

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。

临床狂犬病患者处理措施主要包括:(1)有效冲洗伤口的物理手段;(2)消毒伤口的化学手段;(3)接种狂犬疫苗、注射抗狂犬病免疫球蛋白的生物手段。凡不能确定伤人动物是否为健康动物者,应立即进行暴露部位的彻底清洗和消毒处理,用 20%肥皂水或一定压力的流动清水彻底冲洗伤口至少 15 min,然后用 2%~3%碘酒或 75%乙醇涂擦伤口,只要未伤及大血管,尽量不要缝合,不涂软膏,不撒粉剂,亦不应包扎,而伤口较深、污染严重者酌情进行抗破伤风处理和酌情使用抗菌药物等以控制狂犬病以外的其他感染,严格按疗程于 0、3、7、14、28 d 进行预防注射狂犬病疫苗主动免疫。有人建议同时注射人抗狂犬病免疫球蛋白,以延长潜伏期,为主动免疫争取时间^[6]。临床治疗时应综合考虑患者年龄、暴露部位,全面评估患者发病风险,以便更好地及时对症处理,降低患者病死率。以国家卫生部《狂犬病暴露预防处置工作规范(2009 版)》为准,相关部门应高度重视狂犬病防治工作,加强动物管理,提高动物免疫率,向社会大众普及狂犬病知识,强化对狂犬病的防范意识。

目前狂犬病毒的基础研究和应用研究已经取得一定的进展,但病毒基因组结构的亚型及其功能、病毒感染的分子生物学机制和致病机制和药物治疗等方面尚有深入探讨的空间,继

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.35.056

续深入研究具有十分重要的临床意义。

参考文献:

[1] 彭文伟. 传染病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1995:46-49.
 [2] 孙梅玲,段俊荣,余学. 精神科所见狂犬病 21 例临床分析[J]. 中国健康心理学杂志,2008,16(1):65.
 [3] 唐家琪,万康林. 自然疫源性疾病[M]. 北京:科学出版社,2005:358.
 [4] Leung AM, Kennedy R, Levensen JL. Rabies exposure and psychosis[J]. Psychosomatics,2003,44(4):336-338.
 [5] 陈素梅,林琪. 10 例不同首发症状的狂犬病病例分析[J]. 当代医学,2011,17(8):89-90.
 [6] 王建伟,富小飞. 人狂犬病免疫球蛋白联合狂犬病疫苗对暴露后患者伤口愈合的影响[J]. 中华传染病杂志,2009,27(8):493-494.

(收稿日期:2014-07-08 修回日期:2014-08-19)

多曲方丝弓技术矫治恒牙期严重骨性下颌偏斜 1 例病例报告

冒叶琳

(苏州卫生职业技术学院附属苏州市华夏口腔医院,江苏苏州 215002)

中图分类号:R783.5

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)35-4845-03

多曲方丝弓技术是由 Dr. Kim 于 20 世纪 70 年代发明的一种固定矫治技术,主要用于疑难病例正畸,疗效较好^[1-2]。下颌偏斜患者的临床表现除了上下颌矢状方向不调,还常有横向及垂直向的异常,影响容貌、咬合及颞下颌关节功能,矫治难度很大^[3-6]。结合多曲方丝弓技术矫治恒牙期严重骨性下颌偏斜,可以获得较好的临床效果。本文介绍 1 例使用该方法的严重骨性下颌偏斜病例。

1 临床资料

患者,男性,年龄 12 岁。主诉:牙齿不齐,下巴歪,求矫正。无口腔不良习惯史,全身状况良好,无全身系统疾病,青春发育晚期,无家族遗传史。口内检查:牙列完整,磨牙关系右侧近中,左侧中性,前牙浅覆殆,浅覆盖,上颌右侧侧切牙、尖牙、第一前磨牙反合,上牙列拥挤Ⅱ度,上下中线相差 1 个中切牙。口外检查:正面观下颌骨右偏,长脸型;侧面观较直,开口型右偏,颞下颌关节无弹响,无疼痛。X 线片检查:双侧髁突形态差异大,颞部明显右偏,高角病例,上颌发育不足,上前牙唇倾,Oswestry 功能障碍指数(ODI 指数)低,开合倾向明显,头影测量分析见表 1。

诊断,(1)综合性诊断:牙列拥挤、颞右偏,上颌发育不足;(2)安氏分类:安氏Ⅲ类亚;(3)Moyer's 机制分类:骨性下颌偏斜轻度骨性Ⅲ类(有开合倾向)。矫治计划:建议 18 周岁后行正颌正畸联合治疗。患者家长拒绝,强烈要求行单纯正畸治疗。(1)拔牙矫治,单侧拔除左侧上 4;(2)全口 MBT 直丝弓固定矫治技术,多曲方丝弓矫治技术,利用牙弓移动补偿骨性偏斜;

(3)随访观察生长发育情况,不排除将来手术的可能。矫治过程:(1)拔除上颌左侧第 1 前磨牙;(2)1~17 个月,下直丝弓矫治器,排齐上下牙列,下颌多曲方丝弓,双侧不对称调整,右侧垂直牵引,左侧Ⅲ类牵引,旋转下颌牙弓;(3)上下中线对齐,精细调整。颞部仍有偏斜,侧貌改善;进入保持。积极治疗 16 个月。矫治结果:治疗结束后牙齿排齐,磨牙关系一侧中性,一侧完全远中,牙弓下上中线基本对齐,颞部偏斜有所改善,但仍然右侧偏斜。提示严重骨性偏斜病例的非手术治疗仅仅是牙弓移动补偿骨性偏斜,为掩饰性治疗。治疗前、治疗过程中、治疗后效果见图 1~4。

表 1 患者矫治前后 X 线头影测量值

测量项目	正常值(±s)	治疗前	治疗后
SNA(°)	82.8±4.0	80.4	80.8
SNB(°)	80.1±4.1	79.3	78.7
ANB(°)	2.7±2.0	0.9	2.1
MP-FH(°)	31.1±5.6	38.4	39.7
U1-L1(°)	125.4±7.9	119.5	122.6
UI-SN(°)	105.7±6.3	110.5	108.3
U1-NA(°)	22.8±5.7	26.6	24.5
U1-PP(mm)		27.8	29.0
L1-NB(°)	30.3±5.8	29.2	28.4
L1-MP(°)	92.7±7.0	89.4	87.8
L1-MP(mm)	42.2±5.4	41.3	42.5