

ADP 与 5-TH 等活性物质,进一步活化血小板纤维蛋白受体,促使血小板与纤维蛋白原聚集成团,从而导致血小板聚集,血小板自身抗体直接作用于 GPⅡb/Ⅲa 上,同时,这种与血小板结合的自身抗体 Fc 端可与单核细胞或淋巴膜上 Fc 受体结合,出现卫星现象。

本院检验科医生观察到此患者血小板极度减少后,进行涂片镜检,发现血小板聚集成块,并可见卫星现象,考虑是 EDTA-PTCP。进行三种抗凝方法进行血小板检测,发现末梢血预稀释法测定血小板计数不随时间变化而变化,EDTA-K₂ 抗凝血随时间延长血小板计数迅速下降,而临床将标本送至检验科到标本检测的时间约 30 min 至 1 h,PTCP 患者血小板就会检测出一个极低值,且目前没有好的抗凝剂能够取代 EDTA,所以这就要求检验工作者在工作中遇到血小板异常减少时,要认真的观察血小板直方图和仪器提示,并进行涂片染色镜检,观察血小板有无聚集。同时与临床积极的沟通,重新采集标本测定,以减少误诊误治和医疗纠纷的发生。我们建议对 ED-

TA-PTCP 患者可以采用以下方法测定血小板:1. 显微镜计数法测定。2. 可采用末梢血预稀释法测定。3. 肝素抗凝血 1 小时内测定。4. 用 EDTA 抗凝血采集后 5 min 内立即测定。

参考文献

[1] Gowland E, Kay HE, Spillman JC, et al. Agglutination of platelets by a serum factor in the presence of EDTA[J]. Am J Clin Pathol, 1969, 22(4): 460-464.
[2] 曹科, 林晓文, 罗小娟, 等. EDTA 依赖性假性血小板减少症误诊 1 例[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(12): 1536.
[3] Bragagni G, Bianconcini G, Brogna R, et al. Pseudothrombocytopenia: clinical comment on 37 cases[J]. Minerva Med, 2001, 92(1): 13-17.

(收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-03-12)

不典型盆腔炎致腹内疝 小肠扭转 急性肠梗阻 1 例

亢渝俊¹, 蒋小娅¹, 蔡建英², 王艳丽¹ (重庆市第三人民医院: 1. 消化科; 2. 普外科 400014)

【关键词】 不典型盆腔炎; 腹内疝; 小肠扭转; 急性肠梗阻
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 17. 077 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)17-2349-02

腹痛待诊作为消化科及普外科的常见病症之一,其病因较多而复杂,在临床工作中较易造成误诊从而延误病情。作为腹痛待诊病因之一的腹内疝因其发病率相对少见,临床表现缺乏特异性,病情进展快易导致肠管绞窄性坏死以及缺乏有效的诊断手段,临床极易误诊、漏诊^[1]。腹内疝分为先天性及后天性两大类,后天性腹内疝的发生绝大多数均与腹腔内感染及腹部手术有关,笔者近期收治 1 例无明显腹部手术史及腹腔感染史的腹内疝患者,现报道如下。

1 患者资料

患者女, 43 岁, 已婚, 酒店职员, 因“腹泻 1⁺ d, 腹痛 8⁺ h”于 2012 年 11 月 26 日零时入院。入院前 1⁺ d, 患者无明显诱因出现腹泻, 为黄色稀水样便, 无黏液、脓血, 共约 4 次, 无腹痛、腹胀, 无畏寒、发热, 无里急后重及肛门坠胀, 因腹泻不严重并可自行缓解, 故患者未重视, 未行特殊处理。入院前 8 h, 患者出现脐周阵发性疼痛, 为牵扯样痛, 向中上腹及后背放射, 腹泻无加重, 无恶心、呕吐, 否认畏寒、发热, 无尿频、尿急, 无心悸、胸闷, 无咳嗽、咳痰, 4⁺ h 前在本院门诊查血常规提示: 白细胞 6. 51×10⁹/L, 嗜中性粒细胞 78. 2%, 尿人绒毛膜促性腺激素(HCG)(一), 给予头孢米诺抗炎, 654-2 及间苯三酚解痉治疗后患者腹痛无缓解, 故收入消化科继续治疗。病程中大便如上述, 小便正常, 近期体质量无明显变化。个人既往史: 无烟酒不良嗜好。月经生育史无特殊, 平素体健, 余未及特殊。入院查体: 体温: 36. 8℃, 脉搏 84 次/分, 呼吸 18 次/分, 血压 110/70 mm Hg, 发育正常, 中等体型, 扶入病房, 痛苦面容, 自主体位, 神清合作。全身皮肤黏膜无黄染、皮疹、出血点及瘀斑, 浅表淋巴结未扪及肿大。心肺查体未及特殊。腹平软, 脐周及中上腹压之不适, 以脐周明显, 稍伴肌紧, 无反跳痛, 墨菲征(-), 麦氏点无压痛, 肝脾肋下未扪及, 移动性浊音阴性, 肝肾区无叩痛, 肠鸣音不活跃。双下肢无水肿。入院后辅助检查: 凝血试验示: 血浆凝血酶原时间 13. 3 s↑, 血浆凝血酶时间 20. 8 s↑,

