

时发现 2 例高位桡动脉变异。以上解剖学专业人士均对高位变异桡动脉的起始、行程、分支, 及各分支直径进行了详细的测量和描述。通过查阅文献发现桡动脉高位变异并不罕见, 但也发现高位桡动脉虽然起始点异常, 但在进入前臂后, 其直径及行程与正常桡动脉走行无异^[4], 这使得在进行前臂手术时容易忽略高位桡动脉变异的存在, 并且这些高位桡动脉变异均是在尸体解剖时发现的, 在活体时变异的高位桡动脉血流如何, 尚无相关研究提供数据。

总之, 高位桡动脉变异并不罕见, 其与正常桡动脉在不同走行区的直径和血流量是否存在差异, 是否高位桡动脉在走行至前臂区时其血流流速均较正常桡动脉慢, 抑或与变异桡动脉直径成正比相关, 这些问题的回答均有待进一步的临床研究证实。需要指出的是, 在进行前臂自体动静脉内瘘成形术术前评估时, 手术者要充分评估血管条件, 通过物理检查和超声检查充分评估静脉和动脉的情况, 注意不要疏忽高位桡动脉变异存在的可能, 应根据其走行、直径、血管壁情况、血流速度等综合情况预测手术成功的概率。

参考文献

- [1] Malovrh M. Non-invasive evaluation of vessels by duplex sonography prior to construction of arteriovenous fistulas for haemodialysis [J]. Nephrol Dial Transpl, 1998, 13 (1): 125-129.
- [2] 朱宇莉, 丁红, 范培丽, 等. 彩色多普勒超声对自体动静脉内瘘成型术前血管的观察和评价 [J]. 中国血液净化, 2015, 4 (14): 246-249.
- [3] 刘兴钊, 胡青茂, 黄永. 超声在动静脉造瘘患者血管通路术前、术后动态监测中的应用 [J]. 医学影像学杂志, 2017, 27 (11): 2214-2217.
- [4] 叶锋, 刘晓军, 庄卓凯, 等. 高位桡动脉变异分析 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2018, 36 (6): 133.
- [5] 曲永松, 吕美玲, 刘润涛, 等. 高位桡动脉变异 1 例 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2004, 22 (6): 595.
- [6] 李松育, 田欣, 秦向征. 桡动脉高位变异 2 例 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2017, 35 (6): 660.

脐带绕颈 3 周并脐带真结 1 例 存活报告

厦门大学附属第一医院 (厦门 361003) 黄秀美
蔡益虹¹ 许翠月

脐带真结较罕见, 发生率为 0.4%, 是脐带走行异常或脐带过长在宫内形成环套, 胎儿活动穿越环套所致, 往往引起不同程度的并发症, 易引起胎儿宫内窘迫, 严重者可致胎死宫内^[1]。在死胎原因分析中脐带因素占 50%, 以脐带扭转打结为主^[2]。本病例是一个脐带绕颈 3 周并脐带真结, 术后胎儿存活, Apgar 评分正常, 实属罕见。现报告如下。

