

· 腹部疾病 ·

从闭合性骨折伴感染误诊为盆腔脓肿病例浅谈盆腔包块现有诊断手段的利弊

1. 贵州省骨科医院妇产科 (贵州 贵阳 550007)

2. 贵州省骨科医院放射科 (贵州 贵阳 550007)

龚天兰¹ 牟江萍¹ 刘继军²

【中图分类号】R274.1

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2016.01.016

1 病史资料

患者, 66岁, 因“下腹隐痛1年余, 左髋部外伤后活动受限3月”入院, 诊断“左侧股骨颈陈旧性骨折”, 入院后反复发热, 最高体温40℃。查体: 下腹扪及约14×12cm类圆形包块, 边界光滑, 有一定活动度, 左侧腹股沟区扪及约5×6cm包块, 界限欠清, 活动欠佳, 髋关节活动受限, 下肢较对侧短缩1.5cm, 左髋部稍有肿胀, 叩压痛。妇科检查: 宫颈、子宫萎缩, 子宫左前方扪及约12×13cm包块, 形态不规则、质韧, 上界界限清楚, 下界与子宫粘连, 推动包块有轻微活动度, 轻压痛, 双侧附件区扪诊不满意。辅助检查: 血常规: $12.19 \times 10^9/L$, 中性粒细胞: 74.11%, 血沉: 99mm/h, 入院3日后血常规: 白细胞($14.42 \times 10^9/L$)连续三次检查痰培养、抗酸染色阴性。左髋DR片: 左侧股骨颈骨折, 妇科B超: 膀胱与子宫之间混合性包块, 13×10cm, 界限轻清, 包膜厚, 液性为主, 大小9.4×8.1cm, 内见小的强回声光点, 呈果冻样, 未见明显流动, 其中实性部分71×61cm, 形态不规则。超声提示: 考虑积液可能性大, 盆腔肿瘤待排。肿瘤标记物正常。因考虑盆腔脓肿转入妇科抗炎治疗1周无好转, 体温: 38~40℃, 左髋部肿胀逐渐加重, 行MRI检查: 盆腔内膀胱上方、子宫前方见巨大不规则囊实性肿块, 大小约12.1×12.1×6.8cm, 呈混杂高低信号, 病灶内见钙化及脂肪信号, 囊性部分呈纤维分隔, 包膜完整, 边缘光滑, 右侧实性部分信号混杂, 边缘模糊, 左侧股骨颈陈旧性骨折, 股骨头信号混杂, 关节囊肿胀积液

积气, 髋关节周围皮下软组织肿胀。关节科会诊, 不除外闭合性骨折血肿伴感染。遂行病灶局部穿刺术, 抽出暗红色血性液体, 见脓细胞, 而明确诊断为: 股骨闭合性骨折血肿伴感染。

2 讨论

该患者属于一例临床误诊病例, 病史复杂, 且闭合性骨折伴发感染罕见(已排除患者行局部穿刺、外敷等治疗病史), 结合有、盆腔包块、压痛、血象增高, 妇科B超提示脓肿改变, 故将发热原因误诊为“盆腔脓肿? ”。由于抗炎效果不佳, 髋部肿胀明显加重, 再次体查并行MRI、多科会诊, MRI提示盆腔包块内有钙化及脂肪改变, 不符合盆腔脓肿改变, 但较支持盆腔肿瘤。患者髋部肿胀加重, MRI提示左髋部软组织肿胀、根据其内信号显示, 血肿可能性不能除外, 故关节科尝试了病灶穿刺, 明确了闭合性骨折血肿伴感染诊断, 进行有效治疗而缓解了病人痛苦。综上所述: 以下多重原因造成了此次误诊。1. 少见病认识不够: 老年人作为一类特殊人群, 常因滑倒、骨折疏松等多种原因导致闭合性骨折, 闭合性股骨干骨折合并血肿内感染的几率极低, Baskaran等2004年报告1例右侧闭合性伴发急性血源性骨髓炎患者^[1]这种感染临床表现常与骨折重叠, 局部有红肿压痛等症状, 且无明显特异性, 由于发病率低, 临床上容易漏诊。章振华等2012年报告一例“闭合性股骨干骨折并发血肿内感染”^[2]。2. 病史询问不仔细: 患者骨折前数年即有盆腔肿瘤症状, 如下腹隐痛、纳差、便秘等症

