

病理性收缩环,腹肌紧张,压痛反跳痛明显,胎心音 125 次/min,阴道无流血及流液。给予静脉补液,插尿管,尿清色,急查 B 超示腹腔积液,胎心率慢,胎盘下缘处于低置状态,不排除胎盘早剥及子宫破裂的可能,急查 Hb 69 g/L。追问病史,患者家属诉几年前在上级医院妇检时检查发现双子宫畸形,结合病史于上午 9:30 行急诊剖腹探查术,术中见腹腔有大量暗红色血液涌出,边吸净边探查,妊娠子宫为畸形子宫,呈幼稚型,子宫肌层菲薄,取子宫下段切口,破膜见羊水为血性,量约 600 ml,以臀位牵出一女婴,重 1 500 g,交台下抢救。术中探查患者为双子宫畸形,妊娠子宫位于右侧,左右侧子宫各有单一的输卵管及卵巢,外观正常,妊娠子宫后壁近宫底处有一不规则破裂口,破口可见活动性出血,给予子宫破裂修补及缝合子宫切口。术中共计出血约 2 800 ml。尿清,量约 100 ml。术中输红细胞悬液 6 U,血浆 800 ml。术后经抗感染促宫缩治疗,2010-06-07 复查血 Hb 68 g/L,再次输红细胞悬液 4 U,血浆 300 ml。2010-06-10 再查血 Hb 91 g/L,7 d 后病情恢复,术口对合好出院。出院诊断:孕 1 产 1 孕 29 + 4 周臀位剖宫产,双子宫畸形,右子宫妊娠自发性破裂,失血性休克。

2 讨论

子宫自发性破裂比较罕见,临床上应引起足够重视,其破裂与子宫肌层的发展及厚度有密切关系。如双子宫妊娠或单角子宫妊娠等易发生子宫破裂,特别是双子宫畸形妊娠,使子宫肌层脆薄,妊娠到中晚期易出现子宫自发性破裂^[1],而且,双子宫妊娠

易发生收缩导致流产或早产,使原本薄弱的子宫肌层被牵拉伸长而更加薄弱,容易引起子宫破裂,特别易出现子宫下段破裂^[2]。子宫破裂时,如未及时发现,不但可引起胎儿死亡,亦可危及产妇生命。教训:本例患者入院时未带产检本,入院后至子宫破裂才提及有双子宫畸形病史,产科医生只简单认为先兆早产、急性胃肠炎,而做保胎补充能量等对症处理。患者入院前出现胃部不适,呕吐胃内容物呈急性胃肠炎症状,胃肠蠕动增强反射性引起孕子宫收缩导致早产。但早产的症状及体征不应有诸多胃肠道表现,而胃肠炎也不应有如此剧烈的腹痛及腹胀。本例忽略了子宫破裂的发生,故详细的病史采集是一个重要环节。入院时未采集到患者有子宫畸形病史,而双子宫畸形在妊娠增大后,B 超则很难分辨出双子宫,再则腹部的体格检查对诊断也起很重要的作用。本例患者表现腹胀、胃肠道症状,产科医生未细致分析胃肠道表现的因果关系,只是简单考虑先兆早产、急性胃肠炎,忽略了子宫自发性破裂的发生。故在临床工作中,遇到中晚孕病人出现休克状态应想到有腹腔内出血,若已发生子宫自发性破裂出血,则应立即行剖腹探查术,根据破裂部位以及患者生育情况可行修补术或子宫次全切除术。

参考文献

- 1 丰有吉,沈 铿,主编. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:203.
- 2 肖建平,许建娟,是 燕. 成功救治晚期宫角妊娠破裂 1 例[J]. 实用妇产科杂志,2006,22(10):637.

[收稿日期 2011-10-12][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪]

脊髓空洞症 3 例报告

· 病例报告 ·

耿万杰

作者单位: 236600 安徽,太和县人民医院神经内科

作者简介: 耿万杰(1972-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:神经内科疑难疾病及介入诊治。E-mail:1846288156@qq.com

[关键词] 脊髓空洞症; 外科手术; 分流

[中图分类号] R 68 [文章编号] 1674-3806(2012)03-0252-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.03.27

