

[3] Malghem J, Baudrez V, Lecouvet F, et al. Imaging study findings in elastofibroma dorsi [J]. Joint Bone Spine, 2004, 71(6): 536-541.

析[J]. 中华普通外科杂志, 2009, 24(10): 827-830.

(收稿日期: 2014-06-08 修回日期: 2014-07-09)

[4] 王昌明, 宋世兵, 蒋斌, 等. 背部弹力纤维瘤 10 例诊治分

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.35.054

中期宫角妊娠破裂致子宫切除后并发 DIC 1 例分析

胡 娅, 牟 玲

(解放军第 324 医院妇产科, 重庆 400020)

中图分类号: R714

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)35-4843-02

子宫角部妊娠(简称宫角妊娠)是指受精卵附着在输卵管近宫腔侧, 向宫腔侧生长发育而不在间质部发育^[1], 其发病率低, 且早期不易被发现。由于该种植部分的血液供应丰富, 一旦破裂就会大量出血导致失血性休克, 严重者危及生命^[2]。现将本院收治的 1 例中期妊娠破裂致子宫切除, 术后并发弥散性血管内凝血(DIC)病例报道如下。

1 临床资料

患者, 女性, 年龄 33 岁, G3P1。因“停经 3⁺个月, 引产过程中晕厥 3⁺h”于 2010 年 8 月 29 日由外院转入本科。入科查体, 心率: 102 次/min, 呼吸: 26 次/min, 血压: 91/47 mm Hg, 重度贫血貌, 烦躁, 四肢厥冷, 心肺(-), 神志不清, 腹部膨隆, 如孕 8 个月大小, 移动性浊音阳性。外院 B 超提示: 腹腔内大量积液。本院腹腔穿刺抽出 10 mL 不凝血。初步诊断: (1) 子宫破裂; (2) 失血性休克; (3) 失血性贫血。追问家属病史, 患者末次月经为 2010 年 5 月 12 日。停经 40⁺ d 时自测尿人绒毛膜促性腺激素(HCG)阳性, 未曾就诊及行 B 超检查。自发现怀孕以来, 无阴道流血、腹痛等不适。至停经 3⁺个月时即 8 月 27 日到住家当地医院就诊行 B 超检查发现胎儿畸形。于当日再次到重庆医科大学附属第二医院复查, 仍提示胎儿畸形, 腹腔囊性包块。遂返回当地医院住院要求引产, 给予米非司酮片(150.0 mg)+米索前列醇片(0.6 mg)药物引产。于 8 月 29 日当日口服米索前列醇 600 μg 后出现阵发性腹痛, 于下午 13:40 左右突然晕厥, 1 min 后清醒, 诉头昏、乏力、心慌、四肢湿冷, 大小便失禁。遂由 120 转诊来本院。入院后立即开放静脉通道, 吸氧、保暖, 抗休克治疗及术前准备, 急诊在全身麻醉下行剖腹探查术, 术中见腹腔大量积血及血凝块, 约 5 000 mL。右下腹见一畸形胎儿(腹部透明, 囊性膨大), 长约 12 cm, 周围见血凝块及胎盘组织, 羊膜囊完整, 子宫孕 3⁺个月大小, 其右侧壁至宫角部见一长约 10 cm 大小破口, 其内见大量胎盘组织, 未见宫内膜组织, 周围组织明显水肿。术中诊断: 右侧宫角妊娠破裂出血(术后病检已证实)。因创面大无法修补与家属沟通后, 行子宫次全切除术。术中自体血液回输约 2 300 mL, 输入红细胞 400 mL, 血浆 200 mL。术毕因血压不稳定, 创面广泛渗血, 考虑 DIC 转 ICU 进一步治疗。于术后 6 h, 发现患者腹部再次轻度膨隆, 移动性浊音阳性, 行床旁 B 超示腹腔内积液, 在普外科协助下, 行盆腔引流术, 引流出暗红色不凝血约 1 000 mL。同时继续积极输入红细胞、血浆、血小板、冷沉淀补充血容量, 纠正患者凝血机制, 给予多巴胺、硝酸甘油维持循环, 碳酸氢钠纠正酸中毒^[3-4]。密切观察盆腔引流液情况等处理后, 于术后第 2 天, 患者意识恢复清楚, 拔除气管导管后自主呼吸平稳, 无心慌、胸闷、呼吸困难等不适, 于 9 月 1 日转入本

科, 继续给予抗炎对症支持治疗。9 月 4 日腹部伤口拆线, II/甲。9 月 5 日开始出现不明原因的反复发热。9 月 8 日拔除腹腔引流管, 9 月 13 日扪及腹部切口下方一约 7.0 cm×8.0 cm 硬结, 固定。B 超体示腹部切口下方约 13.4 cm×10.8 cm×7.5 cm 囊性包块, 形态欠规则, 回声不纯净, 行穿刺术抽出陈旧性积血约 2 mL。考虑此包块系术后 DIC 时期切口皮下创面渗血包裹形成, 患者术后反复发热可能与此有关。因包块较大, 自行吸收困难, 于 9 月 16 日再次行腹部切口皮下血肿清除引流术, 术后 7 d 伤口拆线, 痊愈出院, 患者从发病到平安出院共经历了 29 d。