余项目结果正常; 电解质: 钠 134. 4 mmol/L↓, 镁 0. 65 mmol/L↓, 余项目正常; 肝功、血脂、肾功、心肌酶谱、血、尿淀粉酶及脂肪酶均正常; 空腹血糖 7. 39 mmol/L↑; 血常规示: 血小板 186. 0×10⁹/L, 白细胞 4. 07×10⁹/L, 血红蛋白 113 g/L, 红细胞 3. 81×10¹²/L, 嗜中性粒细胞 0. 76↑, 淋巴细胞 0. 15↓, 余正常; 腹部彩超示: 肝实质内钙化灶, 余未见特殊; 腹部 X 线片考虑为不完全肠梗阻(可能)。心电图提示: 窦性心律, 原发性 T 波改变; 给予禁食、补液治疗, 患者腹痛进行性加重, 入院当天下午复查血常规及血淀粉酶等生化指标均无明显变化, 请普外科会诊后考虑急性阑尾炎(不能排除), 不完全性肠梗阻, 与患者家属沟通后转入普外科行全腹 CT 提示: 小肠低位梗阻表现, 腹腔少量积液, 子宫后肠管影显示。由于患者腹痛进一步加重, 遂行剖腹探查, 术中发现: 腹腔内约 300 mL 淡黄稍浊渗液, 盆底见子宫形态稍大、浆膜欠光滑, 子宫后方见大片膜状增生组织与后方组织间粘连、中间有一狭小孔隙、下方形成约直径 3 cm 大小空隙、右侧附件位于其内, 距回盲部约 50 cm 处末端回肠疝入其内; 距回盲部约 80 cm 处小肠系膜局限性、部分呈 180°逆时针扭转; 近端肠管明显增粗、水肿、扩张、内含大量含胆汁液。行局部内疝松解、盆底粘连松解、小肠扭转复位、小肠减压, 术中减压出约 700 mL 液体。于盆底置入纤维蛋白海绵 3 张, 温盐水冲洗腹腔至净, 查无活动性出血, 清点纱布器械无误后, 逐层关腹。手术顺利, 术毕安返病房。予禁食、抗炎、对症、支持治疗。术后诊断为: 腹内疝、小肠不全性扭转、急性完全性肠梗阻。患者术后一般情况好, 腹痛消失, 逐渐恢复饮食, 术后 7 d 拆线, 术后 10 d 出院。

2 讨论

腹内疝指腹腔内脏器由原来的位置经腹腔中正常或异常的腔隙进入异常位置^[2], 但仍存在于腹腔内。疝环是形成内疝的基础^[2], 腹腔脏器通过疝环发生嵌顿形成腹内疝, 其中小肠较易发生。肠管一旦形成腹内疝, 具备了疝环、肠系膜过长和

肠旋转不良则通常会导致闭祥性肠梗阻,极易发生绞窄性肠坏死,缺乏有效的确诊手段,早期诊断,早期手术是获得治愈,改善预后的关键^[3]。腹内疝主要分为两大类:先天性和后天性。前者包括腹膜隐窝疝、网膜孔疝、食道裂孔疝、肠系膜裂孔疝、先天性膈疝和十二指肠旁疝,儿童较为多见。后者包括腹腔炎症或手术导致的粘连型、术后裂隙型、胃大部切除源型及 T 管引流术源型。另外还有一类是以先天病变为基础^[4],与后天病变相结合而引发的腹内疝,临床极为少见。

腹内疝患者临床症状、体征及相关辅助检查缺乏特异性导致临床上诊断腹内疝缺乏有效的方法。腹内疝一般急性起病,持续性剧烈腹痛且伴有渐进性加重,可伴呕吐甚至腹泻,严重者可出现休克。部分患者起病初期腹痛症状较轻,多呈单纯性肠梗阻表现,病情进展迅速呈持续性及进行性加重,进展为绞窄性肠梗阻。体格检查有腹部压痛及腹肌紧张,肠鸣音消失,甚至可见肠型及蠕动波,出现肠梗阻的征象。腹部平片可见较多气液平,并可有肠道扩张、集气的表现,腹部 CT 可表现为肠袢异常聚集、包裹,肠系膜血管可有异位、伸拉、聚集等表现,当出现肠壁水肿时,肠系膜水肿可呈“梳征”样表现^[5-6]。一方面,详细地询问病史非常重要,了解患者既往是否有类似发作,是否有腹部手术及腹、盆腔感染史;一方面,严密地观察病情,对于病情进行性加重的肠梗阻病例以及对于腹痛原因不清且经抗炎、禁食、补液甚至胃肠减压 6~8 h 症状无改善的病例要高度警惕腹内疝可能;另外积极外科会诊,尽早剖腹探查对于病情预后起着十分重要的作用^[7-8]。

