维普资讯 http://www.cqvip.com

腹部卒中误诊临床分析

四川省成都市川化集团公司医院 妇产科 苗莎
外科 谢爱平
(四川成都,邮政编码 610301)

提要 本文通过4例腹部卒中误诊的临床分析,从中吸取误诊教训,建议使用综合的临床监测,对本病进行动态观察,以便作出正确诊断,并采取非手术治疗。

关键词 腹部卒中 误诊分析

腹部卒中是腹腔脏器血管自发性破裂,出血引起的少见的妇科急腹症。该病起病急,腹痛严重、肛门坠胀及后穹窿穿刺抽出不凝血等,常误诊为异位妊娠破裂或流产出血而手术。现将我院收治的腹部卒中5例,其中4例误诊分析如下:

临床资料

发病率:我院于1989年1月至1994年11月以妇科急腹症收住院106例,其中腹部卒中5例,约占妇科急腹症的4.8%,年龄:年龄最小28岁,最大49岁,平均35岁。既往史:5例中近期有人工流产及置IUD各2例,宫外孕手术史1例,其中1例前述两种因素并存。上述手术至发病时间最短者30天,最长者62天,平均43天。术后均未恢复正常月经。年龄最大者已停经半年,近3月每月服尼尔雌醇5mg。症状与体征:5例均以腹痛、肛门坠胀就诊,伴阴道流血2例,恶心1例。发病至就诊时间最短12小时,最长36小时,平均26小时,查体腹部明显压痛5例,反跳痛及肌卫(+)3例,腹部移浊(+)和(±)各1例。妇检5例均有后穹窿触痛、宫颈举痛、摆痛及子宫附件压痛。子宫增大、附件增厚及条索状包块各1例。辅助检查:后穹窿穿刺5例均抽出不凝鲜血;B超检查4例分别为:未见异常;未见孕囊;右下腹液性占位;子宫左上不均质包块。血常规5例WBC4.2~5.8×10^9/L,N0.70~0.80 3例、<0.70 2例。Hb 105~166g/L,平均132g/L。

术中及病理所见:本组4例误诊为异位妊娠急行剖腹探查术。术中见腹腔积血50~600ml,平均225ml;腹腔内广泛充血、水肿、盆壁及盆腔内器官血管增粗扭曲。病损以输卵管最重,特别以左侧更甚;其伞端渗血3例,其中1例伴单侧附件缺如及卵巢破裂;双侧输卵管内积血1例。手术行病变输卵管单侧切除3例,双侧切除及卵巢修补各1例。术后标本病理检查均为炎症改变,未见绒毛滋养叶细胞。

结果

手术4例,术后用抗生素治疗,均7天拆线痊愈出院。1例入院后诊断为腹部卒中,给予抗感染、止血等非手术治疗,8小时后症状减轻,继续治疗7天痊愈出院。

讨论

一、腹部卒中是以急性腹痛和腹腔内出血为主要征象的妇科急腹症[1],发病原因尚不清楚,有称之为急性出血性输卵管炎。从本文5例病史、临床特征、术中所见及病理检查等示该病的发生可能与下列因素有关:①血管本身异常和女性解剖、生理特点,如静脉迂曲、管壁薄而无瓣膜、易瘀血。当血管通透性增加时,腹腔内可出现含大量红细胞的血性渗出液[2]。②盆腔手术操作使局部抵抗力下降,继发感染,炎症使输卵管间质出血,血液突破粘膜上皮进入管腔由伞端流入腹腔,引起输孵管及腹腔积血。③雌激素可使毛细血管脆性增加,血管完整性破坏,引起局灶性出血[3]。

二、误诊因素:由于本文5例腹部卒中月经周期延长,且发生不同程度腹腔出血、腹痛、肛门坠胀,后穹窿穿刺抽出不凝血,其临床表现及体征与异位妊娠极酷似,故有4例误诊为异位妊娠行手术,误诊率达80%。而对本病认识不足和忽视对临床体征及辅助检查的动态观察,是造成误诊的主要原因。为加强对本病的认识,减少误诊,在诊断上应注意以下几点:(1)病史:本病发病前多有流产、分娩、宫腔盆腔手术或服用雌激素史。(2)妊娠试验(-),血Hb多正常、B超检查无孕囊发现。(3)休克:因本病多系炎性渗出的结果,出血速度慢、量较少,出血性腹膜激惹征明显,休克很少,而异位妊娠反之。

三、处理:笔者认为本病最好采用积极、合理、足量、联合使用抗生素及止血、防治休克,并严密观察生命体征和腹部情况,动态观察血液检验变化;在B超定位下严格消毒后行后穹窿穿刺这一简便而有效的诊疗手段。穿刺时尽可能抽出盆腔内积血并注入抗生素及止血剂。在基层医院缺乏特异诊疗仪器,此法尤为适用。如经上述处理24小时,病情无改善,又不能排除异位妊娠,或经观察,病情加重,出血量大、或伴发盆腔脓肿形成者,应急诊行腹腔镜或剖腹探查术。一旦确诊为本病宜保守治疗,以免给病人带来不必要的手术痛苦。

维普资讯 http://www.cqvip.com

骨折 手术后 金葡液 治疗 骨不连

本组一例，入院后诊断为腹部卒中，在严密观察下，采用大剂量抗生素和止血药等保守治疗，痊愈出院。

参 考 文 献

1. 李全德. 腹部卒中 21 例临床分析，实用妇产科杂志 1991；7(5)：268.
2. 王淑贞. 实用妇产科学，第 1 版，北京：人民卫生出版社 1995；572－590.
3. 冯新为. 病理生理学，第 3 版，北京：人民卫生出版社 1991：251.