2 讨 论

宫角妊娠是一种特殊类型的宫内妊娠, 临床症状不典型, 多在妊娠 3 个月内发生流产或破裂^[5]。而一旦破裂, 可发生凶险的出血, 短时间内可致死, 是妇产科最为危急的急腹症之一。超声是目前诊断宫角妊娠的主要手段^[6]。此患者孕 1⁺个月时发现怀孕后, 未到医院就诊, 错过了早期 B 超发现的机会, 且患者孕早期一直无阴道流血及腹痛等不适, 且有生育要求, 故直到孕中期才到医院就诊, 最后行 B 超发现胎儿畸形而需要引产。此时的 B 超医师认为是常规产检, 因而只注重检查胎儿发育的情况而忽略了胎盘位置是否异常。而以 B 超为依据的妇科医师在患者住院后也按常规给予息影药物引产, 即使开始宫缩较弱, 也能诱发宫角妊娠着床处已很薄弱的子宫肌壁破裂而发生大出血。本例患者术后并发 DIC, 可能与患者在转诊来本院至手术的过程中, 时间较长, 约 3 h, 耽误了宝贵的抢救时机, 腹腔出血大量消耗了凝血因子而发生术后腹腔再次渗血积液及腹部伤口处皮下血肿, 而行引流术。该病例也加深了对 DIC 并发症的诊断及就治的认识。首先, 要早诊断, 一旦患者出现出血, 休克且血不凝, 并且全身微循环栓塞症状时就应该考虑本病, 并立即行血液学检查和动态观察, 特别是血小板进行性下降是重要依据。其次, 去除病因, 本例患者就果断的行子宫切除术, 避免了进一步的出血危及患者生命。治疗上及时足量的补充凝血因子(新鲜血浆、冰冻血浆和冷沉淀等), 及抗凝治疗(肝素)等措施, 患者 DIC 得到有效控制, 预后良好。

总之, 临床医师应提高对本病的认识, 要重视孕早期 B 超检查^[7], 尤其是阴道 B 超对宫角妊娠的诊断具有重要诊断价值, 高度怀疑此病者, 必要时行宫腔镜、腹腔镜等进一步明确诊断。只要早发现、早治疗, 就可以减少误诊、漏诊, 降低子宫破裂的发生率, 挽救患者生命。

参考文献:

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社,

2004;1437.

- [2] 张秀梅. 宫角妊娠误诊 1 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2009,18(2):185.
- [3] 侯代荣. 产科 DIC 19 例救治体会[J]. 山东医药, 2010,54(51):46.
- [4] 王改华, 彭丽. 产科 DIC 15 例临床分析[J]. 中国实用医药, 2011,6(7):193-194.
- [5] 李巨. 临床妇产科急症学[M]. 北京:人民军医出版社, 2002;71-72.

2002;71-72.

- [6] 王敏, 马宏伟, 王海山, 等. 超声检查异位妊娠 148 例体会[J]. 中国现代药物应用, 2009,3(2):110-111.
- [7] 蔡益婷, 徐望明, 程佳, 等. 宫角妊娠的早期超声诊断与生育需求下的处理[J]. 医学研究杂志, 2012,41(1):106-108.

(收稿日期:2014-06-18 修回日期:2014-08-19)

狂犬病误诊为精神障碍 1 例分析

黄晓龙¹, 陈丹燕², 罗启佳¹, 张凡喜¹

(1. 解放军第 324 医院神经外科, 重庆 400020; 2. 重庆市中山医院内分泌肾内科 400013)

中图分类号:R512.99

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)35-4844-02

狂犬病是狂犬病毒侵犯中枢神经系统所致的急性人兽共患传染病, 临床表现为特有的恐水怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等, 亦可表现为神经精神症状^[1]。现将解放军第 324 医院 2012 年 1 例误诊为精神障碍的病例报道如下。

