

(1)病毒感染:发病前 2 周内常有上呼吸道或胃肠道感染史,目前发现与 F1D 可能相关的病毒有疱疹病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒、EB 病毒等^[5,6,8-9]。同样,本文 2 例在发病前 1⁺ 周均有上呼吸道感染史,其中 1 例有发热,1 例 EB 病毒抗体 IgG 阳性。

(2)遗传易感性:HLA II 类抗原可能与 F1D 的发生有关^[1,2,10],但与经典 1 型糖尿病有着不同的易感位点^[7]。(3)自身免疫:免疫机制是否参与,目前有很大争议。最初 Imagawa 等^[2]报道 11 例 F1D 患者胰岛自身抗体均阴性,认为该病与自身免疫无关,而其随后的调查发现约 4.8% 的 F1D 患者 GAD-Ab 阳性,但滴度低、持续时间短^[1,3],同样,本文例 2 在发病时 GAD-Ab 也曾弱阳性,但 4 月后复查转为阴性;Imagawa 等^[2]对 3 例 F1D 患者尸检发现胰腺外分泌组织有 T 淋巴细胞浸润;Kotani 等^[11]在 F1D 患者外周血中发现细胞免疫异常。

是否及时正确的诊治对 F1D 患者预后至关重要,一旦明确诊断应积极治疗,并发酮症酸中毒者应积极抢救。长期的血糖控制,应予胰岛素完全替代,并维持终生,可用速(短)效胰岛素联合中长效胰岛素每日多次皮下注射,或用胰岛素泵治疗。Imagawa 等^[2]报道 11 例 F1D 患者起病 1 年内胰岛素的平均剂量为 $0.61 \text{ U} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,较经典 1 型糖尿病 $0.43 \text{ U} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 明显升高。Tanaka 等^[12]报道 F1D 患者起病 1 年和 2 年后的 C 肽值与发病时比较无明显改善,且比经典 1 型糖尿病更低,提示 β 细胞完全不可逆破坏。Murase 等^[13]对 F1D 患者进行了 5 年随访,结果表明其低血糖及微血管并发症的发生率均明显高于经典 1 型糖尿病。同样,本文 2 例随访中监测 β 细胞功能未见恢复,胰岛素剂量较发病时增加,均达 $0.70 \text{ U} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 以上,未出现“蜜月期”,血糖控制不佳,反复发生酮症,且经常低血糖,复查 HbA1c 均较发病时升高(分别为 $5.5\% \rightarrow 9.0\%$ 和 $6.0\% \rightarrow 8.4\%$),其中 1 例发病 1 年后可能出现糖尿病周围神经病变。

总之,F1D 进展迅速,若早期未及时发现正确的诊治,病死率高,因胰岛功能极差,与经典 1 型糖尿病相比,其需要胰岛素剂量更多,长期的血糖控制难度更大,低血糖和急性并发症的发生率更高,慢性并发症可能出现更早,远期预后较差,而胰岛素泵可能有助于减轻血糖波动,减少低血糖,提高血糖控制水平,延缓慢性并发症^[4]。

参考文献:

- [1] Hanafusa T, Imagawa A. Fulminant type 1 diabetes: a novel clinical entity requiring special attention by all medical practitioners[J]. Nat Clin Pract Endocrinol Metab, 2007, 3(1):36-45.
- [2] Imagawa A, Hanafusa T, Miyagawa J, et al. A novel sub-

type of type 1 diabetes mellitus characterized by a rapid onset and an absence of diabetes-related antibodies. Osaka IDDM Study Group[J]. N Engl J Med, 2000, 342(5):301-307.

