

1 例;每天大便 6~10 次 11 例,每天大便少于 6 次 1 例,每天大便多于 10 次 1 例;自述曾以“慢性结肠炎”间断性治疗 10 例,其中 1 例述劳累后经常出现果冻样大便,偶有脓血便,病史长达 5 年之久,该患者体质较差,5 年内不同时间发病时症状差异大,有时患“细菌性肠炎”可能性大;大便镜检可见溶组织内阿米巴包囊 9 例,大便镜检可见溶组织内阿米巴包囊和滋养体 4 例;确诊之前,已经联合使用甲硝唑或替硝唑 12 例;确诊之后,单用甲硝唑或替硝唑治愈 11 例,联用左氧氟沙星、复方磺胺甲噁唑治愈各 1 例。结合上述 13 例误诊病例分析,导致临床误诊的原因主要表现在以下几方面。

### 1 患者的原因

1.1 由于患者临床表现不典型,间断性治疗后自觉症状缓解就忽视继续治疗,病原体未及及时彻底控制。

1.2 患者就诊时向医生提供的信息不完整、不准确。特别是大便的性状、颜色、有无脓血、有无腥臭味、迁延的病史和接受过不规范、不系统治疗等信息未能全面准确提供给主治医师。

1.3 患者送检的大便样本不典型、不足量、不及时。检查溶组织内阿米巴滋养体,应于排便后迅速送检,立即检查,冬季需采取保暖措施<sup>[3]</sup>。但现实工作中及时送检和保暖很少做到。

1.4 边远山区农民,由于路程远,认为进县城治疗腹泻大可不必,大部分患者选择在当地个体诊所治疗。

1.5 近年来,云阳县青壮年大都外出务工,家中常是老人和孩子,老人不可能长时间离家到县城检查和治疗;患者年老体弱,农活繁重,易过度疲劳,身体抵抗力下降导致溶组织内阿米巴感染。

1.6 农村卫生条件差,感染溶组织内阿米巴的机会大。

### 2 临床医生的原因

2.1 由于针对溶组织内阿米巴病有显著效果且价格低廉的药物,现在由溶组织内阿米巴感染导致严重腹泻致死病例很少发生,所以临床医生对长期有慢性腹泻的患者诊治警惕性不高。

2.2 临床医生对腹泻患者的大便性状没有引起足够重视。大部分医生对患者的大便性状不会亲眼目睹;或者对溶组织内阿米巴痢疾的大便性状认识不到位,与细菌性痢疾的大便性状混淆。

2.3 临床医生给腹泻患者常规性的使用甲硝唑等抗阿米巴、抗厌氧菌药物<sup>[4]</sup>,或多种抗菌物联合使用,患者数天后自觉症状缓解就及时出院,但临床医生没有完全认识患者生病的病原菌和治疗有效的因果关系。患者病情复发且接受不彻底治疗,如此反复,导致患者腹泻迁延不愈。

2.4 住院医生经验不足,对轻症患者未及及时请上级医师查房。部分科室对三级医师查房制度落实不到位。

### 3 检验技师的原因

3.1 近年来各类自动化设备的普及,医院对经济效益的过高追求,检验科内部对常规检查项目的质量管理工有明显的忽视。

3.2 检验科安排作常规检验的技术人员人数明显不足。他们为了赶速度而忽视质量;或者因标本积压,检验时间延长,致使溶组织内阿米巴滋养体失去活力。

3.3 近年来基层医院对临床检验工作中镜检项目教学工作不重视,对执业资格和独立操作时间把关不严,常安排低年资技师、进修生、实习生从事临床检验工作,他们对典型的溶组织内阿米巴滋养体和包囊常常不能识别。

3.4 检验技师缺乏基本的临床联系能力。对典型的酱色黏液便或酱色黏液脓血便认识不到位,难想到此类标本要着重检查是否有溶组织内阿米巴包囊和滋养体,更不易做到优先、及时检查此类大便标本。

3.5 部分低年资技师很难做到不耻下问。总有一些人不愿暴露自己在业务能力上的不足,宁愿放过不认识的非常有诊断价值的标本,也不愿向上级技师请教,同时也失去了自身提高的机会。更有甚者,上级技师在看到典型的溶组织内阿米巴滋养体和包囊,让大家在镜下观察学习时,他们也不会主动学习。

### 4 病原学特性的原因

4.1 溶组织内阿米巴病的潜伏期 2~26 d 不等,以 2 周多见。起病突然或隐匿,可呈暴发性或迁延性<sup>[1]</sup>。误诊患者多为隐匿、迁延性。

4.2 病情迁延的慢性病例,患者大便中多见 2 核或 4 核溶组织内阿米巴包囊,溶组织内阿米巴滋养体难见<sup>[5]</sup>。不少检验技师将溶组织内阿米巴包囊误认成白细胞或脓细胞。

### 参考文献

- [1] 李雍龙,管晓虹. 人体寄生虫学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2005:33-38.
- [2] 蒋雪花,杨龙,王娟. 药物保留灌肠治疗阿米巴痢疾 1 例[J]. 河北医学,2011,33(12):1919-1920.
- [3] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:302.
- [4] 谢立信. 诊疗常规[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1999:357-358.
- [5] 辜淑英,邱财丽,李佩贤. 溶组织内阿米巴致慢性腹痛腹泻 1 例[J]. 检验医学与临床,2010,7(8):765-766.