脊髓空洞症属神经内科少见病种^[1],既往易漏诊误诊,近年来随着磁共振成像技术(MRI)的临床应

用,该病确诊率有了很大的提高。现将我院诊治脊髓空洞症 3 例报告如下。

万方数据

1 病例介绍

例 1 患者,女,55 岁,因“右上肢肿胀半月余”于 2009-07-07 入住我院骨科。无家族性遗传性疾病史。患者于 2009-01 跌倒致右肱骨髁上骨折,在外院手术治愈,于 2009-06-20 无明显诱因下发现右上肢肿胀并活动受限,于当地医院拍片示右肱骨头缺如,即到安徽省立医院行单光子发射计算机断层成像术(SPECT)检查,提示右肱骨上段骨肿瘤可能。于 2009-06-24 在外院拟肿瘤合并右肩关节积液,住院行抗菌治疗 3 d 无好转,于 2009-06-27 来本院行血管造影,结果提示右上肢静脉、腋静脉及锁骨下静脉通畅,遂于 2009-07-07 入住骨科,病程中无发热。入院查体:神清,营养中等,颈软,右上肢肿胀明显,不红,活动受限,右肩关节明显空虚感,右上肢痛温觉消失,触觉、深感觉存在,肌力 4 级,左侧肢体深浅感觉正常,四肢腱反射正常,Hoffmann 征(-)。实验室检查:肝、肾功能,血脂,血糖正常。为明确诊断于 2009-07-11 常规行右肱骨上段取骨病理检查术,术中见流出淡黄色液体约 200 ml,组织水肿变性明显,肱骨头缺如,肱骨上段骨不规则,肱骨头区明显腔隙存在伴碎骨屑,病理检查未见肿瘤细胞等异常,请我科会诊,诊断为脊髓空洞症,予颈胸椎 MRI 检查示:C2~C8 呈条带状长 T1 长 T2 信号,确诊为脊髓空洞症。见图 1。



图 1 脊髓空洞症 MRI 图像

例 2 患者,男,48 岁,因“右侧肢体感觉障碍 29 年,加重并疼痛 1 个月”入院,患者 20 岁时出现右侧肢体麻木,痛觉减退。在北京友谊医院拟诊为“脊髓空洞症”,因当时无 CT 及 MRI 而未能明确诊

万方数据

断,未予治疗。2 年前饮酒后与人扳手腕时致右肘骨折,钢板固定约 6 个月方愈,近 1 个月来,出现右上下肢乏力明显,并右上肢间断性剧烈疼痛。入院查体:右侧面部及右侧偏身痛温觉减退,触觉、深感觉存在,右侧上下肢肌力 5 级,右侧偏身汗出,左侧肱二、三头肌反射活跃,Hoffmann 征(-),双侧膝腱反射活跃,Barbinski 征(-)。颈胸髓 MRI 示:脊柱以 T4 为中心向左侧突成角畸形,C3~T8 段脊髓中央管增粗,呈条带状长 T1 长 T2 信号,双肩关节正位片未见异常,入院后予 B 族维生素、肌苷、辅酶 A,口服布洛芬止痛等对症治疗,症状有所好转,遂转上级医院进一步诊治。

例 3 患者,男,40 岁,因“右侧肢体感觉障碍并活动不利 20 年余”于 2010-04-25 入院。患者于 20 年前不明原因出现右侧上下肢乏力,行走不便,同时右侧上下肢痛温觉减退,易发生烫伤、割伤。1987 年于外院头颅、颈椎 CT 未发现异常,未予治疗。20 年来病情缓慢进展,1 个月前开始左上肢亦出现乏力及感觉障碍。入院查体:神清,消瘦,颅神经正常,颈软,右侧上下肢肌力 4 级,右手指间肌、大、小鱼际肌萎缩,左侧上肢痛、温觉减退,触觉、深感觉存在,肌张力正常,右上肢、双下肢腱反射亢进,右侧 Hoffmann 征(+),Barbinski 征(-)。入院后予颈胸椎 MRI 检查示:寰椎前结节与枕骨大孔融合,寰枢关节距离增大,齿状突发育不良,位置升高,C2 椎体水平脊髓受压变细,C2~C5 脊髓内见线条形长 T1 长 T2 信号,因经济困难未治疗自动出院。

2 讨论

2.1 脊髓空洞症是一种慢性进行性脊髓变性疾病,呈散发性,多发生于颈髓,空洞向上可扩展到延髓和脑桥,向下可扩展到胸髓和腰髓。至今发病原因不明^[2],主要为:(1)先天性脊髓发育异常,可能是胚胎期脊髓神经管闭合不全或脊髓内先天性神经胶质增生导致脊髓中心变性。(2)颈枕区先天性发育异常影响脑脊液自第四脑室进入蛛网膜下腔,不断冲击脊髓中央管并使之逐渐增大形成空洞。(3)脊髓外伤、蛛网膜炎、脊髓血管畸形,致脊髓缺血、坏死、液化形成空洞。

