

2 讨 论

椎管内骨软骨瘤生长位置隐蔽,早期诊断困难,较易引起误诊、漏诊,本例患者入院前曾于当地医院以腰椎退行性病变长期反复保守治疗,症状缓解一般。如此类疾病存在明确神经损害,一经确诊,应积极手术治疗。常规后外侧入路其显露肿瘤过程中难免对椎旁肌进行切开、剥离,椎旁肌的存在对于脊柱整体稳定性的维持具有重要意义,手术操作过程中为充分显露术野,使用牵拉器械对椎旁肌进行牵拉等操作,在一定程度上都会对椎旁肌造成损害,并可能带来术后卧床时间较长,术后深静脉栓塞、肺炎及术后长期下腰痛等不良后果。本例手术通过采用旁正中入路,在多裂肌天然间隙内钝性分离肌束并插入工作通道,由小到大逐级放置扩张套管,肌纤维逐渐被推开,肌肉排列顺序不会改变,由于避免了暴力操作,术中肌肉压力降低,肌肉损伤程度减轻,术后瘢痕组织减少,有效地保留了椎旁软组织的生理功能<sup>[3]</sup>。通过完善术前检查与术中确定好肿瘤位置,后外侧入路开窗覆盖肿瘤的椎板扩大切除,再从肿瘤四周把包绕肿瘤正常结构逐渐分离,保护好临近硬脊膜与神经

根,骨刀劈开肿瘤,分次切取瘤体,蒂部位扩大切除,同时潜行对侧,显露椎管,探查对侧神经根管,进行对侧神经根减压松弛。对侧采用经皮椎弓根螺钉内固定术,避免了以往手术采用双通道的术式,组织损伤更少。对于此类患者,笔者认为,微创通道下手术治疗创伤小,出血少,术后恢复快,可供临床参考。

参考文献

[1] Moon KS, Lee JK, Kim YS, et al. Osteochondroma of the cervical spine extending multiple segments with cord compression[J]. *Pediatr Neurosurg*, 2006, 42(5): 304-307.  
 [2] 陈仲强, 党耕町, 高子芬, 等. 脊柱骨软骨瘤[J]. *中华骨科杂志*, 1997(1): 49-51, 83.  
 [3] Ozgur BM, Yoo K, Rodriguez G, et al. Minimally-invasive technique for transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF)[J]. *Eur Spine J*, 2005, 14(9): 887-894.

(收稿日期: 2016-10-13 修回日期: 2016-11-14)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.053

嗜酸性粒细胞小肠炎 1 例

何文静<sup>1</sup>, 王兰兰<sup>2</sup>, 闵敏<sup>2</sup>, 刘岩<sup>2△</sup>, 徐杨<sup>2</sup>

(1. 河北省承德市宽城满族自治县医院内窥镜室 6632526; 2. 解放军第三零七医院消化内科, 北京 100071)

[中图分类号] R574.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0569-02

嗜酸性粒细胞胃肠炎(eosinophilic gastroenteritis, EG)是嗜酸性粒细胞消化道炎的一种,临床极少见,且缺乏特异性,故易误诊、漏诊<sup>[1-2]</sup>。现报道 1 例以腹痛并黑便为主要表现的弥漫性黏膜病变型嗜酸性粒细胞小肠炎。

1 临床资料

患者,男,50 岁,主因“中上腹痛 2 周,黑便 1 周”入院。缘于 2 周前无明显诱因开始出现中上腹间断性隐痛,可耐受,多于空腹时发作,进食后可略缓解,伴反酸、烧心、恶心、腹胀,余无特殊不适,就诊于当地医院予对症治疗,效果不佳。1 周前开始排黑色成形软便,1~2 d 1 次,量中等,具体不详,便中未见鲜血,再次就诊于当地医院查胃镜提示十二指肠球炎伴出血、慢性胃炎伴糜烂,予抑酸保护胃黏膜、止血及对症等治疗,

患者大便色泽转黄,但仍感腹痛。查体:腹软,中上腹压痛,肠鸣音 3 次/min。辅助检查结果回报:血常规示白细胞  $11.10 \times 10^9/L$ 、嗜酸性粒细胞  $1.90 \times 10^9/L$ 、嗜酸性粒细胞百分比 17.20%;本院胃镜检查示反流性食管炎(LA-A)、慢性胃炎、十二指肠球炎、十二指肠降段多发糜烂灶(图 1);胶囊内镜示小肠多发糜烂(图 2);肠镜示回盲末端黏膜糜烂性病变(图 3);病理示十二指肠降段黏膜慢性炎症,间质内嗜酸性粒细胞显著增多,倾向嗜酸性肠炎;回盲部黏膜慢性炎症,有大量嗜酸性粒细胞浸润(图 4);腹部增强 CT 未见异常。治疗上给予控制高蛋白、海鲜类等食物,保护胃黏膜,口服醋酸泼尼松片(40 mg/d),2 周后腹痛较前减轻,逐步减量,经电话随访,第 3.5 周腹痛感消失。

