

面分析,以确定是否妨碍胎儿通过产道。对于轻度骨盆入口狭窄者,如胎儿估计小于3200克,多经试产,最好等破膜后,观察胎头能否下降,才做决定。

#### 五、妊娠中毒症:

妊娠中毒症并不是剖宫产的指征,但对已足月者,终止妊娠却是处理妊娠中毒症的主要措施<sup>[3]</sup>。我们的意见如下:

1. 凡血压控制满意,胎儿发育正常者,希望经阴道分娩。

2. 对药物治疗无效,病情加重,引产失败以及病情危重可能威胁母儿生命者,应不失时机地行剖宫产。手术时最好选择连续硬膜外麻醉,为防止仰卧位低血压综合征,必要时可采用向左侧倾斜30°的体位。

六、宫缩乏力和滞产常互为因果关系,难以截然分开。我院以这二个指征的剖宫产率由1981年的15% (28/187) 降至1982年的5% (6/117)。这可能与重视准确判断产妇进入临产的时间与加强产程中的观察及处理有关。对于宫缩不良、产程停滞者,及时采取积极措施,如休息、补液、人工破膜及催产素静脉点滴,如无胎儿窘迫,不能轻易决定剖宫产。

### 参 考 文 献

1. 苏应宽等. 中华妇产科杂志 1983; 18(1): 1.
2. 刘本立. 中华妇产科杂志 1983; 18(1): 10.
3. 郭步英. 国外医学妇产科学分册 1982; 6: 350.
4. 曹珍修等. 中华妇产科杂志 1983; 18(1): 17.

(王荣杰编校)

## 产碱杆菌败血症误诊伤寒 1 例

保定市传染病医院 高万余 朱维强

患者男性, 33岁, 住院号: 1727。于1981年11月24日入院。主因发热月余(体温波动在38℃~40℃)、伴有头痛, 头晕, 全身乏力, 食欲不振, 大便秘结。在当地给予氯霉素、氢化考地松等治疗后, 体温曾一度下降, 后又复升。既往健康。

查体: 体温37.2℃, 脉搏80次, 血压110/70 mmHg。表情淡漠, 巩膜无黄疸, 左耳后与颈部之间有十数个出血点, 体表淋巴结不肿大。颈软, 心肺无异常, 腹平软, 肝脾未扪及。神经系统未见异常。

化验检查: 白细胞7000~11000, 中性72~84%, 红细胞320万, 血红蛋白9g/dl, 嗜酸性细胞计数66~80个。血沉56毫米/第1小时。肥达氏反应“O”1:40, “H”1:160, 外斐氏反应 $ox_1$  1:40, 抗链“O”1:400, 纤维蛋白原0.9g%, 凝血酶原时间正常。

按伤寒先后给复方新诺明、氨苄青霉素、痢特灵治疗, 体温仍在37℃~40℃之间, 于12月8日复查肥达氏反应阴性, 血培养结果有产碱杆菌生长, 药敏试验对卡那霉素、四环素较为敏感, 随后投于卡那霉素0.5g 3/日肌注, 四环素1.2~2.0g 1/日静点, 体温下降, 于12月15日恢复正常。

#### 误诊原因分析:

产碱杆菌为人和动物肠道中的正常寄生菌, 常在人之皮肤粘膜以及水中存在<sup>[1]</sup>。本菌侵入血流可引起一种轻度类伤寒之感染。有人将其败血症在临床上分为六型: 轻伤寒型、急性肠炎型、食物中毒型、风湿性多发性关节炎型、黄疸型、脑膜炎型<sup>[2]</sup>。

产碱杆菌败血症大多起病急, 常伴有头痛、恶心、呕吐、腹胀、便秘等胃肠道症状, 热型有时酷似典型伤寒, 且可伴有相对缓脉, 白细胞减少等<sup>[3]</sup>, 因此临床上易误诊为伤寒或副伤寒, 本例恰因持续发热一个月, 头痛、头晕、乏力、大便秘结, 肥达氏反应“O”1:40, “H”1:160等表现疑似伤寒住院, 但患者缺乏伤寒肝脾肿大之体征, 并且白细胞及中性粒细胞、嗜酸性细胞计数均偏高, 与伤寒不符, 我们对此还缺乏足够的认识, 不应单凭肥达氏反应诊断伤寒, 今后应及早进行细菌培养。

### 参 考 文 献

1. 上海第二医学院主编. 医用微生物学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 248.
2. 李广博等. 中华内科杂志 1957; 7: 591.
3. 林兆曾等主编. 实用内科学. 上册. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 1981: 224.

(张秀清编校)