

阑尾粘液囊肿误诊 16 例原因分析

附属第二医院普外科 赵桂兰
浙江省人民医院 章浩

内容提要 阑尾粘液囊肿无论术前还是术中正确诊断率均不高。本组 16 例阑尾粘液囊肿术前正确诊断率仅 18.75%，术中正确诊断率 44%。本文分析了误诊原因，并讨论了诊疗方法。

关键词 阑尾：粘液囊肿/诊断

阑尾粘液囊肿较为少见，仅占切除阑尾的 0.23%^[1]。我科从 1953~1992 年共收治阑尾粘液囊肿 16 例。术前 13 例误诊，现就其误诊原因讨论如下。

1 临床资料

本组 16 例中，男 10 例，女 6 例，年龄 17~74 岁。病程最短一天，最长 20 年。症状和体征：16 例均有腹痛史，15 例明显右下腹痛。9 例右下腹肿块伴疼痛。腹块病史最长者达 20 年。12 例可触及右下腹肿块，最大肿块 8×6×6cm。X 线钡灌肠造影 4 例，3 例表现为盲肠受压，1 例阴性。A 超 4 例，1 例提示阑尾囊性肿块，1 例阴性（体检时触及 1.5×2cm 肿块）。术前诊断：急性阑尾炎 2 例，慢性阑尾炎 4 例，右下腹肿块性质待查 12 例，其中回盲部癌 6 例，阑尾脓肿 2 例，慢性回盲型肠套叠 1 例，阑尾粘液囊肿 3 例。手术方式：12 例阑尾切除术，3 例右半结肠切除术，1 例回盲部切除术。

2 讨论

阑尾粘液囊肿不是真正肿瘤，而是一种瘤样病变^[2]。是由于阑尾炎性病变使阑尾腔近端闭塞，粘膜上皮分泌的粘液不能排除，致使阑尾扩张而形成囊肿。临床上突出表现为

急、慢性阑尾炎病史和右下腹肿块，亦可因肿块引起肠梗阻、肠扭转和肠套叠等。临床表现缺乏特异性，术前做出正确诊断较为困难。张公馥^[3]报道 14 例阑尾粘液囊肿，术前仅 2 例确诊。本组 3 例疑阑尾粘液囊肿（占 18.75%）。

随着先进诊断仪器的不断推出，对本病的诊断率也不断提高，以下检查对本病的诊断有一定帮助。腹部平片有时可见到病变部位软组织钙化影^[1,3]。钡灌肠造影可显示盲肠受压和轻度移位，但肠粘膜无破坏征象，本组 3 例盲肠受压，肠粘膜则完整。B 超能显示肿块的位置，分辨肿块是实质性还是囊性，本组 2 例 B 超检查，1 例提示右下腹（阑尾可能）囊性肿块。CT 对空腔器官不能准确定位，但它可提示肿块的位置，鉴别肿块是实质性、是脂肪、还是囊性。对囊性肿块还可区分出是水胶样液、脓液、还是血肿。本组术前正确诊断率较低，其原因除对本病认识不足外，半数以上系年代较早，缺乏 B 超或 CT 等检查有关。

本组 16 例均行手术治疗，术中诊断 7 例阑尾粘液囊肿，5 例慢性阑尾炎，3 例阑尾恶性肿瘤，1 例回盲型肠套。术中正确诊断率仅 44%。阑尾粘液囊肿的大体标本常呈下列表现：以阑尾为中心的囊性或分叶状囊性扩张（本组 9 例），其表面光滑，包膜完整，常与周

围组织粘连(本组 12 例),但不呈浸润性。囊肿大时壁常较薄,可呈透明或半透明状态,囊内液呈透明胶胨样(本组 12 例),伴感染时可混浊。上述所见基本上可以做出阑尾粘液囊肿的诊断。如阑尾囊肿缺乏柔韧性、壁厚、质硬、结节状增生,与周围组织呈浸润性生长,或见到穿孔糜烂的肉芽组织,或伴出血坏死时^[4],要警惕阑尾粘液囊腺癌的可能,应送快速冰冻切片,以免误诊误治。

阑尾粘液囊肿属良性肿瘤,施行阑尾在内的阑尾切除术即可达到治愈的目的,手术操作中要仔细轻柔,尽量避免囊肿破裂,若囊

液流出粘染腹腔,可造成腹膜假粘液瘤^[5],故手术时应当用盐水中巾将操作野与腹腔隔开,以免囊液流出时对腹腔的污染。

参 考 文 献

1. Koster LH. Am J Surg 1974;127(5):582
2. 武汉医学院病理学教研室、中山医学院病理学教研组编著,外科病理学(上册)。湖北人民出版社,1987:130
3. 张公颢. 实用外科杂志 1990;10(6):307
4. 赵桂兰. 浙江医学 1986;8(2):44
5. 钱 礼. 腹部外科学,第 2 版,上海科技出版社,1984:579

(1992 年 12 月 24 日收稿,1993 年 2 月 18 日修回)

先天性空肠狭窄误诊 1 例

附属儿童医院内科 陈小友 欧弼悠

1 病例摘要

患儿女性,17 个月,因面色苍白、反复浮肿 10 个月,加剧伴发热 3 天入院。曾 3 次住入当地医院,诊为“营养不良性水肿”。病程中偶有呕吐,多发生在夜间,呕吐物量大伴酸臭味,不含胆汁,否认有慢性腹泻、低热盗汗情况。喂养史无殊。体检:体温 38.5℃,脉搏 140,呼吸 36,体重 7.5kg,身长 72cm;极度消瘦,面色苍白;心肺无殊;腹略胀,肝脾未及,移动性浊音阳性;下肢凹陷性水肿。实验室检查:血红蛋白 72g/L,白细胞 $15 \times 10^9/L$,中性粒细胞 68%,淋巴细胞 32%;尿、大便常规无殊;总蛋白 45g/L,白蛋白 24g/L;血钠 127mmol/L,钾 2.1mmol/L,氯 98mmol/L,钙 1.27mmol/L。胸片正常。心电图示 T 波轻度改变。血培养阴性。骨髓涂片示感染性骨髓象。结核菌素试验阴性。钡餐检查示十二指肠及近端空肠均显著扩张,扩张肠段逆蠕动亢进,提示先天性空肠狭窄可能。该例经支持疗法和抗菌素控制感染后,转外科进行

手术。术中所见:距屈氏韧带 15cm 处肠管粗细交界,上段空肠扩张,直径 5cm,下段小肠直径 1.5cm,其间有一隔膜,隔膜正中留有 0.5cm 直径的小孔。切除隔膜缝合肠壁。术后消化道症状消失,体重渐增。

2 讨 论

先天性空肠狭窄是一种少见的消化道畸形,系胚胎发育时中肠空化不全所致。临床表现因狭窄部位及程度而不同。狭窄严重者生后即反复呕吐。狭窄位于胆总管开口以下者呕吐物多含胆汁。轻度狭窄者较晚出现不全性肠梗阻症状,小儿常有慢性脱水及消瘦,容易造成误诊。该例在半岁左右出现严重营养不良表现,而呕吐症状不突出,延误诊断达 10 月之久。因此对营养不良伴呕吐的小儿,在排除喂养不当和慢性消耗性疾病后,应考虑到消化道畸形的可能。该例在钡餐检查提示先天性空肠狭窄后,得到手术证实。

(1992 年 9 月 12 日收稿,1993 年 1 月 15 日修回)