维普资讯 http://www.cqvip.com

内剥离腹直肌，切开后层，发现有横行肌组织，钳夹切断，又见膜性组织，切开后探查，见横行肌组织至腹白线处终止。探查证实横行肌组织为腹横肌（术中又作横切口时证实）。

正常的腹壁结构，为腹横肌向前渐移行为健膜组织，在脐上参与构成腹直肌鞘后层。本例确表现为腹横肌直接终止于腹白线，这种异常实属罕见，故而写出供参考，见附图。



附图．腹壁结构异常

44-45 异位妊娠 破裂

（收稿日期：1996－05－13） 30

异位妊娠破裂合并宫内妊娠 12 周 1 例

宫内妊娠

广东省曲江县大宝山矿职工医院妇产科 张妍娉
广东省曲江县大宝山矿职工医院门诊部 廖力强
（广东曲江，邮政编码 512127）

R714.22

邓某某，23 岁，结婚 2 年，1993 年 2 月中孕引产一次，停经 76 天，下腹剧痛 24 小时由当地医生送来急诊入院。

本次妊娠经过：末次月经 1995 年 6 月 5 日，停经 50 天，早孕反应严重。停经 76 天，1995 年 8 月 20 日下午出现下腹疼痛，当时，在红岭矿医院拟“急性阑尾炎”留观治疗，8 月 21 日上午 8 时，因下腹疼痛加剧，出现脸色苍白，大汗淋漓，腹腔穿刺抽出不疑血，按初诊“宫外孕破裂”于当天下午 1 时 20 分由当地医生转来我院。

入院体检：体温 37.8℃，脉搏 124 次/分，呼吸 22 次/分，血压 12/6KPa。神志萎糜，单架抬入院，被动体位，发育正常。大汗淋漓，脸色苍白，贫血貌，四肢湿冷，间中呻吟。头颅五官发育正常，双瞳孔等圆等大，对光反射存。颈软，甲状腺无肿大。胸廓对称，心率 124 次/分、心律速，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，呼吸稍促，两肺底未闻及干、湿罗音。全腹稍膨隆，肝、脾肋下扪及不满意。肠鸣音减弱，左侧下腹压痛（＋），反跳痛（±），未触及明显包块，移动性浊音（＋）。右下腹穿刺抽出不凝血 2ml。因病情危急，未行妇检。

实验室检查：血常规：血型“O”型，Hb35g/L，RBC1.2 × 10^{12}/L，WBC13.9 × 10^{9}/L，N0.94，L0.06，血小板 15.9×10^{9}/L，出血时间 3 分，凝血时间 4.5 分钟。尿妊娠试验阳性。入院诊断：1. 宫外孕破裂并内出血。2. 失血性休克。

手术治疗：做好术前准备，1995 年 8 月 21 日下午 2 时 15 分，急送手术室行剖腹探查术，双管输液，备血，静滴多巴胺，维持血压。局麻下开腹后，加氯胺酮全麻，全腹胀，充满暗红色血液、血块，血液自行涌出，压力大；边吸净积血边探查盆腔，见子宫增大如孕 10 周，左侧输卵管增粗如拇指大，破裂出血，用无齿卵圆钳钳压止血，在直视下，见左输卵管中上段，近子宫角处 1cm，肿大 3×2×1.5cm，中间破裂出血，行左侧输卵管包块切除，残端双重结扎止血。清理腹腔共吸出血液 1600ml，取出暗红色血块 600g，估计腹腔积血 2500ml，术程顺利，术中输血 500ml，输液 1500ml，多巴胺维持下，术中血压平稳。引出澄清尿液 500ml，下午 5 时安返病房，继续输血，取出包块送病检。病理报告证实为左侧输卵管妊娠改变。合并宫内妊娠待排除。术后复查尿妊娠试验（＋）。术后第 2 天，1995 年 8 月 23 日 10 时左右，自解小便时，从阴道排出一死婴长约 8～9cm，重约 30g，给予肌注催产素 10 单位。10 时 30 分病人自觉寒战，发热 T39℃，阴道流血较多，暗红色，带腥臭味，给予肌注非那根，复方氨基比林，在常规消毒下行清宫术，清出残留胎盘、胎膜，部分已机化、坏死，约 80g，出血 50ml。术后病人无不适感，阴道流血减少，加强抗感染治疗，继续输血 500ml，术中术后失输血 1600ml。复查尿妊娠试验（－）。术后第 6 天，病人体质恢复，复查 Hb78g/

维普资讯 http://www.cqvip.com

L，8 天后出院。出院诊断：输卵管妊娠破裂合并宫内妊娠 12 周。

讨论：本例输卵管妊娠合并宫内妊娠实属罕见，作者查阅教科书和有关文献均未详细记载，本人认为：本病例可能是两个卵子同时受精分别在左侧输卵管和子宫内着床，也有可能宫内妊娠后，由于输卵管炎症，仍有排卵受精引起孕卵外游着床所至；但有关妊娠问题错综复杂，还有待进一步探讨。

