

高原红细胞增多症患者行下肢骨折内固定术后并发脑栓塞 1 例报告

· 病例报告 ·

王安, 王晋, 徐尚胜

作者单位: 201103 上海, 武警上海市总队医院骨科(现支边武警青海省总队医院)

作者简介: 王安(1982-), 男, 研究生学历, 硕士学位, 主治医师, 研究方向: 脊柱关节创伤及骨病的诊治。E-mail: 20944431@qq.com

[关键词] 高原红细胞增多症; 股骨骨折内固定术; 脑栓塞

[中图分类号] R 68 [文章编号] 1674-3806(2013)06-0578-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.06.27

1 病例介绍

患者,男,29岁,因车祸致左下肢疼痛、流血、活动受限4h入院。患者于2012-10-04骑坐助动车不慎与小轿车相撞,即感左下肢疼痛、流血、活动受限,不能行走,急诊X线检查示“左股骨中上段骨折,左胫腓骨骨折”,收住入院。入院时查体:T 36.8℃,P 76次/min,R 18次/min,BP 120/80 mmHg,神志清,头颈部无明显外伤,胸腹部无明显压痛,左大腿无明显畸形,轻度肿胀、压痛,左小腿中下段后侧见一约20cm环形伤口,流血,小腿肿胀明显,压痛明显,骨擦感(+),叩击痛(+),足背伸稍受限,足背动脉搏动正常;头颅CT:未见明显异常;血象:WBC $3.9 \times 10^9/L$, RBC $7.28 \times 10^{12}/L$, HGB 232 g/L, HCT 70.1%, PLT $123 \times 10^9/L$,符合红细胞增多症诊断(红细胞增多症血常规诊断标准:RBC $\geq 6.5 \times 10^{12}/L$, HGB ≥ 200 g/L, HCT $\geq 65\%$)。于当日即行术前准备,急诊在全麻下行左股骨、左胫腓骨骨折清创缝合+切开复位内固定术,手术顺利,术后麻醉苏醒后,神志清楚,对答切题,于2012-10-05凌晨3:40平安返回病房。术后当日晚22:00时,患者突感嗜睡,测生命体征平稳,嘱护士严密观察病情。凌晨2:00时许,呼之不应,双侧瞳孔等大同圆,直径3mm,对光反射存在,BP 130/80 mmHg, P 110次/min, SpO₂ 99%,双肺部叩诊呈清音,听诊双肺呼吸音清晰,无干湿性啰音。7:00许检查见患者呈浅昏迷状态,生命体征正常,心肺听诊无明显异常,急查头颅CT、胸部CT,提示:脑内弥漫性病变,以左侧为重,考虑脑栓塞可能。请示医务处组织医院内专家会诊后,立即给予人血白蛋白、甘露醇及七叶皂苷钠控制脑水肿,并于当日行激素冲击疗法500mg静滴,次日开始常规量80mg/d;给予低分子肝素皮下注射、低分子右旋糖酐500ml/d

静滴扩容,改善微循环;同时给予抗生素进行抗炎治疗,继续密切监测肺部情况。根据病情进展申请床旁胸片及颅脑MRI,以明确栓塞的部位和程度,并根据结果调整用药,经过56h抢救治疗,患者于术后第4天意识有所恢复,患者住院37d,痊愈出院。

2 讨论

据统计,管状长骨骨折内固定术后引发栓塞占各类创伤性骨折发病率的7%,病死率可达50%^[1]。高原红细胞增多症是由于长期处于高海拔地区而引发的红细胞、红细胞压积、血红蛋白增加,致使血液黏稠度随之上升,激发了血小板因子3、血小板黏附凝血因子5和因子8增高,血液处于高凝状态,栓塞的发生率增加^[2]。虽说管状长骨骨折与高原红细胞增多症并没有直接的关系,但高原红细胞增多症患者术后栓塞发生率明显要高于正常骨折的患者^[3]。再者,高原红细胞增多症的患者,本身就易发栓塞,因此此类手术患者的治疗,关键重在预防。结合此病例的急救处理,我们体会如下:(1)完善术前检查,全面评估病情,预计术中、术后可能出现的并发症,积极预防。(2)术中彻底清创,尽可能恢复其解剖结构。(3)尽量缩短手术时间,术中操作仔细,避免神经、血管的损伤。(4)术后24~48h内严密观察病情,监测NIBP、ECG、HR、SpO₂、切口疼痛、出血及末梢血运情况等。(5)一旦确诊脑栓塞发生必须急救:①减轻脑水肿,保护脑组织。②首次大剂量激素冲击疗法,次日常规剂量维持治疗。③低分子肝素、低分子右旋糖酐扩容,改善微循环。④抗生素治疗,预防肺部感染。⑤同时注意基础支持治疗,密切注意出入量及酸碱电解质平衡,监测血氧浓度,保持呼吸道畅通。

参考文献

- 1 黄美凤. 1例股骨骨折术后并发脂肪栓塞的临床抢救与护理[J]. 中华现代临床护理学杂志, 2008, 3(4): 361-362.
- 2 邹密, 刘汉斌, 陈彬, 等. 高原红细胞增多症合并深静脉血栓形成19例诊治体会[J]. 西藏科技, 2009, (12): 52-53.
- 3 吴天一, 陈秋红, 李万寿, 等. 高原红细胞增多症诊断标准的研究[J]. 高原医学杂志, 1997, 7(3): 1-6.

