DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.04.020

盆腔脓肿43例临床分析

莫 瑛（第一附属医院 妇产科）

我院自1958年以来共诊治经手术或穿刺证实的盆腔脓肿病人43例，今就其临床特点及治疗方法进行总结与探讨。

一、一般情况 43例中1958年3月至1976年4月16例，1976年5月至1985年12月27例。因两组在病因、脓肿类别及治疗方法上有明显差别，故前者列为甲组，后者列为乙组进行分析比较。

年龄最小者2岁，最大者60岁，21～40岁组31例，占72.09%，可见本病好发于生育期妇女。

急性发病者27例（发病两周内入院），占72.09%，亚急性（病程＜3月入院）8例，占18.10%；慢性(病程＞3月入院)7例,占16.27%，其中无自觉症状，在子宫肌瘤手术时才发现者仅2例。

二、发病原因 见表1，甲组16例中发病原因最多见者为阑尾穿孔，胆道手术后或产后感染共10例；乙组除上述原因外，以阴道流血及经期性生活最多见，共12例。故上行性感染附件脓肿占多数。

表1 发病原因

发病原因	甲组	乙组	合计
不规则阴道流血(宫内环6例)	1	9	10
经期性生活史	0	3	3
腹部手术后感染	2	3	5
阑尾穿孔继发感染	5	2	7
刮宫继发感染	0	1	1
产褥感染	3	2	5
流产后感染	1	0	1
慢性盆腔炎急性发作	2	3	5
继发于结核性腹膜炎	0	1	1
与子宫内膜异位并存	0	2	2
宫颈癌放疗后感染	1	0	1
原因不明	1	1	2
总计	16	27	43

三、病原菌 有脓液培养记录者36例，甲乙两组均以大肠杆菌最多见。所不同者乙组中出现了耐药性金黄色葡萄球菌。

表2 36例脓液细菌培养结果

细菌种类	甲组	乙组	合计
大肠杆菌	5	7	12
金黄色葡萄球菌	0	4	4
白色葡萄球菌	1	2	3
甲型链球菌	1	1	2
粪链球菌	2	0	2
变形杆菌	1	0	1
类白喉杆菌	0	1	1
阳性球菌	0	3	3
无菌生长	3	5	8
合计	13	23	36

四、肿脓类别 甲组子宫直肠陷窝脓肿占多数（11/16），而乙组附件脓肿占多数（20/27）。

表3 盆腔脓肿类别

脓肿类别	甲组	乙组	合计
输卵管积脓	1	8	9
卵巢积脓	1	3	4
输卵管卵巢脓肿	3	9	12
子宫直肠凹脓肿	11	5	16
膀胱反折脓肿	0	2	2
合计	16	27	43

表4 临床症状和体征

症状	例数	%	体征	例数	%
腹痛	41	95.34	下腹或盆腔包块	40	93.02
发烧	40	93.02	下腹压痛	40	93.02
腹泻	18	41.86	肌抵抗	24	55.81
不规则阴道流血	16	37.20	反跳痛	21	48.83
白带脓性多	19	44.18	宫颈举痛	9	20.93
恶心呕吐或腹胀	16	37.20	后穹窿触痛	17	39.53

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

五、临床表现 发烧、腹痛与腹泻是盆腔脓肿的三大症状。下腹压痛、肌抵抗与反跳痛与盆腔腹膜炎的轻重有关。疾病早期炎症局限不明显时，触诊包块不满意，常会漏诊。B超有助于诊断[2]。体温＞39℃者20例，常呈弛张或稽留热。血相增高，血沉加速，因炎症消耗可表现消瘦，贫血。43例中包块＜5cm者1例，6～10cm者16例，11～20cm 16例，＞20cm者4例，记载不详者6例。

表5 盆腔脓肿误诊类别

误诊病名	例数	误诊病名	例数
阑尾炎穿孔	6	卵巢囊肿蒂扭转	2
结核性腹膜炎	2	膈下脓肿	1
子宫肌瘤合并内膜异位	4	上呼吸道感染	1
痢疾	1	胎盘早剥	1

六、误诊病例分析 43例中误诊18例，误诊率高达41.88%，其中死亡3例，死亡率6.98%，可见误诊的严重危害性。死亡3例中2例误诊为结核性腹膜炎，经内科抗痨治疗无效，后因持续发烧，下腹出现包块，经穿刺才予证实。其中1例结核性腹膜炎混合感染者，曾经腹手术引流，仍死于中毒性休克。另1例于穿刺排脓后突然死于肺心病意外。例3系胆道手术后合并肺内及膈下感染，术后20余天才发现下腹包块，经后穹窿切开引流排脓，仍死于全身衰竭。此3例脓肿均＞20cm，而自觉腹痛症状不十分明显，故未能早期确诊而延误了治疗时机。因此，对不明原因的发烧与腹痛患者应及时进行妇科检查，必要时可作指肛或B超检查。误诊为痢疾一例，系因双侧附件炎性包块行双附件切除术后3天出现粘液便，镜检找到吞噬细胞，误认为痢疾转传染科治疗。一周后腹痛，发烧加剧，下腹出现包块才考虑为盆腔脓肿。广谱抗菌素治疗无效。高烧，包块继续增大而行开腹探查，证实为乙状结肠与小肠系间多发脓肿。在穿刺脓肿诱导下分别切开脓肿引流而治愈，此例教训在于转科前未作肛诊。

