

Methods Sixty patients with secretory otitis media were treated with urokinase and microwave therapy. **Results** The most patients had a satisfactory effectiveness. There was no complication in any patients. **Conclusion** The urokinase and microwave therapy was safe and effective for secretory otitis media.

[Key words] Secretory otitis media; Microwave therapy; Drug treatment

分泌性中耳炎是以鼓室积液和听力下降为主要特征的常见病,因治疗不及时或治疗方法不当,常易形成中耳粘连,导致患者长期耳鸣、听力下降。目前治疗方法虽然很多,但疗效多不理想,且常易复发。我科自2006-02以来,对60例反复发作的分泌性中耳炎患者采用尿激酶鼓室注射并配合微波理疗等综合治疗,取得良好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 60例患者中,男38例,女22例,单耳51例,双耳9例;年龄10~60岁,平均35岁。急性35例,慢性25例,病程<6个月32例,6个月~1年17例,1年以上11例。60例患者都有不同程度听力下降、内耳堵塞感及低调耳鸣等症。

1.2 辅助检查 硬性耳内镜检查见鼓膜呈淡红或淡黄色,下半部可见液平面;鼓气耳镜检查鼓膜活动度差,咽鼓管吹张示狭窄或不通;纯音测听呈传导性耳聋或混合性耳聋;声导抗检查为C型或B型曲线。所有的病例经鼻咽镜检查均排除机械性堵塞咽鼓管等疾病;排除有氨基糖甙类药物应用史及耳聋家族史。

1.3 治疗方法 治疗原则为清除中耳腔积液,改善中耳通气引流及病因治疗。注射前先抽出中耳腔全部积液,如分泌物粘稠,可用0.9%生理盐水冲洗1~2次,再将尿激酶1500U/0.5ml注入中耳腔内,每周1次,3次为1疗程。用GW-92E型电脑微波治疗仪(天津格兰德医疗设备有限公司),调节微波输出功率为8~10W,将耳辐射器置入患耳外耳道内,治疗时间15~20min,1次/d,5~7d为1疗程。同时口服抗生素,鼻减充血剂滴鼻。

1.4 疗效判定 临床治愈:患者原有症状体征消失,鼓膜活动好,咽鼓管通畅,纯音测听及声导抗检查均正常;好转:患者

原有症状体征明显减轻,鼓室积液消退,咽鼓管狭窄,纯音测听及声导抗检查有所好转,但未完全恢复正常;无效:治疗前后症状体征、咽鼓管、纯音测听及声导抗检查结果无变化^[1]。

2 结果

按以上标准,在60例69患耳中,治疗后随访4~6个月,临床治愈67耳(86%)、好转6耳(7%)、无效5耳(6.4%),总有效率为93.5%。

3 讨论

分泌性中耳炎渗出液中含有大量的血浆蛋白,其发病机理与渗出液中蛋白质的水解功能降低有很大关系,也是本病久治不愈的主要原因^[2]。尿激酶能够激活组织蛋白酶,溶解渗出液中的血浆蛋白成份,促使上皮细胞吸收,达到治疗的目的^[3]。微波治疗中耳炎的机理是利用微波的非热效应增强细胞的代谢过程,调节血管的功能,缓解深层血管痉挛,改善中耳腔负压;同时使血管扩张、血流速度加快,提高血氧浓度,从而纠正中耳缺氧状况,促进分泌物的吸收及咽鼓管粘膜肿胀的消退。因此,采用尿激酶鼓室注射并配合微波理疗等综合治疗分泌性中耳炎的方法,可明显减少分泌性中耳炎的复发率。治疗中未发现不良反应,近期及远期效果均肯定,值得推广应用。

参考文献

- 1 贝政平,舒怀,周梁.分泌性中耳炎诊断标准[M].第1版,北京:科学技术出版社,2007:258.
 - 2 樊忠,王天锋.实用耳鼻咽喉科学[M].第1版,济南:山东科学技术出版社,1998:96-97.
 - 3 马志友,杨仁端.尿激酶治疗渗出性中耳炎疗效观察[J].交通医学1995,9(1):90.
- [收稿日期 2009-03-05][本文编辑 韦挥德 刘京虹]