[收稿日期 2012-12-24][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

卵巢无性细胞瘤 3 例报告及文献复习

· 病例报告 ·

吴凤英, 凌丹

作者单位: 541200 广西, 灵川县中医院妇产科

作者简介: 吴凤英(1972-), 女, 大学专科, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病的诊治。E-mail: 823613116@qq.com

[关键词] 无性细胞瘤; 卵巢肿瘤; 文献复习

[中图分类号] R 737.31 [文章编号] 1674-3806(2013)06-0579-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2013.06.28

1 病例介绍

例1 患者, 女性, 24岁, 已婚, 因检查发现盆腔包块3 d入院, 无不规则阴道流血, 无体重减轻, 查体: 盆腔可触及一大约150 mm × 150 mm的包块。B超示右侧附件区实质肿块, 腹主动脉旁淋巴结及盆腔淋巴结无肿大; CT示腹腔巨大占位, 考虑为卵巢肿瘤, 肿瘤标志物检查无异常; 胸片(-)。行左侧卵巢切除术, 术中探查见: 腹腔有少量腹水, 量约50 ml, 左侧卵巢有一巨大包块, 与周围组织无粘连。快速冰冻病检结果左卵巢无性细胞瘤, 病理结果: 左卵巢无性细胞瘤。术后予化疗患者恢复好。

例2 患者, 女性, 36岁, 已婚, 因下腹隐痛一月余, 检查发现盆腔包块3 d入院, 无阴道不规则流血, 体重无减轻, 妇检: 子宫区触及80 mm × 70 mm × 60 mm肿块, B超及CT提示盆腔实性肿块, 腹主动脉旁淋巴结及盆腔淋巴结无肿大, 考虑为卵巢恶性肿瘤。肿瘤标志物检查无异常, 胸片(-)。剖腹探查: 子宫前壁与膀胱及前腹壁紧密粘连, 分离粘连后见子宫萎缩, 左侧卵巢萎缩大小约20 mm × 15 mm灰白色, 右侧卵巢实性增大约80 mm × 70 mm, 凹凸不平, 灰白色包膜完整, 与周围组织未见粘连, 双侧输卵管外观无异常, 肝胆胰脾胃大网膜表面及腹膜后淋巴结未及及转移结节。探查后考虑右卵巢恶性肿瘤, 予行全子宫切除 + 双侧附件切除 + 大网膜切除术。术中冰冻病理检查右侧卵巢恶性肿瘤, 倾向于无性细胞瘤。术后病理结果: 卵巢无性细胞瘤。

术后予化疗患者恢复好。

例3 女性, 26岁, 已婚, 因卵巢癌术后2年, 检查发现盆腔包块2个月入院。无阴道不规则流血, 体重无减轻, 患者2年前在外院行开腹左侧卵巢包块剔除术, 后将剔除物送我院病检, 提示: 卵巢无性细胞瘤。术后一直未行放化疗, 也未复查。2个月前始出现下腹胀不适, 来我院B超示腹、盆腔多发性实质性低回声肿块, 盆腔积液, 建议住院手术, 未遵医嘱, 近1个月下腹胀加重伴尿频、尿急, 要求入院手术。查体: 腹部可及一巨大包块, 占据全腹, 妇检: 盆腔扪及大小约150 mm × 85 mm × 100 mm实性包块, 位置固定, 阴道后穹窿触及盆腔内硬结节, 肿块为双侧, 实性, 不活动。B超: 腹盆腔内见多个实质性低回声肿块融合一起, 范围130 mm × 290 mm × 282 mm。CT: 盆腹腔多发大小不等混合密度肿块影, 较大者位于盆腔大小约113 mm × 84 mm × 897 mm, 考虑卵巢术后复发并腹腔、盆腔多发性转移; 少量腹水。行经腹全子宫切除 + 右侧附件切除 + 左侧卵巢楔形切除 + 大网膜切除 + 阑尾切除 + 部分乙状结肠切除 + 肠吻合术。病理报告: 卵巢无性细胞瘤, 术后出院间隔2个月来院行化疗后患者恢复好。

2 讨论

2.1 无性细胞瘤来源于原始生殖细胞, 是一种由减数分裂前的原始生殖细胞异常增生形成的恶性肿瘤。发病率较低, 约占原始卵巢恶性肿瘤的1% ~ 2%。可出现于任何年龄, 大多数病例发生于10 ~