

169 例异位妊娠误诊原因分析

王振文

(东莞市桥头医院妇产科, 广东 东莞 523523)

摘要:【目的】分析异位妊娠误诊的原因, 以便提高对本病的认识, 做到早期诊断、及时治疗。【方法】用回顾性分析方法, 对 7 年间误诊的 169 例异位妊娠(观察组)与同期就诊时即明确诊断为异位妊娠的 213(对照组)对比分析。【结果】对异位妊娠缺乏认识、症状不典型, 过分依赖辅助检查是误诊的原因。【结论】提高认识, 详细询问病史、全面认真分析各种辅助检查, 可使误诊降低到最低限度。

关键词: 异位妊娠; 误诊

中图分类号: R713.8 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0073-02

异位妊娠是妇产科常见的急腹症, 发病急, 病情重, 若延误诊断和治疗可引起严重的后果, 甚至死亡。近年来, 异位妊娠的发病率有升高的趋势, 误诊也较高, 国外报道其误诊率可高达 53%, 误诊的病种达 15 种之多^[1]。国内综合 8 篇报道误诊率高达 4%~75%^[2,3]。我院 1995 年 1 月到 2001 年 12 月共收治异位妊娠 382 例, 误诊 169 例, 误诊率 44.2%, 现就其误诊原因进行分析, 报道如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象

7 年间在我院妇产科住院并手术的异位妊娠患者 382 例, 误诊 169 例(均在就诊的 30 min~8 h 内确诊并经手术治愈)为观察组, 误诊的疾病: 早孕 16 例、先兆流产 27 例、盆腔炎 31 例、胃肠炎 18 例、急性阑尾炎 51 例、卵巢囊肿蒂扭转 4 例、子宫肌瘤 8 例、宫内节育器副反应 7 例、胃穿孔 2 例、泌尿系结石 4 例。确诊的 213 例为对照组。两组在年龄、孕次、内出血量方面差异无显著性($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

回顾性资料分析方法。将观察组与对照组进行对比分析, 以找出误诊的原因。

1.3 统计学处理

采用 χ^2 检验。

2 结果

常见的误诊原因有以下几点。

2.1 对异位妊娠缺乏认识

通常, 异位妊娠患者往往以腹痛就诊, 故常常就诊于非专科, 主要是内外科, 而非专科医生常常考虑本科疾病较多, 见表 1。

表 1 观察组与对照组首诊科室比较

组别	例数	首诊于妇科	首诊于外科	首诊于内科
观察组	169	6(3.6%)	84(49.7%)	79(46.7%)
对照组	213	167(78.4%)	34(16.0%)	12(5.6%)

误诊的 169 例患者中, 首诊于内外科的 163 例占 96.4%。

而对照组中首诊于内外科的为 46 例占 21.6%, 两组比较差异有极显著性($P < 0.001$)。可见, 非专科医生对本病缺乏认识表达是造成误诊的主要原因。

2.2 病史不典型

观察组 51 例有停经史, 占 30.2%, 对照组中有 159 例有停经史, 占 74.7%。两组比较差异有极显著性($P < 0.001$)。可见, 病史不典型是误诊的另一原因, 详见表 2。

表 2 观察组与对照组病史对照

组别	例数	有停经史	无停经史, 有月经改变	无停经史, 无月经改变
观察组	169	51(30.2%)	114(67.5%)	4(2.4%)
对照组	213	159(74.7%)	49(23.0%)	5(2.3%)

2.3 过分依赖辅助检查

辅助检查受多种因素的影响, 有时会出现假阴性, 如后穹窿穿刺可因内出血量少, 盆腔粘连而出现呈阴性结果; B 超是最简单可行的辅助检查, 其结果与检查者的技术水平和 B 超的分辨率有关。观察组中 B 超诊断符合的 51 例占 30.2%, 对照组中 B 超诊断符合的 159 占 74.7%。两组比较差异有极显著性($P < 0.001$)。

2.4 对绝育手术后仍有可能发生异位妊娠认识不足

观察组中有 24 例置宫内节育器, 两例曾行输卵管结扎术。故认为带宫内节育器发生异位妊娠者较其它原因的异位妊娠发生率高出 6~10 倍。行输卵管结扎术者有 1/3 可发生异位妊娠^[3]。应引起重视。

3 讨论

3.1 提高认识, 详细询问病史

异位妊娠可发生在生育期的任何年龄, 发生部位广泛, 孕卵在不同部位发育时间长短不一, 病理过程不尽相同, 加上个体差异, 使其临床症状和体征上变化多样, 易与多种疾病相混淆。异位妊娠破裂出血可引起腹胀、恶心、呕吐。因血液刺激膈肌可引起上腹部疼痛, 肩胛部疼痛。血液积聚于子宫直肠陷凹, 可有腹泻及里急后重感, 肛门坠胀痛。直立

