维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 2 期总第 18 期

妇科急腹症误诊为急性阑尾炎 18 例临床分析

兰州医学院第一附属医院普外科 翁伟建

（甘肃兰州，邮政编码 730000）

在外科临床工作中，对于女性急腹症病人，不仅应考虑外科急腹症，而且还应考虑妇科急腹症。我院普外科从 1984 年 1 月至 1995 年 12 月将 18 例妇科急腹症误诊为急性阑尾炎，尚行手术治疗，现分析如下：

临床资料

本组 18 例，占我院同期急性阑尾炎住院病人的 0.35%。年龄 18～46 岁，平均 32 岁。已婚 14 例，未婚 4 例。发病时间最短者 3 小时，最长者 4 天。临床表现有转移性右下腹痛者 8 例，持续右下腹痛者 5 例，全下腹痛者 5 例，恶心呕吐者 10 例，里急后重者 5 例，发热 9 例，其中体温在 39℃以上者 3 例。体查：右下腹有压痛者 18 例，反跳痛者 5 例，肌紧张者 5 例，右下腹可触及包块者 4 例，妇检宫颈有举痛者 2 例，有不同程度贫血症状者 7 例，其中血红蛋白最低者为 6.5mg/dl，B 超未被作为常规检查，术前妇科会诊 2 例，有慢性阑尾炎病史 4 例。

本组病例全部以急性阑尾炎急诊手术，术中证实，右侧卵巢滤泡破裂 2 例，右侧卵巢黄体破裂 4 例，右侧卵巢囊肿蒂扭转 4 例，右侧输卵管妊娠破裂 5 例，右侧输卵管炎、输卵管积脓 3 例。全部病例均治愈出院。

讨 论

卵巢、输卵管急性妇科疾患，常可引起腹痛及不同程度的腹膜刺激征，尤其是发生在右侧或不典型病例，其症状体征与急性阑尾炎颇为相似，若不注重询问病史，不注意鉴别诊断，容易造成误诊误治。

一、卵巢滤泡或黄体破裂：卵巢滤泡破裂发生在排卵前，黄体破裂发生在排卵后，滤泡或黄体破裂出血发生于右侧者与急性阑尾炎的症状相似，如转移性右下腹痛、右下腹压痛和反跳痛、胃肠道症状等，但本病常在生育年龄妇女的月经中期或月经前期发病，发病较急性阑尾炎突然，右下腹压痛范围较广，妇科检查宫颈有举痛，病人有不同程度的失血症状，故临床上遇此类似的女性患者应请妇产科医生会诊，以资鉴别。本组 6 例误诊原因是外科医生对此病认识不足，病人病史症状不典型，有 3 例患者既往有慢性阑尾炎病史，片面考虑为急性阑尾炎，未行诊断性腹腔穿刺或子宫后穹窿穿刺造成的。

二、输卵管妊娠破裂：典型的输卵管妊娠破裂，有明显的停经史，不规则阴道出血、突发下腹一侧剧烈疼痛，明显的失血症状，结合尿妊娠试验及 B 超，则不难确诊。而有些不典型病例，如出血量少，无停经史，且有转移性右下腹痛者则容易误诊。本组 5 例造成误诊的原因是①约有 1/4 病例无停经史，与国内郑扶民教授报道的接近[1]。其中本组 2 例腹腔积血达 800ml 以上，术前有右下腹压痛及反跳痛，医生只注意到无停经史，没有作腹腔诊断性穿刺，没有考虑到内出血所引起的非炎性刺激。②未婚和丧偶女性隐瞒性生活史、被轻易地排除与妊娠有关的疾病，而被误诊为急性阑尾炎，本组 3 例属于此种情况。③对病史缺乏细致的分析，对急性阑尾炎不应出现的症状及体征不加鉴别，忽视了可行而又必要的辅助检查。本组 5 例均未行子宫后穹窿穿刺和尿妊娠试验。④对贫血原因未予以重视。本组 5 例均有不同程度的贫血症状，而急性阑尾炎一般不引起贫血。⑤未重视 B 超检查的鉴别诊断作用，在异位妊娠时 B 超声图像可显示子宫增大但无胎囊。本组 5 例术前均未行 B 超检查。

三、卵巢囊肿蒂扭转：此病也是常见的妇科急腹症之一，虽然其表现与急性阑尾炎有相似之处，但其疼痛较阑尾炎发生突然而且剧烈，表现为突然一侧下腹部刀割样剧痛，疼痛呈持续性，可早期出现休克。体检除了腹部压痛之外，常可触及包块。B 超检查对诊断本病很有帮助，对妇科盆腔包块的正确诊断率为 87.21%±7.05%[2]。本组 4 例均未行此项检查，也是造成误诊的原因之一。

