

疼痛逐渐加重,入住当地医院。经心脏血管造影(CTA)诊断为降主动脉假性动脉瘤形成,控制血压后疼痛有所缓解,进一步就诊于 7 月 30 日急诊入本院血管科病房。患者自发病以来神志清醒、急性病容、饮食、睡眠不佳、大、小便正常、体力及体质量下降。既往发现高血压 4 年,最高血压 170/90 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),冠心病 20 年,偶有心绞痛发作。入院时查体:体温 37.8℃,脉搏 80 次/min,呼吸 20 次/分钟,血压 135/75 mm Hg,白细胞 14.34×10⁹ 个/L,中性粒细胞 82.2%。血红蛋白 107.0 g/L,丙氨酸氨基转移酶 19 U/L,碱性磷酸酶 173 U/L(正常参考值 34~104 U/L),γ-谷氨酰转肽酶 190 U/L(正常参考值 9~64 U/L),乙型肝炎病毒 e 抗体、核心抗体均阳性,乙型肝炎病毒表面抗体、表面抗原、e 抗原均阴性,红细胞沉降率 82 mm/h,心肌酶谱和肌钙蛋白 I 正常,血糖、血脂均正常。恶性肿瘤相关因子 82.0 U/mL(正常参考值 0~64 U/mL),高敏 C-反应蛋白 34.67 mg/L(正常参考值 0~5 mg/L)。抗核抗体阳性(1:320)。于入院第 2 天、第 3 天分别抽取血培养 2 套送检,均检测出都柏林沙门菌,术前主要诊断为降主动脉假性动脉瘤,感染性动脉瘤。由于患者腹痛明显,不易控制,随时有破裂死亡可能,无绝对禁忌证,于第 3 天晚即做右股动脉切开降主动脉假性动脉瘤腔内修复术,术后送入外科重症监护病房(SICU)治疗,术后第 2 天即转回血管科病房,先后用美罗培南、哌拉西林/舒巴坦钠进行抗感染治疗,又抽取 2 次血培养检查,均无细菌生长。患者体温血象逐渐恢复正常,病情好转,家属要求于当地医院继续治疗,于术后 2 周出院。

1.2 细菌特性及药敏 以无菌手套抽取患者血液 10 mL 注入血液专用细菌培养瓶中,放入 BACTEC 9240 全自动血培养仪内,24 h 后报警显示阳性,严格按照《全国临床检验操作规程》第 3 版^[1],将培养物涂片革兰染色可见革兰阴性杆菌。同时,分别转种血琼脂平板、麦康凯平板,经过 35℃ 培养 24 h 后,在血琼脂平板呈灰白色菌落,圆形、无溶血、湿润、光滑。麦康凯平板可见无色透明菌落,在克氏双糖铁琼脂斜面产碱,发酵葡萄糖产酸、产气,硫化氢阳性。使用 BD Phoenix100 全自动细菌鉴定仪进行鉴定和药敏试验,鉴定结果其对沙门菌属,

可信度为 98%。再经过血清型分型进行凝集试验,结果于 1 min 内呈明显凝集者为阳性,先用 A-F 多价 O 抗血清凝集:(+),O₉:(+),H 抗原复合因子血清第一相 g,p(Hg,p):(+) ,盐水对照:(-),可判断为都柏林沙门菌。药敏试验结果其对阿莫西林/棒酸、氨苄西林、头孢他啶、头孢哌酮/舒巴坦、氯霉素、环丙沙星、头孢噻肟、头孢吡肟、亚胺培南、左旋氧氟沙星、美罗培南、哌拉西林、氨苄西林/舒巴坦、复方新诺明、哌拉西林/他唑巴坦,敏感。对阿米卡星、头孢唑啉、庆大霉素均耐药^[2]。

2 讨 论

沙门菌属在自然界中广泛存在,是肠杆菌科中最复杂的菌属,其致病性有种系特异性,某些血清型对人致病。沙门菌主要通过污染食品和水源经口感染,主要可引起急性胃肠炎或食物中毒、伤寒和副伤寒。败血症多发生于儿童及免疫力低下的成年人,可随血至组织导致脑膜炎、胆囊炎、肾盂肾炎、心内膜炎、骨髓炎等^[3-4]。此菌在血液分离出比较少见,应引起临床的高度重视,沙门菌对 1 代、2 代氨基糖苷类抗菌药物天然耐药,临床应根据药敏结果给患者用药,减少患者的痛苦和经济负担,使患者早日康复。

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,2006:88.
 [2] 邱少富.沙门菌的耐药机制研究进展[J].微生物学免疫学进展,2008,36(1):55-59.
 [3] 陈庆法,陈强,余晓君,等.腹泻儿童沙门菌的耐药性研究及肠毒素基因与临床关系分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2011,18(5):5360-5361.
 [4] Heithoff DM,Shimp WR,Lau PW,et al. Human Salmonella Clinical Isolates Distinct from Those of Animal Origin[J]. Appl Environm Microbiol,2008,74(5):1757-1766.

