

婴儿喉异物误诊 3 例分析

何长升

(山东省文登市汪疃中心卫生院 文登 264417)

关键词: 婴儿; 喉异物; 误诊; 病例分析

中图分类号: R 767.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0048-02

临床上儿童喉异物、气管异物非常常见,但哺乳期婴儿喉异物却不常见。笔者曾先后遇到 3 例,首诊均误诊为呼吸道其他疾病。现将情况介绍如下:

1 病例报告

例 1.男,5 月龄,因突发呼吸困难伴喘鸣 1h,就诊儿科。查体: T 37℃,HR186 次/min,R45 次/min。口唇紫绀,咽部无充血,三凹征阳性,心脏听诊未闻及杂音,双肺呼吸音均等,无干湿性罗音,双肺呼吸音均等,无干湿性罗音,无组织物排出。曾于 10 月 24 日晨在当地卫生所 B 超检查示“单胎活孕 15 周,胎儿双顶径 37mm”,未提示胎盘位置,亦未作特殊处理。于 2003 年 11 月 4 日晨起床后阴道又突然大量出血伴下腹阵痛,在当地县妇幼保健院就诊后急转入院。患者 1997 年顺产 1 女,1999 年剖宫产 1 女。入院查体: 体温 37℃, 脉搏 120 次/min, 呼吸 23 次/min, 血压 80/50mmHg, 神志清楚, 重度贫血外貌, 面色、口唇苍白, 双肺呼吸音清, 未闻及干、湿性罗音, 心率 120 次/min, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音, 下腹稍隆起, 宫高脐下二横指, 有压痛和反跳痛。妇科情况: 外阴、会阴血污, 阴道活动性大量出血, 阴道内见一孕 15 周胎儿, 皮肤青紫, 宫口松, 可容二指, 宫口见部分胎盘组织。实验室检查: 血红蛋白 40g/L, 红细胞 $2.12 \times 10^{12}/L$, 白细胞 $8.8 \times 10^9/L$ 。

入院后立即快速补液, 输液同时, 快速清宫, 术中仅钳出宫口胎盘组织, 宫腔内胎盘无法钳出, 宫底高度无降低, 宫腔内大量血液流出, 予宫缩剂、卡孕栓等药物后, 阴道流血无减少, 子宫收缩差, 患者脉搏细数, 四肢厥冷, 昏迷, 此时病人处于重度失血性休克, 继续快速补充血容量等抗休克处理。同时紧急剖腹探查: 子宫上段呈苍白色, 子宫下段原剖宫产切口瘢痕处隆起变薄, 呈紫蓝色, 分开膀胱子宫反折腹膜, 子宫下段原剖宫产瘢痕横裂, 裂口宽度约达子宫峡部周径的 50%, 裂口周围组织淤血、坏死, 呈暗红色, 探及子宫裂口处有纤维样物质附着, 胎盘附着于子宫下段前壁瘢痕处, 局部肌层破裂出血, 内出血约 1 000 mL, 外出血 3 000mL, 总出血量 4 000mL, 即行子宫次全切除术。输全血 800 mL, 加强抗炎抗休克等治疗, 术后 8d 痊愈出院, 出院复查血色素 7.3g/L。病理报告: 子宫瘢痕植入性胎盘, 并胎盘变性、坏死、机化。诊断: (1) 子宫切口瘢痕处妊娠, 晚期、难免性、不完全流产; (2) 胎盘植入伴出血; (3) 子宫破裂; (4) 失血性休克; (5) 继发性贫血; (6) 子宫次全切除术后。

2 讨论

随着剖宫产率的升高, 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠者也随之增加。本例患者有剖宫产史, 并经手术证实为子宫切口瘢痕处妊娠, 并发晚期难免性、不完全流产。合并胎盘植入

未闻及罗音, 胸腹透视未见异常。诊断为急性喉炎, 给予应用抗生素、肾上腺皮质激素, 并给异丙肾上腺素雾化吸入, 经上述处理 2h 症状无好转。请耳鼻喉科会诊, 疑为呼吸道异物, 行直接喉镜检查。见喉前庭有一黑色异物, 立即用异物钳取出, 异物为一三棱锥形黑色石子, 底面积约 $0.42cm^2$, 锥高 1cm。继续应用抗生素, 并给氟美松雾化吸入。治疗 2d 痊愈出院, 详细追问病史, 患儿姐姐(6 岁女)曾将自己口中含玩的石

