

合疑似预防接种异常反应监测分析中,自疑似预防接种异常反应(AEFI)信息管理系统收集到全国 32 例 GBS,涉及 9 种疫苗,最终确定属于异常反应者 20 例,9 种疫苗 GBS 报告发生率为 0.01/100 万剂~0.19/100 万剂。国外^[7]也有流感疫苗接种致 GBS 的报道。1976 年,在美国新泽西州发生流感暴发流行时,开展了 4 300 万人的流感疫苗预防接种,但在接种过程中发生了 500 例 GBS 病例,死亡 25 例,政府随即叫停该疫苗接种计划。国内在接种甲型 H1N1 流感疫苗时亦出现过有 GBS 病例的报道^[8]。本次接种的流感疫苗为华兰生物疫苗有限公司生产的流感病毒裂解疫苗,其说明书中涉及到 GBS 为其极罕见不良反应的表述:流感裂解疫苗注射后 12~24 h,少数人注射部位出现红、肿、痛、触痛和痒等,一般很快会消失,不影响正常活动;接种者可能会出现一过性肌肉痛、关节痛、头痛、头晕、出汗、不适、发热和寒颤等全身反应,一般无需治疗,1~2 d 后可自行缓解;偶见过敏反应,罕见反应有神经痛、感觉异常、惊厥和一过性血小板减少;极为罕见反应有过敏反应导致休克、脉管炎、一过性累及肾脏、神经紊乱如脑脊髓膜炎、神经炎和 GBS。本病例在接种流感疫苗后急性起病,出现对称性、迟缓性运动功能障碍,肌电图显示广泛周边神经病变,符合 GBS 诊断。且排除了发病前曾有病毒感染性疾病及

外伤史,也进一步支持流感疫苗接种后 GBS 的诊断。结合 GBS 复发特点^[9],做好随访观察。探讨本例发病原因可能与疫苗注射后,机体的细胞和(或)体液免疫功能紊乱有关。

参考文献

- 1 赵占杰,梁 剑,郑慧贞,等. 2008~2010 年广东省 3 市常住人口格林-巴利综合征病例基础发病率调查分析[J]. 疾病监测,2013,28(9):730-732.
- 2 谢广中,刁连东,王树巧,等. 预防接种的反应和处理[M]. 第 2 版. 上海:上海科学技术出版社,2005:126-127.
- 3 周波青. 乙脑疫苗引发格林-巴利综合征一例报告[J]. 中国预防医学杂志,2008,9(12):1096.
- 4 胡 健. 接种乙肝疫苗后发生格林-巴利综合征 1 例[J]. 中国实用内科杂志,1997,17(5):297.
- 5 王爱珍,赵勇进,王少信,等. 流行性感疫苗引发格林-巴利综合征 1 例评析[J]. 中国计划免疫,2005,11(1):15.
- 6 王亚敏,刘大卫,李克莉,等. 全国 2009-2010 年格林-巴利综合征疑似预防接种异常反应监测分析[J]. 中国疫苗和免疫,2012,18(5):408-411.
- 7 王亚丽,侯永芳,黄 铎,等. 疫苗和格林-巴利综合征关联性研究进展[J]. 中国药物警戒,2011,8(9):549-550.
- 8 叶 娜,胡 海,李 莉. 接种甲型 H1N1 流感疫苗致格林-巴利综合征 1 例报告[J]. 海峡预防医学,2011,17(2):56-57.
- 9 赵 燕,付志新,张津华. 复发急性格林-巴利综合征临床分析[J]. 中国临床新医学,2014,7(1):48-50.

