维普资讯 http://www.cqvip.com

误诊为急性阑尾炎手术的妇科急症三例分析

王甲申*

因右侧盆腔脏器疾病致右下腹痛而就诊的妇科急症易与普外科最常见的急腹症急性阑尾炎相混淆而发生误诊。我院近年来，有3例妇科急症在术前被误诊为急性阑尾炎，总结如下。

一、宫外孕破裂出血误诊为急性阑尾炎：例1，女性，23岁，大学生，未婚。突发性右下复痛30小时，阵发性发作，尚能忍受，5小时前腹痛突然剧烈难忍伴恶心、呕吐3次，晕厥1次。自述末次月经于25天前来潮。查体：T 37℃，P 80次/min、BP 12/8KPa，贫血貌，腹部饱满、下腹压痛以右下腹为主，反跳痛(+)、轻度肌紧张。实验室检查：Hb 105g/L，WBC 15×10^9/L，N 0.90。8小时后，P 96次/min，Hb 83g/L，WBC 10.5×10^9/L N 0.90。以急性阑尾炎手术治疗，取麦氏切口进腹，见腹膜呈兰色，切一小口则血液外益。此时患者承认与男友有同房史，诊断为宫外孕破裂，延长切口，见右侧输卵管峡部增粗，有一破裂口，行右侧附件切除术，治愈出院。

讨论：本例误诊的原因是：①患者为未婚学生，且自述末次月经为25天前来潮，距发病时间不足一月，因隐瞒病史，故未考虑妊娠的可能。②未注意分析病史中腹痛突然发作、出冷汗、下地晕倒、胸闷心慌，查体贫血貌、血压偏低、脉博增快、血色素减少等失血性休克的表现。③对女性病人的特殊性缺乏分析，忽视了妇科检查(或肛指检查)及尿妊娠试验。腹腔穿刺简单易行，对判断起决定作用。本例未做实属遗憾。

宫外孕破裂误诊为急性阑尾炎者临床上屡有发生。对诊断为急性阑尾炎而症状不典型的右下腹痛的育龄妇女患者，注意未婚青年不能忽略，应详细询问妇科病史(包括月经史)，如有月经过期或近经期阴道不规则出血(本例自术的末次月经实际为宫外孕的阴道不规则出血)，腹痛突然发生呈撕裂性剧痛伴恶心呕吐，肛门坠胀、晕厥甚至休克者应高度怀疑宫外孕破裂，而关键是要想到宫外孕破裂的可能。妇科检查时，宫颈柔软着色，宫颈举痛阳性，后穹窿饱满，穿刺抽出不凝血液，则对宫外孕诊断有一定帮助。为了避免误诊，必须注意女性的特殊性和目前未婚同居妊娠的社会现象，腹腔穿刺尿妊娠试验，肛门指检不可忽略。

二、右卵巢黄体破裂误诊为急性阑尾炎：例2：女性，22岁，未婚。转移性右下腹痛伴恶心呕吐24小时，剧痛、发热、肛门坠胀感10小时，查体：T 37.8℃、P 88次/min、BP 14.1/9.3KPa、右下腹压痛(++)、反跳痛(±)、无肌紧张、腰大肌试验(+)、闭孔内肌试验(-)。实验室检查：Hb 100g/L、WBC 11×10^9/L。以急性阑尾炎急诊手术，见腹腔内有血液约250毫升，阑尾轻度充血，右卵巢中央有一长4cm裂口，有活动性出血，缝合裂口，切除阑尾治愈。

例3：女性，15岁，学生。突发性上腹、右下腹疼痛伴恶心半小时，腹痛剧烈，呈持续性，4～5小时后疼痛稍缓解，既往有阑尾炎病史。查体：T 36.9℃，P 80次/min、BP 14.7/9.3kPa，上腹及右下腹均有压痛，以右下腹为主，无肌紧张。实验室检查：Hb 120g/L，WBC 10.5×10^9/L，N 0.79。以慢性阑尾炎急性发作急诊手术，见腹腔内有血液约150毫升，阑尾轻度充血，右卵巢增大为囊状，呈兰色，中央有一长约3cm之裂口，出血不止，缝合裂口，仍渗血不止，遂行右卵巢切除术，并切除阑尾治愈。病理报告为卵巢黄体破裂。

讨论：卵巢黄体破裂常常发生在右侧，易与急性阑尾炎相混淆。一般认为，大多数黄体破裂发生在月经周期之末一周，偶可在月经期第一、二天发病。起病急骤，下腹突然剧痛。短时间内变成持续性坠痛并逐渐减轻。腹部压痛位置较低，在麦氏点的内下方。妇科检查时，宫颈移动时疼痛剧烈。有脉快、乏力，严重者有呼吸困难、苍白等内出血症状。而阑尾炎则完全与此相反。因此，这二例误诊的原因是①外科医生对此病不熟悉，凭经验出发，认定右下腹痛就是阑尾炎。②未仔细询问病史，尤其是月经史，如例2腹痛发生在月经前6～7天，但未想到此病，而例3本就未询问月经史。③对临床症状未作认真分析，肛门坠胀是积在直肠子宫陷窝的血液刺激直肠的反应，对这一有价值的症状未引起重视。④未请妇科医生会诊，未作必要的妇科检查(或肛指检查)及诊断性穿刺。⑤未作B超检查，故未能了解腹腔积血情况而致误诊。

上述误诊之教训，为我们今后外科临床工作减少或避免误诊敲响了警钟。 (收稿：1998－12－07)

* 作者单位：710062 西安陕西师范大学医院外科