

# 颅脑损伤死亡 1 例分析

李卡纳, 晏祥杰(重庆市大足县刑事侦查大队 402360)

**【关键词】** 摔跌伤; 颅脑损伤; 法医学

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.06.069** 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)06-0754-01

颅脑损伤于暴力性案件多见, 多数致病性的颅脑损伤常伴有颅骨损伤。

## 1 临床资料

陈某, 男, 39 岁, 2007 年 10 月某日凌晨醉酒与犯罪嫌疑入陶某发生纠纷、抓扯, 事后陈某回家睡觉。3 d 后陈某被人发现死于自家床上。尸体检验胸腹腔脏器均未发现致命性创伤, 仅左胸、四肢少量表皮剥脱伤。死者头皮未发现明显创伤, 颅骨未扪及骨折, 叩击颅骨亦未闻及破响声, 冠状切开头皮, 见后枕部偏右侧有 3.5 cm × 3.0 cm 头皮下出血, 对应部位枕骨附着肌肉有 5.5 cm × 4 cm 出血, 枕骨偏右侧有 6 cm × 0.05 cm 线性骨折线; 右侧大脑半球硬脑膜下弥散性出血, 暗红色, 无包膜及机化现象, 右侧小脑表面出血, 脑干大量血凝块附着, 左额叶脑组织破溃, 脑内血肿形成。右侧颅中窝、颅后窝硬脑膜下血凝块附着, 右颅后窝从枕骨大孔向上有 6.5 cm × 0.1 cm 线性骨折线与枕骨外板骨折相对应。

根据以上检验, 死者后枕部偏右侧头皮下出血, 相应部位枕项部出血, 枕骨骨折; 右侧大脑半球硬脑膜下弥散性出血, 右侧小脑表面出血, 脑干大量血凝块附着, 左额叶脑组织破溃, 脑内血肿形成。结合死者其他尸检情况其死亡原因可以认定为枕部遭受钝性暴力作用致严重颅脑损伤死亡。

## 2 讨论

**2.1** 颅脑损伤于暴力性案件多见, 在颅脑损伤中, 尤其是致死性的颅脑损伤中颅骨损伤的发生率约 60~70%, 因此可以说, 多数致命性的颅脑损伤常伴有颅骨损伤。本例尸检骨折位置较低, 从枕骨大孔右后侧沿枕内嵴右侧至枕内隆凸左上缘, 但是常规开颅位置系颅盖骨与颅底分界处<sup>[1]</sup>, 即枕骨枕外隆凸, 而枕外隆凸位置稍高于枕内隆凸, 故以常规开颅不易发现。

**2.2** 坠落伤的四大特点为外轻内重、广泛多发、特定分布、一次形成。摔跌损伤本质上属于坠落的范畴, 具有坠落损伤的基本特征, 但摔跌有其某些自身特点, 主要表现在: (1) 体表损伤更局限也更轻微; (2) 以头部损伤为主、颅脑的非着力点损伤严重。本例死者头部损伤部位分别为枕部右侧头皮下出血、枕项部肌肉出血, 枕骨枕内嵴右侧骨折, 右侧小脑表面出血, 左额叶脑组织破溃, 其损伤部位均于同一条直线, 一次损伤完全可以形成, 且左额叶脑组织明显较右侧小脑损伤重<sup>[2]</sup>。再次讯问犯罪嫌疑人陶某, 据其交代, 死者陈某在与其抓扯的过程中的确有跌倒。

**2.3** 摔跌伤时人体站立位置与碰撞位置在同一平面, 颅骨着力点损伤位置多位于颅骨较突出部位, 本案中存在两个问题, 一是骨折线在枕外隆凸以下, 尸检不易发现, 若颅骨内板未见骨折, 则很可能会遗失重要证据。二是颅骨着力点并非位于颅骨突出部位, 现场勘验确实发现案发地有水泥板等物品, 但是追问具体犯罪过程, 陶某说因当时天黑又高度紧张已记不清了。在实际办案中, 此类案例较为少见, 一定要仔细询问案情, 结合现场勘验, 特别是体表检验为阴性的尸体, 更要详细全面尸检, 做详尽分析、判断, 寻找证据链, 慎重得出结论。

## 参考文献

- [1] 闵建雄. 法医损伤学[M]. 北京: 中国人民公安大学出版社, 2001: 137.
- [2] 张伟. 284 例重型颅脑损伤死亡原因初探讨[J]. 按摩与康复医学, 2011, 2(21): 251.

(收稿日期: 2011-10-06)

# 输入性恶性疟疾 1 例报道

陈小舟(福建省福州市二医院检验科 350007)

**【关键词】** 恶性疟疾; 滋养体; 血小板

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.06.070** 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)06-0754-02

疟疾是按蚊叮咬传播疟原虫引起的寄生虫病, 临床上以周期性发热、发冷、出汗等症状和脾大、贫血等体征为主要特点, 约有 1/3 的患者临床表现不甚典型, 需与以发热为主要症状的其他疾病相鉴别, 本院近期收治 1 例疑为肝炎的患者后确诊为恶性疟疾患者。

## 1 临床资料

患者, 男, 24 岁, 福建省平潭人, 2011 年 3 月因高热伴黄疸于本院急诊科就诊后收入肝病科住院。实验室检查: 总胆红素(TBIL)52 μmol/L, 直接胆红素(DBIL)35.8 μmol/L, 天门冬氨

酸氨基转移酶(AST)86 U/L, 丙氨酸氨基转移酶(ALT)158 U/L, γ-谷氨酰转肽酶(GGT)115 U/L, 碱性磷酸酶(AKP)139 U/L, 总胆汁酸(TBA)52 μmol/L; 尿素氮(BUN)15 mmol/L, 肌酐(Cr)218 μmol/L, 尿酸(UA)562 μmol/L; 血常规: 白细胞(WBC)4.3 × 10<sup>9</sup>/L, 红细胞(RBC)4.04 × 10<sup>12</sup>/L, 血小板(PLT)3 × 10<sup>9</sup>/L, 中性粒细胞(NE)0.752, 淋巴细胞(LY)0.184, 单核细胞(MO)0.045, 嗜酸性粒细胞(EO)0.019。

全自动血细胞分析仪除提示 PLT 降低外未有其他提示, 因血小板严重降低, 按血常规复检标准<sup>[1]</sup>将血液标本制作成血

涂片,用瑞氏-姬姆萨染色<sup>[2]</sup>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,同行者曾有“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<sup>[3]</sup>。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。目前虽然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( $\beta$ -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<sup>[1-2]</sup>。

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<sup>[3]</sup>。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  $\beta$ -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  $\beta$ -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  $\beta$ -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, $\beta$ -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