伴大出血为临床罕见, 子宫破裂及失血性休克则更少见。有剖宫产史、刮宫史和子宫发育不良等, 是植入性胎盘的好发因素, 有剖宫产史发生植入性胎盘的风险是无剖宫产史的 35 倍^[1]。如果胎盘植入在子宫下段瘢痕处, 由于子宫下段瘢痕缺乏肌纤维加之有胎盘侵蚀破坏, 随着妊娠周数增加有发生子宫破裂的可能, 从而发生难于控制的大出血。

2.1 发病原因 可能与下列因素有关: (1) 受精卵运行过快或子宫内膜与孕卵发育不同步, 影响孕卵正常着床; (2) 剖宫产及人工流产后引起子宫内膜层损伤, 修复不全, 血液供应少致使胎盘侵入肌层造成胎盘植入^[2]; (3) 子宫发育不良, 内分泌失调, 子宫肌瘤。

2.2 诊断 由于子宫下段妊娠发生率较低, 对本病特有的临床表现认识不足, 常易误诊而导致严重出血、子宫穿孔、继发感染。早期诊断主要根据详细询问病史及认真检查, 并结合 B 超。对有剖宫产史、人工流产或子宫手术史者应尽早行各种检查, 明确诊断, 早期防治。

2.3 治疗 经确诊为植入性胎盘, 处理以尽快终止妊娠为原则。方法有: (1) 经腹切除子宫。主要用于无法控制的大出血及无生育要求妇女, 本例因子宫破裂大出血而行子宫次全切除术。(2) 保守性手术治疗。如宫腔镜下胎块切除或刮宫术、子宫动脉下行支结扎术、髂内动脉结扎术。(3) 保守性药物治疗。如结晶天花粉、化学药物治疗, 动脉栓塞止血^[3]。

总之, 严格掌握剖宫产指征和重视产后避孕指导, 是主要的预防措施。植入性胎盘发病急而凶险, 对高风险孕妇进行筛查和早期诊断, 适时分娩, 可以减少出血量和并发症的发生。当遇有剖宫产史及停经后有阴道出血、清宫术中有大出血情况者, 要高度怀疑胎盘植入, 并作相应处理。

参考文献

[1]刘欣燕,范光升,金征宇,等.子宫下段妊娠人工流产大出血临床分析(附 4 例报告)[J].中华妇科杂志,2003,38(3):162~164

[2]韦飞英.中期妊娠植入性胎盘 3 例报告[J].中华妇产科杂志,2001,36(1):45

[3]朱光珍.植入性胎盘的保守治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,1996,12(5):265

(收稿日期: 2006-04-12)

检测梅毒四种方法的比较

秦雪梅

(新疆哈密吐哈石油医院 哈密 839009)

关键词: TP-ELISA 法; TPHA 法; 血清梅毒检测

中图分类号: R 446.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0049-01

目前国内检测血清梅毒螺旋体的方法较多。甲苯胺红不加热血清试验 (TRUST) 法虽可快速检出结果, 但特异性差; 胶体金试纸法可快速检测血清 / 血浆中的梅毒抗体, 但也存在假阳性及假阴性; 而梅毒螺旋体酶联免疫试验 (TP-ELISA) 为双抗原夹心一步法, 可减少假阳性的产生和避免弱阳性的漏检; 梅毒螺旋体明胶凝集试验 (TPHA) 为目前公认的梅毒确诊试验。笔者采用 TP-ELISA 与 TRUST 及胶体金试纸法进行对照试验, 最后用 TPHA 进行确诊。现报告如下:

1 材料与方

1.1 标本来源 我院 2005 年 1~12 月门诊及输血前患者 1 306 例。

1.2 试剂 TRUST 由上海荣盛生物公司生产; 胶体金试纸由杭州艾康生物技术公司生产; TP-ELISA 由北京金伟凯医学生物技术有限公司生产; TPHA 由日本富士株式会社生产。所有试剂均在有效期内使用。

1.3 仪器 XK96-9 型梅毒旋转振荡器, MUTISKAN MK3 酶标仪及 DNX-9620 洗板机。

1.4 方法 TP-ELISA 双抗原夹心一步法严格按照说明书操作, 结果以酶标仪读数为准; TRUST、TPHA 及胶体金试纸法放入弟弟口中。

例 2. 女, 4 月龄, 因喘憋 2h, 收入我院儿科。查体: T 36.5℃, HR180 次 /min, R48 次 /min。吸气时喘鸣, 口唇紫绀, 鼻翼扇动, 咽部轻度充血, 心脏听诊未闻及杂音, 双肺呼吸音均等, 无罗音, 未闻及气管内拍击音, 胸腹透视未见异常。诊断为急性喉炎, 给予抗生素、地塞米松, 异丙肾上腺素雾化吸入等治疗, 4h 后症状无好转。请耳鼻喉科会诊, 行支气管镜检查, 见声门区有一异物, 予以取出, 异物为 1/4 大的花生米。继续应用抗生素及雾化吸入治疗 3d, 痊愈出院。详细询问病史, 一亲属的孩子 (5 岁男孩) 曾将咬碎的花生米放入患儿口中。