(收稿日期:2013-01-16 修回日期:2013-02-28)

## 城乡结合部适龄妇女宫颈癌及乳腺癌筛查结果分析

苗杰,王翠侠,海明颖,赵杰,祖建霞,李艳玲,徐晓云,王荣英(北京市朝阳区东风社区卫生服务中心,北京 100016)

【关键词】 宫颈癌; 乳腺癌; 筛查

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.093 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1629-02

宫颈癌、乳腺癌(以下简称“两癌”)筛查是指对适龄女性(35~59岁)进行免费检查,目的在于提高女性对疾病的重视程度和预防意识,降低疾病发病率。笔者 2012 年 4~5 月对辖区内适龄女性进行了两癌筛查,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 户籍在本辖区的 35~59 岁妇女,遵照全面动员、自愿参加的原则,按北京市“两癌”筛查常规进行筛查服务,宫颈癌和乳腺癌分别筛查 1 363 例和 1 411 例。

**1.2 方法** (1) 适龄妇女到辖区居委会领取并填写“自愿免费筛查三联卡”, 持卡到社区卫生服务中心进行筛查。(2) 工作人员查验、回收三联卡, 将受试者基本信息录入“北京市两癌筛查信息系统”, 填写“北京市适龄妇女两癌筛查个案记录卡”、“宫颈癌(乳腺癌)筛查反馈卡”和“两癌”知识问卷, 建立“筛查登记册”, 记录受试者姓名、身份证号、1 年内是否做过宫颈癌(乳腺癌)筛查及其结果等。(3) 宫颈癌筛查包括妇科检查、阴道镜检查 and 宫颈脱落细胞液基细胞学检查(TCT), 宫颈脱落细胞学诊断标准采用 TBS 系统。乳腺癌筛查采用乳腺手诊及乳腺彩超检查, 确诊采用钼靶 X 线检查。所有参加“两癌”筛查的技术人员均经北京市卫生局统一培训, 考核合格后持证上岗。(4) 乳腺癌筛查当日, 由工作人员填写“乳腺癌筛查反馈卡”, 交予受试者本人。宫颈癌筛查报告结果后, 电话通知受试者本人领取报告, 结果异常者由妇科医师给予详细解释, 并提供治疗方案和建议。“两癌”筛查发现的可疑病例由医院登记, 填写“两癌筛查可疑病例登记册”, 经受试者本人同意后转诊。(5) 严格按北京市《两癌筛查技术与管理手册》进行检查操作, 所对筛查项目进行严格质量控制, 结果由专家复核。(6) 采用国家统一的“两癌”信息系统软件进行资料录入与数据分析。

## 2 结果

**2.1 “两癌”知识知晓情况** 宫颈癌和乳腺癌知识知晓率为 5.13% 和 4.92%, 部分知晓率为 93.87% 和 94.87%, 不知晓率为 1.00% 和 0.29%。

**2.2 “两癌”筛查结果** (1) 宫颈癌筛查登记适龄女性 2 103 人次, 发卡 2 103 人次, 共筛查 1 363 例, 筛查率为 64.81%, 其中筛查正常者占 56.64%, 滴虫性阴道炎、假丝酵母菌性阴道炎、细菌性阴道炎及其他原因所致阴道炎的检出率分别为 1.03%、1.76%、9.24%、13.65%, 盆腔炎检出率为 0.29%, 子宫肌瘤检出率为 8.14%, 其他良性疾病(包括子宫内膜异位症、子宫腺肌疾病、子宫脱垂、生殖器官发育异常、慢性宫颈炎等)检出率为 15.63%; 检出宫颈癌可疑病例 18 例, 检出率为 1.32%, TBS 诊断为非典型鳞状上皮细胞 10 例、低度鳞状上皮内病变 8 例; 8 例可疑病例接受宫颈组织病理学检查, 结果为宫颈上皮内瘤变(CIN) I 级 5 例、CIN II 级 1 例、CIN III 级 2 例, CIN II、III 级患者均已行宫颈锥切术, 且切片病理学检查确诊宫颈浸润癌(宫颈癌 I b1 期) 1 例。(2) 乳腺癌筛查登记适龄女性 2 151 人次, 发卡 2 151 人次, 共筛查 1 411 例, 筛查率 65.60%, 其中筛查正常者占 25.16%, 乳腺增生、乳腺纤维腺瘤检出率为 74.41% 和 0.42%; 检出乳腺癌可疑病例 54 例, 检出率为 3.83%, 钼靶 X 线检查检出乳腺影像报告数据系统(BI-RADS) 3 级 6 例, 建议半年或一年复诊检查, 检出 BI-RADS 4 级 2 例, 经病理学检查确诊为乳腺增生。

