维普资讯 http://www.cqvip.com

多发性颌骨囊肿 1 例

石家庄医学高等专科学校附属华山医院口腔科　陈英伟　王　勇

（河北石家庄、邮政编码 050031）

患者男，22 岁，河北省石家庄市人，住院号 5209。主因右侧颌下区不适感就诊于我院，经检查在下颌骨右侧位 X 线片上可见一约 8×2cm 骨质密度减低区（范围：右下颌骨乙状切迹下 1.0cm 至 7 远中），8 存在于阴影之中。门诊以“含牙囊肿”。收住院。既往曾于 1988 年做过“右上颌骨囊肿摘除手术。入院检查：体温 36.5℃开口度正常，左颌下淋巴结可触及轻度肿大，压痛（+）。左下颌角前 2cm 可及下缘骨质膨隆，硬，无压痛。上下颌骨曲面断层 X 线片发现左侧 8 远中至左下颌乙状切迹下 1.5cm 骨质密度减低区，范围约 5×1.5cm 大小，内含牙齿。同时左上颌 134 根区也可见范围约 2×2cm 骨质密度减低区。内无牙齿。初步诊断：“多发性颌骨囊肿。”并在局部加强化麻醉下摘除双侧下颌骨囊肿，取出 8 牙齿。术后抗感染治疗，创口 1 期愈合，病愈出院。标本病理诊断：含牙囊肿。

笔者认为，多发性颌骨囊因初期无自觉症状及多发部位而在临床上难以发现或漏诊。故临床的认真检查及颌骨力线断层的检查，对颌骨的多发性囊肿的早期诊治有着重要的意义。

（收稿日期：1995—03—30）

无属支大隐静脉变异 1 例

山东省成武县人民医院　张世斌　刘　展

（山东成武，邮政编码 273600）

患者，女，20 岁。因右小腿蚓状突起 3 年，以右大隐静脉曲张入院。查体右下肢粗状足宽大肥厚，（穿 43 码鞋）足趾粗大，尤以大趾趾更甚，皮肤无色素沉着，足背部血管曲张，小腿内侧数条静脉迂曲怒张，双下肢皮温无明显差异。经右大路趾静脉造影，报告深静脉瓣膜功能良好。实验室检查：H6130g/l，WBC8.50×10⁹/l，N0.70，L0.30，PC210×10⁹/l，尿常规正常，肝功能正常，A39g/l，G28g/l，择期行大隐静脉高位结扎及分段剥脱。常规腹股沟区斜切口，长约 8.0cm，切开皮肤，在皮下脂肪中发现有一直径约 3.0mm 静脉血管，粗细较均匀，无扩张，无竹节状改变，打开血管鞘膜，向上游离见其经卵圆窝入股静脉，其两侧均无分支血管汇入。切口向下，经皮下潜行游离约 5.0cm 两侧仍未见分支血管汇入，分离到肌膜层，亦未见较大静脉血管，经卵圆窝处解剖股静脉并游离约 5.0cm，未见有血管汇入，随诊断为一无属支的变异大隐静脉。行单纯高位结扎及小腿曲张静脉剥脱，手术顺利，术后 9 天切口愈合好，拆线出院。