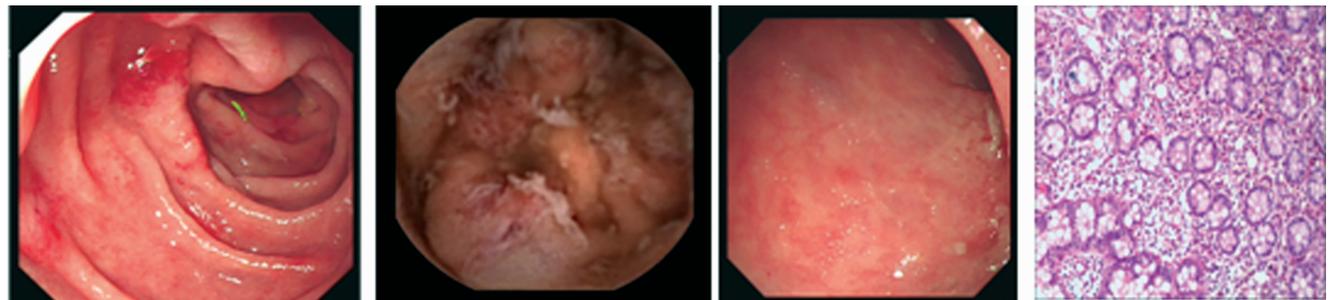


图 1 胃镜检查

图 2 胶囊内镜检查

图 3 肠镜检查

图 4 组织病理与检查 (HE×100)

2 讨 论

嗜酸性粒细胞小肠炎是 EG 的一种,嗜酸性粒细胞消化

道炎是嗜酸性粒细胞从食管到直肠的黏膜层、黏膜下层甚至全层过度积累浸润,并活化脱颗粒损害周围正常细胞,导致胃肠

道节段性水肿、坏死和功能失调的一种消化道疾病,但导致嗜酸性粒细胞异常聚集的始动机制尚不清楚,推测与过敏或免疫功能障碍有关,但只有少数患者有哮喘、食物过敏或有变态反应性疾病的家族史,大部分患者并无过敏性病史<sup>[3]</sup>。该病发病率较低,临床表现缺乏特异性,其特征性表现为胃肠道有弥漫或局限性嗜酸性粒细胞浸润、胃肠道水肿增厚,可伴或不伴周围血嗜酸性细胞增多症,临床上根据病变累及部位不同,可分为嗜酸性粒细胞食管炎、胃肠炎、结肠炎等,其中盲肠及结肠较多累及,但累及广泛小肠及回盲部的病例尚未见相关报道<sup>[4]</sup>。

嗜酸性粒细胞小肠炎诊断有赖于胃肠镜并病理检查,但其内镜下表现常无特异性,主要表现为胃窦、十二指肠、回肠末端和回盲部受累黏膜散在红斑、充血水肿、糜烂出血、溃疡形成、可覆盖白苔。食管、小肠亦可累及,病变散在而分布较广。内镜下黏膜活检证实胃肠道黏膜组织有嗜酸性粒细胞浸润(>20个/HP),是诊断EG的关键,但胃肠道嗜酸性粒细胞浸润常呈局灶性分布,内镜下黏膜活检可能为阴性表现,因此内镜下多点活检(6点以上)可有效以提高诊断率<sup>[5]</sup>。

该病治疗以限定饮食(对于有特定食物、药物等过敏的患者必须脱离过敏原),激素及肥大细胞稳定剂等治疗。本例患者以中上腹痛、黑便为主要临床表现,起初基于只完善了胃镜检查并未病理活检,导致误诊为单纯的十二指肠球炎伴出血,经对症治疗后患者仍有腹痛,监测便常规间断有阳性,进一步胃镜检查后发现十二指肠降段及其以下所能窥见的十二指肠多发糜烂,病理提示十二指肠降段有大量的嗜酸性粒细胞浸润,进一步行胶囊内镜并肠镜检查发现广泛性小肠及回盲部散

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.054

在多发溃疡伴糜烂,病理均予证实有大量嗜酸性粒细胞浸润,最后得以明确,经口服激素治疗后症状得以好转,病情得以控制。此病例提示嗜酸性粒细胞小肠炎虽然罕见,但若根据其临床表现及镜下表现,及时完善病理检查,从而及时明确诊断,继而积极治疗,患者可转归良好。

