

文章编号: 1005 - 2216 (2007) 01 - 0003 - 02

重视妇科肿瘤的规范诊治

丰有吉

中图分类号: R71 文献标志码: A

“无论何时,无论何地,无论何人,无论怎样强调重视医疗规范诊治,都不为过!”在当前医疗实践中,重视、遵循《医疗规范诊治》,至少有两大作用。

1 提高医疗质量,促进妇科肿瘤学科发展

与其他学科一样,《妇科恶性肿瘤规范诊治》是无数前辈们医疗实践经验的精华,尤其是近年来经过循证医学论证而取得的结果,则更是当前医疗实践的指南。

回顾近 50年来,我国《妇科恶性肿瘤规范诊治》的制订,似可分为 3个阶段:初期阶段(20世纪 80年代前)、前期阶段(20世纪 80~90年代)及近期阶段(2000年后)。在初期阶段,《妇科恶性肿瘤诊治常规》的制定多基于自己单位的经验,在制定各单位诊治常规时,其内涵会受到许多因素的影响。例如,当时的社会状态、经济发展状况以及区域文化的作用都会影响各单位《妇科恶性肿瘤诊治常规》的质量。我国各地发展极不均衡,城市与农村之间、大都市与小城镇之间及内地与沿海之间,无论在经济抑或文化方面,差异极大;再因信息交流的闭塞,故各地制定的《妇科恶性肿瘤诊治常规》存在明显的不均衡性。诊断标准的不一致及疗效评估的差异,使得各单位间、各区域间难以达成较为统一的认识。在前期阶段,中华妇产科学会妇科肿瘤学组的成立打破了各单位间、各区域间的“围墙”。每年中华妇产科学会组织的学术讨论、经验交流等活动促进了各地妇科肿瘤学科的发展。使各单位制订《妇科恶性肿瘤诊治常规》的学术水平有了明显的提高。1997年国内制订的《妇科恶性肿瘤规范诊治》,使各地对妇科恶性肿瘤诊治的认识趋于统一,其内涵更接近国际水准。在近期阶段,自 2000年中华妇产科学会加入国际妇产科联盟(简称 FIGO)后,妇科肿瘤的诊断采用了 FIGO 的标准。虽然在治疗方面远没有象诊断那样融入国际潮流,但国际化的观念已逐步为众人接受或正以中西特色兼顾的方式应用于临床。

《妇科恶性肿瘤规范诊治》不是一成不变的。随着社

会的发展、经济文化的发展,人们对医学有了进一步的认识和要求,许多先期不为人知的问题逐步得到认识,一些以往公认的知识得到新的解释。例如,2000年 8月 FIGO 妇科肿瘤委员会对以往的分期标准进行了修改,临床治疗有了一些新的观点和建设,制订了《妇癌分期和临床实践指南》。首先,该标准是建立在各种各样最有力证据的基础上,对《妇癌分期和临床实践指南》中的一些措施标明证据分级,供遵循者参考。其次,一些新的观点成为《妇癌分期和临床实践指南》中的内容。例如,“对子宫内膜癌一般病例,没有必要切除阴道穹窿,切除宫旁组织的益处不大。”;“低危子宫内膜癌(分化好和肌层浸润 $< 1/2$)的淋巴结阳性率 $< 5\%$,不需行全面的手术分期。等等,可避免手术范围过大,减少手术并发症的几率。国际妇科肿瘤协会指南委员会主席 Neville Hacker 指出:“应该正视的是,这些指南可能在 3年或更短的时期内就需要修订,特别是在获得标志性临床试验结果的时候。”

然而,我们也不能全部照搬、照抄 FIGO 制定的《妇癌分期和临床实践指南》。尽管近 20年来,我国社会、经济、文化发展迅速,但我国还是一个发展中国家,区域发展快慢差别很大。如果全部遵循 FIGO 的诊疗指南,则将会给有些地区的医务人员带来很大的麻烦。例如,FIGO《妇癌分期和临床实践指南》中,卵巢上皮性癌的化疗采用泰素和卡铂的联合方案。这个治疗方案对国内有些地区是适用的,而对有些西部地区则不适用。价格昂贵的泰素不是我国人人都用得起的。因此,我国的《妇科恶性肿瘤规范诊治》应是“中西兼顾”、“贫富可用”的指南。

总之,社会的变化推动了医学的发展,医学的发展又促进了更科学、更具人性化的《医疗规范诊治》问世;《医疗规范诊治》则可提高医疗质量,促进学科发展。

2 保护了患者和医疗机构及其医务人员的合法权益

凡曾作为医疗诉讼的鉴定专家抑或被告都会面临两个基本问题:(1)患者的损害结果是否与医疗行为有因果关系。(2)医疗单位的医疗行为是否遵循《医疗规范诊治》。是否遵循《医疗规范诊治》是判断医疗事故的要点。2002年 4月 4日国务院公布的《医疗事故处理条例》中明确指

作者单位:复旦大学附属妇产科医院,上海 200011

E-mail: fengyj4806@sohu.com

出:医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中,因违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规,过失造成患者人身损害的事故。

