

员的检测工作及其所提供的数据和信息,因此检验医学在计划生育服务技术中的重要性越来越明显。

3.2 计划生育技术服务机构中检验医学存在的问题

3.2.1 检验人员方面 从本次调查结果来看,服务机构中临床检验专业的人员较少,计划生育检验科的工作人员均存在人才缺乏和业务素质普遍低下的现象,即使某些老工作人员,具有丰富的实践经验,也存在基础理论薄弱,知识更新能力差,知识老化的现象,30%为兼职人员,出现这种现象可能与计划生育服务技术比较单一,临床检验服务的工作量比较少,另外对检验工作专业性的重视不够,认为技术比较简单,其他专业人员兼职即可完成此项工作,在这种情况下,对检验人员进行系统的专业培训就会有一定困难,因为一方面他们难以接受新的知识,另一方面由于兼职其他岗位人员可能在主观上也不愿意花费太多精力提高自身的检验专业素质。

3.2.2 仪器设备方面 为适应新形势下计划生育服务机构从单一的计划生育“四项”手术向生殖健康服务发展的需要,湖北省人口计生委根据实际情况对不同层次的计划生育技术服务机构配置了一定的仪器设备,但总的检验设备少于同级卫生部门。计划生育机构检验科受条件制约,普遍存在先进仪器较少,标本量少,仪器、试剂利用率低的现象。

3.2.3 实验质控方面 实验室质控是检验医学工作的核心,也是正确诊断的保证,目前计划生育技术服务机构的检验工作质量管理基本遵循一种经验式的管理模式,检验科室仅为完成一般性日常检验工作的要求而设定,检验人员知晓实验室质量控制术语的仅占 40%。无人参加实验室间的质量评估,计划生育服务机构也未进行过实验室质量评估的管理,检验科也没参加过医疗卫生机构的实验室质量评价活动,对检验工作缺乏规范的质量控制程序和评价指标,只能从临床医生和患者的投诉多少来做判断,因此现有的计划生育服务机构检验医学工作的质量管理存在一定的缺陷。

4 提高计划生育技术服务机构检验技能的建议

4.1 加强基础建设,加强领导重视,强化机构检验人员队伍培

养和建设,以及检验设备的配置,定期开展本专业的学术讲座,引进和推广新技术和新方法。

4.2 提升检验人员素质,检验人员素质的高低,直接影响着检验结果的客观性和准确性,也直接影响着服务的质量和水平,因此,需要加强检验人员专业知识和技能的培训,要重视检验人员的在职教育,要有规划,建立长期的培训机制,鼓励在职专业学历教育,上级医院进修、提高在职人员的理论知识水平。尽快培养医学检验专业的毕业生,使其具有良好的医德医风,扎实的理论基础,并热爱本专业,尽快了解临床与检验方面的实际问题;熟练掌握临床检验各学科的理论 and 各项基本操作技术;熟悉各种设备的性能、使用及维护;不断提高他们的职业素养。

4.3 计划生育机构检验科受条件制约,普遍存在先进仪器较少,标本量少,仪器、试剂利用率低的现象。作者以为,对于检验科未开展检测或者标本少的检验项目,可以通过加强计划生育机构检验科与本地三甲医院检验科之间的业务横向联系,由前者负责输送标本,后者进行检测,收入分成的方法来解决。既便于临床诊治,提高了检验结果的正确性,又节约了成本支。

4.4 建立实验室规范和管理制度,逐步建立一套符合计划生育技术服务机构工作实践的实验室管理质量控制体系,加强基层服务机构检验人员的技能培训和实验室质量控制与监督,同时也可以加强与医疗卫生机构部门的业务联系,借鉴成熟的管理方式,以计划生育服务机构实验室的检验质量和水平。

参考文献

- [1] 韩志芳. 医学检验技术在临床医学中的重要地位[J]. 中国教育与教学, 2007, 5(4): 44-45.
- [2] 速存梅, 叶汉风. 出生缺陷的预防[J]. 国外医学计划生育生殖健康分册, 2007, 26(6): 344-346.