双侧指和趾交叉性复杂畸形1例尸检报告

•病例报告•

玉洪荣,郭灵

作者单位:530021 广西南宁市广西医科大学人体解剖学教研室

作者简介:玉洪荣(1976-),男,硕士研究生,医学硕士,助教,研究方向:发育生物学

通讯作者:郭灵,博士,教授, E-mail: drguoling@foxmail.com

[摘要] 目的 揭示双侧指和趾畸形的形态变化。方法 10%福尔马林溶液固定尸体并进行全面解剖,切取病变组织进行切片和H-E染色,光镜下观察结构变化。结果 比较左右手及左右足的僵硬连结状态可见,右侧手指畸形程度明显重于左侧手指畸形;而左侧足趾的畸形程度则明显重于右侧足趾畸形,形成了

右手指畸形与左足趾畸形严重程度相一致,而左手指畸形与右足趾畸形严重程度相一致的左右和上下相互交叉畸形之总体外观。H-E 染色切片显示,拇指和脚趾的末端均发生溃疡,有许多淋巴细胞浸润,出现慢性肉芽肿,其中有许多中性粒细胞存在。结论 由于本例的各指(趾)与掌(跖)的复杂畸形使关节形成僵硬的连结状态,并严重影响到手和足活动的正常功能,故应尽早施行外科手术矫正之。

【关键词】 多指; 指节缺失; 多趾; 趾节缺失

【中图分类号】 R 321.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2009)04-0424-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.03.038

Abnormalities of bilateral fingers and toes: an autopsy case report YU Hong-rong, GUO Ling. Department of Anatomy, Guangxi Medical University, Nanning 530021, China

【Abstract】 Objective To explore the abnormalities of bilateral fingers and toes with their relations to operative therapy. Methods The dead human body was fixed with 10% formalin solution, and then was anatonized. Relative tissues were sectioned and stained with H-E technique. Results The abnormality patterns and degrees for the right fingers and toes were roughly similar to those for the left fingers and toes. In addition, H-E staining showed that the abnormal fingers and toes were infected with bacteria. Conclusion Since the above abnormalities severely affect the normal activities for bilateral hands and feet, it is urgent to rectify such complicated abnormalities by surgical procedure so as to obtain a good therapy effect.

【Key words】 Multiple finger abnormalities; Multiple toe abnormalities; Bilateral hands; Bilateral feet

作者在 2008-10 进行局部解剖学教学中发现一例双侧指和趾严重畸形,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 发生畸形者为男性,年龄 60 岁。临床诊断:因交通事故导致脑干严重挫伤而死亡。

1.2 处理方法 首先对死者体表进行全面观察和检查,并做相应记录,继之从右侧股动脉插管高压灌注 10% 福尔马林溶液进行固定,待灌注固定完毕后,将标本放置于盛有原固定液的大容器内,继续在室温条件下固定尸体 7 d。最后对尸体进行全面解剖,针对发生畸形的指和趾以及可疑的病变部位取材,行组织切片和 H-E 染色,光镜下观察被检测组织和细胞的形态结构变化。

2 结果

2.1 解剖所见 (1)死者身长约 157 cm,体型偏瘦。左右两上肢的长度近似,均约为 46 cm;左右两下肢的长度也大致相等,均约为 78 cm。在右手部可见,右拇指仅有一节段,形似圆锥状,锥底周径约 8.5 cm,圆锥尖端无甲床及指甲,拇指全长约 1 cm,并与拇指掌关节连结甚紧密,活动度极小;恰在该单节拇指中部生长出一个节段的多余指头向掌侧和内侧延伸,该多余指形状也似圆锥状,大小与拇指相当,末端也缺乏甲床及指甲,拇指及其生长出的多余指末端均发生坏死,形成溃疡,并有黄色的脓性物。右侧食指、中指和无名指均为 2 节段,而小指仅有一个节段,这四指和无名指的长度约在 1~3 cm 的范围内,各指末端均有甲床和指甲。所有指末节头均向掌侧延伸,形成爪形手的外观,手掌缺乏鱼际而变扁平,且在手掌桡侧中部还被一深沟分为前后两部分,使其外形酷似猿掌。左侧手指发生的变异和畸形之型式与右侧的相似,但程度较轻。(2)观察左右下肢发现,左右足均短小,长约 4.5~5 cm,宽 3.5~4.5 cm,厚 4~4.5 cm。两足底皮肤特厚,形成坚

