

涂片,用瑞氏-姬姆萨染色^[2]镜复查,见大量疟原虫环状体,虫体较小约占红细胞体积的 1/4 到 1/5,位于红细胞的边缘,胞质较少,呈蓝色的纤细的圆环状,部分很像嵌有红宝石的戒指,未见大滋养体、裂殖体及配子体,红细胞体积不涨大偶见皱缩,计数红细胞感染率约为 2.8%左右,感染一个疟原虫的约占 65%,两个及以上的约为 35%。了解患者刚从非洲务工回国一周,同行人员曾有“打摆子”,同时送本地疾病预防控制中心的标本经专家确诊检出恶性疟原虫,患者立即转传染病院治疗。

2 讨 论

恶性疟疾主要分布在热带和亚热带地区特别是非洲和南美洲,我国仅在云南和海南省流行过。恶性疟疾是疟疾中危害最为严重的一种,经按蚊吸血传播,能侵犯各阶段的红细胞,发作频繁无规律,严重时常有抽搐、昏迷等症状,在短时间内出现贫血和多器官的损害,若未及时发现进行治疗或治疗不当容易导致死亡^{〔3〕}。本例患者的肝功能、肾功能均已受损,血常规中的血小板已达到极危值生命垂危。用显微镜从患者血液中检出疟原虫目前依然是疟疾最常用、最直观的确诊方法。由于全自动血细胞分析仪的普及检验人员过分依赖于仪器,血标本镜检率较低,仪器对疟原虫不会提示,如果操作者不加以镜检或镜检没经验容易造成漏检而贻误病情。疟原虫镜检分薄血片

法和厚血片法,各有优劣,薄血片法涂片染色后疟原虫结构完整清晰可辨,适用于临床诊断,但因为疟原虫少容易漏诊。厚血片法由于红细胞溶解且疟原虫皱缩变形经验不足者不易辨识,但疟原虫较集中易被有经验者发现,可提高检出率。目前我国疟疾的发病率很低,但近几年由于出国人员尤其是到非洲等疫区人员增加,在回国人员中时有检出疟原虫,因此临床医生问诊时须详细了解患者的游历史,检验科人员也须多与临床沟通,对原因不明发热且有外出疫区的患者应加强镜检分析,以防输入性恶性疟疾在我国的传播,造成不可估量的损害。

参考文献

- [1] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3版.南京:东南大学出版社,2006:122-124.
- [2] 彭黎明,邱广斌,赵威.自动血细胞计数和白细胞分类计数的复检规则[J].中华检验医学杂志,2007,37(4):377.
- [3] 仇锦波.寄生虫学检验[M].2版.北京:人民卫生出版社,2008:107-111.

(收稿日期:2011-09-17)

宫颈妊娠误诊为绒癌 1 例

吴云珍(湖北省来凤县中心医院妇产科 445700)

【关键词】 宫颈妊娠; 绒毛膜癌; 人绒毛膜促性腺激素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.06.071 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)06-0755-02

宫颈妊娠是受精卵位于子宫颈管中,即宫颈内口与外口之间的着床发育,本院曾收治了 1 例宫颈妊娠误诊为绒癌的患者,现报道如下。

1 临床资料

患者,32 岁,孕 2 产 1,因不规则阴道流血十余天入院,于 2007 年 9 月 20 日入院,末次月经不详,既往有颈椎病史,现感轻微头晕、恶心不适,现阴道流血少许,色暗红,无腹痛,自测尿妊娠试验阳性,经腹 B 超检查未提示异常,门诊给予抗炎止血治疗 1 周,阴道流血未见好转,再次来院。行妇科检查:宫颈未见明显紫蓝色改变,无明显增粗,宫颈口有暗红色血迹,无组织堵塞,子宫大小正常,无压痛,双附件阴性。B 超未提示明显异常。人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)检查结果大于 500 mIU/L,结合患者 2002 年剖宫产 1 次,2006 年人工流产 1 次,入院后诊断:(1)绒癌;(2)颈椎病。向患者及其家属交代病情,劝其转院治疗,患者要求在该院治疗,给予 5-Fu 静脉化疗,于第 3 天患者突然阴道大出血 2 000 mL,患者呈休克状态,经抗休克治疗后,患者生命体征平稳。患者要求行手术治疗切除子宫,麻醉成功后,患者在手术台上再次阴道发生大出血,量约 1 500 mL,术中见子宫大小正常,双侧附件无异常,宫颈管膨大,呈紫蓝色并伴恶臭,手术顺利,术中出血不多,术后病检“宫颈管可见胎盘绒毛组织”,出院诊断“宫颈妊娠”。

