

唇周轻度发绀。吸气性呼吸困难明显,侧卧位或俯卧位可减轻。双肺呼吸音粗,可闻及中细湿啰音。患儿呈漏斗胸。心律齐,心音有力,未闻及杂音,无震颤。腹软,肝脾不大,未见胃肠型及蠕动波,肠鸣音正常。右侧阴囊见一肿物,可回纳。辅助检查:血常规 WBC $20.29 \times 10^9/L$, NEU $12.17 \times 10^9/L$, LYM $8.93 \times 10^9/L$, Hb 132 g/L, PLT $194 \times 10^9/L$, CRP 113.8 mg/L。超敏肌钙蛋白 0.103 ng/mL, 肌酸激酶 MB 亚型 13.35 ng/mL。血气分析: pH 7.44, TCO₂ 29 mmol/L, PCO₂ 40.7 mm Hg, PO₂ 52 mm Hg, HCO₃ 27.6 mmol/L, SO₂ 88%。心脏彩超:先天性心脏病,卵圆孔未闭,房水平右向左分流,右心增大,右室壁增厚,三尖瓣轻度反流,肺动脉收缩压力 50 mm Hg。头颅 CT:双侧脑实质弥漫性对称性密度减低影,双侧脑发育较差。入院诊断: Pierre-Robin 综合征,急性支气管肺炎,先天性心脏病,漏斗胸,右侧腹股沟斜疝。入院后予以抗感染治疗,清理呼吸道。调整体位,改善呼吸道梗阻,并指导喂养。患儿体温降至正常,咳嗽气促减轻,支气管肺炎好转后要求出院。

2 讨 论

Pierre-Robin 综合征,又称为小下颌-舌后坠-腭裂-呼吸困难综合征。于 1923 年由 Pierre-Robin 报道而得名,也称为 Robin 综合征。它表现为小下颌(对称性的后缩的小下颌),舌后坠(阻塞咽喉部空间),进而引起呼吸道梗阻,约达 90% 以上的患儿同时合并腭裂(位于腭部正中部位的 U 型或 V 型腭裂)。目前,是否将腭裂作为 Pierre-Robin 综合征诊断的必备条件还有争议。Pierre-Robin 综合征的诊断尚缺乏统一标准,因而其发病率约为活产儿的 1/8 500~1/20 000^[1]。过去 10 年的病死率约为 1.7%~11.3%,并且高达 26% 的患儿同时合并其他畸形^[1-4]。Pierre-Robin 综合征的发病机制尚不完全清楚。目前普遍接受的观点是,下颌骨的髁状突发生中心受到干扰,下颌骨发育低下,早期下颌后缩。下颌畸形迫使舌后坠,舌头异常地往上往后生长,影响了舌部上方的腭后部在中线上方的闭合,致使腭弓在胚胎期 10 周以前无法闭合^[5-6]。赖氏综合征(reyes syndrome, RS)具有遗传背景,Marques 等回顾了单纯的 RS 患儿,其中,27.7% 的家属有腭裂,提示了发病机制上有遗传背景。本例患儿的父亲也有腭裂畸形。Pierre-Robin 综合征常合并其他畸形,应常规行染色体检查。其中,最常见的是 stickler 综合征(stickler syndrome, SS),约有 11%~18% 的 RS 患儿同时合并 SS^[7]。SS 是一种结缔组织病,包括眼睛(近视眼、视网膜脱离、白内障)、耳朵(神经性或传导性耳聋)、关节病。对于 RS 应该注意眼睛的问题,在患儿 6~12 个月的时候应该常规行眼科检查。

Pierre-Robin 综合征患儿首先面临的问题是呼吸道梗阻,

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.07.060

通过内窥镜了解梗阻的位置对于选择合适的治疗方式是非常必要的。临床上可以通过非手术及手术治疗的方式解除呼吸道梗阻。有报道称约 70% 的无合并其他畸形的 Pierre-Robin 综合征患儿可以通过非手术治疗成功解除气道梗阻。首先,可以采取前倾体位的方式,使下颌骨及舌的位置前倾,解除气道梗阻。如果单纯体位调整无法改善气道梗阻,可以安置鼻咽通气管解除气道梗阻。很多研究机构认为带管出院也是安全并且有效的治疗方法。而手术治疗方式包括舌牵术、下颌松解成形术、气管切开术。

Pierre-Robin 综合征患儿另一问题是喂养问题,约 38%~62% 患儿需要鼻胃管喂养^[8],而无合并其他畸形的 Pierre-Robin 综合征患儿约在 1 岁以后喂养状态可逐渐改善。所以,指导家属正确喂养对 Pierre-Robin 综合征患儿存活及正常生长有很重要的意义。