## 3 讨论

**3.1 总体筛查情况** 本次筛查中, 乳腺癌筛查率略高于宫颈癌, 可能与乳腺癌检查项目少、检查方便有关。“两癌”筛查率均在 65% 左右, 低于之前报道的北京城区筛查率<sup>[1]</sup>, 可能与本地区属于城乡结合部, 多数居民为拆迁户, 部分户籍在本辖区的居民未在辖区内居住, 导致部分居民未能及时参加筛查。本辖区内居民学历普遍不高, 健康意识不足, 适龄女性的“两癌”知识知晓率很低, 90% 以上为部分知晓。对“两癌”筛查的知晓及意愿调查报道显示, 知晓筛查信息者比不知晓者更愿意接受筛查, 获知信息有助于提高筛查率<sup>[2]</sup>。因此应加大筛查工作管理力度, 加强健康教育宣传, 提高妇女的健康保健意识, 使其自觉定期筛查, 提高筛查率, 降低“两癌”及其他常见病的发病率。

**3.2 宫颈癌筛查情况** CIN 是与宫颈癌密切相关的一组癌前病变, 反映宫颈癌发生发展中的连续过程<sup>[3]</sup>。本次筛查检出宫

颈癌可疑病例 18 例, 其中 CIN II、III 级患者宫颈切片病理检查确诊宫颈浸润癌 1 例, 已接受治疗。本次筛查结果说明宫颈癌筛查具有重要意义, 有助于宫颈癌和癌前病变的早发现、早诊断、早治疗, 也有助于节约医疗成本。宫颈癌的发生是渐变的过程, 从不典型增生进展到宫颈癌约需 10 年左右<sup>[4]</sup>, 因此女性应定期检查, 及时发现癌前病变并采取相应治疗措施。

**3.3 乳腺癌筛查情况** 乳腺癌位发率较高、侵袭性较强, 严重威胁女性生命健康<sup>[5]</sup>。本次筛查中, 乳腺癌检出率为 2.51%, 高于北京市城区同期水平(0.03%)<sup>[6]</sup>, 可能与辖区内居民健康意识薄弱有关。54 例高危人群钼靶 X 线检查, 检出 BI-RADS 3 级 6 例, 可能为良性, 需短期随访, 半年或 1 年后复诊; 检出 BI-RADS 4 级 2 例, 可疑恶性, 病理学检查确诊为乳腺增生。乳腺癌筛查可及早发现高危人群, 有助于保证妇女健康, 提高妇女对健康的关注度, 是降低其病死率的有效方法。

**3.4 妇科及乳腺常见疾病筛查** 妇科疾病发病率以阴道炎占首位<sup>[7-8]</sup>。本研究中检出率由高到低依次为阴道炎、其他良性疾病、子宫肌瘤, 均高于之前报道的北京城区检出率<sup>[1]</sup>, 提示本辖区妇科疾病发病率较高。上述疾病与妇女生理条件、性生活卫生状况、刮宫及分娩等密切相关, 说明应进一步普及卫生保健知识教育<sup>[7]</sup>。本次筛查中乳腺疾病检出率为 74.87%, 以乳腺增生检出率最高(74.41%), 远高于之前报道的北京城区和郊区检出率<sup>[1-2]</sup>, 提示本社区应提高对乳腺患的重视程度。

**3.5 社区预防“两癌”策略** 本次筛查结果说明城乡结合部适龄妇女生殖健康状况不容乐观。筛查只是手段, 预防及保健才是根本。改变不良生活方式、定时进行检查有助于疾病的预防<sup>[9]</sup>。因此, 对适龄妇女进行肿瘤防治健康教育及检查十分重要。应充分发挥社区卫生服务的优势, 建立有效的工作模式, 进行形式多样的健康教育, 增强妇女的健康意识, 积极调整心理状态, 形成健康的生活方式, 同时提高其对“两癌”筛查工作的认知程度, 使其认识到筛查对提高女性健康水平的重要性, 提高其参与定期体检的积极性和主动性。

## 参考文献

- [1] 田永峰, 张蓉, 王卫. 社区适龄妇女两癌筛查结果分析及预防对策[J]. 中国热带医学, 2011, 11(8): 964-965.
- [2] 游川, 陶曼枫. 妇女对乳腺癌、宫颈癌筛查的知晓及意愿调查[J]. 中国妇幼健康研究, 2010, 21(3): 296-297.
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 261.
- [4] Ho GY, Bierman R, Beardley L, et al. Nature history of cervicalvaginal papillomavirus infection in young women [J]. N Engl J Med, 1998, 338(7): 423-428.
- [5] 武林秋, 曾晓琴, 李萍, 等. 妇女病普查疾病谱变化规律的探讨[J]. 中国妇幼保健, 2004, 19(12): 56-57.
- [6] 齐庆青, 韩历丽, 董翠英, 等. 北京地区适龄妇女两癌筛查的做法及体会[J]. 中国医院管理杂志, 2010, 26(10): 787.
- [7] 徐惠明. 5102 例妇女病普查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(22): 398-399.
- [8] 铁丽萍. 北京市朝阳区 3569 例常见妇科疾病筛查结果的分析[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(6): 817-818.
- [9] 郑春红. 两癌筛查中宫颈癌筛查结果分析[J]. 中国临床医生, 2010, 49(11): 39-40.