[收稿日期 2014-06-25][本文编辑 吕文娟]

股骨骨折合并甲亢致骨不连接一例

· 病例报告 ·

郑启渔

作者单位: 542500 广西,桂林市恭城瑶族自治县人民医院骨科

作者简介: 郑启渔(1974-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:骨科疾病诊治。E-mail:zhengqiyu007@163.com

[关键词] 骨不连; 甲状腺功能亢进; 骨质疏松症

[中图分类号] R 68 [文章编号] 1674-3806(2014)11-1061-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.11.25

1 病例介绍

患者,男,39岁,因高处坠落致左大腿疼痛功能障碍 2 h 于 2010-07-27 入院。既往体健,无心脏病、高血压病及糖尿病史。入院查体:心率 68 次/min,心肺腹无特殊。专科情况:左大腿明显肿胀,无流血伤口,有明显压痛,轴向叩击痛及骨擦音骨擦感,左

大腿反常活动,肢端血运尚可。X 线提示左股骨骨折。入院检查血常规:白细胞 $6.6 \times 10^9/L$,血红蛋白 127.09 g/L,中性粒细胞比率为 85.2%,红细胞 $4.42 \times 10^{12}/L$,其余指标均正常。生化检查:肝功能、电解质及血糖均正常(当时未查甲状腺功能)。心电图示正常心电图。于 2010-07-30 在脊麻下行

左股骨骨折切开复位钢板内固定术。术后抗炎、消肿止痛、活血化瘀及促骨折愈合治疗。于2010-08-28切口愈合后出院。于2011-03-24因左大腿疼痛4 d入院。入院查体:心率72次/min,心肺腹未见异常。专科情况:左大腿呈内收畸形,左大腿前外侧可见陈旧性手术疤痕,左大腿切口处皮下可触及突起硬物(钢板),有压痛,轴向叩击痛,左下肢短缩约2厘米,入院血常规、肝肾功能、电解质、血糖、心电图等检查正常。诊断为“左股骨骨折骨不连”。该患者于2011-03-29 09:25~12:10在硬膜外麻下行左股骨骨不连切开复位带锁髓内钉内固定术取左髂骨植骨术,于术后当天下午出现烦躁不安、神志不清,心电图监测心率156次/min,血压129/82 mmHg,血氧99%,体温36.3℃,呼吸24次/min,两肺呼吸音略粗未闻及干湿啰音。考虑躁动系麻醉药物所致,给予氟马西尼静推,患者较前清醒,对答切题。心率仍有170次/min,心电图示室上性心动过速。急查血常规白细胞 $24.2 \times 10^9/L$,血红蛋白119.0 g/L,血小板 $403 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率83.7%,红细胞 $4.48 \times 10^{12}/L$,电解质、肝肾功能无明显异常。给予西地兰0.4 mg静推,普罗帕酮70 mg静推,心率逐渐减慢,但仍超过100次/min。经会诊考虑甲亢可能,甲功化验:游离三碘甲状腺原氨酸34.660 pmol/L,游离甲状腺素780 pmol/L,促甲状腺素0.063 mIU/L,诊断为甲亢,给予甲巯咪唑片5 mg口服3次/d,3 d后心率降至正常,复查血常规、肝肾功能、电解质、心电图正常。于2011-04-12切口愈合后出院。出院后嘱患者每月复查血常规及甲功,预防白细胞减少。甲巯咪唑片治疗6个月后复查:游离三碘甲状腺原氨酸4.13 pmol/L,游离甲状腺素18.05 pmol/L,促甲状腺素0.63 mIU/L,甲功检查已正常。治疗18个月后停药。于2012-09-03患者左股骨骨折骨性愈合回院取出内固定。

2 讨论

2.1 骨不连是指损伤和骨折后至少9个月,并且无进一步愈合倾向已有3个月,是骨折的正常愈合过程终止^[1]。骨不连的原因主要有(1)自身因素:营养代谢状况、生活习惯、药物使用、年龄、性别等^[2]。(2)技术性因素:①内固定选择不当;②内固定操作不合理;③多次地手法复位加重软组织损伤,破坏了骨折端的血液供应;④术中过多地剥离骨膜及粗暴地手法复位;⑤术后过早的完全负重,造成内固定的弯曲、断裂或松动;⑥过度地牵引使骨折端的分离;⑦斯氏针偏细或石膏固定范围不够,使骨折端旋转

