

物及外伤引起者占 30%, 其中大多由误咽异物残留所致, 如鱼刺等。血糖控制不良的糖尿病患者也容易发生咽后脓肿。咽及颈段食管机械性损伤或穿孔后感染是颈深部严重感染并化脓性纵隔炎的主要原因, 其次是牙源性、咽喉部感染下行蔓延引起^[2]。和平时期爆炸伤致此处脓肿少见, 战时可能多见。X 线常表现为颈部组织肿胀及纵隔阴影、胸腔积液, 并可见气管移位。气管切开是解除呼吸困难及防止脓腔破裂脓液误吸的重要手段。

2.2 颈性下行性纵隔脓肿治疗的关键是早期诊断,及时有效引流及合理应用抗生素。本病例患者入院后处理眼部情况和上肢情况后, 出现迟发性咽后脓肿。首先考虑细小碎玻璃经颈部进入咽后残留, 且弹道已愈合或不明显, 未能被 X 线检查发现和清创缝合时注意到, 而在强有力的抗生素治疗期间, 患者又未立即出现咽后脓肿形成。雷管为玻璃管内灌装

炸药, 爆炸后玻璃碎片极多, 有的很细微, 爆炸后穿透力极强, 特别是近距离爆炸, 可能其弹道与子弹和弹片不同, 细小异物进入深部软组织, 不易发现。特别是患者其他部位存在更为严重的损伤时, 患者不易感觉到异物, 易为医师所忽视。爆炸后的细小玻璃类弹片进入软组织, 比猎枪火药弹伤金属异物更难发现和找取, 应仔细查找以免遗漏, 术后密切观察。

参考文献

- 1 Page NC, Bauer EM, Lieu JE. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 138(3): 300-306.
- 2 Goldenberg D, Golz A, Joachims HZ. Retropharyngeal abscess: a clinical review [J]. J Laryngol Otol, 1997, 111(6): 546-550.

[收稿日期 2013-10-17] [本文编辑 黄晓红 韦颖]

葡萄胎误诊先兆流产 1 例

· 病例报告 ·

应婷, 李茜西

作者单位: 545001 广西, 柳州市妇幼保健院妇科

作者简介: 应婷(1982-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病的诊治。E-mail: 22464308@qq.com

[关键词] 葡萄胎; 误诊; 先兆流产

[中图分类号] R 714 [文章编号] 1674-3806(2014)01-0064-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2014.01.24

1 病例介绍

患者, 女, 25 岁, 未婚, 因停经 68 d, 阴道流血 25 d 就诊。患者诉停经后 1 月余有厌食、恶心等早孕反应, 未在意, 自测尿人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotrophin, HCG)阳性。25 d 前无诱因开始出现阴道流血, 量少, 时有时无, 无肉样物及水泡样物排出, 偶有下腹部胀痛, 无发热、头晕、胸痛、肩胛痛、昏厥、肛门坠胀、腹泻等不适。当日于当地卫生院就诊, 查 B 超示“宫内无回声区”, 诊断“先兆流产”, 予口服药保胎治疗, 症状未见缓解, 10 d 前于当地卫生院住院行保胎治疗。住院期间复查 B 超示“宫内早孕, 仅见卵黄囊”, 予黄体酮 + HCG 肌注保胎治疗, 仍有少许阴道流血, 1 d 前无诱因突发阴道流血增多, 多于月经量, 伴下腹隐痛, 于我院门诊就

诊, 急查 B 超示“宫内混合性回声(蜂窝状)43 mm × 27 mm, 右侧卵巢囊性包块 31 mm × 26 mm”, 门诊以“葡萄胎”收入院。月经规则, 未婚, 有性生活史。G₂P₀, 人流 2 次, 未避孕, 有生育要求。平素体健, 否认药敏史。入院查体: 体温 36.8 ℃, 脉搏 100 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 95/60 mmHg, 心肺检查未见异常, 腹软, 轻压痛, 无反跳痛。妇检: 外阴发育正常, 已婚未产式, 阴道通畅, 内见中量血渍, 宫颈光滑, 未见活动性阴道流血, 着色, 举摆痛(+), 子宫前位, 增大如孕 10 周, 质软, 欠活动, 无压痛, 双侧附件未及异常。入院查血 HCG 46 534 mIU/ml。诊断: 葡萄胎。开放静脉通道后, 即于手术室行无痛负压吸刮术, 术前宫深 10 cm, 吸刮出宫内组织 50 g, 见数颗直径 0.1~0.2 cm 大小不等的水泡状物, 病检结