(收稿日期: 2010-12-02)

异位妊娠的超声诊断及其临床意义

李 蕾(重庆市大渡口区第一人民医院超声科 400080)

【关键词】 异位妊娠; 超声诊断; 临床应用

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 07. 081 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)07-0895-02

受精卵种植在子宫体腔以外部位的妊娠,称为异位妊娠。随着盆腔炎症的增多,近年来国内外报道异位妊娠率有上升趋势,其发病率据国内统计,异位妊娠与总妊娠比例为 1: 50~1: 43。但由于诊断及治疗技术的进步,尤其是腔内超声的普及,为临床提供了早期诊治异位妊娠的新途径。本病发生在育龄妇女中,因孕卵种植位置的不同,可分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、宫颈妊娠、残角子宫妊娠、腹腔妊娠等^[1]。作者对本院 2001 年 4 月至 2010 年 5 月期间经超声诊断结合人绒毛膜促性腺激素(HCG)检测诊断的 183 例异位妊娠病例进行回顾性分析,旨在探讨超声对异位妊娠的临床诊断价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 183 例患者均为本院妇产科门诊及住院患者(包括急诊),年龄 16~45 岁,初产妇 31 例,经产妇 152 例。临床表现。(1)停经史:最短 34 d,最长 56 d,停经 40~50 d 患者

占多数,有 1/5 的患者无明显停经史;(2)不同程度的下腹疼痛;(3)少量不规则阴道出血,出血时间最短 1 d,最长 1 个月余。

1.2 超声检查方法 采用美国 GE-C3 超声诊断仪,腔内探头频率 5~10 MHz。排空膀胱,经阴道作纵切、横切、斜切检查,观察子宫和双侧附件及盆腔情况。对查出宫旁包块、盆腔积液而宫内未见孕囊、HCG 阳性者可作出诊断。

2 结 果

2.1 胎囊型 共 12 例,占 6.5%。本型可见以下两类。(1)输卵管间质部妊娠:共 8 例,占 4.3%。超声检查发现患侧附件区有一包块,内有一完好胎囊,通过胎囊纵切子宫时,可见胎囊似乎位于子宫底部浆膜下;通过胎囊横切子宫时,可见胎囊位于患侧宫角处(即患侧输卵管间质部),其中 5 例可看到胎芽及胎囊血管搏动。因均无输卵管破裂,故子宫直肠陷凹无积

血。(2)宫颈管妊娠:共 4 例,占 2.2%。超声检查发现宫颈管壁内有一完好的胎囊。

2.2 包块型 共 145 例,占 79.2%。为输卵管妊娠破裂或流产后,血液流出凝聚于输卵管及其伞端周围,形成输卵管周围血肿。由于反复大量出血,血液流向子宫后方、子宫直肠陷凹及腹腔,可形成子宫后及子宫直肠陷凹的血肿。声像图可表现为 3 型。(1)衰减包块型:共 27 例,占 14.7%。(2)混合包块型:共 106 例,占 57.9%。(3)实性包块型:共 12 例,占 27.4%。

2.3 漂浮型 共 26 例,占 14.2%。输卵管妊娠破裂,急性出血,可造成短时间急剧大量出血,声像图中可见子宫漂浮在大量血液中,子宫周围完全被液性暗区所包围,腹腔内可见大量血液^[2]。

术后病理诊断:输卵管妊娠流产型最多,共 105 例,占 57.3%;输卵管妊娠破裂型 67 例,占 36.6%;卵巢妊娠 6 例,占 3.4%;宫颈管妊娠 3 例,占 1.6%;残角子宫妊娠 1 例,占 0.5%;腹腔妊娠 1 例,占 0.5%。输卵管妊娠中,以输卵管壶腹部妊娠为多,输卵管峡部妊娠次之,其次为输卵管间质部妊娠,而输卵管伞部妊娠最少。

超声检查共 183 例,确诊 176 例,确诊率为 96.2%。误诊 7 例,误诊率为 3.8%。其中 4 例衰减包块型,实为卵巢炎性囊肿;3 例混合包块型,实为卵巢巧克力囊肿。该 7 例误诊患者中,自检尿 HCG 阳性者 6 例,到本院检尿 HCG 弱阳性者 1 例,故均为尿 HCG 假阳性者。