“举证责任倒置”是我国因医疗行为侵权的诉讼中,实行举证方式上的改革,是公平公正解决医疗诉讼案件的需要。医疗机构及其医务人员如果要免除自己承担的责任,就要证明在医疗过程中不存在医疗过错,要证明所采取的诊疗措施都是遵循《医疗规范诊治》的。回顾分析笔者单位近 3年来发生的医疗事故,没有一起不存在违反诊治规范的医疗行为。往往一些错误的诊治步骤的“省略”或“疏忽”或掌握规范诊治不全,从而导致不可挽回的损失,而受害最重的则是患者。例如,《医疗规范诊治》中规定“患者手术前要做心电图检查”,而主治医师“疏忽”了这一点,术后患者发生心力衰竭,鉴定专家就会判为医疗事故,尽管患者心脏有潜在的疾患。又如,一位胰岛素控制良好的糖尿病孕妇在其孕 36周时就诊,而门诊医师因孕妇“情况良

好”,未让孕妇入院,仅嘱其在门诊随访,结果孕妇在 38周时感“胎动消失”就诊,院方拟“胎儿窘迫”立即行剖宫术,终因胎儿窘迫时间过长,新生儿死亡。鉴定专家在评审时指出:“1999年《上海市妇产科诊疗常规》规定‘胰岛素控制良好的糖尿病孕妇,孕 36周入院,孕 38周分娩’。门诊医师违反了常规,故定为医疗事故”。

因此,在平时的医疗实践中,就要严格遵循《医疗规范诊治》。遵循《医疗规范诊治》,既可使患者得到一定时期内被公认的适当诊治,避免损害;又可维护医疗机构及其医务人员的权利,维护医疗秩序、保障医疗安全、促进学科发展。

要成为一名合格的医师,更好地为患者服务,有必要在学习业务、掌握业务的同时,也要学习、掌握与医学有关的各种法律及规章(也包括遵循《医疗规范诊治》这一行为)。

(2006 - 10 - 11收稿)

教训分析

足月妊娠并发大动脉炎死亡 1例

刘素巧^a, 韩翠欣^a, 王颖^b

患者 31岁。孕 39周,第二胎。因情绪激动后剑突下疼痛 2h,于 2005-12-25上午入急诊科。查体:体温 36.8,脉搏 86/min,呼吸 20/min,血压 100/65mmHg (1mmHg = 0.133kPa),心肺听诊无异常,腹软,剑突下略有压痛。产科检查无异常,留院观察期间患者偶有呕吐,伴大汗淋漓,吐后疼痛略缓解。查血、尿常规、血淀粉酶及心电图无明显异常,胎儿超声无异常。给予对症治疗,疼痛无明显缓解。于入院 17h,患者疼痛剧烈,突然死亡,经检查已排除羊水栓塞。猝死原因待查:肺栓塞? 主动脉夹层破裂? 经家属同意行尸检:右胸腔抽出血性液体 1300mL,右肺萎缩,右胸腔后壁有一 27cm ×18cm ×6cm 凝血块,右侧肺门下纵隔向右侧胸腔有一破口,圆形,直径 3.5cm,左侧胸腔有少量淡红色液体,于主动脉弓血管下壁有一 1.0cm ×0.3cm 破口,该破口与主动脉周围血肿相通,破口、纵隔广泛出血,纵隔血肿向右侧胸腔破裂。子宫内羊膜腔完整,女胎无畸形。尸检诊断:主动脉破裂大出血致急性循环衰竭死亡。病理报告:主动脉内膜局部增厚,有炎细胞浸润,主动脉外侧有大量出血,主动脉壁外侧局部有炎细胞浸润。病理诊断:大动脉炎。

讨论:特发性大动脉炎是一种主要累及主动脉及其主要分支的慢性、进行性、且常为闭塞性的炎症,又称大动脉炎, Takayasu病,无脉症及缩窄性主动脉炎。病因不十分清楚,一般认为与自身免疫反应、遗传、雌激素和感染有密切关系。女性多发,年龄平均约 22岁,病程平均 2~3年。分析本病误诊的原因有以下几点:(1)本病少见,此患者缺乏血管狭窄或缺血所致的症状和体征,这与病变部位较特殊有关。(2)对胸腹交界部位剧烈疼痛不缓解的患者,医生没有考虑到主动脉夹层的形成,而仅仅考虑胃、胰腺等病变,这是误诊的最主要原因。而且患者既往的“胃痛”病史也限制了医生的诊断思路。(3)因患者饮食而推迟消化系统超声检查以及因顾虑 X线对胎儿的影响而未及时行 CT 等检查,均不利于诊断。从该病例应汲取教训:(1)做好育龄妇女孕期保健,此病人缺乏正规孕检,资料不详,不利于了解孕期情况。(2)对疾病的认识思路要拓宽,应认识到正常妊娠晚期或产褥早期,由于血容量和雌、孕激素的变化可并发主动脉夹层,从而引起相应部位疼痛。(3)建议在妊娠期胸腹痛的鉴别诊断中,应考虑存在主动脉疾病如主动脉炎的可能,妇产科医师应加强对此病的认识,以免漏诊。(4)年轻医师对诊断不明确的疾病要及时请教上级医师。对此患者,如果及早行超声心动图、螺旋 CT、MR I 等检查,或许能挽救母婴生命。

(2006 - 08 - 20收稿 2006 - 10 - 15修回)

作者单位:石家庄市第二医院 a 妇产科, b 急诊科,河北 石家庄 050051

E-mail: suqiaoliu68@yahoo.com.cn