

### 结核性肛瘻 1 例误诊误治教训

518029 广东省深圳市红十字会医院肛肠科 崔静明

病例:李×,男,21岁,于1990年10月4日以肛门疼痛不适一月余之主诉收入住院,接诊医师询问病史与查体,内外科未发现明显异常,T36.5℃,P88次/分,R21次/分,BP110/75mmHg。

专科检查:膀胱截石位6点处检视4×2×2cm肿块,质软,触痛不明显,有波动感,肤色无明显异常。拟诊:肛门脓肿。

实验室检查:白细胞10800/mm<sup>3</sup>,余项无异常。

治疗经过:入院当天即在局麻下行肛门脓肿切开引流术,排出稀薄色紫脓血约10cc,术后每日PP粉化水坐浴及换药,口服灭滴灵、氟哌酸抗感染,治疗一月后疮面仍不愈合,有稀薄血水样分泌物,疮面不新鲜,触易出血,于11月6日在局麻下探查疮口,发现截面积6点处可扪及硬结肿块,探针顺利通过,扩大切口,清除腐收组织,行肛瘻切除术,术后加强抗感染治疗,青霉素320万/日静脉滴注,15天后疮面仍苍白水肿,洗肉水样分泌物较前增多,考虑有支管未处理干净或原发内口仍然存在又于11月24日再次探查疮口,但未发现异常,多次行血白分及ESR检查均在正常范围,自11月10日开始患者出现低热(未超过38℃)乏力,食欲不振,精神欠佳等一般虚弱性表现,11月29日经科内会诊认为,患者肛门脓肿已行过3次手术,创

面呈缸口状,周围皮肤呈暗紫色,创面始终难以愈合,考虑不能排除结核性肛瘻,为了寻找原发病灶,12月1日给患者摄胸片,发现右侧胸腔大量积液,已达前胸第三肋骨上缘水平,约2500cc脓液,本例得到明确诊断:结核性胸膜炎并发结核性肛瘻,急性抗痨治疗,行胸穿术排放脓液,此后病情迅速稳定好转,1991年元月肛瘻已基本愈合,胸水吸收。

#### 讨 论

笔者对本病例未能正确把握疾病内涵是导致其误诊、误治的主要原因。因为结核性肛瘻比较少见,临床上容易疏忽,对于炎症性、结核性肛瘻在症状、体征、局部口与瘻道未作深入分析,虽然结核性肛瘻临床少见,但不等于没有,应作细致地查体,首先要排除其它脏器结核性病灶存在,本例由于临床症状不典型,呈慢性经过胸腔虽然积液已达2500cc之多,但症状反应不明显,因而导致漏诊、误治,此种情况多发生在肛提肌以下的间隙感染与全身其它部位原发性结核感染并存。身体虚弱、局部症状轻、脓汁稀薄呈洗肉水样,有干酪样坏死物存在,明显区别于其它性质的肛瘻,幸好本例拍摄胸片时发现胸腔大量积液,方得到明确诊断,在行抗痨治疗与胸穿术后,结核性肛瘻与结核性脓胸均获得根治。

### 安宫牛黄丸治疗新生儿昏迷 1 例

075700 河北省蔚县人民医院妇产科 张敏玲

产妇25岁,孕1产0,孕41周于1993年11月15日入院待产,末次月经1993年1月23日,早孕反应不著,孕期体健,查体:精神好,合作,心肺未见异常,妇查:胎位左枕前,胎心140次/分,估计胎儿大于4kg,骨盆外测量23-25-18-80厘米,产妇较胖,考虑分娩困难,动员行剖宫产术,家属坚决不同意,规律宫缩10小时,宫口开大7厘米,胎头仍未入盆,给10%葡萄糖500毫升加催产素2.5单位静点试产,1小时后宫口开全,胎头位于棘上-1,胎心160次/分,吸氧,催产素5单位肌注后,行胎头吸引器助产,娩出困难,加以腹部挤压,再行胎头吸引器助产,50分钟后娩出一男婴,婴儿出生时呈苍白窒息,阿氏评分0,行气管插管加压给氧,心外按摩,给碳酸氢钠10毫升,维生素K<sub>1</sub>4毫克,可拉明0.375脐静脉推注,半小时后恢复自主呼吸,仍无哭声,给间断吸氧,静点能量合剂抗生素及氟美松,连续3天患儿呼吸、心跳较平稳,但一直处于昏迷状态,第4天患儿呼吸时有暂停,急行气管

插管维持,诊断为颅内出血,给50%葡萄糖10毫升,加能量合剂静点观察,患儿病情无明显改变,第5天下胃管,安宫牛黄丸1/3丸,温开水稀释后注入胃内,一日三次,2天后患儿清醒,呼吸心跳平稳,继之哭声响亮,吸吮正常,四肢活动有力,观察2天无变化,母子痊愈出院。

#### 讨 论

胎儿较大,产妇肥胖,使分娩困难,应用胎头吸引器助产及腹部挤压,在较长的时间(50分钟)内才将胎儿娩出,婴儿苍白窒息,并出现颅内出血,经抢救一直不清醒,应用能量合剂,吸氧、止血等方法效果不佳。安宫牛黄具有清热解毒、镇惊开窍的功能,对成人颅内出血引起昏迷有疗效,我们参考这一点,大胆将安宫牛黄用于新生儿,使新生儿奇迹般得救,胃管内注入2天便清醒,并且无任何副作用,这是我们祖国医学对人类的重大贡献,值得我们推广应用。