

36 例异位妊娠误诊分析

★ 童晓青 (浙江省温岭市中医院 温岭 317500)

关键词:异位妊娠;误诊;分析

中图分类号:R 714.22 文献标识码:B

近年来异位妊娠的发生率逐渐增加。同时由于医疗水平的不断提高,异位妊娠的确诊率也相应提高。对于典型病例临床上诊断无困难,但症状及体征不明显的非典型病例易被忽视而造成诊断延误和误诊。为了提高异位妊娠的诊断准确率,将我院1998年1月~2007年12月收治误诊的病例(包括院外误诊)36例,作一回顾性分析,并对误诊原因及诊断上应注意的问题加以讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院自1998年1月~2007年12月共收治异位妊娠585例,误诊36例(6.2%)。36例中年龄18~46岁;已婚26例,未婚10例。

1.2 症状体征 36例中有停经史28例,腹痛34例,肛门坠胀18例,发热4例,休克6例,腹部压痛29例,反跳痛20例,腹肌紧张15例,腹部叩诊移动性浊音16例,附件包块9例,附件触诊不清2例,宫颈举痛23例,后穹窿饱满12例。

1.3 误诊疾病分类 36例中异位妊娠误诊为其它疾病32例,其中误诊为肠胃炎4例,早孕8例,月经不调6例,阑尾炎4例,先兆流产8例,盆腔炎2例。其它疾病误诊为异位妊娠4例,其中宫内早孕自然流产宫内血反流1例,宫内早早孕并卵巢小囊肿盆腔积液1例,急性出血性输卵管炎1例,原发病变为黄体破裂1例。

1.4 诊治情况 36例中均经手术确诊,病理检查32例证实输卵管妊娠,1例急性输卵管炎,1例为黄体破裂,1例卵巢黄体囊肿,另1例无标本。

2 讨论

2.1 误诊原因分析 (1)询问病史不仔细:尤其是

首诊于内、外科时,只重视消化系统的症状,而忽略了停经、阴道流血史,导致误诊。①误诊为肠胃炎4例,其中外院误诊我院妇科门诊确诊3例,本院误诊的1例就诊于内科。本院误诊患者剖宫产后5个月,阴道出血4~5天,量不多,患者及内科医生均以为月经,患者恶心呕吐腹泻腹胀2天,伴头晕头昏乏力入院内科1天,B超检查提示:腹腔内大量腹水。查血红蛋白56 g/L,急请妇科会诊而确诊。腹腔穿刺抽出不凝血4 ml,留置导尿行尿妊娠试验为“阳性”,予以急诊手术见腹腔内积血约2 500 ml,右侧输卵管壶腹部妊娠破裂。②误诊阑尾炎4例,其中3例外院误诊,入院前确诊手术,均为右侧壶腹部妊娠,其中2例流产型,1例破裂型;本院误诊1例,外科手术时发现异位妊娠行右侧输卵管切除。(2)患者隐瞒病史,某些患者坚决否认性生活史、停经史和近期内人工流产史。(3)对人工流产、药物流产的患者,术前和服药前未能做出正确的诊断,将异位妊娠误诊为早孕,8例均为外院误诊。其中2例人流术后第3天出现异位妊娠症状急诊入院;6例药物流产后第5~8天出现异位妊娠症状急诊入院手术。(4)没有充分利用辅助检查:误诊为月经不调6例。外院误诊5例中有2例入院时已休克,直送手术室,术中发现盆腔积血2 000~3 000 ml;本院误诊1例,因原有功血病史,经仔细询问病史及查血 β -HCG、彩超等确诊。误诊先兆流产8例,其中6例在外院经保胎治疗无效转入本院门诊而确诊;本院误诊2例。患者均有停经及阴道出血史,腹痛不明显经B超、血 β -HCG动态观察而确诊。5例为输卵管流产型,3例为破裂型。(5)没有做好鉴别诊断:急性盆

密骨胶囊治疗原发性骨质疏松症 76 例

★ 禹建春 诸葛天瑜 (浙江省台州市博爱医院 台州 318050)