例 3. 女, 5 月龄, 因突发呼吸困难, 喘鸣 1h, 在外院按急性喉炎、喘息性支气管炎治疗 1d 无好转而来我院。查体: R 53 次 /min, HR200 次 /min。面色苍白, 全身冷汗, 口唇紫绀, 三凹征阳性, 心脏听诊未闻及杂音, 双肺呼吸音均等, 无罗音, 胸腹透视未见异常。按急性喉梗阻处理, 立即行气管切开, 术后按气管切开常规护理, 全身应用抗生素, 1 周后试行堵管, 全堵时仍有呼吸困难, 行支气管镜检查, 见声门区有一红色异物, 予以取出, 异物为一红色塑料纽扣, 直径约 0.5cm, 异物取出后, 全堵管无呼吸困难, 拔出气管套管, 5d 后伤口愈合, 痊愈出院。追问病史, 为邻居一儿童 (4 岁男孩) 将纽扣放入患儿口中玩耍所致。

均严格按说明书操作。所有标本先用 TP-ELISA 双抗原夹心一步法筛选, 阳性标本再用 TRUST、TPHA 和胶体金试纸法做。

2 结果

1 306 份标本中 TP-ELISA 法检出 36 例阳性, 阳性率为 2.76%。经 TPHA 确诊阳性 36 例, 两者试验结果完全吻合, 阳性符合率为 100%, 与文献报道相符^[1]。36 份阳性标本用 TRUST 法检出阳性 28 例, 符合率为 77.8%; 胶体金试纸法检出 32 例阳性, 符合率为 88.9%, 两者符合率明显低于 TP-ELISA 法, 与文献报道相符^[2]。四种方法检测结果见表 1。

表 1 四种方法检测结果比较 例

方法	阳性数	阴性数	总数
TPHA	36	0	36
TRUST	28	8	36
TP-ELISA	36	0	36
胶体金试纸法	32	4	36

3 讨论

TRUST 法、胶体金试纸法和 ELISA 法在敏感性方面有显著性差异。这是因为 TRUST 法虽然具有快速、经济的优点, 但由于它检测的是非特异性抗体, 对 2、3 期梅毒可呈阳性反应, 但对早期和治疗期梅毒可呈阴性反 (下转第 57 页)

2 讨论

喉异物多发生于 3 岁以下幼儿, 哺乳期婴儿喉异物较为少见。国内文献报道, 喉异物占气管、支气管异物的 0.5%~9%, 小儿喉腔狭小, 加上异物刺激引起炎性肿胀、喉痉挛, 可致严重呼吸道阻塞, 危险性大, 死亡率高, 且经常误诊为呼吸道其它疾病, 延误治疗。

2.1 误诊原因 (1) 病史不详: 此 3 例患儿均为哺乳期婴儿, 不能自己进食, 喉异物均由其他儿童在患儿父母、保姆不在身边时, 将异物或食物放入婴儿口中所致, 因父母、保姆不在现场, 所以不能及时准确地提供异物吸入史。(2) 对本病认识不足: 此病多发生在农村, 基层医院医务人员对本病认识不足, 对掌握的临床资料未能进行综合分析, 仅仅抓住一、二个症状即做出诊断。3 例患儿首诊均误诊为呼吸道其它疾病。

2.2 误诊预防 在抢救患儿的同时, 应详细地询问有无异物吸入史, 询问应包括曾在患儿身边停留过的儿童。收集病史应全面详细, 若问不出异物吸入史, 应重点询问患儿是否突然发病, 初起症状以及以后症状, 即了解疾病的发生、发展的整个过程。应用抗生素、肾上腺皮质激素及异丙肾上腺素雾化吸入治疗无效时, 应考虑呼吸道异物的可能。早期直接喉镜、支气管镜检是明确诊断的重要手段。另外医务人员应多做宣传, 提高人们对本病的认识, 加强婴幼儿监护, 防止儿童吸入异物。

(收稿日期: 2006-01-19)