

# 联合应用腹部 B 超和阴道 B 超诊断妇产科急腹症的效果分析

左仲杰

无锡虹桥医院, 江苏 无锡 214028

**摘要:** 目的: 探讨对妇产科急腹症患者实施腹部 B 超联合阴道 B 超的临床诊断价值。方法: 2018 年 2 月-2019 年 4 月, 总计 70 例, 均为我院妇产科收治的急腹症患者, 对所有患者开展临床诊断工作, 分别予以腹部 B 超、阴道 B 超以及联合诊断, 按照手术病理结果分析不同诊断方式的诊断价值。结果: 确诊率: 阴道 B 超与联合诊断分别为 87.14%、95.71% 均高于腹部 B 超的 71.43%, 具有显著差异 ( $P < 0.05$ ); 联合诊断略高于阴道 B 超, 但无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 腹部与阴道 B 超诊断方式互有优劣, 通过两种诊断方式的联合应用可显著提高妇产科急腹症确诊率, 准确判断病灶范围, 便于后续治疗。同时为提高诊断准确性还需临床医师仔细地询问患者病史, 结合实验室检查结果与临床症状进行综合分析。  
**关键词:** 妇产科; 急腹症; 腹部 B 超; 阴道 B 超; 联合诊断

急腹症作为临床上较为常见的妇产科疾病, 该病在临床上具有病情进展快、起病急、明显畸形下腹疼痛以及病情凶险等特点, 若未对患者开展及时有效治疗或治疗无效则会对其生命安全造成威胁<sup>[1]</sup>。致病原因主要是为女性的盆腔、腹腔、腹膜后组织等出现急剧生理病理变化, 因而一旦患者突然发病, 则会出现剧烈疼痛, 表现为子宫穿孔、输卵管炎、卵巢黄体囊肿破裂以及异位妊娠等。现阶段, 对于该病主要采取的是腹部或者阴道 B 超, 因其操作简单、无创且具有重复性而得到临床广泛应用。基于此, 本文通过我院妇产科收治的 70 例急腹症患者临床检查, 比较不同诊断方式的应用价值。总结如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

时间 2018 年 2 月-2019 年 4 月, 总计 70 例。已婚 52 例患者, 未婚 18 例患者; 年龄处于 22-49 之间, 平均年龄为 (38.77±6.02) 岁; 腹痛至就诊时间在 0.5-24h 之间, 平均腹痛至就诊时间为 (16.48±3.02) h; 急性盆腔炎 23 例, 异位妊娠 32 例, 宫颈粘连 15 例。纳入标准<sup>[2]</sup>: ①所有患者均经手术探查或病理学检查确诊为急腹症; ②在入院时均伴有不同程度的停经、痉挛、发烧呕吐、下腹疼痛以及阴道流血等; ③所有患者及其家属均知晓本次研究, 签署知情同意书。

### 1.2 诊断方法

#### 1.2.1 腹部 B 超

检查前督促患者在短时间内大量饮水, 确保膀胱充盈, 检查人员在确认超声探头频率恰当后便可开始检查。取仰卧位, 检查人员手持超声探头于患者的下腹部实施扫描, 扫描方向为横向、纵向及斜向。对患者盆腔区域进行仔细观察, 观察的内容主要为是否伴有异常回声、包块、囊肿或者积液等<sup>[3]</sup>。

#### 1.2.3 阴道 B 超

检查前患者需排空膀胱, 检查人员在确认超声探头频率恰当后便可开始检查。取侧卧位, 检测人员取一只避孕套, 并于避孕套及阴道探头顶端分别涂抹适量耦合剂后, 将避孕套套上探头后伸入患者阴道实施检查。扫描方式与观察内容与腹部 B 超一致。

#### 1.2.4 联合诊断

若在阴道检查过程中发现患者存在大范围的病变情况, 则需对重新予以腹部 B 超检查。

### 1.3 观察指标

以手术病理结果为金标准比较不同诊断方式诊断结果。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计学软件包对所获得的研究数据进行分析, 其中针对计量指标以  $n, (%)$  形式展开, 并对组间结果

采取卡方检验; 计数指标则予以  $\bar{x} \pm s$  进行表示, 组间结果采取  $t$  值进行检验。当  $P < 0.05$  时则表明其具有统计学意义。

