

容。主诉：反酸、呃气、“胸口痛”近 30 年。血常规检查：白细胞计数 $8.6\times 10^9/L$ ；白细胞分类计数：嗜中性粒细胞 84%、淋巴细胞 16%；血红蛋白 90%；吞钡造影试验检查：十二指肠球部溃疡合并胃炎。电泳法检出其 α_2 球蛋白为 13.1%，甲胎蛋白（琼脂扩散法）阴性，其他检查未见异常。该患者经门诊观察治疗后于 1982 年 6 月痊愈。其子刘 X 于 1985 年 3 月也曾因病就诊，作者也对其作了血清蛋白电泳检测，发现其血清 α_2 球蛋白也略为偏高，甲胎蛋白（琼脂扩散法）阴性。于是，怀疑此父子二人为家族性 α_2 球蛋白增高。现将此 2 例患者当年的血清蛋白电泳检测结果见表 1。

表 1 球蛋白检验结果(%)					
项目	清蛋白	α_1	α_2	β	γ
刘 XX	50.80	4.58	13.10	8.52	23.00
刘 X	67.00	2.47	7.28	6.64	16.61
平均正常值	64.59	3.12	6.16	9.09	17.41
正常范围	57.45~71.73	1.76~4.48	4.04~8.28	6.79~11.39	11.85~22.97

基层医院急性阑尾炎误诊分析

刘 勇(重庆合川区人民医院普通外科 401520)

【关键词】 阑尾炎； 基层医院； 误诊
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.079 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0255-02

急性阑尾炎是外科常见多发病,居各种急腹症的首位。基层医院临床上往往根据病史中有转移性右下腹疼痛,查体右下腹固定压痛,辅助检查血常规白细胞升高(大多数患者外周白细胞大于 $13.0\times 10^9/L$),以中性粒细胞升高为主,高于正常 70%来作为诊断急性阑尾炎的重要依据。但是除了阑尾炎可以引起右下腹疼痛以外,右下腹回肠、盲肠、卵巢、输卵管、输尿管等器官以及中上腹部分器官如胃、十二指肠、胆囊、胰腺、肾脏等器官病变亦可能表现右下腹疼痛(部分仍有转移性右下腹痛),而且一些非外科急腹症也可能表现为右下腹疼痛,很容易混淆导致误诊^[1]。本院 2000~2010 年以急性阑尾炎收治入院患者 3 595 例,其中确诊 3 433 例,误诊阑尾炎 162 例。现将误诊情况报道如下。

1 临床资料

本组误诊 162 例患者,其中男 62 例,女 100 例,年龄 3~78 岁,其中肠系膜淋巴结炎 70 例,误诊率 1.95%;泌尿系结石肾绞痛 24 例,误诊率 0.67%;妇产科急腹症 36 例,误诊率 1.00%;消化道穿孔 8 例,误诊率 0.22%;美克尔憩室炎 4 例,急性胆囊炎 4 例,急性胰腺炎 4 例,误诊率均为 0.11%;肠系膜血管阻塞致小肠坏死 2 例;回盲部肿瘤 2 例;回盲部局部坏死 1 例;急性出血坏死性肠炎 1 例;肠克罗恩病 1 例;肾脏周围血肿 1 例;右侧胸膜炎 1 例;带状疱疹 1 例;糖尿病酮症 1 例;尿毒症 1 例;术前诊断准确率 95.5%。

2 讨 论

急性阑尾炎作为临床相当常见的急腹症,它的误诊或漏诊并非少见。本组误诊为急性阑尾炎的疾病主要有肠系膜淋巴结炎、妇产科急腹症及泌尿系结石肾绞痛等。究其原因分析如下:(1)病史采集不全面。回顾复习本组误诊病例可以发现病历中病史记录太简单,对疾病发生、发展及相关症状的鉴别诊断记录过于简单甚至缺如。在 70 例肠系膜淋巴结炎患者中仅

2 讨 论

薄膜的质量对电泳结果有很大影响,但本实验室系采用上海某厂生产的优质产品,质量可靠。作者曾用此薄膜检测 100 余例受检者,从未发现有此球蛋白明显增高者。溶血标本可致 β 球蛋白增高,但作者采用的是空腹无溶血标本,且检测结果 β 球蛋白并不高,重复操作 2 次,结果相似。故作者认为,本实验室结果可靠。但该患者血清 α_2 球蛋白偏高的原因是什么?一直未解。随访 20 多年,患者刘 XX 于 2006 年 1 月因解柏油样黑大便未及时入院医治去世;其子刘 X 2011 年已 56 岁,健在。

参考文献

[1] 张桂生.临床生物化学检验[M].成都:四川人民出版社,1979.
[2] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006.