1 病历摘要

患者女, 29 岁, G₂P₁, 于 2016 年 5 月 1 日足月顺产一

男婴, 健存。平素月经规律, 末次月经 (LMP): 2019 年 7 月 17 日, 预产期 (EDC): 2020 年 4 月 21 日。产检情况: 患者孕期血常规、生化、艾滋病、梅毒、乙肝检查未见异常, 孕 13⁺ 周颈后透明带扫描 (NT) 值 0.21 cm; 无创 DNA 提示, 21 三体综合征、18 三体综合征、13 三体综合征均低风险。孕 21⁺ 周三维彩超, 双顶径 (BPD) 5.09 cm, 头围 (HC) 19.58 cm, 腹围 (AC) 16.78 cm, 股骨长度 (FL) 3.55 cm; 羊水, 最大前后径约 5.4 cm。胎儿脐动脉收缩期与舒张期血流速度比 (S/D) 2.92; 胎儿大脑中动脉血流 (PSV) 20.05 cm/s。孕 25 周口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) 4.18-10-8.72 mmol/L, 提示妊娠期糖尿病, 嘱孕妇饮食及运动控制, 定时监测血糖满意。孕 31⁺ 周超声检查: BPD 7.9 cm, HC 29.4 cm, AC 27.3 cm, FL 5.9 cm; 羊水: 最大前后径约 5.5 cm, 羊水指数约 14.0 cm; 胎儿脐动脉 S/D 2.1, 脐动脉血流搏动指数 (PI) 0.84, 脐动脉血流阻力指数 (RI) 0.52; 胎儿 PSV 59 cm/s、脐动脉舒张末期血液速度 (EDV) 14 cm/s, S/D 4.2, PI 1.49, RI 0.76。彩超提示: “宫内妊娠、单活胎、头位, 胎儿脐带绕颈 1 周”。嘱孕妇注意观察胎动, 有异常及时就医。随后孕期内常规产检, 胎心监护、血糖及相关化验检查无明显异常。孕 36⁺ 周, 孕妇自觉胎动次数减少 1⁺ 天, 遂来就诊。门诊胎心监护 (见图 1) 提示: 无宫缩, 基线变异减少, 有明显胎心减速。于 2020 年 3 月 30 日 17:23, 考虑“胎儿宫内窘迫”收入院。入院后床旁 B 超检查: 羊水最大径 2.5 cm, 羊水指数 6.0 cm; 胎儿脐动脉, S/D 2.87, PI 1.0, RI 0.65; 胎儿大脑中动脉, PSV 63.2 cm/s、EDV 27.5 cm/s, S/D 2.3, PI 0.87, RI 0.57; 宫内妊娠、单活胎、头位, 胎儿脐带绕颈两周。复查胎心监护 (见图 2), 胎心监护图胎心率反复减速提示: 胎儿宫内缺氧加重。遂立即行剖宫产术, 术中见胎位 LOA, 羊水胎粪污染Ⅲ度, 量约 100 mL。见脐带绕颈 3 周, 脐带一真结, 剪断并松解脐带后娩出一活男婴, 出生体质量 2 670 g, 身长 48 cm。术后 Apgar 评分 10-10-10, 产后检查脐带附着胎盘中央, 全长约 96 cm。术后诊断: 1) G₃P₂、孕 36⁺ 周; 2) 胎儿窘迫; 3) 脐带真结; 4) 脐带绕颈 3 周; 5) 羊水过少; 6) 妊娠期糖尿病; 7) 脐带过长; 8) 早产儿。

2 结果

2.1 门诊就诊时的胎心监护报告: 1) 出现二次延长减速, 即明显低于基线的胎心率下降, 减速 ≥ 15 次/min, 从开始减速到恢复基线持续 ≥ 2 min。2) 减速后出现短变异变弱。见图 1。

2.2 入院后的胎心监护报告: 基线 > 160 次/min, 箭头示再次出现延长减速, 持续时间约 8~9 min, 幅度大, 未见胎动。见图 2。

3 讨论

脐带真结是脐带形态异常中的一种, 它的发生率较低, 但其致死率却不低。有研究表明, 脐带真结的致死率在大城市中已达到 2%^[3]。随着医疗技术水平的不断提升, 各类病症的治疗方法都有所改进, 但是目前的临床上, 对于脐带真结并没有更加完善的诊断方式^[4]。本病例提示在临床工作中