四、急性输卵管炎、输卵管积脓：此病常易误诊为急性阑尾炎、阑尾周围脓肿。急性输卵管炎或输卵管积脓在发病前多有流产、分娩或宫腔内操

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 2 期总第 18 期

手术及综合治疗十二指肠溃疡穿孔 44 例临床效果观察与分析

新疆奎屯前山医院外科　魏安民　石大荣

（新疆奎屯，邮政编码 833207）

我院外科从 1985 年 1 月至 1994 年 10 月，共收治手术中诊断明确的十二指肠溃疡穿孔病人 44 例，治疗措施应用术中溃疡面穿孔修补，术后应用清除幽门螺杆菌，保护胃肠粘膜，促进溃疡愈合药物治疗和合理饮食等综合治疗，治疗效果满意现报告如下。

一、临床资料：①44 例均为男性，最大年龄 68 岁，最小年龄 22 岁，平均 33 岁。②突然发病到入院治疗时间最长 27 小时，最短时间 4 小时，平均 12 小时。③术中直视下用手触摸溃疡面大小，以直视下测量为准，2.5cm～3.5cm，大小 36 例，大于 3.5cm，小于 4.5cm8 例，溃疡面穿孔以直视下测量为准，小于 0.5cm32 例，大于 0.5cm，小于 0.8cm9 例，大于 0.8cm，小于 1cm3 例。④44 例中十二指肠前壁溃疡穿孔 40 例、侧壁穿孔 3 例及后壁穿孔 1 例。

二、手术治疗措施：全部病例均在急诊下行剖腹探查术中明确诊断后制定治疗方案，①吸净腹腔内漏出物，不论溃疡面的大小及穿孔口的大小，手术一律采用常规修补术。②常规冲洗腹腔后放置庆大梅素针剂 24 万 u。③术后应用青梅素 400 万 u、5%GS250ml、灭滴灵 250ml，1 次/12 小时静滴，甲氰咪呱 0.8g，0.9%NS500ml，2 次/日静滴，术后 3 天停用青梅素，改用氟呱酸 0.2g1/6 小时口服，上药连用 10 天，停上述药物，给于法莫替丁 20mg 者口服，连用 3 个月。④术后应定时定量，少量多餐，营养丰富，易于消化的食物以促进溃疡愈合。

三、效果观察：①44 例病人均于术后 7 天拆线，无一例发生切口感染。②住院天数最长 15 天，最短 10 天，平均 12 天。③术后分别在 30 天、60 天、90 天进行 X 线钡餐透视检查或胃镜检查，术后一个月溃疡面愈合消失者 28 例，占 64%，术后 2 个月溃疡面愈合消失者 15 例，占 34%，术后 3 个月溃疡面愈合消失者 1 例，占 2%。④跟踪随访，定期复查 1 至 10 年，44 例中，未见复发病例，治愈率为 100%。

五、讨论：十二指肠溃疡是消化道溃疡的常见病及多发病，近些年来随着医疗条件的改善，人民生活水平的不断提高，十二指肠溃疡发病率有逐年下降趋势，但是在广大边远地区和农村，由于受医疗条件的限制和环境条件的影响，该病仍不能得到正确诊断和正规治疗，44 例中经询问病史，术前均无明确诊断及未正规治疗。

十二指肠溃疡的发病原因十分复杂[1]，目前尚有许多方面不十分理解。但大量临床经验和实验研究说明，溃疡的形成与胃酸分泌有密切关系，胃液酸度过高，激活胃蛋白酶，使十二指肠粘膜自家消化可能是溃疡的形成主要原因，近年来发现，十二指肠溃疡的形成和复发与幽门螺杆菌有关，幽门螺杆菌[2]为革兰氏阴性菌，呈螺旋状，为微氧菌，能产生大量高活力的尿素酶，定居于胃、十二指肠粘膜的粘液层之下，上皮细胞表面，借助鞭毛在高稠度的粘液中活动，能使上皮细胞表面的微绒毛明显减少和消失，细胞间紧密连接间隙增宽，偶可侵入上皮细胞内，螺旋菌产生的尿素酶分解

作史，且腹部压痛点要低于急性阑尾炎。多为双侧性，不很固定，扪及脓肿的包块也较阑尾脓肿的包块的位置要低，全身中毒症状较重，体温较高，阴道有脓性分泌物，后穹窿有触痛。本组 3 例误诊的原因是没有重视腹痛的特点及流产引产病史，对症状体征缺乏仔细的了解和分析。

总之，外科医生面临女性急腹症时，要仔细收集和分析病史、月经史及临床表现等资料，同时进行必要的妇科检查、辅助检查及超声检查对进一步确诊也具有不可忽视的价值。

参 考 文 献

1. 郑扶民，等．妇女腹腔内大出血疾病的诊断与鉴别诊断．中国实用外科杂志 1993；8(13)：452.
2. 燕山，等．B 型超声在腹部肿块诊断中的价值．实用外科杂志 1985；5(5)：227.

（本文承蒙叶光华教授指导，在此一并致谢）

（收稿日期：1996－02－29）