移位,不利于骨折的愈合^[3]。(3)生物学因素:临床上骨软骨病、感染性疾病、糖尿病、甲状腺功能异常、各种原因引起的区域性主要感觉丧失、二磷酸中毒、严重放射性损伤和营养不良等可影响机体的钙磷代谢,导致骨痂形成障碍、骨痂钙化障碍、异常分化、骨改建塑形异常,最终造成骨折不愈合或延迟愈合。在美国及加拿大,技术性因素所致的骨延迟连接或骨不连接约占骨不连总数的70%左右,生物学因素约占骨不连总数的20%左右,自身因素约占骨不连总数的10%左右。

2.2 本例第一次手术后发生骨不连,第二次手术后出现甲状腺危象,诊断甲状腺功能亢进症,经抗甲亢治疗有效后出现骨性愈合并取出了内固定。因此,考虑本例左股骨骨折骨不连与甲亢存在一定的因果关系。甲亢是指甲状腺激素分泌过多引起的临床综合征。甲亢可对包括骨骼系统在内的全身多个系统产生影响^[4]。甲亢时,在大量甲状腺素的作用下,对骨骼的影响包括:(1)分解代谢加快,造成骨骼中蛋白基质不足。(2)大量骨钙释入血,钙盐在骨骼中沉淀发生障碍,骨的形成受阻。(3)甲状腺素能降低活性维生素D的水平,使钙、磷吸取减少,排泄增多。(4)抑制肾脏对钙、磷、镁的再吸取,促进钙、磷、镁的排泄。(5)胃肠道对钙磷、多种维生素及微量元素等各种营养物质吸取减少。(6)甲亢患者多伴有糖代谢紊乱,糖分解增加,使血糖升高,出现糖尿,加重了骨代谢的紊乱。(7)伴有性腺功能减退,骨的吸收作用进一步增强。最终导致骨质吸收增强,大量骨钙释入血,骨质大量遗失,发生骨质疏松。有研究^[5]表明:在纤维骨痂期,组织学变化是成纤维细胞合成Ⅲ型胶原;在软骨骨痂期,组织学变化是成软骨细胞合成并分泌Ⅱ型胶原;在骨性骨痂期,组织学变化是软骨内成骨出现并发展,Ⅱ型胶原逐渐消失,被抗张力性能较强的Ⅰ型胶原所取代。骨折修复的过程由软骨内成骨和膜内成骨共同参与,以软骨内成骨为主。骨质疏松患者的软骨内成骨较为迟缓,骨吸收大于骨形成,加之骨痂内胶原纤维疏松,因此导致骨折愈合质量比较差。

2.3 随着经济发展和现代生活节奏加快,复杂的四肢长骨高能量骨折增加,特别是开放性骨折发生几率明显增高,骨折术后出现骨不连的几率增大。加强骨不连形成的高危因素和人体易感基因的研究,筛选高危患者,手术前后加强防治将是目前骨科领域重点研究内容之一^[6]。目前,在基层医院骨折仍是常见病、多发病。同时,随着社会的发展,甲亢的

发生也明显增加。近年来,甲状腺疾病发病率急速攀升,根据中华医学会内分泌学会进行的《社区居民甲状腺疾病流行病学调查》结果显示,甲亢的患病率为 1.3%^[7]。因此,在重视骨不连接技术因素的同时,也应重视生物学因素的影响。临床上甲亢可为亚临床型或临床表现隐蔽,或仅表现为受累器官系统的症状或病变,或在应激时出现甲状腺危象。因此,在处理骨折时,应首先从病史上进行可能的生物学因素的排查,有高危因素者必要时进行相应的医学检查;对出现骨不连者,尤其在二次手术前,应对可能的生物学因素进行全面的排查,以了解可能的影响因素或伴发疾病,并进行相应的处理,保证二次手术的效果和安全。