1 通信作者, Email: 13625009509@163.com

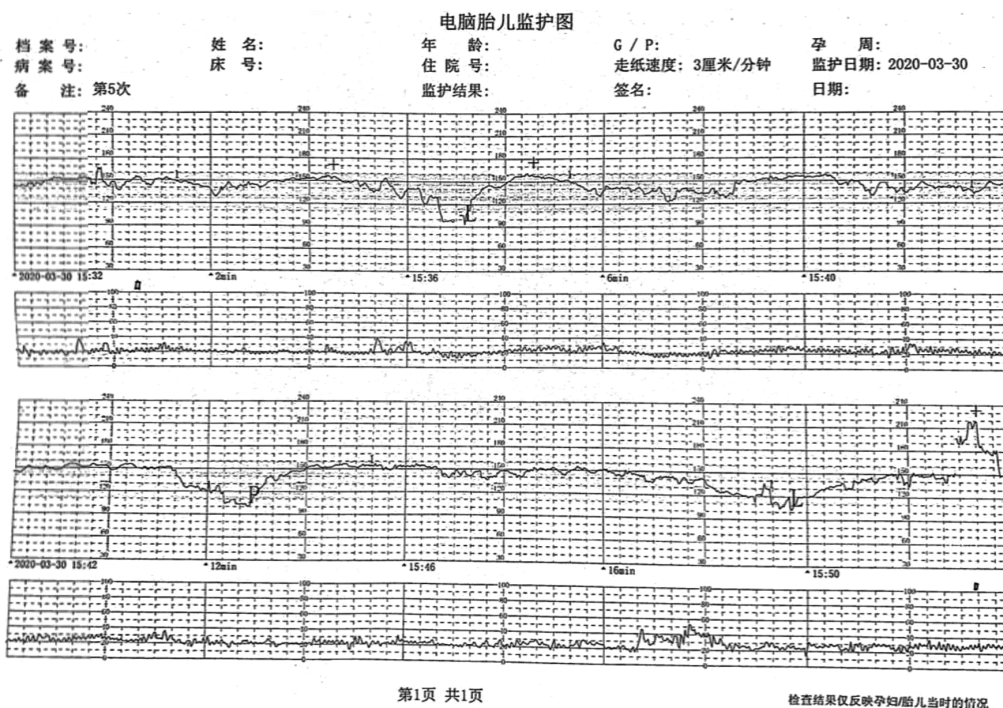


图 1 门诊就诊时的胎心监护报告

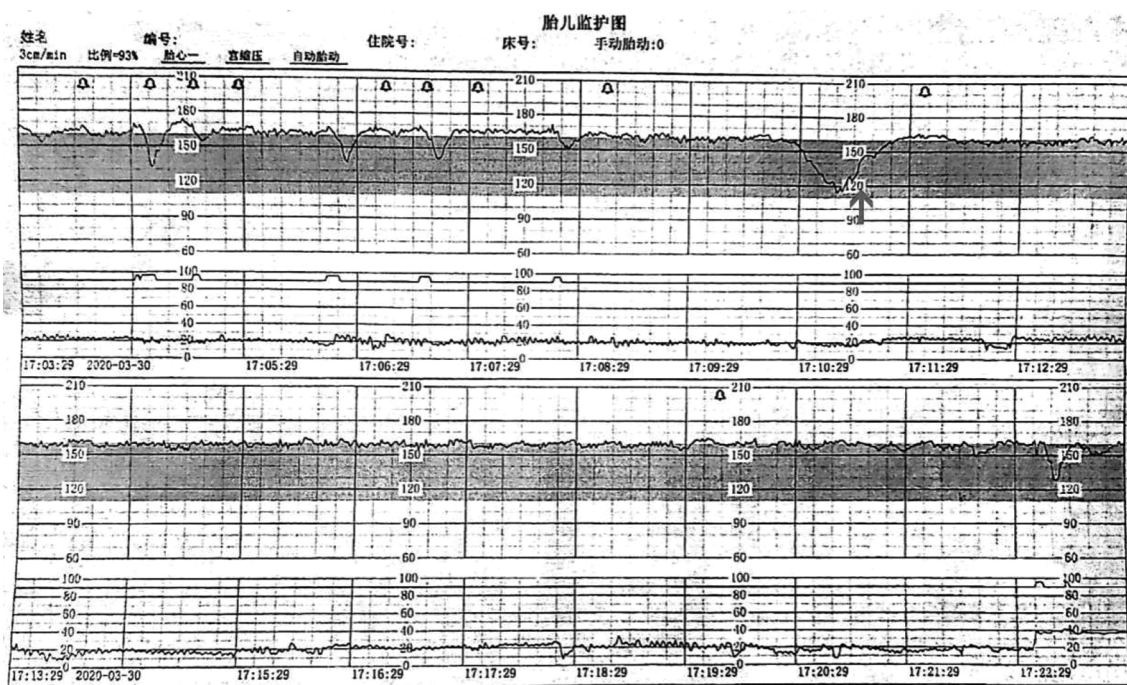


图 2 入院后的胎心监护报告

我们可以通过孕妇对胎动的自我监测、胎心监护及 B 超等检查, 尽早发现胎儿窘迫, 及时处理, 进而降低脐带真结导致不良妊娠结局的发生概率。

3.1 胎动计数宣教的重要性: 胎动是指胎儿在子宫腔里的活动冲击到子宫壁的动作。胎儿在子宫内伸手、踢腿、冲击子宫壁, 这就是胎动, 一般孕 20 周左右孕妇能感觉到。胎动计数是通过孕妇自测评价胎儿宫内情况最简便有效的方法