参考文献

- [1] Printzlau A, Andersen M. Pierre Robin sequence in Denmark: a retrospective population-based epidemiological study[J]. Cleft Palate Craniofac J, 2004, 41(1): 47-52.
- [2] Holder-Espinasse M, Abadie V, Cormier-Daire V, et al. Pierre Robin sequence: a series of 117 consecutive cases [J]. J Pediatr, 2001, 139(4): 588-590.
- [3] Marques IL, de Sousa TV, Carneiro AF, et al. Clinical experience with infants with Robin sequence: a prospective study[J]. Cleft Palate Craniofac J, 2001, 38(2): 171-178.
- [4] Smith MC, Senders CW. Prognosis of airway obstruction and feeding difficulty in the Robin sequence[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2006, 70(2): 319-324.
- [5] Evans KN, Sie KC, Hopper RA, et al. Robin sequence: from diagnosis to development of an effective management plan[J]. Pediatr, 2011, 127(5): 936-948.
- [6] 陶品武. Pierre Robin 综合征 3 例[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(3): 543.
- [7] Evans AK, Rahbar R, Rogers GF, et al. Robin sequence: a retrospective review of 115 patients[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2006, 70(6): 973-980.
- [8] Evans AK, Rahbar R, Rogers GF, et al. Robin sequence: a retrospective review of 115 patients[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2006, 70(6): 973-980.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-12-02)

易误诊的迟发性创伤性肋间动脉大出血 1 例报道

罗守刚, 孔 俐

(重庆市长寿区人民医院胸心外科 401220)

[中图分类号] R364.1+3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)07-1007-02

外伤性气胸是急诊创伤中常见病症,其形式多样变化不定,诊疗措施不当可能影响生命,现将 1 例典型病例报道如下。

1 临床资料

患者,男,18 岁,既往体健。因刀刺伤致胸腹部疼痛出血、

呼吸急促 2⁺ h 入院。查体:体温 37 ℃,脉搏 109 次/分,呼吸 26 次/分,血压 117/77 mm Hg。神清语晰,被动体位,面色苍白,气管右偏,胸廓对称无畸形,左胸背侧第 9~10 肋间见长约 3 cm 裂口,已缝合,左侧胸部压痛,胸壁扪及皮下捻发感,左肺部叩诊清音,呼吸音及呼吸运动较右侧明显减弱;腹部见长约 5 cm 和 1 cm 裂口,已缝合,心腹阴性。行胸腹部 X 线片提示左侧液气胸,肺组织压缩约 40%~50%;无肋骨骨折,腹部无异常。诊断“左侧血气胸;胸、腹壁裂伤;左胸壁皮下气肿”。立即给予补液、止血、止痛、抗炎等对症治疗,在局部麻醉下急行“左侧胸腔闭式引流术”,引出血性液体约 850 mL,见大量气体溢出,患者立感胸痛减轻,无胸闷、气短,行胸腹部 CT 提示:左侧胸腔少许积液,原积气明显吸收,左肺组织基本复张。入院后第 1 天患者感腹部胀痛难忍,腹部压痛、反跳痛明显,腹部 X 线片提示不全性肠梗阻待排,请专科医师会诊后给予禁食、胃肠减压、补液支持等对症处理后腹痛缓解,建议患者下床活动,促进胃肠功能恢复。

入院后第 4 天,患者夜间突然出现呼吸困难、面色苍白,唇发绀,大汗淋漓,脉搏 110 次/分,呼吸 32 次/分,血压 65/30 mm Hg,血氧饱和度(SpO₂)86%,脉搏弱,心音低钝,左肺呼吸音降低,氧饱和度 75%,胸腔闭式引流管水柱波动好,未见血性液体引出。因患者病情危重无法行 CT 检查,急诊行床旁彩超提示心包积液。考虑患者出现上述症状为心包填塞,急行左胸剖胸探查术。剖胸后见胸腔引流管被下肺韧带粘连、包裹,可见大量鲜红色血性液体淤积,吸引器吸净血液后探查见第 10 肋间动脉后胸壁段断裂,予以电凝烧灼止血,并覆盖止血纱布 1 张,逐一检查心包、左肺、膈肌、其余肋间动脉均未发现活动性出血点,重置胸腔闭式引流管关胸。术后患者恢复好。

2 讨 论

胸部创伤可严重损伤胸腔内重要器官,是创伤致死的重要原因^[1-2]。相关研究表明,重庆地区锐器所致胸部创伤发病率为 14.78%^[3]。锐器致胸部创伤是胸心外科常见的损伤,多见于刀刺伤,常规进行胸部超声及 CT 检查,可明确胸腔内损伤情况,一般经过积极治疗,大多数能得到很好控制。

