

癔症性躯体障碍 1 例报告

· 病例报告 ·

黄金生

作者单位:广西,靖西县妇幼保健院

作者简介:黄金生(1956-),女,大专,主管护师,研究方向:妇女儿童保健。E-mail:hjs3358@126.com

[中图分类号] R 749.7 [文章编号] 1674-3806(2009)07-0765-01

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.07.44

1 病例摘要

患者女,25岁,家庭妇女,初中文化,已婚。主诉:胃部不适并感觉有气体在胃中游走,呃气6月余,伴焦虑、失眠3月余。家属述患者于2007年2月起,因家庭琐事常与丈夫争吵,争吵后未见任何异常。2007年10月某天,患者再次与丈夫发生争吵,吵后顿觉胃部不适,并有胸闷、憋气、腹胀,并觉有一股“气体”在胃中游走,串至喉部,尔后即发生呃气。此后患者每遇到生气或与丈夫争吵即有类似症状发作,发作后家人即送当地卫生院治疗,经输液、打针(药物不详)后症状好转,近3个月来患者出现焦虑、紧张、失眠、食欲下降、情绪低落。2008年4月与丈夫再次争吵后,上述症状再次发作,由家属直送我院就诊。既往史:平素身体健康,无精神病家族史,发育正常,心肺、肝脾检查正常,妇科检查正常,神经系统检查未见阳性体征。血常规、尿常规、大便常规、B超、胸透、心电图检查正常。精神检查:意识清楚,叙述流畅,无幻觉、妄想等精神症,言语切题,无思维形式逻辑障碍,注意力集中于躯体不适体验。入院诊断:癔症性躯体障碍。诊断依据:(1)患者为青年女性;(2)其发病过程有明确的精神刺激因素;(3)具有躯体症状的临床表现;(4)体检、精神系统检查及实验室检查均未发现有明显相应的器质性病变;(5)患者诉说有“气体”游走于腹部和喉部,属中医的“瘕症球”或

“梅核气”的范畴。

2 治疗经过

患者入院后主要以清除顾虑和精神负担,稳定情绪,给患者提供心理咨询和支持、帮助为治疗原则。治疗措施包括:(1)心理治疗:由主管医师及护士针对患者的心理特点和状态进行有针对性的心理开导、安慰和陪护。(2)暗示物理治疗:即用周林频谱仪照射患者腹部,每天一次,每次1小时,照射强度先从低档开始根据病人的感受进行调节,共治疗6天。(3)针对患者的精神状态适当给予抗抑郁药物(必要时给镇静药)治疗。患者经过6天治疗后,症状消失,痊愈出院,随访数月未见复发。

3 讨论

癔症性躯体障碍的发病原因除心理因素、社会因素外,与患者的性格缺陷亦有关系,这类病人常由于家庭与个人条件优越,有一种“自高”感,病人情感丰富、鲜明、强烈而又不稳定,常随环境变化而发生心理、情绪改变。本例由于受到精神刺激而出现癔症发作,是一个癔症性躯体障碍的典型表现。治疗上针对病因及患者的具体病情,采用心理、暗示和部分药物治疗,效果满意。

[收稿日期 2009-02-20][本文编辑 韦挥德 刘京虹]

前后分隔膜样纵隔子宫超声检查 1 例报告

· 病例报告 ·

刘 斌

作者单位:530021 南宁,广西工人医院物理诊断科

作者简介:刘斌(1962-),男,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:临床超声医学。E-mail:liubin2126@sina.com

[关键词] 纵隔子宫; 前后分隔膜样

[中图分类号] R 711.1 [文章编号] 1674-3806(2009)07-0765-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.07.45

1 病例介绍

患者,女,30岁,因月经延迟48d来诊。经检查尿HCG

阳性;子宫、附件B超检查声像图示:子宫前位,宫体46mm×58mm×58mm,宫颈23mm×26mm,子宫肌壁回声均匀,

宫腔线清晰,宫内见孕囊 20 mm × 18 mm × 22 mm,见少许胚芽组织及原始胎心管搏动,卵黄囊直径 4 mm;双侧附件未见异常回声。B 超提示:(1)宫内早孕见胎心;(2)附件回声未见异常。经人工流产清宫术两次吸刮清宫后检查未见孕囊清出。即予 B 超复查,宫内仍见孕囊如故未被破坏,随后在超声监视引导下予再次行清宫术,在超声引导下清宫吸管缓慢进入宫腔,但不管如何引导改变方位,吸管头总是触碰吸刮不到孕囊。后在超声引导下,术者将吸管从宫腔内缓缓退出,在离宫口约 3 mm 处引导术者将吸管头朝向前方再次进入时发现宫腔中央有薄膜呈前后分隔,将宫腔分为前后两个腔,当吸管头进到前宫腔内,见抵达孕囊处并触碰到孕囊,经吸刮后将孕囊完全清出。