之一。若胎动计数 ≥ 6 次/2 h 为正常, < 6 次/2 h 或减少 50% 者提示胎儿缺氧可能^[5]。有研究表明, 孕妇通过对胎动的自我监测, 发现胎动异常并及时就诊, 有可能改善不良妊娠结局, 甚至挽救胎儿生命^[6]。2018 年我院开通网络医院平台, 支持 24 h 问诊服务, 孕妇自我感觉胎动异常, 又不能马上及时就医时, 可通过此平台咨询产科专业医务人员。同时产科门诊设有微胎心监护服务, 有胎动异常的孕妇在家

通过微胎心自我监测,其结果可同步到产科医生工作站,及时发现异常,得到及时处理。

本病例提示:患者自诉胎动减少 1⁺ 天,故来就诊,从而发现问题,可见临床工作中孕期胎动计数宣教有效性的重要性。本孕妇胎动自我监测行为的认知及依从性相对高,与我院产科开展孕期宣教课密不可分。本院的孕期宣教课每周 3 次,内容包括孕期常规检查、妊娠期糖尿病血糖监测指导、中晚期保健(胎动监测方法、营养指导、体质量管理)、临产前准备等。近期通过微信公众号以文章、漫画及视频的形式进行线上宣教。有研究表明对孕妇普及有关胎动的产前知识教育极有必要,而且也证明普及胎动知识可缩短从母亲对胎动减少的感知到寻求咨询治疗的时间,有助于降低死胎等不良妊娠结局的发生率^[7]。

3.2 胎心监护的重要性:电子胎心监护是一种无创的胎儿宫内安危评估手段,具有操作简便、价格低廉、可持续监护等特点。合理应用监护技术、规范判读胎心监护图形,可以提高识别胎儿缺血、缺氧或酸中毒能力,减少因误读导致的剖宫产率上升。常规一次胎心监护时长是 20 min,如果监护结果不理想可延至 30~40 min。本例孕妇门诊胎心监护图可见:1) 出现二次延长减速,即明显低于基线的胎心率下降,减速 ≥ 15 次/min,从开始减速到恢复基线持续 ≥ 2 min。2) 减速后出现短变异变弱。在排除孕妇仰卧位后,即收住入院观察。临床上对延长减速判读和解释是相对困难的,因为很多种临床情况可能出现延长减速。

入院后床旁 B 超结果:脐带绕颈 2 周,可能为误判,而大脑中动脉阻力低于脐动脉阻力,提示胎儿宫内缺氧。这与孕妇入院后侧卧胎心监护图再次出现延长胎心减速,提示胎儿有严重缺血缺氧相一致。临床上立即准备行剖宫产术,术中可见胎儿脐带绕颈 3 周,在脐带中段有一真结,羊水量 100 mL,胎粪污染 III 度,脐带绕颈 3 周并有真结,导致供给胎儿血量减少,继而胎儿血容量下降,肾供血减少,出现羊水少,同时脐带受压,又刺激胎儿迷走神经兴奋,导致胎儿胃肠蠕动增加致胎粪排出。这也与患者门诊胎心监护及入院持续胎监出现反复延长减速,诊断为“胎儿宫内窘迫可能”相符。临床工作中正确胎心监护操作及准确判读,对于早期识别胎儿窘迫有重要作用。对高危孕妇应持续动态监测,并联合多种技术进行监测,当多种监测技术结果有出入时,应注意鉴别并结合病情进行判断。