（本文经华西医大附一院肖耀虎教授指导，谨致谢忱）

（收稿日期：1996－11－26）

24

43,33

骨折手术后应用金葡液治疗骨不连的临床观察

新疆奎屯市兵团奎屯医院骨科 苏万海 牛广续 张为明

（新疆奎屯，邮政编码 833200）

R683.

金葡液（骨折愈合刺激素），是近几年骨科领域推出的一类新药。我院自 1994 年 1 月～1996 年 9 月应用金葡液骨折端局部注射治疗 31 例，骨干骨折，延迟愈合和不愈合患者，经 2 年 8 个月随访观察，疗效满意。现报告如下。

资料与方法：一般资料：本组 31 例。男 21 例；女 10 例。年龄 23～67 岁。骨折时间最短 4 个月，最长 2 年。肱骨干骨折 14 例；胫腓骨中下段骨折 17 例。均行内固定术，其中 2 次手术植骨者 11 例。

治疗方法：取金葡液 2ml(1 支)，用 9 号注射针头或专用针头，于骨折相应部皮肤进针（首次最好在 X 光下定位），针头需刺入骨折间隙，并在间隙内轻轻搅动，制造一个较新鲜创面，将药水注入骨折间隙。拔针后针眼按压片刻。7 天注射一次，6 次为一疗程。

副作用：注射当天或次日病人感觉乏力、头痛、恶心、伴有发热，体温 38℃左右，无需特殊处理，数小时症状自行消失。

治疗结果：本组 31 例均为陈旧性骨折，符合延迟愈合或不愈合骨折标准。采用金葡液骨折局部注射治疗，治愈率达 100%。骨折达临床愈合平均天数为 115 天。其中治疗 1～2 个疗程，骨折已达临床愈合者 7 例，占 22.6%；治疗 3 个疗程，骨折达临床愈合者 17 例，占 54.8%；治疗 4 个疗程，骨折达临床愈合者 4 例，占 12.4%；3 例胫腓骨中下段粉碎性骨折，骨折时间长达 1 年 6 个月～2 年，因局部感染，术后 1 年取出内固定，采用夹板外固定，入院时骨折端上下松动，有异常活动，拍片示：对位较差，间隙较大。经注射金葡液 1 疗程无效，采取二次手术，切除死骨，打通髓腔，选用 Enders 针髓腔内固定及植骨，术中骨折端及所植碎骨块喷洒金葡液，术后骨折间隙局部注射 2 个疗程，3 个月骨折达临床愈合。

讨论：金葡液是一种分离出来的特殊菌种之代谢产物，它能通过多种生物活性分子，如酶和生长因子等协同作用，调节人体机能使人体被“激发”处于最佳状态，同时通过复杂的高层次分子水平直接和间接调节，使骨折区微血管最大增长，促进骨细胞本身及周围组织血运增加，从而提供丰富的营养物质，激活骨细胞代谢，加速新骨形成，使坏死区消失，骨小梁重建，达骨折愈合。根据这一药理作用，通过我院对 31 例延迟愈合和不愈合骨折患者的治疗，临床观察分析如下。①金葡液，骨折局部注射对延迟愈合骨折有显著疗效。本组 31 例。其中 9 例为延迟愈合骨折，内固定术后 4～8 个月，无连续性骨痂形成，经局部注射金葡液治疗，7 例在 2 个疗程后达临床愈合；2 例经 3 个疗程达临床愈合，治愈率 100%。②金葡液治疗骨不连，它可激发人体发挥最佳机能，使骨折局部微血管增长、血运及营养物质增加，从而激活骨细胞的代谢，加速新骨形成，使坏死区消失，骨小梁重建。本组 31 例。其中 22 例诊断为骨不连，骨折时间在 8 个月～2 年（包括在外院二次手术，植骨者 8 例，术后时间在 3～6 个月），无连续性骨痂形成，经金葡液骨折局部注射治疗，19 例在 3～4 个疗程后骨折达临床愈合，治愈率 83.6%；3 例因对位差，无妥善固定，骨折处有异常活动，改行 2 次手术。③采用金葡液局部注射治疗，要在骨折复位良好，固定牢靠的前提下进行，否则不能发挥其效能。④本组 11 例骨不连患者，行二次手术植骨。其中 8 例未采用金葡液治疗，术后 3～6 个月之久，无连续性骨痂形成；3 例在本院行 2 次手术，选用 Enders 针髓腔内固定十植骨，术中、术后应用金葡液治疗，3 个月骨折已达临床愈合。二者相比，说明金葡液可加速新鲜骨折的愈合，缩短病程，并可有效地防止和治疗骨折延迟愈合或不愈合的发生。⑤对骨折复位良好、固定稳妥，长期无连续性骨痂形成者，可应用金葡液局部注射治疗，代替植骨术。因金葡液可激活骨细胞的代谢，（下转 33 页）