致谢 感谢广西壮族自治区人民医院梁列新主任对文章内容的指导与帮助。

参考文献

- 1 李 冀,赵伟超,关鹏飞,等.长骨医源性骨不连的临床流行病学调查[J].中国骨与关节创伤杂志,2012,27:35.
- 2 章晓云,陈跃平,杨海平,等.骨不连的研究现状及治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2013,22(13):1478.
- 3 王雨雨,陈亚学.四肢长管状骨折骨不连 64 例原因分析及治疗[J].中国西部科技,2013,12(7):66-67.
- 4 陆再英,主编.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008:712-721.
- 5 王守赞,张光宇,慈 元.骨质疏松症对骨折愈合的影响[J].中国医学创新,2012,9(32):154-155.
- 6 陈东阳,蒋 青,徐志宏,等.关节镜下前十字韧带重建术后并发致死性肺栓塞一例报告[J].中华骨科杂志,2011,31(1):89.
- 7 滕卫平,邢小平,童南伟,等.社区居民甲状腺疾病流行病学调查[C].中华医学会第九次全国内分泌学学术会议论文集,2011:11.

[收稿日期 2014-06-26][本文编辑 韦 颖]

输卵管妊娠合并卵巢黄体囊肿破裂一例

· 病例报告 ·

徐春莉

作者单位:261100 山东,潍坊市寒亭区人民医院妇产科

作者简介:徐春莉(1982-),女,在职研究生,医学学士,主治医师,研究方向:妇产科疾病临床医疗。E-mail:25123151@qq.com

【关键词】 输卵管妊娠; 卵巢黄体囊肿破裂

【中图分类号】 R 714 【文章编号】 1674-3806(2014)11-1063-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.11.26

1 病例介绍

患者,女,41岁。因停经35d,阴道流血2d,下腹痛1d入院。该患者平素月经规律,周期为26d,经期为3d,末次月经为2014-03-15。现见红2d,无明显诱因出现下腹痛1d,以右侧为著,加重半天。伴恶心,无呕吐、腹泻。无头晕、乏力。查体:体温36.0℃,脉搏90次/min,呼吸频率18次/min,血压110/70 mmHg,精神差。一般情况差,痛苦面容,无贫血貌。心肺听诊未闻及明显异常。腹平坦,下腹压痛及反跳痛明显,以右下腹为著,未扪及明显包块。肝脾未扪及,莫菲氏征(-),肝肾区无叩击痛。妇科检查:外阴(-),阴道通畅,内见少许咖啡色血。后穹窿饱满,宫颈光滑,表面无纳囊,无举摆痛。子宫后位,增大形态饱满,质软,压痛。子宫右侧触及一包块,约4cm×4cm×4cm大小,压痛,边界不

清楚,触痛明显。左附件区未触及异常。彩超检查:子宫前位,宫体大小约5.9cm×4.5cm×5.2cm,肌壁回声均质,内膜厚约1.7cm。双侧卵巢可见,右侧附件区探及7.5cm×3.9cm混合回声团块,边界清,内示少量血流信号。直肠窝:探及液性暗区,深1.9cm。腹腔内探及液性暗区,深3.6cm。提示:右附件区混合回声团块,宫外孕待排,盆腔积液,腹腔积液。血HCG为747.6mIU/ml。入院诊断:宫外孕?入院后完善相关辅助检查后紧急手术。术中见:腹腔积血(包括血块)约600ml,其内未发现绒毛。子宫后位,增大如孕40d,质中,表面光滑,形态规则。左输卵管及卵巢无异常,右侧卵巢约4cm×4cm大小,表面有一小口,其内未见胚胎绒毛样组织,有活动性出血,周围覆盖凝血块,右侧输卵管峡部可触及一约0.5cm×0.5cm大小包块,表面无破