作者简介: 龚天兰, 女, 妇产科主治医师, 主要研究方向: 妇科感染性疾病防治及处理

通讯作者: 龚天兰

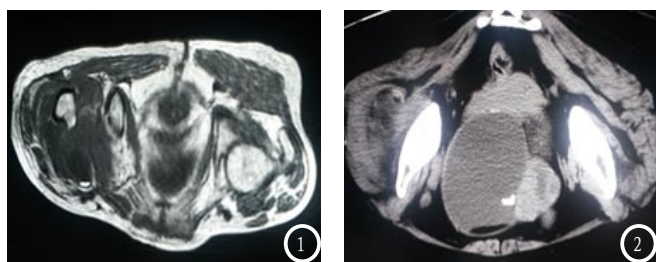


图1 股骨骨折周围MRI异常影像图。图2 盆腔包块CT影像图。

状，而发热为骨折后，发热与盆腔肿块可能无明显相关性，因过度依赖于B超检查提示“盆腔脓肿”而忽视闭合性骨折合并感染可能。3. 症状、体征不典型，随病情变化体查未及时跟进：患者入院后，髌部肿胀疼痛开始不明显，以发热为主要表现，住院后髌部肿胀加重未及时引起重视，未再次详细体查而尽早发现血肿感染可能性。其次，妇科检查，盆腔温度并不高，包块活动度尚可，压痛等腹膜刺激征轻，对盆腔脓肿支持依据不足，未引起重视。4. 诊断思维受限：对病患的诊断局限于常见多发病，未综合分析原因，加以鉴别，未能综合分析现有的影像学资料，对盆腔肿块相关辅助检查资料了解度不充分，不能很好认识疾病。

在科学技术高度发展的今天，辅助检查在临床诊断中占有不可或缺的地位，但如何正确使用恰当的检查，对于诊断疾病，减少患者痛苦及费用，有效合理利用医疗资源越显重要。现就B超、CT、MRI对盆腔肿块的诊断鉴别进行利弊分析：B超用于诊断盆腔肿瘤准确性高，价格合理，操作方便、但是超声检查判断肿瘤和临近组织的关系及转移情况等具有较大的局限性，因为肠腔气体的存在，干扰超声波，导致远场的强度衰减，对于女性生殖器以外的肿瘤的判定具有较大困难。CT具有较高密度的分辨能力，肠蠕动及肥胖者影响较小，对肿瘤的密度、形态较直观，同时能很好的分辨脂肪、出血、钙化，尤其对于盆腔肿瘤合并肠梗阻患者的诊断尤为重要，对于小于2cm肿瘤也有较高诊断率，价格较为昂贵对浆膜下或带蒂的子宫肌瘤以及邻近子宫附件的实性肿瘤定位不够准确，不能很好区别转移病灶及晚期原发病灶，但是在寻找腹膜癌肿播散和淋巴结转移情况，优于B超^[3]。另外，吴

敏等^[4]认为CT和B超两种诊断方法对卵巢良性肿瘤与子宫肌瘤的检出率皆较高，但是对宫颈癌、卵巢癌、子宫内膜癌、子宫肉瘤的检出率相对较低，B超作为女性盆腔肿瘤的首选方法，CT可为B超的重要补充方法，适当联合应用可提高准确率。MRI以其无创、良好的软组织对比度在女性盆腔疾病诊断中广泛使用，其中磁共振弥散加权成像(DWI)反应组织功能状态，对于鉴别盆腔良恶性肿瘤有重要意义，卵巢畸胎瘤由于含脂肪成分，富含蛋白，粘度较高，从而限制了分子的弥散运动，ADC值较低，又由于其内成分多样性，DWI一般表现为高低混杂信号，因此对畸胎瘤的诊断比B超诊断更确切^[5]，对该例患者的诊断便是弥补了B超的不足。对子宫及附件的定位诊断MRI及B超均有较高价值，但对直径小于1.5cm的子宫肌瘤检出率明显高于B超，定性诊断及盆腔恶性肿瘤的分期MRI远高于B超，也能反映出肿瘤组织与周围组织关系及来源，具有组织分辨率高，可进行多切面、多角度、扫描等特点，能够清晰显示出各种正常组织与病理组织的特征，但MRI扫描时间长，价格高，实时性较差，及对某些肿瘤的组织定性诊断仍有一点限度等缺点。MRI检查方法诊断盆腔肿瘤诊断率明显高于CT检查的准确率。结合患者的病情，联合应用不同的检查方法能有效提高盆腔包块的诊断率。

参考文献

- [1] Baskaran S Nahulan T, Kumar AS. Close fracture complicated bacute haematogenous osteomyelitis[J]. Med J Malaysia, 2004,5972-5974.
- [2] 章振华, 桂斌捷, 胡孔足, 等. 闭合性股骨干骨折并发血肿内感染一例[J]. 中华创伤骨科杂志, 2012(6):549-550.
- [3] 阳光辉. CT与B超在诊断盆腔内妇科肿瘤中的检出率比较[J]. 临床医学工程, 2013,06:646-647.
- [4] 吴敏. CT与B超在诊断妇科盆腔肿瘤中的应用价值对比[J]. 中国实用医药, 2015,08:86-87.
- [5] 王岩, 金彪, 黄汉琴. 磁共振ADC值在女性盆腔良恶性肿瘤鉴别中的价值研究[J]. 中国CT和MRI杂志, 2015,01:82-85.

【收稿日期】2016-01-27