该病例特殊性在于,(1)迟发性胸腔大出血:刀刺伤已致肋间动脉损伤,但急性期(受伤后 1~3 d)并未出现大出血,而是在入院后第 4 天突然病情出现恶化。(2)临床表现不典型:在治疗中,虽然患者病情急剧变化,血压进行性下降出现休克,但胸腔闭式引流瓶水柱波动良好,并未见血性液体引出,同时行超声检查提示心包积液,而未见有明确胸腔积液。虽然立即剖胸探查并及时处理,但术前考虑并非胸腔大出血,而趋于心包内出血导致心包填塞。

胸腔闭式引流是治疗血气胸、脓胸的重要措施^[4-5]。因此,刀刺伤引发血气胸,在早期行胸腔闭式引流便于观察有无进行性出血,可有效地排净胸腔的积血,促进肺复张,同时能更好地观察胸腔内有无继续出血情况,根据引流液的量及性质决定是否立即开胸探查,控制出血^[6]。但本例提示,仅凭胸腔闭式引

流无法正确判断迟发性胸腔大出血,容易漏诊、误诊。在病程早期如未观察到胸腔引流液流出,不能盲目认为胸腔内无进行性出血,认为病情好转,要警惕胸腔闭式引流障碍,及时发现引流不畅原因,必要时常规行剖胸探查,避免不良后果发生。

左胸部刀刺伤考虑有无心脏破裂、心包填塞非常必要^[7]。尤其是本例患者入院后第 4 天出现休克症状,超声检查误诊为心包积液,考虑主要为第 10 肋间血管后壁段断裂,肋间动脉后胸壁段短、压力高,破裂后出血多,不易止血,此时下肺韧带粘连、包裹胸腔闭式引流管,无法顺畅引流积血,将积血包裹造成心包积液的假象。因此,在临床中不能盲目相信超声检查结果,如临床症状或声像不够典型,超声检查就会出现漏诊、误诊,对于刀刺伤特别是合并多处损伤的患者要警惕,多观察、分析,采取正确的临床思维尽量避免漏诊、误诊。

该患者左胸部刀刺伤后 4 d 出现休克,作者分析可能有以下原因:(1)肋间动脉被刀刺破后破裂处很快凝血,血管自动收缩止血,使创口处于相对封闭状态,或血栓形成阻塞血管刺破口,然后机化粘连阻止继续出血,因而在刀刺伤早期未引起出血。(2)在血胸早期患者需卧床休息,活动量小,血凝块或血栓较为稳固地阻塞血管而未引起大量失血。(3)患者年轻体壮,对胸腔内缓慢出血耐受性及代偿能力较强。(4)在病程中患者合并有不完全性肠梗阻,普外科医师会诊要求下床活动,促进胃肠功能恢复,因此致血凝块或血栓脱落引起再次大量出血致急性失血性休克。

临床医生应高度重视迟发性创伤性血胸的危害性,漏诊及误诊的可能性,特别是早期生命体征平稳的患者,在住院期间要密切观察病情的变化,做好开胸止血的准备,同时进行抗感染、补充血容量、对症治疗。

参考文献

- [1] 高博,尚磊,张玉明,等. 4 490 例创伤伤员致伤原因分析[J]. 现代生物医学进展, 2010, 10(24): 4715-4718.
- [2] 左永波,刘瑛,蔡景五,等. 622 例急诊外科住院病历分析[J]. 临床急诊杂志, 2009, 10(1): 35-37.
- [3] 刘云,向小勇,都定元,等. 重庆地区不同时期严重胸部创伤流行病学特征及救治结局的回顾性分析[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(4): 403-407.
- [4] 刘世维. 胸腔闭式引流术在血气胸中的应用体会[J]. 中外医学研究, 2011, 9(11): 12.
- [5] 刘文沛. 恶性胸腔积液 68 例临床分析[J]. 中外医学研究, 2012, 10(4): 132-133.
- [6] 徐乐天. 协和胸外科学[M]. 北京: 科学出版社, 2010: 235-237.
- [7] 朱辉,金丹,丁洁,等. 成功抢救胸部刀刺伤心包填塞 1 例报道[J]. 重庆医学, 2011, 40(21): 2182-2183.

(收稿日期:2014-10-11 修回日期:2014-12-20)

误 差

误差指测量值与真值之差,也指样本指标与总体指标之差。包括系统误差、随机测量误差和抽样误差。系统误差指数据收集和测量过程中由于仪器不准确、标准不规范等原因,造成观察(检测)结果呈倾向性的偏大或偏小,是可避免或可通过研究设计解决的。随机测量误差指由于一些非人为的偶然因素使观察(检测)结果或大或小,是不可避免的。抽样误差指由于抽样原因造成样本指标与总体指标的差异,是不可避免但可减少的。