韧的胼胝体,但左侧脚趾也只有一个节段,其末端缺乏甲床及指甲,发生溃烂,并有黄色的脓性物。其余各趾均缺少一节段,但仍有甲床及指甲,无溃烂和感染。左侧的足趾变异和畸形之型式与右侧的相似,但程度明显较左侧轻。(3)解剖颅腔可见,枕骨体部发生骨折,小脑扁桃体紧贴于延髓背侧部,延髓外形明显膨大,有出血点。打开胸腔发现,右肺因缺乏水平裂,而只能依靠斜裂分为上、下两叶。除上述以外,其它脏器或部位均未发现异常表现。

2.2 病理所见 H-E 染色切片显示,各畸形指或趾的细胞形态正常,但拇指和脚趾的末端均发生溃疡,有许多淋巴细胞浸润,出现慢性肉芽肿,其中有许多中性粒细胞存在,故有化脓性感染迹象。延髓内部发生水肿,在延髓网状结构部位神经元发生死亡,其中有红细胞从血管逸出到延髓实质,以上特征应是小脑扁桃体压迫延髓所致的小脑扁桃体疝之病理表现。两肺结构正常,其余脏器械下均未发现异常变化。

3 讨论

3.1 多指(趾)或缺指(趾)常常是在个体胚胎发育早期由于遗传因素或受到外部致畸因子的侵害而形成的一类畸形^[1]。本例畸形的拇指或脚趾发生多指或多趾的异常变化,而且畸形指或趾的末端完全缺乏甲床和指(趾)甲的保护,故经常发生外伤而使伤口延绵不断难以愈合,虽然有肉芽肿形成,但又因合并感染,致使伤口愈合更为困难,最终形成恶性循环导致长年存在溃疡。

3.2 比较本例左右手及左右足的畸形状态可见,右侧手指畸形程度明显严重于左侧手指畸形;而左侧足趾的畸形程度则明显严重于右侧足趾畸形,这就形成了右手指畸形与左足趾畸形严重程度相一致,而左手指畸形与右足趾畸形严重程度相一致的左右和上下相互交叉畸形之总体外观。

3.3 本例的各指(趾)与掌(跖)的关节形成较为僵硬的连结

状态,使手和足的活动程度严重受限,对于这类已影响到功能的畸形,应尽早施行整形外科手术治疗之,以从根本上解决功能异常的问题^[2]。本例经病理检查证实,该患者死因系小脑扁桃体疝所引起,这与临床诊断基本吻合。

参考文献

1 Tafti MA, Cramer SC, Gupta R. Orthopaedic management of the

upper extremity of stroke patients[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2008,16(8):462-470.

2 Aliu O, Netscher DT, Stainer KG, et al. A 5-year interval evaluation of function after pollicization for congenital thumb aplasia using multiple outcome measures[J]. Plast Reconstr Surg, 2008,122(1):198-208.

