文章编号:1000-5404(2006)14-1543-02

个案与短篇

异位妊娠误诊的临床分析

张新芝 (贵州省水城矿业集团总医院,六盘水 553000)

异位妊娠虽有停经、腹痛、阴道流血三大主症为典型临床表现,但近几年随着发病率明显增加及各种绝育、避孕措施的广泛实施,其临床表现和体征也呈多样化而不典型,易与多种疾病混淆,据国内报道误诊率高达35.9%~67.9%[1],有的因误诊而误治,乃至造成患者死亡。现将我院1998年1月至2002年12月收治的202例异位妊娠中的39例误诊病例进行回顾性分析,探讨其误诊原因,以减少误诊的发生率。

1 资料与方法

1.1 异位妊娠的发病率与误诊率

1998年1月至2002年12月我院收治异位妊娠202例,同期孕产妇2 470例,发病率为8.2%。39例误诊患者包括院外29例,院内10例。本组的误诊病例是指首诊后超过24 h尚未明确诊断而行非异位妊娠治疗的患者(院内院外)。患者年龄17~45岁,其中20~35岁有33例,占84.62%。39例均经病理证实了诊断,其中院外误诊占总误诊病例的74.36%,院内急诊误诊占25.64%(含院内各分院)。误诊时间因病史各异而不同,最短4 d,最长40余天。

1.2 分析造成误诊的相关因素

患者临床症状不典型10例,占25.64%;辅助检查不支持的8例占20.51%。首诊医师询问病史不仔细不全面及临床考虑有偏差的36例,另外有3例患者因年龄偏小,隐瞒病史影响了临床诊断。

2 结果

临床表现仅有阴道流血而无腹痛及明显停经史,被误诊为流产、盆腔炎、功血而首先就诊中医科的16例,仅有腹痛表现而无明显阴道流血就诊外科的10例,就诊急诊科的8例,另有5例为三大主症不典型而就医妇产科的被误诊。辅助检查中尿HCG阴性5例;"B"超未见异位妊娠囊及盆腔异常的17例;子宫内膜的病理报告为增生期改变的12例;后穹隆穿刺未抽出不凝血者5例。所有病例中首诊医师未询问与异位妊娠有关病史者22例。

39例误诊病例均行手术探查,术中发现输卵管妊娠37例,占94.87%,其中流产型17例,破裂型20例,另卵巢妊娠及残角子宫妊娠破裂各1例,各占2.6%。根据术中情况及患者要求,分别行输卵管切除、患侧输卵管保守性手术、患侧附件切除及残角子宫切除术。术后均经病理证实诊断。39例中38例术后痊愈出院无并发症,1例因误诊时间长,失血性休克严重,术后2 h经抢救无效死亡。

3 讨论

3.1 误诊的危害性

异位妊娠是妇产科常见病,近些年来,其发病率有不断上升的趋势[2]。正如石一复教授所说的"如同外科的阑尾炎一样,异位妊娠既是最容易诊断,也是最难诊断的疾病"。可见该病的临床表现千差万别,易致误诊。一旦误诊,轻则使患者经受不必要的痛苦,重则延误救治时机,危及患者生命。本组有1例输卵管妊娠破裂误诊为贫血原因,考虑血液科疾患收治内科,延误了手术时间使腹腔内出血4 200 ml,导致重度失血性休克抢救无效于术后2 h死亡的教训值得高度重视。

3.2 异位妊娠误诊率高的原因

①由于异位妊娠可发生在生育期的任何年龄组,发病部位广泛,孕卵在不同部位发育时间长短不一,病理过程不尽相同,使其在临床表现与体征上不典型,易与多种疾病相混淆,因而发生误诊。国内有报道,误诊率高达36.9%~67.9%,我院收治的39例患者中院外误诊率高达74.36%,院内所属医疗机构急诊误诊率为25.64%。②医生忽略必要的病史及体检使得临床思维不恰当,考虑诊断出现偏差为其主要原因[3],本组误诊为先兆流血、功血等排首位,因该病在早期无明显症状时,首诊医师未予重视且未仔细做妇科内诊及"B"超检查,或误认为是早孕而行药流、人流或误为先兆流产盲目保胎。③有些患者因腹痛或流血就诊内、外或中医科,接诊医师忽视妇科病史的询问,对一些临床表现不做鉴别诊断,仅以本科的疾病表现做出解释,直到患者因腹腔内出血表现为休克时才想到请妇产科会诊而得以确诊。个别情况下,尤其未婚年轻女性故意隐瞒病史,也干扰了接诊医生的正常思维。④有些医师过分依赖辅助检查,如"B"超、尿HCG及诊刮的病理结果,尤以依赖"B"超为突出,本组"B"超误诊17例。"B"超有时受多种因素影响,因此,不能作为唯一的诊断依据。当"B"超提示盆腔未见异常和"盆腔炎性包块"时,不能即按功血和盆腔炎治疗,对其结果应充分结合临床、血HCG、诊刮病理等多项因素考虑,不可单凭哪一项做出诊断。

3.3 减少误诊的措施

提高首诊医师的技术水平和拓宽相关知识面,增强工作责任心,掌握科学的思维方法,减少误诊的发生。凡生育期妇女有以下情况,均应高度警惕,须仔细询问病史,全面查体,结合辅助检查,弄清是或排除异位妊娠:①急性下腹痛伴或不伴腹

