

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

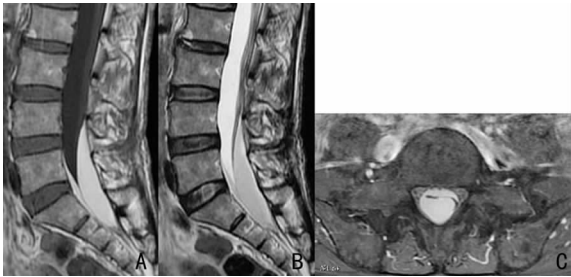
赵 菁¹,徐胜生²(1. 重庆市九龙坡区第一人民医院放射科 400050;2. 重庆医科大学附属第一医院放射科 400016)

【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

[J]. 华中科技大学学报:医学版, 2008, 37(5): 637-640.

[5] 吴继功, 靳安民, 陈仲, 等. 自发性椎管内硬膜外、硬膜下血肿的诊断和治疗[J]. 颈腰痛杂志, 2004, 25(2): 86-90.

(收稿日期: 2011-10-25)

血型抗体减弱伴多凝集红细胞 1 例

李庆端, 高建平, 侯丽华 (福建省漳州市中医院 363000)

【关键词】 多凝集红细胞; 血型抗体; 血型鉴定; 交叉配血

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 06. 073 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)06-0757-01

人类血型系统中, 体内产生的天然血型抗体相对稳定, 红细胞表面的非活性血型抗原同样相对稳定, 但在病理情况下, 这两种物质会发生改变。现将最近发生在本院的 1 例血型抗体减弱同时出现多凝集红细胞的病例报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 80 岁。因重症感染和消化道出血, 于 2011 年 6 月 16 日入本院内科就诊, 因年龄较大拒绝做相关介入检查和病理检查, 入院时血常规检查白细胞 $33.26 \times 10^9/L$, 红细胞 $3.12 \times 10^9/L$, 血红蛋白 $100 g/L$, 血小板 $33 \times 10^9/L$, 需输同型滤白红细胞悬液 400 mL 和同型血小板 1 个治疗单位。血型鉴定: 正定型用 3 种方法(玻片法、试管法和戴安娜血型鉴定卡法)鉴定为 A 型, RhD 阳性; 反定型常温下(试管法和戴安娜血型鉴定卡法)抗-A 不凝集、抗-B 不凝集。将患者血浆置冰箱 $4^\circ C$ 环境下做反定型, 普通试管法抗-A 不凝集, 抗-B 凝集(+); 戴安娜血型鉴定卡法抗-A 不凝集, 抗-B 凝集(++); 低离子凝聚胺试验抗-A 不凝集, 抗-B 凝集(++); 反定型确定为 A 型。不规则抗体筛查为阴性, 患者血型正反定型确定为 A 型 RhD 阳性。与同型滤白红细胞悬液交叉配血(戴安娜 Coombs 微管凝胶法和低离子凝聚胺试验)时: 发现主侧无凝集, 次侧凝集(+); 与其他 3 份同型献血者滤白红细胞悬液交叉配血, 结果同前。同时用患者的红细胞洗涤后再做交叉, 次侧仍然凝集(+); 用洗涤后的患者的红细胞与 AB 型 RhD 阳性献血者的血浆交叉实验出现凝集(+), 自身反应未见凝集, 确定患者体内存在多凝集红细胞, 建议患者输洗涤同型红细胞。因患者病情恶化, 输血前病故。

2 讨论

正常红细胞膜上 T 抗原被糖原所掩盖不显示 T 抗原活性, 但在遗传、细菌或病毒感染等情况下可引起红细胞膜结构改变, 使红细胞膜上的 T 抗原暴露出来, 从而使红细胞与血型相合的血清发生凝集反应。此种临床表现国内已有报道^[1]。

1 例无痛清宫术后癔症发作患者的急救及护理

黎月银 (广东省中山市古镇医院妇科 528421)

【关键词】 无痛清宫; 癔症; 急救; 心理护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 06. 074 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)06-0757-02

近年来大多数住院药物流产患者排胎后都选择无痛清宫, 丙泊酚复合芬太尼用于无痛清宫, 可明显降低用量, 且麻醉后恢复迅速, 苏醒彻底^[1]。无痛清宫虽然时间短, 但因为是全身麻醉且芬太尼、丙泊酚都有一定的呼吸循环抑制不良反应, 如果手术前后因为药物影响再遇精神刺激就可能增加意外的

本例患者因消化道出血合并重症感染导致细菌的代谢产物如唾液酸或 β 半乳糖苷酶入血, 唾液酸能分解红细胞膜糖蛋白或糖脂末端的 N 乙酰唾液酸, 使细胞膜上的隐蔽抗原 T 抗原暴露出来; 而 β 半乳糖苷酶则通过切断血型糖链前体末端的半乳糖, 使 N 乙酰葡萄糖胺(Tk)暴露出来, 形成 T 活化的多凝集红细胞, 此类红细胞可与多数或所有 ABO 相容的含抗-T IgM 的健康人血清凝集, 但脐带血清或小于 6 个月的婴儿血清因无抗-T IgM 而不与之反应。多凝集红细胞的产生增加交叉配血的难度。正常情况下在人体内产生的天然血型抗体的量和种类相对稳定, 从婴儿 6 个月后可以检测到的天然抗体一直维持到终生, 老年人会出现天然血型抗体效价减低, 但在常规检测中是不受影响的。天然血型抗体量大幅度的减低可能与机体的免疫功能紊乱有关, 与淋巴 B 细胞和骨髓中的浆细胞的应答能力有关。当机体发生肿瘤或严重感染均可引起淋巴 B 细胞和浆细胞的应答能力下降或改变, 产生抗体的量和质发生改变^[2]。本例患者血浆中天然血型抗体(抗-B)出现减弱提示自身抵抗力下降或机体内有某种疾病(如肿瘤)潜在威胁, 应引起临床关注。血型抗体的减弱使血型鉴定增加一定的难度。血型抗体的减弱同时伴多凝集红细胞产生给临床安全输血带来新的考验。

参考文献

- [1] 戎霞, 罗广平, 张伟东, 等. 多凝集红细胞 1 例[J]. 中国输血杂志, 2006, 19(5): 407-408.
- [2] 王晨, 钱宝华, 韦燕萍, 等. 7 例 ABO 血型抗体减弱或缺乏的临床分析[J]. 临床输血与检验, 2008, 10(3): 243-245.

(收稿日期: 2011-09-16)

发生。本例就是术后发生的癔症发作性的血压下降、呼吸困难, 因及时发现抢救护理得当, 成功挽救了患者的生命, 维护了健康。

1 临床资料

患者女性, 25 岁, 未婚, G₁P₀, 停经 2⁺ 月, 住院行药物流