[收稿日期 2008-12-08][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

剖宫产术后再次妊娠合并前置胎盘并穿透性植入胎盘 1 例

·病例报告·

丘 茜, 黄昶妍

作者单位:537000 广西,玉林市第一人民医院妇产科(丘 茜);玉林市第三人民医院妇产科(黄昶妍)

作者简介:丘 茜(1970-),女,本科学历,妇产科主治医师,研究方向:围产期保健及女性内分泌。E-mail:qiuqian1226@sina.com

【关键词】剖宫产术;前置胎盘;植入性胎盘

【中图分类号】R 714.46 【文章编号】1674-3806(2009)04-0426-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.04.039

前置胎盘和胎盘植入是分娩期严重并发症,是产科出血的主要原因之一。随着B超技术的广泛应用,前置胎盘的诊断相对容易,但胎盘植入因产前难以明确,易造成产后出血,严重者需切除子宫,甚至危及产妇生命。随着人工流产、药物流产、剖宫产等子宫手术的增多,前置胎盘和胎盘植入较以往有明显增多的趋势。现将我院诊治的剖宫产术后再次妊娠合并前置胎盘并穿透性植入胎盘 1 例报道如下。

1 病例介绍

患者××,43岁,G₂剖₁,因剖宫产术后2年余,孕33⁺₆周,反复阴道流血1月余,突然大出血1h急诊入院;入院后查体:T36℃,P87/43 mmHg,神清,全身皮肤粘膜苍白,重度贫血貌;心肺正常,腹部隆起如孕月大小,有规律宫缩,胎位、胎心音正常,外阴、阴道血污。B超检查:胎儿双顶径83 mm,胎盘附着于子宫前壁,胎盘下缘完全覆盖于子宫颈内口;急查血常规Hb 64 g/L。入院后即予输血、输液纠正失血性休克,血红蛋白提高至91 g/L。休克纠正后曾一度病情稳定,阴道无流血,拟予支持、促胎肺成熟后再择期手术,但入院后6h再次出现阵发性中量阴道流血,在输液、备血准备下行二次剖宫产术。术中见:子宫下段呈紫蓝色,前壁下段及膀胱均密布迂曲的血管,避开子宫下段血管横行切开子宫肌层,即有血液汹涌而出,迅速穿透胎盘并破膜,延长子宫切口助娩一活男婴,Apgar评分10分。钳夹子宫切口血窦,人工剥离胎盘,发现部分胎盘与子宫前壁粘连紧密无间隙,部分胎盘剥离创面出血凶猛,考虑有胎盘植入,清除部分胎盘组织并予8字缝扎出血部位均无效,决定行子宫全切除术,

术中出血约4000 ml。术后剖视子宫标本:胎盘附着于子宫前壁,胎盘下缘完全覆盖于子宫颈内口,部分胎盘植入达子宫浆肌层。病检报告为:穿透性胎盘。术后给予预防感染、纠正贫血、支持等治疗,术后10 d患者病愈出院。

2 讨论

2.1 产科出血仍是我国孕产妇死亡的首位原因。前置胎盘和胎盘植入是产科出血的主要原因之一,如处理不当可导致患者大出血、休克,甚至死亡。根据chattopadhyay报道,剖宫产术后妊娠前置胎盘并胎盘植入的患者,有60%需要紧急切除子宫,主要原因在于产后急速大出血^[1]。

2.2 前置胎盘的高危因素有^[2]:(1)高龄孕妇,年龄>35岁,发病率增加。(2)流产史或前次剖宫产史,有资料表明剖宫产史者前置胎盘的发生率增加3~5倍,并发现随剖宫产次数的增加,前置胎盘的发生率也增加。(3)吸烟吸毒者,可使前置胎盘危险性增加2倍。(4)辅助生育技术,与自然受孕相比,人工助孕使前置胎盘发生风险增加6倍。

2.3 胎盘植入是一种严重的产科并发症,其发生率为1/7000,常见诱发因素有^[3]:(1)子宫内层损伤,有子宫手术史(如剖宫产、子宫肌层剥出、多次刮宫或刮宫过度等),尤其伴有感染(如子宫内膜炎、Asherman's综合征等)者,则再次妊娠易发生胎盘植入。(2)胎盘附着部位异常,如胎盘附着于子宫下段,特别是有剖宫产史,此次妊娠时胎盘附着于切口,称为凶险型前置胎盘,更容易发生胎盘植入。(3)高龄孕妇,尤其年龄>35岁者,发生胎盘植入的几率增高。

2.4 目前对前置胎盘的诊断依靠产前B超的检查,已较容