果回报水泡状胎块,间质水肿,滋养叶细胞轻度增生。术后 1 周行二次清宫术,出院 2 周后监测血 HCG 恢复正常。

2 讨论

葡萄胎因妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生、间质水肿而形成大小不一的水泡,水泡间借蒂相连成串,形如葡萄得名,也称水泡状胎块。葡萄胎分为完全性葡萄胎和部分性葡萄胎两类,大部分为完全性葡萄胎。完全性葡萄胎若葡萄胎组织从蜕膜剥离,母体大血管破裂,可造成大出血,导致休克,甚至死亡^[1]。葡萄胎和先兆流产在临床表现上均表现为停经史、不规则阴道流血等,容易相混淆,且不典型的葡萄胎多数子宫增大与停经月份相符,B 超图像可仅为无回声区,对临床诊断造成很大困扰。近年来随着临床诊断技术,尤其是 B 超和血 HCG 测定敏感性的提高,葡萄胎的诊断得以提前到孕 8.5 周~12 周,与之相应的临床症状也发生了变化,原就诊时子宫增大、贫血、妊娠剧吐、先兆子痫的发生率分别为 51%、54%、26% 及 27%,现在降为 28%、5%、8%、1%,更加增加了临床工作中确诊的难度^[2]。而两种疾病的处理和预后又完全不同,因此两者的鉴别非常重要。对于停经后阴道流血的患者,需明确出血的原因,尽快确诊,对暂不能确诊的患者,应动态监测血 HCG 变化及定期复查 B 超。正常妊娠时,随孕周增加,血清 HCG 滴度逐渐升高,在孕 10~12 周达高峰,随后血 HCG 滴度逐渐下降。但葡萄胎时,血 HCG 滴度通常高于相应孕周的正常值,而在停经 12 周以后,随着子宫增大继续持续上升,利用这种差别可作为辅助诊断^[1]。同时 B 超作为一种辅助诊断,在葡萄胎鉴别诊断中尤为重要。葡萄

胎超声表现为子宫中部宫腔内充满蜂窝状、小圆形液性暗区,或因出血宫腔一侧出现片状、不规则液性暗区或云雾状低回声区。部分葡萄胎可见宫内正常妊娠囊结构,部分胎盘绒毛呈蜂窝状改变,可见大小不等圆形液性暗区。与先兆流产鉴别要点:(1)子宫无明显增大,“水泡”成分较少且不规则,声像较杂乱;(2)无黄素囊肿;(3)HCG 滴度不高^[3]。另外新近国外学者对完全性葡萄胎患者外周血中的癌抗原 125(CA125)、癌抗原 199(CA199)、癌抗原 153(CA153)、癌胚抗原(CEA)指标进行检测,研究发现 CA199 由羊膜细胞而非蜕膜产生,完全性葡萄胎者缺乏羊膜,故其血浆浓度明显低于流产患者,且 CA199 在整个孕期母体血浆浓度变化不大,可作为相对稳定的参照指标。此发现为我们提供了又一新的鉴别手段^[4]。因此,临床工作中,对于停经后阴道流血的患者,需明确出血的原因,尽快确诊,对暂不能确诊的患者,应动态监测血 HCG 变化及定期复查 B 超,争取早期确诊,尽早治疗,避免误诊给患者带来的不良后果。

参考文献

- 1 乐 杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2003:319-320,322.
- 2 Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, et al. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy[J]. Obstet Gynecol, 1995, 86(5):775-779.
- 3 谢红宁. 妇产科超声诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:222-224.
- 4 傅晓华,石一复,崔金全. 葡萄胎误诊 45 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2004,20(3):187.

[收稿日期 2013-09-02][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

《中国临床新医学》杂志投稿须知

凡投本刊的稿件,务请补全以下内容与项目:

1. 中文摘要、关键词(按规范格式书写)。
2. 英文题目,作者(汉拼),英文单位名称,英文摘要和关键词(按规范格式书写)。
3. 论文的统计学处理方法。
4. 单位投稿介绍信。
5. 作者简介(姓名、出生年月、性别、学历、学位、职称、研究方向)。
6. 须寄(送)A4 纸打印稿一份,并发电子邮件到本编辑部。
6. 第一作者联系地址、邮编、电话和 E-mail。

· 本刊编辑部 ·