维普资讯 http://www.cqvip.com

粘连炎性坏死，阑尾体部穿孔，腔内尖端一花生米大粪石嵌塞。根部及盲肠壁轻度水肿，并有纤维素带符着。切除阑尾，残端包埋系膜覆盖，切除部分坏死之大网膜。清洗后敞开切口填入敷料包扎，术后 12 小时患者觉切口处发痒似有虫样物爬行，揭开敷料见一蛔虫爬出切口，长约 17cm。住院两周无并发症全愈出院。

此例因蛔虫钻入阑尾腔、恰尖端腔内粪石阻塞。蛔虫刺激致痉挛，粘膜损伤炎性穿孔。蛔虫钻出蠕入腹腔后，因生存环境改变致继续寻找孔隙而从敞开之切口爬出。

例 3 男，19 岁。因急性阑尾炎手术，术中见大网膜包裹阑尾尖端，分离后见尖端粗大坏疽已破溃，有少许脓液溢出，破洗孔有白色条状物嵌塞，夹提系一长约 16cm 之蛔虫。切除阑尾及部分大网膜。

此例蛔虫钻入阑尾。由于腔内梗阻及粘膜损害致尖端肿胀坏疽，但因有大网膜包裹，蛔虫未能全部钻出蠕入腹腔。

讨论：阑尾蛔虫病较少见，其发病率为各型阑尾炎之 2%。钻入的蛔虫一般为一条，也可达数十条，多因阑尾受刺激后的痉挛、阑尾腔梗阻、阑尾粘膜损伤、继发感染而发生急性阑尾炎甚或致严重的并发症。蛔虫寄生在小肠内，通常处于安静状态，在受到各种刺激如发热、肌饿、消化不良、驱虫不当、妊娠、服泻剂等可引起骚动，离开寄生部位而窜动钻入胆道、肝脏、胰腺及阑尾，引起这些部位的合并症。

参 考 文 献

1. 裘法祖、孟承伟．外科学，第 2 版，北京：人民卫生出版社 1984：471.
2. 钱礼编著．腹部外科学，第 1 版，上海人民出版社 1973：366.

（收稿日期：1995—09—19）

3 例外伤后迟发性脑皮质下弥散性出血的手术治疗

河北省沧州市中西医结合医院神经外科　王革生　甄文忠　孙华堂

天津市脑系科医院神经外科　张　赛　张楷文　刘敬业

河北医科大学第五附属医院神经外科　郝栓发

（河北沧州，邮政编码 061001）

我院自 1989 年 12 月至 1994 年 12 月，收治外伤性颅内血肿病人共 1023 例，其中外伤后迟发性脑皮质下弥散性出血 3 例，病情特殊，现报告如下：

例 1. 男性，54 岁，既往有脑动脉硬化和高血压病史，车祸致头外伤后昏迷 11 小时，头颅 CT 扫描显示右额脑实质内血肿破入右侧脑室，中线结构向左移位。入院时查体病人处于昏迷状态，GCS7 分，双侧瞳孔等大正圆，3：3mm，光反应存在，血压 27/24KPa，心率 90 次/分，呼吸 22 次/分，后枕部头皮擦伤。急诊行开颅清除脑内血肿及右额去骨瓣减压术，术后 21 小时病情恶化，GCS5 分，复查头颅 CT 发现双侧大脑皮质下弥散性出血病灶，血压仍高，经脱水降压及控制血压治疗无效，于伤后 12 天因呼吸、循环衰竭而死亡。

例 2. 男性，63 岁，既往有脑动脉硬化及高血压病史，行走时摔倒致头外伤后昏迷 24 小时，头颅 CT 扫描显示右额及左颞极脑挫裂伤，中线结构向左移位。入院时查体病人处昏迷状态，GCS7 分，双侧瞳孔等大正圆，2.5：2.5mm，光反应存在，血压 25/12KPa，心率 86 次/分，呼吸 22 次/分。急诊行右额去骨瓣减压术，术中见脑肿胀，术后经降颅压及控制血压等对症治疗。术后 17 小时病情恶化，GCS5 分，复查头颅 CT 发现双侧大脑皮质下弥散性出血灶伴脑水肿，经治疗无效，于伤后 65 小时死亡。