参考文献

- [1] 李胜利. 胎儿畸形产前超声诊断学 [M]. 北京:人民军医出版社, 2004: 548-554.
- [2] 刘景超, 赵丽萍, 李丹凤, 等. 114 例死胎的临床特征及相关因素分析 [J]. 中国医刊, 2018, 53 (2): 221-223.
- [3] 阙丹, 孙彬录, 萝莉, 等. 单羊膜囊双胎脐带互相缠绕真结 1 例 [J]. 第三军医大学学报, 2011, 33 (24): 2549, 2570.
- [4] 谭西施. 孕晚期孕妇脐带异常对妊娠结局的影响 [J]. 中国药物经济学, 2015 (8): 117-118.
- [5] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学 [M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013: 149.
- [6] Hofmeyr G J, Novikova N. Management of reported decreased

fetal movements for improving pregnancy outcomes [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 4 (4): CD009148.

- [7] Tveit J V, Saastad E, Stray-Pedersen B, et al. Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines-a clinical quality improvement [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2009, 9 (1): 32.

粪类圆线虫与大肠埃希菌致重症感染 1 例

福建省三明市宁化县总医院检验科 (三明 365400)

罗秀琴 钟春燕 陈一娴 张雁 王晓兰 罗金财

粪类圆线虫是一种主要流行于热带、亚热带的土源性兼性寄生线虫,在我国主要流行于南部湿热地区。由于粪类圆线虫病缺乏特异性临床表现,所以容易造成临床漏诊、误诊。我们从 1 例患者痰标本中同时检出粪类圆线虫与大肠埃希菌。现总结报告如下。

1 病历摘要

1.1 临床表现:患者男,65 岁,农民,因“腹胀 1 月余,胸闷,气紧 3 d,人事不省 1 h”于 2019 年 12 月 25 日 18 时 45 分入我院 ICU。入院前 1 月余无明显诱因出现腹胀不适,偶有腹痛,伴乏力、纳差,无恶心、呕吐,伴体质量下降,无腹泻,偶咳,痰液不多,可咳出,无气促,初期未特殊处理。于 3 周前就诊于福州市某三甲医院门诊,建议行胃镜检查,但未执行。返回我院途中因咳嗽、咳痰,就诊于三明市某三甲医院,经住院检查考虑为双肺炎,予哌拉西林-他唑巴坦联合莫西沙星抗感染治疗,1 周前查胸部 CT 炎性病灶吸收;于 6 d 前出院,但仍有腹胀不适,伴纳差。于三明市某三甲医院出院后第 2 天就诊于我院,拟腹胀待查收入我院内一科,行胃镜检查示:食管白斑。入院 3 d 前出现胸闷、气紧,伴咳嗽、咳痰,咳嗽为阵发性连声咳,痰为血性黏液痰,可拉丝,腹胀较前明显,仍有纳差,进行性消瘦,伴排水样便,每日数十次,无畏冷、发热,拟转上级医院进一步诊治。1 h 前突发人事不省,呼之不应,伴气促,偶咳,痰液不易咳出,无肢体抽搐,无恶心呕吐、无发热。为进一步诊治,拟“休克原因”待查收入 ICU。自起病以来,患者精神、饮食、睡眠差,近 2 个月来,体质量下降 5 kg。既往史:既往 3 个月前因下肢水肿就诊我院,行辅助检查后被诊断为肾病综合征,出院后长期服用甲强龙、培哚普利治疗;有慢性乙型病毒性肝炎病史 2 月余,服用恩替卡韦,半个月前发现房颤;无疫水、疫源接触史,否认冶游史,无性病,否认嗜酒史、吸烟史、疟疾史、高血压史、糖尿病史、结核史、外伤史,无手术史、输血史,预防接种史具体不详。入院查体:体温 37.8℃,脉搏 140 次/min,呼吸 30 次/min,血压测不到,脉搏氧饱和度 60%。专科:神志朦胧,无法对答,格拉斯哥昏迷指数 (GCS) 评分 12 分,急性病容,精神差,双侧瞳孔等大同圆,直径约 2.0 mm,对光反射迟钝,口唇发绀,眼睑及颜面部浮肿,呼吸急促,呼吸音粗,可闻及湿啰音及大量哮鸣音,心率 154 次/min,心率绝对不