作者简介:张新芝(1958-),女,山东省莱西市人,副主任医师,主要从事产科急重症的诊治方面的研究。电话:(0858)817953

收稿日期:2006-02-22;修回日期:2006-05-08

腔内出血者。②停经后腹痛。③腹痛伴不规则阴道流血。④腹痛伴贫血与盆腔包块形成者。⑤停经出血要求保胎或有妊娠征象"B"超宫内未见胎囊者。⑥人流或药物流产的内容物中未见确切绒毛或术后腹痛者。⑦有输卵管结扎史者,尤其是结扎年限较长者,出现下腹痛等症状时,更应首先排除异位妊娠。不可轻易认为结扎后不可能再患与妊娠有关的疾病。⑧对带环者如有妊娠表现的,也应先弄清是宫内还是宫外妊娠。有报道,IUD妇女的输卵管黏膜有大量白细胞浸润,可形成输卵管炎,使得临床上时常遇到带环异位妊娠的病例,值得妇产科医师注意。⑨对有过异位妊娠病史者,特别是经保守性处理治疗的,出现有关临床表现,更应注意重复异位妊娠的可能。总之,对于育龄期妇女以急性腹痛就诊者,无论是否婚配,有无停经史,是否采取避孕或绝育措施,均应首先考虑妇科急腹症,警惕异位妊娠的存在[4]。我院自开始对该病的重视研究后的2年多来,注重对一切可疑患者的仔细认真筛查,在收治的92例患者中,仅6例误诊,大大提高了诊断率,降低了误诊率,而且有5例患者是在异位妊娠未破裂时明确诊断的,减少了患者痛苦和损失。因此,临床医师应正视误诊,善于从教训中总结提高,且不断提高诊治水平,丰富临床经验,就可最大限度地降低和避免异位妊娠误诊的发生。

关键词:异位妊娠误诊;相关因素;措施

中图法分类号:R714.220.4 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 刘振华,陈晓红. 误诊学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1993: 95, 525, 528.

[2] 乐 杰. 妇产科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2004: 110-115.

[3] 张战地. 浅谈临床思维方法[J]. 临床误诊误治, 1997, 10(5): 263-264.

[4] 朱前勇,李 力,杨志玲,等. 血清孕酮早期诊断异位妊娠的前瞻性临床研究[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(15): 1395-1397.

(编辑 薛国文)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2006)14-1544-02

2组抗艾滋病病毒治疗方案疗效观察

王治伦,晏治碧,刘原杰,李廷荣,陈思源,黄成瑜,吴 苗,徐明华,姚世惠,肖文秀,华 欣 (重庆市传染病医院感染二科,重庆 400030)

我们对接受高效抗逆转录病毒治疗(highly active anti-retrovirus therapy,HAART)的艾滋病患者,以两组国产药为主的治疗方案实施治疗,随访患者治疗前后临床情况和实验室相关指标的变化,观察其临床疗效。

1 资料与方法

1.1 病例资料

1.1.1 病例来源 12例艾滋病患者系2003年12月至2005年6月在本院住院或门诊进行HAART的病例。其中男性6例,女性6例,年龄21~56岁,平均年龄36岁;感染途径:性传播6例,血液传播(静脉吸毒)4例,不清2例;感染时间3~8年。

1.1.2 诊断标准 12例艾滋病患者均经过省级疾病控制中心(CDC)免疫印迹试验确诊,按照美国CDC 1993年修订的HIV感染分类及艾滋病诊断标准,治疗前CD4$^+$T淋巴细胞计数为7~206个/μl(平均89个/μl),其中合并肺炎8例,口腔毒菌感染4例,食道寄菌感染1例,淋巴结核2例,乙型肝炎2例,丙型肝炎5例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方案 HAART采用三联抗病毒治疗,使用两个核苷类逆转录酶抑制剂(nucleoside reverse transcriptase inhibitors, NRTIs)联合一个非核苷类逆转录酶抑制剂(non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors, NNRTIs)的方案。NRTIs用国产(东北制药总厂)司他夫定(Didanosine, d4T)和去羟肌苷(Didanosine, ddI),NNRTIs用国产(上海迪赛诺)奈韦拉平(Nevirapine,NVP)或依非韦仑(Efavirenz, EFV,施多宁,默沙东制药公司),d4T/ddI/NVP为A组6例,d4T/ddI/EFV为B组6例。患者治疗前需作相关检查,治疗方案以每个患者的具体情况而定,原则是能选A组就不选B组。服药剂量:d4T 30 mg(体质量<60 kg)或40 mg(体质量>60 kg)2次/d;ddI 125 mg(体质量<60 kg)或200 mg(体质量>60 kg)2次/d(空腹);NVP 200 mg 1次/d,14 d后改为2次/d;EFV 600 mg 1次/d。

1.2.2 临床观察 患者服药后药物毒副作用,精神、食欲变化,并发感染情况。

1.2.3 实验室检查

1.2.3.1 血浆HIV RNA 采用德国Roche公司的荧光定量核酸检测仪和深圳匹基生物工程公司生产的HIV荧光定量检测试剂盒,严格按操作说明书要求进行检测,检测范围为5.0×10^2~1.0×10^5拷贝/ml。检测患者用药前,用药后1,3,6,12个月的血浆标本,结果换算成对数备用。

1.2.3.2 CD4$^+$T淋巴细胞计数 采用美国BD公司的

基金项目:重庆市医学科研资助项目(03-1-014)
Supported by the Scientific Research Foundation for Chongqing Medical Projects (03-1-014)

作者简介:王治伦(1957-),女,重庆市人,主任医师,主要从事艾滋病治疗与关怀方面的研究。电话:(023) 65387165

收稿日期:2005-07-21;修回日期:2006-02-17