例 3. 女性，70 岁，既往有脑动脉硬化及高血压病史，行走时摔倒致头外伤后浅昏迷 17 小时，头颅 CT 扫描显示左额脑挫裂伤并薄层硬膜下血肿，中线结构未见明显移位，入院时查体病人神志恍惚，双侧瞳孔等大正圆，2：2mm，光反应迟钝，GCS10 分，血压 22/17KPa，心率 88 次/分，呼吸 20 次/分，右顶枕头皮挫伤，经脱水降颅压及控制血压等治疗，于伤后 27 小时病情加重，意识状态

维普资讯 http://www.cqvip.com

恶化呈昏迷状态，GCS7 分，复查 CT 发现左额病灶无明显变化，但双侧大脑皮质下多发弥散性出血灶，脑室受压，中线结构无移位。因家属拒绝颅内监护或开颅减压术等治疗，自动出院。

讨 论

脑外伤后迟发性脑皮质下弥散性出血属外伤性颅内出血的特殊类型，临床上少见，因其迟发性及弥散性出血等特点，这种出血在诊断方面易被忽视，出血可加重脑水肿等继发性脑损害，使病情迅速恶化，预后极差。

通过总结我们体会到，这种外伤性颅内出血的特点是：①患者年龄较大，既往均有脑动脉硬化及高血压病史；②头颅受压着力部位在顶枕部，发生对冲伤；③多发弥散性脑皮质下出血为迟发性，多在伤后 24～48 小时左右；④病情呈现进行性恶化，脱水降压及控制血压等治疗难以奏效；⑤头颅 CT 显示双侧大脑皮质下弥散性出血灶，脑室可被挤压变形，中线结构无明显移位。我们认为，外伤后迟发性脑皮质下弥散性出血的机理可能是在脑动脉硬化及高血压的基础上，当顶枕部着力受伤时，可造成头颅旋转运动，使脑皮质与皮质下白质之间发生相对运动而产生剪刀作用，导致血管撕裂及广泛的脑皮质下出血。本病的诊断应根据临床病史及病情迅速恶化等特点引起我们的高度重视，但确诊应该依靠复查头颅 CT 扫描。在治疗方面，仅用脱水剂等药物降颅压及控制血压是不够的，应当进行颅内压监护以及包手术减压在内的有力措施控制颅内压和血压，是治疗的关键。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1996—01—11）

急性阑尾炎误认为泌尿系感染 2 例

辽宁省营口市造纸厂职工医院 梁玉范

（辽宁营口，邮政编码 115001）

在急性阑尾炎手术的病例中，特殊类型的阑尾炎被误诊为泌尿系感染病例。

例 1. 女性，18 岁，该患高热，严重性呕吐，持继性阵发性下腹部疼痛 2 天，病情发展较严重。但是右下腹部疼痛不明显，体征不典型，压痛范围较广，腹肌紧张不显著。可经化验室提示：尿常规蛋白＋＋，红细胞＋－，白细胞＋＋＋，上皮细胞＋；血常规：白细胞总数增高 12×10^9/L，中性粒细胞增高。后患者按泌尿系感染治疗，但是效果不佳，下腹部痛疼更加加重，经 CT 提示：右下腹部有较大肿物。

手术所见：阑尾炎呈盲肠后位，部分腹膜外型，尖端化脓性炎症及周围组织炎性粘连。

例 2. 女性，30 岁，因有右下腹疼痛及腰疼，化验室：白细胞 11×10^9/L，尿常规－＋，按泌尿感染治疗，效果不佳。

手术所见：阑尾在肝下找到，游离度较大化脓性之阑尾，顺利切除。

讨论：阑尾炎的鉴别诊断中，有因化验室尿常规而考虑成泌尿感染等症，但亦要看其它症状与表现。也有因其阑尾所在其的部位有变而误诊的，通过复习文献要确诊为阑尾炎需要十分慎重。经过手术中充分探查，阑尾炎的基底与盲肠的位置关系是固定的、沿着结肠带向回盲部追寻即可达到阑尾基底。阑尾尖端所指方向大致可分四种类型：①盲肠内侧；②盲肠下方；③盲肠后位；④盲肠外侧，如回盲部及周围组织炎症而侵润于泌尿系则出现泌尿系统症状。肝下阑尾称高位阑尾，是盲肠外侧，由于胚胎发育过程中肠旋转异常，阑尾的位置可随着盲肠位置的变异而变异。偶尔可高至肝下或低至盆腔，甚或在左下腹。加上阑尾的长短，粗细差别很大，故发炎时易误诊，特本文提示，阑尾炎虽属多发病、常见病，作为临床工作者仍需掌握基本知识，常需仔细考虑再做诊断。