2 讨论

纵隔子宫是子宫畸形之一,一般临床上见到的多是左右分隔,纵隔较厚,分为完全性纵隔子宫和不完全性纵隔子宫。由于纵隔将宫腔从中一分为二,超声沿子宫纵切位检查时会见到左右两个宫腔,横切位检查时见到两个宫腔中心点,超声检查较容易发现。本例纵隔子宫呈薄膜样且呈前后分隔,整个宫腔形态结构在超声下未见改变,一般 B 超检查较难发现。本例膜样纵隔分隔最低点在宫口内约 3 mm 处,妇科检查时亦未被发现,是在经超声引导下做人工流产时才偶然被发现。

[收稿日期 2009-03-09][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

妊娠晚期急诊瓣膜再置换成功 1 例

• 病例报告 •

郑培秋, 章少州, 陆升, 周云珍

作者单位:530300 广西,南宁横县人民医院

作者简介:郑培秋(1961-),男,大学本科,外科副主任医师,研究方向:心血管外科疾病诊疗。E-mail:zhengpeiqi@sina.com

[关键词] 妊娠晚期; 瓣膜再置换

[中图分类号] R 654.2 [文章编号] 1674-3806(2009)07-0766-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.07.46

1 病例介绍

患者女,19岁。因风湿性心脏病行二尖瓣机械瓣置换术后5年,孕31周,胸闷、气喘进行性加重7d于2008-11-19-20点入院。查体:端坐呼吸,下肢轻度水肿;双肺闻湿性罗音;心率103次/min,律整,心脏机械瓣音消失;腹胀隆,宫底于剑突与脐之间,肝脾触诊不满意。心脏彩超:二尖瓣机械瓣,瓣叶周围大量高回声,瓣叶不能活动,舒张期可见高速血流通过;主动脉瓣中度反流。子宫B超:晚期妊娠,单胎存活。诊断:二尖瓣置换后机械瓣卡瓣,急性心衰。入院后,病情迅速恶化,无尿,咳出粉红色泡沫痰,呼吸极度困难,口唇紫绀,处于濒死状态。于入院后9h急诊手术:半坐位下麻醉诱导气管插管后改仰卧位;经原进路胸骨正中开胸;心包内几乎全部粘连封闭,迅速分离出主动脉和右心耳插管建立并行体外循环,再从容分离心包粘连建立完全体外循环,冷晶液停跳,经右房、房间隔进路显露二尖瓣,原侧倾瓣叶被残余瓣下结构卡住,周围形成大量血栓,仅剩下一小间隙,因部分血栓已机化,加上原保留的瓣叶结构挛缩阻挡,不能解除,只能拆除旧机械瓣,重新换上M29[®]短柱侧倾瓣。切开主动脉根部,检查主动脉,见无冠瓣松弛,收紧后关闭良好。关闭心脏切口,开放主动脉,心脏自动复跳。麻醉后血压偏低;转机143分,平均动脉压维持在50~70mmHg,尿量仅200ml。术后病人各项指标逐渐平稳,尿量增多,血气正常,气管插管仍

可吸出少许血痰,呼吸机模式 PEEP 4~8 cmH₂O。术毕床边 B 超示宫内胎儿死亡,术后第 3 天,出现宫缩和阴道少量流血,即再次全麻下行剖宫产,取出一死女婴。呼吸机应用 4 d,顺利脱机拔管,之后经过顺利,住院 17 d 康复出院。

2 讨论

2.1 心脏机械瓣膜置换术后必须进行抗凝,而口服抗凝药对胎儿可能有致畸作用,因而常常对口服抗凝药心存疑虑。有报道^[1]认为,妊娠头 3 个月,用肝素代替口服抗凝药可减少胎儿致畸率,而其它时间仍可口服抗凝;此外,减少口服抗凝用量,使国际标准化比值(INR)维持在 1.5~2.0 之间,在减少对胎儿副作用的同时同样有良好效果。但是,妊娠期间,随着血液中凝血物质增加,特别是妊娠晚期,血液处于高凝状,此时血栓形成的危险性增加,应加强对抗凝的管理。本例妊娠期间一直保持口服华法令 2.5 mg/d,且没有监测血凝状态,是导致血栓形成急性机械瓣膜功能障碍的重要原因。

2.2 机械瓣急性失功病程短,发病多呈急性出现,病人循环状态迅速恶化,病情危重。因此,凡突然出现原因不明的左心衰竭征象,同时伴有机械瓣音消失,均应考虑到机械瓣膜急性功能障碍,心脏超声检查即可明确,一旦确诊即应尽快手术治疗,任何延迟只会增加病死率。急诊再次瓣膜置换有不少手术困难和风险^[2,3],这已成为共识,主要原因是:(1)