（收稿日期：1995—11—28）

腹膜后巨大囊性畸胎瘤 1 例

广东省阳春市人民医院 B 超室　李学应

（广东阳春，邮政编码 529600）

患者女性，29 岁，未婚。因下腹部包块 3 年余，近日快速增大伴腹胀痛而就诊。查体：一般情况可，下腹部膨隆，触及一包块如孕 5 个月、质软，囊性感。妇科肛查：子宫无异常，双附件触诊欠满意，但腹部可扪及包块平脐。B 超检查：整个腹腔，上至剑突，下至耻骨联合上可探及一巨大囊性包块，边界清晰，规则，有完整包膜，其内漂浮大量大小均等之中等偏强呈“珍珠状”绿豆大小光团，其部分融合成团，子宫未见异常，双侧附件显示欠清晰，B 超揭示：卵巢巨大囊性畸胎瘤；未除腹膜后畸胎瘤可能。

手术中见：肿物位于腹膜后，呈囊性，有完整包膜，术后切开肿物见大量绿豆大小白色淀粉样颗粒、有粘性，压之可成团，其余皆为水样粘液性液体，整个肿物约重 15kg。术后诊断：腹膜后巨大囊性畸胎瘤，病理诊断：腹膜后巨大成熟型囊性畸胎瘤。

讨论：腹膜后囊性畸胎瘤如此巨大，实属罕见，本病大多属良性，多发生于腹膜后，一般早期无明显症状出现，患者往往发现包块后方就诊。初诊为卵巢肿瘤原因：1. 女性患者、未婚；2. 肿物巨大，无明显消化道症状。笔者认为：凡女性患者超声见腹部巨大肿瘤症状不典型时，不能只考虑卵巢肿瘤，亦要考虑有腹膜后肿瘤可能；同时应考虑临床症状不支持诊断的特殊性。

（收稿日期：1996—06—18）

超声评价胆囊占位性病变（摘要）

Pei-Lung Ren，MD，et al

评价胆囊癌的疗效多数人认为与其确诊时癌分期有关。胆囊癌早期缺乏特征症状和体征，难以早期诊断。B 型超声检查对胆囊病变的诊断有重要的价值。胆囊良性病变有息肉、结石、腺瘤、腺肌增生症、上皮增生、胆泥等，超声可以鉴别胆囊内的良恶性病变，提示胆囊癌的早期诊断，包括无临床症状和体征者，本文报道 2 例。

例 1. 女，66 岁，住院病人，因恶心、呕吐、右上腹疼痛 3 天入院。查右上腹压痛，B 超示胆囊内有一不均匀性低回声肿块并似有一蒂连于胆囊壁，胆囊内无暗区回声，病变不随体位变更而移动。仰卧位 B 超连续观察 20 分钟见肿块内颗粒聚散，形态出现缓慢变化，并见胆囊壁 3mm，肝内外胆管不扩张。由于频发右上腹痛而行胆囊切除术，手术病理：慢性胆囊炎。胆囊被纤维组织包绕，胆囊内充满非均匀棕色稠厚胆汁形成的粗颗粒状粘结物，直径 0.2～0.5mm。

例 2. 女，39 岁，偶发右上腹痛 6 个月进行性加重并放射右肩 2 天，体温 38℃，无黄疸、莫非氏征阴性。B 超见胆囊壁增厚，胆囊壁有一菜花状息肉突向腔内，直径 29mm，并有一宽蒂相连，后方无声影，不随体位变更而移动；胆囊内有数枚强光团后伴声影，胆总管内径 13mm。初诊：胆囊结石并胆囊肿瘤。手术病理：粘膜层分化异常的柱状上皮形成不规则管腺及乳头状肿块。病理结果胆囊结石并腺癌。

讨论：当前诊断胆囊病变的最主要方法是 B 型超声检查，实时 B 型超声方法灵活、准确、无创伤、可重复。本文 2 例均为非均匀性肿囊息肉样肿块，无声影。例 1 胆囊内不均匀性低回声包块无液面回声，外形似淤泥球状，无声影，部分系由稠厚的液体构成，胆泥系胆囊的良性病变，其形成与胆囊运动减弱有关。如禁食、肠外供养、阻塞性黄疸等。胆汁分层与胆囊有关，由于重力关系，随体位变更形成液面回声，胆泥产生低回声，无声影，它含有胆色素钙盐、胆固醇结晶，粘液糖蛋白，胆汁脂分子、颗粒虽小，仍产生可见回声，困难的是 B 型超声难以鉴别回声来源。Inoue's 把胆泥分为四