(收稿日期:2011-12-26)

绝经后取环致子宫穿孔盆壁出血 1 例临床分析

崔雪蓉(重庆市第十三人民医院 400053)

【关键词】 取环; 子宫穿孔; 盆壁出血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)12-1526-02

宫内节育器是很好的避孕方式,很多妇女在绝经后数年取环,绝经后由于生殖系统逐渐萎缩,给取环带来了困难,也带来了风险,易引起子宫穿孔,致盆腔脏器损伤,大出血,也可致盆壁出血,给患者带来很大的痛苦,甚至危及生命。现就本院收治的 1 例报道如下。

1 临床资料

患者 53 岁,绝经 2 年余,孕 2 产 1,顺产后安环 29 年。因取环术后 2 h,腹痛 1 h 急诊入院。入院前 2 h 患者在个体诊所行无痛取环术(术中情况不详),术后 1 h 出现下腹胀痛、肛门坠胀,胀痛迅速扩散致整个腹部,伴恶心、呕吐、全身发冷,阴道见极少量血液流出。患者既往无重要病史。入院后查体:生命体征正常,急性痛苦病容,抬入病房,神清语晰,面色苍白,四肢

冰凉,心肺阴性,下腹部稍膨隆,有明显压痛、肌紧张及反跳痛。妇检:外阴已婚已产式已萎缩;阴道内积少量暗红色血液;宫颈萎缩,见手术操作痕迹,宫颈举痛及宫体压痛明显,附件因拒痛未扪及。行后穹窿穿刺抽出 1 mL 不凝血液。彩超提示:子宫中后位,大小 6.1 cm×4.6 cm×4.2 cm,内未见界限异常回声,宫腔内见节育环位置正常,子宫与膀胱之间见 11.0 cm×6.6 cm 形态规则,边界欠清的异常回声,以中等度略增强回声为主,加彩后其内未见明显血流信号,另于盆腔见深约 2.7 cm 的无回声区。入院后诊断“腹痛待查:子宫穿孔? 盆腔内出血? 宫内环”。入院后立即建立静脉通道,急诊剖腹探查术。术中见:腹壁与腹膜之间一巨大血肿,有游离血,清除血肿及游离血后见子宫峡部左侧 2~3 点处 2 个约 5 mm 的孔,有活动性出

血,打开腹膜见盆腔少量游离血约 50 mL。术中缝合穿孔处止血,并用覆有凝血酶冻干粉的明胶海绵贴于腹壁创面,留置 T 型引流管于腹膜与腹壁之间。术中出血 1 000 mL,静脉滴注红细胞悬液 400 mL,术后给予胶体、晶体液、止血药、预防感染药等治疗,引流约 20 mL 血液,第 2 天拔出引流管,患者治疗 6 d 后病情痊愈出院。

2 讨 论

2.1 绝经后妇女生殖系统的特点 绝经后妇女由于卵巢功能衰退,体内雌激素水平下降,阴道壁萎缩,黏膜变薄,弹性差,宫颈萎缩变硬、变平,宫颈口变窄,甚至封闭,尤其绝经时间较长者,宫颈萎缩更明显,宫颈阴道段不同程度缩短,有时甚至宫颈钳无法钳夹;宫体缩小,宫壁薄变脆,致原先放置的宫内节育器(IUD)与缩小的宫体不相适应,导致 IUD 变形、移位,甚至嵌顿,使子宫内膜受损^[1]。

2.2 子宫穿孔后的处理 子宫穿孔是宫腔手术操作最严重的并发症,可致内出血、感染及盆腔脏器损伤,严重危及患者生命。由于绝经期妇女生殖系统的特点,致术者操作困难;术者术前未能很好了解子宫的大小、位置及倾屈度;术中操作粗暴,技术水平低;术中因无痛取环,患者无疼痛感提示,可致术者反复操作。临床以探针致子宫穿孔更容易出现,也有取环钩穿子宫者。术中若发现探针无底感或者所进器械超过宫腔探查深度,应立即停止手术操作,使用缩宫素注射,密切观察生命体征变化及患者的自我感觉;若出现剧烈腹痛,生命体征不平稳或有内出血较多或盆腔脏器损伤,应立即剖腹探查,止血及修补损伤脏器;对于子宫穿孔致盆壁出血,若出血不多,排除腹盆腔脏器损伤,可使用缩宫素、止血药、预防感染药及对症支持治疗,密切观察生命体征变化,随访盆腔 B 超了解盆腔出血或血肿情况;若患者生命体征不平稳,B 超提示盆腔出血增多或者血肿增大,应及时行剖腹探查术,找到出血点止血,注意避免周