（收稿日期：1995—05—04）

阑尾脓肿误诊为卵巢囊肿蒂扭转 1 例

山东金岭铁矿医院　齐百安　戴　辉

（山东淄博张店，邮政编码 255081）

病例，女，18 岁，因持续性下腹疼痛伴发热 6 天于 1994 年 10 月 7 日 15 时入院。患者于入院

维普资讯 http://www.cqvip.com

前 6 天感脐周部隐痛，伴发轻度恶心，1 天后疼痛转移至右下腹，并开始发热，体温在 38℃左右。在当地卫生室曾疑为阑尾炎，静滴青霉素，庆大霉素治疗，但右下腹疼痛加重，体温 39℃。盆腔检查：右侧附件区可触及一拳头大小的肿物，不活动，压痛明显。门诊以“卵巢囊肿蒂扭转”收住院，入院检查：T39℃，P100 次/分，R20 次/分，BP13/aKPa。急性病容，心肺（一），肝脾肋下未及，右下腹压痛反跳痛、来扪及明显包块、腹部其它部位软、无压痛，移动性浊音（一），肠鸣音正常。妇科检查（肛诊）：子宫后位，正常大小，右侧附件区可触及一肿物，有 10cm×6cm5×cm 大小，不活动，表面不光滑，形态欠规则，压痛明显。B 超提示：右侧附件区包块，界限不清。血 Rt：Hb121g/l，WBC 2.93×10⁹/l N0.90，l0.10. 诊断：右侧卵巢囊肿蒂扭转。立即行剖腹探查术。术中见：大网膜包裹阑尾及回盲部形成一 10cm×6cm×5cm 包块，分离网膜时见包块有大量脓液流出，放置引流条后关腹。术后第 4 天，患者出现肠瘘，经换药治愈。术后诊断：阑尾脓肿。

讨论：卵巢囊肿蒂扭转为妇科常见急腹症。常发生于肿瘤蒂较长，与周围组织无粘连者。主要症状为突发性下腹剧烈绞痛，扭转急剧者常伴有呕吐。患卵巢囊肿蒂扭转者是先有下腹部肿块，后发生腹痛。当扭转不能缓解或穿破后与肠管粘连，则继发感染、引起体温升高。阑尾脓肿往往是腹痛与发热同时发生。本例为腹痛与发热同时发生。

卵巢囊肿蒂扭转主要症状为突发性下腹部绞痛，患者往往立即就诊。阑尾脓肿是阑尾炎延误治疗的结果，其发病初期的特点同急性阑尾炎，患者多在发病数日后就诊。本例有转移性右下腹疼痛史、发病到就诊有 6 天时间。

B 超检查只提示包块边界不清，包膜反射模糊、符合炎症特点。而卵巢囊肿应当是边界清，包膜完整，卵巢囊肿蒂扭转应具有卵巢囊肿的 B 超特点。

详细的盆腔检查有利于鉴别卵巢囊肿蒂扭转及阑尾脓肿。卵巢囊肿蒂扭转作盆腔检查时，肿物界限清楚，蒂部有明显的压痛，推动子宫时疼痛加剧。阑尾脓肿作腹部检查时有明显包块、但作盆腔检查时往往是包块下极清楚，而上极位置较高触诊不满意、整个包块压痛明显，推动子宫疼痛无改变。

仔细询问病史，认真细致进行体格检查、可避免该例误诊，这是此误诊病例给笔者的教训。

（收稿日期：1995—05—04）

大网膜扭转 1 例并文献复习

徐州医学院外科教研室　王　实　王　强

（江苏徐州，邮政编码 221002）

患者，男，35 岁，右下腹持续性疼痛 36 小时住院，无外伤及剧烈运动史，无恶心呕吐，腹痛后有发热，既往有右腹股沟疝二年，腹痛前数日多次自行手法还纳疝内容。检查：体温 38℃，脉搏 100 次/分，血压 16/10KPa，肥胖体型，右侧腹饱满，麦氏点上方有明显压痛及反跳痛，腹肌紧张，肠鸣音低弱，白血球总数 10.8×10⁹/l，中性白细胞 75%，淋巴球 25%。诊断为急性阑尾炎并手术。

术中见腹膜充血，腹腔内有淡红色渗出液，大网膜呈长条状，紫黑色，顺时钟扭转 360°×4，形如天津大麻花，切除扭转的大网膜，术中术后经过良好，2 月后随访身体健康，右腹股沟疝未再发生。病检所见：大网膜重 525g，脂肪肥厚、长度为 47cm，上宽 13cm，下宽 27cm，暗紫色与黄色相间，网膜组织充血水肿伴灶性出血坏死。

讨论：

一、大网膜的解剖：大网膜如一个围裙，遮盖在腹腔脏器前、由四层腹膜组成，前两层由胃大弯和十二指肠起始部向下悬垂至下腹部，再返折向上包绕横结肠并延续为横结肠系膜及腹后壁的腹膜。大网膜左上部与胃脾带相移行，右缘向上连于十二指肠起始部。大网膜的动脉血管主要有来自脾动脉的胃网膜左动脉及来自胃十指肠动脉的胃网膜右动脉，网膜静脉则回流到脾静脉，为门静脉系统的一部分。大网膜内包含许多巨噬细胞，它们聚集在一起形成乳白色斑点，称乳斑。腹腔有炎症