2 讨 论

宫颈妊娠是受精卵位于子宫颈管内,即宫颈内口与外口之间着床发育,是一种罕见的异位妊娠,占异位妊娠的 0.42%。我国宫颈妊娠有增多趋势,可能与计划生育的普及及剖宫产率升高及超声技术提高有关^{〔1-2〕}。

由于宫颈妊娠宫颈管黏膜的改变与输卵管妊娠相似,滋养叶可穿透黏膜种植在肌层内,血管可穿透浆肌层,故极易引起难以控制的大出血,甚至发生失血性休克而危及生命,必要时需切除子宫保全性命^{〔3〕}。年轻未生育者可能因此而丧失生育能力,应引起重视。

宫颈妊娠过去常采用全子宫切除术进行治疗。保留生育功能的保守性手术治疗方法包括:颈管填塞术、宫颈环扎术、子宫动脉下行支结扎术、髂内动脉结扎术,若阴道大出血还可行子宫动脉栓塞术,可达到迅速止血目的。但可能发生术后疼痛、盆腔感染、膀胱或直肠局部组织坏死、闭经等并发症,甚至可能发生局部血栓脱落再次出血,需严格随访。若 β -HCG < 10 000 mIU/L, B 超未见原始心管搏动,采用甲氨蝶呤单药化疗方案即甲氨蝶呤肌肉注射 50 mg, 5 d 后再给予肌肉注射一次,若 β -HCG $\geq$ 10 000 mIU/L, B 超可见原始心管搏动,或甲氨蝶呤单药化疗效果欠佳的病例可采用 MAC 化疗方案(甲氨蝶呤、放线菌素 D、环磷酰胺)。注意复查 β -HCG,如若下降明显至较低水平, B 超未见孕囊周边有血流信号,在 B 超监测下行刮宫治疗,并做好充分的开腹准备。有条件的医院,清宫可选择在宫腔镜下进行,能在直视下切除妊娠组织,同时可在直视下电凝止血,但只适用于孕 4~6 周,阴道出血过多, β -HCG 不高者。

3 总 结

随着孕周增加,滋养叶血管种植过深,易引起大出血,故早期诊断是药物保守治疗成功的根本。宫颈妊娠易与先兆流产、难免流产相混淆。医院应结合查体症状,如宫颈扩张呈紫蓝色,内有组织物嵌顿,宫体与停经月份不相符合, B 超显示孕囊

在颈管内,宫颈内膜回声非均质,无宫腔积液等以明确诊断。不能在未明确诊断的情况下草率行刮宫术,以免引起大出血。药物保守治疗期间,应严密监测阴道流血情况,建立静脉通道,做好输血准备,积极抗炎治疗,注意药物的不良反应。如需清宫,术前做好子宫全切的准备,术前备血,最好在手术室进行操作,条件允许在 B 超监测下行手术治疗。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2004:

117.
[2] 周应芳. 妇产科热点问题聚焦[M]. 北京:北京大学医学出版社,2006:173-175.
[3] 刘典芳,吴杰,张军峰. 宫颈妊娠 12 例临床分析[J]. 山东医药,2006,46(8):66.

(收稿日期:2011-11-22)

椎管内自发性硬膜下出血 MRI 诊断 1 例

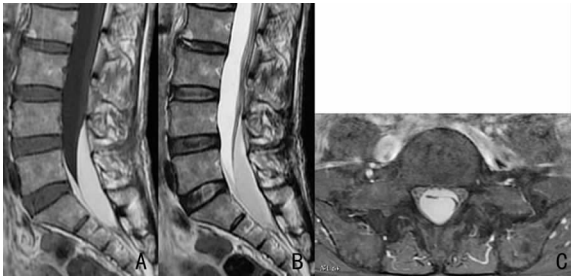
赵 菁¹,徐胜生²(1. 重庆市九龙坡区第一人民医院放射科 400050;2. 重庆医科大学附属第一医院放射科 400016)

【关键词】 椎管; 硬膜下出血; 核磁共振
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.06.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)06-0756-02