## 2 结果

确诊率: 阴道 B 超与联合诊断分别为 87.14%、95.71% 均高于腹部 B 超的 71.43%, 具有统计学差异 ( $\chi^2=8.1014, 16.2931, P < 0.05$ ); 阴道 B 超略高于腹部 B 超, 但差异无统计学意义 ( $\chi^2=1.8667, P=0.1719$ )。见表 1。

表 1 三种诊断方式诊断结果对比

类型	例数	腹部 B 超			阴道 B 超			联合诊断		
		确诊	误诊	漏诊	确诊	误诊	漏诊	确诊	误诊	漏诊
急性盆腔炎	13	9	2	2	11	2	0	12	0	1
异位妊娠	42	30	8	4	33	6	3	41	1	0
宫颈粘连	15	10	4	1	12	2	1	14	1	0
总计	70	49 (70.00)	14 (20.00)	7 (10.00)	56 (80.00)	10 (14.28)	4 (5.71)	67 (95.71)	2 (2.86)	1 (1.43)

## 3 讨论

随着社会发展和个人生活节奏和方式的改变, 我国妇产科急腹症患病率仍未呈现下降趋势, 这对女性人群生活质量造成严重威胁, 因而需采用 B 超对其加强临床筛查。对患者脏器形态与组织结构变化进行仔细探查, 从而对疾病位置进行判定, 进而为临床诊疗提供信息。在临床上采用腹部 B 超得到较为广泛的应用, 且因该诊断方式具有较大的扫描范围, 因而可准确判断患者病变体积与盆腔包块, 但诊断结果准确性容易受到多种因素的制约, 从而导致声像图不清晰, 误诊率及漏诊率高。例如因患者腹部脂肪过多、膀胱充盈不够充分, 或者因患者肠腔内气体导致的多重反射等原因。而阴道 B 超不会过多受到患者肠腔气体或者腹部脂肪层的影响, 具有较高的诊断准确性, 且在检查前患者无需憋尿, 检查简便。同时其采用的是高频探头, 在诊断的过程中能够更加接近于患者检查部位或检查组织, 且不会受到肠气影响, 因而具有更为清晰的声像图<sup>[5]</sup>。但阴道检查的扫描范围比腹部 B 超小, 扫描范围局限, 因而容易出现漏诊或误诊。所以超声能对子宫大小、形态、宫旁是否存在异常以及内部回声等状况进行直接观察, 从而能够为造成急性腹痛的病因与部位提供准确信息, 有助于临床诊断工作。但需要注意的是, 因超声图像属于非特异性, 为避免误诊及漏诊的发生, 还需要结合患者的体格检查与其他相关资料进行综合分析。本次研究中确诊率: 阴道 B 超与联合诊断分别为 87.14%、95.71% 均高于腹部 B 超的 71.43%, 具有统计学差异 ( $\chi^2=8.1014, 16.2931, P < 0.05$ ); 联合诊断确诊率略高于阴道 B 超, 但差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。这表明, 联合诊断的准确率更高, 因此

为更好地对急腹症患者予以早期控制及疾病判断,降低误诊率与漏诊率,就需要联合腹部B超与阴道B超,同时临床医师还需在诊疗中仔细地询问患者病史,结合实验室检查结果与临床症状进行综合分析,从而提高超声诊断准确性。实现其安全、无痛及快速检测,为临床诊治提供准确依据。

综上所述,腹部与阴道B超诊断方式互有优劣,通过两种诊断方式的联合应用可显著提高妇产科急腹症确诊率,准确判断病灶范围,便于后续治疗。值得大量临床推广。

#### 参考文献

- [1]张丽. 探讨和评价腹部B超联合阴道B超诊断妇产科急腹症的应用价值[J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2(23):57-58.
- [2]袁岚, 陈莎珠, 李淑雯, 等. 阴道B超诊断妇产科急腹症的效果分析[J]. 中国医药科学, 2018, 8(13):158-160.
- [3]毕云丽. 腹部B超联合阴道B超对妇产科急腹症的诊断价值分析[J]. 中国社区医师, 2017, 33(12):89-90.