(收稿日期:2011-07-11)

有 5 例在病史中有病前上呼吸道感染症状的记录;而右侧胸膜炎患者患者中居然没有呼吸道相关症状及活动后心累、气促的记录;24 例泌尿系结石病历有 20 例无尿痛、血尿及会阴放射痛等泌尿系症状的描述;36 例妇产科急腹症患者病历对女性月经、白带的描述不详细甚至缺如导致宫外孕、盆腔炎误诊;8 例消化道穿孔误诊患者多数为胃后壁穿孔,术后追问病史发现 6 例平时有呃逆、反酸、腹胀、腹痛等消化道症状。由此可见详细询问病史是准确诊断急性腹痛的关键。病史询问除包括患者性别、年龄、职业、既往史外,对腹痛的诱因、部位、性质、程度、放射痛及相关伴随症状(发热有无和发热与腹痛时间先后顺序,恶心、呕吐,呕吐物性状、量,排便情况以及有无休克、黄疸、尿频、尿急、尿痛,月经以及阴道分泌物有无异常等)应重点询问^[2-3]。(2)体格检查不全面、不细致。本组 1 例急性胆囊炎患者本身胆囊肿大达髂窝,因查体不仔细且未做 Murphy 征检查,误将胆囊压痛当作麦氏区阑尾压痛行阑尾切除。1 例带状疱疹患者术前腰部见几枚小红斑丘疹,因忽略行阑尾切除术,术后第 2 天见沿神经分布成簇水疱而确诊。1 例急性胰腺炎患者术前即有腹胀,查体不仔细,未将中上腹部压痛与右下腹压痛比较,忽略对腰部叩诊和肠鸣音听诊而误诊阑尾炎行手术治疗。由此可见详细、全面的体格检查对急腹症的诊断相当重要。除对患者面部表情、体温、脉搏、血压、皮肤颜色检查外,对急腹症患者腹部进行视、触、叩、听系统、全面的体格检查绝不能忽视,亦不能靠相关辅助检查替代。近 2 年来本院对急腹症患者常规进行直肠指检,对可疑妇科急腹症患者请妇科会诊并做阴道双合诊检查,明显降低了阑尾炎的误诊率。(3)临床经验缺乏,凭主观臆断,缺乏相关辅助检查或过分依赖辅助检查。临床通过血液、尿液、大便常规,血尿淀粉酶,电解质,血糖,肝肾功能,胸腹部摄片,B 超等检查手段,绝大多数急腹症是可以与急性阑尾炎相鉴别的。本组病例中,部分低年资接诊

医师往往临床经验不足,缺乏对引起右下腹痛相关疾病全面系统的认识,忽略对血糖、肝肾功能等检查,误将糖尿病酮症、尿毒症诊断为急性阑尾炎而误诊。而 1 例肾脏周围血肿患者术前肾区叩痛,术前血常规:白细胞 $12.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞 72%,尿液常规基本正常,腹部 B 超:肾脏、输尿管未见明显异常。因过分相信辅助检查,主观臆断误诊。(4)对有创的诊断性腹腔穿刺不重视,嫌麻烦而不做。本组病例中部分医师因对诊断性腹腔穿刺认识不足,对急腹症患者未行诊断性腹腔穿刺,而将急性胰腺炎、急性出血坏死性肠炎、肠系膜血管栓塞误诊阑尾炎^[4]。在此,作者建议对无绝对禁忌证的急腹症患者常规做诊断性腹腔穿刺,可明显提高术前急腹症诊断的准确率。

综上所述,对急腹症患者详细询问病史,细致、全面的体格检查及必要的辅助检查是正确诊断的关键和前提,当然临床经验的积累亦相当重要。只要医生以高度的责任心认真地诊疗每例急腹症患者,对急性阑尾炎的误诊率将会降至更低,但是

不可能完全避免,因有些疾病术前很难与阑尾炎鉴别如:肠克罗恩病、回盲部坏疽、回盲部肿瘤、美克尔憩室炎等。

参考文献

- [1] 梁志鹏,高焱明.泌尿系统疾病所致的急腹症错误诊断[J].腹部外科,1999,12(4):154-155.
- [2] 王常玉,顾美皎.妇科急腹症易误诊手术的疾病[J].腹部外科,1999,12(4):156-158.
- [3] 刘海燕.外科误诊 17 例妇产科急腹症的分析[J].腹部外科,1999,12(4):161-162.
- [4] 潘晓峰,毕永林,秦贤举,等.盲肠局部坏疽的诊断和治疗[J].中国普通外科杂志,2011,20(4):402-404.