- [3] Imagawa A, Hanafusa T, Uchigata Y, et al. Fulminant type 1 diabetes: a nationwide survey in Japan[J]. Diabetes Care, 2003, 26(8):2345-2352.
- [4] 周健,包玉倩,李鸣,等.暴发性 1 型糖尿病的临床特征及治疗策略探讨[J].中华糖尿病杂志,2009,1(1):34-38.
- [5] 郑超,林健,杨琳,等.暴发性 1 型糖尿病的患病状况及其特征[J].中华内分泌代谢杂志,2010,26(3):188-191.
- [6] Wang T, Xiao XH, Li WH, et al. Fulminant type 1 diabetes: report of two cases[J]. Chin Med J, 2008, 121(2):181-182.
- [7] Shimizu I, Makino H, Osawa H, et al. Association of fulminant type 1 diabetes with pregnancy[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2003, 62(1):33-38.
- [8] Akatsuka H, Yano Y, Gabazza EC, et al. A case of fulminant type 1 diabetes with coxsackie B4 virus infection diagnosed by elevated serum levels of neutralizing antibody[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2009, 84(3):e50-52.
- [9] Chiou CC, Chung WH, Hung SI, et al. Fulminant type 1 diabetes mellitus caused by drug hypersensitivity syndrome with human herpesvirus 6 infection[J]. J Am Acad Dermatol, 2006, 54(2 Suppl):S14-S17.
- [10] Imagawa A, Hanafusa T, Iwahashi H, et al. Uniformity in clinical and HLA-DR status regardless of age and gender within fulminant type 1 diabetes[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2008, 82(2):233-237.
- [11] Kotani R, Nagata M, Imagawa A, et al. T lymphocyte response against pancreatic beta cell antigens in fulminant Type 1 diabetes[J]. Diabetologia, 2004, 47(7):1285-1291.
- [12] Tanaka S, Endo T, Aida K, et al. Distinct diagnostic criteria of fulminant type 1 diabetes based on serum C-peptide response and HbA1c levels at onset[J]. Diabetes Care, 2004, 27(8):1936-1941.
- [13] Murase Y, Imagawa A, Hanafusa T, et al. Fulminant type 1 diabetes as a high risk group for diabetic microangiopathy—a nationwide 5-year-study in Japan[J]. Diabetologia, 2007, 50(3):531-537.

(收稿日期:2011-08-28 修回日期:2012-01-13)

子宫自然破裂 1 例报道

刘芳

(湖北省妇幼保健院产科,武汉 430070)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.19.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)19-2007-02

1 临床资料

患者,女,32岁,已婚。因停经 35⁺周,下腹痛阵痛 6 h,于 2009 年 1 月 16 日 15 时 45 分入院。末次月经在 2008 年 5 月 12 日。此次妊娠为试管婴儿,2008 年 5 月 26 日行胚胎移植

术。孕早、中期经过顺利,产检 3 次,于入院前 6 h 无明显诱因下腹痛,疼痛频率 1 次/小时,每次持续 20~30 min,无阴道流血、流水、恶心及呕吐。该患者曾于 1993 年行人工流产 1 次;2000 年因宫外孕行剖腹探查术;2008 年 2 月因子宫内膜异位

症、卵巢巧克力囊肿行宫腔镜及腹腔镜联合探查术。此次入院时体格检查:血压 116/72 mm Hg,心率 90 次/分,呼吸 20 次/分,体温 36.4℃,心肺听诊无异常,下腹耻上有一横行长 8 cm 手术瘢痕。产科检查:腹围 90 cm,宫高 34 cm,胎位左枕前位,胎心 147 次/分,宫缩不规则,胎头,浮,宫口未开,胎膜未破,阴道无流血。宫底处有压痛,无反跳痛,可扪及宫缩,胎心监护反应型。辅助检查:入院 B 超示“单活胎,头位”。血、尿常规检查,以及肝、肾功能正常,活化部分凝血活酶时间(APTT)26.3 s,PT 12.1 s,凝血酶时间(TT)15.1 s。入院初步诊断:(1)孕 3 产 0 孕 35⁺¹周头位待产;(2)先兆早产;(3)珍贵胎儿。患者入院后第 1 天仍然诉下腹痛,阵发性,右侧卧位时腹痛可稍缓解。每日行胎心监护及硫酸镁保胎治疗。于 2009 年 1 月 18 日 22:00 时患者下腹阵痛明显,阴道检查宫口未开,23:00 时诉突感上腹痛,表情痛苦,体格检查提示上腹压痛,拒按,立即查胰淀粉酶及电解质,床边行胎心监护示胎心率仅 50~90 次/分,立即术前准备并将患者送入手术室,同时请新生儿科医师到手术室会诊。术前诊断:(1)孕 3 产 0 孕 35⁺¹周头位待产;(2)胎儿窘迫;(3)急性胎盘早剥;(4)腹痛原因待查。术中见腹腔内有 1 300 mL 左右游离血及血凝块,行子宫下段剖宫产,娩一活女婴。娩出时 Apgar 评分 1 min 时 2 分,5 min 时 6 分,10 min 时 7 分,转新生儿科治疗。胎盘自然剥离,娩出后见宫底左侧有 3 cm×4 cm 破口,宫腔及腹腔相通,大网膜与子宫后壁破口边缘,直肠粘连,子宫后壁表面炎性渗出。子宫切口常规缝合并行子宫破裂口修补术,术中用卡前列素氨丁三醇 500 μg,红细胞 6 U,冷沉淀 4 U,注射用凝血酶 2 U,钙剂 2 g,晶体液 1 500 mL,羟乙基淀粉 130/0.4 氯化钠注射液 500 mL。术后三联抗生素治疗,第 8 天伤口拆线,甲级愈合,治愈出院。出院诊断:(1)孕 3 产 1 孕 35⁺³周手术产一活女婴;(2)子宫自然破裂;(3)新生儿窒息;(4)珍贵胎儿;(5)早产。

