

肠穿孔误诊为急性阑尾炎 1 例分析

闫 晗 (德惠市医院 130300)

褚艳玲 (德惠市卫校 130300)

1 病历摘要

患者,刘××,男,56岁。因右下腹部疼痛,伴有恶心、未吐10h时以“急性阑尾炎”于1995年5月11日收入我院。查体:T37.4,P81,R18,Bp17/11。一般状态尚可,发育正常。营养中等。神清语明,头颈、胸、心、肺未见异常。腹部轻度膨隆,肝脾未触及,右下腹压痛(+),余压痛(-),右下腹反跳痛(+),右下腹肌紧张(+),移动性浊音(-),肠鸣音6次/分。实验室检查:血常规:WBC 12.6×10^9 ,Sg0.71,St0.01,L0.23;尿常规:尿蛋白(-),尿中无红、白细胞。入院诊断:急性阑尾炎、局限性腹膜炎。在连续硬膜外麻醉下施术。取右腹直肌外缘切口,进入腹腔后探查腹腔内无渗出、无

脓汁及肠内容物,阑尾无明显炎性改变。在盲肠前壁上有一束大网膜,将大网膜向脐的方向推移后,发现有一根类似牙签物的一端从盲肠壁穿出。

2 讨论

该类肠穿孔临床少见,因为穿孔后有极少量肠内容物外溢,同时被大网膜包裹形成的腹膜炎与腹腔内其他炎性病变相混淆,术前不易诊断。本病例在术中追问病史,2天前吃过炖鸡。由于鸡肋骨未被嚼碎,一天后在盲肠的蠕动作用下,再加上鸡肋骨的特殊位置,迫使鸡肋骨从盲肠壁穿出。腹腔轻度污染,并由大网膜包裹,出现右下腹部局限性腹膜炎。

(编辑 马继波)

椎管内巨大囊肿 1 例报告

张安福 李苏平 (中国人民解放军第206医院 136000)

椎管内囊肿比较少见,巨大的囊肿更少见,术前诊断较困难,现将我们收治的1例报告如下。

1 病历摘要

患者因右腿活动不灵活,伴疼痛来院就诊,查体:神志清楚。两下肢皮温、皮色正常,右下肢肌力为Ⅲ级,左下肢肌力Ⅴ级,两下肢痛、温觉正常。二便正常,腰椎生理弯曲正常,L₅、S₁处压痛,腰椎X线片:腰椎5,椎板有破坏,疑为脊髓肿瘤,CT检查:L₅、S₁椎间隙内可见形状欠规整囊性低密度区,CT值为7~29HV,占位效应明显。术中看到L₅、S₁椎板破坏吸收,局部有4cm×3cm×3cm椭圆形透明触及有波动肿物。病理学检查:蛛网膜单纯性囊肿。

2 讨论

椎管内囊肿根据其内膜的性质分为三种类型:①表皮:表皮样囊肿、皮样囊肿、畸胎瘤、肠源性囊肿。②内皮:蛛网膜囊肿。③寄生虫性囊肿、血吸虫囊肿等。

此例为罕见的硬脊膜外囊肿,病理报告为单

纯性蛛网膜囊肿。王忠诚报告568例椎管内肿瘤仅占3例,占0.55%。湖北医大附属一院200例中有3例,其中2例为囊性淋巴管瘤。1例为蛛网膜囊肿,囊性淋巴管瘤是淋巴管扩张而成,内含淋巴液、硬脊膜外蛛网膜囊肿以10岁至15岁为多见。可发生椎管内各节段,以胸段常见,一般位于背侧。

椎管内囊肿术前诊断较为困难,要做正确的诊断关键在于认识本病的特点。以下几点有助诊断。①椎管内囊肿为良性病变,生长慢,病程较长。②由于囊肿可传递压力,因此奎肯氏试验提示蛛网膜下腔无阻塞或不完全阻塞。③囊肿为膨胀性生长,脊柱X光平片见椎管扩大,椎弓根变窄,椎弓根间距加宽。④椎管造影时,造影剂进入囊肿或椎旁显示袋状阴影。

关于椎管内囊肿的治疗以手术切除为主,此例病人术后切口愈合良好,术后右腿疼痛消失,行走正常,治愈出院。

(编辑 郑英善)