围脏器、大血管、神经的损伤。

2.3 绝经后妇女取环子宫穿孔的预防 做好妇女计划生育保健工作,绝经后取环时间宜绝经后 0.5~1 年;对于绝经后妇女,若无用药禁忌症者,常规行阴道后穹窿上米索前列醇片 0.4~0.6 mg,2 h 后再考虑行取环术^[2-3],米索前列醇是前列腺素类似物,通过刺激宫颈纤维细胞,使胶原酶及弹性蛋白酶对宫颈胶原加速分解或由于弹性蛋白酶及氨基葡萄糖聚合酶的变异,使胶原纤维排列改变而达到软化和扩张宫颈的作用;对于绝经后时间长,生殖系统萎缩特别明显者,术前加服补佳乐片 2 mg,连用 3 d,补佳乐为 1713 雌二醇的前体,VI 服吸收迅速完全,在体内经酶脱去戊酸后,即以 1713 雌二醇的形式发挥作用,小剂量使阴道上皮增生,阴道上皮糖原增加,阴道弹性增大;子宫颈腺体分泌增加,宫颈口变软;子宫内膜腺体和间质增生,厚度增加,节育环易于松动,可提高取环成功率^[4];术前应查清子宫位置、屈度及深度;术中操作轻柔,避免粗暴;术中患者无痛取环,若怀疑穿孔应立即停止手术,避免反复操作。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:135-145.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2004:187-190.
- [3] 刘青,王晓黎,白岩,等. 米索前列醇联合咪喹啉美辛栓用于宫腔镜检查治疗的临床观察[J]. 实用妇产科杂志,2006,22(7):429.
- [4] 胡健. 取环术致子宫、回肠穿孔 1 例[J]. 淮海医药,2006,3(24):224-225.

(收稿日期:2012-02-12)

(上接第 1524 页)

的促进者和咨询者,给学生提供一个解决问题的办法及思路,从而让学生在过程中学会举一反三,触类旁通。

2.2.2 促进教学相长,有利于提高教师的综合素养 在 PBL 教学过程中,作者也惊喜地发现,有些学生准备的文献资料非常细致,有些内容已远远超过了教学要求的范围,这就督促教师要不断学习,扩充自己的知识面,提高自身的综合素养,改变以往教师只注重本课程学习的习惯,忽略了其他相关学科的学习,从而达到教学相长的目的。

3 PBL 教学法在试行过程中存在的一些不足

由于传统教学模式长期以来的惯性和学生对教师的过分依赖^[3],无论是带教教师还是学生,在 PBL 教学法的试行过程中都遇到了教学习惯的改变及适应新的教学方式方面的问题。比如,教师在对问题设置的难易程度及主题的把握不够明确,造成学生在查阅文献资料的时候容易出现偏差,从而使得学生在课堂讨论的时候要么分析不到位,偏离主题,要么缺乏自己的观点,完全照搬网络或文献的资料。另外,少部分学生在面对这种全新的教学模式的时候出现不适应或者适应期较长,导致部分小组存在只有少数同学去查阅文献准备资料,大部分同学袖手旁观,没有积极参与,而在课堂讨论的时候,有些同学因为性格的原因,出现不善于表达自己的观点和羞于发言等问题。另外,随着近年来中国高校的扩招,现在每个班级的学生

人数基本都在 100 名左右,这就导致在小组分组的时候,每组学生人数较多,很难全面去评价每个学生的学习效果。这些存在的困难和问题都是作者在以后的实践教学过程中需要不断反思和总结的。

总之,作者的初步尝试显示,尽管 PBL 教学法在作者的实践教学试行中还存在一些不足,但仍充分显示了其自身独特的优势,取得了较好的试行效果。在以后的实践教学过程中,作者将继续探寻将 PBL 教学法与传统教学模式的优点相互结合的行之有效地教学,提高人才培养的质量,为学科的长远发展奠定坚实的基础。

参考文献

- [1] 张晓兵,张波,府伟灵. 检验医学实习生的临床实习带教体会[J]. 检验医学与临床,2007,4(12):1223-1224.
- [2] 袁白冰,杨伯宁,王洪荣,等. 借鉴先进经验探索医学教学方式的转换[J]. 高教论坛,2006,22(1):30-32.
- [3] 唐海阔,刘海潮,侯劲松,等. PBL 教学模式在口腔颌面外科见习教学中的初步应用[J]. 西北医学教育,2005,13(1):106-107.

(收稿日期:2011-12-24)