七、治疗 甲组子宫直肠陷凹脓肿比例较大，故采用保守治疗，经后穹窿切开或穿刺引流的例数较多（12/16）。乙组附件脓肿比例较大，故经腹手术引流的例数较多（22/27）。26例经腹引流组中引流处腹壁窦道形成，需再次手术切除瘘管者1例。经腹同时切除子宫8例中（全切3例，次全切5例）均未形成窦道。因全切后可经阴道引流，引流畅通之故。本文两例合并子宫内膜异位症患者有经期高烧、其中一例在外院开腹手术引流3次均失败，本次进行子宫附件全切治愈。另一例患者有严重胶原性疾病，行附件脓肿及内异位之子宫全切而根治。

表6 43例盆腔脓肿治疗分析

治疗方法		甲组	乙组	合计
保守治疗	后穹窿穿刺引流	7	2	9
	后穹窿切开引流	5	2	7
	经腹脓肿穿刺引流	0	1	1
手术治疗	经腹脓肿切开引流	2	6	8
	经腹附件脓肿切开引流	1	9	10
	经腹附件脓肿及子宫切除引流	1	7	8

讨 论

一、病因与病原菌

盆腔脓肿中以混合感染占多数[1]。43例中脓液有臭气记载者13例，且多在疾病的急性阶段，最大可能为厌氧菌或大肠杆菌感染，故主张用广谱抗菌素外加用灭滴灵。诱因主要有两类：1、腹部手术后遗症如胆道、阑尾、妇科手术后感染，共13例。故对此类手术应做到引流彻底及有效的抗炎治疗；2、阴道流血上行感染，以附件脓肿较多见，其中宫内节育器6例中，3例有明显手术感染史。故应重视安环的无菌技术与术后预防感染。

二、诊断

腹痛与发烧为主要症状，各占95.34%与93.02%，急性期水样腹泻时应注意纠正脱水与低钾。本文1例中毒性休克患者，死亡前数天血钾低至1.6 mmol/L。水电解质严重失调可引起心脏意外。体征主要为附件包块与下腹压痛，占93.02%。应特别注意与结核性腹膜炎鉴别，必要时可作脓肿穿

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

刺与细菌培养。脓肿破裂之主要症状为急性腹痛与明显广泛的腹膜刺激症状[4]，应急诊手术。

三、治疗

本文43例中保守治疗17例，占39.54%，经腹手术治疗26例，占60.46%。经阴道引流的条件为1、脓肿位于盆腔中线子宫直肠凹；2、波动明显[3]。其主要优点是手术简便，对全身影响小，但如手术操作不当可误伤直肠。经腹手术引流的指征：（1）可疑脓肿破裂；（2）持续高烧，抗菌素治疗无效；（3）脓肿继续增大；（4）合并肠梗阻。凡不能经阴道引流之附件脓肿或反复多次发作，脓肿位置高者以经腹引流为佳。手术主要困难是炎性粘连，盆腔封闭，组织关系不清楚。手术时可先找到圆韧带，并以其为标志先作子宫切除，再逆行切除附件脓肿。这样可避免损伤周围粘连的肠曲。如脓肿太大，则可先抽出部份脓液，再手术分离粘连，以防脓肿破裂，脓液扩散。术后保持引流通畅是治疗成败的关键。作者认为保守治疗仅适用于病情轻、病灶范围小，对抗菌素敏感，并可经阴道后穹窿引流的患者。病人入院时除怀疑脓肿破裂急需手术外，应先输液，抗菌素以红霉素、氯霉素、庆大霉素联用效果最好。经3～4天保守治疗病情无改善又不能经后穹窿引流者，应考虑经腹手术引流。本文12名病人住院保守治疗长达2～4周，因病情反复最后仍经腹手术。术中发现盆内病变严重，粘连广泛，手术操作困难，有的只能作脓肿切开引流，有的经过努力可作附件脓肿切除或同时切除子宫，大多数无法保留生育功能。仅一例为急性盆腔腹膜炎中毒性休克急诊入院，进行急诊手术，切除了右侧积脓而破裂的输卵管，经过良好。故认为保守治疗时间不能太长。盆腔脓肿应重在预防和早期诊断，延误诊治后果严重，应该引起高度重视。

参考文献

1. Benign BB. Medical and surgical management of the pelvic abscess, Clin Oostet Gynecol 1981;24(3):1187～1197
2. Franklin EU. Management of the pelvic abscess. Clin Obstet Gynecol 1977; 16(2): 66～79
3. Rivilin ME. Clinical outcome following vaginal drainage of pelvic abscess, Obstet Gynecol 1983;61(2):168～173
4. 翟敬仪，等。盆腔脓肿附51例临床分析。中级医刊 1985；3:17～20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n