1 临床资料

患者, 男性, 年龄 36 岁, 于 2012 年 7 月 7 日因“自残左手、头部致流血半天”入院。据患者父亲代述病史: 患者于当日早晨 7:00 无明显诱因在家中突发精神失常, 用菜刀砍断左手第 2、3、4 手指致手指畸形、流血, 行为及语言明显失常, 在家中上蹿下跳, 攻击家人, 打伤、咬伤患者父亲, 头部撞墙致伤口流血不止, 并用拳头击打自己。发病及伤后无恶心、呕吐、昏迷史, 无不停吐口水, 无耳鼻溢血、溢物, 无大小便失禁、肢体抽搐, 当地医院行头部伤口清创缝合后就诊于解放军第 324 医院。解放军第 324 医院急诊测血钠、钾低于正常, 行头颅 CT 平扫、左手 X 线片检查后以“轻型颅脑损伤, 左手多处骨折”收入神经外科。伤后患者未进食、水。既往体健, 未婚, 无吸毒史, 父母健在, 有一妹妹, 体健。入院查体: 体温 36.2℃, 呼吸 20 次/min, 心率 126 次/min, 血压 92/58 mm Hg, 发育正常, 营养中等, 神志恍惚不清, 时而平静, 时而烦躁, 查体不合作, 胡言乱语, 答非所问。头颅五官无畸形, 额部有一长约 4 cm 裂伤已缝合, 自动睁眼, 双瞳等大等圆, 直径 3 mm, 对光反射灵敏, 无面瘫。颈软无抵抗, 胸壁及双下肢多处皮下淤血, 胸腹部查体未见明显异常。左手食、中、环指背侧可见整齐的刀痕, 可触及骨擦感, 左食指屈伸活动尚可, 左环、中指背伸受限, 四肢自发活动有力, 肌张力正常, 双侧病理征阴性。急诊头颅 CT 颅内未见异常, 左手 X 线片提示左食、环指中节指骨远端骨折, 左中指中节指骨中段骨折。入院后初步诊断: (1) 轻型颅脑损伤, 额部头皮裂伤; (2) 急性精神障碍; (3) 左手食、中、环指刀砍伤伴骨折, 背伸肌腱断裂; (4) 电解质紊乱, 低钠、低钾血症; (5) 全身多处软组织伤。骨科医师会诊后, 因患者狂躁不安, 不配合行局部麻醉下手部伤口清创缝合, 仅予安定 10 mg 镇静但效果差, 伤口消毒包扎及简单石膏外固定。后患者自行拔除尿管及氧气管, 咬断监护仪数据线, 不配合输液、查血。询问患者家属, 患者近期无家庭重大变故, 有正常工作及女友, 家族中无精神病史。反复追问病史, 据患者父亲回忆及电话追问家属及附近邻居证实, 患者 3 个月前曾被家附近的野狗咬伤, 是否注射狂犬病疫苗不详。患者 7 月 2 日曾出现轻度发热, 体温 38℃,

在当地卫生所予输液对症治疗, 具体用药情况不详。综合以上情况, 拟诊狂犬病, 遂联系疾病预防控制中心购买狂犬病疫苗注射并予以对症治疗, 效果差。与患者家属进行医患沟通, 告知病情危重程度和预后, 患者家属表示理解。次日中午, 患者突发呼吸、循环衰竭, 经抢救无效死亡, 上报疾病预防控制中心后确诊为狂犬病。

2 讨论

狂犬病的潜伏期长短不一, 一般为 1~3 个月, 超过 1 年者罕见, 但个别病例可达 19 年^[2]。患者一旦发病, 则病死率几乎达 100%, 且病程一般不超过 6 d。狂犬病患者临床表现多种多样, 前驱期多表现为低热、头痛等非特异性症状, 其一般是被受感染的犬、猫、狼等肉食动物咬伤, 狂犬病病毒随唾液经皮肤或黏膜破损处侵入人体, 病毒在伤口处停留数小时或数周, 并不进入外周血而是在局部组织的肌细胞中繁殖和扩散, 咬伤使受损组织的神经暴露和病毒堆积为病毒侵袭神经组织创造了条件。由于狂犬病毒具有嗜神经组织的特性, 故病毒再侵入附近末梢神经, 沿神经的轴索向心性扩散, 然后侵入脊髓和整个中枢神经系统, 在此上行过程中病毒是不繁殖的, 直至病毒进入神经节细胞后才开始再次的复制繁殖过程, 引起中枢神经系统的病毒感染和炎症反应, 反射兴奋性增高和瘫痪, 主要为侵及脑干及小脑等处的神经元。病毒感染晚期, 病毒由中枢系统向周围神经离心性扩散, 侵入各组织与器官, 尤以唾液腺、舌部味蕾等处病毒最多。由于迷走、舌咽及舌下神经末梢受损, 临床上表现为恐水、吞咽肌痉挛、呼吸困难和唾液分泌增多等。后期则因呼吸和循环衰竭而死亡^[1,3-4]。部分患者早期表现不典型, 可表现为上感型、脊髓炎型、脑症型, 甚至泌尿生殖系感染型及心血管功能紊乱为首发症状的狂犬病^[5]。

该病例以精神症状表现为主, 患者胡言乱语、答非所问, 临床问诊存在一定难度, 无法较全面的进行病史采集。另外, 狂犬病早期症状不典型, 亦是导致临床误诊的主要原因。患者意识状况呈谵妄状态, 定向力、自知力障碍, 不能与外界正常接触, 且有伤人行为, 这些表现在轻型颅脑损伤很少见, 临床医师应扩充自己的知识面, 注意鉴别诊断。患者入院前曾出现发热, 当时神志清楚, 在当地卫生所输液治疗, 但卫生所医师并未及时予接种狂犬疫苗, 提示医师对狂犬病疾病的认识不足, 存在一定的侥幸心理, 这也是近年来狂犬病发病率逐渐升高的原因之一。