2 讨论

子宫破裂为产科严重并发症,往往威胁孕妇和胎儿生命,发生率为分娩总数的 1/1 000~1/16 000^[1]。近年来,随着剖宫产率的上升,临床医师对剖宫产后再次妊娠的预防意识已大大提高,但是对微创手术后妊娠子宫破裂的认识还显不足。随着社会的发展,孕前行无痛人流人工流产术、宫腔镜及腹腔镜检查或者因行辅助生育技术而怀孕的人数也越来越多,无瘢痕子宫破裂的病例也时有个案报道。有资料显示腹腔镜手术中过度电凝可使子宫边缘组织对合欠佳,易造成术后局部肌层薄弱,子

宫壁肌纤维组织增生,子宫肌纤维的弹性及扩张性减弱,这些可能是导致子宫切口愈合不良,孕期发生子宫破裂的主要原因^[2]。

本例患者子宫后壁破裂症状及体征不典型,极易误诊。对于类似患者应注意与胰腺炎、早产临产、胎盘早剥相鉴别。胰腺炎患者多有暴饮、暴食病史、恶心、呕吐等消化道症状,腹痛为上腹部持续性疼痛,胰淀粉酶升高。通常胎盘早剥宫缩频率 10 min 大于 5 次,而早产临产发动有宫缩(至少每 10 min 1 次),且有胎膜破裂或宫颈的改变(宫颈长度小于 1 cm 或宫口扩张大于 2 cm)。严重胎盘早剥子宫往往被描述为“板状腹”,胎儿出现宫内窘迫或已胎儿死亡。超声有助于该病的诊断且在期待治疗时对监测病情变化有利。子宫破裂可能有时也只表现为轻微腹痛,胎心监护显示反复的变异减速是子宫破裂的前兆。患者如为瘢痕子宫产前 B 超可显示子宫下段异常^[3]。

本例为初产妇,根据入院情况,早期考虑为先兆早产,使用硫酸镁抑制宫缩,似乎患者腹痛有所减轻,但却掩盖了病情,在后续期待治疗过程中腹痛仍未缓解,未重复行 B 超检查,这也是临床工作者今后应注意的问题。

综上所述,临床工作者对于孕晚期腹痛者要及时收入院,重视胎心监护,腹痛及宫缩强烈时更要重复胎心监护,注意子宫收缩的强度及频率,胎心的变化。对于孕晚期腹痛患者期待治疗中慎用宫缩抑制剂。对于经产妇及多产妇,特别是既往有宫内操作史或宫腔腹腔镜手术患者一定要仔细询问既往诊治经过,怀孕后产检时可将有此类情况的列为疤痕子宫对待,提高医生的临床警觉度。孕晚期通过正确超声了解疤痕子宫肌层的厚度,同时随病情变化可重复超声检查,发现问题及早手术探查。

参考文献:

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1999:838-841.
- [2] 杨慧霞. 应重视瘢痕子宫妊娠及其相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26(8): 574-576.
- [3] James DK, Steer PJ, Weiner CP, et al. 高危妊娠[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版, 2008: 1158-1159.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2012-01-06)

(上接第 2005 页)

扁桃体手术出血的认识误区,在工作中要尽量避免,对于减少医疗风险、防范医疗纠纷具有一定作用。

参考文献:

- [1] 中华医学会. 耳鼻咽喉头颈外科分册[M]. 北京:人民军医出版社, 2009: 85.
- [2] 赵大劲. 扁桃体手术后严重出血 23 例分析[J]. 医学理论与实践, 2010, 23(2): 181-182.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 13 版. 北京:人民卫生出版社, 2009: 2584.

- [4] 吴在德. 外科学[M]. 7 版. 北京:人民出版社, 2008: 130.
- [5] 张继东. 耳鼻咽喉手术并发症及知情同意要点[M]. 北京:军事医学科学出版社, 2009: 267.
- [6] 汪守峰. 扁桃体切除术中使用肾上腺素对术后出血的影响[J]. 现代医药卫生, 2003, 19(1): 24-24.
- [7] 敖敏, 何刚, 梁传余. 扁桃体术后出血分度探讨[J]. 实用医院临床杂志, 2006, 3(3): 32-33.
- [8] 李彦. 过氧化氢纱球压迫预防扁桃体术后出血[J]. 世界今日医学杂志, 2005, 6(1): 68.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2012-01-06)