

肝囊肿误诊急性阑尾炎一例分析

刘栋斌

(第十三师红星医院柳树泉农场分院 新疆 哈密 839117)

肝囊肿是一种较常见的肝良性疾病，分为寄生虫性（如肝棘球蚴病）和非寄生虫性肝囊肿，后者又分为先天性、创伤性、炎症性和肿瘤性囊肿。临床多见的是先天性肝囊肿。又可分为单发性和多发性两种，单发性肝囊肿以 20—50 岁年龄组多见，男女发生率之比为 1:4。【1】全球肝囊肿患病率为 4.5%—7.0%，仅 5% 需要治疗。肝囊肿发生于肝右叶居多。主要是囊性棘球蚴病的虫卵从口进入人体后，在胃及十二指肠内脱壳入肠壁，进入肠系膜静脉而到达门静脉系统，大多数幼虫被阻于肝脏。少数幼虫可通过肝静脉经下腔静脉、右心而达肺部。因此寄生虫性（如肝棘球蚴病）肝囊肿部位以肝脏最多（75%—78%），肺脏次之（10%—15%）。肝囊肿病的特点是肝脏受损的临床表现不严重，肝功能轻度异常【2】。

1、临床资料：患者，男性，13岁，因腹痛、腹泻 1 天，加重 1 小时于 2021 年 3 月 3 日 24:10 急诊入院。患者自述约 20 小时前无明显诱因出现腹痛、腹泻排淡黄色水样便 2 次，腹痛呈持续性加重，伴有恶心、呕吐一次，呕吐物为胃内容物，无发热，无脓血便及里急后重感，无咳嗽、咳痰，在家休息未给予治疗，1 小时前突然出现腹痛症状加重，不能忍受，故由家人急送入医院，入院查体 T38.3℃，脉搏 100 次/分，呼吸 25 次/分，血压 100/50 mmHg，营养一般，无黄疸及贫血征，消瘦，浅表淋巴结未触及，无杵状指，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿啰音，腹部软腹水征（-），肝肋下 3cm 可触及，质地中等，心脏（-）。实验室检查：白细胞 $13.07 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 78.3%，淋巴细胞百分比 17.8%，单核细胞百分比 3.6%，嗜酸性粒细胞百分比 0.2%，肝功能正常。尿常规未见异常，意识清，精神差，急性痛苦貌，巩膜无黄染，心肺正常。腹平软，未见肠型及肠蠕动波，腹肌紧，全腹轻度压痛，右下腹麦氏点压痛明显且有反跳痛，肝肾区无叩击痛，肠鸣音减弱，肛门及外生殖器未查。

入院后结合病史、体征及辅助检查，初步拟诊急性阑尾炎。需急诊手术治疗，经与病人家属谈话后同意先在我院抗炎保守治疗待病情稳定后转上级医院手术，后因抗炎治疗效果不佳，腹痛没有明显缓解，

于 3 月 7 日转上级红星医院进一步治疗，经 CT 检查提示：右中上腹部囊实性占位病变，考虑肝包虫可能。为明确诊断给与积极治疗，于 3 月 11 日行剖腹探查手术，手术完整切除一个 $15 \times 10\text{cm}$ 的包块，经病理检测诊断（腹部肿物）结合形态及免疫组合符合肝囊肿，考虑胆管源性潴留性囊肿，伴炎性肉芽组织乳头状增生。病人住院治疗 11 天痊愈出院。

2、讨论：随着人民群众生活水平的不断提高，肝囊肿病近十几年来发病数逐年减少，基层医疗机构极少能见到，基层医务人员对此病了解甚少，遇到急腹症首先考虑常见病、多发病，从而忽略了少见病。加之病人右下腹麦氏点压痛、反跳痛明显，结肠充气实验（+）、腰大肌试验（+）且血象 $WBC 13.07 \times 10^9/L$ 故而误诊为急性阑尾炎。

1、误诊原因分析：①此病例误诊主要是基层医务人员对肝囊肿病缺乏了解，加上此病例有阑尾炎的症状及体征特点。没有详细询问病史及居住地，辅助检查做的不够充分，误导了医生的诊断思路，从而造成误诊。

2、防止误诊的措施：①病史采集要详实：全面详细采集病史是最基本的诊断途径，重视病史采集和重要线索的获取。

②要拓宽思路，全面分析相关临床资料，认真综合分析病情，对相关症状体征要分析其原因，局部症状要和全身情况综合分析。

③及时做必要的针对性辅助检查，凡临床可疑病例常规做 CT 或 MRI 检查。

④临床医生应加强业务学习，对于不能确诊的病例及时请上级医师会诊或通过远程会诊手段进行会诊。从而避免发生误诊。

参考文献

- [1] 肝囊肿 吴在德主编：外科学第五版 北京人民卫生出版社 595
- [2] 蔡卫民 肝脏寄生虫感染的诊治 [J] 中国实用内科杂志 1998, 18(3): 【4】