本例患者无明显腹、盆腔手术及感染史,仅术中盆底子宫

后方见大片膜状炎性增生组织与后方组织间粘连、中间有一狭小孔隙形成肠管嵌入其内导致腹内疝形成,实为罕见。

参考文献

- [1] 李琼,白人驹.腹内疝的分型和影像学检查的价值[J].国际医学临床放射学分册,2007,30(5):326-329,354.
- [2] 杜秉权.疝环充填式无张力疝修补术后复发疝的病因及对策[J].实用诊断与治疗杂志,2007,21(8):594-595.
- [3] 朱仕军,奉曲旭,韩峰.腹内疝所致肠梗阻 32 例临床诊治体会[J].腹部外科学,2003,16(6):355-356.
- [4] Shiota M, Asada J, Nishida H, et al. Hereditary spherocytosis in 3 children coexisting with UDP-glucuronyl transferase 1A1 deficiency[J]. Journal of pediatric hematology/oncology, 2009, 31(2):121-123.
- [5] Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, et al. CT of internal hernias[J]. Radiographics, 2005, 25(4):997-1015.
- [6] 苗立英,贾建文,张武,等.腹内疝所致肠梗阻的超声检查分析[J].中国医学影像技术,2000,16(11):987-988.
- [7] 李丰.小肠扭转 35 例诊治分析[J].医药论坛杂志,2011,32(4):130-131.
- [8] 韩羽,秦人金,祁昌信.48 例老年性急性肠梗阻的临床诊治特点分析[J].吉林医学,2012,33(31):6825-6826.

(收稿日期:2012-12-19 修回日期:2013-03-15)

肌电图 F 波检查对腰骶神经根病辅助诊断的临床使用

张 卉(南京中医药大学,江苏南京 210046)

【关键词】 肌电图 F 波; 腰骶神经根病; 时间离散度; F 波出现率; 胫神经 H 反射; 辅助诊断
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2350-02

腰骶神经根病是由于腰骶神经根受到压迫引发一类疾病的总称,该类疾病主要包括椎管狭窄症、腰椎间盘突出症、关节突关节增生内聚、腰椎滑脱症等多种疾病。该病发病缓慢,治疗难度大,常因腰骶神经根因受到刺激而导致间歇性跛行、下肢放射性疼痛、腰痛、大小便失禁等症状,严重者甚至导致患者下肢瘫痪,严重影响患者的生命质量^[1]。由于腰骶神经根具有一定的解剖特殊性,在临床诊断过程中无论是敏感性,还是特异性都相对较弱,并且难以真正反映腰骶神经根真正的功能受损情况。神经电生理作为一种现代化检查手段,不但能够直接反映腰骶神经根真正的功能受损情况,还可以对其功能受损情况施行定量分析,因此神经电生理检查常常作为诊断腰骶神经根病非常重要的辅助手段^[2]。肌电图 F 波检查是神经电生理检查中最适合进行腰骶神经根病检查的手段之一,可以有效提高腰骶神经根病的确诊率与诊断率。

1 肌电图 F 波的涵义及临床意义

1.1 肌电图 F 波的涵义 肌电图 F 波是运动神经兴奋性回返放电,是指周围神经在受到超强刺激后,所产生的神经冲动沿着近端神经纤维逆行向脊髓传导,传导到前角细胞后使前角细胞产生兴奋,然后兴奋再沿着该运动神经传出,并最终传输到效应肌肉,并支配效应肌肉的活动^[3]。

1.2 肌电图 F 波临床意义 肌电图 F 波能够充分反映前

角细胞病变、运动轴索病变以及神经近端传导功能以及运动神经元的兴奋性。作为对运动神经元的兴奋性进行评价的重要手段,因受到刺激不同,其产生的肌电图 F 波潜伏期、波形、波幅以及时限都会不同,有的甚至呈现出很大的变化,并且其变化和多种因素相关。例如:运动神经元池呈现的兴奋状态程度主要取决于每一个脊髓前角细胞兴奋作用与抑制作用之间存在的平衡,其平衡状态不同,所产生的兴奋程度就不相同,引发的肌电图 F 波放电也不相同^[4]。研究还发现,损伤的神经元不同,由神经元损伤所导致的肌张力增高、僵硬、痉挛等都会对肌电图 F 波发电造成影响,使其产生不同的肌电图 F 波放电。正是因为如此,临床上常常通过检测肌电图 F 波用来进行颈椎病、腰椎病、格林-巴利综合征等疾病相关神经根损害的检查诊断。

2 肌电图检测腰骶神经根病的原理分析

肌电图检测可以有效进行腰骶神经根病的诊断及损伤定位,特别是对于腰骶神经根病的早期诊断与治疗更是具有重要的现实意义。研究发现,由同一个腰骶椎前根神经支配的全部肌肉可以组成一个肌节,这个肌节只反应于该腰骶椎节段神经,受该腰骶椎节段神经支配^[5]。通过检查肌肉的分布情况,掌握该肌节神经根的功能,然后根据神经电图以及神经传导的速度进行定位诊断,并对腰骶神经根与周围神经的功能状态进