摘要:目的:观察密骨胶囊对原发性骨质疏松症的疗效。方法:选择 76 例患者,给予密骨胶囊每次 4 粒,每日 3 次,30 天为一疗程,连服 3 疗程,治疗前后均检测骨密度(BMD)、血清骨钙素(BCP)、骨碱性磷酸酶(BALP)、空腹 2 小时尿钙与肌酐的比值(Ca/Cr),并评价症状改善情况。结果:患者临床症状疗效显著,骨密度较治疗前有明显增加,总有效率 92.1%;BCP、BALP 及 Ca/Cr 均较治疗前改善($P < 0.05$)。结论:密骨胶囊能较好改善患者临床症状,增加骨密度,改善血清骨钙素、骨碱性磷酸酶及空腹 2 小时尿钙与肌酐的比值。

关键词:密骨胶囊;骨质疏松症

中图分类号:R 289.5 **文献标识码:**B

密骨胶囊是根据我院孙捷教授数十年的经验方,由台州市股骨头坏死研究所、台州市博爱医院制剂室共同研制的纯中药制剂,具有温补肾阳、益肝补肾、强筋健骨的作用。用于各种股骨头坏死及骨质

疏松症、骨折中晚期患者。

近年来,我们运用我院制剂密骨胶囊治疗原发性骨质疏松症患者,效果显著,报道如下。

1 临床资料

盆腔炎和异位妊娠症状相似,如腹痛、阴道流血,妇科检查可发现宫颈举痛,附件包块,B 超检查可见附件包块和盆腔积液,但盆腔炎一般无停经史且盆腔积液量少,为炎症渗出,做后穹窿穿刺可抽出淡黄色或脓性液体,及血 β -HCG 检查阴性,可早期诊断。急性出血性输卵管炎,一般抽出液体为血性不凝,但稀薄、粘度低,且血 β -HCG 阴性;卵巢囊肿破裂、卵泡破裂、黄体破裂等征状体征均和异位妊娠相似,查尿妊娠试验、 β -HCG 阴性可排除异位妊娠。1 例宫内早孕自然流产宫内血反流患者,因停经 45 天,阴道出血 4 天,腹痛 2 小时急诊入院,查阴道少量血液,宫口闭宫颈举痛后穹窿饱满触痛,宫体及两附件均压痛,B 超提示:子宫正常大小,盆腔少量积液,尿妊娠试验阳性,作后穹窿穿刺抽出不凝血 2 ml,行急诊手术治疗见盆腔内血液约 200 ml,子宫及两侧输卵管未见明显病变,后来复查血 β -HCG 自然下降,考虑宫内血倒流所致。另 1 例停经 42 天,阴道少量出血 2 天,腹痛 1 小时。查 B 超提示(子宫正常大小,右侧附件区见 2 cm × 2 cm × 1 cm,大小囊肿,盆腔少量积液,尿妊娠试验阳性)。未作后穹窿穿刺行急诊手术,术后见盆腔淡黄色液体约 200 ml,子宫及两

侧输卵管无明显病变,右侧卵巢区见黄体小囊肿,这两例若不急于手术,保守治疗,动态观察可避免不必要手术。

2.2 减少误诊率,提高确诊率 (1) 提高对异位妊娠的警觉性,仔细询问病史,尤其对未婚或对闭经史有难言之隐的患者应耐心开导,单独询问,并使其和医生合作进行必要的检查和辅助检查。(2) 人工流产及药流的病例,手术及服药前应行 B 超检查明确宫内妊娠再给予手术及药物,并要仔细检查刮出物、排出物中有无绒毛,必要时送病理和行 B 超、血 β -HCG 检查。(3) 后穹窿穿刺术是诊断异位妊娠的重要手术段,简单易行,阳性率达 90% 以上,在基层医院尤为适用。(4) 借助辅助检查 B 超、血、尿 β -HCG 对异位妊娠的诊断有一定的意义,尤其在异位妊娠与急性出血性输卵管炎、卵巢破裂等疾病的鉴别诊断上具有重要意义。在异位妊娠诊断过程中,各种辅助检查方法均有临床价值,但也都有一定的误差,万不可轻易下结论。对诊断有困难的病例可行尿、血 β -HCG, B 超等动态观察,必要时腹腔镜检查,可得早期确认。

(收稿日期:2008-05-13)