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

维普资讯 http://www.cqvip.com

时，大网膜可包围病灶，与其粘连而限制炎症的发展。

二、大网膜扭转的病因及病理变化：大网膜扭转极为罕见，查近 10 年文献仅见 2 例报告[1,2]，原发性扭转原因不明，多发生在肥胖男子，可能与大网膜中下部脂肪堆积，悬垂在腹内形如钟摆以及腹内压力突然改变、剧烈运动有关。继发性扭转则可能由于腹腔内感染，大网膜移行包裹病灶并与之粘连而发生扭转，当大网膜下端成为可复性腹股沟疝内容时，在其顺疝囊壁斜行下滑上移过程中易发生旋转，大网膜与疝囊粘连也是诱因之一。大网膜发生扭转后，网膜组织因血运障碍而充血水肿，血栓形成，甚至发生坏死，腹腔内可有炎性，血性渗出液，坏死网膜产生的毒性物质可引起全身毒血症，也可沿脾静脉入门脉引起炎症。

三、大网膜扭转的临床表现及治疗：患者可有转体、弯腰、蹦跳等运动史，之后发生明显腹痛，多偏于右侧，可有恶心呕吐，早期无发热，网膜发生坏死即有明显发热。右侧腹常有显著压痛，有时能扪及痛性索条状肿块。当有腹膜炎时，可有局部腹肌紧张、反跳痛及肠鸣音减弱，白血球总数及中性白血球增高，极易误诊为急性化脓性阑尾炎、胆囊炎、溃疡病穿孔等等。仔细的体查，详尽的病史询问及 B 超、腹部平片的检查可发现与上述疾病不尽附合之处而帮助诊断。治疗较为简单，将扭转的大网膜切除即可，愈后大都良好。切除前不宜将大网膜复位，因可使大量毒素迅速经原绞窄的血管入血而引起术后高热等中毒症状的加重。切除范围宜在扭转部位以上 2～3cm。

参考文献

1. 马东海．大网膜扭转 1 例报告，实用外科杂志 1988；(8)：5，254.
2. 罗锦天．大网膜扭转误诊为急性胆道疾患 1 例，洛阳医学 1985；(15)：85～86.

（收稿日期：1995—01—17）

右上肢双肱动脉 1 例

第三军医大学局解手术学教研室 张集礎

（四川重庆，邮政编码 630038）

于一具成年男性尸体上发现其右侧上肢存在双肱动脉，特报告如下：在右上臂上、中 1/3 交界处（即大圆肌下缘与肱骨交界处），肱 A 分为一粗一细两个动脉干，管经比约为 2∶1（粗支管经约为 4.0mm，细支管经约为 2.1mm），稍上为肱深动脉分支，但肱深动脉较小。肱动脉较粗的一支经正中神经外侧下行，沿途发出尺侧上副动脉，尺侧下副动脉和一些小肌支，至肘窝，穿过肱二头肌腱，在其下 3cm 深处分为尺动脉和骨间总动脉，在分叉稍上发出尺侧返动脉前后两个分支，向上分别与尺侧上副动脉，尺侧下副动脉吻合。肱动脉较细的一支在粗支内侧下行，在 2 支分叉处稍下，尺神经由外向内从其间穿过。至肘窝处，跨过粗支到桡侧成为桡动脉。在桡动脉起始部出桡侧返动脉，与其上的桡侧副动脉吻合。在上臂，两条动脉共有 3 条粗细不同的静脉伴行，即两条伴行的肱静脉和贵要静脉，三者向上于大圆肌下缘处汇入腋静脉。

讨论：此例是本文作者在做教学标本时发现，当发现异常后，继续解剖左侧，发现左侧属正常，文献曾报道，肱动脉异常均为两侧，本文为单侧异常，实为罕见。胚胎早期，臂部正中神经的浅、深侧各有一条动脉干，在胚胎发育过程中，有可能浅支消失，于是动脉于行经正中神经的背侧，形成深肱动脉。但为了避免与肱深动脉混淆，因而沿用肱动脉原名，也有可能是深支消失，于是动脉干跨越正中神经的前侧，形成浅肱动脉，此种情形较少。如两支均保留，则形成双肱动脉，深浅两支均到达前臂，一支延续为尺动脉，另一支延续为桡动脉。此例右侧属于此种类型。由于桡、尺动脉起点的提高，到致肘部血管吻合网的异常。

（收稿日期：1995—03—06）