收稿日期: 2002-07-15

作者简介: 王振文(1964-), 女, 贵州毕节人, 主治医师。

时因血压低供血减少, 突然出现休克的多种表现。而这些临床症状并非异位妊娠的特殊表现。临床医生如果思维片面静止, 对本病缺乏警惕性, 极易造成误诊。这就要求临床医生要有深厚的理论基础, 较强的分析能力, 扎实的基本功。诊断思维上要追本溯源, 由表及里, 切忌先入为主, 不能拘泥于某种现象, 更不能一旦发现某种体征与主诉相吻合, 或能用其解释已有症状时即告满足, 不再探究。观察组中90%以上属于此种类型的误诊。故凡是生育期妇女有下列情况, 均应仔细询问病史全面查体, 并借助辅助检查确认或排除异位妊娠: 急性下腹痛伴或不伴有阴道流血者; 停经后腹痛; 腹痛伴不规则阴道流血者; 间隙性腹痛, 进行性贫血与盆腔包块形成者; 停经出血要求保胎者; 人流或药流术后腹痛; 输卵管结扎术后、宫内节育环后有妊娠表现者。

3.2 全面、认真分析各种辅助检查结果是避免走入误区是重要的一环

各种辅助检查各有其临床价值, 但受设备、检查者水平等因素的影响, 也有一定的局限性, 一定要结合临床综合分析判断。临床表现不典型者, 可以行HCG测定和(或)B超检查, HCG的动态观察更具有诊断价值。如HCG呈上升趋势,

上升幅度小为异位妊娠, 反之则为宫内妊娠; 如HCG逐渐下降, 根据下降幅度可以鉴别流产与异位妊娠。后者下降速度慢; 人流、药流前行B超检查可确定妊娠囊在宫内还是宫外。对疑有内出血者, 后穹窿穿刺简便易行。抽出不凝固的血或针头有暗红色的血凝块即可诊断异位妊娠。

3.3 药物流产和人工流产所排除的宫腔内容物应认真检查, 必要时送病检

对未见绒毛排除者, 应嘱患者随访, 动态观察HCG的变化, 以免漏诊异位妊娠, 延误病人的诊治。

临床医生只有对本病高度警惕, 正视对本病的误诊, 善于总结提高, 不断完善自己, 才能把误诊降到最低限度。

参考文献:

- [1] 范玲玲. 异位妊娠误诊的探讨[J]. 厦门大学学报: 自然科学版, 2002, 41(1): 133.
- [2] 高礼芳. 异位妊娠临床误诊26例分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11(2): 167.
- [3] 刘振华, 陈晓红. 误诊学[M]. 济南: 山东省科学技术出版社, 1993. 527~540.

(编辑 张恩健)

异丙酚静脉麻醉用于人工流产的临床观察

唐 微, 陈衬兴

(东莞市桥头医院妇产科, 广东 东莞 523523)

摘要:【目的】探讨异丙酚不同配伍药物用于人工流产术是否能减少用药剂量, 降低对呼吸循环的抑制。【方法】300例早孕妇女随机分为3组, 分别为异丙酚、异丙酚伍用麻黄碱、异丙酚伍用芬太尼静脉麻醉下行人工流产术。【结果】异丙酚伍用麻黄碱、芬太尼降低异丙酚的用量, 减轻异丙酚的副作用。【结论】异丙酚配伍麻黄碱、芬太尼可降低其用量, 减轻其副作用。是较单独用药更安全、更理想的人工流产麻醉方式。

关键词: 异丙酚; 芬太尼; 麻黄碱; 人工流产

中图分类号: R713.8 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0074-02

随着医疗事业的不断发展和医学模式的转变, 病人在医疗过程中要求得到更高质量的服务, 减轻病人在各类手术中的疼痛的成为医疗发展的趋势, 异丙酚静脉麻醉对于解决人工流产术中的疼痛已经得到医务人员和病人的认可, 我院在单纯异丙酚静脉麻醉基础上加用不同配伍药物以探讨最适宜的用药剂量, 现报道如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选择自愿要求到我院行人工流产而无并发症及手术禁忌症的早孕妇女, 共300例, 年龄在17~45岁, 体质量40~66 kg, 孕周42~63 d, 孕次1~4次, 产次0~3次, 随机分为3组, 每组各100例, 各组的年龄、体重、孕产次、孕周、差异无显著性($P > 0.05$)。

1.2 麻醉方法

受术者术前禁食6 h, 术中面罩给氧。A组: 单纯肘静脉

注入异丙酚3.0 mg/kg; B组: 肘静脉注入异丙酚2.5 mg/kg, 麻黄碱0.88 mg/kg为诱导; C组: 肘静脉注入异丙酚1.5 mg/kg, 芬太尼2.0 mg/kg为诱导。3组推药速度10 mL/min, 睫毛反射消失后开始手术。

1.3 观察指标

用药前后连续监测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度, 记录入睡时间、苏醒时间(呼之能应)、离院时间。

1.4 镇痛标准

参照曾静影1991年标准将疼痛效果分为3级^[1]: I级显效, 孕妇在术中完全无痛, 表现自如、安静。II级有效, 孕妇轻度腹痛, 牵拉感, 基本安静。III级无效, 孕妇感明显疼痛, 不安静, 大声呻吟。

1.5 统计方法

采用 χ^2 检验

2 结果

收稿日期: 2002-06-25

作者简介: 唐 微(1971-), 女, 贵州凯里人, 主治医师。