椎管内硬膜下出血少见,临床易误诊,及时准确诊断有利于采取合适的治疗方案,减少脊髓及神经损害,现将 1 例椎管内自发性硬膜下出血 MRI 诊断报道如下。

1 临床资料

患者男,64 岁,10 d 前无明显诱因出现双臀部、双下肢持续性酸、胀、痛,行走、改变体位及抬腿时疼痛加重,呈放射状延伸至小腿,大小便意频繁,无畏寒、潮热、盗汗等症状,无脊柱创伤史。MRI 示腰骶部椎管 L₄~S₂ 水平硬膜下见异常信号影,在 T1WI 上呈高信号,在 T2WI 上呈稍高信号,STIR 像呈稍低信号,与皮下脂肪信号相比,其信号未被完全抑制;增强后未见强化(图 1);CT 示病变密度与硬膜囊内脑脊液密度相等。手术打开椎管见硬膜下有暗红色未凝血液,约 5 mL,清除血肿后未见蛛网膜下腔出血,探查硬膜外及硬膜内各处均未见肿瘤占位病变及异常血管病变,诊断为椎管内硬膜下自发性出血。



注:A 为病灶在 T1WI 上呈高信号;B 为病灶在 T2WI 上呈稍高信号;C 为病灶在增强 STIR 像病变信号未被抑制且未见强化。

图 1 腰骶段椎管内硬膜下出血

2 讨论

椎管内自发性出血在临床上少见,是指非创伤、手术及感染等引起硬膜外、硬膜下及髓内等类型出血,而硬膜下出血则更少见,是可导致严重脊髓功能障碍的急症。目前多数观点认为高血压、血液系统疾病、抗凝治疗、血管畸形等是其病因,本例在临床上无这些病因。有报道^[1]认为是胸腹腔压力突然增高是椎管内自发性出血重要诱因,也有观点^[2-3]认为脊髓的过度伸展及脊髓腔内压力增高引起蛛网膜外硬膜内的脊髓表面小血管破裂,导致硬膜下出血。本例术中硬膜内外均未见异常血管病变,出血原因不明。

MRI 检查被认为是诊断椎管内出血最佳选择,准确显示

血肿信号、部位、范围大小、与脊髓硬膜囊关系及压迫情况。不同时期的血肿在 MRI 上信号也不同,本例发病血肿属于亚急性早期,在 MRI 表现 T1WI 上呈高信号,在 T2WI 上呈稍高信号,具有特征性,根据信号改变是诊断的主要依据。发病部位国内报道^[2,4-5]好发于位于胸段及颈胸段,国外作者发现 70% 的好发于腰段或胸腰段,本例病变位于腰骶段少见。椎管硬膜下血肿常位于脊髓腹侧,也有观点^[4]认为无论是硬膜外还是硬膜下多位于背侧,本例血肿大部分位于硬膜下背侧,并经右侧后方绕过而进入硬膜下腹侧,包绕压迫马尾神经。MRI 能直观显示血肿范围达椎体高度,文献报道出血达到或超过 3 个椎体,出血量一般大于或等于 5 mL,预后差^[1]。本例血肿超过 3 个椎体,术中见出血量与文献报道相符合,但本例患者术后康复出院预后较好,其在术前并未出现截瘫等神经功能状况恶化表现,目前多数观点认为患者预后与术前神经功能障碍程度及手术间隔时间相关,同时有研究指出腰骶部血肿的预后要优于其他节段血肿。

本病确诊依靠 MRI,根据血肿的 MRI 信号特点,且临床有突发神经根性疼痛,进行性四肢感觉运动功能丧失及大小便失禁等症状,大多数术前能诊断。由于本病在临床上较少见,要提高警惕,需与硬膜下其他肿瘤及肿瘤样病变如椎管内神经鞘瘤、脂肪瘤、皮样囊肿等进行鉴别。神经鞘瘤常累及神经后根,沿神经根生长进入椎间孔呈哑铃型,邻近骨质侵蚀,增强后病变常显著强化。脂肪瘤在 STIR 上,病变信号被完全抑制,且 CT 显示脂肪低密度影。椎管内皮样囊肿较罕见,除含脂肪成分外,可通过增强扫描来显示非脂肪成分来鉴别。

参考文献

[1] 史建涛,唐荣锐,黄毅,等. 椎管内自发性出血的临床诊治分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2011,16(1):17-19.
[2] 朱景华,郭伟华,王秉尧,等. 自发性椎管内硬脊膜下出血 5 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(21):5273-5374.
[3] Kakitsubata Y, Theodorou SJ, Theodorou DJ, et al. Spontaneous spinal subarachnoid hemorrhage associated with subdural hematoma at different spinal levels[J]. Emerg Radiol,2010,17(1):69-72.
[4] 王煜,雷霆,陈劲草,等. 自发性椎管内出血的外科诊治