## 参考文献

- [1] Kinoshita Y, Furuta K, Ishimura N, et al. Clinical characteristics of Japanese patients with eosinophilic esophagitis and eosinophilic gastroenteritis[J]. J Gastroenterol, 2013, 48(3):333-339.
- [2] Zhang L, Duan L, Ding S, et al. Eosinophilic gastroenteritis: clinical manifestations and morphological characteristics, a retrospective study of 42 patients[J]. Scand J Gastroenterol, 2011, 46(9):1074-1080.
- [3] Salkic NN, Mustedanagic-Mujanovic J, Jovanovic P, et al. Enhanced therapeutic response with addition of loratadine in subserosal eosinophilic gastroenteritis[J]. Med Glas (Zenica), 2013, 10(1):178-182.
- [4] 陶利萍, 吴小丽, 黄智铭. 嗜酸细胞性胃肠炎的临床及内镜特点分析[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(21):3922-3924.
- [5] 姚建国, 吴秋珍. 嗜酸细胞性胃肠炎误诊 9 例分析[J]. 西部医学, 2010, 22(2):391-392.

(收稿日期:2016-09-10 修回日期:2016-10-13)

# 妊娠合并复杂先天性心脏病全身麻醉 1 例报告\*

汪鑫, 章放香, 方开云

(贵州省人民医院麻醉科, 贵阳 550002)

[中图分类号] R714.252

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0570-02

## 1 临床资料

患者,女,26岁,体质量50.5kg,因“停经37<sup>+</sup>3周,不规则腹痛1<sup>+</sup>d”入院。入院诊断:(1)G<sub>4</sub>P<sub>0</sub>孕37<sup>+</sup>3周LOA。(2)妊娠合并先天性心脏病:完全性大动脉转位(complete type transposition of great arteries, TGA);右室双出口;室间隔缺损;房间隔缺损;三尖瓣重度关闭不全;二尖瓣轻度反流;心功能Ⅱ级。(3)慢性乙型病毒性肝炎。体格检查:神智清楚,慢性病容,双侧面部色素沉着,口唇黏膜轻度发绀,呼吸较为急促,杵状指(趾),双肺呼吸音粗,第一心音亢进,第二心音固定分裂,胸骨左缘第3~5肋间可闻全收缩期杂音。心脏超声示:(1)左心房位于心脏左侧,右心房位于心脏右侧,左心房扩大,房间隔中份回声中断约13.8mm。(2)左心室位于心脏右侧,与二尖瓣及右心房链接。右心室位于心脏左侧,与三尖瓣及左心房链接。右心室扩大,右心室壁增厚为11.2mm,室间隔上份回声中断约13.4mm。(3)主动脉及肺动脉均起源于右心室,呈平行走行,主动脉位于左前方,肺动脉位于右后方,肺动

脉增宽。(4)彩色多普勒表现(CDFI)结果:室间隔缺损处可探及双向分流,左向右分流速度为1.6.0m/s,右向左分流速度为1.01m/s;房间隔缺损处可探及左向右分流血流信号,速度为1.4m/s;收缩期三尖瓣上可见大量返流血流信号,二尖瓣上可见少量返流血流信号,余瓣口未见异常血流信号。拟急诊行“剖宫产术”。

患者平车推入手术室,左侧卧位,头部垫枕头,神清,口唇黏膜及指(趾)甲发绀,呼吸急促。常规检测心电图(ECG)、血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)、血压(BP)、呼气末二氧化碳分压(PET-CO<sub>2</sub>)。开放外周静脉输液通道,行桡动脉穿刺置管连续监测动脉血压,心率(HR)95次/min,SpO<sub>2</sub>95%,BP103/60mmHg。动脉血气:吸氧浓度(FiO<sub>2</sub>)21%,动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)70mmHg,二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)35mmHg。面罩吸氧6L/min,约5min后,SpO<sub>2</sub>上升至99%。因患者既往腰部受伤,隧采取全身麻醉。麻醉诱导:静脉推注依托咪酯脂肪乳15mg,待患者入睡后静脉推注氯化琥珀胆碱100mg,同时静脉泵入

\* 基金项目:贵州省科技厅软科学项目(黔科合基础[2016]1532-3);贵州省科技厅联合基金项目(黔科合, LH字[2015]7142号);贵州省人民医院青年基金项目(GZSYQN[2015]09号)。 作者简介:(1983—),主治医师,在读博士,主要从事临床麻醉研究。