2.2 脊髓空洞症多发生于 20~30 岁,男:女=3:1,隐匿起病,缓慢进展,因病变部位不同而临床表现各异^[3]。最常见的首发症状是一侧肢体或面部感觉障碍,如麻木、疼痛、痛温觉减退,渐渐发展至痛温觉消失,肢体无力,肌萎缩。本报告中 2 例以感觉障碍首发。例 1 患者因痛觉缺失引起肩关节磨损、畸形、

肿大,形成夏科关节(Charcot joint),神经营养障碍而致骨及关节骨质破坏易骨折,且骨折后难以愈合。本病常合并先天性脊柱侧弯、颈枕区畸形、小脑扁桃体下疝等。矢状位 MRI 是确诊本病的首选方法,且简单快速。临床上应与以下疾病鉴别:(1)运动神经元疾病:多中年发病,为运动功能障碍,无伴感觉障碍及神经营养障碍,脊髓 MRI 正常。(2)颈椎病:多见于中老年,与长期不良颈部姿势有关,为根性疼痛,压颈实验阳性,颈椎 MRI 可见椎间盘突出及脊髓神经根受压表现。临床上如遇有不明原因的易发上肢骨折,骨折愈合时间较长,或难以愈合,并伴有痛温觉障碍者,应高度怀疑本病,及时予以脊髓 MRI 检查以免漏诊或误诊,让病人在治疗上少走弯路,减少不必要的花费,而详细的体格检查是防止误诊的基础。

2.3 脊髓空洞症的治疗目前存在较多争议,手术是治疗本病的主要手段和研究重点,手术方法依据空洞类型、临床表现、MRI 检查而不同^[4]。(1)后颅凹畸形或发育不全:枕颈部手术减压,可使脊髓空洞逐渐缩小,对 Chiari 畸形相关的脊髓空洞症内窥镜手术亦有良好效果。(2)创伤后脊髓空洞症:多数学者倾向于消除脊髓压迫,重建蛛网膜下腔恢复脑脊液通路,脊髓空洞细胞移植也已有临床报道^[5]。(3)特发性脊髓空洞症:多采用空洞分流术,对症状轻、年龄较大者,可予保守治疗,如止痛、神经营养药、改善微循环、高压氧、针灸、按摩等,对神经系统

功能恢复可能有一定作用。本病的预后:手术后大部分病例空洞缩小或消失,可通过 MRI 扫描定期检查对比观察空洞变化及脊髓的状况。手术后近期疗效较为明显,但对晚期病例、脊髓空洞巨大或神经组织萎缩、退变明显者则无明显疗效^[6]。本病的预防:(1)妊娠期补充叶酸,预防先天性出生缺陷。(2)避免引起静脉压升高的剧烈动作,挺胸靠近大腿锻炼,减少空洞扩大的风险。

参考文献

- 1 Parker JE, Knowler SP, Rusbridge C, et al. Prevalence of asymptomatic syringomyelia in Cavalier King Charles spaniels[J]. Vet Rec, 2011,168(25):667.
- 2 Sekula RF Jr, Arnone GD, Crocker C, et al. The pathogenesis of Chiari I malformation and syringomyelia[J]. Neurol Res, 2011,33(3):232-239.
- 3 Koyanagi I, Houkin K. Pathogenesis of syringomyelia associated with Chiari type I malformation: review of evidences and proposal of a new hypothesis[J]. Neurosurg Rev, 2010,33(3):271-284.
- 4 Ushewokunze SO, Gan YC, Phillips K, et al. Surgical treatment of post-traumatic syringomyelia[J]. Spinal Cord, 2010,48(9):710-713.
- 5 何 俐,陈小燕. 脊髓空洞症的诊断和治疗进展[J]. 中国全科医学, 2007,10(12):960-961.
- 6 Spina G, Bernucci C, Garbossa D, et al. Clinical and radiological outcome of craniocervical osteo-dural decompression for Chiari I-associated syringomyelia[J]. Neurosurg Rev, 2010,33(3):297-303.

[收稿日期 2011-09-23][本文编辑 宋卓孙 韦 颖]

护理研讨

行为护理在女性功能性消化不良中 临床应用观察

黄云花, 李 宁, 王克敏, 左国文

基金项目: 广西卫生厅科研课题(编号:Z2004003)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院消化内科

作者简介: 黄云花(1969-),女,大学本科,副主任护师,研究方向:临床护理。E-mail:ning_1943@163.com

[摘要] **目的** 探讨行为护理应用于女性功能性消化不良(FD)患者的临床效果。**方法** 选择120例住院女性FD病人随机分为对照组和实验组各60例,对照组采用常规药物治疗和常规护理,实验组则未用药物而给予行为护理治疗,比较两组病人症状改善情况。**结果** 实验组疗效优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 行为

万方数据