(收稿日期:2011-07-13)

前置胎盘并发脐带脱垂的抢救与护理

孙明华(湖北省枣阳市兴隆中心卫生院 441218)

【关键词】前置胎盘; 脐带脱出; 抢救; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.080 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0256-01

前置胎盘是产科的急、危重症,其主要症状是妊娠晚期无痛性阴道出血。阴道出血早晚与胎盘位置的关系非常密切^[1]。比如中央性前置胎盘有可能在孕 28 周前就出现阴道出血,若是反复的阴道出血,常会导致母儿贫血,出现早产或产后大出血等并发症。前置胎盘的发病率,据报道国外为 0.5%,国内为 0.24%~1.57%,85%~95%为经产妇,有剖宫产史的是无剖宫产史的 3 倍,多胎妊娠是单胎妊娠的 1 倍。临床上若处理不当,会危及母儿生命安全。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,女,29 岁,经产妇,2008 年 8 月行剖宫产术 1 次,2009 年 10 月行人工流产 1 次,此次妊娠末次月经 2010 年 7 月 26 日,预产期是 2011 年 5 月 3 日,妊娠 7 个月时阴道出血一次,似月经量,给予止血、预防感染治疗后停止,今因无任何诱因突然出现阴道持续性流血伴凝血块,沾湿裤管,故急来本院求治,门诊以“宫内孕,孕 3 产 1 孕 39⁺2 周左枕前位待产,前置胎盘”收入院。

1.2 体格检查 体温 36.4℃,脉搏 88 次/分,呼吸 19 次/分,血压 110/70 mm Hg,心肺(一),下腹部有一长约 13 cm 的陈旧性疤痕。

1.3 产科检查 宫高 36 cm,腹围 92 cm,胎位左枕前位,胎心 142 次/分,头高浮,外阴有血染伴有少量凝血块,出血约 300 mL。

1.4 辅检 彩超示:单活胎头位,胎盘附着于子宫后壁并覆盖子宫颈部。血常规:白细胞计数 $6.5 \times 10^9/L$,粒细胞数 $5.2 \times 10^9/L$,粒细胞比率 80.7%。红细胞计数 $4.06 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 95 g/L,血细胞比容 32.7%,血小板计数 $199 \times 10^9/L$,活化部分凝血时间 27.8 s,凝血酶原时间 10.4 s。

1.5 救治

1.5.1 据病史、产检及辅检,考虑胎儿已成熟,不需保守治疗,故给予 10%葡萄糖 500 mL+维生素 C 及碳酸氢钠 250 mL 静脉滴注,备血并积极准备手术。

1.5.2 上尿管时出现脐带脱出约 20 cm,再次向家属告知病

情,讲明胎儿有生命危险,医生将尽最大努力进行抢救,家属了解病情并签字。

1.5.3 在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产术,顺利娩出一女活婴,体质量 2 600 g。新生儿娩出时苍白窒息,经吸痰、胸外按压,1 min 后,婴儿发出洪亮的哭声,皮肤也变红润,产妇产后子宫收缩良好,术中出血约 200 mL。术后给予止血、缩宫,预防感染及支持对症治疗,5 d 后母婴平安出院。

2 护 理

2.1 患者入院后即有专医专护,绝对卧床,不论是检查还是治疗,全程担架护送,以免患者因颠簸而加重病情。

2.2 吸氧持续不间断。

2.3 当脐带脱出后,不能还纳,立即听胎心,并可触及脐带搏动,遂分开产妇双腿,抬高臀部,以免脐带受压及继续脱出。

2.4 进行麻醉时,患者取左侧卧位,以防脐带受压,护士协助将患者右腿支撑开,最大限度地保证胎儿的血供。

3 讨 论

随着剖宫产手术的日臻成熟及产妇对自然分娩的恐惧,疤痕子宫的产妇会越来越多,所以前置胎盘的发病率也可能会随之增加。由于药物流产的泛滥,因药流不彻底会导致子宫内膜炎、子宫内膜营养不良等,再次受孕时会使得子宫蜕膜血管营养不良,使胎盘扩展变薄、变大,从而出现前置胎盘^[2]。受精卵滋养层发育迟缓,与子宫内膜不同步,孕卵游走到子宫下段方着床而也会形成前置胎盘。总之,在前置胎盘的抢救与护理过程中,医护人员要有过硬的业务素质及很强的责任心,处置得当,抢救及时,才能保证母儿生命安全。

参考文献

- [1] 乐杰.妇产科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008.
- [2] 高成英,张彩云,白琴,等.紧急剖宫产 88 例分析[J].第四军医大学学报,2006,27(20):1828.

(收稿日期:2011-07-12)