性增加,引发产道血肿。

(2)产程过快:软产道未能得到充分扩张,胎头下降的冲力直接造成组织损伤或深部血管的撕裂伤,导致产道血肿形成。鉴于血肿发生部位与产时胎方位的关系,枕左前位容易发生右侧阴道壁血肿,枕后位多为阴道前壁血肿。血肿的形成考虑是压力最大部位的胎头额顶部直接冲击阴道壁而导致的损伤。

(3)会阴伤口缝合不佳:损伤部位血管未被缝扎或缝扎不紧,出现持续渗血或出血,形成血肿。

(4)凝血功能障碍:妊娠合并血小板减少产妇,其止血及凝血功能均降低,同时毛细血管的脆性和通透性增加,容易发生自发性出血。妊娠合并肝炎产妇,肝脏合成凝血酶原减少,或维生素 K 依赖性凝血因子 II、VII、IX、X 的含量减少,造成凝血障碍,凝血酶原时间延长。此类患者发生组织损伤时,较易形成血肿。