3 讨 论

异位妊娠是妇产科急症中常见的疾病,超声检查能直接显示,经阴道检查效果尤佳,主要表现为:(1)子宫旁混合性包块,其声像图随发病时间的长短、出血量多少和发生部位不同而异。未破裂型异位妊娠可见附件区内有完整孕囊,有时可见胎心搏动。(2)子宫大小正常或轻度增大。(3)子宫内膜呈蜕膜样变,内部回声增粗增强,但无孕囊及胚胎等回声。(4)子宫直肠陷凹、盆腔等可见液性暗区。超声检查是一种操作简单、迅速、无痛苦、无创性检查方法,诊断准确率高,在妇产科领域中应用广泛,在异位妊娠的诊断方面发挥主导作用。超声提示异位妊娠,首先应明确在宫内未见孕囊,而 HCG 检查是阳性者(多数患者有停经史或不规则阴道流血,少数患者自认为月经正常),即应考虑宫外孕的可能;阴道后穹窿穿刺阳性者,则异位妊娠的可能性更大,但异位妊娠包块未破裂时,后穹窿穿刺可为阴性。少数患者 HCG 阳性,超声检查未见宫内孕胎囊及宫外孕包块,定期复查,可见着床的宫内早孕胎囊。还有极少数异位妊娠患者可同时合并宫内孕,应给予必要的关注。

对 HCG 呈弱阳性者,行人工流产或药物流产之前最好作 B 超检查,了解受精卵是否到达宫腔着床,以免空吸,造成损伤及延误治疗。当异位妊娠时,受精卵着床在子宫外,不能形成最好的蜕膜反应,以抵抗滋养细胞的侵蚀,滋养细胞发育不全,合体滋养细胞合成 HCG 量显著减少,故血中 HCG 水平明显偏低,临床上可利用测定 HCG 水平偏低协助诊断早期宫外孕。结合超声检查,有助于及早发现未破裂型宫外孕,以便及时妥善处理。

人工流产中刮出物未见绒毛组织物时,除送病理检查外,

应及时进行 B 超检查或复查。如果碰到宫旁未见明显包块,又未见明显的输卵管时,发现盆底有液性暗区者,需警惕异位妊娠的可能。盆腔积液在超声上为游离液性暗区,经腹部超声不能检出少量积液及出血量,而经阴道超声则能查出少量积液。输卵管妊娠时,盆腔积液内均存在稀疏到密集的小光点,提示血性积液。

近年来,国内外均报道异位妊娠的发病率有上升趋势,而有人工流产史及经产史者发病率明显高于初产妇。一般认为是因为流产后或足月产后并发感染所致的盆腔炎症,使输卵管与周围组织发生粘连、扭曲,甚至宫腔狭窄或输卵管纤维化后蠕动功能下降,纤毛活动障碍和分泌减少,故使宫外孕发病率增高。随着计划生育的广泛开展,异位妊娠与宫内节育器之间的关系引起了普遍的关注。宫内节育器有增加盆腔感染的危险^[2],是宫外孕增多的原因之一。所以对 HCG 阳性或弱阳性、不规则阴道出血且有放置宫腔节育器或已行输卵管绝育术的患者,无论有无下腹痛,都应常规进行 B 超检查,警惕异位妊娠的可能。曹泽毅^[2]报道妇女带节育器妊娠则发生宫外孕概率为 2.9%~8.9%,而正常人群异位妊娠发生机会仅 0.85%。输卵管绝育术后如再通,形成瘘管,均有导致绝育失败而致异位妊娠的可能。

异位妊娠在临床上常有两种表现^[3]:一种是急腹症,另一种是稳定型,表现为阴道出血,无明显腹痛或腹痛不剧,对此类患者要高度警惕流产型异位妊娠或陈旧型异位妊娠,应常规进行 B 超检查。流产型异位妊娠在声像图上与破裂型异位妊娠较相似,而临床表现有时与陈旧型异位妊娠有所类同,故在诊断分型时应注意鉴别。陈旧型异位妊娠破裂时间较长,破口反复出血,孕囊内胚芽死亡自溶,并与出血块混杂成团,形成宫旁包块,内部回声杂乱,反射强度不一,边界增厚,并与子宫粘连,故超声诊断时应注意与盆腔炎症性包块、卵巢肿瘤等相鉴别,以免误诊。

综上所述,B 超应用于异位妊娠诊断具有很高的临床价值,其价值在于超声检查及时、方便、快捷,能使患者得以早期诊断及妥善处理^[4]。超声检查可根据声像图表现不同给予初步病理分型、帮助临床采取相应治疗措施。另外,超声检查无痛、无创伤、无损害,重复性好,患者容易接受,是异位妊娠早期诊断的重要手段。

参考文献

- [1] 王纯正,徐智章. 超声诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008. 431-436.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999,1315-1323.
- [3] 周永昌,郭万学. 超声医学[M]. 北京:科学技术文献出版社,1992,896-899.
- [4] 吴钟瑜. 实用妇产科超声诊断学[M]. 天津:天津科技翻译出版社,1991,161-162.

(收稿日期:2011-01-24)